

50 YEARS OF
KOREAN
POPULATION
POLICY

From Antinatalist
to Pronatalist

한국 인구정책 50년

출산억제에서 출산장려로

인구정책50년사 편찬위원회

50 YEARS OF
KOREAN
POPULATION
POLICY

From Antinatalist
to Pronatalist

한국 인구정책 50년

출산억제에서 출산장려로

이 보고서는 보건복지부가 한국보건사회연구원에 용역을 의뢰하여 작성 및 발간되었습니다.

발간사

유엔인구기금(UNFPA)은 2015년 이후의 인구문제를 다루는 2013년도 보고서 『Population Dynamics in the Post-2015 Development Agenda』에서 경제발전과 사회발전에 지대한 영향을 미치는 인구구조의 4대 핵심요인으로 개발도상국의 높은 출산율과 인구증가, 선진국의 낮은 출산율과 고령화, 이주와 인구이동 그리고 도시화를 지적하였다. 한국은 이러한 인구구조의 핵심 요인을 모두 경험했거나 지금도 경험하고 있다.

한국은 1960년대 초부터 시작된 정부 차원의 강력한 인구증가억제정책과 더불어 경제발전 및 교육수준의 획기적 향상에 힘입어 높은 출산율과 인구 팽창에 따른 문제를 세계에서 그 유래를 찾을 수 없을 정도로 단기간 내에 해결하는 괄목할 만한 성과를 거두었다. 1994년 카이로에서 개최된 세계인구회의에서도 한국은 높은 출산율과 인구팽창에 따른 문제를 가장 성공적으로 극복한 사례로 제시되었고, 그 결과 국제사회에서 부러움의 대상이 되었다. 유엔인구기금은 『The State of World Population 2014』 보고서에서 한국과 필리핀의 인구 및 경제성장 추이를 비교 분석하면서 1인당 GDP 측면에서 양국의 차이는 인구증가 속도의 차이에 기인하는바 크다는 점을 지적하였다.

특히, 한국의 가족계획사업은 국제적으로 가장 성공한 사례로 지적되고 있다. 그 결과 인구정책에 성공한 한국에서는 인구가 경제발전 과정에서 ‘순풍(tailwind)’ 역할을 하였으나, 인구정책에 실패한 필리핀과 같은 나라에서는 인구가 경제발전에 ‘역풍(headwind)’ 역할을 했다는 것이 인구전문가들의 공통된 지적이다. 1950년에 한국과 필리핀의 인구는 2,000만 명 정도로 같은 수준이었으나, 출산율의 차이로 인해 현재 한국 인구는 5,000만 명인 데 반해 필리핀 인구는 이보다 2배가 많은 1억 명에 이르고 있다. 그 결과 1950년 당시 1인당 GDP는 필리핀이 1,070달러로 한국의 854달러보다 약간 높았으나, 2013년에는 한국 1인당 GDP가 25,973달러로 필리핀 2,765달러의 9배에 이르게 되었다. 이러한 결과는 수출산업화라는 경제정책의 차이 때문이기도 하지만 인구정책의 성공 여부 역시 큰 역할을 했다는 것이 유엔인구기금과 전문가들의 견해이다.

한국의 합계출산율 추이를 살펴보면 그 감소 속도가 매우 가파르다는 사실을 잘 알 수 있다. 1965년에 5.63명으로 세계평균 5.02명을 약간 상회하였으나, 30년 후인 1995년에는

1.70명으로 세계 평균 3.04명을 크게 밑돌았다. 한국의 합계출산율이 급격히 감소한 이유는 경제성장 및 교육수준 향상과 더불어 정부 차원에서 강력한 가족계획사업을 추진한 결과 때문이다. 한국 정부는 1960년대 초부터 경제개발5개년계획의 일환으로 다양한 형태의 가족계획사업을 추진하였다. 합계출산율이 급속히 하락하여 1983년에 인구증가가 이루어지지 않는 분기점인 인구대체수준에 이르렀지만, 정부의 가족계획사업에 대한 열기는 1990년대 중반까지 지속되었다. 한국보건사회연구원에서 1991년 6월에 발간한 『인구정책 30년』은 1960년대 초 이후 30년간 가족계획의 성공담을 상세히 서술하면서 이러한 정책이 한국에서 빈곤 퇴치와 경제발전에 기여한 바가 크다는 지적만 할 뿐, 출산율 급락에 따른 문제에 대해서는 아무런 언급을 하지 않고 있다.

1996년에 한국의 인구정책이 ‘인구 증가 억제’에서 ‘모자보건 향상’으로 전환되었음에도 합계출산율은 지속적으로 하락하여 2003년 1.18명에 이르자, 한국 정부는 초저출산 문제의 심각성을 인식하여 2005년에 「저출산·고령사회기본법」을 제정하고 ‘저출산·고령사회기본계획’을 매 5년 단위로 수립하기 시작하였다. 저출산현상은 생산인구의 감소, 저축·소비·투자의 위축에 따른 경제 활력의 저하와 국제경쟁력 약화로 이어진다는 것이 전문가들의 공통된 지적이다. 이제까지 한국의 경제발전 과정에서 ‘순풍’ 역할을 한 출산율 하락이 이제는 경제발전의 원동력을 약화시키는 요인으로 작용하게 된 것이다.

경매에서 지나치게 높은 가격으로 낙찰을 받은 승자가 과도한 지출로 후유증을 겪게 되는 현상을 ‘승자의 저주(winner's curse)’라고 한다. 한국은 성공적 가족계획사업을 너무 오래 추진하여 출산율이 세계 최저 수준으로 급락하는 결과를 초래한 것이다. 인구정책의 방향을 좀 더 일찍 전환하지 못한 것은 하나의 정책 목표가 경제사회시스템에 오랜 기간 강하게 입력되면, 이를 바꾸는 것이 매우 어렵다는 사실을 잘 보여준다. 또한 2005년 이후 두 차례의 저출산·고령사회기본계획의 추진했지만 합계출산율이 기존의 1.2명 수준에서 반하는 기미를 전혀 보이지 않는 것 역시 결혼이나 출산과 같은 결정은 기본적으로 개개인의 가치관에 따라 이루어지기 때문에 정부의 인위적 정책 추진만으로 큰 성과를 내는 데에는 한계가 있음을 방증하는 것이다. 이는 1960년대 초 이후 출산율의 급격한 하락 역시 정부 차원의 인구증가억제정책뿐만 아니라 이 기간 중 진행된 소득 및 교육 수준의 향상에 많은 영향을 받았다는 사실을 입증한다.

이와 같이 한국 인구정책 50년의 역사는 경제발전에 인구정책이 얼마나 중요한지를 보여 줌은 물론, 경제·사회 발전 역시 출산율과 같은 인구변동의 주요한 결정요인으로 작용한다는 점을 여실히 보여주고 있다. 또한 많은 개발도상국이 유엔인구기금 등의 도움을 받아 출산율을 낮추려는 다각적 노력을 전개하고 있는 반면, 선진국은 너무 낮아진 출산율을 높이려는 다양한 정책을 강구하고 있는 상황에서 지난 50년간 한국의 인구정책 추진 과정 및 그 결과를 상세히 기록하는 것은 국제적으로도 인구정책을 비롯해 인구와 경제·사회 발전 간의 상관관계에 대한 이해를 증진하는 데 큰 도움이 될 것이다.

이번 『출산억제에서 출산장려로 -한국 인구정책 50년』을 집필하면서 지난 50년간 인구정책의 발전 과정을 상세히 기록하는 데 그치지 않고, 가족계획사업 추진 이후 출산율이 급속히 하락한 원인을 규명하고, 인구정책의 방향 전환이 뒤늦게 이루어진 배경은 물론 지난 10년간 정부 차원의 적극적인 노력에도 불구하고 출산율이 반등하지 않는 원인을 규명하려고 노력하였다.

부디 이 책자가 국내외에서 인구정책을 연구하는 전문가들은 물론 인구정책을 수립하고 집행하는 정책 당국자들에게 많은 도움이 되기를 기대한다.

2016년
인구정책50년사 편찬위원장
서 상 목

인구정책50년사 **편찬위원회**

편찬위원장



서상목

지속발전가능재단 이사장
제13,14,15대 국회의원
보건복지부 장관
한국개발연구원 부원장

편찬위원



조남훈

한양대학교 석좌교수
한양대학교 고령사회연구원장
한국보건사회연구원 부원장
한국인구학회 회장(1993~1994)



최 순

동아대학교 명예교수
동아대학교 부총장
한국인구학회 회장(2005~2006)
동아대학교 동아시아연구원장



서문희

한국보육진흥원 원장
대통령직속 저출산고령사회위원회 운영위원
육아정책연구소 선임연구위원
한국보건사회연구원 연구위원



전광희

충남대학교 사회과학대학 사회학과 교수
한국인구학회 회장(2009~2010)



이삼식

한국보건사회연구원 선임연구위원(저출산고령화대책기획단 단장)
대통령직속 저출산고령사회위원회 결혼·출산지원분과 민간위원
대통령자문 고령화 및 미래사회위원회 인구생활전문위원
한국인구학회 회장(2016~2017)



이정재

순천향대학교 의과대학 산부인과 교수
대통령직속 저출산고령사회위원회 결혼·출산지원분과 민간위원



윤홍식

인하대학교 사회과학대학 행정학과 교수
참여사회연구소 소장

인구정책50년사 자문단

자문위원장



권이혁 전 보건사회부 장관

지속발전가능재단 이사장
제13,14,15대 국회의원
보건복지부 장관
한국개발연구원 부원장

자문위원



양재모

연세대학교 의과대학 예방의학교실 명예교수
연세대학교 의과대학 학장
연세대학교의료원 원장
인구보건복지협회 이사장



방 숙

순천향대학교 의과대학 명예교수
WHO 본부 가족계획 사업연구 전문위원
UN/ESCAP 인구국 가족계획부장
연세대학교 의과대학 교수



김택일

한림대학교 학장
국립가족계획연구소 소장
한국인구학회 회장(1981~1982)
보건사회부 모자보건과장, 보건국장



박동은

한국아동단체협의회 회장
유니세프 한국위원회 부회장
유니세프 한국대표부 대외담당관
대한가족계획협회 홍보부장



이시백

서울대학교 보건대학원 명예교수
IPPF Senior Region, Chairman
인구보건복지협회 회장
한국인구학회 회장(1985~1986)



안계춘

연세대학교 사회학과 교수
한국인구학회 회장(1987~1988)
가족계획연구원 부원장



심한섭

한국다국적의약산업협회 회장
서울지방식약청장
보건복지부 약정국장
보건복지부 가족계획과장



윤성태

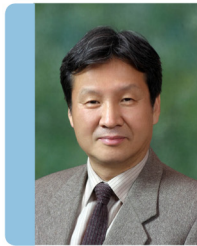
파라다이스복지재단 이사장
국무총리 행정조정실장
보건사회부 차관
대통령 정무비서관

자문위원



김태헌

한국교원대학교 명예교수
저출산고령사회위원회 결혼 및 출산지원분과위원장
대통령직속 고령화 및 미래사회위원회 본위원
한국인구학회 회장(2003)



최진호

아주대학교 사회학과 명예교수
아주대학교 대학원장
한국인구학회 회장(2004)
국토연구원 선임연구위원



김두섭

한양대학교 사회학과 교수
Asian Population Association 회장
국가통계위원회 사회분과위원장 및 정책분과위원
한국인구학회 회장(2007~2008)



김한곤

영남대학교 문과대학 학장
한국인구학회 회장(2014~2015)
한국보건사회학회 이사

[연구원]

임지영 한국보건사회연구원 연구원

최인선 한국보건사회연구원 연구원

최효진 한국보건사회연구원 전문연구원

이지혜 한국보건사회연구원 전문연구원

송민영 한국보건사회연구원 전문연구원

기재량 한국보건사회연구원 연구원

한국 인구정책 50년

출산억제에서
출산장려로

목 차

제1편 개관	17
제1장 배경	19
제2장 범주	22
제2편 인구증가억제정책기(1962~1995)	27
제1장 인구증가억제정책 도입(1962~1970)	29
제2장 인구증가억제정책 다원화 모색(1971~1981)	67
제3장 인구증가억제정책의 강화(1982~1988)	92
제4장 인구증가억제정책 성과와 마무리(1989~1995)	113
제3편 인구자질향상정책기(1996~2004)	123
제1장 인구정책 전환	125
제2장 인구자질향상정책 성과와 한계	132
제3장 초저출산으로의 이행	146

제4편	저출산·고령사회정책기(2005~)	157
제1장	저출산·고령사회정책 도입과 전개	159
제2장	저출산대책: 가족형성 지원	186
제3장	저출산대책: 건강한 임신·출산 지원	192
제4장	저출산대책: 보육·돌봄 지원	216
제5장	저출산대책: 일-가정양립 지원	284
제6장	저출산대책: 자녀양육 경제적 지원	312
제7장	저출산 대응 10년의 성과와 한계 그리고 새로운 방향 모색	326
참고문헌		340
부 록		359

한국 인구정책 50년

**출산억제에서
출산장려로**

50 YEARS OF
KOREA
POPULATION
POLICY

From Antinatalist to Pronatalist

한국 인구정책 50 년

출산억제에서
출산장려로

제 1 편

개 관



1. 배경

개인은 출생과 사망이라는 사상(event)을 필연적으로 거친다. 개인을 구성요소로 하는 가족도 가족 형성(결혼), 가족 확대(자녀 출산), 가족 축소(자녀 출가 등), 가족 해체(배우자 사망 등), 가족 소멸 등의 과정을 거친다. 공동체(communitv)와 국가도 기본적인 구성요소인 개인들, 즉 인구의 변화 과정을 통해 생성되고 소멸된다. 인류사적으로 일부 인종(주로 원주민) 출생이 줄어들고 기존에 태어난 인구가 사망함으로써 소멸되어 가는 것을 찾아볼 수도 있다. 이러한 이유로 개인의 출생과 사망에 극히 사적인 속성이 있음에도 동서고금을 통해 모든 국가와 사회가 개인의 집합체로서 인구를 직·간접적으로 조정 내지 관리를 해온 것이다. 결국 국가는 어떤 형태일지라도 인구가 당시 사회와 상황에 적합하게 변화할 수 있도록 정책을 수행하여 왔다고 할 수 있다.

우리나라는 지난 반세기가 넘는 동안 인구정책과 출산율이 상호 연관성을 가지면서 급격하게 변화하였다. 합계출산율¹은 1960년 6.0명에서 인구증가억제정책이 도입된 이후 급격하

¹ 합계출산율(Total Fertility Rate, TFR)은 여성 1명이 가임기(15~49세) 동안 낳은 평균 자녀수를 의미한다. 합계출산율이 2.06명이면 인구대체수준(population replacement level)이라 하며, 이 수준이 장기간 지속되면 인구가 증감 없이 안정적으로 유지된다.

게 감소하여 20여 년 만인 1983년에 인구대체수준(2.06명)에 도달하였다. 1980년대 중반부터 1990년대 중반까지는 합계출산율이 인구대체수준보다 낮지만 1.6명 내외 수준에서 다소 안정된 시기였으며, 이는 인구증가억제정책이 인구자질향상정책으로 전환한 계기가 되었다. 그러나 1997년 외환위기를 겪으면서 출산율은 다시 빠르게 감소하기 시작하여 1998년에는 처음으로 1.5명 미만으로 낮아졌다. 2000년대에 들어서는 우리나라는 초저출산시대로 진입하게 되었다. 2001년 합계출산율이 처음으로 1.3명 미만으로 떨어졌으며, 2005년에는 1.08명까지 낮아져 가히 '1.08쇼크'로 불릴 만큼 사회적 여파가 컸다. 이와 같이 우리나라는 서구 사회에서 오랜 동안 겪었던 인구전환(demographic transition)을 단기간에 경험하였으며, 더불어 인구정책도 급격하게 변화하였다.

실로 출산율이 아주 낮은 수준에서 지속되면 인구감소와 더불어 인구고령화가 급속히 진행되고, 그 결과는 사회·경제 전반에 심각한 부정적인 영향을 미칠 것이다.² 구체적으로 노동력이 부족해지고, 노동력 고령화와 더불어 노동생산성이 낮아지고, 소비가 줄어들어 내수시장이 위축되며, 경제성장률이 둔화될 것으로 추정된다. 뿐만 아니라 노인인구가 급증하면서 사회보장 지출이 급격하게 증가하여 노동세대의 부담이 증가하고, 이에 따라 재정수지가 악화되는 등 성장과 복지 간 선순환적인 관계가 유지되기 어려워질 것으로 전망되었다.

이에 정부는 2005년부터 출산율을 높이고 인구고령화에 따른 미래 위험에 본격적으로 대응하기 위하여 새로운 인구정책으로 저출산·고령사회정책을 시작하였다. 과거와는 다른 새로운 지향성을 가진 저출산·고령사회정책은 사회적 공감대 형성, 패러다임 전환, 발전, 정착 등 일련의 과정을 거치게 된다. 즉, 비교적 짧은 기간이지만 새로운 인구정책의 목표가 실현되기 위해서는 추진 과정에서 끊임없이 점검하고, 그 결과를 토대로 보다 바람직한 방향으로 발전하기 위한 수정 내지 보완이 필요하다.

새로운 인구정책인 저출산·고령사회정책은 과거의 인구정책과 분리된 것이 아니라 더욱 밀접하게 연관되어 있다. 현재의 인구정책은 과거의 인구정책과의 연속선상에서 변화하고, 미래의 인구정책과도 연계되는 속성이 있다. 결국 새로운 인구정책으로서 저출산·고령사회정책의 지위(status)와 성격 그리고 방향은 과거의 인구정책에 대한 성찰이 없다면 명료화될

2. 이삼식·최효진 (편). (2014). 『초저출산·초고령사회 위험과 대응전략』. 한국보건사회연구원.

수 없으며, 이에 따라 현재 추진하는 정책 자체에 대한 정확한 진단 역시 어려울 것이다. 또한 현재의 인구정책을 과거와 연계시키지 못할 뿐만 아니라 미래와도 이어질 수 없게 될 것이다.

인구정책의 시초는 국가 형성시기까지로 거슬러 올라간다. 그러나 현재와 미래의 한국 인구가 한국전쟁 직후에 발생한 베이비붐 현상과 경제개발에 의해 크게 영향을 받는다는 점에서, 이 보고서에서 인구정책의 시작은 1960년대 초로 한정할 필요가 있다. 요컨대 이 보고서는 1960년대 초 국가가 인구증가억제정책을 채택한 즈음부터 현재에 이르는 약 50년 동안 수행된 인구정책의 역사를 다룰 것이다.

2. 범주

인구정책은 인구가 국가와 사회에 유리하도록 변화하기를 직·간접적으로 유도하는 정책이라고 정의할 수 있다. 이러한 인구정책은 통상적으로 인구총량의 증감이나 인구자질의 향상을 일차적 목표로 하는 국가 또는 공공단체의 노력을 총괄하는 것이지만, 인구총량의 증감을 가져오는 인구과정의 3가지 요소인 출생, 사망, 이동을 적극적으로 조절하는 행동계획과 실천이 수반되는 것으로 제한되기도 한다. 물론, 정책 목표로서의 인구자질을 성과 연령 등 순수 인구학적 구조로 제한하느냐 아니면 사회·경제적 구조까지 포함하느냐에 따라 인구정책의 범주가 달라질 수 있지만, 일반적으로 인구정책에서는 목표를 인구학적 구조의 변경으로 제한하는 경우가 많다.³

인구정책은 인구변동으로 일어날 수 있는 파급효과를 사전에 제거(또는 완화)하느냐 혹은 사후적으로 대응하느냐에 따라 인구조정정책과 인구대응정책으로 구분하기도 한다.⁴ 가족계획사업, 해외 이민사업, 인구자질 향상 등은 인구총량이나 인구구조에 영향을 미치기 위한 사전적인 접근법으로 인구조정정책으로 간주할 수 있다. 인구 변동에 따라 파생하는 각종 문제에 대응하기 위한 주택정책, 식량정책, 교육정책, 사회복지정책 등은 인구대응정책으로 간

³ 조남훈·김태현·이삼식 외(2006), 『저출산고령사회 기본계획의 이해』, 한국보건사회연구원.; 하연희·문명제(2007), 정책목표의 변화에 따른 정책도구의 전략적 선택과 효과: 우리나라 인구정책을 중심으로, 『정부학연구』, 13(2), pp.75-106.; May, John, (2012), *World Population Policies: Their Origin, Evolution, and Impact*, New York: Springer.

⁴ 조남훈·김태현·이삼식 외(2006), 상계서; 하연희·문명제(2007), 상계서.

주할 수 있다. 인구대응정책은 그 자체로 인구변동요인에 직접적으로라도 영향을 미치기 위한 목적이 아니라는 점에서 인구조정정책과 엄격하게 구분할 필요가 있다.

인구 규모 및 구조에 영향을 미치는 정책으로 출산정책과 이민정책이 있으며, 인구분포에 영향을 미치는 정책으로 인구분산정책이 있다. 인구분산정책은 ‘수도권 인구분산정책’과 같이 인구의 지리적 분포를 변경하기 위한 것으로 지역 단위의 인구 규모나 구조에 영향을 미칠 뿐, 국가 차원에 끼치는 영향은 미미하다고 할 수 있다. 이민정책은 전체 인구 규모와 구조에 직접 영향을 미친다. 이민정책의 대상에 포함되는 인구로는 국적을 취득하여 국내에 영주하는 사람들을 포함하나 일시적으로 노동 등을 위해 귀국 후 일정 기간이 지나면 다시 떠나는 외국인 근로자 등은 포함하지 않는다. 우리나라는 최근에 국제결혼 이주여성 등이 증가하고 있으나 그 규모는 그리 크지 않다는 점에서 전체 인구규모와 구조에 미치는 영향은 제한적이다. 이러한 이유로 이 보고서에서는 출산을 중심으로 인구정책을 논의하기로 한다.

한편, 인구의 상태와 활동에 영향을 미치기 위한 정책들도 광의의 개념으로 인구정책에 포함할 수 있다. 예를 들면 인구고령화에 대응하기 위한 정책으로 여성인력 개발, 고령자인력 개발, 노후소득 보장, 노후건강 보장 등이 있다. 그러나 이들 정책은 자체적으로 노동정책, 사회보장정책, 보건정책 등으로서 고유한 목적이 있다는 점에서 순수한 인구정책으로 간주하기 곤란한 측면이 있다. 다만 생식보건, 출생성비 등 인구의 규모와 구조에 직·간접적으로 영향을 미치는 인구 자질에 관한 정책은 인구정책의 범주에 포함시킬 수 있다.

대표적인 인구조정정책인 출산정책은 출산억제정책(antinatalist policy)과 출산장려정책(pronatalist policy)으로 세분된다. 이들 출산정책이 인구의 양적 측면을 강조하고 있다면, 인구 자질에 영향을 미치는 정책은 인구의 질적 측면을 강조하고 있다. 출산억제정책, 출산장려정책, 인구자질향상정책 각각은 그 목적을 달성하기 위해 직·간접적으로 의도된 정책들 모두를 포괄한다. 구체적으로 인구정책은 인구의 규모와 구조 및 질적 수준이 개인과 가족 및 국가에 유리하게 변경할 수 있도록 유도하는 정책이며, 여기에는 그러한 목표를 효율적으로 달성하기 위해 직·간접적으로 기획된 수단으로서 보건정책, 복지정책, 노동정책, 경제정책, 조세정책 등의 다양한 정책들을 망라한다.

이러한 개념과 속성을 가진 인구정책은 1960년대 이래 3번에 걸쳐 그 패러다임이 전환되었다. 구체적으로 1961년에 베이비붐 등에 따른 급격한 인구증가율을 낮추기 위하여 출산을

억제하는 방향으로 패러다임이 전환되었으며, 1996년에는 장기간에 걸친 인구증가억제정책의 후유증을 치유하고 생식보건을 증진하기 위하여 인구자질 향상을 지향하는 패러다임으로 전환되었다. 2005년에는 저출산현상이 심화됨에 따라 출산율을 회복하는 방향으로 인구정책의 패러다임이 전환되었다. 요컨대, 지난 약 50년 동안 인구정책은 출산 억제-인구자질 향상-출산 장려로 그 패러다임이 변화하였다. 이러한 패러다임의 변화에 의거하여 이 보고서에서는 지난 약 50년 동안의 인구정책을 인구증가억제정책기(1962~1995), 인구자질향상정책기(1996~2004), 저출산·고령사회정책기(2005~)로 구분하였다.

50 YEARS OF
KOREA
POPULATION
POLICY

From Antinatalist to Pronatalist

한국 인구정책 50 년

출산억제에서
출산장려로

제 2 편

인구증가
억제정책기
(1962~1995)



1. 인구증가억제정책 도입 및 기반조성(1962~1971)

배경

가족계획에 관해 이야기를 하면, 많은 사람들은 인구정책과 연관시켜 출산조절의 다른 말로 인식한다. 그러나 가족계획은 가족구성원 전체가 건강하고 행복한 가정생활을 영위할 수 있도록 부부가 사회·경제적 조건과 육체적 건강상태를 고려하여 적절하게 자녀수와 터울(출산간격)을 조절하는 수태조절방법이다.⁵ 이러한 의미의 가족계획이 사회운동으로 발전하게 된 계기는 1910년대 마거릿 생어(Margaret Sanger)와 마리 스토프스(Marie Stopes) 등이 벌였던 산아조절(birth control) 운동이 효시였다. 당시 뉴욕 빈민가에서는 여성들이 원치 않은 임신으로 많은 고통을 받고 있었다. 이를 목격한 생어는 법으로 금지했던 수태조절서비스를 인도적 차원에서 제공하는 출산조절운동으로 펼치기 시작했다. 이 운동은 개별 여성이 원하지 않는 임신은 물론 원하지 않는 자녀출산을 하지 않도록 각종 서비스를 제공하기 위하여

⁵ 한국인구학회(2006). 인구정책, 『한국인구대사전』. 통계청.

조직되었다. 당시 출산조절운동은 국가나 사회 차원보다는 개인적 차원에서 개별 여성의 권리와 복지수준을 높이는 데 주로 관심을 두었다.

그러나 제2차 세계대전(1939~1945) 이후 많은 개발도상국에서 의료기술이 발전하고 그 이용이 용이해짐에 따라 사망률은 급격히 감소했으나 출산수준이 높은 수준에서 유지됨에 따라 인구는 빠른 속도로 증가하였다. 개발도상국의 급격한 인구성장은 빈곤과 상실감을 유발하여 정치적 불안정을 초래하고, 그 결과 경제성장과 사회안정을 크게 위협하였다. 개발도상국의 폭발적인 인구 증가는 당시 전후 세계에 대한 구상에 몰두하던 미국의 관심사가 되었다. 이러한 상황에서 개인의 차원에서 여성의 권리와 복지 증진을 도모하기 위해 추진되었던 출산조절운동은 국가나 사회 차원에서 복지 증진을 위하여 인구성장을 억제하고자 하는 가족계획운동으로 수렴되었다.

특히 가족계획운동은 1950년대에 들어서면서 급물살을 탔다. 1952년에 세계 최초로 인도가 가족계획사업을 인구성장 억제를 목적으로 하는 국가정책으로 채택하였다. 같은 해에 국제가족계획연맹(International Planned Parenthood Federation, IPPF)이 창설되고, 록펠러 3세의 제창으로 미국인구협회(The Population Council, PC)가 설립되어 가족계획사업과 인구문제 해결을 위한 노력을 재정적 그리고 기술적 측면에서 지원하기 시작했다. 이 시기부터 인구성장으로 야기되는 인구문제를 해결하기 위한 국제 지원과 경험 교류를 통한 상호협력 시대가 열렸다. 이를 계기로 1958년에 파키스탄, 1961년에 한국, 1962년에 피지와 타이완, 1964년 튀니지, 1965년 이집트, 싱가포르, 스리랑카, 터키 등 21개 국가가 가족계획사업을 시작하였다. 이로써 가족계획은 개발도상국에서 인구성장 억제의 수단으로 인구정책의 전면에 등장하였다.

그러나 가족계획이 출산을 억제하여 인구성장을 통제하는 데 유용한 정책수단이 될 수 있는지에 대해서는 논란이 계속되었다. 콜(Ansley Coale)은 한 사회에서 출산력이 낮아지기 위해서는 3개의 전제 조건을 충족해야 한다는 점을 지적하였다.⁶ 즉, 자녀출산은 초자연적인 힘이 통제하는 것이 아니라, 합리적 계산에 바탕을 둔 개개인의 선택의 결과라는 생각을 사회가 수용해야 하며, 출산 당사자는 자신이 출산을 억제하면 어떠한 이점이 있는지를 구체적

⁶- Coale, Ansley(1973). *The Demographic Transition Reconsidered*. Paper presented at the Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, Liege, Belgium.

으로 인식하고 있어야 하며, 효과적인 출산통제기술을 알고 있어야 할 뿐만 아니라 이를 숙지하고 있어야 한다는 것이다. 그러나 출산 당사자인 부부는 전체 사회 또는 특정한 사회구조 내에서 서로 다른 위치에 처해 있기 때문에 출산과 관련하여 그들이 생각하는 목표는 물론 목표 성취를 위한 동기도 다를 수밖에 없다는 것이다. 따라서 소자녀에 대한 사회적 규범이 정립되어 있지 않은 상태에서 단순히 피임 실천을 유도하고, 필요한 약제나 기구를 보급하는 가족계획이 과연 인구성장 억제를 목적으로 하는 인구정책의 유효한 정책수단인지에 대해서는 의문이 든다는 것이다.

데이비스(Kingsley Davis)에 의하면, 소자녀 규범은 사회·경제 발전에 따른 사회구조, 특히 가족구조의 변화에 따른 여성 역할 변화의 소산이며, 이 규범이 형성되지 않은 상태에서 가족계획사업을 통한 피임서비스 제공이 출산 억제에 미치는 효과는 극히 미미할 수밖에 없다는 것이다.⁷ 소자녀 규범은 가족계획사업보다는 사회·경제발전을 통해 가족가치관이 변화함에 따라 자연스럽게 형성될 수 있으므로 출산력 감소는 가족계획사업보다는 사회·경제발전이 선행되어야 더 효과적일 수 있다는 것이다. 이에 대해 개발도상국에서 인구정책의 수단으로 가족계획사업의 유효성을 주장하는 사람들은 사회·경제발전에 따른 사회구조 변화와 그 결실로서 얻게 되는 출산율 변화는 너무 많은 시간이 소요된다는 점을 지적한다. 실제로 개발도상국 대부분의 실상을 보면, 가임기 유배우부인들 가운데 상당 비율이 추가 자녀를 원하지 않는 것으로 나타났다.⁸ 이러한 상황에서 이들에게 가족계획사업으로 적절한 피임서비스를 제공했다면 그만큼 출산율을 낮추어 인구성장을 완화할 수 있으며, 나아가 피임을 권유하는 홍보·교육활동을 통해 사회·경제발전이 이루어지지 않은 상태에서도 소자녀 가족가치를 확산시킬 수 있는 부수적인 효과도 거둘 수 있었다고 보았다. 이들은 당시 일부 개발도상국에서 관찰되는 출산율의 빠른 감소는 가족계획사업을 통한 출산억제수단 접근도가 높아졌기 때문에 가능했다고 설명한다.

⁷- Davis, K.(1967). Population Policy: Will Current Programmes Succeed?. *Science*, 158(10), pp. 730-739.

⁸- 1974년에 실시된 세계출산력조사 중 한국 등 10개국의 자료를 분석한 결과에 따르면, 이들 국가의 부인 중 상당 비율이 추가 자녀를 원치 않았으며, 특히 농촌지역이나 저소득층, 저학력의 부인들 사이에는 이 비율이 더 강하게 나타났다고 한다. 구체적인 내용은 'Brackett J.W., R.T. Ravenholt and J.C. Chao(1978). The Role of Family Planning in Recent Rapid Fertility Declines in Developing Countries. *Studies in Family Planning*, 9(12), pp. 314-323.'을 참고하도록 한다.

이러한 일련의 논쟁은 1974년 8월 부쿠레슈티(Bucharest)에서 135개국이 참가한 세계인구회의(World Population Conference)를 계기로 일단락되었다. 부쿠레슈티 세계인구회의에서는 열린 논쟁 끝에 가족계획사업과 출산 억제에 도움이 되는 개발투자를 병행하여 추진할 것을 요구하는 합의문을 발표했다. 출산억제정책이 소기의 목적을 달성하기 위해서는 가족계획사업과 함께 경제·사회발전을 통해 자녀가치관을 변화시키거나 자녀의 취업이나 교육 기회를 확충하는 통합적 접근이 필요하다는 데 의견의 일치를 보게 된 것이다. 이처럼 균형적인 접근을 도출하는 데 가장 영향력이 높았던 인사는 미국인구협회 버나드 베렐슨(Bernard Berelson) 회장이었다. 원래 베렐슨은 출산력을 낮추는 데 가족계획사업이 가장 직접적이고 비용이 적게 소요되는 수단이라는 점을 강조했다. 그러나 그는 가족계획사업이 달성할 수 있는 출산력 조절 수준은 그 사업이 운영되는 사회·경제적 배경에 의해 결정된다는 점을 인정했다. 그는 이러한 인식을 기초로 가족계획사업은 소자녀 가족규범을 강화하는 데 도움이 되는 탈가족계획 수단과 혼합된 접근이 필요하다고 보았다. 이러한 베렐슨의 접근방식은 유엔인구기금(United Nations Population Fund, UNFPA)⁹, 세계은행(World Bank, WB) 및 기타 개발기구는 물론 이후 많은 국가에서 정부의 가족계획사업 운영의 청사진이 되었다.¹⁰

우리나라는 1945년 8월 15일에 해방되었지만 이후 국토 분단, 전쟁, 휴전 등으로 극심한 사회적 혼란을 겪었을 뿐만 아니라 인구 상황에도 많은 영향을 미쳤다. 해방 직후 수년간 이어진 해외동포의 귀환, 한국전쟁 중 피란과 수복에 따른 거주지 이전 등으로 인구의 유동성이 매우 커졌다. 전쟁으로 많은 인명 피해가 있었지만 선진국으로부터 의약품과 보건의료기술의 도입 그리고 이와 관련된 서비스의 확대로 주로 영유아사망률과 모성사망률이 크게 떨어지는 등 사망수준이 빠른 속도로 낮아졌다. 전후 어려운 경제적 여건에서 삶을 이어가던 개별 부부들은 대부분 이 사실을 의식하지도 못했으며, 그 사이 사망률 감소로 늘어난 식구는 개별 가계에 엄청난 부담으로 작용하였다. 이는 가족계획사업이 시작되기 전인 1960년대 이전에도 낙태수술에 대한 수요가 있었고, 비밀리에 낙태수술이 공공연히 행해지고 있었다

⁹ 유엔인구기금은 1966년 제12차 UN총회 결의 등을 통해 1967년 유엔활동신탁기금이라는 이름으로 설치되었으며, 1969년 유엔인구활동기금으로 개칭되었다. 1987년 UN총회 결의에 의거하여 현재의 명칭으로 개칭되었다 (국가기록원 홈페이지 theme.archives.go.kr에서 2015년 9월 13일 인출).

¹⁰ Sinding, Steven(2007). Overview and Perspective. *The Global family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington D. C.: The World Bank.

는 사실이 방증해 준다.¹¹ 그러나 당시 정부의 최대 관심사는 전후 복구사업이 될 수밖에 없었기 때문에 정부가 주도적인 입장에서 이 문제에 관심을 두지는 못했다.

다산이나 남아선호와 같은 가족주의적 가치관을 근간으로 하는 유교적 문화를 인간생활의 기본요건으로 알고 있던 그 시대에 산아제한¹²을 언급한다는 것은 쉬운 일이 아니었다. 이 상황에서 미국인 선교사 워스(George C. Worth, 한국명: 오천혜)는 1954년에 내한하여 대구에서 선교와 사회사업 활동을 하는 틈틈이 산아제한운동을 전개했다. 당시만 해도 관습과 인습 등으로 산아제한에 대한 사회의 거부감은 매우 컸다. 그러나 그는 『이상적 가정』이라는 우리말로 쓴 소책자를 자비로 인쇄하여 농촌지역 주민에게 나누어 주면서 모자보건 측면에서 산아제한의 필요성을 역설했다. 나아가서 그는 『기독교와 인구문제』라는 소책자를 출판하여 가족계획이 기독교의 교리에 조금도 배치되는 것이 아니며, 오히려 현대사회에서는 가족계획 실천이야말로 하느님을 믿는 바른 길임을 역설함으로써 가족계획운동을 경원시하던 교인들을 설득하는 데 힘을 보태기도 했다. 워스의 이러한 노력과 더불어 당시 한국에 와 있던 여러 선교사들이 가족계획운동에 참여하게 되었다. 대전 기독교 사회관장 에스더 레어드(Esther Laird)와 원주에서 활동했던 윈드(Wind) 등이 지방에서 선교활동을 하면서 가족계획운동을 전개했던 대표적인 선교사들이다.¹³ 이들의 가족계획운동은 전적으로 개인 및 가족 차원의 이해관계와 결부시켜 피임의 필요성을 역설하고 피임서비스를 제공하는 수준이었다.

이들 선교사들의 활동 후인 1950년대 후반부터 한국인이 주도하는 가족계획운동이 일부 민간단체와 대학교를 중심으로 전개되기 시작했다. 1957년에 전라북도 옥구군 개정면 소재 농촌위생연구소(소장 이영춘 박사)가 중심이 되어 농촌지역에서 가족계획운동을 시작한 것이 효시다. 1958년에는 서울대학교 부속병원 산부인과에서 사회사업학과와의 협조를 얻어서 가족계획상담소를 개설하여 피임서비스를 제공하였다. 1958년에 발족한 대한어머니회(초대 회장

¹¹ 한성현(1973). 『인공임신중절에 관한 연구』. 가족계획연구원.

¹² 산아제한은 앞서 언급한 출산조절(birth control)을 지칭하는 말로, 이를 출산조절이라고 표기하지 않고 산아제한으로 표기한 것은 1950년대 후반, 당시 우리나라 사람들은 출산조절을 산아제한이란 말로 사용해왔기 때문에 그대로 사용했음을 밝혀 둔다. 엄격한 의미에서 여기서 사용한 산아제한은 출산조절을 지칭하는 용어로 이해할 필요가 있다.

¹³ 대한가족계획협회(1975). 『한국가족계획십년사』. 동 협회.

대한가족계획협회(1983). 『가족계획협회 20년사』. 동 협회.

고향경 박사)도 서울시에 16개 가족계획상담소를 설치하여 가족계획에 대한 계몽교육을 전개하였다. 이 시기만 해도 가족계획운동의 의미와 목적을 곡해하는 일이 많았다. 따라서 가족계획운동은 가족계획이나 산아제한이란 용어의 사용을 피하고, 모자보건 분야의 사업으로 월례 강연회를 개최하거나 가정방문을 실시하여 가족계획과 관련된 계몽교육을 실시하는 방식으로 추진되었다.¹⁴

이처럼 산발적으로 진행되던 가족계획운동이 본격적으로 인구성장 억제를 목적으로 하는 가족계획운동으로 탈바꿈한 것은 1961년 4월 대한가족계획협회¹⁵가 창립되면서부터다. 1960년 11월에 국제가족계획연맹의 특별사절로 내한했던 캐드버리(George W. Cadbury)가 가족계획사업을 추진할 민간단체 설립을 권유한 것이 대한가족계획협회 창립의 계기가 되었다. 그의 요청에 따라 연세대학교 의과대학 예방의학과 양재모 교수와 당시 보건사회부 의정국장 이종진 박사 및 관계관을 포함한 가족계획사업에 관심을 가진 국내인사 20여 명들이 YMCA 회의실에서 회합을 했다. 캐드버리는 이 자리에서 한국에서 가족계획사업을 추진할 민간단체의 설립을 제안하면서 국제가족계획연맹을 통해 수 년 동안 해마다 3,000달러 내외의 운영자금을 지원하겠다고 약속했다. 가족계획운동에 관심이 있던 정부도 민간 가족계획운동기관인 대한가족계획협회 창설을 적극 지원했다. 그 결과 1961년 4월 1일에 대한적십자사 강당에서 사단법인 대한가족계획협회 창립총회가 열렸다. 그러나 대한가족계획협회는 창립된 지 1개월여 만인 1961년 5월 16일에 군사정부 포고령에 의해 다른 사회단체들과 함께 해체되었다. 그 후 1961년 9월 23일에 국립보건원 강당에서 각계 인사가 모여 대한가족계획협회 재건총회를 열고, 같은 해 10월 7일에 보건사회부로부터 사단법인 인가를 받아 가족계획사업을 수행하는 중추적인 민간단체로 다시 태어났다.¹⁶

한편, 1950년대 후반에 보건사회부 내 의사출신 보건직 공무원들은 인구문제의 심각성에 대처하기 위해 가족계획사업을 보건시책의 일부로 추진해야 한다는 주장을 제기하였다. 그러나 당시 보건부와 사회부가 보건사회부로 통합된 지 오래되지 않았기 때문에 새로운 사업을

¹⁴ 대한가족계획협회(1975). 전게서; 대한가족계획협회(1983). 전게서.

¹⁵ 대한가족계획협회(1961~1999)는 1999년에 대한가족보건복지협회(1999.2~2005.11)로 그리고 2005년에 인구보건복지협회로 각각 개칭하여 운영하였다.

¹⁶ 대한가족계획협회(1975). 전게서.

추진할 여건이 되지 못했다. 다만, 정부는 1958년에 미국 국제개발처(United States Agency for International Development, USAID)의 지원을 받아 추진하고 있었던 지역사회개발계획에 가족계획교육을 포함해 추진하였다.¹⁷ 즉, 가족계획에 대한 교육과 홍보는 농촌지역사회개발사업에 봉사하고 있던 현지 요원들을 통해 농촌 주민을 상대로 이루어졌다. 이런 흐름 속에서 1959년 보건사회부 기술자문분과위원회 중 하나인 모자보건위원회는 모자보건과 인구대책을 위해 가족계획사업을 국가시책으로 채택하여 추진할 것을 보건사회부 장관에게 건의하였다.¹⁸ 이 건의가 정부 차원에서 가족계획사업 실시를 공식 거론한 첫 시도였다. 이 건의 역시 바로 받아들여지지는 않았지만 정부 차원에서 공식적으로 가족계획사업을 거론하기 시작했다는 점에서 중요한 의미가 있었다. 이와 같은 일련의 흐름은 1960년대에 들어서기 전에 이미 한국사회에서는 가족계획사업이 실시될 수 있는 사회적 분위기가 상당 부분 형성되어 있었음을 제시해 주었다.

인구증가억제정책 도입

1961년 5월 16일을 국가재건최고회의를 최고결기기로 하는 군사정부가 구성되었다. 국가재건최고회의가 각계의 의견을 수렴하여 가장 먼저 검토한 것이 국가경제개발계획 수립이었다. 이 시점에서 1960년 12월 1일 기준으로 실시한 국세조사의 결과(인구센서스 속보)를 통해 확인된 우리나라 인구의 폭발적인 성장추세는 정부와 사회의 경각심을 환기시키는 데 크게 기여했다.¹⁹ 구체적으로 1955~1960년간 연평균 인구성장률은 2.9%로 대부분 인구 관

¹⁷ 당시 보건사회부와 농림부가 공동으로 추진했던 이 지역사회개발계획사업은 전후 농촌지역개발을 위해 외국의 원조로 계획된 정부사업으로 몇 년 동안 추진되었던 사업이다(대한가족계획협회(1983). 전제서).

¹⁸ 대한가족계획협회(1983). 전제서.

¹⁹ 해방 직후인 1946년 남한 인구는 1,900만 정도로 추정되었으며, 해방을 전후한 1944년부터 1949년까지 연평균 인구성장률은 약 4.9%로 매우 높았다. 이 기간 중 높은 인구증가율은 자연 증가뿐만 아니라, 해방과 더불어 발생한 해외동포의 귀환과 남북분단에 따른 인구의 재편과정에서 이입된 인구 등의 사회적 증가에 힘입은 바 컸다. 이와 달리 1950년부터 1955년까지의 인구성장률은 약 1%로 추정되며, 이는 6·25 한국전쟁으로 인해 발생한 인명손실과 남북간 인구이동의 결과로 설명된다. 그러나 남한 인구는 1955년 약 2,200만 명에서 1960년 약 2,500만 명으로 증가하여, 연평균 인구성장률은 2.9%로 유례없이 높았다. 휴전 후 한국사회가 점차 안정

런 전문가들이 예상했던 것보다 높은 수준으로 우리나라에서 가족계획사업의 필요성을 설득할 수 있는 좋은 근거가 되었다.

가족계획사업: 경제개발5개년계획과 통합 운영

1950년대 후반 폭발적인 인구성장은 당시 국가의 경제발전 방안을 모색하는 데 골몰하던 군부 지도자의 적극적인 관심을 끌기에 충분했다. 이 과정에서 경제계획은 인구성장을 적절하게 통제하지 못하면 성공할 수 없다는 결론에 도달했고, 이에 따라 군사정부는 가족계획사업을 국가시책으로 채택할 것을 결정하였다. 국가재건최고회의 기획위원회는 경제개발계획을 성공하기 위해서는 인구성장을 억제할 수 있는 가족계획사업을 병행하는 것이 바람직하다는 내용의 정책입안서를 작성하여 국가재건최고회의 의장에게 제출했다. 국가재건최고회의는 보건사회부 장관에게 입안서에 대한 의견을 타진하여 호의적인 회답을 얻자, 1961년 11월 13일에 열린 제69차 상임위원회에서 가족계획사업을 국가시책으로 채택하여 경제개발5개년 계획사업에 포함해 추진하기로 의결하였다. 뒤이어 12월 6일에는 최고회의 의장의 명의로 자의에 의한 가족계획을 국가시책으로 채택한다는 담화문을 발표하고, 이와 동시에 피임 약제 수입 및 국내 생산에 대한 금지조치를 해제하고, 보건사회부에 가족계획기술자문위원회를 설치하며, 보건소에 가족계획상담소를 설치하여 운영한다는 기본방침을 천명하였다.²⁰ 당시 유교적·전통적 가족관에 매몰되어 있던 사회 여건에서 피임 약제 수입과 국내 생산을 금지하는 등 산아제한을 반대하던²¹ 국가시책을 일시에 전환하여, 1962년부터 실시되는 경제개발5개년계획과 병행하여 가족계획사업을 국가 책임으로 시행하도록 한 것은 군사정부의 일대 용

을 되찾아가면서 이처럼 높은 인구성장률은 상당 기간 지속될 것으로 전망되었다(공세권·박인화·권희완(1981). 『한국가족계획사업: 1961-1980』. 가족계획연구원.).

20. 양재모(1986). 우리나라 인구정책의 종합분석. 『한국인구학회지』. 9(1), pp.1-13.; 한국보건사회연구원(1991). 『인구정책 30년』. 동 기관.

21. 당시 가족계획과 상치되는 가치는 전통적 자녀관, 예컨대 ‘다남다복’, ‘제 먹을 것은 제가 타고 난다’, ‘노후 생활 의존’, ‘혈통을 잇고 제사를 지내 줄 후손’ 등의 말로 주로 표출되었으며, ‘남북이 대결하고 있는 상태에서...’, ‘경제발전을 위해서는 적어도 5천만 이상의 인구를 가져야 한다’, ‘성윤리를 문란케 하고 낙태를 조장할 것이다’, 또는 ‘가톨릭 교리에 어긋나기 때문에 수태조절 또는 산아제한을 해서는 안 된다’는 생각이 팽배했었다(양재모(1986). 상계서).

단이었다.²² 이처럼 가족계획사업을 기획하는 과정에서부터 경제개발5개년계획과 통합하여 운영하고, 사업의 주체를 민·관 협동사업으로 추진하기로 한 것은 이후 우리나라 가족계획사업의 성공을 이끌어 낸 기본 틀이 되었다.

정부가족계획사업 시작: 준비단계(1962~1966)

가족계획사업은 1962년부터 시작한 경제개발5개년계획의 일환으로 실시하게 되었다. 그러나 제1차 경제개발5개년계획(1962~1966)의 1차 연도인 1962년 당시만 해도 구체적으로 확정된 사업계획은 없었다. 다만, 제1차 경제개발5개년계획의 최종 연도인 1966년에 인구성장률을 2.7% 이하로 억제한다는 경제개발5개년계획상 목표가 그대로 가족계획사업의 잠정적인 목표로 설정되었을 뿐이다. 보건사회부가 중심이 되어 산하 일선 보건조직이 대한가족계획협회 및 재건국민운동본부의 지방조직과 연계하여 가족계획사업을 추진한다는 방침만이 결정되었을 뿐, 일선에서 가족계획 보급과 계몽활동을 담당할 인력은 물론 피임 약제나 기구의 공급계획조차 마련하지 못한 상태였다. 따라서 제1차 5개년가족계획사업은 사전에 준비된 사업계획서에 따라 확정된 사업목표와 이를 달성할 사업수단을 동원하는 것이 불가능했다. 단지, 한정된 범위 내에서 사업을 수행하는 과정에서 배우고, 필요한 조직을 정비하고, 차기 연도 사업계획을 수립하는 등 지속적으로 수정·보완해 나아갔다. 우리나라는 인도와 파키스탄에 이어 세계에서 인구성장억제정책의 수단으로서 가족계획사업을 정부주도 사업으로 채택한 세 번째 국가로, 이러한 사업추진방식은 당시로서는 불가피했다. 이와 같이, 제1차 경제개발5개년계획 기간(1962~1966)은 사실상 가족계획사업을 수행하기 위한 기반을 다진 시기였다.

²² 양재모(1986). 전계서.; 김택일(1988). 한 인구학도의 회고. 『한국인구학회지』, 11(1), pp. 1-13.

민·관 협동사업체계 구축

사업 초기단계에서 최초로 제기된 문제는 누가 가족계획사업의 주체인가 하는 것이었다. 당시 가족계획사업을 대한가족계획협회가 중심이 되어 민간운동으로 추진할 것인지 아니면 정부 주도로 수행할 것인지에 대해 논란이 있었다. ‘가족계획운동은 관(정부)에서 한다면 실패할 우려가 많으므로 민간운동으로 추진할 필요가 있다’는 의견이 있었는가 하면, ‘창립한 지 1년도 안 되는 일천한 역사를 가진 대한가족계획협회는 조직이 미약하기 때문에 정부의 도움 없이 순수한 민간운동으로 하기는 곤란하다’는 의견도 있었다.²³ 이러한 논의과정을 거쳐 가족계획사업은 보건사회부가 중심이 되어 대한가족계획협회 등 민간조직과 분업체계를 구축하여 서로 협력하는 이른바 정부주도형 민관협동방식으로 추진하게 되었다. 이러한 민관 분업과 협력관계는 가족계획사업 시작 당시 주무부서인 보건사회부 모자보건과 김택일 과장의 회고를 통해 확인할 수 있다.

참고1 정부사업과 민간단체의 역할

세계적으로 경험이 거의 없던 그 당시, 국가가족계획사업을 추진하는 데는 어려움이 많았다. 우리나라의 경우 관과 민 그리고 학계가 국가목표 달성을 위하여 협동할 수 있었던 것이 우리나라 가족계획사업성공의 관건이었다. 이들 3자의 협동체제의 창구역할을 한 것은 대한가족계획협회였으며, 외원에 의존하였던 각종 시범연구사업도 협회가 학계와의 중간역할을 수행했다. 이 과정에서 우리나라에서 가족계획사업은 자연스럽게 관·민 협력체계를 구축할 수 있었다. (중략)

우리나라의 경우처럼 정부와 민간단체가 한 마음 한 뜻으로 국가가족계획사업을 추진해온 예는 드물다. 또한 학계의 인사들이 정부나 민간단체의 각종 협의체에 참여함으로써 사업수행에 대한 학술적 지원을 통해 양자 간에 협력체계 구축을 공고히 하는 촉매 역할을 담당하였다. 즉 관·민·학의 삼위 일체적 협동이 한국가족계획사업을 성공적으로 발전시켜줄 수 있었던 것이다.

대한가족계획협회는 정부사업 시작에 한 발 앞서 발족한 이래 가족계획사업 정책입안을 유도하였고 국제가족계획연맹이나 미국인구협회 등으로부터 기술적, 재정적 원조를 유도하는 창구역할을 했으며, 각종 의학적·사회학적 조사연구 활동과 시범사업을 지원하였다. 특히 군부지역에서 가족계획어머니회 조직 등을 통해 가족계획운동을 지역사회주민의 것으로 승화시켰으며, 과감한 홍보활동으로 소자녀가 치관을 정착시키는 데 크게 기여했다.

²³ 김택일(1991), “가족계획사업 30년 회고”, 『인구정책 30년』에서, 한국보건사회연구원.

정부는 스스로 수행하기 어려운 일은 모두 대한가족계획협회에 맡겨왔다. 각급 요원의 훈련, 이동시 술반의 운영, 외원자금의 관리, 피임 약제기구의 임상실험, 홍보사업의 집행 등 사회적으로 민감한 반응을 모면하기 위해서, 또는 정부행정의 경직성을 피하기 위하여 크고 작은 많은 일을 협회에 맡겼던 것이다. 그러므로 정부사업과 민간사업의 구분이 어려울 만큼 보건사회부와 대한가족계획협회는 밀착하고 혼연일체가 되어서 일해 왔다.

- 김택일(1988). “한 인구학도의 회고”. 『한국인구학회지』, 11(1), p.5와 p.16에서 발췌 -

가족계획사업 초기에 사업활동은 주로 시·군 보건소에 설치된 가족계획상담소를 중심으로 가족계획에 대한 계몽교육과 상담을 통해 남성 불임수술인 정관수술 외에 콘돔이나 질정제 등과 같은 재래식 피임법의 이용을 권장하는 것이 전부였다. 보건사회부 의정국에서 잠정적으로 사업을 관장하였는데, 1962년 3월 1일에는 가족계획사업 추진을 위한 조직을 구축했다. 먼저 전국 100개 시·군·구 보건소에 가족계획상담소를 설치하고, 5월 1일에는 추가로 설립된 82개 지역 보건소에도 가족계획상담소를 설치했다. 같은 해 7월 1일부터는 재건국민운동본부 내에 가족계획상담소를 설치함으로써 전국에 가족계획상담소 183개소를 확보하였다. 이렇게 설치된 가족계획상담소에는 간호사 또는 조산원 자격증 소지자를 훈련시켜 가족계획지도원으로 위촉하여 배치했다. 이로써 아직 완전한 상태에 도달하지는 않았지만, 정부 주도로 가족계획사업을 수행하기 위한 정부조직의 기본구도가 그려졌다.

한편, 대한가족계획협회는 1961년 창건 이래 가족계획활동을 활발하게 수행했다. 전국에 배치된 지도원은 물론 국가재건국민운동본부 요원과 각급 공무원을 대상으로 가족계획교육을 실시했다. 1962년 들어 가족계획사업을 추진하기 위하여 각급 가족계획요원이 증원됨에 따라 훈련 수요도 크게 늘어났다. 이에 따라 보건사회부는 사업 초창기 가족계획사업과 관련된 각급 요원에 대한 교육·훈련을 대한가족계획협회에서 전담하는 것으로 기본방침을 설정하였다.²⁴ 보건사회부는 요원 채용, 훈련, 대상자 차출, 예산 지원, 훈련 교과과정 승인 등

²⁴ 이처럼 요원 훈련업무를 민간단체인 대한가족계획협회에 위탁한 것은 일선 보건 분야 종사요원의 훈련을 전담하던 국립보건원의 당시 사정을 고려한 것이다. 가족계획과 같은 특수 분야의 교육·훈련은 전문성을 지닌 기관을 참여시켜 자율화하는 것이 더 효율적이라는 판단에서 결정되었다. 이 훈련 기능은 1970년에 설립된 국립가족계획연구소로 이관되었다(한국보건사회연구원(1991). 전제서).

교육·훈련 사업을 위한 행정적 지원을 수행하고, 대한가족계획협회는 구체적인 교육·훈련계획 수립에서부터 실제 집행까지 수행하였다. 이러한 방침에 따라 대한가족계획협회는 1962년에 의사 67명과 1963년에 추가로 의사 333명을 대상으로 정관수술과 관련된 보수훈련을 실시하였다.²⁵ 대한가족계획협회는 가족계획사업을 수행하는 과정에서 피임서비스 활동 못지 않게 중요한 업무인 홍보계몽활동은 물론, 가족계획사업의 초기단계에서 필수적인 각종 시범사업과 연구활동을 지원하는 업무도 수행하였다. 학계 등 민간자원을 발굴·동원하여 조직화하는 일은 아무래도 활동에 경직성이 있을 뿐만 아니라 정기적인 인사교류로 사업 활동에 안정성과 일관성이 결여될 수밖에 없는 정부기구보다는 민간단체에 맡겨두는 것이 더 효율적일 수 있기 때문이다. 이와 같이 한국에서 가족계획사업은 사업 초창기부터 정부기구인 보건사회부와 민간단체인 대한가족계획협회가 상호보완적인 분업구조를 형성하여 사업을 추진하였다.

외원단체: 재정·기술 지원

초창기 가족계획사업은 외원단체의 집중적인 지원 아래 실시되었다. 미국 국제개발처, 스웨덴 국제개발협력청(Swedish International Development cooperation Agency, SIDA), 미국인구협회, 국제가족계획연맹 등이 한국의 가족계획사업을 지속적으로 지원했던 대표적인 외원단체다. 가족계획사업이 국책사업으로 시행됨에 따라 종전에 이러한 형태의 국책사업을 한 번도 해본 적이 없던 우리나라는 외부의 기술 지원이 절실하였다. 1962년 8월 보건사회부는 미국인구협회에 우리나라 가족계획사업 전반에 대해 검토하여 문제를 확인하고 개선점을 논의하기 위한 조사단을 파견해 줄 것을 요청했다.²⁶ 당시 미국인구협회는 한국의 가족계획사업을 지원하기 위해 서울 소재 두 대학에 피임방법과 적응성 여부 및 효과에 대한 연구 활동을 지원하고 있었다. 한국 정부의 요청에 따라 미국인구협회 대표들은 같은 해 11월 초에 내한하여 1개월 남짓 체류하면서 가족계획사업 관계자와 토론하고 현장관찰을 실시하

²⁵ 이들은 1962년과 1963년에 거쳐 각각 3,413명과 19,559명의 정관수술 희망자를 시술하였다(보건사회부(1966). 『한국가족계획사업』. 동 기관).

²⁶ 대한가족계획협회(1975). 전제서.

는 등 가족계획사업의 실태를 조사하였다. 이를 기초로 1963년 2월에 미국인구협회 조사단은 한국가족계획사업의 시행과 관련한 건의안을 제출하였다.²⁷ 미국인구협회 조사단은 먼저 가족계획사업의 실천을 위한 주민들의 동기 조성이 무엇보다 중요하기 때문에 홍보활동 강화를 건의하였다. 이를 위해서는 공보처와 국가재건국민운동본부에 가족계획 전담 홍보 책임자를 지명해야 하며, 영향력 있는 기업이나 단체 및 대학에서 인구문제를 다루도록 건의하였다. 동시에 현장에서 일할 가족계획요원들을 양성하고 교육·훈련을 강화할 필요가 있다는 점을 강조하였다. 당시 새로이 개발된 자궁내장치(Intrauterine Devices, IUD) 시술의 적합성 여부를 확인하기 위한 소규모 시범연구 실시, 인공임신중절의 영향 평가, 정관수술 시술 확대, 먹는피임약 개발, 재래식 피임법의 지속 여부와 관련된 모니터링 강화 등도 건의하였다. 가족계획에 대한 지식(knowledge), 태도(attitude) 및 실천(practice) - 이른바 KAP - 조사의 정례적 실시도 건의하였다. 가족계획에 대한 국고 지원의 필요성을 역설했으며, 외국기관으로부터 더 많은 재정 지원을 받을 수 있도록 알선해 줄 수 있다는 사실도 함께 밝혔다.²⁸ 이들이 제시한 건의안은 당시 한국의 가족계획사업 추진을 위한 기반을 구축해 나아가는 과정에서 중요한 가이드라인이 되었다.

이후 미국인구협회는 서울에 지부를 설치하고 1명의 주재자문관을 상주시켜 한국의 가족계획사업을 적극적으로 지원했다. 이 시점부터 한국의 가족계획사업은 주로 미국인구협회와 국제가족계획연맹의 기술 및 재정 지원을 받으면서 더욱 활발하게 추진되었다. 보건사회부는 1963년 5월 14일부터 30일까지 전국 농어촌에서 일제히 가족계획계몽운동을 펼쳤으며, 1963년 6월 28일에는 대한가족계획협회의 주최로 제1차 전국가족계획대회를 개최하였다. 이러한 캠페인성 운동은 당시 한국사회에서 가족계획사업에 대한 인식을 새롭게 하는 계기가 되었다. 이에 힘입어 1963년 9월에 내각수반의 지시각서가 각 부처에 하달되었다. 이 지시각서는 가족계획사업의 주무부처로 보건사회부를 지정했으며, 관계 부처들은 가족계획사업의 추진

²⁷ 사절단은 M. C. Balfour, B. Brelson, J. Whitridge, H. Whitney 등으로 구성되었으며, 이들이 건의한 자세한 내용은 'Kim, T. I., John A. Ross and George C. Worth(1972). *The Korean National Family Planning Program*, New York: The Population Council' 및 '대한가족계획협회(1975)에서 확인할 수 있다'

²⁸ Kim, T. I. & J. A. Ross(1972). Korean Breakthrough. In Warren C. Robinson and John A. Ross., *The Global family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Washington D. C.: The World Bank.; 대한가족계획협회(1975). 전게서.

에 협조하도록 하였다. 그러나 1963년 제3공화국이 출범하면서 유명무실하게 끝난 것으로 추정된다.

참고2 내각수반 지시각서 제18호(1963.9.10.) 요약

경제기획원에서는 인구정책, 가족계획, 고용, 이민, 노동력 수출 및 인구통계에 관한 시책방안을 수립하고 자문할 ‘인구정책심의위원회’를 설치하여 운영한다. 문교부에서는 가족계획교육교재를 개발하고, 교육시설을 할애 학생들에 대한 가족계획교육을 실시하며, 법무부는 우생보호법 제정의 필요성을 검토하고, 국방부는 군인들에 대한 가족계획 교육과 기술을 위하여 군의관들을 활용할 계획을 수립하여 실행하며, 내무부는 지방행정 단위별 업적 평가에 가족계획사업을 포함시키고, 총무처에서는 공무원 훈련 교과과정에 가족계획을 삽입하며, 상공부는 산하 기업체들이 종업원들의 가족계획을 추진하기 위한 방안을 강구해야 하며, 공보부는 가족계획 종합 홍보활동을 펴도록 조치할 것이며, 재무부에서는 수입 피입약과 기재에 대한 면세조치를 취하고, 체신부에서는 기념우표를 발행하고, 주무부서인 보건사회부에서는 전담부서 신설과 사·도마다 가족계획 전담직원 배치를 추진토록 하였다.

— ‘양재모(1986). “우리나라 인구정책의 종합분석”. 『한국인구학회지』, 9(1)’ 및
‘한국보건사회연구원(1991). 『인구정책 30년』’ 발췌 —

내각수반의 지시각서에 따라 정부 각 부처는 가족계획사업에 대하여 세밀한 협조방안을 마련하여 추진하게 되었으며, 각 부처 산하 기업체도 직장단위로 가족계획운동을 전개하기에 이르렀다. 1963년에는 전국 183개 보건소에 1명의 가족계획지도원을 추가하여 2명씩 근무하도록 조치했으며, 민간정부 수립 후인 1964년에도 전국의 1,473개 읍·면 각각에 1명씩 가족계획계몽요원을 신규로 충원하여 배치했다. 1965년에는 도시지역 보건소에도 145명의 계몽요원을 추가 배치함으로써 전체 가족계획요원 수는 2,207명으로 증가했다. 단기간에 대규모 가족계획요원을 일선 사업장에 배치한 것은 우리나라 보건사업 역사상 전례를 찾아보기 어려운 획기적인 조치였다.²⁹ 이는 가족계획사업이 당시 다른 보건사업에 비해 정부의 우선사업으로 추진되었으며, 동시에 미국인구협회 조사단의 건의가 적절하게 작용했음을 시사한다.

²⁹ 한국보건사회연구원(1991). 전제서.

실제로 미국인구협회는 한국에서 인구 및 가족계획과 관련된 수많은 연구를 수행할 수 있도록 재정적인 지원을 아끼지 않았다. 1961년 12월부터 서울대학교 의대와 연세대학교 의대에서는 미국인구협회의 지원을 받아서 자궁내장치 기술과 관련한 임상연구를 실시하였다. 이 결과를 기초로 1963년에는 피임서비스의 효과를 높일 수 있는 방안을 모색하기 위한 방편으로 미국인구협회의 건의에 따라 리프즈 루프(Lippes' Loop)의 국내 임상시험을 확대·실시하는 방침을 설정하였다. 이를 위해 전국 24개 의과대학 부속병원 및 독립병원을 자궁내장치 기술사업에 참여할 기술연구기관으로 지정하여 기술연구를 시작하였으며, 1964년부터 이 피임법은 정부의 가족계획사업에서 공인 피임방법으로 채택되어 전국적으로 확대 보급되었다. 연세대학교 의과대학 예방의학교실에서는 1962년 9월부터 미국인구협회로부터 연구비를 지원받아 경기도 고양군 원당면 농촌 주민을 대상으로 가족계획시범연구를 수행하였다. 이 연구는 농촌형 가족계획사업 모형을 개발하기 위한 것으로서 우리나라 가족계획사업을 요원 중심 사업으로 발전시키는 데 기여하였다. 이 연구는 우리나라 사회과학 분야에서 경험과학적 연구방법이 소개된 이후 최초로 실시한 실험연구이다. 서울대학교 보건대학원이 1963년 9월부터 1969년 초까지 서울시 성동구 주민을 대상으로 실시한 도시형 가족계획 시범연구사업도 미국인구협회의 연구비 지원을 받아 이루어졌으며 주로 가족계획 계몽방법의 효과를 측정하는 데 중점을 두었다.

참고3 경기도 고양군의 농촌형가족계획 시범연구사업

1. 연구배경: 이 연구는 미국인구협회의 재정 및 기술 지원으로 연세대학교 의과대학 예방의학교실에서 1962년부터 1966년까지 4년에 걸쳐 실시했던 실험연구임.
2. 연구목적: 농촌지역에 가족계획에 대한 교육과 피임기구를 보급하여 출생률을 저하시킬 수 있다는 가능성을 검증하는 데 있음. 이 연구는 가족계획을 다음과 같이 2단계로 실시하였음.
 - (1) 제1단계(1962~1964): 가족계획사업의 탐색적 연구(pilot study)를 위하여 주로 콘돔과 발포성 정제 등 재래식 피임법의 수용성과 효과를 면단위로 실험하였음.
 - (2) 제2단계(1964~1966): 피임방법의 보급과 관련된 연장연구
 - ① 농촌지역에 새로운 피임법인 루프를 특수 기술방법으로 시행함.
 - ② 가족계획요원과 이장을 인구 동태사항 파악에 동원하여 그 효과를 비교함.
 - ③ 당시 정부와 연세연구반에서 사용하던 기록 보관 및 보고 체제를 좀 더 효과적으로 개선하

는 데 목적을 둔.

3. 기본적인 연구설계

- (1) 제1단계: 실험지역과 통제지역(비교대조지역) 사전·사후조사 전후비교법
재래식 피임법연구를 위한 실험지역: 경기도 고양군 원당면(대조지역은 경기도 김포군 김포면)
- (2) 제2단계: 단일집단 전후비교법
루프 시술연구사업의 실험지역: 원당면을 포함한 고양군 전체(6개 면: 원당, 지도, 중, 신도, 벽제, 송포)
- (3) 그 밖에 인구동태수집연구에서는 고양군 6개 면에서는 가족계획요원이, 서울 근교의 광주군 7개 면에서는 이장이, 그리고 김포군 4개 면에서는 이장과 가족계획요원이 협동하여 보고하도록 설정함.

4. 연구결과: 이 연구로 농촌지역에서도 가족계획에 관한 지식정도와 실천율을 높일 수 있다는 결론을 얻었으며, 이를 위해서는

- (1) 가족계획에 대한 정보 보급과 자궁내장치 시술사업을 효과적으로 수행하기 위해서는 피임기구의 보급과 교육사업을 수용률이 낮은 지역에서 중점적으로 시행할 필요가 있음.
- (2) 자궁내장치의 제거 후, 원하지 않은 임신을 해서 인공임신중절을 하게 되면 그 피해가 루프의 계속 사용으로 입는 피해보다 크다는 사실을 강조하는 특수교육사업을 병행하여야 함.
- (3) 부작용으로 루프를 제거했더라도 피임을 포기하지 않고 계속 다른 방법을 권장해야 함.
- (4) 가족계획에 대한 사회적 지지를 얻기 위해서는 지역사회에서 추진하는 공동사업에 활발히 참여할 수 있는 방안을 마련해야 함. 어머니회 같은 조직을 구상할 수 있음.
- (5) 모자보건과 가족계획의 통합방안을 고려해야 함.
- (6) 가족계획사업의 효과를 정확히 측정하기 위하여 가족계획사업과 병행하여 인구동태통계에 대한 수집체제와 등록체제를 함께 고려할 필요가 있음.

- 자세한 내용은 '보건사회부(1966), 『한국가족계획사업』' 참고 -

가족계획사업10개년계획: 목표량 제도의 기반

가족계획사업의 일선 사업조직이 확대됨에 따라, 이를 관장할 중앙 전담부서의 설치가 필요하였다. 이에 따라 보건사회부는 1963년 6월 1일에 보건사회부 내규 제3호에 의거 정부직제를 만들 때까지 가족계획사업을 담당하고 있던 보건국 내에 모자보건반을 발족해 사업을 전담하도록 하였다. 같은 해 12월 17일에 모자보건반은 모자보건과로 승격되어 가족계획과 모자보건 업무를 전담하는 부서로 거듭났다. 이로써 정부 차원의 가족계획사업 조직의 기본

골격이 완성되었다.

가족계획사업 중앙 전담부서가 확정됨에 따라 사업시행계획을 입안하는 일이 시급했으며, 이에 따라 보건사회부 모자보건반은 가족계획사업10개년계획을 수립하는 작업에 착수하였다. 가족계획사업10개년계획은 제1차 경제개발5개년계획에서 설정했던 인구성장의 억제 목표와는 달리 인구증가율을 1966년까지 2.9%에서 2.5%로 그리고 제2차 경제개발5개년계획이 종료되는 1971년까지 2.0%로 낮추도록 목표를 설정하였다. 이 안은 보건사회부와 경제기획원이 수차례 걸친 협의 끝에 가족계획사업10개년계획에서 달성해야 할 인구목표로 확정되었다. 이를 달성하기 위하여 1971년까지 20~44세 부인의 피임실천율을 45% 수준으로 높여야 한다는 목표를 설정하고, 이 중 31.5%는 정부사업으로 그리고 나머지 13.5%는 자비부담으로 피임을 실천하도록 계획을 수립하였다. 이를 기초로 추정하면 1962년부터 1971년까지 국고를 지원하여 자궁내장치 시술 100만 명, 정관수술 15만 명, 그밖에 콘돔을 포함한 재래식 피임법 실천자 월 평균 15만 명 등 가족계획실천자를 확보해야 한다는 것이 주요 내용이었다. 이러한 사업목표는 이후 연도마다 예산 확보의 기준이 되었다. 이 계획안이 확정되면서 1964년부터 가족계획사업비는 일반예산에서 분리하여 댐 건설비와 마찬가지로 투자예산에서 지출하기로 확정되었다.

참고4 가족계획사업 10개년계획(1962~1971) 개요

1. 배경

- 가. 1961년 제1차 경제개발5개년계획을 작성했을 때는 2.9%이던 인구자연증가율이 1966년에는 2.7%로 떨어질 것으로 예측하였음. 그 당시는 가족계획사업에 대한 장기 투자계획과 그 효과 측정이 구체화되어 있지 않았음.
- 나. 1962년에 제1차 경제개발5개년계획의 수정보완작업이 시작되었으며, 인구자연증가율 억제책을 과감하게 수행해야 할 것을 통감하였음. 그래서 경제계획 수립자들은 가족계획사업을 적극적으로 추진할 필요성을 인정하여, 1966년까지 인구증가율을 2.5%로 감축시키는 안과 2.0%로 감축시키는 안이 검토되었음.
- 다. 1963년 보건사회부는 구체적으로 검토한 다음 가족계획10개년계획을 작성하였음. 본 계획안은 인구자연증가율을 1966년까지 2.5% 내외로, 1971년에는 2.0% 이하로 감축하는 것을 목표로 하였음.
- 라. 보안을 근거로 하여 1964년 2월에 제1차 경제개발5개년계획의 수정보완조치를 완료하였을 때는 당초 1966년 인구자연증가율을 2.7%로 추정했던 것을 2.5%로 추정하는 안으로 변경하였음. 또한

이와 같은 제1차 경제개발5개년계획의 목표를 보다 의욕적으로 변경함과 동시에 1962년과 1963년의 가족계획사업비가 일반회계에서 지출된 것에 반하여 1964년도부터는 가족계획사업을 경제개발계획사업에 포함시켜 소요 예산을 경제개발 특별회계, 즉 투자예산에서 지출하기로 결정하였음.

나. 1965년 제2차 경제개발5개년계획 작성이 시작되었을 때, 목표 연도인 1971년 말까지 인구자연증가율을 2.0%로 감축시키는 안이 채택되었고, 1965년 8월에 이를 확정하였음.

2. 계획의 개요

가. 1971년 말까지 인구증가율을 2.0% 내외로 감축시키기 위하여 가족계획사업 목표를 다음과 같이 설정함.

- (1) 20~44세 부인이 있는 대상가구는 가족계획실천율을 45% 수준으로 높임(1961년 이전에는 5% 내외로 추정됨).
- (2) 대상가구의 약 32% 또는 가족계획 실시가구의 70%에 해당하는 130만 가구에 대하여 국고부담에 의한 서비스를 제공. 즉, 자궁내장치보유자 100만 명, 정관수술자 15만 명, 약제기구계속사용자 15만 명을 국고지원으로 확보
- (3) 대상가구의 약 13% 또는 가족계획실시가구의 30%에 해당하는 약 55만 가구는 자비부담으로 할 것으로 추정

나. 자궁내장치 시술, 정관수술 및 약제기구공급의 연도별 사업규모와 기대하는 효과

〈표 1〉 정부가족계획사업의 사업규모와 기대하는 효과

연도	자궁내장치 시술			정관수술			기구		합계		출생률 억제의 기대수치 (천분율)
	사업량		비율*	사업량		비율*	사업량	비율*	사업량	비율*	
	시술	연말잔류 누계		시술	연말잔류 누계						
1962				3	3		50		53		
1963				20	23	0.75	100	3.75	123	4.50	0.17
1964	100	80		27	50	5.75	150	7.50	280	13.25	0.48
1965	200	232	20	20	70	12.5	150	11.25	452	48.75	1.54
1966	350	409	58	20	90	17.5	150	11.25	729	86.75	2.98
1967	250	640	123	20	110	22.5	150	11.25	700	156.75	5.24
1968	300	816	160	20	130	27.5	150	11.25	1,096	198.75	6.47
1969	200	894	204	20	150	32.5	150	11.25	1,194	247.75	7.86
1970	200	965	224		150	37.5	150	11.25	1,265	272.75	8.43
1971	200	1,028	241		150	37.5	150	11.25	1,328	289.75	8.73
1972			257		150	37.5		11.25		305.75	8.97

*비율은 삽입된 사업량의 결과로 초래되는 출생억제수임.

다. 효과추정과 관련된 가정: 어느 사업에든 효과측정이 가장 중요하고 어려운 문제이지만 특히 가족 계획사업의 효과추정은 매우 어려움. 따라서 본 추계는 어디까지나 잠정적인 것이며, 각종 사후조사에 의거 수정·보완되어야 할 것을 기대하면서 행정적 필요에 의해 작성하였음.

(가정1) 자궁내장치 시술의 효과추정: 월간 삽입실적을 무시하고, 삽입 당년에 20%의 탈락률을 적용하고, 익년도부터 전년도말 잔류자의 10%씩 계속해서 탈락하는 것으로 간주

(가정2) 정관수술은 100% 피임효과가 있는 것으로 간주했으며, 계획기간 중 사망, 부인의 폐경 등은 무시

(가정3) 재래식 피임법(예컨대 콘돔, 젤리, 발포성정제 등)의 피임효과는 30% 정도로 간주

(가정4) 20~40세 가임여성의 연간 출산가능확률은 25% 정도가 될 것으로 추정

〈표 2〉 자궁내장치 시술사업량과 기대하는 효과

연도	이월수(A)	당년			이월분(C)	당년말실존자 (D=A+B-C)	출생억제수
		삽입	20% 감	실존자(B)			
1964		100	20	80		80	
1965	80	200	40	160	8	232	20
1966	232	350	70	280	23	489	58
1967	489	250	50	200	49	640	123
1968	640	600	60	240	64	816	160
1969	816	200	40	160	82	894	204
1970	894	200	40	160	89	965	224
1971	965	200	40	160	97	1,028	241
1972							257

라. 국고지원에 의한 가족계획실천율은 1962년 1.5%에서 1971년에 31.6%로 증가

〈표 3〉 정부가족계획에 대한 가임가구층의 가족계획실시 추계

연도	가구수	가임 가구	자궁내장치 시술		정관수술		기타		합계	
			실시(A)	비율(B)	실시	비율	실시	비율	실시	비율
1962	4,299	3,424			3	0.08	50	1.46	53	1.54
1963	4,393	3,500			23	0.65	100	2.86	123	3.51
1964	4,488	3,580	80	2.23	50	1.39	150	4.19	280	7.81
1965	4,588	3,664	232	6.33	70	1.91	150	4.10	452	12.34
1966	4,694	3,744	489	13.06	90	2.40	150	4.01	729	19.47
1967	4,804	3,827	640	16.72	110	2.87	150	3.92	900	23.51

연도	가구수	가임 가구	자궁내장치 시술		정관수술		기타		합계	
			실시(A)	비율(B)	실시	비율	실시	비율	실시	비율
1968	4,917	3,915	816	20.84	130	3.32	150	3.83	1,096	27.99
1969	5,033	4,004	894	22.32	150	3.75	150	3.75	1,194	29.82
1970	5,153	4,094	965	23.57	150	3.66	150	3.66	1,265	30.89
1971	5,298	4,201	1,028	24.47	150	3.57	150	3.57	1,328	31.61

비고: A는 1,000명, B는 가임가구에 대한 백분율

마. 10개년계획 수립에서 가장 중요한 문제는 출생률과 사망률의 추정이며, 한국인구 동태통계가 만족스럽지 못하여 더욱 그러했음. 그러나 다음과 같은 가정을 상정한 후, 10개년가족계획사업의 효과를 적용하여 1962년부터 1972년까지의 출생률, 사망률 및 인구의 자연증가율을 추정함.

- (1) 출생률은 가족계획계몽활동의 결과로 확보되는 자비부담의 가족계획실시자가 미치는 영향을 고려하여 1962년부터 매년 0.4‰(1,000명당 0.4명) 저하되는 것으로 추정하고, 1962년도를 40‰로 고정함(이는 경제기획원 인구추계 중 중위추계와 유사. 1950~1960년 일본의 출생률은 28.1‰에서 17.2‰로, 대만은 1953년 36.3‰에서 1963년까지 9‰ 떨어짐).
- (2) 사망률은 보건 의료 발전과 출생률 저하가 미치는 영향을 고려하여 1962년부터 매년 0.3‰정도 떨어지는 것으로 추정하고, 1962년도를 10.5‰로 고정함(이는 경제기획원 인구통계 중 저위추계 사망률과 유사하며, 일본의 사망률은 1950~1960년간 10.9‰에서 7.6‰로, 대만의 사망률은 1953~1963년간 9.9‰에서 6.4‰로 저하 경향).

〈표 4〉 인구자연증가율 추계

(단위: 천분율)

연도별	출생률			사망률	인구자연 증가율
	자연출생률(A)	정부계획에 의한 출생억제율(B)	출생률(A-B)		
1962	40.0		40.00	10.5	29.50
1963	39.6	0.17	39.44	10.2	29.23
1964	39.2	0.48	38.72	9.9	28.82
1965	38.8	1.54	37.26	9.6	27.76
1966	38.4	2.98	35.42	9.3	26.12
1967	38.0	5.24	32.76	9.0	23.76
1968	37.6	6.47	31.13	8.7	22.43
1969	37.2	7.86	29.34	8.4	20.94
1970	36.8	8.43	28.37	8.1	20.27
1971	36.4	8.93	27.47	7.8	19.87
1972	36.0	8.97	27.03	7.5	19.53

바. 정부는 제1차 5개년계획 기간에 11억 4,820만 원, 즉 미화로 530만 달러를 투자했으며, 제2차 5개년계획 기간에 39억 5,000만 원, 즉 1,463만 달러를 투자할 계획임.

〈표 5〉 가족계획사업비(10년간)

구분	1962		1963		1964		1965		1966		소계			
	원	%	원	%	원	%	원	%	원	%	원	%		
1.예산	42.7	100	77.1	100	216.5	100	259.4	100	552.4	100	1,148.1	100		
1) 국고	42.7	100	77.1	100	158.2	73.0	195.4	75.3	423.1	76.6	896.5	78.1		
2) 지방비	0		0		58.3	27.0	64.0	24.7	129.3	23.4	251.6	21.9		
2. 미화(\$)	328,357		593,337		1,377,539		960,741		2,045,926		5,305,900			
3. 국민1인당 사업비	1.2¢		2.2¢		4.9¢		3.4¢		7.0¢		3.7¢			
4. 총인구(천명)	26,278		27,184		28,181		28,647		29,412					
구분	1967		1968		1969		1970		1971		소계		합계	
	원	%	원	%	원	%	원	%	원	%	원	%	원	%
1. 예산	588	100	724	100	780	100	910	100	948	100	3,950	100	5,098.1	100
1) 국고	439	74.7	513	70.9	521	66.8	592	65.1	609	64.2	2,674	67.7	3,570.5	70.0
2) 지방비	149	25.3	211	29.1	259	33.2	318	34.9	339	35.8	1,276	32.3	1,527.6	30.0
2. 미화(\$)	2,177,777		2,681,481		2,888,888		3,370,370		3,511,111		14,629,629		19,935,529	
3. 국민1인당 사업비	7.3¢		8.8¢		9.3¢		10.6¢		10.8¢		9.4¢		6.5¢	
4. 총인구(천명)	29,784		30,469		31,139		31,793		32,429					

주: 1) 1964년 5월 이전 환율 1:130, 1964년 5월 이후 환율 1:270

2) 총인구: 1962~1965년은 연말상주인구 적용, 1966년은 경제기획원 발행 “인구추계” 중 연말현재 저위출생, 저위사망추계 적용, 1967~1971년은 제2차 경제개발 5개년 계획에서 제시한 추계 연앙인구 적용

- ‘Kim, T. I.(1966). 『Basic Steps in development of the Ten Year Family Planning Program in Korea』’
및 ‘보건사회부(1966). 『한국가족계획사업』’ 참고 -

평가제도 도입

보건사회부는 1965년에 미국인구협회로부터 재정 및 기술 지원을 받아 모자보건과 내에 가족계획조사평가반을 설치하여, 그동안 대한가족계획협회에서 담당해 오던 가족계획사업과 관련된 조사 및 평가 활동을 맡도록 하였다. 가족계획조사평가반은 모자보건과장 외에 15명

의 연구진으로 구성하였다. 초기단계에 조사평가반장은 모자보건과장이 겸임하였다. 가족계획평가반을 가족계획사업의 실무를 책임지는 모자보건과에 설치하고, 모자보건과장이 반장을 겸무함에 따라 평가활동의 객관성 유지가 어렵다는 우려가 제기되기도 하였다. 그러나 조사평가반을 사업조직 외부가 아닌 내부에 두어야 평가연구가 실제 프로그램과 무관한 연구로 전락할 우려를 극복할 수 있고, 평가 관련 자료의 접근이 용이하며, 조사연구를 수행하는 과정에서 도 단위 이하 지역인력의 협조를 받을 가능성이 높아지는 등 이점이 더 크다는 판단을 하였다.³⁰

조사평가반의 기본업무는 전국 보건소가 중심이 되어야 실시하는 가족계획사업의 추진상황을 모니터링하여 진행상황과 성과를 평가하는 것이다. 따라서 조사평가반은 매월 전국의 각 보건소로부터 보고되는 월보자료를 기초로 집계되는 사업통계자료와 자궁내장치 수용자 및 정관수술 시술자의 쿠폰자료를 분석하는 업무를 주로 관장하였다. 그밖에 1965년부터 전국가족계획실태조사(KAP Survey), 가족계획사업종사자실태조사, 자궁내장치 수용자 추구조사 등을 실시하여 가족계획사업이 대상자에게 미친 효과는 물론 사업종사자의 동향과 특정 피임법 수용자의 피임수용 실태를 분석하였다.

가족계획사업에 대한 평가활동이 시작되면서 대한가족계획협회는 관련 기관과 합동으로 1965년부터 매년 가족계획평가세미나를 개최하였다. 가족계획평가세미나는 사업평가 결과를 기초로 가족계획사업의 기획, 지도·감독, 사업추진상황, 사업성과, 문제점 및 대안을 논의하고, 사업현장에서 일어나는 애로사항을 청취하는 중요한 기회가 되었다.

가족계획 이동시술반 시범 운영

1962년 가족계획사업은 처음부터 전국을 사업대상으로 설정하였다. 정부 보건조직망을 활용해 가족계획 계몽활동을 수행하고 피임서비스를 제공하면서 필요한 경우 민간보건의료시설을 활용하였다. 그러나 1964년부터 자궁내장치를 주요 피임법으로 보급하면서 가족계획사업조직의 취약점이 노출되었다. 당시 자궁내장치와 남성불임수술 방법인 정관수술에 관한 교육을 이수한 의사는 대부분 대도시 지역에서 피임시술을 하고 있었던 반면, 600여 개의

³⁰ Kim et al.(1972). 전게서.

읍·면에는 의사가 한 명도 없었다. 이들 지역의 주민은 피임시술을 원해도 가족계획사업의 혜택을 받기가 사실상 매우 어려웠다. 이러한 상황에서 대한가족계획협회는 1964년 9월에 국제가족계획연맹으로부터 시술장비, 방송시설 및 영사시설을 갖춘 병원 차량 1대를 기증받고, 아시아재단으로부터 운영자금을 지원받아 경기도 지역에서 시범사업을 시작하였다. 이러한 이동시술반은 의사 1인, 간호사 1인, 사회사업가 1인 및 운전기사 1인이 한 팀이 되어 활동했다. 이들은 벽지와 의료시설이 없는 지역의 주민에게 피임서비스를 제공하고, 현지에 상주하는 시술의사에게 기술 및 행정을 지도하고 피임수용자에 대한 사후관리와 관련된 서비스를 제공하였다. 또한 원거리 지역주민을 위하여 현지 의사의 피임시술과 관련된 차량을 지원하고 가족계획 관련 홍보계몽활동 등을 수행했다. 1966년부터 시범사업의 결과를 기초로 이동시술반은 가족계획사업을 구성하는 중요한 프로그램 중 하나가 되었다.

한편, 연세대학교 의과대학 예방의학교실에서는 미국인구협회의 지원을 받아 1964년부터 고양군에서 지프차를 제공받은 간호사가 이동시술반을 구성하여 자궁내장치 시술 시범사업을 수행했다. 시범사업 결과는 1965년 8월 제네바에서 열린 인구대회(포드와 록펠러 재단 공동주최)에 보고되었고, 이를 기초로 대한가족계획협회는 4개 의원기관(국제가족계획연맹, 스웨덴 국제개발협력청, 미국 국제개발처, 미국인구협회)에 이동시술반 운영을 위한 지원을 요청하여 1968년에 총 200대의 지프차를 지원받았다. 보건사회부는 지원받은 지프차를 전국의 각 시·군 보건소에 한 대씩 배정하여 이동시술과 계몽교육활동에 사용하도록 조치하였다.

인구 및 가족계획에 관한 연구 활성화

1950년대 후반부터 1960년대 초까지 지속되었던 베이비붐 현상으로 1955~1960년간 높은 연평균 인구성장률(2.9%)과 인구성장 억제를 위한 가족계획사업의 실시 등을 계기로 인구 연구에 대한 관심도 크게 높아졌다. 이와 관련해서, 1964년 4월에 당시 여당인 공화당 박규상 의원을 비롯한 14명 국회의원은 우리나라의 인구성장에 대처할 제반 시책을 체계적·종합적으로 연구할 국립인구문제연구소 설치에 대한 건의안을 마련하여 국회 재정경제위원회 심의를 거쳐 같은 해 7월 16일 제44차 본회의에서 대정부 건의안으로 의결하였다. 이에 따라 경제기획원은 인구정책심의위원회에서 보건사회부, 내무부, 문교부 등과 인구연구소 설치 방안을

협약하였다. 당시 보건사회부 공무원들은 일본 후생성 산하 국립인구문제연구소와 같은 기관을 보건사회부 산하에 설치하는 것이 타당하다는 의견을 제시하기도 했다. 그러나 인구정책심의위원회에서는 국립기관 설립 시 공무원 정원을 늘려야 하며, 어느 부처 산하에 둘 것 인지를 가늠하기도 어렵다는 점을 들어 경제기획원 산하 사단법인으로 설립하기로 결론을 내렸다. 그 산물로 사단법인 인구문제연구소(초대 이사장 서울대학교 육지수 교수, 초대 연구소장 한양대학교 변시민 교수, 연구원 30여 명)가 1965년에 출범하였다. 그러나 2년 만에 국고보조가 중단되어 극심한 운영난에 빠졌고 많은 연구원들이 각기 다른 직장을 찾아 떠나고 말았다. 지금까지 인구문제연구소는 유명무실한 연구소로 전락하여 명맥만을 유지하고 있다.

국립인구문제연구소 설립의 필요성이 논의되면서 서울대학교 문리대 지리학과 육지수 교수를 비롯한 학계 인사들은 인구학회 창립을 검토하기 시작했다. 인구학회 창립에 대한 논의는 1957년부터 서울대학교 사회학과에서 이해영 교수가 인구문제에 관한 강의를 개설한 것을 효시로 여러 대학에서 인구 관련 교과목을 강의하면서 쌓인 학계의 소망이었다. 이에 따라 1965년 1월 20일에 인구이론 및 인구정책에 관한 연구와 그 지식의 보급을 목적으로 한국인구학회가 창립(초대회장 육지수 교수)되었다. 그러나 인구문제연구소가 운영난으로 유명무실하게 됨에 따라, 당시 한국인구학회도 그 여파로 부실하게 운영되다가 사라졌다. 이후 오늘의 사단법인 한국인구학회(초대 회장 윤종주 교수)가 1976년에 새롭게 창립되어 인구에 관한 연구를 활발하게 수행하고 있다.

한편, 1960년대에 들어서면서 각 대학에서는 인구와 가족계획에 관한 연구를 활발하게 진행하였다. 연세대학교 의과대학 예방의학교실에서 1961년부터 미국인구협회의 지원을 받아 농촌지역 가족계획시범사업 연구를 실시했으며, 서울대학교 의과대학에서는 1963년에 인구의학연구소를 설치하여 성동구를 대상으로 도시지역 가족계획시범사업 연구를 시작했다. 가족계획사업과 관련된 시범연구는 우리나라 가족계획사업의 발전에 직접 기여하였다. 이와 달리 1965년에 서울대학교 문리과대학 부설로 설치된 인구연구소(현재 '서울대학교 사회발전연구소'의 전신)는 가족계획에 관한 연구를 넘어서서 인구 전반에 걸친 기초연구에 주력하였다. 1960년대 초반에 대학과 대학부설연구소가 설치되어 활발하게 연구를 추진하게 된 것은 미국인구협회의 재정 지원이 크게 기여하였다.

가족계획사업 조직체계의 완비(1967~1971)

사업추진전략 재구성

1962년 가족계획사업이 시작되었으나 제대로 준비된 것이 없었다. 피임 약제나 기구는 전혀 생산이 되지 않았을 뿐만 아니라 수입조차 허가되지 않았다. 사업 추진을 위한 조직체계조차 제대로 갖추어지지 않은 상태였다. 당시 우리나라는 국가 차원에서 가족계획사업을 시행한 세 번째 국가로서 다른 개발도상국의 경험을 이용할 수도 없었다. 이 상황에서 가족계획사업은 이미 오래전에 인구변천을 경험한 선진국의 사업형태를 모형으로 채택할 수밖에 없었다. 이에 따라 우리나라 가족계획사업은 전국 183개 보건소에 설치된 가족계획상담소(가족계획전담요원 1명 배치)를 중심으로 내방자에게 가족계획을 상담해 주거나 발포성정제나 젤리 등과 같은 피임 약제를 보급해 주고 정관수술을 알선하는 것이 대부분이었다.³¹ 다만, 선진국과 달리 우리나라에서는 가족계획에 대한 홍보활동이 추진되었다. 이 시기의 홍보활동은 계몽강연회, 신문, 라디오, 선전책자 등을 이용해 일방적으로 가족계획의 필요성을 역설하고 수태조절법에 대한 지식을 제공하는 일에 국한되었다. 적어도 자궁내장치 피임법이 본격적으로 보급되기 이전인 1964년 이전까지 우리나라 가족계획사업은 로저스(E. M. Rogers)가 말하는 이른바 ‘진료소 중심 사업(Clinical Era)’의 범위를 벗어나지 못하였다.³² 이때까지도 홍보 활동과 피임서비스 제공을 위한 군 단위 이하의 하부조직이 없었다. 따라서 가족계획사업은 이미 출산조절의 동기가 형성되어 가족계획상담소를 찾아오는 사람들을 상대로 수동적으로 이루어질 수밖에 없었다. 이 상황에서는 가족계획사업의 시행으로 국가의 인구조절목표를 달성하는 데는 한계가 있었다.

우리나라 가족계획사업은 1964년 자궁내장치 피임법이 정부 보급 피임법으로 추가된 시기를 기점으로 비로소 인구정책의 주요 수단으로 역할을 수행할 수 있게 되었다. 읍·면에 가족계획계몽요원을 배치하여, 이들이 가가호호를 방문하여 대상자에게 가족계획 실천을 적극적

³¹ 한대우(1977). 『행정관리의 과학적접근: 가족계획사업행정의 이론과 사례』. 가족계획연구원.

³² Rogers, E. M. (1973). *Communication Strategies for Family Planning*. Free Press: N. Y.

으로 권유하거나 피임법을 공급하도록 하였다. 이 시기부터 우리나라 가족계획사업은 ‘진료소 중심 사업(Clinical Era)’에서 ‘요원 중심 사업(Field Era)’으로 전환하였다.

국민의 태도 변화를 유도하기 위한 가족계획요원제도는 정관수술 전문인력의 부족을 보전하기 위한 민간의료인 지정시술제도, 이동시술반 등과 더불어 가족계획사업 조직의 골격을 형성하였다. 이러한 사업조직은 피임서비스 공급체계의 강화를 의미할 뿐만 아니라, 우리나라 가족계획사업의 다른 한 축을 형성하고 있었던 홍보·계몽활동의 전기가 될 수 있었다는 점에서 중요한 의미가 있었다. 그동안 홍보·계몽활동은 잠재적인 가족계획사업 대상자가 되는 불특정 목표인구집단에 대하여 전단 살포, 계몽 강연, 대중매체(신문·잡지 등) 활용 등 ‘공중살포식’의 일방적이고 무차별적인 공보·선전이 전부라 해도 과언이 아니었다. 그러나 읍·면 단위로 가족계획계몽원을 투입하여 피임대상자의 개인적 특성에 따라 가족계획 실천을 설득하고, 적절한 피임서비스를 제공할 수 있었다는 점에서 우리나라 가족계획사업도 사업현장에서 대상자에 대한 적극적인 설득을 기반으로 하는 홍보교육(IE&C) 활동을 전개하는 ‘지상전’ 시대로 접어들게 되었다. 이후 자궁내장치 시술은 정관수술과 함께 제1차 경제개발5개년 계획 기간(1962~1966) 중 가족계획사업에서 제공하는 피임서비스의 축이 되었다.³³ 이 기간에 정관수술은 8만 2,332건, 자궁내장치 등록은 62만 9,530명으로 각각 목표량 대비 91.8%와 98.6%의 실적을 올렸다.

참고5 지역보건사업과 간호보조원제도

가족계획사업을 보건사업의 일환으로 추진한다는 것은 위정자의 철학적, 정치적 이념에 입각한 것이었지만 보건사업 자체의 기반이 허약하였기 때문에 실제로는 가족계획사업을 통해서 지역보건사업의 뿌리가 내려지고 가족계획사업의 일환으로 보건사업을 추진하였다고 역설할 수도 있는 것이다. 시·군·구 보건소에 간호원 면허소지자인 가족계획지도원을 배치하고, 읍·면 단위에 무면허자도 포함된 가족계획계몽원을 배치하여 가족계획사업비에서 그들의 인건비를 보조한 것이다. 특히 1,473개 읍·면에 가족계획계몽원이란 이름으로 보건요원을 배치한 1965년은 우리나라 보건사상 특기되어야 할 때라고 생각한다. 그 후 읍·면 단위에 모자보건요원과 결핵요원이 추가로 배치되었고, 훗날 통합보건요원으로

³³ 1962년 가족계획사업이 처음 시작될 당시 피임서비스 보급사업은 효율이 낮은 재래식 피임법(콘돔과 질정제)과 남성 불임시술에 전적으로 의존했다. 그러나 1963년 자궁내장치 시술이 정부 가족계획사업의 공인된 피임방법으로 채택되었고, 1964년부터 자궁내장치 시술사업이 전국적으로 확대·보급되었다.

발전하게 된 첫 계기가 마련된 것이 1965년이기 때문이다. 한 해 앞서 1964년에는 전국 5만여 리·동에 가임여성으로 모자보건학습반을 구성하여 매월 모임 때마다 100원씩을 보조한 것은 지역사회보건문제를 위하여 지역주민의 참여를 조장하게 된 일대 전기가 되었다. 물론 이보다 한 해 앞서 재건국민운동본부가 자연부락 단위로 부녀교실을 조직하여 가족계획좌담회를 갖게 한 것이 모자보건학습반을 구성할 수 있는 기반이 되었다. 그 후 모자보건학습반은 가족계획어머니회로 발전하였고, 나아가서는 마을 발전사업의 모체로까지 육성되었으니, 가족계획사업이 지역보건사업 발전에 절대적으로 기여했다 해도 과언이 아니다.

지금도 그러하지만 1960년대는 더욱이 간호원 또는 조산원 면허소지자를 농촌지역보건요원으로 임용하기는 무척 어려웠다. 이들에 대한 대우가 좋지 않았던 데다 도시병원에 일자리가 많이 있었기 때문이다. 보건사업의 발전을 위해서는 훈련된 보건요원을 일선에 배치하는 것이 선결이라 생각하신 정희섭 장관께서 차선책으로 간호보조원제도를 도입하기로 결심하신 것이 1967년이었고, 그것은 지극히 현명한 조치였다. 세계보건기구(WHO)에서도 중학졸업자에게 18개월의 훈련과정을 적용하는 것을 정상적인 것으로 권고했지만, 정 장관께서는 우선 9개월이라도 시작하기로 정하고, 보건요원 충원이 일정수준에 도달한 후에 훈련기간 연장문제를 재고하기로 복안을 잡으셨던 것 같다. (중략)

1967년 간호보조원 제도의 도입 당시 미국인구협회의 자금 지원을 받아서 9개월 과정 수료자가 나오기 전에 일선에서 땀 흘려온 가족계획계몽원에게 간호보조원 자격을 부여하기 위한 특별훈련과정을 마련했던 나로서는 오늘날까지도 간호보조원 제도의 발전방향에 대하여 남다른 관심을 갖고 있는 것이 당연하다고 스스로 생각하고 있다.

- 김택일(1988). “한 인구학도의 회고”. 『한국인구학회지』, 11(1)에서 발췌 -

먹는피임약 임상연구

1965년부터 가족계획사업에 조사평가가 도입되면서 자궁내장치 피임법의 효과가 확인되었다. 이에 고무되어 1966년을 ‘가족계획 성과 거양의 해’로 정하고 자궁내장치 시술 목표를 배로 늘려서 보급하기 시작했다.³⁴ 그러나 부작용으로 자궁내장치 삽입에 따른 합병증을 호소하거나 중도에 제거해 버리는 사례 등이 증가하였다.³⁵ 이에 따라 자궁내장치 시술의 부작용

³⁴ 실제로 임상연구를 거쳐 IUD 시술사업을 본격적으로 시작했던 1964년에 105,640건으로 정했던 목표량을 1965년에 228,333건, 1966년에 400,000건으로 대폭 늘려서 정관수술과 함께 대량보급을 시도하였다(대한가족계획협회(1983). 전제서).

³⁵ 1967년에 실시된 루프 시술자에 대한 추구조사 결과에 따르면, 1963~1966년간 IUD 최초 삽입자 중 부작용 호

용을 보완하기 위하여 먹는피임약을 보급하기 시작하였다.

정부는 가족계획사업으로 먹는피임약을 보급하기 전에 미국인구협회의 지원을 받아 서울 대학교 보건대학원, 연세대학교 의대, 경북대학교 의대 등에 먹는피임약에 대한 임상연구를 의뢰하였다. 먹는피임약에 대한 임상연구를 지원하였던 미국인구협회는 1967년 7월에 인구 학자 로스(J. A. Ross)를 한국에 파견하여 먹는피임약 보급에 대해 평가하도록 하였다. 동시 에 대한가족계획협회 의사분과위원회는 아나볼라, 린디올, 오소노분, 오브라, 오브렌 등 각 종 외국산 먹는피임약의 효능을 검토하여 정부에 수입을 권유하는 등 사전준비 작업을 추진 하였다. 이에 따라 보건사회부는 1968년부터 피임시술사업과 병행하여 먹는피임약을 보급하 기로 결정했다. 첫해인 1968년도 먹는피임약 목표량을 17만 1,000 사이클³⁶로 확정했으며, 같은 해 6월에는 스웨덴 국제개발협력청의 지원으로 130만 사이클을 확보하여 보급하였다. 그러나 1968년도 실적은 사전 계몽활동의 부진으로 목표량의 15.3%를 보급하는 데 그쳤다.³⁷

지역사업조직 확대

1961년에 창설된 대한가족계획협회는 6년이 지난 1967년까지만 해도 시·도 지부까지만 조 직을 갖추었을 뿐 하부조직을 완비하지 못했다. 1967년 5월에 재건국민운동본부장을 역임했 던 류달영 박사가 제5대 회장에 취임하여 시·도 지부의 지방조직 강화의 필요성을 강조하면 서 일선 시·군 단위의 조직을 구축하기 시작하였다. 그 일환으로 1968년 5월 1일 자로 일선 시·군에 간사를 배치하여 지역주민의 자발적인 참여를 유도하여 지역특성에 알맞은 가족계획 사업조직을 육성하도록 임무를 부여했다. 시·군 단위 간사 배치는 읍·면 단위 가족계획계몽 요원 배치와 더불어 한국 가족계획사업의 발전에 중요한 전환점이 되었다.

사업 초창기부터 피임서비스 보급과 관련된 활동은 정부 보건조직망을 통해서, 그리고 홍 보계몽활동은 민간단체를 통해서 추진해 왔다. 그러나 대한가족계획협회는 시·도 조직만 두 고 있어 가족계획을 보급하기 위한 홍보계몽전략을 구상하는 데 한계가 있었다. 이에 따라

소자는 42%이며, 제거나 자연배출 경험자는 54%에 이르고 있음을 보고하였다(김태룡(1967). 『전국 자궁내장치 피임 보고』, 보건사회부).

³⁶ 보급단위로서 1사이클은 한 여성이 평균 한 달 동안 복용할 수 있는 먹는피임약의 총량을 말한다.

³⁷ 대한가족계획협회(1983). 전계서.

계몽강연, 방송, 각종 인쇄매체 등을 활용한 일방적인 선전활동에 치중하고 피임대상자들과의 직접 접촉을 통한 대인 커뮤니케이션 전략의 구상은 엄두도 내지 못하였다.

당시 제정된 군 대한가족계획협회의 장정(규정)에 의하면 군 간사들이 시·도 지부의 분회 격인 군 협회조직의 임무를 맡기로 되어 있었다. 그러나 실제로는 가족계획어머니회를 조직하는 것이 그들의 주 임무였고,³⁸ 이들에 의해 리·동 단위별로 가족계획어머니회가 조직되었다. 가족계획어머니회는 1964년부터 보급하기 시작했던 자궁내장치 수용자의 부작용과 그로 인해 발생하는 높은 중단율을 보완하기 위하여 먹는피임약을 이·동 단위에서 보급하기 시작했다. 그러나 어머니회 조직은 단순히 피임 약제나 기구를 보급하는 일보다는 가족계획사업 대상자의 태도 변화를 유도하기 위한 계몽전략으로서의 의의가 더 컸다. 그동안 가족계획 홍보·계몽활동은 주로 신문이나 잡지 및 방송매체와 같은 대중매체를 이용한 일방적인 선전활동으로 피임대상자의 태도 변화를 유도했다. 이와 같은 가족계획 홍보계몽전략에 더하여 가족계획어머니회는 대상자 개개인을 상대로 설득 전략을 실행할 수 있게 되었다. 이에 따라 가족계획사업 홍보·계몽(IE&C)활동의 주체로서 대한가족계획협회도 비로소 사업현장인 이·동 단위로까지 사업조직을 확장할 수 있었다.

시·군에 대한가족계획협회 군 간사가 배치되고, 농촌 자연부락에 가족계획어머니회가 조직되면서 피임서비스 보급을 담당하는 행정조직과 홍보·계몽활동을 담당하는 민간조직인 대한가족계획협회가 사업 일선에서 서로 협력하여 가족계획사업을 추진할 수 있게 되었다. 이와 같은 조직구도는 인구가 농촌지역에 편중되었던 1960년대에 적합하도록 설계된 것이었다. 특히, 가족계획요원 중심의 사업모형은 1962년부터 1966년까지 연세대학교 의과대학 예방의학교실을 통해 추진된 농촌 가족계획 시범사업 연구의 결과를 반영한 것이었다.

참고6 가족계획어머니회

우리나라 가족계획사업에서 내세울 수 있는 가장 특징적인 가족계획 홍보·계몽 전략의 하나는 가족계획어머니회를 활용한 설득 전략을 들 수 있다. 가족계획어머니회조직의 기원에 대하여 양재모 교수는 연세대학교 의과대학 예방의학교실에서 경기도 고양군에서 실시된 농촌가족계획 시범연구사업에서 비롯했다는 점을 강조한다. 이 시범연구 결과를 보면, 연구지역에서 어머니회를 조직하여 운영했던

³⁸ 대한가족계획협회(1983). 전거서.

28개 부락에서 IUD 제거율과 먹는피임약 수락률이 어머니회가 조직되지 않은 30개 부락보다 훨씬 양호했다는 사실에 입각하여 대한가족계획협회가 가족계획어머니회를 전국적으로 조직하여 운영하기 시작했다고 한다. 실제로 가족계획어머니회의 조직은 재건국민운동의 본부장을 지내다가 당시 대한가족계획협회 회장을 맡으셨던 류달영 교수의 주도 하에 조직되었다. 조직의 동기는 IUD의 높은 탈락률을 보전하기 위하여 도입된 먹는피임약을 보급하기 시작했으나 부작용에 대한 나쁜 소문 때문에 먹는 피임약 보급이 여의치 않았다. 이를 극복하기 위한 수단으로 가족계획어머니회를 조직하게 되었던 것이다. 당시 가족계획어머니회는 농촌 자연부락에서 15명 내외의 가족계획을 찬동하는 유배우 가입주부들의 자발적인 참여로 조직되었다.

지역사회에 거주하는 부녀 여론 지도자를 흡수하여 조직한 단체로서, 살고 있는 마을에서 가족계획에 대한 사회적 풍토 조성에 기여하도록 하고, 소집단 역학관계를 이용하여 먹는피임약의 계속 사용을 독려하고, 나아가서는 가족계획 전반에 걸친 계몽교육의 거점으로 활용하기 위하여 조직되었다. 이렇게 조직된 마을어머니회는 회장선거와 사업의 선택 등 모든 결정을 투표를 통해 회원들이 스스로 결정하도록 했다. 이렇게 조직된 어머니회 회장단이 모여 선출하는 읍·면 또는 시·군 어머니회 연합회장 선거도 마찬가지로 실시하여 상향식으로 전국적 조직체로 육성되었다. 1968년에 전국 139개 군 지역에 대한가족계획협회 군 간사들이 배치되면서 이들이 중심이 되어 서울과 부산을 제외한 9개도에서 같은 해 5월 15일부터 어머니회가 조직되기 시작했다. 그 후 2개월 반이 지난 1968년 7월 31일까지 1,467개 읍·면 어머니회와 9개 도 내 16,868개 법정 이·동에 어머니회가 조직될 수 있었다. 이처럼 단기간에 어머니회의 조직을 완료할 수 있었던 것은 지난날 재건국민운동본부 산하의 부녀부에 참여했던 신망이 두텁고 활동력이 좋은 주부들을 발굴하여 이 일을 맡겼기 때문에 가능했다고 한다.

대한가족계획협회 군 간사의 주도로 조직된 어머니회는 외원의 지원을 받은 대한가족계획협회가 현지 보건소 지도원 또는 읍·면 가족계획계몽원을 통해 월례집회의 비용 등 운영경비를 정기적으로 지급하는 한편, 전국어머니회 대표를 대상으로 하는 1주 내지 10일간씩 강습회를 개최하여 이들의 역량을 길러주기도 했다. 이렇게 조직된 가족계획어머니회는 ① 가족계획 실천에 앞장서고 있는 부인들의 결속과 친목을 통한 상호격려와 정보의 교환, ② 가족계획을 꺼리고 있는 주부에 대한 지도 계몽과 권유, ③ 지역 내 집단 계몽알선의 매개적 역할, ④ 읍·면 계몽원과의 접촉을 통해 먹는피임약 수급 등 가족계획사업의 실천 등의 활동을 주로 수행했다. 이러한 활동에서 점차 육아 및 영양 지도, 일용잡화의 공동 구입과 판매, 마을금고 설치·운영 등 생활개선운동의 영역까지도 활동영역을 확대하여 활동한 어머니회도 많아졌다. 가족계획어머니회는 1977년 8월 국무총리훈령에 의해 새마을 부녀회의 한 부로 통합되었다. 양재모 회장에 의하면, 가족계획어머니회는 새마을 부녀회로 통합됨으로써 가족계획사업에는 장점도 있지만 단점도 많이 나타나게 되었다.

- ‘양재모(1986). “우리나라 인구정책의 종합분석”. 『한국인구학회지』, 9(1)’ 및 ‘한국보건사회연구원(1991). 『인구정책 30년』’ 발췌 -

성과급제도 도입: 권장비 및 보상금 지급

가족계획요원 및 지정시술의제도의 운영과 관련하여 가족계획사업에서 활용된 사업전략은 권장비지급제도와 피임시술에 대한 보상금지급제도였다. 가족계획사업에서는 일반적으로 공공사업 추진과정에서 나타나는 경직성을 사전에 보완하기 위하여 가족계획요원과 피임시술 민간지정의 등 기간사업인력을 활용하는 과정에서 부분적으로 성과급제도를 채택했다. 1960년대 핵심 피임방법으로서 자궁내장치 시술자들이 초기단계에서 적응 여부는 물론 자연배출 여부를 확인하고 부작용을 조기에 발견하여 경미한 증상은 진료를 받을 수 있도록 시술비와 별도로 사후관찰료(전체 삽입 건수의 75%)를 지정 시술의료기관에 지급했다. 정관수술자는 사후관리를 소홀히 하면 부작용의 우려가 있다는 점을 감안하여 회복기간 중 근로보상금(1건당 800원)을 수술 지정 의사에게 지급하여 지정 의사의 성의 있는 대처와 수술사업의 기술 향상을 도모하였다. 자궁내장치 시술사업과 정관수술사업을 효과적으로 수행하기 위한 방편의 하나로 사업 일선에서 대상자에게 시술 및 수술을 받도록 직접 권장하는 시·군·구 보건소 지도원과 읍·면 가족계획계몽원에게도 가족계획사업을 위한 다목적 활동비 명목으로 권장비를 지급했다.³⁹⁾ 이처럼 1960년대부터 극히 초보적이고 부분적이기는 하지만 가족계획사업에서 성과급제도를 도입하였다.

사업관리 기능 강화

권장비를 근간으로 하는 성과급 지급은 우리나라보다 먼저 가족계획사업을 국가사업으로 실시했던 인도와 파키스탄의 사례에서 보는 것처럼 허위·과장 보고를 양산할 수 있는 가능성을 배제할 수 없다. 이 문제는 사업 추진과정에서 지도·감독을 제대로 수행하기만 하면 쉽게 통제할 수 있다. 그러나 사업조직을 운영하는 과정에서 지도·감독의 통제기능은 사업 수행과정에 대한 적절한 평가활동이 뒷받침되어야 비로소 가능하게 된다. 우리나라는 미국인구협회의 조언과 지원을 받아 1965년부터 보건사회부 모자보건과 내에 가족계획평가반을 설치하여 운영해 왔다. 가족계획평가반이 설치됨에 따라 가족계획사업은 외형상으로는 미국 노스

³⁹⁾ 보건사회부(1966), 『한국가족계획사업』, 동 기관.

캐롤라이나대학 프레이먼(M. W. Freyman) 교수가 말하는 이른바 ‘효율적인 가족계획사업 수행을 위한 사업조직체계’의 기능적인 부분을 모두 갖출 수 있었다.⁴⁰

그러나 1960년대 후반 들어 가족계획사업이 크게 확대됨에 따라 보건사회부 모자보건과 내 가족계획평가반 중심의 사업평가활동은 한계를 노정하였다. 우선 사업통계를 집계하고 분석하는 데 필요한 인력이 턱없이 부족했다. 가족계획평가반에서는 자궁내장치와 정관수술 시술의사에게 보조금 지급을 위해 발급되는 출금전표(시술쿠폰)와 일선 행정조직에서 보고되는 월말사업보고서를 기초로 사업성과와 수용자 실태를 분석하였다. 이 과정에서 허위 및 과장 보고는 철저히 거를 수 있었다. 이와 함께 가족계획평가반에서는 매년 규칙적으로 전국 규모의 가족계획실태조사(KAP Survey), 자궁내장치 시술과 정관수술 수용자에 대한 추구조사(Follow-Up Survey) 등을 통해 또 다른 차원에서 사업 성과를 분석하고 평가했다. 1967년부터 매년 두 차례 개최되는 평가대회를 통해 사업활동 관련 문제점과 개선방안을 검토하였으며, 이와 동시에 현장의 애로점을 청취하여 사업에 반영하였다. 그러나 피임방법과 홍보·계몽활동방법이 다원화됨에 따라 평가인력의 전문성과 조사·평가활동과 관련한 열악한 환경 등이 문제로 부각되었다.

이 상황에서 1968년 7월에 한국 정부는 스웨덴 정부와 가족계획분야에서 기술협력에 관한 기본협정을 체결하였다. 이어서 1969년 4월에는 기본협정을 토대로 한국 보건사회부와 스웨덴 국제개발협력청 간에 국립가족계획연구소(National Family Planning Center) 설립에 관한 협약이 체결되었다. 이러한 과정을 거쳐 1970년 7월 1일에 국립가족계획연구소가 설립되었다. 국립가족계획연구소는 가족계획사업요원 등에 대한 기초 및 보수 훈련을 담당하고, 가족계획사업 자체와 가족계획사업이 인구성장에 미치는 영향을 분석하기 위한 조사·평가활동을 수행하며, 외국의 가족계획사업에 대한 견학과 실습훈련을 주 업무로 설정하였다.

⁴⁰ 프레이먼 교수는 그의 논문 ‘Organizational Structure in Family Planning Program’에서 가족계획사업을 효율적으로 수행할 수 있는 사업체계를 기능적인 측면에서 분석하여, 가족계획사업은 (1) 사업수단기능으로 피임서비스, 정보 제공 및 사회 지원 기능을 갖추어야 하며, (2) 통제조정기능으로 지도력, 지도·감독 및 평가기능이 갖추어야 하고, (3) 지원기능으로 연구, 훈련 및 재정 지원이 기능적으로 상호 연계체계 속에서 제대로 작동해야 한다고 주장하였다(Freyman, Maye W. (1966). Organizational Strucutre in Family Planning Programs. In Berlelson, Nernard, Anderson., Richmond K. M.D., Harkavy, Oscar., Maier, John M.D., Mauldin, W. Parker, and Segal, Sheldon J. (1966). *Family Planning and Population Programs*. Chicago: University of Chicago Press).

국립가족계획연구소 설립은 가족계획사업의 중요한 전환점이 되었다. 사업 초기부터 가족 계획사업은 정부와 민간조직이 업무를 분담하여 추진해 왔다. 이러한 분담체계는 기능적으로 잘 통합된 분업이 아니라, 당시의 상황과 형편에 따라 임의로 업무를 나누어 추진하는 방식이었다. “정부는 스스로 하기 어려운 일은 모두 대한가족계획협회에 맡겨 왔다. 각급 요원의 훈련, 이동시술반의 운영, 외원자금의 관리, 피임 약제기구의 임상시험, 홍보사업의 집행 등 사회적으로 민감한 반응을 모면하거나 또는 정부행정의 경직성을 피하기 위하여 크고 작은 많은 일을 협회에 맡겼던 것이었다. 정부사업과 민간사업 간 구분이 어려울 만큼 보건사회부와 대한가족계획협회는 밀착하고 혼연일체가 되어서 일해 왔다”는 김택일 박사의 회고담이 이를 잘 대변하고 있다.⁴¹ 그러나 국립가족계획연구소가 설립됨으로써 정부의 보건조직망을 통한 사업활동과 대한가족계획협회의 사업 활동 사이에는 교통정리가 불가피해졌다.

참고7 평가연구의 산실: 국립가족계획연구소의 설립

우리나라 국립가족계획연구소가 설립되었기 때문에 평가연구가 비로소 활성화될 수 있었다. 물론 그 이전에도 보건사회부 모자보건과 내에 가족계획평가반을 설치하여 평가업무를 수행했지만, 이를 체계적으로 제도화하지는 못했다. 그러나 처음부터 국립가족계획연구소의 설립을 시도했던 것은 아니었다.

국립가족계획연구소 설립과정은 다음과 같다. 1964년경 대한가족계획협회의 양재모 회장은 대한가족계획협회 산하에 분만실과 입원실을 갖춘 산원시설과 불임수술시설 등을 갖춘 대한가족계획협회 직속의 가족계획클리닉과 기숙사를 갖춘 요원훈련시설, 연구실, 전시실, 대강당, 도서관, 숙소 및 식당을 구비한 100만 달러 상당의 비용이 소요되는 거대한 규모의 가족계획센터 설립을 구상했다. 이 구상을 가지고 메디컬 센터 관계로 스웨덴과 친분이 있는 이종진 박사의 협력을 얻어 스웨덴 국제개발협력청과 교섭을 했으며, 스웨덴 국제개발협력청은 호의적인 반응을 보이면서 정부(보건사회부)를 통해 정식으로 요청해 주기를 원했다. 이후 가족계획센터의 설립과 관련된 외원 유치 활동의 주체는 보건사회부가 될 수밖에 없었다. 당시 정부 측 실무를 담당했던 김택일 박사에 따르면 스웨덴 국제개발협력청 측과의 협의과정에서 국립의료원이나 서울시의 의료시설 등 대체가능한 의료서비스에 대한 기능이 삭제됨에 따라 규모가 대폭 축소되어 대강당과 기숙사, 연구실과 도서관, 그리고 식당시설 등을 갖춘 시설을 건립하기로 합의를 보게 되었다는 것이다. 이 과정에서 당초 이를 구상했으나 결정과정에서 소외된 양재모 박사는 그의 당초의 구상과는 달리 사업규모가 대폭 축소된 것에 대한 섭섭함을 다음과 같이 표현하고 있다.

⁴¹ 김택일(1988). 전제서.

“이러한 경유를 통고받은 보건사회부는 그러한 센터를 대한가족계획협회 산하에 두는 것을 탐탁스럽게 생각하지 않고, 국립대학 산하로 하느냐 보건사회부 직속으로 하느냐를 가지고 우물쭈물하다가 미국인구협회 고문 Paul Hartman과 의논하여 결국은 22만 불짜리로 축소한 것으로 불광동 보건원 터에다가 보건사회부 산하의 국립가족계획연구소로 출발하는 개원식에서...” (양재모(1991), 가족계획 30년 회고, 『인구정책 30년』에서 발췌)

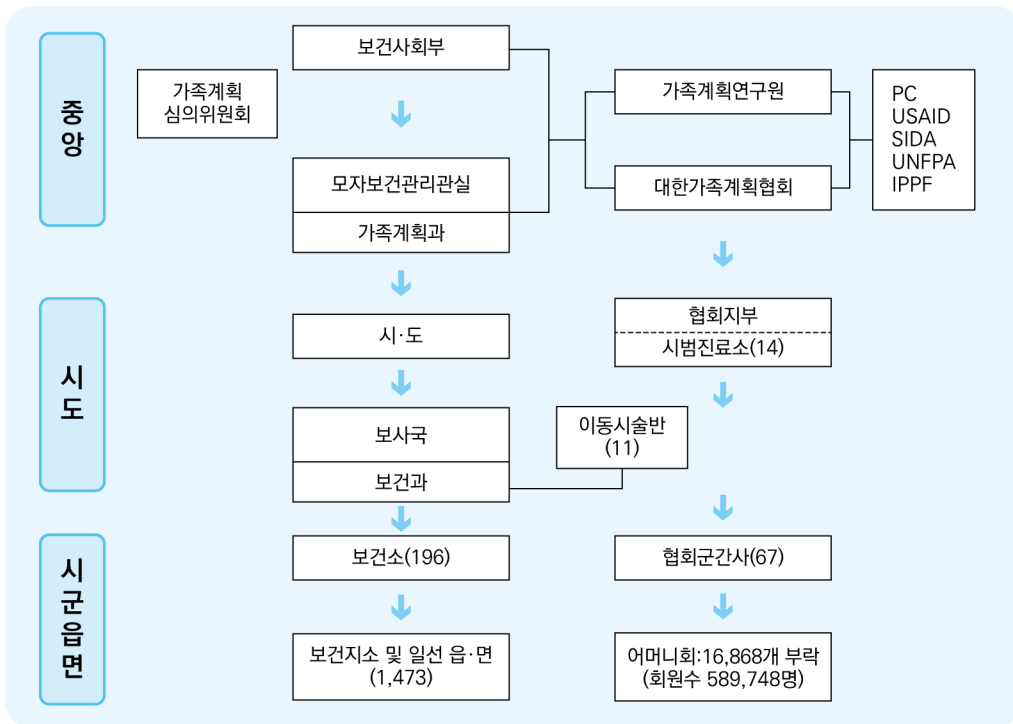
이러한 과정을 거쳐 설립된 국립가족계획연구소는 소장 아래 훈련부, 사업평가부 및 조사연구부 3부를 설치하여 관련 업무를 수행하였다. 여기서 사업평가를 중심으로 하는 국립가족계획연구소의 설립 과정에 미국인구협회의 조언이 어느 정도 작용했음을 가늠해 볼 수 있다. 아무튼 신생 국립가족계획연구소에서 사업평가부의 설치의 중요한 의미를 갖는다. 즉 우리나라에서는 처음으로 특정 프로그램에 대한 평가연구를 전담하는 기구를 설치하여 프로그램을 운영하고, 이 과정에서 주로 사업 추진과정을 모니터링하고, 사업을 추진하는 과정에서 일어나는 문제를 확인하여 피드백시켜 프로그램 운영의 개선을 도모하는 일련의 ‘내부평가’ 업무를 체계화하는 업무를 제도화했기 때문이다. 이처럼 내부 평가시스템을 갖추어 사업을 추진한 것은 우리나라에서 가족계획사업이 유일했으며, 이와 같은 평가업무의 전담부서는 1981년 가족계획연구원이 한국인구보건연구원으로 개편될 때까지 존속했다.

- ‘양재모(1991), 가족계획 30년 회고, 『인구정책 30년』, 한국보건사회연구원’ 및 김택일(1988), “한 인구학도의 회고”, 『한국인구학회지』, 11(1)에서 발췌 -

‘가족계획센터’ 건립을 위하여 스웨덴 국제개발협력청에 설립자금 지원을 요청할 당시 구상은 분만실과 입원실을 갖춘 산원시설, 자궁내장치 시술과 불임수술 시설을 갖춘 대한가족계획협회 직속 가족계획클리닉, 기숙사를 갖춘 요원훈련시설과 연구실, 전시실, 행정실 등이 포함된 거대한 시설이었다. 그러나 스웨덴 국제개발협력청과 협의과정에서 산원시설과 가족계획클리닉 등이 제외되면서 지원 규모가 대폭 축소되었다. 이러한 결정에 따라 국립가족계획연구소의 기능도 가족계획사업을 주도하기보다는 사업을 지원하는 기관으로 자리매김하게 되었다. 국립가족계획연구소는 그동안 주로 대한가족계획협회에서 주관하던 훈련, 연구 등 가족계획사업에 대한 지원 업무와 보건사회부 가족계획평가반에서 수행하던 사업 평가업무를 맡게 되었다. 따라서 국립가족계획연구소는 홍보·계몽업무를 수행하는 대한가족계획협회 그리고 피임보급업무를 수행하는 정부 보건조직망과 기능적으로 통합된 가족계획사업 조직체제를 구축할 수 있었다. 가족계획사업에 대한 통제와 지원을 하는 국립가족계획연구소의

업무는 다양한 분야에 대한 전문성을 요구하는 것이었다. 당시 조직 운영의 경직성을 가진 국립기관으로서 다양한 지식과 전문성을 갖춘 인력을 양성하고 충원하는 데는 한계가 있었다. 이 점을 고려하여 1970년 12월 31일에 「가족계획연구원법」이 제정·공포되었으며, 이 법에 따라 국립가족계획연구소는 1971년 7월 1일 자로 가족계획연구원으로 개편되었다. 이를 통해 가족계획사업 조직체계가 완성되었다.

[그림 2-1] 가족계획사업 운영을 위한 조직체계



주: PC) Population Council, 미국인구협회

USAID) United States Agency for International Development, 미국 국제개발처

SIDA) Swedish International Development cooperation Agency, 스웨덴 국제개발협력청

UNFPA) United Nations Population Fund, 유엔인구기금

IPPF) International Planned Parenthood Federation, 국제가족계획연맹

자료: 고갑석(1976). 한국의 가족계획사업. 『한국의 인구문제와 대책』. 한국개발연구원.

가족계획사업의 성과(1962~1971)

제1차 경제개발5개년계획 기간이 가족계획사업을 추진하기 위한 준비시기였다면, 제2차 경제개발5개년계획 기간(1967~1971)은 그동안의 경험과 외원단체의 기술 및 재정 지원을 토대로 가족계획사업 수행체계를 정비하고 조직화했던 시기였다. 이 기간에 홍보·계몽활동은 소자녀가족 형성을 위한 동기 부여에 중점을 두어 가족계획에 대한 관심을 환기시키는 방향으로 추진되었다. 가족계획사업에서 추구하는 시기별 목표는 대한가족계획협회에서 내세운 표어에 잘 반영되어 있다. 1963년에 제1차 전국가족계획대회를 개최하면서 사용한 표어는 ‘우리집 행복은 가족계획으로’와 ‘알맞은 수의 좋은 아기를 낳아 훌륭하게 기르자’였으며, 1964년 제2차 전국가족계획대회도 ‘많이 낳아서 고생 말고 적게 낳아 잘 기르자’와 ‘알맞게 낳아서 훌륭하게 기르자’는 표어가 사용되었다.⁴² 이처럼 초창기 홍보·계몽활동은 막연하게 소자녀 출산을 권유하면서, 이를 가족계획과 연계하는 데 초점을 두었다. 이는 당시 많은 사람들에게 ‘소자녀’ 관념이 생소하고, 사망률 감소를 크게 인식하지 못한 상태에서 가족계획에 대한 일부 정치인들의 반발이 있던 상황에서 어쩔 수 없는 선택이었다. 그러나 제1차 경제개발5개년계획이 비교적 성공리에 마무리된 것으로 평가되면서 가족계획사업에서 추구하는 목표도 좀 더 구체화되었다. 1966년에 ‘3·3·35(3명의 자녀를 3년 터울로 35세 이전에 단산하자)’라는 숫자식 표어를 통해 가족계획사업 목표를 구체적으로 제시했다. 1968년에 가족계획 어머니회가 발족하고, 대한가족계획협회의 기관지로 『가정의 벗』을 창간하면서 홍보·계몽활동 전략도 ‘구호 중심’에서 ‘설득 중심’으로 바뀌기 시작했다. 제2차 경제개발5개년계획이 종료되는 시기인 1970년부터는 ‘딸 아들 구별 말고, 둘만 낳아 잘 기르자’는 표어에서 보듯이 홍보·계몽활동이 ‘둘 낳기 운동’으로 전환되었다.

이러한 홍보·계몽활동으로 피임 보급도 비교적 활발하게 이루어졌다. 제1차 경제개발5개년계획(1962~1966) 중에 보급되었던 피임법은 정관수술, 자궁내장치 시술, 콘돔 등이 전부였다. 이 기간에 7만 1,332명(목표의 약 80%)이 정관수술을 받았으며, 73만 5,466명(목표의 98.6%)이 자궁내장치 시술을 받았으며, 그리고 70만 6,031명(목표의 95%)이 재래식 피임법인 콘돔을 이용한 것으로 보고되었다. 자궁내장치 시술의 경우 외형상으로는 당초 목표에 근

⁴² 대한가족계획협회(1991). 전세서.

접하는 실적을 보였으나, 부작용으로 조기배출 등의 문제가 발생하여 피임효과는 당초 기대에 훨씬 못 미치는 것으로 평가되었다. 이를 보전하기 위해 1968년부터는 가족계획사업 조직을 통해 먹는피임약을 추가하여 보급하기 시작했다. 그러나 먹는피임약은 부작용과 관련된 루머 때문에 목표를 달성하지 못한 것으로 알려졌다.

그럼에도 1962년부터 1971년 기간 동안까지 인구성장 억제 목표는 충분히 달성한 것으로 평가되었다. 당초 가족계획사업10개년계획에서는 제2차 경제개발5개년계획이 종료되는 1971년까지 인구자연증가율을 2.0%로 낮추는 것을 목표로 설정하였다. 실제로 1970년 인구센서스, 1970년 인구센서스 사후조사, 1971년 전국출산력조사 등을 기초로 다각적으로 추정한 결과 1966년 인구센서스와 1970년 인구센서스 간 연평균 인구성장률은 2.0%에 근접하는 수준으로 둔화된 것으로 평가되었다.⁴³

〈표 2-1〉 가족계획사업 목표대비 실적

(단위 : 건, %)

연도	정관수술			자궁내장치 시술			콘돔			먹는피임약		
	목표	실적	비율	목표	실적	비율	목표	실적	비율	목표	실적	비율
1962	3,413	3,413	100.0	-	-	-	59,350	59,352	100.0	-	-	-
1963	23,000	19,866	86.4	1,493	1,493	100.0	129,800	129,804	100.0	-	-	-
1964	28,296	26,256	92.8	105,640	106,397	100.7	156,300	156,301	100.0	-	-	-
1965	15,000	12,855	85.7	228,333	225,951	99.0	248,000	191,706	77.6	-	-	-
1966	20,000	19,942	99.7	400,000	391,687	97.9	150,000	168,868	112.6	-	-	-
1962-66	89,709	82,332	91.8	735,466	725,528	98.6	743,450	706,031	95.0	-	-	-
1967	20,370	19,677	96.6	325,377	323,452	99.4	150,000	152,734	101.8	-	-	-
1968	18,000	15,988	88.8	277,400	263,132	94.9	150,000	135,184	90.1	171,000	26,264	15.4
1969	20,000	15,457	77.3	300,000	285,500	95.2	150,000	147,773	98.5	320,000	91,175	28.5
1970	20,000	17,321	86.6	311,800	295,100	94.6	150,000	162,986	108.7	320,000	170,512	53.3
1971	20,000	18,581	93.0	300,000	293,680	98.0	150,000	161,277	108.0	320,000	199,694	62.4
1967-71	98,370	87,024	88.5	1,514,577	1,460,864	96.5	750,000	759,954	101.3	1,131,000	487,645	43.1

자료: 보건사회부(1985), 『가족보건사업참고자료』, 동 기관.

⁴³ Watson, W. B. (1971). 한국가족계획사업이 직면한 인구학적 제 문제. 가족계획연구원, 『1971년도 가족계획사업 평가세미나보고서』(pp. 117-123)에서, 가족계획연구원.

이처럼 1960년대 가족계획사업은 높은 인구증가율을 둔화시키는 데 크게 기여했다. 그럼에도 당시 인구성장 억제와 관련하여 가족계획사업에 대한 미래 전망은 낙관적이지 않았다. 합계출산율이 1960년 6.0명에서 1970년 4.5명으로 30% 정도 감소하였는데,⁴⁴ 왓슨은 가족계획사업에 의한 임신 방지효과 11%, 임신 이후 인공임신중절에 의한 효과 7%, 그리고 초혼연령 상승효과 12%로 추정했다. 고갑석과 니콜스는 보다 정교한 추정방법을 이용하여 이 사실을 확인했다.⁴⁵ 즉, 출산력 감소분 중 가족계획사업이 기여한 부분은 1/3 정도밖에 되지 않았으며, 나머지는 초혼연령 상승과 인공임신중절에 의한 효과로 밝혀졌다. 당시 상황에서는 이미 높은 수준에 도달한 초혼연령의 상승효과를 더 이상 기대할 수 없는 데다가, 베이비붐 현상에 따른 연령구성 변화 등으로 향후 인구증가 억제는 오로지 가족계획사업에만 의존할 수밖에 없다는 것이 지배적인 전망이었다.⁴⁶ 이와 같은 상황에서 가족계획사업이 앞으로 인구성장 억제 목표를 달성하기 위해서는 다원적인 차원에서 특단의 대책을 강구할 필요가 있다는 것이 당시 사업관계자들 대다수의 견해였다.⁴⁷

⁴⁴ 경제기획원(1976). 『경제개발계획 4차 5개년계획 시안』. 경제기획원.

⁴⁵ Koh, K. S. & D. G. Nichols(1977). *The Measurement of the Impact of National Family Planning Program on Fertility in Korea*. Seoul: Koran Institute for Family Planning. (unpublished mimeo).

⁴⁶ Watson, W. B.(1971). 전제서.; 장경식(1971). “우리나라의 가족계획사업”. 『1971년도 가족계획사업 평가세미나 보고서』, pp.9-24.

⁴⁷ 가족계획연구원(1971). 『1971년도 가족계획사업평가세미나보고서』. 동 기관.

2. 인구증가억제정책 다원화 모색(1971~1981)

배경

가족계획사업 추진 과정에서 출산율이 크게 떨어짐에 따라 1970년대에 들어서면서부터 이 사업이 앞으로도 계속해서 종전과 같이 인구성장억제정책으로서 유효할 것인지에 대한 논의가 활발하게 이루어졌다. 1960년대 가족계획사업이 출산률을 낮추는 데 기여할 수 있었던 이유는 우리 사회 내부에 이미 여러 가지 이점이 내재되어 있기 때문이다. 당시 우리나라에서 가족계획사업이 성공할 수 있었던 근본적인 요인은 생활수준 향상과 의료시혜 대중화, 그리고 그에 따른 영유아사망률의 급격한 감소를 들 수 있었다.⁴⁸ 영유아사망률이 빠르게 떨어지는 상황에서 개별 가족들이 종전의 출산행태를 유지함으로써, 실제 그들이 희망하는 자녀수보다 더 많은 자녀수를 출산하는 결과가 나타났다. 정부의 가족계획사업 시행은 개별 가족들에게 영유아사망률 감소를 일깨워 주면서, 동시에 가족계획이란 새로운 기술을 제공하는 계기가 되었다. 요컨대 1960년대 가족계획사업이 출산수준을 낮추는 데 기여할 수 있었던 이유

⁴⁸ 한 연구결과에 의하면, 개별 가족 단위에서 만1세가 되기 전에 죽은 자녀수의 비율은 1960년대를 지나면서 꾸준히 감소하였다. 예컨대, 1936년부터 1938년에 사이에 결혼한 부인이 낳은 자녀 중 약 16%가, 그리고 계속 감소하기는 했으나 1948~1950년 결혼 코호트의 경우도 13%가 만1세가 되기 전에 죽었는데 반해, 6.25한국전쟁 이후 특히 1954년 이후 1960년대에 결혼한 부인이 낳은 자녀는 출생순위와 관계없이 5~6% 정도만이 돌이 되기 전에 사망한 것으로 나타났다. (Donaldson, Peter J. & Nichols, Douglas J. (1978). The Changing Tempo of Fertility In Korea. *Population Studies*, 32(2), pp.231-249).

는 이러한 배경적 요인의 작용으로 국가의 인구성장 억제 목표와 개별가족 단위의 출산 억제 목표가 합치할 수 있었던 이점이 있었기 때문이다. 그러나 1970년대에 들어서면서부터 부인들의 평균 출생아수와 희망자녀수는 점차 근접하는 경향이 나타나, 더 이상 국가 목표와 개별 가족 목표가 종전처럼 합치할 것이라고 기대할 수 없었다.

베이비붐의 여파: 인구성장 억제에 불리한 인구구조

설상가상으로 1970년대 후반부터 우리나라가 처한 인구학적 여건은 과거에 비해 더 불리하게 전개될 것으로 예상되었다. 1950년대 후반에 발생한 베이비붐의 영향으로 가임기(15~49세) 여성의 수가 크게 늘어날 것으로 예상되었기 때문이다. 이에 따라, 비록 출산율은 감소하더라도 출생아수는 크게 증가할 것으로 전망되었다. 이 상황에서 앞으로 출산수준 감소는 가족계획사업에 의존하는 정도가 전보다 더 클 것으로 예상되었다. 따라서 향후 가족계획사업이 인구성장 억제 목표를 달성하기 위해서는 당시 가족계획사업이 안고 있던 취약점 해결이 가장 큰 과제가 되었다.

〈표 2-2〉 가임기 여성인구(15~49세) 변동 추이

(단위: 천 명)

연도	인구	증가수	지수
1971	7,455	-	100
1977	9,271	1,816	124
1981	10,258	2,803	138
1985	11,140	3,685	149

자료: 경제기획원(1976), 『경제개발 4차 5개년계획 시안』, 경제기획원.

피임 보급 및 수용 취약성

가족계획사업이 인구증가 억제 목표를 달성하는 데 가장 큰 취약점은 피임수용과 관련된 문제이었다. 가족계획사업을 실시한 이후 특히 1970년대에 들어서면서부터 부인들의 피임수용률이 크게 높아졌다. 그러나 우리나라 부인의 피임실천율은 당시 일본이나 대만보다 훨씬

낮은 수준에 머물러 있었다. 구체적으로 부인의 피임실천율은 한국 44%(1976년), 일본 61%(1975년), 대만 57%(1974년)이었다.⁴⁹

뿐만 아니라 피임수용시기가 늦기 때문에 피임효과 면에서 문제가 될 수 있었다. 피임수용자 대부분(64%)이 셋째아를 출산한 후 피임을 실천하였는데, 이러한 사실은 당시 부인들 대부분이 원하는 수의 자녀를 모두 출산한 후 단산을 목적으로 피임을 수용하였음을 시사한다. 즉, 단순히 피임보급으로 출산수준이 낮아질 것으로 기대하는 데에는 한계가 있는 것으로 평가되었다.⁵⁰

〈표 2-3〉 피임 실천 경험자의 첫 피임 수용시기

(단위: %)

피임수용시기	한국 ¹⁾			일본 ²⁾
	전국	도시	농촌	
결혼 후 첫 분만 전	3	5	2	20
결혼 후 두 번째 분만 전	12	16	9	35
두 번째 분만 이후 세 번째 분만 이전	21	26	7	28
세 번째 분만 이후	64	53	72	17

자료: 1) 송건용·한성현(1974), 『전국가족계획 및 출산력조사: 종합보고』, 가족계획연구원.

2) The Population Problem Research Council(1975), 『Summary of the 13th National Survey on Family Planning』.

또 하나의 문제는 피임법 사용이었다. 가족계획사업에서 중점적으로 보급해 왔던 먹는피임약과 자궁내장치 사용자의 높은 중단율이 문제가 되었다. 이들 피임법의 중단율은 다른 나라에 비해 높았다. 특히, 이들 피임법은 3개월 이내 조기중단율이 높게 나타났다. 자궁내장치 피임법의 높은 중단율을 보완하기 위하여 보급하기 시작했던 먹는피임약은 자궁내장치 피임법보다 3개월 이내의 조기중단율이 더 높았다. 이처럼 먹는피임약과 자궁내장치 피임법은 그동안 많이 보급된 것에 비해 높은 중단율로 인하여 피임효과 면에서는 크게 실효를 거두지 못한 것으로 추정되었다. 먹는피임약과 자궁내장치의 높은 중단율은 주로 이들 피임법 사용

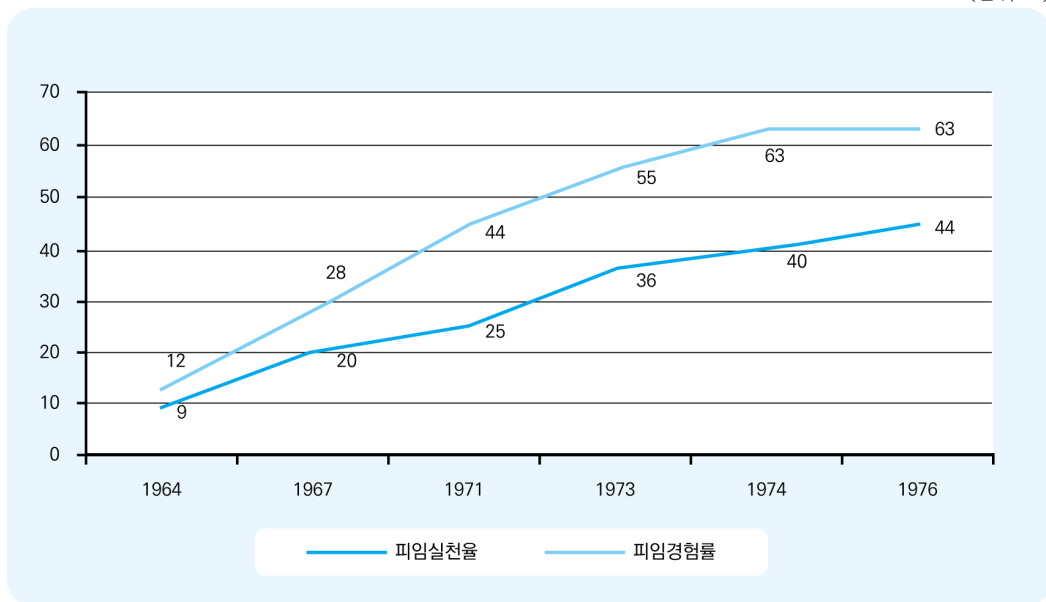
⁴⁹- 매일신문사 인구조사회(1975), 『일본의 인구문제』, 매일신문사.; Nortman, Dorothy(1974), *Population and family Planning Program: A Factbook* (6th ed.), New York: The Population Council.

⁵⁰- Donaldson, Peter J. & Nichols, Douglas J.(1978). op. cit.

과 관련된 부작용 때문이었다.⁵¹ 이들 피임법에 대한 혐오감으로 인해 피임실천자의 상당수가 피임효과는 낮더라도 부작용이 없는 월경주기법과 같은 피임법만을 이용하였다. 이러한 점을 감안할 때, 1970년대에 인구성장 억제 목표를 달성하기 위해서는 가족계획사업의 내실화가 무엇보다 중요해졌다.

[그림 2-2] 비효율적인 피임방법의 실천율

(단위: %)



주: 비효율적 피임방법은 월경주기법, 질외사정법, 발포성정제 등의 단독사용임(콘돔 제외).

자료: 1) 보건사회부(1966), 『전국 가족계획실태조사보고』, 동 기관.

2) 문현상·한성현·최돈(1972), 『출산력과 가족계획: 1971년 출산력 및 인공임신중절조사보고』, 가족계획연구원.

3) 송건용·한성현(1974), 『전국가족계획 및 출산력조사: 종합보고』, 가족계획연구원.

4) 박병태·최병목·권호연(1978), 『1976년도 전국출산력 및 가족계획실태조사』, 가족계획연구원.

⁵¹ 가족계획연구원에서 실시한 '1976년도 전국출산력 및 가족계획평가조사' 결과에 의하면 자궁내장치법은 64.9%, 먹는피임약은 79.9%가 의학적 부작용 때문에 사용을 중단한 것으로 나타났다.

〈표 2-4〉 자궁내장치 시술 및 먹는피임약의 누적 중단율

(단위: %)

중단시기	자궁내장치 시술		먹는피임약	
	1973 ¹⁾	1976 ²⁾	1973 ¹⁾	1976 ²⁾
1개월	10	18	16	30
3개월	23	27	35	45
6개월	33	36	51	54
12개월	44	47	65	66

자료: 1) 송건용·한성현(1974), 『전국가족계획 및 출산력조사: 종합보고』, 가족계획연구원.

2) 박병태·최병목·권호연(1978), 『1976년도 전국출산력 및 가족계획실태조사』, 가족계획연구원.

경제개발계획의 산물: 인구의 도시 집중

1960년대를 지나 1970년대에 들어서면서 한국사회는 종전과는 크게 다른 모습으로 변모했다. 농업 위주 사회에서 공업사회로 본격적으로 탈바꿈하기 시작하였으며, 이 과정에서 빠른 속도로 도시화가 이루어졌다. 1970년대 중반에 도시와 농촌 간 인구분포가 거의 반분되는 상태가 되었다.⁵² 이에 따라 가족생활도 확대가족에서 핵가족으로 빠른 속도로 분화되기 시작했다.

가족계획사업은 전국적인 사업이지만 사실상 농촌 위주로 설계되었다고 해도 과언이 아니다. 가족계획사업이 처음 실시되었던 1960년대 초에 인구의 대부분은 농촌에 거주했으며, 특히 농촌지역에서의 높은 출산율이 문제가 되었기 때문이다. 1960년대에 빠른 속도로 진행된 인구의 도시집중현상은 농촌 여성처럼 고출산행태를 그대로 유지하고 있는 보다 젊은 인구집단을 도시지역, 특히 도시영세민지역에 대량 이주시켜 놓은 모양새가 되었다.⁵³ 이 상황에서 농촌 위주로 설계된 가족계획사업의 접근방법은 농촌에서 도시로 유입된 저소득층 인구에 대해 효율적이지 못하였다. 이에 반해, 도시화로 인한 핵가족 확산은 가족 내 의사결정 주체가 부부 중심으로 옮겨지게 된다는 것을 의미하게 때문에 장기적으로는 가족계획에 유리하게 작용할 수 있다는 희망적인 기대도 없지 않았다. 그러나 이러한 기대는 당시 상황에서 대세가

⁵² 1960년 이후 5년 주기로 실시된 인구센서스 자료를 기초로 시부 인구 비율을 보면, 1960년 28.0%에서 1966년 33.5%, 1970년 41.1%, 1975년 48.4% 등으로 시부 인구가 전체 인구 중 50%에 근접하였다.

⁵³ 윤중주(1975), 『서울시 인구이입에 관한 연구』, 서울여자대학교 출판부.

되지 못했다.

인구의 도시집중현상은 도시뿐만 아니라 농촌의 가족계획사업에도 문제를 야기하기 시작했다. 우리나라에서 가족계획사업의 근간은 1960년대 후반부터 일선 읍·면에 배치된 가족계획전담요원이 가정을 방문하여 피임실천을 권장하는 방식의 피임보급체계였다. 그러나 1960년대 후반부터 진행된 급격한 도시화의 물결 속에서 이러한 조직체계의 허점이 나타나기 시작했다. 많은 젊은이들이 도시로 이주한 상태에서 일선 읍·면에 배치되어 있는 1명의 가족계획요원이 맡아야 할 지역은 오히려 광역화되었다. 그럼에도 맡아야 하는 대상 인구는 여전히 많았기 때문에⁵⁴ 요원들이 대상자에게 조직적으로 접근하는 데 문제가 있었다. 조사 결과를 보면, 사업대상자 중 불과 19%만이 가족계획요원이 방문하였다고 보고하였다.⁵⁵ 즉, 당시 대부분의 가족계획요원이 홍보·계몽활동과 관련하여 대상자에게 조직적으로 접근하지 못한 것으로 나타났다.

외원지원기관 교체: 기술의 밀착지원 종료

1960년대 우리나라 가족계획사업은 정부의 의지와 노력으로 비교적 성공적인 결과를 거두었다. 공공사업을 추진해 본 경험이 없던 당시의 상황에서 그러한 결실을 거두기까지는 외원단체의 지원, 특히 기술 지원이 큰 도움이 되었다. 이 기간 중 수많은 외원단체가 우리나라 가족계획사업을 지원했다. 그중에서 미국 국제개발처, 스웨덴 국제개발협력청, 미국인구협회 등이 대표적이었다. 그러나 한국에서 2차에 걸친 경제개발5개년계획의 성과가 나타나기 시작하고, 가족계획사업 또한 상응한 결실을 보이기 시작하면서, 이들 외원기관은 1972년을 전후로 지원범위를 대폭 축소하고, 주재 사무실을 철수하거나 철수 준비를 시작하였다. 그 뒷자리를 유엔인구기금이 맡기 시작한 것도 이 시기였다.

이와 같이 1970년대는 그동안 우리나라의 인구증가억제정책을 지원하였던 외원기관의 교체기였다. 특히, 1973년 미국인구협회의 철수는 중요한 의미가 있었다. 다른 외원 기관이나 단체와 달리 미국인구협회는 1964년 서울에 사무실을 개설하여 가족계획 및 인구 관련 전담

⁵⁴ 당시 가족계획요원은 도시지역에 인구 3만 명당 1인, 농촌지역에 2만 명당 1인을 기준으로 배치하였다.

⁵⁵ 가족계획연구원(1972), 『가족계획 제3차 5개년계획(1972-1976)』, 동 기관.

기술자문관을 상주시켜 정책자문은 물론 가족계획사업과 같은 공공정책 분야의 조사연구, 자료수집, 평가기법 등 실무수준에서 필요한 전문인력을 양성하는 데 세심한 기술을 지원했다. 미국인구협회는 1973년에 한국에서 철수하면서 과학기술연구원 전산실에 SPSS 통계패키지 프로그램을 설치하고, 이를 가족계획연구원 터미널 룸에 연결시켜 인구 및 가족 관련 분야의 조사자료를 분석하는 데 활용토록 하였다. 결과적으로 미국인구협회의 배려는 우리나라 사회과학 분야에서 조사연구활동을 빠르게 향상시키는 데 크게 기여한 것으로 평가되었다. 미국인구협회의 철수로 인구정책 수립, 가족계획사업 관련 조사연구 및 평가 등에서 외원단체의 직접적인 기술 지원은 실질적으로 종료되었다.

그동안 외국 전문가에 의존해 오던 가족계획사업에 대한 기술자문활동은 국내 전문가로 대체할 수밖에 없었다. 1962년 이래 가족계획사업을 수행하는 과정에서 실무적 차원에서 필요한 ‘노하우’를 상당한 수준으로 축적했을 뿐만 아니라 인구 및 가족계획 전문가들의 역량도 크게 강화되었다. 이러한 상황에서 국내 전문가들의 자문활동이 성공적으로 추진될 수 있다면 이는 다른 개발도상국의 가족계획사업 자문활동에도 확산시킬 수 있을 것이란 전제 아래에 한국 정부와 유엔인구기금 간 협정에 따라 1974년 9월에 가족계획국내기술자문단(In-Country Technical Assistance Mission, ICTAM)이 발족되었다. 가족계획국내기술자문단 운영에 필요한 자금은 1979년까지는 유엔인구기금이 전액 부담하고, 그 이후에는 매년 25%씩 늘려서 한국 정부가 부담하여 최종적으로는 한국 정부가 전담하는 것으로 기획되었다. 그러나 이 사업은 우리나라가 국내 인력자원을 이용한 자문활동의 기획과 실행에 익숙하지 못했던 점과 가족계획사업을 지원하던 가족계획연구원과의 기능상 중복 등으로 만족할 만한 성과를 거두지 못했던 것으로 평가되었다.

새로운 도전

보건사회부는 경제기획원과 공동 작업으로 제3차 경제개발5개년계획(1972~1976)이 종료되는 1976년까지 인구증가율을 1.8% 그리고 제4차 경제개발5개년계획(1977~1981)이 종료되는 1981년까지는 1.5%로 낮춘다는 목표를 설정하였다. 이와 같은 인구목표를 달성하기 위해서는 사회·경제적 상황의 변화에 따라 홍보·교육과 피임보급을 기반으로 하는 가족계획사업

을 내실화할 필요가 있었다. 그러나 1970년대 인구증가억제정책 수단으로서 가족계획사업의 전망은 밝지 못하였다. 사망력 감소 효과로 개별 가족 내에 형성되었던 불필요한 자녀수는 두 차례에 걸친 가족계획사업을 통해 이미 제거된 상태였기 때문에 향후 가족계획사업에서는 이를 더 이상 기대할 수 없었다. 오히려 베이비붐 현상으로 인구구조가 변화하여 가족계획사업으로 개별 부인의 출산율을 감소시켜도 인구성장 억제 효과는 예상보다 크지 않을 것으로 전망되었다. 이에 따라 가족계획사업도 단순히 피임을 권장하고 적절한 피임시술서비스를 제공하는 차원을 넘어 소자녀 가치관을 정착시키는 운동으로 전환해야 한다는 주장이 힘을 얻게 되었다. 이는 가족계획사업 이외에 다양한 정책수단을 도입하여야 한다는 논의로 이어졌다. 결과적으로 1970년대에는 변화된 상황에 적응할 수 있도록 가족계획사업 관련 조직 재정비, 가족계획사업을 적극적으로 지원할 수 있는 방안 모색, 가족계획사업 강화, 그리고 장기적인 차원에서 소자녀 가치관이나 남아선호와 관련된 가족가치관의 근본적 변화 등을 위한 정책수단 모색에 중점을 두게 되었다.

가족계획사업 조직 재정비

1960년대에 비해 1970년대의 가족계획사업은 내용 면에서 대폭 확대되고, 사업 주체와 내용의 다양성도 크게 증대하였다. 이러한 상황에서 1960년대에 이룩한 사업의 성과를 1970년대에도 계속 이어가기 위해서는 사업 초기에 비해 상당히 비대해진 가족계획사업의 체계와 활동을 효율적으로 통제·조정할 수 있도록 사업조직을 재정비하지 않으면 안 되었다. 그 첫 번째 조치는 「가족계획연구원법」을 제정하고, 그 법에 따라 1971년 7월 1일에 기존의 국립가족계획연구소를 확대·개편하여 가족계획연구원을 설립하는 것이었다. 가족계획연구원의 사실상 모체였던 국립가족계획연구소는 가족계획사업에 관한 연구·평가활동과 훈련을 담당하기 위해 한국 정부와 스웨덴 국제개발협력청 간의 협정으로 설립된 연구기관이었다. 가족계획사업이 확대됨에 따라 각급 요원에 대한 교육·훈련 수요도 커지게 되었으며, 정부사업의 통제기능을 강화하기 위하여 각종 사업에 대한 평가 및 연구 활동에 대한 정책지원 수요도

크게 증가하였다. 더욱이 정부의 보건조직망과 민간단체 간 분업으로 추진되는 가족계획사업 구조에서는 엄격한 통제·지원기능이 제대로 작동할 필요가 있었다. 그러나 국립가족계획연구소는 국립기관이 갖는 경직성 등의 특성 때문에 이러한 역할을 제대로 수행하기가 어려웠으며, 따라서 양질의 인력충원이 어려울 것으로 예상되었다. 게다가 주로 외원지원금으로 충당되었던 연구·평가·훈련업무의 수행과 관련된 재정집행의 경직성 등의 한계도 있었다. 이러한 문제점을 극복하기 위한 방안으로 가족계획연구원이 설립된 것이었다.⁵⁶

가족계획사업 규모가 확대됨에 따라 사업을 관장할 주관부서도 격상하지 않으면 안 되었다. 가족계획사업을 국가사업으로 처음 시작할 당시 주관부서는 보건사회부 의정국 의무과이었다. 그러나 1963년 6월 보건사회부 보건국 내에 모자보건반이 신설되어 가족계획사업을 총괄하게 되었다. 1963년 12월에는 모자보건반이 모자보건과로 승격되면서 처음으로 전담부서인 가족계획계가 신설되어 관련 업무를 총괄했다. 그러나 사업규모가 커짐에 따라 가족계획계가 전체 가족계획사업을 총괄하는 것은 매우 벅찬 일이라는 것이 당시 사업일선 종사자들의 생각이었다. 이에 따라 1970년 2월 13일 보건사회부 개편으로 가족계획계가 가족계획과로 격상되었다. 2년 뒤인 1972년 2월 16일에 모자보건관리관실이 신설됨에 따라 가족계획사업을 국 단위 부서에서 전담하게 되었다.

1975년부터 여성 불임수술인 난관수술이 가족계획사업에 추가되어 남성의 정관수술과 함께 가족계획사업에서 보급하는 핵심 피임법으로 등장했다. 이에 따라 1974년에 서울대학교 의과대학 이희영 교수를 중심으로 산부인과와 비뇨기과 교수들이 불임시술협회를 창립했으며, 이후 불임시술협회도 정부 가족계획사업의 조직체계에서 중요한 자리를 차지하게 되었다. 이 협회는 불임시술 보급, 불임 사후 관찰 및 관리, 연구사업 수행 등을 목적으로 설립되었으며 국제불임시술연맹의 회원단체로도 가입하였다.

가족계획사업이 진전됨에 따라 사업내용도 종전의 출산조절의 범위를 벗어나게 되었다. 가족계획사업을 수행하는 과정에서 종래의 보건사회부 업무영역을 벗어나 범정부적 차원의 협조가 필요한 빈도가 점점 증가하였다.⁵⁷ 또한 1970년대에 들어서면서 인구증가억제를 전

⁵⁶ 가족계획연구원은 1974년에 경제기획원 조사통계국과 공동으로 유엔인구기금의 재정 지원과 세계출산력조사본부의 기술지원을 바탕으로 세계출산력조사(World Fertility Survey) 계획에 참여했다.

⁵⁷ 이러한 문제들이 예상되었기 때문에 정부는 1963년에 내각수반 지시각서에 의거하여 각 부처 차관을 중심으로

적으로 가족계획사업에만 의존하는 데에는 한계가 있다는 주장이 제기되었고, 동시에 인구 증가억제뿐만 아니라 인구분산 등 인구와 관련된 다른 문제가 연이어 제기되었다. 이와 같은 일련의 요구를 반영하여 1976년 12월에 인구정책심의위원회가 설치되었다. 이 위원회가 구성되면서 종전의 가족계획심의위원회는 폐지되었다.

인구정책심의위원회는 대통령령에 근거하여 경제개발5개년계획의 지휘본부인 경제기획원에 설치되었다. 부총리급인 경제기획원장관이 위원장이 되고, 보건복지부장관은 부위원장이 되었다. 인구정책심의위원회의 위원으로 내무부장관, 재무부장관, 법무부장관, 국방부장관, 문교부장관, 농수산부장관, 상공부장관, 건설부장관, 노동부장관, 총무처장관, 공보처장관, 정무장관(제1), 서울특별시장, 대통령정무제2수석비서관, 대통령경제수석비서관, 국무총리 행정조정실장을 당연직 정부위원으로 두고, 민간위원은 위원장인 경제기획원장관이 인구문제에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람들 중에서 위촉하도록 되어 있었다(인구정책심의위원회 규정 제2조).⁵⁸ 주요 목적은 국민경제 발전에 관련되는 인구정책상 모든 문제를 심의, 조정하기 위한 것으로 인구계획 및 그 종합정책, 가족계획사업·이민사업 및 인구의 지역분산에 관한 주요 정책의 종합조정, 그리고 기타 인구정책에 관한 주요 사항을 심의하도록 되어 있었다.⁵⁹ 인구정책심의위원회의 설치 근거인 대통령령은 1976년 9월 1일에 제정되었고, 1990년 5월 3일에 폐지되었다.⁶⁰ 실제로 이 위원회는 인구정책 추진계획으로 조직운영체계 개선, 피임사업 확대, 사회적 분위기 조성, 새로운 의식구조 유도, 계획성 있는 이민사업 확대, 이주 행정 및 절차 개선 등을 심의·의결했다. 이 위원회의 기능은 인구증가억제대책이 강화된 1981년 이후에 더욱 활성화되어 제5차 및 제6차 경제개발5개년계획의 인구부문계획안을 심의·의결하는 등 인구정책 수립과 관련하여 부처 간 협조를 이끌어내는 데 중요한 역할을 했다.

하는 인구정책위원회를 구성했으나 1960년대 후반부터는 제대로 역할을 수행하지 못하고 유명무실하게 남아 있었을 뿐이다. 가족계획연구원은 제3차 가족계획5개년계획을 수립하는 과정에서 이 위원회를 대체할 수 있는 격상된 위원회의 설치를 건의하였다(가족계획연구원, 1972, 전계서).

⁵⁸ 법제처(2015a). 인구정책심의위원회규정. ‘대통령령 제10810호 제2조’ 구성 부분 참고

⁵⁹ 법제처(2015a). 인구정책심의위원회규정. ‘대통령령 제10810호 제2조’ 기능 부분 참고

⁶⁰ 법제처(2015b). 인구정책심의위원회규정등폐지령. ‘대통령령 제12999호’ 참고

가족계획사업 강화

가족계획 홍보계몽(IE&C) 활동

사업수행과 관련한 환경 변화에 따라 가족계획사업에서 홍보·계몽활동의 중요성은 더욱 크게 부각되었다. 이에 따라 대한가족계획협회는 1970년 12월 말에 직제를 개편하여 사무국 내 학술부를 폐지하고 홍보부를 신설하여 홍보사업을 전담하게 하였다. 대한가족계획협회는 홍보부 신설을 계기로 사업목표를 종전의 세 자녀 갖기로부터 두 자녀 갖기 운동으로 전환하였다. 구체적으로 ‘우리 집 행복은 가족계획으로’라는 슬로건 아래 ‘알맞게 낳아서 훌륭하게 키우자’는 캐치프레이즈로 시작된 가족계획사업은 1960년대 후반부터 ‘3·3·35(3명의 자녀를 3년 터울로 35세 이전에 단산하자)’를 슬로건으로 내걸고 세 자녀 낳기를 권장했다. 대한가족계획협회는 1971년부터 ‘딸·아들 구별 말고 둘만 낳아 잘 기르자’라는 새로운 구호를 내걸면서 과감하게 ‘둘 낳기 운동’을 전개했다. 대한가족계획협회는 둘 낳기 운동의 기초를 확산하기 위한 방편으로 지방언론인 세미나, 전국 대학신문기자 세미나 등 각종 직능단체 중심의 세미나를 직접 개최하고 약사와 의사 등 민간지원단체의 자체 세미나를 후원하였다. 그밖에 어머니 글짓기, 그림 공모 및 전시회를 개최하면서 각종 영상매체를 개발하고, 계몽영화를 제작하여 상영하는 등 다각적으로 전 방위적 홍보·계몽활동을 전개했다. ‘우리 집 푸른 집’과 ‘두 아기 우리 집’이란 가족계획 노래를 만들어 보급했다. 1975년에는 미래 세대인 청소년을 대상으로 가족계획 노래 ‘둘의 사랑은 하나’를 새로 제작하여 보급했다. 이들 일련의 홍보활동은 전통적인 남아선호관념을 불식시키는 데 초점이 맞추어졌다. 1976년부터는 이동홍보반과 이동전시대를 운영했으며, 기념우표와 기념담배 및 각종 입장권에 가족계획 메시지를 삽입하는 등 새로운 홍보활동을 전개하였다.

이처럼 1970년대 대한가족계획협회의 홍보활동은 기존의 접근방식과 크게 달랐다. 1960년대에는 대한가족계획협회가 직접 수행하는 홍보활동이 주를 이루었다. 그러나 1970년대에 들어 대한가족계획협회는 홍보활동을 직접 수행하는 것 외에도 사회 각계각층에서 집단과 단체를 발굴하여 그 조직이 자발적으로 가족계획사업에 참여하도록 권장하였고, 필요한 홍보

매체를 지원하였으며, 해당 집단이나 단체의 요원들에 대한 교육·훈련을 지원하였다.

피임보급 활동 다원화

1970년대 중후반부터 도시지역은 가족계획사업의 핵심 대상지역으로 부상했다. 도시지역은 다양한 특성을 지닌 이질적인 인구가 분절적인 사회관계를 형성하여 생활하고 있기 때문에 농촌지역 주민을 대상으로 하던 획일적인 홍보·계몽활동은 한계가 있었다. 이 상황에서 홍보활동도 농촌지역 주민, 도시 영세민, 사업장 근로청소년, 어린이집 자모 등 여러 인구집단을 대상으로 하는 특수한 홍보활동을 별도로 기획하지 않으면 안 되었다. 이에 따라 어린이집을 통한 가족계획사업 수행, 새마을사업과 농촌가족계획사업 간 협력사업 추진, 사업장 청소년을 위한 가족계획월보 발간, 홍보자료 개발, 평가사업 실시 등이 이루어졌다. 사업의 특성상 홍보활동과 피임보급 활동을 동시에 수행하는 것이 보다 효율적이기도 했다. 실제로 병원 가족계획사업, 도시영세민 가족계획사업, 예비군 가족계획사업, 사업장 가족계획사업 등 사업대상자의 특성에 따른 맞춤형 사업이 추진되었다. 이러한 접근은 미국인구협회와 유엔연구기금의 자금 지원이 있었기 때문에 가능하였다. 한편, 1970년대 가족계획사업은 기존의 요원중심 사업체계를 근간으로 하면서 사업대상자의 특성에 적합한 맞춤형 사업을 추진하고 먹는피임약과 자궁내장치 시술 등 기존에 보급하던 피임방법에 더하여 불임시술의 보급을 확대하는 방향으로 전개되었다.

병원 가족계획사업

병원가족계획사업은 인구의 도시 집중에 따른 대응책으로 가장 먼저 고려된 접근방법 중 하나였다. 이 프로그램은 도시 중산층을 목표인구로 설정하였다. 1970년만 해도 도시지역에서 종합병원을 이용하는 계층은 주로 중산층이었다. 이들 대부분은 시설분만을 이용해 출산했다. 따라서 병원 가족계획사업을 통해 가족계획사업의 유료사업화 가능성을 타진할 수 있으며, 동시에 산후 피임보급도 가능하다는 이점도 있을 수 있다고 보았다. 원래 병원가족계획사업은 미국에서 산후 가족계획사업이란 명칭으로 시작되었다. 병원 가족계획사업의 의의

는 계몽전략이다. 이 사업은 피임보급을 위한 산후접근(postpartum approach)의 하나로서 산후고통을 자각하는 시점에 가족계획을 보급한다면 보다 쉽게 대상자를 설득할 수 있는 이 점이 있다는 점을 고려하여 고안된 접근방법이었다.⁶¹ 그러나 우리나라에서 병원 가족계획사업은 미국의 산후 가족계획사업과는 달리 종합병원에 입원 중인 임산부만을 대상으로 한 것이 아니고 병원을 찾아오는 각 과의 모든 외래환자도 대상에 포함시켰다.

이 사업은 1971년 8월부터 미국인구협회의 재정 지원을 받아 전국 33개 종합병원을 대상으로 시범연구차원에서 시작되었다. 그러나 이 사업이 실시된 이후 5개월이 지난 1972년에 5개 병원이 실적 부진 또는 부적격 판정으로 탈락했으며, 그 뒤 7개월이 지나 4개 병원이 동일한 이유로 탈락해 최종적으로 24개 병원만이 계속해서 시범연구사업을 수행하였다.

시범연구 결과는 매우 고무적인 것으로 평가되었다. 연구결과를 기초로 1974년 8월부터 유엔인구기금의 재정 지원을 받아서 사업 범위를 확대하여 본격적으로 병원 가족계획사업을 추진하였다. 사업추진을 위하여 전국 국공립 및 개인 종합병원 중 병상규모가 50개 이상이고 산부인과 환자수가 많은 75개 병원을 우선적으로 선정했다. 병원 가족계획사업을 시작한 1974년에는 75개 병원 전체가 유엔인구기금의 지원으로 운영되었다. 그 후 매년 25개 병원씩 지원대상이 줄어들어 1976년에는 25개 병원만이 유엔인구기금으로, 그리고 나머지 50개 병원은 국고지원으로 운영되었다. 1977년부터는 별도의 정부 지원이 없는 상태에서 기존의 가족계획지정의원과 동일하게 피임시술 실적에 따라 소정의 시술비만을 지급받아 종합병원이 자체적으로 가족계획사업을 추진하도록 하였다.

병원 가족계획사업은 시작부터 홍보·계몽전략으로서의 의의보다는 단순히 도시 중산층을 대상으로 한 피임보급망의 확장이란 의미를 더 강조하여 보건소 중심 가족계획사업으로 모형화하였다. 그 결과, 시설 및 인력이 부실하고 내원환자수가 상대적으로 적어 사업 수행에 부적합한 일부 국·공립병원이 이 사업의 지정병원으로 지정된 경우가 많았으며, 병원경영자가 자발적으로 사업을 승계·발전할 수 있는 기반 조성의 노력도 미흡하였다. 그 결과 1977년부터 유엔인구기금의 지원이 종결됨에 따라 단순히 정부 가족계획사업의 피임시술조직으로서 명맥을 유지하였다.

⁶¹ Rogers, E. M. (1973). *Communication Strategies for Family Planning*. Free Press: N. Y.

군인 및 예비군 가족계획사업

예비군 가족계획사업은 1970년대에 들어서면서 가장 역점을 두고 전개한 가족계획프로그램 중 하나였다. 대한가족계획협회는 1972년 4월 중순부터 2개월에 걸쳐 예비군을 대상으로 가족계획에 대한 홍보·계몽교육을 실시하였다. 이 경험을 토대로 1973년부터 예비군 훈련과정에 가족계획을 강의하도록 승인을 받아 교육을 실시했다. 1974년부터 유엔인구기금의 재정 지원을 받아 본격적으로 사업을 수행하였다. 전국 예비군을 대상으로 ‘둘 낳기 운동’과 정관수술 권장을 전개하였고, 예비군 교관을 대상으로 특별교육을 실시하였으며, 현역군인을 대상으로 홍보와 계몽교육을 실시하였다.

예비군은 구성원의 나이가 만 35세 미만으로 가족계획사업 대상의 60%를 차지하는 거대한 인구집단이었다. 기존의 가족계획사업에서 중점적으로 보급했던 피임법은 주로 먹는피임약과 자궁내장치 시술로 여성을 잠재적인 사업대상으로 설정하였다. 이러한 상황에서 여성 가족계획요원들이 콘돔이나 정관수술 등 남성피임법을 보급하는 데에는 한계가 있었다. 따라서 사업을 확대하기 위하여 고안된 접근방법 중 하나가 예비군 가족계획사업이었다. 이 사업은 남성을 가족계획에 참여토록 유도한다는 점에서 매우 중요한 의미가 있었으며, 실제로 콘돔이나 정관수술 등 남성피임법 사용을 확대할 수 있는 좋은 기회가 되었다. 예비군사업은 계몽교육을 집단적으로 실시하고, 교육 후 바로 시술과 연결할 수 있는 장점도 있었다. 예비군 가족계획사업에서는 각 시·군에 파견된 대한가족계획협회 간사와 시·도 지부에 주재하는 전임강사가 홍보 및 계몽교육을 실시했다. 교육을 마친 후 정관수술 희망자는 대한가족계획협회 부속의원으로 수송하거나 이동시술차를 이용하여 시술을 받기도 했다.

도시영세민 가족계획사업

1960년대 경제성장은 국민소득 증가를 가져왔지만, 도·농간 소득과 사회·문화적 혜택의 격차를 유발함으로써 농촌인구가 대거 도시로 이주하는 요인이 되었다. 이로 인하여 도시는 단기간에 폭발적인 인구성장을 경험하였다. 도시로 전입한 농촌인구는 대부분 도시생활에 필요한 기술과 지식이 없어서 영세민 집단을 형성하였다.⁶² 이러한 도시영세민은 사회·경제적

여건이 매우 낙후한 지역에 거주하는데, 이들은 출산율이 높고 피임실천율도 매우 낮았다. 이들 대부분은 행상이나 다양한 서비스직 등에 종사하면서 생계를 유지하기 때문에 보건소 요원이 접촉하기가 무척 어려운 집단이기도 하였다. 이러한 도시영세민의 특성을 고려하여 영세민 거주지역 내에 가족계획 클리닉을 설치·운영하는 특단의 대책을 수립해야 한다는 의견이 제기되었다.⁶³

이와 같은 상황을 반영하여 정부는 1974년부터 유엔인구기금의 지원으로 서울 10개소(1975년)와 부산 2개소(1976년)의 영세민지역에 가족계획센터를 설립하여 운영하였다. 의사 1명과 가족계획요원 4~6명 및 행정요원 1명으로 구성된 가족계획센터는 보건소의 관할 영역 외부의 도시영세민 거주지역에 설치되어, 그 지역에 살고 있는 영세민을 대상으로 가정방문, 집단지도, 조직활동 등 다양한 방법을 이용해 가족계획에 관한 계몽교육을 전개했다. 이러한 활동을 통해 가족계획 실천 희망자를 찾아내고, 이들에게 필요한 각종 피임서비스를 제공했다. 영세민지역 가족계획센터는 가족계획의 보급과 관련된 일련의 활동과 모자보건사업을 위시한 각종 보건사업을 병행하여 추진함으로써 그 효과를 높이하고자 하였다. 그러나 이 사업은 규모 면에서 시범사업의 성격을 벗어나지 못했다.

사업장 가족계획사업

사업장 가족계획사업은 도시영세민 가족계획사업과 마찬가지로 도시의 영세근로자를 대상으로 가족계획서비스를 제공하고 홍보를 실시하기 위한 가족계획프로그램이었다.⁶⁴ 1973년 3월 충청남도 유성에서 개최된 세미나와 1974년 8월 속리산에서 개최된 ‘인구 및 가족복지계획을 위한 노사협력에 관한 세미나’에서 대한노총과 한국경영자협의회가 국제노동기구(ILO)의 지원을 받아 가족계획사업을 추진하기 위한 노·사·정의 3자 대표로 구성된 협력위원회 설치에 대한 건의안을 채택했다. 1975년 초부터 유엔인구기금과 국제노동기구의 기술협력을 얻어 노동청, 노총, 경영자협의회 등 3자가 각기 약 2년에 걸쳐 시범사업을 실시하였다. 시

⁶² 윤종주(1975). 전계서.

⁶³ 윤종주(1975). 전계서; 권호연·조남훈·최순(1974). 『서울시 영세민지역 가족계획실태 및 그 보급방안에 관한 조사보고서』. 가족계획연구원.

⁶⁴ 부산대학교 인구 및 인력 문제연구소(1972). 『사업장 가족계획사업 기초조사보고서』. 노동청.

범사업 결과를 토대로 1978년에 노동청은 사업장 가족계획사업 시행을 위한 가족계획 전담 부서를 신설하였다. 종업원 100인 이상 사업체에 대해서 단체협약 및 취업규정에 가족계획 관련 내용을 명문화하도록 권장하였고, 500인 이상 사업체에 대해서는 가족계획 진료실 설치·운영, 홍보 등을 실시토록 했다. 이에 앞서 정부는 1976년 12월 31일 대통령령 제8350호로 법인세 시행령을 개정하여 사업장을 통한 가족계획사업의 활성화를 목적으로 기업체에서 종사원에 대해 가족계획 보급을 위하여 지출한 미니랩(Miniature Laparotomy: Mini-lap, 소개복수술)⁶⁵ 시술경비는 손비처리가 될 수 있도록 조치하였다.

피임 및 출산 조절방법 확대

가족계획사업이 인구증가 억제에 위해 효율적으로 추진되기 위해서는 상황의 변화에 따른 다원화된 접근도 중요하지만, 보급하는 피임방법의 효율화도 중요한 것으로 평가되었다. 초창기 가족계획사업에서는 콘돔을 포함한 재래식 피임법, 정관수술, 자궁내장치 피임법 등을 주로 보급했다. 1968년부터 먹는피임약을 대량으로 보급하기 시작하면서 정부사업에서는 자궁내장치 시술, 먹는피임약, 정관수술, 재래식 피임법 등의 순으로 권장되었다. 그러나 자궁내장치 시술과 먹는피임약이 경제적이기는 하지만 탈락률과 중단율이 높아서 정부사업으로 많이 보급하더라도 그에 상응하는 효과를 기대할 수 없다는 것이 약점으로 부각되었다. 이를 보완하기 위하여 1974년부터 여성을 대상으로 한 새로운 피임방법인 미니랩과 복강경불임술(Laparoscopy)을 도입하여 1975년부터 전국에 보급했다. 이에 따라 1975년부터 이들 여성불임수술은 남성불임술인 정관수술과 함께 우리나라 가족계획사업에서 핵심 피임법으로 자리매김하게 되었다.

종래의 가족계획사업은 주로 임신을 예방하는 수단으로 피임 약제나 기구를 보급하고 자궁내장치 시술이나 남녀 불임술을 시술하는 데 한정되었다. 그러나 1974년부터는 특히 저소득층 주민에 대한 모성보호의 수단으로 월경조절술(MR)도 가족계획사업에 포함시켜 시술하

⁶⁵ 이는 여성 영구피임법 중 하나로 자궁거상기를 이용하여 여성의 난관을 결찰하거나 절제하는 피임수단이다. 미니랩은 미국불임협회의 지원을 받아 서울대학교 의대와 연세대학교 의대에서 도입하여 100여 명의 개업의를 교육·훈련시킨 후 1975년부터 전국적으로 보급하였다.

기 시작했다. 우리나라 가족계획사업에서 월경조절술 보급은 1973년 「모자보건법」 제정을 계기로 법적 근거를 갖게 되었다. 월경조절술을 보급하기 이전에는 많은 여성들이 원치 않은 임신을 했다면 인공임신중절을 선택할 수밖에 없었던 것이 현실이었다. 인공임신중절을 법으로 금지하였기 때문에 비전문인의 비밀 수술을 받아 모성이 피해를 입는 경우가 많았다. 따라서 이를 합법화하여 아주 초기단계에 한하여 월경조절술을 시술한다면 양질의 의료서비스를 제공함으로써 모성 건강을 보호할 수 있다는 것이 가족계획사업에서 월경조절술을 시술해주는 근본 취지였다. 월경조절술시술을 도입함으로써 우리나라 가족계획사업은 전통적인 가족계획사업의 범위를 넘어 출산조절사업의 특성을 확보하게 되었다.

통합적 접근 모색

가족계획사업의 효과를 진작시키기 위한 노력의 일환으로 다른 국책사업과 연계하거나 통합적 접근을 모색하는 일련의 시도가 이루어졌다. 1970년 4월 22일 박정희 대통령이 제창한 새마을가꾸기사업은 새마을사업으로 승화되어 전국적으로 확산되었다. 새마을운동이 본격화되면서 가족계획사업도 새마을운동을 비롯한 정부의 각종 개발사업이나 복지프로그램과 연계하여 추진하는 새로운 전략을 모색하기 시작했다.

대표적인 노력의 하나로 대한가족계획협회가 1975년 국제가족계획연맹의 권고와 지원으로 실시한 통상 ‘피임가정보급사업’으로 일컬어지는 지역사회중심 피임보급사업이었다. 이 사업은 지역사회의 기존 조직을 동원하거나 지도자를 활용하여 피임 약제와 기구를 시중가격보다 저렴하게 지역주민에게 대량 보급하기 위한 것으로 시범연구사업 형태로 추진되었다. 시범사업은 1975년부터 1978년까지 도시지역인 서울시 상계동, 농촌지역인 경기도 동두천읍, 그리고 광산지역인 강원도 장성읍에서 각각 실시되었다. 시범사업은 피임 약제와 기구를 무료로 보급할 수 있는 전략을 개발하고, 피임보급망을 확대하여 피임수용가능성을 제고하며, 피임실천을 생활화하여 국가의 인구조절사업 및 국민복지에 기여하는 장기적인 목표 아래 실시되었다. 이 사업을 주관했던 대한가족계획협회에 따르면,⁶⁶ 시범사업의 성과로 가족계획사업에서 상품성과 시장성 원리의 도입 가능성, 전문 의료인이 아닌 지역사회 자원지도

⁶⁶ 대한가족계획협회(1991). 전세서.

자와 일반상업조직망의 활용 가능성 등을 확인할 수 있었다는 것이다. 이후 먹는피임약을 효율적으로 보급하기 위한 대안으로 피임 약제와 기구의 유료 공급에 대한 논의가 시작되었다.⁶⁷ 즉, 도시중산층을 대상으로 하는 먹는피임약 보급은 보건조직망을 통한 무료보급보다는 약국과 같은 상업조직망을 통해 유료화하는 방향으로 전환해야 한다는 주장이 제기되었다.

새마을사업이 전국적으로 확산되기 시작할 무렵에 가족계획사업과 새마을사업 간 통합적 접근에 대한 논의가 시작되었다. 당시 가족계획사업을 지역사회로 확산시키기 위해서는 독립 사업으로 추진하기보다는 다른 개발사업과 통합·운영해야 한다는 주장이 제기되었다. 이러한 주장을 수용하여 1972년부터 새마을사업에 명목상으로 가족계획을 포함시켰으나 합리적인 통합모형을 발전시키지는 못했다. 이·동 단위 가족계획사업은 기존 가족계획어머니회를 통해 계속 추진되었다. 이후 1977년 8월에 시달된 국무총리훈령에 따라 가족계획어머니회도 다른 여성단체들과 함께 새마을부녀회로 통합되었다.⁶⁸ 가족계획어머니회는 새마을부녀회의 하부 단위인 새마을부녀회 가족계획부로 전환되어 명맥을 이어갔다. 이처럼 1970년대 후반에는 다른 사업과 통합적으로 추진하는 것이 바람직하다는 의견이 대세를 이루었다. 이러한 상황에서 지역사회 단위에서 추진되는 보건사업들, 즉 가족계획사업, 모자보건사업 및 결핵관리사업도 통합해서 운영해야 한다는 주장이 제기되었다. 실제로 일선 읍·면 단위에서는 도시화로 인하여 관리 면적이 광역화되면서, 이들 세 부문의 요원들은 현장에서 서로의 필요에 의해서 업무를 연계시켜 통합적으로 추진하는 것이 관행화되어 있었다. 이 점을 감안하고 향후 보건사업의 통합운영에 대비하여, 일선 읍·면에 배치되어 일하던 가족계획계몽요원, 모자보건관리요원 및 결핵관리요원을 1978년부터는 다목적보건요원으로 통합하여 통합보건교육을 실시하였다.

가족계획사업과 지방보건사업 간에 이루어진 통합 접근의 열기는 1981년에 가족계획연구원과 보건개발원연구원의 통합으로 이어졌다. 당시 통합 열기와 분위기 속에서 가족계획연구원이 가족계획뿐만 아니라 인구 전반에 대한 폭넓은 연구를 수행할 수 있는 인구 관련 연구원으로 확대·발전하지 못하고, 보건개발연구원과 통합하여 한국인구보건연구원으로 개편

⁶⁷ 당시 가족계획연구원에서도 ‘자비부담 가족계획 수용가능성’과 ‘피임 약제기구의 상업적 보급 촉진’을 위한 연구 등을 수행하여 유료화 사업의 가능성을 타진하였다.

⁶⁸ 양재모(1986), 우리나라 인구정책의 종합분석, 『한국인구학회지』, 9(1), pp.1-13.

된 것은 폭 넓은 인구연구에 스스로 족쇄를 채운 꼴이 되었다. 가족계획과 보건을 다루는 두 연구기관의 통합으로 기구는 커졌지만 인구에 대한 연구는 가족계획으로만 한정될 수밖에 없는 한계성을 처음부터 내재하고 있었다. 인구의 본질은 ‘문제’가 아닌 제반 사회·경제정책을 입안하는 과정에서 필수적으로 고려해야 하는 ‘여건’이다. 따라서 인구에 대한 연구는 가족계획을 넘어서서 보다 폭넓은 범위로 확대 할 필요가 있는 것이다. 그러나 가족계획사업과 경제개발계획 추진으로 출산율이 떨어지면서 인구증가문제는 일단 해결된 것으로 간주하였다. 이에 따라 통합기구인 한국인구보건연구원에서 인구부문에 대한 연구는 축소되거나 소홀히 다루어질 수밖에 없게 되었다.

가족계획사업 지원 정책수단 모색

제1차와 제2차 가족계획5개년사업은 비교적 단기간에 여성의 출산수준을 억제하는 데 크게 기여한 것으로 평가되었다. 그러나 자녀가치관, 특히 남아를 선호하는 태도는 여전히 높았다. 이러한 상황에서 가족계획사업이 제3차 가족계획5개년사업(1972~1976)과 제4차 가족계획5개년사업(1977~1981)에서 설정한 인구증가억제 목표를 달성하기 위해서는 가족계획사업을 통해 보급되는 피임의 효과를 증진해야 하며, 동시에 이를 뒷받침할 수 있는 외부 환경이 조성되어야 한다는 주장이 제기되었다.⁶⁹ 이를 토대로 「모자보건법」을 제정하고 「가족법」을 개정할 필요성이 제기되었다.

모자보건법 제정

「모자보건법」은 1960년대 초 가족계획사업의 필요성이 논의될 당시부터 제기되었던 이슈였다. 1960년대에 이미 「모자보건법」을 제정하기 위한 노력이 진행되었다. 1963년 5·16 이후 민정 이양 직전에 보건사회부에서 정부 가족계획사업의 법적 토대를 마련하기 위하여 정부법

⁶⁹ 가족계획연구원(1971). 전계서; 가족계획연구원(1972). 전계서.

안을 준비했으며, 민정 이양 후에는 박규상 의원이 의원입법으로 법안을 준비했다. 두 법안은 별도로 준비되었지만, 가족계획사업의 법적 토대를 마련하는 동시에 실제로 많은 여성이 당시 불법이었지만 관행적으로 시술해 왔던 인공임신중절의 허용 한계를 분명히 해야 한다는 취지와 동기는 거의 유사했다. 최종적으로는 정부안이 철회된 상태에서 박규상 의원이 준비했던 「모자보건법」(안)이 1966년에 국회에 상정되었지만, ‘낙태의 합법화’를 위한 법안으로 인식되는 등 당시 사회문화적 풍토와 정치적인 이유가 연계되어 성사되지 못했다.⁷⁰

그 후 1970년대에 들어서면서 인구증가억제정책으로서 가족계획을 통한 접근에 한계가 드러나면서 「모자보건법」 제정과 관련된 논의가 다시 점화되었다. 가족계획사업으로 보급하고 있는 불임시술과 피임시술에 대한 법적 근거를 마련하고, 필요불가결한 인공임신중절을 합법화해야 한다는 요구가 받아들여져서 1973년 2월 8일에 「모자보건법」이 제정·공포되었으며, 같은 해 5월 8일부터 시행되었다. 「모자보건법」에 따르면 인공임신중절의 허용한계를 우생학적 또는 유전학적 이유, 특수전염성질환, 강간 또는 준강간에 의한 임신, 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간의 임신, 임신의 지속이 모체건강에 유해하거나 그럴 우려가 있는 경우로 한정했으며, 정신적 또는 사회·경제적 이유는 포함되지 않았다.

「모자보건법」이 공포됨으로써 그동안 가족계획사업에서 정부 지원으로 무료로 보급해 왔던 불임시술을 포함한 각종 피임시술은 비로소 법적 근거를 확보하게 되었다. 동시에 일종의 인공임신중절 시술로 분류될 수도 있는 월경조절술을 가족계획사업을 통해 보급할 수 있게 되었다. ‘모성의 건강과 생명을 보호하고, 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민의 건강 향상에 기여함을 목적’으로 제정된 「모자보건법」은 비록 제한된 범위 내이지만, 우리나라에서 처음으로 인공임신중절을 합법화했다. 이 법이 인구정책에서 차지하는 중요성은 동법 제8조 5항에 인공임신중절의 허용 사유로 ‘임신의 지속이 보건·의학적 이유로 모체의 건강에 유해하거나, 건강을 해칠 우려가 있는 경우’를 적시함으로써, 원하지 않은 임신을 했을 경우 인공임신중절을 합법적으로 받을 수 있는 길을 사실상 열어 놓았다는 데에 있다. 그러나 이 법이 제정되기 전에도 이미 상당수가 인공임신중절을 합법적인 것으로 인식했으며, 실제로 시도한 것으로 알려졌다.⁷¹ 이는 「모자보건법」을 제정하여 제한된 범위 내에서 인공

⁷⁰ 김택일(1988). 전제서.

⁷¹ 문현상·한성현·최돈(1972). 『출산력과 가족계획: 1971년 출산력 및 인공임신중절조사 중간보고』. 가족계획연구원.;

임신중절을 허용한 이유이기도 하였다. 즉, 인공임신중절을 법적으로 제재하기보다는 한정된 범위 내에서 합법화하여 필요한 사람에게 양질의 의료시술서비스를 제공하는 데 근본적인 취지가 있었다.

남아선호관 불식을 위한 제도 개선

1970년대 가족계획사업을 추진하는 과정에서 예상되는 과제는 1950년대 후반 베이비붐으로 인한 가임기 여성의 증가와 아직도 높은 수준에 머물고 있는 부인들의 희망자녀수를 어떻게 극복할 수 있느냐 하는 두 가지 문제로 귀착되었다. 가임기 여성의 증가는 가족계획사업과 관련된 여건일 뿐이었다. 이와 달리, 높은 수준의 희망자녀수를 극복하지 못하면 가족계획사업은 더 이상 출산을 억제하기 위한 유효한 정책수단이 될 수 없었다. 10여 년간의 가족계획사업에도 불구하고 희망자녀수가 높은 수준에 머물고 있는 것은 우리나라의 전통과 문화 속에 깊숙이 뿌리를 내리고 있는 남아선호사상과 관련되어 있었다. 이에 따라 1970년대 가족계획사업의 홍보활동도 ‘딸·아들 구별 말고 둘만 낳아 잘 기르자’라는 캐치프레이즈를 내세웠던 것이다. 남아선호관이 다산의 원인이 되기 때문에 남아선호와 관련된 심리적 및 사회적 편견을 불식시킬 필요가 있었다.

남아선호와 같은 그릇된 편견을 깨뜨리기 위해서는 먼저 전통적 가족제도를 고수하는 제도를 개선해야 하며, 동시에 성차별과 관련되는 가정과 사회의 관습과 제도를 개혁해 나아가는 것이 필요하였다. 이 점을 고려하여 가족계획연구원에서는 가족법 전문가인 김주수 경희대학교 교수에게 남아선호관 불식과 관련된 가족법 개정을 위한 기초연구를, 그리고 김찬진 교수에게는 가족계획사업의 효율화를 위한 법제연구를 의뢰하였다.⁷² 전통적인 남아선호관의 불식은 단순한 홍보·계몽만으로는 소기의 성과를 거둘 수 없었다. 따라서 새로운 인구증가억제대책을 모색하는 과정에서 여성의 취업이 금지된 직종을 대폭 완화하고, 기혼 여성의 실제 부양가족에 대해 가족수당이나 의료보험의 혜택을 받을 수 있도록 하는 등 사회제도

한성현(1973). 『인공임신중절에 관한 연구』. 가족계획연구원.

72. 김주수(1974)의 『가족계획사업을 추진하기 위한 가족법 개정에 관한 연구』와 김찬진·양승주·오동빈(1974)의 『가족계획사업의 효율화를 위한 법제연구』는 가족계획연구원에서 용역사업으로 추진했던 대표적인 연구들이었다.

적 측면에서 남녀차별을 시정토록 건의하였다. 이에 정부는 1977년에 「가족법」을 개정하여 재산 상속, 자녀에 대한 친권 행사, 소유불명 재산의 처리, 합의이혼 등에 대해서 매우 전향적으로 개선하였다. 그러나 당시 이 법이 개정되었음에도 남녀간의 성차별을 완전하게 해소하지는 못했다.

새로운 정책적 접근 모색

1970년대에 들어서면서 향후 출산조절 목표의 달성과 관련하여 가족계획사업의 문제점과 한계성이 감지되기 시작했다. 이러한 상황에서 가족계획사업의 효율성을 높이려는 일련의 노력과 병행하여 일각에서는 가족계획사업의 범위를 넘어서는 정책수단의 도입 필요성이 조심스럽게 제기되었다. 즉, 소자녀 가치관을 형성하여 피임실천을 촉진하기 위한 지원시책이 필요하다는 주장이 제기되었다. 이는 1974년에 가족계획연구원 주최로 개최된 가족계획사업에 대한 평가회의에서 처음으로 공식 논의되기 시작했다. 평가회의는 정부 각 부처의 차관, 의원기관 대표, 각계 전문가 등 118명이 참석한 가운데 진행되었다. 이 회의에서 싱가포르, 말레이시아 등 외국 사례를 토대로 자녀수에 따른 세제상 혜택과 소자녀가정에 대한 공공주택 입주권과 같은 시책의 필요성이 강조되었다. 동시에 특강 형식을 빌려서 인구교육의 필요성도 함께 제기되었다.⁷³

인구교육 실시

1970년대에 들어서면서부터 장기적으로 미래 출산집단인 청소년을 대상으로 인구문제의 본질과 원인에 대한 지식을 갖도록 하고, 이에 수반하는 적절한 행동을 해갈 수 있는 능력을 갖도록 하기 위하여 인구교육의 제도화가 필요하다는 논의가 시작되었다. 가족계획연구원의 모체가 되었던 국립가족계획연구소를 비롯한 일부에서는 1970년부터 미국인구협회와 미국

⁷³ 가족계획연구원(편) (1974). 『1974년도 가족계획평가회보고서』. 가족계획연구원.

국제개발처의 지원을 받아서 인구교육과 관련된 소규모 연구사업을 수행하였다. 인구교육은 1974년부터 유엔인구기금의 지원을 받으면서 본격화되었다. 유엔인구기금의 인구교육 지원 사업은 학교교육에서 인구교육을 실시하는 것을 전제로 주로 교육방법과 교재개발에 집중되었다. 이 연구를 위해 문교부는 차관을 위원장으로 하는 학교인구교육중앙본부를 설치하였다. 동 기구는 1978년부터 인구교육을 단계적으로 실시하기 위하여 한국교육개발원을 포함한 전문가의 자문을 받아 초·중·고등학교 및 대학에서 인구교육 실시를 위한 기초연구, 교과과정과 교재 개발, 교사에 대한 재교육과 훈련 등 일련의 준비 작업을 수행하였다.

초기에는 인구교육을 목적으로 하는 단일 교과 없이 각급 학교에서 ‘전략교과’를 지정한 후 관련 내용을 포함해 교육을 실시하였다. 1977년에 고등학교 교과과정 7개 과목(정치, 경제, 사회문화, 국토지리, 생물, 체육, 가정), 1978년에 중학교 교과과정 4개 과목(사회, 자연, 체육, 가정), 그리고 1979년에 초등학교 교과과정 3개 과목(사회, 자연, 체육)에 정식으로 포함시켜 교육했다. 1980년대에 들어서 정부의 인구정책이 강화됨에 따라 각급 학교 교재에 인구교육 내용이 크게 강화되었다. 학교인구교육중앙본부는 1981년까지 초등학교 교사 6,832명, 고등학교 교사 6,244명, 중학교 교사 1만 608명에 대한 연수를 실시하였다. 한국교육개발원에서는 도서·벽지의 초·중등학교 2,312개교에서 1명씩 교사가 연수과정을 마친 후 소속 학교의 동료교사에 대한 전달교육을 실시하도록 계획했다.

학교를 통한 인구교육은 소자녀 가치와 관련된 규범 형성을 위해 기본적이면서 효과적인 정책수단이다. 장기적 안목에서 본다면 인구교육은 학교교육이 중심이 될 수밖에 없다. 일반적으로 어린이가 어른보다 학습효과가 더 크다. 그렇기 때문에 어려서부터 인구에 대한 사회적 인식 및 합리적 가치관을 배양하는 것이 바람직하며, 이와 관련하여 인구교육은 기존의 학교조직과 인력을 효율적으로 활용할 수 있는 이점이 있다. 그러나 당시 상황을 감안하면 성인에 대한 인구교육 또한 소홀히 할 수 없는 형편이었다. 성인을 대상으로 하는 인구교육은 재생산기에 있는 인구집단의 출산행태를 바람직한 방향으로 유도하는 직접적 효과 이외에 이들이 인구에 대하여 자녀들과 유사한 가치관을 가지기 때문에 세대간의 가치 충돌로 인한 학교교육 효과의 감소를 예방할 수도 있다. 또한 성인 대상 인구교육은 일종의 사회교육을 의미하기 때문에 운용 여하에 따라서는 여러 이유로 학교교육에서 소외된 교외청소년 인구집단까지도 포용할 수 있는 이점도 있다. 이러한 맥락에서 1976년에 구성된 인구정책심의위원회

회에서는 인구증가 억제를 위한 노력의 하나로 가족계획사업과 병행하여 성인에 대한 인구교육도 실시해야 한다는 원칙을 설정했다. 이에 따라 1977년부터 시작되는 제4차 가족계획5개년사업에서는 교외청소년과 성인에 대하여 공무원교육원을 포함한 공공훈련기관, 새마을사업교육, 사업장 또는 직장 교육 등 각종 사회교육프로그램을 이용한 광범위한 인구교육 실시를 계획하였다.

사회지원시책 도입

1974년은 유엔에서 지정한 ‘세계인구의 해’로서 인구사업과 관련된 각종 행사가 열렸다. 가족계획연구원에서는 자체 계획으로 1974년 6월 18일에 그동안 축적한 조사연구·사업평가 실적을 토대로 인구 및 가족계획 관련 교육전시실을 설치했으며, 이를 기념하기 위하여 대규모 ‘가족계획 평가회의’를 개최하였다. 이 평가회의에는 보건사회부장관과 경제기획원을 비롯한 유관 부처의 차관, 청와대 관계자, 외원기관의 대표 등이 참석하였다. 홍종관 가족계획연구원장은 가족계획사업 분석·평가결과에 대한 발표에서 보상 및 규제와 관련된 싱가포르와 말레이시아 등 외국 사례를 소개하면서, 이들 시책을 우리 실정에 맞게 도입을 검토해야 한다고 주장했다.⁷⁴ 이를 기점으로 가족계획사업을 보완하거나 지원할 수 있는 보상 및 규제의 도입 가능성을 적극적으로 검토하기 시작했다.

실제 1974년에 「소득세법」을 개정하여 세 자녀까지 소득세 공제혜택을 부여하였다. 이를 효시로 정부가가족계획사업을 지원하기 위한 출산조절정책으로서 규제 및 보상에 대한 관심이 점차적으로 확대되었다. 특히, 1977년부터 시작되는 제4차 경제개발5개년계획을 수립하는 과정에서 다양한 조치가 도입되었다. 두 자녀 갖기를 사업 목표로 설정한 가족계획사업에 발맞추어 1977년에 「소득세법」상 자녀수에 따른 소득공제혜택을 두 자녀까지로 축소했으며, 두 자녀를 둔 가족 중 불임시술자에 대해서는 공공아파트 입주 우선권을 부여했다. 같은 해에 남아선호관을 불식시켜 여성의 지위를 향상시키기 위하여 「민법」상 「가족법」에서 미혼인 여성자녀에 대한 상속분의 균등화 등 부분적인 개선이 이루어졌다. 1978년에는 도시영세민 중 불임시술자에 대해서는 시술 후 사흘간의 생계비를 보조해 주는 제도를 도입했고, 두 자

⁷⁴ 가족계획연구원(1974), 전계서.

녀 가정 중 불임을 수용한 가정에 대해 공공주택 입주 우선권을 부여하였다. 또한, 기업체 및 사업장에서 근로자의 가족계획을 위해 지출한 경비에 대해 손비처리가 되도록 「법인세법」 시행령을 개정하였다.⁷⁵ 1979년에는 공공병원에서 자녀를 출산할 때 자녀수에 따라 분만비를 차등화하는 방안이 제기되었다.

보상·규제제도의 시행으로 영향을 받게 될 대상이 도시중산층 이상 또는 일부 도시영세민 등과 같은 소수의 특정 계층에만 한정되어 있었기 때문에 출산조절 목표 달성에 대해 회의적인 시각도 없지 않았다. 가족계획사업의 잠재적 대상이라 하더라도 그들이 처한 사회적 위치에 따라 보상과 규제의 영향 정도가 다르고, 규제제도도 받아들이는 정도가 크게 다르다. 일찍부터 이 정책을 시행하였던 인도와 싱가포르의 경험은 많은 시사점을 제시해 주었다. 싱가포르에서는 규제제도가 인구정책의 주요 수단으로 쉽게 받아들여진 바 있었지만, 인도에서는 이와 전혀 다른 결과가 초래되었다. 즉, 인도에서 불임수술의 보급과 관련된 규제적인 정책수단의 도입은 정상적으로는 수습하기가 힘들 정도로 큰 정치적 갈등을 초래하였다. 그렇기 때문에 이를 인구정책의 수단으로 도입하려면 사전에 다방면에 걸쳐 신중한 검토가 요구되었다. 보상·규제제도가 갖는 특성 때문에 우리나라도 1970년대 후반부터 인구정책의 수단으로 받아들였지만 극히 제한적으로 채택할 수밖에 없었다. 즉, 불임수술이나 소자녀 출산을 유인하는 수단으로 이 제도를 받아들이기는 했지만, 규제보다는 차별적으로 보상 해 주는 방향으로 정책의 가닥을 잡지 않을 수 없었다.

⁷⁵ 당시 주식회사 삼양타이어는 가족계획 시범사업장으로 정부의 표창을 받았다.

3. 인구증가억제정책 강화(1982~1988)

배경

1981년 제5공화국 출범과 함께 종래 경제개발 위주의 정책 방향이 사회개발 분야로 확대되면서 국정지표 중 하나인 복지사회 구현을 위해서는 인구 안정이 선결되어야 한다는 판단이 내려졌다. 이에 정부는 제5차 경제사회발전5개년계획(1982~1986) 기간 중 합계출산율을 1981년 2.7명에서 1988년까지 인구대체수준인 2.1명으로 낮추어 인구증가율을 2000년까지 1% 수준으로 억제한다는 인구목표를 설정하였다.

이와 같은 인구목표를 달성하기 위해서는 해결되어야 할 많은 문제가 산적해 있었다. 1979년부터 1982년까지 정부가 막대한 피임 물량을 지원했지만 15~44세 부인의 피임실천율은 54.5%에서 57.7%로 증가한 반면에 합계출산율은 3.0명에서 2.7명으로 감소되어 그 변동 폭이 과거와는 달리 크게 둔화되었다.⁷⁶ 이와 같은 결과는 지난 20년간 사회, 경제 및 인구학적 여건은 크게 변모하였으나 인구증가억제정책의 추진방식은 사업 초기의 구태를 벗어나지 못하여, 단산 위주의 피임실천과 높은 피임중단 등으로 사업 효과성과 효율성이 저하되고 사업의 추진동력이 크게 완만해졌기 때문이다. 따라서 우리 사회에 잔존한 남아선호관을 불식시키고, 두 자녀 규범을 형성할 수 있는 획기적이고 강력한 인구대책이 수반되지 않고서는 인구목표

⁷⁶ 문현상·함희순·신성희(1982). 『1982년 전국가족보건실태조사보고』. 한국인구보건연구원.

를 달성하는 것이 매우 어려울 것으로 전망되었다.

통계청이 발표한 출생성비 통계를 보면 1975년에 112.4명, 1978년에 111.3명 등으로 정상적 출생성비인 105명보다 매우 높다. 즉, 남아선호관이 불식되지 않으면 출산율 감소에 따라 인위적으로 태아의 성을 감별한 후 인공임신중절을 실행함으로써 출생성비가 불균형해지는 새로운 인구자질 문제가 예견되었다. 따라서 남아선호관을 불식시켜 두 자녀 규범을 형성하면 제5차 경제사회발전5개년계획(1982~1986) 기간 중에 인구목표를 달성할 수 있으며, 출생성비도 균형상태로 회복할 수 있었다. 한편, 베이비붐 현상의 여파로 가임기 여성수가 증가하여, 출산율이 감소해도 사망률 감소로 인구증가율 감소폭은 매우 완만할 것으로 전망되었다.

가족계획사업 관리·운영 측면에서는 지난 20년 동안 독립적으로 운영되어 온 가족계획요원, 모자보건요원 및 결핵관리요원(1981년 7월 1일 자로 가족계획 2,148명, 모자보건 998명, 결핵관리 1,948명 등 총 4,870명)이 임시직에서 보건직 지방공무원으로 양성화되었다(면허별로 보면 간호보조원이 77.4%, 간호원이 15.8%, 간호원·조산원 5.3%, 조산원이 1.0%).⁷⁷ 이들에 대한 통합보건훈련은 학계 및 관련 단체와의 협력 하에 1978년부터 한국인구보건연구원에서 주관하였다. 1981년에 세계은행 인구차관사업의 일환으로 통합보건요원(400명) 훈련과정을 간호원 및 조산원 면허소지자는 12주간, 간호보조원은 14주간에 걸쳐 각각 실시하였다. 훈련과정은 국립보건원 훈련부로 이관되어 1985년까지 약 4,000명의 통합보건요원을 훈련시킬 계획이었다. 한편, 1981년 7월 1일 자로 대구와 인천이 직할시로 승격됨에 따라 이들 지역에 대한 통합보건요원 배치가 지연되었다. 가족계획요원의 정규화 과정에서 감원(517명)이 발생하여 업무량이 조정되었으며, 과중한 가족계획업무를 기피하는 현상이 발생하기도 하였다. 이에 따라 통합보건요원제도가 조직 및 기능 면에서 정착되지 못했으며, 따라서 제5차 경제사회발전5개년계획(1982~1986) 기간에 인구증가억제대책의 추진에 상당한 지장이 초래될 것으로 예견되었다.

⁷⁷ 장지섭·김정태(1981), 『보건요원 실태조사 보고서』, 한국인구보건연구원.

인구증가억제대책 보강

이와 같은 불리한 사회·인구학적인 여건들을 극복하여 인구대체수준의 출산율과 인구증가율 목표를 조속히 달성하기 위해서는 인구증가억제정책이 보다 종합적이고 획기적으로 혁신되어야 한다는 전두환 대통령의 두 차례(1981. 8. 11., 9. 11.)에 걸친 지시가 있었다. 이어서 각 부처 간의 긴밀한 협조로 다각적인 대응책을 강구하라는 국무총리의 지시(1991. 9. 22.)가 있었다. 이들 지시는 제5차 경제사회발전5개년계획의 인구부문계획에 적극 반영되었다. 이와 같이 전두환 대통령이 인구문제에 남다른 관심을 갖게 된 이면에는 윤성태 당시 정부비서관의 노력이 있었다. 그는 당시를 다음과 같이 회고하였다.

참고8 윤성태 전 청와대 정부비서관의 회고

제가 1981년 5월에 청와대 정부비서관 취임을 했으니까, 그때부터 한 5년 동안 청와대에서 보사담당 비서관을 하면서 인구대책 수립을 했죠. 그때 5공화국 출범 초기라 여러 가지 정책 난제들이 많았어요. 그런데 내 입장에서 볼 때에는 여러 가지 난제나 과제가 많이 있지만, 인구문제가 상당히 심각하다는 것을 느끼고 있었어요. 왜냐하면, 지난 20년은 대한민국정부가 인구증가억제대책에 대해서 심혈을 기울여 추진하여 UN이나 국제전문기관에서 높이 평가하는 모범적인 인구정책국이라고 할 정도였는데, 1980년을 전후해서 출산율이나 피임실천율의 변동이 매우 완만해졌지요. 이를 두고 스프링 이론이라고 하는데, 스프링이 탁 내려갔다가 어느 정도 되면 더 이상 안 내려가기 때문에 엄청난 힘을 가해야 내려간다고 많은 전문가들이 이야기하는 것을 들었지요. 그때 제가 보사, 복지, 환경, 노동, 감사원 등을 담당하고 있었는데, 그때 이들 중 인구대책이 가장 심각하다고 생각했지요. 5공화국에서 밀바탕인 인구문제가 해결이 안 되면 경제성장, 사회보장, 고용, 복지, 교육개발 등 사회·경제적 발전이 모두 인구 성장에 의해 잠식되기 마련이지요. 그래서 제가 당시 한국인구보건연구원, 대한가족계획협회, 보건사회부 및 경제기획원 사람들하고 자주 만나서 이야기해 보니까 아무래도 5공화국의 역점사업으로 해야 되겠다 해서 만든 것이 인구증가억제 종합대책이고, 이것을 1982년 10월에 제가 직접 작업을 해서 전두환 대통령께 보고한 것입니다.

- 윤성태 전 보건사회부 차관의 인터뷰(2015. 4. 30.) 내용 중 발췌 -

제5차 경제사회발전5개년계획(1982~1986) 인구부문계획으로서 인구증가억제대책에 대한 대국민 접근성을 제고하고, 이에 대한 사회적 인식과 분위기를 조성하여 1980년대에 인구대체수준의 합계출산율과 인구증가율 1%를 조속히 달성하는 것을 기본방향으로 설정하였다. 이를 토대로 설정한 새로운 인구증가억제대책은 총 49개 시책으로 구성되었다. 구체적으로 15개 시책은 가족계획사업을 활성화하기 위한 것으로 의료보험 급여대상에 피임시술(불임수술, 자궁내장치 시술, 월경조절술)을 포함하고 정부지원 피임시술비를 의료보험수준으로 인상하는 내용을 포함하였다. 10개 시책은 소자녀 가정에 대한 사회지원시책을 강화하기 위한 것으로 공무원 가족수당 및 자녀학비 보조수당을 두 자녀로 제한하고 의료보험 분만급여도 두 번째 출산으로 제한하는 내용을 포함하였다. 8개 시책은 남아선호관을 불식시키기 위한 것으로 호주제도, 상속제도, 친족 범위, 남녀차별 조항 등 「가족법」 개정, 출가한 여성도 의료보험 피부양자 범위에 직계존속을 포함하는 내용을 포함하였다. 12개 시책은 체계적인 홍보교육을 지속적으로 추진하기 위한 것으로 각급 교육기관을 통한 인구교육 강화 등을 포함하였다. 나머지 4개 시책은 인구증가억제를 효율적으로 추진하기 위한 체제를 확립하기 위한 것으로 한국인구보건연구원과 대한가족계획협회의 조직 및 기능 강화 등을 포함하였다.

〈표 2-5〉 부처별 인구증가억제대책 조치 사항

부처	조치사항	시행기간
경제기획원	- 인구정책심의위원회 운영 - 인구정책 추진계획 종합조정 및 추진 상황 점검 - 인구대책관련 예산 조치	계속 계속 1983(예산 편성시)
내무부 (시·도)	- 지방행정조직의 가족계획사업 지원강화 조치 - 새마을사업에 가족계획사업 강화 조치 - 주민세 관련 법령 개정 - 새마을 유아원 증설 - 불임수용 영세민에 특별생계비 지급방법 개선 조치 - 반상회를 통한 홍보강화 조치	1982.12. 1982.12. 1982.12. 1982~1986 1981.12. 계속
재무부	- 가족계획사업 지원강화를 위한 세제개선 조치(「소득세법」 시행령 개선, 「관세법」 시행령 개선) - 생업자금 융자시 불임수용자 우선 융자 조치 - 불임수용자에 대한 복지주택 부금 우선 융자 조치	1982.6. 1982(실시시) 1981.12.

부처	조치사항	시행기간
법무부	- 「가족법」의 남녀차별 조항 개정 검토(호주제도, 상속제도, 친족범위, 기타 남녀차별 조항)	1981.12.
	- 「가족법」의 혼인연령 인상 검토	1981.12.
국방부	- 군장병 인구교육강화 조치	1981.12.
	- 예비군 인구교육강화 조치	1981.12.
	- 낙도홍보에 해군홍보선 지원조치	1981.12.
문교부	- 학교인구 교육추진계획 수립	1981.12.
	- 교육과정 및 교재개편에 인구교육 반영	1982~1984
	- 전 교원에 인구교육 연수 실시	1982~1986
상공부	- 공장새마을운동을 통한 가족계획사업 강화조치	1982.12.
건설부	- 불임수용자에 대한 공공주택 우선입주권 조치	1981.12.
보건사회부	- 가족계획사업 세부추진계획 수립, 추진	1981.12.
	- 불임수용자에 대한 특별생계비 지급 개선 조치	1981.12.
	- 불임시술 지정의 제도 개선	1982. 6.
	- 보건요원 통합운영을 위한 요원훈련 및 요원지침 수립	1982.12.
	- 의료보험 급여대상에 불임시술 포함 조치	1982. 6.
	- 의료보험 분만급여대상을 자녀수에 따른 차등 조치	1982.12.
	- 세 자녀 이상 출산시 의료보험료 추가 부담 조치	1982.12.
	- 불임수용자 자녀에 대한 무료진료 조치	1981.12.
	- 의료보험 피부양자의 범위에 출가한 자녀의 직계존속 포함 조치	1982.12.
	- 보험보호대상자의 선정시 소자녀 가정에 우선권 부여 조치	1981.12.
	- 여성 전문기구 설치	1982.12.
	- 노인복지시설이용에 우선권 부여 조치	1982. 6.
	- 가정의례준칙 개정 검토	1982.12.
	- 인구보건연구원 및 가협의 기능 강화	1982.12.
노동부	- 사업장 가족계획사업 강화 조치	1982.12.
	- 여성의 취업기회 확대방안 수립(직업훈련 및 직업지도)	1981.12.
	- 「근로기준법」 개정(여성 취업금지 직종의 합리적 조정, 불임수용자에 대한 유급휴가제 도입)	1982.12.
	- 육아휴직제 법제화	
문화공보부	- 가족계획 홍보 강화 조치	1981.12.
	- 새마을방송 협의위원회에 가족계획 홍보담당자 포함 조치	1981.12.
총무처	- 공무원에 대한 인구교육 강화 조치	1981.12.

주: 상기 49개 시책은 1981년 12월 17일 정부에서 발표하고 시행한 인구증가억제대책에 포함된 것임.

그러나 해당 부처의 검토 의견에 따라 4가지 시책은 시행이 보류되었다. 구체적으로 자녀수에 따른 주민세의 차등 부과(내무부 소관) 시책은 가구주에게 일정액을 획일적으로 부과하는 이른바 세대별 정액제 부과를 실시하고 있는 기본원칙에 위배된다는 이유로 그 시행이 유

보되었다. 의료보험료의 개인부담금은 가입자의 소득수준에 따라 부과되는 당시의 보험료 부과체계와 상치되어 그 시행이 유보되었다. 「가족법」상 혼인연령을 상향 조정하고자 하였으나, 부모의 동의 없이 결혼할 수 있는 최소한의 기준을 설정한 「가족법」상의 초혼연령을 출산 억제를 위해서 상향 조정하는 것은 큰 의미가 없다고 판단되어 실행되지 않았다. 또한, 여성근로자의 두 자녀 출산까지 육아휴직을 부여하는 육아휴직제를 실시하고자 하였으나, 당시 경제 여건상 기업에 과중한 부담을 주는 동시에 여성근로자의 채용 기피가 우려되어 추진되지 못했다. 이하에서는 실제 실행되었던 45개 시책의 주요 내용을 제시하였다.

의료보험 급여 대상에 피임시술 포함

정부 가족계획사업이 착수된 이래, 소정의 교육과 실습과정을 수료하고 지정된 ‘정부지정 피임시술 의료기관’을 방문하면 누구나 피임서비스를 무료로 제공받도록 제도화되었다. 사업 초기에는 정부지원 시술비 단가가 적정수준으로 책정되어 개업의사의 가족계획사업 참여가 원활하였다. 그러나 1980년에 정부지원 피임시술비 단가가 의료보험수가⁷⁸의 절반 수준에 지나지 않는 데다가 피임시술의 부작용이 발생하면서 의사들 사이에 피임시술을 기피하는 현상이 발생하였다.

‘전국 출산력 및 가족보건실태조사’에 의하면 1982년 우리나라 부인의 피임실천율이 57.7%에 이르렀으나 피임실천 목적이 대부분 단산이었고, 자궁내장치 시술을 포함한 일시적인 피임방법의 중단율이 높았다. 막내아 출산 이후에 자궁내장치 시술을 경험한 부인의 중단율은 69.9%였으며, 먹는피임약의 중단율은 80.8%로 매우 높았다.⁷⁹ 이에 정체상태인 피임실천율을 높이고 피임부작용을 최소화하기 위하여 시술 의사에 대한 시술 수가를 적정수준으로 인상하고, 가족계획을 의료보험에 포함하여 대상자의 선택에 따라 의료보험 급여대상인 임신 및 분만 관리와 연계하는 방안이 검토되었다. 이러한 방안은 피임서비스를 확산하고, 서비스를 질적으로 개선하며, 장기적으로 정부 지원 가족계획사업을 중단하더라도 모든 국민이 경

⁷⁸ 참고로 1977년에 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 직장건강보험제도가 처음 실시되었으며, 이후 1979년에는 공무원 및 사립학교 교직원과 300인 이상 사업장 근로자까지 직장건강보험제도가 확대되었다. 1988년 농어촌지역건강보험, 1989년 도시 자영업자를 대상으로 한 건강보험이 실시되면서 전 국민 건강보험시대가 열렸다.

⁷⁹ 문현상·함희순·신성희(1982). 전제서.

제적 부담 없이 의료보험을 이용해 자비로 부담하는 사업으로 전환될 수 있을 것으로 기대되었다. 따라서 정부는 1982년부터 정관수술, 난관수술 및 월경조절술을 의료보험 급여대상에 포함하였고, 1983년부터는 자궁내장치 시술도 의료보험 급여대상에 추가하였다.

정부지원 피임시술비 인상

정부 가족계획사업에서 정관수술, 난관수술, 자궁내장치 시술, 월경조절술 등은 소정의 교육을 이수한 개업 의사를 통하여 보급되었으며, 이들에게는 시술 건수에 따라서 해당 보건소에서 시술비를 지급하였다. 1988년 말 전국에 산재한 정부지정 피임시술 병의원 수는 총 2,995개소였으며, 피임방법별로는 자궁내장치 시술 지정 병의원 2,321개소(34.8%), 정관수술 지정 병의원 1,317개소(19.7%), 난관수술 지정 병의원 1,453개소(21.8%), 그리고 월경조절술 지정 병의원 1,582개소(23.7%)였다. 이와 별도로 중증의 부작용을 치료를 담당하는 사후관리 병의원으로 244개소가 지정되었다.⁸⁰

정부는 시술 의사에게 지불되는 의료보험 수가를 자궁내장치 시술은 1981년에 1,800원에서 1982년에 5,000원으로, 정관수술은 같은 기간에 1만 9,000원에서 3만 8,000원으로, 난관수술의 경우 2만 2,000원에서 4만 3,000원으로, 그리고 월경조절술은 1만 원에서 2만 원으로 각각 인상하였다.

자궁내장치 시술은 1980년부터 시술비의 1/3을 수용자 본인 부담으로 하여 별다른 사유 없이 자궁내장치를 제거하지 않도록 유도하였으며, 1982년에는 시술비 인상과 더불어 수용부인이 한자녀를 두고 있다면 무료, 두 자녀를 두고 있다면 2,500원을 본인 부담으로 하여 터울 조절 목적의 피임실천을 강조하기도 하였다. 먹는피임약과 콘돔은 필요 이상의 과다 보급으로 인한 피임 약제와 기구의 허실을 방지하기 위하여 1개월 사용분(먹는피임약 1갑, 콘돔 6개입 1갑)을 보급수수료라는 명목으로 사용자에게 징수하였다. 그러나 시중에서 판매하는 피임 약제 및 기구와 비교하여 품질은 유사해도 포장 등의 차이로 정부 제품의 질에 의구심을 나타내는 경우가 많았다. 이에 정부는 1983년에 카파·티와 같은 새로운 자궁내장치를 도입하는 등 수용자의 기호도가 높은 시중 제품을 정부 보급 제품으로 선정하여 보급하였다.

⁸⁰ 1개 병원에서 복수 이상의 피임시술지정도 가능하다.

가족법상 남녀차별 조항 개정

「가족법」을 개정하기 위한 노력은 1957년부터 여성단체를 중심으로 추진되어 왔으나 전통적인 사고방식에 막혀 거의 반영되지 못했다. 정부 가족계획사업에 지대한 영향을 미치는 남아선호관을 불식시키려는 노력의 일환으로 1977년 12월에 「혼인법」, 「친자법」, 「상속법」 등의 일부 조문이 개정되거나 신설되었다. 인구증가억제정책 강화 차원에서 법무부 내 민·상법 개정 특별심의위원회에서는 관계기관, 학계, 종교계 등 각종 사회단체 등과 협의·연구 및 검토하여 1982년 말까지 「가족법」 개정을 확정하기로 하였다.

그러나 사회계층 간 이견으로 상당 기간이 소요된 1989년 12월에 「가족법」이 대폭 개정되어 1991년 1월 1일부터 시행되었다. 주요 내용으로 (1) 호주제는 존치하되 호주 상속 승계로 유명무실한 호주의 권리와 의무 삭제 등, (2) 친족 범위를 부·모계 8촌, 인척 4촌으로 개정, (3) 이혼배우자의 재산분할청구권 신설, (4) 친권제도상 부모 친권 공동 행사, 부모 의견 불일치 때는 가정법원 결정, 이혼한 어머니나 혼인 외 자(子)의 생모도 협의 또는 가정법원의 결정으로 친권행사 가능, (5) 이혼부부의 자녀양육에 관하여 부모 평등 면접교섭권 신설, (6) 재산상속제도에서 직계비속이면 아들과 딸 간, 장남과 차남 간, 기혼과 미혼 간 차별 없이 균분 상속, 배우자에게는 고유 상속분의 5할 가급, 상속인의 범위 축소 등, (7) 적모서자와 계모자 사이의 당연 법정 혈족 관계 성립 폐지, (8) 부부의 공동생활 비용은 부부 공동 부담 등이 포함되었다. 그러나 가족법 개정의 핵심이었던 호주제와 동성동본금혼제도의 폐지는 이루어지지 못했다.⁸¹

국민연금제도 조기 실시

정부 가족계획사업이 착수된 이래 남아선호관을 불식시키기 위한 노력을 지속하여 왔음에도 피임 및 출산행동에 미치는 영향은 지속되었다. 당시 남아선호관은 노후소득 및 의료보장

⁸¹ 참고로 한참 후인 2005년 3월 2일에 호주제 폐지를 골자로 하는 민법 개정안이 통과됨으로써 2008년 1월 1일부터 호주제와 동성동본금혼제도가 폐지되고, 친부 확인을 위해 남편과 이혼 또는 사별한 여성에 대하여 6개월간 재혼을 금지한 조항도 폐지되었다. 동시에 친·양자제도가 도입되면서 부모 협의 하에 어머니의 성과 본을 따를 수 있는 길이 열리게 되었다.

과 밀접히 연관되어 있다는 관점에서,⁸² 국민연금제도 조기 실시를 인구증가억제정책과 연계 하려는 시도가 있었다. 정부는 「국민복지연금법」을 1973년 12월에 공포하였으나 당시 세계적인 ‘석유 파동’으로 시행을 연기하다가 구법을 폐지하고 새로운 「국민연금법」을 1986년 12월에 공포하였다. 국민연금제도는 1988년 1월부터 상시근로자 10인 이상 사업장에 그리고 1992년 1월에는 상시근로자 5인 사업장까지 확대하여 적용하였다.⁸³

의료보험 피부양자 범위 조정

의료보험 시행 초기에 피보험자가 출가한 여성이면 주민등록상 세대가 같지 않은 직계존속은 피부양자 범위에서 제외되었다. 양성평등을 강화함으로써 남아선호관을 불식시키기 위하여 1984년에 「의료보험법」을 개정하였다. 구체적으로 출가한 여성도 실제 부양하고 있는 직계존속을 피부양자로 인정하였고, 피보험자 부인의 직계존속도 피부양자의 범위에 포함하였다.

학교 인구교육 강화

학교인구교육은 1974년 3월부터 1980년까지 유엔인구기금의 지원으로 실시되었다. 당시 문교부에 인구교육중앙본부(본부장은 차관)를 설치하여 초·중·고등학교를 대상으로 인구교육에 관한 기초연구 실시, 교육과정 및 자료 개발, 교원 연수, 현지 시행 및 보급 등을 추진하였다. 인구교육중앙본부가 해체된 1981년 이후에는 한국교육개발원에서 인구교육에 관한 자료 개발을 계속 추진하였다. 1982년에는 초·중등 교사용 인구교육 슬라이드와 해설집을 제작하여 각 시도 교육위원회에 배부하기도 하였다. 1985년은 인구교육사업의 마지막 해로 경기, 충남, 전북, 전남 등 4개 지역의 교사 400명의 연수를 실시하였고, 교육 자료를 최종 수정·보완하여 전국 1만 7,000개 도서·벽지 학교에 배포하였다.

⁸² 조사 결과, 자녀를 2명 원하는 가정일지라도 딸만 있는 경우 아들을 위해서 계속 출산을 하겠다는 부인의 비율이 48.8%로 높게 나타났다(문현상·함희순·신성희(1982). 전제서).

⁸³ 이후 2006년 1월부터는 1인 이상 사업장 전체로 적용범위가 확대되어, 2008년 도입 이래 만 20년이 경과되어 완전노령연금 수급이 시작되었다.

시·도 및 시·군·구 단위 사업관리 기능 활성화

1966년 도입한 ‘가족계획사업 목표량 제도’는 5개년계획별로 설정된 인구목표를 달성하는데 필요한 피임방법별 목표량으로 환산되어 연도별 예산 확보와 사업 진도 및 효과 평가를 위한 기준으로 활용되었다. 이와 같이 가족계획사업 목표량 제도는 전국 보건소 및 보건지소에 배치된 2,700여 명의 가족계획요원의 피임보급 활동을 관리하는 데 매우 중요한 수단으로 발전하였으나, 다른 한편으로는 지역주민의 피임방법별 선호도를 고려하지 않고 획일적으로 목표량을 배정함으로써 사업의 효율성을 저해하는 원인이 되기도 했다.

1980년대에 사용한 피임목표량 산출모형은 미국인구협회에서 개발한 ‘봉가르트 피임목표량 산출모델(Bongaart Target Setting Model)’이었다. 이 모델에 입력해야 하는 변수는 최초 및 최종 연도, 유배우 부인의 연령범위, 출산율 목표, 재생산연령의 부인수, 현 유배우 부인율, 피임방법별 사용 효과, 최초 연도의 피임방법별 실천율, 피임방법별 사용 분포, 산후 무월경 기간, 연령별 인공임신중절률, 피임방법별 중단율 등으로 통계청의 인구추계와 한국 인구보건연구원의 ‘전국 출산력 및 가족보건 실태조사’를 이용하여 산출하였다. 인구센서스, 전국 출산력 및 가족보건 실태조사, 사업통계 자료를 이용하고, 각 시·도의 유배우 부인수, 가족계획요원수, 피임시술 병의원 분포, 전년도 피임방법별 실적 및 불임수용률을 고려하여 시·도별 목표량을 배정하였다. 각 시·도에서는 동일한 방법을 적용하여 시·군·구 및 동·읍·면별 목표량을 배정하였다. 그러나 소지역 단위별로 피임실태에 관한 자료가 부재하여 목표량을 합리적으로 배정하는 데 한계가 있었다.

목표량 제도 하에서는 일선 사업관리자가 관내 지역의 피임방법별 수용성에 따라 배정된 목표량을 재조정해 주는 역할을 하여야 했다. 따라서 정부는 인구증가억제대책이 강화된 1982년 이래 중앙에서 주관해 온 사업평가 및 지도·감독 기능이 시·도 및 시·군·구 단위에서 활성화되어야 한다는 판단 아래 1984년부터 중앙, 시·도 및 시·군·구 단위에서 가족계획평가반을 운영하도록 제도화하였다. 한편, 일선 사업기관에서 사업 평가 및 관리 기능을 효율적으로 운영하려면 이에 관한 기본 지식과 기술 습득이 선행되어야 한다는 판단 아래에 한국인구보건연구원에서는 유엔인구기금의 지원을 받아 1984년부터 1986년까지 시·도 및 보건소 가족보건계장 280명을 대상으로 1주 과정의 ‘가족계획사업 관리훈련’을 3회에 걸쳐 실시하였

다. 훈련과정에서 제공된 주제는 가족계획사업 관리 실태와 전망, 가족계획사업 관리 구조와 과정, 가족계획요원의 지도 요령, 피임지속 연수(Couple Years of Protection, CYP)의 개념과 산출 방법, 피임방법별 목표량 설정 및 배정방법의 이해, 지역단위 가족계획실태조사 요령, '전국 출산력 및 가족보건실태조사' 결과의 활용방법 등으로 일선 사업관리자의 사업평가 및 관리기술 증대에 크게 기여한 것으로 평가되었다.⁸⁴

지방행정조직을 통한 가족계획사업 지원 강화

지난 20년간 가족계획사업 중심의 인구증가억제대책은 보건사회부 주관으로 각 시·도의 가족보건 관련 부서에서 추진되어 왔기 때문에 타 부서의 유기적인 협조나 지원을 얻는 데 많은 한계가 있었다. 그러나 종합적인 인구증가억제정책을 시행하면서 정부의 각 부처가 적극 참여하게 되었다. 특히, 시·도를 관장하고 있는 내무부는 인구대책 지원 활동을 강화하라는 대통령의 지시에 따라 1982년 9월부터 참여하였다. 이에 따라 지방행정의 모든 조직과 관리자는 인구문제를 소관업무에 관계없이 지방행정의 역점사업으로 추진해야 한다는 인식을 공유하게 되었다. 인구증가억제정책이 내무행정의 최우선 정책과제로 부상하면서 각 시·도의 시장, 구청장, 군수 등 내무행정 책임자의 인구문제에 대한 관심도가 높아졌고, 지방행정의 모든 조직을 최대한 동원하는 계기가 되었다. 지방의 일선 기관장을 중심으로 모든 유관기관과 민간조직을 인구증가억제대책의 추진기구로 조직화하고, 행정 및 재정을 적극적으로 투입하였다. 이와 동시에 시·도 및 시·군·구 단위 인구증가억제대책추진협의회 설치·운영, 시·군·구 단위 가족계획 시범마을 육성, 새마을 지도자 및 부녀회 중심의 가족계획 계도요원(13만 6,000여 명) 육성 및 활용, 시·도 및 시·군·구별 가족계획 촉진대회 개최 등이 추진되었다. 이와 같이 정부 부처의 인구대책에 관한 접근성이 높아지고 지역사회의 인식과 분위기 조성이 거국적으로 활성화됨에 따라 인구대책이 추진된 이래 최고의 사업실적이 나타났다.

내무부는 각 시·도 및 시·군·구에서 인구증가억제대책 추진협의회를 분기별로 개최하여 지역단위에서 종합적이고 체계적인 인구대책이 추진되도록 유도하였다. 시·도에서는 시·군·구 단위의 인구대책 추진상황을 분기별로, 시·군·구에서는 동·읍·면의 추진상황을 월별로 종합평

⁸⁴ 조남훈·장영식·한영자 외(1988), 『가족계획사업 관리개론』, 한국인구보건연구원.

가하였다. 우수기관 및 공직자에 대해 내무부에서 자체적으로 표창하였다. 연말 종합평가에는 내무부 평가결과 30%, 보건사회부 평가결과 70%(가족계획 60%, 모자보건 10%)의 비율로 합산하여 매년 사업실적이 우수한 3개 시·도에 대해 대통령 표창을, 사업실적이 우수한 공직자 및 민간인에 대해 훈·포장을 수여하여 개인 및 단체 간의 경쟁의식을 고취하였다.

내무부는 인구증가억제대책과 새마을운동을 연계하여 추진한다는 방침 아래 새마을부녀회와 새마을지도자를 계도요원으로 육성하여 전국에 1만 7,000개 가족계획상담소에 배치하여 전국적인 가족계획 홍보와 실천 유도에 큰 성과를 거두었다. 내무부의 핵심 가족계획사업 중 하나로 시·군·구 당 2개 마을을 선정하여 가족계획시범마을로 육성하고, 이를 가족계획 시범교육장으로 활용하였다. 이와는 별도로 가족계획 우수마을 발굴·지원사업을 전개하여 지역사회 차원에서 특수시책, 우수시책, 시범마을, 우수마을 등 다양한 형태의 사업들이 지역주민의 참여 속에 창안되고 발전되도록 유도하였다.

보건·사회 분야 사업조직이 일선에서 내무부의 종합행정에 포함되어 운영되고 있는 현실에서 “내무부는 인구증가억제대책을 지원하라”는 대통령의 관심과 독려는 각급 지방행정 책임자의 적극적인 참여와 협조를 유인할 수 있었다. 이로 인하여 1980년대 초에 우려했던 일선 보건요원의 양성화와 통합보건훈련의 실시를 포함한 많은 문제를 극복하면서 계획된 인구목표를 달성할 수 있는 계기를 마련하였다. 따라서 지난 4년간(1982~1985)의 피임보급실적은 과거 10년간(1971~1981)의 실적을 능가하는 높은 성과를 나타냈다.⁸⁵

일반적으로 인구정책과 같은 주요 국책사업이나 정책이 성공하기 위해서는 대통령을 포함한 고위 정책지도자의 관심을 유발하기 위한 조직적이고 체계적인 보좌진의 노력이 필수적이다. 윤성태 당시 청와대 정무비서관은 과거 인구증가억제대책이 획기적인 성과를 낼 수 있었던 요인 중의 하나는 대통령 지시로 내무행정이 총동원되었다는 점을 제시하였다. 그는 1981년 10월에 여러 전문가의 의견을 듣고 작성한 종합대책을 들고 대통령 집무실로 들어갔을 때를 다음과 같이 회상하였다.

85. 김홍래(1986). “내무행정을 통한 인구증가억제시책의 추진방향”. 『1986년도 전국 가족보건사업 평가대회보고서』. 한국인구보건연구원.

참고9 윤성태 전 청와대 정부비서관의 회고

대통령께 인구증가억제 종합대책을 좀 보고 드리겠다고 하니깐 깜짝 놀라시는 거예요. 그러니까 우리 수석 비서관이 ‘다음에 보고 하겠습니다’ 하고 나가려고 하니깐 앉아서 보고하라고 하시더라고요. 처음에는 시큰둥하게 보고 계시다가 한 장 넘어가니까 몸을 앞으로 탁 숙이더라고요. 그래서 쭉 설명하면서 “우리가 역점 사업을 경제성장, 교육, 복지 다 중요합니다. 이러한 것이 효과를 나타내기 위해서 인구문제가 기본적으로 해결이 되어야지, 그렇지 않으면 의미가 없습니다.” 하면서 통계 수치를 가지고 설명을 했어요. 설명을 하고 이 사람의 관심을 끌고, 그러면 이거 어떻게 해야겠느냐 하는 문제를 고민하다가 큰 프레임을 가지고 설명을 했어요. 이렇게 해 가지고 전략적으로 어떻게 해야 한다고 설명을 했더니 이 양반이 다 듣고 나서는 완전히 거기에 심취를 해가지고 책상을 탁 치면서 “이게 바로 5공화국의 국정과제다, 주요 정책과제다. 인구 문제가 심각하구나.” 그래서 그때 이후부터 날 보고도 “인구문제를 5공화국의 역점사업으로 하자.” 그렇게 하고, 잘 하도록 지시한 내용도 초안에 대통령 지시사항을 포함했지요. 그때 내가 지금도 아찔했던 순간이, 한참 인구문제 하면서 정관수술 이런 문제도 나왔지요. 대통령이 자기는 군에 있을 때 정관수술 했다는 거예요. 그 소리를 들으니까 아차 싶더라고요. 나는 그때 딸만 셋 있었지만 아직도 정관수술 안 했거든. 딸만 셋 낳아 가지고 또 혹시 하나 더 낳을까 싶어 가지고, 속으로는 조마조마했지요. 그래서 내가 나오자마자 국립의료원에 비뇨기와 과장으로 있는 친구한테 전화를 하고 그 다음 날에 수술을 했는데, 그때 전 대통령 이야기가, 나 그때 해봤는데 한 5분 따끔하고 아무렇지도 않다고 해서 했더니 잘못 되가지고 고생 많이 했지요. (중략)

그다음부터 전두환 대통령은 시도 초도순시, 시장 군수 구청장 업무 브리핑, 내각에서 국무회의에서 계속 인구문제 심각성과 인구정책의 중요성을 얘기해요. 그때만 해도 대통령이 매년 초 시장 군수 구청까지 다니면서 초도순시, 브리핑을…… 거기 가서 그냥 군수들한테 정관수술 했냐고 물어보고 그러니까 완전히 대통령이 그러니까, 내각 시도, 각 부처…… 완전히 다 총체적으로 공동추진된 거야. 자연적으로 내각 전체가 시스템화되어서 움직이기 시작한 것이지요. 경제기획원, 국방부는 군 병영…… 정관수술, 예비군관계, 건설부는 아파트 우선공급하고, 문화관광부 같은 데에서는 홍보. 각 시·도청에 인구시계탑도 만들고, 하여튼 각 부처가 다 달라붙은 거야. 대통령이 계속 그러니까, 그래서 그게 성공을 했고, 내각은 쟁기고, 난 나대로 매번 분기별로 보건사회부한테 보고받아 가지고 문제 생기면 대통령한테 보고하고 개선해 주고 이런 과정을 반복해야 성과가 높아지는 것이지요. 우리나라의 가족계획사업은 피임보급, 홍보교육, 연구평가, 훈련사업 등이 UN, UNFPA, WHO, 세계은행 등 국제전문기관으로부터 높은 평가를 받아왔고 그동안 각종 사업관리자를 대상으로 하는 기술훈련도 많이 수행했지요.

종합적 인구정책 개발을 위한 연구·평가기능 강화

1970년 7월 1일에 개소한 국립가족계획연구소는 유능한 연구 인력을 유치하고 연구의 자율성을 확보하기 위하여 정부출연 가족계획연구원으로 발전하였다. 그간 가족계획연구원은 인구 및 가족계획 분야의 연구, 평가, 요원훈련 등 기능을 전담하면서 가족계획사업의 체계적인 발전에 기여해 왔다. 그러나 가족계획연구원은 종합적인 인구정책을 개발하기 위해 연구기능을 확대·개편하여야 한다는 주장이 제기되어 왔다. 그럼에도 1980년 12월에는 국무총리의 지시의 유사 연구기관 통폐합 방침에 따라 보건사회부는 「한국보건개발원법」을 개정하여 가족계획연구원과 한국보건개발연구원(1976년 4월 19일 개원)을 한국인구보건연구원으로 통합하기로 결정하였다. 통합 방안은 국무회의의 의결을 거쳐 1981년 4월에 입법의회에서 통과되어 「한국인구보건연구원법」(법률 3417호) 제정으로 확정되었다. 대통령령 제10293호로 시행령이 공포되면서 「한국인구보건연구원법」 부칙 제4조에 따라 통합준비위원회가 발족되었으며, 동 위원회에서 양 기관의 통합을 추진하여 1981년 7월 1일에 한국인구보건연구원이 발족되기에 이르렀다.

같은 해 12월 17일에 대통령의 각별한 관심 속에 새롭게 보강된 인구증가억제대책에는 한국인구보건연구원을 활성화하여 출생, 사망, 인구이동과 관련된 종합적 인구정책 개발을 위한 연구·평가 기능을 강화하고, 이를 위하여 전문연구인력을 보강하여 시·도 단위까지 연구원 소속 평가요원을 배치하는 등의 조치가 필요하다고 명시하였다. 그러나 이미 국회 심의를 거쳐 한국인구보건연구원이 개원된 상태에서 개선 내용은 불분명하였다. 특히, 당시 가족계획사업이 어느 정도 수준까지 발전되었기 때문에 모자보건에 포함해서 추진하면 된다는 정부 담당자의 태도로 10년의 역사를 지닌 가족계획연구원이 5년에 불과한 한국보건개발연구원에 흡수·통합되면서 항구적인 인구문제에 대처하기 위한 독립적인 인구전문연구기관은 우리나라 역사에서 사라지게 되었다. 한국인구보건연구원은 1989년 9월에 다시 보건사회부의 ‘사회보장위원회’의 연구기능과 통합하여 한국보건사회연구원으로 개칭되면서 연구원 명칭에서 ‘인구’라는 글자까지 완전히 사라지게 되었다.

참고10 조남훈 전 한국보건사회연구원 부원장의 회고

한국인구보건연구원은 개원 8년이 지난 1989년 9월경에 보건사회부의 사회보장위원회의 연구기능이 연구원으로 이관되면서 그 명칭이 ‘인구보건’에서 ‘보건사회’로 변경되고 인구연구기능을 완전히 삭제하는 방안이 당시 보건사회부의 내부방침으로 확정되었다는 정보가 흘러나왔습니다. 당시 한국보건사회연구원에서 가족계획연구실장을 맡고 있던 나는 지달현 원장님과 함께 보건사회부 김종인 장관님께 인구연구기능 존속의 당위성을 설명하기 위해 과천 보건사회부를 향했습니다. 먼저 연구원의 주무국장인 조병륜 보건국장실에 들러 장관님 예방 목적을 설명했으나 보건국장은 이미 부내에서 결정된 사항으로 방침을 변경할 수 없다고 하면서 장관님 예방도 필요가 없다는 것이었습니다. 본인은 연구원의 사활이 걸린 중대사를 연구원의 의견 조회도 없이 이루어진 일방적인 결정은 수용할 수 없다는 의사를 표시하고, 주무국장으로서 장관실에 배석을 요청했으나 이도 거절하였습니다.

그러나 배석자도 없이 김종인 장관은 흔쾌히 접견해 주셨고, 나의 건의사항을 경청해 주셨습니다. 내가 준비한 보고 내용은 간단명료했어요. 인구문제는 해결되는 것이 아니고 인구변동에 따라 상이한 인구문제가 발생하기 마련이고, 출산율은 급격히 저하되는데 남아선호관 때문에 출생성비의 불균형이라는 새로운 인구문제로 부각되고 있고, 21세기에 가면 OECD 국가와 같이 저출산·고령화문제에 직면하게 될 것임을 설명 드렸죠. 일본이나 프랑스 등 선진국에서는 국립인구문제연구소가 수십 년간 전통을 이어오듯이 우리나라도 인구정책연구를 지속적으로 추진하는 것이 절대로 필요함을 강조했습니다. 따라서 연구원의 명칭은 보건사회 분야의 정책연구를 확대한다는 의미에서 ‘한국보건사회연구원’으로 변경하더라도 연구원조직에서 ‘인구정책연구실’은 계속 존속되어야 함을 강력히 건의했습니다. 잠시 묵묵히 명상에 잠기듯 하시던 김 장관은 “인구연구의 당위성에 전적으로 동감합니다. 지금 보고한 내용 그대로 시행바랍니다.”라고 말씀하셨습니다. 즉시 주무국장실로 내려가 장관께 보고한 결과를 설명하고 연구원의 인구연구기능의 존속은 물론이고 연구원 조직도 보고내용에 포함된 대로 추진해 줄 것을 요청했죠.

연구원이 통합된 후 26년이 흐른 현재에도 한국보건사회연구원의 설립목적과 주요 기능에 관한 내용을 살펴보면 인구연구에 관한 내용이 매우 빈약하여 우리나라의 존립을 좌우하는 저출산·고령화 문제를 다루는 정책연구기관이라고 보기 어려운 실정이에요. 1981년에 가족계획연구원이 인구연구원으로 꾸준히 발전해 왔더라면 국내 유일의 인구연구기관으로 성장하여 우리나라가 직면하고 있는 저출산 및 고령화 문제 해결에도 크게 도움이 되지 않았을까 하는 아쉬움도 있고, 1989년도에 한국보건사회연구원에서 인구연구기능이 소멸되도록 그대로 방치했다면 지금쯤은 독립연구기관으로 인구연구원이 분명히 설치되었을 것이라는 아쉬움도 있습니다. 실제로 지난 수년간 정부 부처 간에는 인구연구원의 신설문제가 거론되기도 했으나 그때마다 한국보건사회연구원의 인구연구실은 저출산·고령사회연구센터, 인구전략연구소 등으로 수시로 명칭을 변경해 오고 있어요. 이는 인구연구원이 신설되어 타 부처에 인구연구 기능을 빼앗기는 것을 예방하기 위한 면피용에 불과할 뿐입니다. 저출산·고령화 문제는 정부 모든 부처가 관련되는 것이기 때문에 보건복지부가 타 부처를 선도할 수 있는 위치가 아니므로 인구연구원을 국무총리실 또는 기획재정부 소속 연구기관으로 설치하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다고 생각합니다.

가족계획 홍보, 교육 및 계몽 강화

1982년부터 시작된 인구증가억제종합대책을 효율적으로 추진하기 위해 대한가족계획협회에서는 홍보·교육 활동의 기본목표를 ‘전 국민을 대상으로 하는 가족계획의 사회규범화와 생활화’로 설정하였다. 이러한 목표를 달성하기 위한 기본방침으로 홍보사업의 다양화와 협력홍보로 가족계획에 관한 사회분위기를 진작하고, 각급 사회교육기관을 포함한 기관 및 단체를 대상으로 집단교육을 강화하며, 새마을부녀회를 포함한 지역사회 내 유관단체의 가족계획사업 참여를 유도 및 지도하며, 피임사용의 효율성을 제고하여 인공임신중절을 예방하고, 청소년에 대한 성교육과 인구교육을 강화하여 미래세대의 올바른 가치관과 규범 형성에 필요한 각종 홍보·교육활동을 전개한다고 설정하였다.

1970년 초부터 ‘딸·아들 구별 말고 둘만 낳아 잘 기르자’는 표어를 사용하여 남아선호관 불식을 통한 두 자녀 목표를 추구하였으나, 1980년을 전후로 ‘잘 키운 딸 하나 열 아들 안 부럽다’와 ‘축복 속에 자녀 하나 사랑으로 튼튼하게’라는 표어를 사용하여 남아선호관을 완화하는 동시에 한자녀를 유도하기 위한 홍보활동을 전개하였다. 그러나 1983년에 한국인구보건연구원에서 주관한 전국가족보건사업 평가세미나에서 정부가 두 자녀 목표를 조속히 실현하기 위해서는 한자녀 가정의 이점을 살릴 표어를 개발하고 지원시책도 강화해야 한다는 의견이 제기되었다. 이에 대해 가족계획협회는 ‘둘도 많다’, ‘하나씩만 낳아도 삼천리는 초만원’이라는 표어를 추가하였다.

대한가족계획협회는 남성 홍보요원을 동원해 예비군가족계획사업을 실시하여 정관수술과 콘돔의 수용성을 증대시켰다. 대한가족계획협회는 1983년 7월 29일 인구 4,000만 명 돌파를 계기로 일간지 및 TV방송에 인구문제 특집 게재 또는 편성하고 인구폭발 방지 범국민결의 캠페인 전개, 국회의원 초청 심포지엄 개최, 인구시계탑 설치 등 매우 다양한 홍보·교육 활동을 전개하였다. 인구시계탑은 1984년 5월 31일 경남 창원시에서 열린 점등식을 시발점으로 전국 주요 도시에 16개를 설치하였다. 인구시계탑은 높이 11미터, 폭 6미터로 인구시계 전광판 및 문자홍보 전광판을 떠받치고 있는 사람의 형상을 도형화한 것으로 인구증가의 심각성을 상징적으로 표현하도록 제작되었다. 이러한 인구시계탑은 대기업의 협찬으로 10년간 운영되었으며, 서울 KBS 본관 앞 여의도 광장에 세워진 인구시계탑은 내국인뿐만 아니라 인구

및 가족계획 분야 연수를 목적으로 내한한 외국인에게도 귀중한 견학지가 되기도 했다.

사회지원시책 강화

인구증가억제대책의 일환으로 1970년대 중반부터 도입한 사회지원시책은 제6차 경제사회 발전5개년계획(1987~1991)을 입안하는 과정에서 더욱 강화되었다. 1982년에 자녀수가 2명 이하이면 의료보험에서 분만급여 지급, 자녀교육비 보조금의 비과세(감면), 공무원 대상 자녀학비 보조수당 및 가족수당 지급 등 새로운 규제적 시책이 시행되었다. 이어서 각종 생업 자금 및 복지주택부금의 우선 융자, 영세민에 특별생계비 지급, 0~6세 자녀의 1차 무료 진료 등 두 자녀 이하를 둔 불임수용자에 대한 지원이 추가되었다. 이들 사회지원시책은 정책기조의 변화에 따라 한자녀 가정을 우대하는 방향으로 전개되었다. 예를 들어, 영세민을 대상으로 지급하는 특별생계비를 한자녀 30만 원, 두 자녀 10만 원, 세 자녀 3만 원 등 자녀수에 따라 차등적으로 지급하였다. 그 결과 불임수용 영세민에 대한 특별생계비 지원 실적을 보면 1982년부터 1986년까지 총 4만 2,959명 수혜자 중 45%가 두 자녀 이하 불임수용자였으며, 특히 1986년에는 4,329명 수혜자 중 41%가 한자녀 불임수용자로 두 자녀 불임수용자(37.9%)와 세 자녀 불임수용자(21.1%)에 비해 더 많았다. 두 자녀 불임 수용 가정의 0~6세 자녀에 대한 1차 진료 무료지원 실적을 보면, 1982년에 연인원 약 12만 명에서 1986년에 182만 명으로 큰 폭으로 증가하였으며, 특히 1986년에 182만 명 수혜자 중 34.0%가 한자녀 단산가정으로 나타났다.

정부는 양성평등을 구현하기 위하여 1982년에 여성 취업을 금지하는 직종을 30종에서 6종으로 축소하였다. 1983년에는 결혼한 여성 공무원이 직접 부모를 부양하면 가족수당을 지급하는 동시에 의료보험 혜택을 받을 수 있도록 조치하였다. 1984년에는 여성 선원 채용 금지조항을 폐지하였다. 1988년에는 「여성고용평등법」을 제정하여 1989년에 ‘동일노동 동일임금’ 조항을 신설함으로써 여성의 고용지위 향상을 위한 제도적인 틀을 마련하였다.

인구증가억제정책 강화의 성과

정부는 제5차 경제사회발전5개년계획(1982~1986) 기간 중 합계출산율을 1981년 2.7명에서 1988년까지 인구대체수준(2.1명)으로 낮추는 목표를 설정하였다. 이와 같은 출산율 목표가 계획대로 달성되면 우리나라 인구는 2000년에 5,007만 명, 2050년에 6,131만 명으로 증가한 후 인구성장이 정지하는 것으로 전망되었다.

〈표 2-6〉 장기 인구전망 및 인구계획

(단위: 천 명, %)

구분	인구 추이					합계출산율 가정 (여성1인당)
	총인구	출생	사망	이민	인구 증가율	
1981	38,723	906	256	42	15.7	2.7
1982	39,331	918	254	44	15.8	2.6
1983	39,951	927	253	46	15.7	2.5
1984	40,578	931	252	49	15.5	2.4
1985	41,209	931	251	50	15.3	2.3
1986	41,839	923	250	50	14.9	2.3
2000	50,066	847	298	50	10.0	2.1
2050	61,310	836	836	50	-0.8	2.1

자료 : 경제기획원(1981), 『제5차 경제사회발전 5개년계획(1982-1986) 인구부문계획(안)』, 동 기관.

이와 같은 인구목표를 달성하기 위해서는 제5차 경제사회발전5개년계획 기간 중 합계출산율을 1982년 2.6명에서 목표연도인 1986년에 2.3명으로 낮추어야 하고, 이를 위해서는 5년 동안 불임수술 175만 건을 포함하여 총 930만 명에 대해 피임을 보급할 필요가 있었다. 이와 같은 총 피임보급 물량 중 불임수술과 자궁내장치 시술은 80% 수준 그리고 먹는피임약과 콘돔은 20% 수준을 정부가 지원하고, 나머지 물량은 상업망을 통해 자비로 부담하도록 목표를 설정하였다.

1988년까지 인구대체수준의 합계출산율 목표를 달성하기 위해서는 연간 신생아 중 80%를 출산하고 있으나 피임실천율이 낮은 20대를 대상으로 사회지원시책을 강화하고 홍보·교육활동을 집중할 필요성이 제기되었다. 이에 따라, 보건사회부는 1983년부터 새로 개발한 카파·

터 자궁내장치를 도입하여 15~30세의 젊은 부인층에 한하여 보급하는 한편, 불임수술은 출산력이 왕성한 15~34세 부인층에 한하여 보급하도록 조정하여 피임서비스의 인구학적 효과를 극대화하였다. 중앙 단위 사업평가 항목에도 피임시술(불임수술, 자궁내장치 시술)의 실적 중 두 자녀 이하의 비율을 포함시켜 피임수용자의 저연령화를 통한 피임효과 증대에 주력하였다.

〈표 2-7〉 제5차 경제사회발전5개년계획(1982~1986) 기간 피임보급 총량, 피임실천율 목표, 정부지원 피임보급 목표량

(단위 : 천 명, %)

구 분	1982	1983	1984	1985	1986	계
피임방법별 목표 총량	1,571	1,748	1,841	2,015	2,123	9,298
자궁내장치 시술	203	265	302	395	382	1,547
불임시술	315	325	350	360	398	1,748
먹는피임약(월평균)	230	290	300	340	360	1,520
콘돔(월평균)	280	350	392	430	490	1,942
기타방법	543	518	497	490	493	2,541
피임실천율(%)	56	60	62	65	67	-
정부지원피임보급목표량	734.5	833.0	953.7	1,113.5	1,143.5	4,828.2
자궁내장치 시술	203.0	265.0	302.0	395.0	382.0	1,547.0
불임시술	220.5	227.5	227.5	247.0	238.0	1,160.5
먹는피임약(월평균)	115.0	145.0	150.0	170.0	180.0	760.0
콘돔(월평균)	98.0	122.5	137.2	150.5	171.5	679.7

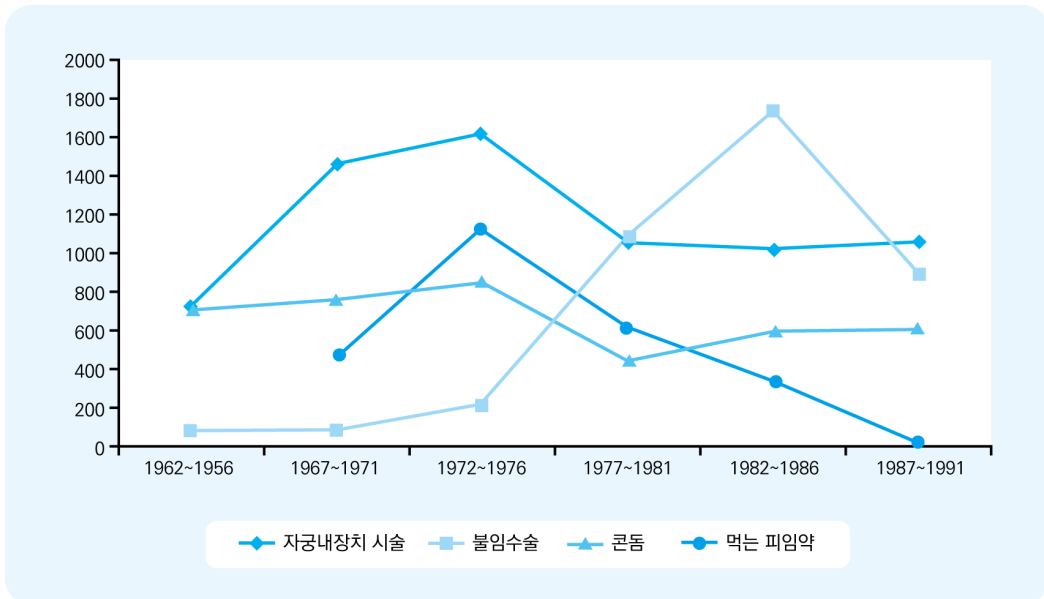
자료 : 경제기획원(1981), 『제5차 경제사회발전 5개년계획(1982~1986) 인구부문계획(안)』, 동 기관.

1982년부터 인구증가억제정책이 강화된 결과 제5차 경제사회발전5개년계획(1982~1986) 기간이 우리나라 인구정책사상 피임보급실적이 가장 높았으며, 피임시술 수용자 부인의 연령과 현존 자녀수도 크게 감소하였다. 구체적으로 1977년부터 1981년까지 불임수술은 대략 109만 건이었으나 1982년부터1986년까지는 173만 건으로 무려 58.7%가 증가하였다. 피임시술 수용 부인의 수용 시 연령도 1981년 31.3세에서 1986년 28.2세로 낮아졌다. 이들 부인의 평균자녀수도 1981년 2.8명에서 1986년 1.8명으로 획기적으로 감소하였다. 실제 제5차 경제사회발전5개년계획에서 목표로 설정된 1988년까지 합계출산율 2.1명은 1983년에 조기 실현

되었고, 1986년 인구증가율도 당초 1.49% 목표를 초과한 1.25%까지 낮아졌다. 이와 같은 사업성과는 여러 요인들이 복합적으로 작용한 결과이기도 하지만, 당시 노태우 내무부 장관이 인구증가억제대책을 내무부의 최우선 정책과제로 설정하고 수시로 각 시도의 가족계획사업 진도평가의 결과를 확인하는 등 모든 공직자는 물론이고 관련 단체까지 사업 참여도 기여를 하였다.

[그림 2-3] 정부지원 피임보급 실적

(단위: 천 명)



주: 콘돔 및 먹는피임약은 연도별 월평균 실적의 합임.

정확한 수치는 <표 2-10> 참조.

- 자료: 1) 가족계획연구원, 『가족계획평가 연구월보』에서 1962~1981년 자료 재계산.
 2) 한국인구보건연구원, 『가족계획평가 연구월보』에서 1982~1986년 자료 재계산.
 3) 보건복지부(1995), 『보건복지백서』, 동 기관.
 4) 보건복지부(1997), 『보건복지백서』, 동 기관.

[표 2-8] 정부지원 피임시술 시 부인의 평균 연령 및 평균자녀수

(단위: 세, 명)

구 분	1969	1976	1981	1985	1986	1987
평균연령(세)	33.9	32.7	31.3	28.4	28.2	28.6
평균자녀수(명)	4.1	3.1	2.8	1.9	1.8	1.8

자료: 한국인구보건연구원, 『연도별 정부지원 피임시술수용자 쿠폰분석자료』, 동 기관.

정부가 1986년에 발표한 제6차 경제사회발전5개년계획(1987~1991)에서는 합계출산율을 1984년 2.1명에서 1995년까지 1.75명으로 낮추고, 이를 통해 인구증가율을 1985년 1.25%에서 1993년까지 1% 수준으로 낮춘다는 인구목표를 설정하였다. 인구목표를 달성하기 위하여 부인의 피임실천율을 1985년 70.4%에서 목표연도인 1991년까지 76.2%로 증가시키는 피임목표도 함께 설정하였다.

〈표 2-9〉 제6차 경제사회발전5개년계획(1987~1991) 기간 정부지원 피임보급 목표량 (단위: 천 명, %)

피임방법	1987	1988	1989	1990	1991	계 (%)
자궁내장치 시술	250.0	250.0	196.6	206.1	214.6	1,117.3 (33.2)
불임수술	307.5	260.0	228.6	226.6	224.8	1,247.5 (37.0)
콘돔	140.0	125.0	135.0	143.5	151.4	694.9 (20.6)
먹는피임약	40.0	30.0	75.8	79.6	82.6	308.0 (9.2)
계	737.5	665.0	636.0	655.8	673.4	3,367.6 (100.0)

주: 1) 1987 및 1988년도 목표량은 보건사회부에서 수정한 목표임

2) 총 피임보급 물량(9,715천 건)의 약 35%를 정부지원 목표량으로 설정하였음

자료: 경제기획원(1986). 『제6차 경제사회발전 5개년계획(1987~1991) 인구부문계획안』. 동 기관.

이와 같은 인구목표는 1982년 이래 강화된 인구증가억제정책의 지속적인 추진과 사회·경제 발전에 힘입어 1987년에 조기 달성되었다. 그 근거로 1988년에 한국인구보건연구원이 실시한 ‘전국 출산력 및 가족보건실태조사’에서 15~44세 부인의 피임실천율이 77.1%로 높아졌고, 합계출산율은 1987년에 1.6명 수준으로 측정되었다. 경제기획원 조사통계국의 인구동태 신고 자료에서도 합계출산율이 1987년에 1.6명으로 낮아졌고, 인구증가율 1% 달성 시기가 목표연도인 1993년에서 1986년 이전으로 약 8년이 앞당겨졌다는 사실을 제시하였다.

4. 인구증가억제정책 마무리(1989~1995)

향후 인구정책 방향에 대한 논쟁

인구증가억제정책의 성과로 출산율이 아주 낮은 수준에서 지속되고 인구증가율이 크게 둔화되자, 향후 인구정책의 방향에 관해 두 가지 의견이 대립하였다. 하나의 의견으로 정부 주도형 인구증가억제정책은 더 이상 존속할 필요가 없다는 주장이다. 그 근거로 당시의 출산율 수준이 지속되면 인구는 2021년에 성장이 정지된 후 감소할 전망으로 사회·경제적 문제를 예방하고 인구구조의 변동으로 인한 노령인구의 급증과 노동력 부족 현상을 극소화하기 위해서는 더 이상의 출산율 감소는 무의미하기 때문에 인구증가억제정책은 폐지되어야 한다는 것이었다. 또 다른 하나의 의견으로 인구증가억제정책을 지속해야 한다는 주장이다. 그 근거로 우리나라의 부존자원이나 협소한 국토면적을 감안한다면 사회경제 발전에 미치는 인구문제의 심각성은 향후 더욱 가중될 전망으로 가능한 한 인구증가를 최대한 억제하여야 하며, 다른 한편으로 우리나라의 출산율은 서구 선진국과는 달리 강력한 인구정책수단에 의해 단기간에 이루어진 만큼 기존의 인구증가억제정책이 지속될 필요가 있다는 것이다. 이미 합계출산율이 1.6명에 도달하여 인구대체수준을 훨씬 밑돌고 있는 상황에서도 일부 사업관리자와 전문가 사이에서는 인구성장이 정지되는 시기까지 인구증가억제정책을 지속해야 한다는 입장이 존재했다.⁸⁶

참고11 인구증가억제정책에 대한 상반된 입장의 한 사례

한국보건사회연구원에서 1992년 3월 26~27일에 개최한 ‘가족보건사업평가 및 인구정책세미나’에서 당시 이시백 서울대학교 보건대학원 교수는 ‘2000년대를 향한 인구정책방향’이라는 주제 발표에서 우리나라는 최근 1.6명의 저출산율과 1% 수준의 낮은 인구성장률을 보이고 있으나 현재 우리나라 사회환경의 수용능력으로 보아 지금까지의 인구규모로도 과밀상태인데 만약 인구가 더 증가한다면 이는 국민생활의 질 향상에 장애가 될 뿐 아니라 전반적인 사회개발 목적의 이유로서도 적합지 않다고 주장하였다. 복지사회를 이룩하려는 국가목표의 차원에서 장래 인구규모와 인구구조의 변화를 예상하여 인구성장이 정지될 수 있는 수준의 안정인구가 실현될 수 있도록 인구정책의 기본방향이 설정되어야 한다고 주장하였다. 또한, 인구규모에 영향을 미치는 출산력에 대해 당시 출산율 수준을 계속 유지하고, 사망력에 대해서는 영유아의 조기사망과 평균여명의 연장에 장애요인이 되고 있는 각종 사망원인을 제거해 사망수준을 계속 저하시켜 2021년까지 인구안정을 실현해야 한다고 주장하였다.

지정토론자인 윤종주 서울여자대학교 교수는 이시백 교수가 과거에는 과잉인구론적 입장에서 적극적인 인구증가억제정책을 주장해 온 데 비하여 이번 발표에서는 그 강도가 상당히 약화되었다고 주장하였다. 그 이유로 과잉인구가 가지는 역경제적 의미를 주장하면서도 인구성장의 안정화, 사회문화적 수준 내에서의 인구성장 속도유지(규범적인 내용), 합계출산율 2.1명 내에서의 유지, 관리 등 다분히 완화된 개념들을 도입하고 있으면서도 저출산력의 유지·관리가 정부의 장기개발계획과 연계하여 국가사업으로 추진되어야 한다는 점을 강조하고 있다. 합계출산율 1.6명 수준이 일시적인 현상이나 아니면 정착된 국민의 출산행태를 반영한 것이냐에 대한 논의는 논란의 여지가 있으나, 합계출산율이 이미 인구대체수준(2.1명)을 훨씬 밑돌고 있는 이상 기존의 목표지향적인 정부가족계획사업은 철폐하고 민간 주도형으로 전환해야 할 것이라 말하였다.

두 번째 지정토론자로 나선 조남훈 박사(당시 한국보건사회연구원 연구기획실 실장)는 경제기획원이 1990년도 인구센서스 결과를 이용한 인구추계는 합계출산율이 1.7명 수준을 유지한다는 가정 하에 수립된 것으로, 이 결과에 의하면 우리나라 인구는 1990년 4,290만 명에서 2021년에 5,060만 명으로 증가된 후 인구성장이 정지될 것으로 예상된다고 하였다. 전체 인구 중 0~14세 인구는 1990~2021년 기간 중 26%에서 16%로 감소하는 반면에 65세 이상 노령인구는 5%에서 13%로 급증하여 노인문제는 하나의 사회문제로 부각될 전망이며, 2000년을 전후해서는 저출산의 여파로 인력부족현상도 크게 부각되어 기술집약적인 산업구조의 개편뿐 아니라 해외인력을 활용하는 방안이 불가피할 것으로 전망하였다. 이와 같은 제반 여건을 고려할 때 인구성장의 정지를 위해서 1.6명 수준의 저출산율 유지는 것보다는 인구정책의 장기적인 안목에서 인구대체수준인 2.1명 수준 내외로 끌어 올리는 것이 오히려 바람직함을 강조하였다. 혹자는 정부의 가족계획사업비의 감축이나 인구증가억제정책의 폐지로 인한 출산율의 상승을 염려하는데, 출산 및 피임 행위는 가족 내에서 이루어지고 있으나 이는 사회의 가치와 규범

86. 이러한 논의가 전개되었던 시기에 일본에서는 1989년에 ‘1.57 쇼크’가 사회적으로 큰 관심을 불러일으켰으며, 이를 계기로 1992년부터 내각에 저출산대책을 전담하는 장관을 임명하고 1994년부터 에이전플랜을 추진하는 등 우리나라와는 큰 차이를 보였다.

을 바탕으로 형성되는 것이기 때문에 쉽게 변질되지 않으며, 특히 우리나라는 다음과 같은 사유가 있다고 하였다. 첫째로, 1988년도 전국 출산력조사 결과에 의하면 15~44세 유배우 부인 중 48%가 불임 수술을, 그리고 7%의 부인이 준 영구적인 자궁내장치를 사용하고 있고, 전체 피임실천자(실천율 77.1%)의 90% 이상이 단산 목적으로 실천하고 있어 급격한 변동은 예상되지 않고 둘째로, 높은 피임 실천율과 더불어 부인의 인공임신중절률은 아직도 높은 수준을 유지하고 있고 이들의 대부분은 원치 않는 임신에 대한 대책으로 수용되어 자녀가치관에 대한 변화가 없는 한 저출산율은 계속 유지될 것이며, 셋째로, 여성의 교육 및 취업 기회의 확대에 따른 초혼연령의 상승, 핵가족화의 촉진, 자녀가치관의 변화 등으로 저출산은 계속 지속될 것으로 전망되기 때문에 인구증가억제정책은 폐지하는 것이 타당할 것이다.

- 한국보건사회연구원(1992). 『1992년도 전국 가족보건평가 세미나보고서』 발췌 -

인구증가억제정책 폐지

1982년 이래 인구증가억제정책의 강화성으로 피임목표, 출산율 및 인구목표가 조기 달성되자, 인구정책심의위원회를 관장하는 경제기획원은 그간에 조성된 피임 및 출산 행태가 안정적으로 유지될 것으로 예상하여 1989년부터 인구목표와 관련 없이 가족계획 예산을 삭감하였다. 1989년에 인구증가억제정책 사업비의 20%에 해당하는 50억 원을, 그리고 1990년에는 40%에 해당하는 80억 원을 삭감한다고 발표했다. 이와 같은 예산삭감으로 종래 77% 수준이었던 피임실천율이 감소할 우려가 있고, 원치 않는 임신으로 인한 인공임신중절이 증가하여 모성건강에 해가 되며, 더 나아가 합계출산율이 반등할 것을 우려했던 보건사회부는 의료보험과 상업망을 통한 자비피임실천을 유도하였다. 그러나 의료보험을 통한 피임시술의 보급 실적은 매우 저조하였다.⁸⁷ 이는 기존의 피임시술 지정 병의원을 통한 보급체계와 의료보험을 통한 피임시술 보급체계의 이원화에 따른 업무 가중,⁸⁸ 부작용으로 인한 의료분쟁 발생, 의료보험을 통한 불임수술 실적을 가족계획요원의 실적으로 인정하는 제도상의 제약으로

⁸⁷ 예로 불임수술 실적은 1988년 1,875명에서 1989년 1,328명으로 급격하게 감소하였다.

⁸⁸ 기존의 무료피임시술체계와 의료보험체계는 시술비 청구 및 관리제도가 각각 상이하였다.

요원의 적극적인 권장 미흡 등에 기인하였다.⁸⁹ 그 결과 정부 지원 피임보급 실적은 1989년부터 급격하게 감소하였다. 구체적으로 불임수술 보급 실적은 1988년 대비 1993년에 17.7%로 감소하였고, 자궁내장치 시술은 33.2%에 불과하였다. 따라서 보건사회부와 대한가족계획협회는 피임실천기반의 약화는 출산율의 반등을 의미하여 기존의 가족계획사업은 계속 존속되어야 한다고 주장하였고, 이와 같은 의견은 각 시·도에까지 확산되어 정부 가족계획사업을 염려하는 우려의 목소리가 시·도 사업관리자에 의해서 중앙에 전달되기도 했다.

〈표 2-10〉 정부지원 피임보급 실적

(단위 : 천 명, %)

기 간	자궁내장치 시술	불임수술	콘돔	먹는피임약
1962~1966 ¹⁾	725.6(10.0)	82.3(1.9)	706.1(16.9)	-
1967~1971 ¹⁾	1,460.8(20.1)	87.1(2.0)	759.8(18.1)	487.7(18.6)
1972~1976 ¹⁾	1,619.2(22.3)	219.5(5.2)	859.1(20.5)	1,134.2(43.2)
1977~1981 ¹⁾	1,067.0(14.7)	1,089.9(25.6)	447.5(10.7)	612.2(23.3)
1982~1986 ²⁾	1,017.9(14.0)	1,732.6(40.7)	591.8(14.1)	344.4(13.1)
1987~1991 ³⁾	1,066.4(14.7)	895.4(21.0)	618.9(14.8)	25.0(1.0)
1992~1995 ⁴⁾	316.3(4.3)	150.5(3.5)	205.7(4.9)	20.1(0.8)

주: 콘돔 및 먹는피임약은 연도별 월평균 실적의 합임.

자료: 1) 가족계획연구원, 『가족계획평가 연구월보』에서 1962~1981년 자료 재계산.

2) 한국인구보건연구원, 『가족계획평가 연구월보』에서 1982~1986년 자료 재계산.

3) 보건복지부(1995), 『보건복지백서』, 동 기관.

4) 보건복지부(1997), 『보건복지백서』, 동 기관.

1984년부터 내무부가 독자적으로 실시한 인구증가억제시책 평가 결과의 30%를 중앙의 종합평가에 반영했던 제도는 1989년에 폐지되었다. 1990년 5월 3일에 정부의 조직개편으로 1976년부터 우리나라 인구정책을 종합적으로 수립하고 통제·조정 역할을 수행해 온 경제기획원 소관 ‘인구정책심의위원회’ 및 ‘인구정책실무위원회’가 폐지되었다. ‘인구정책심의위원회’의 설치 근거가 되었던 대통령령은 1990년 5월 3일에 폐지되었다.⁹⁰ 인구증가억제대책추

⁸⁹ 홍문식·이임전·이상영(1990), 『인공임신중절실태에 관한 연구』, 한국보건사회연구원.

⁹⁰ 법제처(2015b), 인구정책심의위원회규정등폐지령, ‘대통령령 제12999호’ 참고

진협의회 설치 조례가 중앙정부의 인구정책이 효율적으로 추진될 수 있도록 각급 지방자치단체에서 제정되었지만, 중앙정부의 ‘인구정책심의위원회’ 폐지에 상응하여 지방자치단체에서도 인구증가억제대책 추진협의회 관련 조례들이 모두 폐지되었다.

그러나 보건사회부의 가족계획사업은 인구증가억제정책이 폐지되지 않은 상태에서 지속되어 오다가 서상목 박사가 29대 보건사회부 장관으로 취임하면서 인구증가억제정책의 마무리를 위한 수순을 밟게 되었다. 서상목 보건사회부 장관은 취임 초기인 1994년 2월경 보건사회부 현안과제에 대한 조찬회를 개최하였다. 여러 현안 중 제일 먼저 논의한 것은 ‘인구증가억제정책의 현황과 향후대책’에 관한 것이었다. 이 회의에는 연하청 당시 한국보건사회연구원장을 포함한 관련 기관 및 단체 인사와 인구전문가 15명이 참석하였다. 이 회의에서는 한국보건사회연구원의 인구연구실장인 홍문식 박사가 약 20분간 발제하였고, 그 후 자유토론식으로 회의가 진행되었으나 기존 가족계획사업을 당분간 존속해야 한다는 주장도 강력히 제기되었다. 서상목 보건사회부 장관은 인구문제는 중대사이기 때문에 한국보건사회연구원이 주축이 되어 각계 전문가로 작업팀을 구성하여 연말까지 결과보고서를 보건사회부에 제출하고, 보건사회부 관계자는 인구증가억제정책 폐지에 대비하여 존속 또는 폐지되어야 할 내용을 사전에 철저히 준비하도록 지시했다.

우리나라 인구정책 발전에 가장 큰 교훈을 준 것은 1994년 카이로에서 개최된 ‘인구개발에 관한 국제회의(International Conference on Population and Development)’⁹¹였다. 당시 유엔인구기금 사무총장 사딕 박사는 세계의 출산율이 매우 바람직한 방향으로 전환되고 있고, 특히 한국, 싱가포르, 중국, 홍콩, 대만 등 많은 동아시아 국가들이 저출산 국가로 진입하고 있음을 밝혔다. 이에 따라 유엔은 지금이야말로 가족계획사업은 인구정책 차원보다 가족계획, 모자보건, 청소년 성교육, 인공임신중절, 에이즈 등을 생식보건사업으로 통합하여 지역 실정에 맞는 보건사업으로 추진되어야 하며, 더 이상 인구학적 목표나 가족계획의 목표라는 미명 아래에 여성의 보건과 권리가 손상되어서는 안 된다고 주장하였다. 서상목 보건복지부 장관은 카이로 세계인구회의 참석이 우리나라 인구정책 변화에 매우 유익한 회의였다고 평가하였고, 귀국 후 인구증가억제정책의 조속한 폐지와 생식보건사업과 유사한 개념의 통

⁹¹ 이후 카이로 세계인구회의로 칭한다.

합보건사업의 필요성을 절감하였다. 서상목 장관은 귀국 즉시 보건복지부 간부회의 석상에서 카이로 세계인구회의의 결과를 소개하면서 우리나라 인구정책의 전환을 위한 조치를 신속히 추진하도록 지시했다. 한편 1995년 초에는 향후 인구정책의 추진방향과 정책수단을 심의하는 인구정책발전위원회와 실무위원회를 보건복지부에 설치하였다.

인구증가억제정책 성공의 의의

서상목 보건복지부 장관은 1994년 카이로 세계인구회의의 전체회의에서 우리나라 인구정책의 발전과정과 성과에 관해서 설명하면서 우리의 경험과 지식이 많은 개도국에 전수될 정도로 성공한 인구정책 모델로 발전할 수 있도록 지원해 준 유엔인구기금, 세계은행, 국제가족계획연맹 등에 감사드렸다.⁹² 그는 과거에 받은 은혜에 보답하는 차원에서 우리 정부도 개도국의 인구문제를 포함한 사회·경제적 발전을 위하여 1991년에 한국국제협력단(Korea International Cooperation Agency, KOICA)을 설립하여 노력하고 있음을 강조했다. 기초연설 후 유엔인구기금 사무총장, 국제가족계획연맹 사무총장, 중국 보건부 장관, 필리핀 보건부 장관 등은 한국 인구정책의 성공적인 사례와 국제기술교류 노력에 깊은 감사를 표했다. 이어 서상목 장관은 필리핀 경제기획부 하비토 장관과 면담을 했는데, 그는 1960년대 초까지는 필리핀의 경제발전이 한국보다 앞섰으나 이제는 한국과 비교할 수 없을 정도로 필리핀의 경제발전이 뒤처지게 되었다는 사실을 지적하면서, 그 원인이 인구정책의 실패에 있다고 하였다. 실제로 유엔인구기금은 보고서를 통해 한국과 필리핀 간 인구 및 경제성장 추이를 비교 분석하면서 1인당 GDP 측면에서 양국의 실적 차이는 인구증가 속도의 차이에 기인하는 바가 크다는 점을 지적하였다. 이 보고서는 한국의 가족계획사업을 국제적으로도 대표적인 성공 사례로 평가하면서, 인구정책에 성공한 한국에서는 인구가 경제발전과정에서 ‘순풍(tailwind)’ 역할을 하지만, 인구정책에 실패한 필리핀에서는 인구가 경제발전에 오히려 ‘역풍(headwind)’ 역할을 하고 있다고 지적하였다. 경제성장에서 한국과 필리핀의 차이가 수출산업화라는 경

⁹² 보건사회부·한국보건사회연구원(1994). 『인구개발에 관한 국제회의(ICPD) 귀국보고서』. 동 기관.

제정책의 차이에도 기인하나, 인구정책에서의 차이 역시 중요한 역할을 했다는 것이 유엔인구기금과 전문가들의 공통된 지적이었다.⁹³

참고12 서상목 전 보건복지부 장관(1993년 12월~1995년 5월)의 회고

나는 1994년 9월 카이로에서 열린 세계인구회의에 참석하고 귀국하는 비행기에서 조남훈 당시 장관 자문관으로부터 한국에서 출산율이 급속히 감소하여 이미 1987년 이래 인구대체수준(2.1명)보다 훨씬 낮은 1.6명을 유지하여 기존의 인구증가억제정책은 폐지해야 할 것이라는 보고를 받았습니다. 나는 조남훈 박사의 건의가 상당히 일리가 있다는 확신을 갖고 있었으나, 가족계획사업은 새마을사업과 더불어 정부정책의 핵심을 이루는 것이기에 장관이 임의로 정책방향을 바꿀 수 없다고 판단되어 각계 인사로 구성된 인구정책발전위원회와 인구정책발전실무위원회를 구성하고, 대통령이 주관하는 국무회의 안건으로 조속히 회부하도록 지시하였습니다.

인구정책발전위원회는 약 6개월간의 심의과정을 거쳐 1995년 초 출산억제정책을 폐지하고 가족계획을 모자보건사업에 포함하여 인구자질 향상을 위한 통합보건사업으로 방향전환을 해야 한다는 취지의 건의내용을 수립하는 단계에서 나는 1995년 5월 15일자로 장관직을 사임하게 되었습니다. 나는 이를 근거로 대한가족계획협회의 활동을 출산억제에서 모자보건을 포함한 인구자질 향상을 위한 사업방향으로 전환할 것을 지시하였고, 갑작스러운 정책 전환으로 직원들의 시기가 저하되는 것을 우려하여 가족계획협회를 직접 방문하여 정책 전환의 불가피성을 장관이 직접 설명하는 자리를 만들기도 하였습니다. 같은 해 가족계획협회는 대한불임시술협회를 흡수하고 그 기능을 대폭 축소했습니다.

나는 2009년 보건복지부가 주관하는 행사에서 기조강연을 한 적이 있어요. 그 행사에서 축사를 한 당시 전재희 보건복지부 장관은 당일 행사의 강사인 나에 대해 역대 보건복지부 장관 중 가장 선견지명이 있었던 장관이었다고 칭찬하면서, 그 이유로 오송생명공학단지사업의 추진과 인구정책의 전환을 언급하였습니다. 그러면서 1995년에 가족계획 위주의 출산억제정책을 폐지하는 데 그치지 말고 출산율 제고를 위한 대책을 그때부터 본격적으로 추진했으면 더 좋았을 것이라는 아쉬움을 토로했습니다. 그 점에 대해서는 나 역시 아쉬운 것이 마찬가지이나, 보건복지부 장관 재임기간(1993년 12월~1995년 5월) 당시에는 출산억제정책을 폐지하면 출산율은 다소 상승할 것이라고 예상은 했어도, 반대로 출산율 하락 추세가 지속될 것이라는 예측을 하지 못했다는 솔직한 심정을 털어놓았습니다. 비록 출산율 제고의 필요성을 크게 부각시키지는 못했으나, 일-가정양립에 절대적 필수요건인 보육시설의 대폭 확대, 출생성비 불균형의 개선, 여성과 노인 보건복지 증진과 관련된 정책을 장관 재임시절에 추진한 것은 그나마 다행이라고 생각합니다.

- 서상목 전 보건복지부 장관의 인터뷰(2015. 10. 29.) 내용 중 발췌 -

⁹³ 서상목(2015). “인구정책의 과거, 현재 그리고 미래”. 『저출산 추세 반전을 위한 근본적 해법의 모색을 위한 세미나』에서 발표된 기조연설.

해외이주사업의 도입과 성과

정부는 1962년에 인구증가억제정책의 일환으로 해외이주사업을 촉진하기 위하여 「해외이주법」을 제정하였으며, 이는 국민의 해외진출에 따른 인구규모의 적정화와 국민경제의 안정을 이룩하기 위한 목적으로 추진되었다. 또한 정부는 1965년 11월 보건사회부 산하에 해외개발공사를 설립하여 국민의 해외이주활동을 촉진하고 이민 관련 일선업무를 대행하도록 하여 이민희망자의 정착지 선정과 이민교섭을 적극적으로 지원하였다.⁹⁴

1962년부터 인구증가억제정책이 폐지된 1996년까지 34년 동안 정부의 해외이주사업 실적은 총 72만 5,000명에 이르고 있으나 이 중 연고초청 및 국제결혼이 전체 이주자의 84%에 이른다는 사실은 그간의 해외이주사업이 정부지원이라기보다는 개인중심으로 이루어졌고, 이주국도 미국에 편중되어 정책사업으로서의 성과는 미약했다. 더욱이 한국에서 개최된 88올림픽 이후에 한국의 비약적인 사회경제적 발전의 영향으로 역이주자의 수가 증가하여 해외이주사업의 인구학적 효과는 감소추세를 보였다. 따라서 정부는 수민국의 이주정책에 관한 정보의 체계적인 수집과 이주자에 대한 사후관리의 효율적인 수행을 위해서 해외이주사업 주관부서를 1986년 보건사회부에서 외교부로 이관하였고, 매년 약 3만 8,800명의 해외이주를 목표로 설정하였음에도 실적은 연차적으로 감소하였다.⁹⁵

〈표 2-11〉 해외이주자 및 역이주자 변동 추이

(단위: 명)

연도	해외이주자 총계	해외이주목적					역이주자
		집단이주 등	사업(투자)이 주	취업이주	연고이주	국제결혼	
1962	379	-	165	-	49	165	-
1963	2,593	-	315	-	697	1,581	-
1964	3,157	-	520	-	1,151	1,486	-
1965	4,177	-	1,791	-	729	1,657	-
1966	2,899	-	612	-	702	1,585	-

⁹⁴ 한국보건사회연구원(1991). 전제서.

⁹⁵ 조남훈·김일현·서문희 외(1989). 『최근의 인구정책동향과 전망』. 한국인구보건연구원.

연도	해외이주자 총계	해외이주목적					역이주자
		집단이주 등	사업(투자)이 주	취업이주	연고이주	국제결혼	
1967	3,169	-	-	-	1,545	1,624	-
1968	4,609	-	6	-	2,277	2,326	-
1969	8,216	-	-	-	5,139	3,077	-
1970	13,776	-	190	1,014	8,848	3,724	-
1971	15,824	-	30	4,136	7,139	4,519	-
1972	22,040	-	102	6,123	11,345	4,470	-
1973	27,227	-	58	10,899	11,499	4,771	-
1974	34,374	-	4	10,824	19,003	4,543	-
1975	35,660	-	-	7,547	23,330	4,783	-
1976	39,862	-	-	5,310	28,885	5,667	-
1977	35,851	-	13	3,199	27,106	5,533	-
1978	33,140	72	-	1,543	25,913	5,612	-
1979	31,311	-	-	1,241	23,764	6,306	-
1980	33,358	72	70	1,130	25,938	6,220	1,049
1981	32,168	32	199	2,122	23,588	6,187	1,189
1982	26,393	29	29	1,894	18,993	5,445	1,346
1983	23,345	-	43	2,708	15,341	5,224	1,426
1984	23,345	-	137	3,949	22,144	4,881	1,669
1985	31,111	-	511	3,946	18,396	4,940	2,290
1986	27,793	-	2,325	3,098	27,218	4,456	2,584
1987	34,798	-	4,269	3,076	22,768	4,685	3,301
1988	31,486	-	4,167	2,946	19,927	4,446	4,734
1989	26,272	-	2,781	1,566	18,281	3,644	6,685
1990	23,314	-	1,885	2,737	15,772	2,920	6,449
1991	17,433	-	3,204	1,901	9,963	2,365	7,029
1992	17,927	7	4,057	3,193	8,823	1,847	8,892
1993	14,477	14	2,921	3,988	6,044	1,510	8,781
1994	14,604	29	2,330	5,311	5,629	1,305	8,236
1995	15,927	7	2,492	6,573	5,695	1,150	7,057
1996	12,929	3	2,346	4,291	5,139	1,170	6,824

주: 현지이민 및 국제입양이 포함되어 있음.

자료: 외무부 해외이주과 내부자료.

50 YEARS OF
KOREA
POPULATION
POLICY

From Antinatalist to Pronatalist

한국 인구정책 50 년

출산억제에서
출산장려로

제 3 편

인구자질
향상정책기
(1996~2004)



1. 인구정책 전환

인구정책 전환의 배경과 방향

우리나라는 1960년대 초부터 인구정책을 경제정책의 일부로 통합하여 빈곤 극복과 복지사회 실현이라는 사회적 목표를 달성하기 위하여 범정부 차원에서 가족계획사업을 추진하였다. 인구증가억제정책 등의 성과로 합계출산율이 1983년에 인구대체율에 도달하였고, 이후 1996년까지 약 13년간 저출산현상이 지속되었다. 그로 인하여 사실상 대규모의 정부 가족계획사업으로 인구증가를 억제하는 것이 일차 목표인 인구정책은 더 이상 필요 없게 되었다. 그럼에도 인구증가억제정책을 지속적으로 추진하게 된 배경에는 ‘인구모멘텀’(population momentum)의 효과를 강력한 가족계획사업으로 지속적으로 억제하여야 한다는 입장이 존재하였기 때문이다.⁹⁶

⁹⁶ 김태현·장영식(1994). “우리나라의 장래인구전망과 영성장 인구추계”, 『한국인구학』, 17(1), pp. 1-16.; 이시백(1992). 저출산 시대의 인구정책. 『보건학논집』, 29(1), pp. 7-22.; 장영식·조남훈·문현상 외(1996). 『신인구추계에 의한 인구규모 및 구조변동과 정책과제』, 한국보건사회연구원.; 조남훈·홍문식·이상영 외(1996). 『저출산시

노태우 정부(1988~1993)는 임기 말인 1992년에 제7차 경제사회발전5개년계획(1992~1996)을 준비하였는데, 당시 인구정책심의위원회는 새로운 인구정책을 구상하였다. 여기에는 가족계획사업을 통한 인구증가 억제 방식을 탈피하고, 인구규모와 인구구조를 동시에 고려하는 적정인구의 관점을 도입하여 국민의 삶의 질을 개선하고 복지서비스를 강화하는 방향으로 정책의 초점을 전환하여야 한다는 내용이 포함되었다. 구체적으로 21세기에도 지속적인 경제·사회 발전이 가능하도록 출산 억제를 통한 적정인구 규모보다 성·연령별 인구구조를 분명히 고려하는 인구의 적정성장률(optimum rate of growth)에 관심을 기울일 것을 제안하였다.⁹⁷

그러나 김영삼 정부(1993~1998)가 들어서자 인구정책은 더 이상 관심 대상이 되지 못했다. 김영삼 정부의 개혁과제는 상당 부분이 정치부문에 집중되었다. 김영삼 정부는 30년 만에 등장한 군사정권과는 차별화되는 문민정부라고 판단하였기 때문에 집권 1년차와 2년차에는 공직자의 재산 공개 등 정치개혁과 금융실명제 등 부패 척결에 분주하였다. 또한 김영삼 정부는 노태우 정부 말기의 경제성장 둔화를 ‘신경제 100일 계획’이라는 단기부양책으로 해결하고자 하였고, 제7차 경제사회발전5개년계획을 신경제 5개년 장기구상으로 변경하였다. 그만큼 안정적 경제성장을 위해서 면밀한 검토대상이 되어야 할 출산율의 변화 등과 관련된 인구정책은 고려사항이 되지 못했다.

한편, 보건복지부는 출산율이 인구대체수준 이하에서 유지되고 있는 데에 따른 새로운 인구정책의 방향을 모색하기 위하여 1995년 2월에 인구정책발전위원회를 설치하였다. 인구정책발전위원회는 과거의 가족계획심의위원회(1976년 이전)나 인구정책심의위원회(1976.12.~1990.5.)와는 달리 대통령령 등 법령이나 제도에 근거를 둔 위원회가 아니었다. 인구정책발전위원회는 보건복지부 차관과 한국보건사회연구원 원장을 공동위원장으로 하고,⁹⁸ 대학 및 연구기관의 인구전문가와 관계부처 정부 인사를 중심으로 구성되었다. 이 위원회에서는 두

대의 인구문제와 정책과제. 한국보건사회연구원. ; 홍문식·장영식·조남훈 외(1995). 『인구정책의 추진체계조정 인구규모 및 구조변동에 따른 정책과제와 대응방안』. 한국보건사회연구원. ; 대학신문. 2004. 퇴임교수-이시백교수 인터뷰. 서울대학교 대학신문사 2004년 2월 21일자 기사.

⁹⁷- Cho, Nam-Hoon(1996). *Achievement and Challenges of the Population Policy in Korea*, Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.

⁹⁸- 인구정책발전위원회의 운영에 대해서 기록으로 남아 있는 것이 별로 없다. 당시 보건복지부 장관의 국무회의 보고내용에는 보건복지부 차관이 위원장이었다고 되어 있지만, 언론보도에는 한국보건사회연구원 원장이 공동 위원장으로 활동하였다고 기록하고 있다.

차례에 걸친 회의 개최와 실무위원회⁹⁹ 운영 등으로 새로운 인구정책을 개발하였다. 당시 인구정책발전위원회는 한국보건사회연구원이 실시한 ‘전국 출산력 및 가족보건 실태조사’ 결과를 토대로 합계출산율이 1984년 2.1명, 1993년 1.75명 등으로¹⁰⁰ 선진국에서와 같이 인구대체수준을 밑도는 저출산 상태에 있다는 점에 주목하고, ‘인구변천의 마지막 단계’에 있는 우리나라 출산율이 인구대체수준보다는 약간 낮은 1.7~1.8명대에 머물게 됨으로써 인구모멘텀이 사라지면서 인구증가율은 대단히 낮은 수준에서 안정화될 것이라고 판단하였다.

신인구정책은 어떤 법령이나 제도적 기반을 가지고 출발한 것 아니라 보건복지부 장관이 국무회의에서 보고하는 형태를 취하였다. 김영삼 정부의 집권 3년차인 1996년 6월 5일에 김양배 당시 보건복지부 장관이 새로운 인구정책 추진계획을 국무회의에서 보고하였다. 주요 내용으로, 인구증가억제정책을 폐지하고 인구자질 향상을 인구정책의 목표로 책정하고, 이를 통하여 인구문제의 부작용을 해결하였다. 당시 산업노동력 부족, 출생성비 불균형, 고령 인구 증가 등이 초래하는 문제를 해결하는 데 관심을 기울이겠다는 것이었다. 이를 계기로 출산율 감소에 의한 유소년인구의 감소만을 강조했던 인구증가억제정책에서 탈피하여, 인구의 자질과 삶의 질을 높이는 것을 목표로 하는 신인구정책이 공식화되었다.¹⁰¹

이러한 신인구정책은 인구정책발전위원회의 정책 건의를 기반으로 하였으나, 실제로는 노태우 정부의 집권 말기에 제7차 경제사회발전5개년계획¹⁰²을 마련하면서 인구정책심의위원회가 구상한 인구정책을 그대로 옮겨 놓은 것으로, 한국보건사회연구원을 중심으로 정부출연기관 소속 전문가의 의견을 다수 반영한 결과이기도 하였다.¹⁰³ 당시 인구정책심의위원회

⁹⁹ 인구정책실무위원회는 인구전문가 20명(한국보건사회연구원 등 국책연구기관 9명, 인구학 및 사회학 교수 등 대학 9명, 보건복지부 1명, 대한가족계획협회 1명)으로 구성되었으며, 1994년 12월부터 1995년 3월까지 8차례 걸쳐 회의를 개최하고, 6월에는 최종보고서를 제출한 것으로 되어 있다(한국보건사회연구원(1994), (대외비) 『인구정책발전실무위원회 회의자료』, 회의일자 1994년 12월 29일).

¹⁰⁰ 1996년 국무회의 보고자료에는 한국보건사회연구원의 ‘전국 출산력 및 가족보건 실태조사’ 결과로서 합계출산율이 기재되어 있었다.

¹⁰¹ 보건복지부(1996), **향후 인구정책 추진**, 1996년 6월 4일 국무회의 보고자료.

¹⁰² 제7차 경제사회발전5개년계획의 1차 연도 사업은 노태우 정부의 집권 5년차에 시행되고, 2차 연도 사업부터는 김영삼 정부에 의하여 신경제 계획으로 명칭이 변경되었다. 이 기간 동안 연평균 7.5%의 실질경제성장률을 달성하기 위해서 기업의 소유 집중을 분산하고, 산업구조 조정을 원활하게 하며, 기술개발·정보화를 도모하고, 사회간접자본에 대한 투자를 확충시켜 나간다는 계획을 세웠다.

¹⁰³ 장영식·조남훈·문현상 외(1996), 전거서.; 홍문식·장영식·조남훈 외(1995), 전거서.; 조남훈·홍문식·이상영 외

가 정리한 것으로 신인구정책에는 가족 보건 및 복지 증진, 출생성비 상승 억제 및 인공임신 중절 예방, 청소년 성문제에 대한 대응방안 마련, 여성 취업 및 인력 활용, 인구고령화에 대비한 고령자 복지시설 정비 및 인력활용 방안 마련, 기존 가족계획사업 조정, 인구조정 관련 각종 사회적 지원시책 조정 등이 포함되었다. 이러한 신인구정책은 1994년 카이로에서 개최된 국제인구개발회의에서 채택한 행동계획(programme of action)을 반영하고 있었는데, 당시 행동계획에는 여성의 생식보건 및 생식권리, 원치 않는 임신 및 불안정한 인공임신중절, 섹슈얼리티, 10대 청소년의 성 및 생식 보건, 영유아사망률 감소, 젠더평등, 여성의 권리 신장은 물론 인구분포, 도시화, 인구이동, 가족복지 등 다양한 과제들이 채택되었다.¹⁰⁴

이와 같이 신인구정책은 출생성비 불균형, 인구고령화 등 인구의 양적 측면이 아닌 인구구조와 관련된 새로운 인구문제에 대응하여 인구의 자질과 삶의 질을 향상시키는 데 중점을 두었다. 그러나 신인구정책은 보건복지부가 주축인 관계로 ‘인구자질’의 개념은 보건복지부 업무에만 제한적으로 적용되었다. 이에 따라 선별적 인공임신중절에 따른 출생성비 왜곡 방지와 모자보건사업으로 영유아와 산모들의 건강 개선 등에 초점을 맞추는 방향으로 정책을 전개했을 뿐, 국내 인구이동 특히 도시화로 인한 지방인구의 수도권 집중에 관한 문제 등은 신인구정책의 대상이 되지 못했다.

당시 신인구정책은 인구대체수준을 약간 밑도는 안정적 합계출산율이 지속될 것이라는 낙관적인 전제에서 출발하였다. 따라서 신인구정책은 초저출산으로 인한 인구구조의 변동에 대한 관심을 배제한 채 국민의 삶의 질을 개선하고 복지서비스를 강화하는 방향으로 정책의 목표를 전환하였다. 당시 21세기의 경제·사회발전을 지속가능하도록 만들기 위하여 인구총량은 물론 인구자질, 곧 성·연령별 인구구조도 고려하는 적정인구를 유지하도록 제안하는 보고서들이 있었지만, 그러한 내용이 신인구정책의 최종적인 목표에 구체적으로 포함되지 못하였다.

(1996). 전게서.

¹⁰⁴. 이삼식·조남훈(2000). 『인구개발에 관한 유엔 행동강령의 추진실태와 발전방향』. 한국보건사회연구원.; May (2012). 전게서.; UNFPA(2015). *International Conference on Population and Development*, United Nations Population Fund, from <http://www/unfpa.org>.

참고13 1994 인구개발에 관한 국제회의(ICPD) 주요 내용

1974년 7월 루마니아 부쿠레슈티에서 개최된 세계인구회의(단장: 박승함 보건사회부 차관)에서는 세계인구행동강령과 관련된 결의안 및 권고안이 채택되었고, 동 회의는 '인구개발에 관한 국제회의(International Conference on Population and Development, ICPD)'라는 명칭으로 10년마다 개최하기로 의결되었다. 이에 따라 두 번째 회의(국제인구회의)가 1984년 8월 멕시코시티에서 개최되었다. 멕시코시티 회의(단장: 김정례 보건사회부 장관)에서는 1974년 부쿠레슈티 회의에서 채택한 세계인구행동강령의 실천 결과를 높이 평가하고, 행동강령의 지속적 추진을 위한 88개 항의 건의문을 채택한 다음 23개 항으로 구성된 인구개발에 관한 멕시코시티 선언문을 채택하였다. 이 회의에서 미국 정부는 일부 국가에서 출산 억제에 위한 강제 인공임신중절의 이용을 이유로 가족계획사업에 대한 미국 국제개발처의 재정 지원 중단을 선언함으로써 세계인구정책의 방향 전환을 암시하기도 하였다.

1994년 9월 5일부터 13일까지 카이로에서 개최된 세계인구회의에는 서상목 보건사회부 장관을 한국 대표단 단장으로 하여 총 18명이 참석했으며, 이는 향후 우리나라 인구정책의 방향 설정을 위한 귀중한 기회가 되었다. 유엔은 기조연설에서 1960~1990년간 세계의 합계출산율은 6명에서 3명으로 감소하였고, 부인의 피임실천율은 10% 이하에서 60%로 개선되어 당초 예상하였던 세계의 인구문제가 쉽게 개선되고 있을 뿐 아니라, 한국, 싱가포르, 중국, 홍콩, 대만 등 많은 동아시아 국가들이 저출산국가로 전환되고 있음을 밝혔다. 이에 따라 유엔은 가족계획사업을 인구정책 차원보다는 모자보건, 가족계획, 청소년 성교육, 인공임신중절, 에이즈 등을 통합한 형태의 생식보건(reproductive health) 사업을 국가 또는 지역 실정에 맞는 보건사업으로 역점을 두고 추진하자는 입장을 표명하였다. 이 당시 각국의 여성단체 및 여성인권 활동가들이 주체가 되어 생식보건 및 생식권리(reproductive rights)는 여성이 주체가 되어야 하며, 더 이상 인구학적 목표나 가족계획의 목표라는 미명 하에 여성의 보건과 권리가 침해되어서는 안 된다는 주장을 하여 회의 참석자들에게 많은 공감을 얻었다. 특히, 자녀수의 결정이나 피임방법의 선택, 그리고 인공임신중절의 선택은 여성의 기본권리로 인정되어야 한다는 내용이 국제회의의 주요 결의사항이 되었다.

당시 인구정책에 관한 국민 인식

신인구정책을 추진하기 위해서 인구정책발전위원회는 보건복지부의 주관으로 일반 국민과 각종 관련 이익단체를 대상으로 1996년 2월 시행 중이던 가족계획사업을 통한 인구증가억제 정책의 존폐에 관한 여론조사를 실시하였다. 전문가의 의견만이 아니라 이익단체는 물론 국민 개개인의 의견을 토대로 신인구정책을 수립하겠다는 의지의 표명이었다. 조사대상은 78개

의 주요 사회·경제단체와 일반국민 2,321명으로, 질문지를 이용해 이들의 의견을 청취하였다.¹⁰⁵ 같은 해 3월에는 저출산 시대의 인구정책을 주제로 공청회를 개최하였다. 여기에는 학계, 언론계, 여성계, 경제계, 노동단체, 연구기관, 정부인사 등 13명이 토론에 참석하였으며, 120여 명의 인구전문가들이 참석하였다. 이러한 일련의 과정은 당시 사회 전반에서 일어났던 민주화 추세의 영향으로 인구정책을 전환하는 과정에서도 ‘절차적 합리성(procedural rationality)’을 부여하기 위하여 여론조사 등으로 국민과 이해당사자의 합의형성 절차를 밟고자 하는 노력이었다고 평가할 수 있다.

당시 국민의식조사 결과에 의하면, ‘출산억제정책은 더 이상 필요하지 않다’에 찬성한 비율이 기관·단체는 68%, 일반 국민은 65%로 대체적으로 인구증가억제정책의 폐지를 지지하였다. ‘출산 규제를 위한 각종 사회지원시책을 폐지해야 한다’에 찬성한 비율이 기관·단체는 73%, 일반 국민은 62%로 출산규제 방법에 대해 직접 개입할 필요가 없다고 인식하였다. 요컨대 산아제한을 통한 출산억제가 더 이상 필요 없고, 이에 따라 출산억제를 위한 정부지원도 더 이상 계속할 필요가 없다는 인식이 우세하여, 대규모 가족계획사업을 통한 인구증가억제정책의 대전환이 요구되었다.

김영삼 정부가 신경제 장기구상에서 정리하였듯이, 중장기적으로 노동력 부족을 예상하는 상황에서 ‘노동인력 공급을 원활히 하기 위하여 여성과 고령자 등 비경제활동인구를 적극적으로 활용해야 한다’는 의견에 기관·단체는 87%, 일반 국민은 86%가 찬성하였다. 즉, 우리나라에서 1980년대 중반부터 이미 산업연수생제도를 통해서 외국인 노동자가 유입되고 있었지만, 중장기적으로 노동력의 공급이 부족하면 여성과 고령자 노동력을 적극적으로 활용하는 것을 지지하였다.

마지막으로 ‘출생성비 불균형 해소를 위해서는 남녀차별 철폐를 위한 법·제도의 개선이 우선해야 한다’는 의견에 대해 기관·단체는 50%, 일반 국민은 47%가 각각 찬성하였다. 이와 같이 찬성 비율이 상대적으로 낮은 이유는 당시에 여전히 가부장제, 경제·사회에서 남성우위를 근간으로 하는 사회구조적 특성이 반영되었기 때문으로 간주할 수 있다.

¹⁰⁵ 보건복지부(1996), 전제서.

〈표 3-1〉 1995년 신인구정책 추진 관련 여론조사 주요 결과

(단위: %)

주요 조사항목	기관·단체 (78개)	일반국민 (2,321명)
출산억제정책은 더 이상 필요 없다	67.9	65.4
출산규제를 위한 사회지원시책은 폐지해야 한다	73.1	61.5
노동인력 공급을 원활히 하기 위하여 여성 및 고령자 등 비경제활동 인구를 활용해야 한다	87.2	85.8
출생성비 불균형을 해소하기 위해서는 남녀차별철폐를 위한 법, 제도 개선이 우선되어야 한다	50.0	47.1

자료: 국가기록원, 보건복지부 장관 국무회의 보고자료(1996년 5월).

2. 인구자질향상정책 성과와 한계

신인구정책의 세부목표는 보건복지부의 업무영역에 속하는 것을 중심으로 그 골자가 세 가지로 구체화되었다.¹⁰⁶ 첫째는 인구자질 향상과 복지 증진에 초점을 맞추는 것이었다. 둘째는 모자보건, 성비불균형, 청소년 성문제, 인공임신중절 등 과제와 가족계획사업을 가족복지 차원으로 전환하는 것이었다. 셋째는 노동력 부족에 대비하여 여성과 고령자 노동력을 활용하는 프로그램을 개발하는 한편, 인구고령화에 대비하여 노인복지서비스 확대가 필요하다는 것이었다. 앞서 언급했듯이, 신인구정책의 목표를 달성하기 위한 세부적 수단은 당시 인구정책심의위원회가 정리하였던 것으로 가족 보건 및 복지 증진, 출생성비 상승 억제와 인공임신중절 예방, 청소년 성문제 대응, 여성 취업 및 인력 활용, 인구고령화에 대비 고령자 복지시설 정비 및 인력활용 방안 마련, 기존 가족계획사업 조정, 인구조정 관련 각종 사회적 지원정책 조정 등이었다.

¹⁰⁶ 보건복지부(1996). 전계서.

인구자질향상정책 추진

출생성비 왜곡 시정 및 인공임신중절 예방

인공임신중절은 1994년 카이로 국제인구회의에서 강조한 것처럼 가족계획의 수단이 되어서는 안 되지만, 우리나라에서는 인구증가억제정책 추진 시기에 주요 출산억제수단으로 활용되었다. 기혼여성의 피임실천율이 높지 않았던 1960년대와 1970년대 초반까지 정부는 피임이 실패하면 사후피임의 형태로 인공임신중절을 의도적으로 유도한 측면이 있었다. 그 결과 효과적인 피임 방법이 보편화된 1990년대에도 인공임신중절은 피임이 실패하면 최종적으로 해결하는 방법으로 인식하였다. 이러한 관행은 융모막 검사, 양수 검사, 선천성 기형을 점검하기 위한 초음파 검사 등¹⁰⁷을 통한 성감별과 결합하여, 희망하는 적은 수의 자녀 중 적어도 1명의 아들을 갖기 위해 태아가 여아면 이를 선별적으로 인공임신중절을 하는 반윤리적 행위로 나타나게 되었다.

통계청의 인구동태통계를 보면 출생성비는 1980년대 초반에 자연 출생성비(natural sex ratio at birth)인 104~105에 근접한 107이었으나 합계출산율이 1.6명 수준으로 낮아지면서 1990년에는 116.5까지 상승하였다. 이러한 출생성비의 왜곡은 결국 혼인적령기 남녀간 성비의 불균형을 가져와 각종 사회문제를 야기할 수 있다는 문제가 지적되었다.¹⁰⁸

¹⁰⁷ 태아의 성감별을 방법으로는 임신 9주에 식별이 가능한 융모막 검사(Chorionic Villi Sampling), 임신 16주에 식별이 가능한 양수 검사(Amniocentesis), 임신 20주에 식별이 가능한 초음파 검사(Ultrasonic Technique)가 있다. 참고로 임신 28주가 지나면 의료인이 임신부나 그의 가족에게 태아의 성별 고지 금지 규정이 2008년 헌법 재판소의 위헌판결로 그 효력을 상실하였다.

¹⁰⁸ 박재빈·조남훈(1994). 우리나라의 성선호와 성비 불균형에 관한 분석. 『한국인구학』, 17(1), pp.87-114.; 김한곤(1995). 대구·경북지역의 출생 시 성비불균형의 실태와 문제점. 『영남대학교 인문과학연구소 인문연구』, 16(2), pp.253-266.; 김두섭(1997). 남녀인구의 성비불균형: 원인과 사회정책적 함의. 권태환 등, 한국 인구구조의 변화와 사회정책적 과제, 『인구주택총조사 종합분석사업 보고서(7-1)』 (pp.7-43). 대전: 통계청.; 전광희(2006). 저출산고령사회의 도래와 21세기 적정인구정책의 모색. 이재열 등, 『삶의 질과 지속가능한 발전-역동적 균형과 한국의 미래』 (pp.49-106). 나남출판사.

〈표 3-2〉 출생순위별 출생성비 추이

(단위: 출생 여아 100명당 남아수)

구분	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
전체	107.1	106.8	107.3	108.3	109.4	111.7	108.8	113.2	111.8	116.5	112.4	113.6	115.3	115.2	113.2	111.5
1아	106.3	105.4	105.8	106.1	106.0	107.3	104.7	107.2	104.1	108.5	105.7	106.2	106.4	106.0	105.7	105.1
2아	106.7	106.0	106.1	107.2	107.8	111.2	109.1	113.2	112.4	117.1	112.5	112.4	114.8	114.1	111.7	109.8
3아	107.1	109.2	111.8	116.9	129.1	138.5	134.8	165.0	182.1	189.5	179.8	191.7	202.9	202.7	177.2	163.9
4아	112.1	111.9	118.1	128.2	148.6	152.8	145.6	187.7	203.6	215.1	198.0	216.8	239.7	223.6	206.0	188.7
5아 이상	114.2	116.6	123.3	128.4	143.8	145.1	152.6	170.9	189.2	195.9	187.3	200.9	219.4	223.6	190.9	163.7

주: 전광희(2002), 출산력, 김두섭·박상태·은기수(편), 『한국의 인구』, 통계청.

이에 신인구정책에서는 태아 성감별을 행한 의료인에 대한 처벌 규정을 강화하는 방안을 검토하였다. 제도적으로나 현실적으로 남녀 차별의 사회문화적 관습이 지속되어 남아선호 가치관이 쉽게 변하지 않고 있는 상황에서 출생성비의 불균형을 개선하기 위하여 법률과 제도를 이용한 강제적 수단을 동원할 수 있도록 하였다. 즉, 정부는 태아 성감별을 금지하는 「의료법(시행령)」에 대한 홍보와 집행을 강화하였다. 아울러 「모자보건법」이 허용하는 예외적인 사항(조건) 이외의 이유로 인한 인공임신중절 시술을 예방하기 위해 의료인 및 관련 단체로 하여금 자율적으로 자제운동을 전개하도록 하였다. 이외에 대한가족계획협회는 공모를 통해 ‘저는 딸이에요 저도 생일 갖고 싶어요’, ‘아들바람 부모세대 결혼못한 우리세대’와 같은 표어를 선정하고, 생명의 존엄성과 양성평등의 필요성에 관한 발표회와 토론회를 개최하는 등 출생성비 불균형을 개선하기 위한 다양한 노력을 기울였다.

불법적인 인공임신중절을 금지하는 조항¹⁰⁹은 이미 1973년에 「모자보건법」 제정 당시부터 규정되어 있었다. 그러나 불법적인 인공임신중절 시술이 급증하였음에도 인공임신중절 금지라는 「형법」 조항 위반으로 기소된 사례는 극히 드물었다. 1989년 제1심 형사공판사건 중 낙태죄로 기소된 사건은 단 1건이었고 그것도 선고유예로 종결되었다. 1989년에 검찰이 처리한 인공임신중절 위반죄는 총 29건이었다. 그중 구속기소가 2건, 약식기소가 5건, 나머지는 모

109. 「모자보건법」 제14조에서는 인공임신중절 허용 사유로 본인 또는 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우, 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 감염성 질환이 있는 경우, 강간 또는 그에 준하는 행동에 의하여 임신된 경우, 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우, 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모성건강을 심하게 손상할 염려가 있는 경우로 규정하고 있다.

두 불기소 처분하였다. 1990년에 검찰이 처리한 낙태죄는 총 30건이었는데, 그중 구속기소는 단 한 건도 없었고 불구속 기소가 1건, 약식 기소가 4건, 나머지는 모두 불기소 처분으로 종결되었다. 1996년부터 신인구정책을 추진하면서 인공임신중절 위반죄의 규정은 유효하며 오히려 합법적인 낙태를 가장한 불법적인 낙태를 막기 위해 사법적인 조치를 강화하였다. 신인구정책에서는 출생성비 왜곡을 개선하기 위하여 「모자보건법」의 관련 법조항에 대한 집행 의지를 분명히 한 것이라고 볼 수 있었다. 검찰은 남아 출산을 원하는 임신부로부터 돈을 받고 태아 성감별을 해주거나 미혼모가 낳은 남아를 돈을 받고 불임여성에게 넘겨 주는 등 비리를 저지른 13개 산부인과 의사 14명과 조산사 등 15명을 적발했다. 검찰은 인공임신중절을 위해 불법으로 태아 성감별을 한 산부인과 의사와 조산사 7명을 의료법 위반 혐의로 구속 또는 불구속 기소하고, 의사 8명의 비위사실을 보건복지부에 통보하였다. 기소된 7명 중 2명은 구속 기소되었고, 3명은 불구속 기소, 2명은 벌금 500만 원에 약식 기소되었다. 이와 같이 태아 성감별을 해준 의사와 조산사가 처음으로 처벌되었으며, 태아 성감별을 둘러싼 의료계 비리에 강력한 제재를 가할 준비가 되었다. 다른 한편으로 출생성비 개선과 인공임신중절 예방을 위한 또 다른 정책수단으로 사회제도를 개선하려는 노력을 기울였다.¹¹⁰

신인구정책의 일부로서 인공임신중절 예방 성과를 정확하게 평가하기는 쉽지 않다.¹¹¹ 신인구정책이 채택되기 직전인 1994년에 조선일보와 한국갤럽에서 조사한 결과 인공임신중절은 연간 150만 건이 시행되는 것으로 보도되었다. 1990년대 중반의 한 연구는 당시 연간 출생아수는 약 62만 명인 데 비해 인공임신중절 수술은 거의 3배에 해당하는 180만 건이 행해졌을 것이라고 추정하였다.¹¹² 2005년 보건복지부는 낙태에 관한 조사를 실시하였는데, 그

¹¹⁰ 이러한 노력들은 이후 호주제도의 폐지에도 일부 기여를 한 것으로 간주할 수 있다. 호주제는 헌법재판소의 헌법불합치 결정에 의거하여 2005년 3월 개정된 「민법」에 의하여 2008년 1월 1일에 폐지되었다. 2008년 이후 개인의 가족관계는 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」이 시행되어 가(家)가 아닌 개인을 기준으로 가족관계등록부를 작성하였다.

¹¹¹ 우리나라에서 연간 인공임신중절 건수에 대한 공식적인 통계는 전무하다. 다만, 인공임신중절 건수를 각종 인구통계학적 방법으로 추정하는 경우가 대부분이다. 그 이유는 낙태시술을 한 병원이 공식적으로 시술 보고를 하는 체계가 갖추어지지 않았으며, 대부분의 불법적인 낙태는 보험급여 대상에서 제외되고 있기 때문에 건강보험제도로도 파악이 되지 않으며, 인공임신중절 시술을 받은 사람들 자신이 시술 여부를 밝히기를 꺼리며, 인공임신중절 시술을 한 산부인과 의사들도 시술 횟수를 밝히기를 꺼리기 때문이다.

¹¹² 2005년 전에 실시된 조사에 대해서 정확성이나 신뢰성에 대해서 타당성이 얼마나 있는지에 대해서 여전히 의문이 남는다.

결과 인공임신중절 전체 건수는 34만 2,000건 정도로 추정되었다. 한국보건사회연구원의 ‘전국 출산력 및 가족보건실태조사’ 결과에 의하면, 가임기 기혼여성의 인공임신중절 경험률이 1994년 49%에서 2003년 40%로 낮아졌다. 그러나 당시 산업화와 도시화 추세 속에서 혼인연령이 상승하면서 미혼여성의 성 접촉이 증가하고 그중에서 원치 않은 임신이 생기는 상황에서 이들 미혼여성에게 대해 인공임신중절이 어느 정도 행해졌는지에 대해서는 어떤 기록도 존재하지 않는다.

〈표 3-3〉 가임기 유배우 여성의 인공임신중절 경험률 추이

(단위: %)

구분	1971	1973	1976	1979	1985	1988	1991	1994	1997	2000	2003	
합계	26	30	39	48	53	52	54	49	44	39	40	
지역	시부	37	37	46	53	55	54	55	49	45	39	41
	도부	19	24	29	40	48	47	49	49	39	41	38
연령	15~24	11	10	16	19	22	20	29	21	21	13	15
	25~29	81	19	27	36	42	40	40	36	27	17	23
	30~34	30	20	46	54	61	50	55	51	45	35	34
	35~39	38	43	50	59	63	60	60	58	52	50	46
	40~44	33	40	45	56	67	62	65	60	53	52	50

자료: 1) 문현상·한성현·최돈(1972), 『출산력과 가족계획: 1971년 출산력 및 인공임신중절조사보고』, 가족계획연구원.
 2) 송건용·한성현(1974), 『전국가족계획 및 출산력조사: 종합보고』, 가족계획연구원.
 3) 박병태·최병목·권호연(1978), 『1976년도 전국출산력 및 가족계획실태조사』, 가족계획연구원.
 4) 문현상·함일순·신성희(1982), 『1982년 전국 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원.
 5) 문현상·조대희·이임진 외(1985), 『1985년 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원.
 6) 문현상·이임진·오영희 외(1989), 『1988년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원.
 7) 공세권·조애저·김승권 외(1992), 『한국에서의 가족형성과 출산행태(1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사)』, 한국보건사회연구원.
 8) 홍문식·이상영·장영식 외(1994), 『1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원.
 9) 조남훈·김승권·조애저 외(1997), 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원.
 10) 김승권·조애저·이삼식 외(2000), 『2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원.
 11) 김승권·조애저·김유경 외(2003), 『2003년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사』, 한국보건사회연구원.

출생성비 시정의 효과는 출생성비 자체의 변화로 평가할 수 있다. 통계청 인구동태통계 자료에 의하면, 출생성비는 1995년 113.2에서 2004년 108.2로 낮아졌다. 출산순위별로 보면, 둘째아의 출생성비는 동 기간 114.1에서 106.2로 자연출생성비 수준으로 낮아졌다. 셋째아의

출생성비는 동 기간 202.7에서 132.2 그리고 넷째아 이상의 성비는 223.6에서 140.0으로 큰 폭으로 낮아졌다. 이와 같이 모든 출산순위에서 출생성비가 낮아졌음에도 현실적으로 태아 성감별에 의한 인공임신중절 시도가 주로 고출산 순위에서 발생한다고 볼 때 남아선호관에 따른 성선택 인공임신중절이 여전히 행해졌음을 짐작할 수 있다. 즉, 출생성비 왜곡의 개선에 대한 신인구정책의 효과는 제한적이었던 것으로 평가할 수 있다.

〈표 3-4〉 출생성비 변동 추이

(단위: 여아 100명당 남아수)

구분	전체	첫째아	둘째아	셋째아	넷째아 이상
1993	115.3	106.4	114.8	202.9	234.9
1994	115.2	106.0	114.1	202.7	223.6
1995	113.2	105.7	111.7	177.2	202.8
1996	111.5	105.1	109.8	163.9	183.6
1997	108.3	105.2	106.3	133.9	156.1
1998	110.2	106.0	108.1	145.0	155.3
1999	109.6	105.6	107.5	142.0	155.3
2000	110.2	106.3	107.4	141.9	167.6
2001	109.1	105.5	106.4	140.4	152.6
2002	110.0	106.5	107.3	140.1	153.2
2003	108.7	104.9	107.0	135.5	149.6
2004	108.2	105.1	106.2	132.2	140.0

자료: 통계청, 인구동태조사, 각 연도.

마지막으로 남아선호에 대한 국민의 가치관이 어떻게 변화하였는지를 통해 신인구정책의 효과를 간접적으로 평가할 수 있다. 한국보건사회연구원의 ‘전국 출산력 및 가족보건실태조사’ 결과를 보면 아들에 대한 필요성에 대해 ‘꼭 있어야 한다’고 응답한 가임기 유배우 여성의 비율이 1991년 40.5%에서 1997년 24.8%, 2003년에 14.1%로 점점 낮아졌다. 아들이 ‘있는 것이 좋음’이라고 응답한 비율은 1991년 30.7%에서 1997년 35.0%, 2003년 41.8%로 높아졌다. ‘없어도 무관함’이라고 응답한 비율은 1991년 28.0%에서 1997년 39.4%, 2003년 43.3%로 높아졌다. 이렇게 볼 때, 신인구정책이 수립된 1996년을 포함해서 시계열적으로 볼 때,

남아선호의 정도는 전반적으로 감소하고 있다고 할 수 있지만, 그렇다고 남아선호가 완전히 사라진 것은 아니었다.

〈표 3-5〉 가임기 유배우 여성들의 아들의 필요성에 대한 응답추이

(단위: %, 명)

구분	계(사례수)	꼭 있어야 함	있는 것이 좋음	없어도 무관함	모르겠음
1991	100.0(7,448)	40.5	30.7	28.0	0.8
1994	100.0(5,175)	26.3	34.3	38.9	0.5
1997	100.0(5,409)	24.8	35.0	39.4	0.8
2000	100.0(6,350)	16.2	43.2	39.5	1.1
2003	100.0(6,599)	14.1	41.8	43.3	0.8

자료: 1) 공세권·조애저·김승권 외(1992). 『한국에서의 가족형성과 출산행태(1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사)』. 한국보건사회연구원.

2) 홍문식·이상영·장영식 외(1994). 『1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』. 한국보건사회연구원.

3) 조남훈·김승권·조애저 외(1997). 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』. 한국보건사회연구원.

4) 김승권·조애저·이상식 외(2000). 『2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』. 한국보건사회연구원.

5) 김승권·조애저·김유경 외(2003). 『2003년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사』. 한국보건사회연구원.

가족보건·복지 증진과 청소년 성문제 대응

모자보건사업은 인구증가억제정책기(1962~1995)에 정부 가족계획사업과 연계되었던 것과 달리 인구자질향상정책기에는 인구자질 향상을 위한 핵심 사업으로 부각되는 경향이 있었다. 사실 모자보건사업이 인구자질향상정책의 핵심 사업으로 간주된 것은 인구증가억제정책과 분리된 모자보건사업이 완전히 형해화(形骸化)되는 것을 막기 위한 보건복지부와 그의 외곽조직인 대한가족계획협회¹¹³라는 조직을 유지하려는 관성과도 같은 부분이 있다고 볼 수 있다.¹¹⁴ 1990년대 이후 모자보건사업의 영역은 기존의 중점관리 대상자인 임신부 및 영유아 뿐 아니라 혼인연령 상승에 따라 모성에 대한 준비가 필요한 청소년 및 미혼여성도 포함되었다. 모자보건사업은 신인구정책의 프레임 안에서 일차적으로 수행된 사업은 아니었지만, 우선 소자녀 가족규범의 내면화로 신체적·정신적으로 건강한 아기를 출산하려는 기대가 더욱

¹¹³. 대한가족계획협회(1961~1999)는 인구자질향상정책 기간인 1999년에 대한가족보건복지협회(1999. 2.~2005. 11.)로 개칭되었다.

¹¹⁴. 인구보건복지협회(2012). 『인구보건복지협회50년사』. 동 협회.

높아지고 있어 선천성 이상아 및 미숙아 출생으로 초래되는 장애발생의 예방과 조기발견을 위한 프로그램 등의 확대가 필요하다고 보았다.¹¹⁵

보건소 등록시스템을 이용하여 임신부·영유아를 대상으로 건강검진을 실시하고, 건강에 관한 교육 및 상담 등을 실시하였다. 산전·산후관리를 연동하여 실시하도록 하였으며, 임신부의 고위험요인을 사전에 방지하고, 등록된 영유아에 대하여는 성장단계별로 보건지도 및 서비스를 제공하였다. 보건소에서 등록·관리하는 생활보호대상자 등 저소득층 임신부 및 영·유아에게 건강진단을 실시하고, 고위험대상자를 사전에 발견하여 조기치료가 가능하도록 하였다. 임신부와 영·유아의 건강검진대상자에게 혈액검사(혈색소·적혈구 검사, 백혈구 검사, 혈청매독정성 검사, 간염 검사), 혈액형 검사(ABO형, Rh형), 소변 검사(단백뇨·당뇨 검사) 등 검진을 실시하였다. 장애아동의 발생을 줄이고 영아사망률을 낮추기 위하여 1999년에는 「모자보건법」을 개정하여 미숙아와 선천성 이상아에게 의료비를 지원하고 사후관리를 실시하였다. 1997년부터 모든 신생아에 대하여 선천성대사 이상 검사를 실시하여 이상자를 조기발견·치료함으로써 정신지체아 발생을 예방하였고, 검사 결과 환아(患兒)로 판명된 페닐케톤뇨증과 갑상선기능저하증이 있는 아동에게 특수분유와 치료비를 지원하는 등 사후관리를 실시하였다. 2001년부터는 다빈도 선천성 이상아 5대 질환인 식도폐쇄증, 장폐색증, 항문직장기형, 선천성 횡격막 탈장, 제대기저부 탈장 등에 의료비를 지원하였다.

모유는 영유아에게 필요한 영양소가 골고루 들어 있고 각종 면역제가 포함되어 있어 질병 예방 효과가 있지만, 모유에 대한 인식 부족으로 우리나라의 모유수유율은 구미 선진국에 비하여 저조하였다. 이에 따라 정부는 각종 교육, 홍보 및 캠페인과 제도 개선을 통하여 모유수유율을 선진국 수준으로 높이기 위한 사업을 전개하였다. 산전관리와 산후관리 과정에서 모유수유의 장점 및 중요성을 지도하고, 각급 사회교육기관에서 실시하는 보건교육의 내용에 모유의 우수성을 홍보할 수 있도록 팸플릿, 포스터 등의 홍보물을 개발·보급하고, 사회단체와 언론매체를 활용하여 캠페인을 전개하는 홍보사업을 강화하였다.

보건복지부는 산업화, 여성의 사회진출 증가, 핵가족화, 생활패턴(life-style) 변화, 혼인연령 상승 등으로 모자보건사업 대상자와 그 요구가 매우 다양해지고 있다고 판단하였다. 특

¹¹⁵ 보건복지부(1997), 『보건복지백서』와 그 이후의 보건복지백서를 참고하여 작성.

히, 1990년대 이후 성 개방적인 사회적 분위기로 인하여 청소년의 성병 및 AIDS 감염, 혼전 임신(미혼모), 인공임신중절 등의 사례가 증가하였다. 이와 같이, 모자보건 문제가 과거와 달리 보건·의료부문을 넘어선 사회구조적인 문제로 파생됨에 따라 보건·의료 분야는 물론 사회 교육·환경부문 등에서 포괄적 접근이 필요하다는 인식이 증가하였다. 이에 보건복지부 중심의 신인구정책에 청소년 성문제에 대한 대응이 중요한 과제로 포함되었다. 청소년의 혼전 성 접촉의 개연성이 증가하면서 대중매체나 유흥업소 등의 청소년 관련 사회적 환경을 개선하거나 정화하고, 각급 학교 및 노동현장에 있는 청소년을 위한 성교육 프로그램을 개발하고, 이들에 대한 교육을 강화하는 방식으로 청소년 성문제가 생식보건에 미치는 부정적 영향을 극소화하겠다는 방침을 포함하였다.

이와 같이 모자보건사업 영역은 기존의 중점관리 대상자인 임신부 및 영유아에서 모성에 대한 준비가 필요한 청소년 및 미혼여성으로 까지 대상자의 범위가 확대되었고 사업내용도 생식보건, 산전·산후 관리, 영유아 성장발달 스크리닝 등을 모자보건서비스부문의 핵심 과제로 취급하였다.

여성 취업 및 인력 활용 제고

김영삼 정부는 출범과정에서 노태우 정부의 마지막 연도에서 마련된 제7차 경제사회발전5개년계획을 신경제 장기구상으로 대체하였다. 정부는 1991년과 1996년의 통계청 장래인구추계 결과를 근거로 풍부한 노동력을 바탕으로 경제가 성장하는 시대가 조만간 종말을 고할 것이라고 판단하였다. 인구 분야와 경제 분야의 전문가들은 국민소득을 2000년에 2만 달러로 올리고 지속적인 경제성장을 이룩하기 위해서는 2010년에 15만 명, 2020년에는 103만 명의 노동력이 부족할 것이라고 예상하였다.¹¹⁶ 이에 따라 중장기적으로 노동력 부족에 대비하기 위하여 탄력적인 시간근무제, 재택근무제 등 일과 가정을 양립할 수 있는 근무형태를 개발하고 장려하는 방침을 마련하였다. 당시 보육시설 확충은 저출산과 핵가족화의 급진전에 따른 부작용을 극복하기 위한 인구정책이라기보다는 취업여성의 육아부담을 경감하여 노동력을 확보하려는 정책적 요소를 지니고 있었다.

¹¹⁶ 한국경제 60년사 편찬위원회(2015), 『한국경제 60년사』, 기획재정부.

고령자 복지시설 정비 및 고령자 인력 활용 제고

정부는 저출산과 기대수명의 증가로 인구고령화가 급격히 진행될 것으로 예상하면서, 건강하고 노동에 대한 의욕이 강한 고령자를 노동력으로 적극 활용한다는 입장을 견지하였다. 이와 관련하여 보건복지부는 고령자 적합 직종을 40개로 확대하고, 퇴직 후 감액임금 재고용 제도를 도입하고, 퇴직준비 프로그램을 개발하며, 노인개발은행을 60개 및 고령자인재은행을 30개로 확충하여 고령자 취업기관을 내실화하였다. 또한, 복지를 확충하기 위하여 노령수당 상향조정, 가정방문사업과 가정봉사원간호사업 및 가정봉사원 파견제도 확충, 고령자 대상 실버산업 육성 등을 추진하도록 하였다.

저소득노인의 소득보장을 위해 1991년부터 70세 이상 생활보호대상자에게 노령수당을 지급하기 시작하여 1998년 6월까지 지급하였다. 1997년 8월 「노인복지법」을 개정하여 기여금을 내지 않고서도 수급자격이 부여되는 경로연금제도를 도입하여 1998년 7월부터 생활보호 대상이나 저소득 고령자를 대상으로 매월 경로연금을 지급했으며, 경로연금대상자 선정 기준을 완화하여 지원 대상 범위를 확대하였다. 2002년에는 60만 명 이상의 고령자를 대상으로 매월 3만 5,000원~5만 원을 지급하여 경제적으로 어려움을 겪고 있는 고령자들에게 직접 소득지원을 하였다.

2001년 하반기부터 고령자의 경제·사회 참여 확대를 위하여 지역사회 시니어클럽(Community Senior Club) 시범사업을 실시하였다. 취업 상담 및 알선을 통하여 노인들에게 소득을 올릴 수 있는 기회를 부여하고자 사단법인 대한노인회를 통하여 1996년까지 노인능력은행을 운영하였다. 노인능력은행이 소규모로 운영되고, 전문성이 부족하여 활성화되지 못했던 점을 고려하여 기존 노인능력은행을 1997년부터 노인취업알선센터로 개편하였다.

고령자의 여가 선용과 소득 보전을 위하여 만든 경로당의 노인공동작업장은 재취업이 불가능한 70세 전후 고령자들이 간단한 생산작업을 하는 공간이었다. 전국 각 지역의 복지관이나 경로당별로 지방자치단체의 지원을 받아 운영하였으며, 외환위기 발생 이후 경기 침체로 일자리가 줄어들고 정부나 지방자치단체에서 알선하는 고령자 재취업 연령도 65세 이하가 대부분이어서 70대 고령자들이 찾는 공간이 되었다. 1997년 「노인복지법」을 개정하여 고령자를 지역봉사지도원으로 위촉할 수 있는 근거 규정을 신설하였고, 고령자의 직업경험을 살

려 기초질서 지도, 교통질서 안내, 각종 재난사고 신고 등 사회적 서비스 제공 기회를 부여하고자 노력하였다.

지역사회의 노인여가시설로 경로당을 운영하였으며, 운영비와 난방비를 지원하기 시작하였다. 경로당 운영을 활성화하기 위하여 여가프로그램을 개발·보급하고, 건강복지상담, 취업안내, 의료건강보험, 연금 등 정보제공 서비스를 실시하였다. 고령자를 위한 여가프로그램을 개발하여 보급하고, 노인복지회관을 확충하고, 경로당 운영을 활성화하였다. 2000년대에 들어서 정부는 고령자 재가 보건복지서비스에 관심을 기울였다. 가정봉사원 파견시설은 신체적 또는 정신적 이유로 일상생활이 힘든 1인가구 고령자를 위하여 식사 시중, 목욕·용변 수발, 병원 안내 등 각종 생활편의를 제공하는 시설로 2002년부터 100개소를 시범 운영하기 시작하였다. 부양가족의 질병, 출장 등 사유로 가족이 해당 고령자를 보호하지 못할 때 주간 또는 수일간 입소시켜 급식, 목욕, 여가생활 등의 서비스를 제공하는 주간 및 단기보호시설은 2002년부터 운영하기 시작하였다. 2002년 당시 227개소인 고령자재가복지시설(가정봉사원 파견시설, 주간 및 단기 보호시설 포함)을 2003년까지 317개소로 확충할 계획을 수립하고, 서비스 프로그램 개발을 지원하였다.

기존 가족계획사업 조정

정부는 피임서비스를 더 이상 지원하지 않고 자율에 맡기도록 하였다. 다만, 산간벽지의 주민이나 도시의 기초생활수급자 등 사회적 취약계층에 대해서는 정부 지원에 의한 무료 피임을 계속 제공하였다. 이들 취약계층에 대한 피임보급은 보건소와 대한가족보건복지협회 등 민간단체와 연계하여 진행하였다. 또한, 정부는 청소년에 대한 성교육 및 피임서비스를 성감염증(STDs) 및 HIV/AIDs 예방과 연계하는 프로그램을 개발하였다. 신인구정책에서 홍보와 교육은 가족계획에서 탈피하여 인공임신중절, 성비불균형, 청소년 성문제 등과 같은 과제에 중점을 두었다.

인구 관련 사회지원시책 조정

정부는 인구정책의 전환에 따라 출산 억제를 위한 기존의 사회지원시책을 개선하였다. 출산 억제를 위한 정책수단으로서 강압적 성격이 상당히 강했던 공무원 대상 가족수당, 학비보조 등의 두 자녀 상한제, 건강보험 분만급여의 두 자녀 상한제, 소자녀 불임수술에 대한 공공주택 우선 입주권 등을 폐지하였다. 이러한 조치는 두 자녀 이상의 출산 제한을 폐지한 것으로 간접적으로 출산을 장려하는 효과가 있을 수 있으나, 당시 인구정책은 인구자질 향상에 초점을 두었을 뿐 출산을 장려하는 방향으로 전환한 것은 아니었다. 여러 사회시책에서 두 자녀 상한제의 폐지는 저소득층에 빈곤의 악순환을 방지하여 가족복지 증진에 기여할 것으로 기대되었다.

인구자질향상정책의 내재적 및 외형적 한계

1960년대 이후 ‘한강의 기적’이라 불리는 고도의 경제성장이 이루어졌고, 제로 성장(zero growth)에 근접하는 출산율 감소로 고전적 인구변천이 사실상 완료되면서, 우리나라는 산업 노동력 부족, 고령인구 증가, 남녀 출생성비 불균형 등과 같은 새로운 인구문제에 직면할 것이라고 예상되었다.¹¹⁷ 따라서 정부는 향후 인구정책은 양적인 측면에서 산아제한이나 인구증가억제정책이 아닌 인구구조를 포함하는 인구의 자질과 삶의 질(quality of life) 향상에 초점을 맞추어야 한다는 생각으로, 이에 관련된 정책을 집행할 준비를 하였다. 또한 인구증가억제정책이 필요하지 않은 시점에서 인구자질향상정책이 수행되어 성감별에 따른 인공임신중절 시술이 중단되면 궁극적으로 출산율 수준과 인구총량에도 영향을 미칠 것이라고 예상하였지만, 그 영향은 그리 크지 않을 것이라고 생각하였다. 최종적으로 인구규모의 증감 문

¹¹⁷ 대한민국정부(2006a). 『제4차 저출산고령사회 기본계획(2006~2010)』; Eun, Ki-Soo. (2006). Understanding Recent Fertility Decline in Korea. *The Japanese Journal of Population*, 1, pp. 578-95.; Jun, Kwang-Hee. (2005). The Transition to Sub-replacement Fertility in Korea: Implications and Prospects for Population Policy. *The Japanese Journal of Population*, 3(1), pp. 26-57.

제는 인구자질향상정책에 반영되지 않은 것으로 판단할 수 있지만, 적정인구 규모의 유지와 인구자질 향상 및 국민복지 향상은 상호작용한다는 점은 염두에 두고 있었다고 볼 수 있다.

인구자질향상정책이 형성된 즈음에 김영삼 정부는 민주화와 정치개혁에 많은 에너지를 쏟아 부었고, 제7차 경제사회발전5개년계획을 신경제 장기구상으로 대체하였으며, 단기적 관점에서 삼저호황(三低好況)이 끝났던 시점에서의 안정적 경제성장률이 아니라, 가능하면 경제성장률을 과거 수준으로 유지할 수 있도록 하는 데 관심을 기울이고, 대외경제 특히 무역역조의 발생에도 불구하고 환율 상승을 억제하고, OECD에 가입하여 선진국으로 진입하겠다는 준비에 골몰하였다. 이러한 상황에서 인구정책은 우선순위에서 하나회 폐지, 금융실명제 등과 같은 정치개혁이나 경제성장률 둔화의 저지를 목표로 하는 ‘신경제 100일 계획’과 같은 단기처방전의 뒷전에 머물러 있었다.

이에 따라 신인구정책은 법적·제도적 근거도 없이 보건복지부 장관이 국무회의에서 보고한 문서의 형태로 탄생하였다. 결과적으로 신인구정책은 보건복지부의 일부 업무만을 중심으로 수립되었으며, 경제·사회의 지속적 발전, 도시화와 수도권 집중 등을 동시에 고려할 수 있는 종합적인 인구정책이 되지는 못했다.

사실 신인구정책은 인구모멘텀 결과로 생겨난 합계출산율과 인구성장률 간의 관계가 상대적으로 ‘약한 동조(weak coupling)’¹¹⁸을 보였기 때문에, 인구정책의 목표를 설정하는 작업에 어려움이 있던 시기였다. 그러나 인구자질향상정책이 비록 인구구조는 물론 보건 관련 특성을 포함하여 사회·경제적 특성의 개선을 의미하는 것이기도 하지만, 필연적으로 인구총수와 그것에 영향을 주는 출생, 사망 및 혼인에 직접적인 개입이 필요하였다. 즉 인구자질과 인구총량은 사실상 분리될 수 없는 인구정책의 목표임에도 불구하고, 인구정책에서 출산억제 또는 출산장려를 통한 인구총량의 증감이라는 정책목표를 배제하고, 인구자질의 향상이라는 목표를 채택했다. 이와 같이 인구자질 향상을 추구하는 신인구정책은 세부적인 인구학적 요소들을 종합적으로 고려하지 않은 방식으로 인구정책의 방향을 변경하는 것이었다고 할 수 있다. 게다가 1996년에 인구자질 향상이라는 인구정책이 수립된 지 1년이 지난 1997년 말에

¹¹⁸ 예로, 합계출산율이 인구대체수준을 밑도는 수준에서 유지되어도 15~44세 여성들이 상대적으로 많으면 단기적으로 인구가 증가할 수도 있고, 이와 반대로 15~44세 여성들이 상대적으로 적으면 오히려 인구가 감소할 수도 있다.

는 외환위기가 발생하였고, 그 결과 김영삼 정부 이후 김대중 정부(1998~2003)도 모든 노력을 외환위기의 수습을 위한 단기적인 경제정책에 집중하게 됨으로써 인구자질향상정책은 추가적인 검토나 변화 없이 주변적이고 과도기적인 상태에서 지속될 수밖에 없게 되었다.

당시 어떤 법령도 없이 급하게 조직된 인구정책발전위원회는 신인구정책을 구상하였던 당시에 대부분의 구미 선진국이 장기간에 걸쳐서 점진적으로 저출산으로 이르렀던 것과 달리 한국은 단기간에 저출산을 실현하였음에 주목하고, 다른 방향의 인구정책을 추진하여도 합계출산율이 1.6~1.7명 수준에 머물면서 인구전환의 마지막 단계에 도달한 것이라는 막연한 생각을 하고 있었다. 이러한 상황에서 신인구정책은 일차적 목표를 단순히 인구자질 향상으로 한정하였을 뿐, 당시 우리나라의 출산율과 유사한 수준이던 서구 선진국과는 달리 가족친화적 정책(family-friendly policy) 요소를 전혀 포함하지 않았다. 실제 인구정책이 인구억제에서 인구자질로 목표를 전환했던 1996년 당시, 유럽의 저출산 국가들의 인구정책은 가족정책으로 명칭을 변경하였으며, 이를 실행하는 정책수단으로 유급 출산전후휴가, 유급 육아휴직, 수당 지급, 자녀질병 간호휴가, 자녀복지 및 양육보조금, 교육비 지급 등을 실행하고 있었다.¹¹⁹

당시 인구정책발전위원회에서는 이들 정책수단을 검토하였다. 그러나 이 정책수단은 사실상 진지한 검토의 대상이 되지 못했다. 물론, 출산율 감소를 일차적 목표로 하는 인구정책을 폐지하고, 이와 관련된 각종 출산억제와 관련된 사회적 시책을 전면적으로 폐지하여 출산율이 약간 상승하는 ‘의도하지 않은 결과(unintended consequence)’를 생산했던 부분도 있다. 그러나 인구정책은 사실상 인구자질 향상이라는 이름으로 당시 출산율이 인구대체수준에서 유리되었더라도 적극적인 대응을 하지 않겠다는 의미를 암묵적으로 내포한 것으로 판단할 수 있다. 결과적으로 1996년에 신인구정책이 수립된 이후 합계출산율이 1.0명의 수준으로 급격히 하향적 나선(螺線)을 그리고 있음에도 정책적 대응이 제대로 이루어지지 못한 것으로 평가될 수 있는 것이다.

¹¹⁹ 은기수·전광희·윤홍식 외(2005), 『외국 저출산 대응정책 효과성 분석 및 우리나라 도입방안 연구』, 보건복지부.; Gauthier, A. H. (2001). *The Impact of Public Policies on Families and Demographic Behavior*. Paper presented at the ESF/EURESCO Conference, Bad Herrenaalb, June. United Nations(2015). *Global Review and Inventory of Population Policies(GRIPP) Database*. New York: Author.

3. 초저출산으로의 이행

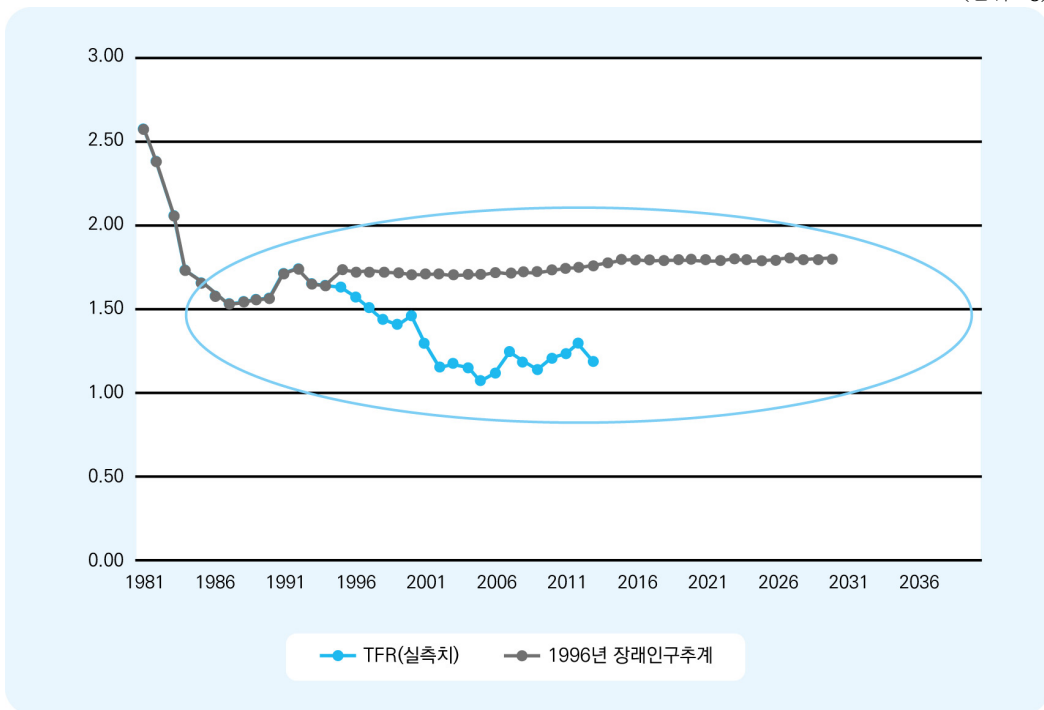
외환위기와 출산율 추가 급락

우리나라의 합계출산율은 1980년대 중반부터 1990년대 중반까지 안정적으로 유지되었으나, 1997년 외환위기를 계기로 다시 급격하게 감소하였다. 특히, 1996년에 수립된 신인구정책은 적어도 1.6~1.7명 정도의 출산율을 유지를 전제로 했으나, 실제 2000년대에 들어서면서 합계출산율이 1명 수준에 근접하는 초저출산현상이 지속되었다.

인구정책은 인구과정 곧 출산, 사망 및 인구이동에 직접 또는 간접으로 개입하는 의도를 표명하거나, 때로는 그러한 의도가 현재화되지 않았음에도 그것이 인구과정에 명백하게 영향을 미치는 경우를 포함할 수 있다. 인구자질 향상을 목표로 하는 신인구정책이 수립되었지만, 실제로 인구정책으로 의도되지 않은 경제정책들이 인구정책보다 훨씬 더 큰 영향을 미치고 있었다. 인구정책은 이제 그것이 인구총량을 규제하는 것이든 인구자질을 개선하는 것이든, 독자적인 영역을 확보할 수 없다는 심각한 문제점을 보였다.

[그림 3-1] 1995년 기준 장래추계인구의 합계출산율 가정치와 실측 합계출산율

(단위: 명)



자료: 통계청 편(1996), 『장래인구추계: 1996~2035』, 통계청 인구동향과.

김영삼 정부 당시의 신경제정책은 각종 규제를 완화하고, 시장기능을 활성화하며, 잠재성장률을 연평균 7% 수준으로 유지하여 대외적으로는 적정수준의 국제수지 흑자 기조를 확고히 구축한다는 것이었다. 1993년 초에는 연평균 3%대의 극도로 불안한 경제상황이 전개되었다. 이는 노태우 정부 말기에 취해진 안정화 정책으로 인하여 1992년 중반부터 기업 투자가 활성화되지 않았기 때문이었다. 김영삼 정부는 신경제 100일 계획을 수립하였으며, 그로 인하여 1993년 경제성장률은 상반기 중 4.4%에서 하반기 중 6.4%로 크게 높아지고 이어 1994년 1/4분기 중엔 8.9%로 올라갔다.¹²⁰ 김영삼 정부는 1994년 하반기부터 개방과 자율화 그리고 세계화 개념을 중시하여 실질적으로는 OECD 조기가입을 위한 준비 작업에 정책의 초점을 맞추어 나갔다. 이러한 정책 추이는 결국 1994~1996년의 국제수지 악화 및 적자 누적

¹²⁰ 윤광원(2011), 『대한민국 금융 잔혹사』, 비전코리아.; 한국경제 60년사 편찬위원회(2015), 전계서.

결과 1997년의 외환위기로 이어졌다. 결국 김영삼 정부는 1980년대의 3저 호황이 지나고, 구조조정이 절실한 시기에 그에 부응하지 못하고 개방화, 자율화 및 세계화를 지향하는 경제정책¹²¹에 초점을 맞추으로써 경제위기를 초래하고, 결국은 신인구정책의 기본전제를 뒤흔들어 인구대체수준을 약간 밑도는 합계출산율이 1.3명 미만인 초저출산 상태로 추락하는 데 원인을 제공하는 요인이 되기에 이르렀다.

김대중 정부(1998~2003)도 정권교체라고는 하지만, 인구자질향상정책의 방향을 변경한 적이 없었고, 더욱이 정책의 세부목표를 달성하는 방법으로 유의미한 정책 개입을 한 적이 없었다. 다만, 김대중 정부 자체가 외환위기를 극복하기 위하여 단기적 정책개입으로 위기를 초래한 취약부문의 구조조정에 초점을 맞춘 경제정책을 수행하였다.¹²² 김대중 정부의 경제정책 중 기업의 구조조정은 인구자질은 물론 인구총량에 엄청난 후유증을 낳았다. 대기업의 부도는 그 회사의 직원들이 실업상태로 가는 것만을 의미하는 것은 아니었다. 대기업의 부도는 거대한 파급효과를 초래해 대기업에 의존하는 중소기업들의 연쇄부도를 야기했다. 몇 개의 대기업이 경제 전반을 지배하는 한국사회에서 대기업 부도의 파급효과는 가공할 만한 것이었다. 생존한 기업들도 구조조정이란 이름으로 대량해고를 하지 않으면 안 되었다. 실업률은 천정부지로 상승하였다. 외환위기 이전에는 실업률이 2%였지만, 1998년 말에는 6.8%로 상승하였다. 실업자 총수는 680만 명에 이르렀다. 주택가격은 1998년 말에 12.8%가 하락하는 등 부동산 가격도 폭락하였다.

우리나라는 외환위기를 최악이라고 하지만, 최악의 위기는 아니었다. 실제로, 한국 경제는 단기간에 완전히 회복상태로 접어들었다. 당시 김대중 정부는 IMF 구제금융 차입금을 2001년 8월에 상환하여 3년이나 일찍 상환하였다. 한국 경제는 1998년에 5.7% 마이너스 성장하였지만, 1999년과 2000년에는 10.7%와 8.8% 성장하였다. IMF 구제금융 이후 3~5년 이내, 대부

¹²¹ 3저 호황은 1980년대 중반 이후, 특히 1986~88년 사이에 ‘저금리, 저달러, 저유가’라는 이른바 3저에 힘입어 국제수지가 흑자로 반전되고 GNP 성장률이 연 10% 이상을 기록하던 호황을 말한다. 1989년 3저현상이 소멸 되었을 때, 다시 한국 경제는 침체국면에 빠지고, 큰 폭의 무역수지적자로 전환하였다. 경제의 대외의존성을 잘 보여 주는 대목은 대일무역이다. 1986년 이후 엔고에도 불구하고 대일무역은 수출보다 수입이 급증하여 그 적자폭이 1985년 30억 달러에서 1986년 54억 달러로 증가하였다. 이는 한국의 산업이 핵심부품, 생산시설 등의 대일본 의존도가 커서 일어난 현상이었다.

¹²² 김영범(2001). 경제위기 이후 사회정책의 변화. 『한국사회학』, 35(1), pp.31-58.

분의 선진국이 선망하던 성장률로 복귀하면서 경제가 회복하는 것처럼 보였다.

그러나 외환위기는 우리나라의 모습을 완전히 뒤바꿔 놓았다. 외환위기 이후의 한국은 외환위기 이전의 한국과 같은 나라라고 하는 것이 힘들었고, 위기 이후의 한국사회는 상황이 계속 악화되었다. 외환위기가 한국사회에 가져다 준 가장 큰 충격은 국민이 자신의 경제생활을 어떻게 인식하는지에 일대 변화로 나타났다.

1996년 신인구정책을 도입하던 시점만 하더라도 한국사회에서는 안정적 경제성장으로 누구나 노력하면 인간다운 생활이 가능하다는 신념이 지배하였다. 당시 실업률은 2%에 불과했고, 직장을 구하는 것이 그리 어려운 일은 아니었으며, 대기업들은 오히려 끊임없이 숙련노동자의 부족에 대해서 불평하고 있었다. 1980년대 일본의 회사들처럼, 우리나라도 기업체의 직원들에게 무료사택 회사운영, 초중학교 및 대학 학자금 지원, 연공제와 정년보장, 정년 후 퇴직금과 의료보장 등 100% 만족을 실현하는 ‘사원복지(社員福祉)’ 제도를 실현하였다.

그러나 외환위기의 발생과 더불어 기업의 복지혜택은 모두 중단되었다. 우리나라 대기업들이 공중분해되었다. 외환위기 발생 직후, 가장 타격이 심했던 연령대는 50대로 기업이 가장 많은 급료를 지불해야 하는 관리직 종사자들이었다. 이들은 급료의 대폭 삭감을 감수하느냐 아니면 명예퇴직을 감수하느냐 둘 중에 선택을 했다. IMF 체제가 시작되면서 우리나라는 진짜 아노미(anomie) 상태에 빠지게 되었다. 이때부터 자살률이 갑자기 상승하였다. 1995년에 자살률이 인구 10만 명당 11.8명이었으나 1998년에는 16.1명으로 상승하였다.

장기적으로 통계청의 경제활동인구조사를 근거로 발표하는 실업률은 떨어지기 시작했다. 그러나 주요 영역 특히 청년실업은 위기수준의 실업률을 그대로 유지하였다. 당시 실업률은 3.3%였으나, 15~29세 청년층의 실업률은 7.6%대에 이르렀다. 대학생은 해외유학 또는 대학원 진학으로 노동시장 진입을 연기했다. 대기업 연구소에 근무하는 연구자들이 외환위기 발생 이후 실직하는 것을 보고, 대학생들에게 과학이나 공학 분야 전공을 기피하는 풍조가 생겨나기도 했다.

IMF 체제에서 일어난 또 하나의 큰 변화는 규제완화였다. 김대중 정부는 국내 소비를 부양하기 위하여, 신용카드 사업에 대해서 규제완화를 실시하였다. 예로, 신용카드 신청 자격 제한의 폐지, 현금사용액 한도제한의 폐지 등이 실시되었다. 그 결과, 노숙자도 신용카드 신청이 가능하게 되었다. 한때 신용카드 회사의 현금대부는 신용카드 사용액의 절반 이상이었

고, 신용카드 회사는 엄청난 고율의 이자를 요구하였다. 개인파산자는 1997년에 50만 명 수준이었지만, 1998년에는 193만 명으로 그리고 2003년에는 다시 382만 명으로 증가하였다. 개인파산자의 2/3는 신용카드 채무 때문이었다.

이러한 사태는 외환위기 극복을 위한 신자유주의적 구조조정의 결과 생겨난 소득 양극화의 진전과 궤도를 같이하는 것이었다. 한국은행의 통계에 의하면, 상위 20% 소득자는 1998년에 지출이 13% 증가하였지만, 하위 20% 소득자는 저축이 426.8%나 감소해 사실상 빚으로 생활을 하고 있었다. 1997년만 해도 한국은 소득불평등이 심하지 않은 나라로 도시 2인 이상 가구의 지니계수는 25.7%였다. 그러나 2005년에는 도시 2인 이상 가구의 지니계수가 28.7%로 상승하였으며, 그 후에도 소득불평등은 개선될 조짐이 없었다.

외환위기의 여파 중 심리적 충격 또한 무시할 수 없다. 1990년대 초반까지 한국사회는 고도 경제성장을 이룩하기 위하여 근면하고 성실하게 살아왔다고 하지만, 한편 잃어버린 것이 무엇인가를 생각하는 자기성찰에 분주해지고 있었다. 결국, 1960년대부터 전쟁 후 가난에서 30년을 지나면서 초과근무나 과로사보다는 행복과 삶의 여유를 다시 한 번 생각해 보려고 노력하고 있었다.

외환위기의 충격은 공교롭게도 자기성찰의 기회를 짓밟아 버렸다. 한국인이 죽음 대신에 선택했던 그 동안의 부나 재산이라고 하는 것도 하루아침에 외국의 헤지펀드 투기업자에 의하여 날아가 버릴 수 있다는 생각을 하게 되었다. 이제는 사라졌던 것 같던 생존본능이 국민 전체의 심성 속에 부활하였다.

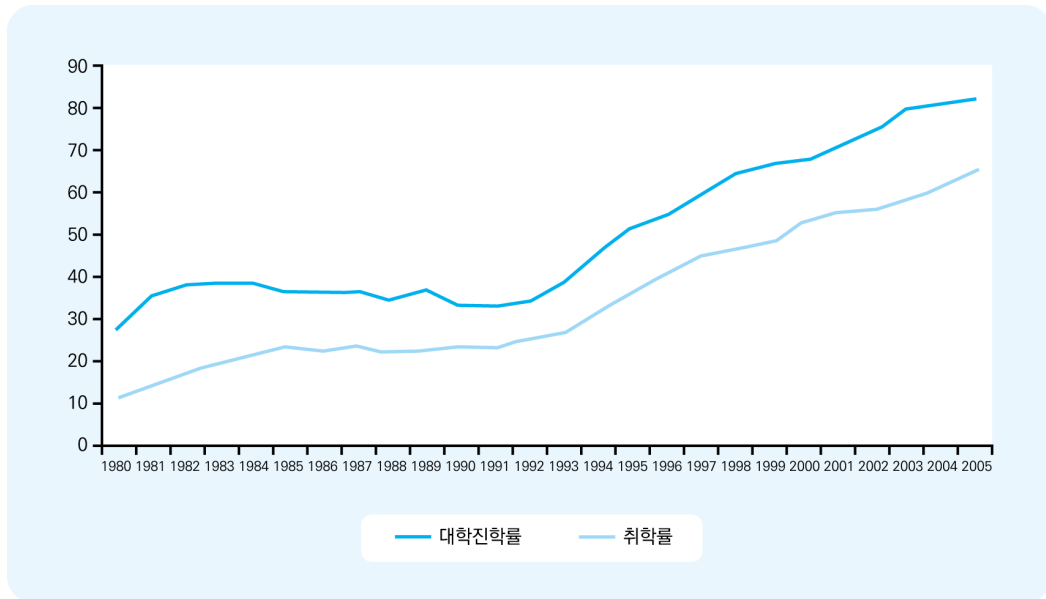
청년실업은 외환위기 이전에 그리 큰 문제가 아니었다. 중학생 졸업생이 거의 고등학교에 진학하였으며, 2000년에는 일반계 고등학교 졸업생의 84%가 전문대를 포함한 고등교육기관에 진학하는 등 우리나라 대학진학률은 OECD 가입국 중 최고 수준이었다. 대학 취학률은 1980년대 중반에 20%에 불과했지만 1990년대 후반부터 계속해서 상승해서 55%대에 이르렀다.

OECD가 규정한 청년실업자의 연령대인 15~25세 미만과, 군복무를 마친 남성 대졸 미취업자의 주 연령층인 25~29세 인구의 노동시장 참여를 외환위기인 전후인 1997~1999년 기간 동안 살펴보면, IMF 체제 이후 전반적으로 감소하였다. 특히, 20~24세 연령층의 경제활동참가율이 1997년 62.8%였지만 1999년에는 58.0%로 감소했으며, 다음으로 25~29세 연령층에서는 동 기간에 71.1%에서 68.4%로 약 3%포인트 감소했다. 이는 기업의 채용 억제로 인

해 취업 전망이 불투명해지자 스스로 구직의사를 철회해 아예 실업자 대상에서 제외되는 구직단념자가 증가하였기 때문이다.

[그림 3-2] 일반계 고등학교 대학 진학율과 취학률

(단위: %)



자료: 나라지표-진학률 및 취학률(<http://www.index.go.kr>에서 2015년 6월 18일 인출).

〈표 3-6〉 전체 및 청년 실업률 추이

(단위: %)

구분	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
구직기간 1주 기준									
전체실업률(A)	2.0	2.6	7.0	6.3	4.1	3.8	3.1	3.4	3.5
청년실업률(B)	4.6	5.7	12.2	10.9	7.6	7.5	6.6	7.7	7.9
B/A	2.3	2.2	1.7	1.7	1.9	2.0	2.1	2.3	2.3
구직기간 4주기준(공식실업률)									
전체실업률(A)	-	-	-	-	4.4	4.0	3.3	3.6	3.7
청년실업률(B)	-	-	-	-	8.1	7.9	7.0	8.0	8.3
B/A	-	-	-	-	1.8	2.0	2.1	2.2	2.2

자료: 통계청. 경제활동인구조사. (통계청 국가통계포털 <http://www.kosis.kr>에서 2015년 6월 18일 인출).

한국의 급격한 출산력 저하의 배경에는 결혼을 하지 않거나 늦추는 경우, 곧 미혼화(未婚化)와 만혼화(晩婚化)의 문제가 있다. 이러한 한국의 미혼화와 만혼화 현상은 외환위기 이후 저성장 기조가 정착되면서 노동시장 진입이 어려워지고, 취업을 하더라도 고용이 불안정한 상황과 관련되어 있다. 한국은 외환위기 발생 이후, 수십 년 만에 마이너스 성장을 경험하게 되고, 이러한 상황에서 대량실업에 직면하였다. 이 상황을 극복하는 과정에서 정부가 실시한 파견노동제나 정리해고제라는 노동시장의 유연화 정책 때문에 저임금 비정규노동자나 열악한 노동조건에 처한 영세중소기업 및 자영업자가 증가하고, 고용상태가 불안정해졌다. 그러나 인구자질 향상이 일차적 목표인 신인구정책에서 청년실업의 감소가 정책목표를 달성하기 위한 정책수단이 된 적이 없었다. 또한 고용대책사업에서도 인구정책의 목표에 기여한다는 어떠한 부차적 목표 아래 고용정책이 추진된 적이 없었다.

초저출산 대응 인구정책의 필요성 대두

우리나라에서 인구정책의 관점에서 초저출산이 가장 심각한 인구문제인 동시에 사회문제로 등장하고, 이에 대한 대책으로 인구자질의 개선만이 아니라 인구총량의 증감에 관심을 기울이는 인구정책을 다시 생각하게 된 시기는 2000년대 전반이었다.¹²³ 2000년대에 들면서 한국은 65세 이상 고령인구 비율이 7%를 넘어 고령사회에 진입하고, 고령화의 속도가 지금까지 최고였던 일본을 능가하면서, 그 배후에 있는 문제로서 저출산현상이 부각되었다. 2001년에 처음으로 합계출산율이 1.3명 미만으로 낮아졌고, 이후에도 그 수준에서 벗어나지 못했다.

외환위기라는 세계화의 ‘부정적’ 모멘트를 거치면서, 그 여파가 제대로 해결되지 않아 사회적 불평등이 한층 격화되는 상황에서, 인구성장과 합계출산율 간의 동조이반 현상이 줄어드는 가운데 돌연히 출현한 초저출산현상은 한국사회의 근본적 위기를 알려주는 상징적 현상이 되었다. 김대중 정부 이후 노무현 정부(2003~2008)는 초저출산의 원인과 대책에 대해서

¹²³ 이삼식·신인철·조남훈 외(2005). 『저출산 원인 및 종합대책 연구』. 저출산·고령사회위원회·보건복지가족부·한국보건사회연구원; 전광희(2006). 전거서.

외국의 경험을 연구하고, 2004년에는 ‘대통령 자문 고령화 및 미래사회위원회’를 설치하여 저출산과 고령화에 대한 정책에 대해 본격적으로 검토하였다. 이를 통해, 인구정책의 일차적 목표를 인구자질의 향상에서 초저출산 극복을 통한 인구총량의 증가와 인구자질의 향상에 모두 관심을 기울이는 종합적이고 통합적인 인구정책으로의 전환이 필요하다는 인식이 증가하였다.

또 하나의 인구문제-지방자치단체의 저출산, 고령화, 인구감소

대도시 지역이 아닌 농촌, 산촌 및 어촌과 같은 기초자치단체에서는 인구자질향상정책기(1996~2004)는 물론 그전부터 진행된 대규모의 이농현상으로 합계출산율과 신생아수 또는 인구성장 간의 동조이반 현상이 점점 확대되었다. 이것은 대도시보다 농·산·어촌이 명목상 합계출산율이 높음에도, 합계출산율과 신생아수 간의 동조이반 현상은 점점 커지게 되는 것을 의미한다. 결국, 수도권 중심의 인구집중과 농·산·어촌의 인구과소화 때문에 많은 지방자치단체에서는 갓난아기의 울음소리를 들을 수 없었다.

인구자질향상정책기에는 이미 몇 년 동안 신생아가 태어난 적인 없는 농산어촌이 생겨나면서, 출생신고가 제로(0)인 지역이 2002년 만에도 경기도 파주시 진동면 등 5곳이었고, 2003년엔 부산 해운대구 좌제3동 등 8곳이나 되었다. 2002년 기준 주민의 평균연령이 44.8세로 전국 최고령 지방자치단체인 경북 의성군 구천면의 한 마을에서는 27년 동안 아기 울음이 들리지 않아, 당시 언론에서 화제가 되기도 했다. 이러한 상황에서 농촌에서 신생아의 울음이 국가적인 화제가 되었던 것은 하등 이상할 게 없는 세상이 되었다. 물론, 당시 지방자치단체들은 초보적인 수준이기는 하지만, 자구책으로 색다른 출산장려정책을 수립하여 젊은 연령층의 가정을 대상으로 각종 세제혜택과 더불어 격려 차원에서 분유 등 유아용품을 무상으로 지급하겠다는 홍보성 저출산 대책을 마련하기 시작하였다. 당시 일부 기초자치단체의 출산장려정책은 자체적으로 출산율을 높이겠다는 의도도 있었지만, 다른 한편으로는 그 지역에서 살고 있는 젊은 층의 지역 이탈을 막고, 다른 지역에서 젊은 부부가 유입되기를 기대

하는 측면도 있었다.

1990년대 후반과 2000년대 초반에 일부 기초자치단체는 관할 읍·면·동 또는 농·산·어촌 마을의 급속한 인구감소와 고령화로 존립마저 어려운 것이 현실이었다. 정부는 국가적인 저출산현상을 극복하고 농촌을 살 수 있는 곳으로 만들기 위한 대책을 복합적으로 내실 있게 추진해야 하는 것은 매우 당연하다. 또한, 이를 위하여 지역균형발전을 추진하는 것은 늦기는 하였지만, 또 하나의 시대적 요청이기도 하였다.

중·소도시 이하 농·산·어촌 지역에는 젊은 층의 이농 및 인구의 고령화와 더불어 합계출산율은 상대적으로 높음에도 불구하고 신생아는 그리 많지 않은 사실 때문에 인구감소는 필연적인 것이 되고, 이로 인해 지방세 등 세수가 감소하고, 중앙정부의 지원도 축소되는 상황에서 재정자립의 길은 점점 어려워지는 상황에 직면하였다. 이 때문에 기초자치단체들은 외환 위기를 거치면서, 지방자치단체도 자신의 고유한 특성을 살리고 또한 불필요한 기구를 없애거나 규모를 축소하는 등 생존능력을 키우기 위하여 엄청난 노력을 기울이기 시작하였다. 이와 같이 재정 여건이 어려운 한계상황에서도 일부 기초자치단체는 출산한 여성들에게 육아용품, 여행권, 양육비 등 다양한 혜택을 부여하였으며, 해당 지역에서 만큼은 인구감소를 저지하려는 정책의 일환으로 출산을 장려하였다.

지방자치단체에서 인구 감소의 근본 요인은 젊은 층의 기피현상과 자녀교육 문제로 인한 도시 이주현상과 연관이 있었다. 기초자치단체에서는 우선 젊은 층이 고향을 떠나지 않아도 되도록 일자리 창출과 더불어 교육환경 개선, 각종 의료혜택 등 복지 수준을 높일 수 있는 간접 자본 투자에 힘을 쏟는 방향으로 인구정책을 좀 더 광범위한 차원에서 진행할 필요가 있었다.

당시 인구학자만이 아니라 지방자치단체의 행정책임자들은 우리의 동·읍·면 수준의 마을이 “왜 이렇게 됐을까?”라고 묻는 것은 이미 오래된 우문(愚問)에 불과할 뿐이라는 것을 알고 있었다. 결국은 젊은이들이 농·산·어촌의 마을에서 정착하여 자녀를 낳고 살 수 있는 정책을 제대로 만들어야 하는 일은 향후 정책의 지속적인 도전적 과제로 남게 되었다.

50 YEARS OF
KOREA
POPULATION
POLICY

From Antinatalist to Pronatalist

한국 인구정책 50 년

출산억제에서
출산장려로

제 4 편

저출산 ·
고령사회정책기
(2005~)



1. 저출산·고령사회정책 도입과 전개

배경

인구증가억제정책을 폐지하였다고 하나, 그 영향으로 형성되었던 소자녀관은 여성의 권리 신장 및 사회 진출 등과 맞물려 더욱 강화되었다. 더욱이 1997년 외환위기와 그에 대응하는 과정의 영향으로 결혼을 연기하거나 포기하고 원래 희망하였던 자녀의 수를 줄이려는 경향이 심화되었다. 결과적으로 1980년대 중반 이래 불규칙하나마 1.5~1.7명 사이에서 안정적으로 유지되었던 합계출산율은 다시 감소세로 전환하여 1998년에 처음으로 1.5명 밑으로 떨어졌으며, 2005년에는 1.08명으로 더욱 낮아졌다.

실제 저출산현상에 대한 사회적 우려는 2000년 밀레니엄(millennium) 베이비붐 현상 직후부터 본격화되었다. 2002년에 국민연금재정추계위원회에서 저출산현상 지속으로 이른 시일 내에 국민연금 기금이 고갈될 것이라는 추정 결과를 발표하였다. 그러한 와중에 2003년 통계청에서 2002년도 합계출산율을 1.17명으로 발표하면서 저출산현상의 심각성에 대해 정치권과 언론 등 사회 각계각층에서 우려의 소리가 높아졌다.

정부 내에서도 출산을 감소에 대해 적기에 대응하지 못했던 점에 대해 반성의 목소리가 있었다. 즉, 여러 시기에 걸쳐 출산을 감소에 대한 정책적 대응이 이루어지지 못했던 점이 지적되었다. 우선 1984년 합계출산율이 인구대체수준 미만인 1.76명으로 낮아져 저출산사회로 진입하였으나 인구증가억제정책의 관성으로 인하여 정부 차원에서 적정 출산수준 유지에 대한 검토가 이루어지지 못했다는 지적이다. 다음으로 1980년대 출산율이 인구대체수준 미만에서 지속되자 인구증가억제정책의 존폐 여부에 대해 학계를 중심으로 논쟁이 지속되었음에도 저출산현상의 지속에 대한 정책적 관심은 크지 않았다는 지적이다. 또한, 1996년에 인구증가억제정책이 폐지된 이후에 출산율이 빠르게 감소하였음에도, 이를 외환위기의 영향에 기인한 일시적인 현상으로 인식하였을 뿐, 국가 차원에서 적극적인 대응을 하지 않았다는 지적이다. 이러한 정책적 실기는 1989년 일본의 합계출산율이 1.57명으로 떨어지자 이를 사회적 쇼크로 받아들여 1990년대 초부터 저출산현상에 대해 정부 차원에서 적극적으로 대응한 사례와 대조가 되었다. 이러한 정책적 실기로 초저출산 현상이 장기화되는 결과를 초래했다는 비판을 면치 못하게 되었다.

우리나라에서 저출산 및 고령화에 대한 대응은 노무현 정부 출범 2년차인 2005년에 「저출산·고령사회기본법」이 제정되면서부터 본격화되었다. 그러나 실질적인 준비는 2004년 2월에 ‘대통령 자문 고령화 및 미래사회위원회’(위원장은 서울대학교 의과대학 김용익 교수)가 설치된 2004년부터 시작되었다. 이 위원회에서는 저출산 및 고령화 현상에 대한 각종 연구를 실시하는 등 향후 인구정책의 방향 등에 대한 심층적인 검토가 이루어졌다. 2005년 5월에는 청와대에서 노무현 대통령 주관으로 국정과제조정회의가 개최되어 저출산 대응을 국정과제로 공식적으로 채택하기에 이르렀다. 이를 계기로 2005년에 법적 근거로서 「저출산·고령사회기본법」이 제정되었으며, ‘대통령자문 고령화 및 미래사회위원회’가 ‘대통령직속 저출산·고령사회위원회’로 승격되었다.¹²⁴ 한편, 2005년 9월에 대통령직속 저출산·고령사회위원회의 실무를 담당할 사무국으로 저출산·고령사회정책본부가 보건복지부 내에 설치되었다. 「저출산·고령사회기본법」에서는 5년마다 기본계획을 수립하여 실행할 것을 규정하고 있는바, 저출산·고령사회정책본부를 중심으로 범부처 차원에서 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)

¹²⁴ 「저출산·고령사회기본법」 시행령 부칙 [대통령령 제19027호, 2005.8.31.]에 의거하여 2005년 9월 1일부터 ‘대통령자문 고령화 및 미래사회위원회’는 폐지되었다.

을 수립하여, 출산율을 회복하고 인구고령화에 대응하기 위한 다양한 정책(이하에서는 ‘저출산·고령사회정책’으로 칭함)을 본격적으로 추진하였다. 이러한 구체적인 정책 수단으로서 저출산·고령사회정책은 저출산 및 인구의 고령화에 따른 변화에 대응하기 위하여 수립·시행하는 정책을 포괄한다(「저출산·고령사회기본법」 제3조 정의 참조).

법적 근거: 저출산·고령사회기본법¹²⁵

저출산·고령사회정책의 법적 근거로서 「저출산·고령사회기본법」(법률 제7496호)은 2005년 5월 18일에 제정되었고, 같은 해 9월 1일에 시행되었다. 이 법은 저출산·고령사회정책의 기본방향을 명료화하고, 그 수립 및 추진체계에 관한 사항을 규정하였다. 「저출산·고령사회기본법」은 저출산·고령사회정책을 통해 저출산 및 인구고령화에 대응하여 국가의 경쟁력을 높이고, 국민의 삶의 질을 향상시키며, 국가의 지속적인 발전에 이바지한다는 목적을 명료화하였다. 그리고 기본이념으로 인구 균형과 인구의 질적 향상을 통해 국가의 지속적인 발전을 도모하고, 국민이 건강하고 안정된 노후생활을 할 수 있도록 한다고 규정하였다.

이러한 목적을 실현하기 위하여 국가는 종합적인 저출산·고령사회정책을 수립·시행하고, 지방자치단체는 국가의 정책에 맞추어 지역 실정에 부합하는 저출산·고령사회정책을 수립·시행하도록 하였다. 국가 및 지방자치단체에서는 다른 법률의 규정에 의거하여 정책을 수립할 때 저출산·고령사회기본계획을 고려하도록 하였다. 국민은 출산 및 육아의 사회적 중요성을 인식하고 정책에 적극 참여하고 협력하도록 규정하였다.

국가 및 지방자치단체는 저출산대책으로 적정인구의 구조와 규모를 분석하고 인구변동을 예측하여 국가 및 지방자치단체의 지속적인 성장과 발전을 위한 인구정책을 수립·시행하도록 규정하였다. 세부 영역별로 모든 자녀가 차별받지 아니하고 안전하고 행복한 생활을 영위하며 교육과 인성함양에 도움을 주는 사회환경을 조성하고, 직장생활과 가정생활을 병행할 수 있도록 사회환경을 조성·지원하며, 양질의 보육서비스를 제공하도록 하였다. 임신부·태아 및

¹²⁵ 아래 내용은 「저출산·고령사회기본법」을 인용하여 작성하였다.

영유아에 대한 건강진단 등 모자보건을 증진하고 태아의 생명존중을 위한 시책을 수립·시행하고, 임신·출산·양육의 사회적 의미와 생명의 존엄성 및 가족구성원들의 협력 중요성 등에 관한 교육을 실시하며, 임신·출산 및 양육에 관한 정보의 제공, 교육 및 홍보를 실시하도록 하였다. 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하도록 하였다.

저출산·고령사회기본계획과 이를 토대로 시행계획을 수립하여 시행하도록 규정하였다. 구체적으로 정부는 저출산·고령사회에 대응한 중·장기 정책의 목표와 방향을 설정하고, 이에 따른 저출산·고령사회기본계획을 수립·추진하도록 했다. 보건복지부 장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 5년마다 기본계획안을 작성하고, 저출산·고령사회위원회 및 국무회의의 심의를 거친 후 대통령의 승인을 얻어 확정되게 하였다. 기본계획에는 저출산·고령사회정책의 기본목표와 추진방향, 기간별 주요 추진과제와 그 추진방법, 필요한 재원의 규모와 조달방안, 그 밖에 필요하다고 인정되는 사항이 포함되도록 하였다. 보건복지부 장관 및 관계 중앙행정기관의 장은 재원의 규모 및 조달방안에 대하여 미리 예산 당국과 협의하도록 하였다. 중앙행정기관의 장은 기본계획에 따라 연도별 시행계획을 수립·시행하고, 지방자치단체의 장은 기본계획 및 중앙행정기관의 시행계획에 따라 당해 지방자치단체의 시행계획을 수립·시행하도록 하였다. 국가 및 지방자치단체는 매년 시행계획에 따른 추진실적을 평가하고, 그 결과를 저출산·고령사회정책에 반영하도록 하였다.

저출산·고령사회정책에 관한 주요 사항을 심의하기 위하여 대통령 소속으로 저출산·고령사회위원회를 두도록 규정하였다. 위원회의 사무를 처리하기 위하여 위원회에 사무국을 두며, 위원회의 업무 중 전문적인 사항을 조사·연구하고 위원회의 심의사항을 검토하기 위하여 위원회에 전문위원회를 둘 수 있도록 하였다. 저출산·고령사회정책의 효율적인 수립, 조정, 평가 등 위원회의 업무를 지원하기 위하여 보건복지부에 저출산·고령사회정책 추진기구를 두도록 하였다. 정부는 기본계획·시행계획 및 이에 대한 평가 등을 확정된 후 지체 없이 국회에 보고하도록 하였다.

국가 및 지방자치단체는 저출산 및 인구고령화에 따른 변화에 대응하기 위하여 필요한 분야의 전문인력을 양성하여야 하며, 이를 위하여 연구소·대학 그 밖에 필요하다고 인정하는 기관을 전문인력 양성기관으로 지정하고 필요한 지원을 하도록 하였다. 국가 및 지방자치단

체는 저출산 및 인구의 고령화에 따른 변화에 대응하기 위하여 필요한 조사 및 연구를 실시하여야 하며, 이를 위하여 조사연구기관을 설치하거나 연구소·대학 그 밖에 필요하다고 인정하는 기관에 조사 및 연구를 위탁할 수 있도록 하였다. 저출산·고령사회정책에 관하여 민간 부문이 참여할 수 있는 환경을 조성하고, 관련 국제기구 및 국제회의에 참가하고, 정보교환 및 공동조사연구 등 국제협력사업 추진을 통하여 국제교류를 활성화하도록 하였다. 저출산·고령사회정책의 시행을 위하여 관계 법률이 정하는 바에 따라 조세의 감면 등 필요한 지원을 하도록 하였다.

제3차 개정(2012. 2. 5.)을 통해 2011년에는 매년 7월 11일을 인구의 날로 정하였다. 이는 인구구조 불균형이 초래하는 정치적, 경제적 및 사회적 파급영향에 대하여 국민의 이해와 관심을 높이고, 저출산·고령화 대응에 민간의 참여를 유도하기 위한 것이었다. 2012년에는 제4차 개정(2012. 11. 24.)을 통해 국가 및 지방자치단체로 하여금 국민이 저출산 및 인구고령화 문제의 심각성을 이해하고, 결혼·출산 및 가족생활에 대한 합리적인 가치관을 형성할 수 있도록 하는 인구교육을 활성화하고, 이에 필요한 시책을 강구하도록 하였다. 저출산대책에 경제적 부담의 경감을 추가하여, 국가 및 지방자치단체는 자녀의 임신, 출산, 양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 하며, 이를 위하여 자녀의 임신, 출산, 양육 및 교육에 소요되는 비용에 관한 통계조사를 실시할 수 있도록 하였다.

추진체계: 저출산·고령사회위원회

저출산·고령사회위원회는 저출산 및 고령화에 대비한 중·장기 인구구조 분석과 사회·경제적 변화 전망, 저출산·고령사회정책의 중·장기 정책목표와 추진방향, 기본계획 및 시행계획, 정책 조정 및 평가 등에 관한 사항을 심의하는 기구이다. 이러한 저출산·고령사회위원회는 노무현 정부(2003~2008)에서 2005년 「저출산·고령사회기본법」에 의거하여 대통령 직속으로 발족되었다. 당시 저출산·고령사회위원회는 대통령을 위원장으로 12명의 정부위원과 12명의 민간위원으로 구성되었다. 정부위원은 관계 중앙행정기관의 장으로 구성되었고,¹²⁶

¹²⁶ 재정경제부, 교육인적자원부, 법무부, 행정자치부, 문화관광부, 농림부, 산업자원부, 보건복지부, 노동부, 여성가족부, 건설교통부 및 기획예산처.

임기 2년의 민간위원은 고령화 및 저출산에 관하여 학식과 경험이 풍부한 자들 중에서 위촉되었다. 위원회에 상정할 의안을 사전에 검토·조정하고, 위원회의 활동을 지원하기 위하여 운영위원회(위원장은 위원회의 간사위원 2인)를 두었다. 운영위원회는 위원장을 포함한 30인 이내의 위원으로 구성되는데, 위원으로 관계 중앙행정기관의 1급 공무원 또는 전문가들이 포함되었다. 운영위원회를 효율적으로 운영하기 위하여 분야별로 분과위원회를 두었다. 2005년 9월에는 저출산·고령사회위원회의 사무를 처리하기 위하여 사무국(사무국장은 운영위원회 간사가 겸임)으로 보건복지부 내에 저출산·고령사회정책본부(본부장, 1국, 5팀)가 설치되었다.¹²⁷ 전문적인 사항을 조사·연구하고 위원회의 심의사항을 검토하기 위하여 저출산 대책, 노후생활대책, 인력·경제대책, 고령친화산업 등 4개 분야에 대해 전문위원회를 설치하여 운영하였다.

이명박 정부(2008~2013) 초기에 당시 산재한 위원회들을 정리하는 과정에서 저출산·고령사회위원회를 대통령직속에서 보건복지가족부 장관 소속으로 변경하였다.¹²⁸ 이에 따라 위원장은 보건복지가족부¹²⁹ 장관이 되고, 위원은 관계 중앙행정기관의 차관과 고령화·저출산에 관하여 학식과 경험이 풍부한 자(위원장이 위촉)가 되었다. 운영위원회는 저출산·고령사회정책실무위원회(위원장은 보건복지가족부 차관)로 명칭이 변경되었다. 실무위원회에서 정부위원은 고위공무원단에 속하는 일반직 공무원으로 변경되었다. 사무국과 전문위원회가 폐지되었으며, 저출산·고령사회정책 추진기구를 설치하기 위한 법적 근거도 폐지되었다.

이와 같이 저출산·고령사회위원회의 지위를 대통령직속에서 당시 보건복지가족부 장관 소속으로 전환한 데에 대해 학계 등을 중심으로 우려와 비판이 있었다. 그 이유는 2005년 이후에도 합계출산율이 좀처럼 1.3명 이상으로 반등하지 못한 채 초저출산현상이 지속되고 있음에도 저출산·고령사회정책의 추진체가 약화되면 그 목적으로 인구 균형을 실현하기가 불가능하고, 이에 따라 국가의 지속가능한 발전과 국민의 삶의 질을 담보할 수 없다는 점 때문이었

¹²⁷ 당시 본부장은 재정경제부에서 파견된 1급 공무원이며, 국장은 보건복지부 소속 공무원, 팀장은 보건복지부, 행정자치부, 기획예산처, 노동부, 산업자원부 소속 공무원(과장급)으로 각각 지정되었다. 전체적으로 1/3에 해당하는 13명은 보건복지부 소속이며, 1/3은 타 부처 소속이고, 나머지 1/3은 전문가(별정직)로 구성되었다.

¹²⁸ 저출산·고령사회기본법 제1차 개정(법률 제8868호, 2008. 2. 29., 시행 2008. 2. 29.).

¹²⁹ 보건복지부는 2008년 이명박 정부 출범과 함께 보건복지가족부로 개칭되었다. 그러나 2010년 3월에 여성부에 가족업무로 다시 넘기고 보건복지부로 개칭되었다(이로 여성부는 여성가족부로 개칭되었다).

다. 이명박 정부는 실질적으로 정권의 마지막 해인 2012년 후반에 「저출산·고령사회기본법」을 개정(2012.11.24.)하여 저출산·고령사회위원회를 대통령직속¹³⁰으로 환원시키고, 이듬해인 2013년 1월 25일에 이명박 대통령 주재의 첫 번째 위원회가 개최되었다.¹³¹ 이에 따라 저출산·고령사회실무위원회가 폐지되고, 다시 저출산·고령사회정책운영위원회가 부활되었다. 운영위원회는 종래보다 그 규모를 확대하여 위원장을 포함한 40명 이내의 위원으로 구성되었다. 운영위원회는 효율적인 운영을 위하여 분야별로 분과위원회를 두었다. 위원회의 원활한 업무수행을 지원하고, 실질적인 사무를 수행하기 위하여 보건복지부에 운영지원단이 신설되었다. 그러나 실제로 제3차 저출산·고령사회기본계획이 확정된 2015년 말까지도 공식조직으로서 운영지원단이 설치되지 못하였으며, 대신 저출산·고령사회위원회 운영지원단(준비TF)이 설치되어 그 장을 인구정책과 과장이 겸임하였다.¹³² 이러한 한계로 인하여 저출산·고령사회위원회의 업무 지원은 실질적으로 기존 조직인 인구정책실 인구아동심의관 소속의 인구정책과를 중심으로 이루어졌다.

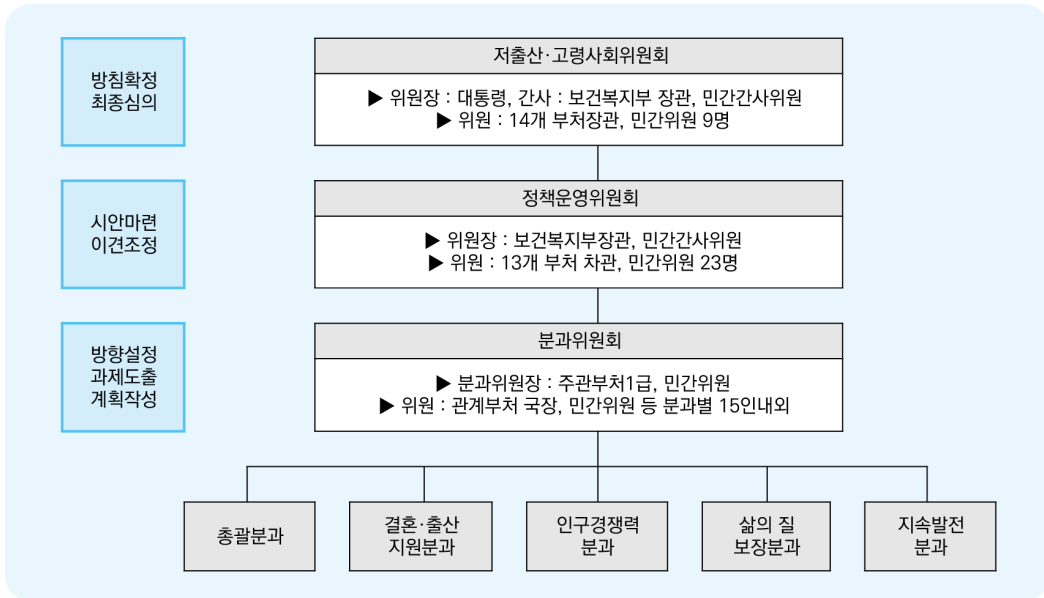
박근혜 정부(2013~2018)에 들어와서도 저출산·고령사회위원회는 대통령 직속으로 지속되었다. 대통령 주재로 2015년 2월 6일 개최된 저출산·고령사회위원회에서는 제3차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020) 수립을 위한 기본 방향을 설정하고, 추진체제로 저출산·고령사회정책운영위원회에 5개 분과를 설치하도록 결정하였다. 이에 따라 총괄분과, 결혼·출산지원분과, 인구경쟁력분과, 삶의질분과 및 지속발전분과를 설치하여 제3차 기본계획의 세부 방향 설정, 과제 도출, 계획 작성 등을 위한 분과위원회를 개최하였다. 기존의 전문위원들을 각자의 전문 분야 등에 따라 해당 분과에 배치하였으며, 정부 부처에서도 소관 업무에 따라 각 분과에 관계 공무원들을 배치하였다.

¹³⁰ 당시 정부위원은 14명(보건복지부 장관, 국무총리 실장, 기획재정부·교육과학기술부·법무부·국방부·행정안전부·문화관광부·농림부·지식경제부·고용부·여성부·국토부 장관, 금융위원회 위원장)이었고, 민간위원은 10명이었다.

¹³¹ 실제 이명박 정부에서는 저출산·고령사회위원회가 대통령직속으로 전환되기 이전에 대통령직속 미래기획위원회(위원장 광승준) 주최로 이명박 대통령이 ‘제1차 저출산 대응전략회의’(2009년 11월 25일)를 개최한 바 있다.

¹³² 개정된 법에 의하면, 운영지원단에 단장 1명을 두며, 단장은 관계 중앙행정기관에서 파견된 공무원으로서 고위공무원단에 속하는 일반직 공무원 중에서 운영위원회 위원장이 지명하도록 되어 있다.

[그림 4-1] 제3차 저출산·고령사회기본계획 수립 추진체계



자료: 보건복지부, 내부자료.

제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010) 수립

당시 상황

가임기 남녀가 희망하는 자녀수는 2명 수준이나 실제로 2005년에 합계출산율은 1.08명에 불과하였다. 외환위기는 종료되었다고 하나 그 여파는 2000년대에 들어서도 지속되어 높은 실업률, 비정규직 증가 등 청년층의 고용상태가 개선되지 못하였으며, 그와 동시에 대학 진학률과 대학원 진학률이 높아지는 등 여러 상황들이 전개되면서 청년층 사이에 결혼을 연기하는 경향이 증가하였다. 과거 한국사회에서 안정적인 고용의 상징이었던 ‘평생 직장’의 개념이 사라지면서 보다 안정적인 직장을 구하기 위하여 학력주의와 학벌주의가 더욱 강화되었다. 이는 당시 청년층의 대학과 대학원 진학률을 높이는 고학력화를 촉진하는 동시에 어린 자녀를 둔 가정 사이에서 ‘사교육 열풍’이 불게 된 중요한 계기가 되었다. 이는 자녀양육비

증가를 가져왔으며, 더 나아가 우리 사회에서 자녀를 양육하는 데 비용 부담이 크다는 인식을 높이는 계기로 작용하였다. 실제 한국보건사회연구원에서 2005년에 실시한 ‘전국 결혼 및 출산 동향조사’의 결과에 따르면, 기혼여성(20~44세)의 출산 중단 이유로 ‘자녀 양육(교육)비 부담’이 차지하는 비율이 30% 수준으로 가장 높게 나타났다.¹³³ 또한, 외환위기를 겪으면서 이제는 여성들도 일을 하지 않으면 당장 생활이 어려워지고 미래에 직면할 수 있는 불확실성에 대처하기 어렵다는 의식이 증가하면서 맞벌이가 빠르게 증가하였고, 그에 따라 돌봄에 대한 수요도 증가하였다. 그러나 당시 보육인프라는 사회복지 차원에서 일부 저소득층만을 위한 것으로 빠르게 증가하는 수요에 대처하기에는 아주 미흡하였으며, 일-가정양립을 지원하기 위한 환경은 전혀 조성되지 못했다. 2005년도 ‘전국 결혼 및 출산 동향조사’ 결과, 0~2세 자녀를 보육시설에 맡기기를 희망하는 여성들이 실제 보육시설을 이용한 비율은 약 30%에 불과한 것으로 나타났으며, 한자녀를 두고 있는 전문직·사무직 여성 중 약 20%가 출산 중단의 직접 이유로 보육인프라 부족을 제시하였다.

결혼과 출산이 집중된 연령층인 25~29세 여성의 경제활동참가율(구직기간 1주 기준)이 1995년 47.9%에서 2005년 65.9%로 증가하였고 30~34세 여성의 경제활동참가율도 47.6%에서 50.1%로 증가하였다. 이와 같이 여성의 경제활동 참가가 증가하고 있으나, 이를 뒷받침할 수 있는 가족친화적이고 양성평등적인 환경은 열악한 실정이었다. 산전후휴가기간 90일 중 30일분의 산전후휴가급여만 고용보험에서 분담함에 따라 사용자의 부담 수준이 비교적 높았다. 육아휴직급여는 2005년 기준으로 월 40만 원으로 급여수준이 낮고 전일제의 경직적 운영방식으로 인하여 육아휴직 이용자도 2005년 기준 산전후휴가 이용자의 26%에 불과하였다. 육아휴직 이용자의 84%가 시간제 육아휴직을 희망하였으나, 이를 제도적으로 뒷받침하기에는 한계가 있었다.¹³⁴ 결혼과 출산으로 인한 취업여성의 경력단절을 줄일 수 있는 근로조건과 가족친화적 및 양성평등적 직장문화의 현실은 당시 사회분위기와 괴리가 컸다. 그 결과 기혼여성(20~44세)의 약 50%가 첫째아 출산 전후로 경력단절을 경험하였다.¹³⁵

한편, 외환위기 이후에 사회·경제적 양극화가 심화되고, 가족해체가 증가하였으며, 학대와

¹³³ 이삼식·정운선·김희경 외(2005), 『2005년도 전국 결혼 및 출산 동향조사』, 한국보건사회연구원.

¹³⁴ 이규용·남재량·박혁 외(2004), 『육아휴직 활용실태와 정책과제』, 한국노동연구원.

¹³⁵ 이삼식·정운선·김희경 외(2005), 상계서.

폭력이 증가하는 등 아동과 청소년의 성장 환경이 열악해졌다. 이외에도 생활환경이 급격하게 변화함에 따라 아동과 청소년이 유해환경에 노출되는 사례가 빈발하고 있으나 청소년이 건강한 사회인으로 성장할 수 있도록 보호하는 범사회적 노력은 턱없이 부족한 실정이었다.

수립 경과

제1차 저출산·고령사회기본계획을 수립하기 위하여 2005년 11월 정부는 저출산·고령사회위원회 운영위원회에 ‘기본계획 수립’을 보고하였다. 이에 의거하여 관계 부처에서는 소관분야별 기본계획안을 2006년 11월까지 작성·제출하였다. 각 부처에서 제출한 기본계획안들을 검토하기 위해 관계부처와 전문가로 구성된 저출산·고령사회기본계획 실무추진단을 2005년 12월부터 2006년 5월까지 운영하였다. 이와 동시에 저출산대책의 이론적 및 과학적 근거를 마련하여 보다 효율적인 정책을 개발하기 위하여 한국보건사회연구원을 중심으로 18개 연구기관과 학계의 전문가 60여 명이 참여하는 연구용역이 2005년 12월부터 2006년 6월까지 실시되었다. 거의 같은 기간인 2006년 2월부터 5월까지 기본계획안에 대한 관계부처 협의가 있었으며, 2차례(2006년 2월 23일, 3월 28일)에 걸쳐 저출산·고령사회위원회 민간위원 간담회가 개최되었다. 기본계획안 중 주요 쟁점 사항에 대해서 저출산·고령화대책 연석회의 본회의, 실무협의회 및 분과위원회에서 논의를 거친 후, 같은 해 4월 10일에는 기본계획안에 대해 저출산·고령사회위원회 위원장에 중간보고를 하였다. 이어서 2006년 4월 18일부터 4월 28일까지 ‘저출산·고령화 극복을 위한 지역 순회 간담회’를 개최하여 각종 의견을 수렴하여 보완한 후, 2006년 5월 10일에 저출산·고령사회위원회 운영위원회에서 기본계획을 심의·확정하여 같은 해 8월부터 시행하였다.

비전·목표 및 기본방향

출산율을 높이기 위한 정책은 사회문화와 연관되어 있어 현금, 서비스 등 물리적인 정책수단을 동원하더라도 그 특성상 효과가 나타나기까지는 장기간이 소요된다는 관점에서 제1차 저출산·고령사회기본계획을 수립하면서 비전과 목표를 2020년까지 설정하였다. 비전으로

2020년까지 저출산·고령사회에 대응한 전반적 사회·경제구조 개혁을 추진하여 ‘지속발전가능사회’를 실현하였다. 그리고 2020년까지 5년마다 단계적으로 전략적 목표를 설정하였다.

〈표 4-1〉 저출산·고령사회기본계획 비전과 목표

시기	추진목표
제1차(2006~2010)	출산·양육에 유리한 환경 조성 및 고령사회 대응기반 구축
제2차(2011~2015)	점진적 출산율 회복 및 고령사회 대응체계 공고화
제3차(2016~2020)	OECD 국가 평균수준 출산율 회복 및 고령사회 성공적 적응

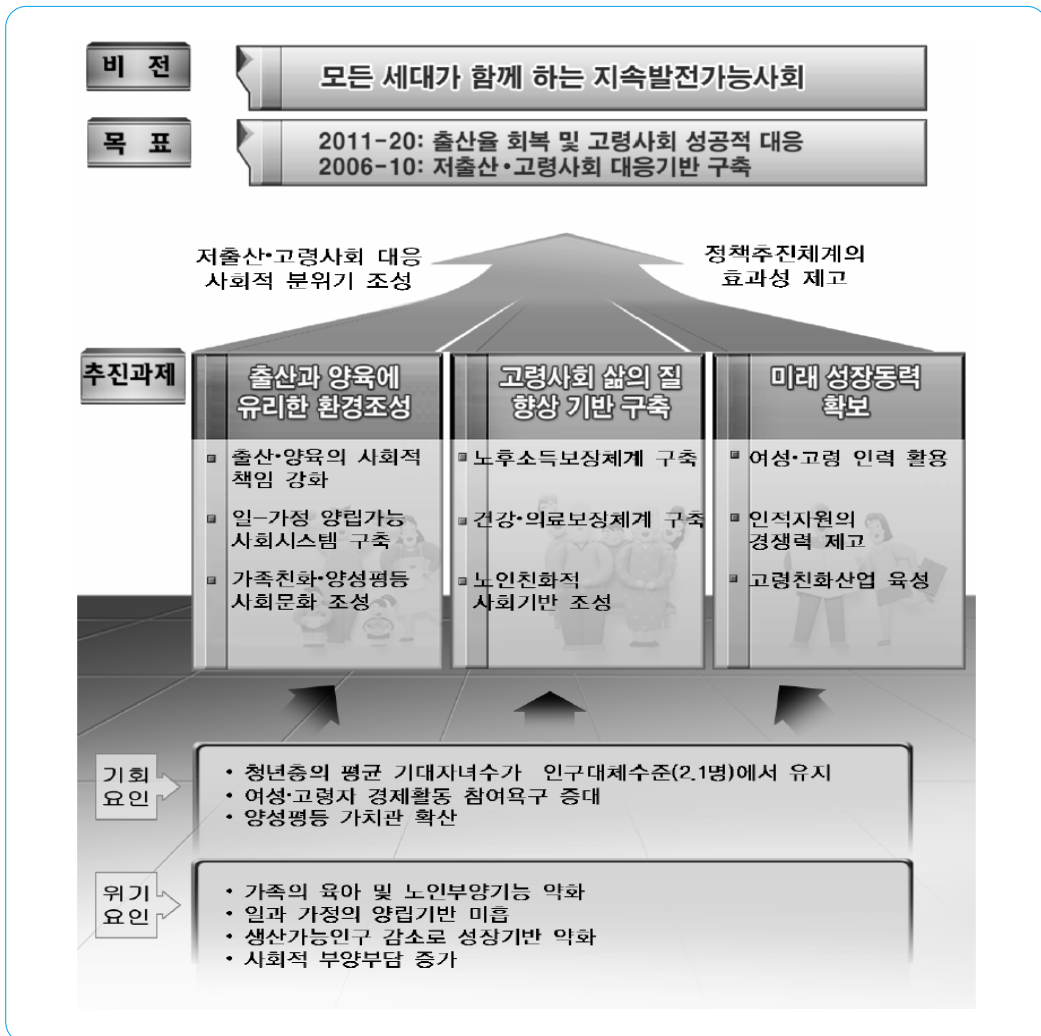
자료: 대한민국정부(2006), 『제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)』.

제1차 저출산·고령사회기본계획에서는 ‘출산율 하락추세 반전과 고령사회 적응기반 구축’을 목표로 3대 분야에서 70대 이행과제, 230개 세부사업을 추진하였다. 출산율 하락 추세를 반전시키기 위한 전략으로 ‘출산과 양육에 유리한 환경’을 조성하고자 하였으며, 세부전략으로 출산·양육에 대한 사회적 책임 강화, 가족친화·양성평등 사회문화 조성 및 건전한 미래세대 육성을 설정하였다. ‘고령사회 삶의 질 향상 기반 구축’을 위하여 안정적인 노후소득보장체계 구축, 노인 건강 및 의료보장 내실화, 주거·교통·문화 등 안전하고 활기찬 노후생활기반 조성을 추진하였다. ‘저출산·고령사회의 성장동력 확보’를 위하여 여성·고령자·외국인 근로자 등 잠재인력 활용기반 구축, 인적자원의 경쟁력과 활용도 제고, 고령사회 금융기반 조성 및 고령친화산업 육성을 추진하였다. 또한, ‘저출산·고령사회 대응 사회분위기 조성’과 정책 효과성 제고를 위하여 전략적 교육·홍보, 정책공동체 구축 및 사회적 합의 유도, 중앙-지방자치단체 간 연계 강화, 정책 성과관리체계 구축 등도 추진하였다.

제1차 저출산·고령사회기본계획을 추진하면서 기본방향으로 4가지를 제시하였다. 첫째, 사회 각 부문에서 국민의 참여와 사회적 합의를 기반으로 정책을 개발·추진함으로써 정책에 대한 국민적 공감대를 확보하고 책임의식을 확산하는 동시에, 이들 정책을 범정부적으로 추진하여 정부 각 부처 및 지방자치단체의 관련 정책이 상호 유기적인 연계를 통해 시너지 효과를 발휘할 수 있도록 하는 것이다. 또한, 기본계획과 연도별 시행계획에 대한 개별 정책이 전체적인 목표와 추진방향에 부합하게 설계·추진될 수 있도록 관리하는 것이다. 둘째, 장기적 관점에서 미래에 대비하기 위한 경제·사회 전반의 대책을 종합적으로 수립하여 지속적

고 일관성 있게 추진하고, 정책의 추진방향을 점검하고 실효성을 제고할 수 있게 성과관리를 확립하는 것이다. 셋째, 사회구조의 혁신을 통해 고령화의 위기를 국민 개개인의 삶의 질 향상과 사회경제 전반의 선진화 계기로 승화시키는 것이다. 이를 위해 출산·양육의 장애요인을 해소하여 개인과 가족의 실질적인 출산 선택 기회를 보장하고, 저출산 대응과정을 통해 보편적 정책을 확대하고, 양성평등적 가족·사회문화 확산을 유도하는 것이다.

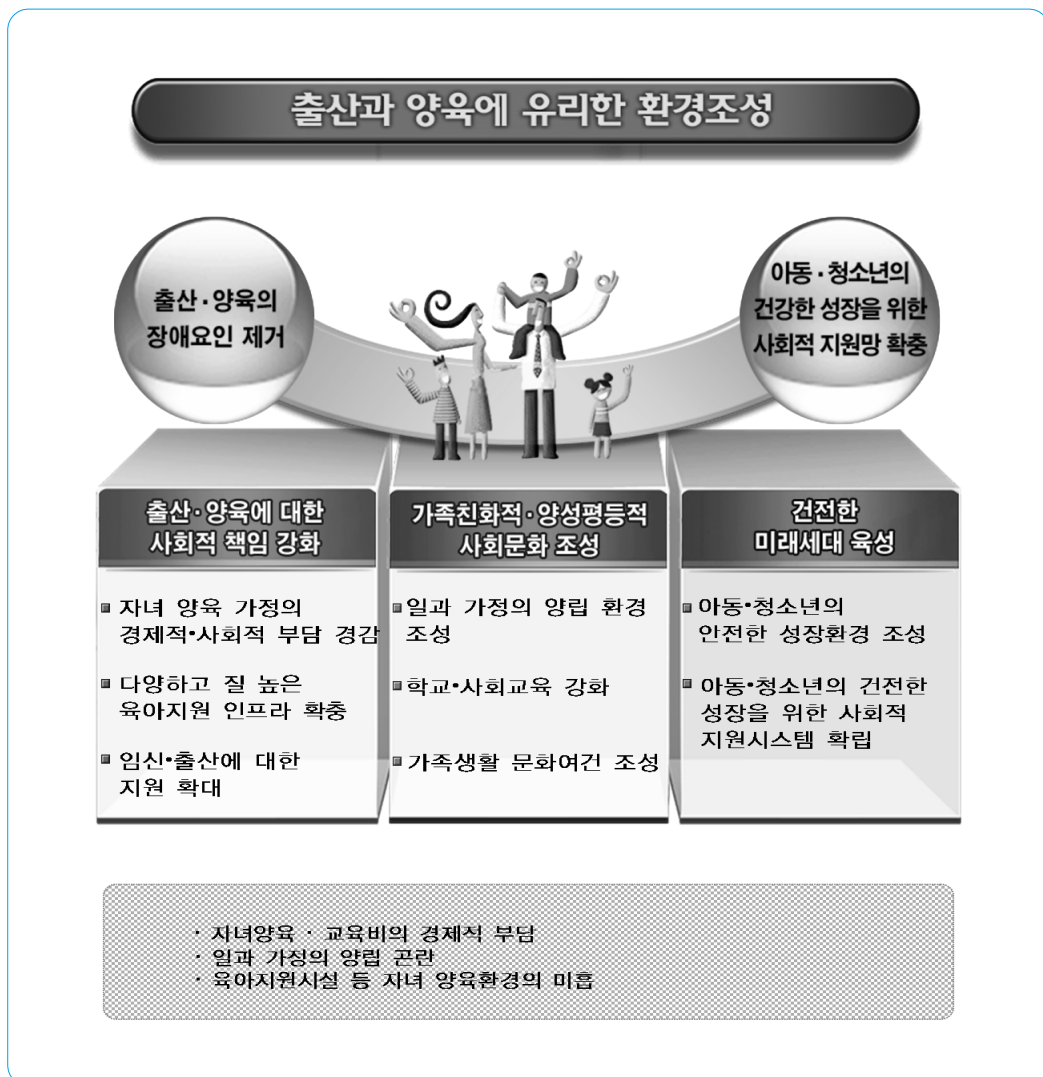
[그림 4-2] 제1차 저출산·고령사회기본계획 비전, 목표 및 추진전략



자료: 대한민국정부(2006), 『제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)』.

이러한 비전과 목표 및 기본방향에 의거하여 저출산대책으로 출산·양육에 대한 사회적임강화, 가족친화·양성평등 사회문화 조성, 그리고 건전한 미래세대 육성을 중점적으로 추진하였다. 물론, 과제를 수행할 때는 출산에 대한 개인과 가족의 의사결정을 존중하여야 함이 강조되었다.

[그림 4-3] 제1차 저출산·고령사회기본계획 : 저출산대책의 목표 및 중점추진과제



자료: 대한민국정부(2006), 『제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)』.

첫 번째 중점과제로 출산과 양육에 대한 사회의 책임을 강화하여 가족, 사회 그리고 국가가 함께 아이를 낳고 키우는 시스템을 확립하였다. 구체적으로 자녀양육 가정의 경제적·사회적 부담을 완화하기 위하여 보육·교육비 등 직접 지원을 확대하고, 방과후학교를 대폭 확대하는 등 제도적으로 지원하고, 자녀가 많은 가정에 대해 다양한 인센티브를 도입하였다. 국내 입양을 활성화하기 위하여 입양가정에 대한 지원을 강화하였다. 안심하고 아이를 맡길 수 있도록 다양하고 질 높은 육아지원 인프라를 확충하였다. 부모가 근로시간 등 직장 여건에 따른 걱정 없이 아이를 맡길 수 있는 수요자 중심의 다양한 서비스 제공을 확대하고, 국공립 보육시설·유치원 및 직장보육시설을 확충하고, 민간 육아지원시설 서비스의 개선을 지원하고 질 관리를 강화하였다. 모성과 영유아에 대한 체계적인 건강·영양 관리시스템을 구축하고, 난임 등으로 고통을 받는 가족을 위해 난임 시술 비용을 지원하고, 저소득층 산모의 산후조리와 신생아 돌봄을 지원하였다.

두 번째 중점과제로 개인과 가족 그리고 사회가 함께하는 가족친화적 및 양성평등적 사회문화를 조성하였다. 직장생활과 육아를 병행할 수 있는 여건을 조성하기 위하여 산전후휴가 급여에 대한 국가 지원을 확대하고, 육아휴직제도의 다양화와 근로형태의 유연화 등 출산·육아 이후 노동시장으로의 복귀를 지원하고, 기업인증제 실시 등 가족친화적 기업을 지원하고, 다양한 교육프로그램을 제공하는 등 직장문화를 개선하였다. 가족친화적 및 양성평등적 사회문화를 조성하여 출산·양육의 책임이 여성에게 집중되지 않도록 하며, 가족친화적 근로환경을 조성하고, 학교 및 사회 교육을 통해 양성평등 문화를 확산하고, 가사·육아의 공평한 분담이 이루어질 수 있도록 국민 인식 변화를 유도하였다.

세 번째로 미래세대 육성을 위한 사회투자를 확대하여 아동·청소년이 안전하고 건전하게 성장할 수 있는 기반을 마련하였다. 세부적으로 아동 학대·방임과 학교 폭력 등에 대한 예방 시스템 강화 등 아동과 청소년에게 안전한 성장환경을 제공함으로써 각종 안전사고로부터 보호하였다. 아동권리 보호를 위한 사회시스템을 구축하고, 급증하는 유해환경으로부터 아동과 청소년을 보호하였다. 아동·청소년의 건강한 성장과 발달을 위하여 가정, 학교, 지역사회 및 국가가 함께 참여하는 협력체계를 구축하였다.

사회적 분위기를 조성하기 위하여 저출산·고령화에 대한 사회적 인식 및 가치관 확립을 위해 전략적 홍보와 생애주기별 학교교육·사회교육을 추진하였다. 이와 관련 범정부적 홍보 추

진체계를 구축하여 저출산·고령화 문제의 인식과 대응 필요성에 대한 공론화를 지속적으로 추진하고, 아이를 낳고 키우는 데 적합한 사회문화 조성 및 고령사회 적응을 위한 가치 모델을 설정·확산하였다. 종교계, 노동계, 경제계, 시민사회단체 등 사회 각 부문과의 정책공동체 형성 및 사회적 합의를 통해 범사회적 대응체제를 구축하였다. 중앙정부와 지방자치단체 간 연계를 강화하고, 성과관리체계를 구축하여 저출산대책의 효과성을 제고하기 위한 정책 추진체계를 구축하고자 하였다.

제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)에서 저출산대책으로 지출한 예산 규모는 5년간 총 19조 7,000억 원(국비, 지방비, 기금 포함)으로 집계되었다. 이러한 예산은 제1차 저출산·고령사회기본계획 수립 당시 계획되었던 예산 19조 1,000억 원의 103.1%에 이르렀다.

〈표 4-2〉 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010) 예산 규모

(단위: 조 원)

구분	합계		2006		2007		2008		2009		2010	
	계획	예산	계획	예산	계획	예산	계획	예산	계획	예산	계획	예산
계	40.3	42.2	3.7	4.5	5.7	5.9	8.4	8.4	10.8	11.0	11.7	12.4
저출산	19.1	19.7	2.1	2.1	3.2	3.1	3.8	3.8	4.7	4.8	5.3	5.9
고령화	15.0	15.8	0.8	1.3	1.3	1.5	3.2	3.2	4.7	4.7	5.0	5.1
성장동력	6.2	6.7	0.8	1.1	1.2	1.3	1.4	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4

주: 1) 지방비 포함.

2) 예산은 실제집행액(단, 2015년도 자료는 예산액 기준).

자료: 대한민국정부(2010), 『제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)』.

한편, 제1차 저출산·고령사회기본계획 수립 이후 이명박 정부가 들어서면서 당시 대통령직속 저출산·고령사회위원회는 폐지되었다. 2009년 11월 25일에는 대통령직속 미래기획위원회¹³⁶(위원장 광승준) 주최로 이명박 대통령이 주재하는 ‘제1차 저출산대응 전략회의’를 당시 서울시 광진구 서울여성능력개발원에서 개최하였다. 이 회의에서 미래기획위원회는 자녀 양육부담 경감, 일과 가정의 양립기반 확대, 한국인 늘리기 등 3가지 저출산 대응 정책방향을 제시하였다. 저출산의 주된 요인인 자녀 양육부담을 경감하기 위해서는 세부적으로 초등학교

¹³⁶ 노무현 정부에서 설립한 ‘정책기획위원회’는 이명박 정부가 출범하면서 해체됐으며, 2008년 5월 14일 ‘미래기획위원회’가 설치되어 국가 중장기 정책 수립에 관한 대통령 자문기구 역할을 맡았다.

교 입학연령을 1년 앞당기는 방안, 다자녀 가구의 셋째 자녀부터 고등학교 수업료와 대학 학자금 우선 지원, 취업 시 우대 혜택 부여, 다자녀 가구 부모 정년연장(다자녀 가구 인센티브 부여) 등이 검토되었다. 일과 가정의 양립기반 확대를 위해서, 남성 직장인의 육아휴직 장려, 임신·출산 여성을 우대 기업에 인센티브 제공 방안 등이 검토되었다. 한국인을 늘리기 위해서는 복수 국적 허용, 개방적 이민정책으로 해외 우수인력 유치 등 ‘한국인 늘리기 프로젝트’를 추진하는 방안이 검토되었다. 이 회의에서 논의된 내용을 토대로 세부 정책과제를 마련하여 2010년 초에 ‘제2차 저출산대응전략회의’를 개최하고,¹³⁷ 중기재정운영계획과 제2차 저출산고령사회기본계획(2011~2015)에 반영할 예정이었다. 이와 관련, 국무총리실 산하에 ‘저출산대책추진협의회’를 구성할 예정이었다. 한편, ‘제1차 저출산대응전략회의’에서 제시하고 검토되었던 대부분의 정책방안들은 실행에 옮겨지지 못했다. 예를 들어, 노동력을 조기에 투입하여 국가경쟁력을 향상시키기 위한 ‘초등학교 입학연령을 1년 앞당기는 방안’은 당시 전략회의에 참석한 교육부 장관의 반대 등으로 저출산·고령사회 대응을 위한 정책으로 채택되지 못했다.¹³⁸

제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015) 수립

당시 상황

제1차 저출산·고령사회기본계획에 근거해 관련 법령과 제도가 정비되었다. 대표적으로 2007년에 「가족친화사회환경의 조성촉진에 관한 법률」이 제정되었으며, 「남녀고용평등과

¹³⁷ 실제 ‘제2차 저출산대응전략회의’는 개최되지 않았다.

¹³⁸ 복수국적 허용과 관련해서는 이후 제한적으로 이중 국적을 허용하고 있다. 국민이 귀화 등을 이유로 자진하여 외국 국적을 취득하는 경우에는 대한민국 국적을 상실하게 되나 자진하여 외국 국적을 취득하지 않은 경우, 즉 외국 법률에 의하여 외국국적을 취득하는 경우(외국인과 혼인으로 인하여 그 배우자의 국적을 취득하는 경우, 외국인에게 입양하여 그 양부 또는 양모의 국적을 취득하는 경우, 외국인인 부 또는 모에게 인지되어 그 부 또는 모의 국적을 취득하는 경우, 외국 국적을 취득하여 대한민국 국적을 상실하게 된 자의 배우자 또는 미성년자의 자로서 그 외국의 법률에 의하여 함께 그 외국 국적을 취득하게 된 경우)는 예외가 적용된다.

일가정양립 지원에 관한 법률」 등이 개정되었다. 영유아 보육·교육 지원을 확대하였고 가족 친화기업 인증제를 도입하는 등 일-가정양립 환경을 조성하는 노력을 하였다. 실제로 영유아 보육·교육비 지원율이 2005년 21.9%에서 2010년 42.0%로 높아졌으며, 육아휴직제도 이용률(산전후휴가를 이용한 자 중 육아휴직 이용자의 비율)이 2005년 26.0%에서 2009년 50.2%로 상승하였다.

그러나 제1차 저출산·고령사회기본계획 기간 내 합계출산율은 2005년의 1.08명보다는 다소 높아졌으나 2008년 1.19명, 2009년 1.15명 등으로 지속적인 반등세로 이어지지는 못했다. 출산을 중단하거나 포기하는 이유는 제1차 저출산·고령사회기본계획 수립 당시와 크게 달라지지 않았다.¹³⁹ 한국보건사회연구원에서 실시한 ‘2009년 결혼 및 출산 동향 조사’의 결과에 의하면, 1자녀를 둔 가임기 기혼여성(20~44세)이 추가 출산을 중단한 사유가 자녀양육(교육)비용 부담, 고용·소득 불안정, 일-가정양립 곤란 등의 순으로 나타났다.¹⁴⁰ 과다한 양육·교육비와 주거비용 등 가족을 형성하고 유지하는 데 소요되는 고비용 구조와 불충분한 인프라가 결혼과 출산을 억제하고 있었다. 제1차 저출산·고령사회기본계획을 통해 이루어진 결혼 및 자녀양육 비용에 대한 사회적 지원이 일부 계층에 한정되었고, 자녀 양육가정의 다양한 수요를 충족시키기에는 한계가 있었기 때문으로 보인다.

일-가정양립 곤란도 특히 취업여성의 출산을 억제하는 주된 원인 중 하나로 지속되고 있었다.¹⁴¹ 구체적으로 보육시설 운영 시 맞벌이부부 등의 다양한 수요를 충족시키지 못하고 있었다. 구체적으로 영아(0~2세)를 둔 부모의 가정보육 수요에 대한 지원이 미흡하였고, 300인 이상 여성 근로자 또는 500인 이상 근로자들이 종사하는 사업장에는 직장보육시설을 설치하여야 할 의무가 있으나 실제 의무이행률은 2006년 47.1%, 2007년 55.6%, 2008년 60.2%, 2009년 66.2%로 증가는 하고 있지만 여전히 35% 수준에서 의무를 이행하지 않고 있었다. 여전히 근로시간이 매우 긴 데다가 주 30시간 미만의 단시간 근로가 차지하는 비중이 2008년 기준 9.3%로 OECD 평균인 15.5%에 미치지 못하는 등 근로제도가 탄력적이지 못해 그만큼 자녀양육 시간을 확보하기가 곤란하였다. 육아휴직 등 제도는 시행되고 있으나 2009년

¹³⁹ 이삼식·정경화·서문희 외(2010). 『향후 5년간 추진할 저출산·고령사회 핵심 연구과제』. 한국보건사회연구원.

¹⁴⁰ 이삼식·최효진·오영희 외(2009). 『2009년 결혼 및 출산 동향 조사』. 보건복지부·한국보건사회연구원.

¹⁴¹ 이삼식·정경화·서문희 외(2010). 상계서.

에 산전후휴가 사용자 중 육아휴직 사용자의 비율이 50.2%에 머무르고 있는 등 인력 대체 등 기업의 부담, 휴직급여의 낮은 임금대체수준 등으로 근로자 모두가 손쉽게 이용하는 제도가 되지는 못했다. 이와 같이 가족친화적 직장문화가 충분히 조성되지 못했고, 이와 더불어 남성의 가사노동 시간이 2009년에 1일 평균 42분(여성은 3시간 35분)으로 가정 내에서 부부간 역할이 평등하지 못해 육아부담이 여전히 여성에게 편중되어 있었다. 그 결과로서 한국보건사회연구원에서 실시한 ‘2009년 전국 결혼 및 출산 동향 조사’에 의하면 취업 중이었던 기혼여성(20~44세)의 48%가 첫째아 출산 전후로 경력이 단절된 것으로 나타났다.¹⁴²

이와 같이 제1차 저출산·고령사회기본계획 완료 후에도 저출산 원인 구조가 과거와 다름없이 지속된 이유는 맞벌이가구 등 정책적 수요가 높은 계층에 대한 정책적 고려가 미흡했기 때문으로 볼 수 있다. 실제 저출산대책을 경험한 국민의 비율은 아주 낮았다. ‘2009년도 전국 결혼 및 출산 동향 조사’의 결과에 의하면, 유자녀 기혼여성의 정책 수혜율은 보육·교육비 지원 19.7%, 다자녀 가정 주택 특별공급 1.4%, 산모도우미 지원 4.3% 등에 불과하였다. 상대적으로 보육 지원에 정책이 편중되었음을 알 수 있다.¹⁴³

〈표 4-3〉 1자녀 이하를 둔 기혼여성(20~39세)의 주된 출산 중단 이유

(단위: %)

구분		소득/고용 불안정	자녀 양육비 부담	자녀 교육비 부담	일-가정 양립 곤란	가치관 변화	불임 등 기타
2005	전체	18.5	9.9	18.0	9.1	19.7	24.8
	취업	24.4	7.6	13.4	11.8	21.8	21.0
	미취업	14.1	11.5	21.8	7.1	17.9	27.6
2009	전체	18.6	16.7	26.7	6.0	15.0	16.9
	취업	20.0	8.6	22.9	14.3	21.9	12.4
	미취업	17.7	20.8	28.6	2.2	12.1	19.0

자료: 이삼식·최효진·오영희 외(2009), 『2009년 결혼 및 출산 동향 조사』, 보건복지부·한국보건사회연구원.

게다가 당시 여러 상황들도 앞으로의 출산을 변화에 불리하게 전개되었다. 주된 가임기 여성인구(20~39세)가 감소함에 따라 결혼과 출생아수가 지속적으로 감소할 것으로 전망되었다.

¹⁴² 이삼식·최효진·오영희 외(2009), 전계서.

¹⁴³ 이삼식·최효진·오영희 외(2009), 전계서.

구체적으로 20~39세 여성 규모는 2000년 845만 명에서 2010년 720만 명으로 감소하였고, 2030년에는 516만 명으로 감소할 것으로 추계되었다.¹⁴⁴ ‘고용 없는 성장’이 지속되면서 결혼과 출산에 부정적인 영향을 미칠 것으로 우려되었다. 예를 들어, 과거 20년 동안 취업자 수는 연평균 29만 명이 증가하였으나, 점차 증가세가 둔화될 것으로 전망되었다.¹⁴⁵ 현실적으로 청년 실업률(15~29세)은 2007년 7.2%, 2008년 7.2%, 2009년 8.1% 등 높은 수준에서 지속되고 있었다.

수립 경과

제2차 저출산·고령사회기본계획을 수립하기에 앞서 정부와 국책연구기관이 중심이 되어 제1차 저출산·고령사회기본계획의 성과를 평가하고, 정책수요의 변화를 조사하였다. 실제 「저출산·고령사회기본법」에 의거하여 매년 저출산·고령사회정책의 성과에 대한 평가가 실시되었다. 2009년에는 저출산 원인구조의 변화를 파악하고, 그간의 정책 수혜정도를 측정하고, 새로운 정책 수요를 파악하기 위하여 한국보건사회연구원을 통해 ‘전국 결혼 및 출산 동향 조사’와 ‘저출산·고령사회 정책 국민체감도 및 우선순위 조사’가 각각 실시되었다.

제1차 저출산·고령사회기본계획과 마찬가지로 제2차 저출산·고령사회기본계획을 수립하기 위하여 정책 개발 등을 위한 연구용역이 2009년 10월부터 2010년 11월까지 실시되었다. 이 연구는 한국보건사회연구원을 책임기관으로 하여 총 7개 국책연구기관에 소속된 전문가들과 여러 대학의 교수들이 참여하였다. 2009년 11월 25일에는 저출산대책 관련 대통령 보고대회(‘제1차 저출산대응 전략회의’)가 미래기획위원회의 주관으로 개최되었다. 국무총리실을 중심으로 관계부처 협의를 거쳐 쟁점사항 등이 조정되었다. 구체적으로 2010년 5월부터 8월까지 부처합동 출산·양육T/F가 운영되었다. 2009년 12월부터 2010년 10월까지 국무총리실 저출산·고령사회대책 추진협의회가 13회에 걸쳐 개최되었다. 국무총리 주재 국가정책조정회의가 4회(2010. 6. 25., 7. 2., 7. 16., 10. 15.)에 걸쳐 개최되었으며, 관계부처 차관회의(2010. 8. 27., 9. 1., 9. 24.) 등이 개최되었다. 사회 각계각층의 의견을 수렴하기 위하여 학

¹⁴⁴ 통계청(2006). 『장래인구추계』. 동 기관.

¹⁴⁵ 기획재정부(2010). 내부자료.

제, 경영계, 고용계 및 사회단체를 대상으로 대토론회가 2010년 5~6월 기간에 9차례에 걸쳐 개최되었으며, 보건복지부 장관 주재 토론회(민간연구기관 정책제안 토론회, 연구소장 간담회)와 간담회(미혼·기혼여성 등 대국민 초청 장관주재 간담회)가 2010년 5~7월 기간에 개최되었다. 국제적인 관점에서 한국의 저출산대책을 검토하기 위하여 ‘인구변동 전망과 대응방안에 관한 국제학술대회(2010. 7. 15.~16.)’¹⁴⁶가 보건복지부, 한국보건사회연구원, 한국인구학회, 이민정책연구원의 공동 주최로 서울에서 개최되었다.

이러한 일련의 과정을 거쳐 제2차 저출산·고령사회기본계획 시안이 2010년 9월 10일에 발표되었으며, 이어서 9월 14일에는 시안에 대한 각계각층의 의견을 수렴하기 위한 공청회가 개최되었다. 이후 제2차 저출산·고령사회기본계획은 2010년 9월 29일에 ‘저출산·고령사회위원회’(당시 보건복지부 장관 직속)의 심의를 거친 후 국무회의의 심의를 거쳐 대통령이 최종 확정하였다.

비전, 목표 및 기본방향

제2차 저출산·고령사회기본계획의 비전은 본질적으로 제1차 저출산·고령사회기본계획 당시 설정하였던 장기적인 관점에서의 비전과 동일하였다. 즉, 제2차 저출산·고령사회기본계획은 장기적으로 저출산·고령사회에 성공적으로 대응하여 국민 삶의 질을 향상시키고, 국가의 지속가능성을 유지함으로써 활력 있는 선진국가로의 도약을 지향하였다.

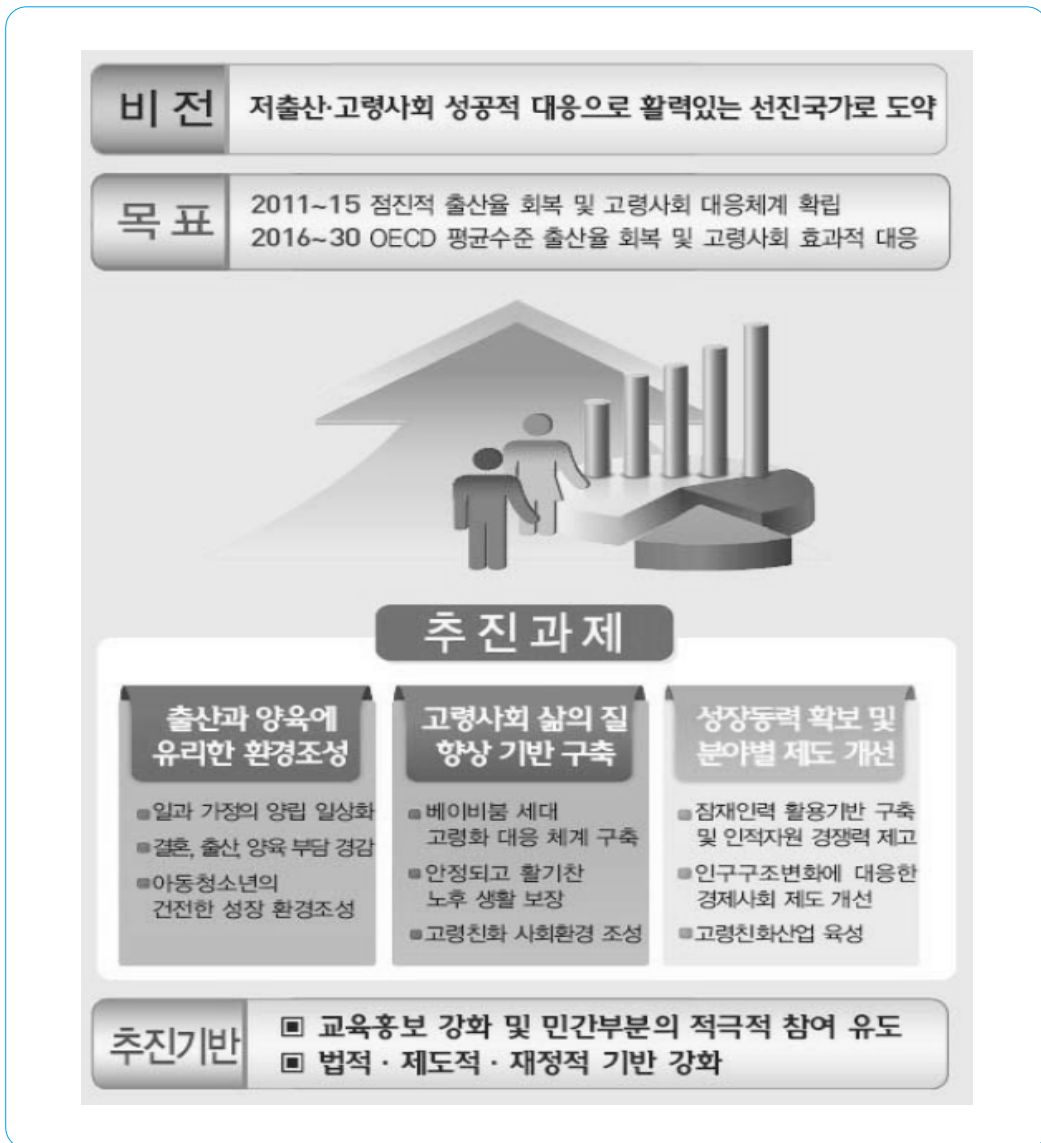
〈표 4-4〉 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015) 비전 및 목표

시기	추진목표
제1차 (2006~2010)	출산·양육에 유리한 환경 조성 및 고령사회 대응기반 구축
제2차 (2011~2015)	점진적 출산을 회복 및 고령사회 대응체계 확립
제3~5차 (2016~2030)	OECD 국가 평균수준 출산을 회복 및 고령사회 성공적 적응

자료: 대한민국정부(2010). 『제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)』.

¹⁴⁶ International Conference on Population Prospects and Policy Responses

[그림 4-4] 제2차 저출산·고령사회기본계획 비전, 목표 및 추진전략



자료: 대한민국정부(2010). 『제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)』.

이러한 비전을 달성하기 위하여 향후 5년간 ‘점진적 출산율 회복’과 ‘고령사회 대응체계 확립’을 목표로 4대 분야에서 231개 세부과제가 추진되었다. ‘출산과 양육에 유리한 환경 조성’의 일환으로 일-가정양립 확산, 결혼·출산·양육 부담 경감 확대, 건강하고 안전한 성장환경

조성 등을 위하여 95개 과제가 추진되었다. ‘고령자의 삶의 질 향상 기반 구축’의 일환으로 베이비붐 세대의 고령화 대응체계 구축, 안정되고 활기찬 노후생활 보장, 고령친화적 사회환경 조성 등을 위하여 78개 과제가 추진되었다. ‘성장동력 확보 및 분야별 제도개선’을 위한 추진전략으로 잠재인력 활용 기반 구축 및 인적자원 경쟁력 제고, 인구구조 변화에 대응한 경제사회 제도 개선, 고령친화산업 육성 등과 관련하여 58개 과제가 추진되었다. ‘저출산·고령화 대응 사회적 분위기 조성’을 위한 전략으로 전략적 홍보·교육, 민간의 참여를 바탕으로 범국민운동 확산, 정책 효과성 제고를 위한 추진체계 구축 등이 추진되었다.

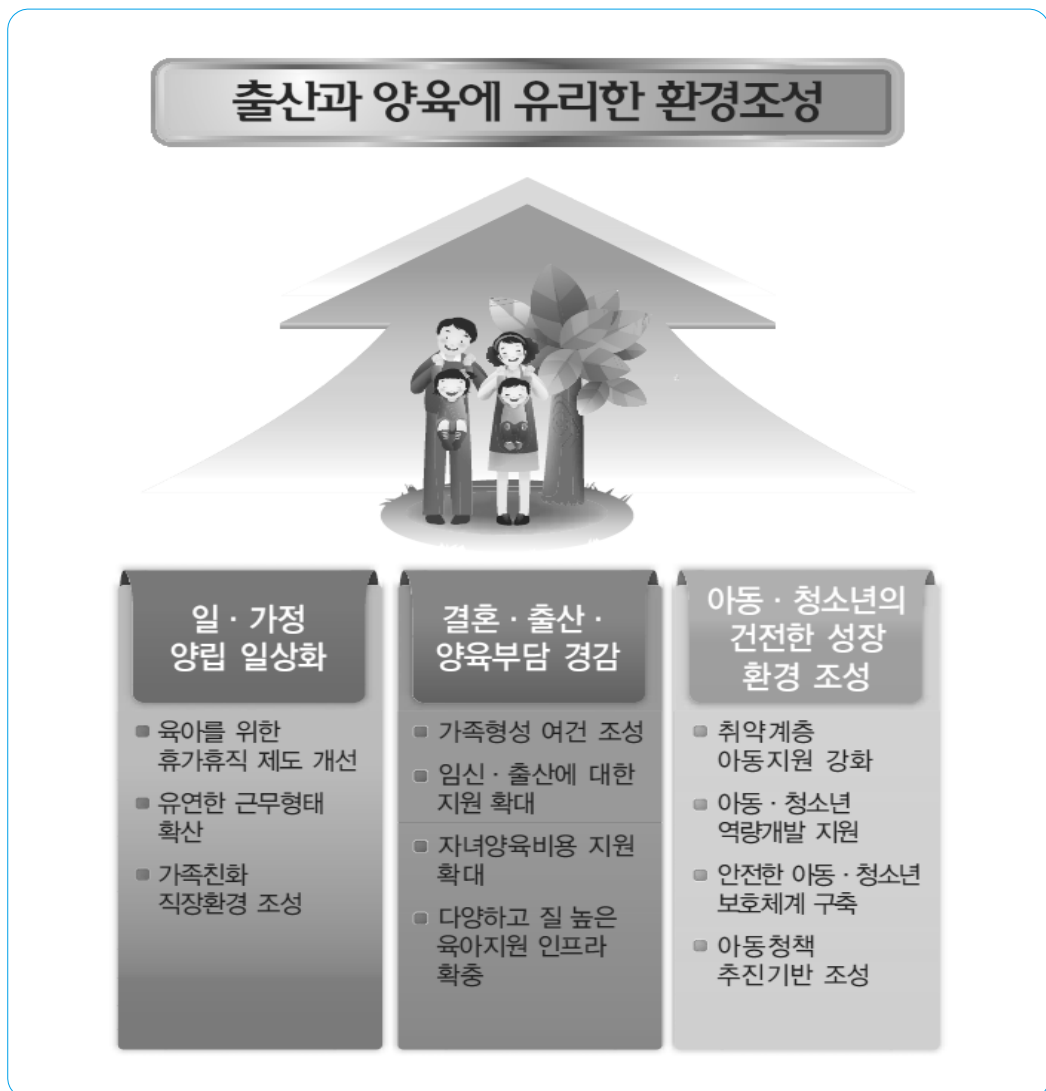
저출산대책의 추진 전략으로 제1차 저출산·고령사회기본계획과 마찬가지로 ‘출산과 양육에 유리한 환경 조성’을 설정하고, 세부전략으로 일-가정양립 확산, 결혼·출산·양육 부담 경감 확대, 건강하고 안전한 성장환경 조성 등을 설정하였다. 제2차 저출산·고령사회기본계획은 저출산을 야기하는 요인이 여전히 지속되고 있는 점을 고려하여, 제1차 저출산·고령사회기본계획의 연장선상에서 추진하였다. 특히, 정책 수요가 늘어나는 부분에 집중하였다.

구체적으로 제1차 저출산·고령사회기본계획에서 보육료 지원 등 자녀양육의 경제적 부담 경감에 중점을 두었다면, 제2차 저출산·고령사회기본계획에서는 출산 촉진과 함께 여성의 지위 향상 및 양질의 노동력 확충 등 여타 사회·경제적 효과까지 발생하는 일-가정양립 부문에 대한 정책을 강화하였다. 이에 따라 제1차 저출산·고령사회기본계획에서 저출산대책의 대상을 저소득 가정에 한정하였던 것을 제2차 저출산·고령사회기본계획에서는 맞벌이 등 일하는 가정으로 확대하였으며, 정책 내용도 보육 지원 중심에서 일-가정양립 지원 등으로 보다 종합적인 접근을 추구하였다. 구체적으로 육아휴직급여의 지급방식을 정액제에서 정률제로 전환하고, 육아기 근로시간 단축제를 활성화하는 등 자녀양육의 기회를 확대하면서 경력단절의 위험을 줄이려고 하였다. 또한 가족친화적 직장 환경과 문화를 조성하기 위하여 기업의 참여를 확대하였다. 보육정책에서도 야간보육과 유치원 종일반을 확대하는 등 맞벌이 부부에 대한 보육 지원을 강화하고, 직장보육시설 설치를 확대하는 등 가족친화 경영을 전 사회적으로 확산하였다.

제1차 저출산·고령사회기본계획에서와 마찬가지로 제2차 저출산·고령사회기본계획에서도 출산·양육의 가장 큰 어려움인 경제적 부담을 경감시키려는 노력을 지속하였다. 결혼에 가장 큰 걸림돌 중 하나인 주택 구입 혹은 전세 자금을 지원하고, 세제 지원 등 다자녀 가정에 대

한 지원을 계속하였다. 보육료 지원 대상을 전 소득계층으로 확대하고, 어린이집을 다니지 않은 아동의 가정양육을 지원하기 위하여 양육수당의 지급대상을 0세에서 2세까지로 확대하였다. 방과 후 돌봄을 확충하고, 보육시설의 이용시간을 다양화하고 보육시설 평가인증 결과를 공개하는 등 제도를 수요자 중심으로 정비하였다.

[그림 4-5] 제2차 저출산·고령사회기본계획 상 저출산대책의 정책목표 및 중점추진과제



자료: 대한민국정부(2010). 『제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)』.

미래세대인 아동·청소년이 안전하고 건전하게 성장할 수 있는 기반을 마련하려는 노력도 계속되었다. 드림스타트를 확대하고 내실화하는 등 아동의 공평한 출발 기회를 보장하고자 하였으며, 아동 청소년 활동 인프라 확충, 진로교육 활성화 등 소질과 적성에 근거한 역량 개발을 지원하였다. 아동학대, 성범죄, 학교폭력 등 아동 안전 위협요인에 적극 대처하고 식품 안전보호구역 지정 등 아동·청소년의 안전과 건강을 위한 노력도 지속되었다.

이외에도 저출산·고령화에 대응하는 사회분위기를 조성하기 위하여 전략적 홍보·교육을 실시하고, 민간의 참여를 바탕으로 범국민운동으로 확산하고, 정책 효과성을 제고하기 위하여 추진체계가 구축되었다. 저출산·고령화에 대한 사회적 인식을 개선하기 위한 정책적 노력도 계속되었다. 정부 전체 홍보수단을 통합적으로 활용하고, 민간과 홍보에 대한 협력을 추진하였다. 학교교육과 다양한 사회교육 등 생애주기별 교육을 실시하고, ‘아이낳기 좋은세상 운동본부’를 활성화하였다. 인식개선 사업의 일환으로 세계 인구의 날인 7월 11일을 ‘인구의 날’로 제정하였다. ‘아이낳기 좋은세상 경진대회’에 지방자치단체가 참여하여 발표·토론을 하는 등 우수사례를 공유하는 기회를 마련하였다.

〈표 4-5〉 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015): 주요 저출산대책

분야		중점 과제
일과 가정의 양립 일상화	휴가휴직제도 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직 급여 정률제 및 복귀 인센티브 도입 • 육아기 근로시간 단축청구권 도입 • 산전후휴가 분할사용 허용
	유연한 근로형태 확산	<ul style="list-style-type: none"> • 상시근로자 수 산정기준 개선 • 스마트워크센터 도입 및 확산
	가족친화 직장환경 조성	<ul style="list-style-type: none"> • 직장보육시설 설치 의무이행강제방안 도입 • 공공기관 가족친화인증 확산
결혼·출산·양육 부담 경감	가족형성 여건조성	<ul style="list-style-type: none"> • 신혼부부 주택자금 대출 소득요건 완화 • 유자녀 현역병 상근예비역 편입
	임신·출산 지원 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 분만 취약지 보건의료인프라 지원 확대 • 난임부부 지원 확대
	자녀양육비용 지원 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 보육·교육비 전액지원 확대 • 다자녀가장 공무원 퇴직후 재고용 • 다자녀가정 세제, 주택, 학비 지원 확대

분야		중점 과제
	육아지원 인프라 확충	<ul style="list-style-type: none"> • 보육시설 평가인증제 개선 • 공공형·자율형 어린이집 도입 • 보육시설 운영시간 다양화 • 영아 돌봄시장 제도화(베이비시터 시장 조성) • 방과후 돌봄서비스 인프라 구축
아동·청소년의 건강한 성장환경 조성	취약계층 아동지원	• 드림스타트 사업 활성화
	안전한 보호체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> • 성폭력 피해아동 지원 강화 • 아동보호전문기관 확대(아동학대 예방) • Wee프로젝트(학교폭력예방 및 피해자 보호)
	아동정책 기반조성	• 중장기 아동정책기본계획 수립

자료: 대한민국정부(2010), 『제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)』.

정부는 저출산대책의 재정건전성을 유지하면서 안정적인 재원을 확보하기 위한 노력을 기울였다. 제2차 저출산·고령사회기본계획 중 저출산대책에는 당초 총 39조 7,000억 원이 투입되기로 계획되었다. 그러나 실제로 집행된 예산액은 60조 5,000억 원으로 당초 계획된 예산보다 1.5배가 증가하였다. 이는 주로 보육료 지원 대상 및 수준이 급격하게 증가한 데 기인하였다.

〈표 4-6〉 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015) 예산 규모

(단위: 조 원)

구분	합계		2011		2012		2013		2014		2015	
	계획	예산	계획	예산	계획	예산	계획	예산	계획	예산	계획	예산
계	75.8	109.9	14.1	14.4	14.6	18.9	15.2	21.5	15.7	25.5	16.2	29.6
저출산	39.7	60.5	7.2	7.4	7.6	11	7.9	13.5	8.3	13.9	8.7	14.7
고령화	28.3	40.8	5.4	5.5	5.5	6.4	5.7	6.3	5.8	9.7	5.9	12.9
성장동력	7.8	8.6	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6	1.7	1.6	1.9	1.6	2.0

주: 1) 지방비 포함.

2) 예산은 실제집행액(단, 2015년도 자료는 예산액 기준).

자료: 1) 계획은 대한민국정부(2010), 『제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)』.

2) 예산은 보건복지부 내부자료.

저출산대책 구성

OECD에서 가족지출(family expenditure)은 현금, 서비스 및 조세 혜택으로 구분된다. 이는 가족정책의 목적을 달성하기 위한 수단 내지 방법을 기준으로 분류한 것으로 간주할 수 있다. 우리나라에서 저출산대책은 원인을 해소하기 위한 접근법을 기준으로 분류하는 경향이 있다. 구체적으로 저출산의 주된 원인으로서는 ‘만혼화 및 비혼화’, ‘고위험 임신 등 임신·출산 상황 악화’, ‘자녀양육의 경제적 부담’, ‘일과 가정 간 양립 곤란’ 등을 들 수 있다. 저출산대책은 궁극적으로 이러한 원인을 해결하기 위한 접근 내지 정책수단으로서의 의미를 갖는다. ‘만혼화 및 비혼화’ 문제를 해소하기 위하여 청년고용 안정, 주택마련 지원 등을 대책으로 강구하며, ‘건강한 임신·출산’을 보장하기 위하여 임신비용 지원이나 의료인프라 확충 등을 대책으로 강구하며, ‘자녀양육의 경제적 부담’을 경감하기 위하여 수당이나 비용(임신·출산관련 의료비, 보육료 등) 지원 등을 대책으로 강구하며, ‘일-가정양립’을 제고하기 위하여 보육서비스 제공, 육아휴직 급여 제공 등을 대책으로 강구하는 것이다. 이러한 원인 접근법에 따라 한 대책이 어느 특정한 한 가지 원인에 한정하지 않고 다양한 원인들을 동시에 해소 또는 완화하는 데 기여하는 경향이 있다. 한 예로, 보육정책은 많은 유럽 국가에서 취업모를 중심으로 지원하고 있어 일-가정양립을 지원하기 위한 정책의 범주에 포함시키고 있으나, 한국사회에서는 자녀양육의 경제적 부담을 경감하는 동시에 일-가정양립을 제고하는 다기적인 목적이 있다.

이러한 관점에서 여기에서는 저출산대책을 궁극적으로 해소 내지 완화하고자 하는 원인을 기준으로 ‘가족형성 지원’, ‘건강한 임신 및 출산 지원’, ‘자녀양육의 경제적 부담 경감 지원’, ‘일-가정양립 지원’ 등으로 구분하여 정책의 변화를 진단하였다. 한편, 한국사회에서 자녀양육의 경제적 부담 경감과 일-가정양립의 목적을 동시에 가지고 있는 보육 및 돌봄 지원은 별도로 구분하여 논의하였다. 이들 저출산대책은 결혼, 출산, 양육 등 생애주기에 입각하여 가족형성 지원, 건강한 임신·출산 지원, 보육·돌봄 지원, 일-가정양립 지원, 자녀양육의 경제적 지원 순으로 전개하였다. 한편, ‘건강한 아동·청소년 양육환경 조성’을 위한 각종 대책들이 저출산고령사회기본계획에 포함되어 있으나, 이들 대책이 간접적으로 출산을 제고와 연관되어 있다는 점에서 구체적인 논의는 생략한다.

〈표 4-7〉 제1차 및 제2차 저출산·고령사회기본계획 중 저출산대책의 세부 구성

구분	제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)	제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)
가족형성 지원		<ul style="list-style-type: none"> • 신혼부부 주거 부담 경감 • 결혼 장려를 위한 사회적 배려 강화 • 결혼 관련 교육, 정보 및 서비스 체계적 제공
건강한 임신·출산 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 모성 및 영유아 건강관리 체계화 • 불임부부 지원 • 산모도우미 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 임신·분만 취약지역에 대한 의료지원 강화 • 임신·출산 비용 지원 확대 • 모성 및 영유아 건강관리 강화 • 산모신생아도우미 지원
보육·돌봄 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 영유아 보육·교육비 지원 확대 • 방과후학교 확대 등 사교육비 부담 경감을 위한 지원 • 육아지원시설 확충을 통한 보육 수요 충족 • 민간 육아지원시설 서비스 개선 • 수요자 중심의 다양한 육아지원 서비스 확대 	<ul style="list-style-type: none"> • 보육·교육비 지원 확대 • 취약지역 내 국공립보육시설 지속 확충 • 민간 육아시설 서비스 개선 • 수요자 중심의 육아 지원 서비스 확대 • 아이돌보미 서비스 확대 • 영아에 대한 가정 내 돌봄 활성화 • 양육수당 지원 확대 • 취학아동 방과 후 돌봄서비스 지원 확대
자녀양육의 경제적 부담 경감 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 자녀양육 가정에 대한 조세 및 사회보험 혜택 확대 • 자녀양육 가정에 대한 인센티브제도 도입 	<ul style="list-style-type: none"> • 다자녀가정에 대한 사회적 우대 확대 • 사교육비 경감 대책 추진
일-가정양립 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 산전후휴가 급여 등 지원 확대 • 육아휴직제도 활성화 및 근로형태 유연화 • 출산·육아기 이후 노동시장 복귀 지원 • 가족친화적 기업 인증제 도입 등 직장문화 개선 • 친밀하고 평등한 가족생활 문화 조성 • 가족가치관 확립을 위한 학교·사회교육 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직제도 개선 • 육아기 근로시간 단축 활성화 등 육아기회 확대 • 산전후휴가 등 제도 개선 • 유연근로시간제 확산 • 유연근로형태 도입 여건 조성 • 직장보육시설 설치 활성화 • 가족친화 인증에 기업 등 참여 • 가족 친화적 사회 환경 조성
건강한 아동·청소년 양육환경 조성	<ul style="list-style-type: none"> • 아동 안전사고 예방을 위한 사회기반 조성 • 아동 학대 예방 및 방임아동 보호체계 강화 • 학교 폭력 예방·근절 대책 강화 • 지역사회 아동·청소년 보호 기능 강화 • 아동 권리 보호를 위한 사회시스템 구축 • 아동·청소년의 창의성 제고를 위한 문화예술·교육 지원 • 유해 환경으로부터 청소년 보호 • 학교의 건강관리 기능 강화를 위한 여건 조성 • 국내 입양 활성화 	<ul style="list-style-type: none"> • 드림스타트 사업 활성화 • 위기 청소년 통합지원체계 확대 • 위기 아동·청소년 자립 지원 확대 • 아동·청소년의 종합적 발달 지원 • 취약계층 아동 휴먼네트워크 형성 • 소질과 적성에 근거한 역량 개발 지원 • 아동·청소년 생활안전 강화 • 성범죄 예방 및 보호 대책 강화 • 아동 학대 예방 보호체계 강화 • 학교 폭력 예방 및 피해자 보호 지원 • 유해환경요인 차단 및 건강 관리 지원 • 중장기 아동정책 및 청소년정책 기본계획 수립 • 정기적 아동실태조사 및 통계 정비

2. 저출산대책: 가족형성 지원

들어가며

만혼화를 해소하기 위한 정책적 노력은 2008년 제1차 저출산·고령사회기본계획 보완판을 마련하면서부터 본격화되었다.¹⁴⁷ 즉, 신혼부부 주택 구입 및 임차 등 결혼 준비비용 부담의 증가가 만혼화를 유발하여 저출산의 주된 원인으로 작용한다는 것이었다. 결혼 장려를 위한 주거지원정책은 크게 두 가지 방향으로 전개되었다. 하나는 신혼부부를 대상으로 직접 주택을 공급하는 정책이며, 다른 하나는 신혼집을 구입하거나 임차할 경우 그 비용을 대출해 주는 정책이었다. 전자는 신혼부부 대상보금자리 주택(국민임대 주택, 85㎡ 이하 공공임대주택, 60㎡ 이하 소형분양주택, 전세임대주택)을 특별공급하는 것이며, 후자는 주택을 구입·임차하는 신혼부부에게 국민주택기금을 통해서 저리의 구입자금 또는 전세 자금을 지원하는 것이었다. 이러한 주거지원 정책은 제2차 저출산·고령사회기본계획에서도 지속되었다.

결혼을 장려하기 위한 정책은 주거 지원 이외에도 청년층의 국방의무 및 교육연장과도 연계되었다.¹⁴⁸ 주된 근거는 국방의무 기간이나 교육연장 기간이 결혼 및 출산 기간과 중첩되어 비자발적으로 결혼을 연기하는 원인으로 작용할 수 있다는 것이었다. 구체적인 정책 수단

¹⁴⁷ 대한민국정부(2008). 『제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010) 보완판』.

¹⁴⁸ 대한민국정부(2008). 상계서.

으로서 국방 및 교육이 결혼생활과 양립할 수 있도록 그 여건을 조성하는 데 역점을 두었다. 또한, 제2차 저출산·고령사회기본계획에서는 청년층에서 결혼을 체계적으로 준비할 수 있도록 교육프로그램, 결혼정보, 상담 등을 제공하는 노력도 경주하기 시작하였다.

결혼 장려 주거지원

신혼부부 주택 특별공급

만혼화 경향에 대응하기 위하여 2009년부터 신혼부부를 대상으로 연간 5만 호의 주택을 특별공급하는 보금자리 주택 특별공급을 시행하였다. 공급대상 주택은 85㎡ 이하의 공공건설임대주택(10년 임대), 60㎡ 이하의 분양주택(소형분양), 국가·지자체·대한주택공사 또는 지방공사가 건설하는 건설임대주택(국민임대) 등으로 공급비율은 당해 주택건설량의 30%이었다. 자격기준으로는 청약통장가입자 중 결혼(재혼 포함) 5년 이내 무주택 저소득(전년도 도시근로자 평균소득의 70% 이하, 맞벌이부부는 100% 이하) 신혼부부(공급순위는 결혼 3년 이내 1순위, 결혼 5년 이내 2순위 등으로 경쟁 시 다자녀 우선으로 추천)로 출산(입양 포함) 이후부터이었다. 2009년에는 「신혼부부 보금자리 주택 특별공급 운용지침」을 개정하여 소득기준을 도시근로자 가구당 월평균소득의 100% 이하(배우자가 소득이 있는 경우 120%)로 상향조정하였다. 2010년에는 대상주택 중 하나로 60㎡ 이하의 분양주택(소형분양)을 85㎡ 이하로 변경하고, 공급량은 민간 건설 시 85㎡ 이하 주택의 경우 10%, 국가 등 공공 건설 시 85㎡ 이하 주택(국민임대주택은 제외)의 경우 15% 그리고 국민임대주택의 경우 30% 등으로 조정하였다. 2011년에는 미성년 자녀수 산정 시 태아까지 포함하였다. 2015년에는 특별공급 신청자를 세대주로 한정하던 것에서 신혼부부로 확대하고 사업주체가 공공기관이면 청약자의 소득 산정 시 사회보장시스템을 통해 제공받은 소득을 기준으로 할 수 있도록 하여 미비점을 보완하였다.

신혼부부 주택자금 지원

주택을 구입·임차하는 연간 7만 세대의 신혼부부에게는 국민주택기금을 통해서 저리의 구입자금 또는 전세 자금을 지원할 계획이었다.¹⁴⁹ 이러한 신혼부부 주거지원은 세 가지 형태로 이루어졌다.

우선 생애최초 주택구입자금 지원제도는 ‘실수요 주택거래 정상화와 서민·중산층 주거안전 지원방안(2010. 8. 29.)’의 후속 조치로서 국민주택기금 지원대상 구입자금에 생애최초 주택 구입자금을 신설한 한시적 제도로 2010년 당시 부부합산 연간급여가 4,000만 원 이하인 무주택 세대주를 대상으로 국민주택 규모(85m² 이하)의 시가 6억 원 이하인 주택을 구입할 경우 20년 상환, 최대 2억 원까지 연 5.2% 금리의 조건으로 대출해 주었다.¹⁵⁰ 신혼부부의 경우 결혼예정일로부터 1개월 이내에 신청이 가능하며 계약서, 청첩장 등 증빙서류를 제출하고, 대출 후 2개월 이내에 혼인신고를 하여 세대 합가된 주민등록등본을 제출해야 한다.¹⁵¹ 2011년 9월에는 금리를 4.7%로, 12월에는 금리를 4.2%까지 낮추고 소득요건을 종래 부부합산 연 4,000만 원에서 5,000만 원으로 완화하였다.

근로자·서민 주택구입자금 지원제도는 저소득 서민의 주거 안정을 위해 장기 저리로 주택자금을 지원하기 위하여 1994년 4월 무주택 근로자의 주거안정을 위해 자금을 신설하면서 시작되었다. 2011년에는 결혼 장려 차원에서 ‘근로자·서민 주택구입자금 대출’ 제도의 소득자격 요건을 신혼부부에 한하여 연소득을 부부합산 3,000만 원(개인기준 2000년 3,000만 원, 2006년 2,000만 원)으로 설정하였고 2012년부터는 4,000만 원으로 완화하였으며, 이후 2013년 신혼부부 연소득 5,000만 원 이하로 변경하였고, 같은 해 9월 한시적으로 소득기준을 연소득 6,000만 원으로 하였다. 대출한도는 2003년부터 2013년까지 1억 원(2005년부터 3자녀 이상 세대의 경우 1억 5,000만 원)으로 지속되다가 2013년 9월부터 2억 원으로 상향조정되었다. 대출금리는 2005년 이래 5.2%(2007년부터 3자녀 이상 4.7%)를 적용하다 2012년에 지원금리를 4.3%로, 이후 2013년 4월 4.0%, 같은 해 9월 3.6%로 인하하였고, 2014년

¹⁴⁹ 대한민국정부(2008). 전거서.

¹⁵⁰ 3자녀(만 20세 미만) 이상 가구에 대해서는 대출금리를 연 4.7%로 적용한다.

¹⁵¹ 주택도시기금 홈페이지 nhuf.molit.go.kr에서 2015년 10월 28일 인출.

3.4%, 2015년 3.1%로 점진적으로 하향조정하였다.¹⁵² 2014년 10월 22일부터는 내집마련 디딤돌 대출로 전환하였다.¹⁵³

끝으로 근로자·서민 주택전세자금 대출제도도 1994년 무주택근로자의 주거안정을 위해 신설되었으며 주택자금대출제도와 동일하게 2000년에 대출대상에 근로자 이외의 자까지 확대되었다. 대출한도액은 2000년 호당 5,000만 원(전세금액의 1/2까지)으로 설정되었고 이후 2001년에 6,000만 원(전세금액의 70%), 2011년에 8,000만 원, 2013년에 1억 원까지 상향조정하였다. 금리는 2001년 7.75~9.0%에서 연차적으로 하향조정하여 2005년 11월에 4.5%, 2011년에 4.0%, 2015년 3.1%로 인하하였다.¹⁵⁴

기타 결혼 장려 정책

결혼 장려를 위한 사회적 배려 강화

국방의무가 결혼에 장애요인이 되지 않도록 하기 위하여 2007년 7월 1일부터 기혼병사는 거주지와 가까운 부대로 근무부대를 조정할 수 있도록 하였고, 배우자가 임신하거나 자녀를 양육하면 입영기일을 연기할 수 있도록 하였다. 2008년 1월 1일부터는 자녀를 두고 있는 기혼 현역병을 상근예비역에 편입할 수 있도록 혜택을 부여하여 가정생활과 병행을 용이토록 하였다.¹⁵⁵

대학 수학이 결혼에 장애요인이 되지 않도록 하기 위하여 국공립대학·대학원 내에 학생 부부 등 기혼자가 입소 가능한 기숙사를 확대하기 위하여 권장 및 지원을 하였다. 또한, 저소득층 중 기혼자에 대하여 학자금 마련 등으로 인한 결혼생활의 어려움을 해소해 주기 위하여 장학금 수혜를 우선적으로 부여하였다.

¹⁵² 국토해양부, 『국민주택자금 업무편람』, 각 연도.

¹⁵³ 대한민국정부(2015), 『제2차 저출산·고령사회 기본계획 2015년도 시행계획』.

¹⁵⁴ 국토해양부(2015), 『국민주택자금 업무편람』, 동 기관.

¹⁵⁵ 대한민국정부(2008), 전제서.

결혼 관련 교육, 정보 및 서비스 체계적 제공

청년층이 체계적으로 결혼을 준비하는 것을 지원하기 위하여 단계별 종합정보 제공 및 결혼준비 프로그램을 운영하였다.¹⁵⁶ 구체적으로 인구보건복지협회에서 결혼누리 사이트를 운영하였고, 지자체로 하여금 자체적으로 결혼준비 프로그램 및 기초교양센터를 구축하고 결혼 관련 교양프로그램을 운영하도록 유도하였다. 가족생활교육 및 가족상담 서비스도 강화하였다.

나가며

주택은 의식주 중 한 요소로서 가족생활에 근간이 되며, 따라서 결혼을 하기 위해서는 안정적인 수입을 위한 취업과 함께 주택을 마련하는 일이 매우 중요하다. 그러나 주택 매매가격이나 전세금의 급격한 증가로 인하여 개인 스스로 그 비용을 마련하는 데에는 상당한 기간이 소요됨으로써 주택 마련 부담이 만혼화의 원인으로 작동하고 있다.¹⁵⁷

만혼화 경향을 둔화시키기 위하여 2008년부터 결혼장려정책을 도입하여 실시하였다. 이러한 만혼화 대책은 주로 주거지원에 한정되었으며, 군인과 대학생을 위한 일부 지원도 포함되었다. 그러나 청년층의 결혼에 가장 큰 걸림돌인 실업문제와 고용불안정에 대한 대책은 제1차와 제2차 저출산·고령사회기본계획에 포함되지 못했다는 한계점이 존재하였다.

주거 지원정책도 지원수준이나 대상 등에서 한계성이 조정되었다. 신혼부부 주택 특별공급 물량은 2009년부터 2011년까지 총 8만 4,000호로 연평균 2만 8,000호(총 계획공급량 5만 호의 56%)에 불과하여, 연간 초혼건수가 지난 10년 동안 25만 건 내외 수준임을 감안하면 신혼부부를 배려한 주택공급량은 턱없이 부족한 것으로 나타났다.¹⁵⁸ 생애최초 주택구입자금 대출은 수요가 증가하여 2012년에는 그 자금이 6월 말에 소진되어 중단되었다가¹⁵⁹ 2013년

¹⁵⁶ 대한민국정부(2010). 전계서.

¹⁵⁷ 이삼식·최효진·윤홍식 외(2012). 『미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안』. 한국보건사회연구원.

¹⁵⁸ 이삼식·최효진·윤홍식 외(2012). 상계서.

재개되었다. 근로자·서민 주택 구입자금의 경우 ‘housing poor’와 연계된 것으로 대출실적은 급격하게 줄어들어(2011년 294억 원) 불안정한 주택시장의 영향을 받아 활성화되지 못한 것으로 진단되었다. 근로자·서민 주택전세자금 운용실적은 2006년 1조 5,348억 원에서 지속적으로 증가하여 2011년에는 4조 7,881억 원, 2015년에는 5조 3,427억 원으로 나타났다.¹⁶⁰ 이는 주택매매가격이 불안정한 상황에서는 주택 구입보다 전세를 선호하고 있음을 보여주는 결과이다. 그러나 주택가격의 지속적인 상승에 따라 전세금마저 급격하게 상승하여 신혼부부의 전세금 마련이 상당한 부담 요소로서 작용하고 있다. 즉, 신혼부부 등을 위한 주거지원 정책만으로는 아주 빠르게 상승하는 주거비용(구입 가격, 전월세 등 임차료)을 따라잡기에는 큰 괴리가 존재하였다.

이와 같은 한계점을 극복하기 위한 개선방안은 다음과 같다. 첫째, 저연령층일수록 주택마련을 위한 자금형성이 잘 안 되어 있어 대출을 받아도 실질적으로 주택 구입이 어려울 것이므로 미국 CAAB의 Marriage Development Accounts와 같이 매칭펀드 프로그램을 운영하여 일정 기간 저축목표와 매달 저축액을 불입하면 최대 매칭금액을 결혼 시에 지원하여 주택 구입 등에 활용하도록 하여야 할 것이다. 둘째, 주택시장의 변동 상황을 고려하여 주택 구입보다는 주택 전세자금 대출을 확대할 필요가 있다. 셋째, 주택 구입 및 전세 자금 대출의 소득기준은 신혼부부 기준 중산층까지 확대할 필요가 있으며, 이는 수도권 등에서 주택비용이 고가인 점을 고려할 필요가 있기 때문이다. 넷째, 주택 구입 및 임차 비용은 최대 한도로 장기간 저리 대출이 가능하도록 하여, 대출금 이자 및 원금 상환의 부담이 출산을 연기하거나 억제하는 방향으로 작동하는 것을 방지할 필요가 있다. 끝으로, 실질적으로 주택특별공급제도 혹은 주택자금대출제도 모두 신혼부부의 소득이 지나치게 부족하거나 불안정하면 그 실효성을 거두기 어려우므로 주거수당 등을 지급하여 주거 안정화를 도모하는 방안을 고려할 필요가 있다.¹⁶¹

¹⁵⁹ 이삼식·최효진·윤홍식 외(2012). 전계서.

¹⁶⁰ 국토해양부, 『국민주택자금 업무편람』. 각 연도.

¹⁶¹ 이삼식·최효진·윤홍식 외(2012). 전계서.

3. 저출산대책: 건강한 임신·출산 지원

들어가며

건강한 임신 및 출산을 보장하기 위한 보건의료지원은 저출산대책의 핵심부문이다. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)에서는 ‘출산·양육에 대한 사회적 책임 강화’의 일환으로 ‘임신·출산에 대한 지원 확대’를 주요 과제로 설정하였으며, 이를 실천하기 위하여 모성 및 영유아 건강관리체계화, 불임부부 지원, 산모도우미 지원 등을 계획하였다. 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)에서도 ‘결혼·출산·양육부담 경감’의 일환으로 임신·출산에 대한 지원을 확대하고자 하였으며, 이를 위해 임신·분만 취약지역에 대한 의료 지원 강화, 임신·출산 비용 지원 확대, 모성 및 영유아 건강관리 강화, 산모·신생아도우미 지원 등을 계획하였다. 즉, 제1차와 제2차 저출산·고령사회기본계획에 걸쳐 모성 및 영유아 건강관리 강화, 산모신생아 도우미 지원 사업이 추진되었고, 제1차 저출산·고령사회기본계획 기간의 후반기에 보완하였던 분만 취약지 보건의료 인프라 지원과 난임부부 지원 확대도 계속 추진되었다.

모성 및 영유아 건강관리

모성 및 영유아 건강관리체계화

여성의 경제활동 참가가 증가하는 등 다양한 사회적 요인 때문에 결혼이 늦어지고 그에 따라 첫 출산연령이 높아짐에 따라 고령임신 등 고위험 임신이 늘어나고 저체중 출생아나 미숙아 등이 증가하였다. 이에 따라 모성과 신생아의 건강관리가 더욱 중요해졌으며, 이와 관련한 제1차 저출산·고령사회기본계획에서는 임신부와 영유아 중 건강검진 대상자를 매년 5%씩 확대하여 2010년에는 30%까지 확대할 계획이었다. 또한 영유아 성장·발달 스크리닝 등 여성과 어린이 건강증진사업을 시행하는 보건소를 점진적으로 확대하여 2006년 170개소에서 2009년 249개소로 늘릴 계획이었다. 가임기 여성의 생식계통 건강증진과 인공임신중절, 자연유산 등 임신 소모의 최소화를 위하여 예방 차원의 생식건강 프로그램을 개발·지원하여 여성 1,000명당 2003년도 유사산율을 0.27에서 2010년도에는 0.20으로 낮추고자 하였다. 신생아 출생부터 전산망을 활용한 건강정보 관리체계를 구축하고, 이를 연계하여 신생아와 산모가 적기에 필요한 보건의료서비스를 받을 수 있는 제도를 만들고자 하였다. 즉, ‘보건의료 정보화사업’인 신생아 등록 전산망 구축사업을 포함하여 추진하기로 하였으며, 사업의 타당성 조사 후에 「모자보건법」 등 관련 법령 개정 및 시범사업을 실시할 예정이었다.

제2차 저출산·고령사회기본계획 기간에는 임신 초기 유산율을 줄이기 위해 임신 중 노출된 약물, 방사선, 흡연 등 유해물질에 대한 온·오프라인 상담 및 정보제공 사이트인 ‘마더세이프 프로그램’을 만들어 운영하였다. 이를 통해 임신 초기에 노출된 다빈도 약물 등에 대한 데이터베이스 구축 및 연구를 통하여 대국민 정보 제공, 교육 및 홍보를 실시하기로 하였다. 모성·영유아의 건강관리를 강화하기 위하여 임신부에게 임신 5개월부터 분만 전까지 철분제를 지원하고, 만 6세 미만 영유아에게 총 6회에 걸쳐 건강검진서비스를 제공하였다.

임신 및 출산 지원과 함께 모성과 영유아 건강관리를 체계화하는 방안으로 각 지역의 보건소에서 임신, 출산, 산후조리, 모유수유 및 산후우울증에 대한 교육을 하여 왔고, 이러한 교육 내용과 시스템이 정착되었다. 임신부에 대한 철분제 및 엽산 공급은 임신 중에 가장 흔히

나타날 수 있는 임신부 빈혈 예방과 태아의 선천성신경관결손 등 기형아 예방에 많은 도움을 주고 있다. 가임여성이 엽산을 임신 3개월 전부터 복용하는 것은 바람직하다. 그러나 엽산 부족이 태아에게 기형을 초래할 수 있다는 지식이 부족하였다. 이는 임신이 계획적으로 이루어지지 않거나 임신 전에 산부인과 병원을 방문하여 상담 후에 계획 임신하는 비율이 저조함을 간접적으로 보여 준다. 이에 계획임신을 할 수 있도록 결혼하는 부부에게 임신 전 상담 및 건강검진을 받을 수 있는 바우처를 제공하는 제도를 고려해야 한다.

지난 10년간 인터넷이 활성화되면서 임신출산육아종합포털 ‘아가사랑’(www.agasarang.org)과 임신 중 약물 복용 위험요소 관련 전문상담센터인 ‘마더세이프’(www.mothersafe.or.kr) 등 정부 위탁 전문정보 상담사업이 활성화되어 정확한 지식과 정보를 공유할 수 있는 기틀이 마련되었다. 임신부들이 정보를 습득하는 매개체로 인터넷에 대한 의존도가 44.1%로 매우 높고, 병·의원 상담을 통한 사례는 17.2%에 불과하다. 그러나 인터넷은 개인적인 ‘공감’의 정서가 중요하게 작용하여 타당성이 있는 정확한 정보를 고를 수 있는 판단을 흐리게 하는 문제가 발생하여 임신 및 출산에 대한 그릇된 불안감을 높이는 요인으로 작용할 수 있는 단점이 있다.¹⁶²

정부부처와 지방자치단체의 업무 분리, 보건소와 의료기관의 별도 지원, 저소득층 중심의 지원 등으로 인하여 효율성 측면에서 한계가 있다. 이와 관련해서 의료 지원을 쉽게 받을 수 있도록 일원화하고, 소득에 관계없이 개인과 국가가 공동으로 책임지는 지원체계를 구축할 필요가 있다. 모자보건 분야에서 의료 지원은 아직 임신 시기부터 시작된다. 임신을 계획하는 시기부터 임신과 연관이 있음을 인지하여 신혼기부터 임신을 위한 지원을 시작하는 정책이 필요하다.

¹⁶² 이상람·박지연·안이수 외(2013). 『임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안』. 한국보건사회연구원.

〈표 4-8〉 생애주기별 모자보건 지원 프로그램

임 신 기	영 유 아 기	학동·청소년기	가 임 기	장 년 기
- 임신부 건강관리 프로그램 ◦ 모자보건수첩을 활용한 임신·영유아기 연계관리 ◦ 임신부 및 고위험자 추구관리 - 모자보건 교육자료·정보센터 ◦ 기형아 출산 예방상담, 유전 상담자료 등 ◦ 청소년 및 장년기 여성 건강교육 홍보자료 등 - 모유 수유 지도 및 캠페인	- 미숙아 및 선천성 이상아 추구관리			
	- 영유아 성장발달 프로그램 ◦ 영유아 성장발달 스크리닝 ◦ 신체적, 정신적 장애아동 등록 관리 및 자조그룹 지원서비스			
	-18개월아·3세아 건강진단			
	- 편식교정·비만아동 상담지도			
	- 취학전 아동검진 (시력·청력검진 등)			
	- 보육시설 아동 건강가꾸기 ◦ 고위험아동 건강 및 영양모니터링			
	- 학교검진 고위험 아동 추구관리			
	- 청소년 생식보건관리 ◦ 청소년 성교육 및 상담사업 ◦ 성건강 위해 환경관리 ◦ 성병·AIDS 고위험자 관리			
			- 가족계획 상담 및 원치 않는 임신예방 지도 - 건강한 신혼가정 가꾸기	
				- 장년기 여성 건강 관리 ◦ 유방암 자가진단 교육 및 검진 ◦ 폐경기 정신건강 상담 및 지도

자료: 김소윤·이유리·허현희 외(2014). 『취약지역 모성건강 현황 및 모성보호 강화방안』. 여성가족부.

산전검사 지원

임신·출산 관련 급여를 지속적으로 확대하였으나 임신 중 산전검사 비용에 대한 지원이 미흡하여 자녀 출산 가구에 경제적 부담이 되었다. 임신부터 출산까지 산전 검사, 분만 등에 지출되는 평균 의료비는 185만 원이며, 이 중 50~70%를 산모가 부담하는 것으로 추산되었다.¹⁶³ 분만 비용 중 자연분만은 본인부담금이 면제되고, 제왕절개 수술 시 20%가 본인부담이었다. 분만 시 상급병실을 사용하려면 그 비용은 전액 본인 부담이었다. 산전진찰 비용 약 70만 원 중 초음파 등의 검사비용은 비급여항목으로 전액 임신부가 부담하였다.

따라서 제1차 저출산·고령사회기본계획에서는 초음파 검사 등 임신기간 중 산전진찰에 필요한 검사 비용 부담을 덜어 주기 위해 1인당 20만 원을 건강보험재정에서 전자바우처 형태로 제공하여 산전진찰 비용으로 결제토록 하였다. 제2차 저출산·고령사회기본계획에서도 임신·출산의 경제적 부담을 줄여 주기 위하여 진료비를 2010년 30만 원에서 2012년 50만 원으로 매년 10만 원씩 인상하였다.

임산부 출산 진료비 지원사업으로 실시하고 있는 고운맘카드는 산전관리를 받을 때 직접 도움을 주고 있다. 다만, 태아초음파 검사 등 비급여 검사비용에 대한 임산부의 부담이 남아 있다. 태아초음파 검사에 대한 검사 시기와 방법이 의학적인 목적과 임산부의 태아에 대한 건강진단 목적에 차이가 있어 이에 대한 보완책이 필요하다.

고위험 임신부 지원

그동안 모든 임산부를 대상으로 고운맘카드 지원비용을 지속적으로 늘려 왔으나, 실제 의료비가 많이 소요되는 고위험 임신부는 비용 대부분을 자신이 부담하였다. 2014년 총 분만건수 약 42만 건 중 입원진료는 약 9만 4,000명(22.3%)이며, 이 중 35세 이상 임신부는 약 2만 4,000명(25.9%), 35세 미만 고위험 임신부는 약 4만 3,000명(45.6%)으로 나타났다. 인구보건복지협회가 지속적으로 시행한 고위험 임신부 지원사업의 결과, 2013년에 산전관리부터 분만까지 고위험 임신부가 부담한 평균 의료비(비급여 포함)는 375만 원으로, 일반 산모들이

¹⁶³ 김경하·강임옥·이정석 외(2007). 『임출산 관련 의료이용행태 및 비용 분석』, 국민건강보험공단.

지출한 평균 205만 원 더 지출한 것으로 나타났다. 이에 따라 2015년 7월부터 고위험 임신부가 입원하면 건강보험 법정 본인부담금을 20%에서 10%로 완화하여 적용하였다.¹⁶⁴

한편, 상급병실료, 선택진료비, 유산방지제 등 건강보험이 적용되지 않는 비급여 본인부담금으로 평균 약 167만 원을 직접 부담한다는 점을 고려하여, 고위험 임신부 의료비 지원사업을 추가로 실시하였다. 지원대상자는 임신 20주 이후 3대 고위험 임신질환으로 진단받고 입원치료를 받은 임신부로서, 전국가구 월평균소득 150% 이하(건강보험료 본인부담금 활용) 가구원이면서 2015년 4월 1일부터 9월 30일까지 기간 내에 분만하고, 임신질환별 지원기간, 질병코드 또는 수술명, 필수 진료내역의 세부 지원기준을 충족하는 자이다. 지원규모는 일반적인 임신출산의 의료비 부담수준(평균 50만 원)과 고위험 임신부의 법정 본인부담금 완화(2015년 7월부터 20%에서 10%로 감소)를 고려하였다. 즉, 고위험 임신부가 입원치료비로 부담한 비급여 본인부담금 중에서 일반 임신부가 부담하는 평균수준(질식분만기준 50만 원)을 초과하는 금액의 90%(본인부담 10% 적용)로 1인당 지원 한도는 300만 원이다.

새로운 고위험 임신부 지원사업 시행으로 약 60억 원의 건강보험 재정이 소요되었으며, 35세 이상 임신부와 35세 미만 임신부 중 고혈압, 당뇨, 조기진통 등으로 입원한 임신부를 포함 약 6만 7,000명이 입원비 법정 본인부담금 경감의 혜택을 받았다. 그러나 전국가구 월평균 소득 150% 이하 가구와 3대 고위험 임신질환에 한하여 300만 원 한도 내에서 지원하는 사업은 지원 대상 선정의 복잡성, 치료비용 제출 곤란, 지원 대상에 포함되지 않는 임신부에 대한 형평성 등의 문제점을 나타내고 있다. 게다가 임신 중 동반된 합병증은 3대 고위험 임신질환 외에도 다양하며, 진료비용 차이도 합병증에 따라 편차가 클 뿐 아니라, 합병증 동반을 예측하기 어려운 특징이 있다. 따라서 정부는 모든 임신부가 임신 중 합병증이 발생하였을 때 건강보험재정으로 지원하여야 함은 물론이고, 의학적으로 타당성이 있는 비급여 치료는 건강보험급여제도에 포함할 것을 고려할 필요가 있다. 현실적으로 고위험 임신부 지원사업의 예산 60억 원은 4대 중증질환 보장성 강화(2013~2017)를 위한 예산(13.5조원)¹⁶⁵에 비하면 너무 적다.

¹⁶⁴ 보건복지부(2015. 6. 30.). 보도자료: 7.1일부터 고위험 임신부의 입원진료비 부담이 줄어듭니다.

¹⁶⁵ 김윤(2014). 4대 중증질환 보장성강화정책의 평가. 『J Korean Med Assoc』, 57, pp.198-203.

영유아 건강검진 지원

정부는 만 6세 미만 영유아에게 총 6회에 걸쳐 건강검진 서비스를 제공하기로 하였다. 현재에는 만 6세 미만 모든 영유아는 검진기관으로 지정된 병·의원 및 보건기관에서 건강검진 7회와 구강검진 3회를 받을 수 있다. 검진결과 발달장애가 의심되는 의료급여 수급권자 및 건강보험료 하위 30% 이하인 부모의 피부양자인 영유아에게는 발달장애를 정밀하게 진단 받을 수 있도록 진료비를 지원하고 있다. 검진항목 및 주요 선별 목표 질환은 성장 이상, 발달 이상, 비만, 안전사고, 영아급사증후군, 청각이상, 시각이상, 치아 우식증이다. 영유아의 각 월령에 특화된 문진(시각 및 청각 문진 포함)과 진찰 및 신체계측을 공통적으로 실시하고, 2~3종의 건강교육과 발달평가 및 상담을 실시하고 있다. 검진주기는 4개월, 9개월, 18개월, 30개월, 42개월, 54개월, 66개월 등으로 연단위로 실시되는 성인 검진과 달리 성장과 발달이 급격하게 이루어지는 영유아 검진의 특성을 고려하여 월령별 검진 시기 및 검진 가능 기간이 산정되었다.

〈표 4-9〉 영유아 건강검진 시기 및 항목

검진시기			항목
4개월	건강검진	생후 4~6개월	문진 및 진찰, 신체계측, 건강교육
9개월	건강검진	생후 9~12개월	문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육
18개월	건강검진	생후 18~24개월	문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육
	구강검진	생후 18~29개월	구강문진 및 진찰, 구강보건교육
30개월	건강검진	생후 30~36개월	문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육
42개월	건강검진	생후 42~48개월	문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육
	구강검진	생후 42~53개월	구강문진 및 진찰, 구강보건교육
54개월	건강검진	생후 54~60개월	문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육
	구강검진	생후 54~65개월	구강문진 및 진찰, 구강보건교육
66개월	건강검진	생후 66~71개월	문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육

자료: 국민건강보험공단 홈페이지(<http://hi.nhic.or.kr/aa/ggpaa001/ggpaa001m04.do>)에서 2015년 4월 8일 인출

2012년 영유아 건강검진 수검률은 55.4%로 성인 건강검진 수검률 72.9%에 비하여 낮았다.¹⁶⁶ 영아의 수검률이 낮은 이유는 검진이 형식적이고 불편하다는 인식이 강하기 때문이었다. 이를 개선하기 위하여 지속적으로 교육이 필요하다. 궁극적으로는 소아과에서 발표한 어린이·청소년 성장발달 선별검사 항목¹⁶⁷을 참고하여 개선할 필요가 있다.

〈표 4-10〉 서울시 어린이·청소년 성장 발달 선별 검사 항목

검사명	권장 검사시기	추천 검사방법
신생아 검진	출생 후 일주일 이내	신장, 체중, 두위 측정, 선천성기형유무 확인
선천성대사이상 검사		혈액검사
신생아 청력선별검사		자동화청성뇌간유발전위검사(AABR) 또는 자동화이음향 방사검사(AOAEs), 청력검사 문진표Ⅱ
어린이 청력검사	2세, 5세, 10세	청력검사 문진표 I,Ⅱ 언어청력검사 문진표에서 이상 시 청력검사
외안부 검사 눈 검사 문진표	출생 후 일주일 이내, 6~12개월, 3세 이후 매년 1회	외안부 검사: 시진, 손전등검사(출생 후 일주일 이내) 눈 검사 문진표: 해당 전 연령 배부
시력측정	2세 이후 매년 1회	3세 이후: 시력표를 사용하여 측정
구강검진	6개월, 1세, 8개월~2세, 3세 이후 매년 1회	구강검진 및 구강보건문진(예진표 사용)
신장, 체중, 두위, 비만도 측정	1개월, 2개월, 4개월, 6개월, 9개월, 12개월, 18개월, 2세 이후 매년 1회	한국 소아 발육곡선에 표시, 비만아동의 경우 혈당 검사(예방접종이나 정기건강검진 시 함께 받도록 권 고)
빈혈(Hgb/Htc) 검사	12개월(단, 의사가 필요하다고 판단한 경우), 13세 이후 매년 1회(여성)	혈액검사
혈압 측정	취학 전 1회	혈압기로 측정
남아 외성기 검진	1세, 13세	1세: 음낭수종, 정류고환, 요도하열 등 신체검진 13세: 정계정맥류
영유아 발달평가	4~6개월, 7~12개월, 18개월~2세, 3세, 4세, 5세	1차 PDQ(보호작용) 한국형 영유아 발달검사, 한국형 Denver II ※1차 진료의에 의한 정기 진료와 연계하여 실시

¹⁶⁶ 국민건강보험공단(2013). 『2012년 건강검진통계연보』. 동 기관.

¹⁶⁷ 은백린·문진수·은소희 외(2010). 현행 영유아 및 소아청소년 건강검진제도의 평가 및 대안. 『Korean Journal of Pediatrics』, 53(3), pp.300-306.

검사명	권장 검사시기	추천 검사방법
영유아 언어발달 평가	2세-2세 6개월	영유아 언어발달 선별검사(SELSE)-보호자용
정서 및 행동문제 선별검사	6세, 9세, 12세, 15세	한국판 아동행동평가척도(청소년용: 15세)
소아우울증 선별검사	9세, 12세, 15세, 18세	CDI(Children's Depression Inventory)-아동용 BDI(Beck Depression Inventory)-청소년용
자폐증 선별검사	18개월, 3세, 5세	18개월: CHAT 3~5세: 자폐행동 체크리스트
주의력결핍 과잉행동장애 (ADHD) 선별검사	6세, 9세, 12세	단축형 Conners 평가척도 또는 ADHD Rating Scale-IV(14항목)-부모용, 교사용
내반족, 외반족 검사 영유아 발달성 고관절 탈구검사	2개월, 6개월	신체검진
특발성 척추측만증 검사	11-13세	측만증 각도기를 이용한 등심대 검사 후 척추 X선 촬영

자료: 은백린·문진수·은소희 외(2010), 현행 영유아 및 소아청소년 건강검진제도의 평가 및 대안, 『Korean Journal of Pediatrics』, 53(3), pp.303.

선천성 대사이상 검사

1991년부터 정부는 신생아를 대상으로 한국인에게서 발생빈도가 높은 6종 검사(페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 갈락토스혈증, 선천성부신과형성증)를 무료로 실시하였다. 또한 환아에 대한 의료 지원을 하고 있었다(페닐케톤뇨증 환아 특수조제분유 지원, 갑상선 기능 저하증 환아 의료비 지원). 선천성 대사이상 검사 수진 비율은 2006년 95.8%로 나타났으나, 나머지 1.3%는 검사를 받지 못하였으며, 2.9%는 검사에 대해 잘 모르고 있었다.¹⁶⁸ 정부는 신생아 장애 예방을 위한 선천성 대사이상 선별검사 종목을 6종에서 2008년에는 43종으로 확대할 예정이었다. 제2차 저출산·고령사회기본계획에서도 선천성 대사이상 검사 항목을 확대하는 방안을 마련하기로 하였다.

선천성 대사이상 질환은 초기에 진단하여 치료를 시작하면 정상적으로 성장할 수 있으나 치료시기를 놓치면 심각한 후유증을 초래한다. 그러므로 미국처럼 모든 신생아는 의무적으로 선천성 대사이상 검사를 받도록 하여야 한다. 외국에서는 43가지 대사질환을 진단할 수

¹⁶⁸ 김승관·조애자·김유경 외(2006), 『2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사』, 한국보건사회연구원.

있는 탠덤매스 선별검사를 이미 의무적으로 시행하고 있다.

우리나라에서 약 80%의 신생아 부모들이 8~12만 원의 비용을 자비로 부담하여 탠덤매스 검사를 하고 있다. 탠덤매스 검사에 대한 경제성 평가는 이미 외국에서 입증되었다. 우리나라는 서울시 성동구에서 2007년부터 자체 예산으로 탠덤 검사를 모든 신생아에게 시행하고 있다.¹⁶⁹ 정부에서는 중장기 보장 계획으로 2018년부터 탠덤매스 검사가 건강보험 적용을 받을 수 있도록 추진하겠다고 발표하였으나,¹⁷⁰ 그 시기를 앞당기고 현재 선천성 대사이상 검사 6종과 같이 국가에서 지원하는 방안을 고려할 필요가 있다.

신생아 청력 검사

신생아기에 청력 검사를 받은 비율에 대한 자료는 없으나 2005년 자료에 영유아 수검률이 56.8%이었다.¹⁷¹ 신생아 청력 검사는 기초생활보장 또는 의료급여 수급권자와 최저생계비 200% 이하 저소득층에 한해 국가 지원으로 무료로 받을 수 있다. 신생아 청각 선별검사 중 AOAE(Automated Otoacoustic Emissions, 자동이음향방사검사)가 1만 원, AABR(automated auditory brainstem response, 자동청성뇌간반응검사)이 2만 7,000원이다. 1회 검사로 선별한 후에 재검이 필요하다고 판정되면 난청 확진 검사를 받게 된다.

청각 발달은 정상적인 언어 및 인지 발달에 중요한 영향을 미친다. 출생 시 청각에 대한 말초기관은 충분히 그 기능을 갖추고 태어나지만, 신경전달로는 아직 발달이 완전하지 않은 상태에서 외부로부터 소리 자극이 주어질 때 신경전달로 내의 시냅스와 연결이 활발히 이루어지면서 성숙한다. 출생 후 소리 자극을 충분히 받지 못하면 청각 신경전달로의 발달에 지장이 초래되면서 성장 후의 청각 재활에도 상당한 제한이 따른다. 일반적으로 난청이 발견되는 시기는 난청으로 인해 언어 발달이나 사회성 발달의 지체가 인지되는 생후 30개월 전후이므로, 신생아 청각선별검사를 시행하지 않는다면 조기 재활의 기회를 잃어버리게 된다.¹⁷² 신

¹⁶⁹ 시정일보(2010. 9. 28.). 성동구, 신생아 탠덤매스 검사 무료실시. 시정일보.

¹⁷⁰ 이덕용·남정호(2015. 9. 14.). 이동환 교수 “탠덤 매스 선별 검사, 2018년 건강보험 적용”. 월간 메디칼리뷰.

¹⁷¹ 황나미(2008). 건강한 생의 출발을 위한 모성 및 영유아 건강증진정책 방향. 『보건복지포럼』 7월호.

¹⁷² 신손문(2010). 『신생아 청각선별검사 지침』. 대한소아과학회.

생아기 청력검사를 통해 적절한 시기에 치료를 받음으로써 건강하게 성장하도록 하는 노력은 국가의 중요한 책무이다. 이에 따라 신생아에 대한 난청 조기진단으로 언어발달장애 예방 시범사업을 2007년에 실시 후 연차적으로 확대하였다.

신생아의 선천성 난청 유병률은 신생아 1,000명당 0.9~5.9명이며, 양측 선천성 고도난청은 신생아 1,000명당 1~2명에서 발생한다. 선천성 난청 유병률은 선천성 대사이상 질환의 유병률보다 매우 높다. 난청 위험요인이 있거나 신생아 중환자실에 입원하였던 신생아의 난청 유병률은 정상 신생아보다 약 10배 정도가 높은 2~5%이다. 신생아 청각 선별검사는 초기에는 난청 위험요소를 가진 난청 고위험군에서만 시행되었다. 그러나 난청을 진단받은 영유아 중 난청 위험요소를 가진 경우는 약 50%에 불과하며, 나머지 50%는 위험요소가 없는 영유아에게서 발생하였다는 사실이 밝혀지면서 현재 대부분의 선진국에서는 모든 신생아를 대상으로 신생아 청각 선별검사를 실시하고 있다.¹⁷³

미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원

정부는 제1차 저출산·고령사회기본계획 하에서 미숙아 및 선천성 이상아 출생 시 의료비 지원 대상을 도시근로자 월평균소득의 130% 미만 계층까지 확대하였다. 미숙아에 대한 지원은 출생 시 임신 주수에 따라 지원수준을 300만~700만 원으로 인상하였다. 선천성 이상아에 대한 의료비 지원은 2005년 200만 원에서 2006년 300만 원으로 인상하였다. 셋째아 이상 출생아가 미숙아이거나 선천성 이상아이면 소득수준에 관계없이 의료비를 지원하기로 하였다.

제2차 저출산·고령사회기본계획에서는 미숙아 및 선천성 이상아를 위하여 전국 가구 월평균 소득의 150% 이하인 가구를 대상으로 지원하였다. 미숙아는 출생 시 2.5kg 미만이거나 2.5kg 이상이지만 재태기간 37주 미만인 신생아로서 출생 후 24시간 이내 긴급한 수술 및 치료가 필요하여 신생아 중환자실에 입원한 경우에 한정하고 있다. 선천성 이상아는 출생 후 28일 이내에 질병코드 Q로 시작하는 선천성 이상아로 진단받은 환아로서 출생 후 6개월 이내에 수술을 위해 발생한 치료비에 대해 1회 입원진료비에 한정하여 지원하였다. 셋째아 이

¹⁷³ 신손문(2010). 전계서.

상 출생아가 미숙아이거나 선천성 이상아이면 소득수준에 관계없이 의료비를 지원(첫째아 이후 출생한 쌍둥이 및 삼태아 이상은 모두 셋째아로 인정)하였다.

〈표 4-11〉 출생 시 체중별 미숙아 관련 지원 금액

구분	2,499~2,000g 임신 37주 미만 선천성 이상아	1,999~1,500g	1,500g 미만
1인당 최고지원금액	500만 원	700만 원	1,000만 원

자료: 보건복지부 마음더하기 정책포털(<http://momplus.mw.go.kr>)에서 2015년 4월 8일 인출.

산모가 임신 중에 상당기간 조기진통으로 입원치료를 받던 중 조기진통이 멈추지 않아 불가피하게 미숙아를 출산하면 소득기준으로 치료비를 지원하기보다 신생아중환자실에 입원하는 모든 미숙아에 대해 국가에서 치료비를 지원할 필요가 있다. 선천성 기형아 치료비 역시 국가에서 부담하는 것이 바람직하다. 최근 임신 중 태아 초음파 검사 및 영상의 발달로 태아 기형의 80%가 임신 중에 발견된다. 출생 후 수술로 교정이 가능하고, 수술 후에는 정상적인 삶을 살 수 있는 태아 기형마저도 출산을 포기하고 임신을 종결하려는 임신부가 많다. 이러한 관행을 개선하기 위하여 국가는 기형 태아의 출산 후에 적절한 교정이 이루어질 때까지 치료비를 소득수준, 입원 또는 수술 횟수 등에 관계없이 지원하는 것이 바람직하다.

2005년 12월부터 육아 비용 부담 경감을 위하여 6세 미만 아동이 입원하면 건강보험 본인 부담금을 면제해 주고 있다. 2004년도 0~4세 어린이의 건강보험 진료비 중 본인 부담금은 외래진료비가 입원진료비보다 4.8배 더 많았다. 이에 영유아의 외래 진료 시 본인 부담금도 면제해 주는 방안을 고려할 필요가 있다.¹⁷⁴ 다만, 외래 진료비에 대한 본인 부담금을 면제하면 과잉 진료 가능성이 있으므로 이에 대한 제도적 뒷받침이 이루어진 후에 실시하도록 한다.

¹⁷⁴ 박정환(2006). 정부의 제1차 저출산·고령사회 기본계획과 모자보건학회의 참여방안. 『한국보자보건학회 학술대회연제집』, 2006년 11월, pp.17-32.

고위험 신생아 집중관리체계

2008년 5월에는 고위험 신생아 집중관리체계를 구축하기 위해 「모자보건법」을 개정하여 고위험 신생아 집중관리체계 구축을 위한 법적 근거를 마련하였다. 이에 근거하여 지방 국립 대 병원을 광역단위 신생아 집중치료센터로 육성하여 지역적 불균형을 해소하고 부족한 집중 치료실을 확충하고자 계획하였다.

고위험 신생아를 진료하는 신생아집중치료실(NICU)의 시설은 미국 기준을 적용하면 공급률이 61.7%에 불과하였다. 신생아 중환자의 이송체계도 구축되어 있지 않은 실정이었다. 즉, 의료비 지원만으로 고위험 출생아의 사망과 장애를 예방하는 데 한계가 있었다. 고위험 신생아에게 필요한 장비가 구비된 구급차 등이 극히 드물어 이송 및 의뢰 과정에서 고위험 상태를 더욱 악화시키고 사망과 유병률을 증가시키는 요인이 되고 있다.

국가 필수 예방접종사업 지원

국가 필수 예방접종을 보건소에서 무상으로 지원하였으나 2005년 예방접종률은 70~80%로 적정 예방접종률 95% 이상에 못 미치고 있었다. 이에 따라 보건소를 이용해 취약계층 예방접종을 확대하는 동시에 민간 의료기관에서 예방접종을 받는 비용을 지원하였다. 만 12세 이하 아동에 대한 민간시설 접종비 지원 수준을 30%에서 단계적으로 확대하였다. 2009년 3월부터는 보건소의 무료접종사업에 추가하여 민간 의료기관에서도 필수 예방접종(11종 전염병, 8종 백신)에 대하여 접종 비용의 30%를 지원하는 ‘필수 예방접종 비용 국가 부담사업’을 시행하였다.

만 12세 이하의 모든 어린이는 2014년 1월 1일부터 지정 의료기관에서 받은 무료접종 대상 백신 접종비 전액을 지원받을 수 있게 되었다. 무료접종 대상 백신(14종)은 BCG(피내용), B형간염, DTaP(디프테리아·파상풍·백일해), IPV(폴리오), DTaP -IPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오), MMR(홍역·유행성 이하선염·풍진), 수두, 일본뇌염(사백신), 일본뇌염(생백신), Td(파상풍·디프테리아), Tdap(파상풍·디프테리아·백일해), Hib(b형 헤모필루스 인플루엔자), 폐렴구균, A형간염이다. 현재 국가 지원 대상 백신에 포함되지 않은 예방접종은 결핵

(경피용), 로타바이러스, 인유두종바이러스(HPV) 등으로 전액 본인 부담이었다. 예방 접종 항목도 지속적으로 추가되었으며, 소아 A형간염 예방접종이 2015년 5월부터 추가되었다. 2009년부터 민간위탁기관에서도 예방접종을 할 수 있게 됨에 따라 예방접종의 편의성이 향상되었다. 한편, 신생아기에 산모들이 산후조리원을 많이 이용함에 따라 로타바이러스 감염이 유행하면 집단 감염의 우려가 남아 있어, 로타바이러스 예방접종도 국가 예방접종 지원사업에 포함시킬 필요가 있다.

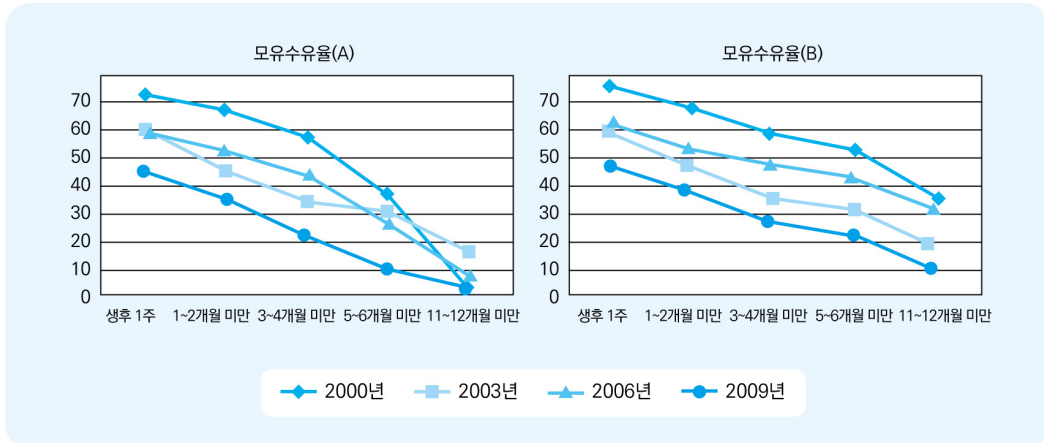
모유수유

모유수유는 영유아의 건강뿐만 아니라 성인의 건강에까지 영향을 주기 때문에 WHO(세계보건기구)를 비롯한 여러 국가에서는 생후 6개월까지 모유수유를 영아 영양의 기본으로 권장하고, 12~24개월까지 모유수유를 지속하면서 적절하고 안전한 보충식을 먹이도록 권장하고 있다. 이에 따라 선진국 모유수유율은 50% 전후로 높고, 세계보건기구에서는 80% 이상을 권장하고 있다.

그러나 우리나라는 생후 1년간 모유수유율이 외국에 비해 낮아 영유아와 산모의 평생 건강에 부정적인 영향을 주고 있었다. 이에 정부는 모유수유율을 높이기 위해 민간단체, 의료기관, 산후조리원 등과 연계하여 캠페인을 전개하기로 하였다. 직장·공공시설에 모유수유실 및 착유실 설치를 지원하고, 출산 후 30분~1시간 내에 첫 수유를 시작하도록 하며, 산부인과 모자동실을 확대하고, 보건소의 모유수유 클리닉 운영을 지원하였다. 모유수유를 확대하기 위해 모유은행 설립을 검토하기로 하였다. 이러한 노력의 결과로 모유수유율은 1970년대 90.0% 정도에서 1982년 68.9%, 1985년 59.0%, 1988년 48.1%, 1994년 11.4%, 1997년 14.1% 등으로 지속적으로 감소하는 추세를 보였다가 2000년 이후 상승하였다.

[그림 4-6] 출생아 월령별 모유수유율 추이

(단위: %)



주: 1) 모유수유율(A)은 주로 모유만 먹인 경우이며, 모유수유율(B)은 모유수유와 보충식을 같이 먹인 경우를 합한 모유수유율로 산출함.

2) 2003년에는 모유+이유식에 대한 항목은 조사되지 않고 모유수유에 포함되어 조사됨.

자료: 김혜련(2011). 국내외 모유수유 추이와 모유수유 증진을 위한 정책방향. 『보건복지 Issue & Focus』, 제86호.

‘2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사’ 결과에 따르면 교육수준이 높고, 소득수준이 높은 여성에서 여전히 모유수유율이 낮다. 특히 여성의 경제활동 증가에 반하여 직장에서의 여건이 미비하여 취업여성의 모유수유율이 낮다. 이는 모유수유 실천을 위한 지지환경의 부족과 함께 모유수유의 중요성에 대한 인식이 여전히 부족하기 때문으로 보인다. 이와 관련해서 모유수유 지지를 위한 법령 신설, 직장의 모유수유 지지 환경 조성,¹⁷⁵ 모유수유를 위한 보건의료기관과 보건의료 전문인력 양성, 모유수유를 지원하는 영아 탁아시설 확대, 모유수유 대체식품(분유 등)에 대한 마케팅 규제 등을 추가할 필요가 있다.

¹⁷⁵ 2007년 5월 미국의 38개 주에서는 모유수유 증진을 위한 법 규정을 두고 있으며, 2009년 6월 하원에서 「모유수유 증진법(Breast Feeding Promotion Act)」을 상정하였다. 그 내용은 직장에서의 모유수유하는 여성이 차별을 받거나 해고당하는 것을 보호하고, 직장에서 독립적인 모유수유 공간과 시간을 확보하고, 모유수유 기구 설치와 상담 서비스를 제공하는 기업에 세금공제 혜택을 부여하고, 안전하고 효과적인 유즙기(breast pump) 사용 지침을 만들고, 모유수유 장비 구입과 상담 서비스에 대한 세금공제 혜택을 제공한다. 우리나라에서는 이러한 법령이 없다. 2010년 6월부터 「교통약자의 이동편의 증진법」 개정에 따라 지하철역에 모유수유시설의 설치가 의무화된 것이 그 시작이나, 이 법령도 모유수유 증진을 위한 목적이라기보다 수유부가 교통약자로 분류되어 그 목적이 퇴색하였다.

모유수유에 또 다른 걸림돌은 우리나라 의료 관행과 산후조리원에서의 부적절한 신생아 관리에 있다. 의료기관에서는 출산 후 산모를 쉬게 하고 의료인력의 효율적 관리를 위해 신생아실을 별도 공간으로 만들어 정상 신생아들을 집단적으로 수용하고 있다. 이에 따라 출생 직후부터 신생아는 모유수유를 하기 어려운 환경에 접하게 되고, 모유 대체 식품에 접할 가능성이 높아져 모유수유율을 떨어뜨린다. 산후조리원에서도 신생아를 일괄 관리하는 사례가 많아 신생아로 하여금 모유 대체 식품에 접할 기회가 증가하여 혼합수유를 하거나 모유가 감소하여 모유수유를 어렵게 만든다. 이와 같은 관행을 없애기 위해 의료기관 및 산후조리원에서 모자동실을 사용하고, 모유수유를 지속적으로 할 수 있는 제도를 만들 필요가 있다.

난임부부 지원

만혼, 고령임신, 스트레스 등으로 가임기 여성의 불임이 증가하고 있다. 불임부부는 유배우 가임기(15~44세) 여성 중 13.5%를 차지하였다.¹⁷⁶ 불임진단을 받은 여성은 2002년에 9만 6,000명에서 2004년에는 13만 명으로 증가하였다.¹⁷⁷ 불임치료를 희망하는 부부에게 인공수정, 시험관 아기 시술, 남성 불임 치료 등을 위한 비용은 경제적으로 부담이 되었다. 불임 진단 후 26.6%가 비용 부담으로 치료를 포기하였고, 83.2%가 심각한 경제적 부담을 호소하였다.¹⁷⁸ 그러나 불임치료인 보조생식술 등 시술에 대한 국가적인 지원은 없었으며, 건강보험도 불임 진단에만 제한적으로 적용되었다. 실제로 시험관 아기 시술 1회 평균비용은 300만 원이 소요되었다.

이에 정부는 2006년부터 전국가구 월평균소득 150% 이하의 난임부부(여성 나이 만 44세 이하)를 대상으로 체외수정 시술비 그리고 2010년부터는 인공수정 시술비를 지원하는 ‘난임부부 지원사업’을 실시하였다. 체외수정시술비는 2010년 기준으로 평균 시술비 300만 원의

¹⁷⁶ 황나미(2003). 『우리나라 불임 및 불임 관련 의료이용실태와 문제해결을 위한 연구』. 한국보건사회연구원·건강증진기금사업지원단.

¹⁷⁷ 보건복지부(2006b). 2006년도 불임부부지원사업안내. 동 기관.

¹⁷⁸ 황나미(2003). 상계서.

50% 이내에서 3회까지 지원하였다. 인공수정 시술비는 2010년부터 50만 원 범위 내에서 3회에 한하여 지원하였다. 2010년부터 맞벌이 난임부부의 경우 낮은 배우자 소득을 50%만 합산하여 소득기준을 산정하였다. 제2차 저출산·고령사회기본계획에서도 난임부부를 위하여 체외수정 시술비 지원액을 150만 원에서 단계적으로 확대하였다.

2013년 기준으로 난임으로 진단된 대상자 수는 약 20만 명(여성 14만 7,000명, 남성 4만 3,000명)으로 매년 이 규모의 대상이 새롭게 난임 진단을 받고 있다. 난임 치료인 보조생식술은 비급여 의료행위로서 치료 규모는 전혀 파악하지 못하고 있다. 정부의 보조생식 시술비 지원 대상자의 약 70%가 임신에 성공하지 못해 난임부부 수가 계속 증가하고 있는 실정이다.¹⁷⁹ 현재 난임 진료 비용은 난임 원인 진단검사 또는 일부 임신 촉진 목적의 배란촉진제 사용 등에만 보험급여화가 되어 있을 뿐 인공수정과 체외수정 시술에 따른 검사, 투약 및 처치는 건강보험 급여 대상에서 제외되어 있다.

〈표 4-12〉 불임부부 지원 방법 및 지원 금액

구분	방법	지원금액	비고
체외수정 시술	<ul style="list-style-type: none"> - 체외수정시술(IVF-ET): 과배란유도, 난자채취, 난자세포질내 직접 주입술(ICSI), 배아보조 부화술(Hatching) - 접합자 난관내 이식(ZIFT): 과배란유도, 난자채취, 세포질내 정자 직접주입술(ICSI) - 생식세포 난관내이식(GIFT) - 동결배아이식 - 배아난관이식(TET) 	<ul style="list-style-type: none"> - 신선 배아 이식 1회당 190만 원 내(기초생활수급자 300만 원), 최대 3회 지원 - 동결 배아 이식 1회당 60만 원 내, 최대 3회 지원(동결배아가 발생하지 않는 경우 신선배아 4회 이식 지원) 	지원결정 통지서 발급일로부터 3개월 내 시술
인공수정 시술	<ul style="list-style-type: none"> - 배란 유도(배란유도제로 경구제·주사제 병합 투여) 후 인공수정 시술 - 자연주기 인공수정 시술 	-1회당 50만 원, 최대 3회 지원 (일반/기초수급자 동일)	

자료: 황나미·채수미·박승미 외(2014), 『2013년도 난임부부 지원사업 결과분석 및 인공수정 급여화 방안』, 한국보건사회연구원.

¹⁷⁹ 황나미·채수미·박승미 외(2014), 『2013년도 난임부부 지원사업 결과분석 및 인공수정 급여화 방안』, 한국보건사회연구원. 이후 불임부부지원 관련 내용은 황나미 외(2014)의 내용을 인용하였다.

2012년 체외수정 시술비 지원건수(총 30,263건) 중 임신율은 32.2%이며, 시술 당 출산율은 26.1%, 임신 후 생존아 출산율은 80.4%이었다.¹⁸⁰ 출생아수는 단태분만이 72.9%, 쌍태분만 26.4%, 삼태분만 0.6%이었다. 여성 연령별로 시술당 생존아 출산율은 30~34세가 32.2%로 가장 높았고, 25~29세 31.8% 순이었으며, 35~39세에서는 24.6%로 급격히 낮아졌다.

2013년 체외수정 시술비 지원건수는 총 3만 1,152건으로 2012년도 대비 2.9%, 2011년도 대비 5.1% 증가하여 지속적으로 증가하였다. 시술 연령은 30~34세가 1만 1,891건(38.2%)으로 가장 많은 지원을 받았으며, 평균연령은 35.7세이었다.¹⁸¹ 체외수정 시술 후 임상적 임신율은 33.5%이었다. 연령별 임신율은 25~29세 연령층이 41.6%로 가장 높았으며, 30~34세 39.9%, 24세 이하 35.3%고, 35세 이후는 34.8% (40~44세 17.3%, 45세 이상 5.8%)로 고령일수록 낮게 나타났다. 1회당 체외수정 시술비 총액은 267만 원이었으며, 본인 부담금이 발생하는 180만 원 이상 비용이 소요된 건수는 79.3%를 차지하였다. 동결배아를 이식한 경우 평균 106만 원이며, 신선배아를 이식한 경우에는 평균 299만 원으로 본인부담금의 차이를 고려하여 2014년부터 동결배아와 신선배아 이식을 구분하여 시술당 각각 60만 원(3회)과 180만 원(4회)을 차등적으로 지원하고 있었다.

2012년에 실시된 인공수정 시술비 지원사업(총 30,223건) 결과, 시술당 임신율은 12.8%이었고, 시술당 출산율은 10.8%, 임신 후 생존아 출산율은 84.4%이었다. 연령별 출산율은 24세 이하 14.2%, 35~39세 12.1%, 30~34세 10.7%, 25~29세 7.4%, 40~44세 6.9% 순이었다. 분만형태는 단태분만 83.5%, 쌍태분만 16.1%, 삼태분만 0.4%이었다. 출생아수는 총 3,820명이었다.

2013년 인공수정 시술비 지원 대상건수는 총 2만 8,593건으로 전년도(총 30,223) 보다 약 5.4%가 감소하였다. 지원 대상 여성의 연령은 30~34세가 전체 시술 건수 중 50.7%를 차지하였으며 20대 연령층은 6.3%이었다. 시술비 지원 부부는 총 1만 8,722쌍으로 평균 1.5회의 시술비를 지원받은 것으로 간주할 수 있다. 총 시술건수(28,593건) 중 3,807건에서 임신이 확인되어 임신율은 13.3%로 2010~2012년도 임신율 11%에 비해 높게 나타났다. 난임 여성의 연령이 20대에 임신성공률이 15.7%로 가장 높았고, 40세 이후에는 6.7%로 급감하였다. 인공

¹⁸⁰ 다태분만의 경우 1명의 생존아가 있으면 생존아 출산 건에 포함한다.

¹⁸¹ 황나미·채수미·박승미 외(2014). 전계서.

수정 시술비 총액은 시술당 평균 57만 원이었으며, 최소 3만 3,210원에서 최대 347만 9,480 원으로 나타났다. 시술비 지원 최대 금액인 50만 원 이상 시술비가 발생되어 본인 부담이 발생한 경우는 전체 시술 건수 중 70.9%에 이르렀으며, 시술비 지원금은 평균 47만 7,000원이었다.

이상의 결과를 볼 때, 저출산대책으로서 난임부부 지원에 대한 개선이 필요하다. 첫째, 체외수정 및 인공수정 시술에 대한 의학적 적응증 개선방안이 필요하다. 난임부부 시술비 지원 사업 도입 이후 다태 출생아수와 그 구성비가 급증한 것으로 파악되었으며, 이는 특히 체외수정 시술에 따른 이식배아수와 무관하지 않다. 다태 임신은 선택적 유산 시행 가능성이 높아 윤리적인 문제가 대두되고, 모성의 건강을 위협하며, 저체중으로 인한 출생아의 건강문제가 지속적으로 초래될 가능성이 높고, 집중치료로 인한 의료비 증가 등이 문제가 된다. 임상적으로 난임 원인 중 25~30%를 차지하는 원인불명 난임이 2013년도 인공수정 시술비 지원 대상자들 중 77.8%로 높게 나타났다. 이는 난임 원인에 대한 검사를 제대로 시행하지 않은 채 시술을 받았을 가능성이 높다. 이에 대해 의학계의 심층적 논의가 필요하며, 적절한 진료 지침을 만들 필요가 있다.

둘째, 인공수정 시술비를 건강보험 급여화하는 방안을 강구할 필요가 있다. 시술유형 간 발생 의료비의 차이가 비교적 적은 시술자체의 행위에 대해서는 일정금액을 책정, 적용하고, 현 보험수가가 책정된 약제 및 주사제, 치료·재료대에 대해서는 행위별 수가 형식을 채택하여 시술유형에 따른 다양성을 반영하는 방안이 서비스 질 보장 차원에서 합리적이다. 인공수정 시술에 사용되는 약제 및 주사제의 보험수가는 현재 질병의 치료에만 급여되도록 산정된 약제의 수가를 '난임' 처방에도 다른 질환과 동일하게 보험수가를 적용하도록 하는 것이 건강보험의 원칙에 부합한다. 인공수정 시술을 보험급여화하면, 본인 부담이 없었던 33.5%(시술비가 50만 원 이하)의 난임부부의 본인부담금 발생 문제를 해결하기 위해 산정특례를 적용함이 형평성에 맞다. 즉, 건강보험 지불보상체계 내에서 산정특례를 적용하여 본인부담률을 시술비 총액의 5% 혹은 10%를 적용한다. 자연주기를 이용한 인공수정 시술에 대해서는 모성 및 태아의 건강보호를 위해 권장하는 차원에서 본인부담금이 발생되지 않도록 하는 방안도 고려할 수 있다.

셋째, 난임 및 시술 관련 상담 의무화를 위한 제도적 장치를 마련하는 방안을 강구할 필요

가 있다. 보조생식 시술의 임신성공 확률은 체외수정 33.5%, 인공수정 10% 내외에 불과하다. 이에 따라 시술을 받은 여성 중 80% 이상의 여성이 시술 전 심리적 상담 및 치료방법에 대한 설명, 시술 후 임신실패 사유 및 향후 치료방향 등에 대한 상담 등을 요구하고 있다. 이에 체외수정 시술기관에서 난임 및 시술 관련 상담서비스를 의무화하여야 할 것이다. 즉, 보건소에서 난임부부에게 ‘체외수정시술 지원결정통지서’ 지급 시 상담 바우처를 개발·지급하여 시술기관에서 만족스러운 상담을 실시할 경우 시술기관에 제출하도록 의무화하는 제도적 장치를 마련할 필요가 있다. 이에 따라 정부에서는 상담료를 별도 책정하여 바우처당 일정 금액을 보상해 줄 것을 고려할 필요가 있다.

산후 도우미 지원

핵가족화 추세 등으로 산후조리와 신생아 돌보기에 대한 가족 내 지원 여건이 약화되어 산후조리원, 산모도우미 등을 이용하는 산모가 증가하고 있다. 그러나 저소득층은 비용 부담 때문에 산후조리서비스를 충분히 받지 못하고 있다. 이에 기초생활보장수급자에게는 산후조리를 위해 해산급여로 50만 원을 지급하던 것을 차상위계층 산모까지 수급자 범위를 확대하고, 민간기업의 참여를 유도하여 지원을 확대하였다.

2006년부터 정부는 저소득층 출산가정에 산모·신생아 도우미 방문서비스를 제공하여 산모와 신생아에 대한 건강관리를 강화하고 사회적 일자리도 창출하였다. 2008년 7월에는 지원대상을 최저생계비의 130% 소득군에서 전국 가구 평균소득 50% 이하 가구까지 확대하였다. 현실적으로 산모와 신생아에게 도움을 주기 위해 서비스를 강화하였다. 서비스 가격을 현실화하여 제공 인력의 처우를 개선하고 여성인력의 안정적 일자리를 확보하였다.

우리나라의 출산문화는 분만 후 산후조리를 하는 것이다. 과거에는 가족이 산후조리를 도와주었으나 핵가족화로 인해 노인인구의 취업률이 증가하는 등 환경 변화에 따라 전통적인 산후조리 문화가 사라지고 있다. 대신 산후조리원이 등장하여 그 이용이 지속적으로 증가하였다. 국회예산정책처에 따르면 2012년 47만 명의 산모 중 48.7%가 산후조리원을 이용한 것

으로 나타났다. 한국보건사회연구원의 ‘2012년 전국 결혼 및 출산 동향 조사’에 의하면, 20~44세 기혼여성 중 69.7%가 출산지원정책 중 산후 도우미 등의 지원이 가장 필요하다고 응답하였다. 산후조리원의 50% 이상이 수도권에 위치하며, 가격 차이도 크나 대체적으로 비싼 편이다(2주에 평균 약 250만 원).¹⁸² 산후조리원은 질병에 취약한 신생아를 집단적으로 보호함으로써 감염 우려가 높다. 그러므로 공공산후조리원을 운영하거나 또는 산후조리원 이용을 권장하는 것은 신생아 건강관리 차원에서 바람직하지 않다. 대신 산후도우미를 적극적으로 지원하는 방안을 고려할 수 있다.

현재 산모 및 배우자의 건강보험료 본인부담금 합산액이 전국 가구 월평균소득 65% 이하에 해당하는 출산 가정에 한해 지방자치단체별로 산후도우미를 지원하고 있다. 산후도우미 제도가 산후조리원의 단점을 해결할 수 있으나, 인력과 재정 확보가 어렵다는 단점이 있다. 이를 보완하기 위하여, 지속적으로 산후도우미를 양성하고, 산후도우미 서비스를 제공하기 위한 재정을 확보하여 산모와 신생아에게 적절한 개인 서비스를 제공할 수 있는 제도를 검토하여야 한다.

또 다른 방안으로 출산 후 산부인과 입원기간을 2일에서 2주일까지 연장하는 것을 고려할 수 있다. 이 방안의 근거로는 산모와 신생아가 분만과 생후 수일간 전문 의료인의 건강관리를 받을 필요가 있다는 점이다. 실제 건강보험의 낮은 진료수가는 의료기관으로 하여금 조기 퇴원을 조장하고 있다. 2003년에 자연분만 입원일수가 평균 3.12일로 출산 후 병원에 머무는 시간은 대부분 48시간 미만이다. 출산 후 산모와 신생아의 건강상태 확인, 모유수유의 정착, 선천성 대사이상 검사를 위한 최적시간(PKU의 경우 생후 24~48시간)에 채혈 등을 위하여 최소한 출산 후 48시간 이상 병원에 있는 것이 바람직하다. 그러므로 정상 분만 입원진료비를 출산 후 48시간 이상 입원을 보장하도록 조정할 필요가 있다.

¹⁸² 보건복지부(2010. 8. 19.). 보도자료: 산후조리원 2주간 이용비용 최소 64만 원, 최대 1,200만 원.

분만 취약지 지원

과중한 업무 강도와 의료사고 발생 가능성이 높은 산부인과 의 어려움 때문에 군 지역에서는 기존 산부인과 병·의원의 폐업이 증가하였다. 산부인과 전공의 지원이 감소하여 신규 산부인과 전문의 배출이 급격하게 줄어들어 따라 군 지역에서는 산부인과 개업이 전무하였다. 급기야 2008년 9월에는 산부인과가 없는 시군구가 전국 27개 지역에 이르렀다. 이에 따라 경상남도 일부에서는 2008년부터 이동 산전진찰 서비스(찾아가는 산부인과)를 제공하고 있다.

이에 정부는 ‘찾아가는 산부인과’ 사업을 전국적으로 확산하고, 지방자치단체와 공동 분담하여 산전 진찰, 임신부 관리, 유소전자 2차 검진 의뢰 및 분만 즈음에 분만기관과의 연계서비스 제공 등을 실시하기로 하였다. 분만 취약지역에 대한 공공투자 강화를 위해 지방의료원에 산부인과 및 분만실 설치·운영을 위한 시설과 장비비를 지원하고, 농어촌 민간의료기관을 지원할 때 산부인과 분만실 설치·운영을 위한 시설 및 장비비를 우선적으로 지원하는 방안을 추진하기로 하였다. 분만 취약지역 보건소 등에 산부인과 공중보건의를 우선 배치하며, 1339를 통해 분만 가능 의료기관을 안내하고, 야간 응급상황 시 긴급 이송을 할 수 있도록 상시대응시스템을 강화하기로 하였다.

그러나 출생아수가 지속적으로 감소하고, 이로 인해 일부 지역에서는 기존 산부인과 병의원 폐업이 증가하고 개업이 줄어들어 산부인과 진료 인프라가 부족하게 되었다. 이에 따라 취약지역 임신부는 원정 검사 또는 출산을 해야 하고, 응급사태 발생 시 신속한 대처 또는 처치가 곤란하여 모성건강이 위협을 받았다. 분만을 받는 산부인과 병의원의 수가 2004년 1,311개에서 2008년에는 954개로 감소하였고, 분만 취약지역(시군구)은 2001년 21개소에서 2005년 39개소, 2009년에 48개소로 증가하였다. 분만 취약지역은 대부분 농어촌이며, 농어촌 임신부의 주요 합병증 발생률이 도시지역에 비해 1.15~1.25배 높았다.¹⁸³ 전국적으로 고령임신 등 고위험 임신이 증가하고 저체중 출생아나 미숙아도 늘어났으나, 이에 대응할 수 있는 체계적인 의료시스템이 부족하였다. 우리나라 여성의 첫 출산 평균연령은 1987년 25.3세, 2000년 27.7세, 2008년 29.6세로 상승하였으며, 2008년 전체 임신부의 약 22%인 10만

¹⁸³ 진양대학교 산학협력단(2010). 『농어촌 산부인과 취약지역 도출 및 공급 방안 개발 연구』. 동 기관.

4,000명이 고위험 임신부이었다. 37주 미만의 미숙아 출생 비율이 2000년 3.8%에서 2008년 5.5%로 증가하였고, 2.5kg 미만의 저체중 출생아 비율도 2000년 3.8%에서 2008년 4.9%로 증가하였다. 이에 따라 분만 취약지역에 대한 집중 지원과 고위험 임신 증가에 적극적으로 대처하여 출산에 대한 안전한 환경을 조성하여 모성 및 신생아의 건강을 보호해야 할 필요성이 더욱 증가하였다.

이에 정부는 농어촌 등 분만 취약지 보건의료 인프라 지원을 강화하기 위해 관내 분만을, 의료기관 접근성, 취약지 가임여성 인구수 등을 기준으로 분만 취약지를 선정하고, 그 유형에 따라 지원방안을 마련하였다. 구체적으로 산부인과 설치가 가능한 지역은 산부인과 시설 설립을 지원하고, 거점 산부인과로 지정하여 관리하였다. 가능하면 공공의료기관, 민간병원 등 지역 내 의료 자원을 최대한 활용하도록 하였다. 산부인과 설립이 어려운 지역에서는 산전 진찰을 원활하게 받을 수 있도록 각종 서비스를 제공하고, 체계를 구축하며 운영비 등을 지원하였다. 즉, 보건소에 임신부 등록을 하고, 관리를 강화하며, 찾아가는 산부인과 사업을 운영하거나 산부인과를 이용할 수 있는 운송수단 등 편의를 제공하며, 임신부 응급이송체계도 구축하였다. 고위험 분만 통합치료센터 설치를 지원하기도 하였다. 연차적으로 광역의료원에 고위험 분만 통합치료센터를 설치하여 중증 고위험 임신부에 대한 분만 및 신생아 치료 등 통합적 전문 의료서비스를 제공하였다. 해당 지역권 내 산부인과, 특히 분만 취약지 산부인과와 연계하여 운영하였다. 아울러 신생아 집중치료실이 대학병원 내에 설치될 수 있도록 지속적으로 지원하였다. 산부인과 병원의 경영난을 덜어 주기 위해 자연분만 수가 인상 등 산부인과 건강보험 수가를 개선하였다. 즉, 2010년 7월부터 자연분만에 25% 그리고 2011년 7월부터 50%를 가산하였다. 임신 유지를 위한 의학적 전문교육·상담 수가 등의 신설을 검토하기도 하였다.

이러한 노력에도 불구하고, 분만을 받는 의원급 산부인과 수가 해가 갈수록 감소하는 것으로 나타났다. 새누리당 문정림 의원이 건강보험심사평가원 등으로부터 제출받은 자료를 분석한 결과, 2010년부터 2014년까지 의원급 분만 산부인과 수가 522개에서 371개로 약 29% 감소했다고 밝혔다.¹⁸⁴ 또한 연도별 의원급 분만 산부인과 감소 규모는 2011년 35개, 2012년

¹⁸⁴ 김민아(2015, 9, 11.), 최근 5년간 의원급 분만 산부인과 29% 감소, 시사메디N.

38개, 2013년 46개, 2014년 32개로 2014년을 제외하고 해마다 증가하였다. 같은 기간 동안 개원한 의원급 산부인과는 251개소인데 반해, 폐업한 산부인과는 464개로 더 많았다. 지난 10년간 산부인과 병·의원 수도 급격하게 감소하였다. 특히 고위험 임신부와 신생아 치료에 첫 번째 역할을 할 수 있는 종합병원은 2004년 156개소에서 2011년 100개소로 64%가 감소하였다. 분만의 1차 역할을 담당하고 있는 의원은 2004년 955개소에서 2011년 484개소로 50.1% 감소하였다.

이는 저출산현상 지속, 낮은 분만수가, 높은 의료사고 및 분쟁 가능성, 높은 노동 강도 및 근무량 등에 기인한다. 분만을 기피하거나 포기하는 산부인과 의사와 병원이 증가하고, 산부인과를 지원하는 전공의가 감소하여 전문의 배출이 동반 감소하는 악순환이 계속되면서 분만 취약지가 증가하고 있다. 분만이 가능한 병원도 분만의사가 부족하거나 없는 경우가 발생하였다. 이러한 추세가 지속되면 주요 대도시를 제외하고 전국이 분만 취약지로 전락할 가능성이 높다.

분만 취약지 수를 지원만으로 줄이는 것은 불가능하다. 분만 취약지 내 산부인과의 2012년 4개소에서 2014년 14개소로 증가하였으며, 지원비용도 2012년 44억 원에서 2014년 97억 5,000만 원으로 증가하였다. 그러나 분만 취약지 산부인과 병·의원의 관내 분만율은 30% 미만이며, 분만 건당 투자비용도 209만~5,556만 원으로 투자 대비 효율성이 매우 낮다.¹⁸⁵ 분만 취약지에서 고위험 임신부 발생 시 후송체계 부족도 분만 취약지의 가장 큰 문제점 중 하나이다.

분만 인프라 붕괴는 의료접근성을 떨어뜨려 산모와 신생아의 생명과 건강을 위협하므로 정부의 획기적인 대책 마련이 필요하다. 분만 취약지 문제를 근본적으로 해결하기 위한 방안으로 먼저 임신·출산 관련 보건의료 인프라를 구축할 필요가 있다. 보건의료 인프라 중 산부인과 전공의 및 전문의 지원 방안을 우선적으로 모색하도록 한다. 분만 취약지를 행정구역으로 분류할 것이 아니라 주변 고위험 임신부 및 신생아를 위한 산부인과 및 신생아 집중치료 시설, 고위험 임신부 발생 시 임신부 후송체계, 교통여건 등을 고려하여 재분류하고, 거점병원을 지정하여 의료전달체계를 재확립하도록 한다. 특히 고위험 임신부, 태아 또는 신생아에 대한 이송네트워크를 구축하도록 하고 있다.

¹⁸⁵ 박원순(2015). 신생아의 건강보장을 위한 의료체계 개선방향. 대한민국의학한림원 주최 '저출산 극복을 위한 의료계의 제언' 학술포럼 발표자료.

4. 저출산대책: 보육·돌봄 지원

들어가며

보육·돌봄 지원 정책은 부모의 자녀양육 부담을 경감하여 아이 낳아 기르기 쉬운 사회를 만들고 아동의 건강한 성장과 발달을 도모한다는 데 목적을 두고 있다. 돌봄인력 부족 등 가정 내 자녀양육 지원 기능이 약화된 상태에서 돌봄의 사회화는 부모가 사회경제활동을 하면서 자녀를 양육할 수 있도록 하는 필수 조건이다. 또한 미래 인적자원을 개발하여 국가 경쟁력을 확보한다는 측면에서도 보육·돌봄 지원 정책은 주요 국가 어젠다이다.

우리나라는 정부가 저출산·고령사회기본계획을 수립하면서 보육·돌봄 지원 정책을 출산력 제고를 위한 우선적 대책으로 간주하였고, 실제로 저출산대책으로 제시된 사업 중 보육·돌봄 지원은 재정투자의 규모가 가장 큰 사업이었다. 저출산의 원인이 다양하고 그 발생 구조가 복잡하기 때문에 보육·돌봄 지원 정책만으로 저출산 문제를 해결할 수는 없을 것이지만, 보육·돌봄 지원이 중요한 저출산대책의 하나임은 분명하다.

우리나라의 보육·돌봄 지원 정책을 6개 영역으로 구분하여 서술하였다. 첫째, 부모 부담을 경감하기 위한 보육·유아교육 비용과 서비스 대체 양육수당 지원을 서술하였고, 둘째, 육아 지원 인프라를 확충하기 위한 것으로 주로 국공립어린이집과 직장어린이집 등 공공성 높은 육아지원시설 확충이 여기에 해당한다. 셋째, 육아시설서비스의 질과 관련하여 육아지원기

관 평가, 보육인력의 전문성, 공공어린이집 관련 정책을 서술하였다. 넷째, 수요자 요구에 부합하는 다양한 서비스로 시간연장보육, 시간제보육 바우처, 입소 우선순위, 이용서비스 등이 포함된다. 다섯째, 가정돌봄과 관련하여 아이돌보미와 공동육아, 그리고 마지막으로 초등학교 방과후 교실, 지역아동센터 등 초등학생 돌봄 지원 정책을 알아보았다.

부모의 보육료·교육비 부담 경감

영유아를 양육하는 부모의 보육비용 부담 완화는 보육사업 초기부터 주요 관심사이었고, 특히 2004년 이후 보육정책의 핵심 사업이 되어 왔다. 부모의 보육비용 부담을 줄이기 위하여 보육료 지원 수준을 늘리거나 지원 대상을 확대하는 방법을 동원하였다. 구체적으로 1991년 「영유아보육법」에 의한 보육사업 초기부터 시설운영 지원에 탁아급식비를 포함하였고, 1992~2003년 기간에는 기초생활보장(법정 저소득층)에서 차상위계층(기초수급자의 120% 수준 소득자)까지 보육료 지원 대상을 확대하였다. 다만, 법정 저소득층에 대해서는 지원단가의 100%, 차상위계층에는 40%를 지원하여 대상에 따라 소득수준을 기준으로 지원 수준을 차등화하였다.¹⁸⁶

2004년부터 지원 대상과 범위는 확대되었다. 노무현 정부(2003~2008)의 정책 기조인 보편적 복지의 영향으로 집권 초기부터 보육사업을 확대하고 예산을 증액하였다. 노무현 정부는 당시 낮은 여성고용률(50% 미만에서 유지), 여성 고용률의 M-curve(20대 후반과 30대에 더욱 더 낮아지는 취업률의 연령별 패턴) 지속, 초저출산현상 등을 해소하기 위하여 육아의 사회화를 강화하였다. 그러나 절대 다수를 차지하는 민간보육시설은 국공립보육시설에 비하여 서비스 수준이 낮았고, 또한 적절한 관리체계 없이 예산이 지출되어 효율성에도 문제가 있다고 인식하였다. 이에 정부는 육아 지원을 대통령 자문기구인 ‘고령화 및 미래사회위원회’의 주요 의제로 채택하고 제1차 및 제2차 육아지원방안을 마련하였다.¹⁸⁷ 이는 노무현 정부

¹⁸⁶ 보건복지부, 『보육사업안내』, 각 연도.

¹⁸⁷ 대통령자문 고령화 및 미래사회위원회(2004), 『육아지원정책방안』, 동 위원회.

의 보육 관련 선거공약인 ‘보육 및 유아교육 지원과 공공성 확대’와 ‘보육료의 50%를 국가가 지원하고 안심하고 맡길 수 있는 보육 환경 조성’의 이행이기도 하였다.

제1차 육아지원정책방안(2004년)은 ‘미래 인력 양성 및 여성의 경제활동 참여 확대’를 비전으로 출산력 제고 및 우수한 아동 육성, 육아비용 경감, 여성취업률 제고, 일자리 창출 등을 목표로 제시하였다. 제2차 육아지원정책방안(2005년)에서는 추진 목적을 미래 인적자원 양성, 여성의 경제활동 참여 확대 및 출산율 제고를 통한 미래사회에 대비로 설정하였고, 추진 목표로 육아지원시설 이용 기회 확대로 접근성 제고, 육아비용의 가계부담 경감, 육아서비스의 질적 수준 제고를 제시하였다. 이러한 육아지원정책방안은 질 높은 시설보육을 부담 없이 이용할 수 있도록 하여 인적자원을 양성하고 여성 취업을 지원하여 출산율을 높이는 데에 목적을 두고 있다. 이는 보육 대상 아동이나 보육예산의 양적 확대에도 불구하고 보육서비스의 질적 수준이나 다양성이 수요자인 국민의 욕구를 충족시키지 못하고 있다는 인식과 더불어 저출산 문제 해결과 경제의 새로운 성장 동력으로서의 여성인력 활용을 위해 자녀 양육을 정부와 지역사회가 함께 지원해야 한다는 인식에 기초하고 있다. 제1차와 제2차 육아지원정책방안은 육아 지원 정책의 개념을 정립하고, 육아 지원과 관련하여 영유아보육, 유아교육, 방과 후 교육 등을 함께 다루었다는 점에서 의의가 크다.

보편적 보육 지원은 당시 주무 부처인 여성가족부가 중장기 보육계획인 새싹플랜(2006~2010)을 발표하면서 시행되었다.¹⁸⁸ 새싹플랜에 따라 보육료 지원대상 확대, 영아 기본보조금 도입, 서비스 질 관리를 위한 평가인증시스템 도입, 보육시설 운영의 투명화를 위한 조치, 보육행정전산망의 전국 확대 등이 추진되었다. 국공립보육시설을 확충하기 위해서 공공 부지 및 기존 유휴 공공시설을 활용하는 등 초기투자 비용을 줄이기 위한 다양한 방법이 도입되었다.

이와 같은 보육정책은 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)의 핵심정책으로 반영되었고, 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)에서도 그 기조가 유지되었다. 이로써 보육비용 지원은 자녀양육의 경제적 부담을 경감시키기 위한 주요 수단이라는 인식 아래 저출산 대응 핵심정책 중 하나로 자리 잡게 되었다. 보육정책은 당시 사회적 관심이 집중되었

¹⁸⁸ 여성가족부(2006). 『중장기 보육발전 계획안: 새싹 플랜』. 동 기관.

던 저출산현상과 접목되면서 재정이 대폭적으로 확대되는 계기를 마련하였다.

보육료 및 유아교육비 지원

2004년부터 정부는 점차 보육료 지원 대상과 수준을 상향 조정하고 소득인정액 기준을 변경하였다. 보육료 지원 대상은 2004년에 차차상위 개념을 적용하여 도시근로자 평균소득의 50% 계층까지, 2005년에는 도시근로자 평균소득의 60% 계층까지 확대하였다. 2006년에는 지원 대상을 도시근로자 평균소득의 70% 계층까지 확대하였고, 차상위계층에 대해 정부 보육료 지원단가 전액(100%)을 지원하였다. 2007년에는 도시근로자 평균소득의 100% 계층까지 지원 대상을 확대하고, 지원단가의 수준을 늘려 나갔다.

2009년 7월부터는 보육료 지원 기준을 기존의 저소득층 중심의 지원 기준인 ‘도시근로자 월평균소득’ 개념에서 일반적인 영유아가구 ‘소득분위’ 개념으로 변경하고,¹⁸⁹ 지원 계층도 기존의 5개 계층에서 3개 계층으로 간소화하였다.¹⁹⁰ 이에 따라 기존의 차상위 이하 가구에서 영유아가구 소득 하위 50% 계층까지 정부 보육료 지원단가의 전액을 지원하고, 소득 하위 50% 초과~60% 계층에 속한 영유아 가구에는 지원단가의 60%, 소득 하위 60% 초과~70% 계층에 속한 영유아 가구에는 지원단가의 30%를 각각 지원하였다. 2011년부터는 정부의 보육료 지원단가 전액을 영유아가구 소득 하위 70% 계층까지 확대하여 지원하였다. 2012년에는 영아(보육정책에서 만 0~2세를 의미한다) 모두에게 정부 지원단가 전액을 지원하여 ‘영아 무상보육’을 실현하게 되었다. 2013년부터는 누리과정 도입을 계기로 모든 아동(0~5세)에 대하여 가구소득 수준과 무관하게 정부 지원단가 전액을 지원하게 되면서 전반적으로 ‘무상보육’이 실현되었다. 여기에서 ‘무상보육’은 정부 보육료 지원단가 전액을 가구소득 수준 등과 무관하게 모든 아동에게 지원한다는 의미로 실제 보육에 소요되는 모든 비용을 지원한다는 개념은 아니다.

¹⁸⁹ 통계청이 실시하던 도시가계조사의 대상이 확대됨에 따른 것이다.

¹⁹⁰ 건강보험 자료 등을 활용하여 매년 소득분위 기준 소득인정액을 추정하여 사용하였다.

〈표 4-13〉 보육료 지원 기준(정부 보육료 지원단가 대비 백분율): 부모 부담 보육료 기준 (단위: %)

2009년 6월까지								2009년 7월부터
구분	도시근로자 평균소득 기준	2003	2004	2005	2006	2007	2008~ 2009.6	2009. 7.~
1층	법정	100	100	100	100	100	100	100
2층	차상위 계층	40	60	80	100	100	100	100
3층	50%까지	-	40	60	70	80	80	100
4층	60%까지	-	-	30	40	50	60	100(하위소득 50%)
	70%까지	-	-	-				60(하위소득 60%)
5층	100%까지	-	-	-	-	20	30	30(하위소득 70%)
6층	130%까지	-	-	-	-	-	-	-

주: 지원 기준 비율은 부모 부담 보육료 기준임.

자료: 보건복지부(각 연도), 『보육사업 안내』, 해당 내용 재구성.

〈표 4-14〉 보육료 지원기준(정부 지원단가 대비 백분율): 보육료(부모보육료+기본보육료) 기준 (단위: %)

2008			연도	2009. 7		2010		2011		2012		2013
영아	유아	기준	기준	영아	유아	영아	유아	영아	유아	영아	유아	영유아
100	100	법정저소득층	하위 50% 이하	100	100	100	100	100	100	100	100	100
100	100	차상위 계층										
89.6	80	도시근로자가구 평균소득 50% 이하										
79.1	60	70% 이하	하위 60% 이하	79.1	60	79.1	60	47.8	-	-	-	-
63.4	30	100% 이하	하위 70% 이하	63.5	30	63.5	30					
47.8	-	100% 초과	상위 30% 이상	47.7	-	47.7	-					

주: 지원 기준 비율은 부모 부담 보육료와 기본보육료 합하여 산정하였음.

자료: 보건복지부(각 연도), 『보육사업 안내』, 해당 내용 재구성.

기본보육료를 포함한 정부의 영아보육료 지원단가는 부모보육료 상한액과 동일하였다. 대부분 지방자치단체가 영아보육료 상한선으로 정부의 보육료 지원단가를 채택하였다. 기본보육료를 포함한 총 지원금은 2015년 기준으로 1세 미만 아동은 월 77만 8,000원, 만 1세 아동

은 월 53만 7,000원, 만 2세 아동은 월 41만 3,000원이었다.

영아보육료 지원단가의 상승은 영아보육 공급 확대에 기여한 바가 크고, 이러한 공급의 확대는 이용 영아의 증가로 이어졌다. 특히 2012년 영아 무상보육의 영향으로 어린이집을 이용하는 영아 수는 2011년 말 73만 9,332명에서 2012년 87만 2,284명으로 14만 7,000여 명이 증가하였다.¹⁹¹ 이로 인하여 중앙정부와 지방자치단체의 예산 부족이 발생하여 갈등을 겪기도 하였다. 결국 국고 부족분 2,478억 원 이외에도 지방자치단체 추가 부담금 6,639억 원 중 4,351억 원을 중앙정부가 부담하게 되었다.¹⁹² 또한 갑작스러운 전업주부 자녀의 보육서비스 이용 증가로 취업모 등 보육 실수요자는 마땅한 어린이집을 찾기 어렵다고 역차별을 호소하기도 하였다.¹⁹³

보건복지부는 영아 무상보육으로 인한 부작용을 경험하면서 가정양육을 활성화하고 양육에 대한 부모의 책임을 강화하고 실수요층에 대한 지원을 강화한다는 원칙 하에¹⁹⁴ 2012년에 영아를 대상으로 소득하위 70% 이상(소득상위 30%) 가구의 부모에게 부담을 지우는 보육지원체계 개편(안)을 수립하여,¹⁹⁵ 2013년에 소요 예산을 국회에 제출하였다. 그러나 국회 보건복지위원회는 이를 거부하고 무상보육의 지속을 결정하였다. 국회에서는 정부와 국회가 국민적 공감대 속에서 전면적 무상보육을 실시하기로 합의한 사항인데, 1년 만에 정부 단독으로 보육에 대한 지원을 후퇴시키는 결정을 한 것은 적절하지 않다고 본 것이었다. 소득수준에 관계없이 모든 영아에 대한 보육료 지원은 ‘보육은 미래를 위한 투자’라는 측면에서 저출산 문제에 대비하고, 부모의 양육부담을 경감하기 위한 것이며, 2013년부터 만 3~4세 누리과정¹⁹⁶이 도입되면 어린이집을 이용하는 전체 영유아에 대하여 소득계층에 무관하게 보육료

¹⁹¹ 보건복지부(2012). 『보육통계』 참조

¹⁹² 2012년부터 지원하는 0~2세 보육료의 경우 전액 지원 예산은 기존의 어린이집 이용 아동 중 소득상위 30%를 지원하는 비용만 산정하였으므로, 실제 전액지원으로 창출되는 추가수요에 대한 고려가 없었다.

¹⁹³ 조진서(2014.9.10.). 모두가 불만인 무상보육, 대안은 없다. 동아일보. A10면.

¹⁹⁴ OECD 등에 따르면 만 0~2세 영아의 경우 교육보다는 돌봄이 필요하고, 아동발달 측면에서 어린이집 등 시설보다는 가정 내 양육이 바람직하다고 논의되고 있다(Bennett, John & Tayler, Collette P. (2006). *Start Strong II, Early childhood education and care*, Paris: OECD).

¹⁹⁵ 보건복지부는 2012년 7월 서울 은평구 한국보건사회연구원에서 보육제도 개선을 위한 공개토론회를 열고 0~2세 아동의 어린이집 쏠림현상이 생기고 소득이나 맞벌이 여부와 상관없이 보육료가 지원되면서 교육투자의 효율성이 떨어지고 지방자치단체의 재정부담이 커진 부분에 대한 정책대안 마련을 논의하였다(김효섭(2012.7.20.). 보육료 선별적 지원 카드 ‘만지작’. 서울신문. 11면.).

지원이 가능하다고 하여 정부와 국회 간에 시각 차이를 보였다.¹⁹⁶

취학 전 무상보육

취학 전 무상보육은 부모의 소득에 관계없이 모든 아동이 차별 없이 초등학교 입학 직전에 건강하고 안전하게 보호·양육되고 영유아의 발달 특성에 적합한 동등한 교육을 제공 받아 쾌적한 보육환경에서 밝고 건전하게 성장하여야 한다는 취지에서 추진되었다. 교육부는 1999년 9월부터 정부의 ‘중산층 육성 및 서민생활 안정대책’의 일환으로 농어촌지역부터 5세 아동을 대상으로 취학 직전 1년간 무상교육을 도입하였으며, 이를 보육시설에도 동일하게 적용하였다. 취학 전 무상보육은 1999년부터 2001년까지 농어촌지역의 차상위계층까지 지원하였으며, 2002년에는 전국의 차상위계층으로 확대되었다. 취학 전 무상보육 대상은 2004년에 도시근로자가구 월평균소득의 70% 계층까지, 2005년에 도시근로자가구 월평균소득의 80% 계층까지, 2006년에 도시근로자가구 월평균소득의 100% 계층까지 계속 확대되었다. 2009년 7월부터는 기준을 변경하여 소득하위 70% 계층까지 확대하였다.

누리과정

2012년부터 5세 아동에게는 누리과정이 도입되었다. 정부는 2011년 5월 2일에 5세 아동의 교육·보육에 대한 국가의 책임을 강화하는 방안을 발표하여 유아 보육·교육 공통과정을 추진하였다. 어린이집의 주무관청은 보건복지부이며 어린이집 교사가 아동을 보육한다. 유치원의 주무관청은 교육부이며, 유치원 교사가 아동을 교육한다. 이와 같은 기관 및 교사 관리체제를 유지하되 5세 아동의 교육과정과 표준보육과정을 통합하여 하나의 공통 과정으로 만들어 모든 5세 아동에게 적용하고, 그 비용은 소득수준에 무관하게 지방교육재정교부금에서 지원하며 지원 단가는 연차적으로 현실화한다는 것이었다. 이러한 보육·교육 공통과정은 공모를 거쳐서 ‘누리과정’으로 명명되었다.¹⁹⁷

¹⁹⁶ 국회 보건복지위원회(2013), 『보건복지부 소관 2014년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고』, 동 위원회.

¹⁹⁷ 교육과학기술부·보건복지부(2011. 7. 14.), 보도자료: 이제 5세 누리과정으로 불러주세요 「만5세 공통과정」 명칭공모 결과 발표.

누리과정은 3~4세 아동에게도 적용되었다. 정부는 2012년 제3차 위기관리대책회의(2012. 1. 18.)에서 유아교육·보육에 대한 국가의 책임을 강화하기로 결정하였다. 유아교육·보육은 의무교육의 연장으로 2012년에 도입한 5세 아동 대상 누리과정을 2013년부터 3~4세 아동에게도 동시에 확대한다는 것이었다. 이는 ‘보육은 미래를 위한 투자’라는 이명박 대통령 신년 국정연설(2012. 1. 2.)의 후속조치로 추진된 것이었다. 이명박 정부(2008~2013)가 예산을 편성하는 마지막 해인 2013년에 국가가 책임지는 유아교육·보육의 비전을 구현하려는 것이라고 밝힌 바 있다.¹⁹⁸ 이로써 2012년에 소득 하위 70% 이하 계층까지 3~4세 아동에 대한 지원단가 전액을 지원하였던 것을 2013년에는 가구소득 수준과 상관없이 3~5세 아동 전체에게 정부 지원단가 전액을 지원하게 되었다.

누리과정 재원은 2015년부터 모두 지방교육재정교부금으로 충당하게 되었다. 5세 아동은 2012년부터 모두 지방교육재정교부금으로 지원하였다. 2013년에는 3~4세 아동 중 소득 상위 30% 가구에 한해 지방교육재정교부금으로 지원하였으나, 2014년에는 4세 아동의 보육비용, 2015년에는 3세 아동의 보육비용도 모두 지방교육재정교부금으로 지원하였다.

당초 지원단가는 2016년에 30만 원이 되도록 한다는 계획이었으나 2013년부터 월 22만 원에 머무르고 있었다. 유치원과 마찬가지로 유아(3~5세 아동)의 보육료로 22만 원을 지원하고, 이외에 방과 후 보육비용으로 월 7만 원씩 지원하고 있었다. 정부는 방과 후 보육비용 총액 중 30만 원을 교사에게 수당으로 지원하고, 이외 비용은 아동 1인당으로 나누어 평균 4~5만 원을 운영비로 지원하였다. 이 지원금은 교재교구 구입과 보조교사 채용에 활용하도록 권고하였다.

누리과정 시행으로 유아는 부모의 소득수준에 관계없이 정부의 보육료·유아 학비를 지원 받으며, 어느 육아기관(어린이집, 유치원)을 다니든 국가가 마련한 수준 높은 공통 프로그램으로 보육·교육을 받을 수 있게 되었다. 이는 연령이 중복된 채 이원화된 유아교육과 보육 체계 하에서 과정과 재원을 통합하였다는 의미가 있다. 그러나 2014년부터 누리과정 지원금 배정을 놓고 각 지방 교육청과 중앙정부가 내홍을 겪게 되었다. 보건복지부 소관 사업은 국고로 지원하라는 요구가 계속되고 있었다.

¹⁹⁸ 국무총리실·기획재정부·교육과학기술부·행정안전부·보건복지부(2012. 1. 18.), 보도자료: '내년 만 3~4세아도'누리과정(공통과정) 도입 및 0~2세아에 대한 양육수당 대폭 확대.

영아 기본보육료

영아 기본보육료¹⁹⁹는 민간시설에 다니는 영아 보육비용에 대한 기본보조금으로 2006년에 도입되었다. 기본보육료는 민간어린이집의 보육서비스 수준을 국공립어린이집 수준으로 향상시키기 위해 도입되었다. 인건비 지원 시설과 미지원 시설 간의 공정경쟁을 위해 보육료·교육비가 동일해지도록 한다는 점도 강조되었다. 국공립시설과 법인시설에 대해서는 교사와 원장 인건비의 일부를 지원하고, 이를 제외한 비용을 소득계층별로 차등하여 지원하였다. 그러나 민간보육시설에 대해서는 인건비 지원 없이 부모보육료만으로 시설을 운영하기 때문에 서비스의 수준이 낮았다. 최소 수준의 서비스를 제공하는 데 소요되는 적정한 비용인 표준보육비용은 대체로 국공립보육시설 비용 수준으로 산출되었다.²⁰⁰ 표준보육비용을 민간보육시설 보육료로 적용하면 부모의 부담이 너무 커지기 때문에 정부가 기본보조금으로 부담하도록 결정하였다.²⁰¹ 표준 보육료·교육비와 부모 부담 보육료·교육비 간의 차액분을 서비스 개선을 위한 비용으로 간주하여 2006년부터 매년 상향 조정하여 2010년에는 표준보육료·교육비의 서비스 수준에 도달하도록 한다는 목표를 세웠다.²⁰²

영아 보육료에 대한 기본보조제도 이전에도 민간어린이집의 영아 보육운영비를 보전해 주는 정책이 추진되었다. 2004년에 추정으로 자부담 10%를 포함하여 반당 월 15만 원을 지원하였고, 2005년에는 아동별로 0세 아동당 15만 원, 1세 아동당 9만 원, 2세 아동당 6만 원을 각각 지원하였다. 영아 보육비용이 높아 부모 부담이 크고 보육시설에서도 운영비 부족으로 보육을 기피하는 사례를 예방하기 위한 조치이었다. 그러나 이러한 영아전담보육시설 지정으로 영아 보육을 전국적으로 활성화하는 데 한계가 있다고 보고, 민간, 개인 및 가정어린이집의 영아반에도 지원을 확대하였다.²⁰³

199. 제도 도입 당시 부모보육료의 일부로 ‘기본보조금’이라는 용어를 사용하였으나 2010년부터 시설별 지원으로 성격을 바꾸고 ‘기본보육료’로 명칭을 변경하였다. 여기에서는 혼란을 줄이기 위하여 영아는 ‘기본보육료’로 용어를 통일하여 사용하였다(보건복지부(2010). 『보육사업안내』 참조).

200. 박기백·김현숙·김우철 외(2005). 『표준보육·교육단가 및 적정부담수준에 관한 연구』. 여성부.

201. 0세아 월간 총 보육비용은 2005년 불변가격으로 78만 원으로 추정하였다.

202. 대통령자문 고령화 및 미래사회위원회(2005). 전제서.

203. 영아반 운영비 지원을 통해 시설은 운영비 부담 완화, 부모는 보육기회 확대, 교사 처우 개선, 아동에게는 질 높은 서비스 혜택을 볼 수 있을 것으로 기대하였다.

기본보육료는 2006년 이후 증가하다가 2011년부터 2014년까지는 변동이 없었고, 2015년에 다소 증액되었다. 기본보육료를 합한 영아 보육지원금, 특히 0세아 기준 보육비용은 2006년에 전년도보다 15만 원이 증가하였고, 2007년에 5만 4,000원, 2008년에 5만 9,000원이 각각 증가하였다. 이러한 영아 보육지원금의 증가는 당시 가정어린이집 증가의 주요 요인이 되었다.

〈표 4-15〉 영아 보육비용 구성

(단위: 천 원)

구분	2005			2006			2007			2008			2009~2010			2011~2014			2015		
	0세	1세	2세	0세	1세	2세	0세	1세	2세	0세	1세	2세	0세	1세	2세	0세	1세	2세	0세	1세	2세
기본 보조	150	90	60	249	104	69	292	134	86	340	164	109	350	169	112	361	174	115	372	180	118
보육료	299	299	247	350	308	254	361	317	262	372	327	270	383	337	278	394	347	286	406	357	295
보육 비용	449	389	307	599	412	323	653	451	348	712	491	379	733	506	390	755	521	401	778	537	413

주: 2005년은 영아반 아동별 지원임.

자료: 보건복지부(각 연도), 『보육사업안내』, 동 기관.

기본보육료는 법으로 정한 반당 교사 대비 아동 비율 초과 보육 아동²⁰⁴에게는 지원되지 않았다. 사업 초기에 등록된 모든 영아에 대하여 5일을 기준으로 월 단위로 지원하다가 2011년부터는 일(日)할 계산하여 출석일수 11일 이상은 지원단가의 100%, 출석일수 6~10일은 지원단가의 50%, 출석일수 1~5일은 지원단가의 25%를 각각 지원하였다. 지원요건은 보육료와 필요경비 상한선 준수, 총정원과 교사 대 아동 비율 준수, 재무회계규칙에 따른 회계보고 이행 등이었다. 매달 1일 0시에 이러한 조건이 준수되어야 지원되었다. 장애아동에게도 기본보육료가 지원되는데 2015년 지원단가는 장애아반 37만 2,000원, 장애아 방과후반 31만 8,000원이었다.

한국조세재정연구원의 재정지원사업 평가에 따르면, 영아 기본보조금은 영아보육을 활성화하여 가정보육시설의 증가와 영아의 보육시설 이용 증가 효과를 가져왔으나, 부모의 비용

²⁰⁴ 총정원 내에서 반 정원 초과를 인정하였다. 1세아와 2세아 2명, 유아 3명이다. 2014년 국공립어린이집에 이를 금지시켰고 2015년 전면 금지한다는 방침이다.

부담이나 서비스 만족도에 미친 효과는 유의성이 없었고, 기본보조금으로 아동 1인당 10만 7,000원이 지원될 때 교사 임금은 5만 4,000원이 증가한다고 추정하였다.²⁰⁵ 또한 영아 보육료 기본보조금은 아동별 지원을 전제로 출발하였으나, 시설에서 직접 수령하여 시설별 지원의 성격이 강하여 그 정체성에 대한 논란이 있었다. 아동별로 지원하므로 부모보조금의 성격을 갖지만 부모가 아닌 시설에서 바로 수령하며 또한 국공립보육시설 인건비 지원에 상응한다는 점에서 시설보조금으로 인식되는 경향이 강하였다. 일부에서는 영아 비용 기본보조는 두 가지 보조금의 특성을 다 가지고 있으나 그 어느 장점도 살리지 못한다고 비판하였다.²⁰⁶

2012년과 2014년 대법원에서는 (1) 보육서비스 이용권으로 결제한 보육료는 비용의 보조와 구분되며 교부받은 자는 어린이집의 운영자가 아니라 영유아의 보호자이므로 어린이집 운영자에게 부정수급을 이유로 처분할 수 없다는 것과 (2) 기본보육료는 어린이집의 설치·운영자에게 지급되는 보조금에 해당한다는 것이라는 점을 밝히는 판결을 하였다.²⁰⁷ 그러나 2014년 2월 대구 지방법원 판결에서는 영아 기본보육료도 부모보조금으로 해석한 바 있고, 이후 민간어린이집 단체에서 이러한 입장을 확산하는 등 기본보육료에 대한 개념 정의가 다시 보육현장의 주요 화두로 떠올랐다.²⁰⁸ 기본보육료 제도 도입 시에 기본보육료 수납은 시설보조금으로 인식되어 지급조건이 제시되었는데,²⁰⁹ 이러한 판결은 보육료와 교육비 보조금을 국민의 권리로 인식하는 측면이 강화되는 것으로 인식되었다.

한편, 유아 보육료 기본보조에 대해서는 합의가 이루어지지 않아서, 2007년에 경기도 평택시, 강원도 홍천군, 전남 해남군 3개 지역에서 시범사업으로만 실시하고 본 사업으로는 추

²⁰⁵ 조병구·조운영·김우중 외(2007). 기본보조금 지원 사업. 한국개발연구원.

²⁰⁶ 김현숙(2006). 『영유아 보육·교육과 정부의 역할』. 한국조세연구원.

²⁰⁷ 대법원 2014.6.12. 선고 2012두28032 판결 [보조금반환처분취소등], 2012두10106 판결 [보조금반환처분취소등], 2013두23423 판결 [보조금반환명령처분취소등] 선고이다. 대한민국 법원 종합법률 정보 <http://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intesrch> 참조.

²⁰⁸ 2013구합2336이다. 대한민국 법원 종합법률 정보 <http://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intesrch> 참조.

²⁰⁹ 2006년도 기준을 보면 ‘① 보육시설 보육교사 전원이 4대 보험(국민연금, 국민건강보험, 고용보험, 산재보험)에 가입, ② 모든 교사에게 시도지사가 정하는 보육교사 최저기준 보수 수준 이상을 지급, ③ 시도지사가 고시한 보육료 상한선을 준수, ④ 총정원 및 교사 대 아동 비율(혼합반 구성 원칙 포함)을 준수, ⑤ 혼합반인 경우 연령이 낮은 아동의 교사 대 아동 비율 기준 적용 등, ⑥ 매월 재무회계규칙에 의한 회계보고, ⑦ e-보육(표준행정정보시스템)에 의해 아동 및 종사자 관리 및 보조금 신청, ⑧ 인상된 단가의 50% 이상을 보육교사 인건비 인상분으로 사용하여야 한다’ 등이다.

진되지 않았다. 유아 보육료는 부모 부담 정도가 아동별 지원이라는 기본 원칙을 능가할 만큼 크지 않고, 이 외에도 유치원 교육비가 자율화되어 있어서 규제에 한계가 있는 점, 유아 미술학원의 강한 지원 요구가 있다는 점들이 고려되었다.

유아 기본보조금 시범사업 평가 결과를 보면, 어린이집의 경우는 이 사업이 교사 급여 등 보육시설 운영 과정과 연계하였기 때문에 운영상의 개선이나 교사 급여 증가에는 효과가 있었으나 부모 비용 감소나 만족도에는 유의한 영향을 미치지 못한 것으로 평가되었다.²¹⁰ 유아교육 기본보조금 시범사업 결과도 이와 유사하게 교사 급여는 증가하였고 운영자는 운영 측면에서 긍정적으로 평가하였으나 그 영향에 대한 부모들의 인식 정도는 낮았다.²¹¹

농어민 자녀 보육 양육비 지원

농림부에서는 2004년부터 농어민의 보육료를 지원하는 정책을 실시하였다.²¹² 이 제도는 당시 보건복지부 및 교육인적자원부에서 시행한 저소득층에 대한 보육료 및 교육비 지원 혜택을 받지 못하는 농지 소유 규모 1.5ha 미만의 농·어업인에 대한 부가적 지원 사업으로 추진되었다.²¹³ 2005년에 사업 대상 농지소유 규모 기준을 2ha 미만으로 확대하였고, 2006년에는 다시 5ha 미만으로 확대하였다. 정부 지원단가를 기준으로 5세 미만 아동에게는 50% 수준을 그리고 5세 아동을 대상으로는 100%를 지원하였다.

2006년부터는 ‘여성농업인 일손돕기’ 사업으로 농어촌지역에 거주하는 농지소유 5ha 미만 농가 중 보육시설이나 유치원을 이용하지 않는 0~5세의 자녀를 둔 여성을 대상으로 자녀 연령에 따라 일정 금액을 지원하는 제도를 도입하였다. 지원 수준은 초기에 보육료 지원단가의

²¹⁰ 서문희·최혜선(2007). 『영아 양육지원 종합대책 지원방안』. 육아정책개발센터.

²¹¹ 문무경·이세원(2007). 『유치원 유아기본보조금 시범사업 평가』. 육아정책연구소.

²¹² 농림부는 농어촌의 과소화·노령화 추세에 대응하여 농·어업인의 영농활동에 부담이 큰 영유아 양육에 대한 지원을 통해 농가 소득안정에 기여하고 젊은 층의 농어촌거주 유도, 농어촌 지역사회 활력유지에 일조하고자 시작하게 되었다. 농어촌지역 기준은 「농업·농촌기본법」상의 농어촌지역 및 개발제한구역이고, 농가 기준은 농·어업인이 주민등록상 생계와 경영을 같이하는 가구이다.

²¹³ 지원대상자는 농어촌지역에 거주하는(주민등록기준) 농지소유면적 15,000㎡ 미만 농가 및 이에 준하는 축산, 임업, 어업경영가구의 농·어업인의 0~5세 아동, 또는 부모가 없는 손자녀·조카 중 보육시설 등을 이용하는 아동이다.

25%를 적용하였다.

농림부는 2008년부터 농업인 영유아 양육비 지원 사업과 여성 농업인 일손 돕기 지원 사업을 통합·운영하였다. 지원 수준도 점차 높아졌다. 2011년에는 농지소유 규모 5ha 미만으로 농어업 외 소득이 1자녀 기준으로 4,000만 원 미만²¹⁴인 자의 자녀가 어린이집과 유치원 이용 시는 정부보육료 지원단가의 70%, 어린이집 미이용 시는 지원단가의 45%를 각각 지원하였다. 만 5세 아동 대상 지원 비율은 50%이었다.

〈표 4-16〉 농어민 영유아 보육료·양육비 국고지원(2004~2011)

(단위: 명, 백만 원)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
농지기준	1.5ha	2.0ha	5.0ha	5.0ha	5.0ha	5.0ha	5.0ha	5.0ha
보육료								
아동수	27,000	31,109	27,286	32,000	29,000	30,000	29,000	13,000
예산	14,602	22,362	15,742	26,782	24,958	27,797	27,613	11,504
양육비								
아동수	-	-	-	-	25,000	19,000	18,000	21,000
예산	-	-	-	-	16,151	12,851	123,035	19,457

주: 지방자치단체 분담 비율은 50%임.

자료: 농림부(2004~2007), 내부자료.

농림수산식품부(2008~2011), 내부자료.

〈표 4-17〉 농어촌 보육 지원 사업(2012~2014)

(단위: 명, 백만 원)

구분		2012	2013	2014
시설지원	내용	- 설치 10개소	- 설치 36개소 - 운영 66개소 - 이동식놀이교실 3개소	- 설치 10개소 - 운영 38개소
	예산	910	4,810	1,482
보육교사 지원	교사 수	42,024	44,056	44,056
	예산	26,585	27,914	27,914

자료: 농림수산식품부(2012), 『소관부처 예산』, 동 기관.

농림축산식품부(2013~2014), 『소관부처 예산』, 동 기관.

²¹⁴ 2자녀 4,400만 원, 3자녀 4,800만 원, 4자녀 5,200만 원 미만이다.

2012년부터 농어촌구조개선특별회계에 의한 농림수산물부의 농어업인 양육비 지원사업은 보건복지부 보육료와 양육수당 지원 사업으로 통합되었고,²¹⁵ 2013년에는 보육서비스 비용 지원은 무상보육에 흡수되었고 현금 지원은 양육수당의 한 유형으로 남았다. 사업이 통합되면서 2012년 9월부터 사회복지통합관리망으로 관리하게 되어 중복·누락 방지 등 급여 지급의 정확성을 제고하고 지방자치단체 담당자의 업무 효율성을 높일 수 있게 되었다.²¹⁶

장애아동 무상보육

장애아동 무상보육은 2003년부터 실시되었다. 제도 초기에는 중증 아동에게만 1세아 보육료, 경증 아동에게 보육료를 지원하였다. 2005년부터 장애아 중증과 경증의 무상보육 단가를 통일하여 0세아 보육료 지원단가를 기준으로 지원하였다.

유치원 종일제 및 방과후과정비 지원

교육과학기술부는 2008년 11월에 급격한 물가상승으로 심화된 저소득층 가정의 경제적 부담을 완화하기 위해 ‘동절기 학생지원책’을 발표하는데 그중의 하나가 유치원 종일반비 지원이었다. 이는 2008년 12월부터 2009년 2월까지 한시적으로 유치원 종일반을 이용하는 유아 중 유아학비 지원을 받는 저소득층의 만 3~5세 아동들에게 월 8만 원 내(국공립 5만 원, 사립 8만 원)에서 유치원 종일반 비용을 지원한다는 방안이었다.²¹⁷ 이는 이후에 유아학비 지원 대상의 확대와 더불어 보편적 정책이 되었다. 지원 금액은 대부분 지역에서 2011년까지 국공립 월 3만 원, 사립 5만 원이었고, 2012년에는 각각 5만 원과 7만 원으로 상향조정되었다. 2012년부터는 법적 기준의 변화로 이를 방과후과정비로 변경하였다.

2010년 3월에 개정된 「유아교육법」 제2조에 의거하여, 교육과정을 교육시간에 따라 5시간 미만의 반일제, 5시간 이상 8시간 미만의 시간연장제 그리고 8시간 이상의 종일제로 구분하

²¹⁵ 한편 농림축산식품부는 농어촌구조개선특별자금으로 농어촌 돌봄센터 운영을 지원하고, 보건복지부는 국고로 지원하던 보육교사 농어촌특별근무수당을 지원하게 되었다.

²¹⁶ 보건복지부(2012. 8. 30.). 보도자료: 농어촌 양육수당 재신청 안내.

²¹⁷ 김수희(2008. 11. 20.). 12월~내년 2월 저소득층가정 유치원생 종일반비 지원. 아시아경제.

고 동법 제27조(종일제 운영 등에 대한 지원)에 의거하여 종일제 운영에 드는 경비를 보조할 수 있도록 하였다.²¹⁸ 2012년 3월에는 「유아교육법」을 개정하여 종전 법 제2조 정의에 명시되었던 교육시간에 따른 반일제, 시간연장제, 종일제 등의 개념을 폐지하고, 제13조 1항을 개정하여 과정을 교육과정과 방과후과정으로 구분하고, 방과후과정을 교육과정 이후에 이루어지는 그 밖의 교육활동과 돌봄활동으로 변경하였다. 지원 관련 조항(제27조) 역시 개정하여 방과후과정 운영 등에 드는 경비를 보조할 수 있도록 하였다.²¹⁹ 이후 대부분의 유치원이 방과후과정을 운영하였는데, 그 결과 2013년에 원아의 63% 정도가 참여하였다.

〈표 4-18〉 방과후과정 운영 및 이용

(단위: %)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
운영 유치원	-	-	-	82.6	90.9	95.5	98.1	97.6	98.1	98.0
이용 비율	15.6	20.8	25.4	28.3	36.1	37.2	54.8	47.4	62.0	62.8

자료: 교육과학기술부·경상남도교육청·육아정책연구소(2012), 『2011-2012 유아교육 연차 보고서』.

육아정책연구소(2013), 『2012-2013 유아교육 연차보고서(mimeo)』, 동 기관.

다양한 가족 보육 지원

영유아 무상보육 확대로 소멸되었으나 보육료를 차등적으로 지원했던 시기에 정부가 추진하였던 것으로 다자녀 가정, 맞벌이 가족, 다문화가족 등에 대해 차별화된 보육·교육 지원정책이 있었다.

정부는 다자녀 가정을 이루고 있는 부모의 부담을 완화하여 출산수준을 제고한다는 정책적 취지로 2005년부터 두 자녀 이상이 보육시설이나 유치원을 이용하면 연령이 적은 아동의 보육료나 교육비를 지원하였다. 도시 근로자 가구 월 평균소득의 100%까지 해당하는 가구의 자녀가 어린이집과 유치원에 2명 이상이 동시에 취원하면, 둘째아 이상에게 비용의 20%를 추가 지원하였다. 점차 소득기준과 지원수준을 늘려서, 2010년에는 소득하위 70% 이하 가구의 경우 첫째 자녀가 어린이집이나 유치원에 안 다녀도 출생 순위상 둘째아 이상에게는 정부

²¹⁸ 유아교육법 [시행 2010.3.24.] [법률 제10176호, 2010.3.24., 일부개정] 국가법령센터 <http://www.law.go.kr/>

²¹⁹ 유아교육법 [시행 2012.4.27.] [법률 제1218호, 2012.1.26., 일부개정] 국가법령센터 <http://www.law.go.kr/>

지원 기준단가의 100%를 지원하였다. 2011년에는 소득하위 70% 이하 가구까지 전액 지원 대상이 확대되면서 다자녀 가구 지원 정책은 소멸되었다.

일하는 부모들은 상대적으로 양육에 많은 애로가 있고 소요되는 비용도 많으나 보육료·교육비 산정을 위한 소득인정액 산정 시 양 부모 소득 합산으로 지원 대상자 선정에서 탈락한다는 불만이 늘어갔다. 이에 일하는 여성을 위한 추가적 정책의 필요성, 맞벌이 육아기 부모의 양육부담을 감소시킬 필요에 따라 2009년부터 2012년까지 맞벌이가구 소득산정 기준을 완화하여 맞벌이 가족 중 일부가 보육료 지원 대상에 포함되었다. 즉, 소득산정 시에 맞벌이 가구 부부의 소득을 모두 100% 합산하였던 것을 2009년 7월부터 맞벌이가구의 부부 소득 중 낮은 소득의 25%를 감액하여 소득인정액을 산정하였다. 이에 따라 1만 5,000여 맞벌이가구가 지원 대상에 포함되었다. 2010년에는 지원 대상을 확대하여 맞벌이가구 부부의 소득합산액의 25%를 감액하여 약 2만 7,000명이 보육료 지원 혜택을 보게 되었다. 2011년에도 동일한 기준이 적용되었고, 2012년에도 소득하위 70% 계층까지 보육료를 지원하는 3~4세 아동에게 적용되었다. 이 제도는 2013년에 무상보육 도입으로 자동 소멸되었다.

다문화가족의 영유아에게 보호자의 소득수준에 상관없이 보육료·교육비 전액을 지원하는 제도를 2010년에 도입하여 2012년까지 운영하였다. 지원대상은 「다문화가족지원법」 제2조 제1호에 따른 다문화가족 자녀 중 만 0~5세 영유아였다. 이는 대부분 취약계층인 다문화가족의 영유아에게 공평한 보육·교육 기회를 보장하고자 도입한 제도로, 무상보육 제공 이외에 국공립어린이집 등의 보육 우선 제공 대상에도 포함하였다. 다문화가족 자녀의 보육료 지원으로 다문화가족 아동의 어린이집 이용이 증가하는 효과를 낳았다. 제도 도입 첫해인 2010년 대비 2011년에는 이용 아동수가 50% 이상 증가하였다. 다문화가족 아동을 보육하는 어린이집도 6,000여 개소가 증가하였다. 유치원에도 다문화가족 원아의 수가 증가하였다. 유치원에 다니는 다문화가족 원아의 수는 2010년 4,297명(전체 유아교육 대상 아동의 17.3%)에서 2012년에는 1만 4,263명(28.1%)으로 증가하였다.²²⁰

²²⁰ 교육과학기술부·경상남도교육청·육아정책연구소(2012). 『2011~2012 유아교육 연차보고서』. 동 기관; 육아정책연구소(2013). 『2012~2013 유아교육 연차보고서(mimeo)』. 동 기관.

〈표 4-19〉 설립주체별 다문화가족 영유아 수 및 어린이집 수

(단위: 명, 개소)

구분	계	국·공립	법인	법인외	민간 개인	부모협동	가정	직장
영유아								
2013	52,942	7,458	6,175	3,057	27,351	29	8,624	248
2012	52,120	6,331	5,965	2,889	27,005	13	9,694	223
2011	47,012	5,041	5,367	2,521	23,940	4	9,943	196
2010	30,319	3,412	3,952	1,903	15,069	6	5,885	92
어린이집								
2013	18,556	1,848	1,128	622	9,078	19	5,739	122
2012	18,899	1,715	1,123	602	9,099	9	6,244	107
2011	18,124	1,529	1,090	573	8,572	4	6,257	99
2010	12,063	1,166	928	488	5,810	5	3,619	-

자료: 보건복지부(각 연도), 『보육통계』, 동 기관.

보육시설 미이용 아동 양육수당

정부는 2009년 9월에 보육시설이나 유치원을 이용하지 않는 미이용 아동의 건강한 성장발달을 지원하고, 지원의 사각지대를 해소하기 위하여 보육시설을 이용하지 않는 아동에게 서비스 대체 양육수당을 지원하는 제도를 도입하였다. 양육수당은 아동의 부모나 친권자 및 후견인, 그 밖의 아동의 사실상 보호자에게 지급되었다.

제도 도입의 주된 배경은 보육시설 이용 여부에 따른 지원의 형평성 강화이었다. 그동안 영유아에 대한 양육지원이 보육시설 이용 아동에 한정됨에 따라 가정에서 양육되는 아동은 지원의 사각지대가 되어서 정부 지원의 형평성 문제가 꾸준히 제기되어 왔고, 양육수당은 이를 해소하기 위한 조치이었다.²²¹ 부가적으로 자녀를 직접 기르는 부모를 지원하여 부모의 선택권을 존중하고 직접 양육으로의 유인 기제를 마련함으로써 보육서비스 예산 절감 기대 등이 복합적으로 작용하였다. 또한 양육수당은 저출산대책의 하나로 논의되었던 보편적 아동수당 도입 주장으로부터도 부분적으로 영향을 받았다.

²²¹ 보건복지부(2009. 5. 6.), 보도자료: 7월부터 보육시설 미이용 저소득 아동(0~1세)에게 양육수당 지원.

제도 도입 당시 대상은 차상위계층 이하 24개월 미만이었으나, 대상과 지원 규모가 점차 확대되어 2013년부터는 전체 계층의 전체 연령 아동(0~5세)으로 확대되었다. 이는 영아 무상보육, 누리과정 확대 등과 연관되어 있었다. 정부는 2012년 제3차 위기관리대책회의(2012. 1. 18.)에서 누리과정을 3~4세 유아로 확대하고, 동시에 양육수당의 지원 대상도 현재 차상위계층(소득하위 15% 수준)에서 소득하위 70% 이하의 계층까지로 확대한다고 발표하였다.²²² 정부도 2013년에 0~2세 무상보육을 소득하위 70% 계층까지로 하향조정하고, 양육수당을 소득하위 70% 계층으로 맞추고 유아에까지 확대하는 안으로 소요 예산을 제출하였다. 그러나 국회에서는 영아 무상보육을 지속하고 이와 더불어 양육수당을 전 계층으로 확대하기로 결정하였다. 국회는 정부안이 부담 능력이 있는 계층에 대한 자부담을 부과하고, 그로써 절감된 재원으로 소득하위 70% 계층까지 양육수당 지급대상으로 확대함으로써 저소득층에 대한 지원 강화는 물론 시설보육과 가정양육의 부모 선택권을 강화하려는 취지로 이해되지만, 정책의 실효성 측면에서 본다면 보다 전향적인 검토가 필요할 것으로 판단된다고 밝혔다.²²³ 이러한 국회 예산결산위원회의 입장은 예산에 반영되어 보육료는 전 계층의 0~2세 아동을 대상으로 정부 기준단가의 전액이 지원되고, 양육수당은 전체 계층의 전체 연령(0~5세)으로 확대되었다.

제도 도입 시 양육수당의 지원대상은 차상위 이하 가구 24개월 미만 아동이며 지원금은 월 10만 원이었다. 이후 점차 지원 규모와 대상을 확대하였다. 2011년에 양육수당의 지급 대상이 차상위계층 이하 36개월 미만으로 확대되었고, 지원 액수도 0세아 20만 원, 1세아와 2세아 10만 원으로 차등화되었다. 2011년부터는 양육수당 지원 연령을 24개월 미만에서 36개월 미만으로 확대하고, 지원 금액은 연령에 따라 0세아 20만 원, 1세아 15만 원, 2세아 10만 원으로 조정하였다. 2013년부터는 영아 양육수당의 지원 대상을 전 계층으로 확대하면서 유아에게 지급하는 양육수당도 전 계층에 월 10만 원을 지원하였다.²²⁴

²²² 국무총리실·기획재정부·교육과학기술부·행정안전부·보건복지부(2012. 1. 18.), 전계자료.

²²³ 국회 예산결산특별위원회(2012), 『2013년도 예산안심사 보고서』, <http://likms.assembly.go.kr>에서 2014년 11월 15일 인출.

²²⁴ 유아까지 확대하는 것도 국회 예산 심의과정에서 결정된 사항이다.

〈표 4-20〉 양육수당 지원 계획

(단위: 억 원, 천 명)

구분	예산	규모	내역
2009	32,390	110	- 차상위 이하 0~1세, 월 10만 원
2010	65,644	114	- 전년도와 동일
2011	89,794	98	- 차상위 이하 0세아 20만 원, 1세아 15만 원, 2세아 10만 원
2012	88,712	96	- 차상위 이하 0~2세 아동 전년도와 동일 - 농어촌 거주 아동, 정부지원단가의 45% - 장애아동 36개월 미만 20만 원, 36개월 이상~취학전 10만 원
2013	880,950	1,193	- 0세아 20만 원, 1세아 15만 원, 2세이상아 10만 원 - 장애아동 전년도와 동일
2014	1,215,319	1,012	- 전년도와 동일

주: 2009~2010년 집행 실적은 매우 낮음.

자료: 보건복지부(2009), 『보육사업안내』, 동 기관.

보건복지부(2009), 『예산 및 기금운용계획 개요』, 동 기관.

보건복지부(2010~2014), 『보육사업안내』, 동 기관.

보건복지부(2010~2014), 『예산 및 기금운용계획 개요』, 동 기관

한편, 2012년 양육수당 지원 대상으로 농어촌 거주 아동²²⁵과 장애아동이 포함되었다. 농어촌 거주 아동 대상 양육수당은 농수산식품부에서 농어촌구조개선특별회계로 추진하던 사업이 보건복지부로 이관된 것으로, 「농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌지역 개발촉진에 관한 특별법」 제17조²²⁶에 근거하여 농어촌 거주 아동은 농지 50,000㎡ 이하로 소득 1자녀 기준 4,000만 원 이하 가구가 대상이며, 지원수준은 연령별 보육료 지원단가의 45%이었다. 장애아동 양육수당은 「장애아동복지지원법」 제22조 2항, 국가 및 지방자치단체는 어린이집 또는 유치원을 이용하지 아니하는 장애영유아에게 「영유아보육법」 제34조2에 따라 양육수당을 지급할 수 있다고 정한 기준에 의거하였다. 소득수준과 장애등급에 관계없이 36개월 미만은 월 20만 원, 그 이상은 월 10만 원을 지원하였다.

지원아동 규모도 점차 증가하였다. 2009년 12월까지 지원실적은 6만 9,000명이었고, 2010년에는 동일한 기준이 적용되어 지원아동은 차상위 이하 만 0~1세 아동 4만 9,800여 명

²²⁵ 농림식품수산부 사업이 보건복지부로 이관됨에 따른 것이다.

²²⁶ 「농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌지역 개발촉진에 관한 특별법」 제17조(농어업인의 영유아 보육비 지원) 국가와 지방자치단체는 관계 법률에서 정하는 바에 따라 농어업인의 영유아를 보육하는 데 필요한 비용을 지원할 수 있다.

이 지원받은 것으로 집계되었다. 이는 만 0~1세 아동 대비 5.74%에 이르렀다.²²⁷ 2011년에는 8만 9,700여 명 정도가 지원받았고, 그 이후에는 10만 명 이상이 수혜를 받았다.²²⁸ 2012년에는 일반아동 양육수당은 영아 차상위까지가 지원 대상이었고, 2013년에 전 계층 전 연령으로 지원 대상이 확대되어 규모가 100만 명 이상으로 크게 증가하였다.

〈표 4-21〉 양육수당 지원아 수

(단위: 명)

구분	계	0세	1세	2세	3세	4세	5세	6세
2009	68,751	미분류	미분류	-	-	-	-	-
2010	51,838	24,447	27,391	-	-	-	-	-
2011	89,756	36,662	38,450	14,644	-	-	-	-
2012	102,653	37,727	44,128	18,486	1,178	573	381	180
2013	1,060,484	385,585	346,952	145,049	63,164	38,360	40,445	40,929

자료: 보건복지가족부(2009), 『보육통계』, 동 기관.
보건복지부(2010~2013), 『보육통계』, 동 기관.

양육수당을 만 0~2세 차상위계층까지만 지원하던 사업 초기에는 해외에 90일 이상 장기 체류 중인 영유아에게는 양육수당을 지원하지 않았다. 그러나 양육수당이 보편적 복지서비스가 되면서 재외국민의 권리를 보장하고 영유아 양육에 대한 국가의 역할과 책임을 강화한다는 관점에서 해외체류아동도 지원하게 되었다. 이후 대한민국 해외체류 아동도 국민이라는 일반 법 원리적 견해, 서비스의 보편성, 복수 국적 유지 허용 및 차별없는 국민으로서의 처우 등의 찬성 논리와 복지 포폴리즘, 시설 미이용에 대한 보상 제도로서의 특성, 체류국에서 받게 되는 급여와의 중복성 등의 이유로 반대 논리 의견이 공존해 오다가²²⁹ 2015년 「영유아보육법」 개정을 통해 법적 근거를 마련하여 이를 제한하게 된 것이다.

²²⁷ 중위소득 50% 이하 만 5세 미만 아동의 상대빈곤율을 10.4% 정도로 추정할 경우(서울대사회복지연구소(2006), 『아동백서, 중장기 아동정책 및 국가행동계획 연구』, 보건복지부·서울대사회복지연구소 참고), 대상자의 약 반 이상이 지원받은 것으로 추정되었다.

²²⁸ 국무총리실·기획재정부·교육과학기술부·행정안전부·보건복지부(2012. 1. 18.), 전제자료.

²²⁹ 2013년 정기국회에서 해외 거주 아동에게 양육수당을 지급하는 문제가 질의되었다.

육아지원시설 확충

국공립보육시설

「영유아보육법」에서 국공립보육시설은 취약지역에 우선 설치하여야 한다고 규정하였다. 이는 취약계층 아동에게 보육서비스를 받을 기회를 보장해 줌으로써 아동과 그 보호자를 지원하자는 데 그 목적을 두었다. 국공립보육시설 이용이 취약계층을 대상으로 한다는 방침은 「영유아보육법」 제정 이전부터 채택된 기본 정책 방향이었고 「영유아보육법」에서 이를 명시한 것이었다.

그러나 국공립보육시설에 대한 부모들의 선호도는 매우 높았다. 2004년 보육실태조사를 보면 선호하는 보육시설 유형으로 국공립보육시설이 56.2%로 다수를 차지하였다. 선호하는 이유로는 ‘비용 저렴’이 54.1%, ‘신뢰’가 43.1%로 압도적인 비율을 차지하였다. 부모의 높은 요구도에 비하여 국공립보육시설은 전체 시설 중 5%를 차지하는 데 불과하였고, 이용 아동도 전체 보육 영유아의 10% 정도에 불과하였다. 이에 노무현 정부는 국공립보육시설을 2010년까지 이용 아동 기준으로 20%까지 이용할 수 있도록 확충한다는 목표를 세웠다. 노무현 정부 제1차 중장기 보육계획 공청회 자료에 의하면 국공립보육시설 확충 목표는 2005년 1,352개소를 2010년에 2,700개소로 확대할 방침이었다.²³⁰

이러한 국공립보육시설 확충 기준은 이에 앞서 저출산·고령사회대책연석회의의 합의를 통해 설정된 국공립어린이집 아동 기준 30%에서 비롯되었다. 저출산·고령사회대책연석회의는 2005년 10월 12일 제256회 정기국회에서 이루어진 대통령 시정연설을 통해 양극화 해소 및 국가경쟁력 강화 등 당면한 경제·사회 의제를 다룰 사회적 협의틀로서 경제계, 노동계, 여성·시민사회단체 등이 참여하는 가칭 국민대통합연석회의의 구성방안 제의에 따라 출범하여, 2006년 2월 17일에 「저출산·고령사회대책연석회의 설치 운영에 관한 법률」²³¹에 의거하여 운영되었다. 이 회의에서 2006년 6월 20일에 저출산·고령화 문제 해결을 위한 사회협약에

²³⁰ 여성가족부(2006. 2. 16.). 보도자료: 제1차 중장기 보육계획(안) 공청회 개최.

²³¹ 대통령 훈령 제168호.

합의하게 되는데 사회협약 제1기 의제로 협약문 제1장 ‘출산과 양육 어려움 없는 사회 실현’의 첫 번째 주제로 육아지원시설 관련 내용이 포함되었다. 전문은 다음과 같다.²³²

- 1-1 육아지원 시설의 접근성을 높이고 질을 향상시키는 한편 보육을 보편적 서비스로 제공하여 출산과 양육이 보장될 수 있도록 한다. 이를 위해
- ① 정부는 보육의 공공성 강화를 위해 국공립보육시설을 보육아동 기준으로 30% 수준으로 확충하고 이를 저출산·고령사회기본계획에 반영한다.
 - ② 종교계는 육아지원시설의 확충을 위해 노력하고 정부는 이를 원활히 할 수 있도록 지원한다.
 - ③ 노사는 직장보육시설 확충을 위해 노력하고 정부는 이에 대한 지원을 확대한다.
 - ④ 정부는 민간육아지원시설의 질적 수준을 향상시키기 위하여 노력한다.

국공립보육시설의 아동 기준 30% 확충 목표는 합의하는 과정 마지막까지 미합의 쟁점 주제로 남을 만큼 많은 논의가 이루어졌다. 2006년 6월 9일에 열린 제4차 협약 초안 소위원회에서 부분적으로 잠정 합의하였고, 6월 13일 16차 실무 협의회에서 최종 문구를 합의하기에 이르렀다. 제4차 협약 초안 소위원회에서 제시된 문구를 보면, 노동계에서는 ‘국공립보육시설의 구체적 목표치로 50%를 명시’를 제시하였고, 시민사회단체에서는 ‘보육의 공공성 강화를 위하여 국공립보육시설을 2010년까지 보육 아동 기준 30% 수준으로 확충한다’를 제시하였고, 정부는 ‘보육의 공공성 강화를 위해 직장보육시설 및 종교단체 등 비영리법인 시설에 대한 지원을 확대한다’, 정부는 구체적 비율 제시 없이 ‘정부는 국공립보육시설을 확충하고 직장보육시설 및 종교단체 등 비영리법인시설에 대한 지원을 확대한다’는 안을 제시하였다. 최종적으로 협약은 목표 연도 기재 없이 30%를 제시한 것으로 되었다. 이는 앞서 참여정부 국정과제 보고인 제2차 육아지원방안에서 제시된 목표인 시설기준으로 30%까지 확대한다는 방안과 달리하였다.

여성가족부²³³는 사회협약 이행으로 보육의 공공성 강화를 위해 2004년 5%에 불과한 국

²³² 저출산·고령화대책연석회의(2006). 『저출산 고령화대책 연석회의 사회협약 백서』. 국무조정실 저출산·고령화대책 연석회의지원단.

²³³ 참고로 보육업무는 2004년에서 2008년 초까지 여성가족부 소관업무였는데, 이외의 시기에는 보건복지가족부 또는 보건복지부(2008년 이후)의 소관업무로 되어 있었다.

공립시설 비율을 2008년까지 10%로 높여 나가기 위한 ‘국공립보육시설 확충대책’을 수립·추진하기로 하였다. 이와 같은 대책을 효율적으로 추진하기 위해 ‘국공립보육시설 확충 T/F팀’을 구성하여 운영하면서 전국 시·군·구를 국공립시설 설치 우선순위별로 분류하여 지속적으로 관리하고, 지방자치단체의 적극적인 협조를 당부하는 등²³⁴ 예산이 확보된 400개의 국공립보육시설을 확충하고자 다양한 방법을 동원하였다.

우선 제곱미터당 지원 단가를 2005년 39만 원에서 300만 원으로 인상하였고, 2006년에는 설치비 국고보조율을 40%에서 50%로 늘렸다. 이외에도 초기투자 비용 부담을 최소화하기 위하여 학교복합시설 BTL 사업에 국공립보육시설 포함 추진,²³⁵ 도시공원 및 대학 내 부지 활용,²³⁶ 국민임대주택 단지 내 보육시설을 국공립보육시설로 운영, 공동주택 내 의무설치 보육시설 중 일부를 국공립으로 운영, 우체국·주민자치센터·초등학교 등 기존 공공건물을 우선 활용, 민간보육시설 매입 등 다양한 방법을 고안하여 사업을 추진하였다. 이를 위하여 국방부,²³⁷ 대한주택공사²³⁸ 등 타 부처 및 기관과 협력을 추진하였고, 건설 및 토지개발 관련 법을 개정하여²³⁹ 국공립보육시설 설치를 촉진하였다. 특히 ‘주택건설기준 등에 관한 규정’ 중 500세대 이상 공동주택 건립 시 30인 이상의 보육시설을 설치하도록 한 규정을 개정하여 300세대 이상 공동주택단지에 20인 이상의 보육시설 설치(500세대 이상은 40인 이상)를 의무화하였고, 토지·택지·국민임대주택 등의 개발·정비·조성 사업 추진 시 보육시설 또는 보육시설 용지를 확보할 수 있도록 하였다.

²³⁴ 여성가족부 장관이 2005년 8월 18일 충청남도 방문을 시작으로 19일에는 대전광역시, 9월 중 경기도를 방문하여 협조를 당부하였다(여성가족부(2005. 8. 17.). 보도자료: 국공립보육시설 확충관련 지방설명회 개최 참조).

²³⁵ 2006년 BTL 사업으로 신·개축이 추진된 8개 학교 중 천안시 월봉중학교, 청당초등학교에 국공립보육시설 2개소를 도서관, 생활체육시설 등과 함께 복합화하여 설치하게 되었다(여성가족부(2006. 4. 18.). 보도자료: 학교설립시 국공립보육시설 함께 설치 참조).

²³⁶ 서울신학대학교가 지방자치단체에 대학건물을 장기 무상임대하여 국공립보육시설을 설치한 것이 전국 최초의 사례다(여성가족부(2007. 5. 4.) 보도자료: 대학내 국공립보육시설 첫 개원 참조).

²³⁷ 국방부는 2007년부터 2011년까지 약 100여 개의 군부대 지역에 보육시설을 설치하겠다고 발표하였다(여성가족부(2007. 5. 9.). 보도자료: 여성가족부-국방부, 영유아 보육시설 설치·운영 협약식 참조).

²³⁸ 대한주택공사가 건립하여 지방자치단체에 무상으로 제공하여 국공립보육시설로 운영한 임대주택단지 보육시설은 2006년 기간 내 파주 교하시 노을빛 어린이집을 비롯하여 25개소를 개원하고, 2017년까지는 개원된 보육시설이 1,200여 개소에 달할 것으로 추정하였다(여성가족부(2005. 9. 13.). 보도자료: 국민임대주택 단지 내 국공립보육시설 늘어난다' 및 '여성가족부(2006. 3. 8.). 보도자료: 주공 임대아파트內 첫 국공립보육시설 개원' 참조).

²³⁹ 여성가족부(2006. 1. 3.). 보도자료: 도시 공원에 국공립보육시설 설치 가능.

그러나 이러한 노력이 큰 성과를 거두지는 못하였다. 2005년도 국공립보육시설 신축사업에서 400개소 신축을 목표로 하였으나 집행은 134개소에 머물렀고, 집행액도 예산액의 36.6%에 그쳤다.²⁴⁰ 국공립보육시설을 이용하는 아동은 여전히 보육아동의 10% 수준에 머물렀다.

국공립보육시설 확충 사업이 큰 성과를 거두지는 못한 원인은 무엇보다도 시설 설치에 필요한 총소요비용 대비 국고 지원금이 낮기 때문에 지방자치단체가 과도한 비용을 마련하여야 한다는 부담이 작용하였기 때문이다. 시·군·구는 중앙정부가 지원하는 건축비의 25%를 부담하고 이외에도 부지매입비, 설계 및 타당성 조사 용역비 등을 부담하여야 하며 또한 건축면적 330㎡와 제곱미터당 120만 1,300원이라는 단가 제한으로 차액도 추가로 부담하여야 했다. 실제 대부분의 신축 시설 연면적은 정부 지원 기준 396㎡보다 크므로, 지방비 추가 부담이 컸다. 또한, 민간보육시설들의 민원에 따른 지방자치단체의 정치적 부담도 주요 요인으로 작용하였다. 국공립어린이집의 규모는 민간이나 가정어린이집에 비하여 크기 때문에 국공립 어린이집의 설치는 집단 민원의 소지가 되었던 것이다. 이러한 여러 요인들 때문에 시민단체 등이 국공립보육시설 설치를 위한 특별법의 제정이나 국립시설의 설치를 제안하기도 하였으나 성과를 거두지는 못하였다.

이러한 노력 대비 미미한 성과로 인하여 2005년 이래 국공립보육시설 설치 예산은 점차 감소하였다. 특히 이명박 정부가 들어서서는 이미 설치된 민간시설을 활용하고, 민간시설이 없는 지역에 한하여 국공립어린이집을 설치하는 원칙을 적용하였다. 이에 따라 국공립보육시설 설치 예산은 급격히 감소하여 2010년에 약 20억 원 그리고 목표량은 10개소로 설정되었다. 2011년에는 국공립보육시설 설치 예산이 약 270억 원 정도로 목표량은 16개소에 불과하였다.

²⁴⁰ 국회(2004), 『2005 회계연도 여성가족부 소관 세입세출결산 예비비지출 승인의 건 검토보고서』, 동 기관.

〈표 4-22〉 연도별 보육시설 설치 사업 중앙정부 예산 현황

(단위: 백만 원, 개소)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
신축											
예산	10,123	38,280	19,800	20,216	9,910	7,532	1,982	2,706	1,982	14,865	314,00
개소수	53	400	110	112	50	38	10	16	10	75	150
집행실적	-	134	104	148주)	102주)	84주)	10	21	16	-	-
리모델링											
예산	-	-	-	4,925	950	1,050	475	615	475	475	475
개소수	-	-	-	237	38	42	19	25	19	19	19
장애아전담											
예산	6,214	3,445	2,599	2,166	714	476	238	475	476	476	503
개소수	26	30	12	10	3	2	1	2	2	2	2

주: 리모델링 포함.

자료: 여성가족부·보건복지부, 『각 연도 소관부서 예산 및 기금 운용계획 개요』, 각 연도.

국회 보건복지위원회(2008), 『여성가족부 소관 2007년도 결산 및 예비비 승인의 건 검토 보고』, 동 기관

국회 보건복지위원회(2014), 『보건복지부 소관 2013년도 결산 및 예비비 승인의 건 검토 보고』, 동 기관

2005년 이래 지속적으로 감소하여 오던 국공립어린이집 설치 예산과 목표량은 2013년 박근혜 정부(2013~2018)에 들어서 대선공약 등에 힘입어서 다소 증가하였다. 신축 목표량이 2012년 10개소에서 2013년 75개소, 2014년 150개소로 증가하였다.²⁴¹

이와 같은 노력에도 불구하고 전체 어린이집 중 국공립어린이집이 차지하는 비중은 여전히 낮았다. 2014년 12월 기준으로 어린이집 유형별 구성을 보면, 국공립어린이집(5.7%)과 법인어린이집(3.2%)이 소수이고, 민간개인어린이집(33.9%)과 가정어린이집(53.3%)이 다수를 차지하였다.

²⁴¹ 2013년 국공립어린이집 설치 확대는 박근혜 대통령의 대선 공약으로 공공형을 포함하여 공공어린이집이 아동의 30%를 보육하도록 하겠다는 약속에서 비롯되었다.

〈표 4-23〉 어린이집 유형별 어린이집 개수

(단위: 개소, %)

구분	계	국공립	법인	법인의외	민간개인	가정	직장	부모협동
2014	43,742	2,489	1,420	852	14,822	23,318	692	149
(비율)	(100.0)	(5.7)	(3.2)	(1.9)	(33.9)	(53.3)	(1.6)	(0.3)
2013	43,770	2,332	1,439	868	14,751	23,632	619	129
2012	42,527	2,203	1,444	869	14,440	22,935	523	113
2011	39,842	2,116	1,462	870	14,134	20,722	449	89
2010	38,021	2,034	1,468	888	13,789	19,369	401	74
2009	35,550	1,917	1,470	935	13,433	17,359	370	66
2008	33,499	1,826	1,458	969	13,306	15,525	350	65
2007	30,856	1,748	1,460	1,002	13,081	13,184	320	61
2006	29,233	1,643	1,475	1,066	12,864	11,828	298	59
2005	28,367	1,473	1,495	979	12,769	11,346	263	42
2000	19,276	1,295	2,010	324	8,970	6,473	204	미분류

자료: 보건복지부, 『보육통계』, 각 연도.

보육 아동은 2014년 12월 기준으로 국공립어린이집 이용 아동은 약 15만 9,200명 정도로 전체 보육 아동의 10.6%이고, 법인 및 법인의 외 어린이집 이용 아동이 약 16만 3,000여 명으로 10.3%인 데 비하여, 개인이 설치 운영하는 시설 이용 아동은 민간개인어린이집 77만 5,414명과 가정어린이집 36만 5,250여 명으로 전체 보육 아동의 76.2%를 차지하였다.

〈표 4-24〉 어린이집 설립유형별 보육아동 수

(단위: 명, %)

구분	계	국공립	법인	법인의외	민간개인	가정	직장	부모협동
2014	1,496,671	159,241	104,552	49,175	775,414	365,250	39,265	3,774
(비율)	(100.0)	(10.6)	(7.0)	(3.3)	(51.8)	(24.4)	(2.6)	(0.3)
2013	1,486,980	154,465	108,834	51,684	770,179	364,113	34,479	3,226
2012	1,487,361	149,677	113,049	51,914	768,256	371,671	29,881	2,913
2011	1,348,729	143,035	112,688	50,676	706,647	308,410	24,987	2,286
2010	1,279,910	137,604	114,054	51,126	671,891	281,436	21,901	1,898
2009	1,175,049	129,656	112,338	52,718	622,996	236,892	18,794	1,655
2008	1,135,502	123,405	113,874	53,818	615,647	210,438	16,809	1,491

구분	계	국공립	법인	법인외	민간개인	가정	직장	부모협동
2007	1,099,933	119,141	118,211	55,906	612,484	177,623	15,124	1,444
2006	1,040,361	114,657	120,551	58,808	582,329	148,240	14,538	1,238
2005	989,390	111,911	125,820	56,374	552,360	129,007	12,985	933
2000	686,000	99,666	157,993	15,949	336,625	67,960	7,807	미분류
1995	293,747	78,831	77,187	591	92,634	42,116	2,388	미분류

자료: 보건복지부, 『보육통계』, 각 연도.

직장어린이집

일정 규모 이상의 근로자를 고용하고 있는 사업장의 사업주가 의무적으로 설치·운영하여야 하는 직장어린이집은 전체 보육에서 차지하는 비중이 작지만 일-가정양립지원 정책으로 상징성이 크다. 따라서 정부는 직장어린이집 확대 정책을 꾸준히 추진해 왔다. 노무현 정부에서는 「영유아보육법」을 개정하여 직장어린이집 의무 설치 대상을 상시 여성근로자 300인 이상 또는 근로자 500인 이상 사업장으로 확대하였다. 저출산·고령사회대책연석회의에서 추진한 저출산·고령화 문제 해결을 위한 사회협약 중에도 ‘노사는 직장보육시설 확충을 위해 노력하고 정부는 이에 대한 지원을 확대한다’는 직장어린이집 확충 관련 조항이 포함되었다. 이명박 정부에 들어서 국공립어린이집 설치 목표를 축소하고 그 대안의 하나로 기업의 근로자 보육 지원 강화차원에서 직장어린이집 설치를 촉진하도록 규제완화 등 제도를 개선하였다. 제2차 저출산·고령사회기본계획에서도 일-가정양립을 강조하면서, 그 수단의 하나로 직장어린이집 설치 촉진을 더욱 강화하였다. 2013년에는 기획재정부, 보건복지부 등 6개 부처가 합동으로 일과 가정 양립을 위한 직장어린이집 활성화 방안을 발표하였다.²⁴² 기업들이 적극적으로 직장어린이집을 설치할 수 있도록 기업의 부담을 덜어 주고, 설치 시 장애요인을 해소해 주는 한편, 설치를 유인하기 위한 인센티브를 제공한다는 정부의 의지를 나타냈다.

직장어린이집 설치 의무 대상 확대 이후 정부는 법 조항의 이행을 촉구하는 동시에 설치에 걸림이 되는 요인을 없애고, 지원을 강화하는 방향으로 정책을 추진하였다.

²⁴² 기획재정부·국방부·보건복지부·고용부·여성가족부·국토부 합동(2013. 6. 10.). 보도자료: 일과 가정 양립을 위한 직장어린이집 활성화 방안.

직장어린이집 설치 의무를 촉구하기 위해서 2011년 12월 「영유아보육법」 제14조의2 신설²⁴³ 및 2012년 하위법령 개정을 통해 직장어린이집 설치 의무 미이행 사업장의 명단 공표를 법제화하였고,²⁴⁴ 2013년 1월에 최초로 설치 의무 미이행 사업장의 명단을 공표하였다.²⁴⁵ 또한 2014년 5월과 2015년 1월에 시행령과 시행규칙을 각각 개정하여 위탁보육을 하는 경우에는 사업장 내 보육대상이 되는 근로자의 자녀 중에서 위탁보육을 받는 근로자 자녀가 30% 이상이 되어야 한다고 규정하였고,²⁴⁶ 직장어린이집 설치 의무 미이행 사업장에 대해 상당기간을 정하여 이행명령을 내릴 수 있고 이행명령 기간 내에도 미이행 시 이행강제금 부과가 가능하도록 하였다.²⁴⁷

한편, 직장어린이집 설치를 지원하고자 2011년 12월에 「영유아보육법」 시행규칙을 개정하여 산업단지 입주기업체·지원기관의 근로자를 위하여 어린이집을 설치·운영할 수 있다고 규정하였고, 산업단지 내 어린이집 층수 기준을 5층까지로 완화하였으며 산업단지 근로자 자녀에 대한 보육 우선 제공을 명시하였다.²⁴⁸ 2012년 7월에 지침을 개정하여 직장어린이집 설치 장소 제한을 삭제하고, 보육정원의 1/3 이상이 사업장의 근로자 자녀여야 한다는 내용도 삭제하였다.²⁴⁹ 한편, 2010년에 직장어린이집 의무 설치 사업장에 유치원이 설치되었다면 이를 의무 이행으로 인정하는 방안을 추진하였으나,²⁵⁰ 법 개정으로 연계되지는 않았다.

직장어린이집 설치 운영자에 대한 지원도 확대되었다. 「조세제한특례법」 제94조의 개정으로 근로자 복지증진을 위한 시설투자에 대한 세액공제 조항에 의한 직장어린이집 신축·구입 비용의 세제감면 세율을 7%에서 10%로 확대하였다.²⁵¹ 융자금 및 지원액의 상한을 조정하여

²⁴³ 「영유아보육법」 [시행 2012.7.1.] [법률 제11144호, 2011.12.31., 일부개정]

²⁴⁴ 보건복지부(2014. 7. 4.). 보도자료: 영유아보육법·시행령·시행규칙 및 보육지침 개정·시행.

²⁴⁵ 보건복지부(2013. 1. 31.). 보도자료: 직장어린이집 설치 의무 미이행 사업장 명단 최초 공표.

²⁴⁶ 「영유아보육법」 시행규칙 [시행 2015.1.28.] [보건복지부령 제303호, 2015.1.28., 일부개정]

²⁴⁷ 「영유아보육법」 [시행 2015.1.1.] [법률 제12619호, 2014.5.20., 일부개정], 이 조항은 2015년 1월부터 시행하였다.

²⁴⁸ 「영유아보육법」 [시행 2012.7.1.] [법률 제11144호, 2011.12.31., 일부개정]

「영유아보육법」 시행규칙 [시행 2011.12.8.] [보건복지부령 제92호, 2011.12.8., 일부개정]

²⁴⁹ 다만, 직장어린이집 교재·교구비 등 지원 요건은 유지되었다. 전체 정원 1/3 이상이 사업장의 근로자 자녀이거나 사업장 근로자 자녀가 1/4 이상이면서 피보험자(타 사업장 소속 피보험자 포함)의 자녀수가 1/2 이상인 경우로 한정하였다.

²⁵⁰ 매일경제. (2010. 9. 28.). ‘직장 내 유치원’ 이르면 10월부터 허용. 매일경제.

설치비 용자는 개소당 최대 5억 원에서 2010년에 7억 원으로 확대하였고, 시설전환비 지원도 개소당 최대 1억 원(공동설치 2억 원)에서 2억 원(공동설치 5억 원)으로 확대하였다.

〈표 4-25〉는 고용보험기금으로 지원한 직장어린이집 관련 예산과 실적 규모를 나타낸다. 2012년 기준으로 지원금은 용자금을 포함하여 총 458억 원인데 2009년 이후 급격하게 증가하였다.

〈표 4-25〉 연도별 직장어린이집 설치 지원

(단위: 백만 원, 개소)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
용자	4	7	8	9	10	11	12	13	-	-
(개소)	511	2,700	300	1,777	3,230	1,326	1,512	3,253	-	-
지원	33	21	27	31	61	65	82	103	90	110
(개소)	3,245	2,675	3,226	2,351	6,635	11,057	15,457	23,134	23,676	28,709

자료: 근로복지공단(2013), 『2013년도 근로복지공단 통계연보』, 동 기관.

고용노동부(2014, 2015), 『2014년도 및 2015년도 예산 및 기금운용계획 사업 설명자료』, 동 기관.

정부의 노력으로 직장어린이집 의무 이행 사업장 대상과 의무설치 어린이집 수가 크게 증가한 것을 볼 수 있다. 그러나 직장어린이집 수는 692개소, 정원 5만 1,667명 대비 현원 3만 9,265명으로 전체에서 차지하는 비중은 여전히 낮았다.

〈표 4-26〉 연도별 직장어린이집 설치 현황

(단위: 개소, %)

구분	의무사업장 (개소)	의무이행 사업장				미이행 사업장
		계	설치	수당	위탁	
2004	227	132(58.1)	100	32	-	95(41.2)
2005	787	302(38.4)	170	105	27	485(61.6)
2006	775	365(47.1)	199	132	34	410(52.9)
2007	791	440(55.6)	253	147	40	351(44.4)
2008	791	476(60.2)	269	160	47	315(39.8)
2009	790	523(66.2)	284	195	44	267(30.6)

251. 조세특례제한법 [시행 2011.1.1.] [법률 제10406호, 2010.12.27., 일부개정]

구분	의무사업장 (개소)	의무이행 사업장				미이행 사업장
		계	설치	수당	위탁	
2010	833	578(69.4)	312	208	58	255(30.6)
2011.6.	832	604(72.6)	326	231	47	228(27.4)
2012.9.	919	683(74.3)	359	253	71	236(25.7)
2013	1,074	877(81.7)	534	242	101	197(18.3)
2014	1,204	903(75.0)	635	175	93	301(25.0)

자료: 1) 보건복지부(2015. 4. 30.), 보도자료: 정부기관 기업 학교 등 직장어린이집 설치 증가.

2) 보건복지부 및 여성가족부, 보육통계 및 내부자료, 각 연도.

농어촌 소규모 보육시설 및 공동아이돌봄센터

정부는 2009년부터 2012년까지 영유아 수가 소수인 산간, 도서 및 농어촌에 소규모 어린이집을 설치하거나 장난감, 교재교구 등을 실은 차량이 해당 지역에 찾아가 육아지원 서비스를 제공하는 이동식 놀이 버스 사업을 실시하였다. 이 사업은 국공립어린이집 설치 규모를 대폭 축소하면서 동시에 어린이집이 설치되지 않은 읍면 지역의 보육시설 접근성을 보장하고자 2009년부터 추진한 사업이었다. 농어촌 소규모 보육시설 설치 사업은 국공립 시설 설치 사업이면서도 별도의 이름으로 추진하였는데, 국공립어린이집 설치 축소에 대한 비판에 대응하기 위한 정책이라고 할 수 있었다.

이명박 정부 기간 동안 농어촌지역 소규모 보육시설 설치 보조금을 교부받은 지방자치단체의 실제 집행은 부진하였다. 2011년도에 보건복지부는 농어촌 소규모 보육서비스 20개소를 지원하겠다는 계획을 세웠으나 지방자치단체의 신청이 14건²⁵²에 불과하였다. 소규모 어린이집 설치비는 지원이 되지만 설치 이후에 운영비에 대한 지원이 없어서 지방자치단체가 부담하여야 하므로 지방자치단체가 소극적인 태도를 보였기 때문이었다.²⁵³

박근혜 정부에 들어서 2013년부터는 그동안 보건복지부에서 수행하던 농어촌 보육교사 특별근무수당 지급과 소규모 보육시설과 이동식 놀이교실 운영 사업이 농림축산식품부로 이관되었고, 농림축산식품부 사업인 농어업인 자녀 지원 사업은 보건복지부로 이관되었다. 따라

²⁵² 경기 2, 충남 1, 전북 1, 전남 5, 경북 5개소이다.

²⁵³ 국회 보건복지위원회(2012), 『보건복지부 소관 2011 회계연도 결산 및 예비비지출 승인의 건 검토보고』, 동 위원회.

서 농림축산식품부는 2017년까지 50개소의 공동아이돌봄센터를 설치한다는 계획으로 이동식 놀이교실을 포함하여 2013년에 36개소, 2014년에 10개소 그리고 2015년에 7개소를 신규로 설치하였다. 공동아이돌봄센터는 읍면 지역에 국가와 지방자치단체가 설치·운영(위탁운영 포함)하는 국공립보육시설로서 3인 이상 20인 이하를 보육하는 시설이며, 이동식 놀이교실은 보육시설이 없는 농촌 마을을 놀이차량으로 방문하여 놀이감·도서 대여, 육아지원 프로그램 등을 지원하는 사업이었다.²⁵⁴

〈표 4-27〉 농어촌 공동 아이돌봄 사업 예산

(단위: 개소, 명, 백만 원)

구분	2013		2014		2015	
	규모	예산	규모	예산	규모	예산
농어촌 공동아이돌봄센터						
신규 설치	36	3,830	10	1,064	7	745
운영	66	726	38	418	37	407
이동식 놀이교실 운영	2	254	-	-	-	-
계	-	4,810	-	1,482	-	1,152

자료: 농림축산식품부, 『예산 및 기금사업 계획 개요』, 각 연도.

이 사업은 소외지역에 거주하는 아동들의 보육서비스에 대한 접근성을 제고하는 데 소기의 성과를 거두었다. 농어촌 보육 여건 개선 사업을 위한 공동아이돌봄센터의 증가는 비영리 시설 공급체로 돌봄의 사각지대를 해소하고 보육서비스의 접근성을 높인다는 점에서 긍정적 접근이라고 할 수 있다. 이러한 노력의 결과, 어린이집 미설치 동·읍·면 지역은 2009년 500개소에서 2014년 말에는 445개로 감소하였다.

²⁵⁴ 근거 법령은 「농어업인 삶의 질 향상 및 농촌지역 개발촉진에 관한 특별법」 제18조(농촌 여성의 복지증진), 「여성농어업인육성법」 제11조(여성농어업인의 모성 보호와 보육여건 개선 및 삶의 질 향상), 「영유아보육법」 제36조(비용의 보조 등), 「영유아보육법」 제52조(도서·벽지·농촌지역 등의 어린이집), 「농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법」 제22조(영유아의 보육지원 등)이다.

육아시설 서비스 개선

어린이집 평가인증

어린이집 평가인증은 민간어린이집이 다수를 차지하는 공급 구조에서 어린이집 스스로의 질 개선 노력을 통하여 어린이집 보육서비스의 질이 일정 수준에 도달하도록 관리하고, 부모들이 합리적으로 어린이집을 선택할 수 있도록 정보를 제공하기 위하여 마련한 제도이다. 보건복지부는 평가인증 도입의 목적으로 보육서비스에 대한 효과적인 질 관리 시스템 마련, 보육시설의 환경·인력 및 프로그램의 질적 수준에 대한 정보 제공 등을 통한 보육수요자의 합리적 선택 유도를 제시하였다.²⁵⁵ 당시 민간 개인이 투자하여 설치한 어린이집이 75% 이상의 아동을 돌보고 있음에도 지방자치단체의 지도 감독이 제대로 미치지 못하고, 운영기준이 일정하지 않아서 서비스의 질이 국공립어린이집과 많은 격차를 보였다. 이에 운영자의 자발적 참여로 민간 서비스의 질을 일정 수준 이상으로 끌어올린다는 목표로 추진되었다.

우리나라에서는 호주의 국가인증제도나 미국의 민간인증제도 등을 준거로 지표 개발, 체계 구축, 시범사업 실시 등을 거쳐서 인증제도를 도입하였다. 2003년에 평가인증제 모형을 개발하였고,²⁵⁶ 2004년에 「영유아보육법」을 개정하여 법적 근거를 마련하였으며, 2005년에 평가인증 시범사업을 실시하였고,²⁵⁷ 2006년부터 본격적으로 적용하였다. 보육시설 환경, 아이 발달과정에 맞는 보육프로그램 시설장과 보육교사 자질, 운영관리체계, 영양과 청결·위생관리, 안전관리, 부모 협력 등의 영역으로 구분하고, 영역별로 개발된 지표를 적용·평가하여 일정 수준 이상을 인증하였다. 2009년까지 1차 시행을 마치고 그 평가 결과²⁵⁸를 토대로 지표와 운영체계를 개선하여 2010년부터 2차 시행이 실시되었다. 제2차 평가인증지표에서 기준을 상향조정하였고, 교사와의 상호작용 등 보육과정에 중점을 두는 등 높아진 수요자의

²⁵⁵ 보건복지부(2013. 1. 14.). 보도자료: 보육시설 평가인증제 기본계획 발표 및 도입 준비 본격화.

²⁵⁶ 유희정·이은혜·황영자 외(2003). 『보육시설 평가인증제도 모형 개발』. 보건복지부·한국여성개발원.

²⁵⁷ 여성가족부(2005. 12. 25.). 보도자료: 627개 보육시설 첫 평가인증.

²⁵⁸ 서문희·김은기·김명순 외(2009). 『보육시설 평가인증 시행의 평가와 추진방안 연구』. 보건복지부·육아정책개발센터.

기대를 반영하였다. 평가인증 통과점수도 73.33점에서 75점으로 상향조정하였고, 참여자격 완화와 인증취소 사유 합리화 등 운영체계를 개선하였으며, 자체점검 점수 반영 비율을 낮추었고, 지방자치단체의 역할을 강화하여 기본사항(법적 준수사항)²⁵⁹ 확인(11개 항목) 기능을 부여하였다.²⁶⁰ 2013년에는 기본사항 중 감점률이 높은 5개 항목을 필수항목으로 변경하여, 일정수준을 갖춘 어린이집만 평가인증에 참여할 수 있도록 하였고 평가인증 소요기간을 6개월에서 4개월로 단축하는 등 운영과정의 효율성을 개선하였다. 또한 2013년에는 평가방식을 변경한 3차 지표를 개발하여 2015년 시범평가에 적용하였다.²⁶¹

정부는 인증 어린이집의 상시적 질 관리를 위하여 원장 교육, 보육 컨설팅, 확인 점검, 인증 취소 등 사후관리를 강화해 왔다. 또한 평가인증 추진과정에서 실시된 중요한 제도의 변화는 평가인증 정보의 공개이었다. 2011년 평가인증 결과 공개 및 취소 근거를 마련하여,²⁶² 2013년 9월 6일부터 세부 평가결과를 공개하였다. 인증-미인증 여부와 우수 어린이집만 공개하던 것을 변경하여 평가인증 여부, 평가인증 총점 및 영역별 점수, 종합평가서, 지역별·어린이집 유형별 평균점수 등 상세정보를 공개하였다. 이는 어린이집 선택 시 서비스 질 수준을 판단할 수 있는 정보를 제공하여 부모의 알 권리를 보장하고 어린이집 간 자율 경쟁을 유도한다는 데 의미를 두었다.²⁶³

평가인증 결과는 부분적이거나 재정 지원과 연계되었다. 민간가정어린이집 교재교구비 지원과 연계하고 도시의 국공립어린이집도 평가인증 통과 시 농어촌 어린이집과 같이 취사부인건비를 지원하였다. 공공형어린이집 선정 시에도 평가인증 선정기준이 적용되었다.

평가인증에 참여하거나 인증 수준을 유지하는 어린이집이 지속적으로 증가하여, 유지율은 2013년 말 기준으로 70.7%, 2014년 7월 기준으로 75.6%로 높아졌다. 그러나 어린이집 유형별 차이가 크게 나타났다. 인증유지율이 국공립어린이집은 92% 수준인 데 비하여 그 수가 가장 많은 가정어린이집은 74% 수준에 불과하였다. 부모협동어린이집의 인증유지 비율이

²⁵⁹ 법적 준수사항은 총정원 준수, 예·결산서 구비 및 준수 여부, 어린이집 설치 기준 등이다.

²⁶⁰ 보건복지부(2010. 8. 20.), 보도자료: 더욱 간간해진 어린이집 평가인증 -제2차 평가인증 결과 첫 발표-.

²⁶¹ 보건복지부·한국보육진흥원(2015), 『어린이집 평가인증 안내: 3차 지표 시범사업용』, 동 기관.

²⁶² 보건복지부(2013. 9. 5.), 보도자료: 어린이집 평가인증 세부결과 이제 아이사랑보육포털에서 확인하세요!.

²⁶³ 아이사랑보육포털(www.childcare.go.kr) '평가인증 알리미' 및 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)를 통해 공개되며, 2013년 11월부터는 모바일 앱으로도 확인할 수 있다.

34.9%로 가장 낮았다.

〈표 4-28〉 연도별 어린이집 평가인증 실적

(단위: 개소, %)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
전체	28,367	29,233	30,856	33,499	35,530	38,021	38,021	42,527	43,770	43,742
인증유지	520	905	3,910	8,481	15,196	20,820	24,856	27,357	30,955	33,050
유지 비율	1.4	2.4	10.3	22.3	42.8	54.8	65.4	64.3	70.7	75.6

자료: 한국보육진흥원, 평가인증 관련 통계 내부자료, 각 연도.

〈표 4-29〉 설립유형별 인증률(2014년 7월 기준)

(단위: 개소, %)

구분	합계	국공립	사회복지 법인	직장	가정	부모 협동	법인 단체	민간
시설 수(A)	43,742	2,489	1,420	692	23,318	149	852	14,882
인증유지 시설수(B)	33,050	2,280	1,259	453	17,162	52	684	11,163
인증유지율(B/A)	(75.6)	(91.6)	(88.5)	(65.5)	(73.9)	(34.9)	(80.3)	(75.3)

주: 법인단체는 통과 건수 포함함.

자료: 한국보육진흥원, 2015 평가인증 관련 통계, <https://www.kcpi.or.kr/> 에서 2015년 4월 15일 인출.

2012년에 평가인증을 통과한 어린이집의 평균 점수를 100점 기준으로 환산한 결과, 신규 및 재인증 어린이집 모두 90점을 상회하였다. 2010년까지는 90점 미만이었으나 2011년부터 90점대로 점수가 상승하였고 2015년에는 94점에 이르고 있다.

2014년 평가인증 제도의 성과를 비용으로 산출한 비용편익분석 결과에 따르면, 2009년 이후에 인증을 받은 민간과 가정 시설의 인증에 따른 질적 개선효과의 순편익이 5,032억 원으로, 편익비는 8.5배이었다. 한국보육진흥원 평가인증국에서 인증제도를 운영하기 위하여 지출한 연간 비용은 평가인증 시행 이후 2013년까지 경상가격으로 514억 원 수준으로 조사되었다. 비용편익분석은 인증시설과 미인증시설 간 주요 항목별 지출액의 차이가 서비스의 질에 반영되었을 가능성이 클 것으로 보고 2013년 4월 재무회계 세출 보고 자료를 분석하여 인증 어린이집과 미인증 어린이집의 아동 1인당 세목별 지출액 차이를 기준으로 산정한 결과로, 이들 금액의 격차만큼 서비스 개선효과가 발생한 것으로 보았다.²⁶⁴

〈표 4-30〉 평가인증에 따른 이용자의 순편익과 편익비(2013년 기준)

(단위: 억 원, %)

시나리오	비용(A)	편익(B)	순편익(B-A)	편익비(B/A)
2008년 이후 전체시설 인증	591.2	11,892.7	11,302	(20.1)
2009년 이후 인증 가정/민간	591.2	5,032.9	4,442	(8.5)

자료: 서문화·양미선·이정원 외(2013), 『보육시설 평가인증 중장기 발전방안』, 보건복지부·육아정책연구소.

〈표 4-31〉 평가인증에 따른 이용자의 편익비: 연도별 누적

(단위: 억 원, %)

구분	2010	2011	2012	2013
비용(A)	287.5	388.5	491.7	591.3
2008년 이후 전체시설 인증(B)	4,280	6,615	9,155	11,890.5
2009년 이후 인증 가정/민간(C)	1,208.3	2,332.6	3,622.3	5,032.9
편익비(B/A)	14.9	17.0	18.6	20.1
편익비(C/A)	4.2	6.0	7.4	8.5

자료: 서문화·양미선·이정원 외(2013), 『보육시설 평가인증 중장기 발전방안』, 보건복지부·육아정책연구소.

그러나 평가인증 통과 점수가 높고, 높은 점수로 평가인증을 통과한 시설에서 아동학대 사건이 발생²⁶⁵하는 등, 현 어린이집 평가인증제도의 실효성 및 신뢰성에 대하여 언론·국회 등에서 문제를 제기하였다. 현행 제도는 신청에 의한 평가이기 때문에 품질이 낮은 어린이집은 평가인증에 참여하지 않는 등 질 관리 사각지대가 발생하였으며, 1회성 현장관찰 및 서류중심 평가로 현장의 부담이 과중한 것으로 나타났다. 이러한 이유들 때문에 평가인증제도 개선을 모색할 필요가 있었다.

유치원 평가

유치원 평가는 유치원의 교육력 및 교육서비스의 질적 수준을 제공하고, 학부모의 알 권리를 보장하며, 유치원 선택권을 확대한다는 목적으로 실시되었다.²⁶⁶ 유치원 평가의 추진 근

²⁶⁴ 서문화·양미선·이정원 외(2013), 『보육시설 평가인증 중장기 발전방안』, 보건복지부·육아정책연구소.

²⁶⁵ SBS가 2015년 1월 8일 보도한 인천 송도에 소재한 어린이집에서 일어난 아동 학대 사건의 해당 어린이집이 총 점 95.36점으로 평가인증을 통과하였다.

²⁶⁶ 교육부(2008), 제1주기(2008~2010) 유치원 평가계획, 동 기관.

거는 「유아교육법」 제19조 제1항에 의거하였다. 2004년 「유아교육법」을 제정하면서 19조에 평가 조항을 두어 교육인적자원부 장관은 유아교육의 효율적 수행을 위하여 필요한 경우 유치원 운영실태 등에 대한 평가를 실시할 수 있다는 임의 조항을 두었고,²⁶⁷ 평가 대상 기준, 절차, 결과 공개 등 필요한 사항은 동법 시행령으로 규정하였다. 평가 대상은 법 제정 당시에는 국공립유치원에 한정되었으나 2010년 시행령을 개정하여 국립, 공립, 사립 유치원으로 확대되었다.²⁶⁸ 평가 주체는 교육인적자원부 장관에서 2012년 법 개정으로 교육감으로 전환되었다.

2007년에 국가 수준의 유치원 평가 기본계획을 수립하였으며, 전국 공·사립유치원 100개 원을 대상으로 시범평가를 실시하였다. 2008년부터 2010년까지 전국 8,300여 개 유치원을 대상으로 제1주기 평가를 시행하여 총 7,922개 원(99.8%)이 참여하였다.²⁶⁹ 2011년부터 2013년까지 제2주기 평가가 시행되어 총 8,292개 원(99.2%)이 평가에 참여하였다.²⁷⁰ 2014년부터 3주기 평가가 실시되고 있다.

시·도교육청의 유치원 평가는 1주기부터 시·도교육감이 시행하였고, 평가방법은 서면평가와 현장방문평가를 병행하였다. 서면평가는 유치원에서 제출한 운영계획서 및 자체평가보고서에 대한 사전 검토형식으로 수행되었으며, 현장평가는 1일 3~5시간 교육과정 실행, 일과 운영, 시설·환경, 운영관리 등에 대한 관찰과 면담 중심으로 수행되었다.

유치원 평가 내용은 교육과정, 교육환경, 건강·안전, 운영관리 등 4개 영역으로 구성되었고 평가지표 수는 제3주기 평가기준으로 11개 지표, 30개 요소이다.²⁷¹ 평가 관련 정보는 평가실시 여부만 공개한다.²⁷² 평가 실시가 임의조항이므로 극소수이지만 평가에 참여하지 않는 유치원이 있다. 어린이집 평가인증 결과에 관한 정보공개와 비교하여 유치원 평가가 공개되는 정보가 매우 한정적이어서, 학부모의 알 권리를 보장하며 유치원 선택권을 확대하기 위한 목적에 비추어 충분한 성과를 내고 있지는 못한 것으로 평가된다.

²⁶⁷ 「유아교육법」 [시행 2005.1.30.] [법률 제7120호, 2004.1.29., 제정]

²⁶⁸ 「유아교육법」 시행령 [시행 2010.5.31.] [대통령령 제22174호, 2010.5.31., 일부개정]

²⁶⁹ 경상남도 21개 사립유치원이 참여하지 않았다.

²⁷⁰ 대전시 70개 사립유치원은 현장평가에 참여하지 않았다.

²⁷¹ 장명림·양유진(2013). 『제3주기 유치원 평가 개선방안 연구』. 육아정책연구소.

²⁷² 장명림·양유진(2013). 상계서.

공공형어린이집

많은 부모들이 저렴한 가격에 믿고 맡길 수 있는 보육시설로 국공립어린이집을 선호하였다. 그러나 현실적으로 과도한 초기 투자비용 부담, 민간 자원 활용 미흡에 대한 부담, 민간 어린이집의 반발 등으로 국공립보육시설을 확충하기가 매우 어려웠다. 이러한 상황에서 개인이 설립한 기존 어린이집들을 공공성이 높은 어린이집으로 질 높은 서비스를 제공하도록 유인하는 정책의 필요성이 제기되었다. 즉, 질 높은 서비스를 제공하는 민간·가정보육시설에 지원을 확대하여 시설 유형 간에 보육에 소요되는 비용의 형평성과 안정적 운영을 보장한다는 것이었다.²⁷³ 이러한 사례는 일부 지방자치단체에서 먼저 추진되었다. 서울·부산 등에서 민간·가정보육시설에 인건비를 지원하는 지방자치단체 공인 어린이집이 등장하여 국공립어린이집의 대안으로 주목을 받았다.²⁷⁴

정부에서는 지방자치단체의 공인 어린이집 사례를 반영하여 우수한 민간보육시설의 안정적인 운영과 품질관리를 위한 운영비를 지원받으면서 국공립보육시설 수준의 공공 인프라로 기능하는 새로운 유형의 신뢰 브랜드 창출을 모색하였다. 평가인증 결과와 연계하여 평가인증제도를 활성화한다는 측면도 부각되었다. 이 과제는 2010년 9월 제2차 저출산·고령사회기본계획 수립 시 국공립어린이집 확충의 대안으로 추진을 결정하였고, 이명박 정부에 이어서 박근혜 정부도 공공형어린이집의 확대를 국정과제로 채택하였다.

정부는 2011년 하반기부터 시범사업을 실시하고 2013년에 본 사업으로 전환하여 확대하였다.²⁷⁵ 시범사업 어린이집은 평가인증 점수, 놀이터·비상재해대비시설 설치 수준, 건물의 소유 형태(자가, 임대, 부채 수준), 1급 보육교사 비율, 해당 어린이집의 보육료 지원 영유아 비율 등을 종합적으로 고려하여 선정하고, 선정된 어린이집은 정원에 따라 월정액의 운영비를 지원받았다. 운영비는 규모별로 월 96만 원에서 824만 원이 지원되었다.

2011년 하반기부터 (재)한국보육진흥원에 위탁하여 공공형어린이집에 대한 사후관리를 시행하였다. 사후관리는 자율적 품질관리 역량을 강화하기 위한 자율공부모임, 수준별 맞춤형

²⁷³ 보건복지부(2011. 4 27.), 보도자료: 민간어린이집이 우수한 어린이집으로 거듭나는 길: 공공형·자율형 어린이집 시범사업 계획안 공청회 개최.

²⁷⁴ 서문희·최혜선(2010). 『2010 보육정책의 성과와 과제』. 육아정책연구소.

²⁷⁵ 서울시는 서울형 어린이집 제도가 있으므로 공공형어린이집 대상 지역에서 제외되었다.

품질관리를 위한 컨설팅, 공공형어린이집의 체계적 운영 지원 등 세 가지 범주로 나누어 추진되었다. 제도 실시 이후 해마다 공공성을 강화하는 방향으로 선정기준을 개선하고 지원 기준과 금액을 상향조정하였다. 대표자나 원장의 복수 시설 운영을 금지하고 기타 운영비 비율도 15%로 하한선을 두었으며, 교사 급여를 선정 기준 요인에 포함하였다. 2014년에는 정부의 여성고용 70% 달성 목표 및 시간선택제 일자리 창출 고용정책을 반영하여 보육아동 중 맞벌이가정 자녀 비율을 새로운 가점으로 추가하였고, 취약보육의 배점을 강화하였다. 공공형 어린이집은 2011년 679개소에서 해마다 증가하여 2014년 말에 1,600여 개소, 2015년 말에 1,788개소가 운영되었다.

공공형어린이집의 시설유형을 살펴보면, 20인 이하의 소규모가 전체의 약 35%를 차지하였다. 이 외 65%가 대부분 민간개인어린이집이었고, 일부²⁷⁶가 법인의 어린이집이었다. 규모는 가정어린이집을 제외하면 36~49인이 전체 어린이집의 약 13%를 차지하였다.

〈표 4-32〉 규모별 공공형어린이집 수, 정원 및 현원(2014년 기준)

(단위: 개소, 명, %)

구분	20인 이하	21~ 35인	36~ 49인	50~ 62인	63~ 76인	77~ 86인	87~ 97인	98~ 111인	112~ 123인	124인 이상	계
시설수	506	112	185	108	110	88	91	111	35	116	1,462
(비율)	(34.6)	(7.7)	(12.7)	(7.4)	(7.5)	(6.0)	(6.2)	(7.6)	(2.4)	(7.9)	(100.0)
정원 (평균)	18.6	29.5	42.5	55.9	69.1	81.1	92.0	101.3	116.4	150.6	56.4
(표준 편차)	(2.3)	(3.8)	(4.6)	(3.9)	(4.1)	(3.0)	(2.9)	(4.1)	(3.2)	(24.1)	(41.3)
총계	9,412	3,299	7,864	6,038	7,601	7,139	8,372	11,242	4,073	17,464	82,504
현원 (평균)	15.7	25.8	36.5	48.8	60.9	71.2	80.5	88.5	99.1	132.3	49.1
(표준 편차)	(3.8)	(5.8)	(8.6)	(9.1)	(8.7)	(10.6)	(11.7)	(14.2)	(17.1)	(24.3)	(39.3)
총계	7,950	2,889	6,761	5,271	6,694	6,269	7,322	9,827	3,469	15,352	71,804

자료: 한국보건복지정보개발원(2014). 『어린이집 현황 자료』. 동 기관.

²⁷⁶ 법인의 어린이집 등이 10개소이었다.

공공형어린이집 이용 부모의 만족도는 비교적 높았다. 2014년 한 조사에 의하면,²⁷⁷ 조사된 13개 항목 중 원장, 시설설비, 내부 분위기, 비용, 건강관리 등 5개 항목에서 공인 어린이집이 일반 어린이집에 비해 유의하게 만족도가 높았다. 특히, 원장과 내부 분위기, 비용 등은 공인과 일반 어린이집 간의 차이가 컸다. 공인어린이집의 원장 만족도가 높은 이유는 정부가 기관장 교육을 꾸준히 실시하였기 때문이며, 비용은 공인어린이집 이용 시 추가 보육료 부담이 없기 때문으로 풀이된다.

그러나 지원 수준이 낮기 때문에 공공형어린이집의 선정 조건을 높이지 못하는 한계가 있었다. 도입 당시 공공형어린이집에 대한 지원 수준은 시설 규모별로 10개 집단으로 나누어 정책으로 지원하는데, 정원 간격이 20~30인 단위로 이루어져 시설에 따라 운영비 지급의 편차가 크게 나타나는 문제가 있었다. 선정 기준에서는 가감점 제도가 있어서 필수 항목이 기준에 미달되는 어린이집도 공공형으로 선정될 가능성이 높았다. 정부는 이러한 문제를 해소하기 위하여 2015년에 아동과 반 수를 반영하는 방법으로 지원방식을 합리화하고, 선정 기준도 지속적으로 개선해 왔다.

보육인력 전문성

‘보육확충 3개년사업’이 끝나고 2000년대에 들어 보육시설의 양적 확충보다는 질적 수준의 제고가 주요 관심사로 부각됨에 따라 보육서비스의 질적 수준을 제고할 수 있는 구체적인 방안에 대한 논의가 활발하게 이루어졌다. 그중에서 가장 중요한 주제는 보육인력의 자격 관련 사항이었다.

보육교사 자격은 「영유아보육법」에서 규정하고 있으므로 국가자격에 해당된다. 그러나 「자격기본법」이 정한 기준에 비추어 볼 때 자격기준도 전문성 확보에 충분하지 않았으며, 보육인력에 대한 국가의 자격검증 과정이 없고, 국가가 자격증을 발급하지 않고 있다. 또한 보수교육도 종류, 교육대상, 교육시간, 교육기관 등에 관한 규정이 보육교사의 전문성 향상을 위한 제도로서는 미흡했다.

우리나라의 보육은 짧은 기간에 급격하게 확충되었다. 보육시설의 비약적인 양적 확충은

²⁷⁷ 양미선·서문화·김정민(2014). 『어린이집 이용자 만족도 조사』. 보건복지부 육아정책연구소.

보육시설장 및 보육교사에 대한 폭발적인 수요를 불러일으켰다. 정부는 수요를 충족시키고자 보육교사를 단기간에 많이 공급할 수 있도록 보육교사교육원에서 1년 과정 교육을 통하여 2급 보육교사를 배출하였고, 광범위한 (전문)대학의 관련 학과에서 보육교사를 배출할 수 있도록 하였을 뿐 아니라, 보육시설장을 양성하기 위해서 단기 과정의 시설장 양성교육 프로그램을 실시하기도 하였다. 보육인력 전문성에 대한 평가 연구²⁷⁸에서도 보육시설장과 보육교사의 전문성의 질적 수준은 높지 않은 것으로 평가되었다. 김대중 정부에서 2000년에 운영한 보육발전위원회 및 기획단의 중장기 발전방안에서도 보육교사 및 시설장 국가자격제도 개선 등 전문성 제고와 근무환경 개선을 주요 추진 과제로 제시하였다.²⁷⁹

자격제도의 도입 및 전문성 강화

2004년 1월에 개정된 「영유아보육법」은 그동안 논의된 보육인력 관련 개선방안을 대부분 수용하였다. 보육교사 자격제도 실시, 종사자 자격기준 및 자격 획득 조건 변경, 시·군·구에서의 종사자 임면 및 경력관리 담당, 보수교육 강화, 보육교사 양성교육 및 보수교육기관에 대한 관리 강화, 시설장 업무 정지 및 보육교사 자격정지 조항 추가 등이 추진되었다.

2005년부터는 국가가 보육교사 자격을 검정하고 자격증을 교부하였다. 여성부는 한국여성개발원 내에 ‘보육교사자격관리사무국’을 설치하여 자격검정 및 자격증 발급 업무를 담당하게 하였다.²⁸⁰ 보육교사 자격은 1·2급에서 1·2·3급으로 변경하고, 등급별 자격기준을 새로 제시하였다. 보육교사 자격 관련 교과목 및 학점, 교육훈련시설의 교과목 등이 새로이 마련되었다. 보육시설장의 자격증을 발급하지 않고 종전대로 자격 인정제를 유지하다가, 2005년 말 보육시설장의 국가자격증제와 관련한 자격검정 및 자격증 교부에 관한 절차 등을 규정하여 2006년부터 시행하였다.²⁸¹

개정된 「영유아보육법」 제19조에서는 시·군·구에서 종사자의 권익보장과 근로여건 개선을

²⁷⁸ 표갑수·김형식·지성에 외(1998), 보육인력의 수급 적절성 및 전문성에 대한 평가. 변용찬 외(1998). 『보육시설확충 3개년 계획 평가에 관한 연구』. 한국보건사회연구원.

²⁷⁹ 보건복지부(2001. 8. 7.). 보도자료: 보육사업 종합발전계획(안) 마련.

²⁸⁰ 여성가족부(2005. 4. 21.). 보도자료: 보육교사 자격증을 국가에서 발급하고 국가에서 관리하게 됩니다.

²⁸¹ 영유아보육법 [시행 2006.3.30.] [법률 제7785호, 2005.12.29., 일부개정]

위하여 종사자의 입면 및 경력을 관리하도록 하였다. 종사자 관리는 1994년에 시·군·구에 의해 이루어졌으나 1999년에 보육시설장으로 이양되었으며, 이를 다시 시·군·구가 담당하게 된 것이었다.²⁸² 보육시설 종사자의 경력인정은 호봉산정에 기초가 되고 동시에 시설장 자격취득 및 보육교사 승급의 요건이 되는 주요 업무지만, 그동안 시설별로 관리하면서 부정확한 경력관리 때문에 피해를 보는 사례가 많았다.

개정된 「영유아보육법」 제23조에서는 보수교육을 강화하여 보수교육을 직무교육과 승급교육으로 구분하여 대학 또는 전문기관에 위탁하여 실시할 수 있도록 하였다. 종전 「영유아보육법」에서는 보수교육이 의무사항도 아니고 승급과도 연계되어 있지 않아서 실효를 거두지 못하였다.

보육시설장의 업무 정지 및 보육교사 자격정지 조항이 포함되었다. 「영유아보육법」 제46조는 보육시설장의 업무수행 중 고의 또는 중대한 과실로 손해를 가한 경우, 보육교사·간호사 또는 영양사 등 당해 업무수행에 필요한 자격이 없는 자를 채용하여 해당 업무를 수행하게 한 경우, 보수교육을 연속하여 3회 이상 받지 아니한 경우 등에 1년의 범위 내에서 보육시설장으로서의 업무를 정지시킬 수 있도록 하였다. 또한 「영유아보육법」 제47조에서 보육교사가 업무 수행 중 당해 자격과 관련하여 고의 또는 중대한 과실로 손해를 가한 경우나 보수교육을 연속하여 3회 이상 받지 아니한 경우 1년 이내의 범위 내에서 자격을 정지시킬 수 있도록 하였다.

보육인력 자격 기준 강화

「영유아보육법」 전문 개정 이후 2011년 6월 개정으로 보육시설, 보육시설 종사자, 시설장 등 명칭을 각각 어린이집, 보육교직원, 원장으로 변경하고, 2011년 12월 「영유아보육법」 시행령을 개정하여 어린이집 원장과 보육교사의 자격기준을 강화하였다.²⁸³ 보육교사의 전문성을 강화하기 위해 보육교사 3급에서 2급 승급시 필요한 보육업무 경력을 현행 1년에서 2년

²⁸² 여성가족부(2005. 7. 27.). 보도자료: 보육시설 종사자의 경력관리를 시·군·구청장이 하게 됩니다.

²⁸³ 「영유아보육법」 시행령 [시행 2011.12.8.] [대통령령 제23356호, 2011.12.8., 일부개정] 및 「영유아보육법」 시행규칙 [시행 2011.12.8.] [보건복지부령 제92호, 2011.12.8., 일부개정] 참조. 「영유아보육법」 시행령의 별표1 개정규정은 2014년 3월 1일부터 시행하였다.

이상으로 상향조정하고, 보육교사 2급 양성 교과목 및 이수학점 기준을 현행 12과목 35학점에서 17과목 51학점으로 조정하였다. 보육실습 기관은 정원 15인 이상의 평가인증보육시설로 제한하여 기준을 강화하고 종일제 유치원은 제외하였다. 교과목 변경 및 학점 상향에 따른 대학의 학제 개편, 교수 확보 등 준비가 필요한 점, 승급을 위한 경력기간 강화 등 충분히 사전 홍보가 필요한 점을 감안하여 개정되는 시행령 및 시행규칙은 2014년 3월부터 적용하였다.

보육시설의 장도 전문성 강화를 위해 사전 직무교육을 의무화하였다. 시행규칙 제11조의2를 신설하여 80시간의 보육시설장 사전직무교육 이수자에 한하여 보육시설장 자격을 부여하였다. 시행령 21조 관련 별표1을 개정하여 시설장 자격 기준을 강화하였다. 보육시설장 자격 취득을 위한 ‘보육 등 아동복지업무 경력’ 기준은 보육시설 시설장 및 보육교사, 유치원 원장과 원감 및 교사, 아동복지시설에서 아동복지업무에 종사한 경력 등으로 제한하였다. 일반보육시설의 장 자격기준에서는 유치원 정교사 2급을 1급으로, 가정보육시설장 자격기준 중 보육교사 2급을 1급으로 상향조정하였다. 장애아 전담 보육시설장 자격취득 요건 중에서는 장애아보육의 전문성 확보에 미흡하다고 지적된 특별직무교육(40시간) 이수자를 제외하였다.

보수교육 지원

보육인력의 전문성을 강화하기 위하여 시·도지사는 「영유아보육법」 제51조 및 시행령 제26조에 따라 관할 지역 보육시설 종사자에 대한 보수교육을 실시하여야 하고, 보수교육은 대학, 전문대학, 보육교사교육원 등의 전문기관에 위탁하여 실시할 수 있도록 하였다. 정부는 보육종사자 보수교육 비용을 지원하도록 하였다. 보수교육 비용은 정부가 지원하는데, 직무교육은 40시간 기준으로 1인당 6만 원, 승무교육은 80시간 기준으로 1인당 12만 원을 지원하였다.

대체교사 제도 도입

2009년 보건복지가족부는 어린이집 대체교사 지원을 시작하였다. 보조교사가 거의 없기

때문에 보육교사는 반당 1인으로 배치되는 것 이외에 휴가는 물론 보수교육을 받으러 가기도 어려운 상황이었다. 이에 보육교사가 연가(주중 5일/인) 사용 시 보육정보센터에 채용된 대체교사를 파견하는 제도를 실시하였다.

예산상 대체교사의 규모는 2012년을 제외하고는 500명 이하였으며, 국고 지원에 의한 실제 대체교사 규모는 400명 미만이었다. 2009년부터 2013년까지 대체교사 지원 단가의 예산 편성은 1인당 115만 원이었다. 그러나 실제 집행단가는 계속 상승하여 매년 예산 편성단가와 실제 집행단가의 격차가 크게 벌어지고, 이로 인하여 목표 대비 지원 실적 인원도 매년 부족한 현상을 보였다. 2014년에는 단가를 현실화하여 162만 원으로 올렸으나 대신 목표 인원 규모가 축소되었다.

〈표 4-33〉 대체교사 실제 집행 단가 및 지원인원

(단위: 만 원, 백만 원, 명)

구 분	2009	2010	2011	2012	2013	2014
예산편성 단가(만 원)	115	115	115	115	115	161.6
실집행단가(만 원)	130	136.5	140.7	152.3	156.9	161.6
총액(백만 원)	2,891	2,891	2,980	3,481	3,312	3,984
목표 인원(명)	450	450	450	526	500	428
실제 채용인원(명)	386	368	368	397	366	-

자료: 국회 보건복지위원회(2013), 『보건복지부 소관 2014년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고』, 동 위원회.

수당

교사 수당은 교사의 통장으로 바로 입금되므로 유치원이나 어린이집 회계에 계상되지 않는 비과세 소득이라는 점에서 시설보조금과는 다르다. 2009년부터 어린이집 보육교사 처우 개선의 일환으로 근무환경이 열악한 농어촌 지역 보육교사에게 월 11만 원의 특별근무수당을 지급하였고, 2012년 농어촌특별근무수당은 농업특별회계로 이관되었다.²⁸⁴ 2011년 일반 보육교사 근무환경개선비는 월 5만 원으로 책정되었다. 2012년에는 누리과정 실시로 누리과정

²⁸⁴ 보건복지부는 농업수산물식품부로부터 농어업인 보육료와 양육수당 지원 사업을 이관 받고, 농어촌 보육교사 특별근무수당과 소규모 어린이집 설치 사업을 넘겨 주었다.

담당 교사에게 처우개선비로 월 30만 원이 지급되면서, 일반 보육교사 수당은 근무환경개선 비라는 명목으로 2013년에 12만 원이 지급되었고, 2014년 15만 원, 2015년 17만 원으로 상향 조정되었다. 한편, 소규모 어린이집의 원장으로 보육교사를 겸직하는 사람에게는 당초 5만 원에서 2013년부터 월 7만 5,000원을 지원하였다.

사립유치원 교사에게는 수당을 지급하였다. 농어촌지역 및 도농복합지역의 사립유치원 교사의 처우개선을 통해 교사 자긍심을 일깨우고 교육력을 제고할 목적으로 농어촌지역 및 인구 30만 명 미만 도농복합지역에 속하는 사립유치원 학급 담임교사에게 담임수당으로 월 11만 원을 지급하였고 이후 대상을 확대하였다. 금액은 2014년 기준으로 교직수당 30만 원, 교통보조비 10만 원을 합하여 총 51만 원이 되었다. 그러나 수당 액수 등은 각 지방 교육청이 재정 상태 등을 고려하여 결정하기 때문에 그 기준이나 액수는 시·도별로 차이가 있었다.

보육교사 관련 정책은 성과보다 더 많은 과제를 남겼다. 그동안 보육정책은 주로 부모의 보육료 부담 완화에 집중되었고 보육서비스의 질과 긴밀한 관련이 있는 교사에 대한 정책은 상대적으로 소홀하였다. 최근의 성과 및 한계를 보면 다음과 같다.

첫째, 2010년부터 농어촌 등에 있는 보육시설에 근무하는 보육교사, 특수교사, 치료사 등에게 월 11만 원의 특별근무수당을 지원하게 된 것은 정책적으로 중요한 성과이었다. 그러나 금액이나 지급 대상이 제한적이었다. 여러 지방자치단체가 낮은 교사 급여 보전의 수단으로 수당제도를 채택하고 있으나 지역별 차이가 커서 형평성 문제가 제기되었다.

둘째, 보육교사 처우 관련 예산 사업 중 대체교사 사업은 2008년 하반기부터 실시된 사업으로 제도 도입은 주요한 정책적 성과라고 할 수 있으나, 규모가 너무 작아서 대체교사 공급이 수요를 따라가지 못하는 실정이었다. 이에 일부 지방자치단체는 지방자치단체 특수보육 사업으로 대체교사 지원을 추진하였다. 2012년 대체교사 신청건수 대비 지원건수는 각각 68% 정도다. 2013년에는 75% 수준으로 다소 증가하였다. 2012년에는 전국에서 2만 2,543명이 대체교사를 신청하여 1만 5,423명이 지원을 받은 것으로 보고되었다.²⁸⁵ 보육교사가 연가를 주중 5일을 연속하여 사용하여야 한다는 점 등이 사용상 불편사항이었다.

²⁸⁵ 국회 보건복지위원회(2013). 전제서.

〈표 4-34〉 대체교사 지원율

(단위: 건, %)

구 분	2009	2012	2013.9.
신청건수	16,690	22,543	15,489
지원건수	13,833	15,420	11,642
지원율	82.8	68.4	75.2

자료: 국회 보건복지위원회(2013). 『보건복지부 소관 2014년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고』. 동 위원회.

셋째, 보육교직원 보수교육을 실시할 때 직무교육은 40시간 기준으로 1인당 6만 원, 승무교육은 80시간 기준으로 1인당 12만 원을 지원하였다. 보육교직원 보수교육은 지방자치단체 사업으로 추진되는데, 지원금 수준이 질 높은 보수교육을 하기에 부족하다는 평가이었다. 이러한 지원으로는 반당 50명 정원을 유지하면서 제대로 된 강사를 초빙하여 교육하기가 어렵다는 점이 제기되었다.

수요자 중심의 육아지원서비스 확대

시간연장 보육

정부는 2003년부터 시간연장보육을 추진하였다. 이는 수요자 맞춤형 보육환경 조성사업 중 하나로 취업여성의 자녀양육 지원에 중점을 둔 제도다. 어린이집 운영시간이 오전 7시 30분부터 오후 7시 30분까지 12시간이지만, 연장근무 등으로 자녀 양육에 어려움을 겪는 맞벌이부모를 지원하는 정책으로 추진되었다. 2002년에 3개 부처 합동 보도자료를 보면 맞벌이가정이 맡길 시설이 없어 큰 어려움을 겪고 있는 야간, 휴일, 24시간 등 시간연장형 특수보육서비스 시설을 공단, 병원소재지 등 수요집중 지역을 중심으로 집중 확충해 나갈 계획이었다.²⁸⁶

²⁸⁶ 보건복지부·노동부·여성부(2002, 3. 6.). 보도자료: 젊은 맞벌이부부의 육아문제 획기적 해결을 위한 범정부차원의 보육종합대책 마련.

시간연장형 보육 중 가장 규모가 큰 사업은 정규 보육시간 초과 시간연장 보육 사업이었다. 시간연장 보육은 오후 7시 30분 이후부터 적용되며, 이와 관련하여 시간연장반 보육교사 월 급여와 근무수당이 지원된다. 월 급여는 2003년부터 시간연장보육시설로 지정받은 경우에 담당 교사의 인건비를 지원하기 위한 것이었다. 월 급여 지원 기준은 시설유형별로 차이가 있는데, 민간어린이집은 월정액을 지원하였고, 국공립어린이집은 원장이나 영아반 교사 인건비 지원과 같이 2006년부터 지원율이 90%에서 80%로 낮아졌다. 2010년에 도입된 제도로 시간연장반 보육교사에게 근무수당으로 약 30만 원(월)을²⁸⁷ 지원하였으며, 이는 2013년에 40만 원으로 상향조정되었다. 시간연장반 교사의 월 급여 지원 규모는 2011년 1만 명이 된 이후에 동일한 수준을 유지하였다. 2013년에는 시간연장 보육 수요의 예측 용이성과 부모의 책임성 제고를 위해서 시간연장 보육 이용 신청제도 지침을 시행하여 시간연장 보육을 이용하려면 신청서를 제출하는 제도를 도입하였다. 휴일 및 24시간 보육도 시간연장형 보육으로 지정 어린이집 제도를 운영하였다.

시간연장형 보육이 확대되는 속도는 매우 느렸다. 시간연장형 보육은 간헐적 수요에 대응하는 공급체계를 갖추기 어렵다는 문제점이 있었다. 시간연장형 보육에 대한 상시 수요는 2009년 전국보육실태조사에서 7%, 2012년 전국보육실태조사에서 7.8% 등으로, 실제 2012년도 이용률 3.3%의 2배 정도로 나타났다. 특히 취업모들이 상시적으로 시간연장보육이 필요하다고 응답한 비율은 10% 이상이었다. 시간연장형 보육은 실수요자 여부 확인 등 이용자 선정 기준을 두고 있지 않았다. 따라서 시간연장형 보육 이용 아동이 이 서비스가 꼭 필요한 아동인지는 확인할 수 없었다.

〈표 4-35〉 시간연장형 보육 이용 및 제공 현황(2012년 기준)

					(단위: 명, 개소, %)
시·도	시간연장	휴일	24시간	소계	(전체 대비 비율)
아동 수					
전체	43,431	2,743	871	47,045	(3.16)
지정	39,287	572	871	40,730	(2.73)
미지정	4,144	2,171	-	6,315	(0.04)

²⁸⁷ 1일 2시간 근무, 1만 2,000원 지원, 시간연장 1개반 기준이다.

시·도	시간연장	휴일	24시간	소계	(전체 대비 비율)
어린이집 수					
전체	9,398	871	268	10,537	(24.77)
지정	8,164	287	268	8,719	(20.50)
미지정	1,234	584	-	1,818	(4.27)

자료: 보건복지부(2012), 『2012 보육통계』, 동 기관.

유치원 종일반·돌봄

유치원에서의 종일반 확대, 야간 및 엄마표 온종일 돌봄의 확대 등은 부모양육 지원 확대와 동일한 배경에서 추진되었다.

유치원 종일제 확급은 「유아교육법」 이전에도 「초·중등교육법」이나²⁸⁸ 「유아교육진흥법」에 근거하여 1일 8시간 이상의 프로그램을 운영할 수 있었으나 본격적으로 추진한 것은 2004년 이후였다. 2004년 1월 제정된 「유아교육법」²⁸⁹ 제2조 정의에서는 교육과정을 1일 3시간 이상 5시간 미만의 반일제, 1일 5시간 이상 8시간 미만의 시간연장제, 1일 8시간 이상의 종일제 등으로 명시하였다. 동법 제27조에서는 유치원 종일제 운영에 소요되는 경비 지원 근거를 두고, 하위법령으로 종일제 교실, 냉난방, 위생, 안전시설을 향상시키고자 환경개선비의 지원 근거를 마련하였다. 교육인적자원부는 「유아교육법」이 제정된 2004년부터 유치원 종일제 시설환경개선비를 지원하여 교실, 냉난방, 위생, 안전시설을 확충토록 하였으며 공립유치원을 대상으로 정규교사 배치도 지원하였다. 종일제 환경개선비 규모는 2004년 15억 원에서 2005년 50억 원으로 3배 넘게 증가한 것에 이어 2006년 51억 원, 2007년 100억 원, 2008년 200억 원으로 3년간 100%씩 지원액이 증가하였다.

2009년에는 국정과제로 ‘수요자중심의 유아교육 체제 개편’이 포함되어, 맞벌이가정의 육아를 지원하고, 유아에게 양질의 교육과 보육을 제공하고자 유치원 종일제 내실화 종합대책을 수립·추진하기로 하고, 2010년까지 종일제 운영을 100% 전면 확대한다는 목표를 설정하

²⁸⁸ 1995년 3월부터 개정된 「초·중등교육법」 시행령(1998. 2. 28. 대통령령 제1564호) 제48조 1항 및 「유아교육진흥법」(1998. 9. 17. 법률 제5567호) 제6조 참조.

²⁸⁹ 「유아교육법」 [시행 2005.1.30.] [법률 제7120호, 2004.1.29., 제정]

여 공표하였다.

이후 유치원 종일반 운영이 보편화되자 유치원 교육과정 개념을 기본과 방과후 개념으로 개편하고 방과 후 과정에 돌봄 활동도 포함하게 되었다. 2010년에는 야간 돌봄 시범사업을 실시하였고, 2011년에는 ‘엄마품 온종일 돌봄교실’을 도입하였다.

2010년 3월부터 야간 돌봄 전담유치원을 도시지역을 중심으로 전국 172개소를 지정하여 시범적으로 운영하였다. 학부모가 야간 돌봄서비스 이용을 희망하면 19시 이전에는 각 유치원에서 종일제를 이용한 후, 야간 돌봄 전담유치원으로 이동시켜 저녁 늦게까지(저녁 9~10시) 돌봄서비스를 제공받게 하였다. 이용 대상은 맞벌이가정의 유아 또는 한부모가 일하는 한부모가정의 유아로, 공·사립 유치원에 재원 중인 유아뿐만 아니라 어린이집 유아도 이용할 수 있었다. 야간 돌봄 유치원으로의 이동에는 종일제 거점 유치원 차량 또는 사립유치원 차량을 이용하게 하였다. 야간 돌봄 전담 유치원에는 운영비, 보조인력비 등을 지원하였으며, 그 외의 저녁급식 및 간식비는 수익자가 부담하였으며, 이용료는 각 지역이 실정에 따라 책정하게 하였다.²⁹⁰

2010년 말부터 2011년 초에 걸쳐 교육과학기술부는 지방자치단체 공모를 거쳐 저소득층 및 맞벌이가정을 위한 돌봄서비스를 지원하는 엄마품 온종일 돌봄교실 유치원과 초등학교를 선정하였다.²⁹¹ 전국 유치원의 99%가 돌봄서비스를 제공 중이었으나 저소득층 및 맞벌이가정 등을 위한 아침·저녁돌봄 서비스를 지원하는 시설은 9.7%에 그치고 있었다. 이에 따라, 2011년 말 기준에 실시 중인 돌봄교실을 리모델링하여 운영 기관에 따라 모형²⁹²을 다양화하고, 맞벌이가정의 자녀에게 실질적인 도움이 될 수 있도록 시간대를 확대하여 시간대별 운영 모형을 제시하였다.²⁹³ 선정된 학교에는 온종일 돌봄교실 인건비 및 운영비로 유치원, 초등학교, 유·초등연계교실 실당 평균 5,000만 원(특별교부금 50%, 교육청·지방자치단체 50%)을

²⁹⁰ 교육과학기술부(2010. 1. 13.), 보도자료: 늦은 시간까지 일하는 맞벌이가정을 위한 ‘야간 돌봄 전담유치원’ 시범 운영, 교육과학기술부(2010. 2. 26.), 보도자료: 야간 돌봄 전담유치원 172개원 선정.

²⁹¹ 교육과학기술부(2011. 9. 14.), 보도자료: 우리 아이 돌봄! 지방자치단체와 학교가 함께합니다.

²⁹² 운영 모형은 유치원 온종일 돌봄교실, 초등학교 온종일 돌봄교실, 유·초등 연계 온종일 돌봄교실 등 3종류이었다.

²⁹³ 교육과학기술부(2011. 2. 28.), 보도자료: 이젠, 자녀 걱정 없이 직장에서 마음 놓고 일하세요.

교육과학기술부(2011. 12. 13.), 보도자료: 저소득층 및 맞벌이가정을 위한 ‘엄마품 온종일 돌봄교실’ 운영.

지원하였다. 2011년 선정기관 총 1,000개원 중 유치원은 191개원이었고,²⁹⁴ 2012년 지정 기관 1,700개 교실 중 유치원은 276개 교실이었다.²⁹⁵

[그림 4-7] 엄마품 온종일 돌봄교실 개요



2012년에는 저출산 문제의 해결뿐 아니라 주 5일 수업제 전면 자율도입에 대비하여 토요 돌봄수요를 흡수하기 위해 엄마품 온종일 돌봄교실을 확대하였다. 즉, 야간 돌봄, 온종일 돌봄 등의 도입은 종일반 소외계층 자녀의 보호·교육 지원 확대로 사교육비 부담 완화, 주5일 수업제 전면 자율 도입에 따른 토요 돌봄수요 흡수, 종일 돌봄교실 운영에 필요한 인력을 채용함으로써 고학력 경력 단절 여성을 위한 일자리 창출에 기여할 것으로 기대되었다.²⁹⁶ 한편, 2012년에 「유아교육법」을 개정하여 법적 근거도 마련하였다.²⁹⁷

엄마품 온종일 돌봄교실은 자녀 걱정 없이 일하려는 부모의 수요를 반영하여 안전하고 질 높은 맞춤형 돌봄 시스템을 구축하여 엄마의 보살핌이 필요한 유아에게 온종일(아침 6시 30분~저녁 10시) 돌봄서비스 제공하는 등 돌봄 공백을 지원한다는 데 목적을 두었다. 그러나 참여하는 유치원의 수가 제한적이어서 보편적인 제도가 되기에는 한계가 있었다.

²⁹⁴ 교육과학기술부(2011. 2. 28.), 상계자료.

²⁹⁵ 교육과학기술부(2012. 2. 1.). 보도자료: 3월부터 전국 1,700개 '엄마품 온종일 돌봄교실' 운영.

²⁹⁶ 교육과학기술부(2011. 9. 15.). 보도자료: '엄마품 온종일 돌봄교실' 공모 계획.

²⁹⁷ 「유아교육법」 [시행 2012.4.27.] [법률 제11218호, 2012.1.26., 일부개정]

어린이집 입소 우선순위

「영유아보육법」 제28조와 시행규칙 제29조에는 어린이집 입소 우선순위를 규정하였으며, 보육사업안내의 구체적 안을 제시하였다. 어린이집 입소우선순위 제도가 문제가 되는 점은 다양한 조건들이 입소 우선 동일 순위이기 때문에 실제 적용하는 데 원칙이 없고, 보육이 가장 필요한 수요층이 맞벌이임에도 불구하고 이들에게 입소 우선순위가 실질적으로 주어지지 않는다는 데 있었다. 특히 민간개인어린이집에서 취업모 자녀의 입소를 기피하는 경향이 많은데, 제도적으로 입소 우선순위 제도의 적용 대상이 국공립, 법인 등 인건비 지원 어린이집에 한정되어 있었다. 입소 우선순위 제도 관리의 문제로 국공립어린이집의 대기 아동 수가 실제 대기 아동 수와 거리가 있다는 점이었다. 대기 아동으로 등록할 수 있는 어린이집 수의 제한이 없고, 실제로 다른 여러 곳에 등록하여도 부모가 직접 취소하지 않으면 계속 대기 아동 명단에 남아 있어서, 그 수가 누적되는 등 관리가 되지 않았다. 이로 인해 대기 아동 수가 과대 계상되어 회자되고, 대기 아동을 입소시키려고 할 경우에도 실제 수요자를 찾는 애로가 발생하는 등 여러 문제점이 제기되었다.

입소 우선순위 제도에서는 맞벌이 자녀 등에 우선 이용권 부여가 가장 중요한 과제이었다. 제도적으로 맞벌이 가족 자녀는 입소 우선 1순위이었다. 그러나 여러 조건 등이 공동 1순위이기 때문에 실질적인 효과가 없었다. 이에 2011년부터 1순위 항목당 100점, 2순위 항목당 50점으로 입소 우선순위 점수제를 도입하여 실질적 우선순위를 정할 수 있는 근거를 마련하였다.²⁹⁸ 2012년 7월 4일에는 맞벌이에 대한 지원을 확대하고자 지침을 개정하여 보험설계사, 학습지교사 등 4대 보험가입이 되어있지 않은 비정규직 근로자도 맞벌이로 인정될 수 있도록 맞벌이 인정 서류를 확대하였다. 또한 2012년에 시행령을 개정하여 맞벌이·다자녀 가구 등 우선 입소 기준을 국공립어린이집뿐 아니라 모든 민간·가정어린이집으로 확대하였다.²⁹⁹

관리 측면에서는 어린이집에서 수기로 관리하던 입소 대기자 명단을 온라인으로 관리하는 ‘어린이집 입소대기관리시스템’을 2014년에 도입하였다. 부모가 아이사랑보육포털(www.childcare.go.kr) 혹은 스마트폰 앱(아이사랑포털)을 이용해 어린이집 정보를 검색한 후 입

²⁹⁸ 보건복지부(2011). 『보육사업안내』. 동 기관.

²⁹⁹ 영유아보육법 시행령 [시행 2012.7.1.] [대통령령 제23909호, 2012.6.29., 일부개정]

소를 신청하면, 신청한 아동의 대기 순번이 시스템으로 자동 결정되고, 실시간으로 부모에게 통보되었다. 어린이집에서도 대기 신청한 아동의 정보 및 대기 순번을 온라인으로 관리할 수 있게 되었다. 대기 신청 아동은 2014년 12월 기준으로 3만 6,000여 곳에 42만여 명으로 파악되었다. 그러나 1인이 대기를 등록할 수 있는 어린이집의 수에 제한이 없으므로 실효성 문제가 다시 제기되었다. 이에 보건복지부는 2015년 1월에 어린이집 이용을 원하는 부모는 실제 희망하는 어린이집을 최대 3개소만 대기 신청을 할 수 있게 하고,³⁰⁰ 아동이 한 어린이집에 입소한 후 7일이 지나면 다른 어린이집 대기신청이 자동으로 정리되도록 개선하였다.

제도적으로는 맞벌이가정 자녀에게 입소 우선권이 부여되었고, 다수의 동일한 우선 순위 조건간의 문제 해소, 대기아동 관리체계화 등으로 혼란스러운 우선순위 상황은 대부분 정비되었다. 그러나 무상보육으로 보육서비스 이용의 보편화가 확대되면서 일부 맞벌이가정에서 희망하는 어린이집 입소 우선은 제한을 받는다는 역차별이 문제로 제기되어 왔다. 특히 보육의 일-가정양립 지원 기능 및 부모 근로와의 연계성 강화 등이 제기되면서 맞벌이가정의 자녀 최우선순위 부여 요구가 증대되고 있었다.

시간제보육 바우처

2009년에 시설 중심 지원과의 형평성 차원에서 가정양육 부모도 지원해야 할 필요성이 대두됨에 따라 어린이집 미이용 아동 대상의 보육서비스 대체 지원 제도로 양육수당이 도입되었으며, 2013년부터 이를 전 연령, 전 계층으로 확대하였다. 양육보조금 지원을 계기로 부모가 종일 자녀를 돌보는 일이 힘들고 또한 외출, 병원 이용 등 비상시적인 보육수요의 발생에 대한 대처방안으로 시간제 일시보육에 대한 요구가 확산되었다. 이에 부응하여 정부는 어린이집을 이용하지 않는 영아를 대상으로 일시보육서비스를 제공하는 시범사업을 추진하였다. 2013년 당시 일시보육은 서울시에서 지방자치단체 사업으로 시간지정어린이집, 365어린이집, 일부 보육정보센터 등에서 실시할 뿐, 일시보육 제공은 매우 제한적이었다.

2013년에는 정부의 국정과제 중 ‘안심하고 양육할 수 있는 여건조성’의 일환으로 시간제

³⁰⁰ 보건복지부(2015. 1. 8.). 보도자료: 과도한 어린이집 입소대기신청 사라진다- 어린이집 입소대기관리시스템 기능개선 추진.

보육의 확대를 계획하였다. 2013년 6월 4일자로 개정된 「영유아보육법」 제26조의2에 따라 일시보육 서비스를 신설하여 법적 근거를 갖추었다.³⁰¹ 이 조항은 2013년 12월 5일자로 시행되었다. 제1항에서 국가 또는 지방자치단체는 제34조에 따른 무상보육 및 「유아교육법」 제24조에 따른 무상교육 지원을 받지 아니하는 영유아에 대하여 필요한 경우 일시보육서비스를 지원할 수 있다고 규정하고 있다. 제2항에서 일시보육서비스를 제공하는 기관(이하 이 조에서 ‘일시보육서비스지정기관’이라 한다)으로 지정할 수 있다고 규정하고, 일시보육서비스 지정기관에 대한 필요한 비용 보조를 명시하였다.³⁰²

이러한 법적 기준 마련과 함께 2013년에 9개 지역에서 일시보육 시범사업을 추진하였다.³⁰³ 시간제보육을 제공하는 기관에는 인건비와 운영비를 지원하고, 영아의 이용 정도에 따른 보육료 수입이 발생하도록 하였다. 2013년에 일시보육 도입 시 이용 금액은 시간당 4,000원으로 2,000원은 정부지원금이고 2,000원이 본인부담금이었다. 정부지원은 최대 월 40시간까지이었다.

2014년부터 시간선택제 일자리 확대와의 연계선상에서 취업모 우대 정책의 하나로 시간제보육의 의미가 다소 변경되었다. 2014년 명칭을 시간제보육으로 개칭하고 어린이집 45개소와 육아종합지원센터 24개소³⁰⁴로 총 69개 기관에서 시범사업을 시행하였다. 시간제보육은 일시보육과 비교하여 종일제보육 미이용 아동을 시간 단위로 돌보고 운영비와 부모 비용을 지원한다는 점은 유사하지만 가장 두드러지는 한 가지 차이는 일-가정양립 지원이었다. 일시보육을 전업주부 중심의 긴급 보육수요로 개념화하였다면 시간제보육은 맞벌이부모의 정기 단시간 보육수요까지 목표하는 대상으로 확대하고 지원 수준도 맞벌이 가족 우대로 차별화하였다. 일반은 월 40시간까지 시간당 비용 4,000원 중 2,000원을 지원하고 취업모, 한부모, 양육부담 가구 등 시간제보육 이용 필요성이 인정되는 가구 자녀는 월 80시간까지 시간당 3,000원을 지원하였다. 종일제보육 이외에 시간제보육이 필요한 시간선택제 근로자 등

³⁰¹ 영유아보육법 [시행 2013.12.5.] [법률 제11858호, 2013.6.4., 일부개정]

³⁰² 이 외에도 일시보육서비스 지정기관의 지정 취소, 안전사고 예방 및 사고에 따른 영유아 생명·신체 등의 피해 보상에 관한 조항을 두고 있다.

³⁰³ 서울시 강남구, 강동구, 구로구, 도봉구, 인천시 계양구, 남구, 남동구, 강원도 영월군, 부산시 기장군 등 4개 시·도에서 9개 시·군·구가 선정되었다.

³⁰⁴ 2014년 10월 기준 통계.

맞벌이부모의 보육수요에 적절하게 대응하자는 것이었다. 2015년에는 본 사업으로 추진되며, 지속적으로 확대한다는 방침이었다.³⁰⁵

2014년에 시간제 보육사업에 대한 평가 결과에 의하면, 시간제보육은 기존의 미취업모의 자녀 육아지원에 더불어 근로자의 육아지원 기능을 담당하는 것으로 파악되었다. 시간제보육 이용자의 약 30%는 맞벌이형이고, 이 중 30%는 시간제 근로자다. 시간제 근로자의 시간제보육에 대한 만족도는 매우 높았다. 시간제보육 효과에 대한 기관장과 교사의 평가도 매우 긍정적이었다.³⁰⁶ 그러나 시간제보육에는 많은 한계와 어려움이 있다. 시간제보육 서비스는 빈번한 등·하원 관리에 대한 아동의 적응, 시간 확정 및 결제와 같은 행정 처리 등 여러 업무가 복합된 서비스다. 지역 특성상 수요가 없는 곳도 있기 때문에 획일적 배정보다는 수요가 많은 곳을 중심으로 집중 배치하고 수요가 밀집되는 시간대에는 보조교사를 배치할 필요가 있다. 사업 관리 시스템이 매우 경직된 구조로 설계되어 있어서 앞으로 탄력성과 유연성 높은 체계로 개선할 필요가 있다.³⁰⁷

이용서비스³⁰⁸

보건복지부는 양질의 보육프로그램 개발·보급 및 종사자 교육 등 보육시설의 서비스 개선을 지원하고, 자녀양육 상담, 부모역할 교육 등 가정 내 육아와 관련된 지원체계를 마련하고자 중앙 및 지역사회에 보육정보망을 구축하고 그 기능을 강화해 왔다. 2003년에 보육정보망의 구심점 역할을 하는 중앙보육정보센터 설치·운영계획을 마련하고 위탁운영기관을 공개 모집하였다. 중앙보육정보센터는 보육시설 설치·운영 및 서비스 개선과 관련한 정보 제공·상담, 보육시설 종사자 교육, 보육프로그램의 개발·보급과 부모에 대한 보육시설 안내, 육아상담 및 부모역할 교육 등을 실시하여 보육시설과 가정 내의 양육을 지원하는 종합적인 보육정보망으로서의 기능을 수행하였다. 아울러 보건복지부는 당시 7개 광역시에 설치되어 있는 시도 보육정보센터를 전국에 확대 설치하고 그 기능을 내실화하겠다고 밝혔다. 이후 보육정

³⁰⁵ 보건복지부(2015. 3. 18.). 보도자료: 집 근처에서 보다 편리하게 시간제보육 서비스를 이용하세요.

³⁰⁶ 서문희·양미선(2014). 『시간제보육 시범사업의 성과와 과제』. 한국보육진흥원·육아정책연구소.

³⁰⁷ 서문희·양미선(2014). 상계서.

³⁰⁸ 보건복지부(2003. 1. 29.). 보도자료: 보육시설과 가정의 양육지원체계 마련 - 중앙 및 지역 보육정보망 강화 추진.

보센터는 각 시·도에 설치 완료되었고 수도권을 중심으로 시·군·구 설치도 확대되었다. 기능에서도 가정양육지원 기능이 강화되었고, 이에 따라서 2013년에 명칭을 육아종합지원센터로 변경하였다. 2015년 말에는 전국에 78개소가 설치·운영 중이었다.

가정 내 아이돌봄 서비스 및 공동 육아

아이돌봄

아이돌봄지원사업은 시설 중심의 보육지원에서 탈피하여 서비스를 다양화하는 방안의 일환으로 추진되었다. 부모의 다양한 자녀 양육 수요를 충족시킬 수 있는 가정 내 개별 돌봄서비스를 활성화하여 취업 부모의 양육부담을 경감하고 개별 양육을 희망하는 수요에 탄력적으로 대응하며, 경력단절 중장년 여성의 고용을 증진시키고, 취약계층의 육아 역량을 강화하는데 사업의 목적을 두었다.³⁰⁹

아이돌봄지원사업은 2006년에 아이돌보미가 만 12세 이하의 자녀가 있는 집을 방문하여 개별적으로 보호 및 양육 등의 서비스를 제공하는 ‘아이돌보미 양성 및 연계’ 시범 운영 사업으로 출발하였다. 천안과 울산 2개 지역의 건강가정지원센터에서 아이돌보미 130명을 양성(울산 85명, 천안 45명)하고, 야간근무나 집안행사 등 갑작스러운 상황이 생겨 아이를 맡길 곳이 없을 때 수요자부담으로 아이를 돌봐주는 사업을 시작하였다.³¹⁰ 아이돌보미는 활동 가능한 성인으로 40시간 교육을 이수토록 하였다. 대상은 3개월부터 만 12세까지 아동이었다. 서비스 아동을 양육하는 가정의 본인 부담으로 비용은 시간당 6,000원으로 설정하였다.

이어서 2007년에 정부 일반회계 사업으로 아이돌봄지원사업을 확대 실시하고, 동시에 장애아가족 아동양육지원사업을 신규로 실시하였다. 중앙건강가정지원센터를 관리기관으로 지정하였고 전국 38개 건강가정지원센터 등에서 사업을 실시하였다. 2008년에는 아이돌봄지

³⁰⁹ 여성가족부(2006. 6. 21.). 보도자료: 긴급상황 발생시 아이를 돌봐드립니다.

여성가족부(2012. 12. 4.). 보도자료: 아이돌봄 서비스 이용자 만족도 매년 상승.

³¹⁰ 여성가족부(2006. 6. 21.). 상계자료.

원사업 수행기관을 65개소로 확대하였다. 2009년에는 아이돌봄지원사업을 전국으로 확대하고, 장애아 양육지원 사업을 분리하여 운영하였다. 2010년에는 시간제 보육 이외에 영아종일제돌봄서비스 사업을 신규로 도입하였다. 2012년에는 영유아가구의 소득하위 70% 이하에서 모든 취업부모 대상으로 영아종일제 돌봄 지원 대상을 확대하였고, 독립법으로 「아이돌봄지원법」³¹¹을 제정하여 가정 내 자녀양육 지원사업을 원활하게 추진하였다. 시간제 돌봄 지원 예산을 2012년에 3만 가구에서 2013년에 4만 6,800가구로 확대하였고, 나홀로 초등학교 방과 후 아동 지원 시간을 연 480시간에서 720시간으로 확대하였다. 영아 종일제 돌봄은 2010년부터 12개월 이하 아동에게 이유식, 위생·안전 관리 등 돌봄서비스를 제공하는 사업으로 최대 200시간을 지원하였다. 2014년에 24개월 미만으로 대상을 확대하였다. 2014년 3월 기준으로 서비스 제공기관은 213개가 운영되었다.³¹²

비용 지원은 만 12세 이하 아동 시간제 돌봄서비스는 취업한 부모 및 저소득 맞벌이가정에 우선한다. 비용은 소득기준에 따라 ‘가’, ‘나’, ‘다’, ‘라’형으로 구분하여,³¹³ 전국 가구 평균소득 100% 이하 가정에 차등적으로 지원하였다.

〈표 4-36〉 아이돌보미 비용 지원 기준과 수준

(단위: 원)

구분	전국 가구 평균소득 기준	시간제			시간제	
		시간당 지원금	지원 시간	연 지원금 상한	0세아 지원금	1세아 지원금
가형	50% 이하(4인 기준, 월 241만 원)	4,250	720	3,060,000	75	70
나형	50~70% 이하(4인 기준, 월 338만 원)	3,250	720	234,000	65	60
다형	70~100% 이하(4인 기준, 월 483만 원)	1,250	480	600,000	55	50
라형	100% 초과	-	-	-	45	40

자료: 여성가족부(2014), 『2014년 아이돌봄지원사업 지침』, 동 기관.

³¹¹ 「아이돌봄지원법」 [시행 2012.8.2.] [법률 제11288호, 2012.2.1., 제정]. 당시 「아이돌봄지원법」은 총칙, 아이돌보미의 직무 등, 아이돌보미서비스 제공기관, 양육친화적인 사회환경 조성, 아이돌보미서비스 비용 지원, 지도 감독, 벌칙의 총 7장으로 구성되었다.

³¹² 위탁 기관은 건강가정지원센터 124개 기관, 다문화가족지원센터 38개 기관, 이외 지방자치단체 직접 운영, 여성단체협의회, 여성인력개발센터, 복지관, 자활센터, YMCA, YWCA 등의 순이었다.

³¹³ 가형은 전국 가구 평균소득 50% 이하로 본인부담금이 1,000원이고, 나형은 전국가구 평균소득 50~100% 이하로 본인 부담이 4,000원이었으며, 그 이상은 5,000원이 모두 본인 부담이었다.

아이돌보미는 서비스제공기관에서 선발한 자 중 90시간의 교육 이수(양성교육 80시간, 현장실습 10시간) 후 아이돌보미로 등록하고 근로계약을 작성한 후에 활동이 가능하였다. 아이돌보미 양성기관은 2013년에 35개소였으며, 이 중 건강가정지원센터 10개소, 여성인력개발센터 12개소, 여성새로일하기센터 4개소 등이 포함되었다.

0~24개월 영아 종일제 돌봄서비스도 매년 급격하게 증가하여 2014년 기준으로 아이돌봄 지원사업 예산이 총 792억 원으로 전년대비 약 18%포인트 증가하였다. 사업비는 돌봄 지원(돌봄미 활동수당과 교통비)과 보험료로 구성되고, 운영비는 교육비, 인건비, 행정부대경비 등으로 구성되어 있었다.

〈표 4-37〉 아이돌봄서비스 사업 예산

(단위: 백만 원)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015
아이돌봄지원사업 전체	20,147	40,189	43,464	66,618	79,174	78,716
영아종일제 돌봄	4,421	5,961	7,184	7,184	11,399	13,399
시간제 돌봄	14,678	28,080	30,077	48,509	52,550	48,975
아이돌보미 양성 및 관리	-	-	1,585	3,398	7,598	9,373
서비스 제공기관 운영	-	-	4,048	6,969	6,969	6,969
아이돌봄 중앙사업 관리	-	-	579	588	658	-

자료: 여성가족부, 『여성가족부 소관 예산 및 기금운용계획 개요』, 각 연도.

아이돌봄지원사업은 시설보육의 보완제로서의 역할에서 점차 시설보육의 대체제로 확장되었고, 가사지원 역할까지 수행하도록 제도가 변경되면서 그 역할과 개념, 성격 등이 새로운 국면을 맞았다. 2013년 「아이돌봄지원법」 13조 6항의 개정으로 2013년 11월 29일부터 이용자와 협의하여 아이돌봄 이외에 아이와 관련된 가사를 추가로 제공하는 서비스를 제공하게 되었다.³¹⁴ 또한 2013년 6월에 고용노동부의 ‘아이돌보미의 근로자성 인정을 부인하기는 어렵다’는 유권해석에 따라 9월부터 월 60시간 이상 근로하는 아이돌보미에게 4대 보험을 지급하고,³¹⁵ 계속하여 1년 이상 근무하면 퇴직급여를 지급하도록³¹⁶ 하였다. 종전의 자원봉사형

³¹⁴ 「아이돌봄지원법」 [시행 2013.11.29.] [법률 제11833호, 2013.5.28., 일부개정]

³¹⁵ 「고용보험법」 제10조26에 근거한다.

일자리에서 벗어나서 근로자 적용을 요구받고 있다.

아이돌봄지원사업 결과, 서비스 이용자가 지속적으로 증가하였고, 아이돌보미에 대한 만족도도 매우 높았다. 특히 민간 베이비시터를 이용해 본 적이 있는 사람의 73%가 아이돌봄 서비스의 질이 더 높다고 응답하였다.³¹⁷ 아이돌봄서비스는 부모의 직장생활도 지원하였다. 시간제 아이돌봄서비스를 이용하는 가구의 유형은 맞벌이가정 55.6%, 홀벌이가정 13.9%이고, 특히 영아종일제는 맞벌이가구의 비율이 80.3%로 월등히 높았다.

〈표 4-38〉 아이돌봄서비스 유형별 이용 아동수

(단위: 명)

구분	시간제					종일제				
	만 0~2세	만 3~5세	만 6~8세	만 9~12세	계	6개월 미만	6~12개월	12~18개월	18~24개월	계
2011	23,959	18,115	8,517	3,236	3,827	1,515	3,348	1,580	250	6,693
2012	25,424	20,724	10,316	3,338	59,802	1,676	6,367	4,144	1,835	14,022
2013	26,588	24,420	15,082	4,904	70,994	2,969	9,635	5,905	-	18,506

주: 2010년 자료는 누적 이용아동수로 보고됨. 2011~2013년과 통계산출 기준이 상이하여 표기하지 않음.
 자료: 한국건강가정진흥원, 『아이돌봄지원사업 결과보고서』, 각 연도.

아이돌보미 양성은 중장년 연령층의 일자리 창출과 사회복지서비스를 연계한 대표적 사례이었다. 2009~2013년 아이돌보미 교육 이수자 대비 2013년도 활동 인력의 비율은 65% 수준이었다. 그러나 급여 소득 수준은 대부분 100만 원 미만이었다. 아이돌보미의 만족도가 48.2%로 서비스 이용자에 비해 다소 낮게 나타났다.³¹⁸

〈표 4-39〉 아이돌보미 교육 및 활동 현황

구분	2009	2010	2011	2012	2013
교육이수자(명)	7,729	2,796	4,728	3,149	6,692
활동자(명)	7,417	7,262	10,758	11,589	16,393

³¹⁶ 「근로자퇴직급여보장법」 제4조27에 근거한다.

³¹⁷ 여성가족부(2012. 12. 4.). 보도자료: 아이돌봄 서비스 이용자 만족도 매년 상승.

³¹⁸ 여성가족부(2012. 12. 4.). 전제자료.

구분		2009	2010	2011	2012	2013
시간제	활동시간 평균(시간)	80	74	93	90	89
	평균 급여(원)	565,186	507,286	732,534	684,565	681,541
종일제	활동시간 평균(시간)	-	185	189	172	165
	평균 급여(원)	-	921,630	1,017,505	980,782	954,944

자료: 한국건강가정진흥원(2014), 『2013 아이돌봄지원사업 결과보고서』, 동 기관.

이웃간 돌봄 나눔 사업

핵가족화, 여성의 취업 증가, 다양한 가족형태 발생 등으로 가족 내 돌봄의 기능이 약해짐에 따라 사회적 돌봄지원체계가 구축되었으나, 부모가 자녀양육 부담을 완화하고 자녀를 안전하게 성장시킬 수 있는 지역사회가 되기 위해서는 주민의 자발적인 나눔 활동과 주민자치적인 시스템 구축도 필요하다. 주민의 지역사회 돌봄나눔의 장소로서 공간에 대한 요구가 높은 데 반해, 지역사회에서 연결할 수 있는 구체적인 사업은 부족하였다.

가족품앗이는 같은 지역, 이웃에 사는 사람들끼리 자녀돌봄과 양육 및 다양한 아이터를 가지고 품앗이하자는 뜻이다. 초등학교 이하 자녀가 있는 가족이 회원 가정 또는 공동육아나눔터에서 그룹별로 매일, 주 1~2회, 월 1~2회 등 다양하게 학습지도, 놀이, 체험활동, 등하교 안심동행 품앗이 등 자녀 돌봄의 공백을 메우는 사업이다. 법적 근거로 2012년에 「아이돌봄지원법」 제19조(공동육아나눔터)에 국가 및 지방자치단체는 아이양육 관련 정보교류, 부모교육 등을 위하여 공동육아나눔터를 설치·운영할 수 있고, 공동육아나눔터를 법인이나 단체 등 전문기관에 위탁하여 운영할 수 있다는 조항을 두고 있다.

여성가족부는 2010년에 시범사업을 거쳐 2014년 현재 서울 5개, 지방 21개 지역, 전국 26개 지역에서 총 67개 공동육아나눔터를 운영하였다. 이용시간은 월~금 9~18시이고, 여건에 따라 평일 저녁 및 토요일에 연장 운영하였다. 공동육아나눔터 사업 지원비는 65억 원 규모로 수년간 변동이 거의 없었고, 이용자 연인원은 2014년 17만 명, 2015년 17만 5,000명으로 추산되었다.³¹⁹ 지역의 다양한 돌봄 자원을 연계한 일상적·통합적 돌봄 네트워크 형성 및 지역

³¹⁹ 여성가족부(2015), 2015년도 여성가족부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, 동 기관.

주민의 자조·나눔 활동 활성화를 통해 공적 돌봄 지원의 사각지대 보완을 위한 대안으로서 사업을 실시하고 있으나 한정된 일부 지역에서 사업을 실시하고 있어 사업 효과의 전국적 확산은 미흡하였다.³²⁰

취학아동 방과후 돌봄서비스 지원

지역아동센터

지역아동센터는 민간 중심으로 추진되어 오던 공부방을 2004년부터 정부가 제도권으로 흡수하여 지원하는 아동복지시설이다. 1985년부터 도시의 빈곤밀집지역과 농산어촌을 중심으로 지역사회 안에서 안전한 보호를 받지 못하는 아동들을 위한 ‘공부방’ 활동을 중심으로 지역아동센터가 생겨나기 시작하였다. 외환위기 이후 가정의 경제적 어려움과 가정해체 등으로 결식아동이 증가하자 정부는 긴급구호로 무료급식을 지원하였는데, 당시 지역아동센터는 무료급식 제공기관의 역할을 담당하면서 그 수도 증가하였다. 경제적 어려움과 가정해체 등 가정의 자녀양육기능이 약화되어 보호자의 적절한 보호와 지도를 받지 못하는 아동이 증가하자 방과후에 홀로 방치되는 아동에 대한 돌봄이 사회적 책임이라는 인식이 강화되었다. 이에 정부는 지역사회 안에서 자생적으로 생겨나 지역사회 빈곤아동의 복지 서비스를 담당했던 공부방을 ‘지역아동센터’로 법제화하여 공적 전달체계 기능을 수행하도록 하였다.

2004년 「아동복지법」을 개정하여 제16조 제11호에 근거하여 ‘지역아동센터’를 아동복지시설로 신설하고 ‘지역사회 아동의 보호·교육, 건전한 놀이와 오락의 제공, 보호자와 지역사회의 연계 등 아동의 건전육성을 위하여 종합적인 아동복지서비스를 제공하는 시설’로 정의하였다. 같은 법 제31조로 설치 및 운영과 프로그램의 운용에 필요한 비용을 국가 또는 지방자치단체로부터 지원받을 수 있었다.³²¹

³²⁰ 여성가족부(2013. 9. 13.). 보도자료: 온 마을이 함께 자녀를 양육하는 공동육아나눔터.

³²¹ 「아동복지법」 [시행 2004.7.30.] [법률 제7143호, 2004.1.29., 일부개정]

지역아동센터는 미취학, 초등학생, 중학생, 고등학생 등 18세 미만 아동을 대상으로 하며, 18세 이상이어도 고등학교에 재학 중인 아동을 대상에 포함하였다. 국민기초생활보장수급권자 가정 아동 등 보호가 필요한 아동의 우선 보호를 위해 우선 보호 아동 비율을 지역아동센터 신고 정원의 60% 이상으로 유지하도록 하였다.

제도 도입 이후 점차 지원 규모를 늘렸고, 전문 인력 파견, 평가 컨설팅 등을 통하여 공적 기관으로서의 자리를 잡아가기에 이르렀다. 지역아동센터에 운영비를 지원하고, 서비스의 질을 높일 수 있도록 설치기준을 강화하고, 아동복지교사 파견, 평가제도, 종사자 교육 등을 통해 점차 내실화를 도모하였다. 운영비로 2004년부터 전국 244개 공부방에 월 67만 2,000원을 지원하였고, 2004년 8월부터는 추경예산으로 지원 대상을 500개소로 확대하였다.³²² 2006년에는 지원 대상을 902개소로 확대하였고, 이후 점차 대상을 확대하여 2015년에는 전국 4,113개소에서 13만 6,000명을 지원하였다. 지역아동센터 대부분이 정부의 지원을 받았다. 2013년에는 지역아동센터의 특성과 아동의 욕구를 반영하여 장애·다문화 등 센터의 특성에 따른 특수목적형 센터, 지역사회 내 멘토 역할의 거점형 센터로 지정하여 추가 지원하였다.

〈표 4-40〉 지역아동센터 정부 지원 대상

(단위: 개소, 백만 원)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
지원개소	244	500	902	1,800	2,788	2,788	2,946	3,260	3,500	3,742	3,989	4,113
지원단가	67	200	200	200	200	220	320	370	395	420	433	433
예산	1,200	7,300	9,800	20,600	28,200	45,700	54,300	99,700	110,900	127,229	130,594	136,547

자료: 보건복지부(2013), 『보건복지백서』, 동 기관.

여성가족부(2011), 『청소년백서』, 동 기관.

정부부처 합동(2014), 『2014 청소년정책기본계획시행계획(중앙)』.

〈표 4-41〉 지역아동센터 및 이용 아동수

(단위: 개소, 명)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
센터	895	1709	2029	2618	3013	3474	3690	3985	4036	4061
아동수	23,347	43,747	58,851	76,229	87,291	97,926	10,233	104,982	108,357	109,066

자료: 보건복지부(각 연도), 『보건복지통계연보』, 동 기관.

³²² 보건복지부(2004), 『보건복지백서』, 동 기관.

정부는 지역아동센터의 물리적 환경에 대한 정책도 추진하였다. 지역아동센터는 전국 어디에서나 설치·운영되고 있으며, 운영주체도 종교단체, 사회복지법인, 시민·민간단체 및 개인 등으로 다양하다. 또한 건물구조가 가정적인 분위기의 지역아동센터(공부방)도 운영되는 등 여러 가지 특징이 있었다. 제도 도입 초기인 2005년에는 지역아동센터 운영을 활성화하고 현장의 애로사항을 해소하기 위하여 시설기준을 사무실·식당·지도실 등 83㎡ 이상에서 일일 평균 이용 아동 20인 미만 시설은 60㎡ 이상도 가능하도록 완화하고, 기존 운영시설의 시설기준 경과 조치기간 및 종사자 자격기준 경과 조치기간을 각각 2년씩 연장하기 위하여 「아동복지법」 시행령을 개정하여 2005년 11월부터 시행하였다.³²³ 2008년에는 건축물시행령 별표 1 개정(2009년 7월 16일 시행)으로 건축물 용도를 확대하였다. 1종 근린생활시설에서 1종 근린생활시설, 단독주택, 공동주택으로 개정하였다. 2012년에는 「아동복지법」 시행령·시행규칙을 개정(2012년 8월 5일 시행)하여 시설 설치기준을 강화하였다. 전용면적 82.5㎡ 이상 및 아동 1명당 3.3㎡ 이상, 청소년 유해업소로부터 50m 이내 설치 금지 등의 조항을 추가하였다. 종사자 자격은 사회복지사 3급에서 2급으로, 경력 3년으로 개정하였다.³²⁴

2007년부터는 정부 재정지원 일자리사업으로 아동복지교사를 선발하여 지역아동센터에 파견하는 등 일자리사업으로 취약계층의 경제적 자립을 지원하는 동시에 지역아동센터의 프로그램 질 제고에 기여하였다. 아동복지교사는 지역아동센터에서 학습지도, 생활지도, 예체능 등 특기적성 교육을 담당하였다. 이 사업을 위하여 아동복지교사지원센터(중앙 1, 권역 14)를 설치·운영하였다. 2012년에는 기초학습, 외국어, 예체능 등 6개 분야에 3,169명의 아동복지교사를 파견하였다.

지역아동센터의 질적 수준 관리방안으로 평가, 컨설팅, 종사자 교육 등을 추진하였다. 2008년에 시범평가에 이어 2009년에는 전국 지역아동센터 평가를 진행하였고(총 3,224개소), 2012년부터는 신규 진입 시설과 기존 시설을 구분하여 시설 특성에 맞게 평가하고 그 결과를 운영비 지원과 연계하였다. 평가와 함께 컨설팅도 실시하였다. 특히, 2013년부터 신규 시설장은 평가 전에 현장실습 20시간, 컨설팅 15시간, 온·오프라인 교육 85시간 등 우수 시설 현장실습 및 컨설팅을 필수적으로 이수하도록 하여 강화하였고, 종사자 의무교육 시간

323. 「아동복지법」 시행령 [시행 2005.11.16.] [대통령령 제19134호, 2005.11.16., 일부개정]

324. 「아동복지법」 시행령 [시행 2012.8.5.] [대통령령 제24018호, 2012.8.3., 전부개정]

을 5시간에서 30시간으로 확대하였다. 이 외에도 우수 아동 프로그램뱅크 운영, 성폭력·실종 예방, 안전 등 5대 의무교육 및 아동지도 등을 IPTV를 통한 온라인교육 프로그램으로 제공하였다. 2014년에는 지역아동센터 이용 아동의 연령 및 지역여건 등 시설 특성에 맞는 표준운영과정을 보급하고, 서비스 최저기준을 제시하였다.

기본적으로 지역아동센터는 민간의 ‘공부방’ 활동을 정부가 법제화하여 제도화한 형태로 생겨난 아동복지시설로, 지역사회 안에서 취약계층 아동의 건강한 성장뿐 아니라 가족 기능을 강화하며 아동의 통합적 복지서비스를 제공하는 역할과 기능을 담당하였다. 2013년 실제 지역아동센터 이용 아동 중 초등학교생이 73.6%로 다수를 차지하였으며, 87%가 취약계층가정 아동이었다.

〈표 4-42〉 지역아동센터 이용 아동 비율(2013년 기준)

(단위: %)

구분	학교급						계
	미취학	초등 저	초등 고	중	고	탈학교	
비율	3.4	36.0	37.6	19.1	3.7	0.2	100.0

자료: 구슬이(2014). 방과후돌봄서비스 평가. 『사업평가 14-11(통권 328호)』. 국회예산정책처.

〈표 4-43〉 지역아동센터 이용 아동 경제적 특성

(단위: %, 명)

구분	2009	2010	2011	2012	2013
기초생활수급자 아동	27.8	28.8	25.0	22.8	20.2
차상위계층 아동	32.5	37.7	38.2	31.9	27.4
기타승인가동	17.9	21.9	22.9	32.6	39.3
일반가정아동	21.8	13.8	13.9	12.7	13.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(아동수)	(97,926)	(100,233)	(104,982)	(108,357)	(109,066)

자료: 보건복지부(2013). 『전국 지역아동센터 실태조사 보고서』. 동 기관.

구슬이(2014). 방과후돌봄서비스 평가. 『사업평가 14-11(통권 328호)』. 국회예산정책처.

그간 운영비 지원 확대 외에 전문 분야별 교육프로그램 지원, 프로그램 질 제고 및 관리체계를 강화하여 돌봄서비스 수준을 향상시키고, 종사자의 행정업무 최소화로 돌봄시설 역할

을 강화하였다. 그 결과, 지역아동센터 이용서비스에 대한 만족도가 2013년 84.3점으로 약간씩 높아지는 것으로 추정되었다.³²⁵ 그러나 아직 종사자 자격 기준이 사회복지사 2급으로 질적 수준을 담보하는 수준에는 미치지 못하였다. 또한 운영비로 종사자 2명의 인건비와 프로그램 운영 비용, 운영관리비를 충당하고 있어 타 사회복지시설에 비해 지원이 부족한 상황이었다.

청소년방과후아카데미

청소년방과후아카데미 사업도 지역아동센터의 법제화와 유사한 시기인 2005년부터 시범 사업을 거쳐 본 사업으로 추진되었다. 이 사업 역시 맞벌이부모의 증가로 인한 나홀로 청소년 증가(청소년 방치), 이혼 등 가정해체 증가로 청소년 생활환경의 열악, 국내 가정의 사교육비 증가에 따른 가계부담, 방과후 지원 사회공공서비스의 한계성 등에 대한 문제 인식의 확산에서 출발하였다.

종합 학습지원 및 복지·보호를 통해 방과 후 홀로 시간을 보내는 청소년의 건전한 성장 지원이 목적이었다. 중앙정부와 지방자치단체 및 학교와 가정·지역사회가 연계하여 공교육을 보완하는 방과후 활동을 통해 공적 서비스 기능을 강화하고, 2005년부터 전국적으로 시행된 주 5일 수업제 시행에 따른 다양한 복지 서비스 수요에 부응하여 계층간 격차 완화 및 사회통합에 기여하였다.

청소년방과후아카데미의 법적 근거는 「청소년기본법」 제48조의2로, 청소년방과후아카데미를 비롯한 청소년 대상 방과후 활동 전반에 대한 지원의 근거를 규정하였다. 청소년방과후아카데미는 여성가족부와 지방자치단체가 공동으로 청소년수련관, 청소년문화의집, 공공청소년공부방, 청소년단체시설 등을 활용하여 운영하였고, 이용 연령 기준은 초등학교 4학년부터 중학교 2학년이었다. 청소년방과후아카데미는 기본형, 농산어촌형, 특별형(장애청소년, 다문화청소년)으로 구분되고, 기관당 이용 청소년 규모는 20명에서 60명까지 세분화되었다. 2011년에 토요일 격주 운영에서 2012년에 주 6일 운영으로 확대하였다. 정부는 이들 기관에 운영비를 지원하였다. 2005년 시범실시(46개소) 이후 2006년에는 지방자치단체 보조사업으

³²⁵ 황진구·김희진(2013). 『지역아동센터 이용아동의 만족도 변화에 관한 연구』. 한국청소년정책연구원.

로 전환(국비 50%)되어 지방자치단체 매칭펀드 방식으로 운영되다가, 2009년에 청소년육성기금에서 일반회계로 전환되었고, 2015년부터 청소년육성기금으로 재이관되었다. 방과후아카데미당 지원 단가는 1억 5,000만 원 내외로, 지원금은 종사자 인건비, 프로그램 운영비, 간식 및 저녁 급식비, 운영비, 캠프 등 특별지원비로 사용하였다.

사업기관 수는 청소년육성기금을 활용하던 2008년 이전 시기에 매년 평균 46개소씩 증가하였으나, 일반회계로 이관된 2009년에는 오히려 감소하는 양상을 보이다가, 여성가족부 이관 이후 200개소를 유지하고 있다.

〈표 4-44〉 방과후아카데미 수 및 아동수

(단위: 개, 명)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
수	46	100	151	185	178	161	200	200	200
아동수	2,350	4,200	6,300	7,680	7,245	6,645	8,200	8,060	8,200

자료: 여성가족부, 『청소년백서』, 각 연도.

맞벌이, 한부모, 부모의 실직·파산·신용불량 등 경제적 어려움 등으로 방과후아카데미의 지원을 받는 청소년은 2005년 2,350명(연인원 225,600명)에서 시작하여 2011년 이후에는 전국 200개소 이용자가 총 8,200명 수준으로 유지되었다. 청소년방과후아카데미 이용자 중 초등학생이 약 82%를 차지하였다. 취약계층 중심이라는 점에서는 지역아동센터와 대상이 동일하다고 볼 수 있다. 정부는 2015년에 50개소를 확대할 계획이었지만, 지역 내의 모든 수요자를 수용하기에는 부족했다. 특히 다양한 유형의 청소년방과후아카데미는 매우 제한적이었다.

청소년방과후아카데미 이용자의 만족도는 높은 편이다. 추적조사 결과를 보면, 방과후아카데미에 다니는 청소년과 학부모는 방과후 지도교사와 생활지원 영역에 대하여 만족도가 비교적 높은 것으로 나타났다. 그러나 실제 학업 성적과의 관련성은 약한 것으로 보고되었다.³²⁶ 2015년부터 청소년방과후아카데미 지원 사업이 청소년육성기금으로 추진되는데, 기금사업은 일반회계 사업에 비하여 재정의 안정성이 취약하다는 점이 우려되었다.

³²⁶ 김은정·황진구(2007), 『방과후아카데미 효과만족도 조사』, 청소년정책연구원.

초등돌봄교실

2005년에 ‘고령화 및 미래사회위원회’에서 마련한 제1차와 제2차 육아지원방안에서 초등 학생 보육은 교육부와 초등학교 중심으로 추진하고, 보육영역에서는 더 이상 확대하지 않는다는 원칙을 정하였다. 이에 따라 교육부가 초등학교 방과후교실을 지속적으로 확대하였고, 2012년 박근혜 대통령의 대선공약에도 포함되어 지속적으로 확대해 왔다.

초등돌봄교실을 포괄하는 상위개념은 방과후학교다. 방과후학교에서는 초등학교 학생을 방과후, 주말 및 방학 중에 안전하게 보호·지도함으로써 건강하게 성장·발달하도록 돕기 위해 돌봄 프로그램을 개설·운영하고 있다. 초등돌봄교실은 초등학교 저학년 학생 위주로 운영되며, 맞벌이가정 및 저소득층가정의 자녀를 우선 대상으로 한다. 교사 및 보육교사 자격증 소지자, 자원봉사자 등 다양한 인력풀이 과제지도, 놀이지도, 상담, 소질계발, 인성지도 등을 실시하고 있으며, 이는 교내 방과후학교 프로그램과 연계 운영할 수 있다.

2004년에 저학년 방과후교실을 도입한 후 28개교에서 학기 중에는 12시부터 오후 7시까지, 방학 중에는 오전 8시부터 오후 7시까지 시범 운영하였다. 2009년에 300개소에서 초등 보육교실을 야간까지 시범운영하였고, 2010년에는 초등보육교실을 초등돌봄교실로 명칭을 변경하여 6,200실로 확대 운영하였다. 2011년에는 맞벌이가정과 한부모가정의 자녀들을 위해 오전 6시 30분부터 저녁 10시까지 운영하는 엄마품 온종일 돌봄교실을 초등학교 및 유치원에 도입하여 2013년까지 시범 운영하였다. 2013년에는 78개교에서 초등 방과후돌봄 강화 모델학교를 시범운영하고, 6개 지역에서 방과후 돌봄서비스 범정부 통합 지원 시범운영(서울시 노원구, 부산시 서구, 울산시 울주군, 경기도 성남시, 전라북도 진안군, 전라남도 나주시)을 실시하였다. 2014년부터 초등돌봄교실을 확대하여 초등학교 1~2학년 학생 중 희망하는 아동에게 적용하였다. 3~6학년은 2013년 오후돌봄에 참여한 학생들을 우선적으로 수용하였고,³²⁷ 2015년에 3~4학년은 정규수업 종료시간, 방과후학교 참여율, 실제 돌봄 이용시간 등을 감안하여 기존 초등돌봄교실과는 다른 방식의 ‘방과후학교 연계형 돌봄교실’ 운영으로 방과 후 돌봄 수요를 충족할 계획이었다.³²⁸

³²⁷ 교육부(2014, 1. 28.), 보도자료: 안심하고 양육할 수 있는 여건 조성을 위한 초등 방과후 돌봄 확대·연계 운영 계획 발표- '14년 1~2학년 돌봄교실 3,983실 추가 확충.

초등돌봄은 2014년 기준으로 5,938개교, 1만 966개 교실에서 실시하였으며, 초등돌봄교실에 참여하는 초등학생은 총 22만 명 수준이었다. 초등돌봄교실 이용 학생 수는 2008년부터 2012년까지 꾸준히 증가하다가 2012년부터 2013년까지 다소 정체되었으나 2014년부터 다시 큰 폭으로 증가하였다. 2013년까지는 학교별 여건 내에서 저학년, 저소득층 및 한부모 가정 학생 등을 우선으로 하는 원칙에 따라 이용자를 배정하였으나 2014년에는 일시적으로 대상자 기준을 폐지하면서 이용자가 급격히 증가한 것이었다.

엄마표 온종일 돌봄교실로 선정된 기관은 2011년에 총 1,000개원이며, 이 중 유치원은 191개원이며 나머지는 초등학교이었다.³²⁹ 2012년에는 지정 기관 1,700개 교실 중 유치원은 276개 교실이었다.³³⁰ 2014년에 오후돌봄은 5,938개소, 저녁돌봄은 1,834개소에서 실시하였다. 2014년에 초등돌봄에 10만 398명의 외부강사와 3만 3,770명의 현직교사가 참여하여 지도, 관리 등의 업무를 수행하였다.³³¹

〈표 4-45〉 초등돌봄교실 및 아동수

(단위: 개, 실, 명)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
학교 (비율)	1,421 (24.8)	2,508 (43.6)	2,962 (50.8)	4,146 (71.2)	5,117 (88.5)	5,430 (92.4)	5,652 (96.0)	5,784 (100.0)	5,938 (99.9)
교실	1,631	2,717	3,334	4,622	6,200	6,639	7,086	7,395	10,966
학생	31,788	50,000	54,638	77,155	104,496	124,013	159,248	159,737	221,310

자료: 교육부(2011, 2014), 『방과후학교 운영 현황』, 동 기관.

교육부(2012), 2011 『교육백서』, 동 기관.

〈표 4-46〉 온종일돌봄교실 및 아동수

(단위: 개, 실, 명)

시·도	오후돌봄			저녁돌봄		
	학교수(개)	교실수(실)	이용 학생수(명)	학교수(개)	교실수(실)	이용 학생수(명)
2014	5,938	10,966	221,310	1,834	2,018	20,189

자료: 교육부(2014, 12, 19.), 보도자료: 2015년 초등돌봄교실, 학생·학부모 만족도 향상에 주력.

³²⁸ 교육부·한국교육개발원(2015), 2015 초등돌봄교실 운영 길라잡이, 동 기관.

교육부(2014, 12, 19.), 보도자료: 2015년 초등돌봄교실, 학생·학부모 만족도 향상에 주력.

³²⁹ 교육과학기술부(2011, 2, 28.), 전계자료

³³⁰ 교육과학기술부(2012, 2, 1.), 전계자료

³³¹ 교육부(2014), 『방과후학교 운영 현황』, 동 기관.

초등돌봄교실은 자녀의 돌봄 공백 지원 및 자녀에 대한 정서적 지원과 체험활동의 기회 제공이라는 성과를 거두었다. 방과후학교 이용 학생과 부모의 만족도는 사업 실시 이후 지속적으로 높아졌다.³³² 그러나 초등돌봄교실은 예산 등의 문제로 전체 초등학교로 확대한다던 계획이 일정대로 추진되지 못하였다. 이용 아동 규모가 22만 명 정도에 불과하고, 저소득층 중심의 사업으로 한정되었다. 초등돌봄사업은 지역아동센터나 청소년방과후아카데미가 있으나 초등학교가 주된 사업기관이고 돌봄 아동 규모도 가장 많다. 초등돌봄교실에 대한 부모 선호가 증가하면서 선별적 저소득층 저학년 아동 보호에서 벗어나서 보편화된 방과후학교 사업으로 발전시킬 수 있는 적극적 방안이 요구된다.

부처간 협업

2005년 초등학교 방과후보육은 교육부와 초등학교 중심으로 추진한다는 원칙에 따라 교육부가 초등학교 방과후교실을 지속적으로 확대하였고, 보건복지부는 지역아동센터를 중심으로 취약계층 방과후 돌봄사업을 확대하고 어린이집에서의 방과후보육은 기존의 규모와 지원 수준만 유지하고 확대하지는 않았다. 청소년정책으로 추진하는 청소년방과후아카데미는 여성가족부가 지원하였다.

방과후 돌봄사업은 이와 같이 세 부처가 추진함에 따라 부처간 연계 협력을 통한 효율적인 돌봄 지원체계의 필요성이 제기되어 왔다. 이에 2012년 10월에 관계 부처간(보건복지부, 교육부, 여성가족부, 안전행정부) ‘효율적인 방과후 돌봄 사업 추진을 위한 업무협약(MOU)’을 체결하고, 2014년부터 지역단위에서 협의체 운영을 모색하였다.³³³ 업무협약의 주요 내용으로 우선 돌봄아동 지원 등 방과후 돌봄 정책 논의를 위한 부처간 협의체 구성·운영, 공동 수요조사, 중복·누락 방지를 위한 부처간 정보 공유 및 연계, 프로그램 연계 모델 개발에 관한 공동 연구용역 등의 추진과제가 포함되었다.

구체적으로 각 부처의 역할은 다음과 같다. (1) 교육과학기술부는 부처간 협의체를 주관하

³³² 방과후학교 이용 학생과 부모의 만족도는 2014년에 각각 87.5점, 84.4점이었다(교육부(2014). 전제서).

³³³ 교육과학기술부·행정안전부·보건복지부·여성가족부(2012. 10. 19.). 보도자료: 방과후 돌봄서비스 수요자 중심으로 촘촘해진다.

고 보건복지부 및 여성가족부와 협조하여 일선 학교를 통해 각 부처가 운영 중인 돌봄서비스 이용 현황 및 수요조사를 매년 실시한다. (2) 행정안전부는 각 부처에서 시행하는 방과후 돌봄사업이 지역에서 체계적으로 연계되어 시행될 수 있도록 지방자치단체의 자발적 참여를 유도하고, 활성화를 위한 지원을 한다. (3) 보건복지부는 취약계층 아동 보호를 최우선으로 하며, 지역아동센터의 기능 강화와 드림스타트센터의 전국 확대를 통해 아동복지서비스 연계 체계를 구축함으로써 지역사회 돌봄 안전망을 강화한다. (4) 여성가족부는 취약계층 청소년의 방과 후 돌봄 및 활동의 지원을 확대·강화하며 청소년 수련시설 및 프로그램 등과 연계를 위해 노력하고 등하굣길의 안전한 이동을 위한 동행서비스 지원을 확대한다.

이에 따라 2013년 하반기부터 중앙돌봄정책협의회와 각 지역 방과후돌봄서비스 유관기관 및 관계자들로 구성된 지역돌봄협의체(돌봄지원협의회, 돌봄운영협의회)를 구축하였고, 2014년부터 전국 단위 시·군·구 교육지원청에 178개 지역 방과후돌봄협의체를 구성하고 범정부 통합지원체계를 구축 운영하였다.

지역돌봄협의체는 지역 내 돌봄서비스 관련자들이 모여 각 기관의 정보를 공유하고 지역 내 돌봄 이슈에 대하여 논의하는 역할 외에 실질적으로 돌봄이 필요한 아동·청소년을 발굴하거나 직접 돌봄서비스기관에 연계하는 등의 실무적 역할을 할 수 있는 주체가 아니라는 점에서 한계가 있다.³³⁴

세 가지 방과후돌봄서비스는 저소득취약계층 초등학생이 중심이라는 점에서 대상이 중복된다. 특히 지역아동센터와 청소년방과후아카데미는 이용자의 연령 및 특성이 유사하고, 또한 저소득 취약계층 아동·청소년에 대한 복지 증진이라는 측면에서 기관에서 제공하는 서비스의 내용도 유사하다. 그러나 각각의 소관 부처가 다르고, 청소년방과후아카데미의 규모가 지역아동센터에 비하여 현저히 작기 때문에 대상 중복이라기보다는 다양한 시설의 접근성 확대 관점에서 보아야 할 것으로 보인다.

³³⁴ 구슬이(2014). 방과후돌봄서비스 평가. 『사업평가 14-11(통권 328호)』. 국회예산정책처.

5. 저출산대책: 일-가정양립 지원

들어가며

21세기에 들어 한국사회에서 계속되는 초저출산 현상은 단순히 개인의 문제도, 도덕적인 문제도 아닌 사회구조적으로 구성된 문제로 인식되었고, 국가의 개입은 지극히 상식적이고 당연한 것으로 받아들여지게 되었다. 이를 계기로 비로소 한국사회에서 일과 가족생활의 조화를 위한 국민적 동의의 맹아가 싹트기 시작했다고 할 수 있다. 2005년 이래 역대 정부에서 출산율을 회복하기 위한 노력을 하였지만 한국사회의 염원과 달리 합계출산율은 좀처럼 인구 대체수준으로 회복되지 못하고 초저출산 현상은 지속되었다. 출산율만이 아니었다. 절대빈곤율은 1997년 7.3%에서 외환위기 이후인 1998년과 1999년에 각각 16.1%, 16.4%로 2배 이상 증가했다.³³⁵ 2000년 이후 절대빈곤율은 감소했지만 2003년 이후 줄곧 9%대를 유지하면서 경제위기 이전으로 회복하지 못했다. 한국사회의 불평등도 1997년 0.283에서 경제위기 직후 0.316으로 높아진 이후 좀처럼 위기 이전으로 회복되지 못했다. 특히 노무현 정부 이후 일과 가족생활 조화로 대표되는 사회서비스정책에 대한 지출이 증가했음에도 불구하고 빈곤율과 불평등지수는 낮아지지 않았고, 출산율도 회복되지 않았다.

³³⁵ 유경준(2010). 우리나라 빈곤변화 추이와 요인분석. 『KDI 정책포럼』, 제215호.

문제는 한국사회가 직면한 초저출산이라는 상황이 단순히 출산과 관련된 몇 가지 정책 지원을 확대하는 것만으로는 해결할 수 없다는 데 있었다. 더 나아가 좋은 일자리의 축소는 상황을 더욱 어렵게 하였다. 예를 들어, 전통적으로 반숙련 노동자에게 좋은 일자리를 제공하던 제조업의 취업유발계수³³⁶는 2000년 13.2에서 2005년 10.1로 불과 5년 만에 30% 이상 감소했다.³³⁷ 새로운 일자리, 새로운 생계부양자, 변화한 노동시장에 조응하는 새로운 사회보장체계가 요구되었다. 그리고 그 중심에는 일과 가족생활의 조화를 지원하기 위한 사회서비스가 위치하고 있었다. 제조업 일자리의 감소를 대신하고, 여성의 노동시장 참여를 가능하게 하고, 시민의 비경제적 복지욕구에 조응하는 사회서비스는 노동시장과 인구·가족구조의 변화에 조응하는 복지국가의 새로운 과제이다.

일과 가족생활의 조화(이하에서는 ‘일-가정양립’으로 표기)는 한국사회에서 저출산대책의 중요한 부문으로 제1차 저출산·고령사회기본계획에 포함되어 추진되어 왔다. 앞서 논의한 바와 같이 보육서비스 지원으로 ‘자녀양육의 경제적 부담을 경감’해 주는 동시에 부모의 ‘일-가정양립’을 용이케 하였다. 또한, 가족구성원에 의해 제공되는 돌봄을 지원하는 대표적인 현물서비스로서 출산전후휴가와 육아휴직 등을 통해 ‘일-가정양립’을 지원하였다. 즉, 보육서비스와 함께 산전후휴가와 육아휴직은 일-가정양립을 지원하기 위한 핵심적인 사회서비스로 간주된다.³³⁸ 앞서 돌봄에 대한 논의에서 보육서비스를 포함하는 만큼, 여기에서는 보육서비스의 세부 사항보다는 일-가정양립 체계라는 보다 큰 틀에서 그 위치와 역할의 변화를 조명하였다. 그리고 일과 가족생활의 조화를 위하여 또 다른 중요한 영역으로서 출산전후휴가와 육아휴직에 관한 정책 변화를 진단하였다. 마지막으로 일과 가족생활의 조화를 도모하기 위한 환경 조성에 관한 정책의 변화를 진단하였다.

³³⁶ 10억 원당 직간접적으로 유발되는 취업자의 수이다.

³³⁷ 한국은행(2010). 『산업연관표-국회예산정책처, 2010년 예산안 분석II』. 한국은행.

³³⁸ 사실 사회서비스 부문은 매우 광범위한 정책을 포함하고 있기 때문에 본 장에서 모든 내용을 다루기는 사실상 불가능하다. 또한 보육 등 특정 대상과 구체적 정책은 다른 장에서 검토되고 있는바 본 장에서는 주로 돌봄을 중심으로 한 사회서비스의 주요 내용을 원칙적인 측면에서 간단히 검토하고자 한다.

변화된 조건과 일-가정양립 지원 정책의 의미

산업사회로부터 지식기반사회로의 전환은 지난 20여 년은 물론이고 현재 한국 사회정책의 전망을 논하는 데 있어 핵심적 전제로 간주된다. 노무현 정부, 이명박 정부, 박근혜 정부에서 발간된 사회정책의 전망을 다룬 주요 기관 보고서의 핵심적 고민도 지식기반사회의 전환에 따라 사회정책이 어떻게 조응할 것인지에 모아지고 있다고 해도 과언이 아니다. 시민(구체적으로 저소득층)에 대한 교육과 훈련을 강화함으로써 시민이 지식기반사회에 효과적으로 적응할 수 있게 하여 저출산, 빈곤, 불평등과 같은 사회문제를 선제적으로 완화하자는 것이다.³³⁹ 그러나 산업사회에서 지식기반사회로의 전환에 따른 변화된 노동시장에 대해 교육·훈련만을 강조하는 영국식 사회투자방식으로는 한국사회가 직면한 문제에 적절히 대응할 수 없다. 선반공을 교육·훈련시켜 하루아침에 IT 산업의 전문가로 변화시킬 수는 없기 때문이다.³⁴⁰ 노동시장 측면에서 보면 지식기반사회로 전환하는 본질은 소수의 아주 좋은 일자리를 제외하고, 제조업 중심의 좋은 일자리 감소와 저임금과 비정규 일자리 확대를 의미한다. 더 나아가 일자리가 없어지는 지식기반사회에서 과거 제조업 중심의 산업사회에서 요구되었던 공적 소득이전을 통한 산업예비군을 유지하는 것에 대한 사회적 합의를 유지하는 것이 더 이상 어렵게 되었다는 점이다.³⁴¹

가족은 물론이고 노동자 자신조차 자신을 온전히 부양할 수 있는 일자리가 감소하는 사회에서 더 이상 남성 혼자 가족의 생계를 부양하는 것은 소수의 특권층을 제외하면 개인과 가족의 적절한 생존전략이 될 수 없다. 또한 남성이 가족의 생계를 부양하지 못하는 조건에서 남성 생계부양자(정규직 남성 노동자)와 여성 피부양자(전업주부)를 전제로 제도화된 전통적 복지국가가는 변화된 경제사회 조건에서 더 이상 시민의 복지도 저출산 문제도 해결할 수 없다. 가족의 생존을 위해 대부분의 성인 남녀 모두가 상대적으로 열악해진 임금과 노동조건 속에서 소득활동을 해야 하는 사회가 바로 지금 우리가 마주하는 지식기반사회이다. 그리고 지식기반사회는

³³⁹ 정책기획위원회(2007). 『대한민국의 미래 비전과 전략』. 동 위원회.

³⁴⁰ Hall, Stuart, & Hobsbawm, E.(1999). 『제3의 길은 없다』 (노대명 역). 서울: 당대.

³⁴¹ Bauman, Zygmunt.(2010). 『새로운 빈곤: 노동, 소비주의 그리고 뉴 푸어』. (이수영). 서울: 천지인. (원서출판 2004)

이러한 변화된 노동시장 조건에 조응하는 새로운 사회보장체계를 요구하고 있다.

남녀 모두 일하는 사회에서 가족 내 노인, 장애인 및 아동에 대한 돌봄 책임을 개별 여성에게 강제할 수는 없다. 가족 내에서는 남성의 분담이, 가족 밖에서는 사회적 분담이 요구되는 것이다. 만약 일-가정양립 지원 정책을 통해 이러한 분담이 현실화되지 않으면 여성은 소득 활동과 돌봄 중 양자택일을 강요받게 되고, 이러한 현상의 지속은 지난 20여 년간의 결과가 보여 주듯 초저출산 현상으로 대표되는 출산과 돌봄의 포기로 나타났다. 여성취업자의 대부분이 노동시장 유연화의 결과인 비정규직에 종사하고 있는 현실에서 일과 가족생활을 조화시킨다는 것은 불가능하기 때문이다. 그렇다고 노동시장에 참여하지 않고 출산과 양육 또는 돌봄을 선택한다고 해서 해결책이 보이는 것은 아니다. 가족은 경제적 어려움을 감내해야 하고, 노동시장을 나온 이상 재진입은 더욱 어려워지기 때문이다. 실제로 일인 생계부양자(홀벌이) 가구가 빈곤에 처할 가능성은 서구는 물론이고 한국에서도 이인 생계부양자(맞벌이) 가구에 비해 높게 나타나고 있다.³⁴² 테일러-구비(Taylor-Gooby)의 지적처럼 여성의 노동시장 참여로 나타나는 노인과 아동에 대한 돌봄의 위기, 노동시장의 유연화로 안정적 고용과 소득이 담보되는 않는 상황, 가족 대신 돌봄서비스를 담당해야 할 기관의 시장화(또는 민영화)가 바로 노동시장에서 발생하는 실업, 질병, 노령으로 인한 소득상실이라는 구사회위험과 대별되는 새로운 사회위험이다.³⁴³

일-가정양립 지원 정책은 바로 이렇게 새롭게 제기된 사회위험에 대한 한국사회, 한국이라는 국가의 총체적 대응을 의미하는 것이다. [그림 4-8]을 보면 전통적 복지국가의 주된 역할은 상품화된 정규직 노동자가 소득활동을 중단했을 때에 발생하는 소득상실에 대해 소득을 보장해 주는 ‘탈상품화’였다. 일-가정양립 지원 정책은 돌봄 수행을 사회화시키고, 사회화된 돌봄을 통해 노동시장 참여를 가능하게 하는 동시에 돌봄의 사회화를 통해 적극적으로 일자리를 만들며, 가족 내 돌봄의 욕구에 따라 가족 내에서 돌봄을 수행할 수 있도록 하는 정책을

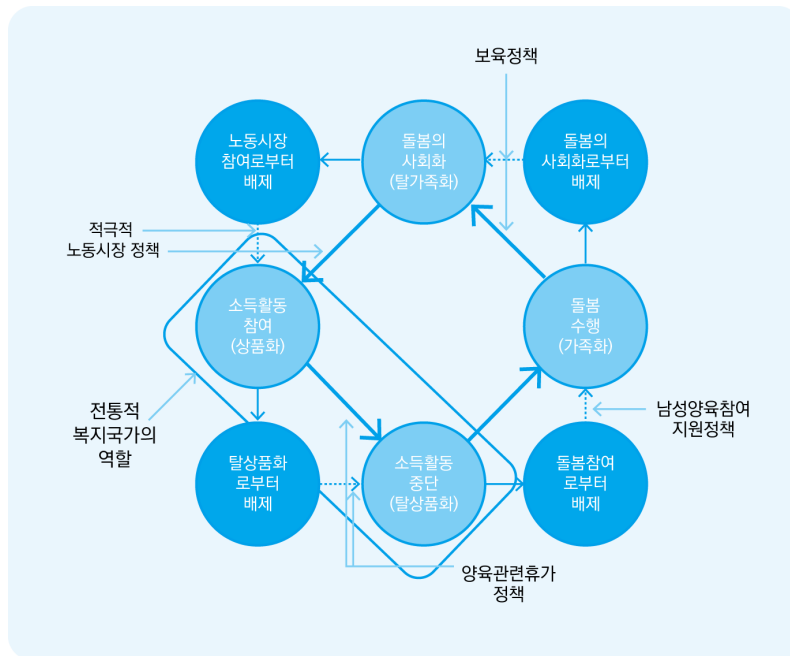
³⁴² Yoon, H. (2010). Poverty and new social risks in Korea: Family and labor market status, Paper for the 8th Annual ESPAnet Conference in Budapest, Hungary, 2-4 September 2010. Stream No. 2, 1C “Poverty and Social Exclusion.”; 윤홍식·조막래(2007). 남성일인생계부양자가구와 이인생계부양자가구의 소득특성과 빈곤실태. 『가족과 문화』, 19(4), pp.131-162.

³⁴³ Taylor-Gooby, P. (Ed) (2004). New Risks and Social Change. *New Risks, New Welfare*, pp.1-28. New York: Oxford University Press.

망라하고 있다. 즉, 일-가정양립 지원 정책이 복지국가의 핵심과제가 된다는 것은 복지국가의 역할이 탈상품화에서 탈가족화, 상품화 및 가족화로 확대되었다는 것을 의미한다.

더 나아가 일-가정양립 지원 정책은 단순히 출산율 저하의 중요한 원인 중 하나로 거론되는 돌봄의 위기와 새로운 일자리 창출의 문제에 대한 대응이 아니다. 돌봄과 돌봄의 일자리를 통해 시민과 시민 간의 새로운 복지국가를 위한 연대가 사회서비스 정책의 핵심이다.³⁴⁴ 특히 비록 중산층이라고 할지라도 모든 필요한 서비스를 시장에서 구매한다는 것이 경제적으로 불가능하기 때문에³⁴⁵ 사회서비스 정책은 계층과 계급 그리고 성별을 가로지르는 연대의 핵심고리가 된다.

[그림 4-8] 복지국가의 확대된 역할: 탈가족화, 상품화, 탈상품화, 가족화



자료: Yoon, H. and Chung, S.(2009). A comparison between conservative welfare states and Korean childcare policy, 1993–2003: A discussion of defamilization and familization.

³⁴⁴ 윤홍식(2010a). 복지국가를 위한 한국사회의 새로운 과제, 사회서비스: 사회서비스를 둘러싼 논란을 중심으로. 김윤태 편, 한국복지국가의 전망: 새로운 도전, 새로운 대안(pp. 177–210)에서. 서울: 한울.

³⁴⁵ Anttonen, Anneli, & Jorma, Sipilä.(2008). Universalism: and idea and principle in social policy. Unpublished document, http://nova.no/asset/3723/1/3723_1.pdf.

일-가정양립 지원 정책의 변화

일-가정양립 지원 정책에서 돌봄 책임의 사회적 분담은 단순히 가족의 돌봄 책임을 가족 이외의 기관이 담당하는 것으로 이해되기 쉽다. 그러나 사회적 분담은 단순히 가족의 돌봄 책임을 탈가족화하는 과제를 넘어 가족 내에서 이루어지는 돌봄에 대한 적극적 지원(가족화에 대한 지원)을 포괄하고 있다.

노무현 정부: 1차 기본계획 전반(2006~2007)

노무현 정부(2003~2008)는 저출산 위기에 대해 적극적으로 대응하기 위하여 2005년 대통령직속 저출산·고령사회위원회를 구성하는 데 이어서 6개월 이상 수십 차례 회의를 거쳐 사회문제에 관한 노사정과 시민사회가 참여하는 최초의 협약을 이루어냈다.³⁴⁶ 2006년 6월 20일 참여주체들이 서명한 ‘저출산·고령화문제 해결을 위한 사회협약문’은 대표적 성과다. 협약문 ‘제1장 출산과 양육에 어려움 없는 사회 실현’은 한국사회의 일-가정양립 지원 정책의 원칙과 방향을 제시했다. 이러한 사회적 합의와 정부의 노력이 함께 이루어지면서 보육정책에 대한 사회지출의 급격한 확대를 가져온 것이었다.

일-가정양립 지원 정책은 후기산업사회에서 요구되는 새로운 복지국가의 역할 확대라는 과제를 수행해야 한다. 그러므로 일-가정양립 지원 정책의 확대가 과연 이러한 시대적 과제에 복무했는지를 검토하는 것이 중요하다. 무엇보다도 일-가정양립 지원 정책이 중산층을 제도 내의 이해집단으로 포괄했는지에 대한 검토가 필요하다. 중산층이라도 모든 서비스를 시장에서 구매할 수 없다면,³⁴⁷ 공적영역에서 서비스 제공은 필수적이고, 이러한 이유로 중산층은 새로운 사회위험에 대한 복지국가의 대응에 적극적 지지자가 될 수 있다. 그러나 제공되는 서비스의 질이 낮다면 또는 중산층의 생활수준과 요구에 조응할 수 없다면 중산층이 저소득층과 함께 연대해 현재의 사회서비스 정책의 확대를 지지한다는 것은 난망하다. 이러

³⁴⁶ 저출산·고령화대책연석회의(2006). 전제서.

³⁴⁷ Anttonen, Anneli, & Jorma, Sipilä, (2008). op. cit

한 관점에서 보면 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)을 통해 본격적으로 시작된 보육정책이 중산층의 이해에 조응할 것이라고 기대하기는 어렵다. 보육정책 등 돌봄서비스 정책에서 공공부문보다는 민간부문의 확대가 두드러졌기 때문이다. 실제 많은 영유아의 부모가 믿고 맡길 수 있는 공적보육시설의 부족이 일-가정양립, 아동의 출산과 양육에 중요한 장애로 지적되고 있다.

이렇듯 공적보육시설에 대한 만족도는 대단히 높고, 이를 반영하듯 공적보육시설의 대기자는 보육시설 정원의 100%를 초과하였다. 한 지역의 사례로, 인천시 계양구의 경우를 보면 국공립보육시설 9개소의 대기 아동 수는 627명으로 전체 정원 481명의 1.3배에 이르렀다.³⁴⁸ 그러나 김대중 정부(1998~2003)와 노무현 정부(2003~2008) 기간 동안 민간보육시설의 연평균 증가율은 2.24%인 데 반해 공적보육시설의 증가율은 0.28%에 그쳤다. 민간보육시설의 수용비용이 더 크게 증가함으로써 민간부문의 역할을 더 강화한 것 또한 사실이다. 결국 제1차 저출산·고령사회기본계획 기간에 일-가정양립 지원 정책의 확대는 경쟁과 효율이라는 명목 하에 바우처라는 수단을 통해 민간(시장)을 중심으로 이루어졌고, 이는 서비스의 질을 낮춤으로써 중산층과 저소득층이 함께 저출산현상에 대응하기 위해 연대할 가능성을 낮추었다고 할 수 있다.³⁴⁹ 중산층의 이해를 포괄하는 일-가정양립 지원 정책을 보편적으로 제공하기 위해서는 서비스 질의 담보가 매우 중요한 과제이다. 그러나 저임금에 고용된 인력과 시장을 중심으로 사회서비스를 확대하는 전략을 통해 질이 담보되는 서비스를 제공하는 것은 거의 불가능하다.³⁵⁰ 보육서비스는 이에 대한 중요한 실례를 제공한다.

제1차 저출산·고령사회기본계획은 우리나라에서 일-가정양립을 위한 정책을 노동시장에 본격적으로 적용하는 중요한 시발점이 되었다. 기존의 산전후휴가는 「근로기준법」상 출산 여성근로자에게 90일간 보장되며, 그 기간 중의 급여는 「남녀고용평등법」에 의해 30일분의 급여만 고용보험에서 부담하고 60일분은 사용자가 부담하여 여성고용 확대에 걸림돌로 작용했다. 이에 따라 2006년부터는 중소기업(「고용보험법」상 우선지원 대상기업³⁵¹)에 대해서는

³⁴⁸ 이삼식·윤홍식·최효진 외(2009). 『2009년 지방자치단체 저출산 컨설팅 보고서』. 한국보건사회연구원.

³⁴⁹ 광장(2010). 한국의 사회서비스: 도전과 응전. 『Agora Issue Briefing』, 20, 재단법인 광장.

³⁵⁰ 광장(2010). 상계서.

³⁵¹ 「고용보험법」 시행령 제12조에서 정한 산전후휴가와 육아휴직 관련 우선지원 대상기업은 광업 300인 이하, 제

산전후휴가 90일분에 대한 급여 전체를 고용보험에서 지급(최고한도 월 135만 원)하도록 개혁하였다. 그리고 여성근로자의 유산·사산휴가에 대해서도 산전후휴가로 간주하여 임신기간에 따라 고용보험을 통해 급여를 지원하기 시작했다.³⁵² 2008년부터는 배우자가 출산하면 남성근로자에게도 3일간 무급으로 출산휴가를 제공하기 시작하였다.

육아휴직과 관련해서는 2001년 11월부터 생후 3년 미만의 자녀를 둔 노동자가 이용할 수 있도록 대상을 확대했고, 2002년에는 월 20만 원의 정액 육아휴직 급여를 신설함으로써 유급 육아휴직의 길을 열었다. 월 20만 원이라는 급여수준이 지나치게 낮아 아동양육을 위해 소득활동을 중단할 경제적 동기를 제공했다고 할 수는 없으나, 유급휴가로의 전환은 제도의 중대한 질적 변화를 이루는 계기가 되었다. 육아휴직 급여는 이후 지속적으로 높아져 2003년에는 월 30만 원으로, 2004년에는 월 40만 원으로 높아졌고, 2007년에는 월 50만 원으로 올랐다. 거의 매해 육아휴직의 정액급여가 10만 원씩 높아지는 양상을 보였다. 육아휴직 대상 기간도 생후 1년 미만의 영아에 대해 제공하였던 것을 2005년 12월에 「남녀고용평등법」을 개정하여 2008년 1월 출생아부터 만 3세 미만으로 적용기간을 확대하였다.³⁵³ 또한 2007년 12월 21일부터는 법 개정을 통해 당해 6월 22일부터 육아휴직을 1회에 한해 분할해서 사용할 수 있도록 하면서 기존 육아휴직제도가 갖고 있는 경직성을 완화시켰다. 육아휴직을 활성화하기 위하여 2006년부터 노동자가 육아휴직 시 사업주에게 대체인력채용지원금 월 10~15만 원을 육아휴직자 복귀 후에 지원하기도 하였다.

우리나라에서 여성의 경제활동참가율은 출산·육아기에 출산 및 육아 부담으로 20대 후반과 30대 초반 여성의 경제활동참가율이 하락하는 후진국형인 M자형을 나타내고 있다. 이에 정부는 임신, 출산 및 육아를 이유로 퇴직한 여성근로자를 재고용하는 사업장에 지원하는 재고용촉진장려금을 제공하였으나 그 활용이 저조했고, 특히 비정규직 여성근로자의 경우 임신·출산 시 사업주가 신규 고용 및 재계약을 기피하는 사례가 많아 고용 불안정이 심각했다.

조업 500인 이하, 건설업 300인 이하, 운수·창고 및 통신업 300인 이하, 기타 100인 이하 기업들이 해당된다.

³⁵² 임신 16주 이상인 여성근로자가 유산·사산으로 인한 휴가 사용 가능 일수(고용보험에 의한 급여 지원 기준)는 임신 16주 이상~21주 이내인 경우 30일간, 임신 22주 이상~27주 이내인 경우 60일간, 임신 28주 이상인 경우 90일이다.

³⁵³ 공무원의 경우 육아휴직기간을 최대 1년에서 최대 3년으로 연장하였고, 육아휴직을 이용할 수 있는 기간을 종전의 만 3세 미만에서 취학 전으로 확대하였다.

따라서 2006년부터 경력단절 여성근로자에 대한 ‘출산여성재취업장려금’ 제도를 도입하였다. 또한, 고용계약이 단절되었더라도 출산 후 1년 이내에 기존 사업장에 재취업하는 기간제와 파견 근로자 등 비정규직 근로여성들을 위하여 ‘출산후계속고용지원금’을 신설(2006년 7월)하여 산전후휴가 중 또는 임신 34주 이후 계약기간이 종료되는 비정규직 여성 근로자를 계속 고용하는 사업주에게 6개월간 월 40만 원(정규직 채용 시 월 20만 원 추가)을 지원하였다. 이후에는 이후 임신·출산후계속고용지원금으로 명칭을 변경하고 지원대상을 산전후휴가 중 또는 임신 16주 이후 계약기간이 종료되는 비정규직 여성 근로자를 계속 고용하는 사업주로 변경하였으며, 지원수준을 정규직으로 재고용하면 1년간 총 540만 원, 비정규직으로 재고용하면 6개월간 총 240만 원으로 확대하였다.³⁵⁴ 여성의 구직난과 기업의 구인난을 해소하기 위해 경력단절 여성구직자 DB를 구축하여 취업연계를 촉진하기도 하였다.

여성의 경제활동 참여가 지속적으로 증가하고 있으나 장시간 근로, 시간외 근무, 회식문화로 가족공유시간의 부족 등 출산·양육을 지지하는 직장문화가 미흡하여 기혼여성이 직장가정생활을 양립하기 어렵다는 문제점을 극복하기 위한 노력의 일환으로 2008년에 처음으로 가족친화기업인증제를 도입하여 근로자의 일과 가정 양립에 기여한 우수기업에 대해 다양한 인센티브를 제공하였다. 인증기업은 인증마크를 상품 광고 및 홍보 등에 활용하여 기업 이미지 제고(인증 유효기간은 3년)를 가능하게 하고 중소기업은 자금 융자 심사에 가점을 부여하는 등 혜택을 제공하였다. 또한, ‘가정의 날, 육아데이, 아버지 일찍 퇴근하기’ 등 사회운동을 전개하기도 하였다.

노무현 정부 기간에 가족의 직접적 돌봄 책임을 완화하는 (탈가족화) 현물서비스(보육)는 꾸준히 확대되었으나, 가족 내에서 가족구성원이 제공하는 돌봄을 지원하는 현금지원은 매우 취약했다. 부모가 일을 일시적으로 중단하고 가정에서 아동을 직접 양육할 수 있도록 지원하는 산전후휴가(2012년부터 ‘출산전후휴가’로 명칭 변경)와 육아휴직 이용자 수는 빠르게 증가하였다.³⁵⁵ 고용보험 자료에 의하면 산전후휴가를 이용한 출산 여성근로자 수는 2002년 2만 2,711명에서 2007년 5만 8,368명으로 증가하였다. 육아휴직을 이용한 근로자 수는 2002년에 3,763명에서 2007년 2만 1,185명으로 증가하였으며, 이들 이용자 중 남성의 수는 2002년 78

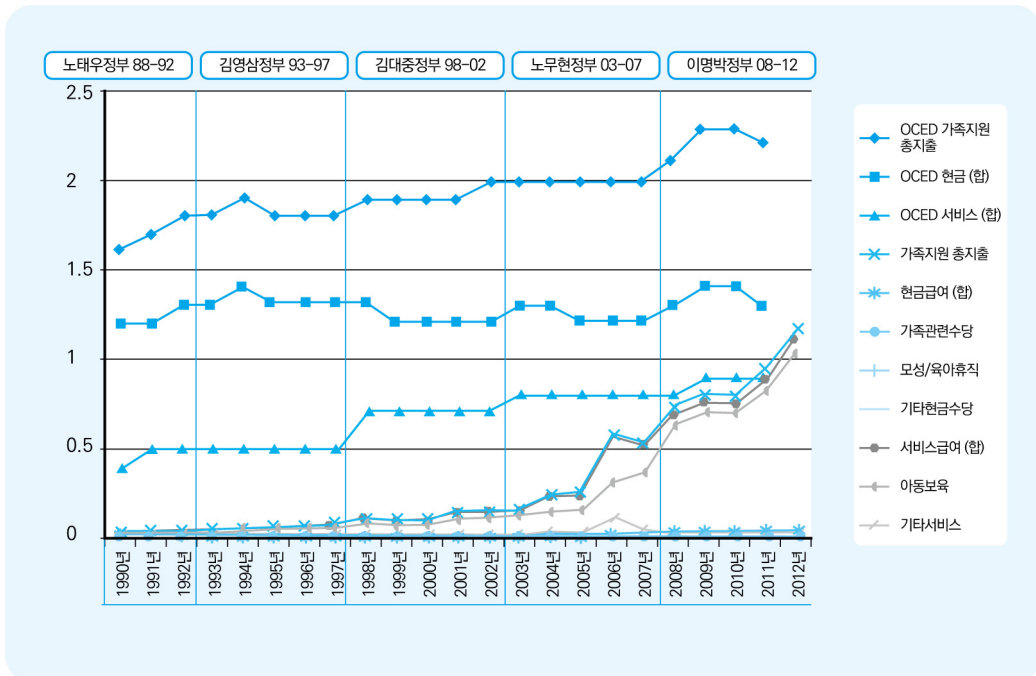
³⁵⁴ 대한민국정부(2008). 전세서.

³⁵⁵ 통계청(2010). 『출산 및 육아휴직 현황』. 동 기관.

명에서 2007년 310명으로 증가하였다. 그러나 단순히 2007년에 태어난 신생아(493,189명) 대비 비율을 보면, 산전후휴가를 이용한 건수는 11.8% 그리고 육아휴직을 이용한 건수는 4.3%에 불과하였다. 전체 육아휴직 이용건수 중 남성이 이용한 비율은 1.5%에 불과하였다. 산전후휴가와 육아휴직 급여로 지출된 금액이 GDP 중 차지하는 비율도 2002년에 0.004%에서 2007년 0.02%로 0.016%포인트 늘어나는 데 그쳤다.

[그림 4-9] GDP 대비 가족 관련 사회서비스 지출 비율의 변화

(단위: %)



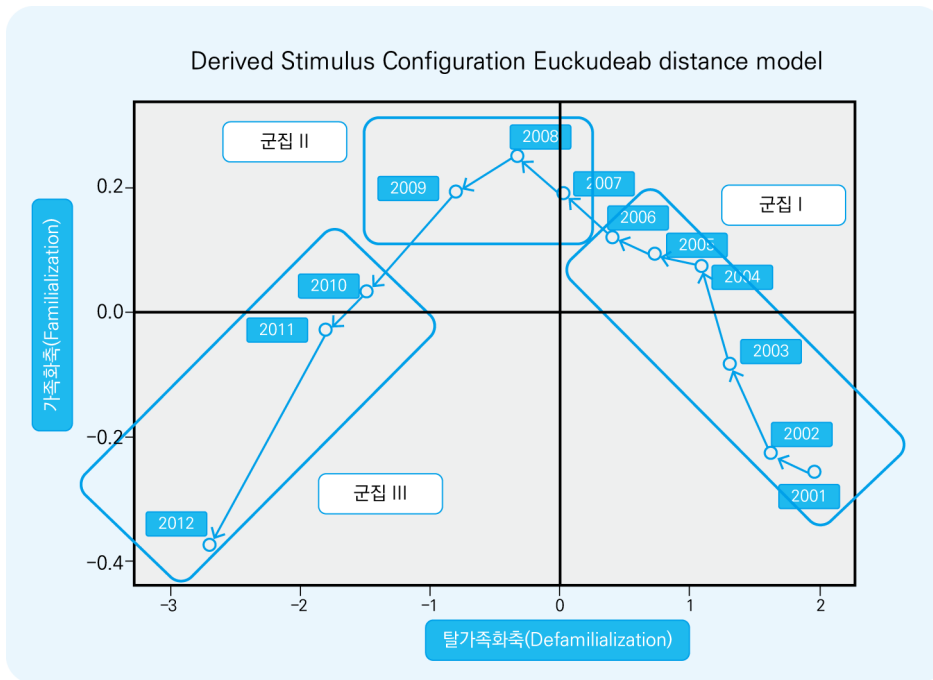
자료: OECD(2015) Social Expenditure Database

우리나라에서 가족 관련 사회서비스에 대한 지출이 증가하였으나 OECD 국가들과 비교하면 여전히 취약한 수준이었다. 2005년 기준으로 한국과 유사한 경제수준에 있는 스페인, 포르투갈 및 그리스 모두 가족 관련 사회지출(현금 및 현물지원)이 GDP 대비 1.0%가 넘는 것에 반해 한국은 1/4에 불과한 0.27%에 불과하였다.³⁵⁶ 특히, 가족화에 대한 지원이라고 할

³⁵⁶ 윤홍식(2010b). 저출산 대응정책 예산의 현실과 재원확대의 과제, 제2차 저출산·고령사회 기본계획, 무엇을 담아야

수 있는 현금지출은 2005년 기준으로 스페인, 그리스 및 포르투갈의 1/10에서 1/20에 불과한 GDP 대비 0.009%로 나타났다. 이는 한국사회에서 일-가정양립 지원 정책의 확대가 시민이 유의미하게 체감할 수 있는 수준의 양적 변화를 이루지는 못했다는 것을 의미한다. 요컨대 김대중 정부와 노무현 정부에서 육아휴직으로 대표되는 가족화정책이 전향적으로 확대되었음에도 김대중 정부와 노무현 정부 기간에 정책의 기본적인 기조는 [그림 4-10]에서 보듯 돌봄 노동을 탈가족화하는 것에 집중되었다고 평가할 수 있다.

[그림 4-10] 일-가정양립 지원 정책의 변화



자료: 윤홍식(2014). 박근혜 정부의 가족정책과 성, 계층 불평등의 확대. 『경제와 사회』, 101, pp.87- 116, p. 101.

이명박 정부: 1차 기본계획 보완~2차 기본계획 전반(2008~2012)

이명박 정부는 2009년 7월 1일부터 보육시설을 이용하지 않는 만 2세 미만의 자녀를 양육하는 저소득가구에 대해 월 10만 원의 양육수당을 지급했다. 북서유럽 복지국가들의 사례를 보면 양육수당은 보수정당이 가족 내 돌봄 책임을 강화하기 위한 정책수단으로 활용하고 있다. 독일은 보수정당인 기독교민주당이 주도한 연정이 2013년부터 양육수당을 도입했고,³⁵⁷ 핀란드에서도 보수정당인 중도당(구 농민당)과 우파정당들은 공적보육시설보다는 양육수당을 선호한 것으로 알려져 있다.³⁵⁸ 그러나 서구사회 대부분에서는 취업모 등 일정한 자격을 가진 가구에 한해 시설보육서비스를 제공하고, 그러한 자격이 있으나 여건상 가정양육을 선택하면 양육수당을 지급한다. 이와 달리, 한국사회에서는 필요성 여부에 관계없이 무조건적으로 어린이집 이용을 허용하고 있는 상황을 고려하여 취업모 등 수요도가 큰 가구에 우선순위를 제공하기 위하여, 다른 한편으로 어린 자녀의 정서적 발달을 도모하기 위하여 양육수당 제공을 결정하였다.

이 기간에 가족 내에서 가족구성원이 제공하는 돌봄에 대한 지원은 큰 폭으로 변화하였다. 출산여성의 모성을 보호하기 위하여 임신 중인 여성근로자에게 산전·후 90일(산후 최소 45일)의 보호휴가를 제공하는 산전후휴가제도는 기존에 90일간 연속 사용을 전제함으로써 임신 초기나 중기에 필요한 상황이 발생하면 활용이 불가능했다. 이러한 불합리한 점을 개선하기 위하여 2011년부터 「근로기준법」을 개정해 분할사용이 가능해졌다. 육아휴직과 관련해서는 육아휴직에 대해 1회 분할 사용이 가능하도록 제도를 개선했다. 2010년 12월 30일에는 「남녀고용평등과 일-가정양립 지원에 관한 법률」을 개정해 2008년 1월 1일 출생한 자녀에 대해 만 6세 이하 초등학교 취학 전까지 육아휴직을 사용할 수 있도록 했다. 육아휴직급여를 2011년 1월 1일부터 기존의 정액급여(월 50만 원)에서 통상임금의 40%를 보전해 주는 정률급여(상한 100만 원, 하한 50만 원)로 전환하는 개혁을 단행했다. 한편, 육아휴직 급여가 임금의 정률제로 전환되는 것에 맞추어 건강보험료 경감을 60%로 확대하여 경제적 부담을 완화하였

³⁵⁷ Seeleib-Kaiser, M.(2010). Socio-Economic Change, Party Competition and Intra- Party Conflict: The Family Policy of the Grand Coalition, *German Politics*, 19(3-4), pp.416-428.

³⁵⁸ Haataja, A. & Valaste, M.(2012). Cutting child home care allowance in Finland?, *ESPAnet anniversary conference in Edinburgh*, pp.6-8.

다. 육아휴직제도가 경력단절을 방지하는 목적에 부응할 수 있도록 휴직급여 중 일부(15%)를 복귀 후 지급하는 방식을 도입하여, 휴직기간 동안 실제 수령액이 월 50만 원 이하이면 50만 원을 지급하고, 50만 원을 초과한 금액에 대해 복귀 후 인센티브로 지급하였다. 근로자가 육아휴직 시 사업주에게 지원하는 대체인력채용지원금을 월 10~15만 원에서 2008년부터 월 20~30만 원으로 확대하고, 지급시기를 육아휴직자 복귀 후에서 대체인력활용 중 매 분기로 개선하였다. 2008년부터 육아기 근로시간단축제도를 도입하였고, 근로자가 이 제도를 실질적으로 이용할 수 있도록 2012년에는 육아기 근로시간단축 청구권을 도입하였다.

이전에는 배우자 출산 시 남성근로자에게 무급으로 3일간의 배우자 출산휴가를 제공하였으나 실효성이 크지 않았다. 가사와 육아에 대한 남성의 참여를 늘리기 위한 노력의 일환으로 2011년부터 배우자출산휴가를 유급화하였으며, 필요하면 2일간을 무급으로 추가하여 사용할 수 있도록 확대하였다.³⁵⁹ 연장근로, 야간근로, 휴일근로 등을 적립하여 임금을 지급하는 대신에 육아기에 휴가로 사용할 수 있도록 근로시간저축휴가제도 도입하였다.

비정규직 여성근로자의 모성을 보호하기 위한 노력도 강화되었다. 출산 전·후 시기에 기간제·파견 근로자로서 근무하고 고용계약이 단절되었더라도 출산 후 1년 이내에 기존 사업장에서 취업하면 보조금을 지급하도록 임신·출산후계속고용지원금제도를 개선하였다.³⁶⁰ 국세와 사회보험 간 전산망을 연계하여 고용보험 미가입 사업장에 대한 조치를 강화하여 고용보험을 통한 모성보호급여 대상을 확대하였다. 사용자와 근로자가 합의하면 기간제근로자의 육아휴직기간을 근로계약기간에서 제외하되, 연장된 기간을 무기계약직 전환과 근속기간에서 제외하여 사업주의 부담을 경감해 주는 조치를 하였다.

이명박 정부 기간 동안 이루어진 개혁조치의 성과를 이용자수의 변화를 중심으로 살펴보았다. 먼저 육아휴직 이용자수는 2008년에 21,185명에서 2012년에 이르면 64,069명으로 무려 3배 이상 증가했다. 산전후휴가 이용자수도 동기간 동안 68,526명에서 93,394명으로 증가했다. 특히 2010년 대비 2011년 육아휴직 이용자수는 2002년 유급 육아휴직제도를 실시한 이후 최대 수치인 16,402명이 증가한 것으로 나타났다. 이는 육아휴직급여가 정액 월 50만 원에서 정률급여(40%)로 전환된 효과로 보인다. 해당 연도 출생아수 대비 육아휴직과 산전

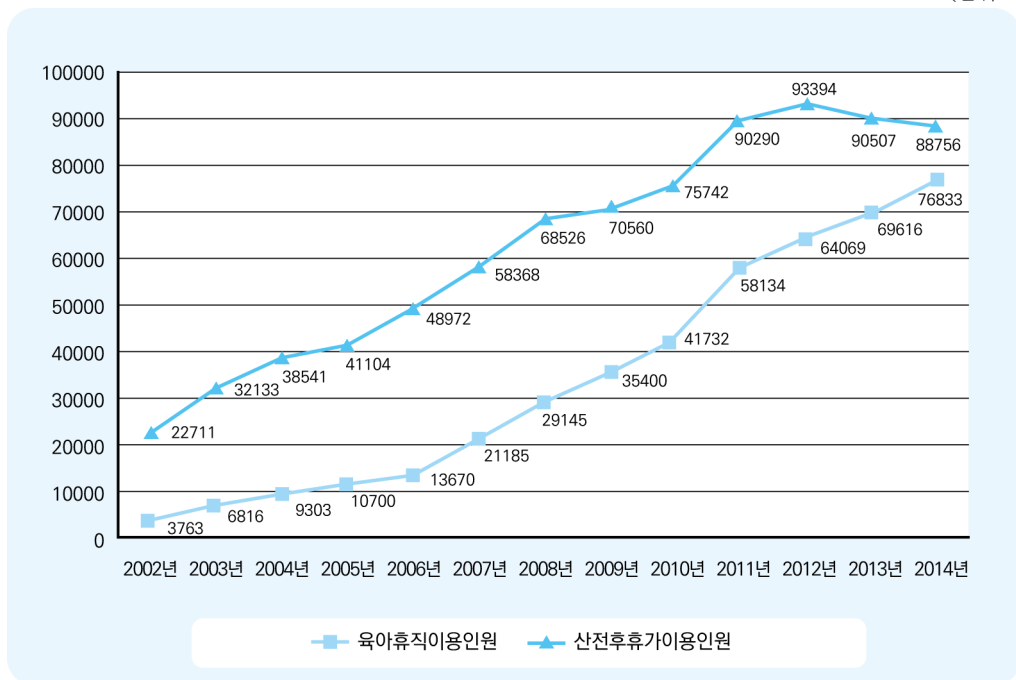
³⁵⁹ 공무원에 배우자출산휴가를 2010년 7월 15일부터 기존의 유급 3일간에서 유급 5일간으로 확대하였다.

³⁶⁰ 대한민국정부(2010). 전계서.

후휴가 이용자의 비율도 지속적으로 증가했다. 2008년 출생아수 대비 육아휴직 이용자수의 비율은 6.3%에 불과했지만, 2012년이 되면 13.2%로 두 배 가까이 증가했다. 더욱이 2012년의 출생아 수 484,600명이 2008년의 465,900명보다 많았다는 점을 고려하면 이용자 수의 증가는 주목할 만하다.

[그림 4-11] 산전후휴가 이용자 수와 육아휴직 이용자 수

(단위: 명)



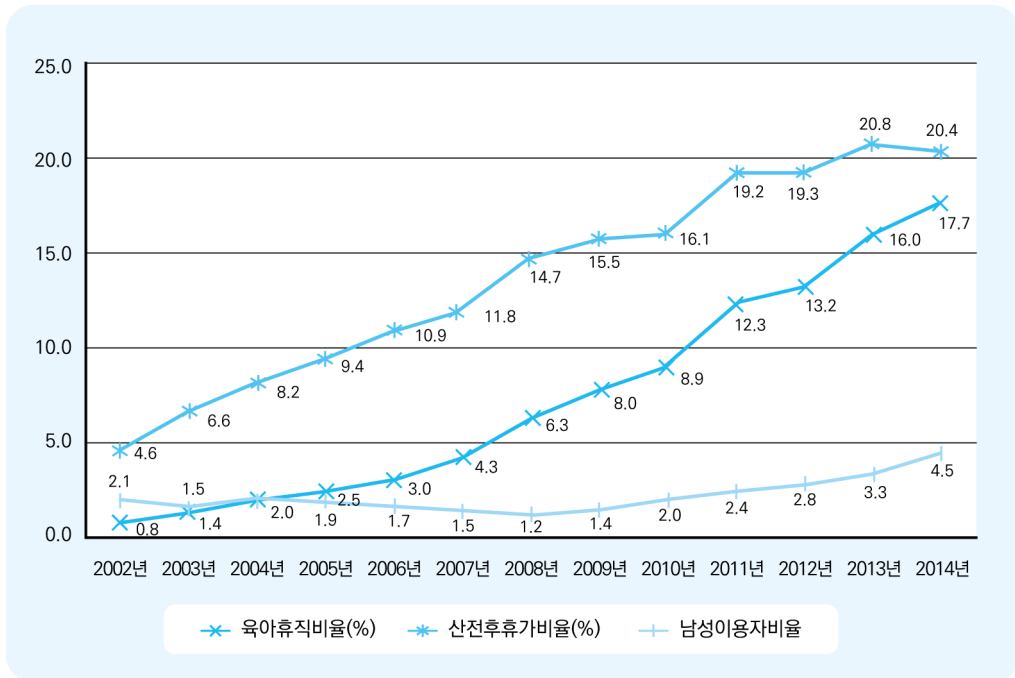
자료: 1) 2002~2009년: 노동부, 『노동백서』, 각 연도, 노동부(2002~2009), 『노동백서』, 동 기관

2) 2009~2014년: 고용노동부, 『고용노동백서』, 각 연도, 고용노동부(2010~2014), 『고용노동백서』, 동 기관

전체 육아휴직 이용자 수 대비 남성 이용자 수의 비율이 2008년 1.2%에 불과했으나 2012년에는 2.8%로 2배 가까이 증가했다. 물론 이러한 증가는 남성 이용자 수가 워낙 적었다는 점을 고려할 필요가 있다. 육아휴직을 이용한 남성 수는 2008년에 355명이었고, 2012년에는 1,790명이었다. 출생아 수 대비 남성 이용자의 비율을 보면 2008년은 0.08%, 2012년은 0.37%에 불과했다. 2012년 기준으로 단순 추정해 보면 자녀를 출산한 남성 1,000명 중 육아휴직을 이용한 남성은 4명에 불과한 반면 여성은 대략 130명이 이용했다고 할 수 있다.

[그림 4-12] 육아휴직과 산전후휴가의 남성 및 출생아 수 대비 이용자 비율

(단위: %)



자료: 1) 2002~2009년: 노동부, 『노동백서』, 각 연도.

2) 2009~2014년: 고용노동부, 『고용노동백서』, 각 연도.

박근혜 정부: 2차 기본계획 후반(2013~2015)

박근혜 정부(2013~2018)가 들어서면서 일-가정양립 지원과 관련된 중요한 정책 변화가 있었다. 먼저 가장 큰 변화는 국가가 보육료 전액을 모든 아동에게 지원하는 보편적 정책을 실시했다는 사실이다. 복지정책에 대한 보수정권의 기본적인 정책방향이 취약계층에게만 선별적으로 서비스를 제공하는 잔여적 복지정책이라는 점을 고려하면 매우 이례적인 정책 변화라고 할 수 있다. 이러한 변화를 반영하듯 2012년 대비 2013년 보육시설을 이용하는 미취학 아동의 비율이 급격히 높아진 것으로 나타났다. 미취학 아동 중 보육시설(유치원 포함)을 이용하는 비율은 2012년 68.2%에서 2013년 77.7%로 불과 1년 만에 9.5%포인트(13.9%)나 증가했다. 특히 3~5세 아동의 이용비율은 같은 기간 76.5%에서 91.5%로 15%포인트(19.6%)나 증가했다. 또한 국공립보육시설을 이용하는 아동비율의 증가율이 높게 나타났다.

〈표 4-47〉 연령별 및 보육시설형태별 연평균 증가율

(단위: %)

구분	전제	아동의 연령별		보육시설형태별		
		3~5세	0~2세	국공립	민간	가정
김대중 정부(1998~2003)	6.7	n/a	n/a	5.2	16.4	9.3
노무현 정부(2003~2008)	9.4	6.6	21.1	8.2	13.5	21.0
이명박 정부(2008~2013)	4.2	-0.3	14.3	1.9	3.3	16.6
박근혜 정부(2013~2018)	13.9	19.6	7.0	32.6	15.5	-0.8

박근혜 정부에 들어 육아휴직과 관련된 주목할 만한 제도 변화는 2014년부터 육아휴직의 대상이 되는 자녀의 연령이 만 6세에서 만 8세로 2세 높아져 육아휴직을 이용할 수 있는 아동의 대상이 확대되었다는 점과 육아휴직 기간 중에 부 또는 모가 근무시간을 단축하면 지급되는 급여의 소득대체율이 40%에서 60%로 높아졌다는 점이다. 단축근무로 인해 줄어드는 임금을 관대하게 대체해 줌으로써 육아기간 중 부·모의 단축근로를 용이하게 하려는 개혁조치의 일환으로 보인다. 2015년부터는 ‘아빠의 달’을 도입하여 엄마(아빠)가 육아휴직을 사용한 이후 아빠(엄마)가 육아휴직을 사용하면 아빠가 사용한 첫 1개월에 한해 100%의 소득대체율을 적용하고 있다. 육아휴직 이용자 중 남성 이용자의 비율이 2014년에 4.5%에 불과하다는 점을 고려했을 때 남성 참여를 확대하기 위한 획기적인 조치다. 하지만 문제는 육아휴직 급여의 상한선을 150만 원으로 설정함으로써 월 급여가 150만 원 미만인 노동자만이 100%의 소득대체율을 적용받을 수 있을 정도로 제한적이라는 사실이다. 2013년 기준으로 남성 임금 노동자의 월평균임금이 266만 4,000원이라는 점을 고려하면³⁶¹ 평균 임금소득자에게도 100%의 소득대체율을 적용하는 기간의 실질 소득대체율은 56.3%에 불과하다. 게다가 이러한 상한액조차 1개월만 지급하고 나머지 육아휴직 기간에는 상한액이 여전히 100만 원으로 한정되었다. 그러나 이러한 제약에도 불구하고, 남성의 육아휴직 참여율을 높이기 위해 소득대체율을 높인 것은 남성의 육아휴직 이용률을 높이기 위한 전향적인 정책 전환이라고 평가할 수 있다.

주목해야 할 정책 변화는 2009년 이명박 정부에서 저소득층을 대상으로 제한적으로 도입

³⁶¹ e-나라지표: 남성대비 여성 임금비율 <http://www.index.go.kr>에서 2015년 7월 25일 인출.

한 양육수당을 박근혜 정부의 출범과 함께 소득수준과 관계없이 공적으로 지원되는 보육시설을 이용하지 않는 3세 미만의 자녀를 둔 모든 가구에 대해 보편적으로 지원하기 시작했다는 점이다. 양육수당의 급여액은 소득수준이 아닌 자녀의 연령에 따라 구분되는데, 자녀의 연령이 12개월 미만이면 20만 원, 12개월부터 24개월 미만까지는 15만 원, 24개월부터 36개월까지는 10만 원의 양육수당을 지급하고 있다. 이에 따라 양육수당과 관련된 정부지출도 급격히 증가했다. 양육수당에 대한 정부지출은 2012년 이명박 정부의 마지막 해에 1,026억 원에서 2013년 박근혜 정부의 첫 해에 8,810억 원으로, 2014년에는 1조 2,200억 원으로, 2015년에는 1조 1,000억 원으로 증가했다.³⁶² 2012년과 비교하면 불과 3년 만에 무려 10배 이상 증가했다. 또한 이명박 정부는 2008년부터 2012년까지 일-가정양립 지원 정책을 추진할 ‘남녀고용평등과 일-가정양립 기본계획’을 발표하고, 여성의 경제활동참가율을 선진국 수준인 60%까지 높이겠다고 계획했지만,³⁶³ 가시적인 성과를 내지 못했다.

양육수당은 앞서 노무현 정부와 이명박 정부의 일-가정양립 지원 정책의 비교에서 보듯 일-가정양립 지원 정책의 방향(탈가족화 대 가족화)을 결정하는 데 중요한 역할을 한다. 양육수당의 확대는 일-가정양립 지원 정책의 가족화를 강화함으로써 전통적인 성별분업을 강화시킬 수 있다는 점에서 진보적인 시민사회로부터 비판받고 있다.³⁶⁴ 양육수당의 역사적 기원 또한 이러한 비판과 무관하지 않다. 양육수당은 1940년대 핀란드에서 시작된 모성임금이 제도적 기원이라고 할 수 있는데, 보수정당들은 아동양육이 생물학적으로 주어진 여성의 의무라고 주장했고, 이후 양육수당을 도입할 당시 양육수당이 가정에서 자녀를 양육하는 데에 따른 경제적 보상이라는 점을 분명히 했다.³⁶⁵

³⁶² 보건복지부(2013). 『2014년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획(안) 개요』. 동 기관.; 국회예산정책처(2014). 『2015년도 예산안 분야별 분석 I』. 동 기관.

³⁶³ 노동부(2009). 『노동백서』. 동 기관.

³⁶⁴ 송다영(2013). 여성주의 관점에서 본 생애주기별 복지와 돌봄 패러다임. 『페미니즘 연구』, 13(1), pp.93-129.; 윤홍식·송다영·김인숙(2011). 『가족정책: 복지국가의 새로운 전망』. 서울: 공동체.; 최은영(2010). 한국 아동양육의 난맥상: 양육수당의 문제점. 『월간 복지동향』, 143, pp.4-7.

³⁶⁵ Henriken, H. & H. Holter.(1978). Norway. In Kamerman, S. B. and A. J. Kahn, (eds.). *Family policy: Government and families in fourteen countries* (pp. 49-67). New York: Columbia University Press.; Hiilamo, H. and O. Kangas.(2003). Trap for women or freedom to choose?: Child home care allowance in Finnish and Swedish political rhetoric. Paper for the inaugural ESPAnet conference “Changing European Societies-The role for social policy” Organized by the Danish National Institute

사실 양육수당을 도입하려는 시도는 이미 2006년 노무현 정부가 저출산·고령사회기본계획을 수립하는 과정에서 불거져 나왔다.³⁶⁶ 하지만 양육수당의 도입은 검토 당시에 진보적 시민사회와 전문가들이 앞서 언급한 이유(전통적 성별분업을 강화한다는 이유)로 반대에 도입이 좌절된 적이 있었다. 이러한 논란은 한국만의 특수한 현상이 아니라 서구에서도 양육수당 도입과 관련해 일반적으로 나타나는 현상이다. 진보진영은 반대하고, 보수진영은 찬성하는 일이 반복되고 있다. 서구에서 사민당으로 대표되는 진보정당도 일반적으로 양육수당의 확대에 반대하는 것으로 알려져 있다. 양육수당의 도입으로 인해 여성, 특히 저소득층 여성의 노동시장 참여 동기가 낮아지고, 결국 저소득층 가구의 성별분업을 강화할 수 있다는 우려가 제기되는 것이다. 더욱이 양육수당이 지급되는 기간이 3년에 불과하다는 점을 고려하면, 아동양육을 위해 일을 중단하고 직접 아동을 돌보는 것은, 이후 여성의 경력단절을 심화시킬 수 있다는 우려도 낳고 있다. 아직까지 이에 대한 경험적 분석을 찾을 수는 없지만 2013년 양육수당이 전면적으로 확대되기 이전인 2011년을 기준으로 분석한 연구에 따르면 수급자의 절대다수인 91.3%가 비취업 상태에 있는 여성으로 파악되었다.³⁶⁷ 더욱이 소득수준이 낮을수록 양육수당을 수급하는 비율이 높은 것으로 나타났으며, 이들 중 절반 가까이가 양육수당을 받지 못한다면 다시 노동시장에 참여하겠다는 의사를 보였다고 한다. 2011년 당시 양육수당의 급여액이 10만 원이었다는 점을 고려하면 양육수당이 저소득층 여성의 노동시장 참여 동기를 낮출 가능성은 충분해 보인다.

정리하면 박근혜 정부 집권 2년여 동안의 일-가정양립 지원 정책의 방향은 보육비용에 대한 보편적 지원으로 대표되는 탈가족화 강화정책과 함께 양육수당의 보편적 확대라는 가족화 강화정책이 병행되는 방식으로 이루어졌다. 아동보육과 관련해 국공립보육시설의 확충으로 대표되는 공공성 강화정책은 아직 어떤 결과를 낳고 있는지 판단하기 어렵다. 왜냐하면 이명박 정부와 달리 박근혜 정부에서는 국공립보육시설을 확대하겠다는 정책기조를 공표하고, 이에 수반해(이명박 정부에 비해) 예산확대도 이루어졌기 때문이다.

of Social Research Copenhagen, 13-15 November 2003.

³⁶⁶ 윤홍식(2007). 노르딕 4개국 가족정책의 보편성과 상이성: 아동보육과 돌봄 관련 휴가 정책을 중심으로. 『한국사회복지학』, 59(2), pp.327-354.

³⁶⁷ 유해미·서문희·한유미 외(2011). 『영아 양육비용 지원정책의 효과와 개선방안: 양육수당을 중심으로』. 육아정책연구소.

지난 10년간 평가

노무현 정부, 이명박 정부 그리고 박근혜 정부에 이르기까지 일-가정양립 제도의 개혁이 이루어졌다. 출산전후휴가의 경우 급여를 사회보험화하였으며, 분할 사용이 가능하도록 융통성을 부여하였다. 육아휴직의 경우 2001년 「고용보험법」 개정 시 근로자의 생계지원을 위하여 육아휴직급여를 제도화한 이래 정액제에서 출발하였으나 몇 차례에 걸쳐 상향조정하다가 40%의 정률제로 전환하였다. 육아휴직 가능 기간도 해당 자녀의 연령을 생후 1년 미만으로 한정하였으나 이후 만 3세, 만 8세까지 점차 확대하였다. 이러한 조치의 결과로 출산전후휴가와 육아휴직 수급자가 빠르게 증가하였다. 출산전후휴가 이용자 수는 2005년 4만 1,104명에서 2014년에 8만 8,266명으로 2배를 다소 상회한 규모로 증가하였다. 육아휴직 이용자 수는 2005년 1만 700명에서 2014년에 7만 6,833명으로 7배 이상 증가하였다. 이에 따라, 출산전후휴가 급여액은 2002년 1,324억 원에서 2007년에 2,419억 원으로 거의 2배 정도 증가했으며, 육아휴직 급여액은 같은 기간에 610억 원에서 3,578억 원으로 6배 정도 증가하였다. 출산전후휴가와 육아휴직서비스를 제공하기 위한 급여액이 전체 가족지출 중 차지하는 비중이 보육서비스 지출액 다음으로 높은 비중을 차지하게 된 것이다.

〈표 4-48〉 연도별 출산전후휴가 및 육아휴직 급여 지원 실적

(단위: 명, 백만 원, %)

구분	출산전후휴가			육아휴직					
				이용자수					
	이용자수	지급액	출생아수 대비(%)	전체	여성	남성	출생아수 대비(%)	지급액	월급여액
2003	32,133	33,522	6.6	6,816	6,712	104	1.4	10,576	30만 원
2004	38,541	41,610	8.2	9,303	9,122	181	2.0	20,803	40만 원
2005	41,104	46,041	9.4	10,700	10,492	208	2.5	28,242	40만 원
2006	48,972	90,886	10.9	13,670	13,440	230	3.1	34,521	40만 원
2007	58,368	132,412	11.8	21,185	20,875	310	4.3	60,989	50만 원
2008	68,526	166,631	14.7	29,145	28,790	355	6.3	98,431	50만 원
2009	70,560	178,477	15.9	35,400	34,898	502	8.0	139,724	50만 원
2010	75,742	192,564	16.1	41,732	40,913	819	8.9	178,121	50만 원

구분	출산전후휴가			육아휴직					
				이용자수					
	이용자수	지급액	출생아수 대비(%)	전체	여성	남성	출생아수 대비(%)	지급액	월급여액
2011	90,290	232,915	19.2	58,134	56,732	1,402	12.3	276,261	월통상임금의 40%
2012	93,394	241,900	19.3	64,069	62,279	1,790	13.2	357,798	월통상임금의 40%
2013	90,507	235,105	20.7	69,616	67,323	2,293	16.0	420,248	월통상임금의 40%
2014	88,266	236,329	20.3	76,833	73,412	3,421	17.6	500,663	월통상임금의 40%

주: 출생아 수 대비 비율은 국가통계포털 kosis.kr에서 출생아 수 자료를 받아 계산하였음.

자료: 고용노동부(2015), 『2015년판 고용보험백서』, 동 기관.

그러나 양적인 확대에도 불구하고 제도상의 한계와 고용문화 등의 영향 때문에 여전히 일-가정양립제도(출산전후휴가, 육아휴직, 육아기근로시간 단축 포함)에는 광범위한 사각지대가 존재하였다. 또한, 육아휴직 등을 이용할 수 있어도 육아휴직에 따른 업무공백, 동료 근로자의 업무부담 가중 등으로 육아휴직 활용이 저조했다. 이는 단적으로 매년 태어난 전체 출생아 중 비율을 살펴봐도 알 수 있다. 연간 총출생아 수 대비 출산전후휴가 이용자 수의 비율은 2005년 9.4%에서 2014년에 20.3%로 높아졌으나 여전히 낮은 수준이었고 연간 총출생아 수 대비 육아휴직 이용자 수의 비율 역시 2005년 1.4%에서 2014년에 17.6%로 높아졌으나 여전히 낮은 수준이었다.

비정규직이나 고용보험 미가입 사업장의 근로자와 자영업자 등은 여전히 휴가·휴직제도의 밖에서 머무르고 있다. 역대정부 모두에서 육아휴직 등과 관련된 제도개혁이 정규직 노동자와 비정규직 노동자 및 자영업자 간의 불평등을 확대할 수 있다는 점을 언급하지 않을 수 없다. 왜냐하면 육아휴직이 실질적으로 정규직 노동자들 대상으로 한 일-가정양립 지원 정책이라는 점을 고려했을 때 관대한 급여를 제공하는 방향으로의 육아휴직제도의 개혁은 정규직 노동자들의 돌봄 여건을 개선하는 것은 분명하지만, 이로 인해 제도의 사각지대에 놓여 있는 정규직 노동자와 비정규직 및 자영업자의 상대적 박탈감이 확대될 수도 있기 때문이다. 예로, 2006년부터 출산·육아기 이후 노동시장 복귀를 지원하기 위한 출산여성재취업장려금, 임신·출산 후 비정규직 여성근로자를 계속 고용하는 사업주에게 지원하기 위한 출산후계속고용지원금 등을 도입하였으나 그 실적은 최근까지 300여 명에 불과하였다.

〈표 4-49〉 연도별 출산육아기 고용지원금(기간제·파견근로자 재고용) 지원실적

(단위: 명, 백만 원)

구분	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
인원	66	143	234	420	414	293	286	315
지원액	174	383	636	1,233	1,148	847	885	1,246

자료: 고용노동부(2015), 『2015년판 고용보험백서』, 동 기관.

육아휴직 급여를 40%의 정률제로 전환하였지만 상한액을 100만 원으로 설정함으로써 임금이 월 250만 원을 초과하면 실질적으로 급여액이 40%를 밑돌게 된다는 한계점이 있다. 역대 정부에서는 남성근로자의 육아참여 활성화를 중요한 과제로 내세웠다. 그러나 남성은 낮은 임금대체수준과 인력대체의 곤란 등으로 인하여 제도를 이용할 수 있는 자격이 있음에도 여전히 실질적인 사각지대에 머무를 수 밖에 없었다. 실제로 육아휴직을 이용하는 남성의 비율이 2005년 1.9%에서 지속적으로 높아졌다고 하나 2014년에 4.5%로 여전히 아주 낮은 수준에 머물러 있음을 볼 수 있다. 그로 인하여 육아휴직의 이용이 역설적으로 자녀양육과 관련된 성별 분업을 강화하고 있다고 할 수 있다.

사용자 측면에서 근로자의 육아휴직 사용이 꺼려지는 이유 중 하나가 육아휴직 기간 중 휴직근로자를 대체하기 어렵기 때문이라는 점에서 2006년부터 근로자가 육아휴직을 하면 사업주에게 대체인력채용지원금을 지원(월 10~15만 원에서 2008년부터 월 20~30만 원으로 인상)하였다. 지원 실적은 순인원 기준으로 2008년 432명에서 2010년 2,088명, 2014년 5,039명으로 지속적으로 증가하였다. 그러나 이러한 인원수는 전체 출생아 수는 물론 육아휴직 이용자 수에 대비해서도 아직은 낮은 수준이라고 평가할 수 있다.

〈표 4-50〉 출산육아기 대체인력 지원금 지원 실적

(단위: 명, 백만 원)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
순인원	432	786	1,643	1,936	2,088	2,575	3,257	3,722	5,039
연인원	440	796	1,657	1,957	2,089	2,592	3,300	3,798	5,209
지원액	371	1,136	2,463	3,415	4,085	6,221	7,968	9,225	13,627

자료: 고용노동부(2015), 『2015년판 고용보험백서』, 동 기관.

육아기 근로시간 단축제도도 2008년에 도입한 이후 육아기근로시간단축청구권을 부여하였으나 실제 이용은 극히 미미하였다. 가족간호휴직제도는 일-가정양립지원으로 가족돌봄 등으로 인한 경력단절을 방지하고 가족의 질병, 사고, 노령 등을 이유로 가족돌봄휴직(무급)을 근로자가 신청할 수 있도록 하고 사업주는 일정한 경우에만 거부할 수 있도록 제도화하였다. 즉, 2011년 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」을 개정하여(2011년 12월 1일) 2012년 8월 2일부터 300인 이상 사업장에 도입하고 300인 미만 사업장은 2013년 2월 2일부터 도입하였으나, 그 실적은 극히 미진하였다.

노무현 정부 이래 근로형태 유연화를 위해 노력해 왔으나, 유연근무제도 이용 실태를 보면 큰 성과를 거두었다고 볼 수 없다. 2004년에 선택적 근로시간제 시행 기업 비율 2.7%, 시차출퇴근제 시행 기업비율 2.7%이었다.³⁶⁸ 2013년 1/4분기 공공기관의 유연근무제 추진 현황을 보면 시간제근무 2.2%, 탄력근무제 5.6%(이중 시차출퇴근이 5.2%로 다수 차지), 원격근무제 0.3%에 불과하였다.

〈표 4-51〉 2013년 1/4분기 공공기관 유연근무제 추진현황

(단위: 개, 명, %)

구 분	시간제근무(단시간근로)			탄력근무제					원격근무제			계
	소계	채용 ¹⁾	전환 ¹⁾	소계	시차출퇴근형	근무시간선택형	집약근무형	재량근무형	소계	재택근무형	스마트워크근무형	
기관수 ²⁾ (개)	118	97	61	186	179	42	13	2	20	10	11	207
인원수 ³⁾ (명)	6,683	6,386	297	16,851	15,686	781	326	58	884	590	294	24,418
총직원대비 ⁴⁾	2.2%	2.1%	0.1%	5.6%	5.2%	0.3%	0.1%	0.02%	0.3%	0.2%	0.1%	8.1%

주: 1) 295개 공공기관 기준, 1개 기관이 여러 유형 중복 운용 가능

2) 연도 개시일부터 분기 말일까지 유연근무 실적이 있는 인원을 합산. 동일인이 2개 이상 유연근무제 활용시 중복 계상. 다만, 동일인이 시차를 두고 하나의 유연근무제를 2회 이상 활용한 경우 1회로 계상

3) 2013년 1분기말 기준, 공공기관 직원수(현원 + 무기계약직 + 비정규직)

자료: 기획재정부 보도자료(2013.5.16.), 13년 1/4분기 공공기관 유연근무제 추진현황.

일-가정양립 가능한 직장 문화의 확산을 위하여 2008년부터 가족친화기업 인증제도를 도입한 이래 인증 기업 수는 꾸준히 증가하였다. 특히, 2013년 279개 직장, 2014년 444개 직

³⁶⁸ 송창규·고진수·오문완 외(2004), 『근로시간의 유연화 방안에 관한 연구』, 노동부·한국근로기준협회.

장, 2015년 427개 직장으로 최근에 급격한 증가세를 보였다. 그러나 2008년 이래 인증 기업 수는 누적적으로 1,363개 직장으로 전체 직장 수를 고려한다면 아주 미미한 것으로 평가할 수 있다.

〈표 4-52〉 연도별 가족친화인증기업 수

(단위: 개사)

연도	계	대기업	중소기업	공공기관
2008	9	3	-	6
2009	14	5	3	6
2010	20	6	4	10
2011	86	24	22	40
2012	84	24	13	47
2013	279	84	111	84
2014	444	77	257	110
2015	427	35	292	100
계	1,363	258	702	403

자료: 여성가족부(2015), 『2015 가족친화인증기업·기관 우수사례집, 가족이 행복한 즐거운 일터』 동 기관.

나가며

노무현 정부는 국내외의 사회경제 조건의 변화에 대해 적절한 인식을 했던 것으로 보인다. 그리고 이를 바탕으로 새로운 조건에 조응하는 한국 복지국가 비전을 수립하려는 시도를 했다. ‘저출산고령화대책연석회의’, ‘선진복지한국의 비전과 전략’ 등은 이러한 인식의 대표적 산물이다. 그러나 국내외의 변화된 사회경제 조건에 대해 노무현 정부가 정확한 인식을 가졌다고 해서, 정책대안과 실천 또한 적합하게 이루어졌다고 보기는 어렵다. 특히 이명박 정부에 들어서는 일-가정양립 지원 정책을 인식개선의 차원에서 접근하려는 경향이 강해지고 있다는 점을 고려한다면 저출산현상이 한국사회에서 사회구조의 문제라는 인식에 대한 합의조차 불투명해지고 있는 것이 사실이다. 더불어 역대 정부들은 일-가정양립 지원 정책으로 대

표되는 사회서비스정책의 공공성을 강화하는 것이 핵심적 정책과제라는 인식을 공유했음에도 앞에서 개략했듯이 실제 정책 시행에서 이러한 인식이 반영되었다고 보기는 어렵다.

노무현 정부에서는 저출산으로 대표되는 새로운 사회위험에 대한 대응으로 일-가정양립 지원 정책을 확대했지만 4대 바우처 사업³⁶⁹에서 보듯 아동돌봄서비스 정책 대상은 상대적으로 소득이 낮은 계층으로 제한되었다. 사회서비스의 대상이 저소득층으로 제한되었다는 것은 복지국가 확대와 재편의 관점에서 보면 매우 심각한 문제를 야기한다. 반면 육아휴직으로 대표되는 일-가정양립 지원 정책 중 가족화 정책은 일부 정규직 노동자만을 정책대상으로 포괄하는 등 일-가정양립 지원정책을 이중화하는 문제를 남겼다. 특히 저소득층 이외의 계층은 돌봄서비스를 국가의 지원 없이 개별 가구의 경제적 능력에 따라 시장에서 구입해야 한다는 것을 의미했기 때문이다. 중산층의 사회서비스에 대한 이해가 저소득층의 사회서비스에 대한 이해와 분리되었다는 것이다. 또한 계층에 따라 사회서비스에 대한 이해가 분절됨으로써 사회서비스를 매개로 한 사회적 연대의 모색이 어려워졌다는 것을 의미한다. 더불어 일-가정양립 지원 정책의 확대와 함께 만들어진 (여성의) 일자리의 대부분이 저임금·비정규직 일자리로 제한됨으로써 양립 정책의 확대가 오히려 근로빈곤층을 양산하는 결과로 나타날 가능성을 높였다. 또한 저임금 사회서비스 일자리는 낮은 질의 사회서비스를 양산하고, 이는 다시 사회서비스의 수용자를 저소득층으로 제한하는 악순환의 고리가 이미 만들어졌다고 할 수 있다.

물론 긍정적 성과도 있다. 노무현 정부에서 진행되었던 저출산 대응 정책으로서 일-가정양립 지원 정책은 그 정책의 목적이 비록 출산장려라는 보수적 이념에 근거했다고 할지라도, 한국 복지체제의 역할을 전통적 소득보장 중심에서 새로운 사회위험에 대한 대응인 사회서비스 영역으로 확대하는 계기를 만들었다는 점에서 긍정적으로 평가할 수 있다.³⁷⁰ 그러나

³⁶⁹ 노인돌봄미사업의 대상은 전국 가구 평균소득 80% 이하 노인, 산모신생아도우미지원 사업은 도시근로자 가구 평균소득 60% 이하로 제한되었다. 사회서비스정책 중 가장 보편적이라고 할 수 있는 아동보육의 경우도 참여정부의 마지막 해인 2007년에 이르러서야 도시가구 평균소득까지로 지원 대상을 제한했다(김종해(2008), 참여정부의 복지정책 평가: 보육정책, 『월간복지동향』, 제11호 참조).

³⁷⁰ 사실 노무현 대통령은 일-가정양립 지원정책이 저출산현상을 완화시킬 수 없다는 관료들의 비판에 대해 일-가정양립 지원정책은 단지 저출산현상을 완화하기 위한 정책수단이 아닌 국민생활의 질을 높인다는 차원에서 검토할 필요가 있다는 입장을 취했다. 이러한 대통령의 인식이 많은 문제점을 안고 있었지만 노무현 정부에서 그나마 저출산현상을 매개로 일-가정양립 지원정책이 국정의 핵심 어젠다로 부상할 수 있었던 이유라고 판단된다.

안타깝게도 일-가정양립을 위한 사회지출은 충분하지 않았고, 시장을 중심으로 질이 담보되지 않는 서비스가 제공되었으며, 저임금 일자리를 양산하는 결과로 나타남으로써 사회적 연대의 득이 되기보다는 오히려 해가 되었다. 이로 인해 복지확대의 핵심적 연대세력인 중산층이 복지확대로부터 이반될 가능성을 높였다. 결국 일-가정양립 지원 정책을 한국사회의 중요한 과제로 설정했음에도 한국사회가 직면한 새로운 사회위험에 대해 효과적으로 대응하지 못했다.

이명박 정부의 과제는 지난 정부가 남긴 일-가정양립 지원 정책의 성과를 계승·확대하고 오류는 폐기하는 것이었다. 핵심은 중산층과 저소득층의 이해를 포괄하는 것이다. 이를 위해서는 사회서비스정책 대상의 보편성과 함께 서비스의 질을 담보하는 방향으로 정책기조를 강화할 필요가 제기되었다. 하지만 큰 틀에서 이명박 정부의 일-가정양립 지원 정책은 노무현 정부의 정책기조(민간시설 중심의 돌봄서비스 확대)와 크게 다르지 않았다.

이명박 정부의 일-가정양립 지원 정책의 기조는 가족화(가족의 돌봄 책임과 역할을)를 강화하고, 공적보육시설의 확대를 정책 어젠다에서 폐기했다는 점에서 노무현 정부의 정책기조와는 분명한 차이를 보였다. 노무현 정부에서 추진했던(추진만 했지 실천하지는 못한) ‘시설 수 대비 국공립보육시설 30% 확충’이라는 정책과제를 폐기하고 민간보육시설의 서비스 질 확충을 대안으로 제시한 것이 이러한 주장을 뒷받침해 주는 근거라고 할 수 있다. 실제로 이명박 정부에서 국공립보육시설을 이용하는 아동의 연평균 증가율은 역대 최저수준인 1.9%를 기록했다. 노무현 정부 집권 기간 동안 국공립보육시설을 이용하는 아동수의 연평균 증가율이 8.2%였다는 점을 고려하면 이명박 정부의 보육정책 기조를 분명히 확인할 수 있다. 또한 양육수당의 제도화를 통해 가족 내 돌봄을 강화하고, 보육정책과 관련해서는 국공립보육시설의 확충 대신 민간보육시설을 중심으로 아동양육의 사회적 분담을 확대했다. (보육시설을 이용하지 않는 것을 전제로 저소득층 가구에에만 지급되는) 양육수당의 도입은 전통적인 성별분업을 강화하고, 소득계층간의 차이를 확대할 가능성이 있는 정책이라고 평가할 수 있다.

박근혜 정부의 일-가정양립 지원 정책은 기본적으로 이명박 정부의 정책기조를 계승하고 있다. 이명박 정부에서 시작되고, 박근혜 정부에서 보편적으로 확대된 양육수당이 그 대표적인 정책사례다. 다만 박근혜 정부의 일-가정양립 지원 정책이 이명박 정부의 정책기조를 그대로 계승했다고 보기 어려운 측면도 있다. 대표적으로 박근혜 정부는 출범과 동시에 보육시

설을 이용하는 모든 미취학 아동에 대해 보육료 전액을 보편적으로 지원하는 정책을 시행했기 때문이다. 이로 인해 미취학아동의 보육시설 이용률은 전례 없이 증가했다. 또한 남성의 양육 참여를 활성화하기 위해 이른바 ‘아빠의 달’을 도입한 것도 아동 돌봄과 관련된 성별 분업을 약화시키려는 박근혜 정부의 정책시도라고 평가할 수 있다. 하지만 박근혜 정부의 일-가정양립 지원 정책은 한편에서는 아동 돌봄의 탈가족화를 보편적으로 확대하는 정책을 취하는 반면 다른 한편에서는 아동 돌봄의 가족화 또한 보편적으로 확대하는 정책을 동시에 취하고 있다.

이제 현재까지 큰 틀에서 일-가정양립 지원 정책에 대한 전반적인 평가를 해볼 필요가 있다. 먼저 일-가정양립 지원 정책을 저출산현상을 완화하기 위한 인구정책의 한 가지 수단으로 접근하는 역대정부(노무현 정부, 이명박 정부, 박근혜 정부)의 인식을 평가할 필요가 있다. 산업화된 대부분의 국가에서 만혼이 증가하고, 혼인비율이 감소하고 있음에도 왜 유독 한국사회의 저출산 문제가 특히 심각하게 나타나고 있는지를 생각해야 한다. 두 가지 방향에서 접근할 수 있다. 하나는 저출산현상을 저출산 대응을 위한 프로그램의 문제로 접근하지 말아야 한다는 것이다. 일-가정양립과 관련된 몇 가지 프로그램을 잘 운영하면 저출산현상이 완화될 수 있다고 기대하는 것 자체가 적합한 접근방법이 아니다. 핵심은 저출산현상이 단순히 일-가정양립 지원 정책과 같은 프로그램 수준의 문제와 관련된 것이 아니라 한국사회 전체와 관련된 문제라는 인식이 필요하다. 일-가정양립 지원 정책도 단순히 인구학적 문제를 해결하기 위한 수단이 아니라 한국사회가 안고 있는 불평등, 사회적 배제, 빈곤 등과 같은 근본적인 문제를 해결하기 위한 사회적 대응 중 하나로 이해할 필요가 있다.

그러므로 일-가정양립 지원 정책은 저출산과 같은 인구학적 현상에 대한 대응만이 아닌 한국사회에서 불평등, 사회적 배제, 빈곤을 야기하는 핵심 문제 중 하나인 고용의 문제를 해결하는 중요한 정책수단으로 이해되어야 한다. 일반적으로 서구 복지국가는 1970년대에 위기에 진입한 것으로 이해되지만, 스칸디나비아 국가들을 보면 복지국가는 1960년대까지는 소득보장을 중심으로 한 1차 확대기가 있었고, 1970년대부터 1990년대까지 20년간 일-가정양립 지원 정책과 관련 있는 사회서비스를 중심으로 2차 확대기가 있었다. 한국의 일-가정양립 지원 정책이 이미 고용된 사람을 대상으로 설계하고, 제도화하는 데 반해 북유럽에서 일-가정양립 지원 정책의 핵심과제는 국민이 괜찮은 직장에 일할 수 있는 기회를 확대하고,

이렇게 주어진 고용기회를 유지하기 위한 수단으로 보육과 육아휴직과 같은 제도적 장치를 활용하고 있다는 점이다. 실제로 1995년 경제학자인 로젠(Rosen)의 분석에 따르면 1960년대부터 1990년대까지 스웨덴에서 새롭게 만들어진 일자리의 90%는 모두 정부, 특히 지방자치단체가 만든 공무원 일자리였다.³⁷¹ 공적 재정을 투입하여 공적 일자리를 만드는 방식으로 스웨덴 사회가 직면한 저출산, 빈곤, 불평등, 사회적 배제, 재정건전성이라는 문제를 해결해 나갔고, 결과적으로 저출산현상을 완화시켜 나갔다. 역사적 경험이 이와 같다면 한국사회에서 일-가정양립 지원 정책은 당연히 고용문제를 어떤 방식으로 풀어 나갈 것인지에 대한 비판적 전망을 담아내야 한다. 현재와 같이 일-가정양립 지원 정책을 시장이 양산하는 저임금 일자리 방식으로 풀어나갈지, 중앙과 지방자치단체가 공무원 또는 공무원에 준하는 좋은 일자리를 만드는 것으로 문제를 풀어갈지, 아니면 그 둘 사이의 제3의 길을 선택할지를 고민할 필요가 있다. 첫 번째 방식은 일-가정양립의 질을 저하시키고, 저임금 일자리를 양산함으로써 불평등과 빈곤문제를 심화시켜 한국사회의 지속가능성을 훼손한다는 점에서 중장기적 대안이 되기 어렵다. 두 번째 방식은 재정지출을 통한 공적 사회서비스 일자리 확대가 (1) 한국과 같이 재정운영이 중앙집권적으로 이루어지는 국가에서 행정적으로 쉽지 않고, (2) 상당한 규모의 재정지출이 소요된다는 점에서 쉽지 않은 선택이다. 더욱이 1990년대 들어 스웨덴 같은 국가들도 공적재정에 기반한 사회서비스 확대를 재고하고 있는 것이 현실이다. 물론 2011년 현재 공공 고용비율(정부고용비율)이 6%에 불과한 한국이 공공부문을 확대할 여지가 충분하다는 것은 사실이지만(OECD 평균은 15%),³⁷² 공공부문의 일자리를 자본의 세계화가 심화된 현재의 사회·경제적 맥락에서 스웨덴과 같은 전철을 단계적으로 밟아 나간다는 것은 쉽지 않은 선택이다. 그렇다면 남은 대안 세 번째 방식으로, 국가와 민간의 복지 거버넌스를 구축하는 길이다. 일-가정양립 지원 정책의 새로운 역할과 정책설계의 대안은 바로 이러한 전제 하에 검토될 필요가 있고, 이에 관련된 원칙과 방향을 제시할 필요가 있다. 다만 한국적 제3의 길은 고용의 보편성, 질, 다양성의 담보라는 목적이 달성 가능할 때 사회적으로 합의될 수 있

³⁷¹ Rosen, S. (1995). Public employment, taxes and the welfare state in Sweden. Working Paper No. 106. *Center for the study of the economy and the state*.

³⁷² OECD(2013). *Government at a Glance 2013*. <http://www.oecd.org/gov/govata-glance.htm>에서 2015. 3.12. 인출.

고, 유용한 방식이 될 것이지만 ‘실현 가능성’을 둘러싼 논란이 있을 수 있다. 국가의 재정 부담을 심각하게 가중시키지 않으면서도, 공공부문에서 좋은 일자리와 양질의 서비스를 제공하는 일-가정양립 지원 정책을 실현하는 것은 쉽지 않은 과제이기 때문이다.

정리하면 일-가정양립 지원 정책이야말로 복지국가의 전통적인 역할과 새로운 역할이 교차하는 지점이자 한국사회가 직면한 심각한 저출산현상은 물론이고 사회적 불평등과 배제를 완화하기 위한 정책영역의 핵심이다. 이러한 정책과제를 달성하기 위해 일-가정양립 지원 정책은 무엇보다도 단순히 고용 상태를 전제로 사후적으로 일과 가족생활의 양립을 지원하는 것이 아닌 일과 가족생활양립이 가능하도록 고용을 창출하고 보장하는 정책이 되어야 한다. 두 번째는 이러한 과제가 시장을 중심으로 이루어지는 것이 아닌 국가의 공적 책임을 강화하는 방향에서 이루어져야 한다는 것이다. 지난 20여 년간의 역사적 경험은 일-가정양립을 위한 서비스가 시장 중심으로 확대될 때 서비스의 질 저하는 물론 계층간 불평등을 확대했다는 것을 반복적으로 보여 주고 있기 때문이다. 이제 한국사회는 일-가정양립 지원 정책을 한국사회의 전체 패러다임을 전환하고, 박근혜 대통령이 반복해서 강조했던 한국사회의 구조적 적폐를 일소하는 차원에서 접근할 필요가 있다. 일-가정양립 지원 정책은 하나의 정책영역이 아니라 모든 정책의 통합된 결과로 이해할 필요가 있기 때문이다.

6. 저출산대책: 자녀양육 경제적 지원

들어가며

베커와 라이벤스타인(Becker & Leibenstein)의 경제 모델에서는 자녀 관련 지출비용을 직접비용과 간접비용으로 나누고 있다.³⁷³ 직접비용은 자녀 출산으로 발생하는 가구의 추가 비용(식료품, 의복, 아동양육 및 보육비용, 주택비용 등)을 포함하며, 간접비용은 자녀 출산의 결과로 발생하는 부모의 소득감소(출산으로 인한 여성의 직장생활 중단, 자녀양육으로 인한 근무시간 감축, 출산으로 인한 경력 성공 가능성 감소 등)를 포함한다. 간접비용은 앞서 일-가정양립 부문에서 논의하였으므로, 여기에서는 직접비용만 다루기로 한다. 직접비용은 자녀의 연령이 높아질수록, 가구소득이 감소할수록 증가한다. 간접비용은 모의 취업기회와 함께 증가하는 등 배타적으로 여성에게만 지워지는 데 반해,³⁷⁴ 직접비용은 부모 모두에게 부담을 지운다.³⁷⁵

현재 한국사회에서 가족규모를 축소하려는 가장 주된 이유는 자녀를 키우는 데 드는 비용

³⁷³ D'Addio, A. C. & Marco Mira d'Ercole. (2005). Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role of Policies, *Social, Employment and Migration Working Paper*, 27. Paris: OECD.

³⁷⁴ 이는 자녀지출의 간접비용이 여성의 경력관리, 노동참여, 근로시간과 관련이 있기 때문이다.

³⁷⁵ 이삼식(2007). 아동수당 등 직접적 현금지원 확대방안. 『저출산·고령사회위원회 발족 2주년 기념세미나』, ‘저출산·고령사회위원회’.

이 많이 들기 때문이다.³⁷⁶ 통계청의 가계조사(2003년)를 보면, 1자녀를 두고 있는 가구의 전체 소득 중 자녀양육비가 차지하는 비율은 고소득층 13.6%, 저소득층 19.6%이었다. 자녀 수가 많을수록 자녀양육 지출 비율이 증가하는데, 특히 저소득층에서 2자녀 양육 시 24.3%, 3자녀 양육 시 26.7%이었다.

〈표 4-53〉 자녀연령 및 자녀수별 양육비 규모

(단위: 천 원, %)

구분	1자녀 가계					2자녀 가계	3자녀 가계
	0~2세	3~5세	초등생	중고생	0~18세 평균		
고소득가계	214(4.8)	432(8.3)	843(16.0)	1,027(20.9)	660(13.6)	898(19.3)	1,160(23.0)
저소득가계	152(8.2)	332(16.7)	362(17.0)	562(26.0)	372(19.6)	505(24.3)	582(26.7)

주: 통계청, 「가계조사」, 2003 자료 중 핵가족을 분석대상으로 월평균 가구소득 3,073,029원을 기준으로 고소득가계와 저소득가계로 구분. ()은 총소득 중 비율임.

자료: 이삼식(2007), 아동수당 등 직접적 현금지원 확대방안. 『저출산·고령사회위원회』 발족 2주년 기념세미나, ‘저출산·고령사회위원회’.

자녀양육은 매우 포괄적인 의미를 갖는다. 시간적인 관점에서 자녀양육은 자녀를 출산한 후 보육, 유아교육, 초·중등학교 등 교육과정을 거친 후 성년기에 이르기까지의 범주를 갖는다. 양육의 구성면에서 보면, 보건의료, 보육(돌봄), 유아교육, 학교교육, 의식주 등이 포함된다. 정부는 제1차 저출산·고령사회기본계획부터 자녀양육 가정의 경제적 사회적 부담 경감을 위한 정책으로 보육·교육비 지원, 산전관리 비용 지원, 사교육비 경감을 위한 방과후학교 등 광범위한 영역에서 정책들을 시행하고 있다. 그럼에도 일-가정양립과 함께 보육 및 보건의료 관련 비용은 앞서 이미 다루었고, 그 자체적으로 고유한 목적을 가지고 있다는 점에서 이 장에서는 추가적으로 논의하지 않았다.

보다 직접적으로 출산(특히 다자녀 출산)을 장려하기 위하여 설계된 정책들은 가구에 어떠한 방식으로 전달되는지에 따라 현금지원, 현물(서비스 포함)지원, 조세혜택(tax benefit), 사회보험혜택 등으로 구분할 수 있다. 일반적으로 저출산대책으로서 현금지원은 저소득층 그리고 세제지원은 중산층 이상에 유리한 것으로 알려져 있다. 이들 구분방식에 의거하여 각 정책의 추진 현황을 논의하였다.

³⁷⁶ 이삼식·신인철·조남훈 외(2005), 전계서.

현금 지원

양육수당 등

우리나라는 서구 국가들과 달리 자녀양육의 경제적 부담을 경감하기 위하여 현금을 직접 지원하는 정책은 거의 없다. 이는 OECD 국가들 대부분이 보편적인 아동수당을 도입하고 있고, 일부 국가에서 교육수당이나 주거수당 등을 도입한 것과 차이가 있다. 제1차 저출산·고령사회기본계획에 보편적인 아동수당을 도입하기 위하여 과제로 포함하였으나 예산 부담 등의 이유로 2008년 보완판을 발표하면서 제외되었다. 다만, 영아를 포함한 어린 자녀를 양육하는 가정에서 무료인 어린이집을 과잉 이용하는 것을 방지하고 가정양육의 장점을 살리기 위하여 어린이집을 다니지 않는 조건으로 양육수당을 제공하고 있을 뿐이다. 양육수당은 어린이집을 이용하지 않는 대신 받는 수당이지만 엄밀한 의미에서 가정에서의 자녀양육에 대한 경제적 부담을 보조하는 역할을 한다는 점에서 일종의 제한적 혹은 조건부 아동수당으로서 현금지원정책의 한 사례로 간주할 수 있다.

실로 우리나라에서는 보육 및 유아교육 비용을 부모의 소득수준이나 취업 여부 등 조건 없이 보편적으로 지원하고 있다는 점에서 부분적으로 보편적인 아동급여의 성격을 가지고 있다. 노무현 정부에서는 취업모 등에 한정하지 않고 저소득 자녀양육 가정에 대해 여성의 경제활동 참여(빈곤 탈피)를 지원하고 아동의 균등한 보육기회를 제공하려는 목적으로 소득수준에 따라 차등적으로 보육료를 지원하였고, 이명박 정부와 박근혜 정부를 거치며 전 소득계층으로 확대하면서 보편적인 자녀양육 가정의 경제적 보조금의 형태로 변화하였다. 아동수당을 도입하고 있는 대부분 국가에서는 보육정책을 통해 자녀양육의 직접 비용을 경감해 주기보다 취업모를 대상으로 보육서비스를 제공하여 기회비용을 줄이고 여성 노동력 확보 등에 지장이 없도록 하는 데 중점을 두고 있다. 우리나라의 보육료·유아교육비 지원은 서구사회와 달리 모의 취업 여부나 가구소득 수준 등과 상관없이 제공하고 있다는 점에서 아동수당의 성격이라는 주장이 제기되기도 한다.

일부 지방자치단체에서 지원하는 출산장려금(출산축하금 등 지방자치단체마다 상이한 명칭을 사용하나 이하에서는 출산장려금으로 통일)도 전형적인 현금지원 방식이라고 할 수 있

다. 출산장려금에 대한 실태 조사(2009년 6월 기준) 결과,³⁷⁷ 출산장려금을 지원하는 기초지
방자치단체는 90.1%(총 232곳 중)에 이르렀으며, 이들 기초지방자치단체 중 최초 시행 연도가
2004년 이전인 곳이 10.1%, 2005년인 곳이 26.8%이었다. 제1차 저출산·고령사회기본계획
수립 이전에도 이미 기초자치단체 중 53.7%가 출산장려금을 지원하였으며, 이는 그만큼 많
은 지역에서 저출산, 인구고령화, 인구 유출 등의 인구문제가 심각한 수준으로 대응이 시급
하였기 때문으로 간주할 수 있다. 출산장려금은 예산 소요가 큰 관제로 지방자치단체마다 지
급액의 차이가 큰데, 수혜조건으로 거주기간에 제한을 두지 않은 경우가 30.0%, 12개월 이
상 27.6%, 6개월 이상 24.5%, 3개월 이상 11.3% 등이었으며, 소득기준은 2곳을 제외하고는
두지 않고 있었다. 출산장려금 지급 방식으로 57.4%가 일시금, 29.1%는 분할지급, 나머지
13.6%는 혼용방식을 채택하였다. 이러한 출산장려금은 인구 유입이나 출산율 제고의 효과를
적어도 단기간 내에 기대하기 곤란하여 방향 전환을 모색할 필요가 있음이 제기되었다.³⁷⁸

〈표 4-54〉 기초자치단체의 출산장려금 실시 시기(2009년 6월 현재)

(단위: 지역, %)

구분	시작 연도										계
	전국	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
전국 지역	2(1.0)	5(2.4)	2(1.0)	4(1.9)	8(3.8)	56(26.8)	35(16.7)	49(23.4)	27(12.9)	21(10.0)	209(100.0)
구	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	2(3.8)	15(28.8)	22(42.3)	13(25.0)	52(100.0)
시	1(1.2)	1(1.2)	-(-)	2(2.5)	5(6.2)	26(32.1)	22(27.2)	16(19.8)	4(4.9)	4(4.9)	81(100.0)
군	1(1.3)	4(5.3)	2(2.6)	2(2.6)	3(3.9)	30(39.5)	11(14.5)	18(23.7)	1(1.3)	4(5.3)	76(100.0)

자료: 이삼식·박종서·최효진 외(2009), 『출산축하금 실태와 정책방향』, 보건복지가족부·한국보건사회연구원.

등록금 지원

제2차 저출산·고령사회기본계획에서는 출산 장려 차원에서 다자녀가정의 교육비를 지원하
기로 결정하였다. 2011년 이후 출생하는 둘째아 이상 자녀에 대해 소득수준에 관계없이 고등
학교 수업료를 지원한다는 것이다. 기초수급자(보건복지부), 농어업인 자녀(농림부), 차상위

³⁷⁷ 이삼식·박종서·최효진 외(2009), 『출산축하금 실태와 정책방향』, 보건복지가족부·한국보건사회연구원.

³⁷⁸ 이삼식·박종서·최효진 외(2009), 상계서.

계층(교육청), 한부모 자녀(교육청, 시·도), 특성화고(교육부) 등 저소득층 자녀에 대해서는 학비 지원 등 2010년부터 둘째아 이상을 대상으로 고등학교 수업료를 지원하고 있다. 박근혜 정부의 국정과제로서 ‘교육비 부담 경감’을 위해 2017년까지 고교 무상교육이 단계적으로 도입된 이후에는 둘째아와 상관없이 전 학생에 대해 학비가 지원될 예정이다.³⁷⁹

정부는 다자녀가구의 등록금 부담을 완화시키기 위하여 둘째아 이상 다자녀가구에 대하여 정부지원 장학금 지원 시 우대를 해주고 있다. 국가근로장학사업³⁸⁰ 대상 선정 시 경제적 여건이 동일하다면 다자녀가구의 자녀를 우선 선발하고 있다. 또한, 저소득층에 대한 새로운 국가장학제도 신설 시 수혜 가능 인원수가 정해진 장학금은 다자녀가구 자녀에게 우선순위를 부여한다. 2013년에는 국가장학금 시행계획(Ⅱ유형 가이드라인)을 통해 장학생 선발 시 다자녀가구 학생을 우대하도록 권고하고 있다.³⁸¹

세제 및 보험료 지원

세제 혜택(Tax Benefit)

정부는 2004년에 출산·양육 관련 소득공제를 확대하였으나 출산·양육 비용 부담을 완화하기에는 미흡한 수준이었다.³⁸² 우리나라에서 독신가구와 4인 가구 간 소득세 부담률 차이, 즉 조세격차³⁸³가 1.2%로 OECD 평균 5.5%에 크게 미치지 못하고 있었다. 이는 그만큼 자녀를 양육하는 가정이 조세부담은 많으나 국가 등으로부터 정책적 지원은 받지 못하여 부담이 큼을 의미한다.

³⁷⁹ 이삼삭·이지혜·김세진(2013), 『2013년도 저출산 고령사회정책 성과평가 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원.

³⁸⁰ 경제적 형편이 곤란한 학생이 학교에 다니면서 학비를 마련할 수 있도록 국가근로장학사업이 시행 중이다(2005년 전문대학 시행, 2009년부터 4년제 대학까지 확대).

³⁸¹ 이삼삭·이지혜·김세진(2013), 상계서.

³⁸² 대한민국정부(2006), 전계서.

³⁸³ 조세격차(Tax Wedge)는 고용주가 지불하는 총노동비용(총임금소득+고용주 부담 사회보장기여금+고용세) 대비 근로자가 실질적으로 부담하는 세액(개인소득세+근로자·고용주부담 사회보장기여금+고용세-공적지원액)의 비율로 산정된다.

〈표 4-55〉 가구유형별 소득세 부담률 국제비교

(단위 : %)

구 분	평균소득근로자의 소득세 부담률		가구유형별 차이
	독신자 가구	4인 가구 (부부+ 2자녀)	
한국	2.7	1.5	1.2
미국	15.7	-2.8	18.5
독일	20.9	1.4	19.5
프랑스	15.4	7.9	7.5
일본	6.6	3.5	3.1
OECD 평균	15.6	10.1	5.5

주: 소득세 부담률(%)= 소득세/근로소득

자료: OECD(2006), *Taxing Wages 2004/2005*.

저출산현상이 국가의 중요한 문제로 등장하면서 정부는 다자녀 출산에 유리하도록 세제개편을 추진하여 왔다. 2005년 당시 자녀 1인당 소득공제 규모는 인적공제로서 기본공제는 100만 원, 추가공제는 6세 이하 자녀 1인당 100만 원, 교육비 공제는 영유아 교육비 200만 원, 초·중·고생 200만 원, 대학생 700만 원, 장애인특수교육비 전액, 의료비 공제로는 자녀를 위한 의료비 중 총 급여의 3% 초과금액인 연 500만 원 한도이었다.

〈표 4-56〉 자녀 1인당 소득공제 규모(2005년 기준)

종 류			현 황	근거
소득공제	인적공제	기본공제	배우자 및 자녀 1인당 100만 원 공제	소득세법§50
		추가공제	6세 이하 자녀 1인당 100만 원 추가공제	소득세법§51
	특별공제	교육비	- 영유아 교육비 : 1인당 200만 원 한도 - 초·중·고생 : 1인당 200만 원 한도 - 대학생 : 1인당 700만 원 한도 - 장애인특수교육비 전액	소득세법§52
		의료비	자녀를 위한 의료비 중 총급여의 3% 초과 금액(연 500만 원 한도)	소득세법§52
		보험료	자녀를 위한 보장성보험료 공제 (연 100만 원 한도)	소득세법§52
	비과세		출산·보육수당에 대하여 월 10만 원 비과세	소득세법§12

자료: 대한민국정부(2006), 『제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)』.

2009년 말에는 기본공제액로 자녀 1인당 150만 원, 교육비 공제로 초·중·고 300만 원 및 대학 900만 원, 의료비공제로 700만 원 등으로 그 한도액을 인상하였다.

〈표 4-57〉 다자녀 가정에 대한 각종 우대제도 현황(2009년 기준)

사업명	사업내용	지원대상 및 지원내역
세제지원 (소득공제)	기본공제	• 자녀 1인당 150만 원
	추가공제	• 6세 이하 자녀 1인당 100만 원 • 출산 입양한 당해연도 해당자녀 200만 원
	다자녀추가공제	• 자녀가 2인인 경우 : 추가 50만 원 • 자녀 2인 초과하는 경우 : 1인당 추가 100만 원
	교육비 공제(한도)	• 영유아: 1인당 300만 원 • 초·중·고: 1인당 300만 원 • 대학생: 1인당 900만 원 • 장애인특수교육비: 전액
	의료비 공제(한도)	• 자녀의료비 중 총급여의 3% 초과금액(최대 700만 원)
	보험료 공제(한도)	• 자녀의 보장성보험료(최대 100만 원)
세제지원(비과세)		• 보육수당 월 10만 원 한도

자료: 대한민국정부(2010), 『제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)』.

그러나 한국사회에서 자녀 양육을 지원하기 위한 세제지원은 OECD 국가들에 비해 여전히 낮은 수준이다. 평균임금 수준인 가구의 순수한 조세부담 정도를 나타내는 조세격차를 보면, 2010년 기준으로 무자녀 독신자의 경우 OECD 국가 평균 34.9%, 한국 19.8% 그리고 홑벌이 2자녀 가구의 경우 OECD 국가 평균 24.8%, 한국 17.5%이었다. OECD 국가 전체적으로 무자녀 독신자가 홑벌이 2자녀 가구에 비해 조세부담이 10.1포인트 더 많은 반면, 우리나라는 2.3포인트에 불과하였다. 즉, 우리나라에서는 홑벌이 2자녀 가구의 조세부담은 OECD 국가 평균보다 여전히 높다. 이는 과거 인구증가억제정책기에 소자녀 출산을 지향함으로써 적은 수의 자녀를 두는 가구와 많은 자녀를 두고 있는 가구 간에 조세부담의 차이를 거의 두지 않았던 정책의 영향에 기인하기도 한다.

〈표 4-58〉 우리나라와 OECD 국가평균과의 조세격차 비교(2010년)

(단위 : %)

구분	무자녀 독신자	2자녀 기혼자(단일소득)
한국	19.8	17.5
OECD 평균	34.9	24.8

자료: OECD(2011), *Taxing Wages 2009-2010*.

정부는 자녀수에 따른 조세부담의 형평성을 제고하기 위하여 공제 혜택을 추가로 확대하였다. 2011년에는 자녀가 2명이면 추가공제액을 50만 원에서 100만 원으로 그리고 자녀가 2명을 초과하면 추가 공제액을 100만 원에서 200만 원으로 각각 확대하였다.

〈표 4-59〉 자녀수별 소득공제액(2012년 기준)

	첫째아	둘째아	셋째아
인적 공제*	기본공제 150만 원	좌동	좌동
	6세 이하 추가공제 200만 원	좌동	좌동
	출산·입양자 200만 원	좌동	좌동
	-	다자녀추가공제 100만 원	다자녀추가공제 200만 원
교육비 공제			
유치원 이전	300만 원	300만 원	300만 원
초등학교	300만 원	300만 원	300만 원
중학교	300만 원	300만 원	300만 원
고등학교	300만 원	300만 원	300만 원
대학교	900만 원	900만 원	900만 원
보험료 공제	보장성 보험료 최대 100만 원		
의료비 공제	의료비 중 총 급여의 3% 초과분(최대 700만 원)		

주: 인적공제의 대상자는 20세 이하로서 소득이 100만 원 이하인 경우만 해당함.

자료: 국세청(2012), 『2012년 근로자를 위한 연말정산 안내』, 동 기관.

2013년 8월에 현오석 부총리 겸 기획재정부 장관 주재로 세제발전심의위원회를 열어 ‘2013년 세법개정안’과 ‘중장기 조세정책 방향’을 확정하였다. 동 세법개정안에 따라 기존의 다자녀 추가공제, 6세 이하 자녀양육비 공제, 출산·입양 공제가 자녀세액공제로 통합되었다.

이로서 2자녀까지는 1명당 15만 원, 3자녀부터는 1명당 20만 원의 공제혜택을 부여하였다.³⁸⁴ 그러나 소득공제에서 세액공제로 전환하면서 다자녀 출산을 장려하기 위한 세제 혜택이 줄어들었다는 비판이 제기되었다. 즉, 동 세법개정안이 중산·서민층의 세부담 증가를 최소화하도록 설계되었으나 공제항목 또는 부양가족수 등에 따라 개인별 세부담 차이가 발생할 수 있고, 2015년 연말정산 시 종래의 간이세액표 개정 효과와 맞물려 연말정산을 통한 이른바 ‘13월의 월급’이 줄어들 수 있다는 국민의 우려가 존재하여, 2015년 1월에 정부와 새누리당은 당정 협의를 통해 보완대책을 마련코자 하였다.³⁸⁵ 급여 5,500만 원 이하 근로자의 세부담 증가를 해소하면서 자녀양육 등을 위한 지원을 강화하는 데 중점을 두었다.³⁸⁶ 연말정산 보완대책을 담은 「소득세법」 개정안은 2015년 5월 12일 국회 본회의를 통과하였다.³⁸⁷ 이로 인해 자녀세액공제의 경우 당초 3자녀부터 1명당 20만 원이 공제되던 것이 30만 원으로 확대되었으며, 6세 이하 자녀가 2명 이상 1명당 15만 원의 추가 공제가 적용되었다. 출산·입양 세액공제가 신설되어 1명당 30만 원의 혜택이 적용되었다. 교육비의 15% 세액공제(영유아~고교생 300만 원, 대학생 900만 원 한도) 혜택이 부여되었다.

한편, 정부는 출산 장려 정책의 일환으로 자녀 양육을 위한 이동과 생업활동 수단으로서 실질적인 지원효과가 큰 자동차에 대하여 인센티브를 제공함으로써 다자녀 출산장려에 기여하였다. 2010년 7월 5일부터 18세 미만 3자녀 이상을 양육하는 가구가 취득하는 자동차 1대에 대해 취득세 및 등록세 전액을 면제하고 있다. 단, 승용차는 최대 140만 원까지만 면제하고 있다. 「지방세특례제한법」상 지방세 감면은 일몰제로 운영 중에 있으며, 다자녀가구 지원을 위한 취득세 감면은 일몰기간을 이미 2012년에서 2015년으로 연장하였다. 다자녀가구 지원 감면에 대한 별도의 추진계획(연장, 축소, 확대 등) 여부는 종료되는 시점인 2015년에 재검토하여 2018년 12월 31일까지 연장하였다.³⁸⁸

³⁸⁴ 기획재정부(2013. 8. 8.). 보도자료: 소득공제 세액공제로 전환... 자녀장려세제 신설.

³⁸⁵ 기획재정부(2015. 4. 7.). 보도자료: 급여 5500만 원 이하, 세법개정에 따른 세부담 증가 해소.

³⁸⁶ 기획재정부(2015. 1. 21.). 보도자료: 자녀, 연금보험료 세액공제 상향조정.

³⁸⁷ 기획재정부(2015. 5. 12.). 보도자료: 연말정산 보완대책 국회 본회의 통과 관련.

³⁸⁸ 지방세특례제한법 [법률 제14198호, 2016.5.29., 타법개정].

공공요금 감면

출산 장려를 위하여 2009년 8월 1일부터 3자녀 이상 가구에 대해서 사용량 제한 없이 월 전기요금의 20% 할인혜택을 부여하고 있다. 그러나 일부 지방자치단체에서 다자녀가정의 공공요금을 감면해 주고 있어 지역간 형평성 문제가 발생하고 있다.³⁸⁹

사회보험료 혜택

정부는 저출산대책으로 국민연금 내에 출산크레딧 제도를 도입하였다. 즉, 2008년 1월 1일 이후에 둘째 이상의 자녀를 출산(혹은 입양)하면 둘째 자녀는 12개월, 셋째 이상 자녀는 18개월 동안 연금보험료를 추가로 납부한 것으로 인정(인정 납부기간)하여, 둘째 자녀 출산의 경우 월 2만 1,000원, 셋째 자녀 출산은 월 3만 2,000원의 연금을 추가로 지급한다는 것이다. 단, 인정 납부기간은 최장 50개월이 넘지 않는다. 부모의 합의에 의한 어느 한쪽의 가입기간에 산입하고 미합의 시에는 균분하도록 되어 있다. 그러나 출산크레딧제도는 자녀양육기간 중 혜택이 제공되지 않는 관계로 실질적인 자녀양육부담 경감에는 한계가 있다.³⁹⁰

〈표 4-60〉 출산크레딧 인정 (누적)기간

자녀 구분	둘째 자녀	셋째 자녀	넷째 자녀	다섯째 자녀이상
(누적)기간	12개월	30개월	48개월	50개월

자료: 국민연금공단 홈페이지(www.nps.or.kr)에서 2015.9.6. 인출.

³⁸⁹ 이삼식·정경희·서문희 외(2010). 전계서.

³⁹⁰ 이삼식·정경희·서문희 외(2010). 전계서.

기타 지원

주거 지원

국토교통부에서는 다자녀가구에 주택을 우선 공급하고, 3자녀 이상 다자녀 가구에 주택구입자금을 저리로 지원함으로써 주거안정을 도모하여 심각한 저출산 문제 해소에 기여하였다. 미성년자인 3명 이상의 자녀를 둔 세대에 1회에 한하여 주택을 특별공급하였다. 2006년 8월 미성년자인 3명 이상의 자녀를 둔 무주택 세대주에게 공공주택의 5%, 민영주택의 3%를 특별공급하였다. 2009년 9월에는 공공물량을 3%에서 5%로 확대(주택규모에 제한 없이 자녀수, 세대구성, 무주택 기간, 당해 시·도 거주기간에 배점을 부여하여 입주자를 선정)하였다. 공공기관에서 공급하는 국민주택은 총공급량의 10%를 다자녀 가정에 특별공급 중이다. 민영주택의 다자녀 특별공급 비율도 제2차 저출산·고령사회기본계획 수립 시에 전체 공급량의 3%에서 5%로 상향조정하였으며, 이어서 2013년부터는 다자녀 가구에 대한 주택 특별공급을 확대(2013.5.31, 주택공급규칙 개정)하여 10%로 추가 확대하였다. 국민임대주택도 미성년자인 3명 이상의 자녀를 둔 무주택 세대주에게 10%를 우선 공급하는 제도가 2006년 8월에 도입되어, 2009년 9월에는 우선 공급 물량을 3%에서 10%로 확대하였다.

국민주택기금 이용 시 3자녀 이상 다자녀가정에 금리 우대를 지속해 주는 혜택을 부여하였다. 구입자금 대출 시 대출한도를 5,000만 원으로 상향조정하고 금리를 0.5% 우대하였으며, 근로자·서민 전세자금 대출한도를 2,000만 원 그리고 저소득가구 전세자금 대출한도를 700만 원 각각 상향 조정하였다. 다자녀가구의 주택 구입자금 대출이율은 제2차 저출산·고령사회기본계획 수립 시에 종전 4.7%에서 4.2%로 조정하였으며, 2013년에는 주택공급규칙을 개정하여 주택구입 자금 대출 이율을 4.3%에서 4.0%(2013. 4. 10.) 그리고 2.8~3.6%(2013. 9. 11.)로 하향조정하였으며, 전세자금 대출이율을 3.5%에서 3.3% (2013. 6. 12.)로 조정하였다.

고용 지원

정부는 다자녀를 출산한 공무원에 대해 퇴직 후 재고용 기회를 제공하는 혜택을 부여하기로 결정했다. 출생자 기준으로 셋째 자녀부터 자녀 1인당 1년간 퇴직 후 재고용을 추진(최대 3년, 사망자녀·입양자녀 제외)하되, 희망자에 한하여 재고용 여부 심사 및 재고용 시 임금피크제 적용 여부를 고려할 계획이었다. 당초 2013년까지 6급 이하 공무원에 대한 정년연장을 단계적으로 추진 중인 점, 국가 재정 부담, 높은 청년실업률과 국민여론 등을 종합적으로 고려하여 2013년 이후에 실시할 예정이었다. 그러나 2013년 6급 이하 공무원 정년 연장 완료, 국가 재정부담, 높은 청년실업과 부정적 국민여론 등 종합적으로 고려하여 2014년 이후로 그 실시 시기를 늦추었다.³⁹¹

나가며

지난 10년 동안 우리나라는 저출산에 대응하기 위하여 많은 정책들을 새로이 추진하여 왔다. 그러나 서구사회와 비교해서 상대적으로 취약한 부분은 자녀양육의 경제적 부담을 경감시켜주기 위한 지원으로 간주할 수 있다. 즉, 보육서비스를 이용하는 대신 가정에서 영아를 양육하는 가정에 한해 지급하는 양육수당과 세제지원 등을 제외하면 자녀양육에 대한 경제적 지원은 거의 찾아볼 수 없다. 일례로 우리나라는 OECD 국가 대부분에서 지급하는 아동수당마저 도입하지 않고 있다. 제1차 저출산·고령사회기본계획에서 아동수당의 도입을 검토하기로 했지만, 2008년 보완판을 발표하면서 국민에게 아무런 설명도 없이 슬그머니 삭제되었다. OECD 국가들의 가족지출 평균이 GDP 대비 2.5% 수준이며, 출산율 반등에 성공한 국가들은 3~4% 수준임을 고려할 때, 우리나라 저출산대책에 투입된 예산이 아직 GDP 대비 1% 수준에 그치고 있는 것은 아동수당 등 핵심 정책들이 저출산대책에 포함되어 있지 않기 때문이기도 하다.

³⁹¹ 이삼식·이지혜·김세진(2013). 전계서.

무상보육서비스의 대체로 지급하는 양육수당은 복합적인 의미를 갖는다. 집에서 자녀를 양육하도록 유인하는 이른바 가족화 정책으로서의 의미를 갖는가 하면, 자녀양육을 위하여 시설보육서비스와 다른 선택권을 부여하는 의미이기도 하다. 한국사회에서 현재의 양육수당이 갖는 의미가 무엇인지에 대해서는 논란의 대상이 될 수 있다. 양육수당에 어떠한 의미를 더 부여할 것인지는 일부 전제에 대한 논의가 우선되어야 할 것으로 보인다. 하나의 전제로, 서구사회에서 특히 영아를 가정에서 양육하는 것이 바람직하다는 지향성을 가지면서도 취업 모인 경우 일-가정양립을 위해 보육서비스를 제공하고 있다는 점에서 보면, 자녀의 가정양육이 가능한 전업주부 등을 위하여 선택권을 제공하는 것은 오히려 혜택을 부여하는 것으로 간주할 수 있다. 또 다른 하나의 전제로, 양육수당의 액수가 취업모(또는 향후 취업을 하려는 의향이 있는 모)가 수입이 있는 일(직장)을 포기하고 가정양육을 선택할 만큼 인구대체수준에 있는가이다. 만약, 현재의 혹은 향후의 양육수당에 후자의 의미를 더 부여할 수 있다면, 그러한 양육수당 체계를 결정하는 데 신중할 필요가 있을 것이다.

현재 출산장려금은 지방자치단체의 의지와 여건에 따라 자율적으로 지급하고 있다. 출산장려금의 출산을 제고라는 인구학적 효과 여부에 대해서는 시기, 지역, 금액 등 다양한 특성에 따라 달라질 수 있으므로 일률적으로 단정하기는 어려울 수 있다. 현실적으로 일부 지방자치단체에서만 출산장려금을 지급하고 있고, 이들 지방자치단체 사이에서도 지급액과 지급방법 등이 상이하여 주민의 불만이 제기되고 있다는 점에서 그리고 재정자립도가 낮은 지방자치단체에서는 상당한 예산부담을 지고 있다는 점에서 많은 논란이 일고 있다. 이러한 논란을 불식시키기 위해서는 중앙정부가 아동수당을 도입하여 매칭식으로 지방자치단체의 출산장려금 예산의 일부를 통합하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 만약, 지방자치단체의 출산장려금을 아동수당으로 통합하는 것이 어렵다면, 출산장려금을 지원하기로 결정한 지방자치단체에서는 그 지원의 목표를 명료화하여 예산 투입에 따른 효과를 높여야 할 것이다.

조세제도를 보면 2000년대 중반부터 세제개편을 실시하였음에도 OECD 국가들과 조세격차를 비교해 보면 우리나라는 자녀수에 따른 조세혜택이 여전히 낮다. 다자녀가정에 대한 조세혜택은 최근 소득공제에서 세액공제로 전환하면서 오히려 줄어들었으며, 그로 인하여 개정된 정책을 황급히 다시 수정하는 사례도 발생하였다. 부모가 자녀를 많이 낳을수록 그만큼 희생(비용)은 더 커질 것이나, 이들 자녀가 성장한 후 발생하는 편익은 국가와 사회에 환원되

며, 특히 미래 국가재정에 직·간접적으로 큰 기여를 할 것이다. 이러한 원리에 입각하여 국가는 자녀양육의 경제적 부담을 실질적으로 경감시키기 위하여 다자녀에 유리하도록 세제를 획기적으로 개편할 당위성이 있는 것이다.

현실적으로 한국사회에서 가장 중요한 저출산의 원인은 자녀양육비와 교육비 부담이다. 프랑스에서는 자녀가 출생하면 국가가 교육을 책임진다는 철학 하에 고등학교까지 거의 무상교육을 실시하며, 일반대학도 최저 수준의 학비로 사실상 무상교육을 실시하고 있다. 우리나라는 세 자녀 이상에 대한 대학등록금을 지원하고 있으며, 대학생 대상 장학금을 활성화하였다. 이와 같은 교육비 지원을 체계화할 필요가 있다. 교육비 지원은 국민의 질적 수준을 높이고, 특히 인적자본을 개발하여 국가의 미래를 담보한다는 측면에서 시혜적인 성격이 아닌 국가의무적인 성격을 가져야 한다. 따라서 고등학교까지의 무상교육을 조기에 앞당기고, 대학 이상의 고등교육에 대해서는 자녀수와 소득수준 등을 기준으로 교육수당을 제도화하여 누구나 예측이 가능한 지원을 하도록 하여야 한다.

다자녀 가정을 위한 주택 지원에 대해서는 자녀의 수, 연령, 성장기간, 소득수준 등을 종합적으로 고려하고, 특히 이들의 변화에 연동하여 임대주택 혹은 특별분양주택의 면적, 지원수준(임대료/구입자금, 상환기간, 이자율 등 포함) 등을 탄력적으로 적용할 필요가 있다. 다자녀 가정에 대한 주거 지원을 보다 융통성 있게 실행하기 위해 일정한 기준(자녀의 수, 연령, 성장기간, 소득수준 등)에 의거하여 주거수당을 지급하는 것을 검토할 필요가 있다.

7. 저출산 대응 10년의 성과와 한계 그리고 새로운 방향 모색

과거 10년간 노력의 성과와 한계

지난 10년간 저출산대책은 저출산 원인을 사회현상이나 개인 또는 가족의 문제로만 한정하지 않고 국가·사회의 위기로 인식하여 중장기적 관점에서 체계적인 대응 계기를 마련하였다.³⁹² 구체적으로 보육서비스에 대한 보편적 지원을 통해 과거 가족에게 전가되었던 양육부담을 국가와 사회가 함께 분담하는 체제로 전환하였다. 국공립어린이집과 직장어린이집 설치도 꾸준히 증가하였다. 산전검진, 분만, 산후검진, 신생아 예방접종 등 주산기 국가의료지원체계가 구축되어 건강하고 안전한 임신 및 출산을 보장하는 노력을 하였다. 일-가정양립을 위한 제도 개선, 사회분위기 조성 등으로 인하여 휴가·휴직과 더불어 탄력적 근무제를 이용하는 근로자들이 지속적으로 증가하였다.³⁹³

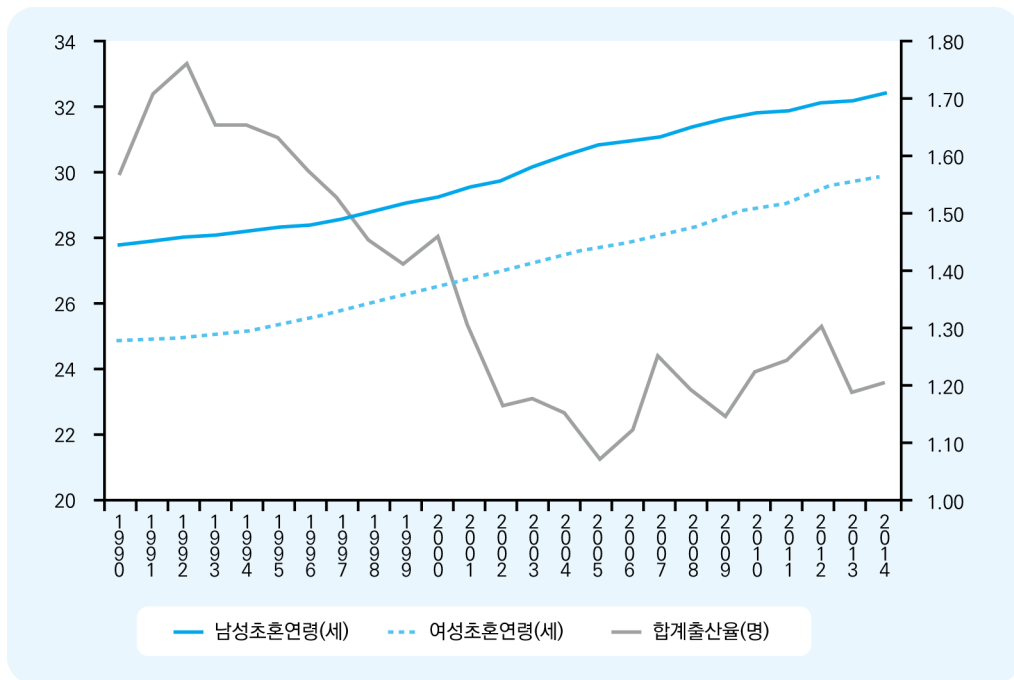
그러나 합계출산율은 2005년 1.08명의 최저점을 넘었으나 2014년 1.21명으로 지난 10년간 0.13명이 증가한 데 그쳤을 뿐, 합계출산율이 1.3명 미만인 초저출산 현상이 지속되고 있다. 뿐만 아니라 출산에 지대한 영향을 미치는 만혼 및 비혼 현상도 계속 심화되고 있다. 통

³⁹² 대한민국정부(2010). 전거서.

³⁹³ 고용보험 DB자료에 의하면, 출산전후휴가자는 2005년 41,104명에서 2014년 88,756명, 육아휴직자수는 10,700명에서 76,833명으로 증가하였다.

제청의 인구동태조사 결과에 의하면 남성의 평균 초혼연령은 2005년 30.9세에서 2014년 32.4세로 그리고 여성의 평균 초혼연령은 같은 기간 27.7세에서 29.8세로 각각 증가하였다. 지난 10년 동안 남성의 평균 초혼연령은 1.6세, 여성의 평균초혼연령은 2.1세가 각각 상승하였다.

[그림 4-13] 합계출산율 및 평균 초혼연령 추이



자료: 통계청, 인구동태조사, 각 연도, www.kosis.kr에서 2015년 10월 5일 인출.

2005~2013년간 인구학적 요인분해(demographic decomposition) 결과, 유배우출산율은 합계출산율에 정적 기여를 하였으나 유배우율은 부정적 기여를 한 것으로 나타났다.³⁹⁴ 유배우출산율의 정적 기여를 유배우율의 부정적 기여가 상당부분 상쇄한 효과로 합계출산율이 본격적으로 반등하지 못한 것이다.

³⁹⁴ 이삼식·이지혜(2015), 『초저출산 지속의 원인과 정책과제』, 한국보건사회연구원.

한국보건사회연구원에서 실시한 2012년도 ‘전국 출산력 및 가족보건복지실태조사’ 결과에 의하면, 35세 이상 미혼남녀의 비혼 이유로 남성은 고용 및 소득 불안정이 24.3%, 주거 마련 부담이 12.6%로 높았고, 여성은 가치관 관련 이유들의 비중이 높게 나타났다. 기혼부부들은 자녀 양육비 및 교육비 부담, 고용(소득) 불안정, 일-가정양립 곤란, 주거비용 부담, 가치관 변화 등으로 출산을 기피 내지 축소하고 있었다. 이와 같은 만혼(비혼)과 출산 기피(축소)의 원인구조는 지난 10년간 거의 변화가 없이 지속되거나 오히려 강화되었다고 평가할 수 있다.

이러한 만혼(비혼)과 출산 기피(축소)의 원인은 정책적 접근으로서 저출산대책만으로 해결될 수는 없을 것이다. 그럼에도 그러한 저출산 원인을 타파하기 위하여 정책들이 실행되었으므로, 정부는 정책에 대한 비판을 면하기 어렵다. 정부 정책의 한계점을 저출산의 주요 원인별로 살펴볼 필요가 있다.

우선 한국사회에서 만혼 및 비혼 현상이 저출산현상의 주된 원인임에도 불구하고, 지난 10년간 가치관 교육 등 소극적인 접근으로 한정함으로써 ‘3포 세대’, ‘5포 세대’ 등에서 볼 수 있듯이 고용불안정과 주거부담 등 사회·경제적인 문제에 기인하여 초혼연령이 지속적으로 상승하고 있다.

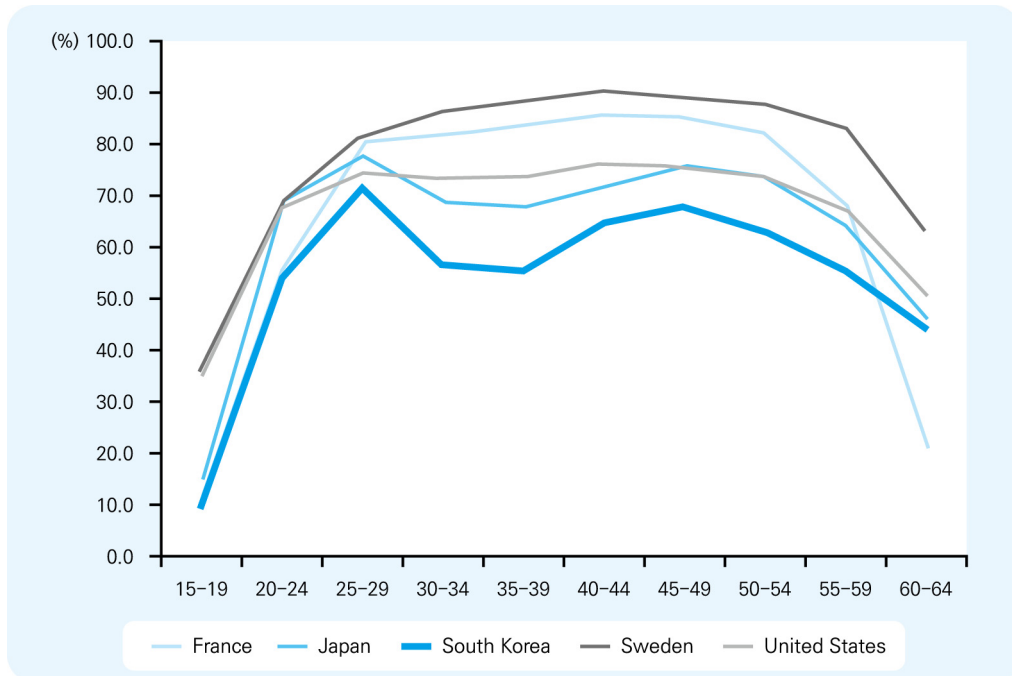
교육비와 양육비 부담에 대한 그간의 정책들은 근본적인 원인을 치유하는 접근법을 적용하지 못했다. 부연하면 사회구조적 문제로 노동시장에서 학력주의·학벌주의가 만연되고 그로 인하여 교육단계에서 과다경쟁에 따른 사교육비 증가 등 ‘자녀양육의 고비용 사회구조’가 형성되어 있으나 자녀 양육비 및 교육비 부담에 대해 자녀양육 관련 서비스 비용의 일부를 보조해 주는 데 그쳤다.

일-가정양립 곤란을 해소하기 위하여 다양한 제도를 도입하였으나, 커다란 사각지대 존재, 지원수준의 비현실성, 정책과 문화 간의 괴리 등으로 보편적인 이용으로 이어지지 못했다. 구체적으로 육아휴직제도를 보면 대상의 한정, 휴직급여의 낮은 임금 대체수준, 인력대체 곤란 등 제도상 한계로 여전히 상당수(비정규직, 중소기업 근로자, 자영업자, 남성 등)가 이용을 하지 못했다. 맞벌이부부 증가 등 가족형태가 일인생계부양모형에서 이인생계부양모형으로 변화하고 있음에도 양성평등이 실현되지 못하여 남성의 육아·가사 참여가 미흡하여 여

성의 부담이 지속되었다.³⁹⁵ 실로 우리나라 여성의 고용률이 선진국에 비해 여전히 낮으며, 연령별 경제활동참가율도 후진국형인 M-curve를 유지하고 있다.

[그림 4-14] 여성 연령별 경제활동참가율

(단위: %)

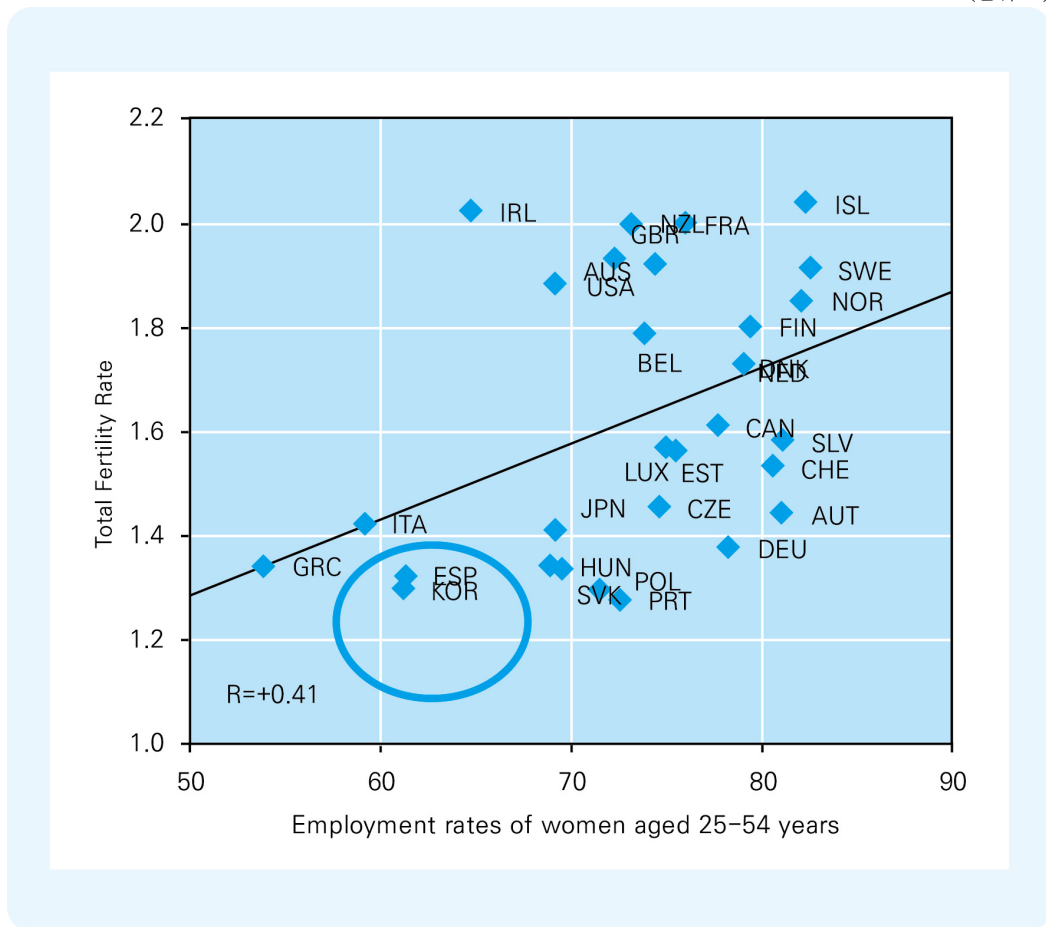


자료 : OECD, Family Database.

³⁹⁵ 함께 살고 있는 부부를 대상으로 가사분담에 대한 실태를 질문한 결과, 공정하게 분담하고 있다고 응답한 비율은 남성 16.4%, 여성 16.0%에 불과하였다(통계청(2014), 『2014년 사회조사』).

[그림 4-15] 여성 경제활동참가율과 출산율

(단위: %)



자료 : OECD, Family Database.

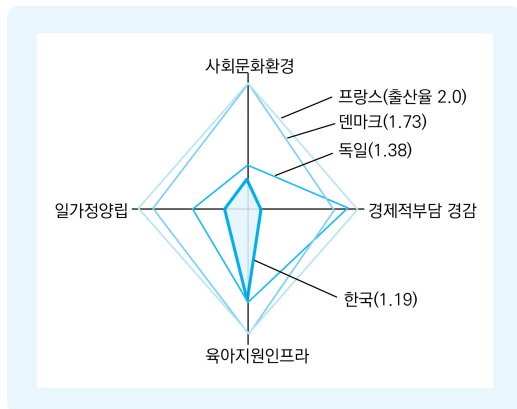
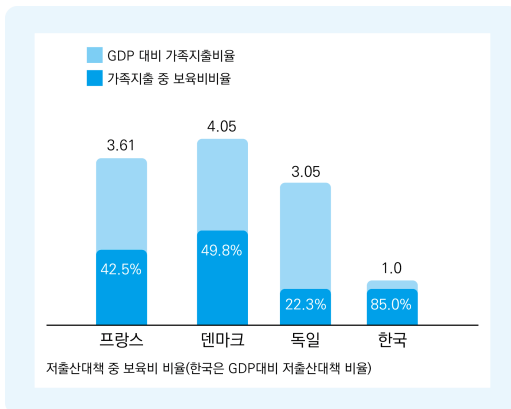
자녀양육비 부담을 경감해 주고 일-가정양립을 제고하기 위하여 지난 10년간 보육·유아교육서비스 지원을 확충하였으나 질적 수준과 안전 조치 등에 대해 부모의 만족도가 낮고 여성 경력단절이 발생하는 등 일-가정양립이 여전히 어려운 실정이다. 지난 10년간 저출산대책에 대한 비판은 주로 '보육에 많은 예산을 투입하였으나 출산율은 거의 오르지 않았다'는 것이었다. 이에 대해 두 가지의 관점에서의 논의가 필요하다. 하나는 서구 선진국에 비해 우리나라의 보육 투자 예산은 결코 크지 않다는 점이다. 다른 하나는 보육 부문에서만 어느 정도 충분한 투자가 이루어졌으나 다른 부문에는 투자가 제대로 이루어지지 못했다는 점이다. 우리나라

라의 가족지출 중 보육비가 차지하는 비중은 85.0%로 프랑스 42.5%, 덴마크 49.8%, 독일 22.3% 등에 비해 높으나,³⁹⁶ GDP 대비 가족지출비율은 1% 수준으로 서구 국가의 2~4%에 비해 훨씬 낮다. 결국 보육을 제외한 나머지 영역에 대한 투자가 미흡하여 자녀양육가정의 가처분소득 증대, 아동 생애주기별 돌봄 인프라 및 지원체계 구축, 양성평등적 및 보편적 일-가정양립 실현, 고용·주거 등 사회구조적 문제 해결 등 정책영역들이 충분하고 균형 있게 실행되지 못한 점도 정책의 ‘시너지효과’가 가시적으로 나타나지 못한 주요 원인이다.

[그림 4-16] GDP 대비 가족지출

(단위: %)

[그림 4-17] 저출산대책 영역별 투자



자료: 이삼식, 대통령직속 저출산고령사회위원회 발표자료(2015. 2. 6.).

이와 같은 평가 결과를 토대로 향후 정책에 대한 시사점을 도출할 수 있다. 첫째, 한국사회에서 저출산현상의 주된 원인이 되는 만혼화 현상을 완화시키기 위한 적극적인 노력을 경주하여야 한다. 이를 위해서는 실질적으로 결혼의 장애요인인 고용문제, 주거문제 등에 대처할 필요가 있다. 실천적으로 교육-취업 간 연계를 강화하고, 취업의 용이성 및 안정성을 제고하며, 주거마련 부담이 줄어들 수 있도록 노력하여야 할 것이다.

둘째, 한국사회에서 저출산의 주된 원인인 자녀양육비 부담에 대해 일부 비용을 지원해 주는 미시적인 접근에서 벗어나 자녀양육의 고비용을 유발하는 교육, 고용 등 사회구조를 개선하는 거시적인 접근을 강화할 필요가 있다. 구체적으로 교육 후 고용이 원활하게 이어질 수

³⁹⁶ 이삼식(2015). 대통령직속 저출산고령사회위원회 발표자료(2015. 2. 6. 개최).

있도록 하며, 노동시장에서 학력과 학벌에 따른 고용기회, 임금, 승진기회, 고용안정성 등에서 차별을 불식하려는 노력이 중요하다.

셋째, 획일적인 지원 중심에서 질적 수준이 높은 맞춤형 지원으로 전환하여 실질적으로 돌봄 및 교육 부담이 경감될 수 있도록 개선이 필요하다. 예로, 보육료 지원을 전 계층으로 확대했음에도 보육서비스는 12시간 어린이집 운영시간(07:00~19:30)에 따라 획일적으로 제공하고 있어, 맞벌이가족 등의 이용상 불이익, 길어진 대기시간, 시설보육 의존성 증가, 보육재정의 지속가능성 저하 등의 문제를 해결할 필요가 있다. 현재 취학 전 자녀(0~5세아)에 편중되어 있는 돌봄서비스를 초등학교까지 보편적으로 확대하여 돌봄 공백을 방지할 필요가 있다. 이러한 노력은 경력단절 발생, 사교육비 증가, 아동 안전문제 증가, 추가 출산 포기 등의 문제를 해결하는 데 긍정적으로 기여할 것이다.

넷째, 현실적으로 정책적 노력을 경주하더라도 초혼연령을 아주 앞당기는 것은 거의 불가능할 것이다. 즉, 혼인연령을 다소 낮추거나 그 상승 속도를 완만하게 할 수 있을지라도 만혼과 만산의 경향은 적어도 현재보다 큰 폭으로 줄어들지 않을 것이다. 결국, 고위험 임신 등의 문제는 우리 사회에서 저출산의 주요 원인으로 작용할 뿐 아니라 산모와 아이의 건강에도 큰 위협이 될 수 있다. 이와 관련하여, 임신 전부터 출산 후 양육에 이르는 전 단계에서 임신과 출생을 보건의료뿐만 아니라 경제 및 사회문화적으로도 보호하기 위한 종합적인 지원체계를 구축할 필요가 있다.

다섯째, 일-가정양립 제도의 내재적인 한계를 극복하는 동시에 정책과 현실 간의 괴리를 좁히기 위하여 사회문화적인 접근을 강화할 필요가 있다. 한국사회에서 양성평등이 고용이나 가족생활 등에 있어서 실질적으로 구현될 수 있도록 최우선적으로 노력을 기울여야 한다. 육아휴직 등 일-가정양립 제도 역시 여성 위주가 아닌 양성평등적으로 설계하고 적용할 필요가 있다. 일-가정양립은 근로형태 등과 관계없이 '일하는 모든 부와 모'에게 필요하다. 이러한 관점에서 일-가정양립 제도의 개선과 사회문화 변화를 사각지대를 없애는 방향으로 집중할 필요가 있다. 무엇보다도 우리 생활의 축을 직장 중심에서 가정 중심으로 이동하려는 노력이 필요하다.

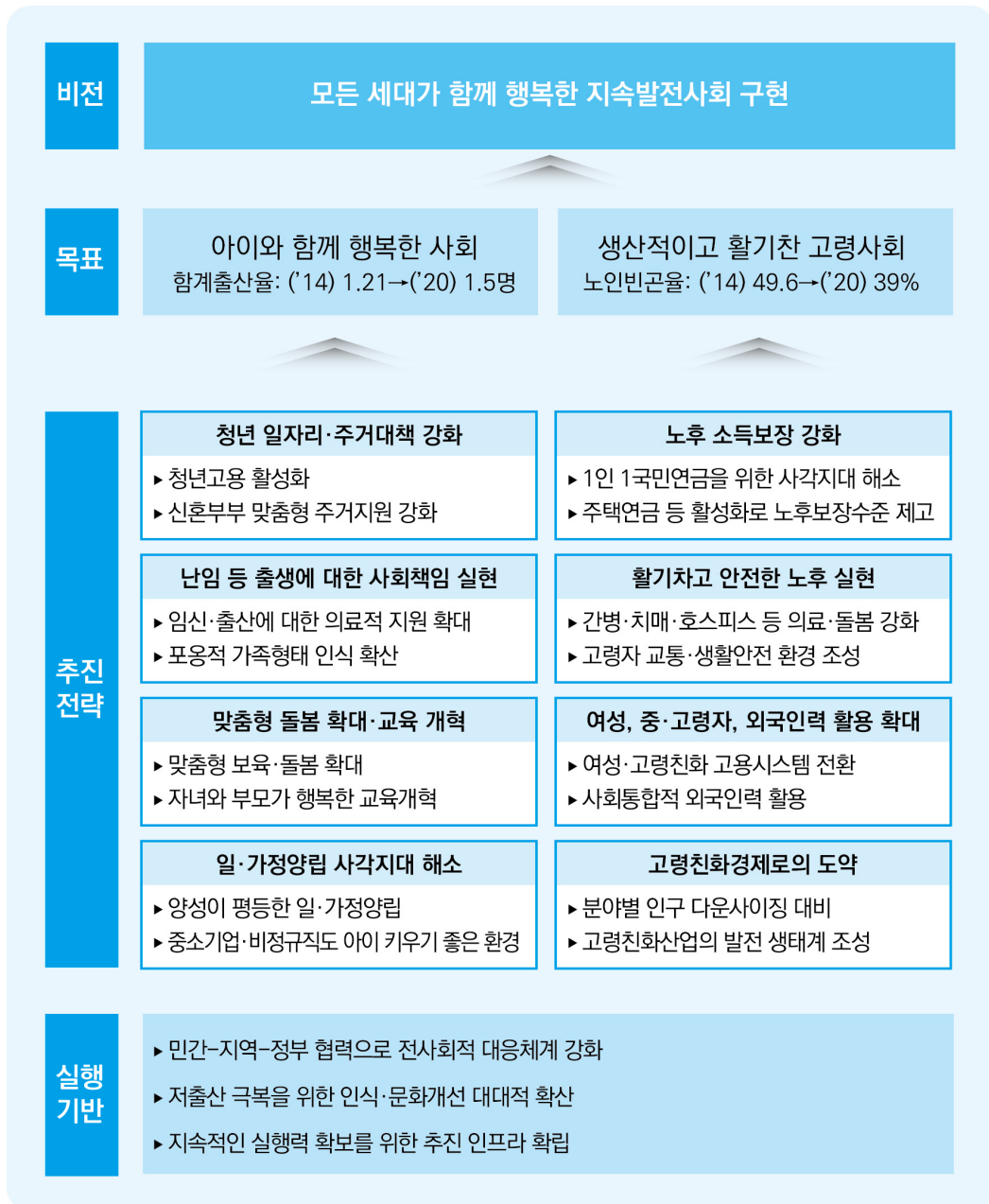
새로운 방향 모색: 제3차 저출산·고령사회기본계획 수립

정부는 2015년 후반기에 「저출산·고령사회기본법」에 의거하여 향후 5년간 추진할 제3차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020)을 수립하였다. 제1차와 제2차 저출산·고령사회기본계획은 ‘새로마지플랜’으로 명명했던 것을 제3차 저출산·고령사회기본계획에서는 ‘브릿지플랜’으로 명명하였다.³⁹⁷ 이는 제3차 기본계획을 통해 인구보너스(bonus) 기간에서 인구오너스(onus)로 이행하는 과도기를 안정적으로 잇겠다는 정책적 의지를 표출한 것이다. 이를 위한 구체적인 실천전략으로 제1차와 제2차 저출산·고령사회기본계획에서 각종 제도를 도입하는 데 중점을 두었던 것을 제3차 저출산·고령사회기본계획에서는 이들 제도가 실천되도록 이행을 촉진하는 데 중점을 두었다. 제1차와 제2차 기본계획에서는 발생한 문제를 해결하기 위하여 주로 지원 중심의 미시적인 사후적 대처에 중점을 두었다면, 제3차 저출산·고령사회기본계획에서는 근본적인 원인을 해소하기 위하여 거시적인 사회구조적 문제를 개혁하는 데 중점을 두었다. 제1차와 제2차 저출산·고령사회기본계획에서 주로 서비스 공급에 중점을 두었던 것을 제3차 저출산·고령사회기본계획에서는 그러한 서비스 공급이 효과적으로 작동할 수 있도록 사회문화의 여건을 조성하는 데 중점을 두었다.

제3차 저출산·고령사회기본계획은 ‘모든 세대가 행복한 지속발전가능 사회 구현’을 비전으로 설정하였다. 이러한 비전을 달성하기 위하여 ‘아이 낳고 싶은 사회’를 구현하여 합계출산율을 2020년까지 1.5명으로 높이는 것을 목표로 설정하였다. 이러한 목표출산율을 달성하기 위하여 결혼을 주저하거나 포기하는 사회경제적 원인 해소, 출생·양육에 대한 사회적 책임 강화, 자녀양육 부담 완화를 위한 교육·보육 환경 개선, 그리고 일-가정양립 사각지대 해소라는 4가지 전략을 채택하였다.

³⁹⁷ BIRDGE는 Building new culture(저출산·고령사회 대응은 문화와 관행을 바꾸는 것이 핵심), Restructuring(만혼추세 완화 핵심 의제화, 미시적 접근에서 거시적 접근으로 개선), Implementation(‘있는 제도’가 ‘실천’되도록 하는 것에 중점), Daddy(아빠의 적극적 육아 참여로 일하는 엄마의 출산율 제고), Going together(민간, 지역, 정부가 함께 고민하고 실천하기), Enlargement(사회구조적 문제, 인구경쟁력, 산업·경제 등으로 대책 범위 확장) 등의 의미를 갖는다.

[그림 4-18] 제3차 저출산·고령사회기본계획 비전, 목표 및 추진전략



자료: 대한민국정부(2016). 『제2차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020)』.

첫 번째 전략은 결혼을 주저하거나 포기하는 사회경제적 원인을 해소하고자 교육기부터 취업 준비를 지원하여 노동시장 참여 기회 확대와 고용 불안정 기간 단축을 돕고, 청년층과 신혼부부의 주거부담을 완화하기 위한 것이다. 세부적인 정책으로 청년들이 조기에 안정적인 일자리를 가질 수 있도록 노동개혁을 통한 청년 일자리 창출,³⁹⁸ 청년 정규직 신규채용 기업에 대한 세제·재정지원 강화, 청년 해외취업 촉진 및 중소기업 근로환경 개선, 일-학습병행제도 확산, 진로지도프로그램 확충 등이 포함되어 있다. 신혼집 마련을 지원하기 위한 세 부 정책으로 학생부부 기숙사 확충, 신혼부부 선호를 고려한 행복주택 특화단지 조성,³⁹⁹ 신혼부부 주택마련자금 대출한도 상향 및 금리 우대, 공공 및 민간 임대주택 확대⁴⁰⁰ 등이 포함되었다. 청년기부터 자산형성을 돕기 위한 대학생 전세임대공급 확대도 포함되었다.

두 번째 전략은 출생·양육에 대한 사회적 책임을 강화하기 위한 것이다. 임신 전부터 출산 후 양육에 이르는 전 단계에서 보건의료뿐만 아니라 경제적 및 사회문화적으로도 보호하기 위한 종합적인 지원체계를 구축하는 것이다. 세부적인 정책으로 행복출산패키지를 도입하여 임신·출산 의료비에 대한 부담을 대폭 경감시키며,⁴⁰¹ 고위험산모 의료비 지원과 분만 취약지 의료지원 확대 등을 통해 안전한 분만환경을 조성하고,⁴⁰² 난임시술에 대한 건강보험 적용과 난임휴가제 도입(3일 무급) 등을 통해 난임부부 종합지원체계를 구축하고,⁴⁰³ 다양한

³⁹⁸ 청년의 기술창업 활성화를 위한 상생서포터즈 청년창업프로그램 등이 신규사업으로 도입되었다.

³⁹⁹ 행복주택사업으로서 50% 이상 투룸형, 아동양육시설이 대폭 확충된 ‘행복주택 신혼부부 특화단지’를 조성(하남시 미사 등 5개 지구)할 계획이며, 이와 관련 2016년도 사업으로 서울특별시 오류동에 800호를 조성할 계획이다.

⁴⁰⁰ 청년·예비부부 주거지원을 강화하기 위하여 결혼 전 공공임대 주택 청약자격 부여, 결혼부부의 주택 마련자금 지원 강화, 신혼부부 전세자금 대출(버팀목 전세자금대출) 한도 상향(수도권 1억→1.2억, 비수도권 0.8억→0.9억), 신혼부부 맞춤형 임대주택 공급 대폭 확대, 신혼부부 전세임대를 평균 공급량(3,000호)보다 확대된 4,000호 공급(향후 5년간 약 2만 호 수준) 등이 제3차 기본계획에 포함되었다.

⁴⁰¹ 임신·출산 의료비 대폭 경감을 위하여 행복출산패키지로서 초음파, 상급병실료 등에 대한 보험 적용, 제왕절개 분만시(약 16만 명) 입원비 본인부담을 20%에서 자연분만과 유사한 수준(10~0%)으로 경감, 국민행복카드 사용 후 남은 잔액을 영유아 대상 예방접종·검사·진료 등에 사용 가능하도록 제도 개선 등이 제3차 저출산·고령사회기 본계획에 주요 정책으로 포함되었다.

⁴⁰² 안전한 분만환경을 조성하기 위한 대책으로 분만 취약지에 대해 임신·출산진료비(국민행복카드) 지원액을 현행 50만 원에서 70만 원으로 증액하고, 취약지·야간분만 가산수가 개선 등을 통해 분만 취약지 발생을 예방할 계획이다. 또한, 산모·신생아 지원 확대의 일환으로 신생아 집중치료 의료비 부담 완화를 위하여 중환자실 등 신생아·영유아 전문시설이 확충될 수 있도록 수가 및 보험기준 체계를 보완하여 지원을 강화하였다.

⁴⁰³ 난임부부 종합지원체계 구축과 관련하여, 「모자보건법」 개정을 통해 난임시술 의료기관 평가, 난임시술 표준

가족에 대한 포용성을 제고하기 위하여 청소년 한부모 아동양육비 상향조정 및 부모의 학습권 지원(청소년 한부모 전용시설 설치) 등을 지원하고,⁴⁰⁴ 차별금지법을 제정하여 비혼·동거 가구에 대한 사회적 수용성을 제고하고,⁴⁰⁵ 태어난 모든 아동이 건강하고 행복하게 성장할 수 있도록 ‘아동 놀 권리 제정’, 아동보호통합관리시스템을 구축하여 안전한 환경을 조성하는 내용을 포함하였다.

세 번째 전략은 자녀양육 부담을 완화하기 위하여 교육·보육 환경을 개선하기 위한 것이다. 세부 정책으로 실질적인 출산을 제고, 영아 성장발달, 여성의 경제활동 촉진(경력단절 방지), 사교육비 경감 및 아동의 안전 등이 가능하도록 돌봄 대상을 확대하고 보육 수요에 따른 맞춤형 지원 체계로 개편하며,⁴⁰⁶ 국공립·공공형·직장어린이집 등 공공성이 높은 어린이집을 확충하고,⁴⁰⁷ 평가인증제도를 수요자 중심 평가제로 전환하여 안심하고 믿을 수 있는 보육·교육 서비스를 제공하고, 사교육비 부담 경감을 위하여 적성에 맞는 진로탐색을 위한 중학교 자유학기제의 전면적 시행과 국가직무표준능력(NCS) 기반 채용 확대를 통해 능력 중심의 사회를 구현하고, 사교육 부담을 경감하기 위하여 「공교육정상화 촉진 및 선행교육 규제에 관한 특별법」 개정과 수능영어절대평가 도입⁴⁰⁸을 추진 등이 포함되었다.

의학적 가이드라인 제정·고시 등 난임시술 전반에 대한 질 관리를 강화하고, 유급 난임휴가를 2017년까지 도입할 계획이다. 또한, 여성건강 증진 강화 차원에서 만 12세 여아대상 자궁경부암 예방접종을 지원하며(최초 생애전환기 여성건강증진의 토대 마련), 자궁경부암 예방접종과 연계하여 산부인과 여성건강상담을 지원하는 ‘(가칭)초경여성 건강 상담서비스’를 도입할 예정이다.

^{404.} 한부모 가족 지원체계를 강화하기 위한 일환으로 상담, 소송, 채권추심 등 원스톱 종합서비스 제공을 통해 한부모가족이 전 배우자로부터 양육비를 손쉽게 받을 수 있도록 지원하고, 임대주택 등 한부모 가족의 주거지원을 확대하고, 전국 단위 미혼모 위탁교육기관 지정을 통해 학생 미혼모의 위탁교육기관 선택권을 확대하여 전학 없이 원적학교에서의 수료를 추진하고, 청소년 한부모와 산부인과 의사의 1대1 멘토제를 실시할 계획이다.

^{405.} 입양가족 양육지원을 확대하기 위하여 입양아 양육지원연령 확대(2015년 만 15세 미만 → 2016년 만 16세 미만) 및 단계적 금액 현실화를 통해 입양가족의 자녀 양육 부담 경감할 계획이다.

^{406.} 「가사근로지원법」 제정 시 등록·관리 대상에 아이돌보미 파견업체를 포함하여 업체의 질 관리와 처우개선을 통한 서비스 질 향상을 도모하고, 대학의 직장어린이집 설치 확대, 육아휴학제도 도입으로 부모 대학(원)생의 학업·육아 병행 여건을 개선하고, 「초·중등교육법」 개정을 통해 초등돌봄교실 법적 근거를 마련하고, 어린이집 평균 이용시간 및 행태 등을 고려하여 맞춤형(6~8시간) 서비스를 신설하는 방안들이 포함되었다.

^{407.} 국공립·공공형·직장어린이집을 확충하여 2025년까지 전체 보육 아동의 45% 이상이 공공성 높은 보육시설을 이용할 수 있도록 개선할 계획이다.

^{408.} 대학별 고사에 대한 선행학습 영향평가 실시, 「공교육정상화촉진및선행교육규제에관한특별법」 개정, 특목고 입학전형에 있어 사교육 유발요인 여부를 점검하기 위하여 ‘고등학교 입학전형 영향평가’ 실시 등이 포함되었다.

네 번째 전략은 일-가정양립 사각지대를 해소하는 것이다. 세부 정책으로 출산휴가와 육아휴직 통합서식을 보급하여 자동육아휴직제가 가능하도록 하고,⁴⁰⁹ 건강보험의 임신·출산 정보 연계 및 데이터 분석을 통해 출산휴가 사용에 대한 자동정보시스템을 구축하고,⁴¹⁰ 가족친화인증기업 확대와 다양한 형태의 근무환경(자기주도 근무시간제, 재택근무 등) 조성을 통해 일-가정양립 실천 분위기를 확산하고,⁴¹¹ 중소기업에 육아휴직 지원금을 확대하고 전국 단위의 대체인력종합지원체계를 구축하고, 아빠의 달⁴¹² 인센티브를 종래 1개월에서 3개월로 확대하고, 육아기 근로시간 단축 활성화하는 내용이 포함되었다.⁴¹³ 중장기적으로는 비정규직·자영업자 등 사각지대, 낮은 임금대체율 등 출산전후휴가·육아휴직제도 보완을 위해 중장기 개편방안 연구 및 공론화를 추진할 계획이다.

나가며

고출산·고사망에서 저출산·저사망으로의 1차 인구전환(the first demographic transition)에 이은 인구대체수준 이하로의 출산을 감소, 즉 제2차 인구전환(the second demographic transition)은 오래전 서구 국가들로부터 출발하여 20세기 중엽에는 한국을 비롯한

⁴⁰⁹ 일·가정양립제도에 대한 이용권을 보장하기 위하여 출산휴가신청서에 육아휴직의사가 없는 경우를 제외하고는 육아휴직 사용이 자동 신청되도록 한 출산휴가·육아휴직 통합서식을 개발·보급하는 것이다.

⁴¹⁰ 스마트 근로감독시스템의 일환으로 출산근로자의 개인별 출산휴가 사용 현황 등 모니터링을 실시하여 출산휴가를 부여하지 않거나 출산·육아휴직기간 중 부당해고 사업장을 수시로 적발 및 처벌하기 위한 것이다. 이외에도 사업장별 모성보호 근로감독체계를 출산근로자 개인별 근로감독체계로 개편, 일·가정양립 취약업종에 대해 육아휴직 사용 촉진 및 복귀보장을 위한 노사정 협력 강화 및 현장 모니터링 실시, 육아휴직 사용률 및 고용유지율이 저조한 5대 타깃 업종을 선정하여 업종별·지역별 일·가정양립 협의체 구축 등이 포함되었다.

⁴¹¹ 일·가정양립이 가능한 근무 환경을 조성하기 위하여 시차출퇴근제, 재택·원격근무 등 유연근무제를 도입하는 중소기업에 대한 ‘(가칭) 일·가정양립 지원사업’이 신설되었다.

⁴¹² 이는 남성의 육아참여를 활성화하기 위한 것으로 동일 자녀에 대해 부모가 순차적으로 육아휴직을 사용하는 경우, 두 번째 사용자의 육아휴직급여를 상향지급(통상임금의 40→100%, 월 상한액 100→150만 원)하는 방안이다. 이외에도 공공기관과 대기업의 선도를 위하여 공공기관 평가에 남성 육아휴직 사용률을 반영할 계획이다.

⁴¹³ 육아휴직 대신 경력유지가 가능한 육아기 근로시간 단축 활성화를 위해 사용기간(1→2년) 및 분할사용횟수(2→3회)을 확대할 계획이다. 또한, 임신기 근로시간 단축제도를 300인 미만 사업장에도 확대·시행할 계획이다.

동아시아 국가 그리고 최근에 동남아시아와 남미 국가들로 확산되고 있다. 이미 1세기 전부터 프랑스는 출산율을 높이는 정책적 노력을 경주하여 왔으며, 이어서 1970년대부터 유럽의 많은 국가들도 본격적으로 노력을 시작하였다. 일본도 1990년대 초부터 출산율 회복을 위한 정책을 시작하였으며, 최근에는 일본 총리가 인구 1억 명 지키기와 합계출산율 1.8명 달성을 국가목표로 설정하였다. 중국에서도 1970년대부터 추진하였던 1자녀정책을 2013년에 1.5자녀(單獨二胎)정책⁴¹⁴ 그리고 2015년부터는 2자녀정책으로 전환하기에 이르렀다. 태국 등 동남아시아 국가들 중 일부도 이미 출산율 회복을 위한 정책을 시작하였다. 이와 같이 출산율이 낮은 또는 최근에 낮아진 국가들이 출산율 회복을 위하여 정책적 노력을 강화하는 이유는 합계출산율이 인구대체수준 이하인 저출산현상이 장기화되면 경제, 국방, 교육, 고용, 사회보장, 금융 등 제 분야에서 부정적인 효과가 급격하게 증가할 것이기 때문이다. 사실 우리나라는 이미 오래전부터 저출산현상을 경험한 유럽국가나 일본 등에 비해서도 훨씬 심각한 인구위기가 예상된다. 우리나라와 같이 합계출산율이 비교적 단기간에 급격하게 낮아지고 합계출산율이 1.3명 미만에서 장기간 지속되는 사례는 동서고금을 통해서도 거의 찾아볼 수 없기 때문이다.

실로 명시적이든 암묵적이든 모든 국가는 장기적인 관점에서 출산율이 인구대체수준에서 안정되기를 희망할 것이다. 합계출산율이 인구대체수준 이상 또는 이하인 두 경우 모두 인구문제가 발생하기 때문이다. 따라서 많은 국가는 출산율이 인구대체수준으로 수렴해 갈 수 있도록 정책적 고려를 하게 된다. 유럽에서 출산율 감소가 1~2세기에 걸쳐 비교적 완만하게 진행된 것과 달리, 한국의 합계출산율이 1960년 6.0명에서 1983년 2.1명(인구대체수준)으로 낮아지는 데 불과 23년이 소요되었다. 불과 20여 년 만에 여성 1명이 평균 4자녀를 덜 낳게 되었으며, 1년마다 평균 0.17명씩 감소하였다. 우리나라는 40여 년의 단기간에 고출산에서 저출산으로 급격하게 이행한 영향으로 미래 인구구조의 불균형이 극심할 것임을 감안하면 인구대체수준으로의 회복이 가능한 빠르게 이루어질 필요가 있다. 그러나 지난 10년간 출산율 회복을 위해 노력하였으나 여전히 초저출산 현상을 벗어나지 못하고 있다.

부부 한 쌍이 하나만 더 낳으면 쉽게 달성할 수 있는 인구대체수준의 합계출산율이 ‘신기

⁴¹⁴ 부모 중 한 사람이 외동이면 두 자녀 출산을 허용하는 정책이다.

루'와 같이 느껴지는 것이 요즈음 우리의 현실이다. 아마 정책입안가를 포함하여 많은 사람들은 과거 출산율 감소추이를 떠올리면서 저출산대책을 시작하기만 하면 곧 출산율이 다시 빠르게 올라갈 것으로 기대했을 것이다. 실제 인구증가억제정책기에는 정부가 책정하였던 합계출산율 감소목표는 항상 조기에 달성하였다.

지난 10년간 출산율 회복 정책에도 불구하고 여전히 초저출산 수준에 머무르는 주된 원인은 정책 자체의 실패라기보다 출산을 꺼리고 실제 포기하게 되는 사회 구조와 문화 그리고 더 나아가 출산율 감소와 병행하여 공고히 형성된 가치관을 몇몇의 정책만으로 바꾸는 데 분명한 한계가 있었기 때문이다. 이는 출산율 반등에 성공한 국가로 자주 언급되고 있는 프랑스와 스웨덴의 사회와 문화, 사람들의 인식 등을 우리와 비교하면 쉽게 이해할 수 있는 대목이기도 하다. 우리가 눈부신 경제성장을 이룩했지만 사회시스템이나 문화 등은 여전히 프랑스, 스웨덴 등과 확연하게 다름을 그 누구도 부인할 수 없을 것이다. 요컨대 우리가 합계출산율을 인구대체수준으로 높이기 위해서는 출산율 반등에 성공한 국가들의 정책만을 보아서는 안 되는 이유이기도 하다.

실로 출산율은 몇몇 정책만으로 회복이 가능한 인구학적인 현상이 아니다. 저출산현상은 장기간에 걸쳐 축적되어 온 사회환경, 경제체제, 가족형태, 문화 등의 변화 산물로서 몇 가지 정책만으로 단기간에 되돌릴 수는 없다. 결국, 정책들은 단기적인 임시방편적인 수단이 아닌 중장기적으로 합리적인 방향으로 사회구조를 개혁하고 문화를 조성하는 데 용이성을 제공하는 역할을 할 수 있어야 한다.

| 참고문헌 |

- 가족계획연구원. (1971). 1971년도 가족계획사업 평가세미나 보고서. 동 기관.
- _____. (1972). 가족계획 제3차 5개년계획(1972-1976). 동 기관.
- _____. (편) (1974). 1974년도 가족계획평가회보고서. 동 기관.
- _____. 1982~1986. 가족계획평가 연구월보. 동 기관.
- 건양대학교 산학협력단. (2010). 농어촌 산부인과 취약지역 도출 및 공급 방안 개발 연구. 동 기관.
- 경제기획원. (1976). 경제개발계획 4차 5개년계획시안. 동 기관.
- _____. (1981). 제5차 경제사회발전 5개년계획(1982-1986) 인구부문 계획(안). 동 기관.
- _____. (1986). 제6차 경제사회발전 5개년계획(1987-1991) 인구부문 계획안. 동 기관.
- 고갑석. (1976). 한국의 가족계획사업. 김선웅 외, 한국의 인구문제와 대책 (pp. 23-55)에서. 한국개발연구원.
- 고용노동부. (2010). 2010년판 고용노동백서. 동 기관.
- 고용노동부. (2011). 2011년판 고용노동백서. 동 기관.
- 고용노동부. (2012). 2012년판 고용노동백서. 동 기관.
- 고용노동부. (2013). 2013년판 고용노동백서. 동 기관.
- _____. (2013). 2014년도 예산 및 기금운용계획 사업 설명자료. 동 기관.
- 고용노동부. (2014). 2014년판 고용노동백서. 동 기관.
- _____. (2014). 2015년도 예산 및 기금운용계획 사업 설명자료. 동 기관.
- _____. (2015). 2015년판 고용노동백서. 동 기관.
- 공세권, 박인화, 권희완. (1981). 한국가족계획사업: 1961-1980. 가족계획연구원.
- 공세권, 조애저, 김승권, 손성희(1992). 한국에서의 가족형성과 출산행태(1991년 전국 출산력 및 가족보건·태조사). 한국보건사회연구원.
- 광장. (2010). 한국의 사회서비스: 도전과 응전. Agora Issue Briefing, 20, 재단법인 광장.
- 교육과학기술부. (2010. 1. 13.). 보도자료: 늦은 시간까지 일하는 맞벌이가정을 위한 - 「야간 돌봄 전담유치원」 시범 운영.
- 교육과학기술부. (2010. 2. 26.). 보도자료: 야간 돌봄 전담유치원 172개원 선정.
- _____. (2011. 2. 28.). 보도자료: 이젠, 자녀 걱정 없이 직장에서 마음 놓고 일하세요!.
- _____. (2011. 9. 14.). 보도자료: 우리 아이 돌봄! 지방자치단체와 학교가 함께 합니다.
- _____. (2011. 9. 15.). 보도자료: 「엄마품 온종일 돌봄교실」 공모 계획.
- _____. (2011. 12. 13.). 보도자료: 저소득층 및 맞벌이가정을 위한 「엄마품 온종일 돌봄교실」운영.
- _____. (2012. 2. 1.). 보도자료: 3월부터 전국 1,700개 「엄마품 온종일 돌봄교실」 운영.
- 교육과학기술부, 경상남도교육청, 육아정책연구소. (2012). 2011-2012 유아교육 연차 보고서. 동 기관.
- 교육과학기술부, 보건복지부. (2011. 7. 14.). 보도자료: 이제 '5세 누리과정'으로 불러주세요-「만5세 공통과

정」명칭공모 결과 발표 -

교육과학기술부, 행정안전부, 보건복지부, 여성가족부. (2012. 10. 19.). 보도자료: 방과후 돌봄서비스 수요자 중심으로 촘촘해진다.

교육부. (2008). 제1주기(2008~2010) 유치원 평가계획. 동 기관.

교육부. (2011). 방과후학교 운영 현황. 동 기관.

_____. (2012). 교육백서. 동 기관.

교육부. (2014). 방과후학교 운영 현황. 동 기관.

_____. (2014. 1. 28.). 보도자료: 안심하고 양육할 수 있는 여건 조성을 위한 초등 방과후 돌봄 확대·연계 운영 계획 발표- '14년 1~2학년 돌봄교실 3,983실 추가 확충.

_____. (2014. 12. 19.). 보도자료: 2015년 초등돌봄교실, 학생·학부모 만족도 향상에 주력.

교육부, 한국교육개발원. (2015). 2015 초등돌봄교실 운영 길라잡이. 동 기관.

구슬이. (2014). 방과후돌봄서비스 평가. 사업평가 14-11(통권 328호). 국회예산정책처.

국가기록원. 인구정책 어제와 오늘 <http://theme.archives.go.kr/>에서 2015. 9. 12. 인출.

국가기록원. (1996). 보건복지부 장관 국무회의 보고자료.

국무총리실, 기획재정부, 교육과학기술부, 행정안전부, 보건복지부. (2012. 1. 18.). 보도자료: 내년 만 3~4세아도 '누리과정(공통과정)' 도입 및 0~2세아에 대한 양육수당 대폭 확대.

국민건강보험공단. (2013). 2012년 건강검진통계연보. 동 기관.

국민건강보험공단 홈페이지. http://hi.nhic.or.kr/aa/ggpaa001/ggpaa001_m04.do.

국민연금공단 홈페이지. www.nps.or.kr.

국세청. (2012). 2012년 근로자를 위한 연말정산 안내. 동 기관.

국토해양부. (2011). 국민주택기금 업무편람. 동 기관.

_____. (2012). 국민주택기금 업무편람. 동 기관.

_____. (2013). 국민주택기금 업무편람. 동 기관.

_____. (2014). 국민주택기금 업무편람. 동 기관.

_____. (2015). 국민주택기금 업무편람. 동 기관.

국회. (2004). 2005 회계연도 여성가족부 소관 세입세출결산 예비비지출승인의건 검토보고서. 동 기관.

국회 보건복지위원회. (2008). 여성가족부 소관 2007년도 결산 및 예비비 승인의 건 검토보고. 동 위원회.

_____. (2012). 보건복지부 소관 2011 회계연도 결산 및 예비비지출 승인의 건 검토보고. 동 위원회.

_____. (2012). 보건복지부 소관 2013년도 예산안 및 기금운용 계획안 검토보고. 동 위원회.

_____. (2013). 보건복지부 소관 2014년도 예산안 및 기금운용 계획안 검토보고. 동 위원회.

_____. (2014). 보건복지부 소관 2013년도 결산 및 예비비 승인의 건 검토보고. 동 위원회.

_____. (2014). 보건복지부 소관 2015 회계연도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고. 동 위원회.

- 국회 예산결산특별위원회. (2012). 2013년도 예산안심사 보고서. <http://likms.assembly.go.kr>에서 2014년 11월 15일 인출.
- 국회예산정책처. (2014). 2015년도 예산안 분야별 분석 I. 동 기관.
- 권호연, 조남훈, 최순. (1974). 서울시 영세민지역 가족계획실태 및 그 보급방안에 관한 조사보고서. 가족계획연구원.
- 근로복지공단. (2013). 2013년도 근로복지공단 통계연보. 동 기관.
- 기획재정부. (2013. 5. 16.). 보도자료: 13년 1/4분기 공공기관 유연근무제 추진현황.
 _____. (2013. 8. 8.). 보도자료: 소득공제 세액공제로 전환... 자녀장려세제 신설.
 _____. (2015. 1. 21.). 보도자료: 자녀, 연금보험료 세액공제 상향조정.
 _____. (2015. 4. 7.). 보도자료: 급여 5500만 원 이하, 세법개정에 따른 세 부담 증가 해소.
 _____. (2015. 5. 12.). 보도자료: 연말정산 보완대책 국회 본회의 통과 관련.
- 기획재정부, 국방부, 보건복지부, 고용부, 여가부, 국토부 합동. (2013. 6. 10.). 보도자료: 일과 가정 양립을 위한 직장어린이집 활성화 방안.
- 김경하, 강임옥, 이정석, 황라일, 김정희, 최광희. (2007). 임출산 관련 의료이용행태 및 비용 분석. 국민건강보험공단.
- 김두섭. (1997). 남녀인구의 성비불균형: 원인과 사회정책적 함의. 권태환 등, 한국 인구구조의 변화와 사회정책적 과제, 인구주택총조사 종합분석사업 보고서(7-1) (pp. 7-43)에서. 대전: 통계청.
- 김민아. (2015. 9. 11.). 최근 5년간 의원급 분만 산부인과 29% 감소. 시사메디IN.
- 김수희. (2008. 11. 20.). 12월~내년 2월 저소득층가정 유치원생 종일반비 지원. 아시아경제.
- 김승권, 김유경, 김혜련, 박종서, 손창균, 최영준, 김연우 등. (2012). 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 한국보건사회연구원.
- 김승권, 조애저, 김유경, 도세록, 이진우. (2006). 2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 한국보건사회연구원.
- 김승권, 조애저, 김유경, 박세경, 이진우. (2004). 2003년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 한국보건사회연구원.
- 김승권, 조애저, 이삼식, 김유경, 송인주. (2000). 2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사. 한국보건사회연구원.
- 김영범. (2001). 경제위기 이후 사회정책의 변화. 한국사회학, 35(1), pp.31-58.
- 김윤. (2014). 4대 중증질환 보장성강화정책의 평가. J Korean Med Assoc, 57, pp.198-203.
- 김은정, 황진구. (2007). 방과후아카데미 효과·만족도 조사. 청소년정책연구원.
- 김종해. (2008). 참여정부의 복지정책 평가: 보육정책. 월간복지동향, 111호.
- 김주수. (1974). 가족계획사업을 추진하기 위한 가족법 개정에 관한 연구. 가족계획연구원.
- 김찬진, 양승주, 오동빈. (1974). 가족계획효율화를 위한 법제연구. 가족계획연구원.

- 김태룡. (1967). 전국 자궁내장치피임보고. 보건사회부.
- 김태현, 장영식. (1994). 우리나라의 장래인구전망과 영성장 인구추계, 한국인구학, 17(1), pp.1-16.
- 김택일. (1988). 한 인구학도의 회고. 한국인구학회지, 11(1), pp. 1-13.
- _____. (1991). 가족계획사업 30년 회고. 인구정책 30년에서. 한국보건사회연구원.
- 김한곤. (1995). 대구·경북지역의 출생 시 성비불균형의 실태와 문제점. 영남대학교 인문과학연구소 인문연구 16(2), pp.253-266.
- 김현숙. (2006). 영유아 보육·교육과 정부의 역할. 한국조세연구원.
- 김혜련. (2011). 국내외 모유수유 추이와 모유수유 증진을 위한 정책방향. 보건복지 Issue & Focus, 제86호.
- 김홍래. (1986). 내무행정을 통한 인구증가억제시책의 추진방향. 1986년도 전국 가족보건사업 평가대회보고서. 한국인구보건연구원.
- 김효섭. (2012. 7. 20.). 보육료 선별적 지원 카드 '만지작'. 서울신문. 11면.
- 노동부. (2002). 노동백서. 동 기관.
- _____. (2003). 노동백서. 동 기관.
- _____. (2004). 노동백서. 동 기관.
- _____. (2005). 노동백서. 동 기관.
- _____. (2006). 노동백서. 동 기관.
- _____. (2007). 노동백서. 동 기관.
- _____. (2008). 노동백서. 동 기관.
- _____. (2009). 노동백서. 동 기관.
- 농림수산식품부. (2012). 소관부처 예산. 동 기관.
- 농림축산식품부. (2013). 소관부처 예산. 동 기관.
- _____. (2013). 예산 및 기금사업 계획 개요. 동 기관.
- _____. (2014). 소관부처 예산. 동 기관.
- _____. (2014). 예산 및 기금사업 계획 개요. 동 기관.
- _____. (2015). 예산 및 기금사업 계획 개요. 동 기관.
- 대구지방법원 2014.4.4. 선고 2013구합2336 판결 [과징금부과처분취소등] 선고. 대한민국 법원 종합법률 정보 <http://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intesrch>.
- 대법원 2014.6.12. 선고 2012두28032 판결 [보조금반환처분취소등], 2012두10106 판결 [보조금반환처분취소등], 2013두23423 판결 [보조금반환명령처분취소등] 선고. 대한민국 법원 종합법률 정보 <http://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intesrch>.
- 대통령자문 고령화 및 미래사회위원회. (2004). 육아지원정책방안. 동 위원회.
- _____. (2005). 제2차 육아지원정책방안. 동 위원회.
- 대한민국정부. (2006). 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010). 동 기관.

- _____. (2008). 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010). 보완판. 동 기관.
- _____. (2010). 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015). 동 기관.
- _____. (2015). 제2차 저출산·고령사회기본계획 2015년도 시행계획. 동 기관.
- 대학신문. 2004. 퇴임교수-이시백교수 인터뷰. 서울대학교 대학신문사 2004년 2월 21일자 기사.
- 대한가족계획협회. (1975). 한국가족계획십년사. 동 협회.
- _____. (1983). 가족계획협회 20년사. 동 협회.
- 매일신문사 인구조사회. (1975). 일본의 인구문제. 동 기관.
- 매일경제. (2010. 9. 28.). '직장 내 유치원' 이르면 10월부터 허용. 매일경제.
- 문무경, 이세원. (2007). 유치원 유아기본보조금 시범사업 평가. 육아정책연구소.
- 문현상, 이임진, 오영희, 이상영. (1989). 1988년 전국 출산력 및 가족보건실태조사. 한국인구보건연구원.
- 문현상, 한성현, 최돈. (1972). 출산력과 가족계획: 1971년 출산력 및 인공임신중절조사보고. 가족계획연구원.
- 문현상, 함희순, 신성희. (1982). 1982년 전국가족보건실태조사보고. 한국인구보건연구원.
- 박기백, 김현숙, 김우철, 김형준, 손영민. (2005). 표준보육·교육단가 및 적정부담수준에 관한 연구. 여성부.
- 박병태, 최병목, 권호연. (1978). 1976년도 전국출산력 및 가족계획실태조사. 가족계획연구원.
- 박원순. (2015). 신생아의 건강보장을 위한 의료체계 개선방향. 대한민국의학한림원 주최 '저출산 극복을 위한 의료계의 제언' 학술포럼 발표자료.
- 박정환. (2006). 정부의 제1차 저출산·고령사회 기본계획과 모자보건학회의 참여방안. 한국보자보건학회 학술대회연제집, 2006년 11월. pp.17-32.
- 박재빈, 조남훈. (1994). 우리나라의 성선호와 성비 불균형에 관한 분석. 한국인구학, 17(1), pp.87-114.
- _____. 2015a. 인구정책심의위원회규정. [시행 1982.4.30.] [대통령령 제10810호, 1982.4.30., 일부개정]. 법제처 국가법령정보센터.
- _____. 2015b. 인구정책심의위원회규정등폐지령.(1990). [시행 1990.5.3.] [대통령령 제12999호, 1990.5.3., 일괄폐지]. 법제처 국가법령정보센터.
- 보건복지가족부. (2008). 2008 보육통계. 동 기관.
- _____. (2008). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2008). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2009). 2009 보육통계. 동 기관.
- _____. (2009). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2009). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2009). 소관부서 예산 및 자금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2009. 5. 6.). 보도자료: 7월부터 보육시설 미이용 저소득 아동(0~1세)에게 양육수당 지원.
- 보건복지부. (1995). 보건복지백서. 동 기관.
- _____. (1996). 향후 인구정책 추진. 1996년 6월 4일 국무회의보고자료.

- _____. (1997). 보건복지백서. 동 기관.
- _____. (2001. 8. 7.). 보도자료: 보육사업 종합발전계획(안) 마련.
- _____. (2001). 2001 보육통계. 동 기관.
- _____. (2002). 2002 보육통계. 동 기관.
- _____. (2003). 2003 보육통계. 동 기관.
- _____. (2003). 2004년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2003). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2003. 1. 29.). 보도자료: 보육시설과 가정의 양육지원체계 마련 - 중앙 및 지역 보육정보망 강화 추진.
- _____. (2004). 2004 보육통계. 동 기관.
- _____. (2004). 2005년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2004). 보건복지백서. 동 기관.
- _____. (2004). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2004). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2005). 2005 보육통계. 동 기관.
- _____. (2005). 2006년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2005). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2005). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2006). 2006년도 불임부부지원사업안내. 동 기관.
- _____. (2006). 2006 보육통계. 동 기관.
- _____. (2006). 2007년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2006). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2006). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2007). 2007 보육통계. 동 기관.
- _____. (2007). 2008년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2007). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2007). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2010). 2010 보육통계. 동 기관.
- _____. (2010). 2001년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2010). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2010). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2010. 8. 19.). 보도자료: 산후조리원 2주간 이용비용 최소 64만원, 최대 1200만원.
- _____. (2010. 8. 20.). 보도자료: 더욱 간간해진 어린이집 평가인증 -제2차 평가인증 결과 첫 발표-.

- _____. (2011). 2011 보육통계. 동 기관.
- _____. (2011). 2012년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2011). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2011). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2011. 4 27.). 보도자료: 민간 어린이집이 우수한 어린이집으로 거듭나는 길!: 공공형·자율형 어린이집 시범사업 계획안 공청회 개최-.
- _____. (2012). 2012 보육통계. 동 기관.
- _____. (2012). 2013년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2012). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2012). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2012. 8. 30.). 보도자료: 농어촌 양육수당 재신청 안내.
- _____. (2013). 2013 보육통계. 동 기관.
- _____. (2013). 2014년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2013). 보건복지백서. 동 기관.
- _____. (2013). 보건복지통계연보. 동 기관.
- _____. (2013). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2013). 전국 지역아동센터 실태조사 보고서. 동 기관.
- _____. (2013. 1. 14.). 보도자료: 보육시설 평가인증제 기본계획 발표 및 도입 준비 본격화.
- _____. (2013. 1. 31.). 보도자료: 직장어린이집 설치 의무 미이행 사업장 명단 최초 공표.
- _____. (2013. 9. 5.). 보도자료: 어린이집 평가인증 세부결과 이제 아이사랑보육포털에서 확인하세요!.
- _____. (2014). 2014 보육통계. 동 기관.
- _____. (2014). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2014. 7. 4.). 보도자료: 영유아보육법·시행령·시행규칙 및 보육지침 개정·시행.
- _____. (2015). 보육사업안내. 동 기관.
- _____. (2015. 1. 8.). 보도자료: 과도한 어린이집 입소대기신청 사라진다- 어린이집 입소대기관리시스템 기능개선 추진-.
- _____. (2015. 3. 18.). 보도자료: 집 근처에서 보다 편리하게 시간제보육 서비스를 이용하세요!.
- _____. (2015. 4. 30.). 보도자료: 정부기관 기업 학교 등 직장어린이집 설치 증가.
- _____. (2015. 6. 30.). 보도자료: 7.1일부터 고위험 임신부의 입원진료비 부담이 줄어듭니다.
- 보건복지부 마음더하기 정책포털. <http://momplus.mw.go.kr>.
- 보건복지부, 노동부, 여성부. (2002. 3. 6.). 보도자료: 젊은 맞벌이부부의 육아문제 획기적 해결을 위한 범정부차원의 보육종합대책 마련.
- 보건복지부, 한국보육진흥원. (2015), 어린이집 평가인증 안내: 3차 지표 시범사업용. 동 기관.

- 보건사회부. (1966). 전국 가족계획실태조사보고. 동 기관.
- _____. (1966). 한국가족계획사업. 동 기관.
- _____. (1985). 가족보건사업참고자료. 동 기관.
- 보건사회부, 한국보건사회연구원. (1994). 인구개발에 관한 국제회의(ICPD) 귀국보고서. 동 기관.
- 부산대학교 인구 및 인력문제연구소. (1972). 사업장 가족계획사업 기초조사보고서. 노동청.
- 서문희, 김온기, 김명순, 서영숙, 이완정, 서소정 등. (2009). 보육시설 평가인증 시행의 평가와 추진방안 연구. 보건복지부·육아정책개발센터.
- 서문희, 양미선. (2014). 시간제보육 시범사업의 성과와 과제. 한국보육진흥원·육아정책연구소.
- 서문희, 양미선, 이정원, 김온기, 원종욱, 송신영. (2013). 보육시설 평가인증 중장기 발전방안, 보건복지부 육아정책연구소.
- 서문희, 최혜선. (2007). 영아 양육지원 종합대책 지원방안. 육아정책개발센터.
- 서문희, 최혜선. (2010). 2010 보육정책의 성과와 과제. 육아정책연구소.
- 서상목. (2015). 인구정책의 과거, 현재 그리고 미래. 저출산 추세 반전을 위한 근본적 해법의 모색을 위한 세미나에서 발표된 기조연설. 서울.
- 서울대사회복지연구소(2006). 아동백서, 중장기 아동정책 및 국가행동계획 연구. 보건복지부·서울대사회복지연구소.
- 송건용·한성현(1974). 전국가족계획 및 출산력조사: 종합보고. 가족계획연구원.
- 송다영. (2013). 여성주의 관점에서 본 생애주기별 복지와 돌봄 패러다임. 페미니즘 연구, 13(1), pp.93-129.
- 송창규, 고진수, 오문완, 이강성, 이승길, 김재훈. (2004). 근로시간의 유연화 방안에 관한 연구. 노동부·한국근로기준협회.
- 시정일보. (2010. 9. 28.). 성동구, 신생아 탠덤매스검사 무료실시. 시정일보.
- 신손문. (2010). 신생아 청각선별검사 지침. 대한소아과학회.
- 아동복지법 [시행 2004.7.30.] [법률 제7143호, 2004.1.29., 일부개정]
- _____ 시행령 [시행 2005.11.16.] [대통령령 제19134호, 2005.11.16., 일부개정]
- _____ 시행령 [시행 2012.8.5.] [대통령령 제24018호, 2012.8.3., 전부개정]
- 아이돌봄지원법 [시행 2012.8.2.] [법률 제11288호, 2012.2.1., 제정]
- _____ [시행 2013.11.29.] [법률 제11833호, 2013.5.28., 일부개정]
- 아이사랑보육포털. www.childcare.go.kr.
- 양미선, 서문희, 김정민. (2014). 어린이집 이용자 만족도 조사. 보건복지부 육아정책연구소.
- 양재모. (1986). 우리나라 인구정책의 종합분석. 한국인구학회지. 9(1), pp.1-13.
- _____. (1991). 가족계획사업 30년 회고. 인구정책 30년에서. 한국보건사회연구원.
- 여성부. (2004). 2004년도 여성부 소관부서 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.

- _____. (2005). 청소년백서. 동 기관.
- _____. (2007). 2008년도 여성부 소관부서 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2008). 2009년도 여성부 소관부서 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2008). 청소년백서. 동 기관.
- _____. (2009). 2010년도 여성부 소관부서 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2009). 청소년백서. 동 기관.
- _____. (2010). 청소년백서. 동 기관.
- 여성가족부. (2005. 7. 27.). 보도자료: 보육시설 종사자의 경력관리를 시·군·구청장이 하게 됩니다.
- _____. (2005. 4. 21.). 보도자료: 보육교사 자격증을 국가에서 발급하고 국가에서 관리하게 됩니다.
- _____. (2005. 8. 17.). 보도자료: 국공립보육시설 확충관련 지방설명회 개최.
- _____. (2005. 9. 13.). 보도자료: 국민임대주택 단지 내 국공립보육시설 늘어난다.
- _____. (2005. 12. 25.). 보도자료: 627개 보육시설 첫 평가인증.
- _____. (2005). 2006년도 여성가족부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2006). 중장기 보육발전 계획안: 새싹 플랜. 동 기관.
- _____. (2006). 청소년백서. 동 기관.
- _____. (2006. 1. 3.). 보도자료: 도시 공원내 국공립보육시설 설치 가능.
- _____. (2006. 2. 16.). 보도자료: 제1차 중장기 보육계획(안) 공청회 개최.
- _____. (2006. 3. 8.). 보도자료: 주공 임대아파트內 첫 국공립보육시설 개원.
- _____. (2006. 4. 18.). 보도자료: 학교 설립시 국공립보육시설 함께 설치.
- _____. (2006. 6. 21.). 보도자료: 긴급상황 발생시 아이를 돌봐드립니다.
- _____. (2007). 2008년도 여성가족부 소관부서 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2007). 청소년백서. 동 기관.
- _____. (2007. 5. 4.). 보도자료: 대학내 국공립보육시설 첫 개원.
- _____. (2007. 5. 9.). 보도자료: 여성가족부-국방부, 영유아 보육시설 설치·운영 협약식.
- _____. (2010). 2012년도 여성가족부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2012). 2013년도 여성가족부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2011). 청소년백서. 동 기관.
- _____. (2012). 청소년백서. 동 기관.
- _____. (2012. 12. 4.). 보도자료: 아이돌봄 서비스 이용자 만족도 매년 상승.
- _____. (2013). 2014년도 여성가족부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2013). 청소년백서. 동 기관.
- _____. (2013. 9 13.). 보도자료: 온 마을이 함께 자녀를 양육하는 공동육아나눔터.
- _____. (2014). 2014년 아이돌봄지원사업 지침. 동 기관.

- _____. (2014). 2015년도 여성가족부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요. 동 기관.
- _____. (2015). 2015 가족친화인증기업·기관 우수사례집. 가족이 행복한 즐거운 일터. 동 기관.
- 영유아보육법 [시행 2006.3.30.] [법률 제7785호, 2005.12.29., 일부개정]
- _____. [시행 2012.7.1.] [법률 제11144호, 2011.12.31., 일부개정]
- _____. [시행 2013.12.5.] [법률 제11858호, 2013.6.4., 일부개정]
- _____. [시행 2015.1.1.] [법률 제12619호, 2015.5.20., 일부개정]
- _____. 시행령 [시행 2011.12.8.] [대통령령 제23356호, 2011.12.8., 일부개정]
- _____. 시행령 [시행 2012.7.1.] [대통령령 제23909호, 2012.6.29., 일부개정]
- _____. 시행규칙 [시행 2011.12.8.] [보건복지부령 제92호, 2011.12.8., 일부개정]
- _____. 시행규칙 [시행 2015.1.28.] [보건복지부령 제303호, 2015.1.28., 일부개정]
- 유헌준. (2010). 우리나라 빈곤변화 추이와 요인분석. KDI 정책포럼, 제215호.
- 유아교육법 [시행 2005.1.30.] [법률 제7120호, 2004.1.29., 제정]
- _____. [시행 2010.3.24.] [법률 제10176호, 2010.3.24., 일부개정]
- _____. [시행 2012.4.27.] [법률 제11218호, 2012.1.26., 일부개정]
- _____. 시행령 [시행 2010.5.31.] [대통령령 제22174호, 2010.5.31., 일부개정]
- 유아교육진흥법 [법률 제5567호, 1998.9.17.]
- 유해미, 서문희, 한유미, 김문정. (2011). 영아 양육비용 지원정책의 효과와 개선방안: 양육수당을 중심으로. 육아정책연구소.
- 유희정, 이은해, 황영자, 이옥, 김명순, 전해순, 이완정 등. (2003). 보육시설 평가인증제도 모형 개발. 보건복지부·한국여성개발원.
- 육아정책연구소. (2013). 2012-2013 유아교육 연차보고서(mimeo). 동 기관.
- 윤광원. (2011). 대한민국 금융 잔혹사. 비전코리아.
- 윤종주. (1975). 서울시 인구가입에 관한 연구. 서울여자대학교 출판부.
- 윤홍식. (2007). 노르딕 4개국 가족정책의 보편성과 상이성: 아동보육과 돌봄 관련 휴가 정책을 중심으로. 한국사회복지학, 59(2), pp.327-354.
- 윤홍식. (2010a). 복지국가를 위한 한국사회의 새로운 과제, 사회서비스: 사회서비스를 둘러싼 논란을 중심으로. 김운태 편, 한국복지국가의 전망: 새로운 도전, 새로운 대안(pp. 177-210)에서. 서울: 한울.
- 윤홍식. (2010b). 저출산 대응정책 예산의 현실과 재원확대의 과제. 제2차 저출산고령사회 기본계획, 무엇을 담아야하나? 성공적인 저출산고령사회 대응을 위한 재원확보 방안 제9차 토론회. 서울: 한국보건사회연구원.
- 윤홍식. (2014). 박근혜정부의 가족정책과 성, 계층 불평등의 확대. 경제와 사회, 101, pp.87-116.
- 윤홍식, 송다영, 김인숙. (2011). 가족정책: 복지국가의 새로운 전망. 서울: 공동체.
- 윤홍식, 조막래. (2007). 남성일인생계부양자가구와 이인생계부양자가구의 소득특성과 빈곤실태. 가족과

문화, 19(4), pp.131-162.

은기수, 전광희, 윤홍식, 김수정. (2005). 외국 저출산 대응정책 효과성 분석 및 우리나라 도입방안 연구. 보건복지부.

은백린, 문진수, 은소희, 이해경, 신순문, 성인경, 정희정. (2010). 현행 영유아 및 소아청소년 건강검진제도의 평가 및 대안. Korean Journal of Pediatrics, 53(3), pp.300-306.

이덕용, 남정호. (2015. 9. 14.). 이동환 교수 “텐트 매스 선별 검사, 2018년 건강보험 적용”. 월간 메디칼리뷰.

이삼식. (2007). 아동수당 등 직접적 현금지원 확대방안. '저출산·고령사회위원회' 발족 2주년 기념세미나. 저출산·고령사회위원회.

이삼식. (2015. 2. 6.). 대통령직속 저출산고령사회위원회 발표자료.

이삼식, 박종서, 최효진, 김윤경. (2009). 출산축하금 실태와 정책방향. 보건복지가족부·한국보건사회연구원.

이삼식, 신인철, 조남훈, 김희경, 정운선, 최은영, 황나미 등. (2005). 저출산 원인 및 종합대책 연구. '저출산·고령사회위원회'·보건복지부·한국보건사회연구원.

이삼식, 이지혜. (2015). 초저출산 지속의 원인과 정책과제. 한국보건사회연구원.

이삼식, 이지혜, 김세진. (2013). 2013년도 저출산·고령사회정책 성과평가 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

이삼식, 윤홍식, 최효진, 이지혜. (2009). 2009년 지방자치단체 저출산 컨설팅 보고서. 한국보건사회연구원.

이삼식, 정운선, 김희경, 최은영, 박세경, 조남훈, 신인철 등. (2005). 2005년도 전국 결혼 및 출산 동향조사. 한국보건사회연구원.

이삼식, 정경희, 서문희, 윤석명, 방하남, 김혜원 등. (2010). 향후 5년간 추진할 저출산·고령사회 핵심 연구과제. 한국보건사회연구원.

이삼식, 조남훈. (2000). 인구개발에 관한 유엔 행동강령의 추진실태와 발전방향. 한국보건사회연구원.

이삼식, 최효진. (편). (2014). 초저출산·초고령사회 위험과 대응전략. 한국보건사회연구원.

이삼식, 최효진, 오영희, 서문희, 박세경, 도세록. (2009). 전국 결혼 및 출산 동향 조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

이삼식, 최효진, 윤홍식, 오상훈. (2012). 미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안. 한국보건사회연구원.

이상림, 박지연, 안이수, 김근영. (2013). 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안. 한국보건사회연구원.

이시백. (1992). 저출산 시대의 인구정책. 보건학논집, 29(1), pp.7-22.

인구보건복지협회. (2012). 인구보건복지협회50년사. 동 협회.

장경식. (1971). 우리나라의 가족계획사업. 가족계획연구원, 1971년도 가족계획사업 평가세미나 보고서(pp. 9-24)에서. 가족계획연구원.

장명림, 양유진. (2013). 제3주기 유치원 평가 개선방안 연구. 육아정책연구소.

장영식, 조남훈, 문현상, 변용찬, 오영희. (1996). 신인구추계에 의한 인구규모 및 구조변동과 정책과제, 한국

보건사회연구원.

장지섭, 김정태. (1981). 보건요원 실태조사 보고서. 한국인구보건연구원.

저출산·고령사회기본법. [시행 2005.9.1.] [법률 제7496호, 2005.5.18., 제정]

저출산고령화대책연석회의. (2006). 저출산 고령화대책 연석회의 사회협약 백서. 국무조정실 저출산·고령화 대책연석회의지원단.

전광희. (2002). 출산력. 김두섭, 박상태, 은기수(편), 한국의 인구에서. 통계청.

전광희. (2006). 저출산고령사회의 도래와 21세기 적정인구정책의 모색. 이재열 등, 삶의 질과 지속가능한 발전-역동적 균형과 한국의 미래 (pp.49-106)에서. 나남출판사.

정부부처 합동. (2014). 2014 청소년정책기본계획시행계획(중앙). 동 기관.

정책기획위원회. (2007). 대한민국의 미래 비전과 전략. 동 위원회.

조대희, 문현상, 이임전, 조남훈, 고갑석, 김응석, 이시백 등. (1985). 1985년 출산력 및 가족보건실태조사. 한국인구보건연구원.

조남훈, 김승권, 조애저, 장영식, 오영희. (1997). 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사. 한국보건사회연구원.

조남훈, 김일현, 서문희, 장영식. (1989). 최근의 인구정책동향과 전망. 한국인구보건연구원.

조남훈, 김태현, 이삼식, 오영희, 김용현, 김정석, 구성열 외. (2006). 저출산고령사회 기본계획의 이해. 한국 보건사회연구원.

조남훈, 장영식, 한영자, 박주문, 김승권. (1988). 가족계획사업 관리개론. 한국인구보건연구원.

조남훈, 홍문식, 이상영, 장영식. (1996). 저출산시대의 인구문제와 정책과제. 한국보건사회연구원.

조병구, 조운영, 김우중, 김주봉. (2007). 기본보조금 지원 사업. 한국개발연구원.

조세특례제한법 [시행 2011.1.1.] [법률 제10406호, 2010.12.27., 일부개정]

조진서. (2014. 9. 10.). 모두가 불만인 무상보육, 대안은 없나. 동아일보. A10면.

주택도시시기금 홈페이지 nhuf.molit.go.kr.

지방세특례제한법 [법률 제14198호, 2016.5.29., 타법개정].

초·중등교육법 시행령 [대통령령 제1564호, 1998.2.28.]

최은영. (2010). 한국 아동양육의 난맥상: 양육수당의 문제점. 월간 복지동향, 143, pp.4-7.

통계청. (1996). 장래인구추계: 1996-2035. 통계청 인구동향과.

_____. (2006). 장래인구추계: 2000-2050. 통계청 인구동향과.

_____. (2010). 출산 및 육아휴직 현황. 동 기관.

_____. (2014). 2014년 사회조사. 동 기관.

_____. (2015). e-나라지표: 남성대비 여성 임금비율 <http://www.index.go.kr>

_____. (2015). e-나라지표: 진학률 및 취학률 <http://www.index.go.kr>

_____. 각 연도. 인구동태통계연보. 동 기관.

_____. 각 연도. 인구동향조사. 동 기관.

_____. 각 연도. 총인구조사. 동 기관.

포스터 및 기념우표 참고자료. 서울신문 2014.12.13. “정관수술, 과연 정력에 이상 있나?” 기사 내 사진 참고자료(<http://www.seoul.co.kr//news/newsView.php?code=seoul&id=20141213500051&keyword=가족계획>); 디자인하우스 2008년 11월호. “〈한국의 시각문화와 디자인 40년〉전과 〈한국 포스터 100년전〉” 기사 내 사진 참고자료 (http://mdesign.designhouse.co.kr/article/article_view/101/45920); 고성 인터넷뉴스 2008.7.21. “가족계획 변천사” 기사 내 참고자료 (<http://www.gsinews.co.kr/Gosung/contents/001012/5414>); http://w.parkbongpal.com/bbs/board.php?bo_tableB01&wr_id=165707&sca=%C0%C7%B7%E1.%BA%B9%C1%F6&page=5); http://w.parkbongpal.com/bbs/board.php?bo_tableB01&wr_id=165714&sca=%C0%C7%B7%E1.%BA%B9%C1%F6&page=5); 보건복지부 내부자료.

표갑수, 김형식, 지성애, 허선, 백선희. (1998). 보육인력의 수급 적절성 및 전문성에 대한 평가. 변용찬, 서문희, 이상현, 임유경. (1998). 보육시설확충 3개년 계획 평가에 관한 연구에서. 한국보건사회연구원. 하연희, 문명제. (2007). 정책목표의 변화에 따른 정책도구의 전략적 선택과 효과: 우리나라 인구정책을 중심으로. 정부학연구, 13(2), pp.75-106.

한국건강가정진흥원. (2012). 2011 이돌봄지원사업 결과보고서. 동 기관.

한국건강가정진흥원. (2013). 2012 아이돌봄지원사업 결과보고서. 동 기관.

한국건강가정진흥원. (2014). 2013 아이돌봄지원사업 결과보고서. 동 기관.

한국경제 60년사 편찬위원회. (2015). 한국경제 60년사, 기획재정부.

한국보건복지정보개발원. (2014). 어린이집 현황 자료. 동 기관.

한국보건사회연구원. (1991). 인구정책 30년. 동 기관.

_____. (1994). (대외비) 인구정책발전실무위원회 회의자료. 회의일자 1994년 12월 29일.

한국보육진흥원 홈페이지. www.kcpi.or.kr.

한국은행. (2010). 산업연관표-국회예산정책처, 2010년 예산안 분석II. 한국은행.

한국인구보건연구원. 1969~1987. 연도별 정부지원 피임시술수용자 쿠폰분석자료. 동 기관.

_____. 1980~1993. 전국 가족보건평가 세미나보고서. 동 기관.

_____. 1982~1986. 가족계획평가 연구월보. 동 기관.

한국인구학회. (2006). 인구정책, 한국인구대사전. 통계청.

한대우. (1977). 행정관리의 과학적접근: 가족계획사업행정의 이론과 사례. 가족계획연구원.

한성현. (1973). 인공임신중절에 관한 연구. 가족계획연구원.

홍문식, 장영식, 조남훈, 이상영. (1995). 인구정책의 추진체계조정 인구규모 및 구조변동에 따른 정책과제와 대응방안. 한국보건사회연구원.

홍문식, 이상영, 장영식, 오영희, 계훈방. (1994). 1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사. 한국보건사회연

구원.

홍문식, 이임전, 이상영. (1990). 인공임신중절실태에 관한 연구. 한국보건사회연구원.

황나미. (2003). 우리나라 불임 및 불임관련 의료이용실태와 문제해결을 위한 연구. 한국보건사회연구원·건강증진기금사업지원단.

황나미. (2008). 건강한 생의 출발을 위한 모성 및 영유아 건강증진정책 방향. 『보건복지포럼』 7월호.

황나미, 채수미, 박승미, 장인순, 김지연. (2014). 2013년도 난임부부 지원사업 결과분석 및 인공수정 급여화 방안. 한국보건사회연구원.

황진구, 김희진. (2013). 지역아동센터 이용아동의 만족도 변화에 관한 연구. 한국청소년정책연구원.

Anttonen, Anneli. & Jorma, Sipilä. (2008). Universalism: and idea and principle in social policy. Unpublished document. http://nova.no/asset/3723/1/3723_1.pdf.

Bauman, Zygmunt. (2010). 새로운 빈곤: 노동, 소비주의 그리고 뉴 푸어. (이수영). 서울: 천지인. (원서출판 2004)

Brackett J.W., R.T. Ravenholt and J.C. Chao. (1978). The Role of Family Planning in Recent Rapid Fertility Declines in Developing Countries. *Studies in Family Planning*, 9(12), pp. 314-323.

Cho, Nam-Hoon. (1996). *Achievement and Challenges of the Population Policy in Korea*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.

Coale, Ansley. (1973). *The Demographic Transition Reconsidered*. Paper presented at the Conference of the International Union for the Scientific Study of Population. Liege, Belgium.

D'Addio, A. C. & Marco Mira d'Ercole. (2005). Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role of Policies. *Social, Employment and Migration Working Paper*, 27. Paris: OECD.

Davis, K. (1967). Population Policy: Will Current Programmes Succeed?. *Science*, 158 (10), pp. 730-39.

Donaldson, Peter J. & Nichols, Douglas J. (1978). The Changing Tempo of fertility in Korea. *Population Studies*, 32(2), pp. 231-49.

Eun, Ki-Soo. (2006). Understanding Recent Fertility Decline in Korea. *The Japanese Journal of Population*, 1, pp.578-95.

Freyman, Maye W. (1966). Organizational Strucutre in Family Planning Programs. In Berlelson, Nernard, Anderson., Richmond K. M.D., Harkavy, Oscar., Maier, John M.D.,

- Mauldin, W. Parker. and Segal, Sheldon J. (1966). *Family Planning and Population Programs*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gauthier, A. H. (2001). *The Impact of Public Policies on Families and Demographic Behavior*. Paper presented at the ESF/EURESCO Conference. Bad Herrenalb, June.
- Haataja, A. & Valaste, M. (2012). Cutting child home care allowance in Finland?. *ESPAnet anniversary conference in Edinburgh*, pp.6-8.
- Hall, Stuart. & Hobsbawm, E. (1999). 제3의 길은 없다 (노대명 역). 서울: 당대.
- Henriken, H. & H. Holter. (1978). Norway. In Kamerman, S. B. and A. J. Kahn. (eds.). *Family policy: Government and families in fourteen countries* (pp. 49-67). New York: Columbia University Press.
- Hiilamo, H. and O. Kangas. (2003). Trap for women or freedom to choose?: Child home care allowance in Finnish and Swedish political rhetoric. Paper for the inaugural *ESPAnet conference "Changing European Societies-The role for social policy"* Organized by the Danish National Institute of Social Research Copenhagen, 13-15 November 2003.
- Jun, Kwang-Hee. (2005). The Transition to Sub-replacement Fertility in Korea: Implications and Prospects for Population Policy. *The Japanese Journal of Population*, 3(1). pp. 26-57.
- Kim, T. I. (1966). Basic steps in development of the ten year family planning program in Korea. Unpublished.
- Kim, T. I., John A. Ross and George C. Worth. (1972). *The Korean National Family Planning Program*. New York: The Population Council.
- Kim, T. I. & J. A. Ross. (1972). Korean Breakthrough. In Warren C. Robinson and John A. Ross.. *The Global family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington D. C.: The World Bank.
- Koh, K. S. & D. G. Nichols. (1977). *The Measurement of the Impact of National Family Plannig Program on Fertility in Korea*. Seoul: Koran Institute for Family Planning.(unpublished mimeo)
- May, John. (2012). *World Population Policies: Their Origin, Evolution, and Impact*. New York: Springer.
- Nortman, Dorothy. (1974). *Population and family Planning Program: A Factbook* (6th ed.). New York: The Population Council.
- Bennett, John & Tayler, Collette P. (2006). *Start Strong II. Early childhood education and care*. Paris: OECD.

- OECD. (2006). Taxing Wages 2004/2005. OECD.
- OECD. (2011). Taxing Wages 2009-2010. OECD.
- OECD. (2013). *Government at a Glance 2013*. <http://www.oecd.org/gov/govata-glance.htm>에서 2015.3.12. 인출.
- _____. (2015). *Social Expenditure Database*, Paris: OECD. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOEX_AGG에서 2015.3.12. 인출.
- Rogers, E. M. (1973). *Communication Strategies for Family Planning*. Free Press: N. Y.
- Rosen, S. (1995). Public employment, taxes and the welfare state in Sweden. Working Paper No. 106. Center for the study of the economy and the state.
- Seeleib-Kaiser, M. (2010). Socio-Economic Change, Party Competition and Intra-Party Conflict: The Family Policy of the Grand Coalition. *German Politics*, 19(3-4), pp.416-428.
- Sinding, Steven. (2007). Overview and Perspective. *The Global family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington D. C.: The World Bank.
- Taylor-Gooby, P. (Ed) (2004). New Risks and Social Change. *New Risks, New Welfare*, pp.1-28. New York: Oxford University Press.
- The Population Problem Research Council. (1975). *Summary of the 13th National Survey on Family Planning*, Tokyo: Author.
- UNFPA. (2013). *Population Dynamics in the Post-2015 Development Agenda*. New York: Author.
- _____. (2014). *The State of World Population 2014*. New York: Author.
- _____. (2015). *International Conference on Population and Development*. United Nations Population Fund. from [http://www/unfpa.org](http://www.unfpa.org).
- United Nations. (2015). *Global Review and Inventory of Population Policies(GRIPP) Database*. New York: Author.
- Robinson, Warren C. & Ross, John A. (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and programs*. Washington D. C.:The World Bank.
- Watson, W. B. (1971). 한국가족계획사업이 직면한 인구학적 제 문제. 가족계획연구원, 1971년도 가족계획사업평가세미나보고서(pp. 117-123)에서. 가족계획연구원.
- Yoon, H. (2010). Poverty and new social risks in Korea: Family and labor market status.

Paper for the 8th Annual ESPAnet Conference in Budapest, Hungary, 2-4 September 2010. Stream No. 2.1C "Poverty and Social Exclusion."

Yoon, H. and Chung, S. (2009). A comparison between conservative welfare states and Korean childcare policy, 1993-2003: A discussion of defamilization and familization. *Asian Women*, 25(3), pp.1-30.

부록



■ 연혁

인구증가억제정책기(1962~1995)

- 1960.12. 인구주택 국세조사 실시
- 1961.04. 사단법인 대한가족계획협회 설립
- 1961.04. 제2회 국세조사 결과 발표(총인구 2,499만 명, 과거 5년 인구성장률 2.88%)
- 1961.07. 재건국민운동본부, 모자보건과 가정안정사업을 운동 목표에 추가
- 1961.11. 국가재건최고회의, 가족계획사업을 국가시책으로 채택
- 1961.11. 보건사회부, 의사·조산원·간호원 등 대상 가족계획 지도자강습회 실시
- 1961.12. 국가재건최고회의 의장, 가족계획지원 담화발표
- 1962.01. 정부, 제1차 경제발전5개년계획 발표
- 1962.01. 정부, 가족계획심의위원회 규정(각령 제377호) 공포
- 1962.03. 정부, 전국 183개 보건소에 가족계획 상담실 설치
- 1962.03. 정부, 해외이주법(법률 제1030호) 제정·공포
- 1962.04. 보건사회부, 가족계획 지도요원 183명 선발하여 전국 보건소에 배치
- 1962.07. 재건국민운동본부, 가족계획상담소 설치 및 가족계획운동 착수
- 1962.09. 국가재건최고회의, 보건소법 개정법률(법률 제1160호) 공포
- 1963.04. 경제기획원, 가족계획심의위원회에서 인공임신중절 권장
- 1963.05. 보건사회부, 지방 농어촌 주민대상 가족계획계몽운동 전개
- 1963.06. 보건사회부, 내규 제3호로 보건국에 모자보건반 설치(가족계획 주관)
- 1963.06. 대한가족계획협회, 제1차 전국 가족계획대회 개최
- 1963.12. 보건사회부, 모자보건반을 과(課)로 승격하고 가족계획계를 신설
- 1963.12. 보건사회부, 각 시·도에 가족계획 전담직원 배치
- 1964.01. 정부, 전국 보건소에 가족계획요원 1명씩 추가 배치
- 1964.04. 대한가족계획협회, 정관절제 수술의사훈련 실시
- 1964.04. 보건사회부, 5월을 '가족계획의 달'로 지정
- 1964.05. 대한가족계획협회, 미국인구협회 지원으로 이동시술차량 및 영사기 도입
- 1964.05. 대한가족계획협회, 가족계획의 노래 '사랑의 열매' 보급 시작
- 1964.06. 정부, 전국 시·도 보건과에 가족계획계 신설
- 1964.09. 대한가족계획협회, 이동시술반 시동 및 시술사업 착수

- 1964.10. 체신부, 가족계획 기념우표 발행
- 1964.12. 보건사회부, 최초 전국가족계획 실태조사 실시
- 1965.01. 보건사회부, 모자보건과에 가족계획조사평가반 상설
- 1965.01. 한국인구학회 창립
- 1965.04. 인구문제연구소 설립
- 1965.04. 대한가족계획협회, 제1차 가족계획 평가세미나 개최
- 1965.08. 대한가족계획협회, IPPF 지원으로 서울클리닉 설립 개원
- 1965.11. 미국인구협회, 유숨(USOM)과 합동으로 가족계획 이동시술반 운영 지원
- 1965.11. 보건사회부, 가족계획심의위원회에 조사평가분과위원회 설치
- 1965.11. 대한가족계획협회, IPPF 지원으로 이동순시용 오토바이 지방지부에 배치
- 1966.01. 대한가족계획협회, 이동시술지도반에서 봉사할 의사 및 간호원 교육 실시
- 1966.01. 보건사회부, 가족계획 조사평가반 설치 및 운영요령 내규 제정
- 1966.07. 대한가족계획협회, 가족계획 교육기재 제작하여 각급기관에 보급
- 1966.07. 보건사회부, 피임수술 사후관리위원회 구성, 운영
- 1966.10. 인구센서스 실시(총인구 2,920만 명)
- 1967.01. 정부, 피임시술사업과 병행하여 먹는피임약 보급결정
- 1967.04. 보건사회부, 전국 출산력 및 가족계획실태조사 실시
- 1967.10. 스웨덴 국제개발처(SIDA), 피임기구와 가족계획용 물자 등 지원
- 1967.12. IPPF와 SIDA에서 기증한 이동시술용 차량 130대 인수 및 전국보건의소 배치
- 1968.05. 전국 이동단위에 가족계획어머니회 조직운영
- 1968.06. 보건사회부, 스웨덴에서 지원한 먹는피임약 공급
- 1968.07. 한국·스웨덴 간에 가족계획사업에 관한 기술협력 협정 체결
- 1969.01. 보건사회부, 루프시술 및 정관절제시술을 무료 시술제로 전환
- 1969.04. 전국 시·군 단위로 가족계획 촉진대회 개최
- 1969.04. 보건사회부, SIDA와 가족계획연구소 설치운영에 관한 협정 체결
- 1970.02. 보건사회부, 모자보건과를 '모자보건담당관실'로 개편하고 '가족계획과' 신설
- 1970.03. 정부, 연성장률 8.5%, 인구증가율 1.5% 발표
- 1970.04. 정부, 수도권 인구집중억제 기본방침 발표
- 1970.06. 국립가족계획연구소 준공 및 개원
- 1970.10. 총인구 및 주택조사 실시(총인구 3,146만 명, 인구증가율 1.92%)
- 1971.07. 가족계획연구원 설립
- 1972.04. 정부, 가족계획사업 장기계획 확정(상속법상 남녀차별 철폐, 임신중절 합법화 등)
- 1972.07. 예비군 대상 가족계획 계몽교육 실시
- 1972.11. 보건사회부, 농어촌 모자보건요원 1973년부터 해마다 200명 증원 발표
- 1973.02. 모자보건법(법률 제2514호) 제정·공포
- 1973.05. 보건사회부·문교부, 1974년도부터 여고 교과서에 가족계획 포함 함의

- 1974.03. 대한민국정부와 UNFPA 간의 인구계획에 관한 협정 서명·발효
- 1975.02. 대한불임시술협회 설립
- 1975.10. 대한가족계획협회, 피임보급사업(CBD) 개시
- 1975.10. 총인구 및 주택조사 실시
- 1976.04. 한국보건개발연구원 설립
- 1976.08. 국무회의, 인구정책심의위원회 설치 규정 의결
- 1976.11. 정부, 인구증가억제 종합시책 마련
- 1976.12. 정부, 인구정책 추진계획 확정(1980년대 인구증가율 1.6% 유지 목표)
- 1977.03. 정부, 수도권 인구분산 시책으로 반월 신공업도시 건설 착공
- 1977.04. 정부, 가족계획어머니회를 새마을부인회로 통합방침 수립
- 1977.06. 보건사회부, 전국가족계획 평가 세미나 개최
- 1978.01. 건설부, 수도권 내 인구 재배치 계획에 따라 수도권 7개 도시 정비계획 수립
- 1979.04. IPPF 가족계획사업평가 조사단 내한
- 1979.12. 정부, 세계은행(IBRD)과 인구사업 추진을 위한 차관협정 체결(3,000만 달러)
- 1980.01. 정부, 국제연합 인구활동기금(UNFPA)과 인구계획에 관한 제2차 협정 체결
- 1980.02. 세계은행 차관으로 대한가족계획협회 11개 지부 모자보건클리닉 및 홍보용 스튜디오 건립 확정
- 1980.06. 경제기획원, 1979년 말 인구증가율 1.58%로 발표(총인구 3,750만 명)
- 1980.11. 전국 인구 및 주택센서스 실시
- 1980.11. 보건사회부, 예비군 훈련시 1시간 가족계획교육 실시 군 당국과 합의
- 1981.06. 보건사회부·노동부, 해외이주 확대방안 발표
- 1981.07. 한국인구보건연구원 개원(한국보건개발연구원과 가족계획연구원 통합)
- 1981.11. 보건사회부, 대한가족계획협회 주도의 가족계획사업을 범국가적 사업으로 전환, 추진 결정
- 1981.12. 정부, 인구증가억제대책 시행계획 발표
- 1982.04. 보건사회부, 24개 모자보건센터 건립후보지 발표
- 1983.04. 보건사회부, 인구억제를 위해 세 자녀부터 의료보험 추가부담 적용 추진
- 1983.07. 인구 4천만 돌파 인구폭발 방지 범국민궐기대회 및 서명캠페인 실시
- 1984.05. 제1호 인구시계탑 점등식(창원)
- 1985.03. 인구증가율 1% 달성을 위한 전국 가족계획대회 개최
- 1985.07. 읍·면의 가족계획, 모자보건, 결핵관리요원을 통합보건요원으로 전환
- 1985.07. 종합병원 형태의 국내 첫 모자보건센터 개원(순천향대학교)
- 1985.11. 인구 및 주택센서스 실시
- 1985.12. 보건사회부, 부당의료행위를 통한 태아의 성별 식별금지 결정
- 1985.12. 인구시계탑 전국에 16개소 설치 완료
- 1986.05. 모자보건법 개정법률(법률 제3824호) 공포
- 1986.05. 한자녀 가족회 발기인 총회 개최
- 1987.07. 국제연합, 세계인구 50억 돌파 계기 '세계인구의 날' 지정

- 1987.08. 모자보건심의회 구성
- 1988.04. 서울시, 가족계획요원 170명을 2-3개 동에 1명씩 배치
- 1988.11. 정부, 인구증가율 1% 조기달성 공식 발표
- 1989.01. 건설부, 수도권 인구집중 억제 위해 수도권에 신도시 공단건설 억제계획 발표
- 1989.12. 한국인구보건연구원, 한국보건사회연구원으로 명칭 변경
- 1990.07. 대한가족계획협회, 유엔인구기금 '세계인구의 날' 선포 계기 홍보행사 실시
- 1990.11. 인구주택 총조사 실시
- 1991.10. 21세기를 향한 가족계획 시범사업 추진단 발족
- 1995.02. 보건복지부, 제1차 인구정책발전위원회 개최
- 1995.11. 인구주택 총조사 실시

인구자질향상정책기(1996~2004)

- 1996.06. 보건복지부, 인구증가억제정책을 폐지하고 인구자질 및 복지증진으로 전환
- 1996.04. 보건복지부, 태아 성감별 산부인과 의사 자격정지 처분
- 1996.06. 대한가족계획협회, 가족계획사업 산아제한에서 출생성비 바로잡기로 변경
- 1996.07. 보건복지부, 시·도 보건소에 성감별 행위단속 실시해 적발시 의사면허 취소 지시
- 1998.02. 보건복지부, 보건소에서 무료제공하던 피임약 공급 중단
- 2000.11. 인구주택 총조사 실시
- 2001.08. 정부, 산전후휴가를 90일로 확대하고 유급 육아휴직 신설 등을 포함한 모성보호 관련법 의결
- 2001.08. 보건복지부, 2010년까지 공공보육시설을 100% 확충하는 '보육사업종합발전계획' 발표
- 2003.10. 저출산 미래사회위원회, 대통령 소속 자문기구로 출범
- 2004.09. 보건복지부, 자연분만 출산비와 미숙아 진료비 면제 등 출산장려대책 발표

저출산·고령사회정책기(2005~)

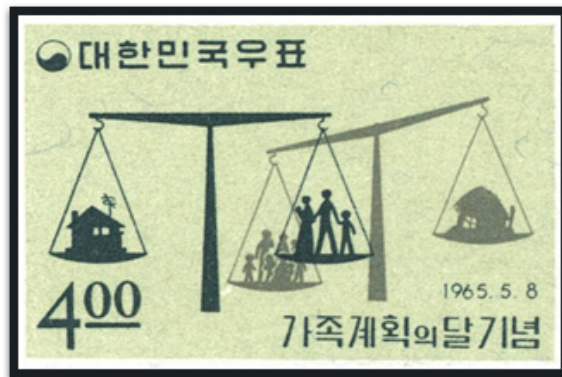
- 2005.05. 저출산·고령사회기본법(법률 제7496호) 제정
- 2005.09. 대통령 직속 '저출산·고령사회위원회' 출범
- 2005.09. 여성가족부, 매달 6일을 육아데일로 지정·캠페인 전개
- 2005.11. 인구주택 총조사 실시
- 2006.03. 보건복지부, 불임부부 시험관아기 시술비용 지원 결정
- 2006.04. 보건복지부, 저소득 가구에서 두 명 이상 아기출산 시 열흘간 도우미 서비스 제공 결정
- 2006.05. 보건복지부, 시험관아기 시술비 지원 가구의 소득기준을 월 소득 419만 원 이하로 확대
- 2006.06. 저출산·고령화대책연석회의, '저출산·고령화 문제 해결을 위한 사회협약' 체결
- 2006.07. 보건복지부, 제1차 저출산·고령사회 기본계획(새로마지 플랜 2010) 확정
- 2006.10. 인구보건복지협회, 제1회 임신부의 날 행사 개최
- 2008.04. 저출산고령사회위원회, 대통령 직속에서 보건복지가족부 소속으로 출범

- 2009.06. 아이낳기 좋은세상 운동본부 출범
- 2010.10. 보건복지부, 제2차 저출산·고령사회 기본계획(새로마지 플랜 2015) 확정
- 2010.11. 인구주택총조사 실시
- 2011.08. 인구의 날(7. 11.) 제정
- 2012.03. 0~2세 아동 대상으로 보육료 정부 지원단가 전액 지원
- 2013.01. ‘저출산·고령사회위원회’ 개최 (이명박 대통령)
- 2013.03. 모든 아동(0-5세) 대상으로 보육료 정부 지원단가 전액 지원
- 2015.02. ‘저출산·고령사회위원회’ 개최 (박근혜 대통령)
- 2015.11. 인구주택총조사 실시
- 2015.12. 제3차 저출산·고령사회 기본계획 확정

자료: 국가기록원 “인구정책 어제와 오늘” (<http://theme.archives.go.kr/next/population Policy/viewMain.do>)
에서 발췌 후 수정 및 보완.

■ 포스터 및 기념우표

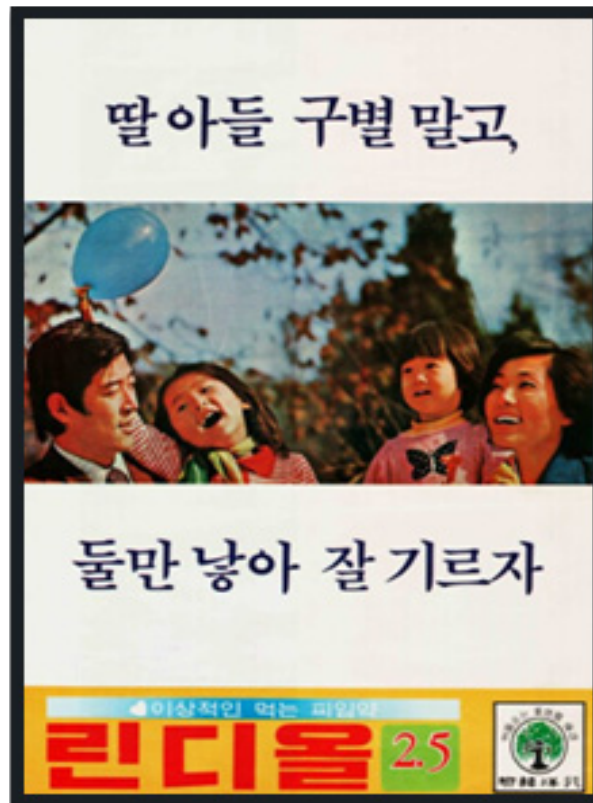
인구증가억제정책기(1962~1995)







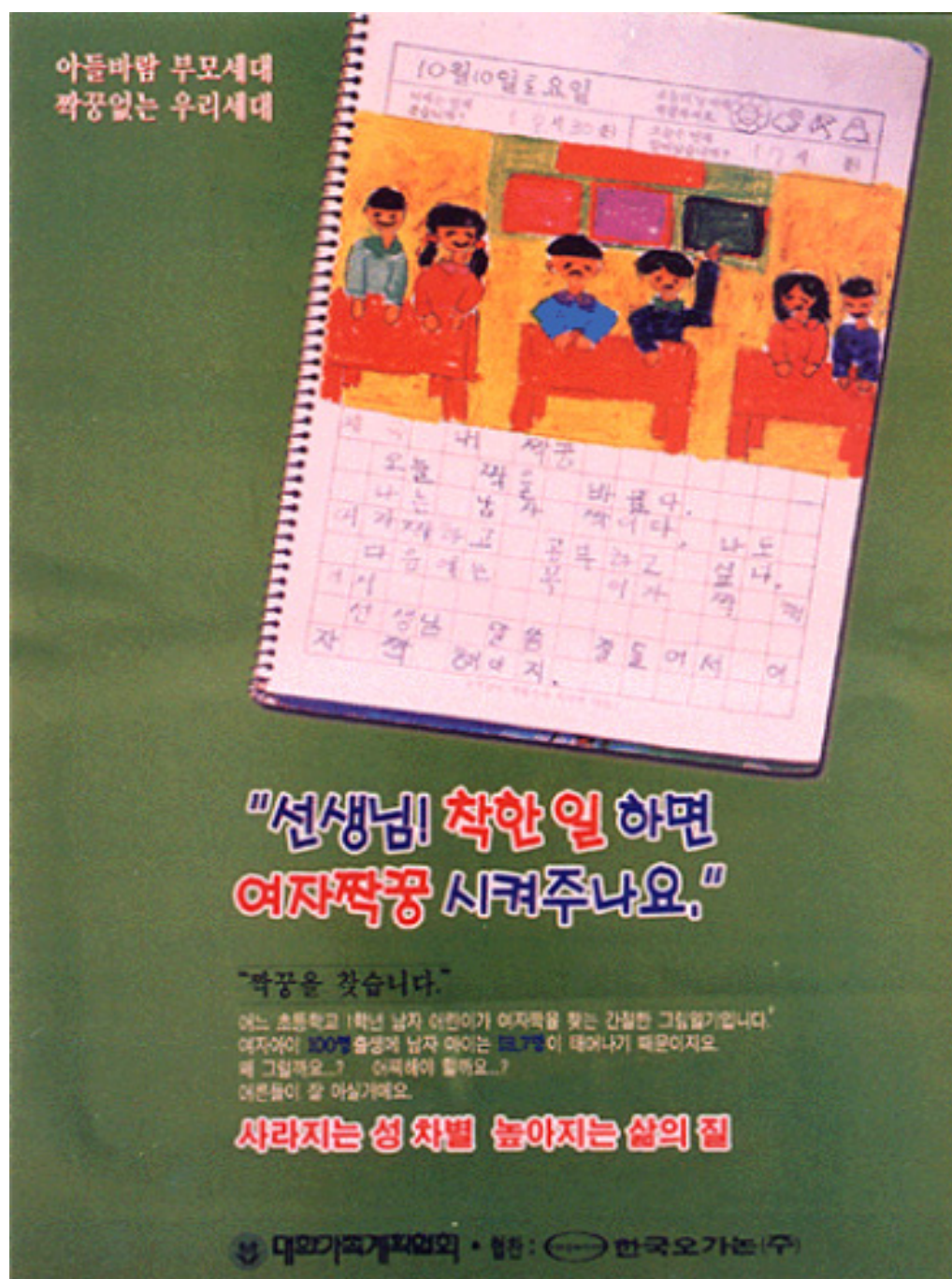








인구자질향상정책기(1996~2004)



저출산·고령사회정책기(2005~)





가가호호 아이들셋 
 하하호호 희망한국

 마 더 하세요
 마음을 더 하세요

 아이  중아
 아이들이 좋아

■ 표어

인구증가억제정책기(1962~1995)

알맞게 낳아서 훌륭하게 키우자
 알맞게 낳아서 훌륭하게 기르자
 많이 낳아 고생 말고 적게 낳아 잘 키우자
 덮어놓고 낳다보면 거지꼴을 못 면한다
 적게 낳아 잘 기르면 부모 좋고 자식 좋다
 우리집 부강은 가족계획으로부터
 행복한 가정은 가족계획으로!
 우리집 행복은 가족계획으로
 알맞은 수의 좋은 아기를 낳아 훌륭하게 기르자
 세 자녀를 3년 터울로 35세 이전에 단산하자
 자녀 많다 후회 말고 낳기 전에 조절하자
 먼저하는 가족계획 하루 앞선 우리 가정
 알맞게 낳아서 모자보건 이룩하세
 원하는 수의 좋은 자녀를 알맞은 터울로
 행복한 가정은 가족계획 실천으로
 알려주자 우리 식구 알아보자 우리 식구
 하루 앞선 가족계획, 십년 앞선 생활 안정
 좋은 환경 밝은 가정 알고 보니 가족계획
 딸·아들 구별말고 둘만 낳아 잘 기르자
 둘만 낳아 잘 기르자
 내 힘으로 피임하여 자랑스런 부모되자
 둘만 낳아 식량조절
 둘만 낳자

나 한사람 빠진 통계 나라살림 그르친다
 잘 키운 딸 하나 열 아들 안 부럽다
 적게 낳아 엄마건강 잘 키워서 아기건강
 한 가정 한 아이 사랑가득 건강가득
 한부모에 한 아이 이웃간에 오누이
 늘어나는 하나가정 이웃 담장 낮아진다
 내가 이룬 가족계획 웃음짓는 우리가정
 낳을 생각하기 전에 키울 생각 먼저하자
 둘 낳기는 이제 옛날 일등국민 하나 낳기
 여보! 우리도 하나만 낳읍시다
 둘도 많다!
 둘도 많다. 하나 낳고 알뜰살뜰
 하나 낳아 알뜰살뜰
 하나로 만족합니다. 우리는 외동딸
 하나만 낳아 정성껏 키웁시다
 하나씩만 낳아도 삼천리는 초만원
 아들 하나 때문에 ...
 신혼부부 첫 약속은 웃으면서 가족계획
 오손도손 우리가정 알고 보니 가족계획
 둘 낳기는 이젠 옛말 일등국민 하나낳기
 무서운 핵폭발 더 무서운 인구폭발
 가족계획 실천으로 복지사회 앞당기자
 훌륭하게 키운 딸들 새 시대의 주역들
 축복 속에 자녀 하나 사랑으로 튼튼하게
 생명은 하나, 선택이 아닌 사랑으로
 사랑으로 낳은 자식 아들·딸로 판단말자
 늘어나는 인구만큼 줄어드는 복지 후생

사랑모아 하나 낳고 정성모아 잘 키우자
 젊은 꿈을 아름답게 이성교제 건전하게
 사랑으로 가족계획 이웃간에 오누이
 둘에서 하나로
 오직 하나죠 !
 외동딸 외아들 손들어 봐요
 하나 낳아 젊게 살고 좁은 땅 넓게 살자
 적게 낳아 밝은 생활
 엄마 건강 아기 건강 적게 낳아 밝은 생활

인구자질향상정책기(1996~2004)

선생님 ! 착한 일 하면 여자 짝꿍 시켜주나요
 아들바람 부모세대 짝꿍 없는 우리세대

저출산·고령사회정책기(2005~)

엄마젖 건강한 다음 세대를 위한 약속입니다.
 아빠, 혼자는 싫어요. 엄마, 저도 동생을 갖고 싶어요
 낳을수록 희망 가득 기를수록 행복 가득
 출산으로 얻은 기쁨 ! 함께하는 자녀 양육
 아기들의 웃음소리 대한민국 희망소리
 아이! 가정의 기쁨 미래의 희망입니다
 인공임신중절 또 하나의 미래가 사라집니다
 하나는 외롭습니다. 자녀에게 가장 좋은 선물은 동생입니다

저, 출산했어요 !
일에는 정년이 있어도 인생에는 정년이 없습니다
자녀에게 가장 큰 선물은 동생입니다
가가호호 아이 둘셋 하하호호 희망 한국
하나의 촛불보다는 여러 개의 촛불이 더 밝습니다
한자녀보다는 둘, 둘보단 셋이 더 행복합니다
행복한 우리 가정 자녀와 함께 합니다
결혼과 자녀 출산, 인류에게 주어진 최고의 선물
자녀에게 물려줄 최고의 유산은 형제입니다
엄마, 아빠! 들을수록 행복해지는 말입니다
결혼은 행복의 시작, 출산은 희망의 시작입니다
아이가 행복한 세상 미래가 희망찬 나라
불임 극복으로 임신 출산의 기쁨을 !
마더하세요(마음을 더하세요)
아이좋아 둘이좋아

■ 주요 언론보도

인구증가억제정책기(1962~1995)

- 1967.02.06. 다시보는 대한뉴스-가족계획을 합시다(64')
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=454885>
- 1970.02.27. 다시보는 대한뉴스-국제 가족계획 평가 특별 강연회(70')
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=478825>
- 1971.11.09. 다시보는 대한뉴스-가족계획사업 10주년 기념식(71')
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=494845>
- 1971.11.20. 다시보는 대한뉴스-가족계획사업 10주년 기념식·평가회(71')
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=514695>
- 1971.11.20. 다시보는 대한뉴스-가족계획 10년(71')
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=474597>
- 1977.05.24. 대한뉴스 제 1135호 -산아제한 표어
http://www.ehistory.go.kr/page/pop/movie_pop.jsp?srcgbn=KV&mediaid=10152&mediadtl=20701&gbn=DH&quality=W
- 1986.03.28. 대한뉴스 제 1586호 -인구억제 캠페인
http://www.ehistory.go.kr/page/pop/movie_pop.jsp?srcgbn=KV&mediaid=10950&mediadtl=23850&gbn=DH&quality=W
- 1996.06.14. 가족계획, 산아제한 폐지
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=197248
- 1999.11.11. 통계로 보는 어제와 오늘 -변화하는 가족계획
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=261308
- 2000.05.10. 가족계획
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=20133
- 2005.05.04. 한국 가족계획사업 10주년 기념식
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=126521>

저출산·고령사회정책기(2005~)

- 2005.05.04. 광복 60년, 우리를 말한다
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=126526>
- 2005.07.21. 고령친화산업 지원법 제정추진
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=123140>
- 2005.07.22. 보건복지부 저출산대책 공청회
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=123050>
- 2005.08.01. 가족관련통계를 통해 해방이후 정부의 가족계획정책변화 및 사회상 조망
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=122666
- 2005.08.30. '저출산·고령사회대책 기구' 출범
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=120626
- 2005.09.16. 경제부총리, '저출산 문제 세원 추가 확보' 등
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=118723>
- 2005.12.24. OECD 주요국 저출산대책 동향 및 효과성 평가를 위한 국제회의
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=111508>
- 2006.01.09. 저출산·고령 사회대책을 말한다
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=110541>
- 2006.01.26. 저출산·고령화 대책 연석회의 출범식
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=109312>
- 2006.02.22. 저출산·고령화연석회의 위원 간담회
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=107292>
- 2006.03.09. 1.16 쇼크, 미래가 사라진다
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=106129>
- 2006.03.22. 저출산 실태조사 및 종합대책 연구
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=105140>
- 2006.05.16. '삼천리 초만 원'에서 '출산장려' 까지
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=100862>
- 2006.05.16. '저출산 재앙' 출산율 1.08
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=100875>
- 2006.05.24. 사라지는 미래를 잡아라 - 저출산대책
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=100172>

- 2006.06.07. 제1차 저출산 고령사회 기본계획 시안 - 보건복지부 브리핑
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=99202>
- 2006.06.08. 저출산·고령화 사회, 무엇이 문제인가?
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=99062>
- 2006.06.15. 저출산·고령사회 기본계획 공청회
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=98464>
- 2006.06.20. 저출산·고령화 문제해결을 위한 사회협약 체결식
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=98142>
- 2006.07.14. 당정, 저출산·고령화 기본계획 브리핑
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=96061>
- 2006.07.14. 저출산·고령사회 기본계획 확정
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=96046>
- 2006.08.21. 생활정책 Q&A - 아버지 출산휴가제
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=93319>
- 2006.08.31. 달라지는 개인세제 그리고 세테크(다자녀 세제혜택)
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=92328>
- 2006.09.14. 저출산·고령화 대응 국제정책포럼
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=91076>
- 2006.12.26. 새로 쓰는 미래 - 새로마지 플랜 2010
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=82461>
- 2007.01.03. 새해 `보육료 지원대상` 대폭 확대
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=81948>
- 2007.01.23. 노무현 대통령 신년연설
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=80052>
- 2007.01.25. 노무현 대통령 신년 기자회견
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=79880>
- 2007.07.30. 건강하게 아이 낳으세요 - 자연분만, 미숙아치료 진료비지원사업
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=63635>
- 2007.12.05. 겨울철 저소득층 영아건강 위한 정부지원책 소개
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=53052>
- 2007.12.18. 출산장려, 아이 키우기 좋은 나라 만들기 -박주현 '저출산·고령사회위원회' 위원장
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=52030>

- 2007.12.20. 저출산 지원 대책
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=51970>
- 2008.01.22. 저출산 시대 해법을 찾는다! 보육서비스 확대
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=242882>
- 2008.01.24. 저출산·고령사회 수행계획
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=243144>
- 2008.01.24. 가족계획의 어제와 오늘
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=243143
- 2008.07.10. 신혼부부 주택 특별공급제도 본격 시행
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=279286>
- 2008.07.24. 남녀고용평등과 일가정양립기본계획
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=279812>
- 2008.09.12. 산전 진료비 지원대책, 어떻게 생각하시나요?
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=282261>
- 2009.01.13. 출산 후, 다양한 어려움! 보건소를 이용하세요
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=290917>
- 2009.03.05. 세 자녀 이상 가구에 대한 주택정책은 어떤 게 있나요?
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=294752>
- 2009.06.10. 민·관 손잡고 저출산 극복 [클릭! 경제브리핑]
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=304412>
- 2009.07.07. 저출산 극복 실천운동
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=307068>
- 2009.08.12. 보육정책 더 알차진다 [정책&이슈]
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=310469>
- 2009.09.01. 이대로 방치하면 인구 쓰나미 온다 [클릭! 경제브리핑]
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=312329>
- 2009.10.16. 표어, 출산 제한에서 출산 장려로 전환
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=316418>
- 2009.10.21. 보육시설 미이용 아동 양육수당지원 [생활공감]
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=316872>
- 2009.11.19. '경제 노쇠화' 초래하는 저출산 [클릭! 경제브리핑]
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=319838>

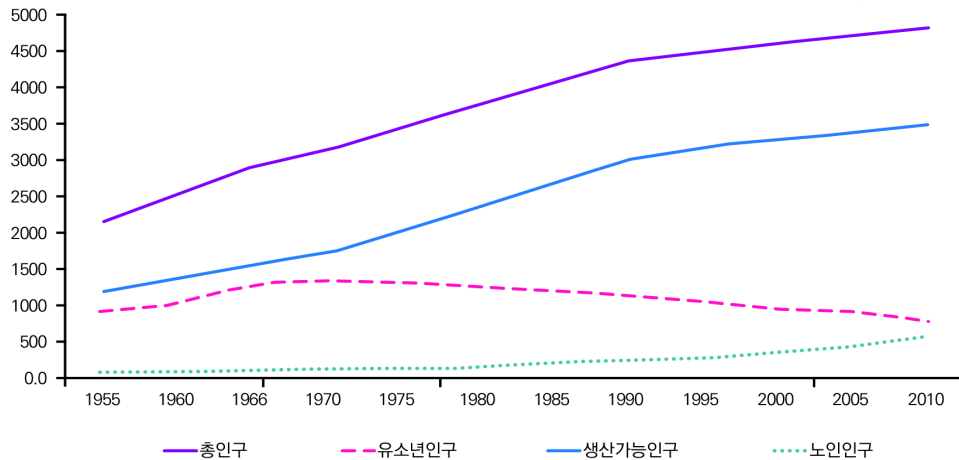
- 2010.06.17. 저출산·고령화 문제, 해법을 찾아라 [정책&이슈]
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=342704>
- 2010.09.14. 제2차 저출산 고령사회 기본계획안 대국민 공청회
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=353101>
- 2010.10.15. 출생아 5개월 연속 상승...“출산장려책 효과”
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=356669>
- 2010.10.26. ‘제2차 저출산·고령사회 기본계획’ 발표
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=357680>
- 2010.10.27. 저출산·고령화 극복 75조 8천억 원 투입
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=357738>
- 2010.11.03. 저출산·고령사회 대책 [와이드 인터뷰]
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=358658>
- 2011.10.10. “워킹맘 공무원부터 저출산 시대 대비해야”
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=401567>
- 2011.10.26. 농어촌 보육시설 확충·보육교사 우대
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=403449>
- 2012.01.02. 대통령 신년연설
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=411313>
- 2012.01.12. 이 대통령 “여성 사회참여 사회 발전의 계기”
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=412647>
- 2012.07.12. 제1회 인구의날 기념식...“인구가 경쟁력”
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=432096>
- 2012.10.16. 고령사회 대비 연금·고용대책 보완
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=442771>
- 2012.10.26. 대한니우스의 ‘그때 그 사람’ (6회) - 가족계획, 산아제한에서 출산장려로
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=443967>
- 2013.01.22. “한국, 10년후 젊은이 2명이 노인 1명 부양”
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=453234>
- 2013.01.25. 이 대통령, ‘저출산·고령사회위원회’ 주재
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=453697>
- 2013.02.04. 배우자 출산휴가 5일' 모든 사업장으로 확대
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=454623>

- 2013.02.27. 출생아 3년째 증가...초저출산국 탈출 눈앞
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=456883>
- 2014.07.10. 내일은 '인구의 날'...인구정책 변천사
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=486726>
- 2014.08.18. 생명의 탄생 '출산, 3대 이야기' [국민리포트]
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=489260>
- 2014.09.07. 산모 신생아 건강관리 서비스 '인기 만점'
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=490703>
- 2014.10.29. 저출산 고령사회 정책 이슈 발굴
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=494009>
- 2015.02.07. "향후 5년, 저출산·고령화 대응 골든타임"
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=500317>
- 2015.02.07. 만혼 개선·맛별이 출산을 증가에 정책 집중
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=500316>
- 2015.02.13. 인구절벽 대비한다 저출산·고령화 대책 [정책이슈 토크]
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=500656
- 2015.03.08. 난임여성 19만 명...시술비 지원
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=501714>
- 2015.08.06. 박근혜 대통령 국정운영 대국민담화 발표
<http://www.ktv.go.kr/program/contents.jsp?cid=509114>
- 2015.10.19. 저출산 극복... '결혼하기 좋은 환경' 만든다
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=513019
- 2015.12.10. 청년일자리, 5년간 37만 개 창출(제3차 저출산·고령사회기본계획 발표 뉴스)
http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=515694

인구통계

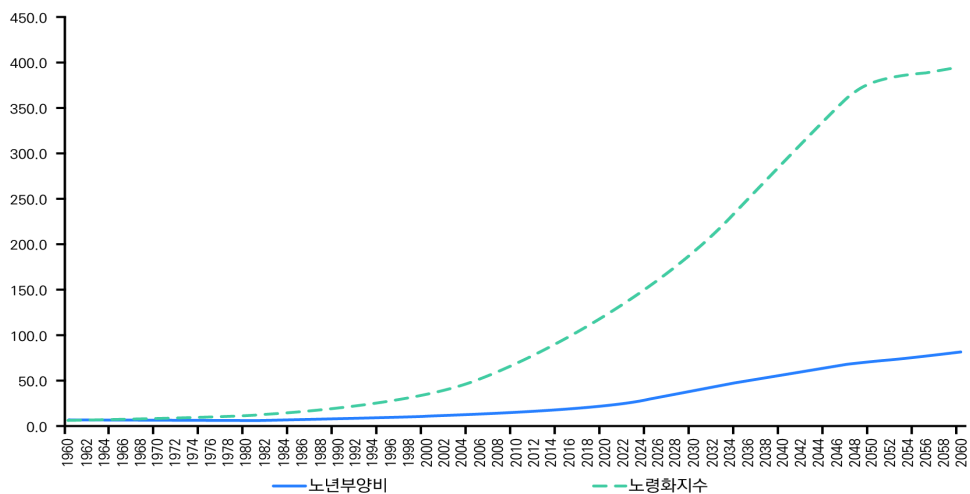
인구 규모 및 구조 추이

(단위: 만 명)



자료: 통계청, 총인구조사, 해당 연도.

노년부양비 및 노령화지수 추이와 전망



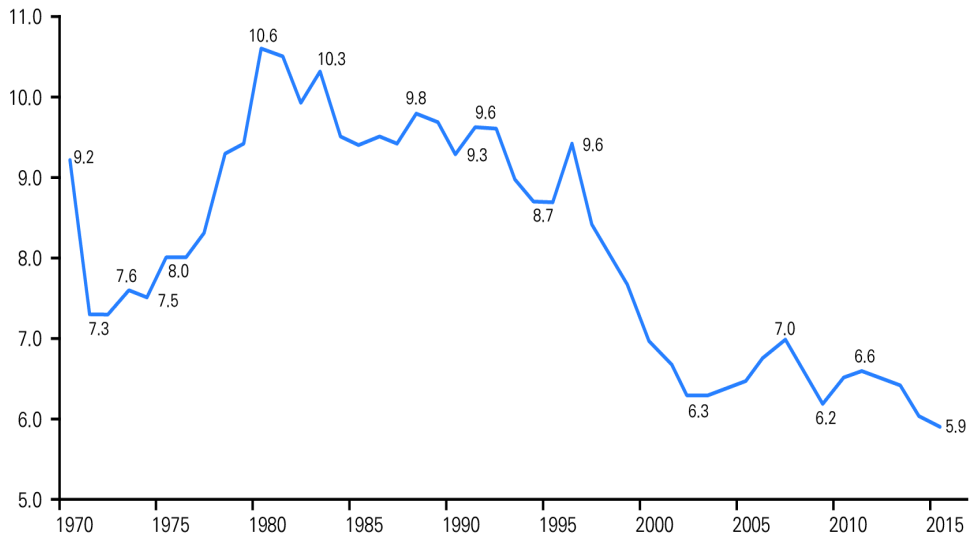
주: 노년부양비 = (65세 이상 인구) / (15~64세 인구) × 100

노령화지수 = (65세 이상 인구) / (0~14세 인구) × 100

자료: 통계청(2011), 장래인구추계.

조혼인율 추이

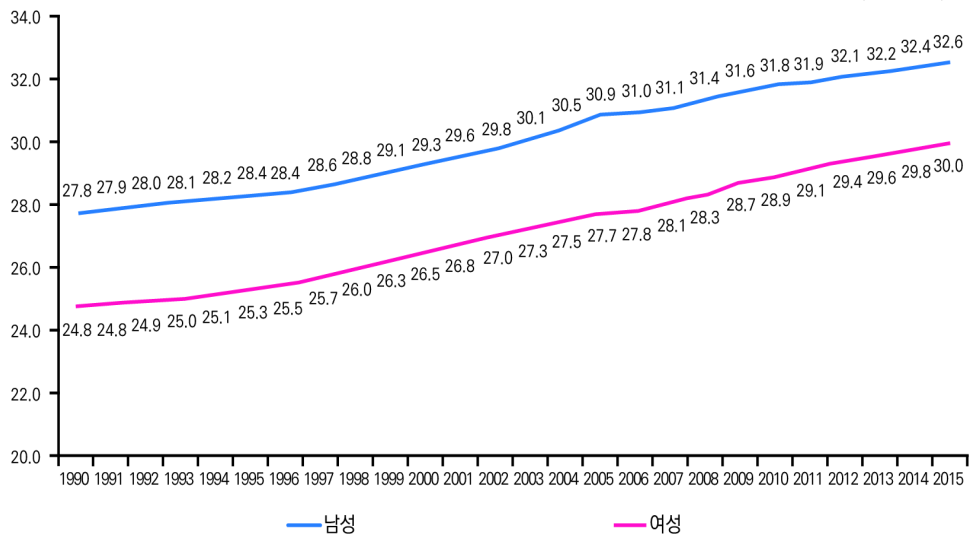
(단위: 천 명당)



자료: 통계청, 인구동향조사. 해당 연도.

조혼연령 추이

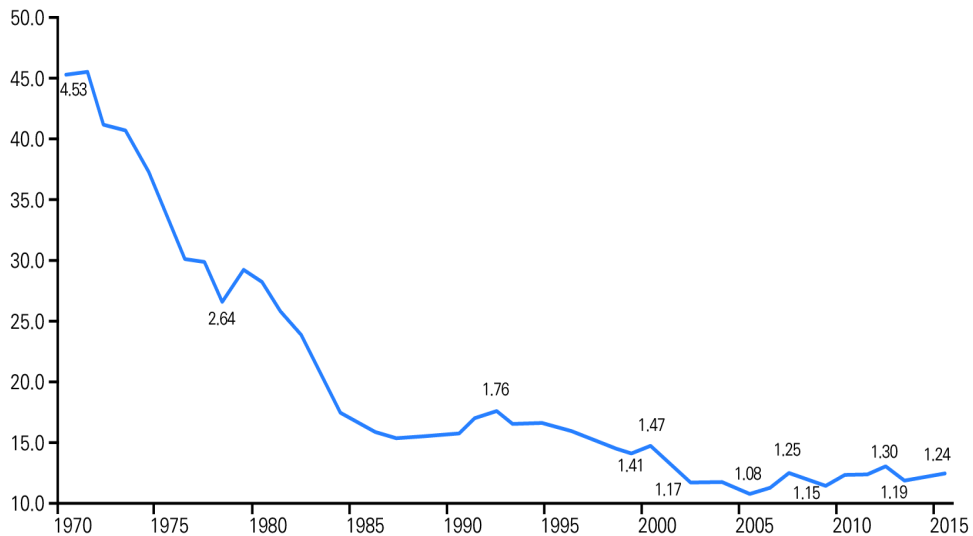
(단위: 세)



자료: 통계청, 인구동향조사. 해당 연도.

합계출산율 추이

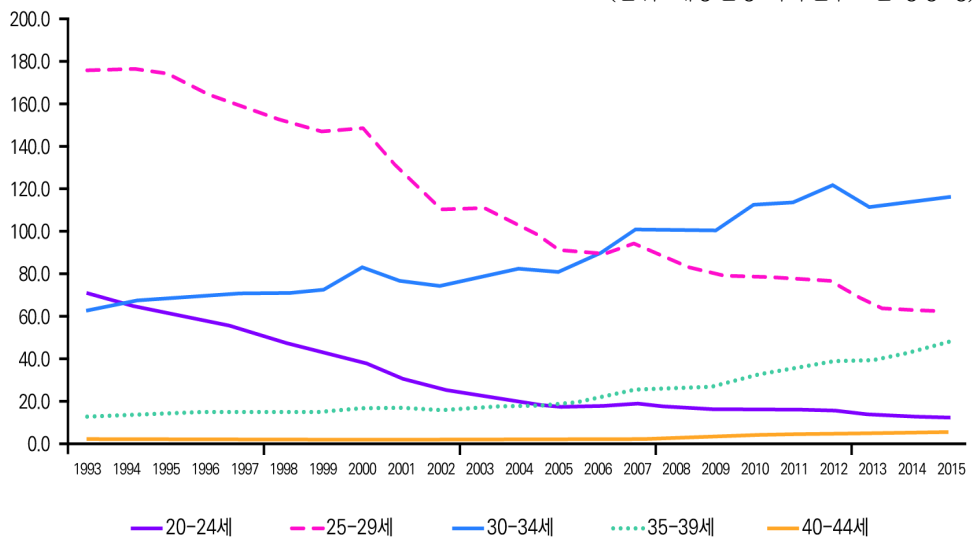
(단위: 명)



자료: 통계청, 인구동향조사. 해당 연도.

모의 연령별 출산율 추이

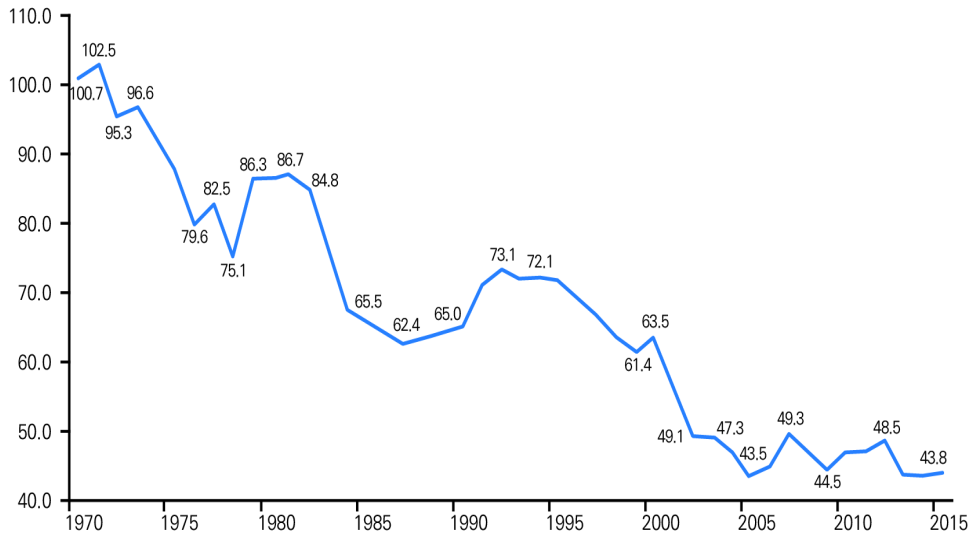
(단위: 해당연령 여자인구 1천 명당 명)



자료: 통계청, 인구동향조사. 해당 연도.

출생아수 추이

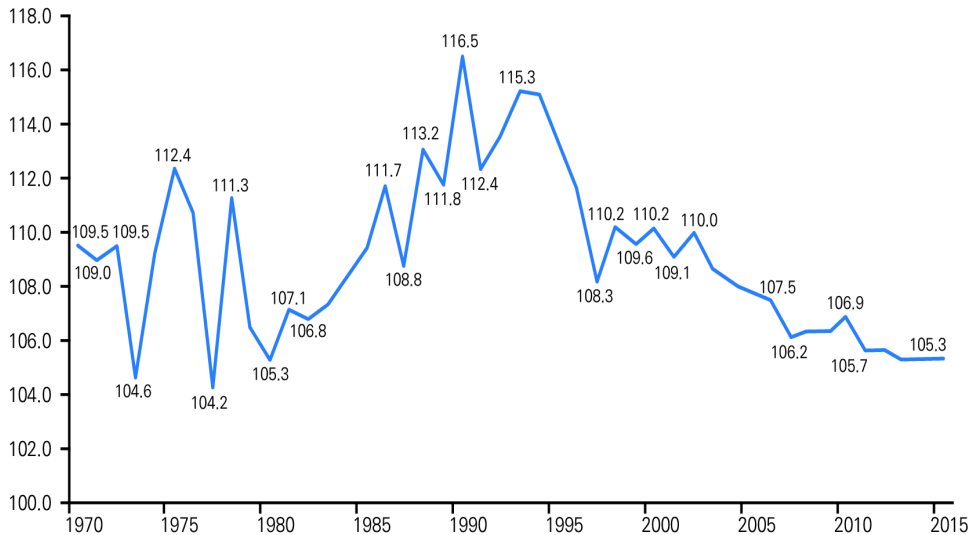
(단위: 만 명)



자료: 통계청, 인구동향조사. 해당 연도.

출생성비 추이

(단위: 여아 100명당 남아 수)

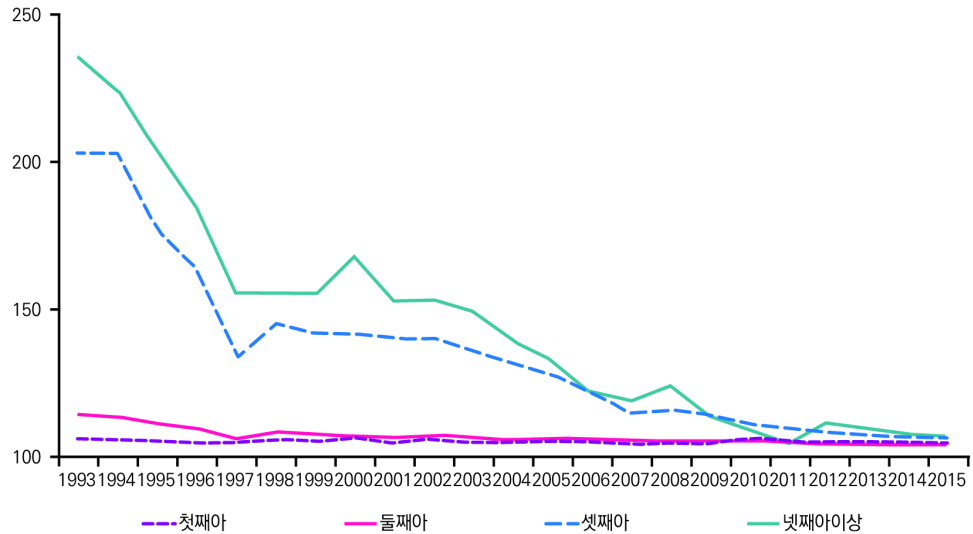


주: 출생성비는 여아 100명당 남아 수임.

자료: 통계청, 인구동향조사. 해당 연도.

출생순위별 출생성비 추이

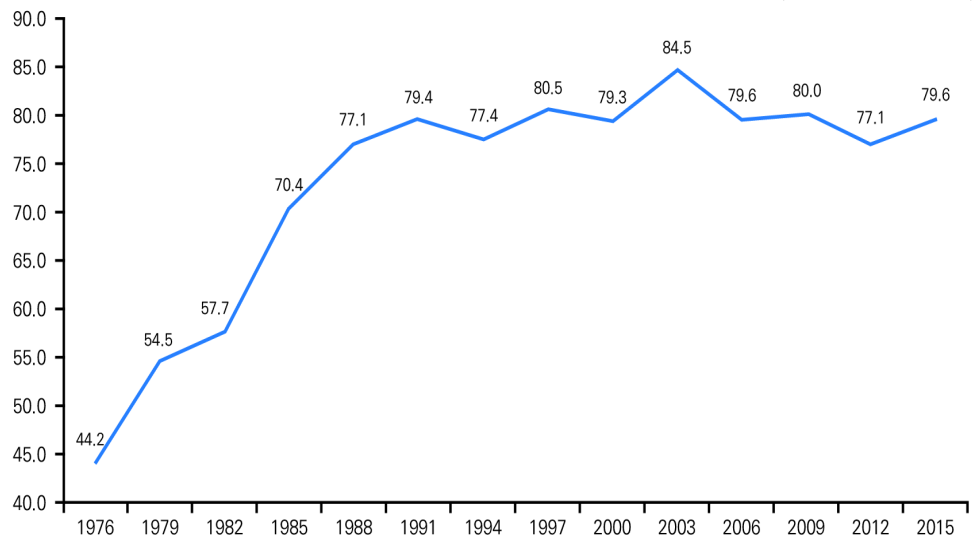
(단위: 여아 100명당 남아 수)



주: 출생성비는 여아 100명당 남아 수임.
 자료: 통계청, 인구동향조사. 해당 연도.

피임실천율 추이

(단위: 1,000명당 건)



자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족 보건 복지 실태조사. 해당 연도.

인공임신중절률 추이

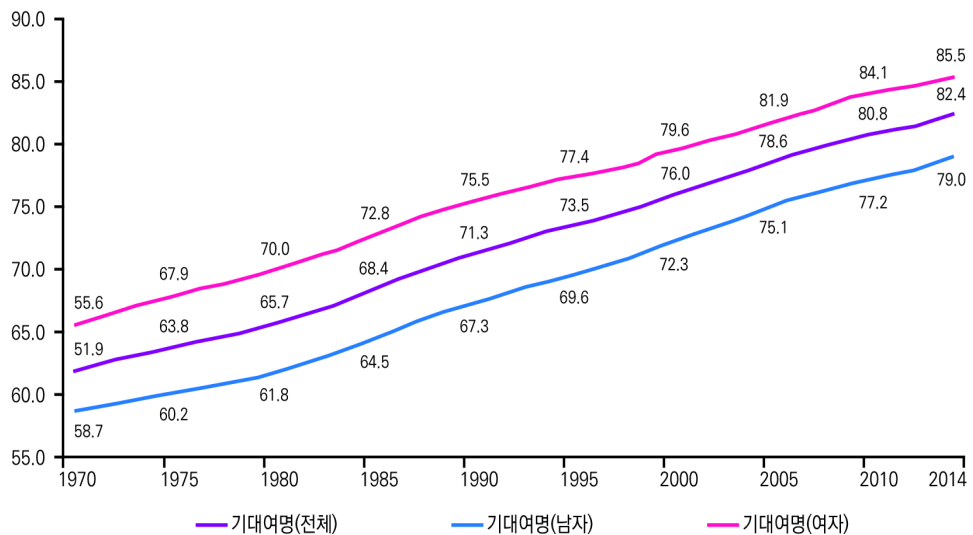
(단위: 1,000명당 건)

구분	2008	2009	2010
전체	21.9	17.2	15.8
15~19세	-	-	1.7
20~24세	17.2	27.6	17.4
25~29세	31.1	18.6	21.0
30~34세	21.6	23.0	21.4
35~39세	33.4	17.7	16.4
40~44세	23.3	16.5	15.5

자료: 보건복지부(2011), 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 동 기관.

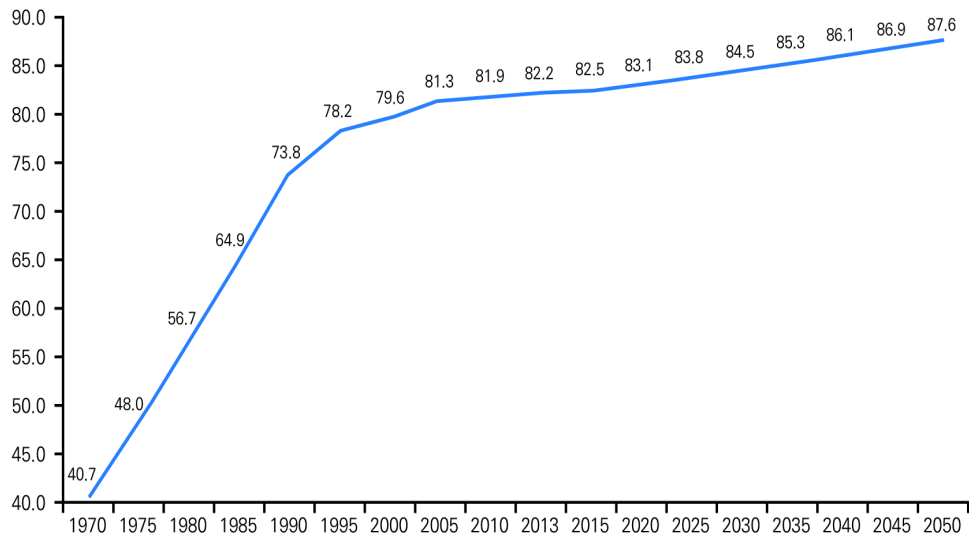
기대여명 추이

(단위: 세)



자료: 통계청, 생명표. 해당 연도.

도시화율 추이와 전망



주: 도시화율은 전체 인구 중에서 도시지역에 거주하는 인구비율을 뜻함.

자료: UN(2014), World Urbanization Prospects, the 2014 Revision.

한국 인구정책 50 년

출산억제에서 출산장려로

발행처: 보건복지부 · 한국보건사회연구원

편집인: 인구정책50년사 편찬위원회

주 소: 30147 세종특별자치시 시청대로 370 (반곡동)

세종국책연구단지 사회정책동 한국보건사회연구원 1F~5F

전 화: 044-287-8000

홈페이지: <http://www.kihasa.re.kr>

편집디자인 및 인쇄: (주)한디자인코퍼레이션 02-2269-9917

발간등록번호: 11-1352000-001588-01

[비매품]

