

## 東歐 諸國의 人口 및 保健醫療政策에 關한 綜合的 研究\*

安 啓 春·金 泳 起  
(延世大學校) (全北大學校)

### 〈目 次〉

- |                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| I. 序 論                 | IV. 保健·醫療政策     |
| II. 人口成長에 關한 政策        | V. 研究結果의 政策의 意味 |
| III. 人口移動 및 再配置에 關한 政策 |                 |

### I. 序 論

이 研究는 지난 4 년동안 東歐 여러나라의 人口 및 保健醫療 政策에 關하여 단편적 혹은 부분적으로 이루어졌던 研究의 結果를 綜合 整理하고, 그것을 토대로 우리나라에 있어서의 政策的 示唆點을 考察해 보려는 試圖이다. 2次年度 이후부터 人口政策과 保健醫療 政策을 묶어 한 課題로 다루게 된 것은 주로 兩者 사이의 밀접한 聯關性을 考慮해서 였다. 人口政策을 크게 出生, 死亡, 移動에 關한 政策들로 區分한다면, 死亡에 關한 政策은 바로 保健醫療 政策과 직결되거나 아니면 그 自體라고 볼 수 있다. 出生이나 移動의 경우에는 여러가지 政策的 選擇의 可能性이 있지만, 死亡의 경우에는 대체로 이미 태어난 社會成員의 生命을 길게 유지하는 것 外에는 다른 選擇의 可能性이 없기 때문에 保健醫療 政策은 곧 死亡에 關한 政策의 具體的인 表現인 것이다. 뿐만 아니라 出生調節이나 人工妊娠中絶에 關한 政策은 대체로 保健部의 主管하에 保健醫療 政策의 일환으로 실시되고 있다. 이런 점에서 보면 人口政策과 保健醫療 政策은 상당한 부분이 重複되기도 하고 같은 機關 즉, 保健部의 所管 業務이기도 한 것이다.

그러므로 이번의 研究에서는 그동안 부분적으

로 취급되어 온 人口政策과 保健醫療政策이 綜合的으로 考慮될 것이다. 第2節과 3節에서는 人口成長 및 再配置에 關한 政策이 취급될 것이고, 第4節에서는 保健·醫療 政策이 각각 다루어질 것이다. 마지막 第5節은 結論 部分으로서 앞에서의 結果를 토대로 주로 우리나라에서의 政策的 示唆點이 무엇인가를 考察하게 될 것이다. 따라서 第2節에서 4節까지의 內容은 이미 이루어졌던 研究結果를 體系的으로 요약·정리하는 것이 될 것이고, 第5節의 內容은 새로운 것이 될 것이다.

序頭에서 먼저 밝혀두어야 할 것은 東歐 共產圈의 여러 나라에 있어서 人口 및 保健醫療 政策은 어디까지나 中央政府에서 수립, 집행하는 經濟開發計劃의 일환으로 취급되고 있다는 사실이다. 이것은 물론 社會主義 國家의 體制的 特性에 연유하는 것이라 볼 수 있다.

### II. 人口成長에 關한 政策

한 나라의 人口成長은 出生, 死亡, 人口의 國際移動에 의해서 결정되지만 이중에서 가장 重要한 요인은 出生이라 볼 수 있다. 死亡率은 이미 低下할만큼 저하했고, 死亡에 關련된 保健醫療政策을 다른 節에서 취급하게 될 것이므로 여기에서는 제외하기로 한다. 人口의 國際移動 또한 매우 제한되어 있어서 그것이 人口成長에

\* 이 論文은 延世大學校 東西問題研究院에서 1979년 이후 주관해온 東歐共產圈 研究計劃의 일환으로 進行되어 온 研究結果를 토대로 작성된 것이다.

미치는 영향은 無視할 수 있을 정도이므로 人口 成長에 관한 정책은 결국 出産에 관한 政策으로 귀결된다. 그러므로 이 節에서는 먼저 東歐 여러 나라의 人口規模와 成長趨勢를 개관해 보고 出産에 관한 政策을 두 부분으로 나누어 家族計劃에 관한 것과 人工妊娠中絶에 관한 것을 차례로 살펴보기로 한다.

### 1. 各國의 人口規模 및 成長趨勢

表 1에서 볼 수 있는 바와 같이 東歐 여러 나라의 人口規模는 그렇게 큰 것은 아니다. 人口가 가장 많은 폴란드의 경우 1975년 현재 약 3,400萬 정도로 우리나라(南韓)의 人口 보다도 적고, 人口가 가장 적은 알바니아는 240萬명에 불과하다. 人口密度를 보면 東獨이 159로 가장 높고 나머지 나라들은 100 내외의 分布를 보이고 있어 우리 나라에 비하면 훨씬 낮은 편이다. 따라서 東歐의 여러 나라는 人口의 壓力을 그렇게 크게 받고 있지 않다고 볼 수 있다.

人口 成長率을 보면 알바니아가 2.3%로 가장 높고, 폴란드, 루마니아, 유고슬라비아가 1% 정도로서 비교적 높은 편이며, 東獨의 경우에는 人口가 감소하는 현상을 보이고 있다. 알바니아를 제외한 여러 나라의 人口 成長率은 대체로 開發途上國들의 평균 수준보다 훨씬 낮은 편이며, 우리 나라의 人口 成長率보다도 더 낮다. 人口 成長率과 經濟發展의 정도 사이에는 대체로 逆相關 關係를 보이고 있는데, 이러한 추세는 東歐 여러 나라의 경우에도 거의 들어 맞는 것으로 보인다.

西歐 여러 나라의 경험을 보면 經濟發展으로 생활수준이 향상됨에 따라 人口變遷(demographic transition)현상이 일어났는데, 時間的인 차이는 있지만 東歐 여러 나라의 경우에도 人口變遷이 일어나서 이들은 대체로 人口變遷의 後期 段階에 있는 것으로 볼 수 있다. 즉, 이 단계에서는 死亡率은 이미 매우 낮아졌고, 出生率도 상당히 低下하였지만 死亡率보다는 높은 상태를 보인다. 人口變遷의 연속선상에 東區의 여러 나라를 표시한다면, 알바니아와 東獨이 양쪽 끝에 위치하게 될 것이고, 그 밖의 나라들이 그 사이에 놓이게 될 것이다. 第2次 世界大戰 이후 東歐 여러 나라는 社會主義의 공통된 이념 아래 광범한 社會變動을 경험하게 되었다. 그중에서도 가장 중요한 변화는 産業化(industrialization)와 都市化(urbanization)이며, 이는 여러 가지 다른 변화를 수반하였다. 人口의 職業構成에도 큰 변화가 일어났고, 많은 女性들이 男子들과 마찬가지로 經濟活動에 참여하게 되었고, 이에 따라 家族構造나 生活樣式에 많은 변화가 일어났다. 종전의 農業을 중심으로 한 生活樣式이 都市産業社會의 생활양식으로 변화하게 된 것이다. 人口變遷은 이러한 社會·文化的變動의 과정에서 일어나게 된 것이다.

### 2. 家族計劃에 관한 政策

東歐 共產圈 여러 나라가 歷史적으로 소련의 영향 아래 여러 가지 共通된 變化를 경험한 것은 사실이지만, 人口學的 측면에서 볼 때 이들 여러 나라가 하나의 總體를 이루고 있다고 보기는

表 1. 各國의 人口, 人口密度 및 人口成長率

나 라	人口: 1975 (單位: 1000)	人口密度 (km <sup>2</sup> 당)	人口 成長率(%) (1970~1975)
알 바 니 아	2,403	84	2.3
불 가 리 아	8,793	79	0.5
체코슬로바키아	14,757	116	0.6
동 독	16,850	159	-0.4
헝 가 리	10,334	113	0.4
폴 란 드	33,841	109	0.9
루 마 니 아	21,178	89	1.0
유고슬라비아	21,322	83	0.9

어렵다. 각 나라는 社會·經濟·文化的으로 상당한 差異를 나타내고 있으며, 이러한 차이는 人口現象에도 각기 다른 영향을 미쳐왔고 또 미치고 있다. 그러나 여기서는 各國의 특수한 事情보다도 出産調節에 관한 政策에 있어서 各國의 共通된 특징을 比較 檢討하는 데 초점을 두고 있다.

앞에서 살펴 본 것처럼 東歐의 여러 나라들은 人口의 壓力을 크게 느끼지 않고 있을 뿐더러, 최근에 出産力이 매우 低下한 現象을 하나의 위험신호로 보고 있는 것 같다. 어느 社會에서든지 人口가 減少하는 것은 원하지 않으며 그것은 社會의 維持·存續에 장애요인이 되는 것으로 간주하는 경향이 있다. 그리하여 東歐의 여러 나라에서는 出産을 장려하는 政策(pronatalist policy)을 지지하고 있다고 볼 수 있다. 그 동안의 出産力 低下는 각 사회에서 일어난 社會變動의 結果로 개인들의 出産行爲가 달라졌기 때문이지 人口政策의 結果는 아니다. 이들 여러 나라에서는 出産力의 變動을 어떤 方向으로 이끌기 위해서 미리 어떤 政策을 세워서 실시해온 것이 아니고, 이미 일어난 變化에 대해서 事後措置의인 성격을 띤 경우가 많다. 그들의 出産獎勵 政策을 지지하는 입장도 이런 관점에서 이해될 수 있다.

그럼에도 불구하고 東歐의 많은 나라에서는 避妊을 통한 出生의 調節, 즉 家族計劃의 실천을 인정하고 있다. Romania의 경우에는 避妊의 實踐을 일부 제한하고 있지만 그러나 현실적으로는 願하면 어떤 방법으로든지 避妊을 할 수가 있다. 다른 나라들에 있어서는 모든 避妊方法의 사용이 가능하고, 특히 폴란드와 유고슬라비아의 경우에는 政策的으로 避妊을 獎勵 또는 지지하고 있다. 대부분의 나라에서 여러 가지 近代의 避妊方法이 널리 紹介되어 알려져 있으며, 쉽게 求得할 수 있음에도 불구하고, 가장 많이 이용되고 있는 避妊方法은 전통적으로 사용되어 온 "coitus interruptus"이다.

東歐 여러 나라의 家族計劃에 관한 政策은 일견 그들의 出産 獎勵政策을 지지하는 입장과 相反되는 것 같이 보이지만, 이들의 家族計劃 政策은 人口成長을 억제하는데 目的이 있는 것이

아니다. 오히려 避妊을 통하여 家族計劃을 하려는 國民들의 여망에 부응하면서 人工妊娠中絶의 피해를 줄이기 위한 手段으로 채택된 것이다. 政策이 먼저 실시되어 個人들의 出産調節 行爲가 달라진 것이 아니고, 個人들의 出産調節 行爲가 먼저 달라진 현실에 부응하기 위한 政策의 手段이 마련 된 것이라고 볼 수 있다. 그리고 많은 사람들이 전통적인 "coitus interruptus"와 같은 非效果的인 方法을 사용하다가 실패하면 人工流産을 하게 되므로 人工流産의 피해를 줄여보자는 手段의 對策으로서 家族計劃이 政策的으로 인정되고 또는 장려되고 있는 것이다.

이들의 出産 獎勵 政策은 家族手當 制度에도 어느정도 반영되어 있다. 東歐 여러 나라의 家族手當制度는 물론 전적으로 人口調節 政策으로 출발한 것은 아니고, 社會福祉 對策의 일환으로 실시되어 온 것이다. 그러나 여기에 出産을 장려하는 人口政策의 考慮가 어느정도 반영된 것이라고 볼 수 있다. 동독, 체코슬로바키아, 루마니아, 헝가리, 불가리아의 경우에는 특히 이러한 政策的 考慮가 매우 많이 반영되어 있는 것으로 보인다.

### 3. 人工妊娠中絶에 관한 政策

동구의 여러 나라에서 人工妊娠中絶은 子女數를 調節하기 위한 방법으로 많이 이용되어 왔다. 대부분의 경우 人工流産은 不法으로 규정되어 있었고 특수한 醫學的인 理由로만 허용되었으나 실제로는 人工流産이 매우 광범하게 실시되었다. 많은 사람들이 子女數를 調節하려는 필요를 느끼고 있었지만 그것을 실행하는데 있어서는 매우 非效果的인 方法을 사용했기 때문에 원치않는 妊娠이 되었을 경우에 그것을 人工流産이라는 手段에 의해 해결하였던 것이다.

이와 같은 法과 現實의 격차를 줄이고 불법적인 人工流産을 해결하고, 나아가서는 人工流産의 피해를 줄여보자는 의도에서 대부분의 나라에서 그것을 立法化하였다. 나라마다 약간의 時差가 있기는 하지만 人工流産을 법적으로 인정하고 그 許容範圍를 확대하였다. 즉 醫學的인 理由로만 허용하던 것을 社會經濟的인 理由, 子

表 2. 東歐 여러 나라의 人工妊娠中絶에 대한 法的 措置

나 라	年度	措置 内容
알 바 니 아		의학적 이유로만 허용
불 가 리 아	1956 1967	불법이던 것을 법적으로 허용 허용범위를 일부 제한
체코슬로바키아	1950 1957	불법으로 규정 허용범위 일부 확대
동 독	1947 1950 1965	허용범위 확대 허용범위 일부 제한 제한조치 일부 완화
항 가 리	1949~52 1953 1956	의학적 이유로만 허용 허용범위 일부 확대 더욱 자유화시킴
폴 란 드	1929 1956 1961	의학적 이유로만 허용 허용범위 확대 허용범위 더욱 확대
루 마 니 아	1957 1966	허용범위 확대 허용범위 일부 제한
유고슬라비아	1951 1952 1960	의학적 이유로만 허용 허용범위 일부 확대 허용범위 더욱 확대

女數의 調節을 위한 目的으로도 허용하였다(표 2참조). 동독, 불가리아, 루마니아에서는 人工流産을 일단 自由化 하였다가 뒤에 다시 이를 제한하는 조치를 취하였는데, 그것은 人口成長을 조장하려는 政策이 반영된 것이라 볼 수 있다. 人工妊娠中絶을 법적으로 自由化한 것은 人口成長을 抑制하려는 政策的 配慮에서 이루어진 것이 아니었지만, 뒤에 그에 대한 制限措置를 취한 것은 人口成長을 촉진하기 위한 目的에서 이루어진 것이다.

알바니아를 제외한 대부분의 나라에서 子女數를 調節하기 위한 目的으로 人工妊娠中絶을 合法的인 것으로 인정하고는 있으나 그것을 실행하는 구체적인 절차는 매우 엄격하게 규정해 놓고 있다. 나라에 따라 약간의 차이가 있기는 하지만, 대체로 人工流産을 원하는 사람은 專門家로 구성된 委員會의 허가를 받아 지정된 자격을 갖춘 사람에 의해 지정된 장소에서 施術을 받도록 하고 있다. 法的으로 人工流産의 허용범위를 확대한 것은 현실적으로 많이 실행되고 있는 人工流産을 合法化한 것 뿐이지 人工流産을 장려하려는 정책적 의도가 있었던 것은

결코 아니었다. 오히려 人工流産을 가급적 제한하고 子女數의 조절은 避妊을 통하여 실행하도록 권장하고 있는 것이다.

### Ⅲ. 人口移動 및 再配置에 관한 政策

人口移動은 여러가지 社會 經濟的 變化에 대한 적응과정으로서 일정한 場所에서 다른 場所로 住居를 옮기는 것을 말하며, 再配置(Redistribution)는 이미 이루어져 있는 人口의 分布形態를 바꾸고자 하는 計劃的 變化를 의미한다.

따라서 人口의 再配置計劃은 人口의 移動을 수반한다. 社會主義 國家들에 있어서는 中央에서 計劃하여 실시하는 經濟開發計劃의 결과 人口의 移動 現象이 일어나기도 하고, 때로는 經濟開發計劃의 효과적인 추진을 위하여 그 일환으로 人口 再配置計劃이 마련되어 실시되기도 한다. 人口移動 및 再配置를 고찰하는데 있어서 人口分布의 현황은 가장 중요한 기초 자료가 되므로 먼저 이를 살펴보기로 한다.

表 3. 東歐 여러 나라의 都市人口 分布

나 라	1960年 前後		1970年 以後	
	都市人口比率(%)	基準年度	都市人口比率(%)	基準年度
알 바 니 아	27.5	1955. 10. 2	34	1973
불 가 리 아	33.6	1956. 12. 1	59	1976
체코슬로바키아	47.6	1961. 3. 1	67	1974
동 독	73.2	1965	76	1976
항 가 리	39.7	1960. 1. 1	50	1974
폴 란 드	48.1	1960. 12. 6	56	1976
루 마 니 아	31.3	1956. 2. 21	47	1977
유고슬라비아	28.3	1961. 3. 31	39	1971

자료 : UN Demographic Yearbook, 1962

U. S. Department of Commerce, World Population, 1977, 1978

## 1. 各國의 人口分布 現況

人口의 分布를 살펴보는데 있어서도 여러가지 基準이 있지만 여기서는 가장 기본적인 都市 農村別 分布를 보기로 한다. “都市 地域”에 대한 定義가 나라사이에 서로 다르기 때문에 都市人口의 比率를 나라사이에 직접 비교하는 것은 무리이지만 그러한 수치들이 어느 정도는 都市化의 정도를 나타낸다고 볼 수 있다. 그리고 한 나라안에서는 “都市 地域”의 定義가 일관성 있게 적용되는 경우가 많으므로 한 나라안에서 都市人口의 比率를 前·後 比較하는데 있어서는 별로 문제될 것이 없다.

한 나라의 都市·農村別 人口分布는 물론 그 나라의 여러가지 社會 經濟的 條件들에 의해서 결정되며, 동시에 그 나라의 人口 移動 및 再配置 政策의 결과에 의해서 영향을 받는다고 볼 수 있다. 또한 한 時點에서의 人口分布현황은 그 이후의 人口移動 및 再配置 政策의 方向을 결정하는 기초가 된다고 볼 수도 있다. 表 3에 제시된 東歐 여러 나라의 都市人口 現황도 그러한 각도에서 살펴 볼 수 있을 것이다. 都市地域의 定義에 차이가 있다는 점을 감안한다 하더라도 東歐 여러 나라 사이에는 都市化의 정도에 있어서 상당한 差異가 있다는 것을 알 수 있다. 東獨과 체코슬로바키아는 都市人口의 比率가 2/3이상으로 가장 높은 편에 속하며, 불가리아, 폴란드, 헝가리도 全體人口의 半 이상이 都市

地域에 거주하고 있다. 그 나머지 나라들은 都市人口보다도 農村人口의 比率가 더 크다. 이와 같은 여러나라의 都市化의 程度는 각국의 工業化의 정도와 대체로 일치하는 것으로 보인다.

지난 20여년간 東歐의 여러 나라에서 都市化가 진행된 속도를 보면, 불가리아, 체코슬로바키아, 유고슬라비아 등의 나라들이 비교적 빠른 속도로 都市化하고 있음을 알 수 있다. 이러한 都市化 추세에 얼마만큼이 人口移動 및 再配置政策에 의해서 이루어지고, 얼마만큼이 기타의 社會 經濟的 變化에 의해서 이루어졌는지는 분명치 않지만 아마도 後者의 比重이 더 클 것으로 추측된다.

## 2. 人口 再配置에 관한 政策目標

東歐에 있어서 人口學的 研究의 課題는 記述的인 연구의 범위를 넘어서 規範的 目標을 정립하고 그러한 目標을 달성하는데 필요한 豫測能力에 중점을 두고 있다. 가장 바람직하고 適正한 人口分布 상태가 어떠한 것인지를 알아내고, 현 상태와 바람직한 目標사이의 不一致로 인해서 야기되는 문제점을 찾아내고, 目標을 달성하기 위한 政策手段을 강구하는 일에 힘쓰고 있는 것이다.

각 나라의 人口 再配置와 관련된 政策目標는 물론 그 나라의 政治的 要因, 國家經濟의 성격, 經濟計劃上의 要求 등 여러가지 要因에 의해서 영향을 받지만, 그 根源은 맑스, 엥겔스, 레닌

등의 저작에서 찾아 볼 수 있다. 이들의 저작에 나타난 단편적인 진술들은 그 후 소련의計劃家들이 人口 再配置에 관한 政策目標을 설정하는데 기초를 제공하였다고 볼 수 있다. 소련의 문헌에 자주 나타나는 政策目標들로서 다음과 같은 것들이 있다.

- 대규모의 産業과 人口를 全國에 골고루 分布시키는 것
  - 모든 地域의 人的 資源과 自然 資源을 이용하기 위하여 産業生産活動을 全國에 均等하게 分布시키는 것
  - 地域間 均衡있고 調和로운 發展
  - 都市와 農村의 격차와 不和를 없애는 것
  - 大都市에 人口의 과도한 集中을 막는 것
- 이러한 指針들은 매우 개괄적이고, 어떤 것들은 서로 重複되기도 하고 相反되는 것처럼 보이기도 하여, 이들이 바로 綜合的이고 具體화된 人口 再配置 政策을 그대로 나타낸 것이라고 볼 수는 없다. 그러나 이러한 指針의 배후에는 人口와 經濟活動의 地域間 均等한 配分을 指向하고, 大都市로의 과도한 人口集中을 반대하는 政策 方向이 제시되어 있다고 볼 수 있다. 소련과 東歐에서는 이러한 方向에서 具體的인 人口 再配置政策이 개발되어 실시되고 있다. 적어도 東歐에 있어서는 “大規模 産業과 人口의 全國에 걸친 均等한 配分”이라는 目標은 점차로 經濟的 機會와 公共 Service의 利用 機會에 있어서 地域間 同等化를 실현하는 것으로 이해되고 있다. 그리고 大都市 에로의 “과도한” 人口集中을 예방하는데 대한 관심은 보다 均衡있고 동등한 都市聚落體系를 개발하는 것으로 해석되고 있다.

앞에서 열거한 指針들을 살펴보면 人口 分布 및 再配置에 관한 目標들이 獨立的으로 존재하는 것이 아니고, 國家 및 地域 經濟計劃의 일환으로 취급되고 있다는 것이 분명해진다. 그리고 人口 再配置 政策에 관한 일반적인 社會主義의 原理도 국가적 필요에 따라 수정되고 있다는 것도 이러한 맥락에서 이해할 수 있다. 人口再配置와 관련된 問題가 인식되고 問題로서 부각되는 것도 모두 國家의 全體計劃에 부응한다는 틀 속에서 이루어지고 있다.

### 3. 人口移動 및 再配置 對策

東歐의 여러 나라 가운데 住居 移轉의 自由를 基本權의 하나로 憲法에서 인정하고 있는 나라는 東獨과 체코 뿐이다. 그러나 이 두나라도 그것을 憲法에 명시하기는 하였지만 그것을 제한할 수 있는 法的 根據를 마련해 놓고 있다. 그러므로 自由 民主主義 國家들과는 달리, 東歐의 대부분의 社會主義 國家들에서는 人口移動이 개인의 의사에 따라 마음대로 이루어질 수 없음은 물론 國家의 計劃에 따라 필요하다면 人口再配置 計劃을 개인의 의사에 反하여 행사할 수 있도록 되어 있다. 그렇다고 해서 人口의 移動이나 再配置가 모두 國家의 計劃에 의해서만 이루어지고 있는 것은 아니다. 國家의 전체적인 計劃과 相馳되지 않은 범위내에서 個人들의 自由 選擇의 여지가 있기 때문이다. 그리고 國家의 計劃과 개인들의 自由 사이에는 상당한 갈등이 내재해 있는 것 같다.

人口移動 및 再配置 政策은 크게 誘因 對策 (incentive measures)과 統制 對策(control measures)으로 나누어 볼 수 있다. 誘因對策은 어떤 특정한 地域이나 都市에 人口成長이나 定着을 조장하기 위하여 誘因을 제공하는 對策으로서, 이들은 일반적으로 自發的인 性格을 띄고 있는 것들이다. 統制 對策은 특정한 地域이나 都市에 人口成長이나 定着을 제한하기 위한 것으로서, 이들은 대개 強制的이고 非自發的인 性格을 띄고 있다. 그 주요한 것들을 열거하면 表 4와 같다.

誘因 對策을 살펴보면 대부분이 經濟的인 것들이고, 國家 및 地域의 經濟開發計劃과 직접적으로 관련된 것들임을 알 수 있다. 처음 두가지는 원하는 地域이나 都市로의 移動을 조장하기 위해서 새로운 産業開發 基金을 할당하거나 轉用하는 것으로서 가장 흔히 채택되고 있는 手段인 것 같다. 住宅 및 社會間接資本事業에 투자를 하는 것은 産業投資 다음으로 중요한 것으로 보여지며 최근에 와서 점차 그 相對的 重要性이 증가하는 것으로 볼 수 있다. 다섯번째의 誘因對策은 地域間 賃金隔差를 두거나 補助金を 지급하는 것으로 이 對策은 그렇게 공공연하

表 4. 人口分布, 移動 및 聚落形態에 영향을 미치는 政策

誘 因 對 策	統 制 對 策
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 産業投資를 늘려 特定地域에 就業機會를 마련하는 것.</li> <li>• 産業投資를 中小都市로 轉換하는 것.</li> <li>• 住宅投資 및 課題 할당</li> <li>• 社會間接資本에의 投資를 地域別로 配定</li> <li>• 地域間 賃金隔差, 賞與金, 補助金, 定着手當 등의 支給</li> <li>• 組織的인 勞動力 充員</li> <li>• 大衆 說得 活動</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 特定한 都市나 地域에 새로운 産業投資 禁止</li> <li>• 特定한 都市에 産業擴張 制限</li> <li>• 既存企業體의 移轉 및 除去</li> <li>• 警察登錄 및 관련된 行政上 統制</li> <li>• 特定한 地域에로의 轉入者에 대한 行政的, 法的, 統制</li> <li>• 高等教育 및 技術學校 卒業者에 대한 作業 配置</li> <li>• 犯罪者 處罰 및 流配</li> </ul>

게 실시되고 있는 것 같지는 않지만, 모든 나라에서 직업간에 임금의 격차가 있고 職業集團들이 地理的으로 偏在해 있으므로 간접적으로 人口의 地理的 分布에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 마지막 두가지 誘因對策은 移動과 定着을 유도하기 위하여 고안된 情報 및 宣傳 對策들이다. 組織的인 노동력 동원은 모든 나라에서 실시하고 있으나 大衆說得 戰略은 매우 제한된 범위내에서만 실시되고 있는 것으로 보인다.

統制 對策을 살펴보면 그들은 모두 “매질”에 해당되는 것들이다. 新規 産業이나 産業 擴張에 대하여 지역적으로 選擇的인 禁止 措置를 내리는 일은 점차 그 重要性이 커지고 있으며, 헝가리에서 가장 자주 채택하고 있고, 폴란드에서도 부분적으로 채택하고 있다. 더욱 강력한 統制手段은 既存의 企業을 일정한 地域에서 제거하는 것이다. 예를 들면, 헝가리에서는 1958년에서 1970년 사이에 Budapest에 있는 20,000명 이상 고용 企業體들을 제거하여 다른 地域으로 옮기도록 하였다. 경찰에 등록을 하게 하는 등의 行政的 統制와 新規 卒業者들을 작업에 배치하는 등의 政策은 매우 광범하게 채택되고 있다. 특정한 都市로의 轉入을 제한하는 데 있어서도 매우 選擇的인 過程이 진행되는데, 예를 들면 특정한 기술을 가진 사람에게만 轉入을 허가하는 것이다. 犯罪者나 “反動分子”를 좋지 않은 地域의 좋지 않은 職業에 종사하도록 하는 政治的 法的 措置는 그 증거가 확실치 않으며, 아마도 오늘날에는 그렇게 큰 의미가 없는 것으로

보인다.

#### IV. 保健·醫療政策

##### 1. 東歐 여러 나라의 保健 狀態

東歐 여러 나라의 保健·醫療 政策을 논의하기 전에 그 기초가 되고 있는 保健 狀態를 살펴볼 필요가 있다. 이들 여러 나라의 保健 狀態를 알아보기 위해서는 우선 疾病의 樣相과 死亡 樣相 및 水準을 알아 보아야 한다. 소위 先進國과 後進國은 死亡 樣相에서 현격한 차이를 나타내고 있다. 先進國에서의 死亡樣相의 變化는 제 2차 世界大戰을 계기로 일대 변화를 초래하였다. 과거에는 傳染性 疾患이 중요한 死亡原因이었으나 醫學의 發達, 環境 衛生의 改善, 營養狀態의 改善 등으로 傳染性 疾患에 의한 死亡은 그 順位가 매우 낮아졌다. 현재 先進國에서는 非感染性 疾患이 感染性 疾患에 대치되어 여러가지 心臟 疾患, 新生物(neoplasm)에 의한 疾患, 交通 事故 등이 주요한 死亡原因이 되고 있다.

東歐 여러 나라의 死亡 樣相은 대체로 소위 先進國의 그것에 가까운 양상을 띄고 있다. 死亡原因 중 10위 내에 드는 것은 주로 循環機系 疾患인 乏血性 成長疾患, 기타 心臟疾患, 動脈 小動脈 및 毛細管 疾患, 高血壓性 疾患, 胃나 腸의 新生物疾患 즉 癌種類的 疾患등이다. 循環器 疾患은 전체 死亡의 50% 내외를 차지하고 있으며, 그 다음이 新生物에 의한 死亡으로 10

~20%를 차지하고 있다. 그리고 他人에 의한 傷害에 의해 死亡하는 경우가 5~10%를 차지한다. 傳染性 疾患에 의한 死亡은 미국이나 서독에 비해 높기는 하지만 全體 死亡의 1%도 채 안 된다. 이것은 다른 後進國에 비하면 훨씬 낮은 것이며, 그만큼 이 지역에 傳染性 疾患이 적게 발생함을 알 수 있다.

死亡率 水準을 보면 대체로 普通死亡率 10 내외를 나타내고 있어 後進國들의 그것보다는 약간 낮고 先進國들의 수준에 가깝다. 그러나 普通 死亡率은 年齡構成에 의해 영향을 받기 때문에 그것을 통하여 死亡水準을 정확하게 비교하기는 어렵다. 예를 들어 東獨이 普通死亡率 14.3을 나타내고 있는데, 이것은 東獨이 다른 나라보다 死亡率이 높기 때문이기 보다 東獨의 人口가 老齡化되었기 때문이다. 母性死亡率이나 嬰兒死亡率 등을 통해서 보더라도 東歐 여러 나라의 死亡 水準은 비교적 낮은 편으로 先進國의 수준에 가깝다.

## 2. 東歐 여러 나라의 保健·醫療 政策

東歐 여러 나라의 保健醫療 制度나 政策은 美國이나 자유주의 진영의 그것과 상당한 차이를 보여주고 있다. 保健醫療를 독립된 한 부문으로 다루기 보다는 社會·經濟計劃의 일환으로 취급하고 있다. 또한 保健·醫療는 개인의 차원에서 문제가 아니고 社會 및 國家의 차원에서 문제로 다루고 있다. 保健醫療의 公概念을 발전할 수 있는 것이 한 특징이다. 그렇기 때문에 社會화된 醫療(socialized medicine)의 개념하에 모든 政策이 수행된다.

醫療制度는 中央集權化 현상을 보인다. 유고슬라비아의 경우에는 예외적으로 地方分權化된 醫療制度를 발전시켰으나, 여타의 나라들은 소련의 醫療制度를 본보기로 하여 醫療制度를 발전시킨 것이다. 社會主義(공산주의) 國家의 醫療制度는 醫療의 社會化로 인하여 中央 集權化 傾向을 띄우며, 國家의 인 차원에서 계획되고 시행된다. 國家의 富를 유지하고 經濟的으로 발전을 이룩하기 위해 勞働者·農民을 보호 육성할 필요가 있으며, 이때문에 醫療에서도 勞動力의 보장이라는 것이 강조된다. 일종의 社會

保障制度의 일환으로 醫療가 시행되는 것은 住民 個人의 自由나 權利라기보다는 國家 社會 全體의 利益을 보장하기 위해서이다.

醫療에 있어서 個人의 權利는 존중되지 않으며, 自由가 보장되는 것도 아니다. 國家의 目的에 個人이 부응하는 것으로 파악된다. 전체의 利益을 위해서 個人은 義務的으로 自身の 健康을 유지해야 한다. 強制的으로 健康을 유지하도록 하기 위해 社會保障이라는 制度와 形式을 취한 것이라 볼 수 있다. 個人이 病이 나면 國家에서 이를 治療해 주고 健康을 보호해 준다. 國家나 社會가 個人의 健康을 보호해주는 것은 사실이다. 그렇기 때문에 醫療와 관계되는 사건은 國家나 社會의 책임으로 個人에게는 負擔을 주지 않고 無料로 처리된다.

醫療 人力이나 施設 裝備 등도 國家나 社會의 財産으로 간주되며, 醫療 要員은 國家에서 제공하는 노동의 代價를 받고 일한다. 國家의 利益을 보장하기 위해 住民의 健康을 보장하는 政策은 醫療의 社會化를 이룩하였고, 施設·裝備 등에 國家가 많은 投資를 하여 왔으며, 많은 保健 醫療 人力도 양성하였다. 이는 결과적으로 醫療 人力에 대한 人口比를 낮추어 西歐의 先進國 水準에 미치게 하였으며, 病床當 人口數도 또한 西歐의 수준에 이르게 하였다.

東歐 여러 나라의 의료서비스에 있어서는 몇 가지 共通된 특징을 찾아볼 수 있는데, 이것은 바로 소련의 그것에 연유하는 것이다. 첫째로 豫防醫學的인 側面에 중점을 두고 있다. 豫防은 治療보다 몇 배의 이익이 된다는 인식에서 豫防을 중요시한다. 疾病의 1차, 2차, 3차적인 豫防은 물론 疾病의 原因까지를 없애려는 시도가 이루어 졌다. 母子保健에 대한 강조도 이점에서 빼 놓을 수 없는 것이다. 각종 豫防接種뿐만 아니라 公衆衛生 保健의 사업을 강조하고, 保健教育까지 크게 강조하여 시행한다.

두번째의 특징은 1次醫療에 중점을 두고 있다는 것이다. 專門化된 特殊 醫療에 중점을 두기보다는 一般醫에 의한 의료, 또는 醫療 補助員에 의한 의료의 管理에 역점을 두고 있다. 여러 가지 종류의 保健·醫療 補助員이 양성되어 있고, 이들로 하여금 간단한 醫療問題를 해결



하도록 하고 있다.

세번째로 産業保健 및 職業醫學에 역점을 둔다. 醫療가 勞動力의 보호육성에 목적을 두므로 産業保健에 대한 강조가 하나의 특징이다. 각종 職業病의 診斷·治療, 産業場에서의 事故豫防, 노동자들의 一般檢診, 産業場에서 公害로 일어나는 여러가지 문제의 豫防 및 治療 등의 사업에 중점을 둔다.

마지막으로 衛生에 대한 保健教育을 강조하고 있다. 病床 앞에서 患者를 지도 교육하는 것이 있는가 하면, 家政訪門을 통하여 지도하는 것, 영화나 라디오, TV등을 이용하는 것 등 여러가지 方法이 동원된다. 이 교육에서 강조되는 것은 豫防의인 측면이다. 어떤 病이 어떻게 發生하므로 그 原因을 어떻게 防止할 수 있다는 등의 教育을 한다.

東歐 共產圈 여러 나라의 醫療 制度의 특색은 醫療의 公概念, 醫療의 社會化란 말로 표현된다. 여기서 생기는 問題點으로는 ① 醫療의 지나친 利用을 초래할 가능성이 있다는 점, ② 醫療의 利用者나 醫療의 提供者들 개개인의 自由와 權利가 침해될 가능성이 많다는 점, ③ 創意性의 개발이나 의욕의 고취를 통하여 발전할 수 있는 가능성이 적다는 점 등을 들 수 있다. 그러나 이러한 문제점에도 불구하고, 전체적인 醫療 利用의 폭을 넓힐 수 있고 社會保障의 次元에서 醫療惠澤을 끌고루 받을 수 있다는 점에서 이들의 醫療制度는 장점을 가지고 있기도 하다.

## V. 研究結果의 政策的 意味

지금까지 東歐 여러 나라의 人口 및 保健 醫療政策의 개괄적인 모습을 요약 정리해 보았거니와, 이 節에서는 앞에서의 작업 결과를 토대로 그것들이 우리나라의 경우에 어떤 政策的 意味를 갖는지, 그리고 어떤 政策的 示唆를 주는지 考察해 보기로 한다.

### 1. 人口成長에 관한 政策에 對하여

人口成長에 관한 한 東歐 여러 나라와 우리나라는 근본적으로 그 입장이 다르다. 人口變遷

의 段階에 비추어 보더라도 그들과 우리나라는 서로 다른 위치에 있음을 쉽게 알 수 있다. 그들은 人口의 規模도 우리나라보다 작고, 密度도 훨씬 낮으며, 人口成長率도 우리보다 훨씬 더 낮다. 그리하여 그들은 오히려 낮은 人口成長率을 염려하고 있으며, 암암리에 出生率을 높이기 위한 政策을 시도하고 있다.

우리나라는 높은 人口成長率을 저하시키기 위하여 1962年 이후 政府에서 家族計劃事業을 國家施策으로 실시해왔고, 그 성과로 우리나라의 人口成長率은 최근 1.6% 정도까지 저하하였다. 그러나 아직도 우리나라의 人口成長率은 높은 수준이며, 우리나라 國土의 面積이나 資源 등 人口의 生存手段에 비추어 볼 때 人口成長率은 더욱 억제되지 않으면 안될 처지에 있다. 世界의 人口問題를 운위하지만, 우선 人口問題가 문제로 제기되는 現場은 한 國家이고, 그에 대한 對策이 강구되는 單位도 역시 國家이다. 그러므로 그 나라의 人口規模나 成長率이, 그 나라의 人口扶養 手段에 비추어 적절한지에 대한 판단과 인식은 나라에 따라 매우 다를 수 있고, 人口成長에 대한 對策도 國家에 따라 다를 수 밖에 없다. 世界全體의 人口問題를 해결하기 위한 共同의 努力은 현재로서는 그 구체적인 實現 方案이 서 있지도 않고 그럴 가능성도 희박하다.

東歐 여러 나라의 人口成長에 관한 政策 가운데 우리에게 많은 示唆를 주는 것은 그들의 人工妊娠中絶에 대한 대책이다. 不法적이고 陰性的인 절차로 人工妊娠中絶이 많이 실시되고 있는 현실을 감안하여, 그것을 合法化하되 그것을 실시하는 절차를 명백히 규정함으로써 아무나 마음대로 할 수 없도록 하고 人工流産으로 인한 健康上의 피해를 줄이도록 한 것이다. 한편으로 家族計劃 서비스를 제공하면서 人工流産의 許容範圍를 제한하는 것도 人口政策的 配慮와 住民들의 요구를 동시에 고려한 對策이라고 볼 수 있다.

우리 나라에서는 1973년에 통과된 母子保健法에 人工妊娠中絶의 허용범위가 명시되어 있다. 그러나 許容되는 경우에 어떠한 形式과 節次를 밝히 그것을 할 수 있는지에 대한 세밀한 規定

은 마련되어 있지 않다. 예를 들면, 어떠한 資格을 갖추고 있는 사람이 그것을 할 수 있으며, 어떤 施設 基準을 마련해야 하며, 그것이 法的으로 허용되는지의 심사는 누가 하는지 등에 대한 規定이 전혀 마련되어 있지 않은 것이다. 그리하여 不實한 서비스로 인한 人工妊娠中絶의 피해는 매우 많은 것으로 지적되고 있다.

우리나라의 母子保健法에는 人工流産을 허용하는 범위가 주로 醫學的인 理由이고, 그밖의 경우는 매우 제한되어 있다. 子女의 數를 조절하기 위해서 人工妊娠中絶을 하는 것은 不法으로 되어 있다. 이것은 人口 成長을 抑制하려는 人口政策的 立場과 相馳될 뿐 아니라 우리의 現實과도 큰 괴리현상을 나타내고 있는 것이다. 우리 나라에서는 현재 많은 사람들이 子女數를 調節하기 위한 목적으로 人工妊娠中絶을 하고 있으며, 그러면서도 그것을 담당한 醫師나 그 당사자들이 아무런 法的인 제재를 받지 않고 있는 것이 현실이다. 더욱이 法的으로 그것이 허용되지 않기 때문에 음성적으로 부실한 서비스 조건 하에서 실시되는 경우가 대부분이다. 현재 우리나라에서 실시되고 있는 전체 人工妊娠中絶의 2/3 이상이 子女數를 조절하기 위한 目的으로 하는 것이고, 따라서 이들은 모두 不法인 것이다. 현재의 母子保健法의 規定이 여러가지 면에서 타당한 것이라면 그것을 강력하게 집행해야 할 것이고, 그렇지 않다면 좀 더 현실에 맞게 修正할 필요가 있다.

人工妊娠中絶에 대해서는 여러 가지 차원에서 논의의 여지가 많은 것임에 틀림이 없지만 적어도 우리나라의 人口政策的 次元에서 본다면 子女數를 調節하기 위한 目的으로도 그것이 法的으로 허용되어야 한다. 그것이 醫學上으로 권장할 바가 못되고 倫理的으로 문제가 있는 것이라면 家族計劃 서비스를 보다 더 강화하여 事前에 人工流産의 發生 可能性을 줄이도록 할 필요가 있다. 法的으로 허용하되 東歐의 여러 나라에서처럼 그것을 시행하는 절차는 보다 더 철저하게 규정해 놓을 필요가 있다. 人工 流産을 법적으로 허용한다는 것은 어디까지나 事後措置인 것이지, 그것을 권장하는 것은 아니다.

그러므로 우리나라의 母子保健法에서 人工

流産의 허용범위에 대한 규정은 개정되어야 한다. 즉 子女數를 調節하기 위한 目的으로 人工流産하는 경우를 合法的으로 인정해야 한다는 것이다. 동시에 人工妊娠中絶을 시행하는 절차는 좀 더 엄격하게 규정할 필요가 있고 그것의 위험성에 대한 事前 教育도 보다 더 강화해야 할 것이다. 그러면서, 한편으로는 家族計劃 서비스를 더욱 강화하여 願치 않는 妊娠이 되는 事例를 최소한으로 줄이도록 하는 것이다. 이렇게 하면 人口政策的 目的과도 부합이 되고, 法과 現實의 격차를 줄이는 한편, 人工流産과 관련된 醫學的, 倫理的 문제도 극소화할 수 있을 것이다. 이런 점에서 東歐 여러 나라의 경험은 많은 示唆을 준다.

## 2. 人口移動 및 再配置 政策에 對하여

이 점에 있어서도 東歐의 여러 나라와 우리나라는 體制上의 差異에서 연유하는 근본적인 차이가 있다. 住居移轉의 자유가 國民의 基本權의 하나로 규정되어 있는지의 여부에 있어서도 차이가 있고, 憲法에 규정되어 있다 하더라도 그것을 제한할 수 있는 경우에 대한 法的, 行政的 規定과 節次에 있어서 큰 差異가 있다. 東歐의 社會主義 國家들에 있어서는 中央에서 수립한 經濟開發計劃을 수행하는 과정에서 필요하다면 주민들의 移動 및 再配置를 國家에서 통제할 수 있도록 체제상으로 허용될 뿐만 아니라 그 幅도 自由主義 國家에서 보다 훨씬 큰 것이 보통이다. 우리나라와 같은 自由主義 國家에서도 中央政府의 經濟開發計劃이 政策上 優位를 차지하는 것은 사실이지만, 國家에서 國民들의 意思에 反하여 移動과 再配置를 강제적으로 행사하는 경우는 드물다. 그러나 이것은 程度의 차이로 보는 것이 타당한 것으로 보인다. 東歐의 社會主義 國家들이라고 해서 人口의 移動과 再配置를 모두 강제적으로 행사하는 것은 물론 아니다. 여러가지 誘因(incentive)을 제공해서 人口의 移動과 再配置를 전체 社會의 計劃에 맞게 조정하려는 政策을 쓰고 있는 것이다. 뿐만 아니라 均衡있는 發展을 통하여 人口의 再配置를 균형있게 하려는 政策的 目標을 세우고 있다.

우리 나라에 있어서 人口의 移動 및 再配置와 관련된 가장 심각한 문제는 大都市(특히 首都圈)로의 人口集中 현상이다. 大都市로 집중하는 人口의 가장 큰 比重은 農村→都市 이동이고, 그 다음이 中小都市→大都市 移動이다. 産業化가 추진되는 과정에서 人口의 都市化 현상은 일반적으로 나타나는 현상이지만 우리 나라의 경우에는 특히 大都市로의 집중이 지배적이고, 이것이 전체 社會의 큰 문제가 되고 있다. 이 문제를 해결하기 위한 機構와 對策이 마련된지도 오래지만 問題는 여전히 남아 있다.

社會主義 國家가 아니라도 “全體 社會의 均衡 있는 發展”은 바람직한 政策目標이라고 볼 수 있다. 農村과 都市, 地方과 中央의 均衡 있는 발전이 이룩된다면 人口의 大都市 集中은 자연히 해결된다. 그동안 大都市로 人口가 집중한 것은 農村과 都市, 地方과 中央의 不均衡한 發展 때문이라고 볼 수 있다. 中央 즉, 首都(大都市)에 政治 및 行政 權力이 집중되어 있고, 우리 사회의 주요한 機能들이 모두 서울을 중심으로 서울에 集中되어 있다. 그 결과 生活에 필요한 모든 資源(resources)이 서울에 집중되어 있다. 서울에 가야 좋은 학교를 다니고, 좋은 職場을 구할 수 있고, 사업이나 무역도 할 수 있고, 出世도 한다. 즉, 사람들이 願하는 모든 것을 가지고 있다. 그러므로 앞으로 大都市로의 人口 集中을 억제하려면 大都市(서울)가 가지고 있는 權限, 機能, 資源 등을 地方都市 또는 地方으로 分散시켜야 한다. 그것은 우리 社會의 均衡 있는 發展을 도모하는 길이 되고 자연히 大都市로의 人口 集中 問題를 해결하는 근본적인 방향이 될 것이다. 東歐의 여러 나라에서 指向하고 있는 “全國의 均衡 있는 發展”은 우리에게도 추구해야 할 政策 目標이 되고 있다.

앞에서 지적한 바와 같이 自由 民主主義를 지향하고 있는 우리 나라에서는 人口의 移動이나 再配置에 있어서 국가의 強制力을 행사할 수 있는 여지는 매우 제한되어 있다. 따라서 國民들에게 여러가지 誘因을 제공함으로써 國民들의 自發的 參與가 전체 사회의 필요에 맞아 떨어지도록 政策을 수행할 필요가 있다. 社會主義 國家인 東歐의 여러 나라에서도 이러한 政策을

쓰고 있는 것을 보면, 우리 나라의 경우에는 더 말할 나위가 없다. 물론 그 동안에도 우리 나라에서는 人口의 移動이나 再配置에 영향을 미치기 위하여 誘因을 제공하는 政策을 부분적으로 써 왔지만, 앞으로 이런 방향에서의 政策이 더욱 확대되어야 할 것이다.

### 3. 保健·醫療政策에 對하여

東歐 여러 나라의 保健·醫療制度는 주로 소련의 그것을 본보기로 하여 발달하였고, 우리나라의 保健·醫療制度는 주로 日本의인 遺産에다 美國의 그것을 본보기로 하여 발달하였다. 그리하여 東歐 여러 나라의 保健·醫療制度和 우리나라의 그것은 역시 근본적인 차이를 보이고 있다. 이러한 差異는 醫療의 公概念, 醫療의 社會化 등에 단적으로 나타난다.

醫療의 公概念이나 社會化는 資本主義 經濟體制와 근본적으로 양립할 수 없는 여러 側面을 가지고 있다. 우리나라의 經濟體制가 그들과 다르고 우리나라의 保健·醫療制度는 독특한 歷史를 가지고 있는 우리의 특수한 사정을 반영하고 있으므로 그들과 우리 나라가 근본적으로 다른 保健·醫療制度를 유지하고, 서로 다른 保健 醫療 政策을 쓰는 것은 충분히 이해할 수 있는 일이다. 그러나 우리나라의 保健·醫療制度를 발전시키는 데 있어서 그들이 가지고 있는 制度的 長點이나 政策目標을 받아들일 수 있는 가능성은 열려 있는 것이다.

특히 우리 나라는 앞으로 經濟發展 위주에서 社會·經濟의 綜合的 發展을 政策 方向으로 삼고 있으며, 社會 開發의 일환으로서 保健·醫療가 매우 중요한 부분을 차지하고 있다. 保健 醫療 制度的 개선은 물론 保健·醫療 政策의 重要性이 점차 증대하고 있는 현 단계에서 東歐 여러 나라의 경험을 살펴보고 거기에서 어떤 示唆을 얻을 수 있을 것이다. 설혹 서로 다른 保健 醫療制度를 운영한다 할지라도 그들의 制度가 가지고 있는 특징들을 우리의 制度에 반영시킬 수 있다면 좋을 것으로 생각된다. 豫防醫學에 力點을 둔다든가 一次醫療을 중시하는 점, 職業 및 産業醫學을 중시하는 점, 保健教育에 力點을 두는 점 등은 모두 우리가 考慮해 보아야 할

事項들이다. 이러한 특징들 가운데 어떤 것은 이미 우리의 保健醫療 制度에 반영된 것도 있고, 어떤 점에서는 이러한 특징들이 모두 조금씩은 반영되어 있다고도 보여지지만, 앞으로 그 必要性을 좀 더 면밀히 검토해 보고 필요하다면 과감하게 政策에 반영하여 우리 나라의 保健·醫療 制度의 改善 및 政策의 開發을 도모해야 할 것이다.

### 參 考 文 獻

- 김일순, “세계각국의 의료전달제도; 영국”, 의협신보, 1979. 3. 19
- 김일순, “사회주의 국가의 의료전달제도에 대한 종합적 서설”, 월간대한병원협회지, Vol. 4, No. 9, 1976
- 문옥분, “보험실시와 의료전달제도” 의협신보, 1979. 3. 19
- 문옥분, “중공의 의료제도”, 월간대한병원협회지, Vol. 4, No. 9, 1976
- 양재모, 유승흠, 김영기, 국민의료, 연세의대 예방의학교실, 1978
- 양재모, “세계각국의 의료전달제도 ; 소련”, 의협신보, 1979. 3. 19
- 양재모, “현대의료제도의 조류”, 월간대한병원협회지, Vol. 1, No. 3, 1973
- 연세대 학교 동서문제연구원, “공산국가에 있어서 정책 및 정책과정의 비교 연구”, 제 1 집 (1979), 제 2 집 (1980), 제 3 집 (1981), 제 4 집 (1982), 미출판 간행물
- Abortion Research : International Experience (Heath and Company, 1974)
- Babson J.H., Health Care Delivery System : a Multinational Survey, Pitman-Medical, 1972.
- Basil S. Hetzel, Health and Australian society, Penguin Books, 1979.
- Belson, David L., Self-Managed Health Care in Yugoslavia, in HCM Review, Winter, 1977.
- Blaustein, A.P. & Flanz, G.H.(eds), Constitutions of the Countries of the World, Oceana Publications, Inc., Dobbs, Ferry, New York, 1979
- Blum, Henrik L., Planning For Health, New York, Human Sciences Press, 1974.
- David, H.P., Family Planning and Abortion in the Socialist Central & Eastern Europe, (Population Council, 1970)
- Denton, John A., Medical Sociology, Houghton Mifflin Company, 1978.
- Frentel, L., “Attitudes Toward Family Size in Some Eastern European Countries,” in Population Studies, Vol.30, March 1976.
- Fry, J., “Structure of Medical Care Services in the USSR,” International J. of Health Services 2(2), 1972.
- Fry, J., Medicine in Three Societies, New York, American Elsevier Publishing Co., Inc., 1970
- Fuchs, R.J. & Demko, G.J., Population Distribution Policies in Developed Socialist and Western Nations,” in Population and Development Review. Vol. 5, No. 3, The Population Council, New York, 1979.
- Hyde, Gordon., The Soviet Health Services : A Historical and Comparative Study, London, the Camelot Press Ltd., 1974.
- John Fry, and W.A.J. Farndale(Ed), International Medical Care, Washington Square East Publisher, 1972.
- Knodek, John, “Family Limitation and the Fertility Transition : Evidence from the Age Patterns of Fertility in Europe and Asia,” in Population Studies, Vol.31, July 1977.
- Kunity, Stephen J., “Health Care and Workers’ Self-Management in Yugoslavia,” in International Journal of Health Services, Vol. 9, 1979.
- Lisitsin, Y., Health Protection in the USSR, Union of Soviet Socialist Republics, 1972
- Margan, Ivo, “Health Official Compares Yugoslavian Health Services Organization with that of the United States, Hospitals,” in J.A.M. A. Vol. 45, 1971.
- Marinesco, Voinea & Muresan, Petre, Study of Morbidity in the People’s Republic of Rumania
- Mauldin, W. Parker, “Fertility Studies : Know-

- Mehlan, K.H., *The Effects of Legalization of Abortion in Eastern Europe*, Amsterdam, *Excerpta Medica Foundation*,
- Mahlan, K.H., *The Effects of Legalization of Abortion in Eastern Europe*, Amsterdam, *Excerpta Medica Foundation*, 1964, No. 72
- Muller, J.E. Abdellah, F.G. et. al., "The Soviet Health System-aspect of Relevance for Medicine in the United States.," *N.E.J.*, 286 (13), 1972.
- Newell, Kenneth W., *Health by the People*, *World Health Organization*, 1975.
- Newman, Sidney H.(et. al.), "Abortion, Obtained and Denied, Research Approaches," in *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 53, May 1970
- Popovic, B., Skribic, M. & Kohen, R., "Yugoslavia's Autonomous Health Institutions. Their Role within the Constitutional and Sociopolitical Framework in the Republic of Croatia," *International Journal of Health Services*, Vol. 3, 1973.
- Population Division of the United Nations, "Knowledge, Attitude & Practice," in *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 7, June 1965
- Mckeown. Thomas. et. al., "An Interaction of the Modern Rise of Population in Europe," in *Population Studies*, Vol. 26, November 1972
- Millon, theodore, *Medical Behavioral Science*. W. B. Saunders Company, 1975
- venmental Policy Statements on Population ; An Inventory," in *Reports on Population and Family Planning*. February 1970.
- Rix Walpole(Ed), *Community Health in Australia*. Penguin Books, 1979.
- Ryan, T.M., "Primary medical care in the Soviet Union," *International J. of Health Services* 2 (2), 1972
- Sidel, Vitor W. & Siedel, Ruth, "The Health Care Delivery System of the People's Republic of China," in *Newell K.W., Health by the People*, WHO. 1975
- Sklar, June L., "The Role of Marriage Behavior in the Demographic Transition : The Case of Eastern Europe Around 1900," in *Population Studies*, Vol. 28, July 1974
- Steinman, Lawrence, Maldistribution of Physicians in Yugoslavic, *J. of Medical Education*, Vol. 49, Feb. 1974
- Tietze, Christopher, "The Demographic Significance of Legal Abortion in Eastern Europe," in *Demography*, Vol. 1, 1964
- \_\_\_\_\_, et al., "Induced Abortion," in *Reports on Population and Family Planning*, Vol. 14, December 1975
- W.H.O., *Directory of Medical Schools*, 1978
- W.H.O., *World Health Statistics Annual*, 1973-1976 Vol. I, II, III. 1976
- World Population. 1977, *Bureau of Census*, U.S. Department of Commerce, 1978
- Vukmanovic, C., "Decentralized socialism : Medical care in Yugoslavia," *International J. of Health Services* 2(1), 1972

**< Abstract >****A Study on the Population and Public Health Policies in East European Countries**

Kye-Choon Ahn · Young-Ki Kim  
(Yonsei University) (JeonBug University)

Though most of East European countries seem to hold a pronatalist policy, they approve of family planning and provide contraceptive services. One of the most popular contraceptive method has traditionally been the coitus interruptus in these countries. One of the major reasons for adopting family planning is to decrease the incidence of induced abortion rather than to lower the population growth rate. A very high incidence of induced abortion has been closely related to the popular use of coitus interruptus in these countries. Most of the East European countries liberalized induced abortion legally mainly to neutralize the wide practice of illegal abortion. However, the practice of induced abortion is under the strict control of the public health authorities in these countries.

Migration and redistribution of population are mostly under the control of the state in these socialist countries. Policies on migration and redistribution are usually carried out to achieve the general goal of socio-economic development plan of the states. Both incentive measures and control measures are mobilized to affect the internal migration and redistribution of population.

With respect to public health East European countries are characterized by the socialized medicine following the Soviet model. Public health measures and medical practice are controlled by the state and highly centralized in many countries except Yugoslavia. They place much emphasis on preventive medicine, primary health care, occupational and industrial medicine, and health education. Private sectors in medical practice do not exist in these countries of Eastern Europe.