(통권 제185호)

보 · 건 · 복 · 지 · 포 · 럼

2012

Health and Welfare Policy Forum

3

2 **권두언 _** 김용하 순천향대학교 금융보험학과 교수

5 **이 달의 초점 _ 사회보험 사각지대 개선방안**

6 의료사각지대 해소 방안 _ 신영석

15 국민연금 납부율 제고를 위한 취약계층 보험료 지원방안 _ 윤석명

25 고용보험의 사각지대 개선방안 _ 방하남

33 산재보험 사각지대 해소 방안 _ 윤조덕

50 장기요양보험의 사각지대 개선방안 _ 선우덕

59 **정책분석**

60 북한주민의 공공 식량배급 수혜상황과 영양취약 아동규모추계 _ 황나미

71 간접흡연 규제정책의 개선과제 _ 최은진

79 지속가능발전 모색을 위한 건강경영전략 검토 _ 윤시몬

89 **국제 보건복지 정책동향**

90 일본 장애인자립지원제도의 발전과 장애등급 판정체계 고찰 _ 김성희 · 이송희

99 담배회사의 진실을 들여다 보는 창: 담배회사 내부문건 _ 이성규

108 **보건복지 소식광장**

109 2월 보건복지동향

129 글로벌 소식광장

월간 『보건복지포럼』에 실린 모든 내용은 필자 개인의 의견으로서
본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.
본지에 실린 내용은 출처를 명시하는 한 자유롭게 인용할 수 있습니다.

김 용 하
순천향대학교 금융보험학과 교수

사회보험 사각지대 무엇이 문제인가?

사회보험에서의 死角地帶 문제는 어제 오늘의 일은 아니다. 그동안 지속적으로 개선되어 왔지만 '촘촘한 복지'의 길은 아직도 멀다. 사각지대 문제가 복지선진국에 비하여 유독 우리나라에서 더 부각되는 것은 아마도 우리의 사회보험제도의 제도 도입, 발전과정의 특수성 때문일 것이다.

우리나라는 산재보험은 1963년, 의료보험이라는 이름으로 건강보험은 1977년, 국민연금은 1988년, 고용보험은 1995년, 노인장기요양보험은 2008년에 도입되어 주요 사회보험제도가 정립되었다. 사회보험은 개념적으로는 보편적 복지제도이기 때문에 우리나라도 외형적으로는 보편적 복지제도의 틀은 완성되었다고 할 수 있다. 사각지대 문제를 제기하는 것 자체가 바로 보편성을 전제로 하는 사회보험이기 때문에 가능한 것이다.

사각지대 문제가 본격적으로 거론된 것은 1994년 김영삼정부 시절에 삶의 질 개선 기획단이 운영되면서 부터이다. 사각지대라는 말보다는 제한적으로 적용되고 있던 사회보험을 전국민에게 확대해야 한다는 당위성에서 출발하였다. 전국민 의료보험, 전국민 국민연금 등이 중요한 정책과제로 부상하였다. 그때까지만 하여도 사회보험의 전국민 확대의 개념도 모호하였다. 특히 사회보험이라는 용어에서 '보험'이라는 단어가 강조되면서 보험료를 내고 보험금을 받는 구조여서 강제 적용받는 것이 혜택이 아니라 부담으로 인식되었다. 따라서 사회보험제도의 적용도 보험료 납입능력이 있는 영역부터 적용되고 이는 단계적으로 확대하는 식이었다.

따라서 산재보험이 우리나라의 사회보험제도 중에는 가장 역사가 길면서도 적용확대의 과정은 매우 지난하였다. 대기업체부터 그것도 종업원 규모와 대상업종을 좁혀서 시작하여 확대하는 과정을 거쳤다. 결국 산재보험이 거의 대부분의 근로자에게까지 적용되는 시점은 가장 늦게 도입된 고용보험과 비슷하게 2000년경이

되어서였다. 1997년의 경제위기를 거치면서 대량해고 사태가 발생하고 구조조정이 본격화되면서 사회안전망의 강화 필요성이 제기되면서 사회보험의 사각지대는 급격히 축소되게 된 것이다. 종업원 규모기준으로 10인 이상 사업장에서 5인 이상 사업장으로 그리고 1인 이상 사업체에게까지 적용, 확대되었다.

2010년 기준으로 근로자들은 평균 고용보험 86.0%, 건강보험과 국민연금이 87.5%, 산재보험 96.8%가 가입한 것으로 조사되고 있다. 결과로 보면 산재보험이 사각지대가 가장 낮은 것으로 나온다. 근로자 중 사회보험 사각지대는 주로 비정규직 근로자에게서 발생된다. 대부분의 비정규직이 각 사회보험에서 거의 50%밖에 적용되고 있지 않다. 따라서 사회보험 사각지대 문제는 비정규직이 중점 관리 대상이 된다. 그렇지만 이 통계는 근로자를 중심으로 조사된 것이기 때문에 영세 자영자와 더 넓게는 소득활동을 하지 않는 일반 국민은 논외로 하고 있다는 점에서 한계가 있다.

근로자만을 대상으로 하는 산재보험과 고용보험의 경우는 이론적으로 사각지대 문제가 해소된 것으로 인식되고 있고, 영세자영업자를 포괄하는 국민연금의 경우 사각지대 문제가 심각한 반면에 건강보험의 경우 비정규직이 직접적으로 건강보험에 피보험자로 가입하고 있지 않더라도 피부양자 자격으로 혹은 지역가입자로 건강보험에 적용받으므로 사실상 모든 국민이 건강보험의 적용대상이 되었다고 할 수 있다. 이는 근로자만을 대상으로 한 사각지대 기준과는 다른 시사점을 준다.

다시 말해서 사회보험의 사각지대를 논할 때 수요자의 입장에서 접근하는 것이 필요하다. 근로자만을 대상으로 하는 사각지대는 행정편의적 접근이라고 할 수 있는 것이다. 그리고 수요자의 입장에서 볼 때도 보험료 납입기준으로 평가하는 것은 오류를 만들 수도 있다. 예들 들면 국민연금의 경우 노후소득보장 기능을 하므로 사각지대에 포함되는냐 여부는 수급기준이 더 중요할 수 있다. 또한 우리나라 국민연금의 경우 1인 1연금을 받게 하는 것이 정책목표인지, 부부 1연금을 받도록 하는 것이 정책목표인지도 불명확하다. 1인 1연금 기준으로는 40년 기준 연금급여율 40%가 적지 않은 것이지만 부부기준으로는 부족할 수 있다. 건강보험도 대부분의 국민이 보호받고는 있지만 막상 보험급여를 받을 때 본인 부담금이 존재하고 급여되지 않는 부분이 있다면 그리고 그 때문에 제때에 치료를 받을 수 없다면 이것은 사각지대 문제로 보아야 하는지 아닌지도 불명확하다. 산재보험만 하여도 근로자가 아닌 농민, 어민 등 자영업자는 재해보장이 필요없는 것인지 근로자성이 애매모호한 보험모집인, 골프장 캐디, 퀵서비스 종사자 등은 현행과 같이 적용할 때 충분한지 등도 검토가 필요하다. 고용보험의 경우도 엄격한 구직급여 상한액이 너무 낮아서 상당수의 근로자는 실업이 되었을 때 퇴직직전의 소득을 유지하는 것이 불가능하다.

현재의 우리나라 사회보험은 소득단위 기준으로 적용이 이루어지고 있어서 소득이 없으면 당연히 적용대상에서 제외된다. 그렇다면 소득이 없으면 국민기초생활보장제도에서 해결하면 되는 것인가? 이렇게 되면 소득이 없는 절반의 국민이 사회보험과 관계없이 국민기초생활

보장제도에서 해결하여야 한다. 그렇지만 이들을 포괄적으로 공공부조로 해결하는 나라는 없다. 기초생활보장제도 입장에서 최저생계비 기준으로 광범한 빈곤계층을 해결한다고 할 때 과연 제도의 건전성이 유지될 수 있을 것인가는 의문이다.

어떻게 보면 사회보험의 사각지대라는 용어 자체가 공급자 중심의 제한된 행정적 용어라고 할 수 있다. 예를 들면 2012년부터 시행되는 사회보험료 지원제도는 저소득근로자에게 도움이 되는 제도이기는 하지만 과연 현재의 사회보험 사각지대 문제를 근본적으로 해소하는 지에는 한계가 있다. 이제는 사각지대라는 개념 이전에 우리나라 국민이 각종의 사회적 위험에 직면했을 때 현재의 사회보험 제도는 어느 정도를 해결할 수 있는가 하는 관점에서 보아야 한다. 그리고 사회보험이 개인의 사회적 위험에 개입한다고 할 때 정부, 기업, 개인의 역할분담을 어떻게 하여야 할 것인지를 분명히 하여야 한다. 현행의 제도는 단순히 누락의 문제만이 있는 것이 아니라 혜택받는 사람의 경우 너무 과대하게 보호하는 경우도 존재한다. 그리고 사회보험과 공공부조간의 역할 분담도 보다 명확히 해야 한다. 이러한 근본적인 문제에 대한 고민이 없으면 부분적으로 제도가 개선된다 하여도 사회적 위험에 대한 국민불안은 여전할 것이다. 물론 사회보험제도 사각지대 문제가 한번에 해결될 수 있는 성격은 아니고 이번 보건복지포럼의 정책제언도 그렇지는 않다. 이번 포럼 원고의 제언들은 제언대로 단기적인 처방으로서 의미가 있고 근본적인 해결책이 마련되기까지는 지속적으로 개선되어야 한다.

우리나라의 사회보험제도는 다른 어떤 선진국보다 빠르게 성공적으로 제도가 자리잡았다는 점에서는 자랑스럽다. 보험료 납입이 용이한 대상자, 즉 소득이 안정적인 사람부터 적용함으로써 정부의 재정부담없이 제도가 원만하게 확대된 것은 분명히 성과라고 할 수 있다. 그렇지만 제도가 어느 정도 성숙되고 이제 완성을 목표로 하는 단계에서는 이제까지의 도입전략이 오히려 문제 해결을 어렵게 만드는 상황이 되고 있다. 더욱이 경제사회적 양극화가 심화되고 보험료 납입능력이 부족한 계층의 비중이 전국민의 30~40%에 이르는 국면에서는 사회보험은 양극화를 더욱 심화시키는 기능을 할 수도 있다. 안정적인 계층은 더 안전하게 하면서 불안정한 계층은 방치되는 결과를 가지기 때문에, 사회보험제도가 궁극적으로 사회통합에 기여하는 것이 아니라 사회갈등을 초래할 수도 있는 것이다. 현재의 보편과 선별, 무상복지의 가능여부 등의 논쟁이 이러한 사회보험의 근본적인 문제점을 해소하는 것이 되어야 함에도 오히려 복지의 우선순위가 흔들리는 방향으로 전개되고 있다는 점에서 우려를 금할 수 없다.

저출산 · 고령화, 저성장 · 양극화 트렌드는 우리의 사회보장 시스템의 근본적인 개혁을 요구하고 있다. 제한적인 급여수준이나 대상 확대가 아닌 국민이 좀 더 안정적으로 살 수 있게 하면서도 지속가능한 제도로의 이행은 지고지난한 길이지만 대한민국이라는 공동체를 더 공고히 하게 위해서는 반드시 해결하고 넘어가야 할 정책목표이다. 이제 미래 한국의 아름답고 행복한 모습을 그려나가야 할 시점이다.

이 달 의 초 점

사회보험 사각지대 개선방안

▶ 의료사각지대 해소 방안 | 신영석

▶ 국민연금 납부율 제고를 위한
취약계층 보험료 지원방안 | 윤석명

▶ 고용보험의 사각지대 개선방안 | 방하남

▶ 산재보험 사각지대 해소 방안 | 윤조덕

▶ 장기요양보험의 사각지대 개선방안 | 선우덕

의료사각지대 해소 방안

Policy Measures of Medical Safety Net for Low-income and Underprivileged Brackets

신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원

저소득 취약계층의 경우 유병률이 높아 스스로 의료비를 감당하기에 한계가 있다. 대내외적인 경제 여건은 여전히 불투명하여 저소득 취약계층의 삶은 그 무게를 더하고 있다. 의료비의 과중함 때문에 최저생계가 유지되지 않거나 최저생계비 이하의 계층으로 전락하는 가구가 증가하고 있어 저소득 취약계층 대상 특단의 의료보장책이 강구되어야 한다. 의료사각지대 해소를 위한 정책 방안으로 먼저 의료안전망 기금의 창설을 들 수 있다. 기금은 복권기금 등 국가의 재원을 통해 설치하되, 지원대상은 실업, 파산, 재난 등 긴급한 상황에 처한 가구, 소득 기준 일정 수준 이하의 가구로 보험료를 체납하고 있거나, 본인부담 의료비(비급여 포함)가 일정 기준(예: 한달에 20만원 이상)을 초과한 가구를 포함하여 대불 방법을 통해 지원 가능하다. 이 밖에 소득 계층별 본인부담 상한제 세분화, 전 국민의 약 5% 대상 보험료 면제 및 비급여 본인부담 보상제 도입 등의 방안이 있다.

1. 문제 제기

1998년 IMF 경제위기를 겪으면서 소득불평등이 심화되었고 그 이후 위기는 진정되었으나 소득불평등 정도는 여전히 지속 · 심화되었다. 더욱이 2008년 하반기부터 발생한 세계적 경제위기는 우리나라에도 현실화되어 영세 자영업자의 줄도산, 폐업의 속출, 실업자 양산 등 사회의 손길을 기다리는 계층이 지속적으로 증가하였다. 2012년 현재 세계적인 경제 여건은 여전이 불투명하다. 따라서 무역의존국인 우리나라의 경제여건도 여전이 안개 속에 있고, 당연이 저소득 취약계층의 삶은 무게에 억눌려 있다.

소득, 교육정도, 직업안정 상태 등에 따라 의료욕구 및 의료욕구에 따른 성취 정도가 달라 기본적인 건강 수준을 유지하는 데도 차별화가 발생하고 유병률의 차이도 현저한 것으로 보고되고 있다. 소득 계층별 부담의 불형평성 문제도 주요 이슈로 제기되고 있다. 특히 의료니드 때문에 빈곤으로 전락할 가능성이 높은 집단은 증가하고 있으나 오늘날 이들에 대한 의료보장제도는 이를 예방 · 대처하지 못하고 있다. 이러한 계층은 가구원이 질환에 노출되면 과중한 의료비 부담(법정 본인부담 및 비급여 본인부담 포함)으로 빈곤으로 전락할 가능성이 커진다. 또한 노인, 장애인, 아동 등 취약계층에 대한 별

도의 의료제도가 존재하지 않고 만성 · 희귀질환자 등 중증질환자들에 대한 보장수준이 낮음으로써 의료서비스의 사각지대가 점증하고 있다. 따라서 저소득 취약계층이 의료비 때문에 빈곤으로 추락하지 않도록 비급여 본인부담을 포함한 의료비 지원 방안의 수립 필요성이 제기되고 있다. 즉, 의료비로 위기에 봉착한 가구에게 의료비를 지원할 수 있는 방안 마련이 필요하다. 기존의 의료급여 등 취약계층 대상 의료제도(본인부담 등)의 보완 필요성도 제기된다. 본고에서는 저소득 취약계층의 의료비 부담 관련 이론을 검토하고 현황 및 문제점들을 분석하여 의료사각지대 해소 방안을 제시하고자 한다.

2. 의료안전망 개념 및 관련 이론

1) 의료안전망 개념

사회안전망(Social Safety Net)이란 빈곤층이나 취약계층(vulnerable groups)을 주 대상으로 소득 또는 지출의 감소 혹은 중단이 발생하는 사회경제적 재앙, 비상사태 등이 발생하는 경우 그들이 어려움을 극복할 수 있도록 개인 또는 가구단위에게 사회적 도움을 주는 모든 제도를 통칭한다. 노령, 질병, 실업, 산재, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 구성원들을 보호하는 사회적 안전장치로써 사회부조, 사회보험제도, 사회복지서비스 및 한시적으로 도입된 보완적 프로그램을 모두 포함한다. 사회안전망 중 질병과 관련된 부분을 의료안전망으로 정의하고자 한다. 따라서 의료안전망은 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하는 것으로 정의할 수 있다.

정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층 중심의 취약계층에게 초점이 모아질 수 있다.

2) 저소득 취약계층에 대한 의료비 관련 이론

소득수준 대비 의료비 부담정도를 측정하는 지표로 과부담 의료비(Catastrophic Health Expenditure)가 정의되고 있다. Wyszewinaski (1986a)는 고액의 치료비용이 가계에 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우 뿐만 아니라 고액의 치료비용은 아니지만 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우도 포함하여야 한다(Wyszewinaki, 1986a)고 주장하였다. Berki(1986)와 Stiglitz(1998)는 '과부담의료비 지출'을 한 가계의 의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준(standard of living) 혹은 일상적 생활수준(customary standard of living)이 위협 받을 때라고 정의하였다.

세계보건기구(WHO, 2000)는 한 가구의 총 보건의료지출 비용을 그 가계의 지불능력(식료품비 제외)으로 나눈 값이 50%를 초과할 경우 의료비지출로 인하여 빈곤화에 빠질 수 있다고 하였다. 그 이후 세계보건기구는 앞의 지표에서 의료비 지출이 40% 초과할 경우가 '과부담상태(catastrophic status)'이어야 한다고 제안한 바 있으나, 각국의 보건의료상황에 따라 그 기준점은 더 높거나 낮을 수 있다고 하였다(Kawabata,

Xu, and Carrin, 2002; Xu et al, 2003). 가계의 직접적인 의료비 지출을 kakwani 지수[1]를 사용하여 소득계층간 형평성을 측정한 연구도 있다(Wagstaff et al, 1999). 선진국이지만 본인부담이 높은 미국의 경우 Feldstein(1971)은 위중한 질환에 대한 사회보험 설계시 한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계를 재정적으로 보호해야 한다고 주장하였으며, 1997년 미국 국회예산처(Congress Budget Office, 1997)는 가구의 연소득중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15% 이상 지출하는 가구를 보호해야 한다고 보고한 바 있다. Devadasan 외(2005)는 가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담 의료비로 정의하였다. 이와 같이 과부담의료비 지출의 측정지표나 기준은 아직 통일되어 있지 않으나 가구단위로 분석하며, 한 가구의 총소득 혹은 총소비 지출을 분모로 하고 건강과 관련된 지출을 분자로 하여 그 비중을 측정하며, 그 기준점은 각 나라가 처한 보건의료정책 상황(context)에 맞게 정하여 연구하는 경향을 띄었다.

위에서 언급한 기존 연구들은 한 가구의 의료비 지출에 영향을 미치는 가장 중요한 변수로 가구의 소득수준을 들고 있다. 그 외 가구 구성원들의 연령구조와 가구주의 취업 상태, 특히 노인, 만성질환자, 장애인 등 의료욕구가 큰 가구원의 존재, 건강상태 등이 의료비 지출에 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다.

3. 의료사각지대 관련 현황, 실태 및 문제점

우리나라 의료안전망은 3단계로 구성되어 있고 그 외에 기타 의료지원사업 및 민간의 모금에 의해 지원되는 보충적 사업으로 구성되어 있다. 의료급여 수급자를 제외한 전국민 대상 건강보험이 1차 안전망이다. 소득인정액 기준 최저생계비 이하의 가구를 대상으로 하는 의료급여제도가 2차 안전망이다. 최후의 안전망으로 긴급하다고 판단되는 경우 1회(예외적으로 2회까지 인정하는 경우도 있음)에 한정하여 최고 300만원까지 지원되는 긴급의료지원제도가 3차 안전망의 역할을 하고 있다. 기타 질환별, 특성별로 지원되는 9개의 의료지원 사업이 있고 보충적으로 민간에서 모금에 의해 지원되는 사업도 있다.

저소득 취약계층의 의료이용 실태를 파악하기 위해서는 차상위 및 차차상위 이하계층 중 의료욕구가 긴요한 계층이 필요한 만큼 의료서비스를 받는 것이 제도적으로 완비되어 있는지를 살펴보아야 한다. 이를 위해서는 모든 대상자들이 자격에서 누락되는 경우는 없는지, 자격은 주어져 있지만 다른 제도적 여건(본인부담가격 등)이 의료서비스를 받는 데 지장을 초래하지 않는지 여부를 검토해보아야 한다. 따라서 아래에서는 자격측면과 급여측면으로 나누어 의료사각지대를 검증하고자 한다.

1) 소득수준별로 보건의료에 지출된 금액의 누적분포지수(concentration index of payment)와 지니계수로(Gini coefficient)로 정의되는 보건의료비 지출 이전 소득의 누적분포지수간의 차이로서, 보건의료부문의 지불능력에 있어 누진적으로 재원이 조달되었는지를 측정함.

표 1. 의료안전망의 개요

구분	대상		주요사업
1차	전 국민		건강보험제도
2차	의료급여수급자		의료급여제도
3차	긴급 자격에 해당하는 자		(진료비 중심 지원) 긴급의료비 지원
기타	공적지원	건강증진기금	(질환 중심 지원) – 희귀난치성 질환 – 소아 및 아동 암 환자 – 성인 암환자 – 미숙아 및 선천성 이상아 – 노인의치 – 노인 개안 및 망막증 수술지원
		일반회계	(특정 계층 중심 지원) 장애인 의료비지원 외국인 의료비지원 차상위 대상자 본인부담 지원
	민간 의료비지원사업		– 희귀난치성, 소아암, 백혈병, 혈우병 – 어린이, 장애인, 노인

1) 자격 측면

법적으로 의료급여 수급권자(국민기초생활 보장 수급자, 인간문화재, 의사상자 등 기타 대상자, 특례법에 의한 의료급여 특례 수급자)를 제외하고 전 국민은 건강보험 가입자이므로 자격측면에서 우리나라 의료보장체계는 공고하다 할 수 있다. 다만 6[2]개월 이상 보험료를 체납하고 있는 약 160만[3] 건강보험 가입세대의 경우 급여를 제한받기 때문에 의료보장체계로부터 벗어나 있다. 또한 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 의료의 실질 사각지대에 놓여있는 계층이 상당 수에 이르고 있는 것으로 추정된다.

국민건강보험공단의 실태조사 결과를 현재의 체납세대 수에 그대로 적용하면 6개월 이상 체납하고 있는 160만 세대 중 80.7%인 약 129만 세대가 생계형 체납이고 나머지 31만 세대는 자발적 체납세대로 분류할 수 있다. 즉 자격측면에서 129만 세대(310만 명)[4]와 주민등록 말소자의 경우 긴요한 의료욕구가 발생해도 이를 해결하기 어려운 처지에 놓여있다.

2) 2008년부터 3개월 이상 체납에서 6개월 이상 체납으로 바뀌었음.
3) 2011년 8월말 기준: 건강보험공단 내부자료
4) 부양률 1.4 적용 추산

2) 급여 측면

급여 측면에서 저소득층의 의료이용 실태를 파악하기는 대단히 어렵다. 건강보험과 의료급여제도 모두 법정급여 범위 내에서 본인부담률을 정하고 있기 때문에 비급여(법정 비급여 또는 임의 비급여)부분을 정확히 파악하는 것은 불가능하다. 즉 비급여 포함 환자의 실질 본인부담 규모를 파악하기가 어렵다. 더욱이 소득수준별 의료지출 비용을 측정하기는 대단히 어렵다. 그러나 국민건강보험공단 연구원에서 간접조사 방법에 의해 본인부담정도를 측정하고 있다. 이를 통해 간접적으로 의료비 부담 정도를 파악할 수 있을 것이다. 그 외 가계조사연보를 활용하여 소득 계층별 의료비 실태를 파악할 수 있다.

(1) 본인부담 실태조사 결과

요양기관 실태조사를 통한 국민건강보험공단의 「2010년도 건강보험환자의 진료비 실태조사」 연구가 최근 6개 년도를 시계열적으로 분석하고 있다. 국민건강보험공단의 연구에 의하면 2010년의 보장률은 62.7%로 나타났다. 2005년에 61.8%에서 2006년 64.3%, 2007년 64.6%로 향상되다가 2008년에 62.2%로 감소하였고 2009년에 64%로 다시 상승하였으나 2010년도에 62.7%로 다시 하락하였다. 법정 급여범위내 본인부담률이 일부 감소하고 비급여의 상당부분이 급여화 되는 등 보장성 확충을 위한 노력이 경주되고 있으나 비급여가 더 빨리 증가하여 전체적인 보장율은 정태상태에 있는 것으로 보인다. 그나마 다행인 것은 암, 심장질환, 뇌혈관질환 등에 대한 본인부담율이 인하(10%에서 5%로)되어 산정특례대상 질환의 건강보험 보장율은 2010년의 경우 71.4%로 전년의 67.8%에 비해 개선된 것으로 나타나고 있다.

<표 2>와 같은 본인부담진료비 분석은 전체적으로 제도의 본인부담 정도는 파악할 수 있으나 소득 수준별 의료비 부담은 파악하기 어렵다. 질환에 따라 수백만 원의 본인부담이 있는 경우도 있지만 경제적 능력이 충분하다면 문제가 되지 않는다. 반대로 본인부담 의료비가 미미한 수준이라 할지라도 가계단위에서 부담을

표 2. 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
건강보험 보장률	61.8	64.3	64.6	62.2	64.0	62.7
법정본인 부담률	22.5	22.4	21.9	22.6	22.7	21.3
비급여본인 부담률	15.7	13.3	13.5	15.2	13.3	16.0

주: 1) 보장률은 전체 의료비 중 보철비, 첩약비, 일반 매약비, 성형 등은 제외하고 건강보험에서 부담하는 급여비가 차지하는 비율

건강보험 보장률 산출식: $\frac{\text{건강보험급여비}}{\text{건강보험급여액} + \text{법정본인부담액} + \text{비급여본인부담액}} \times 100$

자료: 국민건강보험공단 보도자료, 2012. 2. 8

표 3. 본인부담 산정특례대상 질환 건강보험 보장률

(단위: %, %p)

구분	산정특례대상 대상 질환 전체	암	뇌혈관질환	심장질환	희귀난치성질환
2010년(A)	71.4	70.4	66.1	69.2	74.6
2009년(B)	67.8	67.9	60.9	63.8	68.4
증감률(A-B)	3.6	2.5	5.2	5.4	6.2

자료: 국민건강보험공단 보도자료, 2012. 2. 8

느낀다면 이는 별도의 대책이 강구되는 부분이기도 하다.

(2) 가계조사연보를 활용한 소득분위별 보건의료비 지출 실태

가계조사는 농가, 어가, 단독가구, 가계수지 파악이 곤란한 가구 및 외국인 가구를 제외한 전국에 거주하는 가구를 대상으로 표본가구로 선정된 조사대상 가구에 대하여 매월 조사표(가계부)를 배부하여 매일 매일의 수입과 지출에 관한 금액과 품목 명을 직접 가계부에 기입하는 기장방식을 택하고 있다. 농어가 등 일부 계층이 누락되어 전국을 대표하기는 다소 어려우나 경향치를 파악하기에는 충분할 것으로 판단된다.

소득이 가장 열악한 1분위는 소득대비 보건의료비 및 건강보험료 지출비중이 거의 20%를 육박하고 있고 소득이 가장 높은 10분위는 5% 이하의 소득을 의료비로 지출하고 있다. 가계조사연보는 가구별 자료로 구축되지 않아 분위별 의료비 과부담 가구 비율을 구하지 못했다.

3) 저소득 계층의 의료이용 실태 관련 문제점

저소득 계층 대상 의료보장체계의 문제점은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 약 129만 가구(약 310만 명-비자발적 체납자)의 건강보험 체납자와 주민등록 말소자들은 자격측면에서 원천적으로 의료보장체계에서 벗어나 있다. 둘째, 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 약 19%(건강보험자료-2008년)[5]에 이르고

표 4. 소득분위별 보건의료비용 실태(2007년)

(단위: 원, %)

분위수	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	합계
(보건의료비+건강보험료)/평균소득	19.76	9.26	7.53	7.04	6.66	5.99	5.88	5.45	5.53	4.74	5.50

자료: 신영석 외(2010). 건강보험의 정책현황과 과제, 한국보건사회연구원.

있다. 즉 현행 의료보장체계의 보장성이 약하여 의료비 때문에 생계에 지장을 받는 국민이 약 900만 명을 넘고 있다. 셋째, 자격측면에서 그리고 급여측면에서 의료보장체계로부터 벗어나 있는 저소득 취약계층에 대한 제도적 장치가 미흡하다. 또한 그나마 존재하는 의료지원제도들이 제각각 예산형편에 따라 임시 방편적으로 설계되어 체계적이지 못하다. 예를 들면, 경제적 능력은 없지만 긴급한 의료욕구가 발생하여 응급실을 이용해야 하고 지속적으로 입원 치료가 필요한 경우, 우선 응급대불제도를 이용할 수 있을 것이다. 응급상황이 종료되면 입원가료가 필요하지만 비급여가 과도하여 본인이 부담할 능력이 안된다. 이런 경우 2005년에 입법된 긴급구호제도 중 긴급의료제도를 이용할 수 있을 것이다. 그러나 긴급의료제도를 이용하고자 하여도 소득이 최저생계비의 150%를 넘거나, 재산이 있으면(대도시: 135백만원, 중소도시: 85백만원, 농어촌: 7,250만원)[6] 이용할 수 없다. 우선 치료를 받게 하고 지불능력이 안되는 계층에게는 년차적으로 상환할 수 있는 제도적 장치가 미흡하다.

기타 의료지원제도의 경우 기존의 의료체계가 충분한 급여를 보장하지 못해 부분적으로 의료욕구가 긴요한 환자나 특성별 계층에게 9개의 의료비 지원사업을 통하여 의료비를 지원하고 있다. 그러나 9개의 사업별 대상자 선정기준 및 지원 내용이 상이하고 개별사업별 관리운영으로 사업운영의 비효율이 내재되어 있다. 기존의 의료안전망이 불비하여 개별적으로 지원사업이 시행되었으나 현재는 의료안전망이 제 역할을 찾아가는 즈음이기 때문에 개별사업을 통합·운영하여 제도의 효율성을 제고함은 물론 의료안전망 내에서 위상을 재정립할 필요가 있다.

4. 의료 사각지대 해소 방안

사회보험은 사회연대성 원리를 기반으로 한다. 더욱이 건강보험은 다른 보험과 달리 소멸성 단기보험이기 때문에 연대성 원리에 더욱 충실할 필요가 있다. 우리나라 국민의료비는 2010년 기준 GDP의 6.9%로 OECD 평균인 8.9%에 많이 못 미치고 있다. 더욱이 공공부문의 비중은 약 58%에 머무르고 있어 향후 우리나라는 의료보장제도(건강보험과 의료급여제도)가 그 역할을 강화해야 한다. 역할 강화를 위한 방안은 다음과 같은 원칙하에서 수립되어야 한다. 첫째, 재원이 허락하는 범위내에서 보장을 충분하게 해야 한다. 둘째, 재원은 한정되어 있기 때문에 효율적으로 사용되어야 한다. 필요없는 누수, 남용의 여지를 원천적으로 제거해야 한다. 대상자간 형평성 유지도 중요한 원칙이다. 급여 수급 여부는 공정한 원칙하에서 이루어져야 한다. 넷째, 어떠한 제도도 관리가 비교적 용이해야한다.

의료사각지대 해소 방안으로 다음 두 종류의 Option 중 하나를 택해서 시행할 것을 제안하고

5) 신영석 외(2010). 건강보험의 정책현황과 과제, 한국보건사회연구원.
6) 2011년도 긴급지원사업 안내

자 한다. 첫 번째 Option은 의료안전망 기금의 창설을 통해 의료사각지대를 해결하는 방안이다. 기금의 구성, 지원대상 선정 및 운영방법은 아래와 같다. 기금은 복권기금 등 국가의 재원을 통해 설치한다. 지원대상은 실업, 파산, 재난 등 긴급한 상황에 처한 가구, 소득 기준 일정 수준 이하의 가구로 보험료를 체납하고 있거나, 본인부담 의료비(비급여 포함)가 일정 기준(예: 한달에 20만원 이상) 초과한 가구를 포함한다. 지원 방법은 대불하되 분할 납부할 수 있도록 하고 일정기간(예: 3년)후 상환 능력이 없는 것으로 판단되는 가구는 결손 처분한다.

두 번째 Option은 다음과 같은 지원 제도를 패키지 형태로 묶어서 신설한다. 첫째 취약계층의 본인부담 의료비 완화 방안이다. 현재 시행중인 건강보험 소득 계층별 본인부담 상한제(법정 급여 범위내)를 보다 세분화하여 적용할 것을 제안한다. 소득 기준 하위 50% 이하에게 일률적으로 적용되고 있는 본인부담 상한제의 소득 구간을 세분화하여 30% 이하의 계층에게는 본인부담 상한선을 100만원으로 인하하고 동시에 소득 계층별 본인부담 차등제를 도입하여 서민들의 의료비 부담을 완화(2009년 기준 약 4,540억 원 소요)할 필요가 있다. 예를 들어 소득 기준 하위 20%에게 입원의 경우 현행 20%에서 15%로, 외래의 경우 현행 30%에서 20%로 경감함으로써 과부담 의료비 가구의 의료비 부담을 줄여줄 것을 제안하고자 한다.

둘째, 취약계층을 대상으로 보험료 면제를 제안한다. 경상 소득 기준 최저생계비 이하의 계층 중 의료급여 수급자가 아닌 사람들(전 국민의 약 5%)에게 건강보험 보험료를 면제(약 2,200억 원 정도 소요)할 것을 제안한다. 최저생계를 유지하기 어려운 소득자이지만 부양의무자 조건, 재산의 소득 환산제 등 때문에 의료급여 수급자가 되지 못한 계층에게 보험료를 면제하여 이들의 경제적 부담을 완화하고 의료접근성을 제고할 필요가 있다.

셋째, 비급여 본인부담의 경우 비급여 본인부담 보상제 도입을 권고하고자 한다. 상급 병실료 차액 및 선택 진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 일정액 이상(예: 30일 기준 30만원) 초과분에 대해 50%를 보상하되 우선 본인이 부담하고 사후적으로 신청에 의해 의료급여 수급자의 경우 즉각 상환하고 건강보험가입자의 경우 보험료 수준(예: 전국민 기준 하위 20% 이하)에 따라 상환여부를 결정한다. 다만 비급여 본인부담 보상제는 당분간 공공의료기관 진료의 경우에 한정하여 실시할 필요가 있다. 공공의료기관에 우선 적용하는 것은 현실적으로 비급여 부분이 요양기관마다 천차만별이기 때문

표 5. 본인부담 상한제 개편 방안

현행	개편(안)
– 소득 기준 하위 50%: 200만원 – 소득 기준 상위 50~80%: 300만원 – 소득 기준 상위 80% 이상: 400만원	– 소득 기준 하위 30% 이하: 100만원 – 소득 기준 하위 30~50%: 200만원 – 소득 기준 상위 50~80%: 300만원 – 소득 기준 상위 80% 이상: 400만원

이다. 우선 공공의료기관부터 적용한 후 비급여 항목별 기준 상대가치가 결정되면 민간부분도 적용 가능할 것으로 판단된다. 민간부분의 경우 보상률을 50%보다 낮게(예: 30%) 적용할 수도 있을 것이다. 비급여 부분에도 본인부담 상한제를 도입하는 것이 보장성 강화를 위해 반드시 필요하나 상한제가 도입되면 도덕적 해이 현상이 심각할 것으로 우려되어 이는 향후 추이를 보고 검토할 과제이다. 즉 상한제 한계부분에 이르게 되면 필요이상의 처치, 필요이상의 장기 입원 등 공급자 및 수급자 양쪽 모두 도덕적 해이가 만연할 우려가 있다.

위에서 제안한 방향으로 의료복지 증진 방안이 새롭게 강구되면 현행 공적 의료지원사업도 개편되어야 한다. 기존 의료비 지원사업은 개별 제도별 고유의 특성을 살리되 제도 시행 초기와 환경이 달라진 사업은 대상자 선정, 급여 크기 등을 재조정해야 한다. 일반회계로 지원되는 긴급지원사업과 응급의료기금을 활용하고 있는 응급의료비 대불사업은 사업별 특성이 차별화 됨으로 현행상태를 유지한다. 일반회계로 지원되는 장애인 의료비 지원사업은 의료급여 2종 장애인을 대상으로 의료급여 1종과 법정 본인부담금 차액을 지원하고 있으므로 의료급여 2종 대상자 중 장애인을 1종으로 전환하고 동시에 예산도 의료급여예산에 편입한다. 외국인 등 의료비 지원사업은 성격이 긴급의료지원과 거의 유사함으로 예산을 긴급지원으로 전환하고 급여 내용도 긴급지원에 준하여 지원하는 것으로 개편한다. 건강증진기금으로 지원되는 희귀질환자 및 암환자(소아, 아동, 성인) 대상 의료비 지원사업은 통합하여 대상자 및 지원 내용을 단일화할 필요가 있다. 최근 희귀질환자 및 암환자를 대상으로 건강보험권에서 법정 본인부담률을 인하(법정급여범위 내에서 5%)하였으므로 현재 상태에 맞게 급여 내역을 재조정해야 하는 것이다. 미숙아 및 선천성 이상아 지원, 노인 개안 및 망막증 수술, 노인의치 지원 사업은 사업별 특성이 현저함으로 현행 상태를 유지한다. 동시에 중복과 누락 방지 등 제도의 효율화를 기하기 위해 기존 의료보장제도 내의 조직(예: 국민건강보험공단)을 활용하여 전달체계 및 관리운영체계를 일원화할 필요가 있다.

국민의료비 중 공공의료비 비중이 약 58%(2010년 기준)에 머무르고 있고 공단의 진료비 실태조사에서도 보장률이 지난 5년 동안 62%에서 64% 범주를 벗어나지 못하는 것으로 나타났다. 보장성 확대에 대한 국민적 욕구가 있지만 신의료기술, 신약 등 비급여 부분이 못지않게 확대되고 있으므로 빠른 시일내에 보장성을 획기적으로 향상시키기는 어렵다. 이러한 상황에서 저소득 취약계층 특히 의료사각지대에 놓여있는 저소득층이 중증질환에 이환되면 생계를 유지하기 어려운 상황에 처한다. 1인당 국민소득이 2만불을 넘은 오늘날 의료비 때문에 생계가 위협받고 의료비 때문에 최저생계비 이하로 전락하는 가구가 발생해서는 안된다. 의료사각지대에 대한 특단의 대책(위에서 제시한 것처럼)이 마련되어 모든 국민에게 실질적 의료보장체계가 완비되기를 기대해본다. 보건복지

국민연금 납부율 제고를 위한 취약계층 보험료 지원방안

A Study on the Measures to Subsidize the Vulnerable Group in National Pension Scheme to Improve the Contribution Rate

윤석명 한국보건사회연구원 연구위원

본 논문에서는 소득수준이 낮은 취약계층에 대한 보험료 지원을 통한 국민연금 가입률 제고방안을 모색하고 있다. 실질적인 의미에서 전 국민에게 국민연금제도가 적용되지 않을 경우 장기적으로 노후빈곤문제 해소차원에서 더 많은 노후소득보장 비용이 소요될 수 있다는 측면에서 취약계층에 대한 보험료지원을 통해 노후소득원을 확보하도록 할 필요가 있기 때문이다. 특히 대표적인 취약계층인 저소득 지역가입자의 국민연금 보험료 일부를 지원하는 제도를 도입할 경우, 이러한 조치가 없을 경우 발생할 가능성이 높은 다수의 '무연금' 및 '저연금자'를 최소화시킴으로써 장기적인 관점에서 이들의 노후를 보장하기 위해 소요될 재정절감효과가 기대된다.

1. 문제제기

1988년 10인 이상 사업장을 대상으로 도입된 국민연금제도는 점진적인 제도 확대과정을 거쳐 1999년 4월 도시지역 자영자에게도 제도가 적용됨에 따라 이른바 전 국민 연금시대를 맞이하게 되었다. 이처럼 단기간 내에 전 국민 연금시대를 맞이한 것은 전 세계적으로도 유래를 찾아보기 어려워 다른 국가들로부터 부러움을 사고 있는 것도 사실이다.

이처럼 외형적인 측면에서의 급속한 제도확대 이면에는 어두운 면도 적지 않은 것이 우리 국민연금의 현실이다. 본인이 보험료를 납부하여야만 연금을 수급할 수 있는 사회보험방식제도로 운영되는 국민연금의 가입자 상당수가 여러 가지 이유로 인해 보험료를 납부하지 못하고 있기 때문이다. 전체 국민연금 가입 대상자 1,961만명 중 487만명이 납부예외로 분류되어 보험료를 납부하지 않고 있으며[1], 보험료를 납부하던 가입자도 경제적 어려움 등의 이유로 보험료를 체납하는 경우가 빈번하게 발생하고 있다. 이러한 현상을 그대로 방치할 경우 이들 대부분이 무연금 또는 저연금자로 전락하게 되어 노후빈곤 등에 기인한 노후소득 양극화가 불가

1) 가입자수와 납부예외자수는 2011년 8월 기준 자료임.

피한 실정이다.

최근 들어서는 2008년 발생한 전 세계적인 금융위기로 인한 소득 양극화 심화로 인해 중산층 이하 저소득층이 경제적으로 많은 어려움을 겪고 있어 국민연금 보험료 납부에 대한 물질적 · 정신적 고통을 호소하고 있다. 당장 먹고 살기도 어려운 현실 하에서 먼 미래를 내다보고 국민연금 보험료를 납부하라는 정책당국의 조치에 대해 저소득 국민연금 가입자들이 적지 않은 거부감을 느끼고 있기 때문이다.

이러한 문제의식 하에 본 논문에서는 소득수준이 낮은 취약계층에 대한 보험료 지원을 통한 국민연금 가입률 제고방안을 모색해 보고자 한다. 이미 2009년에 수행했던 연구(윤석명 외, 2009)[2]에서 저소득층에 대한 국민연금 보험료 지원제도의 도입 필요성을 강조하였다. 이유인즉 취약계층을 그대로 방치할 경우, 이들 대다수가 공적소득보장제도로부터 배제되는 것이 불가피 하며, 이러한 예측이 현실화되었을 경우 정책당국이 선택할 수 있는 정책대안은 두 가지가 될 것이다. 취약계층을 그대로 방치하여 이들이 노후 빈곤층으로 전락할 경우 국민기초생활보장제도 수급자가 되는 것이고, 다른 하나는 점증할 사회적 압력으로 인해 이들을 포함한 더 넓은 집단의 노인을 대상으로 하는 무기여 방식의 보편적인 기초연금을 도입하는 것이 될 것이다. 전자의 경우 사회정책적인 측면에서 적지 않은 비판에 직면할 것이고, 후자의 경우 역시 적정한 수준의 급여를 지급할 경우 예상되는 막대한 재원소요로 인해, 저출산 · 고령사회에서 후세대의 부담을 가중시킨다는 측면에서 재정적인 측면에서의 지속가능성이 위협받게 될 것이다(윤석명 외, 2010).[3]

이러한 측면들을 종합적으로 고려할 경우 취약계층에 대한 정부의 보험료 지원이 지금 당장은 적지 않은 재정이 소요되나, 취약계층 본인의 노력을 전제로 투입된다는 점에서 사회정책적인 측면과 함께 장기적인 관점에서의 재정절감 측면에서도 매우 의미있는 정책이 될 수 있을 것으로 판단된다. 이러한 정책적 판단 하에 본 연구에서는 취약계층에 대한 국민연금 보험료 지원방안을 논의하고자 한다. 이에 앞서 국민들의 노후준비에 대한 인식 및 주요 노후준비 수단에 대한 실태조사를 검토해보도록 한다.

2. 노후준비 실태 및 인식과 국민연금 가입현황

1) 연령별 노후준비 실태 및 인식

국민연금 보험료 지원 방안을 본격적으로 논의하기에 앞서 본 장에서는 윤석명 외(2011)[4]의 다층노후소득보장 실태조사의 결과를 활용하

2) 윤석명 외(2009). 저소득 지역가입자에 대한 국민연금 보험료 지원방안 연구, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

3) '윤석명 외(2010). 기초노령연금 선정기준 연구, 보건복지부 · 한국보건사회연구원'에 따르면, 현재의 기초노령연금을 그대로 유지할 경우(65세 이상 노인 70%에 대해 2028년까지 국민연금 가입자 평균소득(A값)의 10%까지 급여를 인상하는 것을 의미) 2070년 급여지출액이 GDP 대비 3.1%에 달할 것으로 전망되며, 일부에서 주장하는 보편적인 기초연금제도 도입시, 즉 65세 이상 노인 모두에게 기초노령연금을 지급할 경우에는 급여 지출액이 2070년 기준으로 GDP 대비 4.5%에 달할 것으로 전망됨.

4) 윤석명 외(2011). 다층노후소득보장체계 구축을 위한 국민연금 등의 실태조사 및 분석연구, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

여 연령에 따른 노후준비 실태를 살펴보고자 한다. 윤석명 외(2011)의 실태조사에서는 노후준비를 국민연금, 저축, 개인연금(생명보험 등 포함), 퇴직연금, 노후대비 부동산 구입 등을 통해 노후를 대비하는 것으로 정의하고 있다. 이러한 정의에 따라 연령별 노후준비 여부를 살펴보면 전체적으로 노후준비를 하고 있는 비중이 70.5%로 높게 나타났다. 구체적으로 60세를 제외하고는 각 연령별로 60% 이상의 응답자가 노후준비를 하고 있는 것으로 나타났다. 반면 노후준비가 가장 필요한 60세의 경우 19.4%만이 노후를 준비하고 있는 것으로 나타났다.

다음으로 노후소득보장의 근간이 되는 국민연금 가입실태가 연령별로 어떠한 차이가 있는지 살펴볼 필요가 있다. 실태조사 결과 60세를 제외하고는 연령별 차이가 크지 않았다. 구체적으로 30대 · 40대 · 50대의 경우 납부자의 비중이 모두 55% 이상으로 높게 나타난 반면 60세의 경우에는 적용제외자의 비중이 83.9%로 가장 높게 나타났다.

표 1. 노후준비 여부(연령별)

(단위: %, 명)

구분	노후준비 하고 있음	노후준비 하고 있지 않음
30~39세	73.6	26.4
40~49세	66.0	34.0
50~59세	73.9	26.1
60세	19.4	80.6
합계(응답자수)	70.5(2,132)	29.5(894)

자료: 윤석명 외(2011)의 실태조사 결과에 입각하여 분석한 결과임.

표 2. 국민연금 가입실태(연령별)

(단위: %, 명)

구분	연금가입				적용제외자
	합계	납부자	납부예외자	체납자	
30~39세	94.4	61.7	27.3	5.4	5.7
40~49세	89.9	57.5	30.5	1.9	10.1
50~59세	87.9	66.1	21.3	0.5	12.1
60세	16.1	10.7	5.4	0.0	83.9
합계 (응답자수)	89.9 (2,721)	61.2 (1,852)	26.2 (794)	2.5 (75)	10.2 (308)

자료: 윤석명 외(2011)의 실태조사 결과에 입각하여 분석한 결과임.

취약계층에 대한 보험료 지원방안을 논의하기 위해서는 노후준비를 누가 주체적으로 준비하느냐에 대한 인식조사에 대한 정보가 필요하다. 이에 대한 연령별 분석 결과에 따르면, 30대는 주로 본인이 준비하고 나머지는 국가가 지원해야 한다는 응답이 47.7%로 가장 높았고 40대 · 50대 · 60대는 전적으로 본인이 준비해야 한다는 응답이 각각 45.4%, 43.9%, 74.2%로 가장 높게 나타났다. 응답 비중의 차이는 있었지만 노후준비는 전적으로 본인이 준비해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타나고 있어, 국가가 보험료를 지원할 경우 이에 대한 정책효과가 크게 나타날 수도 있을 것으로 예상된다.[5)]

한편 노후준비를 하는데 있어 중요하다고 생각되는 수단에 대해 연령별로 살펴보면 30대는 저축이 40.0%로 가장 높았고 40대 · 50대 · 60

표 3. 노후준비 주체(연령별)

(단위: %, 명)

구분	전적으로 본인	주로 본인 나머지 자녀	주로 본인 나머지 국가	자녀 및 가족	국가	기타
30~39세	45.4	3.9	47.7	0.4	2.6	0
40~49세	45.4	3.5	41.4	0.6	9.0	0.1
50~59세	43.9	4.9	43.4	1.4	6.4	0
60세	74.2	3.2	22.6	0	0	0
합계	45.2	4.1	43.8	0.8	6.1	0.1
(응답자수)	(1,368)	(123)	(1,326)	(24)	(185)	(1)

자료: 윤석명 외(2011)의 실태조사 결과에 입각하여 분석한 결과임.

표 4. 노후준비 수단(연령별)

(단위: %, 명)

구분	국민연금	민간연금	저축	부동산 및 주식투자	자녀부양에 의존	기타
30~39세	30.9	13.0	40.0	14.3	0.1	1.6
40~49세	40.6	11.5	34.3	9.0	2.9	1.8
50~59세	52.8	8.5	29.7	5.8	1.4	1.7
60세	50.0	0	40.6	0	0	9.4
합계	41.8	10.9	34.6	9.5	1.5	1.8
(응답자수)	(1,264)	(329)	(1,047)	(287)	(46)	(54)

자료: 윤석명 외(2011)의 실태조사 결과에 입각하여 분석한 결과임.

5) 연령별로 분석한 결과이므로 소득이 낮은 취약계층의 경우 이보다 정책호응도가 낮을 가능성이 높음.

대는 국민연금이 중요한 수단이라고 각각 40.6%, 52.8%, 50.0%의 응답자가 인식하고 있었다. 30대의 경우 다양한 수단을 통해 노후를 준비하려는 경향이 있으며 연령이 높아질수록 안정적인 수단을 활용하여 노후를 준비하려는 인식이 높은 것으로 보인다.

2) 근로 빈곤층의 노후준비 실태 및 인식

본 절에서는 근로빈곤층 즉 사회보험 사각지대로 불려지는 임시직 · 일용직 · 자영업자의 노후준비 실태에 대해 살펴보고자 윤석명 외(2011)의 다층노후소득보장 실태조사 결과를 분석하였다. 윤석명 외(2011) 실태조사에서 임금근로자는 상용직 1,310명, 임시직 332명, 일용직 374명으로 조사되었고, 비임금 근로자 중 고용주는 96명, 자영업자는 596명으로 나타났다.

이들의 노후준비 실태를 임금근로자의 경우 임시직 · 일용직은 상대적으로 근로환경이 안정적인 상용직과의 비교를 통해, 비임금근로자인 자영업자는 고용주와의 비교를 통해 살펴보고자 한다. 먼저 노후준비 여부를 살펴보면 상용직과 고용주는 각각 97.7%, 91.8%가 노후준비를 하고 있다고 응답한 반면, 임시직은 59.6%, 일용직은 25.0%만이 노후준비를 하고 있었고 자영업자의 경우 66.2%가 노후준비를 하고 있는 것으로 나타났다.

다음으로 노후를 준비하는 주체에 대한 인식을 조사한 결과, 임시직과 일용직은 주로 본인이 준비하고 나머지는 국가가 지원해야 한다는 응답이 각각 40.5%, 47.5%로 가장 높게 나타났고 그 외에 상용직, 고용주, 자영업자는 전적으로 본인이 준비해야 한다는 인식이 가장 높은 것으로 나타났다. 사회보험의 취약계층이라고 할 수 있는 임시직과 일용직, 자영업자는 노후준비를 주로 본인이 준비해야 한다고 인식하고 있지만 일정부분은 국가의 지원이 필요하다고 인식하고 있었다.

한편 노후준비를 위한 중요한 수단으로 임시직과 일용직은 저축이 가장 높은 비중을 차지하였고 그 외에 상용직과 고용주, 자영업자는 국민연금을 노후준비를 위한 가장 중요한 수단으로 꼽았다. 임시직 · 일용직 · 자영업자 또한 국민연금을 중요한 노후준비 수단으로

표 5. 노후준비 여부(종사상 지위별)

(단위: %, 명)

구분		하고 있음	하지 않고 있음	합계(응답자수)
임금 근로자	상용직	97.7	2.3	100.0(1,310)
	임시직	59.6	40.4	100.0(332)
	일용직	25.0	75.0	100.0(373)
비임금 근로자	고용주	91.8	8.2	100.0(97)
	자영업자	66.2	33.8	100.0(596)

자료: 윤석명 외(2011)의 실태조사 결과에 입각하여 분석한 결과임.

표 6. 노후준비 주체(종사상 지위별)

(단위: %, 명)

구분		전적으로 본인	주로 본인 나머지 자녀	주로 본인 나머지 국가	자녀 및 가족	국가	기타	합계 (응답자수)
임금 근로	상용직	47.8	3.7	45.2	0.7	2.5	0	100.0(1,309)
	임시직	34.2	5.4	40.5	1.2	18.6	0	100.0(333)
	일용직	37.5	5.1	47.5	1.3	8.6	0	100.0(373)
비임금 근로	고용주	58.3	4.2	37.5	0	0	0	100.0(96)
	자영업자	52.1	2.8	41.4	0.5	3.0	0.2	100.0(597)

자료: 윤석명 외(2011)의 실태조사 결과에 입각하여 분석한 결과임.

인식하고 있으나, 현실적으로는 보험료를 납부하지 못하고 있어 이에 대한 지원책이 필요한 것으로 보인다.

이상의 실태조사 결과가 시사하는 바와 같이 상당수 국민들이 자신의 힘으로 노후를 준비하여야 한다고 생각하나, 본인의 힘만으로 노후준비가 어려울 경우 국가의 도움이 필요하다고 응답하고 있어 정부의 취약계층에 대한 보험료 지원정책은 상당한 타당성을 확보하고 있다고 판단된다. 이와 함께 연령이 높아질수록 국민연금 제도를 중요한 노후준비 수단으로 인식하고 있다는 점에서 취약계층에 대한 정부의 보험료 지원방안은 상당한 설득력이 있는 정책수단이 될 것으로 추정된다.

3) 국민연금 가입현황

국민연금의 가입자 추이와 규모를 살펴보면, 2011년 8월말 국민연금 전체 가입자수는 약 1,961만명이며, 이 중 당연적용 대상자(사업

표 7. 노후준비 수단(종사상 지위별)

(단위: %, 명)

구분		국민연금	민간연금	저축	부동산 및 주식투자	자녀부양에 의존	기타	합계 (응답자수)
임금 근로	상용직	47.7	10.4	28.7	10.1	0.1	3.1	100.0(1,310)
	임시직	36.9	7.3	39.6	6.6	8.5	1.2	100.0(332)
	일용직	32.1	12.8	43.0	9.4	2.7	0	100.0(374)
비임금 근로	고용주	43.9	12.2	36.7	6.1	1.0	0	100.0(96)
	자영업자	39.3	13.4	34.9	11.6	0.3	0.5	100.0(597)

자료: 윤석명 외(2011)의 실태조사 결과에 입각하여 분석한 결과임.

장 · 지역가입자)는 1,941만명(전체가입자의 99%)이다. 가입자 규모는 1999년 4월 도시지역 확대 적용시 약 200만명이 증가하였고 이후 조금씩의 증가 추세가 이어지고 있다. 당연가입자는 통계청이 파악하고 있는 우리나라 총 경제활동인구(2011년 8월 기준으로 약 2,213만명[6]) 대비 87.7%에 상당하는 규모이다.

3. 취약계층별 국민연금 보험료 지원방안

1) 정부의 영세사업장 저소득 근로자 및 사용자에 대한 보험료 지원사업(안)

보험료 지원을 통해 영세사업장의 저소득근로자와 사용자의 재정부담을 완화하고 미가입자에 대한 가입을 촉진하자는 취지에서 정부는 2012년부터 영세사업장 저소득 근로자 및 사용자에게 사회보험료를 지원하는 제도를 도입하였다. 사업개요를 살펴보면 10인 미만 사업장의 최저임금 120%(월 125만원) 이하 근로자와 사업주에 대하여 임금수준에 따라 기여금과 부담금을 차등 지원하는 것이다. 구체적으로 최저임금 미만(월 104만원) 근로자에 대해서는 근로자와 사용자 부담분 각각에 대해 1/2을 지원하고, 최저임금 120% 이하(125만원) 근로자에 대해서는 근로자와 사용자 부담분 각각에 대해 1/3을 지원하는 내용이다.

2012년 2월부터 16개 기초단체에서 준비사업을 시행한 후 2012년 7월부터는 전국을 대상으로 본격적으로 사업을 시행할 예정이다. 이를 위해 2012년에는 국민연금 보험료 지원에 2,075억원, 고용보험 보험료 지원에 379억

표 8. 국민연금의 가입자 추이와 구성

(단위: 천명)

연도별	총가입자 (가+나+다+라)	당연적용 가입자수(가+나)	사업장 가입자(가)	지역가입자			임의 가입자(다)	임의계속 가입자(라)
				계(나)	농어촌	도시		
1988.12	4,433	4,431	4,431	–	–	–	1.4	0.3
1995.12	7,497	7,432	5,542	1,890	1,890	–	49	16
2000.12	16,210	16,095	5,676	10,419	2,038	8,381	34	80
2005.12	17,124	17,074	7,950	9,124	1,969	7,155	27	24
2009.12	18,624	18,547	9,867	8,680	1,925	6,755	36	41
2010.12	19,229	19,089	10,415	8,674	1,952	6,723	90	49
2011.08	19,610	19,410	10,806	8,605	1,953	6,651	141	58

자료: '국민연금공단(2011), 2011년 8월 기준 국민연금 월별통계자료, http://www.nps.or.kr/' 에서 2011년 11월 인출.

6) 전체 경제활동인구수(15~64세)는 2,523만명이나, 국민연금 당연적용가입자의 가입가능연령인 59세와 비교하기 위해 경제활동인구수 역시 59세까지만 반영함.

원, 관련제도 시행에 필요한 운영비 199억원 등 총 2,654억원의 재원을 투입할 예정이다. 이를 통해 국민연금의 경우 106만명, 고용보험의 경우에는 131만명에게 보험료가 지원될 전망이다.

2) 저소득 지역가입자에 대한 보험료 지원 방안[7)]

보험료의 50%를 고용주가 부담하는 사업장 가입자와 달리 지역가입자는 보험료 100%를 가입자 자신이 부담하고 있다. 소득수준이 낮은 지역가입자, 특히 최저생계비를 조금 웃도는 차상위계층에 해당하는 지역가입자는 보험료 부담이 과중하다고 느낄 수 밖에 없다. 상황이 이러함에도 불구하고 저소득 순수 지역가입자의 경우 소득파악의 어려움 등으로 인해 취약계층에 대한 정부의 보험료 지원제도로부터 배제되어 있다. 이들 집단이 정부의 보험료 지원을 더욱 절실히 필요로 하고 있다는 판단 하에 저소득 지역가입자를 대상으로 본인부담 보험료의 50%를 지원해 주는 방안에 대해 살펴보고자 한다.

저소득 지역가입자에 대한 보험료지원 대상은 소득신고자(농어민 국고보조금 대상자 제외) 중 현행 신고소득체계를 바탕으로 일정소득수준 이하인 자들로 선정한다. 소득신고자 3,734천명(2011년 8월 기준)에서 농어민 국고보조 대상자 257천명[8)]을 제외한 3,478천명을 모집단으로 하여 보험료지원 선정기준에 따라 대상자 규모 및 소요재원을 추정하였다.

보험료지원 대상자 선정기준을 차상위계층(최저생계비 120%)으로 한정할 경우 대상자 규모는 277천명(소득신고자 3,478천명의 8%)로 예상된다. 국민연금 보험료 절반(본인 소득의 4.5%)을 국고로 지원한다는 전제 하에 소요재원을 살펴보면 차상위계층에 해당하는 277천명에게 지원할 경우 830억원이 소요될 것으로 추정된다.

한편 실제 소득활동을 하고 있었음에도 그 동안에는 납부예외자로 빠져 있었던 자가 보험료 지원제도 도입으로 인해 소득신고자로 전환할 가능성이 있는데, 이처럼 보험료 지원제도 도입 시 납부예외자 규모가 축소되는 경우를 고려할 필요가 있다. 이러한 가능성을 반영하여 보험료 지원제도 도입으로 인해 예상되는 소득신고자 증가분을 고려하여 보험료 지원대상자 및 소요재원을 추정해보도록 한다.

보험료 지원제도 도입 이전 납부예외였던 자가 지원제도 도입이후 납부자로 전환할 경우 기존 납부예외자 4,870천명(2011년 8월 기준) 중 실제로 소득활동을 하는 자의 비중을 29%[9)]로 가정한다. 또한 납부예외자 중 소득활동을 하더라도 대부분이 영세사업장 근로자나 영세

7) 이하 내용은 윤석명 외(2009)에서의 방법론을 바탕으로 2012년 최저생계비 및 최근 실적자료 등을 반영하여 재산정하였음. 근로빈곤층 전체를 아우르는 보험료 지원방안에 대해서는 전술한 "윤석명 · 신화연(2011). 국민연금 사각지대 축소를 위한 취약계층 보험료 지원방안"을 참고하기 바람.

8) 전체 농어민 국고보조 대상자 289천명 중 사업장 가입자 32천명을 제외한 지역가입자는 약 257천명임(2009년 5월 기준).

9) '국민연금연구원(2008). 2008년 국민연금 지역가입자 실태조사 보고서' 참조

자영업자일 것으로 추정되므로, 이들의 근로행태를 반영하여 1년간 평균 8개월간 경제활동을 한다고 가정한다. 이러한 논거를 반영할 경우 보험료 지원제도 도입시 기존 납부예외자 4,870천명 중 19%[10]가 향후 보험료를 납부하는 것으로 가정할 수 있다. 이러한 가능성을 고려할 경우 차상위계층에 대한 국민연금 보험료 지원제도 도입시 보험료지원 대상자는 약 376천명(기존 소득신고자 중 보험료 지원 대상자 277천명 + 납부예외자였던 자 중 보험료를 납부하는 자 99천명)이 될 것으로 예상된다. 이 경우 1,130억원의 재원이 소요될 것으로 추정되고 있다.

4. 요약 및 정책적 시사점

자영자 등 비공식적인 분야의 비중이 높은 우리나라의 특성상 저소득층에 대한 보험료 지원 방안 마련시 직면하게 되는 문제들이 적지 않을 것이다. 첫째는 실제로 취약계층이 누가 될 것인가의 문제로부터 출발하여 지원대상 취약계층 중 우선순위를 설정할 경우 어떠한 방식으로 순위를 결정할 것인가의 문제가 대두될 수 있기 때문이다. 실제로는 제일 우선적으로 보험료 지원이 이루어져야 함에도 불구하고 지원대상에 대한 파악의 어려움과 파악한다 할지라도 지속되는 관리상의 어려움 등으로 인해 보다 관리가 수월한 집단에게 보험료 지원의 우선순위가 부

표 9. 국민연금 보험료지원 대상자수(지역가입자 중심으로)

(단위: 천명)

보험료 지원 대상	현재 지역가입자(소득신고자)만 고려할 경우	보험료 지원제도로 인해 예상되는 납부자 증가를 고려할 경우
최저생계비 553천원 이하 소득계층	104	139
차상위계층 664천원 이하 소득계층	277	376

자료: 윤석명 · 신화연(2011) 전게서

표 10. 국민연금 보험료지원 소요재원(지역가입자 중심으로)

(단위: 십억원)

보험료 지원대상	현재 지역가입자(소득신고자)만 고려할 경우	보험료 지원제도로 인해 예상되는 납부자 증가를 고려할 경우
최저생계비 553천원 이하 소득계층	25	34
차상위계층 664천원 이하 소득계층	83	113

자료: 윤석명 · 신화연(2011) 전게서

10) '국민연금연구원(2008). 2008년 국민연금 지역가입자 실태조사 보고서' 참조

여되는 문제도 발생할 수 있다. 여기에 덧붙여 저소득층을 중심으로 한 취약계층에게 보험료를 지원할 경우 소득파악이 어려운 우리의 현실에서 소득 하향신고 유인이 높아진다는 점도 감안하여야 할 사항이다. 이러한 문제점에도 불구하고 취약계층을 그대로 방치할 경우 노후빈곤으로 연결되어 근로기간의 소득양극화가 노후에까지 연결될 수 있다는 점에서 저소득층에 대한 보험료 지원은 적절한 정책방향이라고 판단된다.

다행인 것은 정부도 최근 들어 이같은 문제의식을 공유하여 취약계층에 대한 사회보험료 지원제도를 도입하기로 결정하였다는 것이다. 정부의 대책마련에도 불구하고 아쉬운 대목은 보험료 지원이 사업장 근로자에게 국한되고, 저소득 국민연금 지역가입자에 대한 보험료 지원은 유보되었다는 점이다. 자영자에 대한 정확한 소득 파악의 어려움 등으로 인해 자영자에게 보험료 지원제도가 도입될 경우 소득 하향신고 등 예상치 못한 부작용 등이 발생할 것을 우려하였기 때문인 것으로 이해는 되나, 평균적으로 자영자의 소득수준이 낮고 보험료도 본인이 100% 모두 부담한다는 점에서 자영자에 대한 대책도 서둘러 마련되어야 할 것이다.

현재 영세사업장 저소득 근로자에 대한 보험료 지원제도의 본격적인 시행을 앞두고 정부가 고민하고 있는 부분으로는 보험료 지원제도가 도입됨으로써 미 가입된 또는 보험료를 납부하지 않고 있는 취약계층이 보험료를 납부하는 기제로 작용하는 대신, 이미 보험료를 납부하고 있는 저소득층의 보험료 감면제도로 전락할 가능성에 대한 우려를 들 수 있다. 보험료 지원제도를 도입하였음에도 국민연금제도의 사각지대를 축소하는 기능이 제한적일 경우 동 제도에 대한 정부의 추진동력이 상당부분 약화될 수 밖에 없을 것이기 때문이다. 저소득층에 대한 정부의 보험료 지원제도가 실질적인 의미에서 제도의 도입취지를 충분히 살릴 수 있도록 소득파악 인프라 구축 및 이를 통한 효과적인 제도 운영에 만전을 기하여야 할 것이다. 이러한 맥락에서 저소득 자영자에 대한 근로장려세제(EITC) 도입은 더 이상 미루어서는 안되는 사안인 듯 싶다. 많은 논란에도 불구하고 저소득 자영자에 대한 근로장려세제가 도입될 경우 저소득층의 소득파악 관련 인프라가 획기적으로 개선될 수 있을 것이기 때문이다. 보건복지

고용보험의 사각지대 개선방안

Policy Initiatives to Strengthen Social Safety-net for Unemployment

방하남 한국노동연구원 선임연구위원

실업에 대한 사회안전망은 외부자에 대한 안전성을 높일 뿐만 아니라 내부자에 대한 유연화의 가능성을 높일 수 있다. 그러나 사회안전망의 광범한 사각지대는 노동시장정책으로부터도 배제된 비공식 고용으로 이어져 개인이 사회적 위험을 온전히 감수해야 할 뿐만 아니라 우리 노동시장의 주요한 문제인 고용률의 정체, 노동시장 불안정성의 증대를 낳는 주요한 원인이 되고 있다. 이러한 측면에서 우리나라 고용보험제도는 제도의 보호범위에 있어서의 사각지대와 급여의 충족성에 있어서의 사각지대를 지속적으로 줄여나가는 구조개혁이 필요한 것으로 평가된다.

1. 머리말

경제의 세계화로 인한 시장경제의 경쟁심화와 이에 대응하려는 기업의 고용관계의 지속적인 유연화는 어느 때 보다 실업에 대한 사회안전망과 실직자의 재취업을 돕는 공공 고용서비스의 강화에 대한 사회적 요구가 높아지고 있다. 그러한 사회적 요구에 부응하기 위해 1995년에 도입된 고용보험제도는 현재 제도시행 14년의 역사를 가지고 있으며 지난 1997년의 외환위기와 2008년의 금융위기를 동반한 세계적 경제침체기에 근로자들의 고용안정과 직업훈련 그리고 실업자들의 생계유지에 중요한 기여를 했다고 평가된다.

제도도입 당시 고용보험은 30인 이상 사업장에 대해서만 적용되었으나 이후 점차적으로 적용대상범위를 확대하여 1998년 10월 1일부터는 1인 이상 모든 사업장에 구직급여와 고용안정 · 직업능력개발사업이 적용되고 있으며, 그간 배제되어 왔던 건설업의 경우에도 모든 공사(단, 개인 시공하는 총 공사금액 2천만원 미만 공사 등은 제외)에 종사하는 근로자들도 적용대상이 되었다.

1998년 10월 1일 이전에는 5인 이상 사업장의 정규직 근로자에게만 고용보험이 적용되었던 것에 비하면 IMF 경제위기를 맞이하여 1998년 이후의 확대과정이 빠르게 진행된 것으로 볼 수 있다. 특히 상대적으로 소득이 낮고 실직의 위험이 높아 더 많은 보호와 지원이 필요한 5인 미만 영세사업장 및 임시 · 시간제 등 비정

규근로자들에 대한 고용보험 적용확대(1999년 7월)는 제도 초기의 광범위한 적용상 사각지대가 빠르게 축소되는 결과를 가져왔다. 기업규모와 고용형태를 중심으로 이루어진 적용확대에도 불구하고 1개월 미만의 일용직 근로자들은 취업양태와 고용관계의 특수성으로 인해 여전히 고용보험의 사각지대에 남아 있을 수밖에 없었다. 그러나 2004년부터, '일용근로자 사회안전망 구축방안'의 일환으로 고용보험을 적용하게 됨으로써 비로소 정규직과 임시 · 일용직까지를 포괄하는 적용확대가 이루어질 수 있게 되었다.[1)]

고용보험제도는 이처럼 그간 적용범위의 확대와 급여체계의 개선을 통하여 제도의 외연과 내연을 꾸준히 넓혀왔음에도 불구하고 전체 취업자 대비 적용률이나 실질적인 급여혜택에 있어서 사각지대가 넓으며 실직시의 소득보장이라는 핵심적인 복지가치의 구현에 있어서 선진국들에 비해 아직 낮은 수준에 머물고 있는 것으로 평가된다.

2. 적용상의 사각지대와 개선과제

고용보험은 기본적으로 임금근로자를 적용대상으로 하여 적극적 노동시장정책 프로그램인 고용안정 · 직업능력개발사업 그리고 구직급여사업을 하도록 설계되었기 때문에 자영업근로자들은 원천적으로 적용이 배제된 상태에서 운영되어 왔다. 여기에 더하여 공무원 및 사립학교 교직원들도 고용의 불안정성이 현저히 낮다는 이유로 적용대상에서 제외되어 있다.

따라서 고용보험의 사각지대는 (1)제도의 적용대상 제한에 따른 사각지대, (2)근로자 가운데서도 고용관계의 특수성으로 인해 '피고용'(employed) 지위가 애매하여 가입이 회피되는 특수고용형태의 근로자들, (3)적용대상이면서도 사용주 혹은 근로자 자신의 가입회피로 인하여 미등록된 상태에 있는 근로자들이 포함된다.

특히 우리나라는 취업구조상 비적용 대상인 비임금근로-자영업부문이 넓고, 적용 대상인 임금근로자 내에서도 고용형태상 고용이 불안정한 비정규 근로자들과 법적으로 피고용관계가 애매한 특수형태근로 종사자들이 큰 비중을 차지하고 있음으로 인해 실질적인 보호에 있어서 여전히 상당한 규모의 사각지대가 존재하고 있다.

전체 취업자 중 30% 정도가 자영업자이고, 전체 임금근로자 중 35% 이상이 비정규근로자들인 취업구조 하에서는 보험의 원리, 즉 가입과 기여에 기초하여 피보험자격과 수급자격이 주어지고 보장이 이루어지는 현재의 고용'보험'제도 만으로는 실질적인 보호의 적용률과 급여의 수혜율을 높이는 데는 한계가 있다는 것이 지난 14년 제도시행에 대한 주요한 평가결과이다.[2)]

1) 고용노동부(2011). 2010 고용보험백서.
2) 유길상 외(2011). 고용보험사업평가.

비정규직이나 특수형태 근로자들의 경우에도 고용보험에 가입하여 보호를 받을 수 있도록 되어 있지만 비정규근로자의 약 50%만이, 한시적 근로자의 약 25%만이 고용보험에 가입하고 있는 것으로 조사되고 있다. 또한 정부에서는 자영업자들에게도 임의로 고용보험에 가입할 수 있을 길을 열어 놓고 있지만 그 실효성에 대해서는 회의적인 시각이 지배적이다.

한편 실업이라는 사회적 위험은 임금근로자 중에서도 한계 계층인 저학력, 저소득 근로자들 가운데 더 높게 나타나고, 광범위한 영세성을 특징으로 하는 우리나라 자영업자들 가운데 파업과 도산의 위험이 특히 높다는 것을 고려할 때 공식 고용관계와 정규직 편의의 현 고용보험 제도가 가지고 있는 사회안전망으로서의 한계는 더욱 두드러진다.

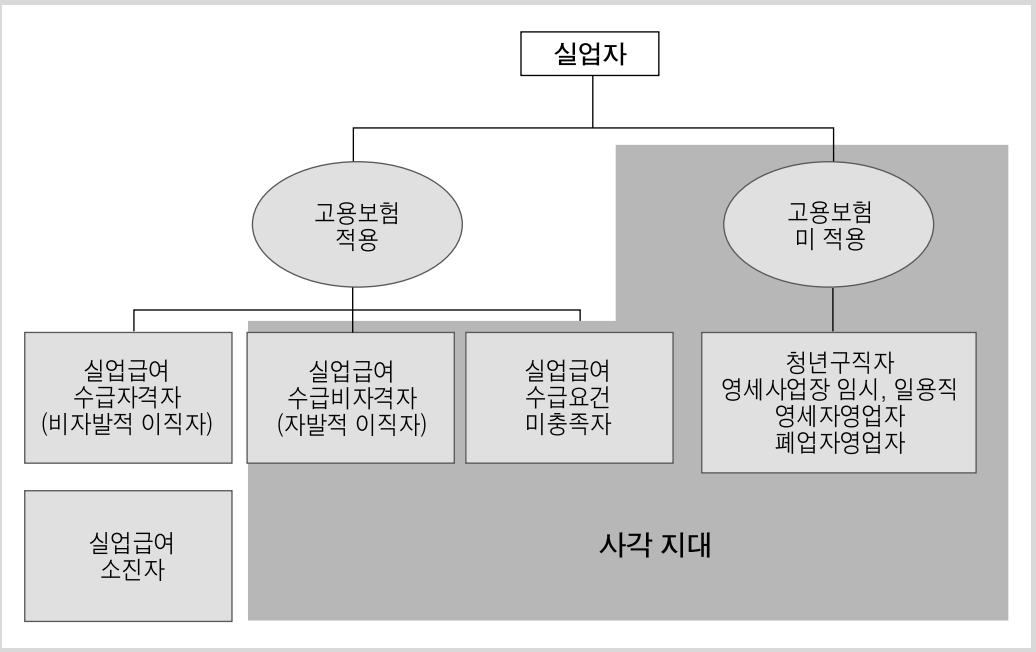
취업계층 내에서뿐만 아니라 제도의 밖에 있는 큰 규모의 취업애로 계층 또한 현 제도의 포괄성과 적정성에 대한 심각한 도전으로 남아 있다. 즉 현재 우리나라 노동시장에는 학교를 졸업한 신규 진입자들 가운데 60만에 육박하는 '취업준비자'들이 통계 정의상 '비경제활동인구'로 남아 있으며 평균 55세로 설정되어 있는 기업의 조기정년퇴직제도로 인하여 수백만의 중고령 퇴직자들이 제2의 근로생애를 위해 구직경쟁을 하고 있는데 이들은 기본적으로 제도의 밖에 있거나 새로운 '피보험 자격'을 획득해야 하기 때문에 넓은 의미에서 외연의 사각지대를 형성하고 있다고 볼 수 있다.

고용보험의 사각지대의 규모는, 전병유(2009)[3]에 의하면, 고용보험적용대상이나 가입하지 않고 있는 약 200만명, 적용제외대상인 15시간 미만근로자 100만, 특수형태근로자 60만, 가사근로자 5만, 비임금근로자 중 고용인이 없는 영세자영업자 400여만명 등으로 구성되며 여기에 취업경험이 없는 신규실업자 4만여명, 취업경험은 있으나 구직급여를 받지 못하는 46만명 등을 포함할 경우 취업자 중 약 815만명이 고용보험의 사각지대를 형성하고 있다고 추정되고 있다. 그러나 한편 통계청의 경제활동인구조사 자료분석(이병희, 2011)[4]에 따르면 고용안전망의 사각지대에 놓은 비정규직, 영세자영업종사자, 고용보험 비적용근로자 등의 실직확률과 비취업기간이 매우 긴 것으로 나타나고 있어서 우리나라 제도는 실업의 위험이 더 높은 계층에 대한 사회적 안전망이 더 미비한 문제점을 안고 있다고 평가된다.

따라서 이러한 우리나라의 취업구조와 고용구조가 단기간 내에 개선되지 않는 한 우리나라 고용보험제도는 실질적인 보호의 넓이와 깊이에 있어서 심각한 한계에 직면하게 될 수밖에 없으며 그러할 경우 광범위한 사각지대 계층을 보호할 수 있는 제도적 대안으로 '부조'의 원리에 기초한 실업부조제도의 도입에 대한 경제·사회적 요청이 높다고 볼 수 있다.

3) 전병유(2009). 한국에서의 복지국가 형성의 조건과 쟁점, 한국사회의 쟁점과 전망, 박영률출판사.
4) 이병희 외(2011). 사회보험 사각지대 해소 방안 –사회보험료 지원정책을 중심으로–, 노동연구원.

그림 1. 고용보험제도의 사각지대 도해



자료: 노동연구원(2009), 월간 노동리뷰(2009-03)

3. 급여혜택 상의 사각지대와 개선과제

우리나라 고용보험제도는 전통적 의미의 실업보험뿐만 아니라 적극적 노동시장정책 프로그램인 고용안정 · 직업능력개발사업을 하나의 시스템에서 하고 있다. 본 연구에서는 이중 주로 사업주에 대한 지원금제도로 이루어진 후자보다 실직자에 대한 소득보장과 구직활동지원을 목적으로 하는 실업급여를 중심으로 급여혜택 상의 사각지대와 정책과제에 대해 논의하였다.

우리나라의 고용보험은 기본적으로 보험(insurance)의 원칙에 기초하여 제도가 설계되고 일정 요건(qualification)을 충족할 경우에만 급여혜택이 주어지기 때문에 적용대상 근로자라도 실질적으로 각종 지원프로그램과 급여의 혜택을 받기 위해서는 일정 요건을 충족해야 하는데, 요건에는 ⑴피보험자 지위요건, 즉 보험료 납입조건과 ⑵급여수급요건이 포함된다. ⑴보험료 납입조건은 지난 18개월 동안 180일 이상 보험료를 실제로 납부한 실적이 있어야 하며, ⑵급여수급요건으로는, 구직급여에 초점을 맞추면, ①비자발성요건: 자발적 혹은 자신의 귀책사유로 실직을 하지 않았을 것, ②적극적 구직활동요건: 적극적으로 구직활동을 하고 있음을 증명할 수 있을 것, ③비취업요건: 수급기간 동안 다른 일자리에 취업이 되어 있지 않을 것 등의 요건을 포함하고 있다.

구직급여의 이러한 수급요건은 전통적인 실업보험의 수급요건들을 따르고 있기는 하지만 보다 적극적인 사회안전망 정책을 펼치는 복지선진국들의 경우와 비교해 보면 요건이 상대적으로 까다롭게 설정되어 있다. 첫째, ①비자발성요건의 경우 우리나라는 충족되지 않을 경우 급여자격 자체가 부정(decline)되지만, 선진국의 경우는 제한(limit) 사유로 작용한다. 둘째, ②적극적 구직활동요건의 경우, 우리는 2주마다 담당 행정관서에 출두하여 물적인 증거를 제시해야 하지만, 선진국의 경우는 전화나 인터넷 등을 통하여 아직 미취업상태에 있음을 보고하는 것으로 요건을 대체하고 있는 추세이며, 셋째, ③비취업요건의 경우 우리나라는 부분취업의 경우에도 취업한 것으로 간주하여 급여가 중단되지만, 선진국의 경우는 부분취업의 경우 급여를 삭감하거나 제한하는 정책을 펴고 있다는 점에서 우리나라 구직급여의 수급요건이 선진국에 비해 엄격한 것으로 평가될 수 있다.

한편 고용보험DB 자료분석에 따르면 2007년말 기준 실업급여의 수혜율은 전체 실업자 대비 약 35% 수준으로 추정되며 이는 도입 초기의 10% 미만에 비하면 상당한 진전이 있었던 것으로 평가된다.

최근의 수혜율 증가에는 수급요건 중의 하나인 '비지발적 이직자'들이 계속 증가하고 있는데 기인하고 있는 것으로 보고되고 있다(노동부, 2009). 실제로 고용보험DB 상에 잡힌 고용보험 적용사업장 이직자(피보험자격상실자)들의 이직사유 분포를 보면 비자발적 이직자의 비율이 2002년 약 30%에서 2007년 약 42%로 증가한 것으로 나타나고 있다. 이러한 통계는 거꾸로 그간 적용대상이면서 실직을 하더라도 '비자발성'의 요건을 충족하지 못하여 급여를 수급하지 못한 피보험자들이 그 만큼 많았다는 것을 증명해 주는 것으로 보인다.

그러나 우리나라 기업에서의 인사노무관리 관행상 이직사유에 있어서 '자발성'과 '비자발성'의 경계가 애매한 경우가 많다는 점과 실제로 자발적으로 이직을 했더라도 일정 기간 이상 재취업을 하지 못하고 있는 경우에는 '결과적' 실업으로 보아야 할 것이나 이러한 근로자들에 대한 보호와 보장이 현재 고용보험제도에는 결핍되어 있다. 이러한 제도적 결함 때문에 일정 시점에 조사된 실업자스톡(stock) 가운데 실업급여를 수급하고 있는 수급률(%)이 낮을 수 밖

표 1. 실업자수 및 실업급여 수혜자수 추이: 2000~2007년

(단위: 천명, %)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
실업자(천명)	979	899	752	818	860	887	827	783
실업률	4.4	4.0	3.3	3.6	3.7	3.7	3.5	3.3
수혜자(천명)	96	136	125	151	193	227	248	273
수혜율	9.8	15.1	16.6	18.5	22.4	25.6	30.0	34.8

자료: 한국고용정보원(각년도), 고용보험통계연보

에 없는 것이다. 따라서 향후 고용보험제도는 자발적 이직자들에 대한 제한적 혹은 부분적 실업급여의 보장방안을 강구해야 할 것으로 사료된다(방하남, 2009).[5]

4. 급여기간에 따른 사각지대: 장기실업의 문제

우리나라 고용보험 구직급여의 수급기간은 피보험기간과 연령대에 따라 90일(3개월)에서 240일(8개월까지) 차등적으로 설정되어 있으며, 일정 요건을 충족하는 경우에는 연장지급이 가능하다.

<표 2>에 제시된 바와 같이 각 연령대 및 피보험기간에 따라 구직급여의 지급기간이 차등적으로 제한되어 있으므로 그 이상 실업이 장기화될 경우 급여기간의 제한에 따른 사각지대가 발생할 수 있다. 구체적으로 가입기간이 10년 이상일 경우 연령에 상관없이, 50세 이상일 경우 3년 이상, 30~49세일 경우 5년 이상의 피보험기간을 확보한 경우에만 정의상 6개월 이상의 장기실업에 대한 사회적 보장이 되고 있다고 볼 수 있다. 그러나 그 이외의 경우에는 150일 이하의 중·단기 실업기간에 대해서만 보장이 되는 한계가 있다. 물론 구직급여를 소진한 경우 연장급여를 통해 보호를 받을 수는 있는 장치는 있지만 지금까지 집행실적이 미미하여 아

표 2. 구직급여의 지급기간

구분	적용사업장 피보험기간				
	1년미만	1년 이상 3년 미만	3년 이상 5년 미만	5년 이상 10년 미만	10년 이상
30세 미만	90	90	120	150	180
30~50세 미만	90	120	150	180	210
50세 이상 및 장애인	90	150	180	210	240

자료: 노동부(2010). 고용보험백서

표 3. 구직급여 수급자들의 수급기간 중 재취업률 추이

(단위: 천명, %)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
재취업자	36	67	66	72	113	148	192	232
(증가율)		(88.7)	(△2.4)	(10.3)	(56.6)	(30.5)	(30.0)	(20.8)
재취업률	17.1	17.8	17.9	16.7	19.6	21.7	25.7	27.9

자료: 고용동향브리프(2008). 노동부

5) 방하남(2009). 한국의 실업: 구조와 동향, 한국사회과학협의회: 2009년도 제3차 정책포럼(2009. 10. 29) 발표자료.

직까지는 실질적인 보호기능을 하지 못하고 있는 실정이다.

실업급여의 수급기간이 현실 노동시장에서의 실업기간을 어느 정도 충족시키고 있는가는 수급기간의 소진률 혹은 수급기간 내의 재취업률을 통해서 간접적으로 가늠해 볼 수 있다.

재취업률은 2000년에 17.1% 수준에서 2007년에는 27.9%까지 점진적으로 상승을 하고 있는 추세이다. 그렇지만 이는 여전히 구직급여 수급자의 70% 이상이 소정 수급기간을 모두 소진하고 있다는 것을 의미하며 이는 다시 현 제도 하에서 정해진 급여기간이 현실 노동시장에서의 실업기간에 대한 충족도가 그 만큼 낮다는 것을 의미하는 것이다. 수급기간의 소진률이 이처럼 높은 상태에서 선진국에서 보편적인 실업부조제도도 존재하지 않기 때문에 우리나라의 고용보험제도는 급여수혜에 있어서 사각지대가 결과적으로 그 만큼 넓을 수밖에 없는 것이다.

5. 향후의 정책 추진과제

실업에 대한 사회안전망은 외부자에 대한 안전성을 높일 뿐만 아니라 내부자에 대한 유연화의 가능성을 높일 수 있다. 그러나 사회안전망의 광범한 사각지대는 노동시장정책으로부터도 배제된 비공식 고용으로 이어져 개인이 사회적 위험을 온전히 감수해야 할 뿐만 아니라 우리 노동시장의 주요한 문제인 고용률의 정체, 노동시장 불안정성의 증대를 낳는 주요한 원인이 되고 있다(이병희, 2009). 이러한 측면에서 우리나라 고용보험제도는 제도의 보호범위에 있어서의 사각지대와 급여의 충족성에 있어서의 사각지대를 지속적으로 줄여나가는 구조개혁이 필요한 것으로 평가된다.

첫째, 보호의 외연을 넓히기 위해서는 무엇보다 제도의 비적용 취업계층을 보호의 영역으로 포괄하는 방안을 강구해야 할 것이며, 제도 적용 근로자 그룹가운데에도 존재하는 내부 사각

표 4. 주요 선진국의 실업급여 + 실업부조 제도와 급여기간

구분	영국	독일	덴마크	스웨덴
실업급여	• 기여기초형 구직자 수당: 6개월	• 실업급여 I : 50세 미만: 12개월 50~54세: 15개월 55~57세: 18개월 58세 이상: 24개월	• 실업급여: 4년 *30세 미만은 6개월, 30세 이상은 9개월 후 활성화조치 대상이 됨.	• 실업급여: 300일 *18세 미만 아동 있는 경우 450일
실업부조	• 자산기초형 구직자수당: 무기한 *일정기간 이상 수급할 경우 뉴딜프로그램에 참여해야 함.	• 실업급여 II : 무기한 *일정기간 이상 수급할 경우 활성화조치의 대상이 됨.	• 공공부조: 무기한 *일정기간 이상 수급할 경우 활성화조치의 대상이 됨.	• 공공부조: 무기한 *일정기간 이상 수급할 경우 활성화조치의 대상이 됨.

지대를 좁혀 나가는 노력이 필요할 것이다. 특히 전자의 목표를 위해서는 현 제도의 외연으로부터 출발하는 계수적(parametric) 확대전략보다는 우리 노동시장의 취업구조로부터 출발하는 구조적(systemic) 확대전략을 채택하는 것이 필요할 것이다.

둘째, 급여의 수혜율을 높이기 위해서는 수급요건들을 우리 노동시장 현실에 맞게, 조정해 나가야 할 것이며 급여의 수급기간 또한 선진국 수준에 수렴하는 방향으로 늘려 나가야 할 것이다. 이러한 제도개선이 모럴해저드와 비효율을 초래하지 않게 하기 위해서는 반드시 적극적인 고용서비스와 활성화 프로그램이 동시에 추진되어야 할 것이다.

셋째, 우리나라의 산업과 취업구조를 고려할 때 공식부문에 대한 보호는 실업보험제도에서 담당하고, 비공식부문이나 제도 외부에 존재하는 구직자들에 대한 보호는 실업부조가 담당하는 이원화된 고용보험제도의 도입을 심각하게 고려해 볼 필요가 있다. 보건복지

산재보험 사각지대 해소 방안

Eliminating Gaps in the Industrial Accident Insurance

윤조덕 한국사회정책연구원 부원장

한국은 빠른 저출산 고령화로 인해 2020년부터 인구성장률이 마이너스가 되어 총인구의 감소 그리고 생산가능인구(15~64세)는 2017년부터 감소가 예상되고 있다. 이와 같은 생산가능인구의 감소는 기업의 생산력 저하와 국가의 국가경쟁력 저하를 초래할 것이 예상된다. 따라서 생애주기 동안 질병 및 재해를 예방하여 건강한 노동력을 유지 및 보존하는 것은 국가경쟁력 유지·제고 차원에서 매우 중요하다. 이를 위해서는 사회안전망 확충이 필수적이며, 이의 전제조건으로서 유아기부터 청소년기, 성년기 그리고 노년기에 이르기까지 모든 일하는 사람들에 대한 산재보험에 의한 보호가 이루어져야 한다. 즉, 산재보험 사각지대 해소를 위한 가입대상과 적용범위 확대에 대한 적극적 검토가 필요하다.

1. 산재보험의 적용확대 과정과 특징

산재보험의 적용확대 과정은 두 가지 측면에서 이루어져 왔다. 첫째, 대상업종의 점차적 확대, 둘째, 대상 사업장 규모의 점진적 확대이다.

산재보험이 처음 도입·시행된 1964년 광업과 제조업의 상시근로자 500인 이상의 사업장만을 적용대상으로 하였으며, 당시 적용 사업장은 64개소에 피보험근로자는 81,798명이다. 다음해인 1965년에는 적용대상 업종에 전기·가스업과 운수·보관업을 추가하였으며 적용대상 사업장 규모도 200인 이상 사업장으로 확대하였다. 이후 적용대상 업종과 사업장 규모를 꾸준히 확대하여 2000년 7월 1일부터는 대부분의 업종의 근로자 1인 이상의 전 사업장에 적용하고 있으며, 아울러 50인 미만의 중·소기업 사업주에게도 임의가입이 가능토록 하였다.

또한 2000년도부터는 중·소기업 사업주에 대한 임의가입, 2005년 1월 1일부터는 근로자를 사용하지 않는 운송업에 한하여 임의가입을 허용함으로써 자영업자의 산재보험 적용이 시작되었으며, 2008년 7월 특수형태근로종사자(유사자영업자)에 대한 특례가입이 적용되었다.

적용제외 대상은 공무원연금법, 군인연금법, 선원법, 어선원및어선재해보상법 또는 사립학교교직원연금법에 의하여 재해보상이 이루어

지는 사업과 건설업자가 아닌 자가 시공하는 총 공사금액 2,000만 원 미만의 공사, 가사서비스업, 농업 · 임업 · 어업 · 수렵업 중 법인이 아닌 자의 사업으로서 상시근로자수가 5인 미만인 사업이다(산재보험법시행령 제2조).

2. 산재보험의 사각지대 관련 문제점: 가입 대상과 적용 범위

산재보험 가입대상과 적용범위는 다음과 같은 여섯 범주로 구분된다.

첫째, 법령에 의한 당연가입, 둘째, 법령에 의한 적용제외, 셋째, 특례에 의한 중 · 소기업 사업주 임의가입, 넷째, 특례에 의한 특수형태 근로종사자 당연가입과 이후 본인의 신청에 의한 임의탈퇴, 다섯째, 특례에 의한 현장실습생의 당연가입, 여섯째, 특례에 의한 보험가입자의 신청에 의한 해외파견자에 대한 당연적용이다.

산업재해보상보험법(이하 '산재보험법'이라 함) 제6조(적용범위)에 의하면 "이 법은 근로자를 사용하는 모든 사업장에 적용한다"고 명시하고 있다. 그러나 후단 단서조항을 통하여 "위험률 · 규모 및 장소 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 사업에 대하여는 이 법을 적용하지 아니한다"고 규정하고 있다.

산재보험 당연적용을 업종별, 사업종류별로 정리하면 <표 2>와 같다. 금융 · 보험업, 광업, 제조업, 전기 · 가스 · 수도업, 운수 · 창고 · 통신업, 기타의 사업(수렵업 제외), 그리고 벌목업은 근로자 1인 이상 사업장에 적용되고 있다. 임업(벌목업 제외), 어업, 농업, 수렵업은 법인에 의한 사업인 경우 근로자 1인 이상 사업장에 적용되고 있으나, 법인이 아닌 경우 근로자 5인 이상 사업장에 적용되고 있다. 반면에 건설업은 총공사금액 2천만원 미만 공사, 연면적 100제곱미터 이하 건축물의 건축 또는 연면적 200제곱미터 이하 건축물의 대수선 공사를 제외한 모든 공사에 적용되고 있다.

2010년도 산재보험적용사업장은 1,578,685개소이며, 피보험근로자는 13,983,443명이다. 가입사업장 1개소당 평균 피보험근로자수는 8.85명이다(표 3). 산재보험 적용사업장 수 증가추세는 2001년 909,461개소를 지수 100으로 하였을 때, 2006년 지수 142(1,292,696개소), 2010년 지수 173(1,578,685 개소)이다.

산재보험 적용근로자수 증가 추세는 2001년 10,581,186명을 지수 100으로 하였을 때, 2006년 지수 110(11,688,797명), 2010년 지수 132(13,983,443명)이다.

표 1. 산재보험 연도별 사업장 적용규모 확대 과정

연 도	1964년	1965년	1966년	1967년	1969년	1972년	1973년	1982년	1987년	2000.7
적용규모	500인	200인	150인	100인	50인	30인	16인	10인	5인	1인

자료: 고용노동부(2008). 2007년도 산재보험사업연보, 7쪽 참조.

표 2. 산재보험 사업종류별 당연적용 대상

업 종	업 종	적용일
– 금융 · 보험업 – 광 업 – 제조업 – 전기 · 가스, 수도사업 – 운수, 창고 및 통신업 – 기타의 사업(수렵업 제외) – 벌목업	1인 이상	당연적용에 해당하는 날
– 임업(벌목업 제외) – 어업 – 농업 – 수렵업	1인 이상 (농업, 임업(벌목업 제외), 어업, 수렵업 중 법인이 아닌 경우 상시근로자 5인 이상)	〃
– 건설업	주택건설사업자, 건설업자, 전기공사업자, 정보통신사업자, 소방시설업자, 문화재수리업자가 아닌 자가 시공하는 총 공사금액 2천만원 미만 건설공사 또는 연면적 100제곱미터 이하 건축물의 건축 또는 연면적 200제곱미터 이하 건축물의 대수선 공사를 제외한 모든 공사	공사착공일

자료:고용노동부(2010). 2009년도 산재보험사업연보, pp.65.

표 3. 산재보험 업종별 연도별 당연적용 현황(2001~2010)

(단위: 개소, 명)

구분	2001년		2006년		2008년		2009년		2010년	
	사업장수	근로자수	사업장수	근로자수	사업장수	근로자수	사업장수	근로자수	사업장수	근로자수
전산업	909,461	10,581,186	1,292,696	11,688,797	1,594,793	13,489,986	1,532,242	13,699,967	1,578,685	13,983,443
금융보험업	7,145	385,890	26,776	399,638	34,642	570,253	34,610	575,578	35,276	588,859
광 업	1,089	19,111	1,267	15,656	1,246	15,275	1,125	13,572	1,094	12,363
제조업	187,253	2,922,342	236,429	3,032,667	255,073	3,103,942	252,106	3,155,312	264,153	3,160,683
전기 · 가스 · 수도	,805	49,390	925	53,796	1,077	54,479	1,078	52,470	1,141	53,607
건설업	143,200	2,438,649	149,874	2,547,754	297,521	3,248,508	231,205	3,199,291	214,893	3,190,399
운수 · 창고 · 통신업	26,952	660,374	38,199	676,725	43,408	703,249	42,403	697,533	44,263	698,623
임업	3,283	86,550	5,781	73,381	7,390	66,269	6,809	67,364	6,535	68,524
어업	289	1,958	148	352	883	5,395	651	2,543	685	2,740
농업	1,839	24,312	3,281	31,781	4,193	37,739	3,661	37,737	4,069	41,337
기타의 사업	537,609	3,992,610	830,016	4,857,047	949,360	5,684,880	958,594	5,898,567	1,006,576	6,166,308

자료: 고용노동부, 산재보험사업연보, 각년도

2010년도 말 기준 한국의 산재보험법의 적용을 받는 피보험근로자는 13,983,443명으로 취업자(23,506천 명: 상용근로자, 임시근로자, 일용근로자, 자영자, 고용주, 무급가족종사자)의 59.07%, 경제활동인구(24,334천 명)의 57.06%, 총인구(48,747천 명)의 28.48%이다[1]. 2008년말 기준 독일의 산재보험법의 적용을 받는 피보험자는 산업부문과 공공부문에서 74,285,633명(이 중 17,058,553명은 학생 재해보험 피보험자)이며[2], 농업부문에서는 2007년도에 보험료납부의무자(농업기업인, 자영농민 등)는 1,638,610명으로 산재보험법의 적용을 받는 피보험자는 75,924,243명으로 총인구(82,002천명)[3]의 92.59% 이상이다.

이와 같이 독일 통계와의 비교에서 보는 바와 같이 우리나라 산재보험은 광범위한 사각지대(적용제외)가 존재함을 알수 있다.

1) 특례에 의한 중·소기업 사업주 임의가입 현황 및 문제점

산재보험법은 중·소기업 사업주로서 다음의 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 임의로 산재보험 가입을 허용하고 있다(산재보험법 제124조 제1항, 시행령 제122조 제1항).

1. 보험가입자로서 50명 미만의 근로자를 사용하는 사업주
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하면서 근로자를 사용하지 아니하는 사람
   가. 「여객자동차 운수사업법」에 따라 여객자동차 운송사업을 하는 사람
   나. 「화물자동차 운수사업법」에 따라 화물자동차 운송사업을 하는 사람
   다. 「건설기계관리법」에 따라 건설기계사업을 하는 사람[4]. 다만, 법에 의한 특수형태근로종사자에 해당하는 사람은 제외함.

2010년도 산재보험 임의가입 50인 미만 중소기업사업주는 10,139명이다[5](표 4). 이는 당해연도 산재보험 적용 50인 미만 사업장(1,569,587개소)의 0.65%에 불과하며 2008년도 0.77%(가입자수 9,846명, 50인 미만 사업장수 1,270,403개소)보다 0.12%P 감소한 것이다. 또한 2010년도 화물운송차주 산재보험임의가입 화물운송차주는 347명에 불과하다[6]. 이와 같은 낮은 산재보험가입률은 임의가입제도가 아직 성공적으로 정착단계에 이르고 있지 못함을 의미하며 가입률 제고를 위한 정책적 방안 모색의 필요성을 시사한다.

1) 한국노동연구원. 2010 KLI 노동통계, pp.15~16.
2) DGUV(Deutsche Gestzliche Unfallversicherung), Geschaefts-und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Gewerkschaften und Unfallversicherungstraeger der oeffentlichen Hand 2008), p.6.
3) Spitzenverband der landwirtschasftlichen Sozialversicherung(2008), 「Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft, Auf einen Blick, Daten und Zahlen」, p.1.
4) 건설기계차기사 산재보험 임의가입은 2009년 7월 1일부터 시행되고 있음.
5) 이는 2010년도 50인 미만 근로자 산재보험 적용 사업장 1,569,587개소의 0.65%임.
6) 이는 2008년 9월 현재 사업용화물자동차 377,870대의 0.09%임.

표 4. 중 · 소기업 사업주 산재보험 임의가입 현황

(단위: 개소, 명, %)

구분	2005년		2007년		2008년		2009년		2010년	
	가입자	사업장	가입자	사업장	가입자	사업장	가입자	사업장	가입자	사업장
중소기업 사업주(전체)	6,856	4,944	9,517	7,596	9,846	8,316	10,353	8,784	10,139	90,931
화물 운송차주	285	59	279	274	287	282	311	307	347	3,354

자료: 고용노동부(2010). 2010년도 산재보험사업연보, pp.72.

2) 특례에 의한 특수형태근로종사자 당연가입 및 본인 신청에 의한 임의탈퇴제도 현황 및 문제점

특수형태 근로종사자 산재보험 적용은 보험설계사, 학습지교사, 콘크리트믹서트럭운전자, 골프장캐디의 4개 직종에 한정하여 2008년 7월 1일부터 적용되고 있다. 관련법령 및 조항으로는 산재보험법 제125조(특수형태근로종사자에 대한 특례), 동법 시행령 제125조(특수형태근로종 사자의 범위등), 보험료 징수법 제49조의 3(특수형태근로종사자에 대한 특례) 등이 있다).

특수형태근로종사자 산재보험 적용 현황을 살펴보면, 2008년 7월 1일부터 적용되기 시작하여 2010년도까지 해당 직종의 사업주가 산재보험 적용 신고한 산재보험 가입사업장수는 총 4,531개소이며, 이 중 보험설계사 사업장이 56.61%(2,457개소)로 가장 많고, 다음은 학습지교사 사업장 19.83%(959개소), 콘크리트믹서트럭운전자 사업장 17.27%(794개소), 골프장캐디 사업장 6.29%(321개소)이다.

이직자를 제외한 입직자수(가입자 수[7])는 총 389,115명이며, 이중 91.45% (355,859명)가 적용제외를 신청해 산재보험 적용제외(탈퇴) 되어 실적용율은 8.55%이다(표 5). 이와 같은 적용제외율 2008년 7월 1일부터 특수형태근로종사자에 대한 산재보험 최초 적용된 이후부터 산재보험신고 및 적용제외를 처리한 후, 처음 관련 통계가 산출된 2008년 11월 26일의 적용제외율 83.81%[8]보다 7.64%P 증가, 2009년(88.83%) 보다 2.62%P증가한 것이다. 즉, 특수형태근로자 산재보험 적용률이 2008년 11월 26일 16.19%에서 2009년 12월 31일 11.17%, 2010년 8.55%로 매년 감소하고 있다.

특수형태근로종사자 산재보험 적용관련 문제점은 첫째, 낮은 적용률, 둘째, 현재 적용되고 있는 4개 직종(골프장 캐디, 보험설계사, 학습지교수, 콘크리트믹서트럭 운전자) 이외에 이들과 유사한 조건에 있으면서 적용을 받지 못하고 있는 직종의 적용 문제로 볼 수 있다. 산재보험 적용을 받지 못하고 있는 특수형태근로종사로 분류되고 있는 업종으로는 다음과 같은 업종들이

7) 근로복지공단에 의하면, 산재보험에 신규 가입된 경우를 입직자, 탈퇴신청을 한 경우를 적용제외자로 정의하고 있어 본 연구에서는 이와 같은 용어를 동일하게 사용함.

8) 윤조덕 외(2008). 특수형태근로종사자 산재보험 적용에 따른 문제점 및 개선방안(연구기관: 한국노동연구원), 노동부, p.13.

표 5. 특수형태근로종사자 산재보험 적용 현황(이직자 제외) (2010.12.31.)

(단위: 개소, 명, %)

구분		전체	보험 설계사	콘크리트믹서 트럭운전자	학습지 교사	골프장 캐디
적용 현황	입직자수(B)	389,115	290,371	12,250	64,964	21,530
	적용제외신청자수(C)	355,859	264,539	8,998	61,266	21,.056
	실적용근로자수(B-C)**	33,256	25,832	3,252	3,698	474
	가입사업장수	4,531	2,457	794	959	321
통계	적용제외율(C/B)	91.45	87.93	71.26	93.38	97.79
	실적용율((B-C)/B)	8.55	8.90	26.55	5.69	2.20

자료: 근로복지공단 내부자료(2011)에서 재구성.

있다[9) 10)]: 간병인(약 180,000여명 추계); 대리운전기사(15,000여개의 업체에 8~10만명의 대리운전기사); 택배기사; 퀵서비스 배달원(약 3,000여개 업체에 10~13만명 추정); 애니메이터; 텔레마케터(약 3,000여개의 콜센터에 상담원 약 30만명 추정); 덤프트럭기사(5만여대 등록); 화물운송차주(영업용 화물차 37만여대); 방송사 구성작가; 홍익회 판매원(철도매점) 등.

3. 선진외국의 산재보험 대상과 범위비교를 통한 우리나라 산재보험 사각지대 해소 방안

1) 독일과의 비교 및 시사점

독일 산재보험법(사회법전 제7권, SGB VII)의 가입대상은 제2조에 의한 강제가입, 제3조에 의한 개별 산재보험조합의 정관에 의한 강제가입, 제4조에 의한 보험가입 제외, 제5조에 의한 강제가입 대상 중 특수한 경우의 보험가입제외, 제6조에 의한 임의가입으로 구분된다.

제2조에 의한 강제가입은 취업자, 교육훈련생, 장애인작업장에 종사하는 장애자, 농업부문의 자영농민 및 그 가족종사자, 가내공업운영자 및 그 배우자, 자영 연안어선 선주 및 어부, 유치원생 · 초중등학교학생 · 대학교 학생, 공익을 위하여 활동하는 사람 등이 해당된다.

제3조에 의한 개별 산재보험조합의 정관에 의한 강제가입은 해당 조합 관할영역의 사업주 및 그의 배우자, 사업장에 머무르고 있는 방문자 및 통행자, 외국에서 독일 국가기관에 종사자 등이 이에 해당된다.

제4조에 의한 산재보험가입 제외는 공무원법

9) 이호근 · 김영문 · 윤조덕 · 이영면 · 송보화 · 장상현 · 장혜현 · 한충현(2008). 특수형태근로 종사자 실태 및 다단계구조 집단갈등 관리방안에 대한 연구, 노동부.

10) 이호근(2006). 특수형태근로 종사자 보호대책 논의경과 및 주요쟁점 –국내외 보호대책 사례 및 노사정위원회 논의를 중심으로–, 특수형태근로종사자 대상 보호법안 마련을 위한 공개토론회 자료집, 2006.11.15., 노동부 · 한국노동연구원, pp.1~45.

령에 의한 재해보호규정의 적용을 받는 사람(명예 공무원 및 명예 판사는 제외), 자영 의사 · 치과의사 · 수의사 · 심리치료사 · 어린이청소년 심리치료사 등이 이에 해당된다.

제5조에 의한 보험가입제외는 농업기업주로서 0.25헥터 미만의 농업기업주 및 그의 배우자로서 신청에 의하여 보험가입 제외된다.

제6조에 의한 임의가입은 사업주 및 그의 배우자, 정당에 명예직 종사자, 사업주단체 및 노동조합 연합단체에서 명예직으로 종사하는자 등이 이에 해당된다.

(1) 당연적용 피보험자 범위 비교(독일과 한국) 및 시사점

독일 산재보험법(사회법전 제7권, SGB VII) 제2조에 의한 당연적용(법적 강제력에 의한) 피보험자는 17개 그룹으로 구분된다(산재보험법 제2조)(표 6). 즉, 취업자 교육훈련생, 산재보험 피보험자가 되기 위한 피보험 업무행위의 취득을 위하여 또는 종료로 인하여 관련된 검진 또는 이와 유사한 조처 중에 있는 자, 장애인전용사업장에 종사하는 장애인, 자영농민 및 그의 배우자 등, 가내공업자 및 그의 배우자 등, 자영어부 및 그의 배우자 등, 유치원원아 · 초중고학생 · 대학생, 보건의료기관등의 명예직 종사자, 공공기관 또는 단체의 명예직 종사자, 공공기관 · 단체의 업무 협조자 등, 비상 상황 시 조력자 등, 공공의 위험시 조력자 등, 구직중인 자, 재활치료 중인 자, 공공기관이 장려하는 주택을 자력으로 짓고 있는 자, 개호가 필요한 자의 간호인 등이다.

당연적용 피보험자 그룹의 독일과 한국과의 비교를 통하여 한국 산재보험이 적용을 제외하고 있는 대상은 다음과 같이 정리 할 수 있다.

① 취업자 그룹에서 유사자영업자, 법률에 의하여 구금중인 자 또는 형벌, 검찰의 명령 또는 청소년관청의 명령에 의하여 일반 취업자와 유사하게 취업하고 있는 자; 외국에서 독일 연방 또는 주들의 기관을 대표하고 있는 독일인 또는 그 기관의 책임자, 독일 구성원 또는 근무자를 위해 고용된 독일인

② 산재보험 피보험자가 되기 위한 피보험 업무행위의 취득을 위하여 또는 종료로 인하여 관련된 검진 또는 이와 유사한 조처 중에 있는 자

③ 인증 장애인 전용사업장에 종사하는 장애인

④ 자영농민 및 그의 배우자 등

⑤ 가내공업자 및 그의 배우자 등

⑥ 유치원원아 · 초중고학생 · 대학생

⑦ 보건의료기관등의 명예직 종사자

⑧ 공공기관 또는 단체의 명예직 종사자

⑨ 공공기관 · 단체의 업무 협조자 등

⑩ 비상 상황 시 조력자 등

⑪ 공공의 위험시 조력자 등,

⑫ 구직중인 자

⑬ 재활치료 중인 자

⑭ 공공기관이 장려하는 주택을 자력으로 짓고 있는 자

⑮ 개호가 필요한 자의 간호인

이와 같이 독일과 비교하여 한국 산재보험에서 적용을 하지 않고 있는 그룹들에 대하여 우

선순위를 검토하여 점차적인 적용방안을 모색함이 필요하다. 예를들어 가내 공업자 및 그의 사업에 같이 종사하는 배우자, 자영농민 및 그의 사업에 같이 종사하는 배우자[11], 유치원원아 · 초중고학생 · 대학생 등의 그룹[12]에 대하여는 산재보험 사각지대 해소와 관련하여 적극적인 검토가 필요하다.

표 6. 산재보험 당연적용 피보험자 비교(독일과 한국)

적용 대상	독 일	한 국
1. 취업자	취업자; 법률에 의하여 구금중인 자 또는 형벌, 검찰의 명령 또는 청소년관청의 명령에 의하여 일반 취업자와 유사하게 취업하고 있는 자; 외국에서 독일 연방 또는 주들의 기관을 대표하고 있는 독일인 또는 그 기관의 책임자, 독일 구성원 또는 근무자를 위해 고용된 독일인	근로기준법에서 정의하고 있는 근로자(직업의 종류와 관계없이 임금을 목적으로 사업이나 사업장에 근로를 제공하는 자)를 사용하는 모든 사업 또는 사업장
2. 교육훈련생	사업장, 실습장, 교육과정 또는 이와 유사한 시설에서 직업훈련(양성훈련 및 향상훈련) 중인 피교육자	현장실습생(현장 실습을 하고 있는 학생 및 직업 훈련생)
3. 산재보험 피보험 업무행위 취득 또는 종료 관련	산재보험 피보험자로서의 피보험 업무행위의 취득을 위하여 또는 피보험 업무 행위의 종료로 인하여 검진 또는 이와 유사한 조처중에 있는 자	–
4. 장애인	인증 장애인 전용작업장에 종사하는 장애자; 인증 맹인전용사업장에 종사하는 장애자; 또는 이와 같은 시설들을 위하여 가내공업에 종사하는 장애인	–
5. 자영농민 및 그의 배우자 등	농업부문 사업의 사업주 및 당해 사업에 같이 종사하는 사업주의 배우자; 농업부문 사업에 계속적으로 종사하는 사업주의 가족(본인의 3촌 이내의 친족, 배우자의 2촌 이내의 친족, 사업주 또는 그 배우자가 후견하는 자); 농업부문 사업에서 주식회사 또는 개인회사의 법적형태로 정규적으로 사업주와 유사하게 종사하는 자영업자; 농업부문 사업에서 직접 농업의 안전, 감독 또는 장려에 주로 기여하는 명예직에 있는 자; 농업부문 직종연합에서 명예직으로 종사하는 자	농업, 임업(벌목업은 제외), 수렵업의 법인이 운영하는 사업체 종사자(근로자); 농업, 임업(벌목업은 제외), 수렵업 중 법인이 아닌자의 사업으로서 상시근로자 수가 5명 이상인 사업
6. 가내공업자 및 그의 배우자 등	가내공업자와 중간관리자 및 그들과 같이 종사하는 배우자	–
7. 자영어부 및 그의 배우자 등	연안 해역에서 선박을 소유하고 선박에 승선하는 자영 선주 및 어부 또는 선박을 자가 소유하고는 있지 않으나 상시적으로 4인 이하의 근로자를 고용하고 있는 연안 어부 및 그들과 같이 종사하는 배우자	어업 중 법인이 운영하는 사업체 종사자(근로자); 어업 중 법인이 아니자의 사업으로서 상시근로자 수가 5명 이상인 사업
8. 유치원생, 초중고생, 대학생	공인을 필요로 하는 주간시설들(유치원, 탁아소 등)에 머무르고 있는 동안의 아이들; 일반계 학교, 실업계 학교의 학생; 대학생(기초교육 또는 향상교육훈련 중에 있는)	–

11) 농업인재해보험제도 도입과 관련하여 국회 김우남의원, 황영철의원, 강기갑의원이 관련 법률(안)을 국회에 제출하였음(장은수(2010). 농작업재해보장 및 보험 법률안을 중심으로(토론문), 농업노동(농작업)재해보장제도 마련을 위한 토론회자료집, 농어업회생국회의원모임, pp.57~58).

12) 윤조덕(2011)은 독일 산재보험의 학생산재보험제도를 소개하면서 한국의 학생재해보험제도의 도입 필요성 및 이를 위한 사회적 논의의 필요성을 제시하였음(윤조덕(2011). 사회안전망 기능체계화를 위한 산재보험 발전방향, 한국노동연구원, pp.126~165).

〈표 6〉 계속

적용 대상	독 일	한 국
9. 보건의료기관 등의 명예직 종사자	보건의료지관 또는 사회복지시설에 자발적으로 또는 무보수로, 특히 명예직으로 종사하는 자	–
10. 공공기관 또는 단체의 명예직 종사자	공법에 의한 공공기관, 단체 또는 재단 또는 이들의 연합단체 또는 사업공동체를 위하여 앞의 2호 및 8호에서 명명하는 시설에 명예직으로 종사하는 자 또는 이와 같은 업무를 위하여 교육훈련에 참여하고 있는 자; 공법적 종교단체 및 그들의 시설에 명예직으로 종사하는 자 또는 이와 같은 업무를 위하여 교육훈련에 참여하고 있는 자	–
11. 공공기관, 단체의 업무 협조자 등	공법에 의한 공공기관, 단체, 재단의 업무를 협조하기 위하여 종사하고 있는 자; 공공기관의 증거검증을 위하여 증인으로 불러들인 자	–
12. 비상상황시 조력자 등	사업장 내에서 불의의 사고 시 또는 시민 권리보호를 위한 사업에 무보수로, 특히 명예직으로 종사하는 자 또는 이들 사업의 교육훈련에 참가하고 있는 자	–
13. 공공의 위험시 조력자 등	불의의 사고 또는 공공의 위험 또는 비상 시 조력하는 자 또는 현저한 현존하는 건강위험에 처한자를 구출하는 자; 헌혈자 또는 신체조직 기증자; 범죄용의자를 추적시 또는 체포시 또는 불법적으로 습격받는 피해자를 보호하기 위해 개인적으로 조력하는 자	–
14. 구직자	구직자 기초보장법(SGB II) 또는 노동촉진법(SGB III)의 규정들에 의하여 신고의무를 진 자로서 독일연방고용청으로부터 당해 업무부서 또는 다른 곳에 있는 업무부서를 방문하라는 개별적 특별요창을 수행하는 자	–
15. 재활치료 중인 자	의료보험 또는 연금보험 또는 농업부문 노령연금의 비용으로 입원치료 또는 통원치료 중인 또는 입원의료재활이나 통원의료재활 중인 자; 연금보험 또는 독일연방고용청에 의하여 고용촉진대책의 재활부분의 일환으로 당해 업무부처 또는 타업무부처를 방문하는 자; 산재보험운영기관의 비용으로 직업병 시행령(BKV: Berufskrankheieten-Verordnung) 제3조에 의한 예방대책에 참여하고 있는 자	–
16. 공공기관이 장려하는 주택을 자력으로 짓고 있는 자	주택선설법(Zweiten Wohnungsbaugesetz) 또는 주거지촉진법(Wohnraumfoerderungsgesetz)에 의하여 공공기관이 장려하는 주택을 자력으로 짓고 있는 자	–
17. 개호가 필요한 자의 간호인	개호인법(SGB XI) 제 14조에서 정의하고 잇는 개호가 필요한 자를 간호하는 제19조에 정의된 간호인: 산재보험이 적용되는 개호행위는 환자에 대한 신체부분의 간호와, 이 개호행위가 환자에게 도움이 되면 식사 시 조력, 활동시 조력 및 가사조력을 포함.	–
18. 취업자 정의의 확대 적용	법률에 의하여 구금중인 자 또는 형벌, 검찰의 명령 또는 청소년관청의 명령에 의하여 일반 취업자와 유사하게 취업하고 있는 자; 외국에서 독일 연방 또는 주들의 기관을 대표하고 있는 독일인 또는 그 기관의 책임자, 독일 구성원 또는 근무자를 위해 고용된 독일인.	–
19. 산재보험조합의 정관에 의한 강제가입 대상	사업주와 그의 사업에 같이 종사하는 자 사업장에 체재하는 자 명예직으로 종사하는 자 및 시민적 참여자	–

자료: 독일 산재보험법(SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung) 제2조 및 제3조; 한국 산재보험법 제6조 및 시행령 제 2조.

(2) 산재보험 비적용 대상 비교(독일과 한국) 및 시사점

비적용 대상은 공무원 등, 종교단체 종사자 등, 비영리 종사자 등, 자영 의사 · 약사 등, 소규모 건설 공사, 가구내 고용 활동, 1인 미만 사업의 여섯구룹으로 구분된다(표 7).

독일과의 비교를 통하여 한국 산재보험에서 소규모 건설공사, 가구내 고용활동[13], 상시근로자수가 1인 미만인 사업 에 대한 점차적 적용방

표 7. 산재보험 비적용대상 비교(독일과 한국)

비적용 대상	독 일	한 국
1. 공무원 등	공무원법에 의한 사고보상규정 또는 이와 상응하는 기본원칙이 적용되는 데에 해당되는 자: 명예공무원과 명예직 판사는 제외됨	공무원연금법 또는 군인연금법에 따라 재해보상이 되는 사업; 선원법, 어선원 및 어선 재해보상법 또는 사립학교 교직원 연금법에 따라 재해보상이 되는 사업;
2. 종교단체 종사자 등	종교단체 정규 종사자, 전도사 및 이와 유사한 단체의 임원으로서 당해 단체의 정관에 의하여 그 공동체 속에서 일반적인 부양에 관한 요구권이 보장되는 자 또는 그 부양보장의 이행이 확실하게 된 자	(적용 제외)
3. 비영리 종사자 등	어업허가권 또는 수렵허가권 소지자로서 임시로(일상적이 아닌) 고기잡이 또는 수렵에 참가하고 있는 자; 내륙어업의 사업주, 양봉업의 사업주, 농업 및 축산업의 사업주로서 이들 사업이 영리를 목적으로 하지 아니하고 동시에 타 영농기업의 보조적인 사업이 아닌 경우와 그리고 이들 사업들에서 사업주들과 같이 종사하는 배우자들: 또한 이들 사업에 종사하는 2촌 이내의 친족 또는 사업주의 배우자의 2촌 이내의 친족 또는 이들 사업의 사업주 또는 그의 배우자가 후견하는 자로서 보수를 받지 아니하고 이들 사업에 종사하는 자. 양봉업에서 꿀통이 25개 미만이면 비영리에 해당함	(적용 제외)
4. 자영 의사, 약사 등	자유롭게 자영으로 영업을 행하는 의사, 치과의사, 수의사, 심리치료사, 어린이와 청소년 심리치료사, 자연요법 치료사, 약사	(적용 제외)
5. 소규모 건설공사	–	총공사금액 2천만원 미만 공사; 연면적이 100제곱미터 이하인 건축물의 건축 또는 연면이 200제곱미터 이하인 건축물의 대수선 공사
6. 가구내 고용활동	–	가구내 고용 활동
7. 1인 미만 고용 사업	–	상시근로자수가 1명 미만인 사업

자료: 독일 산재보험법(SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung) 제4조; 한국 산재보험법 제6조 및 시행령 제2조.

13) 김상호(2010)는 무급가족종사자에 대한 산재보험적용 타당성 분석을 하고 적용타당성을 제안하였음(김상호(2010). 무급가족종사자 산재보험적용의 타당성에 대한 연구, 한국사회보장연구, 26(4), 한국사회보장학회, pp.195~213).

안에 대한 검토가 필요하다고 사료된다.

2) 일본과의 비교 및 시사점

노재보험법(노동자재해보상보험법)에 의한 노재보험이 적용되는 범주는 다음과 같은 세가지 범주로 구분된다.

첫째, 사업주나 노동자의 의사에 관계없이 강제적으로 가입하지 않으면 안되는 당연적용사업(또는 강제적 용사업)(노재보험법 제3조 제1항),

둘째, 사업주의 보험가입 신청과 관련 기관의 인가에 의하여 적용되는 잠정임의적용사업(1969년 개정법 부 칙 제12조),

셋째, 소규모사업주 또는 자영업자에 대하여 노동자에 준하여 산재보험에 가입시키는 특별가입제도

(1) 당연적용 피보험자 범위 비교(일본과 한국) 및 시사점

일본 노동보험(노재보험, 고용보험)의 보험관계 성립은 '사업' 단위이다. 이 사업이란, 사업목적이 영리적이던 비영리적이던 상관없이 일정의 장소에서 일정의 조직을 가지고 유기적으로 관리하며 반복적으로 실시되는 경영조직체를 의미한다. 따라서 사업이란 하나의 회사(사업주)가 본사 이외의 지점, 공장, 영업소 등을 가지고 있는 경우에, 그것을 총합한 것을 말하는 것은 아니다. 본점, 공장, 지점, 영업소, 사무소 등을 각각 독립의 사업으로 취급하고 여러 개의 사업이 있다면 그 사업마다 적용되도록 되어 있다.

노재보험법의 적용을 받는 노동자는 동 법의 적용을 받는 사업에 사용되는 노동자[14], 즉 임금을 지급받는 자를 말한다[15].

한국 산재보험제도는 초기 도입단계에 일본 노재보험제도를 참조하였으며, 이후 최근까지도 필요한 사안에 대하여 제도 및 사업을 참조하고 있다.

(2) 잠정임의적용사업 범위 비교(일본과 한국) 및 시사점

일본 잠정임의적용사업의 사업주 자신은 산재보험 가입의사가 없어도, 당해 사업에서 일하는 노동자 과반수가 보험가입을 희망하는 때는 사업주는 보험가입 신청을 해야 한다. 즉 잠정임의적용사업에서 산재보험 가입여부는 사업주의 의사와 관계없이 그 사업에서 일하는 노동자 과반수의 의사에 맡겨져 있으며, 사업주가 정부에 보험가입 신청을 하고 정부의 인가가 있을 때 비로서 보험관계가 성립한다. 잠정임의적용사업의 범위는 <표 8>과 같다.

반면에 한국 산재보험에서는 사업주가 공단의 승인을 받아 가입할 수 있으며, 탈퇴하고자

14) 노동자란 사업에 사용되는 사람으로, 임금이 지불되는 사람을 말하고, 법률의 적용을 받지 않는 사람은 산재보험의 노동자라고 하지 않음.

15) 임금이란 임금, 급료, 수당, 상여 그 외에 사업주가 노동의 대가로서 노동자에게 보험연도 중에 지불한 모든 임금(세 포함)을 말함(징수법 제2조제2항).

표 8. 산재보험 당연 가입/적용제외 대상 비교(일본과 한국)

적용 대상	일 본	한 국
1. 적용범위	노동자를 사용하는 사업을 적용사업으로 함(노재보험법 제3조 제1항)(노동자란 사업에 종사하는 사람으로 임금이 지불되는 사람을 말하고, 법률의 적용을 받지 않는 사람은 산재보험의 노동자라 하지 않음)	근로기준법에서 정의하고 있는 근로자(직업의 종류와 관계없이 임금을 목적으로 사업이나 사업장에 근로를 제공하는 자)를 사용하는 모든 사업 또는 사업장(산재보험법 제6조)
2. 적용제외	국가의 직영사업, 관공서 공사, 선원보험법 규정에 의한 선원보험의 피보험자(노재보험법 제32조 제2항)	1) 공무원연금법 또는 군인연금법에 따라 재해보상이 되는 사업 2) 선원법, 어선원법 또는 사립학교 교직원 연금법에 따라 재해보상이 되는 사업 3) 총공사금액 2천만원 미만인 공사; 연면적이 100제곱미터 이하인 건축물의 건축 또는 연면적이 200제곱미터 이하인 건축물의 대수선 공사 4) 가구내 고용활동 5) 상시근로자수가 1명 미만인 사업 6) 농업, 임업(벌목업은 제외), 어업 및 수렵업 중 법인이 아닌 자의 사업으로서 상시근로자 수가 5명 미만인 사업(산재보험법 시행령 제2조)

할때에도 공단의 승인을 받아야 한다.

일본과의 비교를 통하여 한국 산재보험의 잠정임의가입에 관하여 당해 사업에서 일하는 근로자의 요구에 의하여 가입할수 있는 방안에 대한 검토가 필요하다고 사료된다. 이는 근로자 자신의 요구에 의한 산재보험보호가 가능케 되면 아울러 사각지대 해소에 기여한다.

(3) 특별가입제도 비교(일본과 한국) 및 시사점

일본 노재보험의 특별가입제도[16]는 노동자재해보상보험법(이하 노재보험법 '이라 함) 제1조에 "노동자재해보상보험은 업무상의 사유 또는 통근에 의한 노동자의 부상, 질병, 상해 또는 사망에 대해서 신속하고도 공정한 보호를 하기 위해서, 필요한 급부를 행하고 ....(중략)..., 이로써 노동자의 복지증진에 기여하는 것을 목적으로 한다"라고 규정하고 있다. 즉, 노재보험제도는 노동기준법상의 노동자의 노동재해에 대한 보호를 목적으로 하는 제도이다. 그 결과 노동자가 아닌 자(사업주, 자영업자 등)의 업무중 재해 또는 통근재해에 대해서는 본래적으로 보호 대상으로 하지 않는다. 그럼에도 이들 노동자기 아닌 자 중에는 일부이기는 하지만 업무실태나 재해의 발생상황에서 볼 때, 노동자와 마찬가지로 노재보험에 의해 보호되어야 자들이 존재한다.

16) 三信圖書, ひと目でわかる 勞災保險の 特別加入, 平成13年

표 9. 산재보험 잠정임의적용 방법 및 가입대상 비교(일본과 한국)

적용 대상	일 본	한 국
1. 적용 방법	잠정임의적용사업의 사업주 자신은 산재보험 가입의사가 없어도, 당해 사업에서 일하는 노동자 과반수가 보험가입을 희망할 때 보험가입 신청을 하여야 하며, 정부의 인가가 있을 때 비로소 보험관계가 성립됨.	산업재해보상보험법 제6조 단서에 따라 같은 법을 적용하지 아니하는 사업의 사업주는 공단의 승인을 받아 산재보험에 가입할 수 있음. 이 경우 보험계약을 해지할 때에는 미리 공단의 승인 을 받아야 함(징수법 제5조 제4항 및 제5항).
2. 적용 범위	1) 농업 중 노동자 4인 이하의 개인경영 사업으로 특정위험 또는 유해한 작업을 주로 실시하는 사업 이외의 것 단, 그 사업주가 산재보험의 특별가입을 하고 있는 경우는 제외 2) 임업 중 노동자를 상시로 사용하지 않고 또한 연간 사용 총 노동자수가 299명 이하의 개인경영 사업 3) 노동자수 4인 이하의 개인 경영의 축산, 양잠 또는 수산업(총 톤수 5톤 미만의 어선에 의한 사업 또는 재해발생의 염려가 적은 수면 등에서 주로 조업하는 것에 한함)의 사업	산재보험법 시행령 제2조에 의한 산재보험 적용 제외 사업

또한 노재보험법의 적용범위는 속지주의에 의해 일본 국내에 한하여져 있어, 국내의 사업장에서 국외의 사업장에 파견되어 해당사업에 종사하는 자에 대해서는 노재보험의 보호가 미치지 않게 되어 있다. 노재보험에서는 이러한 본래 노재보험이 적용되지 않고 있는 자 중 일부의 자에 대하여 노재보험의 원래의 의미를 잃지 않도록 하는 범위내에서 또는 재해가 발생한 경우의 업무상 재해의 인정 등 보험기술적으로 가능한 범위내에서 특별히 노재보험에 대한 가입을 인정하여 노재보험에 의한 보호를 꾀하는 것이 가능한 제도를 설정하고 있다. 이 제도를 "특별가입제도"라 한다.

특별가입제도는 임의가입제도로서 노재보험에 대한 가입을 희망하는 자는 특별가입신청을 하여 소관 기관(노동국장)의 승인을 받아야 한다. 특별가입제도에 의하여 특별가입하는 것이 가능한 자의 범위에 대해서는 ①업무의 실태, 재해의 발생상황 등에 비추어 노동기준법의 적용노동자에 준하여 보호하기에 타당한 자인지 아닌지, ②노동관계 하에 있는 노동자와 달리, 업무범위가 노동계약, 노동협약, 취업규칙 등에 의해 특정되어 있는 자가 아니라고 하여도, 업무 실태에서 볼 때 그 자의 업무범위가 명확하게 특정되고, 업무재해의 인정을 시작으로 보험관계의 적정한 처리가 기술적으로 가능한 지 여부를 충분히 고려하여 정하여야 한다고 하고 있다[17].

17) 1960년 특별가입제도 창설시 노동자재해보상심의위원회는 다음과 같이 답신하고 있음. "…특별사입에 간해서는 업무의 실태, 재해

특별가입이 가능한 자는 중소사업주 등, 자영업자 등, 특정작업종사자, 해외파견자의 네 그룹으로 구분된다(표 10).

한국은 특별가입(특례가입)이 가능한 대상은 중 · 소사업주, 자영업자, 해외파견자, 특수형태근로종사자의 네 그룹으로 구분된다.

일본과의 비교를 통하여 한국 산재보험의 특별가입 대상에 특정작업종사자가 제외되어 있음을 알 수 있다. 한국적 특성을 토대로 특정작업종사자 분야에 대한 적용 가능성의 검토가 필요하다고 사료된다.

표 10. 산재보험 특별가입/특례가입 범위 및 가입수속 방법 비교(일본과 한국)

구분	일 본	한 국
중소사업주	가입범위: 1) 중소사업주(사업주가 법인 그 외의 단체인 경우는) 및 그 가족 종사자(특별가입할 수 있는 중소사업주는 상시 300인(금융업, 보험업, 부동산업 또는 소매업으로 50인, 도매업 또는 서비스업은 10인) 이하의 노동자를 사용하는 사업주임)(노재보험법 시행규칙 제46조의16). 2) 법인 및 그 외의 단체의 임원인 경우는 대표자 이외의 임원 중 노동자가 아닌 자(노재보험법 제33조 제1호 및 제2호, 시행규칙 제46조의16) 가입방법: 노동보험사무조합에 사무위탁(징수법 제33~36조)	산업재해보상보험법 시행령으로 정하는 중 · 소기업 사업주(근로자를 사용하지 아니하는 자를 포함함)는 공단의 승인을 받아 자기 또는 유족을 보험급여를 받을 수 있는 자로 하여 보험에 가입할 수 있음(산재보험법 제124조). 1) 보험가입자로서 50명 미만의 근로자를 사용하는 사업주(산재보험법 시행령 제122조).
자영업자 등	가입범위: 자영업자, 그 외 노동자를 사용하지 않는 것을 상시로 하는 자영업자로서 다음의 사업을 하는 자 및 그 가족종사자 가. 자동차를 사용하여 행하는 여객 또는 화물의 운송사업 나. 건설사업 다. 어선에 의한 수산동식물 채취사업 라. 임업사업 마. 의약품의 배채판매사업 바. 재생자원취급사업(노재보험법 제33조 제3호 및 제4호, 시행규칙 제46조의17) 가입방법: 노동보험사무조합에 사무위탁(징수법 제33~36조)	2) 다음 각 목의 어느 하나에 해당하면서 근로자를 사용하지 아니하는 사람 가. 여객자동차운수법에 따라 여객자동차 운송사업을 하는 사람 나. 화물자동차 운수사업법에 따라 화물자동차 운송사업을 하는 사람 다. 건설기계관리법에 따라 건설기계사업을 하는 사람. 단, 특수형태근로종사자에 해당하는 사람은 제외함(산재보험법 시행령 제122조).

발생상황으로부터 노동기준법의 적용노동자에 준해서 보호해야 마땅한 자에 대해서, 특례로서 노재보험을 적용하는 취지이므로, 그 실시에 즈음해서는 노재보험 본래의 명분을 이탈하거나 제도전체의 운영에 지장을 초래하지 않도록 신중을 기할 필요가 있다. 이와 같은 견지에서 특별가입자의 범위에 대해서는 업무의 위험도 내지 그 사업의 재해율에 비추어 특히 보호의 필요성이 높은 것에 대해서 고려함과 동시에, 특별가입자의 종사하는 업무의 범위가 명확성 내지는 특정성이 있어, 보험업무의 기술적 처리의 적확(的確)을 기할 수 있는가 아닌가에 대하여 충분히 검토해야만 하며…".

〈표 10〉 계속

구분	일 본	한 국
특정작업종사자	가입범위(노재보험법 제33조제5호): 가. 후생노동대신이 정하는 규모의 사업장에서 토지경작 혹은 개간, 식물의 재배 혹은 채취 또는 가축(양봉을 포함) 혹은 누에 사육의 작업으로 다음의 어느 것인가에 해당되는 것 ① 동력에 의해 가동되는 기계를 사용하는 작업 ② 높이가 2m 이상의 개소(장소)에서의 작업 ③ 노동안전위생법시행령(1972년 정령 제318호) 별표 제6제7호에 게재한 산소결함위험장소에서의 작업 ④ 농약 산포 작업 ⑤ 소, 말 또는 돼지에 접촉하거나 접촉할 우려가 있는 작업 나. 후생노동대신이 정하는 종류의 기계를 사용하여 농작업에 종사하는 자 다. ① 고령자등의고용안정에관한법률 제15호 제1항3호에 규정되어 있는 직장적응훈련종사자 ② 사업주단체 등 위탁훈련실시요령에 규정하는 사업주 단체 등 위탁훈련 대상자 중, 이직자로 공공직업안정소장으로부터 사업주단체 등 위탁훈련의 수강지시 또는 수강추천을 받은 고용보험수급자격자 및 사업주 단체 등 위탁훈련을 수강한 젊은 구직자 라. 가내노동법의 적용에 있는 가내노동자와 그 보조자인 칙 제46조의 18 제3호에서 정한 작업에 종사하는 자 마. 노동조합법(1949년 법률 제174호) 제2조 및 제5조 제2항의 규정에 적합하는 노동조합 그 외 이에 준하는 것으로 후생노동대신이 정하는 자(상시노동자를 사용하는 자를 제외)의 상근 임원이 실시하는 집회운영, 단체교섭 그 외의 해당 노동조합 등의 활동에 관한 작업으로, 해당 노동조합 등의 사무소, 사업장, 집회장 또는 도로공원 그 외의 공공용으로 제공하는 시설에 있는 자(해당 작업에 필요한 이동을 포함) 바. 개호노동자의 고용관리등의 개선등에 관한법률(1992년 법률 제63호) 제2조 제1항에 규정하는 개호관계 업무에 관련된 작업으로 입욕, 배설, 식사 등의 개호 그 외 일상생활상의 수고, 기능훈련 또는 간호에 관련된 자 가입방법: 특정작업종사자로 구성되는 단체(징수법 제33~36조)	–

표 11. 산재보험 특별가입/특례가입 범위 및 가입수속 방법 비교(일본과 한국) (계속)

구분	일 본	한 국
해외파견자	가입범위(노재보험법 제33조 제6호 및 제7호, 시행규칙 제46조의25의2) 가. 국제협력사업단체 등 개발도상지역에 대한 기술협력의 실시를 의무로 하는 단체로부터 파견되어 개발도상지역에서 실시되고 있는 사업에 종사하는 자 나. 일본국내에서 실시되는 사업(계속사업에 한함)에서 파견되어 해외지점, 공장, 현장, 현지법인, 해외의 제휴처 기업 등 해외의 사업에 종사하는 자 다. 일본국내에서 실시되는 사업(계속사업에 한함)에서 파견되어 해외지점, 공장, 현장, 현지법인, 해외의 제휴처 기업 등 해외에서 실시되는 300인 이하(금융업, 보험업, 부동산업 또는 소매업으로는 50인, 도매업 또는 서비스업에서는 100인)의 노동자를 사용하는 사업에 종사하는 사업주 그 외 노동자 이외의 자 가입방법: 파견원인 단체 또는 사업주	보험료징수법 제5조제3항 및 제4항에 따른 보험가입자가 대한민국 밖의 지역(고용노동부령으로 정하는 지역은 제외함)에서 하는 사업에 근로시키기 위하여 파견하는 자(“해외파견자”)에 대하여 공단에 보험가입 신청을 하여 승인을 받으면 해외파견자를 그 가입자의 대한민국 영역 안의 사업(2개 이상의 사업이 있는 경우에는 주된 사업을 말함)에 사용하는 근로자로 보아 산재보험법을 적용할 수 있음(산재보험법 시행령 제122조).
특수형태근로종사자	–	계약의 형식에 관계없이 근로자와 유사하게 노무를 제공함에도 근로기준법 등이 적용되지 아니하여 업무상의 재해로부터 보호를 할 필요가 있는 자로서 다음 각호에 해당하는 자 중 대통령령으로 정하는 직종에 종사하는 자(이하 “특수형태근로종사자”)의 노무를 제공받는 사업은 제6조에도 불구하고 이 법의 적용을 받는 사업 또는 사업장으로 봄(산재보험법 제125조). 대상: 1. 보험설계사 2. 콘크리트믹서트럭 운전자 3. 학습지교사 4. 골프장 캐디(산재보험법 시행령 제 125조)

4. 결론 및 정책제언

한국 산재보험의 적용의 사각지대와 관련하여 현황 및 문제점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 당연가입 대상이 제한적이다. 한국 산재보험의 적용률은 취업자의 59.07%에 불과한 반면 독일의 경우는 전국민의 92%이상이다.

둘째, 임의가입 대상자의 가입률 저조하다. 2010년 임의가입 중소기업사업주는 10,139명으로 이는 당해연도 50인 미만 근로자 산재보험 적용 사업장 1,569,587개소의 0.65%에 불과하다. 이는 이 제도에 대한 개선방안 강구의 필요

성을 시사한다.

셋째, 특수형태근로종사자 해당 직군에 대한 판단과 보험료 납부 주체 판단의 어려움이 있다. 현재 골프장 캐디, 학습지교사, 보험설계사, 콘크리트 믹서 트럭 운전자 4개 직군에 대하여 제한적으로 적용하고 있다. 타 직종으로의 확대를 검토하고 있으나 산재보험법 제125조 제1항의 정의에 의한 특수형태근로종사자에 해당하는 직군에 대한 판단이 쉽지 않다. 또한 보험료 납부 주체가 되는 사업주를 누구로 할 것인가의 문제에 있어서 판단이 더욱 어려운 상황이다. 또한 탈퇴율이 아주 높다. 현행제도는 산재보험 가입은 강제적으로 규정하고 있으나, 본인 신청에 의한 임의 탈퇴도 가능하게 규정하고 있다. 이로 인하여 2010년 12월의 실적용률은 8.55%로 특수형태근로종사자의 91.45%가 강제가입 후 임의탈퇴를 한 것이다. 이와 같은 높은 탈퇴율은 제도의 미비점이 있음을 의미하며 제도개선의 필요성을 시사한다.

이와 같은 문제점들을 해결하고 산재보험 사각지대를 해소하기 위하여는 독일과 일본 산재보험을 통해 다음의 두가지 시사점을 얻을 수 있다.

첫째, 현행 법체계를 벗어나서 산재보험 피보험자를 현행 근로기준법상의 근로자로 규정되어 있는 것을 벗어나 독일 산재보험의 예에서 보는 바와 같이 피보험자의 범위를 별도로 규정하는 것이다. 이 경우 근로자 이외의 모든 취업자, 모든 일하는 사람을 피보험자로 규정할 수 있다.

둘째, 현행 법체계 내에서 특례제도의 확대를 통하여 산재보험 사각지대에 있는 취업자, 자영업자(유사 자영업자 포함) 등을 산재보험 보호범위에 포함시킨다. 예로써 일본의 특별가입제도 등의 벤치마킹이다. 보건복지

장기요양보험의 사각지대 개선방안

Policy Issues for Improvement of Beneficiary System in Long-Term Care Insurance for the Elderly

선우덕 한국보건사회연구원 연구위원

노인장기요양보험제도가 도입된 지 만 3년이 경과한 시점에서 볼 때, 서비스 이용자수가 크게 증가하였음에도 불구하고 부분적으로 서비스의 미이용자가 상존하고 있는 실정이다. 이는 서비스이용권리가 발생하고 있음에도 불구하고, 각종 사유로 서비스를 이용하지 않거나, 못하고 있는 것으로 향후 제도개선시 고려하여야 할 사항이다. 이러한 관점에서 현행제도를 검토 분석해 본 결과, 제시할 수 있는 사각지대에 대한 개선내용으로는, 대상자의 범위를 노인뿐만 아니라 장애인을 포함하는 포괄적인 사회제도로 개선하여야 한다는 점, 65세 미만인 자에 적용되고 있는 노인성질환의 범위를 재조정할 필요가 있겠고, 장기적으로는 장기요양등급의 인정과 비인정이라는 이분법적 구분이 아닌 케어욕구의 대응에 부합하는 형태의 서비스제공체계로 개선되어야 한다는 점, 재가중심의 장기요양서비스의 내실화가 이루어져야 한다는 점, 노인요양시설규모의 적정화를 통해서 양질의 필요한 서비스가 제대로 제공될 수 있도록 개선하여야 한다는 점을 제시할 수 있겠다.

1. 서론

노인장기요양보험제도가 도입, 시행된 지 금년도로 만 3년이 경과하였다. 그동안 이 제도를 통해서 장기요양서비스를 이용한 자가 상당히 증가한 것으로 나타나고 있다. 다시 말하면, 제도가 시행된 2008년도말(실인원기준, 급여서비스간 중복이용 포함)에는 149,656명에서 2010년말에는 348,561명으로 약 2.3배나 증가하였다. 또한, 동 기간에 장기요양인정자수는 214,480명에서 315,994명으로 약 1.5배나 증가하였다. 이러한 수치를 통해서 보면, 장기요양인정자수에 비해서 이용자수의 증가속도가 더 크게 나타나고 있다는 것은 그만큼 단순히 장기요양대상자로써 인정을 받아 보겠다는 것에서 점차적으로 장기요양서비스를 다양하게 이용하려는 경향을 보이고 있음을 시사해주고 있다.

그럼에도 불구하고, 인정자수대비 이용자수 비율을 보면, 약 10%정도의 노인은 서비스를 이용하고 있지 않은 것으로 나타나고 있다. 그 이유는 다양한데, 제도적 결함때문일 수도 있고, 자의적인 미이용일 수도 있을 것이다. 만약 전자일 경우에는 바람직스럽지 못한 제도의 사각지대로 지적될 수 있을 것이고, 후자일 경우에는 바람직스럽지 못한 것으로 해석되지는 않

겠지만, 그러한 자에 대한 보상이 없다고 한다면, 그것도 제도의 사각지대로 지적될 수도 있을 것이다.

어떻든 간에 현행 노인장기요양보험제도에서 나타나고 있는 사각지대에 대해 검토해보고, 바람직스럽지 못한 제도의 결함이 존재하고 있는 지를 분석하여 그 개선방안을 제시해보고자 한다.

2. 장기요양보험제도에서의 사각지대 실태와 요인

1) 이론적 케어의 개념과 사회적 케어정도

우리나라의 장기요양보험제도는 장기요양에 필요한 비용을 보험급여로 제공하여 부담을 경감시켜주기 위한 사회보험제도이다. 여기에서 장기요양의 개념이나, 범위 등에 대한 검토가 필요한데, 이를 정리하면, 다음과 같다.

첫째, 장기요양보호가 필요한 자가 누구인가 하는 것으로, 이는 일반적으로 신체적 및 인지정신적인 기능제한을 가지고 있고, 타인의 도움에 의존하여 살아가는 자로 정의할 수 있다[1]. 여기에서 신체적이나 인지정신적인 기능은 일상생활동작이나 인지기능으로 측정되는 것이 일반적이다. 둘째, 그러한 신체적 또는 인지정신적인 제한이 장기간 지속되어야 하는 조건이 있다[2]. 다시 말하면, 질병이나 사고로 인한 일시적인 기능제한으로 타인의 도움을 필요로 하는 경우에는 제외한다는 것이다. 셋째, 장기요양서비스에 포함되는 내용으로는 복지서비스뿐만 아니라 보건의료서비스 및 기타 사회서비스까지로 포괄적이라는 것이다[3]. 여기에서 복지서비스는 대인적 케어로 통용되고 있고, 보건의료서비스는 주로 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등과 같은 의료관련직종에 의해 제공되는 서비스까지 장기요양보호서비스를 의미하고 있다. 이를 통해서 보면, 장기요양보호대상자가 신체적이나 인지정신적인 기능의 제한으로 일상생활에 필요한 모든 서비스를 제공하여야 하는 것으로 볼 수 있다.

이와 같이 장기요양(케어)과 관련한 개념정의를 보면, 케어가 필요한 자에 대한 일반적인 개념정의는 있지만, 어느 정도의 케어를 필요로 하는 자가 사회적 케어욕구가 있는 것으로 보아야 하느냐에 대해서는 의견이 분분하다. 개념적으로 보면, 케어욕구를 파악하는 지표 중에서

1) Binstock, RH, "The financing and organization of long-term care", *Public and Private Responsibilities in Long Term Care: Finding the Balance,* edited by Walker, Leslie C., Bradley, Elizabeth H., and Wetle, T., The Johns Hopkins University Press, 1998. Evashwick, CJ., *The Continuum of Long Term Care :An Integrated Systems Approach,* Delmar Publishers, 1996. Kane, RA, Kane, RL, and Ladd, RC, *The Heart of Long Term Care,* Oxford University Press, 1998. OECD, *Caring for Frail Elderly: Policies in Evolution,* Paris, 1996. Pratt, JR, *Long Term Care: Managing across the Continuum,* An Aspen Publication, 1999.

2) Binstock, op. cit; Doty, P., Liu, K., Weiner, J., "Special report: An overview of long term care", *Health Care Financing Review,* 6(3), 1985. Evashwick, op. cit. Kane, op. cit. OECD, op. cit. Pratt, op. cit.

3) Binstock, op. cit. Evashwick, op. cit. Kane, op. cit. OECD, op. cit. Pratt, op.cit.

어느 한 가지의 항목이라도 해당되는 경우를 케어가 필요한 자로 보는 것인데, 좀 더 구체적으로는 일상생활동작(ADL, IADL)을 나타내는 지표 중에서 어느 한 가지라도 정도의 강약을 불문하고 도움이 필요한 모든 자가 케어욕구가 있다고 판단하는 경우이다. 예를 들면, 일상생활동작 중에서 타인의 도움이 가장 많이 요구되는 항목으로 목욕(샤워)하기가 있는데, 그러한 동작에 대해서만 타인의 도움을 약간 필요한 경우에도 케어가 필요하다고 평가하는 것이 개념적인 케어필요상태를 측정하는 방법이다.

또한, 일상생활동작의 도움필요상태가 그 원인을 불문하고 발생된 경우라고 하더라도 단기간에 회복되어 정상적인 활동이 가능한 경우에도 개념적으로는 케어가 필요한 상태로 보아야 한다는 것이다. 마찬가지로 일상생활동작의 도움이 필요한 자에게 제공되어야 하는 서비스에도 개념적으로는 보건, 의료, 복지, 주거 등 모든 사회적 및 의료적 서비스가 총망라되어 있다는 것이다.

결국, 장기요양보호(케어)가 필요한 자를 대상으로 사회적 제도를 수립하는 경우에는 이론적인 개념정의에 충실하게 기반을 두어야 하지만, 언제나 자원의 제약이 존재하기 때문에 가용자원의 범위내에서 제도를 수립하기 위해서는 적정선에서 대상자범위나 서비스내용 등이 설정되어야 할 것이다. 즉, 사회적으로 용인되어 보호를 받아야 하는 케어대상자를 정의하여야 하는데, 이 때 이론적 측면에서의 설정기준과 사회적 보호측면에서의 설정기준 간에 괴리가 발생할 것이고, 그러한 괴리가 장기요양보장제도에서는 사각지대로 일컬어질 수 있을 것이다. 예를 들면, 독일이나 일본에서 장기요양보험제도를 도입할 때 급여대상자의 범위를 최소한 6개월 이상의 기능제한이 지속되어야 한다는 조건을 명시하고 있는데, 6개월 미만의 기능제한자도 장기요양서비스가 필요한 자이기 때문에 보험제도로부터의 급여대상자에서 제외하는 것은 이론적 측면에서 볼 때 사각지대에 해당하는 셈이 된다.

2) 분야별 사각지대의 실태와 요인

우선적으로 현행 장기요양보험제도로부터 급여서비스를 받기 위해서는 다음과 같은 절차를 밟아야 하는데, 이를 간략하게 설명하고, 그러한 절차 속에서 사각지대로 간주할 수 있는 내용에 대해 정리해보고자 한다. 첫째, 현행 장기요양보험제도에서는 장애인을 가입자범위에서 제외하고 있다는 점이다. 둘째, 서비스를 받기 위해서는 사전적으로 장기요양서비스를 받을 수 있을 정도의 장기요양상태에 놓여 있는가를 평가, 인정받아야 한다는 점이다. 이 때, 65세 미만인 자인 경우에는 정부가 고시한 노인성 만성질환이 존재하여야 한다. 셋째, 장기요양상태의 정도에 따라서 1~3등급으로 되고, 그 중에서도 특정조건에 해당하지 않는 한, 시설급여서비스는 1~2등급자에게만 제공되고 있다는 점이다. 넷째, 시설급여서비스를 제공하고 있는 입소시설도 규모에 따라서 종사자의 배치가 다르게 적용되고 있고, 그에 따라 제공되지 못하고 있는 서비스가 발생하고 있다는 점이다.

표 1. 현행 장기요양보험제도의 주요내용과 한계점

구분	내용	한계점
가입자범위	– 건강보험가입자 및 의료급여수급권자	– 법정 등록장애인은 적용 제외
요양신청범위	– 장기요양보험가입자	– 65세미만은 노인성질환자에 한정
요양인정범위	– 요양 1~3등급	– 등외의 비인정자는 제외
시설서비스수급범위	– 요양 1~2등급자, 또는 특정조건의 3등급자	– 일반적인 3등급자는 제한
재가서비스수급범위	– 요양 1~3등급자	
요양병원입원자	– 비급여대상으로 취급	– 요양 1~3등급자라도 장기요양급여 통제
기타	– 시설규모에 따라 필요서비스 제공에 차이 발생	– 소규모시설 입소자의 불이익 발생

(1) 가입자범위의 제한으로부터 발생되는 사각지대

65세 미만인 자로써 법적으로 등록된 장애인은 신체적 및 인지정신적 장애로 인하여 타인의 도움을 받아야 하는 필요가 있다고 하더라도 현행제도에서는 제외되고 있다. 다만, 2011년 10월부터 시행되고 있는 장애인활동지원제도에 의해 장기요양보험제도에 의한 서비스와 유사한 급여를 받을 수는 있지만, 기본적으로 장애인활동지원제도에서는 시설급여서비스를 제공하고 있지 않다. 결국, 장애인으로써 시설에 입소하여 서비스를 받고자 하는 경우에는 장애인복지법에 의해 운영되고 있는 생활시설을 이용할 수밖에 없는데, 현행 생활시설의 입소는 저소득계층을 중심으로 이루어지고 있다는 점이다.

(2) 장기요양인정 신청범위의 제한으로부터 발생되는 사각지대

현행제도는 국민건강보험제도에 가입된 자는 20세 이상이면 연령제한 없이 장기요양보험료를 부담하도록 하고 있는 반면에, 보험급여는 65세 이상인 자, 또는 65세 미만인 자의 일부에게만 제공되고 있다. 다시 말하면, 65세 미만인 자 중에서 정부가 고시한 21개의 노인성질환을 지니고 있는 자에 한하여 인정신청을 할 수 있도록 하고 있다는 것이다. 이러한 조치는 장애인을 제외하고는 장기요양보호의 욕구가 거의 대부분이 노인층에서 발생되고 있고, 그러한 욕구의 발생원인은 치매나 뇌졸중 등, 노인성 만성질환에 의해 나타나고 있다는 근거에 따른 것이다. 그러나, 그러한 노인성질환은 비노인층에서도 발생되고 있다는 점에서 이를 구제해주기 위한 조치로 보여진다. 사실상, 2011년 12월말 현재, 전체 요양인정 신청자 중에서 65세 미만자가 차지하는 비중은 5.3%에 불과하고, 신청자의 노인성질환 유형을 보면, 치매 등 인지정신질환자가 전체의 약 70%를 차지하고, 뇌질환자가 나머지를 차지하고 있는 실정이다. 다만, 21개 노인성질환이 아닌 악성신생물(암)이나 기타의 질환이나 사고에 의해 장기간의 도움이 필

표 2. 현행 장기요양보험제도와 장애인활동지원제도간 서비스내용의 차이

구분	노인장기요양보험제도	장애인활동지원제도
시설서비스	– 노인요양시설서비스 – 노인요양공동생활가정서비스	(없음)
재가서비스	– 방문요양서비스(신체수발, 가사지원 등) – 방문목욕서비스 – 방문간호서비스 – 주야간보호서비스 – 단기보호서비스 – 복지용구대여서비스	– 활동보조서비스(신체수발, 가사 · 이동지원 등) – 방문목욕서비스 – 방문간호서비스 – 긴급활동지원서비스(수발자대체지원서비스)
특별현금급여	– 도서벽지 등 거주 요양대상자에 한정	(없음)

표 3. 65세 미만자의 인정신청시 노인성질환의 유형(2011년 12월말 현재)

(단위: 명)

구분	총계	치매 등	알쯔하이머	뇌질환 등	파킨슨병	매병, 노망	졸중풍	중풍후유증	진전1	진전2
계	32,631 (100.0%)	5,669 (17.4%)	9,150 (28.0%)	7,047 (21.6%)	8,083 (24.8%)	216 (0.7%)	255 (0.8%)	1,878 (5.8%)	306 (0.9%)	27 (0.1%)
남	19,153	3,203	5,862	3,800	4,794	109	130	1,062	182	11
여	13,478	2,466	3,288	3,247	3,289	107	125	816	124	16

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계월보(내부자료)

요한 자인 경우에는 제도권에서 제외되고 있다는 것이다.

(3) 장기요양인정범위의 제한으로부터 발생되는 사각지대

현행 제도에서는 장기요양서비스를 받기 위해서는 최소등급인 3등급은 인정받아야 한다. 이는 전술한 바 있는 이론적인 장기요양상태에 놓여 있다고 해도(즉, 케어욕구가 존재한다고 해도) 3등급을 받지 못하는 경우에는 제도권에서 제외되어 급여를 받지 못하는 사태가 발생한다는 것이다. 다시 말하면, 경도의 장기요양상태자는 장기요양보험제도에서 제외한다는 것이고, 정부에서는 이들을 대상으로 하는 노인돌봄서비스제도를 마련해 놓고 있다. 그러나, 노인돌봄서비스의 내용을 보면, 다양한 장기요양급여서비스 중에서 방문요양급여에 해당하는 서비스만 제공되고, 그나마 저소득계층을 위주로 제공되고 있어서 일반소득자의 대부분은 제외되고 있다는 것이다. 2011년 12월말 현재, 등급판정결과 1~3등급으로 인정된 자는 전

체판정자수의 67.8%를 차지하고, 등외자는 32.2%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 등외자 중에서도 A등급에 해당하는 자의 비중이 가장 높은 것으로 나타나고 있는데, 이론적으로는 이들 계층에게도 장기요양서비스는 필요하고, 다만, 그 필요량에서는 적을 수도 있다는 것이다. 특히, 이들 계층에게는 장기요양서비스도 필요하겠지만, 그 보다는 신체적 및 인지적 기능의 향상을 도모하는 보건복지서비스가 효과적이고 필요한 서비스임에도 불구하고 현실적으로 노인돌봄서비스제도에서는 그렇지 못한 실정이다.

(4) 장기요양서비스이용의 제한으로부터 발생되는 사각지대

현행 제도에서는 장기요양대상자로 인정받으면, 서비스이용권리가 발생하는데, 이 때 서비스를 이용하지 않거나, 못하는 경우가 발생하고 있다. 자의적인 서비스의 미이용까지 사각지대의 범주에 포함시킬 수는 없겠지만, 그것이 제도적 결함 때문에 발생하는 경우라면 문제가 될 수 있다. 그리고, 자의적인 서비스이용의 의향이 있다고 하더라도 특정서비스에 대한 이용을 제한하는 것은 문제를 발생시킬 소지가 있을 수 있다.

먼저, 전자의 서비스 미이용에 따른 사각지대 문제를 살펴보면, <표 5>와 같다. 전체적으로 보면, 장기요양대상자로 인정을 받았음에도 불구하고, 서비스를 이용하지 않는 이유로 가장 많이 차지하고 있는 것은 병의원 등, 의료기관을 이용하기 때문(전체의 60.1%)인 것으로 나타나고 있다. 특히, 그 중에서 의료적 처치의 필요성 때문에 장기요양시설을 이용하지 못하는 경우가 전체의 1/3가량을 차지하고 있고, 1등급자의 경우에는 전체의 절반이상을 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이러한 요인은 현재의 노인요양시설에서는 의료적 처치욕구가 높은 대상자에 대한 대응이 상당히 미흡하기 때문으로 판단되고 있다. 그 이외에 자의적 판단에 따른 서비스 미이용도 전체의 28%를 차지하고 있는데, 이들에 대한 어떠한 지원도 현재로써는

표 4. 장기요양 등급판정 결과(2011년 12월말 현재)

(단위: 명)

구분	신청자수	등급판정자수	등급판정 결과							
			인정자				비인정자(등급외자)			
			계	1등급	2등급	3등급	계	등급외A	등급외B	등급외C
계	617,081	478,446 (100.0%)	324,412 (67.8%)	41,326 (8.6%)	72,640 (15.2%)	210,446 (44.0%)	154,034 (32.2%)	95,890 (20.0%)	42,258 (8.8%)	15,886 (3.3%)
남	167,849	131,141	92,754	12,527	19,965	60,262	38,387	23,699	10,042	4,646
여	449,232	347,305	231,658	28,799	52,675	150,184	115,647	72,191	32,216	11,240

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계월보(내부자료)

이루어지고 있지 않는 상태이다. 또한, 제도적 결함 때문에 서비스 이용상의 불편함이 발생하고 있다는 것도 문제로 지적할 수 있다. 그나마 다행인 것은 서비스이용에 따른 비용이 부담된다는 의견은 상당히 미흡하다는 것이다.

그리고, 후자의 서비스 미이용에 따른 사각지

표 5. 등급별 장기요양서비스 미이용자의 사유별 현황(2011년 12월말 현재)

(단위: 건, %)

구분	합계	1등급	2등급	3등급
전체	41,347 (100.0)	7,613 (100.0)	9,504 (100.0)	24,230 (100.0)
요양병원이용(의료적 처치 불필요, 요양목적 등)	9,642 (23.3)	1,850 (24.3)	2,692 (28.3)	5,100 (21.0)
요양병원이용(의료적 처치 필요)	8,649 (20.9)	2,592 (34.0)	2,411 (25.4)	3,646 (15.0)
가족 등에 의한 직접요양(가족수발로 충분 등 포함)	8,176 (19.8)	751 (9.9)	1,400 (14.7)	6,025 (24.9)
병의원 입원(의료적 처치 필요)	6,578 (15.9)	1,689 (22.2)	1,639 (17.2)	3,250 (13.4)
개인사정(수급자가 원하지 않음, 가족간 합의 불일치)	2,490 (6.0)	185 (2.4)	385 (4.1)	1,920 (7.9)
이용준비 중(계약 중, 입소대기 중, 적당한 기관 물색 중)	1,643 (4.0)	120 (1.6)	292 (3.1)	1,231 (5.1)
장기요양급여 외 기타 서비스이용(개인간병, 등)	921 (2.2)	168 (2.2)	173 (1.8)	580 (2.4)
경제적 부담(본인부담금이 비싸서)	877 (2.1)	66 (0.9)	172 (1.8)	639 (2.6)
기타(장기출타, 연락두절, 자격상실 등)	853 (2.1)	106 (1.4)	165 (1.7)	582 (2.4)
건강상태 호전	668 (1.6)	43 (0.6)	92 (1.0)	533 (2.2)
등급판정, 급여범위에 대한 불만족(시설이용 불가능 등)	533 (1.3)	12 (0.2)	16 (0.2)	505 (2.1)
장기요양기관의 급여제공 거부(중증질환, 수발부담 등)	175 (0.4)	16 (0.2)	44 (0.5)	115 (0.5)
장기요양기관 이용의 어려움(이동거리, 교통편 등)	142 (0.3)	15 (0.2)	23 (0.2)	104 (0.4)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계월보(내부자료)

대문제는 정책적 제약 때문에 발생되고 있다고 하겠다. 다시 말하면, 장기요양서비스는 시설서비스와 재가서비스로 대별되고 있는데, 모든 장기요양대상자가 양대 서비스 중에서 자유로이 선택할 수 있는 것이 아니라, 시설서비스에 대해서는 1, 2등급자라는 비교적 중증상태의 요양대상자에게만 제공하도록 제한하고 있다는 것이다(단, 특례조건이 있음). 대체적으로 3등급자에 해당하는 대상자는 기능상으로 보더라도 1일중 상시적 보호가 필요한 경우라고 보기에는 어렵지만, 주거환경, 가족관계 등의 환경적 요인이외에도 개인적인 성향에 의해 시설서비스를 원하는 경우에는 원천적으로 차단되어 있다는 것이다. 또한, 추가적으로는 시설서비스이든, 재가서비스이든지 간에 인프라가 충족되지 못한 지역에 거주하는 장기요양대상자는 당연히 서비스이용의 부족, 또는 누락이 얼마든지 발생할 수 있다는 것이다.

(5) 시설규모의 제약성으로부터 발생되는 사각지대

현행 제도에서의 노인요양시설은 입소정원 규모를 기준으로 구분하고 있는데, 이는 입소정원 5~9인 이하 시설은 노인요양공동생활가정, 10인 이상은 노인요양시설로 지칭하고 있다. 그런데, 그러한 정원규모를 기준으로 종사자배치기준이 달리 적용되고 있으며, 배치되는 종사자의 유형에 따라서 제공되는 서비스의 내용이 달라질 수 있다는 것이다. 예를 들면, 정원 30인 미만의 규모시설에서는 재활이나 기능훈련과 관련된 서비스제공은 거의 불가능한 것으로 보여지고 있고, 영양사에 의한 영양관리서비스도 제대로 제공되지 못하고 있는 것으로 보여지고 있다. 다시 말하면, 동일한 서비스비용을 부담하고, 동일한 등급을 받았다고 하더라도 입소시설의 규모에 따라서 필요한 서비스를 제대로 받지 못한다고 하는 경우도 일종의 사각지대의 범주에 포함될 수 있다는 것이다.

3. 정책대안 및 결론

전술한 사각지대에 대한 검토내용을 바탕으로 향후 추진하여야 할 정책방향 및 대안을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 향후 장기요양제도는 대상자의 범위를 노인뿐만 아니라 장애인을 포함하는 포괄적인 사회제도로 개선하여야 할 것이다. 이는 노인장기요양보험법과 장애인활동지원법간의 통합이라기보다는 서비스의 상호연계 · 교환적 차원에서 검토해 보아야 할 것이다.

둘째, 장기요양인정등급이 케어욕구의 크기에 따라서 구분되고 있는 것은 일견 타당할 것으로 보이나, 케어욕구의 내용에 대응하지 못하고 있는 등급구분은 문제로 남아있게 마련이다. 따라서, 단기적으로는 65세 미만인 자에 적용되고 있는 노인성질환의 범위(예를 들면, 악성신생물)를 재조정할 필요가 있겠고, 장기적으로는 장기요양등급의 인정과 비인정이라는 이분법적 구분이 아닌 케어욕구의 대응에 부합하는 형태의 서비스제공체계로 개선되어야 할 것이다. 이를 개선하기 위해서는 근본적으로 지역보건복지서비스, 장기요양서비스, 기타 사회적 서비

스제도간 원활한 연계체계의 구축이 선결되어야 할 것이다.

셋째, 장기요양서비스의 내실화가 이루어져야 할 것이다. 장기요양등급에 따라서 서비스를 차별화하는 것을 정당화하기 위해서는 필요불가결한 대상자에 대한 보완대책을 세워 두어야 할 것이다. 즉, 시설서비스가 특정등급자를 대상으로 제한한다고 한다면, 그에 해당되지 않는 자의 시설입소욕구를 재가에서 충분하게 대처할 수 있도록 서비스의 질이나 제공체계를 개선시켜야 할 것이다. 특히, 장기요양보험제도에서의 대처불가능으로 인한 건강보험제도의 이용은 발생해서는 안될 것이기 때문에, 단기적으로 장기요양인정자가 부득이하게 의료기관을 이용할 수밖에 없는 데에 따른 장기요양보험급여의 미수급은 노인요양시설의 의료적 서비스환경의 강화나 특정 요양시설중심의 보험급여 인정 등을 마련하여 해결되어야 할 것이다. 추가적으로 자의적인 서비스 미이용자에 지원대책도 고려해 보아야 할 것인데, 이는 현금급여의 지급방식과도 관련있기 때문에 면밀한 분석이 요구되고 있다.

넷째, 노인요양시설규모의 적정화를 통해서 양질의 필요한 서비스가 제대로 제공될 수 있도록 개선하여야 할 것이다. 이를 위해서는 소규모형태의 시설을 최소한 50인의 중규모시설이상으로 적정화시켜야 하고, 영리추구위주의 시설공급을 지양하는 대안마련이 필요하다.

결론적으로 노인장기요양보험제도에서 검토해볼 수 있는 사각지대의 현상은 사회보험제도, 또는 장기요양보장제도에 대한 기본철학에 대한 이해부족에 의해 발생될 수도 있고, 제도적 결함에 의해 발생될 수도 있다는 것이다. 후자에 의한 경우라면, 수정보완을 통해서 개선시켜나가야 하겠지만, 전자에 의한 경우라면, 제도운영자체를 재검토해보아야 할 것으로 보여진다. 보건복지

정 · 책 · 분 · 석

▶ 북한주민의 공공 식량배급 수혜상황과 영양취약 아동규모추계 | 황나미

▶ 간접흡연 규제정책의 개선과제 | 최은진

▶ 지속가능발전 모색을 위한 건강경영전략 검토 | 윤시몬

북한주민의 공공 식량배급 수혜상황과 영양취약 아동규모추계

The Status of Benefits from the Public Distribution System of Food and Malnourished Children in North Korea

황나미 한국보건사회연구원 연구위원

북한의 식량난은 주지의 사실인바, 2008년 이후 탈북한 새터민을 통해 탈북 3개월 전 식량배급 수혜실태를 파악한 결과, 최근에 이를수록 공공 식량배급 사정이 악화되었고, 직업간 · 지역간 차이를 보이고 있었다. 아동의 영양결핍상태는 지역간 격차가 심각하였고 만연화되어 있었다. 이에 취약아동의 성장발달 장애 및 질병 등 영양결핍으로 인한 후유증을 최소화하여 향후 통일세대의 인구자질을 향상시키고 통일비용의 부담을 완화하기 위해서는 영유아를 대상으로 한 인도적 지원이 조속히 이루어져야 할 것이다. 다만, 지원식량 및 영양개선사업에 대한 분배의 투명성과 모니터링을 통해 취약계층으로의 전달이 보장되어야 하고 자생력 확보를 위한 근본적인 대책 마련이 수반되어야 하는 문제가 남아 있다.

북한의 총 식량 수요량은 연간 평균 488만 톤으로 자체 공급량 285만 톤보다 약 203만 톤이 부족한 실정이다[1]. 생산곡물량이 최대치를 기록했던 2000년(394만 톤)에도 150만 톤이 부족하였다[2] [3]. 이러한 이유로 북한은 오래 전부터 '1일 2식'을 국가적 캠페인으로 전개하여 왔다

WFP, FAO 및 UNICEF 등의 국제기구에서는 현재 북한의 식량사정이 더욱 악화되고 있다고 경고하고 있다. 식량은 인간안보(human security)에 필수요소로서 개개인의 생명유지와 질병위협으로 부터 보호하기 때문에 김정일 사망이후 김정은 후계체제가 식량문제들을 해결하지 않고서는 3대 세습 안착 가능성이 낮을 것으로 예상된다. 비록 정치적으로 안정된 체제가 들어선다 할지라도 식량확보에 필요한 사회시스템이 제대로 작동하지 못할 경우, 인간적인 삶을 영위하지 못하는 많은 수의 빈민계층, 영양취약계층 및 사회 적대계층들이 사회적 혼란을 유발할 가능성을 배제할 수 없다. 북한의 극심한 식량난으로 2010년 태국에 불법 입국한 탈북자수(3,000여명)가 태국정부의 탈북지원단체와 탈북자간 접촉금지 등의 단속에도 불구하고 전년 대비 약 50% 증가한 사실만보아도[4] 식량안보가 미치는 사회적 혼란, 더

1) US Needs Assessment Team, Rapid Food Security Assessment Report in DPRK, 2011
2) 권태진(2007, 2008). 북한의 곡물 생산량 추정.
3) 박형중(2007). 구호와 개발 그리고 원조, 통일연구원.

나아가 급변사태의 가능성을 충분히 예상할 수 있다.

지난 10년간 북한 사회경제 지표가 암시하는 바처럼 가중된 경제난과 함께 북한체제의 역량으로는 감당하기 어려운 식량안보에 위기가 지속되면 대량 탈북자가 계속 증가하여 지정학적인 위치에 있는 남한에도 혼란이 초래될 수 있다. 더 나아가 취약계층 아동의 영양결핍과 질병으로 인한 장애 및 후유증으로 향후 통일세대의 남북 내적 통합을 어렵게 하고 보건의료분야의 통일비용 부담을 증가시킬 것이다.

본 고는 국제기구 및 2008년 북한인구센서스 자료, 그리고 2008년 이후 탈북한 새터민 설문조사를 실시하여 식량안보 위기에 효과적·효율적으로 대응하고자 북한의 최근 식량사정과 영양결핍 아동실태 및 그 규모를 산출하고자 한다.

1. 북한의 공공 식량 배급시스템

북한은 중앙에서 통제하는 식량배급체계를 구비하고 있다. 원칙적으로 1인 1일 평균 573g을 배급하며 식량 가용량에 따라 6단계로 구분하여 배급량을 조정한다(표 1).

공동 분배시스템하에서 사무직이나 은퇴한 사람들에게는 현금을 지급하여 중앙 당국의 배급기준에 따라 공동분배센터에서 지정가격에 곡물을 구매할 수 있도록 하고, 협동농장의 농장원과 가족들에게는 생산량 중 일정부분을 배급한다. 2011년 2월의 경우, 북한당국은 농장원에게 주 수확물에 따라 1인당 1일 평균 600g을 배당하고(농장원 연령, 가구원 수, 근무시간과 같은 업무표준에 의해 결정) 행정·국방 및 사회안보직원에게는 1일 700g의 곡물을 배당하였다고 밝힌 바 있다. 평균적으로는 공동분배시스템을 통해 1인 1일 쌀 또는 옥수수 381g을 제공하였다고 발표하였다. 하지만 이는 7~10세 아동의 배급량에도 못미치는 양으로 식량배급이 전 주민에게 제대로 이루어진다고 가정하여도 1,314Kcal에 해당되어[5] 북한 성인 1인 1일 열량섭취 권장량(2,450Kcal)의 절반 수준에 불과하다.

2. 북한주민의 식량 배급 수혜 실태

1) 연도별 식량배급 상황

북한주민의 실제 식량배급 수혜 실태를 파악하기 위해 2008년 이후 탈북한 15세 이상 새터민(345명)을 대상으로 탈북 전 북한거주지에서의 3개월 동안의 식량 배급실태를 파악하였다.

식량배급량은 시기 및 직업 등에 따라 다르므로 각자 식량확보기간 즉, 수혜기간을 달리 응답할 수 있기 때문에 배급 수혜여부가 정확한 배급실태를 파악할 수 있는 기준이 된다. 조사

4) RFA, 2010.11

5) WFP, FAO, UNICEF, Rapid Food Security Assessment mission to the DPRK, 2011

표 1. 북한 공공배급시스템의 연령별 배급량

(단위: gm /1인 1일)

연령(세)	평균 배급량	1단계	2단계	3단계	4단계	5단계	6단계
<1	100	67	65	63	62	61	60
1~4	200	135	130	128	126	125	120
6~5	300	200	195	192	190	185	180
7~10	400	270	265	256	253	250	240
11~16	500	340	330	320	315	310	300
17~59	700	475	460	450	440	435	425
+60	600	400	395	385	380	375	365
모든 연령의 평균	573	400	390	380	375	370	360

자료원: Government of DPRK

결과, 정부로 부터 배급을 전혀 받지 못한 경우는 2008년 탈북자 중에서 57.3%, 2009년 64.1%, 2010년 63.2%, 2011년 76.8%로 최근에 이를수록 배급받지 못한 비율이 높았다. 반면, 배급받았다고 응답한 새터민은 2008년 5.5%, 2009년 6.4%, 2010년 2.6%, 2011년 8.9%로 나타나 극히 일부에게만 식량배급이 이루어지고 있음을 알 수 있었다(표 2).

국가로 부터 탈북 전 3개월 동안 식량 배급을 받은 경험이 있는 새터민을 대상으로 1일 배급량을 파악한 결과, 쌀의 경우 150g 미만 받은 새터민이 21.3%, 150~300g 미만이 29.1%로 절반가량의 새터민이 300g 미만을 받은 것으로 확인되었다. 반면, 450g 이상 배급받은 경우는 30.4%이었다. 이들 중에는 배급식량을 '벼(가을추수 직후)'를 받은 경우도 있었으며 작물 수확기에는 감자 또는 옥수수를 배급받은 것으로 나타났다. 감자 또는 옥수수의 경우 쌀과 마찬가지로 절반 가량이 1일 평균 300g 미만을 배급받았으며, 450g 이상을 배급받은 경우는

표 2. 새터민 탈북연도별 북한 정부로부터의 식량배급 수혜 실태

(단위: %)

구분	받음	가끔 받음	전혀 못받음	계(N)
2008년	5.5	37.3	57.3	100.0(110)
2009년	6.4	29.5	64.1	100.0(78)
2010년	2.6	34.2	63.2	100.0(76)
2011년	8.9	14.3	76.8	100.0(56)
전체	5.6	30.6	63.8	100.0(320)

주: 1) 탈북 3개월 전 거주지에서의 식량배급 수혜여부
2) '기억이 안남'으로 답한 조사대상(5.8%) 제외

33.7%이었다. 춘궁기인 5~8월에는 배급이 이루어진다 하여도 150~200g 수준이어서 <표 1>에서 제시한 가장 적은 6단계 배급기준량보다 낮아 식량 부족문제가 더 심각한 것으로 나타났다.

이와 같이 배급을 받지 못하거나 적은 양의 곡물 배급으로 인해 새터민 중 14.5%는 장마당에서 쌀을 구입하였고, 일부는 배급 쌀의 질이 좋지 않아 이를 장마당에 팔고 돈을 보태어 좋은 쌀을 다시 장마당에서 구입하였다고 응답하였다. 또한 새터민의 85.8%는 텃밭을 경작하여 옥수수나 감자 등을 자체 생산, 해결하였다고 응답하였다.

2) 지역별 식량배급 수혜 상황

새터민이 북한에서 거주했던 지역별로 식량배급실태를 파악한 결과, 평양 거주자 중에서는 60%가 식량배급을 받았으며 20%는 가끔 받았다고 응답하여 배급실태가 가장 양호하였다. 반면, 식량배급을 전혀 받지 못한 경우는 강원도(75.0%)가 가장 높았고, 그 다음 함경남도(71.4%), 함경북도(66.7%), 양강도(63.3%) 순으로 동북부 지역의 식량배급 상황이 가장 열악한 것으로 나타났다.

표 3. 새터민 탈북연도별 식량배급 수혜자의 1일 평균 배급량 분포

(단위: %)

구분		전체	2008년	2009년	2010년	2011년
쌀	150g 미만	21.3	19.0	18.2	30.5	16.7
	150~300g 미만	29.1	31.8	20.5	30.5	41.7
	300~450g 미만	19.4	17.4	29.5	16.7	–
	450~600g 미만	18.7	25.4	18.2	8.3	16.7
	600~750g 미만	6.5	3.2	6.8	11.1	8.3
	750~900g 미만	2.6	1.6	4.6	–	8.3
	900g 이상	2.6	1.6	2.2	2.8	8.3
감자 또는 옥수수	150g 미만	19.8	19.7	18.7	21.3	18.8
	150~300g 미만	29.6	31.2	27.1	31.9	25.0
	300~450g 미만	16.8	16.4	16.7	19.1	12.5
	450~600g 미만	20.3	26.3	20.8	12.8	18.8
	600~750g 미만	5.2	4.9	4.1	8.5	–
	750~900g 미만	3.5	1.6	6.3	2.1	6.3
	900g 이상	4.7	–	6.3	4.3	18.8
전체 (N)		100.0 (172)	100.0 (61)	100.0 (48)	100.0 (47)	100.0 (16)

주: 조사대상은 탈북 3개월 전 거주지에서의 식량배급 수혜자

3) 직업별 식량배급 수혜 상황

북한에서의 직업별 식량 배급실태를 파악한 결과, 전혀 배급받지 못한 경우는 무직인 경우가 71.3%로 가장 높았다. 반면, 기술자의 경우는 28.6%만이 배급받지 못하였고, 당(간부) 정치 일꾼 33.3%, 예술인 · 체육인은 42.9%가 식량배급을 받지 못한 것으로 파악되었다. 그 외 직업별로는 큰 차이를 보이지 않았다(표 4).

3. 북한주민의 음식섭취 실태

WFP · FAO · UNICEF는 이렇게 열악한 상태에 있는 북한주민의 식량사정에 주목하여 2011년 2월 북한주민(122가구)을 대상으로 조사 전 7일 동안 섭취한 모든 음식목록을 조사하였다. 그 결과, 불과 4%의 가구만이 비교적 적절한 음식을 섭취한 것으로 평가되었고, 77%는 취약하고 부실한 영양섭취를 한 것으로 나타났

표 4. 새터민의 북한 거주지역별, 직업별 국가 식량배급 수혜 실태

(단위: %)

구분		받음 (N=17)	가끔 받음 (N=101)	전혀 못 받음 (N=204)	계 (N=322)
거주 지역	강원도	–	25.0	75.0	100.0(4)
	양강도	4.1	32.7	63.3	100.0(49)
	자강도	–	66.7	33.3	100.0(6)
	함경남도	4.8	23.8	71.4	100.0(21)
	함경북도	4.9	28.4	66.7	100.0(204)
	황해남도	–	83.3	16.7	100.0(6)
	황해북도	–	50.0	50.0	100.0(2)
	평안남도	4.5	36.4	59.1	100.0(22)
	평안북도	–	66.7	33.3	100.0(3)
	평양직할시	60.0	20.0	20.0	100.0(5)
직업	군인, 경찰	33.3	16.7	50.0	100.0(6)
	당일꾼(정치분야)	33.3	33.3	33.3	100.0(3)
	행정원, 사무원	15.0	20.0	65.0	100.0(20)
	기술자(운전기사)	14.3	57.1	28.6	100.0(7)
	예술인, 체육인	14.3	42.9	42.9	100.0(7)
	공장원, 노동자	1.6	33.3	65.0	100.0(123)
	농장원, 어부	6.7	30.0	63.3	100.0(30)
	의사, 준의사 약사, 간호원	–	33.3	66.7	100.0(9)
	교수, 교사	–	44.4	55.6	100.0(9)
	학생	–	52.4	47.6	100.0(21)
	무직(주부 포함)	5.7	23.0	71.3	100.0(87)

다. 즉, 4%의 가구만이 1주일에 식용유 5일, 동물성단백질이 풍부한 음식(달걀, 고기, 생선) 3일, 유제품 1일, 설탕 또는 당류를 2일 섭취한 반면, 77%의 부실한 음식섭취 가구들은 1주일에 2일 정도만 음식에 식용유를 첨가한 것으로 파악되었다. 이로써 지방 및 단백질의 절대적 부족과 미량 영양소 섭취 부족을 가장 큰 문제로 지적할 수 있다.

<표 4>에서 기술자와 당 일꾼들은 식량배급 수혜비율이 높은 것으로 나타났지만 이들처럼 국가 식량배급체계에 의존하는 가구들은 협동농장 농장원 가구들보다 오히려 취약한 음식 소비 패턴을 가지고 있었다. 즉, 국가배급에 의존하는 가구는 82%가 영양섭취가 불량한 반면, 협동농장 농장원 가구는 69%로 상대적으로 낮았고, 다양한 음식섭취를 하는 가구의 비율이 국가배급 의존 가구는 3%에 불과하였지만 협동농장 농장원 가구는 8%이었다. 이처럼 배급량이 적고 배급받지 못한 비율이 높은(63.3%) 협동농장원 가구원의 음식섭취가 국가 배급체계에 의존하는 가구원보다 더 양호한 것은 실제 배급이 제대로 이루어지지 못하고 있음을 간접적으로 보여주고 있다. 협동농장원의 경우, 자체 식량 확보나 텃밭 등을 경작하여 식량확보에 보다 자생력이 높은 것으로 추정할 수 있다. 어부 역시 생선이나 해조류 등의 채취를 통해 최소한의 생계유지는 가능할 것으로 예상된다.

FAO는 북한이 19개 아시아 국가 중 열량섭취가 가장 낮은 국가이며, 2005~2007년도의 1인 1일 열량섭취량이 2,146 Kcal이라고 발표하였다(남한 3,073 Kcal)[6]. 이 수치가 사실이라면 FAO가 제시한 북한 성인의 1인 1일 열량 섭취량(2,146 Kcal)은 권장량(2,450Kcal)의 88%에 이르러 공식적으로는 영양상태가 심각한 수준은 아니다. 따라서, 앞서 파악한 바와 같이 지역간, 직업별 불평등한 식량배급 상황을 고려할 때, 이는 평양 등 일부 지역에 국한된 경우라고 해석할 수 있다.

2011년 탈북한 새터민 중 함경북도 출신들은 대부분 만성적인 영양결핍으로 인해 기아로 인한 사망을 목격하였고 복통, 위경련, 구토, 설사와 속쓰림 등의 건강상의 문제를 가지고 있다고 응답하였다.

4. 북한 아동 영양 상태

1) 아동 영양결핍 상태

UNICEF, WFP, FAO는 1998년부터 국제기구의 북한 식량지원 프로그램에 대한 효과 검증과 영양상태를 파악하고자 여섯 차례에 걸쳐 북한당국과 공동으로 다중지표집락조사(MICS)를 실시하였다. 1998년 7세미만 아동을 대상으로 실시한 첫 조사에 의하면 심각한 영양결핍을 보이는 급성 영양결핍 아동의 비율이 15.6%, 저체중 아동 60.6%, 장기적인 영양부족으로 인한 만성 영양결핍은 62.3%에 이르렀다.

2009년의 MIC 조사[7]에서는 [그림 1]에서 제시한 바와 같이 5세 미만 아동 중 급성 영양결

6) FAOSTAT, Database, faoststat.fao.org

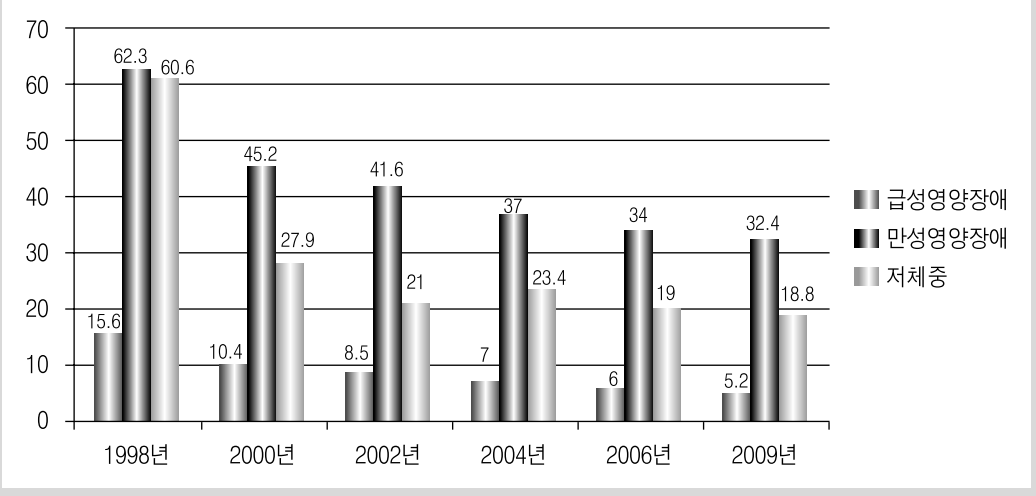
핍 아동의 비율이 5.2%, 저체중 18.8%, 만성 영양결핍아동이 32.4%로 11년 전보다 다소 감소하여 전반적인 영양상태가 호전된 것을 알 수 있다. 지난 10여 년 동안 국내외의 식량 및 영양 지원 등 대폭적인 인도적 지원의 성과로 평가할 수 있으나 여전히 저체중 아동이 5명 중 1명이고, 만성 영양결핍 아동은 3명 중 1명이었다. 더욱이 아동의 0.5%는 영양장애로 생명에 심각한 위협을 받고 있었다(0~9세 이하 아동 18,000명).

2) 지역별 아동 영양상태

2009년 지역별 아동의 영양상태를 파악한 결과, 평양시 및 황해남도의 아동과 양강도, 자강도, 함경남북도 아동과의 영양상태 격차가 큰 것으로 나타났다(그림2). 즉, 국내외 인도적 지원이 집중적으로 이루어진 평양 등의 개방지역보다는 쌀 생산량이 적고 교통여건이 열악하여 외부사회와의 접근이 어려운 양강도 등 동북부 지역의 영양결핍상태가 훨씬 심각하였다. 지난

그림 1. 북한 영양결핍 아동 비율 추이: 1998~2009년

(단위: %)



주: 영양상태 평가대상이 2000년, 2009년은 5세 미만아이며, 그 외 연도는 7세 미만 아동이 대상임.

자료: 1) EU · UNICEF · WFP, Nutrition Survey of the DPRK, 1998.
2) UNICEF · WFP · Central Bureau of Statistics DPRK, 2000 Report of the Second MICS.
3) UNICEF · WFP · Central Bureau of Statistics DPRK, Report on the DPRK 2002, Nutrition Assessment, 2002.
4) CBS · ICN DPRK, DPRK 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results, 2005.
5) Central Bureau of Statistics DPRK, DPRK Report, 2006.
6) UNICEF · WFP · Central Bureau of Statistics DPRK, 2009 Final Report MICS, 2010.

7) UNICEF와 북한중앙통계국(CBS)이 수행한 국제 가구조사 프로그램으로, 아동 및 여성의 상황에 대한 최신 정보를 제공하고 새천년개발목표(MDGs) 및 국제적으로 합의된 약속을 향한 진전을 관찰할 수 있게 하는 핵심 지표를 측정함. 북한의 전국 10개 도의 7,500가구를 표본으로 선별, 7,496가구 면담조사가 이루어짐.

10년간 아동의 영양상태 개선에도 불구하고 앞서 식량배급 수준이 지역간, 계층간 달라 지역간 아동의 건강 불평형성은 여전히 해소되지 못하고 있는 것으로 지적할 수 있다.

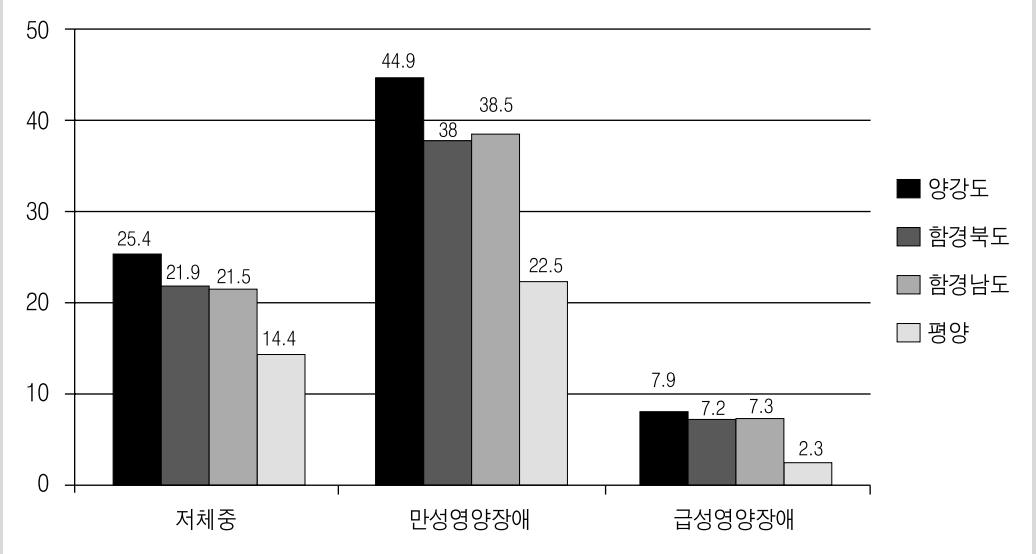
3) 영양결핍 아동 규모 추계

WFP · FAO · UNICEF는 2011년 식량 지원이 필요한 영양 취약 아동을 16세 이하 연령계층으로 정하고 1차 대상으로 양강도, 함경남도, 함경북도, 강원도, 자강도 지역의 아동으로 선정하였다. 2차 지원대상으로는 평양을 제외한 그 외 나머지 평안남북도, 황해남북도 지역의 16세 이하 아동이라고 제시하였다. 이 기준에 의하면 군 입대 이전의 아동 및 청소년을 포함한 전 계층으로 1차 대상은 2,419천명이며, 2차 대상은 1,179 천명으로 총 3,598천명이다.

본 자료에서는 국제기구가 추정한 보편적 취약인구집단 가운데 한정된 자원의 효과성 제고를 위해 긴급구호가 필요한 최우선 목표대상 아동인구수를 산출하고자 하였다. 영유아기는 섭취량은 적지만 균형적인 영양이 가장 많이 필요한 시기이며, 이 시기의 건강은 평생건강의 기틀이 되므로 '건강한 출발' (Healthy start in life)을 보장하기 위해서는 5세 미만의 영유아가 우선 관리대상이다. 이에 2009년 UNICEF MIC조사의 5세 미만 아동의 지역별 영양평가 자료를 근거로 북한 전 지역의 저체중 및 만성 · 급성영양 결핍 아동수를 산출한 결과, 영양문제의 중복가능성을 고려할 때, 최대 964천명이다. 이들

그림 2. 북한 지역별 영유아 영양결핍 분포: 2009년

(단위: %)



자료: UNICEF, DPR Korea Multiple Indicator Cluster Survey 2009, Final Report, 2010.

은 북한 전체 5세 미만 아동의 56.4%에 해당되며, 이들에게는 식량지원과 함께 치료용 영양강화식품(RUTF, F-100) 등 영양 보충식이 제공되어야 할 것이다(표 6).

한편, 5세 이전은 성장발육이 급격하게 이루어지는 시기이지만 북한의 상황은 심각하여 만성 영양결핍아가 2명 중 1명으로 성장발육지연아가 많은 상태이다. 이에 생식발달이 시작되는 청소년기 직전의 9세까지는 늦어도 신체적 운동기능과 정서적 · 인지적 발달이 이루어져야 한다는 관점에서 본 분석에서는 2차 목표대상을 5~9세 이하의 아동으로 선정하였다. WFP · FAO · UNICEF에서는 16세 이하로 그 대상을 확대하였는데 이 시기는 이미 청소년기에 접어든 이후이어서 그 이전 집중적인 영양섭취가 더 중요하다고 판단하여 본 연구에서는 9세 이하 연령층으로 한정하였다.

현 5~9세 아동은 2004년 실시한 UNICEF의 영양평가 조사대상(0~5세 미만)이었던 바, 당시 이들 자료를 근거로 현재 5~9세 이하 저체중 및 만성 · 급성영양 결핍 아동수를 산출하면 총 1,236천명이다(표 7).

5. 맺음말

2008년 이후 북한의 공공 식량배급체계는 신분 및 직업, 지역에 따라 불균등한 배급구조로

표 6. 북한 지역별 최우선 영양결핍 아동수 추계: 5세 미만

(단위: 명, %)

구분	0~5세 미만아 총인구수(명)	저체중		만성영양결핍		급성영양결핍		전체 취약 아동수(명) (L+S+W)
		%	취약 아동수 (L)	%	취약 아동수 (S)	%	취약 아동수 (W)	
총계	1,710,039	18.8	321,487	32.4	554,053	5.2	88,922	964,462
양강도	51,945	25.4	13,194	44.9	23,323	7.9	4,104	40,621
함경북도	169,864	21.9	37,200	38.0	64,548	7.2	12,230	113,979
함경남도	227,209	21.5	48,850	38.5	87,475	7.3	16,586	152,912
강원도	108,662	19.4	21,080	34.2	37,162	5.7	6,194	64,437
자강도	96,671	22.0	21,268	40.9	39,538	6.9	6,670	67,476
평안북도	205,899	18.0	37,062	30.4	62,593	4.9	10,089	109,744
평안남도	297,755	17.7	52,703	30.5	90,815	4.4	13,101	156,619
황해북도	153,546	18.0	27,638	30.8	47,292	4.5	6,910	81,840
황해남도	165,761	17.4	28,842	29.2	48,402	4.0	6,630	83,875
평양	232,727	14.4	33,513	22.5	52,364	2.3	5,353	91,229

주: 전체 취약아동수는 영양문제 중복 가능성이 높아 최대 추정치임.
자료: 1) UNICEF, DPR Korea Multiple Indicator Cluster Survey 2009, Final Report, 2010.
2) Central Bureau of Statistics Pyongyang, DPR Korea 2008 Population Census National Report, 2009.

표 7. 북한 지역별 최우선 영양결핍 아동수 추계: 5~9세 이하

(단위: 명, %)

구분	5~9세 이하 총인구수 (명)	저체중		만성영양결핍		급성영양결핍		전체 취약 아동수(명) (L+S+W)
		%	취약 아동수 (L)	%	취약 아동수 (S)	%	취약 아동수 (W)	
총계	1,846,785	23.4	450,616	37.0	709,165	7.0	136,662	1,236,001
양강도	59,962	30.8	18,468	45.6	27,343	9.1	5,457	51,268
함경북도	186,207	26.6	49,531	40.0	74,483	10.0	18,621	142,635
함경남도	244,163	29.3	71,540	46.7	114,024	10.8	26,370	211,933
강원도*	116,359	19.4	22,574	34.2	39,795	5.7	6,632	69,001
자강도*	102,691	22.0	22,592	40.9	42,001	6.9	7,086	71,678
평안북도	213,282	21.6	46,069	41.2	87,872	6.0	12,797	146,738
평안남도	309,652	19.6	60,692	29.7	91,967	4.9	15,173	167,831
황해북도	168,720	24.8	41,843	41.0	69,175	7.9	13,329	124,347
황해남도	192,275	23.4	44,992	36.7	70,565	7.6	14,613	130,170
평양	253,474	18.8	47,653	25.9	65,650	2.8	7,097	120,400

주: 1) 강원도, 자강도 지역은 조사 미실시로 2009 아동의 영양결핍비율 적용
2) 전체 취약아동수는 영양문제 중복 가능성이 높아 최대 추정치임.

자료: Central Bureau of Statistics Institute of Child Nutrition Democratic People's Republic of Korea, DPRK 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results, 2005

인해 지역간, 사회계층간 식량 확보능력에 차이를 보이고 있었다. 2008년 이후 배급상태가 양호한 평양 및 황해남도를 제외한 지역의 거주자 가운데 평안북도 및 자강도 거주자의 33.3%, 그 외 지역은 50~75%가 전혀 배급을 받지 못하였고, 주민의 대부분은 장마당이나 자체 텃밭경작을 통해 식량을 해결하고 있었다. 배급받은 경우도 섭취열량의 40% 정도는 장마당이나 자체 텃밭을 통해 식량을 구입하고 있는 것으로 판단할 수 있었다. 국제기구 자료를 신뢰할 경우 북한주민 1인당 1일 열량섭취량이 2,145 Kcal이었으므로 배급으로 섭취한 열량(1,314 Kcal)의 나머지 열량(830 Kcal)은 자체구입 식량을 통해 섭취된 것으로 해석할 수 있기 때문이다. 이처럼 국가 배급과 시장에서의 사적 구입에 의존하는 상황에서는 국가 배급대상에서 제외되고 경제력이 없는 대부분의 빈곤계층의 경우, 생존의 위협을 받고 있을 것으로 예상할 수 있다.

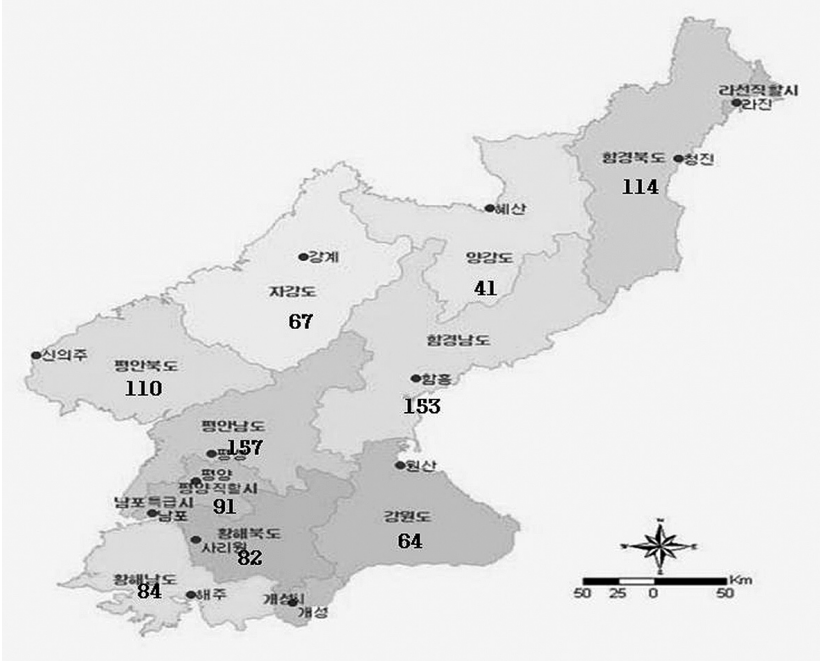
아동의 영양상태 역시 문제의 심각성이 컸으며 식량배급과 마찬가지로 지역적 격차가 두드러졌다. 쌀 생산량이 적고 외부지역과의 접근성이 낮은 동북부지역 아동의 영양문제가 더 심각하였다.

곧 다가오는 춘궁기에는 영양결핍은 물론, 결핵을 포함한 감염병 등의 건강문제가 더 악화되기 때문에 가장 먼저 생명의 위협을 받는 취약계층을 대상으로 한 식량 지원의 필요성이 증가되고 있다. 식량과 함께 영양섭취는 거시

적 차원이 아닌 인간 개개인의 생명과 직결되는 미시적인 기본 욕구이어서 생명의 존엄성을 바탕으로 한 인도적 지원이 조속히 이루어져야 할 것이다. 일차적으로 영유아를 대상으로 한 인도적 지원은 성장발달 장애 및 질병 등 영양결핍으로 인한 후유증을 최소화하여 향후 통일세대의 인구자질을 향상시키므로 결과적으로 통일비용을 절감하게 될 것이다. 따라서 지역간 불평등을 고려하여, 취약아동으로의 전달 보장을 위한 대책 마련이 핵심 과제이다.

그림 3. 북한 최우선 영양결핍 아동의 지역별 분포: 5세 미만

(단위: 천명)



간접흡연 규제정책의 개선과제

Strategies for Smoke Free Policy

최은진 한국보건사회연구원 연구위원

실내 금연구역을 확대하는 것은 금연구역 정책에서 가장 우선되어야 하는 부분이다. 2011년 개정된 국민건강증진법안에 따라 흡연실 설치와 관리에 관한 기준을 새롭게 시행규칙으로 지정할 시기에 와 있다. 세계보건기구의 담배규제협약(FCTC)에서는 실내작업장, 대중교통수단, 실내공공장소 및 기타 공공장소에서의 담배연기노출을 규제할 것을 권고하고 있다. 이 협약에서는 금연구역설치에 대해 각 국이 입법적 조치 외에 효과적인 집행과 행정조치를 시행할 것을 권고하고 있다. 간접흡연 방지 및 깨끗한 공기 환경을 유지한다는 관점에서 볼 때 환경담배연기 성분을 전부 처리할 수 있는 공기청정기의 기능을 강화할 필요가 있는데 기기설비만으로는 담배연기 성분을 전부 처리할 수 없기 때문에 결과적으로 실내장소를 조속히 전면 금연구역으로 지정해야 한다. 모든 실내 장소를 전면 금연구역화 하려면, 사회적 합의를 이끌어 내기 위한 다각적인 노력이 필요하다. 국민과 정책입안자, 소비자와 관리자의 의사소통이 필요하며, 금연하는 것에 대한 사회적 인식변화를 통해 사회적 규범화 하는 것이 선행되어야 한다.

1. 서론

간접흡연을 정의하는 방법은 몇가지가 있으나, 보통 간접흡연이란 비흡연자가 대기중에 있는 담배연기를 들이마시는 것을 의미한다. 간접흡연의 원인이 되는 담배연기는 ETS(Environmental Tobacco Smoke)로도 표현되며, 흡연행위로 인해 발생되는 연기를 의미하한다. ETS에는 흡연자 비흡연자 모두가 노출되게 된다. 세계보건기구의 담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control; FCTC) 제8조에서는 공공장소에서 담배연기로부터 모든 사람을 보호하기 위한 정책을 펴도록 촉구하고 있다.

담배 연기는 주류연(mainstream smoke)과 부류연(sidestream smoke)으로 구성되어 있다. 주류연은 흡연자가 들이마신 후 내뿜는 연기이고, 부류연은 타고 있는 담배 끝에서 나오는 생담배연기를 말한다. 간접흡연은 부류연이 85%, 주류연이 15%를 차지한다. 부류연은 독성 화학물질의 농도가 주류연보다 높고 담배연기 입자가 더 작아서 폐의 더 깊은 부분에 영향을 미칠 수 있다. 실제로 주류연과 부류연을 분석해보면 모든 연기 내 독성성분이 부류연에 2~3배 정도 더 많다고 한다. 일산화탄소는 8배, 암모니아는 73배, 디메칠나이트로소아민은 52배, 메칠나프탈렌은 28배, 아닐린은 30배, 나프탈아민은 39

배나 더 많다. 담배연기에 민감한 사람의 경우 69%가 담배연기로 인해 안구자극 증상을 나타내고, 29%가 코 증상, 32%가 두통, 25%가 기침을 일으킨다[1].

FCTC에서는 실내작업장, 대중교통수단, 실내공공장소 및 적절한 경우 기타 공공장소에서의 담배연기노출을 규제할 것을 권고하고 있다. 이 협약에서는 금연구역설치에 대해 각 국이 입법적 조치 외에 효과적인 집행과 행정조치를 시행할 것을 권고하고 있다. 공공장소와 작업장에서의 담배규제는 담배소비를 4~10% 감소시키는 효과를 내는 것으로 알려져 있다.[2] 미국 정부에서도 공공장소 등에서 흡연을 제한하는 것으로 인해 담배소비감소를 가져올 뿐만 아니라 직장인 및 일반인의 금연율을 높이는 효과를 가져오는 것으로 분석하고 있다.[3]

담배연기로부터 건강보호를 위한 정책은 금연구역정책으로 설명되며 그 요구도가 높아지고 있다. 2011년 국회에서 통과된 건강증진법 개정안에서는 금연구역을 확대하는 규정을 담고 있고, 시행규칙개정을 앞두고 있다. 효과적인 금연구역정책을 위해서는 근거중심의 효율적인 정책을 체계적으로 추진해야 하는 과제가 있다. 이를 위해서는 세계보건기구의 담배규제기본협약의 가이드라인과 선진국의 모범사례를 고찰하여 정책개선에 반영할 필요가 있다.

2. 우리나라의 금연구역 정책 현황

우리나라는 1995년 국민건강증진법의 제정으로 대형건물, 공연장, 학원, 대규모 점포, 관광숙박업소, 혼인예식장, 실내체육관, 의료기관, 사회복지시설, 교통시설관련 등 일부 시설에 금연구역을 설치토록 하였다. 2010년까지 국민건강증진목표의 하나인 흡연감소 목표 중에는 간접흡연감소에 대한 지표를 포함하고 있었고, 2020년까지는 금연환경을 확대하는 것을 목표로 하고 있다. 여기에는 개인의 간접흡연노출율 감소, 금연구역 확대 등이 포함되어 있다.[4] 간접흡연에의 노출을 감소시키기 위하여 금연구역 확대 제도를 정착시키고 제도를 정비하는 것, 간접흡연방지를 위한 홍보교육을 강화하는 것 등을 주요 전략으로 삼고 있다.[5]

지난 10년간 가장 큰 변화를 가져온 법개정은 2003년에 있었고, 게임방 · PC방, 대형음식

1) California Environmental Protection Agency, Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Final Report, September, 1997.
2) 신윤정 · 서미경 · 최은진 · 정광용(2004). WHO 담배규제기본협약에 따른 대응전략연구, 한국보건사회연구원 · 건강증진기금사업지원단.
3) CDC, Preemptive State Smoke-Free Indoor Air Laws: United States, 1999~2004, MMWR Weekly, March 18, 2004, 54(10), pp.250~253.
4) 보건복지부(2005). 국가흡연예방 및 금연사업안내, p.20.
5) 간접흡연의 피해를 감소시키기 위한 객관적인지표를 생산하는 것은 외국의 경우(영국 및 미국) 자기보고에 의한 실내 간접흡연 노출시간수 등이 대표적임. 이 외에도 자기보고와 혈액, 소변검사 같은 체액에 존재하는 니코틴, 코티닌측정을 포함하는 biomarker를 기준으로 하는 지표들도 객관적인 지표로 연구되고 있음(자료: Environmental Protection Agency, Health Effects of Exposure to Environmental tobacco Smoke, September, 1997.).

표 1. 국민건강증진법의 금연구역 지정 현황

공공시설	공중이용시설	절대 금연 구역	
		당해 시설 전체 (금연시설)	금연구역 지정 (금연구역)
1. 대형건물	연면적 1천제곱미터이상의 사무용 건축물, 공장 및 복합용도의 건축물		사무실 · 회의장 · 강당 및 로비, 실내작업장
2. 공연장	공연법에 의한 객석수 300석 이상의 공연장		객석, 관람객대기실 및 사무실
3. 학원	학원의 설립 · 운영에관한법률에 의한 학원으로서 연면적 1천제곱미터 이상의 학원		강의실, 학생대기실 및 휴게실
4. 대규모 점포	유통산업발전법에 의하여 개설 등록된 대규모점포와 동법에 의한 상점가중 지하도가 있는 상점가		지하상가 중 상품판매에 제공되는매장 및 통로
5. 관광숙박업소	관광진흥법에 의한 관광숙박업소		현관 및 로비
6. 학교	유아교육법, 초 · 중등교육법 및 고등교육법에 의한 학교의 교사(校舍)와 운동장	초중등학교 교사	대학의 강의실, 휴게실, 강당, 구내식당 및 회의장
7. 체육시설	체육시설의설치 · 이용에관한법률에의한 체육시설중 1천명 이상의 관객을 수용할 수 있는 체육시설		관람석 및 통로
8. 의료기관	의료법제3조 규정에 의한 의료기관, 지역보건법 제7,8,10조에 의한 보건소, 보건의료원, 보건지소	의료기관, 보건소, 보건의료원, 보건지소	
9. 사회복지시설	사회복지사업법에 의한 사회복지시설		거실, 작업실, 휴게실, 식당 및 사무실
10. 교통시설 관련	공항 · 여객부두 · 철도역 · 여객자동차터미널 등 교통관련시설의 대합실 · 승강장, 지하보도 및 16인승 이상의 교통수단으로서 여객 또는 화물을 유상으로 운송하는 것 자동차관리법에 따른 어린이 운송용 승합자동차		• 공항 · 여객선 터미널 · 역사 등의 승객대기실 및 승강장 • 국내선항공기 • 선실 • 철도의 차량내부 및 통로 • 전철의 지하역사 · 승강장 및 차량 • 지하보도 및 16인 이상의 승합자동차
11. 목욕장	공중위생관리법에 의한 목욕장		탈의실, 목욕탕 내부
12. 게임방, PC방	음반 · 비디오물및게임물에관한법률 제2조의 규정에 의한 게임제공업소 및 멀티미디어문화컨텐츠설비제공업소		영업장 내부중 ½ 이상의 구역
13. 대형음식점	식품위생법상 식품접객업 중 보건복지부령이 정하는 넓이 이상의 시설		영업장 내부중 ½ 이상의 구역
14. 만화방	청소년보호법에 의한 만화대여업소		영업장 내부중 ½ 이상의 구역
15. 정부 및 지방청사	국회의 청사, 정부 및 지방자치단체의 청사, 법원청사, 공공기관의 청사, 지방공기업의 청사		사무실 및 민원인 대기실
16. 보육시설	영유아보육법 제2조의 규정에 의한 보육시설	보육시설	
기 타			위의 시설에 설치된 승강기의 내부, 복도, 화장실, 그 밖에 다수인이 이용하는 구역

주: 2011년 6월 개정공포이후 금연구역 지정대상시설을 시행규칙으로 확대지정하고, 흡연실을 별도로 설치할 수 있도록 함(시행일: 18개월 후, 단 PC방 24개월 후).

점, 만화방, 정부청사, 보육시설. 보건소 및 보건지소 등 이 추가되었다. 2006년에는 공장, 지자체 청사, 소규모 실내작업장까지 금연구역이 확대되었다. 사무실이 있는 대형건물의 경우 1998년 대형건물(연면적 3천제곱미터 이상 사무용건축물 및 2천제곱미터 이상 복합건축물)을 2006년에는 건물의 범위를 연면적 1천제곱미터 이상의 사무용건축물, 공장 및 복합용도의 건축물로 확대하였다.

금연구역 확대를 위한 법개정의 과정에서 가장 큰 전환점이 된 것은 2010년 국회에서 승인된 국민건강증진법개정안에서 지방자치단체로 하여금 금연구역을 지정하고 범칙금을 부과할 수 있는 권한을 부여한 내용이다. 이에 따라 서울특별시를 비롯한 지자체에서 금연구역확대 지정을 골자로 하는 조례를 제정하고 있다. 지자체에서 확대하고 있는 금연구역은 주로 길거리, 정류장 등 실외장소라는 점에서 제한점을 가지고 있다.

2011년 4월 국회에서 통과되고, 6월 공포된 개정 국민건강증진법안에서는 실내의 절대금연구역을 확대했다. 이전 금연구역 지정대상은 보건복지부령에 규정되어 있었으나, 개정안은 이를 더욱 강화시켜 법률에서 규정하면서 모든 공중이용시설과 어린이 · 청소년에게 간접흡연을 유발할 수 있는 시설을 절대 금연구역으로 확대하였다(표 1). 다만, 흡연권이 침해될 수 있는 소지를 없애고자 시설 소유자 등이 별도의 흡연실 설치를 선택할 수 있도록 함으로써 비흡연자들에게 피해를 주지 않고 흡연할 수 있도록 조치하였다. 금연구역 확대범위는 국회, 법원, 공공기관, 지방공기업, 유치원, 도서관, 어린이놀이시설, 어린이운송용 승합자동차 등을 포함되었고, 공중이용시설중 고속도로 휴게소, 사적지, 당구장 등이 추가로 금연구역으로 지정되었다.[6] 시행규칙으로 추가 확대대상은 소규모 음식점이 해당된다. 금연구역확대 개정 법안은 공포 후 18개월 후 시행하며, PC방은 24개월 이후 시행한다. 남은 기간 동안 근거기반의 정책확립이 시급하다.

실내 금연구역을 확대하는 것은 금연구역 정책에서 가장 우선되어야 하는 부분이다. 실내금연구역을 지정할 때 일부 장소에서는 흡연실을 설치할 수 있도록 하고 있다. 지금까지 국민건강증진법 시행규칙에서 지정하고 있는 "흡연구역"에 대한 사항은 흡연구역의 표시에 대한 규정과 흡연구역의 설치기준에 대한 것을 간략하게 담고 있어 흡연구역의 공기질 기준 등이 전무하였다. 2011년 개정된 국민건강증진법안에 따라 흡연실 설치와 관리에 관한 기준을 새롭게 시행규칙으로 지정할 시기에 와 있다. 일반적으로 실내의 공기질 관리와 관련된 규정은 다중이용시설의 실내공기질관리법에서 찾을 수 있다. 환경부장관은 다중이용시설의 특성에 따라 제5조제1항의 규정에 의한 공기질 유지기준과는 별도로 쾌적한 공기질을 유지하기 위하여 환경부령이 정하는 권고기준에 맞게 시설을 관리하도록 다중이용시설의 소유자등에게 권고할 수 있다. 다중이용시설을 설치하는 자는 공기정화설비 및 환경부령이 정하는 구조 · 설치기준에

6) 2011.6.7 개정완료, 자료원: 보건복지부 2012년 금연정책추진방향, 한국건강증진재단 보건소 금연클리닉 금연상담사 교육자료.

따른 환기설비를 설치하여야 한다. 다중이용시설의 소유자는 실내공기질을 스스로 측정하거나 환경부령이 정하는 자로 하여금 측정하도록 하고 그 결과를 기록 · 보존하여야 한다. 실내공기질 관리를 위한 환기설비는 평상시와 비상시에 효과적으로 다중이용시설 내부의 실내공기가 실내공기질 유지기준을 준수할 수 있도록 충분히 외부 공기를 유입하고 내부공기를 배출할 수 있는 용량으로 설치하되, 고장 · 정비시에도 환기가 가능하도록 설치하여야 하는 것으로 규정하고 있다. 흡연구역 및 금연구역의 공기질 관리 기준을 다중이용시설의 실내공기질 관리법에 준하여 관리하는 것은 일반적으로 수용할 만한 것으로 평가되고 있다. 니코틴이나 타르를 분리하여 측정하는 것이 매우 어려우므로 CO, CO2를 기준으로 관리하는 현행 공기질관리법의 기준에 의거 관리되는 것이 바람직하다. 그러나 다중이용시설에서의 실내공기질관리법에 담배연기의 독성발암물질에 대한 관리를 포함시켜야 할 것으로 권고되고 있다.

3. FCTC의 금연구역 정책 가이드라인과 이행동향

2005년부터 발효된 세계보건기구의 FCTC 제8조의 이행을 위한 가이드라인에서는 담배연기가 발암물질임을 재확인하고 담배연기[7] 노출로부터 국민의 건강을 보호할 기본원칙을 다음과 같이 제시하였다.

가. 모든 장소에서 100% 담배연기 없는 환경을 만들어야 한다.
나. 실내 작업장과 실내 공공장소는 금연구역이어야 한다.
다. 담배연기 규제를 위한 금연구역 법제도가 강화되어야 한다.
라. 담배연기 규제를 위해 정책계획과 가용한 자원이 뒷받침되어야 한다.
마. 금연구역 법제화 과정에는 시민단체의 참여가 반드시 필요하다.
바. 금연구역 법제도의 영향을 감독하고 평가하며, 담배회사의 방해에 대응해야 한다.
사. 금연구역 법제도 강화를 위해 과학적 근거와 사례연구들이 활용되어야 한다.

금연구역이 적용되어야 하는 장소는 모든 장소를 포괄할 수 있도록 권고하며, 모든 작업장, 감옥, 정신질환시설 등을 포함하여야 한다. 대중교통수단은 택시를 포함한 모든 상업적 교통수단을 의미한다.

2010년 제4차 당사국총회 보고서에 제출된 FCTC 사무국 평가보고서에 의하면, 104개 당사국의 간접흡연관련 정책응답에서 실내작업장의 금연은 87개국(84%)은 예라고 응답했고, 9개국(9%)는 아니라고 답했다. 의료기관의 완전금연은 68%, 정부기관건물의 완전금연은 52%, 대중교통시설의 금연(완전 또는 부분)은 83%등이었다. 민간 사업장에서 의무적인 완전

7) FCTC에서는 담배연기라는 의미에 간접흡연과 ETS를 모두 포함함. 단, 수동흡연이나 비자발적 노출 등의 용어는 사용하지 않도록 권고하고 있음. 자발적 노출을 지지하는 담배회사의 주장에 대응하기 위해서임.

금연실시는 27%정도로 낮았다. 음식점에서의 금연정책은 약30%정도의 국가들이 완전금연을 실시하는 것으로 분석되었다.[8] FCTC 이행국가들의 5년이행보고서에 나타난 응답현황을 보면 많은 선진국에서 음식점, 바, 문화시설을 포함하여 포괄적인 금연정책을 추진하고 있는 것을 알 수 있다(표 2).

4. 선진국 금연정책의 시사점

미국의 간접흡연관련 건강증진목표는 가정에서 아동의 간접흡연감소, 비흡연자들의 간접흡연노출감소, 직장의 금연정책 추진 등이 주요 골자이다. 여기에서는 사회환경적인 변화대책 중의 하나로 지방의 강력한 흡연규제법규에 선행하는 덜 강력한 주정부 법규들을 정비하거나

표 2. FCTC금연구역 정책의 이행동향

항목의 구분	일본	영국	프랑스	독일	캐나다	호주	덴마크	스웨덴	노르웨이
담배연기노출에 대한 자료의 가용성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
정부기관빌딩에서 금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
의료기관시설에서 금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
교육기관시설에서 금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
기타 사설업무시설에서 금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
업무에 사용되는 차량에서 금연구역 정책의 포괄성	○	○	○	–	○	○	○	○	○
기타 실내업무시설에서 금연구역정책의 포괄성	○	–	–	–	○	○	–	–	–
대중교통수단에서 담배연기에 대한 노출보호	○	○	○	○	○	○	○	○	○
비행기에서금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
기차에서금연구역정책의포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
기타지상대중교통수단에서 금연구역정책의포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
택시에서금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
기타대중교통 수단에서금연구역정책의 포괄성	–	–	–	–	–	–	–	○	–
공공장소에서 담배연기에대한 노출 보호	○	○	○	○	○	○	○	○	○
문화시설에서 금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
술집과 바에서 금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
나이트클럽에서금연구역정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
식당에서 금연구역 정책의 포괄성	○	○	○	○	○	○	○	○	○
기타 실내 공공 장소에서 금연구역 정책의 포괄성	–	–	–	–	○	–	–	○	–

자료: FCTC 이행보고서 database; 5년 이행보고서, 2010년 기준. http://www.who.int/fctc/reporting/implement_database/en/index.html

8) WHO(2010). 제4차 당사국총회자료.

강화하는 것을 포함하고 있다. 즉, 지방의 흡연 규제법이 주정부의 법보다 강력한 경우 지역의 법규가 먼저 적용되는 것을 권장하고 있다. 간접흡연의 노출안전기준(safe level)은 존재하지 않으며, 노출되는 즉시 신체반응이 나타나는 것으로 보고된 바 있고 이에 따라 미국의 질병관리본부에서는 실내의 모든 장소를 전면 금연구역화하는 것을 권장하고 있다.[9]

영국 잉글랜드의 경우 모든 실내장소를 금연구역화[10] 하기 위해 정부차원에서 2002년과 2003년에 간접흡연의 위험성에 대한 연간보고서를 발간하였고, 금연구역정책에 대한 사회적 합의를 도출하기 위해 다각적이 노력을 기울였다고 한다. 2006년 새 금연구역에 대한 법률안이 통과되어 2007년 7월부터 시행되었다. 정부에서는 그 정책의 시행효과를 분석하시 위한 조사와 프로젝트를 수행하였고, 간접흡연노출정도의 감소, 흡연자의 금연시도 증가 등의 성과를 확인하였다.

일본 후생노동성에서 직장에서의 담배연기를 관리하기 위한 금연구역과 흡연구역의 기준에 대한 지침에서는 흡연실의 부유분진 농도를 0.15㎎/㎥ 이하 및 일산화탄소 농도를 10ppm이하로 유지하기 위해 필요한 조치를 강구하도록 권고하고 있다. 비흡연 장소와 흡연실의 경계에서는 흡연실로 향하는 기류의 풍속을 0.2m/s 이상으로 유지하도록 권고하고, 지속적인 공기질 측정관리를 권고한 바 있다.[11]

흡연실은 별도의 독립된 공간으로 하여야 한다(단, 불특정 다수가 공동으로 이용하는 사무실, 화장실, 복도, 계단 등 공간을 흡연실로 이용할 수 없음). 흡연실은 끽연자들이 담배를 피우기 위해 잠시 머무는 공간이므로 휴게시설을 설치할 수 없어야 하며 화재발생 방지 관점에서 흡연을 위한 최소한의 시설로 한정할 필요가 있다.

실내에서 비흡연자를 간접흡연 노출로부터 보호하기 위해 시행되고 있는, 비흡연자와 흡연자의 분리 또는 흡연자 격리, 공기정화시설 및 환기시설 설치 등의 방법은 ETS를 완전하게 제거하지 못하므로 완벽한 간접흡연 차단을 의미하지 못한다.

흡연율이 높고 관련 규정이 미비한 국가일수록 ETS에 노출되는 인구비율이 증가하는 경향이 있다. 음식점 등을 포함한 공공장소 금연조치 시행 이후, 심근경색 발생의 즉각적인 감소가 나타나며, 비흡연자의 간접흡연 감소로 인한 것으로 분석되고 있다. 간접흡연은 흡연시작 및 흡연지속의 행동을 감소시키고, 비흡연자의 건강보호라는 점에서 사회적인 규제적 규범적 접

9) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/factsheets/factsheet6.html

10) 공중시설의 실내, 실내사업장, 사무실, 자동차 실내, 술집 등, 인용자료 : 이성규, 영국 잉글랜드지역의 금연구역법, 보건복지포럼, 2010, 3월.

11) 일본 후생노동성(2003). 직장내의 흡연대책을 위한 지침.

근이 필요하다.

우리나라는 아직도 실내 장소에서 간접흡연 경험율이 높은 편이다. 보건복지부의 2011년 상반기 흡연실태조사에서 실내에서 간접흡연 경험율이 직장 59.4%, 가정 38.6%로 나타난 바 있다. 이 통계치는 2000년 초반의 감접흡연경험관련 국내 논문들에서 나타난 수준과 비슷하며, 이는 간접흡연정책의 성과가 미미했다는 것을 의미한다.

간접흡연감소의 효과를 보다 높이면서 그 효과를 평가하기 위한 정책 과제는 다음과 같다.

첫째, 환기를 위하여 실내에 설치된 공기청정기는 환경담배연기(ETS; Environmental Tobacco Smoke)의 입자상물질을 제거하는 데는 유효한 기기이지만, 미세먼지를 제거하는 데는 미흡하므로 사용 시에는 흡연 장소의 환기에 특히 주안점을 두어야 한다. 간접흡연 방지의 관점에서 볼 때 실내에 설치된 흡연 장소의 공기를 실외로 배출하는 방법을 추진하는 것이 가장 효과적이다.

둘째, 간접흡연 방지 및 깨끗한 공기 환경을 유지한다는 관점에서 볼 때 환경담배연기 성분을 전부 처리할 수 있는 공기청정기의 기능을 강화할 필요가 있는데 기기설비만으로는 담배연기 성분을 전부 처리할 수 없기 때문에 결과적으로 실내장소를 조속히 전면 금연구역으로 지정해야 한다.

셋째, 모든 실내 장소를 전면 금연구역화 하려면, 사회적 합의를 이끌어 내기 위한 다각적인 노력이 필요하다. 국민과 정책입안자, 소비자와 관리자의 의사소통이 필요하며, 금연하는 것에 대한 사회적 인식변화를 통해 사회적 규범화 하는 것이 선행되어야 한다. 보건복지

지속가능발전 모색을 위한 건강경영전략 검토[1)]

Analysis of Health Management(person & company) Strategy for Sustainable Development

윤시몬 한국보건사회연구원 전문연구원

사람들이 직장에서 위험을 느끼는 근본적인 원인을 살펴보면 불건강한 기업문화와 직원의 건강을 고려하지 않는 경영관습 때문인 것이다. 또한 이러한 불건강함은 지금 다수의 구성원들의 에너지를 감퇴시키는 부정적인 연쇄반응을 일으키고 있다. 건강기업을 도모하는 일(구성원 위주의 건강경영전략 수립)은 기업의 생존을 넘어서 기업이 머무르는 공동체의 안녕을 보장하는 초석인 것이다. 또한 인간의 가장 큰 복은 "장수(長壽)"이듯이, 기업의 가장 중요한 목표도 장수, 즉 "지속가능발전을 위한 건강경영"이 되어야 한다는 것이다.

1. 들어가는 말

도하개발아젠다(DDA)협상의 진전과 자유무역협정(FTA)의 확대, 미국을 비롯한 세계 각국의 경제 불황으로 국내경제한 대부분의 기업현장에서 어려움은 더욱 가중되고 있다. 이러한 상황 하에서도 일부 대기업과 일부 중소기업은 세계시장과 국내시장에서의 점유율을 높여 기록적인 이윤을 창출해 내고 있다.

20세기까지 기업의 목표는 이윤극대화였다. 그러나 사회적 책임은 가치 있고 보람 있는 일이라는 것이다. 또한 인간의 가장 큰 복은 "장수(長壽)"이듯이, 기업의 가장 중요한 목표도 21세기 이후부터는 이제 장수 즉 "지속가능발전을 위한 건강경영[2)]"이 되어야 한다는 것이다. 기업이 장수하기 위해서는 사회에 대한 책임과 윤리경영을 해야 한다. 아울러 내부적으로는 혁신과 창조경영을 해야 한다는 것 등이다[3)].

우리나라의 경우 1960년대 이후 기업의 생존율은 약 20% 내외인데, 성공한 기업들의 성공요인은 무엇일까 하는 의문에 대하여 업계의 견해와 학계의 연구 결과를 종합하여 보면, 이들 기업들의 대부분은 지속가능 경영전략을 구사하였고, 이 중에서도 특히 구성요소로서의 창조 · 혁신 · 윤리 · 녹색경영과 더불어 최근에는 CQ(Cooperation Quotient, 협동지능)경영을 하

1) 이 원고는 참고문헌을 기초로 필자가 지속가능발전 모색을 위한 건강경영전략을 기획 후 검토 · 작성하였음.
2) "건강경영"의 개념적 접근을 기업의 생산성 향상과 지속가능한 발전을 모색하기 위한 경영전략의 원동력으로 인식하고 임직원의 육체적, 정신적 건강향상을 위한 방안모색을 중심으로 원고를 작성함.
3) 조동성 · 서울대 메카니즘연구회(2006). M경영(메카니즘 경영), 도서출판 한스미디어, p30.

여 왔다는 점이었다. 그리고 이제는 전 산업분야에서 경영체, 협동조합 등 지속가능 경영전략으로서의 창조 · 혁신 · 윤리 · 녹색경영 및 CQ 경영에 대한 공감대는 점차 형성되고 있는 시점이다. 이제는 더 나아가서 이윤창출이라는 기업 생산 중심에서 벗어나서 건강관리라는 내부구성원 중심의 건강경영으로 좀 더 미래 지향적인 지속가능발전 모색이 요구되어지는 시점이고 이를 위한 전략을 검토하고자 한다.

2. 본론

1) 최근 동향

얼마 전 세계적 기업 애플社의 CEO이자 IT 산업의 혁명을 가져온 미국의 스티브 잡스가 세상을 떠났다. 또한 우리나라에서는 프로야구 영웅이었던 감독들의 연이은 사망소식은 급기야 야구장의 석면검출과 함께 학교운동장의 대대적인 조사로 이어지고, 국민들로 하여금 석면검출에 대한 관심을 불러 일으켰으며 환경과 건강의 중요성을 다시 한 번 일깨우게 됐다. 웰빙(Well-being)시대에 국민들의 공통적인 관심사는 바로 건강일 것이다. 어떻게 생각하면 21세기는 기업 건강경영 뿐만 아니라 개인 건강경영의 시대라고 해도 과언이 아닐 것이다.

더불어 이제는 누구나 자신의 인생을 잘 경영해야 건강한 삶을 살 수 있다. 21세기 통합적인 건강경영 방법을 한번 알아보자. 첫째, 신체적 통합건강으로 이것은 유전적 요인과 육체적 건강에 의해 좌우되는데, 유전적인요인은 자신의 강점과 약점을 잘 관리해야 할 것이다. 육체적 건강을 유지하기 위해서는 심장혈관계의 건강, 뼈와 근육의 강건, 몸의 유연성 등의 3가지 요소가 관리 되어야 한다. 둘째, 정신적 통합건강으로 정신적 건강은 현실의 스트레스나 도전에 건설적으로 대응하는 능력이며, 변화에 적응하고, 주어진 환경을 사랑할 수 있는 능력이다. 또한 자신의 감정적 에너지를 보다 생산적인 방법으로 분출 할 수 있는 능력에 의해 좌우 된다고 하겠다. 셋째, 영적인 통합건강으로 영적으로 건강한 경영은 삶의 의미를 돈을 더 버는 일에 한정하지 않고, 이를 확장시켜 타인의 어려움과 필요를 도와주는데 부여한다. 우리나라의 리더들도 자신의 부를 자식에게만 불려줄려고 하는 편협한 생각을 버리고 노블리스오블리제 할 수 있는 마음을 가져야 한다. 넷째, 윤리적 통합건강으로 미국의 머레이 교수는 “윤리적 성품이란 아무도 보지 않는 시간에 나타나는 당신의 모습이다”라고 말했다. 경영을 하는 사람이 윤리적 성품을 지닌 사람이라면 일상적인 의사결정의 결과가 단기적으로는 조직에 부정적인 영향을 미치는 상황에서도 원칙을 지키며 올바른 의사결정을 할 수 있는 버팀목이 되는 것이다. 그 사례로 미국의 허시초콜렛 회사를 경영한 ‘말톤허시’는 대공황 때에 회사의 어려운 상황에서도 인원을 감축하지도 않았고 생산스케쥴을 줄이지도 않았으며 오히려 관광객을 유치하기위해 1천만 달러를 투자해 지역경제까지 살렸다.

저탄소 녹색성장, 친환경 슬로우시티 등은 건강과 관련된 정책적인 주요 키워드이다. 지금 우리에게 필요한 것은 건강경영의 필요성을 인

식해야 할 경영자와 건강한 소통을 할 수 있는 지도자 그리고 개인건강을 스스로 경영할 수 있는 지속가능발전을 위한 통합적인 건강경영의 마인드가 필요한 시기라고 여겨진다.

2) 이론적 고찰

"지속가능성(Triple Bottom Line, TBL)"이라는 용어는 1980년대 국가가 환경을 파괴하거나 후대의 행복한 삶을 희생시키지 않고 경제 발전을 이룩해야 한다는 인식의 고조 속에 등장하였으며, 그 후 업계에서 일련의 사회적 · 환경적 사안에 관련하여 통용되어왔다. 재계에서는 지속가능성의 개념이 매우 강력하고 분명한 의미를 내포하고 있다. 이것은 지속가능한 형태의 기업이 주주를 위해 이익창출 활동을 하는 동시에 환경을 보호하고, 기업의 다양한 이해 관계자들의 삶을 개선한다는 정의에서도 잘 드러난다. 즉, 지속가능성은 기업의 이익과 환경 및 사회적인 이익이 서로 교차하는 가운데 적용되는 개념이다. 또한 앞으로 지속가능한 기업은 세기와 세대를 가로 지르는 오늘보다 더 나은 미래의 성공을 목표로 한다.

지속가능성은 또한 사회의 다양한 구성요소끼리의 상호의존과 더 나아가 그들이 속 한 사회와의 상호 관계도 중시한다. 이때의 지속가능성이란 상대(지역공동체 그룹, 교육 단체와 종교 단체, 노동조합, 대중들)의 필요 욕구와 이해를 인정하고, 그 모든 이해관계를 결속력 있게 강화하여 네트워크를 보다 견고하게 하는 것을 의미한다. 오늘날처럼 상호의존적인 사회에서 성공적인 기업을 위한 유일한 방법은 이러한 지속가능성을 수용하는 것이다. 이를 위해서 기업은 다방면의 이해관계자들을 인식하고 그들과 개방적인 관계를 발전시키며 상호 이익을 위해 지속적으로 협력해야 한다. 장기적인 관점에서 그러한 협력은 기업의 더 큰 이익을 창출할 것이며, 이는 더 나아가 사회적 · 경제적 · 환경적 발전을 가져올 것이다.

지속가능경영, 이제는 필수다 지속가능성의 포인트(장기적인 경영 성과를 거두는 법) 기업 이윤과 공익의 조화 지속가능성은 자선 행위가 아니라(자선 활동에 참여하는 것 자체는 문제될 게 없지만) 기업의 경영 활동을 통해 주주는 물론이고 직원들, 고객, 사업 동반자, 기업이 속 한 지역 공동체까지 이익이 충분히 분배되도록 하

표 1. 지속가능발전 모색을 위한 경영전략의 기본 3대 축

구분	경제적 축	환경적 축	사회적 축
전형적인 기준	판매, 이익, ROI	세금 정산	화폐의 유통
	공기 정화	수질 정화	에너지 절약
	근로의 실행	공동체에 끼치는 영향	인간의 권리
	일자리 창출	산업 폐기물 생산	생산품에 대한 책임감

주: ROI(Return On Investment 투자자본수익률)
자료: Andrew W. Savitz · Karl Weber, TBL(2006.8.11)

려는 노력이다. 무엇보다도 지속가 능한 경영이란 기업의 이익과(기업의 재무적 이해관계자) 공공의 이익(기업의 비재무적 이해관계자)이 공존할 수 있는 바탕이 된다는 것을 알아야 한다. 이것이 바로 지속가능성의 포인트로서, 최대한의 경제적 이익을 고려하면서도 자연스럽게 공익을 추구하는 법이다.

지속가능경영에 대한 본격적인 연구는 2006년부터 한국경영학회 회원들에 의하여 시작되어 현재까지는 초기단계이므로 3대 축을 중심으로 되어 있고, 구성요소에 대해서는 충분히 분석 · 정리되지 않은 단계이다. 따라서 이번 원고에서는 기존의 구성요소를 중심으로 개념의 명료화와 함께 총체적 체계화 방법을 병행하여 접근하고 현재 일부 기업체에서 실현되고 있는 건강경영(Person & company)이라는 개념을 검토해 보고자 한다. 기존의 지속가능 경영보고서의 구성요소, 방법(process) 및 내용(contents)을 참조하여 우리나라의 시장현실에서 가장 중요하게 강조되고 있는 (1) 창조경영 (2) 혁신경영 (3) 윤리경영 (4) 녹색경영 그리고 최근 거론되고 있는 (5) CQ(협동지능)경영 그리고 새로운 접근전략으로 직장 구성원들의 건강관리 개념을 토대로 한 (6) 건강경영을 추가하여 접목시킨 후 검토하고자 한다.

창조경영과 혁신경영은 경영 · 경제적 내부영역이고, 윤리경영은 사회적 책임경영과 함께 사회적 요구영역이며, 녹색경영은 환경경영과 같은 의미이지만, 2009년부터 정부가 주창한 이래 기업과 국내외적으로 공감을 얻고 있는 녹색정책과의 개념적 정합성을 위하여 일치시킨 개념이다. CQ경영(협동지능)은 최근 협동조합법 제정과 연관된 개념으로 이해하면 좋을 것으로 판단된다[4]. 또한 직장 즉, 기업은 현 시대를 살아가고 있는 우리들의 삶의 근간이다. 말 그대로 사람들이 일을 도모하고 발돋움하게 하여 삶을 영위시키는 핵심가치가 되어져 있다. 그러나 특히 한국 사람에게는 기업은 생존위협을 느끼게 하는 위험공간이라는 의식이 팽배하다. 이것이 급격한 글로벌 경쟁시스템이 정착하는데 한국 같은 환경자원이 부족한 국가가 감수해야 할 불가피한 것이라고 단정짓고 무턱대고 판단해서는 안 된다. 즉, 사람(특히 한국사람)들이 직장에서 위험을 느끼는 근본적인 원인을 살펴보면 불건강한 기업문화와 직원의 건강을 고려하지 않는 경영관습 때문인 것이다. 또한 이러한 불건강함은 지금 다수의 국민의 에너지를 감퇴시키는 부정적인 연쇄반응을 일으키고 있다. 건강기업을 도모하는 일(건강경영전략 수립)은 기업의 생존을 넘어서 기업이 머무르는 공동체의 안녕을 보장하는 초석인 것이다.

건강경영이란 구성원의 건강에 투자된 비용이 생산성, 조직신뢰도, 내부충성도, 지속가능성, 기업내 분위기나 직원들의 생활만족도 같은 심리적 이익 등 모든 방면에서 기업가치(기업에너지)의 상승을 유도하는 역할을 할 것이다. 따라서 직원의 건강투자는 선택의 문제가 아니라

4) 이번 원고에서 필자는 이러한 최근 거론되었던 협동지능(CQ경영)에 대한 재분석이나 논의는 제외하였으며 최근 입법화된 협동조합법에 따라서 추후 다양한 연구 등을 통해서 충분한 논의가 될 것으로 판단됨.

그 비용 모두를 직원이 분담하는 것도 바람직하지 않다. 기업이 책임의식을 갖고 비용의 상당 부분을 부담해야 하는 이유도 여기에 있는 것이다. 하지만 기업과 개인의 경계선을 단정하기는 쉽지 않다. 확실한 것은 기업의 분담영역을 해당 구성원들이 일정수준으로 도달할 수 있도록 동력을 불어넣는 것이 중요한 것이다. 예로 하루 30분 이상 정도 달릴 수 있도록 시설을 설치하고 실제 활용할 수 있도록 분위기를 조성하는 것이다.

3) 구성원 중심의 경영전략으로 전환

표 2. 삶의 행복영유를 위한 인본경영 마인드로의 전환

같은 세상	다른 공간
• 엄청난 업무 스트레스 • 3~4차로 이어지는 폭주 회식 • 끝없이 피워대는 담배	• 최적화된 사무실 공간 • 사내 피트니스센터에서 활력충전 • 회사에서 챙겨주는 전 가족 건강검진
▶ 생존해야 한다!	▶ 삶이 행복하다!

제너럴일렉트릭(GE)에서 최연소로 최고경영자가 되어 GE를 세계최고 기업으로 성장시킨 후 퇴임까지 '경영의 달인', '세기의 경영인' 등 많은 별칭으로 불리웠던 잭 웰치(John Frances Welch Jr)조차 기업의 이윤창출을 위해서 직원들을 끊임없이 내몰았던 자신을 반성했다. 2H by 6H의 법칙에 대해 살펴보면 첫 번째 H는 총체적인(Holistic)임을 의미하고 건강기업은 기업의 문화 구성원의 몸과 마음을 통합하여 융합시키는 유기적 조직(Holistic Company)이다. 쉽게 말해 건강기업은 건강하며(Healthy), 건전하며(Healthful), 마음까지 건강한(Happy) 기업인 것이다. 건강 기업으로의 전환은 기업이 구성원들에게 삶과 일의 균형을 잡아주고 그 에너지를 충전한 구성원들이 기업을 위해 공헌하는 선순환적인 사이클을 만드는 상생전략인 것이다. 두 번째 H는 Helping(도움 되는)을 의미하고 건강기업은 공동체와 지구에 진심으로 기여하는 기업(Helping company)이다. 건강기업은 높은 생산성(Highly productive)으로 지속성을 보장받고 사회에 좋은 일자리를 지속적으로 제공할 능력(Hiring competence)이 있으며 사회와 환경을 치유하는데 기여하는 기업(Healing society & environmental)이다. 즉, 공동체를 배려하는 영혼을 갖춘 기업인 셈이다.

표 3. 2H by 6H 법칙

2H	6H
Holistic Company	Healthy 건강하며 Healthful 건전하며 Happy 마음이 건강한
Helping Company	Highly productive 높은 생산성 Hiring competence 지속적인 일자리 Healing society & environmental 사회와 환경의 치유

또한 최근 GE에서는 전세계 계열사에 "헬스어헤드(HealthAhead)"라는 캠페인을 시도하고 있다. 헬씨메지네이션(Healthymagination)시책의 일환으로 직원과 가족들의 건강문화를 만들기 위한 글로벌 사내 캠페인이다. 쉽게 설명하면 GE의 임직원들이 집이나 일터에서부터 건강한 삶을 영위할 수 있도록 이끄는 프로그램이

기도 하다[5].

HealthAhead 인증 사업장의 평가기준은 총 8개로 다음과 같다.

1. 리더십과 헬스어헤드 위원회
2. 교육과 예방 활동
3. 영양
4. 신체활동
5. 금연
6. 스트레스 관리
7. 병가 일수
8. 건강 관련 리스크 평가

캐나다의 파즈맥이라는 기업은 규모는 작은 회사지만 기업과 직원이 파즈맥이라는 한몸으로 강력하게 합일화하는 아름다운 과정이 CEO 스티브의 새로운 기업 가치인 웰니스(Wellness)에 집중해 직원을 회사 경영전략에 융합시켰다. 기업의 직원의 내 몸에 진심으로 집중하고 투자하면 그들은 기업의 성공과 발전에 진심으로 동조한다. 이 합일의 힘이 21세기 미래기업이 영속할 수 있는 새로운 융합에너지인 것이다.

기업의 생산성에 영향을 미칠 수 있는 요인에 대하여 상담, 컨설팅, 코칭, 서비스 연계 등의 기술을 활용하여 근본적 해결 방안을 종합적으로 지원하는 기업복리후생 제도인 근로자지원프로그램(EAP, Employee Assistance Program)의 하나로 스트레스 관리기법의 개발 · 검토가 필요하다[6].

4) 건강기업의 건강경영(Person & Company) 전략 검토

기업내 건강경영을 위한 위협요인으로 흡연, 음주, 비만, 건강검진 비수검, 혈압수치, 콜레스테롤 수치, 혈당수치, 운동부족 등을 제시하였다.

구성원과 기업이 건강하기 위해서는 기업의 건강목표의 수립과 더불어 구체적인 지표 및 지수가 선정되어야 할 것이다.

표 4. 스트레스 관리기법 개발을 위한 검토사항

문제음주	골격계 질환	직무 스트레스	성격문제
흡연	식사 및 영양	업무부담	자산관리
만성피로	운동	인간관계	은퇴후 문제
비만	수면	부부관계	인터넷 중독 등
요통		자녀 교육 및 양육	

5) GE 홍보사이트내 Healthymagination(2012.02.01: (http://geblog.kr) 및 GE HealthAhead사이트(www.ge-healthahead.com) 참조.

6) 포춘誌가 선정한 "세계500대 기업"의 약 90% 이상이 EAP를 시행하고 있다고 함.

표 5. 기업내 건강경영의 주요 위협요인

- 흡연직원 비율
- 위험음주 직원 비율
- 비만직원 비율 (BMI≥25)
- 주요 건강(특히 암검진)검진 미수검자 비율
- 직원 평균 혈압수치
- 직원 평균 콜레스테롤 수치
- 직원 평균 혈당 수치
- 불규칙적 운동하는 직원의 비율(1주일에 5회 이상, 30분 이상 하지 않는 직원 비율)

표 6. 기업의 건강목표

구분	내용
건강수칙 목표	혈압, 체질량지수(BMI), 혈당, 간기능수치, 콜레스테롤 수치, 체력평가, 골밀도 분석
건강행위 목표	금연, 음주감량, 규칙적인 운동, 충분한 수면, 스트레스 다운사이징, 건강검진(암검진 포함)

표 7. 건강기업이 지녀야할 기업의 건강에너지 지수(CHEI, Company Health Energy Index)

구분	세부 내용
기업건강투자지수	CEO의 건강기업에 대한 철학과 의지, 건강기업에너지 충전에 대한 매출액 대비 투자비율, 투자비율의 작년대비 신장율, 건강기업 시스템 완결성
기업활력지수	스트레스 지수와 과로지수, 지각율, 결근율에 반비례하며 웃음지수, 기업만족도에 비례
기업건강지표지수	만성질환 발생율, 사망률, 결근율과 의료비 지출에 반비례, 심폐지구력, 근력 등의 우수체력, 건강행위 실천율에 비례
기업행복지수	기업내 직원들의 삶의질 지수, 이혼율, 우울증 유병률, 이직율에 반비례하고 가족역동성, 결혼율, 출산율에 비례
기업생산성지수	제품 불량률, 매출액, 순이익률, 서비스클레임률, 동종업계내의 회사점유율

자료: 박민수 · 박민근(공저)(2009). 회사수입 200%늘리는 직원건강 투자전략 건강경영, 도서출판 전나무숲, p51~54(재구성).

건강한 기업이 되기 위해서는 제시된 건강지표 지수의 항목을 정기적으로 체크하고 강점은 강화하고 약점은 보완 · 극복하려는 노력을 충실히 해야 한다.

마지막으로 앞에서 제시된 이러한 건강경영 전략을 검토하고 개발하여 수립하는 것도 중요한 일이지만 건강기업의 지속적인 유지를 위해서 구성원들의 좋은 결과 유도를 위한 인센티브 지급 제도의 도입도 병행되어야 할 것이다. 앞선 사례에서 살펴보았던 기업의 지속가능한 발

표 8. 기업건강지표 지수

구분	비고
흡연 직원 비율	남녀 구분 목표(기준치) 설정
위험음주 직원 비율	남녀 구분 목표(기준치) 설정
적정체중 직원 비율	적정치 기준(18.5≤BMI<25) 설정
5대암 건강검진 수검률	수검률 목표 설정
고혈압 치료율	남녀 구분 고혈압 환자중에서 치료받는 비율 목표치 설정
우울증 유병률	유병률 목표치 설정
운동실천율	목표치 설정(주 5일 이상 총 30분 이상 중강도 운동 실천율)

표 9. 국내 건강기업 유지를 위한 건강경영 전략 사례와 동기부여 방안

구분	내용
웅진그룹	– 2006년부터 직원들의 금연을 독려 – 계열사별로 금연포스터 게재, 금연일지 배포, 간식 및 패치 지원 등 다양한 금연 정책 – 신규 입사자 기준으로 입사 때 금연 서약서를 작성 후 흡연여부를 승진에 반영
POSCO	– 2009년부터 흡연율 제로(Zero) 운동(단, 자발적 금연운동은 1999년부터 시작) – 국립암센터가 선정하는 '금연대상' 2010~2011년 수상 – 회식시 술잔 안돌리기 운동(건전음주 문화 정착과 절주유도)
SK케미컬	– 2010년 11월 경기도 판교로 이전한 신사옥을 '금연 빌딩' 지정 – 건물 내는 물론 밖에서도 흡연을 하지 못하도록 제한 – 흡연하다 적발될 경우 인사고과에 반영 – 담배를 끊지 못하는 사람은 승진할 수 없다 등 강화된 금연지침
이랜드그룹	– 2011년 7월부터 금연캠페인 전개 – 금연에 성공하는 임직원에게는 포상금을 지급 – 신입사원을 채용할 때도 금연을 약속해야 입사가능
현대오일뱅크	– 2012년 1월 9일부터 현대오일뱅크는 전국 모든 사업장을 금연 구역으로 지정하고, 1800여 명의 전 임직원이 금연 선언 – 각 사업장의 실외 지정 장소에서만 점심에 한해 흡연을 허용했으나 앞으로는 흡연 구역을 완전히 없애고, 임직원은 물론 협력업체 직원도 출근길에 담배와 라이터를 갖고 사업장에 들어갈 수 없도록 함. – 금연을 신청한 직원들에게는 회사가 금연 프로그램 참가지원, 금연 보조제나 의약품 구매에 필요한 경비도 전액지원 – 임직원 50만원씩 내는 '금연 펀드'조성, 금연성공시 100만원 '금연 축하금'으로 지급
GS건설	– 2012년 임직원 대상 금연지원 프로그램인 '금연 챌린저' 운영

〈표 9〉 계속

구분	내용
GS칼텍스	– 임직원은 35세가 넘으면 본인은 물론 배우자까지 종합검진 실시, 자녀는 연간 300만원 이내 – 임직원 본인과 배우자는 의료비 전액 지원
한국애보트	– 패밀리데이 실시(매월 둘째주 금요일은 1시간 일찍 퇴근) – 1년간의 출산휴가 부여
하나그룹	– 하나은행: 비만, 고혈압, 당뇨병 관리에 필요한 직원들에 대한 처방 및 운동비용을 퇴직시까지 지원 – 하나증권: 2002년부터 실시한 금연펀드, 비만탈출펀드를 추가 운영 (가입비 직원과 기업이 각 10만원씩 부담, 연말성공시 수익금 20만원과 회사에서 격려금 20만원 별도 추가 지급)
교보증권	– 사내 직원행복센터에 간호사 상주하여 정기적 금연, 비만클리닉 개최 – 비만클리닉 참여 직원중 체지방 감소목표 달성자에 50만원 상품권 지급
삼성생명	– 직원 비만탈출을 위한 체성분 측정기 각지역 사업에 설치 – 삼성애버랜드 주관의 온라인 건강관리시스템 연계하여 체지방 및 건강도 분석서비스 실시 – 2007년 3월부터 “Go to well”프로그램 참가후 체지방 4% 감소직원에 대한 포상금 지급
삼성중공업	– 금연성공펀드 운영: 펀드가입비 3만원, 3개월 성공시 5만원, 6개월 성공시 10만원 상품권지급 – 비만탈출펀드 운영: 펀드가입비 5~10만원, 6개월이후 체지방 3% 감소시 보상금 지급

주: 각 기업 홈페이지 및 홍보사이트 등 참조하여 재구성하였고 일반적인 건강검진 관련사례는 정리에서 제외하였음.

전만을 위한 건강경영전략의 도입이 아니라 구성원 스스로가 이를 실행하고 행위를 지속적으로 유지할 수 있도록 충분한 동기부여가 병행되어야 하는 것이다.

3. 맺음말

좋은 기업을 넘어 위대한 기업(Good to Great)[7]으로 발전하기 위한 지속가능한 기업경

표 10. 국외 건강기업 유지를 위한 건강경영 전략 사례와 동기부여 방안

구분	내용
미국, 캐나다 코카콜라	– Coke oven intervention program 도입
미국 맥도넬 더글러스 (McDonnell Douglas)	– 스트레스 관리 프로그램 도입
일본 오츠카제약	– 목요일 전 사원 건강체조시간(포카리프레쉬 시간), 무료 건강상담 및 정신보건 상담, 체력 맞춤형 운동프로그램(웰네스프로그램) 제공, 금연운동
일본 토요타 (Toyota)	– 건강상담기능과 교육강화를 통한 건강예방체계 구축
일본 소니(Sony)	– 정신건강 관리교육, 외부 산업의료 전문가의 치료서비스 지원

7) 김상열(2007). 21세기 기업경영의 새로운 도전 ‘지속가능경영’, 인증포커스 제5권(2006년 가을/겨울호 p15), 한국인증원.

영전략의 수립은 피할 수 없는 대세이자 화두임은 분명한 사실이다.

서두에서도 필자가 언급하였듯이 20세기까지 기업의 목표는 이윤극대화였다. 그러나 사회적 책임은 가치 있고 보람 있는 일이라는 것이다. 또한 인간의 가장 큰 복은 "장수(長壽)"이듯이, 기업의 가장 중요한 목표도 21세기 이후부터 장수, 즉 "지속가능발전을 위한 건강경영"이 되어야 한다는 것이다. 현재에도 전과정평가, 환경영향평가, 환경가치평가, 건강영향평가 등과 같은 많은 정책들이 추진되고 있는 것도 사실이다. 하지만 한가지 분명한 것은 이제는 기업경영전략이 생산지향적에서 시장지향적으로 패러다임을 전환해야 하는 시점임에는 틀림없는 사실이고 구성원 위주의 고려, 소비자 중심, 시장지향형 조직구조 등으로 변화와 경영마인드의 혁신적 변화를 기초로 한 건강기업(Person & Company)으로의 도약이 필요한 것이다. 생애주기별로 살펴볼 때 가장 긴 시간을 직장이라는 공간에서 보내고 있다. 하지만 실제 기업에서는 생산성에 국한되어 구성원으로서의 건강가치는 건강보험(의료보험), 산업안전보건[8], 경영지침(안전보건경영)[9] 그리고 ISO 같은 민간인증[10]에만 국한되어 있는 것이 사실이다. 우수한 기업(Excellent organization)은 3대 축(Excellent Product, Excellent Process, Excellent People)으로 구성되어 진다고 한다. 이제는 생산성 중심의 경영에서 한걸음 더 나아가 기업구성원에 대한 가치를 Excellent People에서 건강가치를 향상시킬 수 있는 건강경영전략을 중점적으로 검토하여 지속가능발전 모색을 위한 원동력으로 삼아야 할 것으로 사료된다. 보건복지

8) 산업안전보건법(2011.7.25 법률 제10968호): 법 제1조(목적) 이 법은 산업안전 · 보건에 관한 기준을 확립하고 그 책임의 소재를 명확하게 하여 산업재해를 예방하고 쾌적한 작업환경을 조성함으로써 근로자의 안전과 보건을 유지 · 증진함을 목적으로 함.

9) 안전보건경영(Safety and health management system): 사업주가 기업 경영방침에 안전보건정책을 반영하고, 이에 대한 세부 실행지침과 기준을 규정함으로써 모든 근로자가 이를 실천하도록 하며, 경영자가 주기적으로 안전보건경영계획에 대한 실행결과를 자체 평가해서 지속적으로 개선해 나가도록 하는 체계를 말함. 이를 좀더 구체적으로 설명하면, 사업주가 자율적으로 자사의 산업재해를 예방하기 위해 안전보건체계를 구축하고 정기적으로 유해위험정도를 자체 평가하여 유해위험정도에 따라 예방투자순위를 결정하는 등 산업재해예방을 위한 조치사항을 체계적으로 관리하는 경영활동

10) 안전보건경영시스템(OHSAS 18001, Occupational Health & Safety Assessment Series): 경영혁신 · 품질 · 환경분야 등에 대한 국제표준화 인증기간인 KSR 인증원에 의한 보건 및 안전 경영시스템으로 조직이 자율적으로 산업재해를 예방하기 위해 위험요인을 파악하고 지속적으로 관리하기 위한 최소한의 요구사항을 정한 국제규격의 인증으로 한국에서는 KOHAS(Korea Occupational Health & Safety Assessment Series)로 인증함.
매경안전보건경영인증시스템(MKSHS-Certi/Construction site): 건설현장의 자율 안전보건관리를 유도하고 국제인증시대에 대비한 국내 기업의 안전보건관리 수준 향상과 대외경쟁력 강화를 위한 기반을 조성하기 위해 매경안전환경연구원에서 개발한 인증시스템

국제 보건복지 정책동향

일본 장애인자립지원제도의 발전과 장애등급 판정체계 고찰 | 김성희 · 이송희

담배회사의 진실을 들여다 보는 창: 담배회사 내부문건 | 이성규

일본 장애인자립지원제도의 발전과 장애등급 판정체계 고찰

Law of Assisting the Independence for the Persons with Disabilities in Japan: Disability Determination System

김성희 한국보건사회연구원 연구위원
이송희 한국보건사회연구원 연구원

1. 서론

최근 우리나라는 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 활동지원급여를 제공하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄이기 위한 목적[1]으로 기존의 '장애인활동보조사업('07.4)'를 공식적인 '장애인활동지원제도'로 확대 · 개편하여 도입하였다. 이와 같이 장애인활동지원제도는 만 6세 이상 65세 미만의 등록 1급 장애인을 대상으로 활동보조, 방문목욕, 방문간호 등의 서비스를 제공하며, 수급자 선정방법은 신청→장애등급 심사→방문조사→수급자격 심의→결과통지의 단계로 이루어진다. 이때 활동지원이 필요한 정도는 방문조사를 통하여 이루어지며 이후, 시 · 군 · 구에 설치된 수급자격인정 심의위원회에서 수급자격 인정 여부 및 활동지원등급을 결정하게 된다.

일본은 중증장애인의 활동보조서비스가 발달된 국가로 장애인의 독자적인 활동보조서비스 모델을 구축한 나라이기 때문에 자립생활 관점에서 제시하는 바가 크다. 일본은 1986년부터 동경도가 처음으로 전신성장애인을 대상으로 '전신성 개호서비스'를 지원하기 시작하였으며, 이전에는 홈 헬퍼 제도를 이용하여 서비스를 제공하여왔다. 1986년에 자립생활 운동과 함께 시작된 장애인개호지원 사업은 일본의 활동보조서비스의 시작이라고 할 수 있다[2]. 이후 2000년 노인을 대상으로 하는 개호보험법이 시행됨에 따라 장애인복지서비스도 큰 변화를 시도하였다. 즉, 노인개호보험이 시작되면서 장애인활동보조서비스와의 통합을 추진하였으나 장애인의 반대로 2003년에 장애인 지원비제도를 시행하여 활동보조서비스를 확대하고자 하

1) 보건복지부(2011). 2011년 장애인활동지원 사업안내.
2) 변용찬, 김성희, 이송희 외(2010). 장애인 장기요양보장제도 시범사업 실시 및 평가 연구, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

였다. 장애인 지원비제도는 개호보험제도와 틀을 같이하고 있으나 그 재원이 조세방식이었다.

이와 같이 2003년 이후 장애인 활동보조서비스에 필요한 지원비는 급격히 확대되었고, 이러한 배경하에 2005년 「장애인자립지원법」이 제정되어 2006년부터 시행되었다.

장애인자립지원법은 노인개호보험법과 마찬가지로 이용자 부담금을 부과하고 있었으며, 장애인개호서비스를 재가와 시설서비스로 구분하고, 생활시설에 거주하고 있는 장애인도 등급판정을 받아 해당하는 등급에 대한 서비스를 지원받도록 하고 있었다. 또한, 재가 장애인도 등급에 따른 개호서비스를 지원받도록 하였다[3]. 이는 이용인 주체의 서비스를 제공하는 측면에서 객관적 서비스 판정체계를 확립할 필요성이 생기게 되었기 때문이다.

그러나 이 제도가 시행되면서 서비스 비용부담문제를 비롯하여 여러 과제들이 지적됨에 따라 전국의 6개 지자체에서 국가를 상대로 헌법 위한 소송을 제기하였고, 2009년 9월 보수 정권이 혁신 정권으로 바뀌고 장애인관련 법제도의 전면 재검토가 시작됨에 따라 집권여당인 민주당은 현행 장애인 자립지원법을 폐기하고, 새로운 법을 만들겠다고 하였다. 이에 따라 2009년 12월 '장애인제도개혁추진 본부'를 기반으로 하여 늦어도 2013년 8월까지 장애인자립지원법을 폐지하고 새로운 '장애인종합복지법(가칭)'을 실시한다고 하였다.

이에 본고에서는 일본의 장애인자립지원제도의 발전과 경험을 근거로 서비스 지급결정의 투명화와 명확화를 위하여 활용된 장애인정 조사항목과 장애등급 판정체계를 살펴보고, 이를 통해 국내 장애인활동지원제도에의 장애등급 판정체계 및 장애인정 조사항목의 적용가능성 및 발전을 위한 함의를 도출하고자 한다.

2. 장애인자립지원제도의 개요

일본의 장애인자립지원제도는 1993년에 "장애인대책에 관한 장기계획"이 발표되었고, 이 계획은 장애인복지종합계획으로서 정상화의 이념을 기본으로 계획이 추진되었다. 이후, 1997년부터 사회복지기초구조개혁이 추진되었으며, 기본적인 골격은 이용인의 입장을 고려한 사회복지제도의 구축, 서비스의 질적 향상, 사회복지사업의 범위 확충 및 활성화, 지역복지의 추진 등을 주요 골자로 하는 제도 개혁을 추진하였다[4].

장애인복지서비스에서도 이러한 사회복지기초개혁의 방향에 맞추어 2003년부터 장애인지원비 제도가 시행되었으며, 기존의 조치제도에서 이용계약방식으로 제도가 개정되어, 서비스 이용자의 선택권과 결정권의 강화를 통한 역량강화에 초점이 맞추어 졌다. 기존의 조치제도와 지원비제도의 차이점은 다음과 같다. 먼저 조치제도의 경우는 행정이 서비스 내용을 결정하고, 사업자를 지정하며, 수탁자로서 서비

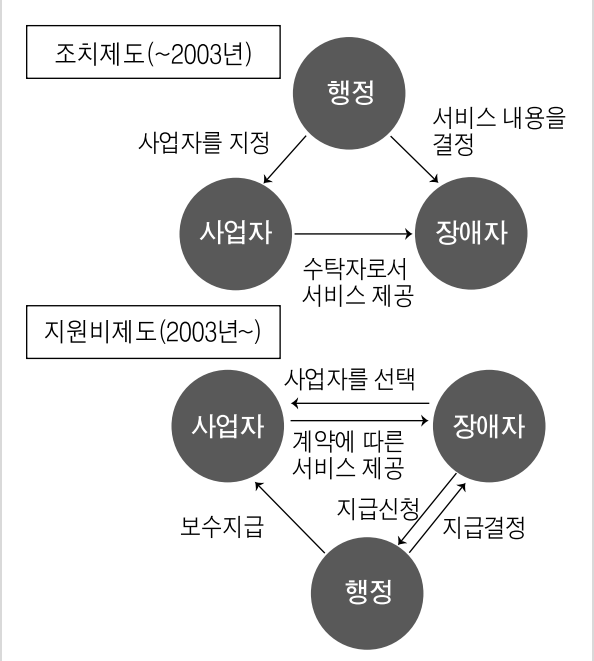
3) 정종화(2008). 일본의 장애인자립지원법의 개호인 관련 자격기준, 장애인장기요양보장추진단 회의자료, 2008. 5.9.
4) 변용찬, 김성희, 이송희 외 (2010). 장애인 장기요양보장제도 시범사업 실시 및 평가 연구, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

스를 제공하였으나 지원비제도에서는 서비스 이용의향 등의 장애자의 자기결정을 존중하고, 사업자와 이용자가 대등하게 역할하며, 계약에 따라 서비스를 이용할 수 있도록 하였다는 차이점이 있다.

장애인 개호서비스의 양적 확대와 서비스 수요의 증대 등의 이유로 제도개혁이 추진되었는데, 지역을 중심으로 하는 서비스의 인프라 구축이 중점과제였으며, 장애인의 세 영역(신체장애인, 정신장애인, 지적장애인)제도의 통합적 서비스 제공이 논점이 되었다. 따라서 이러한 제도개혁의 배경 속에서 장애인자립지원제도가 탄생하였으며, 2005년에 법률이 제정되고 2006년에 시행되었다.

장애인자립지원제도는 수요자 중심이라는 패러다임을 반영하고 있고, 자립지원이라는 시대적 상황에 대응하고 있다는 측면과 세분화되어있던 장애종별정책(지적장애인, 신체장애인, 정신장애인)을 통합적으로 운영함으로 효율성(예산 및 전달체계 개편)을 추구하고 있다는 점에서 사회서비스의 패러다임을 반영하고 있다는 장점을 제시하고 있었다. 또한 지적장애인이나 정신장애인 등의 자기결정 능력이 미흡한 장애인들을 대상으로 케어매니지먼트의 제도를 통한 지원이 제공되고 있어, 장애인의 종합적이고 전문적인 서비스 계획을 수립할 수 있다는 점이 장점으로 부각되었다.

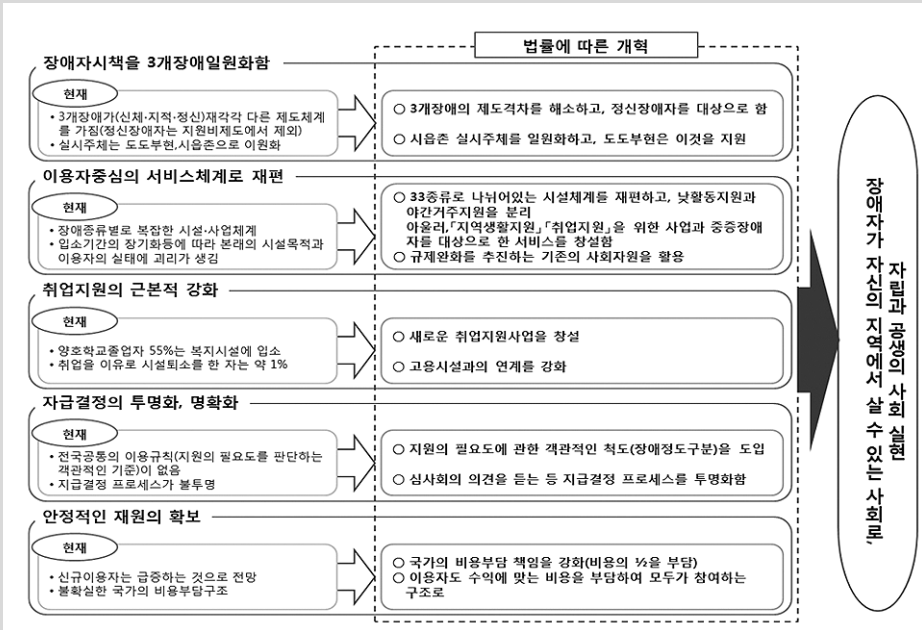
그림 1. 조치제도와 지원비제도의 차이점



자료: 후생노동성 장애보건복지부(2010.5). 일본의 장애복지시책에 관하여 내부자료 내용을 재구성.

그럼에도 불구하고 제도도입과정에서 자립지원제도에 대한 충분한 논의를 거치지 않아 장애인자립지원법의 목적이 자립을 우선한다는 철학을 담아야 하는데, 자립지원이라는 철학적 논쟁이 미흡하다는 비판과 서비스 이용에 대한 비용부담문제가 도입과정에서 논쟁이 되었다. 또한, 서비스 지원을 위한 장애등급판정체계와 관련하여 서비스 등급을 판정하는 기준인 총 106개 항목에서는 개별적인 욕구를 충분히 반영할 수 없다는 측면에서 불만이 지속되었고, 특히 지적 및 정신장애인들을 중심으로 장애등급판정에 대한 불만이 지속되었다. 이와 함께 자립을 지원하기 위하여 사회

그림 2. 장애자자립지원제도의 중요점



자료: 후생노동성 장애보건복지부(2010.5). 일본의 장애복지시책에 관하여 내부자료.

참여를 충분히 보장하여야 함에도 불구하고, 서비스의 등급화를 통하여 장애인의 사회참여를 제한하다는 비판도 제기되었다.

3. 장애자자립지원제도의 장애등급 판정체계

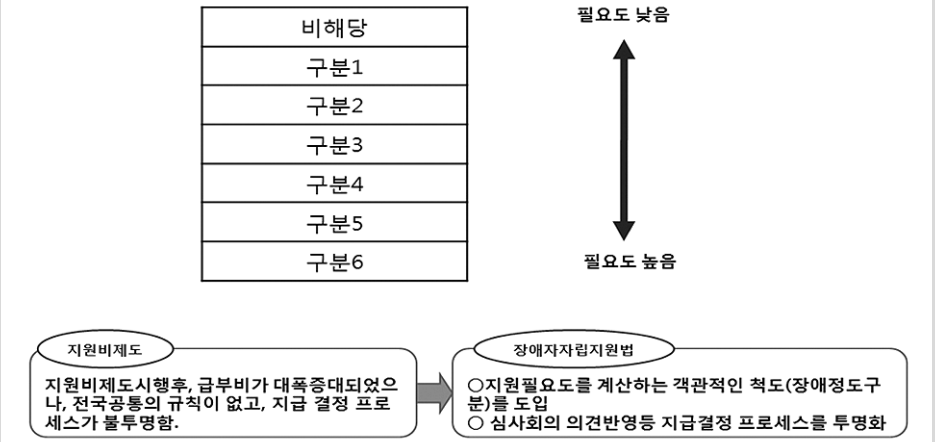
1) 장애등급 판정체계

일본의 장애등급 판정체계에서 장애정도구분은 지원서비스의 필요도(필요시간)를 표시하여 1급(최경증)에서 6급(최중증)으로 구분하도록 되어있다. 등급구분은 요지원, 요개호1, 요개호2, 요개호3, 요개호4, 요개호5로 구분되며, 장애인활동보조서비스는 요개호5(구분6)까지 지원하고, 시설입소는 요개호2(구분3)등급부터 이용할 수 있으며, 요개호 5(구분6)는 가장 중증으로 상시개호가 필요하여 서비스가 지원된다.

서비스 지원을 위한 장애등급 판정체계 및 지급결정 절차는 다음과 같다.

먼저 제1차 판정(시 · 정 · 촌에서 실시)은 조사원이 실시한 신체장애 특성과 관련한 79항목과 장애특성을 고려한 27항목의 판정자료와 주치의의 의견서 내용을 통하여 인정조사 결과에 근거해 컴퓨터로 작동되는 소프트프로그램에 의하여 기계적으로 실시되어 장애등급은 비해당 및 구분 1~6까지로 나타난다. 이때 컴퓨터

그림 3. 장애자자립지원법의 장애정도구분



자료: 후생노동성 장애보건복지부(2010.5). 일본의 장애복지시책에 관하여 내부자료.

소프트에는 경고코드가 발생하도록 되어 있어 의사소견서의 내용과 모순이 있을 경우, 인정조사원 등이 내용의 확인을 요청할 수 있다.

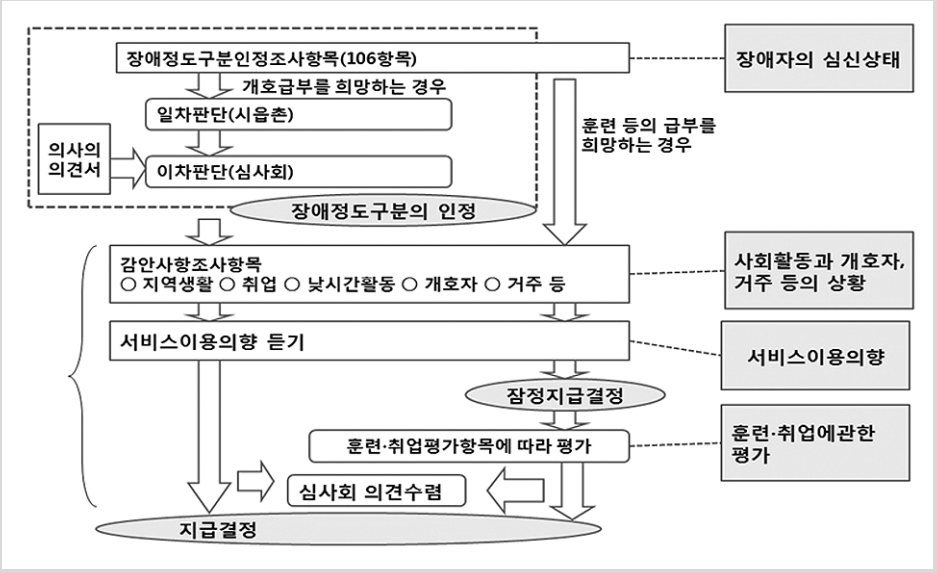
2차 판정은 시 · 정 · 촌심사회에 있는 심사판정의 절차에 따르며, 1차 판정에 의해서 비해당, 구분 1~6으로 분류된 장애등급 결과, 의사소견서를 기준와 함께 특이사항 등 종합적인 자료로 판정하여 심사를 실시한다. 시 · 정 · 촌심사회는 서비스와 관련된 장애정도구분에 관한 심사판정과 함께 시 · 정 · 촌에 서비스 지급필요와 불필요 결정, 의견을 진술하는 역할을 수행한다. 구체적으로 장애정도구분의 심사판정에 있어 장애정도구분에 해당되는지 안 되는지, 해당되는 경우 어는 정도에 해당하는지를 심사 판정함과 동시에 장애정도구분인정의 유효기간을 정하는 의견과 시 · 정 · 촌이 지급 결정할 때의 고려해야 할 사항에 관한 의견을 진술한다. 이러한 심사판정의 결과는 장애정도구분(구분1~구분6), 인정의 유효기간, 지급결정에 관한 심사회의 의견에 대해서 시 · 정 · 촌에 통지된다.

2) 장애인정 조사항목

일본은 서비스를 받으려면 장애인정을 하기 위한 장애정도구분 판정 및 기준시간 산출을 실시하게 된다. 이때 신체장애 특성과 관련된 요개호인정기준의 79개항목과 장애특성을 고려하기 위한 IADL, 행동장애 및 정신과 관련된 27항목으로 총 106항목을 통하여 조사를 실시하고 있다.

장애정도구분의 판정은 106항목의 조사항목에 관한 결과를 중심으로 행해지나 실제 장애판정심사회의 검토 단계에서는 다음의 3개의 군

그림 4. 서비스 지원 위한 장애등급 판정체계 및 지급결정 절차



자료: 후생노동성 장애보건복지부(2010.5). 일본의 장애복지시책에 관하여 내부자료.

표 1. 장애인정 조사 항목군별 구성

A항목군	장애정도구분기준시간의 구분에 관련한 항목군 ※ 개호보험의 요개호인정조사항목과 동일	→ 79항목
B항목군	1차 판정단계에서 장애정도구분기준시간에 따른 구분에 대해 변경하는 경우에 관련한 항목군 B1: 많은 움직임이나 조건 등 행동면에 관한 항목 B2: 조리나 쇼핑을 할 수 있는지 어떤지 등의 일상생활에 관한 항목(IADL 항목)	→ 9항목 → 7항목 합계 16항목
C항목군	2차 판정단계에 검토 대상으로 하는 항목군(A · B 항목군 이외) ⑴ 이야기가 결정 나지 않고, 움직임에 응하지 않고, 움직이지 않는 등 정신면에 관한 항목 ⑵ 언어 이외의 수단을 이용한 설명이해 등 행동장애에 관한 항목 ⑶ 문자의 시각적 인지사용에 관한 항목	 → 8항목 → 2항목 → 1항목 합계 11항목
		총 106항목

자료: 변용찬, 김성희, 최미영 외(2007). 중증장애인 활동보조서비스 수급실태조사 재인용.

으로 구분해서 사용하게 된다.

장애정도구분의 판정을 위한 106항목의 조사항목은 위에서 제시한 세 항목군으로 구분되어 지며 구체적인 내용은 다음과 같다.

먼저, A항목군은 신체장애 특성과 관련된 항목으로 개호가 필요하다고 인정되는 항목은 총 79개항목으로 그 내용은 마비 · 구축, 이동, 복잡한 동작, 특별개호, 신변 도움, 의사소통, 행동, 특별한 의료로 구성되어진다. 첫째, 마비 · 구축 등 신체장애특성과 관련된 항목으로 좌상지마비, 우상지마비, 좌하지마비, 우하지마비, 그 외 마비 등으로 구성되며, 이와 함께 어깨관절, 팔꿈치 관절, 고관절, 무릎관절, 발관절, 그 외 관절의 움직이는 범위의 제한 등의 항목으로 구성되어 있다. 둘째, 이동과 관련된 항목은 자다가 몸을 뒤척임, 일어나 앉음, 앉아있기, 양발로 서기, 보행, 탈것으로 이동, 이동의 항목으로 구성되어 있다. 셋째, 복잡한 동작과 관련된 항목으로 일어서기, 한발로 서기, 목욕이 있으며, 넷째, 특별개호와 관련된 항목으로는 욕창, 피부질환, 삼킴, 식사섭취, 음료수, 배뇨, 배변으로 구성되어 있다. 다섯째, 신변과 관련된 항목으로는 구강청결, 세수, 이발, 손톱깎기, 상의 입고벗기, 약 먹기, 금전관리, 전화이용, 일상의 의사결정으로 구성되어 있으며, 여섯째, 의사소통과 관련된 항목으로는 시력, 청력, 의사전달, 지시에 대한 반응, 매일 일과에 대한 이해, 생년월일을 말함, 단기기억, 자기이름을 말함, 현재 계절에 대한 이해, 장소에 대한 이해로 구성되어 있다. 일곱째, 행동과 관련하여 감정이 불안정하거나, 큰소리를 내고, 심한 건방증 등과 관련된 항목으로 구성되어 있으며, 여덟째, 특별한 의료와 관련해서는 투석, 인공항문의 처치, 산소요법, 경관영양등의 항목으로 구성되어 있다.

B항목군은 조리, 세탁, 장보기와 같은 IADL과 관련된 7개 항목, 돌발적이거나 반복적인 행동 등을 포함한 행동장애 관련 9개 항목으로 구성된다. IADL항목은 조리, 식사를 먹여줌, 청소, 세탁, 입욕준비 돕기, 장보기, 교통수단의 이용 등이 포함되며, 행동장애와 관련된 항목은 불안정한 행동, 타인을 때리는 등의 행위, 돌발적인 행동이나 반복적인 행동 등으로 구성된다.

끝으로, C항목군은 정신면에 관련된 11개 항목으로 의사전달, 우울하고 비관적, 의욕이 부족함,집중력이 지속되지 않는 등으로 구성된다.

4. 시사점

이에 본고에서는 일본의 장애인자립지원제도의 발전과 경험을 근거로 서비스 지급결정의 투명화와 명확화를 위한 목적으로 실시된 장애등급 판정체계와 장애인정 조사항목에 대하여 살펴보았으며 시사점은 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 장애등급 판정절차와 관련하여 장애인활동지원제도에서는 제2차 수급자격심의시 장애인의 활동지원 필요정도에 따른 장애인정 조사항목 점수를 기본으로 대상자를 선정하되, 2차 수급자격 심의시 장애인의 특성, 장애정도, 장애발생원인, 거주상태, 근로활동, 복지욕구 등을 종합적으로 감안하여 추가 서비스

표 2. 장애정도구분의 확인조사 항목(106개 항목)

A항목군

마비 · 구축

1-1	마비(왼팔)
	마비(오른팔)
	마비(오른다리)
	마비(그 외)
	구축(어깨관절)
1-2	구축(팔꿈치관절)
	구축(고관절)
	구축(무릎관절)
	구축(발관절)
	구축(그 외)

이동

2-1	자다가 몸을 뒤척임
2-2	일어나 앉음
2-3	앉아있기
2-4	양발로 서기
2-5	보행
2-6	탈것으로 이동
2-7	이동

복잡한 운동

3-1	일어서기
3-2	한발로 서기
3-3	목욕

특별개호

4-1 아.	욕창
4-1 이.	피부질환
4-2	삼킴
4-3	식사섭취
4-4	음료수
4-5	배뇨
4-6	배변

신변

5-1 아.	구강청결
5-1 이.	세수
5-1 우.	이발
5-1 에.	손톱깎기
5-2 아.	상의 입고 벗기
5-2 이.	바지 등 입고 벗기
5-3	약 먹기
5-4	금전관리
5-5	전화이용
5-6	일상의 의사결정

의사소통

6-1	시력
6-2	청력
6-3 아.	의사전달
6-4 아.	지시에 대한 반응
6-5 아.	매일 일과에 대한 이해
6-5 이.	생년월일을 말함
6-5 우.	단기기억
6-5 에.	자기 이름을 말함
6-5 오.	현재 계절에 대한 이해
6-5 카.	장소에 대한 이해

행동

7 아	피해적
7 이	작화증
7 우	환영, 환청
7 에	감정이 불안정
7 오	주야역전
7 카	폭언폭행
7 키	같은 이야기를 함
7 쿠	큰소리를 냄
7 케	개호에 저항
7 코	상시 배회
7 사	침착해지지 못함
7 시	외출한 뒤 돌아오지 않음
7 스	혼자 외출하고 싶어함
7 세	수집벽
7 소	불 단속을 못함
7 타	물건과 의류를 망가뜨림
7 티	불결한 행위
7 쯔	이식행동
7 테	심한 건망증

특별한의료

8-1	점적주사의 관리
8-2	중심정맥영양
8-3	투석
8-4	인공항문 처치
8-5	산소요법
8-6	인공호흡기
8-7	기관리 절개의 처리
8-8	동통의 개호
8-9	경관영양(tube feeding)
8-10	모니터 측정
8-11	욕창 처리
8-12	소식자(sonde)

IADL(B1항목군)

9-1	조리
9-2	식사를 먹여줌
9-3	청소
9-4	세탁
9-5	입욕준비 돕기
9-6	장보기
9-7	교통수단의 이용

행동장애(B2항목군)

7 토	구애됨
7 나	다툼 · 행동정지
7 니	불안정한 행동
7 누	스스로 때리는 등의 행위
7 네	타인을 때리는 등의 행위
7 노	흥미 등에 따른 행동
7 하	보통과 다른 목소리
7 히	돌발적인 행동
7 호	반복적인 행동

C항목군

6-3-이	의사전달
6-4-이	설명에 대한 이해
7 후	과식, 반추(rumination) 등
7 헤	우울하고 비관적
7 마	사람을 대할 때 불안 긴장
7 미	의욕이 부족함
7 무	이야기의 정리가 안됨
7 메	집중력이 지속되지 않음
7 모	자기의 과대평가
7 야	의심이 많고 거부적
9-8	문자의 시각적 인식

개호보험의개호가 필요하다고 인정되는 79항목

추가 27항목

자료: 후생노동성 장애보건복지부(2010.5). 일본의 장애복지시책에 관하여 내부자료.

지원 및 수급자로 선정이 가능하도록 하여야 할 것이다.

둘째, 장애인정 조사항목과 관련하여 장애특성을 반영한 평가도구를 개발하거나, 장애유형별 조사지침을 보안하는 방안에 대해 검토가 필요하다. 일본의 경우 서비스 등급을 판정하는 조사항목이 동일하여 장애인의 욕구를 충분히 수용할 수 없다는 측면과 지적 및 정신장애인 등 특정 장애유형의 경우 점수가 낮게 나오는 경우가 발생하여 장애등급 판정체계에 대한 불만이 제기되었다.따라서 향후 장애인활동지원 제도에서는 대상자 선정 시 시각장애, 청각장애, 지적 및 자폐성장애, 정신장애 등 특정 장애유형에 대하여 장애인정 조사항목 및 조사지침서의 지속적인 보안이 필요할 것이며 이와 함께 장애유형별 특성을 반영한 추가항목을 별도로 구성하여 점수를 상향 조정하는 방안에 대해서도 지속적인 검토가 필요하다. 보건복지

담배회사의 진실을 들여다 보는 창:
담배회사 내부문건

A Window Looking through the Truth of Tobacco Industry:
Tobacco Industry Internal Documents

이성규 University of California, San Francisco

1. 담배회사 내부문건의 공개

1954년 6월, 미국내 담배회사를 상대로 한 첫 번째 담배소송(tobacco litigation)이 시작된 후 수차례의 담배관련 소송이 이어졌지만 법원은 모든 소송에서 담배와 질환 간의 명확한 인과관계를 증명할 수 없다는 이유로 담배회사의 손을 들어 줬다.[1) 2)] 1964년 Surgeon General Report[3)]를 통해 흡연이 건강의 위해요인(risk factor)이라는 것이 발표되면서 미국내 흡연에 대한 인식의 변화를 가져왔고 더불어서 정부의 금연정책도 강화되면서 흡연율 역시 자연스럽게 하락하게 되었다.[4)] 그럼에도 불구하고 담배소송의 판결 방향에는 큰 변화가 없었다.

이런 상황에서 Brown and Williamson(B&W) 담배회사의 '공익제보자'를 통해 해당기업의 기밀문서(confidential documents)가 세상에 알려지면서 금연운동과 담배규제정책, 그리고 담배소송에 혁신적인 변화를 가져왔다. 처음으로 이 문서를 접한 사람은 University of Califomia San Francisco(UCSF)의 Stanton A. Glantz교수였다. 그는 1970년 후반부터 캘리포니아주 내 공공장소 및 식당 등에 금연구역법(smoke-free laws)을 도입하기 위해 열정적으로 활동하던 금연운동가이자 학자였다. 그의 열정을 신뢰한 B&W의 공익제보자는 회사의 내부문건을

1) Mackenzie R, Collin J, Lee K. The tobacco industry documents: an introductory handbook and resource guide for researchers. London, University of London. 2003
2) 담배회사의 내부문건이 공개된 후 관련 내용을 확인한 결과 적어도 1958년에(부터) 담배회사는 흡연이 폐암을 유발한다는 것을 이미 인지하고 있었던 것으로 드러났음.
3) U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington: U.S. GPO, 1964.
4) US General Accounting Office. International Trade. Advertising and Promoting U.S. Cigarettes in Selected Asian Countries. Washington D.C. General Accounting Office. 1991

Glantz교수에게 발송했고[5] 이후 Glantz교수는 동료학자들과 함께 1995년 7월 "Looking through a keyhole at the tobacco industry"라는 제목의 연구보고서를 Journal of the American Medical Association(JAMA)[6]에 발표하였으며 이를 통해 담배회사의 부정직함(dishonest), 비도덕적인(immoral) 행동과 전략들이 세상에 알려지게 된 것이다.

대규모의 담배회사 내부문건이 일반에 공개된 계기는 1994년 Minnesota 주립정부와 비영리민간보험회사인 Minnesota Blue Cross and Blue Shield의 담배회사를 상대로 한 소송 때문이었다. 주립정부가 소송에 참여하면서 이는 미국 내 또 다른 40개의 유사소송을 이끌어 냈고, 법원은 1998년 Minnesota Consent Judgment를 통해 Minnesota 담배소송에 연루된 담배회사들은 미국 Minnesota와 영국 Guildford에 문서보관소를 설치하고 수백만 페이지에 달하는 내부문건의 원본을 일반에 공개하도록 명령했다.[7] 이후 담배회사와 미국 주립정부들 간의 문서공개와 관련한 합의안(Master Settlement Agreement: MSA)이 도출되었고, 그 결과 최종적으로 6곳의 담배회사, American Tobacco Company, British American Tobacco Company(BAT), B&W, Lorillard Tobacco Company, Philip Morris Incorporated(PM), RJ Reynolds Tobacco Company(RJR)와 두 곳의 담배관련 연구소, Council for Tobacco Research와 Tobacco Institute가 보유하고 있는 기밀문서가 해당기업 인터넷 홈페이지를 통해 일반에 공개되었다. 최초 문서공개 마감일은 2010년 6월 30일로 법원이 명령을 하였으나 추가 문서 공개기간 연장 소송을 통해 현재는 2021년 9월 1일까지 마감일이 연장된 상태이다.[8] 하지만 이 중 BAT와 Lorillard는 이 합의안에 불참을 선언해서 현재 이들 두 기업은 자신들의 내부문건을 홈페이지에 공개하지 않고 있다.

2. 담배회사 내부문건 보관

MSA에 따라 현재 담배회사 혹은 담배연구소가 운영하고 있는 내부문서 보관 웹사이트는 아래와 같다.

- Philip Morris: http://www.pmdocs.com
- RJ Reynolds: http://www.rjrtdocs.com/rjrtdocs/index.wmt?tab=home
- Brown & Williamson: http://www.bwdocs.com/rjrtdocs/index.wmt?tab=home
- Tobacco Institute: http://www.tobaccoinstitute.com
- Council for Tobacco Research:

5) Glantz SA, Slade J, Bero L, Hanauer P, Barnes DE. The Cigarette Papers. University of California Press, 1996
6) Glantz SA, Barnes DE, Bero L, Hanauer P and Slade J. Looking through a keyhole at the tobacco industry: The Brown and Williamson documents, JAMA 1995:274:219~24
7) Mackenzie R, Collin J, Lee K. The tobacco industry documents: an introductory handbook and resource guide for researchers. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine. 2003
8) United States of America vs. Philip Morris USA, Inc. ORDER # 1021, Document 5765. United States District Court for the District of Columbia; 20 Sep 2006.

그림 1. University of California San Francisco(UCSF), Center for Tobacco Control Research and Education Center의 입구정면 벽면

Source: Photo taken by the author of the paper

Note: Stanton A. Glantz교수가 속해 있는 UCSF에는 Center for Tobacco Control Research and Education Center가 있고, 이 연구소는 담배회사 내부문건을 가장 많이 보유하고 있는 Legacy Tobacco Document Library(LTDL)을 운영 및 관리하고 있다. 미국 및 국제 담배규제정책에 영향을 미치는 다양한 연구결과를 발표했고, 각기 다른 전문분야를 가진 약 20명의 박사급 연구원들이 담배규제정책개발을 위해 연구하고 있다. 이 연구소는 World Health Organization Collaborating Center로써 세계보건기구의 담배규제정책개발에도 협력하고 있다.

http://www.ctr-usa.org/ctr/index.wmt?tab=home

이들 기업들의 문서보관 웹사이트들은 협약 내용에 따라 기밀이었던 내부문서를 일반에 공개하고 있지만 사용자 중심의 환경으로 개설된 것이 아니기 때문에 일반인 및 연구자들이 접속하여 사용하기에 어려운 점이 많다. 여기에 기업자체에서 문서에 접근하는 것을 차단 혹은 방해하기 위해 다양한 전략을 사용했다는 것도 선행연구를 통해 밝혀진 바 있다. 예를 들어, 문서발급신청 시 발급자체를 지연하거나, 문서 내 기업의 기밀사항[9]이 포함됨을 강조하면서 공개를 거절하거나, 문서 내 내용을 수정하거나, 중요한 정보가 담긴 문서를 파기하는 전략을 사용해왔다.[10) 11)]

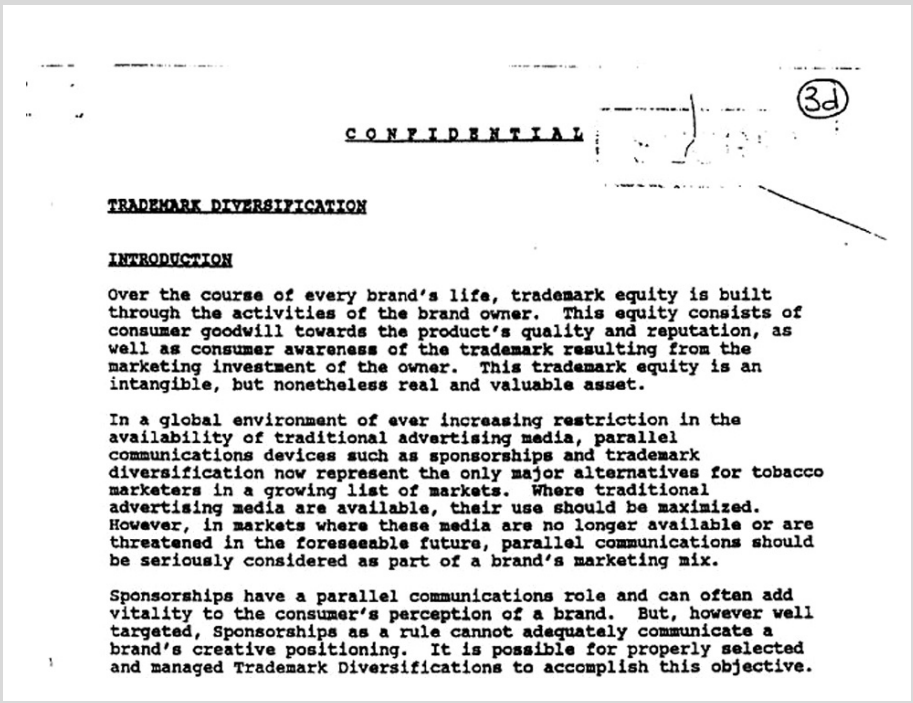
위와 같은 문제점을 보완하고, 협약상으로 정해져 있는 공개 마감일을 극복하기 위해 여러 금연관련단체와 연구기관들이 협력해서 금연

9) 담배제품개발에 사용되는 특허기술과 같이 기업경쟁력과 직접적인 관련성을 가진 부분에 대해서는 기밀을 유지할 수 있도록 하고 있음.

10) Mackenzie R, Collin J, Lee K. The tobacco industry documents: an introductory handbook and resource guide for researchers. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2003.

11) LeGresley EM. Understanding the Tobacco Industry: A "Vector Analysis" of the Tobacco Epidemic. Bulletin Medicus Mundi1999;72:17.

그림 2. "기밀(Confidential)"로 분류된 담배회사 내부문건 사례



CONFIDENTIAL

3d

TRADEMARK DIVERSIFICATION

INTRODUCTION

Over the course of every brand's life, trademark equity is built through the activities of the brand owner. This equity consists of consumer goodwill towards the product's quality and reputation, as well as consumer awareness of the trademark resulting from the marketing investment of the owner. This trademark equity is an intangible, but nonetheless real and valuable asset.

In a global environment of ever increasing restriction in the availability of traditional advertising media, parallel communications devices such as sponsorships and trademark diversification now represent the only major alternatives for tobacco marketers in a growing list of markets. Where traditional advertising media are available, their use should be maximized. However, in markets where these media are no longer available or are threatened in the foreseeable future, parallel communications should be seriously considered as part of a brand's marketing mix.

Sponsorships have a parallel communications role and can often add vitality to the consumer's perception of a brand. But, however well targeted, Sponsorships as a rule cannot adequately communicate a brand's creative positioning. It is possible for properly selected and managed Trademark Diversifications to accomplish this objective.

Source: Bates Number 502594945-502594952

Note: RJ Reynolds Tobacco Company의 내부문서으로 담배회사의 마케팅 전략 중 'Trademark diversification'에 대한 설명을 담고 있다. 이 전략은 직접적인 마케팅활동(direct marketing: TV, 라디오 등을 이용한 광고)이 통제된 시장에서 담배제품의 간접적인 광고를 위해 담배브랜드 및 이미지를 담배 이외의 제품에 새겨서 홍보하는 방법이다. 주로 모자, 티셔츠, 가방 등에 많이 활용되었던 전략이다. Brand starching이라고도 한다.

단체가 운영하는 자체 문서보관 웹사이트를 개설하게 되었다. ASH UK, Campaign for Tobacco-Free Kids, CDC Tobacco Industry Documents, GLOBALink(UICC), Roswell Park Cancer Institute, Smoke Free Movies, Tobacco Control Archives(UCSF), Tobacco Document System(TDS-University of Sydeny), US House Committee on Commerce(The Bliley Collection) 등에서 특별 주제 혹은 부분적으로 담배회사로부터 공개된 기밀문서를 보관하고 있었지만, 보다 효율적인 문서활용을 위해서 UCSF의 운영, 관리 아래 Legacy Tobacco Documents Library (LTDL, http://legacy.library.ucsf.edu/)가 개설되었다.

2012년 1월 19일 현재, LTDL이 보유하고 있는 문서는 총 13,763,649 건(79,591,719 페이지)이고 현재에도 새로운 문서들이 지속적으로 업데이트가 되고 있다. LTDL이 보유하고 있는 대부분의 문서는 1950~2002년까지 담배회사가 보유하고 있던 문서들이고 최근에는 2002년 이

그림 3. LTDL 웹사이트 메인화면

후의 문서들도 저장이 되고 있다. 한달 평균 전 세계 16,000명의 학자, 금연운동가, 변호사, 기자, 학생 등이 LTDL에 접속하여 227,000건의 담배회사의 문서를 열람하고 있다. 지난 2010년 LTDL에는 190개국에서 접속한 것으로 조사됐고, 담배회사 내부문건을 분석하여 발표된 학술연구보고서는 2012년 1월 현재 약 600편에 달하고 그 외, 정부보고서, 기사, 책 등의 형태로 발간된 자료는 약 130편에 달한다.[12]

3. 담배회사 내부문건의 중요성

국제사회는 흡연으로 기인되는 질환을 흔히 "담배유행병(Tobacco epidemic)"으로 명명한다. 그리고 담배 사용을 유행시키는 매개체(vector)를 "담배회사"로 규정하고 있으며, 담배 사용의 확산을 차단하기 위해 매개체인 담배회사에 대한 철저한 연구와 조사활동을 권고하고 있다. 이러한 배경에서 담배회사의 기밀문건을 들여다 볼 수 있다는 것은 매우 중요한 의미를 가지는 것이다. 특히 문서를 통해 공개된 담배회사의 진실 속에는 그 동안 담배회사가 이윤추구를 위해 소비자를 어떻게 속여 왔는지에 대한

12) Source from LTDL(Kim Klausner, Manager, Industry Documents Digital Libraries)

표 1. 기업운영 담배회사 내부문건 보관 웹사이트와 LTDL 비교

기업운영 문서보관 웹사이트	LTDL
– 기업마다 각기 다른 "찾기" 방법 적용 – 찾기방법에 대한 메뉴얼 취약	– 문서 "찾기"에 대한 명확한 정보를 제공 – 지속적인 검색기능 향상
– PDF 형태로 문서출력가능 – 일부 기업 사이트에서는 이미 열람한 문서 표시가 가능	– PDF 형태로 문서출력가능 – 검색완료한 문서를 "Bookbag"에 일정기간 저장가능. – Bookbag 문서목록을 개인 e-mail로 발송가능
– 사이트 운영을 맡고 있는 기업 문서만 검색 가능	– Master Settlement Agreement를 통해 내부문건을 공개하기로 한 모든 기업의 문서를 통합적으로 검색가능
– 문서분류 취약	– 주제별, 날짜별, 기업별, 작성자별 등 세부분류 명확
– 한정적인 문서공개	– 영구적인 문서공개

구체적인 내용들이 들어 있다. 뿐만 아니라 그동안 흡연과 질병 간의 인과관계를 증명할 수 없다는 이유로 매번 담배회사의 손을 들어 줬던 담배소송에서도 담배회사 내부문건의 공개 이후 담배회사의 부도덕함과 정보은폐에 책임을 물어 천문학적인 금액의 배상책임을 담배회사에 명령하기도 했다.

담배회사 내부문건은 직원 간 교류했던 편지, 팩스, 메모, 기업 전략, 담배관련 실험 및 과학적 연구 결과물, 내부 보고서, 동영상 자료, 오디오 자료, 예산관련 문서, 담배관련 언론기사, 시장조사결과 등과 같은 문서들로 구성되어 있다. 내부문건들이 담고 있는 주요 내용을 주제별로 구분하면 <표 2>와 같다.

지금까지 담배회사 내부문건을 분석한 결과를 근거로 다양한 담배규제활동이 진행되었다. 연구자들은 담배의 중독성, 흡연과 질병 간의 인과관계에 대해 철저하게 부인해오던 담배회사의 주장을 반박하기 위해 내부문건을 활용하였고, 뿐만 아니라 담배회사가 어떤 전략으로 소비자들의 흡연행태에 영향을 미쳤는지에 대한 해답을 찾기 위해서도 이들 문서를 활용했

표 2. 담배회사 내부문건 속 세부주제

• 마케팅 전략	• 정부정책 약화전략	• 담배가격
• 정치개입	• 금연관련 비영리단체 감시	• 담배밀수 및 보급전략
• 시장개척전략	• 과학자 정보교류	• 담배산업의 경제성평가
• 경쟁기업분석	• 니코틴과 중독	• 대중과 관계향상전략
• 시장조사	• 소비성향분석	• 담배산업 지원연구
• 해외사업 개척전략	• 주요 회의 내용	• 후원 프로그램 전략
• 인사관련	• 문서파괴	• 주요 마케팅 대상

다. 언론사들은 담배회사의 불법적인 밀수활동 및 로비활동에 대해 고발하는 기사를 작성하는데 담배회사 내부문건을 활용했다. 금연운동단체들은 담배회사의 활동 뒷면에 숨겨진 진실을 밝혀 내기 위해 내부문건들을 분석했고 그 결과 담배회사가 운영하고 있는 많은 "사회공헌활동(corporate social responsibility programmes)"의 뒷면에는 정치권과 일반 대중에 담배회사의 존재이유를 설득하기 위한 전략, 혹은 담배회사의 이미지 개선이란 목적이 숨겨져 있음을 밝혀냈다.[13] 세계보건기구의 담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) 역시 담배회사 내부문건의 내용을 근거로 한 국제담배규제법안이다.

해외에서는 수백건에 달하는 많은 학술연구와 언론기사, 책, 정부보고서 등이 담배회사 내부문건을 분석하여서 금연정책개발에 혁신적인 기여를 했지만 여전히 담배회사 내부문건을 분석하여 우리나라 담배시장 및 담배회사의 활동을 분석한 연구보고서 및 금연정책강화를 위한 노력은 턱없이 부족한 상태이다. 우리나라에서 시장 점유율이 가장 높은 KT&G(Korea Tomorrow & Global)의 내부문건은 여전히 일반인의 접근이 불가능한 만큼 LTDL을 통한 외국 담배회사 내부문건 연구는 별 도움이 되지 않을 것이라고 생각할 가능성이 높다. 하지만 2012년 2월 현재 시장점유율 2, 3위를 차지하고 있는 PM Korea, BAT Korea, 그리고 1988년 우리나라 담배시장 개방 당시 시장진입을 시도했던 RJR, B&W의 내부문건에서는 우리나라 담배시장조사, 소비자 성향조사, 전략적 마케팅 활동, 정부대상 로비활동 등과 관련된 수 많은 문건들이 존재한다. 뿐만 아니라 담배회사가 취하는 전략들은 전세계적으로 유사하기 때문에 LTDL의 문건들은 우리나라 연구자 및 정책결정자들의 담배회사에 대한 이해에 큰 도움이 될 것이다. 2012년 2월 현재 우리나라 담배시장 및 산업을 분석하기 위해 담배회사 내부문건을 분석한 연구들은 아래와 같다.

- Lee S. Prediction of South Korea's Tobacco Industry and Market by Analyzing Transnational Tobacco Companies' Activities in the US. Journal of the Korean Society Research for Nicotine and Tobacco 2012:3(1);1-9 (Korean)
  (http://pdf.medrang.co.kr/Ksmt/Ksmt003-01-01.pdf)
  요약: 미국내 담배회사들의 최근 활동에 대한 분석을 통해 우리나라 담배시장 및 담배회사들의 활동변화를 예측한 보고서(review)로써 LTDL의 내부문건을 보고서에 부분적으로 활용했다.
- Lee S. The Tobacco Industry in South Korea Since Market Liberalisation: Implications For Strengthening Tobacco Control(2011). London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London(Ph.D.)
  요약: 1980년대 중반부터 후반까지 우리

13) McDaniel PA, Smith EA, Malone RE. Philip Morris's Project Sunrise: weakening tobacco control by working with it. Tob Control. 2006;15:215~23.

나라 담배시장이 어떠한 이유에서 다국적 담배회사들에게 시장을 개방해주었는지, 그리고 이들 다국적 담배회사들이 우리나라 시장에 진입한 이후 수요창출을 위해 어떠한 전략을 사용했는지에 대한 구체적인 증거들을 찾기 위해 LTDL 내부문건을 분석한 박사학위 논문이다.

- Lee K, Carpenter C, Challa C, Lee S, Connolly GN, Koh HK. The strategic targeting of females by transnational tobacco companies in South Korea following trade liberalisation. Globalization and Health, 2009; 5:2 (http://www.globalizationandhealth.com/content/5/1/2/abstract)
  요약: 1988년 담배시장개방 후 다국적 담배회사들이 우리나라 여성을 공략하기 위해 어떠한 마케팅 전략을 사용하였는지 조사하기 위해 담배회사 내부문건을 분석한 연구보고서다.

4. LTDL 검색방법

LTDL은 담배회사 내부문건을 처음 접하는 이용자들을 위해서 문서검색방법, 저장방법, 활용방법 등 다양한 정보를 함께 제공하고 있다. 효율적인 검색을 위해서 무엇보다 검색어(keyword searching terms)를 잘 선택하는 것이 중요하다. 예를 들어 우리나라에 관한 문서를 찾기 위해서는 "Korea", "South Korea", "Seoul"과 같은 검색어를 사용하면 관련 내용들을 볼 수 있다. 하지만 58,000건(2012년 2월 현재)에 달하는 방대한 내용이 검색되기 때문에 검색결과를 구체화시키기 위한 조합 가능한 또 다른 검색어가 필요하다. 우리나라에서 담배회사의 마케팅 활동에 관심이 있다면 "Korea marketing"으로 검색하는 것이 한가지 방법이 될 수 있다. 검색 중 중요한 기능을 추가할 수 있는데 "wildcard" 기능을 통해 검색 중 단어의 철자가 잘못되어서 발생할 수 있는 검색결과 누락을 방지할 수 있다. 검색어내에 * 기호를 사용하면 wildcard 기능을 활용할 수 있다. 담배회사 내부문건들이 컴퓨터로 문서작업을 하지 않던 시절 작성된 것들이 많은 만큼 오타가 있을 경우도 있고, 혹은 영국영어와 미국영어 간 표기 차이로 인해 검색결과의 누락이 발생할 수 있다. 예를 들면 "privatization"은 미국표기이고 "privatisation"은 영국표기이기 때문에 담배회사의 민영화와 관련된 정보를 검색하기 위해서는 "privati*ation"으로 검색하면 된다.

LTDL에 보관된 모든 문서는 페이지마다 "Bates Number"를 가지고 있다. 이를 이용해서 문서 분석결과의 참고문헌을 표기하게 된다. Bates Number는 유사한 번호내에 주로 공통된 주제로 담고 있기 때문에 매우 핵심이 되는 문서를 찾았을 경우 해당 문서의 Bates Number 앞뒤 번호에 해당하는 문서를 다시 검색해보면 유용한 정보를 얻을 수도 있다. 이 외에 담배회사가 사용한 약어, 핵심 간부의 이름 등도 문서를 찾는데 유용하게 사용될 수 있기 때문에 LTDL에서 제공하는 해당정보의 목록을 사전에 검색해보는 것도 도움이 된다.

담배회사 내부문건의 구체적인 검색 및 활용

방법은 "The Tobacco Industry Documents: An Introductory Handbook and Resource Guide for Researchers(http://cgch.lshtm.ac.uk/tobacco/Handbook%2008.07.03.pdf)"에서 확인할 수 있다.

5. 요약

2011년 9월 전세계 사망원인의 3분의 2를 차지하는 비감염성질환(Non-communicable diseases: NCDs)에 관한 해결방안을 모색하기 위해 UN High-level Meeting이 열렸다. 그리고 이 회의를 통해 선언문(declaration)이 발표됐고 그 내용을 살펴보면 NCDs의 주요질환인 심혈관질환, 암, 당뇨병, 만성호흡기질환에 공통적으로 위해요인으로 작용하는 흡연을 NCDs 문제해결을 위한 첫번째 우선순위(the first priority)에 두어야 한다는 것이다. 이러한 배경에서 담배 확산의 매개체에 해당하는 담배회사의 활동을 철저히 연구하고 학습하여서 효율적으로 감시하고 통제해야 한다고 강조했다. 이러한 권고사항은 세계보건기구의 담배규제기본협약(FCTC)과도 맥락을 같이하고 있다.

흡연 문제는 단순히 흡연자를 설득하여서 금연하게 하거나, 흡연을 예방하기 위해 교육을 실시하는 것만으로 해결되는 것이 아니다. 각종 전략과 로비, 그리고 정치적 영향력을 통해 담배규제정책의 시행을 방해하는 담배회사의 활동이 존재하는 한 끝나지 않는 싸움으로 남게 될 것이다. 담배회사의 전략과 활동, 그리고 그 전략과 활동 뒤에 숨어 있는 진실을 알기 위해서 담배회사 내부문건은 매개체 분석에 필수품인 현미경과 같은 역할을 하고 있다. 하지만 여전히 우리나라에서는 담배회사의 전략과 진실을 파헤치기 위한 노력이 부족하다. 1999년 이후 이미 6번의 담배관련 법정공방이 진행되었거나 현재도 진행되고 있지만 담배회사 내부문건이 세상에 알려지기 이전의 미국과 마찬가지로 거대한 담배회사를 넘어 서지는 못하고 있는 실정이다. 물론 담배회사 내부문건을 연구하는 일에는 어려움이 따른다. 첫째는 대부분의 문서가 영어로 작성된 점, 둘째는 문서의 내용을 면밀히 분석하고 이해해야 하기 때문에 연구결과를 도출하기 위해서는 상당한 시간이 소요된다는 점이다. 하지만 이미 담배회사 내부문건들이 이끌어낸 담배규제 측면의 성공적인 사례들이 무수히 많은 만큼 속히 많은 연구자, 언론인, 법조인들이 이 일을 감당해야 할 것이다. 또한 미국, 호주, 영국의 경우는 이 일을 위해서 연구비 지원을 아끼지 않고 있는 만큼 우리나라 정부 역시 이 일에 효과적인 지원방법도 모색해야 할 것이다. 끝으로 우리나라에서도 담배회사 내부문건에 관한 연구들이 활성화 될 것을 기대 해본다. 보건복지

보건복지 소식광장

2월 보건복지동향

글로벌 소식광장

2월 보건복지동향

보건복지부 보도자료 중 주요내용을 발췌한 것임.
- 편집자 주 -

보육료 · 유아학비 신청하세요
- 5세 누리과정, 0~2세 보육료 신청 · 접수 시작

□ 보건복지부(장관: 임채민), 교육과학기술부(장관: 이주호)는 2월 1일부터 5세 누리과정 도입, 0~2세 보육료 지원 확대에 따른 보육료 · 유아학비 신청 · 접수를 시작한다고 밝혔다.

○ 2012년 3월 1일부터 만5세는 어린이집, 유치원을 다닐 경우, 소득수준에 관계없이 보육료 · 유아학비를 지원받고 만0~2세는 소득 수준에 관계없이 보육료를 지원받는다.

□ 신청 방법을 다음과 같다.

① 어린이집을 이용하는 만5세 및 만0~2세 보육료 신청

○ 읍 · 면 · 동 주민센터나 온라인 홈페이지 신청사이트에서 보육료 지원 신청을 하고 '아이사랑카드'를 발급받아야 한다.

* 온라인 신청 사이트: 복지로(www.bokjiro.go.kr), 아이사랑보육포털(www.childcare.go.kr)

○ 보육료 신청대상은 만5세, 만0~2세를 둔 보호자이며 어린이집을 이용하는 경우, 아이사랑카드로 결제하면 보육료가 지원된다.

연령	출생연도	지원금액
만5세	2006.1.1~2006.12.31	20만원
만2세	2009.1.1~2009.12.31	28.6만원
만1세	2010.1.1~2010.12.31	34.7만원
만0세	2011.1.1일 이후	39.4만원

○ 보육료 결제는 어린이집을 방문하여 결제하거나, 인터넷, ARS를 이용하거나, 스마트폰을 활용하여 언제 어디서나 보육료를 결제할 수 있다.

② 유치원을 이용하는 만5세 유아학비 신청

○ 읍 · 면 · 동 주민센터나 온라인 홈페이지 신청사이트에서 유아학비 지원 신청을 하고 '아이즐거운카드'를 발급받아야 한다.

* 온라인 신청 사이트: 복지로(www.bokjiro.go.kr)

○ 만5세 유아학비 신청대상은 2006년생 만5세아를 둔 보호자이고 아이즐거운카드를 발급받아 유치원에 제시하면 유치원으로 20만원이 지원된다.

□ 만3 · 4세의 경우 현행과 같이 소득하위 70%에 대해 지원이 실시되며, 2월 1일부터 동일한 방법으로 신청할 수 있다.

* 3 · 4세 소득인정액 기준에 대해서는 추후 안내 계획

○ 한편, 만 3 · 4세에 대해서는 '13년부터 누리과정 실시를 통해 전계층으로 지원을 확대할 계획이다.

■■■ 소득인정액 524만원 이하(4인 기준) 가구, 3 · 4세 보육료 지원
– 0~2세 및 5세는 소득수준 무관 지원

□ 보건복지부는 2012년 3월부터 적용될 3 · 4세 보육료 지원대상 소득인정액 기준을 발표하였다.

○ 3 · 4세('07년 · '08년생) 소득하위 70%에게 보육료를 지급하기 위한 4인 가구 기준 소득인정액*은 '11년 480만원에서 '12년 524만원으로 상향조정되었다.

* "소득인정액"이란 가구의 생활수준을 형평성 있게 고려하기 위하여 "소득"과 "재산을 소득으로 환산한 금액"을 합산한 금액으로, 가구 월소득에 토지 · 주택 · 금융재산 · 자동차 등 보유 재산의 월소득 환산액을 합산하여 산정

〈'12년 3 · 4세 소득인정액 기준 (소득하위 70% 이하)〉

가구원수	3인까지	4인	5인	6인
소득인정액	454만원	524만원	586만원	642만원

* 7인 이상 가구: 6인가구 기준으로 1인 증가시마다 30만원씩 증가

○ 맞벌이 가구의 경우 소득인정액 계산 시 부부 합산소득의 25%를 감액하여 혜택을 주는 한편, 다문화 가정에 대해서는 소득수준과 무관하게 지원하게 된다.

□ 0~2세('09년 이후생) 및 5세아('06년생)에 대해서는 2012년 3월부터, 전계층에 대해 보육료를 지원한다.

○ 올해 각 연령에 대해 지원될 월 보육료 지원단가는 다음과 같다.

〈'12년 보육료 지원단가〉

구분	만0세	만1세	만2세	만3세	만4세	만5세
금액(월)	394천원	347천원	286천원	197천원	177천원	200천원

* 영아(만0~2세)의 경우, 부모에게 지원하는 보육료 외에 추가로 기본보육료(0세 361천원, 1세 174천원, 2세 115천원)를 민간 어린이집에 지원(국공립 어린이집은 보육교사 인건비 지원)

□ 현재 각 지자체에서는 2월 1일부터, '12년 보육료 지원 신청을 받고 있다

○ 보육료 지원신청을 못하신 분들은, 아동 주소지의 읍 · 면 · 동 주민센터를 직접 방문하거나, 온라인 상(www.bokjiro.go.kr)에서 신청할 수 있다.

술도 식품위생법에 따라 안전관리

□ 보건복지부는 그동안 주세법(국세청)에 따라 세원 및 면허관리에만 초점이 맞춰져 식품위생법의 '사각지대'에 놓여있던 주류를 식품위생법에 따라 위생 · 안전관리 할 계획이라고 밝혔다.

□ 최근 주류의 이물질 혼입 사건이 빈번히 발생함에 따라 주류 안전관리 강화 필요성이 꾸준히 제기되어 왔다.

○ 이에 식약청과 국세청은 주류 안전관리 협약(MOU)을 체결('10.5.25)하여 국세청이 해오던 주류 안전관리를 식약청에서 전담하기로 하고,

– 이후 식약청에서 주류 제조업체의 위생 지도 · 점검을 실시하여 왔으나, 관계 법령이 미흡하여 솜방망이 처벌이 계속되는 등 실효성 있는 안전관리가 어려웠다.

□ 현재 주류 제조업자는 주세법에 따른 영업자로서 식품위생법 상 영업자에게 적용되는 위생 · 안전 규제 사각지대에 놓여있다.

○ 주류 제조업자에게는 제조시설의 위생기준 준수, 지하수 사용 시 수질검사 등 식품위생법 상 영업자가 준수하여야 하는 의무가 없다.

* 위생 · 안전 관련 입지 · 시설요건(오염물질 발생시설과의 거리, 작업장 바닥 · 내벽 내수처리 등), 지하수 수질검사, 유통기한 경과된 원료 사용 금지, 이물보고 및 증거품 보관 등의 의무 없음

○ 또한 식약청장은 주류제조업체의 위법 사실을 적발하여도 영업정지, 회수 · 폐기처분을 할 수 없고 시정명령만 가능하다.

* 위해식품 공표 및 법 위반사실 공표도 불가

□ 보건복지부는 이러한 문제를 해결하기 위하여 식품위생법 시행령을 개정하여 주류 안전관리의 공백을 해소할 방침이다.

○ 동 시행령이 개정되면 주세법에 의해 제조면허를 취득한 자는 식품위생법에 따라 별도로 신고하지 않아도 식품제조 · 가공업 신고를 한 영업자로 간주되어 식품위생법에 따른 관리를 받게 된다.

* 주류제조자를 식품위생법 상 영업자로 보지 않는다는 내용을 규정하고 있는 식품위생법 시행령 제25조제2항제3호 삭제

○ 보건복지부 관계자는 현재 이와 같은 내용을 담은 식품위생법 시행령 개정안에 대하여 관계부처와 협의 중이며,

– 2월 중 입법예고를 거쳐 상반기 중으로 개정을 마무리하고, 연말까지 시행 가능하도록 추진할 방침이라고 밝혔다.

■■ 사회서비스 이용 및 이용권 관리법 및 하위법령 2월 5일부터 시행

□ 앞으로 이용권(바우처)을 통해 사회서비스를 제공하려는 기관의 시장 진입이 쉬워지고, 제공기관의 각종 정보 공개가 의무화된다. 이와함께 서비스 질 향상을 위한 품질 평가가 이루어지는 등 사회서비스이용권 시장이 더욱 활성화될 것으로 예상된다.

☞ 사회서비스: 국민의 삶의 질을 높이기 위해 사회적으로 제공하는 대인적 서비스(ex. 산모신생아도우미, 노인돌봄 사업)

☞ 바우처: 정부가 수요자로 하여금 재화나 서비스를 여러 공급자 중에서 선택하여 구입할 수 있도록 하는 이용권

□ 보건복지부는 이와 같은 내용을 담은 「사회서비스이용 및 이용권 관리에 관한 법률」('11.8.4 공포) 및 동법 시행령 · 시행규칙이 2월 5일(일)부터 시행된다고 밝혔다.

○ 사회서비스이용권은 기존에 공급자(서비스 제공기관) 지원방식의 사회복지서비스를 '07년 국내 최초로 전자이용권(바우처 카드)을이용자에게 직접지원 하는 방식으로 도입한 제도로서,

– '12년 현재 아동 · 노인 · 장애인 · 산모 등에 대한 돌봄, 재활치료, 독서지도 등의 서비스를 6개 사업에서 연간 66만명의 이용자를 대상으로 약 8천8백억원 규모로 제공중이다.

○ 전자이용권 방식의 사업 도입으로 복지서비스 이용자가 소극적인 복지수급자에서 능동적인 서비스 구매자로 전환되고,

- 기존 복지시설 외에도 민간의 다양한 제공기관을 신규로 확충하여 이용자의 선택권이 강화되었고 고용취약 계층에 대해 연간 9만여개(서비스 제공인력)의 일자리가 창출되었다.
  * 제공기관 확대: 862개('07.5월) → 4,584개('11.12월)
- 또한 비용 지불 · 정산업무가 전산화되어 자금흐름이 투명해지고, 지방자치단체의 행정부담이 감소되었다.
  * 지불소요기간: 종이바우처(1~2개월)→전자바우처(5일 이내)

□ 그러나 그동안에는 지방자치단체장의 허가를 받은 기관만이 사회서비스를 제공할 수 있어(지정제) 사회서비스이용권 시장 활성화에 어려움이 있다는 지적이 있었고, 이용권 사업이 양적으로 확대되어 서비스 품질 관리가 다소 미흡하다는 주장이 있어,

○ 이를 개선하고 사회서비스 시장의 지속적인 발전과 이용자의 서비스 만족도 향상을 위해 관련 법령을 제정 · 시행하게 되었다.

□ 이번에 시행되는 법령의 주요 내용은 다음과 같다.

○ 이용권을 통해 사회서비스를 제공하려는 자는 일정한 시설 · 자격 · 인력기준을 갖추어 등록할 경우 서비스를 제공할 수 있다.

예) 노인돌봄 주간보호: 시설 전용면적이 90제곱미터 이상, 요양보호사 자격을 갖춘 제공인력이 이용자 7명당 1명 이상이면 등록 가능

- 제공기관 지정제가 등록제 방식으로 전환되면서 일정한 시설 · 자격 · 인력기준을 갖추면 누구나 자유롭게 시장에 진입할 수 있게 된다.

○ 제공기관의 시장진입을 용이하게 하는 한편 사회서비스 품질을 높이기 위한 품질관리 및 평가 또한 이루어진다.

- 품질평가는 이용자 만족도 등을 고려하여 3년마다 1회 이상 실시하고, 평가 결과를 공개함으로써 이용자들이 더 나은 서비스를 제공받을 수 있도록 하였다.

○ 아울러 이용자들이 더 나은 제공기관을 손쉽게 선택할 수 있도록 기관에 관한 각종 정보 공개가 의무화된다.

- 이에 따라 노인 · 가사간병 · 산모신생아 돌봄서비스 등을 이용하고자 하는 사람들은 누구든지 홈페이지(www.socialservice.or.kr)를 통해 제공기관의 현황, 서비스 제공실적, 서비스 이용가능 시간 등을 확인하여 원하는 제공기관을 선택하여 서비스를 받을 수 있다.

○ 반면에 서비스 제공과정에서 나타날 수 있는 허위 · 부당청구를 방지하기 위해서

- 거짓된 방법을 통해 이용권을 사용한 사람은 징역 또는 벌금형을 받게 되며,
- 서비스 제공비용을 거짓으로 청구하거나 거짓 정보를 공개하는 제공기관은 영업정지처분과 그에 갈음하는 과징금처분 또는 등록취소처분까지도 받을 수 있게 되었다.

□ 보건복지부는 이러한 내용을 담은 법률 및 시행령 · 시행규칙을 2월 5일부터 시행하되 기존에 지정

된 제공기관이 등록기준을 원활하게 갖출 수 있도록 등록제는 6개월 뒤인 8월 5일부터 시행하며

○ 법이 시행되기 전 서비스 제공자로 지정된 기관은 등록제 시행 이후에도 3개월의 유예기간을 두어 등록기준을 갖추는 데 따르는 부담을 최소화하도록 하였다.

○ 보건복지부 관계자는 "이번 법 시행을 통해 이용자의 선택권 확대 및 제공기관 간 경쟁을 통한 서비스 질 향상을 목표로 사업을 투명하게 운영함으로써 사회서비스 시장이 한층 더 발전할 수 있도록 하겠다"고 밝혔다.

■■ 장애인생활시설 인권실태조사 최종 결과

□ 보건복지부는 장애인생활시설 이용 장애인의 인권실태를 조사하고, 그 조사결과를 발표하였다.

○ 보건복지부는 한국장애인단체총연합회 장애인인권침해예방센터와 지방자치단체 공동으로 장애인단체, 민간 인권활동가 등이 참여한 민관합동조사팀(참여 인원 870명)을 구성하여 지난해 10월 28일부터 12월 22일까지 200개 장애인생활시설* 이용 장애인(5,802명)의 인권침해실태 조사를 실시하였다.

* 조사대상: 미신고시설 14개, 개인운영신고시설 109개, 특수학교 병립 시설 53개 등 200개

※ '11. 12. 9. 인권실태조사 중간발표 내용
- 성추행 6, 성희롱 2, 폭행 3, 학대 2, 체벌 7, 수치심 2, 식자재 및 환경불량 5 등 27건의 인권침해 의심사례 보고

○ 200개 시설에 대한 조사보고서 중 39개 시설에서 이용 장애인 간 성폭력 등 총 59건의 인권침해 의심사례가 보고되었다.
- 시설 이용 장애인 간 성폭력 1건, 성추행 5건 등 성 관련 의심사례 보고
- 시설 이용자 간 폭행 및 종사자에 의한 폭행 의심사례 6건, 학대 의심사례 5건, 체벌 의심사례 12건(손들기, 밥 주지 않기 등),
- 수치심 유발사례 6건(남성 장애인에 목욕, 옷 갈아입히기 등을 여성 종사자 또는 봉사자가 수행)
- 식자재 위생관리 및 환경 불량 15건(유통기한 경과 식자재 등), 통장관리 및 종교 강요 등 9건

□ 한편, 장애인생활시설 이용 장애인의 인권실태 조사를 통해 보고된 인권침해 사례 중 위법 사항은 관계 법령에 의거 형사고발 및 시설장 교체, 시설 폐쇄 등 행정처분 조치를 해당 시 · 도에 요청하였다.

○ 2월 3일까지 형사고발 7건, 시설 폐쇄 및 법정전환 18건, 분리조치 및 성상담전문가 심층 상담

등 재조사 요청 6건이 이루어졌다.

* 형사고발(7건): 성폭력(1건), 성추행(1건), 폭행(3건: 성폭력 · 성추행과 중복2 포함), 식자재 위생관리 및 환경 불량(3건: 폭행과 중복1 포함), 회계부정(2건)
* 폐쇄 및 법정전환(18건): 폐쇄 완료 5건(미신고시설), 법정전환 완료 3건, 법정전환 진행 3건, 폐쇄 또는 법정전환 예정 7건

– 성폭력(1건) 사례는 시설장 교체 및 관련자가 형사고발 조치되었다.

– 성추행(5건) 사례중 장애인 간 성추행 의심사례 4건은 조사팀이 현장에서 시설장에게 우려대상자에 대한 관찰 · 주의를 요청하였으며, 나머지 1건은 피의자 · 피해자 분리 및 심층조사를 통해 형사고발 조치되어, 가해자 2명 불구속 기소, 피해자 2명은 다른 시설로 전원 조치될 예정이다.

– 또한 폭행 6건 중 종사자가 이용 장애인을 폭행한 1건은 가해자 해임, 사무국장 징계(견책), 시설장 경고조치하였으며, 나머지 3건은 가해자 형사고발, 이용자 간 괴롭힘에 가까운 폭행 2건은 피의자 · 피해자를 분리 조치하였다.

– 학대 5건 중 담배를 피웠다는 이유로 금식 · 결박한 시설에 대해서는 시설폐쇄 조치를 하였고, 그 외는 시설장 경고 및 인권교육을 실시,

– 통장관리 · 노동력 착취 등 9건은 이용자의 수당관리가 부적정한 사례는 경찰에 수사의뢰, 통장관리 불투명 시설은 투명한 회계처리를 권고하였다.

– 끝으로 체벌 12건, 수치심 유발 6건, 식자재 위생 및 환경불량 15건 등 기타 인권침해 사례로 보고된 사항은 해당 지자체에 추가 확인 · 조사를 통해 위법 사실이 확인되면 시설장 교체, 해당 종사자 배제조치, 주의 · 경고, 인권교육 실시 등의 행정조치를 하도록 하였다.

□ 보건복지부는 이번 인권실태 조사결과를 토대로 마련된 장애인 복지시설 이용 장애인의 인권보호대책을 마련하였다.

○ 성폭력 범죄자의 장애인 복지시설 취업을 배제하고, 성폭력 범죄신고자 보호 등을 주요내용으로 하는 장애인복지법이 개정 · 공포('12.1.26.)되어 올해 7월 27일부터 시행된다.

* 현재 유치원, 초 · 중등학교, 아동시설 등에서는 성범죄자 취업을 제한하고 있으나 성폭력 등에 취약한 장애인복지시설에는 제한 없음

– 장애인은 성범죄에 취약하기 때문에 성범죄 경력자가 10년 동안 장애인복지시설을 운영하거나 취업할 수 없도록 제도화하고,

– 취업제한을 제도화하는 동시에 장애인 대상 성폭력 범죄 신고자의 보호, 관련 교육을 의무화하도록 추진한다.

○ 시설 내 폭행, 성폭력 사건에 대해 신속히 대응할 수 있도록 내부고발 및 외부 감시체계를 구축하기로 하여,

– 올 상반기 중 장애인복지법 시행규칙 개정을 통해 시설 이용자 및 보호자, 인권전문가 등이 참여하는 시설 내 '인권지킴이단' 구성 · 운영을 의무화하도록 추진할 예정이다.

○ 이외에도 장애인 생활시설이 외부와의 단절에서 벗어나 지역사회의 상시 관심을 받을 수 있도록 외부와의 소통을 확대하는 한편, 시설이용 장애인과 보호자, 종사자에 대한 인권교육을 강화할 계획이다.

– 지역사회 내 각종 기관에서 실시하는 프로그램, 지역 행사 등에 시설 장애인의 참여 확대를 통한 외부 인력과의 접촉 할 수 있는 기회를 확대하고,

– 생활시설 거주 장애인이 상시 휴대할 수 있고, 쉽게 알 수 있는 내용의 인권 수첩*을 제작하여, 장애인과 보호자를 대상으로 주기적인 교육을 실시할 계획이다.

* 인권침해 상황에 대한 정의, 인권침해시 행동요령, 신고기관 연락처 등을 포함

– 또한 시설 종사자에 대해서는 장애인 인권보호 가이드라인을 마련하여 인권상담 방법 및 침해사례 발생 시 조치방법 등을 알릴 계획이다.

■■■ 여성장애인의 출산비용을 지원합니다

□ 보건복지부는 올해부터 여성장애인에게 1인당 1백만원의 출산비용을 지원한다고 밝혔다.

○ 이는 여성장애인이 임신과 출산 과정에서 많은 어려움에 직면하고, 추가적으로 비용이 소요되고 있는 점을 감안한 조치이다.

– 실제, 여성장애인은 비 장애여성에 비해 제왕절개 수술 비율 및 상급 의료기관 이용 비율이 높으며, 장기간의 산후조리가 필요한 것으로 나타나고 있다.

* '10년 여성장애인 제왕절개 비율 50.0%(對 비 장애여성 35.2%), 종합병원 이상의 상급 의료기관 이용 비율 22.6%(對 비 장애여성 15.7%): 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 통계

□ 여성장애인 출산비용 지원은 2월 22일부터 읍 · 면사무소 및 동 주민센터에서 신청할 수 있다.

○ 소득기준 없이 1~3급의 등록 여성장애인 중 출산한 분(2012년 1월 1일 이후 출생신고 기준)이라면 누구나 신청이 가능하다

○ 본인 또는 그 가족이 신청할 수 있으며, 신청인 신분증, 여성장애인 본인 명의의 통장 사본을 지참하여 주민등록지 읍 · 면사무소 및 동 주민센터에 방문하여 신청서를 작성하면 된다.

□ 복지부 관계자는 "연간 1,300여명의 여성장애인이 출산비용을 지원받을 수 있을 것으로 예상하며, 이를 통해 여성장애인의 모성권 보호 및 경제적 부담 경감에 기여하기를 바란다"라고 밝혔다.

□ 여성장애인 출산비용 지원에 관한 궁금한 사항은 가까운 읍 · 면사무소 및 동 주민센터나 보건복지콜센터(국번없이 129)로 문의하면 된다.

■■■ 내 노후준비 수준은 몇점? 스스로 알아보는 은퇴성적표!

□ 기대수명의 증가로 은퇴 후 노년기가 길어짐에 따라 노후준비는 정년을 앞둔 직장인들의 주된 고민거리이다. 특히, 자녀교육과 부모부양에 치여 자신의 노후준비는 취약한 베이비붐 세대의 고령층 진입으로 노후준비의 중요성이 점차 커지고 있다.

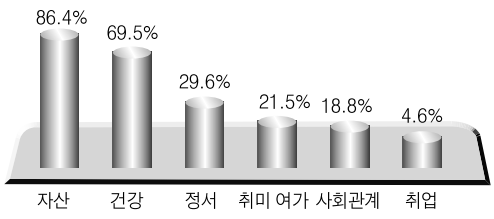
○ 보건복지부가 실시한 저출산 · 고령화 국민인식조사 결과에 따르면 40~50대의 노후 준비율은 약 45%내외에 불과하고, 노후 준비도 생활자금과 건강관리에 치중하여 은퇴 후 사회참여, 대인관계 준비는 취약한 것으로 나타났다.

〈성별, 연령별 노후준비 수준〉

(단위: %)

준비수준*	안함	별로안함	어느정도	충분
전 체	**9.9**	**45.9**	**42.0**	**2.1**
만 57세~65세	12.9	47.9	37.1	2.1
만 48세~56세	6.7	47.0	44.1	2.2
만 39세~47세	11.3	43.5	43.2	2.0

〈노후준비 항목(복수응답)〉



* 1086명 대상 대면조사 〈'11. 복지부 저출산 · 고령화 인식조사〉

□ 보건복지부는 이와 같이 낮은 국민의 노후준비수준이 급격하게 진행되고 있는 고령사회 대응을 어렵게 만들 수 있다는 점을 고려하여 국민연금공단과 공동으로 노후준비지표를 개발 중이라고 밝혔다.

○ 국민 스스로가 노후준비수준을 자가 점검할 수 있는 노후준비지표는 노후생활에 대한 경각심을 불러 일으켜 다양한 영역에서 미리 노후를 준비하도록 도울 수 있을 것으로 기대된다.

○ 국민연금공단 내방객 1,092명에게 시범적용한 결과를 토대로 4대 영역(사회적 관계, 건강한 생활습관, 소득과 자산, 여가활동) 35개 지표가 개발된 상태로, 노후준비유형은 16개로 구성되었다.

□ 현재까지 개발된 지표는 국민연금공단 내방객 대상 적용 결과를 기반으로 하고 있으므로 일반국민에게 적용가능하도록 신뢰도 강화를 위한 2차 시범적용이 필요한 상황이다.

○ 2차 시범적용은 지난 11월부터 진행되어 온 전문가 및 관련기관 협의체 논의결과를 토대로, 오는 3~5월에 일반국민 3~4,000명을 표본추출하여 실시할 예정이며, 이러한 보완작업을 거쳐 일반국민 모두에게 보편적으로 적용가능한 노후준비지표를 확정할 예정이다.

○ 2차 시범적용이 완료되면, 성별, 지역별, 연령별 평균 노후준비 수준과 자신의 노후준비수준의 비교가 가능해질 전망이다.

○ 하반기에는 온라인 자가진단 프로그램을 개발하여 보건복지부 홈페이지와 국민연금공단 '내연금' 사이트에 등재예정으로, 집에서도 편리하게 노후준비 수준을 알아볼 수 있게 된다.

○ 이와 별도로 3월부터는 국민연금공단 141개 행복노후설계센터를 통해 노후준비지표 점검 및 노후설계상담서비스를 받을 수 있다.

□ 보건복지부 장관은 노후준비와 관련된 기초적인 수준을 점검해 볼 수 있는 노후준비지표 제시를 계기로,

○ 민간에서도 재무영역 뿐 아니라 다양한 영역에서 노후준비진단 및 노후설계 서비스가 개발·확산되길 기대한다고 말했다.

〈영역별 주요 지표 내용〉

○ **(사회적관계)** 배우자와의 대화 및 동반외출, 자녀와의 대화, 형제·자매와의 만남 및 관계, 친구·이웃과의 관계, 주기적 참석 모임, 대인관계 중요도

○ **(건강한 생활습관)** 주관적 건강상태, 만성질환, 스트레스, 흡연여부, 음주습관, 운동습관, 영양습관, 체중유지노력, 수면, 건강검진 및 측정

○ **(소득과 자산)** 근로활동, 소득의 안정성, 재취업준비, 노후대비저축규모, 은퇴이후 필요한 생활비, 예상 연금 수급액, 금융자산 및 부동산자산

○ **(여가활동)** 여가활동에 대한 관심, 여가활동의 계획 및 실천, 여가활동의 일상성 및 지속성

〈영역별 노후준비 유형〉

<table>
<tr><th>영역</th><th colspan="2">유형</th><th>영역</th><th colspan="2">유형</th></tr>
<tr><td rowspan="2">사회적
관계</td><td>대규모다층형</td><td>친족중심형</td><td rowspan="2">소득과
자산</td><td>준비충분
공적자산형</td><td>준비부족
공적자산형</td></tr>
<tr><td>소규모다층형</td><td>고립형</td><td>준비충분
사적자산형</td><td>준비부족
사적자산형</td></tr>
<tr><td rowspan="2">건강한
생활습관</td><td>건강군실천형</td><td>건강군비실천형</td><td rowspan="2">여가
활동</td><td>고관여적극적</td><td>고관여소극적</td></tr>
<tr><td>건강주의군
실천형</td><td>건강주의군
비실천형</td><td>저관여적극적</td><td>저관여소극적</td></tr>
</table>

※ 유형 명칭 등은 추후 보완을 통해 변경가능성 있음

◈ 50대 중소기업 사무직 P씨의 사례 ◈

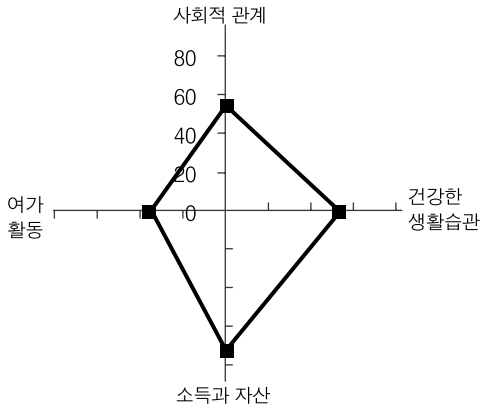
월 소득 400만원 상당, 재산 3억원, 연금예상액 총 200만원(국민연금 110만원, 퇴직연금 90만원) 앓고 있는 질병은 없으나 매일 흡연, 주 1회 음주

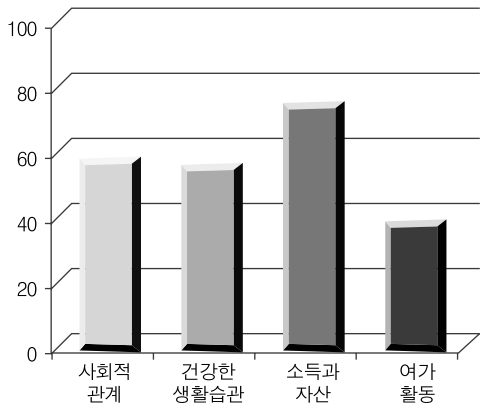
영역별 노후준비 진단

(1) 노후준비 진단 결과

구분	사회적 관계	건강한 생활습관	소득과 자산	여가 활동
노후준비수준	55.5	53.5	72.4	36.0
노후준비진단	중	하	중	하

(2) 노후준비진단 점수(시각화)





2011년도 사회복지시설 평가결과

□ 보건복지부는 2011년도에 정신요양시설, 사회복귀시설, 장애인복지관, 부랑인복지시설 등 4개 유형 411개소를 대상으로 실시한 사회복지시설 평가 결과를 발표하였다.

○ 사회복지시설 평가는 사회복지사업법에 근거하여 매 3년마다 실시하며, 평가결과는 시설자체평가와 현장평가, 최종 확인평가를 거쳐 확정되었다.

□ 평가결과, 전체 평가점수는 88.28점으로 종전(2008년도) 평가대비 5.12점이 상승했으며 시설유형별로는 정신요양시설이 모든 평가지표 영역에서 두드러진 점수상승을 보였다.

〈시설유형별 평가점수〉

(총점 100점)

연도 / 시설유형	2011	2008	비고(종전대비 상승)
평균	88.28	83.16	5.12
정신요양시설	89.87	81.80	8.07
사회복귀시설	84.59	79.83	4.76
장애인복지관	88.81	86.92	1.89
부랑인복지시설	89.85	84.07	5.78

○ 평가지표 영역별 결과를 살펴보면,

– 시설 및 환경 영역은 종전(2008년도) 평가결과와 2011년도 평가결과에서 최고로 높은 점수대를 보임으로써 사회복지시설이 갖추어야 할 시설 및 환경 등이 지속적으로 유지 및 개선되고 있음을 알 수 있다.

– 또한 사회복지시설의 서비스 질과 이용자의 인권보호 실태 등을 평가하는 영역인 프로그램 및 서비스 영역과 이용자의 권리 영역의 점수가 시설 전반적으로 큰 폭 상승하였다.

– 장애인복지관의 경우 종전(2008년도) 평가 대비 재정 및 조직운영 영역에서 12.16점이 상승하여 재정과 인력 등 시설의 운영여건이 대폭 개선된 것으로 나타났으며,

– 반면, 부랑인복지시설의 경우 종전(2008년도)에 비해 지역사회관계 영역이 약화된 것으로 나타나 지역사회와 상호연계체계를 강화할 필요가 있음을 보여주고 있다.

〈평가지표 영역별 평가점수〉

(총점 100점)

	시설 및 환경		재정 및 조직운영		인적자원 관리		프로그램 및 서비스		이용자의 권리		지역사회 관계	
평가연도	2011	종전대비 상승	2011	종전대비 상승	2011	종전대비 상승	2011	종전대비 상승	2011	종전대비 상승	2011	종전대비 상승
계	95.49	1.88	83.7	7.19	82.1	6.24	91.82	7.15	95.01	5.96	83.26	4.25
정신요양시설	97.84	2.22	83.86	7.46	83.02	7.19	94	9.93	91.07	8.41	85.86	10.8
사회복귀시설	88.71	0.09	76.44	1.12	81.04	8.67	88.85	7.72	95.09	4.57	80.6	7.51
장애인복지관	98.41	1.2	88.29	12.16	82.79	2.14	91.2	2.76	96.82	6.23	82.29	1.04
부랑인복지시설	96.99	4	86.22	8.02	81.53	6.95	93.24	8.2	97.07	4.63	84.28	−2.35

○ 2011년도 평가결과 종전(2008년도)에 비해 D, F등급의 시설이 감소(34개소→20개소)하였는데 이는 2008년도 평가결과 하위시설을 대상으로 2009년도에 서비스품질관리를 지원한 것이 긍

정적인 결과를 가져온 것으로 분석되었다.

※ 평가결과는 점수구간별 5등급으로 구분: (A)90점 이상, (B)80점 이상~90점 미만, (C)70점 이상~80점 미만, (D)60점 이상~70점 미만, (F)60점 미만

〈시설유형별 등급분포〉

(개소수, %)

구분	계	A등급	B등급	C등급	D등급	F등급
계(개소)	411	187(45.5)	175(42.6)	29(7.1)	11(2.7)	9(2.2)
정신요양시설	59	37(62.7)	18(30.5)	3(5.1)	1(1.7)	–
사회복귀시설	163	49(30.1)	79(48.5)	21(12.9)	8(4.9)	6(3.7)
장애인복지관	152	79(52.0)	65(42.8)	4(2.6)	1(2.6)	3(2.0)
부랑인복지시설	37	22(60.0)	13(35.1)	1(2.7)	1(2.7)	–

– 2008년도 평가에서 D, F등급을 받아 2009년에 서비스품질관리 지원을 받은 시설 34개소 중 2011년도 평가에서 2개 등급이상 상승한 시설이 총 21개 시설(61.8%)로 나타났다. 이중 A등급을 받은 시설이 6개소이며 B등급을 받은 시설은 13개소로 괄목할만한 시설운영개선 노력을 보였다.

〈2008년도 품질관리 지원대상시설의 2011년도 평가결과〉

(개소수)

2008 \ 2011	A	B	C	D	F
A					
B					
C	1	1			
D	4	8	4		2
F	1	4	3	2	3

※ 2개 등급이상 상승한 시설은 음영처리
※ 1개소는 폐쇄로 인해 2011년도 평가대상시설에서 누락됨.

□ 보건복지부는 평가결과 상위시설에 대하여 시설평가 동기부여 및 시설 종사자의 사기진작을 위해 정부표창 및 인센티브 지원을 하기로 하였다.

○ 다만, 인센티브 지원방식과 관련해서는 종전에는 A등급을 받은 시설 전부에게 지원(210개소, 37.8%)함으로써 사실상 인센티브로써의 의미가 없었던 점을 개선하여 상위 10%시설에 집중 지원하는 방식으로 인센티브 제도의 내실화를 기할 방침이다.

※ 2011년도 평가결과에 따른 인센티브 지원 대상 시설
○ 2011년도 평가결과 상위 10% 시설
○ 종전 평가결과 대비 괄목할만한 시설운영개선 노력을 보인 시설

○ 한편, 평가결과 하위시설(20개소)에 대해서는 서비스품질관리단을 통한 맞춤형 컨설팅을 지원하여 시설서비스 수준 향상 및 운영개선을 지원할 계획이다.
- 서비스품질관리단은 2011년도 시설평가단은 물론, 2011년도 시설평가에서 우수시설로 평가된 시설의 관리자 등으로 구성할 예정이다.
- 그리고 올해는 비록 2011년도에 평가를 받은 시설은 아니지만, 시설운영개선에 대한 품질관리를 희망하는 신규사회복지시설(10여개소)에 대해서도 처음으로 서비스품질관리 지원을 제공할 계획이다.

※ 2011년도 평가결과에 따른 서비스품질관리 지원 대상
○ 2011년도 사회복지시설평가 결과 하위시설 20개소
* 부랑인복지시설(1), 정신요양시설(1), 사회복귀시설(14), 장애인복지관(4)
○ 2011년도 평가시설 4개 유형의 신규사회복지시설 중 서비스품질관리 지원을 희망하는 시설 10개소

○ 2012년도에는 노인복지관, 노인양로시설, 사회복지관, 한부모가족복지시설을 대상으로 평가가 이루어질 예정이다.

□ 참고로, 사회복지시설 · 법인 운영의 투명성과 시설이용자의 인권보호를 위해 개정('12.1.26)된 사회복지사업법이 금년 8월에 시행될 예정이며, 이에 따른 하위법령 개정안을 같은 해 4월경 입법예고할 계획이다.

OECD 한국 의료의 질 검토보고서 (Health Care Quality Review: Korea) 발간

□ OECD(경제협력개발기구)는 우리나라 보건의료제도를 의료의 질 관점에서 평가하는 첫 번째 보고서 발간을 통해,

○ 한국 보건의료체계는 건강보험의 확대와 제도개선을 거치면서 의료서비스의 접근성과 평균수명 등 건강성과가 크게 향상되었으나,
- 한국의 보건의료체계는 질병치료를 병원에 지나치게 의존한 결과, 보건의료비지출 증가율

(연 8%)은 OECD 평균증가율(연 3.6%)의 2배에 달하는데 그중 병원비 지출이 절반 이상을 차지한다고 지적하였다.

○ 더욱이 급속한 고령화와 흡연 및 비만율 증가로 인해 향후 보건의료비 지출은 지속적으로 급격히 증가할 것이라 전망하며, 그 대책으로 지역사회중심 의료서비스(community-based medical practice)를 개선하여 건강성과를 향상시키고 병원방문빈도를 감소시킬 것을 제안하였다.

※ 2009년, 한국의 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원은(인구 10만명당 127.5건) OECD 평균(50.3건)의 2배 이상이며, 평균재원일수(16.7일) 또한 OECD 평균(8.8일)의 2배에 달함

※ 지역사회 중심 일차의료기관(community-oriented primary care facilities): 환자와 의료체계의 최초접촉이 일어나는 장소로서 건강증진, 질병예방, 진료연계 및 지속적 진료를 통해 만성(복합)질환을 관리하는 기관

○ 보고서는 병원에 대한 의존에서 벗어나 국민건강을 유지하기 위하여

- 예방적 의료서비스 및 지역사회 일차의료기관의 환자상담에 대한 재정지원을 확대하여 강력한 일차의료체계를 구축하고,
- 현행 행위별수가제는 과잉의료를 유발하고 진료비 통제기전이 미약하므로 DRG 등 보다 포괄적인 지불제도로의 개편이 필요하며,
- 세계적 수준인 보건의료정보인프라를 활용, 공급자의 성과를 평가하여 양질의 의료서비스를 제공하는 공급자에게 적절한 보상을 하고,
- 의료기관평가인증제도 확대, 임상진료지침 활용 등 의료의 질 관리전략을 보건의료체계 전반으로 확대해야 한다고 권고하였다.

□ OECD는 2012년 2월 26일(프랑스 현지시각) 『한국 의료의 질 검토보고서(Health Care Quality Review: Korea)』를 발간하였다.

○ 이 보고서는 작년부터 3년간 10개 회원국의 의료체계를 질과 성과의 관점에서 심층 분석하여 정책대안을 마련하기 위해 OECD 보건부(Health division)의 사업으로 추진되었다. 우리나라는 이스라엘과 함께 본 사업에 첫 번째로 참여한 국가이다.

○ OECD는 그동안 한국 의료체계에 대한 자료를 다양한 방법으로 수집, 분석하였다.

- 국내외 문헌을 자체적으로 수집하는 한편, 170개 문항으로 구성된 질문지를 우리정부에 보냈으며, 이에 복지부, 공단, 심평원, 병원협회 등 14개 기관이 협조하여 답변서를 작성, 제출하였다.
- 작년 5월에는 평가단이 한국을 방문하여 정책담당자, 유관기관 및 단체, 의료기관을 방문하고, 다양한 관련 전문가와 인터뷰를 시행하였으며,
- 이후 많은 관련 전문가의 협조, 자문 및 의견 조회를 거쳐 본 보고서를 발간하기에 이르렀다.

□ 보고서는 국내외 전문가들에 의해 그동안 한국의 의료제도를 언급한 OECD 저작물 가운데 가장

광범위하고 심도 있게 분석한 첫 번째 보고서로 평가 받고 있다.

○ 총 5장으로 이뤄진 보고서는 1장 정책평가와 권고, 2장 한국보건의료체계에서 의료의 질, 3장 의료의 질 개선을 위한 재정보상, 4장 일차의료체계의 질적 과제, 5장 심뇌혈관질환의 의료의 질로 구성되어 있다.

○ 보고서는 2000년 건강보험통합과 의약분업 실시 이후, 우리나라 의료체계는 성과와 효율성 향상을 위한 인프라를 충분히 갖추었다고 평가하고, 문제점과 정책대안을 제시하고 있다.

□ 우선 한국의료의 가장 큰 강점으로, 단일 건강보험체계와 선진적 정보통신기술, 이에 근거한 질 평가와 공개시스템, 대형 급성기 병원을 중심으로 한 질 향상 노력 등을 꼽았다.

○ 2000년 건강보험통합에 의해 관리효율성이 크게 개선되고 전국의 성과 관련 정보를 통합, 관리할 수 있는 기반이 갖추어졌으며, 발전된 정보통신기술에 힘입어 훌륭한 관리체계를 구축하였다고 평가하였다.

– 특히 의약품처방조제지원서비스(Drug Utilisation Review, 이하 DUR)를 이러한 체계상의 강점을 대표적으로 드러낸 우수한 제도로 평가하고, DUR을 다른 의료이용 정보와 연계할 경우 성과 향상에 기여할 것이라고 언급하였다.

○ 전국 의료기관을 대상으로 하는 건강보험 급여 적정성 평가(질 평가)와 평가 결과의 공개는 단일화된 건강보험과 정보체계의 강점에 기반한 세계적인 우수사례라고 평가하고 있다.

○ 또한 전자건강기록을 갖추고 이에 기반하여 자체적인 질 평가를 수행하고, 임상진료지침과 주요 진료경로를 개발하여 질 향상을 추구하는 대형 급성기 병원들의 노력도 높게 평가하고 있으며, 이러한 노력은 향후 중소규모 병원과 의원급으로 확산될 필요가 있다고 언급하였다.

□ 한국 의료체계에는 아직 해결해야 할 과제도 많다고 지적하고 있는데, 행위별수가제로 인한 비효율성, 일차의료체계 미흡, 질 향상을 위한 경제적 동기 부족, 심뇌혈관질환 관리연속성 부족, 환자안전과 경험관리체계의 부재 등을 문제점으로 제시하였다.

○ 다른 OECD 회원국에 비해 월등히 긴 입원환자 평균재원일수를 근거로 들어, 행위별수가제도를 급성기 의료영역의 대표적 비효율의 원인으로 지적하고, DRG(Diagnosis Related Group) 포괄수가제의 확대를 권고하였다. 동시에, 적절한 입 · 퇴원 기준 확립과 입원시 진단명 정보 수집 등의 보완을 통해 DRG 수가제 하에서 제공되는 서비스의 질과 양을 면밀히 모니터링할 것을 권고했다.

○ 대표적인 일차의료 성과지표인 예방가능한 입원율이 OECD 회원국에 비해서 높고, 지속적으로 증가하고 있다는 사실을 지적하고, 그 원인을 부족한 일차의료체계로 보았다. 이에 대한 대책으로서 바람직한 일차의료기관에 재정적 인센티브를 부여하고, 필요도 높은 지역에 대한 재정적인 투자로 일차의료를 강화할 것을 권고했다.

〈평균재원일수(2009년 진료분)〉

(단위: 일)

구분	전체 질환	심부전	만성폐색성 폐질환
한국	16.7	18.3	15.6
OECD 평균	8.8	9.6	9.2

〈예방가능한 입원률(2009년 진료분)〉

(단위: 인구10만명당 입원건수)

구분	천식	조절되지 않는 당뇨병
한국	101.5	127.5
OECD 평균	51.8	50.3

※ 예방가능한 입원율: 천식과 만성폐색성 폐질환, 당뇨와 같은 만성질환은 일차의료영역에서 관리를 잘하면 입원이 줄게 되는 질환임. 이들 질환으로 인한 병원 입원률이 높다는 것은 일차의료 환경에서 관리가 제대로 안되어 질병이 악화되었거나, 입원병상이 비효율적으로 활용된다는 것을 의미함.

○ 투입 요소 중심으로 설계된 현재의 종별가산제를 문제점으로 지적하고, 질 평가를 통해 나타난 성과에 근거하도록 가산제를 개선하여 성과향상을 위한 경제적인 동기를 제공할 것을 권고하는 한편, 비급여 진료비에 대한 공적 관리체계를 확충하여 국민의료비의 비용대비 가치를 높일 것을 권고했다.

○ 심뇌혈관 질환과 관련하여, 9개 권역별 센터 지정과 같은 소수병원에 대한 투자에서 나아가, 보다 국가 차원에서 질병단계별 의료서비스 필요를 충족할 수 있는 체계구축이 필요하다고 보았다. 진료의 연계(coordination of care)를 강화하기 위해 급성기 병원에 뇌졸중 치료실(stroke unit)을 설치하는 한편, 예방과 건강증진, 재활치료에 대한 국가적인 투자를 확대하고 질병의 연속선상에서 나타나는 다양한 필요에 부응하는 조화로운 서비스 제공체계를 마련할 것을 권고했다.

○ 또한 기존의 질 평가 시스템에 환자 안전 감시체계와 환자경험 평가가 부재하다는 사실을 지적하고, 관련 체계를 구축할 것을 권고하였다. 개별 의사들의 성과모니터링체계 구축을 통해 환자안전문제의 실태를 파악하고, 의료의 질을 평가함에 있어 환자 경험을 중요한 정보원으로 활용할 것을 권고했다.

※ 환자 경험: 환자의 관점을 중시하는 보건의료 질 평가 방법. 의료의 질 평가에 있어 제공자 관점뿐 아니라 환자의 관점을 중시하자는 목소리가 1990년대 대두됨에 따라 환자 만족도(patient satisfaction)를 평가하였으나, 측정의 객관성이 떨어진다는 지적에 따라 2000년대 이후에는 보다 객관적인 환자 경험 측정에 의존하게 되었음. 환자 경험 평가도구는 의사의 설

명, 통증 관리 등 의료기관에서 환자가 경험한 내용에 대한 질문으로 구성

○ 이 밖에도 중소규모 병원과 일차의료기관의 질 향상을 위해 의료기관 평가인증을 확대하고, 임상진료지침 개발 및 사용 확대를 권고했다.

□ 한편, 본 보고서 내용과 관련하여 OECD, 보건복지부, 심평원은 오는 3월 14일(수) 『OECD가 본 한국의 의료제도』를 주제로 국제포럼을 개최하여, 이 사업의 총책임자인 OECD 사무국 보건분과장(Mr. Mark Pearson) 및 국내 각계전문가들의 토론의 장을 마련할 예정이다.

■■■ 합계출산율 및 출생아수 2년 연속 증가

① 2011년 출생잠정통계 결과

◇ 통계청 조사(2.27 발표예정: 붙임참조)에 따르면 2011년 합계출산율(잠정치)이 1.24명으로 작년에 이어 2년 연속 증가(확정치는 '12. 8월 발표 예정)

□ 합계출산율, 출생아수 2년 연속 증가

○ (합계출산율) 1.24명으로 전년(1.23명) 대비 0.01명 증가

○ (출생아수) 471.4천명으로 전년(470.2천명) 대비 1,200명(0.3%) 증가

〈출생아수 및 합계출산율〉

구분		2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
합계출산율(명)		1.297	1.166	1.180	1.154	1.076	1.123	1.250	1.192	1.149	1.226	1.24
출생아수(천명)		554.9	492.1	490.5	472.8	435.0	448.2	493.2	465.9	444.8	470.2	471.4
전년	증감(천명)	−79.6	−62.8	−1.6	−17.8	−37.7	13.1	45.0	−27.3	−21.0	25.3	1.2
대비	증감률(%)	−12.5	−11.3	−0.3	−3.6	−8.0	3.0	10.0	−5.5	−4.5	5.7	0.3

□ 첫째 · 셋째아 증가, 산모 출산연령 상승

○ (출산순위별) 전년 대비 첫째아 3.9천명(1.7%), 셋째아 이상 1.7천명(3.4%) 증가, 둘째아 2.9천명(1.6%) 감소

○ (모(母)의 출산 연령) 평균연령 31.45세로 전년보다 0.19세 상승

* '09년 30.97세 → '10년 31.26세 → '11년 31.45세(0.19세 상승)

– 첫째아 출산 평균연령은 30.25세로 전년(30.1세)보다 0.15세 증가

〈출산순위별 구성비〉

(단위: 천명, %)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	'10년 대비	
												증감	증감률
계*	554.9	492.1	490.5	472.8	435.0	448.2	493.2	465.9	444.8	470.2	471.4	1.2	0.3
첫째아	263.3	237.8	240.7	239.4	223.2	231.2	262.2	242.0	230.2	235.3	239.2	3.9	1.7
둘째아	234.1	201.7	199.2	184.5	166.9	171.2	181.9	176.1	170.1	181.9	179.0	−2.9	−1.6
셋째아 이상	55.6	48.6	46.0	45.1	41.5	42.1	45.9	44.3	41.9	49.9	51.6	1.7	3.4

* 출산순위 미상 포함

2 합계출산율 소폭상승 요인 분석

□ 출산율 상승 요인

○ 첫째아, 셋째아 이상 출생아 수의 증가는 '10년 혼인건수 증가(16.3천건), 다자녀 지원 정책(주택특별공급, 전기요금 감액 등)에 기인

* '09년 309.8천건 → '10년 326.1천건(16.3천건 증가)

○ 출산연령 상승은 30대 이상 출산율의 증가가 주요 원인

* 30대 이상 출생아수(인구 1천명당): '10년 149.3명 → '11년 154.6명(5.3명 증가)

□ 출산율 둔화 요인

○ 월별 출생아수는 '11.1~8월 중 전년 동월대비 증가(15.0천명)하였으나 '11.9~12월 감소(△13.8천명)

– 국내외 경기침체, 전세가 상승 등 체감 경제요인의 영향과 일부 '12년 흑룡의 해를 감안한 출산연기

* 전세가 상승률: '09년 3.4% → '10년 7.1% → '11년 12.3%

○ 둘째 출생아 수의 감소는 첫째아 출산후 경제 · 사회적 여건으로 출산을 결정하지 못한 것으로 추정

– 셋째아 보다는 둘째아 출산 결정이 경제환경에 민감하게 반응

* '09년 170.1천명 → '10년 181.9천명 → '11년 179.0천명

〈월별 출생아수〉

(단위: 천명)

구분	연간	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
2010년	470.2	42.9	36.6	41.0	38.3	37.0	36.0	37.1	38.4	42.3	43.6	41.3	35.5
2011년	471.4	47.6	38.2	43.2	40.3	38.9	36.7	38.1	39.4	39.0	38.4	37.4	34.1

〈전년 동월 대비 증감〉

구분	연간	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
2010년	25.4	−1.2	0.0	1.1	0.8	1.1	1.9	1.3	2.2	4.1	5.9	6.1	1.9
2011년p	1.2	4.7	1.6	2.2	2.0	1.9	0.7	1.0	1.0	−3.3	−5.2	−3.9	−1.4

3) 향후 정책방향

□ '11년도 출산율은 전년도에 비해 증가하였으나 아직 출산율이 지속적으로 상승할 것이라는 확신을 할 수 없는 상황

○ 출산율 반등세가 본격화될 수 있도록 저출산정책을 보다 강화하고 지속적, 일관적으로 추진할 필요

□ 정부는 "제2차 저출산고령사회 기본계획('11~'15년)"을 차질없이 추진하여 출산율 상승기조를 이어갈 방침

* 5년간 39.7조원을 투입, 95개 과제를 추진

○ 특히 셋째아 이상 자녀에 대한 지원을 지속적으로 추진하고, 두자녀에 대한 우대정책을 통해 둘째아 증가 유도

〈현행 다자녀가정 지원 시책〉

출산순위	지 원 시 책
둘째아 이상	• 다자녀 추가공제제도 • 둘째아 이상 고등학교 수업료 지원 • 국민연금 출산크레딧 등
셋째아 이상	• 다자녀가정 주택특별공급 • 다자녀가정 주택구입 · 전세자금 대출 지원 • 3자녀 이상 가구의 전기요금 감액 • 다자녀 가정 자동차 취 · 등록세 감면 등

Global Goings-on

시에라리온

시에라리온, 전통적 해외원조를 대체할 수 있는 길 묘연해
Substitutes for traditional foreign aid are hard to find

▶ 2010년 시에라리온은 세계에서 네 번째로 높은 아동사망률을 기록해 – 출산아 1,000명 중 174명 사망
- 이에 따라 서 아프리카의 소국인 시에라리온은 임신 및 수유 여성과 5세 이하 어린이들에게는 무상의료를 제공하기로 해
- 영국은 이를 위해 2천4백만 달러를 지원했으며 관계자들은 이를 성공적인 프로그램으로 평가해

▶ 그러나 문제가 계속 발생하고 있어
- 약이 없어지기도 하고, 일부 여성들은 여전히 비용을 지불해야 치료를 받을 수 있으며 인터넷 기반시설이 제대로 갖춰져 있지 않아 온라인 구매 시스템은 제 역할을 하지 못해

▶ 영국정부는 이 무상의료시스템을 시에라리온 이니셔티브라 부르며 영국은 단지 후원하는 수준에서 이 시스템에 개입하고 있다고 말해
- 점점 많은 원조국가들이 해외원조의 "지역소유권"을 강조하고 있는 추세
- 전통적 해외원조 하에서는 공여국들이 직접 도로와 병원을 건설한 뒤 이를 수원국에 넘겨 주었는데 이렇게 될 경우 지역인들은 이를 단순히 선물로 인식해 시설을 소홀히 다뤄

▶ 그러나 제도나 행정기반이 취약한 수원국에서 "지역소유권"은 종종 실패하고 있어
- 시에라리온은 2002년 종식되기 전까지 10년간 진행된 내전으로 나라가 황폐화 되었고 대부분의 유능한 시민들은 외국에 거주하고 있고 정부는 제 기능을 발휘하지 못하고 있어
- 시에라리온에서 일한 경험이 있는 영국 의사들의 말에 따르면 시에라리온 정부는 무상의료시스템을 조직, 운영할 역량이 부족해

▶ 이런 와중에도 시에라리온에서는 여전히 옛

날 방식의 원조가 행해지고 있어
- 수도인 Freetown 항구에는 덴마크 화물선을 개조해 만든 수상 병원이 미국 자선단체인 Mercy Ships에 의해 시에라리온 정부로부터 독립적으로 운영되고 있어
- "지역민"들에 의해 직접 운영되고 있지 않고 있지만 이 병원은 지난 10개월 동안 수많은 백내장 및 구개 파열 수술을 성공적으로 해 내

2012년 2월 4일 / The Economist
〈원문 링크: http://www.economist.com/node/21546061〉

미 국

세율을 올리지 않아도 부자들이 세금을 더 낼 수 있는 방법, 있다.
America's rich should pay more, but there is no need to raise their income-tax rates

▶ 미국인들은 오랫동안 부를 사모하고 추구해야 할 것으로 여겨왔지 비방하거나 재분배해야 할 것으로 여기지 않았기 때문에 대통령 선거에서도 사업을 통해 엄청난 부를 축적했음에도 턱없이 낮은 세율을 가진 대통령 후보에 눈살을 찌푸린 적이 없어

▶ 이번 선거는 달라
- 미국의 공화당 대통령 후보 경선에 출마중인 Mitt Romney가 험악한 비상장 주식 투자 시장에서 큰 돈을 벌게 된 배경과 15%에 불과한 그의 낮은 세율에 미국인들이 관심을 보이는 것이 그 증거
- 지난 10년간 중위소득 가족의 실질소득은 7% 감소한 반면 1920년대 이래 소득 상위 1%가 유례없는 규모로 국민소득의 몫을 차지하고 비록 조금씩 떨어지고는 있으나 여전히 높은 실업률의 현실로 인해 미국인들도 현 경제시스템이 부자들을 위해 기운 것이 아닌가 의심하기 시작한 것

▶ 부자들이 대통령 선거의 이슈가 되어
- 버락 오바마는 '백만장자와 십억장자' 도 공정한 자기 몫을 지불해야 한다며 백만장자들에게 최소한의 세율을 적용하고 최고소득세율을 현 35%에서 39.6%로 다시 올리면 나머지 98%의 미국인들은 세금을 현 수준보다 더 낼 필요가 없다고 주장해
- 공화당은 세율을 올리면 일자리와 사업의 지를 파괴하게 될 것이라고 주장하며 정부의 지출을 감소하는 것 만으로도 구멍 난 예산을 메울 수 있다고 생각하며 일부 공화당원들은 세율을 더 낮출 것을 요구해

▶ 미국의 부자들은 당연히 더 많은 세금을 내야 하겠지만 세율을 올려야 할 필요는 없어
- 통계적으로 볼 때 예산적자를 메우는 가장 효과적인 방법은 지출을 감소하는 것으로 이를 위해서는 오바마 대통령의 생

각과는 달리 중산층이 누리는 혜택이 줄어들어야 해
- 그러나 동시에 일부 적자는 공화당의 말과는 달리 세금을 더 많이 걷어들여야만 메울 수 있어
- 민주당은 상위 1%만 더 내면 된다고 주장하지만 사실은 다른 부자들도 더 내야만 해
- 그런데 조지 부시 대통령의 조세정책은 소득세율만 깎았을 뿐 아니라 주식배당과 자본잉여에 대한 세율도 깎아 – 따라서 Warren Buffett과 Romney 같은 사람들이 매우 낮은 세율을 갖게 된 것

▶ 오바마 대통령의 주장대로 상위소득계층의 세율을 올리는 것은 부자들로부터 세금을 더 걷어내는 방법으로 최선은 아님.
- 이 방법으로는 GDP 0.3% 수준의 세수입을 늘릴 수는 있지만 미국의 복잡한 조세시스템의 효율성을 높일 수는 없어
- 대신 GDP의 7%에 달하는 수 많은 조세허점과 공제액을 줄이거나 없애는 것이 훨씬 더 효과적일 것 – 대부분 부자들에게 유리하며 일부는 경제적 결정을 왜곡시켜
- 일부 공제, 특히 모기지론에 대한 공제는 서서히 줄여 나가야겠지만 다른 공제들은 당장 없애도 돼
- 또한 소득, 자본잉여, 주식 배당에 대해서도 동일한 세율을 적용하면 세계에서 가장 높은 미국의 법인세율을 낮출 수 있게 될 것
- 결과적으로 낮은 세율, 높은 세수입, 보다 효율적인 누진세 시스템을 얻게 될 것

2012년 1월 21일 / The Economist
〈원문링크: http://www.economist.com/node/21543165〉

의료 접근성이 개선되면 의료비용이 절감될까?
Can Better Access to Health Care Really Lower Costs?

▶ 의료서비스의 편의성과 시의 적절성으로 측정될 수 있는 의료 접근성(medical care access)은 의료의 질을 평가하는 주요 지표
- 미국에서 어떤 사람들은 언제든지 의사들을 볼 수 있어 양질의 의료 서비스를 누리는 반면 다른 이들은 의사와의 면담을 위해 수 개월을 기다리거나 의료 정보를 위해 구글을 검색하거나 1차 진료를 위해 응급실을 찾아야만 하는 형편
- 보험카드 혹은 의사가 있다고 해서 의료 접근성이 좋은 것은 아님

▶ 의료 접근성을 높이는 것은 많은 사람들에게 쉽지 않은 문제
- 의사와의 면담까지 시간이 얼마나 걸릴 지를 환자에게 알려 주는 웹사이트나 애플리케이션은 아직 없어
- 또 특정 의사가 환자로부터 근무시간 외 요청이 있을 때 어떻게 반응할 지, 환자의 전화에 응대할 지 말 지를 알 길도 없어

▶ 이런 가운데 의료 접근성을 높이려는 두 가지 의료서비스 모델이 등장해
- 이 중 concierge medicine은 생긴 지 오래됐으나 medical-home 모델은 오바마 행정부의 Affordable Care Act에 의해 갓 등장해
- 그러나 이 두 모델의 운영 방식의 차이를 구분해 내기는 쉽지 않고 다소 복잡해

▶ concierge medicine은 환자가 정해진 연회비를 내고 접근성이 높은 의료 서비스를 받는 것
- 회비는 서비스에 따라 수 백 달러에서 수천 달러
- concierge 의사들은 보통 회원들에게 당일 면담을 보장하고 자신의 개인 전화번호를 알려 주며 전문의와의 상담이 필요할 때 즉각 이를 성사시키며 주말에 MRI도 준비해
- 일부 concierge 의사는 환자가 종합병원을 방문할 때 동행하여 치료과정을 모니터 하면서 그 곳에서의 의료결정을 살피고 "적절한" 치료가 제공되지 않는다고 판단될 때엔 치료에 개입하기도 해

▶ concierge 의사들은 이런 식의 서비스를 통해 환자들이 겪을 수도 있을 의료사고를 미연에 방지한다고 주장하지만 비판적인 사람들은 concierge medicine이 부자가 우선시 되고 빈자는 순서를 기다려야만 하는 이중 의료 시스템을 만들 고 있다고 비난해
- concierge medicine이 제공하는 정보 서비스를 필요로 하는 많은 환자들이 concierge 서비스를 신청할 경제적 여력이 없어
- 또한 1차 진료의가 concierge 의사로 활동하게 되면 소수의 부유한 환자들을 선호하게 되며 다수의 환자들에겐 1차 진료의 공급이 줄어들게 돼
- 또한 의사가 환자들의 요청에 일일이 검사나 처방전으로 대응하게 되면 불필요한 의료 서비스 이용이 증가할 가능성도 있어
- 또한 이미 지급한 프리미엄에 대한 보상심리로 환자들은 보다 더 많은 의료 서비스를 요구하게 돼

▶ concierge medicine과 유사한 방식으로 운영되나 그 대상이 주로 아동, 가난한 환자, 만성질환자인 patient-centered medical home에서는 각 환자마다 "최초" 진료를 제공하는 담당 의사가 환자들에게 필요한 추가 진료 및 면담을 준비해
- medical home은 환자의 의료적 필요뿐 아니라 건강에 영향을 미치는 사회적 필요도 함께 고려해
- 또한 의사와의 면담 시간이 자유롭고 의사의 근무시간 및 의료인과의 면담시간도 길어
- medical home에서는 보통 환자가 아프다고 느끼는 당일, 의사와의 면담이 가능해

▶ concierge medicine과 patient-centered medical home의 공통점은 두 모델 다 비싸다는 점
- 접근성을 높이고 여러 치료를 잘 조정하려면 그만큼 비용이 들어; 일반적으로 의료

접근성이 낮은 이유는 접근성을 높이기 위해서는 의사들의 추가적 노력이 필요한데 기존 방식은 이런 노력에 대한 아무런 보상이 없기 때문

– 그러나 두 모델 모두에서 만약 결과적으로 환자가 의료 자원을 덜 소비하고도 더 건강해 진다면 궁극적인 승자는 보험사와 환자

▶ 두 모델의 주된 차이 중 하나는 실제로 의료서비스를 전달하는 주체에 있어

– concierge model에서는 보통 의사가 전달 주체인 반면 medical home에서는 의사가 아닌 간호사나 다른 의료인들이 많은 서비스를 전달해

– medical home의 경우 의사들이 보다 전문적인 서비스에 집중할 수 있어 결과적으로 concierge model보다는 비용이 덜 들어

▶ 두 모델의 차이 중 가장 중요한 차이는 concierge medicine은 주로 부자들이 사용할 수 있는 반면 medical home은 부자나 가난한 자 모두 사용할 수 있다는 점

– 현재 Medicaid 가입자들을 대상으로 한 medical home model이 실험 중에 있어

– 현재까지 정부가 보조하는 concierge medicine은 없어

– 일부에서는 매월 100달러 정도의 회비로 중산층, 특히 이미 상당한 의료비를 지출하고 있는 중산층을 위한 concierge medicine이 가능하다고 주장해

▶ 궁극적인 질문은 과연 접근성을 높이고 의료서비스를 조정하는 것이 가치가 있는가 하는 것

– 사람들은 의료서비스가 지체되는 것을 싫어하며 일부 연구는 의료 접근성이 높을 때 환자 만족도가 높다는 것을 밝혀

– 그러나 이 것이 사람들의 건강을 향상시킨다는 점에 대해서는 확실한 증거가 없어

– 또한 두 모델이 장기적으로 의료비를 절감한다는 보장도 없어

▶ 현재까지 확실한 것은 두 모델이 치료보다는 예방과 그리고 치료과정의 조정을 중시한다는 점

– 이는 특히 만성질환자들에게 유익할 것

▶ 두 모델 중 어느 모델이 더 효과적이며 장기적으로 지속 가능한 지에 대한 답을 얻으려면 시간이 좀 더 걸릴 것이며 그 때까지 환자들은 스스로 비용효과분석을 통해 두 모델 중 한 가지를 선택해야 할 것

2012년 1월 23일 / TIME

〈원문링크: http://healthland.time.com/2012/01/23/does-better-access-to-health-care-really-help-lower-costs/〉

보건복지포럼

매월 발행되는『**보건복지포럼**』은
보건복지 부문의 정책과제에 대한 심도 있는 분석 결과와
국내외 정책동향을 신속하게 전달하는 국내 유일의 **보건복지정책 전문지**입니다.

2012년 3월호 (통권 제185호)

등 록 번 호 서울라 10118
등 록 일 1996년 10월 1일
발 행 일 2012년 3월 1일

편집인/발행인 정기혜

편집위원장 정경희

편 집 위 원 강유구 곽노성 김성희
김태완 김태정 박실비아
손창균 이윤경 최성은

인 쇄 대명기획(TEL: (02)2263-1292~3)

가 격 **4,000원**

발 행 처 한국보건사회연구원
(122-705)서울 은평구 진흥로 235
대 표 전 화 (02)380-8000
FAX (02)352-9129
E-mail editor@kihasa.re.kr

정기구독안내

■ 신청방법

연구원 홈페이지(http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/public/public_06_03.jsp)에서 회원등록을 하십시오.
기타 구체적인 사항은 담당자에게 문의주시기 바랍니다.

인터넷: 한국보건사회연구원 홈페이지
(http://www.kihasa.re.kr)-「발간자료」-「간행물회원등록」

정기구독/배포문의
TEL: 02)380-8157 / FAX: 02)380-1688

■ 정기구독회원 특전

1. 연간구독료는 35,000원입니다. 낱권 구입에 비해 연간 약 50%가 할인된 금액입니다.
2. 정기구독회원은 본 연구원에서 발간되는 정기간행물「보건복지포럼」,「보건사회연구」를 모두 받아 보실 수 있습니다.

■ 구독료 납부

우리은행 019-219956-01-014

IIIII 지금 바로 신청하십시오!

『**보건복지포럼**』을 포함하여 한국보건사회연구원에서 발행되는 각종 간행물에 대한 목록은 인터넷 홈페이지(http://www.kihasa.re.kr)에 자세히 안내되어 있습니다.

정확한 통계, 신뢰 할 수 있는 통계

국민과 함께하는 보건복지통계포털

① **보건복지통계**
보건, 복지, OECD, 인구 및 기타통계, 보건복지동향, 빈곤통계 제공

② **조사통계**
보건 및 복지분야 조사통계 5,800여개

③ **복지재정통계**
지역별 복지재정통계 150여개 제공

④ **마이크로데이터**
통계승인 조사사업 11종에 대한 연도별 원시자료 제공

⑤ **정보마당**
보건복지뉴스, 분석보고서, 이슈&포커스, 통계용어 제공

http://hawelsis.kihasa.re.kr

한국보건사회연구원은 전국 규모의 조사사업을 통해 얻어진 질 높은 조사통계를 비롯하여 보건의료 및 사회복지, 인구, 복지재정 등 다양한 분야의 통계를 **보건복지통계포털**에서 제공을 하고 있습니다.

많은 이용과 관심 부탁드립니다.

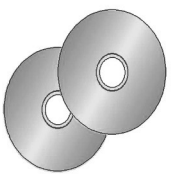
담당자 Tel: 02)380-8163, 380-8245, FAX: 02)383-6206

보건복지조사사업 원시자료 이용안내

한국보건사회연구원에서는 **보건의료 및 사회복지, 인구분야**의 기초통계 생산을 위하여 주기적으로 전국규모의 조사를 실시하고 있으며, 아울러 수집된 자료를 외부 연구자에게도 제공하고 있습니다.

원시자료 목록

- 2009 환자조사
- 2009 노인보호실태조사
- 2009 전국다문화가족실태조사
- 2009 전국출산력 및 가족보건복지실태조사
- 2009 전국결혼 및 출산동향조사
  - 가구/미혼/기혼
- 2008 전국노인생활실태조사
  - 가구/노인/(노인+가구)
- 2008 장애인 실태조사
- 2008 환자조사
- 2007 차상위계층 실태조사
- 2006 전국출산력 및 가족보건실태조사
- 2005 환자조사
- 2005 장애인 실태조사
- 2005 전국결혼 및 출산동향조사
  - 미혼/기혼
- 2002, 2003, 2004 저소득층 자활사업실태조사(가구/개인)
- 2004 차상위 실태조사(가구/근로능력자)
- 2004 전국노인생활실태 및 복지욕구조사
  - 가구/노인/(노인+가구)
- 2003 전국출산력 및 가족보건실태조사
- 2002 환자조사
- 2001 노인장기요양보호 욕구 실태조사
- 2000 전국출산력 및 가족보건실태조사
- 2000 장애인 실태조사
- 1999 환자조사 - 퇴원/기관/외래
- 1998 전국노인생활실태조사
  - 가구/노인/(노인+가구)
- 1997 전국출산력 및 가족보건실태조사
  - 가구/부인
- 1997 우리나라 치매노인 실태조사
- 1996 환자조사 - 퇴원/외래
- 1995 국민건강 및 보건의식행태조사
  - 국민건강/보건의식
- 1994 전국노인생활실태조사
- 1994 전국출산력 및 가족보건실태조사
  - 가구/가구원/부인
- 1992 국민건강 및 보건의식행태조사
- 1991 전국출산력 및 가족보건실태조사
  - 기혼/미혼/부인/임신력/임신 및 출산/출산/취업/피임력



조사자료 담당자 연락처

TEL: 02) 380-8245, 380-8112 FAX: 02) 382-4581

E-mail: yhlee@kihasa.re.kr, hyko231@kihasa.re.kr

Homepage: http://www.kihasa.re.kr