

## 정책목표의 변화에 따른 정책도구의 전략적 선택과 효과: 우리나라 인구정책을 중심으로

하연희\*·문명재\*\*

우리나라의 인구정책은 시간의 흐름에 따라 다양한 정책도구(policy tool)들을 선택하였고 성공과 실패를 경험해왔다. 본 연구에서는 각종 선행연구와 통계자료들을 통해 1960년대부터 현재까지 우리나라 인구정책의 변화와 특성을 정책도구의 관점에서 고찰하고, 각 시기별로 채택된 정책도구의 유형과 특성들을 분석하였다.

분석 결과, 정책도구의 다양성은 증가하고 여러 가지 정책도구들을 조합하여 사용하는 경향이 두드러지게 나타났다. 또한 정부가 직접 재화나 용역을 공급하는 직접수단(direct tools)은 점차 약화되고 조세지출, 민간위탁, 직접보조 및 간접보조, 정부보험 등 간접수단들(indirect tools)의 선택이 증가되고 있었다. 그러나 직접수단의 하나인 정보제공(public information)의 경우에는 시대를 막론하고 인구정책에 있어 가장 보편적이고 효과적인 정책도구로 가능하고 있음을 확인하였다.

특히 인구정책에 사용된 정책도구들은 정책목표와 사회적 맥락을 반영하고 있음을 알 수 있었다. 즉, 인구억제가 목표였던 1996년 이전에는 직접적이고 적극적인 정책도구를 사용하였으나, 이후 출산장려로 정책목표가 선회함에 따라 비교적 간접적이고 소극적인 정책도구를 선택하고 있다는 것이다.

주제어: 정책도구(Policy tool), 인구정책

\* 고려대학교 행정학과 박사과정을 수료하고 현재 고려대학교 정부학연구소 연구원으로 있다. 주요 관심분야는 정책수단, 지방행정 및 재정 등이다(hyheagle@korea.ac.kr).

\*\* 1998년 시라큐스대학교에서 행정학 박사를 취득한 후 콜로라도 주립대학교의 행정대학원과 텍사스 주립대학교의 부시행정대학원 그리고 고려대학교 행정학과에서 가르쳤으며 2007년부터 연세대학교 행정학과 교수로 재직하고 있다. 연구관심 분야는 공공관리와 정책수단 등이며 미국행정학보(Public Administration Review)의 Book Review Editor와 International Review of Public Administration 공동편집장 등을 역임하였다(mjmoon@yonsei.ac.kr).

## I. 서론

1960년대 “3. 3. 35 운동(3명의 자녀를 3년 터울로 35세 이전에 단산하자)”에서 2000년대의 “1. 2. 3. 운동(결혼 후 1년 내 임신하고, 2명의 자녀를, 30세 이전에 낳아 건강하게 잘 기르자)”까지 우리나라의 인구정책만큼 다양하고 극적인 변이를 경험한 정책분야는 매우 드물 것이다. 그도 그럴 것이 1970년대까지 3.0% 수준의 높은 인구증가율, 합계출산율(TFR: Total Fertility Rate)<sup>1)</sup> 4명이 넘는 전형적인 후진국형 인구구조를 유지하고 있던 우리나라는 2006년 말 기준으로 합계출산율 1.13명이라는 세계최저의 출산율을 기록하고 있기 때문이다. 통계청이 발표한 우리나라 합계출산율은 1970년 4.53명에서 2004년 1.16명, 2005년 1.08명, 2006년 1.13명(2006년 출생통계 잠정 결과치)으로 36년 만에 3.4명이나 감소했다. 2006년을 기준으로 세계 각국의 합계출산율은 일본 1.26명, 미국 2.05명, 영국 1.80명, 프랑스 1.98명, 독일 1.34명, 이탈리아 1.35명 등으로 우리나라는 세계 최저의 출산율을 나타내고 있다.

실제로 1960년대부터 시작된 우리나라의 산아제한정책은 세계적으로도 모범적인 가족계획의 성공사례로 알려졌다. 그러나 1980년대 초반 재생산출산율(RFR: Reproduction Fertility Rate)<sup>2)</sup>을 달성한 이후(1983년, 2.08명)에도 지속적으로 강한 인구억제 정책을 고수하다가 1996년에 이르러서야 그간 추진되어 온 인구증가억제 정책을 폐지하고 인구자질 향상 및 복지증진을 위한 ‘신인구정책’으로 전환한 바 있다.<sup>3)</sup> 그러나 신인구정책의 채택은 장기적 안목에서 인구규모를 전망한 것이 아

1) 합계출산율(TFR: Total Fertility Rate)은 한 여성이 결혼 여부를 불문하고 가임기간(15~49세) 동안 출산할 것으로 예상되는 평균 출생아 수를 나타낸 지표로서, 출산력 수준을 나타내는 가장 대표적인 지표로 사용된다(통계청, 2007).

2) 재생산출산율(RFR: Reproduction Fertility Rate)이란 한 국가의 인구규모가 장기적으로 일정하게 유지되기 위하여 필요한 출산율을 의미하는 것으로, 통계적으로 2.1로 알려져 있다. 출산율이 2.1에 미달하는 현상이 계속된다는 것은 해당 국가의 인구가 장기적으로 감소하게 될 것임을 의미한다. 자연 상태에서의 출생성비는 여자가 남자보다 낮기 때문에 인구규모를 일정하게 하기 위한 재생산출산율은 2.1로서 2.0보다 커지는 것이라고 한다(최경수, 2004).

3) 신인구정책의 기본목표는 (1) 지속 가능한 사회경제적 발전목표를 달성하기 위한 저출산 수준의 유지와 유병률 및 사망수준의 개선, (2) 가족보전 및 복지증진, (3) 정상적인 출생성비 회복 및 인공임신중절의 예방, (4) 청소년 성문제 예방, (5) 여성지위 향상, (6) 노인복지 증진, (7) 지역별 인구의 균형분포, (8) 지역별 인구계획의 추진 및 통계수집체계의 구축, (9) 신인구정책 추진

나라 단순히 출산율이 적정수준으로 저하되었다는 이유로 정책목표를 이전의 ‘억제’에서 ‘유지’로 소극적으로 변화시킨 것에 불과하였다. 오히려 그 동안 국가 중점사업으로 추진되어 오던 인구정책을 우선 사업에서 제외시킴으로써 인구정책의 중요성을 방기한 것으로 볼 수 있을 것 같다. 실제로 ‘신인구정책’이 도입될 당시 우리나라의 합계출산율은 1.58명으로 당시 OECD 국가의 출산율 1.8명 수준에도 미치지 못하는 수준이었다. 이후 합계출산율은 지속적으로 하락하여 2005년에는 급기야 1.08명에 이룸으로써 비로소 정부는 인구정책의 실패에 대해 인지하게 되었고 저출산은 심각한 사회문제로 부각되었다.

이처럼 인구정책은 시간의 흐름에 따라 다양한 정책도구(policy tool)들을 선택하였고 성공과 실패를 경험해왔다. 본 연구에서는 각종 선행연구와 통계자료들을 통해 1960년대부터 현재까지 우리나라 인구정책의 변화와 특성을 정책도구의 관점에서 고찰하고, 각 시기별로 채택된 정책도구의 유형과 특성들을 분석해보고자 한다.

## II. 이론적 검토

### 1. 정책도구(Policy Tool)

먼저 정책도구(policy tool)의 개념에 대해 살펴볼 필요가 있다. 1980년대 이후 등장한 신공공관리(new public management) 운동과 대안적 공공서비스 전달체계(alternative public service delivery)에 대한 관심이 부각되면서부터 정책도구의 정의, 종류, 사용범위 등에 관한 논의가 시작되었다. 그러나 일반적으로 받아들여지는 정책도구의 정의나 목록(the inventory of toolkit)은 아직 존재하지 않는 것 같다.

최근의 논의들에서 나타나는 정책도구의 개념은 다음과 같이 매우 다양하다. Doelen (1989)은 정책도구를 정책 참여자들이 어떤 특정한 목표를 달성하기 위하여 사용하는 모든 수단들이라고 정의하였다. Vedung(1998)은 정책도구란, 정부기관이 사회 안녕을 지키고 사회변화에 영향을 미치거나 혹은 예방하기 위하여 권

---

을 위한 조직 조성 등으로 요약될 수 있다(장영식, 1996).

력을 행사하는 일련의 기법들(techniques)로 정리하고 있다. 또한 Howlett과 Ramesh(1995, 2003)의 연구에서는 정부가 정책집행을 위해 갖고 있는 재량으로서의 실제적인 수단(means) 혹은 장치(devices)라고 설명한 바 있다. 그리고 Salamon(2002)은 정책도구를 공공의 문제를 해결하기 위하여 구조화된 집합적인 행동을 통해서 동일함을 증명할 수 있는 방법(identifiable method)으로 정의내리고 있다.

선행연구들에서 나타나는 정책도구에 대한 개념은 이와 같이 다양하기는 하지만 대체로 광범위한 정의에 불과하였고 학자들간에 별다른 의견 차이도 나타나지 않고 있는 것 같다. 무엇보다도 정책도구를 보는 시각이 대부분 정책목표를 달성하기 위해 정부가 선택하는 수단(instrument)으로 맞추어져 있어 정책도구를 단순히 기술(technologies) 또는 기법(techniques)이나 방법(methods), 장치(devices) 등으로 파악하는 경우가 많다. 따라서 지금까지의 정책도구에 관한 논의는 객관적인 기준으로 유형화되지 못하였고 일반화 또는 이론화가 어려운 상황이다. 다만 정책도구의 다양성과 그 관리상의 문제들을 제시한 몇몇 연구들만이 존재하고 있을 뿐이다.

우선 Kettl(1988)은 현대 정부의 운영에 있어 정부에 의한 직접생산보다 비정부조직을 활용한 대리정부(government by proxy)가 증가하고 있음을 지적하면서 대리정부의 형태로 계약(contracts), 보조금(grants), 조세지출(tax expenditure), 정부대출 및 대출보증(governmental loan and loan guarantees) 등을 제시하였다. Kettl(1988)에 의하면, 정책도구의 유형에 따라 정부와 대리정부간 상호작용에 차이가 나타나기 때문에 적절한 정책도구의 선택이 중요하다는 주장을 하고 있다. 그의 이러한 주장은 최근 저작인 "The transformation of governance(2003)"에도 이어져 분권화, 세계화, 초다원주의적 행정환경에 적응하기 위한 10가지 이슈와 아이디어들을 제시하고 있기도 하다. 또한 Osborne and Gaebler(1993)는 그들의 저서 "Reinventing Government(1993)"에서 36가지에 이르는 다양한 정책도구들을 소개하고 있는데, 이들 대부분은 민영화(privatization)와 공공-민간 파트너십 측면에서 고려된 정책도구들이다. 이들이 제시한 대표적 정책도구들로는 서비스계약(service contract), 관리운영계약(management contract), 임대차계약(lease contract), 양여권계약(concession)방식 등이 있다. Savas(1987) 역시 Osborne and Gaebler(1993)와 유사한 관점에서 정책도구를 분석하고 있는데 특히, 덜 민영화된 수단에 비해 더

민영화된 정책도구들이 효율성, 효과성, 형평성 측면에서 모두 우월하다는 주장을 제시하고 있다.

이러한 여러 가지 논의들 속에서 Salamon(2002)은 보다 종합적으로 정책도구와 그 성과를 비교할 수 있는 기준을 제시하고 있다. Salamon(2002)은 어떠한 정책문제를 해결하기 위해 가장 필요한 정책도구가 무엇인가에 대해 기본적인 연구질문을 가지고 정부 직접생산, 민간위탁, 보조금, 조세지출, 바우처, 금융지원, 정부보험, 사용료와 수수료, 대출 및 대출보증 등 총 15가지에 이르는 정책도구들을 제시하고 있다. 그는 이들 15개 정책도구가 가진 각각의 제공형태, 작동 원리, 전달체제 등의 측면이 어떻게 구분되는지를 살펴보고 공통적인 정책목표인 효율성, 효과성, 형평성, 책임성 등의 평가기준을 어떻게 충족하고 있는지를 평가하고 있다.

또한 직접성(directiveness), 강제성(coerciveness), 가시성(visibility), 자동성(automaticity) 등의 측면에서 어떠한 특성을 가지는지도 분석하고 있다. 여기서 직접성(directiveness)은 특정 정책을 집행하는데 필요한 자원과 서비스를 정부가 직접 제공하는 정도를 의미한다. 강제성(coerciveness)은 각 정책도구가 개인이나 집단의 행위나 선택을 구속하거나 강요할 수 있는가의 문제를 의미하며 구속이나 강요의 형태로 나타나기도 하지만 보조금이나 서비스의 제공 형태로 나타나기도 한다. 그리고 가시성(visibility)은 정부에 의하여 직간접적으로 제공되는 재화나 서비스가 시민들의 눈에 잘 띄는 것인가의 문제를 말하는 것이다. 여기서 물리적(physical) 가시성은 정치적 가시성과 동일한 맥락으로 이해된다. 또한 자동성(automaticity)은 해당 정책도구가 시장제도, 조세체계 등과 같은 기존의 행정구조에 의해 유지되는가 여부를 의미하는 것으로, 자동성이 높은 정책도구는 새로운 정책도구를 창출하는 것에 비하여 매우 경제적이라는 평가를 받고 있다.

궁극적으로 Salamon(2002)이 설명하고자 한 것은 특정한 정책목표를 달성하기 위한 정책도구를 선택함에 있어서 어떠한 기준이나 원칙이 필요한지, 그러한 선택의 결과가 어떠한 정책결과를 담보할 수 있을 것인가에 관한 것이었다. 그의 연구결과가 현실의 정책문제를 분석하는 데 있어서 얼마나 유용했는지를 판단하기는 어렵지만, 이러한 관점의 접근방식이 오늘날 급변하는 정책 환경에서 적절한 정책도구를 선택하는데 중요한 기준을 제시하고 있음은 높이 평가할 수 있을 것이다.

## 2. 인구정책과 정책도구

여기에서는 다양한 선행연구에서 논의된 정책도구들이 인구정책 부문에 있어 어떻게 적용되어 왔는지를 살펴보고자 한다. 이와 함께 인구정책 자체가 가진 특성을 살펴봄으로써 정책의 특성에 따른 정책도구의 선택이 어떻게 이루어져왔는가를 고찰하고자 한다.

인구정책의 개념은 매우 다양하게 제시되고 있다. 적절한 방안에 의해 인구의 양과 질에 영향을 줄 수 있는 국가 또는 공동단체의 노력의 총괄(한국보건사회연구원, 1991), 인구문제를 야기시키는 인구과정의 3가지 요소인 출생, 사망 및 인구이동 자체를 적극적으로 조절하는 행동계획과 실천이 수반되는 공공정책(이재경 외, 2005)으로 정의되기도 한다. 일반적으로 인구정책은 인구변동 그 자체에 의해 일어날 수 있는 파급효과를 극복 내지 완화시키려고 하는 정책적 접근의 차이에 따라 인구조정정책과 인구대응정책으로 구분되고 있다. 전자는 인구증가 억제사업과 해외 이민사업, 인구자질 향상정책 등 우리나라의 가족계획에 영향을 미쳤던 정책이라 할 수 있다. 인구대응정책은 인구의 변동양상에 따라 발생하는 각종 사회적 문제들에 대한 대응책으로서 주택, 식량, 교육, 사회복지 측면 등이 이 범주에 속하고 있다(이희연, 2003; 한국인구학회, 1997; 가족계획연구원, 1979).

1960년대부터 1996년 신인구정책으로 정책목표가 선회하기 이전까지 우리나라의 인구정책은 인구억제를 위한 출산조절정책 즉, 가족계획정책, 해외이주정책, 인구분산정책 등 3가지가 중심이 되어 왔다. 이 중 가장 활발히 사용된 정책은 가족계획정책이었다(한국보건사회연구원, 1991). 1996년부터 2000년대 초반까지는 일종의 방임의 시기로서 특정한 인구정책을 시도하지 않았고, 2004년 이후부터 적극적 출산장려정책으로 인구정책이 변동되었음을 알 수 있다. 이러한 인구정책은 과거 인구억제기의 경우, 인구과잉에 의해 경제성장과 사회안정이 저해되는 것을 막기 위하여 출산조절정책이 필요하다는 것에 가장 큰 의미를 두고 있었다. 그러나 이후 출산율이 낮아지면서 점차 경제활동 인구수가 감소하게 되었고 이에 반하여 의학의 발달로 인한 평균 수명 연장으로 인해 고령화가 사회적 문제로 부각됨으로써 인구문제가 노동, 사회, 경제적 측면 등에서 복합적인 문제를 야기할 수 있다는 점에 함의하게 된 것이다.

그렇다면 인구정책은 어떤 정책 특성을 가지고 있는가? 우선, 인구정책은 그 추진주체는 정부 혹은 공공조직일 수 있으나, 행위를 결정하는 주체는 결국 개인의 선택이라는 점이 특징이다. 정부는 출산을 억제 또는 장려하는 정보 혹은 유인을 제공할 수 있을 뿐, 출산에 대한 개인의 선호나 선택에 직접적으로 영향을 미치는 것은 상당히 어렵다는 말이다. 또한 인구정책의 경우 통제나 장려 또는 처벌이 어려운 특성을 가지고 있다. 우리나라 인구억제기의 경험을 살펴보면 주택공제·의료공제·소득공제 등에 있어 일정 자녀수를 초과하는 경우 혜택을 제공하지 않는 경우는 있었으나, 적극적으로 제제한 경우를 찾아보기는 어렵다. 다시 말해, 인구정책은 매우 민감하고 극히 사적인 부분이기 때문에 국가가 사후 책임을 지기 어려운 부분으로 볼 수 있을 것이다. 아울러 인구정책은 급진적인 변화가 나타나는 것이 아니라, 긴 시간을 두고 그 결과가 나타나며 지속적인 학습을 통한 변화가 요구되는 사안이기도 하다. 뿐만 아니라 사회적으로 해당 문제에 대한 합의(consensus)가 존재하지 않으면 그 효과를 담보하기 어렵다는 특징을 가지고 있기도 하다. 그럼에도 불구하고 앞서 언급한 것처럼 사회, 노동, 경제정책 등에 대한 파급효과가 매우 강할 뿐 아니라 국가경쟁력과 정부의 역량을 좌우하는데 있어 중요한 요소이기 때문에 국가적 차원에서 신중하게 다루어지고 있는 것이다. 따라서 인구정책의 목표를 달성하기 위해서는 이러한 고유의 특성들을 고려하여 정책도구의 선택이 이루어져야 할 것이다.

실제로 우리나라의 인구정책에서 채택되어온 정책도구의 종류와 특성은 다음 <표 1>과 <그림 1>에 나타난 바와 같다. 이러한 구분의 기준은 우선적으로 Salamon(2002)이 제시한 직접성에 따른 정책도구의 분류에 기준하고 있다. Salamon(2002)은 직접성(directiveness)을 정부가 특정 정책을 집행하는데 필요한 자원과 서비스를 직접 제공하는 정도로 정의하고 있다. 이에 더하여 본 연구에서는 정책도구의 적극성(proactiveness)을 정책도구의 성격을 결정하는 다른 한 가지 차원으로 고려하고 있다.<sup>4)</sup> 여기서 적극성이 의미하는 바는 정책의 효과가 즉각적이고 명확하게 나타나는 정도를 말한다.

4) 본 연구의 목적은 인구정책의 달성도 혹은 성공과 실패 여부를 측정하거나 평가하려는 것이 아니라, 해당 정책에 사용된 정책수단들의 유형과 특성을 분석하는 것에 있다. 따라서 효율성, 효과성, 형평성 등 정책 자체의 성과나 성패를 판단하는 기준들보다는 정책도구의 특성을 보다 잘 설명해줄 수 있는 직접성과 적극성을 분석의 기준으로 삼고 있는 것이다.

예를 들어, 1970년대에 중점적으로 실시된 바 있듯이 정부가 공공의료기관을 통해 가임기 남녀에게 불임수술을 시행하는 경우에는 직접성과 적극성이 모두 높은 정책도구를 사용했다고 할 수 있을 것이다. 한편, 인구문제의 심각성에 대한 정보를 제공하는 것은 직접적이기는 하지만 적극적인 수단으로 보기는 어려울 것이다. 불임수용자들에게 일정한 보조금을 지급하거나 소득공제를 제공하는 경우는, 서비스 제공 방식은 간접적이지만 적극성 측면에서는 앞서 언급한 정보제공 수단만을 선택했을 때보다 적극성을 띠었다고 할 수 있을 것이다.

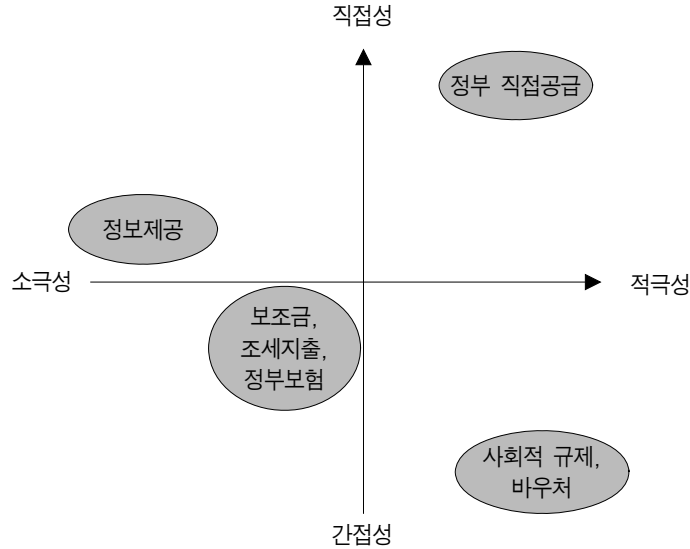
<표 1> 인구정책에 사용된 정책도구의 종류

구분		정책도구의 종류	주요사례
직접성 (Directness)	적극성 (Proactiveness)		
직접도구 (Direct Tools)	H	정부 직접공급 (Direct government)	◦ 공공의료기관을 통한 불임수술 실시(~1980년대)
	L	정보제공 (Public information)	◦ 표어, 포스터, 리플렛, 신문, 잡지, 라디오, TV, 인터넷 등 다양한 매체를 이용한 정보제공
간접도구 (Indirect Tools)	H	사회적 규제 (Social regulation)	◦ 다산자에 대한 교육비 감면, 가족수당, 소득공제 제외 조치(~1980년대)
	M	보조금 (Grants)	◦ 불임수술 수용자에 대한 주택자금 지원, 저소득층 생계비 우선지원(~1980년대) ◦ 출산수당/장려금 지급(2004년 이후)
	M	조세지출 (Tax expenditures)	◦ 소산자(少産子) 소득세 면제, 피임기구 수입세 감면(~1980년대) ◦ 영유아 보육 및 교육비 공제(2004년 이후)
	M	정부보험 (Insurance)	◦ 불임수술 의료보험 적용(~1980년대) ◦ 육아휴직수당/대체인력채용지원금 지급(고용보험), 불임부부 의료공제확대(의료보험)(2004년 이후)
	H	바우처 (Vouchers)	◦ 지정병원을 이용한 불임수술(~1980년대)

주: H(높음), M(중간), L(낮음)을 의미함.



<그림 1> 인구정책에 사용된 정책도구의 분류



이후에 보다 자세히 설명하겠지만, 우리나라의 인구정책에서 가장 보편적이고 비중 있게 다루어진 정책도구는 위에 제시된 정책도구 중 정보제공(public information), 보조금(grants) 지급, 조세지출(tax expenditure), 정부의 직접개입(direct government) 등이라 할 수 있다. 특히 정보제공의 경우에는 1960년대 인구정책의 발동기부터 현재까지 꾸준히 채택되어 온 가장 보편적인 정책도구인 것으로 볼 수 있다.

Salamon(2002)과 Weiss(2002)에 의하면 정보제공은 정부가 달성하고자 하는 정책의 목표를 국민에게 전달하여 국민들이 스스로 이러한 목표에 반응하여 정보를 사용하게 하도록 하며, 나아가 그 정보를 숙지하고 행동으로 옮기도록 하는 것을 목표로 한다. 정보제공은 근본적으로 불특정 다수의 국민을 대상으로 공개적이고 장기적으로 시행되기 때문에 급속한 수정이나 변화를 요하는 정책영역에 적용하는 것은 적절하지 않다. 대신 민감하고 사적이지만 전 국가적으로 중요한 사안, 법적으로는 해결하기 어려운 사안, 점진적 수정을 기대해야 하는 사안, 지속적인 학습을 통한 개선이 필요한 사안, 사회적으로 해당 문제에 합의(consensus)가 어느 정

도 이루어진 사안 등을 위주로 적용되는 것이 일반적이다. 이때 정보제공의 주체는 정부이어야 하고, 이는 주로 정부조직에 의해 상의하달 방식(top-down)으로 전달되는 것이 일반적이다. 정보제공을 통해 궁극적으로 정부가 이루고자 하는 것은 정부에 의해 제공되는 정책이나 제도를 지지하고 의도된 정보를 사용하는 것에 있다.

정보제공에 있어 가장 중요한 논점은 정보전달의 시점(timing)이다. 즉, 예방이 필요한 사안의 경우 경고(alert)나 계몽(enlightenment), 이미 진행되고 있는 사안에 대해서는 지식(knowledge)전달, 홍보(advertisement), 정책 마케팅(policy marketing), 공지(notice)의 전략을 사용하는 등 해당 정책의 목표에 따라 각각 다른 시점의 다양한 정보제공이 필요하며 이는 정책목표의 달성에 유효한 수단으로 작용할 것이다. 아울러 정보의 정확성, 정보의 비대칭 문제 등이 강조되고 있기도 하다(Salamon, 2002).

이러한 정보제공의 정책도구적 특성은 앞에서 설명한 인구정책의 특성과 상당 부분 일치하기 때문에 인구정책에 있어서 가장 보편적으로 사용되는 정책도구이다. 이는 우리나라 인구정책의 전 시기에 걸쳐 활용된 바 있으며, 대부분의 국가에서도 채택하고 있는 정책도구이다. 뿐만 아니라 UN이나 OECD 등 국제기구 차원에서 전 세계적으로 추진되고 있기도 하다. 그밖에도 인구정책에는 정부의 직접공급, 사회적 규제, 보조금, 조세지출, 정부보험, 바우처 등의 다양한 정책도구가 사용되었다.

다음에서는 지금까지 살펴본 이론적 내용을 바탕으로 실제로 우리나라의 인구정책이 어떠한 특성을 가지고 있고 어떠한 정책도구를 선택·조합하여왔는지를 고찰하고자 한다.

### Ⅲ. 시기별 인구정책 수단과 효과

우리나라의 인구정책은 다음과 같이 크게 3단계로 나누어 설명할 수 있다. 첫째, 출산억제정책기(1961~1995)는 정부가 인구증가를 억제하기 위해 가족계획사업을 도입한 1961년부터 출산억제정책을 공식적으로 폐지한 1996년 이전까지의 기간을 의미한다. 둘째, 인구자질향상정책기(1996~2003)는 정부가 인구의 자질과

복지 향상을 강조하는 방향으로 인구정책을 선회한 1996년부터 저출산 대응을 위해 고령화미래사회위원회가 발족(2004년 2월)되기 이전까지의 기간에 해당된다. 마지막으로 출산장려정책기(2004~)는 정부가 저출산 문제의 심각성을 인지하고 출산율을 장려하기 위해 고령화및미래사회위원회를 설치하고 국가 로드맵(Road-map)을 설정한 2004년을 기준으로 한다.

여기에서는 위와 같은 3단계의 인구정책 전개과정을 정책도구의 관점에서 분석하여 정책도구의 선택이 정책목표 달성에 있어 어떠한 효과를 발현하였는지를 추정해보고자 한다.

## 1. 인구억제 정책기(1961~1995)

우리나라에서 인구억제정책이 국가적 중점사업으로 채택된 것은 1961년 5.16 군사 쿠데타 이후 수립된 군사정부가 경제개발계획의 성공적 달성을 위해서는 인구증가 억제를 위한 가족계획이 국가정책으로 추진되어야 한다는 것을 강조하면서 부터이다. 이어 1961년 11월 개최된 국가재건최고회의 제69차 상임위원회에서 가족계획사업을 국가의 인구증가억제대책으로 공식 채택하고 피임약제기구의 국내생산이나 수입 금지조치를 해제하기로 결의하였다. 이것이 우리나라 인구정책의 시작이라 할 수 있다. 정부는 가족계획사업의 효율적인 추진을 위하여 1961년 대한가족계획협회를 발족시켰으며 1962년부터는 보건사회부가 중심이 되어 체계적인 가족계획정책을 추진하기 시작했다. 1963년에는 전국의 보건소에 가족계획 상담실을 설치하여 간호사 또는 조산사 자격증 소지자를 훈련시켜 가족계획 지도원으로 배치하는 한편, 1964년에 이르러서는 보건사회부 보건국 내에 모자보건과를 설치하고 각 시도의 보건과 내에는 가족계획계를 설치하였다(보건사회연구원, 1991; 보건사회부, 각 년도).<sup>5)</sup>

특히 1963년부터 시작된 가족계획사업 10개년계획은 보건사회부와 경제기획원의 수차례에 걸친 합의의 산물로서, 당시 가족계획사업이 얼마나 중요한 국가정책으로 인식되었는지를 대변해준다. 실제로 가족계획사업은 보건사회부가 주무

5) 이 부분의 내용은 보건사회부가 매년 발간한 「연도별 가족계획사업 실적보고」 중 1960년대 자료들을 참고하여 정리한 것이다.

부처로 모든 업무를 관장하였으나, 정부에서는 이를 범 국가사업으로 보았기 때문에 모든 부처가 가족계획사업에 참여하고 이를 지원하도록 1963년 9월 내각수반 지시각서 제18호를 시달하여 경제기획원(인구정책심의위원회 설치), 문교부(가족계획 교육개발 및 시행), 공보부(가족계획 종합 홍보방법 수립, 계몽·선전), 국방부(군인 대상 가족계획교육 및 3자녀 이상의 희망자에게 정관수술 시행), 상공부(기업체 가족계획교육 실시, 국내 피임기구 생산시설 보호육성과 제반원료 및 기구류 수입허가 협조), 내무부(지방행정 단위별 업무평가에 가족계획사업 실적 반영), 재무부(수입 피임약제기구에 대한 면세조치), 체신부(기념우표 발행), 법무부(우생보호법 제정 필요성 검토) 등 전부처가 참여하는 가족계획정책을 실시하였다. 아울러 이러한 사업목표 설정은 부처별 예산 확보의 기준이 되기도 하였다. 또한 가족계획사업 10개년계획은 인구증가율을 1960년 2.9%에서 제2차 경제개발계획이 종결되는 1971년까지 2.0% 수준으로 떨어뜨린다는 목표 하에 추진되었다. 주요내용은 20~44세 부인의 피임실천율을 45% 수준으로 증대시키고 이 중 31.5%는 정부사업에 의하여, 나머지 13.5%는 자비부담에 의해 달성시킨다는 것이었다. 이와 같은 정부지원에 의한 피임목표를 달성하기 위해 1962~1971년 기간 중 자궁내 장치 100만 건, 불임(정관)수술 15만건, 콘돔을 포함한 피임약제기구의 월 평균 사용자 15만명에 대한 피임보급을 골자로 하고 있다(보건사회연구원, 1991: 75-76).

1970년대에 넘어가서도 경제개발 5개년계획과의 긴밀한 연관성은 계속 유지되었다. 제3차 경제개발 5개년계획 기간(1972~1976)에는 인구증가율을 1.8%까지, 제4차 경제개발 5개년계획 기간(1977~1981)에는 1.5%로 떨어뜨린다는 목표를 수립한 것이다. 그러나 이러한 급진적 목표를 달성하기 위해서는 1960년대까지 적용하던 피임보급과 홍보교육을 통한 간접적 가족계획정책으로는 한계점에 봉착할 수밖에 없었다. 특히 당시 지배적이었던 남아선호 사상은 가족계획의 기본구조인 소자녀(少子女)가치관에 배치되는 것이었기 때문에 정부는 강력한 제도의 수립과 시행으로 이를 극복하고자 하였다.

이를 위하여 다산자에 대한 규제 및 소산자에 대한 보상정책을 기본으로 한 법적 기준 마련 및 사회지원시책을 도입함으로써 이전보다 더욱 적극적인 인구정책을 실행하게 된 것이다. 의학적 이유의 인공임신중절 합법화를 위한 모자보건법

공포(1973), 3자녀까지만 소득세 감면(1974), 정관수술자의 예비군훈련시간 감면(1974), 내각에 인구정책심의위원회 설치(1976), 여성의 유산상속을 위한 가족법개정(1977), 2자녀까지만 소득세 감면(1977), 근로자 가족계획 경비에 대한 기업세 면제(1977), 2자녀 이하 불임수술 수용자 공공주택분양 우선권 부여(1978), 피임기구 수입세 감면(1978), 공공병원에서 2자녀 출산 후 불임수술 수용자에 대한 출산비용 감면(1980) 등의 시책들이 그것이다(김승권 외, 2003; 서문희 외 2004).

특히 1970년대는 가속화되는 인구의 도시집중에 효율적으로 대처하기 위해 도시저소득층 가족계획사업, 산업체 가족계획사업 등을 포함한 도시가족계획사업을 시작한 시점(1974)이기도 하다. 뿐만 아니라 1970년대에는 정부가 주도적으로 의료인들을 훈련시켜 피임방법을 도입하고 불임수술을 권장하기도 하였다. 1975년에는 보건사회부의 주도로 불임술의 보급과 확산, 불임시술 관련 연구와 의료인 교육 등을 체계적으로 추진하기 위한 대한불임시술협회가 발족되었다. 대한불임시술협회는 외형적으로는 사단법인의 형태를 취하고 있지만, 이때의 사단법인은 해당 부처의 인가를 받아서만 설립 가능한 것이었을 뿐 아니라 예산의 80% 이상을 국고보조금으로 충당하는 실정이었으므로 사실상의 정부조직이라고 할 수 있을 것이다.<sup>6)</sup> 대한가족계획협회의 경우도 마찬가지로 성격을 가지고 있다. 정부는 대한불임시술협회를 통해 월경조절술 도입(1974), 여성 복강경수술을 위한 의사훈련 실시(1975), 여성 불임수술 도입(1976) 등 다양한 피임시술 보급사업을 적극 추진하였다(이삼식 외, 2005; 한국보건사회연구원, 1991: 82~90).

한편, 1980년대에는 1970년대까지의 경제개발 위주의 정책방향이 사회개발 분야로 확대되었다. 이 시기에도 역시 복지사회 구현을 위해서는 인구문제가 반드시 해결되어야 한다는 정책목표 하에 적극적이고 계획적인 인구증가 억제정책이 지속적으로 추진되었다. 제5차 경제개발 5개년계획(1982~1986)의 시기에 수립된 인구정책의 목표는 합계출산율을 1980년 2.83에서 1988년까지 인구대체수준인 2.1 이하로 떨어뜨린다는 가정 하에, 인구증가율을 1982년~1986년 기간 중 1.58%에서 1.49%로, 2000년에는 1.0% 수준으로 유지시키는 방안이 고려되었다. 이 시기의 인구정책은 1970년대와 같이 계획적이고 정부 주도적이었다는 점에서는 유사하지

6) 이것은 인구보건복지협회(구, 대한가족계획협회) 관계자와의 인터뷰에서 확인되었고 대한가족계획협회, 대한불임시술협회의 과거 세입세출 예·결산서를 확인할 수 있었다.

만, 출산관련 규제 및 보상제도를 강화하였다는 점과 피임사업에 정부보험(의료보험)제도를 활용하였다는 점, 사회제도 개선 및 남녀차별 시정 등 이전까지 다루어지지 않았던 사회복지와 여성지위 향상의 측면까지를 고려한 시책이었다는 측면에서 1960~1970년대의 인구정책과 상당한 차이점을 보이고 있다.

제5공화국 수립 후 1981년 12월에 발표된 새로운 인구억제정책은 사업관리제도 개선(8건), 피임보급의 확산(4건), 자비피임실천의 촉진(2건), 규제 및 보상제도 강화(14건), 사회제도 개선 및 남녀차별 시정(11건), 홍보활동 강화(10건) 등 총 6개 부문의 49개 시책을 포함하고 있었다.<sup>7)</sup> 특히, 앞에서 설명한 것처럼 불임수용 영세민에 대한 특별 생계비 지급(1982), 2자녀 불임수용 가정에 대한 공공주택 입주우선권 지급 및 영농·영어자금 융자우선 지급(1982), 의료보험 분만급여를 2자녀까지로 제한(1983), 공무원 자녀학비 보조수당 및 가족수당 지급을 2자녀까지로 제한(1983)하는 등 각종 규제 및 보상기제를 강화하였다는 점을 눈여겨볼 만하다. 이러한 적극적 인구억제정책의 결과, 당초 1988년 인구대체수준(2.1)의 달성목표를 5년이나 앞질러 1983년(2.08)에 이미 당초목표를 달성한 바 있다.

이후 제6차 경제개발 5개년계획(1987~1991)의 기간에는 1980년대의 급격한 출산율 저하에 힘입어 합계출산율을 1983년 2.08명에서 1995년까지 1.75명으로 감소시키고, 그 이후에는 동일 수준을 유지한다는 인구정책 목표를 수립하였다. 그러나 이러한 목표 역시 이미 1985년에 조기 달성되고 말았다. 이 시기부터는 사실상 인구증가 억제 자체가 인구정책의 목표라고 보기는 힘든 것 같다.

이 시기에 등장한 새로운 인구문제는 출생성비 불균형이 대표적이다. 이는 지난 30여 년간 지속된 인구억제정책의 부작용으로서, 자녀수를 줄이면서도 남아를 출산하고자 하는 욕구를 충족시키기 위해 태아 성 감별 및 선택적 인공중절로 나타난 결과였다. 그 결과 통계청(1996)이 발표한 장래인구 추계에 따르면 1981년 남아 대 여아의 비율은 100 : 107.2로 자연상태의 출생성비(100 : 106)와 유사한 수준이지만, 1988년에는 첫째 아이의 경우 100 : 107.3, 둘째 아이의 경우 100 : 113.3, 셋째 아이의 경우에는 100 : 165.4에 이르는 등 출생성비를 심각한 수준으로 왜곡시켰다. 이에 정부는 출생성비의 불균형을 회복하기 위하여 1987년에 의료법을 개정하여 태아의 성 감별을 제공하는 의료인은 의사면허를 취소할 수 있도록 규정하였

7) 이는 1981. 12. 17. 정부가 발표한 인구증가억제대책의 내용을 요약, 정리한 것이다.

고 1994년에 관련 법규를 다시 개정하여 그러한 의료 서비스를 제공하는 의료인은 3년 이하의 징역이나 1,000만원 이하의 벌금형에 처하도록 처벌규정을 대폭 강화한 바 있다. 아울러 의료보험 피부양자 범위에 출가여성의 직계존속이 포함될 수 있도록 의료보험제도를 개선(1984)하였고 여성의 가구주 인정, 상속에서의 평등권을 인정한 가족법 개정(1989)이 달성되기도 하였다(이삼식 외, 2005: 68).

1983년 인구대체수준 달성(2.08) 이후 1980년대 말에 합계출산율이 이미 1.6명 이하로 낮아짐에 따라 이 시기의 인구정책은 이전과는 상당히 구별되는 특성을 지닌다. 정부는 무료 피임보급사업을 저소득층 등으로 한정(1989)시키고 20대 여성의 피임보급전략을 불임에서 일시적 피임방법으로 변경(1986)하는 등 인구정책에 대해 상당히 이완된 모습을 보이고 있다. 이상에서 살펴본 인구억제정책기에 채택되었던 정책도구들을 정리하면 다음 <표 2>와 같다.

<표 2> 인구억제 정책기의 정책도구

구분		정책 도구의 종류	1960년대	1970년대	1980년대 이후
직접성 (Directness)	적극성 (Proactiveness)				
직접도구 (Direct Tools)	H	정부 직접 공급 <sup>a)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>자궁내장치시술 의사 훈련, 자궁내장 치술 실시(1964)</li> <li>격오지 가족계획 이동 시술반 운영 (1964)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>도시가족계획사업 (1974)</li> <li>-병원가족계획, 도시 저소득층 및 산업체 가족계획 사업, 인구 교육 사업</li> <li>월경조절술 도입 (1974), 여성복강경 수술을 위한 의사훈 훈련 실시(1975), 여성 불임수술 도입 (1976)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정부무료피임 보급 축소: 저소득층, 장애인 등으로 범위 한정 (1989)</li> </ul>
	L	정보 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>가족계획요원 (1962), 가족계획 어머니회 (1968) 중심 대인 정보제공 방식</li> <li>3.3.35운동: 신문, 잡지 등 대중매체 최초이용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>남성 가족계획홍보요원, 새마을부인회 (1977)를 통한 이원적 정보제공</li> <li>둘 낳기 운동 전개: 종전의 정보제공 방식에 세미나, 간담회, 캠페인 등 다양한 방식 추가적용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TV를 중심으로 한 대중매체 적극 활용</li> <li>정보제공 대상을 남성(예비군, 군인), 청소년, 대학생 등으로 확대, 정보제공의 시점 다원화</li> </ul>

(다음 쪽에 계속)

구분		정책 도구의 종류	1960년대	1970년대	1980년대 이후
직접성 (Directness)	적극성 (Proactiveness)				
간접도구 (Indirect Tools)	M	직 접 보 조 <sup>b)</sup>	-	-	◦ 2자녀 이하 불임수술 수용자 주택자금 및 저소득층 생계비 우선지원 (1982)
	H	보 조 금  간 접 보 조 <sup>c)</sup>	-	◦ 2자녀 이하 불임수술 수용자 공공주택분양권 우선부여 (1978)	◦ 자녀교육비 감면대상, 공무원가족수당 및 자녀교육비 지급을 2자녀로 제한(1982) ◦ 2자녀 이하 불임수용자의 5세 이하 자녀 1차 무료 진료(1982)
	M	조 세 지 출	-	◦ 2자녀 까지 소득세 면제(1977) ◦ 근로자 가족계획 경비에 대한 기업세 면제(1977) ◦ 피임기구 수입세감면 (1978) ◦ 공공병원에서 2자녀 출산 이후 불임수용자에 대한 출산비용 감면(1980)	→ 계속
	H	정 부 보 험	-	-	◦ 불임수술 의료보험 적용(1982) ◦ 의료보험을 통한 피임 수용 확대사업(1989)
	M	바 우 처	◦ 정부 지정병원을 이용한 불임시술	→ 계속	→ 계속
기타 : 관련법령 및 제도 제·개정			◦ 가족계획10개년계획 채택(1961) ◦ 내각수반 지시각서 제18호(1963) 발효	◦ 모자보건법 공포 (1973): 의학적 이유의 임신중절 합법화 ◦ 가족법개정(1977): 여성의 유산상속 가능	◦ 의료보험 대상 확대(1987): 친정 부모 및 처부모 ◦ 의료법 개정 (1987, 1994): 성감별 금지, 위반 의사 처벌 강화
시기별 특징			◦ 정부 직접공급 및 대인홍보 중심의 정보제공	◦ 정부 직접공급 강화 ◦ 대인홍보에 대체홍보를 부가한 형태의 정보제공 ◦ 보조금, 조세감면 등 정부지원시책의 등장 ◦ 여성의 권익신장을 고려한 관련법령 최초시행	◦ 정부 직접공급 감소 ◦ 대중매체 적극 활용, 정보 제공 대상 및 시점 다원화 ◦ 정부지원시책 이외에 사회적 규제 적용 ◦ 정부보험(의료보험) 활용 ◦ 새로운 인구문제 해결을 위한 법제 정비



- 주: a) 여기서 말하는 정부 직접공급은 Salamon(2002) 등이 정의한 바와 같이 국가기관이나 공무원들에 의해 전달, 보유(delivery and withholding)되는 재화나 서비스를 의미한다. 그런데 불임시술사업의 경우, 국가공무원(공공의료기관)에 의해 직접 수행되는 경우도 있지만 정부가 지정한 의료기관 중 이용이 편리한 곳을 선택하여 불임시술 쿠폰을 제시하여 시술받도록 하였다는 측면에서 바우처 방식이 병용되고 있는 것으로 볼 수 있기 때문에 서비스제공방식에 따라 이 두 가지를 구분하고 있음.
- b) 여기에서 말하는 직접보조는 현금형태의 보조금 지급을 의미함.
- c) 또한 간접보조는 경제적 인센티브로서의 의미는 동일하나 현금형태가 아니라 권리나 우선권의 부여 등 비금전적 보조의 제공을 의미함.

<표 2>에 나타난 바와 같이 인구억제정책 시기에 사용되었던 정책도구의 고찰을 통해 다음과 같은 시사점을 도출해낼 수 있었다. 첫째, 정보제공은 1960년대부터 1980년대 이후까지 보편적으로 사용된 정책도구였다는 점이다. 1960년대의 가족계획 조직을 활용한 대인방식, 표어를 통한 계몽 위주의 정보제공으로부터 1980년대 이후 신문, 잡지, TV, 라디오, 세미나, 토론회 등 다양한 대중매체를 활용한 정보제공 방식으로 전문성과 파급효과가 보다 강한 정책도구를 채택하고 있다는 점을 확인 할 수 있었다. 또한 정보제공의 범위를 가입여성에 한정하던 것에서 남성(예비군 및 현역군인), 청소년, 아동, 대학생 등으로 확대함으로써 정보제공 대상자와 정보제공의 시점을 다원화하였다는 점 역시 발견할 수 있었다. 이론적 검토 부분에서 상술하였듯이 정보제공은 인구문제가 지닌 정책적 특성을 반영하기 용이한 정책도구이기 때문에 전시기에 걸쳐 널리 사용되고 있는 것으로 이해할 수 있다.<sup>8)</sup>

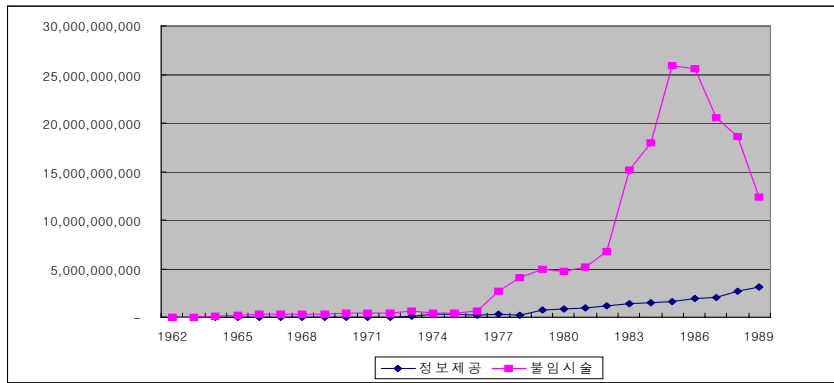
둘째, 직접도구의 채택이 점차 감소하고 있다. 이는 인구정책에 있어서 정부개입 강도가 점차 약화되어 가고 있음을 증명하는 것이다. 실제로 1960~1970년대에는 각종 피임수술을 위한 의료인 훈련을 국가가 직접 실시하고 불임시술을 정부기관(보건소)에서 직접 시행하던 것을, 인구안정화가 이루어진 1980년대 중반 이후부터 저소득층만을 대상으로 사회복지적 관점에서 시행함으로써 인구정책에 있어 정부개입에 대한 전면적인 정책변화가 이루어졌다. 다음 <그림 2>에 나타난 바와 같이 대표적인 인구억제정책 수단으로 채택된 정보제공과 정부 직접공급(불임시술)에 소요된 예산 변동추이를 살펴보면 이러한 변화를 확인할 수 있을 것이

8) 이러한 정보제공의 광범위한 사용은 인구조질향상 정책기(1996~2003)와 현재의 출산장려기까지 지속되는 현상이다. 이에 관해서는 해당 장에서 상술하기로 한다.

다. 정보제공에 소요된 예산의 경우 1962년에서 1989년의 기간 동안 매년 적지만 꾸준한 증가(연평균 7.5%)를 나타내고 있는 반면, 정부 직접공급(불임시술)의 경우에는 1980년대 초반까지는 지속적인 증가를 보였으나 1980년대 중반부터 현격하게 감소하고 있는 것으로 나타난다.

<그림 2> 연도별 정보제공 및 불임시술 소요예산 변동 추이

(1962~1989, 단위: 원)



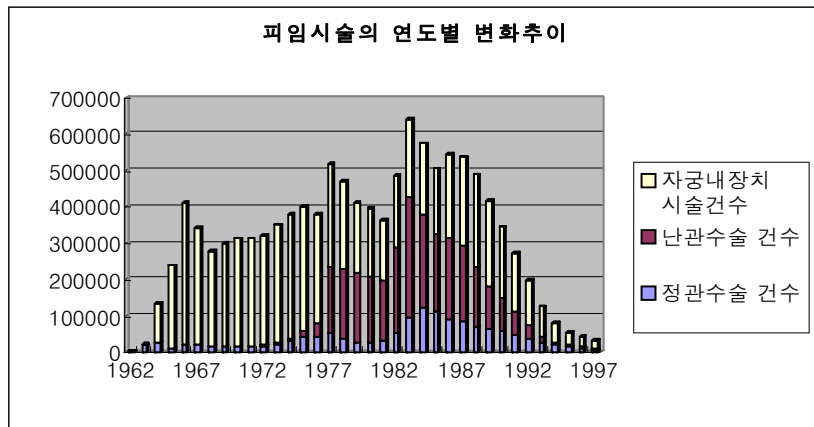
자료: 정보제공 소요예산은 한국보건사회연구원(1991: 124)의 사업별 가족계획사업비 지출내역총괄(1962-1989), 불임시술 소요예산은 보건사회부의 연도별 가족보건사업실적보고를 기준으로 작성함.

그런데 정부 직접공급(불임시술)의 내용을 살펴보면 상당히 재미있는 변화가 관찰된다. 불임시술이 본격화되기 시작한 1970년대 이후 가임인구(15~49세)당 불임시술 비율은 1988년까지 2.0% 내외를 유지하다가 1989년 이후부터 급격히 하락하여 1997년에는 0.1% 수준으로 떨어진다.<sup>9)</sup> 전체적인 추이를 보면 후반부로 갈수록 정부가 직접 시행하는 불임시술의 건수가 줄어들고 있기 때문에 정부 개입이 약화되고 있는 것으로 볼 수도 있다. 그러나 <그림 3>에서 보는 바와 같이 1960년대 인구정책의 도입 초기에는 자궁 내 장치(인공임플란트)를 이용한 영구피임이 대부분이었으나, 1970년대 중반에 이르면 난관 및 정관수술 건수의 비중이 점차 자궁내 시술건

9) 여기서 말하는 불임시술 비율이란 가임인구(남녀 15-49세) 중 정관수술, 난관수술, 자궁내 장치 시술자의 비율을 의미하는 것으로, 보건사회부의 연도별 가족계획사업 실적보고에 나타난 수치를 활용하였다.

수를 앞지르고 있는 것을 확인할 수 있다. 의학적으로 자궁 내 장치시술보다 난관 및 정관수술의 경우가 피임 중단율이 낮고 가임상태로 회복하는 것이 더욱 어렵다는 점을 감안한다면(한국보건사회연구원, 1991: 88), 정부 주도의 피임시술이 급격히 감소되기 이전 즉, 1989년 이전까지는 비록 피임시술 건수가 하락하고 있다 할지라도 더 강도 높은 영구피임 방식을 사용하고 있다는 점에서 정부 개입의 강도가 약해졌다고 단정 짓기는 어려운 측면이 있다.<sup>10)</sup>

<그림 3> 불임시술의 연도별 변화추이(1962~1997)



주: 난관수술 건수에는 1974년부터 도입된 새로운 불임시술방식인 미니랩, 라파로스코프 등이 포함됨.

자료: 보건사회부, 연도별 가족계획사업 실적보고를 기준으로 작성함.

셋째, 시간의 흐름에 따라 점차 다양한 정책도구가 사용되고 있다는 점을 확인할 수 있다. 1960년대에는 정부 직접공급과 정보제공, 바우처만이 사용되었으나 1970년대에는 보조금, 조세감면 등의 새로운 정책도구가 추가되었고 1980년대 이후에는 기존에 사용되었던 정책도구들이 더욱 전문화되고 구체화되는 한편 사회적 규제, 정부보험과 같은 정책도구들이 새로 사용된 것을 알 수 있었다.

10) 물론, 정관수술이나 난관수술이 자궁 내 장치시술 건수보다 의학적으로 안전하고 간편하다는 측면도 간과할 수는 없으나, 피임시술 방식 변화의 궁극적 목표는 중단율이 높은 자궁 내 장치시술 비중을 낮추고자 한 것이라고 판단된다(보건사회연구원, 1991: 88) 아울러 여기서 말하는 난관수술 건수에는 1974년부터 도입된 새로운 불임시술방식인 미니랩, 라파로스코프 등을 포함하고 있다.

마지막으로 경제개발 5개년계획과 정권의 변동에 따라 인구정책이 연동하여 변화하고 있음을 확인할 수 있었다. 이는 제4차 경제개발 5개년계획이 시작된 1977년, 제5공화국이 본격 출범되고 제5차 경제개발 5개년계획이 시작된 시점인 1981~1982년의 인구정책 변화가 다른 시기에 비해 매우 두드러진다는 점에서 잘 드러나고 있다. 앞서 <그림 2>에 나타난 것처럼, 1982년의 불임시술 건수 및 지원 예산의 증가는 예년과는 확연히 구분되는 것이었고 이는 1977년의 경우에도 마찬가지로 나타나고 있다. 또한 1988년 제6차 경제개발 5개년계획이 끝나는 시점에서 불임시술 건수 및 지원예산의 급격한 감소 역시 인구정책과 경제정책간의 긴밀한 연관성을 보여주고 있다. 이 시기에는 경제개발이 국가정책의 근간을 이루고 있었기 때문에 경제개발 5개년계획과 인구정책이 연동되고 있는 것은 매우 당연한 현상이었을지도 모른다. 실제로 이후부터는 정권변화에 따른 인구정책의 변동이 거의 나타나지 않는 것을 확인할 수 있었다.

## 2. 인구자질향상 정책기(1996~2003): 전환기

일찍이 1980년대 후반부터 출산율이 인구대체수준보다 낮은 수준에서 유지되고 1990년대 초반에 이르러서는 이미 OECD 국가들의 합계출산율 수준 이하를 유지하게 됨에 따라(<그림 4> 참조) 인구증가억제정책의 존폐여부에 관해 전문가들 사이에 치열한 논쟁이 있었다. 한 편에서는 출산율이 지속적으로 감소하는 경우 노동인구의 감소와 급격한 노령인구의 증가 등으로 사회경제적 발전에 부정적인 영향을 미치기 때문에 인구증가억제정책은 즉시 폐지되어야 하고, 폐지되어도 출산행위의 속성상 출산율은 증가하지 않는다는 주장을 폈다. 다른 한편에서는 우리나라와 같이 국토가 좁고 부존자원이 빈약한 상황에서 인구억제정책은 지속되어야 하고 이를 중단할 경우 피임실천율이 감소되며 출산율이 크게 증가하여 이전에 달성한 정책성과가 무의미해질 것이라는 주장을 전개하였다(보건복지부, 1997). 이에, 보건복지부는 1995년 각계 전문가로 구성된 인구정책심의위원회를 구성하여 기존 인구증가억제정책의 성과와 향후 인구규모와 인구구조 변동에 따른 사회경제적 여파 및 인구정책의 추진방향을 종합적으로 분석하도록 하였다.<sup>11)</sup>

11) 이 부분의 내용은 보건복지부가 매년 발간한 「연도별 가족보건사업 실적보고」 중 1995~1997

연구 결과, 저출산(합계출산율 1.75 기준)이 지속될 경우 예측되는 노동생산성 감소, 노령인구 증가에 따른 복지부담의 가중, 사회보험 재정 악화 등이 지적되었고 성비 불균형, 청소년 성문제, 인공임신중절 증가 등이 새로운 인구문제로 부각되었다(보건복지부, 1997: 190-192). 이러한 연구결과에 따라 기존의 인구억제 정책은 폐지되었고 1996년에는 인구자질 및 복지증진정책(신인구정책)으로 인구정책의 방향이 전면 변화되었다.

신인구정책의 주요 내용은 지속가능한 사회경제발전을 위한 저출산 수준 유지, 유병율과 사망률 개선, 출생성비 균형, 인공임신중절 방지, 남녀평등 및 여권 신장, 청소년의 성활동 예방, 에이즈 및 성병 예방, 인구분포의 균형, 가족보건 및 복지증진, 노인복지 증진 등이었다(보건복지부, 1997: 192-193). 신인구정책의 공포는 이전 30여 년 동안 유지되었던 인구증가억제정책을 폐지하는 대신 인구의 자질 향상과 복지증진에 중점을 두는 방향으로 인구정책의 성격이 전환되었다는 점에서 의의를 지닌다. 이에 따라 1999년에는 지난 30여년간 인구억제 정책의 철폐 역할을 수행한 대한가족계획협회에 대한 국고보조를 전액 삭감하고 대규모 구조조정을 실시한 바 있다.

이 시기는 신인구정책의 공포로 인구정책의 성격에 극적인 변화가 이루어졌던 시점임에는 분명하지만, 정책도구의 측면에서는 특징적 요소가 거의 드러나지 않는다. 이전 인구증가억제기에 도입되었던 정책도구들을 폐지 혹은 약화시키는 수준에 그치고 있을 뿐이다. 다만 인구의 질적 수준 제고와 소외계층에 대한 복지 제공이라는 정책목표를 실현하기 위해 저소득층과 장애인 등을 대상으로 하는 불임 시술사업은 이 시기에도 지속된 것으로 나타난다(보건복지부, 1997).

전환기 인구정책의 가장 큰 문제점으로는 이른바 "정책의 관성(policy inertia)"을 감안하지 못하였다는 점을 지적할 수 있을 것 같다. 출산의 문제는 가치관의 변동과 관련된 문제로 특별한 이유가 없는 한 쉽게 변하지 않는 특성 즉, 강한 관성(inertia)을 가지고 있다. 30년이 넘게 지속적으로 구축되어 온 소자녀에 대한 가치관과 선호는 단순히 인구억제정책을 폐지하는 것으로는 완화될 수 없는 것이었다. 여기에 지속적으로 시행했던 불임보급사업의 누적성이 작용하였을 것이고 사회경제적으로도 여성의 경제활동 참여, 소득의 증가, 교육비 부담의 증가 등 출산율 안

년까지의 자료들을 중심으로 요약, 정리한 것이다.

정을 저해하는 요소는 더욱 증가했을 것이기 때문이다. 이와 같이 전환기 인구정책의 소극적 대처는 지금과 같은 심각한 저출산의 문제를 야기했는지도 모른다.

### 3. 출산장려 정책기(2004~현재)

1996년부터 공식적으로 인구증가억제정책이 폐지되기는 하였으나, 2000년 이후부터는 합계출산율이 1.5명 미만으로 추락하여 OECD 국가들 중에서도 최하 수준의 초 저출산 현상이 나타나게 되었다. 이에 비로소 저출산이 사회적으로 중요한 이슈로 부각되었고 정부는 본격적인 출산장려정책을 도입하기 시작했다. 우선 정책의 추진주체로 대통령자문 고령화및미래사회위원회가 설치(2004. 2)되었다.

이후 저출산 및 인구고령화에 대응하기 위한 정책의 법적 근거로서 저출산고령사회기본법이 제정(2005. 9)되었고 이어 고령화및미래사회위원회가 대통령직속 기관인 저출산고령사회위원회로 격상되었으며 실무를 담당할 조직으로 저출산고령사회정책본부가 설치되었다.<sup>12)</sup> 아울러 2005년 초부터 국무조정실을 중심으로 관계부처 및 민간전문가가 참여하는 저출산종합대책이 마련되었고 2006년 8월에는 인구고령화 및 저출산에 대한 제1차 기본계획인 “새로마지 플랜(2006~2010)”이 발표되었다.

그러나 이 시기의 인구정책은 중대한 정책적 실기(失期)를 범하였다는 측면에서 매우 비난을 받고 있다. 앞에서 이미 설명한 것처럼 1983년 합계출산율이 인구 대체수준 미만으로 떨어져 저출산 사회로 접어들었음에도 불구하고 정책결정자들은 출산억제정책의 관성(inertia)이 지속될 것임을 예측하지 못하여 구체적인 저출산 대응책을 마련하지 못하였기 때문이다(<그림 4> 참조). 더구나 1990년대 중반부터 출산율이 급격히 감소할 당시에도 여성의 권익 신장, 노동시장 여건의 변

12) 이전까지 인구정책의 실무를 담당하였던 주체가 대한가족계획협회, 대한불임시술협회 등 사단법인 형태의 민간단체였던 데 비해, 저출산고령사회위원회는 대통령 직속기구이므로 구조 측면에서는 이 시기의 인구정책이 이전에 비해 정부의 직접공급 형태에 가까운 것으로 볼 수도 있을 것이다.

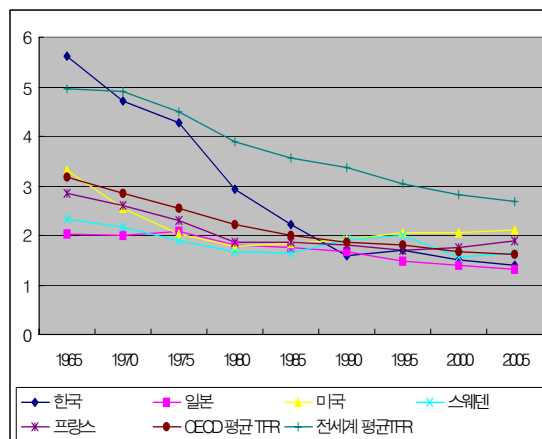
그러나 본 위원회는 인구정책의 실무를 추진하기 위한 조직이라기보다는 거시적인 측면에서 해당부처와 민간기관을 총괄하여 저출산 및 고령화 문제를 논의하고 방향을 수립하는 역할을 수행하기 때문에 정책도구의 측면에서 정부 개입이 강화되었다고 판단하기는 복잡한 측면이 있다.

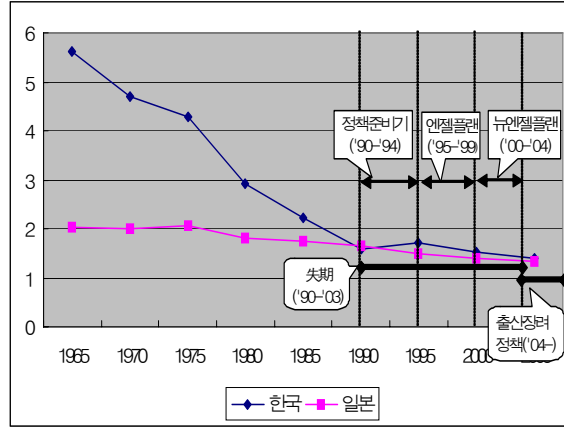
화 등 사회경제적 맥락의 변화를 거시적으로 읽지 못하고 외환위기의 영향으로 단기적 저출산 현상이 발생한 것으로 파악했던 정책적 오류를 범하였다. 이는 1989년 합계출산율 1.57명을 사회적 위기로 인지하여 1990년대 초부터 저출산 현상에 대해 정부차원에서 적극적으로 대응한 일본의 사례와 극히 비교된다. 이러한 정책적 실기(失期)는 결국 저출산에 대한 대응을 일본에 비해 10~20년 동안이나 지연시키는 부정적 결과를 초래하였다(이삼식 외, 2005; 이재경 외, 2005; 김태현 외, 2005).

<그림 4>에서 나타나듯이 일본의 경우에는 1990~1994년 건전한 자녀출산 및 양육환경에 관한 전체장관 연락회의를 계기로 정책준비기를 가지고 저출산 문제에 장기적 시각으로 접근하였다. 이어 1995-1999년 “엔젤플랜”을 제시하면서 일·가정 양립지원, 자녀양육 강화, 양질의 주거제공, 자녀발달 지원 등의 포괄적 저출산 대안을 강구하였고 2000-2004년에는 “뉴 엔젤플랜”을 주도하면서 보육접근성 강화, 고용환경 개선, 성역할 변화, 교육환경 개선, 교육비부담 경감, 자녀양육지원 강화, 불임부부 의료지원, 남녀고용형태변화 등을 포함한 종합적 소자화 대책을 제시한 바 있다(이삼식 외, 2005: 90-91, 서문희 외, 2003).

반면, 우리의 경우 <그림 4>에서 나타나듯이 1980년대 후반부터 2003년까지 장기간의 정책실기를 범한 후, 2004년에 와서야 본격적인 출산장려정책이 도입되었기 때문에 일본의 경우보다 저출산 대응이 지체될 수밖에 없었던 것이다.

<그림 4> 우리나라와 세계 각국의 합계출산율 변동추이(1965~2005)





주 : 2005년은 추정치를 사용함.  
 자료 : UN, 2004; 이삼식 외, 2005: 91의 그림을 참조하여 재구성함.

한편, 이 시기에는 다음 <표 3>에 나타난 것처럼 보조금, 조세감면 등 재정적 지원 중심의 다양한 정책도구들을 채택하고 있으며 정부보험(의료보험, 고용보험)을 활용한 의료비 지원 및 공제, 수당지급 등이 강화되었다. 또한 저출산고령사회 기본법의 시행으로 출산휴가, 육아활동 등을 장려하기 위한 각종 제도개선이 돋보인다. 아울러 인구억제에서 출산장려로 변화된 정책의 목표가 반영되어 다산자에게 가해졌던 사회적 규제가 사라졌다. 정보제공의 경우에는 시점과 대상, 방법이 더욱 다양해진 것을 특징으로 볼 수 있을 것이다. 뿐만 아니라 중앙정부 이외에 지방정부 차원에서도 다양한 출산장려 정책도구들을 활용하고 있는데, 이는 인구억제기의 정책도구 사용과는 상당히 차별되는 특성이다.



<표 3> 출산장려정책기의 정책도구

구분		정책도구의 종류	주요내용
직접성 (Directness)	적극성 (Proactiveness)		
직접도구 (Direct Tools)	H	정부 직접공급	-
	L	정보제공	◦ 저출산 인구정책 표어 공모, TV 홍보CF, 라디오, 신문, 잡지, 옥외전광판, 현수막, 인터넷, 모바일 등 다양한 대중매체 활용
간접도구 (Indirect Tools)	H	사회적 규제	-
	M	보조금	◦ 만0-4세아 차등보육·교육비 지원: 도시근로자가구 월평균소득 70% 이하에 대해 소득계층에 따라 100, 70, 40% 지급 ◦ 만5세아 무상보육·교육비 지원: 도시근로자가구 월평균소득 90%이하 보육 시설·사립유치원비(월 158천원), 국공립유치원비(월 53천원) 지급 ◦ 2자녀 이상 보육·교육비 지원: 도시근로자가구 월평균소득 100% 이하 둘째아부터 보육·교육비의 30% 지원 ◦ 장애아 무상보육·교육비: 보육시설 이용 장애아 보육료 전액(월350천원), 유치원 이용 장애아 교육비 전액(사립, 월200천원, 국공립, 월53천원) 지원 ◦ 농업인 영유아 양육비: 농지소유 5ha미만 가구 보육·교육비 50% 지원
		간접보조	◦ 3자녀 이상 무주택가구 국민임대주택 우선입주권 부여 및 입주자 선정시 동일 순위 내 경쟁이 있을 경우 자녀수에 따라 가점 혜택 부여(2006. 8) ◦ 3자녀 이상 가구 생애최초 주택구입 자금 및 근로자·서민주택구입 자금 대출시 0.5% 우대 금리 적용(2006. 3)
	M	조세지출	◦ 배우자 및 자녀 1인당 100만원 공제, 6세 이하 자녀 1인당 100만원 추가공제 ◦ 교육비특별공제: 영유아 및 초중고생(1인당 200만원), 대학생(1인당 700만원), 장애인 특수교육비(전액) ◦ 의료비 특별공제: 자녀의료비 중 총 급여의 3% 초과액 (연 500만원 한도) ◦ 보험료 특별공제: 자녀의 보장성보험료 공제(연 100만원 한도) ◦ 기부금 특별공제: 아동복지시설 및 모자복지시설에 기부한 기부금 공제 ◦ 비과세: 출산 및 보육수당 월 10만원 한도
	H	정부보험	◦ 의료보험 - 정·난관 복원수술 보험적용(2004. 7) 및 피임수술 비급여 전환(2004. 12) - 주요 산전검사(기형아검사·풍진검사) 보험급여 확대(2004. 12) - 모든 신생아에 대해 선천성대사이상검사 확대 실시지원(2004) - 자연분만시 본인부담 진료비 전액 면제(2005. 1) - 미숙아·선천성이상아 본인부담 진료비 전액 면제(2005. 1) - 불임부부 시술비용지원: 도시근로자가구 월평균소득 130% 이하 300만원 (2006. 8) ◦ 국민연금: 2자녀 이상 가구에 대해 둘째아 1년, 셋째아부터 1년 6개월 동안 연금보험료를 추가로 납부한 것으로 인정하는 출산크레딧 제도 도입(2006) ◦ 고용보험 - 중소기업근로자에 대하여 산전후 휴가 90일분 급여 지급 (2006) - 육아 휴직 급여 인상(월 40만원→2007년부터 월 50만원) - 산전후 휴가 중 또는 임신34주 이후 계약기간이 종료되는비정규직 여성근로자를 계속 고용하는 사업주에게 6개월간 월40만원의 출산후 계속 고용 지원금 지원

(다음 쪽에 계속)

구분		정책도구의 종류	주요내용
직접성 (Directness)	적극성 (Proactiveness)		
기타 : 관련법령 및 제도 제·개정			<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 저출산·고령사회기본법 제정(2005. 9)</li> <li>◦ 제1차 저출산고령사회기본계획(새로마지플랜 2010) 발표(2006. 8)</li> <li>◦ 육아휴직 대상 자녀연령 확대(만1세→만3세) 및 급여 인상(2006)</li> <li>◦ 배우자 출산간호휴가제, 유산·사산휴가 부여(2006)</li> <li>◦ 시차 출퇴근제·재택근무제 등 탄력근무제 실시(2005)</li> <li>◦ 직장보육시설 설치확대: 직장보육시설 설치 의무기준을 상시근로자 500인 이상 또는 상시 여성근로자 300인 이상 사업장으로 확대(2006)</li> <li>◦ 경력단절 여성근로자에 대한 출산여성재취업장려금제도 도입, 여성인재뱅크 운영, 전업주부 재취업 지원을 위한 노동시장복귀프로그램 운영(2007)</li> </ul>

주: a) 2006년 도시근로자가구 월평균소득(4인 기준)은 353만원임(통계청, 『가계조사연보』각 년도 자료 기준임.  
 b) 여기에서 말하는 직접보조는 현금형태의 보조금 지급을 의미함.  
 c) 또한 간접보조는 경제적 인센티브로서의 의미는 동일하나 현금형태가 아니라 권리나 우선권의 부여 등 비금전적 보조의 제공을 의미함.  
 자료: 저출산고령사회위원회(2006)의 제1차 저출산고령사회기본계획: 새로마지플랜 2010의 내용을 기반으로 재정리함.

#### 4. 소결

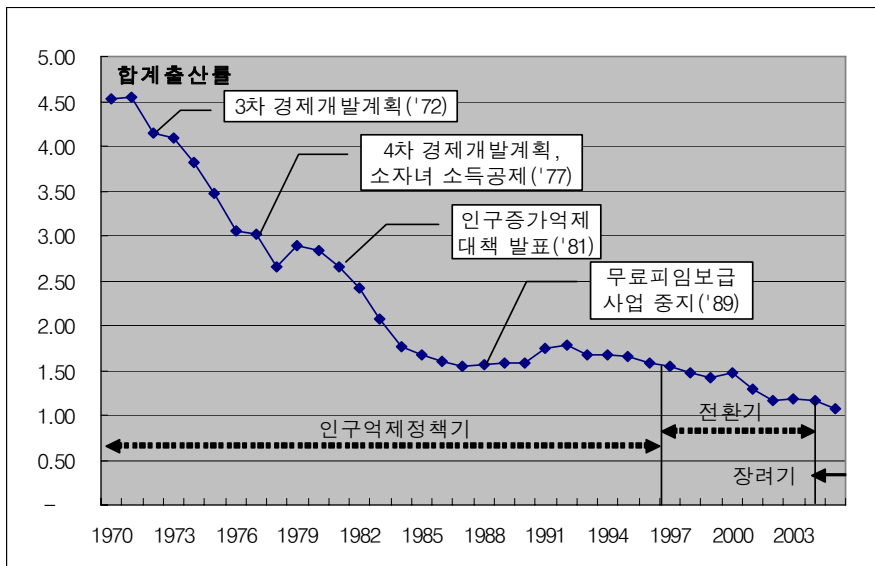
앞에서 분석한 3단계에 걸친 인구정책과 정책도구의 변화를 통해 다음 <그림 5>와 같이 정책의 효과를 추정해 볼 수 있을 것이다. <그림 5>에서는 우리나라의 합계출산율이 급격히 변화하는 시점별로 주요원인과 정책도구들을 표기하고 있다.

우선, 1972~1973년 무렵의 변화는 제3차 경제개발 5개년계획의 착수와 1960년대 중반부터 시작된 정부주도 불임시술사업의 효과가 나타나기 시작한 것으로 이해할 수 있다. 1977년 급격한 출산율 감소는 제4차 경제개발 5개년계획의 착수와 더불어 소자녀 소득공제, 불임수술 수용자에 대한 주택분양권 우선공급 등 저출산을 유인하기 위한 다양한 정책도구의 적용이 효과를 나타내기 시작했기 때문으로 판단된다. 그리고 1981년 또 한번의 출산율 급감은 제5공화국 출범과 더불어 강력한 인구증가억제대책이 발표되고 한층 강화된 무료피임 보급과 불임수용자에 대한 유인 제공, 다산자에 가해지는 소득공제 및 수당지급 제외 등 각종 사회적 규제의 영향에 의한 것으로 추측할 수 있다. 마지막으로 1989년 이후 소폭이나마 출

산율 증가가 있었는데, 이는 1989년 무료피임사업 폐지의 효과가 일시적으로 나타난 것이라 해석할 수 있을 것이다.

아울러 전 기간에 걸쳐 출산율 변동에 공통적으로 영향을 미친 요인은 가장 적극적이고 직접적인 정책도구인 정부주도에 의한 무료 피임보급사업이라 할 수 있을 것이다. 1962년부터 1989년 무료 피임보급사업이 종결될 때까지 가입인구(남녀 15-49세) 당 연평균 시술비율은 3% 내외인 것으로 나타났지만, 시술 후 지속되는 피임의 효과는 30대 중반에 시술한 것으로 가정할 경우에도 15년 이상 지속될 수 있기 때문이다. 따라서 정부주도 피임시술사업의 효과는 매우 중요했으리라 판단된다. 1989년 무료 피임보급사업이 중지된 이후 3~4년 동안의 출산율이 지속적으로 소폭 증가한 사실에서도 이러한 효과를 추론할 수 있을 것이다.

<그림 5> 우리나라 인구정책 변화와 정책도구의 효과



#### IV. 결론

이상과 같은 분석 결과, 본 연구는 다음과 같은 몇 가지 시사점을 도출해낼 수

있었다.

첫째, 정책도구의 다양성이 증가하고 있다는 점이다. 인구정책 도입 초기(1960년대)에 정보제공, 정부 직접공급 방식에만 의존하던 정책도구는 1970년대에 이르러 보조금, 조세감면 등 현금지급 방식의 정부지원시책이 부가되었다. 이어 1980년대에는 사회적 규제, 정부보험 등 새로운 정책도구들을 채택하였으며, 2000년대에 들어서면서부터는 보조금, 정부보험, 조세감면 등 정책도구에 보다 구체성이 보장되고 있음을 확인하였다. 아울러 단순히 한 가지 정책도구만을 사용하기보다 다양한 정책도구들을 조합하여 사용하기 시작하였다는 점도 특징적이다. 뿐만 아니라 2000년대 이후부터는 보육정책, 고용·인력 정책, 보건복지 정책, 재정 금융 정책 등과의 파급효과를 고려한 정책도구들이 출현하기 시작하였다.

둘째, 정부 직접공급 방식이 점차 사라지는 것을 확인할 수 있었다. 이는 곧 인구정책에 있어서 정부의 개입이 약화되어가고 있음을 의미하는 것이다. 실제로 1960~1970년대에 각종 피임수술을 위한 의료인 훈련을 국가가 직접 실시하고 불임수술을 정부기관(보건소)에서 직접 시행하던 것을, 인구안정화가 이루어진 1980년대 중반 이후부터는 저소득층만을 대상으로 사회복지적 관점에서 시행함으로써 인구정책에 있어 정부 개입에 대한 전면적인 변화가 이루어졌다.

셋째, 정보제공은 1960년대부터 1980년대 이후까지 보편적으로 사용된 정책도구였다. 1960년대의 가족계획 조직을 활용한 대인방식, 표어를 통한 계몽 위주의 정보제공 방식으로부터 2000년대 이후 TV 홍보CF 제작, 라디오, 신문, 잡지, 옥외전광판, 현수막, 인터넷, 모바일 등 다양한 대중매체의 활용으로 내용상의 전문성 및 대중성이 강조되는 변화는 나타나지만, 기본적으로 인구정책에 있어 가장 보편적인 정책도구로서 기능하고 있다. 아울러 가입여성만을 정보제공의 범위로 한정하던 방식에서 정보제공 대상을 남성(예비군 및 현역군인), 청소년, 아동, 대학생 등으로 확대하고 정보제공의 시점 역시 다원화하였다는 점 역시 발견할 수 있었다.

넷째, 인구정책에 사용된 정책도구들은 정책목표의 변화와 연계하여 변동하고 있다. 즉, 인구억제가 정책의 목표였던 1996년 이전에는 직접적이고 적극적인 정책도구들(정부직접 공급, 사회적 규제 등)을 사용하였으나, 이후 인구안정화 내지 장려로 인구정책의 목표가 선회함에 따라 비교적 간접적, 소극적인 방법(보조금,

세금감면, 정부보험 등) 중심으로 정책도구의 선택이 변화하고 있는 것이다.<sup>13)</sup>

마지막으로 출산 수준을 결정하는 요인으로는 정책도구 뿐만 아니라 사회경제적 여건의 중요성이 강조되어야 할 것이다. 이는 인구정책이 지닌 파급효과 즉, 주택, 식량, 교육, 사회복지, 노동, 여성정책 등과의 연계성과 각 국가별로 지닌 가치관이나 사회문화적 맥락의 다양성 등을 고려해야 한다는 것을 의미한다.<sup>14)</sup>

후속 연구에서는 인구정책에 직·간접적으로 영향을 미치는 사회, 경제, 정치, 인구, 환경 등 다양한 내생변수, 외생변수들을 고려하여 정책도구의 선택과 조합에 따른 정책효과를 계량적으로 증명할 수 있는 모델을 구축하고자 한다. 또한 궁극적으로는 정책의 성격과 특성에 따른 정책도구의 최적 조합(optimal combination)을 찾아내고자 하는 것이 향후 연구의 방향이 될 것이다.

#### ■ 참고문헌

가족계획연구원. (1979). 《인구학사전》. 서울: 가족계획연구원 인구정보관리센터.  
고령화 및 미래사회위원회. (2004). 《저출산·고령사회 대응을 위한 국가실천전략》. 제 35차 국정과제회의 보고자료.  
교육인적자원부. 《교육통계연보》. 각 년도 자료.  
김승권. (2004). “한국사회의 저출산 원인과 정책적 함의”. 2004년 한국인구학회 전기학

13) 인구억제기에 사용된 직접적이고 적극적인 정책도구들이 당시의 정책목표를 달성하는데 효과적이었음은 이미 기술한 바와 같다. 하지만, 정부주도로 이루어진 무료피임보급 사업이나 다산자에게 가해졌던 여러 가지 사회적 규제들은 윤리적인 측면에서 분명 문제점을 내포하고 있는 것이 사실이다. 심지어 1963년 9월 내각수반 지시각서 제18호에는 법무부의 주도로 우생보호법의 제정 필요성이 논의되기까지 한 바 있기도 하다.

본 논문에서 제시하는 정책도구의 전략적 선택과 효과는 이러한 윤리적 가치를 포함하고 있지 않기 때문에 어떠한 정책도구가 보다 바람직하다는 가치판단을 내재한 것은 아니라고 하겠다.

14) 특히 우리나라에서는 미신이나 사회적 속설에 대한 동조 현상 - 예를 들어, 쌍춘년이라서 결혼을 많이 한다던가, 황금돼지 해이기 때문에 많은 사람들이 출산을 결정하는 등의 행태 - 이 지배적이기 때문에, 통제하기 어려운 사회문화적 맥락들이 많이 존재한다.

실제로 1999년 1.42명이었던 합계출산율은 ‘새천년 베이비붐’ 영향으로 2000년 1.47명으로 반등했으나, 이후 2005년 1.08명으로 떨어질 때까지 지속적으로 하락하기만 했던 경험이 있다. 아울러 2006년 이후에는 쌍춘년과 황금돼지 해의 영향으로 당분간 출산율 상승이 기대되는 상황이다.

술대회 발표논문집.

- 김승권 외. (2003). 《저출산 대비 인구정책 개발 및 범정부추진 체계 수립 연구》. 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- \_\_\_\_\_. (2002). 《저출산의 사회경제적 영향과 장·단기 정책방안》. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김영범. (2001). “경제위기 이후 사회정책의 변화”. 《한국사회학》. 35(1): 31-58.
- 김태현·이삼식·김동희. (2005). 《출산력 저하의 원인: 출산행태 및 출산력 차이》. 서울: 보건복지부.
- 김태현·장영식. (1994). “우리나라의 장래인구 전망과 성장인구 추계”. 《한국인구학회지》. 17(1): 1-16.
- 대한가족계획협회. (1992). 《家協 30年史》. 서울: 대한가족계획협회.
- \_\_\_\_\_. 《대한가족계획협회 세입세출예산서》. 각 년도 자료.
- 박경효. (1990). “정책집행측면에서 본 한국 가족계획사업 실적의 결정요인”. 《한국행정학보》. 24(2): 1003-1018.
- 보건복지부. 《연도별 가족보건사업 실적보고》. 각 년도 자료.
- 보건사회부. 《연도별 가족계획사업 실적보고》. 각 년도 자료.
- 서문희 외. (2004). 《여성 사회활동 증진을 위한 보육환경 개선방안 연구》. 서울: 한국보건사회연구원.
- 은기수 외. (2005). 《외국 저출산 대응정책 효과성 분석 및 우리나라 도입방안 연구》. 서울: 보건복지부.
- 이삼식·변용찬·김동희·김형석. (2005). 《인구고령화의 전개와 인구대책》. 서울: 한국보건사회연구원.
- \_\_\_\_\_. 외. (2005). 《저출산 원인 및 종합대책연구》. 서울: 한국보건사회연구원, 저출산고령사회위원회, 보건복지부.
- 이재경·조영미·이은아·유정미. (2005). 《저출산의 젠더 분석 및 정책 대안 연구》. 서울: 고령화 및 미래사회위원회·보건복지부.
- 이희연. (2003). 《인구학: 인구의 지리학적 이해》. 서울: 법문사.
- 장영식. (1996). 《신인구추계에 의한 인구규모 및 구조변동과 정책과제》. 서울: 한국보건사회연구원.
- 장진경. (2005). “미혼 남녀의 결혼관과 출산 및 자녀관에 따른 출산정책 선호도 분석”. 《대한가정학회보》. 43(11): 165-183.

- 장혜경. (2005). “외국의 저출산 대응 정책사례”. 《국회도서관보》. 42(12): 13-23.
- 저출산고령사회기본법. (제정 2005. 5.18. 법률 제7496호).
- 저출산고령사회위원회. (2006). 《제1차 저출산고령사회 기본계획: 새로마지 플랜 2010》. 서울.
- 최경수. (2004). “한국 출산력 하락 추이에 관한 분석”. 2004년 한국인구학회 전기학술대회 발표논문집.
- 통계청. 《경제활동연보》. 각 년도 자료.
- \_\_\_\_\_. 《가계조사연보》. 각 년도 자료.
- \_\_\_\_\_. 《장래인구추계》. 각 년도 자료.
- \_\_\_\_\_. (2007). 2006년 출생통계 잠정결과: 출생신고에 의한 집계, 2007. 5. 8. 보도자료.
- 한국보건사회연구원. (1991). 《인구정책 30년》. 서울: 한국보건사회연구원.
- 한국인구학회. (1997). 《인구변화와 삶의 질》. 서울: 일신사.
- 홍문식 외. (1993). 《저출산 시대의 인구정책》. 서울: 한국보건사회연구원.
- Becker, G. S. (1981). *A Treatise on the Family*. MA: Harvard University Press.
- Blau, David M., and Philip K. Robins. (1989). “Fertility, Employment, and Child-Care Costs”. *Demography*. 26(2): 287-299.
- Bongaarts, J. and S. C. Watkins. (1996). “Social interactions and contemporary fertility transitions”. *Population and Development Review*. 22(4): 639-682.
- Coates, Paul. (2004). “Governance, Management, and Performance: They Matter”. *Public Administration Review*. 64(5): 630-633.
- D'Addio, A. C. and Marco Mira d'Ercole. (2005). *Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role of Policies*. Social, Employment and Migration Working Paper. No. 27. Paris, France: OECD.
- Davis, Kingsley. (1963). “The Theory of Change and Response in Modern Demographic History”. *Population Index*. 29: 345-366.
- Gauthier, A. H. (2001). “The Impact of Public Policies on Families and Demographic Behavior”. Paper presented at the ESF/EURESCO Conference. Bad Herrenalb. 23-28 June, 2001.
- \_\_\_\_\_. (1996). *The State and the Family*. Oxford: Clarendon Press.
- Gauthier, A. H. and Hatzius J. (1997). “Family Benefits and Fertility: An Econometric Analysis”. *Population Studies*. 51(3): 295-306.

- Howlett, M. & Ramesh, M. (2003). *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems* (2nd. ed.). London: Oxford University Press.
- Ingram, Helen & Schneider, Anne. (1997). *Policy design for democracy*. Lawrence: University Press of Kansas.
- Kettl, Donald F. (1988). *Governing by Proxy*. Washington D.C.: CQ Press.
- \_\_\_\_\_. (2003). *The transformation of governance: Public Administration for Twenty-First Century America*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Mason, Karen O., and Karen Kuhlthau (1992). "The Perceived Impact of Child Care Costs on Women's Labor Supply and Fertility". *Demography*. 29(4): 523-543.
- OECD. (2004a). *Education at a Glance*. Paris, France: OECD.
- \_\_\_\_\_. (2004b). *Social Expenditure Database*. Paris, France: OECD.
- Osborne D. and Ted Gaebler. (1993). *Reinventing Government*. New York: Plume Books.
- Salamon, Lester M. (2002). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. The Oxford University Press.
- Savas. E. S. (1987). *Privatization: The Key to the Better Government*. Chatham: Chatham House Publishers.
- Simmons, Ozzie G. (1988). *Perspectives on Development and Population Change in the Third World*. New York: Plenum Press.
- Sleeboos, Joelle E. (2003). *Low Fertility Rate in OECD Countries: Facts and Policy Responses*. Paris, France: OECD.
- United Nations. (2004). *World Population Prospects*. New York: United Nations.
- \_\_\_\_\_. (2003). *World Population Policies*. New York: United Nations.
- \_\_\_\_\_. (1995). *Women's Education and Fertility behavior: recent evidence from the Demographic and Health Surveys*. New York: United Nations.
- Van der Doelen, F. C. J., (1989). *Policy instruments and the conservation of energy: Application and efficacy of information and subsidies aimed at industrial energy conservation from 1977 until 1987*.(Diss.), The Netherlands, Enschede: Faculty of Management, University of Twente.
- Vedung, E. (1998) 'Policy instruments: typologies and theories', pp.21-58, in Bemelmans-Videc, M-L., Rist, R. and Vedung, E. *Carrots, Sticks and Sermons: Policy Instruments and Their Evaluation*. New Brunswick: Transaction Publishers.