

2008 공통교재

보건행정



시·도 공무원교육원

보 건 행 정

시 · 도 공무원교육원

공무원 윤리헌장

우리는 영광스러운 대한민국의 공무원이다.

오늘도 민족중흥의 최일선에 서서 겨레와 함께 일하며 산다.

이 생명은 오직 나라를 위하여 있고, 이 몸은 영원히 겨레위해 봉사한다.

충성과 성실은 삶의 보람이요, 공명과 정대는 우리의 길이다.

이에 우리는 국민 앞에 다하여야 할 숭고한 사명을 민족의 양심으로 다지며,
우리가 나가야 할 바 지표를 밝힌다.

우리는 민족사적 정통성 앞에 온 신명을 바침으로써 통일 새시대를 창조하는
역사의 주체가 된다.

우리는 겨레의 엄숙한 소명앞에 솔선 헌신함으로써 조국의 번영을 이룩하는
민족의 선봉이 된다.

우리는 창의적 노력으로 최대의 능력을 발휘함으로써 민주한국을 건설하는
국가의 역군이 된다.

우리는 불의를 물리치고 언제나 바른 길만을 걸음으로써 정의사회를 구현하는
국민의 귀감이 된다.

우리는 공익 우선의 정신으로 국리민복을 추구함으로써 복지국가를 실현하는
겨레의 기수가 된다.

공무원의 신조

1. 국가에는 헌신과 충성을
1. 국민에게 정직과 봉사를
1. 직무에는 창의와 책임을
1. 직장에선 경애와 신의를
1. 생활에는 청렴과 질서를

목 차

I. 보건행정의 개념	4
1. 보건행정의 정의	4
2. 보건행정의 범위	5
3. 보건행정의 특성	8
4. 보건행정의 분류	9
5. 현대 보건행정의 특징	10
II. 보건행정의 발전사	11
1. 공중보건의 발달	11
2. 우리나라 보건행정의 역사	13
III. 보건행정 및 관리	25
1. 일반행정의 개요	25
2. 행정의 일반적 속성	28
3. 보건행정의 기술적 원칙	30
IV. 우리나라의 보건행정조직	32
1. 보건복지부	32
2. 식품의약품안전청	71
3. 환경부	75
V. 보건기획	80
1. 정의	80
2. 보건기획의 특성	80
3. 보건기획의 목적	81
4. 보건기획의 필요성	82
5. 보건기획과정	82
6. 보건기획의 원칙	88
7. 보건기획의 대상과 범위	89

VI. 보건관리론	91
1. 보건정책론	91
2. 보건조직론	95
3. 보건인사관리론	101
VII. 보건관련국제기구	108
1. 국제공중보건사무국	108
2. 범미보건기구	108
3. 국제연합부흥행정처	108
4. 세계보건기구	109
5. 기타	116
VIII. 보건의료 전달체계	118
1. 보건의료 전달체계의 개념	118
2. 보건의료의 목표	119
3. 보건의료 전달체계를 위한 조건	119
4. 보건의료 전달체계의 유형	120
IX. 의료보장제도	124
1. 사회보장 및 의료보장의 개념	124
2. 의료보장	128
X. 국민건강보험제도	132
1. 국민건강보험제도의 의의	132
2. 국민건강보험	133
3. 국민건강보험제도의 특성	133
4. 국민건강보험제도의 유형	133
5. 국민건강보험제도의 법적 근거	135
6. 국민건강보험제도의 연혁	136

7. 국민건강보험제도의 주요기능 및 역할	138
8. 국민건강보험공단	139
XI. 진료보수지불제도	142
1. 실거래가 상환제	142
2. 상대가치 수가제	146
3. 행위별수가제	147
4. 포괄수가제	149
5. 인두제	150
6. 봉급제	150
7. 총액계약제	151
XII. WTO DDA 란?	153
1. WTO DDA 협상 진행절차 및 경과	153
2. WTO DDA 서비스 협상의 배경	154
3. 의료서비스 개방 공급유형	156
XIII. 의약분업의 발전방향	158
1. 의약분업의 목적	158
2. 의약분업의 역사	158
3. 의약분업 정책의 문제점	160
4. 의약분업 정책방향	160
5. 의약분업 정책대안	162
부록1. 전염병예방법 전부개정사유	171
부록2. 전염병의 진단기준 일부 개정고시	176
부록3. 지역보건의료사업계획 “예시”	189
※ 참고문헌	216

I. 보건행정의 개념

1. 보건행정의 정의

행정이란 공통의 목적을 수행하기 위하여 법적인 테두리 내에서 상호 협동하는 집단의 합리적 활동이라 할 수 있다. 그러므로 보건행정이란 지역사회주민의 건강을 유지·증진시키고 정신적 안녕 및 사회적 효율을 도모할 수 있도록 하기 위한 공적인 행정활동을 일컫는다. 즉 국가나 지방자치단체가 주도적으로 수행하는 국민의 건강을 위한 제반활동으로 간주된다. 따라서 보건행정은 보건과 관련된 제반 지식과 기술을 행정에서 요구되는 여러 가지 기법과 원칙들에 연결시켜 적용한다는 점에서 일반행정과 차별성을 보인다.

사람에 따라 보건행정에 대한 정의가 다양한데, W. G. Smillie는 “보건행정이란 공적(official) 또는 사적(unofficial) 기관이 사회복지를 위하여 공중보건의 원리와 기법을 응용하는 것이다.”라고 하였으며, 카메야마 고오이치(龜山孝一)는 “보건행정이란 공중의 보건에 관한 행정으로써 일반공중의 건강을 유지·증진하기 위하여 행하는 행정을 지칭한다.”고 하였고, 하시모토 미치오(橋本道夫)는 “보건행정이란 공중보건의 기술을 행정조직을 통하여 주민의 생활속에 도입하는 사회적 과정이다.”라고 하였다.

여러 정의들을 종합하여 보면 “보건행정이란 공중보건의 목적을 달성하기 위하여 공중보건의 원리를 적용하여 행정조직을 통하여 행하는 일련의 과정”이라고 할 수 있으며, 보건행정은 다음과 같은 특징을 갖는다.

첫째, 보건행정의 목적은 지역사회 주민의 건강증진에 주안점을 두어야 한다.

둘째, 지역사회 주민의 욕구와 수요를 반영하며 시대와 환경의 변화에 부응하여야 한다.

셋째, 국가나 지방자치단체가 주도적으로 업무를 관장한다.

넷째, 관리적 측면에서 볼 때 보건의료사업을 기획, 집행 및 통제함으로써 국민의 건강증진을 달성하는 기능을 수행한다.

다섯째, 우리나라 보건행정은 공공행정보로서의 기능이 미약하다. 앞으로 공공행정보로서의 역할을 강화하고 공익성을 확대해 나가야 한다.

요컨대 보건행정은 공적인 책임 하에 공중보건을 향상시킬 수 있는 여러 가지 조건을 정비하여 가도록 행정적인 원리와 기법을 적용하는 전략적인 정책 결정과 기술적인 집행방향 설정 및 실무기법을 포함시키고 있는 분야라고 할 수 있다. 또한 보건이란 공중의 건강을 유지·증진시키는 철학, 과학 및 기술로 보아야 할 것이며, 보건사업의 수혜자인 공중을 보건사업의 생산물인 건강과 더불어 인식하여야 할 것이다.

2. 보건행정의 범위

보건행정의 범위는 각국의 역사적 배경과 사회·정치적 이념 등에 따라 차이가 있다. 전통적으로 자유방임적인 체제를 갖고 있는 국가에서는 보건행정에 관하여도 민간주도형으로서 보건의료에 국가의 간섭이 없었으며, 형평을 강조하는 체제의 나라에서는 보건의료에 국가의 주도적 또는 완전한 개입이 있어왔다. 이와 같이 그 나라가 취하고 있는 보건의료제도의 특성에 따라서 보건행정의 범위는 나라마다 조금씩 다르나 보건행정이 공중보건에 관한 내용을 행정적으로 계획·조정·통제하는 일차의 과정으로 볼 때, 보건행정의 범위에 포함되어야 할 사업으로는 보건교육, 보건통계, 보건간호, 학교보건, 산업보건, 모자보건, 구강보건, 전염병 관리 및 역학, 정신보건, 보건검사, 환경위생, 식품위생, 영양개선, 성인병관리, 지역사회보건, 국제보건사업 등이 있다.

Emerson, Hanlon, 세계보건기구 및 미국공중보건협회에서 규정한 보건행정의 범위, 그리고 행정과정론의 입장에서 보건행정을 살펴보면 다음과 같다.

가. Emerson

- 1) 보건통계
- 2) 대중에 대한 건강교육
- 3) 환경위생
- 4) 전염병관리
- 5) 모자보건
- 6) 만성병관리
- 7) 보건검사실 운영

나. Hanlon

- 1) 보건활동이 지역사회를 기반으로 실시되어야 할 사업
 - 가) 지역사회의 식품, 상수, 우유공급에 관한 감독
 - 나) 구충
 - 다) 대기과 하천오염의 예방
- 2) 예방 가능한 질병, 불구 또는 미숙아의 사망에 관한 사항
 - 가) 전염병, 영양부족, 습관성의약품과 마약의 피해
 - 나) 알레르기성 증상과 그 원인물질, 특정한 정신 및 인격상 행동이상
 - 다) 산업보건, 악성종양(진행억제, 가능한 한도내의 예방)
 - 라) 혈액순환계 및 신진대사 질환(진행억제, 가능한 한도내의 예방)
 - 마) 모성 및 성장에 관계있는 위해, 중치
 - 바) 가정, 지역사회 및 산업장의 재해 및 병후 회복

다. 세계보건기구

- 1) 보건관계 기록의 보존
- 2) 대중에 대한 보건교육
- 3) 환경위생
- 4) 전염병관리
- 5) 모자보건
- 6) 의료
- 7) 보건간호

라. 미국공중보건협회

- 1) 보건자료의 기록과 분석
- 2) 보건교육과 홍보
- 3) 감독과 통제
- 4) 직접적 환경서비스

- 5) 개인 보건서비스의 실시
- 6) 보건시설의 운영
- 7) 사업과 자원간의 조정

마. 보건행정의 범위 : 관리적 측면에 의한 분류

- 1) 환경관리분야 : 환경위생, 식품위생, 환경오염, 산업보건
- 2) 질병관리분야 : 전염병관리, 역학, 비전염성관리, 기생충관리
- 3) 보건관리분야 : 보건행정, 보건교육, 모자보건, 의료보장제도, 보건영양, 인구보건, 가족계획, 보건통계, 정신보건, 영유아보건, 사고관리, 교통 사고관리, 약물 남용, 학교보건, 보건의료 정보관리 등이 보건행정 분야에서 다루어져야 할 것이다.

바. 보건행정의 범위 : 행정과정론적 측면에 의한 분류

문재우 등(2004)은 행정과정론의 입장에서 보건행정을 다음과 같이 분류 하였다.

- 1) 투입(input): 인력(manpower), 시설(facility), 재정(capital), 기술(technology), 물자(materials)
- 2) 전환(conversion process): 보건의료조직(health care organization) 내의 각종 활동, 관리(management)
- 3) 산출(output): 중간산출물(intermediate output), 최종산출물(ultimata output)
- 4) 환류(통제 및 조정: feedback, control mechanism): 정부(government), 공급자단체(health provider organization), 소비자단체(consumers related organization)
- 5) 환경(environment): 정부시책, 보건의료체계, 경제동향, 사회의 기대, 기술 및 생산요소의 발달

3. 보건행정의 특성

가. 공공성 및 사회성

보건행정은 국민건강의 유지·증진을 위한 조직된 지역사회 노력이다. 그러므로 보건행정은 공공복지와 집단적 건강을 추구함으로써 이윤추구에 몰두하는 사행정과는 다르며 행정행위가 사회전체 구성원을 대상으로 한 사회적 건강향상에 있으므로 사회·행정적 성격을 띠고 있다. WHO 현장전문에 “건강이란 신체적, 정신적으로 질환이 없는 상태뿐만 아니라 사회적, 심리적, 영적으로 안녕해야한다”함은 건강이 건전한 개인인 동시에 지역사회 또는 국가를 통하여 파악되어야 하는 고도의 공공성과 사회성을 의미하고 있다고 볼 수 있다.

나. 봉사성

행정국가의 개념이 과거 보안국가(Police state)로부터 복지국가(Welfare state)의 개념으로 변화됨에 따라 공공행정이 소극적인 질서유지로부터 국민의 행복과 복지를 위해 직접 개입하고 간섭하는 봉사행정으로 바뀌게 되었다. 이러한 대표적 예가 사회보장에 관한 것이며 넓은 의미에서 보건행정도 국민에게 적극적으로 봉사하는 봉사행정이다.

다. 조장성 및 교육성

오늘날의 행정을 자치행정, 조장행정, 지방행정 시대로 부르고 있다. 따라서 모든 행정이 마찬가지겠지만 보건행정은 지역사회 주민의 자발적인 참여 없이는 그 성과를 기대하기 어려우므로 지역사회 주민을 위한 교육 또는 조장함으로써 목적을 달성한다. 즉 보건행정은 교육을 주된 수단으로 사용하고 있다.

라. 과학성 및 기술성

보건행정에서 응용되고 있는 과학적인 지식은 지역사회 건강증진을 위하여 이용되고 실천적이며 실제적인 기술을 제공하고 있다. 따라서 보건행정은 과학행정인 동시에 기술행정이라 할 수 있다. 또한 보건행정에 이용되는 과학과 기술은 이용도(Availability)와 적용도(Applicability)가 높아야하기 때문에 비교적 가격이 저렴하고 장치가 간단하며 조작성이 용이해야 한다. B.C.G 접종은 비

교적 값이 저렴하고 시설과 조작성이 용이하면서 정확한 면역효과를 얻을 수 있기 때문에 보건사업에 많이 이용하고 있다.

4. 보건행정의 분류

가. 일반보건행정

1) 예방보건행정

예방의학적 기술을 적용하여 질병예방을 주 업무로 하는 행정을 의미하며, 시대적으로 급성 전염병예방에서 만성 전염병예방을 거쳐 이제는 비전염성인 암, 뇌졸중, 심장병 및 당뇨병 등과 같은 성인병예방을 중심으로 이루어지는 행정이다.

2) 보건위생행정

보건위생행정은 질병예방이라는 소극적인 면에 그치지 않고 적극적으로 영양개선, 정신보건, 인구문제 등의 내용을 포함한 건강과 체력의 적극적인 증진을 목적으로 한 행정이다.

3) 환경위생행정

생활환경의 개선을 통하여 근원적으로 질병을 예방하여 적극적으로 건강과 생산능률을 증가시키는 것을 목적으로 생활환경을 대상으로 하는 행정을 말하며, 예방보건행정이 소극적 성격을 지닌 반면 환경위생행정은 근원적으로 질병을 예방하여 적극적으로 건강을 증진하는 행정이다.

나. 의무행정

의료의 보급과 의료의 질 향상을 추구하는 분야로서 의료에 관계하는 사람의 면허·자격시험, 양성 등의 문제와 의료를 담당하는 기관의 정비 등에 관한 행정을 말한다.

다. 약무행정

국민의 건강과 관계된 의약품, 의료용구 등의 생산, 배급, 판매 등에 관한 행정과 약사의 면허, 업무 등의 문제, 독물·극물의 취체, 마약·대마, 각성제 등의 취체 등에 관한 분야를 다루고 있는 행정을 말한다.

5. 현대 보건행정의 특징

현대 보건행정의 특징으로 문재우 등(2004년)은 첫째, 보건행정 기능의 확대, 둘째, 행정기구 확대와 공무원 수 증가, 셋째, 재정 규모의 팽창, 넷째, 보건행정의 전문화·기술화·통계화, 다섯째, 기획제도의 발전, 여섯째, 행정권의 강화와 집권화 초래를 들고 있다.

<표 1> 현대행정의 특징

양적 측면	질적 측면
▣ 행정기능의 확대 강화	▣ 행정의 전문화·기술화·과학화의 시도
▣ 행정기구의 팽창	▣ 행정통계의 증가와 행정책임 강조
▣ 공무원 수의 증가	▣ 행정의 계획화(정책과 예산 연계)
▣ 재정규모의 팽창	▣ 행정권의 강화(신중앙집권화)
▣ 참모조직 및 위원회의 증가	▣ 사전정책기능 중시(정책실명제)
	▣ 행정조직의 동태화

※ 자료출처 : 문재우, 김기훈(2004). 보건행정학. p. 64.

☞ 잠깐 사고하기 ☞

보건행정의 특성 중 공공성과 봉사성을 높이기 위한 행정을 실현하기 위해서 노력해야 할 일들은 무엇인지 토의해 봅시다.!!!

II. 보건행정의 발전사

1. 공중보건의 발달

건강을 유지하기 위한 인간의 본능은 인류역사와 더불어 시작되었으며 이러한 건강의 개념은 현대에 와서는 의식주와 더불어 권리로서 인식되어지고 있다. 공중보건의 발달도 이러한 인식변화에 의해서 발달되어 왔으며, 고대기, 중세기, 문예부흥기, 여명기, 확립기, 발전기의 과정을 거치면서 현재에 이르고 있다.

가. 고대기 : 기원전~서기 500년

B.C 1,000년 전에 이집트인은 청결 관념에 따라 위생적 변소시설을 하였으며, 유태인들은 모세 계율에 따라 신체의 청결이나 나환자 관리, 식품보호, 모자보건, 오물처리 같은 사업을 실시하였으며, 로마에서는 노예등록법에 따라 인구조사를 실시하였다. 히포크라테스는 “공기, 물, 그리고 토지”라는 저서에서 불건강(unhealth)이란 결국 사람과 환경사이에 조화가 깨졌기 때문에 생기는 것으로 보았다. 특히 그의 전집(Corpus Hippocraticum)에 기록되어 있는 보건과 위생에 관한 내용은 보건에 관한 학문의 효시라고 할 수 있다.

나. 중세기 : 500~1500년

보통 중세기는 500년부터 1500년까지 약 1000년 동안을 말하며, 이 시기는 정치·경제·문화 등 모든 면에서 암흑기였으며, 공중보건도 “질병=죄”라는 등식처럼 대부분 위생문제나 보건사업도 종교활동과 깊은 관계가 있는 시기였다. 또한 초기의 기독교시대는 콜레라, 나병, 페스트와 같은 무서운 전염병이 유행하였으며, 그 중에서도 페스트로 인한 사망이 심하여 “흑사병”이라고 칭하였다. 프랑스에서 검역법이 제정된 시기도 이 때며, 1348년 이후 영국에서는 2년 동안 영국인구의 1/3이상 사망하기도 하였다.

다. 문예부흥기 : 1500~1760

16세기에서 17세기는 사회, 경제, 교육적인 면에서 중요한 시기였지만, 특히 보건학적 면에서도 중요한 시기라 할 수 있다. 즉, 과학기술의 태동으로 전염성질환의 원인과 본태를 증명하였으며, 이 시기에 얻어진 각종 지식은 그 후 근대 보건운동의 기초가 되었다.

각종 전염병이 이 시기에 분별되기 시작하였으며, Fracastro(1478~1553)에 의해 전염병이 최초로 이론화되었다. 영국의 통계학자 William(1623~1687)에 의한 인구의 사망, 질병, 기타 생리적 통계에 대한 업적 등은 신뢰할 수 있는 통계적 수치로써 정부의 정책확립의 기본이 된다는 것을 역설하여 보건행정의 과학화를 뒷받침하였다. 또한 Ramazzini(1633~1717)는 1700년 노동자의 건강 문제에 관해 최초로 종합적인 논문을 발표해서 근대산업 위생의 기초를 쌓았다.

라. 역병기 : 1760~1850년

문예부흥을 계기로 중세기 암흑시대에서 벗어나게 되고 산업혁명(1760-1830)의 소산으로 근로자들의 도시집중화를 초래하여 보건문제가 사회문제화, 과학화로 대두되었다. 즉 인구의 도시집중화로 도시가 팽창되면서 환경위생상태 불량, 비위생적인 오물과 오수처리문제 발생, 작업환경 불량으로 인한 근로자의 건강악화, 불량주택의 개선문제가 논의되었다.

1842년 영국의 Edwin Chadwick(1800-1890년)에 의해서 “영국노동인구의 위생상태에 관한 보고서”가 나온 이후 1843년 도시빈민지역 생활환경을 조사하기 위한 특별위원회가 구성되고, 그 후 1846년 공해방지법과 질병예방법, 1847년 도시개선법, 1848년 공중보건법(Public Health Act)이 제정되었다.

“영국노동인구의 위생상태에 관한 보고서”에서 입증된 것은 일반적으로 전염병은 불결한 환경에서 좋지 못한 급수와 배수 그리고 가옥이나 거리의 쓰레기와 밀접한 관계를 가지고 유행한다는 사실이 입증되었다.

마. 확립기 : 1850~1900년

1848년 영국에서 국립위생국이 설립되고, 공중보건법이 제정되었으며, 이 법에 의하여 중앙보건국이 설립됨으로써 보건행정의 기초가 확립되었다. 이 시

기는 세균학과 면역학 같은 예방의학이 발전된 시기로 코호의 순수배양, 특수 염색, 동물접종에 의한 질병의 재생작용 등 세균학적 검사방법을 이용하여 탄저병, 콜레라, 결핵균을 발견하였으며, 프랑스 화학자인 파스퇴르는 술의 발효가 세균에 의함을 발견하였고 우유의 저온살균법도 발견하였다.

바. 발전기 : 1900년~현재

이 시기에는 프랑스, 독일 등의 유럽 각국이나 미국 등에 큰 영향을 주어 영·미를 중심으로 공중보건사업이 전문적인 분화와 체계적인 협동을 이루어 나가기 시작하였으며, 근대적인 지역사회에 있어서 절대적으로 필요하다는 것이 인식되면서 근대보건의 급진적인 발전을 이룩하였다. 즉, 환경위생학, 위생공학, 보건행정 조직의 확립과 보건소 보급, WHO창설 등 눈부신 발전을 하여왔다. 또한 종합적인 보건사업과 관련하여 사회보장제도, 특히 의료보호나 의료보험사업의 발전을 가져왔고, 최근에는 환경보호대책의 일환으로 대기, 수질, 소음, 진동 등 공해문제 해결을 위해 꾸준히 노력하고 있다. 이 밖에도 인구문제, 성인병관리, 모자보건, 가족계획사업, 암관리 체계 확립, 유전공학 등의 분야에서도 꾸준히 발전하고 있다.

2. 우리나라 보건행정의 역사

가. 삼국시대 및 통일신라시대

고구려에는 시의(侍醫)라는 제도가 있었는데, 시의가 왕이나 왕가(王家)만을 위한 것인지 신하까지를 돌보았는지는 확실치 않다.

백제는 약부(藥部), 의박사(醫博士), 채약사(採藥士), 주금사(呪噤師) 등이 있었다. 약부는 내관 중에 소속되어 있었는데, 단순히 약물만을 취급하는 것이 아니고 의약에 관한 일체의 업무를 관리하였던 기관이었다. 의박사는 의학을 채약사는 주로 약초를 다루었을 것으로 추측되는데, 이는 의약이 분화되어 있음을 말해준다.

신라의 의료제도는 문헌에 나타나 있지 않으나 고구려나 백제와 비슷했을

것으로 추측되어진다. 통일신라시대에는 보명사(保命司), 공봉의사(供奉醫師), 내공봉의사(內供奉醫師), 승의(僧醫), 국의(國醫)제도 등이 있었다. 약전은 당시의 의료행정을 담당한 기관으로 경덕왕 때에 보명사로 개명되었다가 다시 약전으로 바뀌었다. 내공봉의사는 왕실의 진료를 맡은 시의였으며, 공봉의사(의관)는 약전에 근무하였다.

이외의 구료제도(救療制度)는 삼국과 통일신라시대에 있어서 비슷하였으며, 고구려의 진대법(賑貸法) 등이 있었다.

나. 고려시대

고려시대에는 전염병 유행지역에 의원의 파견과 약재를 보냈다는 기록이 있는 것으로 보아 의료의 조직화가 되었음을 알 수 있다.

중앙에는 의약을 총괄하는 대의감(大醫監)에 대의감·감·소감·승(承)·박사·의정(醫正) 등을 두었고, 궁내에 어약(御藥)을 담당하는 상약국(尙藥局)에는 봉어(奉御)·시어의(侍御醫) 등을 두었고, 상식국(尙食局)에는 식의(食醫)가 배치되어 있었다. 문종조에 대의감을 전의사(典醫司)로, 상약국을 봉의서(奉醫署)로, 상식국을 사섬서(司膳署)로 개칭하였다.

구료제도로는 광종 14년에 제위보(濟危寶)를 설치하여 서민의 구료사업을 담당하였으며, 동서대비원(東西大悲院)은 빈민의 질병자(疾疫者: 전염병환자)를 구호하는 기관으로 의복과 음식의 제공·의약의 공급·전염병으로 죽은 시체의 처리를 하였고, 혜민국(惠民局)은 서민들의 구료를 맡은 관서로서 예종 7년에 설치되어 충선왕때는 사의서(司儀署) 소속으로 개편되었다.

다. 조선시대

조선시대의 중앙의료기관은 고려시대의 직제를 대부분 물려받았으며, 태종(1392)때에 대민 업무를 관장하는 제생원(濟生院)을 만들었으며, 1406년에 의녀제도(醫女制度)를 만들어 제생원에 근무하도록 하였다. 조선시대의 중앙의료기관은 내의원(內醫院), 전의감(典醫監), 제생원, 혜민국(뒤에 혜민서로 됨), 동서대비원(뒤에 活人署로 됨), 종약색(種藥色) 등과 각 관공서에 배속된 의무관 제도가 있었다. 그리고 지방에는 심약(審藥), 의학교유(醫學敎諭: 의학교수관), 의학생도 및 지방의 관서에 의무관을 배치하였다.

전의감에서는 일반의료행정을 담당하였고, 내의원에서는 왕실의 의료를, 혜민서에서는 서민의 구료사업을 담당하였으며, 활인서에서는 전염병환자의 치료 및 구호를 담당하였다.

조선말기에 이르러 서양의학이 도입되었으며, 이 때 비로소 근대적 의미의 보건행정기관이라 할 수 있는 위생국이 1895년 4월 17일에 공포된 내부분과규정에 의하여 내부에 설치되었다. 당시 위생국에서는 전염병의 예방 및 의약업무를 담당하였으며, 같은 해에 공포된 종두규칙업무, 검역 기타의 일체의 공중위생에 관한 업무를 총괄하였다. 이때부터 본격적인 보건행정 활동이 시작되었다.

라. 일제시대

1910년 구축된 일제의 보건의료제도는 일제하 35년간 거의 변화가 없었고, 다른 분야와 마찬가지로 보건의료도 식민지 지배수단의 하나로서 사용되었고, 감시와 단속 일변도의 강압적인 정책이 수행되었다. 일본은 1910년 경무총감부를 설치하여 경찰업무를 총괄하였는데, 그 산하 경찰국에 위생과를 공중위생업무, 의사 등의 면허업무, 병원 및 의약품 등의 관리업무를 수행토록 하였다. 1911년 대한제국 최고의 보건의료기구였던 내부 지방국 위생과를 폐지하고 업무를 경찰국 위생과로 이관하여 경찰에 의해 보건위생업무가 무단적으로 행하여졌다.

마. 해방이후

일제시대의 경찰행정은 1945년 8월 15일 해방과 동시에 종식되고, 동년 9월 24일 미군정장관은 재조선 미국 육군사령부정청 법령 제1호“위생국설치에 관한 건”에 의하여 위생국을 설치하였다. 그 후 동년 10월 27일에 공포된 미군정 법령 제18호에 의하여 보건후생국으로 개편하였다. 그리고 지방에는 동년 11월 7일에 미군정 법령 제25호에 의하여 보건후생부가 설치되었다. 1946년 3월 19일 미군정 법령 제64호에 의하여 중앙에 11부 7처를 두었는데, 이 법령에 의하여 보건후생국을 보건후생부로 개칭하였고, 총무국, 법제재무국, 의무국, 간호사업국, 통계국, 수의국, 예방의학국, 위생국, 약무국, 치무국, 연구국, 구호국, 후생국, 조사분석국 및 부녀국의 15개국 47개과를 두었다. 이는 당시 미군정청 부서 중 조직이나 인력면에서 가장 강력한 부서이었다. 그후 1947년 6월에 남

한 과도정부가 수립되면서 보건후생부의 15개국은 의무국, 약무국, 예방의약국, 후생국, 조사분석국 및 부녀국의 6개국으로 축소되었으며, 직원수도 560명에서 200여명으로 감축되었다.

바. 대한민국 정부수립 이후~1997년까지

헌법이 1948년 7월 17일 제정· 공포되어 같은 해 8월 15일 대한민국 정부가 수립되었으며, 같은 해 11월 4일 미군정청 당시의 보건후생부와 노동부는 폐지되고 사회부가 창설되었다. 사회부에는 보건국, 노동국, 후생국, 부녀국, 주택국 및 비서실로 5국 1실을 두었다. 그후 1949년 7월 29일 사회부의 보건국이 보건부로 독립되었으며, 보건부에는 의정국, 방역국, 약정국 및 비서실의 3국 1실을 두었으며, 같은 해 8월 17일에는 세계보건기구에 65번째 회원국으로 가입하게 되었다. 보건부의 존폐에 대한 의견이 분분하던 중 1955년 2월 17일 보건사회부 직제(대통령령 제1004호)에 의하여 보건부와 사회부가 보건사회부로 통합되어 의정국, 방역국, 약정국, 원호국, 부녀국 및 노동국의 6국 22과로 개편되었다.

그 후 1963년 보건사회부내의 노동국이 폐지되고 보건사회부의 외청으로 노동청을 신설하였으며, 또한 환경문제에 대한 관심의 증대로 1980년 환경청을 외청으로 설치하였으며, 1981년 노동청이 노동부로 승격되었고, 1989년 환경청도 환경처로 승격되었다. 1990년 사회복지정책실을 신설하여 사회국과 가정복지국을 통합하였으며, 위생국에 식품유통과를 약정국에 약품안전과를 각각 신설하였다. 그리고 1992년 차관 밑에 국제협력관을 신설하고 기획실의 국제협력담당관을 폐지하였고, 1993년에는 의정국에 한시조직으로 한방의료담당관을 신설하였다. 1994년 12월 환경처가 환경부로 승격되고, 보건사회부가 보건복지부로 명칭이 변경되면서 1국 2과가 축소되어 2실 7국 30개과로 개편되었다. 1995년에는 한시조직으로 운영하던 의정국의 한방의료담당관을 정규조직으로 변경하였으며, 1996년에는 식품국을 식품정책국으로, 의정국의 한방의료담당관을 한방정책관(2급)으로 개편하였다. 1997년에는 사회복지정책실장 밑에 장애인복지심의관을 신설하였으며, 또한 국민에 대한 구강보건사업을 확대 강화하기 위하여 보건국에 구강보건과를 신설하고 국립보건원 훈련부의 구강보건학담당관을 폐지하였다.

사. 1998년 2월~현재까지

1998년 2월에 조직운영에 대한 자율성과 탄력성을 위하여 보건복지부와 그 소속기관직제를 대통령령과 부령으로 각각 정하였으며, 보건복지부 조직을 2실 5국 8관 42과에서 2실 4국 8관 39과로 개편하여 1국 3과를 감축하여 식품 안전청으로 이체하였다. 그리고 1999년 5월에 21세기 지식·정보화의 시대에 대비하여 정부 기능을 핵심역량 위주로 재편하고, 효율적인 국정 체제를 구축하기 위하여 2실 3국 7관 33과로 조정하였다. 2000년에는 국가가 중점 관리해야 할 주요 질병(암, 당뇨병, 고혈압, 간염, 결핵 등)에 대한 종합대책을 수립하고 특히, 암관리체계 확립을 위해 보건복지부에 암관리과를 설치(2000. 6. 7)하여 2실 3국 7관 34과로 개편하였다. 또한 2000년 12월 국립암센터 개원을 하였으며, 2002년 암연구소 설치를 완료하였다. 우리나라 정부수립 후 현재까지의 중앙보건조직의 변천을 살펴보면 <표 2>와 같으며, 정부는 2003년 12월 9일 국무회의를 열어 『보건복지부와 그 소속기관직제 중 개정령안』(대통령령)을 의결했다. 그 주요내용으로는 전염병 및 특수질환에 관한 조사·연구·평가업무, 방역업무와 보건복지관련 공무원 등에 대한 교육훈련 업무를 함께 수행하던 국립보건원을 질병관리본부로 확대 개편하여 전염병에 대한 방역기능을 대폭 강화하였으며, 질병관련 시험·연구기능은 국립보건연구원을 설치, 독립기관화 함으로써 기능의 전문화를 기하는 한편, 국립검역소를 질병관리본부의 소속기관으로 하여 검역과 방역기능을 일원화하였다.

또한, 대통령직속 『정부혁신지방분권위원회』의 부처별 기능 조정평가 결과에 따라 국립보건원의 보건복지연수부를 폐지하여 교육훈련 관련 기능을 민간위탁 하는 한편, 폐지되는 직제(1부 3과)와 정원(25인)을 활용하여 보건복지부 본부 조직을 핵심역량 위주로 확대 개편하였다. 그리고 국민연금제도의 개선과 국민연금기금의 효율적 운용 등을 위하여 연금보험국장 밑에 국민연금심의관을 두었으며, 가정복지심의관을 인구가정심의관으로 개편하여 노인요양보장 등 고령화 관련 정책, 저출산 등 인구정책, 가정·아동관련 업무 등을 통합 관장하게 하였다. 또한 공공의료 기능 강화를 위해 관련 업무를 건강증진국에서 보건정책국으로 이관하였으며(보건의료정책관련 업무의 통합·연계수행), WTO/

DDA 등 보건복지관련 통상협력기능 강화를 위해 전담부서를 설치하였고, 인사기능 강화를 위해 목표관리제 및 조직·정원의 관리업무와 통합·연계하였다.

보건복지부는 2005년 10월에 변화하는 보건복지 행정 환경변화에 탄력적으로 대응하고, 행정의 효율성을 높이기 위하여 종전의 실·국 중심의 체제를 성과중심의 자율행정조직인 본부, 팀 중심의 체제로 혁신적인 전면 개편을 단행하였다. 미래·고객·성과 지향의 조직개편을 단행과 능력위주의 인사시스템에 의한 인재등용을 대폭 추진하였다. 이번 조직개편의 원칙과 방향은 첫째, 장관직속의 전략조정팀을 신설하는 등 그 동안 미흡한 것으로 지적되었던 전략적 정책기획 능력을 강화하였고, 둘째, 팀 중심의 성과 극대화를 위해 성과관리팀 신설 및 BSC 성과관리시스템을 마련하였으며, 셋째, 매칭시스템 도입 및 직렬통합 등 조직 운영 혁신을 지속적으로 추진하고, 넷째, 서열보다는 능력중심의 과감한 인재등용 인사를 추진하였다는데 그 특징이 있다. 조직개편의 내용은 다음과 같다. 고객중심, 성과중심의 지식학습조직으로 조직 설계·운영하며, 조직의 유연성을 높이고 정책 환경에 민감하게 대응하고, 질 높은 정책을 지속적으로 제공할 수 있는 조직기반을 조성하기 위하여 현행 2실, 1본부, 3국, 11관, 1단, 1센터, 51과를 1실, 4본부, 11관, 2단, 1센터, 55팀(4개팀 純增)으로 조직 개편을 단행 하였다. 복지부는 이번 조직개편을 통해 보건복지 정책을 전략적으로 기획·추진하고 변화하는 행정수요를 적극 포용할 수 있는 조직의 틀과 운영방식을 갖추으로써 국민들의 바램이 정책에 반영되고 이를 효율적으로 추진하여 국민들에게 보다 업그레이드된 정책서비스를 제공할 것으로 기대되며, 특히, 보건의료산업이 우리나라 차세대 성장동력으로 박차를 가할 수 있도록 하겠다는 복지부 미래전략에 따라 Bio-Technology(BT) 등 관련 연구 성과가 고부가 가치산업으로 이어져 세계적인 보건산업 강국으로 진입하는데 소요기간을 단축할 것으로 전망된다. 또한 복지부 전 직원이 변화된 조직환경을 이해하고 끊임없이 자신의 역량을 배양할 수 있는 평생학습체계를 갖추으로써 복지부가 고객중심·성과중심의 정책부처로서, 고품질 보건복지정책을 수립·추진하여 복지부에 대한 국민의 신뢰도가 높아지고 만족도가 극대화되도록 부단히 변신의 노력을 경주해왔다. 2007년 12월 현재는 1실, 4본부, 13관, 2단, 66팀, 1센터가 있다.

<표 2> 우리나라 보건조직의 변천사

년 도	주 요 내 용
1948. 11. 4	· 사회부 신설-1실5국 : 비서실, 보건국, 후생국, 노동국, 주택국, 부녀국
1949. 7. 29	· 보건국 폐지
1949. 7. 29	· 보건부 신설-1실 3국 :비서실, 의정국, 방역국, 약정국
1955. 2.17	· 보건부와 사회부를 보건사회부로 개편-6국 : 의정국, 방역국, 약정국, 원호국, 부녀국, 노동국
1963. 8.31	· 노동청 신설
1980. 1. 5	· 환경청 신설
1981. 4. 8	· 노동청을 노동부로 승격
1990. 1. 3	· 환경청을 환경처로 승격
1990. 11. 14	· 사회복지정책실 신설-사회국과 가정복지국을 통합/사회복지정책실에 복지지원. 자립지원. 노인복지과 신설/사회과를 사회복지과로 변경 · 위생국에 식품유통과를 약정국에 약품안전과를 각각 신설
1992. 2. 17	· 차관 밑에 국제협력관 신설-기획관리실의 국제협력담당관 폐지 · 의정국에 의료관리과 신설
1992. 7. 9	· 공보관 밑에 4급 보좌관을 둠.
1993. 6. 15	· 의정국에 한시조직으로 한방의료담당관 신설
1994. 4. 21	· 국제협력관을 기술협력관으로 변경하고 그 밑에 산업담당서기관 신설 · 복지지원과와 자립지원과를 복지자원과로 통합 · 위생국을 식품국으로 변경하고 공중위생과를 폐지 · 의정국 병원행정과 폐지 · 약정국 신약개발과 신설 · 위생국 음용수관리과와 국립보건원의 수질검사과를 환경처로 이관
1994. 12. 23	· 환경처를 환경부로 승격
1994. 12. 23	· 보건사회부를 보건복지부로 명칭 변경-2실 7국 30과 · 의료보험국과 국민연금국을 연금보험국으로 통합-보험정책과 보험관리과 / 연금제도과 및 연금재정과를 둠/의료보험국의 보험급여과 폐지/국민연금국의 연금정책과를 연금제도과로 변경, 급여심사과 폐지
1995. 7. 13	· 의정국의 한방의료담당관을 정규조직으로 변경
1996. 4. 6	· 식품국을 식품정책국으로 개편 · 약정국의 약품안전과를 폐지하고 약품유통과를 약품진흥과로 변경
1996. 11. 23	· 의정국 한방의료담당관을 한방정책관으로 개편

<표 2> 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

년 도	주 요 내 용
1997. 5. 22	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지정책실장 밑에 장애인복지심의관을 신설 · 보건국에 정신보건과 신설
1997. 11. 29	<ul style="list-style-type: none"> · 보건국에 구강보건과 신설
1998. 2. 28	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 조직을 2실 5국 8관 42과에서 2실 4국 8관 39과로 개편 · 기획관리실내에 여성정책담당관실을 신설 · 식품의약품안전본부를 식품의약품안전청으로 승격 개편
1998. 10. 1	<ul style="list-style-type: none"> · 공무원/교직원의료보험과 지역의료보험을 통합
2000. 6. 7	<ul style="list-style-type: none"> · 암관리체계 확립을 위해 암관리과 설치/국립보건원의 종양연구과 폐지
2000. 7. 1	<ul style="list-style-type: none"> · 국민건강보험법 시행
2001. 1. 29	<ul style="list-style-type: none"> · 정부조직법의 개정(2001.1.29 법률 제6400호)으로 여성부가 신설됨에 따라 여성정책 및 여성복지업무중 여성부관장 사항을 이관 · 보건의료과학단지 조성사업을 효율적으로 추진하기 위하여 보건복지부와 그 소속기관의 하부조직 및 기능과 인력을 조정 <ul style="list-style-type: none"> - 가정폭력·성폭력 예방 및 피해자 보호등의 업무를 여성부로 이관 - 보건정책국에 보건의료과학단지과를 신설/ 국립소록도병원의 복지과 및 국립춘천정신병원의 의료사회사업과를 폐지
2001. 3. 27	<ul style="list-style-type: none"> · 2001년 3월 29일 인천국제공항이 개항됨에 따라 국립서울검역소를 국립인천공항검역소로 개편/일부 하부조직의 기구수와 명칭을 조정 <ul style="list-style-type: none"> - 국립보건원의 과단위 기구수를 21개 과(실)에서 22개 과(실)로 조정/분원을 폐지 - 감염질환부의 명칭을 전염병관리부로 변경 - 국립서울검역소의 명칭을 국립인천공항검역소로 변경/정원 증원
2001. 11. 23	<ul style="list-style-type: none"> · 대형 재해 등이 발생할 경우 응급의료지원, 응급의료정보의 총괄관리 및 조정 등을 위하여 국립의료원에 중앙응급의료센터를 설치 · 보건복지부 및 소속기관의 효율적인 정원관리를 위한 직렬 조정 <ul style="list-style-type: none"> - 식품위생직을 보건직으로 그 직렬을 변경
2002. 3. 2 / 2002. 3. 7	<ul style="list-style-type: none"> · 자활지원과 신설 <ul style="list-style-type: none"> - 기초생활보장심의관실에 자활지원과를 신설/ 생활보호과를 생활보장과로 명칭 변경/국립보건원에 유전체연구소(유전체역학정보실*유전자원관리실*유전체기술개발실)을 신설

< 표 2 > 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

년 도	주 요 내 용
2002. 5. 6 / 2002. 5. 13	<p>< 직제령 개정 ></p> <ul style="list-style-type: none"> · 업무수행의 효율성을 높이기 위하여 연금보험국의 의료급여업무를 사회복지정책실로 이관/ 지역보건정책업무를 보건정책국에서 건강증진국으로 이관하는 등 실국의 기능을 합리적으로 조정/의료보험을 건강보험으로 변경 - 가정보건복지심의관 -> 가정복지심의관 - 장애인보건복지심의관 -> 장애인복지심의관 - 보건증진국 -> 건강증진국 · 국립정신병원 및 국립결핵병원이용자들의 권익보호를 위하여 명칭 변경 - 국립서울병원, 국립나주병원, 국립부곡병원, 국립춘천병원, 국립공주병원, 국립마산병원, 국립목포병원 · 검역기능의 강화 및 건강보험재정의 안정 등 시급한 업무수요에 대처하기 위하여 정원 증원 <p>< 시행규칙 개정 ></p> <ul style="list-style-type: none"> · 의료급여법에 의한 수급권자수가 증가함에 따라 의료급여업무를 전담할 의료급여과를 사회복지정책실에 신설 · 여성의 경제사회활동 참여확대를 보육수요가 증가함에 따라 보육업무를 전담할 보육과를 사회복지정책실에 신설/여성보건복지과를 폐지/여성보건복지과에서 수행하던 업무를 가정아동복지과 및 건강정책과로 각각 이관 · 보건정책국 지역보건정책과의 명칭을 공공보건과로 변경하여 건강증진국으로 이관/보건산업정책과와 보건의료과학단지과를 통합하여 보건산업진흥과를 신설 · 부서명칭 변경 - 한방제도담당관 -> 한방의료담당관 - 한의약담당관 -> 한약담당관 · 국립소록도병원의 간호조무사양성소를 폐지
2002. 6. 25/ 6. 26	<ul style="list-style-type: none"> · 책임운영기관의 설치·운영에관한법률의 개정(200.3.25, 법률 제6666호)과 보건복지부와 그 소속기관직제의 개정(2002.6.25, 대통령령 제17638호)으로 보건복지부소속의 책임운영기관인 국립의료원·국립재활원 및 국립목포병원에 두는 공무원의 종류별·계급별 정원을 보건복지부령으로 정하도록 함에 따라 관련된 규정 정비 - 책임운영기관 및 그 소속기관의 하부조직의 설치와 분장사무를 기본운영 규정으로 정하도록 함

< 표 2 > 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

년 도	주 요 내 용
2003. 12. 9	<ul style="list-style-type: none"> • 『국립보건원』을 『질병관리본부』로 확대·개편 - 동 본부의 하부조직으로 『전염병관리부』와 『질병조사감시부』를 둠(현행 1부 4과 →변경 2부 9과)/ - 동 본부의 소속기관으로 『국립보건연구원』(현행 3부 1소 18과(실)⇒변경 1원 4부 19과(실))과 『국립검역소』를 둠 • 보건복지부 본부 조직 개편 - 연금보험국장 밑에 국민연금심의관(3급)을 두고, 노인요양·공공보건증 진·통상협력 등에 관한 업무를 담당하기 위하여 2과 1담당관을 증설함 - 총무과의 인사관리기능을 기획관리실로, 건강증진국의 인구정책업무를 사회복지정책실로, 건강증진국의 공공보건의료관련 업무를 보건정책국으로 각각 이관함.
2004. 2. 9/ 2004. 2. 17	<ul style="list-style-type: none"> • 본부의 정책기능을 강화하기 위하여 본부 공무원 직급중 6급 및 7급 13명을 5급으로 전환하고, 조직운영의 효율성을 도모하기 위하여 국립의료원 등 소속기관 공무원의 직급 중 7급 12명을 6급으로 전환 • 협정기관 만료된 국립의료원의 김포국제공항분원 폐지
2004. 3. 2/ 2004. 3. 26	<ul style="list-style-type: none"> • 27개 행정기관(8부, 3처, 10청, 6위원회)의 기획관리실장·기획관리관 또는 이와 유사한 업무를 수행하는 기구에 행정혁신업무의 총괄·지원, 인사사무, 조직·정원의 관리 행정제도의 개선, 심사평가 업무를 수행하는 업무 혁신 전담 하부조직 설치 - 조직인사담당관→혁신인사담당관으로 변경 • 개방형직위제도의 효율적인 운영을 위하여 개방형직위중 일부를 조정 - 장애인복지심의관→통상협력담당관, 재활지원과장 - 국립의료원 제2진료부장→국립보건연구원 유전체연구부장
2004. 5. 24/ 2004. 6. 12	<ul style="list-style-type: none"> • 정부조직법 개정(법률 제7186호, 2004.3.11. 공포)되어 보육기능이 여성부로 이관됨에 따라 보건복지부의 직무에서 관련 기능을 삭제하고, 보건복지부와 그 소속기관직제가 개정(대통령령 제18394호, 2004.5.24. 공포, 2004. 6. 12. 시행)되어 혈액안전관리 기능을 강화하고, 정신질환자에 대한 의료서비스를 보장하며, 국립재활원의 병상을 확대함에 따라 소속기관인 국립서울병원 및 국립재활원에 필요한 인력 증원

<표 2> 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

년 도	주 요 내 용
2004. 5. 24/ 2004. 6. 12	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 <ul style="list-style-type: none"> - 혈액정책과 신설 - 보육·아동정책과→아동정책과로 과명 변경 - 소속기관정원 2인(4급 1, 5급 1)을 본부로 이체 · 국립서울병원 <ul style="list-style-type: none"> - 정신보건연구과 신설/ · 보건연구관 2, 보건연구사2 /· 간호5급 +1/· 4급 △1 · 국립공주병원: 의료사회사업과 폐지(5급△1) · 국립제활원: 정원 39인(6급 3, 7급 6, 8급 27, 기능10급 3) 증원
2004. 9. 21	<ul style="list-style-type: none"> · 사회문화분야의 주요정책 수립 등에 관한 사항을 심의하는 사회문화정책관 계장관회의의 간사업무를 보건복지부에서 수행함에 따라 복지정책과를 사회정책총괄과로 명칭을 변경하고 동 회의의 운영에 관한 업무를 분장하게 하는 한편, 식품의 안전 및 약무정책을 함께 분장하던 약무식품정책과를 의약품 정책과와 식품정책과로 분리하여 각각 별도로 분장하게 함으로써 식품안전에 관한 기능을 강화 · 부서명칭 변경 <ul style="list-style-type: none"> - 복지정책과 → 사회정책총괄과/- 복지지원과→ 복지자원정책과 · 『약무식품정책과』를 『의약품정책과』 및 『식품정책과』로 분리 · 공공보건관리과 폐지
2005. 10. 10	<ul style="list-style-type: none"> · 변화하는 보건복지 행정 환경변화에 탄력적으로 대응하고, 행정의 효율성을 높이기 위하여 종전의 실·국 중심의 체제를 성과중심의 자율행정조직인 본부, 팀 중심의 체제로 혁신적인 전면 조직 개편 단행 · 미래·고객·성과 지향의 조직개편의 원칙과 방향은 첫째, 장관직속의 전략조정팀 신설하는 등 전략적 정책기획 능력을 강화, 둘째, 팀 중심의 성과극대화를 위해 성과관리팀 신설 및 BSC 성과관리시스템을 마련, 셋째, 매칭시스템 도입 및 직렬통합 등 조직 운영 혁신을 지속적으로 추진, 넷째, 서열보다는 능력중심의 과감한 인재등용 인사 추진 · 2실, 1본부, 3국, 11관, 1단, 1센터, 51과를 1실, 4본부, 11관, 2단, 1센터, 55팀 (4개팀 純增)으로 조직 개편

<표 2> 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

년 도	주 요 내 용
2008. 1월 현재	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 - 1실, 4본부, 11관, 2단, 1센터, 55팀 (4개팀 純增)에서 1실, 4본부, 13관, 2단, 1센터, 66팀 (11개팀 純增)로 조직 개편 - 국제협력관(국제협력팀, 통상협력팀, 한·미자유무역협정팀)과 지역복지서비스정책관(사회서비스기획팀, 사회서비스개발팀, 사회서비스기반전략팀, 자립지원투자팀) 2개 신설 - 보건정책관 → 건강정책관으로 명칭 변경(건강생활팀, 생활위생팀 증설) - 보험연금정책본부: 보험약제팀, 보험구제관리팀 증설 - 보건의료정책본부: 국립혈액관리원 신설관계로 혈액장기팀이 없어지고 생명지원팀이 생김. - 보건산업육성사업단하에 보건산업기술팀 증설 - 정책홍보관리실내에 국제협력팀, 통상협력팀이 국제협력관내로 이동되고, 통계팀이 신설됨. - 사회복지정책본부: 사회정책팀, 기초생활보장팀, 기초의료보장팀, 복지지원팀으로 5개팀에서 4개팀으로 재조직 - 부서명칭 변경 정책홍보관리실: 성과관리팀→성과조직팀, 법무지원팀→ 법무팀, 정보화운영팀→정보화팀으로 명칭변경 사회복지정책본부: 사회정책기획팀→사회정책팀으로 명칭변경 건강정책관: 보건정책팀→건강투자기획팀, 질병관리팀→질병정책팀, 암관리팀→암정책팀, 정신보건팀→정신건강팀으로 명칭변경 보험연금정책본부: 보험급여기획팀→보험급여팀, 보험급여평가팀→보험평가팀으로 명칭변경 보건산업육성사업단: 생명윤리팀→생명윤리안전팀, 보건의료서비스혁신팀→보건의료정보팀으로 바꿈.

Ⅲ. 보건행정 및 관리

1. 일반행정의 개요

가. 행정과 관리의 비교

행정이란 “국가 또는 공공기관에서 행하는 행정”을 말하며, 관리 혹은 경영이란 “개인기업체나 민간 경영체제에서 행하는 행정을 말한다. 정인홍(1984)은 행정과 관리의 유사점으로 목표달성을 위한 협동적인 집단노력이라는 점, 목표달성을 위한 수단이라는 점, 그리고 조직, 통제, 기획과 같은 기술적 측면을 지닌다는 점 등을 들고 있으며, 또한 행정과 관리의 차이점을 <표 3>과 같이 재정리하였다.

<표 3> 행정과 관리의 차이점

내 용	행 정	관 리
목적	· 일반국민에게 봉사	· 개별적 경영단위의 이윤 추구
법규의 통제	· 행정은 관리보다 법적 규제를 더 많이 받음	· 법적 규제를 덜 받음
평등원칙의 적용	· 행정은 수행에 있어서 고도의 일관성과 평등성을 유지해야 함	· 경영은 모든 고객을 평등하게 대우할 필요가 없으며 일관성을 유지해야 할 필요가 없음
정치적 성격	· 행정은 본질적으로 정치적 성격을 내포하고 있음 · 국민, 정당, 이익 집단 등의 통제, 감독, 비판을 받음	· 관리의 경우도 이윤추구를 위해서는 정치적 요인을 도외시 할 수 없지만 본질적으로는 정치적 성격이 약함
권력수단	· 행정은 강제적 권력을 지니고 있음	· 관리는 원칙적으로 강제력을 지니지 않으며 공리적 권력을 주된 통제수단으로 삼음
업무의 일원성과 다원성의 차이	· 공공행정기관의 과업은 관리 업무에 비해 더 다양하고 복잡하고 어려움	· 사 기관의 관리자는 단일적 운영이나 그에 관련된 운영에 대해서만 책임을 짐

나. 행정과정

행정과정은 기획, 조직화, 수행, 통제의 과정으로 설명되고 있으나 환경과의 상호작용을 고려하고 지속적이며 발전적인 기능적 관점에서 김화중 등(1998)은 다음과 같은 7단계로 구분하고 있다.

1) 목표설정(Goal setting)

목표설정이란 행정이 달성하고자 하는 바람직한 미래의 상태를 설정하는 것을 말한다. 목표설정은 행정과정에 있어서 가장 창조적인 과정이다. 여기의 목표란 발전목표를 말한다. 즉, 구체적으로 말하면 행정부 부처별, 국·과별로 매년 발전 목표가 규정되어 나오고 있는 것을 의미한다.

2) 정책결정(Policy making)

정책수립 혹은 정책결정이란 정부기관에 의한 장래의 활동지침의 결정을 의미한다. 이러한 지침은 최선의 방법으로 공익을 공식적으로 추구하려는 복잡하고 동태적인 과정이다.

3) 계획(Planning)

계획이란 목표를 구체화하며 목표달성을 위한 합리적인 수단을 선택하는 과정이다.

4) 조직화(Organizing)

발전목표에 따라 정책수립이 되고 계획이 이뤄지면 이를 구체화하는 수단으로서 인간의 협동체인 조직이 필요하게 되며 여기에는 구조, 인사, 예산의 문제를 포함하게 된다.

5) 동기부여(Motivating)

조직화 후 그 조직이 계획대로 자발적으로 움직일 수 있어야 한다. 이러한 의미를 가진 동기부여의 주요내용으로는 지도력, 의사전달, 참여, 인간관계 등이

포함된다. 동기부여는 인간지향적(指向的)이며 조직의 인적자원을 다루는데 필요한 활동을 포함한다. 부하직원들의 동기유발 및 지휘, 감독과 의사소통을 하여 공식적인 조직 내에서 계획된 활동이 시작되어 성취할 수 있도록 해야 한다.

(1) 동기부여이론

사람이 왜 행동하는가 하는 문제에 대한 동기부여(motivation)이론은 욕구단계이론, 두 요인 이론(Herzberg), 기대이론(Vrome), X. Y이론 등이 있다. 여기서는 욕구단계이론에 대하여 살펴본다. 욕구단계이론(need hierarchy theory)은 Maslow가 정립한 이론으로 충분히 충족되지 않은 욕구만이 행동에 영향을 미치며, 인간의 욕구란 중요성에 따라 배열된다는 것이다. Maslow의 욕구단계는 다음과 같다.

(가) 생리적 욕구(Physiological needs)

음식, 물 등 인간의 가장 기본적인 생존을 위한 욕구를 말한다.

(나) 안전 욕구(Safety and security needs)

일단 생존의 욕구가 충족되면 신체적인 피해와 상실에 대하여 자신을 보호함으로써 지속적인 생존을 도모한다.

(다) 사회적 욕구(Affection and social activity needs)

사회적 및 사교적인 본질과 관계되는 것으로 동료의식, 소속감, 우정, 애정 등의 욕구를 말한다.

(라) 존경 욕구(Esteem and status needs)

자신의 중요성을 다른 사람에게 인식시키고자 하는 욕구로 그로 인해 자기 자신에 대한 존경의 욕구를 말한다.

(마) 자기실현의 욕구(Self-realization needs)

인간의 욕구 중 가장 상위의 욕구로 개인의 잠재력을 충분히 개발하려는 욕구를 말한다. 창조적이고 자기표현의 기회를 갖는 욕구를 말한다.

6) 통제(Controlling)

밑에서부터 자발적으로 동기부여가 되었다 해도 언제나 동기부여가 되고 난 다음에는 계획대로 진행하기 위한 통제가 필요하다. 통제 시에는 인간의 본성에 대한 근본적인 이해를 통하여 효율적인 통제가 이루어지도록 해야 한다. McGregor는 인간의 본성에 X, Y이론을 제시하고 두 가지의 가정을 하였다. 즉 X이론의 사람과 Y이론의 사람이 있다는 것이 X이론 Y이론이다. X이론의 가정은 첫째, 인간은 선천적으로 일을 싫어하며 가능한 피하려 한다. 둘째, 조직목표를 달성하기 위해서는 사람들을 강제로 통제하고 지시하여야 한다. 셋째, 보통 사람들은 지시 받기를 좋아하고 책임을 지기 싫어한다.

Y이론의 가정은 첫째, 인간은 원천적으로 일을 싫어하지 않으며, 조건만 맞으면 일은 자연스럽게 받아들인다. 둘째, 인간은 자기가 실행하려는 목표의 달성을 위하여 자기수행과 자기통제를 한다. 셋째, 보통의 사람은 적당한 조건하에서는 책임을 지려고 할 뿐만 아니라 추구하기까지 한다. 넷째, 조직 문제를 해결하는데 있어서 상상력, 재간, 창조성을 고도로 활용하려는 능력은 모든 사람에게 고루 퍼져있다.

통제는 조직 활동을 감시하는데 초점을 두고 있다. 통제과정 중에는 조직의 활동결과를 측정하는 기준을 결정하며 이러한 평가기법과 변화가 필요할 때 교정기전을 설정하는 활동 등을 포함한다.

7) 환류(Feedback)

발전을 위해서는 언제나 보다 향상된 행정을 해야 하므로 일단 시도된 것의 결과를 환류시켜 다음에 일을 하는데 다시 이용하거나 발전하는데 이바지하도록 해야 한다.

2. 행정의 일반적 속성

행정에는 일반적으로 행정이념이라는 것이 있다. 이것은 행정에 있어

서의 인간관계 및 행정 프로세스를 지배하는 규정(원칙)과 같은 것을 의미한다. 행정 규범의 속성을 살펴보면 다음과 같다(김운신 외, 2006).

가. 공익성

행정(Public administration)은 공공 이익에 충실해야 한다. 대부분의 공공기관의 업무는 비영리 조직으로서 국가와 사회의 구성원인 국민을 위한 공익사업을 한다. 따라서 거시적으로 국가의 이상 목표를 실현하고 최대다수의 행복이라는 추상적인 개념이 행정의 속성이므로, 공공이익은 다수의 사람들이 추구하는 가치로써 집단적인 노력을 통하여 그 실현의 가능성은 높아지므로 행정은 어디까지나 공익성을 보장하려는 노력을 하여야 한다.

나. 책임성

행정이 공공이익에 충실하려는 것을 다른 측면에서 보면 사회적 책임에 대한 의무라 할 수 있다. 이것은 행정규범이나 법의 정신에 순종을 의미하는 것이며, 공무원에 대한 직업윤리를 요구하는 것과 같다. 행정은 공익을 보장하고 공공책임에 충실함과 동시에 행정조직의 관계에서 조직의 목적에 충실해야 할 의무에 대한 당연한 요구라고 할 수 있다.

규범화되어 있는 행정의 프로세스를 탄력적으로 운영함으로써 공조직의 편익 중심이 아닌 국민(고객)의 편익을 위한 사회적 정의에 입각한 책임성이 오늘날의 행정에 절실히 요구된다.

다. 합리성

행정은 합리적이어야 한다. 광의의 의미에서 행정은 합리적이고 협동적인 노력의 집합체라고 할 수 있다. 합리성이란 목적과 수단, 원인과 결과간의 상관관계에 있어서 정당한 근거를 가지고 행동하는 것을 의미한다.

행정의 주 대상이 국민 대다수라면 행정의 합리성이라는 것은 국민의 이해와 편익이 우선 고려되는 행정규정과 책임성이 먼저 선행 되어야 가능할 것이다.

라. 효과성

효과성이란 말은 조직의 목표를 달성하는 것으로써 경영적 입장에서 볼 때 생산성(生産性)과 같은 의미라고 할 수 있다. 그러나 효과성을 높이기 위해 전제되어야 할 조건은 행정업무의 프로세스간의 효율성이 먼저 제고되어야만 한다. 효율성이 높은 행정규범과 법의 형평성에 대하여 행정의 주체인 국민이 인정할 때 비로소 행정의 효과성은 입증될 수 있을 것이다. 현재의 행정절차와 공공성에 있어서 행정조직의 내부적인 합리성이 우선적으로 검토된 후에야 행정의 효과성, 즉 사회적 목표의 실현은 보다 구체화 될 수 있다.

마. 능동성

능동성(能動性)이란 행정에서 사용된 여러 비용과 결과로 얻어진 효과성 간의 비를 말한다. 결국 능동성이란 효과성에 대한 효율성을 의미한다. 효율성이란 경제성의 원리에 의한 투입(input)보다는 산출(output)이 커야 된다는 것이다. 행정에 있어서의 효율성이 강조되는 이유는 행정의 근본적인 자원이 국민의 세금이기 때문이다. 국민 세금(자원)의 효용의 극대화가 바로 효과성의 극대화를 가져다 줄 수 있다.

3. 보건행정의 기술적 원칙

보건행정의 기본이 되는 것은 공중보건의 목적인 1)질병예방, 2)수명연장, 3)신체적, 정신적 건강의 유지·증진이 달성될 수 있도록 행정활동이 이루어져야 하므로 공중보건학에 기초한 과학적인 기술이 필연적인 것으로 다음과 같은 기술적 접근방법이 중요하다.

가. 생태학적 고찰

보건사업에 있어서 가장 근본이 되는 것은 인구의 파악 및 장래 인구추계

등 인구의 수적 파악과 인구집단에 대한 생태학적인 특성을 조사하여 그 사항을 정확하게 파악하여야 한다. 즉 인구집단의 성별, 연령별 구성 및 사회, 문화적 특성 등을 고려하여 보건행정이나 사업수행에 활용할 수 있는 기초자료가 마련되어야 한다. 그 외에도 정치, 문화, 경제, 사회 및 역사적인 여건들을 생태학적으로 분석하여 보건문제의 해결방안에 대한 접근을 수립하여야 한다.

나. 역학적 기초

역학이나 인간집단을 대상으로 질병의 양상 등을 파악하는 것으로 보건행정에 있어서 역학적 기초자료의 확보는 기본적인 사항으로 매우 중요한 자료이다. 따라서 질병발생의 숙주적, 환경적 및 병인적 상호관계를 규명하여 보건행정활동에 적용할 수 있는 기초자료가 마련되어야 한다.

다. 의학적 기초

의학은 질병에 대한 자연과학적인 규명과 치료를 기본으로 하는 것으로 보건사업수행에 의학적 접근은 필수불가결하다. 보건행정에 있어서 의학적 기초는 예방의학적 입장, 종합적 보건봉사 및 의료봉사라는 입장에서 주로 적용되며, 의학적 연구 결과의 발전은 보건행정의 수행에 커다란 영향을 미친다.

라. 환경위생학적인 기초

질병이나 건강관리에 있어서 인간을 중심으로 대책을 강구하는 것이 의학이라면, 발생요인을 외적 또는 환경요소를 중심으로 연구하는 학문이 환경위생학이라 할 수 있다. 환경위생의 내용은 위생공학, 생물학, 화학, 물리학, 위생곤충학, 수의학 등의 원리나 방법이 서로 연결되어 있다. 인접학문에 대한 원리와 기술원리의 구체화에 대한 기초가 보건행정에 필요하다.

IV. 우리나라의 보건행정조직

우리나라의 보건사업은 중앙정부의 책임하에 수행하는 경우와 지방자치단체의 책임하에 수행하는 경우로 나누어 볼 수 있다. 보건사업은 지역사회가 기본단위이며, 지역사회 보건사업이 중요하지만 중앙정부의 책임하에 보건사업을 수행하여야 하는 이유들도 있으며, 보건사업의 성격과 내용에 따라 중앙정부와 지방자치 단체 간에 균형 있는 사업수행이 필요하다고 할 수 있다. 보건사업을 중앙정부의 책임하에 수행하여야 하는 이유들로는 다음과 같은 것들이 있다.

첫째, 전염병관리와 같이 지역단위로만은 목적달성을 할 수 없거나 효율성이 없는 사업들이 있다.

둘째, 정부 각 부처 간의 조직이나 기술, 인력의 협력이 없이는 어려운 보건사업들이 있다.

셋째, 보건사업의 일관성을 유지하여 업무의 중복을 피할 수 있다.

넷째, 법적 규제만으로는 사업수행이 어렵고 정부의 예산지원 등이 필요한 사업들이 있다.

우리나라의 보건의료행정은 보건복지부가 주관하고 있으나 보건의료사업에 관한 중추적 일선 조직인 시·군·구 보건소와 읍·면 보건지소, 그리고 시·도의 보건과는 행정자치부 행정체계를 통해 운영되고 있다. 보건복지부는 일반 지방 행정기구에 대한 업무상 감독권을 보유하고 있을 뿐이다. 보건의료행정이 다원화되어 보건의료정책상 어려운 점이 많다.

1. 보건복지부

우리나라의 보건행정조직의 중앙조직은 보건복지부에서 관장하고 있다. 보건복지부 장관은 보건위생, 방역, 의정, 약정, 생활보호, 자활지원, 여성복지, 아동, 노인, 장애인 및 사회보장에 관한 사무를 관장하고 있다.

1998년 2월에 보건복지부 내부조직이 1)직종 중심에서 기능 중심으로 전환(의정국, 약정국, 한방정책관실 통합)하여 정책국, 관리국을 신설, 2)국민보건증

진을 위하여 각종의약품 안전기능을 보강, 3)국립의료원 산하 기관은 책임 경영행정 기관화, 민간위탁 등 경영혁신을 강구하는 방향에서 조직이 개편 되었다. 그리고 기획관리실내에 여성담당정책관실을 신설하였으며, 식품의약품안전청의 설립에 따라 식품정책국 및 약정국의 조직을 축소하고 의정국의 의료장비과를 폐지하였다.

그리고 1999년 5월에 21세기 신지식, 정보화의 시대에 대비하여 정부 기능을 핵심역량위주로 재편하고 효율적인 국정 체제를 구축하기 위하여 2실 3국 7관 33과로 조정하였다. 2000년에는 국가가 중점 관리해야 할 주요 질병(암, 당뇨병, 고혈압, 간염, 결핵 등)에 대한 종합대책을 수립하고 특히 암관리체계 확립을 위해 보건복지부에 암관리과를 설치(2000. 6. 7)하여 2실 3국 7관 34과로 개편하였다. 또한 2000년 12월 국립암센터 개원을 하여 업무를 활발히 수행하고 있으며, 2002년 암연구소 설치를 완료하였다. 취약계층을 대상으로 위암, 자궁경부암, 유방암 등의 검진사업을 실시하고 있으며, 심혈관질환에 대한 국가의 감시체계를 구축(152개 병원 참가) 및 희귀·난치성 질환에 대한 D/B를 구축하여 국가가 주요 질병에 대한 국가관리체계에 대한 종합 계획을 수립하여 2000년 국민건강보험 시작을 필두로 이와 같은 주요 질병 중점 관리 사업을 실시하였다.

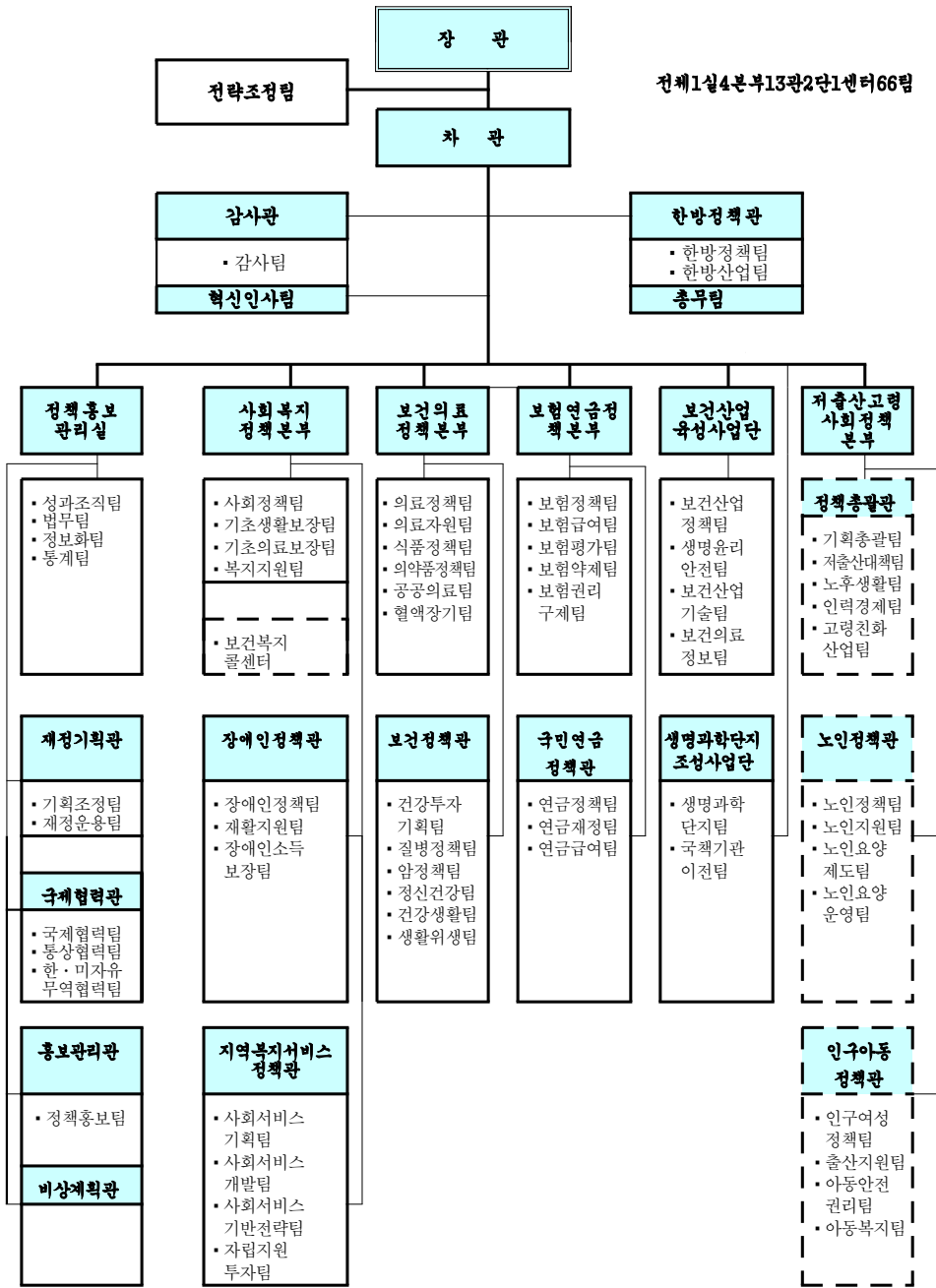
우리 나라 정부수립 후 현재까지의 중앙보건조직의 변천을 살펴보면 <표 2, p.19>와 같으며, 정부는 2003년 12월 9일 국무회의를 열어 『보건복지부와 그 소속기관직제 중 개정령안』(대통령령)을 의결했다. 그 주요내용으로는 전염병 및 특수질환에 관한 조사·연구·평가업무, 방역업무와 보건복지관련 공무원 등에 대한 교육훈련 업무를 함께 수행하던 국립보건원을 질병관리본부로 확대 개편하여 전염병에 대한 방역기능을 대폭 강화하였으며, 질병관련 시험·연구기능은 국립보건연구원을 설치, 독립기관화 함으로써 기능의 전문화를 기하는 한편, 국립검역소를 질병관리본부의 소속기관으로 하여 검역과 방역기능을 일원화하였다.

또한, 대통령직속 『정부혁신지방분권위원회』의 부처별 기능 조정평가 결과에 따라 국립보건원의 보건복지연수부를 폐지하여 교육훈련 관련 기능을 민간위탁 하는 한편, 폐지되는 직제(1부 3과)와 정원(25인)을 활용하여 보건복지부본부 조직을 핵심역량 위주로 확대 개편하였다. 그리고 국민연금제도의 개선

과 국민연금기금의 효율적 운용 등을 위하여 연금보험국장 밑에 국민연금심의관을 두었으며, 가정복지심의관을 인구가정심의관으로 개편하여 노인요양보장 등 고령화 관련 정책, 저출산 등 인구정책, 가정·아동관련 업무 등을 통합 관장하게 하였다. 또한 공공의료 기능 강화를 위해 관련 업무를 건강증진국에서 보건정책국으로 이관하여 보건의료정책관련 업무의 통합·연계수행이 가능하도록 하였으며, WTO/DDA 등 보건복지관련 통상협력기능 강화를 위해 전담부서를 설치하였고, 인사기능 강화를 위해 목표관리제 및 조직·정원의 관리업무와 통합·연계하였다. 2004년 본부의 정책기능을 강화하기 위하여 본부 공무원 직급 중 6급 및 7급 13명을 5급으로 전환하였으며, 정부조직법 개정으로 보육기능 보건복지부 직무에서 삭제되고 사회문화분야의 주요정책 수립 등에 관한 사항을 심의하는 사회문화정책관계장관회의 간사업무를 보건복지부에서 수행함에 따라 사회정책총괄과와 복지자원정책과로 명칭을 변경하여 업무를 분장하게 하는 한편, 약무식품정책과를 의약품정책과와 식품정책과로 분리하여 식품안전에 관한 기능을 강화시켰다.

2005년 10월에 변화하는 보건복지 행정 환경변화에 탄력적으로 대응하고, 행정의 효율성을 높이기 위하여 종전의 실·국 중심의 체제를 성과중심의 자율행정조직인 본부, 팀 중심의 체제로 혁신적인 전면 조직 개편 단행하였다. 미래·고객·성과 지향의 조직개편의 원칙과 방향은 첫째, 장관직속의 전략조정팀을 신설하는 등 전략적 정책기획 능력을 강화하였으며, 둘째, 팀 중심의 성과 극대화를 위해 성과관리팀 신설 및 BSC 성과관리시스템을 마련하였고, 셋째, 매칭시스템 도입 및 직렬통합 등 조직 운영 혁신을 지속적으로 추진하며, 넷째, 서열보다는 능력중심의 과감한 인재등용 인사를 추진하였다. 2005년 10월 1일, 4본부, 11관, 2단, 1센터, 55팀 (4개팀 純增)으로 조직 개편하였다.

한·미자유무역협정 등 국제통상협력과 관련된 업무를 효율적으로 수행하기 위한 국제협력관을 신설하고, 또한 변화하는 지역사회 복지서비스 요구를 반영하여 정책을 수행 할 수 있도록 지역복지서비스 정책관을 신설하였으며, 업무의 포괄성과 효율성을 기할 수 있도록 팀의 구성을 새롭게 재편성하고 11개 팀을 증설하였다. 2008년 1월 현재 1실, 4본부, 13관, 2단, 1센터, 66팀 (11개팀 純增)으로 구성된 보건복지부의 조직은 <그림 4-1>과 같다.



<그림4-1> 보건복지부 조직도(2008. 1현재)

※자료출처: <http://www.mohw.go.kr>

가. 보건복지부 핵심정책

1) 저출산·고령화대응정책

합계 출산율이란 가임기간의 여성 한명이 평생 낳는 자녀의 수를 말하는데, 우리나라의 경우 1960년 가구당 6명에 이르던 출산율이 지속적인 하락을 거듭해 1998년 1.5명 미만을 기록하면서 저출산국에 진입했고, 2005년 현재 1.08명으로 초저출산 사회에 속한다. 이러한 저출산이 계속되면 인구가 반으로 줄어들게 되므로 경제에 심각한 영향을 미칠 수 있다. 그리고 65세 인구비율이 2000년 7%가 넘어 고령화 사회이며 노인인구비율이 계속 높아지고 있다. 이와 같이 현재의 고령화 추세가 지속될 경우, 한국은 2050년경 노인인구비율이 세계 최고수준에 이를 전망이다(통계청, 2005). 현재 우리나라는 저출산 고령화로 인해 인구 구조가 피라미드형에서 역피라미드 형으로 바뀌면서 일할 젊은 인구는 줄어들고 노인인구만 늘어나게 되어 사회적으로 문제가 생기게 된다. 또한 출산율의 저하는 장기적으로 일할 사람이 줄어들고 결국 이는 노동력의 감소와 노인인구부양비의 증가로 나타나게 된다. 노동력이 감소하면 결국 잠재성장률이 낮아지게 된다. 잠재성장률이란 한나라의 경제가 보유하고 있는 자본, 노동력, 자원 등 모든 생산요소를 가장 효율적으로 사용해서 물가상승을 유발하지 않으면서도 최대한 이를 수 있는 경제성장률 전망치를 말한다. 즉, 있는 자원을 최대한 활용해서 최고의 노력을 했을 때 얻을 수 있는 최대의 성장치라고 할 수 있다. 한 나라의 경제 성장의 가능성을 평가하는 성장잠재력 지표로도 활용된다. 국가경제가 충분히 성장하지 않은 상태에서 조기에 잠재성장률이 떨어지면 경제가 활력을 잃어 실업률이 높아지고 소득이 감소해 국민생활이 어려워지게 된다. 그러므로 저출산·고령화 대책의 효과가 나타나기까지는 장기간이 소요되므로 시급한 대책 마련이 필요하다.

가) 저출산 고령화의 이해

(1) 저출산 · 고령화 개념

① 대체출산율(인구대체수준, population replacement level)

대체출산율은 인구를 현상 유지하는 데 필요한 출산율 수준으로서 인구대체수준이라고도 한다. 선진국의 경우 대체로 2.1명이 이에 해당한다. 이 수치는 앞으로 인구가 늘어나거나 줄어들지 않도록 하기 위해서 가임 여성 1인당 2.1명의 자녀는 낳아야 한다는 유럽경제위원회(UNECE)의 보고서에 따른 것이다.

개발도상국의 경우 대체로 3명 전후이며, 사망률과 거의 비례한다. 인구학자들은 인구대체수준 이하로 출산율이 떨어지면 이를 저출산 사회로 보는데, 서유럽 국가들 대부분이 이에 해당한다.

② 고령화(Aging Populations)

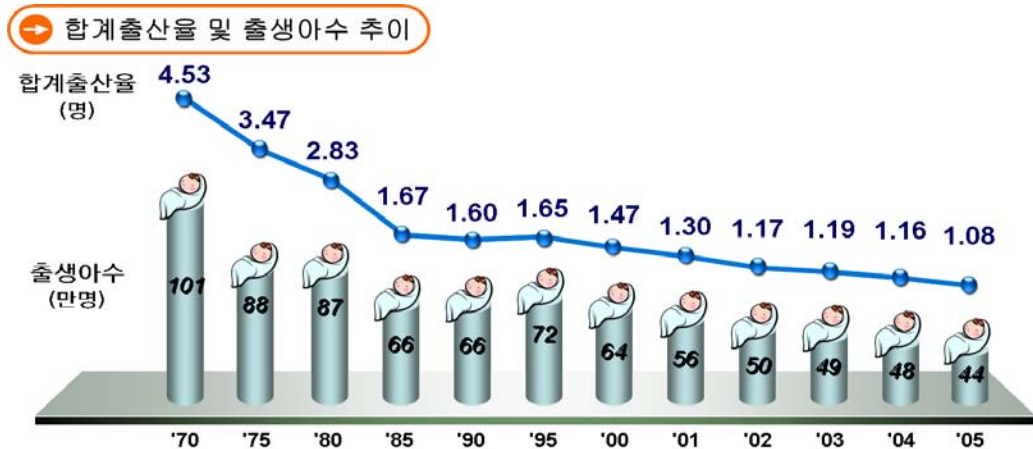
고령화 사회 · 고령사회 · 초고령 사회는 유엔(UN)이 전체 인구 중 65세 이상 고령인구비율을 기준으로 고령화 사회를 분류·정의한 것으로, 고령화 사회(aging society)는 고령인구비율이 7% 이상~14% 미만인 사회이고, 고령 사회(aged society)는 고령인구비율이 14% 이상~20% 미만인 사회를 가리키며, 초고령 사회(super-aged society)는 고령인구비율이 20% 이상인 사회를 의미한다.

나) 저출산 · 고령화 현황

(1) 저출산 현황

우리나라는 1985년 기준년 합계출산율이 1.67명으로 인구대체수준인 2.1명

이하로 하락한 이래 저출산 현상이 지속되고 있으며, 2001년부터 초저출산 사회에 진입하였다.



<그림 4-2> 합계출산율 및 출생아수 추이

자료: 통계청, 인구동태통계연보, 각 연도.

www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

(2) 고령화 현황

우리나라는 2000년 11월 기준 65세 이상 노인인구가 339만여명에 달해 전체 인구(4천5백98만명)의 7.2%로 고령화 사회에 들어섰다. 고령인구 비중은 1980년 3.9%, 1985년 4.3%, 1990년 5.2%, 1995년 5.9%, 2000년 7.3% 등으로 지속적으로 늘어나는 추세를 보였으며 특히 최근 5년간은 고령화 진행속도가 매우 빨라졌다. 이와 같은 추세를 감안하면 2019년에 65세이상 고령인구의 비중이 15%를 돌파, 우리 사회가 고령화 사회를 지나 고령 사회로 접어들고 2026년에는 초고령 사회에 도달할 것으로 전망하고 있다(통계청, 2005). 특히 고령화 사회에서 고령사회로 넘어가는 기간이 19년, 고령 사회에서 초고령 사회로는 불과 7년이 소요될 전망이어서 프랑스(115년/41년), 미국(72년/15년), 일본(24년/12년) 등에 비해 고령 사회가 초고속으로 다가오는 셈이다. 영국, 스웨덴

은 이미 1975년에 고령사회가 됐으며 프랑스는 1979년, 일본은 1994년에 각각 고령 사회로 진입했다(표 4-1).

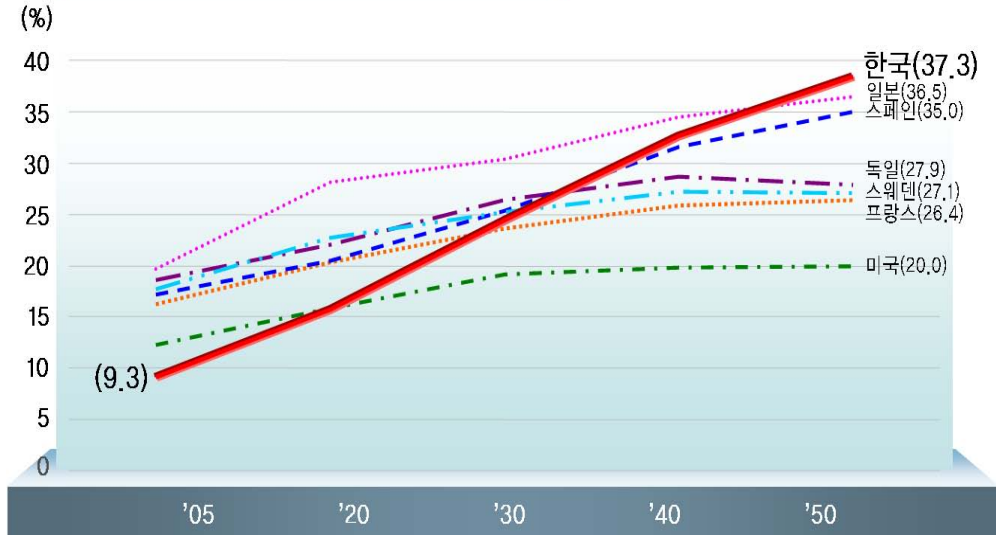
<표 4-1> 주요국의 인구고령화 속도

구분	도달년도			소요년수	
	고령화사회 (7%)	고령사회 (14%)	초고령사회 (20%)	고령사회도달	초고령사회도달
한 국	2000	2018	2026	18	8
일 본	1970	1994	2006	24	12
독 일	1932	1972	2010	40	38
미 국	1942	2014	2030	72	16
프랑스	1864	1979	2019	115	40

※자료: 통계청(2005). 장래인구특별추계.

또한 우리나라의 경우 2000년 65세 이상 노년인구 비중은 7.2%로 24위지만 2050년에는 4위(34.4%)로 증가비에서는 1위를 기록할 것으로 전망됐다(UN, 2002). 노년부양비(65세 이상 인구/15.64세 인구)는 올해 11.6%에서 2030년에는 35.7%로 높아질 것으로 예상됐다. 이러한 인구고령화는 많은 경제적 문제를 야기시킨다. 먼저 생산가능인구(15~64세)가 감소하고 생산가능인구의 노인부양비는 크게 증가할 전망이다.

→ OECD국가의 노인인구비율 추이(2005-2050)



<그림 4-3> OECD국가의 노인인구비율 추이

자료: UN(2002). Population Perspectives(한국은 '05년도 자료 활용).

www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

평균수명 연장으로 65세 이상 노인인구가 지속적으로 증가하여 2005년 전체인구의 9.3%를 차지하였으며, 노인인구는 2005년 437만명에서 2020년 782만명(약 2배), 2030년 1,190만명(약 3배)으로 증가할 것으로 예상하고 있다. 특히, 75세 이상의 후기 노인인구가 크게 증가할 것으로 추계하고 있다(통계청, 2005).



<그림 4-4> 고령화의 추이 및 전망

자료 : 통계청(2005). 장래인구특별추계.

통계청(2006). 2005 인구주택총조사 인구부문 전수집계결과.

www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

다) 저출산·고령화의 파급영향

현 추세 지속시, 총인구는 2020년 4,996만명을 정점으로 감소가 예상되며, 2005년 현재 0.44%인 인구증가율은 점차 둔화되어 2020년 0.01%에 도달한 후 감소세로 전환될 전망이다. 그리고 생산가능 인구 감소, 평균 근로연령 상승 및 저축, 소비, 투자 위축 등으로 경제 활력이 저하되고 국가경쟁력이 약화될 전망이다. 즉, 생산가능인구는 2016년 3,650만 명을 정점으로 감소하고, 평균연령도 2005년 38세에서 2030년 43.1세로 증가할 것으로 예상되고 있다. 잠재성장률은 2000년대 5.08%에서 2030년대 2.16%로 하락할 전망이다. 또한 노인인구 부양을 위한 생산가능인구의 조세, 사회보장비 부담이 증가함에 따라 세대 간 갈등이 야기될 것으로 우려되며, 노인 부양부담이 계속 증가하여 2005년에는 생산가능인구 8.2명이 노인 1명을 부양하였으나, 2020년에는 4.6명, 2050년 1.4명이 노인 1명을 부양하게 될 것이다. 또 생산가능인구의 감소, 노년부양비 증가 외에 노령인구 증가에 따른 민간저축의 감소, 가용재원감소에 따른 투자

위축 등으로 향후 경제성장 둔화가 예상되고 있다. 이밖에 연금 및 재정수지가 악화되는 것도 문제라고 할 수 있다.



<그림 4-5> 인구구조 변동추이 및 전망

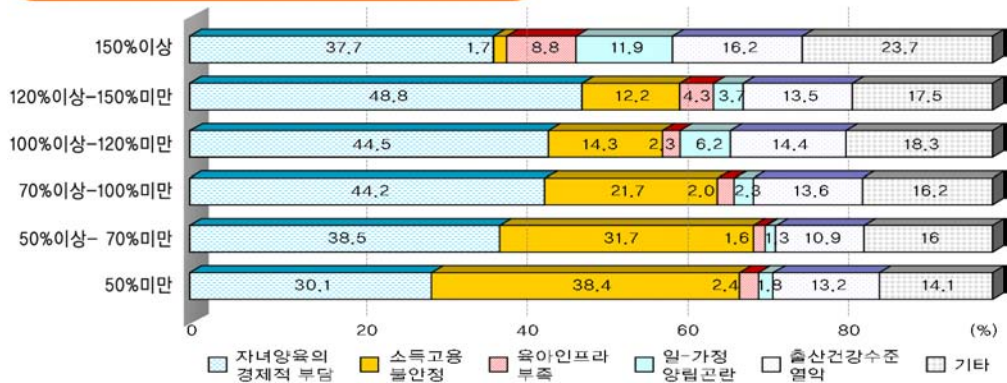
※자료 : 통계청(2005). 장래인구특별추계. (합계출산율 '05년 1.19명, '35년 1.30명으로 가정)
 통계청(2006). 2005 인구주택총조사 인구부문 전수집계결과.
www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

라) 저출산 원인

(1) 경제적 요인

한국보건사회연구원의 저출산 원인 및 종합대책 연구(2006) 결과 영유아 보육비, 초중고 자녀 사교육비 등 자녀양육비용 부담이 가구의 소득수준에 관계없이 출산 중단 의 가장 큰 이유로 작용하고 있는 것으로 나타났다(그림4-6).

➡ 소득수준별 출산중단 이유(2자녀 이하)



<그림 4-6> 소득수준별 출산중단이유

자료 : 한국보건사회연구원(2006). 저출산 원인 및 종합대책 연구.

www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획. 2006.

그리고 결혼·출산연령층(25~34세)의 고용 및 소득 불안정 즉, 불안정한 고용여건과 낮은 소득은 결혼을 연기하고, 출산 중단·포기 등으로 이어져 저출산의 원인으로 작용하고 있는 것으로 나타났다(그림 4-7).

➡ 청년층 실업률 추이



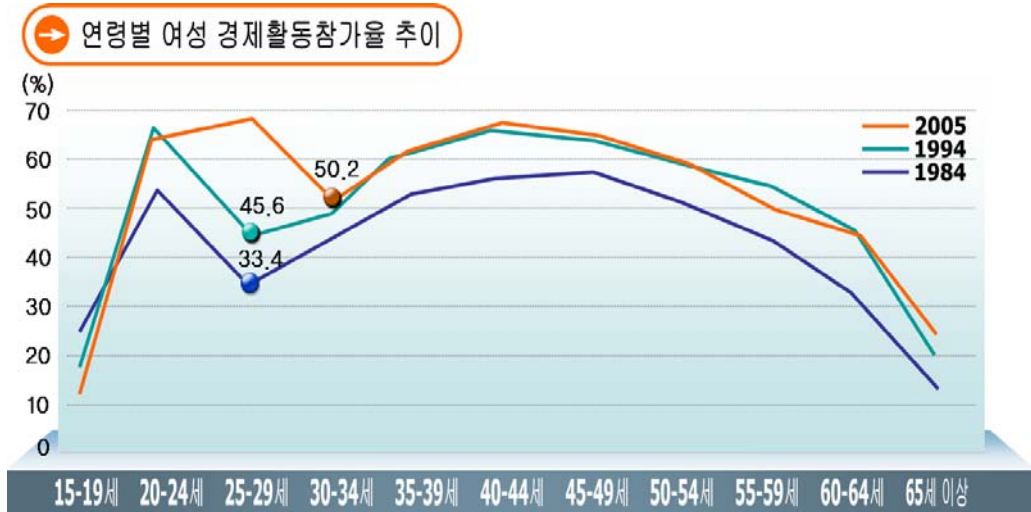
<그림 4-7> 청년실업률 추이

자료원 : 통계청. 경제활동인구연보, 각 연도(구직기간 1주기준 실업률 사용)

www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

(2) 사회적 요인

저출산과 관련된 사회적 요인으로는 일과 가정의 양립 곤란, 즉, 결혼·출산이 집중되는 25~29세 여성의 경제활동 참여가 빠르게 증가하고 있으나, 가정·기업·사회의 인식과 고용환경은 아직 미흡한 것으로 나타났다(그림 4-8).



<그림 4-8> 연령별 여성경제활동참가율 추이

자료원 : 통계청, 경제활동인구연보, 각 연도

www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획. 2006.

또한 근로여건에 따라 다양하게 이용할 수 있는 양질의 육아인프라도 부족한 실정이 저출산의 한 요인으로 작용하고 있는 것으로 나타났다.

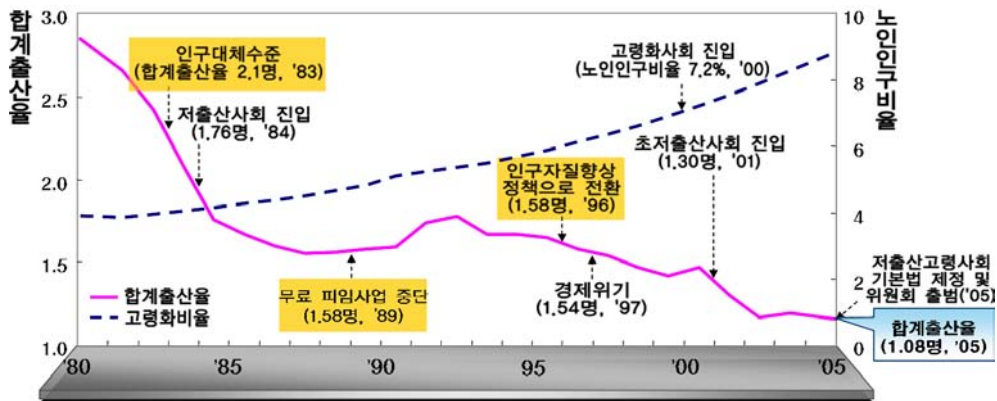
(3) 가치관 변화

저출산의 한 요인으로 크게 작용하고 있는 것은 결혼관 약화로 미혼남성의 71.4%, 미혼여성의 49.2%만이 결혼에 대해 긍정적으로 응답하였으며(한국보건사회연구원, 2006), 결혼관 약화는 결혼연령 상승 및 미혼율 증가로 출산율 저하를 초래하고 있다. 또한 노후의 경제적 지원, 가계계승 필요성 등 전통적 자녀관의 변화도 출산 자녀수를 감소시키는 요인으로 나타났다.

그 외 청소년의 성교육 부재, 남아선호사상으로 인한 인공임신중절이 지속적으로 증가하고 있는 것도 한 요인으로 작용하고 있다.

마) 저출산·고령사회 국가 기본 정책

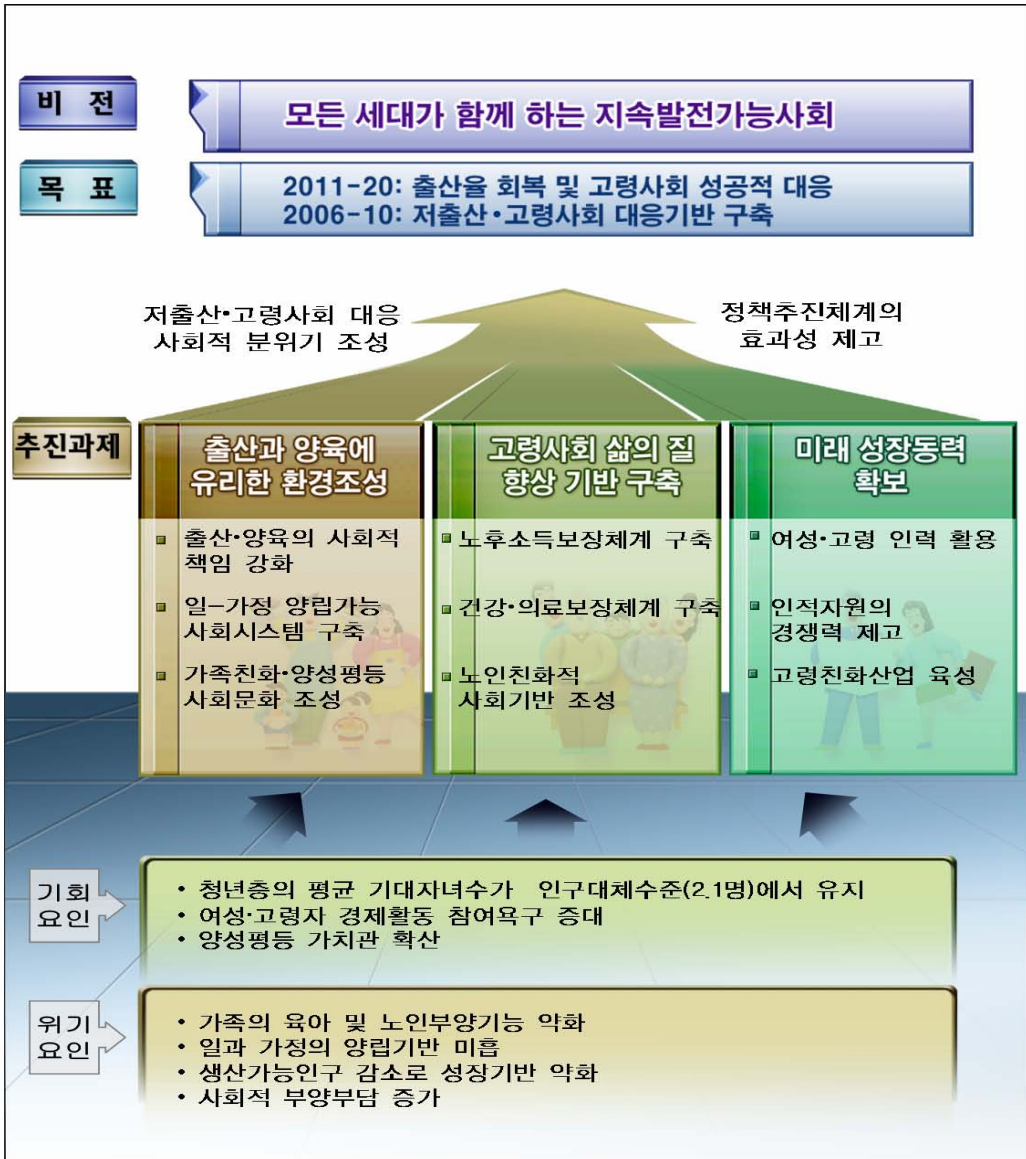
정부에서는 저출산 사회 진입으로 인해 1996년 인구억제 정책을 인구자질 정책으로 전환하는 신인구정책을 발표하여 시행해왔으며, 2003년 고령사회 대책 및 사회통합기획단을 발족하고 저출산·고령사회화 대응을 위한 국가실천전략을 수립한바 있고, 2005년 9월 저출산·고령사회기본법을 제정·시행하기에 이르렀다. 2005년 9월 1일 대통령직속 저출산·고령사회위원회 출범, 10월에는 보건복지부 저출산·고령사회정책분부를 출범하여 복지부 등 12개 부처 공무원 및 민간전문가로 구성하여 운영하고 있다. 저출산·고령사회기본계획인 ‘새로마지플랜2010’에서는 비전과 목표를 설정하고 저출산·고령화 문제에 본격 대처하기 위하여 제1차 기본계획을 수립하여 ‘출산·양육의 장애요인 해소와 고령사회 대응기반 구축’을 추진하고 있다. 제1차 기본계획은 1) 출산과 양육에 장애가 없는 환경 조성, 2) 고령사회 삶의 질 향상 기반 구축, 3) 저출산·고령사회의 성장동력 확보의 3대 분야의 대책을 포괄하고 있다. 또한 2007년에 모자보건법을 일부 개정하여 출산억제정책에서 출산장려정책으로 인구정책을 전환하여 이에 대한 사업을 계획·수행하고 있다. 정부가 추진하고 있는 저출산·고령사회기본계획은 다음과 같다.



<그림 4-9> 저출산·고령화 추이 및 관련 정책방향 변화

※자료원 : www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

(1) 저출산·고령사회 정책 추진방향



※자료 : www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

(2) 외국의 저출산·고령사회 정책

① 상대적 고출산 국가의 정책 성공요인

구분		프랑스(불어권)	스웨덴(북유럽권)	미국(영어권)
합계출산율		1.89('03년)	1.71('03년)	2.1('03년)
사회 문화적 요인	남녀평등	양성평등에 기초한 사회	양성평등에 기초한 사회	양성평등에 기초한 사회
	다양한 가족 수용성	사회적·제도적 수용	사회적·제도적 수용	사회적·제도적 수용
	이민 수용성	사회적·제도적 수용	90년대 이래 사회통합 문제로 이민 중단	사회적·제도적 수용 *흑인·히스패닉의 고출산율
정책 적 요인	일-가정 양립	사회정책적으로 일-가정 양립의 제도적 지원 강화 *일-가정 양립정책 보편적 적용	사회정책적으로 일-가정 양립의 제도적 지원 강화	노동시장정책을 통해 지원 (파트타임제, 재취업용이 등)
	양육에 대한 경제적 지원	세제, 연금크레딧 등 간접적 지원 제 수당 지원 * GDP대비 양육 지원 예산 : 2.8%	제 수당 등을 통한 적극적 지원 (육아의 사회화) * GDP대비 양육 지원 예산 : 2.9%	직접적 양육비용 지원 미흡하나, 세제 등 간접적 지원 저비용 민간보육 이용 활성화 * GDP대비 양육 지원 예산규모 : 0.4%
	육아인프라	공보육 중심 인프라 확충	공보육 중심 인프라 확충	민간보육중심 인프라확충

※자료 : www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

② 유럽 저출산 국가의 저출산 요인

구분		독일(독일어권)	스페인(남유럽권)
합계출산율		1.42('03년)	1.29('03년)
사회문화적 요인	남녀평등	가부장적 사회구조 *인구 50%이상이 카톨릭신자	가부장적 사회구조 *인구 90%이상이 카톨릭신자
	다양한 가족 수용성	소극적 수용 *법률혼이 보편적 가치	소극적 수용
	이민 수용성	사회적·제도적 수용	사회적·제도적 수용
정책적 요인	일-가정 양립	노동시장 경직화 및 지원미흡 *대졸여성 40% 출산포기	노동시장 경직성으로 일-가정 양립곤란 *출산후 노동시장 재진입 보장 미흡
	양육에 대한 경제적 지원	* GDP대비 양육지원예산규모 : 1.9%	* GDP대비 양육지원예산규모 : 0.5%
	육아인프라	공보육이 확충되어 있으나 0-3세 보육서비스 부족	보육 인프라 부족

※자료 : www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

③ 동아시아 국가의 저출산 대책 및 환경

구분		일본	대만
합계출산율		1.29('04년)	1.24('04년)
사회문화 적 요인	남녀평등	가부장적 사회구조 (유교문화의 영향)	가부장적 사회구조 (유교문화의 영향)
	다양한 가족 수용성	사회적·제도적 비수용	사회적·제도적 비수용
	이민 수용성	사회적 비수용	최근 이민 수용으로 전환
정책적 요인	일-가정 양립	○일-가정양립을 위한 지원 제도는 있으나 효과성 미흡 ○일-가정 양립을 위한 고용 여건 미흡 : 장시간근무관행, 노동시장 경직화 *첫아이 출산시 퇴직율 70%	산전후휴가 등 기본적인 수준
	양육에 대한 경제적 지원	○소액의 아동수당 등에 국한 ○현금지원은 주로 저소득층 대상 * GDP대비 양육지원예산 : 0.6%	양육지원 미흡
	육아인프라	○보육서비스 다양화 등 보육 인프라 구축	-
정책의 한계성		○적기 종합적 대응 미흡 *엔젤플랜('95-'99): 일-가정 양립중심 *신엔젤플랜('00-'04): 보육중심 *소자화대책(향후10년): 가족 친화적 고용 환경개선 등 권장·계몽 중심의 비예산 사업의 한계성 존재	장기적·종합적 대책 미흡

※자료 : www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

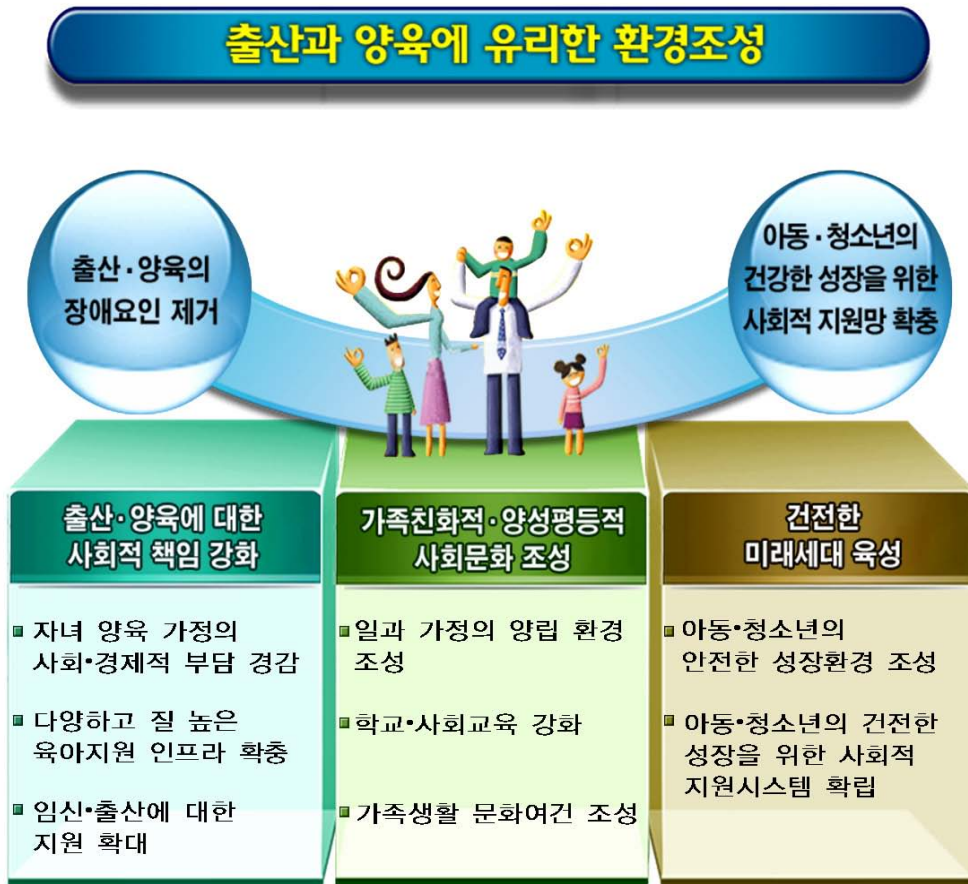
④ OECD 및 동아시아의 출산율과 사회문화적·정책적 요인 비교

	구분	출산율	사회문화적·정책적 요인
상대적 고출산 국가	북유럽국가 (스웨덴, 핀란드, 덴마크, 노르웨이)	1.6~1.8명	○ 양성평등 문화 정착 ○ 일-가정 양립이 가능한 사회적 환경 및 지원제도
	불어권국가 (프랑스, 벨기에, 룩셈부르크)	1.9명 수준	- 사회적 지원제도 정착(출산, 육아휴가 등) : 프랑스, 스웨덴 - 유연한 노동시장 구조(탄력적 시간근무제, 구직재취업용이 등) : 미국 - 공보육제 확립 : 프랑스, 스웨덴 저가의 보육서비스 시장형성 : 미국
	영어권국가 (미국, 호주, 캐나다, 뉴질랜드)	1.6~2.0명	○ 양육부담 경감 (수당제도 발달, 높은 소득대체율 유지) : 미국 제외 ○ 이민자 수용, 다양한 가족 수용(혼외출산 등) 증가
상대적 저출산 국가	남유럽국가 (이탈리아, 스페인, 그리스)	1.1~1.3명	○ 가부장적 사회문화환경 (전통 카톨릭 문화, 유교주의 등)
	독일어권국가 (독일, 스위스, 오스트리아)	1.3~1.4명	○ 일-가정 양립이 어려운 사회적 환경-경직된 노동시장 구조(출 산후 노동시장 재진입 곤란, 고용불안 등) - 육아휴직 활성화 미흡 - 보육서비스 제공 미흡(시설부족, 고가의 이용료 등)
	일부 아시아권 (한국, 일본, 싱가포르, 대만, 홍콩)	1.3명 미만	○ 양육부담 증가(수당지원 미흡, 출산~결혼 후 분가까지 부모 책임)

※자료 : www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006)

바) 저출산·고령화 사회 국가 기본 대책

(1) 출산과 양육에 유리한 환경 조성



- 자녀양육·교육비의 경제적 부담
- 일과 가정의 양립 곤란
- 육아지원시설 등 자녀 양육환경의 미흡

※자료 : www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

(2) 고령사회 삶의 질 향상 기반 구축



- 핵가족화와 노인부양의 사회적 책임 인식 확산
- 다양한 교육수준·직업배경을 가진 노인세대 등장
- 2010년 전체인구의 약 11%가 65세 이상, 새로운 사회여론·소비주도 계층으로 등장

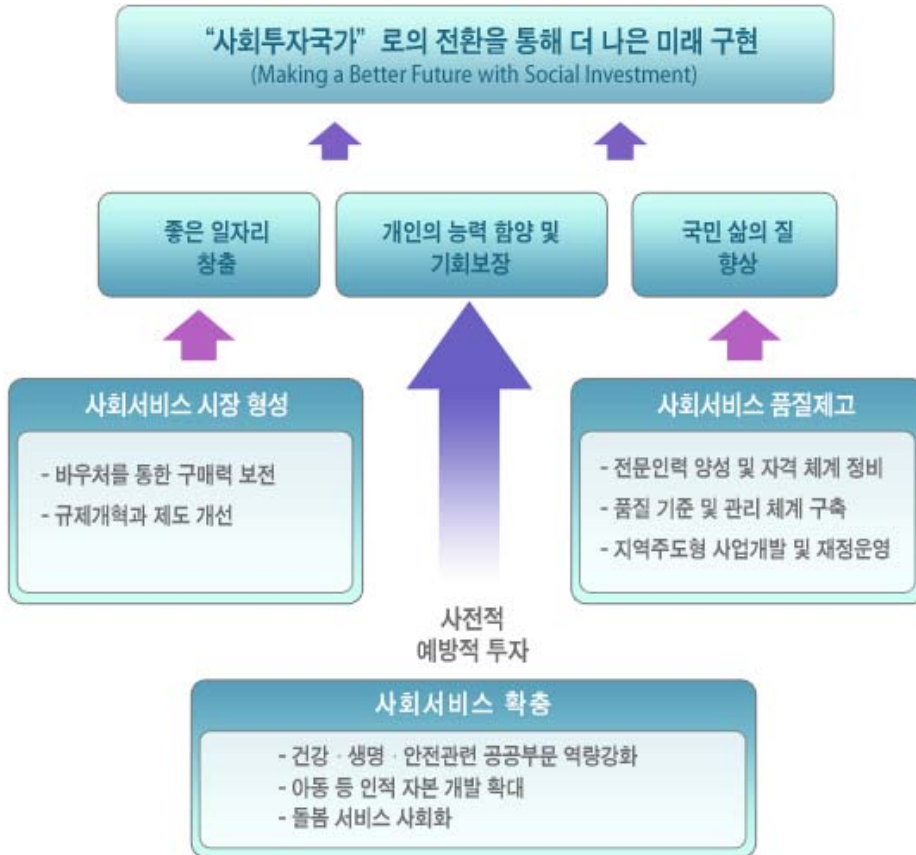
※자료 : www.mohw.go.kr. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

2) 의료급여

비전	취약계층의 건강 보장 수준 제고 및 중장기 재정의 지속가능성 제고			
추진	<ul style="list-style-type: none"> 수급권자의 의료비 부담 경감 및 의료 이용의 적정화 	<ul style="list-style-type: none"> 비용효과적인 의료 공급체계 구축 	<ul style="list-style-type: none"> 관리운영주체의 책임성 강화 및 정보관리시스템 혁신 	<ul style="list-style-type: none"> 관련 제도간 역할 정립 및 연계강화를 통한 시너지 효과 제고
	수요자 측면	공급자 측면	관리운영 측면	관련 제도 측면
단기 대책	<ul style="list-style-type: none"> 특별상당 사례관리 및 사후관리 강화 연장승인제도 실질화 기초생보자 입원시 생계급여 조정 및 부정수급자 관리 차상위계층관리강화 	<ul style="list-style-type: none"> 진료비심사 강화 진료지표 최상위기관의 청구경향통보 강화 심사·실사·수진내역 조회 강화 부당청구의심기관 집중실사 	<ul style="list-style-type: none"> 전산정보시스템 개선 <ul style="list-style-type: none"> 지자체, 공단·심평원관 리연계체계 강화 기초지자체 부담률 상향 조정 의료급여 현장점검단구 성운영 	<ul style="list-style-type: none"> 정신병원 입원 적절성 점검 생활시설의 의료급여 이용 실태 파악 지역보건자원의 의료급여 대상자 집중 투여 장애인보장구 지급기준개선
중장기 제도 개선	<ul style="list-style-type: none"> 본인부담제·인센티브제 도입 	<ul style="list-style-type: none"> 주치의제도등 관리의료 도입 검토 국·공립 회귀·난치성 질환 집중치료 센터 설립 약물사용 적정관리시스템 도입 검토 	<ul style="list-style-type: none"> 의료급여 관리운영주체 형성 인센티브카드제도입 	<ul style="list-style-type: none"> 의료보장체계간 역할 분담 조정 지역건강증진·보건서비스 체계의 합리화 수가체계 합리화방안
추진 방향				

※자료 : www.mohw.go.kr

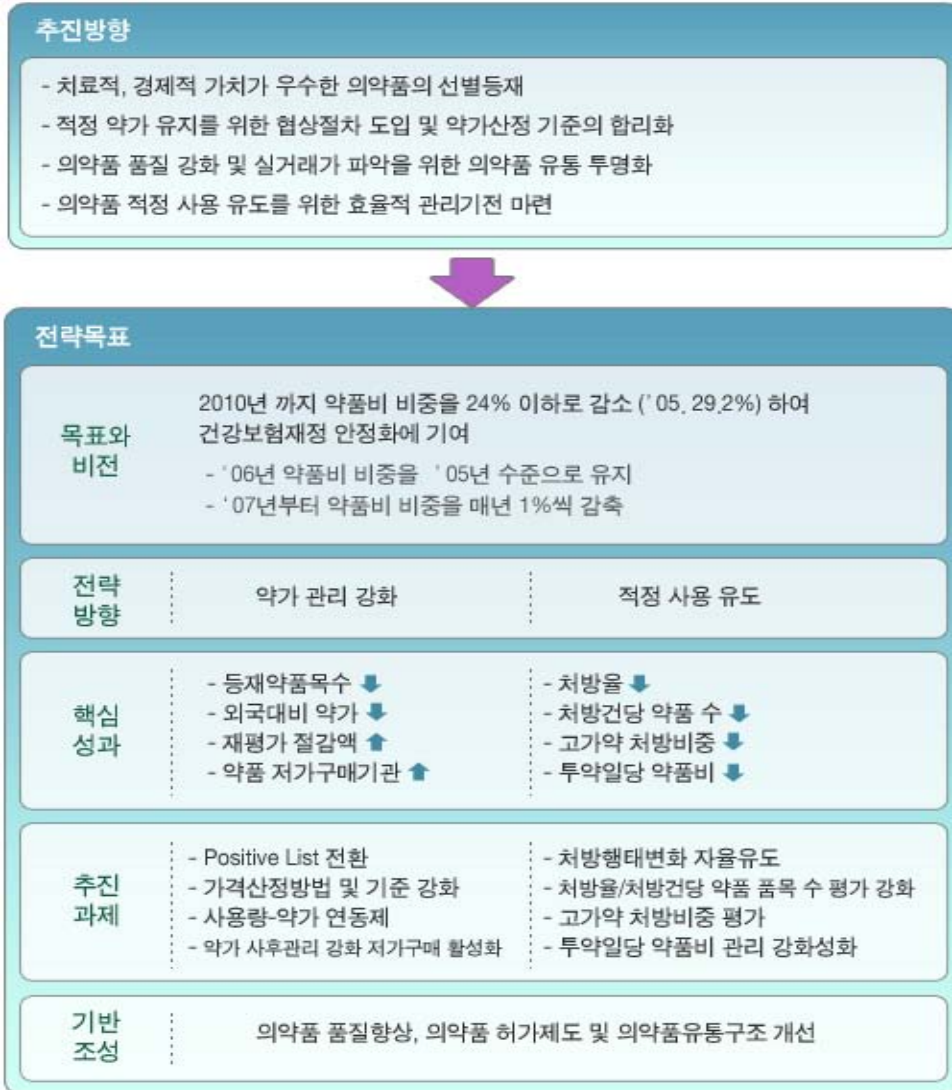
3) 사회서비스



<그림 4-10> 사회서비스 추진목표 및 3대 실행전략

※자료 : www.mohw.go.kr

4) 약제적정화 방안



<그림 4-11> 약제적정화 방안 추진 목표 및 추진전략

※ 자료: www.mohw.go.kr

나. 2008년도부터 달라지는 보건복지부 제도

<표 4-2> 2008년도부터 달라지는 보건복지부 제도

제 목	종 전	달라지는 내용	관련법규 및 시행일
1. 기준소득월액제도 도입	<ul style="list-style-type: none"> 연금보험료 부과 기준으로 표준소득월액 등급체계를 운용<1등급(22만/45등급(360만원)> 	<ul style="list-style-type: none"> 가입자의 실제소득을 기준으로 보험료를 부과하여 보험료 부과기준을 단순화 하고, 보험료 부과의 형평성을 제고 천원 단위로 부과하며, 천원 미만은 절사하고 상·하한선은 종전과 동일 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 ('08.1.1시행)
2. 가입기간 계산기준 개선	<ul style="list-style-type: none"> 근무일수와 상관없이 자격 취득일이 속하는 달부터 월 단위로 보험료를 납부 단 하루만 근무해도 한 달분의 보험료를 납부해야함. 	<ul style="list-style-type: none"> 연금보험료 납부 및 연금액 산정의 기준이 되는 가입기간 계산을 자격을 취득한 달에서 다음 달로 변경하여 가입자의 보험료 부담을 완화함. 다만, 향후 연금 수급액 또한 감소되는 부작용을 보완하기 위하여, 다음 세 가지 경우는 자격을 취득한 달부터 가입기간을 계산하도록 함. <ul style="list-style-type: none"> i) 취득일이 매월 초일인 경우, ii) 임의계속가입자가 자격을 취득한 경우 iii) 가입자가 희망하는 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 ('08.1.1시행)
3. 출산크레딧 제도 도입	< 신 설 >	<ul style="list-style-type: none"> 고령화 사회에 대비한 출산장려를 위하여 둘이상의 자녀가 있는 가입자 또는 가입자였던 자에게 가입기간을 추가로 인정하여 출산장려 및 연금수급기회를 확대함. 둘째 자녀에 대하여 12개월, 셋째 자녀부터는 18개월을 추가로 인정함(최고한도 50개월) 재원은 국가가 전부 또는 일부 부담 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 ('08.1.1시행)
4. 군복무크레딧제도 도입	< 신 설 >	<ul style="list-style-type: none"> 군복무의 사회적 중요성 인식 및 개인의 기회비용을 보상하고자 병역의무를 이행한 기간을 국민연금 가입기간으로 인정하여 연금수급기회 확대 및 연금액을 인상함. 병역의무 이행기간 중 6개월을 가입기간으로 인정. 현역병 및 공익근무요원에 한함 재원은 국가가 전부 부담 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 ('08.1.1시행)
5. 국민연금 급여율의 점진적 하향 조정	<ul style="list-style-type: none"> 평균적인 소득이 있는 자가 40년을 가입할 경우 급여수준은 평균소득의 60%를 지급함. 	<ul style="list-style-type: none"> 급속한 고령화에 대비하고, 자녀세대의 부담을 완화하기 위하여 급여율을 점진적으로 하향 조정함. 평균적인 소득이 있는 자가 40년 동안 가입할 경우 평균소득액의 60%를 지급하던 것을 50%로 인하하고, 2009년부터 매년 0.5%씩 낮추어 2028년 도달 시 40%로 인하함. 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 ('08.1.1시행)

<표 4-2> 2008년부터 달라지는 보건복지부제도(계속)

제 목	종 전	달라지는 내용	관련법규 및 시행일
6. 소액부당 이득금 징수 제외	< 신 설 >	<ul style="list-style-type: none"> 부당이득환수 대상 금액이 소액인 경우에는 징수하는 금액보다 징수를 위해 더 많은 행정비용이 소요되므로 이를 징수제외처리 할 수 있는 규정을 마련함. 징수제외 대상 금액: 3천원미만. 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 ('08.1.1시행)
7. 개인사업장 사용자 소득총액 신고 기한 변경	<ul style="list-style-type: none"> 개인사업장의 사용자는 전년도 소득총액을 매년 2월까지 공단에 신고해야 함. 	<ul style="list-style-type: none"> 개인사업장의 사용자는 전년도 소득이 매년 5월 말 국세청 종합소득세 확정신고에 의하여 결정됨에 따라, 소득총액신고를 매년 2월에서 국세청의 종합소득세 확정 신고 기한과 동일한 5월로 변경함. 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 시행령 ('08.1.1시행)
8. 급여액의 압류 금지 상한액 설정	<ul style="list-style-type: none"> 급여를 받을 권리는 압류할 수 없도록 규정되어 있으나, 급여가 예금통장으로 입금되면 예금채권으로서 실제 압류가 가능하였음. 	<ul style="list-style-type: none"> 수급권자에게 지급된 급여로서 「민사집행법 시행령」 제2조에서 정하는 금액은 압류할 수 없도록 하여 실질적으로 수급권을 보호하고자 함. 민사집행법 시행령 상 압류금지 금액 : 120만원 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 ('08.1.1시행)
9. 반납금 및 추납보험료의 연체이자 폐지	<ul style="list-style-type: none"> 반납금 및 추납보험료 납부 신청 후 납부 기한까지 미납하면 1년 만기 정기예금 이자율의 2배에 해당하는 연체금부과 	<ul style="list-style-type: none"> 반납금 및 추납보험료 납부 신청 후 납부 기한까지 미납하더라도 연체금은 없으며, 납부를 재신청하여 납부 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법 시행령 ('08.1.1시행)
10. 소급 분 연금보험료 분할 납부	<ul style="list-style-type: none"> 사업장에서 소득총액 신고 후 국세청 과세자료를 확인하는 과정에서 소급 분 보험료가 발생하면 일시납 하여야 함 	<ul style="list-style-type: none"> 사업장에서 소득총액신고 후 국세청 과세자료를 확인하는 과정에서 소급 분 보험료가 발생하여 전월 분 연금보험료의 30%를 초과하면 3개월까지 분할하여 납부 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 국민연금법시행령 ('08.1.1시행)
11. 입원환자 식대본인부담률 조정	<ul style="list-style-type: none"> 일반 - 20% 중증질환 - 10% 6세미만, 자연분만 - 면제 가산식대 - 50% 	<ul style="list-style-type: none"> 일반 - 50%로 변경 중증질환 - 50%로 변경 6세미만, 자연분만 - 50%로 변경 가산식대 - 50% 유지 	<ul style="list-style-type: none"> 국민건강보험법시행령 개정 ('08.1.1 시행)
12. 6세 미만 아동입원본인부담률 조정	<ul style="list-style-type: none"> 6세 미만 아동 입원 본인부담률 면제 	<ul style="list-style-type: none"> 6세 미만 아동 입원본인부담률을 10%로 조정 * 단, 신생아는 본인부담 면제 	<ul style="list-style-type: none"> 국민건강보험법시행령 개정 ('08.1.1 시행)

<표 4-2> 2008년부터 달라지는 보건복지부제도(계속)

제 목	종 전	달라지는 내용	관련법규 및 시행일
13. 장제비 급여폐지	<ul style="list-style-type: none"> 가입자 또는 피부양자가 사망한 경우에 그 장제를 행한 자에게 25만원을 지급 	<ul style="list-style-type: none"> 제도 폐지 * 중증질환자 건강보험 보장성 강화를 위한 재원으로 활용 	<ul style="list-style-type: none"> 국민건강보험법시행령 개정('08.1.1 시행)
14. 요양병원 일당정액제 도입	<ul style="list-style-type: none"> 행위별 수가제 	<ul style="list-style-type: none"> 의료서비스 요구도별 차등 일당정액수가 <ul style="list-style-type: none"> - 일부 행위별 수가 병행 병상수 대 인력수준에 따른 차등수가 <ul style="list-style-type: none"> - 간호인력 : 1~9등급 차등, 입원료 가감 - 의사수 : 1~5등급 차등, 입원료 가감 	<ul style="list-style-type: none"> 국민건강보험법시행령 및 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 개정('08.1.1시행)
15.결혼중개 업관리제도 실시	<신 규>	<ul style="list-style-type: none"> 자유업으로 유지되던 결혼중개업에 대하여 국제결혼중개업은 등록제(시·도), 국내결혼중개업은 신고제(시·군·구)도입·시행 	<ul style="list-style-type: none"> 결혼중개업의 관리에 관한 법률('08.6월중)
16.장애인차 별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 시행	<신 규>	<ul style="list-style-type: none"> 장애는 신체적·정신적 손상 또는 기능상실이 장기간에 걸쳐 개인의 일상 또는 사회생활에 상당한 제약을 초래하는 상태로 개념 규정 차별개념은 정당한 편의제공 거부, 광고에 의한 차별, 직접·간접차별 등으로 한정하고, <ul style="list-style-type: none"> - 고용, 교육, 재화와 용역의 제공 및 이용, 사법·행정절차 및 서비스와 참정권, 모·부성권, 가족·가정·복지시설 및 건강권 등 차별영역으로 구분하고 있음 동 제도는 차별에 대한 적극적 권리구제 수단을 담고 있으며, 특히 악의적 차별에 대해서는 강력한 제재가 따른다. <ul style="list-style-type: none"> ※ 벌칙 : 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금 ※ 시정권고(국가인권위원회), 시정명령(법무부) 	<ul style="list-style-type: none"> 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률('08.4.11 시행)
17. 기초노 령연금제 도 시행	<신 규>	<ul style="list-style-type: none"> 전체노인의 60%(약 301만명) 대상 국민연금가입자 전체 평균소득월액의 5%('08년 8.4만원)를 매월 지급 '08.1월부터 시행하되, 1월부터는 1937.12.31일 이전 출생하신 어르신 중 소득인정액이 일정기준* 이하인 자(약 192만명), 7월부터는 65세 이상 노인 중 일정기준 이하인 자(약 301만명) 로 적용 확대 * 노인단독가구 40만원, 노인부부가구 64만원 	<ul style="list-style-type: none"> 기초노령연금법 ('08.1.1 시행)
18. 사회복 지사 1급 국가시험 관리기관 변경	<ul style="list-style-type: none"> 시험관리기관 : 한국사회복지시험회 시험일자: 매년3월 원서접수: 방문 접수 인터넷 접수병행 응시자격심사: 시험 일전사전심사 	<ul style="list-style-type: none"> 시험관리기관 : 한국산업인력공단 시험일자 : 매년 2월 원서접수 : 인터넷 접수 응시자격심사 : 시험 실시후 심사 * 응시자격 미달시 불합격 처리 	<ul style="list-style-type: none"> 사회복지사업법시행령 ('07.10.31.시행)

<표 4-2> 2008년부터 달라지는 보건복지부제도(계속)

제 목	종 전	달라지는 내용	시행일
19. 희귀난치성질환자 의료비지원 제도개편 시행	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료비 지급기관 <ul style="list-style-type: none"> - 전국 시·군·구 보건소 ○ 의료비 청구방법 및 절차 <ul style="list-style-type: none"> ①요양급여 본인부담금 <ul style="list-style-type: none"> - 환자가 진료 후 3개월 이내에 진료영수증을 보건소에 청구 - 보건소는 청구된 의료비에 대해 심사 후 지급(약 1개월 소요) ②보장구구입비 <ul style="list-style-type: none"> - 환자가 보장구 구입 후 본인부담금을 직접 보건소로 청구 ③호흡보조기(또는 산소호흡기) 대여료 <ul style="list-style-type: none"> - 환자 또는 지급보증기관에서 직접 보건소로 매월 청구 ※6개월마다 진단서 제출 ④간병비 <ul style="list-style-type: none"> - 등록환자가 매월 청구 ○ 사업관리기관 <ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부 <ul style="list-style-type: none"> · 종합계획 수립 및 조정 <ul style="list-style-type: none"> · 법인 및 단체 관리 · 의료비지원 및 대상자 관리 <ul style="list-style-type: none"> · 희귀난치 전산망 운영 · 지침개발, 보건소 담당자 교육 및 홍보 - 질병관리본부 <ul style="list-style-type: none"> · 희귀난치성질환 정보센터 운영 · 지역별 거점병원 지정·운영 · 희귀난치성질환 연구개발 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료비 지급기관 <ul style="list-style-type: none"> - 전국 건강보험공단 지사 ○ 의료비 지원방법 및 절차 <ul style="list-style-type: none"> ①요양급여 본인부담금 <ul style="list-style-type: none"> - 의료비지급업무의 건강보험공단 위탁을 통해 환자가 본인부담금을 지불 없이 요양기관에서 직접 건강보험공단으로 청구 - 요양기관은 지원대상자의 해당질환에 대한 총진료비(요양급여 본인부담금 포함)를 청구프로그램을 통해 심평원에 청구 - 공단은 심사 전 요양기관에 요양급여 본인부담금에 해당하는 진료비를 우선 가지급(5일 이내)하고 심사 후 정산처리 ②보장구구입비 <ul style="list-style-type: none"> - 환자의 별도 청구절차 없이 보장구 제조·판매자가 공단으로 요양급여 청구시 지원대상자에게 본인부담금을 일괄 입금 ③호흡보조기(또는 산소호흡기) 대여료 <ul style="list-style-type: none"> - 임대회사 또는 지원대상자는 건강보험공단으로 청구 ※6개월마다 진단서 제출 필요 없이 2년마다 자격 확인. 단 분기별 임대보증회사의 관리 실태조사 실시 ④간병비 <ul style="list-style-type: none"> - 간병비 지원대상자로 최초 선정시 사망 시까지 별도의 청구행위 없이 매월 입금 ○ 사업관리기관 <ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부 <ul style="list-style-type: none"> · 종합계획 수립 및 조정 · 각종 시책개발·추진 · 법인 및 단체 관리 - 질병관리본부 <ul style="list-style-type: none"> · 의료비지원 및 대상자 관리 · 희귀난치 전산망 운영 및 관리 (질병정보, 사업안내, 온라인상담, 통계관리 등 통합운영) · 지침개발, 보건소 담당자 교육 및 홍보 · 지역별 거점병원 지정·운영 · 희귀난치성질환 연구개발 	<ul style="list-style-type: none"> ○희귀난치성질환자 의료비지원사업 지침 (08.1.1 시행)

<표 4-2> 2008년부터 달라지는 보건복지부제도(계속)

제 목	종 전	달라지는 내용	관련법규 및 시행일
20. 노인장기 요양보험 제도시행	<신 규>	<ul style="list-style-type: none"> ○ '08년 7월부터 치매, 중풍 등 노인에 대한 장기간에 걸친 간병, 장기요양 문제를 사회연대 원리에 따라 국가와 사회가 분담하는 “노인장기요양보험”이 시행 ○ 어르신들에게 식사, 간호, 목욕 등 가정 방문서비스와 시설이용시 다양한 서비스를 제공하게 됩니다. * 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인 성질병을 가진 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자 	○노인장기요양보험법 제정 공포('07. 4. 27 공포, '08. 7. 1 시행)
21.노인장기요양 보험제도 시행	<신 규>	<ul style="list-style-type: none"> ○ '08년 7월부터 치매, 중풍 등 노인에 대한 장기간에 걸친 간병, 장기요양 문제를 사회연대 원리에 따라 국가와 사회가 분담하는 “노인장기요양보험”이 시행 ○ 어르신들에게 식사, 간호, 목욕 등 가정 방문서비스와 시설이용시 다양한 서비스를 제공하게 됩니다. * 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인 성질병을 가진 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자 	○노인장기요양보험법제정 공포('07. 4. 27 공포,'08. 7. 1 시행)
22.건강보험 보험료조정	○ '07년 직장가입자의 보험료율 4.77%, 지역가입자의 보험료 부과점수당 금액 139.9원	<ul style="list-style-type: none"> ○ 직장가입자의 보험료율 5.08% ○ 지역가입자의 보험료 부과점수당 금액 148.9원 	○국민건강보험법 시행령 개정('08.1.1. 시행예정)
23.지역가입자 신청 대상 외 국민 체류자 격 확대 및 보험료부과· 징수방법변경	<ul style="list-style-type: none"> ○ 신청대상 체류자격 : 문화예술(D-1)외 22종 ○ 유학생보험료 경감 : 30% ○ 3개월 단위 선납 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 신청대상 체류자격 : 문화예술(D-1) 외 22종에 E-6(예술홍행), E-10(내항선원), H-2(방문취업) 추가 ○ 유학생보험료 경감 : 50% ○ 매월 선납 	○국민건강보험법 시행규칙, 장기체류 제외국민 및 외국인에 대한 건강보험 적용기준 ('08.1.1시행)
24.소득있는 피 부양자 자격 상설시기조정	○ 피부양자 자격상실 및 지역가입자 전환시기 : 12월 1일	○ 피부양자 자격상실 및 지역가입자 전환시기 : 6월 1일	○국민건강보험법 시행규칙, 피부양자 인정기준 ('08.1.1 시행)

※자료출처: <http://www.mohw.go.kr>

다. 보건복지부 소속기관

1) 질병관리본부

보건복지부 소속기관 중 2003년 12월 『국립보건원』을 『질병관리본부』로 확대·개편하였다. 그리고 국립보건원을 질병관리본부로 확대개편하면서 질병관리본부를 신설하고, 국립보건연구원을 신설하였으며, 지방13개 검역소를 통합하였다.

질병관리본부는 보건복지요원의 훈련, 전염병 및 특수질환에 관한 조사·연구·평가 업무를 관장하고 있으며, 전염병에 관한 조사연구 업무는 전염병의 전파 방지, 효과적인 예방, 진단, 치료법의 개발, 신종 전염병 발생에 대비하는 것을 주요 내용으로 하고 있다. 비전염성 질환에 대한 조사연구 업무는 간편한 진단방법의 개발, 효율적 치료법의 연구개발, 효과적 예방방법의 모색 등을 통하여 국민의 건강증진과 보건향상을 위하여 노력하고 있으며, 그 외에 인간유전체 실용화 사업과 관련된 연구 활동을 하고 있다.

국립보건연구원은 보건복지부 질병관리본부 소속 국가 질병연구기관으로 국민건강 증진을 목표로 각종 질병의 원인 규명을 위한 연구와 전염병 및 비전염성 질환의 효과적인 예방 및 관리와 진단, 치료법 개발을 위한 연구를 수행하고 있다.

국립보건연구원은 연구지원팀, 생물안전평가팀과 감염병센터, 면역병리센터, 생명의과학센터 및 유전체센터로 구성되어있다. 감염병센터와 면역병리센터는 전염병 병원체 및 전파매개체의 진단, 관리를 위한 국가표준실험실 기능을 확보하고 있으며, 전염병의 조기 탐지 및 확산방지를 위하여 전국 규모의 실험실감시체계를 운영하고 있다. 또한 최근 새롭게 대두된 탄저 등 생물테러대상 병원체, 사스, 조류인플루엔자 등 신종 재출현 병원체의 조기탐지 및 제어를 위하여 집중적인 연구를 하고 있으며, 생명의과학센터는 퇴행성질환, 희귀질환, 선천성 유전질환 등 주요 비전염성 만성질환의 발생원인과 기전, 새로운 진단, 치료 및 예방법 개발 연구를 진행하고 있으며, 1998년에 설립된 뇌의과학센터를 통하여 국내 뇌연구분야를 주도적으로 이끌어가고 있다.

유전체센터는 유전체 연구기반을 확립하고자 국가 유전자원 은행을 운영하

고 있으며, 코호트 역학조사사업, 질환 유전자 탐색연구, 한국인 특유 유전자형 및 단백질체형을 조사 분석업무를 수행하면서 세계적인 보건 및 의과학 연구 분야 선도기관으로 도약하기 위하여 최선을 다하고 있다.

2) 국립 의료원

국립의료원은 1958년 한국전쟁으로 인한 전상병과 민간 환자의 치료 및 의사와 의료요원의 훈련 양성을 위하여 스칸디나비아 3개국과 UNKRA(유엔한국재건단) 및 정부의 협조로 설립되어 10년간 공동 운영되었던 병원이었다. 보건복지부 산하 중앙의료원으로써 환자 진료서비스와 의료기술 향상을 위한 조사연구, 의료기관 운영의 기준 설정, 중앙 암 등록 사업 본부, 장기이식관리센터(KONOS), 중앙응급의료센터, 국립의료원간호대학 등을 운영해 왔으나 이 중 국립의료원간호대학은 2007년도부터는 성신여자대학에서 운영하게 되었으며, 국가전략적 의료정책의 수행을 위하여 국립의료원을 특수법인인 “국가중앙의료원”으로 개편하였다(2007. 7.11).

국립의료원은 신종전염병 발생 등에 대비한 감염병센터 개소하였다(2007.9. 5). 이번에 개소한 감염병센터는 22개 병실에 총 68병상(일반격리실 53병상, 고도음압격리실 15병상)으로, 최신의 음압유지격리시설, 체세동기, 인공호흡기, 이동용 X-선촬영기 등의 최첨단 치료 시설을 갖추고 있다. 이 감염병센터는 각종 감염병 환자 발생시 조속한 격리 및 치료를 통하여 감염병 확산을 조기에 차단하기 위한 목적으로 설치되었다. 또한 국내의 감염병 치료의 표준화를 수립하여, 각 감염병 치료의 매뉴얼을 제작·배포하고, 타 감염병 치료 기관과의 유기적 협력관계를 통한 감염병 발병 상시감시시스템을 구축하는 기능도 수행한다. 평상시에는 폐결핵환자, 홍역, 수두 등 호흡기를 통하여 전파되는 감염증 환자의 치료목적으로 사용되며, 년 1회 이상 감염병센터를 중심으로 신종전염병 대비 가상훈련 및 국가지정 격리병원 의료진을 대상으로 격리 치료에 대한 현장교육 등을 시행할 예정이다. 감염병센터는 질병관리본부의 「신종전염병대비 국가 격리병상 음압유지시설 확충계획」의 일환으로 국민건강증진기금 30억원 (시설비 23억원, 장비비 7억원)을 투입, 작년 12월 착공 후 7개월여간의 공사기간을 거쳐 준공하였다.

3) 한국장기이식관리 센타(Korea Network for Organ Sharing)

장기 등 이식에 관한 법률에 의하여 우리나라 장기이식과 관련하여 종합적인 관리를 관장하는 국립장기이식관리기관이다. KONOS의 주요 업무에는 인터넷 전산망을 이용하여 전국의 장기이식등록기관으로부터 장기기증자와 장기이식대기자에 대한 인적자료와 신체검사 결과에 대한 자료를 송부 받아 전산처리하여 데이터베이스를 구축 관리하고 있다. KONOS는 살아있는 사람이 장기이식이 필요한 가족이나 친지에게 자신의 장기를 기증할 때에도 사전에 그 내용을 검토하여 승인하여 주는 기능을 담당하고 있다.

보건복지부에서는 장기 등 이식에 관한 법률('07. 9. 28시행)에 의거 운전면허증 등 장기기증희망자 표시제를 도입하여 국가 및 지방자치단체는 장기 등의 기증 및 이식을 활성화하기 위하여 예산의 범위 안에서 아래 사업 실시하고 있다.

- ▶ 운전면허증 등 국가 및 지방자치단체가 발행하는 증명서에 장기 등 기증 희망자 표시
- ▶ 장기 등의 기증 및 이식에 대한 각종 홍보 및 홍보사업에 대한 지원
- ▶ 장기 등 기증자에 대한 지원시책의 마련 및 추진
- ▶ 순수하게 장기를 기증한 근로자가 신체검사 또는 적출 등에 소요되는 입원기간에 대하여 유급휴가비 지원

4) 중앙응급의료센터(National Emergency Medical Center)

중앙응급의료센터(National Emergency Medical Center)는 2001년 7월 31일에 설립되었다. 2002년 2월에 개정된 응급의료에 관한 법률에 의하여 등급 의료기관 등에 대한 평가 및 질 향상 활동 지원과 응급의료 종사자들에 대한 교육, 훈련, 권역응급의료센터간의 업무조정 및 지원, 응급의료관련 연구 및 정책 개발, 대형재해 등의 발생시 응급의료 관련 업무를 지원하고 있다. 그 밖에 보건복지부 장관이 정하는 응급의료관련 업무 등을 수행하고 있다.

그 외 보건복지부장관의 관장사무를 지원하게 하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 다음과 같은 기관을 두고 있다.

(1) 보건의료분야

- ▣ 국립소록도병원, 국립병원(서울·공주·나주·부곡·춘천), 국립병원(마산·목포)
- ▣ 13개 국립검역소(인천공항·부산·인천·군산·목포·여수·마산·울산·포항·동해·제주·통영·김해)

(2) 사회복지분야

- ▣ 국립재활원, 국립망향의 동산 관리소

라. 보건복지부 관련기관

1) 사회복지분야

- ▣ 대한적십자사, 한국사회복지협의회, 사회복지공동모금회
- ▣ 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 국민연금관리공단
- ▣ 한국장애인복지진흥회, 대한노인회, 한국아동복지시설연합회, 한국여성단체협의회 등

2) 보건의료분야

- ▣ 국립암센터
- ▣ 국립암연구소
- ▣ 대한가족보건복지협회, 한국건강관리협회, 대한한센병관리협회
- ▣ 대한간호협회, 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 한국보건산업진흥원
- ▣ 대한약사회, 한국제약협회, 대한한약협회
- ▣ 한국식품공업협회, 한국의약품수출입협회 등

마. 지방보건행정조직

1) 시·도 보건행정조직

보건에 관한 지방행정조직은 시·도와 약간의 차이가 있으며 서울특별시는 복지여성국안에 사회과, 여성정책과, 보육지원과, 노인복지관, 장애인복지과, 위

생과, 보건과 등을 두고 있으며, 광역시에는 사회복지과, 여성정책과, 보건과, 위생과 등을 두고 있고, 각도에는 보건위생과, 사회복지과, 가정복지과, 여성정책과 등을 두고 있다.

2) 시·군·구 보건행정조직 : 보건소

시·군·구에 두는 보건행정조직은 주민과 직접 접촉이 많은 보건행정조직의 최일선 조직으로 보건소를 두고 있다. 실질적인 의미에서 주민이 느끼는 보건행정의 대부분은 보건소를 통해서 이루어지고 있으므로 보건행정에 있어서 보건소가 차지하는 비중은 크다고 할 수 있다.

2000년 7월 1일 국민건강보험시대를 맞이하여 지역사회 중심의 서비스전달체계 구축을 위하여 정부는 일선 행정기관, 보건소와 사회복지관, 노인·장애인복지관, 자원봉사자 등 지역 내 공공 및 민간 복지자원간 연계 체계 구축, 시·군·구별로 해당 지역사회의 복지대상자에 대한 종합적 서비스 지원계획 수립·시행 등 지역사회 중심의 평생건강관리체계를 확립하기 위해 노력하고 있다.

(1) 보건소의 역사

보건소의 활동의 효시는 1859년 Liverpool에서 William Rathbirne이 보건 간호사업과 가정방문사업을 계획하여 1862년에 리버풀시를 18개 지정구로 나누어 각 구에 방문간호원을 1명씩 배치하여 모자보건상담과 보건지도를 시작한 것이 처음으로 알려져 있다. 1887년에는 영국 Edinburgh에 Phillp이 건강상담소를 설치하여 결핵관리와 영유아 사망에 대한 사업을 하였으며, 1890년에 프랑스 Nancy에 Herrgot는 영아 개인상담소를 설치하였으며, 1901년에 프랑스 Lell에 Calmette는 결핵상담소를 설치하고 가정방문사업을 하였다.

현대적 의미의 보건소 개념은 1920년 영국의 도우슨 위원회(Dawson Committee)에 의하여 최초로 제창되었다. 이 개념은 경제적 효율성 및 일반주민과 의료전문직이 만족할 수 있는 조직을 만들어 가난한 사람만이 아니고 일반 지역주민에게 예방보건사업과 치료사업을 종합적으로 제공하는 것을 말한다. 실질적인 의미에서의 보건소의 설립은 록펠러 재단의 후원으로 1926년에 스리랑카의 Kalutura Village에서 이루어 졌는데, 여기서는 모자보건, 예방접

중, 환경위생, 보건교육, 조산업무 등의 예방보건서비스를 중심으로 하였다. 그 후 보건소에 대한 관심이 높아짐에 따라 1931년 국제연맹보건기구는 의료자원이 적은 농촌지역의 보건문제에 대처하기 위하여 농촌보건소의 설립을 주장하였다.

오늘날 개발도상국에서는 일반적으로 농촌보건소와 도시보건소의 기능이 달라서 의료자원이 풍부한 도시지역의 보건소는 예방보건사업에 치중하고 있으며, 의료자원이 빈약한 농촌지역은 예방보건사업과 진료서비스를 동시에 제공하는 통합보건사업 방향으로 나아가고 있다.

(2) 우리나라의 보건소

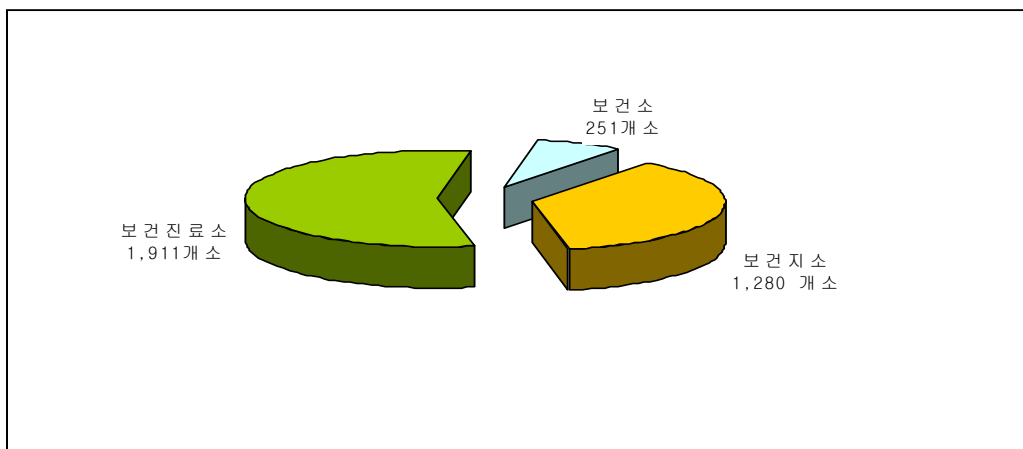
우리나라 보건소는 해방 이후 미군정에 의해서 처음으로 도입되었다. 미군정 법령 제1호(1945.9.24)를 공포하여 예방보건사업 중심의 보건소 사업을 추진하였다. 보건소의 최초의 조직으로는 1946년 10월에 서울 및 각 도의 대도시에 모범보건소가 설립된 것이 보건소 시초를 이루게 되었다. 1949년 7월 대한민국정부가 수립되어 국립중앙보건소 직제가 공포되었고, 1959년에는 국립보건원으로 발족하게 되었다. 우리나라에서 처음으로 보건소법이 제정된 것은 1956년 12월 13일로서 도지사 또는 서울시장이 보건소를 설치할 수 있도록 하였으나 명실상부한 보건소 조직이 이루어지지 못하고 폐지되었다. 따라서 실질적인 의미의 보건소 설치는 1962년 9월 24일에 구 보건소법을 전면 개정하여 현재에 볼 수 있는 시·군·구에 보건소를 두도록 하였으며, 보건소법은 다시 1988년부터 지방자치체가 시작됨에 따라 행정적인 모든 체계의 변화와 더불어 1995년 12월 29일 지역보건법으로 전면 개정되어 지역보건 의료계획의 수립 등의 기능을 보장하여 종합적인 지역보건사업을 수행할 수 있는 법적인 근거를 제도화 하고 있다.

보건소의 설치 목적은 보건소법에 보건행정의 합리적인 운영과 국민보건의 향상을 도모하기 위한 것이다. 보건소의 설치기준은 시·군·구 단위로 1소개씩을 두도록 하였다. 보건소법 시행령 제정(1976. 4. 5)당시에는 20만 명을 초과하는 시·군·구에 있어서는 그 초과하는 10만 명마다 1개소의 비율로 증설

할 수 있는 규정이 있었으나 실질로 증설된 경우가 없다가 1991년 10월 8일 개정에서 이 조항이 삭제되었다. 그러나 1996년 7월 13일 전문 개정된 지역보건법시행령에 의한 보건소의 설치는 시·군·구 별로 1개소씩 설치하되 시장, 군수, 구청장이 지역주민의 보건의료의를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 필요한 지역에 보건소를 추가로 설치 운영할 수 있도록 하고 있다.

그리고 보건소 중 내과, 일반외과, 산부인과, 소아과, 치과를 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭으로 보건소의 기능과 병원의 기능을 하고 있고, 보건소의 업무수행을 위하여 필요한 경우 읍, 면마다 보건지소를 설치할 수 있도록 되어 있다. 그리고 군 지역 일부지역에 임산부 및 영유아 관리를 위하여 모자보건센터를 설치하였으나 폐지하였으며, 농어촌 주민을 위한 특별조치법에 의하여 의료취약지역에 보건진료소를 설치하고 있다. 2006년 12월 말 현재 보건소 251개소, 보건지소 1,280개소, 보건진료소 1,911개소의 지역보건의료기관이 설치·운영되고 있다(그림4-12 참조).

보건소 직제는 보건행정기관의 최일선 조직으로 지역 주민의 보건에 있어서 매우 중요한데, 지방자치단체의 조례에 의하여 설치하도록 되어 있어 전국적으로 통일된 조직은 없으나 일반적으로 대도시형, 중소도시형 및 농촌 형으로 구분할 수 있다.



<그림 4-12> 공공보건의료시설 현황

※ 자료출처 : 보건복지부. 2006년 주요행정통계. 2007.

대도시형은 보건소장 아래 보건지도과, 보건행정과 및 의약과가 있으며, 중소도시형에는 보건소장 아래 보건사업과 등이 있고 그 밑에 보건행정담당, 예방의약담당, 방문보건담당, 건강증진담당 및 진료담당이 있으며, 농촌 형에는 보건행정담당, 예방의약담당 및 방문보건담당, 진료담당 등이 있다.

지역보건법에 의한 보건소 인력으로 의무, 치무, 약무, 보건, 간호, 의료기술, 식품위생, 영양, 보건통계, 전산 등 보건의료에 관한 업무를 전담할 전문 인력을 두도록 하고 있다.

보건소의 관장업무의 내용은 <표 4-3>과 같다. 보건소의 업무 중 위생업무가 1976년 분리되어 시·군·구 위생과, 사회복지과 등에서 다루고 있으며 분리되지 않은 시·군·구도 있다. 그리고 보건소의 시설을 이용한 자, 실험 및 검사를 의뢰한 자 및 진료를 받은 자로부터는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 지방자치단체의 조례로 수수료를 징수할 수 있다.

<표 4-3> 보건소 업무내용의 변천

1956년	1991년 (개정)	지역보건법(1995.12.개정)
1. 보건사상의 계몽에 관한 사항	1. 전염병 및 질병의 예방, 관리와 진료에 관한 사항	1. 국민보건증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업
2. 보건통계에 관한 사항	2. 보건통계 및 보건의료정보의 관리	2. 전염병의 예방·관리 및 진료
3. 영양의 개선과 식품위생에 관한 사항	3. 지역보건의 기획 및 평가	3. 모자보건 및 가족계획사업
4. 환경위생과 산업보건에 관한 사항	4. 보건교육	4. 노인보건사업
5. 학교보건과 구강위생에 관한 사항	5. 영양의 개선, 식품위생 및 공중위생	5. 공중위생 및 식품위생
6. 의료사업의 향상과 증진에 관한 사항	6. 학교보건에 대한 협조	6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항
7. 보건에 관한 실험과 그 검사에 관한 사항	7. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항	7. 의료기사·의무기록사·안경사에 대한 지도 등에 관한 사항
8. 결핵·성병·나병 등 전염병과 기타 질병의 예방과 진료에 관한 사항	8. 구강보건·정신보건·노인보건 및 장애인의 재활	8. 응급의료에 관한 사항
9. 특수지방병의 연구에 관한 사항	9. 모자보건 및 가족계획	9. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별 조치법에 의한 공중보건의사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 관한 사항
10. 공의의 지시에 관한 사항	10. 보건지소·보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도·감독	10. 약사에 관한 사항과 마약, 향정신성의약품의 관리에 관한 사항
11. 의약에 대한 지도에 관한 사항	11. 의약에 대한 지도	11. 정신보건에 관한 사항
12. 모자보건과 가족계획에 관한 사항	12. 기타 의료사업 및 국민보건의 향상·증진에 관한 사항	12. 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업 13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 퇴행성질환 등의 질환관리에 관한 사항 14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항 15. 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업 16. 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업

3) 우리나라 보건행정 조직체계의 특징과 문제점

문재우 등(2004)은 우리나라 보건의료체계의 특징으로 다음과 같은 것을 들고 있다. 첫째, 민간의료 부문에의 높은 의존도, 둘째, 보건행정 체계의 이원적 구조, 셋째, 보건의료상호체계간의 기능적 단절 등이다. 특히 보건행정체계가 행정자치부는 인사권, 예산권, 감독권을 가지고 있고, 보건복지부는 정책결정기관으로서의 기술적 지원만 하고 있는 이원적 구조로 되어 있어 상부조직과 하부조직 간에 직접적인 행정적 연계가 이루어지지 않고 있는 실정이다. 이원화된 보건행정조직의 문제점으로는 첫째, 현실적으로 보건복지부의 고유사무가 행정자치부의 일선행정기관을 통해서 지도·감독되고 있으며, 둘째, 말단 보건조직은 대민 진료기관으로서의 전문성을 충분히 살리지 못하고 있고, 셋째, 적정 보건의료 구역이 반드시 일반 행정 구역과는 반드시 일치하지 않는다는 사실이 무시되고 있으며, 넷째, 말단 보건조직은 명령계통의 이원화로 업무 수행에 혼란이 초래되고 있다는 점을 들고 있다.

4) 공공보건행정의 해결방안

우리나라 공공보건조직의 문제점 해결방안으로 김운신 등(2006)은 다음과 같은 것을 들고 있다. 첫째, 보건조직의 전문성 제고를 위해 공공보건조직의 단일화가 필요하며, 이에 대한 해결방안으로 지방보건청 설립과 보건업무의 중요성으로 대부분의 나라에서 보건부가 독립되어 있으므로 장기적으로 정부조직에서 보건과 사회를 분리하여 보건부를 독립시키는 방안을 검토할 필요가 있다. 둘째, 공공보건의료서비스에 대한 공공조직의 비율을 높여서 공공보건조직의 고유의 기능을 수행하여야 하며, 자원의 효율성을 높이기 위하여 민간부분과 결합이 아닌 상호보완 관계를 유지하여 한다. 셋째, 보건의료정보에 대한 보건조직의 기능을 강화하여야 한다. 예를 들면 사망이나 출생신고 등을 보건조직이 취급할 수 있도록 하되 신고사항에 중요한 보건정보를 첨가하도록 법적·제도

적인 정비가 필요하다. 넷째, 공공보건조직에 보건교육을 전담하는 부서가 있어야 한다. 보건교육전문가 등 전문 인력을 확보하여 국민의 건강을 유지 증진 할 수 있는 자기간호능력(self-care ability)을 갖도록 해야 할 것이다. 특히 만성병 등 비전염성 질환의 증가에 대비해야 한다.

2. 식품의약품안전청

식품의약품안전청은 전향적이며, 예방중심적인 식품·의약품 체계의 구축·운영을 통하여 국민의 기대에 부응하고 관련 산업의 경쟁력 향상에 기여하고자 설립되었다. 식품·의약품 등의 안전관리업무와 시험·검정·연구업무를 효율적으로 수행할 수 있도록 식품의약품안전청에 기획관리·식품안전국·의약품안전국 및 안전평가관을 설치하고, 식품·의약품 안전관리업무의 효율적 수행과 독성에 관한 시험·연구업무를 관장하기 위하여 식품의약품안전청장 소속으로 6개 지방 식품의약품안전청과 국립독성연구원을 두었다. 식품의약품안전청의 연혁은 다음과 같다.

- ▶ 1945년 국립화학연구소 설립
- ▶ 1954년 중앙생약시험장 설립
- ▶ 1959년 중앙보건원 설립
- ▶ 1963년 국립보건원 확대개편(국립화학연구소, 중앙생약시험장 등 통합)
- ▶ 1977년 방사선 표준부 설립
- ▶ 1987년 국립보건안전연구원 설립
- ▶ 1992년 생약부 신설
- ▶ 1996년 식품의약품안전본부와 6개 지방청 설립
 - 국립보건원 4개부를 5개 안전평가실로.
 - 국립보건안전원을 독성연구소로 개편
- ▶ 1998년 식품의약품안전청 승격 및 국립독성연구소, 6개지방청을 소속기관으로 신설
- ▶ 2000년 국립독성연구소 직제확대(내분비독성과 신설) 식품의약품안전청 소속 국립독성연구소 직제공포

- ▣ 2001년 국립독성연구소의 독성부, 약리부 및 병리부를 일반독성부, 특수독성부 및 약리부로 개편
- ▣ 2002년 국립독성연구소를 국립독성연구원으로 명칭 변경 및 조직 확대 (의약품동등성평가과 신설)
- ▣ 2003년 기구신설 및 기능보강
 - 본청 : 기능식품과, 기능식품규격과, 생물의약품규격과
 - 부산청 : 양산수입식품검사소
 - 용기포장과에 살균소독제 평가 기능 추가
- ▣ 2004년 본청 및 소속기관 조직개편
 - <본청>
 - 기획관리관 밑에 행정혁신·조직관리 및 인사업무 등을 총괄 하는 혁신담당관, 통상관련 업무와 법무업무를 담당하는 법무통상담당관, 공보업무와 식품·의약품의 안전에 관련된 홍보를 담당하는 공보담당관 및 식품·의약품등의 전문기술 민원을 전담하는 고객지원담당관을 신설
 - 안전평가관실에 식품·의약품등의 검정 및 시험분석을 전담하는 시험분석담당관을 신설
 - 식품평가부와 식품첨가물평가부를 각각 식품규격평가부와 식품안전평가부로 개편
 - 의약품의 안전성·유효성 평가 기능을 독성연구원 약리부에서 본청 안전평가관실로 이관
 - 독성연구원에서 수행하고 있는 의약품 동등성 평가업무의 조직과 기능을 의약품평가부로 이관
 - 생물의약품평가부에 생물의약품규격과·백신과·생명공학 의약품과·혈액제제과 및 생물의약품평가과로 개편
 - <국립독성연구원>
 - 일반독성부·특수독성부·약리부를 각각 독성연구부·유효성 연구부·위해성 연구부로 개편
- ▣ 2004년 본청 및 지방청 직급 상향 조정 및 기구신설
 - 식품·의약품의 정책기획 및 집행역량 강화를 위해 본청 6·7급 공무원의

정원 중 5명을 5급 공무원 정원으로, 소속기관의 7급 공무원 정원 중 2인을 6급 공무원 정원으로 직급상향 조정

- 주요내용 기구 및 인력 증원
- 본청 : 연구기획조정담당관, 의료기기관리과 신설/ 국립독성연구원 : 생명공학지원과 신설
- 행정업무의 혁신을 효율적·체계적으로 추진하기 위하여 혁신담당관을 혁신기획관으로 변경
- 대국민 상담서비스 기능을 강화하기 위하여 고객상담 콜센터의 운영업무를 신설

▣ 2005년 직급 상향 조정 및 조직개편

- 정책·기획업무 중심으로 실무인력구조를 재조정하기 위하여 정원의 범위 안에서 본청의 6·7급 4명을 5급으로, 지방청의 7급 1명을 6급으로 각각 직급 조정

<본청>: 2관2국6부를 6본부 4부로 개편 및 모든 부서에 팀제 전면 도입

- 6본부 : 정책홍보관리, 식품, 영양기능식품, 의약품, 생물의약품, 의료기기
- 4평가부 : 식품, 의약품, 생약, 의료기기
- 기구신설 : 식품안전기준팀, 위해정보관리팀, 유전자치료제팀, 세포조직공학제제팀 신설 및 법무통상담당관을 행정법무팀 및 통상협력팀으로 분리

<본청> : 1단(유해물질관리단), 3팀 신설/ 2센터 2반 2검사소 신설

<독성연구원>: 유효성연구부→약리연구부, 위해성연구부→위해평가연구부로 개편 및 기구신설(인체노출평가팀, 응용통계팀)

<지방청>

- 식품감시과를 식품안전관리팀으로 개편하고 대구, 광주, 대전청에 운영지원팀 신설
- 부산청 : 시험분석센터, 유해물질분석반, 신항수입식품검사소 신설
- 경인청 : 시험분석센터, 유해물질분석반, 신항수입식품검사소 신설

▣ 2006년 고위공무원단 직위 도입(22개 직위) 및 기구신설(9팀)

- 본청(12) : 차장, 본부장(6), 부장(4)·단장/ 독성연구원(12) : 원장, 부장(3)/ 지방청장(6)

- 본청 : 정보화지원팀, 종합상담센터, 신소재식품팀, 임상관리팀, 한약관리팀, 화장품평가팀, 생물의약품관리팀, 한약평가팀, 의료기기품질팀



<그림4-13> 식품의약품안전청의 미션과 비전

※자료: www.kfda.go.kr

3. 환경부

환경부는 1980년 보건사회부내의 환경관리실이 폐지되고 보건사회부의 외청으로서 환경청이 신설되었다가, 1989년 환경처로 승격되었으며, 1994년 12월 환경부로 승격되었다. 환경부는 정부조직법 제40조(환경부)에 의하여 설립되었다. 즉, '정부조직법 제40조 (환경부) 환경부장관은 자연환경 및 생활환경의 보전과 환경오염방지에 관한 사무를 장리(掌理)한다.'에 규정된 바와 같이 각종 환경오염으로부터 우리 국토를 보전하여 국민들이 보다 쾌적한 자연, 맑은 물, 깨끗한 공기 속에서 생활할 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상하고, 나아가 지구환경보전에 기여하여 하나뿐인 지구를 보전하는 것을 그 임무로 하고 있다.

국립환경연구원은 환경보전과 환경오염방지에 관한 조사, 연구, 시험 및 평가에 관한 사무를 관장하며, 환경공무원교육원은 환경분야 업무에 종사하는 공무원과 민간기술인력 및 환경관리요원의 교육, 훈련에 관한 사무를 관장한다.

자연환경 및 생활환경의 보전과 환경오염방지에 대한 사무를 장리(掌理)하기 위한 목적을 가지고 설립된 환경부의 연혁은 다음과 같다.

<환경청시대>

- ▣ 1980. 1 환경청 발족
- ▣ 1980. 9 한국자원재생공사 설립
- ▣ 1986.10 6개 환경지청 설치
- ▣ 1987. 3 환경관리공단 설립

<환경처시대>

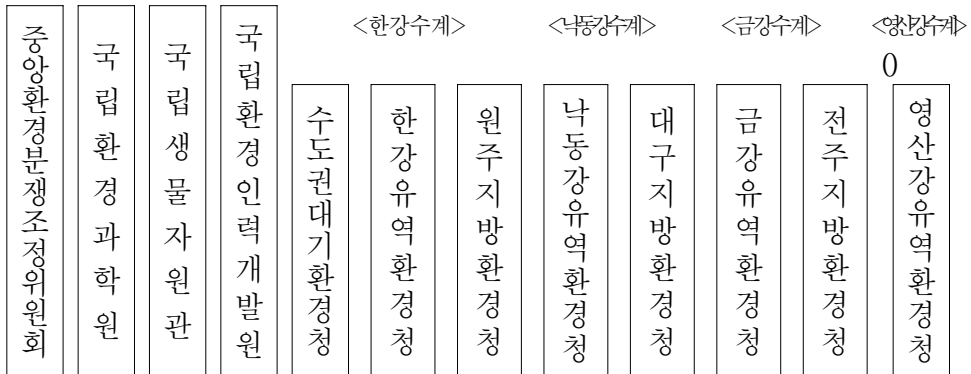
- ▣ 1990. 1 환경처 발족
- ▣ 1991. 5 중앙환경분쟁조정위원회 설치
- ▣ 1994. 5 수질관리업무 일원화(상하수도업무, 음용수·수질검사업무 인수)

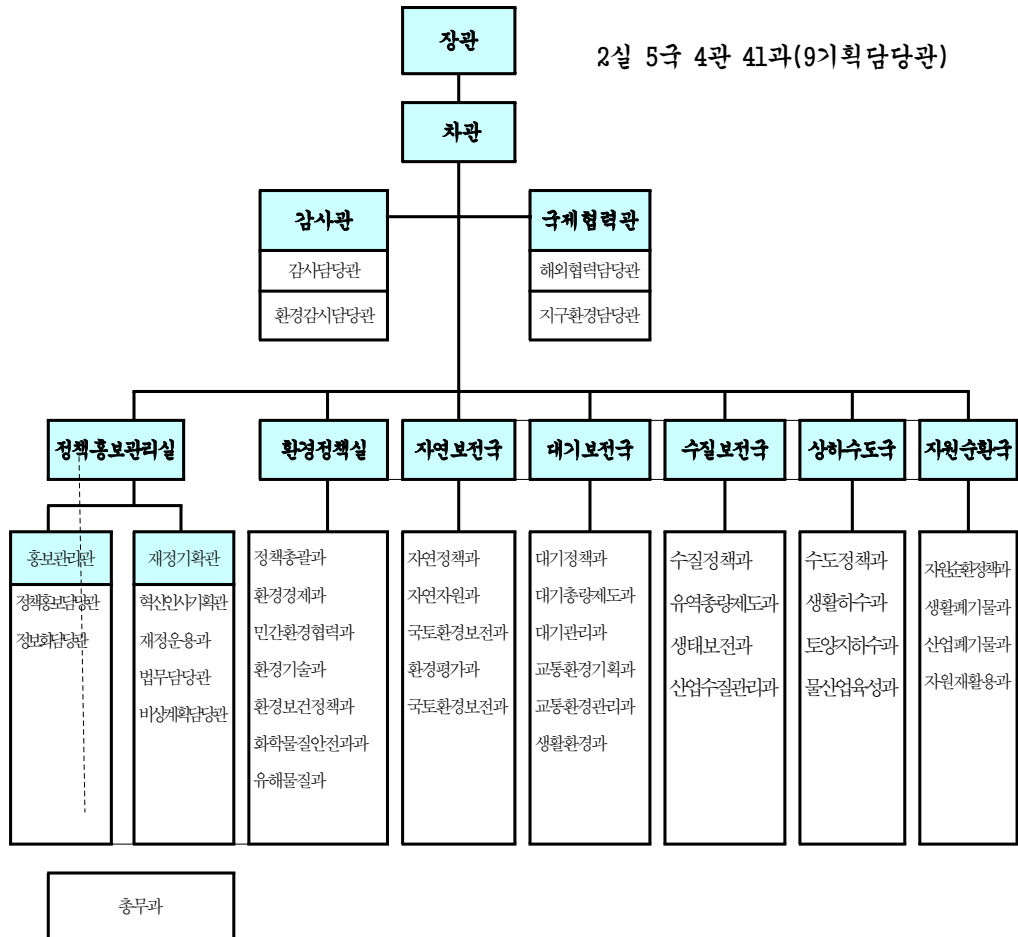
<환경부시대>

- ▣ 1994.12 환경부 발족

- ▣ 1998. 2 내무부 국립공원관리업무 인수
 - ▣ 2000. 7 수도권매립지관리공사 설립
 - ▣ 2002. 8 ‘유역제도과’ 신설, 3대강 유역환경청 설치
 - ▣ 2004. 3 ‘환경보건정책과’ 등 화학물질 관리 조직 보강, ‘대기총량제도과’ 신설
 - ▣ 2005. 1 ‘수질총량제도과’ 신설, 경인지방환경청을 ‘수도권대기환경청’으로 개편
 - ▣ 2005. 2 ‘폐기물자원국’을 ‘자원순환국’으로 명칭 변경
 - ▣ 2005. 4 ‘기획관리실’을 ‘정책홍보관리실’로 명칭 변경
 - ▣ 2005. 7 ‘국립환경연구원’을 ‘국립환경과학원’으로 명칭 변경
 - ▣ 2006. 2 ‘국립환경인력개발원’, 지방청 ‘환경평가과’, ‘화학물질과’, ‘수질총량관리과’ 신설
 - ▣ 2007. 2 ‘국립생물자원관’, 과학원 ‘화학물질평가부’ 신설
- 2008년 1월 현재 환경부 조직도는 <그림 4-11>과 같다.

가. 환경부 소속기관





<그림 4-14> 환경부 조직도(2008. 1 현재)

※자료출처: <http://www.me.go.kr>

나. 환경부 산하기관

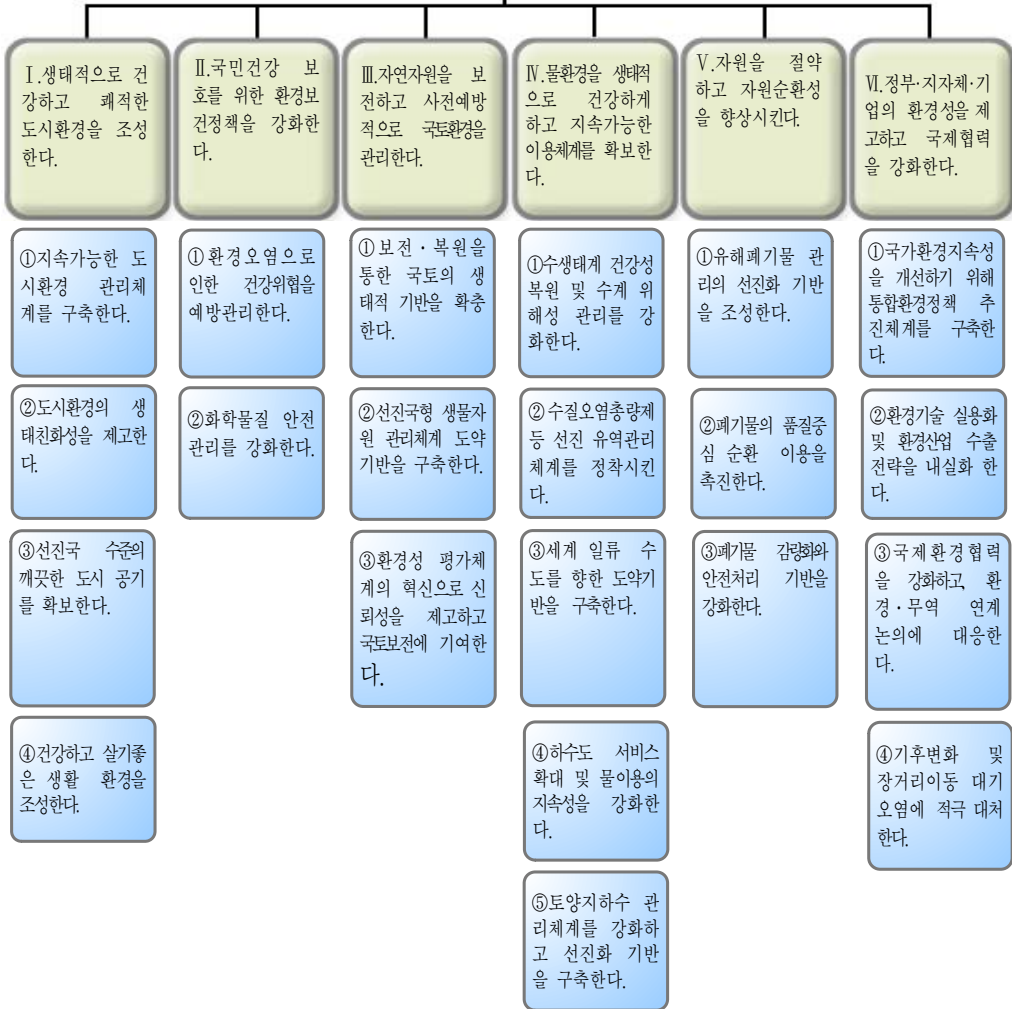
- ▣ 한국환경자원공사
- ▣ 환경관리공단
- ▣ 국립공원관리공단
- ▣ 수도권매립지관리공사

<임무>

지속가능한 환경국가 건설

<비전>

아름다운 환경, 건강한 미래



<그림 4-15> 2007년도 환경부 주요업무 추진현황

※ 자료출처: <http://www.me.go.kr>

☎ 보건의료분야 뉴스 ☎

☎ 2010년까지 총사업비 3017억원을 투입하여 보건의료 분야 국내 최대 규모 국책사업인 5대(大) 국책기관 청사 신축공사 기공식이 2007년 11월에 있었다. 식품의약품안전청, 질병관리본부 등 보건분야 5대(大) 국책기관이 2010년까지 오송생명과학단지 내로 신축·이전할 경우, 시너지 효과 등을 통해 대국민 의료서비스 향상에 큰 기여를 하게 될 것으로 기대된다. 특히, 식품·의약품·의료기기, 전염병·특수질환, 보건산업기술개발, 보건인력 양성 등을 담당하는 기능이 지리적으로 한 곳에 모여 상호 유기적인 협조체제를 구축할 수 있다. 이들 기능이 유기적으로 연결될 경우, 오송단지 내 입주하는 관련 업체들의 생산, 연구 기능에도 획기적인 도움을 줄 것으로 보인다. 산업의 클러스터화는 세계적인 추세이며, 미국·일본 등 세계 주요 선진국들은 일찍이 보건의료·생명산업 분야를 국가 핵심전략산업으로 집중 육성해왔다. 우리 정부도 1990년대부터 보건의료와 생명과학기술 분야를 국가전략산업으로 육성하기 위해, 오송생명과학단지를 조성하고 단지 내에 보건의료 분야 국책기관을 신축·이전하는 사업을 추진해왔다. 국책기관이 들어서는 오송생명과학단지는 BT(생명과학) 분야 산·학·연·관이 유기적으로 연결되는 클러스터이다. 국책기관 청사가 신축되는 2010년에는 오송생명과학단지가 동북아 생명과학연구의 새로운 중심지로 부상될 전망이다.

V. 보건기획

1. 정의

기획은 관리에서 가장 중요한 기능으로 간주되고 있는데 이는 모든 관리의 기능이 기획에 따라 이루어지기 때문이다. 즉 관리의 조직, 인사, 지휘, 통제의 활동은 세워진 관리기획에 따라 이루어지는 것이다.

기획은 조직의 목표설정 뿐만 아니라 이를 효과적으로 달성하기 위한 수단으로서의 행동과정도 포함한다. 다시 말하면 기획은 무엇을 할 것인가, 어떻게 할 것인가, 언제 그것을 할 것인가, 그리고 누가 그것을 할 것인가를 사전에 결정하는 것이다. 의사결정은 관리활동의 기본적인 기능이다. 특히 기획은 여러 대안적 행위 중에서 하나의 대안을 선택하는 행위이므로 의사결정과 밀접한 관련성을 갖는다.

미국 국가자원기획위원회는 기획의 정의를 “인간이 가지고 있는 최선의 가용지식을 공공분야 내에서 공통성을 띄고 있는 사업을 추진하는데 체계적이고 계속적이며 선견성 있게 적용하는 것”이라고 정의하고 있다.

그러므로 보건기획은 “당면하고 있는 여러가지 문제를 해결하여 보건복지를 증진시키기 위한 합리적인 보건정책의 수립과 보건의료자원의 균등한 배분을 효과적으로 하기 위한 제반활동”이라고 할 수 있겠다.

2. 보건기획의 특성

행정에 있어서 기획이란 행정이 성취하고자 하는 목표를 설정하고 그것의 실행, 성취에 이르기까지의 제 수단 및 방법을 행동개시 전에 충분한 연구와 원칙에 입각하여 선택하고 결정하는 과정을 의미한다.

기획은 행정조직, 관리, 평가, 조정에 선행해서 이루어져야 할 목표, 방침, 절차, 과업 등을 고안하고 규정하며 준비하는 것이다. 따라서 보건기획은 보건행정과정을 사전에 설계하는 것이라고 할 수 있다. 이러한 보건기획의 특성은 다음과 같다.

- 1) 목표지향적이어야 한다.
- 2) 목표달성을 위한 최적의 수단을 선택하는 과정이다.
- 3) 미래지향적이어야 한다.
- 4) 질서정연해야 한다.
- 5) 동적인 것(적응성을 가진 것)이어야 한다.

3. 보건기획의 목적

기획의 목적은 보건프로그램이 지향하는 이상적이며 장기적인 달성점이라고 할 수 있다. 미국공중보건협회 기획위원회에서는 기획의 목적을 다음과 같이 제시하고 있다(김운신 외, 2006).

- 1) 보건사업을 위한 조직의 개선
- 2) 새로운 사업의 발전 촉진과 기존 사업의 강화 및 그 활용의 추진
- 3) 보건사업의 질적 향상
- 4) 지역사회 불필요한 사업계획의 중지
- 5) 정부와 민간의료기관간의 사업의 중복회피
- 6) 보건사업의 지역간 배분 개선
- 7) 신규 사업계획의 우선순위 결정과 보건사업계획의 균형 있는 발전
- 8) 부족한 보건인력의 효율적인 이용
- 9) 보건요구와 문제의 파악
- 10) 새로운 보건지식의 신속한 적용
- 11) 지역사회 발전을 위한 경제적, 물리적 계획과 보건수요의 조정 등이다.

4. 보건기획의 필요성

가. 자원의 효과적인 배분

기관의 사업별로 요구되는 인력, 시설 및 예산 등의 자원을 충족시키기 위하여 자원의 효과적인 배분이 필요하다.

나. 합리적 의사결정

보건정책 과정과 희소자원의 효과적인 배분을 위한 합리적인 의사결정을 하기 위해서는 상황분석과 장래추이분석, 우선순위 및 목표설정 등을 통한 효율성의 원리가 기초가 되어야 한다.

다. 상충되는 의견조정

각 정책간에는 목표달성을 위한 방법과 수단의 결정과정에서 상호 상충되는 가치와 의견을 가질 수 있으므로 이러한 갈등을 사전에 해결하기 위하여 기획이 요구된다.

라. 새로운 지식과 기술개발

현대 정보사회와 같이 정보가 급속도로 발전하는 사회에서는 보건정책에 필요한 새로운 지식과 기술을 필요로 한다. 따라서 사전에 검토나 조정없이 새로운 지식과 기술만 도입한다면 지역사회 발전에 장애가 될 수 있다.

마. 조직관리 통제의 용이성

기획은 보건의료조직의 목표와 그에 필요한 직무가 수행되어야 할 일정 등을 명시함으로써 구성원의 직무를 통제하는 기준으로 삼을 수 있다. 조직경영에 있어서 기획의 예상목표를 기준으로 삼아 제반활동이 수행되는 과정을 판단할 수 있고 문제가 있을 경우 필요한 조치를 취할 수 있다.

5. 보건기획과정(Planning Process)

기획이란 행동하기 전에 무엇을 어떻게 해야 하는지를 결정하는 것이며, 미래를 예측하는 것이라고 할 수 있다. 기획과정에는 전제를 세우며, 예측을 하고, 목

표를 설정 또는 재설정하고, 구체적 행동계획을 전개하는 과정을 거치게 된다.

가. 전제(premises:planning assumption)

전제란 내적이거나 외적 환경에 대하여 가정하는 것을 말한다. 기획의 본질은 장래에 대한 종합적인 전망과 합리적인 기획가정(planning premises)에 입각하고 있다. 즉, 대상주민의 건강상태에 직접 또는 간접적으로 영향을 미치는 결정요인을 규명하고 요인간의 상호관계를 파악하여 대상주민들의 건강상태를 향상시키기 위한 보건사업 설계에 소요되는 기초자료를 얻는 과정이다.

나. 예측(forecasting)

예측이란 과거와 현재에 대한 정보를 수집하고, 그것을 분석하여 미래에 대하여 추정하는 것을 말한다. 양질의 보건행정 서비스를 위해서는 적절한 시설과 인력, 장비, 물자 등을 준비해야 되기 때문에 미래 보건행정 수요에 대한 예측은 중요하다. 예측은 상황분석과 장기추세분석 등을 통하여 이루어질 수 있는데, 상황분석은 기획대상에 대한 상황진단 및 문제의 성격파악 등 지역사회진단(community diagnosis)을 통하여 이루어진다. 상황분석을 위해서는 주어진 상황을 올바르게 파악하여야 하며, 관계되는 자료를 과학적으로 분석해야 하고 조사연구나 전문가의 의견을 참고해야 한다. 상황분석을 위해서 사용되는 자료들로는 인구분석자료(인구증가율, 인구추계) 및 건강실태분석자료(사망률, 유병률, 발생률, 평균수명, 활동제한일수 등) 등이 있다.

예측에는 여러 가지 방법이 있는데 첫째, 지속성 예측, 추세, 또는 투사적 예측, 순환적 예측, 관련성 예측, 유추예측이 있으며, 둘째, 관리자, 전문가들에게 미래를 예측해 보도록하는 델파이 기법(delphi technique), 회귀분석(regression analysis)등 통계학적 방법을 사용하는 것 등이 있다.

다. 목표설정(objective formulation)

목표설정 및 재설정을 포함하는 것으로 기획의 가장 기본적인 활동으로 조직이 달성하여야 할 목표를 설정하는 것이다. 목표는 조직의 모든 노력이 집중되는 표적이다.

현황분석 및 장래추세의 예측에서 파악된 문제점과 자료의 제약 등을 고려

하여 전반적인 보건행정의 정책목표를 설정하고 보건정책의 기초방향을 정립하여 정책수단을 발전시키는데 지침으로 삼도록 한다.

라. 행동계획의 전개

조직이 달성하려는 바가 결정되었을 때 기획과정의 활동 과정을 어떻게, 언제, 누구에 의해서 달성할 것인가를 구체화한다. 즉, 보건의료서비스를 생산·공급함으로써 보건부문의 목표를 달성하는데 직접적으로 기여하는 사업들의 목표, 발전방법, 소요자원, 예산, 인력계획 등을 구체화시키는 작업이다.

마. 계획의 검토와 확정

계획의 검토는 사업의 실현가능성, 그 사업의 예견되는 성과와 능률을 분석하고 확정하여 내용을 충실히 하는 과정이다. 보건부문계획의 검토에 있어서도 보건의료의 발전뿐만 아니라 국가발전이라는 차원에서 접근해야 한다.

1) 보건계획의 검토 기준

가) 보건과학적 타당성

보건학적 문제점을 충분히 파악했는지, 그 문제점들을 해결하기 위한 수단은 기술적으로 가능하며 효과가 있는지 등을 검토한다. 이 때 보건의료체계의 기술적 과정에 관한 기준과 규범을 주요 검토 기준으로 삼는다.

나) 경제적 타당성

경제적 타당성은 능률의 제고, 즉 자원 대 성과비의 극대화 내지 적정화에 초점을 맞춘다. 경제적 타당성을 분석하는 방법으로는 비용편익분석(cost-benefit analysis)과 비용효과분석(cost-effectiveness analysis)이 이용된다.

다) 사회적 타당성

보건의료의 제공에 관여하는 개인이나 조직, 개별이용자나 조직들 사이의 관계나 역할 및 발전에 계획된 사업이 미칠 영향과 이로 인한 변화가 계획의 집행과정 및 결과에 주게 되는 영향을 검토한다.

라) 정치적 타당성

보건계획이 집행이 됨으로써 혜택을 입은 것은 누구이며, 손해를 보는 것은 누구인지 그리고 집행과정에서 주도권은 누구에게 주어져야 하는지를 검토대상으로 삼는다.

2) 기술적·행정적 검토의 내용

보건기획에서는 기술적 관점, 정치적 관점에서 기획을 검토하는데 정치적 기준은 상황에 따라 가변적인데 반해, 기술적 기준과 행정적 기준은 어느 정도 보편성이 유지되므로 기술적·행정적 관점에서 검토내용을 살펴보면 다음과 같다.

가) 사업의 필요성과 의의 검토

- (1) 사업이 해결하려고 하는 문제점의 존재 여부
- (2) 문제점에 관해서 옳게 이해했는지 여부
- (3) 계획된 활동을 전개함으로써 문제점의 완화 또는 해결될 수 있는지의 여부
- (4) 계획된 사업의 효과적 확정
- (5) 문제점의 중대성에 비해 계획된 사업의 비용이 적당한지 여부 등을 검사하여 계획된 각 사업이 필요하고 추진할 가치가 있는지를 판단하는데 기준으로 삼는다.

나) 대체방안의 검토

사업의 의의와 필요성이 발견되면 보다 효과적이며 능률적인 방안이 있는지 검토할 필요가 있다. 이 때 시간, 비용 등의 제약을 고려하여 사업기술, 사업자원, 사업대상 및 사업주체에 관한 각 대안을 결정하여야 한다.

다) 사업대상지역의 특성을 감안한 실현가능성

대안의 검토 후 계획의 타당성이 인정되면 그 사업을 전개할 지역사회의 특성들 즉, 대상지역사회의 사업수용성 여부, 동기조작 가능성 및 자원상태 등을 고려하여 실현가능성을 검토해야 한다.

라) 사업수행능력의 검토

사업수행능력의 검토를 위해서는 첫째, 자원의 질, 양, 구성 및 분포 둘째, 집행과정의 합리성 셋째, 물자와 정보의 적합성 넷째, 관리인과 체계의 통합성 등을 고려함으로써 사업을 집행할 능력이 있는지의 여부를 판단 할 수 있다.

마) 사업의 경제적 효율성 검토

경상예산의 추산, 자본예산의 추산, 단위사업 성과를 얻는데 드는 비용 및 단위비용의 적합성 등을 고려함으로써 사업의 경제적 효율성을 판단할 수 있다.

바) 관리정보체계와 평가방법의 검토

관리정보체계와 평가방법의 검토에서 타당성이 인정된 사업이 전개되는 과정에서 계속적으로 검토와 수정이 필요하다. 그러므로 계획초기부터 사업에 관해서 수시로 파악할 수 있도록 항상 정보체계에 유의하여야 하며, 그 정보에 기초하여 평가방법도 마련해야 한다. 이를 위해서는 첫째, 평가를 위한 접근이 충분히 구체적이지의 여부 둘째, 문제점과 사업활동의 측정방법 셋째, 평가기준의 구체적 설정 넷째, 정보 및 자료의 수집방법 다섯째, 자료의 처리 및 활용 방안 등을 검토할 필요가 있다.

바. 계획의 집행

행정관리과정에서 계획의 집행은 기획, 조직, 지휘, 조정, 통제와 같은 각 요소별 절차를 밟는데, 이들을 크게 집행계획과 실제 시행으로 나눌 수 있다. 집행계획이라 함은 예비단계를 거쳐 계획추진방안을 구상하며 추진계획을 작성하는 작업이다. 계획추진을 구상할 때 고려할 점으로는 첫째, 계획추진으로 인해 영향을 받는 일반소비자들이 계획활동을 어떻게 받아들일 것인지 하는 점이 있고 둘째, 어떻게 보건의료원들이 계획에 표현되어 있는 지원사항을 그대로 준수하고 이행할 것인가 하는 점이다.

그리고 추진계획을 작성하는데 있어서도 이미 계획안이 상세하고 구체적으로 작성되어 있는 경우에는 계획안을 시행(execution)이라는 관점에서 재고해야 하며, 계획이 너무 광범위하고 산만하게 작성되었거나 전혀 계획이 작성된 바 없는 경우에는 상황분석과정과 계획입안과정에 따라 전반적으로 재고할 필요가 있다.

한편, 시행이라 함은 집행계획을 보건사업화하여 실제적으로 추진(동작화)하는 것을 의미한다. 이러한 과정에서 사업의 궁극적 목적을 달성하기 위하여 각 행정수준에서의 각종 보건사업체들간의 협조와 기능적 분업이 요청된다. 이 단계에서 가장 문제가 되는 것은 업무조정 및 통제 그리고 구체적인 자원동원계획을 수립하는 일이다. 계획의 시행과정도 예비단계, 세부사업기획 및 실시의 세 부분으로 나눌 수 있다.

사. 평가

사업평가에 대한 정의는 사업목적의 달성이 효과적으로 이루어지고 있는가를 분석하는 과정이라고 할 수 있다. 사업평가가 가능하려면 우선 사업의 목적과 가정이 타당한지를 검토해야 한다. 즉, 사업의 목적이 무엇인가?, 사업의 대상은 누구인가?, 사업의 효과가 나타나는 시기는 언제인가?, 기대하는 효과의 크기는 어느 정도인가?, 목적달성을 위한 접근법은 무엇인가? 등을 파악하여 사업의 목적과 가정의 타당성 여부를 검토하게 된다. 이 과정이 끝나면 결과를 평가하는 단계에 들어서는데 다음 5가지 내용을 중심으로 평가 분석하게 된다.

1) 업무량분석(Effort)

업무량 분석은 무엇을 어느 정도 충실히 수행하였는지를 평가 분석한다.

2) 업적분석(Performance)

업적분석은 사업의 목표량을 달성하기 위해 노력했다면 그 결과가 어느 정도인가를 평가한다.

3) 업적의 적절도(Adequacy of performance)

업적의 적절도는 실제로 기대 또는 요구되는 목표량에 대한 업무량의 비율이 어느 정도 큰가를 평가 분석한다.

4) 효율도 분석(Efficiency)

효율도 분석은 투입된 노력이 과연 적절한 것이었나?, 좀 더 경제적인 방법은 없었나? 등을 분석한다.

5) 과정분석(Process)

과정분석은 사업이 어떤 기전에 의하며 또는 어떤 과정을 밟아 나타났는가? 를 분석하며, 여기에는 사업내용분석, 대상인구분석, 여건분석, 효과분석이 포함된다.

이상과 같은 평가는 엄격한 기준과 방법론을 요구한다. 그러므로 사업목적과 내용 그 자체의 타당성이 검증되어야 하며, 관측방법과 지표의 타당성 여부에서부터 정책대안의 평가 및 실적과 효과평가에 이르기까지 전반적인 검토가 필요하게 된다. 사업의 총체적인 평가에 있어서는 비용편익분석기법이 동원될 수 있으며 평가과정에는 전문가의 자문도 필요하다.

6. 보건기획의 원칙

가. 목적성의 원칙

보건기획은 그 실시과정에 있어서 비능률과 낭비를 피하고 그 효과를 높이기 위해 명확하고 구체적인 목적이 제시되어야 한다.

나. 단순성의 원칙

보건기획은 간명하여야 하며 가능한 난해하고 전문적인 술어는 피해야 한다.

다. 표준화의 원칙

보건기획의 대상이 되는 예산, 서비스 및 사업방법 등의 표준화를 통하여 용이하게 보건기획을 수립할 수 있으며 장래의 보건기획에도 이바지 할 수 있다.

라. 신축성의 원칙

유동적인 보건행정 상황에 대응하여 수정될 수 있도록 작성되어야 한다.

마. 안전성의 원칙

보건기획은 소기의 목적을 달성하기 위하여 고도의 안전성이 요구된다. 즉 빈번한 보건기획의 수정은 피해야 한다.

바. 경제성의 원칙

보건기획의 작성에는 막대한 물적·인적자원과 시간이 소요되므로 가능한 한 현재 사용 가능한 자원을 활용하도록 한다.

사. 장래예측성의 원칙

보건기획에 있어서 예측은 그 달성 여부에 결정적인 영향을 미치므로 그것은 어디까지나 명확할 것이 요구된다.

아. 계속성의 원칙

보건기획은 조직의 계층을 따라 연결되고 계속되어야 하며 구체화되어야 한다.

7. 보건기획의 대상과 범위

보건기획은 국민의 건강수준을 향상시켜 인적 자원을 보전하는데 있으며, 국민 개개인이 건강하게 살아야 한다는 것은 국민의 권리이고 의무로서 보건의료는 의·식·주 다음의 제4의 생활필수품이라 해도 과언은 아니다.

그러므로 국민건강수준을 효과적으로 증진하는데 관련된 모든 사회적 활동 영역이 보건기획의 대상과 범위라 할 수 있다. 이와 관련된 사항을 크게 나누어 보면 다음과 같다.

가. 인적자원기획(Man power resource planning)

각종 보건의료 인력을 양성하고 관리하며 의료인력의 지역적 분포 및 활용 목표에 대한 기획이 인적자원기획이다.

나. 물적자원기획(Physical resource planning)

물적자원기획은 각종 보건의료 시설과 의료장비 및 소모품의 생산, 분배 및 처리에 관한 사항과 관련된 기획을 말한다.

다. 행정조직기획(Administrative organization planning)

보건행정조직 기획은 보건의료전달체계의 발전과 재원의 조달, 분배 및 산업 정보체계의 개발 등이 포함된다.

라. 환경기획(Environmental planning)

쾌적한 생활환경의 확보에 관련되는 보건사업, 즉 기본환경관리, 공해관리 및 상하수도관리 등이 여기에 속한다.

마. 보건교육기획(Health education planning)

보건교육기획은 예방보건사업과 건강한 생활을 영위하기 위한 국민보건교육 및 홍보에 관한 것이 포함된다.

바. 조사 및 연구기획(Survey and research planning)

국민보건실태를 분석하기 위한 제반 활동과 보건과학 및 의학기술의 향상에 관련된 조사연구에 관한 것이 포함된다.

☎ 다함께 사고하기 ☎

최근에는 환경기획의 중요성이 대두되고 있다. 이는 환경이 건강에 미치는 영향이 중대하다는 것을 의미한다. 환경기획을 인간의 건강과 관련지어 논의하시오.

☎ 알면 좋아요!!! ☎

< 크레딧(credit)제도란? >

사회적으로 가치 있는 행위 또는 불가피한 사유로 보험료를 납부할 수 없는 경우 수급권 및 적정 급여 보장을 위해 가입기간을 인정하는 제도로써, 선진국은 육아, 가족수발, 군복무, 실업, 질병·장애, 교육·직업훈련 등의 사유를 인정하고 있음.

VI. 보건관리론

1. 보건정책론

가. 정책의 개념

정책의 개념에 대한 견해는 학자마다 다양하지만 일반적으로 공공문제를 해결하거나 목표달성을 위해 정부에 의해 결정된 행동방침이라고 정의할 수 있다. 문재우 등(2004)은 공공정책의 개념은 다음과 같은 요소가 포함하고 있다고 하였다.

- ▶ 공공정책은 공공기관이 주체이기 때문에 정치권력성을 띤다.
- ▶ 정책은 목표지향적 활동이기 때문에 미래성과 방향성을 갖는다.
- ▶ 정책은 목표와 함께 그 실현수단을 핵심으로 한다.
- ▶ 공공정책은 비용과 편익의 배분을 통해 국민들의 이해관계에 영향을 미친다.
- ▶ 정책은 의도적인 행위뿐만 아니라 의식적인 부작위, 즉 무의사결정(non-decision making)도 포함한다.
- ▶ 정책은 일련의 선택이므로 일회의 선택을 의미하는 의사결정(non-decision making)과 구별된다. 정책은 공익을 표방하는 공공기관의 활동이라는 점에서도 의사결정과 구별된다. 정책은 서로 관련된 많은 의사결정들 간에 발생하는 상호작용의 결과인 경우가 많다.

나. 보건정책의 개념

보건정책은 한 국가의 근본적이고 필수적인 정책이다. 따라서 넓은 의미의 보건정책은 인구집단의 건강상태를 유지·증진시키는 것을 목표로 하는 정부나 기타 단체들의 활동으로 정의할 수 있다.

보건정책이 추구하는 이념으로 문재우 등(2004)은 세 가지를 들고 있다. 첫째, 모든 국민은 양질의 의료서비스를 적시에 경제적으로 편리하게 제공 받을 수 있어야 한다. 둘째, 의료인 및 의료기관은 진료와 연구 등 의료관련 행위를 보장 받을 수 있어야 한다. 셋째, 국가는 보건의료자원의 효율적이고 효

과적인 활용으로 생산성과 국가 경쟁력을 제고 할 수 있어야한다. 그리고 국민보건향상을 위한 전략을 수립하기 위해서 보건정책 수립시 고려할 사항으로 다음과 같은 것으로 들고 있다.

- ▶인구의 성장, 구성 및 동태
- ▶경제개발의 수준 및 단계
- ▶지배적인 가치관
- ▶보건의료제도
- ▶국민의 건강상태
 - 전염성 질환과 영양상태
 - 만성퇴행성 질환
 - 사고
 - 환경오염
 - 스트레스
 - 정신질환
 - 노인건강
- ▶사회구조와 생활패턴

다. 정책의 성격

정책의 본질 및 특성에 대해서는 학자마다 다양한 의견을 가지고 있다. 문재우 등(2004)이 제시한 정책의 성격을 살펴보면 다음과 같다.

1) 목적지향성

정책은 개인 또는 단체가 의도하는 것을 실현시키기 위하여 선택한 행동의 지침이기 때문에 정책주체의 의지를 반영하고, 그 목적의지를 실현시키려는 성격을 지니고 있다.

2) 행동지향성

정책은 실천적 행동을 통하여 정책주체의 목적의지를 실현하려는 노력의 표현이다. 따라서 정책은 현실적으로 동원 가능하고 이용 할 수 있는 자원의 한계성내에서 능률적인 행동을 합리적으로 기획하고 실현하는 방안을 모색해야 한다. 보건정책에는 국민건강을 실현할 구체적인 수단과 방법이 내포되어 있어야 한다.

3) 변화지향성/ 변동유발성

정책은 불만스럽고 바람직하지 않은 현실 또는 문제시되는 상황을 수정하고 소망스러운 것을 실현시키려는 의지 표현이다. 정책이 초래하는 변화는 양적인 것만이 아니라 질적인 것을 포함해야 한다.

4) 미래지향성

정책은 소망하는 미래상을 실현시키는 의지의 표현이다. 정책이 지향하는 행동이 일어나는 시점은 현재이지만 정책이 의도하는 변화가 일어나는 시점은 항상 미래이다. 따라서 정책은 미래를 설계하고 구축하는 미래지향성을 지닌다.

5) 공익지향성

정책은 많은 사람들에게 이익과 손해를 주는 것이기 때문에 비록 정도의 차이는 있으나 모든 정책은 여러 사람의 이익을 실현시키려는 성향을 보인다. 정책을 국민들이 권위 있는 것으로 생각하고 규범성과 당위성, 정당성, 강제성, 구속성을 지니게 된 것은 정책이 가지고 있는 공익지향성 때문이다.

6) 정치지향성/ 정치관련성

정책은 정치적 관련성 안에서 형성, 집행, 평가 된다. 즉 정책은 항상 협상과 타협 또는 권력적 작용과 연관되어 있다. 특히 공공정책은 가치 또는 이익을 강제적으로 배분하는 성질 즉 가치배분의 강제성을 지니기 때문에 정치적으로 대단히 민감하다. 또한 공공정책은 모든 사람들에게 이익과 손해를 균등하게 배분하는 것이 아니라 항상 편파적으로 불균등하게 배분하는 성질 즉 부분이익의 선택성(policy selectivity)을 지니기 때문에 정치적으로 매우 복잡한 갈등을 일으킨다. <표 6-1>은 의사결정과 정책결정의 차이점이다.

<표 6-1> 의사결정과 정책결정의 차이

의사결정	정책결정
▶ 개인·민간조직	▶ 집단·정부조직
▶ 사익추구	▶ 공익추구
▶ 양적인 분석	▶ 질적인 분석
▶ 비평등성	▶ 평등성
▶ 계량화·통계화 용이	▶ 계량화·통계화 곤란

라. 정책평가

1) 정책평가 기준

보건정책을 비롯한 공공정책을 평가하는 기준을 설정하기란 매우 어렵기 때문에 정책의 성질에 따라 그 기준이 달라져야 한다. WHO에서 제시한 평가 기준으로는 적절성, 적정성, 과정, 능률성, 효과성, 그리고 영향평가 등이 있다. 문재우 등(2004)은 평가기준으로 능률성, 효과성, 대응성, 만족도, 형평성, 민주성 및 참여성, 그리고 적정성을 들고 있다.

2. 보건조직론

가. 보건조직의 개념

학자들에 따라서 조직에 대한 정의는 다양하다. L.A.Allen은 “조직이란 조직 구성원들이 목표를 달성하기 위하여 가장 효과적으로 협력할 수 있도록 직무 내용을 명확하게 분석하고 직무수행에 관한 권한과 책임을 명확하게 하면서 그 상호관계를 결정하는 과정”이라고 하였으며, J.W.Lorsch는 “조직이란 일정한 환경하에서 특정한 목표를 달성하기 위한 분업체계”라고 정의하였다.

또한 J.M.Gaus, L.D.White & M.E.Dimock은 “조직이란 소기의 목적을 달성하기 위하여 기능과 책임의 분배에 따른 요원의 배치를 의미하며, 업무수행에 관여된 사람과 업무를 수행하는 요원사이에 최소의 마찰과 최대의 만족을 주면서 소기의 목적을 달성하기 위하여 공동 목표를 가진 개인과 집단의 노력과 능력을 관련짓는 것”이라고 하였다. 즉, 조직의 과정은 본질적으로 요원이 관련되므로 각 개인에 대하여 고려하지 않을 수 없다. 그러나 각 개인에 대한 고려는 가능한 한 최소로 줄여야 할 것이다.

조직이란 유형화된 상호관계, 즉 조직구성원들에 대한 효율적인 업무수행을 위해 책임을 구별하며, 자원과 다른 업무 등의 경계와 한계를 설정하는 일차적인 수단을 말한다. 조직의 목적은 요원을 업무단위로 배치한 뒤 비슷한 기능이나 목적에 따라 이들을 종합하고 집단활동에 의해 소기의 목적을 보다 능률적으로 수행함에 있다고 하겠다.

나. 조직의 제원리

업무가 원활히 수행되기 위해서는 업무수행에 필요한 여러 가지 투입요소들이 효율적으로 사용되어야 한다. 이와 같은 인적·물적자원에는 인력, 시설, 자본, 기계, 기술, 재료와 같은 요소들이 포함된다. 조직은 기능과 책임의 분배에 따른 요원의 배치를 의미하며, 조직의 편성에 지침이 되는 몇 가지 다음과 같은 원칙이 있다.

1) 계층제(계층화의 원리)

권한과 책임의 정도에 따라 직무를 등급화 함으로써 상하계층간의 직무상의 지휘, 복종관계가 이루어지도록 함을 의미한다. 일반적으로 계층제의 원리에서 고려되어야 할 사항은 책임과 권한의 명료화, 계층의 단축화 등이 고려되어야 할 것이다.

2) 통솔범위의 원리

한 사람의 상급자가 효과적으로 감독할 수 있는 이상적인 부하의 수를 말한다. 이상적인 통솔범위의 결정에는 업무의 성질, 부하의 능력, 관리자의 능력 등을 고려하여야 한다. 일반적으로 상부 관리층에서는 8-15명의 부하를 거느리는 것이 적당하다.

3) 명령통일의 원리

한 사람의 하위자는 오직 한 사람의 상관에 의해서만 지시나 명령을 받아야 한다는 원리이다. 그러나 너무 지나치게 명령통일의 원리를 강조하게 되면 전문가의 영향력이 감소되고 업무지연을 초래 할 수 있다. 그러나 명령통일의 원리를 적용함으로써 얻을 수 있는 장점은 책임의 소재가 명확하고 명령과 보고의 대상이 명확하다는 것이다.

4) 분업화(전문화)의 원리

조직원 개개인에게 동일 업무만 분담시킴으로서 업무의 전문성을 기할 수 있도록 하는 것이다. 조직은 횡적, 종적으로 분업화 할 수 있는데, 예를 들면 횡적조직은 보건복지부의 보건정책국, 건강증진국, 식품의약품안전청 등의 각 국으로 분업화 할 수 있으며, 종적으로는 행정자치부, 각 시·도청의 보건복지환경국, 시·군보건소, 면보건지소, 보건진료소 등을 들 수 있다.

전문화의 원리를 적용할 때 업무의 분담이나 업무의 중복성, 균형된 업무량, 적정량의 업무가 이루어지도록 조직 편성이나 관리를 할 때 고려하여야 한다.

5) 조정의 원리

공동 목표를 원활히 달성할 수 있도록 구성원간의 업무수행을 질서정연하게 배정하는 것을 말한다. 조직이 추구하는 공동의 목표를 달성하기 위하여 하위 체계간의 통일된 노력을 모색하기 위해서는 설정된 원칙과 방침의 준수 여부, 채택된 계획의 집행여부, 위임된 책임의 수행여부 등을 확인하기 위한 조치와 수단이 채택되고 계속적으로 실시되어야 한다.

이러한 조치의 목적은 첫째, 전 조직활동과 개별적 활동을 기존 방침에 일치시키고 둘째, 능률적인 업무표준과 집행을 유지하며 셋째, 사업의 계속성을 보장하며 넷째, 해당조직의 각 부 및 국사이에 적절한 균형을 유지하고 다섯째, 업무관계의 조화 및 증진을 통하여 요원의 불필요한 긴장이나 노고를 사전에 예방하는데 있다.

6) 참모조직의 원리

참모조직의 원리는 상위관리자의 관리능력을 보완하고 전문적인 감독을 촉진하기 위하여 참모조직을 따로 구성함으로써 계선조직(係線組織)과 구별해야 한다는 원리이다. 즉, 스텝은 자료수집과 연구 및 계획 등의 업무를 수행함으로써 상급자를 돕는 조직이라 할 수 있다. 참모조직은 행정업무를 추진함에 최종목표가 있으며 계선조직의 권한과 책임을 침해하지 않는 범위내에서 계선 기능부서를 지원하게 된다.

7) 책임과 권한의 원리

조직 구성원들이 직무를 분담함에 있어서 각 직무사이의 상호관계를 명확히 해야 한다는 원리로서 직무의 분담에 관한 책임과 직무를 수행하는데 필요한 일정한 권한이 부여되어야 한다는 것을 의미한다.

지금까지 살펴 본 조직의 제원리는 고전주의적 조직의 원리라 할 수 있으며, 이러한 조직의 원리는 분업의 원칙과 계층제의 원칙 및 명령통일의 원칙, 참모조직에 입각한 조직형태에 대한 원리이다. 앞으로 우리가 조직을 편성한다면 고전적인 제원리와 통합, 행동의 자유, 창의성, 업무의 흐름에 따라 조직을 편성함은 물론, 보건의료의 환경적인 요소와 특수성을 고려해서 조직을 신설, 개편, 폐지, 관리해야겠다.

다. 조직의 유형

1) 파슨즈(Parsons)의 분류

파슨즈는 사회적 시스템으로 4가지 기능 즉, 적응 및 목표달성, 통합, 유형유지 등의 기능에 따라 1) 경제조직(회사, 공기업 등), 2) 정치조직(행정기관, 정당 등), 3) 통합조직(사법기관, 경찰 등), 4) 유형유지조직(문화, 학교, 교회 등)으로 분류 하였다.

2) 에치오니(Etzioni)의 분류

에치오니는 조직을 지배·복종관계를 중심으로 분류 하였는데, 1) 강제적 조직(정신병원, 형무소 등), 공리적 조직(이익단체, 경제단체 등), 3) 규범적 조직(학교, 병원, 종교단체 등)으로 분류하였다(표 6-2).

<표 6-2>에치오니의 조직유형

조직의 유형	권위의 유형	조직.개인의 관계
강제적 조직	강제적 권위	소외적 관계
공리적 조직	보수적 권위	타산적 관계
규범적 조직	규범적 권위	도덕적 관계

3) 계선조직과 막료조직

(1) 계선조직

- ▶ 목표를 직접적으로 달성하기 위한 수직적 계층제 형태
- ▶ 국민과 직접 접촉(직접인력)
- ▶ 정책결정, 목표설정, 목표수정, 집행기능

(2) 막료(참모)조직

- ▶ 목표를 간접적으로 달성하고 계선기관을 조언·보좌하는 수평적 탈 계층제 구조
- ▶ 국민과 간접적으로 접촉(간접인력)
- ▶ 조언, 보좌 등의 전문적인 지식과 기술을 요구
- ▶ 대규모 조직일수록 필요성 증가

4) 조직의 변동: 환경변화에 대한 전략

조직이 변화하는 환경에 적응하기 위해서는 환경변화에 대처하기 위한 다양한 경영전략을 수립해야 한다. 문재우 등(2004)이 제시한 내용을 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

(1) SWOT(Strengths, Weakness, Opportunity, Threats)분석

외적 환경변화는 조직에 커다란 위협적 요소가 되기도 하지만 최대의 기회를 제공하기도 한다. 모든 조직은 약점과 강점을 동시에 가지고 있으므로 SWOT(Strengths, Weakness, Opportunity, Threats) 분석을 통하여 적절한 전략을 수립 한다면 위기가 곧 기회가 될 수 있다. 경쟁사회에서 경쟁우위(Competitive advantage)를 확보하기 위한 전략수립을 위해서는 먼저 내부환경과 외부환경에 대한 정보와 분석이 필요하다.

경영전략 수립 과정에서 조직내부의 강점과 약점을 조직외부의 기회와 위협에 대응시킴으로써 조직의 목표를 달성 할 수 있다(표6-3).

<표 6-3> SWOT 전략

외적 요소 \ 내적요소	강점(Strength)	약점(Weakness)
기회(Opportunity)	<SO전략> ▶기회이익을 획득하기 위해 조직의 강점이 활용되는 전략	<WO전략> ▶조직의 약점을 극복하기 위해 기회를 활용하는 전략
위협(Threat)	<ST전략> ▶위협을 회피하기 위해 조직의 강점을 적극 활용하는 전략	<WT전략> ▶위협을 회피하고 조직의 약점을 최소화하기 위한 전략

※자료출처: 문재우, 김기훈(2004). 보건행정. p.224.

(2) 틈새전략(Niche Strategy)

틈새전략은 1980년에 Michael E. Porter가 제시한 경쟁전략을 말한다. 이 전략은 경쟁에서 우위를 점하고 시장에서 확고한 위치를 차지하기 위해서는 조직이 보유하고 있는 기술, 생산, 재무, 마케팅 등 기능적 강점을 어느 부문에 어떻게 활용 할 것인가를 결정하는 분석의 틀을 말한다. 틈새전략의 유형으로는 원가우위 전략, 차별화 전략, 집중화 전략 등이 있다.

(3) 벤치마킹(Benchmarking)

벤치마킹이란 1980년대 미국의 제록스사가 최초로 도입하여 실시한 경영전략으로 자신이나 근무하고 있는 기관이 보다 탁월한 상대나 기관을 목표로 성과를 비교·분석하고, 그러한 성과차이를 가져오는 운영방식을 체득하여 조직의 혁신을 도모하는 경영혁신 기법을 말한다.

(4) TQM(Total Quality Management)

TQM은 생산성 향상보다 품질개선을 중시하고 품질개선이 이루어지면 생산성도 따라서 향상된다고 보며, 단기적 대책이 아니라 장기적으로 끊임없는 개선과정에 중점을 두는 경영전략이다.

(5) 리스트럭처링(Restructuring)

리스트럭처링은 급변하는 환경에 대응하고 생산성과 경쟁력을 확보하기 위해 조직구조를 혁신적으로 재구축하는 것을 말한다.

(6) CI(Corporate Identity)

CI란 조직과 기업의 이미지를 높이는 기법으로써 조직의 존속과 성장을 계속하기 위하여 조직을 둘러싸고 있는 환경을 자신에게 유리하도록 조성하는 전략을 말한다. 조직 스스로가 자기 확인, 자기 확신을 바탕으로 조직의 가치와 개성을 창출하고 그것을 내외부에 알림으로써 외부에서 바라보는 자기 조직의 이미지를 향상시켜 외부의 호감과 공감대를 형성시키는 조직의 전략기법을 말한다.

(7) 팀제 조직

팀제란 환경변화에 능동적·적극적으로 대응하기 위해 고객중심의 서비스를 제공하는 운영전략이다. 급변하는 환경변화에 성공적으로 대처하기 위해서 의사결정방식과 의사결정주체가 팀 경영에 의한 실무자 위주로 운영하는 것을 말한다.

라. 조직혁신

문재우 등(2004)은 조직혁신이란 조직과 관련된 환경에서 새로운 아이디어의 창조나 변화를 조직에 적용하는 것을 의미하며, 조직의 바람직한 방향을 설정하고 의도적으로 변화를 유도하는 관리 작용이라고 하

였다. 그리고 조직혁신의 특징으로 다음과 같은 것을 들고 있다.

첫째, 계획적·의도적이며 목표지향적 성격을 띠고 있다. 둘째, 현상을 타파하고 변동을 인위적으로 유도하는 동태적 과정이고 저항이 수반된다. 셋째, 조직의 구조적·기술적·행태적 측면의 개혁·쇄신에 중점을 두며, 구성원의 행태·가치관의 변화를 모색하는 조직발전이 주요한 전략이 된다. <표6-4>은 저항극복전략이다.

<표6-4> 저항극복 전략

강제적 전략	▶ 개혁주도 세력이 상급자로서의 권한행사, 권력 구조의 개편, 법령화, 의식적인 긴장조성, 인사 조치 등으로 강압적 제재에 의해 저항을 극복하려는 것
공리적·기술적 전략	▶ 기득권 침해폭의 최소화, 시기 및 절차의 조정, 단계별 추진, 인사 보수상 우대, 개혁에 따르는 손실의 보상 등
규범적·사회적 전략	▶ 상위이념이나 규범적 가치에 의한 설득·양해, 참여기회의 확대, 의사소통 촉진, 심리적 불안의 해소, 개혁분위기의 적극적인 조성

※자료출처: 문재우, 김기훈(2004). 보건행정. p.238.

3. 보건인사관리론

가. 인사관리의 개념

일반적으로 인사(staff) 또는 인사관리(personnel administration, personnel management)란 조직체의 인사를 관리하는데 관련된 모든 기능과 활동을 의미하는 것으로 인력자원의 계획과 확보, 활용과 보존 그리고 인력자원의 보상과 개발 등을 통하여 조직의 목표를 효율적으로 달성하도록 하는 것이라고 정의할 수 있다. 이를 좀 더 구체적으로 달성하기 위해 원동력이 되는 인력자원을 조직의 장기적 전망에 맞추어 확보하고, 개인의 개성과 복지를 존중함과 동시에 잠재적인 개인능력의 육성 및 개발을 도모하는 것이다. 또한 조직성원으로

서 원만한 인간관계를 유지할 수 있는 환경을 조성하여 이러한 환경속에서 조직에 대해 최대의 공헌을 할 수 있는 장소를 제공하거나 만들어 냄으로써 근로의 결과에서 효율적인 조직목표 달성과 개인 또는 집단으로서의 최대의 만족감을 얻도록 하기 위한 체계인 것이다.

조직의 성과를 파악하는 기준은 효율성과 만족감인데, 효율성은 인간의 객관적 행동의 결과이고 만족감은 인간의 주관적 행동의 결과인 것이다. 결국 인사관리는 생산성(효율성)과 만족감, 그리고 능력개발 등 세가지 효과를 동시에 추구하는 성과 지향적이고 인간 중심적인 경영관리 기능이다.

조직의 효율성 내지 효과성은 결국 주어진 자원 중에서 다채로운 자질과 잠재능력을 지닌 인력자원을 얼마나 잘 능률적으로 활용하느냐 하는 관리능력에 달려 있다해도 과언이 아니다.

보건인력관리는 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 하나는 보건의료분야에서 근무하는 보건직공무원을 중심으로 한 인력관리가 있겠고, 다른 하나는 의료기관에서 근무하는 인력의 관리가 있겠다.

일반적인 인력관리는 1)인력계획 2)모집선발 3)예비교육 4)승진, 강등 5)보수 6)훈련, 인사고과 실시 7)연금, 퇴직 순으로 이루어진다. 따라서 인력관리는 인력을 충원하는 부분으로 실적주의와 업관주의의 기준에 따라 인력을 충원하기 위해서 인사담당부서에서 인력계획을 세우고, 이에 따라 모집, 선발로 인력을 충원하는 관리가 이루어지며 인력자원을 충원한 후 충원된 인력에 대한 인력관리는 예비교육, 승진, 강등, 보수, 훈련, 징계, 직무평가, 연금 및 퇴직 등으로 이루어진다.

나. 보건인력의 충원

1) 실적주의와 업관주의

실적주의 인사원칙에 입각한 보건인력의 임명, 승진 및 확보가 이루어져야 하며 실적주의에 입각한 인력 충원이 이루어지려면 자격이나 실적을 기초로 한 요원선발과 승진을 위한 직무분석과 분류가 선행되어야 한다.

업관주의란 사람을 공직에 임명함에 있어서 능력, 자격, 업적이 아니라 당파

성, 개인적 충성심, 학벌, 문벌, 지연·혈연, 정치적 영향력 등에 기준을 두는 인사제도를 말한다.

가) 엽관주의

(1) 엽관주의의 장점

현대 행정국가는 실적주의의 확립에 노력해 왔으나 엽관주의 또는 정실주의가 완전히 배격되고 있는 것은 아니다. 엽관주의의 장점은 다음과 같다.

- ① 정당정치의 발전에 기여
- ② 정부관료제의 민주화 촉진
- ③ 공무원의 적극적인 충성심을 확보

(2) 엽관주의의 단점

민주정치, 정당정치의 발전에 기여하였던 정실주의 내지 엽관주의는 차츰 변질되어 여러 가지 병폐를 초래하였다. 엽관주의의 단점으로는 다음과 같은 것을 들 수 있다.

- ① 자격이나 경험을 갖춘 유능한 인물이 배제되고 인사행정이 정실화 됨으로 행정의 능률성이 저하됨
- ② 예산의 낭비와 행정질서의 문란 초래
- ③ 관료의 정당사병화로 말미암아 관료가 국민보다 정당을 위주로 봉사하게 되어 행정책임의 확보가 어려움
- ④ 정치의 부정부패 초래

나) 실적주의

(1) 실적주의의 장점

현대국가의 주요 인사행정원칙으로 확립되고 있는 실적주의는 다음과 같은 장점이 있다.

- ① 공직에 취임할 수 있는 기회균등이 보장된다.
- ② 시험제도를 통하여 행정능률의 향상과 공무원의 자질향상에 공헌한다.
- ③ 행정의 전문성, 능률성을 확보해 주며 공무원의 신분보장 제도를 확립케 해준다.
- ④ 공무원의 정치적 중립성을 확립시켜준다.

(2) 실적주의의 단점

- ① 당파적, 정치적 중립성을 정책에 대한 중립성으로 잘못 인식시킴으로서 정책의 효과적인 수립·집행에 곤란을 초래케 한다.
- ② 실적주의에 의한 인사행정은 법규, 절차, 기준에 대한 위반여부만을 따지게 됨으로서 목적보다 수단에 치중하는 지나친 형식화, 경직화를 초래한다.
- ③ 공무원의 지나친 신분보장은 관료제의 강화, 특권화, 보수성을 초래시킬 우려가 있다.

2) 보수 및 승진

보수란 공무원이 근무에 대한 댓가로서 받는 금전적 보상을 의미하며 사기와 전반적인 행정능률에 직결되는 문제이며 근무의욕을 좌우하는 경제적 유인으로 간주되고 있다. 또한 승진이란 하위직급에서 직무의 책임도와 곤란도가 높은 상위직급으로 또는 하위계급에서 상위계급으로 종적, 수직적 이동을 하는 것을 의미한다. 그러므로 담당 행정관은 주기적이며 체계적으로 부하들의 업무능률을 조사, 분석하고 그 결과를 모든 요원의 인사기록철에 보관하여 중요한 인사관리기능으로 측정과 평가를 하여야 한다.

다. 보건인력계획

다른 서비스산업과 마찬가지로 보건의료도 공급과정을 기계화하기 어려운 노동집약적 사업으로 장기간의 교육을 받아서 배출되는 전문 인력의 수요가 어느 분야보다도 높다. 따라서 인력자원이 보건·의료부문에서 차지하는 비중은 다른 어느 분야보다 크므로 보건인력의 수급분야별 분포, 지역적 분포 등에 관해서는 장기계획으로 대처해야 한다.

1) 보건인력계획의 개념과 모형

보건인력계획에 대한 정의는 학자에 따라 조금씩 달라진다. Timothy Baker는 보건·의료에 대한 장래의 경제적 유효수요를 충족시키거나 과잉되지 않는 충분한 보건인력 확보를 기도하는 과정의 보건인력계획이라 하였다. 보건인력 확보를 위한 분석절차의 내용은 다음과 같이 다섯 부분으로 나눌 수 있다.

가) 공급분석 : 모든 직종의 보건인력의 현재 공급상황을 구체적으로 측정한다.

나) **공급추계** : 10년 또는 20년 후의 목표시일에 예견되는 보건인력의 공급을 추가한다. 이를 위하여 기대되는 새로운 취업자로부터 예상되는 사망, 이주, 퇴직 및 전직자수를 빼야 한다.

다) **수요분석** : 사적·공적 영역에서 보건의료의 경제적 유효수요를 평가한다.

라) **수요추계** : 10년 또는 20년 후의 목표시일에 기대되는 경제적 유효수요를 측정한다.

마) **공급계획** : 수요충족을 위한 공급계획을 작성한다. 추정된 장기수요와 공급을 비교하여 균형을 유지할 수 있는 필요한 수요인력 공급 계획안을 작성한다.

2) 보건인력의 공급분석

가) 보건인력의 범위

보건인력계획의 근간을 형성하는 의사, 치과의사, 간호사, 약사 등의 수급계획이 우선적으로 취급되어야 하겠으나 광의의 보건인력계획을 위해서는 보건분야에 종사할 직업훈련을 마친 각종 보건의료 인력을 포함시켜야 할 것이다.

나) 보건인력 공급의 정보원

보건인력공급에 대한 정보는 국가와 직종에 따라 정보원과 정확도에 차이가 있으나 분명히 모든 전문 보건인력을 훈련기관에서 대부분 배출된다. 따라서 과거 졸업자 총수에서 이주, 사망, 퇴직, 전직자를 빼면 가용 보건인력 수가 나온다. 이 외에 면허발부 대장이나 직업등록 자료에서도 얻을 수 있다.

다) 보건인력의 제 특성

각 계층에 걸친 보건인력의 파악과 아울러 보건인력의 연령, 성별, 소득수준, 종사업무, 형태별, 교육배경별 및 전문분야별 특성에 관한 정보가 필요하다. 연령분포는 장래의 공급변화 추계에도 필요하다. 이 외에도 보건인력의 지리적 분포에 관한 지식이 필요하다.

3) 보건인력 공급추계 산정

가) 보건인력의 손실계산 : 사망, 은퇴, 이주 등

나) 보건의료 인력의 증가 : 신규 배출되는 각급 보건인력, 양성기관의 졸업생수, 자격 또는 면허취득자 파악 및 교육기관의 확대방안 등 고려

다) 보건의료 인력의 생산성 향상

4) 보건인력의 수요분석

가) 생물학적인 수요에 기초를 두는 방법

생물학적인 수요에 기초를 두는 방법은 그 나라 국민들의 사망과 질병 이환 수준, 그리고 이에 필요한 보건서비스의 총수요를 추정하고 서비스당 소요시간과 서비스 건수를 감안하여 총 소요인력을 계산한다.

나) 규범적인 접근 방법(전통적 표준법)

규범적인 접근방법은 예컨대 의사 대 인구비라든가 보건인력 대 인구비로서 소요인력을 산출한다.

다) 비교연구에 의한 방법

보건인력 수요를 결정하기 위해서 다른 나라 수치와 비교하여 결정하는 것을 말한다.

라) 구 소련형 분석법

실제 보건서비스 수요를 보건인력의 근무시간과 서비스당 평균소요시간 등을 감안하여 할당하는 방법이다.

5) 보건인력의 수요 추계시 고려할 사항

가) 인구의 증가

나) 인구의 구성

다) 사회경제적 여건 : 교육수준, 도시화 정도, 소득수준 등

☞ 5분토론!! ☞

보건의료인력의 공급과 수요의 균형을 맞추면서 질 높은 인력을 확보 할 수 있는 방안에 대해 토의하시오.

VII. 보건관련국제기구

오늘날의 보건문제는 한 국가만의 노력으로 해결할 수 없는 것들이 많이 있다. Paul Russel은 “질병보다 국제적인 것은 이 지구상에 없다.”라고 말한 바와 같이 질병은 국경이나 인종차별 없이 발생하고 있다. 따라서 이념이나 사상을 초월한 상호협력이 필요하게 되어, 다양한 형태의 보건관계 국제기구들이 발족되었다.

1. 국제공중보건사무국(International Office Public Health)

전염병 예방을 위하여 1851년 파리에서 지중해 연안 125개국이 모여 국제적인 협력의 필요성을 논의하였다. 그 후 제11차 회의가 로마에서 열리면서 국제공중보건사무국의 출범을 결의하였고, 파리에 본부를 두고 국제보건업무를 개시하였다. 1918년에 국제연맹(League of Nation)이 창설되었으며 1921년에 산하조직으로 보건기구(Health Organization)를 발족시켰다. 보건기구와 국제공중보건사무국의 업무의 중복으로 1923년에 국제연맹 보건기구에서 파리에 있는 국제공중보건사무국의 업무를 흡수하게 되었다.

2. 범미보건기구(PAHO:Pan-American Health Organization)

미주 국제회의가 1889년 워싱턴에서 개최되었고 1902년 멕시코의 제2차 회의에서 범미위생국을 창설하였다. 그후 1924년 국제연맹 보건기구의 지역사무처로 되었다가, 1949년에 PAHO는 세계보건기구와 협력을 체결하여 범미보건기구는 세계보건기구의 미주지역기구 역할을 하기로 하였다.

3. 국제연합부흥행정처(UNKRA)

세계 제2차대전이후 경제문제와 보건문제의 해결을 위하여 1943년에 미국을 비롯한 44개국이 모여 설립하였으며, 보건문제는 질병전파의 예방을 주로 한 국제간의 협력이 이루어져 오다가 1946년에 세계보건기구의 기초를 마련하였다.

4. 세계보건기구(WHO:World Health Organization)

1946년에 샌프란시스코 회의에서 국제연합헌장이 기초될 때 국제보건기구의 필요성이 인정되어 1946년 6월 19일부터 7월 22일까지 뉴욕에서 61개국의 대표가 참석하여 개최된 국제보건회의 의결에 의하여 UN헌장 제57조를 근거로 세계보건기구 헌장을 기초하여 서명하였으며, 1948년 4월 7일에 그 효력을 발생하게 되어 세계보건기구가 정식으로 출범하게 되었다. 이날 세계보건기구는 UN의 경제사회이사회 전문기관의 하나로 탄생하였으며, 우리나라는 1949년 8월 17일 65번째로 가입하였으며, 북한은 1973년 5월 19일에 138번째 회원국으로 가입하였다. 세계보건기구의 본부는 스위스의 제네바에 두고, 세계를 6개 지역으로 나누어 지역사무소를 두어 운영하고 있다. 6개 지역사무소는 다음과 같으며, 우리나라는 서태평양 지역사무소에 소속되어 있다.

가. 세계보건기구 지역사무소

- 1) 중지중해지역(East Mediterranean) : 본부는 이집트의 알렉산드리아
- 2) 동남아시아지역(South-East Asia) : 본부는 인도의 뉴델리
- 3) 서태평양지역(Western Pacific) : 본부는 필리핀의 마닐라
- 4) 범미주지역(남북아메리카 지역:PAHO) : 본부는 미국의 워싱턴 D.C
- 5) 유럽지역(Europe) : 본부는 덴마크의 코펜하겐
- 6) 아프리카지역(Africa) : 본부는 콩고의 브라자빌(Brazaville)

세계보건기구의 주요 기능은 첫째, 국제적인 보건사업의 조정 및 지휘 둘째, 회원국에 대한 기술지원 및 자료의 제공 셋째, 전문가의 파견에 의한 기술자문활동 등을 들 수 있으며, 세계보건기구 헌장 제2조에 의한 기능은 다음과 같다.

- 1) 국제 검역대책
- 2) 각종 보건문제에 대한 협의, 규제 및 권고안 제정
- 3) 식품, 약물 및 생물학적 제재에 대한 국제적 표준화
- 4) 과학자 및 전문가들의 협력에 의한 과학의 발전 사업
- 5) 보건통계 자료 수집 및 의학적 조사 연구사업
- 6) 공중보건과 의료 및 사회보장 향상 사업
- 7) 회원국의 요청이 있을 경우에 의료봉사
- 8) 모자보건의 향상
- 9) 전염병관리
- 10) 진단검사 기준의 확립
- 11) 환경위생 및 산업보건 개선사업
- 12) 재해예방
- 13) 정신보건 향상
- 14) 보건요원의 훈련 및 기술협력사업

나. 국제보건규칙(IHR; International Health Regulation)

1) 국제보건규칙의 제정 목적

‘국제적인 질병확산을 예방·방어·관리·대응하는 것’을 목적으로 제정된 규칙으로 그 방법은 ‘공중보건에 대한 위험에 상응하고 제한된 방식으로 국제교통에 대한 불필요한 방해를 피하여야 한다’라고 규정하고 있다.

2) 국제보건규칙 적용 원칙

- 인간의 존엄·권리·근본적인 자유의 전적인 존중

- 국제연합헌장과 세계보건기구 헌장의 준수
- 질병의 국가간 전파에서 세계 모든 사람을 보호하기 위한 보편적 적용
- 자국의 보건정책을 수행하기 위한 법률제정과 시행에 관한 각 국가의 주권 존중

3) 국제보건규칙에서 규정한 신고대상 질병

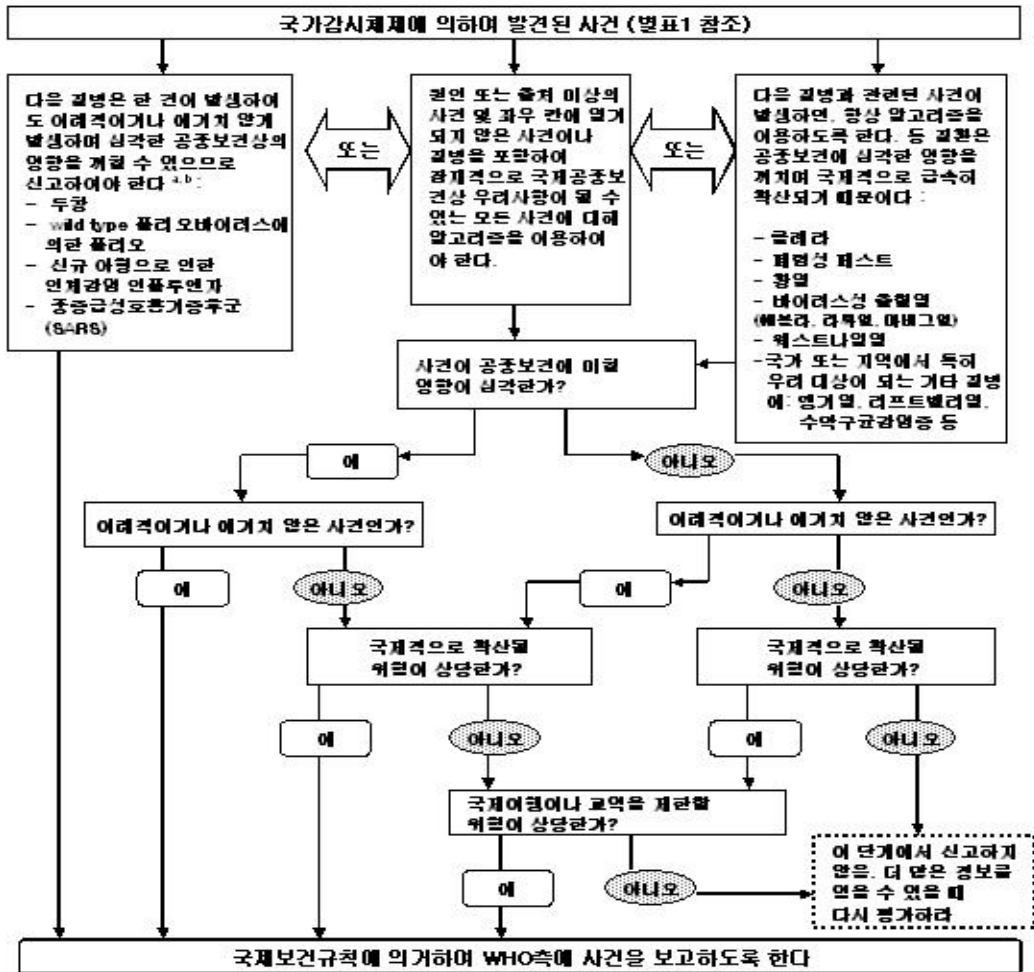
새로운 국제보건규칙은 각 회원국이 자국의 질병발생 상황을 “국제공중보건 비상사태의 평가 및 보고를 위한 결정도구”에 따라 평가하고 그 결과에 따라 세계보건기구에 신고토록 하고 있다.

<표 7-1> 세계보건기구 신고대상 질병

대상질병	신고내용
<ul style="list-style-type: none"> • 두창(small pox), 야생 폴리오바이러스에 의한 폴리오, 신규 아형으로 인한 인체감염 인플루엔자, 중증급성호흡기증후군(SARS) 	<ul style="list-style-type: none"> • 4종 감염병은 1건이 발생한 경우에도 신고하여야 한다.
<ul style="list-style-type: none"> • 콜레라, 페스트, 황열, 바이러스성 출혈열(에볼라, 라싸, 마버그), 웨스트나일열 및 국가 또는 지역에서 특히 우려 대상이 되는 기타 전염병(뎅기열, 리프트벨리열, 수막구균감염증 등)과 원인 또는 출처 미상의 사건을 포함한, 잠재적으로 국제공중보건상 우려사항이 될 수 있는 사건 	<ul style="list-style-type: none"> • 사건이 공중보건에 미칠 영향이 심각하고 이례적이거나 예기치 않은 것일 때 • 국제적으로 확산될 위험이 상당할 때 • 국제여행이나 교역을 제한할 위험이 상당할 때 • 답변이나 수신확인을 24시간 내에 해야 한다.

이 밖에 각 국가에서 국제보건비상사태를 성립할 수 있는 모든 사건을 평가 후 24시간 내에 가능한 가장 효율적인 통신수단을 이용하여 세계보건기구에 신고한다.

- 동 사건에 대응하여 시행한 보건조치의 내용에 대한 신고
- 신고한 사건에 대하여 입수한 시의적절하고 정확하며 충분히 상세한 공중보건정보·환례 정의, 검사 결과, 위험의 출처와 유형, 환자 수와 사망자 수, 질병확산에 영향을 미친 조건 및 시행된 보건조치를 지속적으로 세계보건기구에 제공
- 국제공중보건 비상사태가 될 수 있는 예기치 못하였거나 특이한 공중보건상의 사건이 자국 영토내에서 발생한 증거를 보유하면 원인이나 출처와 상관없이 모든 관련 정보를 세계보건기구에 제공한다.
- 평가결과, 신고를 필요로 하지 않는 사건인 경우에도 WHO의 자문을 구하고 적절한 보건조치에 대하여 협의하거나 지원을 요청할 수 있다.
- 자국 영토 밖에서 발견된 공중보건위험이 질병의 국제적 확산을 야기할 수 있다는 증거 - 인체감염 사례, 감염이나 오염을 전파하는 매개체 또는 오염된 상품이 유·출입되는 경우 등 - 를 입수한 경우에 그 사실을 가능한 한 24시간 내에 WHO에 알린다.
- 신고한 사건에 대한 WHO의 검증 요청이 있을 경우 일차적인 답변이나 수신확인을 24시간 내에 해야 한다.



<그림 7-1> 국제공중보건 비상사태의 평가 및 보고를 위한 결정도구
 ※ 자료: www.mohw.or.kr

4) 신고대상 질병에 대한 세계보건기구의 대응

세계보건기구 사무총장은 각 국가의 신고를 받거나 다양한 출처를 통해 정보를 얻을 수 있도록 하는 규정이 새로운 규칙에 포함되어 있으며, 이러한 정보를 바탕으로 국제공중보건비상사태 발생시 임시 권고안을 발동하거나 중

료할 수 있으며, 일상적 또는 주기적으로 적용하는 지속 권고안을 발동할 수 있다. 과거에는 각 주권국가가 결정하고, 집행해 왔던 다양한 공중보건 조치들을 각 회원국의 역량이 전염병확산의 방지라는 목표를 충분히 달성하지 못할 경우, 세계보건기구가 직접 개입하여 수행할 수 있도록 하고 있다.

가) 세계보건기구가 취할 수 있는 공중보건 조치

(1) 사람을 대상으로 하는 조치

- 특정 보건조치에 대한 권고는 없음.
- 감염지역에서의 여행력(travel history) 심사
- 의학적 검사와 실험실 분석의 증거 심사
- 의학적 검사 요구
- 예방접종이나 기타 예방법의 증거 심사
- 예방접종이나 기타 예방조치 요구
- 의심환자 대상 공중보건관찰(public health observation)
- 의심환자에 대한 검역(quarantine) 및 기타 보건조치 실시
- 필요한 경우 감염자 격리·치료 실시
- 의심환자나 감염자의 접촉자 추적검사 실시
- 의심환자나 감염자의 입국 거부
- 감염지역으로 비감염자의 입국 거부
- 감염지역에서 온 사람에 대한 출국심사 및 제한 실시

(2) 수하물, 화물, 컨테이너, 운송수단, 상품, 소포우편물과 관련한 조치

- 특정 보건조치에 대한 권고는 없음.
- 적하목록과 운송경로 심사
- 조사 실시
- 감염 또는 오염 제거를 위하여 출국·환승시 취하는 조치에 대한 증거 심사
- 매개체와 병원소를 포함한 감염 또는 오염제거 조치의 실시
- 격리 또는 검역 실시
- 달리 이용 가능한 성공적인 절차가 없는 경우에 통제된 상황 아래에서 행하는 오염되거나 의심되는 수하물, 화물, 컨테이너, 운송수단, 상품 또는 소포우편물의 압류 또는 파괴
- 출·입국 거부

5) 회원국의 역량 개발 요구

보건규칙은 각 회원국이 반드시 갖추어야 할 핵심 역량을 제시하고 있는데 핵심역량은 회원국이 전염병의 예방과 관리를 능동적이며 효과적으로 수행할 수 있는 핵심 요소일 뿐 아니라 세계보건기구가 전염병의 발병 양상 등을 확인하고 이에 대응할 수 있도록 하는 정보망의 기본 요소로도 볼 수 있다.

보건규칙에서는 특히 검역 등에 있어 필수적인 요건과 세계보건기구와의 지속적이면서도 광범위한 정보교환을 강조하고 있으며, 각 회원국이 감시와 대응, 검역 등의 영역에서 핵심적으로 갖추어야 할 요건을 제시하고 있다.

5. 기타

유엔 국제아동긴급기금(UNICEF), 식량 및 농업기구(FAO), 국제노동기구(ILO), 국제연합 교육과학문화기구(UNESCO), 유엔 개발계획(UNDP), 유엔 인구활동기금(UNFPA), 유엔 환경계획(UNEP)등이 유엔 총회가 설립한 기관으로서 보건문제에 관하여 연관되고 있다.

📣 5분토론!! 📣

조류 독감 등 세계 다수인에게 영향을 미치는 건강문제에 대하여 국가적 차원에서 피해를 최소화 할 수 방안에 대해 토의하시오.

☞ 보건복지부 뉴스!! ☞

☀ 출산크레딧제도 도입

- 고령화 사회에 대비한 출산장려를 위하여 둘이상의 자녀가 있는 가입자 또는 가입자였던 자에게 가입기간을 추가로 인정하여 출산장려 및 연금수급기회를 확대함.
- 둘째 자녀에 대하여 12개월, 셋째 자녀부터는 18개월을 추가로 인정함 (최고한도 50개월)
- 재원은 국가가 전부 또는 일부 부담

☀ 군복무크레딧 제도 도입

- 군복무의 사회적 중요성 인식 및 개인의 기회비용을 보상하고자 병역의무를 이행한 기간을 국민연금 가입기간으로 인정하여 연금수급기회 확대 및 연금액을 인상함.
- 병역의무 이행기간 중 6개월을 가입 기간으로 인정.
- 현역병 및 공익근무요원에 한함
- 재원은 국가가 전부 부담

VIII. 보건 의료 전달 체계

1. 보건 의료 전달 체계의 개념

19세기 말엽 이후 현대의 과학적 의학은 급속한 발전을 거듭하여 의학 지식과 기술의 폭발적인 증가로 의학 분야는 더욱 세분화되고 전문화되기에 이르렀다. 의학의 세분화와 전문화 현상은 의사들로 하여금 장기별, 조직별로 특수 영역 화하게 하였으며 한 사람의 환자나 한 가지의 질병을 치료하더라도 여러 분야의 전문의사가 공동으로 참여하는 협조체제 또는 분업체제를 요구하게 되었다.

그러나 눈부신 의학의 발전과 전문화 현상으로 의료 수요의 증가, 고가의 의료 기술과 장비의 이용 증가, 의료 형태의 변화가 초래되어 의료비가 상승되었다. 최근 의료비의 총액과 국가 예산이나 국민총생산(GNP)에서 의료비가 차지하는 비용이 계속 증가하는 추세이고 이러한 현상은 전 세계 모든 나라에게 공통된 문제로 등장하고 있다.

보건 의료 전달이란 적절한 시간, 적절한 장소에서 적절한 의료인에 의해 적정 진료를 받도록 하는 것을 의미한다. 즉 보건 의료 전달 체계란 보건 서비스의 전달과 관련되어 배분되는 모든 사회 조직과 배분을 의미한다.

보건 의료 전달 체계란 대상 인구의 보건 의료 복지를 증진하기 위해 의료 서비스를 생산, 분배, 소비하는 사회 구조와 기능을 총칭하는 말이다. 다시 말해서 보건 의료 체계란 한 국가나 사회가 그 구성원의 건강 수준을 향상시키기 위하여 마련한 보건 의료 사업에 관한 제반 법률과 제도를 총칭한다. 보건 의료 체계는 적정 의료를 개발하고 생산하는 측면과 의료 소비자에게 의료를 제공하는 접근성과 관련된 2가지 측면으로 구성되며, 의료의 접근도를 높이기 위해서 첫째, 자원 조달, 둘째, 인력과 시설의 고른 분포, 셋째, 기능과 역할에 따른 의료 자원의 체계적인 분포, 넷째, 체계적인 배치에 따른 의료 기관간의 유기적인 상호관계 등이 수립되지 않으면 안 된다.

2. 보건의료의 목표

보건의료의 목표는 양질의 총괄적인 의료를 국민에게 언제, 어디서든지, 누구에게나 필요할 때 의료를 제공해 주는 것이다. 보건의료의 구체적인 목표는 다음과 같다.

가. 접근용이성(accessibility)

의료요구자의 이용이 용이하도록 접근방법과 가격(medical care cost)이 적절해야 한다.

나. 질(quality)

전문적인 능력을 가진 의료공급자가 양질의 의료를 제공할 수 있어야 한다.

다. 계속성(continuity)

전 인간적 봉사를 목표로 봉사의 상호조정을 통해 의료의 계속성이 유지되어야 한다.

라. 효율성(efficiency)

합리적인 재정지원, 타당한 보상, 능률적 관리 등의 효율성이 보장되어야 한다.

3. 보건의료 전달체계를 위한 조건

변화하는 의료환경 속에서 보다 효율적인 자원의 활용과 편리함을 위해 보건의료전달체계가 필요함은 재론의 여지가 없다. 이러한 의료전달체계가 제대로 실시되면 소비자인 국민이나 제공자인 의료인, 국가 모두에게 유용하다.

보건의료의 여러 측면에서 바람직한 보건의료전달이 체계화되기 위해서는 몇 가지 전제조건을 갖추어야 한다.

- ▶ 국민의료의 목표에 부합되어야 한다. 양질의 총괄적 의료를 원하는 국민, 필요한 국민 누구에게나 동등하게 제공해 주어야 한다.
- ▶ 그 나라의 정치, 경제, 사회, 문화 등에 걸맞아야 한다. 보건의료는 사회제도의 하부제도로서 그 사회가 가지고 있는 여러 요인과 밀접한 관계를 갖기 때문이다.

- ▶ 효과와 효율을 감안해야 한다. 보건의료전달체계를 실시함으로써 얻는 효과와 효율에 대한 충분한 검토 후에 실시하는 것이 바람직하다.
- ▶ 시행 가능하고 국민과 의료인이 모두 납득해야 한다. 아무리 바람직한 제도라도 그 제도에 직접 연관되는 당사자들이 수용할 수 없는 것이라면 바람직하지 못하다. 따라서 제도를 시행할 때에는 충분한 합의를 거쳐 비강제적인 접근을 하는 것이 바람직하다.

4. 보건의료 전달체계의 유형

보건의료전달체계란 따로 독립하여 존재하지 않고 그 나라의 정치·경제·사회체제에 영향을 받는 하나의 하위체제(subsystem)이므로 전통과 문화를 기반으로 오랜 역사를 두고 발전된 역사적 유산이다. 보건의료전달체계의 유형은 매우 다양해서 어떤 한가지의 틀로 분석하기에는 많은 무리가 있다.

왜냐하면 보건의료체계는 ① 보건자원개발(development of health resources) ② 자원의 조직화(organized arrangement of resources) ③ 보건의료 서비스의 공급(delivery of health care) ④ 경제적 지원(economic support) ⑤ 관리(management) 등의 5가지 요소가 직·간접적으로 상호 관련되어 있어서 국가의 보건의료체계는 복잡하기 때문이다.

M. Roemer는 ① 자유기업형(미국, 일본, 한국 등) ② 복지국가형(프랑스, 독일, 영국, 스칸디나비아 제국 등) ③ 저개발국형(아시아, 아프리카의 저개발국가) ④ 개발도상국(아시아, 남미제국의 개발도상국가) ⑤ 사회주의형(구 소련, 중공, 쿠바 등) 5가지로 구분하였으며, 또한 보건의료자원 조달방식과 보건의료체계의 조직화 정도를 기준으로 4가지 유형 즉 A, B, C, D형으로 분류하였다.

J. C. Salloway는 정치체계에 따라 크게 ① 공산주의형 ② 자유시장경제형으로 구분하고 공산사회주의형을 ① 구 소련식의 기계적 유지모형(machine maintenance model) ② 중국식 지역사회 책임모형(community responsibility model)으로 다시 구분하였다.

또한 M. Terris는 ① 공적부조형(아시아, 아프리카, 남미제국) ② 의료보험형(독일, 프랑스, 미국, 한국, 일본 등) ③ 국가보건사업형(공산국가, 영국, 스웨덴, 뉴질랜드 등) 3가지로 구분한 바 있다.

일반적으로 보건의료체계는 3가지 형태로 분류되고 있다.

가. 자유방임형 의료전달체계

전통적으로 개인의 자유와 능력을 최대한으로 존중하여 기업정신에 따라 민간주도의 형태로 의료가 전달된다. 자유기업형이라고도 하며 이 제도는 국민이 의료인이나 의료기관을 선택함에 있어 최대한의 자유가 허용되며, 정부의 통제는 극히 제한된 상태이다. 선택에 대한 자유재량권이 있고 의료기관도 자유경쟁의 원칙 하에 효과적으로 운영되기 때문에 의료서비스의 질적 수준이 높다. 반면에 의료자원의 지역간 불균형 현상이 심하고 의료자원의 불균형 분포로 의료비는 매우 높다. 의료의 수요와 공급이 자유시장 원칙에 의해 운영되기 때문에 의료라는 공공재적 특성이 무시될 가능성이 크다.

자유방임형에서는 질병이 발생하였을 때를 대비하여 의료비와 소득상실은 보험방식을 통해 공동부담하는 국민의료보험제도(NHI: National Health Insurance)가 정착되어 있다. 대표적인 나라로는 미국과 일본이 있다. 보험료를 부담하기 어려운 계층에 대해서는 국가의 일반재정에 의해 사회부조방식으로 의료부조나 의료보호제도가 시행되고 있다. 우리나라도 자유방임형 의료전달체계를 택하고 있다.

나. 사회보장형 의료전달체계

사회보장형 의료전달체계에서의 의료의 생산이 국가에 의해 계획적으로 이루어지며, 계획되어 생산된 보건의료서비스는 국가보건조직에 의해 조직되며, 자원조달은 세금이나 의료보험금에 의해 이루어진다. 이러한 제도를 국민보건서비스(NHS: National Health Service)라고 하며, 가장 대표적인 나라가 영국과 스칸디나비아제국, 뉴질랜드 등이 이에 속한다.

이러한 유형의 국가는 질병의 치료뿐만 아니라 보건교육, 예방, 재활에 이르기까지 건강에 관련된 모든 서비스를 포괄적으로 제공(Comprehensive Service)하며 의료기관을 국가가 직접 관리하는 것이 보통이다. 사회보장형의 단점으로는 대규모 의료조직의 형태를 수반하고 있기 때문에 의료서비스가 비효율적일 수 있고 의사에 대한 인센티브 부족으로 의료의 질이나 생산성이 떨어진다는 점이 문제점이다.

다. 사회주의형 의료전달체계

구 소련을 비롯한 대부분의 공산주의 국가에서 취하고 있는 형태로 국가의 기본목표가 의료자원과 의료서비스의 균등한 분포와 균등한 기회제공에 있으므로 개개인의 의료서비스 선택권은 존재하지 않는다. 의료는 국가의 전체 프로그램의 하나로 철저하게 기획되며 누구에게나 필요시에는 무료로 제공되는 것이다.

예방서비스의 비중이 크며, 의료전달이 조직적이고 체계적이어서 자원의 활용도가 높은 반면, 관료조직체계가 갖는 경직성이나 의료인에 대한 인센티브 결여로 의료서비스의 생산성이나 질은 떨어진다.

<표 8> 세 가지 의료전달체계 유형의 비교

기 준	자유방임형(미국)	사회보장형(영국)	사회주의형(구소련)
의료전달의 체계화	-	**	**
의료의 질적수준	**	*	*
의료조직의 관리통제	-	**	**
의료균점	-	**	**
선택의 자유	**	*	-
질병의 예방	-	**	**
의료자원의 효율성	-	**	*
의료비	-	**	**

※ - : 바람직하지 못함, * : 바람직함, ** : 매우 바람직함.

※ 자료: 김화중, 영임. 지역사회간호학. 한국방송대학교출판부. 2002.

☞ 잠깐 토론방! ☞

우리 나라 의료전달체계의 문제점 중 가장 큰 것은 국민의료비가 계속 증가하고 있다는 것이다. 국민의료비를 절감시킬 수 있는 방안에 대해 토의하시오.

☞알아두면 도움되는 보건복지뉴스!!☞

☺ 기초노령연금제도 시행(기초노령연금법, '08.1.1 시행)

- 전체노인의 60%(약 301만명) 대상 국민연금가입자전체 평균소득월액의 5%('08년 8.4만원)를 매월 지급
 - '08.1월부터 시행하되, 1월부터는 1937.12.31일 이전 출생하신 어르신 중 소득인정액이 일정기준* 이하인 재(약 192만명), 7월부터는 65세 이상 노인 중 일정기준 이하인 재(약 301만명) 로 적용 확대
- * 노인단독가구 40만원, 노인부부가구 64만원

* 자료출처: www.mohw.go.kr

IX. 의료보장제도

1. 사회보장 및 의료보장의 개념

가. 사회보장의 개념

근대적 의미의 사회보장의 개념은 국가가 제도적으로 처음 관여하기 시작한 영국의 구빈법(1601년)이 효시이며 그 후 복지프로그램이 증가하게 되어 현대적 의미의 사회보장개념의 본격적인 발달은 전쟁 시 구상되었다. 2차 세계대전 중 전후의 국민을 적절하게 보호하고자하는 의도로 1942년 유명한 영국의 베버리지 보고서(Beveridge report)가 작성되었고, 1943년에는 캐나다의 마쉬(Marsh)에 의한 사회보장에 관한 보고서가 제출되면서 시작되었다고 할 수 있다.

1952년 사회보장 최저기준에 관한 회의와 같은 해 국제노동기구(ILO)에서 채택한 사회보장의 정의는 다음과 같다. “사회보장이란 질병, 실업, 노령이나 사망으로 인해 일어나는 경제적 어려움으로부터 국민을 보호하고, 의료를 제공해 주며, 아이를 양육하는 가족을 보조해 주기 위한 총괄적이고 성공적인 방안에 의하여 성취되는 결과”라고 하였다.

사회보장이란 용어의 사용은 국가마다 다르나 넓게 각종 사회적 위해로 인한 소득의 상실이나 감소 등의 경제적 곤경이나 의료적 곤경에 대하여 일련의 공적 조치를 통하여 급여를 제공하는 사회보호수단의 하나로 받아들여지고 있다. 즉, 사회구성원에게 생활상의 위험이 발생했을 때 사회적으로 보호하는 대응체계를 마련해 주어야 한다는 것이다.

나. 사회보장의 유형

초기의 사회보장사업은 주로 경제적인 지원을 하는 것이었지만 오늘날에는 물질적인 것 외에 정신적이거나 정서적인 지원도 포함하고 있다. 따라서 국가에서 실시하는 사회보장사업도 나라마다 다양하다. 레자(Rejda,1984)는 사회보장이 접근법에 따라 사회보험, 사회부조, 공적서비스로 구별하고 국제노동기구

는 사회보험, 공적부조, 사회복지서비스로 분류하고 있다. 여기에서는 우리나라에서 분류하는 방법을 중심으로 살펴보고자 한다.

1) 사회보험

실업, 질병, 상해, 폐질 등으로 인한 생활의 위협으로부터 주민을 보호하기 위하여 법적으로 보험가입을 의무화하는 사회제도로서 보험의 원리와 방식을 적용하여 기여금을 내도록 하고 급여내용을 정하여 운영하는 사회경제제도이다. 이러한 사회보험제도를 운영하는데 중요한 것은 일반적으로 기여제도와 급여제도, 자격관리와 관리 운영이다.

가) 기여제도

사회보험에서 재원은 기여제도와 비기여제도에 의해 충당된다. 기여제도는 어느 정도 능력이 있는 경우에 피용자와 고용주에게 적용된다. 비기여제도는 조세를 통해 빈민을 도와주기 위해 마련된다. 우리나라의 경우 연금, 의료보험, 산재보험은 기여금으로 운영되고, 생활보호사업이나 사회복지서비스는 비기여금, 즉 조세로서 운영된다. 조세는 일반적으로 누진되므로 소득재분배의 효과가 크다.

나) 급여제도

급여는 수혜자가 받을 서비스 수준을 의미한다. 일반적으로 사회보장이 생존에 필요한 최저소득을 보증하는 것이라는 의미는 생존에 필요한 수준을 단순한 생리적 기능만을 의미하는 것이 아니라 문화적 내용이 포함된 합리적 수준을 포함하기도 하기 때문에 논란의 여지가 많아 급여수준의 증감 시 신중히 고려되어야 한다.

다) 적용대상

사회보험은 강제성과 보편성이 있다. 강제성은 법에 의해 실시되므로 임의로 가입탈퇴가 되지 않으며, 보편성은 국민 누구나 참여해야 한다는 것이다. 모든 국민이 균등하게 적용되어야 하는데 먼저 적용되어야 할 빈민은 제외되고, 능력이 있는 대상이 먼저 적용되어 균등하지 못한 예가 종종 있다. 우리나라도 연금과 의료보험에서 이런 경우에 해당된다.

라) 관리운영

사회보험의 행정은 경제적으로 효율성이 있어야 하고, 공공이 참여하며, 인간적인 면모를 보이는 행정이라야 바람직하다.

마) 사회보험과 민간보험과의 관계

우리나라에서는 사회보험보다 민간보험이 먼저 발달하였고, 용어가 비슷해 이 둘을 유사한 것으로 착각하는 경우가 많다. 보험에 가입하느냐의 여부를 자유의사에 맡기느냐 아니냐에 따라 자유로우면 민간보험, 보험에 가입할 의무가 있으면 사회보험이라 구분 할 수 있다. 민간보험은 개인적 공평성을 강조하지만 사회보험은 사회적 공평성을 강조하기 때문이다. 사회보험과 민간보험의 차이점은 <표 9-1>와 같다.

<표 9-1> 사회보험과 민간보험의 차이점

구분	사 회 보 험	민 간 보 험
목적	· 최저생계 및 기본의료 보장	· 개인의 필요에 따른 보장
보험가입방식	· 강제	· 임의
적용대상	· 질병, 분만, 산재, 노령, 실업, 폐질	· 생명보험, 자동차보험, 화재보험, 압보험 등
비용부담	· 공동부담	· 본인부담
재원부담	· 차등부담. 능력비례	· 동일부담. 능력무관
기여금/보험료	· 주로 정률제	· 주로 정액제
권리	· 법적 권리	· 계약권리
급여수준	· 균등급여	· 차등급여
부양성	· 국가 / 사회부양	· 없음
독점/경쟁	· 국가독점	· 자유경쟁
집단/개별성	· 집단보험	· 개별보험

2) 공적부조

가) 공적부조의 특성

공적부조는 자력으로 생계를 유지할 수 없는 사람들, 대개 저소득층이나 빈민들이 자력으로 생활 할 수 있을 때까지 국가가 재정자금으로 보호하여 주는

일종의 구빈 제도이다. 공적부조는 사회부조, 국민부조, 노령부조, 실업부조, 사회연금 등으로 부르기도 한다. 공적부조의 일반적 특성은 첫째, 빈곤한 가족의 소득이나 재산이 일정수준 이하일 때 급여가 제공된다. 급여는 현금, 의료보호, 주택향상, 가정서비스 등 다양하다. 둘째, 부조신청자는 조사를 통해 기준이하라는 것이 판정되어야 한다. 셋째, 급여는 일반조세에서 마련된다. 우리나라의 공적부조는 2000년 10월 1일부터 시행되는 국민기초생활보장법에 의거 생활보호, 의료급여사업이 제공되고 있다.

나) 공적부조와 사회보험과의 관계

공적부조와 사회보험이 적용대상이나 재원마련에 차이가 있으나 차이를 엄격히 구분하기는 어렵다. 주요 차이점은 지불능력, 재원확보, 급여범위, 제도의 개별성에 있다. 사회보험과 공적부조의 공통점은 둘 다 국민의 경제생활보호에 있으며, 차이점은 <표 9-2>와 같다.

<표 9-2> 사회보험과 공적부조의 차이점

구 분	사 회 보 험	공 적 부 조
재원	· 기여금으로 재정확보	· 조세로 재정확보
대상	· 모든 참여자	· 일정기준 해당자
급여수준	· 자격 갖춘 사람에게 급여 지급	· 필요한 사람에게 지급하되 최저 필요범위로 한정
지불능력	· 보험료를 지불할 능력이 있는 국민을 대상으로 함	· 보험료를 지불할 능력이 없는 계층을 대상으로 함
개별성	· 의료, 질병, 실업, 노동재해, 폐질 등을 개별적으로 제도화	· 이들을 종합하여 하나의 제 도로 행함

다) 사회복지서비스

사회복지서비스는 여러 나라에서 볼 수 있는 사회 보장사업으로 국민보건서비스제도하의 의료서비스, 일정범위에 있는 대상자, 즉 특정연령층이나 특정범위에 있는 요보호자에게 현금급여나 각종 서비스를 제공하는 것이다. 재원은 주로 재정보조금이나 기부금, 현금으로 운영한다. 우리나라의 경우 아동복지, 노인복지, 장애인복지, 부녀복지, 모자복지사업이 이에 속한다.

2. 의료보장

가. 의료보장의 개념

의료보험은 사회보험의 하나로서 사회보험 중 가장 오래된 역사를 가지고 있다. 독일에서 1884년 실시된 최초의 사회보험이 의료보험이었다. 산업혁명이 후 생겨난 많은 노동자는 질병에 걸리거나 상해를 입었을 경우 노동을 할 수 없게 된다. 그리하여 이것은 빈곤으로 떨어지게 되어 이에 대한 위해를 분산시키고자 하여 노동자를 대상으로 실시한 것이 의료보험이자 사회보험의 시초가 된 것이다. 독일의 사회보험이 질병보험을 시작으로 하여 이듬해에 산업재해보험을 실시하였고 1889년에 폐질 및 노령보험을 실시하였다.

나. 의료보장의 종류

1) 의료보험

의료보험은 질병발생을 보험사고로 하는 보험제도의 하나이다. 질병은 개인의 의사와는 별개로 발생하며 발생시기를 예측하기 어렵고 또한 개인의 상병에 대해 보험사고율을 예측하기는 어려우나 집단의 경우에는 질병발생률의 예측이 가능해진다. 각 개인이 이러한 사실을 예측할 수 있으면 사전에 대비함으로써 의료보험의 긴요성은 줄어들겠지만 질병이나 사고율을 예측한다 해도 의료비 부담이 과다해질 경우에는 의료비를 감당하는데 한계가 생기므로 고가의 의료비를 분담해줄 제도가 절실히 필요한 것이다.

현실적으로 의료보험의 출현은 어느 사회이건 소득이나 지역, 연령계층간 의료수혜의 불평등이 심화되었다는데서 시작하였다. 생활수준과 교육수준이 높아진 요즈음 건강을 하나의 권리로 인식하는 의식이 높아지고 의료비가 양등됨에 따라 의료보험에 대한 필요성이 커졌고, 기본권으로서 건강을 누리기 위해서는 막대한 비용이 드는 의료비에 대한 재정지원이 확고해야 하므로 의료보험에 대한 의존도 역시 커지게 되었다. 의료보험은 다른 보험과는 달리 의료서비스라는 현물급여를 대상으로 하기 때문에 피보험자와 보험자 사이에 의료인이나 의료기관이 존재하게 된다. 즉, 피보험자, 보험자, 의료기관의 3자관

계가 성립되는 것이다.

우리나라의 의료보험은 1963년 의료보험법이 제정된 이래 1989년 7월 전국민의료보험시대를 열었고 2000년 7월부터는 국민건강보험으로 전면 개정되어 전국민에게 적용되고 있다.

2) 산재보험

의료보장의 일종으로서 산업재해보상제도는 근로자가 업무수행 중이거나 업무와 관련하여 질병에 걸렸거나, 부상 또는 사망했을 경우 근로자를 치료해주고, 근로자 및 부양가족의 생계를 보장해 주기 위한 제도이다. 즉 의료보장과 소득보장을 해주기 위한 제도이다. 산재보험은 근로자와 가족을 보호하는 측면뿐 아니라 고용주도 보호하는 제도이다. 왜냐하면 산업재해로 인한 책임은 고용주가 지게 되어 있으므로 예기치 않게 근로자가 재해를 당하였을 경우 고용주가 과중한 보상을 받게 될 때 기업운영에 지장이 초래된다. 산재보험의 운영은 사회보험과 민간보험의 두 가지 형태가 병행되는데 세계적으로 2/3의 국가에서는 공공기금에서 운영되는 사회보험제도를 운영하고 있다.

우리나라에서도 1964년 1월부터 산업재해보상법에 의하여 사회보험의 형태로 적용하기 시작해 1988년 이후에는 5인 이상 사업장 모두에게 실시되고 있다. 2000년부터는 모든 사업장에 적용되고 있다.

3) 의료급여

의료급여는 공적부조의 하나로서 빈민들의 의료요구를 해결해 주기 위한 제도이다. 의료급여는 재원이 국민으로부터 걷은 일반조세로 충당된다. 이런 점에서 국민보건서비스와 비슷하나 국민보건서비스는 대상이 국민 전체이고 의료급여는 빈민으로 제한된다는 점이다. 이러한 의료급여제도는 우리나라에서는 의료급여사업이라 하여 실시하고 있고, 미국에서는 의료부조(medicaid)라 하여 실시하며, 호주 등에서는 원주민을 위한 의료급여사업을 실시하고 있다.

우리나라의 의료급여는 1977년 의료보험의 실시와 더불어 시작되었는데 대상자는 1종 보호(시설, 거택보호자, 국가유공자, 인간문화재 등), 2종 보호(자활보호대상자), 의료부조대상자(의료보호대상이 아닌 저소득층)로 구분되어 시행되어 오다가, 의료보호법(2001. 5. 24 폐지)이 의료급여법으로 전면 개정되어

2001년 10월부터 국민기초생활보장제도의 일환으로 시행되고 있다.

보건복지부는 의료기관 외래진료시 1종수급권자에 대해 건강생활유지비 선 지원을 통한 소액 본인부담제 도입을 내용으로 하는 의료급여법 시행령 개정안을 2006년 12월 19일부터 입법예고하였다.

아울러, 여러 의료기관 이용에 따른 중복투약으로 위해발생 가능성이 높은 수급권자를 대상으로 선택병의원제 도입 등을 내용으로 하는 의료급여법 시행규칙 개정안을 마련하여 관계부처와 협의 중이라고 밝혔다.

의료급여법 시행령 개정안의 주요 내용을 살펴보면, 그동안 본인부담금 없이 의료기관의 외래진료를 이용하였던 1종수급권자에 대해서 의원급(1차의료급여기관)에서는 방문당 1,000원, 병원·종합병원(2차의료급여기관)에서는 1,500원, 대학병원 등 3차의료기관에서는 2,000원, 약국은 처방전당 500원을 부과하도록 하였다. 다만, 입원진료시에는 현행대로 본인부담을 면제하고 있다.

외래진료시 본인부담금 부과에 따라 건강생활유지비를 선 지원하도록 하였는데, 수급권자의 의료이용실태를 고려하여 금액을 고시할 계획이며, 본인부담금이 매월 2만원이 넘는 경우 그 초과금액의 50%를, 5만원이 넘는 경우에는 그 초과금액 전부를 정부에서 지원한다.

의료급여법 시행규칙 개정안에는 의료급여 상한일수인 365일을 초과한 자 중 중복투약 가능성이 높아 건강상 위해 발생가능성이 높은 수급권자를 대상으로 선택병의원제를 실시하고, 호흡기 장애인이 가정에서 산소치료를 받는 경우 의료급여를 적용하여 요양비를 지급하며, 의료급여증을 종이 대신 플라스틱 카드로 대체하고, 오남용 가능성이 높은 단순치료보조제인 파스를 비급여대상으로 전환할 수 있는 근거 등을 담고 있다.

보건복지부는 기존 의료급여 정책이 수급자, 급여대상 확대 등 보장성 강화에 중점을 두고 추진한 결과 사각지대 해소에는 어느 정도 성과를 거두었지만, 의료급여 수급자의 총진료비가 '06년 대비 '07년 예산이 35% (국고 2.7→3.6조원)나 급증하고 있음에 따라, 대상자 확대, 수가인상 등 불가피한 증가 요인 외에 불필요한 누수요인을 차단함으로써 제도의 질적 발전과 건전성을 담보하기 위하여 의료급여법 시행령과 시행규칙을 개정하게 되었다고 밝혔다.

외래진료 시 소액 본인부담제 도입은 1종수급권자의 1인당 진료비가 성, 연

령, 중증도가 유사한 건강보험가입자에 비해 3.3배나 높다는 점에서 수급권자들에게 최소한의 비용의식을 갖게 하여 적정의료이용을 유도하기 위한 것이다.

다만, 본인부담제 도입에 따른 의료비 부담을 완화하기 위하여 지급하는 건강생활유지비의 수준은 2005년의 의료기관 이용 행태를 기준으로 1종 수급권자 대다수인 80% 정도가 혜택을 볼 수 있는 수준(1인당 월 6천원)으로 정할 계획이다.

선택병의원제 도입은 '06.1~3월 진료분 분석결과 중복처방비율이 18.5%에 이르고, 병용금기 의약품 처방 발생건수도 건강보험가입자는 1.5%인 반면, 의료급여 수급자는 8.13%에 이르는 등 중복처방, 병용금기 약물 복용으로 인하여 약물사고에 무방비상태로 놓여 있는 수급권자의 건강관리를 집중적으로 관리할 필요가 있었기 때문이다.

선택병의원제는 희귀난치성질환, 정신질환, 만성질환 중 하나의 질환으로 연간 급여일수가 365일+90일을 초과한 자, 관절염 등 기타 질환으로 연간 급여일수가 365일+180일을 초과한 자 및 자발적 참여자를 대상으로 실시할 계획이다.

선택병의원은 수급권자 본인이 의원급 의료기관을 1곳을 선택하여 그 의료기관에 한해 진료를 받도록 하되 본인부담금은 면제하고 복합질환자의 경우에는 선택병의원 1곳을 추가할 수 있도록 하여, 수급권자가 의료기관을 이용하는 데 불편을 최소화하였다.

☞ 5분 토론방!! ☜

국민건강보험법에는 의료비 중 일부를 본인이 부담하도록 하고 있다. 본인일부부담액을 줄일 수 있는 방안에 대해 논의 하시오.

X. 국민건강보험제도

1. 국민건강보험제도의 의의

건강보험제도는 일상생활의 우연한 질병이나 부상으로 인하여 일시에 고액의 진료비가 소비되어 가계가 파탄되는 것을 방지하기 위하여, 보험원리에 의거 국민들이 평소에 보험료를 내어 기금화 하였다가 보험사고가 발생할 경우 보험급여를 해 줌으로써 국민 상호간에 위험을 분담하고 의료서비스를 제공하는 사회보장제도이다.

가. 부담능력에 따른 보험료의 차등부담(형평부과)

민간보험은 급여의 내용, 위험의 정도, 계약의 내용 등에 따라 보험료를 부담하지만 사회보험방식인 건강보험에서는 사회적인 연대를 기초로 의료비 문제를 해결하려는 것이 목적이므로 소득수준 등 보험료 부담능력에 따라 차등적으로 부담함.

나. 보험급여의 균등한 수혜

민간보험은 보험료 부과수준, 계약기간 및 내용에 따라 차등급여를 받지만 사회보험은 보험료 부과수준에 관계없이 관계법령에 의하여 균등하게 보험급여가 이루어짐.

다. 보험료 납부의 강제성

가입이 강제적이라는 점에서 강제보험제도의 실효성을 확보하기 위하여 피보험자에게는 보험료 납부의 의무가 주어지며, 보험자에게는 보험료징수의 강제성이 부여됨.

라. 건강보험은 단기보험

연금보험과는 달리 1년 단위의 회계년도를 기준으로 수입과 지출을 예정하여 보험료를 계산하며 지급조건과 지급액도 보험료 납입기간과는 상관이 없고 지급기간이 단기임.

2. 국민건강보험

2000. 7. 1일 의료보험의 완전통합으로 새롭게 출발한 의료보험의 새 이름으로 기존의 의료보험이 주로 질병의 치료에 보험혜택이 주어진 반면, 건강보험은 질병의 치료는 물론 질병의 예방, 재활, 건강증진까지 보험의 혜택이 확대된다.

3. 국민건강보험제도의 특성

일정한 법적 요건이 충족되면 본인의 의사에 관계없이 강제 적용된다. 강제 적용의 사유로는 첫째, 보험가입을 기피할 경우 국민상호간 위험부담을 통하여 의료비를 공동으로 해결하고자 하는 건강보험제도의 목적 실현이 어렵고 둘째, 질병위험이 큰 사람만 역으로 보험에 가입할 경우 보험재정이 파탄되어 원활한 건강보험 운영이 불가능하게 된다.

4. 국민건강보험제도의 유형

의료보장제도는 각 국의 고유한 문화와 전통을 배경으로 하는 역사적 산물로서 단순 분류에는 어려움이 있으나 일반적으로 OECD는 3가지로 분류하고 있다.

가. 의료보장제도의 유형

- 1) 사회보험방식 (NHI : National Health Insurance)
- 2) 국민보건서비스방식 (NHS : National Health Services)
- 3) 민간보험방식 (Consumer Sovereignty Model)*

* 민간보험방식은 사회정책적 차원의 제도는 아님.

나. 의료보장제도의 세계적 유형

사회보험방식(NHI)은 「의료비에 대한 국민의 자기 책임의식」을 견지하되 이를 사회화하여 정부기관이 아닌 보험자가 보험료로써 재원을 마련하여 의료를 보장하는 방식으로 독일의 비스마르크가 창시하여 비스마르크 방식이라고도 한다. 이는 보험원리에 의해 1차적으로 국민의 보험료에 의해 재원을 조달하고, 국가는 2차적 지원과 후견적 지도기능을 수행함에 따라 국민의 1차적 부담의무가 전제된 비용 의식적 제도이며, 국민의 정부 의존심을 최소화할 수 있다. 또한 관리체계는 민간 자율기구(조합 또는 금고) 중심의 자치적 운영을 근간으로 하며, 의료의 사유화를 전제로 의료공급자가 국민과 보험자간에서 보험급여를 대행하는 방식이다. 사회보험방식(NHI)은 독일, 일본, 프랑스, 한국 등이 그 대표적인 국가이다. 국가보건서비스(NHS)방식은 “국민의 의료문제는 국가가 책임져야 한다.”는 관점에서 정부가 일반조세로 재원을 마련하여 모든 국민에게 무상으로 의료를 제공(Universal Type)하는 국가의 직접적인 의료관장 방식으로 일명 조세방식 또는 베버리지 방식이라고 한다. 이 경우 의료기관의 상당부분이 사회화 내지 국유화되어 있으며, 영국의 베버리지가 제안한 이래 영국, 스웨덴, 이태리 등이 그 대표적인 국가이다. 의료보장제도의 유형에 따른 장·단점은 <표 10>과 같다.

<표 10> 의료보장제도의 유형에 따른 장·단점

구분	NHS	NHI
장점	<ul style="list-style-type: none"> · 소득수준에 관계없이 모든 국민에게 포괄적이고 균등한 의료를 보장 · 정부가 관리주체로서 의료공급이 공 공화 되어 의료비 증가에 대한 통제가 강함 · 조세제도를 통한 재원조달은 비교적 소득 재분배효과가 강함 	<ul style="list-style-type: none"> · 조합원이 대표의결기구를 통해 건강 보험 운영에 관한 의사결정에 참여함으로써 제도운영의 민주성을 기할 수 있음 · 국민의 비용의식이 강하게 작용하여 상대적으로 양질의 의료를 제공가능.
단점	<ul style="list-style-type: none"> · 의료의 사회화가 상대적으로 의료의 질을 저하시킴 · 조세에 의한 의료비 재원조달에 많은 어려움이 있어 정부의 과도한 복지비용 부담이 문제가 됨 · 의료수용자측의 비용의식 부족과 민간 보험의 확대 · 장기간 진료대기 문제가 있음 	<ul style="list-style-type: none"> · 소득 유형 등이 서로 다른 구성원에 대한 단일 보험료 부과기준 적용의 어려움 · 의료비 증가에 대한 억제기능이 취약하여 보험재정 안정을 위한 노력이 필요

※ 자료출처 : <http://www.mohw.go.kr>

5. 국민건강보험제도의 법적 근거

우리나라 헌법에 국민의 인간다운 생활을 할 권리와 동 권리를 실현하기 위한 국가의 사회복지 증진의무를 규정하고 있다.

- ▶ **헌법제34조제1항** : 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.
- ▶ **헌법제34조제2항** : 국가는 사회보장·사회복지 증진에 노력할 의무를 진다.

사회보장에 관한 기본적인 「사회보장기본법」에서는 “사회보장이라 함은 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 제공되는 사회보험, 공적부조, 사회복지서비스를 말한다”라고 규정하고 있다.

사회보장제도중 건강보험제도는 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치

료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민 건강을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 “국민건강보험법”을 제정하여 생활유지 능력이 있는 국민을 대상으로 “건강보험제도”를 하고 있고, “국민기초생활보장제도”를 시행하여 생활유지 능력이 없거나 어려운 국민을 대상으로 “의료급여제도”를 실시하고 있다.

건강보험법은 성문법이며 사회법(사회보장법)으로 행정법의 일부를 지녔다는 면에서 공법의 성격을 가미하고 있으며, 법체계상 시행령, 시행규칙, 고시, 예규 등으로 하위체계를 이루고 있다.

6. 국민건강보험제도의 연혁

- ▶ 1963년 : 11월 사회보장에 관한 법률, 동년 12월6일 의료보험법을 제정
 - 임의적용방식으로 사회여건에도 맞지 않아 유명무실하였음
- ▶ 1970년 : 근로자, 공무원, 군인 등을 적용대상으로 하는 강제보험으로 하는 의료보험법 제정
 - 의료보험 강제적용의 문제점 등 제반 여건상의 어려움으로 그 시행령조차 마련하지 못함
- ▶ 1979년 : 강제임의적용의 병행과 당연 적용의 범위를 단계적으로 확대할 수 있도록 하는 내용으로 전문 개정됨
 - 1977년 7월 1일부터 500인 이상 사업장근로자와 공업단지근로자 강제적용(486개 조합 설립)
 - 1979년 7월에 300인 이상 사업장근로자까지 적용범위 확대(29개 지구공동조합 설립)
 - 공·교의료보험을 제공하여 1979년 1월부터 공무원 및 교직원 의료보험 실시
- ▶ 1980년대 : 전국민의료보험실시를 위한 준비에 착수
- ▶ 1981년 : 7월부터 홍천군, 옥구군, 군위군을 대상으로 지역의료보험 시범사업 실시
- ▶ 1982년 : 7월부터 강화군, 보은군, 목포시를 대상으로 지역의료보험 시범사업 확대 실시

- ▶ 직장의료보험은 이후 1981년 1월에 100인 이상 사업장근로자, 1982년 12월에 16인 이상 사업장근로자 등으로 적용범위를 확대하다 1988년 7월에 5인 이상 사업장근로자까지 확대 적용
- ▶ 지역의료보험은 1988년 1월에 농어촌지역에 실시함에 이어 1989년 7월에 도시지역까지 확대 적용하여 우리나라는 의료보험 실시 12년 만에 전 국민 의료보험을 달성함(임의조합인 직종조합은 해산되어 지역의료보험을 적용 받게 됨)
- ▶ 약국의료보험은 1989년 10월 1일부터 적용됨
- ▶ 1997년 12월 31일 『국민의료보험법』이 제정되어 1998년10월 1일부터 그동안 다수 보험자방식(조합주의 방식)의 의료보험제도에서 통합주의 방식으로 변경
- ▶ 공·교공단과 227개 지역의료보험조합 통합
- ▶ 1998년 : 2월 노·사·정위원회에서 의료보험통합 합의와 동년 12월 『국민건강보험법』 제정
 - 139개 직장조합까지를 포함한 완전 통합
- ▶ 2000년 7월 1일 『국민건강보험법』 시행

7. 국민건강보험제도의 주요기능 및 역할

가. 건강보험의 사회연대성

건강보험은 국민의 의료비문제를 해결해 줌으로써 국민의 건강과 가계를 보호하는 제도로서, 전 국민을 당연 적용 대상으로 하는 사회보험 방식을 채택하고 있다. 따라서 국가 또는 개인의 책임이 아닌 사회공동의 연대책임을 활용하여 소득재분배 기능과 위험분산의 효과를 거두고, 이를 통하여 사회적 연대를 강화하여 사회통합을 이루는 것이다.

나. 소득재분배 기능의 수행

질병은 개인의 경제생활에 지장을 주어 소득을 떨어뜨리고 다시 건강을 악화시키는 악순환을 초래함 따라서 건강보험은 각 개인의 경제적 능력에 따른 일정한 부담으로 재원을 조성하고 개별부담과 관계없이 필요에 따라 균등한 급여를 받음으로써 질병발생시 가계에 지워지는 경제적 부담을 경감시켜주는 소득재분배 기능을 수행한다.

다. 위험분산 기능의 수행

많은 인원을 집단화하여 위험을 분산함으로써 개개인의 부담을 경감하는 기능과 미리 적은 돈을 각출하여 둠으로써 위험을 시간적으로 분산하는 기능도 겸하여 수행하고 있다.

라. 형평한 비용부담과 적절한 보험급여

비용(보험료)부담은 형편에 따라 공평하게 부담하는 것으로 주로 소득이나 능력에 비례하여 부담하게 되며, 집단구성원 상호간의 사회적 연대성에 의하여 그 기능이 발휘될 또한 보험급여 측면에서는 피보험대상자 모두에게 필요한 기본적 의료를 적절한 수준까지 보장함으로써 그들의 의료문제를 해결하고 누구에게나 균등하게 적정수준의 급여를 제공함.

8. 국민건강보험공단

가. 국민건강보험공단의 설립목적

국민건강보험공단은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장의 증진을 목적으로 설립된 특수 공법인이며, 국민건강보험법 및 같은 법 시행령에 규정된 사업을 합리적이고 효율적으로 수행하기 위해 설립되었다.

나. 기능(업무 등)

국민건강보험공단은 다음 각 호의 업무를 관장한다.

- ▶ 가입자 및 피부양자의 자격관리
- ▶ 보험료 기타 이 법에 의한 징수금의 부과·징수
- ▶ 보험급여의 관리
- ▶ 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업
- ▶ 보험급여비용의 지급
- ▶ 자산의 관리·운영 및 증식사업
- ▶ 의료시설의 운영
- ▶ 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
- ▶ 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력
- ▶ 이 법 또는 다른 법령에 의하여 위탁받은 업무
- ▶ 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

다. 조직체계

'98. 10월 출범한 국민의료보험관리공단은 227개 지역조합과 공·교공단을 통합관리하는 단일보험자로서 전 국민의 60%에 해당하는 2,800만 명을 관리해 왔다. 지역조합의 분리운영에 따른 구조적 문제로 조합간 재정격차, 부담의 비형평성, 부실한 급여구조, 과다한 관리운영 등의 문제점이 있었다.

그러나 2000년 7월 1일 국민의료보험관리공단(지역의료보험+공무원·교직원

의료보험)과 139개 직장의료보험조합을 하나로 묶어 『국민건강보험공단』으로 출범하였다. 이를 계기로 지역조합의 분리운영에 따른 구조적 문제로 조합간 재정격차, 부담의 비형평성, 부실한 급여구조, 과다한 관리운영 등의 문제점을 해소할 수 있게 되었다. 또한 규모의 경제실현과 업무 간소화로 관리운영비 절감을 기대할 수 있으며, 보다 높은 수준의 서비스를 제공할 수 있도록 하였다.

- ▶ 신설공단의 조직 설계 기본방향은 작으면서도 효율성이 높고 민원접근이 편리하고 서비스 수준이 높으며, 향후 환경변화에 능동적으로 대처할 수 있는 조직체계를 구축함.
- ▶ 지역팀제 도입과 지방조직 관리체계 단순화(본부 → 지사)를 통하여 의사결정단계를 축소하고 현장위주의 서비스를 제공하도록 함.
- ▶ 새로운 의료보험 환경에 대비하여 정보관리기능을 대폭 강화하고 조직 운영의 관료화와 경직화를 방지하기 위해 경영평가, 연구개발 기능을 도입하였음
- ▶ 139개 직장의료보험조합이 통합되어 의료보험료의 부담이 공평해지며, 국민건강보험공단 전국 어느 지사에서나 편리한 민원서비스를 받을 수 있게 되었다. 대형종합병원(3차 진료기관)제외하고 어느 병원에서나 365일 진료를 받을 수 있다.

♬보건복지부 뉴스!!!♬

* 전염병예방법중 개정법률은?

1. 개정이유

예방접종으로 예방 및 관리가 가능한 질병인 수두를 제2군전염병에 추가하여 정기예방접종 대상 전염병으로 지정하고, 의료기관 등이 국내에서 고위험병원체를 이동할 때에는 신고하도록 하는 등 전염병의 예방관리를 강화하며, 소독의무 대상 시설의 관리자가 소독을 실시하지 않았을 경우에 처하는 벌금을 과태료 부과처분으로 전환하는 등 현행 규정의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하려는 것임.

2. 주요내용

- 가. 예방접종으로 예방 및 관리가 가능한 질병인 수두를 제2군 전염병에 추가함.
- 나. 동물과 사람간에 상호 전파되는 인수공통전염병의 정의를 규정함.
- 다. 의료기관의 장, 국립검역소장 및 국립식물검역소장 등이 국내에서 고위험 병원체를 이동할 때에는 질병관리본부장에게 신고하도록 함.
- 라. 질병관리본부장 또는 시·도지사가 지체 없이 역학조사를 실시하여야 하는 전염병에 생물테러전염병 및 인수공통전염병을 추가함.
- 마. 수두에 대한 정기예방접종을 시장·군수·구청장이 실시하도록 함.

자료출처: www.mohw.go.kr

XI. 진료보수지불제도

보건의료인력 특히 의사에 의해 이루어진 진료행위에 대한 보수지불방식은 여러 가지가 있는데 국가 보건의료체계의 특성에 따라 진료보수지불방식이 다르다. 국민건강보험법은 2001년 1월부터 요양급여비용을 보험자와 의약계 대표간의 계약에 의해 정하도록 규정하고 있다. 계약제도는 기존의 정부 고시에 의한 의료보험수가 결정에 비해 의료서비스의 가격을 보험자와 공급자간 협상을 통해 계약으로 결정한다는 점에서 우리나라 의료보험체계에 큰 변화를 가져오리라 예상된다. 국민건강보험의 출범으로 의료비를 절감하면서 국민의 건강을 증진시키는 방안으로 여러가지 진료비 지불제도를 연구·검토하여 2001년부터는 DRG의 전의료기관의 적용 및 상대가치 수가제를 도입하여 현재의 문제점인 의료수가간의 불균형성을 해소하고자 하며, 보험환자 진료에 사용된 의약품에 대한 약제비 상환은 요양기관에서 실제로 구입한 가격을 약제비로 상환하는 제도로 전환하여 지불하는 실거래가 상환제도를 실시하고 있다. 그러면 먼저 실거래가 상환제도와 상대가치 수가제에 대해 먼저 살펴보고 나머지 제도는 보건정책 입안 시 참고하도록 소개 하고자 한다.

1. 실거래가 상환제

가. 실거래가 상환제도의 개요

1) 정책목표

가) 의약품 저가거래의 혜택이 소비자에게 직접적으로 돌아갈 수 있도록 하고, 요양기관의 약가 이윤 확보동기를 없애 의약품의 과잉투약 가능성을 제거하고 보험재정 및 국민의료비 절감에 기여할 수 있어야 한다.

나) 제약업소로 하여금 약가 차액에 의한 경쟁이 아닌 품질에 의한 경쟁을 유도하여 양질의 의약품 생산 및 신약개발을 위한 R&D 투자 동기를 부여하고, 제약 산업의 육성과 국제경쟁력 강화에 기여할 수 있어야 한다.

다) 의약품 구매와 관련한 제약업소와 요양기관간의 각종 부조리를 해소할 수 있어야 한다.

2) 시행방안

가) 「고시가 상환제도」에서 「실거래가 상환제도」로 전환 : 요양기관에서 실제 구입한 가격과는 무관하게 고시가격으로 약제비를 상환하던 것을 요양기관에서 실제로 구입한 가격을 약제비로 상환하는 제도로 전환한다.

나) 매 분기 품목별 가중평균 실구입가를 다음 분기 둘째달부터 3개월 동안의 진료분 약제비로 산정한다.

다) 새로 고시되는 기준 약가를 상한선으로 설정한다.

라) 요양기관은 분기별 『의약품구입내역목록표』를 의료보험연합회에 제출토록 의무를 부과한다.

나. 중점 보험약가 제도의 문제점

1) 정부가 고시한 보험약가와 요양기관의 보험의약품 실구입가 간에 약가 차액이 의료보험 재정에 환원되지 않고 불투명하게 요양기관의 몫이 되고 있어 국민은 저가거래에 따른 직접적인 혜택을 얻지 못하고 있다.

2) 약가 차액으로 인한 이윤확보를 위하여 과잉투약 및 보험재정누수 가능성이 상존하고, 의약분업 등 의약관련 개혁정책의 정상추진에 장애가 되고 있다.

3) 사후관리에 따른 약가 인하를 막으려는 보험의약품 거래 당사자간의 담합으로 의약품 유통단계에서 음성적인 뒷거래, 이면계약, 덤핑 등 보험의약품 거래의 불공정 행위가 만연하고 있다.

4) 의약품 공급자인 제약업소들은 업체간의 과당 경쟁으로 인해 저가공급에 따른 약가 차액 제공 등으로 가격경쟁이 심화되어 연구·개발 등의 투자의욕 감소로 제약기업의 국제경쟁력이 약화되는 요인으로 작용될 소지가 있다.

다. 대책

- 1) 고시된 보험약가를 요양기관에서 실제 구입하는 가격수준으로 인하한다.
- 2) 보험의약품 약제비 상환제도를 『고시가 상환제도』에서 요양기관에서 실제 구입한 가격으로 상환하는 『실거래가 상환제도』로 전환키로 하였다.

라. 퇴장방지 의약품의 선정 및 관리

1) 기본방향

- 가) 적절한 약제사용 유도로 의료보험 재정 절감효과 기대
- 나) 필수약품의 퇴장방지를 위한 적절한 생산원가 보상
- 다) 진료비 청구 및 심사업무관련 행정비용의 최소화

2) 퇴장방지의약품 선정

- 가) 고가약제의 대체효과가 있어 비용 효과적인 측면에서 특별히 관리해야할 필수 의약품
- 나) 기준약가의 보상기준이 미흡하여 품질가능성이 있거나 생산을 기피하여 환자 진료에 지장을 초래할 우려가 있는 품목으로서
- 다) 고가약제 대체효과 유무 및 생산원가 미달여부에 따라 사용장려비용제도 의약품, 생산원가 보전의약품, 사용장려비용 제공 및 생산원가 보전의약품으로 구분

3) 퇴장방지의약품의 관리

- 가) 정기 또는 수시 기준약가 조정시 필요한 경우 예외조치
- 나) 품목별 퇴장방지의약품 선정사유에 따라 선정 또는 해지 조치

마. 사후 관리

1) 사후 관리의 내용

- 가) 요양기관의 의약품 실거래내역을 현지 확인·조사하여 기준약가 조정

나) 약제비에 대하여 의약품 실거래가격대로 청구하여 상환 받았는지 여부를 현지 확인·조사·요양기관이 부당하게 지급받은 약제비에 대하여는 이를 환수·환급 조치하는 등 관계 법령에 의거 적의 처리

다) 제약업소, 도매업소 등에 현지 출장하여 요양기관의 실거래가격 확인·조사

2) 사후관리에 따른 행정조치

가) 요양기관

- 실거래가격의 허위·부당신고로 실거래가격 보다 높은 가격으로 부당하게 약제비를 상환 받은 요양기관에 대하여는 그 차액을 환수하는 등 관계 법령에 의거 적의 처리
- 필요한 경우 요양기관 현지조사(실사)를 의뢰하고, 그 행위가 고의적인 경우에는 고발조치

나) 의약품공급업자

- 제조업자가 정당한 사유없이 사후관리를 위한 자료제출 요구에 협조하지 않는 경우와 허위자료를 제출한 경우에는 당해 품목을 의료보험 약가기준 액표에서 삭제
- 특정 요양기관에 현저하게 높은 가격으로 판매한 의약품공급업자는 그 거래 관련자료 등을 국세청에 통보

바. 기대효과

1) 의료보험 약가 정상화

가) 실거래가와 고시가의 차액을 제거함으로써 소비자인 국민에게 직접적인 혜택을 주게 되므로 보험재정 및 국민의료비 절감에 기여

나) 의약품거래의 투명성 확보

다) 요양기관에 의약품 제반관리비용 등 적정 금액을 수가로 보전해줌으로써 의약품의 건전한 거래질서 유도 가능

라) 의약품 가격의 상환이 실 구입가에 근거하여 이루어짐으로써 보험약가의 책정 및 사후관리의 적정성 문제 보완

2) 의료서비스 질 향상 및 의약품 오·남용 방지

- 가) 품질이 우수한 의약품 사용으로 의료서비스 수준 향상
- 나) 의약품 사용에 따른 이윤을 배제하여 과잉투약 등 의약품 오·남용 방지

3) 제약산업의 발전으로 국제경쟁력 강화에 기여

- 가) 품질에 의한 경쟁유도로 신약개발을 위한 R&D 투자 동기 부여
- 나) 수입의약품 및 다국적 기업 제품과의 경쟁을 통한 국제화시대의 적응 능력 배양
- 다) 사후관리제도의 개선으로 규제완화
- 라) 음성적 거래를 위한 허구의 매출액으로 인한 세금부담 및 인건비 등 경비 감소

4) 의약품 거래에 따른 각종 부조리를 줄어나감으로써 요양기관과 제약회사에 대한 국민들의 불신 해소

- 가) 의약품 구매과정에서 음성적 방법으로 개인 또는 재단으로 누수되는 자금을 요양기관으로 흡수되도록 함

5) 의약분업 등 의약관련 정책의 정상추진을 위한 토대 마련

2. 상대가치 수가제

가. 상대가치 수가제도 도입 경과

1) 상대가치 수가제도 도입의 배경이 된 의료보험 수가의 문제점

- 가) 의료수가 간의 불균형성
- 나) 의료보험 수가 수준
- 다) 의료보험 수가의 개정 과정

2) 상대가치 수가제도란?

가) 미국 Harvard 대학 Hsiao 교수가 투입 자원에 근거한 행위별 수가 산정 모형인 「자원기준상대 가치체계, RBRVS(resource based relative value scale)」을 우리나라 사정에 맞게 재고안한 것이다.

※ 미국에서는 '92. 1. 1부터 Medicare의 「의사 행위료」 상환제도의

수가 산정 모형으로 활용하고 있다.

$$\text{수가} = (\text{상대가치}_{\text{의사업무량}} + \text{상대가치}_{\text{진료비용}}) \times \text{환산지수}$$

나. 활용방안

1) 자원기준 상대가치수가제를 진료수가계약제 도입시 수가모형으로 도입

구분	현행	개선
표현 방법	· 진료수가 항목과 항목별 금액을 각각 고시	· 진료수가 항목과 항목별 상대 가치(점수)를 고시 · 공통으로 적용되는 환산지수(점수당 금액) 고시
수가 개정	· 항목별 금액을 개별적으로 조정 · 빈도 가중치를 이용하여 평균 조정률 산출	· 환산 지수의 갱신 · 환산 지수 갱신 수준이 조정률이 됨 · 항목별 상대가치는 다른 기전을 통하여 갱신

※ 이상은 보건복지부 의료보험 급여정책 방향(2000) 자료에서 요약 정리한 것임.

3. 행위별수가제(Fee-For-Service)

행위별수가제는 진료수가가 진료행위의 내역(item, unit)에 의하여 결정되는 방식으로 진료내역이라 함은 진료내용과 진료의 양을 의미한다. 즉 제공된 의료서비스의 단위당 가격에 서비스의 양을 곱한 만큼 보상하는 방식이다. 이 방법은 역사적으로 가장 오래된 진료비 지불방법이며, 의료인이 실제로 행한 진료의 내용에 따라서 보수가 결정되기 때문에 의료인은 이 방식을 가장 선호하고 현실적으로 시행이 용이하다.

일본의 점수제(point system)는 행위별 수가제와 비슷하며 이 방법은 1회의 진료를 모든 항목에 대하여 세분화시켜 기본진료들을 2,000~3,000개의 진료행위별로 항목을 두고서 여기에 해당 행위에 대하여 각 점수를 주고 이것을 합

산하여 총 점수에 일정금액을 곱하여 총 진료비를 산출하는 제도이다. 점수의 산정기준은 행위의 난이도, 행위의 소요시간, 행위빈도(사용빈도)등을 복합적으로 고려하여 요금을 책정한다.

가. 행위별수가제의 장점

- 1) 열심히 일하면 의료의 질과 수입을 동시에 높일 수 있다.
- 2) 전문화를 유도하여 의료의 발달을 가져온다.
- 3) 진료에 대한 광범위한 자료를 얻을 수 있다.
- 4) 환자들에게도 이해가 쉽고 환자에게 친절해 의사와 환자의 관계가 양호하다.
- 5) 진료행위와 진료비와의 관계 설명이 합리적이다.
- 6) 개인의 동기유발을 촉진시켜 의료기술 발전이나 생산성 증대에 기여할 수 있다.

나. 행위별수가제의 단점

- 1) $K = Q \times P$ 라 할 때, P가 고정된다면 과잉진료(over-doctoring)를 할 소지가 매우 크다.
(K = 총 진료비, Q = 수량(진료의 양), P = 가격)
- 2) 불필요한 진료로 인한 진료의 수준이 떨어질 수 있다.
- 3) 항목별로 행위를 점수화하여 진료비를 정산하는 것은 매우 복잡하고 어려운 작업이다. 따라서 관리운영비가 많이 소요된다.
- 4) 진료가 모두 끝나기 전에는 진료비에 대하여 알 수 없다.
- 5) 의료의 자본주의화를 초래하기 쉬우며 예방보다 치료에 치중하는 경향이 있다.
- 6) 사회 각 부분간의 소득불균형으로 국민 총 의료에 악 영향을 끼칠 수 있다.
- 7) 환자수송을 하지 않고 계속 치료하려 한다.
- 8) 행위별 보수를 많이 받을 수 있는 도시로 몰리게 되어 자원의 불균형 분포에 크게 영향을 준다.

4. 포괄수가제(Case Payment)

포괄수가제는 의사에게 환자나 진료일당 또는 병원별 단가를 정하여 보상하는 방법이다. 빈도가 높고 납득이 갈만한 질환에 대해 진료행위별로 합산을 해서 진료비를 계산하지 않고 진단별로 수가가 결정된다. 외래에서는 방문당으로 수가를 정하고, 입원인 경우에 진단군(diagnosis related groups, DRG)에 따라 중증도, 진료과목 등을 고려하여 포괄적으로 수가를 적용하게 된다.

가. 포괄수가제의 장점

- 1) 의료비 상승을 통제할 수 있다.
- 2) 경제적인 진료수행을 유도한다.
- 3) 행정적으로 간편하다.

나. 포괄수가제의 단점

- 1) 같은 진단인데도 질병의 다른 조치에 대한 행위별 차이에 대하여 진료수가를 따로 받을 수 없다.
- 2) 서비스가 최소화하는 경향이 있다.
- 3) 서비스가 규격화되는 경향이 있다.
- 4) 행정직의 진료진에 대한 간섭요인이 증가할 수 있다.
- 5) 불확실한 진단이나 질병의 진료수가에 적용시키는데는 무리가 있다.
- 6) 진단이 정확해야 하며 복잡한 질병 특히 합병증, 만성퇴행성 질환을 다룰 수 없다.
- 7) 신약의 사용이나 새로운 의학기술을 적용하였을 때의 비용 차이에 둔감하다. 이러한 문제점을 부분적으로 해결한 것이 입원진료비에 대한 DRG(Diagnosis Related Group)에 의한 포괄수가제이다.

5. 인두제(Capitation)

행위별 수가제와 반대되는 제도로서 등록환자수나 실 이용자수를 기준으로 진료수가가 결정되며 서비스의 내용과 수가가 전혀 무관하다. 즉 등록환자 또는 사람수에 따라 일정액을 보상받는 방식이다. 인두제는 지역사회 등 1차 기관에 적합하다.

가. 인두제의 장점

- 1) 진료행위가 예방측면에 초점을 맞출 수 있어 국민 총 의료비의 양등 억제 효과를 기대할 수 있다.
- 2) 계산과정이 단순하며 제도운영의 행정비가 크게 경감된다.
- 3) 의사의 수입이 안정되어 있다.
- 4) 진료의 계속성이 증대한다.
- 5) 비용이 상대적으로 저렴하다.

나. 인두제의 단점

- 1) 수가가 진료행위와 서로 연계되어 있지 않다.
- 2) 환자를 성실히 치료하지 않고 상급의료기관에 의뢰하려고 한다.
- 3) 불친절하고 서비스가 형식적이 될 수 있다.
- 4) 의료의 질이 떨어지며 치료의 계속성을 유지할 수 없다.
- 5) 근본적으로 인두제가 성공하기 위해서는 의료전달체계가 확고해야 한다.

6. 봉급제(Salary)

봉급제에서는 근무시간, 능력, 자격증, 나이(경험), 수련기관 등에 의해서 보수가 결정된다. 즉, 봉급제는 의료인의 능력에 의한 지급방식으로 모든 공직 의료인과 조직화되어 있는 병원급 의료기관에서 많이 이용되고 있다. 서비스 양이나 제공받는 사람의 수에 상관없이 일정기간에 따라 보상받는 방식이다.

가. 봉급제의 장점

- 1) 경험을 쌓아갈수록 봉급과 수당이 올라간다.
- 2) 수입이 안정되어 있고, 대부분 시간제 근무이므로 연구할 기회가 많다.
- 3) 의사간 불필요한 경쟁을 할 필요는 없으나 의료인 상호간의 지식과 의료기술의 숙련도를 평가하기 쉽고 동료들이 진료행위를 감시함으로써 의료의 질을 유지·향상시키는 데 도움이 된다.

나. 봉급제의 단점

- 1) 보건의료서비스가 관료주의화 되기 쉽다.
- 2) 의료인들의 불만(보수, 승진 등)으로 조직이탈을 초래할 가능성이 있다.
- 3) 진료행위와 수입간에 직접적인 연계가 없으므로 환자에 대한 관심이 적고 형식적일 수 있다.
- 4) 시간제 근무이므로 진료의 계속성 유지가 어렵다.

7. 총액계약제(Collective Payment Based On Negotiation)

총액계약제는 독일에서 채택되고 있는 제도로 행위별 수가제와 인두제를 혼합한 형태이다. 독일의 경우 보험자측과 의사단체(보험의 협회)간에 인두방식 또는 건수 방식으로 1년간의 진료비 총액을 추계 협의한 후 그 총액을 개산불로 지급한다. 보험의 협회는 이후 나름대로의 의사보수평가기준표(진료행위별 수가표)에 의하여 각각의 개업보험의에게 총액진료비를 지불한다.

가. 총액계약제의 장점

- 1) 총 의료비의 억제가 가능하다.
- 2) 의료인 단체에 의한 과잉진료의 자율적 억제가 가능하다.

나. 총액계약제의 단점

- 1) 첨단의료서비스 도입의 동기가 상실될 우려가 있다.
- 2) 매년 진료비 계약을 둘러싼 교섭의 어려움으로 의료공급의 혼란을 초래할 우려가 있다.

<표11>은 진료보수 제도의 장·단점을 정리 한 내용이다.

<표 11> 진료보수제도의 장단점

진료보수제도	장 점	단 점
행위별수가제	<ul style="list-style-type: none"> · 의료인과 환자간의 신뢰가 높다. · 의사의 환자에 대한 책임감이 높다. · 의사의 자율성이 보장된다. · 전문적 진료에 적합하며 의학 발전을 촉진시킨다. · 근무시간이 길어 서비스를 받을 기회가 증가한다. 	<ul style="list-style-type: none"> · 과잉진료로 의료비가 증가 한다. · 유형적인 진료에 치중한다. · 환자를 계속해서 치료하려고 한다. · 단가가 높아 고급의료에만 치중한다. · 인기·비인기 진료과목의 구별이 생긴다. · 의료의 자본주의화를 초래 한다. · 행정관리비가 많이 든다.
인두제	<ul style="list-style-type: none"> · 계산이 간단하여 행정관리비가 절감 된다. · 예방의료를 조장한다. · 의료인의 수입이 평균화되어 지나친 경쟁이 지양된다. 	<ul style="list-style-type: none"> · 과소진료의 소지가 있다. · 후송환자가 많아져 2차 진료 기관에서 대기 시간이 길어 진다. · 의료기술발달에 크게 기여 하지 못한다.
봉급제	<ul style="list-style-type: none"> · 동료감시(peer review)가 가능해 의료의 질이 향상된다. · 진료의 양이 크게 증가하지 않는다. · 시간과 수입이 안정으로 연구 기회가 많다. · 조각화된 진료에 적합하고 젊은 층이 선호한다. 	<ul style="list-style-type: none"> · 서비스가 관련적인 형태로 제공된다. · 자율성이 결여되어 있다. · 시간제 근무이므로 진료의 계속성 유지가 곤란하다. · 보수나 승진의 불만으로 조직 이탈이 생긴다.
포괄수가제	<ul style="list-style-type: none"> · 과잉진료를 방지하여 의료비의 상승을 억제 할 수 있다. · 환자의 치료속도가 빠르다. 	<ul style="list-style-type: none"> · 합병증이 생기거나 신기술, 신의약품에의 적용이 곤란하다. · 치료의 난이도를 고려하고 있지 않다.

※ 자료출처: 김기훈, 문제우, 유일준. 공중보건학. 정문각. 1999. p. 69.

XII. WTO DDA 란?

1. WTO DDA 협상 진행절차 및 경과

의료시장 개방을 포함한 WTO 도하개발아젠다(DDA) 협상이 2002년 7월 중순부터 본격적으로 시작되었다. 외교통상부는 대외경제장관회의 실무조정회의 심의를 거쳐 양허요구안(Request)을 확정하고, 해당 국가에 제출하였다. 정부에 따르면 양허요구안을 제출한 분야는 의료 전문직분야를 포함한 통신, 건설, 교육, 금융 등 대부분 분야이며, 시장개방을 요구할 국가는 미국, EU, 일본, 중국, 동남아 등 주요 서비스 교역 선진국과 우리나라 서비스산업의 진출 가능성이 높은 국가 등 36개 WTO 회원국이 대상이다. 특히 보건의료서비스분야의 경우 의사협회와 병원협회, 간호사협회, 간호조무사협회 등 4개 협회에서 일부 국가에 시장개방 및 각종 규제의 철폐 또는 완화를 요구했으며, 복지부는 이를 최종 확정해 외교통상부에 제출한 상태다.

그러나 조만간 진행될 양자협상을 고려해 해당국가와 요구분야는 공개되지 않았다. 양자협상은 WTO 회원국이 2002년 6월말까지 1차 양허요청안을 해당 국가에 제출하여 7월부터 해당국과 협상을 실시하며, 첫 회의는 7월 15일부터 26일까지 제네바에서 열렸다.

양허요구안이란 상대국에 대한 시장개방요청서를 의미하며, 이를 접수한 국가는 요청내용을 토대로 양자협상에 들어가 자국의 시장개방안을 담은 양허안(offer)을 2003년 3월말까지 WTO에 제출하게 된다. 또한 각국은 양허안을 제출한 후 양허협상에 들어가 DDA협상이 종료되는 2005년 1월 1일 이전까지 양허내용을 최종 확정해야 한다.

세계무역기구(WTO)는 2001년 11월 카타르 도하에서 열린 제4차 각료회의에서 ‘도하개발아젠다(DDA)’를 채택하고, 2002년부터 3년간 보건의료서비스 시장 개방을 비롯 각 의제별로 협상을 진행하기로 의결했다. 의료를 포함한 서비스 협정의 12개 개방요구분야에는 금융, 통신, 시정각, 법률, 교육, 에너지

등이 포함되며 각국은 2002년 6월 30일까지 서비스 분야 개방 요구사항을 제출하고, 2003년 3월 31일까지 양허안을 마련하는 협상을 진행하기로 합의하였다. 협상이 시한 내 종결될 경우, 협상결과는 2005년 각국의 구내준비절차를 거쳐 2006년부터 상대관련국과 단계적협상을 거쳐 점차 확대 시행될 전망이다.

이에 보건의료서비스 분야를 포함한 시장 개방 논의가 본격화됨에 따라 범 보건의료계 차원의 대응을 모색하기 위해 대한간호협회, 대한병원협회, 대한의사협회, 대한치과병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회가 2002년 4월 의료공동대책위를 발족하였다. 공동위원회는 각 단체별 대책위원장을 공동위원장으로 하여 'WTO DDA 범의료계 공청회' 개최, 대정부 활동 및 협상안 준비 등 의료서비스 개방에 대한 대책을 강구하기 위하여 다각적인 활동을 전개하고 있다.

보건의료서비스 개방은 의료기관의 경쟁으로 서비스의 질적 개선, 경영합리화, 의료산업의 선진화, 소비자들에게 값싸고 다양한 양질의 서비스 제공, 우리 서비스 산업의 해외 진출에 유리한 환경 조성 등의 긍정적 효과가 있는 반면 저임금의 인력이 유입되어 저렴한 의료인의 임금이 고착화되거나 경쟁력이 취약한 중소병원의 경영난이 가중되어 도산될 위험성이 높아지는 등의 부정적인 측면도 있어 신중하게 대응하여야 한다.

그러나 보건의료서비스 시장개방문제는 거역할 수 없는 세계적인 흐름이며, 능동적인 자세로 이를 받아들이고 철저하게 준비해 협상에 임해야 한다는 목소리가 높아지고 있는데 여기에서 WTO DDA 서비스 협상의 배경, 의료서비스 개방 공급유형에 대하여 간략하게 살펴보고자 한다.

2. WTO DDA 서비스 협상의 배경

가. GATS(General Agreement on Trade in Services)

GATS(General Agreement on Trade in Services)는 1947년에 형성되어 공산품과 일부 농산물에 대한 국제 무역을 규제하였다. 1986-1993년 우루과이라운드를 통해서 1995년 WTO가 창설되고 GATT는 생산기준, 투자, 지적재산

권, 서비스교역에까지 확장되어 GATS를 탄생시켰다. WTO는 분쟁협상기구, 협상과 규칙을 만드는 포럼으로서 기능하며 무역협정의 기능을 포괄하는 더 강력한 힘을 갖는다. WTO출범이후 GATS는 서비스 교역을 다루는 가장 포괄적이고 강력한 협정이 되었다.

2001년 11월 14일 카타르 도하에서 UR협상에서 미진했던 농산물과 서비스 부분 그리고 새로운 통상이슈와 기존 WTO규범의 보완문제 등을 망라한 새로운 라운드의 출범 필요성이 꾸준히 제기됨에 따라 뉴라운드의 출범을 선언하였다. 그러나 뉴라운드라는 명칭은 이후 개도국의 입장을 반영하기 위하여 도하개발아젠다(DDA)라는 명칭으로 바꾸어 사용하게 되었다.

WTO 서비스 협상은 그 포괄범위나 경제에 미치는 영향면에서 매우 중요한 분야라고 할 수 있다. 1995년 기준 세계 전체 국민총생산에서 차지하는 서비스 산업의 비중은 63%로, 선진국의 경우 66%, 개발도상국의 경우는 48%(GDP의 55% 수준)에 달할 정도이다. 이렇듯 서비스 분야가 국민경제에서 차지하는 중요도는 매우 크므로 서비스 협상에 적극 참여하여 우리가 경쟁력 있는 분야에 대하여 적극적으로 해외시장 개방을 요청하고 취약한 분야에서는 우리 현실에 맞게 개방의 폭과 속도를 조절함으로써 중장기 경쟁력을 강화하는 방안을 추진하는 것이 필요하다.

1) GATS원칙

GATS의 서비스교역과 관련한 중요한 주요한 원칙은 다음과 같다.

가) 내국민대우(National Treatment)

외국공급자와 내국인 공급자를 동등하게 대우한다는 원칙이다.

나) 시장접근(Market Access)

개방대상 분야에서 공급자 수를 제한하거나 지분소유를 제한하는 등의 수량적 진입장벽을 없애 외국공급자가 국내시장에서 영업할 수 있도록 보장한다는 원칙이다.

다) 최혜국대우(Most Favoured Nation Treatment)

한 나라가 협정을 통하여 한 품목에 대한 최고의 혜택을 부여했을 경우, 그 혜택이 다른 교역 대상국들에게도 적용된다는 원칙이다.

라) 투명성(Transparency)

모든 절차를 투명하게 진행한다는 원칙이다. 각 회원국은 본 협정의 운영에 관련되거나 영향을 미치는 일반적으로 적용되는 모든 관련조치를 신속히 공표하며, 긴급상황의 경우를 제외하고 늦어도 발효 전까지 공포한다.

2) 도하개발아젠다 협상구조

도하개발아젠다의 협상방식은 일괄타결방식(Single undertaking)으로 전체협상을 하나의 묶음으로 처리하므로 일전 부분만 타결하고 어떤 부분은 부결시킬 수 없다. 또한 양허요구안(Request List)/양허안(Offer List)방식을 원칙으로 하되, 복수국간 다자국간 방식을 가미하여 협상이 진행된다.

3. 의료서비스 개방 공급유형

서비스 무역은 공산품 무역과 달리 네 가지 공급형태, 즉 국경간 공급(mode 1), 해외소비(mode 2), 상업적 주재(mode 3), 자연인의 이동(mode 4)이며, 보건의료서비스의 개방형태도 이에 따라 이루어진다.

가. 국경간 공급(Cross-border supply, Mode 1)

한 국가에서 다른 국가로 공급되는 서비스를 의미한다(예: 원격진료, 간호서비스 등)

나. 해외소비(Consumption abroad, Mode 2)

한 국가의 개인 또는 기업이 다른 나라에서 서비스를 이용하는 것을 의미한다(예: 환자가 해외에 나가 치료를 받는 것, 우리나라가 조산서비스나 산후조리서비스에 경쟁력이 있다면 다른 나라 환자를 우리나라에 유치 할 수 있음)

다. 상업적 주재(Commercial presence, Mode 3)

외국기업이 다른 국가에 자회사나 지사를 설립하여 서비스를 공급하는 것을 의미한다(예: 해외 의료기관의 설립, 우리나라가 경쟁력이 있다면 해외에 조산서비스나 산후 조리, 가정간호 시설을 신설하여 운영할 수 있음)

라. 자연인의 이동(Movement of natural persons, Mode 4)

어떤 국가의 자연인(개인)이 다른 국가로 이동해서 서비스를 공급하는 것을 말한다(예: 전문의료인, 의료기관 경영진의 이동)

㉿ 깊이 사고하기 ㉿

WTO DDA에 따른 의료서비스 개방 대응 전략에 대해 토의하시오.

㉿ 여러분 잠깐만? ㉿

인간을 공격하는 치명적인 무기!! 궁금하시다구요? 그러면 P.167로~

XIII 의약분업의 발전방향

1. 의약분업의 목적

2000년 7월 1일 의약분업의 목적은 첫째, 의약품 오·남용 방지, 둘째, 약회사고 예방, 셋째, 과잉투약방지, 넷째, 불필요한 의약품의 소비감소, 다섯째, 국민 의료비용의 대폭 절감에 목적을 두고 실시하였다(보건복지부 보도자료, 1999. 9. 17). 그러나 의약분업 정책은 정책의 실시 과정에 따라 정책목표를 약간씩 달리 표방하여 왔다. 의약분업의 근본 목적은 양질의 의료서비스를 제공하고 자 함이 정책의 방향이었는데 국민의료비용의 대폭절감을 목적으로 표방하고 있다는 것은 다시 한번 재고해 보아야 할 문제라고 생각한다.

2. 의약분업의 역사

2000년 7월 1일 의약분업 정책 도입 후 1달 동안의 유예기간을 거쳐 8월 1일부터 전면적으로 실시한 이 제도는 2년 반이라는 시간이 지나도 아직까지 보건의료분야의 긍정적 정책으로 정착되지 못하고 있다. 의약분업은 여러 가지 이유에서 우리나라에서 이미 도입한 제도이나 이를 전면적으로 수정하여 합리적이고 국민들에게 불편함이 없는 제도로 발전시켜나가기 위해서는 향후 추가적인 정책 수정과제, 정책 집행에 대한 원칙과 실천 등 투명하고 공정한 정책 실천의지가 반드시 전제되어야 할 것이다(정상혁, 2003).

우리나라 의약분업의 역사를 살펴보면 다음과 같다. 국가재건최고회의에서 1963년 약사법 전문개정안에 의약분업을 명시하여 의약분업의 원칙을 규정하였으나 민정이양 이후 국회에서 여건미비로 법개정이 유보되었다. 1982년에서 1985년 사이 전국민의료보험을 앞두고 약국경영이 어려워질 것으로 예상한 약사회의 요구로 의약분업을 목포시에서 시범적으로 실시하였으나 의약간의 마찰로 시범사업은 중단되었다. 1989년 농어촌 의료보험 실시를 앞두고 약사회는 다시 의약분업의 실시를 주장하였으나 여건의 미비로 인하여 약국의 임의

조제에 대하여 의료보험을 적용하기로 1989년 5월 1일 결정하였다. 또한 한약분쟁 이후 개정된 약사법에 의약분업을 1999년 7월까지 시행하기로 부칙에 명시하였다(이선희, 2002).

이와 같은 의약분업의 역사적 고찰을 통해서 알 수 있는 것은 첫째, 의약분업의 정책실시과정이 국민들의 입장에서 입안되고 실행된 것이 아니라는 것이며, 둘째, 약사들의 약국경영과 직결된 의미로서 의약분업을 생각해 왔다는 것이다(정상혁, 2003).

한편으로 의약분업 정책 실시는 선진국으로 나아가기 위한 필연적 과정일 수밖에 없다는 학자들도 있었으며, 일부에서는 의료시스템의 정상화를 위해 의약분업의 실시를 강력히 지지하였다. 그 이유를 보면 과거 불법적으로 실시해 왔던 약사들의 임의진단 및 처방에 따른 약제의 조제 및 판매가 1989년 농어촌 의료보험의 확대와 함께 의료보험 여라는 제도권 안으로 들어오게 된 데에 대하여 심히 우려하였기 때문이었다.

의약분업 정책 집행에 대해서는 1988년 국민의료정책심의위원회에서나 1997년 의료개혁위원회에서도 3단계 의약분업을 제안하였다. 1단계로 항생제, 스테로이드제, 습관성의약품 등 제한적 전문의약품을 대상으로 실시하여, 2단계에서 주사제를 제외한 전문의약품을 대상으로 하고, 이후 3단계에서 모든 전문의약품을 대상으로 하는 것을 정책의 실시단계로 제안하였다(의료개혁위원회, 1997). 이러한 제안에도 불구하고 2000년 7월에 의약분업을 전면적으로 실시하게 된 이유를 크게 두 가지로 살펴볼 수 있겠다.

첫째, 정부는 1977년 의료보험 출범 이후부터 의료보험수가 인상을 억제하면서 원가이하로 유지되던 의료보험수가의 보충으로 약가마진을 정책적으로 사용하였으며, 이는 병의원 경영의 수입원으로서 결정적인 역할을 담당하고 있었다. 그러나 이러한 약가마진이 의료계 일부에서는 음성적인 수입원으로 사용되는 등 몇 가지 문제가 발생하여 국민의 정부가 들어서면서 의료개혁의 차원에서 근절시키고자 하였다.

둘째는 의약분업에 대해 정부가 외적으로 표방한 여러 정책목표가 있었으나 근본적으로는 약사들의 임의진단 및 처방에 근거한 무분별한 약제의 조제 및 판매를 근절하여 국민의료를 정상적인 의료제도권 안으로 전환시키는 중요한 목적이 내재되어 있는 제도로 해석할 수 있을 것이다(정상혁, 2003).

3. 의약분업 정책의 문제점

의약분업 정책에 대한 평가에 들어가기 전에 지금까지 의약분업 정책과 관련하여 그동안 지적된 주요한 문제점으로 정상혁(2003)은 다음과 같이 들고 있다.

첫째, 의약분업 정책은 국민의 동의를 얻지 않고 시행하였으며, 그 결과 또한 효과성은 없고 비용과 불편을 더하게만 한 제도이다.

둘째, 의료제공자에게는 각종 규제조치가 시행됨으로 인하여 의료의 자율성과 전문성을 억압한 제도이다.

셋째, 관련 공무원에게는 상명 하달식 의사결정으로 정책이 집행되었음에도 불구하고 정책실패로 인한 결과에 대한 책임부담을 전적으로 책임지게 한 제도이다.

넷째, 보건정책 관련 학자들의 입장에서는 의약분업이라는 정책수단과 정책 목표 달성과의 인과 관계가 모호할 뿐더러 실증규명이나 평가를 위한 아무런 준비없이 시행한 제도이다.

다섯째, 이미 오랜 연구를 통하여 제시된 의약분업 정책 집행 단계가 있었음에도 불구하고 이를 무시하고 정치적으로 정책이 집행된 제도이다.

여섯째, 정책집행 부서와 정책평가 부서가 동일함으로 인하여 올바른 평가가 수행되지 못하였고, 결국 올바른 정책 집행방법과 시기를 지연시키고 있는 제도이다.

4. 의약분업 정책방향

의약분업 정책이 지향하는 바의 의미를 한번 더 새겨볼 필요가 있다. 어떤 정책이던지 정책이 거두는 실효성이 없다고 평가될 때는 그 정책을 수정·보완해야 한다.

의약분업을 실시하면서 국민과 의료계, 정부는 재정적인 측면이나 생활에서의 불편 등 너무나 많은 문제점이 야기되고 있다. 국민의료비용의 대폭 절감 등 다섯 가지 목적을 가지고 시작한 의약분업이 제대로 정착하기 위해서 가져야 할 필수적인 기본 선결과제로 정상혁(2003)은 다음과 같이 들고 있다.

가. 약사법 개정을 통한 의약품 오용 근절

현재 약사법 상에서 조제나 판매라는 모호한 용어를 사용하여 범망을 피해 가는 형태의 약사들의 임의진단 및 처방에 따른 의약품 조제나 판매를 근절하지 않고는 의약분업이라는 제도의 실효성을 갖기 힘들다. 따라서 약사법에 있는 벌칙조항을 폐지하고 약사들의 불법 의료행위를 의료법에 준하여 관리 감독하여야 할 것이다.

고광욱 등(2002)의 조사에 의하면 약국에서 설사환자에게 주는 약품의 종류가 140가지나 된다고 하였다. 대부분의 약들이 한방제제를 중심으로 처방 판매되었다고 한다.

나. 가정상비약품의 슈퍼판매 허용

국민들의 불편을 해소하고 약사들의 불법적 의료행위를 근절하기 위해서는 가정상비약품의 슈퍼판매 허용이 전격적으로 단행되어야만 한다. 대부분의 선진국들에서 시행하고 있는 가정상비약품의 슈퍼판매 허용은 의약분업의 조속한 정착을 위해 필수적인 과정이다. 가정상비약품들에 대한 재분류 작업을 거쳐 국민들이 손쉽게 가정상비약품을 구매할 수 있는 시스템이 마련되어야 할 것이다. 국민들이 가정상비약품들에 대한 가격과 성분을 비교 검토하여 살 수 있도록 슈퍼에서 진열 판매하여야 할 것이다. 또한 의사단체에서는 국민들이 가정상비약품을 적절하게 이용할 수 있도록 적절한 지침서를 만들어 정부에 제출하여야 할 것이다. 정부에서는 국민들에게 가정상비약품에 대한 대대적인 교육을 통하여 오·남용하지 않고 적절히 이용할 수 있도록 노력하여야 할 것이다.

‘국민들 스스로 건강지킴이’라는 책임의식을 국민들에게 갖게 하지 않는 한 국민들은 자신들의 건강문제에 대하여 점차 의존적으로 변하게 될 것이며, 이는 향후 국민의료비 증가에 심각한 영향을 줄 수 있다. 현재 정부에서 추진하고자 하는 외래 본인부담금의 상향 조정과 함께 가정상비약품을 슈퍼에서 판매하게 한다면 국민들은 가벼운 질환을 스스로 자가 치료할 것이고, 그래도 낫지 않을 경우 의료기관을 방문하게 될 것이다. 가정상비약품의 슈퍼판매는 일단 감기와 같은 가벼운 질병의 초창기에 겪을 수밖에 없는 발열이나 통증,

불편문제를 일차적으로 또한 즉각적으로 건강문제를 해결함으로써 국민의 불편을 줄일 수 있을 것이며, 이차적으로 의료보험재정에 긍정적인 영향을 줄 수 있다. 따라서 세계 여러 선진국들에서 대부분 실시하고 있는 가정상비약품 판매시스템을 국내에 조속히 도입하여야 할 것이다(정상혁, 2003).

5. 의약분업 정책대안

기본적 선결과제의 정책실현 없이는 어떠한 의약분업 정책도 제자리를 잡기 힘들 것이다. 의약분업의 기본적 접근이 약제의 오용의 근절에 있음에도 불구하고 이 문제를 정책적으로 해결하고자 하는 의지가 없다면 의약분업 정책의 실시는 무의미하기 때문이다. 더 나아가 국민의료비를 줄이고 국민들의 불편을 최소화하기 위한 가정상비약품의 단계별 슈퍼판매가 선행되어야만 의약분업이 더 발전된 모습으로 탄생될 수 있을 것이다(정상혁, 2003).

가. 대안 검토의 기본원칙

의약분업의 정책 대안을 검토함에 있어서 가장 먼저 고려되어야 할 점은 의약분업의 본질적인 면이라고 할 수 있는 의사와 약사간의 직능 전문화가 유지되어야 한다는 점일 것이다. 의약분업은 그 단어가 의미하고 있듯이 의사는 진료 및 처방을 전담하고 약사는 조제를 담당하여 각 직능의 전문성을 최대한 살림으로써 의사와 약사의 분업을 통한 생산성 증가를 꾀하고자 하는 정책이다(정우진, 2002). 따라서 의약분업의 대안을 검토함에 있어서 이러한 개별 직능의 전문성이 유지될 수 있는가 하는 점은 가장 중요하게 고려되어야 할 원칙이라고 하겠다.

두 번째로 고려되어야 할 원칙은 건강보험 재정을 포함한 국민의료비를 증가시키지 않아야 한다는 점이다. 이는 앞서 살펴본 평가 결과에서 알 수 있듯이 현재의 의약분업 정책이 건강보험 급여비용을 엄청나게 증가시켰으며 이로 인해서 우리 사회가 경험하고 있는 많은 문제들을 고려할 때 바람직한 대안은 이러한 문제들을 해소시키거나 경감시킬 수 있어야 하기 때문이다. 따라서 최소한 현재의 재정보다 더 많은 재정이 요구되는 대안은 채택될 수 없을 것이다.

세 번째 고려사항은 국민의 불편을 최소로 하여야 한다는 것이다. 앞서도

언급하였듯이 건강수준의 향상이나 국민의료비 절감과 같은 장기적인 지표들은 국민 개개인이 체감할 수 없는 지표라는 측면에서 국민들은 의약분업이 본인들에게 별다른 편익을 제공하고 있지 못하면서 불편을 초래하고 있다고 인식하고 있다. 따라서 국민들의 편익을 도모해야 하는 공공정책의 기본 개념에 입각하여 새로운 대안은 국민들의 불편을 최소로 할 수 있어야 할 것이다.

끝으로 고려해야 할 점은 이러한 대안이 정책의 이해 당사자인 의료계와 약계에서 수용할 수 있어야 한다는 점일 것이다. 물론 의료계 내부에서도 개원가와 병원의 입장이 다를 것이고 약계에서도 의료기관 주위의 대형약국과 동네 약국의 입장이 다를 것이므로 이러한 세부적인 입장의 차이도 고려되어야 할 것이다(김한중, 2002 : 정상혁, 2003).

나. 의약분업 정책 대안

현재 논의되고 있는 의약분업 정책의 발전방안 중 대안으로 제시되고 있는 선택분업 안은 크게 두 가지가 있는데 하나는 ‘국민선택분업’ 안으로 의사가 처방전을 발행한 뒤, 환자의 선택에 따라 의사에게 조제 받을 수도 있고 약사에게 조제 받을 수도 있도록 하는 안이다(김한중, 2002). 현재 일본의 경우가 이와 유사한 형태의 의약분업 제도가 시행되고 있다. 다른 하나는 직능에 기초한 ‘직능분업’으로 의료기관에 근무하는 약사의 외래환자에 대한 조제를 금지하는 기관분업에 기초한 현재의 의약분업 정책과 달리 약사를 고용하고 있는 의료기관의 경우 환자의 선택에 따라 이들 약사에 의한 조제를 허용하도록 하여 의사 직능과 약사 직능의 고유한 전문성을 살리도록 하자는 안으로 의약분업의 본질을 보다 잘 반영하는 안이라고 할 수 있다. 다시 말해 앞의 임의분업이 모든 의료기관에 대해 국민의 선택에 의해 조제를 허용하자는 안인 반면 후자는 약사를 고용하고 있는 의료기관에 한해 국민의 선택에 의해 조제를 허용하자는 안이다.

1) 국민선택분업

국민의 선택에 의해서 의사의 조제를 허용하는 임의분업 안은 의사와 약사의 직능 전문화를 유지한다는 대안 검토의 첫 번째 기본원칙에 부합하지 않는

다. 그러나 보험재정의 측면에서는 환자들이 의사에 의한 조제를 선택하는 양만큼의 재정절감효과를 기대할 수 있을 것이고 국민불편 측면에서는 현재의 의약분업 안이 가지고 있는 근본적인 불편을 본인의 선택에 따라 회피할 수 있으므로 바람직하다고 할 것이다. 그러나 수용성의 측면에서 의료계의 입장에서는 적극적으로 찬성의 의사를 표할 것으로 판단되나 약계가 이 안을 수용할 가능성은 거의 없어 보인다.

2) 직능분업

직능에 기초한 직능분업은 앞의 임의분업과 달리 직능 전문화의 원칙에 부합한다. 그러나 보험재정의 측면에서는 앞의 임의분업에 비해 재정절감 효과가 크지 않을 것으로 판단되는데 병원에 소속된 약사의 조제료와 약국 약사의 조제료를 어떤 수준으로 결정할 것인지에 많이 좌우될 것이다. 국민 불편의 측면에서는 현재의 제도보다는 국민들에게 수용성이 높을 것이다. 수용 가능성에서 살펴보면 의료계 내부적으로는 약사를 고용하고 있는 병원급 의료기관에서는 적극적으로 지지를 할 것이나 의원급 의료기관 의사들은 크게 반대할 것으로 예상된다. 또한 약사 입장에서도 반대할 것으로 보이나 앞의 임의분업 보다는 수용가능성이 클 것으로 판단된다(정상혁, 2003).

다. 정책 대안 평가

의약분업 정책 대안들을 대안 검토의 기본원칙에 입각해서 종합적으로 평가하면 ‘직능분업’이 평가기준에 그나마 더 부합하는 대안으로 판단된다. <표 13>은 의약분업 정책대안의 비교이다.

<표 13> 의약분업 정책 대안의 비교

구분	국민선택분업	직능분업
직능전문화	-	++
보험재정	++	+
국민불편감소	++	+
수용성	-	+

※ 자료출처: 정상혁. 의약분업발전방향. 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집. 의료제도발전특별위원회. 2003. 2. p. 289.

라. 의약분업 제도 개선방향

1) 의약분업으로 인하여 불편이 많은 환자들에 대한 배려

의약분업 제도 개선방향을 정상혁(2003)의 연구결과를 근간으로 기술하면 다음과 같다. 의약분업 정책 평가를 위한 실태조사를 통하여 추가적으로 정책에 반영되어야 하는 내용들로써는 노약자, 소아, 육체 및 정신장애인, 신체적 어려움을 동반한 만성질환자, 특수질환자 등 의약분업으로 인하여 많은 불편을 겪어야만 하는 국민들을 위한 능동적인 보완책이 마련되어야 할 것으로 판단된다. 주사제를 의약분업 예외 항목으로 설정하였듯이 환자들의 불편도를 감소시켜 주기 위한 적극적인 정책이 추가적으로 마련되어야 할 것으로 판단된다. 정책이라는 것은 국민들의 불편을 최소화하는 방향에서 제공되어야 하겠다.

2) 의약분업 예외지역의 축소

의약분업 예외지역은 시·군·구 단위로 설정하고 있는데 실제로 우리나라에는 무의면이란 존재하지 않음으로 결국 의약분업 예외지역이 필요 없다고 본다. 즉 근본적으로는 의약분업 예외지역이란 존재하지 않아야 하며, 단지 약국이 없는 의원이나 보건지소 등 의료기관에서 약품을 환자들에게 직접 조제해 줄 수 있는 그런 법률 규정만 가지고 있으면 된다. 의약분업 예외지역이라는 것이 약사들의 임의 진단 및 처방에 따른 약품의 조제 및 판매를 허용하는 그런 지역을 의미하는 것은 분명 아니어야 한다. 법의 목적과 취지를 분명히 정

부는 인식하여 매년 의료기관의 개설 등과 관련한 실태조사를 하고, 도로포장 등 의료기관과의 접근성 등을 따져 의약분업 예외지역을 가능한 조속히 없애 나가야 한다.

3) 양·한방에 대한 동일한 법적용

의약분업은 양의사와 양약사들 사이에만 적용하는 것처럼 법률 내용이 구성 되어 있다. 그러나 국민의 건강을 보호하는 차원에서 보면 이는 한의사와 한약조제 및 판매자 간에도 이루어져야 할 문제로 평가된다. 가장 큰 이유는 그동안 실태조사의 결과를 보면 전문의약품에 속하는 양약에 대한 약사의 조제 금지가 이루어지자 약사들은 한약제재 또는 유사 한약제재와 같은 것으로 조제를 하여 국민들에게 공급하고 있다. 따라서 의약분업은 양한방 약제에 대하여 동일하게 적용하는 법률을 조속히 제정하여 국민들의 건강을 보호해야 할 것이다.

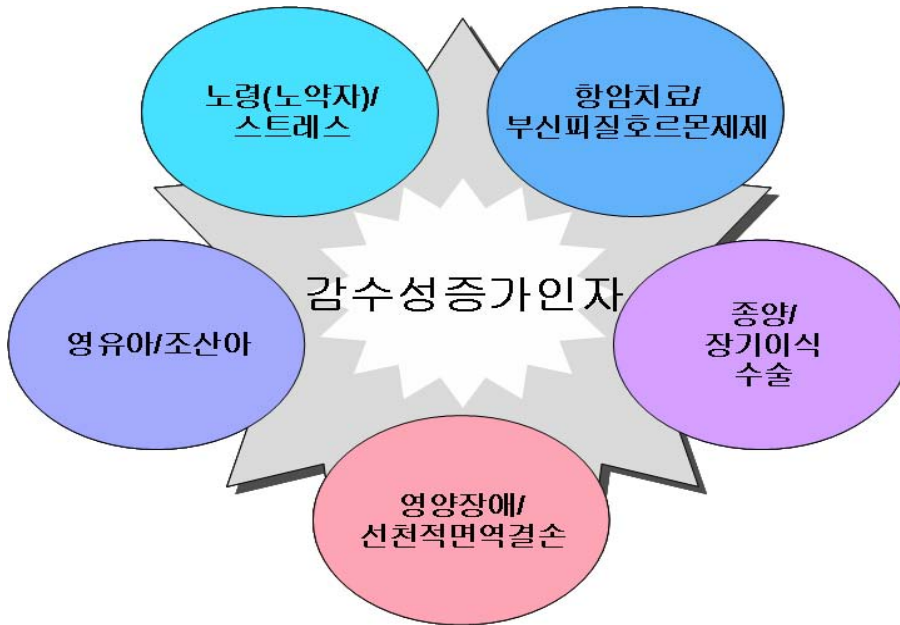
ㄸ 깊이 사고하기 ㄸ

여러분! 잠깐만!!! ㄸ

인간을 공격하는 치명적 무기(?) '슈퍼 박테리아'를 아시나요?

1929년에 Fleming이 페니실린의 발견과 효과적인 예방으로 감염성 질환의 감소와 함께 인간의 생명연장에 많은 기여를 할 수 있었으나, 오늘날에는 오히려 항생제 내성균의 발현과 바이오테러 위험 등으로 감염성 질환의 위험이 더욱 커지고 있다. 세계적으로 교류가 활발해지고, 침습적인 치료방법의 증가, 면역억제제의 사용 증가, 약성 증양 등의 증가로 인한 화학요법이나 방사선요법 등의 사용은 인간에게 무해했던 미생물도 감염을 초래하는 경우가 증가하고 있다. 그에 따라 감염의 위험은 더 커져가고 있다. 항생제의 발달로 인간이 정복했던 듯 했던 세균들이 인간에게 반란의 조짐을 보인 것은 페니실린 발견 후 30년도 안되어 나타난 '메티실린 내성 황색포도구' (MRSA)으로 과학의 발달 외에 미생물을 관리하기 위한 다른 접근이 필요하게 되었다.

그 후 겐타마이신 내성 그람 음성간균의 출현, VRE(vancomycin 내성 장구균), VRSA(vancomycin 내성 황색포도상구균)의 발현으로 항생제 사용 지침의 기본이 달라지고 감염관리의 방향이 변하였다. 즉, 미생물과 직접 싸우는 항균제 사용보다는 숙주의 면역기전과 미생물의 특성에 따라 균형을 찾아 감염병을 예방하고 관리하는 생태학적 접근인 감염관리가 대두하게 된 것이다.



<그림> 질병에 관한 감수성 증가인자

원래 세균은 염색약에 반응하는 색깔에 따라 그람양성균과 그람음성균으로 나뉜다. 이 중에서 그람양성균의 대표적인 세균은 급성식중독을 일으키는 것으로 유명한 *Staphylococcus aureus*(황색포도상구균)인데 *Methicillin*(메티실린)이라는 페니실린계 항생제로 치료한다. 그런데 이 메티실린에 듣지 않는 황색포도상구균이 등장했으니 이것이 바로 MRSA다. MRSA(MRSA; *Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus*)의 치료는 *Vancomycin*(반코마이신)이라는 항생제로 하게 되는데 이 반코마이신에도 듣지 않는 포도상구균(VRSA)과 장구균(VRE)까지 등장하였다.

항생제 내성균주의 인체에 대한 피해를 살펴보면, '미국의학협회지'에 실린 질병통제예방센터의 실태 조사 논문에서, '수퍼 박테리아'로

불리는 '메티실린 내성 황색 포도구균' 감염 사망자가 2005년 1만 8650명에 이르는 것으로 나타났다. 또 이 해에 10만명당 31.8명꼴인 9만4360명이 심각한 감염을 겪었으며, 같은 해 미국의 에이즈 관련 사망자는 1만2500명이다. 흑인과 남성, 노인과 어린이를 주로 표적으로 삼는 메티실린 내성 황색 포도구균은 이번 조사에서 85%가 병원을 비롯한 치료기관에서 감염이 이뤄지는 것으로 나타났다. 일상적 접촉만으로 감염이 될 수 있는 이 균은 폐렴이나 생명을 앗을 정도의 합병증으로 악명이 높다. 의학자들은 지나친 항생제 사용이 생태계에 공백을 만들어 항생제가 듣지 않는 이 균을 창궐하게 만들었다고 지적하고 있다.

최근 병원감염증의 증가는 국민 건강 위협 및 의료비 증가 등 중요한 사회경제학적 문제를 야기할 수 있으나, 그간 이를 효과적이고 포괄적으로 관리·감시할만한 국가관리체계가 부재한 실정이었다. 따라서 의료관련 감염증을 국가가 효율적으로 관리하기 위한 법적 근거를 마련하고자 2007년 5월 '감염성질환 관리 기본법'으로 '전염병예방법'을 전면 개정하면서 "의료관련감염증" 신설하여 정부차원의 관리를 할 수 있는 근거가 마련되었다. 미국의 경우에는 항생제에 내성을 발휘하는 '수퍼 박테리아'로 인한 사망자가 에이즈보다 많다는 연구 결과가 나왔으며, 메티실린 내성 황색 포도구균(MRSA)에 감염된 10대가 숨지자, 버지니아 주는 그가 살던 지역의 학교 21곳에 휴교령을 내리고 긴급 방역작업에 들어간 바 있다.

미국의 연구에서 메티실린 내성 황색 포도구균은 85%가 병원을 비롯한 치료기관에서 감염이 이뤄지는 것으로 나타났다. 감염성 질환의 관리는 감염성 질환의 발생과정에 관여하는 병원소, 병원체, 숙주, 환경, 병원체의 탈출, 전파, 신속주로의 침입 등 감염성 질환의 전파과정을 차단하는 것이다. 철저한 손씻기, 격리, 항생제의 사용, 체액 취급시 장갑착용 등을 통해 감염을 차단 할 수 있다. 또한 개인위생 및 공중보건위생 관리를 철저히 하고 쓰레기 처리를 위생적으로 처리하며, 면역력이 떨어진 감수성 있는 대상자를 격리하고 무균법을 철저히 지킨다. 지역사회보건사업에서 감염성 질환의 관리는 크게 예방접종, 환경 및 개인위생 관리, 항균제의 사용에 따른 내성균 관리, 격리가 있다.

부록1. 전염병예방법 전부개정사유

○ 현행 “전염병”이란 표현은 국가적 관리가 필요한 질병 중 인체 간 전파가 이루어지지 않는 “병원체”를 배제하는 문제점이 있으므로, 의미전달의 명확성을 기하기 위해 “감염병”으로 명칭 변경 : 예를 들면, 감염병인 비브리오 패혈증은 인체 전파는 이루어지지 않지만 국가적 관리가 필요해졌다.

○ 신종전염병 유행 등 공중보건비상사태에 대한 국가간 협력·공조체계 강화를 위해 세계보건기구(WHO)에서 국제보건규칙(IHR : International Health Regulations)을 전면 개정한 바 있음.

○ 정부는 2007년 5월 “전염병예방법”을 “감염병관리 기본법”으로 전부 개정하였다.

○ 전면개정된 주요 내용은 다음과 같다.

<감염병의 정의>

6. “국제보건규칙감시감염병”이라 함은 세계보건기구가 정한 국제보건규칙에서 규정한 감시 대상 감염병으로서 보건복지부 장관이 고시하는 것을 말한다.

9. “의료관련감염증”이라 함은 환자 또는 임산부 등이 의료행위를 적용받는 과정에서 발생한 감염병으로서 감시활동이 필요하다고 인정되어 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.

병원감염증의 증가는 국민 건강 위협 및 의료비 증가 등 중요한 사회경제학적 문제를 야기할 수 있으나, 그간 이를 효과적이고 포괄적으로 관리·감시할만한 국가관리체계가 부재한 실정임. 따라서 의료관련 감염증을 국가가 효율적으로 관리하기 위한 법적 근거를 마련하고자 함.

제3조 국가 및 지방자치단체의 책무

-AI 등 감염병 관리에는 약제·보호구 등의 사전 비축 등이 필요하므로, 이에 대한 대책 수립을 국가 및 지방자치단체의 의무로 명문화 함

제4조 의료인등의 책무

-효율적인 감염병 관리를 위해서는 의료인 개인은 물론 단체의 역할 또한 중요하므로, 의료인 단체의 협조 의무 신설

제5조(국민의 책무와 권리)

감염병 관리 시 개인의 부주의나 불이행은 바로 타인에게 피해를 줄 수 있기 때문에 모든 국민들이 감염병 예방 및 관리 활동에 협조토록 함. 단,

허용된 범위내에서 인터넷 등 각종 매체를 통해 국민들이 감염병 관련 정보에 접근할 수 있도록 함

제10조(위원회의 구성)

감염병 관리에 관한 정책 결정 시 전문가 자문 및 관련 부처 간 조율을 위한 위원회 신설

: AI의 경우, 농림부·환경부 등과 정책 협력을 위해 동 위원회를 통하여 협조 체계 구축이 필요

제12조(의사 등의 신고) ①의료기관의 장, 의사 또는 한의사는 다음 각호에 해당하는 경우 보건소장에게 즉시로 신고하고,

모든 법정 감염병과 그로인한 사망자 및 예방접종 후 이상반응자 발생 시 의사 및 한의사로 하여금 관할 보건소장에게 신고토록 하여 신속한 감염병 관리 및 감시가 이루어지도록 함

: 종전 제3군전염병은 발견 1주일 내에 신고

한편, 군 조직의 특수성을 감안하여, 국방부 소관 병원에 대해서는 바로 질병관리본부장에게 신고토록 함

제14조(감염병환자 등의 사망신고)

모든 법정 감염병의 사망을 신고하도록 하여 감시체계를 더욱 강화

제20조(역학조사) ①질병관리본부장, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 감염병이 발생하였거나 또는 감염병이 유행할 우려가 있다고 인정되는 경우에는 지체 없이 역학조사를 실시하여야 한다.

역학조사의 범위와 대상을 전체 감염병으로 확대하여 더욱 철저한 감염병 관리가 이루어지도록 함.

제33조(감염병 위기관리대책 수립·시행) ①보건복지부 장관은 「재난 및 안전관리기본법」 제3조의 전염병 확산으로 인한 재난 상황을 위원회의 심의를 거쳐 결정한다.

②보건복지부 장관은 제1항에서 규정한 전염병확산으로 인한 재난 상황에 대처하기 위해 감염병 위기관리대책을 수립·시행하여야 한다.

재난에 해당되는 감염병 발생에 대비하는 관리대책을 마련하여 신속하고 적극적인 감염병 관리가 이루어지도록 함

제39조(생물테러감염병 및 감염병대유행대비 약품, 장비비축) ①보건복지부장관은 생물테러 감염병 및 기타 감염병 대유행이 우려될 경우, 위원회의 심의에 의해 필요한 예방, 치료의약품 및 장비 등의 품목을 정하여 사전에 비축하거나 장기구매에 대한 사전 계약을 할 수 있다.

예방 또는 치료목적의 약제나 보호구 등을 사전에 비축하고 생산할 수 있

도록 하여 유사시 AI나 신종인플루엔자 등의 대유행에 효과적으로 대비하고, 예방 및 치료의약품의 투여로 인한 효과 및 이상반응에 대한 철저한 원인규명이 이루어지도록 함

제40조(감염병환자등의 관리) ① 감염병 전파 위험이 있어 공중보건상 필요에 의해 보건복지부장관이 정한 감염병환자 등은 감염병 관리시설이나 시장·군수·구청장이 지정하는 의료기관등에 입원치료를 받아야 한다.

모든 감염병 환자에 대하여 과거 격리 개념을 탈피하여 의료기관에서 진료를 받도록 하는 개념으로 전환함으로써, 환자의 권리를 보호하고 실제 진료에 응하도록 하여 효과적인 전파 차단 조치가 이루어지도록 함

제48조(시·도지사 등의 감염병 예방조치) ① 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 보건복지부장관이 정하는 바에 따라서 감염병 예방상 필요가 있을 때에는 다음 각호의 전부 또는 일부를 시행하여야 한다.

보건복지부장관으로 하여금 감염병 예방조치를 정하도록 함으로써 국제보건규칙의 권고에 따른 예방 조치를 시행할 수 있는 근거 마련

제63조(시·도가 부담할 경비)

5. 이송 및 입원된 감염병환자등에 관한 경비, 감염병예방에 소요되는 방역재료에 요하는 경비

모든 감염병 환자의 진료비는 기본적으로 국가 및 지방자치단체에서 부담하도록 함

9. 검역법에 의해 격리 또는 감시통보를 받은 자에 대한 진료, 이송, 격리치료 등에 대한 제반경비와 감염병 예방을 위해 소요되는 방역재료비

「검역법」에 의한 감염환자 등의 관리를 위해, 이송 및 입원된 감염병 환자에 대한 시·도의 비용부담 의무를 명시

국내에서 발생한 외국인의 감염병은 파급효과가 크므로, 환자 이송 및 치료 등의 비용을 국고에서 부담하도록 함

제70조(예방접종 등으로 인한 피해 보상) ①국가는 제22조 내지 제24조의 규정에 의하여 예방접종을 받은 자와 제39조제2항의 규정에 의하여 예방 및 치료의약품의 투여를 받은 자가 그 예방접종 또는 예방 및 치료의약품으로 인하여 질병에 걸리거나 장애인이 된 한한다.

제39조(생물테러감염병 및 감염병대유행대비 약품, 장비비축)조문 신설에 따라 감염병 예방 및 치료를 위한 예방접종이나 의약품 투여로 피해를 입은 경우 국가가 보상할 수 있는 근거 마련

제39조 신설에 따라 예방 및 치료의약품 투여자의 과실 및 피해자 관련 부분 추가

부록2. 전염병의 진단기준 일부개정고시

1. 개정이유

- 신종전염병 유행 등 공중보건비상사태에 대한 국가간 협력·공조체계 강화를 위해 세계보건기구(WHO)에서 국제보건규칙(IHR : International Health Regulations)을 전면 개정한 바 있음
- 2007. 6. 15. 발효되는 동 개정규칙의 국내 적용을 위하여 '웨스트나일열'을 지정전염병 중 환자감시대상전염병에 추가하고, 그 신고를 위한 진단 기준을 신설하고자 함
- ※ 국제보건규칙(IHR 2005)에 따르면, '웨스트나일열(West Nile fever) 발생 시 세계보건기구(WHO)가 제시한 일정한 기준(「국제공중보건 비상사태의 평가 및 보고를 위한 결정도구」)에 따라 평가하여 WHO에 보고하도록 규정함

2. 주요내용

- 국제보건규칙(IHR) 전면개정에 따른 후속 조치로서 '웨스트나일열'을 지정전염병 중 환자감시대상전염병에 추가함에 따라, 이들에 대한 정의·임상적 특징·신고를 위한 진단기준 등을 새로이 규정함
- *전염병예방법 제2조제1항제5호의 규정에 의한 지정전염병의 종류는 다음 각목으로 한다.

가. 환자 감시 대상 지정 전염병

1) ~ 9) (현행과 같음)

10) 웨스트나일열

※ 전염병의 진단기준 일부개정고시

1. 개정이유

○ 전염병의 조기 발견 및 신속하고 효과적인 대처를 위해, 일부 전염병의 신고를 위한 진단기준을 보다 명확히 규정함

○ 빠르게 발전하는 진단기술을 반영함으로써 의료인의 신고 편의를 향상시키고자 함

2. 주요내용

○ 제2군전염병 중 “홍역”의 신고를 위한 진단기준 보완(제2호)

○ 제3군전염병 중 “쓰쓰가무시증”, “렘토스피라증”, “브루셀라증”, “신증후군 출혈열”, “인플루엔자”의 신고를 위한 진단기준 보완(제3호)

○ 제4군전염병 중 “댕기열”, “야토병”, “큐열”의 신고를 위한 진단기준을 보완하고, “보툴리누스중독증”의 명칭을 “보툴리눔독소증”으로 변경(제4호)

○ 환자감시대상지정전염병 중 “크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종 크로이츠펠트-야콥병(vCJD)”의 환자 및 의사환자 정의 등을 보완(제5호)

전염병의 진단기준 일부개정고시

“2. 제2군전염병”의 “ [2-4] 홍역” 중 “(3) 신고를 위한 진단기준”을 다음과 같이 개정한다.

[2-4] 홍역

(3) 신고를 위한 진단기준

○ 환자 홍역의사환자에 합당한 임상적 특징을 보이면서 다음 검사방법 등에 의 해당 병원체 감염이 확인된 자

·홍역 특이 IgM 항체 양성

- 회복기 혈청에서 급성기 혈청에 비해 IgG 항체가 4배 이상 상승
- 홍역 바이러스 분리 동정
- 홍역 바이러스 핵산 검출

- 혈청 항체검사 전 8일~8주 이내에 예방접종을 받고 홍역의사환자에 합당한 임상적 특징을 보이면서 실험실 확진환자와 역학적 연관성이 증명된 자

○ 의사환자 : 홍역이 의심되는 발진과 동시에 38℃ 이상의 발열과 더불어 기침(cough), 콧물(coryza), 결막염(conjunctivitis) 중 하나 이상 증상이 있는 자

“3. 제3군전염병” 중 “[3-11] 쯤쯤가무시증(Scrub typhus)” “[3-12] 렙토스피라증(Leptospirosis)”, “[3-13] 브루셀라증(Brucellosis)”, “[3-16] 신증후군출혈열(유행성출혈열)(Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome)”, “[3-17] 인플루엔자(influenza)” 의 “(3) 신고를 위한 진단기준”을 다음과 같이 한다.

[3-11] 쯤쯤가무시증(Scrub typhus)

(3) 신고를 위한 진단기준

○ 환자: 발열과 더불어 쯤쯤가무시증 환자에서 보이는 특징적인 가피(eschar)나 발진 등을 나타내면서 다음 검사 방법 등에 의해 해당 병원체 감염이 확인된 자

- 회복기 혈청의 항체가가 급성기에 비하여 4배 이상 증가
- 검체에서 유전자 검출
- 간접면역형광항체법으로 단일 항체가가 IgG 1:256 이상 또는 IgM 1:16 이상

- 수동혈구응집법으로 단일항체가 1:320 이상
- 검체(혈액 등)에서 균 분리 동정
- 검체에서 항원검출

○ 의사환자:

① 발열과 더불어 찌르가무시증 환자에서 보이는 특징적인 가피(eschar)나 발진 등을 나타내어 찌르가무시증이 의심되나 진단방법에 의해 해당 병원체 감염이 확인되지 아니한 자

② 발열과 더불어 찌르가무시증 환자에서 보이는 특징적인 가피(eschar)나 발진 등을 나타내어 찌르가무시증이 의심되면서 수동혈구응집법(1:320 미만), 간접면역형광항체법(IgG 1:256 미만), 면역크로마토그래피법 등으로 특이항체가 확인된 경우

[3-12] 렙토스피라증(Leptospirosis)

(3) 신고를 위한 진단기준

○ 환자: 렙토스피라증에 합당한 임상적 특징을 나타내면서, 다음 검사방법 등에 의해 해당 병원체 감염이 확인된 자

- 검체(혈액, 뇌척수액, 소변 등)에서 균 분리 동정
- 회복기 혈청의 항체가 급성기에 비하여 4배 이상 증가
- 현미경응집법으로 단일항체가 1:800 이상
- 검체(혈액, 뇌척수액, 소변 등)에서 유전자 검출
- 검체(혈액, 뇌척수액, 소변 등)에서 항원 검출

○ 의사환자

① 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 렙토스피라증이 의심되나 검사방법에 의해 해당 병원체 감염이 확인되지 아니한 자

② 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 렙토스피라증이 의심되며 다음

- 검사방법 등에 의해 해당 병원체 감염이 추정되는 자
- 현미경응집법으로 단일항체가 1:200 이상
- 특이항체(수동혈구응집법, 면역크로마토그래피법 등)가 확인된 경우

[3-13] 브루셀라증(Brucellosis)

(3) 신고를 위한 진단기준

- 환자: 브루셀라증에 합당한 임상적 특징 및 역학적 연관성을 가지며, 다음 검사방법 등에 의해 해당 병원체 감염이 확인된 자
 - 검체(혈액, 골수등)에서 균 분리 동정
 - 회복기 혈청의 항체가 급성기에 비하여 4배 이상 증가
 - 급성기 혈청의 항체가 표준시험관응집법으로 1:160 이상이면서 회복기 혈청에서 동일 항체가로 유지되거나 2배 이상 상승한 경우
 - 검체(혈액 등)에서 유전자 검출
 - 검체(혈액 등)에서 항원 검출
- 의사환자:
 - ① 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 브루셀라증임이 의심되나 검사방법에 의해 해당 병원체 감염이 확인되지 아니한 자
 - ② 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 브루셀라증이 의심되며 다음 검사방법에 의해 해당 병원체 감염이 추정되는 자
 - 표준시험관응집법으로 단일 항체가 1:160 이상

[3-16] 신증후군출혈열(유행성출혈열)(Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome)

(3) 신고를 위한 진단기준

- 환자: 신증후군출혈열에 합당한 임상적 특징을 나타내면서, 다음 검사방법 등에 의해 해당 병원체 감염이 확인된 자

- 검체(혈액, 뇌척수액 등)에서 바이러스 분리
- 검체(혈액, 뇌척수액 등)에서 바이러스 항원 검출
- 회복기 혈청의 항체가가 급성기에 비하여 4배 이상 증가
- 급성기혈청에서 IgM 항체 검출
- 간접면역형광항체법으로 단일혈청에서 항체가가 1:512 이상
- 검체에서 바이러스 유전자 검출

○ 의사환자

- ① 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 신증후군출혈열임이 의심되나 검사방법에 의해 해당 병원체 감염이 확인되지 아니한 자
- ② 예방접종을 받지 않은 자 중에서 특이항체 (수동혈구응집법, 면역크로마토 그래피법 등)가 확인된 경우

[3-17]인플루엔자(influenza)

(3) 신고를 위한 진단기준

- 의사환자 : 38℃이상의 갑작스러운 발열과 더불어 기침 또는 인후통을 보이는 자

제4군 전염병“의 “[4-2] 뎅기열(Dengue fever)”, “[4-17] 야토병(Tularemia)”, “[4-18] 큐열(Q fever)”, “[4-19] “보툴리누스중독증(Botulism)“ 중 “(3) 신고를 위한 진단기준”을 다음과 같이 개정한다.

[4-2] 뎅기열(Dengue fever)

(3) 신고를 위한 진단기준

- 환자: 뎅기열에 합당한 임상적 특징을 나타내면서, 다음 검사방법 등에 의해 해당 병원체 감염이 확인된 자

- 급성기 혈액에서 바이러스 분리
- 회복기 혈청의 항체가가 급성기에 비하여 4배 이상 증가
- 검체에서 IgM 항체 검출
- 검체에서 바이러스 유전자 검출
- 검체에서 바이러스 항원 검출

○ 의사환자: 동일

[4-17] 야토병(Tularemia)

(3) 신고를 위한 진단기준

○ 환자: 야토병에 합당한 임상 및 역학적 특징을 나타내면서, 다음 검사방법 등에 의해 해당 병원체 감염이 확인된 자

- 검체(혈액 등)에서 균 분리 동정
- 회복기 혈청의 항체가가 급성기에 비하여 4배 이상 증가
- 검체(혈액 등)에서 유전자검출
- 검체(혈액 등)에서 항원 검출

○ 의사환자

- ① 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 야토병임이 의심되나 검사방법에 의해 해당 병원체 감염이 확인되지 아니한 자
- ② 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 야토병임이 의심되며 다음 검사방법에 의해 해당 병원체 감염이 추정되는 자
 - 표준시험관응집법 등으로 단일 항체가가 1:160 이상
 - 야토병에 대한 예방접종을 받지 않은 사람으로서 특이 항체가 증가

[4-18] 큐열(Q fever)

(3) 신고를 위한 진단기준

- 환자: 큐열에 합당한 임상적 특징을 나타내면서, 다음 검사방법 등에 의해 해당 병원체 감염이 확인된 자
 - 검체(혈액 등)에서 균 분리 동정
 - 회복기 혈청의 항체가가 급성기에 비하여 4배 이상 증가
 - 검체(혈액 등)에서 유전자 검출
 - 검체(혈액 등)에서 항원 검출
- 의사환자:
 - ① 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 큐열임이 의심되나 검사방법에 의해 해당 병원체 감염이 확인되지 아니한 자
 - ② 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안하여 큐열임이 의심되며 다음 검사방법에 의해 해당 병원체 감염이 추정되는 자
 - 미세간접형광항체법으로 단일 항체가가 IgM 1:16 이상 또는 IgG 1:256 이상

“ [4-19] 보툴리누스중독증(Botulism)”을 ” [4-19] 보툴리눔독소증(Botulism)“으로 하고, (2)임상적 특징 및 (3)신고를 위한 진단기준 중 “보툴리누스중독증”을 각각 “보툴리눔독소증”으로 한다.

“5. 지정전염병”의 “[지정 가-9] 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종 크로이츠펠트-야콥병(vCJD)” 을 다음과 같이 개정한다.

“[지정 가-9] 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종 크로이츠펠트-야콥병(vCJD)

(1) 산발성 크로이츠펠트-야콥병

- 환자 : 신경병리학적/면역세포화학적으로 크로이츠펠트-야콥병과 부합하는 합당한 소견을 보이는 자

○ 의사환자

① 추정환자(probable)

- (표 1)의 I, II, III을 만족하는 자, 또는
- 의심환자에 해당하면서 뇌척수액에서 14-3-3 단백질이 검출된 자

② 의심환자(possible)

- (표 1)의 I, II를 만족하면서 이환기간이 2년 이내인 자

(2) 의인성(우연전파성) 크로이츠펠트-야콥병

- 환자 : 크로이츠펠트-야콥병으로 확진된 자로서 확인된 의인성 위험 요인(표 2)이 있는 자

○ 의사환자

· 추정환자(probable)

- 사람 기원의 뇌하수체 호르몬을 투여받은 자로서 진행성의, 소뇌위주의 기능장애를 보이는 자, 또는
- 크로이츠펠트-야콥병 추정환자(probable)로서 확인된 의인성 위험 요인(표 2)이 있는 자

(3) 유전형 전파성 해면양 뇌병증

○ 환자

- ① 전파성 해면양 뇌병증이 확진된 자로서 직계 가족 중 전파성 해면양 뇌병증 확진 혹은 의사환자(추정환자)가 있는 자, 또는
- ② 전파성 해면양 뇌병증이 확진된 자로서 (표 3)의 병원성(질병 특이) PRNP 유전자 돌연변이가 확인된 자

○ 의사환자

- ① 진행성 신경-정신 질환이 있으면서 직계 가족 중 전파성 해면양 뇌병증 확

진환자 또는 추정환자가 있는 자, 또는

- ② 진행성 신경-정신 질환이 있으면서 (표 3)의 병원성(질병 특이) PRNP 유전자 돌연변이가 확인된 자

(4) 변종 크로이츠펠트-야콥병

- 환자 : (표 4)의 I_A(진행성 신경-정신 질환)이면서 변종 크로이츠펠트-야콥병과 부합하는 합당한 신경병리학적 소견을 보이는 자

- 의사환자

- ① 추정환자(probable)

- (표 4)의 I, II, III_A, III_B를 모두 만족하는 자, 또는
- (표 4)의 I과 IV_A에 해당하는 자

- ② 의심환자(possible)

- (표 4)의 I, II, III_A를 만족하는 자

[지정-9] 크로이츠펠트-야콥병 중 [표 1], [표 2], [표 3], [표 4] 를 각각 별지와 같이 한다.

[표 1] . 산발성 크로이츠펠트-야콥병 진단기준

- | |
|------------------------------|
| I 급속히 진행되는 치매 |
| II 다음 소견 중 2가지 이상 |
| A 간대성 근경련 |
| B 시각 또는 소뇌기능장애 |
| C 추체로 또는 추체외로 기능장애 |
| D 무동성 무언증(akinetetic mutism) |
| III 전형적인 뇌파검사 소견 |

[표 2] . 의인성 크로이츠펠트-야콥병으로 분류를 위한 관련된 폭로 위험 요인

폭로와 발병의 인과성을 갖추기 위해서는 잠복기, 질병 발병시점 등을 감안하여 폭로로부터 발병까지의 시간적인 측면이 고려되어야 함

- ① 사람 기원의 뇌하수체 성장호르몬, 생식샘자극호르몬 투여, 또는 뇌경막을 이식 받은 경우
 - ② 인간 프리온 질환으로 확진 또는 추정환자(probable)인 공여자로부터 각막을 이식받은 경우
 - ③ 인간 프리온 질환으로 확진 또는 추정환자(probable)에게서 사용되었던 신경외과적 수술 도구에 노출된 경우
- (이 목록은 인간 프리온 질환의 명확한 기전이 밝혀지지 않은 이유로 인해 잠정적임)

[표 3] 신경병리학적 표현형 게르스트만-스트로이슬러-샤인케르 증후군 (Gerstmann-Strusler-Scheinker syndrom, GSS)과 관련된 PRNP 유전자 돌연변이 등

- 신경병리학적 표현형 게르스트만-스트로이슬러-샤인케르 증후군 (Gerstmann-Strusler-Scheinker syndrom, GSS)과 관련된 PRNP 유전자 돌연변이
 - P102L, P105L, A117V, G131V, F198S, D202N, Q212P, Q217R, M232T, 192bpi
- 신경병리학적 표현형 크로이츠펠트-야콥병과 관련된 PRNP 유전자 돌연변이
 - D178N-129V, V180I, V180I+M232R, T183A, T188A, T188K, E196K, E200K, V203I, R208H, V210I, E211Q, M232R, 96bpi, 120bpi, 144bpi, 168bpi, 48bpedel
- 신경병리학적 표현형 가족성 치명성 불면증과 관련된 PRNP 유전자 돌연변이
 - D178N-129M
- 혈관성 PRP 아밀로이드와 관련된 PRNP 유전자 돌연변이
 - Y145s
- 확진되었으나 아형 미분류 프리온 병과 관련된 PRNP 유전자 돌연변이
 - H187R, 216bpi
- 프리온 병으로 확진되지 않은 신경-정신 질환과 관련된 유전자 돌연변이
 - I138M, G142S, Q160S, T188K, M232R, 24bpi, 48bpi, 48bpi + 기타 octapeptide repeat 영역의 뉴클레오티드 치환

[표4] 변종 크로이츠펠트-야콥병 진단기준

- A 진행성 신경-정신 질환
 - B 이환기간이 6개월 이상
 - C 일반검사에서 다른 진단을 의심할 만한 소견이 없음
 - D 전파 가능한 의인성 위험요인에 폭로된 과거력이 없음
 - E 가족성 크로이츠펠트-야콥병의 증거가 없음
- II. 다음 중 4가지 이상의 소견
- A 초기에 나타나는 정신과적 증상²⁾
 - B 지속적인 동통성 이상감각증³⁾
 - C 운동실조
 - D 근경련증이나 무도증 또는 근긴장이상증
 - E 치매
- III. A 뇌파검사상 산발성 크로이츠펠트-야콥병의 전형적 소견⁴⁾을 보이지 않는 경우 (또는 뇌파검사를 시행하지 않은 경우)
- B 뇌 자기공명영상에서 양측 시상베게에 고신호강도가 있는 경우
- IV. A 편도 조직검사상 변종 크로이츠펠트-야콥병에 합당한 소견⁵⁾

- 1) 대뇌와 소뇌 전체에 미만형 플라크(fluid plaques 또는 개화성 반)를 동반한 광범위한 프리온 단백질 축적과 해면양 변화
- 2) 우울증, 불안증, 무감동증, 감정위축(withdrawal), 망상
- 3) 양측 측복부 통증이나 이상감각 증 하나 혹은 모두 있는 경우
- 4) 전반적으로 나타나는 약 1 Hz 주기의 삼상파(triphasic periodic complexes)
- 5) 편도 조직검사는 통상적인 검사로써는 권장되지 않으며, 특히 뇌파검사상 산발성 크로이츠펠트-야콥병을 시사하는 경우에는 시행할 필요 없음. 반면, 임상적인 소견상 변종 크로이츠펠트-야콥병이 의심되거나 뇌 자기공명영상에서 양 측 시상베게에 고신호강도가 보이지 않는 경우, 진단에 도움이 됨

부록3. 지역보건의료사업계획 “에시”

제1장. 지역보건의료계획의 목적

1.1 목적설정의 의의

- 보건의료 분야의 환경변화에 따른 보건소의 역할 및 방향을 검토하고 강남구민의 건강문제를 측정, 그 대책을 강구하여 보건소 업무의 중점적 추진 방향을 모색함
- 조직 구성원의 마인드를 변화시키고 업무의 효율성을 극대화하도록 유도하고자 함

1.2 목 적

- 노령화 시대에 따른 만성퇴행성 질환의 증가에 대비하기 위한 노인 보건사업을 확대 혹은 강화하여 건강수명을 늘린다.
- 체력검진을 실시하여 개개인에게 적합한 운동을 권장하는 맞춤형 운동지도를 실시하여 질병예방 및 건강증진에 도움을 준다.
- 주민들의 건강 수준을 높일 수 있는 소프트 및 하드웨어 프로그램 운영 및 각종 보건사업을 원활히 실시할 수 있는 안정적인 공간을 확보한다.
- 지역 내 민간의료기관, 사회복지시설, 대학교 등 민간기관과의 연계체계를 확립하여 공감대를 형성하고 사업의 효과성을 제고한다.
- 기초생활수급자, 장애인 등 저소득층의 밀집지역인 수서, 일원 지역에 보건지소 설치를 추진하여 보건의료 기능을 확충한다.

1.3 역 할

- 각종사업이 원활하게 수행될 수 있도록 충분한 예산 확보
- 목적인 바가 순조롭게 이행되는 지 중간평가 실시
- 문제점 발생 시 해결방안 강구시행
- 최종평가 후 잘된 점은 차후계획에 반영하고 시행착오 재발 예방

제2장. 지역 현황과 전망

2.1 지역개황도

1) 지역특성

2.2 지역사회 진단

1) 지역현황

가. 인구현황

- ① 동별 인구 크기 및 인구 밀도, 세대수와 세대당 인구수(2007년)
- ② 성별·연령별 인구 구조 및 추이(1989 - 2007년)
- 노인인구현황(65세 이상)
 - 노인인구비율
 - 노년 부양지수
- 연간 인구이동현황
 - 연간 인구이동율
 - 전입자수
 - 전출자수
- 나. 산업별 인구구성(2007년)
- 다. 의료보장종류별 인구(2007년)
- 라. 의료취약 인구(2007년)
- 마. 학교 및 학생수(1991~2007)
- 바. 학교 양호교사수 및 영양사수(20075년)

2) 의료이용 현황

가. 전체 보건의료기관 이용

- ① 00구 주민 의료기관 이용 현황(2007년)
- ② 의료기관이용 현황(2007년)

나. 지역보건기관 이용 현황

- ① 진료사업 실적(2007년)
- ② 보건사업 실적(2007년도)

3) 보건의료자원 현황

가. 의료기관 및 인력(2007년)

- ① 동별 의료기관 현황(2007년)
- ② 보건소와 협력관계를 갖고 있는 민간기관 현황(2007년)

나. 사회복지시설현황

- ① 관내사회복지시설현황(인가/2007년)
- ② 관내 사회복지시설 현황(비인가/2007년)
- ③ 보건소 업무와 협력관계를 갖고 있는 사회복지시설 현황(2007년)

다. 보건의료관련 민간조직과의 보건소업무 협력 현황(2007년)

4) 주민건강수준 현황

가. 건강수준

- ① 7대 주요 질환 사망원인
- ② 교통사고 발생(2007년도)
- ③ AIDS 환자 관리 및 검진
- ④ 연간 평균 외병일수
- ⑤ 주관적 건강 인식정도
- ⑥ 본인인지 주요 만성질환 유병율(생애주기별)

나. 각종 건강행위

- ① 흡연실태
- ② 음주실태
- ③ 성별·연령별 비만도
- ④ 연령별 아침 식습관(15세이상 인구)
- ⑤ 성별·연령별 운동 실천율

5) 환경보존 수준현황

가. 대기오염수준

나. 대기배출업소

6) 지역사회 진단결과 요약

가. 지역사회 진단결과 총괄기술

나. 지역사회 진단 결과에 따른 추후 전망

2.3 보건기관 조직 진단

1) 보건기관 조직 진단의 목적

보건소 단위기관의 조직, 직원 수, 전문인력, 예산 등을 조사하고 보건소의 장단점을 파악하여 보건소 자체조직의 역량에 대한 점검을 통하여 계획의 실현가능성과 지속성을 입증하기 위함.

2) 보건기관 현황 및 문제점

가. 보건기관 설치현황

나. 인력 현황

① 보건소 인력현황(2007년)

② 보건소 면허자격별 인력 현황(2007년)

㉠ 면허자격종별 인력

㉡ 면허자격종별인력 외의 인력

다. 보건기관 연간예산현황

① 예산현황(2007년)

② 자체예산(2007년)

③ 자체예산확보 특수시책사업명과 예산현황(2007년)

④ 보조사업 예산 현황(2007년)

3) 보건기관 조직진단

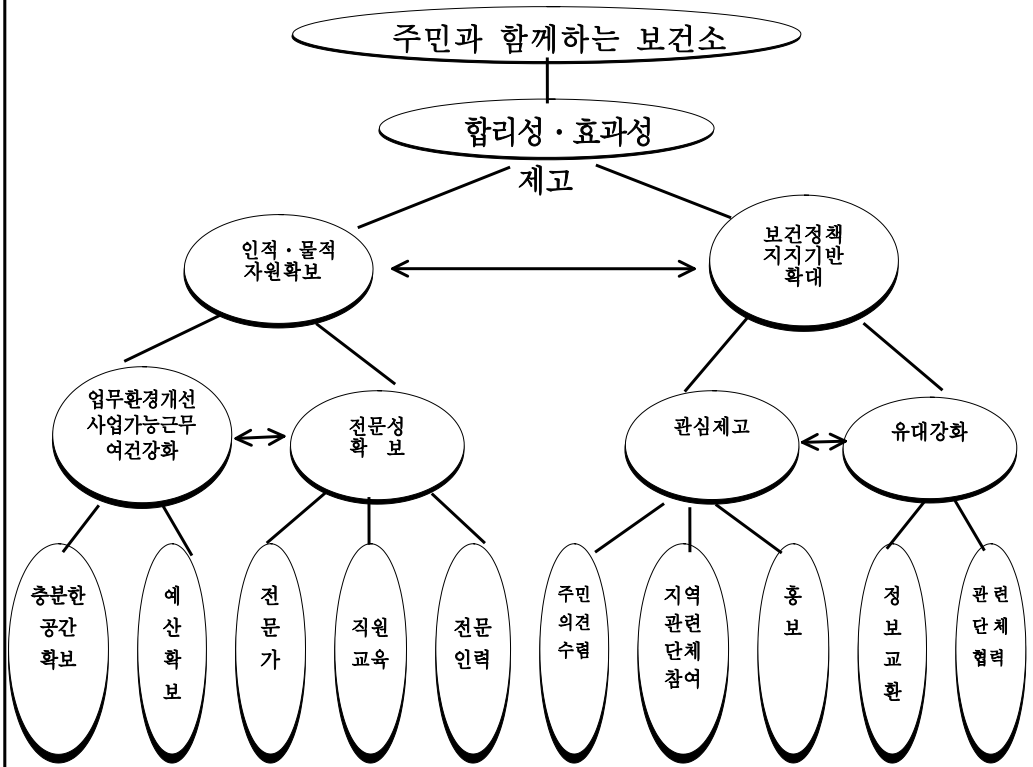
가. SWOT 분석

<p style="text-align: center;">Opportunities (기회)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 주민들의 보건의료 서비스 요구도 높다. ○ 민간의료기관이 많다. ○ 초·중·고교가 많다 ○ 민간의료기관과의 협조체계 유지 ○ 사회복지기관이 많다. ○ 자원봉사자센터 운영 	<p style="text-align: center;">Threats (위협)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 협력대학이 없다. ○ 보건소 접근성이 곤란하다. ○ 주민의 빈부격차 심화 ○ 보건소업무에 대한 주민들의 무관심
<p style="text-align: center;">Strength (강점)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 예산확보가 용이하다. ○ 보건소 전산화시스템 구축 ○ 기관장의 높은 관심도 ○ 직원간의 업무협조 양호 ○ 직원들의 업무 수행능력 탁월 ○ 주민들의 인터넷 사용 증가 	<p style="text-align: center;">Weakness (약점)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 청사 및 시설 협소 및 노후 ○ 인력부족 ○ 구청간부들의 관심도 저조 ○ 직원들의 친절mind 결핍

그림1. SWOT 분석 결과

조직진단결과를 토대로 한 조직의 발전 전략

- ① 정보교환, 각종 보건정책 및 보건사업에 대한 의견교환과 참여를 통한 민간 의료기관과의 유대강화
- ② 인터넷 등을 통한 충분한 주민의견 수렴과 홍보를 통하여 사업의 효과성을 제고
- ③ 부족한 전문인력은 민간의료기관과의 연계를 통해서 지역보건법에 규정한 최소배치 인력을 확보
- ④ 협소한 공간 때문에 추진이 곤란했던 주민숙원 보건사업이 가능하도록 충분한 공간을 확보하고 쾌적한 환경 제공



2.4 제2기 지역보건의료계획에 대한 자체 평가

1) 제2기 지역보건의료계획 자체평가 목적

- 제2기 보건의료계획을 평가 분석하여 보다 내실있는 계획 수립을 도모하고
- 미진하거나 부진요인을 찾아 개선하는 등 제3기 지역보건의료계획에 참고 하고자 함.

2) 평가 내용

가. 제2기 계획의 수립과정

구 분	내 용	
	지역보건의료심의위원회의 활용 및 작성팀의 운용 등에 대한 평가	
장애요인	구조적 요 인	- 각종 사업의 부서별, 외부기관과의 조정·협조의 어려움 - 각종 업무의 과중으로 인한 담당직원의 전문성 결여
	업무과정 요 인	- 각종 통계자료의 구 및 동 단위의 자료 미흡으로 구체적인 지표제시의 어려움
	인적 요인	- 보건행정의 전문가 부족 - 보건계획 수립 담당의 과중한 업무로 보건사업에 대한 전반적인 지식 습득의 기회가 적음.
가능요인	구조적 요 인	- 지역보건의료계획의 연간계획 수립 및 평가
	업무과정 요 인	- 보건정보시스템의 구축으로 보건의료 자료 관리
	인적 요인	- 인력개발 및 훈련을 통한 지속적 교육실시로 전문인력 확보

나. 제2기 계획의 활용정도 분석

구 분	내 용	
성공요인	구조적 요인	- 보건의료계획의 중요성 인지 및 부서장의 관심 제고 - 서울시의 보건업무 평가등을 통한 동기 부여
	업무과정 요인	- 보건의료사업의 내실 및 다양화를 통한 주민 참여 확대 - 노인층을 위한 특색있는 사업의 개발 추진
	인적 요인	- 부서장의 관심제고 및 지속적인 교육실시로 업무능력 제고
실패요인	구조적 요인	- 의약분업 등으로 인한 의료환경의 급격한 변화와 IMF 체제등으로 인한 공공부분의 구조 조정등으로 조직 및 인력 등의 원활한 대처 미흡 - 정부의 구조조정 정책으로 인한 인원의 축소로 사업추진에 애로 - 보건소 건물의 노후화 및 협소로 인한 각종 사업 추진 불가
	업무과정 요인	- 사업 개발 및 업무 추진에 따른 자세 부족
	인적 요인	- 보건사업 추진을 위한 인력 부족과 운동처방사, 치위생사 등 인력확보의 어려움으로 사업 추진 불가

3) 제2기 계획의 목표 달성 정도와 효과 분석

생애주기에 따른 보건사업

가. 영유아 보건사업

나. 학생보건사업

다. 성인보건사업

라. 모성보건사업

마. 노인보건사업

바. 각종실험 및 검사

서비스별 보건사업

가. 건강증진 및 보건교육사업

나. 영양개선사업

- 다. 구강보건사업
- 라. 만성퇴행성질환 관리사업
- 마. 방문보건 사업
- 바. 방역소독사업
- 사. 만성전염병관리
- 아. 청소년약물오남용예방사업
- 자. 공중위생 및 식품위생
- 차. 의·약물관리
- 타. 정신보건사업

자체평가 과정 제시

평가결과에 근거한 향후 계획 수립 방향

제3장. 보건소 업무의 현황과 추진계획

3.1 핵심사업 선정

1) 핵심사업 선정배경

인구의 고령화, 만성퇴행성질환의 증가 및 사회구조와 상병구조의 변화, 의료수준과 생활수준 향상으로 인한 건강욕구 증대 등은 보건소가 지역주민의 평생건강관리기관으로서의 역할을 재정립해야 하는 당위성에 직면하게 되었고, 지역보건법 및 국민건강증진법이 제정되면서 공공의료의 행정환경 변화에 따른 보건소의 역할도 변화하게 되었다.

이에 따라 종전의 전염병예방, 저소득 진료위주의 중심에서 전주민 예방적 평생 건강관리체제 전환의 일환으로 지역실정에 맞는 보건사업을 모색, 건강증진사업 및 질병예방 관리사업을 활성화시켜 주민 스스로가 건강보호·증진 및 질병예방을 실현시켜나갈 수 있도록 건강생활실천환경을 조성하고 필요한 보건의료서비스를 제공하기 위해서 주민설문조사, 보건정책방향, 전문가의 자문, 자체 기획팀 구성 운영 등 다각적인 검토를 바탕으로 보건사업 우선순위를 정하여 예산확보, 보건소 인력 및 조직 등을 고려 실행가능성이 있는 사업을 핵심사업으로 하고자 함.

2) 핵심사업선정 방향

가. 기존의 보건사업 기획의 문제점 고려

- 실제 적용의 어려움 및 근거 부족 등

나. Need/Impact - Based Planning

- 건강 필요의 평가 : 건강문제의 도출
- 보건사업의 효과 평가 : 국내외 문헌 고찰 ⇒ 효과가 입증된 사업목록 작성

다. 보건사업의 우선순위 결정

- 건강 필요의 크기가 큰 것 (A)
- 효과가 입증 된 것 (B)
- 높은 우선순위 ($A \cap B$)

라. 결정된 우선순위 중 실행가능성 고려 핵심사업으로 선정

3) 일정

4) 핵심사업 선정의 원칙

건강문제별 문제의 크기, 문제의 심각도, 문제에 대한 주민의 관심도, 관련정책과의 연관성 및 지역사회 발전방향을 원칙으로 사업선정

5) 핵심사업 선정과정 및 방법

가. 2008년도 지역보건사업활성화를 위한 기초설문조사

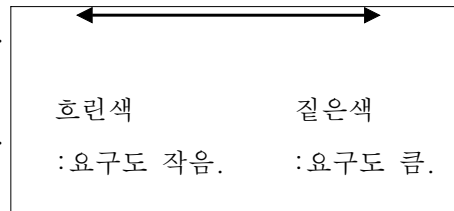
나. 보건소 지역의료계획팀과 자문팀인 00대학교 000 교수외 연구원 3명과 9차례 회의 결과 사업선정

- ◆ 제3기 지역의료계획팀 구성 → 생애주기에 따른 건강문제 도출
 → 사업선정기준 결정 → 결정기준에 의한 건강문제별 자료 수립
 → 수집자료에 의한 건강문제 점수부여 → 건강문제 우선순위 결정 → SWOT분석실시 → 핵심사업 선정
- 다. Need/Impact - Based Planning(요구/효과-근거기획)

영역	문제	영유아	학동기	청소년	청년층	장년층	노년층	여성
질병문제	선천성장장애	없음						
	자폐증	없음						
	고혈압					있음	있음	
	당뇨병		있음	있음		있음	있음	
	심혈관질환					있음	있음	
	암					있음	있음	
	요통					있음		
	관절염							있음
치매							없음	
치질						없음		
다공증								없음
위험요인	사고	있음	있음	있음	있음	있음	있음	
	비만		있음	있음	있음	있음	있음	
	흡연			있음	있음	있음	있음	
	음주			있음	있음	있음	있음	
	영양	없음						없음
	운동				있음	있음		
약물중독			있음					
기타문제	치아우식증		있음	있음	있음			
	치주질환					있음	있음	
	육아	없음						
	환아관리	없음						
	산전산후관리							없음
성비불균형							없음	

그림2. Need/Impact - Based Planning(요구/효과-근거기획)

- ※ 빨간색 : 요구도는 크나 효과성이 없음.
- 주황색 : 요구도 · 효과성 적음.
- 하늘색 : 요구도는 적으나 효과성 있음.
- 파란색 : 요구도 · 효과성 큼.



※ 보기(예)

- 질병문제에서 영유아의 선천성장장애, 자폐증 환자들에 대한 보건사업은 요구도는 크나 사업 실행 결과의 효과성이 입증되지 않아 보건사업으로 채택하기 곤란하다는 것을 보여준다.

그러나 질병문제 중 장년층, 노년층에 대한 고혈압, 당뇨병, 심혈관질환, 암 등의 질병은 요구도 · 효과성이 크므로 보건사업 필요성이 있음

을 나타낸다.

- 위험요인에서 영유아 및 여성에 대한 영양사업은 요구도와 효과성 모두 적어 보건사업으로 채택하기 곤란하다는 것을 보여준다.

3.2 핵심사업 계획

1) 만성질환관리

가. 사업선정배경

- ① 현 황
- ② 문제점
 - ㉠ 환자의 인식부족으로 지속적인 관리의 어려움 상존
 - ㉡ 인력 및 시설 부족
 - ㉢ 유기적인 업무처리 미흡
 - ㉣ 상호보완적인 업무영역의 개발 및 발굴 미흡

③ 필요성

나. 사업목표

- ① 사업대상
- ② 사업 목적
- ③ 사업 목표
- ④ 연차별 목표

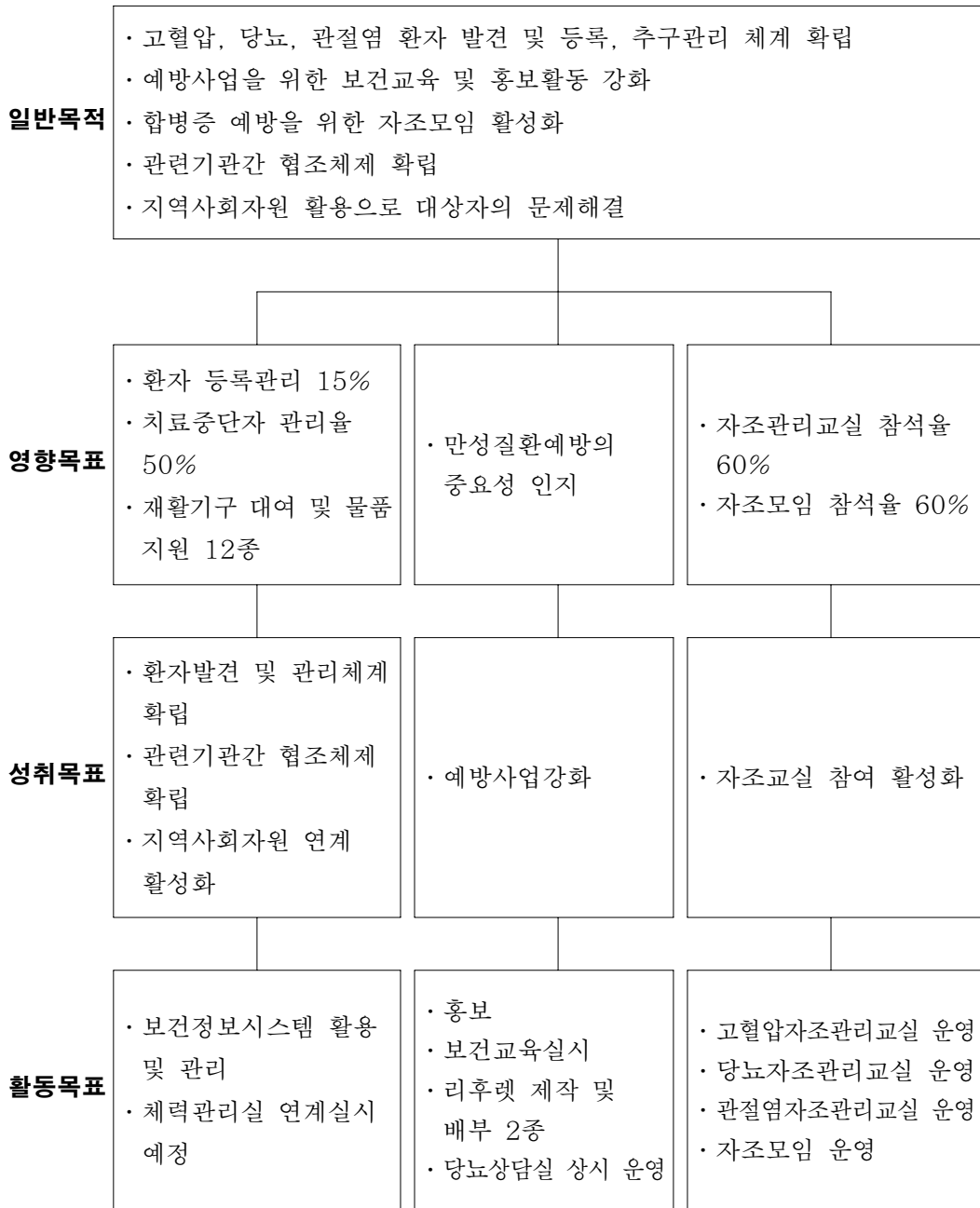


그림3. 사업목표도

다. 수행전략

목표 범주	세부목표	수행방법
영향 목표	환자 등록관리	보건정보시스템 활용하여 전산입력 및 등록관리
	치료중단자 관리	수약중단 및 불협조자의 파악 및 추서관리(고혈압·당뇨) -전화, 서신, 방문간호사를 통한 가정 방문 -질병별 환자관리 -보건소 1차진료실 및 1차 병의원 전문적인 치료유도
	재활기구 대여 및 물품지원	재활기구 대여 및 재활보조물품제공
	만성질환예방의 중요성 인지	홍보 및 보건교육실시
	자조관리교실 참석율	만성질환자의 자가관리의 중요성 교육
	자조모임 참석율	만성질환자의 자조관리교육후 꾸준한 자기관리 하도록 지지
성취 목표	환자발견 및 관리체계 확립	보건정보시스템 활용
	관련기관간 협조체계 확립	방문진료 및 간호 -통원이 어려운 재가 환자에게 검사, 처방 및 투약 -취약계층 및 치료 불 순응군에 대한 가정방문 -질병별 환자관리 -보건소 내과 및 1차 병의원 전문적인 치료유도
	지역사회자원 연계 활성화	이·미용봉사, 밑반찬 서비스 가정도우미, 간병인 도우미, 차량도우미, 복지관 식사제공 연계. 전문의료기관 연계
	예방사업강화	홍보, 보건교육 등
	자조교실 참여 활성화	만성질환자의 자가관리 중요성 교육
	활동 목표	보건정보시스템 활용 및 관리
체력관리실 연계실시 예정		만성질환 조기발견자 연계 등록관리
당뇨상담실 상시 운영		당뇨 상담실 상시 운영
홍보 및 보건교육		인터넷, 소식지, 리후렛 등을 통한 다각적인 접근 시도 보건교육 강화 : 자체교육 및 관내 병의원과 연계 전문교육 실시(환자및 보호자에 대한 꾸준한 보건교육실시)
리후렛 제작 및 배부		보건교육용 리후렛, 당뇨수첩 제작 및 보급
고혈압자조관리교실 운영		고혈압 자조관리 프로그램 운영
당뇨자조관리교실 운영		당뇨 자조관리 프로그램 운영
관절염자조관리교실 및 자조모임운영		관절염 자조관리 프로그램 운영 자조관리 대상자 추후관리 모임 운영

라. 연차별 시행계획

마. 사업효과평가방안

① 사업평가대상 : 만성질환자(내소 고혈압, 당뇨, 관절염)

② 사업평가방법 : 목표 대 실적평가

- 보건소 내소 만성질환발견자 등록관리율

- 수약불협조자 및 투약중단자의 관리율

- 각종 프로그램 참여자 및 이용자에 대한 만족도 및 태도변화조사

③ 사업평가지기 : 단위사업별 년1회

2) 건강증진센터 설치·운영

가. 사업선정배경

① 현 황

③ 사업의 필요성

나. 사업대상

① 사업의 일반적 목적

② 목표

③ 연차별 목표

다. 수행전략

라. 연차별 시행계획

마. 사업효과 평가방안

3.3 일반사업 계획

1) 생애주기별 보건사업

가. 영유아보건사업

① 현 황

㉠ 사업현황

㉡ 영유아 건강관리 연령별 대상인구 수

② 사업목표

㉠ 일반적 목표

㉡ 구체적 목표

- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

나. 학생보건사업

- ① 현황
 - ㉠ 사업대상자
 - ㉡ 사업현황(2008년도)
- ② 사업 목표
 - ㉠ 일반적 목표
 - ㉡ 구체적 목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 주요 사업별 추진전략 및 추진상 예상되는 문제점

다. 성인보건사업

- ① 현 황
 - ㉠ 사업대상자
 - ㉡ 사업현황(2008년)
- ② 사업목표
 - ㉠ 일반적 목표

- 경제활동에 왕성한 시기에 있는 성인들은 음주, 흡연, 스트레스, 운동부족 등과 같은 생활환경과 습관이 건강을 위협하고 있으며, 활동량 증가에 따른 각종 사고에 많이 노출되고 있는 실정이다.

- 성인보건사업의 주요목표는 건강교육과 체력측정 등을 통하여 건강의식을 함양하고 자기 건강관리능력 증진을 통해 건강한 생활습관을 유도하고, 또한 건강검진을 통하여 성인병을 조기에 발견하는데 있다.

㉡ 구체적 목표

- 보건교육은 건강증진관련 프로그램의 다양화로 주민의 참여율을 높인다.
- 각종 예방접종 필요성에 대한 적극적인 홍보로 적절성에 대한 인식 제고
- 체력관리실을 설치·운영하여 체력측정, 건강검진을 통한 주민 건강증진을 도모하고, 향후 새로운 장비와 시설 환경 등을 보강하고 의료인력의 확충을 통해 주민의 이용율을 지속적으로 높인다.

- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

라. 모성보건사업

- ① 현황
 - ㉠ 사업대상자 : 154,313명 (15~44세 여성수)

- ㉡ 사업현황

- ② 사업목표

- ㉠ 일반적 목표

- ㉡ 구체적 목표

- 위험요인을 감소시킨다.

- 보건교육 인원을 증가, 확대하고 다양한 교육을 실시하여 임산부의 건강생활 실천을 유도한다.

- 모유 수유 실천율을 상승시킨다.

- 전 대상자가 보건소 및 병·의원 등에서 철저한 산전관리를 받을 수 있도록 유도

- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

마. 노인보건사업

- ① 현황

- ② 사업목표

- ㉠ 사회문제로 대두되고 있는 치매를 조기에 발견하고 관리하여 부양가족의 고통을 경감시켜주고 치매환자관리에 도움이 되도록 함

- ㉡ 소외된 노인을 대상으로 보건서비스를 제공함으로써 정신적지지, 건강향상 및 활기찬 노후생활을 도모하고자 함

- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

【 별첨 】 어르신 뇌졸중환자 주간보호시설

가. 사업선정배경

① 현 황

- 조기사망손실연수로 평가한 주요 7대 질환

② 문제점

- ㉠ 설치장소 확보 어려움
- ㉡ 낮병동 운영에 따른 전문인력 부족

③ 사업의 필요성

㉠ 현행 의료보험체계에서는 재활 낮병동에 대한 수가가 책정이 되지 않아 민간 병의원에서는 시행이 곤란하고,

㉡ 뇌손상 환자에 대한 치료는 보험체계 여건상 대학 병원이나 종합병원 중심의 신체적 재활에 집중되고 있으며, 환자가 귀가하여 계속적으로 적합한 재활치료를 받을 수 있는 다양한 시설이 없으며,

㉢ 퇴원후 재활치료의 단절 및 지금까지의 치료효과 소실에 대한 두려움으로 퇴원을 기피하게 되어 재원기간이 필요이상으로 연장되는 등 환자, 보호자, 병원 모두가 악순환을 거듭,

㉣ 뇌손상 장애인들은 평생 지속되는 신체적, 정신적 후유증으로 시달리며 가정과 사회로부터 소외되고 방치되다가 결국 합병증으로 인하여 장애가 더욱 악화되어 가족 개개인의 사회생활 및 안녕에 막대한 영향을 미치고 있어 그 파급효과가 가정 뿐 아니라 사회문제화 되고 있음에 따라 장기적으로는 노인전문병원의 설치가 필요하며, 기초자치단체에서는 현실적으로 설치가 어려우므로 서울시에 노인전문병원의 설치를 지속적으로 협의

④ 사업주체가 보건소가 되어야 하는 이유

나. 사업목표

① 일반목적

낮병동은 뇌손상장애인의 장애(disability)와 불구(handicap)를 최소화하여 삶의 질을 증진시키고 보호자와 가족의 경제활동을 돕기 위함으로 의학적 장애인이 사회적장애인이 되는 것을 막기 위함이다.

② 영향목표 (impact)

- ㉠ 사회통합과 삶의 질 향상도모

③ 성취목표 (achievement)

- ㉠ 뇌손상 장애인의 조기발견 및 관리체계 확립
- ㉡ 공공·민간병원과의 의뢰/회송시스템유지
- ㉢ 퇴원환자모임, 자원봉사자모임의 활성화
- ㉣ 보건, 복지, 교육, 고용 등 다면적 접근

④ 활동목표 (activity)

- ㉠ 지역사회주민에게 장애인재활의 이해와 중요성 인식(홍보)
- ㉡ 지역사회의 자발적 참여 유도
- ㉢ 재활센터(낮병동)설치 및 기자재확보, 전문인력확보 및 교육
- ㉣ 민간과의 협력방안 검토
 - 서비스위탁
 - 위탁경영

다. 사업대상

① 현황

② 대상환자

- ㉠ 효과를 기대할 수 있는 재활의 잠재력이 있는 환자
- ㉡ 입원치료 종료 후 독립적 생활과 심리적 적응 및 사회통합을 위해 지속적인 재활치료를 요하는 환자
- ㉢ 만성 뇌손상 장애인으로 재활치료는 완료되었으나 운동기능유지 및 심리 사회적 적응을 위해 재활치료를 희망하는 환자
- ㉣ 심한 퇴행성관절염으로 재활이 필요한 환자

라. 연차적 목표

마. 연차별 시행계획

바. 사업효과 평가방안

- ① 독립성 및 심리·사회적 적응력 측정에 의한 평가
- ② 프로그램 참여자에 대한 만족도 조사

2) 서보건의사업

가. 건강증진사업

- ① 현황
 - ㉠ 사업현황(2008년)
- ② 사업목표
 - ㉠ 일반적 목표
 - ㉡ 구체적 목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

나. 급·만성 전염병 관리사업

- ① 현황
 - ㉠ 급성전염병
 - ㉡ 만성전염병
 - ㉢ 방역소독
- ② 사업목표
 - ㉠ 일반적 목표
 - ㉡ 구체적 목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

다. 만성퇴행성 질환 관리사업

라. 정신보건사업

- ① 현황(2008년)
- ② 사업목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 추진전략

마. 구강보건사업

- ① 현황(2008년)
- ② 사업목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

3) 서비스제공 방법

【 의료취약계층 보건사업 】

가. 방문보건사업

- ① 현황(2008년)
- ② 사업목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

나. 가정간호사업

- ① 현 황
- ② 사업목표
 - ㉠ 직접 서비스 민간위탁 : 전문의료기관
 - ㉡ 환자 및 기타관리 : 방문 간호팀
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

다. 암검진 사업

- ① 현 황(2008년)
- ② 사업목표

라. 희귀·난치성질환자 관리사업

- ① 현황

- ② 사업목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

마. 미숙아의료비 지원

- ① 현 황
- ② 사업목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

【 일반사업 】

가. 대중매체등을 이용한 보건교육

- ① 현 황
- ② 사업목표
- ③ 연도별 추진계획

나. 주민에 대한 진료

장애인치과운영 (비예산 사업)

- ① 현 황
 - ㉠ 진료실적
- ② 사업목표
 - ㉠ 사업내용
- ③ 추진방향

보건소 내원 환자진료

- ① 현 황
 - ㉠ 진료실적
- ② 사업목표
 - ㉠ 사업내용
- ③ 추진계획

4) 행정위주의 사업

가. 금연관련시설 지도점검

- ① 현 황(2008년도)
- ② 사업목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

나. 응급의료에 관한 사업

민간의료기관과 응급의료체계구축

- ① 현 황
- ② 사업목표
- ③ 추진방향
 - ㉠ 유관기관 협조 지원체계 구축
 - ㉡ 년1회 서울시 주관 응급처치교육실시

연휴기간중 진료대책

- ① 현 황
 - ㉠ 연휴진료의료기관
- ② 목 표
- ③ 추진계획
 - ㉠ 진료안내반 운영
 - ㉡ 의료기관의 진료
 - ◆보건소
 - ◆병원 및 의원에 대한 진료
 - ㉢ 당번약국운영
 - ◆당번약국 지정 순번제 운영
 - ㉣ 환자이송 및 의료지원 협조체제 유지

다. 의·약물관리사업

- ① 현 황
- ② 목 표
- ③ 추진계획
 - ㉠ 의료기관 및 의료유사업소
 - ◆ 지도대상
 - ◆ 지도방법
 - ◆ 점검사항
 - ◆ 위반업소에 대한 조치
 - ㉡ 약사지도계획
 - ◆ 대상업소
 - ◆ 점검방법
 - ◆ 중점지도내용
 - ㉢ 마약류지도계획
 - ◆ 대상업소
 - ◆ 점검방법
 - ◆ 중점지도내용
 - ◆ 기타
- ④ 연도별 추진계획

라. 식품위생 및 공중위생

- ① 현 황(2007년 12월 31일 기준)
- ② 사업목표
- ③ 연도별 추진계획
- ④ 문제점 및 구체적 추진전략

5) 기타사업

가. 각종시험 및 검사사업

- ① 사업내용 및 추진실적(2007년)
- ② 사업목표

제4장. 지역보건기관의 확충 및 정비계획

4.1 총괄

4.2 조직 인력계획

- 1) 보건기관 직제표
- 2) 보건소 직제에 따른 배치인력 및 담당업무와 향후 정비계획
 - ① 보건기관 면허·자격보유 현황 및 향후 계획
 - ② 보건기관 정·현원 현황 및 향후 계획
 - ③ 보건소 담당별 근무인원, 부족인원 현황
 - 문제점과 향후 해결 방향 제시
- 3) 인력 개발계획
 - 가. 2008년까지 기존인력의 재교육(직무전문교육등) 방안
 - 나. 필요인력 추계 및 교육계획
 - ① 2008년까지 필요인력 추계

4.3 시설 및 장비 계획

- 1) 시설 계획
 - 가. 현 황
 - 나. 문제점
 - 다. 시설계획
- 2) 장비 계획
 - 가. 현 황
 - 나. 문제점 : 없음

4.4 예산 계획

- 가. 연도별 추정 예산소요 내역

제5장. 지역내 공공기관 및 민간의료기관간의 기능분담 및 발전방향

5.1 지역내 공공기관 및 민간의료기관간의 기능분담 및 연계 계획

5.2 기타 지역사회 자원 활용 방안

00자원봉사센터 연계 활용

- 업무 및 사업을 분석하여 소요인원 판단
- 관련부서 혹은 보건사업에 전문 직종 및 기능 소지자 여부 판단
- 활용기간, 근무시간, 봉사 방법, 환경 등을 사전에 충분히 설명
- 사전 교육을 실시하는 등 세부 계획을 수립하여 활용 실시

명예보건소장 자원 봉사 활용

- 보건소 업무에 관심이 많은 명예보건소장을 활용하여 보건소 업무 홍보 요원화
- 예산을 확보하여 소식지 편집팀을 구성 운영
- ON-OFF 라인으로 적극 적인 홍보가 가능하도록 세부 계획 수립 실시

※자료출처: <http://healthpia.gangnam.go.kr/>의 내용을 중심으로 재정리함.

[참고 문헌]

- 고광욱, 박시운, 장세권, 한국누가회 등, 의약분업 정책평가: 제4장 임의조제 행태분석. 의약분업정책평가연구회, 20
- 고성진 외, 현대공중보건학, 지구문화사, 1996.02.
- 권이승, 보건행정, 도서출판 이그잼, 2006.
- 김운신 외, 보건의료행정, 수문사, 2006.
- 김한중, 21세기 한국 보건의료정책 개혁방향: 제13장 의약분업 정책의 평가와 대안모색. 한국의학원, 2002.
- 김화중 외, 지역사회간호학, 수문사, 2002.
- 김화중 외, 한국복지정책론, 수문사, 2005.
- 김순옥, WTO 보건의료 시장개방; 간호계의 체계적 준비와 대응, 간협신보, 2002. 8. 1.
- 김영임 외, 지역사회간호학, 한국방송대학교출판부, 2000.
- 지역사회간호학회출판편찬위원회, 보건학강좌, 수문사, 1992.
- 김기훈 외, 공중보건학, 정문각, 1999
- 김동석, 공중보건학, 수문사, 2002.
- 남은우 외, 지역사회보건 및 일차보건의료, 지구문화사, 1991.
- 문옥륜 외, 한국의료보험론, 신광출판사, 1990.
- 문재우, 보건행정학, 한국고시회, 2006.
- 문재우, 김기훈, 보건행정, 계축문화사, 2004.
- 문창진, 보건의료사회학, 신광출판사, 1997.
- 보건복지부, 2006년 주요행정통계, 2007.
- 보건복지부, 인터넷자료, 2007.
- 보건복지부, 건강보험 약가 조정기준. 보건복지부 보도자료, 2002. 8. 9.
- 국민의료보험관리공단, 의료보험질의응답, 1998.
- 부산광역시 지방공무원 교육원, 보건행정교재, 1996.
- 보건사회부, 보건사회백서, 1999.
- 신유선 외, 지역사회간호학, 수문사, 2007.

- 유승흠 외, 보건행정학 강의, 수문사, 1998.
- 의료보험관리공단, 의료보험제도안내, 1996.
- 이광옥 외, 지역사회간호학 분야, 현문사, 2002.
- 이상돈, 의료체계와 법, 고려대학교 출판부, 2000.
- 이선희, 이혜진, 의약분업 정책평가: 제2장 의약분업 정책에 대한 타당성 검토. 의약분업 정책평가연구회, 2002.
- 이영근 외, 공중보건학, 청구문화사, 1995.
- 의료보장개혁위원회, 의료보장 개혁과제와 정책 방향, 1995.
- 의료제도발전특별위원회, 의약분업발전방향. 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집. 2003.
- 의약분업평가단, 의약분업 평가 및 개선방안. 의약분업 정책토론회 자료집, 2001.
- 전라남도 지방공무원 교육원, 보건실무자반 교재, 1994.
- 정경균 외, 보건의료사회학, 신광출판사, 1991.
- 정상혁, 의약분업발전방향. 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집. 의료제도발전특별위원회. 2003.
- 정상혁, 21세기 한국 보건의료정책 개혁방향: 제12장 의약분업 시행 2년의 평가. 한국의학원, 2002.
- 정연강 외, 지역사회간호학 총론, 현문사, 2007.
- 지성애 외, 간호관리학 II, 수문사, 2000.
- 조재국 등, 의약분업 시행 평가분석 및 개선방안. 한국보건사회연구원, 2001.
- 조재국, 이상호, 의약분업 조기정착을 위한 제도개선 방안. 한국보건사회연구원, 2001.
- 환경부, 인터넷자료, 2007.
- 허정, 최신보건행정학, 신광출판사, 1989.
- WHO, The Health Center Concept in Primary Health Care, WHO Regional Office Europe, Copenhagen, 1983.
- WHO, From Alma-ata to The Year 2000, WHO Geneva, 1988.
- WHO, Implementation of The Gloval Strategy for Health for All by The Year 2000, WHO Pan American Health Organization, 1993.
- Reija, G. E., Social Insurance and Economic Security, Prentice-Hall Inc.,

1984.

Eleanor, J. etc., Effective Management, Addison Wesley, 1985.

<http://www.mohw.go.kr>

<http://www.me.go.kr>

<http://nhic.or.kr>

<http://healthpia.gangnam.go.kr>

보 건 행 정

2008년 2월 일 인쇄
2008년 2월 일 발행

편 집 : 지방혁신인력개발원 기획지원부
집 필 : 수원여자대학교 간호학과
 수 이 원 유
교 정 : 광주광역시 전 창 섭
 광주광역시 박 진 희
인 쇄 : 한국보훈복지의료공단 신생인쇄조합
 TEL : (02) 426-4415
 FAX : (02) 429-9562

※ 이 책자의 전문(全文)은 지방혁신인력개발원 홈페이지
(www.logodi.go.kr)에 게재되어 있습니다. <<비매품>>

2008 공통교재
보건행정