

2004년도 인권상황실태조사  
연구용역 보고서

경제 · 사회 · 문화적 권리  
국가인권정책 기본계획 수립을 위한  
건강권 기초현황조사

국가인권위원회

경제·사회·문화적 권리 국가인권정책  
기본계획 수립을 위한 건강권 기초현황조사

2004년도 건강권 기초현황조사 연구용역 보고서를 제출합니다.

2004년 8월 10일

연구수행기관	서울대학교 보건대학원
책임연구원	김 창 엽
연 구 원	김 명 희
보조연구원	최 세 문
	김 한 해
	강 현 하

# 차 례

표·그림 차례 .....	vii
요약 .....	ix

<b>제 1 장 연구의 개요</b> .....	<b>1</b>
<b>I. 연구배경</b> .....	<b>1</b>
1. 건강권의 개념과 정의 .....	1
2. 건강권 보장을 위한 국가의 역할 .....	7
3. 사회권으로서 건강권의 발달 .....	9
<b>II. 연구 목적</b> .....	<b>11</b>
<b>III. 연구 방법</b> .....	<b>13</b>

<b>제 2 장 보건의료영역별 쟁점정리</b> .....	<b>15</b>
<b>I. 보건의료구조</b> .....	<b>19</b>
1. 재정과 의료보장 .....	19
1) 국민의료비 중 공공재원 비율 증대 .....	19
2) 계층간 보험료 부담의 적절성과 형평성 확보 .....	22
3) 급여 수준의 상승과 범위확대 - 경제적 접근성에서의 형평성 확보 .....	28
2. 보건의료 자원 개발과 배치 .....	37
1) 보건의료자원의 지역간 균형 개발과 배치 .....	37
2) 공공의료기관 확충 .....	43
3) 필수 의약품에 대한 접근성 보장 .....	52
4) 효과적인 지역사회/재가(在家) 의료서비스 개발 .....	56
3. 보건의료 구조의 사회민주적 통제 .....	62
1) 보건의료 정책/자원 개발 과정에 시민들이 참여할 수 있는 제도적 장치 개발 .....	62
2) 보건의료 기술개발과 평가 과정에 시민들이 참여할 수 있는 제도적 장치 개발 .....	67
3) 젠더 관점에 입각한 정책 및 기술 개발 .....	71

<b>II. 보건의료과정</b>	<b>77</b>
1. 보건의료 서비스	77
1) 적절하고 질 높은 보건의료 서비스 보장	77
2) 효과적인 응급의료 체계 확립과 호스피스 서비스 제공 확대	86
3) 포괄적인 정신보건 서비스 제공	95
2. 보건 사업	101
1) 건강한 선택이 쉬운 선택이 될 수 있는 환경 조성	101
2) 안전한 식수와 식품의 가용성 보장	108
3) 환경 유해 요인의 회피	116
4) 보건사업의 개발과 시행에서 젠더, 형평의 관점 도입	123
3. 환자 권리	127
1) 환자가 충분한 정보를 가지고 의료서비스 결정에 참여할 수 있는 방안 마련	127
2) 의료분쟁 발생 시 환자 자신이 진실을 추구할 수 있는 권리 보장	134
3) 개인 건강 및 의료 이용 정보에 대한 보호 방안 개발	140

<b>III. 건강 결과</b>	<b>145</b>
1. 건강결과에서의 형평성 확보	145

## 제 3 장 대상자별 건강쟁점 보완 161

<b>I. 어린이</b>	<b>161</b>
1. 필수 예방서비스의 확립	161
1) 필수 예방접종의 실시	161
2) 보호권: 사고 및 손상 예방	171
3) 영양 : 저소득층 아동-청소년 대상의 영양 프로그램 개발	179
2. 의료 보장 확대	190
1) 희귀난치성 질환 및 선천적 장애에 대한 급여 수준 상승	190
2) 장애 아동의 재활 치료 기관 및 급여 수준 상승	196
3) 학대/방치 아동의 의학적 치료에 대한 급여 범위 확대	202

<b>II. 청소년</b>	<b>210</b>
1. 건강생활습관이 용이한 환경 조성	210
1) 영양 : 저소득층 청소년 대상의 영양 프로그램 개발	210
2) 체육 : 학교 체육 활동의 최소 기준 설정	211
3) 성 : 피임, 임신, 성범죄 피해 등 시급한 문제에 대한 지원프로그램 도입	219
4) 유해건강행동 예방	226
2. 정신건강	235
1) 정신건강 지원 및 학교 폭력 피해/가해 학생의 재활/적응 프로그램 도입	235
3. 청소년과 산업보건	247
1) 일하는 청소년에 대한 노동안전보건법규 강화	247
<b>III. 성인</b>	<b>254</b>
1. 예방서비스	254
1) 비용효과적인 예방서비스에 대한 급여 범위 확대	254
2. 비정규직의 산업보건 차별	259
1) 고용형태에 따른 노동안전보건 법규 적용에서의 차별 금지	259
3. 불법이주노동자의 산업보건	264
1) 불법이주노동자에 대한 노동안전보건서비스 제공 및 필수 의료서비스 지원 방안 개발	264
4. 성적 자기결정권	270
1) 성(性) 건강, 혹은 가족 구성에 대한 자기 결정권	270
<b>IV. 모성</b>	<b>277</b>
1. 산전·산후의 필수서비스	277
1) 필수 산전/산후 진료에 대한 급여 확대	277
2. 분만 휴가	281
1) 분만 휴가의 실질적 보장을 통한 모성건강 보호	281
3. 출산과 자기결정권	290
1) 출산 방식에 대한 자기 결정권 확대	290
4. 진료환경과 사생활 보호	296
1) 산모의 진료 환경에 대한 사생활 보호 법제화	296

5. 여성이주노동자 .....	298
1) 여성이주노동자의 모성/영아 보호 .....	298
6. 장애여성의 임신 .....	303
1) 장애 여성의 임신/분만에 대한 지원 서비스 마련 .....	303
<b>V. 노인 .....</b>	<b>308</b>
1. 장기요양서비스 .....	308
1) 장기 요양 시설 및 서비스에 대한 급여 수준 확대 .....	308
2. 재가(在家) 보건서비스 .....	315
1) 재가 보건 서비스 확충 .....	315
3. 안(眼)/구강 보건 .....	321
1) 안(眼)/구강 보건 서비스 급여 확대 .....	321
4. 영양 .....	327
1) 영양 프로그램 개발 .....	327
<b>VI. 취약집단에 대한 보완 .....</b>	<b>331</b>
1. 빈곤층 .....	331
1) 기초생활보장 비수급 빈곤층과 차상위 계층에 대한 의료급여 서비스 제공 ....	331
2. 정신질환자 .....	336
1) 의료보장형태에 따른 처방 및 진료량의 차이 해소 .....	336
2) 정신보건시설의 환경 위생 확보, 적절한 보건의료서비스 제공, 인권 보장 .....	339
3) 지역사회 정신보건 사업 확대 .....	344
3. 장애인 .....	345
1) 보건의료 시설 이용이 가능하도록 이동권 보장 .....	345
2) 재활치료 및 필수 보장구에 대한 급여수준 상승과 범위 확대 .....	350
4. HIV/AIDS 환자 .....	357
1) 보건의료서비스 이용 시에 낙인 및 차별 해소, 사생활 보호 .....	357
2) 검사/치료비 지원 확대 .....	362
5. 구급시설 .....	369
1) 구급시설 내 환경 위생 개선 .....	369
2) 필수 항목에 대한 주기적인 건강검진 실시 .....	373
3) 사회적 지위, 죄목, 혹은 형의 수준과 무관하게 의학적 필요에 근거한 보건의료	

서비스 이용 기회 부여 .....	380
4) 일반인과 동일한 필요에 대해 동일한 수준의 의료서비스 이용 보장 .....	382
<b>제 4 장 건강권 쟁점에 대한 국민의견수렴 .....</b>	<b>387</b>
<b>I. 국민의견수렴의 설계 .....</b>	<b>387</b>
1. 국민의견수렴의 체계 .....	387
2. 국민의견수렴의 방법 .....	388
3. 국민의견조사 예시 .....	390
<b>II. 델파이 조사 결과 .....</b>	<b>393</b>
1. 전문가의 우선순위 결과 .....	393
2. 연구진과 델파이 전문가팀의 우선순위 비교 .....	395
3. 건강권 보장의 국가최저기준 결정 .....	402
<b>제 5 장 종합 결론 .....</b>	<b>407</b>
<b>I. 건강 결정요인 중심의 건강 정책 수립 .....</b>	<b>407</b>
<b>II. 건강영향평가 제도화 .....</b>	<b>414</b>
<b>III. 보건의료영역의 사회민주적 통제 강화 .....</b>	<b>417</b>
참고문헌 .....	420
부록 1 .....	435
부록 2 .....	493

## 표·그림 차례

<표 1> 텔파이 조사 참여 전문가 현황 .....	14
<표 2> 보건의료 영역별 쟁점과제 .....	16
<표 3> 생애주기별 대상자의 쟁점과제 .....	17
<표 4> 사회적 소수자의 쟁점과제 .....	18
<표 5> 직장 건강보험료 부과체계의 문제점 .....	23
<표 6> 지역가입자의 보험료 부과표준소득 산정의 문제점 .....	24
<표 7> 의료비의 구성 .....	29
<표 8> 국민의 급여확대 선호도와 비급여 중 비율 .....	30
<표 9> 지역별 의료기관 및 병상 수, 의사 인력 분포 현황 .....	38
<표 10> 주요 OECD 국가의 전체 병상 중 공공병상의 비율 (병상 수 기준) .....	44
<표 11> 공공/민간 의료 기관 현황, 1999년 .....	45
<표 12> 공공병원의 의사 충족 현황, 2002년 .....	46
<표 13> 보건복지부 산하 위원회 중 총28개 중 민간단체의 위원회 참여비율 .....	63
<표 14> 20세 이상 성인의 지난 1년간 자살 사고(思考)율, 2001 .....	96
<표 15> 세계보건기구의 건강증진 접근 전략 .....	102
<표 16> 병원에서 환자 알권리 항목별 이행여부 .....	129
<표 17> 국민건강증진종합계획 세부 영역별 보건목표 .....	156
<표 18> 공공 및 민간부문의 영유아 예방접종 실적 행정보고통계(1999년) .....	162
<표 19> 연도별 어린이 안전사고 사망률 .....	171
<표 20> 14세 이하 어린이 사고 유형별 사망자수 및 비율 .....	172
<표 21> 아동복지법시행령 제4조 별표 3 안전교육 기준 .....	174
<표 22> 교육인적자원부와 보건복지부 급식지원 아동현황 .....	180
<표 23> 2004년 교육부 급식지원 결식아동 현황 .....	180
<표 24> 영양소별 영양권장량의 75% 미만을 섭취하는 대상지 비율 .....	182
<표 25> 희귀난치성 질환자 의료비 지원 현황 .....	191
<표 26> 공적으로 시행하는 암 검진사업 .....	258
<표 27> 각국의 여성 경제활동참가율 비교 .....	281
<표 28> 산전·후 휴가 활동 현황 .....	282
<표 29> 현재 직장에서 유급산전후휴가를 받을 수 있는지 여부 .....	282
<표 30> 제왕절개분만율의 국제 비교 .....	291
<표 31> 미국, 일본의 급여 및 수가체계 비교 분석 .....	309
<표 32> 수가체계 개발방향 .....	313



<표 33>	방문간호 서비스 (안)	314
<표 34>	현존하는 영구치아의 수 (개)	321
<표 35>	70세 이상 노인전체 인구 중 틀니희망자 보험적용 시 재정소요	322
<표 36>	외국의 의치 보험급여현황	323
<표 37>	의료보장형태에 따른 재원일수 및 입원환자수의 분포	336
<표 38>	의료급여 정신과의 수가체계 (2003년 1월 1일 시행)	338
<표 39>	2000년도 현재 우리나라 장애인 추정수와	345
<표 40>	장애유형별 보장구 소유 여부	352
<표 41>	일본의 장애인 품목별 국가지급율	353
<표 42>	정부의 연도별 환자 1인당 AIDS진료비 지원액	363
<표 43>	2003년 캐나다의 주요 영역별 에이즈 예산	365
<표 44>	미국 오리곤주 교정국의 수용자 정기검진 항목	376
<표 45>	재소건강진단규칙의 건강진단 항목	377
<표 46>	대한가정의학회가 추천하는 남녀의 연령별 건강검진 항목	378
<표 47>	유명인사와 일반수용자의 구금시설 내 보건의료서비스 이용실태 비교	380
<표 48>	보건의료영역의 쟁점과제별 의견수렴조사 방법	388
<표 49>	대상자의 쟁점과제별 의견수렴조사 방법	388
<표 50>	평균 총점 상위 10위의 쟁점 과제 변화	394
<표 51>	최우선적으로 해결되어야 할 쟁점과제	396
<표 52>	전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (보건의료구조)	397
<표 53>	전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (보건의료과정, 건강결과)	399
<표 54>	전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (생애주기 I)	400
<표 55>	전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (생애주기 II)	401
<표 56>	전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (소수자)	402
<표 57>	전문가가 선택한 급여전환이 시급한 항목의 우선순위	404
[그림 1]	의약분업 전후 항생제 처방의 변화	78
[그림 2]	연도별 자살에 의한 사망률 추이	96
[그림 3]	교육 수준에 따른 연령 보정 사망률의 비	146
[그림 4]	건강 불평등에 대한 대응 활동의 양상	147
[그림 5]	요양보호서비스 기본체계	313
[그림 6]	65세 이상 노인의 소득수준별 영양소 섭취량 비교	328
[그림 7]	국민의견수렴 방법	387
[그림 8]	건강 결정요인의 통합 모형	408

## 요약

### 1. 건강권 (Right to Health)

- 자유와 평등을 추구하는 사회적 투쟁에서 최근에 등장한 개념임.
- 사회권 규약 12조에서는 건강권을 “도달 가능한 최고 수준의 신체적 정신적 건강을 향유할 권리”라고 정의함.
- 보건의료서비스에 대한 권리가 아니라 사람들이 건강한 삶을 영위할 수 있는 환경을 증진시키는 광범위한 사회경제적 요인을 포괄할 뿐 아니라 건강결정요인까지 정의를 확대할 수 있음.
- 건강권을 명시한 선언 및 협약
  - －세계 인권선언문(1948), 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제 규약 (1976), 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약 (1969), 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약 (1981), 아동의 권리에 관한 협약 (1990) 등
- 건강권을 명시한 법령
  - －헌법 제 36조 제 3항 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다
  - －보건의료기본법 제10조 ① 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.
  - ② 모든 국민은 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.

### 2. 보건의료구조의 영역별 쟁점정리

#### 1) 재정과 의료보장

- 국민의료비 중 공공재원 비율의 증대
  - －공공재원 비율의 확대에 대한 사회적 합의가 필요하며 보건의료관련 통계 지표 생산 시 전체 의료비, 공공부문/민간부문, 공공과 민간의 부담 비율 등의 국민의료비에 대한 각종 거시지표를 공개하고, 보건의료의 공공성 확대 정책을 수행하는데 근거로 활용해야 함.
- 보험료 부담의 적절성과 형평성 확보
  - －건강보험을 통합했지만 보험료 부담의 적절성과 형평성 확보가 미흡하다. 지역과 직장 가입자 모두 형평성 상 재원조달을 못하고 있음.
- 급여수준의 상승과 범위 확대
  - －높은 본인부담률이 보건의료서비스의 경제적 접근성을 저해하므로 건강보험의 보장성 강화를 위해서 급여체계를 개정하는 것이 시급함.

## 2) 보건의료 자원 개발과 배치

### ○ 보건의료자원의 지역간 균형 개발과 배치

—보건의료 자원은 다른 분야의 자원과 마찬가지로 수도권을 중심으로 한 지역 편중 현상이 심하게 나타나고 있으며 지역간 불평등이 발생하는 핵심은 무엇보다 우리 사회 보건의료 체계의 과도한 민간의존성이 크기 때문.

### ○ 공공의료기관 확충

—공공의료 확충의 실질적 장애요인이 보건의료 영역 외부에서 발생하는 것은 공공성 강화에 대한 사회적 합의가 이루어지지 않았기 때문.

### ○ 필수 의약품에 대한 접근성 보장

—필수의약품의 수급 자체에는 큰 문제가 없으나 의료보장의 범위나 수준 확대가 관건임. 필수적인 희귀의약품의 공급도 꾸준한 추진전략을 진행하고 있지만 지적재산권과 관련한 약품 문제의 경우 특정 약품에 대한 기금지원(예, 글리백 환자기금) 사업을 전개해야 함.

### ○ 효과적인 지역사회/재가(在家) 의료서비스 개발

—목표 설정과 지표 선정, 지속적인 평가를 할 수 있는 틀을 마련하되, 지역사회의 참여가 필수적임.

## 3) 보건의료 구조의 사회민주적 통제

### ○ 시민들의 정책참여를 활성화하려면 첫째, 보건복지부의 정책자료를 시민들에게 공개

### ○ 참여연대의 시민과학센터와 최근에 설립된 시민과학참여센터와 같이 과학기술 개발에의 시민참여가 활성화되고 있음. 보건의료기술개발에 막대한 투자를 하고 있지만, 궁극적으로 국민을 위한 투자인가 자문해봐야 함.

### ○ 보건정책에서 여성은 소외되어 왔지만, 앞으로 건강결과(health outcome)의 성별영향분석평가를 도입해서 젠더관점에서의 보건정책결정의 정책근거로 활용하는 것이 필요함.

## 3. 보건의료과정의 영역별 쟁점정리

### 1) 보건의료 서비스

#### ○ 질 높은 보건의료서비스의 보장

—잘 훈련된 의료진, 과학적으로 승인되고 유효한 의약품과 의료 장비, 안전하고 편리한 식수, 충분한 위생 등이 질 평가 기준에 포함됨. 누구나 질적으로

우수한 서비스를 제공받는 것은 보건의료 서비스를 통한 건강권 보장에서 아주 기본적인 부분이라 할 수 있다.

- 효과적인 응급의료체계 확립
  - －응급의료수가 설정과 관련하여 의료보장의 본인부담 수준을 오히려 더욱 상승시킬 우려가 상존
- 포괄적인 정신보건 서비스 제공
  - －정신 건강은 중요한 건강 구성 요소의 한 부분이며, 정신보건 서비스라는 것은 특정한 정신질환 환자에 대한 의료 서비스가 아닌 이러한 건강 개념의 일부로서 포괄적인 정신 건강을 도모하는 서비스가 제공되어야 함.

## 2) 보건사업

- 건강한 선택이 쉬운 선택이 될 수 있는 환경조성
  - －정부에서 추진하는 건강증진 사업 중 일부는 금연 정책처럼 포괄적인 사회적 접근을 시도하고 있지만 여전히 대부분은 개인의 행동 수정을 중심으로 하는 보건소 건강증진 사업에 중점을 두고 있음.
- 안전한 식수와 식품의 가용성 보장
  - －① 국민적 합의를 바탕으로 한 국가 차원의 식품안전전략이 수립되어야 하고, ② 포괄적인 식품 안전법을 제정하고 관련 법률을 정비해야 하며, ③ 이를 관리할 수 있는 조직체계를 효과적으로 개편해야 하며, 이를 위해 “건강권”을 중심에 둔 여러 부처들의 라운드테이블이 구성되어야 함.
- 환경 유해요인의 회피
  - －환경 요인으로 인한 건강 피해의 종류와 범위는 매우 다양하며 그 효과가 장기적으로 나타나는 경우가 많음. 사회적 책임과 국가 정책의 중요성이 강조되고 있음. 환경에 의한 건강영향을 파악하고 이에 대한 종합 대책을 세우는 환경보건 정책이 필요하며 환경보건대책의 수립에서 보편적인 접근은 물론 어린이, 빈곤층 등의 취약 계층에 대한 우선순위 선정을 통해 형평성을 확보하는 것도 중요한 과제임.
- 보건사업의 개발과 시행에서 젠더, 형평의 관점 도입
  - －젠더의 각종 보건정책과 사업에서의 “형평”의 관점을 확보하고, 특히 성주류화를 시키는 것이 중요함.

## 3) 환자권리

- 환자가 충분한 정보를 가지고 의료서비스 결정에 참여할 수 있는 방안 마련

- 의사의 설명의무 환자의 진료비에 대한 알권리를 보장하고, 환자의 자기결정권 확대를 위해서 정부 노력이 필요함.
- 의료분쟁 발생 시 환자 자신이 진실을 추구할 수 있는 권리 보장
  - 환자가 의료분쟁에서 불리한 이유 사고의 사실을 입증할 수 있는 유일한 단서인 의무기록을 의료진이 독점하기 때문임. 의료분쟁에서 환자가 자신의 진실을 추구할 수 있는 권리가 '권리'자체로 인식되고 있지 못함.
- 개인의 건강 및 의료 이용 정보에 대한 보호 방안 개발
  - 의료정보를 포함한 프라이버시법이 제정되고, 개인의 의료정보 유출에 대한 엄중한 처벌이 법제화되어야 함.

#### 4. 건강 결과의 쟁점정리

- 건강결과에서의 형평성 확보에서 가장 중요한 것은 상태의 진단과 이에 따른 목표 설정임. 자료의 생산과 지표 개발하고 국가 수준의 건강 형평성 백서를 출간해야 함. 광범위한 사회적 합의를 통해 건강 형평성의 목표를 설정해야 함. 연구와 형평 관련 정책 개발 연구에 대한 국가적 지원을 확대하고 건강 형평성의 모니터링과 정책 영향 평가를 할 필요가 있음.

#### 5. 생애주기별 대상자의 쟁점정리

##### 1) 어린이

- 필수 예방접종의 실시
  - 선진국은 물론 많은 개발도상국들에서조차 필수 예방접종을 국가에서 관리 통제하며 무료 접종을 실시하고 있지만 우리나라는 여전히 민간의 의존비율이 높음. 전체 아동의 예방접종 무료 실시와 취약 계층 어린이들에 대한 보완책 마련이 시급함.
- 보호권: 사고 및 손상 예방
  - 어린이 안전사고는 어린이 사망원인 중 대부분을 차지함. 다른 OECD 회원국에 비하여 높은 어린이 사고-사망률을 보이고 있지만 사회 전반의 안전 불감증 및 어린이 안전사고 예방을 위한 제도 및 사회적 인프라가 부재함.
- 영양 : 저소득층 아동-청소년 대상의 영양 프로그램 개발
  - 아동 빈곤의 증가와 아동기에 불충분한 혹은 부적절한 영양 공급은 향후 성인기 이후에도 지속적이 건강 문제를 일으킬 수 있다는 점에서 아동의 영양 문제는 매우 중요함. 포괄적인 영양 정책이 세워져야 할 것임. 학교를 통한 영양 교육, 지역사회 영양 사업, 보육시설에서 초·중·고등학교에 이르는 포괄

적인 급식 정책, 빈곤 아동에 대한 식사 지원 등이 포함되어 있어야 함. 무료 급식 지원과 관련하여 결식아동의 정확한 규모 추정 작업이 진행되어야 할 것이며, 이는 아동 빈곤 전체에 대한 포괄적인 평가의 형태로 이루어져야 함.

- 회귀난치성 질환 및 선천적 장애에 대한 급여 수준 상승
  - 현행 정부 정책은 빈곤 계층 위주로 설계되어 있는데 중산계층의 가정이라고 해도 회귀난치성 질환으로 인한 부담 때문에 경제적 위기를 경험하는 경우가 있다는 점을 생각하면 이에 대한 포괄적인 급여 수준 확대가 좀더 바람직한 방법임.
- 장애 아동의 재활 치료 기관 및 급여 수준 상승
  - 실질적인 예산 확보를 위해서는 강제적인 법조항 개정이 필요함. 어린 시절의 발달 지체는 평생 후유증이 남길 수 있다는 점에서 재활 서비스에 대한 적극적인 의료보장이 필요하며 의료보장구 구입에 대해서도 전액 무료 지원이 필요함.
- 학대/방치 아동의 의학적 치료에 대한 급여 범위 확대
  - 학대 아동은 신체적 가해 및 심리적 스트레스를 겪고 있기 때문에 학대 후 의료적 서비스 제공을 통하여 아동의 보호권과 더불어 건강권을 보장해 줄 수 있어야 함. 특히, 학대 유형으로 볼 때 신체적 가해, 언어폭력, 방임 등으로 학대로 인한 의료 기관 이용을 보장해 주는 것 뿐 아니라 폭력으로 인하여 불안정한 정서와 스트레스를 치료 할 수 있도록 심리치료 및 정신 건강을 위한 프로그램을 통한 개입을 해야 함.

## 2) 청소년

- 영양 : 저소득층 청소년 대상의 영양 프로그램 개발
  - 사춘기시절의 발육과 영양은 밀접한 관계에 있으며 균형 잡힌 영양식과 규칙적인 영양의 공급은 청소년의 신체 건강을 결정함. 특히, 저소득층 아동들의 잦은 결식으로 영양장애가 발생할 위험이 높은 상황에 처해 있음.
- 체육 : 학교 체육 활동의 최소 기준 설정
  - 교과 과정으로서가 아니라 지역사회 안에서 다양한 -체육활동의 경험을 가질 수 있다면 매우 바람직하겠지만, 시간과 안전한 운동 장소, 적절한 시설을 확보하기가 어려운 상황에서 학교 체육은 아동/청소년 계층의 체육 활동을 보장하고 올바른 운동 습관을 교육할 수 있는 최소한의 영역임. 체육 교과목에 대한 고정 관념을 버리고 청소년의 건강을 유지 증진 할 수 있는 건강 보장의 실질적 도구로 이해 할 수 있어야 함.

- 성 : 피임, 임신, 성범죄 피해 등 시급한 문제에 대한 지원프로그램 도입
- 유해건강행동예방
  - 오늘날의 청소년은 사회적 경제적 약자의 신분이라는 이유로 인권이 유린되거나 성 건강권이 위협을 받고 있음. 청소년기의 음주 행동 및 흡연 습관은 성인의 음주 행동 및 건강을 결정하는 기초가 되며 청소년기의 폭음 및 잘못된 음주 습관은 성인이 된 후 알코올 의존자가 될 가능성이 높으며, 청소년기의 흡연은 성인이 되어서도 담배를 끊지 못하는 어려움을 겪게 됨. 청소년 흡연·음주 문제 해결의 초점은 학교에서의 예방 교육과 일선 학교에서 일괄적으로 단속·강화를 통하여 학생의 흡연 현장 적발 및 알코올 섭취 원천 봉쇄를 목적으로 하고 있음. 소년의 성장에 영향을 주는 해로운 물질 및 약물 남용을 접하기 전에 교육을 통해 불건강이나 해로움을 알리는 것도 중요
- 정신건강 지원 및 학교 폭력 피해/가해 학생의 재활/적응 프로그램 도입
  - 학교 내에서의 '왕따 현상'은 학교 폭력의 대표적인 예를 보여 주는 것으로 또래간 차별과 배제의 논리에 의한 반인권적 현상이며 이것이 물리적 정신적 폭력으로 이어지게 되는 것임. 청소년폭력 예방이 무엇보다 중요하며 폭력 및 비행이 발생하고 습관화 되기 이전에 원천적으로 예방 할 수 있도록 하여야 하며, 예방·통제에 있어 학교 및 공공기관의 협조아래 지역사회와의 참여를 촉진할 수 있어야 함. 동시에 만성적이며 폭력의 수위가 높은 청소년들에 대해서는 사법적인 대응 또한 강화하여 학교 폭력을 근절 할 수 있도록 해야 함.
- 일하는 청소년에 대한 노동안전보건법규 강화
  - 법과 제도적으로 근로 청소년 보호를 위한 규제조치들이 있음에도 여전히 서비스 업종 및 미려가 노동 현장에서 청소년의 노동력 착취는 계속되고 있음. 청소년들을 대상으로 올바른 정보를 얻을 수 있도록 함과 동시에 직업 교육 및 훈련 프로그램을 더욱 활성화가 필요함.

### 3) 성인

- 비용효과적인 예방서비스에 대한 급여 범위 확대
  - 다양한 보건예방사업은 각종 질병에 대한 조기 발견과 사전 예방 활동을 통하여 국민건강을 증진할 뿐만 아니라 삶의 질을 향상시키고 장기적으로 급여비를 억제함으로써 비용-효과적임. 급여의 확대가 진행되면서 이러한 예방서비스들도 고려의 대상이 되고는 있지만 여러 예방서비스에 대한 비용-효과에 대해서 분석이 선행되어야 함.
- 고용형태에 따른 노동안전보건 법규 적용에서의 차별 금지

—안전보건과 관련된 처우를 비정규직 노동자에게도 평등하게 적용할 수 있도록 관련법을 개정하고, 실질적으로 이것이 잘 지켜질 수 있도록 관리 감독 하는 것이 필요함. 궁극적으로는 비정규직 근로자를 채용하는 것 자체를 엄격히 규제해 나아가야 함.

○ 불법이주노동자에 대한 노동안전보건서비스 제공 및 필수 의료서비스 지원 방안 개발

—불법이주노동자들이 산업안전보건은 물론 각종 국내법 상에서 인권의 사각 지대에 놓여 있음. 불법체류자의 경우 건강보험 미적용으로 인한 애로사항이 매우 심각한 상태로, 아파도 쉽사리 의료기관을 찾기 어려운 형편임. 의료공제회 등에 대한 정부차원의 지원, 응급의료에관한법률의 실질적인 적용확대가 필요할 것임.

○ 성(性) 건강, 혹은 가족 구성에 대한 자기 결정권

—진정한 성적 자기결정권은 여성과 남성 모두에게 해당되는 문제임. 본인의 성적 지향성과 정체성을 스스로 판단하고 이에 따라 가족을 구성하며 임신과 출산 등 재생산에 이르기까지 주체적인 결정을 내릴 수 있는 권리로 폭넓게 인식되어야 하며 이를 뒷받침할 수 있는 법령이 보완되어야 함.

#### 4) 모성

○ 필수 산전/산후 진료에 대한 급여 확대

—최소한의 출산에 있어서 여성의 선택권을 보장 할 수 있는 제도 마련이 필요하며 무분별한 제왕절개 수술이 행해지고 있는 과잉 의료 진료에 규제조치 마련이 필요함.

○ 출산방식에 대한 자기결정권 확대

—의료 소비자의 알 권리를 충분히 보장하여 출산에 있어서 산모의 출산 방식 선택권이 보장 될 수 있도록 홍보·교육에 있어서도 정부가 관심을 가져야 함.

○ 산모의 진료 환경에 대한 사생활 보호 법제화

—환자의 사생활 보호를 위한 시설 기준을 마련하고 개별 의료기관 평가 항목으로 구체화하여 관리·감독을 할 수 있도록 해야 함.

○ 여성이주노동자의 모성/영아 보호

—합법/비합법 이주 노동자에 대한 포괄적인 의료보장 적용과 더불어 특히 취약 계층인 여성 이주노동자의 모성 보호를 위해 기존 국내 법규에 이들에 대한 보호를 명시할 필요가 있음.

○ 장애 여성의 임신/분만에 대한 지원 서비스 마련



—생식보건과 관련하여 장애 여성은 일반 여성에 비해 자기 결정권이 더욱 낮고 모성 보건 서비스에 관한 정보나 실제 접근성, 사회적 지지에 이르기까지 어려움이 많은 상황임. 여성 장애인의 생식권 보장을 위해서는 의료적 보장 뿐 아니라 사회 복지 서비스와의 연계는 필수적이며 산전/분만/출산 후 단계별로 필요한 의료 서비스 제공하고 및 자녀 양육의 부담을 덜어 줄 수 있도록 장애 여성 자녀의 양육지원 할 수 있어야 함.

## 5) 노인

### ○ 장기 요양 시설 및 서비스에 대한 급여 수준 확대

—장기요양서비스의 급여는 의료·복지·요양 등 복합적인 서비스체계의 개발이 불가피하고, 포괄적인 장기요양서비스체계 구축, 서비스의 연속성 및 체계화를 고려한 적절한 요양서비스에 따른 별도의 수가체계 개발이 필요함.

### ○ 재가 보건 서비스 확충

—시급히 재가복지사업을 확충·정비하되, 전통적인 가족보호를 선호하는 노인들의 의식을 감안하여 가족체계를 보존하고 그 기능을 지원하는 방향에서 정책을 추진해 나아가야 함.

### ○ 안(眼)/구강 보건 서비스 급여 확대

—백내장 수술 같은 경우는 가장 비용·효과성이 높은 의학적 처치 방법으로 알려져 있는 바, 기본적인 안/구강 서비스의 급여 확대만으로도 노인들의 삶의 질 향상에 큰 도움이 될 수 있을 것임. 가장 바람직한 방법은 차상위계층부터 점차적으로 확대해 나가는 것임.

### ○ 영양 프로그램 개발

—가계가 어려운 노인계층에게는 무료급식 혹은 식재료 공급 프로그램을, 치아의 결손으로 인해 식품섭취가 어려운 경우에는 앞 절에서 언급한 구강 보건서비스 확대 등 포괄적인 전략 개발이 필요함.

## 6. 취약집단의 생점정리

### 1) 빈곤층

#### ○ 기초생활보장 비수급 빈곤층과 차상위 계층에 대한 의료급여 서비스 제공

—빈곤과 건강의 악순환에 대해서 정부가 공감하고 빈곤에서 탈출할 수 있는 기반이 될 수 있는 적극적 의료보장제도로 만들어가야 함.

### 2) 정신질환자

- 의료보장형태에 따른 처방 및 진료량의 차이 해소
  - －의료보장형태에 따라 다르게 제공되고 있는 정신보건의료서비스에 대한 현황조사를 실시하여 정부차원의 실태파악을 해야 함.
- 정신보건시설의 환경 위생 확보, 적절한 보건의료서비스 제공, 인권 보장
  - －정신보건질환의 치료가 장기입원 중심이므로 정신보건시설의 환경과 제공되는 서비스의 질은 인권차원에서 매우 중요함. 정신보건시설을 총체적으로 관리할 수 있는 감독기관을 만들어 정신질환자의 인권과 환자권을 보장해야 함.

### 3) 장애인

- 보건의료 시설 이용이 가능하도록 이동권 보장
  - －장애인의 건강권을 보장하기 위해서는 보건의료서비스에 대한 접근권 보장이 일차적인 선결문제임. 노스캐롤라이나장애건강연구소의 기준을 중심으로 우리나라 의료기관의 장애인 이용실태에 대한 현황조사를 하고 이를 바탕으로 장애인의 이동권을 확보하기 위한 방안을 마련해야 함.
- 재활치료 및 필수 보장구에 대한 급여수준 상승과 범위 확대
  - －장애인의 건강권 보장에서 재활 치료 및 필수 보장구의 활용은 인간다운 생활을 위한 최소한의 요건이므로, 조건의 평등을 실현하기 위한 적극적 조치(affirmative action)을 취해야 함.

### 4) HIV/AIDS 환자

- 보건의료서비스 이용 시에 낙인 및 차별 해소, 사생활 보호
  - －AIDS 감염자 ‘색출’과 ‘추적관리’중심의 HIV/AIDS 관리는 감염자를 사회에서 숨게 만들고 감염인의 인권을 침해하므로 관리방식의 전환이 시급함.
- 검사/치료비 지원 확대
  - －감염인으로 판정된 경우 대부분 경제능력을 상실하게 되어 AIDS 발병억제제와 진료비 등을 부담할 수 없게 됨. 경제적으로 취약한 상태에서 고비용의 치료비가 지출되어야 하기 때문에 치료서비스와 AIDS 감염인을 위한 복지서비스도 연계가 될 필요함.

### 5) 구금시설 수용자

- 구금시설 내 환경 위생 개선
  - －냉·난방, 개인 위생시설, 조명 등이 건강에 위해하다면, 장기적으로 수용자의 건강에 부정적인 영향을 끼칠 것임. 외국의 교정시설 기준과 국내의 구금시설

환경위생 환경에 대한 비교실태조사를 수행해야 함.

- 필수 항목에 대한 주기적인 건강검진 실시
  - 구급시설 수용자들의 정기적인 건강검진 항목으로 대한가정의학회의 평생건강관리 권고안을 추천. 법무부는, 보건복지부, 건강보험공단의 유기적인 협력체계 필요
- 사회적 지위, 죄목, 혹은 형의 수준과 무관하게 의학적 필요에 근거한 보건의료서비스 이용 기회 부여
  - 구급시설의 모든 이들이 건강할 수 있도록 그들만큼 배려를 받아야 함. 병보석과 형집행정지에 대한 명확한 기준을 마련해서 사회경제적 지위, 학력, 형의 수준에 관계없이 의학적 필요에 따라 모든 사람들이 보건의료서비스를 받을 수 있어야 함.
- 일반인과 동일한 필요에 대해 동일한 수준의 의료서비스 이용 보장
  - 미국의 교정의료국가위원회와 같은 위원회가 법무부 산하에 신설되어야 함. 정기적으로 구급시설 내 보건의료에 대한 평가작업 필요.

## 7. 종합 결론

- 건강 결정요인 중심의 건강 정책 수립 영국의 경험 : 보건의료 정책에서 건강 정책으로
- 건강영향평가 제도화
  - 건강영향평가는 보건의료 영역을 넘어서 건강을 중심으로 통합된 정책을 개발하는 데에 핵심적인 방법
- 보건의료 영역의 사회민주적 통제 강화
  - 정보 공개 중앙/지방 정부의 관련 위원회에 노동계 시민사회 참여 보장
  - 공공 성격의 기관 운영에 노조/시민사회/주민들의 정규 참여 보장
  - 주요 이슈에 대한 공청회, 시민합의 제도 등 여론 수렴 기회 확대
  - 건강영향평가 제도 확립

# 1 장 연구의 개요

## I. 연구배경

### 1. 건강권의 개념과 정의

인권의 개념과 범주는 시대적 혹은 사회적 조건 속에서 규정되고, 인권 운동의 역사 속에서 그 의미가 확장되어 왔다. 사회권 개념의 등장은 근대의 자유권 중심 인권 개념으로부터 실질적인 자유와 평등을 추구하는 사회적 투쟁 속에서 비롯된 것이라 할 수 있다. 건강권이 권리로 등장한 것도 다른 사회권과 마찬가지로 비교적 최근의 일이라 할 수 있다.

당연한 주장이지만, 건강이 인류가 추구해야 할 유일한 목적은 아니며 건강을 추구하는 것은 종종 다른 목표와 갈등을 일으킬 수도 있다. 하지만, 아미티야 센의 지적대로 건강함은 개인적 잠재력의 필수적인 요소이며, 건강하기에 얻을 수 있는 자유를 통해 우리가 소중하게 여기는 다른 계획과 과제를 추구할 수 있다<sup>1)</sup>는 점에서, 즉 다른 인권의 실행에 필수 불가결한 근본적인 권리<sup>2)</sup>라는 점에서 특히 중요하다.

#### 1) 건강권의 개념과 정의

세계보건기구(WHO)에 의한 건강의 정의가 “단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전한 안녕 상태”를 의미한다면, 유엔에서는 건강권을 “도달 가능한 최고 수준의 신체적 정신적 건강을 향유할 권리”(사회권 규약 12 조)로 정의하고 있다. 이는 보건의료 서비스에 대한 권리에 한정된 것이 아니며 사람들이 건강한 삶을 영위할 수 있는 환경을 증진시키는 광범위한 사회경제적 요인들을 포괄할 뿐 아니라 기저의 건강 결정 요인까지 그 정의가 확대될 수 있음을 의미한다. 우리나라의 국내법 또한 건강권을 국가로부터 건강을 보호받을 수 있는 광범위한 권리로 이를 정의하고 있다. 건강권을 언급하고 있는 주요 국제 인권규약과 국내법을 살펴보면 다음과 같다<sup>3)4)</sup>.

1) 이치로 가와치, 브루스 케네디 저. 김명희, 유원섭 옮김. 『부유한 국가, 불행한 국민』 서울 : 몸과 마음 2004

2) UN CESCR. The right to the highest attainable standard of health. 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General comments)

3) [http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_ceschr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm)

(1) 세계인권선언문(1948)

- 제 3조 : 모든 사람은 생명과 신체의 자유와 안전에 대한 권리를 가진다.
- 제 25조 : 모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령, 또는 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 가진다.

(2) 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제 규약(1976)

- 제12조 : 1. 이 규약의 당사국은 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다. 2. 이 규약당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다. (a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육, (b) 환경 및 산업위생의 모든 부분의 개선, (c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제, (d) 질병 발생시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성

(3) 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약 (1969)

- 제5조 : 제2조에 규정된 기본적 의무에 따라 계약국은 특히 아래의 제 권리를 향유함에 있어서 인종, 피부색 또는 민족이나 종족의 기원에 구별없이 만인의 권리를 법 앞에 평등하게 보장하고 모든 형태의 인종차별을 금지하고 폐지할 의무를 진다... (e) 경제적, 사회적 및 문화적 권리 특히 ... (iv) 공중보건, 의료, 사회보장 및 사회봉사에 대한 권리

(4) 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약 (1981)

- 제11조 : 1. 당사국은 고용 분야에서 남녀평등의 기초 위에 동일한 권리 특히 다음의 권리를 확보할 목적으로 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취하여야 한다. ... (f) 건강보호에 대한 권리 및 생식기능의 보호조치를 포함한 노동조건
- 제12조 : 1. 당사국은 남녀평등의 기초 위에 가족계획에 관련된 것을 포함한 보건 사업의 혜택을 확보하기 위하여 보건 분야에서의 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취하여야 한다. 2. 본조 제1항의 규정에도 불구하고 당사국은 여성에 대해 임신 및 수유기 동안의 적절한 영양 섭취를 확보하고 임신, 해산 및 산후조리 기간과 관련하여

적절한 역무제공을 확보하여야 하며, 필요한 경우에는 무상으로 이를 제공하여야 한다.

(5) 아동의 권리에 관한 협약 (1990)

· 제24조 : 1. 당사국은 도달 가능한 최상의 건강수준을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 건강관리 지원의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다. 2. 당사국은 이 권리의 완전한 이행을 추구하여야 하며, 특히 다음과 같은 적절한 조치를 취하여야 한다. (a) 유아와 아동의 사망률을 감소시키기 위한 조치, (b) 기초건강관리의 발전에 중점을 두면서 모든 아동에게 필요한 의료지원과 건강관리의 제공을 보장하는 조치, (c) 환경오염의 위험과 손해를 감안하면서, 기초건강관리 체계 안에서 무엇보다도 쉽게 이용 가능한 기술의 적용과 충분한 영양식 및 깨끗한 음료수의 제공 등을 통하여 질병과 영양실조를 퇴치하기 위한 조치, (d) 산모를 위하여 출산 전후의 적절한 건강관리를 보장하는 조치, (e) 모든 사회구성원 특히 부모와 아동은 아동의 건강과 영양, 모유·수유의 이익, 위생 및 환경정화 그리고 사고예방에 관한 기초 지식의 활용에 있어서 정보를 제공받고 교육을 받으며 지원을 받을 것을 확보하는 조치, (f) 예방적 건강관리, 부모를 위한 지도 및 가족계획에 관한 교육과 편의를 발전시키는 조치 3. 당사국은 아동의 건강을 해치는 전통관습을 폐지하기 위하여 모든 효과적이고 적절한 조치를 취하여야 한다. 4. 당사국은 이 조에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여 국제협력을 촉진하고 장려하여야 한다. 이 문제에 있어서 개발도상국의 필요에 대하여 특별한 고려가 베풀어져야 한다.

(6) 대한민국 헌법 (제 2장 국민의 권리와 의무)

· 제 34조 (1) 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다. (2) 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다

· 제 35조 (1) 모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며, 국가와 국민은 환경보전을 위하여 노력하여야 한다.

· 제 36조 (3) 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

(7) 보건의료기본법 (제 2장 보건의료에 관한 국민의 권리와 의무)

· 제10조 (건강권 등) (1) 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다. (2) 모든 국민은 성

별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.

## 2) 건강권의 핵심 요인

유엔 경제사회이사회<sup>5)</sup>는 건강권이 “건강해질 권리”는 아니며, 자유(freedom)와 권리 부여(entitlement)의 두 가지 측면을 포함한다고 하였다. 여기에서 자유란 1) 성(性)과 재생산의 자유를 포함한 스스로의 건강과 신체를 통제할 수 있는 자유, 2) 고문이나 합의되지 않은 의학적 치료나 시험을 당하지 않을 자유처럼 간섭으로부터의 자유를 지칭한다. 반면 권리 부여는 사람들이 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 수 있는 기회의 동등성을 제공하는 건강 보호 체계에 대한 권리를 포괄한다. 이 때 “도달 가능한 최고 수준의 건강” 개념은 개인의 생물학적·사회경제적 전제조건과 해당 국가의 가용한 자원을 함께 고려한 것이다. 결국 건강권은 도달 가능한 최고 수준의 건강을 실현하기 위해 필요한 다양한 시설, 상품, 서비스와 조건들을 향유할 수 있는 권리로 이해되어야 한다. 따라서 건강권은 다음과 같은 4가지 상호 관련된 핵심 요인들을 포함하고 있으며 정확한 적용 수준은 해당 국가의 상황에 따라 다르게 나타날 것이다.

### (1) 가용성 (availability)

· 충분한 양의 공중보건, 보건의료시설, 상품 및 서비스, 보건사업을 이용할 수 있어야 한다. 시설, 상품과 서비스의 성격은 국가의 발전 수준과 같이 다양한 요인에 따라 다르게 나타날 수 있지만 안전하고 간편한 식수와 충분한 위생시설, 병원 및 다른 보건의료 기관, 훈련된 의료진, WHO Action Programme on Essential Drugs가 정의한 필수 의약품 제공처럼 잠재적으로 건강을 결정하는 요인이 모두 포함되어야 한다.

### (2) 접근성(accessibility)

보건의료 시설, 상품 및 서비스에 모든 사람이 차별 없이 접근 가능해야 한다.

### 가. 비차별(non-discrimination)

: 보건의료 시설, 상품 및 서비스는 모두에게 접근 가능해야 하며, 특히 법적으로든 실제로든 가장 취약한 인구 집단이 어떤 이유로든 차별을 받아서는 안 된다.

---

5) UN CESCR. The right to the highest attainable standard of health. 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General comments)

나. 물리적 접근성(physical accessibility)

: 보건의료 시설, 상품 및 서비스는 소수 민족, 원주민, 여성, 어린이, 청소년, 노인, 장애인, HIV/AIDS 감염자와 같이 특히 취약한 집단을 포함한 모든 사람들이 안전한 물리적 범위 내에서 접근 가능해야 한다.

다. 경제적 접근성(economic accessibility, affordability)

: 보건의료시설, 상품 및 서비스는 모두가 지불 가능해야 한다. 건강의 잠재적 결정요인과 관련된 서비스와 같은 보건의료 서비스의 지불 체계는 공공 또는 민간이 제공하든 간에 사회적 취약 집단을 포함한 모든 사람들이 지불 가능해야 한다.

라. 정보 접근성 (information accessibility)

: 건강과 관련된 정보와 의견을 찾고, 받고 공유할 수 있는 권리를 포함하며, 그러나 이것이 비밀 보장된 개인의 건강 자료에 관한 권리를 손상시켜서는 안 된다.

(3) 수용성(acceptability)

모든 보건의료시설, 상품 및 서비스는 의료 윤리적으로 문화적으로 사회 구성원이 받아들일 수 있는 수준이어야 한다. 개인이나 소수 민족과 지역사회의 문화를 존중해야 하고 젠더에 민감하거나 생애주기 같은 요소들이 고려되어야 한다.

(4) 질(quality)

보건의료 시설, 상품 및 서비스는 문화적으로 수용 가능할 뿐만 아니라 과학적으로 의학적으로 적절한 양질로 제공되어야 한다. 특히 잘 훈련된 의료진, 과학적으로 승인되고 유효한 의약품과 의료 장비, 안전하고 편리한 식수, 충분한 위생 등이 포함된다.

**3) 건강권 개념의 구체화 : 건강 형평성의 이슈화**

1978년 알마아타 선언이 “모든 이들에게 건강을!”이라는 구호를 채택한 이래, 건강에서의 형평성(equity) 이슈는 보건의료 영역을 넘어서 광범위한 사회적 논의를 촉발시켜왔다. “건강에서의 형평성(equity in health)”이란 사회적, 경제적, 인구학적, 혹은 지역



적으로 구분된 인구집단 사이에 구조적이고 교정가능한 차이가 없다는 것을 의미한다<sup>6)</sup>. 이러한 논의들은 직접적으로 “건강권”이라는 용어를 사용하지는 않았지만 사회권으로서 건강권의 특징을 잘 보여줄 뿐 아니라, 평등한 건강권의 보장 문제가 객관적인 지표와 사회/보건 정책으로 구체화될 수 있음을 보여주었다. 이러한 맥락에서 세계보건기구와 경제협력개발기구(OECD)는 국민 건강 수준의 ‘평균(average)’적 향상은 물론 ‘분포(distribution)’의 문제를 국가보건정책에 포함시키도록 권고하고 있으며<sup>7)8)</sup>, 이와 관련된 수많은 학술 연구결과와 정책보고서들이 주요 선진국들을 중심으로 출판되어 실제 보건/사회 정책들로 적용되고 있다<sup>9)</sup>. 하지만 아직까지 우리 사회에서는 건강형평성의 이슈가 아직 학술 연구 영역에 머무르고 있으며 보건의료 서비스의 평등한 접근권 문제 이외에는 정책 영역의 관심을 끌지 못하고 있는 것이 현실이다.

한편, 건강 문제를 인권 측면에서 접근하는 경우 개인의 권리를 우선시하는 소비자주의 시각에 빠질 수 있다는 비판 또한 있어왔다. 하지만, “건강권”의 틀을 통해 아프리카 지역의 연구 사례들을 검토한 리뷰<sup>10)</sup>는 인권을 통한 접근 방식을 통해 시민적·정치적 권리로부터 사회경제적 권리에 이르기까지 전체 스펙트럼을 다룰 수 있으며, 개인주의적 소비자주의 방식보다는 집단의 맥락에서 권리를 자리매김해야 할 필요성을 강조했다. 특히 인권 접근 방식의 경우, 지역사회의 요구를 지역, 국가, 국제 수준으로 연결하는 과정에서 건강 목표를 증진시키며 형평성을 달성하는 데에 중요한 역할을 해왔다고 지적했다. 이 때, 지역 사회 참여 전략과 취약 집단의 조직화, 정보 공유와 투명성 등의 원칙이 중요하며 이는 보건 영역 외부의 자원을 유치하는 데에도 추가적인 기회를 제공한다고 하였다.

- 
- 6) Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health* 2002; 1:1-20
  - 7) Feachem RGA. Poverty & inequity: a proper focus for the new century. *Bulletin of World Health Organization* 2000;78(1):1-2
  - 8) Gwatkin DR. Critical reflection : Health inequalities and the health of the poor : What do we know? What can we do? *Bulletin of World Health Organization* 2000;78(1):3-18
  - 9) Mackenbach JP, Bakker M (eds). Reducing inequalities in health : A European perspective. Routledge. London 2002
  - 10) London L. How can human rights serve as a tool for health equity? The 3rd International conference of International Society for Equity in Health. Durban, South Africa June, 2004

## 2. 건강권 보장을 위한 국가의 역할

### 1) 사회권의 특성

사회권의 특성은, “자유권 사상”과 “시민법 질서”로 대표되는 “형식적 법치주의”에 대한 반성으로부터 시작되었다고 할 수 있다. 이는 간섭받지 않는 불가침의 마당을 제 공해주는 자유권적 기본권과 달리 “기회의 기회” 혹은 “가능성의 가능성” 자체를 실질적으로 보장해주는 기본권이다. 또한 물질적, 시설적 급부 등 특정한 재화와 서비스를 공급하는 국가의 적극적인 활동을 필요로 하며, 재정 투자와 직접 연계되어 있다는 점에서도 자유권과 다르다. 즉, 자유권은 헌법규정 자체만으로 실효성이 보장되는 반면, 사회권의 경우 구체적인 실현 내용은 정치적 형성의 과제로 주어지며 기본적으로 의회와 행정부의 정치적, 정책적 판단의 대상으로 이해된다<sup>11)</sup>. 따라서 실제 건강권 보장 수준을 파악하기 위해서는 관련된 법조문이나 선언적 수사가 아닌 정부의 실제 정책과 사업 내용을 살펴보아야 하며, 건강권 보장을 위한 추진 전략 또한 법령 정비 이외에 구체적인 정책적/물리적 수단의 확보 방안에 대한 제시가 필수적이다.

#### (1) 사회권 규약 당사국으로서의 역할

사회권 규약이 점진적인 실현을 규정하고 가용한 자원의 제한성으로 인한 제약들을 인정하는 반면, 직접적 효과를 나타내는 여러 가지 의무사항을 당사국들에게 부과하고 있다. 이를테면 어떠한 종류의 차별도 없는 권리 실현이 보장되어야 한다는 의무와 건강권 규약의 완전한 실현을 향해 단계적 조치를 취해야 할 의무가 그것이다. 또한 일정 기간 동안 건강권을 점진적으로 실현해야 한다는 것은 당사국이 건강권 규약의 완전한 실현을 향해 가능한 신속하고 효과적으로 움직일 수 있는 구체적이고 지속적인 의무가 있음을 의미한다. 그리고 만일 고의적으로 퇴행적인 조치가 취해져야 하는 상황이라면, 당사국은 그러한 조치가 모든 대안들에 대한 가장 신중한 고려 끝에 도입되었으며 당사국의 최대 가용 자원의 완전한 활용이라는 맥락에서 규약에 규정된 권리의 전체성 근거에 의해 적절하게 정당화될 수 있음을 입증해야 할 의무가 있다. 건강권은 다른 모든 인권과 마찬가지로 당사국에게 세 가지 유형의 의무를 부과하는데 존중과 보호, 충족이 그것이다. “존중”의 의무는 당사국으로 하여금 직·간접적으로 건강권의 향유를 방해하는 행위를 억제하도록 하는 것이며, “보호”의 의무는 제 3자가 건강권 보장을 방해하지 못하도록 조치를 취하는 것이고, “충족”의 의무는 건강권의 완전한 실현을 향해 적절한 법적, 행정적, 재정적, 사법적, 촉진성 정책들을 채택하는 것을 의미한다.

11) 이찬진. 사회권의 개념과 위상. 사회권 연구모임 『사회권 보장을 위한 기초 연구』 2002.12

유엔총회 3차 위원회는 다음과 같은 의무사항들을 당사국의 필수적인 의무, 상대적인 우선순위 사항으로 규정하였다<sup>12)</sup>.

가. 최소한의 핵심적 의무

- 비차별적 기반(특히 취약 집단이나 주변부 집단)에 근거한 보건의료기관, 상품, 서비스의 접근권 보장
- 모든 이들이 기아에서 벗어날 수 있도록 영양 측면에서 적절하고 안전한 최소한의 필수적 식품에 대한 접근 보장
- 기본적인 쉼터와 주거, 위생에 대한 접근 보장과 안전하고 이동 가능한 식수의 적절한 공급
- WHO 필수약품 실천 사업에서 정의된 대로 필수 의약품의 공급
- 모든 보건의료 기관, 상품과 서비스의 공평한 분포 보장
- 전체 인구집단의 건강 문제를 다루면서 역학적 근거에 기반한 국가 공중보건 전략과 실천 계획이 채택, 실행되어야 하며, 이러한 전략과 계획은 참여적이고 투명한 과정에 기반하여 주기적으로 개선, 검토되어야 함. 또한 여기에는 진전을 면밀하게 모니터링할 수 있는 건강권 지표와 벤치마크 같은 방법이 포함되어야 하며, 전략과 실천계획의 개선 내용은 물론 과정에서 모든 취약 집단과 주변부 집단에 특별한 주의를 기울여야만 함.

나. 상대적인 우선순위

- 재생산, 모성, 아동 보건의 보장
- 지역 사회에서 발생하는 주요 전염성 질환에 대한 예방접종 실시
- 유행성, 토착성 질환을 예방, 치료, 관리할 수 있는 조치 실행
- 지역사회 주요 건강 문제와 관련한 정보의 접근성과 교육 기회 제공
- 건강과 인권에 대한 교육을 포함하여 보건인력들에 대한 적절한 훈련 제공

---

12) UN CESCR. 전계문.

### 3. 사회권으로서 건강권의 발달

#### 1) 사회권의 발달

근대 시민 혁명 이후 자유권 중심의 인권 개념이 발달하면서 정치적 평등과 의회 민주주의의 원리가 발전할 수 있었다. 하지만, 근대 시민 헌법에서 보장하는 자유권은 시민계급을 위한 정치/경제 활동의 자유를 의미하는 것이었으며 자본주의 발달에 따른 사회경제적 불평등 문제는 주요하게 인식되지 못했다. 그러나, 이러한 문제에 대한 민중들의 불만이 쌓여가고 노동력의 안정적 재생산을 위협하는 상황에까지 이르자 국가는 시장에 대한 일정한 개입을 통해 사회적 약자를 보호하는 사회입법을 하지 않을 수 없었다. 특히 20세기 초 노동운동과 사회주의 사상의 확대는 서구 자본주의 국가들로 하여금 법과 제도를 통한 일정한 사회개혁에 나서게끔 만들었다<sup>13)</sup>. 두 가지의 대표적인 경향이 1917년의 러시아 혁명과 1919년의 독일 “바이마르” 헌법이라 할 수 있다. 특히 2차 세계대전 이후 국민주권이 확립되고 사회 국가 사상이 보급되면서 사회권은 인권의 주요 영역으로 자리 잡을 수 있게 되었으며, 유엔은 1948년 세계 인권 선언 제정 이후 1966년에 “경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약”을 채택하게 되었다<sup>14)</sup>.

#### 2) 건강권과 관련된 국내 문헌의 주요 기록

##### (1) 서유견문(西遊見聞)<sup>15)</sup>

유길준의 서유견문(西遊見聞)에는 국민의 권리로서 신체의 권리, 정부의 직분 중 국가의 위생 사무의 당위성, 학교보건과 군의, 위생경찰, 양생하는 규칙, 직업으로서 의사, 어린이를 기르는 법으로서 소아보건, 학문으로서 의학, 사회기관으로서 병원과 병원 등이 기술되어 근대 위생의 논리, 보건의료기관, 보건의료인, 보건학, 의학 분야를 망라하고 있다. 특히 신체의 통의(通義)를 말하면서 “자기의 생명과 몸을 정직한 방법으로 보존하며, 남의 방해를 막아내고 불법 침범을 피해 건강하고 안락한 상태를 보존해 가지는 것”이라고 지적했던 바, 이는 인권의 개념으로 국민의 건강을 파악한 최초의 기술이라 할 수 있다.

13) 인권운동사랑방 1회 민간단체 활동가를 위한 인권교육 워크샵. 2000년 1월

14) 유네스코 한국위원회 엮음. 『인권이란 무엇인가-유네스코와 세계인권선언의 발전과 역사』 서울 : 오름 1995

15) 신동원. 「“건강은 국력” 개념의 등장과 전개」 서울대학교 보건대학원. 『보건학논집』 2000;37(1):36-50.

(2) 독립신문<sup>16)</sup>

서재필은 독립신문 논설을 통해 주권재민 사상을 바탕으로 정부가 공중보건 및 환경 위생 정책을 시행하는 것은 정부의 시혜가 아니라 세금을 내는 국민이 누려야 할 당연한 권리라고 주장하였다. “나라에 생기는 돈은 모두 백성이 낸 돈인즉, 백성이 낸 돈을 거두어 가지고 그 돈 낸 사람들을 위하여 쓰는 것이 정부의 의무”(1897년 8월 31일자 논설)인 것이다.

(3) 대한민국임시정부 건국강령<sup>17)</sup>

1941년 11월 28일 대한민국 임시정부 국무위원회 명의로 발표된 건국강령 제 3장에는 인민의 권리와 의무를 명시했는데 여기에는 노동권, 휴식권, 피구제권, 피보험권, 수확권 등 수익권에 해당하는 권리와 함께 부녀는 경제와 문화와 사회 생활상 남자와 평등권리를 가졌다는 남녀 평등권을 선언하였다. 또한 경제정책의 원칙으로 노유(老幼)와 여공(女工)의 야간노동 금지, 연령·지대·시간의 불합리한 노동 금지, 노동자 농민의 무료의약 혜택 등을 규정하였다.

---

16) 이종찬. 「서재필의 생애와 사상-근대적 공중위생론의 대중적 전파자」 대한의사학회, 『의사학』 1997;6(2):217-230

17) 조동걸. 대한민국임시정부의 건국강령. 국가보훈처  
[http://www.pvaa.go.kr/upload/study/6-3\)조동걸1.hwp](http://www.pvaa.go.kr/upload/study/6-3)조동걸1.hwp)

## II. 연구 목적

본 연구의 궁극적인 목적은 경제사회문화적 권리로서 건강권 보장의 기초현황을 조사하고, 연구결과가 우리나라 건강권 보장을 위한 국가기본계획에 정책근거로 활용되는 것이다.

### 1) 건강권의 정의 도출

건강권을 보장해야 한다는 당위성은 자주 강조되고 있지만, 건강권의 범주를 어떻게 정하느냐에 따라 달라진다. 그런데 우리나라에서는 아직까지 일반 국민과 보건의료분야 연구자간에 합의된 건강권의 정의가 없었다. 따라서 본 연구에서는 인권 및 사회권으로서의 건강권의 중요성을 파악하기 위해서 건강권에 대한 논의를 역사적으로 재검토한다. 기존의 문헌과 연구, 법령, 국제기구 및 외국의 건강권에 대한 기본 원칙 등을 통해서 건강권에 대한 총체적인 정의에 대해서 살펴본다. 국내와 국외의 건강권 정의의 비교를 통해 국내에서 통용될 수 있는 건강권 정의 도출한다. 사회에서 합의된 건강권의 정의는 보건정책의 기본 방향을 결정하는데 유용할 것이다.

### 2) 건강권 보장의 원칙과 기준 설정

건강권 보장의 수준을 파악하고 건강권을 보장하기 위한 계획을 수립하려면 건강권 보장의 원칙과 기준이 필요하다. 국내의 건강권 보장에 관한 원칙과 기준에 대해서 연구·검토하고, 국제기구와 선진국 등의 건강권 보장의 원칙 및 기준과 비교한다. 이로써 건강권 보장의 목표 수준을 마련하고 기본적인 틀을 설계한다.

### 3) 한국의 건강권 보장 실태파악과 문제점 규명

본 연구의 대부분을 차지한다. 보건의료체계와 대상자, 두 축을 중심으로 건강권 보장에 관련된 쟁점과제를 선정한다. 각 영역에서 건강권을 보장하는데 필요한 쟁점사안을 선정하고 각 쟁점에서 건강권 보장에 걸림돌이 되는 장애요인을 파악한다. 의료보장이 취약한 현행 건강보험제도의 급여 범위, 보험료 산정기준, 의료급여제도의 제도 개선 등 의료보장정책의 문제점을 체계적으로 정리하고 해결책을 제시한다. 동시에 건강권 보장 정책을 개선하는 데 필요한 기초 자료를 생산할 수 있다.

#### 4) 건강권에 대한 국민의견수렴방법 설계

건강권의 정의와 기준을 종합하여 조사할 수 있는 설계안 마련한다. 해당 분야 전문가의 검토 후 설계안을 수정한다. 전문가 델파이 조사도 병행하여 보건의료분야의 전문성을 보완한다.

#### 5) 건강권을 보장할 수 있는 정책대안 제시

법령정비, 조직, 예산, 프로그램 등 각 정책대안의 정책목표 달성을 위한 추진전략을 제시함으로써 건강권 보장의 정책대안을 마련한다. 인권 보장의 당위성만을 주장하는 것이 아니라 인권 보장을 위한 정책적 근거를 제시한다. 각 쟁점과제의 정책대안의 근거를 제시하기 위하여 국제적 기준과 외국 사례를 종합하고, 쟁점사안의 국내기초현황을 파악하여 국제적 보장수준과 비교를 한다. 쟁점의 보장 수준을 파악하는 동시에 외국사례를 통해서 쟁점사안의 보장방안을 마련할 수 있을 것이다.

### III. 연구 방법

본 연구의 주요 연구방법은 방대한 자료수집과 문헌고찰, 수집된 자료의 분석, 연구진 회의 등이다. 건강권 보장의 국가적 최저기준(National Minimum Level)을 마련하기 위해서 전문가 델파이 조사를 수행하였다.

#### 1) 건강권의 쟁점정리

보건의료체계와 대상자별로 각 영역에서 건강권을 보장하는데 쟁점이 되는 사안을 정리한 후 인권 및 사회권으로서의 건강권에 대한 기존 연구를 검토하고, 건강권을 명시한 국내외 선언, 규약, 법령 등을 분석하였다. 보건의료와 인권에 관한 국내외 연구동향 파악하여 국내외 관련 문헌연구를 종합하여 건강권의 정의와 원칙 및 기준을 도출하였다.

#### 2) 건강권 쟁점 사안의 정리

쟁점 사안의 국내 기초현황에 대한 자료를 분석한다. 동일 사안의 외국 사례와 국제기구의 기준과 원칙 등에 대한 자료를 수집한다. 해당 사안의 학회지, 신문기사, 토론회, 공청회 등의 기존 연구들을 취합한다. 해당 사안의 업무 담당기관인 정부의 정책자료와 관련기관 및 시민단체의 자료를 검토한 뒤, 국외 기준을 중심으로 쟁점과제의 건강권 보장 수준이 미흡한 원인을 찾는다. 연구진 회의를 통해서 쟁점사안에 대해 종합적으로 평가하고 추진전략에 대한 의견을 조율한다.

#### 3) 전문가 델파이 조사

전문가 델파이 조사는 6월 30일부터 8월 12일까지 3번에 걸쳐서 수행되었다. 조사에 참여하는 전문가는 연구팀이 선정한 건강권 59개 쟁점과제를 국가인권위원회에서 제시한 우선순위과제 선정기준에 따라 점수를 부여하고, 건강권 보장의 최저수준(National Minimum Level)을 정하기 위한 4과제에 대해 응답하였다. 2차와 3차 설문지에서는 점수산정부분에 각 항목의 최소값, 평균값, 최대값, 총점 평균, 전체 순위를 제시하였으며, 다른 전문가의 의견을 요약·정리해서 다른 전문가의 의견을 참조할 수 있도록 하였다.



본 전문가 델파이 조사에 참여한 전문가는 총 13명이다. 학계, 정부 및 공공기관, 시민·소비자단체 3 영역에서 5개 기관을 선정하여 총 15명을 대상으로 하였으나, 15명 중 두 전문가가 개인사정으로 델파이 조사에 끝까지 참석하지 못했다. 최종 3차 델파이 조사에서 참석한 전문가는 학계 4명, 공무원 5명, 시민·소비자 단체 4명이다(표 1).

<표 1> 델파이 조사 참여 전문가 현황

영역	성명	소속
학계 (4명)	권순만	서울대 보건대학원
	감신	경북의대 예방의학교실
	이정애	전남의대 예방의학교실
	정형선	연세대 보건행정학과
정부 및 공공기관 (5명)	최병호	한국보건사회연구원 사회보험연구팀장
	이동욱	보건복지부 보험급여과장
	이평수	국민건강보험공단 건강보장연구센터 소장
	박은철	건강보험심사평가원
	이신호	한국보건산업진흥원
시민·소비 자단체 (4명)	문혜진	참여연대 사회인권팀
	김창보	건강세상네트워크
	오건호	심상정 의원실
	박윤희	의료정책연구소 연구실장

## 2 장 보건의료영역별 쟁점정리

연구진은 먼저 건강권을 보장하는데 해결되어야 하는 쟁점사안을 결정하였다. 이때 연구진이 정의한 건강권은 “보건의료서비스에 대한 접근성 (healthcare access)을 넘어서, 사회적 결정요인의 결과물로서의 건강, 혹은 사회적 성취를 가능하게 하는 자원/잠재력으로서의 건강 개념 포괄”하는 건강할 수 있는 권리(Right to Health)이다.

건강권의 쟁점은 두 가지 방향의 접근 방법을 사용하였다. 첫째, 보건의료체계를 구조(Outocme), 과정(Process), 결과(Outcome)의 세 축으로 구분한 뒤 보건의료 영역별로 건강권을 보장하는데 필요한 일반적인 문제를 선정하였다(표 2). 둘째, 생애주기별로 보장되어야 하는 건강의 특성이 달라짐에 따라 대상자별로 특히 강조해야 할 문제를 보완하는 측면에서 선정하였다(표 3). 생애주기별 대상자에 포함되지 않는 빈곤층, 장애인, 정신질환자, HIV 감염자, 구금시설 내 수용자 등의 건강 문제는 사회적 소수자의 쟁점과제도 다루었다(표 4).

<표 2> 보건의료 영역별 쟁점과제

영역	과 제
보건 의료 구조	1. 재정과 의료보장 1) 국민의료비 중 공공 재원 비율 증대 2) 계층간 보험료 부담의 적절성과 형평성 확보 3) 급여 수준의 상승과 범위 확대 - 경제적 접근성에서의 형평성 확보
	2. 보건의료 자원 개발과 배치 1) 보건의료자원의 지역간 균형 개발 및 배치 2) 공공의료기관의 확충 3) 필수 의약품에 대한 접근성 보장 4) 효과적인 지역사회/재가(在家) 의료서비스 개발
	3. 사회민주적 통제 1) 보건의료 정책/자원 개발 과정에 시민들이 참여할 수 있는 제도적 장치 개발 2) 보건의료 기술개발과 평가 과정에 시민들이 참여할 수 있는 제도적 장치 개발 3) 젠더 관점에 입각한 정책 및 기술 개발
보건 의료 과정	4. 보건의료 서비스 1) 적절하고 질 높은 보건의료 서비스 보장 2) 효과적인 응급의료 체계 확립과 호스피스 서비스 제공 확대 3) 포괄적인 정신보건 서비스 제공
	5. 보건사업 1) 건강한 선택이 쉬운 선택이 될 수 있는 환경 조성 : 건강의 사회적 결정요인 측면에서 기존 건강증진 사업에 대한 평가 시행 및 향후 보건사업 기획 2) 안전한 식수와 식품의 가용성 보장 3) 환경 유해요인의 회피 4) 보건사업의 개발과 시행에서 젠더, 형평의 관점 도입
	6. 환자권리 1) 환자가 충분한 정보를 가지고 의료서비스 결정에 참여할 수 있는 방안 마련 2) 의료분쟁 발생 시 환자 자신이 진실을 추구할 수 있는 권리 보장 3) 개인 건강 및 의료 이용 정보에 대한 보호 방안 개발
건강 결과	7. 건강결과에서의 형평성 확보 : 성별, 교육, 소득, 직업, 지역 등의 사회 집단 사이에 회피 가능하고 불공평한 건강결과의 차이가 나타나지 않도록 대책 마련

<표 3> 생애주기별 대상자의 쟁점과제

영역	과 제
어린이 (~11세)	8. 필수적 예방 서비스 확립 1) 필수 예방서비스의 실시 2) 보호권 : 사고 및 손상 예방 3) 영양 : 저소득층 아동 대상의 영양 프로그램 개발 (학교 급식 포함)
	9. 의료보장 확대 1) 희귀난치성 질환 및 선천적 장애에 대한 급여 수준 상승 2) 장애 아동의 재활 치료 기관 및 급여 수준 상승 3) 학대/방치 아동의 의학적 치료에 대한 급여 범위 확대
청소년 (12~18세 )	10. 건강생활습관이 용이한 환경 조성 1) 청소년 대상의 영양 프로그램 개발 (취약 계층 보완) 2) 학교 체육 활동의 보장 및 강화 3) 성 : 피임, 임신, 성범죄 피해 등 긴급한 성(性)문제에 대한 지원프로그램 도입 4) 유해건강행동 예방 - 음주, 흡연, 불규칙한 식사 등 건강을 유지하기 위한 건강행동 환경 마련.
	11. 정신건강 지원 및 학교 폭력 피해/가해 학생의 재활/적응 프로그램 도입
	12. 일하는 청소년에 대한 노동안전보건법규 강화
성인	13. 비용효과적인 예방서비스에 대한 급여 범위 확대
	14. 고용형태에 따른 노동안전보건 법규 적용에서의 차별 금지
	15. 불법이주노동자에 대한 노동안전보건서비스 제공 및 필수 의료서비스 지원 방안 개발
	16. 성(性) 건강, 혹은 가족 구성에 대한 자기 결정권
모성	17. 필수 산전/산후 진료에 대한 급여 확대
	18. 분만 휴가의 실질적 보장을 통한 모성건강 보호
	19. 출산 방식에 대한 자기 결정권 확대
	20. 산모의 진료 환경에서 사생활 보호 법제화
	21. 여성이주노동자의 모성/영아 보호
	22. 장애 여성의 임신/분만에 대한 지원 서비스 마련
노인	23. 장기 요양 시설 및 서비스에 대한 급여 수준 확대
	24. 재가 보건 서비스 확충
	25. 안(眼)/구강 보건 서비스 급여 확대
	26. 영양 프로그램 개발

<표 4> 사회적 소수자의 쟁점과제

대상자	과 제
빈곤층	27. 기초생활보장 비수급 빈곤층과 차상위 계층에 대한 의료급여 서비스 제공
정신 질환자	28. 1) 의료보장형태에 따른 처방 및 진료량의 차이 해소 2) 정신보건시설의 환경 위생 확보, 적절한 보건의료서비스 제공, 인권 보장 3) 지역사회 정신보건 사업 확대
장애인	29. 1) 보건의료 시설 이용이 가능하도록 이동권 보장 2) 재활치료 및 필수 보장구에 대한 급여수준 상승과 범위 확대
HIV/AIDS 환자	30. 1) 보건의료서비스 이용 시에 낙인 및 차별 해소, 사생활 보호 2) 검사/치료비 지원 확대
교정 시설 수감자	31. 1) 교정시설 내 환경 위생 개선 2) 필수 항목에 대한 주기적인 건강검진 실시 3) 사회적 지위, 죄목, 혹은 형의 수준과 무관하게 의학적 필요에 근거한 보건의료서비스 이용 기회 부여 4) 일반인과 동일한 필요에 대해 동일한 수준의 의료서비스 이용 보장

## I. 보건의료구조

### 1. 재정과 의료보장

#### 1) 국민의료비 중 공공재원 비율 증대

국민 의료비는 크게 공공부문과 민간부문으로 나뉘며, 공공부문은 다시 사회보장과 정부 일반예산으로, 민간부문은 민간보험과 국민의 본인부담(Out-of-Pocket)으로 구분할 수 있다. 국민의료비 중 공공부문의 비율이 늘어나면 민간부문의 비율은 상대적으로 감소하며 이는 국민들의 본인부담과 민간보험으로 인한 의료비 지출이 줄어든다는 것을 의미한다. 경제적 부담에 따른 의료 이용의 장벽이 낮아짐으로써 경제적 접근성은 높아지게 된다.

##### (1) 현황

국민의료비 중 공공 재원의 비율은 국가가 국민의 건강을 얼마나 책임 있게 보장하려고 하는가를 간접적으로 보여주는 거시지표라 할 수 있다. OECD Health Data 2003에 따르면 2000년을 기준으로 총 의료비 중 공공지출이 차지하는 비중은 OECD 회원국 평균이 72.3%인데 비해 우리나라는 44.4%로 상당히 규모가 작은 편에 속한다.

건강보험 지출을 제외하는 경우, 정부 일반예산에서 국민의료비가 차지하는 비중은 10.1%로 OECD 평균인 39.1%에 비해 매우 낮다. 또한 2003년 일반회계세출예산 중 보건복지부세출예산은 8조 5천억 원으로 7.2%에 불과하며, 이 중 건강보험과 의료급여에 대한 지원금액이 4조 8천억 원으로 전체 보건복지부 세출예산의 56.5%에 달한다.

사회보험방식을 채택하고 있는 우리나라의 보건의료재원조달은 크게 조세, 사회보험료, 본인부담금으로 이루어진다. 조세는 소득 누진적 방식의 세금징수를 통해 확보되며, 건강보험 지역 가입자의 보험료 지원과 의료급여 수급권자에 대한 지원금으로 지출된다. 사회보험료는 직장 및 지역의 건강보험 가입자들이 납부하는 보험료이고, 본인부담금은 보험급여 부분의 본인부담과 비급여 항목에 지출되는 비용을 말한다. 보건의료 부담의 형평성을 살펴본 연구<sup>18)</sup>에 따르면, 조세 부담은 누진적이거나 사회보험료 부담과 가계가 직접 지출하는 본인부담은 소득 역진적인 것으로 나타났다. 재원조달에서 공공부문의 비중을 높이기 위해 조세에 의한 지원 확충과 사회 보험료의 국가 및 기업 부담을 늘려야 할 것으로 보인다.

18) 문성현. 「한국의 보건의료의 부담과 수혜의 공평성」 한국사회보장학회, 『사회보장연구』 2004;20(1):66-68.

## (2) 국제권고 및 외국사례

OECD Health Data 2003에 따르면 우리나라와 같은 사회보험방식을 운영하고 있는 독일, 프랑스, 일본은 국민의료비의 75.0%, 75.8%, 78.3%를 공공재원으로 조달하고 있다(2000년 기준). 민간 중심의 의료체계를 갖고 있는, 사회보험제도가 아닌 미국의 공공재원비율은 44.2%이다(2000년 기준).

## (3) 현행법

### 가. 헌법

- 제34조 ② 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.
- 제36조 ③ 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

### 나. 보건의료기본법

· 제4조 (국가 및 지방자치단체의 책임) ①국가 및 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원을 확보하도록 노력하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다. ③국가 및 지방자치단체는 식품·의약품·의료기기 및 화장품 등 건강관련 물품이나 건강관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해를 방지하고, 각종 국민건강위해요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다. ④국가 및 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책상 필요하다고 인정하는 경우에는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

· 제7조 (보건의료정책과 사회보장정책과의 연계) 국가 및 지방자치단체는 보건의료정책과 관련되는 사회보장 정책 간에 연계성이 확보되도록 하여야 한다.

## (4) 정부 시행정책 및 계획

국민의료비 중 공공재원의 비율을 확대할 수 있는 방안은 두 가지 방법이 있다. 첫째는 보험료율을 올려서 건강보험의 비중을 높이는 것이고, 둘째는 정부의 일반예산을 확충하여 보건사업에 투자를 늘리는 것이다.

2001년 5월에 발표된 보건복지부의 건강보험 재정안정대책<sup>19)</sup>은 보험료율을 매년

8~9%씩 인상해서 보험료 수입을 확대하는 방안을 제시하고 있으며, 그 밖에도 로또복권 수익금 250억원의 일부를 저소득층의 의료비로 사용하겠다는 발표를 했다. 2004년 10월부터 담배값이 500원 인상됨에 따라 1초7천억원으로 건강증진기금이 늘어난다. 이를 보건복지부는 건강증진사업, 공공의료확충 등의 재원으로 활용할 예정이다<sup>20)</sup>.

## (5) 기존 제안

의료 공공성 강화의 핵심과제로 보건의료예산이 2배 이상 증액되어야 한다는 주장이 있다. 여기에서는 예산 조달의 방법으로 조세개혁에 의한 국가재정수입을 증가시키고 국방비를 삭감하는 등의 방안을 제시하였다<sup>21)</sup>.

또한 지난 16대 대통령 선거에서 민주노동당은 보건의료 분야의 공약으로 단계적인 무상의료 공급의 확대를 제시했는데, 그에 소요되는 재원은 누진세적 조세개혁을 통한 조세방식으로 전면 조달해야 한다고 주장했다. 즉, 건강보험 재정위기가 발생하는 경우 그 책임소재가 건강보험공단, 국가로 분산되고 결국 그 부담을 국민이 지게 되는 상황을 타개하기 위해서는 보험방식보다는 조세 방식이 적절하다는 것이다. 이렇게 해야 보건의료와 국민의 건강에 대한 국가의 책임을 명확히 할 수 있으며 관리 운영에 있어 낭비적 요소를 감소시키고 보건의료 재원조달에 대한 사회적 통제를 더욱 강화할 수 있다고 했다. 한편 누진세적 조세방식이 이루어지기 전 단계에서는 본인부담금을 폐지하고 보험료에 있어서 자본가와 국가 부담을 증가시키는 방향이 되어야 한다고 주장했다<sup>22)</sup>.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

최근 담배값 인상을 통해서 같이 파격적인 보건의료 재원조달의 증가는 쉬운 일이 아니다. 정부는 건강증진사업과 공공의료확충에 증가된 건강증진기금을 사용하겠다고 했지만, 지역가입자의 보험료와 건강보험 운영보조금의 50%를 국고지원하게 되어 있는데 기존 10%를 건강증진기금에서 지원하던 것을 15%로 늘려 국고지원을 줄이려 하

19) 박재봉. 진보 장기체납 60만명 보험료 면제. 데일리메디. 2003-SEP-4

20) 안창욱. 政, 건강보험 재정 국고지원금 축소 추진. 뉴시스. 2004-AUG-13

21) 이주호 보건의료노조, 의료의 공공성 강화를 위한 토론회 발제문, 2002. 5.

22) 민주노동당 정책위원회. 민주노동당 16대 대통령선거 공약 자료집 제 3권 “사회분야 공약해설 및 기초 자료” 2002



고 있다<sup>23)</sup>. 정부는 공공재원의 절대값을 확대하기 보다는 국가 예산으로 지원하는 세출을 감소하려는 것이다. 다시 말해서 정부가 공공재원을 확대하려는 의지가 없는 것으로 보인다. 공공재원비율이 다른 국가와 비교했을 때에도 매우 낮은 편이므로 공공재원의 증가가 요구되므로 정부는 적극적으로 공공재원 특히 조세지원 부분을 확대하도록 노력해야 한다. 이를 위해서는 공공재원 비율의 확대에 대한 사회적 합의가 필요하며 보건의료관련 통계 지표 생산 시 전체 의료비, 공공부문/민간부문, 공공과 민간의 부담 비율 등의 국민의료비에 대한 각종 거시지표를 공개하고, 보건의료의 공공성 확대 정책을 수행하는데 근거로 활용해야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 기획예산처, 재정경제부, 국민건강보험공단

## 2) 계층간 보험료 부담의 적절성과 형평성 확보

사회보험으로서 건강보험은 위험분산의 보험기능과 부담형평의 재분배기능을 추구해야 한다<sup>24)</sup>. 위험분산의 보험기능은 보험급여의 보장성에 따라, 부담형평의 재분배기능은 보험료 부담의 형평성에 따라 좌우된다. 보험료 부담에 있어서 형평성이 확보되지 않는다면, 다른 이들의 건강권을 보장하는데 자원이 제대로 분배되지 않을 수 있다. 따라서 소득계층간 보험료 부담의 적절성과 형평성을 확보하는 것은 보건의료서비스를 통한 건강권 보장의 주요 수단이다.

### (1) 현황

국민건강보험은 크게 직장가입자와 지역가입자로 나뉜다. 직장가입자는 직장가입자 표준보수월액의 4.21%(2004년 기준)를 보험료로 납부하고 있으며 사용자가 보험료의 50%를 낸다.

직장가입자의 가장 큰 불만은 직장가입자는 소득과악이 용이해 소득에 따라 보험료를 부과하지만, 지역가입자는 소득 파악이 불투명해 상대적으로 더 많이 내고 있다는 것이었다. 그러나 직장에서의 건강보험료 부과체계 또한 여러 가지 불형평적인 요소를 갖고 있다(표 5)<sup>25)</sup>.

23) 안창욱. 政, 건강보험 재정 국고지원금 축소 추진. 뉴시스. 2004-AUG-13

24) 최병호. 직장 건강보험료 부과체계 문제점과 개선방안. (토론문) 직장 건강보험료 부과체계 개선을 위한 토론회. 서울. 2002년 11월 22일

<표 5> 직장 건강보험료 부과체계의 문제점

문제점	내용
보험료 상한선 문제	표준보수월액의 상한선을 5,080만원으로 정함 → 연간 47억 4천만원 건강보험 수입감소
재산과 이자, 배당, 부동산 등 기타소득의 보험료 부과문제	지역가입자와 달리 근로소득에만 보험료를 부과. 이자, 배당, 부동산 소득과 재산에는 보험료를 부과하지 않음. → 재벌회장보다 보험료를 많이 내는 국민이 5,447명
보수과약이 안되는 사용주 문제	보수가 드러나지 않는 사용주는 당해사업장의 근로자의 최고등급에 해당하는 표준보수월액을 기준으로 납부 → 근로자 평균 보험료보다 적게 보험료를 내는 사용주가 22,189명이나 됨.
직장가입자의 월 보수 축소 신고문제	표준소득을 최저임금보다 낮게 신고 → 낮게 신고한 20,057개 사업장 104,967명의 보험료가 낮게 산출됨
지역으로 전환시 보험료 증가	지역에서 직장으로 전환 후 평균보험료가 35.5% 증가. 지역에서 직장으로 전환한 후 34.3% 감소 → 지역과 직장의 보험료 부과체계 차이에서 비롯

지역가입자는 소득과표, 재산과표, 전·월세, 자동차세(세, 차종, 배기량, 사용연수), 가구성원의 성·연령별 부담능력 등의 요소에 대해서 차등부과한 부과표준소득에 123.6 원을 곱해서 납부하는데, 이중 절반은 국가가 부담한다 (2004년 1월 기준). 지역가입자의 보험료 부과체계에 대해 지적되고 있는 문제점을 정리하면 다음과 같다(표 6)<sup>26)</sup>.

이외에도 농업인이 자영업자와 같이 지역가입자의 보험료 부과표준소득기준에 따라 보험료가 산정되는 것은 실제 소득수준에 비해 보험료 부담이 높다는 점에서 개선이 필요하다는 지적도 있다.<sup>27)</sup>

25) 김홍신. 직장 건강보험료 부과체계 문제점과 개선방안. 직장 건강보험료 부과체계 개선을 위한 토론회. 서울. 2002년 11월 22일

26) 다음의 연구 내용 재구성. 사공진. 의료보험통합과 보험료부담. 통합의료보험 운영에 관한 정책토론회. 한국보건행정학회. 1998년 10월 17일. 박재용. 건강보험 재정운영과보험료부과의 형평성. 2001:3-6

27) 이홍규. 「농업인 건강보험료체계 개선방향」 농협, 『CEO Focus』. 2002;102:9-18.

<표 6> 지역가입자의 보험료 부과표준소득 산정의 문제점

항목	문제의 내용
소득 과표	○ 소득역진적이다. 저소득층 과세소득 1등급의 보험료율은 6.1%, 최고소득층인 50등급의 보험료율은 1.2%임.
재산 과표	○ 소득역진적이다. 1등급이 0.96%인데 비해 50등급은 0.06%로서 16배 차이남. ○ 과표액 책정이 지역마다 다른데 전국단위로 동일한 잣대의 재산보험료를 부과 ○ 생활수준 점수에 중복 적용
전·월세	○ 전세금은 신고에 의존할 수밖에 없어 상당한 자의성이 개입됨. 전세금은 신고에 의존하며 월세는 계약서가 없어 증빙이 어려움.
자동차세	○ 자동차에 대한 비중이 너무 높다. ○ 생활수준 점수에 중복 적용
가족 구성원의 성·연령별 부담능력	○ 피보험자의 성, 연령 구간의 구분이 비과학적이다. ○ 성별 연령별 구간의 평균으로 추정되므로 개별 세대에 대한 구체적이고 직접적인 부담능력과는 괴리가 있다. ○ 보험급여율을 직장과 지역을 비교한 결과 직장가입자는 피부양자의 수를 반영하지 않기 때문에 피부양자수가 늘어날수록 보험료가 증가하는 지역가입자에 비해 보험료율이 높다 <sup>28)</sup> .

## (2) 국제권고 및 외국사례

소득 과액이 비교적 투명한 독일, 프랑스 등 선진국에서는 농업인에 대해 일반 자영업자와는 다른 별도의 보험료 산정 기준을 적용한다. 프랑스는 경지면적 등에 따라 구분한 등급별로 정액의 보험료를 부과하고, 독일은 영농규모에 따라 산정한 소득기준으로 보험료를 부과하고 있다. 대만은 농업인에 대해 보험료의 70%를 정부가 보조하고 있다<sup>29)</sup>.

28) 이상용·김진수, 「건강보험의 보험료와 보험급여의 형평성에 관한 연구」 한국사회보장학회, 『사회보장연구』 2003;19(2):161~186.

29) 이흥규, 전게서. p.19-22

### (3) 현행법

#### 가. 국민건강보험법

· 제62조 (보험료) ①공단은 건강보험사업에 소요되는 비용에 충당하기 위하여 제68조의 규정에 의한 보험료의 납부의무자로부터 보험료를 징수한다. ②제1항의 규정에 의한 보험료는 가입자의 자격을 얻은 날이 속하는 달부터 가입자의 자격을 잃은 날의 전날이 속하는 달까지 징수한다. 다만, 가입자의 자격이 매월 2일이후에 변동된 경우에는 그 변동된 날이 속하는 달의 보험료는 변동되기 전의 자격을 기준으로 징수한다. ③직장가입자의 월별 보험료액은 제63조의 규정에 의하여 산정한 표준보수월액에 제65조의 규정에 의한 보험요율을 곱하여 얻은 금액으로 한다. ④지역가입자의 월별 보험료액은 세대단위로 산정하되, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액은 제64조의 규정에 의하여 산정한 부과표준소득에 따라 대통령령이 정하는 등급구분에 의하여 재정운영위원회의 의결을 거쳐 공단의 정관이 정하는 금액으로 한다. ⑤다음 각호의 1에 해당하는 가입자의 경우 그 가입자 또는 그 가입자가 속한 세대의 보험료는 공단의 정관이 정하는 바에 의하여 그 일부를 경감할 수 있다. 1. 도서·벽지·농어촌 등 대통령령이 정하는 지역에 거주하는 자. 다만, 농어촌에 거주하는 자는 농업 또는 어업에 종사하는 자 등 보건복지부령이 정하는 자에 한한다. 2. 65세 이상인 자. 3. 장애인복지법에 의하여 등록한 장애인. 4. 국가유공자등예우및지원에관한법률 제4조제1항제4호·제6호·제10호·제12호 또는 제14호에 규정된 국가유공자

· 제68조의 규정에 의한 보험료의 납부의무자로부터 보험료를 징수한다. ②제1항의 규정에 의한 보험료는 가입자의 자격을 얻은 날이 속하는 달부터 가입자의 자격을 잃은 날의 전날이 속하는 달까지 징수한다. 다만, 가입자의 자격이 매월 2일이후에 변동된 경우에는 그 변동된 날이 속하는 달의 보험료는 변동되기 전의 자격을 기준으로 징수한다. ③직장가입자의 월별 보험료액은 제63조의 규정에 의하여 산정한 표준보수월액에 제65조의 규정에 의한 보험요율을 곱하여 얻은 금액으로 한다. ④지역가입자의 월별 보험료액은 세대단위로 산정하되, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액은 제64조의 규정에 의하여 산정한 부과표준소득에 따라 대통령령이 정하는 등급구분에 의하여 재정운영위원회의 의결을 거쳐 공단의 정관이 정하는 금액으로 한다. ⑤다음 각호의 1에 해당하는 가입자의 경우 그 가입자 또는 그 가입자가 속한 세대의 보험료는 공단의 정관이 정하는 바에 의하여 그 일부를 경감할 수 있다. 1. 도서·벽지·농어촌 등 대통령령이 정하는 지역에 거주하는 자. 다만, 농어촌에 거주하는 자는 농업 또는 어업에 종사하는 자 등 보건복지부령이 정하는 자에 한한다. 2. 65세 이상인 자. 3. 장애인복지법에 의하여 등록한 장애인. 4. 국가유공자등예우및지원에관한법률 제4조제1항제4호·제6호·제10호·제12호 또는 제14호에 규정된 국가유공자

· 제67조 (보험료의 부담) ①직장가입자의 보험료는 직장가입자와 다음 각호의 구분에 의한 자가 각각 보험료액의 100분의 50씩 부담한다. 다만, 직장가입자가 교직원인 경우의 보험료액은 그 직장가입자가 100분의 50을, 제3조제2호 다목에 규정된 자가 100분의 30을, 국가가 100분의 20을 각각 부담하되, 제3조제2호 다목에 규정된 자가 그 부담액의 전액을 부담할 수 없을 때에는 그 부족액을 학교에 속하는 회계에서 부담하게 할 수 있다. 1. 직장가입자가 근로자인 경우에는 제3조제2호 가목에 규정된 자 2. 직장가입자가 공무원인 경우에는 그 공무원이 소속되어 있는 국가 또는 지방자치단체 ②지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 부담한다. ③국가는 대통령령이 정하는 바에 의하여 예산의 범위안에서 지역가입자가 부담할 보험료의 일부를 부담할 수 있다.

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

보건복지부는 국민건강보험발전위원회를 구성해서 보험료 부과체계 지속개발, 자영자 소득과약을 위한 국세청과의 연계 등 공평한 보험료 부담 및 급여실시를 수행하려고 한다<sup>30)</sup>.

#### (5) 기존 제안

직장가입자의 보험료 납부체계의 문제점에 대해 두 가지 대안이 제시되고 있다. 첫째, 상한선을 폐지하고 건강보험법 제62조 3항대로 월표준보수월액×보험료율대로 보험료를 부과하고, 둘째 직장가입자 부과체계를 근로소득 외에 이자·배당·부동산·사업소득 등 기타소득과 재산에도 보험료를 부과하는 등의 전면수정을 시행하는 것이다<sup>31)</sup>.

또한 참여연대는 건강보험료 부과 형평성을 높이기 위해, 보험료의 부과, 징수 기능을 현재의 공단 업무에서 국세청업무로 이관시켜, 국세청에서 조세와 함께 보험료를 일괄 징수하여 공단에 이첩시키자고 하였다. 보험료 부과징수 기능을 국세청으로 이전하면 사회보험에서 배제된 사람들에 대한 정보 및 소득과약 능력이 현재보다 훨씬 나아진다는 것이다. 이 경우 그 만큼 사회보험 배제자도 줄어들 가능성이 높다<sup>32)</sup>.

30) 김화중. 참여정부의 보건복지정책 방향. 2003년 한국보건행정학회. 2003년 5월 30일.

31) 김홍신. 직장 건강보험료 부과체계 문제점과 개선방안. 직장 건강보험료 부과체계 개선을 위한 토론회. 서울. 2002년 11월 22일

32) 참여연대사회복지위원회. 「참여연대가 제안하는 2004 총선 복지공약」 참여연대 사회복지위원회, 『복지동향』 2004;66: p. 114-152.

한편 지역가입자와 직장가입자의 보험료 납부액 대비 보험급여액을 비교한 연구는, 직장가입자의 보험료 계산 시에도 피부양자의 수를 반영함으로써 지역가입자와 직장가입자의 보험료부담의 형평성을 확보할 것을 제안하고 있다<sup>33)</sup>.

지역가입자로 속해있는 농업인의 경우 일반 자영업자와 같이 보험료를 정산할 것이 아니라 선진국 사례와 같이 우리 농업·농촌 현실을 반영하여 농업소득 수준에 맞게 부과해야 한다. 또 의료기관, 의료인력을 비롯한 보건의료자원이 도시에 집중되어 농업인의 보건의료이용이 도시인에 비해 상대적으로 저조하고 비용이 많이 소요되는 것을 감안하여 건강보험료 경감수준을 현행보다 확대해야 한다는 주장도 있다<sup>34)</sup>.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

정부차원에서 보험료납부의 형평성을 추구하려는 노력이 필요하다. 보험료부과체계의 불형평에 대한 지적이 있어왔지만, 개선하려는 의지가 많이 부족한 것이 사실이다. 불형평의 정도를 나타내는 지수를 개발해서 정기적으로 고지할 것을 권고한다. 앞서 언급하였듯이 지역과 직장 모두 보험료부과체계가 형평에 어긋나므로 부과체계에 대한 전면 재조정이 불가피하다. 보험료 부과와 수혜의 형평성에 대한 국민적 공감대를 얻어내고, 사회적 논의와 합의를 바탕으로 한 새로운 보험료 부과체계를 만들어야 한다. 과거 관료와 전문가 중심의 보험체계보다는 시민참여에 의한 합의를 얻어낼 수 있도록 참여의 장을 활성화해야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단, 재정경제부

---

33) 이상용·김진수. 전계서. p.161-186

34) 이홍규. 전계서. p. 19-22.

### 3) 급여 수준의 상승과 범위확대 - 경제적 접근성에서의 형평성 확보

현행 의료보험체계의 가장 큰 문제점은 건강보험이 만일에 일어날 중환으로 인한 경제적 충격을 완화하기 위한 ‘사회보험’이 아니라 의료기관을 이용할 때 가격을 깎아주는 ‘할인제도’라는 데 있다. 자료에 의하면 소득이 낮은 인구계층 10%가 전체 의료비지출의 5.32%만을 지출하고 있는 반면, 소득이 가장 높은 인구계층 10%가 전체 의료비지출의 15.7%를 지출하는 것으로 나타났다<sup>35)</sup>. 또한 제주도 직장건강보험 가입자의 소득과 의료이용에 대한 연구에서도 소득 수준에 따라 의료이용 차이가 존재하며, 소득수준이 낮을수록 의료이용수준이 낮다고 보고했다<sup>36)</sup>. 국민건강보험이 도입된 지 십여년이 지났는데도, 의료서비스의 이용에 여전히 경제적 접근성의 격차가 존재하는 것이 엄연한 현실인 것이다. 이러한 경제적 장벽의 주요 원인은 높은 본인부담금에 기인한다. 이는 건강보험급여에 해당하는 서비스 항목이 적고, 급여에 해당된다 하더라도 급여수준이 낮기 때문이다.

#### (1) 현황

진료비 중 높은 본인부담은 저소득층의 보건의료에 대한 접근성을 떨어뜨린다. 본인부담액의 부담상태에 관한 불평등 정도를 알아보기 위해 외래 또는 입원서비스를 이용한 전체 응답자들을 대상으로 본인부담분포에 대한 Gini값을 측정한 결과, 진료비 본인부담의 불평등도를 측정한 Gini값이 0.709로 나타나 소득불평등도 Gini값인 0.371보다 두 배 이상 높은 수치를 보였다. 또한, 가구소득에서 본인부담 의료비가 차지하는 비중을 소득계층별로 비교해보면, 종합전문병원을 이용하는 경우 소득 하위 20%층의 본인부담은 소득의 68.8%를 차지하는 반면, 상위 20%층에서는 소득의 11.8%를 차지하는 것으로 나타났다<sup>37)</sup>.

의료비는 전체 건강보험 급여와 비급여분으로, 급여분은 보험자 부담과 본인부담으로 구분할 수 있다<sup>38)</sup>. 환자가 부담해야 하는 부분은 보험 급여 중 본인부담과 비급여

35) 문성현. 전계서. p. 59-80

36) 이상아·홍성철. 직장건강보험 가입 제주도 주민의 소득계층별 의료이용의 형평성. 보건과 사회과학. 2003;14:147~168.

37) 김학주. 소득계층간 진료비 본인부담의 형평성.  
Available at: <http://gaechuk.gsnu.ac.kr/~cas/khj0429.hwp>

38) 의료기관 방문 시 법정본인부담률

의료기관종별		외래
외래	의원	진료비 15000원 이하 본인부담 3000원 진료비 15000원 초과시 본인부담 30%

에 해당하는 부분이다. 또한 진료를 받고자 하는 의사를 선택한 데에 따른 추가비용, 즉 지정 진료비도 환자의 부담 몫이며<sup>39)</sup>, 따라서 환자가 직접 납부해야 할 비용은 보험 급여항목의 본인부담(B)+비급여항목(C)+선택진료비(D)를 합한 금액이 된다. 즉, 총 진료비를 기준으로 54.5%를 환자 본인이 부담하게 된다는 뜻이다(표 7).

<표 7> 의료비의 구성

보험급여항목	보험자부담 (A) 45.5%	피보험자부담(B) 26.8%
비급여항목 (C)		27.7%
선택진료비 (D)		

자료: 이진경. 건강보험 본인부담 실태와 추이분석. 건강보험포럼. 2002:1(3);p. 51-72.

이러한 문제는 특히 고액 진료의 경우에 심각해진다. 중증질환과 입원진료의 경우 비급여항목인 상급 병실료 차액, 식대, 각종 첨단 의료기기의 검사 등이 다수 포함되어 있어 본인부담비율은 훨씬 높아진다. 더구나 본인부담이 금액이 아닌 비율로 정해져

	병원	종합전문요양기관	통합진찰료 전액+ 진료비의 50%
		종합병원	진료비의 50%
		병원	진료비의 40%
	약국		약제비 10000원 이하 본인부담 1500원 약제비 10000원 초과시 본인부담 30%
입원	병원		요양급여비용 총액의 20%

39) 의료법 제 37조의 2에서 “환자나 그 보호자는 치료받고자 하는 의사를 선택하여 진료를 요청할 수 있다” 규정되어 있음. 면허취득한 후 15년이 경과된 치과의사나 한의사, 전문의 자격을 딴 후 10년이 경과한 의사, 대학병원 또는 대학부속 한방병원의 조교수 이상인 의사로부터 진료를 받거나 검사를 받을 때 일정한 금액을 추가로 지불해야 함. 각 항목별 선택진료비는 다음과 같음.

선택 진료 항목	상한선
외래특진	외래진찰료의 55%
회진특진	입원료의 20%
검사	해당 수가의 50%
마취	해당수가의 100%
영상진단 및 방사선 치료	해당 영상진료비의 25% (방사선 치료비 50%, 방사선 혈관촬영비 100%)
치치, 수술	해당 수가의 100%
정신요법	해당 수가의 50% (심층 분석비는 100%)
침구 및 부항	해당 수가의 100%



있기 때문에 총 진료비의 액수가 커질수록 환자가 부담해야 하는 금전적 비용의 절대적인 크기도 커지게 된다. 현재 본인부담상한제를 실시하고는 있지만, 이는 건강보험 급여 항목 중 본인부담 부분에 제한되어 있기 때문에 실질적인 경감 효과는 적다고 할 수 있다.

건강보험은 6인 이상이 입원할 수 있는 일반병실에 한해서만 병실료를 보험급여하고 있다. 5인 이하의 병실을 이용하면 일반병실과의 차액인 상급병실료를 환자가 전액 부담해야 한다. 한국소비자 보호원에서 전국의 종합전문요양기관(3차 병원)을 이용한 소비자 588명을 대상으로 병원 서비스 이용 실태를 조사한 결과, 환자의 51.3%가 최초 입원시 원하지 않았던 병실을 배정 받았으며, 배정된 병실 종류는 5인실 이하가 79.2%이었으며 6인실이상은 20.8%였다<sup>40)</sup>.

한편 최근 공단이 실시한 건강보험 급여확대 선호도 조사결과에 따르면, 현재 비급여 항목 중 급여확대를 가장 바라는 급여항목은 1위 MRI검사 58.4%, 2위 치과보철 10.0%, 3위 초음파검사 7.5%로 집계되었다(표 8)<sup>41)</sup>.

<표 8> 국민의 급여확대 선호도와 비급여 중 비율

항목	국민의 급여확대 선호도	입원/외래시 비급여 중 비율 <sup>42)</sup>	전체 비급여 중 비율
MRI 검사	58.4%	13.9%(외래)	17.7%
초음파 검사	7.5%	33.3%(외래)	17.2%
식대	0.9%	30.0%(입원)	13.1%
지정진료비 / 선택진료비	2.0%	17.7%(입원) 20.2%(외래)	12.0%
치과 보철	10.0%		
상급병실료 차액	0.5%	30.1% (입원)	
예방접종	2.0%		
노인의치	6.7%		
한방첩약	1.2%		

공단에서 조사한 비급여 항목별 구성비를 살펴보면 입원의 경우 상급병실료차액(30.1%), 식대(30%), 지정진료료(17.7%) 순으로, 이들 항목이 비급여 본인부담액의 약 78%를 차지한다<sup>43)</sup>. 그러나 정작 이에 대한 환자의 급여확대 선호도는 5위 안에도 들지

40) 강병모, 병원 서비스에 대한 소비자 만족도는 '호람'. 소비자 시대. 2003년 2월. p. 48~50.

41) 박대진, 국민이 가장 원하는 급여확대 품목은 'MRI'. 뉴시스. 2004-JUL-8.

42) 한국보건사회연구원, 『의료보험본인부담 실태와 급여체계 개편방안』 서울 : 한국보건사회연구원, 1997

않을 만큼 낮다.

외래에서 주로 많이 사용하며 고가의 진단검사인 MRI 검사, 초음파 검사의 보험급여 확대는 계속 연기되고 있다. 보험재정 안정에 치중한 나머지 급여확대에 대한 정책 방향이 부재할 뿐만 아니라 보험급여의 질적 수준도 매우 낮다. 예방을 포함한 기본적인 필수적인 의료서비스도 충실하게 급여화하지 못하고 있다.

이러한 환자 및 의료소비자에 대해 과중한 부담은 다음의 문제점을 야기시킨다<sup>44)</sup>.

- 상대적으로 위험도가 높은 중증 질환자들의 과중한 경제적 부담을 경감시키지 못하게 된다.
- 의료수요의 한계비용을 증가시켜 경제적으로 취약한 계층의 의료수급을 제한하게 된다.
- 본인부담의 증가로 인해 발생하는 가격의 상승은 의사들로 하여금 소득의 손실분을 보상받기 위한 과잉진료를 유발시킨다.
- 질병의 조기진단 및 치료를 제한하게 되어 장기적으로 국가전체의 의료비규모를 상승시킨다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

국제노동기구(ILO)의 사회보장의 최저기준에 관한 협약(Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952) 제 10조에서 정하고 있는 의료보장의 최소급여기준은 다음과 같다.

1. 급여에는 적어도 다음 각호와 같은 사항이 포함되어야 한다.

(가) 병적 상태에 대해서는,

(1) 일반의에 의한 진료(왕진을 포함한다)

(2) 입원환자 및 통원환자에 대한 전문의에 의한 병원내에서의 진료 및 병원 외에서 행해질 수 있는 전문의에 의한 치료

(3) 의사 기타 자격 있는 자의 처방에 따른 필수적인 약제 지급

(4) 필요한 경우 병원내의 입원

(나) 임신, 분만 및 그 결과에 대해서는,

43) 건강보험공단이 운영중인 일사병원의 자료를 중심으로 비급여 비용을 산출한 결과를 유지민 의원에게 제출한 것임. 출처: 박재봉. 건강보험, 본인부담률 50%대 육박. 뉴시스 2003-DEC-29

44) 김창엽·이진석·강길원·김용익. 「의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기」 한국보건행정학회, 『보건행정학회지』 1999;9:1-14.

(1) 의사 또는 자격있는 조산원에 의한 산전, 분만 및 산후의 진료

(2) 필요한 경우 병원에서의 입원

2. 병적 상태로 인한 수급자의 의료비용은 수급자나 수급자의 부양자에게 일부를 부담하게 할 수 있다. 이러한 비용부담에 관한 규칙은 관계자에게 과중한 부담을 초래하지 않도록 작성되어야 한다.

3. 제10조에 의한 급여는 피보호자의 건강, 근로능력 및 자신의 수요에 족한 능력을 유지하고 회복 또는 개선함을 목적으로 지급되어야 한다.

4. 급여를 관리하는 단체 또는 행정부서는, 적절하다고 인정되는 수단으로, 공공기관 또는 공공기관이 인정하는 단체에 의해서 피보호자가 이용하도록 설치된 일반적인 보건의 관련 시설을 피보호자가 이용하도록 장려하여야 한다.

### (3) 현행법

#### 가. 국민건강보험법

· 제39조 (요양급여) ①가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다. 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 ②제1항의 규정에 의한 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 방법·절차·범위·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지부령으로 정한다. ③보건복지부장관은 제2항의 규정에 의하여 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지부령이 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다.

제9조 (비급여대상) ①법 제39조제3항의 규정에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다. 별표 2에서 제한하고 있는 것은 1) 업무 또는 일상 생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, 2)신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, 3) 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, 4)보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, 5)한시적 비급여 대상 등이다.

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

참여정부는 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 전략의 일환으로 기본 필수진료의 범위를 재설정하고 보험급여를 확대할 계획이다<sup>45)</sup>. 먼저 건강보험재정상황이 정상화된 이후에 보험급여범위를 현행 52%에서 단계적으로 70%까지 확대할 예정이다. 일단 계에서는 한시적 비급여 등 1차적으로 보험급여화하여야 할 필요성이 긴박한 진료에 대해 급여범위를 확대한다. 특히 국가건강보험이 보편적으로 제공하여야 할 필수진료 서비스의 범위를 명확히 정의하고, 이에 기초하여 보장성 확대를 추진하려고 한다. 2단계는 필수진료에 대한 급여화를 통해 의료안전망을 확보하는 것이다. 공적인 필수진료의 범위를 벗어나는 부분은 원칙적으로 의료이용자의 부담으로 한다.

2003년부터 2004년 7월 현재까지 정부의 건강보험 급여범위 조정관련 시행하고 있는 정책은 다음과 같다.<sup>46)</sup>

##### 가. 고가의료장비 및 장애인 보장구 등에 대한 보험적용 확대

- 2003년 1월 제대혈조혈모세포이식
- 2004년 1월 동종말초혈액조혈모세포이식, 임상전기생리학적 검사 등 10개 항목 비급여에서 급여로 전환
- 2004년 3월 감마나이프 등 뇌정위적 수술

##### 나. 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 확대

- 2003년 2월 백혈병
  - 2004년 1월 암 및 파킨슨병 등 62개 질환
- ※ 외래에서 해당질병으로 요양을 받는 경우 비용총액의 100분의 20에 해당하는 금액을 본인이 부담 (30~50%부담에서 20%로 본인부담금 경감)

##### 다. 본인부담액상한제 실시

만성·중증질환자의 고액진료비 부담을 덜어주어 가계파탄을 예방하고, 건강보험의 보장성을 강화하기 위함이다. 기존의 본인부담액보상금 제도(30일간 120만원 초과시, 초과금액의 50%는 사후 보상)는 현행대로 유지한다. 6개월 이내로 본인부담액이 300만원에 도달한 동일 요양기관에 계속 입원하는 환자는 초과 본인부담액을 지불하지 않아

45) 최병호, 보건 의료서비스 보장성 강화, 참여정부 보건 의료발전계획(안) 공청회 자료집, 2003년 11월 27일, p.33-42.

46) 보건복지부, 2004년 주요업무 참고자료, 2004년 7월, p. 97~99.

도 된다. 적용되는 진료비는 입원진료비, 외래진료비, 약제비이며 비급여항목(100/100 항목 포함)은 제외한다.

##### (5) 기존 제안

보험급여확대에 대한 요구는 끊임없이 제기되어 왔다. 참여정부는 건강보험의 보장성을 70%까지 높이겠다고 목표를 설정했다. 그러나 보험재정 지출에 대한 부담으로 피보험자가 느낄 수 있을 만큼 급여확대를 실시하지는 않았다.

건강보험 재정위기가 이슈화되었던 2001년 이후 보험료 수집은 연평균 21.2%씩 약 2조원 가까이 증가한 반면, 급여비는 연평균 5.8%, 8천억원 내외로 증가하였다. 이에 대해 건강세상네트워크는 공단이 막대한 흑자를 얻게 된 것은 보건복지부의 재정추계가 오류였으며, 급여확대와 같이 국민들에게 돌아가는 혜택도 없이 무조건적으로 보험료 인상에만 급급했다고 비판하였다<sup>47)</sup>.

한국보건사회연구원에서 지난 2001년에 본인부담금에 대한 인식을 조사한 결과에 따르면<sup>48)</sup>, 첫째, 암과 같은 중한 질병에 걸렸을 때 진료비 본인 부담을 줄여주고 감기와 같은 아주 가벼운 질병에 대해서는 진료비를 더 부담하는 방안에 대하여 52.4%가 찬성하고, 36%가 반대하여 긍정적인 대답이 우세하였다. 두번째로, 의원과 약국 방문 때의 정액부담금 3000원과 1500원에 대해 ‘싼 편이다’는 의견이 7.7%이고 ‘적당하다’는 의견이 53.3%로 그다지 부담스럽지 않게 느낀다고 한다. 세 번째로, 중증질환의 보장성 강화를 위한 재원 마련에 대하여 ‘본인부담을 높이는 것이 좋겠다’는 의견이 70.0%이고 ‘보험료를 인상하는 것이 좋겠다’는 응답이 30.0%로 나타나 보험기능보다는 수익자 부담을 더 선호하는 것으로 나타났다.

참여연대는 장기·중증질병에 따른 고액 진료비에서 비급여항목에 따른 본인부담의 문제가 심각하므로 고액진료에 대한 정책적 대응이 시급하며, 이러한 맥락에서 우선 본인부담상한제에 비급여 항목을 포함시켜야 한다고 주장했다<sup>49)</sup>. 건강연대는 본인부담상한제에 대해 더 구체적인 대안을 제시하고 있다<sup>50)</sup>. 비급여비용을 포함한 전체 의료비의 상한액을 설정하되, 일본처럼 소득수준에 따라 차등적용하면서 입원비에만 적용하는 ‘입원비 상한액’과 입원, 외래, 약국 서비스 비용을 모두 포함한 ‘연간상한액’으

47) 건강세상네트워크. [성명서] 건강보험료 동결, 급여확대. 2003년 11월 16일 보도자료.

48) 한국보건사회연구원. 본인부담금에 대한 인식조사. 2001.

49) 참여연대 사회복지위원회. 「참여연대가 제안하는 2004 총선 복지공약」 참여연대 사회복지위원회. 『복지동향』 2004년 4월호. p. 142-143.

50) 김창보. 백혈병환자 본인부담 실태와본인부담상한제 시행방안. 건강보험 본인부담상한제 시행방안에 관한 토론회. 건강세상네트워크·유시민의원실. 2003년 12월 22일

로 구분해서 적용하자는 것이다. 이 방식대로 본인부담상한제를 실시하면 건강보험에서 연간 1,700~2,000억원 정도 예산이 소요된다고 한다.

그리고 참여연대는 현행 비급여항목을 지속적으로 급여 항목으로 전환하여 2007년도까지 급여율을 70%이상으로 확대함으로써 건강보험의 보장성을 강화해야 하며, 급여항목의 확대는 진단·검사·처치·수술 등 치료적 서비스가 우선적으로 고려되어야 한다고 제안했다<sup>51)</sup>.

급여확대를 통한 보장성 강화 방안으로 다음과 같은 내용이 제기되었다<sup>52)</sup>

- 비급여 항목을 급여항목으로 전환한다. 2005년 1월부터 MRI가 보험적용이 되고 본인부담상한제까지 합해지면 현재보다 건강보험 보장율은 높아질 것이다.
- 임신과 출산에 소요되는 일체의 의료이용(산전 진찰, 초음파 등 각종 검사, 분만 및 입원 등) 비용을 건강보험이 전적으로 부담한다.
- 차액병실료와 선택진료(과거의 특진료)를 건강보험제도의 틀 내로 끌어들인다. 차액병실료도 마찬가지다. 건강보험 기준 병실은 6인실이다. 대다수의 환자들은 입원하면 2인실에 입원하고 자리가 비는 대로 6인실로 옮기려고 노력한다. 차액병실료의 부담이 크기 때문이다. 문제는 건강보험 기준병실이 국내 전체 병실의 50%도 안된다는 데 있다. 기준병실을 전체 병실의 약 80% 이상으로 올려야 한다.

한편, 건강보험 본인 부담제 개선방향은 크게 세 가지로 요약된다<sup>53)</sup>.

- 첫째, 중증질환에 대해 의료보장을 강화하고, 경증질환에 대해서는 가입자의 의료비 부담을 강화한다. 즉 질병발생에 대한 고위험(major risk)에 대해서는 보험자가 위험을 떠안고, 낮은 위험(minor risk)에 대해서는 가입자가 위험을 떠안는 방향으로 의료비 부담의 배분을 조정한다
- 둘째, 의료전달체계를 강화하는 방향으로 의료비의 본인부담 정도를 조정한다. 가벼운 외래 질환에 대해서는 종합병원 및 3차 병원이용시 환자 본인부담을 강화함으로써 이용을 억제하도록 유도하고, 외래진료는 1차 의료기관을 이용하도록 유도한다.
- 셋째, 상기 두 가지 원칙을 적용할 때에 부담능력이 떨어지는 취약계층은 의료접근성에 상당한 제약을 받게 되므로 이들 계층의 의료접근성을 보장하기 위한 형평성 차원의 보완대책이 필요하다. 즉 65세 이상 노인계층이나 저소득층, 장애인 등에 대해 본인부담을 낮추어 줌으로써 의료혜택의 문턱을 낮추어 준다.

51) 참여연대. 전계문.

52) 이상이. 「우리나라 건강보험제도와 공단의 나아갈 방향-보장성을 중심으로」 국민건강보험공단, 『건강보험』 2004년 7월호. 38~39쪽.

53) 최병호. 「건강보험 본인부담제 현황과 개선방향」 대한병원협회, 『대한병원협회지』 2004:289;18~27.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

사회복지서비스를 받고 있는 도시빈민을 대상으로 한 조사에서 지난 3개월간 몸이 아파도 병원을 가지 못하는 이유로 응답자의 56%가 '병원비가 많이 나올 것 같아서'를 꼽았다<sup>54)</sup>. 이는 우리나라의 의료보장 체계가 취약한 단면을 그대로 보여주고 있다.

높은 본인부담률이 보건의료서비스의 경제적 접근성을 저해하므로, 건강보험의 보장성 강화를 위해서 급여체계를 개정해야 한다. 임시비급여를 포함한 비급여 항목에 대한 건강보험공단 및 보건복지부 차원에서의 현황 조사를 실시해야 한다. 납부 보험료와 지출 의료비의 가계부담률을 조사해서 형평성을 제고시킬 수도 있다. 무엇보다도 환자에게 부담이 많이 되는 비급여 항목의 급여전환을 실시해야 한다. 막중한 본인부담을 덜기 위해서 비급여비용을 포함한 전체 의료비의 본인부담상한제를 운영해야 한다. 건강보험 재정상태를 감안하여 단계적으로 비급여를 축소하되, 건강보험정책심의회의 조율을 통해서 국민이 원하는 서비스가 포함될 수 있도록 최대한 반영해야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단

---

54) 건강연대 빈민건강분과. 빈곤층의 건강상태, 의료이용실태 및 삶의 질 조사결과. 건강연대 보건의료 정책자료집. 2003년 p.551-559.

## 2. 보건의료 자원 개발과 배치

유엔의 “사회권 규약”에서는 건강권 보장과 관련한 네 가지 핵심요인으로 가용성, 접근성, 수용성, 질을 제시했다. 특히 전자의 두 가지는 충분한 양의 공중보건, 보건의료시설, 상품 및 서비스, 보건사업을 이용할 수 있어야 한다는 것과 보건의료 시설, 상품 및 서비스에 모든 사람이 차별 없이 접근 가능해야 한다는 것을 의미한다<sup>55)</sup>. 보건의료 영역의 “구조” 측면에서 자원의 균형 개발과 배치는 이러한 요건들을 만족시키는데 불가결한 요소라 할 수 있다. 본 연구에서는 우리 사회에서 이 분야의 쟁점으로 1) 보건의료자원의 지역간 균형 개발과 배치, 2) 공공의료기관의 확충, 3) 필수 의약품에 대한 접근성 보장, 4) 효과적인 지역사회/재가(在家) 의료서비스 개발을 선정하였다.

### 1) 보건의료자원의 지역간 균형 개발과 배치

보건의료에서의 형평성이라 함은 대개 보건의료 재원조달, 보건의료 서비스 접근성, 건강 결과에서의 형평성을 일컫는다. 이 때 접근성에서의 형평성이란 의료 이용이 다른 요인이 아닌 필요(need)에 의해서 이루어지는 상황을 뜻한다<sup>56)</sup>. 보건의료 서비스 접근성에 불평등이 존재한다는 것은 소득이나 고용 상태 같은 사회경제적 요인, 성별이나 연령 등 인구학적 요인, 혹은 거주하고 있는 지역에 따라 보건의료 이용의 가능성이 다르게 나타난다는 의미이다. 지역에 적절한 보건의료 서비스 시설이 없거나 부족하기 때문에 지역에 따른 서비스 이용의 격차가 나타난다면 이는 건강권의 침해라 아니할 수 없다. 특히 이는 지리적 이동 가능성과 관련하여 저소득 계층과 사회적 취약 계층에게 더욱 큰 부담을 주며 불평등의 심화에 기여하게 될 것이다.

#### (1) 현황

보건의료 자원은 다른 분야의 자원과 마찬가지로 수도권을 중심으로 한 지역 편중 현상이 심하게 나타나고 있으며, 건강보험의 적용범위 확대로 경제적 접근성에서의 형평성이 개선되는 상황에서도 크게 바뀌지 않고 있다. 1995년 지역의료보험 피보험자의 입원 자료를 통해 지역간 의료이용의 격차를 살펴본 신영전<sup>57)</sup>의 실증적 연구결과를 살펴보면, 농촌형 특성이 강하고 의료 자원이 부족한 지역일수록 입원률, 건당 진료비,

55) UN CESCR. 전계문.

56) van Doorslaer, E. et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. Journal of Health Economics 2000;19:553-583.

57) 신영전. 「의료이용의 지역간 격차에 관한 연구 - 3차성 내과계 진단군을 중심으로-」 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문, 1998



건당 입원일 수 및 입원일 당 진료비가 상대적으로 낮게 나타났다. 또한 최근의 지역별 자원의 분포를 살펴보면, 대개 광역시에서 의료 기관, 병상 수가 많은 것으로 나타나며, 특히 의사 인력의 경우 도시 집중 현상이 가장 심하게 관찰된다. 이를테면 서울의 경우 인구 점유율이 21.2%인데 비해 전체 의사 인력의 31.6%를 차지하고 있으며 7대 광역시의 인구 10만명당 의사 수(155명)는 나머지 지역(98.4명)의 1.6배에 이르고 있다(표 9).

<표 9> 지역별 의료기관 및 병상 수, 의사 인력 분포 현황

지역	인구 점유율 (%)	의료기관 수(/10만 명)	병상 수 (/10만명)	병상 점유율(%)	의사 수 (/10만명)	의사 점유율(%)
서울	21.2	61.5	521.8	19.4	186.9	31.6
부산	7.7	55.9	563.4	7.6	128.9	7.9
대구	5.2	53.5	593.5	5.5	151.6	6.3
인천	5.4	46.3	603.5	5.7	94.6	4.0
광주	2.9	55.8	778.7	3.9	160.3	3.7
대전	2.9	64.4	717.0	3.7	154.4	3.6
울산	2.2	45.4	525.0	2.1	88.6	1.6
<b>소계</b>	<b>47.5</b>	<b>57.6</b>	<b>576.0</b>	<b>45.8</b>	<b>155.0</b>	<b>58.8</b>
경기	20.6	45.4	482.8	18.1	91.7	15.1
강원	3.2	43.4	787.9	4.4	118.1	3.0
충북	3.1	50.0	528.8	2.9	125.1	3.1
충남	4.0	46.1	562.4	3.9	102.8	3.2
전북	4.0	51.2	718.9	5.1	134.3	4.3
전남	4.2	37.5	547.4	4.0	87.1	3.0
경북	5.7	39.2	512.6	5.1	82.7	3.8
경남	6.5	42.8	675.6	7.7	93.2	4.8
제주	1.1	48.9	451.7	0.9	97.6	0.9
<b>소계</b>	<b>52.5</b>	<b>44.5</b>	<b>557.5</b>	<b>54.2</b>	<b>98.4</b>	<b>41.2</b>
<b>계</b>	<b>100.0</b>	<b>50.4</b>	<b>565.8</b>	<b>100.0</b>	<b>125.3</b>	<b>100.0</b>

자료 : 2002, 2003년 주민등록통계 (통계청), 2003년 보건복지통계연보(보건복지부)

## (2) 국제권고 및 외국사례

- 앞서 지적했듯 유엔의 경제·사회 이사회(2000)<sup>58)</sup>에서는 건강권의 보장을 위해 보건의료 서비스의 1)유용성(availability), 2)접근성(accessibility), 3)수용성(acceptability), 4) 질(quality)이 보장되어야 한다고 규정하면서 특히 접근성과 관련하여 모든 사람들이 안전한 물리적 범위 내에서 접근 가능해야 한다고 천명했다.

- 주요 선진국들의 경우, 지방자치제도의 발달과 지역간 공공의료 체계의 확립으로 인해 이러한 지리적 형평성에 관한 이슈를 주요하게 취급하거나 보건목표로 지정한 사례는 찾아보기 힘들었다. 대개 선진국들의 목표에는 지역 개발과 배치보다는 지역사회 참여 강화(community participation)가 주요한 내용으로 포함되는 경향을 보였다.

## (3) 현행법

### 가. 보건의료기본법

- 제24조 (보건의료자원의 관리 등) ①국가 및 지방자치단체는 보건의료에 관한 인력·시설·물자·지식 및 기술 등 보건의료자원을 개발·확보하기 위하여 종합적·체계적인 시책을 강구하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 보건의료자원의 장·단기 수요를 예측하여 공급이 적정화되도록 보건의료자원을 관리하여야 한다.

- 제25조 (보건의료인력의 양성 등) 국가 및 지방자치단체는 우수한 보건의료 인력의 양성 및 자질향상을 위하여 교육 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

- 제29조 (보건의료의 제공 및 이용체계) ①국가 및 지방자치단체는 보건의료에 관한 인력·시설 및 물자 등 보건의료자원이 지역적으로 고루 분포되어 보건의료서비스의 공급에 관한 균형이 이루어지고 양질의 보건의료서비스를 효율적으로 제공하기 위한 보건의료의 제공 및 이용체계를 마련하도록 노력하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 보건의료의 제공 및 이용체계를 구축하기 위하여 필요한 행정상·재정상의 조치 기타 필요한 지원을 할 수 있다.

### 나. 농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법

- 제1조 (목적) 이 법은 농어촌등 보건의료취약지역의 주민들에게 보건의료를 효율적으로 제공함으로써 국민의 의료균점과 보건향상에 이바지함을 목적으로 한다.

- 제5조의2 (공중보건의사의 배치기관 및 배치시설) ①제5조제1항 및 제2항의 규정

58) UN Economic and Social Council. the right to the highest attainable standard of health: 11/08/2000 E/C. 12/2000/4 (General Comments)

에 의하여 보건복지부장관 또는 시·도지사가 공중보건의를 배치할 수 있는 기관 또는 시설은 다음 각호와 같다. 1. 보건소 또는 보건지소 2. 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 설립·운영하는 병원으로서 보건복지부장관이 정하는 병원("공공병원"이라 한다. 이하 이 조에서 같다) 3. 공공보건의료연구기관 4. 공중보건사업의 위탁사업을 수행하는 기관 또는 단체 5. 보건의료정책을 수행함에 있어서 공중보건의를 배치할 필요한 기관 또는 시설로 대통령령이 정하는 기관 또는 시설. ②제1항의 규정에 의한 보건소 및 공공병원은 특별시·광역시(광역시의 관할구역안에 있는 군지역을 제외한다)외의 지역에 있는 기관 및 시설에 한한다.

· 제15조 (보건진료소의 설치·운영) ①시장 (도농복합형태의 시의 시장을 말하며, 읍·면지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우에 한한다)·군수는 의료취약지역의 주민에 대한 보건의료를 행하게 하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다.

#### 다. 농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법

· 제13조 (민간의료기관에 대한 보건의료의 제공에 관한 협조요청 등) ①국가 및 지방자치단체는 농어촌주민의 의료수요충족을 위하여 필요한 경우에는 농어촌에 있는 민간의료기관에 대하여 공공보건의료에관한법률 제5조 각호에 해당하는 보건의료의 제공에 관한 협조를 요청할 수 있다. ②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 따라 보건의료를 제공하는 민간의료기관에 대하여 인력 및 재정지원을 할 수 있다.

· 제14조 (농어촌민간의료기관의 육성) ①국가 또는 지방자치단체는 농어촌주민의 보건향상과 국민보건의료의 균형있는 발전을 위하여 농어촌민간의료기관을 육성하여야 한다. ②국가 또는 지방자치단체가 제1항의 규정에 의한 농어촌민간의료기관의 육성을 위하여 농어촌민간의료기관에 대하여 융자를 하는 경우에는 보건복지부장관이 관계행정기관의 장과 협의하여 정하는 융자금리와 융자기간을 적용할 수 있다. ③국가 또는 지방자치단체는 농어촌민간의료기관의 육성을 위하여 농어촌민간의료기관이 재정융자특별회계법에 따라 2003년 12월 31일 이전에 도입한 차관에 대하여 보건복지부장관이 관계행정기관의 장과 정하는 바에 따라 상환기간의 연장, 금리의 인하 등 조정된 상환조건을 적용할 수 있다.

#### 라. 농어촌특별세관리특별회계법

· 제3조 (회계의 세입 및 세출) ①이 회계의 세입은 다음 각호와 같다. 1. 농어촌특별세법에 의한 농어촌특별세액 2. 제2항제1호의 규정에 의한 융자금의 원리금 수입 3. 제7조의 규정에 의한 결산상 잉여금 4. 재정융자특별회계법에 의한 재정융자특별회계로부터의 예수금 5. 공공자금관리기금법에 의한 공공자금관리기금으로부터의 예수금 6. 기타 수입금. ②이 회계의 세출은 다음 각호와 같다. 1. 농림수산업경쟁력강화, 농어

촌생활환경개선 및 농어민후생복지증진을 위한 사업으로서 별표에서 정하는 대상 사업 중 농림부·농촌진흥청·산림청 및 해양수산부 소관사업외의 사업에 대한 투자·보조·융자 및 출연 2. 농림수산업경쟁력강화, 농어촌생활환경개선 및 농어민후생복지증진을 위한 사업으로서 별표에서 정하는 대상사업중 농림부·농촌진흥청·산림청 및 해양수산부 소관사업에 대한 투자·보조·융자 및 출연을 위한 농어촌구조개선특별회계의 농어촌특별세전입금사업계정으로의 전출금 3. 제1호 및 제2호의 규정에 의한 사업시행에 따른 지방자치단체부담액의 지원을 위한 교부금 4. 제1호 및 제2호의 사업중 국가균형발전특별법 제34조제2항의 규정에 의한 사업에 대한 국가균형발전특별회계의 지역개발사업계정으로의 전출금 5. 제1항제4호 및 제5호의 규정에 의한 예수금의 원리금 상환 6. 이 회계의 운용·관리에 소요되는 경비

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

정부에서는 지역간 균형 개발을 위한 구체적 대안으로 다음과 같은 사업들을 현재 시행하고 있다.

##### 가. 병원병상 확충 및 기능보강 융자사업<sup>59)</sup>

· 목적 : 농어촌지역에 부족한 병상을 확충하고 노후된 의료시설 및 의료장비의 기능을 보강함으로써 농어촌 지역의 의료수요에 적절한 서비스 제공

· 의료시설의 설치·운영 능력이 있는 자에게 시설투자를 위한 장기저리의 재정융자를 지원함으로써 부족의료시설을 확충토록 하며 (단, 병상확충은 병상이 부족한 진료권의 병상확충에 한함), 농·어촌지역의 의료시설 운영자에게 장기저리의 재정융자 지원을 통해 기존 의료시설의 개보수(요양병상 기능전환 포함) 및 노후장비를 교체하여 기능을 보강토록 함

##### 나. 농어촌 의료서비스 개선 사업<sup>60)</sup>

· 농어촌특별세관리특별회계법 제3조제2항에 의해 농어촌의료서비스개선사업 추진

· 목적 : 농어촌지역 보건소 등 공공보건의료부문의 시설·장비 등 기능보강, 보건소 전산화 등 공공보건의료기관의 업무 효율성 제고

· 지원실적 ('94-2003년) : 총 사업비 3,418억 원 (시설개선 2,989억 원, 의료장비 : 232억 원, 전산장비 127억 원, 기타 장비 70억 원)

59) 보건복지부. 2004 병원병상 확충 및 기능보강 융자사업 계획(농특) 2004.

60) 보건복지부. 2004년 농어촌의료서비스 개선사업 지침. 2003.

#### 다. 공중보건의 및 보건진료소 제도 운영

· 농어촌등보건의료를 위한 특별조치법(제5조제1, 2항)에 의거하여 농어촌등 보건의료 취약지역 또는 보건의료시설에 공중보건 의사를 배치하여 공중보건업무에 종사하도록 하며<sup>61)</sup>, 그 외에도 의료취약 지역에 시장·군수의 영에 의해 보건진료소를 설치 운영토록 함

#### (5) 기존 제안

지금까지의 정책들이 주로 농어촌 지역의 의료 인력과 시설 확충에 대한 방안들이지만, 보건의료공공분야의 사회안전망이 부족한 도시지역의 보건의료문제를 해결 또는 완화할 수 있는 체계의 일환으로 도시지역 보건지소의 설치가 검토되고 있다. 이는 농촌지역에서는 농특세 등에 의한 개선사업 등 투자가 있었던 반면 도시지역은 일부 보건소를 제외하면 거의 투자가 없어 오히려 도시 지역 빈곤계층의 접근성 문제가 더욱 취약할 수 있다는 문제의식에 기반한 것이다<sup>62)</sup>. 또한 지역간 형평성 문제는 기본적으로 보건의료 체계가 과도한 민간 중심의 경향 때문이라는 점을 지적하면서 공공의료의 확충이 근본적이고 포괄적인 대안임을 지적하기도 하였다<sup>63)</sup>.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

보건의료 자원의 지역간 불평등이 발생하는 핵심은 무엇보다 우리 사회 보건의료 체계의 과도한 민간의존성이라 할 수 있다. 전체적인 균형 발전의 목적 하에서 통합적으로 계획되기보다는 민간 부문의 자유로운 선택, 주로 시장성의 논리에 의해 자원이 개발됨으로써 벌어진 현상이며 이는 보건의료뿐만 아니라 여타의 다른 사회 자원에서도 마찬가지라고 생각된다.

따라서 이에 대한 가장 중요한 대안은 다음 장에서 제기할 공공의료의 확충이 될 것이다. 현재 정부에서 시행하고 있는 정책들은 주로 농어촌을 중심으로 시설 확충과 인력 보강의 방안들을 제시하고 있는 바, 이것이 전체적인 공공의료의 확충이라는 틀 안에서 통합적으로 조정되지 않는 한 자원 투자의 효율성과 그로 인한 실질적인 접근성

61) 보건복지부. 공중보건의사제도 운영지침 2004.

62) 전남대학교·보건복지부. 도시지역 보건지소의 설치 및 운영을 위한 기초연구. 2003.8

63) 서울대학교 보건대학원. 공공병원 확충 방안 개발에 대한 연구. 보건복지부. 2004.2

과 가용성의 강화를 기대하기 어려울 것으로 보인다.

또한 보건의료기본법을 비롯한 일련의 법률들이 지역의 보건의료자원 개발과 관련하여 중앙과 지방 정부의 역할을 명시하고는 있지만 이를 평가하거나 모니터링할 수 있는 현실적 방안이 없다는 것은 문제가 아닐 수 없다. 따라서 공공의료 체계의 커다란 틀 속에 기구를 설치하여 지역간 보건의료 자원의 배치와 실제 의료 이용의 형평성에 관한 지표를 개발하고 이에 따른 목표 설정과 모니터링하는 것이 필수적일 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부, 재정경제부

## 2) 공공의료기관 확충

건강권과 관련하여 공공의료기관이 중요한 이유는 두 가지로 정리될 수 있다. 첫째는 현재까지 저소득층, 빈곤층의 의료 이용의 상당부분을 공공 기관이 담당해왔다는 점이다. 특히 97~98년의 경제 위기 상황에서는 상대적으로 낮은 가격을 통해 사회적 안전망 역할을 담당했던 것이 사실이다. 하지만, 전 국민이 건강보험에 편입되어 있고 그 보장성을 확대해 나가는 시점에서 ‘공공병원=저소득층 진료’라는 등식이 언제까지 지속될 수 있는 것은 아니다. 오히려 건강권과 관련하여 보다 중요한 두 번째 이유는 의료공급체계를 개편하는데 정부가 직접적으로 운용할 수 있는 유일한 수단이라는 점이다. 이를테면 지역간 보건의료 자원의 균형배치만 해도 정부가 민간을 통제할 수 있는 방법은 전혀 없기 때문에 정책수단으로서 공공의료기관을 확보하는 것은 중요하며, 더구나 ‘합리적 의료공급자’로서 공공병원을 자리매김할 필요가 있다는 점이다. 공공보건의료의 확충은 향후 국민 의료비의 급격한 상승을 저지할 수 있는 유일한 대안이라 할 수 있는데, 국민의료비의 양등은 중앙정부의 재정 및 가계 경제에 심각한 부담을 주고, 가장 심각한 부담에 직면하는 집단은 결국 저소득 계층이 될 것이다. 실제로 한 추계에 의하면 일인당 명목GDP 대비 국민의료비는 2001년도에 6.1%, 2020년 11.4%, 2050년 26.5%에 이를 것으로 전망되는데, 이는 개인소득 중 의료비중이 높아짐으로써 그만큼 다른 재화와 용역서비스에 대한 소비기회를 잃는 것이며 가계경제의 압박이 매우 커진다는 것을 의미한다. 또한 표준화된 적정 진료와 질병 예방의 강조를 통해 의료서비스의 질 개선과 비합리적인 의료공급행태의 개선에 큰 영향을 미칠 수 있다<sup>64)</sup>.

---

64) 상계서.

## (1) 현황

2002년 OECD 평가 보고서<sup>65)</sup>는 한국 사회가 보건의료 서비스 제공에서 지나친 민간 중심 경향을 보이고 있으며, 공공의료기관은 오히려 이를 보완하는 수준에 지나지 않는다고 지적했다. 정부는 치료 서비스의 제공자로서 극히 제한적인 역할을 하고 있으며 대개 보건소를 중심으로 한 질병 예방과 건강 증진의 책임을 맡고 있다. 병원이나 의원, 약국의 개설은 전적으로 민간에 맡겨져 있으며 개원 지역, 활동, 처방과 관련하여 어떠한 제약도 없는 상황에서 당연히 의료기관들은 환자 유인을 위한 경쟁을 벌이기 마련이다. 병원 영역에서 영리 행위는 법적으로 금지되어 있지만 병원들은 실제로 이윤 지향적인 진료를 행하고 있으며 그들의 행위는 영리 조직과 결코 다르지 않다고 할 수 있다. 병원 개원에 유일하게 필요한 조건이라면 규정된 최소한의 병상 수와 부서를 채우는 것이며, 이를 충족시키고 나면 병상 수는 전적으로 의료기관 자체에 의해 결정된다.

OECD Health Data에 의하면 우리나라의 공공 보건의료의 비중은 OECD 국가들 중 최하위 수준이며, 민간 주도로 알려진 미국이나 일본에 비해서도 한참이나 낮은 것으로 알려져 있다(표 10, 표 11)<sup>66)</sup>.

<표 10> 주요 OECD 국가의 전체 병상 중 공공병상의 비율 (병상 수 기준)

구 분	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000
폴란드	-	-	-	-	-	99.9	99.8	99.8	99.8	99.2
캐나다	-	-	97.9	97.9	97.9	99.1	99.3	-	-	-
영국	-	-	98.5	97.6	96.8	95.7	95.7	95.7	95.8	-
이탈리아	-	83.3	85.8	84.5	76.5	76.0	78.6	-	72.6	-
멕시코	-	-	-	-	-	68.6	74.4	73.5	-	70.0
프랑스	-	-	64.2	68.0	64.8	64.6	64.8	64.8	64.8	64.9
독일	55.9	54.6	52.4	50.9	51.0	49.9	48.5	-	46.5	46.4
미국	24.3	23.9	21.4	18.9	18.4	33.7	-	-	-	-
일본	-	37.7	32.8	30.5	29.5	32.4	34.8	35.8	-	37.2
한국	-	-	-	-	14.6	10.2	9.7	9.0	-	8.1

65) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Review of the Korean health care system. Paris, 2002

66) 서울대학교 보건대학원. 전게서.

<표 11> 공공/민간 의료 기관 현황, 1999년

	종합병원	병원*	의원	보건소	약국
공공	20.1%	7.1%	0%	100.0%	0%
민간	58.0%	91.9%	100%	0%	100%
- 비영리	18.0%	61.9%			
- 법인	40.0%	30/0%			
- 영리			100%		100%
대학	21.9%	1.0%	0%	0%	0%
전체 (숫자)	278	664	18,508	242	18,433

인용 : Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Review of the Korean health care system. Paris, 2002

\* 치과, 한방병원 제외

전체 진료에서 공공부문이 차지하는 비율도 외래환자 점유율 22.9%('87) → 9.6%('97) → 5.5%('03), 입원환자 점유율 25.9%('87) → 13.4%('97) → 11.6%('03)로 점차 낮아지고 있다<sup>67)</sup>. 또한, 공공병원에 대한 투자부족은 이들 기관으로 하여금 적자감축을 위한 수입증대 노력에 나서게 만들고 결과적으로 민간의료기관과의 차별성을 상실해가고 있다. 1998년의 경제 위기 동안 전반적인 의료 이용이 감소한 반면, 보건소 내원 환자 수는 40% 증가했던 것<sup>68)</sup>을 떠올릴 때, 민간부문과 다름없는 환자 유치 경쟁과 영리 추구는 특히 취약계층에게 문제가 아닐 수 없다. 또한 질적인 측면에서도 국가중앙의료기관이라 할 수 있는 국립의료원이 투자 부족, 시설·장비 낙후 등으로 이러한 제 기능을 발휘하지 못하고 있으며 국립대병원은 우수한 양질의 의료서비스를 제공하고 있으나 상당한 적자를 기록하고 있으며 국가와 지방자치단체의 전액 투자에도 불구하고 권역 단위에서 공공의료사업 지원역할을 수행하기 보다는 교육기능에 치중하고 있다. 지역 공공병원의 경우, 운영의 비효율성과 투자 부족으로 큰 폭의 적자를 기록하고 있으며 (지방공사의료원 적자 : 01년 410억 → 02년 790억 → 03년 396억), 만성적인 의사인력 부족과 잦은 이동으로 안정적 진료환경 구축이 곤란하여 저소득층 진료 병원으로 고착화되고 있다 (표 12).

67) 정병태. 정부에서 생각하는 공공보건의료. 2004년 공공보건학회 심포지움 “공공보건의료의 현재와 미래” 연제집 2004

68) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Review of the Korean health care system. Paris, 2002



<표 12> 공공병원의 의사 총족 현황, 2002년

구 분	정원 (A)	현 원			과부족		결원율(%)	
		계(B)	의사(C)	공보의	(B-A)	(C-A)	(B-A)/A	(C-A)/A
지방공사의료원(33)	654	581	423	158	△73	△231	△11.2	△35.3
적십자병원(6)	93	78	62	16	△15	△31	△16.1	△33.3

이러한 지나친 민간 주도 경향은 경제적/지리적 조건에 따른 보건의료의 접근성에 문제를 야기할 수 있을 뿐 아니라, 적절한 진료 지침 개발과 준수를 통한 의료의 질 보장에 장애가 됨은 물론, 경쟁적인 서비스 제공을 통한 건강보험 재정 악화, 그리고 정부가 실질적인 정책수단을 갖지 못하게 된다는 점에서 심각한 문제가 아닐 수 없다.

이러한 상황에서 경제자유구역(경제특구) 내의 병원을 개방하고 내국인 진료까지 허용하겠다는 청와대와 재정경제부의 주장<sup>69)</sup>에는 논란의 여지가 있다. 경제 특구 내 의료기관 이용의 가능성이 일부 부유층에게 집중되고 영리법인화가 진척되면 그나마 취약한 공공의료의 기반이 더욱 침식될 수 있음이 분명한 상황이기 때문이다.

## (2) 국제권고 및 외국 사례

한국의 공공보건의료, 특히 보건소에 대해 OECD<sup>70)</sup>는 매우 긍정적인 평가를 내리고 있다. 이를테면 보건소가 적절한 질의 진료 서비스를 낮은 가격에 제공하고 있으며, 건강증진과 질병예방, 재활 등의 공공보건사업에서 치료 서비스, 취약 계층을 위한 특별사업까지 포괄하고 있음을 지적하였다. 이러한 공공보건의료기관은 빈곤층과 일시적 곤란에 빠진 이들의 의료이용을 보장해 줄 수 있는 유용한 수단이 되며 따라서 지방과 중앙 정부는 이러한 소득 보호 기능에 대한 지원을 좀더 확대하여 자원을 보건소에 더 많이 할당하고 1차 진료의 역할을 할 수 있도록 지원해야 한다고 했을 뿐 아니라, 현재 최빈곤층의 치료를 담당하고 있는 공공 병원의 숫자를 유지해야 한다고 평가하였다. 그러나, 공공의료기관의 저소득층 의료제공 기능만을 강조하는 것은 앞글에서 지적한 공공의료기관의 보다 중요한 측면을 간과한 것으로 판단된다.

국제기구나 선진국의 보건의료 목표들을 살펴보았을 때 공공의료에 관해 구체적인

69) 데일리메디. 盧 대통령 "특구내 병원개방 극복" - 재정부 중심 과감히 추진...내년 내국인진료 허용 법개정. 2003.10.22

70) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 전계서.

권고를 제시한 사례를 살펴보기는 어렵다. 이는 앞 장의 자료에서 살펴보았듯 OECD 국가 내에서도 우리 사회만큼 민간 의존도가 높은 국가를 찾아보기 어렵다는 점에서 기인할 것이다.

### (3) 현행법

#### 가. 보건의료기본법

· 제27조 (공공·민간 보건의료기관의 역할분담 등) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관과 민간보건의료기관간의 역할분담 및 상호협력체계를 마련하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 제4조제2항의 규정에 의한 기본적인 보건의료 수요를 충족하기 위하여 필요한 경우에는 공공보건의료기관을 설립·운영할 수 있으며, 이에 소요되는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다. ③국가 및 지방자치단체는 공공보건의료의 효율적인 운영과 관리를 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다. ④공공보건의료기관의 설립·운영 등 공공보건의료에 관한 기본적인 사항은 따로 법률로 정한다.

#### 나. 공공보건의료에 관한 법률

· 제1조 (목적) 이 법은 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

· 제3조 (공공보건의료기관의 설치·운영) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.

· 제4조 (공공보건의료기관의 사업) ①공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 다음 각호의 사업 중에서 보건복지부장관이 요청하는 사업을 수행하여야 한다. 1. 주요 질병관리사업 2. 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업 3. 보건의료인의 교육훈련사업 4. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립·시행 및 평가 지원사업 5. 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료 활동에의 참여 및 지원사업 6. 민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업 7. 기타 보건복지부장관이 요청하는 사업. ②공공보건의료기관은 제1항의 규정에 의하여 사업수행을 요청받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

· 제5조 (보건의료의 우선 제공) 공공보건의료기관은 다음 각호에 해당하는 보건의

료를 우선적으로 제공하여야 한다. 1. 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료 2. 노인·장애인·정신질환자 등 타 분야와의 연계가 필수적인 보건의료 3. 전염병 예방 및 관리 4. 아동과 모성에 대한 보건의료 5. 응급환자의 진료 6. 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료 7. 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지부장관이 정하는 보건의료

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

##### 가. 공공보건의료와 관련한 정책 방향<sup>71)</sup>

보건복지부는 공공보건의료와 관련하여 다음과 같은 4가지 정책 방향을 제시한바 있다. 첫째, 공공보건의료체계를 중심으로 중산층·서민에 대한 양질의 서비스 제공 기반을 구축한다. 둘째, 공공의료기관을 중심으로 양질의 서비스를 적정한 가격으로 공급하는 표준 진료 기반을 구축하여 전체 의료시장에서 모범을 제시하고 견제와 균형의 역할을 함으로써 국민의료비의 증가를 억제한다. 셋째, 희귀·난치성 질환 등 필수보건의료서비스 공급하며, 넷째, 전염병 등 국가적 재난에 대비한 공적 정책수단을 확보한다.

구체적인 방안은 다음과 같다.

1. 민간이 담당하기 어려운 취약 부문의 우선 보장 : ① SARS 등 전염병 예방과 희귀·난치성 질환 연구·치료를 위한 인프라 구축, ② 예방가능한 사망률 개선을 위한 선진적 응급의료체계 구축, ③ 공급이 부족한 재활서비스의 제공 기반 강화, ④ 고령화 사회에 대비하여 2010년경 11만개 부족이 예상되는 장기요양병상의 확충

2. 적정진료의 표준 제시와 서민층 진료 등 영역 확대 : ① 국민의료비 증가 억제를 위한 의료서비스 가격과 질의 표준 제시, ② 서민층 등 의료취약계층이 주로 이용하는 공공병원의 현대화를 통한 의료이용의 형평성 제고

3. 공공보건의료기관 혁신 및 체계 개선 : ① 국가중앙의료원을 설립하여 공공의료의 중추적 기관화, ② 국립대병원 중심의 권역별 공공보건의료전달체계 확립, ③ 지방공사 의료원 등의 지역거점 병원화를 위한 전면 혁신, ④ 보건소를 예방·건강증진, 만성질환 관리를 전담하는 기초단위의 건강증진 거점센터로 육성, ⑤ 공공보건의료기관간 의뢰·회송 체계 구축 등 연계 강화

4. 국공립병원의 관리·운영체계 혁신 : ① 국공립병원 혁신을 위하여 특수법인화 검토 등 운영체계 전면 개편, ② 엄격한 운영평가 기준 마련 및 시행과 전담평가기관 운영으로 효율성 확보

---

71) 정병태. 전게서.

## 나. 보건소등 공공보건기관 기능 활성화 방안<sup>72)</sup>

### ① 보건소 기능 활성화

- 예방보건사업 활성화를 위해 농어촌 지역 144개 보건소에 보건사업 전담 공중보건 의사·간호사 배치 확대

- 도시형 보건지소 확대 추진(금년 50개소 시범사업)

- 병원 중심 가정간호사업과 보건소 중심 방문보건사업의 연계를 통하여 서비스의 지속성과 효율성 제고

### ② 국·공립 병원 보건의료서비스 확대

- 지방공사의료원등 공공보건의료기관(113개소)의 주요 보건사업을 유형별로 선정·지원('02년 14억 → '10년 100억원) : 저소득층·노인·장애인 등 취약계층 건강검진 및 진료, 고혈압·당뇨 등 만성질환, 결핵·정신질환 등 특수질환 관리, 가정간호·방문보건 연계등 정부가 권장하는 공공보건사업

- 보건소와 국·공립병원간에 시설·인력·장비를 공동 활용하고 고혈압 등 환자 관리 협조체계 구축

## (5) 기존제안

서울대 보건대학원에서 수행한 공공의료 확충 방안 개발에 대한 연구<sup>73)</sup>는 우리나라 전체 보건의료공급체계의 문제점으로 ① 민간부문의 절대적 우세와 영리추구성, ② 상방지향적인 의료전달체계, ③ 규모에 경제에 달하지 못하는 병원의 규모, ④ 의원과 병원 간 접속구조의 비효율성, ⑤ 급성기 병상과 만성요양병상의 수급 불균형, ⑥ 지역별 보건의료기관 분포의 불균형 등을 지적하였다.

이에 대한 보건의료 자원(인프라) 개편 방향은 ① 1/2/3차 기능 분화 (특히, 의원과 병원의 병상보유 분리), ② 지역적 불균형 분포 → 지역적 균형 분포, ③ 급성 병상 → 만성 병상, ④ 소규모 → 적정규모 ⑤ 치료 위주 → 예방 및 관리 (특히, 중증/고액진료비 질환) ⑥ 민간 → 공공 (사익적 민간 → 공익적 민간)으로 제시되고 있다.

특히 보건의료체계의 낭비적 지출을 억제하기 위해서는 합리적 의료공급자의 확충이 절실하게 필요하며 공공 보건의료기관이 합리적 의료공급자로서의 기능을 수행함으로써 그 자체적으로 낭비적 지출을 억제할 뿐 아니라 민간 의료기관에 대한 견인·전파 효과도 지닐 것이며, 질병예방 기능을 강화함으로써 고액 진료비 발생을 예방할

72) 보건복지부. 국민건강증진 종합대책 2002.4.10

73) 서울대학교 보건대학원. 공공병원 확충방안 개발에 관한 연구 2004.2

수 있을 것으로 예측하였다.

공공부문의 확대를 이루기 위해서는, 먼저 공공병원을 국가 보건의료정책의 수행 기관으로 인식하고 정책 수행에 든 비용은 정부가 감당한다는 의식의 전환이 필요하며 (수익성 및 재정자립 개념의 폐기), 공공병원의 임무를 빈민진료기관이 아니라 교과서적 진료를 통한 모범 확산, 보건사업 수행을 통한 주민의 건강관리를 수행하는 성실하고 정상적인 보건의료서비스의 제공자로 규정해야 한다. 이를 위해서는 현대적 시설, 우수한 인력, 관료주의와 경직성을 타파하기 위한 자율성 부여, 평가체계 등이 기본 요건으로 구비되어야 한다.

공공 보건의료 확충을 위해서는 법제도적 기반 구축이 선결 과제라 할 수 있는데, 핵심적인 과제로는 ① 공공보건의료체계의 통합조정 기능 강화, ② 지방자치단체의 공공 보건의료에 대한 책임 지원, ③ 인프라 개선을 가능케 할 정책수단 확보라 할 수 있으며 이를 위한 관련 법령의 제·개정이 필요하다. 1) 공공보건의료체계의 통합조정 기능 강화를 위해서는 서울대학교병원설치법 및 국립대학병원설치법의 소관부처를 보건복지부로 이전, 지역거점병원을 지역 기반 공공 특수법인으로 규정하는 것(지방공사의료원의 법적 지위 변경 포함), 중앙의 공공 특수병원 통합조정 강화 등이 필수적이다. 2) 또한 지방자치단체가 공공병원의 운영과 지원을 수행하는 데 장애 요인을 제거해야만 공공병원이 각 지역 내에서 활성화될 수 있는데, 이를 위해서는 재정적 지원, 행정적 지원, 기술 지원, 정보 제공 등의 보건복지부 및 관련 정부 기관의 법적 의무로 명시하여 원활하게 이루어질 수 있도록 해야 한다. 3) 보건의료 인프라 개선을 위해서는 의료기관 기능분담의 합리화, 병상수급 조절기금의 설치, 지역별 병상 신증설 허가제 실시, 건강보험 제도의 관련 사항 정비 및 요양수가의 신설 등이 수행되어야 하며, 4) 민간의료기관의 공공성을 강화하기 위해서는, 소유지배구조의 공공성 강화 및 보건사업을 실시하는 조건으로 정부의 지원을 받는 보건법인 제도의 도입을 검토할 필요가 있다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

공공의료를 강화해야 한다는 당위성은 이전부터 꾸준히 제기되어 왔지만 참여정부가 대통령선거 공약으로 이를 채택함으로써 구체적인 실현의 가능성은 그 어느 때보다 높아졌다. 실제로 「참여정부 보건의료발전계획(안)」<sup>74)</sup>에서도 공공보건의료의 기능 강화는 보건의료서비스의 보장성 강화라는 측면에서 핵심 요인으로 다루어졌다. 또한 앞서 살펴본 연구보고서<sup>75)</sup>에서 다루었던 공공의료의 확충과 관련된 재정조달 방법, 법

74) 보건의료발전기획단. 참여정부 보건의료발전계획(안) 공청회 자료집. 2003.11.27

75) 서울대학교 보건대학원. 전거서.

제도 정비에 대해서도 비교적 구체적인 방안들이 제시되어 그 어느 부분보다 현실화의 가능성이 높을 것으로 기대된다.

그러나 공공의료 확충의 실질적 장애요인이 보건의료 영역 외부에서 발생했는데, 최근 재경부가 추진하고 있는 경제특구 내의 의료기관 개방과 내국인 진료, 영리법인 허용이 바로 그것이다. 외국 병원의 내국인 진료를 허용할 경우, 국내 민간 병원들의 경쟁 심화와 이로 인한 의료비의 상승, 계층간 불평등의 심화는 충분히 예측 가능한 현상이며 더욱이 이것이 민간의료보험의 도입으로 이어진다면 사회보험을 통한 현재의 의료보장 체계 자체가 크게 위협받을 수 있다<sup>76)</sup>.

유엔 경제사회이사회는 건강권 보장과 관련하여 “퇴행적인 조치가 취해져야 하는 상황이라면, 당사국은 그러한 조치가 모든 대안들에 대한 가장 신중한 고려 끝에 도입되었으며 당사국의 최대 가용 자원의 완전한 활용이라는 맥락에서 규약에 규정된 권리의 전체성 근거에 의해 적절하게 정당화될 수 있음을 입증해야할 의무가 있다”고 규정하였다<sup>77)</sup>. 따라서 공공의료의 강화 전략을 추진해나가고 있는 보건복지부의 경우 이러한 조치가 가져올 결과에 대한 영향을 평가해야 하며, 실질적으로 개방 논의를 주도하고 있는 재정경제부의 경우, 내국인 진료와 영리법인화 허용이 시민들이 우려하고 있는 퇴행적인 결과를 야기하지 않을 것이며 국민의 건강보장을 위한 최대한의 조치라는 점을 분명히 입증해야 한다. 그렇지 못할 경우, “존중, 보호, 충족”이라는 규약 당사국의 의무를 저버리는 것이며, 유엔 3차 위원회에서 제기한 “최소한의 핵심적 의무” (비차별적 기반에 근거한 보건의료기관, 상품, 서비스의 접근권 보장, 모든 보건의료 기관, 상품과 서비스의 공평한 분포 보장)를 위반하게 됨을 분명히 인지해야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 재정경제부, 행정자치부

76) 건강권 실현을 위한 보건의료단체연합. 경제자유구역 외국 병원의 내국인 진료 및 영리법인화 허용을 반대한다. 2004.7.15

77) UN CESCR. 전계문.

### 3) 필수 의약품에 대한 접근성 보장

세계보건기구의 알마아타 선언(Declaration of Alma-Ata)<sup>78)</sup>에서는 필수적인 보건의료 서비스가 포함해야 할 영역들을 제시했는데, 여기에는 ① 주요 건강문제 및 이에 대한 예방과 관리에 대한 교육, ② 적절한 음식 공급 및 영양, ③ 안전한 식수의 공급과 기본위생, ④ 가족계획을 포함한 모자보건, ⑤ 주요 전염성 질환에 대한 예방접종, ⑥ 풍토병에 대한 예방과 관리, ⑦ 흔한 질병과 손상에 대한 적절한 치료, ⑧ 필수 약품의 공급 등이 포함된다. 필수약품이란 인구집단의 우선적인 보건의료 필요(need)를 충족시키는 약물들로서, 공중보건 관련성, 효능과 안전성에 대한 증거, 비용효과성의 비교에 근거하여 결정된다. 이들은 보건의료체계의 작동 상황에서 항상, 적당량, 적절한 용량의 형태로, 절한 양만큼, 보장된 질과 적절한 정보, 그리고 개인과 지역사회가 감당할 수 있는 가격으로 얻을 수 있어야 한다. 이러한 필수 의약품 개념의 실행은 많은 다른 상황들에 유연하고 적용 가능해야 하는데, 어떤 의약품이 필수약품이 되어야 할지 정하는 것은 분명히 국가의 몫이다<sup>79)</sup>.

우리 사회의 경우, 저개발 국가들과 달리 기초적이고 빈번하게 쓰이는 의약품의 공급 자체가 문제되지는 않지만 상대적으로 수요가 적은 희귀약품의 안정적 공급과 가격 문제로 인한 접근성이 주로 문제되는 상황이다.

#### (1) 현황

##### 사례 1 : 희귀약품의 생산과 비축

2001년 7월에는 아프리카 지역에서 근무를 했던 외항선원이 말라리아에 감염된 후 경구용 치료제로 치료받아오다가 상태가 더욱 악화되어 국가비축용 희귀약품인 정맥주사용 염산퀴닌을 구하려 했으나 당시 재고량이 없어서 결국 사망하는 일이 벌어졌다<sup>80)</sup>. 또한 지난 2003년에는 재벌기업의 제약회사가 적자를 이유로 선천성 면역 결핍증에 대한 치료제인 감마 인터페론(interferon gamma, 상품명 인터맥스 감마) 생산을 중지했다가 사회적 비판에 직면하자 생산을 재개했던 사건도 있었다<sup>81)</sup>. 이러한 사건들은 국가의 관리 소홀, 혹은 필수약품 생산의 민간 의존이 낳을 수 있는 극단적인 건강권 침해를 보여준다.

78) WHO. Primary health care. 1978.

79) WHO EDM. Essential Drugs and Medicines Policy <http://www.who.int/medicines/>

80) 한겨레신문 2001년 7월 6일자 기사

81) 건강권실현을 위한 보건의료단체연합. “정부는 희귀질환 및 난치질환에 의한 가계파탄에 대한 실질적 대책을 강구하라” 2003.10.28

## 사례 2 : 지적 재산권으로 인한 희귀 의약품의 접근성 장애

만성골수성 백혈병의 획기적 치료제로 각광 받은 ‘글리벡’ 문제의 경우 환자들과 시민사회 단체들이 이른바 “글리벡 공대위”를 결성하고 활동을 벌여 사회에 상당한 관심을 불러일으켰다. 이들이 주장하는 바는, 특히 때문에 부당하게 높게 책정된 약값에 대응할 수 있도록 다자간 무역협정 중 지적재산권 분야(TRIPS)에서 의약품을 제외시키고, 강제실시 허여를 통해 합법적으로 일반약(generic drug)을 구입할 수 있도록 해달라는 것이었다<sup>82)</sup>.

## (2) 국제권고 및 외국 사례

앞서 언급했듯이 세계보건기구에서는 필수약품의 구비가 국가의 책임이라는 것을 분명히 밝힌 바 있다. 캐나다의 경우 국가보건사업의 우선순위를 정하면서 의료 서비스 체계를 보다 포괄적이고 지속 가능하며 유연하고 책임 있게 만드는 방향으로 개선 및 현대화시켜야 함을 지적하였다. 그리고 그 세부 내용의 하나로서 모든 국민들이 필요한 경우 필수 의약품에 접근 가능하도록 하며, 의약 비용 절감이라는 복잡한 과제에 대해 합리적이고 증거에 기반한 접근을 채택해야 한다고 주장하였다<sup>83)</sup>.

## (3) 현행법

### 가. 약사법 : 한국희귀의약품센터

· 제72조의12 (한국희귀의약품센터의 설립) ①적용대상이 드물고 대체의약품이 없어 긴급한 도입이 요구되는 의약품 및 희귀질환자치료용 의약품(이하 "희귀의약품등"이라 한다)에 대한 제반 정보의 제공 및 공급(조제 및 투약업무를 포함한다. 이하 같다) 등에 관한 업무를 수행하기 위하여 한국희귀의약품센터(이하 "센터"라 한다)를 둔다. ②센터는 법인으로 한다. ③센터에 관하여는 이 법에서 규정된 것을 제외하고는 민법 중 재단법인에 관한 규정을 준용한다. ④제1항의 규정에 의한 센터의 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

· 제72조의13 (센터의 사업) ①센터는 다음 각호의 사업을 행한다. 다만, 제2호의 사업을 행하는 경우 센터의 장은 센터안에 조제실을 설치하고, 센터의 직원중 약사를 지

82) 평등사회를 위한 민중의료연합. 『이윤보다 생명이다』. 교육비평 2003

83) Toward A Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians. the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999



정하여 사업을 담당하게 하여야 한다. 1. 희귀의약품등과 관련한 각종 정보의 수집 및 전산망 구축과 관련되는 사업 / 2. 희귀의약품등의 공급 사업 / 3. 그 밖에 식품의약품 안전청장이 인정하는 희귀의약품등과 관련되는 사업. ②식품의약품안전청장은 센터가 제1항의 사업을 하는 때 필요하다고 인정되는 경우 재정의 지원 등을 할 수 있다.

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

필수의약품, 특히 희귀의약품의 안정적 공급과 관련하여 정부는 퇴장방지 의약품을 선정하는 동시에 국가 주도의 “희귀의약품 센터”를 건립하여 대처하고 있다.

##### 가. 퇴장방지 의약품 선정

보건복지부 고시에 의해 퇴장방지의약품을 선정하여 저가의 비용효과적인 필수의약품이 시장에서 퇴출되지 않도록 생산 및 사용을 장려하고, 건강보험재정 및 국민의료비 절감을 도모하고 있으며, 2004년 1월 현재 1196 품목이 지정되어 있다.

##### 나. 한국희귀의약품센터의 기능<sup>84)</sup>

###### ① 정보수집, 가공 및 정보 제공

- 획득 가능한 국내.외 희귀질병 및 희귀의약품 관련 정보수집
- 희귀질병 및 희귀의약품 정보분류 및 데이터베이스화
- 환자, 약사, 의사를 위한 희귀질병 및 희귀의약품 관련 각종 교육매체 개발 희귀의약품 관련 소식지발간등
- 희귀질환자, 희귀질병 연구자,약학대학,의과대학,제약회사,연구자,수입업자 등에게 정확하고 신속한 관련정보제공

- 희귀질병, 희귀의약품에 관련된 각종 자료보급 및 대국민 예방활동 강화

###### ② 의약품 공급

- 희귀의약품(희귀성의약품포함)의 국내 수급관리체계 수립
- 의료기관,약국 및 의약품공급자와의 연계체계 (의뢰체계)확립
- 비유통 희귀의약품(희귀성의약품포함)의 공급

###### ③ 민원접수 및 정책건의

- 희귀질병 및 희귀의약품에 관한 민원접수 및 고충처리업무 담당
- 희귀의약품 수급관리체계 확립 및 정책건의
- 희귀의약품지정추천

84) 한국희귀의약품센터 <http://www.kodc.or.kr/>

## (5) 기존제안

희귀의약품의 안정적 수급 문제는 퇴장방지의약품 선정 정책과 희귀의약품 센터의 설립 방안을 통해 해결의 실마리를 찾아가고 있으나 지적 재산권과 관련된 약값 문제는 아직 해결되지 않고 있다. 하지만 세계 무역기구(WTO)는 회원국들로 하여금 공중 보건 측면을 고려한 정책들을 채택할 수 있는 자유를 제한하지는 않고 있다. 물론 무역 제한적 조치의 필요성을 입증해야 한다는 부담이 있기는 하지만 제 20조에서 “인간, 동물, 혹은 식물의 생명이나 건강을 보호하는데 필요한” 경우 내국민 대우를 비롯하여 GATT 규칙의 예외를 인정한다고 밝혔다<sup>85)</sup>. 또한 2001년 공중보건에 대한 도하 선언문에서도 “무역관련 지적 재산권에 관한 협정(TRIPs) 협정 중 그 어떠한 것도 WTO 회원국들이 각국의 공중 보건과 관련된 조치들을 채택하는 것을 막을 수 없다. 회원국은 강제 실시권을 부여할 권리와 부여 조건을 결정할 자유가 있다”고 천명하였다<sup>86)</sup>. 이러한 측면에서 “건강권 실현을 위한 보건의료단체연합” 등은 TRIPs에서 의약품을 제외시키고, 강제실시 허여를 통해 합법적인 일반약(generic drug) 구입을 보장하라고 요구하고 있다.

## (6) 전체 평가 및 실천계획

전반적으로 저개발 국가에서 문제되고 있는 필수약품의 수급 자체에는 큰 문제가 없으며 이는 오히려 의료보장의 범위나 수준 확대가 관건인 것으로 보인다. 또한 필수적인 희귀의약품의 공급도 꾸준한 추진전략을 진행하고 있지만 지적재산권과 관련한 약품 문제의 경우 시민운동 단체에서 제시한 대안 대신 특정 약품에 대한 기금지원(예, 글리벡 환자기금) 사업을 전개하고 있다. 이는 근본적인 처방이 될 수 없으며 또 다른 특허약품에서 동일한 문제가 발생할 수 있는 여지를 남긴다. 의약품의 공공성 확보라는 측면에서 이들 약제의 약가 인하와 보험적용 확대, 강제 실시 등과 관련해 주무부서인 보건복지부와 특허청의 인식전환이 필수적이다.

관련기관 : 보건복지부, 식품의약품안전청, 특허청, 외교통상부

---

85) Lee K, Buse K, Fustuki an S. Health Policy in a Globalizing World. Cambridge University Press. London 2002

86) 평등사회를 위한 민중의료연합. 전게서.

#### 4) 효과적인 지역사회/재가(在家) 의료서비스 개발

지역보건 서비스(community health service)는 병원 등의 시설 외부에서 간호사, 조산사, 방문간호사 등 전문 의료인에 의해 제공되는 서비스를 가리킨다<sup>87)</sup>. 의료기관 시설 외부에서, 특히 지역사회로 제공되는 보건의료서비스는 노인이나 장애인, 만성질환자들의 의료이용 접근성을 증진시키는데 상당히 중요하며 치료적 서비스는 물론 질병예방 및 건강증진 서비스까지 포괄함으로써 국민의료비 절감 효과는 물론이거니와 계층간 보건의료 서비스 이용의 형평성에 기여할 수 있다. 또한 지역사회 보건/복지 서비스가 효과적으로 연계됨으로써 장애인이나 노인, 외병상태의 만성질환자들이 존엄성을 지키며 독립적인 사회생활을 유지해나가는데 도움을 줄 수 있다.

##### (1) 현황

###### 가. 방문보건서비스와 가정 간호제도

방문보건사업은 보건기관 인력이 지역 주민의 가정 또는 시설에 방문하여 가족 및 가구원 건강문제를 가진 가구를 발견하고 질병예방 및 관리, 건강증진 등을 위하여 적합한 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 가족의 자가관리능력을 개선하여 삶의 질을 향상시켜 주는 포괄적인 건강관리 사업을 말한다. <sup>88)</sup>현재 지역 보건법에 근거하여 공공의료기관인 보건소 인력이 직접 가정을 방문하여 주로 취약계층(국민기초생활수급가구 및 차상위계층)을 대상으로 서비스를 제공하고 있다. 반면 가정간호제도는 주로 민간보건의료 기관에서 주치의가 처방한 내용을 가정전문 간호사가 직접 방문하여 서비스를 제공하는 형태로 실시되고 있다.

###### 나. 지역사회 재활 서비스

우리나라의 장애인구는 2000년도 실태조사결과 전 인구의 3.09%로 추정되며 그 가운데 재가 장애인이 96.5%로 절대 다수를 차지하고 있다. 또한 2004년 국립재활원과 서울대학교가 공동으로 연구한 자료에 의하면 2003년 8월 현재 등록된 장애인수는 1,477,648명이며 이 중 약77%가 장애와 관련된 의료서비스의 필요성을 가지고 있다. 그 중 지체와 뇌병변 장애인의 지속적 의료서비스가 필요한 비율은 90%이며 이 중 55%가 아직 적절한 의료서비스를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다. 또한 노인 인구의 급증으로 2000년 현재 노인 인구는 전체 인구의 7% 수준인 약 320만 명에 이르며 각종 퇴행성 질환이 증가되고 있으며 교통사고, 산업재해와 여가 활동의 증가로 인한

87) Ottewill R, Wall A. The Growth and Development of the Community Health Services. Business Education Publishers, 1990.

88) 보건복지부 공공보건관리과. 2004년도 방문보건사업 운영지침.

중추신경 및 말초신경 손상환자, 골절 및 관절 손상 환자 등의 증가로 의료재활이 요구되는 환자가 급격히 증가되고 있다. 이들 중 대부분은 재가 장애인으로 남아 지역사회 재활사업이 더욱 절실히 필요로 하는 반면, 현재 재활병원의 숫자는 3~4군데에 불과하다. 각 지역마다 장애인종합복지관, 사회복지관 등이 있거나 새로 건립되고 있지만 늘어나는 장애인들과 노인들의 수요를 채우는 데는 한계가 있다. 국립기관인 국립재활원이 전국에서 하나밖에 없고 민간기관도 2~3군데 밖에 없다는 점을 고려할 때 지역사회 재활 사업이 중요한 대안이 될 수 있을 것이다.<sup>89)</sup>

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

주요 선진국들에서는 지역사회/재가 보건의료서비스의 중요성을 인식하고 대개 국가 보건의료 목표에 이러한 항목들을 포함하고 있다.

### 가. 캐나다

국가 보건사업의 우선순위를 정하면서 의료 서비스 체계를 보다 포괄적이고 지속 가능하며 유연하고 책임 있게 만드는 방향으로 개선 및 현대화시켜야 함을 지적했고, 그 중에서도 급성 병상과 지역 사회 환경 모두에서 의료 서비스의 질에 대한 보고개선을 통해 의료 서비스의 책임성 강화할 것, 필요할 경우, 지역 사회 간호, 가정 간호, 정신 보건 서비스, 요양 서비스, 완화 간호에 대한 공평한 접근성 보장을 제시하였다<sup>90)</sup>

### 나. 핀란드

2015년까지의 공중 보건 전략을 기획하면서 생애 주기별로 13대 주요 과제를 선정했는데, 그 중 노인인구의 건강보장과 관련하여 지역사회/재가 서비스를 강조하였다. 즉, 노인 인구가 (능력이 저하된 경우에도) 독립적인 생활을 꾸려갈 수 있는 조건을 보장하도록 이들을 위한 주거, 지역 서비스와 교통 환경들이 개발되어야 하며, 지역 당국은 그들의 복지 사업의 일환으로, 주거지역의 개발과 확장과 관련한 지방 자치 계획에 노인 전략을 포함시킴으로써 이러한 대상 목표를 위해 노력해야 한다고 했을 뿐 아니라, 노인을 위한 서비스 프로그램은 일상생활과 장기 요양에 필요한 간호 서비스를 개발하고 비공식적 돌봄과 봉사 활동, 상용 서비스와 정부 활동을 합병시키며, 현대적 기술의 활용을 목표로 하여 지방 자치 단체와 함께 작업이 이루어져야 한다고 강조했다<sup>91)</sup>.

89) 김병식. 지역사회재활사업의 배경과 필요성. 한국재활간호학회 2004년도 춘계학술대회. 서울 2004.4.16

90) Toward A Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians. the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999

#### 다. 미국

Healthy People 2010 이라는 국가 보건 목표에서 28대 집중 영역을 설정했는데, 그 중 첫 번째로 질 좋은 보건의료 서비스의 접근성 보장을 내세웠으며, 재가/혹은 지역 사회 서비스 증진과 관련하여 두 가지 목표를 선정하였다. 이는, 1) 지속적인 장기 요양 서비스가 필요한 이들 중 이용 가능한 사람들의 비율을 늘린다는 것과, 2) 현재 욕창 진단 상태인 요양시설 거주자의 비율을 낮춘다(1997년 1천명 당 16건 → 2010년 8건)는 것이다<sup>92)</sup>.

#### 라. 스웨덴

1999년에 국가 공중보건 위원회에서 19 항목의 보건 목표(Green Paper)를 제시했는데, 그 중에서 모든 노인과 장기 이환자에게 적극적인 방문 보건과 건강증진 사업 수행을 강조했으며 이를 통해 적어도 1년에 한 번 건강증진을 목적으로 사회서비스나 보건의료 전문가의 가정 방문을 받는 장기 이환 상태의 사람들과 노인들의 비율 증가시킨다는 것을 목표로 삼았다<sup>93)</sup>.

#### 마. 영국

건강 불평등의 해소와 관련하여 4가지 접근을 제시하고 있는데, 그 중 한 가지가 개인과 지역사회의 참여를 증대시키는 것이다. 여기에서는 특히 노인들에 대한 지역사회 보건복지 서비스를 강조하여, 1) 2006년까지 모든 지원 노인의 30%가 가정에서 살 수 있도록, 2) 2004년에는 5만명 이상이 독립적으로 거주하며, 50% 이상이 지역사회 시설을 통해 혜택을 받고, 15만 명의 노인이 중간 단계 보호를 받도록 목표를 정하고 있다<sup>94)</sup>. 또한 이러한 목표는 2003-2006년 주요 정부 부처의 공공 서비스 협약 목표(Public Service Agreements, PSAs)<sup>95)</sup>에도 다시 한 번 천명되어, 모든 이들의 건강 및 사회적 보호의 개선을 목표로 하며, 그 중에서도 2006년 3월까지 가정에서 살 수 있도록 집중 지원되는 노인의 숫자를 가정이나 요양시설에서의 사회 서비스에 의존하는 전체의

---

91) Government Resolution - on the Health 2015 public health programme. the Ministry of Social Affairs and Health 2001

92) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

93) Equity-oriented national strategy for public health in Sweden - A case study. European Centre for Health Policy 2000

94) Equality Framework: Priorities for Action. Department of Health 2003

95) White Paper : Public Service Agreements (PSAs) for all main departments for 2003 to 2006.

30%까지 증가시켜서, 노인들이 가능하면 가정에서 살 수 있도록 삶의 질과 독립성 증진하도록 하고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 국민건강증진법

· 제1조 (목적) 이 법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다.

· 제3조 (책임) ①국가 및 지방자치단체는 건강에 관한 국민의 관심을 높이고 국민 건강을 증진할 책임을 진다. ②모든 국민은 자신 및 가족의 건강을 증진하도록 노력하여야 하며, 타인의 건강에 해를 끼치는 행위를 하여서는 아니 된다.

#### 나. 지역 보건법

· 제9조 (보건소의 업무) 보건소는 당해 지방자치단체의 관할구역안에서 행하여지는 다음 각호의 사항을 관장한다. 1. 국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업 2. 전염병의 예방·관리 및 진료 3. 모자보건 및 가족계획사업 4. 노인보건사업 5. 공중위생 및 식품위생 6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도등에 관한 사항 7. 의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도등에 관한 사항 8. 응급의료에 관한 사항 9. 농어촌등보건의료를위한특별조치법에 의한 공중보건의사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도등에 관한 사항 10. 약사에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항 11. 정신보건에 관한 사항 12. 가정·사회복지시설등을 방문하여 행하는 보건의료사업 13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병 관리에 관한 사항 14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항 15. 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업 16. 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구등에 관한 사업

#### 다. 농어촌등보건의료를위한특별조치법시행규칙

· 제22조 (보건진료원의 직무교육과정등) ①보건진료원 직무교육의 과정은 이론교육과정·임상실습과정 및 현지실습과정으로 구분한다. ②보건진료원직무교육의 내용은 이론교육과정에 있어서는 지역사회보건관리, 모자건강 및 가족계획, 가정간호관리, 보건사업 운영관리 및 기술지도, 기타 통상질환관리 및 소양에 관한 과목으로 하고, 임상실습과정에 있어서는 환자의 치료에 필요한 기본적인 임상실습으로 하며, 현지실습

과정에 있어서는 지역사회 적응방법, 기존보건기관과의 연계방법등 보건의료활동의 실습으로 한다. ③보건진료원 직무교육의 기간은 이론교육과정 8주, 임상실습과정 12주, 현지실습과정 4주로 한다.

#### 라. 의료법 시행규칙

· 제22조 (가정간호) ①법 제30조제1항제4호의 규정에 의하여 의료기관이 실시하는 가정간호의 범위는 간호, 검체의 채취(보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다. 이하 같다) 및 운반, 투약, 주사, 응급처치 등의 교육 및 훈련, 상담, 건강관리에 관한 다른 보건의료기관 등에서의 의뢰로 한다. ②가정간호를 실시하는 간호사는 제54조제1항제4호의 규정에 의한 가정전문간호사이어야 한다. ③가정간호는 의사 또는 한의사가 의료기관외에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 가정전문간호사에게 치료 또는 관리를 의뢰한 자에 한하여 실시하여야 한다. ④가정전문간호사는 가정간호중 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사 또는 치료적 의료행위인 간호를 하는 경우에는 의사 또는 한의사의 진단과 처방에 의하여야 한다. 이 경우 의사 및 한의사의 처방의 유효기간은 처방일부터 90일까지로 한다. ⑤가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정전문간호사를 2인 이상 두어야 한다. ⑥가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정간호에 관한 기록을 5년간 보존하여야 한다. ⑦이 규칙에서 정한 것외에 가정간호의 질관리 등 가정간호의 실시에 필요한 사항은 보건복지부장관이 따로 정하는 바에 의한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

참여정부의 보건의료 발전기획단<sup>96)</sup>은 모든 국민의 건강권이 보장되는 「건강공동체」 구현을 목표로 다음과 같은 다섯 가지의 영역의 과제를 선정하였다. 1) 평생국민건강관리체계 구축, 2) 보건의료서비스 보장성 강화, 3) 보건의료체계의 효율화, 4) 보건산업의 경쟁력 제고, 5) 보건의료발전을 위한 기반 구축. 그 중 지역사회/재가 보건의료서비스와 관련하여 다음과 같은 추진전략들이 제시되어 있다.

##### 가. 평생국민건강관리체계 구축 - 건강증진을 위한 기반 구축

○ 보건소를 중심으로 지역의 실정에 맞는 건강증진사업을 확대 추진함. 2005년 이후부터, 지역별 건강마을 만들기 사업으로 확대 전환하여 보건소 중심의 지역 단위 건강증진마을을 형성함.

○ 보건소를 중심으로 지역사회 연계체계 강화 : 1) 기초자치단체 내에서 건강증진에

96) 보건의료발전기획단. 참여정부 보건의료 발전계획 공청회 자료집 2003.11.27

관한 분야간 협력을 사업별 조례로 명시, 지방의 특색에 부합하는 건강증진사업에 대해서는 지방정부가 예산 지원 및 행정적 지원을 받을 수 있도록 함. 2) 보건소를 중심으로 하는 지역사회 연계를 통하여 건강증진 대민 서비스를 원활하게 제공하기 위해 보건소 산하에 법인체인 「건강증진센터」를 설립

○ 건강증진 전담 인력 확보 : 1) 현재 보건소의 건강증진사업 담당자에 대하여 건강증진 보수교육을 강화하고, 건강증진 전담자를 확보하여 효율적인 건강증진사업을 실시함. 2) 2003년 10월 국민건강증진법에 추가 제정된 보건교육사를 지역사회 건강증진사업 담당자로 활용할 수 있도록 동법 시행령 및 시행규칙을 개정함.

#### 나. 보건의료서비스 보장성 강화 - 취약계층에 대한 의료안전망 확보의 일환으로 지역사회 방문보건의료서비스 기능 강화

○ 기존 질병관리에서 질병예방 및 관리, 건강증진을 포괄하는 수요자중심의 통합적인 방문보건서비스를 제공함.

○ 국민기초생활수급권자, 독거 노인, 65세 이상 노인부부세대, 등록 장애인, 소년소녀가장, 모자부부 세대, 차상위 계층 등 전체인구의 20%에 해당하는 취약계층을 등록·관리하여 ‘찾아가는’ 보건의료서비스를 제공함.

○ 도시지역 보건지소에 방문보건센터를 설립하여 사회복지관, 동사무소, 가정간호 및 지역사회 유관기관 등을 포괄하는 연계망을 구축하여 방문보건사업을 운영함.

○ 17개 보건의료원을 포함한 군지역 공공병원에서 퇴원 후 지속 관리가 필요한 환자에게 가정간호사업 수행을 의무화하고, 보건소 방문보건사업과 연계하여 병의원 가정간호사업과 방문보건사업을 연계하는 체계를 구축함.

○ 취약지역 주민을 직접 방문하지 않고 양질의 서비스를 제공하기 위하여 경미한 질병에 대한 상담 및 조언, 가정에서 일반적인 증후를 처리하는 데 사용할 수 있는 사용하기 쉬운 지침(예; NHS Direct Health Care Guide)을 전화 상담이나 웹 사이트 정보를 제공함.

#### (5) 기존 제언

지역사회 재활 서비스와 관련하여 장애인과 그 가족을 위한 훈련 프로그램이 추가되어야 하며, 지역에서 교육받은 중간 수준의 지역사회 재활요원이 장애인을 교육하고 훈련하여 재활의 목표를 달성할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 또한 중간관리자를 양성할 훈련 프로그램의 개발과 교육은 현재 국립재활원에서 2주 과정으로 진행하고 있으나 최소 6개월 이상의 교육과정이 마련되어야 한다<sup>97)</sup>.



## (6) 전체 평가 및 실천 계획

현재 정신보건, 재활, 일부 만성질환 관리를 중심으로 지역사회 보건의료서비스가 진행되고 있으나 “국민 건강 2010”에서 제시한 것처럼 이들을 한데 묶는 통합적인 서비스가 이루어지지 않고 있다. 더욱 중요한 점은 앞서 살펴본 주요 선진국들처럼 서비스의 제공과 관련한 구체적인 목표 설정과 이를 모니터링할 수 있는 지표가 확정되어 있지 않다는 점이다. 따라서 목표 설정과 지표 선정, 지속적인 평가를 할 수 있는 틀을 마련해야 할 것이며, 특히 이 과정에서 지역사회의 참여가 필수적일 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부

## 3. 보건의료 구조의 사회민주적 통제

### 1) 보건의료 정책/자원 개발 과정에 시민들이 참여할 수 있는 제도적 장치 개발

지금까지 보건정책은 보건정책 및 보건의료분야의 전문가들만의 전유물처럼 여겨졌으며, 이는 주로 전문가주의(professionalism)와 관료주의(bureaucracy)의 산물이라 할 수 있다<sup>98)</sup>. 전문성을 중요하게 생각하는 보건의료 분야의 특성상 일반 시민들의 정책 참여는 상당히 어려운 일이었으나 2000년도 의약분업 시행은 시민 사회의 참여를 본격화시키는 계기가 되었다.

의료비 상승과 건강에 대한 관심증가, 고령화 등의 사회변화는 “보건의료(health care)”를 일반 시민들의 생활 속에 깊이 침투시켰으며, 따라서 보건의료정책에 대한 시민들의 관심이 갈수록 높아지고 있다. 한편 이러한 시민 참여가 개인주의적 소비자주의 방식보다는 집단의 맥락에서 권리 찾기가 될 수 있도록<sup>99)</sup> 특히 취약 계층을 포함한 시민 참여의 제도적 장치를 마련하는 것이 필수적이라 할 수 있다.

97) 김완호. 지역사회중심 재활보건사업. 한국재활간호학회 2004년도 춘계학술대회. 서울 2004.4.16

98) Barker C. *The health care policy process*. SAGE. 1996. p. 88~100.

99) London L. How can human rights serve as a tool for health equity? The 3rd International conference of International Society for Equity in Health. Durban, South Africa June, 2004

## (1) 현황

### 가. 보건복지부 산하 위원회

보건복지부 산하에는 정책결정을 위한 총 28개의 위원회가 있으며 정책의 대부분은 이 위원회에서 결정된다. 이중 보건의료와 직접적인 관계를 맺고 있는 위원회는 21개다<sup>100)</sup>. 이중 시민을 대리한 공익대표가 위원으로 참여하고 있는 위원회는 단 3개뿐이며, 그 중에서도 건강보험심의조정위원회는 건강보험정책심의위원회에서 그 기능을 대신하고 있기 때문에 결국은 2개 위원회에 시민이 직접적으로 참여하고 있는 셈이다 (표 13).

<표 13> 보건복지부 산하 위원회 중 총28개 중 민간단체의 위원회 참여비율

위원회	근거법령	참여기관
중앙생활보장위원회	국민기초생활보장법 제 20조 제 3항 공익을 대표하는 자 4인	한국여성단체연합, 참여연대 등
건강보험심의조정위원회 (건강보험정책심의위원회에서 대체 활동)	국민건강보험법 제 4조 제 2항 공익을 대표하는 자 6인	경총, 한국노총, 민주노총, 참여연대, 음식업중앙회 회장, 농협중앙회 대표, 수협중앙회 대표 등

그러나 공익대표로서의 시민 참여가 실질적인 시민사회의 통제를 보장해주는 것은 아니다. 이를테면, 건강보험심의조정위원회 위원으로 참석했던 공익대표가 위원회를 탈퇴하면서 남긴 다음의 글은 이러한 시민참여가 상당히 형식적이며 오히려 비민주성을 은폐하는 수단으로 자리 잡을 수도 있음을 보여주고 있다.

“중립을 가장하여 복지부의원 안을 공익이란 그럴듯한 이름으로 포장한 이 조정은 결국 의약계에게는 자신들의 추가이윤을 확실히 보장하는 안으로서 속내는 환영할 만한 매우 감사한 안이었고 투표과정에서 가입자단체는 대부분 반대한 반면 공급자 단체 전원이 찬성한 것에서도 명백히 드러난 것이다. 이로써 건정심은 공익(共益)아

100) 21개 위원회는 사회보장위원회, 중앙구호협의위원회, 중앙생활보장위원회, 모자보건심의위원회, 장애인복지조정위원회, 장애인정위원회, 보건의료기술정책심의위원회, 생명윤리위원회, 중앙약사심의위원회, 국민건강증진기금운용심의회, 예방접종심의위원회, 후천성면역결핍증대책위원회, 중앙정신보건심의위원회, 건강보험심의조정위원회, 건강보험분쟁조정위원회, 혈액관리위원회, 천연물신약연구개발정책심의회, 중앙의료급여심의위원회, 건강보험정책심의위원회가 속한다. 관련 이익단체의 참여는 제외하였다.

닌 공익(公益)을 포진시켜 놓은 절묘한 구성을 통해 항시 복지부와 의약계의 야합에 따른 거수기 역할을 할 수 밖에 없다는, 즉 건정심은 외형은 사회적 합의기구이지만 대부분의 정부산하 위원회가 그렇듯 정부의 꼭두각시 역할을 할 수밖에 없다는 한계를 여실히 드러냈다하겠다. 그러므로 건강보험제도의 사회적 합의정신은 마침내 조종을 올린 것이다<sup>101)</sup>

#### 나. 시민참여를 위한 공청회

사회적 주목을 받는 보건의료분야 이슈가 있을 때 시민토론회나 세미나가 개최된다. 그러나 이들에 대한 정보는 전문가 사이에서만 공유되어 일반 시민들이 참석할 수 있는 기회는 상당히 제한되어 있다.

### (2) 국제 권고 및 외국 사례

세계소비자연맹(Consumer International)에서는 환자권의 하나로서 참여 및 대표권(participation and representation)을 제시했다<sup>102)</sup>. 이는 진료의 결정에 참여할 권리를 넘어서 의료정책의 기획과 평가에 참여할 권리까지도 포괄한다.

호주의 보건부<sup>103)</sup>에서는 건강에 관련된 지역사회 참여에 대해 다음과 같은 의견을 제시하였다. 보건의료에의 지역사회 참여는 민주적인 권리이며 서비스 질과 안전성을 개선시킨다. 또한 건강결과(health outcome)를 증진시키며 서비스가 소비자의 요구(need)에 더욱 부응할(more responsive) 수 있도록 만든다. 지역사회의 보건정책참여는 체계의 여러 단계의 다양한 환경에서 이루어진다. 첫째, 보건의료소비자와 지역사회는 보건의료 서비스의 계획, 정책 개발, 서비스 전달체계, 보건의료서비스의 평가 등에 참여할 수 있어야 하며, 이 참여가 활성화될 수 있도록 지원을 받아야 한다. 둘째, 보건의료소비자는 보건의료관리에 관련된 정책결정에 참여해야 한다.

101) 이태수. 「건강보험정책심의위원회 공익위원직을 사퇴하며」 참여연대 사회복지위원회, 『복지동향』 2003:51;p. 51~59.

102) Consumer International. Global Campaign for the rights of patients. Available at: [http://www.consumersinternational.org/documents\\_asp/searchdocument.asp?DocID=307&regionid=135&langid=1](http://www.consumersinternational.org/documents_asp/searchdocument.asp?DocID=307&regionid=135&langid=1)

103) Eyre Regional Health Service Inc. About Consumer and Community Participation in Health. Available at: <http://www.erhs.sa.gov.au/2programs/downloads/ahac-about.pdf>

### (3) 현행법

#### 가. 보건의료기본법

· 제8조 (국민의 참여) 국가 및 지방자치단체는 국민의 권리·의무 등 국민생활에 중대한 영향을 미치는 보건의료정책을 수립·시행하는 때에는 이해관계인 등 국민의 의견을 수렴하여야 한다.

· 제11조 (보건의료에 관한 알 권리) ①모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 국가 및 지방자치단체의 보건의료시책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가진다.

· 제20조 (보건의료정책심의위원회) 보건의료에 관한 주요시책을 심의하기 위하여 국무총리소속하에 보건의료정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

· 제21조 (위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함한 20인 이내의 위원으로 구성한다. ②위원장은 국무총리가 되고, 부위원장은 보건복지부 장관이 된다. ③위원은 관계 중앙행정기관의 장, 보건의료 수요자를 대표하는 자, 보건의료공급자를 대표하는 자 및 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자중에서 국무총리가 위촉하는 자로 한다. ④위원회의 회의를 효율적으로 운영하기 위하여 위원회에 실무위원회를 두고, 위원회의 심의사항을 보다 전문적으로 검토하기 위하여 분야별로 분과위원회를 둘 수 있다. ⑤이 법에서 규정한 것 외에 위원회·실무위원회 및 분과위원회의 구성·운영 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

· 제22조 (위원회의 기능) 위원회는 다음 각호의 사항을 심의한다. 1. 보건의료발전 계획, 2. 주요 보건의료제도의 개선, 3. 2 이상의 중앙행정기관과 관련되는 주요 보건의료정책, 4. 보건의료와 관련되는 국가 및 지방자치단체의 역할, 5. 기타 위원장이 심의에 부치는 사항

· 제23조 (관계 행정기관의 협조) ①위원회는 관계 행정기관에 대하여 보건의료에 관한 자료의 제출과 위원회의 업무에 관하여 필요한 협조를 요청할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 요청을 받은 관계 행정기관은 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

#### 나. 지역보건법시행령

· 제2조 (지역보건의료심의위원회의 설치등) ①지역보건법(이하 "법"이라 한다) 제3조의 규정에 의한 지역보건의료계획의 수립등 지역보건의료시책의 추진에 필요한 사항에 관하여 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 시·군·구(자치구에 한한다 이하 같다)에 지역보건의료심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. ②위원회는 다음 각호의 사항에 관하여 시·도지사 또는 시장·군수·구청장의 자문

에 응한다. 1. 지역 내 보건의료의 실태조사에 관한 사항 2. 지역보건의료계획의 수립에 관한 사항 3. 지역보건의료계획의 시행 및 시행결과의 평가에 관한 사항 4. 기타 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 지역보건의료시책의 추진을 위하여 필요하다고 인정하는 사항 ③위원회는 위원장 1인을 포함한 20인 이내의 위원으로 구성되 위원은 다음 각호의 1에 해당하는 자중에서 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 위촉 또는 임명하는 자로 한다. 1. 지역주민 2. 보건의료관련기관·단체의 임직원 3. 보건의료관련전문가 4. 관계공무원 ④위원회에 출석한 위원에게는 예산의 범위 안에서 수당과 여비를 지급할 수 있다. 다만 공무원인 위원이 그 소관업무와 직접 관련하여 출석하는 경우에는 그러하지 아니한다. ⑤기타 위원회의 조직 및 운영에 관하여 필요한 사항은 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.

· 제3조 (지역보건의료계획의 내용) ①법 제4조제2항의 규정에 의한 시·군·구의 지역보건의료계획의 내용에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 지역보건의료계획의 달성목표 2. 지역현황과 전망 3. 지역보건의료기관과 민간의료기관간의 기능분담 및 발전방향 4. 법 제9조의규정에 의한 보건소업무의 추진현황과 추진계획 5. 지역보건의료기관의 확충 및 정비계획 6. 지역보건의료와 사회복지사업간의 연계성확보계획 ②법 제4조제2항의 규정에 의한 시·도의 지역보건의료계획의 내용에는 제1항 각호에 규정된 내용 외에 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 의료기관의 병상수급에 관한 사항 2. 정신질환 등의 치료를 위한 전문치료시설의 수급에 관한 사항 3. 시·군·구의 지역보건의료기관의 설치·운영의 지원에 관한 사항 4. 시·군·구의 지역보건의료기관 인력의 교육훈련에 관한 사항

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

현재 보건정책의 계획과 정책결정에 시민사회의 참여는 각종 위원회 활동과 현안에 대해 비정기적으로 열리는 공청회가 전부다. 이들을 제외하고는 시민사회의 제도적인 참여를 보장하는 틀은 현재로서는 없다. 보건복지부는 홈페이지를 통해 자유게시판, 인사추천, 전자투표, 전자우편 등을 이용해 국민의견을 수렴하고 각 기관에서도 ‘민원’ 형식의 의견을 개진할 수는 있으나, 정책에 반영되는 경우가 거의 없기 때문에 이를 제도적인 정책참여라고 보기는 어려운 상황이다.

## (5) 기존 제안

먼저 시민참여제도를 정비하여야 한다. 시민참여의 양적확대 뿐만 아니라 질적 개선도 중요하다. 참여제도의 질적개선을 위해서는 위원회 구성의 시민대표성을 확보해야 한다. 시민의견 수렴기능을 강화하기 위한 공청회도 활성화시켜야 한다. 무엇보다도 시민참여제도를 개선하는데 있어서 시민들이 행정, 정책 시스템에 의견을 투입하는 역할에 머무르는 것이 아니라 정책산출(output)을 결정할 수 있도록 만드는 것이 중요하다<sup>104)</sup>.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

보건정책에의 시민참여는 초보단계다. 조금씩 진전되고는 있지만, 정책결정자가 시민의 입장에서 정책을 결정하려는 노력이 필요하다. 시민들의 정책참여를 활성화하려면 첫째, 보건복지부의 정책자료를 시민들에게 공개해야 한다. 정책결정이 이루어지는 보건복지부 산하 보건의료 관련 위원회 회의록을 인터넷에 공개하고 정책도입과정에서 시민의견수렴을 강화하기 위해 정책결정 전 공청회, 보건정책관련 세미나 및 토론회에 관한 통합된 정보를 국민에게 제공하고 시민참여를 활성화한다. 중앙정부뿐만 아니라 지방정부의 보건의료관련 위원회에 노동계, 시민사회의 정규참여를 보장해야 한다. 지역사회의 관점에 가치를 두고 있는 건강영향평가를 활성화해서 그 결과를 시민이 공유할 수 있게 한다.

관련기관 : 보건복지부 및 산하기관

## 2) 보건의료 기술개발과 평가 과정에 시민들이 참여할 수 있는 제도적 장치 개발

생명공학, 정보기술의 발달에 힘입어 보건의료 기술은 급속도로 발전하고 있다. 이는 질병 치료와 생명 연장, 그리고 산업으로서 경제적 이윤 창출이라는 측면에서 매우 바람직한 현상이라고 할 수 있지만, 한편으로는 보건의료비의 상승, 생명 윤리에 대한 침해, 전문가 중심주의의 심화라는 문제를 낳기도 했다. 따라서 보건의료기술의 최종 소

104) 유재원. 「시민참여의 확대방안 - 참여민주주의의 시각에서」 한국정책과학학회 『한국정책과학학회보』 제7권 제 2호. 2003. p. 237-254

비자인 시민들이 기술 개발 단계와 평가 과정에 참여함으로써 이러한 기술들이 가지는 부정적 효과를 최소화시킬 수 있는 방안을 마련하는 것이 필요할 것이다.

### (1) 현황

현재 우리나라의 생명공학기술은 상당히 높은 수준으로 알려져 있는 반면 그에 대한 규제는 상대적으로 소홀한 편이다. 이러한 탓에 외국 유사 종교단체의 인간복제 실험에서 주요 후보국으로 거론되는 불명예까지 얻게 되었다. 또한 검증되지 않은 의학 기술을 직접 환자한테 적용하는 사례까지 발견되어 사회적으로 파장을 일으킨 사례가 있는데, 2004년 4월 발각된 세포치료제 불법 임상시험이 바로 그것이다<sup>105)</sup>.

실제 민간기업에 의해서 이루어지는 보건의료 기술개발은 어떤 규제도 받지 않고 수행되고 있다. 신약과 관련된 임상시험은 임상시험제도에 대한 개선방안이 많이 나오고 있으나 DNA칩, 인공심장 등과 같이 의료기기와 관련된 기술개발에 있어 임상시험은 특별히 이를 규제할 방도가 없다. 최근에는 개발에 소요되는 시간과 비용이 많이 든다는 점을 내세워 기간을 더욱 단축하려는 경향마저 보이고 있다<sup>106)</sup>.

문제는 신약을 개발하려는 제약업체와 기술의 상품화를 제촉하는 바이오 벤처회사의 경제 논리에 따라 기술개발과 평가가 이루어지며, 보건복지부조차 보건산업 진흥을 내세우며 이러한 상황을 촉진하고 있다는 점이다. 이러한 과정에서 기술의 최종소비자인 시민의 공식적인 참여는 제한되어 있다.

### (2) 국제권고 및 외국사례

위 쟁점정리의 시민참여 보장과 동일하다(64쪽).

### (3) 현행법

#### 가. 천연물신약연구개발촉진법

· 제4조 (심의회의 설치) 연구개발촉진계획의 수립 등 천연물신약연구개발에 관한 정책을 심의하기 위하여 보건복지부 장관 소속하에 천연물신약연구개발정책심의회를

105) 작은권리찾기운동본부. 불법 임상치료환자 88명, 건강상태 무방비 노출. 2004-APR-7. Available at: [http://www.peoplepower21.org/article/article\\_view.php?article\\_id=11065#](http://www.peoplepower21.org/article/article_view.php?article_id=11065#)

106) 상계서.

둔다.

· 제5조 (심의회의 구성) ①심의회는 관계부처의 공무원 및 산업계·학계·연구기관에 종사하는 천연물신약연구개발 관계자로 구성한다. ②심의회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### 나. 보건의료기술진흥법

· 제6조 (보건의료기술정책심의위원회) ①보건의료기술진흥을 위한 중장기계획의 수립등 보건의료기술에 관한 중요사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 보건의료기술정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. ②위원회는 다음 각호의 사항을 심의한다. 1. 중장기계획의 수립 2. 중장기 보건의료기술개발전략의 수립 3. 보건의료기술연구개발과제의 우선순위 설정 4. 연구개발사업 지원자금의 배분 5. 보건의료분야의 정보·통계관리 및 전산화 6. 학계·연구기관 및 산업계간 보건의료기술의 공동연구에 관한 사항 7. 기타 대통령령이 정하는 보건의료기술진흥에 관한 중요사항 ③위원회는 제2항 각호의 사항에 대한 심의를 위하여 필요한 경우에는 조사·연구하거나 관계인에 대한 의견청취 등을 할 수 있다. ④위원회는 그 효율적인 운영을 위하여 분야별로 전문위원회를 구성·운영할 수 있다. ⑤기타 이 법에서 정한 사항외에 위원회의 구성·운영등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### 다. 보건의료기술진흥법시행령

· 제8조 (보건의료기술정책심의위원회의 구성) ①법 제6조의 규정에 의한 보건의료기술정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)는 위원장 및 부위원장 각 1인을 포함한 20인이내의 위원으로 구성한다. ②위원회의 위원장과 부위원장은 보건의료기술에 관한 전문지식과 경험이 풍부한 자중에서 보건복지부장관이 위촉하며, 위원은 다음 각호의 1에 해당하는 자중에서 보건복지부장관이 위촉 또는 지명한다. 다만, 제2호의 경우에는 5인이내의 위원으로 한다. 1. 보건의료기술에 관한 전문지식과 경험이 풍부한 자 중 위원장이 추천한 자 2. 보건복지부소속 2급 내지 3급 공무원

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

보건의료기술 정책관련해서 보건복지부는 보건의료기술정책심의위원회를 운영하고 있다. 2000년 4회, 2001년 7회, 2002년 5회, 2003년 2회(9월까지) 개최되었으며, 위원회는 의료기술 관련 학회의 회장과 분야 전문가 교수진으로 구성되어있다<sup>107)</sup>.

107) 보건복지부. 2003년 국정감사 제출자료. 보건복지부. 2003년 9월.



## (5) 기존 제안

참여연대의 시민과학센터는 “급속도로 발전하는 생명공학과 같은 과학기술 분야의 잠재적인 위험성을 감시하고, 정부, 기업 및 과학기술 엘리트에 의해서 독점된 과학기술 정책결정, 집행 및 평가에 시민참여를 통해서 인간적이고 환경친화적인 과학기술의 발전을 이루도록 해야 한다”고 주장한다<sup>108)</sup>. 생식보조기술 및 체세포핵이식 복제기술 등의 생명공학에 의해서 야기되는 윤리적, 사회적, 환경적, 보건의료적인 위험을 방지하기 위한 감시활동이 보건의료분야에서도 필요하다.

지난 2004년 7월 1일 과학기술의 사회민주적 통제의 능동적인 참여기관으로 설립된 시민과학참여센터는 시민과학참여센터가 수행하는 조사와 연구에 지역주민의 적극적인 참여를 표방한다. “사기업의 이윤추구, 감시통제를 위한 연구, 군사 연구, 과학기술자들의 흥미 추구하고 같이 소수를 위한 과학기술이 아닌 공공성과 사회적 유용성을 추구”하는 과학기술이 되어야 한다고 강조한다<sup>109)</sup>. 그동안 시민사회에서 부족했던 과학기술분야의 전문성을 높임으로써 과학기술정책의 시민에 의한 사회민주적 통제를 활성화시키는 방법으로 지역주민과 과학기술 전문가, 지역 활동가 등이 포함된 팀을 운영하고 있다. 또한 시민과학센터에서 다루고 있는 과학기술에는 생명공학을 포함한 보건의료분야도 포함되어 있다.

첨단 과학기술의 문제를 ‘합의회의’를 통해서 해결하자는 주장도 있다<sup>110)</sup>. 시민들의 과학기술에 대한 정보가 부족한 정보의 불균형 상태에서 여론조사나 국민투표와 같은 방식의 시민참여는 한계가 있으므로, ‘숙의(熟議)적 시민참여 제도가 필요하다고 한다. 합의회의는 ‘외국 법정의 시민배심원과 같은 것을 정책 결정에 도입한 것으로서 충분한 정보를 토대로 전문적 판단을 내릴 필요가 있는 정책 사안에 대해 보통의 시민들도 주체적으로 참여할 수 있게’한다. 1998년과 1999년 유네스코한국위원회 주최로 유전자 조작식품의 안정성과 생명복제기술의 윤리를 주제로 개최된 바가 있다. 보건의료 기술의 정책결정에 합의회의 방식의 시민참여를 모색할 수 있다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

참여연대의 시민과학센터와 최근에 설립된 시민과학참여센터와 같이 과학기술개발

108) 참여연대 시민과학센터 소개문 및 정관

Available at: [http://www.peoplepower21.org/contents/biotech/biotech\\_intro.html](http://www.peoplepower21.org/contents/biotech/biotech_intro.html)

109) 시민과학센터 선언 Available at: [http://www.scienceshop.or.kr/new/sshop/sshop\\_02.php](http://www.scienceshop.or.kr/new/sshop/sshop_02.php)

110) 김환석. 시민참여 ‘합의회의’로 갈등 풀자. 동아일보. 2004JUN-26

에의 시민참여가 활성화되고 있다. 보건의료기술 선진국가를 표방하면서 보건의료기술 개발에 막대한 투자를 하고 있지만, 궁극적으로 국민을 위한 투자인가에 대한 확답은 없다. 보건의료기술 정책과정의 시민참여에 대한 인식도 부족하다. 보건의료기술정책심의위원회에 전문 시민단체가 위원으로 참여할 수 있도록 보건의료기술진흥법을 개정해야 한다. 보건의료기술정책심의위원회의 회의록을 공개하고, 보건복지부 및 과학기술부의 연구예산 분배과정에 시민단체가 참여할 수 있는 제도적 장치를 마련해야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 과학기술부

### 3) 젠더 관점에 입각한 보건정책 및 기술 개발

보건 정책과 보건의료 기술의 개발과 평가 과정에서 시민 참여에 의한 사회민주적 통제가 강화되어야 한다고 이미 앞 절에서 지적한 바 있다. 이러한 과정에서 젠더 관점을 도입하는 것은 매우 중요하다. 의학은 역사적으로 남성을 “정상”으로 다루는 생의학 모델을 통해 발전해왔으며<sup>111)</sup>, 보건의료 정책 또한 모자보건과 관련한 일부 영역을 제외하고는 특별히 젠더 관점을 갖지 못했던 것이 현실이다. 그러나 인구 집단의 절반을 차지하며, 특히 여성의 수명 연장으로 인해 여성 노인이 급증하는 상황, 또한 가정과 보건의료 현장에서 환자를 돌보는 역할을 주로 여성이 맡고 있으며, 최근의 생명공학 기술 발달이 가져온 인공생식 기술이 주로 여성의 몸을 대상으로 한다는 점 등을 고려할 때, 정책과 기술 개발, 평가 과정에서 젠더 관점의 도입과 성 주류화는 매우 중요한 과제라 할 수 있다.

#### (1) 현황

##### 가. 여성의 정책참여

보건복지부 산하 위원회는 정책결정에 참여할 수 있는 가장 효과적인 수단이라 할 수 있는데, 여성부는 중앙정부 19개 부처의 위원회에서 여성의 위원회 참여율을 매년 목표로 설정하고 달성여부를 게시하고 있다. 2003년말 19개 부처 106개 위원회의 여성위원 참여율은 31.6%이며<sup>112)</sup>, 보건복지부만 보자면 29.2%이다. 그러나 남성위원의 비

---

111) Mastroianni AC. Faden R, Federman D. Women and Health Research, Vol 2. National Academy Press. Washington DC. 1994.

율이 상대적으로 높은 건강보험 및 국민연금 관련 4개 위원회를 제외하면 이는 32.7%에 달한다<sup>113)</sup>.

#### 나. 여성을 배제한 채 만들어지는 생식기술에 대한 비판

출산이 여성의 고유한 보건의료문제임에도 불구하고, 출산에 관련된 기술은 남성에 의해서 개발되고 상품화되고 시술되고 있다. 그래서 출산과정에서의 여성은 능동적인 주체가 아니라 어머니로서의 역할만 부각된다. 출산신기술을 이용하는 주체적인 여성이 아니라 출산신기술을 받을 '대상자'로만 여기는 것이다. 기술의 주체로서의 여성에 대한 담론 없이 무조건적인 생명공학기술발전에 몰두한다면, 먹는 피임약과 다양한 불임시술에서 여성이 가졌던 각종 부작용과 같이 엄청난 피해를 겪어야 할 것이라고 여성학자들은 경고한다<sup>114)</sup>. 유독 의학분야 중 생식의학분야만이 세계적인 수준으로 발전하는 기형적인 의료형태를 발전할 만큼 생식의학은 기형적인 발전형태를 보여 왔다. 이는 생명공학 기술의 안전성과 윤리적 문제들을 도외시한 채, 생명공학의 상업화에만 박차를 가한 것이 근본적인 원인이다.

대표적인 여성 대상의 '신기술'인 불임시술 과정에서 여성의 소외에 대한 연구에 따르면<sup>115)</sup>, 여성의 소외과정은 크게 3가지로 나뉘어진다. 첫째, 많은 수의 난자를 얻기 위해 호르몬제를 과다하게 투여한다. 둘째, 시술에 있어서의 안정성보다는 많은 수의 난자와 배아를 확보하는데 중점을 둔다. 셋째, 부작용의 위험에 대해서 상당히 과소평가하거나 사실을 왜곡 조작하고 있다. 이러한 부작용이 심할수록 여성의 신체는 더욱 더 도구화되거나 재료화될 수밖에 없다. 이러한 문제점들의 근본적인 원인은 주요 보건의료정책이 젠더가 고려되지 않고 결정되는데 있다.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 유엔 여성차별철폐협약(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)

· 제 7조 당사국은 국가의 정치적 및 공적 생활에서 여성에 대한 차별을 철폐하기 위하여 모든 적절한 조치를 취하여야 하며 특히 남성과 동등한 조건으로 다음의 권리

112) 여성부. 제 2차 여성정책기본계획 2003-2007 - 2004년도 시행계획. 2004년 3월. p. 46

113) 김화중. 새정부 여성보건복지정책의 방향 - 보건복지 여성정책의 현황과 과제. 2003년 김화중 보건복지부장관 초청 여성정책토론회. 200

114) 하정옥. 한국의 생명공학기술과 젠더. 참여연대 시민과학센터 월례토론회. 2001년 10월.

115) 오예원. '한국의 생명공학기술과 젠더' 토론회. 참여연대 시민과학센터 월례토론회. 2001년 10월.

를 여성에게 확보하여야 한다. (a) 모든 선거 및 국민투표에서의 투표권 및 선거에 의해 선출되는 모든 공공기구에서의 피선거권 (b) 정부정책의 입안 및 동 정책의 시행에 참여하며 공직에 봉직하여 정부의 모든 직급에서 공공직능을 수행할 권리 (c) 국가의 공적, 정치적 생활과 과년된 비정부기구 및 단체에 참여할 권리

#### 나. 제4차 세계여성회의의 북경선언문(1995)

19. 여성의 완전한 참여로 개발정책과 프로그램을 포함한 모든 차원에서 여성의 힘의 증진과 발전을 촉진할 효과적이고, 효율적이며, 상호보완적인 성인지 정책과 프로그램을 입안하고, 이행하며, 모니터 하는 일이 필수적이다.

#### 다. 보건 정책에서 여성인권을 신장시키기 위한 정책 방향<sup>116)</sup>

정책의 방향은 크게 부정적(negative) 전략과 긍정적(positive) 전략으로 구분할 수 있다. 전자는 여성인권을 신장하기 위해서 무언가를 하지 않도록 하는 부정적인 조치를 의미하며, 후자는 여성의 기호(preference)를 추구할 수 있도록 하는 것을 뜻한다.

이 때 부정적 전략이 상대적으로 적용하기에 더 쉽다. 많은 국가에서 제정된, 여성의 건강검진과 보건의료서비스에 대한 접근권, 피임이나 낙태를 호소하기 위해 여성을 돕고 별하기 위한 법은 주로 남편과 아버지에 의해서 만들어진 것이다. 보건의료서비스의 안정과 효과성을 보장하는 것을 제외한 여성 중심의 건강을 추구하는데 발생하는 모든 장벽을 제거하도록 노력해야 한다.

긍정적 전략은 이를테면 사회적 재구성(social reconstruction)을 국가에 요구한다. 콜롬비아의 보건국은 국가의 보건정책에 젠더관점을 도입하였다. 여성의 불건강에 기여하는 주요 요인으로서의 여성의 사회적 차별을 고려한 것이다. 부처 차원에서 보건의료기관은 여성의 건강, 삶, 성에 영향을 미치는 모든 사안에 여성의 결정을 존중하도록 하였다.

#### 라. 성별영향평가(Gender-based Analysis)의 도입<sup>117)</sup>

성별영향평가는 계획 중 혹은 현존하는 정책, 법 및 프로그램이 남성과 여성에게 미치는 서로 다른 영향에 대한 평가로 정의된다. 보건의료분야에서의 성별영향평가는 성별영향평가를 건강에 접목시킨 것으로 젠더가 생애주기를 통해서 어떻게 건강에 영향을 미치는가를 보여준다.

116) Cook R. Gender, Health, and Human Rights. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ, editors. Health and Human Rights. London: Routledge; 1999. p. 261~262.

117) 김남순. 성별영향분석평가 개념 및 국내사례. 2004 하계 젠더와 건강 워크숍. 서울: 2004년 8월 14일. p.3-7. (원문: Women's Health Bureau Health Canada. Exploring Concepts of Gender and Health: Gender-based Analysis - A Catalyst for Change. 2003.)

성별영향평가는 성평등적 관점이 보건의료분야 연구, 정책 및 프로그램 개발 과정에 포함되는 것을 가능하게 한다는 점에서 중요하다. 또 성별영향평가가 지속적으로 사용된다면 남녀간의 생물학적 차이 및 사회학적 차이를 반영하는 과학적 근거를 생성하게 된다. 다른 인구집단의 건강문제, 건강행태(흡연, 운동, 폭력, 약물사용 등)에 관련된 문제, 보건의료시스템, 질병 및 아픔(심혈관계 질환, 암, 에이즈, 정신질환) 등에 대한 이해를 높인다.

### (3) 현행법

#### 가. 여성발전기본법

· 제6조 (적극적 조치) ①국가 및 지방자치단체는 여성의 참여가 현저히 부진한 분야에 대하여 합리적인 범위안에서 여성의 참여를 촉진함으로써 실질적인 남녀평등이 이루어질 수 있도록 관계법령이 정하는 바에 따라 적극적 조치를 취할 수 있다. ②여성부장관은 국가기관 및 지방자치단체의 장에 대하여 제1항의 규정에 의한 적극적 조치를 취하도록 권고하고 그 결과를 점검하여야 한다.

· 제15조 (정책결정과정 및 정치참여) ①국가 및 지방자치단체는 각종 위원회등 정책결정과정에 여성의 참여를 확대하기 위한 방안을 강구하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 다양한 방법을 통하여 여성의 정치참여확대를 지원하기 위하여 노력하여야 한다.

### (4) 정부 시행정책 및 계획

#### 가. 여성의 정책결정 참여확대<sup>118)</sup>

여성부는 신설 및 임기도래의 위원회에 여성참여 목표율을 준수하도록 각 부처에 협조요청을 하고 있다. 또 여성위원이 후보자가 될 수 있도록 추천도 하며 분야별로 여성전문 인력과 지방자치단체 여성인사자료를 인사 관련기관에 제공하고 있다. 또 정부위원회와 정책결정과정에 여성단체의 참여를 확대할 수 있도록 여성단체현황자료를 제공하고 있다.

#### 나. 보건복지부의 성인지적 정책

보건복지부에서 성인지적 정책의 실행결과물로는 한국 여성의 건강통계 발간과 정책 보고서 출간이 현재로서 유일한 것이다<sup>119)</sup>. 이 보고서에는 여성건강이면 주로 생식

---

118) 여성부. 전게서. p.131-132

보건에 관련된 지표들이 제시되었었는데, 여성의 사회적 환경, 생식건강, 만성질환, 정신건강, 건강행태, 의료이용 등을 총체적으로 정리되어 있다.

한편, 보건복지부에서는 여성정책담당관실을 운영해서 여성의 복지와 건강에 관한 정책은 담당하도록 하고 있다. 2003년도 여성정책담당관실 업무추진계획을 살펴보면 다음과 같다<sup>120)</sup>.

○ 성 인지적 보건복지 정책 인프라 구축

- 보건복지 법령의 성 평등 여부에 대한 사전 검토·조정
- 제2차 여성정책기본계획의 2차년도 계획 수립 및 추진 지원(3개 부문 16개 과제)
- 정부위원회 여성참여율 34% 달성 추진('07년까지 40% 목표, '03년 현재 29.4%)
- 성 인지적 관점의 보건복지 통계자료 확보
- 보건복지여성정책 홍보 강화
- 보건복지 여성정책 홍보물 발간 및 '여성정책 홈페이지' 개편

○ 여성건강 향상정책 추진

- 여성건강 정책 추진을 위한 인프라 구축
- 2003년 개발된 '여성건강정책' 20과제를 기초로 중·장기적 여성건강 정책과제 개발
- '한국 남성과 여성의 건강지표' 개발
- 여성건강 정보 제공을 위한 on-line 콘텐츠 개발·운영

## (5) 기존 제안

성인지적 관점에서 정책분석연구는 지금까지 교육, 농림, 복지, 환경분야에 한정해서 이루어져왔다<sup>121)</sup>. 보건의료분야에서 젠더관점에서 정책분석과 정책참여확대에 대한 본격적인 연구는 아직 없다. 보건의료분야의 여러 자료에서 성별영향분석을 실시하여 정책근거로 활용하고자 하는 연구들이 진행되고 있다<sup>122)</sup>.

119) 김남순 외. 한국여성의 건강통계. 한국보건사회연구원. 2003년 12월.

120) 보건복지부. 2004년 주요업무 참고자료. 2004년 7월. p. 88~90

121) 송현중. 성별영향분석평가 개념 및 국내사례. 2004 하계 젠더와 건강 워크숍. 서울: 2004년 8월 14일. p.3-7.

122) 김남순 외의 한국 여성의 건강통계자료(한국보건사회연구원 2003)를 발표한 것이 건강결과의 젠더관점을 도입한 첫 연구이다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

돌봄제공자와 보건의료서비스의 소비주체가 여성임에도 불구하고 보건정책에서 여성은 소외되어 왔다. 건강결과(health outcome)의 성별영향분석평가를 도입해서 젠더 관점에서의 보건정책결정의 정책근거로 활용하는 것이 급선무다.

그래야만 근거중심의 정책(evidence-based policy)으로 젠더관점에서의 정책결정의 타당성을 확립할 수 있다. 정책결정과정에서의 보건복지부 산하 위원회 여성건강을 대변하는 시민단체 참여를 보장하고, 보건복지부의 모든 정책이 정책결정 전에 여성정책 담당관실과 업무 조정을 하여 여성관점의 정책이 되도록 제도적 장치를 마련해야 한다. 성인지적 통계를 공지하고 여성건강에 관련된 연구를 지원하는 일도 실행해야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부

## II. 보건의료과정

### 1. 보건의료 서비스

#### 1) 적절하고 질 높은 보건의료 서비스 보장

보건의료 서비스의 질(Quality)이란, 가능한 범위 안에서의 최신 의과학 지식과 기술을 보건의료에 적용하는 것을 말하며, 보건의료의 질을 추구하는 목적은 이러한 지식과 기술로 가능한 최선의 바람직한 결과를 얻기 위한 것이다. 우수한 보건의료는 전문적 능력(professional competence), 개인적 수용성(personal acceptability), 질적 적절성(qualitative adequacy)과 같은 요소들을 가져야 하며, 질적으로 우수하다는 것이 반드시 최첨단의 의과학을 의미하는 것은 아니다. 오히려 의학적 적정성(optimal care in medicine)과 사회적 적정성(optimal care in society)이 동시에 달성될 수 있도록 적절하게 제공되어야 한다<sup>123)</sup>. 유엔 경제사회이사회<sup>124)</sup>는 “성취 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리”에서 건강원의 보장을 위해 보건의료서비스의 1) 가용성, 2) 접근성, 3) 수용성, 4) 질이 보장되어야 한다고 지적했다. 여기에서 질이 보장되어야 한다는 것은 보건의료시설, 상품 및 서비스가 문화적으로 수용 가능할 뿐 아니라 과학적으로 의학적으로 적절한 양질로 제공되어야 한다는 것을 의미한다. 여기에는 잘 훈련된 의료진, 과학적으로 승인되고 유효한 의약품과 의료 장비, 안전하고 편리한 식수, 충분한 위생 등이 포함된다. 이렇듯 누구나 질적으로 우수한 서비스를 제공받는 것은 보건의료 서비스를 통한 건강권 보장에서 아주 기본적인 부분이라 할 수 있다.

#### (1) 현황

의료의 질 문제는 의료의 오용(error, mis-use), 과용(over-utilization), 변이(variation) 등의 형태로 나타날 수 있으며<sup>125)</sup>, 이와 관련한 우리나라의 몇 가지 사례를 살펴보고자 한다.

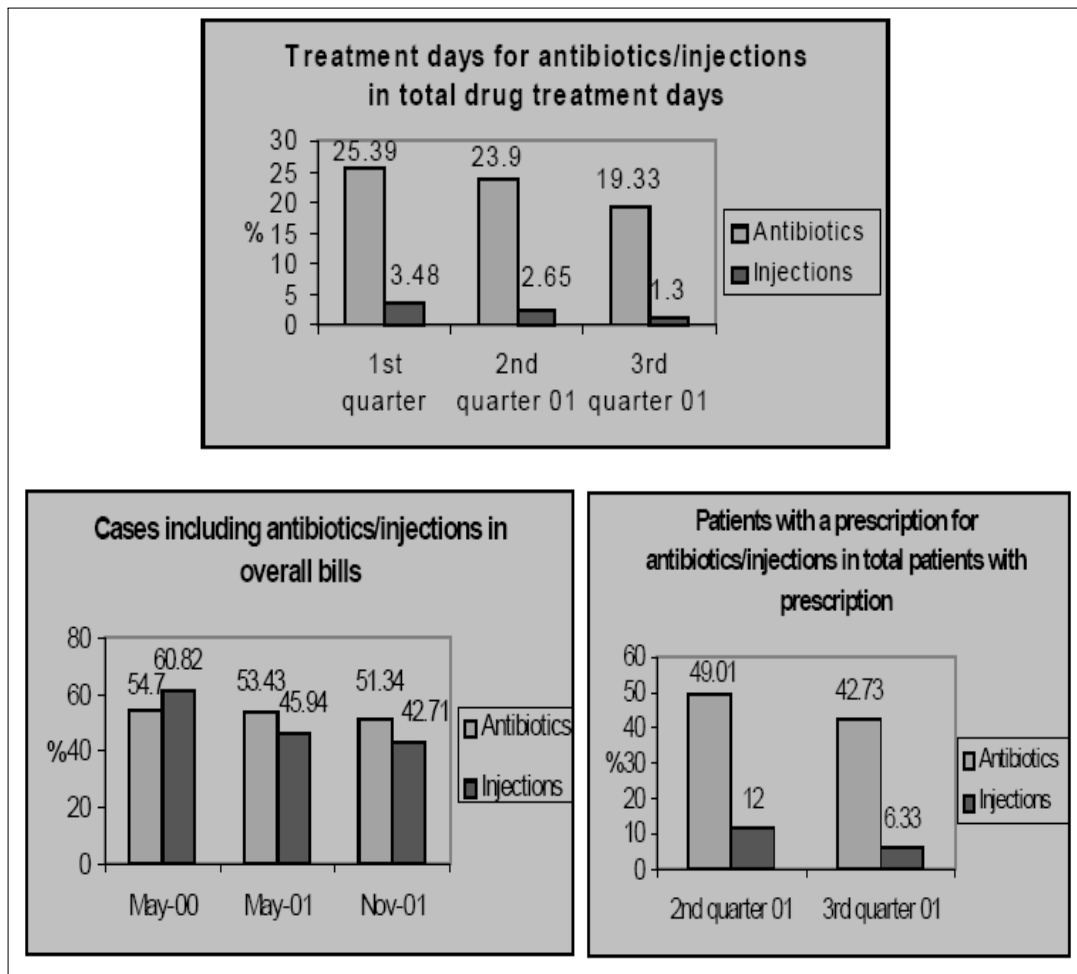
우선 의료 서비스의 남용, 과용을 보여주는 대표적인 사례가 제왕절개 분만율이다. 우리 나라의 제왕절개 분만율은 80년대 초반 4%에 머물던 것이 이후 폭발적으로 증가하여 현재 세계 최고 수준에 이르고 있다. 1999~2002년 동안 제왕절개율은 38.6% ~ 41.3% 사이에서 소폭 변동을 보였으며, 이는 WHO에서 추정하는 적절 비율 10%를 크

123) 변재관, 석재은, 김창엽 등. 한국의 사회보장과 국민복지기본선. 건강보장. 한국보건사회연구원, 1998. 11

124) UN Economic and Social Council. 전개문.

125) The President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry. Quality First: Better Health Care for All Americans. pp.22-28, 1998.





[그림 1] 의약분업 전후 항생제 처방의 변화

게 초과함은 물론 일본 15%, 영국 16%, 미국 20%에 비해서도 매우 높다. 또한 2000년도의 분만기관종별 제왕절개율을 살펴보면 의원 38.8%, 병원 37.6%, 종합병원 40.5%, 3차병원 41.6%로 거의 차이가 없음을 알 수 있다<sup>126)</sup>. 이러한 결과는 역설적으로 제왕절개술이 엄격한 적응증에 근거하여 적용된다기보다 위중도나 상황에 관계없이 매우 보편적으로 이루어지고 있음을 간접적으로 시사하는 것이다.

약품에서도 이러한 경향을 관찰할 수 있어서, 항생제 남용으로 인한 내성균 출현율이 세계 최고 수준에 이르고 있음은 익히 알려져 있다. 하지만, 2001년 의약분업의 도입 이후, 상황은 일부 호전되었다. 의약분업 정책의 도입 목표에는 약품 처방을 개선시키고 소비 감소를 유도한다는 것이 포함되어 있었고 실제로 약품으로부터 의사들이 얻는 경제적 인센티브가 사라지면서 과다 처방이 감소하는 결과를 낳았다. 항생제와 주사약제 치료 일수는 물론, 청구금액이나 이들 처방을 받은 환자의 수도 감소하였다(그

126) 보건사회연구원. 한국여성의 건강통계 2003.12

림 1)<sup>127)</sup>.

이렇듯 보건의료 서비스의 질적 수준이 보장되지 않는 것은, 표준 임상 지침이나 전문가 집단의 동료 감사, 의료기관 서비스 평가 같은 제도적 기전이 확립되어 있지 않기 때문이라 할 수 있다<sup>128)</sup>.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 국제노동기구<sup>129)</sup>

의료의 필수적인 요건과 목표로, 의료보장 급여에서 원인에 관계없이 모든 종류의 질환과 임신, 출산을 포함하고 치료 및 예방을 포괄하는 것 뿐 아니라 “ 가능한 한 최고 수준을 유지”하도록 권고하고 있다.

### 나. OECD의 권고<sup>130)</sup>

한국에서만 특징적인 문제는 아니지만, 좀더 포괄적으로 진료의 질을 평가할 수 있는 지표 개발이 필요하다. 이러한 척도는 근거 중심 진료의 활용 지표에서부터 건강 결과와 건강관련 삶의 질(health-related quality of life)을 나타내는 객관적인 척도까지 포괄해야 한다. 건강결과 지표에는 암의 5년 생존율, 뇌졸중 1년 생존율, 백신으로 예방 가능한 질병의 발생률 등이 포함될 것이며, 보건의료 체계의 반응성 척도에는 대기 시간과 환자 만족도 조사 등을 예로 들 수 있을 것이다. 특히 한국의 경우 임상규제, 전문가 집단에 의한 자율규제가 미흡하기 때문에 현재 이루어지고 있는 병원서비스 평가 사업이 병원 서비스를 모니터링하고 기술을 평가하는 효과적 기전으로 자리 잡아야 한다. 또한 건강보험공단은 의료기관의 성과에 대한 자료를 축적하고 분석하며, 그 결과는 달성 목표를 정하는 근거를 창출하는데 도움이 되고, 공공의 감시를 받을 수 있도록 공개되어야 한다. 건강보험공단과 전문가 집단, 보건복지부의 강화된 협력 하에 임상진료 지침과 질 보장 프로그램이 개발되어야 할 것이다.

### 다. 핀란드

『2010년을 향한 사회적 보호전략』에서 사회적으로, 경제적으로 지속가능하고 효율

---

127) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Review of the Korean health care system Paris, 2002

128) 상계서.

129) Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. Health Insurance in Developing Countries. pp.207-227, ILO, 1990

130) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 전계문.

적이며 역동적인 핀란드 사회 건설을 비전으로 내세웠으며 이에 대한 8대 전략을 제시하였다. 그 중 다섯 번째 전략은 지역 협조를 증가시키는 것으로서, 이를 통해 서비스의 질과 가용성을 향상시키고자 하였다.

### (3) 현행법

#### 가. 보건의료기본법

· 제52조 (보건의료서비스의 평가) 보건복지부장관은 보건의료서비스의 질적 향상을 위하여 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료서비스에 대한 평가를 실시하여야 한다.

#### 나. 의료법

· 제5조 (의사·치과의사 및 한의사의 면허) 의사·치과의사 또는 한의사가 되고자 하는 자는 다음 각호의 1에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조의 규정에 의한 해당 예비시험(제3호의 자에 한한다)과 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. 1. 의학 또는 치과 의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사 또는 치과 의학사의 학위를 받은 자 2. 한방 의학을 전공하는 대학을 졸업하고 한의학사의 학위를 받은 자 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호 또는 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사의 면허를 받은 자

· 제6조 (조산사의 면허) 조산사가 되고자 하는 자는 다음 각호의 1에 해당하는 자로서 제9조의 규정에 의한 조산사국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. 1. 간호사의 면허를 가지고 보건복지부장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산의 수습과정을 마친 자 2. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 조산사의 면허를 받은 자

· 제7조 (간호사의 면허) 간호사가 되고자 하는 자는 다음 각호의 1에 해당하는 자로서 제9조의 규정에 의한 간호사국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. 1. 간호학을 전공하는 대학 또는 전문대학(구제전문학교 및 간호학교를 포함한다)을 졸업한 자 2. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 간호사의 면허를 받은 자

· 제25조 (무면허의료행위등 금지) ①의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 이외의 의료행위를 할 수 없다. 다만, 다음 각호의 1에 해당하는 자는 보건복지부령이 정하는 범위안에서 의료행위를 할 수 있다. 1. 외국의 의료인의 면허를 소지한 자로서 일정한 기간 국내에 체류하는 자 2. 의과대학, 치과대학, 한의

과대학, 종합병원 또는 외국의료원조기관의 의료봉사 또는 연구 및 시범사업을 위한 의료행위를 하는 자 3. 의학·치과의학·한방의학 또는 간호학을 전공하는 학교의 학생 ②의료인이 아니면 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사의 명칭이나 이와 유사한 명칭을 사용하지 못한다. ③누구든지 국민건강보험법 또는 의료급여법의 규정에 의한 본인부담금을 면제 또는 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관 또는 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니된다. 다만, 환자의 경제적 사정 등 특정한 사정이 있어 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 얻은 경우에는 그러하지 아니하다.

· 제37조의3 (병원감염의 예방) ①종합병원으로서 보건복지부령이 정하는 일정규모 이상의 의료기관의 장은 병원감염예방을 위하여 감염대책위원회를 설치·운영하는 등 필요한 조치를 하여야 한다. ②제1항의 규정에 의한 감염대책위원회의 구성·운영 및 그 밖의 필요한 조치에 관하여는 보건복지부령으로 정한다.

· 제47조의2 (의료기관평가) ①보건복지부장관은 의료의 질 향상을 촉진하기 위하여 대통령령이 정하는 바에 따라 의료기관에 대한 평가(이하 "의료기관평가"라 한다)를 실시하여야 한다. ②보건복지부장관은 의료기관평가에 관한 업무를 대통령령이 정하는 바에 따라 관계전문기관 또는 단체에게 위탁할 수 있다. 이 경우 필요한 예산을 지원할 수 있다. ③보건복지부장관은 의료기관평가의 결과를 공표할 수 있다. ④보건복지부장관은 의료기관평가 결과가 우수한 의료기관에 대하여 행정적·재정적 지원을 할 수 있다. ⑤의료기관평가대상 의료기관의 장은 특별한 사유가 있는 경우를 제외하고는 의료기관평가에 응하여야 한다. ⑥의료기관평가의 시기·범위 및 절차와 제3항의 규정에 의한 공표 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

#### 나. 의료법 시행령

· 제20조 (의료기관평가의 대상 및 평가구분) ①보건복지부장관은 법 제47조의2제1항의 규정에 따라 종합병원 및 300병상 이상의 병원에 대하여 의료기관평가를 실시하여야 한다. ②제1항의 규정에 의한 의료기관평가는 정기평가와 수시평가로 구분하여 실시한다. ③보건복지부장관은 제1항의 규정에 의한 의료기관평가의 대상이 아닌 의료기관이 의료기관평가를 신청한 경우에도 당해 의료기관에 대하여 의료기관평가를 실시할 수 있다.

· 제20조의2 (의료기관평가의 기준 및 방법) ①제20조제1항의 규정에 의한 의료기관평가의 기준은 다음 각호와 같다. 1. 의료기관을 이용하는 환자의 권리와 편의에 대한 만족도 2. 의료인의 업무수행과정 및 성과 3. 시설·장비 및 인력 수준 4. 그 밖에 의료기관의 운영실태에 관한 사항, ②제1항의 규정에 의한 의료기관평가의 기준에 관

한 세부적인 내용은 병상규모에 의한 의료기관별로 보건복지부장관이 정한다. ③제20조제1항의 규정에 의한 의료기관평가는 서면조사와 현지조사로 구분하여 실시하되, 조사방법에 관한 세부적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제20조의3 (의료기관평가 업무의 위탁) 보건복지부장관은 법 제47조의2제2항의 규정에 따라 의료기관평가의 업무를 다음 각호의 1에 해당하는 관계전문기관 또는 단체 중에서 보건복지부장관이 정하는 기준에 적합한 기관 또는 단체에게 위탁할 수 있다.  
1. 한국보건산업진흥원법에 의한 한국보건산업진흥원 2. 국민건강보험법 제55조의 규정에 의한 건강보험심사평가원 3. 정부가 설립하거나 운영비용의 전부 또는 일부를 지원하는 의료기관평가업무와 관련된 비영리법인 4. 그 밖에 의료기관평가에 관한 전문 인력과 능력을 갖춘 비영리법인

#### 다. 의료법 시행규칙

· 제21조의2 (보수교육) ①중앙회는 법 제28조제2항의 규정에 의한 보수교육을 매년 1회이상 실시하여야 한다. 이 경우 교육시간은 연간 8시간이상으로 한다. ②중앙회의 장은 제1항의 규정에 의한 보수교육을 다음의 기관으로 하여금 실시하게 할 수 있다. 1. 법 제26조제5항의 규정에 의하여 설치된 지부(이하 "지부"라 한다) 또는 중앙회에 설치된 의학분야별 전문학회 2. 의과대학·치과대학·한의학대학·간호대학 및 그 부속병원 3. 병상 150이상을 가진 수련병원 ③의료기관에 종사하는 의료인은 매년 제1항의 규정에 의한 보수교육을 받아야 한다. 다만, 다음의 자에 대하여는 보수교육을 면제한다. 1. 의과대학·치과대학 또는 한의학대학의 부속병원에서 기초의학을 연구하고 있는 자로서 환자진료업무에 직접 종사하지 아니하는 자 2. 군복무중인 자 3. 전공의 4. 대학원 재학생 5. 행정기관 및 국·공립의료기관에 소속된 자로서 환자진료업무에 종사하지 아니하는 자 6. 해외체류, 휴업 또는 폐업등으로 인하여 당해연도에 6월이상 환자진료업무에 종사하지 아니한 자 7. 본인의 질병 기타 사유로 인하여 보수교육을 받기가 곤란하다고 인정되는 자 또는 보건복지부장관이 보수교육을 받을 필요가 없다고 인정하는 자 ④제3항 단서 각호의 규정에 의하여 보수교육이 면제되는 자는 당해 보수교육실시전에 별지 제11호의2서식의 보수교육면제신청서에 면제대상자임을 증명할 수 있는 서류를 첨부하여 소속지부의 장을 거쳐 중앙회의장에게 제출하여야 한다.

· 제46조의2 (의료기관평가의 방법·결과통보 및 이의신청) ①보건복지부장관은 의료기관평가를 실시하고자 하는 때에는 평가실시 3월전에 해당 의료기관의 장에게 의료기관평가의 일정을 통보하여야 한다. 다만, 수시평가의 경우에는 이를 생략할 수 있다. ②영 제20조의2제3항의 규정에 의한 서면조사는 해당 의료기관의 인력, 시설 및 장비, 진료실적 및 병상운영 등에 대하여 해당 의료기관에서 평가반에 제출한 자료를 중심으로 진행하여야 한다. ③영 제20조의2제3항의 규정에 의한 현지조사는 평가반이 해당

의료기관에서 의료기관의 편의에 대한 이용환자의 만족도, 의료인의 업무수행 과정 및 성과, 그 밖에 운영실태 등에 대하여 실시한다. ④보건복지부장관은 의료기관평가를 실시한 후 그 결과를 지체없이 해당 의료기관별로 통보하여야 한다. ⑤의료기관의 장은 제4항의 규정에 의하여 통보받은 결과에 대하여 이의가 있는 경우에는 의료기관평가의 결과를 통보받은 날부터 30일 이내에 이의신청 내용 및 사유가 포함된 이의신청서를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. ⑥보건복지부장관은 제5항의 규정에 따라 이의신청을 받은 경우에는 그 이의신청내용에 대하여 조사한 후 그 결과를 해당 의료기관의 장에게 통보하여야 한다.

· 제46조의3 (의료기관평가결과의 공표) ①법 제47조의2제3항 및 제6항의 규정에 따라 보건복지부장관은 의료기관평가의 결과에 대하여 평가 기준별 분석결과를 종합하여 대중매체 등에 공표할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 공표의 내용 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

#### (4) 정부 시행 정책과 계획

참여 정부의 보건의료 발전 계획안<sup>131)</sup>에는 “보건의료서비스의 질관리 강화”에는 다음과 같은 내용들이 제시되어 있다

##### 가. 인력 교육

○ 학생인턴 제도 도입, 의사면허시험의 다단계화, 전공의 수련기간 단축, 약학대학 6년제 도입 등을 추진함.

- 의과대학 교육과정 중 4학년 1년간에 걸쳐 학생인턴 제도를 시행하여 졸업 후 전공의 과정으로 바로 진학토록 함으로써 수련 연한 단축과 아울러 의과대학생들로 하여금 적극적인 임상실습을 받을 수 있는 기회를 부여하고, 이를 통해 의료 인력의 질적 수준을 제고함.

- 지식 중심의 필기시험인 현재 의사국가시험에 임상수행능력시험을 추가하여 수행능력이 검증된 의사를 배출하도록 하고, 졸업 후 임상수련을 의무화하여 임상수행능력을 갖춘 의사만이 개업할 수 있도록 개업 자격을 강화함.

- 의사인력의 질 관리와 수준 제고를 위하여 평생의학교육 강화 차원에서 일정 기간마다(예: 10년) 시험 또는 교육 이수로서 면허를 연장하는 면허연장제도(re-certification)를 도입함.

- 임상실습 강화에 따라 인턴과정은 점진적으로 폐지하여 학부 교육으로 흡수하고

131) 보건의료발전기획단. 참여정부 보건의료발전계획(안) 공청회 자료집. 2003.11.27

진료과목별 특성에 따라 레지던트 수련기간을 현행 3년에서 1~2년으로 단축하는 방안을 강구함.

- 전문의 자격 재인증 제도의 도입을 검토함. 다만, 현실적으로 단기적 실행이 어려운 면이 있으므로 우선 연구과제를 마련하여 전문의 자격 재인증 제도에 대한 프로그램 개발·시범 시행하고 그 평가 결과에 따라 도입여부를 결정하도록 함.

- 의약분업 시행에 따른 임상약학 교육 필요성 증대, 신약개발·BT(생물공학) 등 신학문교육의 필요, 국산 의약품 품질 보증요구 증대 등 약사가 담당해야 할 역할은 갈수록 전문화되어 가고 있음 : 기존 4년의 약학교육으로는 주변 환경변화에 능동적으로 대처하기에 한계가 있으므로 약학교육 연한을 2006년부터 6년으로 연장함. 이와 함께 약학교육을 제약중심교육에서 임상약학과 신약개발 중심으로, 이론 중심에서 실무 중심으로, 공급자 중심에서 소비자(환자) 중심·윤리중심 교육으로 전환시켜 약사 인력의 질적수준 제고를 도모함.

○ 보건의료인력의 질적 수준 제고를 위해 정규 교육과정 및 보수교육을 강화하고, 서비스의 질 강화를 위해 표준 진료지침을 개발·보급하고 신의료기술 인정체계 구축 등을 추진함.

- 과다처방, 고가약 처방 등 부적절한 처방과 이로 인한 국민건강 및 의료비에 대한 부담 가중 문제를 개선하기 위하여 국가적인 표준진료지침을 개발·보급함. 또한 국내현실에 맞게 표준진료지침의 타당성을 검토하기 위하여 승인을 받는 절차를 확립하며, 모니터링과 평가를 통하여 지속적으로 보완·개선함.

- 의료기술의 발전과정에서 새롭게 등장하여 안전성과 유효성에 대한 공식적인 검증을 마치지 않은 '신의료기술'을 공정하면서도 신속하게 검증·인정할 수 있는 체계를 구축함. 신의료기술의 평가기준을 마련하고 평가기구를 설치하여 의료기술의 발전이 환자의 편의성 증진과 의료비 절감으로 이어질 수 있도록 객관적이고 적법한 절차를 마련함.

이외에도 병원협회 자체적으로 시행하고 있는 병원심임평가제도와 올해 처음 도입된 의료기관 평가제도 등이 질 보장을 위한 방편으로 마련되어 있다.

#### 나. 병원신임평가제도<sup>132)</sup>

병원신임평가는 병원의 진료윤리, 건물 및 기능의 안전도, 의사업무의 조직화, 진료수준, 시설장비 및 경영관리 면에서 일정한 기준을 설정하여 모든 병원이 이 기준에 도달할 수 있도록 동기를 부여 하는데 그 목적을 두고 있으며, 병원 경영실태, 조직구조, 진료환경, 서비스 및 진료의 질 관리 전반에 대하여 1600여 항목을 평가하고 있다. 심

132) 대한병원협회. 2004년도 병원신임평가 및 수련교육관련업무 오리엔테이션 자료집. 2004. 5. 4

사는 현지심사, 서류심사, 위원회 심사로 이루어지며 그 결과를 수련병원 지정 및 전공의 정원 책정과 의료 질 관리를 개선하는데 활용하고 있다. 또한 신입인정, 병원교육은 물론 병원통계집 및 병원신임평가 결과 보고서 발간하고 있다.

#### 다. 의료기관 평가제도<sup>133)</sup>

1994년 6월 의료보장개혁위원회에서 의료기관 평가제도 도입이 건의된 이후, 1999년 12월 보건의료기본법 제정과 2002년 3월 의료법 개정을 통해서 의료 기관평가에 대한 법적 근거를 마련했으며 평가 결과의 건강보험 수가 연계 및 우수 기관에 대한 전공의 우선 배정 등 인센티브를 부여하기로 했다. 실제로 2004년 4월 의료기관평가위원회를 개최하여, 올해 의료기관평가 대상기관을 선정하였는데, 대상 기관 중 규모가 크고 사회적 관심도가 높은 대형병원을 중심으로 총 95개소(종합전문요양기관 42개 및 500병상이상 종합병원 53개)를 선정하여 시행을 준비 중이다.

#### (5) 기존 제안

의료서비스의 거시적 질 관리 기전 중 어떤 방법이 가장 효과적인 질 향상 방법인가는 그 국가가 취하고 있는 보건의료체계의 성격에 따라 달라질 것이다. 가령, 정부의 강력한 조정과 통제를 바탕으로 한 중앙 집중적인 보건의료체계를 가진 나라라면 규제를 통한 접근방식이 효과적일 것이며, 탈 중앙집권적이며 의료시장의 자율성이 중시되는 보건의료체계를 가진 나라의 경우 규제일변도의 질 관리보다는 시장경쟁원리를 이용한 질 관리 기법이 더 효과적일 것으로 판단된다. 일반적으로 규제는 단시일 내에 가장 확실한 변화를 가져와 가장 효과적인 질 관리 방법으로 인식되기 쉬우나 비합리적인 규제는 자칫 감정적 반발을 일으킬 수 있고 규제에 의한 변화는 자발적 변화에 비해 지속성이 떨어진다는 지적도 있다. 한편, 교육이나 임상진료지침에 의한 진료행위 변화는 자발적으로 일어나므로 일단 변화가 되면 비교적 지속적으로 유지되는 장점이 있는 반면, 교육방법과 지침서 보급방식이 아주 효과적이지 않는 한 실제로 이로 인한 진료행위 변화율은 그리 높지 않은 것으로 알려져 있다. 마지막으로, 각 의료기관의 서비스 질, 환자만족도 평가결과를 공개 배포하여 의료기관의 자발적 변화와 의료기관간의 경쟁을 유도하는 방법은 동기유인이 확실하여 효과적일 수 있으나, 의료계의 반발을 살 우려, 또 지나친 경쟁을 유발할 수 있는 단점이 있다. 앞으로 국가가 거시적 질 관리를 위해 취할 수 있는 역할 중에 중요한 것으로는 질 관리에 대한 재정적 지원 및 지식 정보센터로서의 역할이라고 하겠다. 미국 정부산하기관인 AHRQ가 병원협회와 의사

133) 보건복지부. 국민건강증진 종합대책 2002.4.10



협회와 같은 전문가 단체, 그리고 대학 및 연구소의 전문인력과 협력하여 의학정보를 축적하고 임상진료지침서 등을 개발하는 것은 그 좋은 본보기라하겠다<sup>134)</sup>.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

현재 참여정부에서 이루어지고 있는 정책은 전통적인 질 관리 정책의 대표적인 영역들을 모두 포괄하고 있으며, 이러한 정책들이 실효를 거둔다면 보건의료 서비스의 질 향상에 크게 기여할 수 있을 것으로 보인다.

하지만, 민간 부문에서 보건의료 서비스의 질 개선과 관련하여 민간 병원들의 투자 확대를 주장하고, 이를 보장할 수 있는 영리 법인의 확대를 요구하는 것은 한편으로 의료의 공공성과 관련하여 우려할 만한 현상이다.

관련기관 : 보건복지부, 대한병원협회, 대한의사협회

## 2) 효과적인 응급의료 체계 확립과 호스피스 서비스 제공 확대

모든 의료서비스의 질이 환자의 예후에 중요한 영향을 미치겠지만 그 중에서도 특히 적절한 시기에 질 높은 응급의료 서비스를 받는 것이 결정적인 중요성을 갖는 경우들이 존재한다. 만일 부적절한 응급의료 체계나 서비스 때문에 적절한 서비스를 제공받지 못하고 이로 인해 회피 가능한 사망이나 이환 상태에 빠진다면 심각한 건강권 침해가 아닐 수 없다. 또한 호스피스 서비스의 경우 내용의 상당 부분이 의료비 상승 대책의 일환으로 논의되고 있지만 막상 환자의 품위 있는 죽음에 대한 인권적 접근과 향후 제공될 호스피스 서비스 접근성에서의 형평성과 관련해서는 논의가 부족하다고 할 수 있다.

### (1) 현황

#### 가. 응급의료 서비스

현재 예방가능한 응급환자 사망률은 50.4%에 이르고 있으며 응급의료의 수준이 최소기준인 법정 기준의 62%에 불과한 수준으로 제공되고 있다. 즉, 인력·시설·장비

---

134) 강혜영. 청년의사 2002.8.5

등 기본 인프라가 미흡하며 특히, 전문의사 인력의 부재가 심각해서 58%의 센터가 기준에 미달하고 있는 실정이며, 그나마 응급의료센터도 대도시 중심으로 편중되어 응급 의료의 접근성·수준의 편차가 지역별로 크게 나타나고 있다<sup>135)</sup>. 구체적인 지표를 살펴보면, 모성사망비(Maternal Mortality Ratio)는 출생아 10만 명당 모성사망의 수로, 한 국가의 보건수준을 대표하는 주요 지표로 쓰이고 있다. 1995년부터 2000년까지 OECD 회원국들은 대부분이 모성사망비가 10을 넘지 않았는데 비하여, 우리나라는 1995년에 20.0, 2000년에 15.0로 OECD 회원국 중 높은 수준을 보였으며 그 중에서도 단일원인으로는 산과적 출혈이 가장 높은 비율을 보여 응급 상황에 대한 대처 능력과 환자 후송 체계에 문제가 있음을 시사한다<sup>136)</sup>.

#### 나. 호스피스 서비스

그동안 호스피스 서비스는 의료 보장 체계 내에서 제도적으로 시행된다기보다 개별 의료기관과 관심 있는 보건의료인/종교인 등이 주체가 되어 선별적으로 제공되어 왔다. 그러나 2003년에 ‘암관리법’이 제정되면서 말기 암환자에 대한 관리 방안을 제도화시킬 수 있는 기반이 마련되었고 현재 ‘말기 암환자 호스피스 시범사업’을 추진 중에 있다.

### (2) 국제 권고 및 외국 사례

#### 가. 응급의료 서비스

미국<sup>137)</sup>의 경우 보건목표로서 28대 집중 영역을 설정하였는데 그 중 첫 번째에 해당하는 질 좋은 보건의료 서비스의 접근성 보장에서 일부를 응급의료 서비스에 할당하고 있다. 구체적 목표를 살펴보면, 다음과 같다.

- ① 응급의료를 이용하는데 지연이 있거나 어려움이 있는 사람의 비율을 줄인다.
- ② 빠르게 대처하는 병원 전 단계 응급 의료 서비스에 접근하는 사람들의 비율을 높인다.
- ③ 미국 전역에 걸쳐 독극물 관리센터에 연결될 수 있는 24시간 단일 무료 전화 체계를 확립한다(1999년 동일 무료 번호 공유 센터 15% → 100%).
- ④ 외상 환자들의 생존과 기능적 결과를 최대화시키고 손상 예방을 돕는 외상 진료 체

135) 보건복지부 공공보건정책과. 2004년 응급의료체계 개선 추진 계획 2004.3

136) 보건사회연구원. 보건복지부. 한국 여성의 건강통계 2003. 12.

137) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

계의 숫자를 증가시킨다.

#### 나. 호스피스 서비스

세계보건기구는 암 환자의 완화의료(palliative care)가 다음과 같은 것들을 제공해야 한다고 제안하고 있다. 1) 고통과 다른 괴로운 증상들의 완화, 2) 삶을 긍정하고 죽음을 정상적 과정으로 여김, 3) 죽음을 서두르거나 늦추지 않도록 의도, 4) 환자 간호의 심리적, 영적 측면의 통합, 5) 가능하면 죽음에 이를 때까지 환자가 능동적으로 살아갈 수 있는 지원 체계 마련, 6) 환자의 이환 기간 동안, 혹은 사별 중에 가족이 대응할 수 있는 지원 체계 마련, 7) 사별 상담을 비롯한 환자와 가족의 필요를 다룰 수 있는 팀 접근 활용, 8) 삶의 질 증진과 질병 과정에 긍정적 영향, 9) 생명연장을 위한 다른 치료법과 함께 질병과정의 초기에 도입되어야 하며 임상적 합병증을 더 잘 이해하고 다루기 위해 필요한 연구<sup>138)</sup>.

### (3) 현행법

#### 가. 보건의료기본법

· 제30조 (응급의료체계) 국가 및 지방자치단체는 모든 국민이 응급상황에서 신속하고 적절한 응급의료서비스를 제공받을 수 있도록 응급의료체계를 마련하여야 한다.

#### 나. 응급의료에 관한 법률

· 제1조 (목적) 이 법은 국민들이 응급상황에서 신속하고 적절한 응급의료를 받을 수 있도록 응급의료에 관한 국민의 권리와 의무, 국가·지방자치단체의 책임, 응급의료 제공자의 책임과 권리를 정하고 응급의료자원의 효율적인 관리를 위하여 필요한 사항을 규정함으로써 응급환자의 생명과 건강을 보호하고 국민의료의 적정을 기함을 목적으로 한다.

· 제3조 (응급의료를 받을 권리) 모든 국민은 성별, 연령, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다.

· 제4조 (응급의료에 관한 알 권리) ①모든 국민은 응급상황에서의 응급처치 요령, 응급의료기관등의 안내 등 기본적인 대응방법을 알 권리가 있으며, 국가 및 지방자치단체는 이를 위한 교육·홍보 등 필요한 조치를 강구하여야 한다. ②모든 국민은 응급의료에 대한 국가나 지방자치단체의 정책에 대하여 알 권리를 가진다.

· 제6조 (응급의료의 거부금지 등) ①응급의료기관등에서 근무하는 응급의료종사자

138) <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

는 응급환자를 상시 진료할 수 있도록 응급의료업무에 성실히 종사하여야 한다. ②응급의료종사자는 업무중에 응급의료를 요청 받거나 응급환자를 발견한 때에는 즉시 응급의료를 행하여야 하며 정당한 사유 없이 이를 거부하거나 기피하지 못한다.

· 제13조 (응급의료의 제공) 국가 및 지방자치단체는 응급환자의 보호, 응급의료기관등의 지원 및 설치·운영, 응급의료종사자의 양성과 응급이송수단의 확보 등 응급의료를 제공하기 위한 시책을 강구하고 시행하여야 한다.

· 제13조의2 (응급의료계획의 수립·시행) ①보건복지부장관은 제13조의 규정에 의한 업무를 수행하기 위하여 대통령령이 정하는 바에 의하여 응급의료기본계획을 수립하여 이를 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 통보하여야 한다. ②시·도지사는 제1항의 규정에 의한 응급의료기본계획에 따라 지역응급의료시행계획을 수립하여 시행하여야 한다. ③보건복지부장관 및 시·도지사는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 응급의료계획의 수립·시행을 위하여 필요한 경우에는 응급의료와 관련된 기관·단체 등에 대하여 자료제공 등의 협조를 요청할 수 있다. ④제3항의 규정에 의한 협조요청을 받은 기관·단체 등은 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다. ⑤보건복지부장관은 대통령령이 정하는 바에 의하여 지역응급의료시행계획 및 그 시행결과를 평가할 수 있다.

· 제16조 (재정지원) 국가 및 지방자치단체는 예산의 범위안에서 응급의료기관등에게 필요한 재정지원을 할 수 있다.

· 제17조 (응급의료기관등에 대한 평가) ①보건복지부장관은 응급의료기관등에 대하여 평가를 실시할 수 있다. ②보건복지부장관은 제1항의 규정에 의한 응급의료기관등에 대한 평가의 결과에 따라 응급의료기관등에 대하여 행정적·재정적 지원을 할 수 있다. ③제1항의 규정에 의한 응급의료기관등의 평가방법 및 평가주기 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제19조 (응급의료기금의 설치 및 관리·운용) ①보건복지부장관은 응급의료를 효율적으로 수행하기 위하여 응급의료기금(이하 "기금"이라 한다)을 설치한다. ②보건복지부장관은 기금의 관리·운용을 대통령령이 정하는 의료 관련 기관 또는 의료 관련 단체(이하 "기금관리기관의 장"이라 한다)에 위탁할 수 있다.이 경우 보건복지부장관은 기금의 관리·운용에 관한 사무를 감독하며 이에 필요한 명령을 할 수 있다. ③기금의 설치 및 관리·운용에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

· 제20조 (기금의 조성) ①기금은 다음 각호의 재원으로 조성한다. 1. 국민건강보험법에 의한 요양기관의 업무정지에 갈음하여 보건복지부장관이 요양기관으로부터 과징금으로 징수하는 금액중 국민건강보험법의 규정에 의하여 지원하는 금액 2. 응급의료와 관련되는 기관 및 단체의 출연금 및 기부금 3. 정부의 출연금 4. 기타 기금의 운영에 의하여 생기는 수익금. ②정부는 제1항제3호의 정부출연금으로 도로교통법 제117조

제3항의 규정에 의한 범칙금의 전전년도 총수입의 100분의 20에 해당하는 금액을 매 회계연도의 세출예산에 계상하여야 한다.

· 제26조 (권역응급의료센터의 지정) ①보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 행하게 하기 위하여 시·도지사와 협의하여 시·도에 소재하는 종합 병원 중에서 권역응급의료센터를 지정할 수 있다. 1. 응급환자의 진료 2. 대형 재해 등의 발생시의 응급의료지원 3. 권역안의 응급의료종사자에 대한 교육·훈련 4. 기타 보건복지부장관이 정하는 권역안의 응급의료 관련 업무. ②권역응급의료센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제27조 (응급의료정보센터의 설치 및 운영) ①보건복지부장관은 응급医료를 효율적으로 제공할 수 있도록 응급의료자원의 분포와 주민의 생활권을 감안하여 지역별로 응급의료정보센터(이하 "정보센터"라 한다)를 설치·운영하여야 한다. ②정보센터의 업무는 다음 각호와 같다. 1. 응급환자의 안내·상담 및 지도 2. 응급환자를 이송중인 자에 대한 응급처치의 지도 및 이송병원의 안내 3. 응급의료에 관한 각종 정보의 관리 및 제공 4. 응급의료통신망 및 응급의료전산망의 관리·운영 및 그에 따른 업무 5. 기타 보건복지부령이 정하는 응급의료 관련 업무. ③보건복지부장관은 정보센터의 효율적인 운영을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 그 운영에 관한 업무를 권역응급의료센터의 장에게 위탁할 수 있다.

· 제29조 (전문응급의료센터의 지정) ①보건복지부장관은 시·도지사와의 협의를 거쳐 외상환자·화상환자 및 독극물중독환자 등에 대한 응급医료를 위하여 종합병원 중에서 분야별로 전문응급의료센터를 지정할 수 있다. ②전문응급의료센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제30조 (지역응급의료센터의 지정) ①시·도지사는 관할 지역안의 주민에게 적절한 응급医료를 제공하기 위하여 종합병원 중에서 지역응급의료센터를 지정할 수 있다. ②지역응급의료센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제31조 (지역응급의료기관) ①시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)은 관할 지역안의 주민에게 적절한 응급医료를 제공하기 위하여 종합병원과 의료법 제3조의 규정에 의한 병원 및 의원중에서 지역응급의료기관을 지정할 수 있다. ②지역응급의료기관 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

#### 다. 암 관리법

· 제11조 (말기암환자관리사업) ①보건복지부장관은 말기암환자에 대하여 다음 각호의 말기암환자관리사업을 실시하여야 한다. 1. 말기암환자의 적절한 통증관리 등 삶의

질 향상을 위한 지침개발 및 보급 2. 말기암환자 전문기관의 육성 3. 말기암환자에 대한 가정방문 보건의료사업 4. 말기암환자와 그 가족을 위한 교육프로그램의 개발 및 보급 5. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업. ②제1항의 규정에 의한 말기암환자관리사업의 세부내용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

##### 가. 응급의료 서비스

##### ① 접근성 강화 기책안

참여정부의 보건의료발전계획안에는 응급의료 서비스의 접근성 강화와 관련하여 다음과 같은 대책들이 제시되어 있다<sup>139)</sup>.

##### ○ 병원전단계 응급의료체계 정비

- 중앙응급의료센터 내 응급의료지도를 위한 전담조직 마련 : 1) 내과, 외과, 산부인과 등 주요 분과별 팀으로 유지·가동되는 응급의료지도 조직을 별도로 신설하여 응급환자를 이송 중인 구급차에 대한 전문상담 및 지도 제공. 2) 이송정보시스템, 응급환자 진료정보망 등 응급정보체계 구축. 3) 무선인터넷을 이용하여 응급의료기관의 전송 정보와 119 구급차의 전송정보를 직접 연결시켜 응급환자가 빠른 시간에, 적절한 의료기관에서 서비스를 받을 수 있도록 함. 4) 또한 응급의료기관의 진료 관련 정보를 취합·분석할 수 있는 정보망을 구축하여 응급환자 관련 통계 수집, 응급의료 수준에 대한 평가 수단 등으로 활용함.

- 이송 및 처치에 대한 국가 표준지침(Protocol) 수립 및 배포 : 다빈도 응급증상에 대하여 시간순으로 시행하여야 하는 처치 및 감별 방법 등 응급구조사가 준수하여야 할 표준지침을 국가가 제정하고 주기적으로 갱신함으로써 응급처치 수준의 도약 달성

- 국내 특수구급차 수의 확대

##### ○ 병원단계 응급의료체계 정비

- 30분 이내 도달 가능한 선진국형 응급의료센터 육성 : 정기적으로 응급진료권을 분석하여 전국 어디서나 30분 이내에 접근이 가능하도록 응급의료기관을 균형적으로 배치하고, 응급의료기관이 없는 지역에는 응급의료센터 건립을 지원함.

139) 보건의료발전계획단. 참여정부 보건의료발전계획(안) 공청회 자료집. 2003.11.27

- 응급의료평가체계 도입: 응급의료기관의 구조, 과정, 결과 측면의 평가 실시 및 평가결과에 따른 지도 및 유인방안 실행. 민간이 기피하는 응급진료 전문분야의 기능 보강·운영 지원. 응급의학전문의 확충, 응급전문간호사제도 도입 등 응급의료인력의 확충 및 질적 수준 제고

○ 선진 응급의료 향유를 위한 관리·지원체계 마련

- 응급의료 생활화 기반 확대 : 응급의료 교육, 안전수칙 제공, 대규모 행사시 의료지원 계획 수립의 의무화. 응급의료 서비스 이용 불편사항을 신고할 수 있는 콜 센터 설치. 취약계층 응급의료 보장을 위한 미수금 대불제도 활용도 개선 및 진료비 지원제도 검토

- 응급의료 재원 확충 방안 : 1) 응급의료의 가장 중요한 원인 제공자인 교통사고 환자와 연관된 자동차교통관리개선특별회계 세입의 20%를 응급의료기금으로 지원토록 재원변경을 추진함. 2) 아울러 응급의료의 원인을 제공하는 상품에 부가되는 세입의 일부를 응급의료 재원에 활용하는 방안을 검토함.

② 응급의료 서비스 사업<sup>140)</sup>

· 1991년에 응급 의료 체계를 국가의 주요 정책으로 설정하여 추진하게 된 이래, 129 응급 환자 정보 센터의 설치· 운영, 병원 응급실의 조직화, 구급차의 정비, 전문 인력의 양성 등으로 현장 치료, 이송, 병원 치료를 향상시키기 위한 제반 정책들이 시행되었으며 94년에 이에 관한 법령이 마련됨으로써 응급 의료 체계의 법적 근거까지 확보하게 되었다.

· 2007년까지 예방가능한 응급실 사망률을 20%로 낮출 수 있는 응급의료체계 종합 개선대책 추진 중이며, 구체적으로 1) 응급의료체계 개선을 위한 재원 확충, 2) 환자 이송체계의 전문성 개선을 위한 인프라 확충(119 구급대 구급헬기, 구급차 및 응급장비 확충 지원, 이송정보시스템 시범도입· 운영, 구급차내 의료장비기준 강화 및 응급구조사 업무범위 확대), 3) 응급의료센터 개선을 위한 기반 마련 (응급의료기관 평가 도입 및 지정정비, 양질의 응급의료 제공을 위한 응급의료센터 인프라 개선, 응급의학전문의 확충을 위한 전공의 수련보조수당 지원) 등의 사업을 진행하고 있다.

나. 호스피스 서비스<sup>141)</sup>

현재 호스피스 시범사업(2003~2004년)을 통해 국내 실정에 적합한 호스피스·완화의료 서비스 모형개발을 추진 중이다. 모형에는 시설 및 인력수준 마련, 통증을 포함한

140) 보건복지부 공공보건정책과. 2004년 응급의료체계 개선 추진 계획 2004.3

141) 보건복지부. 2004년도 말기암환자 호스피스 시범사업 안내

포괄적(신체적, 정서적, 사회적, 영적) 평가 개발, 호스피스·완화의료 질 관리 및 평가 체계 개발 등, 호스피스·완화의료 팀 접근 및 직종별 업무지침 개발 및 교육 등이 포함될 것이다. 또한 호스피스·완화의료 환자 의뢰 및 회송체계 등 개발하여 입원형 및 가정형 호스피스·완화의료기관간 서비스 연계방안을 개발하고 지역사회 중심 호스피스·완화의료서비스 제공체계 개발하고자 한다.

## (5) 기존 제안

### 가. 응급의료 서비스 질 개선을 위한 수가 개선

6월 30일에 열린 '응급의료 수가체계 개선방안' 공청회<sup>142)</sup><sup>143)</sup>에서는 예방가능한 응급환자의 사망률을 감소시키고, 응급의료의 질을 향상시키기 위해 응급의료관리료 인상, 응급의료행위료가산을 신설, 보조금 지원 등이 필요하다는 주장이 제기됐다. 성균관 의대의 김윤 교수는 응급의료기관의 원가보존율을 적어도 병원급 의료기관 평균 원가보전율인 87.5%까지 맞추기 위해서는 응급의료관리료와 응급의료행위료 가산율을 조정하고, 응급의료관리료의 경우 종별차등화 하는 등의 6가지 방안을 제시했다. 하지만, 이에 대해 건강세상네트워크 조경애 대표는 "과잉·과소의 응급시설의 분포, 응급실에 대한 시설, 인력에 대한 법적 기준 부재 등은 의료서비스의 질과 밀접한 관련이 있다"며 "의료서비스의 질 개선을 위해서는 당연히 응급시설에 대한 원가보전이 이루어져야 하지만 병원 전체의 원가 보존율이 110% 정도에 이르고 있는 만큼 병원 전체의 조정속에서 원가보전이 고려돼야 한다"고 주장했다. 또 "원가보전의 경우, 응급의료기관의 평가와 지속적인 감독을 전제로 수가에 반영 돼야하고, 종별가산을 적용에 다시 응급실별로 종별 가산을 하는 것은 환자 및 소비자들에게 부담이 될 소지가 있다"며 응급실별 종별 가산제 적용에 반대했다. 한편 대한응급의학회 민용일(전남의대) 보험이사는 이날 발표된 수가개선 방안과 더불어 응급실 초진료에 대한 종별 차등 적용 및 초진료의 전체적인 대폭인상을 비롯해 예비병상에 대한 보상 개념 분리 기관 보조금 및 하드웨어 지원 응급처치 항목 설정의 백지화 간호 인력 등급제 적용 검사 및 방사선료에 응급의료의 개념 도입 등을 추가로 제시했다. 반면, 건강보험심사평가원 한오석 상임이사는 "원가보전율과 수가수준의 적정성에 대해 특정 진료부서만 따로 분리해 접근하는 것은 문제가 있을 수 있다"며, "응급실이 다른 부서의 진료 수익 창출에 간접적으로 도움을 주고 있다는 점을 감안할 때 차등수가 및 보조금 형태보다는 일괄적인 보조금 형태가 바람직할 것"이라고 지적했다. 특히 응급의학관리료와 행위료 인상에 대

142) 김윤. 응급의료수가체계 개편방향. 공청회 자료집 2004.7.1

143) 이영수. 응급의료수가, 응급의료관리료·행위료 인상 및 종별차등화 돼야. 청년의사 2004-JUL-1



해서는 행위료 가산보다는 응급의학회관리료 인상에 찬성하는 입장이었으며, 권역 및 지역간 응급의학관리료 차별화에 대해서는 논리적 근거가 빈약하다고 반대의 뜻을 내비쳤다. 또한 응급 및 비응급 구분 폐지에 대해서는 응급에 대한 기준을 현실화에 맞게 확대하거나, 비응급 질환에 대한 대국민 홍보를 통해 국민의 이해를 높이는 방식으로 해결 방안을 모색할 필요가 있다고 제안했다.

#### 나. 호스피스·완화의료<sup>144)</sup>

우리나라의 보건의료 서비스 공급이 주로 민간에 의존하고 있다는 점에서 호스피스·완화의료 또한 이러한 구조에서 벗어나기 어렵다는 점이 지적되고 있다. 지금까지 대부분의 호스피스·완화의료 참여자가 선의를 가지고 행해왔지만, 이것이 공식적 제도로 성립될 때에 규제할 수 있는 방법은 많지 않으며, 따라서 시장적 요소를 최소화할 수 있는 방안을 찾아야 한다는 것이다. 이를 위해서는 공공기관의 참여를 크게 늘리고 진료비 보상방식에서 최대한 이러한 상황을 고려하여야 한다. 공급자가 100% 공공일 필요는 없겠지만, 적어도 제도의 근간으로서 민간부문과 건강한 “긴장관계”를 가질 정도는 되어야 하겠고, 진료비 보상은 적어도 행위별수가제는 피하는 것이 바람직하다고 판단한다. 특히 진료비 보상제도의 개편은 이미 건강보험의 영역에 포함되어 있는 의료서비스 공급을 적정화하는 데에도 크게 기여할 것으로 믿는다(예: 암 환자의 본인부담 완화 등). 또한, 호스피스·완화의료에는 의료전문직에 대한 기초적인 교육이나 훈련이 매우 중요하다. 이것은 재정이나 시설과 같은 구조의 변화와는 다른 사람의 문제이다. 그러나 이러한 교육이나 홍보는 대부분 정부의 직접적인 정책대상이 아니고 민간 부문에 사실상 “방치”된 상태이다. 연구개발 투자도 크게 다르지 않다.

### (6) 전체 평가 및 실천 계획

#### 가. 응급의료 체계 확립

현재의 정부계획에 의하면 전국적인 응급의료 공급체계에 커다란 개선이 있을 것으로 예상되지만, 수가 설정과 관련하여 의료보장의 본인부담 수준을 오히려 더욱 상승시킬 우려가 상존하고 있다. 따라서 이에 대한 보완책이 필요하다.

#### 나. 호스피스 서비스

현재로서는 말기 암 환자를 대상으로 한 호스피스 시범사업이 완료되면 이에 대한 전반적인 체계가 마련되고 보건의료 제도 내의 공식 영역에서 서비스가 제공될 수 있

144) 김창엽. 품위있는 죽음과 보건의료정책. 국립암센터 심포지움 “품위있는 죽음”. 2004.

을 것으로 보인다. 하지만 호스피스 서비스가 민간 부분의 수익을 창출할 수 있는 방편으로 기능할 수 있다는 점을 고려하여, 이에 대한 규제 방안과 적절한 수가제도를 마련하지 않는다면 현재 보건의료 서비스의 공공성 문제가 동일하게 재현될 것이다.

관련기관 : 보건복지부

### 3) 포괄적인 정신보건 서비스 제공

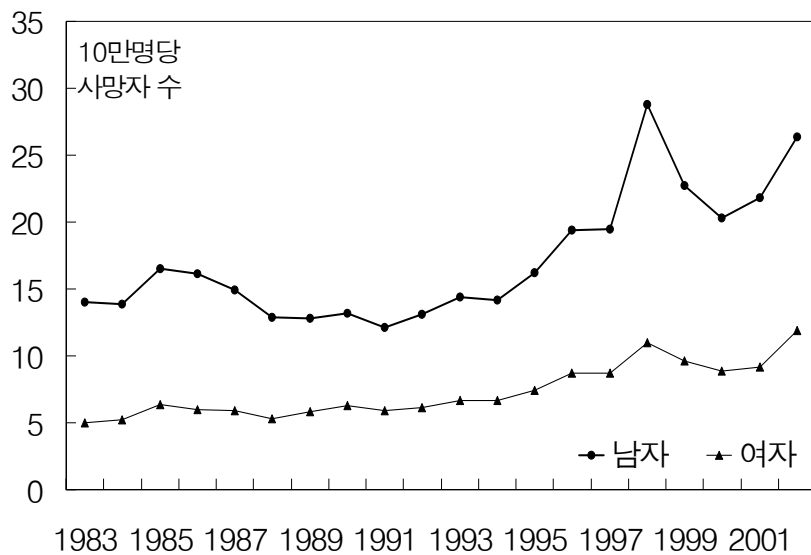
세계보건기구에서 정의한 건강 개념은 단지 질환이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태를 지칭한다. 정신 건강은 중요한 건강 구성 요소의 한 부분이며, 정신보건 서비스라는 것은 특정한 정신질환 환자에 대한 의료 서비스만을 지칭하는 것이 아니라 이러한 건강 개념의 일부로서 포괄적인 정신 건강을 도모하는 서비스를 의미한다.

#### (1) 현황

2001년도 “정신질환실태 역학조사”<sup>145)</sup>에 의하면, 정신질환 1년 유병율은 18세이상 64세이하 인구의 14.4%, 매년 약 466만명이 정신질환으로 이환되어 있고 이중 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애의 1년 유병율은 8.4%(약 273만명), 알코올 사용장애의 1년 유병율은 6.8%(약 221만명)에 이른다.

한편 환자가 아닌 일반 국민들의 정신 건강 수준을 살펴보면, 평상 생활 중 스트레스를 ‘대단히 많이’ 혹은 ‘많이’ 느낀다는 사람들의 비율이 성인 남녀의 1/3 가량을 차지하였다. 자살은 정신적 불건강 상태의 극단적인 표현이라 할 수 있으며 특히 사회문화적 환경이 그 어느 요인보다 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있다. 우리 사회의 자살률은 완만한 증가 추세를 보여왔는데 외환 위기로 인한 사회경제적 곤란이 극심했던 1998년 정점에 이르렀다가 감소하던 것이 최근 급격한 증가를 보여서 2002년에는 자살에 의한 사망률이 10만 명당 남자 26.4명, 여자 11.9명으로 사인의 6위와 7위를 차지하였다(그림 2). 2001년 국민건강·영양조사자료에서 측정된 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다는 성인의 비율은 남자 14.4%, 여자 22.7%에 이르렀다. 특히 젊은 성인 남성의 경우 실제 자살 시도율이 가장 높은 것으로 나타났으며, 이러한 자살 사고(思考)는 대체로 사회적 지위가 낮을수록 높았다<sup>146)</sup>.

145) 보건복지부. 2004년도 정신보건사업 안내



[그림 2] 연도별 자살에 의한 사망 추이

자료: 통계청, 사망원인통계, 2002

<표 14> 20세 이상 성인의 지난 1년간 자살 사고(思考)율, 2001

(단위: %)

	20~29세	30~44세	45~64세	65~74세	75세 이상	전체
여자	23.0 (0.82)	18.3 (0.89)	24.3 (0.82)	27.5 (0.35)	37.2 (1.16)	22.7 (0.9)
남자	12.7 (1.33)	13.5 (1.09)	13.6 (0.69)	20.7 (0.33)	29.8 (1.69)	14.4 (0.8)

사례 정의: 자가 보고(팔호 안은 자살 시도율)

자료원: 2001년 국민건강·영양조사

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 미국<sup>147)</sup>

국가 보건 목표에서 28대 집중 영역을 선정하였는데 그 중 한 가지가 정신 건강과 정신질환이며, 여기에서 다양한 지표들을 이용하여 정신 건강 수준의 향상 목표를 제시하였다. 1) 자살률 감소 (1998년 인구 10만명 당 11.3명 → 2010년 5.0명), 2) 청소년의 자살 시도율 감소 (1999년 9-12학년 청소년의 2.6%가 지난 12개월간 자살 시도 → 2010년 1%), 3) 심각한 정신질환을 가진 노숙자의 비율 감소 (1996년 18세 이상 노숙자의 25%가 심각한 정신질환에 이환 → 2010년 19%), 4) 심각한 정신질환자의 취업률 증가 (1994년에 심각한 정신질환을 가진 18세 이상 성인의 43%가 취업 → 2010년 51%), 5) 신경성 식욕부진과 거식증을 포함한 섭식 장애를 가진 사람의 재발율 감소, 6) 1차 보건의료에 정신건강에 대한 스크리닝과 평가를 받는 사람의 증가, 7) 정신질환을 가진 어린이 중 치료 받는 비율의 증가, 8) 정신과적 문제로 인한 새로운 입원을 스크리닝하는 청소년 교정 시설의 비율 증가, 9) 치료 받는 성인 정신질환자의 비율 증가 (18-54세 심각한 정신질환자의 1991년 치료 비율 47% → 2010년 55%, 인지된 우울증 치료를 받는 18세 이상 성인 비율 1997년 23% → 2010년 50%, 정신분열병 치료 받은 18세 이상 성인 비율 1984년 60% → 2010년 75%, 범불안장애 치료를 받는 18세 이상 성인의 비율 1997년 38% → 2010년 50%)

### 나. 영국<sup>148)</sup>

2003-2006년 주요 정부 부처의 공공 서비스 협약 목표를 선정하였는데 보건부의 경우 모든 이들의 건강 및 사회적 보호의 개선이라는 주제를 선정했으며 그 중 하나로 정신 건강에 대한 내용을 다루었다. 이는 위기관리와 아동 및 청소년 정신보건 프로그램에 대한 접근성의 매년 향상을 통해 정신 건강에 문제가 있는 성인과 어린이의 삶의 질을 개선하고 2010년까지 자살과 의도하지 않은 손상에 의한 사망률을 최소 20% 감소시킨다는 것이다.

## (3) 현행법

### 가. 정신보건법

---

147) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

148) White Paper : Public Service Agreements (PSAs) for all main departments for 2003 to 2006.

· 제1조 (목적) 이 법은 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 한다.

· 제2조 (기본이념) ① 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다. ② 모든 정신질환자는 최적의 치료를 받을 권리를 보장받는다. ③ 모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다. ④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다. ⑤ 입원치료가 필요한 정신질환자에 대하여는 항상 자발적 입원이 권장되어야 한다. ⑥ 입원 중인 정신질환자는 가능한 한 자유로운 환경이 보장되어야 하며 다른 사람들과 자유로이 의견교환을 할 수 있도록 보장되어야 한다.

· 제4조 (국가등의 의무) 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방하며, 정신질환자의 의료 및 장애극복과 사회부귀촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담등 필요한 조치를 하여야 한다.

· 제13조 (지역사회정신보건사업 등) ① 국가 및 지방자치단체는 보건소를 통하여 정신보건시설간 연계체계 구축, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례관리 등 지역사회정신보건사업을 기획·조정 및 수행할 수 있다. ② 국가 및 지방자치단체는 국·공립정신의료기관을 통하여 제1항의 규정에 의한 지역사회정신보건사업을 지원하고, 시·군·구(자치구를 말한다)간 연계체계 구축, 응급정신의료서비스 제공 등 광역단위의 사업을 수행하며, 그 밖에 지역사회정신보건사업의 활성화를 위하여 필요한 사업을 수행할 수 있다. ③ 국가 및 지방자치단체는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 지역사회정신보건사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 보건소 또는 국·공립정신의료기관에 정신보건센터를 설치하거나 그 사업을 대통령령이 정하는 기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. ④ 보건소 또는 국·공립정신의료기관은 지역사회정신보건사업의 수행을 위하여 정신질환자를 관리하는 경우에는 본인 또는 보호의무자의 동의하에 행하여야 한다. ⑤ 보건소에는 대통령령이 정하는 바에 따라 제7조의 규정에 의한 정신보건전문요원을 둘 수 있다. ⑥ 제1항 및 제2항의 규정에 의한 지역사회정신보건사업의 집중적이고 전문적인 지원을 위하여 보건복지부장관은 중앙정신보건사업지원단을, 시·도지사는 지방정신보건사업지원단을 각각 설치·운영할 수 있다. ⑦ 제6항의 규정에 의한 중앙정신보건사업지원단 및 지방정신보건사업지원단의 직무범위 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제41조 (권익보호) ① 누구든지 정신질환자이었다는 이유로 교육 및 고용의 기회를 박탈하거나 기타 부공평한 대우를 하여서는 아니된다. ② 누구든지 정신질환자, 그 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자의 동의 없이 정신질환자에 대하여 녹음·녹화·촬영할 수 없다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

정부의 2004년도 정신보건사업 추진방향은 다음과 같다<sup>149)</sup>.

##### 가. 정신질환자 인권보호 및 정신질환에 대한 인식개선

###### ① 정신질환자 인권침해 방지 및 권익보호

- 정신보건법령에 규정된 입원요건 및 절차 준수, 작업치료를 병자한 강제노역 금지, 특수치료시 법적 절차 및 기록 유지 준수, 인권함 설치·운영 등 지도·감독 강화
- 협회, 단체 등을 통한 자율적인 정신질환자 권익보호활동 유도
- 정신질환 인권보호를 위한 업무지침 시달 : 작업치료, 격리 및 강박지침
- 협회, 단체 등을 통한 자율적인 정신질환자 권익보호활동 유도

###### ② 정신질환 편견해소 및 인식개선을 위한 교육·홍보

- 홍보매체 다양화 및 민간차원의 홍보활동 지원
- 가족, 지역주민 등 대상 인식개선 교육 및 정신질환자 자조집단 활성화

##### 나. 지역사회정신보건사업 강화

- 정신보건센터 확충 및 운영 지원
- 사회복귀시설 확충 및 운영 지원
- 알코올중독자에 대한 치료·재활체계 강화

##### 다. 정신질환자 치료·요양여건 개선

- 정신요양시설 지원 현실화 및 운영개선
- 정신의료기관 치료환경 개선

##### 라. 정신보건사업 기반 구축

- 정신보건서비스 전달체계 확립 : 1) 정신보건센터, 사회복귀시설, 알코올상담센터, 정신의료기관, 정신요양시설 상호간에 연계체계 구축, 2) 보건소 또는 정신보건센터가 지역사회 내 포괄적인 정신보건서비스 제공을 위한 기획·조정역할 담당
- 지방자치단체의 정신보건업무 전담조직 설치 확대

---

149) 보건복지부, 2004년도 정신보건사업 안내

## (5) 기존 제안

포괄적인 정신보건서비스를 제공하기 위한해서는 지역사회 정신보건서비스가 활성화되어야 한다. 현행 지역사회 정신보건사업의 개혁을 위해서는 정신보건센터가 공공성을 회복하는 것이 무엇보다도 시급하다.<sup>150)</sup> 위탁형태로 운영되고 있는데, 이를 정부가 직접 운영하는 방식으로 바꾸어 나가야 지역사회의 정신보건자원을 기획, 조정, 연계시키는 간접적 서비스의 조정적 역할을 충실히 할 수 있을 뿐만 아니라 현재 장기입원 상황에 대한 책임을 질 수 있을 것이다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획전체 평가 및 실천 계획

현재 정신보건법이“정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀”를 목적으로 내세우고 있지만, 실제 정책과 서비스의 제공 방향은 정신질환자의 관리에 초점을 두고 있다. 건강증진 종합계획의 경우 정신질환 유병률과 치료율은 물론 자살 사망률과 스트레스 인지율 감소를 정신보건의 목표로 설정하고 있지만 실질적으로 이에 대한 세부계획은 확보되어 있지 않은 실정이다. 따라서 현재의 정신보건사업이 “환자 관리”를 넘어선 정신보건 증진과 질환 예방까지 포괄하는 것이 필요하다.

관련기관 : 보건복지부 및 산하기관

---

150) 이용표. 「지역사회정신보건사업의 개혁방향」 참여연대 사회복지위원회, 『복지동향』 2003년 1월호 p. 36-39

## 2. 보건 사업

### 1) 건강한 선택이 쉬운 선택이 될 수 있는 환경 조성 : 건강의 사회적 결정요인 측면에서 기존 건강증진사업에 대한 평가 시행 및 향후 보건사업 기획

세계 보건기구의 건강증진에 대한 오타와 헌장(1986)에서는 건강증진이 사람들로 하여금 그들의 건강에 대한 통제권을 높이고 건강 수준을 높일 수 있도록 만드는 과정이라고 정의하였다. 또한 이는 특정 질환에 걸릴 위험이 있는 사람들을 초점으로 하기보다는 일상생활의 맥락에서 인구집단 전체를 포괄하며, 건강의 결정요인이나 원인에 중점을 둔다는 점을 분명히 밝히고 있다.

즉, 건강 행동이 개인의 개별적인 의지, 자유로운 선택의 결과로 바라보기보다는 그러한 선택이 가능하게 된 사회적 결정요인들을 이해하고 이에 대한 정책안들을 마련함으로써 건강을 위한 선택이 사회적으로 쉬운 선택이 될 수 있는 환경을 조성하는 것이 필요하다. 이는 건강행동에서 나타나고 있는 사회경제적 불평등을 설명하고 나아가 건강 결과에서의 불평등을 극복하는데 중요한 과정이 될 것이다.

#### (1) 현황

건강증진의 방법은 크게 두 가지로 발전되어왔다. 첫 번째는 소위 고위험군 전략(high-risk group strategy)으로서, 주로 개인을 대상으로 적용되며 개인과 보건의료 전문가에게 동기 요인이 크다는 것이 장점이지만 인구집단에 대한 잠재력은 제한적이며 행동학적으로 부적절하다는 단점이 있다. 반면 집단 중심 전략(population strategy)은 참여 집단에 대한 동기 부여가 적고 개인에게 돌아가는 편익이 작다는 것이 단점이지만 행동학적으로 볼 때 적절하며 인구집단 전체에 대한 잠재력이 크다는 장점이 존재한다<sup>151)</sup>.

현재 우리나라에서 이루어지고 있는 건강증진사업들은 대개 전자의 전략을 따르고 있으며 다음과 같은 문제점들이 지적된 바 있다. 즉, 1) 지역사회 건강증진사업의 개념이 정립되어 있지 못하며, 2) 기존 보건사업과의 차별화 실패, 3) 현재 보건소의 인력, 예산, 조직으로 건강증진사업을 실시, 4) 지역사회 건강증진사업을 보건소만의 사업으로 추진, 5) 건강증진이라는 이름 하에 과학적으로 검증되지 않은 건강관리방법을 보건사업으로 추진하는 사례도 있다는 점 등이다.

실제로 사회경제적 지위에 따른 건강 행동의 격차를 살펴본 연구들<sup>152)153)</sup>을 살펴보

151) Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press 1992



면, 낮은 사회계층일수록 건강행위 실천지표(흡연, 음주, 비만, 운동, 수면 등의 건강행태를 복합지표로 구성)나 영양소 섭취 수준이 좋지 않은 것으로 나타나고 있어서, 사회적 조건과 맥락을 고려한 인구집단 중심의 건강증진 전략이 시급히 도입되어야 함을 시사한다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. 세계보건기구

세계보건기구는 일련의 건강증진 국제회의를 통해 공공정책의 중요성과 지원환경을 중심으로 하는 접근 전략들을 발전시켜 왔다(표 15)<sup>154)</sup>.

<표 15> 세계보건기구의 건강증진 접근 전략

제1차 회의 (1986) :오타와, 캐나다	▶ 신(新) 공중보건 개념 (우선순위 5대 활동요소) 1) 건전한 공공정책의 수립, 2) 지원환경의 조성, 3) 지역사회 활동의 강화, 4) 개인기술의 개발, 5) 보건의료의 방향 재설정
제2차 회의 (1988) :아테레이드, 호주	▶ 건강증진을 위한 건전한 공공정책 강조. 우선순위는 1) 여성건강의 개선, 2) 식량과 영양, 3) 담배와 알코올, 4) 지원적 환경
제3차 회의 (1991) : 선즈볼, 스웨덴	▶ 지원환경 조성의 중요성 강조 : 정책개발, 법제, 조직의 방향 재설정, 옹호, 인식의 제고, 능력의 부여, 자원의 동원 및 지역사회 역량 강화
제4차 회의 (1997) : 자카르타, 인도네시아	▶ Jakarta 선언 : 건강증진을 보건의료개발의 중심에 두며, 공공부문과 민간부문의 동반자 관계 강조. 우선순위는 1) 사회적 책임감 향상, 2) 보건개발을 위한 투자 증대, 3) 지역사회 및 개인의 능력 증대, 4) 하부구조 구축, 5) 동반자관계의 형성

152) 윤태호, 문옥륜, 이상이, 정백근, 이신재 등. 「우리 나라의 사회 계층별 건강 행태의 차이」 대한예방의학회, 『예방의학회지』 2000;33(4):469-476

153) 김영옥. 「사회경제 수준에 따른 한국인의 식품 및 영양소 섭취 양상」 대한지역사회영양학회, 『대한지역사회영양학회지』 2001;6(4):645-656

154) 제니 나이두 외. 지역보건연구회 옮김. 『건강증진:이론과 실제』 계축문화사 2001

## 나. 환경요인 개선 중심의 사례<sup>155)</sup>

### ① 핀란드의 영양 사업

모든 사람의 식품에 대한 접근성을 향상시키는 것을 목적으로 하였으며, 이에 따라 급식서비스와 학교, 병원, 작업장에서의 식이지침 개발, 포화지방 섭취 감소에 대한 체계적인 권고 개발과 강조는 물론 우유 장려금 등 농업 정책까지 포함하는 포괄적인 접근을 채택하였다.

### ② WHO 유럽 사무소의 “담배 없는 유럽 계획”

유럽에서는 WHO Third Action Plan for a Tobacco-Free Europe이 채택되었는데, 여기에서는 흡연 감소를 위한 5가지 전략으로 1) 시장 규제, 2) 소송 및 상품에 대한 의무 부과, 3) 금연 환경, 4) 금연에 대한 지지, 5) 교육, 보건 정보 그리고 의견몰이 등이 제시되었다.

## (3) 현행법

### 가. 국민건강증진법

· 제1조 (목적) 이 법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다.

· 제19조 (건강증진사업등) : ① 국가 및 지방자치단체는 국민건강증진사업에 필요한 요원 및 시설을 확보하고, 그 시설의 이용에 필요한 시책을 강구하여야 한다. ② 시장·군수·구청장은 지역주민의 건강증진을 위하여 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 보건소장으로 하여금 다음 각호의 사업을 하게 할 수 있다. 1. 보건교육 및 건강상담 2. 영양관리 3. 구강건강의 관리 4. 질병의 조기발견을 위한 검진 및 처방 5. 지역사회의 보건문제에 관한 조사·연구 6. 기타 건강교실의 운영등 건강증진사업에 관한 사항 ③ 보건소장이 제2항의 규정에 의하여 제2항제1호 내지 제4호의 업무를 행한 때에는 이용자의 개인별 건강상태를 기록하여 유지·관리하여야 한다. ④ 건강증진사업에 필요한 시설·운영에 관하여는 보건복지부령으로 정한다.

### 나. 국민건강증진법 시행령

---

155) Mackenbach JP, Bakker M (eds). Reducing inequalities in health : A European perspective. Routledge. London 2002

건강증진과 관련한 세부 계획과 술 담배 등 유해 요인의 광고 제한과 공공장소의 허용 원칙 등에 대해 구체적인 내용을 담고 있다.

- 제9조 (주민건강의 증진에 관한 세부계획등) ①보건복지부장관은 국민건강증진법(이하 "법"이라 한다) 제4조제1항의 규정에 의한 국민건강의 증진에 관한 기본시책(이하 "기본시책"이라 한다)을 특별시장·광역시장 또는 도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 통보하여야 한다. ②시·도지사는 제1항의 규정에 의하여 통보된 기본시책에 따라 당해 특별시·광역시 또는 도(이하 "시·도"라 한다)의 주민건강의 증진에 관한 세부계획을 수립한 후 이를 시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)에게 통보하여야 한다. ③시장·군수·구청장은 제2항의 규정에 의하여 통보된 세부계획에 따라 당해 시·군·구(자치구에 한한다)의 세부계획을 수립·시행하여야 한다.

- 제10조 (광고내용의 범위) ①법 제7조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 광고내용의 변경 또는 광고의 금지를 명할 수 있는 광고는 다음 각호와 같다. 1.주세법에 의한 주류의 광고 2.의학 또는 과학적으로 검증되지 아니한 건강비법 또는 심령술의 광고 ②제1항제1호의 규정에 의한 광고는 별표1의 광고기준에 따라야 하며, 제1항제2호의 광고를 하여서는 아니된다.

- 제11조 (광고내용의 변경 및 광고의 금지절차 등)
- 제12조 (흡연경고문의 표기대상 광고)
- 제13조 (경고문구의 표기대상 주류)
- 제14조 (담배에 관한 광고금지 및 제한)
- 제15조 (담배자동판매기의 설치장소)

- 제17조 (보건교육의 내용) 법 제12조의 규정에 의한 보건교육에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다. 1.금연·절주등 건강생활의 실천에 관한 사항 2.만성퇴행성 질환등 질병의 예방에 관한 사항 3.영양 및 식생활에 관한 사항 4.구강건강에 관한 사항 5.공중위생에 관한 사항 6.건강증진을 위한 체육활동에 관한 사항 7.기타 건강증진사업에 관한 사항

#### 다. 국민건강증진법 시행규칙

- 제4조 (경고문구의 표시내용 및 방법) ①법 제8조제3항 및 제4항의 규정에 의한 경고문구는 흡연 또는 과다한 음주가 건강에 해롭다는 사실을 명확하게 알릴 수 있도록 하되, 그 구체적인 표시내용은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. ②제1항의 규정에 의한 경고문구중 흡연에 대한 경고문구의 표시방법은 별표 1과 같고, 과음에 대한 경고문구의 표시방법은 별표 2와 같다.

- 제5조 (제조담배에 관한 광고)

- 제6조 (공중이 이용하는 시설)
- 제7조 (금연구역의 지정기준 및 방법)
- 제19조 (건강증진사업의 실시등) ①법 제19조의 규정에 의하여 건강증진사업을 행하는 시장·군수·구청장은 보건교육·영양관리·구강건강관리·건강검진·운동지도(체력측정을 행하는 경우에 한한다)등에 필요한 인력을 확보하여야 한다. ②보건복지부장관은 법 제4조의 규정에 의한 기본시책과 건강증진사업 실시지역의 생활여건등을 감안하여 법 제19조제2항의 규정에 의하여 보건소장이 행하는 건강증진사업을 단계적으로 실시하게 할 수 있다. ③법 제19조제3항의 규정에 의하여 보건소장이 개인별 건강상태를 기록한 때에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 이를 유지·관리하여야 한다. ④법 제19조제4항의 규정에 의한 건강증진사업을 행하는 보건소장은 다음 각호의 시설 및 장비를 확보하여 지역주민에 대한 건강증진사업을 수행하여야 한다.
  1. 시청각교육실 및 시청각교육장비
  2. 건강검진실 및 건강검진에 필요한 장비
  3. 운동지도실 및 운동부하검사장비(체력측정을 행하는 경우에 한한다)
  4. 영양관리·구강건강사업등 건강증진사업에 필요한 시설 및 장비

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

참여정부의 보건의료발전계획안에는 “국민건강 평생관리체계 구축”과 관련하여 다음과 같은 건강증진 사업 계획들이 담겨져 있다.<sup>156)</sup>

##### ① 건강증진사업 및 건강생활 실천 운동 활성화 방안

○ 금연정책 추진 : 1) 금연구역 확대, 청소년 흡연기회 차단, 금연실천 분위기 조성 등 금연 종합대책(2001년 11월)에 따른 국민건강증진법령 단계적 강화, 2) 학교·직장내 금연교육프로그램 개발·보급, 3) 대중매체를 통한 금연공익광고 및 대국민 금연 캠페인 적극 추진, 4) 금연지도자 교육

○ 건전음주문화 정착 : 1) 음주관련 규제 정비 지원, 2) 청소년 음주예방교육 강화, 3) 문제음주 예방 및 건전음주문화 조성, 4) 범국민절주운동본부, 대한주부클럽, 한국음주문화연구소와 공동으로 범국민절주 캠페인 전개, 5) 문제음주자, 알코올 중독자 재화를 위한 알코올 상담센터 설치 및 운영

○ 운동프로그램 개발 보급 : 1) 민간 운동실천 지원 - ① 지방자치단체의 주민복지

156) 보건복지부. 국민건강증진 종합대책. 2002.4.10

시설, 보건소와 국·공립병원 등에 건강증진센터 등 운동시설 설치, ② 자치단체의 보건소, 동사무소(주민자치센터) 등의 공간을 활용하여 설치·운영, ③ 자전거용 도로, 전철역 주변의 자전거 주차장 설치 등 지역사회 내 운동관련 시설 설치, 2) 개인별 특성에 맞는 운동을 실천할 수 있도록 운동지도 프로그램 보급(노인정, 보육시설, 유치원·초등학교 대상으로 스트레칭 체조, 에어로빅 등 운동프로그램 개발·보급, 3) 운동시설 등의 이용시 소요 경비에 대해 소득공제

○ 국민영양 개선 지침 개발 보급 : 1) 국민식생활 목표설정, 2) 영·유아, 아동, 청·장년, 노인 등 각 생애주기별로 별도의 식생활지침, 홍보, 교육프로그램 개발, 보급, 3) 비만개선, 당뇨·고혈압 등 만성질환 예방을 위한 식생활지침내용 개발

## ② 건강증진을 위한 기반 구축

○ 보건소를 중심으로 지역의 실정에 맞는 건강증진사업을 확대 추진함. 2005년 이후부터, 지역별 건강마을 만들기 사업으로 확대 전환하여 보건소 중심의 지역 단위 건강증진마을을 형성함.

○ 보건소를 중심으로 지역사회 연계체계 강화 : 1) 기초자치단체 내에서 건강증진에 관한 분야간 협력을 사업별 조례로 명시, 지방의 특색에 부합하는 건강증진사업에 대해서는 지방정부가 예산 지원 및 행정적 지원을 받을 수 있도록 함. 2) 보건소를 중심으로 하는 지역사회 연계를 통하여 건강증진 대민 서비스를 원활하게 제공하기 위해 보건소 산하에 법인체인 「건강증진센터」를 설립

○ 건강증진 전담 인력 확보 : 1) 현재 보건소의 건강증진사업 담당자에 대하여 건강증진 보수교육을 강화하고, 건강증진 전담자를 확보하여 효율적인 건강증진사업을 실시함. 2) 2003년 10월 국민건강증진법에 추가 제정된 보건교육사를 지역사회 건강증진사업 담당자로 활용할 수 있도록 동법 시행령 및 시행규칙을 개정함.

정부는 2002년도에 발표된 건강증진 종합대책에서 건강관리에 대한 국가책임 강화를 목표로 내세우며 1) 영·유아에서 노인에 이르는 生涯週期(연령계층)별 평생건강관리, 2) 암·고혈압·당뇨 등 만성질환에 대한 국가관리체계 확립, 3) 전염병·위해식품 등 건강위해요소의 관리 강화를 과제로 선정하고 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」을 수립하여 추진하고 있다.

## (5) 기존 제안<sup>157)</sup>

지역사회 변화를 위하여 특히 강조되어야 할 것은 지역사회 주민참여의 문제이다. 지역사회참여를 이끌어 내기 위해서는 건강증진사업의 기획단계에서부터 가능한 한 빨리 그 지역의 주민을 참여시켜서 그들 자신의 요구를 파악하게 하고, 그들이 사업의 우선순위를 결정하게 하며, 그들이 자기들의 사업을 기획하도록 하여야 한다. 지역주민을 기획과정부터 참여시킬 때 유의해야 할 점은 기획팀 내에 지역의 다양한 조직 대표자들을 참여시켜 그들의 의견을 반영해야 한다는 것이다. 그럼으로써 지역주민들은 사업계획에 그들의 이익이 반영되었다고 느끼게 되고 주인의식을 갖게 되며 한편 이를 통해 지역 내의 비공식적인 의사소통채널이 활성화되어 더 많은 지역주민들이 알게 되고 참여하게 된다.

또한 건강증진에서의 부문간 협력은 여러 단계와 수준에서 이루어질 수 있다. 프로그램 사이에, 전문인력 사이에, 정책 부서 사이에, 혹은 프로그램 시행 주체 사이에서 부문간 협력 혹은 연계가 이루어져야 한다. 이러한 부문간 협력의 과제 중에서 가장 크게 강조되어야 할 것은 특히 건강과 관련된 각 영역 사이의 협력이라 할 것이다. “새로운 공중보건(New Public Health)”의 개념에서도 제시되고 있듯이 건강은 환경, 주택, 소득, 위생, 교통 등의 여러 사회 문제와 불가분의 관계를 가지고 있다. 지역사회 건강증진의 영역에서도 이들 분야와의 협력과 연계는 불가피하다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

바람직하지 못한 건강행위를 “부적응적(maladaptive)” 일탈 행위로 볼 것인가, 혹은 개인을 둘러싼 사회경제적 환경에 대한 “반응”으로 볼 것인가에 따라 이들 요인을 대상으로 한 보건 사업의 방향은 크게 달라진다<sup>158)</sup>. 행동 수정을 목표로 하는 국가 건강증진 사업들은 사회적 맥락과 분포의 문제를 반드시 고려해야 하는데, 실제로 개별적인 행동요인 중재의 심혈관질환 예방 효과를 분석한 리뷰 논문에 따르면 이러한 접근법이 효과적이지 못하며 심지어 불평등을 심화시킬 수도 있다<sup>159)</sup>.

현재 정부에서 추진하는 건강증진 사업 중 일부는 금연 정책처럼 포괄적인 사회적 접근을 시도하고 있지만 여전히 대부분은 개인의 행동 수정을 중심으로 하는 보건소

157) 김창엽. 지역사회 건강증진사업에서의 부문간 협력. 서울대학교 간호대학 건강증진 심포지엄 1999

158) 신영진, 김명희, 전희진, 김석현 (역). 『사회역학』 서울 : 한울출판사 2003

159) Ebrahim S, Smith DG. Systemic review of randomized controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. BMJ 1997;314:1666-1674

건강증진 사업에 중점을 두고 있다. 이러한 사업이 과연 실질적인 효과를 거두고 있는지, 그리고 형평의 관점에서 그 성과가 고르게 분포하고 있는지에 대한 전면적인 평가가 시급히 이루어져야 할 것으로 보인다. 또한 이러한 평가를 바탕으로 우리나라 건강증진 사업의 방향을 개인 중심에서 사회적 결정요인 중심으로 전환하는 것이 필요할 것이다. 그리고 무엇보다도 건강증진 사업의 목표를 달성하기 위해서는 건강증진 사업의 기획단계에서부터 지역사회 주민 참여하고, 사업을 시행하는 여러 단계와 수준에 있어서 관계되는 많은 부문간의 협력이 이루어져야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부, 환경부

## 2) 안전한 식수와 식품의 가용성 보장

안전한 식수와 식품을 얻는 것은 인간의 생존과 관련하여 가장 기본적인 필요 사항의 하나라고 할 수 있다. 이는 저개발국가에만 한정된 문제가 아니며, 식품 산업의 전 세계화, 대규모화가 진행되고 환경 위해 요인이 증가하면서 전 세계적으로 오히려 그 중요성이 높아지고 있는 중요한 건강 문제라 할 수 있다.

### (1) 현황

#### 가. 식품 안전의 실태

정영일 등(2004)<sup>160)</sup>의 자료에 따르면, 1980년대 후반 이후 우리 사회의 식품위해 원인은 다양해지고 소비자 단체를 포함한 사회 내 여러 이해당사자들의 관심이 깊어지면서 중요한 사회문제로 다루어지게 되었다. 특히 지난 1995년에 유방염에 걸린 젖소에서 짜낸 원유가 우유원료로 사용되었다는 “고름 우유”사건과 1996년 초 화학간장에서 발암물질과 불임을 유발하는 것으로 의심되는 물질들이 검출되었다는 “화학간장 파동” 등의 사건들은 우리나라 식품안전관리대책을 재검토하는 계기가 되었고 미국의 FDA(Food and Drug Administration)를 모형으로 하여 불량식품과 약품의 감시기관으로서의 기능을 하는 식품의약품안전청의 발족을 가져오게 되었다. 이후에도 1996년 영국산 쇠고기 광우병 파동, 1997년 미국산 쇠고기 병원성 대장균 O-157발견, 1999년 벨기에산 돼지고기 다이옥신 오염 파동, 2000년 중국산 납꽃게·납복어 파동, 2001년 일본 광우병 발생, 2003년 미국 광우병 발생 등 수입식품의 안전과 관련한 사건에 이르기

160) 정영일 등. 위협받는 소비자식탁, 어떻게 할 것인가-제12회 연례심포지엄 주제발표논문집-. 농정연구센터. 2004. 06.

까지 수많은 식품 안전사고가 발생하여 국민들의 건강에 큰 위협이 되어왔다.

#### 나. 식수, 생활용수의 실태

2002년 12월말 현재 우리나라의 상수도 보급률은 88.7%에 이르지만, 지역별로 큰 편차를 보이고 있다. 즉, 7개 특·광역시가 98.5%, 시지역이 97.0%, 읍지역이 80.1%인 반면, 면단위 농어촌지역은 31.1%에 불과하다(환경부 자료).

한편 임종한(2000)<sup>161)</sup>에 따르면, 식수, 생활용수 등을 통해서 유해물질에 노출될 위험은 상당한 것으로 알려져 있다. 도시지역의 약수, 지하수가 제대로 관리되지 않아 일반세균, 대장균에 노출될 위험을 안고 있으며, 공단에 인접한 지역에서는 트리클로로에틸렌(TCE)과 같은 유기용제에 오염된 경우도 상당 수 있다. 생수도 제조, 유통과정에서의 관리 소홀로 역시 일반세균이 검출되는 등 문제점을 안고 있어, 이에 대한 관리감독이 보다 철저히 이루어져야 할 것으로 보인다. 수돗물의 경우, 염소처리를 거친 후 일반세균, 대장균이 발견되는 곳은 거의 없으나, 유기물질이 걸러지지 않은 채 염소 과다처리 등으로 트리할로메탄 등에 시민들이 노출될 가능성도 다분히 있다. 정기적인 평가로 이러한 위험이 있는 지역은 고도정수처리를 도입하는 등 수돗물의 안전성을 높이는 보다 적극적인 노력을 벌여 시민들의 수돗물에 대한 신뢰도를 높여야 할 것이다.

### (2) 국제 권고 및 외국 사례

#### 가. 스웨덴

스웨덴은 전체 인구집단에게 좋은 건강 상태를 보장해줄 수 있는 사회적 환경을 조성하는 것을 주요 보건목표로 삼고 이를 위해 11대 보건목표를 만들었다. 이 중에서 '좋은 식습관과 안전한 식품'이라는 목표를 삽입함으로써 안전한 식수·식품에 대한 가용성을 보장하려고 하고 있다.

#### 나. 미국<sup>162)</sup>

미국에서는 1974년 음용수 안전법(Safe Drinking Water Act :SDWA)이 제정되어 미국 환경보호청으로 하여금 공중보건에 악영향을 줄 수 있는 음용수내 물질들을 확인하고 규제하도록 지시하고 있다. 이 법이 발효된 후 180일 이내에 음용수 일차오염물질

161) 임종한. 환경오염으로 인한 건강안전 피해실태와 대책. 환경·건강·안전 깨끗하고 안전한 삶터 만들기 세미나 토론발제자료. 2000.11.

162) 정용. 먹는물-안전한가? 먹는물 수질기준과 위해성평가 및 그 관리. 제9회 세계 물의 날 기념 세미나 '먹는물과 건강' 특별 강연 자료. 2001. 03.



임시규제가 설정되었고 그 후 수년간에 걸쳐 음용수 이차 오염물질 규제가 최종 확정되어 1986년 음용수 안전법이 개정되었다. 여기서 음용수 일차 오염물질이란 인체에 영향을 주는 물질, 즉 공중 보건에 악영향을 주는 물질을 말하며 이차 오염물질 규제는 냄새나 맛 등에 영향을 주는 심미적인 질과 관련된 물질의 규제를 일컫는다.

#### 다. WHO<sup>163)</sup>

세계보건기구에서는 먹는 물 중 다양한 물질들의 권고치를 결정하기 위해 가능한 공기, 음식, 먹는 물에 의한 인체 섭취비율을 고려하고 있으며 먹는 물의 일일 섭취량은 2리터로 가정하였다. 권고치가 설정된 대부분의 물질들은 그 인체에 대한 독성의 정도가 동물실험을 근거로 외삽(extrapolation)을 통해 평가되었으므로 정확성과 신뢰도가 실험동물의 선정, 실험설계, 외삽 방법 등에 따라 좌우되는 특징을 가지고 있다.

#### 라. 국제식품규격위원회(CODEX)<sup>164)</sup>

식품위험을 효과적·효율적으로 관리하기 위해서는 직관에 의존하는 임기응변적인 대응보다는 과학적인 근거에 기초한 체계적인 접근법인 위험분석(risk analysis)을 채택하여 준수하도록 권고하고 있으며, 현재 이 원칙에 입각하여 모든 논의를 진행하고 있다.

#### 마. 선진국 식품안전관리시스템 개편의 특징<sup>165)</sup>

현재 EU를 위시한 주요 선진국에서 식품안전문제를 보는 기본관점은 ① 소비자보호의 우선, ② 식품유래 위험에 대한 대응, ③ 과학적 분석에 기초한 대응, ④ 관계자 상호간의 정보교환 및 의사소통, ⑤ 의사결정과정의 투명성 등이다. 이러한 관점에 입각한 식품안전 확보 원칙으로는 두 가지가 강조되고 있는 바, 농장에서 식탁까지(from farm to table)의 일관성과 위험분석(risk analysis)이 그것이다. 그리고 이러한 원칙을 실현하기 위해서는 법의 정비와 행정조직의 확보가 불가결하기 때문에, EU와 그 회원국들, 호주, 뉴질랜드, 미국 등 주요국들은 1990년대 말부터 식품안전행정조직과 법의 재편·정비를 추진해왔다.

---

163) 상계서.

164) 정영일 등. 전계서.

165) 정영일 등. 전계서.

### (3) 현행법

식품 및 식수의 안전성과 공급에 관한 법률은 식품위생법, 축산물가공처리법, 농산물품질관리법, 수산물품질관리법, 염관리기본법, 먹는물관리법, 학교급식법, 주세법, 건강기능식품법 등으로 매우 분산되어 있으며, 그 중 일부만을 발췌하였다.

#### 가. 식품위생법

· 제3조 (식품등의 취급) ①판매(판매외의 불특정다수인에 대한 제공을 포함한다. 이하 같다)를 목적으로 하는 식품 또는 식품첨가물의 채취·제조·가공·사용·조리·저장·운반 및 진열은 깨끗이 하고 위생적으로 행하여야 한다. ②영업상 사용하는 기구 및 용기·포장은 깨끗하고 위생적으로 다루어야 한다. ③제1항 및 제2항의 규정에 의한 식품, 식품첨가물, 기구 또는 용기·포장(이하 "식품등"이라 한다)의 위생적 취급에 관한 기준은 보건복지부령으로 정한다.

· 제4조 (위해식품등의 판매등 금지) 다음 각호의 1에 해당하는 식품등은 판매하거나 판매할 목적으로 채취·제조·수입·가공·사용·조리·저장 또는 운반하거나 진열하지 못한다. 1. 썩었거나 상하였거나 설익은 것으로서 인체의 건강을 해할 우려가 있는 것 2. 유독·유해물질이 들어 있거나 묻어 있는 것 또는 그 염려가 있는 것. 다만, 인체의 건강을 해할 우려가 없다고 식품의약품안전청장이 인정하는 것은 예외로 한다. 3. 병원미생물에 의하여 오염되었거나 그 염려가 있어 인체의 건강을 해할 우려가 있는 것 4. 불결하거나 다른 물질의 혼입 또는 첨가 기타의 사유로 인체의 건강을 해할 우려가 있는 것 5. 제22조제1항 또는 제5항의 규정에 의하여 영업의 허가를 받아야 하는 경우 또는 신고를 하여야 하는 경우에 허가받지 아니하거나 신고하지 아니한 자가 제조·가공·소분한 것 6. 제15조의 규정에 의한 안전성 평가의 대상에 해당하는 농·축·수산물 등으로서 안전성 평가를 받지 아니하거나 안전성 평가결과 식용으로 부적합하다고 인정된 것 7. 수입이 금지된 것 또는 제16조제1항의 규정에 의하여 수입신고를 하여야 하는 경우에 신고하지 아니하고 수입한 것

· 제7조 (기준과 규격) ①식품의약품안전청장은 국민보건상 필요하다고 인정하는 때에는 판매를 목적으로 하는 식품 또는 식품첨가물의 제조·가공·사용·조리 및 보존의 방법에 관한 기준과 그 식품 또는 식품첨가물의 성분에 관한 규격을 정하여 고시한다. 다만, 식품첨가물중 기구 및 용기·포장의 살균·소독의 목적에 사용되어 간접적으로 식품에 이행될 수 있는 물질의 경우에는 그 성분명만을 고시할 수 있다. ②식품의약품안전청장은 제1항의 규정에 의하여 기준과 규격이 고시되지 아니한 식품 또는 식품첨가물(식품에 직접 사용하는 화학적합성품인 첨가물을 제외한다)에 대하여는 그 제조·가공업자로 하여금 제조·가공·사용·조리 및 보존의 방법에 관한 기준과 그 성

분에 관한 규격을 제출하게 하여 제18조의 규정에 의하여 지정된 식품위생검사기관의 검토를 거쳐 당해 식품 또는 식품첨가물의 기준과 규격을 한시적으로 인정할 수 있다. ③수출을 목적으로 하는 식품 또는 식품첨가물의 기준과 규격은 제1항 및 제2항의 규정에 불구하고 수입자가 요구하는 기준과 규격에 의할 수 있다. ④제1항 및 제2항의 규정에 의하여 기준과 규격이 정하여진 식품 또는 식품첨가물은 그 기준에 의하여 제조·수입·가공·사용·조리 또는 보존하여야 하며, 그 기준과 규격에 맞지 아니하는 식품 또는 식품첨가물은 판매하거나 판매의 목적으로 제조·수입·가공·사용·조리·저장·운반·보존 또는 진열하지 못한다.

#### 나. 먹는 물 관리법

· 제1조 (목적) 이 법은 먹는물에 대한 합리적인 수질관리 및 위생관리를 도모함으로써 먹는물로 인한 국민건강상의 위해를 방지하고 생활환경의 개선에 이바지함을 목적으로 한다.

· 제2조 (책무) ① 국가 및 지방자치단체는 모든 국민이 질 좋은 먹는 물을 공급받을 수 있도록 합리적인 정책을 마련하며, 먹는 물 관련영업자에 대한 알맞은 지도 및 관리를 하여야 한다. ② 먹는 물 관련 영업자는 관계법령이 정하는 바에 따라 질 좋은 먹는 물을 안전하고 알맞게 공급하도록 하여야 한다.

#### 다. 수도법

· 제1조 (목적) 이 법은 수도에 관한 종합적인 계획을 수립하고 수도를 적정하고 합리적으로 설치·관리함으로써 공중위생의 향상과 생활환경의 개선에 이바지함을 목적으로 한다.

· 제2조 (책무) ① 국가는 모든 국민이 양질의 물을 공급받을 수 있도록 수도에 관한 종합적인 계획을 수립하고 합리적인 정책을 강구하며 수도사업자에 대한 기술 및 재정지원에 노력하여야 한다. ② 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 관할구역의 주민이 양질의 물을 공급받을 수 있도록 상수원의 관리 등에 노력하여야 한다. ③ 특별시장·광역시장·시장·군수(광역시의 군수를 제외한다)는 관할구역의 주민에게 수돗물이 안정적으로 공급되도록 수도시설의 관리 등에 노력하여야 하며, 도지사는 관할구역의 수도사업자에 대하여 기술적·재정적 지원을 하여야 한다. ④ 수도사업자는 수도를 계획적으로 정비하고 수도사업을 합리적으로 경영하여야 하며 수돗물을 안전하고 적정하게 공급하도록 노력하여야 한다. ⑤ 모든 국민은 국가가 추진하는 수도에 관한 정책에 협력하고 수돗물을 합리적으로 사용하도록 노력하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

##### 가. 유해식품 근절을 위한 최근의 종합대책<sup>166)</sup>

최근 발생한 일련의 부정불량식품 사고로 인해, 정부에서는 그 동안의 연구용역 결과와 현장 실태조사를 바탕으로 대책초안을 마련하여 관계 전문가 및 시민단체의 의견을 수렴하였으며, 국무회의를 거쳐 식품안전종합대책을 확정하였다. 그 주요 내용은 아래와 같이 요약된다.

- 일선 위생공무원의 봐주기식 단속·처벌 개선
- 식품위생법령을 명확하게 알 수 있도록 개선하고 철저하게 법집행이 이루어지도록 함
- 불량식품·위해식품이 적발되면 신속하게 회수할 수 있는 시스템 마련
- 고의적 불량식품제조자에 대하여 형량하한제 및 부당이익 환수
- 고발보상금을 불법선거 고발보상금과 같이 대폭 확대하여 국민들의 고발을 활성화하고 사업자의 법준수의식 제고
- 식품사고 분쟁조정위원회제도 및 식품피해에 대한 집단소송제 도입으로 피해소비자들이 쉽게 피해에 대한 보상을 받을 수 있도록 함
- 식품에 관한 정보 및 식품사고에 관한 정보를 실시간으로 정확하게 제공
- 영세업체에 대해서는 위해요소중점관리기준(HACCP)을 도입하는 경우 식품진흥기금으로 지원
- 「식품안전기본법」 제정 및 「식품안전정책위원회」 설치

##### 나. 환경부의 먹는 물 관리 대책

환경부는 「환경백서 2003」<sup>167)</sup>을 통해, 2003년 주요업무추진계획 중 하나로 ‘4대강 수질개선과 안심하고 마실 수 있는 수돗물 공급’을 목표로 삼고 있다. 이를 위해서 환경부에서 제시한 구체적인 방안들은 다음과 같다.

- ① 지역주민과의 대화와 타협, 참여를 통해 함께 만든 4대강 특별법의 새로운 통합 유역관리체계 조기 정착

환경부는 지역 특성에 맞는 수질오염총량 관리제가 시행될 수 있도록 한강수계 광주 시 등 시·군의 참여를 확대하기 위한 인센티브를 강화하고, 낙동강 등 3대강 수계는 목표수질 설정 및 지역별추진계획 수립 등 추진기반을 연내에 마무리 지을 계획이다. 또

166) 국무조정실. 식품안전종합대책. 2004. 6. 22

167) 환경부. 환경백서 2003. 2003. 06.

한 4대강 수질오염의 약 22~37%를 차지하는 농경지, 도로 등 비점오염원에 대한 관리를 강화하기 위해 관계부처 합동 ‘비점오염원 관리 종합대책’을 마련하여 오염 발생부터 해양 배출에 이르는 전 과정에 걸친 세부실천과제를 수립, 추진해 나갈 계획이다.

## ② 수돗물의 안정적인 공급체계 확립과 급수취약지역에 대한 상수도 시설 확충

2003년 UN이 정한 ‘세계 물의 해’를 맞아 중장기적인 물부족 사태를 막고 수돗물을 안정적으로 공급하기 위해 ‘전국수도종합계획(Waterworks Vision 2011)’을 수립하고 물살림 실천운동을 추진하고 있다. 또한 대규모 댐건설의 대안으로 식수용저수지 건설, 강변여과수 개발, 지하수 수질관리 등 환경친화적인 대체 수자원 개발을 적극 추진해 나갈 계획이다.

아울러 2005년까지 농어촌지역 상수도시설에 6,400여억 원을 집중 투자하여 상수도 보급율을 현재의 2배 수준('02, 38%→'05, 75%)으로 높이는 한편, 지자체의 노후수도관 교체와 정수장 효율개선, 간이상수도 수질개선 등을 지속적으로 추진해 나갈 계획이다.

이 중에서 특히 상수도 관리와 관련해서는 세부적으로 다음과 같은 사업들을 실시·계획하고 있다.

- 상수도시설 확충 및 정비 : 급수취약지역 상수도시설 확충, 고도정수처리시설 설치, 간이상수도 시설개선
- 수돗물 수질개선 : 정수장 운영·관리 개선, 노후수도시설 개량, 저수조에 대한 위생관리 강화
- 지하수 수질보전 : 지하수 수질검사 및 오염방지 시설 설치, 지하수 오염유발시설 관리, 지하수 수질관리 종합대책 수립
- 대체 식수원 개발 : 강변여과수 개발사업, 식수용저수지 건설 사업
- 상수원보호구역 관리 : 상수원보호구역 주민지원 사업

## (5) 기존 제언

현행 식수·식품안전관리체계의 가장 큰 문제점은 ‘다원화된 분산관리’로 지적되고 있다. 이를테면 농림부(축산물, 비가공 농산물), 해양수산부(수산물), 환경부(먹는 물), 국세청(주류), 산업자원부(천일염), 교육인적자원부(학교급식), 보건복지부·식품의약품안전청(기타 모든 식품) 등 여러 부처가 식품종류와 생산·가공·유통 등의 단계에 따라 분산적으로 업무를 수행하고 있다. 이와 관련한 법률체계도 식품위생법, 축산물가공처리법, 농산물품질관리법, 수산물품질관리법, 염관리기본법, 먹는물관리법, 학교급식

법, 주세법, 건강기능식품법 등 분절적으로 유지되고 있다. 더욱이 관련 법령 및 공전 이 지나치게 복잡하고 방대하여 담당공무원들조차 내용파악이 곤란할 정도다<sup>168)</sup>. 이러 다보니, 같은 사건에 대해서도 적용할 수 있는 법조항이 다양하여 그 구분이 모호하다 는 것이 문제점으로 지적된다. 이를테면 불량식품을 취급하는 경우 현행 식품위생법 제3조, 제4조, 제7조 모두 적용가능하며 어느 조항을 적용하느냐에 따라 벌칙은 각각 과태료처분, 영업정지, 시정명령으로 달라지고 있다<sup>169)</sup>.

농정연구센터 연례심포지엄<sup>170)</sup>에서 현행 식품관리시스템의 문제점 분석을 토대로 제시한 향후의 개선방향은 다음과 같이 설정되었다. 즉 ① 소비자보호 경시로부터 소비자보호 우선으로, ② 직관에 의존한 임기응변적 대응으로부터 과학에 근거한 체계적 대응으로, ③ 개별 단계별 관리로부터 ‘농장에서 식탁까지’의 포괄적 관리로, ④ 다원적 분산관리에서 통합관리로, ⑤ ‘안전’ 위주 대책에서 ‘안전+안심’대책으로, ⑥ 사후관리 위주에서 사전예방조치 중시로, ⑦ 식품산업대책 경시에서 식품산업대책 중시로, ⑧ 정부주도 체제에서 정부와 민간의 역할분담 체제로 시스템이 전환되어야 할 것이다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

일련의 식품이나 식수의 위해사건들로 인해서 우리나라의 식수·식품 안전관리시스템의 문제점들이 밝혀지면서 이런 식품안전관리시스템이 개편되어야 한다는 것에는 이견이 없는 상황이다. 이를 위해서는 ① 국민적 합의를 바탕으로 한 국가 차원의 식품안전전략이 수립되어야 하고, ② 포괄적인 식품 안전법을 제정하고 관련법률을 정비해야 하며, ③ 이를 관리할 수 있는 조직체계를 효과적으로 개편해야 하며, 이를 위해 “건강권”을 중심에 둔 여러 부처들의 라운드테이블이 구성되어야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 식품의약품안전청, 환경부, 농림부, 해양수산부, 산업자원부, 교육인적자원부, 국세청 등

---

168) 정영일 등. 전게서.

169) 국무조정실. 식품안전종합대책. 2004. 6. 22

170) 정영일 등. 전게서.

### 3) 환경 유해 요인의 회피

환경 요인으로 인한 건강 피해의 종류와 범위는 매우 다양하며 그 효과가 장기적으로 나타나는 경우가 많다. 이러한 문제는 대개 일 개인이 이를 회피하거나 예방하기 어렵다는 점에서 그 어느 분야보다 사회적 책임과 국가 정책의 중요성이 강조되고 있으며 국민들의 관심도 큰 분야라 할 수 있다.

#### (1) 현황

환경유해요인은 환경 그 자체를 훼손시킬 뿐만 아니라 인간의 건강에도 심각한 영향을 미친다. 최근의 한 기사를 보면, 수십 년 동안 한 지역에서 운영되었던 공장에서 나온 광석폐기물과 이로 인한 지하수 및 토양 오염으로 지역 주민들이 암으로 사망하거나 투병중이며, 대다수의 주민들이 각종 질병을 가지고 있는 사례가 발견되었다<sup>171)</sup>. 이와 같이 환경유해요인으로 인한 건강 피해는 불특정 다수에게 발생할 수 있다는 점에서 그 문제의 심각성이 크다.

환경부 백서에 나타난 우리나라의 환경유해 요인 실태는 다음과 같다<sup>172)</sup>.

#### 가. 수질오염물질 배출 현황

환경부에서는 2003년 현재 4대강 주요지점의 수질이 1997년 이후에 전반적으로 수질이 개선되고 있으며, 이는 그동안의 환경기초시설 확충, 4대강 특별대책 수립 및 특별법 제정·시행 등 수질개선 노력의 효과가 나타난 것으로 보고 있다. 한강수계의 팔당상수원은 전년도보다 약간 악화되어 BOD 1.4ppm 수준을 나타내고 있고, 낙동강의 물금상수원은 전년에 비해 개선되어 2.6ppm이며, 금강 및 영산강의 경우에도 전년에 비해 개선되는 추세이나 아직 Ⅲ급수 수준이다. 그러나 상수원 수질은 대청호의 경우 1.0ppm, 주암호의 경우 0.9ppm으로 양호한 상태이다.

그러나 한편으로는 식수원이 되고 있는 4대강과 주요 하천의 중·상류지역에 인구와 산업이 집중되어있는 것은 물관리의 큰 장애요인으로 작용하고 있다. 한강의 경우 잠실수중보 하류의 서울시 구간부터 Ⅲ급수로 악화되고 있고, 낙동강은 대구시를 경유하면서 Ⅲ급수로 악화되며 금강의 경우에도 대전시를 경유하면서, 영산강도 마찬가지로 광주시를 통과하면서 수질이 크게 악화되고 있는 것이 이러한 사정을 반영하고 있다.

171) 장재완. 암으로 죽고 지하수 오염에 농사도 망쳐. 오마이뉴스. 2004-Aug-13

172) 환경부. 환경백서 2003. 2003. 06.

## 나. 대기오염 현황

대기오염물질을 발생시키는 원천은 너무나 다양하다. 황사와 같이 바람에 의해 토양의 흩먼지가 날려 대기오염을 유발할 수도 있고, 산불이나 화산에 의해 먼지나 매연이 발생할 수도 있다. 이렇게 인간의 활동과 관계없이 대기오염물질을 발생시키는 부문을 총칭하여 자연 발생원이라 한다. 그러나 오늘날 크게 문제가 되고 있는 것은 이러한 자연발생원으로 인한 대기오염보다는 대부분 인간의 활동에서 비롯되는 인위적 발생원이라고 할 수 있다.

우리나라 대기오염의 경우 청정연료의 사용, 저항유공급 확대, 저공해자동차 보급 등 각종 대기오염 저감정책에 힘입어 아황산가스는 개선되는 추세이나, 자동차의 급속한 증가 및 산업 활동의 증가에 따라 이산화질소, 미세먼지 오염도는 증가추세에 있다.

실외의 대기오염 문제와 함께, 도시의 인구집중 및 토지 이용의 극대화에 따라 지하생활공간이 확대·증가하여 왔으나 공기질의 관리가 제대로 이루어지지 않아 사회적으로 오염의 문제가 대두되어왔다. 이에 따라 지하시설 공기질의 체계적인 관리를 위하여 1996년 12월 30일 「지하생활공간공기질관리법」을 제정·공포하게 되었다. 동법의 주요 내용을 보면 지하생활공간의 쾌적한 공기질 유지를 위한 지하생활공간 공기질 유지기준을 설정하고, 동 기준의 유지를 위해 적절한 환기시설의 설치를 의무화하고 있으며, 위반 시에는 개선명령과 함께 벌칙을 부과하도록 규정하고 있다.

또 최근 지하생활공간 공기질 뿐만 아니라 실내공기질에 대한 국민들의 관심이 증가하고 있어, 각 부처가 분산 관리하고 있는 실내공기질 업무에 대해 효율적 관리체계 구축이 필요한 실정이고, 실내공간의 유해물질(석면, 라돈, VOCs 등)에 대한 관리가 이루어지지 않고 있어 새로운 문제점으로 등장하고 있다. 이에 따라, 우리부에서는 현재 실내공기질 규제가 이루어지지 않고 있는 도서관, 종합병원, 각종 터미널 등의 다중이용시설까지 관리를 확대하고, 현행 기준체계를 유지기준과 권고기준으로 이원화하며, 시설의 종류에 따라 기준 및 관리방법을 차등 관리해 나가기 위하여 현행 「지하생활공간 공기질관리법」을 「다중이용시설등의 실내공기질관리법」으로 개정하였다.

## 다. 폐기물 발생 현황

폐기물의 총발생량은 1993년을 기점으로 점진적으로 증가하는 추세에 있다. 이 가운데 일상생활과 경제활동 과정에서 발생하는 우리나라의 생활폐기물은 1995년 쓰레기 종량제가 도입된 이후 크게 감소하였으나, 1999년 이후에는 점차적으로 발생량이 증가하고 있다. 1인당 생활폐기물 발생량은 1994년의 1일 1.3kg에서 2001년에는 1일 1.01kg으로 감소되었다. 특히, 실제로 매립 또는 소각 처리되는 폐기물의 양은 종량제 시행 이후 재활용률의 급증으로 크게 감소하였다. 그러나 사업장일반폐기물과 지정폐기물을



포함하는 사업장폐기물은 매년 10% 이상 증가하고 있으며, 특히 건설폐기물이 높은 증가율을 보이고 있다.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 스웨덴

스웨덴은 11대 보건목표 중의 하나로 '건강하고 안전한 환경과 산물'을 포함시키고 있다. 1999년에 발표된 스웨덴 국가 공중보건 위원회의 보건 목표(Green Paper)에서는 지속 가능한 건강 증진을 위한 기회 창출을 위해서 '불건강을 야기하는 실내 환경 문제 해결'을 세부목표로 잡았다. 이를 위하여 (1)2010년까지 공공장소에서 흡연 피해를 받는 사람이 없도록 하고, (2)라돈 수치가 400Bq/m<sup>3</sup>이 넘는 가정이 없도록 하며, (3)모든 가정의 75%가 만족할만한 환기가 되도록 하는 계획을 가지고 있다. 이후 2000년 스웨덴 국가 공중보건 위원회의 최종 보건 목표에서는 '휴양을 위한 녹지대 확보'를 위해서 (1)거주지 근처에 안전하고 조용한 녹지대 확보, (2)보육 시설과 학교에서 자극이 되는 운동장 확보, (3)노인과 장애인을 위한 요양 시설 근처에 훌륭한 야외 설비 마련 등을 계획하였다. 또 1999년에 이어서 '건강한 실내/외 환경'을 조성하기 위해 (1)간접흡연에 대한 폭로 감소, (2)잘 환기되는 실내 환경, (3)환경 실행 목표 위원회의 제안에 따른 질 높은 건축 기준, 방사능으로부터의 보호, 신선한 공기와 비독성 환경을 목표로 삼았다. 그리고 '안전한 환경과 생산품'을 위해서 (1)안전한 가정 환경, 안전한 교통 환경, 기타 공공장소에서의 안전, (2)건강에 해를 미치거나 알러지를 유발하는 생산품의 사용 감소를 목표로 설정하였다.

### 나. 미국

미국에서는 시민들이 건강에 직결되는 유해물질에 대해서는 유해물질관리법규중 시민들의 알 권리를 보장하는 법(the Right to Know Act)이 있어 사업장에서의 유해물질 종류와 배출량을 시민들이 알게 해주고 있다. 지역사회에서 환경오염의 현황을 지역주민들이 암으로써 환경오염 예방 대책을 세울 수 있도록 뒷받침을 해주고 있는 것이다.

## (3) 현행법

환경 보전과 관련한 법규는 환경정책 기본법을 비롯하여 40여 가지가 존재한다. 그 중 가장 근간이 되는 법률은 다음과 같다.

#### 가. 대한민국헌법

· 제35조 ①모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며, 국가와 국민은 환경보전을 위하여 노력하여야 한다. ②환경권의 내용과 행사에 관하여는 법률로 정한다. ③국가는 주택개발정책등을 통하여 모든 국민이 쾌적한 주거생활을 할 수 있도록 노력하여야 한다.

#### 나. 환경정책기본법

· 제1조 (목적) 이 법은 환경보전에 관한 국민의 권리·의무와 국가의 책무를 명확히 하고 환경정책의 기본이 되는 사항을 정하여 환경오염과 환경훼손을 예방하고 환경을 적정하게 관리·보전함으로써 모든 국민이 건강하고 쾌적한 삶을 누릴 수 있도록 함을 목적으로 한다.

· 제2조 (기본이념) 환경의 질적인 향상과 그 보전을 통한 쾌적한 환경의 조성 및 이를 통한 인간과 환경간의 조화와 균형의 유지는 국민의 건강과 문화적인 생활의 향유 및 국토의 보전과 항구적인 국가발전에 필수불가결한 요소임에 비추어 국가·지방자치단체·사업자 및 국민은 환경을 보다 양호한 상태로 유지·조성하도록 노력하고, 환경을 이용하는 모든 행위를 할 때에는 환경보전을 우선적으로 고려하며, 지구의 환경상 위해를 예방하기 위한 공동의 노력을 강구함으로써 현재의 국민으로 하여금 그 혜택을 널리 향유할 수 있게 함과 동시에 미래의 세대에게 계승될 수 있도록 함을 이 법의 기본이념으로 한다.

· 제4조 (국가 및 지방자치단체의 책무) ①국가는 환경오염 및 환경훼손과 그 위해를 예방하고 환경을 적정하게 관리·보전하기 위하여 환경보전계획을 수립하여 이를 시행할 책무를 진다. ②지방자치단체는 관할구역의 지역적 특성을 고려하여 국가의 환경보전계획에 따라 당해 지방자치단체의 계획을 수립하여 이를 시행할 책무를 진다.

· 제5조 (사업자의 책무) 사업자는 그 사업활동으로부터 야기되는 환경오염 및 환경훼손에 대하여 스스로 이를 방지함에 필요한 조치를 하여야 하며, 국가 또는 지방자치단체의 환경보전시책에 참여하고 협력하여야 할 책무를 진다.

· 제6조 (국민의 권리와 의무) ①모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가진다. ②모든 국민은 국가 및 지방자치단체의 환경보전시책에 협력하여야 한다. ③모든 국민은 일상생활에 따르는 환경오염과 환경훼손을 줄이고, 국토 및 자연환경의 보전을 위하여 노력하여야 한다.

· 제7조 (오염원인자 책임원칙) 자기의 행위 또는 사업활동으로 인하여 환경오염 또는 환경훼손의 원인을 야기한 자는 그 오염·훼손의 방지와 오염·훼손된 환경을 회복·복원할 책임을 지며, 환경오염 또는 환경훼손으로 인한 피해의 구제에 소요되는 비용을 부담함을 원칙으로 한다.

· 제7조의2 (환경오염 등의 사전예방) ①국가 및 지방자치단체는 환경오염물질 및 환경오염원의 원천적인 감소를 통한 사전예방적 오염관리에 우선적인 노력을 기울여야 하며, 사업자로 하여금 환경오염의 예방을 위하여 스스로 노력하도록 촉진하기 위한 시책을 강구하여야 한다. ②사업자는 제품의 제조·판매·유통 및 폐기 등 사업활동의 모든 과정에서 환경오염이 적은 원료를 사용하고 공정을 개선하며, 자원의 절약과 재활용의 촉진 등을 통하여 오염물질의 배출을 원천적으로 줄이고, 제품의 사용 및 폐기로 인하여 환경에 미치는 해로운 영향을 최소화하도록 노력하여야 한다. ③국가·지방자치단체 및 사업자는 행정계획이나 개발사업에 따른 국토 및 자연환경의 훼손을 예방하기 위하여 당해 행정계획 또는 개발사업으로 인하여 환경에 미치는 해로운 영향을 최소화하도록 노력하여야 한다.

· 제7조의3 (환경과 경제의 통합적 고려 등) ①정부는 환경과 경제를 통합적으로 평가할 수 있는 방법을 개발하여 이를 각종 정책의 수립시에 고려하여야 한다. ②정부는 환경용량의 범위안에서 산업간·지역간·사업간 협의에 의하여 환경에 미치는 해로운 영향을 최소화하도록 지원하여야 한다.

#### (4) 정부 시행정책 및 계획<sup>173)</sup>

##### 가. 수환경 관리

1990년대 후반들어 시화호문제, 새만금호문제, 4대강 식수원 오염문제 등 환경현안들이 끊이지 않았다. 1998년 새 정부가 들어서자마자 수도권식수원인 팔당호의 수질이 급격하게 악화되어 여론의 질타를 받았을 뿐 아니라 그동안 각종 대책을 추진해왔음에도 불구하고 4대강의 수질은 개선될 기미를 보이지 않았다. 이에 따라 정부는 1998년부터 2002년까지 5년 동안 지역주민, 시민단체, 전문가 및 자치단체 등과 총 420여회의 각종 토론회 및 공청회 등을 거쳐 우리나라 환경정책사에 큰 획을 긋는 4대강 물관리 종합대책을 완성하였다. 1998년 11월에 「한강수계상수원수질관리특별종합대책」을 시작으로 1999년 12월 「낙동강수계물관리종합대책」, 2000년 10월에는 금강 및 영산강 수계에 대한 대책이 수립되었다. 또한 이 대책을 법적으로 뒷받침하기 위해 1999년 8월 「한강수계상수원수질개선및주민지원등에관한법률」이, 2002년 7월에는 나머지 3대강에 대한 특별법이 각각 제정·시행되었다. 4대강 물관리종합대책은 그간의 수질관리 대책에 대한 철저한 자기반성을 통해 상하류공영(win-win) 정신을 바탕으로 수립되었다. 이는 지속가능한 유역공동체 건설을 궁극적인 목표로 하여, 발원지에서 하구까지 맑은 물이 흐르는 하천, 생명력이 넘치는 건강한 유역, 아름다운 자연과 더불어 살아가

173) 환경부. 환경백서 2003. 2003. 06.

는 쾌적한 환경, 그리고 유역구성원들이 수질보전을 위해 협력하는 사회를 건설하고자 하는 계획이었다. 이러한 목표달성을 위해 오염총량제, 수변구역제도, 물이용부담금제, 상수원지역 지원 및 토지매수제 등 강력하고 선진적인 물관리 정책을 도입하였다.

#### 나. 대기환경 정책

환경부에서는 대기질 관리목표로서 대기환경기준을 설정하고, 환경기준을 달성하기 위한 수단으로서 대기오염물질을 배출하는 시설에 대하여 배출허용기준을 정하여 준수하도록 하는 등 각종 대기환경 보전정책을 수립·추진하고 있다. 그 세부내역으로는 다음과 같은 것들이 있다.

- ① 대기오염물질 설정
- ② 배출허용기준 설정
- ③ 고체연료 사용 규제
- ④ 저유황 연료유 및 청정연료 공급·사용 확대
- ⑤ 자동차 공해 저감대책 추진
- ⑥ 특별대책지역 지정·관리
- ⑦ 대기환경규제지역 지정·관리

#### 다. 폐기물 관리 정책

환경부에서는 앞으로 폐기물의 발생량 자체를 우선적으로 줄이고, 발생된 폐기물은 최대한 자원화하여 재활용하며, 처리가 불가피한 폐기물은 환경적으로 안전하고 위생적으로 처리하는 '자원순환형 폐기물관리체계'를 정착시켜 나가고자 2002년 3월에 이러한 내용의 '제2차 국가폐기물관리종합계획'을 확정하였다.

특히 52,743톤/일로 예상되는 2011년의 생활폐기물 발생량을 12% 줄이고 매립 또는 소각 처리해야 할 폐기물은 2001년의 27,577톤/일보다 21% 적은 21,817톤까지 감축하며, 재활용기반시설의 확충과 재활용기술 개발 및 재활용산업 육성 등에 총 1조 3,000억 원을 집중적으로 투자하여 재활용율을 2011년까지 53%로 높여 나가고자 하고 있다.

또한 생활폐기물의 소각처리율을 30%로 높이기 위해 약 1조 1,000억 원을 시설확충에 투자하고 매립은 17% 수준까지 낮추어 나가며, 사업장폐기물은 예상 발생량의 8%를 줄이는 동시에 재활용율은 80%로 높일 계획이다.

## (5) 기존 제안

장재연<sup>174)</sup>의 지적에 따르면, 그동안 환경업무는 환경부가, 보건업무는 보건복지부 담당이라는 구분에 의해서, 인간의 건강에 영향을 미치는 환경문제들을 다루는 환경보건 분야가 결과적으로 정책의 사각지대로 남겨져 있었다. 환경문제는 건강에 미치는 영향과 함께 이와 관련된 생물적·사회적 여러 원리를 규명하고 그것을 바탕으로 다양한 환경조건을 개선함으로써 해결된다는 점에서 환경문제는 환경정책과 보건정책이 어우러진 환경보건정책을 수립·시행해야 할 것이다. 이를 위해서는 먼저 환경문제가 건강에 미치는 영향을 규명하고 현황을 파악하는 것이 선행되어야 한다.

### 가. 환경문제로 인한 건강피해의 크기 측정

정부는 환경문제로 인한 건강피해의 크기가 어느 정도인지, 그래서 우리의 건강상태는 어떠한지를 알려줄 책임이 있다. 이러한 정보를 통해서 환경문제 중 보건측면에서 가장 문제가 크고 따라서 우선순위가 높은 것이 어떤 것인지를 확인할 수 있다.

### 나. 환경유해인자에 대한 노출경로 파악

물리적, 화학적, 생물학적 유해인자 등에 대해 언제, 어느 곳에서, 어떤 경로를 통해서 어떤 수준으로 노출되고 있는지를 파악해야 한다. 그래야 앞에서 말한 건강피해의 크기도 추정할 수도 있고 또한 노출과 건강피해를 줄일 수 있는 대책을 세울 수도 있다. 이러한 노출평가는 수용체 중심의 관리, 통합적 관리를 위해서도 필수적이다.

### 다. 환경성 질환의 발생수준

환경관련 질병, 수인성(水因性) 또는 식인성(食因性) 질병과 같이 환경문제로 인하여 직간접적으로 발생하고 있는 질병 등의 발생양상과 그로 인한 의료기관 이용행태 등이 파악되어야 한다. 이러한 질병발생 추이는 환경문제로 인한 건강피해의 규모, 경향 등을 파악하는데 도움이 된다, 아울러 이러한 자료는 환경위해도 평가를 위해서도 필수적이다.

### 라. 민감계층, 환경부정의(不正義)의 확인

환경문제로 인한 건강피해에 가장 민감하거나 취약한 상태로 노출되고 있는 계층은 누구인지를 확인하는 것이 가능해야 한다. 이것은 정책적 효율성 측면과 환경정의 측면에서 필요한 일이다.

174) 장재연. 우리나라 환경보건정책의 방향. 2004.06.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

앞서의 지적처럼 환경에 의한 건강영향을 파악하고 이에 대한 종합 대책을 세우는 환경보건 정책이 필요하며, 이러한 정책 수립과 실행 과정에서 그 어느 분야보다 시민 사회의 참여를 보장하는 것이 필요하다. 또한 환경보건대책의 수립에서 보편적인 접근은 물론 어린이, 빈곤층 등의 취약 계층에 대한 우선순위 선정을 통해 형평성을 확보하는 것도 중요한 과제라 할 수 있다.

관련기관 : 보건복지부, 환경부, 산업자원부

#### 4) 보건사업의 개발과 시행에서 젠더, 형평의 관점 도입

1998년 세계건강선언(World Health Declaration)은 “21세기, 모두를 위한 건강”을 주창하면서, 성취 가능한 최고 수준의 건강을 향유하는 것은 모든 인간의 기본권이자, 건강과 안녕의 증진은 사회와 경제 발전의 궁극적 목표라고 제시하였다. 이 때 건강증진 전략은 형평, 연대, 사회 정의라는 윤리적 개념과 성 인지적 관점(gender perspective)을 견지해야 하며, 전체 인구집단의 건강수준 향상에서 사회적·경제적 불평등 감소의 중요성을 강조해야 한다고 지적했다.

최근에는 삶의 질 향상을 위한 여성들의 다양한 복지욕구를 반영할 수 있는 보다 새롭고 진보적인 보건복지 여성정책의 틀과 내용이 요구되면서, 남녀평등이라는 궁극적인 목적을 위한 전략으로 성주류화(gender mainstreaming)라는 개념이 나타나기 시작했다. 성주류화는 양성평등(gender equality)을 이루기 위해 성관점(gender perspective)이 모든 과정에서 포함되는 것을 의미한다. 공식적으로 채택된 행동강령은 세 가지의 내용이다. ①모든 정책분야 및 이를 다루는 기관에 성 관점이 통합되어야 함을 의미하는 성 관점의 주류화, ②사회의 모든 분야에 여성의 양적, 질적 참여의 확대를 의미하는 여성의 주류화, ③기존의 남성 중심으로 조직되어 있는 정부 및 주류영역이 성인지적으로 재편되어야 함을 의미하는 주류의 변환을 포함하고 있다<sup>175)</sup>.

건강권 보장과 관련한 보건사업의 측면에서도 앞서 지적한 사회적 맥락의 고려, 형평성 관점의 도입과 더불어 성 주류화 전략이 도입되어야 할 것으로 보인다.

175) 송영인. 현정부의 여성복지 정책의 현황과 미래의 과제.

Available. at: [http://www.cubs-korea.org/data/%BB%F5%C1%A4%BA%CE\\_%BB%E7%C8%B8%B1%B3%C0%B0\\_%B9%DF%C1%A6\\_%BC%DB%BF%B5%C0%CE.hwp](http://www.cubs-korea.org/data/%BB%F5%C1%A4%BA%CE_%BB%E7%C8%B8%B1%B3%C0%B0_%B9%DF%C1%A6_%BC%DB%BF%B5%C0%CE.hwp)

## (1) 현황

보건사업에서 사회적 요인에 대한 고려를 통해 “건강한 선택이 쉬운 선택이 될 수 있는 환경”을 구축해야 한다는 점은 이미 앞부분에서 지적하였다. 이러한 맥락에서 흡연, 음주, 운동 등 주요 건강행동을 대상으로 하는 보건사업들에 성 인지적 관점을 도입하는 것은 중요하다. 이를테면 가장 대표적인 건강 행동이라 할 수 있는 흡연과 음주 현황을 살펴보면, 그 양상이 성별 간에 차이가 있으며 그에 대한 대책도 다르게 수립되어야 한다는 것을 알 수 있다.

2001년도 국민건강영양조사에서 현재 흡연자가 금연을 시도하지 않는 이유에 대해, 성인 여성의 41.8%가 ‘스트레스를 풀 다른 방법이 마땅치 않아서’라고 답했으며, 이는 남자 흡연자에 비하여 높은 것이었다. 또 다른 연구(신효정, 2001)에 의하면, 남성은 여성보다 지루한 상황에서 흡연을 하고 싶어하는 반면 여성은 스트레스를 유발하는 상황에서 흡연하고 싶은 욕구를 갖는 것으로 보고되었다. 또한 ‘금연 후 나타날 금단증세를 견디지 못할 것 같아서’ 금연을 시도하지 않았다는 여자 흡연자는 남자의 약 2배이었다. 이러한 결과는 흡연자의 성별을 고려하지 않고 동일한 내용으로 금연교육을 실시하는 것은 실효를 거두기 어렵다는 것을 시사하는 것이다. 즉, 여성 흡연자에 대해서는 흡연 외에 스트레스를 관리할 수 있는 효율적인 방법에 대한 소개, 금단증세에 대한 바른 지식을 전달하는 등의 내용이 강조되어야 하겠다. 또한 성인 여성의 남성과 달리 음주율이 지속적인 증가 추세에 있을뿐더러 알콜 의존이나 문제성 음주의 비율도 크게 증가하여 이에 대한 추구 조사와 대책이 요구되는 상황이다. 추후 지속적인 조사가 요구된다<sup>176)</sup>.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. UN의 ‘여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약’

여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약 제3조에서는 ‘당사국은 여성이 남성과 동등하게 인권과 기본적 자유를 행사하고 향유하는 것을 보장하기 위한 목적으로 모든 분야, 특히 정치적, 사회적, 경제적 및 문화적 분야에서 여성의 완전한 발전 및 진보를 확보해 줄 수 있는 입법을 포함한 모든 적절한 조치를 취하여야 한다’고 하고, 제12조에서는 특히 보건 분야를 언급하며 ‘당사국은 남녀평등의 기초 위에 가족계획에 관련된 것을 포함한 보건 사업의 혜택을 확보하기 위하여 보건 분야에서의 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취하여야 한다’고 규정하고 있다. (우리

176) 김남순 외. 한국여성의 건강통계. 한국보건사회연구원. 2003년 12월.

나라는 1985년 기준)

나. 제4차 세계여성회의 북경선언문(1995)

19. 여성의 완전한 참여로 개발정책과 프로그램을 포함한 모든 차원에서 여성의 힘의 증진과 발전을 촉진할 효과적이고, 효율적이며, 상호보완적인 성인지 정책과 프로그램을 입안하고, 이행하며, 모니터 하는 일이 필수적이다.

24. 여성과 여아에 대한 모든 형태의 차별을 철폐하기 위하여 필요한 모든 조치를 취하고, 양성평등과 여성의 발전 및 힘의 증진을 가로막는 모든 장애물을 제거한다.

(3) 현행법

가. 여성발전기본법

· 제1조 (목적) 이 법은 헌법의 남녀평등이념을 구현하기 위한 국가와 지방자치단체의 책무등에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 정치·경제·사회·문화의 모든 영역에 있어서 남녀평등을 촉진하고 여성의 발전을 도모함을 목적으로 한다.

· 제2조 (기본이념) 이 법은 개인의 존엄을 기초로 하여 남녀평등의 촉진, 모성의 보호, 성차별적 의식의 해소 및 여성의 능력개발을 통하여 건강한 가정의 구현과 국가 및 사회의 발전에 남녀가 공동으로 참여하고 책임을 분담할 수 있도록 함을 그 기본이념으로 한다. 제1조 (목적) 이 법은 헌법의 남녀평등이념을 구현하기 위한 국가와 지방자치단체의 책무등에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 정치·경제·사회·문화의 모든 영역에 있어서 남녀평등을 촉진하고 여성의 발전을 도모함을 목적으로 한다.

· 제4조 (국민의 책무) 모든 국민은 남녀평등의 촉진과 여성의 발전의 중요성을 인식하고 그 실현을 위하여 노력하여야 한다.

· 제5조 (국가 및 지방자치단체의 책무) 국가 및 지방자치단체는 남녀평등의 촉진, 여성의 사회참여확대 및 복지증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치의 마련과 이에 필요한 재원을 조달할 책무를 진다.

· 제6조 (적극적 조치) ①국가 및 지방자치단체는 여성의 참여가 현저히 부진한 분야에 대하여 합리적인 범위안에서 여성의 참여를 촉진함으로써 실질적인 남녀평등이 이루어질 수 있도록 관계법령이 정하는 바에 따라 적극적 조치를 취할 수 있다. ②여성부장관은 국가기관 및 지방자치단체의 장에 대하여 제1항의 규정에 의한 적극적 조치를 취하도록 권고하고 그 결과를 점검하여야 한다.



#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

현재 보건복지부의 여성대상 보건복지정책은 모자가정·미혼모복지, 모자보건, 여성 장애인복지 등으로 대표되고 있으나 이외의 영역 즉, 노인 등 대상별 보건복지정책과 빈곤·건강문제 등 기능별 보건복지정책의 기획과 수행 과정에서도 여성권익의 증진 및 양성평등 접근이 이루어지도록 정책에서의 성 주류화를 진행시키고 있다. 즉, 여성 정책에 포함되는 여성대상정책 및 일반정책의 구체적 사업 등은 각 주관 과에서 수행하고 있으며 여성정책담당관실에서는 보건·복지 분야에서의 성 인지적 정책 신규 개발, 정책의 성별영향평가 실시, 법·제도상의 성 차별적 요소 발굴 등을 추진하여 그 결과가 주관 부서들의 정책에 반영될 수 있도록 권고·협의함으로써 보건복지정책의 성 주류화를 꾀하고 있다. 이를 뒷받침하기 위한 토대로써 보건복지 분야에의 여성 대표성 제고, 공무원 및 관련 인력 양성평등의식 향상 업무 등도 병행 추진하고 있다<sup>177)</sup>.

#### (5) 기존 제안

최근 여성 건강증진을 위한 정책 개발 과제<sup>178)</sup>는 연구여성건강증진을 위한 기반구축으로 다음과 같은 것들을 제안하였다.

1. 여성건강증진을 위한 네트워크 형성과 운영
2. 여성건강의 현황파악, 정책기반자료를 위한 정보 산출과 교육
3. 건강정책의 성평등 영향 평가와 개선
4. 빈곤여성의 의료안전망 확충

이 중 건강 정책의 성평등 영향 평가와 개선을 위한 추진계획으로 아래와 같은 것들이 제시되었다.

##### ○ 보건복지부내 사업과 정책에 대한 성평등 영향 평가

- 1) 정책수립의 과정에서 여성주의적 관점을 가진 인력의 참여

2) 정책의 시행이 실제 여성과 남성에게 주는 영향의 정도에 차별이 있는지에 대한 평가 : ① 여성건강증진에 대한 예산규모, 건강정책에서 여성이 포함되는 정도, 각종 건강정책이 아젠다(agenda)로 부각되는 배경 평가, 여성건강의 우선순위 포함 여부, 결과적으로 여성건강증진의 효과성을 분석, ② 객관적으로 평가를 할 수 있는 평가단 구

177) 보건복지부. 2003 보건복지백서. 2004.06.

178) 보건사회연구원. 여성건강증진을 위한 정책과제. 2003.12

성 필요함. 이는 여성건강연구자나 활동가의 네트워크를 통해 마련될 수 있음. ③ 성평등 영향 평가의 틀과 지표개발, ④ 성평등 영향 평가의 시행과 개선방향제시

○ 관련 부처의 건강관련정책에 대한 분석 : 보건복지부내에서 시행되는 성평등 영향 평가와 동일하게 추진 - ① 보건복지부와 관련 부처와의 상호연계성 파악, ② 보건복지부와 관련 부처와의 책임과 운영시스템 명확히 함. ③ 환경부가 올해 건강영향에 주안점을 두고 관련 부처와의 자문회의를 상설한 점을 감안, 부처간 상호지원이 필수적임.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

앞서의 지적대로 각종 보건정책과 사업에서의 “형평”의 관점을 확보하고, 특히 성주류화를 시키는 것이 중요하다. 이에 대한 기반을 구축하기 위해서는 우선 각종 보건사업의 기반이 되는 모니터링 지표와 목표 설정에 형평과 젠더의 관점을 반영하는 것이 필요하다. 이에 대한 상세한 논의는 “건강결과” 장에서 다룰 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부

### 3. 환자 권리

#### 1) 환자가 충분한 정보를 가지고 의료서비스 결정에 참여할 수 있는 방안 마련

환자가 의사의 구체적인 진료행위에 대하여 갖는 자율적인 권리 또는 승낙할 수 있는 지위를 환자의 자기결정권이라고 한다. 이는 기존 전문가로서의 의사와 수동적인 환자 관계에서 의료행위의 또 다른 주체자로서의 환자 역할이 대두되면서 생긴 개념이다. 보건의료 영역에 고유하게 존재하는 정보의 비대칭성으로 인해 흔히 의사는 환자의 대리인(agent)역할을 해 왔으며 온정주의적 관점에서 이것이 합리화되고는 했다. 하지만 환자의 자기결정권이라는 측면에서 보건의료인은 환자로부터 처치나 서비스 내용에 대한 동의를 구해야 하며, 이러한 동의는 의료행위의 성질과 그에 따른 위험성에 대한 의사의 충분한 설명이 뒷받침되어야 한다<sup>179)</sup>.

179) 보건의료기본법 제 12조

본 절에서는 현재 환자의 자기결정권과 관련해서 이슈화되는 의사의 설명의무와 환자의 진료비에 대한 알권리에 대해서 다루고자 한다.

## (1) 현황

### 가. 의사의 설명의무

의사는 환자에게 진단결과나, 치료방법, 예후, 부작용 등을 충분히 설명해주고, 환자는 의사의 설명을 이해한 후 자율적인 자기결정으로 자신에 대한 의료행위를 허용할 때야 비로소 그 의료행위는 정당성을 가질 수 있다. 의사의 설명의무란 다음과 같이 설명할 수 있다. “일상적인 처치가 아닌 수술 등 중대한 의료처치에 앞서 사전에 의사가 환자에게 질병의 종류, 내용, 치료방법 및 그에 따른 위험 등에 대하여 충분히 정보를 제공하고 환자의 자기결정권(선택권)을 행사토록 하는 행위. 사전 설명에 따른 동의(informed consent)라고 하며, 미국, 독일 등에서는 오래 전부터 법적 의무화하여 의사에게 무거운 책임을 부과하고 있다”<sup>180)</sup>.

한국소비자보호원은 2002년 6월 전국 43개 종합전문요양기관 이용경험자 582명을 대상으로 진료 시 의사의 설명정도에 대한 조사를 실시하였다. 그 결과 과거에 비해 의사가 ‘상세하게 또는 대략적인 설명을 해 주었다’고 응답한 비율이 ‘형식적인 설명 또는 설명을 해주지 않았다’고 응답한 비율보다 높은 것으로 나타나 의사의 설명정도는 많이 개선되었음을 알 수 있었다. 의사의 설명에 대한 소비자들의 만족도는 만족 44.5%(262명), 불만족 13.5%(79명), 보통 42%(247명)로 만족하였다는 응답이 높았다. 그러나 여전히 불만족하다는 응답자의 불만족 이유로는, 불충분한 설명이 43%(34명) 가장 높았다. 그 다음으로는 ‘의사의 일방적 설명으로 의문이 있어도 물어볼 수 없어서’가 24.1%(19명), ‘의학용어 등 어려운 용어 사용’이 10.1%(8명), ‘애매모호한 설명’은 19.0%(15명) 등이 순위를 차지했다<sup>181)</sup>.

### 나. 환자의 진료비에 대한 알권리

환자나 그 가족들이 의료기관에서 의료서비스를 이용하는 동안, 진료과정은 물론 다른 행정적 절차에서도 권리를 침해당하는 경우가 있는데 대표적인 것이 진료비와 관련된 것이다. 현재 건강보험 제도의 낮은 급여 수준으로 인해 실제로 절반에 가까운 진료

180) 한국소비자보호원. 의료서비스에 대한 소비자 만족도 조사 - 진료행위에 대한 의사의 설명 및 진료 기록 제공 관련. 한국소비자보호원. 1999.

Available at: <http://safe.cpb.or.kr/textdata/HOMEPAGE/199906/0100010/041.txt>

181) 장학민. 의료현장에서의 환자권리의 실제와 개선방안. 의료소비자 알 권리의 보장과 의료분쟁조정법 제정방안 및 의료기관 경영투명성 제고방안에 관한 토론회. 경제정의실천시민연합 주최. 2003년 5월 14일. p. 15~27

비를 본인이 직접 부담하고 있는 것이 현실이다. 그러나 의료기관에서 환자들이 받는 진료비 영수증에는 각 항목의 합산만 나와 있을 뿐, 각 항목의 합산 근거를 전혀 알 수 없게 되어 있다. 그러나 의료기관은, 건강보험 급여 항목은 물론 비급여 항목을 포함하여 환자들이 부담하는 진료비 내역을 알려줄 의무가 있다.

지난 2002년 8월 시민운동 단체인 “건강연대”는 진료가격표 비치 및 진료비 청구서 개선 운동의 일환으로 서울시소재 68개 병원을 대상으로 진료비에 대한 환자의 알 권리 충족 수준을 조사하였다. 그 결과 대부분의 병원에서 환자 알권리를 보장하기 위한 내용이 지켜지지 않고 있는 것으로 나타났다(표 16). 이를테면 진료비 가격표와 진료비 계산서에 진료의사의 이름이 표기된 병원은 전체 조사 대상의 약 10.3%였으며, 환자의 알권리에 관한 안내문이나 계산서 뒷면에 알권리에 대한 설명문은 거의 없었다<sup>182)</sup>.

<표 16> 병원에서 환자 알권리 항목별 이행여부  
(단위: 개, (%))

내용	응답	
	게시	미게시
환자 알권리 안내문 게시 여부	4 (5.9%)	64 (94.1%)
진료비 가격표 게시 여부	7 (10.3%)	61 (89.7%)
진료비 계산서에 의사이름 표기 여부	7 (10.3%)	61 (89.7%)
계산서 뒷면 알권리 설명 여부	1 (1.5%)	67 (98.5%)
카드결재 안내문 게시 여부	7 (10.4%)	61 (89.7%)

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

○ 세계의사협회(World Medical Association)는 1981년 리스본에서 11가지 항목으로 구성된 환자권(World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient)을 제정하였는데, 원칙 3으로 환자의 자기 결정권을 제기하였다.

“환자는 자신에 관해서 자유로운 결정을 할 수 있는 자기결정권을 갖고 있다. 정신적으로 건강한 성인 환자(mentally competent adult patient)는 진단적 치료 또는 시술에 대한 동의를 하거나 보류할 수 있는 권리가 있다. 환자는 결정에 필요한 정보에 대한 권리가 있다. 환자는 치료 또는 시술의 목적, 시술 시 결과, 동의하지 않을 때

182) 상계서.

나타날 결과에 대해 명확하게 이해해야만 한다. 환자는 의학교육이나 임상 연구에의 참여를 거절한 권리가 있다.”

○ 한편 미국병원협회(American Hospital Association)는 환자의 권리장전(The Patient's Bill of Right Act, 1973)을 통해 환자의 자기결정권을 보장하고 있다<sup>183)</sup>.

환자의 권리장전에서 환자는“진단에 대해 충분히 정보를 받고 치료의 선택이 무엇인지 알고, 각 치료의 잠재적인 결과가 무엇인지에 대해 알 권리”와 “병원에서의 치료를 더 이상 원하지 않을 때 다른 대안에 대해서 알 권리”가 있다. 또한 환자는 자기결정권에 따라 “법이 허락하는 범위 내에서 치료를 거부할 권리가 있으며, 다른 대안 치료를 받을 수”도 있다. 여기에는 환자의 선택을 보장하기 위해서 환자를 시술할 “의료진의 이름을 알 권리”와 “치료에 영향을 미치는 병원 규정에 대한 알 권리”도 명시하고 있다. 뿐만 아니라 소비자로서의 환자의 권리도 강조하고 있는데, 환자는 병원에서의 “입원으로 얼마의 비용이 소요될지”, “필요한 경우 의료보험에 대한 정보”를 제공받을 권리가 있다고 밝히고 있다.

○ 국제소비자연맹(Consumer International)은 환자권 중의 하나로 정보에의 접근성(Access to Information)을 강조한다<sup>184)</sup>. 환자 자신의 건강을 돌보는데 적극적인 역할을 하려면 정보에 대한 접근성은 필수적이다. 그래서 환자는 다양한 치료법과 제안된 시술의 소요 시간과 비용에 대한 분명하고 간결한 설명을 들을 권리가 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 보건의료기본법

· 제12조 (보건의료서비스에 관한 자기결정권) 모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료방법, 의학적 연구대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.

#### 나. 소비자보호법

· 제3조 (소비자의 기본적 권리) 소비자는 스스로의 안전과 권익을 위하여 다음 각 호의 권리를 향유한다. (중략..) 2. 물품 및 용역을 선택함에 있어서 필요한 지식 및 정

183) The Patient's bill of right act. Available at:  
[http://allsands.com/Health/Advice/patientsbillof\\_vpt\\_gn.htm](http://allsands.com/Health/Advice/patientsbillof_vpt_gn.htm)

184) Consumer International. Global Campaign for the rights of patients. Available at:  
[http://www.consumersinternational.org/documents\\_asp/searchdocument.asp?DocID=307&regionid=135&langid=1](http://www.consumersinternational.org/documents_asp/searchdocument.asp?DocID=307&regionid=135&langid=1)

보를 제공받을 권리 3. 물품 및 용역을 사용 또는 이용함에 있어서 거래의 상대방·구입 장소·가격·거래 조건 등을 자유로이 선택할 권리

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

보건복지부는 진료과정에서의 환자의 자기결정권 확대에 대한 정책을 세우고 있지 않다.

#### (5) 기존 제안

##### 가. 의료생협의 환자권리장전<sup>185)</sup>

의료생협의 “환자권리장전”은 조합원 자신의 생명을 소중히 여기고 이를 위해 자신을 규율하는 것이다. 동시에 조합원, 지역주민 모두의 생명을 다같이 아끼고 서로 보살피 주며, 의료에서의 민주주의와 주민 참여를 보장해 주는 의료에 있어서의 인권선언이다.

○ 환자의 권리와 책임 : 환자에게는 투병의 주체자로서 아래와 같은 권리와 책임이 있다.

○ 알권리 : 병명, 병상(검사결과를 포함함), 병의 진전 예측, 진료계획, 치료와 수술(선택의 자유, 그 내용), 약의 이름과 작용, 부작용, 필요한 비용 등에 대해 납득될 때까지 설명을 받을 권리

○ 자기 결정권 : 납득될 때까지 설명을 들은 뒤 의료 종사자가 제안하는 진료 경과 등을 스스로 결정할 권리

○ 개인 신상 비밀을 보호받을 권리 : 개인의 비밀이 지켜질 권리 및 사적인 일에 간섭 받지 않을 권리

○ 배울 권리 : 병과 그 요양방법 및 보건, 예방 등에 대해 학습할 권리

○ 진료 받을 권리 : 언제든지 필요 충분한 의료서비스를 사람으로서 알맞은 방법으로 받을 권리, 의료 보장의 개선을 나라와 자치단체에 요구할 권리

○ 참가와 협동 : 환자 스스로가 의료종사자와 함께 힘을 합쳐 이들 권리를 지키고 발전시켜 나갈 권리

---

185) 의료생협연대 <http://medcoop.or.kr/about03.html>

나. 환자 알권리 실현을 위한 10대 행동요령<sup>186)</sup>

건강세상 네트워크에서는 환자 스스로 자신의 알 권리를 찾을 수 있도록 지침을 마련하고 있다. 의료서비스를 이용하면서 환자가 놓치기 쉬운 것들을 지적하였다. 전문을 옮기면 다음과 같다.

- 단골의원단골약국을 정해둡시다. - 영수증과 처방전 2매를 발급 해주는 곳으로 정하세요.
- 영수증과 처방전에 표현된 단어 중 모르는 말이 없도록 합시다. - 모르는 말은 병의원이나 건강보험공단, 시민단체에 문의하여 알아보세요.
- 의료서비스 이용시마다 "처방전 - 의료기관 영수증 - 약국 영수증"을 한 세트로 묶어서 잘 보관합시다.
- 반드시 건강보험법에서 정해진 법정 영수증(또는 법정 간이영수증)을 받아둡시다. 병의원은 물론 약국에서도 영수증을 발급합니다. 연말 정산용 이외에도 의료서비스를 받을 때마다 영수증을 받아두어야 합니다. 이는 만일 발생할지도 모르는 환자의 피해를 구제받기 위한 증거물이 됩니다.
- 입원 환자의 경우 퇴원할 때 반드시 병원에 '진료비 세부명세서'를 달라고 해서 받으십시오. 외래 환자의 경우에도 진료비가 클 경우 발급을 요구하십시오.
- 최소한 2년에 1회는 건강보험공단 지사를 방문하거나 홈페이지를 이용하여 자신과 가족의 진료내역을 확인해 둡시다. ('진료내역조회' 서비스)
- 진료비가 부당하게 나왔다고 생각될 경우 건강보험심사평가원에 '요양급여대상 여부 확인'을 신청하십시오. (인터넷 접수도 가능 : <http://www.hira.or.kr>)
- 처방전에 꼼꼼히 메모를 해둡시다. - 처방전에 기록되지 않은채 빈칸으로 두어진 것이 있으면 의사나 간호사에게 물어서 반드시 기록을 해주세요. - 처방전에 의사에게 설명했던 증상과 의사가 내린 진단명을 기록하세요. - 처방전에 복약과정에서 발생한 부작용을 기록하세요.
- 처방된 약의 성분, 효능, 복용방법, 주의사항 등을 자세히 알아봅시다. - 약사에 게 문의하거나 식품의약품안전청 의약품정보사이트를 이용하십시오. (의약품 정보 제공 사이트: <http://ezdrug.kfda.go.kr>)
- 질병으로 병의원을 찾거나 건강검진을 받게 될 때는 보관해둔 처방전을 가져가서 의사에게 보여줍니다.

186) 건강세상네트워크 캠페인 2: 환자의 알권리 실현을 위한 10대 행동요령. Available at: <http://www.konkang21.or.kr/wsboard/db/camp/list.php?table=camp&category=2>

다. 진료비 관련 환자의 알권리 실현 방안<sup>187)</sup>

- 의료서비스 가격표의 비치 - 건강보험 급여가 되는 진료와 그러하지 않은 진료를 모두 포괄하는 가격표를 마련하여 수납창구에 비치하여 열람이 가능하게 한다.
- 진료비계산서 양식의 개선 - 진료비계산서에 진료담당의사의 이름을 기재, 진료비계산서 뒷면에 환자의 알 권리와 권리구제방안에 대한 설명 기재한다.
- 진료비 신고의 의무화 - 비급여 진료비 신고를 의무화하며, 미신고시의 제재수단도 마련하는 등의 관리감독 강화 필요하다

라. 수술 시 환자에게 충분한 정보를 제공하기 위한 지침<sup>188)</sup>

- 과거처럼 개괄적이거나 일반론적인 동의서를 받을 게 아니라 예상 가능한 범위의 부작용이나 후유증에 충분히 설명하고 문서화해야 한다. 치료결과에 대한 책임을 묻지 않는다는 동의서명을 환자로부터 받았더라도 부작용이 발생하면 의사가 책임을 져야 한다는 판례가 나옴에 따라 의사의 설명 의무 이행이 필수가 되었다.
- 치료시술 - 어떠한 치료를 할 것인가와 그 과정, 결과 등에 대해 개괄적 설명을 해야 하며 예상되는 경과와 위험의 종류 및 다른 검사나 치료법에 대해서도 당시 의료수준에 비춰 상당하다고 인정될 정도의 설명을 해야 한다.
- 병원의 상태 - 환자가 치료를 받아야 할 병원의 상태에 대한 사전 설명이 이뤄져야 한다. 만약 병원이 그 같은 상황이 될 수 없을 경우 안전한 호송 조치 시설의 구비 여부와 타 병원으로의 권유 등 다양한 경우의 수를 설명, 환자가 선택할 수 있도록 해야 한다.
- 환자가 치료를 거부할 시 - 환자가 치료를 거부할 시에 예상되는 건강상태의 악화와 위험에 대한 설명을 이행해야 한다. 또한 그래도 환자가 이를 거부할 경우에는 이를 대체할 수 있는 다른 치료법 등을 제시해 주는 것 역시 필요하다.
- 진단 - 수술은 물론 진단 이전에 진단시술로 인해 발생할 수 있는 여러 가지 후유증에 대해 사전에 설명해야 한다.
- 투약 - 투약에 있어서도 사전 설명이 필요하다. 투약을 했을 경우 생길 수 있는 부작용과 신체반응 등을 투약 이전에 설명, 환자로 하여금 이를 선택할 수 있도록 해야 한다.

187) 장학민. 전게서. p. 15-27.

188) 김현정. 의료분쟁 환자측 유리...수술전 동의서 이렇게. 데일리메디. 2003-Oct-20.



- 의료과오 - 수술 시행 시 어떠한 의료과오가 일어날 수 있으며 그로 인해 어떠한 부작용을 설명해 줘야 하는지에 대해서는 설명할 의무가 없는 것으로 되어 있으나 논란이 많은 상황이다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

최근 들어 의료서비스 제공자나 소비자 모두 환자의 자기결정권에 대한 인식이 많이 높아졌지만, 정부가 환자의 자기결정권 제고를 위해서 현재 시행하고 있는 정책이 없다. 건강세상네트워크와 같이 환자의 알 권리, 자기결정권 등 운동을 하는 시민단체에 지원을 하고, 정부차원에서도 환자의 인식을 제고시킬 수 있는 홍보, 의료단체에 가이드라인 제시, 정부차원에서의 환자권 제정 등의 정책을 펼 수 있다. 일부 보건의료기관에서만 발급하고 있는 영수증을 의원급까지 확대해서 진료비 영수증 발급을 의무화해야 한다.

관련기관 - 보건복지부, 대한병원협회, 대한개원의협회, 한국소비자보호원

## 2) 의료분쟁 발생 시 환자 자신이 진실을 추구할 수 있는 권리 보장

서비스 공급자와 소비자 사이의 정보 비대칭성이라는 보건의료의 속성 상 의료분쟁이 발생했을 때 환자들은 전문영역의 장벽을 넘어서 스스로 진실을 추구해나가기 어려운 것이 현실이다. 최근 법정에서 이런 점을 감안하여 환자의 의료사고 입증책임을 상당정도 경감해줘 의료분쟁에서의 배상을 받는 비율이 높아지긴 했지만<sup>189)</sup>, 이는 의료분쟁에서 환자가 열등한 입장이라는 것을 간접적으로 증명하는 것이기도 하다.

환자가 의료분쟁에서 불리한 이유는 의료분쟁에서 환자의 진실을 밝혀줄 근거자료가 부족하다는데 있다. 첫째, 사고의 사실을 입증할 수 있는 유일한 단서인 의무기록을 의료진이 독점하고 있다. 설사 의무기록을 개정된 법에 의해 환자가 볼 수 있다 하더라도, 사건이 발생했을 때 의료진이 전적으로 갖고 있기 때문에 기록의 수정 및 삭제 등에 대해 환자는 무방비 상태일 수밖에 없다. 둘째, 의료분야에 대한 지식과 경험이 전무하기 때문에 전적으로 외부에 의지해야만 한다. 환자는 의료진보다 의무기록 번역, 상급 및 동급기관 의료진의 자문 등 더 많은 노력을 기울여야 한다. 이런 조치도 사회

189) 임호준. 의료소송 봇물...10년새 10배로. 조선일보. 2003-OCT-18

경제적으로 열등한 위치의 환자라면 어려울 수밖에 없다.

### (1) 현황

2003년 사법연감에 따르면 1992년 82건이던 의료소송이 2002년에는 882건으로 10년 사이 10배가 늘어났다. 이는 의료지식에 대한 접근성이 높아지고, 의료분쟁에 대한 환자의 인식이 바뀐 것이 주요 원인이라 할 수 있다. 최근에 의료소송 전담부인 서울지방법원이 18부를 추가로 의료사고 전담재판부로 지정하였으며, 대학병원 등에 의무기록이나 진료기록부 사본을 요청하는 사례가 매년 30~40%씩 늘어나고 있다. 하지만, 의료소송을 전담하는 변호사의 발언에 따르면 소송을 끝어나가는 데의 어려움은 과거와 별 차이가 없다고 한다<sup>190)</sup>. 환자가 의료분쟁에서 환자의 입장을 대변하는데 곤란하게 만드는데 장애요인은 크게 4가지가 있다.

첫째, 환자는 의료에 대한 지식이 없어, 정확한 상황을 이해하기 힘들어 자신의 입장을 정확하게 표현할 수가 없다. 의사와 환자간의 의학 지식에 대한 차이가 커 원천적으로 의사보다 불리한 입장에 있다.

둘째, 의료사고를 입증할 유일한 근거자료인 의무기록으로부터의 접근이 제한되어 있다. 의료법에서 환자를 대리하여 진료기록을 열람할 수 있다고 하더라도, 의료기관에서 열람을 거부 또는 연기하거나 진료기록 자체를 의료진에게 유리한 방향으로 변조할 수 있다. 실제로 의료피해를 입고 피해구제를 요청한 경험자 295명 중 39.7%에 해당하는 117명이 진료기록 교부를 거부당한 경험이 있는 것으로 나타났다<sup>191)</sup>.

셋째, 의사의 과실여부를 가리기 위한 감정을 ‘의사’가 하기 때문에 환자보다는 의사에게 유리한 감정이 나오는 경우가 많다. 신체장애를 판정하기 위한 신체감정이 거부되는 경우가 많으며, 환자의 나이가 어리다는 이유로 장애를 판정할 수 없다거나 시간이 더 필요하다고 소송을 2~3년 연기시키는 경우도 있다고 한다. 그 뿐 아니다. 병원에서 감정을 서로 미루어 4,5개 과를 거친 후에 다시 최초의 과로 감정이 돌아오기도 한다. 의료분쟁 전문변호사는 의료계의 “집단이기주의”와 법조계의 의료소송에 대한 낮은 인식이 변호사의 소송 수행을 어렵게 하는 요인이라고 지적했다<sup>192)</sup>.

넷째, 환자의 의료분쟁을 처음부터 끝까지 전문적으로 맡아줄 기관이 없다. 현재 의료분쟁에 관해 도움을 받을 수 있는 곳은 한국소비자보호원, YMCA 등의 민간기관과 소수의 의료분쟁 전문 변호사가 있다. 그러나 막상 의료분쟁의 상황에 딱치게 될 경우 환자입장에서 맡아줄 곳은 매우 적다. 중앙의료심사조정위원회 및 지방의료심사조정위

190) 최재천 변호사 홈페이지. Available at: <http://laws.co.kr/main.asp?lm=1&ce=0105>

191) 장학민. 전게서. p.15-27

192) 최재천 변호사 홈페이지. Available at: <http://laws.co.kr/main.asp?lm=1&ce=0105>

원회가 있으나 활동이 미미하며 실질적인 도움을 환자들이 못 받고 있다.

지금까지 살펴본 바와 같이 의료분쟁에서 환자가 자신의 입장과 진실을 밝히기에는 구조적으로 어렵다는 것을 알 수 있다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

일본 총무성은 의료사고에 관한 행정평가의 일환으로 의료사고사례를 수집·분석하는 제도를 도입해서 병원과 진료소 등에 대해 중대한 의료사고 사례의 보고의무를 부과하였다<sup>193)</sup>. 또한 1990년부터 1999년까지 10년간의 의료 과실 소송을 통계를 산출하는 등 정기적으로 의료분쟁에 대한 연구와 검토를 정기적으로 하고 있다<sup>194)</sup>. 이는 의료분쟁을 다루는 재판부와 의료소송을 담당하는 의료분쟁 전문변호사에게 소송의 기초 자료로 활용된다.

## (3) 현행법

### 가. 의료법

- 제54조의2 (의료심사조정위원회) ①의료행위로 인하여 생기는 분쟁(이하 "의료분쟁"이라 한다)을 조정하기 위하여 보건복지부장관소속하에 중앙의료심사조정위원회를, 시·도지사소속하에 지방의료심사조정위원회를 둔다. ②중앙의료심사조정위원회 및 지방의료심사조정위원회의 구성·운영·조정위원의 자격 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. ③중앙의료심사조정위원회는 의료분쟁을 조정하는 외에 보건복지부장관이 부의하는 다음 사항을 심의한다. 1. 의료행위의 범위 2. 의료인의 종별에 따르는 업무한계 3. 기타 의료에 관한 중요사항

- 제54조의3 (분쟁조정신청) 의료분쟁이 발생한 때에는 관계당사자는 시·도지사에게 그 분쟁의 조정을 신청할 수 있다.

- 제54조의4 (관할) ①시·도지사는 제54조의3의 규정에 의하여 분쟁조정신청을 받은 때에는 그 분쟁을 조정하기 위하여 이를 지방의료심사조정위원회에 회부하여야 한다. 다만, 시·도지사는 그 분쟁이 2 이상의 시·도의 관할에 속하거나 당해 지방의료심사조정위원회에서 조정할 수 없다고 결정한 때에는 그 신청일로부터 20일 이내에

193) 김성천. 의료사고에 관한 행정평가...감시결과에 근거한 권고발표(일본). 한국소비자보호원. 2004년 4월 27일 (2004년 3월 12일 일본 총무성 보도자료를 요약한 게시글)

194) 장수태. 「10년간 발생한 의료과실 소송 현황 분석」 한국소비자보호원, 『소비자시대』 2000년 12월. p. 58~59.

그 조정신청서를 보건복지부장관에게 이송하여야 한다. ②보건복지부장관은 제1항의 분쟁조정신청서의 이송을 받은 때에는 이를 중앙의료심사조정위원회에 회부하여야 한다.

- 제54조의5 (조정지 착수) 중앙의료심사조정위원회 및 지방의료심사조정위원회는 분쟁조정신청이 회부된 때에는 지체없이 그 분쟁의 조정에 착수하여야 한다.

- 제54조의6 (사실조사등) ①중앙의료심사조정위원회 및 지방의료심사조정위원회는 의료분쟁을 조정하기 위하여 필요하다고 인정할 때에는 조정위원 또는 관계공무원으로 하여금 당사자 또는 참고인에 대하여 위원회에 출석하여 진술할 것을 요구하거나 관계서류의 열람 또는 행정기관·의료기관·기타 공·사단체에 사실을 조회하거나 관계의료기관에 출입하여 조사하게 할 수 있다. ②제1항의 규정에 의하여 조정위원 또는 관계공무원이 조사를 할 때에는 그 권한을 표시하는 증표를 관계인에게 제시하여야 한다.

#### 나. 소비자보호법

- 제3조 (소비자의 기본적 권리) 소비자는 스스로의 안전과 권익을 위하여 다음 각 호의 권리를 향유한다. (중략) 5. 물품 및 용역의 사용 또는 이용으로 인하여 입은 피해에 대하여 신속·공정한 절차에 의하여 적절한 보상을 받을 권리

### (4) 정부 시행정책 및 계획

보건복지부가 의료분쟁을 위해서 시행하고 있는 정책은 중앙의료심사조정위원회 및 지방의료심사조정위원회를 1981년부터 설치·운영하는 것이 전부이다. 그러나 조정위원회 가동 이후 분쟁조정 신청건수 1997년도까지 총 25건에 불과하였다. 의료분쟁의 수가 증가하면서 조정 신청건수도 1998년도 16건, 1999년 13건 2000년 21건 2001년 23건으로 늘어났다. 그러나 한국소비자보호원의 의료과실 상담건수나 사업연감의 연 소송건수와 비교해볼 때에는 극히 적다.

2001년부터 보건복지부는 의료분쟁조정법 입법을 추진해 왔으나, 16대 국회에서도 상정했다가 합의하지 못해 결국 입법에는 실패하고 말았다.

### (5) 기존 제안

#### 가. 의료기관의 의료자료 보관

현재 서울의 주요대학병원은 의무기록을 5년 지나도 광파일 등으로 보관하고 있다. 중소병원이나 개인의원, 특히 수술을 하는 의원급 등의 소규모 의료기관은 앞으로의 추세를 볼 때 의무기록의 법적 보관 연한이 지났어도 별도로 보관하는 방안을 마련해야 한다고 권고했다<sup>195)</sup>.

의료소비자가 의료사고라고 판단되거나, 진료과정의 확인을 위하여 진료기록의 열람 및 교부를 요구할 경우 신속하고 안전하게 진료기록이 확보될 수 있도록 관련 의료법의 강화와 제도적인 보완장치가 마련되어야 한다<sup>196)</sup>.

#### 나. 의료분쟁의 환자를 위한 독립적인 기구 설립

의료상 과실여부는 감정을 통하여 가려지게 되는데 감정기관이 현재는 대한의사협회가 지정한 일부의사에 한정되어 있다. 이로 인해 감정결과가 공정성과 객관성이 결여될 뿐 아니라 상당한 소요기간을 요하게 되는 바 반드시 독립적인 감정기관을 설립하는 것이 바람직하다<sup>197)</sup>.

#### 다. 의료 소비자들을 대상으로 한 의료분쟁의 예방, 대응 지침 홍보

##### ① 의료분쟁을 예방하기 위한 환자 측 주의사항 홍보<sup>198)</sup>

- 오진가능성을 염두해 둔다
- 증상을 수시로 기록한다
- 진료과정에 대해 설명을 요구한다
- 증상 악화시 정밀검사에 대해 논의한다
- 수술 및 검사 전에 상세한 의료정보를 제공받은 후 결정한다.

##### ② 의료분쟁 상황에 닥쳤을 때 환자의 행동지침 홍보<sup>199)</sup>

- 의료사고 전문취급기관과 상의하라
- 살아있다면 가능한 병원을 옮겨라
- 사망한 경우 부검이 필수적
- 담당의사에게 설명을 요구하라

195) 안순범. 의료분쟁 급증...의무기록 보관 절대적. 데일리메디. 2004-Apr-23

196) 강태언. 의료사고 피해자의 권리실패와 문제점. 의료소비자의 권리보장과 의료분쟁조정법 제정방안 및 의료기관 경영투명성 제고방안에 관한 토론회. 경제정의실천시민연합. 2003년 5월 14일

197) 최재천 변호사 홈페이지. Available at: <http://laws.co.kr/main.asp?lm=1&cce=0105>

198) 의료사고와 환자의 권리. 건강세상네트워크 자료실. Available at: <http://www.konkang21.or.kr/wsboard/db/pds/list.php?table=pds&category=3&skin=pds3>

199) 의료소송 대처방안 10계명. 최재천 변호사 홈페이지. Available at: <http://www.laws.co.kr/main.asp?lm=3&cce=0306>

- 환자의 의무기록을 확보하라
- 폭력행사는 금물
- 선부른 합의는 삼가라
- 소멸시효에 주의하라
- 형사고소보다는 먼저 민사소송을 제기하라
- 사고경위서를 작성하라
- 소송은 신중하게 해라

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

의료분쟁에서 환자가 자신의 진실을 추구할 수 있는 권리가 '권리' 자체로 인식되고 있지 못하다. 전체적으로 환자가 진실을 추구할 수 있는 여건은 개선되고 있음에도 불구하고, 여전히 의료사고가 발생했을 때 환자가 불리한 위치에 처하는 것이 현실이다. 정부가 중앙과 지방에 의료심사조정위원회를 운영하고 있으나 전체 의료소송이나 시민단체 각 기관의 상담건수에 비하면 형식적인 운영에 그치고 있을 뿐이다. 따라서 환자의 의료분쟁을 도와줄 독립적인 기관의 설립이 절실하다. 환자의 의료분쟁을 담당할 상설기구가 설립된다면, 시민단체와 일부 기관에 분산되어 있는 의료사고 조정역할을 통합할 수 있을 것이다.

관련기관 - 보건복지부, 대한의사협회, 대한병원협회, 대한약사협회, 대한간호협회

### 3) 개인 건강 및 의료 이용 정보에 대한 보호 방안 개발

개인의 건강 및 의료서비스 이용 정보 유출은 개인적인 불쾌함을 넘어서 사회적·경제적 생활에 커다란 파장은 미칠 수 있는 중요한 문제이다. 특히 후천성면역결핍증이나 정신질환처럼 사회적 낙인이 있는 질병에 대한 정보가 유출되는 경우, 그 영향은 더욱 심각하다. 인터넷 사용 확대에 의한 개인의 신상정보 유출과 이를 악용한 일련의 범죄 사건들이 반복되면서 사회적으로 개인정보 보호에 대한 인식이 높아지고 있지만, 막대한 개인정보가 전자정보로 데이터베이스화하면서 정보의 이동 및 활용이 용이해졌고 정보 유출의 위험성은 높아져만 가고 있다. 보건의료 영역의 경우, 전자차트 및 OCS(Order Communication System)로 인해서 환자의 막대한 의료정보가 체계적으로 축적되면서 이에 대한 보호의 필요성이 그 어느 때보다 높아졌다.

#### (1) 현황

2002년 국민건강보험공단이 정신과 질환자의 신상정보를 경찰에 제공해 수시적성검사 대상자를 통보하여 인권위가 행자부와 보건복지부에 경찰청장과 국민건강보험공단 이사장과 해당 책임자를 징계하라고 권고한 적이 있다<sup>200)</sup>.

제기된 문제점은 건강보험공단이 경찰청에 또 경찰청에서 운전면허시험장으로 정신과 질환자의 신상정보를 제공했고, 이를 바탕으로 수시적성검사 대상자를 통보하면서 우편물 곁에 ‘정신과 진료자료 첨부’라고 명시하여 주변인은 물론 가족에까지 숨기고 싶어 하는 정신과 치료사실을 공개하여 당사자의 인권을 침해한 점이다.

건강보험공단자료와 같이 공적으로 수집된 자료가 생명보험회사와 같이 민간기업의 이윤창출을 위한 사적정보로 둔갑하기도 한다. 2003년 국민건강보험공단 직원이 개인 급여명세 일부 자료를 생명보험회사 직원에게 넘기는 일이 2건이나 발생했다<sup>201)</sup>. 이러한 정보유출로 2003년도 1월부터 9월까지 직원 4명이 해임되고 2명이 정직·감봉 조치되었다. 2002년 경찰청에 신상정보를 유출시킨 사건 발생 시 공단의 정보유출 방지책을 요구했는데도 같은 사건이 반복되었다.

#### (2) 국제권고 및 외국사례

##### 가. 미국

미국병원협회(American Hospital Association)는 환자의 권리장전(The Patient's Bill

200) 안순범. 인권위 “공단, 정신질환자 정보 경찰제공 위법”. 데일리메디. 2002-JUL-31

201) 김동원. 건보직원이 개인정보 유출...보험사 등에 흘려. 동아일보. 2003-SEP-9

of Right Act)을 통해 의료정보 보호를 통한 사생활을 보장하고 있다. 환자에게 “사생활을 지킬 권리가 있으며”, “어떤 의료진도 환자의 동의를 얻지 않는 한 누구에게도 환자의 건강상태 또는 치료에 대해서 정보를 발설해서는 안된다”고 하였다.

#### 나. 영국

영국에서는 1988년 의료 기록의 접근에 관한 법률(Access to Medical Reports Act 1988, UK)을 제정했으며, 그 내용은 다음과 같다.

- 정보 접근권 : 취업·보험목적상 의사가 개인에게 개인자신에 대한 의료기록을 제공하거나 제공하려 하는 경우에 그 개인은 이 법의 규정에 따라 그 의료기록에 대한 접근의 권리를 가진다. (접근권= 의료기록에 대한 접근, 열람, 정정하는 것 또는 그런 권리를 말함)

- 제3조(취업·보험목적상 의료기록신청에 대한 동의) ① 개인에 대한 의료기록의 신청의 경우에는 신청자가 그 개인에게 신청의 예정을 통지하고 그 개인이 신청에 대한 동의를 그 신청자에게 통지하여야 신청자가 취업·보험목적상 신청자에게 제공될 그 의료기록을 신청할 수 있다. ② 전항의 통지는 신청에 대한 동의를 주지 아니할 권리가 있음은 물론 다음과 같은 권리가 있음을 그 개인에게 고지하는 것이어야 하며, 또한 제 7조의 효과도 이와 같이 고지하여야 한다.

- 제4조(교부전의 접근) ① 제3조상의 동의를 부여한 개인은 동의 시에 신청에 의하여 그 기록이 교부되기 이 전에 교부될 그 기록에 접근하기를 허하고 있음을 통지할 수 있으며 그런 통지가 있는 경우에는 신청자는 신청 시에 의료종사자에게 그런 사실을 통지하고 동시에 그 개인에게는 신청이 있었음을 또한 통지하여야 하고 각 통지는 아래 제 2항의 효과를 지닌다.

#### 다. 세계소비자연맹(Consumer International)의 환자의 비밀보장권(the right to confidentiality)

“누구에게나 사생활이 있다. 질병을 앓고 있는 환자는 대중에게 그 사실이 알려지기는 원치 않는다. 비밀보장은 환자와 의료진 간의 성공적인 관계에 중요한 선결조건이다. 환자가 밝혀도 된다는 권한을 부여하거나 정보가 밝혀져야 할 의학적 법적 이유가 강제될 때를 제외하고는 환자에 대한 개인정보는 보호되어야 한다.”



### (3) 현행법

#### 가. 보건의료기본법

· 제11조 (보건의료에 관한 알 권리) ②모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료인 또는 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다. 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자 · 직계존비속 또는 배우자의 직계존속이, 그 배우자 · 직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병 기타 요청을 할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다.

#### 나. 의료법

· 제20조 (기록 열람등)①의료인 또는 의료기관 종사자는 이 법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 환자에 관한 기록의 열람 · 사본교부등 그 내용확인에 응하여서는 아니된다. 다만, 환자, 그 배우자, 그 직계존비속 또는 배우자의 직계존속 (배우자 · 직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없는 경우에는 환자가 지정하는 대리인) 이 환자에 관한 기록의 열람 · 사본교부 등 그 내용확인을 요구한 때에는 환자의 치료 목적상 불가피한 경우를 제외하고는 이에 응하여야 한다. ②제1항의 규정에 불구하고 의료인은 동일한 환자의 진료상 필요에 의하여 다른 의료기관에서 그 기록 · 임상소견서 및 치료경위서의 열람이나 사본의 송부를 요구한 때 또는 환자가 검사기록 및 방사선필름등의 사본 교부를 요구한 때에는 이에 응하여야 한다. ③의료인은 응급환자를 다른 의료기관에 이송할 때에는 환자이송과 동시에 초진기록을 송부하여야 한다

· 제21조 (진료기록부등)①의료인은 각각 진료기록부 · 조산기록부 · 간호기록부 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 "진료기록부등"이라 한다)를 비치하여 그 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다. ②의료인 또는 의료기관의 개설자는 진료기록부등(제21조의2제1항의 규정에 의한 전자의무기록을 포함한다. 이하 제33조제2항에서 같다)을 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 보존하여야 한다.

· 제21조의2 (전자의무기록)①의료인 또는 의료기관의 개설자는 제21조의 규정에 불구하고 진료기록부등을 전자서명법에 의한 전자서명이 기재된 전자문서(이하 "전자의무기록"이라 한다)로 작성 · 보관할 수 있다. ②의료인 또는 의료기관의 개설자는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 전자의무기록을 안전하게 관리 · 보존하는데 필요한 시설 및 장비를 갖추어야 한다. ③누구든지 정당한 사유없이 전자의무기록에 저장된 개인정보를 탐지하거나 누출 · 변조 또는 훼손하여서는 아니된다.

#### 다. 형법

제317조 (업무상비밀누설) ①의사, 한의사, 치과의사, 약제사, 약종상, 조산사, 변호사, 변리사, 공인회계사, 공증인, 대서업자나 그 직무상 보조자 또는 차등의 직에 있던 자가 그 업무처리중 지득한 타인의 비밀을 누설한 때에는 3년이하의 징역이나 금고, 10년이하의 자격정지 또는 700만원이하의 벌금에 처한다. ②종교의 직에 있는 자 또는 있던 자가 그 직무상 지득한 사람의 비밀을 누설한 때에도 전항의 형과 같다.

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

보건복지부 2002년 전자처방전과 전자차트 등에 대한 법 조항을 신설하는 등 변화된 의료 환경에서 환자 정보를 지키기 위해서 노력해으며, 환자정보 보호 관련 법률은 현행 형법으로 충분하다는 입장을 밝힌 바 있다<sup>202)</sup>.

#### (5) 기존 제안

##### 가. 환자의 의료정보의 소유권

환자의 정보를 보호하려면 먼저 소유권을 문제를 풀어야 한다. 대만은 의료정보 또는 의무기록의 소유권이 진료의에게 있는 반면, 중국은 환자에게 일임한다. 우리나라는 이에 대한 책임소재가 분명치 않다. 환자 또는 의사와 같은 개인보다는 의료기관의 소유로 인정하여 정보보호의 책임과 의무를 다하게 하는 것을 추천한다<sup>203)</sup>.

##### 나. 개인정보의 통합법과 통합감독 기구를 통한 관리

프라이버시법 제정을 촉구하는 진보네트워킹센터, 참여연대, 문화연대, 민주사회를 위한 변호사 모임 등의 시민단체는 금융분야의 신용정보보호법, 의료분야의 의료법 등 분야별 개별적 개인정보 보호는 그 역할을 다하지 못하고 있다고 문제점을 지적하였다. 개인정보의 범위를 개인이 식별되는 모든 개인정보로 확장하고 개인정보 수집에 대한 원칙, 보존기간과 파기의무를 명시한 통합법이 필요하다고 하였다. 이를 위해 개인정보 보호에 대한 감독을 담당할 독립감독기구를 설립, 개인정보 보호를 감시하는 것은 물론 정책생산과 연구 등 정책역량을 갖춘 기구를 설립해야 한다고 주장했다<sup>204)</sup>.

202) 최홍석. 대한의사협회 주관 환자정보와 인권보호 토론회. 2002년 7월 19일

203) 조훈. 대한의사협회 주관 환자정보와 인권보호 토론회. 2002년 7월 19일

204) 김현정. 시민단체-복지부, 환자정보보호법 충돌 우려. 데일리메디. 2004-MAY-28.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

의료정보를 포함한 프라이버시법 제정을 시민단체가 발의하고 있고, 이에 대한 환자의 인식도 개선되었다. 그러나 환자의 의료정보를 다루는 실무진과 책임자들은 아직도 정보유출로 인한 사생활 침해를 인권 침해라고 인식하고 있지 못하다. 현재는 의료기록 정보의 당위성만 언급되어 있으므로 정보유출 시 환자의 사생활 침해에 대한 배상액과 처벌조항이 들어가야 한다. 영국의 법과 같이 환자가 동의를 해야만 환자의 의료정보를 사용할 수 있다는 것을 법에 명시해야 한다. 임상연구 참여시 설명의무가 동반된 환자의 동의도 물론 포함해야 한다. 연구나 통계자료 생산의 목적으로 국민건강보험공단자료를 유출할 때에는 정보유출 기록을 만들어서 책임소재를 분명히 하고, 의료진 및 의료기관에서 환자 정보를 다루는 사람들에 대한 철저한 정보 보호 교육도 실시해야 한다.

관련기관: 보건복지부, 법제처, 대한병원협회, 국민건강보험공단

### III. 건강 결과

#### 1. 건강결과에서의 형평성 확보 : 성별, 교육, 소득, 직업, 지역 등의 사회 집단 사이에 회피 가능하고 불공평한 건강결과의 차이가 나타나지 않도록 대책 마련

“건강 형평성(equity in health)”이란 사회적, 경제적, 인구학적, 혹은 지역적으로 구분된 인구집단 사이에 구조적이고 교정가능한 차이가 없다는 것을 의미한다<sup>205)</sup>. 건강 불평등이 감소되어야 하는 이유는 그것이 공정성과 정의라는 가치(value)에 위배되는 것은 물론, 불평등의 감소가 평균적인 전체 인구의 건강을 더 낮게 하기 때문이다<sup>206)</sup>. 건강 형평성은 보건의료 분야는 물론이거니와 조세, 교육, 노동, 주택, 식량, 환경 등 광범위한 국가/사회정책 속에서 추구된다는 점에서 건강권 추구의 가장 광범위하고 포괄적인 형태이며 다른 분야에서의 형평을 추구해나갈 수 있는 기본 잠재력이라 할 수 있다.

서구 선진국들은 1990년대 이후 불평등 현상을 단지 기술(記述)하던 연구에서 벗어나 점차 기전을 규명하고 그에 대한 전략을 개발하는 연구들로 옮겨가고 있으며, 제한적이기는 하지만 구체적인 정책으로 실행되고 있다. 하지만 우리 사회에서는 건강 형평성의 이슈가 아직 학술 영역에 머무르고 있으며 보건의료 서비스의 평등한 접근권 문제 이외에는 정책 영역의 관심을 끌지 못하고 있는 것이 현실이다.

##### (1) 현황

###### 가. 건강 형평성의 실태

사망 수준은 건강 결과를 가장 분명하게 나타내면서 생정 통계를 통해 일상적으로 수집되기 때문에 국민보건 수준의 모니터링이나 형평성 연구에 널리 쓰이고 있다. 최근에 국내에서 발표된 연구 결과들을 일부 살펴보면 사회계층이 낮을수록 사망률이 높은 것으로 일관되게 나타난다. 이를테면 1992~1996년 동안 공무원 및 사립학교 교직원의 의료보험 피보험자 남성들의 사망결과를 추적한 연구<sup>207)</sup>는 표준보수월액에 따른 사망률 차이를 비교했을 때 가장 낮은 계층에서 사망률이 가장 높다고 보고하였다. 또한

205) Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health* 2002; 1:1-20

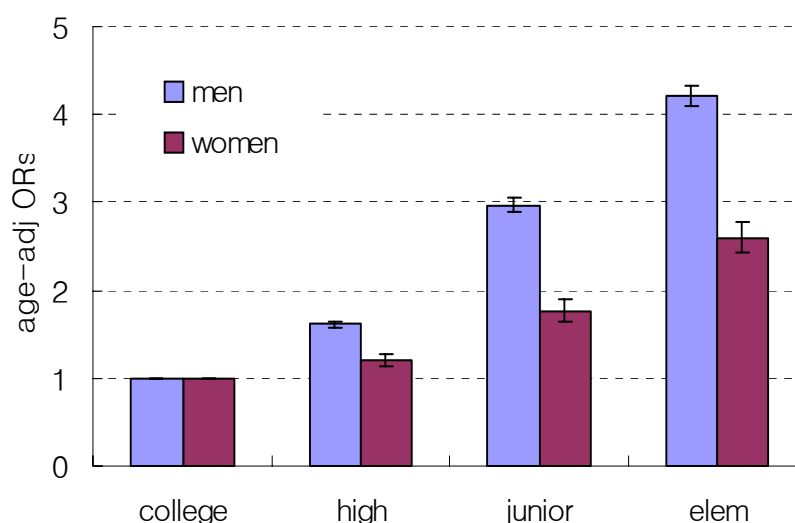
206) Mackenbach JP, Bakker M (eds). *Reducing inequalities in health : A European perspective*. Routledge. London 2002

207) 송윤미. 「사회경제적 수준과 사망의 연관성-한국 남성 759,665명에서의 코호트 연구」 한국역학회, 『한국역학회지』 1998;20(2):219-225

1993~1997년 동안의 사망통계자료를 분석한 연구<sup>208)</sup>에서는 비육체 노동과 육체 노동으로 구분한 직업 계층, 교육 수준, 지역사회 박탈 수준이라는 개인과 지역 수준의 3개 변수들 모두 사망위험과 유의한 역(逆)관계가 있음을 보여주었다(그림 3).

사망이 아닌 상병 수준과 건강행동에서도 이러한 계층간 격차는 분명하게 관찰할 수 있다. 2001년 국민건강·영양조사 자료를 토대로 한 분석<sup>209)</sup>에 따르면, 주·객관적 평가에 의한 다양한 측면의 건강 수준 (예, 자가평가 건강 수준, 활동 제한, 대사 증후군, 자살 사고로 측정된 정신 건강)은 물론, 건강위험요인(흡연, 음주, 운동, 영양 등의 건강행동, 비만, 스트레스, 사고와 중독 등)에서도 대체로 사회경제적 불평등을 확인할 수 있었다.

이러한 결과들은 건강 불평등이 발생하는 기전을 상세하게 드러내지는 못하지만 건강의 사회경제적 불평등이 특정 질환이나, 특정 행동 요인에 국한된 문제가 아니라 건강의 전 영역에 걸쳐 광범위하게 존재하고 있으며, 단지 “빈곤층”에만 한정된 것이 아니라 사회적 위계의 모든 단계에 걸쳐서 나타나는 “분포”의 문제라는 점을 보여준다<sup>210)</sup>. 또한 건강의 근본적 결정요인인 사회적 조건에 대한 고려 없이 특정 질환, 혹은



자료원 : 손미아 2002

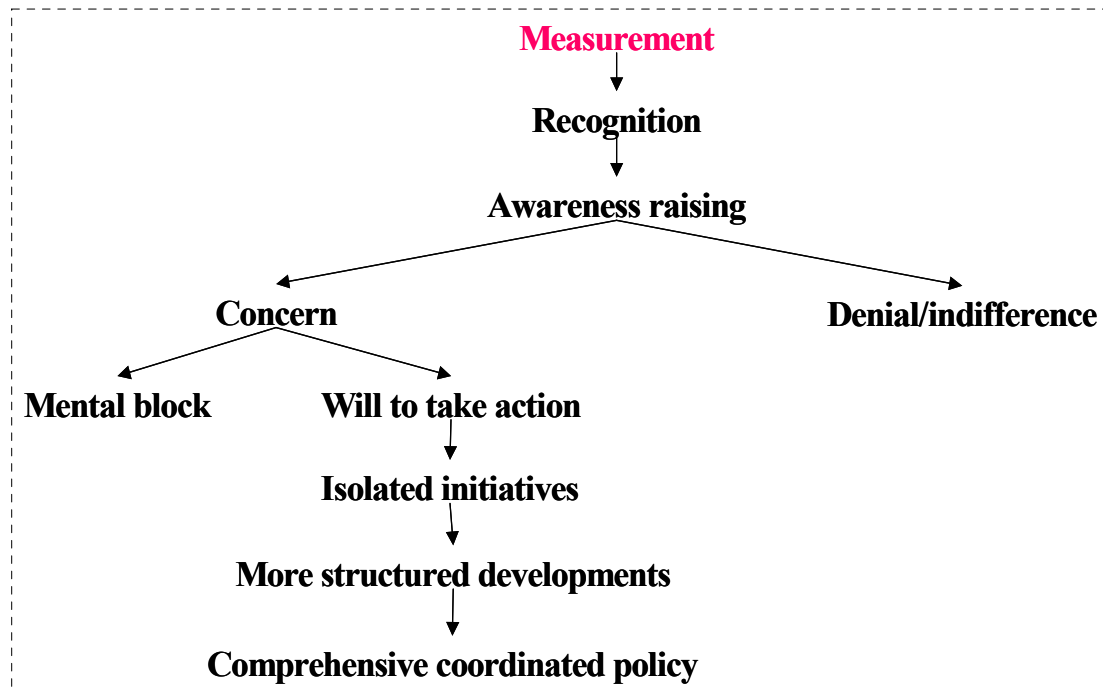
[그림 3] 교육 수준에 따른 연령 보정 사망률의 비

208) 손미아. 「직업, 교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향」 대한예방의학회, 『대한예방의학회지』 2002;35(1):76-82

209) 박순일 등. 한국인의 주요 상병 및 건강행태 분석-2001년 국민건강·영양조사 건강부문 심층분석 결과-. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 2003.

210) Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequality in health : next questions and converging evidence. Soc Sci Med 1997;44(6):901-910

특정 행동요인 중심의 보건 사업으로는 건강 형평성이라는 목표를 결코 달성할 수 없음을 의미하는 것이기도 하며<sup>211)</sup>보건의료 정책을 넘어선 광범위한 사회정책(social policy)의 필요성을 강하게 시사한다.



자료원: Mackenbach & Bakker 2002 (재인용 : Whitehead 1998)

[그림 4] 건강 불평등에 대한 대응 활동의 양상

#### 나. 국가적 목표의 부재

건강 형평성의 경우 보건 분야의 제한된 노력만으로는 결코 성과를 거두기 어렵다는 점에서 그 어떤 쟁점보다 포괄적이고 근본적인 접근방법을 필요로 한다. 이를테면, 보건의료의 접근성이나 자원 조달, 어린이나 빈곤층 같은 건강 취약 계층의 문제들이 보건의료 영역 내부에서 개별적으로 다루어지는 것이 아니라 모두에게 공평한 건강권 보장이라는 형평의 거시적 틀 안의 일부로 다루어질 때만이 실질적인 성과를 거둘 수 있다(그림 4). 이러한 점에서 형평과 관련한 국가 목표의 설정이 매우 필수적이라 할 수 있는데, 우리 사회는 아직 거기에까지 이르지 못하고 있다. Whitehead (1998)은 건강

211) Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. J Health Soc Behavior 1995;(extra issue):80-94

불평등에 대응하는 각 국의 양상을 다음과 같은 단계로 구분하였는데, 우리 사회는 현재 가장 초기인 “측정”의 단계에 와 있다고 할 수 있다.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 캐나다<sup>212)</sup>

국가보건사업의 우선순위를 정하면서 1) 보건 영역의 개선과 방향의 재설정, 2) 핵심 집단의 건강과 안녕에 투자 (어린이, 청년, 원주민), 3) 소득 분포, 문해(文解), 교육에서의 불평등 감소를 통한 건강 증진이라는 세 가지 전략을 채택하였다. 사회적 불평등 감소를 통한 건강 증진 전략은 다음과 같다.

#### ○ 보다 평등한 소득 분포 확립

- 뒤떨어진 개인과 집단들 사이에서 소득 능력과 취업 기회 증가 (특히 교육과 기술 수준이 낮은 청년)

- 소득 계층 사이의 불평등을 줄일 수 있도록 조세, 이전/사회 정책 활용 지속

- 다른 생애 단계에서 지원을 필요로 하는 캐나다인에 대한 안전망을 제공해주는 현재의 사업에 대한 효과성 검토

- 건강에 대한 여가와 사회 서비스의 중요성을 인지하고 개인이나 가정의 지불 능력에 관계없이 이러한 서비스를 공평하게 이용할 수 있는 방안 개발

- 모든 캐나다인들이 컴퓨터, 사생활, 안전에 대한 필수적 필요를 충족시키는 방안 개발

- 굶주림을 예방할 수 있는 장기적 전략 개발

#### ○ 모든 캐나다인의 문해 능력과 교육 접근 향상

- 모든 지역사회와 사업장에서 문해 능력 향상 프로그램에 대한 지원 제공

- 청년들이 학업을 계속할 수 있도록 격려하고 상급학교를 진학하려는 학생들의 부담을 경감해줄 수 있는 방안 개발

- 청소년 임신의 예방

- 평생 학습의 지원 증가

---

212) Toward A Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians. the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999

## 나. 핀란드<sup>213)</sup>

핀란드는 생애주기와 국민 전체를 대상으로 한 국가 보건목표를 설정하고 단계별 주요 과제를 선정하면서 건강의 사회적 결정요인, 건강 형평성의 이슈를 전면에서 부각시켰다.

### ① Health 2015를 위한 보건 목표

#### ○ 생애 주기별 달성 목표

- 1) 어린이의 건강과 안녕을 증진시키고, 안전하지 못한 환경에서 비롯된 증상과 질병을 상당히 감소시킨다.
- 2) 청년층의 흡연률을 감소시키고, 16~18세의 흡연률을 15% 미만으로 되도록 한다. 청년층에서 음주 및 마약과 관계있는 건강문제는 적절하게 다루어져야 하며, 90년대 초반 수준을 넘기지 않도록 한다.
- 3) 젊은 남성에서의 사고와 폭력에 의한 사망을 90년 후반 수준의 1/3 감소시킨다.
- 4) 노동 계층 연령의 근로 능력과 기능성, 작업 환경을 개선하여, 사람들이 더 오래 근로 생활을 할 수 있도록 하며 은퇴시기를 2000년보다 3년 늦출 수 있도록 만든다.
- 5) 75세 이상 노인들에서, 평균적인 기능성이 지난 20년 동안처럼 꾸준히 향상되도록 한다.

#### ○ 전체를 위한 달성 목표

- 6) 핀란드인들이 2000년보다 평균적으로 2년 더 건강한 상태로 남아 있도록 한다.
- 7) 보건의료 서비스의 가용성과 만족도, 주관적인 안녕감, 개인 건강에 대한 환경 영향의 경험들이 최소한 현재 수준으로 유지되도록 한다.
- 8) 이러한 달성 목표들의 이행에서 또 다른 목적은 불평등을 감소시키고 가장 취약한 집단에 속한 사람들의 복지와 상대적 지위를 높이는 것이며, 그 목표는 성별, 교육 수준, 직업군 간의 사망률 격차를 1/5 감소시키는 것이다.

### ② 생애 주기별 주요 과제

#### ○ 어린이

- 1) 가족들을 지원하고, 자녀가 있는 가정의 필요와 그들의 근로 생활이 더욱 조화를 이룰 수 있도록 중앙과 지방 정부, 비정부기구, 기업의 협조
- 2) 부모와의 협조 하에, 아동의 건강증진을 위한 보육, 취학 전, 포괄적인 학교의 역

---

213) Government Resolution - on the Health 2015 public health programme. the Ministry of Social Affairs and Health 2001



## 할 촉진

3) 지자체 복지 사업의 일환으로, 재정지원과 사회심리적 서비스를 제공함으로써 주변화 위기에 놓여 있는 유자녀 가정을 돕고, 보건복지 서비스와 사회보장 체계가 아동의 건강을 증진시킬 수 있도록 (특히 가장 취약하고 위험집단에 속한 어린이들의 가정 상황과 교육기회를 증진시킬 수 있는 방식을 찾아야 한다).

4) 어린이들의 사회심리적 안녕을 나타내는 지표를 고안해야 하며, 이에 근거한 모니터링 체계를 구축하고 어린이를 위한 정신보건의 옹호되어야 한다.

## ○ 청년

5) 교육에서의 주변화와 불건강의 감소 활동에서 학교와 기타 교육 기관, 보건 복지 서비스, 지자체 체육과 청소년 부서, 시민 단체들과 언론들의 협조를 이끌어낸다 (이를테면 지원 기능 개발, 생활 관리와 건강에 대한 정보 제공 증진, 운동 습관에 영향)

6) 음주와 마약 시도를 줄이고 이와 관련된 사회/건강 문제를 적절히 다룰 수 있도록 다양한 기관, 단체, 학교, 기업, 부모, 청소년들 사이에 전국적으로 지방 자치단체의 협조를 이끌어낸다.

## ○ 근로 생활

7) 젊은 성인 남성 계층에서 음주 관련 사고와 폭력 사망/손상을 감소시키기 위해 보건복지부는 다른 정부 부처와 지방 기관, 노동조합, 기업 단체 등과 실천 패키지에 대한 협약을 맺어야 하며, 현존하는 교통 및 산업 안전 보건 사업을 연장해야 한다.

8) 가족생활과 관련된 훈련기회와 서비스를 개발함으로써 인간과 가족 관계, 가정 폭력, 고립과 관련된 문제를 줄이려는 모든 노력이 이루어져야 한다(이를테면 가족 상담 클리닉의 기술 기반 증진, 남성 폭력에 맞설 특정 집단의 구성).

9) 실업자와 비전형적인 직업 혹은 작업 환경에서 일하는 이들이 다른 사람과 마찬가지로의 보건서비스와 건강증진을 성취할 수 있는 기회를 동등하게 보장하면서, 사회적 배제를 예방하기 위한 모든 노력을 기울여야 한다.

10) 보건복지부, 노동부, 노동 기구들은 고용주의 요구가 노령화하는 노동자, 그들의 정신적/ 육체적 능력과 조화를 이룰 수 있도록 “노령화 노동자를 위한 국가 프로그램”의 목적에 맞추어 현재의 노력을 강화해야 한다. 피고용인들이 일자리에서의 대응을 도울 수 있도록 정부 스스로 인사 정책과 전략을 보장함으로써 모범을 보여야 한다.

## ○ 노인 인구의 건강

11) 노인 인구가 가능하면 오랫동안 사회에서 능동적으로 기능하고 지식과 기술, 스스로 돌볼 수 있는 능력을 개발하고, 적절한 소득으로 독립적인 삶의 질을 누릴 수 있

도록 기회를 보장해야 한다.

12) 노인 인구가 (능력이 저하된 경우에도) 독립적인 생활을 꾸려갈 수 있는 조건을 보장하도록 이들을 위한 주거, 지역 서비스와 교통 환경들이 개발되어야 한다. 지역 당국은 그들의 복지 사업의 일환으로, 주거지역의 개발과 확장과 관련한 지방 자치 계획에 노인 전략을 포함시킴으로써 이러한 대상 목표를 위해 노력해야 한다.

13) 노인을 위한 서비스 프로그램은 일상생활과 장기 요양에 필요한 간호 서비스를 개발하고 비공식적 돌봄과 봉사 활동, 상용 서비스와 정부 활동을 합병시키며, 현대적 기술의 활용을 목표로 하여 지방 자치 단체와 함께 작업이 이루어져야 한다.

#### 다. 스웨덴<sup>214)</sup>

국가공중보건위원회에서 국가보건목표를 설정했는데, 건강결정요인, 특히 사회적 조건의 변화를 강조하였다.

1) 강력한 연대감과 사회 속에서의 공동체 의식 → (1) 빈곤 감소, (2) 주거 분리 감소, (3) 사회적으로 낙후된 주거 지역에 살고 있는 어린이와 청년들의 보상 자원 마련

2) 개인에 대한 지지적 사회 환경 구축 → (1) 고립, 고독, 불안 감소, (2) 여가와 문화 활동 참가 증가

3) 모든 어린이들에 대해 안전하고 평등한 아동 환경 조성 → (1) 어린이와 부모의 안전한 유대, (2) 어린이의 자신감과 학교에서의 성취를 강화시킴으로써 건강을 증진하는 보육 및 학교 체계 구축, (3) 어린이와 청소년에서의 정신 건강 증진

4) 높은 취업률 → (1) 평생 학습 기회 제공, (2) 낮은 실업률, (3) 노동시장에서 이민자나 장애인에 대한 차별 철폐

5) 건강한 노동 환경 → (1) 개인의 요건에 맞출 수 있도록 작업의 육체적/정신적 요구도 적응, (2) 작업장에서 영향력과 개발 기회 증가, (3) 초과 노동 감소

6) 휴양을 위한 녹지대 확보 → (1) 거주지 근처에 안전하고 조용한 녹지대 확보, (2) 보육 시설과 학교에서 자극이 되는 운동장 확보, (3) 노인과 장애인을 위한 요양 시설 근처에 훌륭한 야외 설비 마련

7) 건강한 실내/외 환경 → (1) 간접흡연에 대한 폭로 감소, (2) 잘 환기되는 실내 환경, (3) 환경 실행 목표 위원회의 제안에 따른 질 높은 건축 기준, 방사능으로부터의 보호, 신선한 공기와 비독성 환경

8) 안전한 환경과 생산품 → (1) 안전한 가정 환경, 안전한 교통 환경, 기타 공공장소에서의 안전, (2) 건강에 해를 미치거나 알러지를 유발하는 생산품의 사용 감소

9) 신체적 운동 증가 → (1) 학교 혹은 노동과 관련하여 운동 증가, (2) 여가 시간의

---

214) Sweden's new public health policy : National public health objectives for Sweden. the Swedish national institute of public health 2003

## 운동 증가

10) 건강한 식이 습관 → (1) 과일과 야채 섭취 증가, 지방과 설탕 섭취 감소, (2) 사회에서 과체중인 사람의 숫자 감소, (3) 모유 수유 여성의 숫자 증가

11) 안전하고 자신감 있는 성 생활 → (1) 성 전파 질환의 확산 감소, (2) 원하지 않는 임신의 숫자 감소, (3) 성적 지향 때문에 차별 받는 사람이 없도록

12) 담배 소비의 감소 → (1) 2010년부터 담배 없는 인생의 시작, (2) 담배 피우는 18세 미만 청소년의 숫자를 2010년까지 절반으로 감소, (3) 담배를 가장 많이 피우는 집단의 흡연자 숫자를 2010년까지 절반으로 감소, (4) 누구도 자신의 의지에 반해 주변 사람에 의해 담배에 접하게 되는 일이 없도록

13) 해로운 알콜 섭취 감소 → (1) 총 섭취량 감소, (2) 임신, 운전, 항해, 작업 중 혹은 스포츠 활동과 관련하여 절대 금주, (3) 만취 상태까지의 음주 발생 감소

14) 마약 없는 사회 → (1) 마약에 대한 접근성 감소, (2) 마약을 시도하거나 사용하는 청소년의 숫자 감소

15) 보다 건강 지향적인 보건 서비스 → (1) 개인, 집단, 지역사회 수준에서 불건강의 예방과 건강증진을 위한 보다 효과적인 수단, (2) 인구 집단에서 평등한 건강 개발을 보장할 수 있도록 협동 증가, 3) 불건강 예방과 건강 증진 사업을 위한 진보된 방법과 전략

16) 공중 보건에서의 조율된 노력 → (1) 지역 의회의 손에 달려 있는 보건 기획의 책임, (2) 책임 있는 기관에 의한 국가 수준에서 공중 보건 분야 내에 조율된 영역 전략의 개발, (3) 내각과 행정부 사이에 공중 보건 이슈에 대한 조율, (4) 공중보건 정책의 보고서 형태로 스웨덴 의회에 제출되는 공중 보건에 관한 국가전략의 주기적인 업데이트

17) 연구, 방법 개발, 교육에의 장기적 투자 → (1) 다양한 사업의 가치, 비용, 효과에 대한 심층적 연구, (2) 공중보건 사업을 관리하는 기술 향상, (3) 공중 보건 분야 교육에서의 투자 증가

18) 건강에 대한 사실적 정보 → 모든 이를 위한 건강에 대한 사실적이고 객관적 정보 접근성

## 라. 영국<sup>215)</sup>

영국은 1980년대 블랙보고서의 출간 이래 건강 불평등 해소를 위한 가장 적극적인 노력을 기울이고 있는 국가들 중 하나로서, 건강 불평등의 감소와 이를 위한 포괄적인 사회전략을 국가의 주요 보건 목표로 삼고 있다.

### ○ 기저의 건강 결정 요인 다루기

215) Tackling Health Inequalities - A Programme for Action. Department of Health. UK 2003

1) 주거 : (1) 2004년까지 80만 가구의 에너지 효율 증진으로 연료 부족 감소 → 2010년까지 잉글랜드 민간 부문에 거주하는 모든 취약 가구와 공공 주택에 거주하는 비취약 가구에서 연료 부족 종식, (2) 2005년까지 37만 가구를 적절한 주거 상태에, 민간 영역에 주거하는 8만 빈곤 가구를 적절한 주거상태로 만들며, 2010년까지 공공 주거의 100%를 적절한 수준으로

2) 훈련과 기술 : (1) 2007년까지 75만 명의 성인에게 기본 기술 향상, (2) 2006년까지 NHS 대학을 통해 2만명의 보건 복지 스태프의 문해와 계산 능력 개발, (3) 2006년까지 1백만 명의 성인 노동인구가 level 2 NVQ 이상을 획득하고, 2010년까지 그렇지 못한 성인의 숫자를 최소한 40% 감소, (4) 18~30세 성인의 고등교육 비율을 50% 증가

3) 일자리와 소득 : (1) 2006년까지 노동인구가 없는 가정의 어린이 비율을 60% 감소, (2) 2006년까지 Pathways to Work를 통해 장애인들의 취업률 향상, (3) 2010년까지 자녀에 대한 지원을 받는 부모의 비율을 60%로 증가, 3M 연금가입자들에게 Pension Credit, 구직센터와 지역 네트워크를 통한 사무 운영, (4) 2006년에 모든 지역의 경제적 성과에서 지속 가능한 발전에 대한 보고

4) 교통 : 2005년에 차기 지방 교통 계획 안에 접근성에 대한 기획 포함

#### ○ 개인과 지역사회의 참여 증대

1) 2004년까지 치료프로그램에 참여하는 약물 사용자의 숫자를 55% 증가, 약물 관련 사망률 20% 감소 → 2008년까지 참가율 100% 증가

2) (1) 2006년까지 모든 지원 노인의 30%가 가정에서 살 수 있도록, (2) 2004년에는 5만명 이상이 독립적으로 거주하며, 50% 이상이 지역사회 시설을 통해 혜택을 받고, 15만 명의 노인이 중간 단계 보호를 받도록, (3) 2004년에 50개의 MH 조기 중재팀, 335개의 위기 중재 팀, (4) 교도소의 정신보건 개선하여 심각한 정신질환을 앓는 모든 재소자들이 2004년 4월까지 진료 계획을 가질 수 있도록, (4) 2003년에 몇가지 핵심 언어로 건강 문제에 대한 온라인 자원 개발, (5) 단기, 혹은 긴급 상황이 아닌 경우 여관에 묵는 유자녀 노숙자 가족의 숫자가 없도록, (6) HAZ에서 PCT에 추가로 1억 4천만 파운드 투자, (7) 250개의 방과 후 학교 설립, (8) NRF에 추가로 8억 투자

#### ○ 질병 예방과 효과적인 치료 서비스 제공

1) 효과적 예방수단을 통한 위험 요인 감소 : (1) 2010년까지 성인 인구의 흡연률 감소 → 2006년 80만명의 흡연자가 4주 단계의 금연, 2010년 육체노동자 집단에서 흡연률을 26%로 감소. (2) 2010년까지 임신중 흡연 여성의 숫자를 전체의 1% 감소 → 2005년 임신 중 흡연 여성의 숫자를 전국적으로 18%, 2010년까지 임신 중 흡연 여성의 숫자를 전국적으로 15%. (3) 2003년에 PCT의 가장 빈곤한 20%에서 5-a-day 사업의 확립. (4)

2004년에 전국 학교 과일 지급 사업이 4-6세의 모든 아동에게 해당하도록, 2006년에 건강학교 사업에 참여하는 학교가 15% 되도록. (5) 2003년에 9개의 지역 운동 시범사업 확립. (6) 2010년까지 교통사고에 사망자의 숫자를 성인 40% 감소, 어린이는 50% 감소, 2010년에 경미한 사고 발생률의 10% 감소

2) 조기 발견과 중재, 치료 : 1) 2005~06년, 2007~08년 사이에 각각 125개씩의 추가적 원스탑 센터 마련 → 2005년에 3천명의 가정의들이 개업 혹은 이전, 5백 개의 원스탑 1차진료 센터 (농촌 지역에 100개), 1차보건의료 전문가가 24시간 내에, 의사가 48시간 내에 접근 가능하도록, 20개의 tPCT 설립. (2) 모든 관상동맥질환자의 진료 등록이 갱신되도록

3) 효과적인 치료의 접근성 향상 : (1) 2004~2009년 동안 75세 미만 인구의 암 사망률 감소 → 2004년에 65-70세 여성 중 유방암 검진을 받는 비율 100%로, 2005년에 75세 미만 사망률 12% 감소, 모든 암의 진단부터 치료까지 대기를 1달 이내로, 모든 암에서 긴급한 1차 의사의 의뢰로부터 치료까지 대기가 최대 2달 미만이 되도록, 2008년에 암 전문의를 추가로 1천명 확보, 2009년에 75세 미만에서 암으로 인한 사망을 20% 감소. (2) 2004~09년에 85세 미만에서 관상동맥질환으로 인한 사망률 감소 → 2009년에 75세 미만에서 관상동맥질환으로 인한 사망률 40% 감소, 2005년에 75세 미만 인구에서 사망률 25% 감소, 흉통 클리닉에의 빠른 접근에서 대기를 2주 이내로 감소, 지역 목표량을 통해 혈관조영술과 혈관성형술 대기를 3개월 이내로

#### ○ 가정과 어린이 지원

1) 모자 보건과 아동 발달 : 2006년까지 전년도 대비 CAMHS 10% 증가 (2006년 어린이와 청소년을 위한 포괄적인 정신보건 서비스 구축)

2) 어린이와 청년들의 삶의 기회 개선 : (1) 2005년 아동 기금 450만 마련

(2) 2004년까지 11세 아동의 영어나 수학 4등급 이상 85% → 2006년까지 4등급에 이르지 못한 초등학생이 65%가 안 되는 학교 감소. (3) 2004년까지 16세 학생의 5과목의 GCSE A-C 받는 학생이 20% 되도록, 각 LEA에서 GCSE A-C 과목이 5개 이상인 초등학생이 38% 되도록 → 2006년까지 GCSE A-C 과목이 최소 5개인 16세 학생이 25% 되도록. (4) 2004년까지 14세 학생 중 영어, 수학, ICT 5등급 학생이 75% 되도록 → 2007년까지 14세 학생 중 영어, 수학, ICT 5등급 학생이 85% 되도록, 14세 학생 중 60%가 5등급 미만인 학교의 수 감소 → 2007년 영어와 수학에서 4등급 받은 12세 학생이 90% 되도록. (5) 2005-2006년 동안 GCSE 15% 유지, 2005년 무단 결석 10% 감소, 보호 중인 16세부터 GCSE A-C의 15% 증진. (6) 2006년까지 PE와 학교 체육에 참여하는 5-16세 학생의 숫자 증가 → 2006년 일주일에 PE와 학교 체육에 두 시간 참여하는 5-16세 학생의 수를 75%로 증가. (7) 2005년 수학여행 계획을 착수하는 학교를 25%로 증가

3) 10대 임신 감소와 10대 모성의 지원 : (1) 2010년까지 최하 5분위 지역과 국가 평균 사이의 18세 미만 임신의 차이를 전년도에 비해 감소 → 2004년 지원 없는 편부모 (16-17세)가 없도록, 2005년 18세 미만 임신을 15% 감소, 2006년 18세 미만 임신을 25% 감소, 2010년 18세 미만 임신을 50% 감소, NVQ level 1을 최소한 취득하는 10대 모성의 숫자를 60%로 증가. (2) 2004년 10대 부모를 위한 새로운 보육 사업, 160만 아동을 위한 보육 장소 마련, 2006년 일자리가 없는 가정에 살고 있는 슈어스타트 지역에서 0-3세 어린이 12% 감소. (3) 2006년까지 SRE 획득 교사의 숫자 증가 → 2006년 SRE 취득 신규교사 750명으로, PHE 교육이 나쁘게 평가되는 경우가 없도록

또한 국가보건 수준을 모니터링하는 지표로 다음과 같은 항목들을 선정하여, 전반적인 건강 수준은 물론 불평등 수준의 확인을 핵심으로 고려하였다.

1. 1차 의료 접근성 : 인구 10만명 당 1차 진료의사의 숫자
2. 사고 : 취약 지구에서의 거리 사고 희생자
3. 아동 빈곤 : 저소득 가구에 살고 있는 어린이의 비율
4. 건강식이 (5 a day) : 가구 소득 분포의 최저 5분위에서 야채와 과일 섭취량이 1일 5단위 이상 되는 사람들의 비율
5. 교육 : 16세 청소년 중 5과목의 GSCE에서 A~C에 해당하는 성적을 취득한 비율
6. 노숙자 : 임시 주거 시설에 살고 있는 유자녀 노숙자 가구의 수
7. 주거 : 허름한 집에 사는 가구의 비율
8. 인플루엔자 예방접종 : 65세 이상 노인의 인플루엔자 예방접종을
9. 체육과 학교 스포츠 : 교육 과정 내외 활동으로 높은 질의 체육 활동과 학교 스포츠에 일주일에 최소 2시간 이상 참여하는 학생의 비율
10. 흡연률 : 육체 노동자와 임신 여성 중 흡연하는 사람의 비율
11. 10대 임신 : 18세 미만 청소년의 임신을
12. 주요 질환에 의한 사망률 : 75세 미만 인구에서 주요 질환(암, 순환기질환)에 의한 인구 10만명당 연령 표준화 사망률 (국가 평균에 비해 사망률이 가장 높은 20% 지역)

### (3) 현행법

#### 가. 보건의료기본법

- 제2조 (기본이념) 이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과

가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율의 조화를 기할 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본이념으로 한다.

· 제10조 (건강권 등) : ①모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다. ②모든 국민은 성별 · 연령 · 종교 · 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

보건복지부에서는 2010년 달성을 목표로 다음과 같은 국민건강증진종합계획을 세웠으나 앞서 살펴본 주요 선진국들과 달리 “형평”에 대한 관점이나 보건의료를 벗어난 사회적 결정요인에 대한 언급은 전혀 담겨 있지 않다. 또한 현 정부의 보건의료발전계획안의 경우, 보건의료 서비스의 접근성과 보장성 강화를 주요 과제로 채택하고 있지만 역시 포괄적인 사회 정책으로서의 건강 정책에 대한 관점은 찾아보기 힘들다.

가. 국민건강증진종합계획(일명 Health Plan 2010)의 세부 목표(표 17)<sup>216)</sup>

나. 참여정부의 보건의료발전계획<sup>217)</sup>

○ 보건의료의 현황을 우리나라와 다른 OECD 회원국간의 비교 분석을 통해 우리나라가 당면해 있는 문제들을 객관적으로 파악하고 그 해결책을 모색함.

- 기대여명과 영아사망을 분석을 통한 국민건강수준 인지
- 보건의료분야의 연구개발비와 국민총생산 대비 보건의료지출 분석
- 사회경제적 상황변화에 따른 보건의료 중요성 인식

○ 보건의료발전 목적에 부합되는 종합적인 목표와 분야별 실천목표를 계량화하여 추진목표를 명확히 설정함.

○ 생애주기에 따른 중점 건강관리 및 질병예방 관리체계, 그리고 공공·민간의 동반자관계 구축을 기반으로 한 건강증진사업 활성화 방안을 마련함.

- 생애주기에 따른 지속적 건강관리 강화
- 주요 질병에 대한 국가 중점 관리체계 구축

216) 보건복지부. 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010). 2002. 12.

217) 보건의료발전기획단. 참여정부의 보건의료발전계획(안) 공청회 자료집. 2003. 11

<표 17> 국민건강증진종합계획 세부 영역별 보건목표

구 분	영 역			현 재	2010년	
건강 생활 실천	금연	성인 흡연율	남자	67.8%	30%	
			여자	4.6%	4%	
		청소년 흡연율	고3 남학생	37.9%	5%	
			고3 여학생	10.5%	2%	
	절주	1인당 알코올 소비량			8.7 ℓ	7 ℓ
		청소년 음주비율			21.0%	5.0%
	운동	규칙적 운동실천율(주 3회 이상, 20세이상)			8.6%	17.2%
	영양	권장 영양소 섭취 인구비율			30%	50%
적정체중( $18.5 \leq \text{신체질량지수} < 25$ ) 인구 비율 ※신체질량지수(BMI) : 체중(kg)÷신장(m) <sup>2</sup>			68.7	75%		
정신 보건	정신질환 유병률(알코올 사용장애 포함)			14.4%	10%	
	정신질환 치료율			2.7%	3.2%	
	자살 사망률 (10만명당)			19.9명	15.9명	
	스트레스 인지율(100명당)			36.7명	32.7명	
구강 보건	현존 자연치아 수(65세~74세)			17.0개	19개	
	치아 우식 (충치)	5세 우식경험 지수		5.5개	5.0개	
		12세 우식경험 지수		3.3개	2.8개	
모자 보건	모성 사망비(10만명당)			20명	12명	
	영아 사망률(1,000명당)			7.7명	5.4명	
	유배우 부인 인공임신중절을			24.6%	10%	
	제왕절개 분만을			37.7%	20%	
만성 질환 관리	당뇨병 사망률(10만명당)			22.0명	19.0명	
	고혈압 유병률(100명당)	남 자	26.6명	19.7명		
		여 자	27.9명	20.7명		
	뇌혈관질환 유병률(1,000명당)	남 자	9.5명	9.0명		
		여 자	12.5명	11.9명		
	허혈성심장질환 유병률(1,000명당)	남 자	18.0명	19.5명		
		여 자	10.0명	10.9명		
	관절염 유병률(1,000명당)	남 자	5.5명	5.5명		
여 자		15.7명	16.0명			
암 관리	조 기 검진율	자궁경부암			33.9%	50%
		유방암			13.9%	25%
		위암			10.9%	20%
	암 사망률 (10만 명당)	위암	남 자	31.3명	20.0명	
			여 자	17.2명	14.0명	
		간암	남 자	32.5명	20.0명	
			여 자	10.0명	6.0명	
		폐암	남 자	36.1명	35.0명	
			여 자	12.6명	12.0명	
		유방암			4.9명	4.5명
자궁암			5.6명	2.5명		



- 건강증진사업 및 건강생활 실천운동 활성화
- 건강증진을 위한 기반 확충

○ 사회보장의 일환으로서 각 계층별 보건의료에 대한 기대를 만족시키고 비상시 대책을 수립함으로써 계층간의 융화와 더불어 국민 생명의 존엄성을 우선시하는 국가 책임의식의 상징성을 부각시킴.

- 공공보건의료 기능 강화
- 취약계층에 대한 의료 안정망 확보
- 국민건강보험의 보장성 강화
- 응급의료의 접근성 강화

○ 정부의 주도하에 의료기관간의 기능을 조정하여 국민이 보다 합리적인 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 하며, 양·한방을 포괄하는 의료관리와 평가체계를 구축함.

- 의료전달체계의 효율화
- 보건의료 지원 공급 적정화
- 보건의료 서비스의 질 관리 강화
- 의료소비자 보호제도 강화

○ 국가 주도하에 의약품, 화장품, 의료기기, 의약품, 그리고 한약재를 포괄하는 유망 보건산업을 발굴하고 육성하여 보건의료산업의 경쟁력을 제고시킴.

- 첨단기술 개발 및 제품화 지원
- 보건산업 기반 조성
- 보건산업 경영 지원
- 한의약 산업의 지원 및 육성

○ 질병관리본부의 기능을 강화하고 보건의료관련 자료의 계량화를 통한 객관적인 분석능력을 제고하며, 이를 바탕으로 보건의료의 합리적인 정책 평가 방안을 마련하고 대외적인 협력 창구를 확립함.

- 보건의료 관련 조직 강화
- 보건의료 통계 및 정보화 개선
- 보건의료 성과 평가 및 적정 의료비 관리
- 보건의료 분야 대외협력 네트워크 구축

## (5) 기존 제안

건강의 사회적 결정요인을 규명하고 형평성을 추구하는 것은 추상적이고 포괄적인 과제로 여겨지지만, 그 시작단계에서는 다음과 같은 전략을 채택하는 것이 제시된 바 있다<sup>218)</sup>

#### ○ 백서(white paper)의 출간

현재 건강 형평성에 관한 논의와 정책 개발이 활발한 국가들의 대부분은 기존의 국내 연구결과들을 총 망라하여 현황과 전망을 분석한 백서 출판을 그 출발점으로 삼았다. 이를테면 1980년에 출간된 영국의 블랙리포트(Black Report)는 학술적으로나 실천적인 측면에서 기념비적인 저작이라 할 수 있다. 이러한 백서들의 출간은 각국에서 학계와 사회, 정책 분야에 논의를 이끌어내는데 큰 역할을 해 왔다. 우리 사회의 경우 그동안 개별 연구자들을 중심으로 사망 자료, 국민건강·영양조사자료, 건강보험청구자료, 기타 지역 조사자료를 이용한 연구들이 소규모로 이루어져 왔다. 이러한 기존의 성과들을 모두 망라하고, 전문가 집단의 토의를 통해 개괄적인 국내의 상황을 정리하고, 건강 형평성과 관련한 보건 목표를 설정하는 것이 우선적으로 필요할 것이라 생각된다.

#### ○ 건강 형평성의 목표 설정

백서 출간의 주요 과정으로서 건강 형평성의 국가 목표를 설정하는 것이 필요하다. 이는 가용한 근거자료에 기반하여 가능한 정책 진입 지점을 확인하고 보건, 사회, 교육, 노동 등 다양한 분야로부터 포괄적인 정책 목표(healthy policy)를 세우는 것을 의미한다. 우리도 앞서 살펴본 캐나다, 핀란드, 스웨덴, 영국 등의 사례에서처럼 이러한 목표 설정하고 이에 따라 구체적인 정책과 사업 개발을 시도해야 할 것이다.

또한 유럽 지역의 건강 형평성 관련 정책과 사례들을 리뷰한 연구는 건강에서의 사회경제적 불평등을 감소시키기 위한 체계적인 접근에 다음과 같은 것들이 필요하다고 지적하였다<sup>219)</sup>.

- ① 건강불평등의 현재 크기와 최근 경향의 평가
- ② 미래의 가능한 건강불평등의 경향성을 탐구
- ③ 건강불평등을 감소시키기 위한 가능한 중재 및 정책의 연구
- ④ 이러한 중재와 정책의 잠재적 영향을 추정
- ⑤ 현실적인 건강불평등 목표를 수립

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

기존의 제안대로 현재 우리 사회의 건강 형평성 추구에서 가장 중요한 것은 상태의

218) 박순일 등. 한국인의 주요 상병 및 건강행태 분석-2001년 국민건강·영양조사 건강부문 심층분석 결과. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 2003.

219) Mackenbach JP, Bakker M (eds). Reducing inequalities in health : A European perspective. Routledge. London 2002

진단과 이에 따른 목표 설정이라 할 수 있으며 구체적으로 다음과 같은 신천 전략을 세울 수 있다.

#### 가. 자료의 생산과 지표 개발

관심 있는 연구자들을 중심으로 개별적으로 진행된 연구 결과들을 총 망라하고 평가하여 국가 수준의 건강 형평성 백서를 출간함으로써 현재의 상황을 진단할 수 있도록 하는 것이 무엇보다 중요하며, 영국의 사례에서처럼 우리 사회에 적합한 형평 중심의 보건 지표를 개발하도록 한다.

#### 나. 건강 형평성 목표 설정

백서의 진단 결과를 토대로 하여 광범위한 사회적 합의를 통해 건강 형평성의 목표를 설정한다. 이는 새로운 목표 수립은 물론 기존의 건강증진 목표들을 형평의 관점에서 재구성하는 것을 필요로 한다.

#### 다. 연구 지원

건강의 사회적 결정요인에 대한 탐구와 우리 사회의 고유한 불평등 발생의 기전을 밝히는 연구와 형평 관련 정책 개발 연구에 대한 국가적 지원을 확대하는 것이 필요하다. 특히 이 분야에 대한 국립 연구소들의 정책적 집중이 중요하다.

#### 라. 건강 형평성의 모니터링과 정책 영향 평가

목표 설정에 따라 지표를 이용하여 우리 사회의 건강 형평성 수준을 지속적으로 모니터링하며, 건강 형평성에 영향을 미칠 수 있는 다양한 영역의 제도나 정책에 대한 건강 영향 평가를 실시한다. 이를테면 노동안전 보건과 관련된 규제 완화, 경제 특구 내에서의 병원 개방, 현행 건강증진 사업 등 주요한 사업이나 정책들이 국민들의 건강에 어떠한 영향을 미칠 수 있는지 사전 평가제도를 마련하는 것이 필요하다. 이러한 제도가 뒷받침되지 않으면 다른 선진국의 사례들처럼 보건의료, 사회보장, 노동, 교육, 재정 등 건강과 관련한 다양한 부처들이 실질적으로 협력하여 포괄적 정책을 생산해내기보다 보건복지부만의 당위적 수사로 그칠 가능성이 높다. 이를 위해서는 “환경·교통·재해등에 관한 영향 평가법”에 “건강”을 추가하는 법개정이 반드시 선행되어야 한다.

관련기관 : 보건복지부 및 산하기관, 재정경제부, 행정자치부, 통계청, 노동부, 여성부, 교육인적자원부, 농림부 등.

## 3 장 대상자별 건강 쟁점 보완

### I. 어린이

어린이 건강권 보장의 중요성은 새삼 강조할 필요가 없을 만큼 보편적으로 인정받고 있다. 특히 아동의 건강권 보장은 평생 건강을 획득하는 데에 중요한 근간이 된다는 점에서 그 중요성은 말할 수 없이 크다고 할 수 있다.

경제·사회·문화적 권리에 관한 국제 규약(1976) 12조에서 '사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육을 위해 조치가 필요하다'고 언급했음은 물론 아동의 권리에 관한 협약(1990) 제 24조에서는 아동의 건강권을 구체적으로 규정하였다.

학령기 아동은 학교에 입학하면서 활동의 중심이 가정에서 학교로 옮겨가게 된다. 아동은 친구를 통해 사회생활에 필요한 여러 방법을 터득하고 문화의 가치관과 행동규범 속에서 사회화되며 이러한 일련의 과정은 대부분 학교 내에서 일어난다. 물리적 환경이 가정이라는 울타리를 벗어나면서 어린이 안전사고·전염병에의 노출 위험이 높고, 집단 급식의 실시로 식중독 및 어린이 영양문제에 대해서도 공공의 정책 수립이 필요한 상황이다.

#### 1. 필수 예방서비스의 확립

##### 1) 필수 예방접종의 실시

예방접종은 가장 효과적인 전염병의 예방수단으로 알려져 있다. 이는 개인 보호는 물론 집단 내에서 전염성 병원체의 전파를 저지함으로써 지역사회 전체를 질병으로부터 보호하는 역할을 한다.

그 동안 국내에서 이루어지고 있는 국가예방접종 사업과 관련하여 비용-편익, 비용-효과 분석, 새로운 예방접종 항목의 도입, 국가와 지방자치단체의 역할, 비용부담방법, 예방접종의 보고, 지역단위 민간과 공공을 연계한 예방접종 사업체계 구축, 예방접종이 상반응 보고 및 피해보상과 조사 등에 관한 문제점들이 제기되어 법 개정 등 많은 개선이 이루어졌지만<sup>220)</sup>, 가장 기본이라 할 수 있는 무료 접종은 아직까지 이루어지지 않고 있다. 주요 선진국은 물론 많은 개발도상국들에서조차 영유아/어린이(18세 미만)에 대한 필수 예방접종을 국가에서 관리 통제하며 무료 접종을 실시하고 있지만 우리나라는 여전히 민간의 의존비율이 높다.

220) 이종구. 예방접종 대상 전염병의 현황과 대책. 2001년도 대한예방의학회 하계워크샵 자료. 대한예방의학회(<http://prevent.richis.org>); 2001.

## (1) 현황

국가 예방접종 항목을 살펴보면 정기예방접종(BCG, TOPV, B형간염, MMR, DTaP), 임시예방접종(일본뇌염, 인플루엔자, 장티푸스, 유행성출혈) 대상 질환으로 구분되며, 민간 의료기관에서는 이에 추가하여 선별(수두, 헤모필루스 인플루엔자, A형간염 등) 등의 접종을 실시하고 있다. 복지부에 따르면 현재 필수 예방접종 대상 전염병 13종에 대한 예방접종률은 2003년 기준으로 약 80%에 이르며 보건소 예방접종(무료)은 전체 예방접종자의 약 40%, 의료기관 예방접종(자부담)은 전체 예방접종자의 약 60%에 이른다 한다.

‘2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사’를 살펴보면 예방접종 장소로는 종합병원에서 73.1%, 보건소 및 보건소 및 지소에서 26.9%로 나타났다. 즉, 상당 부분의 예방접종이 민간 영역에서 실시되고 있으며 이는 곧 본인 부담에 의한 접종임을 의미하는 것이다.

공공 및 민간부문의 영유아 예방접종 실적 통계를 보면 공공과 민간의 실적 비율이 공공부담 54%, 민간부담 46%를 보이고 있으며 이것은 국립보건원에 보고된 수치를 기준 자료이므로 실제 보고되지 않은 민간의 예방접종실적 부담은 더욱 클 것으로 예상된다(표 18)<sup>221)</sup>.

<표 18> 공공 및 민간부문의 영유아 예방접종 실적  
행정보고통계(1999년)

(단위: 건수)

구분	공공	민간	계
계	3,835,418	3,281,031	7,116,449
BCG	190,358	304,570	494,928
DTaP	1,369,114	903,314	2,272,428
Polio	1,094,854	777,323	1,872,177
MMR	620,566	259,852	880,418
B형간염	560,526	1,035,972	1,596,498

주 1) 공공실적은 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소) 실적임

2) 민간실적은 의료기관(주로 민간의료기관 및 공공병원)에서 보고된 예방접종실적으로 보고가 완전하지 않아 실제 의료기관 접종실적과는 차이가 있음

자료 : 보건복지부, 여성보건복지과 내부자료, 1999

221) 영유아 예방접종의 비용통계를 제시하려고 했으나, 국립보건원 질병관리과의 통계에서 공공과 민간의 예방접종 비용을 산출해서 보고한 사례가 없어 비용통계 제시가 불가능하였다. 중앙에 보고되는 민간부문의 예방접종수치가 제한적이기 때문에 실적만을 제시하였다.

또한, 예방접종 등록 전산화 사업이 실시되고는 있지만 아직까지 개인의 접종상황이나 접종률을 파악하기에는 어려움이 있으며 특히 민간 의료기관에서 실시한 예방접종률에 대한 현황 파악이 어렵고 강제성이 없다는 문제점이 존재한다. 이러한 상황에서 빈곤 가정과 이주 노동자 자녀 등 취약 계층에 대한 접종 여부 파악과 접종 실시에 어려움이 크다고 할 수 있다. 실제, 이주 노동자 가정에 대한 조사 결과를 보면 외국인 가족의 53.6%가 예방접종을 적기에 실시하지 못했다고 응답했다. 이러한 접종률 저하의 이유로는 ‘건강보험이 적용되지 않아서’(68.6%), ‘병원에서 의사소통이 되지 못하기 때문에’(21.6%), ‘불법체류자임이 밝혀질까봐’(5.9%) 등으로 나타난 것으로 미루어보아 인도적 차원의 지원 및 제도적 보장이 필요하다<sup>222)</sup>.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. UN 아동권리조약

- 제6조 : 1. 당사국은 모든 아동이 고유의 생명권을 가지고 있음을 인정한다. 2. 당사국은 가능한 최대한도로 아동의 생존과 발달을 보장하여야 한다. 당사국은 모든 어린이에게 고유의 생명권이 있음을 인정하고 모든 적절한 수단을 사용하여 그 권리를 존중하고 실행해야 한다. 여기에는 기대수명의 증가, 영유아 사망률 감소, 질병퇴치와 건강회복, 적절한 영양과 깨끗한 마실 물에 대한 조치를 포함한다. 더 나아가 사형, 비사법적, 자의적, 약식 처형, 비자발적 실종이 발생할 수 있는 어떤 상황도 예방하고 금지하는 것을 목적으로 하고 있다. 따라서 당사국들은 생명을 보호하는 조치를 취할 뿐 아니라 의도적으로 생명을 빼앗는 어떠한 조치도 삼가야 한다.

- 제24조 : 1. 당사국은 도달 가능한 최상의 건강수준을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 건강관리 지원의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다. 2. 당사국은 이 권리의 완전한 이행을 추구하여야 하며, 특히 다음과 같은 적절한 조치를 취하여야 한다. (a) 유아와 아동의 사망률을 감소시키기 위한 조치, (b) 기초건강관리의 발전에 중점을 두면서 모든 아동에게 필요한 의료지원과 건강관리의 제공을 보장하는 조치, (c) 환경오염의 위험과 손해를 감안하면서, 기초건강관리 체계 안에서 무엇보다도 쉽게 이용 가능한 기술의 적용과 충분한 영양식 및 깨끗한 음료수의 제공 등을 통하여 질병과 영양실조를 퇴치하기 위한 조치, (d) 산모를 위하여 출산 전후의 적절한 건강관리를 보장하는 조치, (e) 모든 사회구성원 특히 부모와 아동은 아동의 건강과 영양, 모유·수유의 이익, 위생 및 환경정화 그리고 사고예방에 관한 기초 지식의 활용에 있어서 정보를 제공받고 교육을 받으며 지원을 받을 것을 확보하는 조치, (f) 예방적 건강관리, 부

222) 설동훈. 한건수. 이란주. 국내거주 외국인노동자 아동의 인권실태조사. 국가인권위원회. 2003

모를 위한 지도 및 가족계획에 관한 교육과 편의를 발전시키는 조치 3. 당사국은 아동의 건강을 해치는 전통관습을 폐지하기 위하여 모든 효과적이고 적절한 조치를 취하여야 한다. 4. 당사국은 이 조에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여 국제협력을 촉진하고 장려하여야 한다. 이 문제에 있어서 개발도상국의 필요에 대하여 특별한 고려가 배풀어져야 한다.

## 나. 미국

### ① 예방접종 서비스의 제공

미시시피와 웨스트 버지니아주(종교적 이유)를 제외한 50개의 주에서는 어린이에 대한 무료 예방접종을 법적으로 보장하고 있다. 특히 초등학교 입학 시에 예방접종 증명서를 요구함으로써, 이를 전염병 예방의 기초 자료로 활용함은 물론 예방접종률을 효과적으로 관리 통제 할 수 있게 되었다<sup>223)</sup>. 기본적으로 백신 무료 접종 대상은 ㉠ 18세 이하의 어린이 ㉡ 메디케이드 대상 ㉢ 의료보험 비가입 대상자 ㉣ 미국 및 알래스카계 원주민 등이다. CDC 의 보고<sup>224)</sup>에 따르면 2002년 미국 내 백신 재정 지출은 민간 부문이 43%, 공공 부문이 57%를 차지한다. 공공영역은 크게 3 부분으로 나눌 수 있는데 각각 ㉠ The VFC program(Vaccine For Children)에 41% ㉡ 연방정부가 지원하는 Section317 프로그램에 11% ㉢ 주 혹은 지방 정부 5%의 지출을 보였다.

### ② Healthy People 2010에 제시된 접종 목표<sup>225)</sup>

- 보편적으로 권장되는 백신의 어린이 예방접종률을 높이고 유지(19-35개월 어린이 1998년 DTaP 4회 접종률 84% → 2010년 90%, Hib 3회 접종 93 → 90%, B형 간염 3회 접종 87 → 90%, MMR 1회 접종 92 → 90%, 폴리오 3회 접종 91→90%, 수두 1회 접종 43 → 90%)
- 인가 어린이집과 유치원 1학년 어린이의 예방접종률 유지(어린이집 1997-98년 DTaP 96% → 2010년 95%, MMR 89 → 95%, 폴리오 96 → 95%, 유치원에서 1학년: DTaP 97→ 95%, MMR 96→ 95%, 폴리오 97→95%)
- 최소 5년간, 보편적 접종이 권고된 모든 백신을 접종하는 어린이와 청소년의 비율 증가(19-35개월 어린이 1998년 4DTaP, 3 polio, 1 MMR, 3 Hib, 3 hep B 73% → 2010년

223) National Network for Immunization Information.

Available at: [http://www.immunizationinfo.org/immunization\\_policy\\_detail.cfv?id=44#1](http://www.immunizationinfo.org/immunization_policy_detail.cfv?id=44#1)

224) National Network for Immunization Information.

Available at: [http://www.immunizationinfo.org/immunization\\_policy\\_detail.cfv?id=47](http://www.immunizationinfo.org/immunization_policy_detail.cfv?id=47)

225) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000

80%)

- 지난 2년 동안 관할 인구 집단 내 어린이들의 예방접종률을 측정하는 공급자의 비율 증가(1997 공공 공급자의 66% → 2010년 90%, 민간 공급자 6 → 90%)
- 완전히 작동하는 인구집단 기반 예방접종 등록사업에 참가하는 아동의 비율 증가(1999년 등록 사업에 참여한 6세 미만 어린이 32% → 2010년 95%)
- 청소년의 일상적 예방접종률 증가(13-15세 청소년 1997년 B형 간염 3회 이상 48% → 2010년 90%, MMR 2회 이상 89 → 90%, TD 추가접종 1회 이상 93 → 90%, 수두 1회 이상 45 → 90%)

#### 라. 호주<sup>226)</sup>

호주에서는 기본적인 국가 예방 접종 항목에 대하여 17세 이하의 어린이에 대해서는 100% 무료로 지원을 하고 있으며 50세 이상은 3가지 항목, 65세 이상에 대해서는 독감 예방 접종을 포함한 2가지 항목에 대해 보장을 하고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 전염병 예방법

- 제11조 (정기예방접종) 시장·군수·구청장은 다음 각호의 질병에 관하여 정기 예방접종을 실시하여야 한다. 1. 디프테리아 2. 폴리오 3. 백일해 4. 홍역 5. 파상풍 6. 결핵 7. B형간염 8. 유행성이하선염 9. 풍진 10. 기타 보건복지부장관이 전염병예방을 위하여 필요하다고 인정하여 지정하는 전염병
- 제12조 (임시예방접종) 예방접종에 관하여 보건복지부장관의 명령이 있거나 시장·군수·구청장이 전염병예방상 필요하다고 인정하는 경우 당해 시장·군수·구청장은 임시로 예방접종을 시행하여야 한다.
- 제20조 (예방접종증명서): ① 시장·군수·구청장은 정기 또는 임시로 예방접종을 받은 자에게 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 예방접종증명서를 교부하여야 한다. ② 시장·군수·구청장외의 자가 이 법에 의한 예방접종을 시행한 때에는 시장·군수·구청장은 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 당해 예방접종시행자로 하여금 예방접종증명서를 교부하게 할 수 있다.
- 제21조의2 (예방접종의 효과 및 이상반응에 관한 역학조사 등) : ① 질병관리본부는 예방접종의 효과 및 예방접종후 이상반응에 관하여 조사하고, 예방접종후 이상반응 사례가 발생한 경우에는 그 원인규명을 위하여 역학조사를 실시하여야 한다. ② 제1

226) <http://immunise.health.gov.au/schedule.pdf>



항의 규정에 의한 역학조사에 관하여는 제7조의4제2항 내지 제4항의 규정을 준용한다.

#### 나. 전염병예방방법시행규칙

- 제11조 (예방접종의 실시기준과 방법) 법 제22조의 규정에 의한 예방접종의 실시기준과 방법은 약사법 제52조제1호의 규정에 의한 용법 및 용량에 의하되, 예방접종의 실시대상·시기 및 주의사항에 관하여는 법 제10조의2의 규정에 의한 예방접종심의위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 의한다.

#### 다. 학교보건법

- 제14조의2 (전염병예방접종의 시행) : 시장·군수 또는 구청장이 전염병예방방법 제11조 및 제12조의 규정에 의하여 학교의 학생 또는 교직원에게 전염병의 정기 또는 임시예방접종을 실시함에 있어서는 당해 학교의 또는 보건교사(간호원면허를 가진 자에 한한다. 이하 이 조에서 같다)를 접종요원으로 위촉하여 그들로 하여금 행하게 할 수 있다. 이 경우 보건교사에 대하여서는 의료법 제25조제1항의 규정은 이를 적용하지 아니한다.

- 제15조 (학교의사·학교약사 및 보건교사) 학교에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 학생 및 교직원의 보건관리를 담당하는 학교의사(치과의사 및 한의사를 포함한다)·학교약사 및 보건교사를 둔다.

#### 라. 학교보건법시행령

- 제10조 (예방접종완료여부의 검사): ① 초등학교의 장은 학생이 새로 입학한 날부터 90일 이내에 시장·군수 또는 구청장에게 전염병예방방법 제20조의 규정에 의한 예방접종증명서를 발급받아 동법 제11조 및 제12조의 규정에 의한 예방접종의 완료여부를 검사하여야 한다. ② 초등학교의 장은 제1항의 규정에 의한 검사결과 예방접종을 완료하지 못한 입학생에 대하여는 필요한 예방접종을 받도록 지도하여야 하며, 필요한 경우 관할보건소장에게 예방접종지원등의 협조요청을 할 수 있다.

### (4) 정부 시행 정책 및 계획

‘표준예방접종지침 2000’은 전염병예방방법에서 정한 정기예방접종과 임시예방접종에 대한 지침을 포함하고 있다. 정기예방접종은 새로 태어나는 모든 국민을 대상으로 주로 신생아, 영유아기에 모자보건사업의 일환으로 제공되며, 임시예방접종은 주요 전염병의 유행을 방지하기 위해서 보건복지부장관이 대상과 시기를 정해서 보건사업으로

실시한다' 질병관리본부 2004년도 전염병관리 사업 지침<sup>227)</sup>은 분야별로 ① 신종 및 재출현전염병 관리 능력 강화 ② 질병별 감시체계 확대로 사전예측 및 조기발견 강화 ③ 예방접종 확대를 통한 국가 면역도 증대 및 안전접종 체계 구축 ④ 생물테러 관리의 전문화 ⑤ 질병관리조직의 확대·구축 및 안정화 ⑥ 에이즈/성병, 결핵, 한센병 등 만성전염병 관리강화 ⑦ 법령정비를 통한 전염병관리 기본인프라 개선 ⑧ 대북방역지원사업(말라리아, 결핵 등)의 지속적 추진 ⑨ 중앙과 지방의 방역조직 균형적 발전방향 모색 등을 세부 목표로 설정했다.

#### 가. 질병별 예방접종 정책 및 질병관리 계획<sup>228)</sup>

##### ① 결핵

과거 3년간 도말 양성환자 10만 명당 5명이하, 과거 5년간 5세미만의 아동의 결핵성 수막염 발생을 100만 명당 1명이하, 연간감염율이 0.1%이하로 도달될 때까지 예방접종은 계속하고 이를 실행하기 위하여 BCG의 국가 무상 공급을 지속하여 접근성 및 면역 인구 집단을 확대하고, 결핵 감시망 구축하여 환자 발생 감시하며, 환자조기 발견 및 조기치료와 등록관리, 홍보사업을 강화할 계획이다.

##### ② 디프테리아- 파상풍- 백일해

신생아 예방접종률을 95% 이상 유지하며 14- 16세의 추가 접종률은 향후 10년 안에 75%이상을 유지하는 한편 신생아 파상풍을 막기 위하여 의료시설이 부족한 취약지역에 대한 예방접종률은 100% 유지한다. 이를 실행하기 위하여 취약지역에 대하여 향후 5년 안에 무료 접종을 75% 이상으로 유지하거나 의료보험에 의한 전 국민 예방접종사업의 추진하며 예방접종률을 감시할 수 있는 체계를 구축(서베이, 보고망 정비, 전산화)하며, 성인 Td 생산을 위한 대책을 수립한다.

##### ③ 홍역- 풍진- 유행성이하선염

금년 안에 초등학교 1학년부터 고등학교 1학년의 예방접종률을 95%이상 올리며, 12개월에서 15개월, 4- 6세의 접종률을 95%이상으로 유지함으로써 5년 안에 홍역퇴치를 달성하며 유행성이하선염, 풍진의 접종률 또한 95% 이상을 유지할 수 있도록 한다. 이를 위해 전국적인 캠페인을 실시하고 향후 학교 당국 등과 협의하여 1차 및 2차접종률 95%를 유지할 수 있는 체계를 구축한다. 홍역 감시체계를 확대하기 위해 국립보건원, 보건환경연구원 등의 장비, 인력, 예산을 강화하며 향후 5년 안에 무료접종의 비율을 75%이상으로 확대하거나 의료보험급여화를 한다.

227) <http://152.99.75.131/download/data/updir5/2004년도전염병관리사업지침.hwp>

228) 이종구. 전게서.

#### ④ 폴리오

현재 폴리오는 전 세계적으로 박멸 단계에 있으며 지속적으로 95%이상의 예방접종을 유지하고 이를 실행하기 위하여 향후 5년 안에 무료 접종을 75% 이상으로 유지하거나 의료보험에 의한 전 국민 예방접종사업의 추진하며 예방접종률을 감시할 수 있는 체계를 구축(서베이, 보고망 정비, 전산화)하며, AFP 감시망을 지속적으로 운영한다.

#### ⑤ B형간염

기본 접종률을 95%이상 유지하며 특히 산모가 B형간염 S항원 양성자인 경우 100% 예방접종과 면역글로블린을 투여하도록 하고, 이를 실행하기 위하여 향후 5년 안에 무료 접종을 75% 이상 유지하거나 의료보험에 의한 전 국민 예방접종사업의 추진하며 예방접종률을 감시할 수 있는 체계를 구축한다.

### 나. 예방접종 등록전산화 사업 실시

국립보건원은 안전하고 편리한 예방접종을 위해 2000년 6월 15일부터 보건소의 영유아 예방접종기록 전산등록사업을 추진하고 등록 자료를 활용한 대국민 정보제공 서비스는 2000년 8월부터 실시하고 있다.

예방접종 등록 전산화 사업은 국가예방접종사업의 안전성과 효율성을 위한 필수 인프라로서 그 동안 수작업 때문에 활용이 미흡했던 예방 접종기록대장 및 모자보건수첩(아기건강수첩)을 데이터베이스화하여 전국 네트워크(243개 보건소)를 통해 접종대상자의 효율적 관리와 접종일 사전예고 등 대국민 정보제공서비스체계를 구축하는 것을 목표로 하고 있다. 국립보건원은 동사업의 추진과 전산보고의 법적 뒷받침을 위해 관련 법령(전염병예방법 시행령·시행규칙)을 개정·시행하고, 기존의 자료(접종대상자 이름, 주소, 주민등록번호 등) 이외에 백신정보(제조번호(Lot번호), 제조회사, 유효기간 등)와 예방접종 이상반응 발생정보를 추가하여 데이터베이스화함으로써 전국적인 「예방접종 이상반응 감시정보시스템」을 병행·운영할 수 있게 되며 중증의 이상반응 발생 보고 시에는 인터넷(Data Push System 및 뉴스그룹)을 통해 전국적으로 신속한 정보 수집 및 대응체계를 갖추게 되었다.<sup>229)</sup>

2003년도 질병관리 본부 국정감사결과 시정 및 처리요구사항에 대한 처리 결과보고서<sup>230)</sup>에 따르면 2005년 취학아동 예방접종 기록 제출 관련시스템의 완비와 지방자치단

229) 보건복지부. 예방 접종 등록 전산화 사업 실시 공고. 2000.05.31.

<http://www.mohw.go.kr/services/service.jsp?itn=tbdata&sa=11&sno=1711&silukcode=1300&bunrcode=140&face=03&btype=5&flag2=>

230) 국회 국정감사 자료. 국정감사결과 시정 및 처리요구사항에 대한 처리 결과보고서.2003

<http://search.assembly.go.kr/inspection/conduct/2003/pdf/000579666.PDF>

체의 협조 등에 대한 계획을 세울 것에 대하여 2003년도 추진 사항은 예방접종 기록 전산화를 위해 2000년 6월부터 '전국민 예방접종 기록 등록 전산화 사업' 추진 중에 있으며 '예방접종등록 및 전염병예측관리체계'를 구축(2002)하여 4개년계획 수립하였다. 특히 '전 국민 예방접종 기록 등록 전산화 사업'의 조기 완료를 위하여 예산 투자를 확대 중에 있으며 전담 사업단을 구성 운영하고 있으며 2003년 12억원에서 2004년 23억으로 확대 계획을 세웠다. 2004년 추진 계획으로는 '예방접종 기록 등록 및 전염병 예측관리 체계구축 제 4차년도 사업'을 수행하기 위해 ① 원활한 기록 확인을 위한 행정자치부의 주민등록망과의 연계 추진하고 ② 전담요원, 의료인 대국민 집중 홍보를 실시 ③ 타부처 및 관련 협회 등과 확인서 제출을 위한 지속적 협조체계를 유지하는 등을 위해 23억원의 예산을 확보하였다.

2003년 국정감사 자료<sup>231)</sup>에 따르면 예방접종률 증가를 위한 국가 지원 방안을 마련 요청에 대하여 질병관리본부는 2003년 ① 예방접종 관련 이원화된 체계를 일원화 ② 예방접종률 향상을 위한 보건소 무료 접종 시혜 확대를 위한 예산 확보를 추진하여 2003년 72억 예산에 2004년 75억으로 확대 예정이다. 2004년에는 ① 접종 비용 부담 때문에 민간의료기관 이용이 어렵거나 접종이 어려운 계층의 접종률 향상을 위해 보건소 접종을 확대 ② 대국민 교육, 홍보 강화 및 전담요원 교육 강화 ③ 무상 예방접종시혜 확대를 위한 예산 확보를 추진한다.

## (5) 기존제안

예방접종률을 향상시키고 국가 주도의 예방접종 감시·관리체계를 실행하기 위해 다음과 같은 제안<sup>232)</sup>이 이루어지고 있다.

1) 관련조직 정비 : 예방접종사업은 질병관리를 위한 기본 사업으로 지역단위 예방접종률을 관리함으로써 질병을 억제하는 관리단계에서 박멸을 위한 퇴치 단계로 이행될 수 있다. 따라서 관련조직과 예산을 일원화하고 대폭 보강하여 국가예방접종사업, 공정한 조사와 피해 보상이 이루어지도록 한다.

2) 질병감시와 예방접종기록관리 정비 : 전염병의 발생과 지역의 예방접종을 상시 감시하기 위한 D/ B를 구축하고 적기에 예방접종을 실시될 수 있도록 접종 관련 D/ B의 활용을 강화하며 이를 통한 지역 보건소와 의료기관간의 협력 체계가 구축되도록 한다.

3) 예방접종관련 법령 정비 : 전염병예방법에 예방접종관련 이상반응의 신고 관련 규정, 요원의 교육훈련, 보상의 범위 확대, 피해조사 조직의 구성 및 예산조달 등에 대한

231) 상계서.

232) 이종구. 전계서.

규정을 확보한다.

4) 예방접종관련 예산의 확보 : 현재와 같은 무료와 본인부담 접종사업으로 구성된 국가 예방접종사업을 누구에게나 접근 가능한 사업으로 개편하여 무료접종을 확대하거나 의료 보험화하여 경제적 접근성을 강화한다.

5) 안전 예방접종 및 이상반응 관리의 강화 : 이상반응의 보고, 피해에 대한 역학조사를 강화하여 공정하고 과학적인 보상이 이루어지도록 하며, 안전예방접종을 위한 기초자료 개발, 일선 요원에 대한 교육·훈련이 이루어질 수 있도록 관련 조직과 인력을 보강한다

6) 연구 및 개발 증진 : 국가적인 질병관리에 필요한 예방접종사업, 관련 사회경제적 및 의학적 연구사업, 예방접종 군주에 사용할 수 있는 생물자원의 확보, 안전성에 대한 연구, 주기적인 면역도 및 예방접종률에 대한 조사, 비용편익조사 등을 통하여 예방접종률의 향상을 위한 홍보, 전략개발, 예산확보에 활용한다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

예방접종 항목의 설정과 구체적인 시행 일정, 효율적인 관리 체계 개발 등이 순차적으로 이루어지면서 점차 예방접종 사업이 안정화되고 있음은 분명한 사실로 보인다. 하지만 가장 기초적인 예방서비스로서 어린이에 대한 무료 예방접종 사업은 여전히 실현되지 않고 있으며, 민간 부문에 통합적 관리가 미흡하기 때문에 실제 접종률 파악과 취약 계층에 대한 접근 방안 또한 구체화되지 못한 실정이다. 대부분의 선진국과 개발도상국들조차 어린이 무료 예방접종을 실시하고 있음을 감안한다면 이에 대한 대책과 예산 마련이 시급하게 이루어져야 할 것으로 보인다. 또한 유엔아동권리위원회(2003)는 2003년 1월 “아동권리협약 제44조에 따라 제출된 국가보고서”를 심사한 후, “위원회는 교육 및 사회보장관련 법과규칙이 외국인 아동, 특히 미등록 이주노동자의 자녀에게 복지와 권리를 제공하기 위한 구체적인 조항을 포함하고 있지 않음을 우려한다.”고 밝힌 후, “a) 미등록 이주노동자의 자녀를 포함하여 모든 외국인 아동에게 서비스에 대한 동등한 접근을 보장하는 구체적인 조항을 포함하도록 국내법, 특히 교육과 사회보장관련법을 개정하라. b) 이주노동자와 그 가족의 권리에 관한 국제조약(1990)의 기준을 고려하라.”고 한국정부에 권고한 바 있다.

이러한 점들을 고려할 때 전체 아동의 예방접종 무료 실시와 취약 계층 어린이들에 대한 보완책 마련이 시급할 것으로 보인다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 질병관리본부

## 2) 보호권 : 사고 및 손상 예방

Heinrich(1980)는 모든 사고는 88%가 인적 요인에 기인하며 10%는 물질적, 환경적 요인에 기인한 것으로서 사고의 98%는 예방이 가능하고 불가항력적으로 피할 수 없는 사고는 2%에 불과하다고 하였다. 사고라는 것은 예상하지 못하거나 예방을 전혀 할 수 없는 천재지변과는 다르며 건강을 위협하는 질병과 마찬가지로 위험요인이 산재하고 있다. 때문에 위험요인들을 관리·통제함으로써 상당수의 안전사고는 예방이 가능하며, 특히 어린이들의 경우 안전교육도 중요하겠지만 환경 자체의 위험 요인을 제거하거나 관리하는 것이 더욱 중요할 것이다.

### (1) 현황

어린이 안전사고는 어린이 사망원인 중 대부분을 차지하고 있다. 2002년 통계청 조사 자료<sup>233)</sup>에 따르면 14세 이하 어린이 총 사망자수 중 안전사고 사망률은 25%에 달하며 특히 5세~14세 어린이의 경우 전체 사망자수 1430명 중 753명이 안전사고로 사망하였으며 52.66%의 높은 사망률을 기록하였다. 연도별 안전사고 비율 어린이 10만 명당 사고 사망률을 보면 대체로 감소하는 추세에 있으며 1998년 급격히 감소하여 2000년 기준 14.8명을 기록하고 있다. 그러나 여전히 2001년 기준 OECD 회원국 어린이 안전사고 사망률<sup>234)</sup>에 비하여 높은 수치를 기록하고 있다(표 19). 사고유형별로 살펴보면, 2000년 어린이(0세~14세)안전사고의 사망원인 1위는 교통사고로 전체 안전사고의 44.7%를 차지하였다. 익사가 14.9%로 2위였으며, 이 밖에도 추락, 연기 및 불꽃 노출, 타살, 자살, 유독물질 등 다양한 유형의 사망원인이 어린이 사고사를 초래했다(표 20).

<표 19> 연도별 어린이 안전사고 사망률

연도	1990년	1992년	1994년	1996년	1998년	2000년
10만명당 사망률	25.9명	24.6 명	23.8 명	22.6명	16.3명	14.8명

자료원: 통계청. 2000년 주요 사망원인별 사망자수 (재구성)<sup>235)</sup>

233) 통계청. 사망원인통계연보. 2002.

234) WHO Statostoca; Information System(2001) 기준- 미국 10.2명 캐나다 5.0명 일본 8.4명 스페인 6.4명 폴란드 7.4 명 이태리 4.1 명

<표 20> 14세 이하 어린이 사고 유형별 사망자수 및 비율

사망원인	운수	추락	익사	연기/ 불	유독 물질	자살	타살	기타	계
사망자수	594	134	198	54	6	31	89	224	1330
비율(%)	44.7	10.1	14.9	4.1	0.5	2.3	6.7	17	100

자료원: 통계청(2001).. '어린이 안전사고 사망률 분석' (재편집)

출처: 세이프 키즈 코리아. <http://www.safekids.or.kr/file/2004-1.hwp>

## (2) 국제권고 및 외국 사례

### 가. 아동의 권리에 관한 협약 (1990)

· 제24조 : 1. 당사국은 도달 가능한 최상의 건강수준을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 건강관리 지원의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다. 2. 당사국은 이 권리의 완전한 이행을 추구하여야 하며, 특히 다음과 같은 적절한 조치를 취하여야 한다. (a) 유아와 아동의 사망률을 감소시키기 위한 조치, ... (e) 모든 사회구성원 특히 부모와 아동은 아동의 건강과 영양, 모유·수유의 이익, 위생 및 환경정화 그리고 사고 예방에 관한 기초 지식의 활용에 있어서 정보를 제공받고 교육을 받으며 지원을 받을 것을 확보하는 조치, (f) 예방적 건강관리, 부모를 위한 지도 및 가족계획에 관한 교육과 편의를 발전시키는 조치 3. 당사국은 아동의 건강을 해치는 전통관습을 폐지하기 위하여 모든 효과적이고 적절한 조치를 취하여야 한다. 4. 당사국은 이 조에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여 국제협력을 촉진하고 장려하여야 한다. 이 문제에 있어서 개발도상국의 필요에 대하여 특별한 고려가 배풀어져야 한다.

### 나. 안전교육 프로그램 현황<sup>235)</sup>

#### ① 미국

1920년대에 소수의 안전교육 프로그램이 학교 내에서 개설되었으며 1938년경에 24개 주가 교통안전교육을 법적으로 의무화하여 실시하였다. 미국은 연방 국가이므로 각

235) 통계청. 연령별 사망원인자료. 2002. <http://www.nso.go.kr/>

236) 세이프키즈코리아. 우리나라 어린이 안전사고 실태와 예방법. 2003

주별로 교육제도와 운영모습이 다른데 1946년부터 ‘대통령 교통안전 실행계획’이 실시되어 안전교육이 본격화 되었다. 교사연수는 4가지 방법을 통해 이루어진다.

## ② 영국

영국의 안전교육 프로그램은 1988년부터 개발되었으며 1992년 국민보건정책의 일환으로 학교에서의 안전교육 강화와 정보 보급의 개선을 의무화하였다. 초등학교까지 어린이는 영국왕실에서 운영하는 왕실사고방지협회 내에 설치된 Tufty Club과 Traffic Club을 통해 안전교육이 이루어지며 중·고등학교에서는 정규독립교과로 57%, 정규과정 내에서 부수적인 교과로 37%가 배정되어 정규 교과과정 내에서 안전교육이 이루어지고 있다. 교사연수는 학교와 센터 두 가지 방법으로 이루어진다.

## ③ 독일

독일의 안전교육은 1948년 바덴브르텐브르크 주에서 학교 순찰을 포함하는 교통안전교육의 실시를 지도하는 것이 계기가 되어 1950년에는 학교안전교육을 연방 법률로 의무화하였다. 교통교육만 학년별로 연간 10-20수업시수의 교통안전교육을 실시하도록 규정하고 있다.

## ④ 일본

일본의 안전지도는 교내에서 학급활동 · 특별활동을 이용해 이루어지도록 의무화되어있다.

다. 캐나다의 보건목표에 나타난 어린이 보호권<sup>237)</sup>

- 어린이들의 안전을 보장하고 아동 학대나 방치, 혹은 착취 받지 않을 권리를 보장
- 영아와 취학 전 아동들의 우발적 사고, 자연 혹은 인공 환경에서의 환경오염 물질에 대한 폭로를 감소, 근절

## (3) 현행법

가. 아동복지법

- 제4조 (책임) ①국가와 지방자치단체는 아동의 건강과 복지증진에 노력하여야 하

237) Toward A Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians. the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999



며 이를 위한 시책을 시행하여야 한다. ②아동의 보호자는 아동을 가정 안에서 그의 성장시기에 맞추어 건강하고 안전하게 양육하여야 한다. ③모든 국민은 아동의 권익과 안전을 존중하여야 하며, 아동을 건강하게 양육하여야 한다. ④국가와 지방자치단체는 장애아동의 권익을 보호하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

· 제9조 (아동의 건강 및 안전) : ② 국가는 대통령이 정하는 바에 따라 아동복지시설과 아동용품에 대한 안전기준을 정하고 아동용품을 제작·설치·관리하는 자에게 이를 준수하도록 하여야 한다.

#### 나. 아동복지법 시행령

· 제4조 (안전교육) ①법 제9조제3항의 규정에 의하여 아동복지시설 및 영유아보육시설의 장은 교육대상아동의 연령을 고려하여 별표 3의 안전교육기준에 따라 매년 안전교육계획을 수립하여 교육을 실시하여야 한다(표 21). ②아동복지시설 및 영유아보육시설의 장은 제1항의 규정에 의한 안전교육계획 및 교육실시 결과를 관할 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 매년 1회 보고하여야 한다. ③법

<표 21> 아동복지법시행령 제4조 별표 3 안전교육 기준

구분	교통안전교육	약물오남용교육	재난대비교육
실시 주기	2개월 1회이상 (연간 12시간 이상)	3개월 1회 이상 (연간 10시간 이상)	6개월 1회 이상 (연간 6시간 이상)
교육 내용	1. 올바른 교통안전 지식 2. 교통관련 법규준수 정신 3. 안전장구착용의 생활화 4. 기타 교통안전관련 내용	1. 약물의 종류 - 중독성 및 오남용의 폐해 2. 법적 처벌기준 3. 기타 약물오남용 예방을 위하여 필요한 내용	1.화재-붕괴-폭발-화 생방사고 등 각종 재난 예방 안전관리요령 2. 위험물 취급요령 3. 재난이 안전행동 및 대피 요령
교육 방법	1. 전문가(담당자)강의 2. 시청각 교육 3. 실습교육 또는 현장 학습 4. 수업내용에 반영 5. 일상생활을 통한 반복지도	1. 전문가(또는 담당자) 강의 2. 시청각 교육 3. 현장방문-학습	1. 전문가(담당자)강의 2. 시청각 또는 실습 교육 3. 사고사례 분석

제9조제3항의 규정에 의한 유치원, 초·중·고등학교의 장의 안전교육실시에 관하여는 교육인적자원부장관이 정하는 안전교육계획에 의한다.

#### 다. 학교보건법

· 제12조(학생의 안전관리) 학교의 장은 학생의 안전사고를 예방하기 위하여 학교의 시설·장비의 점검 및 개선, 학생에 대한 안전교육의 실시 기타 필요한 조치를 하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책과 계획

보건복지부 ‘2003년 아동복지 사업안내’<sup>238)</sup>에 의하면 정부 기본목표중 하나로 아동의 안전 강화를 위한 사업을 위한 계획을 마련하였다. 아동 복지시설 및 영유아보육시설에서 매년 계획을 수립하여 교통안전교육, 약물오남용 교육, 재난대비 교육을 철저히 수행하도록 지도 감독을 강화하기로 하였다. 복지부에서 발표한 ‘어린이 보호·육성 종합계획의 5개 추진부문’ 중 “어린이 안전 강화부문”에 대한 관련부처와 긴밀히 협력, 세부추진계획을 마련하고 철저 추진하기로 하였다. 특히 사회복지시설 직원 교육훈련을 통하여 ‘아동복지시설 안전교육’을 책임 질 수 있도록 하며 교육 대상 아동의 연령을 고려하여 아동복지법시행령 제4조 별표 3<sup>239)</sup>의 안전교육 기준에 따라 안전교육 계획을 수립하여 교육을 실시한다. 그리고 아동 복지법 시행령에는 시설의 장은 안전교육 계획 및 교육 실시 결과를 매년 1월30일까지 시장·군수·구청장에게 보고를 하는 것으로 한다. 보건복지부 ‘2004년 아동복지사업 안내’<sup>240)</sup>에 의하면 안전 가이드북 배포, 안전교육 및 시설 안전관리 강화 등을 통한 아동 안전을 강화할 것을 목표로 하며 아동 복지시설에 대한 안전 교육내용은 전년도와 동일하다.

청소년 보호위원회<sup>241)</sup>의 ‘청소년 인권현황과 대책’에 의하면 정부는 교통사고 문제의 심각성을 인식하여 “교통사고 줄이기 5개년계획”(1992~1996)을 수립하였다. “교통사고 줄이기 원년”인 1992년에 교통사고로 사망한 수는 11,585명으로 1991년에 비해 13.7%가 감소하였고, 특히 14세 이하 어린이의 교통사고 사망은 1,114명으로 외국의 교통사고 사망률과 비교할 때 여전히 높다. 도로교통법 제11조의2에 따르면, 시장은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 유치원

238) 보건복지부 가정아동복지과. 2003년 아동복지 사업 안내. 2003.(p.5)

239) 아동복지법 시행령 제 4조 1항 별표 3

240) 보건복지부. 가정아동복지과. 2004년 아동복지 사업 안내.2003.(p.91.)

241) 청소년 보호위원회. <http://152.99.19.110/e-lib/xml/RPT019800066.xml>.

및 초등학교의 주변도로 중 학교반경 300미터 이내 일정구간을 「어린이보호구역」으로 지정하여 차의 통행을 제한하거나 금지하는 등 필요한 조치를 할 수 있다. 특별시 또는 광역시에 있어서는 교육감이 관할구역안의 초등학교장의 건의를 받아 관할지방경찰청장에게, 시 또는 군에 있어서는 교육장이 관할구역 안의 초등학교장등의 건의를 받아 관할경찰서장에게 각각 보호구역의 지정을 신청할 수 있다<sup>242)</sup>. 또한, 지방경찰청장이나 경찰서장은 보호구역지정신청을 받은 때에는 다음의 사항을 조사하여야 한다.

- 초등학교 등의 주변도로에 있어서의 자동차 통행량 및 주차수요
- 초등학교 등의 주변도로에 있어서의 신호기·안전표지 및 도로부속물 설치 현황
- 초등학교 등의 주변도로에서의 연간 교통사고 발생상황
- 통학하는 학생수(유치원의 경우에는 원생수를 말한다) 및 통학로의 체계 등에 대하여 조사

#### (5) 기존 제안

한 시민단체<sup>243)</sup>는 어린이 안전사고 예방 대책으로 다음과 같이 제안을 하였다.

##### 가. 안전법령 마련을 통한 기준 강화

어린이 교통사고 사망률 중 보행 중 사망률은 약 60%로 미국 14.1%, 독일 15.9%에 비해 월등히 높다. 이러한 사실은 과거의 교통관계 법령과 제도가 '보행자 안전중심'의 가치보다는 '차량 소통중심'의 가치를 더 중심으로 두었다는 사실에 근본 원인이 있다. 때문에 교통 안전법령과 안전기준을 마련하여 엄격하게 집행할 수 있어야 하며 이를 위반하는 사람들에게 강력한 법적 제재를 부과하여야 한다.

또한 법, 정책, 제도가 안전문화를 지원할 수 있도록 해야 하며 사회 전반이 나서서 안전 문화를 위한 사회 환경을 조성해야 한다. 미국의 미시건 주에서 어린이 차량용 보호장구에 관한 법률이 제정된 이후 교통사고 사망률이 25%정도 감소하였으며 알코올 음료를 살 수 있는 최소 연령을 올렸더니 야간의 교통사고 사망률이 13% 감소했다고 한다. 또한 자전거를 탈 때 헬멧 착용을 의무화함으로써 머리 손상으로 인한 사망률을 75%나 감소시켰다. 이러한 의무 법률 제정의 효과를 최대화하기 위해서는 교육이 함께 시행되어야 하는데, 미국 뉴욕에서 안전띠 법제정과 함께 교육을 실시한 결과 착용률이 49%에서 77%로 향상되었으나 4개월 후 다시 66%로 떨어져 재교육을 실시한 결

242) 어린이보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조

243) 세이프키즈코리아. 우리나라 어린이 안전사고 실태와 예방법. 2003

과 80%로 향상된 것은 좋은 본보기가 될 것 이다. 따라서 다음과 같은 항목에 대해서 법적 제제 및 규제 조치를 할 필요가 있다.

1) 어린이 차량용 보호 장구 미장착 차량에 대한 단속을 하여 '13세 이하의 어린이는 뒷좌석에 탑승하며 어린이 차량용 보호 장구를 장착한 후 탑승해야 한다'는 법 조항과 함께 미착용 적발 시 6만원 이상의 벌금을 부과하며 제도를 위한 교육자료 배포와 함께 정기적인 단속을 할 수 있어야 한다.

2) 어린이 통학버스 보호위반 차량 단속을 하여 통학 버스에 탑승한 어린이 보호를 위한 법조항을 마련한다.

3) 스쿨존 내 어린이 안전사고 발생시 가중처벌 조항을 마련하여 운전자가 보다 경각심을 갖고 안전 운전 방어 운전할 수 있도록 유도한다.

4) 자전거, 인라인 스케이트 등 바퀴달린 놀이기구 탈 때 반드시 헬멧을 착용하도록 의무화하여 위반 시 부모에게 벌금을 부과한다.

5) 어린이 익사사고 예방을 위한 각종 안전기준을 강화하여 물놀이 시 구명조끼 착용을 의무화, 수영장 및 해수욕장에 안전장치 및 인명구조요원에 대한 배치요건을 강화해야 할 것이다.

6) 아파트 놀이터 추락방지 시설 설치에 대한 기준을 강화하여 놀이터 시설의 안전 관리·감독에 관한 책임소재를 분명히 하고 정기적으로 평가한다.

7) 어린이 장난감·놀이기구 등의 안전기준을 강화한다.

8) 교실 안팎의 학교시설물 안전기준을 강화한다.

9) 재사고 예방을 위한 안전기준 강화에 대한 내용으로 일반 가정 내 소화기 장착 의무화 및 소방용구 화재 시 질식 우려제품의 안전 기준을 강화하면서 주방 용품의 안전 장치를 강화한다.

10) 중독 및 질식사고 예방을 위한 안전 기준을 강화하여 중독사고 예방을 위해 농약 및 의약품 등의 안전용기와 포장 제도를 개선한다.

## 나. 안전한 환경 및 시설

어린이 사고 손상을 예방하기 위해서 안전한 환경 및 시설을 제공하는 것은 잠재적 사고 위험을 최소화 할 수 있으며 물리적·사회적 환경과 손상 예방을 위한 특별한 기전(예: 인체공학적 디자인)까지 모두 포괄하는 개념이다. 환경 개선은 개인의 행동 수정보다 단기간에 효과적으로 사고 및 사망률을 줄일 수 있으며 어린이용 안전벨트, 낙상 방지용 창살, 어린이용 헬멧, 스쿨존 시설 개선 등과 같은 내용을 포함 할 수 있다.

### ① 어린이집, 유치원, 초·중·고등학교 통학로 위험 요소를 개선

- 어린이 보호구역 제한 : 독일은 어린이 보호구역인 학교 주변 500m 이내 교통사

고로 어린이가 다치거나 사망할 경우 100% 운전자 책임으로 간주한다.

- 어린이 보호구역내 차량속도 규제: 영국은 어린이 보호 구역 내 차량속도 br제를 위해 곳곳에 속도규제 표지판을 설치하고 있으며 간선도로 30km/h, 보호구역 내에는 20km/h로 속도를 제한하고 있으며 과속 방지턱을 설치하고 있다.

- 차량 통행 및 주정차 규제 : 일본은 어린이들이 통학하는 등하교시간에는 차량 주정차를 하지 못하도록 규제하고 있다.

- 안전한 보행로를 확보하기 위한 경계 시설 : 가드레일 설치, 일방통행을 통해 차량으로부터 어린이 보행을 안전하게 보호해 주어야 한다.

- 운전자의 어린이 보호구역 인식을 위한 시설: 영국은 어린이 보호구역의 바닥을 적색아스콘으로 깔거나 바닥에 지브라 라인을 그어 운전자들이 쉽게 어린이 보호구역이라는 것을 알고 조심하도록 하고 있다.

## ② 어린이 익사 위험지역에 경고판 및 가드레일 설치

- 어린이 익사 위험이 높은 저수지, 깊은 웅덩이, 야외 수영장, 해수욕장 등에 위험 안내 경고판 및 가드레일 등 각종 안전시설을 설치하여 사고에 대비

- 익사 사고 위험장소에 안전요원 항시 감독

## ③ 어린이 아파트 추락 방지를 위한 창살 설치

- 어린이 낙상사고 방지를 위하여 계단/난간/샷시 등에 안전시설물 설치 강화

- 아파트 발코니의 난간높이 및 간살 간격에 관한 규제 기준 강화

## ④ 안전한 실내외 놀이터 시설 개선

- 놀이 시설의 안전기준 정립에 따른 시설물 제작

## ⑤ 어린이용 장난감, 안전장구 및 안전용품 생산 업체의 연구 및 제작에 대한 정부 지원

- 영세한 국산 안전용품 제조업체에게 품질향상을 위한 연구·제작비를 정부에서 지원

## 다. 안전교육을 통한 안전 프로그램 개발 보급

### ① 안전교육을 위한 체계적이고 다양한 교과과정과 프로그램이 개발

교육연감(1999)에 의하면 학생과 교사 모두 90% 이상이 안전교육이 필요하다고 느끼고 있으면서도 실제로 안전교육을 실시하는 교사는 21%에 그쳐 필요성 인식과 실천 사이에 큰 차이가 있었다. 이 차이에 대해서 대부분의 교사들이 '교육과정 자체에서 다루는 내용이 너무 적어서', 또 시간을 할당하여 교육하려 해도 '적당한 안전교육 프로그램이나 매체가 없어서', 그리고 '교사 중 안전에 대해 전문교육을 받은 사람이 없어서'라고 대답하였다. 즉, 안전교육요원을 양성하는 교육기회의 제공과 안전교육의 프로그램 및 교구의 개발은 필요성을 인식한 많은 교사와 학생들의 안전교육에 대한 욕구를

충족시키고 나아가 안전사고로 인한 어린이 인명피해를 줄이는데 크게 기여할 수 있을 것이다.

② 언론, 미디어를 통해 문제점을 부각시키고 대중매체를 통해 어린이 안전교육 프로그램을 제작·방영

③ 유치원 및 초·중·고등학교에서의 안전교육을 법적으로 의무화, 안전보건교육 담당교사를 양성하며 안전생활지도교사를 확보

④ 교육 캠페인을 통한 사회적 여론 조성 및 대중 계몽

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

OECD 회원국에 비하여 높은 어린이 사고·사망률을 보이고 있지만 사회 전반의 안전 불감증 및 어린이 안전사고 예방을 위한 제도 및 사회적 인프라가 구축되어 있지 못한 상황이다. 어린이 스스로가 보호할 수 있도록 안전교육을 강화하는 것도 중요하겠지만 무엇보다도 안전사고를 예방 할 수 있는 법령 및 규제를 강화하고, 안전한 환경 및 시설을 제공하는 것이 필수적이라고 하겠다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 건설교통부, 청소년보호위원회

### 3) 영양 : 아동-청소년 대상의 영양 프로그램 개발(저소득층 보완)

최근의 경제위기에 따른 빈곤의 심화와 가정 해체의 증가 속에서 아동 빈곤이 증가하고 있으며 이에 따른 결식아동의 숫자도 증가하고 있다. 또한 결식에까지는 이르지 않더라도 빈곤 심화와 패스트푸드의 범람은 전 어린이 계층에서 균형 잡힌 영양 섭취에서의 문제를 야기하고 있다. 아동기에 불충분한 혹은 부적절한 영양 공급으로 인하여 신체적 발달 과정에 문제가 발생하는 경우 각 발달 단계에서 수행되어야 할 신체적·정신적 과업을 성취하기 어려운 것은 물론 향후 성인기 이후에도 지속적인 건강 문제를 일으킬 수 있다는 점에서 아동의 영양 문제는 매우 중요하다고 할 수 있다.

#### (1) 현황

2001년 국정감사 자료에 따르면 교육인적자원부는 최근 몇 년간 결식아동 약

164,000명에 대해 학교에서 중식을 지원하고 있다(표 22). 급식 지원을 받는 아동은 기초생활보장수급권자 자녀, 복지부 인정 절대빈곤 아동, 복지시설 거주 학생 등이다 (표 23) 그러나 이 자료에는 미취학아동, 학교에서 급식을 하지 않는 초등학교 1·2학년, 그리고 낙인 때문에 식사 지원을 꺼리는 중·고등학생을 포함하고 있지 않기 때문에 실제 결식 아동 및 청소년은 이 보다 더 많을 것으로 예상된다. 하지만 미취학아동까지 포함하여 지원하고 있다는 보건복지부의 결식아동 수치는 2001년 기준 오히려 14,218명에 불과해서 기초 현황조차 제대로 파악되고 있지 않음을 보여준다.

<표 22> 교육인적자원부와 보건복지부 급식지원 아동현황

(단위 : 명, %)

구분	학생수	교육인적자원부 급식지원		보건복지부
		아동수	학생수 대비 비율	지원아동수
2001	7,813,600	164,000	2.1	22,000
2002	7,840,000	197,703	2.5	15,000
2003	7,639,200	305,568	4.0	15,000

자료 : 교육인적자원부, 내부자료(2003). 보건복지부, 내부자료(2003).

출처 : 서문희 외(2003).

<표 23> 2004년 교육부 급식지원 결식아동 현황

(단위 : 명)

사유	아동수
기초생활보장수급권자 자녀	227,821
복지부 인정 절대빈곤(결식)아동	12,747
복지시설 거주 학생	11,603
기타 지원이 필요한 학생	52,941
총	305,112

출처 : 교육부

전국의 저소득층 청소년 870명을 대상으로 급식 지원 여부를 조사한 바(이혜연 외, 2001), 47.2%는 급식 지원을 받았고 52.8%는 급식 지원을 받지 않은 것으로 나타났다. 급식 지원을 받지 않은 이유는 전체적으로 '필요없다'는 비율이 53.2%로 가장 많았고 '방법을 모름'이 10.9%, '창피함'이 10.0%, '신청 누락'이 7.3%의 순으로 나타났다. 결식 아동이 학교 점심 급식 외에 주변의 시선을 의식하지 않고 밥을 먹을 수 있는 시설이 필요하지만 부족한 형편이고 현재 전국의 사회복지관 357곳 중 급식시설을 갖춘 복지관은 107곳에 불과하다. 급식 지원을 받지 않는 청소년의 28.2%는 급식 지원 방법이 개선되면 급식 지원을 받을 의사가 있는 것으로 볼 수 있다.

현재 급식 지원을 받고 있는 방식을 알아보면, 학교에서 중식만 지원을 받는 경우가 79.3%로 가장 많았고, 학교에서 중식과 석식 모두 지원받는 경우는 9.7%, 학교 중식과 민간단체 도시락 지원은 2.0%, 학교 중식과 일반 식당 석식 지원은 1.5%로 나타났다. 급식 지원을 받는 청소년 중 석식까지 해결되는 청소년은 18.3%로 나타나 저소득층 청소년의 식생활 지원상의 문제를 엿볼 수 있다. 급식 지원 방식은 교급별로 차이를 보여 중학생(82.3%)과 실업계 고등학생(86.0%)은 학교에서 중식 지원만 해주고 있다는 비율이 높고 석식 지원률이 낮은 반면, 일반계 고등학생은 학교에서 중식과 석식 지원을 받는다는 비율이 36.7%로 타 학생에 비해 높아 비교적 안정적으로 석식 지원을 받는 것으로 나타났다.

덧붙여 지적해야 할 부분은 학교 급식의 위생 관리 문제이다. 2003년 말 현재 초중고생의 90%인 704만여 명이 학교 급식을 통해 식사를 하고 있으나 급식과 관련한 각종 식중독/전염병 유행 사례가 끊이지 않고 발생하고 있다. 특히 영리 추구 위주의 위탁 급식에서 심각한 문제들이 지적됨으로써 “학교급식법 개정과 조례제정을 위한 국민운동본부” 등은 학교 급식의 직영화, 우리 농산물의 사용 확대, 무상급식 대상자의 확대 등을 내걸고 시민운동을 전개해나가고 있다<sup>244)</sup>.

또한 국민건강영양조사 결과에 따르면,<sup>245)</sup> 어린이와 청소년 계층의 영양섭취가 전반적으로 불균형적인 것으로 드러났다(표 24). 3세 미만 영아의 모유 수유율도 9.8%(모유+조제분유 54.2%)에 지나지 않아 빈곤계층은 물론 전체 어린이/청소년 계층을 위한 영양 정책과 사업이 필수적임을 시사한다. 실제 패스트푸드 시장의 매출 규모는 1990년 2500억원에서 1999년 1조 3230억원 규모로 4배 이상 크게 늘어났으며(한국식품연감 1991, 2000) 이들 패스트푸드의 주 고객이 아동과 청소년임을 고려한다면 심각하게 우려할만한 상황이 아닐 수 없다.

244) 학교급식법 개정과 조례 제정을 위한 국민운동본부. “학교급식법” 개정 공청회 자료집. 2004.7

245) 보건복지부. 2001 국민건강영양조사 총괄편 보고서 2002.12



<표 24> 영양소별 영양권장량의 75% 미만을 섭취하는 대상지 비율

(단위 %)

영양소	전 연령군	1~2세	3~6세	7~12세	13~19세
에너지	32.2	44.9	30.6	30.6	38.9
단백질	20.6	15.2	6.8	11.0	27.2
칼슘	64.5	39.6	61.4	68.0	78.5
인	7.0	18.2	9.8	8.1	12.8
철	47.2	60.8	58.5	54.6	68.9
비타민 A	51.9	43.9	46.8	49.0	57.8
티아민	25.7	33.1	26.3	20.0	26.5
리보플라빈	43.9	24.0	30.8	32.5	42.1
나이아신	27.7	51.7	40.6	31.0	38.6
비타민 C	22.8	29.5	25.8	27.9	32.7

자료원 : 보건복지부, 2001 국민건강영양조사 총괄편 보고서 2002.12

## (2) 국제권고 및 외국 사례

### 가. 미국/일본<sup>246)</sup>

미국 어린이는 학교에 다니는 한 점심을 굶지는 않는다. 미국 전역의 공립학교와 일부 사립학교를 대상으로 실시되는 ‘전국학교점심식사 프로그램(National School Lunch Program)’은 수입이 빈곤선(최저생계비)을 밑도는 가정의 학생을 대상으로 급식비를 할인하거나 면제해 준다. 2003~04년의 경우 연방정부가 제시한 4인 가족의 가구당 수입 빈곤선은 연소득 약 2만4000달러다. 어떤 가정의 연소득이 빈곤선의 130%, 즉 3만 1200달러 이하이면 해당 가정의 어린이는 무료 급식 대상이 된다. 일본은 ‘취학원조제도’가 있어 빈곤 가정의 어린이라 해도 끼니 자체를 굶는 일이 거의 없다. 지방자치단체마다 자격과 지원 내용은 다르지만, 보통 영세민으로 인정되면 한 달에 3500엔(약 3만5000원)의 급식비 등 폭넓은 현금 지원을 해준다. 미취학 아동에 대해서는 아동수당이 나온다. 아이가 셋 이상일 경우 세 번째 아이부터는 1인당 1만엔이 지급된다. 지자체마다 다르지만 미취학 아동은 모든 의료비가 무료다.

246) <http://www.chosun.com/w21data/html/news/200405/200405270401.html>

### (3) 현행법

#### 가. 아동복지법

· 제8조 (보건소) 보건소는 이 법에 의하여 다음 각호의 업무를 행한다. 1. 아동의 전염병 예방조치. 2. 아동의 건강상담, 신체검사와 보건위생에 관한 지도. 3. 아동의 영양개선

#### 나. 학교보건법

제9조 (학생의 보건관리) 학교의 장은 학생의 체위향상, 영양관리, 질병의 치료 및 예방, 약물남용의 예방 등을 위하여 필요한 지도를 하여야 한다.

#### 다. 학교급식법

· 제1조 (목적) 이 법은 학교급식 등에 관한 사항을 규정함으로써 학교급식 등을 통한 학생의 심신의 건전한 발달을 도모하고 나아가 국민식생활 개선에 기여함을 목적으로 한다.

· 제3조 (국가 지방자치단체의 임무) 국가와 지방자치단체는 영양교육을 통한 식습관의 개선과 학교급식의 원활한 수행을 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

· 제6조 (학교급식의 운영원칙 및 관리기준): ① 학교급식은 교육의 일환으로 운영되어야 한다. ② 학교급식의 내용은 학생의 발육과 건강에 필요한 영양을 충족할 수 있는 식품으로 구성되어야 하며, 급식관리에 있어서는 위생과 안전에 철저를 기하여야 한다. ③ 학교급식의 영양 및 관리기준은 대통령령으로 정한다.

· 제8조 (경비부담) ①학교급식 실시에 필요한 시설·설비에 요하는 경비와 학교급식의 운영에 필요한 경비 중 대통령령으로 정하는 경비는 당해 학교의 설립경영자 부담을 원칙으로 하되, 대통령령이 정하는 바에 따라 후원회 또는 학부모가 그 경비의 일부를 부담할 수 있다. ②제1항에 규정된 경비 이외의 급식에 관한 경비는 대통령령이 정하는 바에 따라 학부모부담을 원칙으로 하되, 필요한 경우에는 국가 또는 지방자치단체가 지원할 수 있다.

· 제11조 (급식지원) ①시·도교육감은 제4조 각호의 1에 해당하는 학교 또는 학급에 재학하는 학생 중에서 그 학부모의 경제적 능력 부족 등으로 인하여 수업일의 점심 시간에 주식 및 부식을 제공받을 수 없는 자(이하 이 조에서 "급식지원 대상학생"이라 한다)에 대하여 그 실태를 파악하여 당해 지방자치단체장과의 협의를 거쳐 수업일 및 방학 기간 등의 급식계획을 수립·시행하여야 한다. ②시·도교육감은 제1항의 급식계획 중 방학기간 등의 급식지원대상학생에 대한 급식을 위하여 필요한 경우 당해지방자치단체장에게 지원을 요청할 수 있다. 이 경우 당해지방자치단체장은 특별한 사유가

없는 한 이에 응하여야 한다. ③제1항 및 제2항의 규정에 의한 급식지원에 필요한 경비는 제8조 및 제10조의 규정에 불구하고 국가 및 지방자치단체가 부담하되, 국가가 100분의 50이상을 부담하여야 한다. ④급식지원대상학생에 대한 급식계획·급식방법·경비분담방법 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### 라. 학교급식법 시행령

· 제3조 (급식의 영양 및 관리기준): ① 법 제6조제3항의 규정에 의한 학교급식의 영양기준은 별표와 같다. ② 학교급식은 수업일의 점심시간(법 제4조제3호에 해당하는 근로청소년을 위한 특별학급 및 산업체부설학교에 있어서는 석식시간)에 제1항의 규정에 의한 영양기준에 맞는 주식과 부식을 제공하는 것으로 한다. 다만, 2부제수업 기타 부득이한 사유가 있는 경우에는 학교급식을 실시하는 학교의 장이 지방교육자치에 관한 법률 제44조의2의 규정에 의한 학교 운영위원회(학교운영위원회가 구성되어 있지 아니한 경우에는 제10조의 규정에 의한 학교급식위원회를 말한다. 이하 같다)의 심의를 거쳐 급식시간·영양기준 및 급식회수 등을 따로 정하여 실시할 수 있다. ③ 학교급식으로 제공되는 식품은 학교급식을 실시하는 학교의 급식시설 또는 법 제5조제1항 단서 및 동조 제2항의 규정에 의하여 설치된 공동급식시설(이하 "학교급식시설"이라 한다)의 조리실에서 조리하여 제공하여야 한다. 다만, 부득이한 사유로 학교급식시설의 조리실에서 조리가 불가능한 경우와 우유·청과류 등 학교급식시설의 조리실에서 조리하기에 부적당한 식품은 교육감·교육장 및 학교의 장이 학교운영위원회의 심의를 거쳐 이를 완제품으로 제공할 수 있다. ④ 교육감·교육장 및 학교의 장은 제3항의 규정에 의하여 완제품을 제공할 때에는 학생의 영양과 건강관리에 적합한 식품을 선정하여야 하며, 그 식품의 제조·운반·공급과정에서 식품위생관리가 철저히 유지되도록 하여야 한다.

· 제3조의 2(급식의 영양 및 관리기준) : 학교급식은 수업일의 점심시간(법 제4조제3호에 해당하는 근로청소년을 위한 특별학급 및 산업체부설학교에 있어서는 석식시간)에 제1항의 규정에 의한 영양기준에 맞는 주식과 부식을 제공하는 것으로 한다. 다만, 2부제수업 기타 부득이한 사유가 있는 경우에는 학교급식을 실시하는 학교의 장이 지방교육자치에 관한 법률 제44조의2의 규정에 의한 학교운영위원회(학교운영위원회가 구성되어 있지 아니한 경우에는 제10조의 규정에 의한 학교급식위원회를 말한다. 이하 같다)의 심의를 거쳐 급식시간·영양기준 및 급식회수 등을 따로 정하여 실시할 수 있다.

· 제7조 (급식경비부담) ① 법 제8조제1항의 규정에 의하여 학교급식의 실시에 필요한 경비 중 다음 각호의 경비는 당해 학교의 설립경영자가 부담함을 원칙으로 하되, 후원회 또는 학부모가 학교의 설립경영자와 협의하여 그 경비의 일부를 부담할 수 있

다. 다만, 학부모가 부담할 경비는 제2호의 경비에 한한다. 1. 학교급식의 실시에 필요한 시설·설비의 설치·유지비 2. 연료비 및 학교급식 종사자의 인건비 ②법 제8조제2항의 규정에 의하여 학부모가 부담할 경비는 다음 각호와 같다. 1. 식품비 2. 학교급식운영에 필요한 경비중 제1항 각호의 경비를 제외한 경비로서 교육감·교육장 또는 학교의 장이 학교운영위원회의 심의를 거쳐 정한 경비 ③법 제8조제2항의 규정에 의하여 국가 또는 지방자치단체가 지원할 경비는 다음 각호와 같다. 1. 도서·벽지교육진흥법 제2조의 규정에 의한 지역(이하 "도서벽지지역"이라 한다)에 있는 초등학교와 그외의 지역의 초등학교로서 7할 이상에 해당하는 학생의 학부모가 도서벽지지역의 학부모와 유사한 생활여건에 처하여 있다고 교육감이 인정하는 초등학교의 급식에 관한 경비중 제2항 각호의 경비 2. 농어촌지역(시·군의 읍·면지역중 도서벽지지역을 제외한 지역을 말한다. 이하 같다)에 있는 초등학교와 그 외의 지역의 초등학교로서 7할 이상에 해당하는 학생의 학부모가 농어촌지역의 학부모와 유사한 생활여건에 처하여 있다고 교육감이 인정하는 초등학교의 급식에 관한 경비중 식품비의 3분의1과 제2항 제2호의 경비 3. 교육감이 제2항의 규정에 의한 경비를 부담할 능력이 없다고 인정하는 학부모가 부담할 경비 중 예산상 가능한 경비 ④법 제10조제3항의 규정에 의하여 국가 또는 지방자치단체가 지원할 수 있는 급식비는 다음 각호와 같다. 1. 도서벽지지역에 있는 초등학교와 그 외의 지역의 초등학교로서 7할 이상에 해당하는 학생의 학부모가 도서벽지지역의 학부모와 유사한 생활여건에 처하여 있다고 교육감이 인정하는 초등학교의 급식비중 제7조제2항 각호의 경비 2. 농어촌지역에 있는 초등학교와 그 외의 지역의 초등학교로서 7할 이상에 해당하는 학생의 학부모가 농어촌지역의 학부모와 유사한 생활여건에 처하여 있다고 교육감이 인정하는 초등학교의 급식비중 제7조제2항 각호의 경비의 3분의 1 3. 교육감이 위탁급식으로 제공된 식품에 대한 경비를 부담할 능력이 없다고 인정하는 학부모가 부담할 경비중 예산상 가능한 경비 ⑤법 제8조제2항 및 법 제10조제3항의 규정에 의하여 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·자치구의 구청장은 학교급식에 품질이 우수한 농산물이 사용될 수 있도록 식품비를 지원할 수 있다.

#### 마. 학교급식법시행규칙

· 제4조의2 (위생 및 안전점검) : ① 제3조의2의 규정에 의한 위생 및 안전점검은 별표 5와 같다. ② 제1항의 규정에 의한 위생 및 안전점검사항·점검방법 기타 필요한 사항은 교육감이 정한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

##### 가. 2004년 아동복지 정책

복지부에서는 경제적 빈곤 또는 가족 기능 결손으로 결식하거나 결식할 우려가 있는 아동에게 식사를 제공함으로써 아동의 건전 육성을 도모할 목적으로 아동 급식 지원을 시행하고 있다. 이는 국민기초생활대상자 수급 등 이중수급에 상관없이 행해지며, 2000년 아동 급식 사업을 시작으로 2001년에는 조식 지원을, 2004년에는 방학, 토·공휴일 중 취학아동 중식지원이 교육부로부터 이관되어 실시되고 있다.

##### ① 지원대상

경제적 빈곤 또는 가족의 결손 등으로 인하여 결식하는 아동 또는 결식우려가 높은 아동으로 사회복지전담공무원이 급식이 필요하다고 인정하는 경우에는 급식을 실시하고 예산 부족 시 국고지원을 요청한다. 특히, 급식요구가 있는 경우 예산부족 등을 이유로 거부하는 일이 없도록 한다.

##### ② 지원내용

미취학 아동의 경우 조·중·석식 3식을 지원하고 취학아동의 경우 조·석식을 지원한다. 중식의 경우 학기 중 교육부 소관으로 학교 급식이 실시되며 방학, 토·공휴일중에는 중식을 지원하게 된다. 급식비는 1인 기준 2000원 상당이며 급식은 연중 시행된다. 단 취학 아동의 경우 방학, 토·공휴일중에 중식 지원된다.

##### ③ 지원방법

- 사회복지관, 민간 및 종교단체 급식소와 연계하여 교육 및 복지프로그램과 병행하여 급식을 제공
- 위생상태가 청결한 일반 음식점을 이용
- 도시락 배달
- 조사결과 기초생활보장수급대상자인 경우 기초생활보장 수급권자로 책정
- 부득이한 경우 현물 또는 식품권 지급
- 기타 지역특성에 따라 가능한 지원 방법 활용하되 현금은 지급 불가
- 민간공부방, 가출아동, 결손아동, 그 밖의 사유로 급식요구가 있는 경우 적극적으로 급식을 실시

##### ④ 아동의 급식 수요조사

조사는 매년 2회(6월, 12월말) 실시하여 급식을 필요로 하는 아동을 파악하여 지원하

는 것이 목적으로 현재 급식중인 아동 중 상황 변화에 따른 계속 지원 여부를 조사하고, 현재 지원 대상은 아니지만 새로운 급식 지원 대상 아동을 선별한다. 방학 중 토·공휴일중 중식지원 대상자는 교육인적자원부에서 실시하는 학기 중 중식지원 여부 조사를 통한다. 각 시·도는 필요한 경우 총 예산의 5% 범위 내에서 도시락 배달시 필요한 도시락 통을 구입 할 수 있으며 특히, 방학 중의 학생에 대한 중식 지원시 시·군·구청 및 읍·면·동사무소와 지방 교육청 및 지역소재 학교 간에 급식지원방법에 있어 협조체계가 원활히 유지하여 지역사회복지관, 단체무료급식소, 일반음식점 등을 통한 실질적인 급식제공이 이루어질 수 있도록 조치한다.

#### 나. 교육부 2004년 학교 급식 정책

##### ① 저소득 빈곤가정 학생 급식지원

저소득 빈곤가정 학생들에게 학교 급식비를 지원하고 있으며 취학 아동은 연중 조, 석식을 지원하며 미취학 아동은 조, 중, 석식을 제공하고 있다. 급식비는 1식 2000원에 산정이 되며 취학 아동의 경우 방학 기간 및 토, 공휴일에는 중식을 지원한다. 2004년부터 토, 공휴일 및 방학기간의 중식지원은 사회 안전망 확보차원에서 보건복지부와 자치단체가 담당한다. 국고 지원의 대상은 국민기초생활보장수급권자의 자녀 및 복지시설 수용학생 또는 자치단체의 석식지원대상자 등 학교장이 선정한 학생을 기준으로 국고 예산 47,802백만 원(총경비의 50% 국고지원)으로 총 305,112명(초등학생-161,786명, 중등학생 143,326명)을 지원한다. 철저한 지원 대상자 선정을 통하여 급식 지원 부담 창구를 운영하는 한편 학교 급식 미납 등을 이유로 급식제공을 중단하거나, 정확한 가정환경 조사도 없이 행정편의 또는 급식비 결손액 충당을 위한 지원대상자 선정을 금지하도록 한다. 또한 지원대상 학생에 대한 심리적 교육적 배려를 할 수 있도록 협조한다.

##### ② 학교급식 영양관리 강화

첫째, 과학적이며 건강 지향적인 영양관리를 위해 다양한 식품과 조리법으로 식사 제공, 학교 급식 영양공급량에 대하여 분석 및 개선, 기호조사 등 섭취율 제고를 위한 노력을 강화 하고 있다.

둘째, 비만 관리 프로그램 등 식이지도 관련 프로그램 운영을 활성화하기 위하여 시·도 교육청별로 비만관리 등 특별 프로그램 시범 운영을 하고, 결과를 평가 및 보완하여 정규 프로그램으로 정착을 유도한다.

셋째, 영양 및 식생활 개선에 관한 학생 지도 및 학부모 상담 활성화를 위하여 학교 급식전담직원 연수 시 학부모 영양상담 기법 등 교육을 실시하고, 가정 통신문 등을 통

하여 가정의 올바른 식생활 협조를 유도하고 있다.

#### 다. 교육부 2004~2007년 학교 급식 종합 대책

##### ① 저소득층 자녀 급식비 지원 확대

국민기초생활보장수급자와 차상위 빈곤계층 가정의 학생에게 학교급식비 지원하는데 2003년 전체 학생의 4% 수준인 305천명에게 지원하는 것을 시작으로 단계적으로 2005년 450천명, 2006년 600천명, 2007년까지 더욱 확대하여 전체 학생의 10% 수준인 770천명 지원하기로 계획하였다.

##### ② 농어촌지역 학생 급식비 지원 확대

농어촌 지역 초등학교 식품비 전액 지원을 목표로 하고 있으며 현재 초등학교 도서벽지는 식품비 전액을 농어촌은 1/3을 지원하고 있으나 식품비 전액 지원할 것을 목표로 한다(751천명, 1식당 900원). 재원은 '농어업인 삶의 질 향상 및 지역개발 촉진에 관한 특별법'에 의거 농특세 지원 및 농어촌 지역 중고등학교 식품비 일부를 지원하기로 한다. 현재는 중고등학생에 대한 지원은 없으나 급식비 중 식품비를 530천명에 대하여 1식당 300원을 지원하고 있다.

##### ③ 특수교육 대상자 급식비 지원 확대

특수교육 대상학생 급식비 지원을 현재 24천명(1식당 1,500\* 180일), 일반학교의 특수교육 대상학생도 무상급식을 확대하는 한편 특수교육진흥시행령에 무상급식 지원 근거를 2004년에 마련한다.

#### (5) 기존 제안

한국보건사회연구원 가족복지팀은 결식아동을 위한 정책 대안으로 다음과 같이 제시했다<sup>247)</sup>.

#### 가. 저소득층 및 이혼가정 자녀를 위한 아동수당 지급<sup>248)</sup>

247) 김승권 외. 빈곤(결식)아동을 위한 정책 방향. 결식아동 사회복지 대책 워크샵 자료집; 2000.

248) 가족수당제도를 최초로 창설한 국가는 1926년 뉴질랜드이며, 제2차 세계대전 후부터 가족수당(아동수당)제도를 채택한 국가가 증가하여 유럽국가에서는 18 개국, 미주대륙 9개국, 아프리카 24 개국, 아시아 5 개국, 오세아니아 2 개국 등 1990년에 65개국에 이른다(U.S. Department of Health and Human Services, Social Security Programs throughout the World, 1990).

기초생활보장 대상자로 지정된 저소득층에 대해서는 생계보호, 교육보호 등을 지원하고 있으나 이는 최소한의 지원이며 현실적으로 자녀학비 및 교육을 위한 부대비용(교재, 학용품, 급식 등) 등에 훨씬 미치지 못한다. 저소득층 모부자 가정은 자녀학비와 아동양육비를 지원 받는데, 학비는 수업료와 입학금 전액을 지원하며, 아동양육비는 6세 미만 아동에 대하여 1인 1일 541원을 지급하고 있다. 이러한 지급수준은 분유 80g에 상당하는 것으로 1998년과 1999년의 525원에서 2000년에는 16원 인상된 것이다. 6세 미만의 아동의 양육비로는 터무니없이 부족할뿐더러, 그나마 7세 이상의 아동에 대해서는 지급조차 되지 않는 것이 현실이다. 이들 가정의 자녀를 위한 아동수당 지급 방안을 조속히 강구해야 하며, 여기에는 가족단위로 시설에 보호되고 있는(예를 들면, 모자보호 및 자립시설, 가정폭력피해자보호시설 등) 전체 아동이 포함되어야 할 것이다.

#### 나. 긴급 식품권 제공

장기보호시설의 아동의 경우 생활보호수준의 복지서비스는 제공되고 있지만 아동이 학교교육 및 직업교육을 받는 외에 교육을 위한 부대비용과 최소한의 용돈 등은 적절하게 지급하고, 결식아동의 감소를 위해서는 이들 장기보호시설 아동에 대하여 긴급식품권이 제공되어야 한다. 또한 요보호 재가아동에 대해서도 긴급식품권이 제공되어야 할 것이다. 식품권에 의한 식사제공은 학교, 사회기관, 음식점 등에서 다양하게 이루어지는 것이 접근성을 증대시키기 위한 보다 바람직한 대책이 될 것이다.

#### 다. 편부가정 및 소년소녀가장가정 등의 아동을 위한 가정도우미 제도

편부 및 편모가정과 아동으로만 구성된 소년소녀가장 가정 등은 주부양자가 직업을 갖고 있거나 학업을 하여야 하기 때문에 가사를 돌보는데 한계를 가지게 되며, 이는 결식아동을 양산하는 주요 요인으로 대두되고 있다. 따라서 이들 가정의 아동을 돌볼 수 있도록 가정도우미 제도를 도입할 필요가 있다. 이는 주부양자가 안심하고 직업에 종사할 수 있도록 할뿐만 아니라 아동에 대한 식사제공, 보호 등을 일정시간 할 있어 결손가정 아동의 이탈행위를 예방하는데도 도움이 될 것이다.

#### 라. 학교 급식 조례 제정

다양한 교육·시민단체들은 지역사회를 중심으로 학교 급식의 개선을 위하여 학교 급식조례 제정 운동을 제안하고 있다. 이의 목적은 첫째, 우리 아이들에게 최상의 학교 급식을 제공하여 건강한 성장을 돕고, 올바른 식습관을 형성시킨다. 둘째, 학교 급식에 관련된 제반 법과 제도를 정비하여 안정적인 학교 급식 질관리 체제를 확립한다. 마지막으로 학생·교사·학부모·학운위 등이 함께 하는 학교자치 역량을 성숙시키고 우리 농업 회생에 기여한다는 것이다<sup>249)</sup>.



## (6) 전체 평가 및 실천 계획

아동 및 청소년에게서 영양의 중요성을 감안하여 포괄적인 영양 정책이 세워져야 할 것이다. 여기에는 학교를 통한 영양 교육, 지역사회 영양 사업, 보육시설에서 초·중·고등학교에 이르는 포괄적인 급식 정책, 빈곤 아동에 대한 식사 지원 등이 포함되어 있어야 한다. 또한 무료급식 지원과 관련하여 결식아동의 정확한 규모 추정 작업이 진행되어야 할 것이며, 이는 아동 빈곤 전체에 대한 포괄적인 평가의 형태로 이루어져야 할 것이다. 그리고, 현재 각 부처별(보건복지부, 교육부, 문화청소년부 등)로 분산되어 있는 빈곤아동 관련 업무를 통합하여 아동의 기본권을 보장하는 방안을 마련해야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부

## 2. 의료 보장 확대

### 1) 희귀난치성 질환 및 선천적 장애에 대한 급여 수준 상승

#### (1) 현황

환자 수를 기준으로 미국에서는 20만 명 이하, 일본에서는 5만 명 이하, 국내에서는 2만 명 이하일 때 일반적으로 희귀 난치병으로 분류한다. 세계보건기구(WHO)에 따르면 현재 5천여 종의 난치병이 존재하며 국내에서는 30~40종이 진단되고 있으나 질환별 환자 수 등 정확한 현황은 파악되고 있지 않다. 다만 보건복지부와 희귀난치성질환 연합회에서는 110여종에 수십만 명의 환자가 있는 것으로 잠정 집계하고 있다. 2004년 6월말 현재 보건복지부에 등록되어 있는 질환자는 13,309 명이며 이중 만성신부전 투석환자가 대다수(75.5%)를 차지하고 혈우병(9.4%), 근육병(6.6%) 등이 그 뒤를 잇고 있다. 희귀난치병은 백혈병 등 일부를 제외하면 대부분 선천성·유전성 질환이며 정확한 원인이 규명되지 않은 경우가 많다. 이러한 질환들은 대체로 5세 이전에 발생하며 드물게는 출생할 때부터 이환되어 있는 경우도 있다. 소아암은 급성백혈병, 뇌종양, 악성

249) 학교급식전국네트워크(준), 전교조 서울지부, 서울시교육위원. 『학교급식법·조례 개(제)정을 위한 연대회의』 제안 및 설명회 참고자료. 2002.

Available at: [http://school119.org/old\\_pds/old/school119095329.hwp](http://school119.org/old_pds/old/school119095329.hwp)

림프종 등 20여 종류가 있는데, 국내에서만 매년 1000명 이상의 신규 환자가 발생하며 급성백혈병이 가장 많아 소아암의 30~35%를 차지한다. 나머지 중 뇌종양이 15%, 악성림프종이 10% 정도를 차지한다. 그 외에 재생불량성 빈혈, 선천성대사이상, 선천성 면역결핍증, 골형성 부전증, 근이영양증 등이 대표적인 희귀난치성 질환에 해당한다<sup>250)</sup>.

2002년 보건복지부 의료비 지원사업에 의하면 기본적으로 의료비 부담이 가능한 계층을 제외한 만성신부전증 투석 환자, 근육병, 혈우병, 고셔병, 베체트병, 크론병 환자 중 의료급여 2종 수급자(단 1종 수급자의 경우 법령 개정 등으로 식비 등 본인 부담금이 부과되는 경우에는 정부지원 의료비 범위내에서 지원 가능)와 건강보험가입자일 경우 소득 및 재산 기준(환자 가구 및 부양의무자 가구)과 각 질환별 특성 기준을 동시에 만족하는 자에 한하여 다음 기준에 따른 지원을 한다(표 25).

<표 25> 희귀난치성 질환자 의료비 지원 현황

대상질환	지원수준		지원대상	
	2001	2002	2001	2002
만성신부전증	53만원	57만원	5483명	5483명
혈우병	70만원	189만원	310명	310명
고셔병	400만원	426만원	22명	33명
근육병	42만원	48만원	1300명	1300명
베체트병	-	26만원	-	330명
크론	-	60만원	-	60명

자료: 보건복지부. 희귀·난치성 질환자 의료비 지원 사업지침(2002)

## (2) 국제권고 및 외국 사례

### 가. 미국/일본<sup>251)</sup>

미국의 경우 약 2천만 명의 미국인이 희귀질환을 앓고 있는 것으로 추정되며, 비정부 기관인 NORD를 통한 희귀질환 연구, 정보제공, 환자 자조집단 연계활동 등이 활발히 이루어지고 있다.

일본에서는 1972년부터 매년 “치료연구사업 대상질환”을 선정하여 국가적으로 연구

250) 김상훈. ‘정부지원 미미.. 환자수조차 몰라’. 동아일보 ;2004 Jul 14

251) 이덕형. ‘질병관리와 희귀질환에 대한 국가적 차우너의 보건관리’. 제 1회 ‘희귀질환치료를 위한 사회적 여건조성 심포지엄’ 자료. 2001.

및 지원사업을 수행하고 있으며, 1999년 현재 후생성에서 44개질 환에 대하여 국가관리질환으로 규정하고 원인규명에 연구비 지원, 시설·장비지원, 의료비 본인부담금 지원, 상담시설 운영 지원을 하고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 약사법 : 희귀의약품 센터

· 제72조의12 (한국희귀의약품센터의 설립) ①적용대상이 드물고 대체의약품이 없어 긴급한 도입이 요구되는 의약품 및 희귀질환자치료용 의약품(이하 "희귀의약품등"이라 한다)에 대한 제반 정보의 제공 및 공급(조제 및 투약업무를 포함한다. 이하 같다) 등에 관한 업무를 수행하기 위하여 한국희귀의약품센터(이하 "센터"라 한다)를 둔다. ②센터는 법인으로 한다. ③센터에 관하여는 이 법에서 규정된 것을 제외하고는 민법 중 재단법인에 관한 규정을 준용한다. ④제1항의 규정에 의한 센터의 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

· 제72조의13 (센터의 사업) ①센터는 다음 각호의 사업을 행한다. 다만, 제2호의 사업을 행하는 경우 센터의 장은 센터안에 조제실을 설치하고, 센터의 직원중 약사를 지정하여 사업을 담당하게 하여야 한다. 1. 희귀의약품등과 관련한 각종 정보의 수집 및 전산망 구축과 관련되는 사업 / 2. 희귀의약품등의 공급 사업 / 3. 그 밖에 식품의약품안전청장이 인정하는 희귀의약품등과 관련되는 사업. ②식품의약품안전청장은 센터가 제1항의 사업을 하는 때 필요하다고 인정되는 경우 재정의 지원 등을 할 수 있다.

### (4) 정부 시행 정책 및 계획

올해 정부는 희귀·난치성 질환자 의료비 지원사업 대상 질환에 기존 8종<sup>252)</sup>에서 부신백질영양장애, 파브리병, 유전성운동 실조증 등 3종을 추가하여 11종으로 대상 질병을 확대하고, 현행 지침의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하여 의료비지원사업 지침을 개정하였다. 또한 자치단체별로 어린이 난치병에 대한 지원책을 내기도 했는데, 이를테면 서울시의 경우 4월부터 신생아 전원을 대상으로 선천성대사이상 질환인 페닐케톤뇨증 검사 비용을 지원하고 있다. 비교적 지원이 잘 이뤄지고 있는 질환은 백혈병이다. 환자가 의료보호 1종으로 지정된 경우 입원과 외래 구분 없이 전액 정

252) 만성신부전, 혈우병, 고셔병, 근육병, 베체트병, 크론병, 다발성경화증, 아밀로이드증, 부신백질이영양증, 페브리병, 유전성운동실조증, 만성신부전 등이다.

부에서 부담하며, 2종으로 지정된 경우는 본인 부담액 20% 이내에서 결정된다. 이밖에 각종 복권 수익금을 소아암 환자의 지원에 사용한다는 계획이 정부에 의해 추진되고 있으며, 저소득층이 1차 지원대상이 될 전망이다. 복지부는 희귀·난치성 질환자 의료비 지원 사업은 국민기초생활보장법 시행(2000. 10)으로 한시적 의료보호에서 탈락되는 만성신부전증 투석 환자 및 근육병 환자와 생활이 곤란한 혈우병 및 고셔병 환자들에게 2001년부터 의료비를 지원하였다<sup>253)</sup>.

또한 이에 대한 개선 계획으로는 다음과 같은 방안이 제시되었다. 1) 본인부담금 지급 보증제 도입 : 환자가 사전에 본인부담금을 지불하고 이를 사후에 보건소로부터 정산받기 때문에, 저소득 환자의 경우 의료비를 차입하여야 하는 문제가 발생하기 때문에 이에 대한 개선이 필요하다. 2) 홍보강화 및 기타 : 복지부는 대한병원협회, 시·도지사 및 시·군·구청장은 관내 요양기관에 본인부담금 지급보증제가 환자의 재정적인 어려움을 경감하고자 도입되었다는 취지를 이해시키는 등 충분한 홍보를 통해 협조체제를 유지한다. 의료비지원 대상자로 선정된 희귀·난치성 질환자를 방문간호사업 운영지침에 규정한 사업대상으로 분류하여 보건과 복지서비스가 연계된 방문간호서비스를 제공해야 한다. 근육병 환자 등 간병 서비스가 필요한 경우 자활후견기관 또는 인근 종합사회복지관 등 민간 사회복지기관을 통해 간병 서비스를 지원 받을 수 있도록 안내한다.

## (5) 기존 제안

제 5회 '희귀질환 치료를 위한 사회적 여건 조성' 심포지엄<sup>254)</sup>에 의하면 희귀질환의 환아와 가족들이 가장 빈번하게 경험하는 어려움을 유형별로 분류하여 의료적 정책과 함께 사회복지 정책을 제시하면서 개선 방안에 대해 다음과 같이 제안을 하였다.

### 가. 경제적 문제

많은 희귀질환아동의 가족이 경제적 어려움을 호소하고 있다. 이에 대해서는 정부 지원(공공부조)과 민간 지원으로 분류해서 고려해 볼 수 있다. 빈곤 가정의 경우, 국민기초생활보장제도에 의거해 수급권자로 책정되어 매월 생활비를 지원받게 되며, 이 경우 의료급여를 함께 받을 수 있게 된다. 그러나 희귀질환의 경우 진단이 쉽지 않고, 고가의 수술이나 장기적인 치료를 요하는 경우가 많아서 중상층 가정이라 해도 단기간에

253) 보건복지부. 2002년 희귀·난치성 질환자 의료비 지원사업 지침. 2002

254) 박은미. 희귀질환 환아와 가족을 위한 사회복지 프로그램. 제 5회 '희귀질환 치료를 위한 사회적 여건 조성 심포지엄 및 한국희귀성 질환연맹 총회' 자료집. 서울: 한국의귀질환연맹 ; 2004.

빈곤가정으로 전락하기도 한다. 희귀질환아동 가족의 빈곤계층화를 막기 위해서는 특정 희귀질환의 경우 정책적으로 진단과 치료를 지원하는 일이 시급하다. 또한 민간 기금 조성 및 후원 등, 민간의 노력도 병행되어야 한다.

#### 나. 심리·정서적 문제

희귀질환이 가족 내 발병하면 환자 개인 뿐 만 아니라 가족원 전체에게 심리·정서적 영향을 줌에도 불구하고 거의 개별 가족이 해결해야 할 문제로 남겨져있다. 희귀질환으로 진단이 되는 그 순간부터 질병을 심리적으로 수용하고, 발생 가능한 다양한 상황에 대처할 수 있도록 환자 뿐 만 아니라 가족원 전체의 심리·정서적 대처기능을 향상하며, 장기적으로 진행되는 치료 기간 동안의 생활상의 변화에 적응할 수 있도록 임상 사회복지사에 의한 전문적인 원조가 진행되어야 할 것이다. 이를 위해서는 현재 병원의 의료사회복지사와 지역사회복지관의 사회복지사 및 사회복지전문요원들이 보다 유기적으로 협력하여 적극적이고 체계적으로 개입해야만 할 것이다.

#### 다. 교육문제

특히 희귀질환자가 아동인 경우에, 질병을 이유로 교육을 받을 권리가 박탈되어서는 안 되므로, 적절한 교육을 받아서 충분한 자기 성장을 할 수 있는 여건이 조성되어야 하겠다.

#### 라. 보육문제

희귀 질환아와 가족이 겪는 또 다른 공통적인 문제 중에 하나가 보육문제이다. 집중적인 보살핌을 필요로 하는 경우에 한명의 보호자가 환아를 지속적으로 보살펴야 하는 경우가 발생되며 이 경우에 가족의 경제적, 심리적 어려움을 가중시킬 수 있다. 희귀질환아동 본인을 위한 전문적이고 특화된 서비스로써, 또한 다른 가족원들을 위해서 적절한 보육서비스가 제공되는 일은 매우 중요하다. 현재 장애아동 주간보호센터나 장애아동 방과 후 보육프로그램, 장애아동 보육프로그램들이 진행되고 있으나 그 양과 질에 있어서 개선되어야 할 점이 많다고 지적되고 있다.

### (6) 전체 평가 및 실천 계획

현행 정부 정책은 빈곤 계층 위주로 설계되어 있는데 중산계층의 가정이라고 해도 희귀난치성 질환으로 인한 부담 때문에 경제적 위기를 경험하는 경우가 있다는 점을 생각하면 이에 대한 포괄적인 급여 수준 확대가 좀더 바람직한 방법이 될 것이다.

이와 함께 전반적인 희귀난치성 질환 관리사업의 정책적 방향들은 김재용 등<sup>255)</sup>이 제안한 아래 사항들이 지켜져야 하겠다.

① 정부지원 대상질환의 점진적 확대

환자수가 상대적으로 많고 환자당 연간치료 비용이 높은 경우는 정부지원의 형평성과 지원효과를 고려하여 단계적으로 확대한다.

② 극히 희귀한 질환들에 대한 대책

점진적 대상질환 확대를 전제로 하되, 국내에 알려진 환자수가 극히 적은 경우(예를 들면, 현행 유병인구 2만명 이하의 천분의 일인 20명 이하)는 ‘기타 희귀질환군’으로 분류하여 일괄지원하는 것이 가장 바람직할 것이다.

③ 본인부담금 상환수준의 다양화

본인부담금 및 기타치료비용의 상환비율을 현재처럼 지원/비지원으로 이분화하지 않고 지원수준을 다양화 할 필요가 있다.

④ 정부지원 경로의 다양화

임상적 효과가 확립되어 이씨고 치료에 필수적인 일부 희귀의약품 및 소모품 등에 대해서는 개별환자가 의료기관에 비용을 지불한 후에 개별 상환받는 방식이 아니라 희귀의약품센터 등을 통하여 정부차원에서 수입 및 가격협상을 거쳐 일괄적으로 구매하여 (무상 또는 저가에) 공급하는 방식을 고려할 수 있을 것이다.

⑤ 보건소를 통한 환자등록 및 관리 개선

진료비 지원창구인 보건소는 비용지불에만 역할을 할 것이 아니라 환자의 등록 및 관리창구로서의 역할을 해야한다.

⑥ 사업 집행 및 관리주체의 확립

이상의 역할이나 대안들은 희귀난치성 질환에 관한 전문적·포괄적 관리기능이 발휘될 경우에만 부작용을 최소화하면서 보다 원활한 정책추진을 할 수 있다. 이미 관련 정책들을 수행하고 있는 국립보건원과 희귀의약품센터, 보건복지부, 국민건강보험공단 및 심사평가원, 국립의료원 등 관계기구와의 주기적 정책협의체를 운영하는 것이 바람직할 것이다.

관련기관 : 보건복지부 및 산하기관

---

255) 김재용 등. 희귀 난치성 질환자 관리사업의 영향평가와 발전방안 연구. 보건사회연구원 2002

## 2) 장애 아동의 재활 치료 기관 및 급여 수준 상승

아동장애는 성인 장애와는 달리 어린 시기부터 장애를 가지고 평생을 살아가야 하기 때문에 성인 장애와는 달리 다른 독특한 복지욕구를 가진다. 첫째, 아동의 장애는 모든 면에서 발달이 이루어지는 단계에서 발생하므로 아동의 신체적·정신적 발달과 함께 극복되어야 한다. 따라서, 장애아동의 성장과 발달에 따른 적절한 복지조치가 요구되며 미충족된 보건의료 욕구는 이들이 성장한 후에 개인적 사회적 부담으로 이어질 것이다.

장애아동의 재활은 장애를 진단하는 의료적 재활부터 심리, 직업, 사회재활 과정을 거쳐 통합적으로 이루어지는데 이러한 재활 과정은 장애아동에게도 길고 어려운 과정이지만 그 비용이나 부담 면에서도 장애 아동을 부양하는 가족에게도 커다란 부담으로 작용한다. 특히 장애를 가진 이들도 일반인들과 같은 욕구를 가지고 있으며 이를 위해서는 불가피하게도 추가적인 비용이 발생하게 되며 보장구나, 의료비 등은 장애아동을 가진 가계의 경제적 부담임에 틀림없다<sup>256)</sup>.

장애 아동의 건강권을 보호해주며 동시에 가계의 부담을 덜어 줄 수 있도록 의료관련 급여 수준을 높여 아동의 건강권을 지켜주며 동시에 미래에 추가적인 사회적 비용 소모로 이어지는 것을 막을 수 있어야 할 것이다.

### (1) 현황

‘2000년도 장애인 실태 조사’에 의하면 우리나라 전국 장애인수는 총 1,299.5천명이며, 출현율은 3.09%인 것으로 추정된다. 이는 1995년 조사결과와 비교시, 장애인은 약 39만6천 명 정도 증가하였고 장애 출현율은 0.74% 증가한 것으로 장애아동의 경우 또한 비슷한 경향을 보이고 있다.

한국보건사회연구원(2001)의 조사<sup>257)</sup>결과에 의하면, 1995년도 18세미만의 전체아동 장애출현율은 인구 천 명당 3.88명이며, 2000년도의 경우 0~9세의 장애아동 출현율은 0.60%, 10~19세의 장애아동 출현율은 0.89%인 것으로 나타났고, 현재 18세 미만 전국 장애아동 추정 수는 90,368명으로 과거에 비해 급격한 증가추세를 보이고 있다. 이는 1999년 장애인 복지법의 개정으로 장애범주가 기존의 5종(지체, 시각, 청각, 언어, 정신지체)에서 10종(뇌병변장애, 발달장애, 정신장애, 신장장애, 심장장애 등 5종 추가)으로 확대되었고 동일범주라 할지라도 장애기준이 완화된 것이 중요한 요인일 것이다.

국립특수교육원(2001)은 초등학교 학령아동을 대상으로 특수교육 요구아동의 전국

256) 오혜경, 심진례. 『청소년기 장애아동의 양육부담과 가족지원』 서울 : 신정, 2003.

257) 상계서.

실태를 조사<sup>258)</sup>하였는데, 출현율은 2.71% 추정 아동수는 100,639명으로 나타났다. 또한 남아의 출현율은 4.34%, 여아의 출현율은 1.87%로 여아보다 남아의 출현율이 1.83배 이상 더 높은 것으로 나타났다. 이는 앞의 한국보건사회연구원에서 조사한 출현율보다 훨씬 높은 비율이다. 또한, 한국보건사회연구원(2001)에서 실시한 ‘전국 장애인 실태조사결과에서 남아의 출현율이 여아에 비해 상대적으로 높았으며 남녀간의 출현율 격차는 연령이 증가할수록 커지는 경향을 보였다<sup>259)</sup>.

국립특수교육원(2001)에서 학령기 장애아동을 대상(144,917명)으로 실시한 전국실태조사자료에 의하면 전체 장애중 정신지체가 38.6%로 가장 높았고, 뇌병변장애(16.0%), 발달장애(14.2%), 지체장애(13.0%), 시각장애(7.5%), 언어장애(4.9%), 청각장애(3.9%), 심장장애(1.8%) 순으로 나타났고 장애진단 여부는 전체 93.5%가 진단을 받은 것으로 나타났다. 그리고 장애진단 시기를 연령에 따라 구분해 보면 영아기가 50.6%로 가장 많았고 유아기 31.9%, 학령기 11.7%, 청소년기 5.8%순으로 나타나 장애진단은 저 연령일수록 특히, 3세 이전에 절반 이상이 이루어지고 있으며, 이는 장애치료 시기와의 연관성이 있을 것으로 본다. 그러나 장애를 발견한 뒤 치료받은 시기에 대한 조사에서 ‘장애진단(발견)직후(1개월 이내)’가 56.7%로 가장 많았던 반면 ‘치료받지 않았음’도 무려 16.4%이었고 ‘3년 이후’가 9.1%로 나타났다. 상당수가 치료시기가 늦어지거나 치료받지 않는 비율도 높아, 보호양육자가 경제적 부담으로 아동의 장애를 인정하지 않거나 치료를 받기 위한 적극적인 노력이 부족함을 짐작 할 수 있고, 이는 조기개입이 필요한 장애아에게 부정적인 요인으로 작용 할 수 있다.

장애아동 보장구 소지여부를 살펴보면 보장구 소지를 하지 않은 아동의 수가 80.2%로 높게 나타났는데 이는 정신지체 및 발달장애 아동 등 보장구 사용이 드문 아동의 비율이 높은 이유이며 동시에 지체, 뇌병변, 시각, 청각장애아동들의 경우에도 이들 아동에게 필요한 보장구가 충분히 보급되고 있지 않음을 보여주는 결과라 할 수 있다. 장애인 등록제도에 대한 인지는 전체 90.8%가 인지를 하고 있으나, 장애인 등록 희망 여부에서는 75.8%가 원하고 24.2%가 원하지 않는 것으로 나타났다.

장애인 등록을 꺼리는 가장 큰 이유는 ‘장애인이라고 생각하지 않아서’가 30.1%로 가장 높았고, ‘남에게 장애인임을 알리기 싫어서’가 17.3%, ‘장애 상태가 호전될 것 같아서’ 14.3%, ‘등록절차와 방법을 몰라서’ 12.4%순으로 조사되었다. 즉 부모가 아동상태를 객관적으로 인정하지 않거나 타인의 시선을 의식, 정보부족 등의 원인으로 장애인 등록을 거부하고 있다. 사회 및 국가에 대한 복지욕구를 살펴보면 생계보장이 32.1%로 가장 시급했고, 다음으로 의료혜택 확대, 특수교육의 확대·개선, 장애인에 대한 인식

258) 오혜경·정소영. 전게서.

259) 연령별 장애출현율을 보면 0~4세 남아 0.36%, 여아 0.13%이고, 5~9세 남아는 1.00%, 여아는 0.67%, 10~14세 남아는 1.06%, 여아는 0.50%인 것으로 나타났다.



개선 등에 대한 요구가 비교적 높게 나타났다<sup>260)</sup>. 이는 장애 아동 가족의 경제적 어려움을 간접적으로 시사하는 대목이라고 할 수 있을 것이다.

장애아의 의료비 지원은 의료급여 2종 수급권자인 장애인으로 1차 진료기관 이용시 본인부담 1천원 중 750원, 2·3차 진료기관의 경우 본인부담 20% 전액, 의료급여보장구 구입시 20% 전액을 지원<sup>261)</sup>받고 있다. 또 장애인 복지시설에서 보호 받고 있는 장애인인 의료재활 사업<sup>262)</sup>이 강화되어 청각 장애아동 100명을 대상으로 인공 달팽이관 수술비(1인당 220백만원)를 지원하고, 구강보건관리가 어려운 중증장애인·정신지체 장애인을 위하여 치과유니트 장비를 장애인 시설 20개소에서 30개소로 확대하여 지원하였다. 2003년에는 재활보조기구(정형외과용 구두, 욕창방지용 매트, 음향신호기 리모콘 및 음성 탁상시계, 휴대용 무선 신호기 등) 교부 사업을 확대 실시 됨에 따라 136,000명의 저소득 장애인에게 무료 교부하였다. 그러나 정부의 지원은 저소득층에 제한된 경향이 있으며 장애아의 재활 치료에 막대한 비용이 소요되지만 일반 가정의 아동의 재활 의료비나 치료에 있어 재정적 어려움에 대한 대안은 없는 상황이다.

## (2) 국제권고 및 외국 사례

### 가. UN 아동 권리 조약

· 제 23조 : 1. 당사국은 정신적 또는 신체적 장애아동이 존엄성이 보장되고 자립이 촉진되며 적극적 사회참여가 조장되는 여건 속에서 충분히 품위 있는 생활을 누려야 함을 인정한다. 2. 당사국은 장애아동의 특별한 보호를 받을 권리를 인정하며, 신청에 의하여 그리고 아동의 여건과 부모나 다른 아동양육자의 사정에 적합한 지원이, 활용 가능한 재원의 범위 안에서, 이를 받을만한 아동과 그의 양육책임자에게 제공될 것을 장려하고 보장하여야 한다. 3. 장애아동의 특별한 어려움을 인식하며, 제2항에 따라 제공된 지원은 부모나 다른 아동양육자의 재산을 고려하여 가능한 한 무상으로 제공되어야 하며, 장애아동의 가능한 한 전면적인 사회참여와 문화적·정신적 발전을 포함한 개인적 발전의 달성에 이바지하는 방법으로 그 아동이 교육, 훈련, 건강관리지원, 재활지원, 취업준비 및 오락기회를 효과적으로 이용하고 제공받을 수 있도록 계획되어야 한다. 4. 당사국은 국제협력의 정신에 입각하여, 그리고 당해 분야에서의 능력과 기술을 향상시키고 경험을 확대하기 위하여 재활, 교육 및 직업보도 방법에 관한 정보의 보급 및 이용을 포함하여, 예방의학분야 및 장애아동에 대한 의학적·심리적·기능적 처치분

260) 오혜경·정소영. 전계서.

261) 보건복지부. 2004년도 보건복지부소관 세입세출 예산 개요. 2004.

262) 보건복지부. 2003년 보건복지 이렇게 달라집니다. 2002.

야에 있어서의 적절한 정보의 교환을 촉진하여야 한다. 이 문제에 있어서 개발도상국의 필요에 대하여 특별한 고려가 배풀어져야 한다.

### (3) 현행법

#### 가. 장애인복지법

- 제33조 (의료비의 지급) ①장애인복지시설기관은 의료비의 부담이 곤란하다고 인정되는 장애인에 대하여 장애정도, 경제적 부담능력등을 고려하여 장애의 정도에 따라 의료에 소요되는 비용을 지급할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 의료비 지급의 대상·기준 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

- 제34조 (자녀교육비의 지급) ①장애인복지시설기관은 경제적 부담능력 등을 감안하여 장애인이 부양하는 자녀 또는 장애인인 자녀의 교육비를 지급할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 교육비 지급의 대상·기준 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

- 제44조 (장애수당) ①국가와 지방자치단체는 장애정도와 장애인의 경제적 생활수준을 고려하여 장애인의 소득보전을 위해 장애수당을 지급할 수 있다. 다만, 국민기초생활보장법에 의한 생계급여의 수급자인 장애인에게는 장애수당을 지급하여야 한다. ②제1항의 규정에 의한 장애수당의 지급의 대상·기준 및 방법등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

- 제45조 (장애아동부양수당 및 보호수당) ①국가와 지방자치단체는 장애아동을 보호·양육하는 보호자의 경제적 생활수준, 장애정도를 고려하여 장애아동의 보호자에게 장애로 인한 추가적 비용보전을 위해 장애아동부양수당을 지급할 수 있다. ②국가와 지방자치단체는 장애인을 보호하는 보호자의 경제적 생활수준, 장애정도를 고려하여 장애인의 보호자에게 장애로 인한 추가적 비용보전을 위해 보호수당을 지급할 수 있다. ③제1항 및 제2항의 규정에 의한 장애아동부양수당, 보호수당의 지급대상·기준 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

- 제48조 (장애인복지시설) ①장애인복지시설의 종류는 다음 각호와 같다. 1. 장애인생활시설 : 장애인이 필요한 기간 생활하면서 재활에 필요한 상담·치료·훈련등의 서비스를 받아 사회복귀를 준비하거나 장애로 인하여 장기간 요양하는 시설 2. 장애인지역사회재활시설 : 장애인복지관, 의료재활시설, 체육시설, 수련시설, 공동생활가정등 장애인에게 전문적인 상담·치료·훈련 등을 제공하거나 여가활동 및 사회참여활동 등에 필요한 편의를 제공하는 시설 3. 장애인직업재활시설 : 일반 고용이 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업생활을 영위할 수 있도록 하

는 시설 4. 장애인유료복지시설 : 장애인이 필요한 치료, 상담, 훈련등 편의를 제공받고 이에 소요되는 일체의 비용을 시설운영자에게 납부하여 운영하는 시설 5. 기타 대통령령이 정하는 시설

②제1항 각호의 규정에 의한 장애인복지시설의 구체적인 종류와 사업 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

#### 나. 특수교육진흥법

· 제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. "특수교육"이라 함은 특수교육대상자의 특성에 적합한 교육과정·교육방법 및 교육매체 등을 통하여 교과교육·치료교육 및 직업교육 등을 실시하는 것을 말한다. 2. "특수교육대상자"라 함은 제10조의 규정에 의하여 특수교육을 필요로 하는 사람으로 선정된 사람을 말한다.

· 제9조 (특수교육대상자의 선정) ①법 제10조의 규정에 의하여 특수교육대상자로 선정 받고자 하는 자 또는 그의 보호자는 교육감·교육장 또는 학교의 장에게 특수교육대상자로의 선정을 신청하여야 한다.②법 제10조제4항의 규정에 의한 특수교육대상자의 진단·평가·심사 및 선정의 기준은 별표와 같다.③교육감·교육장 또는 학교의 장은 특수교육대상자의 선정여부를 결정한 때에는 그 결과를 지체 없이 신청인에게 서면으로 통지하여야 한다.

· 10조 (특수교육대상자의 선정) ①다음 각호의 1에 해당하는 장애가 있는 사람 중 특수교육을 필요로 하는 사람으로 진단·평가된 사람을 특수교육대상자로 선정한다.1. 시각장애 2. 청각장애 3. 정신지체 4. 지체불자유 5. 정서장애(자폐성을 포함한다) 6. 언어장애 7. 학습장애 8. 기타 교육인적자원부령이 정하는 장애

#### 다. 특수교육진흥법 시행령

· 제15조 (건강진단등) 특수교육기관의 장은 법 제18조제1항의 규정에 의하여 특수교육대상자에 대한 건강진단 및 생활기능 회복정도의 판정을 연 2회 이상 실시하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

2004년 복지부 장애인복지 시책으로 장애아동에게 장애 수당(월 6만원)<sup>263)</sup>, 장애아동

263) 국민기초생활보장법상의 수급자로서 1,2급 장애인(다른 장애가 중복된 3급정신지체인 및 발달 장애인 포함)

부양 수당(월 5만원)<sup>264)</sup>이 지급되고 있으며 장애인 자녀 교육비는 지기초생계비의 차 상위계층인 가구의 1~3급 장애인인 중학생·고등학생에게 지급되고 있다. 그러나, 장애아동부양수당은 국민기초생활보장법상 수급자로서 만 18세 미만(당해 장애인 초·중등교육법에 의한 고등학교와 이에 준하는 특수학교 또는 각종학교에 재학 중인 경우에는 20세 이하의 경우 포함)의 1급 재가 장애아동의 보호자에게 경제적 지원을 위해 추가된 규정으로 장애인 복지법 제45조1항에서 국가와 지방자치단체는 장애아동을 보호·양육하는 보호자의 경제적 생활수준, 장애정도를 고려하여 장애아동의 보호자에게 장애로 인한 추가적 비용보전을 위해 장애아동부양수당을 지급할 수 있음을 규정하고 있다.

장애수당 및 장애아동부양 수당제도는 1999년 장애인복지법 개정을 통해 추가된 조항인데 규정에서 지급 할 수 있다 식의 임의규정을 하고, 예산확보가 되지 않아 실질적인 효과성은 낮다. 장애인 의료비에 있어서는 의료급여법에 의한 2종 의료급여 대상자가 아닌 장애인에게 1차 의료급여기관 진료시 본인부담금 1000원 중 750원(의약분업 예외-1500원 중 750원)이 지원되고, 2차·3차 의료급여기관 및 국·공립결핵병원 진료시 의료급여수가 적용 본인부담 진료비 15% 전액(단, 본인부담금 식대20%는 지원하지 않음)을 의료급여 적용 보장구 구입시 상한액 범위 내에서 본인부담금 전액을 지원하고 있다.

##### (5) 기존 제안

오혜경과 정소영(2003)<sup>265)</sup>에 의하면 우리나라에서는 아직까지 장애아동과 관련된 지원을 논의함에 있어서 장애아동의 생애주기를 중요한 요인으로 언급해 오지 않은 것이 사실이다. 그러나 장애아동이 성장해가면서 그 시기에 따른 발달과업과 가족이 갖는 욕구는 다양하게 변화하기 때문에 장애아동과 그 가족을 지원하는데 있어서 장애아동의 발달단계에 맞춰 취약한 부분을 보완하고 충족된 부분을 강화하여 현재의 발달단계를 성공적으로 수행 할 수 있도록 지원해주는 서비스가 필요하다. 따라서 생애주기별 접근 방식에 입각하여 학령기 장애아동 가족의 양육부담 경감 및 가족 지원을 해 줄 수 있어야 할 것이다. 특히 장애아동 가족에 대한 경제적 지원을 강화할 필요가 있는데, 전체 장애인 가구의 월 평균소득 108.21만 원으로 도시근로자 가구소득의 46.6%에 불과하며, 장애아동 가족이 장애아동에게 추가적으로 소요하는 비용은 월평균 35만 원인 것으로 조사되었다. 경제적으로 과다한 치료교육비는 가족에 부담으로 작용하며 장

264) 국민기초생활보장법상의 수급자로서 만 18세 미만의 1급재가 장애 아동 보호자에게 지급된다.

265) 오혜경, 정소영. 전거서. p.153-160

애아동 가족에 대한 경제적 지원제도로 감면 및 할인 방식에 의존하고 있으나 이것은 저소득층에 대한 지원 대책으로 기능하기는 어려운 현실이다. 따라서 각종 감면 및 할인제도 대신 장애수당 및 장애아동 부양수당, 장애인 자녀 교육비 지원 등의 본격적 실시를 서두르는 것이 필요하다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획전체 평가 및 실천 계획

장애아동 수당제도의 경우 ‘지급 할 수 있다’는 식의 임의규정의 성격이 강하기 때문에 실질적인 예산 확보를 위해서는 강제적인 법조항 개정이 필요하다. 또한 어린이 시절의 발달 지체는 평생 후유증이 남길 수 있다는 점에서 재활 서비스에 대한 적극적인 의료보장이 필요하며 의료보장구 구입에 대해서 전액 무료 지원이 필요하다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 국립재활원, 국립특수교육원

### 3) 학대/방치 아동의 의학적 치료에 대한 급여 범위 확대

#### (1) 현황

보건복지부와 중앙아동학대예방센터(2003)의 자료에 의하면 2002년 아동학대 신고전화에 접수된 2,478건 중 학대행위자는 부모가 2,103(84.9%)건으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 친인척 54건(2.2%), 친조모 53건(2.1%), 부모의 동거인 37건(1.5%), 이웃 34건(1.4%) 등 그 밖의 학대 행위자는 375건(15.1%)만을 차지하였다. 특히 학대행위자가 부모인 경우, 친부에 의한 학대가 57.8%, 친모에 의한 경우가 22.2%으로 친부모에 의한 학대가 전체의 80%를 차지하였다. 아동학대 사례유형을 보면, 아동학대 2,478건 중 25.9%가 학대를 중복해서 받고 있는 것으로 나타나고 있다.

아동학대 사례 총 누계 3,660건 중 방임이 36.3%, 신체적 학대 28.4%, 정서적 학대 26.3%, 유기 5.8%, 성학대 3.2%로 각각 나타났다. 신체적 학대 중에는 멍듦이 447건, 긁힘 126건, 찢김 66건, 꼬집힘 40건, 골절 37건 순으로 나타났으나, 이외에도 화상 23건, 아동 던짐 19건, 목조름 16건, 뇌손상 11건, 두개골 골절 8건, 경뇌막 혈종 4건 등은 아동의 생명과 직접적으로 연관이 되는 정도의 위험한 경우도 있다. 정서적 학대 중에는 소리지름이 665건으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 그 다음으로 심한 욕설 482건, 위

협·협박이 205건, 아동에 대한 비현실적인 기대가 98건으로 나타났다<sup>266)</sup>.

2004년 복지부 보육아동 정책과 사업<sup>267)</sup>에 의하면 현재 지방아동학대 예방센터에서는 피해아동 치료에 대한 사업으로 정신과 치료비(190인기준: 200천원/1인) 응급치료(80인기준: 500천원/인) 및 학대아동검사비(240인 기준: 800천원/인)을 지원사업을 펼치고 있다. 피해 아동에 대한 MRI, CT 및 심리검사 지침으로 ① 뇌손상이 심하다고 판단되는 아동 ② 얼굴 및 머리부위에 상처나 멍이 있고, 심하게 맞았다고 추정되는 신체학대 아동 ③ 외상으로 뚜렷한 상처가 없는 아동일지라도 신체학대, 방임을 지속적으로 받았다고 추정되는 아동 ④ 기타 위의 경우에 해당되지 않을 지라도 피해아동에게 MRI, CT 검사가 필요하다고 판단되는 경우 실시 가능하다. 심리 검사 대상은 만 5세 이상(최소연령)이며 성학대로 추정될 경우 반드시 실시하도록 하고 있으며 6개월 이상 학대가 지속되거나 빈도가 일주일에 2회 이상으로 잦을 경우에 해당이 된다.

## (2) 국제권고 및 외국 사례

### 가. UN 아동권리조약

- 제6조 : 1. 당사국은 모든 아동이 고유의 생명권을 가지고 있음을 인정한다.
- 2. 당사국은 가능한 최대한도로 아동의 생존과 발달을 보장하여야 한다.

· 제 19조 : 1. 당사국은 아동이 부모, 법정 후견인 또는 기타 아동 양육자의 양육을 받고 있는 동안 모든 형태의 신체적·정신적 폭력, 상해나 학대, 유기나 유기적 대우, 성적 학대를 포함한 혹사나 착취로부터 아동을 보호하기 위하여 모든 적절한 입법적·행정적·사회적 및 교육적 조치를 취하여야 한다. 2. 이러한 보호조치는 아동 및 아동 양육자에게 필요한 지원을 제공하기 위한 사회 계획의 수립은 물론 상기된 바와 같은 아동학대 사례를 여타 형태로 방지하거나 확인, 조회, 조사, 처리 및 추적하고 또한 적절한 경우에는 사법적 개입을 가능하게 하는 효과적 절차를 적절히 포함하여야 한다.

· 제 20조 : 1. 일시적 또는 항구적으로 가족 환경을 박탈당하거나 가족 환경에 있는 것이 스스로의 최상의 이익을 위하여 허용될 수 없는 아동은 국가로부터 특별한 보호와 원조를 부여받을 권리가 있다. 2. 당사국은 자국의 국내법에 따라 이러한 아동을 위한 대체적 보호를 확보하여야 한다. 3. 이러한 보호는 특히 양육위탁, 회교법의 카팔라, 입양 또는 필요한 경우 적절한 아동 양육기관에 있어 계속성의 보장이 바람직하다는 점과 아동의 인종적·종교적·문화적 및 언어적 배경에 대하여 정당한 고려가 배풀어져야 한다.

266) 보건복지부·중앙아동학대예방센터 자료. 2003

267) 보건복지부 보육아동 정책과. 2004 아동복지 사업 안내. 2004.(p.52-54)

· 제 25조 : 당사국은 신체적·정신적 건강의 관리, 보호 또는 치료의 목적으로 관계 당국에 의하여 양육지정 조치된 아동에게 제공되는 치료 및 양육지정과 관련된 그 밖의 모든 사정을 정기적으로 심사 받을 권리가 있음을 인정한다.

· 제 37조 : 당사국은 다음 사항을 보장하여야 한다. a. 어떠한 아동도 고문 또는 기타 잔혹하거나 비인간적이거나 굴욕적인 대우나 처벌을 받지 아니한다.

· 제 39조 : 당사국은 여하한 형태의 유기, 착취, 학대 또는 고문이나 기타 여하한 형태의 잔혹하거나 비인간적이거나 굴욕적인 대우나 처벌 또는 무력분쟁으로 인하여 희생이 된 아동의 신체적·심리적 회복 및 사회복귀를 촉진시키기 위한 모든 적절한 조치를 취하여야 한다.

#### 나. 미국 아동보호 사업<sup>268)</sup>

미국의 아동학대와 방임에 대한 개입의 법적 근거는 1974년 연방정부에서 제정한 The Child Abuse Prevention And Treatment Act에 기초를 한다.

미국 아동복지의 철학은 The Adoption And Safe Families Act에 따른 “아동을 위한 영구적인 계획(Permanency Plan)”을 바탕으로 한다. 최근 미국은 ‘가족보존’의 경향이 강함에 따라 개인이 아닌 가족을 개입대상으로 보고, 가족 내에서 각 구성원들의 욕구를 고려한다. 즉, 가정이 아동을 양육하기 위해 필요한 자원을 사정, 서비스 하는 방향으로 개입하려는 경향이 강하며 불가피하게 부모로부터 격리가 필요한 아동은 위탁가정에서 보호를 한다. 아동은 위탁가정에서 18개월에서 22개월 정도 보호된 후 원가정 복귀되거나 입양된다.

아동이 가정으로부터 분리되면 주정부가 법적인 후견인이 되며 아동은 정부로부터 인가된 곳에서 보호되며, 법원은 아동학대로 인해 부모로부터 격리된 아동의 사례를 6개월마다 검토할 법적 의무를 가진다.

#### 다. 스웨덴 아동학대 대책<sup>269)</sup>

스웨덴의 성범죄관련 형법규정은 성적학대로부터 아동과 청소년을 보호하고 있다. 특히 자신의 보호 하에 있는 18세 이하의 아동을 성적으로 폭행한 경우에 대한 형벌도 규정되어 있다. 가정특별상담국은 이혼, 별거 등 가정문제 해결을 위한 도움을 주고 있고, 지역별로 사회봉사, 청소년정신과, 학교, 경찰, 검찰국의 대표로 구성된 지역공동상담그룹이 성적학대가 의심되는 아동들에게 도움을 주고 있다. 또한 가정 내의 아동학대 및 방임에 대한 강력한 제재법이 있다. 부모나 후견인이 아동에게 어떤 형태의 체벌이나 정신적 벌을 줄 수 없고, 아동에게 신체적 손상이나 고통을 주었을 경우에는 최고

268) 보건복지부 보육아동 정책과. “2004년 아동복지 예방사업 해외연수보고서”. 2004

269) 청소년보호위원회. 청소년인권 현황과 대책. 1998

2년의 구금형과 벌금형을 부과할 수 있다. 학대행위가 보다 심할 경우 최고 10년의 구금 형에 처할 수 있다. 또한 아동이 적절한 보호를 받지 못하고 건강 및 발달이 위험한 상태에 있다고 간주 될 때에는 아동보호를 위해 사회복지위원회의 개입을 의무화 하고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 아동복지법

- 제23조 (긴급전화의 설치등) 국가와 지방자치단체는 아동학대를 예방하고 수 시로 신고를 받을 수 있도록 긴급전화를 설치하여야 한다. 이 경우 그 설치·운 영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

- 제24조 (아동보호전문기관의 설치) ①국가와 지방자치단체는 학대아동의 발견, 보호, 치료에 대한 신속한 처리 및 아동학대예방을 전담하는 아동보호전문기관을 설치하여야 한다. 다만 대통령령이 정하는 범위 안에서 아동상담소, 아동복지시설, 아동학대예방협회 등의 비영리법인을 아동보호전문기관으로 지정할 수 있다. ②아동보호전문기관에 두는 상담원 등 직원의 자격은 대통령령으로 정하고, 그 설치기준과 운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

- 제25조 (아동보호전문기관의 의무) 아동보호전문기관의 업무는 다음과 같다.

1. 학대받은 아동의 발견, 보호, 치료의뢰
2. 아동학대의 예방 및 방지를 위한 홍보
3. 아동학대행위자를 위한 상담·교육 등
4. 아동학대행위자, 아동학대행위자로 신고된 자 및 그 가정에 대한 조사
5. 기타 학대받은 아동의 보호를 위하여 필요한 사항

- 제27조 (응급조치의무등) : ① 아동학대신고를 접수한 아동보호전문기관 직원이나 사법경찰관리는 지체 없이 아동학대의 현장에 출동하여야 하며, 아동학대행위자로부터의 격리 또는 치료가 필요한 때에는 아동보호전문기관 또는 치료기관의 인도에 필요한 조치를 하여야 한다. ② 아동학대의 신고를 접수한 아동보호전문기관이나 수사기관은 대통령령이 정하는 바에 따라 학대받은 아동의 보호와 학대의 방지를 위하여 제10조제1항제2호 내지 제4호의 규정에 의한 조치등을 의뢰할 수 있다.

#### 나. 아동복지법시행령

- 제18조 (응급조치의무 등) : ①아동보호전문기관의 직원 또는 사법경찰관리(이하 이조에서 "조사자"라 한다)는 법 제27조제1항의 규정에 의하여 아동학대의 현장에 출동한 때에는 그 현장을 조사하여 보건복지부령이 정하는 현장조사서를 작성하여야 한다. ②조사자는 아동학대행위자로부터의 격리 또는 치료 등의 조치가 필요하다고 판단



되거나 피해아동이 아동학대행위자로부터 격리 등을 원하는 경우에는 아동을 수용할 수 있는 인근시설 또는 의료기관에 필요한 조치를 의뢰할 수 있다. ③아동보호전문기관이나 수사기관은 제2항의 규정에 의한 아동이 3일 이상의 격리 또는 치료 등의 조치가 필요한 때에는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 법 제10조제1항제2호 내지 제4호의 규정에 의한 조치를 의뢰하여야 한다. ④시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제3항의 규정에 의하여 보호조치를 의뢰 받은 때에는 지체없이 제5조 내지 제7조의 규정에 따라 적절한 보호조치를 실시하여야 한다. ⑤아동보호전문기관의 장은 피학대아동, 그 보호자 또는 아동학대행위자의 신분조회 등의 조치를 관계 행정기관에 협조·요청할 수 있으며, 요청을 받은 행정기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

#### 다. 가정폭력 범죄의 처벌 등에 관한 특례법

· 제5조 (가정폭력범죄에 대한 응급조치) 진행중인 가정폭력범죄에 대하여 신고를 받은 사법경찰관리는 즉시 현장에 임하여 다음 각호의 조치를 취하여야 한다. 1. 폭력행위의 제지, 행위자·피해자의 분리 및 범죄수사 2. 피해자의 가정폭력관련상담소 또는 보호시설 인도(피해자의 동의가 있는 경우에 한한다) 3. 긴급치료가 필요한 피해자의 의료기관 인도 4. 폭력행위의 재발시 제8조의 규정에 의하여 임시조치를 신청할 수 있음을 통보

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

보건복지부 보육·아동정책과에서 발표한 ‘2004년도 아동복지사업 안내’에 의하면 정부는 가정중심·지역사회중심의 아동보호정책을 추진하고 아동이 존중 받으며 안전하고 건강하게 성장할 수 있도록 지원할 것을 목표로 다음과 같은 사업을 추진하고 있다.

##### 가. 1391 신고전화 홍보 및 아동학대 인식 증진

2002년 아동학대 예방에 대한 국민 인식 개선 및 신고전화에 대한 홍보(공익광고 제작 방영등)를 통해 아동학대 신고율 제고를 도모한다. 신고의무자 활동 활성화를 위해 협의체를 구성하여 운영을 하고 ‘신고 의무자 역할 활성화’ 방안 및 미 노출된 학대 아동 발견을 위한 교육 실시방안 등을 논의한다. 또, 신고 의무자 교육 교재 개발을 통하여 법적으로 규정된 신고의무자들에게 아동학대 인식을 증진시킬 수 있는 내용의 교재를 제작하고 아동학대가 가장 많이 발생하는 유아 및 초등학교학생들을 교육하는 보육

교사/초등학교 교사에게 우선 보급한다. 국민들의 아동학대에 대한 인식 정도를 주기적으로 조사함으로써 아동학대 홍보방향 설정 및 아동학대예방에 대한 국민인식 제고를 도모하기 위해 ‘아동학대 인식조사’를 실시한다.

#### 나. 아동보호시스템 확충 및 서비스 전문화

2003년까지 아동보호 사업 활성화를 위한 법·제도를 정비하여 학대행위자 치료 및 상담을 의무화하고, 상담원 현장 조사 및 신변보장에 대한 필요한 사항 등 관련 법 개정을 추진한다. 아동학대 예방센터 및 상담 인력을 확충하여 지역상황, 아동인구수, 학대신고건수, 학대사례 수 등을 감안하여 시·도별 아동학대예방센터 확충 및 상담원 증원을 추진한다. 또한 상담원에 대한 재교육 실시로 상담의 전문성 향상을 도모하고 국립보건원에 의뢰하여 미술 및 놀이치료 등 상담에 필요한 전문적인 교육을 실시한다. 센터당 치료 전문 상담원 추가 배치도 점진적으로 확대 할 것으로 계획하고 있다. 아동학대 사정척도 개발·보급을 통하여 상담원이 학대사례인지 여부를 판단 할 수 있는 척도를 통해 사례에 대한 객관적인 판단 및 처리를 도울 수 있도록 한다. 아동학대 예방센터의 평가 지표를 개발하여 센터별 평가 결과를각 지역 센터의 서비스 수준 향상 및 합리적인 예산 지원의 근거로 마련함과 동시에 향후 센터 증설 및 예산 지원과 연계하는 방안을 검토한다. 피해 아동 및 학대자에 대한 자료를 DB화하여 관리함으로써 정확하고 신속한 정보를 파악하여 총괄적이 사례 관리를 통해 현황 분석을 통한 정책 수립에 이바지 할 수 있도록 한다.

#### 다. 가족 지원 프로그램 개발·운영

아동학대 예방을 위한 부모교육 프로그램을 개발·보급하여 자녀 양육 정보가 부족한 부모를 대상으로 부모와 자녀간 적절한 상호작용과 아동양육기술 및 대안적 훈육방법을 교육함으로써 아동 학대를 예방한다.

### (5) 기존 제안

2001년도 보건복지부에서 발표한 ‘전국 아동학대 현황 보고서’에 의하면 아동보호 및 학대 예방을 위해 다음과 같은 정책적 제안을 하였다.

#### 가. 아동학대예방센터 증설과 상담원 증원, 합의된 아동학대 사정 척도 마련

통계청 자료에 근거하여 전국적으로 만 18세 미만의 잠재학대아동 수를 추정한 결과, 44만 9천명이 학대를 받는 것으로 나타났으며, 작년 일년 동안 아동 1,000명당 0.18

명이 학대를 받은 것으로 나타났다. 일본의 경우는 2000년 통계에 의하면, 약 1만 8천 명의 아동이 학대를 받은 것으로 보고하였고 1,000명당 0.77명이 학대를 경험한 것으로 나타났다. 미국의 경우는 1999년에는 11.8명이, 2000년 12.2명이 학대받은 것으로 드러났다. 미국의 경우와 비교할 때 아직 우리나라는 아동학대 신고율이나 발견율이 대단히 낮다고 할 수 있다. 이를 위해 사례관리시스템의 효율적 운영과 효과적인 아동학대 예방센터의 운영과 우리의 여건과 현실에 맞는 제도적, 정책마련이 필요하다.

#### 나. 학대 유형별 특성에 맞는 서비스 실시 필요

가장 빈번하게 일어나고 있는 학대는 방임으로 전체의 31.9%를 차지하고 있었다. 이는 결손가정과 상당히 관련이 있다고 볼 수 있으며, 결손가정에 대한 국가 차원의 제도가 뒷받침되어야 이 문제를 해결할 수 있을 것이다. 방임의 경우에는 기본적인 의식주를 제공하지 않거나 학교에 보내지 않는 등의 경우가 많았는데, 이는 아동의 생존권 및 교육받을 권리 등 아동들이 기본적으로 누려야 할 권리들이 부모에 의해 침해되는 경우가 많은 것으로 볼 수 있다. 다음으로 중복학대가 623건(29.6%)를 나타냈는데 이 가운데는 신체학대와 정서학대가 동시에 일어나는 경우가 가장 많았다. 신체학대, 정서학대, 성학대와 같이 각 학대 유형별로 특성에 맞는 서비스가 필요하며 학대 종류별로 전략적으로 접근 할 수 있어야 할 것이다.

#### 다. 피해아동 특성에 맞는 다양한 프로그램 개발

영·유아기가 성장·발달의 주요한 시기라고 볼 때, 아동학대 행위는 아동의 건강한 성장 및 발달을 저해할 뿐만 아니라 심각한 손상을 줄 수 있다는 점에서 상당한 주의를 요한다. 또한 학대받은 아동들은 다양한 신체적·행동적·성격적 특성을 보이고 있어서 이러한 특성들이 학대를 유발하는 원인인지 혹은 결과인지에 대한 연구도 필요할 것이다. 그리고 학대받은 아동들이 나타내는 특성들이 또래관계 문제, 학교 부적응 문제 또는 비행의 문제가 높음을 볼 때 이러한 문제행동에 대한 적절한 지도 및 치료가 우선되어야 할 것이다. 특히 아동의 특성에 맞는 다양한 프로그램의 개발과 운영은 가정과 학교생활에 부적응 아동을 위한 필요한 치료의 한 부분이다.

### (6) 전체 평가 및 실천 계획

아동학대 문제를 해결하기 위해서는 우선 법체계 및 사회제도에 대한 정비가 필요하다. 주로 학대를 행하는 주체가 가족이며 때문에 가족에 법에 대한 개입을 어느 정도 수준까지 할 수 있을지 어려움이 있다. 또, 여전히 우리 사회 전반적으로 아동은 부모

의 소유로 보는 풍토 때문에 아동의 인권이 제한되고 있는 상황이다. 이러한 전반적 사회 분위기를 개선하기 위해서는 아동의 인권에 대한 대국민적 홍보가 필요하고 인식의 전환이 필요하다. 학대 행위 신고-성인교육-치료서비스-프로그램 개발 등 정책의 실효성 강화를 위해서는 아동 학대에 대한 정확한 실태 파악을 할 수 있어야 하며 단기적인 전략을 세워야 할 것이다. 또 학대 아동은 신체적 가해 및 심리적 스트레스를 겪고 있기 때문에 학대 후 의료적 서비스 제공을 통하여 아동의 보호권과 더불어 건강권을 보장해 줄 수 있어야 할 것이다. 특히 학대 유형으로 볼 때 신체적 가해, 언어폭력, 방임 등으로 학대로 인한 의료 기관 이용을 보장해 주는 것 뿐 아니라 폭력으로 인하여 불안정한 정서와 스트레스를 치료 할 수 있도록 심리치료 및 정신 건강을 위한 프로그램을 통한 개입을 해야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 중앙아동학대예방센터, 청소년보호위원회, 통계청

## II. 청소년

1991년 아동 권리에 관한 국제협약은 아동 및 청소년의 권리 증진의 중요한 이정표라 할 수 있다. 이 협약에 의하면, 아동 및 청소년은 단순히 특별한 보호와 원조를 필요로 하는 취약성을 가진 인간이 아니며, 기본적인 권리와 자유의 주체로서 자신의 의견을 가지고 견해를 표명하며 정보를 제공받고 능동적 권리의 소유자 내지 행사자라 할 수 있다.

건강 문제와 관련하여 청소년 계층은 그 어느 연령대보다 건강한 인구집단이라고 할 수 있다. 하지만 주요한 성장/발달과 건강 행동 등이 결정되는 시기이며 사춘기 과정에서 일어나는 정서적 불안정과 과도한 입시 경쟁 등으로 인해 그 어느 때보다 정신건강의 위해요소가 만연해 있는 시기이기도 하다. 따라서 청소년 계층의 건강권 보장은 질병 관리를 비롯한 직접적인 서비스 제공보다는 건강한 정신적·육체적 성장과 발달을 가져올 수 있는 환경을 조성하여 청소년 자신으로 하여금 건강한 사회인으로 성장할 수 있는 기반을 갖추도록 돕는 것이 핵심일 것이다.

### 1. 건강생활습관이 용이한 환경 조성

#### 1) 영양 : 저소득층 청소년 대상의 영양 프로그램 개발

사춘기에는 신체적, 정신적 신진대사가 활발한 시기이므로 일생을 통하여 가장 많은 에너지와 영양소를 필요로 한다. 청소년기의 영양은 우리 몸의 새로운 조직을 형성해야 할 뿐 아니라 신체기능의 조절 및 이미 형성된 조직의 보호를 위하여 충분히 공급되어야 한다. 또한 사춘기시절의 발육과 영양은 밀접한 관계에 있으며 균형 잡힌 영양식과 규칙적인 영양의 공급은 청소년의 신체 건강을 결정한다. 그러나 저소득층 아동들의 잦은 결식으로 영양장애가 발생할 위험이 높은 상황에 처해 있다. 학교 급식은 아동과 청소년에게 필요한 영양공급과 합리적인 식생활에 대한 지식 및 올바른 식습관 형성에 중요한 역할을 담당하고 있다. 특히 저소득 청소년들의 영양공급에 있어서 학교급식 및 지역사회의 영양 프로그램은 중요한 역할을 해야 할 것이다. 가정 내 아이들의 영양관리를 지원해 줄 수 있는 자원이 불충분하기 때문에 학교와 지역사회에서는 저소득 청소년 대상의 영양 프로그램 개발에 관심을 가져야 할 것이다.

- (1) 현황
- (2) 국제권고 및 외국사례
- (3) 현행법

(4) 정부정책 및 계획

(5) 기존 제안

(6) 전체 평가 및 실천 계획

(179쪽 아동·청소년 대상의 영양 프로그램 개발 부분 참조)

## 2) 체육 : 학교 체육 활동의 최소 기준 설정

비만은 심장병과 암을 비롯한 각종 만성퇴행성 질환의 주요 위험요인으로 널리 알려져 있다. 또한 이들 질환은 성인기에 갑자기 발병하는 것이 아니라 유년기부터의 생활 습관에 의한 위험 축적이 큰 역할을 하는데, 따라서 아동 및 청소년기에 바람직한 건강 생활 습관을 갖게 되는 것은 향후 성인기의 만성질환 발병에 아주 중요한 영향을 미칠 수 있다. 그러나 현재의 경쟁적인 입시제도 하에서는 체육조차 내신 성적을 이루는 하나의 과목에 지나지 않으며 그나마도 물리적 토대의 부족함 때문에 제대로 이루어지고 있지 못한 것이 현실이다. 체육 활동은 신체적 건강은 물론 정신적·사회적 안녕감을 고양시킬 수 있는 필수적 요소이다. 물론 교과 과정으로서가 아니라 지역사회 안에서 다양한 체육활동의 경험을 가질 수 있다면 매우 바람직하겠지만, 시간과 안전한 운동 장소, 적절한 시설을 확보하기가 어려운 상황에서 학교 체육은 아동/청소년 계층의 체육 활동을 보장하고 올바른 운동 습관을 교육할 수 있는 최소한의 영역이라 할 수 있다.

### (1) 현황

2001년도 체육과학 연구원의 연구 자료<sup>270)</sup>에 따르면 고등학교 2학년 남학생을 대상으로 한 조사 결과 신장은 1970년에 163.7cm에서 1999년에는 171.9cm로 8.2cm 성장하였고 여학생의 경우 4.4cm(155.5cm→ 159.9cm) 성장하였다. 몸무게의 경우 남학생은 1970년도에 53.8kg이었으나 1999년도에는 62.5kg로 8.7kg 증가하였으며 여학생의 경우 3.3kg(50.8→ 54.1kg) 성장하였다. 경제 성장과 함께 서구화된 식생활 및 청소년의 영양 수준의 개선으로 신장과 체중은 과거에 비해 성장 발육하였음은 자명하다. 그러나, 체력 요소 가운데 남녀 모두 전신 지구력의 지표인 오래 달리기 및 공던지기, 멀리뛰기 등 대부분의 체력장 종목에서 과거에 비해 부진한 결과를 나타내었다.

서구식 식단 및 풍족한 영양 섭취로 청소년의 체격 조건의 발달되었음에도 청소년의

270) 국민체육진흥공단 체육과학연구원. 학교체육 실태조사 및 개선방안 연구, 2001.

기초체력의 부진은 개별 가정의 책임 이상으로 청소년의 삶의 터전인 학교에서의 체육 교육을 통해 함께 해결해 나가야 할 문제이다. 2001년도에 수행된 학교체육 실태조사 및 개선방안 연구<sup>271)</sup>에 따르면, 체육수업시간에 사용하는 학교체육시설 및 용기구에 대하여 체육교사들은 58.8%가 ‘매우 부족’ 또는 ‘부족’(부족 36.5%, 매우 부족 22.3%)한 것으로 생각하고 있고, ‘충분하다’고 생각한 교사는 전체의 9.5%에 불과하였다. 특히, 시설 및 용기구가 최선의 것인가를 묻는 질문에는 56.7%가 그렇지 않은 것으로, 4.7%가 그렇다고 대답하여 현행 학교체육시설과 용 기구는 양적·질적 두 가지 측면에서도 확충과 개선이 필요한 것으로 지적되고 있다.

2001년도 조사<sup>272)</sup>에 따르면, 초 중 고등학생들은 전반적으로 학교체육시설이 충분하지 않다고 생각하고 있다. ‘부족하다’ 또는 ‘매우 부족하다’라고 생각한 초등학생은 43.8%, 중학생은 56.3%, 고등학생은 54.8%로 학년이 높아질수록 학교체육시설의 부족을 크게 인식하고 있음을 알 수 있다. 이는 체격과 발달로 인하여 다양한 운동을 즐기고 싶은 욕구가 증가하고, 학교수업의 교과내용이 다양해지지만 중학교와 고등학교의 상황이 거의 유사한 학교체육시설로 인하여 이를 충족시켜주지 못하고 있기 때문이다. 학생들이 생각하는 학교에서 가장 필요한 체육시설에 대해서는 실내체육관(31.8%), 수영장(23.6%), 샤워실(19.9%)의 순위로 나타났다. 체육교사들도 실내체육관(64.7%)과 수영장(34.5%)을 가장 필요하다고 생각하고 있다.

결과적으로 청소년들의 학교체육활동에 대한 욕구는 높지만 이를 뒷받침해 줄 학교 체육의 시설이 미비하며 현재의 엘리트 중심의 학교 체육은 절대 다수를 차지하는 일반 학생들의 체육활동으로부터 소외를 가중시킨다고 할 수 있겠다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. 미국<sup>273)</sup>

- 지난 7일 동안 최소 30분 이상 5회 이상 중등도의 신체 활동에 참여한 청소년의 비율 증가 (1999년 9~12학년의 27% → 2010년 35%)
- 일주일 중 3일 이상, 한번에 20분 이상 심폐 피트니스를 증진시킬 수 있는 격심한 신체 활동에 참여하는 청소년의 비율 증가 (1999년 9~12학년의 65% → 2010년 85%)
- 모든 학생을 대상으로 매일 체육을 필수화하는 공립/사립학교의 비율 증가 (중학

271) 문화관광부. 체육정책과. 2003 체육백서; 2003.(재인용)

272) 국민체육진흥공단 체육과학연구원. 전제서.

273) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

교 이하 1994년 17% → 2010년 25%, 고등학교 2% → 5%)

- 매일 학교 운동 교육에 참여하는 청소년의 비율 증가 (1999년 9~12학년의 29% → 2010년 50%)

- 학교 체육 시간의 최소 50% 이상을 활동적인 신체 운동에 보내는 청소년의 비율 증가 (1999년 9~12학년의 38% → 2010년 50%)

- 학기 중에 2시간 이하로 TV를 시청하는 청소년의 비율 감소 (1999년 9~12학년의 57% → 2010년 75%)

- 정규 교과 시간 이외 (수업 전 후, 주말, 방학 중)에 운동 공간과 시설을 모든 사람들에게 제공하는 공립/사립학교의 비율 증가

#### 나. 호주

1994년부터 호주정부는 5세부터 12세까지의 어린이와 13세부터 19세까지의 청소년을 대상으로 청소년 체육정책(National Junior Sport Policy)을 국가 정책으로 수립 시행하고 있다. 이 정책은 호주의 모든 청소년들에게 그들의 신체를 단련하고 스포츠 활동에 참여 할 수 있도록 기회가 주어져야 한다는 의미의 사회적 형평성에 기초를 두고 있다. 청소년 체육은 교육부, 체육부, 학교, 체육 단체, 지역사회, 지방정부, 부모, 체육 행정가, 참여자 자신이 책임을 공유하고 있으며 특히, 학교는 스포츠 참여 기회를 제공하므로 중요하다. 호주청소년은 스포츠에의 참여자로서 권리와 의무를 가지고 있으며 성장과 능력에 알맞은 수준에 참여하고, 동일한 참여 기회를 보장받을 권리를 가지고 있다. 연방정부, 주정부, 지방정부는 청소년들이 스포츠 활동에 참여 할 수 있도록 하는 책임을 가지고 스포츠 참여가 개인과 국가에 유익하다는 것을 홍보하여 지역사회 조직이 스포츠 장려토록 지원한다. 지역사회에 스포츠 시설을 제공하며 참여의 기회 균등을 보장하여 재정 및 재능 있는 선수 지원, 지역사회 스포츠 시설을 제공, 소년 스포츠의 안전을 도모하여, 청소년 스포츠 전달에 있어 각 정부간 긴밀한 협조 체제를 유지하도록 하고 있다<sup>274)</sup>

### (3) 현행법

#### 가. 국민체육진흥법

- 제3조 (체육진흥시책 및 권장) 국가 및 지방자치단체는 국민체육진흥에 관한 시책을 강구하고 국민의 자발적인 체육활동을 권장·보호 및 육성하여야 한다.

- 제9조(학교체육의 진흥) 학교는 학생의 체력증진과 체육활동의 육성에 필요한 조

274) 김두현. 『문화체육과 청소년 정책』 서울 : 삼원문화사 1999,p.155-157.



치를 강구하여야 한다.

· 제12조 (체육시설의 설치 등) ①국가 및 지방자치단체는 국민의 체육활동에 필요한 시설의 적정한 확보와 이용에 필요한 시책을 강구하여야 한다. ②직장에는 종업원의 체육활동에 필요한 시설을 설치·운영하여야 하며, 학교 및 직장의 체육시설은 학교교육 및 직장운영에 지장이 없는 범위 안에서 지역주민에게 개방·이용되어야 한다. ③국가 및 지방자치단체는 민간의 체육시설설치를 권장하고 건전하게 운영되도록 하여야 한다. ④제1항 내지 제3항의 체육시설의 설치·이용 등에 관하여 필요한 사항은 따로 법률로 정한다.

· 제17조 (지방자치단체와 학교 등에 대한 보조) ①국가는 매 회계연도마다 예산의 범위 안에서 지방자치단체와 학교 등에 대하여 체육진흥에 필요한 경비의 일부를 보조한다. ②국가 및 지방자치단체는 대한체육회, 서울올림픽기념국민체육진흥공단 기타 체육단체와 체육과학의 연구기관에 대하여 소요경비 또는 연구비의 일부를 보조한다.

#### 나. 국민체육진흥법시행령 제4장 학교체육 및 생활체육의 진흥

· 제14조 (체육의 날과 체육주간) ①법 제7조제1항의 규정에 의하여 매년 10월 15일을 "체육의 날"로 하고, 매년 4월의 마지막주일을 "체육주간"으로 한다. ②제1항의 규정에 의한 체육의 날과 체육주간이 속하는 달에는 학교에 있어서는 운동회 또는 체육대회와 기타의 체육행사를 실시하고, 직장에 있어서는 각각 그 실정에 맞는 체육행사를 실시하여야 한다. ③지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 체육주간에는 특별한 사정이 없는 한 그 실정에 따라 다음 각호의 행사를 실시하여야 한다. 1. 운동경기 및 생활체육행사 2. 씨름·그네 등 민속체육행사 3. 레크리에이션활동 4. 체육에 관한 전시회·강연회등 5. 기타 국민체육진흥에 관한 행사 ④국가는 제3항의 규정에 의한 체육행사에 대하여 이를 지원할 수 있다.

· 제15조 (학교의 체육진흥을 위한 조치) 법 제9조의 규정에 의하여 학생의 체력증진과 체육활동의 육성을 위하여 학교가 취하여야 할 조치는 다음 각호와 같다. 1. 운동회 또는 체육대회의 실시, 2. 학생에 대한 1종목이상의 운동 실시권장 및 지도, 3. 체육동호인조직의 결성 등 학생의 자발적 체육활동의 육성·지원, 4. 운동 경기부 및 선수의 육성·지원, 5. 기타 학교의 체육진흥을 위하여 필요한 사항

#### 다. 초·중등교육법시행령

· 제43조 (교과) 법 제23조제3항의 규정에 의한 학교의 교과는 다음 각호와 같다. 1. 초등학교 및 공민학교 : 국어, 도덕, 사회, 수학, 과학, 실과, 체육, 음악, 미술 및 외국어(영어)와 교육인적자원부장관이 필요하다고 인정하는 교과. 2. 중학교 및 고등공민학교 : 국어, 도덕, 사회, 수학, 과학, 기술·가정, 체육, 음악, 미술 및 외국어와 교육인적자원

부장관이 필요하다고 인정하는 교과. 3. 고등학교 : 국어, 도덕, 사회, 수학, 과학, 기술·가정, 체육, 음악, 미술 및 외국어와 교육인적자원부장관이 필요하다고 인정하는 교과. 4. 특수학교 및 고등기술학교 : 교육인적자원부장관이 정하는 교과

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

참여정부 국민체육 진흥 6개년 계획<sup>275)</sup>에서는 청소년 생활체육 교실을 운영 확대 사업을 계획 추진하고 있다. 그 중 청소년 생활체육 활동 참여 기회제공 및 건강과 체력 증진을 도모하기 위해 시도 생활체육 협의회가 주최하여 공공체육시설, 학교체육시설, 공단 주변의 학교체육시설, 사업장내 체육 시설 등을 활용하여 중고재학생 및 근로 청소년을 대상으로 생활 체육 교육을 실시한다.

제공되는 프로그램으로는 생활체조(국민체조, 태권, 에어로빅 등), 각종 운동 종목의 보급(농구, 배구, 축구, 석궁, 미니골프, 간이 스포츠 등), 청소년 종합체력 발달 프로그램을 보급, 체력측정 및 평가, 건강상담 및 운동 처방을 하며 순회 상담실을 운영한다. 시·군·구별 1개 순회상담방을 운영한하여 향후 추진 계획은 2003년 410개의 교실로 시작하고 있으며 2007년 530개의 교실까지 확대 운영할 방침이다. 연도별 투자 계획은 2003년 기금과 지방비를 공동으로 출자하여 2007년까지 15억(기금7억/지방비7억)의 예산까지 확보하여 사업을 추진 할 계획이다.

학교 체육의 교실 수업 개선을 위한 교육인적 자원부의 체육 교육과정 운영자료<sup>276)</sup>에 따르면 7차 교육과정 개정의 다음 기본 방향 및 개편중점 사항을 설정하고, 이를 통한 자율적이고 창의적인 한국인 육성을 목표로 하였다.

- ① 목표 : 건전한 인성과 창의성을 함양하는 기초·기본교육의 충실
- ② 내용 : 세계화·정보화 시대에 적응할 수 있는 교육
- ③ 운영 : 학생의 능력, 적성, 진로에 적합한 학습자 중심 교육
- ④ 제도 : 교육과정 편성·운영에 대한 지역 및 학교의 자율성 확대

제 7차 체육과 교육과정 개정에서 중점 사항은 다음과 같다. 첫째, 체육과의 성격 규정과 관련하여, 체육과는 기능적, 학문적, 규범적 성격을 동시에 공유하는 종합 교과로서의 성격을 지니고 있음을 규정하는 데 중점을 두었다.

둘째, 체육과 목표의 일원화와 관련하여, 제7차 교육 과정에서는 국민 공통 기본 교육 기간 동안 체육 교육을 받은 학생들의 최종 성취 기준을 목표로 설정하였으며 따라서 국민 공통 기본 교육 과정을 이수하면 성취하게 될 체육 교육의 성과를 총괄적으로

275) 문화관광부. 참여정부 국민체육 진흥 6개년 계획 ; 2003. (p.70-71.)

276) 교육인적자원부. 울산광역시 교육청. 교실수업 개선을 위한 고등학교 체육 교육과정 운영자료; 2003.(p.1-2.)

묶어서 체육과의 목표로 제시하였다.

셋째, 학습 내용 체계의 일원화 및 적정화와 관련하여, 국민 공통 기본 교육 과정의 설정에 따라 제6차의 학교급별 내용 체계 구성에서 벗어나, 학습 내용을 국민공통기본 교육 기간 내에서 계열성 있게 선정하여 조직하였다. 체육과 학습 내용 구성에 있어서는 체육과에서 반드시 다루어야 할 교육 내용을 최저 필수 학습 요소를 중심으로 정선했으므로써 학습 분량을 최적화하도록 한다. 또한 체육 교육 과정의 내용을 필수와 선택 활동으로 나누어 제시함으로써 지역 및 학교의 특성에 따라 학습 내용을 선택할 수 있는 여지를 두도록 한다.

마지막으로, 교수·학습 방법 및 평가 지침의 구체화와 관련하여, 체육과의 효율적인 교수·학습 방법에 관한 지침을 제시하는 데 중점을 두고, 교수·학습의 기본방향, 계획, 조직, 유의점, 자율적 운영, 영역별 지도 등으로 세분화하여 제시한다. 특히, 최근의 교수·학습 이론을 최대한 반영함으로써 학생들의 체육에 대한 교육적 경험을 질적으로 향상시킬 수 있도록 한다. 평가는 체육과의 효율적인 평가에 관한 지침을 제시하는 데 중점을 두고, 평가의 기본 방향, 다양한 평가의 방법, 평가의 활용 등으로 보다 구체화하여 체육 교육 평가의 개선에 활용할 수 있도록 한다.

## (5) 기존 제안

국민생활 체육 협의회(2003)의 한국 생활 체육 정책방향<sup>277)</sup>에 의하면 입시위주의 학교교육 체계는 청소년의 여가교육을 감당하지 못하고 있으며 청소년시절의 학교체육은 성인기의 생활체육으로 연계되고 지역 사회를 기반으로 하고 있는 생활체육은 꿈나무 육성 및 청소년스포츠 클럽 활동의 육성을 통하여 엘리트체육의 인적자원을 보완시켜 주는 체육 영역간의 상호 연결고리를 형성하지 못하고 있다고 한다.

이에 학교체육의 정상화를 위해 선행연구를 바탕으로 하여 ‘한국사이버국민건강증진센터’에서 제시한 개선방안<sup>278)</sup>을 다음과 같다.

### 가. 학교체육 인식 및 태도 전환을 위한 홍보전담기구 설치

체육에 대한 국민 계도·홍보는 소극적이고 단편적인 홍보활동에서 탈피하여 일반 체육에 관한 홍보활동의 전반적인 계획수립 및 시행을 담당하는 홍보 전담기구의 설치를 통해서 합리적, 효율적인 홍보체제를 확립하고, 다양한 매체 및 방법을 활용함으로써

---

277) 국민생활체육 협의회

<http://www.sportal.or.kr/data/download/data4/7/생활체육정책방향.hwp>

278) 국민체육진흥공단 체육과학연구원. p.318-321

그 효과를 극대화하는 방향으로 전개되어야 할 것이다. 홍보전담기구에서 학교체육의 인식 및 태도 전환을 위한 홍보시에는 홍보메시지 개발, 홍보 매체 개발, 홍보 지원업체 선정, 스티커 제작 배포 등의 업무도 수행해야 할 것이다.

#### 나. 학교체육 및 특기적성활동 프로그램의 다양화

학교체육 및 특기적성활동 프로그램의 다양화를 위해서는 지역적인 특성을 고려한 프로그램의 유형 및 특징, 학생들의 욕구 및 특성이나 개인차 혹은 기타 환경 여건 등을 세심하게 고려한 다음 다양한 형태의 프로그램을 개발·보급하여 일반 학생들이 언제, 어디서든지 상황에 적합한 프로그램을 선택하여 적극적으로 학교체육 활동에 참여할 수 있는 기회를 제공하여야 한다. 또한, 프로그램 계획시에는 교육부, 문화관광부, 학교체육관련 이론 전공자 및 일선 체육선생님, 체육관련 민간단체 등 전문가의 적극적인 참여가 요구되며, 프로그램의 다양화를 추진하는데 있어서 안전성, 효과성, 흥미성 등의 기본요건을 고려해야 할 것이다.

#### 다. 체육시설의 정보망 구축

일선 초·중등학교 중심으로 민간단체 조직간에도 네트워크 구축을 통해 구체적인 체육시설의 정보망과 학교체육에서 원하는 체육프로그램과 체육시설 현황을 적절히 연결할 수 있는 효율적인 시설물 관리와 프로그램의 정보화 구축이 이루어져야 한다. 그리고 이에 앞서 체육관련 학교, 공공, 체육시설의 database 작업과 정부, 지방자치단체들이 체육시설물에 대한 정보를 각종 정보망을 통한 일선 학교장 및 체육교사에게 서비스가 이루어져야 할 것이다.

#### 라. 학교체육 교사의 처우개선 및 양성기관 교육과정 개발 위원회 설치

정규수업 및 선수지도, 학생지도, 학교행사 주관 등과 같은 과중한 체육교사의 업무 부담을 경감시켜야 할 것이며, 체육교사 양성기관의 교육과정 현황 파악 및 통일되고 일관성 있는 교육과정과 교사의 전문지식 구조와 교수방법을 개발할 수 있는 양성기관 교육과정 개발 위원회를 설치하는 것이다. 이 위원회에서는 교육과정, 교수방법 등 정보교환을 위한 학교간 현장체육지도 교사 교과협의회를 지역별로 설치 운영한다. 초기에는 시범지역을 선정하여 운영하고 시범지역에 대한 재정적 지원을 해주는 것이다.

#### 마. 학교체육 행정의 일원화 시스템 구축

중앙정부 단위에서 사회체육을 담당하는 문화관광부와 학교체육을 담당하는 교육인적자원부의 해당 부서간의 협의체를 구성·운영함으로써 학교체육 행정의 일원화된 시스템을 통해서 단기적으로 시급한 전국체전과 소년체전 관련 업무 협조 사안을 논의하

여 대안을 만들 수 있을 것이고, 또 학교와 지역사회 체육의 연계를 위한 업무협조를 부분적으로 해결할 수 있을 것이다. 또한, 정부는 안전한 체육활동을 위해 학생인원에 따른 면적을 고려한 운동장의 확보와 체육관 건립 등 학습효과를 극대화될 수 있도록 체육진흥기금 지원을 통해서 학교체육 활성화를 위한 방안을 강구해야 할 것이다.

#### 바. 학교체육과 생활체육지도자의 연계망 구축

학교체육 자체를 위해서 뿐만 아니라 학교와 지역사회 체육과의 원활한 연계를 위해서도 중앙정부 부처 내 체육전담 부서의 존치가 시급하며, 자원체육지도자 제도를 마련하여 부족한 체육지도 인력을 효율적으로 충원하고 원활한 수급체계를 구축하기 위해서는 잠재적 체육 인력이라 할 수 있는 생활체육지도자를 적극적으로 활용해야 할 것이다. 그러나 자원체육지도자의 활용을 극대화하기 위해서는 자원체육지도자가 자원봉사자 활동을 하는데 보람을 줄 수 있는 기본적인 배려가 필요하며, 자원체육지도자 활동의 활성화를 위해서는 자원봉사로 불이익이 없도록 국가적, 사회적으로 자원체육지도자에 대한 다양한 지원제도가 마련되어야 할 것이다.

#### 사. 가칭 "대통령 청소년체력향상위원회" 운영 및 체력장 부활

가칭 "대통령 청소년체력향상위원회(President's Council on Youth Physical Fitness Promotion)" 운영은 청소년 체력 향상에 가장 큰 영향력을 발휘할 것으로 보이며, 이 조직은 별도 대통령산하 특별위원회 형식으로 각종 전문가들을 포함하여 운영해야 할 것이다. 또한, 체력장 부활은 점점 악화되어가고 있는 청소년 체력을 향상시키는데 가장 효율적인 방안일 것이다. 체력장의 부활과 함께 측정항목은 운동관련 체력검사보다는 건강관련 체력의 5가지(심폐지구력, 유연성, 신체조성, 근력, 근지구력) 중심으로 측정하여 대학입시에 반영할 수 있도록 각 대학에 홍보하여 장려할 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다.

### (6) 전체 평가 및 실천 계획

최근 정부는 국가 차원에서 생활체육의 활성화를 통해 질병의 조기 예방에 효과적이며 국민의 체력을 유지·증진 할 수 있을 것이다. 그러나 오히려 학교체육은 입시 위주의 학교 교육에 밀려서 등한시 되고 있으며 청소년의 학내 체육 활동이 제한을 받고 있다. 체육은 성장기의 육체적 단련 뿐 아니라 정서를 함양하고 건강한 생활태도를 형성하고, 청소년기에 자연스럽게 습득한 건강행동(health behavior) 이 성인기의 건강한 생활 습관영위에 긍정적 영향을 미친다고 볼 때 청소년 체육은 중요하다고 할 수 있다.

지금까지 체육 교육은 학교 교육 과정의 하나의 교과목의 역할로 보았고 입시 교육에 포함되지 않았기 때문에 경시되는 경향이 있었다. 그러나 체육 교과목에 대한 고정관념을 버리고 청소년의 건강을 유지 증진 할 수 있는 건강 보장의 실질적 도구로 이해 할 수 있어야 한다. 최근 청소년의 체력 저하 및 운동 부족, 과영양으로 인한 비만 및 성인병 등의 문제는 신체적 불건강 및 의료비 지출을 야기한다. 이를 위해서는 학교 체육 중심축에서 역할을 해야 할 것이며 정부에서는 청소년의 생활체육 활동이 보장될 수 있도록 사회적 인프라 구축 및 프로그램의 제공에 적극적이어야 할 것이다. 학생들의 욕구에 부합할 수 있으며 장기적으로는 지역 주민들이 활용 할 수 있는 학교 체육 시설의 구축이 필요하며 이를 통하여 체육 교육 및 교내 체육 활동의 질의 향상을 기대 할 수 있을 것이다. 마지막으로 지나치게 입시 위주로 짜여진 현행 학교 수업 일과에 최소한의 체육 시간을 보장 할 수 있는 제도적 장치 마련이 필요하다. 각급 학교 및 교육 인적자원부에서는 체육수업의 내실을 기할 수 있는 체육 교과 개편 및 기초 체력단련을 위한 학교 체력장을 부활·강화 할 필요가 있다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 문화관광부, 국민체육진흥공단, 국민생활체육협의회

### 3) 성: 피임, 임신, 성범죄 피해 등 시급한 문제에 대한 지원프로그램 도입

자신의 신체를 학대와 차별로부터 보호받을 권리는 가장 기본적인 권리라 할 수 있다. 성 개방 풍조와 유흥 산업의 발달로 인해 청소년들은 자의 혹은 타의에 의해 성 경험을 할 기회가 대폭 늘어나고 있다. 그리고 이러한 상황에서 청소년이 성범죄의 피해자가 되거나 임신 등의 원하지 않는 결과를 겪는 경우들이 크게 증가하고 있다. 이러한 결과는 윤리적인 규범 혹은 사법적 관점에서 청소년이 올바른 행동의 판단 여부에 앞서 청소년 자신에게 정신적·신체적으로 심각한 위기 상황이 될 수 있으며 이에 대한 위기 중재가 필요하다.

#### (1) 현황

오늘날의 청소년의 성 의식은 개방성을 보여주고 있으며 남학생이 여학생보다 더 개방적이며 중학생보다 고등학생이 보다 개방성을 띄고 있으며 '2000년도 청소년보호위원회'에 의하면 청소년 성관계 경험률은 2001년 중학생 4.0%, 고등학생 인문계 3.8% 실

업계 11.9% 였고<sup>279)</sup>, 성관계 경험자 중 성관계를 통해 임신을 시키거나 스스로 임신한 경험은 남자 2%, 여자 5.8%, 특수청소년의 경우 남자 24.9%, 여자 28.8%로 조사되었다<sup>280)</sup>. 또한 한국청소년상담원(2001)에서 중·고등학생 1972명을 대상으로 한 실시한 조사결과에 의하면, 중·고등학생의 14.4%가 성매매 제의를 받은 경험이 있으며, 2002년 청소년보호위원회의 조사결과에서도 성매매 제안을 받아본 적이 있는 일반청소년은 전체 응답자의 13.5%로 나타나 앞서의 조사결과와 유사한 분포를 보였다<sup>281)</sup>.

청소년 보호 위원회의 중학생 대상 성의식에 대한 연구 조사<sup>282)</sup> 결과 전체 응답자의 가장 큰 성 고민은 이성교제(20%), 성충동(4.5%), 임신/인공유산(4.3%) 등으로 나타났다. 또한 성고민 상담 대상자에 대해 친구(35.3%), 상담전문가(25.1%) 부모(18%) 형제자매(2.6%) 교사(2%) 순으로 나타났다. 청소년의 성지식 취득원은 친구(34%) TV(22.6%) 다음이 학교교육(9.8%) 비디오 및 음란영화(7.2%) 컴퓨터(6.9%) 인쇄매체(6.2%) 및 부모(2.3%)로 나타났다.

조사 결과를 보면 청소년 성 교육의 중추 역할을 해야 할 학교 교육, 가정에서의 성 교육은 제 기능 및 역할을 하지 못하며 청소년은 성에 대한 정보를 주로 또래집단에 의존하고 있다. 또 이성 문제 및 성문제로 인한 고민을 상담 할 수 있는 경로를 잘 알지 못하고 있으며 다수가 또래 집단에 의존하고 있어 청소년 임신이나 성 범죄에 미온적인 대처를 거듭 할 수밖에 없는 상황에 처해 있다. 결과적으로 청소년들의 성지식은 단순히 또래들 간에 공유된 정보에 불과하며 각종 불법 매체물의 범람과 청소년 성범죄의 증가는 청소년의 성 보호권을 위협하고 있다.

같은 연구에서 학생들의 성추행/성폭행 피해가 전체의 15%정도이고, 특히 여학생의 22%이상이 성추행/성폭행 피해를 경험했다는 사실이 드러났다. 이러한 결과는 성추행/성폭행 예방교육의 강화를 통해 예방 할 수 있어야 하겠지만 동시에 청소년 특히 여학생의 성추행/성폭행 피해에 대한 정신적 치료가 뒤따라야 할 것으로 보인다. 또, 전체 응답자 중 여중생의 0.8%가 임신경험이 있고 임신상대는 주로 남자친구(50.0%)와 우연히 만난 사람(16.7%)이고, 임신문제를 상의한 사람은 '친구'가 가장 많았으며 가정-학교-청소년 성 상담 센터 등의 활발한 연계를 통해 임신예방교육의 필요성을 보여준다<sup>283)</sup>.

2000년 8월 기준으로 전국 청소년 관련시설 현황<sup>284)</sup>을 보면 청소년 상담소 112곳, 청

279) 청소년보호위원회. 청소년보호백서. 2002. 10. p.154

280) 청소년보호위원회. 2001년 청소년유해환경감시단 제1차 워크샵 자료집. 2001;65

281) 청소년보호위원회. 청소년보호백서. 2003. p.134

282) 청소년보호위원회. 중학생의 성의식 조사 및 성교육자료집 개발연구. 2000

283) 청소년보호위원회. 중학생의 성의식 조사 및 성교육자료집 개발연구. 2000;93

284) 청소년보호위원회. 청소년 보호 및 재활시설 현황. 2000.

Available at: <http://152.99.19.110/e-lib/xml/DBE010000077.xml>

소년 보호 센터가 71개소에 이르며 그 중 미혼모 전용 시설은 서울 2곳을 비롯 전국 8개소에 이른다. 그러나 가출청소년 및 미성년 미혼모의 욕구와 근본적 문제해결을 위해서는 지역사회, 학교, 가족에 대한 개입이 필수적인 요소이지만 사회사업으로써의 개입이 어려운 형편에 있다. 우선 센터의 경우 가출 대상자에 대한 일시보호(2-3주)의 역할을 담당할 뿐 가정으로의 복귀가 목표이지만 개별 상담 및 부모 상담 조차 제대로 이루어지지 않고 있다. 동시에 사회복지 서비스를 도와 줄 수 있는 효과적인 개입이 되지 못하고 있으며 장기보호시 타 기관과의 연계가 필요하지만 그렇지 못한 형편이다. 또한 비인가 시설에서 비전문적 서비스를 제공하는 곳도 있으며 정부의 지원 및 예산을 문제로 대상자의 욕구에 부합하는 강화된 센터의 역할을 하기에는 어려움이 많은 형편이다. 특히 미혼모의 경우 사회적 복귀를 할 수 있도록 체계적인 교육 및 지원 서비스가 제공되어야 하지만 일시적인 보호소로의 기능에 머무르는 수준에 있다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. 독일의 아동 성 학대 예방 프로그램의 기본 원칙<sup>285)</sup>

트로탈름협회는 예방이란 성인과 아동 및 피해자를 보호하기 위한 효과적인 지원책을 마련하는 것으로 보고, 예방을 통해 아동의 자아 존중감만이 아니라 성인의 자아 존중감을 향상시키려 노력하였다. 그리하여 예방사업의 기본전제를 예방에 대한 책임의식과 아이들이 보호하려는 성인들의 준비자세로 보아, 성인들을 대상으로 하여 상담과 지도를 통해 잠재적인 위험상황을 막을 수 있도록 지원하는데 역점을 두었다. 아울러 성폭행에 접근하는 최우선의 목적도 증명, 벌, 죄 등의 차원에 있는 것이 아니라 아동과 청소년의 보호, 그리고 성폭행의 종식으로 보았다. 그러므로 법의 본질은 성학대 피해아동과 청소년이 가족 안에서 혹은 가족과 분리되어 어떻게 도움을 받을 수 있는지에 있으므로 피해아동 및 청소년의 편안함과 안정을 우선적으로 보장하는 것에 초점을 두고 예방사업을 전개하고 있다. 동 협회에서 제공되는 예방프로그램에는 교육자 준비과정, 부모교실, 아동워크숍 등이 있다.

### 나. 미국 PASA -성학대에 대항하는 사람들<sup>286)</sup>

PASA는 성폭력 예방과 극복을 위한 가장 직접적인 방법은 긍정적인 청소년 지도력을 개발하는 것이라는 철학아래 “청소년 지도력 배양을 위한 폭력 예방 대책”임을 주장한다. PASA는 지도력 배양을 위한 교육과 기회를 제공함으로써 시민 사회의 발전에

285) 청소년보호위원회. 외국의 청소년 보호프로그램. 1998

286) 외국의 청소년 보호 프로그램. 청소년 보호 위원회 1998

<http://152.99.19.110/e-lib/xml/DBE019800044.xml>



이바지하고, 청소년들과 성인들이 자신의 삶에 대한 책임감을 가질 수 있도록 교육한다. PASA는 이러한 의미의 다양한 프로그램을 제공하는데 12세에서 20세까지의 청소년들을 위한 '개인안전훈련' 워크숍(Personal safely Training workshop)을 열어 성인과 전문가에게 청소년 발달과 폭력 예방 관련 내용과 성폭력 착취에 대한 훈련과 교육 기회를 제공하는 일반기초과정 (Bridges to Common Ground), 예술, 문화, 기능 등의 교류를 통해 문화적 통합과 이해를 촉진하는 '문화예술 교류 (Cultural Arts)' 등이 그것이다. 특히 '지도력 파트너(partner in leadership TM)'는 청소년 지도력/폭력 예방 프로그램으로 그 효과성과 우수성을 인정받고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 청소년보호법

- 제1장 총칙 제1조 (목적) 이 법은 청소년에게 유해한 매체물과 약물등이 청소년에게 유통되는 것과 청소년이 유해한 업소에 출입하는 것 등을 규제함으로써 청소년을 유해한 각종 사회환경으로부터 보호구제하고 나아가 이들을 건전한 인격체로 성장할 수 있도록 함을 목적으로 한다.

- 제5조 (국가와 지방자치단체의 책임) : 국가는 청소년보호를 위하여 청소년유해환경의 정화에 필요한 시책을 강구 시행하여야 하며, 지방자치단체는 해당지역안의 청소년유해환경으로부터 청소년보호를 위하여 필요한 노력을 하여야 한다. 국가 및 지방자치단체는 전자통신기술 및 의약품등의 발달에 따라 등장하는 새로운 형태의 매체물과 약물 등이 청소년의 정신적신체적 건강을 해칠 우려가 있음을 인식하고, 이들 매체물과 약물 등으로부터 청소년을 보호하기 위하여 필요한 기술개발과 연구사업의 지원, 국가간의 협력체제구축등 필요한 노력을 하여야 한다. 국가 및 지방자치단체는 청소년 관련단체 등 민간의 자율적인 유해환경감시고발활동을 장려하고 이에 필요한 지원을 할 수 있으며 이들의 건의사항에 대하여는 관련시책에 반영할 수 있다.

- 제6조 (다른 법률과의 관계) 이 법은 청소년유해환경의 규제에 있어서 다른 법률에 우선하여 적용한다.

#### 나. 청소년의 성보호에 관한 법률

- 제1조 (목적) 이 법은 청소년의 성을 사거나 이를 알선하는 행위, 청소년을 이용하여 음란물을 제작·배포하는 행위 및 청소년에 대한 성폭력 행위 등으로부터 청소년을 보호·구제하여 이들의 인권을 보장하고 건전한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 함을 목적으로 한다.

- 제4조 (국가 및 지방자치단체의 의무) 국가 및 지방자치단체는 청소년의 성을 사  
는 행위, 청소년에 대한 성폭력 행위 등의 범죄를 예방하고 청소년을 보호하며 이의 근  
절을 위하여 조사·연구·교육·제도 기타 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 필  
요한 재원을 조달하여야 한다.

- 제16조 (보호시설) 윤락행위등방지법 제11조제1항 및 청소년보호법 제33조의2의  
규정에 의한 각 시설은 필요한 경우 대상 청소년의 선도보호를 위하여 다음 각호의 1  
에 정한 업무를 수행할 수 있다. 1. 제17조제1항 각호에 정한 업무 2. 대상 청소년의 선  
도보호 3. 대상 청소년의 신체적·정신적·정서적 안정회복을 위한 치료, 집단상담 프  
로그램운영 4. 대상 청소년의 보호자를 위한 교육프로그램 운영 5. 장기치료가 필요한  
대상 청소년의 타기관에의 위탁

- 제17조 (상담시설) ①윤락행위등방지법 제14조의 규정에 의한 여성복지상담소  
및 모·부자복지법 제7조의 규정에 의한 모·부자복지상담소는 다음 각호의 1에 정한  
업무를 수행할 수 있다. 1. 제5조 내지 제9조의 규정 위반 사실의 신고 접수 및 상담  
2. 대상 청소년과 병원 또는 관련시설의 연계 3. 기타 청소년 성매매 등에 관련한 조사  
· 연구 ②성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률 제23조 및 제24조의 규정에 의  
한 성폭력피해상담소 및 성폭력피해자보호시설은 다음 각호의 1에 정한 업무를 수행할  
수 있다. 1. 제1항 각호에 정한 업무 2. 제10조에 정한 범죄의 피해를 신고 받거나 이에  
관한 상담에 응하는 업무 3. 성폭력피해로 인하여 정상적인 생활이 어렵거나 기타 사  
정으로 긴급히 보호를 필요로 하는 청소년을 병원 또는 성폭력피해자보호시설로 데려  
다 주거나 일시 보호하는 업무 4. 성폭력 피해자인 청소년의 신체적·정신적 안정회복  
과 사회복귀를 돕는 업무 5. 가해자에 대한 고소와 피해배상 청구등 사법처리절차에  
관하여 대한변호사협회·대한법률구조공단 등 관계기관에 필요한 협조와 지원을 요청  
하는 업무 6. 청소년에 대한 성폭력범죄의 예방 및 방지를 위한 홍보 7. 청소년에 대한  
성폭력범죄 및 그 피해에 관한 조사·연구 8. 기타 성폭력 피해자인 청소년의 보호를  
위하여 필요한 업무

#### 다. 청소년복지진흥법

- 제3조(청소년의 인권보장) : ① 청소년은 인종, 종교, 성, 연령, 학력, 신체조건 등  
여타의 조건에 의하여 이 법이 정한 규정을 적용함에 있어서 차별을 받아서는 아니 된  
다.② 청소년은 외부적 영향에 구애받지 아니하면서 자기 의사를 자유롭게 표명하고  
스스로 결정할 권리를 가진다.

- 제8조(건강한 심신의 보존) : ① 국가 및 지방자치단체, 청소년의 보호자 등은 청  
소년의 건강증진과 체력향상을 위하여 최선의 노력을 하여야 한다. ② 국가 및 지방자  
치단체는 청소년의 건강증진 및 체력향상을 위한 예방·교육 등의 필요한 시책을 강구

하여야 하고, 관련기관과 협의하여 청소년의 건강·체력기준을 설정하여 보급할 수 있다. ③ 제2항의 규정에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

##### 가. 청소년 성 건강 증진 사업 계획(2002~2010년)

보건복지부 발표 '2002년 국민건강 증진 종합 계획 분야별 세부 추진 계획'에서는 청소년 건강 손상, 미혼모 등 사회문제 발생 등을 유발하는 청소년의 원치 않는 임신을 방지함과 아울러 인공임신중절을 예방하고 건전한 성 문화를 보급하여 성과 관련된 청소년의 정서적·육체적 건강을 증진하고자 청소년 성 건강증진 사업에 1,600백만 원의 예산을 계획하여 추진하게 되었다.

- 보건소에서 지역사회중심 청소년 성 문제의 예방과 치료를 위해 프로그램을 개발 보급하고 사업담당자에 대한 전문적인 교육·훈련 실시
- 공공 및 민간자원의 개발 및 유기적인 협력체계 구축으로 지역사회 지지환경 구축
- 청소년 성문제에 대한 포괄적이고 종합적인 양질의 서비스 제공으로 원치 않는 임신 방지 및 인공임신중절 감소

#### (5) 기존 제안

청소년 성문화 대책위원회 제1차 연쇄토론회에서는 “청소년 성적서비스 산업유입 실태와 대책”에 대한 주제로 토론을 통하여 다음과 같은 사항에 대한 제안을 하였다.

첫째, 청소년의 성건강을 위협하고 있는 성적 서비스로의 유입을 막기 위해서는 우선 수요자에 대한 처벌을 강화하여야 한다. 현재 청소년보호와 관련된 법규는 대부분 공급자인 업주와 종사자에 대한 규제에 이루어져 있다. 공급자에 대한 차단은 돈을 벌려는 업주에 대한 규제이므로 현실적으로 근절이 쉽게 되지 않고 있다. 앞으로는 윤락행위등 방지법에서와 같이 상대방(수요자)도 동시에 처벌하는 법규를 만들어 시행함으로써 수요 자체에서부터 차단하여 청소년들의 성적 서비스 산업으로도 유입을 막도록 하여야 할 것이다. (윤락행위등 방지법에는 행위 상대방에게도 1년이하의 징역, 300만원 이하의 벌금에 처할 수 있도록 되어 있다.)

둘째, 청소년에 대한 투자를 확대하여 비행 청소년들이 유흥업소로 유입되기 전에 이들을 위한 인성 프로그램이나 성교육을 실시하여 청소년 자존감을 높이고 자신의 가

치를 존중 할 수 있도록 교육·지도 할 수 있도록 해야 할 것이다. 동시에 가출·비행 청소년이 될 수 있는 쉼터를 운영하고 청소년의 젊음을 발산 할 수 있는 공간을 조성하여 건전하고 다양한 문화생활을 즐길 수 있도록 인프라를 구축하여야 할 것이다. 정규 과정을 벗어난 일탈 청소년에 대해서는 대안학교, 직업 교육 등의 과정을 마련해 줄 필요가 있으며 청소년 유해 환경을 억제하는데 많은 시민단체가 동참하여 감시체제를 갖출 필요가 있다.

셋째, 대중매체를 활용하여 올바른 성문화로의 청소년을 계몽 할 수 있어야 할 것이며 상업성을 지양하고 정신문화를 홍보·강조 할 필요가 있다. 마지막으로 건전한 성문화를 조성하여 청소년들에게 성의 신성함과 중요성을 강조하며, 감추는 성에서 공개된 성으로 초점을 바꾸어 교육 기관을 통해 지속적인 성교육을 실시 할 수 있어야 할 것이다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

모든 인간은 자신의 신체를 학대와 차별로부터 보호받을 권리가 기초가 되고 있지만 오늘날의 청소년은 사회적 경제적 약자의 신분이라는 이유로 인권이 유린되거나 성 건강권이 위협을 받고 있다. 게다가 청소년들이 건전한 성 가치관을 정립할 수 있도록 가정·학교·지역사회에서의 성 교육을 위한 주도적인 역할을 해야 하지만 청소년들은 성에 대한 알권리에서도 배제되고 있는 상황이다. 사회적으로는 정부 차원에서 청소년의 성 보호를 위한 전담기구를 마련하여 사회적 보호망과 제도 마련이 우선 필요할 것이다. 동시에 전국의 청소년 보호를 위한 시설에 정부 지원을 통하여 기능을 강화 할 필요가 있다. 성폭력 및 착취로 인해 신체적 정신적 피해를 입은 청소년들이 가정·학교·사회로 복귀 할 수 있도록 프로그램을 마련하여 복지 서비스와 함께 필요한 의료 서비스를 제공 할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 최근에는 사이버 성폭력 및 범죄가 증가하고 있으며 당사자가 비대면적 특성을 악용하여 인권 침해의 여지가 열려 있으며 매체물의 특성상 유포성이 높은 점을 감안 할 때 사이버 폭력에 대한 대책도 시급하다고 할 수 있을 것이다.

청소년 성 건강권을 신장시키기 위해서는 청소년 개개인의 사회적 책임을 다 하게 만들 수 있도록 학교가 중심의 역할이 하여야 하겠지만 동시에 가정과 지역사회 공동체 모두의 통합적인 노력이 필요할 것이다. 학교에서는 청소년 인권교육을 실시하기 위해서는 보다 적극적이고 건설적으로 청소년 인권 보장을 위한 여건 조성이 필요할 것이며 교사는 중추적인 역할을 해야 할 것이다. 가정에서는 아이들의 학업에 기울이는 관심과 함께 청소년들이 건전한 성의식을 함양 할 수 있도록 가정에서 아이들의 성

고민거리에 대해 관심을 가져야 할 것이다. 중앙정부와 지방 정부는 청소년 성 보호를 위한 인프라 구축에 힘쓰고 제도적 정비를 통해 청소년의 성문제, 성폭력으로부터 자유로울 수 있도록 해야 한다. 또, 정부 차원에서 피해 청소년들의 사후 조치(의료/심리/사회복귀 등)에 있어서도 보다 적극적으로 개입할 수 있어야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 청소년보호위원회

#### 4) 유해건강행동 예방: 음주, 흡연, 불규칙한 식사 등 건강을 유지하기 위한 건강행동 환경 마련

청소년 흡연 및 음주 행동은 발달론적 관점에서 중요한 의미를 갖는다. 청소년기의 음주 행동 및 흡연 습관은 성인의 음주 행동 및 건강을 결정하는 기초가 되며 청소년기의 폭음 및 잘못된 음주 습관은 성인이 된 후 알코올 의존자가 될 가능성이 높으며, 청소년기의 흡연은 성인이 되어서도 담배를 끊지 못하는 어려움을 겪게 된다. 우리나라 학생들이 경험하는 흡연의 경험 수치는 미국학생의 18%, 일본 학생 22%보다 훨씬 높은 편이다<sup>287)</sup>. 그러나 청소년의 흡연, 음주 행위가 개인들의 일탈행위로 판단하고 개인을 중심으로 한 교육이나 징벌을 시행하는 것은 건강 결정요인에 대한 이해 부족에서 비롯된 것이라 할 수 있다. 아동과 청소년들이 스스로 건강행동을 할 수 있도록, 건강한 선택이 쉬운 선택이 될 수 있는 환경을 조성하는 것이 좀더 근본적인 대안이 될 수 있을 것이다.

##### (1) 현황

청소년 보호위원회에 따르면 우리나라의 청소년 흡연율은 1980년대 두발 및 교복 자율화가 촉매제가 되어 증가하기 시작하여 금년 초 교육청이 담배와의 전쟁을 선포할 정도로 심각한 상태에 있다. 한국금연운동협의회가 1988년부터 2001년까지 실시한 흡연을 조사에 의하면 남자 고등학생의 경우 1988년에 23.0%에서 지난 10년간 최고 35.5%까지 증가세를 보이다가 지난 해에는 24.8%로 떨어져 10년 전과 비슷한 수준이 되었으나 남자 중학생의 경우는 1988년 1.8%에서 2001년 6.0%로 3배 이상 늘었다. 그러나 여자 고등학생의 경우는 1988년 2.4%, 2001년 7.5%로 세배나 늘었고 중학생도 2배 이상 늘어났다<sup>288)</sup>. 또한, 청소년 음주 실태에 관하여 1999년 문화체육부에서 조

287) 김성이. 「건강한 학교 만들기」 한국학교보건학회, 『한국학교보건학회지』 2001;14(1):2

288) 청소년보호위원회. 2002년도 청소년 흡연·음주예방 지도교사 연수교재. 2002

사<sup>289)</sup>를 실시한 결과 연간 음주율이 전체 51.2%에서 남자 52.1% 여자 50.4%로 나타났다. 1999년 청소년 보호 위원회에서 전국 초·중·고 9000명을 대상으로 실시한 조사 결과 46.6%의 학생들이 연간 음주율을 보였으며 남자 49.6%, 여자 42%가 음주를 하는 것으로 나타났다. 특히 흡연 및 음주 연령이 점차적으로 낮아지고 있으며 또래집단에 의해 최초 음주가 권유 되는 것으로 조사<sup>290)</sup>되었다.

## (2) 국제기구 권고 및 외국 사례

### 가. 핀란드 Health 2015<sup>291)</sup>

- 생애 주기별 달성 목표 - 청소년 : 청년층의 흡연률을 감소시키고, 16~18세의 흡연률을 15% 미만이 되도록 한다. 청년층에서 음주 및 마약과 관계있는 건강문제는 적절하게 다루어져야 하며, 90년대 초반 수준을 넘기지 않도록 한다.

- 생애 주기별 주요 과제 - 청소년 : 음주와 마약 시도를 줄이고 이와 관련된 사회/건강 문제를 적절히 다룰 수 있도록 다양한 기관, 단체, 학교, 기업, 부모, 청소년들 사이에 전국적으로 지방 자치단체의 협조를 이끌어낸다.

### 나. 스웨덴 국가공중보건위원회 보건목표<sup>292)</sup>

- 담배 소비의 감소 → (1) 2010년부터 담배 없는 인생의 시작, (2) 담배 피우는 18세 미만 청소년의 숫자를 2010년까지 절반으로 감소, (3) 담배를 가장 많이 피우는 집단의 흡연자 숫자를 2010년까지 절반으로 감소, (4) 누구도 자신의 의지에 반해 주변 사람에게 의해 담배에 접하게 되는 일이 없도록

- 해로운 알콜 섭취 감소 → (1) 총 섭취량 감소, (2) 임신, 운전, 항해, 작업 중 혹은 스포츠 활동과 관련하여 절대 금주, (3) 만취 상태까지의 음주 발생 감소

- 마약 없는 사회 → (1) 마약에 대한 접근성 감소, (2) 마약을 시도하거나 사용하는 청소년의 숫자 감소

289) 청소년보호위원회. 청소년 음주, 이대로 둘 것인가?. 2000;12

290) 청소년보호위원회. 1999년도 청소년 유해환경접촉 종합실태조사. 1999

291) Government Resolution - on the Health 2015 public health programme. the Ministry of Social Affairs and Health 2001

292) Sweden's new public health policy : National public health objectives for Sweden. the Swedish national institute of public health 2003

### (3) 현행법

#### 가. 국민건강증진법

· 제8조 (금연 및 절주운동등) ①국가 및 지방자치단체는 국민에게 담배의 흡연과 과다한 음주가 국민건강에 해롭다는 것을 교육·홍보하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 금연 및 절주에 관한 조사·연구를 하는 법인 또는 단체를 지원할 수 있다. ③담배사업법에 의한 담배의 제조자 또는 수입판매업자(이하 "제조자등"이라 한다)는 담배갑포장지 앞·뒷면 및 대통령령이 정하는 광고(판매촉진 활동을 포함한다. 이하 같다)에 흡연이 폐암 등 질병의 원인이 될 수 있다는 내용의 경고문구를 표기하여야 한다. ④주세법에 의하여 주류제조의 면허를 받은 자 또는 주류를 수입하여 판매하는 자는 대통령령이 정하는 주류의 판매용 용기에 과다한 음주는 건강에 해롭다는 내용의 경고문구를 표기하여야 한다. ⑥제3항 및 제4항의 규정에 의한 경고문구의 표시내용, 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제9조 (금연을 위한 조치) ①보건복지부장관은 제조자등에 대하여 대통령령이 정하는 바에 의하여 담배에 관한 광고를 금지 또는 제한할 수 있다. ②담배사업법에 의한 지정소매인 기타 담배를 판매하는 자는 대통령령이 정하는 장소외에서 담배자동판매기를 설치하여 담배를 판매하여서는 아니된다. ③제2항의 규정에 따라 대통령령이 정하는 장소에 담배자동판매기를 설치하여 담배를 판매하는 자는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 성인인증장치를 부착하여야 한다. ④보건복지부령이 정하는 공중이 이용하는 시설의 소유자·점유자 또는 관리자는 당해 시설의 전체를 금연구역으로 지정하거나 당해 시설을 금연구역과 흡연구역으로 구분하여 지정하여야 한다. 이 경우 흡연구역을 지정하는 시설의 소유자·점유자 또는 관리자는 당해 흡연구역에 환기시설 및 칸막이를 설치하는 등 보건복지부령이 정하는 시설기준을 준수하여야 한다. ⑤제4항의 규정에 의한 시설을 이용하는 자는 금연구역에서 흡연하여서는 아니된다.

#### 나. 국민건강증진법 시행규칙

· 제5조 (제조담배에 관한 광고) ①영 제14조제1항제1호 본문에서 "보건복지부령이 정하는 광고물"이라 함은 표시판·스티커 및 포스터를 말한다. ②영 제14조제1항제2호 본문에서 "여성 또는 청소년을 대상으로 하는 것"이라 함은 잡지의 명칭·내용·독자 기타 그 성격에 비추어 여성 또는 청소년이 주로 구독하는 것을 말하며, 동호 단서에서 "보건복지부령이 정하는 판매부수"라 함은 판매부수 1만부이하를 말한다. ③영 제14조제1항제3호에서 "여성 또는 청소년을 대상으로 하는 행사"라 함은 행사의 목적·내용·참가자·관람자·청중 기타 그 성격에 비추어 여성 또는 청소년을 주대상으로 하는 행사를 말한다.

· 제6조 (공중이 이용하는 시설) 법 제9조제4항의 규정에 따라 소유자·점유자 또는 관리자(이하 "소유자등"이라 한다)가 당해 시설의 전체를 금연구역으로 지정하거나 당해 시설을 금연구역과 흡연구역으로 구분하여 지정하여야 하는 공중이 이용하는 시설(이하 "공중이용시설"이라 한다)은 다음 각호와 같다. (중략)

· 제7조 (금연구역의 지정기준 및 방법) ①공중이용시설중 청소년·환자 또는 어린이에게 흡연으로 인한 피해가 발생할 수 있는 다음 각호의 시설 소유자등은 당해 시설의 전체를 금연구역으로 지정하여야 한다. (중략)

#### 다. 청소년보호법

· 제4조 (사회의 책임) ①누구든지 청소년이 청소년유해환경에 접할 수 없도록 하거나 출입을 못하도록 노력하여야 하고, 청소년이 유해한 매체물과 유해한 약물 등을 이용하고 있거나 청소년폭력·학대 등을 행하고 있음을 안 때에는 이를 제지·선도하여야 하며, 청소년에게 유해한 매체물과 약물 등이 유통되고 있거나 청소년유해업소에 청소년이 고용되어 있거나 출입하고 있음을 안 때, 또는 청소년폭력·학대 등으로부터 피해를 입고 있음을 안 때에는 제21조제3항의 규정에 의한 관계기관 등에 신고·고발하는 등 청소년보호를 위하여 필요한 노력을 하여야 한다. ②매체물과 약물 등의 유통을 업으로 하거나 청소년유해업소의 경영을 업으로 하는 자와 이들로 구성된 단체와 협회등은 청소년유해매체물과 청소년유해약물 등이 청소년에게 유통되지 아니하도록 하고 청소년유해업소에 청소년을 고용하거나 출입하지 못하도록 하는 등 청소년보호를 위하여 자율적인 노력을 다하여야 한다.

· 제5조 (국가와 지방자치단체의 책임) ①국가는 청소년보호를 위하여 청소년유해환경의 정화에 필요한 시책을 강구·시행하여야 하며, 지방자치단체는 해당지역안의 청소년유해환경으로부터 청소년보호를 위하여 필요한 노력을 하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 전자·통신기술 및 의약품 등의 발달에 따라 등장하는 새로운 형태의 매체물과 약물 등이 청소년의 정신적·신체적 건강을 해칠 우려가 있음을 인식하고, 이들 매체물과 약물 등으로부터 청소년을 보호하기 위하여 필요한 기술개발과 연구사업의 지원, 국가간의 협력체제구축등 필요한 노력을 하여야 한다. ③국가 및 지방자치단체는 청소년관련단체등 민간의 자율적인 유해환경감시·고발활동을 장려하고 이에 필요한 지원을 할 수 있으며 이들의 건의사항에 대하여는 관련시책에 반영할 수 있다. ④국가 및 지방자치단체는 청소년을 보호하기 위하여 청소년유해환경을 규제함에 있어 그 의무를 충실히 수행하여야 한다.



#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

청소년 백서(2002)는 흡연·음주와 관련한 단기적 추진방안으로, 청소년들에게 흡연·음주의 폐해성을 알리고 흡연·음주예방을 위한 전 국민적 공감대 형성과 사회적 기반조성을 통한 “청소년의 폐해감소 전략”을 제안하고 있다. 그 주요내용으로는 (a) 청소년 대상 술·담배의 폐해에 관한 홍보 및 교육 강화, (b) 청소년흡연·음주예방을 위한 사회분위기 조성 및 학교·지역사회·시민단체와의 연계체계 구축 (c) 청소년흡연·음주관련 기초통계자료의 D/B화 등을 들 수 있다. 장기적 추진방안으로 법·제도 개선 및 시민단체 활성화를 통한 청소년들의 흡연·음주에 대한 “사회 환경의 원천적 접근 금지전략”을 추진하는 것이며 그 주요내용으로는 (a) 청소년흡연·음주관련 법·제도 정비 (b) 약물 오·남용 청소년보호 치료·재활센터를 설치·운영 (c) 시민단체 활성화를 통한 청소년흡연·음주예방 체계구축을 통해 흡연 및 음주를 줄여나갈 것을 추진 목표로 삼았다.

##### 가. 청소년 금연 사업<sup>293)</sup>

복지부의 2002년 국민건강증진 종합계획 2010에 따르면 비흡연자의 간접흡연을 예방하고 금연하기 위한 사회 분위기 조성을 위하여 ‘금연구역 지정확대’를 추진하였다. 금연시설 제도 도입(2003. 7)에 따라 정부청사, 초·중·고등학교, 의료기관 등 중요 시설을 금연시설로 지정하였고, 금연시설 전체를 금연 구역으로 지정 특히 pc방, 만화방, 당구장·기원, 일반·휴게 음식점, 전철역 승강장 등 청소년 이용시설과 공동생활공간을 금연구역·흡연구역 구분대상으로 지정하고 밀폐시설, 환풍기 설치 등 일정 시설에 서만 흡연을 허용하였다.

2003년 추진내용으로는 1,000m<sup>2</sup>이상의 정부청사, 초·중·고 학교의 교사, 보육시설, 의료기관에 대한 금연시설 지정 및 PC방, 만화방, 관람객 1,000명이상 수용 체육시설, 150m<sup>2</sup>이상 일반음식점 등을 금연구역·흡연구역 구분대상 시설로 지정하였다. 2005년까지는 당구장, 기원 등 공중 이용시설 금연구역 지정, 2000m<sup>2</sup>이상 사무용건축물 금연구역지정, 1000m<sup>2</sup>이상 복합건축물 금연구역지정 하기로 계획하였다.

두 번째, 금연실천을 위한 교육 및 지원프로그램 개발보급을 통해 청소년과 직장인의 흡연예방과 흡연자의 금연실천 지원을 위해 초·중·고등학생 및 각 사업장의 직장인, 지역주민 대상으로 순회 금연교육, 흡연자의 금연 생활을 지원한다. 특히 청소년의 흡연 예방 교육을 위해 시·도 교육청 흡연예방교육사업 지원하며 흡연자의 금연 생활을 지원하기 위해 한방 금연침 시술, 니코틴 패취 지급, 금연실천방법 안내 등을 하고 있다. 또한 대상자에 적합한 금연교육 자료 개발·보급 및 금연실천 프로그램 실시하

293) 보건복지부. 국민건강 증진 종합계획 분야별 세부추진 계획. 2002.

여 교육 홍보하며 금연 실천 지원 프로그램을 개발 운영하고 있다.

#### 나. 청소년 음주 예방 사업<sup>294)</sup>

청소년의 음주 예방을 통한 청소년 건전 성장과 음주로 인한 질병발생과 사회적 폐해를 방지하고 건전한 음주문화를 정착시키기 위해 정부에서는 158억의 예산으로 2010년까지 청소년 음주 예방 사업을 실시하고 있다. 보건 복지부 건강증진국 건강 정책과의 장기사업(2002년~2010년)으로 '청소년 음주예방교육 및 건전 음주문화 정착'사업을 추진중에 있다. 청소년 또래 음주예방 지도자를 양성하여 이들을 통해 교육 대상자의 적극적인 음주예방 교육이 될 수 있도록 하며 청소년 음주예방 지도자로 양성을 통해 음주 예방을 홍보 할 수 있도록 한다. 청소년 음주예방, 음주운전 예방사업과 함께, 음주강권, 「폭탄주」 등 잘못된 폭음문화의 개선을 위해 TV, 라디오 등 매체를 이용한 절주 홍보를 강화하여 TV 드라마 등의 음주장면 자제 유도 및 주류 광고 등에 대한 모니터링 실시 및 음주예방교육 강화 및 절주교육 자료 개발·보급 한다.

#### (5) 기존 제안

청소년 보호위원회(2000)에서는 '청소년 흡연 실태 및 금연의 해 추진 전략'에 대한 연구에서 다음과 같은 제안을 하였다.

#### 가. 청소년 흡연문제 해결을 위한 전략<sup>295)</sup>

##### ① 담배를 시도할 수 있는 단계(Trying Stage)의 근원적 차단

초등학생들에게는 준비기에 흡연에 대한 신념과 태도가 올바르게 형성되어 일생을 비흡연자로 살아갈 수 있도록 '조기흡연예방교육을 실시'함이 바람직하다. 학교생활에 만족하지 못하는 학생들이 흡연경험이 많은 경향을 보이며 흡연이 모든 일탈행위의 출발점이라고 볼 때 이는 대단히 중요한 의미를 갖고 학교생활 불만족 요인에 대처하는 흡연이외의 방안이 필요하다.

##### ② 청소년 흡연문제해결에는 학생, 부모, 교사 및 교장의 연계교육

많은 학부모가 자녀의 흡연사실에 대해 상대적으로 낮은 인지도를 보여 자녀의 흡연에 대해 모르고 있는 것으로 여겨진다. 따라서 학교에서 청소년금연운동이 성공을 얻

294) 보건복지부. 국민건강 증진 종합계획 분야별 세부추진 계획. 2002.

295) 청소년보호위원회. 청소년 흡연 실태 및 금연의 해 추진 전략, 2000.

으려면 우선적으로 교사나 교장들이 청소년 흡연문제의 심각성을 충분히 인식하고 있어야 하며 이에 대한 학부모 교육이 필요하다.

### ③ 가정에서의 자녀와의 대화

학부모에게 ‘자녀와의 대화법’에 대한 교육이 필요하며, 체벌이 자칫 아동학대로 이어질 수 있음을 상기시켜, 체벌보다는 다른 대안으로 자녀의 흡연문제에 대처할 수 있도록 하여야 한다. 40%정도의 학부모만이 자녀와 흡연에 대해 대화를 해본 경험이 있어, 대중매체를 통한 홍보를 이용, 자녀와의 흡연에 대한 대화의 필요성이 강조되어져야 하리라 여겨진다.

### ④ 표준화된 금연교육 및 전담 인력의 확보 필요

많은 학부모들이 학교선생님을 흡연문제를 상담할 대상으로 선택한 점을 미루어, 학교선생님의 역할에 많은 시사점을 준다. 하지만, 학교선생님은 과다한 업무로 인해, 흡연에 대한 지식 부족으로 인해, 적절한 도움을 주기에 한계가 있다. 따라서, 학교의 사회복지사, 보건교사, 체육교사 등의 전담교사 확보가 절실하다고 할 수 있다.

### ⑤ 주변 환경의 변화가 필요

학부모들은 흡연을 하는 또래 집단과의 어울림, 대중매체의 연예인의 흡연모습 등이 자녀의 흡연에 영향을 준다고 믿고 있는 것으로 조사되었다. 또래집단 상담을 통한 개입방법이 개발되어야 하며, 대중매체에서의 연예인의 흡연모습에 대한 대처방안이 마련되어야 할 것이다.

### ⑥ 지속적인 금연시범학교의 운영이 필요

각급 학교장들은 청소년 금연의 해 및 금연학교 시범운영과 관련하여 일회적이 아닌 지속적인 사업이 되어야 하고 철저한 기획, 이행, 평가가 반복되어 이루어져야 함을 강조할 필요가 있다.

## 나. 청소년 음주문제 해결을 위한 대책<sup>296)</sup>

청소년 음주에 대한 대책은 근본적으로 도덕적이고 의학적인 접근 방법에 뿌리를 둔 것들이 대부분이었다고 할 수 있다. 즉 아직 나이가 어리고 학생이며 술은 몸에 해로우니까 술을 마시면 안된다는 논리를 가지고 청소년의 음주를 다루어 왔다고 할 수 있다. 그러나 이러한 방법은 이미 효용을 다 했으며, 청소년의 음주는 증가하고 음주시작 연

296) 서울YMCA 청소년 약물 상담실. 청소년 음주, 이대로 둘 것인가? (청소년 음주 실태와 대책). 2000. p.8-11

령이 더욱 낮아지고 있다. 선진국이 시행하고 있는 음주통제 정책은 도덕적이거나 의학적인 통제 정책에서 이미 ‘지역사회 중심의 통제 정책’으로 전환하였다. 청소년 음주 대책의 목표를 음주 소비감소와 음주로 인해 결과는 바람직하지 않은 것, 즉 음주 관련 문제를 감소시키는 것에 두고 지역 사회가 모두 참여하는 지역 사회 중심의 접근 방법으로 접근하는 것이 최근의 추세들이다.

술을 처음 학습하는 과정에는 환경적인 요인이 매우 중요한 역할을 하기 때문에 가정에서의 음주태도와 관행이 중요하다. 학교나 사회에서 제공되는 음주에 관한 메시지가 가정에서 학습되는 것과 상호배치될 때는 파행적인 음주행동을 할 가능성이 높다고 볼 수 있다. 우리나라 청소년들 사이에서 만취 경험률과 음주 관련문제를 경험한 비율이 높은 것은 이러한 이유가 한 원인이 될 수도 있다고 보아야 한다. 이러한 맥락에서 기존의 청소년 음주 정책에 폐해를 최소로 할 수 있는 소위 “폐해감소전략 (harm reduction approach)”을 도입하는 것을 검토할 수 있을 것이다. 이는 이미 선진국에서도 도입하고 있는 것으로 음주나 약물남용이 기존의 “금지전략”으로는 장기적으로 실효를 거둘 수 없기 때문에 오히려 그 폐해를 줄일 수 있는 전략을 사용하는 것이 사회적으로 더 바람직하다는 논리에 근거하고 있다. 이를 위해서는 우리나라의 “주도”와 접목하여 술을 마시는 기술(skill)을 청소년들에게 교육하는 프로그램이 필요하다. 물론 이러한 프로그램에는 음주를 시작하는 시기를 가능한 연기 하도록 하는 것과, 술을 거절하는 기술 및 마시는 기술 등을 포함하는 내용이 포함되어야 할 것이다.

여러 가지 법령을 비롯하여 청소년 음주에 대한 사회적 통제가 강화되고 있는 추세이지만 이러한 장치들이 실제 청소년의 음주행동을 제어하는 역할을 하느냐에 대하여는 비판적 목소리도 높다. 청소년의 음주 폐해를 줄이려면 가장 좋은 방법은 음주 소비를 감소시켜, 술 이용가능성을 줄이는 것이다. 특히 청소년 음주 예방에서 가장 중요한 것이 바로 술 이용가능성이다. 현재법에서 규정하고 있는 청소년 관련 법집행을 강화되어야 하지만 그렇지 못한 이유 중의 하나는 청소년 음주에 대한 사회적 관심과 지지의 부족하기 때문이다. 청소년 음주예방에 지속적으로 관심을 두려면 청소년 음주가 하나의 지속적 사회 문제가 되어 사회적으로 재구성하는 노력이 필요하며, 지역사회가 청소년 음주에 대한 소유의식(ownership)을 가질 수 있도록 하는 사회적 노력이 필요하다. 이는 지역사회 조직화를 통해서 접근하여야 하며 구체적인 방법의 하나로 청소년 음주 예방을 위한 시민 단체의 활동을 강화하는 것을 들 수 있다. 청소년 음주에 대한 사회적 통제가 제대로 기능하려면 지역사회 수준에서의 청소년 음주 예방을 위한 조직적 활동이 법 집행을 지지하여야 한다는 것을 환기할 필요가 있다.

청소년 음주에 대한 교육과 정책적인 노력이 효과적이기 위해서는 청소년 음주에 대한 과학적인 이해가 전제되고, 청소년 음주 실태에 대한 지속적인 감시(monitoring)와 청소년 음주행동에 대한 체계적·과학적 연구가 있어야 할 것이다. 청소년 음주에 대

한 정확한 실태를 파악하기 위해서는 전국 규모의 조사 연구가 필수적이고 음주 행동을 보다 정확하게 이해하기 위해서는 선진국에서처럼 음주 행동만을 대상으로 하는 전국 규모의 “음주실태 조사”가 정기적으로 이루어져서 음주 행동에 대한 변화를 감시할 수 있어야 할 것이다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

청소년 흡연·음주 문제 해결의 초점은 학교에서의 예방 교육과 일선 학교에서 일괄적으로 단속·강화를 통하여 학생의 흡연 현장 적발 및 알코올 섭취 원천 봉쇄를 목적으로 하고 있다. 결국 청소년들의 불건강 행위를 문제시하여 청소년 교육을 강조하고 있으며 교육을 통한 행위의 수정을 통해 건강 행동을 유도한다는 것이다. 또한 개별 학교에서는 흡연·음주로부터 청소년을 보호하기 위한 조치로 흡연·음주 학생 적발 및 방지를 명목으로 반인권적인 체벌이 자행되기도 한다. 물론 가장 좋은 방법은 담배나 알코올과 같이 청소년의 성장에 영향을 주는 해로운 물질 및 약물 남용을 접하기 전에 교육을 통해 불건강이나 해로움을 알리는 것도 중요하다. 그러나, 사회 전반이 음주를 권하는 분위기나 술이나 담배에 대한 청소년의 호기심을 자극하는 매체물이나 메시지가 난무하다면 어떤 형태의 예방 교육의 효과를 기대하기 어려울 것이다. 동시에 청소년 음주·흡연 행위 자체에 대한 규제를 하기에 앞서 청소년을 둘러싼 환경이 술 담배를 쉽게 접할 수 있도록 허용하는 것은 아닌지 생각해 볼 필요가 있다. 외국의 사례에서와 같이 청소년 흡연 및 음주 문제를 청소년 문제 행동으로만 규정하기 전에 이러한 행동과 관련된 청소년 비행 문제나 사회적으로 이들이 겪고 있는 물리적·정신적 어려움과 함께 흡연·음주 문제를 연계하여 조명 할 필요가 있다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 청소년보호위원회

## 2. 정신건강

### 1) 정신건강 지원 및 학교 폭력 피해/가해 학생의 재활/적응 프로그램 도입

앞서 지적했듯 건강 문제와 관련하여 청소년 계층은 그 어느 연령대보다 신체적으로 건강한 인구집단이다. 하지만 정서적인 불안정은 그 어느 때보다 크며, 학교 성적을 비관하여 목숨을 끊는 청소년들에 관한 소식이 끊임없이 보도되는 현실을 볼 때 입시 위주의 우리 사회에서 청소년들이 감당해야 하는 스트레스와 압박의 수준은 성인보다 결코 덜하지 않다고 할 수 있다. 또한 학교 폭력은 신체적 위해도 심각하지만 특히 정신적으로 깊은 상처를 남기며 향후 정신 건강의 발달에 큰 영향을 준다는 점에서 심각한 문제가 아닐 수 없다.

#### (1) 현황

2003년에 서울, 안산, 성남 일대의 저소득층 청소년과 일반 청소년을 대상으로 고민이나 걱정거리에 대해 조사한 결과 공부 및 학업성적(59.5%), 진학 및 취업(34%), 성격(29%) 외모(26.2%) 등에 관한 고민이 큰 것으로 나타났다<sup>297)</sup>. 또한 보건복지부가 실시한 2001년 국민건강 영양조사 결과, 상당수의 청소년들이 지난 1년간 자살을 생각해본 적이 있는 것으로 나타났으며, 12-14세(19.0%)보다 15-19세(26.4%)에서, 남자(18.5%)보다 여자(28.8%)에서 그 비율이 높았다. 또한 한국 아동학회에서 발간한 아동발달백서(2001)에 따르면 중·고등학교 생활지도 교사들 중 집단따돌림이나 폭력 피해학생이 학급별 1-2명이라고 응답한 비율이 중학교 260개교의 69.2%, 일반계 고등학교 141개교의 38.3%, 실업계 고등학교 70개교의 51.4%에 달했다. 특히 생활지도교사들은 폭력을 일삼는 주체인 '가해 학생의 죄의식 부족'(38.9%)을 심각하게 우려하였으며 '여학생 폭력의 확산'(12.3%)과 '학생들의 폭력행위의 상습화·반복화'(12.2%) 그리고 '성인범죄를 모방하여 점차 흉악화·폭력화 경향'(10.3%), 마지막으로 '폭력의 저연령화'(8.3%) 그리고 '정신적 폭력의 증가'(8%) 등을 문제 삼았다.

#### (2) 국제기구 권고 및 외국 사례

가. 핀란드 Health 2015<sup>298)</sup>

297) 청소년보호위원회. 청소년보호백서. 2003. p.2

298) Government Resolution - on the Health 2015 public health programme. the Ministry of Social

생애주기별 목표에서 다음과 같은 내용 제안 : 1) 어린이들의 사회심리적 안녕을 나타내는 지표를 고안해야 하며, 이에 근거한 모니터링 체계를 구축하고 어린이를 위한 정신보건의 옹호되어야 한다. 2) 청년 계층의 경우, 교육에서의 주변화와 불건강의 감소 활동에서 학교와 기타 교육 기관, 보건 복지 서비스, 지자체 체육과 청소년 부서, 시민 단체들과 언론들의 협조를 이끌어낸다(이를테면 지원 기능 개발, 생활 관리와 건강에 대한 정보 제공 증진, 운동 습관에 영향).

#### 나. 미국의 학교폭력 대처방안<sup>299)</sup>

##### ① 학교폭력 관련법령

학교 및 지역사회에서의 청소년의 폭력 및 마약 문제에 대처하기 위해서 미국 정부는 1994년에 "안전하고 마약이 없는 학교와 지역사회를 위한 법령(The safe and drug-free schools and communities act of 1994)"을 제정하였다. 이 법에서는 학생들을 대상으로 술 담배 마약의 사용, 소유 판매 등을 예방하고 폭력을 예방할 수 있는 프로그램의 실시를 의무적으로 실시하도록 하고 있으며 동시에 교사 및 직원들을 대상으로도 학교폭력방지 및 마약남용예방 프로그램 등을 실시하도록 규정하고 있다.

위의 법령에서는 학생들의 발달단계에 적합한 폭력예방 프로그램을 제공하되 폭력적이고 수업을 방해하는 행동이 가져올 수 있는 법적 및 사회적 결과와 건강에 미치는 영향 등을 다루도록 규정하고 있다. 구체적으로 학생을 대상으로 하는 예방프로그램에 포함되어야 할 내용으로 학생 개인의 책임 이외에 학교의 안전과 징계에 대한 정보를 배포하도록 되어 있으며, 학교폭력을 예방하기 위한 전략을 설계하고 실천하는 과정에 학교 교사 및 직원, 학부모, 학생, 검찰 및 경찰, 법원관계자, 지역사회 유지 등이 함께 참여하도록 되어 있다. 또한 학생들을 위한 "통학 안전지대"를 만들어 학생들이 집과 학교를 안전하게 오갈 수 있도록 하고 "마약없는 학교지역", "무기없는 학교지역"을 지정하고 경찰 및 이웃이 순찰할 수 있도록 규정되어 있다.

##### ② 구체적 개입방안

위의 법령에 근거하여 현재 미국에서는 대다수의 학교에서 폭력관련 프로그램이 진행되고 있다. 구체적으로 상담, 위기개입, 기술 훈련, 또래상담, 지역사회프로그램, 교사를 위한 프로그램 및 안전대책 등 다양한 프로그램들이 학교에서 진행되고 있다. 초등학교와 중학교 학생들을 대상으로 Olweus가 개발한 괴롭힘 및 피해자 개입프로그램, 청소년들의 공격성 감소와 피해자화(victimization)의 방지를 목적으로 개발된 청소년

---

Affairs and Health 2001

299) 청소년보호위원회. 청소년 폭력실태조사. 2001

긍정적 선택훈련(Positive Adolescents Choices Training: PACT), 조기교육 등은 체계적 평가를 통하여 특히 좋은 성과를 거두고 있는 것으로 확인된 학교 폭력예방 프로그램의 예이다.

다. 일본<sup>300)</sup>

#### ① 학교폭력 관련법령

일본의 청소년 관련법에는 청소년의 비행 및 보호에 관한 법으로 형사소송법, 재판소송법, 소년법, 소년원법, 범죄자예방갱생법과 노동에 관한 법으로 근로청소년 복지법, 직업안전법, 노동기준법 등과 기구관련법으로는 청소년문제심의회 및 지방 청소년 문제 협의회 설치법, 교육에 관한 법으로는 학교교육법, 교원기본법, 사회교육법, 청년학급진흥법 등 50여 개가 있다. 그리고 학교폭력에 관한 직접적인 법은 아니지만, 폭력과 관련된 법으로 1992년 3월에 제정된 폭력단원에 의한 부당한 행위의 방지 등에 관한 법률이 있다. 이 법은 민사개입 폭력의 효과적인 단속을 촉진함과 동시에 대립항쟁에 의한 시민 모두에 대한 위험방지를 위해 필요한 조치를 강구하기 위하여 제정되었다. 일본의 경우 학교 내 폭력에 관한 것은 교육관계법에 따라, 학교 밖의 폭력에 관한 것은 형사관계법에 따라 법적 처리가 이루어진다고 보아야 할 것이다.

#### ② 구체적 개입방안

- 학교 내에서의 폭력 예방 대책 : 학교에서의 생활지도협력체제 강화하여 학생지도주사를 임용하여 중고등 학교의 학생 생활지도를 전담, 교내의 교사 연수 활동 강화, 양호교사의 적극적 역할, 보건주사 역할(학생의 정신건강에 관한 교내연수를 기획하고, 정신건강 교육의 중요성에 관한 교사들의 인식의 향상을 위하여 교내의 등과 연대하여 협력 도모), 학교교육상담활동의 조직화 및 체계화. 출석정지제도(교내 폭력을 포함하여 학생문제에 대한 적극적인 지도를 위하여 문제 행동을 일으킨 학생에 대하여 출석정지를 허용하는 제도, 가정과 지역의 협력 체제구축

- 학교 외 폭력 예방 대책 : 교육위원회, 폭력추방운동추진센터, 소년 보도센터, 방범협회, 어머니회, 학교경찰연합협의회, 직장경찰연합협의회 등 결성 및 활용

라. 노르웨이<sup>301)</sup>

노르웨이에서는 1982년 청소년 세 명(10~14세)이 집단 괴롭힘의 결과로 자살한 사건을 계기로 괴롭힘 행동에 대한 전국 캠페인이 일어났고 마침내 학교 중심의 체계적인

300) 청소년보호위원회. 청소년폭력실태조사. 2001

301) 청소년보호위원회. 청소년폭력실태조사. 2001



괴롭힘 개입 프로그램이 도입되었다. 베르겐 대학의 심리학자 Dan Olweus에 의해 개발된 이 프로그램은 2,500여 학생들을 대상으로 실시한 결과 2년 사이 학교 내 괴롭힘 사건이 50% 이상이 감소되는 매우 긍정적인 성과를 보였다. 이는 1) 괴롭힘 현상에 대한 이해를 향상시키고 2) 교사와 학부모들이 프로젝트에 능동적으로 참여하도록 유도하며 3) 괴롭힘을 금지하는 명확한 규칙을 개발하고 4) 피해자들에게 보호와 지원을 제공하는 것을 주요 목적으로 하였다(Olweus, 1993). 즉 지지적인 성인들을 관여시키고, 적극적인 성인 역할 모델을 제시하며, 수용될 수 있는 행동의 한계를 명확하게 설정해 주고, 괴롭힘 행동에 대하여 체벌을 제외한 다른 방법으로 일관되게 제재함으로써 공격적이고 폭력적인 아동 청소년들에게 새로운 행동양식을 재학습할 수 있는 사회적 환경을 조성하여 주고자 하였다.

### (3) 현행법

#### 가. 청소년보호법

- 제33조의2 (청소년보호센터등) : ① 청소년폭력·학대등 유해환경으로부터 청소년을 임시로 보호하기 위하여 청소년보호위원회에 청소년보호센터를 둘 수 있다. ② 청소년보호센터에는 피해를 당한 청소년에게 법률상담, 소송업무대행등의 법률적 지원을 할 수 있도록 전문변호사를 둘 수 있다. ③ 청소년폭력·학대등의 피해·가해청소년 및 약물로부터 고통을 받는 청소년의 재활을 위하여 청소년보호위원회에 청소년재활센터를 둘 수 있다. ④ 제1항 및 제3항의 규정에 의한 청소년보호센터 및 청소년재활센터에 관한 세부적인 사항은 대통령령으로 정한다.

#### 나. 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률안

- 제1조(목적) 이 법은 학교폭력의 예방과 대책에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 피해학생의 보호, 가해학생의 선도·교육 및 피해학생과 가해학생간의 분쟁 조정을 통하여 학생의 인권을 보호하고 학생을 건전한 사회구성원으로 육성함을 목적으로 한다.

- 제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) : ① 국가 및 지방자치단체는 학교폭력을 예방하고 이를 근절하기 위하여 조사·연구·교육·제도 등 필요한 법적·제도적 장치를 마련하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 청소년관련단체 등 민간의 자율적인 학교폭력 예방활동과 피해학생의 보호 및 가해학생의 선도·교육활동을 장려하여야 한다. ③ 국가 및 지방자치단체는 제2항의 규정에 의한 청소년관련단체 등 민간이 건의한 사항에 대하여는 관련시책에 반영하도록 노력하여야 한다. ④ 국가 및 지방자치

단체는 제1항 내지 제3항의 규정에 의한 책무를 다하기 위하여 필요한 예산을 확보하여야 한다.

- 제5조(다른 법률과의 관계) 학교폭력의 규제, 피해학생의 보호 및 가해학생에 대한 조치에 있어서 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법을 적용한다.

- 제6조(기본계획의 수립 등) : ① 교육인적자원부장관은 이 법의 목적을 효율적으로 달성하기 위하여 학교폭력 예방 및 대책에 관한 정책 목표 및 방향을 설정하고, 이에 따른 학교폭력예방 및 대책에 관한 기본계획(이하 “기본계획”이라 한다)을 제7조의 규정에 의한 학교폭력대책기획위원회의 심의를 거쳐 수립·시행하여야 한다. ② 제1항의 기본계획은 다음 각호의 사항을 포함하여 5년마다 수립하여야 한다. 이 경우 교육인적자원부장관은 관계 중앙행정기관 등의 의견을 수렴하여야 한다. 1. 학교폭력의 근절을 위한 조사·연구·교육 및 제도 2. 피해학생에 대한 치료·재활 등의 지원 3. 학교폭력 관련 행정기관 및 교육기관 상호간의 협조·지원 4. 학교폭력의 예방과 피해학생 및 가해학생의 치료·교육을 수행하는 청소년관련단체 또는 전문가에 대한 행정적·재정적 지원 5. 그 밖에 학교폭력의 예방 및 대책을 위하여 필요한 사항

- 제7조(학교폭력대책기획위원회의 설치·기능) 학교폭력의 예방 및 대책에 관한 다음 각호의 사항을 심의하기 위하여 교육인적자원부장관 소속하에 학교폭력대책기획위원회(이하 “기획위원회”라 한다)를 둔다. 1. 학교폭력의 예방 및 대책에 관한 기본계획의 수립 및 시행에 대한 평가 2. 학교폭력과 관련하여 관계중앙행정기관 및 지방자치단체의 장이 요청하는 사항 3. 학교폭력과 관련하여 교육청, 제10조의 규정에 의한 학교폭력대책자치위원회, 전문단체 및 전문가가 요청하는 사항

- 제10조(학교폭력대책자치위원회의 설치·기능) : ① 학교폭력 예방 및 대책에 관련된 사항을 심의하기 위하여 학교에 학교폭력대책자치위원회(이하 “자치위원회”라 한다)를 둔다. ② 자치위원회는 학교폭력의 예방과 대책 등을 위하여 다음 각호의 사항을 심의한다. 1. 학교폭력 예방 및 대책을 위한 학교의 체제 구축 2. 학교폭력 예방 프로그램의 구성 및 실시 3. 피해학생의 보호 4. 가해학생에 대한 선도 및 징계 5. 피해학생과 가해학생간의 분쟁 조정 6. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항 ③ 자치위원회의 설치·운영 등에 관한 사항은 지역 및 학교의 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

- 제12조(전문상담교사 및 책임교사의 배치) : ① 학교의 장은 학교에 대통령령이 정하는 바에 따라 상담실을 설치하고, 초·중등교육법 제19조의2의 규정에 따라 전문상담교사를 둔다. ② 전문상담교사는 학교의 장 및 자치위원회의 요구가 있는 때에는 학교폭력에 관련된 피해학생 및 가해학생과의 상담결과를 보고하여야 한다. ③ 학교의 장은 교사 중에서 학교폭력문제를 담당하는 책임교사(이하 “책임교사”라 한다)를 선

임하여야 한다. ④ 국·공립학교의 학교의 장은 책임교사에게 교육감의 승인을 얻어 적정한 수당을 지급할 수 있다. 다만, 사립학교의 경우 학교의 장은 책임교사에게 이사장의 승인을 얻어 수당을 지급할 수 있다.

· 제13조(학교폭력예방교육) : ① 학교의 장은 학생의 육체적·정신적 보호와 학교폭력의 예방을 위한 교육을 정기적으로 실시하여야 한다. ② 학교의 장은 제1항의 규정에 의한 학교폭력 예방교육의 프로그램 구성 및 그 운용 등을 전문단체 또는 전문가에 위탁할 수 있다. ③ 그 밖의 학교폭력예방교육의 실시와 관련한 사항은 대통령령으로 정한다.

· 제14조(피해학생의 보호) : ① 자치위원회는 피해학생의 보호를 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 피해학생에 대하여 다음 각호의 1에 해당하는 조치(두 개의 조치를 병과하는 경우를 포함한다)를 취할 것을 학교의 장에게 요청할 수 있다. 1. 심리상담 및 조언 2. 일시보호 3. 치료를 위한 요양 4. 학급교체 5. 전학권 6. 기타 피해학생의 보호를 위하여 필요한 조치 ② 제1항의 규정에 의한 요청이 있는 때에는 학교의 장은 피해학생의 보호자의 동의를 얻어 당해 조치를 취할 수 있다. ③ 제1항제2호 및 제3호의 규정에 의한 결석은 학교장이 인정하는 경우 이를 출석일수에 산입할 수 있다. ④ 학교의 장은 성적 등을 평가함에 있어서 제2항에 따른 조치로 인하여 학생에게 불이익을 주지 아니 하도록 노력하여야 한다.

· 제15조(가해학생에 대한 조치) : ① 자치위원회는 피해학생의 보호와 가해학생의 선도·교육을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 가해학생에 대하여 다음 각호의 1에 해당하는 조치(두 개의 조치를 병과하는 경우를 포함한다)를 취할 것을 학교의 장에게 요청할 수 있다. 다만, 퇴학처분은 의무교육과정에 있는 가해학생에 대하여는 적용하지 아니한다. 1. 피해학생에 대한 서면 사과 2. 피해학생에 대한 접촉 및 협박의 금지 3. 학급교체 4. 전학 5. 학교에서의 봉사 6. 사회봉사 7. 학내외 전문가에 의한 특별교육이수 또는 심리치료 8. 출석정지 9. 퇴학처분 ② 자치위원회는 제1항의 규정에 의한 조치를 요청하기 전에 가해학생 및 보호자에게 의견진술의 기회를 부여하는 등 적정한 절차를 거쳐야 한다. ③ 제1항의 규정에 의한 요청이 있는 때에는 학교의 장은 당해 조치를 취하여야 한다. ④ 학교의 장이 제3항에 따라 조치를 취한 때에는 가해학생과 그 보호자에게 이를 통지하여야 한다.

· 제18조(학교폭력의 신고 의무) : ① 학교폭력 현장을 보거나 그 사실을 알게 된 자는 학교 등 관계기관에 즉시 신고하여야 한다. ② 제1항의 규정에 의하여 신고를 받은 기관은 이를 가해학생 및 피해학생의 보호자 또는 소속학교의 장에게 통보하여야 한다. ③ 누구라도 학교폭력의 예비·음모 등을 알게 된 자는 이를 학교의 장 또는 자치위원회에 고발할 수 있다. 다만, 교원이 이를 알게 되었을 경우에는 학교의 장에게 보고하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

국무총리 산하 청소년보호위원회는 '2001년 청소년보호 실태조사'를 바탕으로 학교 폭력 예방을 위한 정책 기본방향과 학교폭력 대처를 위한 방향으로 학교폭력에 대한 정책대안을 다음과 같이 제시했다.

##### 가. 학교폭력예방을 위한 정책의 기본 방향

학교폭력은 학생들의 개인적 특성과 교육환경 및 여러 가지 사회문화적 요인이 복합적으로 상호 작용하여 발생한 결과로 이를 단기간 내에 획기적으로 감소시키거나 근본적으로 근절할 수 있는 방안은 현실적으로 기대하기 어렵다. 따라서 학교 폭력의 본질과 그 발생과정, 그리고 학교폭력의 발생에 기여하는 요인들을 여러 각도에서 분석한 결과를 토대로 장기적인 정책의 기본 틀을 세우고 그 틀 안에서 구체적인 방안을 계획하고 추진하는 체계적인 접근이 무엇보다 필요하다. 구체적으로 학교폭력에 대한 정책의 틀은 다음과 같은 방향을 염두에 두고 세울 필요가 있다.

##### ① 예방적 접근

학교 폭력 문제는 대부분 장기간에 걸쳐서 형성된 문제이므로 문제 발생 이후에 대처하는 반응적 개입만으로는 좋은 성과를 거두는 것이 현실적으로 어렵다. 그러나 학교 폭력에 대한 근본적인 해결은 예방적 접근에서 기대할 수 있을 것이다. 따라서 정부 차원에서는 문제 발생 후 개입하는 것보다는 장기적인 관점에서 학교폭력의 발생의 근본적으로 방지할 수 있는 방안에 비중을 두고 정책을 세울 필요가 있다.

##### ② 연계체계 구축

학교 폭력문제는 가해학생과 피해학생의 심리적 특성, 학교의 교육환경 뿐 아니라 가정환경과 사회문화적 요인 등이 함께 상호작용하여 발생한 결과이다. 이와 같은 학교폭력의 다차원적인 성격을 고려할 때, 학교폭력의 예방 및 해결방안에는 반드시 가정과 학교, 지역사회가 모두 함께 참여하여 협조하는 연계체계의 구축이 무엇보다도 중요하다.

##### ③ 공공과 민간의 협력관계 구축

학교폭력문제에 대하여 효과적으로 대처하기 위해서는 정부와 민간이 각각 역할을 분담하여 협력하는 정부-민간 협력관계의 구축이 필요하다. 정부는 제도적 정책적 그리고 재정적 뒷받침을 제공하고 민간은 이를 기반으로 실제적인 대처방안을 개발하고 실천하여야 할 것이다.

## 나. 효과적인 학교폭력 대처를 위한 전략

학교 폭력 문제에 효과적으로 대처하고 장기적으로 이의 발생을 예방하기 위해서는 구체적으로 다음과 같은 방안들이 적극적으로 추진될 필요가 있다.

### ① 예방과 조기개입 방안의 개발 및 실시

청소년 폭력 문제에 대한 대처에서 무엇보다도 중요한 것은 조기 개입과 예방이다. 따라서 학교폭력사건이 발생한 이후의 피해학생 및 가해학생에 대한 개입방안 뿐 아니라 일찍부터 일반 학생들을 대상으로 하는 인성교육, 법제도 교육 등을 통하여 학교 폭력의 발생 자체를 방지하는 예방적 개입 프로그램이 필요하다. 이러한 관점에서 볼 때, 폭력의 문제가 이미 심각해진 고등학생보다는 중학생이나 초등학생을 대상으로 하는 조기에 예방 프로그램의 개발과 실시, 이미 문제가 발생한 문제학생들에 국한되는 프로그램보다는 일반 전체학생들을 대상으로 하는 프로그램, 그리고 문제중심대처보다는 전반적인 폭력문화의 개선에 보다 더 관심을 기울일 필요가 있다.

청소년들의 심리적 성숙을 돕는 인성교육을 학교의 교육과정의 한 부분으로 포함시키는 방안, 그리고 각급 학교 교내 상담실에 전문상담가를 배치하여 실질적으로 운영이 활성화되도록 하는 방안 등은 오래전부터 그 필요성이 제기되어 왔지만 아직까지 현실화되지 못하고 있다. 이와 같은 예방적 차원의 방안들은 그 효과가 단순히 학교폭력 방지에 국한되는 것이 아니라 우리 청소년들의 건전한 성장을 뒷받침해 줄 수 있는 기초가 되므로 가급적 빠른 시일 내에 도입이 될 수 있도록 노력할 필요가 있다.

### ② 지역사회와의 연계 강화

학교폭력 문제에 대하여 효과적으로 대처하기 위해서는 지역사회내의 여러 자원을 활용이 매우 중요하다. 이미 우리 사회에도 청소년 폭력의 예방을 위해서 활동하는 여러 사회단체 및 기관들이 있고 이들의 활동이 중요한 역할을 하고 있다. 또한 전국에 소재하는 사회복지관들도 아동 청소년 복지사업을 통하여 청소년 폭력예방을 위한 복지 서비스를 제공하고 있다. 그밖에 기업체, 대학, 공공기관 등 여러 기관 및 단체들이 학교폭력 예방 사업에 참여할 수 있다. 따라서 학교는 이와 같은 지역사회 내의 자원들과 연계하여 적극적으로 활용하는 방안을 모색해야 할 것이다.

### ③ 시범사업을 통한 학교폭력 예방을 위한 모델 및 개입 프로그램 개발

학교폭력문제에는 학교, 가정, 지역사회, 경찰 등 다양한 조직으로부터 여러 인원이 개입된다. 따라서 이와 같이 다양한 집단이 어떻게 연계하여 효과적으로 기능할 수 있는지는 구체적인 시범사업을 통하여 확인하는 것이 중요하다. 학교 폭력문제에 대하여 우리보다 많은 경험을 가진 외국의 사례들을 참고할 수는 있지만 우리나라의 사회문화

적 상황에 적합한 학교폭력 대처 모델의 개발은 우리나라에서의 시범사업을 통하여 개발되어야 할 것이다. 그리고 시범사업을 통하여 우리나라의 상황에 적합하고 효과적인 것으로 검증된 학교폭력 대처 모델은 전국적으로 보급될 수 있을 것이다.

학교폭력에 대한 구체적인 대처방안은 각 학교나 지역의 특성이나 여건에 따라 달라질 수 있으므로 단일 모델이나 프로그램을 적용하기보다는 다양한 모델을 개발하여 각 학교가 여건에 맞추어 선택할 수 있도록 하는 것이 바람직할 것이다. 시범사업의 개발과 보급은 원칙적으로 각 단위 학교가 중심이 되어 지역사회와 연계하여 추진하도록 하되 정부는 큰 방향을 제시하고 이를 위한 재정적 지원을 제공함으로써 이를 촉진시키는 역할을 담당해야 한다.

#### ④ 법적 제도적 장치의 정비

학교폭력에 대한 방안을 지속적으로 추진하기 위해서는 이를 뒷받침해줄 수 있는 체계적인 법적 근거를 필요로 한다. 이를 위해서는 학교폭력 예방 및 해결을 위한 조직과 기구, 그리고 관련사업에 관한 주요사항을 포함한 특별법을 제정하는 방안과 청소년보호법 등 기존법을 개정 보완하는 방안의 두 가지를 생각할 수 있다. 최근 논의되고 있는 학교폭력예방 특별법(가칭)의 제정은 학교폭력 예방에 필요한 조직과 기구, 그리고 사업 등을 종합적으로 체계화 할 수 있다는 장점이 있으나, 이를 추진할 경우 기존의 청소년 관련법의 내용과 중복이 되거나 혹은 상충되는 조항이 없도록 해당 조항을 조정할 필요가 있을 것이다.

#### ⑤ 전문인력의 교육

외국의 학교폭력 관련 대책에서 공통된 특성은 법적 제도적 장치보다는 실천적인 프로그램의 개발과 도입에 비중을 두고 있다는 점이다. 효과적인 실천프로그램을 개발하고 실제로 운영하기 위해서는 이를 담당할 수 있는 전문인력이 필요하다. 학교폭력의 조기발견에 중요한 역할을 할 수 있는 상담실이 각 학교에 설치되어 운영되기 위해서는 전문상담인력이 필요하게 된다. 또한 학생들을 위한 예방적 개입프로그램의 개발, 학부모, 교사 등을 위한 교육과 연수 등을 담당할 수 있는 전문인력도 필요하게 된다. 따라서 교사 등 기존 인력의 전문성을 제고할 수 있는 연수 및 교육프로그램의 강화와 함께 외부의 전문인력의 활용을 적극적으로 고려할 필요가 있다.

#### ⑥ 학교폭력 관련 연구의 활성화

학교폭력의 실태 및 원인, 그리고 대책에 대한 실증적인 자료는 효과적인 정부정책을 기획하는데 매우 중요한 토대가 된다. 따라서 학교폭력 관련 연구가 활성화될 수 있도록 이를 지원하기 위한 방안이 마련될 필요가 있다. 특히 정기적인 조사를 통한 학교

폭력 실태의 변화 추이의 파악과 다양한 개입방안들의 현장에서의 실효성에 관한 연구는 학교폭력에 관한 정책을 세우고 조율하는데 매우 중요한 역할을 할 수 있으므로 적극적인 관심을 가질 필요가 있다. 학교폭력문제는 장기간에 걸쳐 여러 가지 사회적 요인이 복합적으로 작용한 결과로 단기간의 노력으로 해결되기는 어렵다. 그러나 정부가 뚜렷한 정책 방향과 이를 구체화할 수 있는 현실적 방안을 제시하고 이를 일관성 있게 추진할 때 사회 각 층이 신뢰감을 가지고 적극적으로 그 해결을 위한 노력에 동참하게 될 것이다.

#### (5) 기존 제안

청소년폭력을 해결하기 위한 대책은 학교나 교육당국의 노력만으로는 한계가 있으며 가해자와 피해자 개인의 노력, 가정과 학교, 유관기관의 노력, 지역사회와 정부의 노력이 유기적인 체계성을 가지고 지속적으로 이루어질 때 가능할 것이다. 그러나 이들 모든 분야에서의 예방노력을 통합하고 조정할 수 있는 것은 정부 부처의 의지와 실천적인 노력이다. 가해자와 피해자, 가정과 학교 및 사회에서의 노력과 역할은 그 동안 많은 연구들에서 다루어져 왔으며, 본 연구에서도 청소년폭력 위험요인의 부정적인 영향력을 상쇄시킬 수 있는 보호요인(부모의 권위적인 태도, 긍정적인 또래친구, 학교환경에 대한 긍정적인 지각, 성인들의 정서적 지지, 청소년 단체활동 개입 등)을 통해 대처방안이 제시되어야 한다.

이장현(2001)에 의하면 청소년폭력 예방대책들은 일관성을 유지하면서 교육적인 방향으로 추진되어야 하고, 청소년폭력방지를 위한 특별법의 보완이 이루어져야 한다. 현재의 법과 제도가 형사제재를 기본으로 하고 있기 때문에 청소년범죄의 예방과 선도를 그 기본내용으로 하는 ‘청소년폭력예방법’이 제정되어야 한다. 국회에서 학교폭력방지 관련 특별법이 제정되어 공포되었지만, 여기에는 학교라는 울타리를 중심으로 이루어지는 폭력문제를 포함하고 있을 뿐, 학교 밖에서 행해지는 청소년 폭력이나 성인들에 의한 청소년폭력 등이 생략되어 있고, 폭력문제 해결을 여전히 가해자 중심에서 접근하고 있다는 점 또한 커다란 제한점으로 지적되고 있다. 뿐만 아니라 학교폭력 예방을 위해 상담전담교사를 배치하도록 하고 있지만, 이 또한 현실성이 매우 부족할 뿐만 아니라 기존 학교 내 상담교사를 그대로 배치할 경우 실질적인 효과를 기대할 수 없다는 점 또한 심각하게 고려해야 될 내용이다. 그리고 폭력 문제를 ‘가해자-피해자’의 양분 구조에서만 해석할 뿐, 청소년의 발달과정에 기초한 교육적 처치 방안이 미흡하다는 문제점을 내포하고 있음으로써 법 위에 또 다른 법을 만들어 놓았다는 비판을 면하기 어려울 것 같다. 법은 만능이 아니라 우리 인간의 행동을 규제하고 통제하기 위한 수단

에 불과하다. 법과 제도가 청소년의 행동반경을 계속적으로 축소시켜 나갈 뿐, 그들의 삶과 행복추구권을 지원하기 위한 것이 되지 못한다면 역효과를 더 많이 내포할 수밖에 없을 것이다.

둘째, 청소년폭력을 감소시키기 위해서는 다양한 법제의 통일과 법 정신에 부합하는 운용방식의 수립, 현대사회에 걸맞는 학교교육제도의 정립, 유해환경에 대한 상대적인 개념정립에서부터 다시 접근해야 한다. 정부 부처의 각종 대책은 부처별 대책의 단순한 나열 수준을 크게 벗어나지 못하고 있으며, 서로의 업무에 혼란만을 가중시키고 있다. 청소년폭력문제에 대한 근본적인 접근법은 심리학적, 사회학적, 교육학적 차원에서 체계적으로 문제를 진단하고, 종합적이고 지속적인 대책을 수립해야 한다. 특히 학교에서 모호하게 규정된 우범학생의 명단을 검찰과 경찰에 통보하고, 비행을 저지를 가능성만을 전제로 재판을 통해 사회봉사명령을 내리는 등의 조치는 분명 비효율적이라고 할 수 있으며, 지나치게 처벌위주로 흐를 가능성이 높다. 따라서 청소년폭력 관련 정부 각 부처의 정책은 다차원적이고 종합적인 접근이 요구된다. 이를 위해 통합된 정책을 통해 정부부처간의 이해를 조정하고, 전문화된 연구를 통해 법과 제도를 보완하고, 체계적인 프로그램을 통해 청소년폭력에 대처할 수 있어야 한다. 이것은 간단하게 이루어질 수는 없지만, 국가 통치권자의 의지와 관계 부처의 전문성과 역량강화를 통해 가능할 것이다. 현실적으로 청소년폭력관련 정책의 통합이란 청소년폭력을 주요 업무로 취급하고 있는 정부 부처가 청소년폭력 관련 정책을 통일되고 일관성 있게 수립하고 집행해 나가는 것을 말한다. 이 경우 청소년폭력문제의 해결에 도움을 줄 수 있는 유관기관들을 관리하고 조정할 수 있는 다른 행정부처들과의 연계체계를 확립하고, 상호 적극적인 협조가 이루어질 수 있도록 제도적인 뒷받침을 마련해야 할 것이다.

셋째, 정부의 통합정책을 통해 추진해야 할 과제는 청소년 건전 문화조성활동, 청소년발달과정에 기초한 폭력행동의 연구와 프로그램 개발사업, 건강한 가정환경 조성, 학교와의 연계체계 구축, 학교내 청소년지도사 및 상담사 배치사업, 학교와 교외 전문단체간의 협조체계 확립, 지방정부의 청소년 전담기구 강화와 청소년폭력 대책반 구성, 학교-가정-사회단체-유관기관간 협조 네트워크 구축 방안 등을 추진해 나가야 할 것이다. 통합정책 하에서의 폭력대책위원회 구성은 기관장 중심이 아니라 실무 책임자와 전문가 중심으로 구성하되, 실질적이고 전문적인 역할을 수행할 수 있어야 할 것이다. 우리 시대의 청소년들이 청소년폭력을 통해 더 이상 그들의 인권을 유린당하는 일이 없도록 하는 것이 국가적 책무라고 할 수 있을 것이다.



## (6) 전체 평가 및 실천 계획

학교 내에서의 ‘왕따 현상’은 학교 폭력으로 또래간 차별과 배제의 논리에 의한 반인권적 현상이며 이는 물리적 정신적 폭력으로 이어지게 된다. 학내 ‘왕따 문제’는 학교에 국한되지 않은, 우리 사회의 뼈뼉어린 배타성, 차별주의를 반영하는 결과로 볼 수 있다. 왕따로 인하여 한 개인은 인간 존엄성과 권리를 잃게 되는 것이고 주도 학생들의 폭력에 억압당하고 순종함으로써 다원주의 사회의 자율성 및 다양성의 침해로 이어진다. 즉, 학교 폭력을 학교만이 해결하기에는 불가능한 상황에서 학교폭력에 대한 미온적 대처의 악순환을 반복하고 있는 상황이다.

최근 사회적 파장을 불러일으키는 청소년들의 폭행치사사건이나 자살사건들은 모두 학교 내의 폭력 및 청소년 정신 스트레스가 원인이었다. 학교 폭력을 청소년 또래 집단의 문제로만 보지 않는 인식전환과 학교 폭력을 공개적인 논의의 장으로 이끌어 내려는 노력이 필요하다. 동시에 가해자에 처벌과 피해자에 대한 신속한 구제 원칙을 확립하는 것이 무엇보다도 중요하다. 특히 폭력의 피해 학생의 경우 정신적 충격이나 심리적 우울증세가 폭력 후 지속되는 점을 감안할 때 현행 학교 폭력에 있어 제도적 규제나 가해자 처벌에만 그치는 아쉬운 점이 있다. 학교 폭력 피해 학생이 겪은 정신적 심리적 스트레스로 인한 정신 건강 문제를 관리할 수 있도록 사회복지서비스와 함께 필요하다면 심리 치료와 같은 의료 서비스를 통해 정상적인 학교 생활의 복귀까지 단계별로 정부적 지원 및 관리가 필요 할 것이다.

또 각 부처별 중복된 청소년 보호전화 및 다양한 신고전화번호로 청소년들의 혼란을 가중하고 있으며 유관부처간 업무 중복 및 총괄 기능의 부재로 업무에 혼란을 빚고 있다. 유관부처가 중복된 청소년보호 관련 업무에 대한 현황 파악이 우선 필요하며, 이를 통해 중복된 업무에 대한 주관부서 선정 등 범정부적인 강력한 업무 조정이 추진되어야 할 것이다. 이를 통해서 각종 산재한 청소년위원회의 통폐합 등을 통한 효율적인 대책 수립을 할 수 있도록 상호간 유기적인 협조체제를 구축할 필요가 있다.

마지막으로 매스컴의 문제의식 부족 및 성인들의 무관심으로 청소년 폭력의 수위는 높아지고 있으며 매스컴의 영향으로 “왕따, 따돌림, 이지매”와 같은 용어가 유행처럼 번지는가 하면 일부 비행학생들이 이를 모방 실행에 옮겨 사태를 악화시키고 있다. 특히 집단 따돌림의 경우 가해자들이 죄의식을 느끼지 못하고 있으며 대부분의 학생들 및 학부모들은 이러한 현상에 방임하고 있는 상황이다. 그러므로 청소년폭력 예방이 무엇보다 중요하며 폭력 및 비행이 발생하고 습관화되기 이전에 원천적으로 예방 할 수 있도록 하여야 하며, 예방·통제에 있어 학교 및 공공기관의 협조아래 지역사회의 참여를 촉진할 수 있어야 하겠다. 동시에 만성적이며 폭력의 수위가 높은 청소년들에 대해서는 사법적인 대응 또한 강화하여 학교 폭력을 근절 할 수 있도록 해야 하겠다.

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 청소년보호위원회

### 3. 청소년과 산업보건

#### 1) 일하는 청소년에 대한 노동안전보건법규 강화

주관적, 혹은 객관적 필요에 의해 청소년들이 다양한 형태의 일에 종사하는 경우가 많아졌다. 그러나 청소년들의 근로 활동은 대개 비공식 부문, 혹은 서비스 산업의 임시직 형태로 이루어지는 경우가 많다. 따라서 불안전 고용 상태에서 불평등한 근로 계약이 이루어지고, 열악한 노동조건에 노출되거나 문제 발생시 정당한 보상 절차를 거치지 않는 상황들이 벌어질 가능성이 높다.

##### (1) 현황

청소년 보호백서(2003)에 의하면 2002년 6월 현재 청년층 경제활동 인구는 4,561천명으로서 경제활동 참가율은 46.6%이며, 15-19세의 경제활동 참가율도 9.7%에 이른다. 그러나 청소년의 경제활동은 아르바이트와 같은 시간제 직장에 국한되어 있으며, 공식적인 아르바이트 실태조사가 부족한 관계로 경험연구 결과 위주로 살펴보면, 청소년 응답자의 34.2%~56.8%가 아르바이트 경험이 있는 것으로 나타났다<sup>302)</sup>. 노동부(2002)가 수도권에 재학 중인 중·고생 1,712명을 대상으로 '청소년 아르바이트 실태'를 설문조사한 결과 주로 하는 일은 전단지 배포(36.8%), 일반 음식점(14%), 패스트푸드점(11%), 배달(7.7%), 주유소(5.6%), 유흥업소 근무(4.3%) 등이었다. 조사대상의 9.8%는 성적 농담을 듣거나 신체접촉을 받아 불쾌감을 느낀 적이 있다고 응답했다. 이 경우 대처방법으로는 '그냥 참았다'는 응답이 51.3%로 가장 많아 청소년들의 성희롱 대응이 소극적인 수준에 그치고 있는 것으로 나타났으며, 다음은 거부감을 표시하고 항의했다(32.7%), 일을 그만뒀다(8%), 경찰서나 지방노동관서에 신고했다(3.6%), 친구나 가족에게 도움을 청했다(3.5%) 순이었다. 또한 조사대상의 4.4%는 아르바이트 도중 폭행당한 경험이 있으며, 0.4%는 지속적으로 구타를 당했다고 응답했다. 폭행을 당한 뒤 대처방법에 대해서는 일을 그만 두거나 참고 일했다는 응답이 32.7%에 달했으며, 개인적으로 항의했다는 응답이 20.4%, 노동사무소나 경찰에 신고한 사람이 8.2%였다. 아르바이트 도중 다친 경험을 갖고 있는 학생도 31.5%였으나 이 가운데 사업주로부터 치료비를 받

302) 청소년보호위원회. 청소년 유해환경접촉 종합실태조사. 2002

은 비율은 34.3%에 불과했고 일을 그만두거나 해고됐다는 응답이 41.3%였다.

최근의 대형 패스트푸드업체 아르바이트 청소년 '착취' 현장에 대한 기사<sup>303)</sup>에서는 일부 대형 업체들이 청소년 아르바이트생을 고용하면서 주휴수당 등 각종 급여를 지급하지 않는 것이 보도되었다. 노동부는 6개 패스트푸드 업체 직영점을 대상으로 연소근로자 고용실태를 점검한 결과 모두 만 2천 53명의 아르바이트 청소년들의 각종 법정수당 21억 7천만원을 지급하지 않은 사실을 적발 하였다. 이들 업체는 또 15세 미만 청소년을 불법 고용하거나 근로 시간을 어기는 등 근로기준법상 연소자 보호 규정을 지키지 않고 있었다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. UN 아동 권리 협약

· 제32조 : 1. 당사국은 경제적 착취 및 위협하거나, 아동의 교육에 방해되거나, 아동의 건강이나 신체적·지적·정신적·도덕적 또는 사회적 발전에 유해한 여하한 노동의 수행으로부터 보호받을 아동의 권리를 인정한다. 2. 당사국은 이 조의 이행을 보장하기 위한 입법적·행정적·사회적 및 교육적 조치를 강구하여야 한다. 이 목적을 위하여 그리고 그 밖의 국제문서의 관련 규정을 고려하여 당사국은 특히 다음의 조치를 취하여야 한다. 가. 단일 또는 복수의 최저 고용연령의 규정 나. 고용시간 및 조건에 관한 적절한 규정의 마련 다. 이 조의 효과적인 실시를 확보하기 위한 적절한 처벌 또는 기타 제재수단의 규정

· 제36조 : 당사국은 아동복지의 어떠한 측면에 대해서라도 해로운 기타 모든 형태의 착취로부터 아동을 보호하여야 한다.

### 나. 영국<sup>304)</sup>

영국은 최소학교졸업연령(대략 16세) 이상의 아동들은 노동시간 및 노동조건 등을 고용주와 자유로이 협상할 수 있다. 아동근로시 아동이익 보호를 위한 광범위한 제도적 장치가 마련되어 있어 아동의 육체적 건강에 해를 끼치거나, 교육에 방해가 되는 어떤 형태의 작업도 금지된다. 13세 이하의 아동은 근로할 수 없고, 오후 7시 이후부터 오전 7시 이전의 아동근로는 금지되며, 학교 가는 날이나 일요일에는 2시간 이상 근로가 금지된다. 15세 이하 아동은 토요일이나 공휴일에 5시간 이상 근로 할 수 없고, 15세 이상 아동은 토요일이나 공휴일에 8시간 근로로 시간이 제한된다. 학교방학중 15세

303) KBS 뉴스 8월 11일 보도자료. 한재호 <http://news.kbs.co.kr/news.php?id=893785&kind=c>

304) 근로시 건강 및 안전관리법규(Management of Health and Safety at Work Regulation, 1992)

이하 아동은 주당 25시간 이상 근로할 수 없으며 15세 이상 아동은 주당 35시간 이상 근로할 수 없다. 그외 고용주는 모든 고용인의 건강, 안전, 복지를 실제로 보장할 의무를 지닌다.<sup>305)</sup> 또한, 고용주의 작업장에서의 위험진단의무, 연약한 존재이자 보호대상으로서의 아동신분을 고려해야 할 책임 의무를 규정하고 있다.

#### 다. 독일·프랑스 <sup>306)</sup>

독일의 경우 경제적, 사회적 착취로부터 아동의 보호는 법적으로 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제협약 10조 3항과 “아동노동보호법(Act Concerning the Protection of Minors at work of 12 April 1976 : 1956년 4월 개정 : Federal Law Gazette. Part I. p.965)에서 보장되고 있다. 특히 “아동노동보호법”에서는 아동의 건강·안전 및 성장에 반하는 노동행위와 아동의 학교교육을 방해하는 노동행위를 명백히 금지하고 있으며, 오직 직업의 목적이나 노동치료 또는 학교에서 수행되는 직업훈련노동의 경우에서만 허용되고 있다. 13세 미만의 아동은 부모의 동의하에 신문배달이나 스포츠행사 보조 같은 손쉬운 일을 할 수 있고, 15세 이상의 학생은 학교방학 기간 중 4주동안 일을 할 수 있다. 아동노동에 대한 금지규정은 당국에 의해 명확히 감시되며, 위반시 20,000마르크의 벌금형이나 감옥형이 선고될 수 있다. 또한 독일은 “고용허가를 위한 최소연령 조약”(국제노동기구의 조약 No. 138)에 비준하였고, 정기적으로 국제노동사무소에 보고서를 제출하고 있다. 프랑스도 의무교육을 마치는 16세 전까지의 아동은 근로할 수 없다. 다만 15세 아동은 도제(실습)의 신분을 가질 수 있고, 14세 이상 아동은 방학동안 법이 허용하는 범위 내에서 손쉬운 일을 할 수 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 근로기준법

· 제62조 (최저연령과 취직인허증) : ① 15세미만인 자는 근로자로 사용하지 못한다. 다만, 대통령령이 정하는 기준에 따라 노동부장관이 발급한 취직인허증을 소지한 자는 그러하지 아니하다. ② 제1항의 취직인허증은 본인의 신청에 의하여 의무교육에 지장이 없는 한 직종을 지정하여서만 발행할 수 있다.

· 제64조 (연소자증명서) 사용자는 18세미만인 자에 대하여는 그 연령을 증명하는 호적증명서와 친권자 또는 후견인의 동의서를 사업장에 비치하여야 한다.

305) 건강 및 안전법(Health and Safety at Work Act) 2항 ; 건강 및 안전(고용훈련)법규(Health and Safety(Training for Employment) Regulations, 1990

306) 청소년보호위원회. 청소년 인권 현황과 대책. 1998; p.297

· 제65조 (근로계약) : ① 친권자 또는 후견인은 미성년자의 근로계약을 대리할 수 없다. ② 친권자, 후견인 또는 노동부장관은 근로계약이 미성년자에게 불리하다고 인정하는 경우에는 향후 이를 해지할 수 있다.

· 제66조 (임금청구) 미성년자는 독자적으로 임금을 청구할 수 있다.

· 제67조 (근로시간) 15세이상 18세미만인 자의 근로시간은 1일에 7시간, 1주일에 40시간을 초과하지 못한다. 다만, 당사자간의 합의에 의하여 1일에 1시간, 1주일에 6시간을 한도로 연장할 수 있다

· 제68조 (야업(야업) 및 휴일근로의 제한) : ① 사용자는 18세 이상의 여성을 오후 10시부터 오전 6시까지의 사이 및 휴일에 근로시키고자 하는 경우에는 당해 근로자의 동의를 얻어야 한다. ② 사용자는 임신부와 18세 미만자를 오후 10시부터 오전 6시까지의 사이 및 휴일에 근로시키지 못한다. 다만, 다음 각호의 1의 경우로서 노동부장관의 인가를 얻은 경우에는 그러하지 아니하다. 1. 18세 미만자의 동의가 있는 경우 2. 산후1년이 경과되지 아니한 여성의 동의가 있는 경우 3. 임신중의 여성이 명시적으로 청구하는 경우. ③ 사용자는 제2항의 경우 노동부장관의 인가를 얻기 이전에 근로자의 건강 및 모성보호를 위하여 그 시행여부와 방법 등에 관하여 당해 사업 또는 사업장의 근로자대표와 성실하게 협의하여야 한다.

· 제70조 (깁내근로 금지) 사용자는 여성과 18세미만인 자를 깁내에서 근로시키지 못한다.다만, 보건·의료, 보도·취재 등 대통령령이 정하는 업무를 수행하기 위하여 일시적으로 필요한 경우에는 그러하지 아니하다.

#### 나. 청소년보호법

· 제5조 "청소년유해업소"라 함은 청소년의 출입과 고용이 청소년에게 유해한 것으로 인정되는 다음 가목의1에 해당하는 업소(이하 "청소년출입·고용금지업소"라 한다)와 청소년의 출입은 가능하나 고용은 유해한 것으로 인정되는 다음 나목의1에 해당하는 업소(이하 "청소년고용금지업소"라 한다)를 말한다. 이 경우 업소의 구분은 그 업소가 영업을 함에 있어서 다른 법령에 의하여 요구되는 허가·인가·등록·신고 등의 여부에 불구하고 실제로 이루어지고 있는 영업행위를 기준으로 한다.

#### 다. 청소년출입·고용금지업소

- (1) 식품위생법에 의한 식품접객업 중 대통령령으로 정하는 것
- (2) 음반·비디오물 및 게임물에관한법률에 의한 비디오물감상 실업 및 동법에 의한 노래연습장업중 대통령령으로 정하는 것
- (3) 체육시설의설치·이용에관한법률에 의한 무도학원업, 무도장업
- (4) 사행행위등규제및처벌특례법에 의한 사행행위영업

(5) 전기통신설비를 갖추고 불특정한 사람 상호간의 음성대화 또는 화상대화를 매개하는 것을 주된 목적으로 하는 영업. 다만, 전기통신사업법 등 다른 법률의 규정에 의하여 통신을 매개하는 영업을 제외한다.

(6) 청소년유해매체물, 청소년유해약물 및 청소년유해물건을 제작·생산·유통하는 영업등 청소년의 출입과 고용이 청소년에게 유해하다고 인정되는 영업으로서 대통령령이 정하는 기준에 따라 청소년보호위원회가 결정하여 고시한 것

#### 라. 청소년고용금지업소

(1) 식품위생법에 의한 식품접객업 중 대통령령으로 정하는 것

(2) 공중위생관리법에 의한 숙박업, 이용업, 목욕장 업 중 대통령령으로 정하는 것 (3) 음반·비디오물 및 게임물에관한법률에 의한 비디오물 대여업과 동법에 의한 비디오물 소극장업, 게임제공업 또는 복합유통·제공업중 대통령령으로 정하는 영업 (5) 유해화학물질관리법에 의한 유독물제조업·판매업 및 취급업

(6) 회비등을 받거나 유료로 만화를 대여하는 만화대여업 (7) 청소년유해매체물, 청소년유해약물 및 청소년유해물건을 제작·생산·유통하는 영업등 청소년의 고용이 청소년에게 유해하다고 인정되는 영업으로서 대통령령이 정하는 기준에 따라 청소년보호위원회가 결정하여 고시한 것

· 제24조 (청소년 고용금지 및 출입제한등) : ① 청소년유해업소의 업주는 종업원을 고용하고자 하는 때에는 그 연령을 확인하여야 하며, 청소년을 고용하여서는 아니된다.

#### 마. 청소년보호법시행령

· 제3조 (청소년유해업소의 범위) : ⑦ 법 제2조제5호 나목(7)의 "청소년의 고용이 청소년에게 유해하다고 인정되는 영업으로서 대통령령이 정하는 기준"은 다음 각호의 1과 같다. 1. 청소년유해매체물 또는 청소년유해약물등을 제작·생산·유통하는 영업으로서 청소년이 고용되어 근로할 경우에 청소년유해매체물 또는 청소년유해약물등에 쉽게 접촉되어 고용청소년의 건전한 심신발달에 장애를 유발할 우려가 있는 영업일 것 2. 외견상 영업행위가 성인·청소년 모두를 대상으로 하지만 성인대상의 영업이 이루어짐으로써 고용청소년에게 유해한 근로행위의 요구가 우려되는 영업일 것

· 제19조의2 (청소년출입·고용제한 표시) 법 제24조제5항의 규정에 의하여 청소년출입·고용금지업소(청소년실을 갖춘 노래연습장업소를 제외한다)의 업주 및 종사자는 당해 업소의 출입구중 가장 잘 보이는 곳에 별표 4의2의 방법으로 청소년의 출입·이용과 고용을 제한하는 내용의 표지를 부착하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

문화관광부(2002) '제 3차 청소년 육성 5개년계획 수립에 대한 토론회'에서 청소년의 취업과 경제적 자립을 지원한다는 계획을 수립하였다. 청소년 상당수가 아르바이트에 참여하거나 참여했었기 때문에 아르바이트지원센터 등을 전국적으로 확대하며 건전한 소비 생활을 할 수 있도록 소비자 교육을 실시하고, 각종 할인제도를 합리적으로 개선하는 것을 주요 골자로 하였다. 청소년 아르바이트지원센터 설치·운영의 경우, 청소년에게 건전한 아르바이트를 알선하고, 아르바이트를 하는 과정에 생긴 임금체불 등 부당한 노동행위에 대한 상담과 옹호 등을 맡게 된다.

## (5) 기존 제안

인권운동 사랑방(2002) '청소년 노동실태 보고서'에 의하면 근로 청소년 인권 보장을 위해서는 우선 일하는 청소년에 대한 새로운 이해가 필요하다고 하였다. 청소년 노동은 소비 욕구 충족을 위한 용돈 마련의 목적도 있지만 어려운 가정 형편, 장래 취업을 위한 동기 등 다양하다. 청소년의 다양한 노동 동기에 귀를 기울이고 그에 대한 고려 및 고민을 함께 하는 것이 필요하다. 오히려 청소년 노동에 대한 부정적 시각이 청소년 노동을 인권의 사각지대에 남게 만들게 되는 것이다.

둘째, 근로 기준법 및 청소년 노동 관련법 개정을 통해 ① 일하는 청소년에 대한 보호규정 구체화 ② 근로계약서 작성, 교부 의무화 ③ 시간제 노동에 대한 균등 대우<sup>307)</sup> ④ 차별적인 특례규정 삭제하는 등의 개정이 필요하다. 하지만 현행 보호규정에는 청소년이 안전하게 일할 수 있는 노동환경이나 노동권에 대한 교육 등 구체적인 규정이 없어 일하는 청소년들의 권리를 제대로 보호하지 못하고 있다. 따라서 고용주가 청소년들의 권리를 보장해주기 위해 지켜야 할 수칙이나 노동권 교육에 대한 강제조항 등 구체적인 내용의 보완이 필요하다.

마지막으로 정부가 앞장서서 ① 일하는 청소년에 대한 전담 부서 배치 ② 일하는 청소년에 대한 정보제공과 교육을 실시하여야 한다. 우선, 일하는 청소년에 대한 업무를 담당하는 부서는 노동부 여성고용지원과로 따로 전담 부서가 없다. 이러다 보니 일하는 청소년들에 대한 업무는 다른 일에 밀려나거나 연례적인 보여주기식 사업에 그치기 쉽다. 따라서 정부는 서비스업에서 이미 청소년들이 주요 인력으로 사용되고 있는 현실을 고려해 근로계약이나 노동환경 등 고용 전반에 있어서 불이익을 당하지 않도록 사업장에 대한 관리·감독을 강화하고 전담 부서를 배치하는 등 법적, 제도적 장치를

307) 국제노동기구가 94년 채택한 '시간제 노동에 대한 협약(제175조)'과 '시간제 노동에 대한 권고(제182조)'에는 단시간근로자와 통상근로자간의 시간당 기본급을 동일 수준으로 하거나, 고용과 직장에서 파트타임 노동자에 대한 차별을 금지하는 등 '동일 보호와 균등대우' 원칙을 명확히 하고 있다. 근로기준법 제5조에도 이러한 내용을 명시하는 등 그 내용을 구체화시킬 필요가 있다.

마련해야 한다. 청소년들은 안전한 일자리를 얻을 수 있는 공식적인 정보나 노동자로서 가질 수 있는 권리가 무엇이 있는지 잘 모르고 있을 뿐 아니라 법이나 제도에 대한 정보에도 거의 무지하다. 청소년에게 정부와 사회는 직업 정보와 지도의 이용 가능성과 접근성 보장을 위한 조치를 취해야 하며 기회균등에 의해 정보혜택을 얻을 수 있어야 한다. 특히 학교를 일찍 탈락하고 불법적인 노동시장의 유혹을 받는 청소년을 위한 직업교육에 각별한 관심을 기울여야 한다. 직업정보와 지도는 미래의 직업을 위한 기술을 제공하는 것일 뿐만 아니라 청소년의 선택 환경을 넓히고, 착취적 노동을 예방할 수 있는 것이어야 한다. 이를 위해 정부 뿐 아니라 노동·사회·인권단체들의 적극적 모색과 협력이 필요함을 강조하였다.<sup>308)</sup>

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

법과 제도적으로 근로 청소년 보호를 위한 규제조치들이 있음에도 여전히 서비스 업종 및 미허가 노동 현장에서 청소년의 노동력 착취는 계속되고 있다. 왜냐하면 법률적 규제나 권고가 강제성을 가지지 못하거나 행정적인 집행이 뒤따르지 않는다면 근로기준법이나 노동권에 대한 이해가 부족한 근로 청소년들은 노동 환경 및 고용 전반의 불이익에 속수무책일 수밖에 없다. 특히, 현재 노동부 ‘여성고용 지원과’에서 포괄적으로 청소년 근로에 대한 업무를 담당하고 있는데 그칠 것이 아니라 전담 부서를 배치하여 근로 기준법 및 청소년 보호법의 제반 규정들을 지키지 못하는 사업장에 대해 강력한 개입을 할 수 있도록 한다. 특히, 미허가 노동 현장에서의 청소년 노동력 착취 및 야간 근로 부당 노동행위에 대한 청소년 인권을 보장 할 수 있도록 노동부는 관련 사업장에 대하여 강력한 처벌과 실태 고발을 통해 시정 조치를 할 수 있도록 엄중한 관리 감시 감독을 하여야 할 것이다. 동시에 노동부에서는 청소년들을 대상으로 올바른 정보를 얻을 수 있도록 함과 동시에 직업 교육 및 훈련 프로그램을 더욱 활성화 할 필요가 있다. 청소년 보호 단체 및 노동 인권 단체가 협력하여 일하는 청소년의 인권 및 건강권을 보호해 줄 수 있도록 적극적으로 노력해야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 노동부, 교육인적자원부

---

308) 카톨릭대학생실천연합회. 청소년 노동 실태보고서. 인권사랑방 2002.



### III. 성인

#### 1. 예방서비스

##### 1) 비용효과적인 예방서비스에 대한 급여 범위 확대

다양한 보건예방사업은 각종 질병에 대한 조기 발견과 사전 예방 활동을 통하여 국민건강을 증진할 뿐만 아니라 삶의 질을 향상시키고 장기적으로 급여비를 억제함으로써 비용-효과적이라는 순기능 때문에 그 필요성이 인정되고 있다. 그러나 현재 일부 국가 예방사업을 제외하고는 의료보장 제도에서 급여가 제한되어 있는 것이 현실이다.

##### (1) 현황

현재 건강보험 가입자 및 피부양자들은 1~2년을 주기로 건강검진 서비스를 받을 수 있다. 또한 건강보험공단에서 시행하는 특정 암검사가 있으며, 건강보험가입자 중 저소득층과 의료급여 수급자를 대상으로 국가암 조기검진사업이 시행되고 있다. 그러나 1) 검진 항목 및 주기의 타당성이 여전히 부족하며, 2) 보건학적 타당성이 부족한 검사 항목 도입으로 인한 불필요한 검사나 검사 주기로 인한 보험재정 낭비와 환자의 불편함 초래, 3) 보건학적 타당성과 비용/효과가 입증된 건강진단항목이 누락되거나 다른 건강진단과 달리 본인부담금이 높게 책정되어 있는 경우, 4) 낮은 수진율, 5) 사후 관리체계의 부재, 6) 낮은 만족도 등이 문제로 지적되고 있다<sup>309)</sup>.

##### (2) 국제권고 및 외국사례

###### 가. 캐나다

유방 촬영술, 자궁경부 도말 검사, 손상 관리 대책 등 성공적이고 비용효과적인 예방사업을 지속/개선시키는 것을 주요 보건목표로 선정하고 있다<sup>310)</sup>. 또한 1976년 정부에서 “캐나다 주기적 건강검진 위원회(Canadian Task Force on Periodic Health Examination)”를 구성하여, 증거에 입각한 예방서비스 지침을 제시하고 있으며, 그 내

309) 조흥준. 우리나라 건강검진의 문제점과 개선 방향. 국민건강보험공단 강의자료.

310) Toward A Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians. the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999

용을 인터넷<sup>311)</sup>을 통해 지속적으로 갱신하고 있다<sup>312)</sup>.

#### 나. 미국

미국 보건복지부에서도 1984년 “미국예방서비스위원회(US Preventive Services Task Force)”를 구성하여 캐나다와 유사한 방식으로 예방서비스에 대해 임상가들에게 적합한 권고안을 만들고 있으며, 역시 인터넷<sup>313)</sup>을 통해 내용을 지속적으로 갱신하고 있다. 이제까지는 예방서비스의 효과만을 중시하고 있으나, <미국예방서비스위원회>는 각 예방서비스의 비용-효과를 검토하고 있으며, 향후 지침에는 이를 반영할 것으로 보인다<sup>314)</sup>.

### (3) 현행법

#### 가. 급여의 제한과 관련 법령

##### ① 국민건강보험법

· 제39조 (요양급여) : ① 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다. 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 ② 제1항의 규정에 의한 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 방법·절차·범위·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지부령으로 정한다. ③ 보건복지부장관은 제2항의 규정에 의하여 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지부령이 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다.

##### ② 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

· 제9조 (비급여대상) : ① 법 제39조 제3항의 규정에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.

\* [별표 2] 비급여대상(제9조제1항 관련)

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

311) Canadian Task Force on Prevention Health Care. Available at: <http://www.ctfphe.org>

312) 조홍준. 전게서.

313) Agency for Healthcare Research and Quality Available at: [www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm)

314) 조홍준. 전게서.

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강 보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거

라. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증예방을 위한 치료

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아의 이상 유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사

사. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

## 나. 예방 및 건강증진 관련 법령

### ① 국민건강보험법

· 제47조 (건강검진) ①공단은 가입자 및 피부양자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다. ②제1항의 규정에 의한 건강검진의 대상·회수·절차 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

### ② 국민건강보험법시행령

· 제26조 (건강검진) : ①법 제47조제2항의 규정에 의하여 건강검진을 받을 수 있는 자는 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 40세 이상인 지역가입자 및 40세 이상인 피부양자로 한다. ②건강검진은 2년마다 1회 이상 실시하되, 사무직에 종사하지 아니하는 직장가입자에 대하여는 1년에 1회 실시한다. ③건강검진은 별표 3의 규정에 의한 의료관련 인력·시설 및 장비 등을 갖춘 요양기관에서 행하여야 한다. ④공단은 건강검진을 실시하고자 하는 때에는 건강검진의 실시에 관한 사항을 직장가입자 및 피부양자의 경우에는 소속사용자에게, 지역가입자의 경우에는 소속세대주에게 통보하여야 한다. ⑤제4항의 규정에 의하여 통보를 받은 사용자는 가입자·피부양자가 건강검진을 받을 수 있도록 필요한 조치를 하여야 한다. ⑥건강검진을 실시한 검진기관은 건강검진의 결과를 공단에 통보하여야 하며, 공단은 이를 사용자 또는 건강검진을 받은 자에게 통보하여야 한다. 다만, 검진기관이 사용자 또는 건강검진을 받은 자에게 직접 통보한 경우에는 공단은 사용자 또는 건강검진을 받은 자에게 통보하지 아니할 수 있다. ⑦제6항의 규정에 의하여 통보를 받은 사용자는 이를 건강검진을 받은 가입자(피부양자의 경우에는 당해 가입자)에게 통보하여야 한다. ⑧건강검진의 검사항목·방법·범위 및 그에 소요되는 비용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

### ③ 산업안전보건법

· 제43조 (건강진단) : ①사업주는 근로자의 건강보호·유지를 위하여 근로자에 대한 건강진단을 실시하여야 한다. 이 경우 근로자대표의 요구가 있을 때에는 건강진단에 근로자대표를 입회시켜야 한다. ②노동부장관은 근로자의 건강을 보호하기 위하여 필요하다고 인정할 때에는 사업주에 대하여 특정 근로자에 대한 임시건강진단의 실시 기타 필요한 사항을 명할 수 있다. ③근로자는 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 사업주가 실시하는 건강진단을 받아야 한다. 다만, 사업주가 지정한 의사·치과의사 또는 건강진단기관(이하 "건강진단 기관등"이라 한다)의 건강진단을 희망하지 아니하는 경우에는 다른 건강진단기관등으로부터 이에 상응하는 건강진단을 받아 그 결과를 증명하는 서류를 사업주에게 제출할 수 있다. ④사업주는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 건강진단을 실시한 때에는 그 결과를 지체없이 근로자에게 통보하고 노동부장관에게 보고하여야 한다. ⑤사업주는 제1항 및 제2항 또는 다른 법령의 규정에 의한 건강진단 결과 근로자의 건강을 유지하기 위하여 필요하다고 인정할 때에는 작업장소의 변경, 작업의 전환, 근로시간의 단축 및 작업환경측정의 실시, 시설·설비의 설치 또는 개선 기타 적절한 조치를 하여야 한다.

## (4) 정부 시행 정책 및 계획

### 가. 건강검진사업의 실시<sup>315)</sup>

질병의 조기발견 및 조기치료로 국민의료비를 절감하고, 질병의 사전예방으로 국민 건강수준의 향상시키기 위하여, 정부에서는 국민건강보험공단을 통하여 건강검진사업을 실시하고 있다. 국민건강보험법 제47조제2항의 규정에 의하여 건강검진을 받을 수 있는 자는 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 40세 이상인 지역가입자 및 40세 이상인 피부양자로 하며, 건강검진은 2년마다 1회 이상 실시하되, 사무직에 종사하지 아니하는 직장가입자에 대하여는 1년에 1회 실시하고 있다. 검사항목은 건강검진실시기준(고시)에서 정한 검사항목에 대하여 실시하는 데, 2004년 현재 1,2차의 건강검진과 특정 암검사(국가암조기검진 병행)를 시행하고 있다.

### 나. 암조기검진사업의 실시<sup>316)</sup>

건강검진사업의 일환으로 저소득층을 위해 시행되고 있는 사업이 국가 암조기검진사업이다. 암의 조기발견을 통해 조기 치료를 유도함으로써 암사망률 감소에 기여하기

315) 국민건강보험공단. 2004년도 건강검진사업 실시 안내.

[http://www.nhic.or.kr/wbh/wbhd/wbhd\\_01/index.html](http://www.nhic.or.kr/wbh/wbhd/wbhd_01/index.html)

316) 보건복지부 암관리과. 국가암조기검진사업확대. 2004.4.9 보도자료.

위하여 실시된 국가 암조기검진사업은 1999년 의료급여수급자를 대상으로 시작하여 2002년에 저소득 건강보험가입자에게까지 확대되었으며, 암검진 종별도 1999년 3대 암(위·유방·자궁경부)으로 시작하여 2003년 4대 암(위·유방·자궁경부·간), 2004년 5대 암(위·유방·자궁경부·간·대장)으로 확대 되었다(표 26).

<표 26> 공적으로 시행하는 암 검진사업

구분	특정암검사	국가암조기검진사업	
		건강보험가입자 저소득층	의료급여수급자
대상	40세 이상자 중 희망자; 천명(단 간암은 간암발생고위험군)	보험료부과기준 하위계층 (2003년 ; 하위 30%)	40세이상 (단, 자궁경부암은 30세 이상)
사업 주관	공단	복지부·공단	복지부(보건소)
검사 항목	위암, 유방암, 대장암, 간암(자궁경부암은 1차 검진에 포함 실시)	위암, 유방암, 간암, 대장암(2004년도 확대)	위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암(2004년도 확대)
비용 부담	공단 50%, 수검자 50%	공단50%, 국가 50% (간암은 국가 100%)	국가 100%

## (5) 기존 제안

### 가. 비용-효과적인 예방서비스의 보험 적용<sup>317)</sup>

효과와 비용-효과가 입증된 금연서비스(금연보조제 및 금연상담), 비만서비스(비만치료약제 및 영양상담 등), 임상영양서비스(영양평가 및 영양상담)의 보험급여화를 통해 건강증진서비스의 제공을 확대해야 한다.

### 나. 급여의 효과성 제고<sup>318)</sup>

- ① 국민건강에 대한 기여도와 진료비 부담이 높은 영역에 대한 보장성 강화  
건강권으로서 의료보장을 위해선 현재의 수준보다 급여의 보장성이 강화될 필요가 있으며 특히 급여확충의 방향은 진료비 부담이 큰 영역을 우선적으로 고려할 필요가

317) 조홍준. 전게서.

318) 이선희. 건강보험 급여체계의 개선방안.

[http://www.hanshin.ac.kr/~board/way-board/db/jun12/file/건강보험급여체계의\\_개선방안.hwp](http://www.hanshin.ac.kr/~board/way-board/db/jun12/file/건강보험급여체계의_개선방안.hwp)

있다. 이를 위해 시행할 수 있는 방법 중의 하나가 급여항목의 확대인데, 전문가와 일반인들을 대상으로 보험급여 확대가 필요한 서비스 우선순위를 조사한 결과를 보면 예방접종과 초음파를 우위에 두는 등 구체적인 급여범위 확대와 관련된 세부항목들에 대해선 대체로 공감대를 이루고 있다고 할 수 있다.

## ② 급여항목에 대한 비용-효과성 평가, 신규항목시 이에 대한 평가강화

건강보험이 건강상의 편익을 높일 수 있는 영역에 대한 보장이기 때문에 소비자의 모든 욕구를 해결해주는 것은 어렵다. 따라서 건강보험체계가 이러한 기능을 효과적으로 수행하기 위해선 건강보험의 혜택이 부여되는 급여범위가 건강보험의 운영취지에 부합하여야 하기 때문에, 급여항목에 대한 비용-효과성 평가가 필요하다. 또 신의료기술과 신약들을 급여화하는 과정에서 증거중심의 평가를 통해 비용-효과성을 검증하는 과정이 좀더 체계화되고 예측성을 담보할 수 있는 방향으로 합리화되어야 할 필요성이 있다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

정부는 건강검진 및 암검진 사업 등을 통해서 질병의 예방을 위해 노력하고 있지만 아직 여러 예방서비스들에 대해서는 급여를 제한하고 있는 실정이다. 급여의 확대가 진행되면서 이러한 예방서비스들도 고려의 대상이 되고는 있지만 여러 예방서비스에 대한 비용-효과에 대해서 분석이 선행되어야 한다는 과제가 남아 있다. 특히 진단검사의 타당도조차 입증되지 않은 검진 방법이 남용되는 것을 막고, 비용-효과성이 검증된 예방서비스에 대한 적극적인 급여 확대가 절실하다.

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단

## 2. 비정규직의 산업보건 차별

### 1) 고용형태에 따른 노동안전보건 법규 적용에서의 차별 금지

비정규직 문제는 현재 시민들의 삶과 관련하여 가장 절실하고 해결이 시급한 과제 중의 하나로 자리 잡았다. 이러한 불완전 고용은 위험 업무 담당, 건강관리 부재, 비용/

효과성의 문제 등을 통해 이들 노동자의 상해 증가로 이어질 수 있다. 1984년 이후 선진국의 고용 형태와 관련된 산업보건의 영향에 관한 연구 논문 93편 중 76개의 연구에서 불완전 고용 형태와 전반적인 안전보건의 퇴조가 관련 있는 것으로 나타났으며, 더욱이, 외주, 구조 조정/기구 축소를 보여주는 25개 연구 중 90%이상이 부정적인 관련성을 나타냈다<sup>319)</sup>. 이러한 결과는 OECD 국가들 중 비정규직의 비율이 가장 높은 우리나라에 시사하는 바가 크다.

## (1) 현황

이정식<sup>320)</sup>에 따르면, IMF 경제위기 전인 1997년 전체 근로자의 45.9%인 607만 명에 머물던 임시·일용직 근로자는 2000년 8월 현재 674만 명으로 전체 근로자의 52%에 이르고 있다. 여기에 학습지 교사, 보험 모집인, 캐디, 지입차주 등의 위장 자영업자, 파견 및 불법 파견근로자 등을 감안하면 비정규 근로자 규모는 800만 명을 상회할 것으로 추정된다. 비정규 근로자들은 고용과 실업의 경계선에서 극심한 고용불안에 시달리고 있으며, 이러한 신분상의 제약으로 인해 매우 열악한 임금과 근로조건을 감내하고 있다. 한 조사에 의하면 비정규직의 평균임금은 정규직의 52.9%에 불과하며 국민연금, 건강보험, 고용보험 적용 비율은 각각 21.5%, 24.8%, 23.2%로 정규직의 92.2%, 94.6%, 79.1%에 비해 크게 떨어지는 수준이다<sup>321)</sup>. 근로기준법에 균등처우 조항이 있으나, 성별·국적·종교에 따른 차별대우의 금지만 규정되어 있고, 고용형태에 따른 차별 금지는 명문화되어 있지 않다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. 핀란드<sup>322)</sup>

#### ① Health 2015를 위한 보건목표

노동 계층 연령의 근로 능력과 기능성, 작업 환경을 개선하여, 사람들이 더 오래 근로 생활을 할 수 있도록 하며 은퇴시기를 2000년보다 3년 늦출 수 있도록 만드는 것을 장기적 보건목표로 삼고 있다.

319) Quilan M., Mayhew C., Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: A review of recent research. Int J Health Services 2001;31(2):335-414

320) 이정식. 「비정규 근로자에 대한 차별 철폐 시급」 한국경영자총협회. 『경영계』 2002.

321) 한국 비정규노동센터. 2002년 8월 경제활동인구조사(부가조사) 결과요약 2002.12.15

322) Government Resolution - on the Health 2015 public health programme. the Ministry of Social Affairs and Health 2001

## ② 생애주기별 주요 과제

실업자와 비전형적인 직업 혹은 작업 환경에서 일하는 이들이 다른 사람과 마찬가지로의 보건서비스와 건강증진을 성취할 수 있는 기회를 동등하게 보장하면서, 사회적 배제를 예방하기 위한 모든 노력을 기울여야 한다는 것을 생애주기별 보건목표로 삼고 있다.

## 나. 국제노동기구 권고

### ① 제155호 산업안전보건 및 작업환경에 관한 협약(1981년)

· 제2조 1. 이 협약은 적용대상인 경제활동부문에 종사하는 모든 근로자에게 적용된다. 2. 이 협약을 비준하는 회원국은 가능한 한 조속히 관계있는 대표적인 노사단체와 협의하여 특수한 어려움이 있는 제한된 종류의 근로자에 대해서 이 협약의 일부 또는 전부의 적용을 제외할 수 있다. 3. 이 협약을 비준하는 회원국은 국제노동기구 헌장 제22조에 의거하여 제출하는 이 협약의 적용에 관한 최초의 보고에서 본조 제2항에 따라 이 협약 적용에서 제외되는 제한된 종류의 근로자 및 제외사유를 명시하고, 그후의 보고에서 적용을 확대시키기 위하여 취해진 모든 진전사항을 명시하여야 한다.

### ② 175호 단시간근로(part-time work)에 관한 협약(1994년)

본 협약의 제7조에서는 “단시간근로자가 동일 사업장에서 비교되는 통상근로자들이 향유하는 대우와 동일한 대우를 받도록 조치가 강구되어야 한다.”고 하면서 모성보호, 고용관계 종료, 연차 유급휴가와 유급 공휴일, 병가 등에서 동일한 대우를 받도록 규정하고 있다(우리나라는 1998년 비준).

## (3) 현행법

### 가. 근로기준법

- 제5조 (균등처우) 사용자는 근로자에 대하여 남녀의 차별적 대우를 하지 못하며 국적, 신앙 또는 사회적 신분을 이유로 근로조건에 대한 차별적 처우를 하지 못한다.
- 제23조 (계약기간) 근로계약은 기간의 정함이 없는 것과 일정한 사업완료에 필요한 기간을 정한 것을 제외하고는 그 기간은 1년을 초과하지 못한다.

### 나. 산업안전보건법

- 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 한다.
- 제3조 (적용범위) ① 이 법은 모든 사업 또는 사업장(이하 "사업"이라 한다)에 적



용한다. 다만, 유해·위험의 정도, 사업의 종류·규모 및 사업의 소재지등을 고려하여 대통령령이 정하는 사업에 대하여는 이 법의 전부 또는 일부를 적용하지 아니할 수 있다. ② 이 법과 이 법에 의한 명령은 국가·지방자치단체 및 정부투자기관에 이를 적용한다. 산업안전보건

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획<sup>323)</sup>

##### 가. 기존의 시행 정책

- ① 비정규 근로자에 대한 불합리한 차별을 해소하고 남용을 규제하기 위한 입법 추진

정부는 2003년 11월부터 노사정위 논의 등을 토대로 입법안을 마련하여 관계부처 협의 중이다. 입법안의 주요 내용은 ▲임금 등 근로조건의 불합리한 차별 금지 ▲차별시 정기구 설치 등 실효성 있는 규제절차 마련 ▲기간제·단시간·파견 등 유형별 남용규 제방안 마련 ▲임금·계약기간·근로시간 등 중요 근로조건에 대한 서면명시의무 강화 ▲파견대상업무를 확대하되 불법파견에 대한 처벌 강화 등이다.

- ② 공공부문 비정규직 실태조사를 실시, 대책안 마련중

2003년도에 정부기관·산하단체 등 공공부문 전반에 걸쳐 규모 및근로조건에 대한 실태조사 실시하였으며, 노동부차관, 관계부처 국장으로 「추진단」을 구성·운영하여 공공부문 비정규직 대책 추진하였다.

##### 나. 2004년 추진계획

- 공공부문 비정규직 대책을 조속히 확정·추진
- 비정규직 차별해소 및 남용규제를 위한 제도적 장치 마련
- 비정규 근로자 등 보호를 위하여 현장 지도 강화
- 특수형태근로 종사자 산재보험 적용방안 우선 강구(하반기)

#### (5) 기존 제안

비정규직 노동자의 차별 철폐의 근본적 대안으로서 단기의 계약직 근로자의 채용을 엄격히 제한하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 근로기준법 23조를 개정하여 임신 출산이나 질병, 계절적 사업 등 일시적, 임시적 고용의 객관적 합리적 사유가 있는 경우

323) 노동부. 2004년 주요 업무 계획. 2004.3.4

를 제외하고는 비정규직 고용을 금지해야 한다<sup>324)</sup>.

최근 민주노동당 단병호 의원 등<sup>325)</sup>은 비정규직 노동자의 근로형태 개선을 위해 근로기준법 개정법률안을 제시하였다. 개정안의 주요 골자 중 노동자의 건강에 영향을 미칠 수 있는 내용들을 살펴보면 다음과 같다.

- 근로기간 및 근로시간 기타 근로형태의 차이를 이유로 고용 및 근로조건상의 차별적 대우를 하지 못하게 한다.

- 동일가치 노동에 대하여는 동일 임금을 지급하도록 한다.

- 사용자가 단시간근로자를 고용할 경우에는 시간당 급여, 근로일, 근로시간의 시작과 종료시각 기타 근로조건을 명확히 기재한 근로계약서를 작성하여 근로자에게 교부하여야 하도록 하고, 통상근로자를 본인의 의사에 반하여 단시간근로자로 전환할 수 없도록 한다.

- 단시간근로자와의 합의가 없는 한 초과근로를 시킬 수 없도록 하고 초과 근로를 시켰을 경우에는 시간외수당을 지급하도록 한다.

- 단시간근로자에게도 휴일·휴가 규정이 적용되게 한다.

그리고 현재 존재하고 있는 비정규직 노동자의 건강권 확보를 위해서는 다음과 같은 방안<sup>326)</sup>이 필요하다.

- 비정규직 노동자의 안전보건 실태에 대한 파악, 통계산출·공개

- 하청을 비롯한 비정규직 작업환경과 안전보건문제에 대한 대책마련

- 산재보상보험법의 역할 확대

- 산업안전보건법의 개정 : 현재의 노동환경을 반영하지 못하고 있다. 책임주체의 명확한 명시와 노동자(노동자대표)의 권리 실현 기제, 범위반시의 실질적 처벌이 가능한 장치를 마련하는 것이 필요하다.

- 산재은폐 방지를 위한 대책 마련 필요 : 산재처리를 방해하거나 산재처리를 이유로 한 비정규직 노동자의 불이익이 심각한 수준이므로 산재은폐를 방지하고 위법사업주에 대해서 확실히 관리 감독해야 할 것이다.

- 다양한 분야의 연계 필요 : 비정규직(특히, 일용이나 특수고용 노동자의 경우)의 건강문제는 기존의 산업안전보건 틀이나 제도로 해결되는 부분이 크지 않다. 일반의료, 노동복지, 기타 사회보장정책과의 연계 속에 공동의 노력이 필요할 것이다.

---

324) 이정식. 전계서.

325) 단병호 등. 근로기준법중개정법률안. 국회발의안. 2004.07.07.

326) 최은희. 비정규직 노동자의 건강권 확보를 위하여. 노동건강연대 정책토론회 보조발제문. 2001.12.13.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

안전보건과 관련된 처우를 비정규직 노동자에게도 평등하게 적용할 수 있도록 관련 법을 개정하고, 또 실질적으로 이것이 잘 지켜질 수 있도록 관리 감독 하는 것이 필요하다. 그러나 궁극적으로는 비정규직 근로자를 채용하는 것 자체를 엄격히 규제해 나가야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 노동부

## 3. 불법이주노동자의 산업보건

### 1) 불법이주노동자에 대한 노동안전보건서비스 제공 및 필수 의료서비스 지원 방안 개발

불법이주노동자들이 산업안전보건은 물론 각종 국내법에서 인권의 사각지대에 놓여 왔다는 점은 주지의 사실이다. 반면 최근 외국인 고용허가제가 실시되면서 형식적으로는 임금, 근로조건, 노동권 등에서 내국인과 동등한 권익을 누릴 수 있는 기반이 마련되었다. 하지만, 이미 불법체류 노동자의 수가 16만 명이 넘어서고, 이러한 저임금 노동력이 상존하는 상황에서 중소기업들이 이주노동자들을 합법 고용할만한 유인책이 별로 없으며 이주 노동자들의 이동권 등이 실질적으로 보장되지 않는다는 점에서 이 제도를 통해 획기적인 개선이 있을 것으로 기대하기는 어려울 것으로 보인다. 따라서 노동안전보건이나 의료 보장 측면에서 이전의 문제들이 여전히 상존할 것이며, 이에 대한 대책도 여전히 필요할 것으로 짐작된다.

#### (1) 현황

##### 가. 합법적 이주노동자의 의료보장 현황

연수생 등 합법적 이주노동자의 경우에는 산재보험이나 건강보험이 적용되고 있다. 이 중 불법 이주노동자까지 포함하여 모든 이주노동자들에게 공통적으로 적용되는 사회보장제도는 산재보험이나, 해외투자기업연수생의 많은 수가 산재보험이 제대로 적용되지 않고 있으며 잘해야 상해보험적용 정도만 적용되고 있다. 이는 사업주가 산재가 발생해도 산재보험적용을 회피하기 때문이다. 산업기술연수생의 경우에도 종종 산재보험 미적용의 사례가 발견되며, 불법 이주노동자의 경우 산재피해자의 약 60%만이 산재

보험의 적용을 받고 있다<sup>327)</sup>.

#### 나. 불법적 이주노동자의 의료보장 현황

앞에서 언급한 바와 같이 불법체류 이주노동자에게는 사회보장제도 중 산재보험만 적용되고 있다. 따라서 불법체류자의 경우 건강보험 미적용으로 인한 애로사항이 매우 심각한 상태이다. 한국인보다 2배~2.5배가량의 비싼 의료비를 지불해야 하기 때문에 쉽사리 의료기관을 찾기 어려운 형편이다. 이로 인해 작은 병을 키우는 경우가 비일비재하다<sup>328)</sup>.

긴급한 한 치료가 필요한 경우나 대형사고가 발생하면 이주노동자 공동체의 모금활동, 상담지원단체의 지원, 병원의 사회복지 기금 등으로 충당하고 있으나 이러한 모금만으로는 역부족이다. 또 제도에서 소외되어 있는 불법 이주노동자의 질병치료를 덜어주기 위해 아예 이주노동자 인권단체에서 이를 전담하는 단체가 만들어지기도 했다. 지난 99년 9월부터 일종의 사보험제도로 민간단체인 '외국인노동자의료공제회'가 상담지원단체에 방문하는 이주노동자들의 의료문제를 협력병원을 통해 해결하고 있으나 전체로 혜택이 확대되기 어렵다. 또한 이주노동자의 의료복지 문제를 사회가 비용을 들여 해결하도록 하는 활동과는 거리가 있어서 정부가 사업지원금을 내는 것만으로 의무를 회피할 가능성도 충분하다. 의료보험의 적용이 당장 시급하기도 하지만 정부는 불법체류자 사면과 합법화 없이 이를 따로 떼어서 구제사업으로 집행할 것이 아니라 반드시 함께 생각하고 조속히 전향적인 정책전환을 해야 할 것이다<sup>329)</sup>.

#### 다. 현행법에서의 이주 노동자 의료보장 현황<sup>330)</sup>

국민건강보험법은 산재보상보험법과 달리 적용대상을 '국내에 거주하는 국민'으로 규정함으로써 산업연수 자격의 이주노동자를 제외한 불법체류 이주노동자를 명시적으로 배제하고 있다. 이러한 국민건강보험법 제5조의 적용대상 규정은 의료서비스의 제공에 있어서 이주노동자에 대하여 차별을 금지하고 있는 국제협약에 위배되는 법규라 할 수 있다. 그런데 제 6조 가입자의 종류에서 '모든 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원은 직장가입자가 된다'고 규정하면서 가입자격의 제외 규정에서 국내 거주 이주노동자를 포함하지 않고 있다. 이러한 규정에 의거할 때 근로자성을 획득한

327) 석원정. 이주노동자 문제와 한국사회의 과제. 2003.

<http://foa2002.or.kr/AsaBoard/data/migrant030430.hwp>

328) 석원정. 이주노동자 문제와 한국사회의 과제. 2003.

<http://foa2002.or.kr/AsaBoard/data/migrant030430.hwp>

329) 송수진. 이주노동자의 상태와 투쟁과제. 2001.11.

<http://relih.cafe24.com/data/nodong/migrant.hwp>

330) 임준. 외국인 근로자의 산재보험 적용 실태 및 산재보험의 차별금지를 위한 정책방향. 2003.

국내 이주노동자도 국민건강보험법의 권리 주체가 될 수 있다는 주장도 가능하다.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

가. 국제연합의 ‘경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제 규약’(1990년 4월 10일 비준)

사회권 규약의 제2조 1항은 “규약의 당사국은 자국의 영토 내에 있으며, 그 관할권 하에 있는 모든 개인에 대하여 인종, 피부색, …, 출신국, …에 의한 어떠한 종류의 차별도 없이 이 규약에서 인정되는 권리들을 존중하고 확보할 것을 약속한다”라고 정하고 있다. 또한 권리의 범위로 제9조에서 ‘사회보험을 포함한 사회보장에 대한 권리’를 포함하고 있어서 ‘자국의 가용자원이 허용하는 최대한도까지 조치를 취할 것’을 규약에 정하고 있다.

나. ‘모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약’

규약의 당사국은 “인간이나 인간의 집단 또는 단체에 대한 인종차별 행위를 하지 않을 의무를 지며, 모든 국가 및 지방공공기관과 공공단체가 그러한 의무에 따라 행동하도록 보증할 의무”를 부과하고 있다. 또한 구체적인 협약의 내용으로 ‘공중보건, 의료, 사회보장 및 사회봉사에 대한 권리’ 등에 대한 차별금지를 포함하고 있다 (우리나라는 1978년에 비준).

다. ‘UN 이주노동자 권리협약’

이주노동자의 권리에 대해 매우 포괄적인 내용을 담고 있는데, 불법체류를 포함한 모든 이주노동자가 ‘사회보장에 대한 권리와 긴급의료에 대한 권리’에 대해서 고용국가의 국민과 동일한 취급을 받아야 함을 명시하고 있다. 현재 20개 국가가 비준한 상태인데, 주로 송출국가에서 비준하였고, 고용국가 중 비준한 국가는 아직까지 없는 상태이다. 그러나 전 세계적 차원에서 비준 캠페인이 벌어지고 있고, 우리나라도 ‘외국인노동자대책협의회’를 중심으로 비준운동이 전개되고 있는 상황이다.

라. 1925년 국제노동기구(ILO)에서 체결된 ‘근로자의 재해보상에 대한 내·외국인 근로자의 동등한 대우에 관한 협약’

제 1조에서 “협약을 비준한 회원국은 산업재해로 인하여 상해를 입은 자 또는 피부양자에 대하여 자국민에게 부여하는 것과 동일한 보상에 관한 대우를 부여할 것”을 명시하고 있다. 그리고 ILO 협약은 우리나라도 2001년 3월 29일자로 비준, 발효한 상태다.

### (3) 현행법

#### 가. 국민건강보험법

· 제5조 (적용대상등) : ① 국내에 거주하는 국민으로서 다음 각호의 1에 해당하는 자 외의 자는 이 법에 의한 건강보험(이하 "건강보험"이라 한다)의 가입자(이하 "가입자"라 한다) 또는 피부양자가 된다. 1. 의료급여법에 따라 의료급여를 받는 자(이하 "수급권자"라 한다) 2. 독립유공자예우에관한법률 및 국가유공자등예우및지원에관한법률에 의하여 의료보호를 받는 자(이하 "유공자등의료보호대상자"라 한다). 다만, 다음 각목의 1에 해당하는 자는 그러하지 아니하다. 가. 유공자등의료보호대상자중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 자 나. 건강보험의 적용을 받고 있던 자가 유공자등의료보호대상자가 된 경우로서 보험자에게 건강보험의 적용배제신청을 하지 아니한 자 ② 제1항의 피부양자는 다음 각호의 1에 해당하는 자중 직장가입자에 의하여 주로 생계를 유지하는 자로서 보수 또는 소득이 없는 자를 말한다 1. 직장가입자의 배우자 2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다) 3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다) 및 그 배우자 4. 직장가입자의 형제·자매 ③ 제2항의 규정에 의한 피부양자 자격의 인정기준, 취득·상실시기 기타 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제6조 (가입자의 종류) : ① 가입자는 직장가입자 및 지역가입자로 구분한다. ② 모든 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원은 직장가입자가 된다. 다만, 다음 각호의 1에 해당하는 자를 제외한다. 1. 1월 미만의 기간동안 고용되는 일용근로자 2. 병역법의 규정에 의한 현역병(지원에 의하지 아니하고 임용된 하사를 포함한다), 전환복무된 사람 및 무관후보생 3. 선거에 의하여 취임하는 공무원으로서 매월 보수 또는 이에 준하는 급료를 받지 아니하는 자 4. 기타 사업장의 특성, 고용형태 및 사업의 종류 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원 ③ 지역가입자는 가입자중 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 자를 말한다. ④ 제2항제4호의 규정에 의한 근로자 및 사용자는 대통령령이 정하는 절차에 따라 직장가입자가 되거나 탈퇴할 수 있다.

#### 나. 외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률

· 제2조 (외국인근로자의 정의) 이 법에서 "외국인근로자"라 함은 대한민국의 국적을 가지지 아니한 자로서 국내에 소재하고 있는 사업 또는 사업장에서 임금을 목적으로 근로를 제공하고 있거나 제공하고자 하는 자를 말한다. 다만, 출입국관리법 제18조 제1항의 규정에 의하여 취업활동을 할 수 있는 체류자격을 받은 외국인중 취업분야 또는 체류기간 등을 고려하여 대통령령이 정하는 자를 제외한다.

· 제14조 (건강보험) 사용자 및 그에 고용된 외국인근로자에 대하여 국민건강보험법을 적용함에 있어서는 이를 각각 동법 제3조의 규정에 의한 사용자 및 동법 제6조제1항의 규정에 의한 직장가입자로 본다.

· 제22조 (차별금지) 사용자는 외국인근로자라는 이유로 부당한 차별적 처우를 하여서는 아니된다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

##### 가. 고용허가제

외국인 고용허가제는 2002년 대통령 선거에서 여당과 야당 모두 선거 공약으로 채택하였고, 정부에서도 합법적인 외국인력제도 도입을 통한 인력난 해소와 30만 명에 달하는 불법체류자 문제를 조속히 해결해야 한다는 여론을 감안하여 추진된 이래, 지난 8월부터 시행이 되고 있다. 노동부에서 기획하고 있는 외국인 고용허가제의 기본 방향은 아래와 같다<sup>331)</sup>.

- 인력부족 업종·직종에 대해 적정규모의 외국인력 도입
- 내국인 구인노력의무 부과 등 내국인 고용보호 장치 마련
- 송출비리 방지를 위해 투명한 외국인력 도입절차 마련
- 국내취업 외국인근로자에 대해서는 내국인근로자와 동일하게 법적 근로조건 보호

그러나 건강권을 포함하여 이주 노동자의 인권문제에 대한 논란은 그치지 않고 있으며, 특히 불법이주 노동자의 건강권을 보장하기 위해서 마련된 정책은 없는 실정이다.

#### (5) 기존 제안

##### 가. 고용허가제에 대한 비판적 견해

고용허가제는 시행 초기부터 고용주들과 이주노동자들 모두에게서 비판을 받고 있다. 한 중소기업 사장은 인터뷰에서 다음과 같이 이야기했다.

“(중략) 고용안정센터에 구인신청을 내고 최소 한달 보름은 지나야 인력을 받을 수 있습니다. 당장 일손이 급한데 좀 답답하죠. 근로계약 등 절차는 또 얼마나 까다로운지... 뭐 한 번 해보기는 하지만 솔직히 다음에 또 신청하게 될지는 의문입니다(중략).”

331) 노동부, 지속 성장과 기업을 위한 외국인 고용허가제, 2003. 04.

“고용허가제를 통해 외국인 노동자를 고용할 경우 각종 수당과 퇴직금을 줘야 하기 때문에 비용부담이 지나치게 커진다...” 또한 이주 노동자들의 보호를 맡고 있는 시민 단체도 “고용허가제가 외국인 근로자의 사업장 이동을 지나치게 엄격히 제한, 인권침해 소지가 있다”면서 “결국 고용허가제가 또 다른 불법체류자 양산루트로 전락하지 않을까 우려된다”고 지적하였다. 이 제도는 외국인 근로자에게도 내국인과 동등한 근로 조건(4대보험, 최저임금, 노동3권)을 보장한다는 측면에서 진일보한 정책이지만, 현재 이미 16만명에 이르는 불법체류 노동자에 대한 대처방안이 마련되어 있지 않고, 권익이 늘어난 만큼 입국자격과 고용 절차는 까다롭다는 것이 특징이다<sup>332)</sup>. 이러한 점에서 오히려 불법 이주 노동자의 양산과 이들의 인권 침해가 더욱 심각해지는 상황이 발생할 가능성도 있다.

#### 나. 국민건강보험법의 차별조항 철폐<sup>333)</sup>

이주노동자가 임금 및 기업복지 중 가장 불만족스럽게 생각하는 부분이 의료혜택이다. 현재 국민건강보험법 규정에 의하면 산재노동자는 적용대상자가 될 수 없는데, 불법이든 합법이든 이주노동자에게 사회보장 및 보건의료의 접근성에 있어서 차별적 대우를 금지하고 있는 국제협약의 정신에 입각하여 건강보험법에 규정되어 있는 차별조항을 철폐해야 한다. 그리고 산재보험과 마찬가지로 건강보험에서 획득한 정보를 다른 용도로 전용할 수 없도록 명확하게 규정해 나가야 할 것이다.

#### 다. 부분간 정보 공유의 금지<sup>334)</sup>

불법체류 이주노동자가 산재요양을 신청할 경우 출입국관리소에 신고하는 일을 전면 중단해야 한다. 법무부의 협조 요청에 의하여 이루어지는 이러한 행위는 산재보상에서 차별을 금지하고 있는 국제협약에 배치되는 행동이다. 또한 특정 목적을 위해 획득한 정보를 다른 용도로 전용하지 못하도록 규정하고 있는 국내 개인정보 보호에 관한 관련 법규와 국제 협약 등에 기초해볼 때도 신고의 정당성을 인정할 수 없다. 미국의 사례를 보더라도 이민국의 업무와 보건의료재정청 등 사회보장의 업무를 담당하는 기관간에 정보를 공유하지 않는 것으로 알려져 있다. 따라서 사회복지서비스 업무와 불법체류 관련 업무를 이원화된 행태로 진행함으로써 사각지대에 있는 이주노동자의 인권을 보호해야 한다.

332) 경향신문. 실시 1주일 앞둔 ‘외국인 고용허가제’ 2004-08-11

333) 임준. 전게서.

334) 임준. 상게서.



#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

현실에서 제한점이 존재하기는 하지만 산재보험법의 경우 이주 노동자가 출입국관리법을 위반한 상태라도 산재급여를 받을 수 있다. 이와 마찬가지로 불법이주근로자에게 건강보험을 적용시키는 것도 아주 불가능한 방법은 아닐 것이다. 또한 현실적으로 발생하는 의료수요에 대처하기 위해서는 의료공제회 등에 대한 정부차원의 지원, 응급 의료에관한법률의 실질적인 적용확대가 필요할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 법무부, 국민건강보험공단, 노동부

### 4. 성적 자기결정권

#### 1) 성(性) 건강, 혹은 가족 구성에 대한 자기 결정권

성에 관한 자기결정(sexual autonomy)은 적극적으로는 자신이 원하는 성생활을 스스로 결정하고 이에 동의하는 다른 사람과 이를 함께 할 것을 결정할 권리를 의미하고, 소극적으로는 자신이 원하지 않는 사람과의 성관계를 거부할 자유에 관한 권리를 의미한다. 이를 폭넓게 해석한다면 본인의 성적 지향성과 정체성, 이에 기반한 가족 구성, 임신과 출산 등 재생산에서 또한 자신의 결정권이 라고도 할 수 있을 것이다.

#### (1) 현황

##### 가. 부부강간<sup>335)</sup>

부부강간은 부부간의 성적 갈등을 가리키는 것이 아니라, 피해자를 굴복시키고, 자존심을 해치며, 폭력적 지배가 강간이라는 형태로 부부간에 일어나는 경우를 의미하며, 아내학대나 아내구타와 같은 가정폭력 문제의 하나이다. 최근의 한 연구에 의하면 아내구타의 54%가 강간을 포함하고 있으며, 다른 연구에 의하면 남편으로부터 폭력을 당한 직후 성관계를 강제로 당한 경험이 있다고 대답한 응답자가 22.9%이며, 특히 이를 수회 경험한 응답자들도 6.2%가 된다고 한다. 이러한 원하지 않는 성관계로 인한 피해 중 가장 일반적으로 나타나는 현상이 강간 후 정신적 쇼크 증후군이다.

피해자가 부인인 경우 남편의 폭력에 의해 성적인 의사에 반하여 강간을 당했다는 느낌은 오히려 더욱 심각하다. 피해자가 가지는 남편에 대한 배신감은 타인에 대한 신

335) 장영민. 부부간의 성적 자기결정권에 관한 연구 -부부강간죄의 성립여부를 중심으로.

죄감까지 읽게 만들고, 반복적인 강간으로 인해 생기는 피해의식은 장기간에 걸친 분노와 공포의 원인이 된다. 그럼에도 불구하고 부부강간은 가정폭력과 성범죄의 성격을 모두 가지고 있기 때문에 그 문제의 심각성이 크게 부각되지 못하고 있다.

게다가 범죄로서 노출이 된다고 하더라도 처벌을 가능하게 할 법적 근거가 마련되지 않은 실정이다. 현재 형법과 성폭력 및 가정폭력관련법상 부부강간을 명문으로 처벌하는 규정은 없다. 가정폭력이란 가족구성원에 대한 신체적·정신적 또는 성적 공격을 포함하는데, 현행 가정폭력범죄의처벌등에관한특례법 제2조 제1호는 가정폭력을 '가정구성원 사이의 신체적·정신적 또는 재산상의 피해를 수반하는 행위'라고 정의함으로써 성적 폭력을 포함시키지 않고 있고, 성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률은 제7조에서 '친족에 의한 강간과 강제추행, 준강간과 준강제추행'을 규정하면서 친족의 범위에 배우자를 포함시키지 않고 있기 때문이다. 부부강간이 처벌될 수 있는 경우는 형법 297조의 강간죄를 적용하는 것이다.

#### 나. 성적 정체성 및 가족 구성에 대한 자기 결정권

최근의 한 재판<sup>336)</sup>에서는 20년간 동거를 해 온 한 동성애 여성들의 '사실혼 관계 해소로 인한 재산분할 및 위자료 청구' 소송에 대해 원고의 청구를 기각하면서 "동성간의 동거관계를 사실혼으로 인정해 법률혼에 준하는 보호를 할 수 없다"는 판결을 내렸다. 이번 재판은 사법부가 '결혼의 정의'를 내렸다는 점에서 주목받았는데, 재판부는 판결문을 통해 "우리 사회의 혼인이라 함은 일부일처제를 전제로 하는 남녀의 정신적, 육체적 결합을 의미한다"며 "동성간 사실혼 관계를 유지해왔다 하더라도 사회 관념상이나 가족질서 면에서도 용인될 수 없다"고 밝혔기 때문이다.

이에 앞서 '한국에서 동성 결혼은 가능한가- 국내외의 실 사례와 실천 방안 모색을 중심으로'라는 제목으로 진행된 토론회<sup>337)</sup>에서는 동성커플의 관계는 가족, 친구, 직장 동료들로부터 불편함과 혐오감을 사기 쉽다는 점이 지적되었다. 동성커플의 경우 개인적 관계망 안에서 커플의 관계를 인정받지 못할 뿐만 아니라 법적으로도 동성커플의 동거나 혼인관계를 인정받을 수 있는 통로가 전혀 없기 때문에 국민연금, 배우자 수당, 의료보험, 경조사 휴가 등의 혜택을 전혀 받지 못한다. 배우자 사망 시 '상속' 문제에 있어서 상대방이 '상속'을 받으려면 이성부부보다 훨씬 더 복잡한 과정을 애써 거쳐야 하기 때문이다. 이러한 사례가 성인의 성적 정체성과 가족 구성에 대한 자기결정권을 침해하는 것은 아닌지에 대한 고려가 필요하다.

336) 신윤동욱. 동성결혼 논쟁, 원년을 열다. 한겨레. 2004-AUG-05.

337) 한국서 동성애 결혼 가능성 타진. 한겨레 신문 기사. 2004.06.28

[http://news.naver.com/news/read.php?mode=LSD&office\\_id=007&article\\_id=0000000443&section\\_id=102&menu\\_id=102](http://news.naver.com/news/read.php?mode=LSD&office_id=007&article_id=0000000443&section_id=102&menu_id=102)

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 스웨덴의 보건 목표<sup>338)</sup>

스웨덴은 2000년 국가 공중보건 위원회의 최종 보건 목표를 발표하였으며, 이 중에 '안전하고 자신감 있는 성 생활'을 주요 보건 목표중의 하나로 잡고 있다. 이를 위해 세부적으로는 ① 성 전파 질환의 확산 감소, ② 원하지 않는 임신의 숫자 감소, ③ 성적 지향 때문에 차별 받는 사람의 감소를 목표로 삼고 있다.

### 나. 혼인 내 강간에 대한 국제적 인식

1986년 유럽의회가 혼인관계 유무에 관계없이 모든 강간에 대한 처벌을 촉구한 것을 계기로, 이탈리아와 영국에 이어 독일이 1997년 형법을 개정하고 부부강간을 처벌하게 되었다. 미국 연방정부는 1994년 여성에 대한 가정폭력과 성폭력에 대항하기 위한 획기적인 법적 장치로서 여성폭력방지법(Violence Against Women Act)을 제정하였다. 이 법은 총 7편으로 구성되었으며, 그 중 제2편은 여성을 위한 안전한 가정을 표제로 하고 있다. 또한 오랫동안 부부강간을 처벌하는데 장애가 되어 왔던 '배우자면책(spousal or marital exemption)규정'은 대부분의 주에서 폐지하거나 폐지의 움직임을 보이고 있어 부인강간을 인정하는 추세가 나타나고 있다<sup>339)</sup>.

## (3) 현행법

### 가. 건강가정기본법

- 제1조 (목적) 이 법은 건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며 가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원정책을 강화함으로써 건강가정 구현에 기여하는 것을 목적으로 한다.

- 제2조 (기본이념) 가정은 개인의 기본적인 욕구를 충족시키고 사회통합을 위하여 기능할 수 있도록 유지·발전되어야 한다.

제3조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. "가족"이라 함은 혼인·혈연·입양으로 이루어진 사회의 기본단위를 말한다. 2. "가정"이라 함은 가족구성원이 생계 또는 주거를 함께 하는 생활공동체로서 구성원의 일상적인 부양·양육·

338) Sweden's new public health policy : National public health objectives for Sweden. the Swedish national institute of public health 2003

339) 장영민. 전게서.

보호·교육 등이 이루어지는 생활단위를 말한다. 3. "건강가정"이라 함은 가족구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정을 말한다. 4. "건강가정사업"이라 함은 건강가정을 저해하는 문제(이하 "가정문제"라 한다)의 발생을 예방하고 해결하기 위한 여러 가지 조치와 가족의 부양·양육·보호·교육 등의 가정기능을 강화하기 위한 사업을 말한다.

#### 나. 남녀고용평등법

- 제12조 (직장내 성희롱의 금지) 사업주, 상급자 또는 근로자는 직장내 성희롱을 하여서는 아니된다.

- 제13조 (직장내 성희롱의 예방교육) ①사업주는 직장내 성희롱을 예방하고 근로자가 안전한 근로환경에서 일할 수 있는 여건 조성을 위하여 직장내 성희롱의 예방을 위한 교육을 실시하여야 한다. 교육의 방법·내용 및 횟수등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. ②사업주는 제1항의 규정에 의한 직장내 성희롱 예방교육을 노동부장관이 지정하는 기관에 위탁하여 실시할 수 있으며 교육을 위탁할 수 있는 기관의 지정요건 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 노동부령으로 정한다.

- 제14조 (직장내 성희롱 발생시 조치) ①사업주는 직장내 성희롱 발생이 확인된 경우 지체없이 행위자에 대하여 징계, 그 밖에 이에 준하는 조치를 취하여야 한다. ②사업주는 직장내 성희롱과 관련하여 피해주장이 제기되었을 때에는 그 주장을 제기한 근로자가 근무여건상 불이익을 받지 않도록 노력하여야 한다. ③사업주는 직장내 성희롱과 관련하여 그 피해근로자에게 해고 그 밖의 불이익한 조치를 취하여서는 아니된다.

#### 다. 가정폭력 범죄의 처벌 등에 관한 특례법

- 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. "가정폭력"이라 함은 가정구성원사이의 신체적, 정신적 또는 재산상 피해를 수반하는 행위를 말한다.

#### 라. 성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률

- 제7조 (친족관계에 의한 강간등) ①친족관계에 있는 자가 형법 제297조(강간)의 죄를 범한 때에는 5년 이상의 유기징역에 처한다. ②친족관계에 있는 자가 형법 제298조(강제추행)의 죄를 범한 때에는 3년 이상의 유기징역에 처한다. ③친족관계에 있는 자가 형법 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 때에는 제1항 또는 제2항의 예에 의한다. ④제1항 내지 제3항의 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족과 2촌 이내의 인척으로 한다. ⑤제1항 내지 제3항의 친족은 사실상의 관계에 의한 친족을 포함한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

##### 가. 건강가정기본법 시행

정부에서는 가족단위의 종합적 복지정책의 추진으로 가족원의 생활환경과 삶의 질을 향상하기 위하여 건강가정을 육성·지원하고, 이에 필요한 법적 근거 확립 등 관련 법령 및 제도적 기반구축이 이루기 위하여 2004년 건강가정기본법을 시행하였다. 주요 내용은 다음과 같다<sup>340)</sup>.

- 건강가정육성에 관한 주요시책을 심의·수립하기 위하여 중앙건강가정육성위원회를 구성하고 건강가정육성 기본계획을 수립하며 각 부처간 중앙, 시·도간 업무 협조체계 구축

- 개인과 가족의 생활실태를 파악하고 건강가정육성 등을 위한 서비스의 욕구와 수요를 파악하기 위하여 5년 단위의 가족실태조사 실시

- 가정에 대한 지원, 가족단위 복지 및 건강 증진, 건강가정육성 교육 실시

- 가정문제의 예방·상담 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램 개발 등을 위하여 가정 상담·지원 기구를 설치하거나 기존 시설을 지정·운영토록 하고, 건강가정육성 사업을 수행하기 위하여 건강가정전문가를 둔

##### 나. 직장 내 성희롱 예방 정책<sup>341)</sup>

직장내 성희롱 예방교육 이외에 사업주가 실시해야 할 성희롱 예방관련 정책에 대해 법에 명시되어 있는 바는 없다. 그러나 노동부는 법으로 명시되어 있는 직장내 성희롱 예방교육 이외에 사업주가 시행할 수 있는 직장내 성희롱 예방정책을 지침으로서 제시하고 있다.

#### (5) 기존 제안

조영미<sup>342)</sup>는 가족 구성에 대한 자기결정권을 보장하기 위하여 다루어져야 할 의제들로 다음과 같은 것들을 제시하고 있다.

340) 『건강가정육성기본법』 제정 추진. Available at: <http://www.khea.or.kr/home.hwp>

341) Available at:

<http://www.womenlink.or.kr/archive/files/labor/1104%C5%E4%B7%D0%C8%B8%C0%FC%C3%BC%BF%F8%B0%ED%2897%29.hwp>

342) 조영미. 외국의 출산 운동과 한국에서의 출산 운동의 방향 모색.

Available at: <http://www.womenlink.or.kr/matter/eco/hwp/birth0531-2.hwp>

○ 출산과 관련된 사안들에 대한 결정권을 여성이 가져야 하는 것은 여성의 기본적인 권리임을 주장해야 할 것이다.

○ 여성들이 자유롭게 자신의 임신과 출산에 대한 사안을 결정할 수 있는 권리를 가지고 이에 대한 서비스를 받기 위해서는 여성의 전반적인 사회, 경제적인 지위를 향상시킬 수 있는 제도 및 정책의 변화를 모색해야 하고 문화적인 규범의 변화까지도 도모해야 할 것이다.

○ 사회적으로 여성의 임신과 출산에 대한 가치를 인정해야 할 것이다.

○ 출산에 대한 대안적인 모델을 제시해야 할 것이다. 기존의 의학의 영역에서 여성의 몸과 재생산을 보는 기술 중심적인 출산 모델(technocratic model of birth)에 도전하고 이를 대체할 수 있는 전인적인 출산 모델(holistic model of birth)을 도입하는 것이 필요하다.

○ 여성의 독자적인 건강 센터나 분만 센터의 설립을 통해 여성이 원하는 의료/보건 서비스를 제공하고, 이를 기반으로 기존의 의료제도나 체계에 개혁을 유도하는 것이 필요하다.

○ 여성의 출산에 함께 참여하고 돌보아 줄 수 있는 여성분만 인력의 양성이 필요하다.

○ 여성의 임신, 출산에 대한 여성 중심적인 교육과 의식화를 할 수 있는 교육 사업 프로그램의 개발이 필요하다.

또한 혼인한 여성이 배우자에 의하여 성적 자기결정권이 침해된 경우에 이를 보호할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있으며, 이를 위해서는 부부강간을 처벌할 수 있도록 법 제화되어야 한다는 의견도 나오고 있다<sup>343)</sup>.

한편, 성적소수자에 대한 사회적 인식의 변화와 맞물려 정치권에서도 성적 소수자에게 가족을 구성할 권리 찾아주기, 동성애자의 결혼권 인정, 입양권을 포함한 동거제도 도입 등을 위해 성적소수자에 대한 차별금지 조항 및 처벌조항을 만들어야 한다는 제안이 꾸준히 제안되고 있다<sup>344)</sup>.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

그동안 쟁점이 되어 온 성적 자기결정권은 여성의 원치 않는 임신이나 부부강간 등의 측면에서만 다루어져왔다. 그러나 진정한 성적 자기결정권은 여성과 남성 모두에게

343) 장영민. 전게서.

344) 민주노동당. 민주노동당 17대 총선 40대 핵심공약 및 분야별 핵심공약 자료집. 2004.04.

<http://www.kdip.org/index.php>

해당되는 문제이며, 원치 않는 성관계를 하지 않을 권리뿐만 아니라 스스로의 결정에 따라 성관계 및 임신을 할 수 있는 권리도 포함되어야 한다. 또한 본인의 성적 지향성과 정체성을 스스로 판단하고 이에 따라 가족을 구성하며 임신과 출산 등 재생산에 이르기까지 주체적인 결정을 내릴 수 있는 권리로 폭넓게 인식되어야 하며 이를 뒷받침할 수 있는 법령이 보완되어야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 법무부

## IV. 모성

임신, 출산, 분만과 관련된 일련의 행위들은 여성의 정신적·신체적·사회적 건강에 중요한 영향을 미치며 또한 아동의 건강에도 중요한 영향을 미친다는 점에서 건강권 보장의 핵심 영역이라 할 수 있다. 통계에 의하면 우리나라 여성의 모성사망비<sup>345)</sup>는 1996년 기준 10만명당 20.3명으로 캐나다(6), 싱가포르(10), 미국(12), 프랑스(15) 등에 비해서 여전히 높은 편이다<sup>346)</sup>.

### 1. 산전·산후의 필수서비스

#### 1) 필수 산전/산후 진료에 대한 급여 확대

##### (1) 현황

대한산부인과학회에서는 임신 7개월말(28주)까지는 4주마다 한번씩, 9개월(36주)까지는 2주마다 한번씩, 임신 36주 이후부터는 매주 한번씩 진찰을 받을 것을 권고하고 있는데 우리나라 15세~44세 유배우 부인의 산전수진율은 1985년부터 꾸준히 증가하여, 2000년 조사대상 모든 여성이 최소 1회 이상의 산전관리를 받은 것으로 나타났다<sup>347)</sup>. 그러나 출산 후의 산후수진율은 산전수진율보다 낮아서 2000년 현재 85%에 불과했는데, 이는 증가 추세에 있다 <sup>348)</sup>. 하지만, 현재 산전 진단의 상당 부분은 건강보험 급여에서 제외되고 있다. 이를테면 혈액형·빈혈·매독 등 기본적인 혈액검사는 보험적용이 되는 반면, 널리 행해지는 검사들인 ‘트리플 마커’(태아 기형을 예측하기 위한 3가지 호르몬 검사·6만~9만원)나 풍진감염 검사(4만~6만원), 태아의 상태와 성장을 진단하는 초음파(검사비 1만~5만원) 등에는 보험 적용이 안 되고 있다.

##### (2) 국제기구 권고 및 외국사례

###### 가. 제5차 아시아 태평양 인구 회의 권고

2002년 12월 태국 방콕에서의 제5차 아시아 태평양 인구 회의에서는 다음과 같은 사항을 권고하였다. 남성과 여성의 생식권리와 생식보건에 관한 사안을 알리기 위해 다

345) 15-49세의 가임여성 인구수를 기준으로 하였고 출생아수는 미신고, 지연신고를 감안한 수치

346) 보건복지부. 여성의 생애주기별 건강문제와 대책. 2000;112(재인용)

347) 김남순 외. 전게서. p. 38

348) 김남순 외. 전게서. p. 43



음과 같이 권고를 하였다.

1. 가족계획을 포함해, 생식보건에 관하여, 빈곤/취약 집단에 초점을 맞추어, 경제적 사회적 보건관리 정책을 채택한다.

2. 생식보건정책을 강화하며, 보건관리 체계 전체에 걸쳐서, 가족계획서비스를 포함하여 포괄적인 통합 생식보건관리를 실시한다. 사회기반, 인력, 경영정보시스템, 생필품, 피임안전의 관점에서 이러한 시스템이 충분한 기능을 발휘하도록 재정적 배분 및 다른 자원을 제공한다. 자원은 가장 효과적으로 비용이 발생하도록 배분되어야 한다.

3. 특히 그 비율이 지속적으로 높았던 지역에서 산모와 태아의 사망률을 감소시키기 위한 노력을 강화하며, 임신을 보다 안전하게 하기위한 적절한 국가적 차원의 정책을 통해 국제적으로 합의된 기준에 만족되도록 노력한다. 또한 적절한 자원배분, 표준화, 프로토콜, 및 규제기구를 통해 보다 안전한 모성을 증진시킨다.

4. 출산전후 관리, 산모관리, 신생아관리, 숙련된 분만 도우미, 적절한 전문가에 대한 문의, 분만문제의 적절한 대처, 일어날 수 있는 합병증에 대한 증후 및 출산 전 관리 및 발육에 관하여 가족들을 대상으로 한 교육 및 정보제공 캠페인 등에 대한 접근가능성을 향상시킬 수 있는 제도적 시스템을 마련한다.

(중략)

나. 유엔 개발 목표 : Millenium development Goal

· Goal5 - 모성건강의 증진을 위해 2015년까지 모성 사망률은 3/4 수준으로 감소시킨다.

다. 미국 모성보건 목표<sup>349)</sup>

· 조기진단과 적절한 산전 진료를 받는 임신여성의 비율 증가를 위해 1998년 첫 삼분기에 진료를 시작하는 출생아 비율을 83%에서 90%, 조기의 적절한 산전 진료 수준 1998년 기준 74%에서 90% 수준으로 올린다.

### (3) 현행법

가. 모자보건법

· 제10조 (임산부·영유아·미숙아등의 건강관리등) : ① 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령이 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단

349) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

· 예방접종을 실시하거나 모자보건요원으로 하여금 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 관하여 필요한 조치를 하여야 한다.

② 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등중 입원진료를 요하는 자에게 다음의 의료지원을 할 수 있다. 1. 진찰 2. 약제 또는 치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 의료시설에의 수용 5. 간호 6. 이송

#### 나. 모자보건법시행령

· 제13조 (임산부·영유아 및 미숙아등의 건강관리등) : ① 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 임산부·영유아 및 미숙아등에게 법 제10조제1항의 규정에 의하여 다음 각호의 건강진단 및 예방접종을 실시하여야 한다. 1. 임산부의 진단과 종합검진 및 산전·분만·산후관리 2. 영유아 및 미숙아등에 대한 건강관리 및 건강진단 3. 임산부·영유아 및 미숙아등의 건강상의 위해요인 발견 4. 전염병예방 법 제11조의 규정에 의한 질병과 풍진·수두·간염·볼거리 기타 보건복지부장관이 심의회의 심의를 거쳐 정하는 질병의 예방접종 ② 제1항의 규정에 의한 건강진단 및 예방접종의 실시에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

#### 다. 여성발전 기본법

· 제18조 (모성보호의 강화) : ① 국가·지방자치단체 또는 사업주는 여성의 임신·출산 및 수유기간동안에 이들을 특별히 보호하며 이를 이유로 하여 불이익을 받지 아니하도록 하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 취업여성의 임신·출산 및 수유와 관련한 모성보호비용에 대하여 사회보장기본법에 의한 사회보험 및 재정등을 통한 사회적 부담을 높여 나가도록 하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

2003년 여성부에서 발간한 여성 백서'는 모성/영유아 건강 보장과 관련하여 다음과 같은 정책을 기술하고 있다.

○ 임산부·영유아 등록관리 : 2003년도에는 보건소에 등록된 임산부에게 359천 건의 산전·산후관리를 연계·실시하여 고위험요인을 사전 예방하였고, 등록된 영유아 143천명에 대하여는 성장단계별 보건서비스를 제공하고 있다.

○ 임산부·영유아 건강진단 : 2003년도에 보건소에서 등록·관리하고 있는 생활보호대상자 등 저소득층 임산부·영유아중 3만 6천명에게 건강진단을 실시, 고위험대상자를 사전에 발견하여 조기에 치료를 받도록 하였다. 올해 7월 정부는 임산부—영유

아 건강검진 대상을 현행 출생아의 3%에서 2007년 20%로 늘리기로 발표를 하였다.

#### (5) 기존 제안

지난 17대 국회의원 총선거에서 민주노동당은 모성보호의 사회적 책임 강화를 주장하면서, 기초출산수당제, 분만수당제 도입을 주장하였다. 즉, 출산을 사회적 의미로 받아들이고 모성보호와 출산비용을 사회가 분담함으로써 저출산에 대한 사회적 지원책을 마련해야 한다는 것이다. 2001년 근로기준법 등을 개정해 출산휴가가 90일로 확대되고 고용보험과 국가 예산에서 비용을 분담하기 시작했는데, 그 적용대상을 비정규직, 가내 노동자까지 확대하고 영세 도시자영업자, 여성농어민까지 출산 후 휴가기간 동안 소득을 보장해야 한다고 했다<sup>350</sup>).

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

정부에서 제공하는 인구정책이나 모성보호 관련 서비스들은 대개 기초생활수급자를 비롯한 저소득층에 국한되어 있다. 하지만 모성과 영유아 건강의 중요성을 감안하여 사업의 대상층을 확대하고 건강보험 적용 범위를 확대해야 할 것으로 보인다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 여성개발원

---

350) 민주노동당 정책위원회. 민주노동당 17대 국회의원 총선거 공약자료집 제 3권 (노동, 민생, 복지, 사회, 문화 분야) 2004

## 2. 분만 휴가

### 1) 분만 휴가의 실질적 보장을 통한 모성건강 보호

#### (1) 현황

우리나라 출산기 여성 25~34세의 경제 참여율은 53.2%로 미국의 75.8%, 일본의 65.2%에 비해서 상대적으로 낮은 편이다(표 27). 특히 전체 여성의 경제활동 참가율은 일본과 비슷한 수치를 보이고 있음에도 출산기 여성의 경제 활동 참여율이 상대적으로 낮은 것은 출산·양육문제로 여성이 노동시장에서 보호 받지 못하고 있음을 보여준다. 노동 시장에서의 잔존하고 있는 여성 차별과 여전히 사회적으로 출산 문제를 여성의 문제로만 국한하는 시각은 기혼 여성의 경제 참여를 더욱 어렵게 만들게 된다. 이는 생물학적인 요인 때문이라기보다 여성 출산과 관련한 사회·문화적 환경의 차이 때문으로 보인다. 여전히 우리나라에서는 출산과 관련된 문제를 여전히 사회적으로 여성 개인의 책임으로 보는 시각이 지배적이다. 그리고 여성의 출산 휴가 이후 직장 복귀를 꺼려하는 사업주와 이에 대한 관리·감독하려는 중앙 정부의 의지가 미약하여 여성들은 분만 휴가의 실질적 보장에 어려움을 겪게 되는 것이다.

<표 27> 각국의 여성 경제활동참가율 비교

(단위 : %)

구분	한국	일본	미국
여성의 경제활동 참가율	48.8	49.2	60.1
출산기 여성(25~34세)의 경제활동 참가율	53.2	65.2	75.8

출처 : ILO yearbook of labour statistics(2001)

임신·출산으로 인해 여성노동자들이 경험하는 불이익을 유형화하여 살펴보면 1) 임신·출산을 이유로 한 해고나 퇴직압력 2) 산전후휴가와 급여의 불완전한 보장 3) 불이익한 인사조치 4) 임신·출산을 이유로 한 비정규직 차별 등 실질과 법적 보장의 괴리가 상존하고 있다. 현행 근로기준법에 따르면, 산전산후휴가기간을 90일로 연장하고 산후휴가를 최저 45일간으로 보장하였다. 그러나 산전후휴가의 실제 사용률(2002년)을 보면 금융업분야에서 22.2%를, 1,000인 이상 사업체 근무자가 39.1%를 차지하였고, 10인 미만 사업체 근무자는 불과 12.9%에 불과한 것으로 나타나고 있다. 이는 기업의 지불 능력에 의존하는 현재의 산전후휴가 제도가 여성취업자의 약 70%에 달하는 10인 미만

영세사업장에서 일하는 여성이나 70%에 이르는 비정규직 여성들을 더욱 소외 시키고 있다는 것을 알 수 있다.<sup>351)</sup>

산전·후 휴가 활용현황을 살펴보면, 2003년에 약 32,000명의 여성이 산전·후 휴가를 활용한 것으로 나타났다(표 28). 건강보험에서 출산급여(현물)를 지급하는 여성이 연간 약 4만 5천여 명인 것을 생각하면 출산여성근로자 중에서 90일의 산전후휴가를 사용하고 고용보험에서 급여를 지급하는 여성은 약 70%에 불과하다고 볼 수 있다. 이 수치에는 회사 여건상 산전후휴가를 사용하기 어려운 여성의 경우 상당수가 출산 이전에 퇴직하였을 가능성이 높으며 남아있는 출산여성노동자 중에서 70%가 산전후휴가를 사용한다고 판단하는 것이 적절할 것이다. 30%의 여성은 출산직후 퇴직하거나 60일 미만의 휴가를 사용한 것으로 볼 수 있다. 산전후휴가 기간이 연장되고 마지막 한 달에 대해서 고용보험이 급여를 지급하기 직전인 2000년 8월에 실시한 통계청의 경제활동인구조사 8월 부가조사에서는 전체 여성노동자의 20% 미만이 현재 직장에서 유급산전후휴가를 받을 수 있다고 응답하였다(표 29)<sup>352)</sup>.

<표 28> 산전·후 휴가 활용현황

	인 원	지급총액
2002년	22,711명	226억원
2003년	32,113명	335.7억원
2004년(1-5월)	15,425명	165억원

자료원: 노동부, 산전후휴가 활용 현황

출처: 여성노동연대회의 토론회 자료집(2004)

<표 29> 현재 직장에서 유급산전후휴가를 받을 수 있는지 여부  
(단위: %)

	상용	임시	일용	전체
받을 수 있음	52.5	4.2	1.5	18.9
받을 수 없음	47.5	95.8	98.5	81.2

자료원: 통계청, 경제활동인구조사 2000년 8월 부가조사

출처: 여성노동연대회의 토론회 자료집(2004)

351) 여성 노동 연대회의, 산전후휴가 90일 사회분담 2005년 실시 방안 마련 토론회 자료집; 2004.  
[http://www.womenlink.or.kr/list2004-a.php?mode=content&category=100&subcate=105&id=10120040715&page=1&search=&search\\_cate1=&search\\_cate2=&search\\_cate3=&key=](http://www.womenlink.or.kr/list2004-a.php?mode=content&category=100&subcate=105&id=10120040715&page=1&search=&search_cate1=&search_cate2=&search_cate3=&key=)

352) 장지연, 산전후휴가 급여의 사회보험 적용 확대 방안, 여성노동연대회의 토론회 자료집, 2004

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. UN의 여성차별철폐협약

1979에 채택된 유엔 여성차별철폐 협약에서당사국은 결혼 또는 모성을 이유로 한 여성에 대한 차별을 방지하며 여성의 근로에 대한 유효한 권리를 확보하기 위해 임신 중인 여성에게 유해한 것이 증명된 유형의 작업에서 임신 중 여성에 대한 특별한 보호를 제공하기 위한 적절한 조치를 취하여야 한다고 규정하고 있다(제11조 제2항 c).

### 나. ILO의 모성보호에 관한 협약 (1952년 채택, 제103호)과 권고 채택

#### ① 출산휴가기간

적어도 12주간을 권장하고 최저 6주간 이상의 강제 산후 휴가를 보장한다. 여성 건강을 위하여 필요하고 가능한 경우에 14주간으로 연장 할 수 있음을 권고 하였다.

#### ② 출산휴가의 분할사용과 임신과 출산에 기인한 질병발생시 연장

감독기관은 모친과 태아의 건강을 위하여 필요하다고 인정한 경우와 유산, 기타 산전산후의 병발증과 같은 이상이 생기거나 생길 우려 있는 경우 출산휴가연장을 결정할 수 있다고 권고하여 채택하였다.

#### ③ 2000년의 ILO총회에서 제103호 협약의 개정

출산휴가를 14주로 연장하고 강제적 휴가를 6주로 한다. 임신부의 안전과 보건의 향상을 위한 조치에 관한 지령을 1992년에 채택하고, 임신부 및 수유중인 여성에 대하여 14주간 이상의 출산휴가를 허용하며 국내법으로 기간조절 가능함을 밝혔다.

#### ③ 모성보호에 관한 권고 (1952년 채택, 제95호)

관할기관이 여성이나 신생아 건강에 유해하다고 정한 업무에는 임신 중이나 출산 후 적어도 3개월 동안, 또한 신생아를 양육하고 있을 때는 장기간 여성을 취업시켜서는 안 된다. 이러한 유해업무는 특히 무거운 물건을 들거나 끌고 미는 일, 과도하게 또한 이상하게 육체를 긴장시키는 일(장시간 서있는 것 등)을 포함하는 모든 힘든 근로와 특수한 형태로 육체적 균형을 필요로 하는 업무, 진동기계를 사용하는 업무를 포함한다. 당해 여성은 감봉당하지 않고, 건강에 유해하지 않은 다른 종류의 업무로 전환할 수 있는 권리를 가진다.

#### 다. 프랑스의 모자보호 정책

프랑스에서 임신여성에 대한 보호는 프랑스 가족 정책에서 최우선을 차지하며, 임신 여성의 의료검진은 공공의료센터에서 무료로 제공된다. 아동의 생존을 위해 정부의 재정원조(출산전후의 수당, 임신 및 출산 전후의 의료비용)가 부모에게 제공되며, 임신 중 휴직(또는 시간제근로)이 가능하고, 급료의 감소가 없고, 해고가 금지가 법적으로 보장이 되고 있다. 육아휴가는 사회보장체계 속에서 재정 원조된다. 법률상으로 임신부의 시간제 근로 권리가 보장되고 있고(Act of 3 January 1991), 아동생존에 대한 부모의 의무는 물질적 원조에 그치지 않고 교육, 감독, 보호, 안전·건강·도덕 보장 의무에까지 확장되며, 형법에서 가정을 유기한 부모 또는 생계비를 지급하지 않는 부모에 대해 유죄를 선고하고 있다. 모자보호(MIP)를 위해 「1989. 12. 18 법」에서는 의료 검진 및 예방보호 제공, 6세 이하 아동의 보건예방활동 및 상담, 출산통제를 위한 가족계획교육 활동, 유자격보모를 원조하기 위한 훈련활동 등을 규정하고 있다. 6세 이상의 아동에게 건강검진 서비스가 제공되어 의료검진, 학교위생상태 검사, 학교건강교육 등을 실시하고 있다. 그밖에, 위탁보호, 입원 실시(가정입원), 의무실이나 보건심리교육센터에서의 상담 등이 실시되고 있다<sup>353)</sup>.

#### 라. 핀란드

핀란드의 사회보험제도<sup>354)</sup>에서 산모와 아이의 건강을 위해서 출산 후 산모와 남편의 휴가를 마련해놓고 있다. 출산 휴가는 105근무일 동안이고, 산모는 이를 출산 전 30~50일간, 출산 후 55~75일간 보장을 한다. 남편의 휴가는 18일간으로 근무일 기준 최소하루에서 12일까지 연장할 수 있다. 육아 휴가는 158일을 보장하고 있으며 아이 한 명당 60일까지 연장할 수 있다. 만약 미숙아에 의한 육아휴가는 208일이다. 부모는 그들의 육아 휴가를 최소 12일간씩 두 번에 나누어 실행할 수 있으며 이는 실행하기 두 달 전 그들의 고용주에게 이런 계획을 알려야 한다. 만약 임신부가 태아에 해로운 환경에서 일하거나, 대체적인 일을 할당받지 못한다면, 의사의 명령 하에 특별 출산 휴가 허가된다.

출산, 육아휴가 수당은 부모의 총수입에 근거해서 계산된다. 이는 The Local Offices of the Social Insurance Institution of Finland(KELA)에서 관리한다. 수당은 다음과 같이 계산된다. 26,720유로를 벌던 부모는 기본적으로 그 중 70%를 받게 된다. 만약 급여 수준이 26,720유로에서 41,110유로 경우에는 40%를 추가로 받게 되고, 41,110유로를 초과하는 경우, 25%의 급여를 추가로 받게 된다. 일일 수당은 가장 최근의 소득세를

353) Available at: <http://152.99.19.110/e-lib/xml/RPT019800066.xml>

354) Available at: <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/famil/paren/parentleave.htx>

기초로 한 수입을 기초로 계산된다. 예를 들면, 2002년의 수입을 기초로 2004년의 일일 급여가 계산되게 된다. 만약 수당 청구자의 수입이 20%만큼 상승하게 되면, 수당은 그의 가장 최근의 수입에 근거하여 계산된다. 수입이 전혀 없거나 연 1026유로 이하의 저소득층이라면 2004년 기준의 최소 수당은 11.45유로이다.

### (3) 현행법

#### 가. 근로기준법

- 제72조 (임산부의 보호) : ① 사용자는 임신 중의 여성에 대하여 산전·후를 통하여 90일의 보호휴가를 주어야 한다. 이 경우 휴가기간의 배치는 산후에 45일 이상이 되어야 한다. ② 제1항의 규정에 의한 휴가 중 최초 60일은 유급으로 한다. ③ 사용자는 임신 중의 여성근로자에 대하여 시간외근로를 시키지 못하며, 당해 근로자의 요구가 있는 경우에는 경이한 종류의 근로로 전환시켜야 한다.
- 제73조 (육아시간) 생후 1년 미만의 유아를 가진 여성근로자의 청구가 있는 경우에는 1일 2회 각각 30분 이상의 유급수유시간을 주어야 한다.

#### 나. 모자보건법

- 제1조 (목적) 이 법은 모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민보건향상에 이바지함을 목적으로 한다.
- 제3조 (국가와 지방자치단체의 책임) : ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위하여 필요한 조치를 하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 모자보건사업 및 가족계획사업에 관한 시책을 강구하여 국민보건향상에 이바지하도록 노력하여야 한다.

#### 다. 남녀차별금지 및 구제에 관한 법률

- 제1조 (목적) 이 법은 헌법의 남녀평등이념에 따라 고용, 교육, 재화·시설·용역 등의 제공 및 이용, 법과 정책의 집행에 있어서 남녀차별을 금지하고, 이로 인한 피해자의 권익을 구제함으로써 사회의 모든 영역에서 남녀평등을 실현함을 목적으로 한다.
- 제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. "남녀차별"이라 함은 정치적·경제적·사회적·문화적 생활의 모든 영역에서 인간으로서의 기본적인 자유를 인식·향유하거나 권리를 행사함에 있어서 합리적인 이유 없이 성별을 이유로 행하여지는 모든 구별·배제 또는 제한을 말한다. 이 경우 남성과 여성에 대한 적용조건이 양성 중립적이거나 성별에 관계없는 표현으로 제시되었다고 하더라도 그 조건을 충



죽시킬 수 있는 남성 또는 여성이 다른 한 성에 비하여 현저히 적고 그로 인하여 특정 성에게 불리한 결과를 초래하며 그 조건이 정당한 것임을 입증할 수 없는 때에도 이를 남녀차별로 본다. 다만, 특정 성이 불가피하게 요구되는 경우에는 이를 남녀차별로 보지 아니한다. 2. "성희롱"이라 함은 업무, 고용 기타 관계에서 공공기관의 종사자, 사용자 또는 근로자가 그 지위를 이용하거나 업무등과 관련하여 성적 언동 등으로 성적 굴욕감 또는 혐오감을 느끼게 하거나 성적 언동 기타 요구 등에 대한 불응을 이유로 고용상의 불이익을 주는 것을 말한다.

- 제3조 (고용에서의 차별금지) 공공기관 및 사용자는 고용분야에 있어서 남녀의 평등한 기회와 대우가 보장되도록 하여야 하며, 채용, 승진, 전보, 해고, 정년 등에 있어서 남녀차별을 하여서는 아니 된다.

#### 라. 여성발전 기본법

- 제18조 (모성보호의 강화) : ① 국가·지방자치단체 또는 사업주는 여성의 임신·출산 및 수유기간동안에 이들을 특별히 보호하며 이를 이유로 하여 불이익을 받지 아니하도록 하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 취업여성의 임신·출산 및 수유와 관련한 모성보호비용에 대하여 사회보장기본법에 의한 사회보험 및 재정 등을 통한 사회적 부담을 높여 나가도록 하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

여성백서<sup>355)</sup>에 의하면, 1953년 근로기준법 제정 시 60일의 산전후휴가제도를 도입하였으며 2001년 11월부터 30일을 연장하여 총 90일의 산전후휴가를 보장하고 있다. 종전에는 사업주가 산전후휴가기간동안 근로자의 임금을 전액 부담하였으나 산전후휴가기간을 90일로 연장하면서 종전의 60일분은 사업주부담으로 하고 늘어난 30일분은 무급으로 하되 무급기간 동안의 급여는 모성보호비용의 사회분담화차원에서 재정과 고용보험에서 부담하고 있다. 산전후휴가급여는 산전후휴가기간 종료일 이전 고용보험 피보험단위기간이 180일이상인 근로자 본인이 사업주에게 산전후휴가확인서를 발급받아 산전후휴가급여신청서를 고용안정센터에 제출하면 통상임금 기준으로 30일분을 지급받을 수 있다. 산전후휴가급여제도 시행 첫해인 2001년에는 2명이 급여를 받았으며 2002년에는 22,711명이 급여를 받았으며 2003년에는 32,133명에게 33,522백만원(1인당 평균 116만원)을 지급하였다.

2004년도 노동부(고용평등국)의 올해 계획으로는 우선, 학교 등 비정규직 다수고용

355) 여성부. 여성백서. 2003. p.136-137

사업장 500개소를 대상으로 모성보호 이행 지도점검을 실시하고, 35000명을 목표로 산전후휴가급여를 지급하기로 하며 고용보험 기금에서 438억원의 기금으로 시행 계획하고 있다. 2005년까지 산전후 휴가급여 사회 분담 확대방안을 마련하고 산전후휴가급여 사회분담 확대 및 모성보호제도 확대를 위한 법개정을 2005~2006년간 추진을 하기로 한다.

#### (5) 기존 제안

우리나라 산전·후 휴가 제도의 구조에서는 출산 여성근로자가 선택할 수 있는 것은 ‘산산전·후 휴가와 이직의 선택’, ‘산전·후 휴가 이후 복직과 이직의 선택’이다. 다만, 법정휴가기간 이상으로 산전후휴가를 신청할 수 있도록 기업이 취업규칙에 규정한 경우에는, 여성근로자는 법정휴가기간 이상에 한정해서 휴가기간을 선택할 수 있다. 이에 비해 기업은 산전후휴가로 인해서 발생하는 각종 비용을 전가하는 방식을 선택할 수 있는데 이러한 방식에 따라 여성 고용 및 임금에 서로 다른 영향을 줄 수 있다. 뿐만 아니라 기업은 산전·후 휴가관련 법규준수와 법규위반 자체도 선택할 수 있다. 이와 같은 상황에서 우리나라 산전·후 휴가의 본래 기능을 충분히 발휘되도록 하기 위해서는, 산전·후 휴가제도의 실시현황과 현재 제도의 특징을 충분히 고려하여 산전·후 휴가관련 정책을 수립하고 시행해야 할 것이라고 여성개발원에서는 다음과 같은 제안<sup>356)</sup>을 하였다.

##### 가. 산전·후 휴가제도의 개선방안

최근 산전·후 휴가 실 시율이 지속적으로 확산되는 가운데 기업규모별, 업종별로 실시율의 격차가 상당히 심한 구조를 보이고 있다. 이에 따라 산전·후 휴가의 정착을 위해서는 산전·후 휴가 실시율이 상당히 낮은 소규모 기업이나 도소매·음식숙박업에 속하는 기업의 실시율을 제고시키는 것이 필요하다. 이러한 기업들의 산전·후 휴가실시율이 낮은 이유는, 크게 근로자가 휴가를 신청했음에도 불구하고 기업 측 사정으로 휴가제도가 없거나 휴가를 제공하지 않는 것과 여성 근로자 자신이 자발적으로 산전·후 휴가를 제공하지 않는 것이다. 이러한 문제를 해결하기 위해서 다음 정책 방안을 차례대로 제시하겠다.

##### 나. 산전·후 휴가 기간 중 기업의 임금부담을 고용보험으로 전환

기업 특히 소규모 기업이 산전·후 휴가를 제공하지 않는 주요 이유는 휴가기간 동

356) 한국여성개발원. 우리나라의 여성의 모성 보호제도의 실시 현황 분석과 개선 방안. 2003;192-6

안 기업의 임금부담이다. 현재 산전·후 휴가 기간동안의 임금 부담은 60일에 대해서는 해당 여성근로자가 근무하는 사업체, 15일은 고용보험에 가입한 모든 기업 그리고 15일은 고용보험에 가입된 모든 남녀근로자이다. 해당 기업이 책임지게 되는 60일분의 임금부담이 기업경영에 미치는 영향은 근로자수가 적을수록 커지는데, 특히 종업원 수 5인 미만의 경우 상당히 커진다. 따라서 현재의 산전·후 휴가기간에 발생하는 임금부담 방식을 개편하지 않으면, 현실적으로 산전·후 휴가 실시율의 일정 수준 도달시 상승에 한계를 보일 것으로 전망된다. 따라서 향후 산전후 휴가 정착율을 제고시키기 위해서, 산전·후 휴가 급여지급방식을 다음과 같이 바꾸어야 할 것이다.

- 2004~2005년에 고용보험에서 산전·후 휴가기간 60일분을 부담
  - 고용보험에서 60일분을 부담할 경우 소요되는 재원은 실시율이 현재추이대로 증가하면 최소 738억원에서 최대 860억 원이 소요된다(노동부 2003년 현재 총산전후가급여 책정 예산 : 500억원).
  - 산전·후 휴가 급여 지급방식은 현재와 같이 하한액과 상한액을 가진 형태로 유지한다.
- 2004~2005년에 고용보험에서 산전·후 휴가 기간 90일분을 부담
  - 고용보험에서 90일분을 부담시 실시율이 현재추이대로 증가하면 최소 1,101억원에서 최대 1,285억원이 소요된다. 만일 모성보호제도의 정착으로 출산여성의 퇴직률이 급격히 감소하면 재원은 최소 1,176억 원에서 최대 1,372억 원이 소요된다. 산전·후 휴가 급여 지급방식은 현재와 같이 하한액과 상한액을 가진 형태로 유지한다.
  - 결과적으로 산전·후 휴가기간 근로자의 소득보전방식의 변화는 소규모 사업체의 산전후가 실시율을 크게 향상 시킬것으로 보이며 고용보험을 통한 재정조달은 산전·후 휴가를 실시하고 있는 여성근로자의 임금보전을 남성근로자만 있는 사업체를 포함한 전체 사업체와 남녀근로자 전체에게 전가시키는 효과가 있다. 따라서 개별 기업으로 하여금 인건비부담으로 인해 산전·후 휴가 기피현상을 극소화 시키면서 동시에 기업이 60일분의 임금을 지급하고 90일의 산전·후 휴가를 제공하는 경우보다, 여성근로자의 보상 수준은 낮아지나 고용은 증가하는 효과를 가져 올 수 있을 것이다.

#### 다. 산전·후 휴가 법규 위반에 대한 불이익을 강화

기업의 입장에서 산전·후 휴가를 제공함으로써 발생하는 비용은 앞의 방식에서는 줄어들더라도 업무공백으로 인한 손실이 발생하게 된다. 따라서 법규 위반에 대한 제재가 없으면, 휴가를 실시함에 따라 여성인적자원의 확보 및 유지 등으로 인하여 나타나는 이익과 비용을 비교하여 산전·후 휴가 제공 여부를 선택할 것이다. 그러나 여전히 대기업에 비해 현재와 같이 산전·후 휴가 실시율이 낮은 집단이나 기업에서는 제

도의 정착이 상당히 힘들다. 따라서 다음과 같은 대책이 필요하다.

- 여성근로자의 분만 신고제도 도입

근로자가 기업문화나 분위기, 관행으로 휴가를 신청하지 못했거나, 법규에서 정하고 있는 휴가 일수나 임금지급 등을 제공받지 못하는 경우가 많으므로 사전에 법 위반을 탐지하는 체계를 구축한다. 따라서 출산 여성은 간단한 분만 및 산전·후 휴가 관련 정보를 신고하게 한다.

- 산전·후 휴가 관련 법규 위반 사업체에 대한 벌칙을 부과

산전·후 휴가를 위반하는 사업체가 많기 때문에 위반시에도 권고나 시정 조치만 할 뿐인데 산전·후 휴가 실시에 따라 경제적인 손실이 큰 기업에서는 관련 법규를 지속적으로 위반할 것이다. 따라서 고용 보험에서 휴가 급여를 60일까지 지급함에 따라 소규모 기업의 경제적인 부담을 경감되는 시점부터 만성적으로 법규를 위반하는 사업체에 대해서는 근로기준법 제 113조에 따라 '2년 이하의 징역 혹은 1000만 원 이하의 벌금을 부과'다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

산전·후 휴가를 통한 모성 보호 제도가 정착이 됨에 따라 산전·후 휴가 실시율이 지속적으로 증가하고 있지만 기업 규모별, 업종별로 실시율의 차이<sup>357)</sup>를 보이고 있으며 전체적으로 법규와 현실간의 격차는 여전하다. 그러므로 산전·후 휴가의 전 사회적 정착을 위해서는 실시율이 낮은 영세 기업이나 소규모 사업장의 실시율을 제고시킬 수 있도록 해야 할 것으로 보인다.

여성개발원에서 여성근로자들을 대상으로 육아휴직제도에 대한 인지도를 조사한 결과 조사된 여성근로자의 55.9%가 법정 육아휴직 최대 신청 기간을 알고 있었으나, 육아휴직기간에 임금지급과 관련된 법규, 육아휴직급여액, 육아휴직기간의 근속기간 산입여부 등에 대해서는 30-37% 정도밖에 알지 못하는 것으로 나타났다<sup>358)</sup>. 즉, 수혜 대상인 여성들에 대한 홍보와 교육이 미흡하며, 기업주들은 비용 증가를 이유로 이를 자발적으로 보호하지 않는 상황이 나타나는 것이다. 노동부에서는 산전·후 휴가 보장을 지키지 않는 사업장에 대하여 엄격한 규제책을 강구할 수 있어야 하며 실질적 산전 휴가 및 육아 휴직까지 보장 해 줄 수 있도록 개별 기업들이 자발적으로 동참 할 수 있도록 산전 휴가 60일분에 대한 고용보험 부담 등과 같은 지원 및 동참 할 수 있도록 해야

357) 여성개발원의 연구 조사 ('우리나라 모성보호제도의 실시 현황 분석과 개선방안' 2003.)에 따르면 법규보다 짧은 산전후 휴가를 제공하는 기업은 소규모 기업 27%, 대기업 9.7%로 산전 후 휴가 중 임금지급기간이 법규보다 짧은 기업비율은 소규모 기업의 경우 19.8%, 대기업은 4.0%로 조사되었다.

358) 한국여성개발원. 우리나라의 여성의 모성 보호제도의 실시 현황 분석과 개선 방안. 2003; p.147-148

한다. 또한 사회적으로 출산 후 여성이 직장으로 복귀하여 직업 생활을 계속 유지 할 수 있도록 직장 내 남/녀 차별 분위기를 쇄신 할 수 있어야 한다. 기혼 여성이 출산 휴가와 관련하여 직장 내 불완전 고용상 남녀 차별을 당하는 일이 없도록 실질적인 모성 권을 확보할 수 있도록 해야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 여성개발원

### 3. 출산과 자기결정권

#### 1) 출산 방식에 대한 자기 결정권 확대

카이로 인구회의는 “생식건강이란 생식계통·생식기능·생식과정과 관련하여 단순한 질병이나 선천적인 기형이 없는 상태일 뿐 아니라, 완전한 육체적·정신적·사회적 안녕상태를 말한다”고 정의한다. 이렇게 포괄적이고 다양한 의미를 묵시적으로 내포하고 있는 생식건강은 ① 인간의 재생산 활동이 정치·사회·문화 조건에 관계없이 행복하고 건강하게 이루어져야 한다는 점을 강조하고 있으며, ② 임신·출산과 관련된 부부의 건강 뿐 아니라 태어나는 아기의 건강을 포함하며, ③ 과거와 달리 새롭게 조망되는 점은 “임신과 출산은 스스로 자유의사에 의하여 결정될 수 있는 인권의 범주에 속한다”는 인식이다. 특정사회나 특정 문화권에서는 임신과 출산이 남녀 어느 한편의 의사에 강요당하고 있는데 반하여, 이는 남녀의 동등한 권리의 차원에서 결정되어야 한다는 것이다. 그리고 ④ 인종과 사회계층에 관계없이 누구나 임신과 출산에 대해 알 권리를 있고 이에 관한 교육기회를 가져야 하며, 효과적인 가족계획방법도 자유롭게 선택한다는 의미가 포함된다<sup>359)</sup>.

#### (1) 현황

우리나라는 제왕 절개 수술율은 다른 나라에 비해 2~3배 높은 수준을 보이고 있으며 이것은 모자건강에 위협은 물론이고 적절하지 못한 보건 의료 이용의 실태를 보여주는 것이다. 제왕절개술은 자연분만에 비해 출혈, 감염, 마취에 따르는 합병증, 요로손상의 가능성 등으로 인하여 모성사망률과 주산기이환율이 높다. 또한 신생아의 경우도 자연

359) 박인화. 생식건강권의 관점에서 본 출산문화와 정책과제. ‘한국 출산문화 무엇이 문제인가?’ 토론회 자료집, 2000.

분만아에 비해 특발성 호흡곤란증의 발생빈도가 높다는 보고가 있으며 동시에 개별 가계의 재정적, 정서적 부담이 가중 될 것이다. 2000년 국민건강 보험공단의 자료에 의하면 한국의 제왕절개 분만을 실행하는 WHO의 권고 수준의 3배에 육박하고 있으며 이것은 세계 최고의 수준이다(표 30).

<표 30> 제왕절개분만의 국제 비교

(단위: %)

국가	한국	일본	영국	미국	WHO 권고수준
제왕절개분만율(%)	43	15	16	20	10~15

자료: 국민건강보험공단, 전국병원 제왕절개분만율, 2000. 7.

제왕절개술에 의한 분만은 난산이거나 난산이 예상되는 산모에만 한해서 모성과 태아의 건강을 안전하게 도모하면서 분만할 수 있는 방법으로 적용의 범위가 넓어지고 있긴 하지만, 모성 및 주산기 이환율과 사망률, 그리고 재정적, 정서적 부담을 간과 할 수 없으므로 제왕절개술을 줄이기 위한 시도가 필요하다. 특히 출산과정에 있어서 산모의 건강권이 지켜지고 있는지, 본인이 의사를 피력 할 수 있도록 올바른 정보가 제공이 되어야 할 것이고 출산 방식을 선택 할 수 있다. 그러나, 최근에는 병원 분만에 있어 출산 과정에서의 비인격적인 경험과 과도한 의료처치에 대해 비판의 목소리가 높아지고 있다. 병원에서 산모에게 충분한 정보가 제공되어 알권리가 보장 및 진료 선택권이 부여되어 출산 방식에 있어 의사 중심이 아닌 산모가 주체가 되어야 할 것이다. 비록 소수의 여성들이기는 하지만 조산사의 도움으로 가정 분만을 하기도 하고, 수중분만과 같은 새로운 방식의 병원분만을 시도하기도 한다. 또 다른 한편에서는 대체의학에 의존하여 임신 관리와 출산준비를 하기도 하고, 조산사가 운영하는 분만시설이 등장하기도 한다. 이것은 기존의 출산 방식에 대한 불만들이 공론화되기 시작하고 대안적인 분만 방식을 모색하는 시도이며 이러한 여성들의 이해와 요구를 수용하여 안전하고 편안한 출산을 할 수 있는 방식을 어떻게 제공해야 하는지에 대한 사회적 노력이 필요한 시점에 있다고 할 수 있겠다.

## (2) 국제기구 권고 및 외국 사례

### 가. 1995년 베이징 제 4차 여성대회

재생산권은 1993년 비엔나에서는 세계인권대회(World Conference on Human Rights), 1994년 카이로에서의 세계 인구 발전 대회(International Conference on Population and Development), 1995년 베이징 제 4차 여성대회(The Fourth World Conference on Women)를 거치면서 이론적으로 재생산권을 재 개념화하는 동시에 이를 실현할 수 있는 새로운 실질적인 전략을 모색하기에 이르렀다. 세계대회에 모인 각국의 여성건강운동 단체들은 여성의 재생산 건강권을 인구조절의 패러다임에서 인권의 패러다임으로 전환시켰다. 즉 여성의 재생산 건강권이란 단순히 모성사망, 분만, 태아건강, 가족계획 서비스 이상을 의미하는 것으로 여성이 자신의 신체와 건강에 관련된 자기 결정권을 확보하는 것이야말로 가장 기본적인 인권으로 보장해야 하는 것으로 나아가고 있다.<sup>360)</sup> 1995년 베이징 4차 여성대회에서 채택된 재생산 건강권(reproductive health right)은 다음과 같다.

- 재생산 건강이란 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태에 도달할 권리
- 만족스럽고 안전한 성생활을 영위할 권리
- 재생산할 수 있는 능력 및 여부, 시기, 빈도를 결정할 자유
- 여성이 안전하게 임신과 출산을 할 수 있고 부부가 건강한 아이를 가질 수 있게 하는 최상의 보건서비스에 접근할 권리
- 안전하고, 효과적이며, 입수가 가능하고, 수용할 수 있는 가족계획에 대한 정보 및 서비스에 접근할 권리(제 4차 북경 세계 여성대회 행동강령 94, 95)

나. 미국의 Healthy People 2010 목표<sup>361)</sup>

- 일련의 분만교육 과정에 참여하는 산모의 비율 증가
- 저위험 산모 (만삭, 단태아, vertex) 중 제왕절개 비율을 1998년 초산 출생아의 18% → 2010년 15%, 과거 제왕절개 경험자의 72 → 63%)

### (3) 현행법

가. 보건의료기본법

- 제11조 (보건의료에 관한 알 권리) : ① 모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 국가 및 지방자치단체의 보건의료정책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가진

360) 조영미. 외국의 출산 운동과 한국에서의 출산 운동의 방향 모색. '한국 출산문화 무엇이 문제인가?' 여성민우회 토론회 자료집, 2000.

361) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

다. ② 모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료인 또는 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다. 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자·직계존비속 또는 배우자의 직계존속이, 그 배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병 기타 요청을 할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다.

· 제12조 (보건의료서비스에 관한 자기결정권) 모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료방법, 의학적 연구대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

정부에서 산모의 출산 방식 관련하여 지금까지 강력한 의지를 표명하지 못하였으며 산모의 출산 방식의 선택권을 보장에 관한 가시적 정책을 아직 수립하지 못한 상황이다.

#### (5) 기존 제안

2003년 한국보건사회연구원의 ‘여성건강증진을 위한 정책과제’에 따르면 ① 건강보험급여 및 적정수가보장과 다양한 분만에 대한 건강보험이 적용, ② 질식분만에 대한 산모의 두려움을 줄이기 위한 안전한 출산에 대한 교육, 홍보, ③ 안전한 출산과 제왕절개에 대한 임상지침 마련, ④의료분쟁을 과학적이고 객관적 근거에 의해 해결할 수 있는 사회적 장치 등을 제시하였다.

우선 제왕절개 분만에 대한 연구 수행을 통해 의사, 환자, 건강 보험 등 제왕절개 분만에 관련 있는 당사자와 제도의 복합적 요인과 제왕절개술의 상관성에 대한 연구가 필요하다. 그리고 질식 분만에 대한 산모의 교육과 홍보를 통해 자연스럽게 질식 분만을 유도할 수 있는 사회적 분위기를 통해 산모의 건강권을 보장 해 줄 필요가 있다. 또한 과잉진료의 논란의 여지가 있는 제왕절개술의 감소를 위해서 건강 보험 수가체계를 개편할 필요가 있으며 기존 질식분만에 대한 수가 적정성 검토 및 개선이 필요할 것이다. 또한 국가적으로 의료 분쟁에 있어 약자인 소비자를 보호 해 줄 수 있도록 법률 정비 및 제정을 통하여 산모의 건강권을 국가적으로 보장 해 줄 수 있도록 해야 할 것이다.



‘여성 민우회’는 서구의 여성 건강 운동과 국제적인 여성 재생산 건강 권리 쟁취 운동의 이슈들에 비추어 다음과 같이 제안을 하였다. 첫째, 출산과 관련된 사안들에 대한 결정권을 여성이 가져야 하는 것은 여성의 기본적인 권리임을 주장해야 할 것이다. 언제, 누구의 아이를, 몇 명이나, 어떻게 임신하고 출산할 것인가를 결정하는 것과 그에 대한 정보와 서비스에 접근할 수 있는 권리를 여성들에게 부여할 것을 주장해야 한다. 전통적으로 한국 사회에서 여성은 재생산과 관련하여 권리 의식보다는 막중한 의무를 지고 있는 존재이었다. 그러나, 여성 출산 운동은 여성의 사회문화적 위치와 관계 없이 여성의 권리로 인식할 수 있어야 하고, 사회적으로 이를 부여할 수 있는 방향으로 나아가야 할 것이다.

둘째, 여성들이 자유롭게 자신의 임신과 출산에 대한 사안을 결정할 수 있는 권리를 가지고 이에 대한 서비스를 받기 위해서는 여성의 전반적인 사회, 경제적인 지위를 향상시킬 수 있는 제도 및 정책의 변화를 모색해야 하고 문화적인 규범의 변화까지도 도모해야 할 것이다. 여성의 평등한 교육 보장, 고용에서의 성차별을 제거하여 여성의 경제적 지위 향상, 자유스러운 결혼 및 결혼 내 동등한 권리 및 의무 보장, 여성의 재산권 인정, 사회적으로 육아시설 마련, 재산 및 사회보장에 있어서 동등한 권리 확보가 보장되어 여성의 지위를 향상시켜야 할 것이다.

셋째, 사회적으로 여성의 임신과 출산에 대한 가치를 인정해야 할 것이다. 여성의 재생산은 한 사회를 구성하며 유지시키는 중요한 사회적 재생산 역할을 하는 것이다. 따라서 여성의 재생산은 사회적 재생산으로 가치평가를 해야 하며 이에 근거하여 국가는 모든 여성들이 저렴하면서도, 안전한 방법으로, 인간적인 대우를 받으면서 임신, 출산할 수 있도록 법과 제도적 지원을 해야만 한다.

넷째, 출산에 대한 대안적인 모델을 제시해야 할 것이다. 기존의 의학의 영역에서 여성의 몸과 재생산을 보는 기술 중심적인 출산 모델(technocratic model of birth)<sup>362)</sup>에 도전하고 이를 대체할 수 있는 전인적인 출산 모델(holistic model of birth)<sup>363)</sup>을 도입하는 것이 필요하다. 현재 한국사회에서 여성들이 병원분만을 하면서도 병원에서 하나의 물건으로밖에 취급되지 않는 것에 강력한 불만을 표시하고 있다. 병원 분만이 여성들의 요구와 인격을 무시하는 것은 여러 가지 요인이 있지만 기술 중심적인 모델에 기초하여 분만이 조직화하고 있다는 것이 중요한 요인이 된다고 본다. 출산 운동에서 병원 분만의 비인격성에 도전하기 위해서는 전인적인 출산 모델을 추구하는 것은 중요하다고 본다. 다섯째, 여성의 독자적인 건강 센터나 분만 센터의 설립을 통해 여성이 원하

362) 근대 의학 체계에서 여성의 몸과 출산을 보는 관점, 여성의 임신한 몸을 단순히 태아를 담은 용기이자 아이를 낳는 기계와 같은 존재로 본다.

363) 전인적인 출산 모델에서는 임신한 여성을 출산의 주체로 보고 임신은 정상적인 생리과정으로 보는 입장을 갖게 된다. 그리고 임신, 분만의 과정에서 여성 스스로 출산을 할 수 있다는 믿음을 주면서 자연스러운 분만을 하도록 유도하는 것을 주장한다(Davis-Floyd, 1996).

는 의료/보건 서비스를 제공하고, 이를 기반으로 기존의 의료제도나 체계에 개혁을 유도하는 것이 필요하다. 여성들이 과학과 기술에 대한 신뢰를 가지고 있고, 이를 대치할 수 있는 대안적인 서비스가 부족한 경우 병원 분만에 의존할 수밖에 없는데 이러한 상황에서 여성들의 요구는 수용되기 어렵다. 여성의 요구를 우선 시하는 여성 독자적인 분만센터를 설립하여 여성들에게 안전하고도, 저렴하면서도, 여성을 위하는 분만 서비스를 제공한다면 여성들에게도 유익할 것이다. 여섯째, 여성의 출산에 함께 참여하고 돌보아 줄 수 있는 여성분만 인력의 양성이 필요하다. 여성의 독자적인 분만센터나 건강센터를 운영하기 위해서는 출산과 관련된 교육과 상담을 해 줄 수 있고, 실제로 분만 서비스를 제공할 수 있는 여성 의료인력(조산사, 간호사 등)이 필요하다. 일곱째, 여성의 임신, 출산에 대한 여성 중심적인 교육과 의식화를 할 수 있는 교육 사업 프로그램의 개발이 필요하다. 현재 한국에서 출산운동을 함에 있어서 여성들이 자신의 몸에 대한 권리를 인식하는 것이 가장 시급한 문제라고도 할 수 있다. 임신, 출산과 관련된 사안에서 결정권을 가지고 자신의 몸에 대한 지식을 신뢰하며 자신감을 회복하는 것은 출산 운동의 가장 기본적인 요소라고 할 수 있다. 여성들의 임신과 출산에 대한 의식을 고양시키는 것은 여성들에게 힘을 돌아줄(empowerment) 뿐만 아니라 출산 운동을 대중화하는데 가장 핵심적인 사안이라고 할 수 있다. 출산 운동에서는 이를 위한 교육 프로그램을 개발하여 여성의 의식을 고양시키고 이를 토대로 조직화를 모색해야 할 것이다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

정부에서 여성의 출산 선택권과 관련한 정책이 없는 상황에서 보건사회연구원의 제안과 여성 민우회의 제안은 관심을 기울여야 할 부분이다. 특히 보건사회연구원의 기존 제안에서와 같이 최소한의 출산에 있어서 여성의 선택권을 보장 할 수 있는 제도 마련이 필요하며 무분별한 제왕절개 수술이 행해지고 있는 과잉 의료 진료에 규제조치 마련이 필요하다. 의료 소비자의 알 권리를 충분히 보장하여 출산에 있어서 산모의 출산 방식 선택권이 보장 될 수 있도록 홍보·교육에 있어서도 정부가 관심을 가져야 할 부분이다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부

## 4. 진료환경과 사생활 보호

### 1) 산모의 진료 환경에 대한 사생활 보호 법제화

산부인과는 여성의 출산 및 출산 전후 건강관리에 필수적인 의료기관이지만 병원에서 행해지는 진료서비스나 비인권적인 진료 환경은 환자들이 수치감 모욕감을 느끼게 만들고 사생활 침해에 대한 논란이 여전하다. 특히 산부인과 진료과정에서 환자의 진료에 대한 선택권, 정보를 제공 받을 권리, 사생활 보장 및 진료 환경에 대한 문제는 바람직한 진료 환경 개선에 있어 시급한 현안들이다. 또한 대부분의 산부인과 의사들이 남성이라는 점에서 여성들이 느끼는 불편함을 최소화 할 수 있도록 진료 환경을 개선하여 환자로서 존중받으며 부담 없이 적절한 보건 의료서비스를 이용 할 수 있는 법적 보장이 필요하다.

#### (1) 현황

국가인권위원회에 의하면 ‘2003년 8월 한 달간 서울 소재 30여개의 산부인과의원 및 전문병원을 대상으로 ‘자궁경부암 검진’을 받는 과정에서 진료실 환경, 의사의 진료행태, 환자권리 보장실태를 조사’ 하였다. 조사에 결과에 따르면 환자는 자신의 치료를 위해 치료 방법을 선택할 권리가 있고 알 권리가 있음에도 선택할 기회를 제공한 기관은 5개(16.7%)였으며, 그 외에는 의사가 결정을 하는 것으로 나타나 환자의 ‘선택할 권리’에 대한 인식이 부족한 것으로 나타났다. 그리고 환자가 의료서비스에 대해 필요한 정보를 제공받을 권리에 대해서는 13개 기관(43.3%)에서 환자에게 검사와 관련하여 아무런 설명을 하지 않은 것으로 조사되었다.

특히, 사생활 보장과 진료 환경에 대해서 산부인과는 다른 진료에 비해 사생활관련 개인정보가 많은 곳으로 상담이나 진료과정이 다른 사람에게 공개되지 않도록 보호될 필요가 있다. 그러나 진료침상의 외부 차단 여부에 있어서 ‘차단되어 있다’는 28곳(98.3%), ‘차단되어 있지 않다’는 2곳(6.7%)으로 조사되었다. 접수대에서 접수 내용 노출 여부에 대해서는 ‘대화 내용이 들린다’는 16곳, ‘대화내용이 들리지 않는다’는 14,곳으로 나타났다. 조사에 따르면 진료침상은 90%이상 외부와 차단되어 있어 진료환경에 있어서 비인권적인 요소는 없었다. 그러나 접수대의 접수내용이 들리는 곳은 절반 이상이 넘어 개선이 필요한 것으로 평가된다. 진료침상이나 진료용 치마의 청결상태는 비교적 양호했으나 탈의실 공간은 절반 이상이 좁은 것으로 나타나 개선이 필요한 것으로 조사되었다. 또한 산부인과 이용 경험이 있는 여성들을 대상으로 조사한 결과, ‘접수시 사생활 보호’에 대해서는 절반 가량인 48.9%가 ‘잘 모르겠다’고 응답하여 환자

가 이 문제를 인식하지 못하고 있음을 보여주었다. 한편 '보호되고 있다'고 응답한 자는 40.2%였다. 진료실의 외부 차단 여부에 대해서는 91.3%가 '차단되어 있다'고 응답하여 이와 관련한 사생활 보호의 문제는 거의 없는 것으로 나타났으나, 진료 후 다음 환자가 입실할 때까지의 시간에서는 20.8%가 '시간적 여유가 없다'고 응답하여 사생활 보호에 문제가 있음을 보여주었다<sup>364)</sup>.

산모의 진료권(진료 선택권, 알권리) 및 진료 환경에 있어 사생활 보장 등은 개선이 필요한 것으로 나타났으며 대체적으로 의사위주의 일방적인 진료가 행해지는 것으로 나타났다. 환자의 사생활과 관련하여 개인정보가 노출 되는 것에 대해 환자들이 겪는 불편함뿐 아니라 인권의 측면에서 개별 의료기관의 의식의 개선이 필요하며 제도적 보장이 뒤따라야 할 것이다.

## (2) 국제기구 권고 및 외국 사례

산모의 진료환경에서의 사생활 보호에 관한 사례를 찾을 수 없었음.

## (3) 현행법

### 가. 보건의료기본법

- 제13조 (비밀보장) 모든 국민은 보건의료와 관련하여 자신의 신체·건강 및 사생활의 비밀을 침해 받지 아니한다.

### 나. 모자보건법

- 제24조 (비밀누설의 금지) 모자보건사업 및 가족계획사업에 종사하는 자는 이 법 또는 다른 법령에서 특별히 규정된 경우를 제외하고는 그 업무수행상 알게 된 타인의 비밀을 누설하거나 공표하여서는 아니 된다.

## (4) 정부 시행 정책 및 계획

산모의 진료환경에서의 사생활 보호에 관한 사례를 찾을 수 없었음.

---

364) 국가인권위원회. 산부인과 서비스 실태 및 진료환경 개선을 위한 토론회자료집 2003.12.15

## (5) 기존제안

건강세상 네트워크는 앞선 토론회에서 환자 알 권리 확보를 강조함과 더불어 환자의 사생활보호에 대한 의료인의 인식 개선이 필요함을 강조하였다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

환자권 및 개인 정보에 대한 보장이 필요함을 인정하고 있음에도 불구하고 진료실의 물리적 환경이나 진료과정에서 개인 사생활 보호 조치가 미흡한 것이 사실이다. 따라서 정부 차원에서는 환자의 사생활 보호를 위한 시설 기준을 마련하고 개별 의료기관 평가 항목으로 구체화하여 관리·감독을 할 수 있도록 해야 한다. 또한 의료 기관 자율 규정을 개발하여 자발적으로 환자권 및 사생활을 존중 할 수 있는 여건 조성이 필요하며 의료인에 대한 인권 교육도 확대되어야 할 것으로 보인다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 국가인권위원회

# 5. 여성이주노동자

## 1) 여성이주노동자의 모성/영아 보호

유엔은 1985년 제40회 총회에서 “체류 국의 국민이 아닌 개인의 인권에 관한 선언(약칭 외국인의 인권선언)”을 채택한 후에 1990년 12월 18일 열린 제69차 총회에서 ‘모든 이주(외국인)노동자 및 그 가족의 권리보호에 관한 국제협약(약칭 외국인노동자권리협약)’을 채택하였다. 이 외국인노동자권리협약의 취지는 이주(외국인)노동자로 분류된 사람은 그 법적 지위 즉 체류의 합법, 불법 여부에 관계없이 인권을 누릴 권리가 있다는 것이다. 그러나 이 법은 오랫동안 비준하는 회원국가가 규정에 미치지 못해 발효되지 못하다가 오는 7월 1일부터 발효하게 되었다. 우리나라에서는 아직 ‘이주(외국인)노동자권리협약’에 비준을 하지 않고 있으며 외국인노동자들의 인권침해를 양산하고 있다. 이렇게 규약이 채택된 후에도 13년이 지나서야 발효되고, 또 우리나라를 비롯한 이주노동자 수입국 대부분이 이 협약을 비준하지 않고 있는 현실로 인하여 수많은 여성 이주노동자의 모성과 영아들의 건강권 보장의 사각지대에 있다고 할 수 있다.

## (1) 현황

2001년 7월 현재 약 31만 명의 외국인 이주노동자가 체류(법무부 2001)하고 있는데 이 중 70%가 넘는 사람들이 불법체류자이며, 여성 외국인 이주노동자는 약 10만여 명으로 추산되고 있다. 실제로 노동현장에 유입된 여성 외국인 이주노동자들의 처지는 남성 외국인 이주노동자들과 거의 동일한 노동 형태와 강도(장시간 노동, 감금 노동, 직장 내 성희롱, 폭행 등)를 수행하고 있다. 동시에 여성노동자의 건강과 모성보호 측면에서도 거의 고려되지 않아 이중의 고통을 받고 있는 것으로 보인다<sup>365)</sup>.

‘여성 이주노동자 인권센터’에 의하면<sup>366)</sup>, 국내에 거주하는 여성 이주노동자들은 생리휴가가 현행 근로기준법에 명시되어 있다는 것에 대해서는 64.1%가 ‘모른다’고 하였고, 56.7%가 ‘사용하지 않겠다’고 하였으며, 46.8%가 ‘임금삭감의 두려움 때문에’ 생리휴가를 포기하고 있었다. 15%가 한국에서 임신한 경험이 있는데 이들 중 29.1%가 임신 중에 정기검진을 받지 못하였고, 57.7%가 임신 후에도 힘든 일을 해야 했고, 66.7%가 해고당할까 무서워 임신사실을 숨겨야 했다.

임신한 여성이주노동자의 56.3%는 한국에서 유산 경험이 있었으며, 유산 후 40.0%가 1주일도 안되게 휴식을 취했고, 61.6%가 유산 후 작업 복귀 시 일하기가 힘들었다고 하였다. 유산 후에도 57.1%는 작업 변경을 요청하지 않았으며, 27.1%는 귀국 등 불이익을 당할까봐 두려워서 임신을 기피하고 있었다.

우리나라 여성이주노동자의 과반수이상은 기혼이었다. 그럼에도 사업장은 임신 여성을 위해 적절한 배려가 이루어지지 못하고 있었고, 힘든 일이 있어도 강제출국에 대한 두려움으로 오히려 임신을 한 여성이주노동자가 눈치를 보아야 하는 상황이었다. 임신 중에도 정기검진을 받지 못한 경우가 있었으며, 그 필요성을 알지 못하는 경우도 있어서 임신과 출산에 대한 지식이 전혀 없는 경우도 있었다.

임신을 해서 유산을 한 경험이 있는 여성이주노동자가 반 이상이 되는 것도 여성이주노동자의 노동환경이 얼마나 열악한지 단적으로 알 수 있는 것이다. 게다가, 임신한 여성이주노동자들을 위한 모성보호센터가 전무한 실정이고 불법체류자인 여성이주노동자들이 직접 자신의 권리를 주장하기는 매우 어렵다. 따라서 사업주를 통해 업무변경을 중재해주고, 이주 노동자 여성을 위한 임신·출산교육을 전문적으로 담당할 모성보호센터와 같은 시설 및 기관이 필요하지만 전무한 상태에 있다.

365) 외국인노동자대책 협의회. 『외국인 이주노동자 인권백서』 서울 : 다산글방 2001

366) 여성 이주노동자 인권센터. 국내 거주 이주여성의 인권실태와 과제. 2004

[http://www.wmigrant.org/bbs/data/data1/이주여성과\\_인권.hwp](http://www.wmigrant.org/bbs/data/data1/이주여성과_인권.hwp)

## (2) 국제기구 권고 및 외국 사례

### 가. 모든 이주노동자와 그 가족의 권리에 관한 UN조약

· 제1조 1. 이 협약은 별도로 언급되지 않는 한 성, 인종, 피부색, 언어, 종교 또는 신념, 정치적 또는 기타의 의견, 민족적, 종족적 또는 사회적 출신, 국적, 연령, 경제적 지위, 재산, 혼인상의 지위, 출생 또는 다른 신분 등 어떠한 종류의 구별도 없이 모든 이주노동자와 그 가족에 대하여 적용된다. 2. 이 협약은 이주의 준비, 출국, 통과, 취업 국에 체류하여 유급활동을 하는 전기간은 물론 출 신국 또는 상거소국으로의 귀환을 포함하는 이주노동자와 그 가족의 전 이주과정에 적용된다.

· 제7조 : 당사국은 자국의 영토 내에 있거나 관할권 하에 있는 모든 이주노동자와 그 가족에 대하여 성, 인종, 피부색, 언어, 종교 또는 신념, 정치적 또는 기타의 의견, 민족적, 종족적 또는 사회적 출신, 국적, 연령, 경제적 지위, 재산, 혼인상의 지위, 출생 또는 기타의 신분 등에 의한 어떠한 구별도 없이 인권에 관한 국제 문서에 따라 이 협약에서 인정되는 권리를 존중하고 보장할 것을 약속한다.

· 제16조 : 1. 이주노동자와 그 가족은 신체의 자유와 안전에 대한 권리를 가진다. 2. 이주노동자와 그 가족은 공무원, 사인집단 또는 기관 등 그 누구에 의한 폭력, 상해, 협박 및 위협에 대하여도 국가의 효과적인 보호를 받을 권리를 가진다.

· 제28조 : 이주노동자와 그 가족은 해당국 국민과의 평등한 대우를 기초로 하여 생명의 유지와 회복 불가능한 건강상의 피해를 방지하기 위하여 긴급하게 요구되는 진료를 받을 권리를 가진다. 응급진료는 그의 체류나 취업이 비정규적임을 이유로 거절되어서는 아니된다.

### 나. 이주노동자 관련 ILO조약 제97호

· 제5조 : 본 조약의 적용을 받는 각 회원국은 그 관할권내에서 다음 사항에 대하여 책임을 지는 적절한 의료사업을 유지할 것을 약속한다. (a) 필요한 경우에는, 출발 및 도착 시에 이주노동자 및 이와 동반하거나 또는 뒤따라갈 것을 허용하는 가족이 양호한 건강상태에 있도록 보장할 것. (b) 이주노동자 및 그 가족이 출발할 때, 여행 중 및 목적지에 도착할 때, 적절한 의료 및 양호한 건강상태를 유지하도록 보장할 것.

· 제6조 : 1. 본 조약의 적용을 받는 각 회원국은 다음 사항에 관하여 자국민에게 적용하는 것보다 불리하지 아니한 처우를 국적, 인종, 종교 또는 성별에 관한 차별 없이 그 지역 내에 합법적으로 있는 입이주자에게 적용할 것을 약속한다.

(b) 사회보장(즉, 업무상 재해, 출산, 질병, 폐질, 노령, 사망, 실업 및 가족부양책임 및 국내 법령에 의하여 사회보장제도의 적용을 받는 기타의 사고에 관한 법률). 다만, 다 음과 같은 제한을 받아야 한다.

(i) 이미 취득한 권리 및 취득 중에 있는 권리의 보전을 위하여 적절한 협약을 맺을 수 있다. (ii) 입이주국의 법령은 전부 공적 기금에서 지불되는 급여 또는 그 일부에 관한 특별한 조치, 모든 통상의 연금지급을 위하여 규정되는 거출금조건을 구비하지 아니한 자에게 지불되는 수당에 관한 특별한 조치를 규정할 수 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 국민건강보험법

· 제93조 (외국인등에 대한 특례) : ① 정부는 외국정부가 사용자인 사업장의 근로자의 건강보험에 관하여 외국정부와의 합의에 의하여 이를 따로 정할 수 있다. ② 대통령령이 정하는 외국인 및 재외국민은 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 본인의 신청으로 이 법의 적용을 받는 가입자 또는 피부양자가 될 수 있다.

#### 나. 외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률

· 제14조 (건강보험) 사용자 및 그에 고용된 외국인근로자에 대하여 국민건강보험법을 적용함에 있어서는 이를 각각 동법 제3조의 규정에 의한 사용자 및 동법 제6조제1항의 규정에 의한 직장가입자로 본다.

#### 다. 외국인보호규칙

· 제18조 (건강진단) : ① 보호소장은 한 달 이상 보호하는 외국인에게는 두 달에 한 번이상 의무관이나 의사의 건강진단을 받게 하여야 한다. ② 보호소장은 보호외국인이 임신부나 노약자일 경우에는 특별히 보호하고, 희망에 따라 때때로 의무관이나 의사의 건강진단을 받을 수 있게 하여야 한다.

· 제19조 (환자진료) : ① 보호소장은 보호외국인이 병을 앓거나 상처를 입은 때에는 의무관 또는 의사의 진료를 받게 하여야 한다. ② 보호소장은 보호외국인이 자기의 비용부담으로 일반병원에서 진료 받고자 하는 경우에는 병이나 상처의 정도와 보호의 문제점등을 헤아려 이를 허가할 수 있다. ③ 보호소장은 환자나 임신부인 보호외국인에 대하여 보호소의 장비·의약품 및 인력으로 진료 할 수 없는 경우에는 일반병원으로 옮겨 진료 받게 하여야 한다. ④ 보호소에는 응급환자를 진료할 수 있는 장비와 의약품을 갖추어야 한다.

#### 라. 여성발전 기본법

· 제18조 (모성보호의 강화)



① 국가·지방자치단체 또는 사업주는 여성의 임신·출산 및 수유기간 동안에 이들을 특별히 보호하며 이를 이유로 하여 불이익을 받지 아니하도록 하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 취업여성의 임신·출산 및 수유와 관련한 모 정보호비용에 대하여 사회보장기본법에 의한 사회보험 및 재정 등을 통한 사회적 부담을 높여 나가도록 하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

우리나라는 1979년에 발효된 '여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약'과 1999년의 동 협약의정서에 가입하였다. 2001년 남녀 평등한 민주인권국가의 실현'을 목표로 출범한 여성부는 국내의 남녀차별 극복과 여성에 대한 차별, 폭력에 관심하여 제도적으로 모성보호, 남녀고용평등법, 직장 내 성희롱금지법을 만들어 시행하고 있다. 그러나 이 법은 외국인여성노동자에게는 그 효력이 미치지 못하고 있다. 여성부가 여성이주노동자를 위한 사업으로 국제적 성매매 예방 및 피해여성을 위한 쉼터지원을 사업으로 설정하고 있으나 성매매로 유입되는 여성이주노동자의 근본적인 인권보장이나 일반 외국인여성노동자나 이주 노동자의 배우자에 대한 별도의 대책은 세우지 않고 있다<sup>367)</sup>.

#### (5) 기존 제안

##### 가. 민주노동당 2004년 총선 40대 핵심 공약 내용 중

###### ○ 이주노동자에 대한 사회보장

- 체류의 적법여부를 불문하고 건강보험을 전면적으로 적용해야 한다.
- 모든 이주노동자에게 산재보상보험을 적용하고, 미등록노동자가 산재를 당한 경우 치료기간 이후에도 강제 출국되지 않도록 하며, 장애등급 판정자에 대해 직업재활 교육을 내국인과 동등하게 실시한다.
- UN아동권리협약에 따라 국적, 체류자격에 관계없이 교육을 받을 권리를 보장한다.

###### ○ 여성분야 핵심 공약

- 이주 여성(노동자)에 대한 성폭력, 모성건강 침해 등 인권침해에 대해 국내법 적용 / 국적취득이 안된 상태에서 이혼을 한 경우, 체류권 및 자녀에 대한 양육권과 면접권

367) 이주여성인권센터. <http://www.wmigrant.org/bbs/data/data1/이주여성인권.hwp>

보장 등 관련법 개정한다.

- 이주 여성(노동자)국제 인신매매 방지를 위한 인신매매방지법의 제정 및 인신매매, 국제결혼으로 인한 피해자 보호 강화, 성매매된 외국인 여성피해자가 소송을 진행할 경우 강제출국명령 유보 및 보호, 복지서비스를 제공한다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

합법/비합법 이주 노동자에 대한 포괄적인 의료보장 적용과 더불어 특히 취약 계층인 여성 이주노동자의 모성 보호를 위해 기존 국내 법규에 이들에 대한 보호를 명시할 필요가 있다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 노동부

## 6. 장애여성의 임신

### 1) 장애 여성의 임신/분만에 대한 지원 서비스 마련

여성 장애인의 경우도 일반 비장애 여성과 동등한 수준의 모성 보호를 받을 권리가 있다. 하지만 이러한 권리를 실질적으로 보장받는 데에는 여러 가지 현실적인 장벽들이 존재한다.

#### (1) 현황

우리나라는 장애인 모성권에 대한 관심이 대두된 것은 비교적 최근의 일이며, 이에 대한 통계자료 또한 부족한 실정이다. 장애인복지법에 의해 매 5년마다 실시하고 있는 「장애인실태조사」에서 조차 여성장애인과 관련된 조사결과는 별도로 제시하고 있지 않기 때문에 여성장애인의 임신·출산·육아와 관련된 조사항목을 찾기는 어렵다.

사실 많은 장애 여성들은 신체적, 정신적 장애로 인하여 결혼, 출산, 양육할 권리를 누리지 못하고 혼자 살고 있다. 한 연구 조사<sup>368)</sup>에 의하면, 25세 이상의 여성성인 장애인 81명 중 73%가 미혼으로 나타났고, 기혼자 중 85%가 장애를 가진 남성과 결혼한 것

368) 장애우권익문제연구소. 여성장애인의 기본권에 관한 실태조사. 1995

으로 나타났다. 미혼 여성장애인 중 많은 응답자들이 결혼을 고려하지 않고 있다고 응답하였다. 현실적으로 장애인 여성의 결혼에 있어 차별과 사회적 편견이 존재하며 장애를 가진 여성들이 원만한 인간관계를 유지 증진 할 수 있는 사회적 지지가 미흡함을 의미한다.

여성장애인의 임신·출산·육아에서의 차별실태는 결혼 후 여성의 역할로 인식되는 양육자에 대한 여성장애인이 느끼는 심리적 부담이 크고 또한 자녀양육과정에서 자신의 장애로 인해 다른 가족의 도움을 많이 받아야 하는 경우 자신의 자녀에 대한 주체적인 양육권리를 주장하기 어려워 어머니로서의 정체성을 형성하는데 어려움을 겪고 있었다고 한다<sup>369)</sup>. 외국의 경우 여성장애인의 건강과 임신지원서비스를 전문적으로 제공하는 의료기관이 존재하여 지속적이고 전문적인 서비스가 제공되는 반면, 우리나라는 이러한 시설이 전문하여 여성장애인의 임신과 출산에 따른 어려움을 많이 호소하고 있다. 또한 자녀양육에 필요한 지원도 받지 못하여 양육자로서의 부담도 큰 것으로 나타나고 있다.

## (2) 국제기구 권고 및 외국 사례

- 1949 UN 총회 ‘세계인권선언’ 제22조에 의하면 “모든 인간은 사회보장을 받을 권리를 가지며, …… 그 존엄성과 인격의 자유로운 발달에 불가결한 경제적·사회적 또는 문화적 제 권리를 실현하는 권리를 가진다.”

- 1979년 UN총회 세계장애인의 해에서는 “장애인이 사회경제개발로 인한 생활조건 개선에 있어서 균등한 분배 뿐만 아니라 다른 시민과 동등한 생활조건 향유와 그들이 살아가는 사회의 개발 및 사회생활에의 완전한 참여의 권리를 실현하도록 촉구하고 있음을 인식하며, 장애는 개인과 그 환경과의 관계로 파악되어야 한다”고 주장하였다.

- 1993년 ‘세계인권대회’는 다음과 같이 천명하였다.

“모든 인권과 기본적 자유는 보편적이며 따로 규정을 두지 않더라도 장애인들을 포함하는 것임을 재확인한다. 모든 사람은 평등하게 태어나며, 생명과 복지, 교육과 노동, 독립적인 삶과 사회 모든 측면에 대한 적극적인 참여에 대하여 똑같은 권리를 가진다. 그러므로 장애인에 대한 어떠한 직접적 차별이나 기타 소극적인 차별적 처우도 그 권리에 대한 침해이다. 세계대회는 각국 정부가 필요한 경우에는 장애인에게 이들 및 기타 권리에 대한 접근을 보장해줄 입법을 채택하거나 체계화할 것을 촉구한다<sup>370)</sup>”

369) 한국보건사회연구원. 여성장애인 생활실태와 대책. 2002

370) 비엔나선언 및 행동계획. <http://www.goodcitizen.or.kr/pds/upload/비엔나241.hwp>

### (3) 현행법

#### 가. 한국장애인 인권헌장(1998년 선포)

- 제2조 장애인은 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 소득, 주거, 의료 및 사회복지서비스 등을 보장받을 권리를 가진다.
- 제11조. 여성 장애인은 임신, 출산, 육아 및 가사 등에 있어서 생활에 필요한 보호와 지원을 받을 권리를 가진다.
- 제12조. 혼자 힘으로 의사결정을 하기 힘든 장애인과 그 가족은 인간다운 삶을 영위하기 위하여 필요한 지원을 받을 권리를 가진다.

#### 나. 장애인 복지법

- 제16조 (의료·재활치료) 국가와 지방자치단체는 장애인이 생활기능을 습득 또는 회복할 수 있도록 필요한 기능치료·심리치료등 재활의료를 제공하고 장애인의 장애를 보완하기 위하여 재활보조기구의 제공등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

#### 다. 장애인·노인·임산부 편의증진 보장에 관한 법

- 제4조 (접근권) 장애인등은 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복을 추구할 권리를 보장받기 위하여 장애인등이 아닌 사람들이 이용하는 시설과 설비를 동등하게 이용하고 정보에 자유롭게 접근할 수 있는 권리를 가진다.
- 제16조 (시설이용상의 편의제공) ①장애인등의 이용이 많은 공공건물 및 공중이용시설의 시설주는 휠체어·점자안내책자·보청기기등을 비치하여 장애인등이 당해 시설을 편리하게 이용할 수 있도록 하여야 한다. ②제1항의 규정에 의하여 휠체어·점자안내책자·보청기기등을 비치하여야 할 공공건물 및 공중이용시설의 범위와 휠체어·점자안내책자·보청기기등 비치하여야 할 용품의 종류등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다. ③제1항의 규정에 의한 휠체어·점자안내책자·보청기기등의 이용료는 무료를 원칙으로 하되 수리에 소요되는 비용등을 감안하여 실비로 할 수 있다.
- 제16조의2 (장애인에 대한 편의제공) ①장애인은 대통령령이 정하는 공공건물 및 공중이용시설을 이용하고자 할 때에는 시설주에 대하여 안내서비스·수화통역 등의 편의제공을 요청할 수 있다. ②제1항의 규정에 따라 장애인으로부터 편의제공을 요청받은 시설주는 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.
- 제17조 (장애인전용주차구역등) ①공공건물 및 공중이용시설의 시설주는 주차장법령이 정하는 설치비율에 따라 장애인전용주차구역을 설치하여야 한다. ②국가보훈처장과 시장·군수·구청장은 보행에 장애가 있는 자로부터 신청을 받은 경우 장애인전용주차구역에 주차가 가능함을 표시하는 장애인자동차표지를 발급하여야 한다. ③

누구든지 제2항의 규정에 의한 장애인자동차표지가 부착되지 아니한 자동차를 장애인 전용주차구역에 주차하여서는 아니된다. 장애인자동차표지가 부착된 자동차에 보행에 장애가 있는 자가 탑승하지 아니한 경우에도 또한 같다. ④제2항의 규정에 따른 장애인자동차표지의 발급대상 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### (4) 정부시행 정책 및 실천 계획

##### 가. 여성장애인 지원대책<sup>371)</sup>

###### ① 여성 장애인의 인권 및 모성권 지원

- 여성장애인 인권확보와 성인지력 향상을 위한 활동 전개
- 산전·산후 여성 장애인을 대상으로 가정봉사원 파견사업 추진 등 임신과 출산, 육아에 대한 지원추진

###### ② 폭력(성·가정 내) 방지 및 예방

- 여성장애인 전문 성폭력상담소 및 가정폭력 상담소를 확대 운영하고, 여성장애인 피해자 보호시설 (쉼터) 설치 운영 등 폭력방지를 위한 지원

#### (5) 기존 제안

우선, 여성장애인의 결혼, 임신, 출산, 육아 실태조사를 실시하고, 임신 및 출산한 여성장애인 편의를 도모할 수 있는 지원책을 마련한다. 구체적인 지원책 내용으로서 통원보조 교통편 지원, 통원도우미, 가사도우미, 육아도우미, 산후조리 도우미 파견 등이 있으며, 이러한 사업의 실시를 위해 지역사회 내 장애인복지관의 지원을 통해 활용하는 방안을 모색한다. 여성장애인이 임신, 출산, 육아 등에서 겪는 어려움과 육구에 부응하기 위하여 여성장애인 전문의 확보 및 여성장애인 전용 병원의 설립, 장애인종합복지관, 보건소 및 보건지소에서의 다양한 여성장애인 보건복지서비스제공 확대가 이루어져야 한다.

둘째, 여성장애인을 위한 보건의료체계를 구축하고, 임신한 여성장애인의 정기검진 의무화, 여성장애인을 위한 임신, 피임, 출산, 부부간의 성관계 등에 대한 교육 및 책자나 인터넷을 통한 정보제공, 여성장애인 의료진을 위한 장애여성 임신 및 출산 가이드북 및 비디오 제작·배포 등을 통해 의료인에 대한 교육을 병행하여야 할 것이다.

셋째, 여성장애인의 육아를 지원하기 위하여 육아 지원 장단기 계획안을 마련하고,

371) 참여복지 5개년 공청회 자료. 2003

보육시설 등에 장애여성 자녀 우선 입소제를 추진한다. 그리고 양육보조금을 지원하고, 영아 양육도우미, 자녀 학습도우미, 자녀 생활지원 도우미 파견 등의 사업을 추진한다. 그리고 사춘기 자녀와 관계개선을 위한 프로그램을 개발·운영하고, 부모역할 대행 프로그램을 지역사회에 있는 장애인복지관에서 운영하도록 지원한다.

넷째, 지역사회복지관 등 지역사회에 소재하고 있는 복지기관은 여성장애인들에게 임신, 출산에 관련된 정보제공 서비스, 임신, 출산과 관련한 산부인과 진료의 접근성 보장, 산후조리원과의 자원연결서비스, 임신, 출산비용에 대한 후원자 연결서비스, 부모역할에 필요한 정보제공 서비스 등 공식적 지지망 확보에 관한 역할을 수행해야 한다. 아울러 장애부모를 둔 비장애 아동의 심리, 정서적 강화 및 탈선방지 등을 위해 자녀들과의 관계에서 발생할 수 있는 문제해결에 도움을 제공하는 상담 및 가족 관계 개선을 위한 프로그램을 제공할 수 있도록 지원해야 한다.

마지막으로 우리나라에는 장애인의 기본권을 확보할 수 있는 법안으로서 장애인복지법, 장애인고용촉진 및 직업재활법, 특수교육진흥법, 노인·장애인·임산부를 위한 편의증진법 등이 있지만, 여성장애인에 대한 명시적인 조항이 있는 법은 ‘성폭력범죄의 처벌 및 피해자 보호 등에 관한 법률만 있을 뿐이다<sup>372)</sup>. 따라서 장애인 관련법에 여성장애인의 차별을 금지한다는 명문화된 조항을 삽입하고, 정부 및 지방자치단체는 여성의 특성에 맞는 서비스를 제공해야함을 의무조항으로 명시하여야 할 것이다<sup>373)</sup>.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

5년마다 이루어지는 장애인 실태 조사에서는 여성 장애인의 실태는 실제보다 축소되어 보고되는 경향이 있다. 특히 생식보건과 관련하여 장애 여성은 일반 여성에 비해 자기 결정권이 더욱 낮고 모성 보건 서비스에 관한 정보나 실제 접근성, 사회적 지지에 이르기까지 어려움이 많은 상황이다. 그러므로 여성 장애인의 생식권 보장을 위해서는 의료적 보장 뿐 아니라 사회 복지 서비스와의 연계는 필수적이며 산전/분만/ 출산 후 단계별로 필요한 의료 서비스 제공하고 및 자녀 양육의 부담을 덜어 줄 수 있도록 장애 여성 자녀의 양육지원 할 수 있어야 한다. 흔히 장애인의 복지 서비스는 물질적·경제적 지원에 그치는 경우가 대부분인데 출산이라는 여성 고유의 권한을 존중 받을 수 있도록 인권 보장의 측면에서 사회적·정서적 지원에도 함께 관심을 가져야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 노동부

372) 한국보건사회연구원. 여성장애인생활 실태와 대책 정책보고서 2002; p. 146

373) 상계서. p. 148-150

## V. 노인

### 1. 장기요양서비스

#### 1) 장기 요양 시설 및 서비스에 대한 급여 수준 확대

최근 고령화 진전에 따라 치매, 중풍 등 요양보호 필요노인이 급속히 증가하였으나, 핵가족화·여성의 사회참가 증가, 보호기간의 장기화 등으로 가정에 의한 요양보호에 한계 도달한 상태이다. 이에 대한 대안으로 장기요양시설 등에서의 서비스 확대가 필요한 상황이다. 그런데 노인질병 및 장기요양서비스의 특성상 질병이나 손상의 종류에 관계없이 최종적인 결과로서 기능상태(functional status)가 중요하다는 특징을 가지고 있다. 이에 따라 장기요양서비스에는 일반 의료서비스와는 다른 서비스체계와 급여체계를 적용시켜야 할 것이다. 본 절에서는 건강한 노년을 위한 장기요양시설 및 서비스에 대한 급여 수준 확대에 대해 논하고자 한다.

#### (1) 현황

요양보호(long term care)란 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간(6월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위하여 제공되는 보건·의료·요양·복지 등 모든 행태의 보호서비스를 의미한다. 우리나라 요양시설을 이용하기 위한 비용은 월 32~70만 원, 유료요양·요양병원을 이용하기 위한 비용은 월 100~250만 원 정도 부담이 되고 있다. 이 경우 2년간 시설을 이용할 경우 중산·서민층 노인이 부담해야 할 비용은 약 1,680 ~6,000만 원이나 소요되어, 서비스를 이용하는 노인 자신은 물론 그 가족에게도 큰 부담이 되고 있다.

또한 노인인구증가, 요양병원수가 미비 등으로 노인의료비가 급격히 증가하고 있으며, 이로 인한 건강보험재정 압박하는 요인으로 작용하고 있다. 1990년 에는 2,391억 원(10.8%)을 차지하던 노인의료비가 1995년에는 7,281억 원(12.2%), 2001년에는 3조6,356억 원(19.3%)에 이르렀으며, 노인의 비율이 10%수준이 될 2010년에는 전체 의료비의 약 30%를 노인의료비가 차지할 전망이다.

질병치료비의 경감조치로 의료비공제제도가 시행되고 있으나 현행 소득세법상 의료비 공제대상은 의료법에 의한 의료기관에 지급하는 비용과 약사법에 의한 의약품 구입에만 한정되어 있어, 노인복지법에 의해 설립된 노인의료복지시설 요양비용은 소득공제 대상에서 제외되고 있다. 실제로 노인병원에서의 요양비는 소득공제(의료비공제 항목)되나, 요양시설에서의 요양비는 공제되지 않는 실정이다.<sup>374)</sup>

## (2) 국제기구 권고 및 외국사례

장기요양 서비스가 발달되어 있는 미국과 일본의 장기요양서비스 급여 및 수가체계를 비교해 보면 다음과 같다(표 31)<sup>375)</sup>.

<표 31> 미국, 일본의 급여 및 수가체계 비교 분석

	미 국	일 본
적용대상 시설 등	재가서비스, 요양서비스, 장기요양병원 등	재가서비스, 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설
환자군분류	자원이용수준에 따른 환자군 분류	자원이용수준에 따른 환자군 분류
재가서비스	서비스 당 정액	서비스 당 정액
요양시설서비스	자원이용수준에 차등 정액	자원이용수준에 따른 차등 정액
요양병원(상)	질병명과 자원이용수준에 따른 차등 정액	자원이용수준에 따른 차등 정액
특 징	서비스 기간 상한 지정	판정 등급별 월 상한액 지정(시설예외)

## (3) 현행법

### 가. 노인복지법

· 제1조 (목적) 이 법은 노인의 질환을 사전예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함을 목적으로 한다.

· 제2조 (기본이념) ①노인은 후손의 양육과 국가 및 사회의 발전에 기여하여 온 자로서 존경받으며 건전하고 안정된 생활을 보장받는다. ②노인은 그 능력에 따라 적당한 일에 종사하고 사회적 활동에 참여할 기회를 보장 받는다. ③노인은 노령에 따르는 심신의 변화를 자각하여 항상 심신의 건강을 유지하고 그 지식과 경험을 활용하여 사회의 발전에 기여하도록 노력하여야 한다.

374) 국무조정실 노인보건복지대책위원회. 고령사회에 대비한 노인보건복지종합대책. 2002.

375) 상계서.



· 제4조 (보건복지증진의 책임) ①국가와 지방자치단체는 노인의 보건 및 복지증진의 책임이 있으며, 이를 위한 시책을 강구하여 추진하여야 한다. ②국가와 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 시책을 강구함에 있어 제2조에 규정된 기본이념이 구현되도록 노력하여야 한다. ③노인의 일상생활에 관련되는 사업을 경영하는 자는 그 사업을 경영함에 있어 노인의 보건복지가 증진되도록 노력하여야 한다.

· 제34조 (노인의료복지시설) ①노인의료복지시설은 다음 각호의 시설로 한다. 1. 노인요양시설 : 노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설 2. 실비노인요양시설 : 노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설 3. 유료노인요양시설 : 노인을 입소시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하는 시설 4. 노인전문요양시설 : 치매·중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설 5. 유료노인전문요양시설 : 치매·중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하는 시설 6. 노인전문병원 : 주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설 ②노인의료복지시설의 입소대상·입소절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제35조 (노인의료복지시설의 설치) ①국가 또는 지방자치단체는 노인의료복지시설을 설치할 수 있다. ②국가 또는 지방자치단체외의 자가 노인의료복지시설을 설치하고자 하는 경우에는 시·도지사에게 신고하여야 한다. 다만, 노인전문병원은 의료법에 의한 의료기관을 개설할 수 있는 자(치과의사 및 조산사를 제외한다)에 한하여 시·도지사의 허가를 받아 설치할 수 있다. ③노인의료복지시설의 시설, 인력 및 운영에 관한 기준과 설치신고 및 설치허가 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 다만, 노인전문병원의 시설 등에 관한 기준은 의료법 제32조의 규정에 의한 의료기관의 시설 등의 기준에 관한 규정중 요양병원에 관한 규정을 준용하되, 보건복지부령이 따로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다. ④노인전문병원에 관하여 이 법에서 규정된 사항을 제외하고는 의료법의 규정을 준용하되, 그 관리 및 운영 등에 있어서는 이를 의료법 제3조제2항의 규정에 의한 의료기관중 요양병원으로 본다.

#### 나. 노인복지법시행령

· 제22조 (비용의 부담) ①법 제45조제2항의 규정에 의하여 법 제27조 및 제28조의 규정에 의한 건강진단 등과 상담·입소 등의 조치에 소요되는 비용은 예산의 범위안에서 국가 및 지방자치단체가 이를 부담하되, 그 부담비율은 보조금의예산및관리에관한

법률시행령 별표 1이 정하는 바에 의한다. ②법 제45조제2항의 규정에 의하여 법 제33조제1항·제35조제1항·제37조제1항 및 제39조제1항의 규정에 의한 노인복지시설의 설치·운영에 소요되는 비용은 당해 노인복지시설을 설치한 국가 또는 지방자치단체가 이를 부담한다.

#### 다. 소득세법

· 제52조 (특별공제) : ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자를 제외한다)가 당해 연도에 지급한 금액중 다음 각호에 규정한 것이 있는 때에는 이를 당해연도의 근로소득금액에서 공제한다. 3. 기본공제대상자(연령 및 소득금액의 제한을 받지 아니한다)를 위하여 지급한 대통령령이 정하는 의료비로서 다음 각목의 금액을 합산한 금액

#### 라. 소득세법시행령

· 제110조 (의료비공제) : ① 법 제52조 제1항 제3호에서 "대통령령이 정하는 의료비"라 함은 당해 근로자가 직접 부담하는 다음 각호의 1에 해당하는 의료비를 말한다.

1. 진찰·진료·질병예방을 위하여 의료법 제3조의 규정에 의한 의료기관에 지급하는 비용 2. 치료·요양을 위하여 약사법 제2조의 규정에 의한 의약품(한약을 포함한다. 이하 같다)을 구입하고 지급하는 비용 3. 장애인 보장구(조세특례제한법시행령 제105조의 규정에 의한 보장구를 말한다) 및 의사·치과의사·한의사 등의 처방에 따라 의료기기(약사법 제2조제9항의 규정에 의한 의료기기를 말한다)를 직접 구입 또는 임차하기 위하여 지출한 비용 4. 시력보정용 안경 또는 콘택트렌즈 구입을 위하여 지출한 비용으로서 법 제50조제1항의 규정에 의한 기본공제대상자(연령 및 소득금액의 제한을 받지 아니한다) 1인당 연 50만원 이내의 금액 5. 보청기 구입을 위하여 지출한 비용 ② 제1항 각호의 비용에는 미용·성형수술을 위한 비용 및 건강증진을 위한 의약품 구입비용은 포함하지 아니하는 것으로 한다. ③ 원천징수의무자는 법 제137조 또는 법 제138조의 규정에 의한 근로소득세액 연말정산시 종합소득금액에서 공제받는 의료비가 연 200만원 이상인 근로자에 대하여는 근로소득지급조서를 제출하는 때에 당해 근로자의 의료비지급명세서가 전산처리된 테이프 또는 디스켓을 관할세무서장에게 제출하여야 한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

우리나라는 1983년부터 생활보호대상자에게 무료 노인건강진단제도를 실시하였고, 1987년부터 재가노인복지사업이 실시되어 사회적 보호가 필요한 노인을 위한 재가 및

시설보호체계를 구축하였다. 이로 인해 시설보호의 경우 무료·실비·유료 양로시설, 무료·실비·유료 요양시설, 치매전문요양시설 등 시설의 설립 근거가 마련되었으며, 재가 보호서비스도 가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설 등으로 다양하게 발전해 오게 되었다<sup>376)</sup>.

그러는 가운데 최근 고령화 사회에서 증가하는 노인요양보호문제는 국민들의 노후 최대의 불안요인으로서 사회전체에 미치는 국가적 중요과제가 되었다. 이에 따라 노인의 자립생활지원 및 가족부담 경감과, 증가하는 노인요양비 및 노인의료비 문제에 효율적으로 대응하기 위해 고령화 사회초기에 보편적인 '공적노인요양보장체계'구축이 불가피해지게 되었다. 정부는 2003년 3월 '공적노인요양보장추진기획단'을 설치하고 2007년 제도 시행을 목표로 공적노인요양보장체계를 구축해 나가고 있다<sup>377)</sup>.

#### (5) 기존 제안

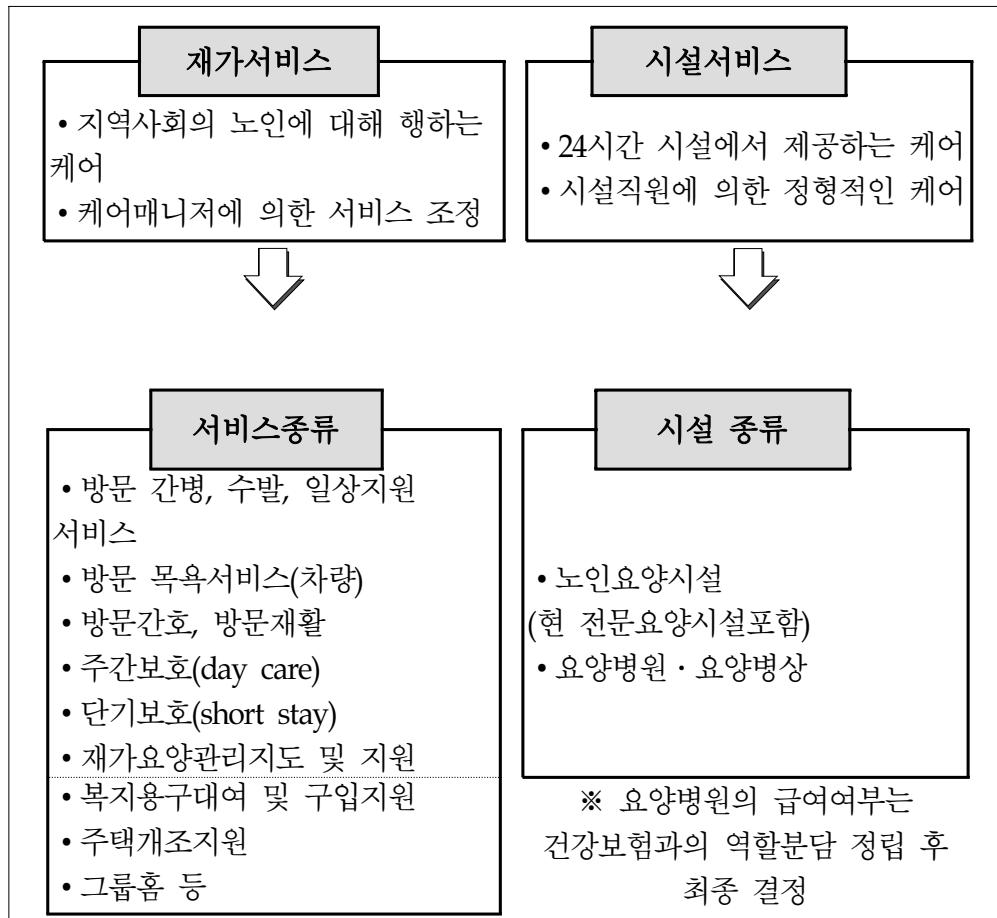
2004년 2월에 발표된 공적노인요양보장체계 최종보고<sup>378)</sup>에서 제안하고 있는 공적노인요양보장체계의 급여 및 수가 체계에 대한 기본 대안은 다음과 같다(그림 5, 표 30).

---

376) 상계서.

377) 공적노인요양보장추진기획단. 공적노인요양보장체계 최종보고. 2004. 2. 18.

378) 상계서.



[그림 5] 요양보호서비스 기본체계

<표 32> 수가체계 개발방향

구 분	수가개발 대상	수가개발 방향
재 가 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 방문서비스</li> <li>• 주간 보호 · 단기 보호</li> <li>• 요양관리지도</li> <li>• 그룹 홈 및 복지용구대여 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 방문서비스당 정액제</li> <li>• 등급별 월 지급한도액 설정</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복지용구 구입 · 주택개수비 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 실비상환제</li> </ul>
시 설 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 요양시설(현 전문요양시설포함)</li> <li>• 요양병원 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 등급별(기능상태별) 일당 또는 월당 정액제</li> <li>• 등급별 월상한액 설정</li> </ul>

이어서 2004년 6월에 공적노인요양보장제도 실무기획단 제5차 회의결과보고<sup>379)</sup>에서는 노인요양보험의 요양급여의 범위 및 기준이 정해졌는데, 그 내용을 살펴보면 다음과 같다.

○ 요양병원 간병서비스(간병비)

: 현행 건강보험 요양병원 수가체계의 개선 또는 의료법에 명시된 요양병원 간호 인력기준 개선 등을 통하여 대처함이 바람직함. 다만, 노인을 부양하는 가족에 대한 간병비 부담이나 제도 도입 취지 등을 고려할 때, 노인요양보험의 급여로 인정할 필요성이 커지므로 적극 검토되어야 함. 따라서 실행위원회에 상정하여 토의결과에 따라 최종 급여여부를 결정함이 타당

○ 요양적 방문간호(표 33)

: 전문간호사의 독자적인 판단 하에 수행할 수 있는 기본적인 간호와 장기요양환자의 재가서비스 욕구를 충족할 수 있는 간호범위로 한정하여 현행 보건소 중심의 방문보건 수준의 서비스를 대안으로 제시함

<표 33> 방문간호 서비스 (안)

구 분	서비스 주요범위	
사정 및 기본간호	1. 신체사정 3. 체위변경 5. 등 간호	2. 혈압·활력증후 측정 4. 개인위생 관리 6. 온·냉찜질
재활 및 요양관리	1. 알코올마사지 3. 배뇨관리 5. 욕창예방 관리 7. 통증관리 9. 호흡기계 관리 11. 뇌졸중 환자 관리	2. 상처치료 및 감염관리 4. 배변관리 6. 만성질환자 관리 8. 마비환자 관리 10. 치매환자 관리 12. 외상노인 환자

※ 의료계와의 충분한 협의를 거쳐, 의사의 지도하의 방문간호범위를 단계적으로 확대하는 방안 검토 추진.

○ 노인요양급여의 종류는 다음의 서비스로 하기로 함.

- 재가서비스 : 방문간병(수발), 방문목욕, 방문간호, 방문재활, 재가요양관리지도 및 지원, 주간보호, 단기보호, 복지용구대여 및 구입비 지원, 그룹홈(치매대응형 공동생활지원)

379) 보건복지부 노인요양보장과. 공적노인요양보장제도 실무기획단 제5차 회의결과보고. 2004. 06.15.

- 시설서비스 : 요양시설, 전문요양시설

※ 유료노인요양시설 등은 재가서비스 형태로 제공

○ 다만, 인프라수준 및 재정상황 등을 고려하여 복지용구대여 및 구입지원, 그룹홈은 단계적으로 확대하고 그 외, 주택개조서비스 등 필요한 재가서비스는 제도의 안정성 등을 감안, 점차 확대해 나가는 것이 바람직할 것임

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

장기요양서비스의 급여는 의료·복지·요양 등 복합적인 서비스체계의 개발이 불가피하고, 포괄적인 장기요양서비스체계 구축, 서비스의 연속성 및 체계화를 고려한 적절한 요양서비스에 따른 별도의 수가체계 개발이 필요하다.

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부, 국민건강보험공단

## 2. 재가(在家) 보건서비스

### 1) 재가 보건 서비스 확충

재가 보건의료 서비스는 정신적, 신체적인 이유로 혼자서 일상생활을 수행하기에 불편이 있는 노인가정에 대하여 필요한 각종 서비스를 제공함으로써, 노인이 지역사회에서 가족 및 친지와 더불어 건전하고 안정된 생활을 영위할 수 있도록 하고, 가족의 수발부담을 덜어주도록 하는 목적을 가지고 있다.

#### (1) 현황

한 연구<sup>380)</sup>에서 밝히고 있는 우리나라 재가노인복지사업의 현황과 문제점을 살펴보면 다음과 같이 요약할 수 있다.

가. 수혜대상자의 제한

380) 도성희. 재가노인복지사업의 현황과 문제점, 개선방향.

[http://www.gangseosensor.or.kr/society\\_files/재가노인복지사업의%20현황과%20문제점,%20개선방안\[논문자료\]\\_1087190939.hwp](http://www.gangseosensor.or.kr/society_files/재가노인복지사업의%20현황과%20문제점,%20개선방안[논문자료]_1087190939.hwp)

생활보호대상자나 저소득층 노인들을 제외하고 재가서비스를 이용하는 일반 노인은 거의 없다. 그 원인으로는 재가서비스에 대한 홍보 부족, 단순 보호 위주의 서비스 내용으로 인한 노인들의 수혜 욕구 저하, 서비스 기관의 수혜대상자 선별 지정 방식, 서비스 수혜에 대한 노인들의 소극성과 편견 등을 지적할 수 있다.

#### 나. 서비스 내용의 단순·일률성

현재 재가보건서비스에서는 단순 보호 차원의 서비스가 제공되고 있어서 노인들의 다양하고 복합적인 요구에 부응할 수 없다. 더구나 노인들의 건강 상태나 요구와는 무관하게 서비스가 일률적으로 제공되고 있는 것도 시정되어야 할 점이다.

#### 다. 전달체계상의 문제로 인해 노인들의 서비스 접근성 저하

서비스기관 위주의 하달식 전달체계, 각 서비스 기관의 분산 및 연계성 부족, 종합적인 서비스 정보 제공 결여 등으로 노인들의 서비스 접근성을 떨어뜨리는 요인이다.

#### 라. 정부 재정 지원의 미미

현재 우리나라에서 정부 재정 지원의 미약적인 확충 없이는 재가서비스 향상을 위한 어떠한 노력도 실효를 거두기 어렵다. 재가서비스와 함께 제반의 사회안정망 구축을 정부 재정 확충이 절실하다.

### (2) 국제 권고 및 외국 사례

#### 가. 핀란드

2015년까지의 공중 보건 전략을 기획하면서 생애 주기별로 13대 주요 과제를 선정했는데, 그 중 노인인구의 건강보장과 관련하여 지역사회/재가 서비스를 강조하였다. 즉, 노인 인구가 (능력이 저하된 경우에도) 독립적인 생활을 꾸려갈 수 있는 조건을 보장하도록 이들을 위한 주거, 지역 서비스와 교통 환경들이 개발되어야 하며, 지역 당국은 그들의 복지 사업의 일환으로, 주거지역의 개발과 확장과 관련한 지방 자치 계획에 노인 전략을 포함시킴으로써 이러한 대상 목표를 위해 노력해야 한다고 했을 뿐 아니라, 노인을 위한 서비스 프로그램은 일상생활과 장기 요양에 필요한 간호 서비스를 개발하고 비공식적 돌봄과 봉사 활동, 상용 서비스와 정부 활동을 합병시키며, 현대적 기술의 활용을 목표로 하여 지방 자치 단체와 함께 작업이 이루어져야 한다고 강조했다<sup>381)</sup>.

---

381) Government Resolution - on the Health 2015 public health programme. the Ministry of Social Affairs and Health 2001

#### 나. 스웨덴

1999년에 국가 공중보건 위원회에서 19 항목의 보건 목표(Green Paper)를 제시했는데, 그 중에서 모든 노인과 장기 이환자에게 적극적인 방문 보건과 건강증진 사업 수행을 강조했으며 이를 통해 적어도 1년에 한 번 건강증진을 목적으로 사회서비스나 보건의료 전문가의 가정 방문을 받는 장기 이환 상태의 사람들과 노인들의 비율 증가시킨다는 것을 목표로 삼았다<sup>382)</sup>.

#### 다. 영국

건강 불평등의 해소와 관련하여 4가지 접근을 제시하고 있는데, 그 중 한 가지가 개인과 지역사회의 참여를 증대시키는 것이다. 여기에서는 특히 노인들에 대한 지역사회 보건복지 서비스를 강조하여, 1) 2006년까지 모든 지원 노인의 30%가 가정에서 살 수 있도록, 2) 2004년에는 5만명 이상이 독립적으로 거주하며, 50% 이상이 지역사회 시설을 통해 혜택을 받고, 15만 명의 노인이 중간 단계 보호를 받도록 목표를 정하고 있다<sup>383)</sup>. 또한 이러한 목표는 2003-2006년 주요 정부 부처의 공공 서비스 협약 목표(Public Service Agreements, PSAs)<sup>384)</sup>에도 다시 한 번 천명되어, 모든 이들의 건강 및 사회적 보호의 개선을 목표로 하며, 그 중에서도 2006년 3월까지 가정에서 살 수 있도록 집중 지원되는 노인의 숫자를 가정이나 요양시설에서의 사회 서비스에 의존하는 전체의 30%까지 증가시켜서, 노인들이 가능하면 가정에서 살 수 있도록 삶의 질과 독립성 증진하도록 하고 있다.

이와 함께 도성희가 수행했던 연구<sup>385)</sup>의 지적에 따르면 재가노인복지사업에 관한 선진국들의 공통적인 경험은 다음과 같다.

첫째, 시설수용에 대한 반성과 함께 노인복지사업의 제도적, 보편주의적 관점에서 재가노인복지사업을 확대했다. 즉, 노인복지사업에 대한 개념이 잔여적인 것에서 제도적인 것으로, 선별주의 원칙에서 보편주의 원칙으로 발전·확대되면서 재가노인복지사업의 중요성이 강조되었다.

둘째, 전체 노인을 서비스의 수혜대상으로 하고 있다. 저소득층 노인들에 대한 무료 서비스의 질과 양을 계속 확대하되, 그 밖의 일반 노인들에게도 필요로 하는 서비스가

382) Equity-oriented national strategy for public health in Sweden - A case study. European Centre for Health Policy 2000

383) Equality Framework: Priorities for Action. Department of Health 2003

384) White Paper : Public Service Agreements (PSAs) for all main departments for 2003 to 2006.

385) 도성희. 재가노인복지사업의 현황과 문제점, 개선방향.

[http://www.gangseosensor.or.kr/society\\_files/재가노인복지사업의%20현황과%20문제점,%20개선방안\[논문자료\]\\_1087190939.hwp](http://www.gangseosensor.or.kr/society_files/재가노인복지사업의%20현황과%20문제점,%20개선방안[논문자료]_1087190939.hwp)



보편적으로 제공되도록 하고 있다.

셋째, 노인들의 다양하고 복합적인 요구를 반영하여 재가서비스의 내용도 다양하고 종합적이다. 특히 보건·의료 서비스를 복지 서비스와 연결시켜 보건·의료·복지의 종합적인 서비스 제공이 가능하게 하고 있으며, 일반 노인들을 대상으로 한 유료 서비스도 다양하게 제공하고 있다.

넷째, 서비스의 전달체계가 수혜노인 위주로 구성되어 수요자의 접근성이 높고, 서비스기관 상호간의 종합적인 연계와 정보공유도가 높다. 특히 미국의 사례관리 서비스나 일본의 재택개호지원센터 등은 수혜대상자가 서비스에 대한 종합적인 정보를 취득하여 자신에게 필요한 서비스를 제공받을 수 있는 예이다.

다섯째, 정부의 재정 지원도가 높고, 민간부문의 참여를 효과적으로 유도하고 있다. 노인복지사업과 같은 사회적 서비스는 기본적으로 국가 재정의 튼튼한 뒷받침 없이는 양과 질의 확대를 기대할 수 없다. 선진국들은 정부 재정을 근간으로 전체 노인을 대상으로 하는 재가복지 서비스체계를 구축하였고, 이것은 비영리 민간부문이 참여할 수 있는 조건이 되어 정부 재정의 부족분을 채우고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 노인복지법

· 제38조 (재가노인복지시설) : ① 재가노인복지시설은 다음 각호의 시설로 한다.  
1. 가정봉사원과견시설 : 신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공하여 지역사회안에서 건전하고 안정된 노후생활을 영위하도록 하는 시설  
2. 주간보호시설 : 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애노인을 낮동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 신체적·정신적 부담을 덜어주기 위한 시설  
3. 단기보호시설 : 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인가정의 복지증진을 도모하기 위한 시설  
② 제1항의 규정에 의한 재가노인복지시설의 이용대상 및 이용절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제39조 (재가노인복지시설의 설치) ① 국가 또는 지방자치단체는 재가노인복지시설을 설치할 수 있다. ② 국가 또는 지방자치단체외의 자가 재가노인복지시설을 설치하고자 하는 경우에는 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. ③ 재가노인복지시설의 시설, 인력 및 운영에 관한 기준과 설치신고 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지

부령으로 정한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

1980년대 중반부터 노인에 대한 시설보호중심에서 가정에 있는 노인에 대한 보호와 지원으로 전환할 필요성을 인식하고 1987년에 가정봉사원과견사업 2개소를 시범적으로 실시하였다. 1989년 12월 제1차 노인복지법 개정시 “가정봉사사업”, “재가노인”이라는 용어를 최초로 사용하였으며, 1993년 12월 제2차 노인복지법 개정시에는 “재가노인복지”를 명시하였다. 1997년 8월 가정봉사원 교육훈련의무 및 교육기관을 명시하고, 시설평가제 도입하여 재가노인보건서비스를 발달시켜나갔다<sup>386)</sup>.

보건복지부의 재가노인봉사사업 지침을 보면, 재가노인복지사업은 심신이 노쇠하여 일상생활 유지에 불편이 있는 노인 가구에 대하여 필요한 각종 사회적 서비스를 제공함으로써 지역사회 내에서 건전하고 안정된 정상생활을 할 수 있도록 돕는 것을 목적으로 하고 있다. 실시주체는 시·군·구로 되어 있고 실시기관은 사회복지법인 등 비영리법인에서 하도록 하고 있다. 서비스 대상은 65세 이상 단독세대 노인가구, 노인을 부양하고 있는 맞벌이 부부, 기타 재가노인서비스가 필요하다고 인정되는 60~64세의 노인가구 등이다. 서비스 비용은 원칙적으로 이용자가 부담하되 생활보호대상자나 일정 소득 이하의 노인은 무료 또는 실비로 부담하도록 하고 있다<sup>387)</sup>.

앞에서 언급한 바와 같이 최근 공적 장기요양서비스에 대한 사회적 요구가 증가함에 따라 정부에서는 공적노인요양보장체계를 구축하기 시작하였다. 여기에서는 공적노인요양보장 제도 설계의 기본 방향 중 하나로 ‘가정 및 재가복지 우선 및 예방, 재활에 중점을 둔 체계’를 언급함으로써 재가 보건서비스의 확충을 계획하고 있다<sup>388)</sup>.

#### (5) 기존 제안

우리나라의 재가보건 서비스가 노인의 장기요양을 위해서 크게 기여하기 위해서는 다음과 같은 변화들이 제안되고 있다<sup>389)</sup>.

첫째, 현재와 같은 단순 보호 위주의 선별주의 방식을 극복하고, 제도적·보편주의적 관점에 입각하여 전체 노인을 대상으로 한 재가서비스로 전환되어야 한다. 이를 위해

386) 보건복지부. 2002년도 노인보건복지사업 안내. 2002.

387) 도성희. 전계서

388) 공적노인요양보장추진기획단. 공적노인요양보장체계 최종보고. 2004. 2. 18.

389) 도성희. 전계서

기존의 무료 서비스를 양적·질적으로 확대하고, 중산층 이상의 노인들을 위한 실비의 다양한 유료 서비스를 개발·제공하여야 한다.

둘째, 서비스 내용을 다양화하여야 한다. 특히 보건·의료 서비스를 복지 서비스와 연계하여 보건·의료·복지의 종합적인 서비스 제공이 필수적이다. 이를 위해서는 전문인력을 확보하기 위한 교육적·재정적 노력을 기울여야 한다.

셋째, 수혜자 중심의 전달체계를 구축하여야 한다. 이를 위해서는 서비스 기관의 일원화가 필요하겠지만, 현실적으로는 시범운영하고 있는 보건복지사무소의 활성화와 기존의 보건소 조직 및 사회복지계의 통합·상호 연계가 그 대안이 될 수 있을 것이다. 그리고, 수혜자가 종합적인 서비스 정보를 제공받기 위한 시스템 구축도 필요하다.

넷째, 정부 지원의 재정규모를 현실성 있게 확충하여야 한다. 이를 통해 무급의 자원봉사를 통한 서비스의 단편성을 극복하여야 한다. 그리고 정부 재정의 일정한 확충 속에서 그 부족분을 충당하기 위해 민간부문 및 지역사회의 동참을 유도할 수 있는 제도적 장치도 마련되어야 한다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획전체 평가 및 실천 계획

우리나라는 다른 나라에 비해 강한 가족부양 중심의 전통적 가치관과 급속한 산업화에 따른 급속한 가족 형태의 변화라는 특수한 상황 속에서 특별한 사회적 준비 없이 고령화 사회를 맞고 있다. 이러한 상황에서 재가노인 복지사업은 1980년대 후반부터야 본격적으로 시작되기 시작했다. 이러한 조건에 맞게 시급히 재가복지사업을 확충·정비하되, 전통적인 가족보호를 선호하는 노인들의 의식을 감안하여 가족체계를 보존하고 그 기능을 지원하는 방향에서 정책을 추진해 나아가야 할 것이다. 이를 위해 가족의 노인부양을 돕기 위한 각종 세제 혜택과 경제적 지원, 가족의 부양 부담을 덜 수 있는 재가서비스의 확충 등을 개발·시행해야 할 것이다. 그리고 가족과 함께 지역사회 차원의 보호가 가능하도록 보건·의료·복지의 종합적인 서비스 체계 구축도 모색되어야 할 것이다.

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부

### 3. 안(眼)/구강 보건

#### 1) 안(眼)/구강 보건 서비스 급여 확대

우리 사회에서는 노령이 진행될수록 치아와 눈의 건강이 악화되는 것을 자연스러운 것으로 받아들이는 경향이 있다. 이는 생명에 큰 위협을 끼치는 심각한 의학적 문제는 아니지만, 노인들의 삶의 질 저하의 중요한 원인으로 작용한다. 실제로 치아 문제 때문에 식사에 문제를 일으키고 그로 인한 장기적인 영양 불량 상태에 빠지거나 혹은 눈의 문제 때문에 사고나 손상 등 안전상의 위협을 입는 경우가 흔히 발생하고 있다. 더구나 백내장 수술 같은 경우는 가장 비용/효과성이 높은 의학적 처치 방법으로 알려져 있는 바, 기본적인 안/구강 서비스의 급여 확대만으로도 노인들의 삶의 질 향상에 큰 도움이 될 수 있을 것이다.

#### (1) 현황

##### 가. 구강보건

‘2000년 국민 구강건강실태조사’ 결과<sup>390)</sup>, 사랑니를 제외한 28개의 영구치아 중에서 구강내에 현재 존재하는 갯수는 65~74세 노인에서 16.26개이었고, 75세 이상 노인층에서는 10.42개에 불과하였다(표 34). 따라서 상당수의 노인이 음식물 섭취 등의 어려움을 겪고 있을 것으로 추정되고 있다. 우리나라에서 영구치아 상실의 첫 번째 원인은 치아우식증(충치)이라고 밝혀져 있어서, 치아우식증(충치)관리를 위한 대책 마련이 시급한 것으로 나타났다.

한편 현행 제도에서는 건강보험법 제39조(요양급여) 제3항 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상)에 따라 일상생활에 지장이 없거나, 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 않는 경우에는 틀니 제공을 비급여로 하고 있으며, 스켈링도 비급여 대상으로 정해져 있다. 노인들니에 대해 보험을 적용할 경우 노령인구의 지속적인 증가 등으로 인해 연간 약 6,000~7,000억 원 이상의 보험재

<표 34> 현존하는 영구치아의 수 (개)

	65-74세 노인	75세 이상 노인
전체	16.26 개	10.42 개
대도시 지역	17.86 개	11.19 개
중소도시 지역	15.83 개	9.86 개
군 지역	14.29 개	10.16 개

390) 보건복지부 구강보건과. ‘2000년 국민 구강건강실태조사’ 결과. 2001. 06.

정이 추가 소요될 것으로 예상되고, 보험료도 약 6%~7%의 인상요인이 발생하게 된다(표 35). 이러한 경제적 부담 때문에 현재 이에 대한 보험 적용은 받아들여지지 않고 있다<sup>391)</sup>.

<표 35> 70세 이상 노인전체 인구 중 틀니희망자 보험적용 시 재정소요  
(단위 : 억원)

구 분	'04	'05	'06	'07	'08	합계
보험재정 추가소요	3,733	5,909	6,234	6,938	7,320	30,134

자료 : 노인 의치의 의료보험 적용을 위한 비용추계(김혜연, 1997)

#### 나. 안보건<sup>392)</sup>

2002년 말 현재 65세 이상 노인 안질환 유병률(한국실명예방재단)을 보면, 백내장이 24.7%(980천명), 당뇨병성 망막증이 약 1.1%(44천명)이고, 이중 약 15%(153천명)는 수술이 필요한 것으로 확인되고 있다. 이러한 노인 안질환의 경우 조기 치료 시 약 30%는 실명예방이 가능하나, 안과 전문의가 없는 읍·면 지역 거주 노인층에게서는 안검진 기회가 부족하여 노인의 안건강을 위협하고 있는 실정이다. 또한 백내장 수술의 경우는 약 40만 원, 망막질환의 경우에는 약 100만 원의 1인당 본인부담금을 지불해야 하는 점은 노인들에게 경제적 부담으로 작용하고 있다<sup>393)</sup>.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 외국의 의치 보험급여현황(표 36)<sup>394)</sup>

391) 보건복지위원회 수석전문위원. 노인틀니보험급여실시에 관한 청원 검토 보고서. 2003년 11월  
[http://search.assembly.go.kr/bill/doc\\_X0/16/hwp/160692\\_X00.HWP](http://search.assembly.go.kr/bill/doc_X0/16/hwp/160692_X00.HWP)

392) 보건복지부. 2003년 노인 암검진 및 개안수술 사업 안내. 2003.

393) 보건복지부 노인요양보장과 노인건강진단사업 개선방안. 2004. 01.

394) 보건복지위원회 수석전문위원. 노인틀니보험급여실시에 관한 청원 검토 보고서. 2003년 11월  
[http://search.assembly.go.kr/bill/doc\\_X0/16/hwp/160692\\_X00.HWP](http://search.assembly.go.kr/bill/doc_X0/16/hwp/160692_X00.HWP)

<표 36> 외국의 의치 보험급여현황

국가명	급여유형
일 본	전인구 급여, 70세 이상은 본인부담금 경감- 재료대 차액 본인부담
미 국	medicare에서 65세 이상에 대하여 제한된 범위 내에서 급여 (턱, 이, 안면골절 수술시 등)
네덜란드	의치 급여, 보철 비급여
아이슬랜드	의치 급여, 보철 비급여
뉴질랜드	일반진료 급여, 보철치료 비급여
독 일	보철 급여

#### 나. 세계보건기구의 실명 예방 사업<sup>395)</sup>

세계보건기구는 “Vision 2020 - The right to Sight”라는 캐치프레이즈 아래 회피가능한 실명의 예방을 위한 국제적 프로그램을 진행하고 있다. 회피가능한 실명을 야기하는 5대 질환들이 이 사업의 핵심 대상이 되며, 그 중 백내장은 가장 우선순위에 꼽히고 있다. 인구 1백만 명당 백내장 수술의 숫자(Cataract Surgical Rate)를 지표로 사용할 수 있는데, 이는 미국의 5천명에서부터 아프리카 대륙의 2백명에 이르기까지 국가별로 매우 큰 차이를 보인다. 전세계적으로 2010년까지 연간 2천만 건의 백내장 수술이 시행되어야 하며 최종적으로 2020년까지 연간 3천 2백만 건의 시행을 목표로 하고 있다. 또한 Vision 2020은 추가로 세 가지를 강조하고 있는데, 1) 회복된 시력과 삶의 질 측면에서 높은 성공률, 2) 지불 가능하고 접근 가능한 서비스(특히 취약 계층), 3) 서비스 이용의 장벽 극복할 수 있는 방안 등이 그것이다.

### (3) 현행법

#### 가. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

· 제9조 (비급여대상) : ① 법 제39조 제3항의 규정에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항 관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상 생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

395) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs214/en/>

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강 보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거

4. 보험급여시책 상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

다. 법 제46조에 의하여 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구 바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등 포함)

#### 나. 노인복지법

· 제27조 (건강진단 등) : ① 국가 또는 지방자치단체는 대통령령이 정하는 바에 의하여 65세 이상의 자에 대하여 건강진단과 보건교육을 실시할 수 있다. ② 국가 또는 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 건강진단 결과 필요하다고 인정한 때에는 그 건강진단을 받은 자에 대하여 필요한 지도를 하여야 한다.

#### 다. 노인복지법시행령

· 제20조 (건강진단 등) : ① 법 제27조 제1항의 규정에 의한 건강진단은 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장(이하 "복지실시기관"이라 한다)이 2년에 1회이상 국·공립병원, 보건소 또는 보건복지부령이 정하는 건강진단기관에서 대상자의 건강상태에 따라 1차 및 2차로 구분하여 실시한다. ② 법 제27조 제1항의 규정에 의한 보건교육은 복지실시기관이 보건소 또는 보건·의료관련 기관·단체로 하여금 실시하게 할 수 있다. ③ 복지실시기관은 제2항의 규정에 의하여 보건교육을 실시한 보건·의료관련 기관·단체에 대하여 예산의 범위안에서 교육실시에 소요되는 비용을 지원할 수 있다.

### (4) 정부 시행 정책 및 계획

#### 가. 노인 틀니 제공 서비스<sup>396)</sup>

현재 70세 이상 기초생활수급자 23만 명 중 치아의 결손으로 음식섭취가 자유롭지 못한 의치보철 대상자 6만4천 명을 대상으로 2002년부터 매년 5,000명씩 사업추진에

396) 보건복지위원회 수석전문위원. 노인틀니보험급여실시에 관한 청원 검토 보고서. 2003년 11월  
[http://search.assembly.go.kr/bill/doc\\_X0/16/hwp/160692\\_X00.HWP](http://search.assembly.go.kr/bill/doc_X0/16/hwp/160692_X00.HWP)

필요한 예산 35억 2,500만 원을 확보하여 노인의치를 무료로 제공하고 있으며(전부의 치 60만 원, 부분의치 95만 원(국비 50%)+지방비 50%), 2004년도에는 9,000명에 대한 예산 66억 원을 확보하여 대상을 확대 추진할 예정으로 있다. 보건복지부에서는 의치 보철대상자를 현재 70세 이상 기초생활수급대상자에서 65세 이상으로 하향조정을 검토하고 지속적으로 지원범위를 확대 추진해 나갈 계획으로 있다.

#### 나. 노인 안검진 및 개안수술 사업<sup>397)</sup>

보건복지부에서는 기초생활보장 대상 노인 등에 대한 정밀 안 검진의 실시로 안질환을 조기 발견·치료함으로써 노인들의 시력 향상 및 실명을 예방하고, 노인 개안수술비 지원을 통한 노인 및 가족의 의료비 부담을 경감시키기 위하여 노인 안검진 및 개안수술 사업을 시행하고 있다. 이를 통해 노인건강진단과의 연계실시로 검진 및 치료의 연속성·효과성을 제고하고, 안검진 및 수술대상자의 단계적 확대로 저소득 노인의 건강을 보장하는 것을 목표로 하고 있다.

### (5) 기존 제안

#### 가. 노인 틀니의 보험급여<sup>398)</sup>

##### ① 노인틀니 보험급여화 방안연구 및 준비기구 구성

외국의 예를 볼 때, 노인 건강증진을 위해 틀니에 대한 보험적용의 필요성은 있으나, 현재의 건강보험 재정상태 및 보험적용 시 보험료 인상에 따른 국민부담을 고려할 때 조기 도입은 어려운 상황이므로 단계적인 실시를 추진하는 것이 바람직 할 것이다. 따라서 노인틀니 급여를 위한 연구 및 준비기구 구성도 보험재정 적자해소 추세 등 여건 변화를 보아가면서 추진하는 것이 좋을 것이다.

##### ② 보험급여화 전까지 기초생활보호대상자 및 차상위계층 노인에 대한 보조금지급 등 지원

70세 이상 기초생활수급자(차상위계층 제외) 중 의치가 필요한 약 6만4천명에 대해 모두 무료의치를 제공할 경우 385억 원의 일반회계 예산이 추가로 소요되게 된다. 의치는 고가인 관계로 노인 특히 기초생활수급자 등은 다른 사람의 지원 없이는 할 수 없다는 점과 필요 예산규모를 감안할 때 정부의 적극적인 지원이 필요하다. 정부의 지원이 된다고 하더라도 보조금지급의 방법은 적절하지 않을 것으로 생각되며, 의치비용

397) 보건복지부. 2003년 노인 안검진 및 개안수술 사업 안내. 2003.

398) 보건복지위원회 수석전문위원. 노인틀니보험급여실시에 관한 청원 검토 보고서. 2003년 11월



중 일부만 보조할 경우에는 생활이 어려운 계층은 나머지 차액을 부담하기 어려울 것으로 실효성이 없을 것이다.

③ 치아우식증(충치), 치주병(잇몸질환) 관련 예방치료(스켈링)의 보험급여화

질병의 예방, 진단, 치료에 필요한 포괄적 수준의 의료는 보험급여로 인정되어야 하나, 저보험료·저급여체계인 현 보험체계로는 건강보험급여 요구를 모두 수용하기에는 한계가 있으며, 적정수준의 의료서비스를 보험급여로 적용받기 위해서는 적정보험료·적정급여 체계로의 전환이 선행되어야 한다.

따라서 보건복지부 추산 연간 1,016억 원이 소요될 것으로 예상되는 치아질환 예방치료(스켈링)를 비급여에서 급여로 전환하는 것은 건강보험 재정의 안정화추세와 맞춰 점차 확대하는 것이 바람직할 것이다.

(6) 전체 평가 및 실천 계획

현재에는 치료비용을 지불할 능력이 없는 저소득층 노인이나 의료서비스를 이용하기 어려운 지역의 노인들을 대상으로 한 무료검진이나 치료사업이 이루어지고 있다. 그러나 이러한 무료사업으로 혜택을 받을 수 있는 노인들은 예산이나 시간상의 제약으로 한정되어 있는 실정이다.

게다가 우리나라의 경우 노년이 되면 의료비 자체 조달 능력이 떨어진다는 현실을 감안할 때, 경제적·지리적 접근성이 크게 떨어지지 않는 노인들조차도 비교적 고가의 비용이 드는 안/구강 보건서비스에 대한 경제적 부담을 느낄 것으로 예상할 수 있다. 이를 위한 가장 바람직한 방법은 안/구강 서비스에 대한 급여를 차상위계층부터 점차적으로 확대해 나가는 것이라 할 수 있겠다.

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단

## 4. 영양

### 1) 영양 프로그램 개발

노인층은 체내대사의 저하로 생리 기능이 환경의 변화에 민첩하게 대처하지 못하고, 치아기능 상실, 타액 분비의 감소 입맛의 변화 등으로 영양이나 건강측면에서는 취약 군이라 할 수 있다. 뿐만 아니라 사회경제적 요인과 심리적인 요인인 외로움이나 사회적인 고립은 노인의 식품섭취를 감소시킨다. 이러한 기본적인 식생활 충족의 어려움은 정신적·신체적 건강의 커다란 위해가 될 수 있다.

#### (1) 현황

노인인구 비율은 급격하게 증가되고 있으나 이들에 대한 관심과 지원은 과거에 비해 더욱 어려워지는 추세이며, 영양문제의 발생 위험도가 가장 우려되는 계층이다. 2001년 국민건강·영양조사 심층연계분석 결과를 살펴보면<sup>399)</sup>, 가족과 함께 생활하는 노인에 비해 혼자 생활하는 독거노인, 안정된 소득이 없는 저소득층 노인, 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인 및 여성 노인 등에서 전반적인 영양섭취상태가 매우 불량한 것으로 나타났다(그림 6). 노인의 경우 생리적 변화에 따라 미각이 둔화되어 염도에 대한 민감도가 떨어지게 되고 나트륨 섭취량은 증가되는 경향이 나타났는데, 이는 고혈압과 같은 만성질환을 가지고 있는 노인에서는 매우 우려되는 점이다. 또한 관절염과 같은 만성질환을 갖고 있는 노인의 경우에는 몸을 움직이는 것이 더욱 불편하고 통증으로 인해 식사를 준비하지 못하고 식욕이 떨어지면서 영양소 섭취량이 크게 낮아지고 질환의 위험을 악화시키는 것으로 나타났다.

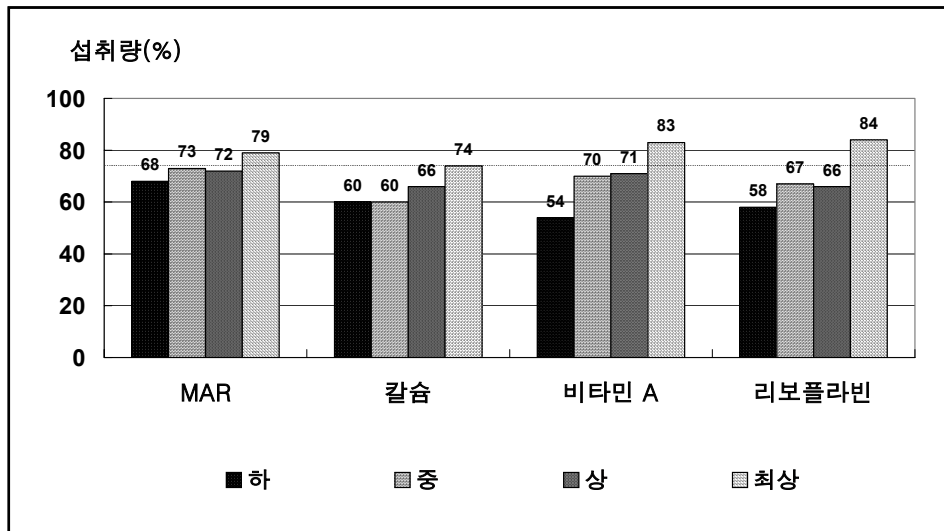
#### (2) 국제권고 및 외국사례

가. UN의 International Plan of Action on Ageing(1982) 中 건강과 영양 (권고 1-17)<sup>400)</sup>

- 충분한 식량의 생산
- 식량과 부와 자원과 기술의 공정하고도 동등한 분배
- 영양과 올바른 식습관 교육
- 영양실조에 관한 조기발견을 위한 의료서비스의 제공

399) 이경호 등. 2001년도 국민건강·영양조사 심층연계분석-영양조사부문 I. 한국보건산업진흥원. 2003. 12.

400) 인권운동사랑방 인권교육실. 노인과 인권, 2000년 2월.



자료원: 2001년도 국민건강·영양조사 심층연계분석-영양조사부문 I

[그림 6] 65세 이상 노인의 소득수준별 영양소 섭취량 비교

- 노인의 영양상태에 관한 연구
- 노화 과정에서의 영양상태가 공동체에 미치는 영향에 관한 연구의 증대 등을 통해 충분한 영양상태가 유지될 수 있도록 해야 한다.

### (3) 현행법

#### 가. 국민건강증진법

· 제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. "국민건강증진사업"이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양 개선 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다. 2. "보건교육"이라 함은 개인 또는 집단으로 하여금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육을 말한다. 3. "영양 개선"이라 함은 개인 또는 집단이 균형된 식생활을 통하여 건강을 개선시키는 것을 말한다.

· 제3조 (책임) ①국가 및 지방자치단체는 건강에 관한 국민의 관심을 높이고 국민건강을 증진할 책임을 진다. ②모든 국민은 자신 및 가족의 건강을 증진하도록 노력하여야 하며, 타인의 건강에 해를 끼치는 행위를 하여서는 아니된다.

· 제15조 (영양개선) ①국가 및 지방자치단체는 국민의 영양 상태를 조사하여 국민의 영양 개선방안을 강구하고 영양에 관한 지도를 실시하여야 한다. ②국가 및 지방

자치단체는 국민의 영양 개선을 위하여 다음 각호의 사업을 행한다. 1. 영양 교육사업  
2. 영양 개선에 관한 조사·연구사업 3. 기타 영양 개선에 관하여 보건복지부령이 정하는 사업

· 제16조 (국민영양조사등) ①보건복지부장관은 국민의 건강상태·식품섭취·식생활조사등 국민의 영양에 관한 조사(이하 "국민 영양 조사"라 한다)를 정기적으로 실시한다. ②특별시·광역시 및 도에는 국민 영양 조사와 영양에 관한 지도업무를 행하게 하기 위한 공무원을 두어야 한다. ③국민 영양 조사를 행하는 공무원은 그 권한을 나타내는 증표를 관계인에게 내보여야 한다. ④국민 영양 조사의 내용 및 방법 기타 국민 영양 조사와 영양에 관한 지도에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획<sup>401)</sup>

정부에서는 가정형편이 어렵거나 기타 부득이한 사정으로 식사를 거를 우려가 있는 노인들에게 무료식사를 제공함으로써 노인의 건강증진에 기여하고 노인을 공경하는 사회적 분위기 조성하기 위해서 결식우려노인에 대한 무료급식 사업을 시행하고 있다. 무료급식 사업은 처음에는 민간단체와 지방자치단체에서 자율적으로 운영하는 것에서부터 시작하였다. 그러던 중 1991년도부터 사회복지사업기금의 지원을 받기 시작하였다. 그 이후 1999년도 하반기부터 전국 경로식당에 국고지원이 시작되었고, 2000년도부터는 거동이 불편하여 식사를 거를 우려가 있는 저소득 재가노인에게 식사배달 사업을 시작하고 있다.

현재는 가정형편이 어렵거나 기타 부득이한 사정으로 식사를 거를 우려가 있는 60세 이상 노인에게 급식을 제공하는 '경로식당 무료급식 사업'과, 거동이 불편한 경로연금 수급대상자, 도시근로자 월평균소득 미만인 가구의 65세 이상 노인으로 거동이 불편하여 경로식당을 이용하지 못하여 식사를 거를 우려가 있는 노인, 기타 시·군·구청장이 필요하다고 인정되는 자에게 제공되는 '거동불편 저소득 재가노인 식사배달'사업이 시행·확대 계획 중에 있다.

#### (5) 기존 제안

2001년도 국민건강·영양조사 심층연계분석 보고서<sup>402)</sup>에서는 평균수명은 증가되고,

401) 보건복지부. 2004년도 노인보건의복지사업 안내. 2004. 02.

402) 이경호 등. 2001년도 국민건강·영양조사 심층연계분석-영양조사부문 I. 한국보건산업진흥원. 2003. 12.

노인 인구비율이 빠르게 높아지며, 대부분의 가족이 핵가족화 되는 사회변화에 맞춰 노인의 건강을 확보하기 위한 영양관리대책을 마련하는 일은 매우 중요하고 절실히 필요한 문제라고 밝히고, 다음과 같은 대안을 제시하였다.

- 노인을 위한 지역사회에서의 급식프로그램 실시를 활성화하고, 거동이 불편한 노인에 대해서는 식사배달서비스를 확대 실시하는 방안을 고려한다.

- 효과적인 건강 및 질환 관리를 위해 급식제공서비스와 함께 보건소에서의 영양 상담 및 영양교육 기능 강화를 고려한다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

노인의 영양문제는 경제적 곤란, 영양학적 무지, 치아의 결손 등 다양한 보건문제를 내포하고 있다는 점에서 무료 급식이나 식사 배달 등의 서비스 제공만으로는 충분하다고 할 수 없다. 가계가 어려운 노인계층에게는 무료급식 혹은 식재료 공급 프로그램을, 치아의 결손으로 인해 식품섭취가 어려운 경우에는 앞절에서 언급한 구강 보건서비스 확대 등 포괄적인 전략 개발이 필요하다.

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부

## VI. 취약집단에 대한 보완

### 1. 빈곤층

#### 1) 기초생활보장 비수급 빈곤층과 차상위 계층에 대한 의료급여 서비스 제공

IMF 후의 경기침체와 고용형태의 변화, 지속적인 물가 상승 속에서 우리 사회의 빈곤층은 늘어만 가고 있다. 대개 사회경제적 계층이 낮은 집단일수록 건강 문제를 가지고 있을 가능성이 높으며 이에 따라 의료필요(need)의 수준도 높지만 의료 이용의 경제적 장벽으로 인해 이를 충족시키기는 쉽지 않다. 이러한 상황에서 불건강과 빈곤의 악순환은 지속될 수밖에 없으며, 이 구조를 차단하기 위한 일 방편으로 빈곤층을 위한 의료보장을 한층 강화해야 할 필요성이 제기된다.

현재 소득이 최저생계비에 못 미치는 빈곤인구는 전 인구의 11.1%로 추산되고 있으나 기초보장수급자수는 2003년 135만 명으로 전체 인구의 2.8%에 머물고 있다. 즉, 전 인구의 8.4%, 빈곤계층의 73.4%인 약 400만 명이 아무런 보호대책 없는 빈곤층으로 살아가고 있는 것이다<sup>403)</sup>.

#### (1) 현황

실질 빈곤인구 중 약 1/3만이 의료급여 수급자이며 약 2/3 정도는 건강보험을 통해 의료보장을 받고 있는 것으로 연구자들은 추산하고 있다<sup>404)</sup>. 최근의 조사에 의하면 건강보험 지역가입자 중 3개월 이상 건강보험료를 납부하지 못해 건강보험혜택을 받을 수 없는 세대가 2004년 6월 165만5천 세대로 확인되었으며, 피부양자까지 포함하면 체납적용 대상 인원은 345만 여명으로 전년 같은 기간(322만 명)에 비해 23만 여명이 늘어났다<sup>405)</sup>. 이들 건강보험의 체납자의 의료기관이용율은 다른 인구집단에 비해 현저히 낮은 것으로 조사되었다. 이를테면, 건강보험료 3개월 이상 체납자 중 36.5%는 가족이 아파도 '그냥 참거나'(14.7%), '약국이나 한의원, 무료 진료소를 이용'(21.8%)한다고 답했다. 체납자의 78.3%는 '생계비 부족 때문'에 체납을 하고 있으며, 87.6%에 해당하는 사람들이 '자신의 보험료가 많다'고 느끼고 있었다<sup>406)</sup>.

403) 한국보건사회연구원. 자활사업실태조사 결과. 2002

404) 김창엽 외. 저소득층 의료보장 장기발전 계획에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원·보건복지부. 2003. p.44-107.

405) 김상기. 건강보험 지역가입자 20% '의료사각지대'. 데일리메디. 2004-Jul-18

가. 저소득층 의료보장 제도의 문제점<sup>407)</sup>

- 높은 본인부담율로 저소득층에게 의료비 부담이 높다. 한 종합병원 입원환자의 총 진료비 중 본인부담율을 조사한 결과 각종 비급여 서비스로 인해 의료급여 1종 환자는 34%, 의료급여 2종 환자는 46%를 부담한 것으로 나타났다.
- 높은 본인부담율은 의료이용의 높은 경제적인 장벽과 미충족 필요를 낳는다. 소득수준이 낮을수록 경제적인 문제로 인해 의료이용 장애 경험율이 높았다. 2001년 건강보험에서 의료급여로 편입된 집단의 주요 급만성 질환을 대상으로 2000년도 건강보험 적용 시 의료이용과 2002년도 의료급여 적용시 의료이용을 비교한 결과, 질병별로 진료실인원의 경우 1.72~7.9배, 진료건수의 경우 2.6~20배, 내원일수의 경우 3.1~33배, 건강보험공단에 청구된 진료비의 경우 4~34배 증가하여 의료이용의 경제적인 장벽으로 인한 미충족 필요가 상당규모로 존재하고 있는 것으로 추정된다.
- 상당수 빈곤층이 엄격한 국민기초생활보장 수급자 선정기준과 기준의 적용으로 인해 의료급여 수급자가 되지 못하고 있다.
- 저소득층은 건강문제로 파생되는 문제에 더욱 취약하고 장기간의 요양이 필요한 중증질환에 이환되는 경우가 많으나 이들의 특성을 고려한 급여와 서비스 및 적절한 관리체계가 미흡하다.
- 의료급여 진료비는 지속적으로 급격한 증가추세를 보이고 있다. 2001년 건강보험 진료비는 1992년 진료비에 비해 3.52배 증가하였으나 같은 기간 의료급여 진료비는 6.61배 증가하였다. 고액 진료비가 발생하는 만성신부전증, 혈우병, 백혈병 등 만성·중증 및 희귀질환자들이 의료급여로 편입되고 근로능력이 있는 2종 대상자가 질병에 걸려 1종으로 전화됨으로써 의료급여 재정지출은 늘어날 수밖에 없는 구조다.

(2) 국제 권고 및 외국사례<sup>408)</sup>

미국의 저소득층 의료보장제도인 메디케이드(Medicaid)는 2001년 말을 기준으로 미국 인구의 11.4%에게 의료서비스를 제공하고 있다. 어린이, 장애인 등 대상자의 특성에 따라 최저생계비 기준을 유연하게 적용하고 있으며 아동 및 임신부의 임신과 관련된

406) 조경애. 의료보장제도의 후퇴와 차별로 고통받는 가난한 이들. 2002년 건강연대 보건의료 정책자료집. 2003. p. 561.

407) 김창엽 외. 전게서.

408) 김창엽 외. 전게서. p. 108-182

본인부담과 응급 및 가족계획서비스에 대한 본인부담을 면제하고 있다. 간호시설서비스, 중간치료시설서비스, 가정보건서비스 등 메디케이드 대상자의 의료수요에 부응한 서비스를 제공하고 있다. 급격하게 증가하는 메디케이드 진료비를 억제하기 위해 비용 절감 노력도 하지만, 서비스 질 유지와 대상자를 확대하기 위한 제도적 장치도 마련하고 있다.

일본에서 우리의 의료급여제도에 해당하는 것은 의료부조제도다. 다른 의료보장제도의 혜택을 받을 수 없거나 극빈한 생활보호대상자를 대상으로 2003년 3월 현재 약 130만명, 전체 일본 인구의 1.01%에 해당한다. 의료부조 대상자 선정시 최저생계비를 기준으로 하는데, 최저생계비 산정시 의료비의 월평균액을 포함하는 것이 우리의 최저생계비 방식과 다른 점이다. 본인부담수준이 낮고, 증상이 심하거나 항상 간호인의 보호를 필요로 할 경우에는 간호료를 급여하고 있다. 의료부조 비용 중 약 70%가 외래보다는 입원진료에 대한 비용의 지출이 높다. 또 병원 또는 진료소에 입원한 피보호자의 일반 생활비도 지원하고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 의료급여법

#### 나. 공공보건의료에 관한 법률

· 제5조 (보건의료의 우선 제공) 공공보건의료기관은 다음 각호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다.

1. 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료
2. 노인·장애인·정신질환자 등 타분야와의 연계가 필수적인 보건의료
3. 전염병 예방 및 관리
4. 아동과 모성에 대한 보건의료
5. 응급환자의 진료
6. 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료
7. 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지부장관이

정하는 보건의료



#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

의료사각지대에 있는 차상위계층과 의료급여수급자와 같은 의료빈곤층에 대한 의료보장을 확충하기 위해서 참여정부는 다음과 같은 계획을 갖고 있다<sup>409)</sup>.

##### 가. 차상위 빈곤층에 대한 의료급여혜택 확대

- 의료빈곤층의 의료접근성을 확보함으로써 의료급여제도가 최후의 의료안전망으로서의 기능을 확보
- 우선 희귀난치성 및 만성질환 등 의료욕구가 긴요한 저소득계층을 우선적으로 2004년부터 의료급여대상자로 포함하고 재정여건에 따라 점진적으로 확대
- 차상위계층 중 의료취약계층의 의료수요 등 실태조사('03.10~'04.4)를 실시하여 대상자 확대방안을 마련하여 2005년부터 단계적으로 확대

##### 나. 최후의 의료안전망으로서 의료급여제도의 의료보장수준을 강화하고, 의료서비스에 대한 접근 편의성을 향상.

- 의료급여 본인부담 인하: 의료급여 2종수급자의 입원본인부담율을 현행 20%에서 2004년에는 17%로 인하하고, 2005년에 15%, 2006년에 10%로 인하함.
- 의료급여 본인부담보상 강화: 본인부담보상기준을 매30일간 현행 30만원에서 기준을 하향조정하여 저소득계층의 의료비 부담을 덜어줌.
- 의료급여 전달체계 개선: 1차 의료기관을 거치지 않고 2차 의료기관을 바로 이용할 수 있는 대상자 범위를 응급환자, 분만, 혈우병환자 등 불가피한 경우 외에도 희귀난치성질환자, 한센병환자, 전문재활치료자, 장애인(1~4급) 등으로 확대하여 불편을 최소화함.
- 의료급여 관리체계 강화: 의료급여관리요원(간호사, 사회복지사)을 배치하여 수급자에 대한 의료욕구의 신속한 파악 및 대응, 불필요한 의료이용의 자발적 변화 유도 및 밀착상담·관리 강화

현재 보건복지부는 만성질환 또는 희귀난치성질환을 앓고 있는 차상위계층에 대한 의료급여 지원 확대를 위해 1인당 평균 240만원에 해당하는 529억원의 추가예산을 확보하였다.

409) 최병호. 보건의료서비스 보장성 강화. 참여정부 보건의료발전계획(안) 공청회 자료집. 2003년 11월 27일. p.33-42

## (5) 기존제안

저소득층 의료보장을 확충하기 위해서 제시된 개선방안을 요약하면 다음과 같다<sup>410)</sup>.

- 우선순위에 따른 의료급여 수급자 확대 방안
  - 보건학적 측면: 여성과 어린이 > 장애인 > 노인
  - 사회경제적 측면: 비수급 빈곤층과 건강보험료 장기체납자 > 노숙자 > 불법체류 이주 노동자
- 수급자 확대 조건
  - 부양의무기준의 완화
  - 수급권자 선정기준으로 인해 탈락한 비수급빈곤층의 경우 의료급여만이라도 혜택을 받을 수 있도록 부분급여제도 활성화
  - 차상위계층에 해당되는 가정의 가구원 중 아동과 임산부 개인을 대상으로 개인별 의료급여제도 적용
  - 건강보험료 체납세대의 경우 최저생계비의 120% 이내인 대상가구의 아동 및 임산부에 한하여 개인별 의료급여제도 적용
  - 노숙자의 경우, 생활양식의 특성상 쉼터나 거리 등 현장에서 쉽게 이용할 수 있도록 별도의 의료지원체계를 강화하는 방안을 수립
  - 노인과 장애인 타 복지제도에 의한 급여부분이증가하고 있는 현실을 고려해서 타 복지시책과 연계가 효율적으로 이루어질 수 있는 방안을 마련
- 저소득층 의료보장 제도의 효과성과 효율성을 향상시키기 위해서는 1) 아동·청소년 인구의 포괄적 건강관리 프로그램, 2) 장애인 및 노인 인구집단의 사례관리 프로그램, 3) 유아 및 임산부, 만성질환자를 대상으로 하는 지역단위 포괄적 건강관리 프로그램을 운영되어야 한다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

최근 들어 저소득층에 대한 관심이 높아지면서, 저소득층의 의료보장을 위한 정책도 많아졌다. 그러나 대부분의 지원은 다른 정책과 통합되지 못한 채 일시적인 지원책의 성격을 띄고 있다. 빈곤과 건강의 악순환에 대해서 정부가 공감하고 빈곤에서 탈출할 수 있는 기반이 될 수 있는 적극적 의료보장제도로 만들어가야 한다.

그리고 의료급여정책이 결정되는 중앙의료급여심의위원회에 의료빈곤층을 대표하는 시민단체를 위원으로 참석할 수 있게 해서 의료빈곤층의 문제점들을 실질적으로 반영

410) 김창엽 외. 전거서. 183-261쪽

할 수 있어야 한다.

관련기관: 보건복지부, 재정경제부, 국민건강보험공단

## 2. 정신질환자

### 1) 의료보장형태에 따른 처방 및 진료량의 차이 해소

만성 정신질환자의 상당수가 의료급여 제도에 의한 의료보장을 받고 있으며, 이 경우 보수지불 방식의 차이 때문에 제공되는 의료 서비스의 양과 질에서 차이가 발생할 수 있다.

#### (1) 현황<sup>411)</sup>

정신보건시설 입원환자의 재원기간에 영향을 미치는 요인에 대한 연구에서 의료보장형태에 따라 재원일수가 다른 것으로 나타났다(표 37).

<표 37> 의료보장형태에 따른 재원일수 및 입원환자수의 분포

의료보장형태	재원일수 (일)			10만명당 입원환자수 (명)
	평균 재원일수	최소값	최대값	
의료급여 1종	2,026.1	1,042.0	9,785.0	3741.5
의료급여 2종	765.8	258.0	4,519.0	491.7
건강보험	672.7	123.0	9815.0	34.7

자료: 서동우(2002)와 2001년 전국 정신보건시설 실태조사 결과 재구성

의료급여 1종이 건강보험이나 의료급여 2종보다 재원기간이 유의하게 길었으며, 의료급여 1종 환자는 건강보험환자보다 평균 재원기간이 3배나 길었다. 이는 의료급여 2종 환자는 재원기간에 있어 의료급여 1종 환자보다 건강보험환자와 유사한 분포를 보이는데, 상대적으로 무연고자가 많은 의료급여 1종보다 대부분 가족이 있기 때문이라

411) 서동우. 사회인구학 및 임상적 특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설 입원환자의 재원기간 분포. 신경정신의학. 2002;41(6):1174-1184.

고 연구자는 평가한다. 여기에는 지불보상체계도 중요한 역할을 하는데, 이를테면 의료급여 1종은 본인부담금이 없지만 의료급여 2종은 건강보험과 같이 입원치료에 본인 부담금을 지불해야 한다. 의료급여 1종은 10만 명당 입원환자수가 의료급여 2종보다 7.6배 많으며 건강보험보다 108배나 많다.

이러한 사실은 한편으로 본인 부담에서 비롯된 건강보험 및 의료급여 2종 환자들의 과소이용 가능성을 제기하고, 다른 한편으로는 지나치게 길어진 입원 기간으로 인해 의료급여 정신질환자의 지역사회 복귀를 어렵게 만드는 요인이 되고 있다.

한편 이대희 등<sup>412)</sup>은 건강보험과 의료급여 제도에서 비롯된 지불방식과 수가의 차이에 의해 정신질환 입원환자들의 정신요법 진료량의 차이가 발생할 수 있음을 실증적으로 제시하여 의료 이용의 양적 측면은 물론 질적 측면에서 형평성의 문제를 제기하였다. 이러한 양상은 국민건강보험공단의 통계자료를 통해서도 다시 확인할 수 있는데 이를테면 정신분열증 입원의 경우 1995~2001년 사이 보험과 급여 대상자의 진료비 증가폭이 비슷한데 비해 외래의 경우 급여군의 진료비 상승 폭(2배)과 보험군의 상승폭(40배)은 매우 큰 격차를 보였다. 보험군에서 나타나는 외래진료비의 급상승이 과연 적정진료에 해당하는가의 평가는 뒤로 미루더라도 의료급여와 건강보험군의 진료 내용이 크게 다르다는 것은 의학적 필요가 아닌 사회적(제도적) 요인에 의해 치료가 결정되는 수평적 형평의 위반 사례라 할 수 있다<sup>413)</sup>.

## (2) 국제권고 및 외국사례

정신 질환자의 보호 및 정신 보건 관리 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care, 1991)에서는 장애, 인종, 성별, 언어, 종교, 정치적 또는 다른 의견, 국가, 인종 또는 사회적 출신, 법적 및 사회적 지위, 연령, 재산, 태생에 때문에 어떤 종류의 차별도 받아서는 안 된다고 하였다.

## (3) 현행법

### 가. 정신보건법

- 제 2조 제 2항 모든 정신질환자는 최적의 치료를 받을 권리를 보장받는다.

412) 이대희, 박은철, 남정모, 이상규, 이동한, 유승흠. 「건강보험과 의료급여 환자간의 정신요법 진료량 차이 비교 : 정신병원 입원환자를 대상으로」 대한예방의학회, 『예방의학회지』 2003;36(1):33-38

413) 김명희. 한국사회의 건강형평성 실태. 한국건강형평성학회 창립기념 세미나 2003.

제49조 (경제적 부담의 경감등) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자 및 그 보호의 무자의 경제적 부담을 경감하고 정신질환자의 사회복지를 촉진하기 위하여 의료비의 경감·보조 기타 필요한 지원을 할 수 있다.

· 제50조 (비용의 부담) ①국가와 지방자치단체는 제25조의 규정에 의한 진단 및 치료에 소요되는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 비용의 부담에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### (4) 정부 시행정책 및 계획<sup>414)</sup>

의료급여제도의 틀 내에서 정신과는 다른 상병과 달리 '77년부터 일당 정액수가를 적용해왔다. 보건복지부는 2003년 1월 1일자로 의료급여 정신과 수가를 인상했다. 이유는 지불보상체계에 따른 정신보건서비스의 질 상승이 아닌 “지방공사 및 민간위탁공립 병원의 경영여건 개선을 위해 사립 병원수가 적용 요구를 감안하여 기준 일부를 개선” 하기 위해서라고 한다. 병원계 이에 대한 불만과 지방공사의료원의 재정적자를 이유로 보건복지부는 99년 이후 2003년 의료급여 정신과 수가를 인상하였다(표 38). 입원수가 는 8.3%, 외래수가 10.6%씩 인상폭을 조정하고, 식대는 5.3%인상되었는데, 수가 인상에 따라 정신보건서비스의 향상에 대한 정부의 노력은 찾아볼 수 없다.

<표 38> 의료급여 정신과의 수가체계 (2003년 1월 1일 시행)

구 분	입원수가(재원기간별)			낮병동수가	외박수가
	180일까지	360일까지	361일이상		
사 립 병 원	28,600	27,630	26,650	15,060	4,710
민간위탁공립병원	27,670	26,750	25,820	14,470	4,470
지방공사 및 요양정신병원	24,910	24,130	23,350	12,720	3,760
국 · 공립병원	7,950	7,950	7,950	5,080	1,310

자료원: 보건복지부

414) 보건복지부 기초생활보장심의관실 의료급여과. 의료급여 정신과 수가 3년만에 10% 인상 - 본인부담금 보상금 지급기준액 30만원으로. 보건복지부 보도자료. 2002년 12월 31일

## (5) 기존 제안

의료보장형태에 따라 입원기간과 입원환자수에 영향이 미치는 것에 대해서 서동우(2002)는 1종 환자의 장기입원·입소 경향을 줄이기 위해서는 재가 정신질환자에게 제공되는 사회경제적 지지체계를 구축하고, 지불보상체계에 대한 변화가 필요하다고 주장한다.

또한 만성정신질환 환자 가족 모임은 의료보장형태에 따라 차별이 존재한다고 주장하면서 대등한 치료를 받을 수 있게 해달라고 요구했다. 또한 정신질환자는 1년365일 평생 약을 먹어야 하기 때문에 연간 진료일수 365일 + 170만원으로는 부족하다는 점을 지적했다<sup>415)</sup>.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

가장 시급한 것은 의료보장형태에 따라 다르게 제공되고 있는 정신보건의료서비스에 대한 현황조사를 실시하여 정부차원의 실태파악을 해야 한다. 앞서 언급된 바와 같이 여러 연구에서 지불보상체계에 따른 진료의 차이가 나타났다면, 실태파악조사 결과를 근거로 지불보상체계를 바꾸어야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단

## 2) 정신보건시설의 환경 위생 확보, 적절한 보건의료서비스 제공, 인권 보장

정신질환은 장기입원의 치료를 하므로 환자에게 적절한 최소한의 치료환경을 제공하는 것은 매우 중요하다. 더구나 환자의 의식이 뚜렷하지 않은 상태에서 시행되는 강제입원이 많기 때문에 정신보건시설의 환경위생 확보와 인권에 대한 고려는 더욱 중요하다.

---

415) 송웅달. 정신장애우의 인권보호를 위한 제안. 정신질환자 인권보호를 위한 청문회. 2003년 4월 9일. p. 5-14.

## (1) 현황

국가인권위원회는 2003년 부산 소재 정신병원의 정신질환자 인권상황에 대한 직권 조사결과를 실시했다는데, 그 결과는 다음과 같다<sup>416)</sup>.

### 가. 정신의료기관 시설 및 환경

- 한 병동에 100명 이상이 수용돼 있지만, 텔레비전은 한 대만 설치되어 있었으며 활동공간도 매우 비좁아 환자들의 여가활동이 어려운 상태였다.
- 화재사고에 대해 매우 취약한 구조로 화재 발생시 대량 인명살상이 우려되는 수준이었다.
- 병동별로 직원수가 적어 실장 및 방장제도를 운영하면서 실장 및 방장에 의한 구타 및 인권침해가 이뤄지고 있었다.
- 환자 1인당 1평 정도의 공간이 부여되는 등 환자 밀집도가 지나치게 높았다.

### 나. 치료과정

- 입원결정 시에도 진단을 받지 못하고 있는 경우가 많았다.
- 정신장애인 본인도 모르게 타병원에서 이전되거나 동일소유자의 시설들 사이에서 정신장애인 환자들을 주고받는 사례가 발견되기도 했다.
- ‘신체구속’은 의사의 지시가 있어야 하며 간호사나 보호사 등에 한정되어야 하는데 봉사 활동자가 과정에 개입하기도 했다.
- 약물투여 및 관리를 강조하는 치료시설로 운영되는 곳이 많았다.
- 치료프로그램 또한 내용이 빈약해 일부 환자만 이용할 수 있다.

### 다. 일반 생활 및 인권보장

- 전화통화는 주 1회 정도만 허용되었다.
- 편지는 대부분 검열을 거쳐야 받거나 보낼 수 있었다.
- 외출이나 산책 또한 치료적인 목적 외의 이유로 침해당하고 있었다.
- 병원의 통제 및 가혹행위: 내부규정상 신체구속을 최고 24시간까지 허용해야 함에도 불구하고 간호기록부에 의하면 3~4일간 신체구속을 한 경우가 발견되었다.
- 환자를 이용한 환자의 통제

416) 국가인권위원회 인권침해조사국 조사기획담당관. 정신질환자의 인권보호를 위한 치료환경상의 문제점 -정신의료기관에 대한 조사를 중심으로-. 정신질환자 인권보호를 위한 청문회. 2003년 4월 9일. p. 5-14.

정신보건시설에서 제공되고 있는 서비스의 질에 대한 문제제기도 있다. 다음은 정신 보건시설에서 일하는 간호사의 말이다.

“100여 명의 환자를 수용하고 있는 병동에 간호사 1명과 보조원(치료사) 1명으로 간호와 관리를 한다면 과연 적절한 치료적 환경이라고 말할 수 있는가? 1명의 의료인이 투약과 기록, 환자관리를 한다면 어느 정도의 시간이 걸릴 것인가?”<sup>417)</sup>

## (2) 국제권고 및 외국사례

가. 정신 질환자의 보호 및 정신 보건 관리 향상을 위한 원칙 (Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care, 1991)

### ○ 원칙 8

1. 모든 환자는 환자의 보건의료욕구(health needs)에 따른 적절한 보건의료 서비스와 돌봄을 받을 권리를 갖고 있다.

2. 모든 환자는 정당화되지 않은 의약품, 다른 환자나 의료진, 육체적 불편감을 주거나 정신적 스트레스를 유발하는 조치 등을 포함한 “유해”로부터 보호받아야 한다.

### ○ 원칙 9 : 치료

1. 모든 환자는 최소한으로 제한적인 환경에서 환자의 보건의료욕구와 다른 사람의 육체적 안전을 보호할 욕구에 적절한 최소한의 제한적인 또는 강제적인(intrusive)치료를 받을 권리가 있다.

3. 정신 보건의료서비스는 항상 UN General Assembly가 채택한 의료윤리원칙과 같이 국제적으로 통용되는 기준을 포함하여 정신보건 의료진의 도덕적 기준에 부합해서 제공되어야 한다.

### ○ 원칙 13 : 정신보건시설에서의 권리와 환경여건(conditions)

2. 정신보건시설에서의 환경과 생활환경은 가능한 한 환자와 비슷한 연령대의 보통 삶과 비슷해야 한다. 특히 다음과 같은 사항을 포함해야 한다.

(a) 오락 및 여가활동 시설 (b)교육 시설 (c)생활 용품, 오락 및 의사소통을 위한 물품을 구입하거나 받을 수 있는 시설

---

417) 오경현. 정신장애인도 우리의 이웃입니다. 정신질환자 인권보호를 위한 청문회. 2003년 4월 9일. p. 27-33.



## 나. WHO

세계보건기구는 UN이 제정한 정신 질환자의 보호 및 정신 보건 관리 향상을 위한 원칙을 정신보건 환경에서 적용하기 위해 정신질환자의 인권 증진을 위한 지침(Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders, 1995)을 만들었다<sup>418)</sup>. 이 지침에서도 11번 항목 서비스 기준, 15번 항목 인권의 고지, 16번 정신보건시설에서의 인권과 환경에 대해서 기준을 마련하고 있다.

## 다. 미국

미국은 1980년 정신건강체계법에서 정신질환자의 권리를 보장해 주는 권리장전(Bill of Rights)을 법령화시켰다. 환자의 치료환경, 서비스, 인권보장과 관련된 권리는 다음과 같다.

- 인간적인 치료환경을 요구할 수 있는 권리
- 주거치료 시설 혹은 입원치료시설에 입원한 사람의 경우, 다른 이들과 개인적으로 대화하고 전화·우편을 이용하며 정기적으로 계획된 시간에 방문객을 만날 수 있는 권리. 단, 담당 정신건강 전문요원이 서면으로 적합한 이유를 근거로 다른 이들과의 접촉을 부인하는 경우는 제외된다.

또한 정신병원에 대한 시설기준을 정해 정기적으로 각병원들이 이 기준에 맞는가를 보고하도록 하였다. 병원설치기준합동위원회(Joint Commission on accreditation of Hospital)의 정신병원 설치기준 협의회(Accreditation Council for Psychiatric Facilities)는 연구를 통하여 정신병원의 설치기준의 표준을 정했다. 이 기준은 병실의 환경, 치료 프로그램, 치료인력, 안전기준 그리고 행정절차 등이 포함되어 있다<sup>419)</sup>.

## (3) 현행법

### 가. 정신보건법

- 제2조 (기본이념) ①모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.
- ②모든 정신질환자는 최적의 치료를 받을 권리를 보장받는다. ③모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다. ④미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다. ⑤입원치료가 필요한 정신질환자에 대하여는 항상 자발적 입원이 권장되어야 한다. ⑥입원중인 정신질환자는 가능한 한 자유로운 환경이 보장되어야 하며 다른 사람들과 자

418) WHO. Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/74.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/74.pdf)

419) 조홍식. 각국 정신보건법과 인권 -영국, 미국, 일본, 대만을 중심으로

유로이 의견교환을 할 수 있도록 보장되어야 한다.

· 제 12조 제 1항의 규정에 따라 정신보건법시행규칙 제7조에서 정신의료기관의 시설기준을 규정하고 있다. 정신의료기관의 규모에 따라 구비해야 하는 의료장비와 시설, 의료종사자의 자격과 수가 달라진다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

보건복지부는 정신질환자 인권보호 및 정신질환에 대한 인식개선을 위해서 다음과 같은 정책을 시행하고 있다<sup>420</sup>).

##### 가. 정신질환자 인권침해 방지 및 권익보호

- 정신보건법령에 규정된 입원요건 및 절차 준수, 작업치료를 병자한 강제노역 금지, 특수치료시 법적 절차 및 기록 유지 준수, 인권함 설치·운영 등 지도·감독 강화
- 협회, 단체 등을 통한 자율적인 정신질환자 권익보호활동 유도
- 정신질환 인권보호를 위한 업무지침 발달: 작업치료 지침, 격리 및 강박지침
- 협회, 단체 등을 통한 자율적인 정신질환자 권익보호활동 유도

##### 나. 정신질환 편견해소 및 인식개선을 위한 교육·홍보

- 홍보매체 다양화 및 민간차원의 홍보활동 지원
- 가족, 지역주민 등 대상 인식개선 교육 및 정신질환자 자조집단 활성화

#### (5) 기존 제안

정신질환자의 인권을 법에서 보장해서 뒷받침할 수도 있다. 정신보건법에 1) 환자의 권리에 대한 별도의 조항을 명시하고, 2) 치료 상황에서의 환자의 권리 침해 가능성도 고려하여 ‘환자의 치료받을 권리’를 명시하면서 이를 어기는 기관에게 벌금을 징수하는 내용을 삽입해야 하며, 3) 가장 중요한 강제입원과 관련하여 강제입원이 부당하다고 판단될 경우, 이에 대한 강한 법적 행사권한에 상응하는 항소조치를 법의 내용에 명시해야 하며, 4) 강제입원에 대한 항소를 심의하는 정신보건심판위원회와 환자의 권리를 보호하기 위한 별도의 임무수행을 하는 정신보건법위원회와 같은 기구를 설치하도록

420) 보건복지부. 2004년도 정신보건사업안내. 보건복지부. p. 6

법에 명시해야 한다<sup>421)</sup>.

이외에도 정신보건 관련 연구기관 및 전문위원회의 설치하여 인권과 관련된 일관성 있는 정신보건 정책과 기획을 하도록 한다. 국가차원에서 국민의 정신건강을 과학적이고 체계적으로 연구할 수 있는 연구기관을 두어야 한다는 의견이 있다<sup>422)</sup>.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

정신보건질환의 치료가 장기입원 중심이므로 정신보건시설의 환경과 제공되는 서비스의 질은 정신질환자의 인권차원에서 매우 중요하다. 현행 정신보건법의 시설기준과 외국의 기준에 따른 정신보건시설의 현황조사를 파악해야 한다. 또 정신보건시설을 체계적으로 관리할 수 있는 감독기관을 만들어 정신질환자의 인권과 환자권을 보장할 수 있도록 정부는 지원해야 한다.

관련기관 : 보건복지부, 법무부

### 3) 지역사회 정신보건 사업 확대

앞 절의 ‘보건의료과정-포괄적인 정신보건서비스 제공’ 부분 참조(95쪽).

---

421) 조홍식. 전게서.

422) 상게서.

### 3. 장애인

장애인들이 생활에서 부딪히는 기본권 문제의 종류는 매우 광범위하지만, 이 장에서는 건강권 보장의 최소 조건이라 할 수 있는 필수보장구와 재활치료에 대한 의료보장 확충과 보건의료서비스 이용의 기본 전제라 할 수 있는 이동권 보장에 대해서 논의해 보고자 한다.

#### 1) 보건의료 시설 이용이 가능하도록 이동권 보장

장애인은 보건의료서비스에 대한 수요가 일반인구집단에 비해 대체적으로 높기 때문에 보건의료기관을 더 자주 이용한다. 그러나 서비스의 내용과 질 이전에, 의료기관까지의 이동권이 보장되지 않음으로 인해서 실질적인 의료 이용의 어려움을 경험하고 있다. 지금까지의 이동권이 대중교통체계에 국한되어 있다면, 장애인의 보건의료서비스에 대한 욕구를 충족시켜주기 위한 보건의료시설에서의 이동권은 장애인 건강권 보장의 필요충분조건이다.

##### (1) 현황

가. 장애인을 위한 보건의료자원의 불균형적 분포<sup>423)</sup>

장애인이 보건의료기관을 이용하려면 보건의료자원이 균형적으로 분포되어 있어야 한다. 재활시설은 대부분 대도시에 집중되어 있고 이마저도 도시 외곽에 위치해 있어 장애인들이 이용하기에 매우 불편하다(표 39).

또한 대중교통 수단에 장애인을 위한 편의시설이 충분히 갖춰져 있지 않아서 이와 관련한 안전사고가 언론에 지속적으로 보도되고 있으며 “장애인 이동권 연대”라는 사회운동 단체가 만들어져 이에 대한 개선 투쟁을 벌이고 있는 상황이다.

나. 보건의료기관 내에서의 이동권

의료기관에는 환자들의 침대이동, 휠체어 이동, 링거주사대 이동 등에 대한 배려가 있어 장애인의 이동이 다른 공공시설에 비해서는 편한 편에 속한다. 그러나 여전히 병원은 장애인들에게는 문턱 높은 공간이다. 다음은 신문기사에 나온 한 장애인의 대학 병원 방문기이다.

---

423) 김용익, 장애우 보건의료 정책의 과제와 대안, 장애우 보건의료정책 개발을 위한 토론회, 장애우권익문제연구소·한국장애인단체총연맹, 2002년 10월 31일, p. 5~24.

<표 39> 2000년도 현재 우리나라 장애인 추정수와  
재활의학과 전문의수의 비(ratio)

	서울	광역시	기타 시부	군부	계
전체 장애인 추정수 (A, 명)	259,910	297,180	389,616	454,459	1,401,175
재활의학과 전문의수(B, 명)	134	106	143	16	399
장애인 1만명당 재활의학과 전문의수(B/A*10,000)	5.16	3.57	3.67	0.35	2.85

자료: 김용익. 장애우 보건의료 정책의 과제와 대안. 장애우 보건의료정책 개발을 위한 토론회. 장애우권익문제연구소·한국장애인단체총연맹. 2002년 10월 31일. p. 19.(재인용)

“ ... 팔·다리 동맥이 막히는 ‘버거스씨’병을 20년 넘게 앓아온 환자 유모(52)씨는 두 다리를 무릎 아래서 절단한 상태다. 전적으로 휠체어에 의지해 생활해야 하는 그는 1주일에 3~5번 병원 가는 일이 여간 큰 고역이 아니다. 서울의 A대학병원 정문에 내리면 외래 접수·수납 창구를 거치면서 로비를 거의 한 바퀴 돌고, 다시 로비를 가로질러 환자용 엘리베이터를 타고 지하로 내려가야 한다. 이 병원의 재활의학과는 지하 한 모퉁이에 있기 때문이다. 진료가 끝나면 주사 처방을 받아 다시 1층으로 올라가 수납을 하고 주사실이 있는 5층으로 이동한다. 그가 진료를 받기 위해 휠체어를 끌고 이동한 거리는 약 200m이다...”<sup>424)</sup>

일반인도 종합병원에 가면 수납, 접수, 진료, 검사 등 여러 곳을 거쳐야 하기 때문에 복잡하고 이동거리가 길어서 힘들어한다. 신체가 불편한 장애인들에게는 그 정도는 더 크게 다가올 것이다.

또한 한국장애인단체총연맹 이문희(李文熙) 정책실장은 “독일·미국 등 선진국 병원은 장애인들이 주로 이용하는 시설은 접근하기도 좋고 화재 등 유사시에 탈출하기도 좋은 곳에 둔다”며 “우리나라 병원은 장애인을 위한 휠체어 도우미 서비스도 거의 없는데다 바닥에 미끄럼 방지 처리도 드물어 목발 환자가 넘어져 골절을 입는 경우도 종종 있다”고 말했다<sup>425)</sup>.

424) 김철중. 병원의 ‘찬밥’ 재활의학과 “진료한번 받기 힘드네요”. 조선일보 2004-JUL-14

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

노스캐롤라이나장애건강연구소(The North Carolina Office on Disability and Health)와 The Center for Universal Design에서는 장애인이 보건의료서비스를 이용할 때 갖는 장벽을 없앨 수 있는 방안을 제시했는데 요약하면 다음과 같다<sup>426)</sup>.

### 가. 보건의료시설의 설계에서 고려해야 할 사항

- 출입구에서 기상상태로부터의 보호
- 외부 및 내부 문의 전동문
- 휠체어 이용자가 복잡한 대기줄에서 다른 사람들을 방해하지 않는 여유공간
- 업무 보는 동안 설 수 없는 사람들이 이용할 수 있는 의자
- 어린이, 노인 등을 위한 다른 높이의 의자, 일어서려면 팔을 지지해야 하는 사람들을 위한 팔걸이 의자
- 휠체어에 앉으려면 체중을 실어야 하거나 일어서려면 붙잡을 곳이 필요한 이들을 위한 손잡이
- 움직일 수 있으며 높낮이 조절이 가능한 검진 탁자 및 의자
- 앉은 상태에서 촬영할 수 있는 유방촬영술(mammography)
- 청력장애인을 위한 이동가능하고 확장할 수 있는 음량조절이 가능한 치료공간과 서비스 창구
- 1개 이상의 화장실과 탈의실
- 청력장애인이 보건의료기관에서 전화를 걸 때 필요한 전신타자기(TTY)
- 전화교대시스템을 이용할 수 있도록 직원 교육 및 훈련
- 장애인과 상호적인 의사소통을 할 수 있도록 직원 및 의료진을 교육

### 나. 장애인법(The Americans with Disabilities Act)에 따른 보건의료 제공자들의 필수요건사항

- 입구근처에 접근가능한 주차공간 마련
- 장애인이 이동하는데 적당한 수준의 경사도와 표면처리를 한 경사로가 연결되어있는 접근가능한 정문
- 쉽게 열리는 넓은 외부 및 내부 문
- 의료기관 내 서비스 공간 어디든지 연결가능한 공간설정

---

425) 상계서.

426) Removing Barriers to Health Care - A Guide for Health Professionals. Available at: <http://www.fpg.unc.edu/~ncodh/rbar/>

- 키가 작거나 휠체어 이용자들이 닿을 수 있는 거리에 잡지나 책을 구비
- 키가 작거나 앉아있어야 하는 사람들이 이용할 수 있는 높이가 낮은 서비스 창구
- 서류를 작성하는 동안 서 있을 수 없는 사람들과 휠체어 이용자들이 무릎 위 공간에서 쓸 수 있는 높이의 책상
- 청각 및 시각 장애인들을 위한 경보시스템
- 청각장애인과 소통할 수 있는 수화통역자
- 시력이 낮은 사람들을 위해 주요문서를 확대해서 구비
- 공간과 엘리베이터 통제와 같은 특정 표시를 점자표시

이 밖에도 의료진이 시각장애, 청각장애, 언어장애, 인지장애, 이동에 제약이 있는 장애인들이 의료기관을 어떤 제약 없이 이용할 수 있도록 도울 수 있는 방법들을 소개하고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 한국장애인인권헌장

- 제4조 장애인은 자유로운 이동과 시설이용에 필요한 편의를 제공받아야 하며, 의사표현과 정보 이용에 필요한 통신, 수화통역, 자막, 점자 및 음성도서 등 모든 서비스를 제공받을 권리를 갖는다.

#### 나. 장애인복지법

- 제21조 (편의시설) 국가와 지방자치단체는 장애인이 공공시설 및 교통수단등을 안전하고 편리하게 이용할 수 있도록 편의시설의 설치와 운영에 관하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

#### 다. 장애인·노인·임산부 편의증진 보장에 관한 법

- 제4조 (접근권) 장애인등은 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복을 추구할 권리를 보장받기 위하여 장애인등이 아닌 사람들이 이용하는 시설과 설비를 동등하게 이용하고 정보에 자유롭게 접근할 수 있는 권리를 가진다.

- 제16조 (시설이용상의 편의제공) ①장애인등의 이용이 많은 공공건물 및 공중이용시설의 시설주는 휠체어·점자안내책자·보청기기등을 비치하여 장애인등이 당해 시설을 편리하게 이용할 수 있도록 하여야 한다. ②제1항의 규정에 의하여 휠체어·

점자안내책자·보청기기등을 비치하여야 하는 공공건물 및 공중이용시설의 범위와 휠체어·점자안내책자·보청기기등 비치하여야 할 용품의 종류등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다. ③제1항의 규정에 의한 휠체어·점자안내책자·보청기기등의 이용료는 무료를 원칙으로 하되 수리에 소요되는 비용등을 감안하여 실비로 할 수 있다.

· 제16조의2 (장애인에 대한 편의제공) ①장애인은 대통령령이 정하는 공공건물 및 공중이용시설을 이용하고자 할 때에는 시설주에 대하여 안내서비스·수화통역 등의 편의제공을 요청할 수 있다. ②제1항의 규정에 따라 장애인으로부터 편의제공을 요청받은 시설주는 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

· 제17조 (장애인전용주차구역등) ①공공건물 및 공중이용시설의 시설주는 주차장 법령이 정하는 설치비율에 따라 장애인전용주차구역을 설치하여야 한다. ②국가보훈처장과 시장·군수·구청장은 보행에 장애가 있는 자로부터 신청을 받은 경우 장애인전용주차구역에 주차가 가능함을 표시하는 장애인자동차표지를 발급하여야 한다. ③누구든지 제2항의 규정에 의한 장애인자동차표지가 부착되지 아니한 자동차를 장애인전용주차구역에 주차하여서는 아니된다. 장애인자동차표지가 부착된 자동차에 보행에 장애가 있는 자가 탑승하지 아니한 경우에도 또한 같다. ④제2항의 규정에 따른 장애인자동차표지의 발급대상 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

2005년 7월부터 ‘장애인·노인·임산부 편의증진에 관한 법률령’에 따라 동네의원도 장애인 편의시설 의무지역으로 분류되었다. 따라서 의원, 치과, 한의원 등 의료기관이 신축 건물에 입주할 경우 장애인 전용 주차구역, 전용 화장실, 계단을 없앤 복도, 휠체어가 통과할 수 있는 폭 80cm의 출입문 등 네 종류의 장애인 편의시설을 의무적으로 설치해야 한다. 또 국가기관이나 시·군·구청 등 공공기관과 종합병원은 장애인을 위한 수화통역 서비스를 의무적으로 제공토록 했다. 이전까지는 권장사항이었으나 의무사항으로 변경되었다.

#### (5) 기존 제안

장애인 보건의료 정책에 관한 연구에 의하면<sup>427)</sup>, 장애인 보건의료의 지리적 장벽을 제거하려면 무엇보다도 보건의료자원이 균등하게 분포되어야 한다. 장애인이 필요로

427) 김용익. 전게서. 5~24쪽.



하는 안과, 이비인후과, 정형외과, 신경외과 등의 전문의가 전국에 골고루 분포해야 한다. 장애인 재활에 영향을 미치는 재활의학과 전문의, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등 재활인력의 분포도 매우 중요하다. 장애인을 재활을 위한 시설과 인력이 부족하므로 이에 대한 투자가 수반되어야 한다. 국립재활원의 확대강화, 시도별 재활원의 설치, 보건소의 장애인 담당 인력 및 시설 확충 등이 실행되어야 한다.

## (6) 전체 평가 및 실천 계획

장애인의 건강권을 보장하기 위해서는 보건의료서비스에 대한 접근권 보장이 일차적인 선결문제다. 약국, 의원, 병원, 종합전문요양기관, 재활기관 등 보건의료기관의 장애인 이동권에 대해 현황파악이 필요하다. 앞서 제시했던 노스캐롤라이나장애건강연구소의 기준을 중심으로 우리나라 의료기관의 장애인 이용실태에 대한 현황조사를 하고 이를 바탕으로 장애인의 이동권을 확보하기 위한 방안을 마련해야 한다. 보건의료기관 방문시 기관까지의 이동을 담당해줄 민간단체를 지원하거나 장애인의 보건의료기관 방문을 협조해주는 사회복지서비스를 개발하면, 장애인은 보건의료기관에 대한 접근성을 높일 수 있을 것이다. 보건의료기관은 장애인을 위한 병원 내 자원봉사 조직을 연계하는 등 장애인을 지원할 수 있는 인력배치와 장비 및 시설을 구비한다. 장애인의 보건의료기관 내 이동권과 시설 이용을 장려하기 위해서 정부는 정책적인 인센티브를 부여하는 방안도 있다.

관련기관: 보건복지부, 건설교통부

## 2) 재활치료 및 필수 보장구에 대한 급여수준 상승과 범위 확대

장애인의 건강권 보장에서 재활 치료 및 필수 보장구의 활용은 인간다운 생활을 위한 최소한의 요건이다. 조건의 평등을 실현하기 위한 적극적 조치(affirmative action)로써 재활치료와 필수 보장구에 대한 급여수준의 상승과 범위 확대는 장애인의 건강권 보장의 첫걸음이라고 할 수 있다.

## (1) 현황

### 가. 재활치료에 대한 급여 현황

우리나라의 건강보험은 치료서비스 위주로 급여가 이루어져 물리치료, 작업치료, 언어치료 등과 같이 재활치료에 대한 급여가 여전히 소홀하다는 지적을 받고 있다<sup>428)</sup>. 현재 한시적 비급여인 언어치료와 행동치료는 전액 본인부담이고, 그 외 병원에서 제공되는 작업치료, 물리치료와 같은 재활치료는 보험급여혜택을 받고 있다<sup>429)</sup>. 장애인이 재활치료를 어느 정도 받고 있는가를 나타내는 재활치료 수진율은 계산된 바 없어 알 수 없다.

재가 중증지체 및 뇌병변 장애인 578명의 재활서비스 요구도 조사 결과, 조사 대상 장애인 중 33.8%가 의사, 한의사, 민간요법, 사회복지 기관의 물리치료 등을 포함한 재활치료를 받고 있다고 응답하였다. 재활치료를 받고 있다고 응답한 이들 중 12.6%만이 담당의사로부터 주기적인 관리를 받고 있었다. 재가 장애인 중 67.2%는 조사 시점 당시 어떤 재활 치료도 받고 있지 않다고 응답했다. 재활치료를 받지 않는 이유는, '치료해도 효과가 없을 것 같아서'가 34.2%로 1위였다. '경제적으로 어려워서'가 30.0%, '적당한 치료기관이 없어 번거롭다'가 15.0%, '시기를 놓쳐서' 7.2%로 나타났다<sup>430)</sup>.

### 나. 보장구 급여 현황

장애인이 사용하는 보장구는 현재 건강보험(의료급여)의 보험급여에 속한다. 건강보험가입자는 급여기준액 범위 내 80%를 의료급여 1종 수급자 100%, 2종 수급자 85%를 지원하는 현금급여를 하고 있다.

2000년 한국보건사회연구원의 장애인실태조사에 따르면 보장구를 소유하고 있는 장애인은 39.6%로 나타났다. 장애유형별 보장구 소유비율은 다음과 같다(표 40)<sup>431)</sup>. 보장구 미소유자 중 보장구가 필요한 장애인은 11.1%이며 이들이 가장 많이 필요로 하는 보장구는 보청기가 78.0%로 가장 많았고, 다음은 전동휠체어로 30.7%였다. 보장구를 구입하지 못하는 것은 경제적 뒷받침이 안되어 구입비용보장구가 필요한 장애인 중 72.1%가 응답했다.

428) 백선희, 「의료보장제도와 장애인의 의료재활」 한국장애인고용촉진공단, 『장애인 고용』 1995; p. 9~17.

429) 국민건강보험공단의 보험급여. Available at:  
[http://www.nhic.or.kr/wbh/wbhc/wbhc\\_02/index.html](http://www.nhic.or.kr/wbh/wbhc/wbhc_02/index.html)

430) 장숙량, 장애인 재활사업의 포괄적 관리 모형 개발 연구 [박사학위 논문]. 서울 : 서울대학교 보건대학원 2004. p. 41~44

431) 한국보건사회연구원. 2000년 장애인 실태조사. 2001.

<표 40> 장애유형별 보장구 소유 여부

(단위:%)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	계
보장구 소유	38.4	49.4	60.0	63.0	13.1	3.9	3.4	2.6	7.2	7.8	100
미소유	61.6	50.6	40.0	37.0	86.9	96.1	96.6	97.4	92.8	92.2	100

장애인의 보장구 소유율이 낮은 것은 장애인의 보장구에 대한 정보제공이 충분하지 않기 때문이다. 실제로 장애인복지사업에 대한 내용을 인지하고 있는지에 대한 조사에서 장애인의 17.7%만이 재활보조기구 무료 교부 및 의료보험 급여 실시를 알고 있었으며, 이를 알고 혜택을 받은 사람은 3.7%에 불과했다<sup>432)</sup>.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 장애인 인권 선언

1975년 UN 제30차 총회에서 채택된 장애인 인권선언에서는 장애인의 재활치료와 보장구에 대한 권리를 다음과 같이 명시하고 있다.

6. 장애인은 보장구를 포함한 의학적·심리학적 및 기능적 치료 또는 의학적·사회적 재활교육·직업교육·훈련재활·원조·고정상담·직업알선 및 기타 장애인의 능력과 기능을 최대한으로 개발하며 사회통합 또는 재통합하는 과정을 촉진하는 서비스를 받을 권리가 있다.

### 나. 일본의 장애인 보장구 지원정책<sup>433)</sup>

일본의 장애인 보장구 지급현황을 살펴보면, 1991년 일본 신체장해자 실태조사에서 일본의 전체 장애인은 2,722,000명인데 이 중 보장구 소지율은 97%이다. 대부분의 장애인이 필요한 보장구를 갖고 있는 셈이다. 일본 정부가 지급하고 있는 장애인의 보장구

432) 한국보건사회연구원. 2000년 장애인 실태조사. 2001.

433) 박운서. 장애인보장구 분야의 문제점과 대책. 장애인보장구 분야의 문제점과 대책에 관한 공청회. 국회복지포럼 개최. 2003. 3. 20

품목별 국가지급율을 살펴보면 다음과 같다(표 41).

<표 41> 일본의 장애인 품목별 국가지급율

보장구 품목명	국가지급율 (%)
전동휠체어	100%
자세유지의자	88.6%
휠체어	87.6%
보청기	83.6%
기립보조구	82.8%
보행기	79.2%
지팡이	74.4%
의지	66.7%
보조기	59.8%
두부보호모자	48.7%
안경	22.7%

신체장애자복지법 등과 같은 국가의 보장구지급제도에 의해 지급받은 장애인은 전체장애인의 67.9%에 해당한다. 일본에서는 보장구, 일상생활용구의 지급책임이 시정촌 등 기초 지방자치단체에 있으며, 보장구 비용은 국비 45%, 지방자치단체 45%, 나머지 10%는 장애인 부담으로 충당하고 있다.

장애인의 본인부담액은 전년도 소득세 과세액을 기준으로 책정하며, 생활보호대상과 주민세 비과세대상은 전액 무료다. 전년도 소득세가 2,960,001엔 이상인 자는 전액을 본인이 부담해야 한다. 이 사이를 20단계의 소득계층으로 분류하여 전년도 소득세납부액 실적에 따라 매월 본인부담액을 징수하고 있는데, 최하 2,250엔부터 최고 71,900엔 까지이며 평균적으로 5,500-6,250엔을 장애인들이 부담하고 있다.

### (3) 현행법

#### 가. 한국장애인 인권헌장(1998년 선포)

- 제2조 장애인은 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 소득, 주거, 의료 및 사회복지서비스 등을 보장받을 권리를 가진다.

#### 나. 장애인 복지법

· 제16조 (의료·재활치료) 국가와 지방자치단체는 장애인이 생활기능을 습득 또는 회복할 수 있도록 필요한 기능치료·심리치료등 재활의료를 제공하고 장애인의 장애를 보완하기 위하여 재활보조기구의 제공등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

· 제55조 (재활보조기구) "재활보조기구"라 함은 장애인이 장애의 예방과 보완 및 기능의 향상을 위하여 사용하는 의지·보조기 기타 보건복지부장관이 정하는 보장구와 일상생활의 편의증진을 위하여 사용하는 생활용품을 말한다. 제56조 (재활보조기구 품목고시등) 보건복지부장관은 재활보조기구의 품질향상 등을 위하여 재활보조기구의 품목을 고시할 수 있으며, 필요한 경우에는 그 기준·규격을 정하여 고시할 수 있다.

· 제57조 (재활보조기구의 교부등) ①국가와 지방자치단체는 장애인의 신청이 있을 때에는 예산의 범위내에서 재활보조기구를 교부·대여 또는 수리하거나 재활보조기구의 구입 또는 수리에 필요한 비용을 지급할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 비용의 지급은 재활보조기구의 교부 또는 수리가 곤란하다고 인정되는 경우에 한한다. ③제1항의 규정에 의한 신청을 할 수 있는 자의 범위와 재활보조기구의 교부·대여·수리 및 비용지급의 기준·방법등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제58조 (재활보조기구업체의 지원·육성) ①국가와 지방자치단체는 재활보조기구의 개발·보급을 촉진하기 위하여 재활보조기구를 생산하는 업체(이하 "재활보조기구업체"라 한다)에 대한 생산장려금의 지급·기술지원등 필요한 조치를 강구하여야 한다. ②국가와 지방자치단체는 재활보조기구업체의 육성을 위하여 특히 필요하다고 인정할 때에는 재활보조기구업체중 우수업체를 지정하여 자금을 융자 또는 보조할 수 있다. ③제1항 및 제2항의 규정에 의한 생산장려금의 지급, 기술지원, 우수업체의 지정, 자금의 융자와 보조등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

· 제59조 (재활보조기구 연구개발의 지원등) ①보건복지부장관은 재활보조기구의 품질향상등을 위하여 재활보조기구에 관한 연구개발을 장려하고 이를 보호·육성하기 위한 시책을 강구하여야 한다. ②국가와 지방자치단체는 재활보조기구에 관한 연구개발활동에 대하여 자금의 보조 등 필요한 지원시책을 강구하여야 한다.

#### 다. 국민건강보험법

제 46조 제46조 (장애인에 대한 특례) ①공단은 장애인복지법에 의하여 등록한 장애인인 가입자 및 피부양자에게는 보장구에 대하여 보험급여를 실시할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 보장구에 대한 보험급여의 범위·방법·절차 기타 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

#### (4) 정부 시행 정책 및 계획

보건복지부에서 장애인의 보장구 지원에 대한 정책은 무료교부, 건강보험(의료급여)의 급여화, 보장구 세율 인하 등을 중심으로 이루어지고 있다<sup>434)</sup>.

##### 가. 재활보조기구 무료교부

- 욕창방지용 매트 - 1~2급 지체·뇌병변·심장 장애인
- 음향신호기 리모콘과 음성탁상시계 - 시각장애인
- 휴대용무선신호시 - 청각장애인
- 자세보조용구 - 뇌병변장애인

##### 나. 재활보조기구 건강보험(의료급여) 실시

- 적용대상 - 지팡이, 목발, 휠체어, 저시력보조기(콘택트렌즈, 돋보기, 망원경, 의안), 시각장애인용 흰지팡이
- 지원범위 - 기준액 범위 내 80% (의료급여 1종 수급자 100%, 2종 수급자 85% 지원)

##### 다. 보장구의 세금 및 관세감면

- 수입물품 관세감면 품목 확대(69종→70종: 핸드벨·차임벨 포함)
- 재활병·의원에서 사용하는 의료용구 관세 감면
- 부가가치세 영세율 적용 품목 확대(2000년) : 의수족, 휠체어, 보청기, 보조기, 지체장애인용 지팡이 및 목발에 시각장애인용흰지팡이, 청각장애인용달팽이관 시스템, 성인용지팡이, 욕창예방용품, 인공후두, 장애인용기저귀

#### (5) 기존 제안

민주노동당의 2004 총선공약에 장애인 필수보장구 또는 재활보조기구에 대한 건강보험급여확대가 포함되어 있다<sup>435)</sup>. 전동휠체어를 5년마다 무상공급하고 그 개조, 수리비용에 대해 의료급여를 보장한다고 하였다. 재원마련에 방법에 대해 회의적인 평가가 주를 이루고 있지만, 장애인의 보장구에 대한 보장을 공식적인 정책으로 표명한 것은

434) 보건복지부. 2004년 주요업무 참고자료. 2004년 7월. p. 71.

435) 민주노동당 정책위원회. 민주노동당 17대 국회의원 총선거 공약자료집 제 3권 (노동, 민생, 복지, 사회, 문화 분야) 2004

처음이다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

재활치료와 보장구는 장애를 극복할 수 있는 유일한 수단임에도 불구하고 보장정도가 여전히 미흡하다. 장애인의 재활치료에 대한 요구는 많지만, 치료인력의 부족, 낮은 보장성 등으로 재활치료를 받을 수 있는 환경은 되지 못하고 있다. 작업치료사, 언어치료사 등 법에서도 지정되어 있지 않은 보건의료인력의 수급정책을 수립하려면 실질적 수요자인 장애인의 수요량을 산출해야 한다. 장애인의 재활치료에 대한 현황과 실태조사가 필요하며, 이를 바탕으로 장애인을 위한 정책근거로 활용한다. 건강보험과 의료급여에서 재활치료와 보장구에 대한 보장성을 확대해서 장애인의 수급율을 높인다.

관련기관: 보건복지부, 국립재활원

## 4. HIV/AIDS 환자

AIDS는 효과적인 약제의 개발로 인해 상당 기간 정상생활이 가능한, 새로운 형태의 만성질환으로 자리를 잡아가고 있다. 하지만 이러한 생물학적 특성과는 별도로 주로 신체 접촉을 통해 감염이 이루어진다는 속성 때문에 감염 여부가 “도덕적 결과”로 치부되며 그에 따른 사회적 낙인이 가해진다.

HIV감염인이나 AIDS환자의 건강권이 보장되기 위해서는 적절한 보건의료 서비스의 제공도 중요하겠지만 이렇듯 사회적 낙인에서 비롯된 차별과 사생활 침해 행위를 막는 것도 중요하다. 이를테면 HIV 감염 사실이 알려지면 일자리를 잃게 되고, 경제 활동이 어렵다보니 빈곤층으로 전락하게 되며 이는 건강관리, 진단 및 검사, 투약 등 AIDS 질병관리에 필요한 비용을 조달할 수 없게 만드는 결과를 낳을 수 있다. 또한 의료 서비스를 이용하는 과정에서도 의료진의 과도한 경계와 차별적 대우를 경험하는 경우가 많으며 사생활에 관한 정보들이 질병 관리라는 명목으로 제대로 보호되지 않는 실정이다.

### 1) 보건의료서비스 이용 시에 낙인 및 차별 해소, 사생활 보호

#### (1) 현황

일반인의 에이즈 감염자에 대한 차별의식은 심각하다. 한 설문조사 결과를 보면, 자녀가 에이즈 감염자와 같은 학교에 다니도록 허용하겠냐는 질문에 응답자의 50.4%가 허용하지 않겠다고 응답했다. 에이즈 감염자와 같은 회사에 다닌다면 환자가 직장을 그만두거나 옮겨야 한다고 생각하냐는 질문에 28.1%가 그렇다고 대답했다. 또 응답자의 절반인 48.5%는 에이즈 감염자를 다른 사람과 격리시켜야 한다고 생각하는 것으로 나타났다<sup>436)</sup>.

에이즈에 대한 편견은 비단 일반인에게만 국한된 것이 아니다. 에이즈의 감염경로에 대한 지식이 일반인보다 더 많이 알고 있으면서도 의료인도 편견과 차별은 일반인과 마찬가지로 나타난다. 특히 규범으로서의 태도가 아니라 사회적 상호관계 측면에서는 그 정도가 더욱 심하다<sup>437)</sup>. 한 감염인은 병원에 입원했을 때 입원실 입구에 HIV/AIDS를 표시함으로써 주변 병실의 따가운 시선을 느껴야했다. 종종 의료인들과 직원들의 부주의로 감염사실이 주변에 알려지는 경우도 있으며, 보건소 직원들에 의해 감염사실

436) 조병희 외. 2003년 전국민 성행태 및 에이즈 의식연구. 한국에이즈퇴치연맹. 2003년11월. p. 58~61.

437) 오현숙·강영실. 「AIDS 환자에 대한 간호사들의 지식과 태도 조사」 대한보건협회, 『대한보건협회지』 1995;21(2):27-41



이 주위에 알려지는 경우도 있다고 한다<sup>438)</sup>. 다음은 의료진에 의해 감염사실이 알려진 사례를 요약한 것이다<sup>439)</sup>.

---

보건소 직원이 감염인과 연락이 안 된다고 애인의 전화번호를 추적해서 애인에게 감염사실을 얘기 함

---

유명병원에 입원했는데, 병실 밖 이름표에 에이즈라고 쓰여짐

---

보건소 직원이 손님으로 가장해서 찾아온 후 가족에게 감염사실을 말함

---

응급실에 들어올 때부터 감염인이라는 것을 알리는 빨간딱지를 붙인다. 이름표, 혈액과 소변검사에도 붙인다.

---

감염자는 감염인으로 드러날 경우 “정부에 등록되고 보건소에서 관리한다”는 의식 때문에 검사를 받는 것을 기피하는 경향이 있다고 한다. 에이즈에 대한 인식이 사회 전반적으로 안 좋은 것을 보면 “정부 등록”과 “보건소 관리”는 감염인이 살고 있는 지역과 가족에게 알리는 위험한 행위가 될 수 있다<sup>440)</sup>.

감염인이 보건당국을 찾아야 한다는 취지아래 HIV에 대한 익명검사제도를 활성화한다고 하였지만, 실상은 그렇지 못하다. 일단 감염인으로 판정될 경우 감염인의 의사와는 무관하게 동거인이나 가족에 대한 역학조사를 실시한다<sup>441)</sup>. 더욱 심각한 것은 감염사실을 감염인의 동의절차를 거치지 않고 바로 통보한다는 점이다. 또한 최근에는 의료비 지원을 명목으로 감염인에게 의료급여 혜택을 받을 수 있게 해준다. 근데 가족이 감염사실을 모르고 있는데, 의료급여 혜택으로 치료를 받으려면 가족에게 알리게 되어 감염인이 곤란한 상황에 처하게 되는 경우도 있다<sup>442)</sup>.

---

438) 임태훈. 「바람직한 AIDS 정책 - 국립보건원의 AIDS 정책에 대한 비판을 중심으로」 나남출판, 『사회비평』 2002;33:p.55-69.

439) 양지용. 「AIDS 감염인의 인권」 나남출판, 『사회비평』 2002;33:91~103

440) 우영범. 에이즈 감염인의 소리(1). AIDS 감염인의 인권과 정책방향. 국회인권포럼. 국회인권포럼·한국에이즈퇴치연맹. 1998년 10월 28일. p. 13-16

441) 후천성면역결핍증예방법 제 5조에서는 제1항 감염자를 진단하거나 감염자의 사체를 검안한 의사 또는 의료기관은 감염자, 그 동거인 또는 그 가족에게 후천성면역결핍증의 전파방식에 관하여 필요한 사항을 준수하도록 지도하고, 보건복지부령이 정하는 바에 의해서 즉시 신고해야 한다.

442) 김진석·박광서. 「[대담] HIV 감염인, 그는 무엇을 꿈꾸는가」 나남출판, 『사회비평』 2002;23:105-123.

## (2) 국제권고 및 외국사례

가. HIV/AIDS와 인권에 관한 국제지침 (HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines)<sup>443)</sup>

법, 정책, 프로그램 등이 HIV/AIDS로 살아가는 사람들을 차별하고 낙인시키고 배제하지 않도록 국가는 보장해야 한다.

나. HIV/AIDS, Human Resources and Sustainable Development (2002)

2002년 요하네스버그 지속가능한 개발을 위한 정상회담에서 제시된 국제사회의 향후 AIDS 정책의 원칙에서는 감염인의 차별을 극복하기 위한 우선순위가 제시되었다<sup>444)</sup>.

### ① 감염인에 대한 차별의 극복(Overcome stigma and discrimination)

감염인에 대한 낙인, 차별, 인권 침해가 악순환의 고리를 갖고 있어 끝없이 계속되고 강화되는 성향을 보인다. 이것은 감염인을 더 약하게 만들고 소외시키며 치료와 관리 보호의 기회를 빼앗는다. 그럼 점에서 2002년과 2003년 세계 에이즈캠페인(World AIDS Campaign)은 전 세계적으로 에이즈 감염인에 대한 편견과 차별 극복에 초점을 맞추었다. 주요 안건으로 모든 분야의 지도층을 설득시켜 에이즈 관련 차별에 적극 맞서고 여론을 주도하는 역할을 하게 하는 것이다. 또한 차별과 인권 침해에 맞서는 법적 조치를 강화하고 예방, 치료, 보호와 관련된 서비스를 쉽게 이용할 수 있게 한다.

### ② 감염인들의 참여확대(Involve people living with HIV/AIDS)

감염인에 대한 사회의 편견과 차별을 극복하는데 있어서도 그들의 정책참여는 매우 효과적이라고 강조한다. 단 감염인이 그들 자신의 공개를 원하지 않을 경우에는 그들의 선택과 인권이 보장되는 환경을 조성해야 한다.

## 다. 미국

미국에서 가장 적극적으로 AIDS 대책을 마련하고 있는 주는 캘리포니아다. 캘리포니아의 HIV/AIDS Laws 2000는 HIV 검사, 혈액공급, 교육 등에 대한 법률을 포함하고 있다. 개인의 사생활과 인권 차원에서 아주 강력한 조항을 명시하고 있다. 취직이나 보험 가입 시 HIV 검사의 강제 실시를 금지하고 있으며 익명 검사를 장려한다. 또 HIV

443) OHCHR·UNAIDS. HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines. Third International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights. 2002

444) HIV/AIDS, Human Resources and Sustainable Development, World Summit on Sustainable Development. Johannesburg 2002, Geneva Switzerland 2002

감염사실의 비밀을 폭로할 경우 벌금을 부과한다<sup>445)</sup>.

#### 라. 캐나다

캐나다에서는 HIV 감염검사결과는 각 주의 법률에 근거해 보고된다. 익명검사는 주별로 개업의사, 지역보건 센터, 공립 클리닉, 성병 클리닉, 성 건강 유니트, 요양소 등에서 행해지고 있다. 자의에 의한 익명검사가 매우 잘 정비되어 있으므로 강제적인 검사는 없으며, 임신부의 인권과 프라이버시 문제 등에 의해 출산 전 HIV 감염검사도 법률로 강제하지 않는다<sup>446)</sup>.

#### 마. 일본에서의 에이즈 감염의 비밀보장<sup>447)</sup>

일본에서는 의사만이 역학조사 및 그 결과를 지자체장을 통해 후생성에 보고하게 되어 있다. 의사는 감염확인 후 법정 기간 7일 이내에 지자체장에게 보고해야 한다. 보고 내용에는 성별, 나이, 국적, 임상단계, 진단일, 검사 실시방법, 증상, 추정감염경로, 감염 지역(국내·외) 등으로 이루어져 있으며 성명이나 연락처 등을 밝히지 않는 등 개인의 비밀을 확실히 보장하고 있다. 일반 보건소에서는 무료 익명검사와 상담을 주업무로 하고 있는데, 결과통보는 면접을 통해 알려주며 일체 전화통보는 없다.

### (3) 현행법

#### 가. 후천성면역결핍증예방법

· 제7조 (비밀누설금지) 국가 또는 지방자치단체에서 후천성면역결핍증의 예방과 그 감염자의 보호·관리에 관한 사무에 종사하고 있는 자, 감염자의 진단·검안 및 간호에 참여한 자와 감염자에 관한 기록을 유지·관리하는 자는 재직중은 물론 퇴직후에도 정당한 사유없이 감염자에 관하여 업무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니된다.

### (4) 정부 시행정책 및 계획

우리나라의 HIV 감염인은 보건소를 통해 3개월 간격으로 면담하고 주소 이전 등 변동사항이 있으면 수시로 연락이 되도록 조치하며, 면담시 건강상태, 결혼여부, 주거변

445) 김창엽. 에이즈 대응정책 개선을 위한 연구. 서울대학교 보건대학원. 2003년 7월. p. 69

446) 김창엽. 전계서. p. 48

447) 김성수. 「AIDS 관련 현행법의 문제점과 개선방안」 나남출판, 『사회비평』 2002;33:70-90

동사항, 임신여부 등을 점검해야 한다.

후천성면역결핍증 예방법 시행규칙에서 정하고 있는 감염자관리명부에서는 감염자 인적사항에는 다음의 사항들이 기록하게끔 되어 있다.

- 성명 - 한글, 한자
- 주민등록번호
- 주소
- 직업 - 발원당시
- 전화번호 - 주택, 직장
- 가족사항 (동거자 포함) - 성명, 성별, 연령, 직업

#### (5) 기존 제안

보건소 공무원과 의료인들에 대한 체계적인 인권교육 실시가 필요하다. HIV/AIDS 감염인 자신이 인권침해나 차별에 대해 진정하는 것은 쉽지가 않기 때문에 그 이전에 인권침해나 차별에 대한 실태조사가 이루어져야 한다<sup>448)</sup>.

에이즈 연구자들은 현재의 보건소망을 중심으로 한 개인추적관리, 국가중심의 관리 방식이 개선되어야 한다고 주장한다. 무엇보다도 익명성이 실제로 보장되도록 보건소 업무 내용과 방식을 개선해야 한다. 현재의 개인관리와 보고체계에서는 검사에 의해 감염인의 실명이 공개되기 때문에 감염인의 복지와 인권을 고려한 상담을 통해 감염인을 관리하는 것이 효과적이라고 한다. 감염인의 경제적 자립, 사회적 재할, 지속적인 의학적 관리 등에 관건이 되는 정상적인 사회·경제생활이 될 수 있도록 감염인의 차별금지의 법제화가 필요하다<sup>449)</sup>.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

우리 사회에서 AIDS 감염인의 사회적 차별과 낙인은 매우 심각하다. AIDS 감염자 ‘색출’과 ‘추적관리’중심의 HIV/AIDS 관리는 감염자를 사회에서 숨게 만들고 감염인의 인권을 침해하므로 관리방식의 전환이 시급하다. 앞서 언급한 AIDS 감염인의 인권을 위한 지침에 따라 후천성면역결핍증예방법을 인권존중의 방향으로 개정해야 한다. AIDS 관리를 전문화된 조직에 일임하고, 담당자의 인권교육을 정기적으로 실시한다.

---

448) 임태훈. 전게서. p.55-69

449) 김창엽. 전게서. p. 56-59

또 사회적 포용이 될 수 있는 환경을 조성하고 잘못된 AIDS 지식으로 환자가 차별받지 않도록 AIDS 교육 및 홍보를 활성화시켜야 한다.

관련기관: 보건복지부, 질병관리본부

## 2) 검사/치료비 지원 확대

HIV/AIDS 환자들에게 검사, 치료비 지원확대를 중요한 정책과제로 선정한 것은 감염인으로 판정된 경우 대부분 경제능력을 상실하게 되어 AIDS 발병억제제와 진료비 등을 부담할 수 없게 된다. 감염인에서 AIDS 환자로 발병된 후에는 다른 합병증을 치료할 수 있는 돈이 없어 병원에도 가보지 못하고 사망하는 경우가 종종 있다.

### (1) 현황

전체 감염자 중 감염 이전 무직자의 비율이 9.0%였던데 비해 감염 이후에는 29.4%로 높아진다<sup>450)</sup>. 에이즈 감염 사실이 알려지면서 스스로 또는 타의에 의해서 직장을 그만두기 때문에 생계에 어려움을 겪게 되는 것이다. 또한 의료급여를 통해 치료비를 지원하고는 있지만 환자 본인이 부담해야 하는 부분이 여전히 크다. 감염인의 실제 이야기를 들어보자.

“... 돈이 없으면 약값만 50만원이 넘게 들어가는데, 10개월이면 5백만원이 넘어요. 돈 없는 사람에게 5백만 원이라니....빛 좋은 개살구죠. 약값이 지원은 되는데 바로 이루어지지 않고 있어요. 의료보험도 의료보험급여일수 제외 11가지 질병 중에서 에이즈가 빠져 있어요. 그래서 에이즈 치료를 받으면서 다른 치료를 받고 6개월이 지나면 12개월이 적용되는 거예요. 의료보험급여일수가 365일이 다 차는 셈이 되는 거죠. 제외 질병에 포함되면 상위권 질병만으로 수가를 적용시켜 1년 365일 의료보험혜택을 받을 수 있습니다. (중략) 지금 병원에 가서 입원을 하게 되면, 바이러스가 뇌에 들어갔는지 MRI 촬영을 하는데, 그게 비급여잖아요. 지원을 안 해주니깐 돈 없는 환자들은 치료도 못하고 사망하게 되요. (중략)”<sup>451)</sup>

450) 정민영. 「HIV/AIDS 환자의 사회복지적 욕구에 관한 연구」 서울시립대학교 석사학위논문. 1999

451) 김진석·박광서. 전게서. p105-123.

약값만 연평균 500만원 이상이 지출되는데, CD4 검사비와 기회감염으로 인한 다른 질병의 치료비까지 감안하면 감염인의 부담은 상당한 수준이 아닐 수 없다. 정부에서 진료비 일부를 지원하고 있으나 감염인 일인당 일년에 40만원이 안되어 실질적인 도움이 되지 못하고 있다(표 42).

<표 42> 정부의 연도별 환자 1인당 AIDS진료비 지원액

(단위: 백만원)

구 분	1999	2000	2001	2002	2003. 9
예산액	252	465	465	579	1,036
집행액	441	653	1,038	1,336	1,002
진료인원	1,221	1,595	2,560	3,374	2,475
1인당 진료비 지원액	361,179	409,404	405,469	395,969	303,848

자료: 보건복지부 기획예산담당관실. 2003년 일반회계 세출 전용요청서(AIDS 진료비 요청). 2003년 11월.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. HIV/AIDS와 인권에 관한 국제지침<sup>452)</sup> (The International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 1997)

지침 6 적정 수준의 예방조치와 서비스, 충분한 HIV 예방 및 치료 정보, 적정 가격의 안전하고 효과적인 의약품의 이용을 보장하기 위해서 HIV관련 제품, 서비스 및 정보의 규제를 위한 법을 제정해야 한다.

지침 6의 예방, 치료, 보호(care) 및 지지에 대한 접근성을 보장하기 위한 정책대안은 26개가 있다. 이 중 검사 및 치료비 지원과 직접적인 항목을 가려내면 다음과 같다.

- HIV/AIDS로 살아가는 이들을 위한 포괄적인 치료, 케어, 지지에 대한 보편적 접근성을 실현하기 위한 국가 계획을 수립해야 한다.
- HIV/AIDS로 살아가는 이들을 위한 포괄적인 치료, 케어, 지지에 대한 보편적 접근성을 위해서는 가능한 최고수준의 건강을 누릴 권리를 포함하여 건강과 관련된 인권을 존중하고 보호하고 실현해야 한다. 보편적 접근성의 진전을 측정할 수 있는 지표와 목표를 설정해야 한다.
- HIV/AIDS 관련 정보, 제품, 서비스에 대한 접근은 사회, 경제적, 문화적, 정치

452) OHCHR·UNAIDS. HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines Third International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights. 2002

적, 법적 요인에 의해 영향을 받으므로 국가는 의약품, 진단 및 기술에 대한 공평하고 보편적인 접근성을 실현하기 위한 법 정책, 프로그램 등을 검토 및 수정하고 도입해야 한다. 의약품에 대한 세금, 관세법, 부가가치세 등은 의약품 및 진단검사법에 대한 지불가능한 가격으로의 접근을 제한다.

- 가난, 이민, 농촌, 여러 종류의 차별 등으로 취약계층이 예방, 치료, 서비스, 지지 등에 대한 공평한 접근을 저해하는 요소를 측정할 수 있는 긍정적 방법인 법 제정, 정책, 프로그램, 계획 등에 포함시켜야 한다.

#### 나. AIDS 의약품에 대한 접근성의 보장<sup>453)</sup>

유엔인권위원회 고등판무관실에서는 AIDS 의약품에 대한 접근성을 보장하기 위한 국가의 정책방향으로 다음의 권고사항을 따르도록 하였다.

- AIDS와 같이 전세계적으로 유행하는 질병과 같은 경우에 있어서는 의약품에 대한 접근성은 가능한 최고수준의 육체적 정신적 건강을 누릴 수 있다는 건강권 실현에 근본적인 구성요소 중의 하나이다.
- 국가는 국제적 협정을 포함해서 국제법과 일치하여 다음과 같은 정책을 추구해야 한다.
  - (a) 감염 가능성이 높은 질환이나 HIV/AIDS와 같은 전염성질환을 치료하기 위해 의약품과 의학적 기술의 충분한 이용가능성
  - (b) 사회적으로 가장 취약한 집단을 포함해서 차별과 비용지불가능성 여부에 상관없이 의약품 또는 의학적 기술에의 접근성
  - (c) 감염원이나 출신국가에 상관없이 과학적으로 의학적으로 양질의 의약품과 의학적 기술의 보장성(assurance)
- 국가는 국가 수준에서 무차별에 근거해서,
  - (a) 예방, 치료 및 증상완화 의약품 및 의학적 기술에 모든 사람이 똑 같은 접근을 부정하거나 제한하는 조치를 제거해야 한다.
  - (b) third parties에 의한 제한으로부터 예방, 치료, 증상 완화 의약품 및 의학적 기술에 대한 안전한 접근을 보장하기 위해 국제협정 또는 국제법에 따라 법을 제정하거나 다른 조치를 취해야 한다.
  - (c) 예방, 치료, 증상 완화 의약품 및 의학적 기술에 대한 효과적 접근을 위해 자원을 최대한으로 이용가능한 모든 적절한 조치를 취해야 한다.

453) UNHCHR. Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS. Commission on Human Rights resolution 2002/32

다. 미국의 AIDS 환자 지원 현황<sup>454)</sup>

- 예산 - 의회에 요청한 2005년도 연방정부 예산은 198억 달러 이중 100억 달러 (51%에 해당)가 Medicaid, Medicare, Social Security Disability Insurance(SSDI), Supplemental Security Income에 지원된다. 97억 달러는 의회가 그 사용을 정할 수 있는데, Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act, AIDS Drug Assistance Program에 지원된다.
- Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act (1990) - 시, 주 정부, 공공기관, 사설비영리기관이 의료서비스를 불충분하게 받지 못하는 HIV에 감염된 개인과 가족을 위한 보건의료서비스 전달체계를 운영하고 이러한 조직을 발전시킬 수 있도록 지원한다. 다른 지불자가 지불하지 않는 HIV관련 서비스를 지원하는데, 교통, 주거, home care, 호스피스케어, 육아 등을 일상생활을 지원한다.
- AIDS Drug Assistance Program
  - Medicaid와 민간보험에서 보험혜택을 주지 않거나 제한을 받는 저소득층의 HIV positive들에게 HIV/AIDS 약을 제공하기 위한 프로그램이다. 외래약으로 일인당 연간 10,000-15,000 달러를 지원하고 있다. 예산상의 한계로 일부 취약 계층의 감염자들은 대기자에 올려져 있거나 antiretroviral drugs에 접근하는데 한계가 있다. 이 프로그램의 혜택을 받는 이들은 대부분 유색인종이거나 보험 미가입자들이다.

라. 캐나다

캐나다 정부는 비정부조직, 지역사회, HIV/AIDS 감염인 등과의 협의를 통해서 정책과 예산지원의 우선순위를 결정한다. 우선순위는 가장 필요가 큰 부분에 사업이 집중될 수 있도록 정기적으로 다시 정한다. 2003년 캐나다의 AIDS 예산을 주요 영역별로 살펴보면 다음과 같다(표 43)<sup>455)</sup>.

선진국 에이즈 정책의 특징 중의 하나로 에이즈 치료를 위한 환자의 본인부담을 최소화하고 있다는 것이다. 선진국들에서는 항HIV 요법에 대한 형평성을 확보하기 위해 의료보장제도 및 각종 의료비 보조 혜택으로 본인부담을 최소화하고 있다. 영국에서는 항HIV 약에 관한 처방전이 무료로 지급되며 미국에서는 ADAP와 같은 제도를 마련하고 있다. 일본의 경우 건강보험 적용 이외에도 고액의료비 용자제도, 신체장애자 수첩, 갱생 의료, 생활보호, 질병 수당 등으로 의료서비스에 대한 접근이 보장되고 있다<sup>456)</sup>.

454) Kaplan et al. Current Trends and the Future of HIV/AIDS Services: A Social Work Perspective. Health & Social Work 2004;29(2);153-160.

455) 김창엽. 전게서. p. 49-50.



<표 43> 2003년 캐나다의 주요 영역별 에이즈 예산

영역	예산 (1million CAD)	%
예방	3.9	9.2%
지역사회 개발 및 NGOs지원	10	23.7%
치료와 감염인 지원보호	4.75	11.3%
연구	13.15	31.2%
감시체계 운영	4.3	10.2%
국제협력	0.3	0.7%
법률, 윤리, 인권사업	0.7	1.7%
워주민 보건 및 개발	2.6	6.2%
교정시설	0.6	1.4%
상담, 평가, 모니터링과 보고	1.9	4.5%
계	42.2	

### (3) 현행법

#### 가. 후천성면역결핍증예방법

- 제20조(부양가족의 보호) 시장군수 또는 구청장은 감염자 중 부양가족의 생계유지가 곤란하다고 인정될 때에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 부양가족의 생활보호에 필요한 조치를 하여야 한다.
- 제22조(비용부담) 다음 각호의 1에 해당하는 비용은 대통령령이 정하는 바에 의하여 국가 또는 지방자치단체가 이를 부담하거나 그 전부 또는 일부를 보조한다. 제1호 제8조의 규정에 의한 검진비용 제4호 제13조의 규정에 의한 전문의료기관에서의 진료비용 제5호 제20조의 규정에 의한 생활보호비용

#### 나. 후천성면역결핍증예방법시행령

- 제22조 (감염자에 대한 진료등) 보건복지부장관 또는 시도지사는 감염자에 대하여 정기적인 진료를 하는 등 감염자 관리를 위하여 필요한 조치를 취하여야 한다.
- 제24조 (부양가족의 생활보장) 시장군수 또는 구청장은 법 제 20조의 규정에 의하여 감염자의 부양가족을 국민기초생활보장법시행령 제4조제1항제5호의 규정에 의한 수급권자로 보아 국민기초생활보장법에 의한 급여를 하여야 한다.

456) 김창엽. 전게서. p. 88-89

· 제25조 3항 법 제 22조 제 5호의 규정에 의한 생활보호비용의 부담비율은 국민기초생활보장법이 정하는 바에 의한다.

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

현재 감염인이 진료기관에서 치료제 투약 등에 따른 진찰료, 검사료 및 에이즈와 관련된 질환으로 진료를 받은 경우 총 진료비 중 보험급여분의 본인부담 부분만 정부가 지원하고 있다. 진료비 중 병실료 차액 등 비급여 부분 및 간이영수증(수기용) 등에 대해서는 지급하지 않는다.

각테일요법에 포함되는 치료제는 대부분 보험급여 적용되므로 비급여로 청구된 치료제에 대해서는 진료비를 지원하지 않는다. 진료비는 후천성면역결핍증예방법 제 22조의 규정에 따라 본인부담금의 절반은 지방자치단체가, 나머지 절반은 국립보건원(방역과)에서 부담한다. 감염인이 등록된 보건소를 경유하여 시·도에서 지급하는 형식이다. 담당보건소는 관찰 진료기관과 협의하여 본인부담금의 선납이 어려운 감염인(환자)에 대해 후불 협조를 구할 수 있다.

한국에이즈예방재단에서 에이즈 감염인을 위한 치료비 지원 프로그램을 운영하고 있다<sup>457)</sup>.

- 대상 - HIV/에이즈 치료를 원하고 있으나 경제적인 어려움으로 항 HIV치료(초진료 또는 재치료)를 투여받을 수 없는 HIV감염인/에이즈 환자. 단, 국내에 거주하는 한국인으로서 의료보험이 적용되는 외래 진료에 한한다
- 지원규모 - 치료지원 비용은 정부/지방자치단체로부터 환급받을 수 있는 범위 내에서 지원하는 것을 원칙으로 하되, 1인당 100만원을 초과할 수 없다.
- 절차 - 신청자가 소정의 양식을 작성하여 제출하면지원 여부를 결정한다.

#### (5) 기존 제안

##### 가. 감염인에 대한 재정적 지원

감염인들이 직장생활을 할 수 있는 여건이 조성되고 경제적인 자립이 가능한 수준에 이를 때까지는 어떤 형태든 정부의 직접적인 지원이 필요하다. 감염인 중 경제적인 취약계층은 일본과 유사한 방식으로 기초생활보장대상자나 장애인 지정 등의 방식을 강

457) 대한에이즈예방협회. 희망과 도움의 손길, 2003

구할 필요가 있다. 장기적으로는 직접적인 재정지원은 자발적인 등록자와 생계곤란자 등으로 한정하고, 정부의 직접적인 지원은 최소화하는 것이 바람직하다<sup>458)</sup>.

에이즈 감염인에 대한 장애등급 부여, 치료제의 건강보험적용 등이 모색되어야 한다. 에이즈 치료 담당병원도 늘려야 함?. 현재 의료급여수급권자로 지정될 경우 특실을 사용하더라도 일반병실료를 내게 되어 있는데 의료급여수급권자가 아닌 감염인에게도 같은 혜택을 부여해야 한다. 입원실을 1인실 또는 2인실만을 쓰게 해서 상당한 비용이 소요된다<sup>459)</sup>.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

AIDS와 같이 사회적 낙인과 차별이 심각한 질병은 환자의 삶 자체를 파괴한다. 현재의 지원금으로는 AIDS 감염자의 안정된 경제적 생활과 건강유지를 보장할 수 없다. 경제적으로 취약한 상태에서 고비용의 치료비가 지출되어야 하기 때문에 치료서비스와 AIDS 감염인을 위한 복지서비스도 연계가 될 필요가 있다. AIDS 감염인의 치료비용에 대한 연구를 조속히 진행하여 경제적인 어려움으로 인해 치료와 건강관리를 중단하는 감염인이 없게 해야 한다. AIDS 감염인을 의료급여 수급권자로 전환하면 사생활이 노출될 수 있으므로 AIDS 감염인을 위한 지원기금을 마련하고 민간에 위탁한다.

관련기관: 보건복지부, 질병관리본부

---

458) 김창엽. 전게서. p. 115-116

459) 양지용. 전게서. p. 91-103

## 5. 구금시설

구금의 목적은 ‘수용자를 격리하여 교정교화하며 건전한 국민사상과 근로정신을 함양하고 기술교육을 실시하여 사회에 복귀’시키는데 있다. 수용자를 격리하는 이유는 피구금자의 자유를 박탈하여 고통을 주는데 있다<sup>460)</sup>. 수용자는 행형을 통한 자유권 박탈이라는 기본권의 제한을 받지만, 국민의 일원이라는 점에서 국가는 수용자의 건강을 보호할 의무가 있다. 헌법 제 36조 제 3항은 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’고 규정되어 있다. ‘만일 국가가 수용자들로 하여금 사회가 제공하는 의료서비스에 접근하지 못하도록 신체의 자유를 제한하면서 적절한 의료서비스도 제공하지 않고, 열악하고 비위생적인 환경을 방치한다면, 이는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장할 국가의 의무를 위반하는 것’ 뿐 아니라 그 자체가 비인도적이고 가혹한 처벌 또는 처우에 해당한다<sup>461)</sup>.

### 1) 교정시설 내 환경 위생 개선

건강증진에서 환경이 중요한 것과 마찬가지로 구금시설에서의 환경은 수용자의 건강에 지대한 영향을 미친다. 자유를 구속한 구금상태에서 정신건강은 차치하더라도 구금시설의 건강한 위생환경 상태는 수용자의 건강권 보장에 첫걸음이다.

#### (1) 현황

2002년도에 실시된 구금시설의 의료실태조사에 따르면, 수용자들은 매우 열악한 환경에서 생활하고 있는 것으로 드러났다. 거주 환경의 경우, 거실이 비좁다고 느끼는 경우가 78.6%에 달했는데, 4.68평 일반거실의 정원은 14~15명 수준이었다. 이러한 과밀도는 전염성 질환을 급속도로 전파시키거나 스트레스를 일으켜 사고와 폭력을 발생시키기도 한다. 이는 더운 여름이나 추운 겨울에 더욱 문제시된다. 난방에 대해 ‘추운편이다’, ‘매우 춥다’라고 응답한 비율이 69.8%였으며, 81.1%가 여름에 ‘더운 편이다’, ‘매우 덥다’라고 응답했다. 그나마 아픈 수용자가 머무르는 병사에는 전기판넬이 깔려 있어 저녁과 새벽에 난방이 제공되고 있으나 일반 수용자의 거실에는 마루바닥으로 냉난방이 전혀 제공되지 않는다고 한다. 수용자를 대상으로 한 질병 유병률 조사에서 감기의

460) 피구금자 처우에 관한 최저기준규칙 제 57조

‘자유형 및 그 외 범죄를 일부와 격리시키는 처분은 자유를 박탈하여 자기 결정의 권리를 빼앗는다는 사실 자체로서 고통을 주는 것이다. 따라서 행형제도는 정당한 격리나 규율유지에 수반되는 경우를 제외하고는 그 상황에서 고유한 고통을 가중시켜서는 안된다’

461) 김정범 외 4인. 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구. 국가인권위원회. 2003. p. 170-171.

유병률이 20.6%나 되는 것은 거주 환경의 열악함을 간접적으로 증명한다.

한편, 개인 위생의 경우, 수용자의 61.9%가 구금시설에서 지급되는 의류가 수용생활에 부적합하다는 의견을 보였다. 담요의 청결상태는 응답자의 64.7%가 불결하다고 하였다. 연구팀은 구금생활에서 수용자의 피부와 호흡기에 가장 장시간 사용하는 물품이므로 청결하게 유지하는 것이 필요하다고 지적하였다.

화장실은 거실 내에 있으며 개인의 사적공간이 전혀 보장되지 않아 사용자의 67.5%가 불편을 호소했다. 목욕은 일주일에 1회 실시하는 것이 가장 많았으며(87.3%), 1회당 20분 소요된다는 응답이 35.2%이었다. 10분 이내인 경우도 24.4%나 되었다. 개인적으로 씻을 수 있는 충분한 시간이 주어져야 한다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. UN 피구금자 처우최저기준규칙(Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, 1977)

UN 피구금자 처우최저기준규칙에서는 피구금자의 환경위생을 다음과 같이 정하고 있다<sup>462</sup>).

15. 피구금자는 건강과 청결에 필요한 개인위생용품과 물과 같이 개인이 청결하는데 필요한 것을 요구할 수 있다.

16. 자존감에 부합하는 외모를 유지하는데 필요한 이용, 면도 등에 적합한 서비스를 구금기관이 제공해야만 한다.

17. 자신의 의복을 착용할 수 없는 경우 피구금자는 건강상태를 유지하는데 필요한 기후에 적합한 의복을 제공받아야 한다. 모든 의복은 적정상태에서 깨끗해야 한다. 개인 위생유지에 필요하다면 세탁하고 교환할 수 있다.

26. 의무관은 규칙적으로 다음 사항을 감독하고 기관장에게 조언해야 한다.

- (a) 음식의 양, 질, 준비상태
- (b) 구금시설과 피구금자의 위생과 청결상태
- (c) 구금시설의 위생, 난방, 조명, 환기 상태
- (d) 피구금자의 의복과 침구의 적합성과 청결
- (e) 체육활동과 스포츠 담당자가 없을 경우 이와 관련된 규칙의 관찰

---

462) Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, 1977. Available at: [http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_comp34.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

#### 나. 유럽의 구금시설 규칙(The European Prison Rules)

유럽평의회(Council of Europe) 각료위원회(Committee of Ministers)는 유럽의 구금시설 규칙(The European Prison Rules)에서 의무관(medical officer)은 엄격하게 구금시설 환경을 감독하며 기관장에게 감독결과를 조언해야 한다고 정하고 있다. 구금시설 관련해서 감독해야 할 사항은 다음과 같다<sup>463)</sup>.

- 제공되는 음식과 물의 준비상태, 양, 질
- 구금시설과 수용자의 위생과 청결
- 구금시설의 위생, 난방, 조명, 환기
- 피구금자의 의복과 침구의 적합성과 청결

### (3) 현행법

#### 가. 행 형 법

· 제24조 (운동 및 목욕) 소장은 대통령령이 정하는 바에 의하여 수용자에 대하여 건강유지에 필요한 운동 및 목욕을 하도록 하여야 한다.

#### 라. 행 형 법 시 행 령

· 제18조 (목욕) ①소장은 신입자에 대하여는 질병 기타 부득이한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 목욕을 하도록 하여야 한다. ②여자인 신입자가 목욕하는 경우에 그의 계호를 위한 참여는 여자교도관이 하여야한다. ③제2항의 규정은 수용중인 여자의 목욕에 이를 준용한다.

· 제73조 (급여의류등) ①법 제20조의 규정에 의하여 수용자에게 급여하는 의류와 침구는 수용자의 건강유지에 적합한 것이어야 한다. ②급여의류와 침구의 품목·색채·규격 기타 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.

· 제75조 (의류등의 급여수량) ①수용자에게 급여하는 의류 및 침구의 수는 1인에 대하여 1매로 한다. 다만, 공동사용품목은 예외로 한다. ②소장은 날씨·수용자의 건강상태 기타 사정을 고려하여 특히 필요하다고 인정하는 때에는 제1항의 규정에 의한 의류 또는 침구의 수를 증감할 수 있다.

· 제95조 (목욕의 횟수) 수용자의 목욕횟수는 작업의 종류 기타의 사정을 참작하여 당해 소장이 정한다. 다만, 6월부터 9월까지의 5일에 1회 이상, 10월부터 5월까지의 7일에 1회 이상의 목욕을 하게 하여야 한다.

463) Council of Europe Committee of Ministers. The European Prison Rules - Revised European version of the Standard Minimum Rules of the Treatment of Prisoners. Available at: <http://cm.coe.int/ta/rec/1987/87r3.htm>

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

법무부는 교정시설 환경개선 사업을 대대적으로 실시하고 있다<sup>464</sup>). 2004년 전 기관에 난방시설을 완료할 예정이다. 서울구치소 등 34개 기관에 조도조절기 1919개 취침등을 설치한다. 이를 설치하면 취침시간에 조도를 150룩스에서 60룩스 이하로 하향 조절할 수 있다. 일상생활과 같은 등을 취침시간에도 켜으나 숙면에 방해되어 사고 예방에 방해가 되지 않는 범위 내에서 낮춘 것이다. 또 2004년 여사, 병사, 장애인 거실 환경개선을 완료할 예정이다.

#### (5) 기존 제안

구금시설 연구팀은 구금시설 내의 환경개선에 과밀시설 해소와 냉난방시설과 위생시설 완비를 권고하였다<sup>465</sup>). 건강을 지키기 위해서는 건강한 생활환경이 보장되어야 하며 건강한 생활환경에 개인위생은 필요조건인 것이다.

- 과밀시설 개선 - 소규모 구금시설을 운영해야 하며 개인의 거주공간을 확보해 줘야 한다.
- 냉난방시설 개선 - 중앙조절식이 아닌 개별 거실에서 조절이 가능해야 한다. 기본적으로 거실 내에 설치되어야 한다.
- 위생시설 완비 - 온수목욕과 세탁은 1일 1회 이상 자유롭게 허용되어야 하며 화장실 변기는 거주시설과 별도로 개인의 사적공간으로 인정하여 독립적으로 설치되어야 한다.
- 조명시설 - 일반 독서에 불편함이 없도록 80Lux 이상으로 개선되어야 한다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

생활환경이 건강에 미치는 영향은 아무리 강조해도 지나치지 않는다. 구금시설과 같이 자유를 구속하는 동시에 냉·난방, 개인 위생시설, 조명 등과 같은 기본적인 생활환경이 건강에 위해하다면, 장·단기적으로 수용자의 건강에 부정적인 영향을 끼칠 것이 분명하다. 법무부는 외국의 교정시설 기준과 국내의 구금시설 환경위생 환경에 대한 비교실태조사를 수행해야 한다. 실태조사 결과는 국내의 보건의료분야 전문가에게 자

464) 법무부. 법무부 주요업무 자체평가 결과 - 주요정책과제 및 자체평가과제. 2004년 6월. p. 36.

465) 김정범 외. 전게서. p. 302-303.

문을 열고 재소자의 의견을 반영하여 교정시설이 “건강한 환경”이 되는데 기본 자료로 활용한다. 또 수용자가 출역할 경우의 작업장은 산업보건법의 규정에 부합하도록 작업 환경을 변경한다. 교정시설이 건강한 생활환경이 될 수 있도록 관계자의 인식전환과 지속적인 모니터링이 필요하다.

관련기관: 법무부, 보건복지부

## 2) 필수 항목에 대한 주기적인 건강검진 실시

필수 항목에 대한 정기적 건강검진은 수용자의 건강 보장은 물론 집단생활 환경에서 타인으로부터 수용자를 보호하는 효과적인 수단이기도 하다.

### (1) 현황

수용자의 의료이용 실태 중 건강진단에 관한 조사결과를 요약하면 다음과 같다<sup>466)</sup>.

#### 가. 입소 시 건강진단

전체 설문 응답자 중 69%가 입소 시 건강진단을 받았다고 응답하였다. 입소 시 건강진단의 내용은 주로 키와 몸무게 측정, 혈압측정이었다. 흉부 방사선 촬영은 전체 응답자의 52.2%, 혈액검사는 30.2%가 받았다고 하였다. 이 중 의사의 진찰을 받았다고 응답한 수용자는 32.5%에 불과하다. 또 입소 시 정신건강에 대한 진찰을 받은 사람은 응답자 중 14.3%였다.

#### 나. 수용생활 중 정기적인 건강진단

수용생활 중 응답자의 50.3%가 건강진단을 받은 적이 있다고 응답하였다. 이는 행형법에서 규정하고 있는 주기적인 건강검진이 실시되고 있지 않다는 것을 나타낸다. 건강검진을 받은 적이 있다고 응답한 수용자 중에서도 건강진단의 주기가 1년에 1회가 59%였으며 1년에 2회 이상은 41%정도 되었다.

구금기관의 건강검진 소홀로 질병이 발생하거나 건강이 악화되는 경우가 종종 있다. 극단적인 경우는 사망하기까지도 하는데, 2002년 건강진단을 형식적으로 진행하고 병실수용 요구를 구치소가 묵살함에 따라 수원구치소 수용자가 사망하는 사건이 발생하

466) 김정범 외 4인. 전게서. p. 112-117.



였다. 만약 사망자가 구금시설 입소 시 철저한 건강진단을 하였다면 사망을 방지할 수 있었을 것이다.

## (2) 국제 권고 및 외국 사례

### 가. 독일

독일 형법에서는 질병의 조기 발견을 위하여 30세가 된 여성 수용자의 경우 연 1회의 진단, 45세가 된 남자의 경우 암의 조기 발견을 위한 연 1회의 진단을 하도록 하고 있다<sup>467)</sup>.

### 나. 미국의 오리곤주 교정국

미국의 오리곤주 교정국에서는 간호사에 의해 이루어지는 스크리닝(screening)과 의사 및 숙련된 보건의료전문가에 의해서 이루어지는 건강평가(health assessment)를 받는다.

#### ① 간호사가 수용자 입소 직후 실시하는 Screening 항목<sup>468)</sup>

- 심각한 전염성/감염성 질환을 앓고 있는지 과거력 또는 현재력을 점검
- 자살위험을 포함한 정신 질환
- 치과 문제
- 알러지
- 현재 복용 의약품
- 식이요법을 포함한 건강에 대한 특별 요구 사항
- 알콜/약물 중독의 사용과 금단 증상과 관련된 과거력
- 여성의 경우 월경 주기와 최근 실시한 Pap smear 날짜, 현재 갖고 있는 부인  
과적 문제와 임신 여부
- 신체 기형 또는 거동불편 사항
- 지속적인 기침 또는 무력감
- 피부상태 - 외상, 타박상, 황달, 발적, 주사, 약물 남용 흔적 등

467) 김정범 외 4인. 전게서. p. 222.

468) Oregon Department of Corrections. Health Services Division Policy and Procedure #P-E-02. Receiving Screening.

Available at: [http://www.doc.state.or.us/programs/health\\_svcs/policy/P-E-02.doc](http://www.doc.state.or.us/programs/health_svcs/policy/P-E-02.doc)

② 입소 7일 이내 의사에 의한 건강평가(Full Health Assessment)<sup>469)</sup>

- 스크린을 받는 동안에 어떤 양성결과가 나올 경우를 대비해서 추가적인 자료를 수집하고 검토
- 결핵이나 다른 전염성 질환을 발견하기 위한 임상진단 검사를 실시
- 키, 몸무게, 맥박, 혈압, 체온을 검토
- 신체검사(physical examination).
- 여성은 골반 검사를 하는데 자궁경부 도말검사, 임질과 클라미디아 배양검사를 꼭 포함시킨다.
- 정신건강 스크리닝
- 구강 건강 스크리닝
- 다른 교정시설에서의 보건의료 자료 검토
- 지역사회와의 자료 검토
- 적절한 시기에 치료/면역 시작

정기적으로 수용자가 받아야할 검사항목 다음과 같다(표 44)<sup>470)</sup>. 이 지침은 2003년 3월 20일 미국가정의학회(American Academy of Family Physicians)의 권고를 바탕으로 작성된 것이다.

---

469) Oregon Department of Corrections. Health Services Division Policy and Procedure #P-E-04. Health Assessment.

Available at: [http://www.doc.state.or.us/programs/health\\_svcs/policy/P-E-04.doc](http://www.doc.state.or.us/programs/health_svcs/policy/P-E-04.doc)

470) 상계서.

<표 44> 미국 오리곤주 교정국의 수용자 정기검진 항목

모든 연령층의 수용자를 위한 매년 검사항목
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 결핵검사</li> <li>○ 키</li> <li>○ 몸무게</li> <li>○ 혈압</li> <li>○ Pap and pelvic exam (정상이면 매년 3년마다, 의사의 결정에 따라)</li> </ul>
모든 연령층의 수용자를 위한 매년 검사항목
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 안 검사(eye exam)</li> <li>○ 혈당/콜레스테롤/triglycerides를 포함한 Chemistry Panel(혈액검사)</li> <li>○ 여성 유방검사</li> </ul>
40세 이상인 경우
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 매년 여성유방검사</li> <li>○ 2년마다 mammogram(유방촬영술)</li> <li>○ 환자가 요청할 경우 위에서 의사/NP/PA에 의한 진찰</li> </ul>

### (3) 현행법

#### 가. 행형법

- 제 8조 제 2 항 소장은 신입자에 대하여 지체없이 건강진단을 하게 하여야 한다.

#### 나. 행형법 시행령

- 제97조 (수용자의 건강진단) ①소장은 독거수용자 및 20세미만의 수용자에 대하여는 3월에 1회 이상, 기타의 수용자에게는 6월에 1회 이상의 건강진단을 시행하여야 한다.

### (4) 정부 시행 정책 및 계획

재소자건강진단규칙은 신체건강진단과 정신건강진단으로 나뉘어져 있으며 진단 항목은 표 45와 같으며, 급성전염병, 결핵성질환, 한센병, 성병, 심장질환, 뇌·신경계질환, 고혈압, 당뇨병, 전염성 피부병, 눈병, 귓병, 구강 내 질환의 발견에 주의하도록 하고

있다.

<표 45> 재소건강진단규칙의 건강진단 항목

신체건강진단	키, 몸무게, 가슴둘레, 영양상태, 팔, 다리, 청력, 시력, 치아, 언어, 혈압, 질병 기타 신체상의 이상 유무
정신건강진단	지능, 감정, 의지 기타 정신상의 이상 유무

법무부는 2004년 6월 12일부터 7월 1일까지 건강검진을 실시했다<sup>471)</sup>. 검진대상은 장기간 복역하고 있는 수용자와 노약자 등이다. 한국건강관리협회의 협조로 전국의 7개 교도소와 청송제1보호소에 수용된 1,000여명을 대상으로 소변, 혈액, 심전도 검사, 흉부촬영 등 23개 항목에 걸쳐서 실시되었다. 여자수용자에게는 유방암, 자궁경부암검사도 병행 실시되었다. 이번 건강검진 성과에 따라 장기수용자에 대하여 확대 시행할 계획이다.

## (5) 기존 제안

최근 연구에서는 건강검진과 관련된 문제점으로 3가지를 도출했다<sup>472)</sup>.

### 가. 건강진단 규정의 문제

입소시의 건강진단은 행형법에서 규정하고 있는데 정기적인 건강진단은 행형법 시행령에서 규정하고 있다. 건강검진 수행의 책임자는 소장의 업무로 명시되어 있는데 수용자 건강검진에 관련된 권한과 책임을 시설 내 의무관의 책임하에 이루어질 수 있도록 한다.

### 나. 건강검진 내용상의 문제

형식적인 건강검진으로 인해 질병의 조기발견에 실패해서 수용자가 큰 위험에 노출되지 않도록 해야 한다. 특히 입소 시 의사가 직접 문진 및 시진할 수 있어야 한다. 의학적 필요에 따라 추가적인 검사도 수행되어야 한다. 그러나 현재 행형법이나 재소자 건강진단규칙에는 의사의 진찰을 규정하고 있지 않다.

471) 법무부. 수용자 정밀 건강검진 및 건강영양조사 실시. (보도자료) 2004년 6월 11일.

472) 김정범 외 4인. 전거서. p. 219-223

#### 다. 정기적인 암 검사

건강보험공단에서 40세 이상의 보험가입자를 대상으로 비용의 절반을 지원하여 특정암검사를 받도록 하고 있다. 또 1,2차 건강진단의 비용은 공단이 부담하고 있다. 수용자는 자신의 의지와는 무관하게 공단 가입자에서 제외된 것이므로 공단과 같은 수준으로 정기적인 암 검진을 해야 한다.

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

형식적인 건강검진이 아니라 일반 사람들이 받는 동일한 수준의 건강검진이 시행되어야 한다. 구금으로 인한 스트레스와 열악한 환경에의 노출을 고려하면 수용자의 정기적인 건강검진을 통한 구금의 건강에 대한 영향을 파악할 수 있기 때문에 필수적이다. 수용자 대부분이 일정 기간의 구금 후 사회에 복귀한 뒤에는 건강보험피보험자가 된다는 것을 고려하면, 질병 예방과 조기발견 차원에서 보건복지부와 국민건강보험공단은 건강검진 활성화에 적극 참여해야 한다. 본 연구진은 구금시설 수용자들의 정기적인 건강검진 항목으로 대한가정의학회의 평생건강관리 권고안을 추천한다(표 46). 이 권고안은 미국의 질병예방위원회(US Preventive Service Task Force)의 방법론을 기본으로 하여 우리나라의 역학적 특성을 고려한 것이다. 법무부는 보건복지부, 건강보험공단과 함께 업무 분장을 하고 이에 대한 예산을 세워 수용자의 건강상태에 힘써야 한다.

관련기관: 법무부, 보건복지부, 국민건강보험공단

<표 46> 대한가정의학회가 추천하는 남녀의 연령별 건강검진 항목

출처: 대한가정의학회, 한국인의 평생건강관리 개정판, 계축문화사, 2004

대상질환	검사	남							여						
		20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대
위암	2년마다 위내시경 또는 위장조영술			☑	☑	☑	☑	☑				☑	☑	☑	☑
대장암	매년 대변잠혈검사, 5-10년간격 S결장/ 대장조영술, 10년 간격 대장내시경				☑	☑	☑	☑				☑	☑	☑	☑
간암	고위험군인 경우 만6-12개월 간격 알파태아단백과 간초음파검사			☑	☑	☑	☑	☑				☑	☑	☑	☑
유방암	2년마다 유방촬영										☑				
	3년마다 유방촬영											☑	☑		
자궁경부암	매 3년마다 자궁세포진 검사									☑	☑	☑	☑	☑	☑
고혈압	1-2년 간격 혈압측정	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		☑	☑	☑	☑
바이러스성 감염	B형 간염 면역여부확인	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		☑	☑	☑	☑
비만	정기적인 체중과 신장측정	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		☑	☑	☑	☑
고지혈증	총콜레스테롤, 고밀도 지단백 측정			☑	☑	☑	☑	☑			☑	☑	☑	☑	☑
결핵	정기적인 흉부방사선 촬영	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		☑	☑	☑	☑
청력	청력에 대한 질문						☑	☑						☑	☑
시력	정기적인 시력검사						☑	☑						☑	☑
우울증	후속 조치가 가능할 때 선별	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
흡연·음주	음주 여부 질문	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

\* 간암의 고위험군: 간경변증, B형 또는 C형 간염 바이러스 보유자

### 3) 사회적 지위, 직책, 혹은 형의 수준과 무관하게 의학적 필요에 근거한 보건의료서비스 이용 기회 부여

구금시설 수용자의 건강문제와 관련하여 일반인들이 접하는 뉴스의 종류는 크게 두 가지 부류로 구분된다. 첫째는 유력 인사가 구금시설에 수용된 후 입원 치료 때문에 형집행이 정지되거나 병보석으로 풀려났다는 것이고, 둘째는 수용자가 구금시설에서 의료서비스를 충분하게 받지 못해서 병을 키워서 치명적인 합병증이나 사망에 이르렀다는 것이다. 구금 이전의 사회적 지위에 따라 의료 이용의 차이가 극명하게 나타나는 대목이다.

#### (1) 현황

이른바 “범털”로 불리는 사회저명인사들이 구속·수감되면 질병으로 형이 집행정지되거나 대형병원에 입원했다는 소식을 종종 접한다. 다음은 일부 유명인사와 일반 수용자의 구금생활에서의 보건의료서비스 이용 요구에 대한 처우실태를 조사한 것이다 (표 47).

<표 47> 유명인사와 일반 수용자의 구금시설 내 보건의료서비스 이용실태 비교

유명인사의 경우		일반 수용자의 의견
김홍업 (김대중 전대통령 차남)	2003년 3월 26일 우울증, 당뇨, 고혈압 등으로 S병원 특실병동 입원 <sup>473)</sup>	당뇨병에 대해 조치를 요구했으나 조치를 취하지 않고, 자비로 하겠다고 요구했으나 그것도 안된다 함. 의무과장 면담 보고전을 두 번을 냈는데 아직 면담이 이루어지지 않았다 <sup>474)</sup> .
김우석 (내무장관)	1997년 11월 4일까지 100여일을 S병원 VIP룸과 특실 이용 <sup>475)</sup>	경호문제, 죽지는 않으니 괜찮다 한다, 환자가 많고 계호관계 <sup>476)</sup>
김운용 (국회의원)	2004년 3월 고혈압 증세로 S, H병원에 입원 <sup>477)</sup>	코에서 피 흘리며 약 20분가량 흘렸지만 근무자가 하는 말이 지금 숨이 넘어가냐며 욕설을 했다 <sup>478)</sup>
정태수 (한보회장)	1999년 8월 고혈압과 협심증으로 형집행정지 신청하고 진단서 발급의사에게 뇌물 건네다발각됨 <sup>479)</sup> .	의무과는 너무 돈 위주이다. 돈 없으면 의무과 치료 전혀 받을 수 없다는 생각이 든다. 병동 입원도 돈 있고 능력있는 사람만 있다. 진짜 아픈 사람은 외면되고 있다 <sup>480)</sup> .

수용자로서 유사한 보건의료욕구(want)가 있음에도 불구하고 일반 수용자와 정치인, 기업인 등과 같은 유명인사 출신 수용자가 받는 서비스 차이는 상이하다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

사회적 지위에 따른 보건의료서비스를 구금시설 내에서 받는다는 것에 대한 국제권고나 외국사례를 찾을 수 없었음.

## (3) 현행법

사회적 지위에 따른 보건의료서비스를 구금시설 내에서 받는다는 것에 대한 현행법을 찾을 수 없었음.

## (4) 정부 시행정책 및 계획

사회적 지위에 따른 보건의료서비스를 구금시설 내에서 받는다는 것에 대한 정부정책 및 계획을 찾을 수 없었음.

## (5) 기존 제안

사회지도층 인사가 구금된 뒤 형집행정지나 병보석으로 풀려나는 것은 우리나라에서의 사법불평등이 얼마나 심각하게 존재하는지를 단적으로 보여준다. 한 법조인은 다

---

473) 최재천. 감옥가면 없던 병도 도지는 '귀하신 몸들' 구속집행정지 남용이 '사법불평등 등' 심화. 오마이뉴스. 2003-APR-09.

474) 의무실 이용에 대한 설문지의 답변. 김정범 외 4인. 전게서. 332쪽.

475) 정제원·정현목·윤창희. '범털 정치인'은 호화병실 단골. 중앙일보. 1997-NOV-18.

476) 외부병원의 진료거부 이유에 대한 답변. 김정범 외 4인. 전게서. 371-374쪽.

477) 이준혁·장창민·김지만. '범털' 수감생활 '개성시대' 방불. 헤럴드 경제. 2004-MAR-12.

478) 의무과 연출의 어려운 이유에 대한 답변. 김정범 외 4인. 전게서. 323쪽.

479) 정주호. 전 서울대병원장. 교수 돈 받고 형집행정지 협조. 연합뉴스. 2004-MAR-11

480) 의무실 이용에 대한 설문지의 답변. 김정범 외 4인. 전게서. 330쪽.



음과 같은 제안을 하였다<sup>481)</sup>.

- 교정시설 내 의료환경 개선
- 집행정지의 허가기준의 세분화해서 허가 여부의 기준 마련

#### (6) 전체 평가 및 실천 계획

구금시설 내에서 보건의료환경이 좋지 않기 때문에 이를 이용해서 사회지도층 인사들이 사법의 불형평을 심화시킨다. 구속 수감된 사회지도의 보건의료서비스 이용을 가로막자는 것이 아니라, 구금시설의 모든 이들이 건강할 수 있도록 그들만큼 배려를 받아야 한다는 것이 이 사안을 수용자의 건강권 보장에 대한 과제로 선정한 이유이다. 병보석과 형집행정지에 대한 명확한 기준을 마련해서 사회경제적 지위, 학력, 형의 수준에 관계없이 의학적 필요에 따라 모든 사람들이 보건의료서비스를 받을 수 있어야 한다.

관련기관: 법무부

### 4) 일반인과 동일한 필요에 대해 동일한 수준의 의료서비스 이용 보장

앞서 언급한 바와 같이 구금은 자유의 구속이므로 수용자의 건강권은 구금기관에 의해 보장받아야 한다. 객관적인 의료서비스에 대한 필요(need)를 측정할 수는 없지만, 수용자가 구금시설 밖에서 받을 수 있는 동일한 수준의 의료서비스를 제공해야 한다.

#### (1) 현황

##### 가. 수용자의 의료요구도<sup>482)</sup>

수용자는 구금시설에서 제공하는 의료서비스에 대한 불만이 높았는데, 이와 관련하여 청원이나 진정 경험이 있는 자는 응답자의 5.4%나 되었다. 의료서비스를 이용하는데 방해받은 적이 있다고 응답한 경우도 8.7%나 되었다. 청원을 하는 이유는 1) 적절한 치료를 받지 못한다(54.3%), 2) 부당한 대우나 폭행·폭언을 당했다고 하는 경우

481) 최재천. 전계문.

482) 김정범 외 4인. 전계서. p. 137-146

(25.7%), 3) 의료와 관련해서 구금시설이 불성실하다고 하는 경우(8.6%), 4) 불이익을 당하고 있다고 생각하는 경우(2명, 5.7%) 등이었다.

또한, 수용자에게 제공되는 의료서비스 실태를 살펴보면, 수용자가 원하는 보건의료 서비스 욕구를 충족시키지 못하고 있다는 것을 알 수 있다. 야간 또는 공휴일에 의사의 진료를 받을 수 있는 경우는 23.3%밖에 되지 않았고, 병사 수용을 원했지만 거절 받은 경험이 있는 경우가 37.5%였다. 구금시설 외부 병원을 이용하기를 원했으나 33.4%가 거부되었으며 이 중 38.6%는 의사의 판단이 개입되지 않았다고 응답했다.

수용자의 의료요구에 대한 조사결과, 1) 수용시설 내 의료서비스 확대, 2) 외부병원 진료이용 확대, 3) 주기적인 건강진단, 4) 치과 상담 및 진료의 순서대로 의료요구가 나왔다. 수용자가 가장 필요하다고 생각하는 항목은 주기적인 건강검진(37.9%)이 가장 높았다.

## (2) 국제권고 및 외국사례

### 가. 영국의사협회(British Medical Association)의 권고

영국의사협회(British Medical Association)는 수용자에게 일반 사회에서와 동일한 보건의료 수준에 접근 가능해야 한다고 권고했다. 구금시설 내에서도 의료의 질은 타협의 대상이 아니며 사회와 동일 수준의 의료 제공되어야 한다고 강조했다<sup>483)</sup>.

### 나. UN 피구금자 최우최저기준규칙(Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, 1977)

UN 피구금자 최우최저기준규칙(Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, 1977)에서는 구금시설 내 의료서비스는 지역사회 또는 국가의 일반 보건행정체계와 밀접한 관계에서 조직되어야 한다고 명시하고 있다<sup>484)</sup>.

### 다. 유럽평의회(Council of Europe) 각료위원회(Committee of Ministers)

유럽평의회(Council of Europe) 각료위원회(Committee of Ministers)는 구금시설 내에서 제공되는 보건의료서비스의 동등성(Equivalence of Care)에 대해서 다음과 같이 규정하고 있다<sup>485)</sup>.

483) British Medical Association. Guidance for doctors providing medical care and treatment to those detained in prison. 1996. March.

484) Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, 1977. Available at: [http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_comp34.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

485) Council of Europe Committee of Ministers. Recommendation No R(98)7 - Health and Quality of

10. 수용자들에 대한 보건정책은 국가의 보건정책에 통합되어야 하며 또한 부합되어야 한다. 구금시설에서는 의료, 정신보건, 구강보건 등에 대한 서비스를 제공해야 하며 또한 일반 대중이 향유하는 동등한 수준의 위생 및 예방 프로그램이 시행되어야 한다. 구금시설의 의사는 전문의들에게 환자를 후송할 수 있으며, 의뢰가 필요하다면 이에 대한 조치를 취할 의무도 있다.

11. 구금시설의 보건의료서비스는 외부와 동일하지는 않더라도 그에 상응하는 수준의 건물, 시설, 장비뿐만 아니라 충분한 수의 의료진과 기술진에 의해 제공되어야 한다.

12. 법령에 따라 구금시설 내의 보건의료서비스 조직과 서비스, 위생의 질 평가 영역에서 보건부의 역할이 강화되어야 한다. 보건부와 다른 부서간의 역할 분담이 명확하게 하여 구금시설에서의 통합된 보건정책을 수행하는데 협조해야 한다.

#### 라. 미국

미국에는 교정의료국가위원회(National Commission on Correctional Health Care)가 있어 미국 전역의 구금시설의 보건의료에 대한 정책조정자 역할을 하고 있다<sup>486</sup>).

### (3) 현행법

#### 가. 행 형 법

· 제103조 (치료상의 조치) ①소장은 수용자의 치료상 특히 필요하다고 인정하는 때에는 의무관 이외의 의사로 하여금 치료를 하게 할 수 있다. ②소장은 여자수용자의 분만에 필요하다고 인정하는 경우에는 조산부를 둘 수 있다.

· 제104조 (중환자의 통지) 소장은 수용자의 질병이 위독한 경우에는 그 사유를 가족에게 통지하여야 한다.

· 제105조 (일반병원이송의 조치) ①소장은 법 제29조의 규정에 의하여 수용자를 외부의 병원에 이송하였을 때에는 의무관의 진단서와 이송한 병원과의 협의서를 첨부하여 지체없이 그 사유를 법무부장관에게 보고하여야 한다. ②소장은 법 제29조의 규정에 의하여 외부의 병원에 이송된 자가 입원의 필요가 없게 되었을 때에는 지체없이 환소시키고 그 사유를 법무부장관에게 보고하여야 한다.

---

Life. Available at: [http://www.social.coe.int/en/qoflife/recomm/R\(98\)7.htm](http://www.social.coe.int/en/qoflife/recomm/R(98)7.htm)

486) National Commission on Correctional Health Care. Available at: <http://www.ncchc.org>

#### (4) 정부 시행정책 및 계획

2004년 법무부의 수용자 의료환경 개선이 대폭적으로 이루어지고 있다<sup>487)</sup>. 먼저 수용자 1인당 의료비를 68,000원에서 89,000원으로 인상하였으며, 공중보건의사 41명을 대폭 증원하였다. 이 중 16명은 치과공중보건의사로 청송지역 등에 배치하였다. 또한 42개 기관에 중증환자 병실 설치하여 양변기, 세면대, 샤워기, 출입문 보조손잡이 등 병실을 개수공사하고 있다. 중증환자 병실에는 중증환자, 지속적인 관찰이 필요한 노환자, 거동이 불편자 등을 수용 대상으로 한다. 환자용 침대, 산소호흡기 등 응급조치에 필요한 필수장비를 비치한다.

수용자의 보건의료요구에 부응하기 위해서 교정공무원 45명을 사회 내 간호조무사 양성 위탁교육 중이다. 교정시설 인근의 종합병원과 '수용자 전용병실' 계약 운영할 예정이다.

또한 법무부는 형(구속) 집행정지의 신속, 적정 처리를 위해 '수용자 의료위원회' 조직한다. 구성원은 소속 의무관, 국공립병원 의사, 지정병원 의료진, 기타 제 3의 의료법인 소속 의사 등 3~5인 등이다. 환자 수용자에 대한 형(구속)집행정지와 관련한 불필요한 의혹을 불식시키고, 모든 수용자에게 적절한 의료서비스를 공평하고 합리적으로 제공하는 것이 이 제도의 목적이라고 한다. 구금시설 내 환자, 고령자 등에 대한 지정병원에서의 이송여부를 심사 및 건의하고, 지정병원 입원 수용자에 대한 형집행정지 또는 구속집행정지의 건의여부를 심사함으로써 향후 중환자인 수용자의 외부병원 이송 진료와 구속 또는 형집행정지 건의가 활성화될 것으로 예상한다<sup>488)</sup>.

#### (5) 기존 제안

국가인권위원회가 발주한 용역보고서에 따르면, 일반인과 동일한 의료서비스를 수용자에게 제공하기 위해서는 3단계의 구금시설 의료체계 개선안을 제시했다<sup>489)</sup>.

##### 가. 1단계 기본적 의료요구 및 기본적 환경개선에 대한 대책확보 단계

###### ○ 구금시설 내 일차보건의료체계(Primary Health Care) 확립

인력과 시설 확충. 입소시 건강진단과 문제 목록의 작성 및 정기건강진단, 병사의 일반 병실 수준으로의 개선과 환자, 고령자, 장애인을 위한 위생시설 개선

487) 법무부. 법무부 주요업무 자체평가 결과 - 주요정책과제 및 자체평가과제. 2004년 6월. p. 37.

488) 법무부 교정국. 주요 교정정책 리포트 2004년 5월. 2004년 5월

489) 김정범 외 4인. 전게서. p. 298-313

- 응급의료체계 확립
  - 시설 내 응급요원 상주 등의 응급의료체계의 확립
- 공공의료체계와 연계된 환자의료체계의 확립
  - 구금시설 내의 환경개선 (앞서 언급함)
  - 체벌의 요소가 있는 징벌조치의 폐지 및 건강장애요소의 제거
  - 외부감사기관 및 법무부 내의 의무감독위원회의 설치
  - 교정시설 내 의료를 담당할 의무과<sup>490)</sup> 신설
  - 위 사항들에 상응하는 법령 개정 및 제정
- 예산의 확충 - 1인당 진료비를 사회일반수준에 맞추어 확보하고 집행할 수 있도록 3년간 연차적으로 88만 8천원 수준으로 확대하여야 한다<sup>490)</sup>.

#### 나. 2단계 통합적 의료체계 구축 및 인간적·친건강적 구금시설 환경조성

- 안정적 의료지원 및 특수진료체계의 확립
- 의료인력 및 일반교도관에 대한 의무교육
- 개방형 구금시설 및 수용자 특성을 반영한 특수구금시설 등으로의 개선

#### 다. 3단계 건강증진 및 재활 및 사회적응 프로그램의 시행

- 포괄적 건강관리프로그램 시행
- 재활 프로그램 도입

### (6) 전체 평가 및 실천 계획

구금시설 수용자에게 일반인과 동등한 질의 보건의료서비스를 제공해야 한다는데 사회적 동의가 되어 있지 않다. 그러나 교정된 수용자들의 원만한 사회복귀가 구금의 목적이고 이 수용자들이 연 6만명의 수용자가 사회복귀 후 건강보험 피보험자가 된다는 것을 감안하면, 수용자의 건강은 구금의 주체인 국가에서 보장해줘야 한다. 실태조사와 현황을 파악해서 이에 대한 사회적 설득작업이 필요하다. 그리고 미국의 교정의료국가위원회(National Commission on Correctional Health Care)의 역할을 담당할 수 있는 위원회가 법무부 산하에 신설되어 정기적으로 구금시설 내 보건의료에 대한 평가작업을 해야 한다. 따라서 수직적인 사업으로 업무분장이 나뉘어 있는 법무부와 보건복지부 사이에 긴밀한 협력이 요구된다.

관련기관: 법무부 교정국, 보건복지부

490) 국민건강보험공단. 건강보험자료 2002 참조.

## 4 장 건강권 쟁점에 대한 국민의견수렴

### I. 국민의견수렴의 설계

#### 1. 국민의견수렴의 체계

지금까지 국내에서 건강권(Right to Health)을 어느 정도까지 보장할 것인가에 대해서 합의된 적이 없다. 본 연구에서는 선정된 건강권의 쟁점에 대해서 국민의식조사를 통해서 건강권의 보장수준에 대해서 합의를 도출하고 건강권 보장의 국가최저수준(National Minimum Level)을 전문가 델파이 조사를 통해서 선정하고자 한다.

[그림 6] 국민의견수렴 방법

국민 의견 조사	사례 인터뷰	전문가 델파이
건강권 개념, 의료 보장 수준과 우선순위, 환자 권리 등 전반적인 내용	소수자 건강 문제 ⇒ 기존 연구 활용	국가 최저 보장 수준
포커스 그룹		
의료 보장 수준과 환자의 권리 ⇒ 특정 소수 그룹의 의견 집중으로 배제		

연구 계획당시에는 건강권의 경우 단일한 방법보다는 주제별로 여러 가지 방법의 혼용이 필요해서 여론조사와 사례인터뷰, 포커스 그룹, 전문가 델파이 등의 4가지 방법을 이용하는 것이 제안되었다. 그러나 특정 소수가 참여하는 포커스 그룹은 참여자의 개인별 특성이 반영되어 한쪽 의견에 치우칠 수 있어서 의견수렴방법으로서 배제하였다. 대상자의 면담과정에서 해당쟁점에 대한 이해부족으로 면담이 원활히 진행되지 않아, 소수자의 건강문제에 대한 광범위한 기존 연구결과로 대체하였다. 국민의견조사와 전문가 델파이 조사를 건강권과 건강권의 쟁점 사안에 대해 의견수렴방법으로 최종 선택하였다(그림 6). 국민의견조사는 국가기본계획의 일환으로 차후에 실시될 예정이므로, 본 연구에서는 전문가 델파이 조사만을 수행하였다.

## 2. 국민의견수렴의 방법

건강권의 쟁점과제별 의견수렴조사 방법은 다음과 같다(표 48).

<표 48> 보건의료영역의 쟁점과제별 의견수렴조사 방법

영역	과제	의견수렴방법
보건 의료 구조	1-1) 공공 재원조달	국민의견조사, 델파이
	1-2) 보험료 부담	국민의견조사
	1-3) 급여 수준	국민의견조사, 델파이
	2-1) 자원의 지리적 균형 개발	
	2-2) 공공의료기관 확충	델파이
	2-3) 필수 의약품 접근성	
	2-4) 지역사회/재가 서비스	
	3-1) 정책/자원개발에 시민참여	국민의견조사
	3-2) 기술개발/평가에 시민참여	국민의견조사
	3-3) 젠더 관점의 정책/기술개발	
보건 의료 과정	4-1) 보건의료의 질	
	4-2) 응급의료/호스피스	국민의견조사
	4-3) 정신보건서비스	
	5-1) 인구집단 건강증진전략	국민의견조사
	5-2) 식수와 식품 안전성	
	5-3) 환경유해요인	
	5-4) 젠더 관점의 사업 개발	
	6-1) 환자의 서비스 결정권	국민의견조사
	6-2) 의료분쟁시 진실추구	
	6-3) 개인 정보 보호	
건강 결과	7. 건강형평성 대책	국민의견조사

<표 49> 대상자의 쟁점과제별 의견수렴조사 방법

영역	과제	의견수렴방법
어린이	8-1) 예방접종	국민의견조사
	8-2) 안전	
	8-3) 영양	국민의견조사
	9-1) 희귀질환	
	9-2) 장애	
	9-3) 아동 학대	
청소년	10-1) 영양	
	10-2) 체육	
	10-3) 성 문제 지원	
	10-4) 유해 건강행동 예방	
	11. 정신보건/학교폭력	
	12. 청소년 노동환경	
성인	13. 예방서비스	
	14. 비정규 안전보건차별	국민의견조사
	15. 불법이주노동자 안전보건	
	16. 성적(性的) 자기결정권	
모성	17. 산전/후 진료	
	18. 분만휴가	
	19. 출산 방식	
	20. 사생활보호	
	21. 여성 이주노동자	
	22. 장애 여성	
노인	23. 장기요양서비스	국민의견조사
	24. 재가보건복지서비스	국민의견조사
	25. 안(眼)/구강보건서비스	국민의견조사
	26. 영양 프로그램	국민의견조사
빈곤층	27. 차상위계층 의료급여	국민의견조사
정신 질환자	28-1) 의료급여차별	
	28-2) 정신보건시설	
	28-3) 지역사회정신보건	
장애인	29-1) 이동권	
	29-2) 재활 및 보장구	
HIV/ AIDS	30-1) 낙인 금지, 사생활보호	
	30-2) 치료/검사비 지원 확대	
구금 시설	31-1) 환경위생	
	31-2) 건강검진	
	31-3) 수감자 내 의료형평성	
	31-4) 일반/수감인 의료형평성	



### 3. 국민의견조사 예시

#### 1) 건강권에 대한 합의

국민의견조사에는 건강권을 기본적 권리로서 인정하느냐에 대한 사회적 합의 도출이 반드시 포함되어야 한다. 건강권 인정에 대한 사회적 합의가 도출되어야만 쟁점과제를 건강권 보장을 위한 쟁점으로서 인정할 수 있기 때문이다. 건강권을 기본적인 권리로서 인정하느냐에 대한 의견조사는 다음과 같은 질문을 이용해서 질문할 수 있다.

의사표현의 자유, 사상의 자유, 집회 및 결사의 자유 등 우리는 어떤 정치적인 구속으로부터 자유로울 권리가 있습니다. 그것을 우리는 자유권이라고 합니다. 헌법에서 보장한 기본권이기도 합니다. 귀하께서는 모든 사람에게 건강할 권리가 있다고 생각하십니까? 즉 건강권(Right to Health)이 자유권과 같이 모두에게 주어지는 기본적인 인권이라고 생각하십니까?

건강할 권리가 모두에게 있다고 가정할 경우, 건강권이 실생활에서 어느 정도 보장되고 있다고 생각하십니까?

#### 2) 의료보장(Health Security)의 범위

귀하는 국가가 어느 수준까지의 의료보장(Health Security)을 해야한다고 생각하십니까?

보험료율과 급여율의 적정선 : 보험료율과 보험 급여율은 일정 관계가 있어서 대개 보험료를 많이 내면 받는 급여의 혜택도 큰 것이 보통입니다. 다음의 제시된 표를 보시고, 귀하께서 적정하다고 생각하시는 보험료율과 급여율을 선택하여 주십시오.

- 프랑스 독일과 같이 높은 보험료율을 내고 보험급여 혜택을 많이 받겠다.
- 일본과 같이 현재보다 다소 높은 보험료율을 내고 본인부담율을 적게 내겠다.
- 현재와 같이 적은 보험료율과 보험급여율, 본인부담율이 좋다.

### 3) 보건의료의 사회민주적 통제

보건의료 정책 개발에서의 참여 수준 : 귀하께서는 건강보험, 담배값 인상, 건강증진 사업과 같은 보건의료정책의 개발과정에 시민들의 참여가 어느 정도 필요하다고 생각하십니까?

보건의료 기술 개발에서의 참여 수준 : 배아복제, 신약 임상실험과 같이 보건의료분야에서 첨단기술의 영향력은 날로 높아지고 있습니다. 보건의료 기술의 개발과 평가 과정에 시민들의 참여는 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

### 4) 건강권에 대한 합의보건의료서비스의 제공

응급의료 서비스의 만족 정도와 불만족 이유 : 건강권 차원에서 응급의료서비스는 매우 중요한 서비스 항목입니다. 귀하께서는 응급의료서비스 이용하였을 때, 어느 정도 만족하셨습니까?

### 5) 건강 결정요인과 그 결과

건강 결과의 개인 책임과 사회적 책임에 대한 의견 : 귀하께서는 개인의 '건강'이 어느 정도까지 개인의 책임이고 어느 정도가 국가의 책임이라고 생각하십니까?

건강 결과에서의 불평등 해소를 위한 국가 개입 수준에 대한 의견 : 교육, 소득, 직업에 따라 평균수명, 만성질환의 유병율, 이환기간 등의 차이가 있는데, 이런 차이가 벌어지지 않도록 국가가 어느 수준의 개입을 해야 하는가?

### 6) 환자권리

환자의 자기 결정권 : 의사-환자 관계에서 환자는 '정보의 비대칭' 때문에 불리합니다. 환자의 치료, 투약, 수술 등을 결정할 때 환자가 충분한 정보를 가지고 의료서비스를 이용해야 한다고 생각하십니까?

귀하는 의료분쟁 시 환자가 의료인과 동등한 위치에서 ‘진실(fact)’을 규명할 수 있다고 생각하십니까?
--

개인의 의료기록 및 진료정보의 소유권이 누구에게 있다고 생각하십니까?
--

## 7) 소수자를 포함한 대상자별 질문

한정된 보건의료자원을 어린이, 청소년, 모성, 성인, 노인, 빈곤층, 장애인 등의 대상자 집단에게 어떤 우선순위대로 분배할 것인가가 먼저 결정되어야 한다. 대상자별로 의견조사의 질문 내용은 다음과 같다.

- 어린이의 필수적인 예방접종의 무료 제공, 희귀난치성질환자의 국가 부담 수준
- 비정규직 노동자의 노동안전보건 차별에 대한 국가의 개입 수준
- 빈곤계층의 의료급여 확대에 대한 의견
- 노인을 위한 장기요양서비스, 재가 복지서비스, 안/구강 보건서비스, 영양 프로그램 등 시급히 해결되어야 할 사안의 우선순위 결정

일반 시민이 이해할 수 있는 용어를 사용하여 설문을 작성해야 한다. 건강권 보장의 수준을 결정하는 질문인 경우 시민이 선택하는 객관식 답변들이 보장수준의 차이를 분명하게 나타낼 수 있어야 한다.

## II. 델파이 조사 결과

### 1. 전문가의 우선순위 결과

쟁점과제의 세부항목의 점수에는 전문가간 의견수렴의 정도를 파악하기 어려웠으나, 총점기준으로 최우선적으로 처리해야할 건강권 쟁점과제에 대해서는 의견일치를 보였다. 2차, 3차 델파이 설문지에는 이전 조사에서 5점 만점의 우선순위 평가항목에 전문가가 부여한 점수의 최대값, 평균값, 최소값을 명시해서, 조사 참여 전문가가 다른 전문가의 의견을 참고할 수 있도록 하였다. 그러나 쟁점과제의 각 항목에 5점 만점으로 상대점수체계가 아닌 절대점수를 부여하기 때문에 조사 횟수가 거듭되어도 쟁점의 각 항목 점수간의 차이는 크지 않았다.

반면, 59개 쟁점과제의 총점을 기준으로 분석을 할 때에는 1, 2, 3차 모두 조사에 참여한 전문가간의 차이가 컸다. 3차 결과에서 다소 수렴을 보였으나, 일부 항목에서는

<표 50> 평균 총점 상위 10위의 쟁점 과제 변화

순위	1차	2차	3차
1	효과적인 응급의료체계 확립과 호스피스 서비스 제공 확대		
2	적절하고 질 높은 보건의료 서비스 보장	급여수준의 상승과 범위 확대	
3	11세 미만 어린이를 위한 예방접종		
4	급여수준의 상승과 범위 확대	적절하고 질 높은 보건의료 서비스 보장	
5	어린이 사고 및 손상 예방	안전한 식수와 식품의 가용성 보장	
6	안전한 식수와 식품의 가용성 보장	재가보건복지서비스	
7	환자의 자기결정권 보장	필수 산전/산후 진료에 대한 급여확대	어린이 사고 및 손상 예방
8	필수 산전/산후 진료에 대한 급여확대	장기요양시설 및 서비스에 대한 급여수준 확대	저소득층 어린이 영양
9	비용효과적인 예방서비스에 대한 급여 범위 확대	환자의 자기결정권 보장	장기요양시설 및 서비스에 대한 급여수준 확대
10	청소년의 음주, 흡연 등과 같은 유해 건강행동 예방	분만휴가의 실질적 보장을 통한 모성 건강보호	분만휴가의 실질적 보장을 통한 모성 건강보호

여전히 최대값과 최소값의 차이가 쟁점별로 최소 7점에서 12점까지 벌어졌다. 조사가 반복되어도 그러한 편차는 감소하지 않았다.

<표 50>는 총점평균의 상위 10위의 쟁점과제를 정리한 것이다. 상위 10위 내의 쟁점과제는 세 차례에 걸친 조사에서 큰 변동은 없었다. 총점 1위인 ‘효과적인 응급의료체계 확립과 호스피스 서비스 제공확대’는 부동의 1위 자리를 고수했다. 최종적으로 ‘급여수준의 상승과 범위확대’가 총점 2위로 3차 결과에서 ‘적절하고 질 높은 보건의료 서비스 보장’과 순위가 바뀌었다. 조사에 참여한 전문가들은 어린이, 노인, 모성 등을 위한 서비스 확대와 보장수준 상승을 우선 처리해야 할 쟁점과제로 선정했다.

쟁점과제의 점수부여 관련해서 추가로 질문된 가장 우선적으로 해결해야 할 쟁점과제를 전문가들은 <표 51>과 같이 응답했다. ‘공공재원 비율증대와 공공의료기관 확충을 필두로 한 보건의료체계의 공공성 강화’를 최우선적으로 해결해야 한다고 조사에 참여한 13명 중 5명이 최우선적으로 선결되어야 한다고 응답하였다. 쟁점과제의 총점을 기준으로 했을 때에 공공재원의 비율 증대는 총점 순위 12위였다. 우선순위 선정 기준으로 각 항목에 점수를 부여해서 단순 합산하는 절대점수이기 때문에 쟁점간의 상대적인 중요성이 덜 반영된다. 따라서 델파이에 참여한 전문가는 공공재원 비율 증대와 공공의료기관 확충, 보험급여 확대를 건강권을 보장하기 위한 최우선적으로 해결해야 할 쟁점과제로 볼 수 있다.

<표 51> 최우선적으로 해결되어야 할 쟁점과제

쟁점과제	의견개진 수
공공재원 비율 증대와 공공의료기관 확충을 필두로 한 보건의료체계의 공공성 강화	5회
보험급여 확대	4회
노인을 위한 재가서비스 사업 확충	2회
응급의료체계 구축	1회
건강권 보장을 위한 시발점이자 관리기전인 보건의료의 사회민주적 통제	1회
희귀난치성질환 및 산전·산후 급여확대	1회
국민 다수의 건강유지에 필요한 예방접종	1회
영양 및 식품관리	1회
호스피스 제공확대	1회

연구진이 선정한 건강권의 쟁점과제 이외에 더 보강해야 할 쟁점과제에 추천해달라는 질문에 3개의 쟁점과제가 추천되었다. Social Service와 구분 및 연계는 1차에 의견이 나온 후 2차, 3차에서 전문가 4인의 추천을 받았다.

- Social Service와 구분 및 연계
- 건강권 보장을 위한 재원확보방안 마련
- 빈곤문제를 근본적으로 해결하기 위한 사회정책에 대한 효과와 평가

본 연구에서 “Social Service와 구분 및 연계”는 쟁점과제를 해결하기 위한 추진전략으로 가장 많이 제시되었다. 보건의료가 복지와 불가분의 관계임을 다시 한번 입증하는 동시에 현재 보건복지부가 보건과 복지의 연계기능을 제대로 하고 있지 못하는데 대한 경종일 수 있다. 고용의 불안정과 고령화 사회의 진입으로 복지와 보건의료에 대한 수요는 증가할 것이다. 한정된 자원으로 효과적이고 효율적인 보건의료서비스를 제공하기 위해서는 사회복지분야와의 연계는 꼭 필요하다.

건강권 보장을 위한 재원확보방안 마련은 본 연구진이 선정한 “재정과 의료보장”과 같은 의미이다. 전문가가 선택한 최우선적으로 해결해야 할 쟁점과제였던 공공재원의 확대와도 동일한 맥락이다. 재원이 풍부해야 보험의 급여가 확대되어 경제적 접근성이 개선되고 건강권을 확보할 수 있기 때문이다.

빈곤문제를 근본적으로 해결하기 위한 사회정책에 대한 효과와 평가는 본 연구진이 건강결과의 형평의 추진전략으로 제시했던 “백서 제작”, “건강결과에 대한 연구 지원”와 유사하다. 사회정책에 대한 효과와 평가를 하기 위해서는 기초 자료가 필요하고, 수행하고 있는 사회정책에 대해 끊임없는 효과 검증을 해야 한다. 빈곤을 해결하기 위한 정책의 구심점은 형평성에 있으며, 자본과 시장 위주의 현 경제체제에서 불형평을 근본적으로 개선하지 않은 빈곤정책은 의미가 없다.

지금까지 살펴보았듯이, 전문가가 제안한 쟁점과제는 본 연구진이 선정한 건강권의 쟁점과제와 중복되거나 동일선상에 있다는 것을 알 수 있다.

## 2. 연구진과 델파이 전문가팀의 우선순위 비교

연구진과 델파이 전문가팀이 부여한 우선순위 점수를 비교해보았다(표 52, 표 53, 표 54, 표 55, 표 56). 각 쟁점과제는 두 행으로 구성되어 있는데, 첫줄은 연구진이 부여한 점수이고 둘째줄의 진한 글씨는 델파이 연구진 점수의 평균값이다. 연구진이 평가한 점수의 순위는 총점에 따라 구분하였다. 총점 20점 이상은 최우선적 처리과제로 A(11

개 과제), 17~19점은 우선 처리과제로 B(21개 과제), 16점 이하는 향후 처리과제로 C(27개 과제)로 순위를 정하였다. 델파이 전문가가 평가한 점수는 총 59개 쟁점과제의 평균 총점을 기준으로 순위를 제시하였다.

## 1) 보건의료구조

연구진은 국민의료비 중 공공재원의 비율증대를 총점순위 2위에 줄 정도로 높은 점수를 부여했다. 그러나 델파이에 참여한 전문가는 보험급여 수준의 상승과 범위확대를 통한 경제적 접근성에서의 형평성 확보에 더 높은 점수를 주었다. 공공재원조달에는 연구진에 비해 상대적으로 우선순위를 낮게 평가했다.

<표 52> 전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (보건의료구조)

영역	과제	대상 인구	문제의 심각성	수용 가능성	사회적 비용	적용의 시급성	총점	순위
보건 의료 구조	1-1) 공공 재원조달	5	5	4	3	5	22	A
		4.6	4.0	3.2	2.5	3.9	18.2	18
	1-2) 보험료 부담	5	3	4	4	4	20	A
		4.2	3.8	3.5	3.4	3.6	18.5	12
	1-3) 급여 수준	5	4	4	3	4	20	A
		4.7	4.5	3.5	2.6	4.2	19.5	4
	2-1) 자원의 지리적 균형 개발	4	4	3	2	4	17	A
		3.2	3.2	3.2	2.6	3.0	15.2	54
	2-2) 공공의료기관 확충	5	4	4	3	4	20	B
		3.8	3.5	2.8	2.2	3.3	15.6	50
	2-3) 필수 의약품 접근성	5	2	3	2	3	15	C
		2.7	3.3	3.6	3.6	3.4	16.6	39
	2-4) 지역사회/재가 서비스	5	3	3	2	3	16	C
		3.9	3.5	3.7	3.2	3.6	17.9	23
	3-1) 정책/자원개발에 시민참여	5	3	3	3	2	16	C
		2.9	3.2	3.2	3.9	3.2	16.5	40
	3-2) 기술개발/평가에 시민참여	5	3	2	3	2	15	C
		2.5	2.8	3.1	4.0	2.8	15.2	55
	3-3) 젠더 관점의 정책/기술개발	3	2	3	4	3	15	C
		3.2	3.0	2.9	3.3	2.9	15.3	53

## 2) 보건의료 자원개발과 배치

보건의료자원의 지리적 균형 배치에 대해서 연구진은 최우선적으로 처리해야할 과제 중의 하나로 선정했으나 델파이 전문가는 54위로 향후 처리과제로 선정하였다. 공공의료기관 확충과 필수약품 접근성, 지역사회 및 재가서비스 제공 등은 연구진과 델파이 전문가팀 모두 비슷한 평가를 내렸다.

## 3) 보건의료의 사회민주적 통제

연구진과 델파이 전문가팀의 점수 모두 비슷한 양상을 보였다.

<표 53> 전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표  
(보건의료과정, 건강결과)

영역	과제	대상 인구	문제의 심각성	수용 가능성	사회적 비용	적용의 시급성	총점	순위
보건의료 과정	4-1) 보건의료의 질	5	3	3	3	3	17	B
		4.8	3.9	3.6	3.4	4.4	20.2	2
	4-2) 응급의료/호스피스	5	3	4	3	4	19	B
		4.6	4.4	4.2	3.4	4.6	21.2	1
	4-3) 정신보건서비스	2	3	3	2	2	12	B
		3.6	3.8	3.3	3.2	3.5	17.4	28
	5-1) 인구집단 건강증진전략	5	5	4	4	5	23	A
		4.4	3.1	3.3	3.2	3.1	17.1	32
	5-2) 식수와 식품 안전성	5	3	4	3	3	18	B
		4.5	3.6	4.1	3.3	3.8	19.2	6
	5-3) 환경유해요인	5	3	3	3	3	17	B
		4.5	3.8	3.5	3.1	3.5	18.2	17
	5-4) 젠더 관점의 사업 개발	3	3	4	4	3	17	B
		3.6	2.8	3.1	3.1	2.8	15.5	52
	6-1) 환자의 서비스 결정권	2	3	3	3	3	14	C
		4.3	3.7	3.2	3.7	3.8	18.6	9
	6-2) 의료분쟁시 진실추구	1	4	3	4	4	16	C
		3.9	4.0	3.2	3.1	3.8	18.0	22
	6-3) 개인 정보 보호	5	3	4	4	2	18	C
		3.9	3.5	3.8	3.5	3.5	18.2	19
건강 결과	7. 건강형평성 대책	5	4	5	4	5	23	A
		4.2	3.5	3.2	2.6	3.3	16.8	33



#### 4) 보건의료서비스

텔파이 전문가는 응급의료서비스 체계 확립과 호스피스 서비스 제공확대를 건강권 보장의 우선순위 1위로 선정하였다. 적절하고 질 높은 보건의료서비스 보장을 우선순위 2위로 선정하였다. 반면 연구진은 이 두 쟁점과제를 우선 처리과제로 낮은 점수를 부여하였다.

#### 5) 보건사업

텔파이 전문가는 식수와 식품안전성을 6위로 선정하는 등 만두과동에서 비롯된 식품 안전과 보건영양의 중요성을 높게 평가하였다. 젠더관점의 보건사업 개발에는 최하위 권으로 다소 낮게 평가하였다.

#### 6) 환자권리

텔파이 전문가팀은 환자로서의 권리확보를 연구팀이 향후 처리과제로 선정한 것에 비하면 상대적으로 높은 점수를 부여하였다. 특히 고지된 동의에 의한 환자의 자기결정권은 총점 순위 9위로 평가하였다.

#### 7) 건강결과

본 연구진은 건강결과에서의 형평성 확보를 쟁점과제에 25점 만점의 23점을 주었을 정도로 형평성 확보를 건강권 보장의 기초단계라고 생각하였다. 반대로 전문가는 16.8 점 33위의 우선순위에서 밀리는 것으로 평가했다. 평가기준 중 사안의 수용가능성과 사회적 비용에 낮은 점수를 부여하였다.

#### 8) 어린이

연구팀과 전문가팀 모두 어린이 예방접종을 최우선적으로 처리해야 할 건강과제로 선정하였다. 전문가팀은 의료보장 확대차원에서의 희귀난치성 질환 및 선천적 장애, 장애아동의 재활치료, 학대/방치 아동의 치료에 있어서의 급여확대에 연구진보다 높은 점수를 부여하였다. 어린이의 건강권 전반에 대해서 연구진보다 전문가팀이 대체로 높은 점수를 부여하였다.

## 9) 청소년

연구진과 전문가팀의 청소년 쟁점과제의 점수부여는 어린이와는 반대 양상을 나타냈다. 전문가팀에 비해 연구진은 청소년의 건강과제에 더 후한 점수를 주었고, 저소득층 청소년 대상의 영양프로그램 개발은 최우선적으로 처리해야할 과제로 선정하였다. 전문가팀은 음주, 흡연, 불규칙한 식사 등 건강을 유지하기 위해 유해건강행동의 예방에 다른 건강과제에 비해 높게 평가했다.

<표 54> 전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (생애주기 I)

	과제	대상 인구	문제의 심각성	수용 가능성	사회적 비용	적용의 시급성	총점	순위
어린이	8-1) 예방접종	3	4	5	4	5	21	A
		4.1	3.8	4.2	3.7	4.2	20.0	3
	8-2) 안전	4	3	4	3	4	18	B
		3.8	3.7	4.2	3.8	3.9	19.5	5
	8-3) 영양	3	4	5	4	4	20	A
		3.3	3.8	4.2	3.8	3.9	19.5	13
	9-1) 희귀질환	1	4	3	2	3	13	C
		2.7	4.1	4.1	3.5	4.1	18.4	14
	9-2) 장애	1	4	3	2	3	13	C
		3.0	4.1	4.1	3.5	4.1	18.4	21
청소년	10-1) 영양	1	4	3	2	4	14	C
		2.8	3.9	4.0	3.4	4.1	18.2	20
	10-2) 체육	3	4	5	4	4	20	A
		3.3	3.4	3.8	3.6	3.4	17.5	27
	10-3) 성 문제 지원	3	3	3	4	3	16	C
		3.8	2.8	3.2	3.7	3.0	16.5	42
	10-4) 유해 건강행동 예방	3	4	4	3	4	18	B
		2.8	3.8	3.5	3.5	3.7	17.3	30
	11. 정신보건/학교폭력	3	5	4	4	4	20	A
		3.9	3.7	3.6	3.8	3.2	18.3	15
성인	12. 청소년 노동환경	3	4	3	4	4	18	B
		3.3	3.6	3.7	3.3	3.5	17.4	29
	13. 예방서비스	1	4	4	4	5	18	B
		2.9	3.2	3.4	3.8	3.5	16.7	37
	14. 비정규 안전보건차별	5	3	4	3	4	19	B
		4.0	3.7	3.6	2.8	4.2	18.3	16
	15. 불법이주노동자 안전보건	4	4	4	2	5	19	B
		3.4	3.5	3.3	3.1	3.5	16.8	35
	16. 성적(性的) 자기결정권	1	4	5	2	5	17	B
		2.2	3.8	3.2	2.9	3.7	15.8	47

## 10) 성인

비용효과적인 예방서비스의 순위결정에 연구진과 전문가팀 일치된 의견을 나타냈다. 그러나 연구팀이 불법이주노동자의 안전보건과 성건강과 가족구성에 대한 자기결정권을 우선처리과제로 선정한 것과는 달리 전문가팀은 낮은 우선순위를 부여하였다.

## 11) 모성

연구진과 전문가팀 모두 필수 산전/산후 진료에 대한 급여확대와 분만휴가의 실질적 보장을 통한 모성건강보호를 우선 처리해야할 과제로 선정하였다. 출산방식의 자기결정권, 산모의 진료환경에서의 사생활 보호 법제화, 여성이주노동자와 장애여성의 분만에 대해서는 향후 처리과제 수준의 점수를 부여하였다. 연구진과 전문가팀 모두 모성영역의 쟁점에 대해서 의견일치를 보였다.

<표 55> 전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (생애주기 II)

	과제	대상 인구	문제의 심각성	수용 가능성	사회적 비용	적용의 시급성	총점	순위
모성	17. 산전/후 진료	3	3	4	3	4	17	B
		3.9	3.5	4.4	3.5	3.7	19.0	7
	18. 분만휴가	2	3	3	3	4	15	C
		3.8	3.8	3.8	3.3	3.9	18.6	10
	19. 출산 방식	3	4	3	3	3	16	C
		3.2	2.8	3.4	3.9	2.7	16.0	44
	20. 사생활보호	3	2	3	4	2	14	C
		2.5	3.1	3.5	3.5	3.3	16.0	45
	21. 여성 이주노동자	1	4	3	3	4	15	C
		1.9	3.0	3.1	3.2	3.3	16.0	58
	22. 장애 여성	1	4	3	3	4	15	C
		2.5	3.6	3.8	3.7	3.9	17.5	26
노인	23. 장기요양서비스	2	4	3	3	4	16	C
		4.1	4.3	3.8	2.4	4.3	18.9	8
	24. 재가보건복지서비스	3	4	3	3	4	17	B
		3.9	4.0	4.0	2.8	3.9	18.6	11
	25. 안(眼)/구강보건서비스	3	4	4	3	4	18	B
		3.1	3.5	3.9	2.8	3.5	16.8	36
	26. 영양 프로그램	3	4	4	3	4	18	B
		3.2	2.9	3.4	3.5	2.8	15.8	48

## 12) 노인

노인을 위한 재가보건서비스 확충과 장기요양시설 및 서비스에 대한 급여확대에 전문가팀은 매우 높은 점수를 부여하였다. 연구진은 장기요양서비스와 재가보건복지서비스보다는 안/구간 보건서비스 급여확대, 영양 프로그램 개발을 우선 처리 과제로 선정해서 전문가팀과 대조적인 양상을 나타냈다.

<표 56> 전문가와 연구진의 쟁점사안의 우선순위 비교표 (소수자)

	과제	대상 인구	문제의 심각성	수용 가능성	사회적 비용	적용의 시급성	총점	순위
빈곤층	27. 차상위계층 의료급여	2	5	4	4	5	20	A
		3.2	2.9	3.4	3.5	2.8	15.8	24
정신 질환자	28-1) 의료급여차별	1	4	4	3	5	17	B
		3.2	4.2	3.7	2.8	4.0	17.8	34
	28-2) 정신보건시설	1	4	3	2	3	13	C
		2.5	4.0	3.5	2.6	3.7	16.3	43
	28-3) 지역사회정신보건	1	2	3	2	2	10	C
		3.1	3.2	3.2	2.8	3.4	15.7	49
장애인	29-1) 이동권	1	4	3	2	3	13	C
		2.6	4.0	4.1	2.8	4.0	17.2	31
	29-2) 재활 및 보장구	1	4	4	4	4	17	B
		2.8	3.7	4.1	3.2	3.9	17.7	25
HIV/ AIDS 감염인	30-1) 낙인 금지, 사생활보호	1	4	5	4	4	18	B
		1.7	3.8	3.6	3.8	3.7	16.5	41
	30-2) 치료/검사비 지원 확대	1	3	4	4	1	13	C
		1.8	4.1	3.5	3.5	3.8	16.7	38
구급 시설	31-1) 환경위생	1	4	3	3	4	15	C
		2.1	3.2	3.2	3.1	3.3	14.8	57
	31-2) 건강검진	1	2	3	2	2	10	C
		2.2	3.4	3.2	3.3	3.4	15.5	51
	31-3) 수감자 내 의료형평성	1	3	3	3	3	13	C
		2.1	3.3	3.5	3.6	3.5	16.0	46
	31-4) 일반/수감인 의료형평성	1	4	4	3	4	16	C
		2.3	2.8	3.0	3.2	3.2	14.5	59

### 13) 소수자

연구팀은 건강보험과 의료급여제에서 보장받고 있지 못한 차상위 계층의 의료급여 확대에 대해서 대상인구를 제외한 다른 평가기준에 높은 점수를 부여하여 최우선적으로 해결해야 할 과제로 선정했다. 전문가팀은 15.8점으로 비교적 낮은 점수를 주었으며 순위도 중간 정도에 불과하다. 정신질환자, 장애인, HIV/AIDS 감염인, 구금시설 수용자의 건강권 쟁점은 사회적 소수자로 대상인구에서 낮은 점수를 받아 전반적으로 향후 처리과제로 선정되었다. 이러한 결과는 연구진과 전문가팀 모두 순위와 총점점수에서 비슷한 양상을 보이고 있다.

## 3. 건강권 보장의 국가최저기준 결정

건강권을 보장하기 위한 국가의 최저보장수준을 정하기 위해서 전문가들을 대상으로 다음의 항목에 대한 의견을 구하였다.

- 국민의료비 중 공공지출의 적절한 비중
- 건강보험 급여의 적정 수준
- 건강 보험 비급여 항목 중 현재 급여 전환이 시급한 항목의 선정
- 공공의료기관의 적정 비율

OECD 국가들의 평균 수준과 관련 연구 자료를 함께 제시하여 전문가가 참조하도록 하였다. 전문가가 최저 기준을 선정한 이유도 함께 질의되었다. 조사가 반복될 때마다 연구진이 참고할 수 있도록 평균값, 최대값, 최소값과 다른 전문가의 선정이유를 함께 제시하였다.

최종결과 모든 사안에 대해서 전문가 의견이 일치로 보였으며 구체적인 결과는 다음과 같다.

### 1) 국민의료비 중 공공지출의 적절한 비중

최종 결과, 전문가들은 국민 의료비 중 공공지출의 비중은 평균 70% 수준이 적정하다고 응답했다. 조사에 참가한 13인 중 9인이 70%라고 응답했으며, 최대값은 75.2% 최소값 60%로 값의 편차도 크지 않았다. 70%가 적정하다고 생각하는 이유에 대해서 전문가들은 다음과 같은 의견을 제시했다.

- 우리나라와 같은 사회보험방식의 의료보장체계를 가진 나라들의 1990년(현재 우리나라 GDP 수준과 비슷하다고 가정)의 공공지출 비중을 참고하였고, 보험에서 입원 본인 부담률이 20%인 것을 감안하여 10%가 다른 부분에서 지출된다고 생각하고 70%를 제시하였음 (감신).
- 가능한한 OECD 평균수준에 도달하려는 목표를 바람직하나, 최소수준이라도 달성해야 함 (이정애).
- 공공지출 비중이 대체로 낮은 국가는 높이는 방향으로, 높은 국가는 다소 낮추는 방향을 발견할 수 있음. 우리의 경우 건강보험과 의료급여의 비중이 점차 높아나가고 공공의료시설과 지역보건을 강화해나간다면 현재의 선진국 수준보다는 다소 낮지만 현재보다는 획기적으로 높아지는 약 70%선으로 수렴해가지 않을까 한다. 우리나라의 의료공급체계가 출발부터 민간중심으로 짜여져 있어, 이러한 공급구조의 근본을 획기적으로 바꾸기는 어려울 것으로 생각함. 획기적으로 바꾸는 데에 드는 사회적 비용이 꽤나 클 것임 (최병호).
- 의료서비스는 국민의 기본권인 건강권 보장의 핵심영역이므로 이에 대한 공공지출의 비중이 높으면 높을수록 좋다고 판단함. 그러나 정책적 목표를 설정한다는 차원에서 OECD 국가의 평균수준의 공공지출 비중을 확보하는 것을 현단계 목표로 설정하는 것은 정책목표의 사회적 수용 측면에서 타당할 수 있다고 봄 (문혜진).

## 2) 건강보험 급여의 적정 수준

건강보험 급여의 적정수준은 전체 의료비 중 본인부담비율의 적정수준으로 정의하였다. 여기서 본인부담은 전체 의료비 중의 본인부담, 즉 법정 급여의 본인부담금과 비급여항목을 더한 것을 말한다. OECD 국가의 본인부담률을 도표로 제시해서 전문가가 참조하도록 하였다.

전체 의료비 중 적정 본인부담비율은 평균 21.2%이라고 응답하였다. 13인 중 9인이 20%라고 응답하였으며, 최대값은 30%, 최소값은 18%였다. 20%라고 선택한 전문가의 의견은 다음과 같다.

- 경제적 능력에 따른 의료불평등 최소화 및 건강보험의 보장성 강화 (이신호).
- 20% 현행 건강보험의 입원 진료비 부담비율과 일치하고 외국의 사례를 보더라도 의료의 남용을 방지하면서 보장성을 확보할 수 있는 수준으로 사료됨 (이평

수).

- 진료에 직접적으로 소요되는 비용을 공공부문에서 지원할 경우 약 70~80%에 해당된다고 봄. 나머지는 간접적인 것이거나 최소한 개인이 부담하여야 할 것으로 20~30% 본인부담이 적정 (이동욱).

### 3) 건강 보험 비급여 항목 중 현재 급여 전환이 시급한 항목의 선정

급여확대 여론조사, 전체 비급여 비용 중 구성비율, 입원/외래 시 비급여 비용 중 비율 등 다양한 연구 및 조사 자료를 제시하고, 급여 전환이 필요한 이유도 전문가의 우선순위 결정에 도움이 되도록 하였다. 우선순위의 평균을 계산한 결과는 다음과 같다 (표 57).

조사가 거듭될수록 전문가의 의견은 수렴경향이 있었다. 1차 조사에서 우선순위 1위 항목은 예방접종 4회, 초음파 4회, MRI 4회로 접전이었으나, 3차 조사에서는 초음파 6

<표 57> 전문가가 선택한 급여전환이 시급한 항목의 우선순위

항목	결과	국민의 급여 확대 선호도	전체 비급여 중 비율 <sup>491)</sup>	입원/외래시 비급여 중 비율
MRI 검사	3위	58.4%	17.7%	13.9%(외래)
초음파 검사	2위	7.5%	17.2%	33.3%(외래)
식대	5위	0.9%	13.1%	30.0%(입원)
지정진료비/ 선택진료비	7위 (폐지의견 3건)	2.0%	12.0%	17.7%(입원) 20.2%(외래)
치과 보철	6위	10.0%		
상급병실료 차액	8위	0.5%		30.1% (입원)
예방접종	1위	2.0%		
노인의치	4위	6.7%		
한방첩약	9위	1.2%		

491) 건강보험공단이 운영중인 일사병원의 자료로 중심으로 비급여 비용을 산출한 결과를 유시민 의원에게 제출

회, 예방접종 4회, MRI 2회로 초음파로 우선순위가 집중하는 경향을 나타냈다.

순위 항목이 1단계씩 바뀌기도 하였으나, 각 조사에서의 결과는 유사하였다. 급여로의 전환이 시급한 항목은 초음파 검사 > 예방접종 > MRI 검사 > 노인의치 > 식대 > 지정진료비 > 상급병실료 차액 > 한방첩약 순으로 우선순위가 결정되었다.

입원이나 외래 이용 시 비급여 중 비율이 큰 지정진료비나 상급병실료 차액, 식대 등에 대해서는 연구진이 예상했던 것보다 우선순위가 뒤로 밀려났다. 상급병실료나 지정진료비가 개인의 '선택'에 의한 당연한 '보상 (추가 비용 부담)'이라고 여기기 때문으로 예상된다. 실제로 조사에 참여했던 한 전문가는 식대, 지정진료비, 상급병실료 차액, 한방첩약은 급여 대상이 아니라고 하였다 (이동욱). 비급여 비용을 상승시키는 주요인인 지정진료비 제도를 폐지하자는 의견이 3명이나 있었다.

#### 4) 공공의료기관의 적정 비율

공공의료기관의 적정비율은 전체 병상 중 공공병상의 비율로 대체하여 질의하였다. 전체 병상 중 공공기관의 비율의 적정 수준에 대해서 전문가들은 평균 35.9%라고 응답하였다. 다른 사안에 비해서 수렴이 덜 되기는 했지만, 조사를 거듭할 수록 전문가 의견의 차이는 좁혀졌다. 응답자자 제시한 공공병상의 비율 중 최대값은 70%였으며 최소값은 15%였다. 1차 결과의 최대값 80%, 최소값 15%와 비교하면, 다소 의견이 수렴했다는 것을 알 수 있다. 30~50%대가 적정하다는 의견이 가장 많았다.

전문가가 제시한 적정비율의 근거는 다음과 같다.

- 급성기 병상은 최소 50%이상, 요양기병상은 최소 90% 이상으로 중간값 70% (2명)
- 민간 의료기관에 공공적 성격을 더해 공공재원으로 지원하는 방안이 더 효과적일 것이므로 15%가 적당하다는 의견 (1명)
- 역사성과 현재 여건을 고려할 때 급격한 증가는 비현실적임.
- 국가보건의료정책의 집행이 용이한 정도인 50%가 적정하다.
- 현재의 의료수급체계의 균형에 도달한 상태이므로 공공병상 규모 확대는 어려운 일이다.
- 병상자체의 공공소유는 의미가 없으며 최대 50%면 된다.
- 우리나라와 비슷한 의료공급체계를 갖춘 국가의 공공비중과 비슷하며 된다.

---

한 것임. 출처: 박재봉, 건강보험, 본인부담률 50%대 육박, 뉴시스 2003-DEC-29



- 적어도 미국과 일본 수준은 충족시킬 필요성이 있다.
- 비울보다는 공공병상의 실질적인 역할이 중요하다.

지금까지 전문가 델파이 조사를 통해서 건강권을 보장하기 위한 최저기준을 산출해 보았다. 건강권 보장강화를 위한 정책의 근거로 활용될 수 있을 것이다.

## 5 장 종합 결론

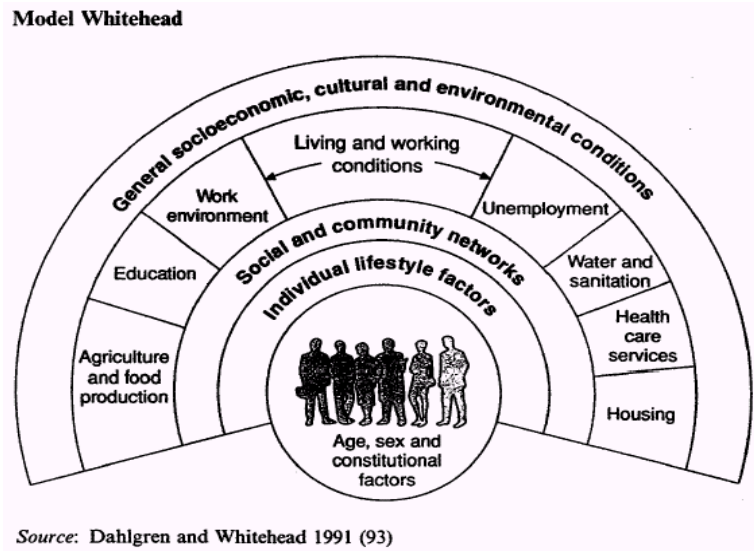
지금까지 보건의료 구조/과정/결과와 생애주기별 주요 과제를 중심으로 건강권의 쟁점들과 그에 관련된 다양한 상황들을 살펴보았다. 각 영역에서 제시한 쟁점들에는 사안의 시급성이나 현실적인 적용 가능성 등에서 우선순위가 존재하며, 문제의 해결 방식도 거시사회적인 변화로부터 구체적인 법 개정까지 다양하게 나타날 수 있다.

그러나, 쟁점들은 전체적으로 다음과 같은 포괄적인 전략으로 요약될 수 있으며, 각 쟁점들은 이러한 틀 안에서 구체화되어야 할 것으로 보인다.

1. 건강결정요인(health determinants) 중심의 건강 정책 수립
2. 건강영향평가(health impact assessment) 제도화
3. 보건의료 영역의 사회민주적 통제 강화

### I. 건강 결정요인 중심의 건강 정책 수립

건강이 보건의료 서비스 영역을 넘어서 다양한 사회적, 경제적, 문화적 요인에 의해 영향을 받는다는 사실은 이미 잘 알려져 있다(그림 7 참조). 그러나 건강 문제와 관련하여 우리사회의 정책과 사업들은 여전히 보건의료 영역에 배타적으로 집중되어 있으며, 건강정책(health policy)이라기보다는 보건의료 정책(healthcare policy)이라는 표현이 더욱 적절한 상황이다. 물론 건강과의 직접적 관련성이 높을 뿐더러 전통적으로 건강 이슈의 주된 영역이라는 점에서 정책 수단의 활용 가능성이 높기는 하지만, 보건의료 정책만으로는 결코 건강 문제의 원인, 건강 불평등 문제를 해결할 수 없다. 이러한 측면에서 현재 보건복지부를 중심으로 한 “보건의료” 정책들은 건강과 관련된 다양한 부처의 협조에 바탕을 둔 “건강” 정책으로 방향을 전환해야 하며, 그 핵심에 “건강권 보장”과 “형평성” 개념을 두어야 할 것이다.



[그림 7] 건강 결정요인의 통합 모형  
(자료원: Mackenbach JP, Bakker M 2002)

## 1. 영국의 경험 : 보건의료 정책에서 건강 정책으로

영국은 건강 형평성과 관련하여 그 어느 나라보다 포괄적인 전략을 수립하고 이를 구체적 정책으로 실행하고 있는 국가들 중 하나이다. 이러한 상황에 이르기까지의 주요 단계들을 살펴보면 다음과 같다<sup>492)</sup>.

- 1977년, 노동당 정부는 Douglas Black 경에게 건강불평등에 대한 독립적 조사를 하도록 권한 위임
- 1980년, Black Report 출간되었으나, 권고안의 비용이 너무 많이 든다는 이유로 보수당 정부에게 거절당함
- 1985년, 보수당 정부는 WHO의 '모든 이들에게 건강을' 전략 채택(여기에는 건강불평등을 줄이기 위한 목표가 포함되어 있음)
- 1991년, Health Strategy for England- Health of the Nation 출간. 이는 보건의료(healthcare)보다는 건강(health)에 초점을 두어 환영을 받기는 했지만, 부록에 '건강에서의 변이'만을 언급하는데 그쳤음
- 1992년, 후속 정책문서가 출간되었으나, 또다시 '건강에서의 변이'(variations in health) 문제만을 간략히 언급

492) Mackenbach JP, Bakker M (eds). Reducing inequalities in health : A European perspective. Routledge. London 2002

○ 1994년, : 상당한 비판 끝에 '건강에서의 변이'를 해결하기 위해 보건부와 NHS가 어떠한 조치를 취해야 하는가'를 검토하기 위한 위원회 구성되어야 한다는 비판이 존재함.

○ 1995년, '건강에서의 변이'를 감소시키기 위해 지역에서 작동하는 요인들에 대한 근거를 정부 재원에 의해 체계적으로 검토한 것과 더불어 위원회 보고서 출간

○ 1995-97년, NHS 우선순위 지침에서 전략부분에 '건강에서의 변이'를 고려한 보건서비스의 필요성을 보다 크게 언급함

○ 1998년, The Independent Inquiry into Inequalities in Health(Donald Acheson)출간, 인간의 건강에 영향을 미치는 광범위한 주제들에 대한 가장 최근의 과학적 증거를 포괄적으로 종합하고, 다음의 세 가지를 강조 : 1) 건강에 영향을 미칠 수 있는 모든 정책들은 건강불평등에 대해 이 정책들이 끼치는 영향의 측면에서 평가되어야 한다. 2) 어린이를 부양하고 있는 가족들의 건강에 높은 우선순위를 두어야 한다. 3) 소득불평등을 줄이고 빈곤 가구의 생활수준을 향상시키는 조치가 취해져야 한다.

○ 1999년, 보건부에서는 '건강불평등을 줄이기 : 행동을 위한 아젠다'출간하였으며 여기에서 다음과 같은 9가지의 전략 제시 - 1) 생활수준을 향상시키고 저소득 문제 해결 : 최저임금과 세액공제도입, 급여 수준 확대, 2) 교육과 아동 정책 (예, "Sure Start" - 빈곤 지역에서 저소득층 주민에게 무료로 제공하는 취학 전 프로그램), 3) 고용 : 다양한 우선순위 집단에 대해 고용복지 사업 창출, 4) 수송과 이동 : 도로 교통사고를 줄이기 위한 목표의 설정, 안전한 도보와 자전거 전용도로의 개발, 노인들을 위한 양보 운임의 표준화, 5) NHS 이슈 : 건강의 광범위한 결정요인을 제어하기 위한 지역당국과의 협조체계를 통한 작업, 지역 보건 의료기관에 자원할당 방식을 재검토, 특정 상황에 대한 의료를 표준화하기 위한 국가서비스 체계의 개발, 공정한 접근성과 건강 향상을 위한 NHS의 수행관리 체계의 확장, 6) 건강한 지역사회 건설 : Health Action Zone을 포함한 불이익을 받는 지역에 재건을 위한 투자, 7) 주택 : 임대주택 투자를 촉진하기 위한 자본재무규칙의 변경, 노숙자를 해결하기 위한 특별의제 도입, 8) 범죄의 감소 : 지역사회 주도의 범죄예방 체계와 약물 오용을 해결하기 위한 투자, 9) 공공보건의 이슈 : 건강한 생활습관을 격려하기 위한 감독, 공공보건 인력의 강화, 수돗물 불소화와 같은 특정 문제를 해결

○ 빈곤의 해결 : 노동당 정부의 복지개혁의 중심주제는 '일할 수 있는 자에게는 직장을, 일할 수 없는 자에게는 보장을'이며, 빈곤과 사회배제의 원인을 해결할 필요성을 강조함.

○ NHS의 역할 : 두 가지 주요 영역(필요와 관련하여 서비스에 대한 평등한 접근성을 촉진하는 것, 광범위한 건강 결정요인을 해결하기 위한 타 기관과의 공조를 취하는 데에 선두가 되는 것)에서 건강불평등을 해결하는데 도움. 정부는 건강불평등

해결을 NHS의 핵심 목표로 상정함

건강 결정요인 중심의 건강 정책 수립을 수립하기 위해서는 위한 추진 내용

영국의 사례는 건강 문제의 해결을 위해 조망이 점차 넓어지고, 결국 교육, 고용, 소득, 주택, 지역개발 정책 등 다양한 사회정책이 포괄적으로 개발, 실행되고 있음을 보여준다. 그리고 이러한 정책 발전의 배경에 백서 발간 등 자료의 축적이 중요한 역할을 했음을 시사하고 있다.

## 2. 실천 전략

### 1) 기반 구축

(1) 건강 결정요인 관련 자료 구축 : 백서 출간

(2) 건강 형평성의 목표 설정과 모니터링 지표 개발

(3) 기존 사업/정책들에 대한 평가 및 건강 불평등 해소를 위한 정책 연구 지원



### 2) 통합적 접근을 위한 협조 구축

(1) 조직/기구

(2) 건강 영향 평가

## 1) 기반 구축

### (1) 건강 결정요인 관련 자료 구축

· 건강 결정요인을 중심에 둔 건강 정책 개발을 위해서는 우리 사회에서 건강에 영향을 미치는 다양한 영역과 수준의 “결정 요인”에 대한 근거자료(evidence) 확보가 선행되어야 한다. 이는 백서 출간의 형태가 되어야 하며 생의학적 요인을 넘어서 다양한 수준의 사회적·경제적·문화적 결정요인들을 포괄하되, “형평성”을 중심에 두어야 한다.

· 예: 영국의 Black Report, The Independent Inquiry into Inequalities in Health

## (2) 건강 형평성의 목표 설정과 모니터링 지표 개발

· 백서 출간을 통해 건강불평등의 현재 크기와 최근 경향에 대한 평가가 이루어졌다면, 이에 근거하여 건강 형평성의 목표를 설정해야 한다. 이는 가급적 계량적 형태를 가져야 하며, 불평등의 경향과 목표 달성 정도를 모니터링할 수 있는 평가 지표 개발이 병행되어야 한다.

### · 사례 1: 1999년 스웨덴 국가 공중보건 위원회의 보건 목표 (Green Paper)

#### 사회적 결속과 연대의 강화

- 1) 소득 불평등에 대한 대응 → 지니계수를 0.25 미만으로 (1998년 0.25)
- 2) 상대적 빈곤의 감소 → (1) EU 규정에 따른 빈곤층 비율을 4% 미만으로(현재 4.8%), (2) 사회복지 빈곤선 이하 소득층의 비율을 7% 미만으로(현재 8.9%), 3) 사회부조에 장기 의존하는 어린이가 있는 가구의 비율을 절반으로 감소
- 3) 장기 노숙자와 사회복지 장기 의존자 척결 → 사회복지에 장기 의존하는 사람들의 비율을 1% 미만으로 (현재 2.4%)
- 4) 정치적 주변화 감소 → (1) 1998년 총선거 투표율이 60%보다 낮은 지역의 투표율 5% 증가, (2) 외국 시민권자의 투표율 10% 증가
- 5) 자살 빈도의 감소 → 자살숫자를 2010년까지 25% 감소 (현재 10만명당 21.1명)

#### 노동 시장으로의 편입 기회 증가와 사회적 배제의 감소

- 6) 취업률 증가와 장기 실업률 감소 → (1) 고용을 75%에서 85%로 증가, (2) 장기 실업은 1.4%에서 0.5%로 감소
- 7) 지속적 교육과 재훈련, 성인 교육의 우호적 기회 마련 → 25세 이상 노동력의 40%를 적어도 매년 작업일의 5일을 교육 받도록 함 (현재 26%)

#### 노동 현장에서의 영향력과 안전 증가

- 8) 작업장의 정신적, 인간공학적 요구도를 개인의 상황에 적응, 작업 환경에 영향을 주고 새로운 적성을 개발하는 보다 큰 기회 제공, 고용 유형에 관계없이 모든 이들에게 동등한 고용 환경 제공 → (1) 자신의 노동의 형식과 내용에 대한 의사결정에 참여하는 사람의 비율을 73%에서 90%까지 증가, (2) 새로운 기술을 학습하고 직업 상 개발이 허용되는 비율을 53%에서 75%로 증가, (3) 무거운 물체(15kg 이상)를 드는 직업에 종사하는 사람의 비율을 25%에서 15%로 감소, (4) 초과근무를 하는 부모들의 비율을 남녀 모두 20%까지 감소하고 유연한 노동시간을 가지는 사람들의 비율을 75%로 증가

#### 경제적 측면, 함께 있는 시간의 가용성과 관련하여 유자녀 가정에 우선권 부여

분리를 감소시키고 보상 수단을 실행함으로써 어린이와 청소년들에게 인생에서 동등한 기회 부여

9) 경제적/인종적 주거 분리 감소시키고, 취약한 지역에 살고 있는 어린이와 청소년을 위한 일반적 보상 수단 증진 → (1) 취약한 지역에서 자라는 어린이의 비율을 10% 미만으로 감소, (2) 취학 전, 재학 중, 일차 의료, 치안 및 레크리에이션 부문의 자원을 필요 척도에 따라 할당

10) 모든 어린이의 교육 받을 권리가 그들의 필요에 달하는 중등 수준까지 이어지도록 → 불완전한 최종 성적으로 의무교육과정 또는 중등학교를 떠나는 아이들이 없도록 (현재 의무 교육 학생의 20%가 완전한 최종 성적 없음)

노인과 장기 질환자, 장애인들에게 그들의 필요에 따라 인생을 결정할 수 있도록 기회 부여

11) 사회적 협력과 의미있는 취업 기회 증가 → 장기 이환과 작업 능력이 손상된 20-64세 사람들의 고용을 53%에서 70%로 증가

12) 모든 노인과 장기 이환자에게 적극적인 방문 보건과 건강증진 사업 수행 → 적어도 1년에 한 번 건강증진을 목적으로 사회서비스나 보건의료 전문가의 가정 방문을 받는 장기 이환 상태의 사람들과 노인들의 비율 증가

지속 가능한 건강 증진을 위한 기회 창출

13) 불건강을 야기하는 실내 환경 문제 척결 → (1) 2010년까지 공공 장소에서 흡연 피해를 받는 사람이 없도록, (2) 라돈 수치가 400Bq/m<sup>3</sup> 이 넘는 가정이 없도록, 3) 모든 가정의 75%가 만족할만한 환기가 되도록

14) 교통 사고로 인한 손상의 감소 → DALYs로 측정한 교통사고로 인한 질병부담을 매년 5% 감소

생활습관 위험요인에 취약한 사람들과의 연대 증가

15) 흡연 감소 → (1) 매일 흡연하는 인구의 비율을 매년 1% 감소, (2) 2010년까지 임신부와 19세 미만의 흡연을 0으로

16) 알콜 소비 감소 → (1) 총 평균 알콜 섭취를 25% 감소, (2) 연간 1인당 100% 알콜 섭취를 8L에서 6L로 감소

17) 식품의 지방 함량 감소와 야채와 과일 섭취 증가 → (1) 식이 지방에 의한 에너지 섭취를 30%로 감소, (2) 탄수화물에 의한 에너지 섭취는 55%까지 증가, (3) 과일과 야채는 매일 1인당 600g까지 증가

18) 운동과 신체 활동량의 증가 → 일주일에 한번 운동하는 사람의 비율을 50%에서 70%로 증가

19) 과체중인 사람의 비율 감소 → (1) 심한 과체중인 성인의 비율을 8%에서 5%로 감소, (2) 중등도의 과체중인 16세 미만 어린이의 비율을 17%에서 5% 미만으로

· 사례 2 : 영국 국가보건의 주요 지표

1. 1차 의료 접근성 : 인구 10만명 당 1차 진료의사의 숫자
2. 사고 : 취약 지구에서의 거리 사고 희생자
3. 아동 빈곤 : 저소득 가구에 살고 있는 어린이의 비율
4. 건강식이 (5 a day) : 가구 소득 분포의 최저 5분위에서 야채와 과일 섭취량이 1일 5단위 이상 되는 사람들의 비율
5. 교육 : 16세 청소년 중 5과목의 GCSE에서 A~C에 해당하는 성적을 취득한 비율
6. 노숙자 : 임시 주거 시설에 살고 있는 유자녀 노숙자 가구의 수
7. 주거 : 허름한 집에 사는 가구의 비율
8. 인플루엔자 예방접종 : 65세 이상 노인의 인플루엔자 예방접종을
9. 체육과 학교 스포츠 : 교육 과정 내외 과외 활동으로 높은 질의 체육 활동과 학교 스포츠에 일주일에 최소 2시간 이상 참여하는 학생의 비율
10. 흡연률 : 육체 노동자와 임신 여성 중 흡연하는 사람의 비율
11. 10대 임신 : 18세 미만 청소년의 임신율
12. 주요 질환에 의한 사망률 : 75세 미만 인구에서 주요 질환(암, 순환기질환)에 의한 인구 10만명당 연령 표준화 사망률 (국가 평균에 비해 사망률이 가장 높은 20% 지역)

(3) 기존 사업/정책들에 대한 평가 및 건강 불평등 해소를 위한 정책 연구 지원

그 동안의 주요 보건 정책/사업들과 건강에 영향을 미칠 수 있는 주요한 사회 정책들에 대한 재평가를 실시해야 하며 공평한 건강권 보장을 위한 정책 연구에 대한 지원이 이루어져야 한다.

## 2) 통합적 접근을 위한 협조 구축

### (1) 조직/기구

현재 보건의료기본법(20~23조)에는 보건의료와 관련한 주요 시책을 심의하기 위한 기구로 국무총리 산하에 “보건의료정책 심의위원회”를 두도록 규정하고 있다. 위원회



는 관계 행정부처장(재정경제부장관, 교육인적자원부장관, 행정자치부장관, 환경부장관, 노동부장관, 기획예산처장관, 국무조정실장, 국가보훈처장), 보건의료 수요자의 대표, 공급자의 대표 및 전문가 등으로 구성되며, 1) 보건의료발전계획, 2) 주요 보건의료 제도의 개선, 3) 둘 이상의 중앙행정기관과 관련되는 주요 보건의료정책, 4) 보건의료와 관련되는 국가 및 지방자치단체의 역할, 5) 기타 위원장이 심의에 부치는 사항 등을 심의하게 되어 있다. 이 외에도 국무 조정실에 “사회수석 조정관”이 있어서 보건복지를 비롯한 사회정책들의 총괄/조정 업무를 맡고 있다.

그러나, 심의 내용에서 알 수 있듯 이러한 기구의 활동은 “건강(health)”보다는 “보건의료(healthcare)”에 중심을 두고 있으며, 건강 결정요인과 관련한 주요 부서인 재정경제부, 과학기술부, 농림부, 산업자원부, 여성부 등은 위원회의 해당 기관에서 아예 누락되어 통합적인 접근을 불가능하게 만들고 있다. 보건복지부는 물론 재정경제부, 교육인적자원부, 법무부, 행정자치부, 과학기술부, 농림부, 산업자원부, 환경부, 노동부, 여성부 등 건강 관련 부처들이 “건강”을 핵심으로 하는 라운드 테이블을 형성하여 의제를 설정하고 정책을 공동 개발하는 과정이 필요한데, 이에 대한 법적 근거 마련이 선행되어야 할 것이다.

따라서, 보건의료기본법의 개정을 통해 1) 심의위원회의 관계부처를 확대하고, 2) 심의 내용에 보건의료정책 이외에 건강권에 영향을 미칠 수 있는 타 부처 정책/사업에 대한 심의까지 포괄하도록 해야 한다. 이는 다음 절에서 제기할 “건강 영향평가”의 법제화와 동시에 이루어져야 할 것으로 보인다.

## (2) 건강 영향 평가 (Health Impact Assessment)

## II. 건강영향평가 제도화

### 1. 건강영향평가(Health Impact Assessment, HIA) 소개

#### ○ 건강영향평가의 정의

건강영향평가에 대한 합의된 “올바른” 정의는 존재하지 않는다. 하지만 세계보건기구에서는, “정책이나 사업을 인구집단의 건강에 대한 잠재적 효과 혹은 인구 집단 내 그러한 효과의 분포에 대해 평가하는 절차, 방법과 도구의 복합체”(493)로 정의하고 있다.

493) European Center for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. Gothenburg Consensus Paper. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach Brussels: WHO 1999

○ 건강영향평가의 배경에는 다음과 같은 가치들이 근간을 이루고 있다<sup>494)</sup>.

- 1) 민주주의 : 사람들의 삶에 영향을 미칠 수 있는 정책과 사업의 개발 및 실행에 시민들이 참여하는 것을 허용한다.
- 2) 형평 : 건강영향평가는 정책안이 전체 인구집단에 미치는 영향의 분포는 물론, 특히 연령, 성별, 인종, 사회경제적 지위 측면에서 취약한 인구집단에 어떻게 영향을 주는지에 대해 특별한 관심을 갖는다.
- 3) 지속 가능한 개발 : 명백한, 그리고 덜 명백한 영향과 함께 단기적, 장기적 영향을 함께 고려한다.
- 4) 근거의 윤리적 활용 : 가용한 최대한의 양적, 질적 근거들을 확인하고 평가에 활용해야 하며, 광범위한 증거들이 가능한 최선의 방법으로 수집되어야 한다.

○ 건강영향평가의 활용 이유<sup>495)</sup>

- 1) 영역 간 공동 작업의 촉진 : 건강과 안녕은 광범위한 경제적·사회적·환경적 요인에 의해 결정되는데, 보건의료 영역을 넘어선 수많은 분야에서의 활동들이 이러한 요인들에 영향을 미칠 수 있다. HIA는 여러 분야의 사람들이 함께 참여할 수 있는 접근법으로 특정 조치가 개별 영역은 물론 다른 분야에 미치는 영향을 함께 고려할 수 있도록 한다.
- 2) 지역사회에 가치를 두는 참여적 접근 : HIA의 첫 단계는 평가에 관련되는 이해당사자를 확인하는 것이며, 특정 정책이나 사업에 의해 영향을 받는 시민사회의 구성원들을 참여시킬 수 있는 방법들을 제공한다. 이에 따라 대개 수많은 사람과 집단, 기구들이 과정에 참여할 수 있게 된다. 또한 많은 다양한 형태의 근거자료들을 검토하면서 전문가의 의견이나 학술 자료뿐 아니라 일반인의 관점도 중요하게 다루어진다.
- 3) 가용한 최선의 증거들이 정책 결정자들에게 제공 : HIA의 목적은 정책안에 대해 일련의 근거 기반 권고 사항들을 정책 결정자들에게 제공하는 것이다. 따라서 이에 활용되는 자료들에는 양적, 질적인 근거들은 물론 출판된 논문과 연구 보고서, 문제와 관련된 핵심 집단들의 관점과 의견 등이 포함된다.
- 4) 건강을 증진시키고 불평등 감소 : 최소한 HIA는 제안된 정책이 부지불식간에 건강에 해를 미치거나 불평등을 심화시킬 수는 없도록 보장해준다. 또한 HIA는 보다 포괄적인 건강 모형을 채택하며 정책안이 인구집단에 어떻게 영향을 미치는지 다룰 수 있는 체계적인 접근법을 제공하기 위해 다양한 영역 간에 걸쳐서 작업을 하게 되며, 특히 취약 집단의 건강 개선을 목표로 할 수 있다.

494) WHO HIA homepage <http://www.who.int/hia/en/>

495) WHO HIA homepage <http://www.who.int/hia/en/>

5) 긍정적인 접근법 : HIA 는 개발의 부정적 영향 뿐 아니라 긍정적 효과까지 검토 하며, 이는 종종 정책결정자들로 하여금 그러한 측면들을 강화하고 확장시킬 수 있도록 한다.

6) 정책, 사업에 적합 : HIA는 정책, 사업, 프로그램 등 많은 다른 수준에 걸쳐 적용 될 수 있다. 또한 유연성 덕분에 지역, 국가, 혹은 국제 수준에서도 각기 적용될 수 있다.

7) 시의적절성 : 정책 결정 과정에 영향을 주기 위해 HIA 권고는 정책이 채택되기 전에 이루어져야한다.

8) 지속가능한 개발과 자원 관리의 연계 : HIA가 정책안의 개발 단계 초기에 시행 된다면 이는 지속가능한 개발의 핵심적 도구로 활용될 수 있다. 이를테면, 도로 건설과 관련하여 매우 초기단계에 HIA가 적용되는 경우, 자전거 도로, 소음과 속도 규제 방법 등에 대해 훨씬 더 나은 권고안을 만들어낼 수 있다. 또한 HIA는 환경 영향 평가 등 다른 분야의 영향 평가와 함께 활용될 수 있는데, 이러한 통합은 지속가능한 개발의 관 점에서 정책안을 포괄적으로 평가할 수 있게 해 준다.

9) 많은 사람들이 건강영향평가를 활용 가능 : HIA 의 참여적 속성 때문에 정책결정 자들, 이해 당사자들을 비롯하여 많은 사람들이 이를 활용할 수 있다.

## 1) 추진 전략

건강영향평가는 보건의료 영역을 넘어서 건강을 중심으로 통합된 정책을 개발하는 데에 핵심적인 방법이 될 수 있다. 이렇듯 특정 주제를 대상으로 다양한 분야의 사업과 정책 영향을 평가하는 국내 제도에는 환경·교통 영향 평가가 대표적이다. 이는 “환경·교통·재해 등에 관한 영향 평가법”을 근거로 시행되고 있으며, 법규 제정의 목적은 “환경·교통·재해 또는 인구에 미치는 영향이 큰 사업에 대한 계획을 수립·시행함에 있어서 당해 사업이 환경·교통·재해 및 인구에 미칠 영향을 미리 평가·검토하여 건 전하고 지속가능한 개발이 되도록 함으로써 쾌적하고 안전한 국민생활을 도모”하는 것이다.

그러나 이 법률이 대상으로 하고 있는 사업은 도시 개발, 산업입지 및 산업단지의 조성, 에너지개발, 항만·도로의 건설 등 (제 4조) 주로 건설 개발이나 설치와 관련한 내용들이며, 건강 영향평가의 중요한 대상이 될 수 있는 교육, 고용, 노동, 주택 등 사회 정책들은 그 대상으로 삼고 있지 않다. 따라서 건강영향평가의 도입을 위해서는 기존 “환경·교통·재해 등에 관한 영향 평가법”의 전면적인 개정이 필요하다. 개정된 법안에는 건강 영향평가의 대상이 되는 정책/사업들의 범위와 담당 기구에 대한 규정이 필수적으로 포함되어야 한다. 이는 사회권 규약 당사국의 의무인 건강권의 “존중(당사국

으로 하여금 직·간접적으로 건강권의 향유를 방해하는 행위를 억제하도록 하는 것), 보호(제 3자가 건강권 보장을 방해하지 못하도록 조치를 취하는 것), 충족(건강권의 완전한 실현을 향해 적절한 법적, 행정적, 재정적, 사법적, 촉진성 정책들을 채택하는 것)의 의무를 구체적으로 실현하는 중요한 방안이 될 것이다.

### III. 보건의료영역의 사회민주적 통제 강화

앞의 두 가지 전략이 보건의료 영역을 넘어 건강권 보장을 위한 통합적 전략을 강조하는 것이라면 마지막 전략은 보건의료 영역 내부에서의 접근법이다. 건강권과 관련한 여러 가지 쟁점들 중 보건의료 영역에 해당하는 문제들을 관통하는 키워드는 “공공성”이라 할 수 있다. 이를테면, 의료보장의 공공재원 증대와 재정조달의 형평성, 시설·필수의약품·서비스의 접근성, 포괄적인 예방/치료/재활 서비스의 질 보장 등의 이슈는 모두 보건의료의 공익적 성격에서 비롯된 것이라 할 수 있다. 보건의료 영역에 대한 사회민주적 통제 강화는 이들 각 과제들의 공익적 성격을 보장해 줄 수 있는 절차적 방법이라 할 수 있다. 즉, 각각의 대안들은 가용한 자원 수준과 정황에 따라 달라질 수 있지만, 사회민주적 통제 기전을 확보함으로써 기본 원칙을 지속적으로 보장할 수 있다는 것이다. 여기에서 사회민주적 통제라 함은 힘(주로 공권력)이나 규범 등을 통하여 활동에 제약을 가하는 소극적·부정적 의미가 아니라, 사회전체(지역사회 또는 사회전체)의 공공이익을 위해 사회구성원이 민주적 참여를 통해 공동의 노력을 기울이는 것을 의미한다<sup>496)</sup>.

경제 등 여타 분야에서도 공익적 성격 보장을 위한 참여민주주의, 사회민주적 통제가 강조되고 있지만 실행 전략에 대한 구체화는 아직 미흡한 실정이다. 보건의료 부분에서의 사회민주적 통제는 크게 다섯 가지 부문에서 진행될 수 있을 것으로 보인다.

- 1) 정보 공개
- 2) 중앙/지방 정부의 보건의료 관련 위원회에 노동계, 시민사회 정규 참여 보장
- 3) 공공 성격의 기관 운영에 노조/시민사회/주민들의 정규 참여 보장
- 4) 주요 이슈에 대한 공청회, 시민합의 모델 등 여론 수렴 기회 확대
- 5) 건강영향평가 제도 확립

496) 김용익 등. 보건의료시장 개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화 방안 연구 국회보건복지위원회 2002.11.7

## 1. 정보 공개

정보의 투명한 공개는 참여 민주주의의 전제 조건이라 할 수 있다. 정보 공개를 통해 시민 사회의 감시 기능이 제 역할을 할 수 있으며, 이에 따라 결정권자들의 책임성이 높아질 수 있다. 또한 정보 공개는 노동계와 시민사회로 하여금 감시자를 넘어서 대안 세력으로 적극적으로 참여할 수 있는 기회를 만들어주기도 한다.

이러한 측면에서 1) 보건복지부의 정책/사업 자료, 2) 관련 위원회의 회의록, 3) 보건복지 관련 국정감사와 시민단체의 평가 자료 등이 체계적으로 공개되어야 하며, 특히 자료에 대한 가용성을 높일 수 있도록 온라인과 오프라인을 통해 동시에 공개되어야 할 것이다.

## 2. 중앙/지방 정부의 관련 위원회에 노동계, 시민사회 참여 보장

중앙과 지방 정부의 보건의료 관련 위원회(예, 보건의료정책 심의위원회, 지역보건의료 심의위원회)에 노동계와 시민사회의 참여를 실질적으로 보장할 수 있도록 관련법규(보건의료기본법)를 강화하는 것이 필요하다. 특히 사회적 취약 집단이나 소수자와 관련된 내용의 위원회가 열리는 경우 반드시 이들 이해당사자의 대표가 참여할 수 있도록 보장하는 장치가 필요하다.

## 3. 공공 성격의 기관 운영에 노조/시민사회/주민들의 정규 참여 보장

보건 관련 국공립 연구기관이나 공공의료기관은 물론, 지역사회의 보건의료 서비스 제공의 핵심 역할을 맡고 있는 민간의료기관의 운영과 주요 정책결정 과정에 노조와 시민사회, 지역 주민들의 참여를 보장할 수 있는 방안이 강구되어야 한다. 공공의료기관은 물론이거니와 전문적 성격을 가진 연구기관의 경우도 투명한 경영과 전체적인 연구 방향 설정 등에 대해 시민사회와 외부 전문가 집단의 의견이 반영될 수 있는 장치를 마련하는 것이 바람직할 것이다. 또한 민간의료 기관의 경우 노조나 시민사회의 참여가 소유진의 “경영권”과 상충할 가능성도 있지만, 지역 내에서 보건의료 서비스 제공의 핵심 역할을 맡고 있다면 이미 상당한 공익적 성격을 갖고 있다는 점에서 감시의

대상이 될 수 있다. 이에 대해서는 법률적 근거를 포함한 추가적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

#### 4. 주요 이슈에 대한 공청회, 시민합의 제도 등 여론 수렴 기회 확대

현재도 보건의료와 관련된 많은 현안들이 정책 결정을 앞두고 공청회 등 여론 수렴의 기회를 가지고 있다. 하지만, 이러한 행사들이 일반 시민이나 관심 있는 학계 혹은 시민사회 단체에 광범위하게 공개되는 일은 드물다. 따라서 보건복지부의 각 국이나 국회를 통해 진행되는 공청회나 시민의견 조사들에 대해 체계적인 정보 제공을 시행할뿐더러 심층적인 견해를 수집할 수 있는 시민합의 제도 등 의견 수렴 방법의 다변화를 추구할 필요가 있는 것으로 보인다.

#### 5. 건강영향평가 제도 확립

앞 절에서 기술했듯 건강영향평가는 지역사회의 관점에 가치를 두고 있기 때문에 특정 정책이나 사업에 의해 영향을 받는 시민사회의 구성원들을 참여시킬 수 있는 방법들을 제공할 뿐더러 다양한 형태의 근거자료들을 검토하면서 전문가의 의견이나 학술자료뿐 아니라 일반인의 관점도 중요하게 다룬다. 특히 가용한 최선의 증거들을 채택하는 과정에서 문제와 관련된 핵심 집단들의 관점과 의견을 포함하는 것은 큰 장점이 될 수 있다.

## 참고문헌

- 강병모. 병원 서비스에 대한 소비자 만족도는 '흐림'. 소비자 시대. 2003년 2월. p. 48~50.
- 강태언. 의료사고 피해자의 권리실태와 문제점. 의료소비자의 권리보장과 의료분쟁조정법 제정방안 및 의료기관 경영투명성 제고방안에 관한 토론회. 경제정의실천시민연합. 2003년 5월 14일
- 강혜영. 청년의사 2002.8.5
- 건강권 실현을 위한 보건의료단체연합. 경제자유구역 외국 병원의 내국인 진료 및 영리법인화 허용을 반대한다. 2004.7.15
- \_\_\_\_\_. "정부는 희귀질병 및 난치질병에 의한 가계파탄에 대한 실질적 대책을 강구하라" 2003.10.28
- 건강세상네트워크. [성명서] 건강보험료 동결, 급여확대. 2003년 11월 16일 보도자료.
- 건강연대 빈민건강분과. 빈곤층의 건강상태, 의료이용실태 및 삶의 질 조사결과. 건강연대 보건의료 정책자료집. 2003년 p.551-559.
- 경향신문. 실시 1주일 앞둔 '외국인 고용허가제' 2004-08-11
- 공적노인요양보장추진기획단. 공적노인요양보장체계 최종보고. 2004. 2. 18.
- 교육인적자원부. 울산광역시 교육청. 교실수업 개선을 위한 고등학교 체육 교육과정 운영자료; 2003. (p.1-2.)
- 국가인권위원회 인권침해조사국 조사기획담당관. 정신질환자의 인권보호를 위한 치료환경상의 문제점 -정신의료기관에 대한 조사를 중심으로. 정신질환자 인권보호를 위한 청문회. 2003년 4월 9일.
- 국가인권위원회. 산부인과 서비스 실태 및 진료환경 개선을 위한 토론회자료집 2003.12.15
- 국무조정실 노인보건복지대책위원회. 고령사회에 대비한 노인보건복지종합대책. 2002.
- 국무조정실. 식품안전종합대책. 2004. 6. 22
- 국민건강보험공단. 2004년도 건강검진사업 실시 안내.
- 국민생활체육 협의회
- Available at: <http://www.sportal.or.kr/data/download/data4/7/생활체육정책방향.hwp>
- 국민체육진흥공단 체육과학연구원. 학교체육 실태조사 및 개선방안 연구. 2001.
- 국회 국정감사 자료. 국정감사결과 시정 및 처리요구사항에 대한 처리 결과보고서. 2003
- Available at: <http://search.assembly.go.kr/inspection/conduct/2003/pdf/000579666.PDF>

- 김남순 외. 한국여성의 건강통계. 한국보건사회연구원. 2003년 12월.
- 김남순. 성별영향분석평가 개념 및 국내사례. 2004 하계 젠더와 건강 워크샵. 서울: 2004년 8월 14일. p.3-7.
- 김동원. 건보직원이 개인정보 유출...보험사 등에 흘러. 동아일보. 2003-SEP-9
- 김두현. 『문화체육과 청소년 정책』 서울 : 삼원문화사 1999.p.155-157.
- 김명희. 한국사회의 건강형평성 실태. 한국건강형평성학회 창립기념 세미나 2003.
- 김병식. 지역사회재활사업의 배경과 필요성. 한국재활간호학회 2004년도 춘계학술대회. 서울 2004.4.16
- 김상기. 건강보험 지역가입자 20% '의료사각지대'. 데일리메디. 2004-Jul-18
- 김상훈. '정부지원 미미.. 환자수조차 몰라'. 동아일보 ;2004 Jul 14
- 김성수. 「AIDS 관련 현행법의 문제점과 개선방안」 나남출판, 『사회비평』 2002;33:p.70-90
- 김성이. 「건강한 학교 만들기」 한국학교보건학회, 『한국학교보건학회지』 2001;14(1):2
- 김성천. 의료사고에 관한 행정평가·감시결과에 근거한 권고발표(일본). 한국소비자보호원. 2004년 4월 27일
- 김승권 외. 빈곤(결식)아동을 위한 정책 방향. 결식아동 사회복지 대책 워크샵 자료집; 2000.
- 김영옥. 「사회경제 수준에 따른 한국인의 식품 및 영양소 섭취 양상」 대한지역사회영양학회, 『대한지역사회영양학회지』 2001;6(4):645-656
- 김완호. 지역사회중심 재활보건사업. 한국재활간호학회 2004년도 춘계학술대회. 서울 2004.4.16
- 김용익 등. 보건의료시장 개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화 방안 연구 국회보건의복지위원회 2002.11.7
- 김용익. 장애인 보건의료 정책의 과제와 대안. 장애인 보건의료정책 개발을 위한 토론회. 장애인권익문제연구소·한국장애인단체총연맹. 2002년 10월 31일.
- 김윤. 응급의료수가체계 개편방향. 공청회 자료집 2004.7.1
- 김재용 등. 희귀 난치성 질환자 관리사업의 영향평가와 발전방안 연구. 보건사회연구원 2002
- 김정범 외 4인. 구급시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구. 국가인권위원회. 2003.
- 김진석·박광서. 「[대담] HIV 감염인, 그는 무엇을 꿈꾸는가」 나남출판, 『사회비평』 2002;23:105-123.
- 김창엽·이진석·강길원·김용익. 「의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기」 한국보건행정학회, 『보건행정학회지』 1999;9:1-14.



- 김창엽 외. 저소득층 의료보장 장기발전 계획에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원·보건복지부. 2003.
- 김창엽. 에이즈 대응정책 개선을 위한 연구. 서울대학교 보건대학원. 2003년 7월
- \_\_\_\_\_. 지역사회 건강증진사업에서의 부문간 협력. 서울대학교 간호대학 건강증진 심포지엄 1999
- \_\_\_\_\_. 품위있는 죽음과 보건의료정책. 국립암센터 심포지움 2004 “품위있는 죽음”
- 김철중. 병원의 ‘찬밥’ 재활의학과 “진료한번 받기 힘드네요”. 조선일보 2004-JUL-14
- 김학주. 소득계층간 진료비 본인부담의 형평성.  
Available at: <http://gaechuk.gsnu.ac.kr/~cas/khj0429.hwp>
- 김현정. 시민단체-복지부, 환자정보보호법 충돌 우려. 데일리메디. 2004-MAY-28.
- \_\_\_\_\_. 의료분쟁 환자측 유리...수술전 동의서 이렇게. 데일리메디. 2003-Oct-20.
- 김홍신. 직장 건강보험료 부과체계 문제점과 개선방안. 직장 건강보험료 부과체계 개선을 위한 토론회. 서울. 2002년 11월 22일
- 김화중. 새정부 여성보건복지정책의 방향 - 보건복지 여성정책의 현황과 과제. 2003년 김화중 보건복지부장관 초청 여성정책토론회. 2003
- \_\_\_\_\_. 참여정부의 보건복지정책 방향. 2003년 한국보건행정학회. 2003년 5월 30일.
- 노동부. 2004년 주요 업무 계획. 2004.3.4
- \_\_\_\_\_. 지속 성장과 기업을 위한 외국인 고용허가제. 2003. 04.
- 단병호 등. 근로기준법중개정법률안. 국회발의안. 2004.07.07.
- 대한병원협회. 2004년도 병원신임평가 및 수련교육관련업무 오리엔테이션 자료집. 2004. 5.4
- 대한에이즈예방협회. 희망과 도움의 손길, 2003
- 도성희. 재가노인복지사업의 현황과 문제점, 개선방향.  
Available at: [http://www.gangseosensor.kr/society\\_files/재가노인복지사업의%20현황과%20문제점,%20개선방안\[논문자료\]\\_1087190939.hwp](http://www.gangseosensor.kr/society_files/재가노인복지사업의%20현황과%20문제점,%20개선방안[논문자료]_1087190939.hwp)
- 문성현. 「한국의 보건의료의 부담과 수혜의 공평성」 한국사회보장학회, 『사회보장연구』 2004;20(1):66-68.
- 문화관광부. 참여정부 국민체육 진흥 6개년 계획 ; 2003
- \_\_\_\_\_. 체육정책과. 2003 체육백서; 2003.
- 민주노동당 정책위원회. 민주노동당 16대 대통령선거 공약 자료집 제 3권 “사회분야 공약해설 및 기초 자료” 2002
- \_\_\_\_\_. 민주노동당 17대 국회의원 총선거 공약자료집 제 3권 (노동, 민생, 복지, 사회, 문화 분야) 2004

민주노동당. 민주노동당 17대 총선 40대 핵심공약 및 분야별 핵심공약 자료집. 2004.04.

박대진. 국민이 가장 원하는 급여확대 품목은 'MRI'. 뉴시스. 2004-JUL-8.

박순일 등. 한국인의 주요 상병 및 건강행태 분석-2001년 국민건강·영양조사 건강부문 심층분석 결과. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 2003.

박윤서. 장애인보장구 분야의 문제점과 대책. 장애인보장구 분야의 문제점과 대책에 관한 공청회. 국회복지포럼 개최. 2003. 3. 20

박은미. 희귀질환 환아와 가족을 위한 사회복지 프로그램. 제 5회 '희귀질환 치료를 위한 사회적 여건 조성 심포지엄 및 한국희귀성 질환연맹 총회' 자료집. 서울: 한국희귀질환연맹 ; 2004.

박인화. 생식건강권의 관점에서 본 출산문화와 정책과제. '한국 출산문화 무엇이 문제인가?' 토론회 자료집, 2000.

박재봉. 건강보험, 본인부담률 50%대 육박. 뉴시스 2003-DEC-29

\_\_\_\_\_. 건보 장기채납 60만명 보험료 면제. 데일리메디. 2003-SEP-4

박재용. 건강보험 재정운영과보험료부과의 형평성. 2001p. 3-6

백선희. 「의료보장제도와 장애인의 의료재활」 한국장애인고용촉진공단, 『장애인 고용』 1995

법무부. 수용자 정밀 건강검진 및 건강영양조사 실시. (보도자료) 2004년 6월 11일.

\_\_\_\_\_. 법무부 주요업무 자체평가 결과 - 주요정책과제 및 자체평가과제. 2004년 6월.

법무부 교정국. 주요 교정정책 리포트 2004년 5월. 2004년 5월

변재관, 석재은, 김창엽 등. 한국의 사회보장과 국민복지기본선. 건강보장. 한국보건사회연구원, 1998. 11

보건복지부 가정아동복지과. 2003년 아동복지 사업 안내. 2003.(p.5)

보건복지부 공공보건관리과. 2004년도 방문보건사업 운영지침.

보건복지부 공공보건정책과 2004년 응급의료체계 개선 추진 계획 2004.3

보건복지부 구강보건과. '2000년 국민 구강건강실태조사' 결과. 2001. 06.

보건복지부 기초생활보장심의관실 의료급여과. 의료급여 정신과 수가 3년만에 10% 인상 - 본인부담금 보상금 지급기준액 30만원으로. (보도자료) 2002년 12월 31일

보건복지부 노인요양보장과. 공적노인요양보장제도 실무기획단 제5차 회의결과보고. 2004. 06.15.

\_\_\_\_\_. 노인건강진단사업 개선방안. 2004. 01.

보건복지부 보육아동 정책과. 2004 아동복지 사업 안내. 2004.

\_\_\_\_\_. 2004년 아동복지 예방사업 해외연수보고서.

보건복지부 암관리과. 국가암조기검진사업확대. 2004.4.9 보도자료.

- 보건복지부. 2001 국민건강영양조사 총괄편 보고서 2002.12
- \_\_\_\_\_. 2002년 희귀·난치성 질환자 의료비 지원사업 지침. 2002
- \_\_\_\_\_. 2002년도 노인보건복지사업 안내. 2002.
- \_\_\_\_\_. 2003년 국정감사 제출자료. 보건복지부. 2003년 9월.
- \_\_\_\_\_. 2003년 노인 암검진 및 개안수술 사업 안내. 2003.
- \_\_\_\_\_. 2003년 보건복지 이렇게 달라집니다. 2002.
- \_\_\_\_\_. 2003년도 보건복지백서. 2004.06.
- \_\_\_\_\_. 2004 병원병상 확충 및 기능보강 용자사업 계획(농특) 2004
- \_\_\_\_\_. 2004년 농어촌의료서비스 개선사업 지침. 2003.
- \_\_\_\_\_. 2004년 주요업무 참고자료. 보건복지부. 2004년 7월.
- \_\_\_\_\_. 2004년도 노인보건복지사업 안내. 2004. 02.
- \_\_\_\_\_. 2004년도 말기암환자 호스피스 시범사업 안내
- \_\_\_\_\_. 2004년도 보건복지부소관 세입세출 예산 개요. 2004.
- \_\_\_\_\_. 2004년도 정신보건사업 안내
- \_\_\_\_\_. 2004년도 주요업무 참고자료. 2004년 7월.
- \_\_\_\_\_. 가정아동복지과. 2004년 아동복지 사업 안내. 2003.(p.91.)
- \_\_\_\_\_. 공중보건의사제도 운영지침 2004
- \_\_\_\_\_. 국민건강 증진 종합계획 분야별 세부추진 계획. 2002.
- \_\_\_\_\_. 국민건강증진 종합대책 2002.4.10
- \_\_\_\_\_. 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010). 2002. 12.
- \_\_\_\_\_. 여성의 생애주기별 건강문제와 대책. 2000;112(재인용)
- \_\_\_\_\_. 예방 접종 등록 전산화 사업 실시 공고. 2000.05.31. Available at:  
<http://www.mohw.go.kr/services/service.jsp?itn=tbddata&sa=11&sno=1711&silkukcode=1300&bunrcode=140&face=03&btype=5&flag2=>
- 보건복지부·중앙아동학대예방센터 자료. 2003
- 보건복지위원회 수석전문위원. 노인틀니보험급여실시에 관한 청원 검토 보고서. 2003년 11월
- 보건의료발전기획단. 참여정부 보건의료발전계획(안) 공청회 자료집. 2003.11.27
- 비엔나선언 및 행동계획.  
 Available at: <http://www.goodcitizen.or.kr/pds/upload/비엔나241.hwp>
- 사공진. 의료보험통합과 보험료부담. 통합의료보험 운영에 관한 정책토론회. 한국보건행정학회. 1998년 10월 17일.
- 서동우. 사회인구학 및 임상적 특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설 입원환자의

- 재원기간 분포. 신경정신의학. 2002;41(6):1174-1184.
- 서울대학교 보건대학원, 보건복지부. 공공병원 확충방안 개발에 관한 연구 2004.2
- 서울YMCA 청소년 약물 상담실. 청소년 음주, 이대로 둘 것인가? (청소년 음주 실태와 대책). 2000. p.8-11
- 석원정. 이주노동자 문제와 한국사회의 과제. 2003.
- \_\_\_\_\_. 이주노동자 문제와 한국사회의 과제. 2003.
- 설동훈. 한건수. 이란주. 국내거주 외국인노동자 아동의 인권실태조사. 국가인권위원회. 2003
- 세이프키즈코리아. 우리나라 어린이 안전사고 실태와 예방법. 2003
- 손미아. 「직업, 교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향」 대한예방의학 회, 『대한예방의학회지』 2002;35(1):76-82
- 송수진. 이주노동자의 상태와 투쟁과제. 2001.11.
- 송영인. 현정부의 여성복지 정책의 현황과 미래의 과제. Available at:  
[http://www.cubs-korea.org/data/%BB%F5%C1%A4%BA%CE\\_%BB%E7%C8%B8%B1%B3%C0%B0\\_%B9%DF%C1%A6\\_%BC%DB%BF%B5%C0%CE.hwp](http://www.cubs-korea.org/data/%BB%F5%C1%A4%BA%CE_%BB%E7%C8%B8%B1%B3%C0%B0_%B9%DF%C1%A6_%BC%DB%BF%B5%C0%CE.hwp)
- 송웅달. 정신장애우의 인권보호를 위한 제언. 정신질환자 인권보호를 위한 청문회. 2003년 4월 9일. p. 5-14.
- 송윤미. 「사회경제적 수준과 사망의 연관성-한국 남성 759,665명에서의 코호트 연구」 한국역학회, 『한국역학회지』 1998;20(2):219-225
- 송현중. 성별영향분석평가 개념 및 국내사례. 2004 하계 젠더와 건강 워크샵. 서울: 2004년 8월 14일. p.3-7.
- 신동원. 「“건강은 국력” 개념의 등장과 전개」 서울대학교 보건대학원. 『보건학논집』 2000;37(1):36-50
- 신영전, 김명희, 전희진, 김석현 (역). 『사회역학』 서울 : 한울출판사 2003
- 신영전. 「의료이용의 지역간 격차에 관한 연구 - 3차성 내과계 진단군을 중심으로-」 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문, 1998
- 신윤동욱. 동성결혼 논쟁, 원년을 열다. 한겨레. 2004-AUG-05.
- 안순범. 의료분쟁 급증...의무기록 보관 절대적. 데일리메디. 2004-APR-23
- 안창욱.盧 대통령 “특구내 병원개방 극복”- 재정부 중심 과감히 추진…내년 내국인진료 허용 법개정. 2003.10.22
- \_\_\_\_\_. 政, 건강보험 재정 국고지원금 축소 추진. 뉴시스. 2004-AUG-13
- 양지용. 「AIDS 감염인의 인권」 나남출판, 『사회비평』 2002;33:91-103.
- 어린이보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조

- 여성 노동 연대회의. 산전후휴가 90일 사회분담 2005년 실시 방안 마련 토론회 자료집; 2004. Available at: [http://www.womenlink.or.kr/list2004-a.php?mode=content&category=100&subcate=105&id=10120040715&page=1&search=&search\\_cate1=&search\\_cate2=&search\\_cate3=&key=](http://www.womenlink.or.kr/list2004-a.php?mode=content&category=100&subcate=105&id=10120040715&page=1&search=&search_cate1=&search_cate2=&search_cate3=&key=)
- 여성 이주노동자 인권센터. 국내 거주 이주여성의 인권실태와 과제. 2004
- 여성노동연대회의 토론회 자료집(2004). 산전후휴가 급여의 사회보험 적용 확대 방안(장지연). 2004
- 여성부. 여성백서. 2003.
- \_\_\_\_\_. 제 2차 여성정책기본계획 2003-2007 - 2004년도 시행계획. 2004년 3월.
- 오경현. 정신장애인도 우리의 이웃입니다. 정신질환자 인권보호를 위한 청문회. 2003년 4월 9일. p. 27-33.
- 오예원. '한국의 생명공학기술과 젠더' 토론문. 참여연대 시민과학센터 월례토론회. 2001년 10월.
- 오현숙·강영실. 「AIDS 환자에 대한 간호사들의 지식과 태도 조사」 대한보건협회, 『대한보건협회지』 1995;21(2):27-41
- 오혜경·심진례. 청소년기 장애아동의 양육부담과 가족지원. 초판. 서울: 신정; 2003.
- 오혜경·정소영. 『학령기 장애아동의 양육부담과 가족지원』 서울 :신정 2003
- 외국의 청소년 보호 프로그램. 청소년 보호 위원회 1998
- 외국인노동자대책 협의회. 『외국인 이주노동자 인권백서』 서울 : 다산글방 2001
- 외부병원의 진료거부 이유에 대한 답변. 김정범 외 4인. 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구. 국가인권위원회. 2003. p. 371-374.
- 우영범. 에이즈 감염인의 소리(1). AIDS 감염인의 인권과 정책방향. 국회인권포럼. 국회 인권포럼·한국에이즈퇴치연맹. 1998년 10월 28일. p. 13-16
- 유네스코 한국위원회 엮음. 『인권이란 무엇인가-유네스코와 세계인권선언의 발전과 역사』 서울 : 오름 1995
- 유재원. 「시민참여의 확대방안 - 참여민주주의의 시각에서」 한국정책과학학회 『한국정책과학학회보』 제7권 제 2호. 2003. p. 237-254
- 윤태호, 문옥륜, 이상이, 정백근, 이신재 등. 「우리 나라의 사회 계층별 건강 행태의 차이」 대한예방의학회, 『예방의학회지』 2000;33(4):469-476
- 이경호 등. 2001년도 국민건강·영양조사 심층연계분석-영양조사부문 I. 한국보건산업진흥원. 2003. 12.
- 이대회, 박은철, 남정모, 이상규, 이동한, 유승흠. 「건강보험과 의료급여 환자간의 정신요법 진료량 차이 비교 : 정신병원 입원환자를 대상으로」 대한예방의학회, 『예방

- 의학회지』 2003;36(1):33-38
- 이덕형. '질병관리와 희귀질환에 대한 국가적 차우너의 보건관리'. 제 1회 '희귀질환치료를 위한 사회적 여건조성 심포지엄' 자료. 2001.
- 이상용·김진수. 「건강보험의 보험료와 보험급여의 형평성에 관한 연구」 한국사회보장학회, 『사회보장연구』 2003;19(2);p. 161~186.
- 이상이·홍성철. 「직장건강보험 가입 제주도 주민의 소득계층별 의료이용의 형평성」 한국보건사회학회, 『보건과 사회과학』 2003;14:p. 147~168.
- 이상이. 「우리나라 건강보험제도와 공단의 나아갈 방향-보장성을 중심으로」 국민건강보험공단, 『건강보험』 2004년 7월호. 38~39쪽.
- 이선희. 건강보험 급여체계의 개선방안.
- 이영수. 응급의료수가, 응급의료관리료·행위료 인상 및 종별차등화 돼야. 청년의사 2004-JUL-1
- 이정식. 「비정규 근로자에 대한 차별 철폐 시급」 한국경영자총협회. 『경영계』 2002.
- 이종구. 예방접종 대상 전염병의 현황과 대책. 2001년도 대한예방의학회 하계워크샵 자료. 대한예방의학회(<http://prevent.richis.org>); 2001.
- 이종찬. 「서재필의 생애와 사상-근대적 공중위생론의 대중적 전파자」 대한의사학회, 『의사학』 1997;6(2):217-230
- 이주호 보건의료노조, 의료의 공공성 강화를 위한 토론회 발제문, 2002. 5.
- 이준혁·장창민·김지만. '범털' 수감생활 '개성시대' 방불. 헤럴드 경제. 2004-MAR-12.
- 이찬진. 사회권의 개념과 위상. 사회권 연구모임 『사회권 보장을 위한 기초 연구』 2002.12
- 이치로 가와치, 브루스 케네디 저. 김명희, 유원섭 옮김. 『부유한 국가, 불행한 국민』 서울 : 몸과 마음 2004
- 이태수. 건강보험정책심의위원회 공익위원직을 사퇴하며」 참여연대 사회복지위원회, 『복지동향』 2003;51;p. 51~59.
- 이홍규. 「농업인 건강보험료체계 개선방향」 농협, 『CEO Focus』 2002
- 인권운동 사랑방 자료실 <http://www.sarangbang.or.kr/kr/info/UN/un1.html>
- 인권운동사랑방 1회 민간단체 활동가를 위한 인권교육 워크샵. 2000년 1월
- 인권운동사랑방 인권교육실. 노인과 인권, 2000년 2월.
- 임종한. 환경오염으로 인한 건강안전 피해실태와 대책. 환경·건강·안전 깨끗하고 안전한 삶터 만들기 세미나 토론발제자료. 2000.11.
- 임준. 외국인 근로자의 산재보험 적용 실태 및 산재보험의 차별금지를 위한 정책방향. 2003.

- 임태훈. 「바람직한 AIDS 정책 - 국립보건원의 AIDS 정책에 대한 비판을 중심으로」 나남출판, 『사회비평』 2002;33;p.55-69.
- 임호준. 의료소송 봇물...10년새 10배로. 조선일보. 2003-OCT-18
- 작은권리찾기운동본부. 불법 임상치료환자 88명, 건강상태 무방비 노출. 2004-APR-7.  
Available at: [http://www.peoplepower21.org/article/article\\_view.php?article\\_id=11065#](http://www.peoplepower21.org/article/article_view.php?article_id=11065#)
- 장수태. 「10년간 발생한 의료과실 소송 현황 분석」 한국소비자보호원, 『소비자시대』 2000년 12월. p. 58~59.
- 장숙량. 「장애인 재활사업의 포괄적 관리 모형 개발 연구」 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문 2004. p. 41~44
- 장애우권익문제연구소. 여성장애인의 기본권에 관한 실태조사. 1995
- 장영민. 부부간의 성적 자기결정권에 관한 연구 -부부강간죄의 성립여부를 중심으로.
- 장재연. 우리나라 환경보건정책의 방향. 2004.06.
- 장지연. 산전후휴가 급여의 사회보험 적용 확대 방안. 여성노동연대회의 토론회 자료집. 2004
- 장학민. 의료현장에서의 환자권리의 실제와 개선방안. 의료소비자 알 권리의 보장과 의료분쟁조정법 제정방안 및 의료기관 경영투명성 제고방안에 관한 토론회. 경제정의실천시민연합 주최. 2003년 5월 14일.
- 전남대학교 · 보건복지부. 도시지역 보건지소의 설치 및 운영을 위한 기초연구. 2003.8
- 정민영. 「HIV/AIDS 환자의 사회복지적 욕구에 관한 연구」 서울시립대학교 석사학위논문. 1999
- 정병태. 정부에서 생각하는 공공보건의료. 2004년 공공보건학회 심포지움 “공공보건의료의 현재와 미래” 연제집 2004
- 정영일 등. 위협받는 소비자식탁, 어떻게 할 것인가-제12회 연례심포지엄 주제발표논문집. 농정연구센터. 2004. 06.
- 정용. 먹는물-안전한가? 먹는물 수질기준과 위해성평가 및 그 관리. 제9회 세계 물의 날 기념 세미나 ‘먹는물과 건강’ 특별 강연 자료. 2001. 03.
- 정제원·정현목·윤창희. ‘범털 정치인’은 호화병실 단골. 중앙일보. 1997-NOV-18.
- 정주호. 전 서울대병원장. 교수 돈 받고 형집행정지 협조. 연합뉴스. 2004-MAR-11
- 제니 나이드 외. 지역보건연구회 옮김. 『건강증진:이론과 실제』 계축문화사 2001
- 조경애. 의료보장제도의 후퇴와 차별로 고통받는 가난한 이들. 2002년 건강연대 보건의료 정책자료집. 2003. p. 561.
- 조동걸. 대한민국임시정부의 건국강령. 국가보훈처  
Available at: [http://www.pvaa.go.kr/upload/study/6-3\)조동걸1.hwp](http://www.pvaa.go.kr/upload/study/6-3)조동걸1.hwp)

- 조병희 외. 2003년 전국민 성행태 및 에이즈 의식연구. 한국에이즈퇴치연맹. 2003년11월.  
p. 58~61.
- 조영미. 외국의 출산 운동과 한국에서의 출산 운동의 방향 모색. '한국 출산문화 무엇이  
문제인가?' 여성민우회 토론회 자료집; 2000.
- 조홍준. 우리나라 건강검진의 문제점과 개선 방향. 국민건강보험공단 강의자료.
- 조훈. 대한의사협회 주관 환자정보와 인권보호 토론회. 2002년 7월 19일
- 조홍식. 각국 정신보건법과 인권 -영국, 미국, 일본, 대만을 중심으로  
참여복지 5개년 공청회 자료. 2003
- 참여연대 사회복지위원회. 「참여연대가 제안하는 2004 총선 복지공약」 참여연대 사회  
복지위원회. 『복지동향.』 2004년 4월호. p. 11142-143.
- 청소년 노동 실태보고서. 카톨릭대학생 실천 연합회. 인권사랑방; 2002.
- 청소년보호위원회. 1999년도 청소년 유해환경접촉 종합실태조사. 1999  
\_\_\_\_\_. 2001년 청소년유해환경감시단 제1차 워크샵 자료집. 2001;65  
\_\_\_\_\_. 2002년도 청소년 흡연—음주예방 지도교사 연수교재. 2002  
\_\_\_\_\_. 외국의 청소년 보호프로그램. 1998  
\_\_\_\_\_. 중학생의 성의식 조사 및 성교육자료집 개발연구. 2000  
\_\_\_\_\_. 청소년 보호 및 재활시설 현황. 2000.  
\_\_\_\_\_. 청소년 보호백서. 2002  
\_\_\_\_\_. 청소년 보호백서. 2003  
\_\_\_\_\_. 청소년 음주, 이대로 둘 것인가?. 2000;12  
\_\_\_\_\_. 청소년 인권 현황과 대책. 1998.  
\_\_\_\_\_. 청소년 폭력실태조사. 2001.  
\_\_\_\_\_. 청소년 흡연 실태 및 금연의 해 추진 전략; 2000.
- 청소년보호위원회. <http://152.99.19.110/e-lib/xml/RPT019800066.xml>.
- 청소년유해환경접촉 종합실태조사. 청소년보호위원회; 2002a
- 최병호. 「건강보험 본인부담제 현황과 개선방향」 대한병원협회, 『대한병원협회지』  
2004;289; p. 18~27.
- \_\_\_\_\_. 보건의료서비스 보장성 강화. 참여정부 보건의료발전계획(안) 공청회 자료집.  
2003년 11월 27일.
- \_\_\_\_\_. 직장 건강보험료 부과체계 문제점과 개선방안. (토론문) 직장 건강보험료 부과  
체계 개선을 위한 토론회. 서울. 2002년 11월 22일
- 최은희. 비정규직 노동자의 건강권 확보를 위하여. 노동건강연대 정책토론회 보조발제  
문. 2001.12.13.



최재천. 감옥가면 없던 병도 도지는 '귀하신 몸들' 구속집행정지 남용이 '사법불평등' 심화. 오마이뉴스. 2003-APR-09.

최홍석. 대한의사협회 주관 환자정보와 인권보호 토론회. 2002년 7월 19일

카톨릭대학생실천연합회. 청소년 노동 실태보고서. 인권사랑방 2002.

통계청. 연령별 사망원인자료. 2002. <http://www.nso.go.kr/>

평등사회를 위한 민중의료연합. 『이윤보다 생명이다』 교육비평 2003

하정옥. 한국의 생명공학기술과 젠더. 참여연대 시민과학센터 월례토론회. 2001년 10월.

학교급식법 개정과 조례 제정을 위한 국민운동본부. "학교급식법" 개정 공청회 자료집. 2004.7

학교급식전국네트워크(준), 전교조 서울지부, 서울시교육위원. 『학교급식법·조례 개정(제)정을 위한 연대회의』 제안 및 설명회 참고자료. 2002. Available at: [http://school119.org/old\\_pds/old/school119095329.hwp](http://school119.org/old_pds/old/school119095329.hwp)

한국 비정규노동센터. 2002년 8월 경제활동인구조사(부가조사) 결과요약 2002.12.15

한국보건사회연구원. 『의료보험본인부담 실태와 급여체계 개편방안』 서울 : 한국보건사회연구원, 1997

\_\_\_\_\_. 2000년 장애인 실태조사. 2001.

\_\_\_\_\_. 본인부담금에 대한 인식조사. 2001.

\_\_\_\_\_. 여성건강증진을 위한 정책과제. 2003.12

\_\_\_\_\_. 여성장애인생활 실태와 대책 정책보고서 2002

\_\_\_\_\_. 자활사업실태조사 결과. 2002

한국소비자보호원. 의료서비스에 대한 소비자 만족도 조사 - 진료행위에 대한 의사의 설명 및 진료기록 제공 관련. 한국소비자보호원. 1999.

Available at: <http://safe.cpb.or.kr/textdata/HOME PAGE/199906/0100010/041.txt>

한국에이즈예방재단 홈페이지. Available at: <http://www.>

한국여성개발원. 우리나라의 여성의 모성 보호제도의 실시 현황 분석과 개선 방안. 2003 환경부. 환경백서 2003. 2003. 06.

Barker C. *The health care policy process*. SAGE. 1996. p. 88~100.

British Medical Association. Guidance for doctors providing medical care and treatment to those detained in prison. 1996. March.

Consumer International. Global Campaign for the rights of patients. Available at: [http://www.consumersinternational.org/documents\\_asp/searchdocument.asp?DocID=307&regionid=135&langid=1](http://www.consumersinternational.org/documents_asp/searchdocument.asp?DocID=307&regionid=135&langid=1)

- Cook R. Gender, Health, and Human Rights. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ, editors. *Health and Human Rights*. London: Routledge; 1999. p. 261~262.
- Council of Europe Committee of Ministers. Recommendation No R(98)7 - Health and Quality of Life.  
Available at: [http://www.social.coe.int/en/qoflife/recomm/R\(98\)7.htm](http://www.social.coe.int/en/qoflife/recomm/R(98)7.htm)
- Ebrahim S, Smith DG. Systemic review of randomized controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ* 1997;314:1666-1674
- Equality Framework: Priorities for Action. Department of Health 2003
- Equity-oriented national strategy for public health in Sweden - A case study. European Centre for Health Policy 2000
- European Center for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. Gothenburg Consensus Paper. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach Brussels: WHO 1999
- Eyre Regional Health Service Inc. About Consumer and Community Participation in Health.  
Available at: <http://www.erhs.sa.gov.au/2programs/downloads/ahac-about.pdf>
- Feachem RGA. Poverty & inequity: a proper focus for the new century. *Bulletin of World Health Organization* 2000;78(1):1-2
- Government Resolution - on the Health 2015 public health programme. the Ministry of Social Affairs and Health 2001
- Gwatkin DR. Critical reflection : Health inequalities and the health of the poor : What do we know? What can we do? *Bulletin of World Health Organization* 2000;78(1):3-18
- HIV/AIDS, Human Resources and Sustainable Development, World Summit on Sustainable Development. Johannesburg 2002, Geneva Switzerland 2002
- Kaplan et al. Current Trends and the Future of HIV/AIDS Services: A Social Work Perspective. *Health & Social Work* 2004;29(2);153-160.
- Lee K, Buse K, Fustuki an S. *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge University Press. London 2002
- Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behavior* 1995;(extra issue):80-94

- London L. How can human rights serve as a tool for health equity? The 3rd International conference of International Society for Equity in Health. Durban, South Africa June, 2004
- Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health* 2002; 1:1-20
- Mackenbach JP, Bakker M (eds). *Reducing inequalities in health : A European perspective*. Routledge. London 2002
- Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequality in health : next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 1997;44(6):901-910
- Mastroianni AC, Faden R, Federman D. *Women and Health Research*, Vol 2. National Academy Press. Washington DC. 1994.
- OHCHR•UNAIDS. HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines Third International Consultation on HIV/.AIDS and Human Rights. 2002
- Oregon Department of Corrections. Health Services Division Policy and Procedure #P-E-02.  
Available at: [http://www.doc.state.or.us/programs/health\\_svcs/policy/P-E-02.doc](http://www.doc.state.or.us/programs/health_svcs/policy/P-E-02.doc)
- Oregon Department of Corrections. Health Services Division Policy and Procedure #P-E-04. Health Assessment.  
Available at: [http://www.doc.state.or.us/programs/health\\_svcs/policy/P-E-04.doc](http://www.doc.state.or.us/programs/health_svcs/policy/P-E-04.doc)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Review of the Korean health care system Paris, 2002
- Ottewill R, Wall A. *The Growth and Development of the Community Health Services*. Business Education Publishers, 1990.
- Quilan M., Mayhew C., Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: A review of recent research. *Int J Health Services* 2001;31(2):335-414
- Removing Barriers to Health Care - A Guide for Health Professionals.  
Available at: <http://www.fpg.unc.edu/~ncodh/rbar/>
- Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. *Health Insurance in Developing Countries*. pp.207-227, ILO, 1990
- Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press 1992
- Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, 1977.  
Available at: [http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_comp34.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

- Sweden's new public health policy : National public health objectives for Sweden.  
the Swedish national institute of public health 2003
- Tackling Health Inequalities - A Programme for Action. Department of Health. UK  
2003
- The President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the  
Health Care Industry. Quality First: Better Health Care for All Americans.  
pp.22-28, 1998.
- Toward A Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians. the Federal,  
Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the  
Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999
- U.S. Department of Health and Human Services, Social Security Programs throughout  
the World, 1990
- U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With  
Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2  
vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.
- U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding  
and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing  
Office, November 2000
- UN CESCR. The right to the highest attainable standard of health:. 11/08/2000.  
E/C.12/2000/4. (General comments)
- UN Economic and Social Council. the right to the highest attainable standard of  
health: 11/08/2000 E/C. 12/2000/4 (General Comments) 2000
- UNHCHR. Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS.  
Commission on Human Rights resolution 2002/32
- van Doorslaer, E. et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US.  
*Journal of Health Economics* 2000;19:553-583.
- White Paper : Public Service Agreements (PSAs) for all main departments for 2003  
to 2006.
- WHO Statostoca; Information System(2001) 기준- 미국 10.2명 캐나다 5.0명 일본 8.4명  
스페인 6.4명 폴란드 7.4 명 이태리 4.1 명
- WHO EDM. Essential Drugs and Medicines Policy  
Available at:<http://www.who.int/medicines/>
- WHO. Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental

Disorders.

Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/74.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/74.pdf)

WHO. Primary health care. 1978.

건강세상네트워크 <http://www.konkang21.or.kr>

국민건강보험공단. <http://www.nhic.or.kr/>

바른 생활을 위한 시민회의 <http://www.cubs-korea.org>

보건복지부 <http://www.mohw.go.kr>

서울의대 의료관리학교실 <http://www.snu-dhpm.ac.kr/>

시민과학센터 <http://www.scienceshop.or.kr>

유엔인권고등판무관 [http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_ceschr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm)

의료생협연대 <http://medcoop.or.kr/about03.html>

이주여성인권센터. <http://www.wmigrant.org>

인권운동 사랑방 자료실 <http://www.sarangbang.or.kr/kr/info/UN/un1.html>

참여연대 시민과학센터 [http://www.peoplepower21.org/contents/biotech/biotech\\_intro.html](http://www.peoplepower21.org/contents/biotech/biotech_intro.html)

최재천 변호사 홈페이지. <http://laws.co.kr>

한국여성민우회 [www.womenlink.or.kr](http://www.womenlink.or.kr)

한국희귀의약품센터 <http://www.kodc.or.kr/>

Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

Canadian Task Force on Prevention Health Care. <http://www.ctfphe.org>

National Network for Immunization Information. <http://www.immunizationinfo.org>

Palliative Care <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

WHO HIA homepage. <http://www.who.int/hia/en/>

## [부록 1] 국가인권정책기본계획(안)

### 1-1. 보건의료구조 : 국민의료비 중 공공재원 비율 증대

#### 필요성

- 국민 의료비 중 공공재원 비율 증대는 의료의 경제적 접근성이 높아짐을 의미
- 2000년 기준, 총 의료비 중 공공지출이 차지하는 비율은 44.4%로 OECD 회원국 평균 72.3%에 비해 상당히 낮은 편임.
- 보건 의료재원 조달에서 공공부문의 비중을 높이기 위해 조세에 의한 지원 확충과 사회 보험료의 국가 및 기업 부담을 늘려야 함.
- 정부는 증가된 건강증진기금을 공공 재원의 비율 확충에 사용하기보다 지역가입자의 보험료와 건강보험 운영 보조금에서의 국고지원으로 사용하고자 함으로써 오히려 국가 예산 세출을 감소하려 하고 있음.

#### 추진전략

- 1-1-1. 정부의 공공재원, 특히 조세지원 부분 확대
- 1-1-2. 특히 영유아, 모성 등 건강 취약계층에 대한 공공 지출 우선 확대
- 1-1-3. 국민의료비의 거시 지표에 대한 주기적 공개

#### 근거 및 외국사례

- 헌법 제34조, 제36조
- 보건의료 기본법 제4조, 제7조
- OECD Health Data 2003: 독일, 프랑스, 일본은 국민의료비의 75%이상 공공재원으로 조달

#### 예산 등

- 1-1-1. 2004년 보건복지부 예산 9조 1,300억원  $\times$  2배 = 18조 2,600억원
- 1-1-3. (선진국의 국민의료비 중 공공재원비율 75% - 2000년 현재 한국의 국민의료비 중 공공재원 비율 44.4%)  $\times$  33.5조 (2001년 국민의료비) = 10조 2,200억원을 추가로 공공재원으로 조달해야 함.

관련기관 : 보건복지부, 기획예산처, 재정경제부, 국민건강보험공단

## 1-2. 보건의료구조 : 계층간 보험료 부담의 적절성과 형평성 확보

### 필요성

- 소득 계층간 보험료 부담의 적절성 및 형평성 확보는 보건의료서비스를 통한 건강권 보장의 주요 수단임
- 직장가입자 및 지역가입자의 보험료 부과체계에는 불공평한 요소가 존재함.

### 추진전략 :

- 1-2-1. 직장가입자 : ① 보험료 납부체계에서 상한선 폐지하고 월표준보수월액×보험료율대로 보험료를 부과, 혹은 ② 근로소득 외에 기타소득과 재산에도 보험료를 부과, ③ 지역 가입자와 마찬가지로 피부양자의 수를 반영
- 1-2-2. 지역가입자 : 우리 농업·농촌 현실을 반영하여 농업소득 수준에 맞게 보험료 부과
- 1-2-3. 사회보험에서 배제된 사람들에 대한 정보 및 소득과약 능력을 높이기 위해 현재의 공단업무를 국세청 업무로 이관
- 1-2-4. 보험료 부담 및 징수 과정에 대한 시민 감시 방안 마련

### 근거 및 외국사례 :

- 국민건강보험법 제62조, 제67조, 제68조
- 선진국에서는 농업인에 대해 자영업자와는 다른 별도의 보험료 산정기준을 적용

### 예산 등

- 1-2-5. 형평성 있는 보험료납부를 부과하기 위한 실태조사와 형평적인 부과 방법에 대한 연구 1억원

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단, 재정경제부

### 1-3. 보건의료구조 : 급여 수준의 상승과 범위확대- 경제적 접근성에서의 형평성 확보

#### 필요성

- 소득이 가장 낮은 인구 10%가 전체 의료비 지출의 5.32%만을 사용하고 있는 반면, 가장 높은 계층 10%는 15.7%를 사용
- 진료비 본인부담의 불평등도 Gini값은 0.709로 소득불평등도 보다 두 배 이상 높은 수치를 보임.
- 우리나라는 총 진료비의 54.5%를 환자 본인이 부담하는 실정이며, 보험재정 안정에 치중한 나머지 급여확대에 대한 정책방향이 부재할 뿐만 아니라 보험급여의 질적 수준도 매우 낮음.

#### 추진전략

- 1-3-1. 본인부담상한제에 비급여 항목 포함
- 1-3-2. 차액 병실료와 선택 진료 등, 현행 본인 부담 부분을 건강보험 제도 틀 내로 편입
- 1-3-3. 비급여 항목들을 지속적으로 급여 항목으로 전환

#### 근거 및 외국사례

- 국민건강보험법 제39조, 제9조
- 국제노동기구 사회보장의 최저 기준에 관한 협약 제10조

#### 예산 등

- 1-3-1. 비급여 비용을 포함해서 상한 유형(입원비 또는 연간상한액), 소득구분, 기간 설정 등에 따라 차등적인 상한방식을 적용하면 약 1,700~2,000억원 정도의 예산이 소요될 것으로 봄<sup>497)</sup>.
- 1-3-3. 임신과 출산에 소요되는 총진료비 3,632억원 (2001년 기준으로 질병분류별 급여현황에서 임신, 출산 및 산욕) - 건강보험 급여액 2,875억원 = 757억원
- 1-3-7. 27번 쟁점과 중복

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단

497) 김창보, 백혈병 환자 본인부담 실태와 본인부담상한제 시행방안. 백혈병 환자 본인부담 실태와 본인 부담상한제 시행 방안에 관한 토론회. 건강세상네트워크·유시민의원실. 2003년 12월 22일.



## 2-1. 보건의료구조 : 보건의료자원의 지역간 균형개발과 배치

### 필요성

- 지역에 적절한 보건의료 서비스 시설이 없거나 부족하기 때문에 지역에 따른 서비스 이용의 격차가 나타난다면 이는 건강권 침해
- 경제적 접근성의 개선에도 불구하고 수도권을 중심으로 한 보건의료 자원의 지역 편중현상은 심각한 수준

### 추진전략

- 2-1-1. 공공의료의 확충 : 농특사업, 도시형 보건지소 설치 등의 내용 총괄
- 2-1-2. 지역간 보건의료 자원의 배치와 실제 의료 이용의 형평성에 관한 지표개발 및 이에 따른 목표 설정과 모니터링

### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제24조, 제25조, 제29조
- 농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법 제1조, 제5조, 제15조
- 농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법 제13조, 제14조
- 농어촌특별세관리특별회계법 제3조
- 유엔에서는 건강권의 보장을 위해 보건의료 서비스의 접근성(accessibility)이 보장되어야 한다고 규정하며, 모든 사람들이 안전한 물리적 범위 내에서 접근 가능해야 한다고 천명

### 예산 등

- 2-1-1. 도시지역 보건지소의 설치
- 2-1-2. 공공병상비율 30%까지 확대하려면 2020년까지 연평균 1조 3,200억원 필요. 2020년까지 누적 21조 필요.
- 2-1-3. 지역간 보건의료 자원의 배치와 실제 의료 이용의 형평성에 관한 지표개발연구비 5천만원.

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부, 재정경제부

## 2-2. 보건의료구조 : 공공의료기관 확충

### 필요성

- 현재 지나친 민간의존 경향은 보건의료 서비스의 접근성, 질의 문제를 야기할 뿐 아니라 건강보험의 재정 악화, 정부의 의료정책수단 부재라는 문제점을 낳고 있음
- 건강권과 관련, 공공의료기관이 중요한 이유는 그동안 저소득층, 빈곤층의 의료이용의 상당부분을 공공 기관이 담당해왔고, 의료공급체계를 개편하는데 정부가 직접적으로 운용할 수 있는 유일한 수단이기 때문임.
- “합리적 의료공급자”로서 표준화된 적정진료와 질병 예방을 통한 보건의료 서비스의 질 개선, 비합리적 의료공급 형태 개선을 위해 필수적
- 한편, 최근 경제특구 내 병원개방 문제는 의료기관의 공공성 확대와 정면으로 배치되는 내용

### 추진전략

- 2-2-1. 공공보건의료체계의 통합조정 기능 강화
- 2-2-2. 지방자치단체의 공공보건의료에 대한 책임 지원
- 2-2-3. 인프라 개선을 가능케 할 정책 수단 확보 및 이를 위한 관련 법령의 제·개정
- 2-2-4. 민간의료기관의 공공성 강화 대안 마련
- 2-2-5. 경제특구 내의 의료기관 개방 등에 관한 영향 평가

### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제27조
- 공공보건의료에 관한 법률 제1조, 제3조, 제4조, 제5조

### 예산 등

- 2-2-4. 경제특구 내의 의료기관 개방 등에 관한 영향 평가 지원금 5천만원

관련기관 : 보건복지부, 재정경제부, 행정자치부

## 2-3. 보건의료구조 : 필수 의약품에 대한 접근성 보장

### 필요성

- 필수약품 공급은 WHO의 알마아타 선언에서 필수적인 보건의료 서비스가 포함해야 할 영역에 포함됨.
- 우리나라에서는 상대적으로 수요가 적은 희귀약품의 안정적 공급과 가격 문제로 인한 접근성이 주로 문제됨.

### 추진전략

- 2-3-1. 한국희귀약품센터 활성화를 통한 희귀약품의 안정적 공급
- 2-3-2. 의약품의 공공성 확보 : 고가 특허 의약품의 약가 인하와 보험적용 확대, 강제 실시에 대한 검토 및 도입

### 근거 및 외국사례

- 약사법 제72조
- 캐나다: 국가보건사업의 우선순위를 설정 시 모든 국민들이 필요한 경우 필수 의약품에 접근 가능하도록 하며, 의약비용 절감에 대해 합리적이고 증거에 기반한 접근을 채택해야 한다고 주장
- 2001년 도하 선언 “무역관련 지적 재산권에 관한 협정 중 그 어떠한 것도 WTO 회원국들이 각국의 공중보건과 관련된 조치들을 채택하는 것을 막을 수 없다. 회원국은 강제 실시권을 부여할 권리와 부여 조건을 결정할 자유가 있다”

### 예산 등

- 2-3-1. 한국희귀약품센터의 희귀약품 구입 지원금 확대: 2004년 예산 253,139,000<sup>498)</sup>원을 2배 확대

관련기관 : 보건복지부, 식품의약품안전청, 특허청, 외교통상부

498) 보건복지위원회 전문위원. 2004년도 식품의약품안전청소관 세입·세출예산안 검토보고서. 2003년 10월. p. 51.

## 2-4. 보건의료구조 : 효과적인 지역사회/재가 의료서비스 개발

### 필요성

- 지역보건 서비스는 의료이용 접근성 증진, 국민 의료비 절감 효과, 계층간 보건의료 서비스 이용의 형평성에 기여함.
- 현재 지역사회 재활사업, 정신보건사업, 방문보건/가정간호 제도를 이외에 제공되는 재가 의료서비스는 없으며, 그나마 이러한 사업 또한 제한적
- 이를테면, 장애인구 중 재가 장애인은 절대다수를 차지하고, 노인인구 및 의료재활이 요구되는 환자는 급격히 증가되고 있는 반면, 재활병원의 숫자는 현재 3~4군데에 불과
- 방문보건사업은 주로 취약계층을 대상으로 보건소 인력이 직접 가정을 방문하여 서비스를 제공하며, 가정간호제도는 주로 민간기관에서 가정전문 간호사가 서비스를 제공하는 형태로 실시됨.

### 추진전략

- 2-4-1. 포괄적인 지역사회/재가 의료 서비스 체계 구축
- 2-4-2. 서비스 제공과 관련한 구체적인 목표 설정 및 지표설정, 지속적인 평가를 할 수 있는 틀 마련
- 2-4-3. 서비스 개발 과정에서 지역사회/소비자의 참가 보장

### 근거 및 외국사례

- 국민건강증진법 제1조, 제3조
- 지역보건법 제9조
- 농어촌등보건의료를위한특별조치법시행규칙 제22조
- 의료법 시행규칙 제22조
- 캐나다: 의료서비스 체계를 보다 포괄적이고 지속가능하며 유연하고 책임 있게 만드는 방향으로 개선해야 함을 지적
- 핀란드: 2015년 공중보건 전략을 기획하면서 생애 주기별로 13대 주요 과제 선정, 그 중 지역사회/재가 서비스 강조
- 미국: Healthy People 2010의 28대 집중 영역 중 재가/혹은 지역사회 서비스 증진과 관련 두가지 목표 선정
- 스웨덴: 1999년 국가 공중보건 위원회에서 19항목의 보건 목표 제시, 그 중 모든 노인과 장기 이환자에게 적극적인 방문 보건과 건강증진 사업 수행 강조
- 영국 : 노인 계층에 대한 지역사회 서비스 특히 강조

### 예산

- 2-4-1. 프로그램 개발비 1억원, 장애인 150만 × 2(가족 1인) × 1인당 교육비 5천원 × 연간 교육참여율 20% = 30억원을 5년 동안 실시
- 2-4-2. 중간수준의 재활요원 연간 임금 2,000만원 × 940 (장애인 150만명과 노인 320만명 5천명당 재활요원 1명이 필요하다고 가정할 경우) = 188억

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부

### 3-1. 보건의료구조 : 보건의료 정책/자원 개발 과정에 시민들이 참여할 수 있는 제도적 장치 개발

#### 필요성

- 의료비 상승과 건강에 대한 관심증가, 고령화 등의 사회변화로 시민들의 보건의료정책에 관한 관심이 높아짐.
- 보건복지부 산하위원회 중 실질적으로 시민이 직접 참여하는 곳은 2곳 뿐이며, 이러한 참여도 형식적이며 비민주적인 경향 나타냄
- 시민참여를 위한 공청회나 합의 기구 부족

#### 추진전략

- 3-1-1. 보건복지부 정책 자료의 공개
- 3-1-2. 중앙/지방 정부의 보건의료 관련 위원회에 노동계, 시민사회의 정규참여 보장 (예, 보건의료기본법 20-23조, 지역보건법 2조의 심의위원회에 대한 규정 강화 개정)
- 3-1-3. 공공적 성격의 보건의료 기관의 정책과 운영에 대한 시민 참여 방안 마련
- 3-1-4. 포괄적인 시민 참여제도 마련 : 지역사회 기반의 건강영향평가 제도

#### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제8조, 제11조, 20-23조
- 지역보건법시행령 제2조, 제3조
- 세계소비자연맹: 환자권의 하나로 참여 및 대표권 제시
- 호주 보건부: 보건의료소비자와 지역사회는 보건의료 서비스의 계획 및 평가, 보건의료관리에 관련된 정책결정 전반에 참여할 수 있어야 함을 제시

#### 예산 등

관련기관 : 보건복지부 및 산하기관

### 3-2. 보건의료구조 : 보건의료 기술개발과 평가 과정에 시민들이 참여할 수 있는 제도적 장치 개발

#### 필요성

- 보건의료기술 발전과 더불어 이에 따른 부작용의 문제도 증가하며, 보건의료기술의 최종 소비자인 시민들이 기술 개발 단계와 평가 과정에 참여함으로써 이를 최소화 시킬 수 있는 방안 마련이 필요함.
- 우리나라 생명공학기술의 수준은 높지만 그에 대한 규제는 소홀한 편이며, 민간기업의 보건의료 기술개발의 규제 또한 전무함.
- 보건의료 기술의 최종 소비자인 시민의 공식적인 참여는 제한적임.

#### 추진전략

- 3-2-1. 보건의료기술정책심의위원회에 전문 시민단체가 위원으로 참여할 수 있도록 보건의료기술진흥법 개정
- 3-2-2. 보건의료기술정책심의위원회 회의록 공개
- 3-2-3. 보건복지부 및 과학기술부의 연구예산 분배과정에 시민단체 참여토록 제도적 장치 마련
- 3-2-4. 정책결정에서 합의회의 방식의 시민참여 활성화

#### 근거 및 외국사례 :

- 천연물신약연구개발촉진법 제4조, 제5조
- 보건의료기술진흥법 제6조
- 보건의료기술진흥법시행령 제8조

#### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 과학기술부

### 3-3. 보건의료구조 : 젠더 관점에 입각한 보건정책 및 기술 개발

#### 필요성

- 여성 노인 증가, 여성 역할의 중요성 증대 등에 따라 정책과 기술개발, 평가 과정에서 젠더 관점의 도입과 성 주류화는 매우 중요한 과제
- 여성의 정책참여와 관련하여 2003년 말, 19개부터 106개 위원회의 여성위원 참여율은 31.6%, 보건복지부는 29.2%임.
- 여성의 관점을 배제한 과학기술, 특히 생식보조기술에 대한 비판이 높아짐.

#### 추진전략

- 3-3-1. 건강결과의 성별영향분석평가 도입하여 젠더관점에서의 보건정책결정의 정책근거로 활용
- 3-3-2. 정책결정과정에서 보건복지부 산하위원회의 여성건강과 관련된 위원 참여 보장
- 3-3-3. 정책결정 전 여성정책담당관실과 업무 조정하여 여성관점의 정책이 되도록 제도적 장치 마련
- 3-3-4. 성인지적 통계 공시 및 젠더와 건강 관련 연구 지원

#### 근거 및 외국사례

- 여성발전기본법 제6조, 15조
- 유엔 여성차별철폐협약 제7조

#### 예산 등

- 3-3-4. 성인지적 통계 수치 개발비 : 3천만원, 젠더와 건강 관련 연구 지원 : 1억원.

관련기관 : 보건복지부, 여성부

## 4.1. 보건의료과정 : 적절하고 질 높은 보건의료 서비스

### 필요성

- 유엔경제사회이사회는 “성취 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리”에서 건강권의 보장을 위해 질이 보장되어야 함을 지적
- 의료의 질문제는 의료의 오용 및 과용, 변이 등의 형태로 나타날 수 있으며, 우리나라에서는 특히 서비스 오용과 남용이 심각한 수준 (예, 지나치게 높은 제왕절개율, 항생제 내성율 등).
- 질관리 수단으로서 표준 임상지침, 동료 심사, 서비스 평가 제도 등이 정착되어 있지 않음

### 추진전략

- 4.1-1. 현 정부의 보건의료 인력 교육 정책과 관련한 구체적 실행 방침 마련
- 4.1-2. 의료기관평가제도의 활성화 및 결과 공개
- 4.1-3. 단계적인 표준 진료 지침 개발 및 동료 심사 방안 마련

### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제 52조
- 의료법 제5조, 제6조, 제7조, 제25조, 제37조의3, 제47조의2
- 의료법 시행령 제20조, 제20조의2, 제20조의3
- 의료법 시행규칙 제 21조의2, 제46조의2, 제46조의3
- 국제노동기구: 의료의 필수적인 요건과 목표로 가능한 최고 수준을 유지하도록 권고
- 핀란드: 『2010년을 향한 사회적 보호전략』에서 사회적·경제적으로 지속가능하고 효율적·역동적인 사회건설을 위해 지역 협조를 증가시킴으로써 서비스의 질과 가용성을 향상시키고자 함.

### 예산 등

- 4.1-3. 표준 진료 지침 개발비 : 연 1억원

관련기관 : 보건복지부, 대한병원협회, 대한의사협회



## 4.2. 보건의료과정 : 효과적인 응급의료체계 확립과 호스피스서비스 제공 확대

### 필요성

- 현재 예방가능한 응급환자 사망률은 50.4%이며, 응급의료 수준은 최소 기준인 법정기준의 62%에 불과하며, 응급의료센터의 접근성 및 서비스의 질적 수준에서 지역적 편차 큼.
- 환자의 품위 있는 죽음에 대한 인권적 접근과 호스피스 서비스 접근성에서의 형평성과 관련한 논의 부족하며, 호스피스 서비스가 의료보장 체계 내에서 제도적으로 시행되기보다 민간을 중심으로 선별적으로 제공되는 상태임.

### 추진전략

- 4-2-1. 응급의료 서비스: 현 정부의 개선 계획을 집행하되 질 개선을 위한 수가 개선과 관련, 본인부담 수준 상승에 대한 보완책 필요
- 4-2-2. 호스피스 서비스: 서비스의 공급과 교육 훈련에서 공공이 차지하는 역할을 확대하며, 민간부분에 대한 규제방안 및 적절한 수가제도 마련

### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제30조
- 응급의료에 관한 법률 제1조, 제3조, 제4조, 제6조, 제13조, 제13조의2, 제16조, 제17조, 제19조, 제20조, 제26조, 제27조, 제29조, 제30조, 제31조
- 암 관리법 제11조
- 미국: 보건목표로서 28대 집중 영역을 설정, 그 중 첫 번째에 해당하는 질 좋은 보건의료 서비스의 접근성 보장에서 일부를 응급의료 서비스에 할당
- 세계보건기구: 암 환자의 완화치료의 내용 제안

### 예산 등

- 4-2-1. 응급의료 서비스: 현 정부의 개선 계획을 집행하되 질 개선을 위한 수가 개선과 관련, 본인부담 수준 상승에 대한 보완책 필요
- 4-2-2. 호스피스 서비스: 서비스의 공급과 교육 훈련에서 공공이 차지하는 역할을 확대하며, 민간부분에 대한 규제방안 및 적절한 수가제도 마련

### 관련기관 : 보건복지부

#### 4.3. 보건의료과정 : 포괄적인 정신보건 서비스 제공

##### 필요성

- 정신건강은 중요한 건강 구성 요소의 한 부분이며, 특정 정신질환자에 국한되는 것이 아니라 건강 개념의 일부로서 포괄적인 정신건강을 도모하는 서비스를 의미함.
- 2001년 정신질환 1년 유병률은 14.4%이며, 2002년 자살률은 사인의 6,7위를 차지. 또한 자살사고의 유병률은 남녀 각기 14.4%와 22.7%

##### 추진전략

4-3-1. “환자관리”를 넘어 정신보건 증진과 질환 예방까지 포괄하는 것이 필요 (현행 정신보건법은 주로 정신질환의 관리에만 초점)

##### 근거 및 외국사례

- 정신보건법 제1조, 제2조, 제4조, 제13조, 제41조
- 미국: 정신건강과 정신질환이 국가 보건 목표 28대 집중 영역 중 한 가지 항목이며, 다양한 지표 이용하여 정신 건강 수준의 향상 목표 제시
- 영국: 위기관리와 아동 및 청소년 정신보건 프로그램에 대한 접근성의 매년 향상을 통해 삶의 질을 개선하고 2010년까지 자살과 의도하지 않은 손상에 의한 사망률을 최소 20% 감소 제시

##### 예산 등

관련기관 : 보건복지부 및 산하기관

5-1. 보건의료과정 : 건강한 선택이 쉬운 선택이 될 수 있는 환경조성: 건강의 사회적 결정요인 측면에서 기존 건강증진사업에 대한 평가 시행 및 향후 보건사업 기획

필요성

- 건강행동을 개인의 개별적 의지나 선택의 결과가 아닌 그러한 선택이 가능하게 된 사회적 결정요인을 이해하여, 건강을 위한 선택이 사회적으로 쉬운 선택이 될 수 있는 환경을 조성하는 것이 필요함.
- 현재 우리나라는 개인을 대상으로 한 건강증진사업을 수행하고 있으나 여러 문제점이 지적되고 있고, 사회적 조건과 맥락을 고려한 인구집단 중심의 건강증진 전략이 시급히 도입되어야 함.

추진전략 :

- 5-1-1. 현재 정부에서 추진하는 건강증진 사업의 실질적인 효과와 형평의 관점에서 그 성과가 고르게 분포하고 있는지에 대한 전면적인 평가 필요
- 5-1-2. 개인 중심의 건강증진 사업에서 사회적 결정요인 중심으로 전환
- 5-1-3. 건강영향평가 : 건강증진 사업의 기획단계에서부터 지역사회 주민 참여, 여러 단계와 수준에서의 부문간 협력

근거 및 외국사례 :

- 국민건강증진법 제1조, 제19조
- 국민건강증진법 시행령 제9조, 제10조, 제11조, 제12조, 제13조, 제14조, 제15조, 제17조
- 국민건강증진법 시행규칙 제4조, 제5조, 제6조, 제7조, 제19조
- 세계보건기구: 건강증진 국제회의를 통해 공공정책의 중요성과 지원환경을 중심으로 하는 접근 전략 발전시켜 옴.
- 핀란드의 영양사업: 모든 사람의 식품에 대한 접근성 향상을 목적으로 함.
- WHO 유럽사무소: “담배없는 유럽 계획”

예산 등

- 5-1-3. 형평성 관점에서의 건강영향평가 방법으로 건강증진사업 평가연구 1억원.

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부, 환경부

## 5.2. 보건의료과정 : 안전한 식수와 식품의 가용성 보장

### 필요성

- 식품 산업의 전 세계화, 대규모화가 진행되고 환경 위해요인이 증가하면서 전 세계적으로 그 중요성이 높아지고 있는 중요한 건강 문제임.
- 그동안 일련의 식품 안전사고는 국민들 건강에 큰 위협이 됨.
- 식수, 생활용수 등을 통해 유해물질에 노출될 위험은 상당한 것으로 알려져 있음.
- 관련 법규나 담당 부처들이 극도로 분산되어 있음

### 추진전략

- 5-2-1. 국민적 합의를 바탕으로 한 국가 차원의 식품 안전 전략 수립
- 5-2-2. 포괄적인 식품/식수 안전법 제정 및 관련된 법률들의 정비
- 5-2-3. 분산된 업무를 통일하여 일원화된 담당부처 확립 및 “건강권”을 중심에 둔 관련 부처들의 라운드테이블 구성

### 근거 및 외국사례

- 식품위생법 제3조, 제4조, 제7조
- 먹는물 관리법 제1조, 제2조
- 수도법 제1조, 제2조
- 스웨덴: 11대 보건 목표 중 ‘좋은 식습관과 안전한 식품’이란 목표 삽입
- 미국: 음용수 안전법 제정 및 개정을 통해 음용수 일차오염물질 및 이차오염물질의 규제 확정
- WHO: 먹는 물 중 다양한 물질들의 권고치를 결정하기 위해 가능한 공기, 음식, 먹는 물에 의한 인체 섭취비율 고려, 먹는 물의 일일 섭취량 2리터로 가정
- 국제식품규격위원회: 식품위험을 효과적·효율적으로 관리하기 위해 과학적인 근거에 기초한 체계적인 위험분석을 채택, 준수토록 권고
- 선진국들의 식품안전관리시스템 개편

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 식품의약품안전청, 환경부, 농림부, 해양수산부, 산업자원부, 교육인적자원부, 국세청 등

### 5-3. 보건의료과정 : 환경 유해 요인의 회피

#### 필요성

- 환경요인으로 인한 건강 피해는 일개인이 회피, 예방하기 어렵기 때문에 사회적 책임과 국가 정책의 중요성이 강조되고 있으며 국민들의 관심도 큰 분야임.
- 수질오염 현황: 식수원인 4대강과 주요 하천에 인구 및 산업이 집중되어 있으므로 물 관리의 큰 장애요인으로 작용하고 있어서 한강, 낙동강 등의 수질은 III급수로 악화되고 있는 상태임.
- 대기오염 현황: 아황산가스는 개선되는 추세이나 이산화질소, 미세먼지 오염도는 증가추세
- 폐기물 발생 현황: 총 발생량 1993년 기점 점진적 증가 추세
- 실내오염으로 인한 건강피해도 심각함.

#### 추진전략

- 5-3-1. 환경에 의한 건강영향을 파악 및 이에 대한 종합대책 세우는 “환경보건” 정책 필요
- 5-3-2. 정책수립과 실행과정에서의 시민참여 보장
- 5-3-3. 환경보건대책 수립 시 취약계층에 대한 우선순위 선정을 통해 형평성 확보

#### 근거 및 외국사례

- 대한민국헌법 제35조
- 환경정책기본법 제1조, 제2조, 제4조, 제5조, 제6조, 제7조, 제7조의2, 제7조의3
- 스웨덴: 11대 보건 목표 중 ‘건강하고 안전한 환경과 산물’ 포함
- 미국: 유해물질관리법규 중 시민들의 알 권리를 보장하는 법 존재

#### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 환경부, 산업자원부

#### 5.4. 보건의료과정 : 보건사업의 개발과 시행에서 젠더, 형평의 관점 도입

##### 필요성

- 1998년 세계건강선언에서 건강증진 전략은 형평, 연대, 사회 정의라는 윤리적 개념과 성 인지적 관점을 견지해야 하며, 전체 인구집단의 건강수준 향상에서 사회적·경제적 불평등 감소의 중요성을 강조해야 한다고 지적함.
- 흡연, 음주, 운동 등 주요 건강 행동을 대상으로 하는 보건사업들에 성 인지적 관점을 도입하는 것이 중요함.

##### 추진전략

5-4-1. 건강정책의 성평등 영향 평가와 개선

5-4-2 각종 보건사업의 기반이 되는 모니터링 지표와 목표설정에 형평과 젠더 관점 반영

##### 근거 및 외국사례

- 여성발전기본법 제1조, 제2조, 제4조, 제5조, 제6조
- UN: '여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약'
- 1995년 베이징 여성회의의 행동강령

##### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 여성부

## 6-1. 보건의료과정 : 환자가 충분한 정보를 가지고 의료서비스 결정에 참여할 수 있는 방안 마련

### 필요성

- 환자의 자기결정권이라는 측면에서 보건의료인은 화자로부터 처치나 서비스 내용에 대한 동의를 구해야 하며, 이러한 동의는 의료행위의 성질과 그에 따른 위험성에 대한 의사의 충분한 설명이 뒷받침되어야 함.
- 의사의 설명에 대한 소비자들의 만족도 조사에서 불만족 이유로 불충분한 설명이 가장 높음.
- 진료비에 대한 화자의 알권리 충족 수준 조사에서 대부분의 병원에서 환자 알권리를 보장하기 위한 내용이 지켜지지 않고 있는 것으로 나타남.

### 추진전략

- 6-1-1. 의료기관에 대한 규제/감독 : ① 정보 제공에 대한 가이드라인 제시, ② 고지된 동의 조건 강화, ③ 진료비 상세 내역 기재된 영수증 발급 의무화
- 6-1-2. 환자의 인식 제고 : 홍보 및 의료기관 내 안내 게시
- 6-1-3. 환자권 제정

### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제12조,
- 소비자 보호법 제3조
- 세계의사협회: 환자권 제정 시 환자의 자기 결정권 제기
- 미국병원협회: 화자의 권리장전을 통해 환자의 자기결정권 보장
- 국제소비자연맹: 환자권 중 하나로 정보에의 접근성 강조

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 대한병원협회, 대한개원의협회, 한국소비자보호원

## 6-2. 보건의료과정 : 의료분쟁 발생 시 환자 자신이 진실을 추구할 수 있는 권리 보장

### 필요성

- 환자가 의료분쟁에서 분리한 이유는 의료분쟁에서 환자의 진실을 밝혀줄 근거자료가 부족하기 때문임.
- 2002년의 의료소송은 1992년과 비교해 볼 때 10배가 증가했으나, 의료분쟁에서 환자가 자신의 입장과 진실을 밝히기는 구조적으로 어려운 실정임.
- 의료심사조정위원회의 역할이 활성화되지 못함

### 추진전략

- 6-2-1. 의료기관의 의료자료 보관과 관련, 법적 보관연한 지나도 별도 보관하는 방안 마련
- 6-2-2. 진료기록의 열람 및 교부의 요구 시 신속·안전하게 진료기록 확보될 수 있도록 관련 의료법 강화 및 제도적 보완장치 마련
- 6-2-3. 의료 소비자들을 대상으로 한 의료분쟁의 예방, 대응 지침 홍보
- 6-2-4. 의료분쟁과 관련한 기구 설립 : 통계 수집, 연구와 자료 검토, 감정/조정 역할

### 근거 및 외국사례

- 의료법 제54조의2, 제54조의3, 제54조의4, 제54조의5, 제54조의6
- 소비자 보호법 제 3조
- 일본: 의료사고에 대한 행정평가의 일환으로 의료사고사례를 수집·분석하는 제도 도입

### 예산 등

- 6-2-4. 의료분쟁 조정기구 설립 지원 또는 NGO 지원금 : 의료소송 연간 1000건 × 5만원(분쟁 조정 지원금) = 5000 만원.

관련기관 : 보건복지부, 대한의사협회, 대한병원협회, 대한약사협회, 대한간호협회



### 6-3. 보건의료과정 : 개인 건강 및 의료 이용 정보에 대한 보호 방안 개발

#### 필요성

- 개인의 건강 및 의료서비스 이용 정보 유출은 개인적인 불쾌감을 넘어 사회적·경제적 생활에 커다란 파장을 미칠 수 있는 중요한 문제
- 최근 의무 기록 및 청구자료의 전산화로 인해 개인정보의 보안 위험성은 더욱 높아짐 (건강보험 청구자료가 경찰 및 민간 기업에 유출되는 사건 발생하여 파문된 사례 있음)

#### 추진전략

- 6-3-1. 개인정보의 통합법과 통합감독 기구를 통한 관리
- 6-3-2. 법률 강화 : 화자가 동의를 해야만 의료정보를 사용할 수 있음을 명시하고, 정보유출 시 환자의 사생활 침해에 대한 배상액과 처벌조항 삽입
- 6-3-3. 지침 개발 : 연구나 통계자료 등의 목적으로 정보유출 시 주의 사항 및 책임 소재에 관한 기준
- 6-3-4. 환자 정보를 다루는 사람들에 대한 철저한 정보 보호 교육 실시

#### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 11조
- 의료법 제20조, 제21조, 제21조의2
- 형법 제317조
- 미국병원협회: 환자의 권리장전을 통해 의료정보 보호를 통한 사생활 보장
- 영국: 의료기록의 접근에 관한 법률 제3조, 제4조
- 세계소비자연맹: 환자의 비밀보장권

#### 예산

6-3-4. 보건의료기관의 환자정보 관리자 정보보호 교육 : 전국 보건의료기관 약 45,000(2002년 기준) × 의료정보 관리자 1인 × 1인당 교육비 5000원 = 2억 2,500만원

관련기관 : 보건복지부, 국가인권위원회, 대한병원협회, 국민건강보험공단

7. 보건의료결과 : 건강결과에서의 형평성 확보 - 성별, 교육, 소득, 직업, 지역 등의 사회 집단 사이에 회피 가능하다고 불공평한 건강결과의 차이가 나타나지 않도록 대책 마련

## 필요성

- 건강불평등이 감소되어야 하는 이유는 공정과 정의라는 가치에 위배되는 것은 물론 평균적인 전체인의 건강을 더 낮게 하기 때문이다.
- 선진국들은 불평등 현상에 대해 구체적인 정책으로 실행되고 있으나, 우리나라는 학술 영역에 머무르고 있고 정책영역의 관심을 끌지 못하는 상태임.
- 사망 및 상병수준과 계층과의 관계를 나타낸 연구결과들은 건강의 사회적 불평등이 특정 질환이나 행동 요인에 국한된 문제가 아니라 건강의 전 영역에 걸쳐 광범위하게 존재하고 있음을 보여줌.
- 보건분야의 제한된 노력만으로 성과를 거두기 어렵다는 점에서 포괄적·근본적 접근방법이 필요하며, 국가의 목표 설정이 매우 필수적임.

## 추진전략

- 7-1. 백서의 출간 및 우리사회에 적합한 형평중심의 보건 지표 개발
- 7-2. 건강형평성의 목표 설정
- 7-3. 건강의 사회적 결정요인과 형평과 관련한 연구지원
- 7-4. 건강형평성의 모니터링과 정책 영향 평가

## 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제2조, 제10조
- 캐나다: 국가보건사업의 우선순위 전략으로 사회적 불평등 감소를 통한 건강증진 전략 제시
- 핀란드: 생애주기와 국민 전체를 대상으로 한 국가 보건목표 설정, 단계별 주요 과제 선정
- 스웨덴: 국가 공중보건위원회에서 국가보건목표 설정 시 건강결정요인 특히 사회적 조건의 변화 강조
- 영국: 건강불평등의 감소와 이를 위한 포괄적인 사회전략을 국가의 주요 보건목표로 삼음.

## 예산 등

- 7-1. 백서 출간비 : 5천만원
- 7-3. 연구지원 : 5천만원
- 7-4. 건강형평성의 모니터링과 정책 영향 평가 : 1억원

관련기관 : 보건복지부 및 산하기관, 재정경제부, 행정자치부, 통계청, 노동부, 여성부, 교육인적자원부, 농림부 등.

## 8-1. 어린이 : 필수 예방서비스의 실시

### 필요성

- 대부분의 나라에서 영유아/어린이에 대한 필수 예방접종을 국가에서 관리통제하며, 무료 접종을 실시하지만, 우리나라는 민간의존 비율이 높음.
- 영유아 예방접종 실적 통계를 보면 공공과 민간의 지출비율이 공공부담 54%, 민간부담 46%를 보인다.
- 민간 접종 비율이 높기 때문에 전체적인 접종률 파악하기 어려우며, 따라서 취약계층 어린이의 예방접종 관리에 제한

### 추진전략

- 8-1-1. 현행 국가예방접종 사업의 성실한 이행
- 8-1-2. 국가예방접종 사업 내에 취약계층 어린이를 위한 보완대책 강화
- 8-1-3. 어린이 필수 예방접종의 무상 제공 법제화 (민간/공공 역할 분담에 대한 구체적 대안 마련)

### 근거 및 외국사례

- 전염병예방법 제11조, 제12조, 제20조, 제21조의 2,
- 전염병예방법시행규칙 제11조
- 학교보건법 제14조의2, 제15조
- 학교보건법시행령 제10조
- UN 아동권리조약 제6조, 제24조
- 미국: 어린이에 대한 무료 예방접종의 법적 보장, Healthy People 2010에 제시된 접종 목표
- 호주: 17세 이하 100% 무료 지원, 50세 이상 3가지 항목, 65세 이상 2가지 항목 보장
- 영국: COVER(Cover of Vaccination Evaluated Rapidly) 프로그램

### 예산 등

8-1-3. 2003년 기준, 보건소 예방접종(무료)은 전체 예방접종의 약 40%를 차지하므로, 국가 예방접종 사업을 누구에게 접근 가능하도록 100%로 향상시키기 위해서는 180억원의 예산이 필요함.

항목	예산	내역
예방접종 무료 접종	180억원	· 72억원(2003년 보건소 예방접종예산) × 5/2(전체예방접종 중 40%) = 180억원

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 질병관리본부

## 8-2. 어린이 : 보호권 - 사고 및 손상 예방

### 필요성

- 어린이 안전사고는 어린이 사망원인의 대부분을 차지하고 있음.
- 연도별 안전사고 비율 어린이 10만 명당 사고 사망률은 대체로 감소추세이나, 여전히 OECD 회원국 어린이 안전사고 사망률에 비해 높은 수치를 기록하고 있음.

### 추진전략 :

- 8-2-1. 어린이 관련 교통/시설의 안전 법규의 기준 강화와 집행
- 8-2-2. 보육 기관 및 학교의 안전 교육 강화

### 근거 및 외국사례 :

- 아동복지법 제4조, 제9조
- 아동복지법 시행령 제4조
- 학교보건법 제12조
- 아동의 권리에 관한 협약 제24조
- 미국: 1946년부터 '대통령 교통안전 실행계획' 실시되어 안전교육 본격화
- 영국: 1992년 학교에서의 안전교육 강화와 정보 보급의 개선을 의무화
- 독일: 1950년 학교안전교육을 연방 법률로 의무화
- 일본: 교내에서 학급활동·특별활동을 이용해 이루어지도록 의무화

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 건설교통부, 청소년보호위원회

### 8-3. 어린이 : 영양 - 아동-청소년 대상의 영양 프로그램 개발(저소득층 보완)

#### 필요성

- 아동기의 불충분한 영양 공급은 각 발달단계에서 수행되어야 할 신체적-정신적 과업을 성취하기 어려운 것은 물론 성인기 이후에도 지속적인 건강 문제를 일으킬 수 있다는 점에서 매우 중요함.
- 국민건강영양조사 결과 어린이와 청소년의 영양섭취가 전반적으로 불균형적
- 결식 아동 규모 상당한 것으로 추정 (정확한 통계자료 없음)
- 학교 급식과 관련한 각종 식중독/전염병 유행 사례가 끊이지 않고 발생하고 있음.

#### 추진전략

- 8-3-1. 전체 어린이·청소년을 위한 포괄적인 영양 전략 개발
- 8-3-2. 빈곤 아동의 결식 문제 해결 : ① 빈곤아동 관련 업무의 통합, ② 빈곤/결식 아동 규모와 현황에 대한 실태조사, ③ 실태조사 결과에 따른 구체적 대안 개발 (급식비 지원, 식품권 혹은 아동 수당 등)
- 8-3-3. 학교 급식의 질과 안전성 보장을 위해 현재 일부 지방자치단체에서 제정된 학교급식 조례 보편화

#### 근거 및 외국사례

- 아동복지법 제8조
- 학교보건법 제9조
- 학교급식법 제1조, 제3조, 제6조, 제8조, 제11조
- 학교급식법시행령 제3조, 제3조의2, 제7조
- 학교급식법시행규칙 제4조의2
- 미국: 전국학교점심식사 프로그램(National School Lunch Program)
- 일본: 취학원조제도

#### 예산 등

- 8-3-1. 포괄적인 영양 전략 개발 연구비: 5천만원
- 8-3-2. 빈곤 아동의 결식 문제 실태조사: 5천만원

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부

## 9-1. 어린이 : 희귀 난치성 질환 및 선천적 장애에 대한 급여 수준 상승

### 필요성

- 만성 신부전증 등을 제외한 희귀난치성 질환의 대부분은 아동기에 발병하며, 매년 1천명의 소아암 신규 환자 발생
- 희귀 난치성 질환 혹은 선천적 장애를 가진 어린이와 그 가정은 경제적, 심리적인 부담이 크며, 특히 아동의 성장발달과 관련하여 보육과 교육의 문제 심각
- 현재 일부 빈곤가정에 대해서만 의료비 지원

### 추진전략 :

- 9-1-1. 정부지원 대상 질환의 점진적 확대
- 9-1-2. 정부지원 경로의 다양화
- 9-1-3. 본인부담금 상환수준의 다양화
- 9-1-4. 희귀질환의 환자와 가족의 심리·정서적 대처기능 향상을 위해 임상 사회복지사에 의한 전문적인 원조
- 9-1-5. 민간기금 조성 및 후원에 대한 지원 체계 마련

### 근거 및 외국사례 :

- 약사법72조의12, 제72조의13
- 미국: NORD를 통해 희귀질환 연구, 정보제공, 환자 자조집단 연계활동 활발
- 일본: “치료연구사업 대상질환” 선정, 국가적으로 연구 및 지원 사업 수행

### 예산 등

### 관련기관 : 보건복지부 및 산하기관

## 9-2. 어린이 : 장애 아동의 재활 치료 기관 확충 및 급여 수준 상승

### 필요성

- 아동장애는 성인장애와 달리 신체적, 심리적 발달 문제 수반
- 장애아동 보장구 소지여부 조사에서 보장구 소지를 하지 않은 아동은 80.2%로 높게 나타남.
- 장애아동에 대한 의료비 지원은 일부 빈곤층에 한정되는 경향이 있으며, 그나마 이용할 수 있는 지역사회 재활 기관이 태부족

### 추진전략

- 9-2-1. 지역 사회 내 다양한 재활 치료 기관 확충 (부록 2-4 참조)
- 9-2-2. 의료보장구 구입 및 재활치료에 대한 보장 수준 확대 (부록 29-2 참조)
- 9-2-3. 장애아동 부양수당, 장애인 자녀 교육비 지원

### 근거 및 외국사례

- 장애인복지법 제33조, 제34조, 제44조, 제45조, 제48조
- 특수교육진흥법 제2조, 제9조, 제10조,
- 특수교육진흥법 시행령 제15조
- UN 아동 권리조약 제23조

### 예산 등

- 9-2-3. 장애아동 가족을 위한 부양 수당 : 35만원 (장애아동가족이 장애아동에게 추가적으로 소요되는 비용) × 90,368명(현재 18세 미만 장애아동 추정 수) × 12개월 = 3,795 억원

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 국립재활원, 국립특수교육원

### 9.3. 어린이 : 학대/방치 아동의 의학적 치료에 대한 급여 범위 확대

#### 필요성

- 2002년 아동학대 사건 중 학대행위자는 부모가 84.9%로 가장 높은 비율 차지하며, 아동학대 사례 중 방임이 36.3%, 신체적 학대 28.4%, 정서적 학대 26.4%로 나타남.
- 지방아동학대 예방센터에서 피해아동 치료에 대한 사업으로 정신과 치료비, 응급치료 및 학대아동 검사비 지원 사업 실시

#### 추진전략 :

- 9-3-1. 아동학대 피해 아동에 대한 포괄적인 진단/평가 척도 개발
- 9-3-2. 학대 아동에 대한 치료 서비스 제공 확대
- 9-3-3. 심리치료 및 정신 건강을 위한 프로그램 개발

#### 근거 및 외국사례 :

- 아동복지법 제23조, 제24조, 제 25조,
- 아동복지법시행령 제18조
- 가정폭력 범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제5조
- UN 아동권리조약 제6조, 제18조, 제20조, 제25조, 제37조, 제39조
- 미국 아동보호사업: The Child Abuse Prevention And Treatment Safe Families Act
- 스웨덴 아동 학대대책: 성범죄 관련 형법규정 성적학대로부터 아동 및 청소년 보호

#### 예산 등

- 9-3-1. 학대 아동에 대한 포괄적인 진단/평가 척도 개발 : 3천만원
- 9-3-2. 학대 아동에 대한 치료 서비스 제공 확대 : 2004년 복지부 보육아동 정책과 사업에 의하면 현재 지방아동학대 예방센터에서는 피해아동 치료에 대한 사업으로 정신과 치료비(190인기준: 200천원/1인), 응급치료(80인기준: 500천원/인) 및 학대아동검사비(240인 기준: 800천원/인)를 지원사업을 펼치고 있다. 이를 전체 학대아동으로 확대하면,  $449,000\text{명}(18\text{세 미만 잠재학대아동 수}) \times \{200\text{천원}(\text{정신과 치료비}/1\text{인}) + 800\text{천원}(\text{학대아동검사비}/1\text{인})\} = 4490\text{억원}$ .
- 9-3-7. 심리치료 및 정신 건강을 위한 프로그램 개발 : 5천만원

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 중앙아동학대예방센터, 청소년보호위원회, 통계청



## 10-1. 청소년 : 영양 - 청소년 대상의 영양 프로그램 개발 (취약 계층 보완)

### 필요성

- 부록 8-3 어린이 부분 참조

### 추진전략

- 부록 8-3 어린이 부분 참조

### 근거 및 외국사례

- 부록 8-3 어린이 부분 참조

### 예산 등

- 부록 8-3 어린이 부분 참조

-

관련기관 : 보건복지부 , 교육인적자원부, 행정자치부

## 10-2. 청소년 : 학교 체육 활동의 보장 및 강화

### 필요성

- 체육 활동은 신체적 건강은 물론 정신적 · 사회적 안녕감을 고양시킬 수 있는 필수적 요소임.
- 시간과 안전한 운동 장소, 적절한 시설을 확보하기가 어려운 상황에서 학교 체육은 아동/청소년 계층의 체육 활동을 보장하고 올바른 운동 습관을 교육할 수 있는 최소한의 영역임.
- 입시 위주의 교육과 학교 체육 시설의 부족, 엘리트 중심의 학교 체육은 청소년들의 건강한 발달을 위한 체육 활달에 장애 요인

### 추진전략

- 10-2-1. 건강증진 종합 대책에 학교 체육 활성화를 중요한 항목으로 설정
- 10-2-2. 현행 학교 체육의 운영과 효과에 대한 실태 조사
- 10-2-3. 청소년 권장 운동량을 충족시킬 수 있도록 체육 교과 과정 강화 및 체육 관련 특기적성 활동 확대
- 10-2-4. 학교 운동장 및 체육 시설에 대한 기준 강화, 주말과 방과 후 개방 조치

### 근거 및 외국사례

- 국민체육진흥법 제3조, 제9조, 제12조, 제17조
- 국민체육진흥법시행령 제14조, 제15조
- 초·중등교육법시행령 제43조
- 호주: 청소년 체육 정책(National Junior Sport Policy)

### 예산 등

- 10-2-2. 실태 조사 : 5천만원

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 문화관광부, 국민체육진흥공단, 국민생활체육협의회

### 10-3. 청소년 : 피임, 임신, 성범죄 피해 등 긴급한 성(性) 관련 문제에 대한 지원프로그램 도입

#### 필요성

- 청소년들의 자의 혹은 타의에 의해 성경험을 할 기회가 대폭 늘어남에 따라 청소년이 성범죄의 피해자가 되거나 임신 등의 원하지 않는 결과를 겪는 경우가 크게 증가하고 있음.
- 자의/혹은 타의에 의한 성 문제 발생 시 행위의 도덕적 평가를 떠나 긴급한 지원 프로그램 절실

#### 추진전략

- 10-3-1. 성 문제가 발생한 청소년들을 위한 학교와 지역 사회의 긴급 지원 서비스 개발
- 10-3-2. 성 문제를 경험한 청소년들의 학교, 가정, 지역사회로의 복귀를 위한 지원 (예, 임신했던 청소년이 학교에 복귀하여 학업을 지속할 수 있도록 교칙 보완 등)

#### 근거 및 외국사례

- 청소년보호법 제1장 총칙 제1조, 제5조, 제6조
- 청소년의 성보호에 관한 법률 제1조, 제4조, 제16조, 제17조,
- 청소년복지진흥법 제3조, 제8조
- 독일의 아동 성 학대 예방 프로그램: 트로할름협회
- 미국: PASA- 성학대에 대항하는 사람들

#### 예산 등

- 10-3-1. 긴급지원 서비스 개발 : 5천만원

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 청소년보호위원회

#### 10-4. 청소년 : 유해건강행동 예방 - 음주, 흡연, 불규칙한 식사 등 건강을 유지하기 위한 건강행동 환경 마련

##### 필요성

- 청소년기의 음주 및 흡연은 성인기보다 건강에 더욱 나쁜 영향을 미치며, 습관이 지속될 가능성 높음
- 우리나라 청소년의 흡연율은 지난 10년과 비교해 볼 때, 남자 고등학생의 경우 비슷한 수준에 머무르나, 여자 고등학생 및 남녀 중학생의 경우 2~3배 이상 증가추세에 있음.
- 전국 초·중·고 학생들의 음주율은 남녀 모두 40%를 훨씬 상회하는 것으로 나타나며, 시작 연령도 점차 낮아지고 있음
- 도덕적 관점에 근거한 학교의 일방적인 보건교육과 단속/체벌 정책은 실질적인 효과를 거두지 못하고 있음

##### 추진전략 :

- 10-4-1. 건강증진 종합 계획에서 담배 및 술에 대한 지역 사회 통제 정책 강화
- 10-4-2. 일탈 행위에 대한 처벌보다는 흡연/음주를 야기한 요인에 대한 상담 강화
- 10-4-3. 흡연/음주에 대한 교육은 가급적 저학년에서 시작하며 도덕론적 금지보다는 폐해 방지와 정신 건강 증진의 관점에서 접근

##### 근거 및 외국사례

- 국민건강증진법 제8조, 제9조,
- 국민건강증진법 시행규칙 제5조, 제6조, 제7조
- 청소년보호법 제4조, 제5조
- 핀란드 Health 2015: 생애주기별 달성목표-청소년, 생애주기별 주요 과제-청소년
- 스웨덴 국가공중보건위원회 보건목표: 담배소비의 감소, 해로운 알콜 섭취 감소, 마약 없는 사회

##### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 청소년보호위원회

## 11. 청소년 : 정신건강 지원 및 학교 폭력 피해/가해 학생의 재활/적응 프로그램 도입

### 필요성

- 학교폭력은 신체적 위해 뿐 아니라 정신적으로 깊은 상처를 남기며 향후 정신 건강 발달에 큰 영향을 준다는 점에서 심각한 문제임.
- 2001년 국민건강영양조사에서 추정된 자살 사고(思考)율은 12-14세 19.0%, 15-19세 26.4%로 상당히 높은 수준이지만 입시 위주의 교육 현장에서 청소년들의 정신건강 대책은 전무한 상태
- 2001년 중·고교 교사들 중 집단따돌림이 학급별로 1~2명이라고 응답한 비율이 30%이상을 차지했으나, 대응은 가해자에 대한 소극적 처벌에 한정되어 있으며 희생자에 대한 육체적/심리적 지원이 부족하고 심지어 희생자에 대한 비난도 드물지 않음.

### 추진전략

- 11-1. 청소년의 정신 보건 지표를 개발하고 총괄적인 목표 설정
- 11-2. 학교 정신 보건 프로그램 개발
- 11-3. 학교 폭력과 관련하여 가해/피해 학생에 대한 심리치료 등 교육 프로그램 신설하고 특히 피해 학생의 정상적인 학교생활 복귀 지원

### 근거 및 외국사례

- 청소년보호법 제33조의2
- 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률안 제1조, 제4조, 제5조, 제6조, 제7조, 제10조, 제12조 제13조 제14조, 제15조, 제18조
- 핀란드 Health 2015: 생애주기별 목표에 어린이 및 청소년의 정신건강에 관한 내용 제안
- 미국: 안전하고 마약이 없는 학교와 지역사회를 위한 법령(The safe and drug-free schools and communication act of 1994)
- 일본: 폭력단원에 의한 부당한 행위의 방지 등에 관한 법률
- 노르웨이: 괴롭힘 개입 프로그램 도입

### 예산 등

- 11-1. 청소년의 정신 보건 지표를 개발 : 3천만원
- 11-2. 학교 정신 보건 프로그램 개발 : 3천만원

관련기관 : 보건복지부, 교육인적자원부, 청소년보호위원회

## 12. 청소년 : 일하는 청소년에 대한 노동안전보건법규 강화

### 필요성

- 청소년의 근로활동은 불안전 고용상태에서 불평등한 근로 계약이 이루어지고, 열악한 노동조건에 노출되거나 문제발생시 정당한 보상 절차를 거치지 않는 상황 발생 가능성 높음.
- 2002년 청소년 아르바이트와 관련 조사대상의 9.8%가 성적 농담을 듣거나 신체접촉을 받아 불쾌감을 느낀 적이 있다고 응답하였으며, 4.4%는 폭행당한 경험이 있는 것으로 나타남.
- 최근 대형 패스트푸드업체들은 청소년 아르바이트생에게 주휴수당 등 각종 급여를 지급하지 않았으며, 근로기준법상 연소자 보호 규정을 지키지 않는 것으로 나타남.

### 추진전략

- 12-1. 근로기준법 및 청소년 노동 관련법 개정 : 보호 규정 구체화, 근로 계약서 작성 의무화, 차별 금지
- 12-2. 일하는 청소년에 대한 전담부서 할당
- 12-3. 학교 교과 과정에 노동권 교육 도입

### 근거 및 외국사례

- 근로기준법 제62조, 제64조, 제65조, 제66조, 제67조, 제68조, 제70조
- 청소년보호법 제5조,
- 청소년 출입 · 고용금지업소
- 청소년고용금지업소 제24조
- 청소년보호법시행령 제3조, 제19조의2
- UN 아동 권리 협약 제32조, 제36조
- 영국: 아동근로 시 아동이익 보호를 위한 광범위한 제도적 장치 마련
- 독일·프랑스: 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제협약 제10조의 3, 아동노동보호법(Act Concerning the Protection of Minors at work of 12 April 1976)

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 노동부, 교육인적자원부

### 13. 성인 : 비용효과적인 예방서비스에 대한 급여 범위 확대

#### 필요성

- 다양한 보건예방사업은 질병에 대한 조기 발견 등을 통해 국민 건강증진 및 삶의 질 향상으로 장기적으로 급여비를 억제함으로써 건강보험 재정 안정에 장기적인 편익
- 현재 건강보험 가입자 및 피부양자들은 1~2년을 주기로 건강검진 서비스를 받을 수 있으나, 검진 항목 및 주기의 타당성 부족 등의 문제점이 지적되고 있음.

#### 추진전략

- 13-1. 예방 서비스의 비용/효과성에 대한 전면적인 평가와 지침 개발
- 13-2. 증거 기반하여 예방서비스에 대한 급여 확대
- 13-3. 취약 계층을 위한 보완 대책 마련

#### 근거 및 외국사례

- 국민건강보험법 제39조
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조
- 국민건강보험법 제47조
- 국민건강보험법시행령 제26조
- 산업안전보건법 제43조
- 캐나다: 주기적 건강검진 위원회
- 미국: 미국예방서비스위원회

#### 예산 등

- 13-1. 예방 서비스의 비용/효과성에 대한 전면적인 평가와 지침 개발 : 1억원
- 13-2. 비용효과성이 검증된 금연서비스, 비만 서비스, 임상영양 서비스의 보험급여화 : 적성 수가와 수요에 대한 자료 보완 예정임.

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단

## 14. 성인 : 고용형태에 따른 노동안전보건 법규 적용에서의 차별 금지

### 필요성

- 불완전 고용은 위험업무 담당, 건강관리 부재, 비용/효과성의 문제 등을 통해 노동자의 상해 증가로 이어질 수 있음.
- 2000년 8월 현재 임시·일용직 근로자는 전체 근로자의 52%를 차지하며, 이들의 국민연금, 건강보험, 고용보험 적용 비율은 약 20% 수준으로 정규직에 비해 크게 떨어짐.

### 추진전략

- 14-1. 비정규직 노동자의 안전보건 실태에 대한 파악, 통계산출·공개단기 계약직 근로자의 채용 엄격히 제한
- 14-2. 근로 기준법 및 산업안전보건법의 개정 (차별 금지 구체화)
- 14-3. 산재보상보험법의 확대
- 14-4. 불완전 고용의 축소 방안 개발

### 근거 및 외국사례

- 근로기준법 제5조, 제23조
- 산업안전보건법 제1조, 제3조
- 핀란드: Health 2015를 위한 보건목표
- 국제노동기구: 제155호 산업안전 보건 및 작업환경에 관한 협약, 제175호 단시간 근로에 관한 협약

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 노동부



## 15. 성인 : 불법이주노동자에 대한 노동안전보건서비스 제공 및 필수 의료서비스 지원 방안 개발

### 필요성

- 이주 노동자의 합법적인 고용과 인권 보장을 위해 최근 외국인 고용허가제가 도입되었지만, 이동권이 보장되지 않으며 이미 불법 체류 중인 노동자들에 대한 일방적인 추방 정책으로 인해 불법 이주 노동자 문제는 앞으로도 상당 기간 지속될 것으로 예상
- 그동안 산재 보험의 경우 고용 상태의 합법/불법 여부와 관계없이 제공되었음에도 불구하고 산재를 경험한 불법 이주 노동자의 약 60%만이 산재보험 적용
- 국민건강보험법은 적용대상에서 불법체류 이주노동자를 배제함으로써 개인이 높은 의료비를 부담하게 만들고, 이로 인해 의료 이용에 심각한 장애 발생

### 추진전략

- 15-1. 'UN 이주노동자 권리 협약' 비준
- 15-2. 보건복지부, 출입국관리소 등의 정부 부처간 정보 공유의 금지
- 15-3. 국민건강보험법의 차별조항 철폐
- 15-4. 현재 고용허가제 하에서 포괄하지 못하는 실질적인 불법 체류 노동자들에 대한 대책 마련 (예, 의료공제회 등에 대한 정부차원의 지원 및 응급의료에 관한 법률의 실질적인 적용확대)

### 근거 및 외국사례

- 국민건강보험법 제5조, 제6조,
- 외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률 제2조, 제14조, 제22조
- 국제연합 '경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약'
- '모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약'
- 'UN 이주노동자 권리 협약'
- 국제노동기구 '근로자의 재해보상에 대한 내·외국인 근로자의 동등한 대우에 관한 협약'

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 법무부, 국민건강보험공단, 노동부

## 16. 성인 : 성 (性) 건강, 혹은 가족 구성에 대한 자기 결정권

### 필요성

- 최근 연구에 의하면 아내구타의 54%가 강간을 포함하고 있으며, 남편의 폭력 직후 성관계를 강제로 당한 경험이 22.9%로 나타남. 부부강간은 가정폭력과 성범죄의 성격을 모두 가지고 있으나 문제의 심각성이 크게 부각되지 못하며, 처벌을 가능하게 할 법적 근거가 마련되지 않은 실정임.
- 동성커플의 경우 개인적 관계망에서 뿐 아니라 법적으로도 혼인관계를 인정받을 수 없어 국민연금, 배우자 수당, 의료보험 등의 혜택을 전혀 받지 못하는 실정임.

### 추진전략

- 16-1. 관련 법령에 성적 자기 결정권의 명시
- 16-2. 건강가정 기본법에 혼인, 혈연, 입양 관계로 한정되어 있는 “가족” 정의 변경
- 16-3. 성폭력범죄의처벌 및 피해자보호등에관한법률 제7조 개정

### 근거 및 외국사례

- 건강가정기본법 제1조, 제2조, 제3조,
- 남녀고용평등법 제12조, 제13조, 제14조
- 가정폭력 범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제2조
- 성폭력범죄의처벌 및 피해자보호등에관한법률 제7조
- 스웨덴: ‘안전하고 자신감 있는 성생활’을 2000년 주요 보건 목표중의 하나로 선정
- 혼인 내 강간에 대한 국제적 인식: 부부강간 처벌, 여성폭력방지법 제정, ‘배우자 면책 규정’ 폐지

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 법무부

## 17. 모성 : 필수 산전/산후 진료에 대한 급여 확대

### 필요성

- 임신, 출산, 분만과 관련된 일련의 행위는 여성의 정신적·신체적·사회적 건강 및 아동의 건강에 중요한 영향을 미친다는 점에서 건강보장의 핵심영역임.
- 현재 산전 진단의 상당부분은 건강보험 급여에서 제외되어 있는 상태이며 산후 진료율도 상대적으로 저조

### 추진전략

- 17-1. 임신/출산과 관련한 표준 진료 지침 개발과 이에 근거한 급여 범위 확대
- 17-2. 취약 계층의 산전/산후 진료에 대한 정부 지원의 단계적 확대 방안 마련

### 근거 및 외국사례

- 모자보건법 제10조
- 모자보건법시행령 제13조
- 여성발전기본법 제18조
- 제5차 아시아 태평양 인구회의 권고
- 유엔개발목표: Millenium development Goal
- 미국: 1998년 모성보건 목표

### 예산 등

- 17-1. 임신/출산과 관련한 표준 진료 지침 개발비 : 1억원
- 17-2. 취약 계층의 산전/산후 진료에 대한 연구 : 5천만원

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 대한산부인과학회

## 18. 모성 : 분만 휴가의 실질적 보상을 통한 모성건강 보호

### 필요성

- 출산 근로자 중에서 90일의 산전·후 휴가를 사용하고, 고용보험에 급여를 수급하는 여성은 약 70%로 추정되나 퇴직과 이직 등으로 인해 과소 추정된 것으로 보임
- 2000년 통계청 조사에 따르면, 현재 직장에서 유급산전후휴가를 받을 수 있는 비율은 여성 노동자의 20%미만인 것으로 나타났으며, 특히 여성의 70% 이상이 영세 사업장, 비정규 노동에 종사하고 있음

### 추진전략

- 18-1. 산전·후 휴가 기간 중 기업의 임금부담을 고용보험으로 전환
- 18-2. 산전·후 휴가법규 위반에 대한 불이익 강화
- 18-3. 영세 기업 및 소규모 사업장의 산전 휴가 실시율 제고 (예, 인력 대체 지원 등)

### 근거 및 외국사례

- 근로기준법 제72조, 제73조
- 모자보건법 제1조, 제3조
- 남녀차별금지 및 구제에 관한 법률 제1조, 제2조, 제3조
- 여성발전기본법 제18조
- UN의 여성차별철폐협약
- ILO 모성보호에 관한 협약
- 프랑스 모자보호 정책: 임신 여성의 의료검진 공공의료센터에서 무료 제공, 임신 중 휴직 가능, 급여 감소 및 해고 금지 법적 규정
- 핀란드: 출산휴가 105근무일, 남편의 휴가 18일간 보장

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 여성개발원

## 19. 모성 : 출산 방식에 대한 자기 결정권 확대

### 필요성

- 카이로 인구회의에서는 “임신과 출산은 스스로 자유의사에 의하여 결정될 수 있는 인권의 범주에 속한다”는 인식을 강조함.
- 한국의 제왕절개 분만을 실행하는 WHO 권고 수준의 3배에 육박, 세계최고 수준임.
- 병원 출산과정에서의 비인격적인 경험과 과도한 의료처치에 대한 비판이 커지고 있으며, 산모의 알 권리 보장 및 진료 선택권 부여를 통해 출산 방식에서 산모가 주체가 되어야 함.

### 추진전략 :

- 19-1. 건강보험급여 및 적정수가보장과 다양한 분만에 대한 건강보험 적용
- 19-2. 질식분만에 대한 산모의 두려움 줄이기 위한 안전한 출산에 대한 교육, 홍보
- 19-3. 안전한 출산과 제왕절개에 대한 임상지침마련
- 19-4. 의료분쟁을 과학적이고 객관적 근거에 의해 해결할 수 있는 사회적 장치 제시

### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제11조, 제12조
- 1995년 베이징 제4차 여성대회
- 미국의 Healthy People 2010 목표

### 예산

관련기관 : 보건복지부, 여성부

## 20. 모성 : 산모의 진료 환경에 대한 사생활 보호 법제화

### 필요성

- 여성의 출산 및 출산 전후 건강관리에 있어 행해지는 진료서비스나 비인권적인 진료 환경은 환자들이 수치감 및 모욕감을 느끼게 만들며, 사생활 침해에 대한 논란이 있음.
- 2003년 인권위 조사에서 산부인과 진료환경에서 사생활 보장 등은 개선이 필요한 것으로 나타났고, 대체적으로 의사위주의 일방적인 진료가 행해지는 것으로 나타남.

### 추진전략

- 20-1. 환자의 사생활 보호를 위한 시설 기준 마련과 의료기관의 자율 규정 개발 촉진
- 20-2. 환자의 사생활 보호에 대한 의료인의 인권 교육 확대

### 근거 및 외국사례

- 보건의료기본법 제13조
- 모자보건법 제24조

### 예산 등

- 20-2. 산부인과 의사들을 대상으로 한 의료인의 인권교육 : 산부인과 의사 5,000명 × 1인당 교육비 5,000원 = 25,000,000원

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 국가인권위원회

## 21. 모성 : 여성이주노동자의 모성/영아 보호

### 필요성

- 우리나라는 아직 '이주 노동자권리협약'에 비준하지 않고 있으며, 이로 인해 수많은 여성 이주노동자의 모성과 영아들은 건강권 보장의 사각지대에 놓여 있음.
- 국내에 거주하는 여성 이주노동자들은 근로기준법에 명시된 모성 보호 관련 규정에 무지할뿐더러 고용상의 피해를 우려하여 권리를 스스로 포기하는 경우가 많음
- 국내에서 임신 경험이 있는 여성 이주 노동자의 절반 이상이 유산을 경험했으며 2/3이 임신 사실을 은폐하고 노동에 종사
- 특히 불법 체류 신분의 여성을 위한 임신·출산 지원은 일부 민간 기구의 활동을 제외하면 전무한 실정

### 추진전략 :

- 21-1. '이주 노동자권리협약' 비준
- 21-2. 합법/비합법 이주 노동자에 대한 건강보험 적용
- 21-3. 이주여성 노동자에 대한 인권침해에 대해 국내법 적용 및 체류권 자녀에 대한 양육권과 면접권 보장 등 관련법 개정
- 21-4. 모성 보호와 관련한 이주여성노동자 교육 프로그램 개발

### 근거 및 외국사례

- 국민건강보험법 제93조
- 외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률 제14조
- 외국인보호규칙 제18조, 제19조
- 여성발전 기본법 제18조
- 모든 이주노동자와 그 가족의 권리에 관한 UN 조약 제1조, 제7조, 제16조, 제28조
- 이주노동자 관련 ILO 조약 제97호제5조, 제6조

### 예산 등

- 21-4. 모성 보호와 관련한 이주여성노동자 교육 프로그램 개발비 : 3천만원

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 노동부

## 22. 모성 : 장애 여성의 임신/분만에 대한 지원 서비스 마련

### 필요성

- 많은 장애 여성들이 신체적·정신적 장애로 인해 결혼, 출산, 양육할 권리를 누리지 못하는 실정이며, 장애 여성의 70%이상이 미혼상태임.
- 여성장애인의 임신/분만에 따른 특수한 필요를 배려하는 서비스나 보건의료 기관 전무

### 추진전략 :

- 22-1. 여성장애인의 결혼, 임신, 출산, 육아 실태조사 실시
- 22-2. 여성 장애인의 모성 보호를 위한 포괄적인 보건복지 서비스 개발 (예, 장애 여성을 위한 편의시설 확충, 보육시설 등에 장애여성 자녀 우선 입소 등)
- 22-3. 장애인 관련법에 여성 장애인의차별을 금지하는 명문화된 조항 삽입

### 근거 및 외국사례

- 장애인 인권 헌장 2, 11, 12
- 장애인 복지법 제16조
- UN 총회 '세계인권선언' 제22조
- UN 총회 세계장애인의 해
- 1993년 '세계인권대회'

### 예산 등

- 22-1. 여성장애인의 결혼, 임신, 출산, 육아 실태조사 : 3천만원
- 22-2. 여성 장애인의 모성 보호를 위한 포괄적인 보건복지 서비스 개발 : 5천만원

관련기관 : 보건복지부, 여성부, 노동부



## 23. 노인 : 장기 요양 시설 및 서비스에 대한 급여 수준 확대

### 필요성

- 최근 고령화 진전에 따라 요양보호 필요 노인이 급격히 증가하였고 가정에 의한 요양보호는 한계에 도달한 상태이며, 장기요양시설 등에서의 서비스 확대가 필요한 실정임.
- 현재의 급성 병상 중심 의료체계에서 실제로는 “사회적 입원”이 대부분이며, 그 비용이 월 100~250만원으로 노인과 가족에게 큰 부담
- 의료비 공제제도가 시행되나 노인복지법에 의해 설립된 노인의료복지시설 요양비용은 소득 공제 대상에서 제외

### 추진전략

- 23-1. 보건복지의 복합적 서비스 체계 개발 및 포괄적인 장기요양 서비스 체계 구축 건강보험 요양병원 추가체계 개선, 의료법에 명시된 요양병원 간호 인력 기준 개선
- 23-2. 서비스 연속성 및 체계화를 고려한 적절한 요양 서비스에 따른 별도의 추가체계 개발 필요

### 근거 및 외국사례

- 노인복지법 제1조, 제2조, 제4조, 제34조, 제35조
- 노인복지법시행령 제22조
- 소득세법 제52조
- 소득세법시행령 제110조

### 예산 등

- 23-2. 장기 요양 서비스에 따른 별도의 추가체계 개발 : 1억원 (현재 진행중임)

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부, 국민건강보험공단

## 24. 노인 : 재가 보건 서비스 확충

### 필요성

- 방문보건 서비스를 제외한 재가 보건 서비스는 사실상 전무하며 그나마 보건과 복지 서비스가 분리되어 이루어지고 있음
- 현행 서비스는 일부 빈곤층 노인에게만 제공

### 추진전략

- 24-1. 노인들이 요양시설보다는 가정에서 독립적인 생활을 하도록 지원하는 것을 목표로 설정
- 24-2. 보건복지의 종합적인 서비스 개발
- 24-3. 빈곤층 뿐 아니라 전체 노인 계층으로 서비스 확대 방안 마련

### 근거 및 외국사례

- 노인복지법 제38조, 제39조

### 예산 등

- 24-2. 보건복지의 종합적인 서비스 개발 : 5천만원
- 24-3. 빈곤층 뿐 아니라 전체 노인 계층으로 서비스 확대 방안 마련 : 3천만원

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부

## 25 노인 : 안(眼)/ 구강 보건 서비스 급여 확대

### 필요성

- 적절한 시력과 건강한 치아 확보는 안전과 영양을 비롯한 기본적인 삶의 질 유지에 필수적 요건
- 2000년 국민 구강건강실태조사에서 75세 이상 노인의 현재 존재하는 치아개수는 10.42개에 불과하여 상당수의 노인이 음식물 섭취에 어려움을 겪고 있을 것으로 추정되나 치과 예방진료와 보철 서비스는 재정상의 이유로 보험에서 급여되지 않고 있음
- 노인 시력 저하의 대부분을 차지하는 백내장은 수술의 비용-효과성이 이미 인정되었으나 본인 부담금이 높은 실정이며, 인력과 시설의 지역 편중 현상으로 인해 진단의 기회가 한정됨
- 현재 지원 사업이 진행 중이나 일부 빈곤 계층에게 한정되어 있음

### 추진전략 :

- 25-1. 치아우식증(충치), 치주병(잇몸질환) 관련 예방치료(스켈링)의 보험급여화
- 25-2. 노인틀니 보험급여화 방안 연구 및 준비기구 구성
- 25-3. 노인 안 검진 서비스와 백내장 수술에 대한 급여율 확대
- 25-4. 보험급여화 전까지 빈곤층에 대한 보조금 지원 확충

### 근거 및 외국사례

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조
- 노인복지법 제27조
- 노인복지법시행령 제20조
- 세계보건기구의 실명예방사업: "Vision 2020- The right to Sight"

### 예산 등

- 25-1. 치아우식증(충치), 치주병(잇몸질환) 관련 예방치료(스켈링)의 보험급여화 : 1016억원
- 25-2. 노인틀니 보험급여화 방안 연구 : 3천만원
- 25-3. 백내장 수술의 본인부담금 지원 : 153천명×100만원(백내장의 본인부담금)=1,530억원
- 25-4. 저소득층 중 의치가 필요한 약 6만 4천명에 대해 모두 무료의치를 제공할 경우 385억원의 예산이 소요

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단

## 26. 노인 : 영양프로그램 개발

### 필요성

- 기본적인 식생활 충족의 어려움은 노인의 정신적·신체적 건강의 커다란 위해가 됨.
- 2001년 조사 결과 가족과 함께 생활하는 노인에 비해 그렇지 않은 노인에서 전반적인 영양섭취상태가 매우불량 한 것으로 나타남.

### 추진전략

- 26-1. 노인의 영양 개선을 위한 포괄적인 방안 개발 : 수당이나 식품권 등의 직접적인 경제적 지원, 식품 및 반찬 배달 (급식) 서비스, 구강보건 서비스 등

### 근거 및 외국사례

- 국민건강증진법 제2조, 제3조, 제15조, 16조
- UN의 International Plan of Action on Ageing 중 건강과 영양(권고 1-17)

### 예산 등

- 26-1. 노인의 영양 개선을 위한 포괄적인 방안 개발비 : 5천만원

관련기관 : 보건복지부, 행정자치부

## 27. 빈곤층 : 기초생활보장 비수급 빈곤층과 차상위 계층에 대한 의료급여 서비스 제공

### 필요성

- 빈곤인구는 전인구의 11.1%로 추산되나, 기초생활보장수급자는 2.8%에 불과 (상당수 빈곤층이 엄격한 수급자 선정기준으로 인해 의료급여 수급자가 되지 못하고 있음).

### 추진전략 :

- 27-1. 기초생활보장에서 의료 급여만 개별 급여함으로써 차상위 빈곤층에 대한 의료급여 혜택 확대
- 27-2. 의료급여제도의 의료보장 수준 강화 및 의료서비스에 대한 접근 편의성 향상

### 근거 및 외국사례

- 의료급여법
- 공공보건의료에관한법률 제5조
- 미국: 저소득층 의료보장제도 Medicaid
- 일본: 의료부조제도

### 예산 등

- 27-1. 차상위계층 150만명(2002년 저소득층 자활사업 실태조사)을 현행 의료급여 2종 적용시 : 총 진료비 8,376억원. 기관부담금 7,416억원.

관련기관 : 보건복지부, 재정경제부, 국민건강보험공단

## 28-1. 정신질환자 : 의료보장형태에 따른 처방 및 진료량의 차이 해소

### 필요성

- 만성정신질환자는 의료급여제도에 의해 의료보장을 받으나, 정액수가 방식으로 인해 진료 일수가 길어져 사회 복귀에 장애가 되고 있으며 정신치료와 약물 처방에서 차별적 대우 이루어짐

### 추진전략

- 28-1-1. 건강보험/의료급여 정신질환자의 진료량과 질에 대한 실태 조사
- 28-1-2. 지불 보상체계 변화

### 근거 및 외국사례

- 정신보건법 제2조, 제49조, 제50조
- 정신질환자의 보호 및 정신보건 관리 향상을 위한 원칙

### 예산 등

- 28-1-1. 건강보험/의료급여 정신질환자의 진료량과 질에 대한 실태 조사비 : 3천만원

관련기관 : 보건복지부, 국민건강보험공단

## 28-2. 정신질환자 : 정신보건시설의 환경 위생 확보, 적절한 보건의료서비스 제공, 인권보장

### 필요성

- 정신질환은 장기입원의 치료를 하므로 환자에게 적절한 최소한의 치료환경을 제공하는 것은 매우 중요함.
- 2003년 국가인권위원회 조사결과 정신의료기관 시설 및 환경은 매우 열악하고, 치료과정 상의 여러 문제가 드러났으며, 인권의 보장이 이루어지지 않는 것으로 나타남.

### 추진전략

28-2-1. 정신보건법에 환자의 권리에 대한 별도의 조항을 명시, ‘환자의 치료받을 권리’ 명시, 강제입원이 부당하다고 판단될 경우 강한 법적 행사권한에 상응하는 항소조치 명시, 정신보건심판위원회와 정신보건법위원회와 같은 기구 설치 명시

28-2-2. 정신보건시설을 총체적으로 관리할 수 있는 감독기관 설치

### 근거 및 외국사례

- 정신보건법 제 2조, 12조
- 정신질환자의 보호 및 정신 보건관리향상을 위한 원칙 8, 원칙 9, 원칙 13
- WHO: 정신질환자의 인권 증진을 위한 지침 11번, 15번, 16번
- 미국: 정신건강체계법에서 정신질환자의 권리를 보장해 주는 권리장전 법령화

### 예산 등

28-2-2. 정신보건시설 감독기관 : 상설기관이라고 할 경우 연간 2억원 지원

관련기관 : 보건복지부, 법무부

## 28-3 지역사회 정신보건 사업 확대

부록 4-3. 보건의료과정 포괄적인 정신보건서비스 제공 484쪽 참조

## 29-1 장애인 : 보건의료 시설 이용이 가능하도록 이동권 보장

### 필요성

- 장애인의 보건의료서비스에 대한 욕구를 충족시켜 주기 위한 보건의료시설에서의 이동권은 장애인 건강권 보장의 필요충분조건임.
- 보건의료자원이 지역간에 불균형하게 분포되어 있으며, 대중교통 시설에도 장애인시설 미비
- 보건의료기관 내에서조차 장애인의 이동권 보장이 이루어지지 않는 실정임.

### 추진전략 :

- 29-1-1. 보건의료자원 및 재활 인력의 지역간 균등 분포
- 29-1-2. 보건의료 시설까지 이동이 가능하도록 대중교통에 장애인 편의시설 보완
- 29-1-3. 보건의료 시설 내 장애인을 지원할 수 있는 인력 배치와 장비 및 시설 구비 기준 마련하고 이에 대한 집행

### 근거 및 외국사례

- 한국장애인인권헌장 제4조
- 장애인복지법 21조
- 장애인·노인·임산부 편의증진 보장에 관한 법 제4조
- 노스캐롤라이나장애건강연구소와 The center for University Design에서는 장애인이 보건의료서비스를 이용할 때 갖는 장벽을 없앨 수 있는 방안 제시
- 장애미국인법에 따른 보건의료 제공자들의 필수 요건사항 규정

### 예산 등

관련기관 : 보건복지부, 건설교통부



## 29-2 장애인 : 재활치료 및 필수 보장구에 대한 급여수준 상승과 범위 확대

### 필요성

- 우리나라의 건강보험은 치료서비스 위주로 급여가 이루어져 재활 치료에 대한 급여가 소홀하다는 지적임.
- 현재 재활치료 서비스 이용률이 낮으며 보장구 소유율도 매우 낮음

### 추진전략 :

- 29-2-1. 장애인의 재활치료에 대한 현황과 실태조사
- 29-2-2. 작업치료사, 언어치료사 등 보건의료인력 수급정책 수립을 위한 장애인의 수요량 산출
- 29-2-3. 장애인 필수보장구 또는 재활보조기구에 대한 건강 보험급여확대
- 29-2-4. 장애인들이 실질적으로 혜택을 받을 수 있도록 제공 서비스에 대한 홍보 강화

### 근거 및 외국사례

- 한국장애인 인권현장
- 장애인 복지법 제16조, 제55조, 제57조, 제58조, 제59조
- 국민건강보험법 제 46조
- UN 장애인 인권선언 중 장애인의 재활치료와 보장구에 대한 권리 명시
- 일본: 1991년 장애인 보장구 소지율은 97%임.

### 예산 등

- 29-2-1. 장애인의 재활치료에 대한 현황과 실태조사비 : 5천만원
- 29-2-2. 장애인 재활인력의 수요량 산출 연구 : 3천만원
- 29-2-3. 장애인 필수보장구 또는 재활보조기구에 대한 건강 보험급여확대 (자료보완예정)

관련기관 : 보건복지부, 국립재활원

### 30-1. HIV/AIDS 감염자 : 보건의료서비스 이용 시에 낙인 및 차별 해소, 사생활 보호

#### 필요성

- 에이즈 감염자에 대한 차별의식은 일반인 뿐 아니라 의료인, 의료기관에서도 심각한 실정임.
- 의료인 및 의료기관직원, 심지어 보건당국에 의해 감염자의 감염사실이 주위에 알려지는 경우 빈번

#### 추진전략

- 30-1-1. 개인정보 보호에 대한 보건소 공무원과 의료인 대상의 지침 개발 및 체계적인 인권교육
- 30-1-3. 현재의 보건소망을 중심으로 한 개인추적관리, 국가중심의 관리 방식의 개선
- 30-1-4. 감염인의 차별 금지의 법제화

#### 근거 및 외국사례

- 후천성면역결핍증예방법 제7조
- HIV/AIDS, Human Resources and Sustainable Development(2002)
- 미국: HIV/AIDS Laws 2000
- 캐나다: 익명검사 매우 잘 정비되어 있음.
- 일본: 에이즈 감염의 비밀보장

#### 예산 등

- 30-1-1. 개인 정보 보호에 대한 지침 개발비 : 3천만원, 인권 교육비 : 보건소 242개 × 2인 × 1만원(1인당 교육비) = 484만원

관련기관 : 보건복지부, 질병관리본부

## 30-2. HIV/AIDS 감염자 : 검사/치료비 지원 확대

### 필요성

- AIDS 감염인으로 판정될 경우 대부분 경제능력을 상실
- 의료급여 제도를 통해 환자에 대한 지원을 하고 있지만, 약값 지출만 연평균 500만원 이상이며, 진단검사와 합병증 치료는 대부분 본인 부담에 의해 해결하고 있는 실정 지출하고, 다른 치료비까지 감안하면 감염인의 부담은 상당한 수준이나,

### 추진전략

- 30-2-1. 검사비, 합병증 치료비 지원 등 감염인에 대한 정부의 직접적인 재정 지원 확대
- 30-2-2. 필요한 경우, 에이즈 치료 약제에 대한 특허 강제 실시를 통해 경제적 부담 경감
- 30-2-3. 에이즈 감염인을 위한 보건/복지서비스의 연계

### 근거 및 외국사례

- 후천성면역결핍증예방법 제20조, 제22조
- 후천성면역결핍증예방법시행령 제22조, 제24조, 제25조
- HIV/AIDS와 인권에 관한 국제지침(The International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 1997)
- 유엔인권위원회 AIDS 의약품에 대한 접근성의 보장
- 미국: Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act(1990), AIDS Drug Assistance program
- 캐나다: 정부는 비정부조직, 지역사회, AIDS 감염인 등과 협의하여 정책과 예산지원의 우선순위 결정

### 예산 등

- 30-2-1. 환자 1인당 100만원을 현재보다 추가로 지원할 경우, 2,679명 × 100만원 = 26억 7,900만원

관련기관 : 보건복지부, 질병관리본부

### 31-1. 구금시설 수용자 : 교정시설 내 환경 위생 개선

#### 필요성

- 구금시설의 건강한 위생환경 상태는 수용자의 건강권 보장의 첫걸음
- 2002년 구금시설의 의료실태조사의 결과, 수용자들의 거주 환경, 개인위생 등은 매우 열악한 것으로 드러남.

#### 추진전략

- 31-1-1. 과밀시설 개선: 소규모 구금시설 운영
- 31-1-2. 냉난방 시설 개선: 개별 거실에서 조절 가능해야
- 31-1-3. 조명시설 개선: 80Lux 이상으로 개선
- 31-1-4. 위생시설 완비: 온수목욕과 세탁은 1일 1회 이상 자유롭게 허용
- 31-1-5. 외국의 교정시설 기준과 국내의 구금시설 환경위생에 대한 비교실태조사 수행
- 31-1-6. 수용자가 출역 시 작업하는 곳은 산업안전보법의 규정에 부합하도록 변경

#### 근거 및 외국사례

- 형법 제24조
- 형법시행령 제18조, 제73조, 제75조, 제95조
- UN 피구금자 처우최저기준규칙(Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners)
- 유럽의 구금시설 규칙 (The European Prison Rules)

#### 예산 등

- 31-1-5. 외국의 교정시설 기준과 국내의 구금시설 환경위생에 대한 비교실태조사 : 5천만원

관련기관 : 법무부, 보건복지부

## 31-2. 구금시설 수용자 : 필수 항목에 대한 주기적인 건강검진 실시

### 필요성

- 정기적 건강검진은 수용자의 건강보장은 물론 집단생활 환경에서 타인으로부터 수용자를 보호하는 효과적인 수단임.
- 수용자의 건강진단에 관한 조사 결과, 입소 시 건강진단을 받은 비율은 69%이나, 의사의 진찰을 받은 경우는 32.5%, 정신건강에 대한 진찰을 받은 비율은 14.3%에 불과

### 추진전략

- 31-2-1. 수용자의 건강검진에 관련된 권한과 책임을 시설내의 의무관의 책임으로 변경
- 31-2-2. 입소 시 의사의 직접 문진 및 시진, 의학적 필요에 따라 추가적 검사 수행
- 31-2-3. 일반 성인의 정기검진과 동일한 수준의 검진 서비스 제공

### 근거 및 외국사례

- 행정법 제8조
- 행정법시행령 제97조
- 독일: 행정법 질병의 조기발견을 위한 건강 진단 규정
- 미국의 오리곤주 교정국: 스크리닝 및 건강평가 실시

### 예산 등

- 31-2-3. 건강보험공단에서와 같이 성인 40세 이상에게 1회 암 검진을 실시할 경우, 63,000명(연령구분할 수 없음) × 22,000원 (국민건강보험공단의 무료건강검진 1인당 배정액) = 13억 8600만원

관련기관 : 법무부, 보건복지부, 국민건강보험공단

31-3. 구금시설 수용자 : 사회적 지위, 죄목, 혹은 형의 수준과 무관하게 의학  
적 필요에 근거한 보건의료서비스 이용 기회 부여

필요성

- 구금이전의 사회적 지위에 따라 구금자의 의료이용의 차이가 극명하게 나타남.

추진전략 :

- 31-3-1. 교정시설 내 의료 환경 개선
- 31-3-2. 병보석과 형집행 정지에 대한 명확한 기준 마련

근거 및 외국사례

- 사회적 지위에 따른 보건의료서비스를 구금시설 내에서 받는다는 것에 대한 정부시책 및 계획을 찾을 수 없었음

예산 등

관련기관 : 법무부

### 31-4. 교정시설 수감자 : 일반인과 동일한 필요에 대해 동일한 수준의 의료서비스 이용 보장

#### 필요성

- 수용자의 건강권은 구금기관에 의해 보장받아야 하며, 구금시설 밖에서 받을 수 있는 동일한 수준의 의료서비스를 제공해야 함.
- 수용자는 구금시설에서 제공하는 의료서비스에 대한 불만이 높았으며, 이와 관련 청원이나 진정 경험이 있는 비율은 5.4%나 됨.

#### 추진전략 :

- 31-4-1. 1단계 기본적 의료요구 및 기본적 환경개선에 대한 대책 확보 단계
- 31-4-2. 2단계 통합적 의료체계 구축 및 인간적·친건강적 구금시설 환경 조성
- 31-4-3. 3단계 건강증진 및 재활 및 사회적응 프로그램의 시행
- 31-4-4. 법무부 산하에 미국의 교정의료국가위원회의 역할을 담당하는 조직 신설하여, 구금시설 내 보건의료에 대한 평가 작업 실시

#### 근거 및 외국사례

- 행정법 제103조, 제104조 제105조
- 영국의사협회: 수용자에게 일반사회에서와 동일한 보건의료 수준에 접근 가능해야 함을 권고
- UN 피구금자 최우최저기준규칙: 구금시설 내 의료서비스는 지역사회 또는 국가의 일반 보건행정 체계와 밀접한 관계에서 조직되어야 함을 명시
- 유럽형의회 각료위원회: 구금시설 내에서 제공되는 보건의료서비스의 동등성에 대한 규정
- 미국: 교정의료국가위원회: 미국전역의 구금시설의 보건의료에 대한 정책조정자 역할

#### 예산 등

관련기관 : 법무부, 보건복지부

## [부록 2] 국가인권정책기본계획(안) 정리표

영역	과제	주관부처	관련부처
보건 의료 구조	1-1) 공공 재원조달	보건복지부 기획예산처	재정경제부, 국민건강보험공단
	1-2) 보험료 부담	보건복지부	국민건강보험공단, 재정경제부
	1-3) 급여 수준	보건복지부	건강보험공단
	2-1) 자원의 지리적 균형 개발	보건복지부	행정자치부, 재정경제부
	2-2) 공공의료기관 확충	보건복지부	재정경제부, 행정자치부
	2-3) 필수 의약품 접근성	보건복지부	식품의약품안전청, 특허청,외교통상부
	2-4) 지역사회/재가 서비스	보건복지부	행정자치부
	3-1) 정책/자원개발에 시민참여	보건복지부	
	3-2) 기술개발/평가에 시민참여	보건복지부	과학기술부
	3-3) 젠더 관점의 정책/기술개발	보건복지부	여성부
보건 의료 과정	4-1) 보건의료의 질	보건복지부	대한병원협회, 대한의사협회
	4-2) 응급의료/호스피스	보건복지부	
	4-3) 정신보건서비스	보건복지부	
	5-1) 인구집단 건강증진전략	보건복지부	행정자치부, 환경부
	5-2) 식수와 식품 안전성	보건복지부	식품의약품안전청, 환경부, 농림부, 해양수산부, 산업자원부, 교육인적자원부, 국세청 등
	5-3) 환경유해요인	보건복지부	환경부, 산업자원부
	5-4) 젠더 관점의 사업 개발	보건복지부	여성부
	6-1) 환자의 서비스 결정권	보건복지부	대한병원협회, 대한개원의협회, 한국소비자보호원
	6-2) 의료분쟁시 진실추구	보건복지부	대한의사협회, 대한병원협회, 대한약사협회, 대한간호협회
	6-3) 개인 정보 보호	보건복지부	국가인권위원회, 대한병원협회, 국민건강보험공단
건강 결과	7. 건강형평성 대책	보건복지부 및 산하기관	재정경제부, 행정자치부, 통계청, 노동부, 여성부, 교육인적자원부, 농림부 등



영역	과제	주관부처	관련부처
어린이	8-1) 예방접종	보건복지부	교육인적자원부, 질병관리본부
	8-2) 안전	보건복지부	교육인적자원부, 건설교통부 청소년 보호위원회
	8-3) 영양	보건복지부	교육인적자원부
	9-1) 희귀질환	보건복지부	
	9-2) 장애	보건복지부	교육인적자원부, 국립재활원 국립특수교육원
	9-3) 아동 학대	보건복지부	교육인적자원부, 중앙아동학대예방센터, 청소년보호위원회, 통계청
청소년	10-1) 영양	보건복지부	교육인적자원부, 행정자치부
	10-2) 체육	보건복지부	교육인적자원부, 문화관광부, 국민체육진흥공단, 국민생활체육협의회
	10-3) 성 문제 지원	보건복지부	교육인적자원부, 청소년보호위원회
	10-4) 유해 건강행동 예방	보건복지부	교육인적자원부, 청소년보호위원회
	11. 정신보건/학교폭력	보건복지부	교육인적자원부, 청소년보호위원회
	12. 청소년 노동환경	보건복지부	노동부, 교육인적자원부,
성인	13. 예방서비스	보건복지부	국민건강보험공단
	14. 비정규 안전보건차별	보건복지부	노동부
	15. 불법이주노동자 안전보건	보건복지부	법무부, 국민건강보험공단
	16. 성직(性的) 자기결정권	보건복지부	여성부
모성	17. 산전/후 진료	보건복지부	여성부, 대한산부인과학회
	18. 분만휴가	보건복지부	여성부, 여성개발원
	19. 출산 방식	보건복지부	여성부
	20. 사생활보호	보건복지부	여성부, 국가인권위원회
	21. 여성 이주노동자	보건복지부	여성부, 노동부
	22. 장애 여성	보건복지부	여성부, 노동부
노인	23. 장기요양서비스	보건복지부	행정자치부, 국민건강보험공단
	24. 재가보건복지서비스	보건복지부	행정자치부
	25. 안(眼)/구강보건서비스	보건복지부	국민건강보험공단
	26. 영양 프로그램	보건복지부	행정자치부

영역	과제	주관부처	관련부처
빈곤층	27. 차상위계층 의료급여	보건복지부	재정경제부, 국민건강보험공단
정신 질환자	28-1) 의료급여차별	보건복지부	국민건강보험공단
	28-2) 정신보건시설	보건복지부	국가인권위원회
	28-3) 지역사회정신보건	보건복지부	
장애인	29-1) 이동권	보건복지부	건설교통부
	29-2) 재활 및 보장구	보건복지부	국립재활원
HIV/ AIDS	30-1) 낙인 금지, 사생활보호	보건복지부	질병관리본부
	30-2) 치료/검사비 지원 확대	보건복지부	질병관리본부
구금 시설	31-1) 환경위생	법무부	보건복지부
	31-2) 건강검진	법무부	보건복지부, 국민건강보험공단
	31-3) 수감자 내 의료형평성	법무부	
	31-4) 일반/수감인 의료형평성	법무부	보건복지부