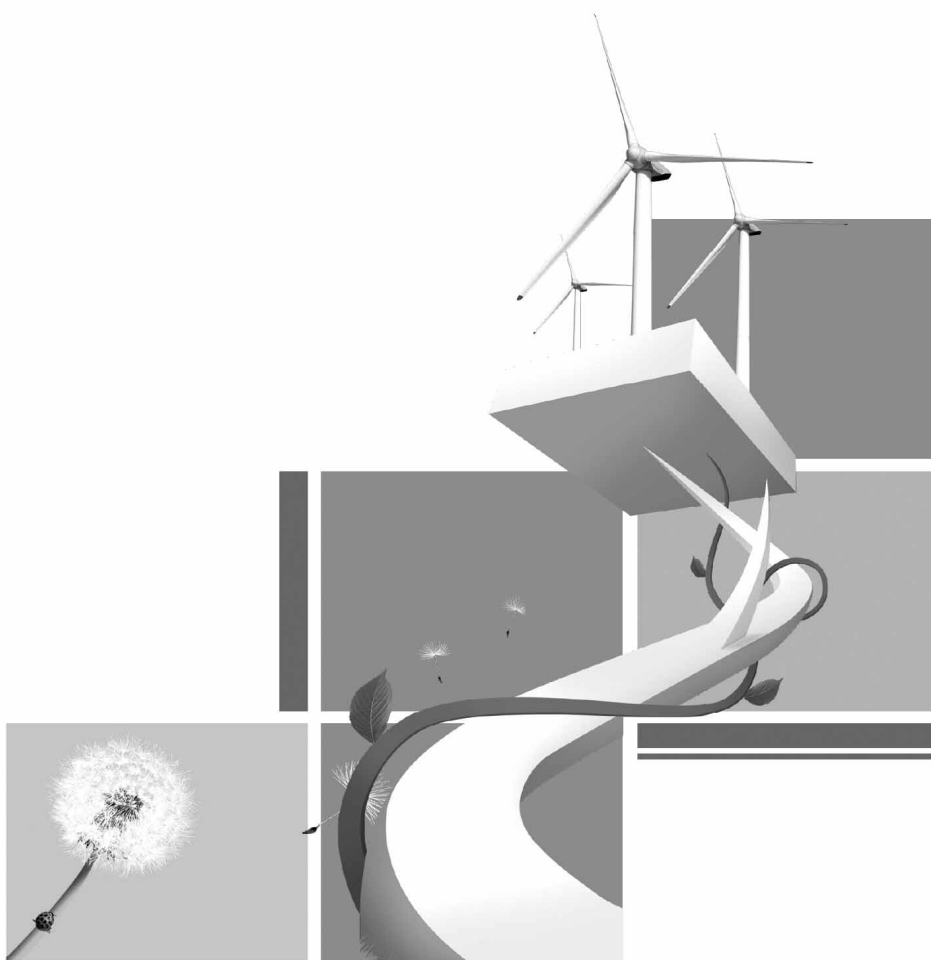


2010 공통교재

보건행정



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 새 시대를 창조
하는 역사의 주체가 된다.

우리는 겨레의 엄숙한 소명 앞에 솔선 헌신함으로써 조국의 번영을 이룩
하는 민족의 선봉이 된다.

우리는 창의적 노력으로 최대의 능력을 발휘함으로써 민주한국을 건설
하는 국가의 역군이 된다.

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

우리는 공익 우선의 정신으로 국리민복을 추구함으로써 복지국가를 실현
하는 겨레의 기수가 된다.

공무원의 신조

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

목 차

I. 보건행정의 개념	3
1. 보건행정의 정의	3
2. 보건행정의 범위	4
3. 보건행정의 특성	7
4. 보건행정의 분류	8
5. 현대 보건행정의 특징	9
II. 보건행정의 발전사	13
1. 공중보건의 발달	13
2. 우리나라 보건행정의 역사	15
III. 보건행정 및 관리	31
1. 일반행정의 개요	31
2. 행정의 일반적 속성	34
3. 보건행정의 기술적 원칙	36
IV. 우리나라의 보건행정조직	41
1. 보건복지가족부	41
2. 식품의약품안전청	72
3. 환경부	76
V. 보건기획	83
1. 정의	83

2. 보건기획의 특성	83
3. 보건기획의 목적	84
4. 보건기획의 필요성	85
5. 보건기획의 과정(Planning Process)	86
6. 보건기획의 원칙	92
7. 보건기획의 대상과 범위	93
8. 기획이론	94
VI. 보건관리론	101
1. 보건정책론	101
2. 보건조직론	107
3. 보건인사관리론	114
VII. 보건관련 국제기구	123
1. 국제공중보건사무국(International Office Public Health)	123
2. 범미보건기구(PAHO:Pan-American Health Organization)	123
3. 국제연합부흥행정처(UNKRA)	123
4. 세계보건기구(WHO:World Health Organization)	124
5. 기타	129
VIII. 보건의료 전달체계	133
1. 보건의료 전달체계의 개념	133
2. 보건의료의 목표	134
3. 보건의료 전달체계를 위한 조건	134
4. 보건의료 전달체계의 유형	135
IX. 의료보장제도	141
1. 사회보장 및 의료보장의 개념	141
2. 의료보장	145

X. 모자보건	157
1. 생애주기에 따른 지역 모자보건사업의 필요성	157
2. 외국의 여성건강증진정책	158
3. 우리 나라 모자보건사업 현황	161
4. 생애주기에 따른 주요 건강문제	162
5. 모성보건	168
6. 영유아보건	174
7. 생애주기에 따른 여성건강증진 방안	180
XI. 진료보수 지불제도	187
1. 실거래가 상환제	187
2. 상대가치 수가제	190
3. 행위별 수가제(Fee-For-Service)	191
4. 포괄 수가제(Case Payment)	192
5. 인두제(Capitation)	193
6. 봉급제(Salary)	194
7. 총액계약제(Collective Payment Based On Negotiation)	195
XII. WTO DDA란?	199
1. WTO DDA 협상 진행절차 및 경과	199
2. WTO DDA 서비스 협상의 배경	200
3. 의료서비스 개방 공급유형	202
XIII. 보건산업	207
1. 보건산업정책	207
2. 보건산업기술	212
3. 생명안전윤리	214
4. 보건의료정보	219

부록 1. 공공보건의료사업 계획(예시)	227
부록 2. 보건복지가족부 2010년도 주요업무 추진계획	235
참고문헌	271



보건행정의 개념

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 생활 속에 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 공공행정으로서의 기능이 미약하다. 앞으로 공공행정으로서의 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 정책결정과 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, 충치
 - 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, 약물남용, 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(ultima 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 추구함으로서 이윤추구에 몰두하는 사행정과는 다르며 행정행위가 사회전체 구성원을 대상으로 한 사회적 건강향상에 있으므로 사회·행정적 성격을 띠고 있다. WHO 헌장전문에 “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)로 부터 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 조작이 용이해야 한다. B.C.G 접종은 비교적 값이 저렴하고 시설과 조작이 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 취제, 마약·대마, 각성제 등의 취제 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(신중양집권화)
· 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.!!!



보건행정의 발전사

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 전염성 질환의 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 건강문제에 관해 최초로 종합적인 논문을 발표해서 근대산업 위생의 기초를 쌓았다.

라. 여명기 : 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 시기는 세균학과 면역학 같은 예방의학이 발전된 시기로 코호의 순수배양, 특수염색, 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(呪禁師) 등이 있었다. 약부는 내관 중에 소속되어 있었는데, 단순히 약물만을 취급하는 것이 아니고 의약에 관한 일체의 업무를 관리하였던 기관이었다. 의박사는 의학을 채약사

는 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 의녀

제도(醫女制度)를 만들어 재생원에 근무하도록 하였다. 조선시대의 중앙의료기관은 내의원(內醫院), 전의감(典醫監), 재생원, 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 남한 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 환경청으로 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 환경청이 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~2008년 2월까지

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 식품안전청으로 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 정책기획능력을 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 보건복지정책을 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 미래전략

에 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 정책 부처로서, 고품질 보건복지정책을 수립·추진하여 복지부에 대한 국민의 신뢰도가 높아지고 만족도가 극대화되도록 부단히 변신의 노력을 경주해왔다.

아. 2008년 2월~현재

정부기능의 효율적인 재배치를 통하여 미래에 대비한 전략기획기능 및 민간과 지방의 활력을 강화하고 유연하면서도 창의적인 정부를 구축하기 위한 「정부조직법」이 개정(법률 제8852호, 2008. 2. 29. 공포·시행)되어 국가청소년위원회, 여성가족부의 가족 및 보육업무 및 기획예산처 양극화 민생대책본부의 업무를 통합하여 보건복지가족부로 이관함에 따라 보건복지가족부와 그 소속기관의 조직과 직무범위 및 정원 등을 구체적으로 규정한다. 2008년 12월 현재 4실, 4국, 17관, 1단, 79과(담당관, 센터 포함)가 있다

〈표 2-1〉 우리나라 보건조직의 변천사

연 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 복지지원과로 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 2-2〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
1997. 5. 22	·사회복지정책실장 밑에 장애인복지심의관을 신설 ·보건국에 정신보건과 신설
1997. 11. 29	·보건국에 구강보건과 신설
1998. 2. 28	·보건복지부 조직을 2실 5국 8관 42과에서 2실 4국 8관 39과로 개편 ·기획관리실내에 여성정책담당관실을 신설 ·식품의약품안전본부를 식품의약품안전청으로 승격 개편
1998. 10. 1	·공무원/교직원의료보험과 지역의료보험을 통합
2000. 6. 7	·암관리체계 확립을 위해 암관리과 설치/국립보건원의 중앙연구과 폐지
2000. 7. 1	·국민건강보험법 시행
2001. 1. 29	·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 - 가정폭력·성폭력 예방 및 피해자 보호등의 업무를 여성부로 이관 - 보건정책국에 보건의료과학단지과를 신설/ 국립소록도병원의 복지과 및 국립춘천정신병원의 의료사회사업과를 폐지
2001. 3. 27	·2001년 3월 29일 인천국제공항이 개항됨에 따라 국립서울검역소를 국립인천공항검역소로 개편/일부 하부조직의 기구수와 명칭을 조정 - 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	·대형 재해 등이 발생할 경우 응급의료지원, 응급의료정보의 총괄관리 및 조정 등을 위하여 국립의료원에 중앙응급의료센터를 설치 ·보건복지부 및 소속기관의 효율적인 정원관리를 위한 직렬 조정 - 식품위생직을 보건직으로 그 직렬을 변경
2002. 3. 2 / 2002. 3. 7	·자활지원과 신설 - 기초생활보장심의관실에 자활지원과를 신설/ 생활보호과를 생활보장과로 명칭 변경/국립보건원에 유전체연구소(유전체역학정보실*유전자원관리실*유전체기술개발실)을 신설

〈표 2-3〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
2002. 5. 6 / 2002. 5. 13	〈직제령 개정〉 · 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 〈시행규칙 개정〉 · 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	· 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 2-4〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
2003. 12. 9	• 『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·공공보건증진·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	• 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	• 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	• 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 보강하며, 국립재활원의 병상을 확대함에 따라 소속기관인 국립서울병원 및 국립재활원에 필요한 인력 증원

〈표 2-5〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
2004. 5. 24/ 2004. 6. 12	· 보건복지부 - 혈액정책과 신설 - 보육·아동정책과→아동정책과로 과명 변경 - 소속기관정원 2인(4급 1, 5급 1)을 본부로 이체 · 국립서울병원 - 정신보건연구과 신설 · 보건연구관 2, 보건연구사2 /· 간호5급 +1/· 4급 △1 · 국립공주병원: 의료사회사업과 폐지(5급△1) · 국립재활원: 정원 39인(6급 3, 7급 6, 8급 27, 기능10급 3) 증원
2004. 9. 21	· 사회문화분야의 주요정책 수립 등에 관한 사항을 심의하는 사회문화정책관계장관회의의 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 - 복지정책과 → 사회정책총괄과 - 복지지원과 → 복지자원정책과 · 『약무식품정책과』를 『의약품정책과』 및 『식품정책과』로 분리 · 공공보건관리과 폐지
2005. 10. 10	· 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 성과 극대화를 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 2-6〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
2008. 1월	· 정부기능의 효율적인 재배치를 통하여 미래에 대비한 전략기획기능 및 민간과 지방의 활력을 강화하고 유연하면서도 창의적인 정부를 구축하기 위한 『정부조직법』이 개정(법률 제8852호, 2008. 2. 29. 공포·시행) · 국가청소년위원회, 여성가족부의 가족 및 보육업무 및 기획예산처 양극화민생대책본부의 업무를 통합하여 보건복지가족부로 이관함에 따라 보건복지가족부와 그 소속기관의 조직과 직무범위 및 정원 등을 구체적으로 정함 · 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, 보험구제권리팀 증설 - 보건의료정책본부 : 국립혈액관리원 신설관계로 혈액장기팀이 없어지고 생명지원팀이 생김. - 보건산업육성사업단하에 보건산업기술팀 증설 - 정책홍보관리실내에 국제협력팀, 통상협력팀이 국제협력관내로 이동되고, 통계팀이 신설됨. - 사회복지정책본부 : 사회정책팀, 기초생활보장팀, 기초의료보장팀, 복지자원팀으로 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 바뀜.



보건행정 및 관리

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 발전목표가 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 필요

한 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 욕구 단계 이론, 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 보호함으로서 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 있어서의 인간관계 및 행정 프로세스를 지배하는 규정(원칙)과 같은 것을 의미한다. 행정 규

범의 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 편익중심이 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 정

확하게 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.



우리나라의 보건행정 조직

IV. 우리나라의 보건행정조직

우리나라의 보건사업은 중앙정부의 책임하에 수행하는 경우와 지방자치단체의 책임하에 수행하는 경우로 나누어 볼 수 있다. 보건사업은 지역사회가 기본 단위이며, 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 보건 사업들이 있다.

셋째, 보건사업의 일관성을 유지하여 업무의 중복을 피할 수 있다.

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

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

1. 보건복지가족부

우리나라의 보건행정조직의 중앙조직은 보건복지가족부에서 관장하고 있다. 보건복지가족부 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)국민보건증진을

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.

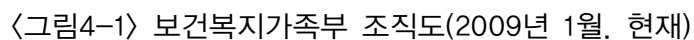
그리고 1999년 5월에 21세기 신지식, 정보화의 시대에 대비하여 정부 기능을 핵심역량위주로 재편하고 효율적인 국정 체제를 구축하기 위하여 2실 3국 7관 33과로 조정하였다. 2000년에는 국가가 중점 관리해야 할 주요 질병(암, 당뇨병, 고혈압, 간염, 결핵 등)에 대한 종합대책을 수립하고 특히 암관리체계 확립을 위해 보건복지부에 암관리과를 설치(2000. 6. 7)하여 2실 3국 7관 34과로 개편하였다. 또한 2000년 12월 국립암센터 개원을 하여 업무를 활발히 수행하고 있으며, 2002년 암연구소 설치를 완료하였다. 취약계층을 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.

우리나라 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 민간위탁하는 한편, 폐지되는 직제(1부 3과)와 정원(25인)을 활용하여 보건복지부 본부 조직을 핵심역량 위주로 확대 개편하였다. 그리고 국민연금제도의 개선과 국민

연금기금의 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 사회문화정책관계 장관회의 간사업무를 보건복지부에서 수행함에 따라 사회정책총괄과와 복지자원 정책과로 명칭을 변경하여 업무를 분장하게 하는 한편, 약무식품정책과를 의약품 정책과와 식품정책과로 분리하여 식품안전에 관한 기능을 강화시켰다.

2005년 10월에 변화하는 보건복지 행정 환경변화에 탄력적으로 대응하고, 행정의 효율성을 높이기 위하여 종전의 실·국 중심의 체제를 성과중심의 자율행정 조직인 본부, 팀 중심의 체제로 혁신적인 전면 조직 개편 단행하였다. 미래·고객·성과 지향의 조직개편의 원칙과 방향은 첫째, 장관직속의 전략 조정팀을 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 1실, 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 수행할 수 있도록 지역복지서비스 정책관을 신설하였으며, 업무의 포괄성과 효율성을 기할 수 있도록 팀의 구성을 새롭게 재편성하고 11개팀을 증설하였다. 2008년 1월 현재 1실, 4본부, 13관, 2단, 1센터, 66팀 (11개팀 純增)으로 구성된 보건복지부의 조직은 <그림 4-1>과 같다.



– 44 –

가. 보건복지가족부 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 이룰 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.

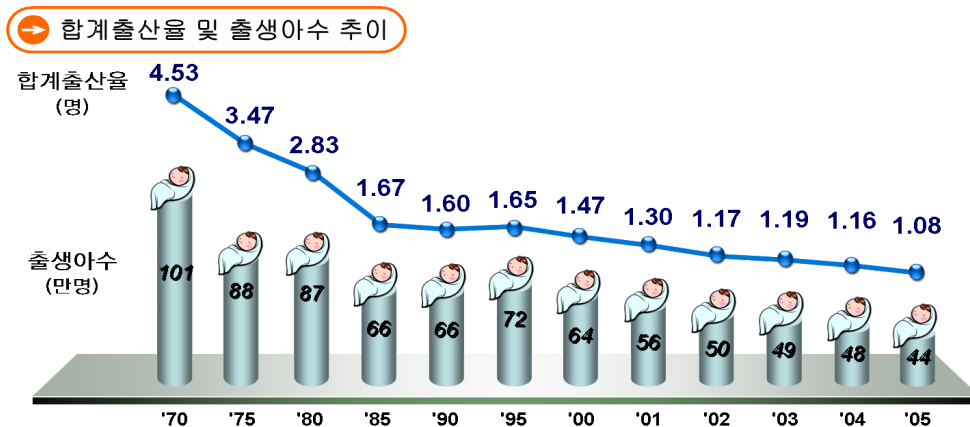
가) 저출산 고령화의 이해

(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. <그림 4-2>는 우리나라 합계출산율 및 출생아수 추이이다.



<그림 4-2> 합계출산율 및 출생아수 추이

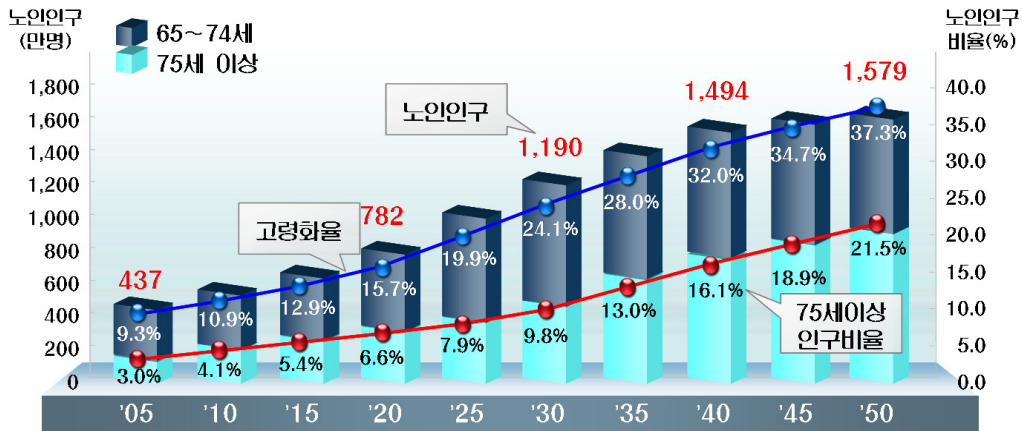
자료 : 통계청, 인구동태통계연보, 각 연도.

<http://www.mw.go.kr>. 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

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. <그림 4-3>은 우리나라 고령화의 추이 및 전망이다.



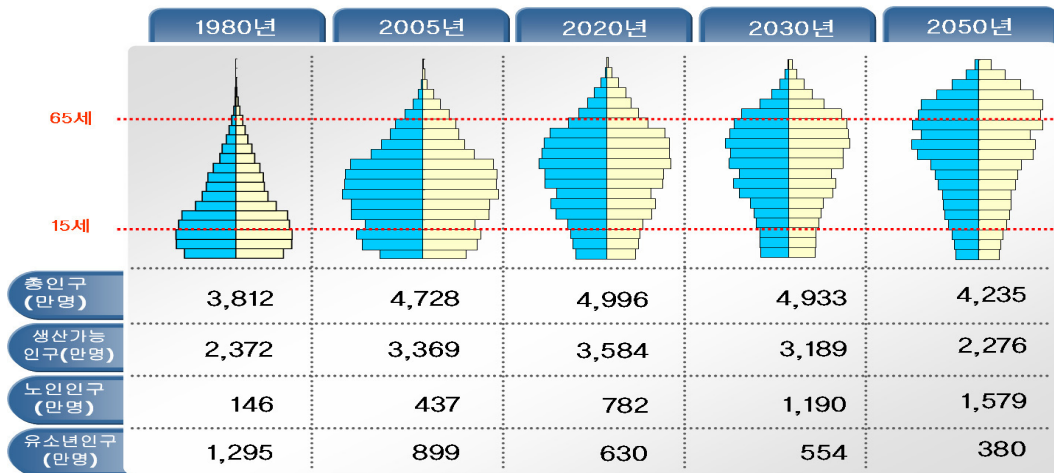
<그림 4-3> 고령화의 추이 및 전망

자료 : 통계청(2005). 장래인구특별추계.
 통계청(2006). 2005 인구주택총조사 인구부문 전수집계결과.
www.mw.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 세대간 갈등이 야기될 것으로 우려되며, 노인 부양부담이 계속 증가하여 2005년에는 생산가능인구 8.2명이 노인 1명을 부양하였으나, 2020년에는 4.6명, 2050년 1.4명이 노인 1명을 부양하

게 될 것이다. 또 생산가능인구의 감소, 노년부양비 증가 외에 노령인구 증가에 따른 민간저축의 감소, 가용자원감소에 따른 투자위축 등으로 향후 경제성장 둔화가 예상되고 있다. 이밖에 연금 및 재정수지가 악화되는 것도 문제라고 할 수 있다.



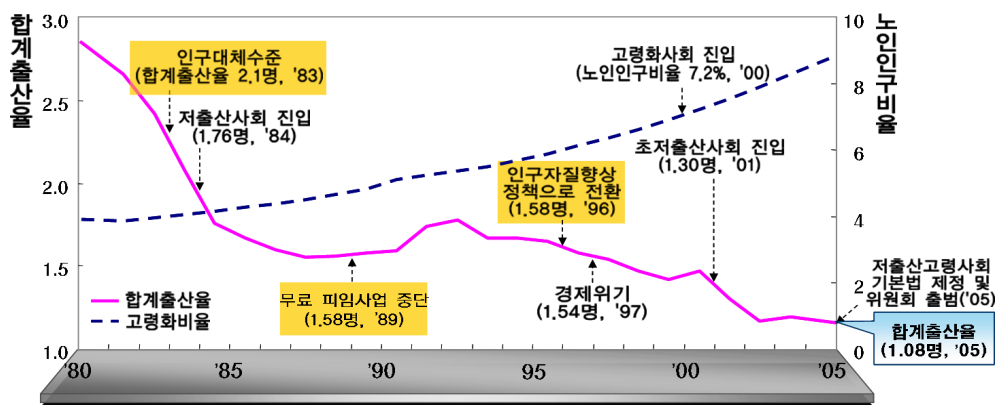
〈그림 4-4〉 인구구조 변동추이 및 전망

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

라) 저출산·고령화 사회 국가 기본 대책

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 보건복지가족부 저출산·고령사회정책본부를 출범하여 복지부 등 12개 부처 공무원 및 민간전문가로 구성하여 운영하고 있다. 저출산·고령사회기본계획인 '새로마지플랜 2010'에서는 비전과 목표를 설정하고 저출산·고령화 문제에 본격 대처하기 위하여 제1차 기본계획을 수립하여 '출산·양육의 장애요인 해소와 고령사회 대

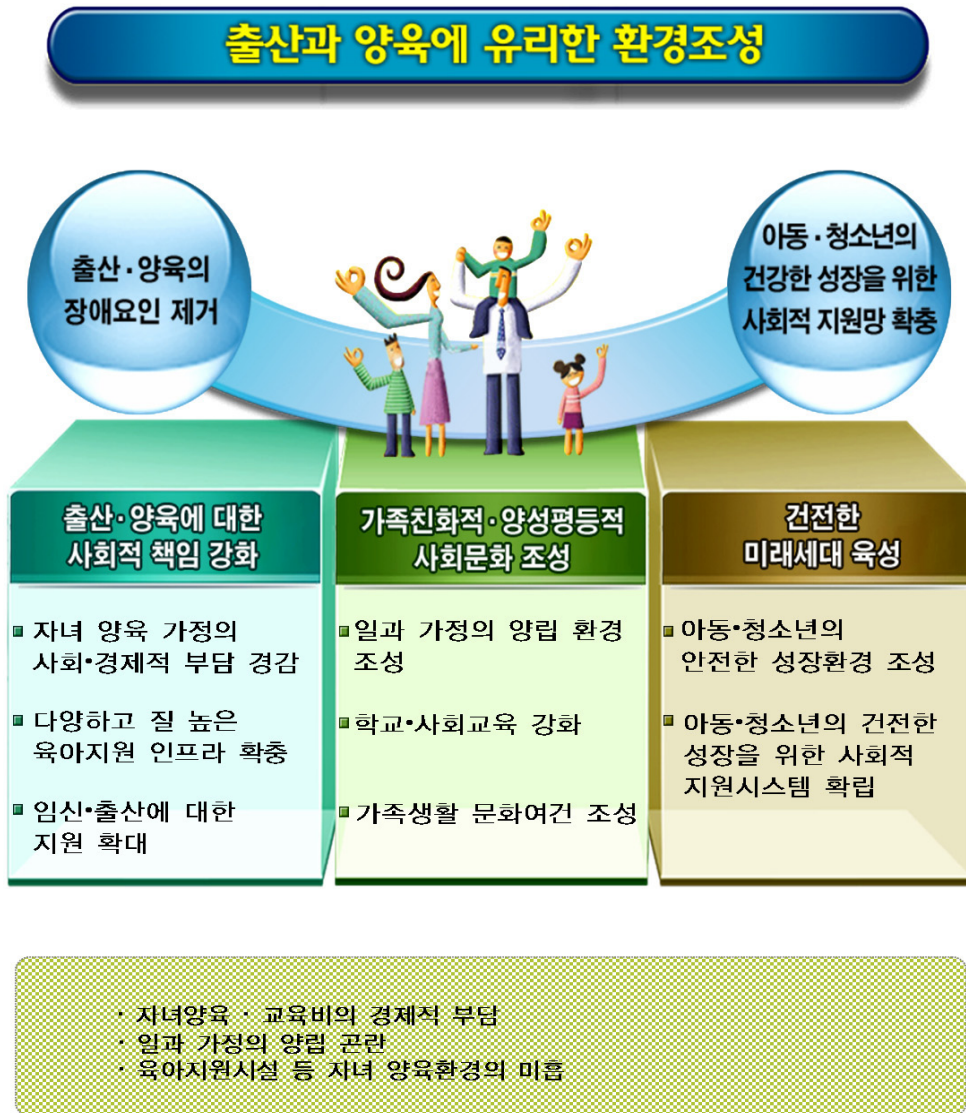
응기반 구축'을 추진하고 있다. 제1차 기본계획은 1) 출산과 양육에 장애가 없는 환경 조성, 2) 고령사회 삶의 질 향상 기반 구축, 3) 저출산·고령사회의 성장동력 확보의 3대 분야의 대책을 포괄하고 있다. 또한 2007년에 모자보건법을 일부 개정하여 출산억제정책에서 출산장려정책으로 인구정책을 전환하여 이에 대한 사업을 계획·수행하고 있다. 정부가 추진하고 있는 저출산·고령사회 기본계획은 다음과 같다.



〈그림 4-5〉 저출산·고령화 추이 및 관련 정책방향 변화

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

(1) 출산과 양육에 유리한 환경 조성



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

(2) 고령사회 삶의 질 향상 기반 구축



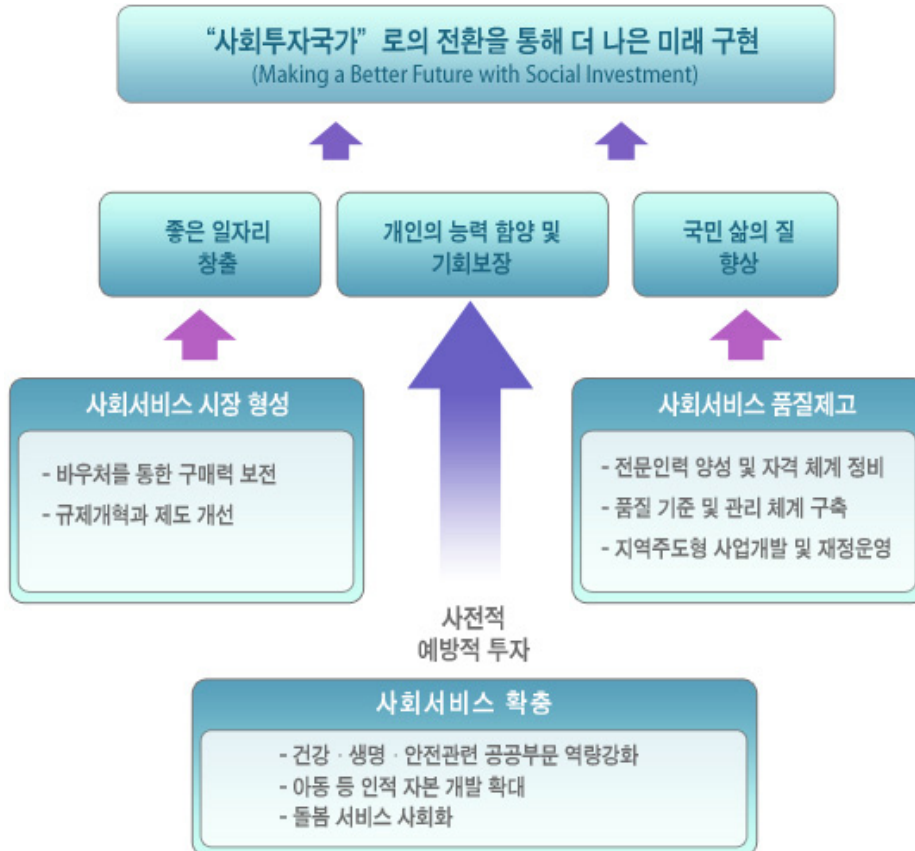
※ 자료 : www.mw.go.kr, 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006).

2) 의료급여

비전	취약계층의 건강 보장 수준 제고 및 중장기 재정의 지속가능성 제고			
추진	·수급권자의 의료비 부담 경감 및 의료 이용의 적정화	·비용효과적인 의료 공급체계 구축	·관리운영주체의 책임성 강화 및 정보관리시스템 혁신	·관련 제도간 역할 정립 및 연계강화를 통한 시너지 효과 제고
	수요자 측면	공급자 측면	관리운영 측면	관련 제도 측면
단기 대책	·특별상담 사례관리 및 사후관리 강화 ·연장승인제도 실질화 ·기초생보자 입원시 생계급여 조정 및 부정수급자 관리 ·차상위계층관리강화	·진료비심사 강화 ·진료지표 최상위기관 의 청구경향통보 강화 ·심사·실사·수진내역 조회 강화 ·부당청구의심기관 집중실사	·전산정보시스템 개선 ·지자체, 공단·심평원 관리연계체계 강화 ·기초지자체 부담률 상향 조정 ·의료급여 현장점검단 구성운영	·정신병원 입원 적절성 점검 ·생활시설의 의료급여 이용 실태 파악 ·지역보건자원의 의료급여 대상자 집중 투여 ·장애인보장구 지급기준개선
중장기 제도 개선	·본인부담제·인센티브제 도입	·주치의제도등 관리의 료 도입 검토 ·국·공립 희귀·난치성 질환 집중치료센터 설립 ·약물사용 적정관리시스템 도입 검토	·의료급여 관리운영주체 형성 ·인센티브카드제도입	·의료보장체계간 역할 분담 조정 ·지역건강증진·보건서비스 체계의 합리화 ·수가체계 합리화방안
추진 방향				

※ 자료 : www.mw.go.kr

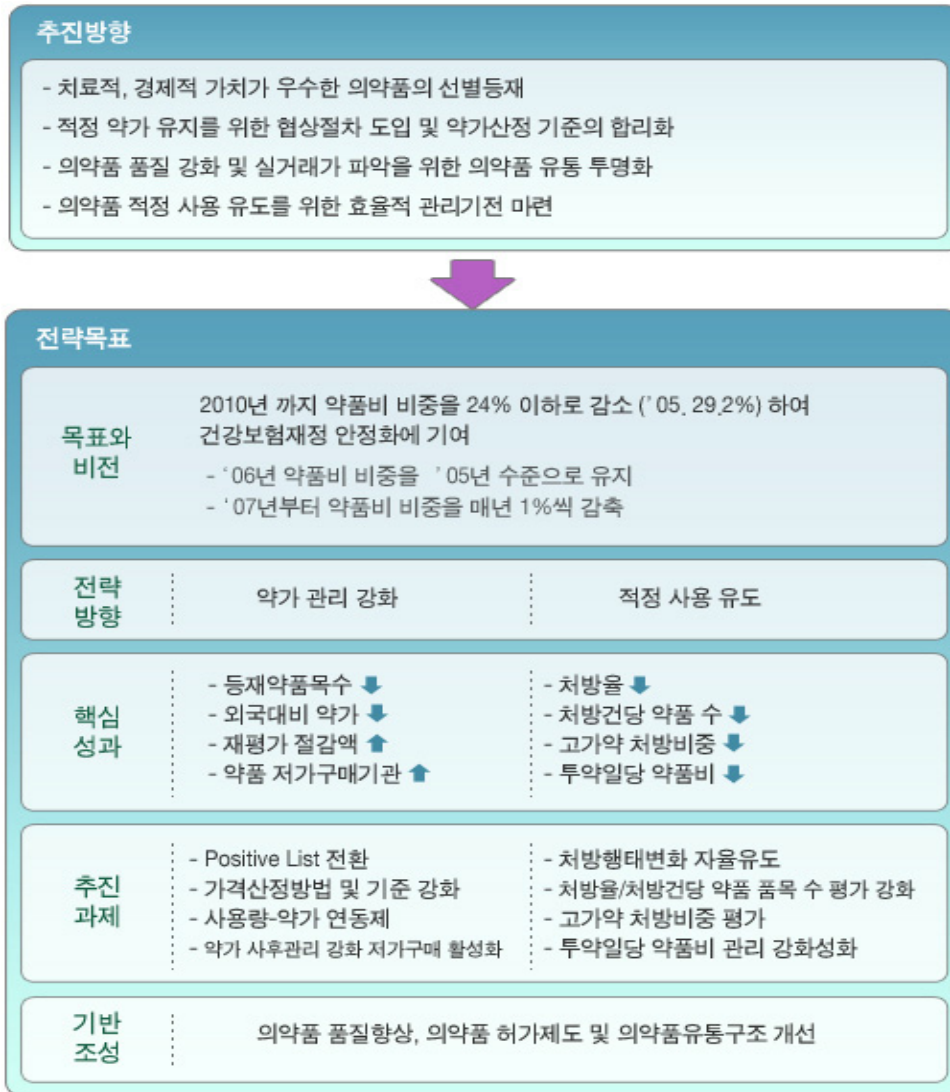
3) 사회서비스



〈그림 4-6〉 사회서비스 추진목표 및 3대 실행전략

※ 자료 : www.mw.go.kr

4) 약제적정화 방안



〈그림 4-7〉 약제적정화 방안 추진 목표 및 추진전략

※ 자료 : www.mw.go.kr

나. 2009년도부터 달라지는 보건복지가족부 제도

〈표 4-1〉 2009년도부터 달라지는 보건복지가족부 제도

구 분	종 전	달라지는 내용	관련 법규 (시행일)
1. 노인장기요양 보험수가 및 보험료	○ 장기요양보험 대상자 예상인원 : 18만명 ○ 건강보험 가입자의 장기요양서비스 이용 본인부담금 - 시설 20%, 재가 15% ○ 재가서비스 월 급여이용 한도액 - 1등급 : 1,097,000원 - 2등급 : 879,000원 - 3등급 : 760,000원 ○ '08년 복지용구 이용 연 한도액 : 연간 150만원 ○ 외국인 근로자도 장기요양보험료 납부 ○ 월평균 장기요양보험료 약 2,700원	○ 노인장기요양보험 대상자는 당초 예상 18만명보다 5만명 증가한 23만명으로 확대 ○ 건강보험 가입자 중 하위 저소득층에 대한 서비스 이용 본인부담금 50%경감 - 시설 20%→10%, 재가 15%→7.5% ※ '09년 하반기부터 시행 ○ 재가서비스 월 급여이용 한도액 7% 상향 조정 - 1등급 : 1,140,600원 - 2등급 : 971,200원 - 3등급 : 814,700원 ○ 복지용구 이용 연 한도액 7% 상향 조정 - 연간 160만원 ○ 고용허가제로 입국한 외국인 근로자에 대한 장기요양보험료 면제 ※ '09년 하반기부터 시행 ○ 월 평균 장기요양보험료 3,284원	노인장기 요양보험법 (‘09.1.1)
2. 치매조기검진 사업 참여 보 건소	○ 전국 253개 보건소 중 118개소 참여	○ 180개소 이상 참여 ※'09. 1월부터 시행(지자체의 여건에 따라 시행일 조정)	노인복지법 (‘08. 3.21)
3. 저소득 한부모 가족아동양육비 지원	○ 만8세미만 아동에게 월5만원의 아동양육비지원	○ 만10세미만 아동에게 월5만원의 아동양육비 지원	한부모가족 지원법 (‘08.2.29.)
4. 아이돌보미 지 원가구 소득기 준 변경	○ 아이돌보미 지원가구는 도시근로자가구 월평균소득 200% 이하 (그외는 전액자부담)	○ 지원가구 소득기준을 도시근로자가구 월평균 소득 200% 이하(4인 796만원)에서 전국가구 평균소득 100% 이하(4인기준 391만원) 로 변경 ○ 저소득 취약계층 지원을 확대	건강가정기본 법 (‘05.01.01)
5. 본인부담 상한 액 인하 및 소 득수준별 차등 적용	○ 소득수준 구분없이 상한액을 6개월 200만원으로 일률 적용	○ 저소득계층 의료비 부담경감을 위하여 ○ 전년도 보험료 부과수준에 따라 소득수준을 구분하여 본인부담 상한액 차등설정 - 연간 상한액을 하위 50%이하는 200만원, 50~80%는 300만원, 상위20%이상은 400만원 ※ 본인부담 상한액 : 건강보험 급여가 실시되는 의료비중 본인이 부담하는 금액이 일정 금액 초과할 경우 초과분 전액을 건강보험공단에서 지불하는 제도(비급여부분은 포함되지 않음)	국민건강보험 법시행령 (‘09.1월)
6. 희귀난치성 질 환자 본인부담 경감	○ 현행 입원·외래 모두 20% 본인 부담	○ 입원·외래 10% 본인 부담(20→10%)	국민건강보험 법시행령 (‘09.7월)

〈표 4-2〉 2009년도부터 달라지는 보건복지가족부 제도(계속)

구 분	종 전	달라지는 내용	관련 법규 (시행일)
7. 암환자 본인 부담 경감	○ 현행 입원·외래 모두 10% 본인부담	○ 입원·외래 5%본인 부담(10→5%)	국민건강보험법 시행령 (’09.12월)
8. 치아 홈메우기 및 한방물리 요법	○ 건강보험 비급여	○ 건강보험 신규 적용 실시	고시개정 (’09.12월)
9. 기초노령연금 수급자 확대 등	○ 수급범위 : 65세 이상 노인의 60%수준 ○ 수급자 : 282만명 (’08.11 현재) ○ 선정기준액 - 노인 단독가구 40만원 - 노인 부부가구 64만원 ○ 연금액 - 노인 단독가구 84천원 - 노인 부부가구 134천원	○ 수급범위 : 65세 이상 노인의 70%수준 ○ 목표 수급자 수 : 356만명 ○ 선정기준액 : - 노인단독가구 68만원, - 노인부부가구 108,8만원 ○ 연금액(’09년 4월 이후) - 노인 단독가구 87천원 - 노인 부부가구 139천원 ※ ‘연금액은 09년 4월 이후 최종 확정되므로 다소 변경될 수 있음	기초노령 연금법 (’09.1.1)
10. 연계신청		○ 가입자가 가입하였던 연금관리기관 어느 한 곳에서 연계를 신청 - 이 경우 퇴직일시금을 수령하지 않아야 함 - 퇴직일시금을 수령한 자는 새로 연금제도에 가입한 경우 종전 연금관리기관에 2년 이내에 퇴직일시금을 반납하여야 함	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법 (’09.7.1)
11. 연계로 인한 급여수급 연령		○ 국민연금에 맞춰 60세로 통일 - 개별연금의 수급연령이 이보다 높은 경우 이에 따르기로 함	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법 (’09.7.1)
12. 연계신청 대상자		○ 이 법 시행 후 연금 간 이동자를 연계신청 대상으로 함. 다만 예외적으로 아래의 경우 신청 대상자에 포함 - 2007.7.23 이후 국민연금에서 직역연금으로 이동한 자 - 공포일 이후 각 연금에서 이 법 시행 전 까지 다른 연금제도로 이동한 자	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법 (’09.7.1)
13. 중독우려한약으로 지정된 20품목에 대하여 “중독우려한약”이라는 표시 의무화	○ 한약규격품 용기 또는 포장에 원산지, 생산자, 검사기관 등 표시	○ 한약재 수급 및 유통관리 규정(보건복지가족부 고시 제2008-142호) 제23조 별표2 다목의 중독우려품목(20품목)인 경우, - 기존 한약규격품 포장의 표시기자사항 외에 “중독우려한약”이라는 문자를 추가로 기재 ○ 한약판매업자가 규정에 의하여 단순 가공 포장하는 경우에도 적용되며, 붉은색으로 눈에 띄게 명확히 기재하여야 함	한약재 수급 및 유통관리 규정(고시) (’09.1.29)

구 분		종 전	달라지는 내용	관련 법규 (시행일)
14. 난자제공자에 대한 건강보호		○ 관련 규정 없음	○ 난자채취 전 난자제공자의 건강검진 의무화 ○ 동일 제공자의 난자채취를 평생 3회로 제한 - 난자 상품화 제한, 여성 건강 보호, 우생학 적 논란 예방 ○ 난자제공자에 대한 최소한의 실비보상 허용 * 난자제공자 : 타인의 불임치료를 위해 난자 를 제공하는 자에 한함	생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행령 (’08.12.6)
15.i-사랑카드 제도 실 시		○ 정부지원 보육료는 시군 구에서 보육시설로 지급	○ 보육시설에 다니는 아동의 보호자에게 I- 사랑카드를 지급하여 부모가 보육료를 결 제하는 방식)	영유아보육법 (’09.7.1)
16. 장애아동 재활치료 서비스 확대 실시		○ ‘07년부터 지역복지 서비스혁신사업의 일환 으로 실시 ○ 지역에 따라 서비스 실 시 여부와 지원기준 상이	○ 전국으로 서비스를 확대하여 치료지원이 필요한 아동에게 보편적인 서비스 제공 ○ 전국적으로 일관된 지원 기준을 설정하여 표준화된 공적지원 체계 마련	장애인복지법 (’08.2.29)
새 정 신 보 건 법	17. 정신보건시설 설치· 운영자, 종사자 인권교육 실시	○ 신 설	○ 인권교육대상 : 정신보건시설의 설치·운영 자 및 정신보건시설 종사자 ○ 교육기관 : 보건복지가족부장관이 지정	정신보건법 (’09.3.22)
	18. 사회복귀 시설 종류의 다양화	○ 생활훈련시설 ○ 작업훈련시설 ○ 복지부령이 정하는 시설	○ 생활시설 ○ 지역사회재활시설 ○ 직업재활시설 ○ 중독질환자재활시설, 생산품판매시설, 종합 재활시설	정신보건법 (’09.3.22)
	19. 자의입원 환자의 퇴원의사 확인	○ 신 설	○ 정신의료기관의 장은 자의입원한 환자에 대 하여 1년에 1회이상 퇴원의사 여부를 확인 하여야 함	정신보건법 (’09.3.22)
	20. 보호의무자에 의한 입원시 보호의무자 2인의 동의 의무화	○ 보호의무자 1인의 동의 및 정신과전문의의 진단	○ 보호의무자 2인의 동의 및 정신과전문의의 진단	정신보건법 (’09.3.22)
	21. 지방정신보건 심의위원회를 광역시로 기초로 각각 구분	○ 시·도지사 소속으로 지방정신보건심의위원회를 둘	○ 시·도지사 소속으로 지방정신보건심의위원 회를 두고, 시·군·구청장 소속으로 기초정 신보건심의위원회를 둘	정신보건법 (’09.3.22)
	22. 외래치료명령 실시	○ 신 설	○ 정신의료기관의 장은 입원환자 중 대통령령 으로 정하는 자에 대하여 보호의무자의 동 의를 받아 시·군·구청장에게 1년 이내에서 외래치료 명령을 청구 가능	정신보건법 (’09.3.22)

〈표 4-3〉 2009년도부터 달라지는 보건복지가족부 제도(계속)

구 분	종 전	달라지는 내용	관련 법규 (시행일)
23. 보건소·보건지소 등 시설 신개축	○ 보건소·보건지소 등 신개축	○ 보건의료 환경변화를 고려한 2009년 지침 개정 및 지원기준 확대 - 재정자립도에 따른 차등지원 확대(재정자립도 30%미만→40%미만 지원액 100%지원) - 시설공사 지원단가 상향 조정(현행 434만원/3.3㎡→ 489만원/㎡, 55만원 상향조정)	
24. 맞춤형 방문건강관리사업	○ 맞춤형 방문건강관리인력(2,300명) 확대	○ 당뇨·고혈압 만성질환자 등 건강에 문제가 있는 가구를 간호사, 물리치료사 등 방문간호인력 2,400명을 충원하여 맞춤형 서비스를 제공하고 대상자도 확대(100만→104만명)	
25. 담뱃갑 포장지 앞·뒷면 발암성 물질 표기	○ 흡연경고문구만 표기	○ 담뱃갑 포장지 앞·뒷면에 추가 표기될 내용 “담배연기에는 발암성 물질인 나프틸아민, 니켈, 벤젠, 비닐 크로라이드, 비소, 카드뮴이 들어 있습니다.”	국민건강증진법 (’08.12.15)
26. 흡연경고문구 표기 광고에 발암성 물질 표기 추가	○ 흡연경고문구만 표기	○ 흡연에 대한 경고문구와 발암성 물질을 함께 표기해야 하는 광고 - 「담배사업법」에 의한 지정소매인의 영업소에 부착하는 스티커 또는 포스터에 의한 광고 - 「잡지 등 정기간행물의 진흥에 관한 법률」(구 「신문 등의 자유와 기능보장에 관한 법률」)에 의하여 등록된 주 1회 이하 정기적으로 발행되는 제책된 정기 간행물 - 「출판문화산업진흥법」(구 「출판 및 인쇄진흥법」)에 의한 외국간행물로서 동일한 제호로 연 1회 이상 정기적으로 발행되는 잡지(여성 또는 청소년을 대상으로 하는 잡지 제외)	국민건강증진법 (’08.12.15)
27. 무상보육료 지원대상 확대	○ 차상위 계층(최저생계비 120% 이하)	○ 소득하위 50% 이하 가구에 대해 무상보육료 지원	보육료 지원지침 (’09.7월)
28. 영아기본보조금을 보육료로 변경	○ 민간보육시설 영아반 운영 보조금	○ 영아기본보조금을 보육료에 통합 보육료로 지원	보육료 지원지침 (’09.3월)
29. 보육시설 미이용 아동에 대한 양육수당 지원	○ 보육시설을 이용하지 않는 아동에 대해서는 지원이 없음	○ 보육시설을 이용하지 않는 아동 중 차상위 이하, 0~1세 아동에 대해서는 월10만원 양육수당 지원(’09.7월시행)	영유아보육법 (’09.7.1)
30. 기초보장 부양 의무자 기준 완화	○ 부양의무자 재산기준 95백만원(4인,중소도시) ○ 출가한 자녀(아들) 집에 거주하는 부모 별도가구 인정 불가	○ 부양의무자 재산기준 126백만원 ○ 출가한 자녀 집에 거주하는 부모에 대해서 별도가구로 인정, 수급자 여부 판단	국민기초생활보장법 (’08.11.1)

〈표 4-4〉 2009년도부터 달라지는 보건복지가족부 제도(계속)

구 분	종 전	달라지는 내용	관련 법규 (시행일)
31. 아동 필수예방 접종비용 지원	○ 보건소 아동 예방접종비용 지원	○ 0~12세 아동에 대한 필수예방접종업무를 민간 의료기관에 일부 위탁하며, 위탁시 예방접종 백신비 지원 ○ 보건소 아동 예방접종비용 지원 지속	전염병예방법 (’07.7.1)
32. 다문화가족지원 센터 설치 확대	전국 80개소	○ 전국 100개소	’09.1.1
33. 다문화가족지원 센터 전담 인력 수	○ 센터당 최소 2명	○ 센터당 3~4명	’09.1.1
34. 화상환자 급여 기준 확대	○ 저작기능에 이상있는 안면 화상 환자의 경우에만 보험 급여 적용 ○ 화상치료에 사용하는 특수 반창고(습윤드레싱, 은드레싱 등)는 1개 ~ 주3개까지만 급여 인정	○ 안면화상 환자의 경우 1회는 화상반흔(흉터)을 제거하는 수술을 급여로 인정하되, 그 이후에는 현행과 같이 비급여로 함 ○ 특수드레싱반창고를 습윤드레싱은 중증화상 환자의 경우 주7개까지, 은드레싱은 채피창감염등 경우에 인정하도록 확대함	요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(고시) (’08.12)
35. 미숙아 등 신생아 아 중환자급여 기준 확대	○ 미숙아가 생후 4주이후에 입원하여 보육기 사용하는 경우 인정하지 않음 ○ 신생아가 중환자실에 입원하는 경우, 출생했을 때 임신기간 32주 이하이거나, 출생체중이 1,500g 이하의 극소저출생 체중아인 경우에만 1,750g이 되는 때까지 중환자실 입원을 인정	○ 미숙아가 생후 4주이후에 보육기를 이용하더라도 환자 상태에 따라서 보험급여로 인정하도록 확대 ○ 임신기간 33주 이하이거나, 출생체중이 1,750g 이하의 극소저출생 체중아인 경우에 2,000g이 되는 때까지 중환자실 입원을 확대해 인정	요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(고시) (’08.12)
36. 의치보철 지원 대상 범위 확대	○ 만 70세 이상 국민기초생활보장수급자 -연간 9,000명	○ ‘만 65세’ 국민기초생활보장수급자와 의료급여수급자로 확대 - 연간 15,666명 (기초생활보장수급자 12,800명, 의료급여수급자 2,866명) ※ 전국 보건소에 신청가능 (보건소에서 1차검진 후 대상자를 선정하여 민간치과의료기관에 시술의뢰)	
37. 장애인구강 진료 센터 설치	○ (신규)	○ 저소득층 장애인에 대한 전문적 치과진료를 위해 국립치과대학병원에 장애인구강진료센터를 설치 ○ 국가와 지방자치단체에서 설치지원하고 국립치과대학병원이 운영 ※ 지방자치단체와 국립치과대학병원에서 공동 신청한 계획서를 심사하여 설치지역 선정계획 - 2009년 1개소, 향후 연차적으로 증설예정	

※ 자료출처 : <http://www.mw.go.kr>

다. 보건복지가족부 소속기관

1) 질병관리본부

보건복지가족부 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 전파방지, 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 보건복지가족부 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 운영하고 있으며, 코호트 역학조사사업, 질환 유전자 탐색연구, 한국인 특유 유전자형 및 단백질체형을 조사 분석업무를 수행하면서 세계적인 보건 및 의과학 연구분야 선도기관으로 도약하기 위하여 최선을 다하고 있다.

2) 국립의료원

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. 보건복지가족부 산하 중앙의료원으로써 환자 진료서비스와 의료기술 향상을 위한 조사연구, 의료기관 운영의 기준 설정, 중앙 암 등록 사업 본부, 장기이식관리 센타(KONOS), 중앙응급의료센터, 국립의료원간호대학 등을 운영해 왔으나 이 중 국립의료원간호대학은 2007년도부터는 성신여자대학에서 운영하게 되었으며, 국가 전략적 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, 제세동기, 인공호흡기, 이동용 X-선 촬영기 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.

보건복지가족부에서는 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 기증희망자 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)

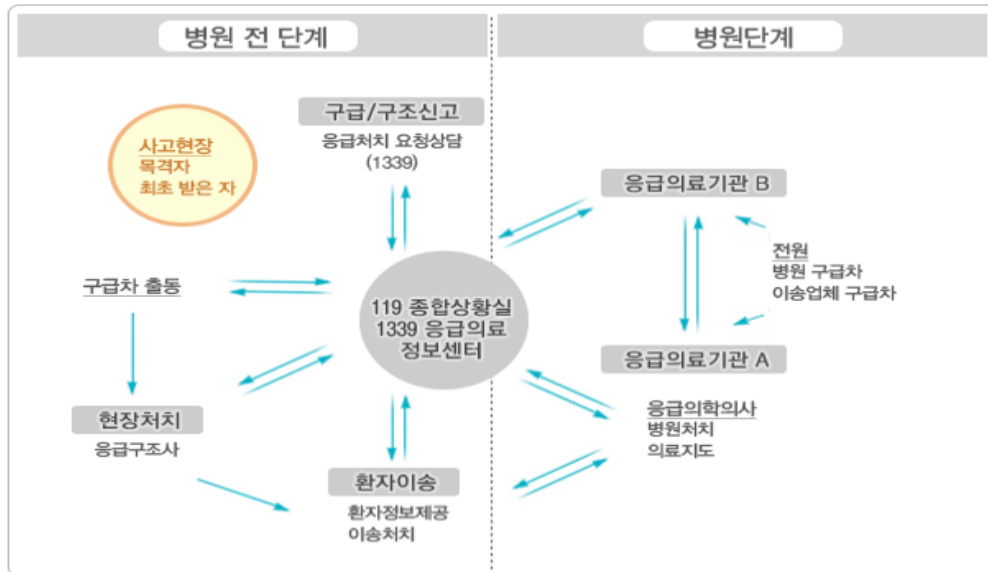
중앙응급의료센터(National Emergency Medical Center)는 2001년 7월 31일에 설립되었다. 2002년 2월에 개정된 응급의료에 관한 법률에 의하여 등급 의료기관 등에 대한 평가 및 질 향상 활동 지원과 응급의료 종사자들에 대한 교육, 훈련, 권역응급의료센터간의 업무조정 및 지원, 응급의료관련 연구 및 정책 개발, 대형재해 등의 발생시 응급의료 관련 업무를 지원하고 있다. 그 밖에 보건복지가족부 장관이 정하는 응급의료관련 업무 등을 수행하고 있다.

최근 10여 년간 통계청의 사망 원인 발표에 따르면 뇌혈관질환을 포함하여 고혈압성 질환, 동맥경화증, 심장질환과 같은 순환기계 질환으로 사망한 사람이 사망자 전체의 1위를 차지하였고, 암 2위, 교통사고와 자살과 같은 각종 사고사가 3위로 나타났다. 이 들 3대 사망 원인 중 응급처치가 필요한 경우는 순환기계 질환과 각종 사고이다. 이러한 추세를 반영하듯 세계보건기구(WHO)에서는 비만을 무서운 전염병으로 규정하고 국제적 협약을 발표하였으며 심뇌혈관질환 발생 위험도 평가방법으로 ‘프레밍험위험지수’를 개발하여 각 나라에서 심뇌혈관질환예방에 활용할 것을 권장하고 있다. 순환기계 질환 및 각종 사고는 다양화된 사회적 환경으로 인하여 지속적으로 발생하고 있어 응급처치의 중요성이 강조되고 있다.

〈프레밍(Framingham) 위험지수란?〉

- 심뇌혈관질환 발생 위험 평가방법으로 연령, 콜레스테롤 수치(LDL콜레스테롤 또는 총콜레스테롤 중 택일), HDL콜레스테롤 수치, 혈압, 당뇨병 유무, 흡연 유무 등을 토대로 점수를 부여하여 점수 총합에 따라 10년 내 심혈관질환 발생위험 %가 나오며, 같은 연령대의 다른 사람과의 비교가 가능하다.
- 프레밍험 위험지수가 20% 이상이면 심뇌혈관질환의 발생 위험이 매우 높은 경우 (high risk), 10~20%는 중간정도(moderate risk), 10% 미만이면 낮은 위험도(low risk)로 분류 할 수 있다.

응급의료체계(EMSS: emergency medical services system)의 구축은 의학적인 측면에서 응급의료를 병원 밖으로 확대하는 것이고, 사회적으로는 사회보장 및 복지제도의 향상을 의미한다. 국가적인 차원에서 본다면 국민의 건강 및 안전에 대한 관심증대에 부합한 사회안전보장 및 복지정책의 한 부분이라 할 수 있다.



〈그림 4-8〉 우리나라 응급의료체계(EMSS)

※자료출처 : <http://www.mw.go.kr>

전산통신망을 이용한 정보시스템의 구축은 통신으로 가능한 업무의 영역을 확대할 수 있을 뿐만 아니라, 응급의료서비스의 질을 한 차원 높일 수 있는 계기가 될 수 있다. 전산통신망을 통해 응급의료체계 각 구성요소별로 수집된 정보는 연구 및 평가자료, 의료지도 등에 활용할 수 있어 안정된 정보·통신망의 구축은 선진 응급의료체계로의 도약을 위한 필수요건이다. 우리나라의 응급의료 정보·통신망은 1339응급의료정보센터를 중심으로 소방의 119구급대와 응급의료기관이 연계되어 구축되고 있다. 응급의료 정보·통신망의 구축, 관리 및 운용에 대한 지도 및 감독은 중앙응급의료센터가 담당하고 있다.

그 외 보건복지가족부장관의 관장사무를 지원하게 하기 위하여 보건복지가족부장관 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. 보건복지가족부 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. 지방 보건행정조직

1) 시·도 보건행정조직

보건에 관한 지방행정조직은 시·도와 약간의 차이가 있으며 서울특별시는 복지여성국안에 사회과, 여성정책과, 보육지원과, 노인복지관, 장애인복지과, 위생과, 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 Phillip이 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, 예방접종, 환경위생, 보건교육, 조산업무 등의 예방보건서비스를 중심으로 하였다. 그 후 보건소에 대

한 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

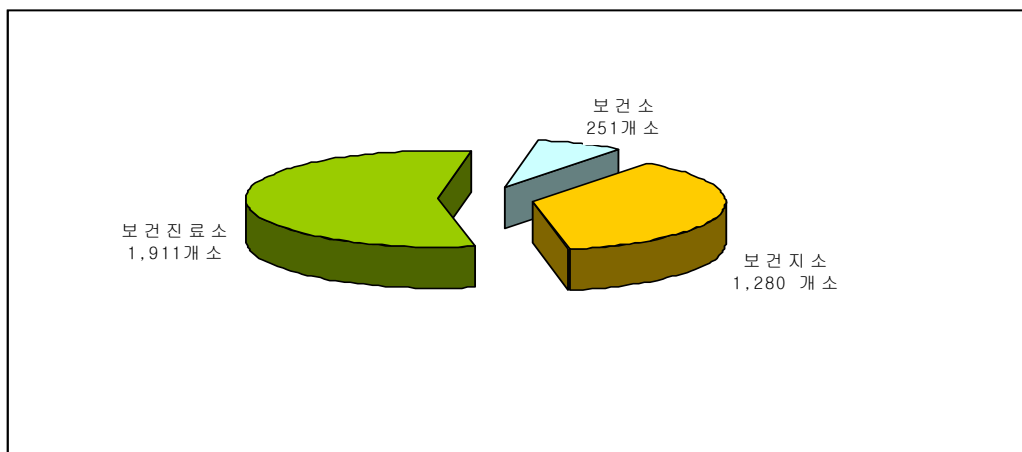
우리나라 보건소는 해방 이후 미군정에 의해서 처음으로 도입되었다. 미군정 법령 제1호(1945.9.24)를 공포하여 예방보건사업 중심의 보건소 사업을 추진하였다. 보건소의 최초의 조직으로는 1946년 10월에 서울 및 각 도의 대도시에 모범 보건소가 설립된 것이 보건소 시초를 이루게 되었다. 1949년 7월 대한민국정부가 수립되어 국립중앙보건소 직제가 공포되었고, 1959년에는 국립보건원으로 발족하게 되었다. 우리나라에서 처음으로 보건소법이 제정된 것은 1956년 12월 13일로서 도지사 또는 서울시장이 보건소를 설치할 수 있도록 하였으나 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 지방자치제가 시작됨에 따라 행정적인 모든 체계의 변화와 더불어 1995년 12월29일 지역보건법으로 전면 개정되어 지역보건 의료계획의 수립 등의 기능을 보강하여 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 증설할 수 있는 규정이 있었으나 실질로 증설된 경우가 없다가 1991년 10월 8일 개정에서 이 조항이 삭제되었다. 그러나 1996년 7월 13일 전문 개정된 지역보건법시행령에 의한 보건소의 설치 기준은 시·군·구 별로 1개소씩 설치하되 시장, 군수, 구청장이 지역주

민의 보건의료를 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(그림4-9 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 4-9〉 공공보건의료시설 현황

※ 자료출처 : 보건복지가족부, 2006년 주요행정통계, 2007.

대도시형은 보건소장 아래 보건지도과, 보건행정과 및 의약과가 있으며, 중소도시형에는 보건소장 아래 보건사업과 등이 있고 그 밑에 보건행정담당, 예방의

약담당, 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 4-5>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 보건복지가족부장관이 정하는 기준에 따라 지방자치단체의 조례로 수수료를 징수할 수 있다.

〈표 4-5〉 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·보건 진료원 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 보건복지가족부령이 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, 보건행정체계의 이원적 구조, 셋째, 보건의료상호체계간의 기능적 단절 등이다. 특히 보건행정체계가 행정안전부는 인사권, 예산권, 감독권을 가지고 있고, 보건복지가족부는 정책결정기관으로서의 기술적 지원만 하고 있는 이원적 구조로 되어 있어 상부조직과 하부조직 간에 직접적인 행정적 연계가 이루어지지 않고 있는 실정이다. 이원화된 보건행정조직의 문제점으로는 첫째, 현실적으로 보건복지가족부의 고유사무가 행정안전부의 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 상호보완관계를 유지하여 한다. 셋째, 보건의료정보에 대한 보건조직의 기능을 강화하여야 한다. 예를 들면 사망이나 출생신고 등을 보건조직이 취급할 수 있도록 하되 신고사항에 중요한 보건정보를 첨가하도록 법적·제도적인 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, 6개 지방청을 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〉

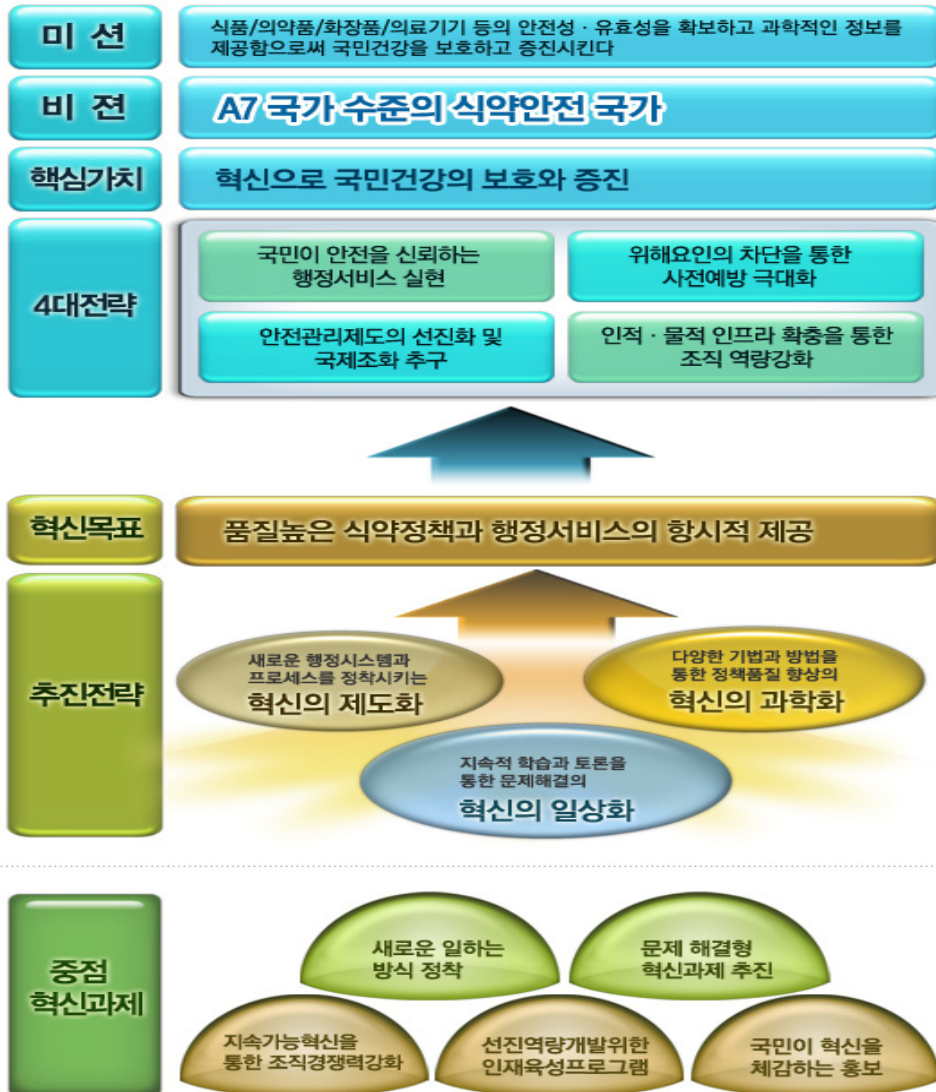
- 기획관리관 밑에 행정혁신·조직관리 및 인사업무 등을 총괄 하는 혁신담당관, 통상관련 업무와 법무업무를 담당하는 법무통상담당관, 공보업무와 식품·의약품의 안전에 관련된 홍보를 담당하는 공보담당관 및 식품·의약품등의 전문기술 민원을 전담하는 고객지원담당관을 신설
- 안전평가관실에 식품·의약품등의 검정 및 시험분석을 전담하는 시험분석담당관을 신설
- 식품평가부와 식품첨가물평가부를 각각 식품규격평가부와 식품안전평가부로 개편
- 의약품의 안전성·유효성 평가 기능을 독성연구원 약리부에서 본청 안전평가관실로 이관
- 독성연구원에서 수행하고 있는 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〉 : 2관 2국 6부를 6본부 4부로 개편 및 모든 부서에 팀제 전면 도입
 - 6본부 : 정책홍보관리, 식품, 영양기능식품, 의약품, 생물약품, 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(4) : 원장, 부장(3)/ 지방청장(6)

- 본청 : 정보화지원팀, 종합상담센터, 신소재식품팀, 임상관리팀, 한약관리팀, 화장품평가팀, 생물약품관리팀, 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〉

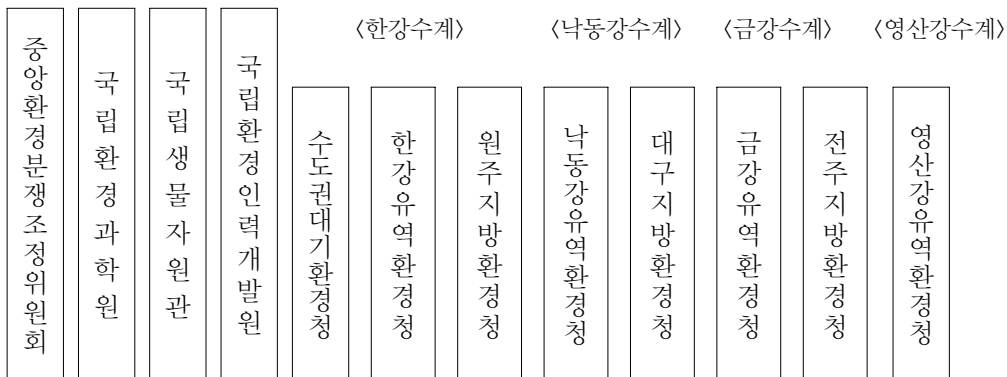
- 1990. 1 환경처 발족
- 1991. 5 중앙환경분쟁조정위원회 설치
- 1994. 5 수질관리업무 일원화(상하수도업무, 음용수·수질검사업무 인수)

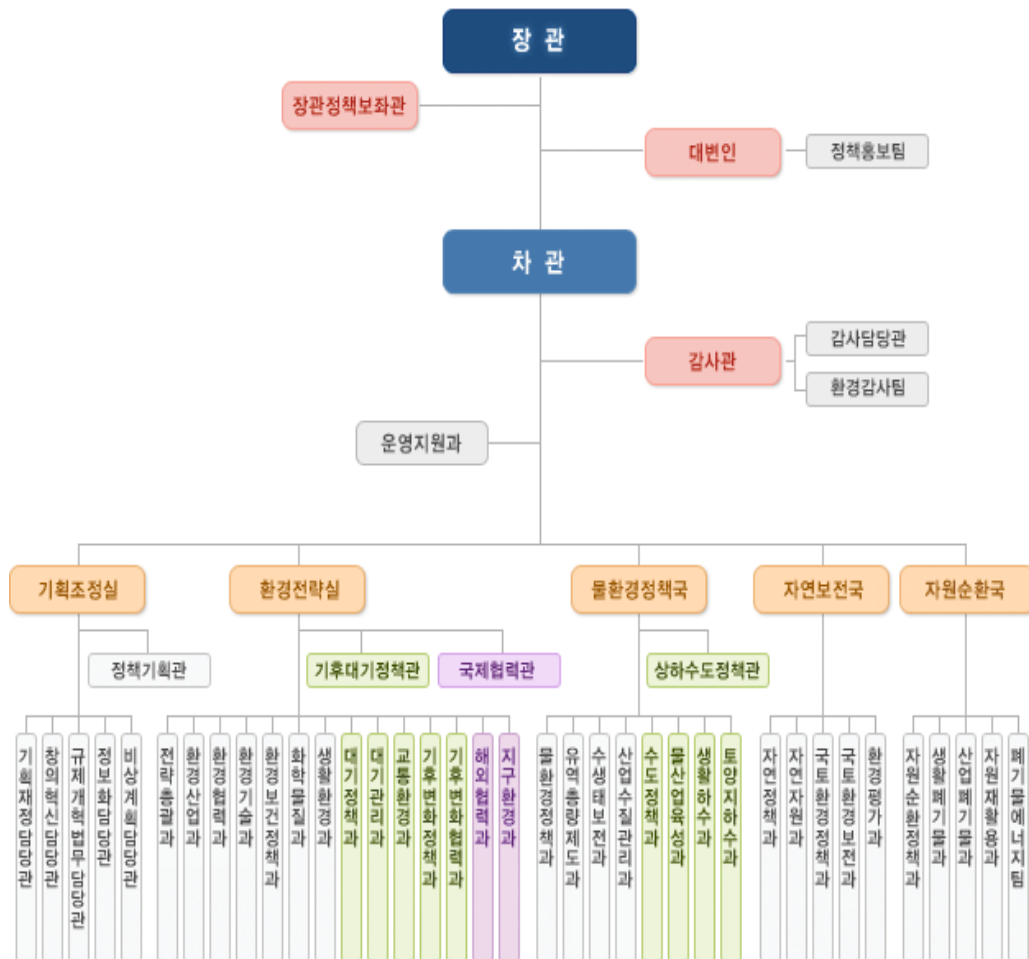
〈환경부시대〉

- 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', '수질 총량관리과' 신설
 - 2007. 2 '국립생물자원관', 과학원 '화학물질평가부' 신설
- 2009년 1월 현재 환경부 조직도는 <그림 4-11>과 같다.

가. 환경부 소속기관





〈그림 4-14〉 환경부 조직도(2009. 1 현재)

※자료출처 : <http://www.me.go.kr>

나. 환경부 산하기관

- 한국환경자원공사
- 환경관리공단
- 국립공원관리공단
- 수도권매립지관리공사

보건의료분야 뉴스

〈새 국민건강증진법 주요 내용〉

- 추진배경 : 담배의 발암성물질을 보다 구체적으로 명시함으로써 흡연을 효과적으로 효과적으로 억제하기 위함
- 주요내용
 - 담뱃갑 포장지 앞·뒤에 발암성 물질 6종 표기(나프틸아민, 니켈, 벤젠, 비닐 크롤라이드, 비소, 카드뮴)
 - 흡연경고문구 표기 광고에 포스터 등에 흡연에 대한 경고문구 외에 발암성 물질도 표기하도록 함
- 시행일
 - * 2008.12.15

〈식품위생 관련법령 정비 주요 내용〉

- “식품위생법” 개정 공포(’07.12.21, ’08.6.22 시행)
 - 원산지 등 표시대상 영업자 및 품목의 범위 확대
 - 식품이력추적관리 등록 절차 및 기준 설정
 - 식품자동판매기영업의 위생교육 완화
- “식품안전기본법” 제정·공포(’08.6.13, ’08.12.14 시행)
 - 국무총리를 위원장으로 하는 범정부 식품안전정책 총괄기구로 『식품안전정책위원회』 설치·운영 근거 마련



보건기획

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 가용 지식을 공공분야 내에서 공통성을 띄고 있는 사업을 추진하는데 체계적이고 계속적이며 선견성 있게 적용하는 것”이라고 정의하고 있다.

그러므로 보건기획은 “당면하고 있는 여러 가지 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 다

음과 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) 지역사회의 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, 목표를 설정 또는 재설정하고, 구체적 행동계획을 전개하는 과정을 거치게 된다.

가. 전제(premises: planning assumption)

전제란 내적이나 외적 환경에 대하여 가정하는 것을 말한다. 기획의 본질은 장래에 대한 종합적인 전망과 합리적인 기획가정(planning premises)에 입각하고 있다. 즉, 대상주민의 건강상황에 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(communitary diagnosis)을 통하여 이루어진다. 상황분석을 위해서는 주어진 상황을 올바르게 파악하여야 하며, 관계되는 자료를 과학적으로 분석해야 하고 조사연구나 전문가의 의견을 참고해야 한다. 상황분석을 위해서 사용되는 자료들은 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 미래추세의 예측에서 파악된 문제점과 자료의 제약 등을 고려하여 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 집행 과정 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 구체적인지의 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 보건요원들이 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 작성된바 없는 경우에는 상황분석과정과 계획입안과정에 따라 전반적으로 재고할 필요가 있다.

한편, 시행이라 함은 집행계획을 보건사업화하여 실제로 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 정도 인가를 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 의하여 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 이르기까지의 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 구체화 되어야 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 활동영역이 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 활용목표에 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 산업정보체계의 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.

8. 기획이론

기획과정은 기획을 하는 절차로서 사업을 진행하는 데 있어서 추진력을 주는 과정이라고 할 수 있으며, 어느 사업이나 일의 궁극적인 목표를 달성하기 위한 구체적인 단계와 방법을 제시하여 준다.

가. 기획의 정의

미국의 국가자원기획위원회(National Resources Planning Board, 1934)는 기획은 사업을 추진하는 데 체계적이고 계속적이며 연속적인 과정으로서 목적이 아니고 수단으로 계획을 효율적으로 사용하기 위한 수단이라고 하였다.

즉 기획이란 행동하기 전에 무엇을 어떻게 해야 하는지를 결정하는 것이며, 미래를 예측하는 것이고 측정한 목표를 달성하기 위하여 최상의 이용 가능한 미래의 방법 및 절차를 의식적으로 개발하는 조직적인 계획적·동태적 과정으로, 기획은 현재보다 더 좋은 미래를 만들고 미래의 일에 대한 불확실성을 경감시킬 목적을 갖는 하나의 사회적 과정이다.

나. 기획의 특성

기획은 연속적인 과정이므로 일반적인 추세나 여건에 대하여 항상 재검토를 해야 하며, 일단 확정된 계획이라 하더라도 정치·행정·경제·사회·기술적 제반 환경요인의 변화에 따라 방침을 수정한다. 그러므로 기획은 현실의 변화에 적응

할 수 있는 탄력적이며 계속적인 변환과정이다. 문제규명과 변화를 가져오기 위한 기획은 항상 미래에 연결되어 있다. 그러므로 기획은 과학적인 방법으로 체계적이고 논리적이며, 합리적인 방법으로 특수한 절차나 기술을 이용하여 사전에 면밀하게 조정된 과정을 의미한다.

다. 기획의 필요성

제한된 자원을 가지고 지역사회와 조직의 요구를 전부 충족시킬 수 없다. 그러므로 제한된 인력·시설 및 예산으로 소기의 목표를 달성하기 위해서는 기획이 필요하다.

1) 각종 요구와 희소자원의 배분

개인이나 사회의 각종 기대를 충족시키기 위해서는 부족한 자원을 사회경제적 중요성에 따라 우선순위를 결정하여 기대되는 요구와 자원의 배분을 상호 조정하여야 하기 때문에 기획이 필요하다.

2) 이해대립의 조정과 결정

많은 지역사회에서는 서로 다른 집단마다 서로 다른 가치와 견해를 갖는 경우가 있다. 목표나 목적을 달성하기 위한 방법과 수단의 결정에서는 흔히 상충하는 갈등으로부터 최종적인 결정을 내리기 어려운 상황이 발생하기 쉽다. 예를 들면, 건강증진사업을 하고자 할 때 특수 연령집단이나 전 인구의 경제적 특성이나 지리적 분포에 따라 의견이 상충되기 쉽다. 이러한 갈등에 대한 선택의 문제를 해결하는 데에도 기획이 필요하다.

3) 변화하고 발전하는 지식과 기술개발에 따른 적용

과거 수십 년에 걸쳐 지식과 기술이 급속하게 발전하여 과거의 지식과 기술은 짧은 기간안에 무용지물이 되고 있다. 따라서 이와 같은 기술의 소화능력과 이용 가능성에 따라 무엇을 취해서 이용해야 할 것인지 적절한 선택이 문제되고 있다.

4) 합리적 결정수단 제공

지역사회에서 진행되고 있는 여러 가지 문제를 해결하기 위해서는 지역사회문제의 현황, 우선순위, 목표 및 목적의 결정, 활동계획의 선정을 통한 기획은 능력과 효율의 원칙을 기반으로 하여 합리적인 정책결정을 내릴 수 있는 수단을 제공할 수 있다.

라. 기획의 과정

기획과정은 각 전문직 분야마다 그들 자신의 신념, 방법, 기술을 가지고 기획단계를 개발하여 활용하고 있다. 일반적으로 사용하고 있는 기획의 기본적인 단계는 전제조건의 사정, 현황의 분석, 우선순위의 결정, 각종 사업방법의 연구, 계획의 작성, 계획의 수행, 평가와 재계획으로 구분할 수 있다.

1) 전제조건의 사정

기획을 할 수 있는 상태인지 아닌지를 결정하기 위한 준비단계이다. 이 단계에서는 기획을 위한 어떤 특정 전제조건을 사정하거나 혹은 설정한다.

2) 보건현황 분석

기획을 위한 준비가 끝나면 현재의 보건문제, 보건의료사업, 각종 자원들에 대한 정보를 수집하고 연구한다. 이들 정보는 사업의 수요와 공급을 결정하고 사업의 경향, 사업의 약점, 목표, 정책, 우선순위, 일반적인 기준, 자원의 분배를 결정하는 데 필요하게 된다.

3) 우선순위 설정과 각종 사업방법의 연구

각 사업이 가지고 있는 궁극적인 목표를 달성하기 위하여 보건현황을 분석하여 얻은 자료를 기반으로 어느 사업을 가장 우선적으로 해야 할 것인지, 이 선정된 사업을 어느 정도에서(구체적 목표), 어떤 방법과 수단으로 수행을 할 수 있을 것인지 각종 방법 및 수단들에 대한 장단점을 고려하여 가장 효과적이고 효율적인 방법을 선정한다.

4) 계획의 작성

기획을 위한 환경, 기획을 위한 전략을 고려하고, 기획을 위한 전체조건에 대한 사정 및 수립, 보건현황의 분석, 우선순위의 선정, 사업의 구체적 목적, 각종 방법 및 수단의 연구 등을 계획서로 작성한다.

5) 사업수행

사업의 목표를 달성하기 위하여 사업의 구체적인 수행을 계획한다. 예를 들면, 사업수행을 위한 조직이 필요한 경우 조직의 설립을 계획하고, 요원을 교육하거나 채용하는 계획 혹은 자원의 활용계획 등을 시행하는 것을 의미한다. 사업의 수행은 계획에 따라 요원들이 그들의 특수한 역할과 기능을 수행함으로써 이루어진다.

6) 평가 및 재계획

기획과정의 마지막 단계는 평가이며, 동시에 기획의 순환과정에서 첫 단계가 된다. 그러므로 평가의 결과는 다음 기획에 자료가 되어 재계획을 하게 된다. 평가는 계획되어 수행된 사업의 결과를 양적, 질적으로 측정하여 정해진 기준에 따라 비교하는 것이다.

—〈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.



보건관리론

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.

- 정책은 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(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 있

어야 한다. 둘째, 의료인 및 의료기관은 진료와 연구 등 의료관련 행위를 보장 받을 수 있어야 한다. 셋째, 국가는 보건의료자원의 효율적이고 효과적인 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 선

택성(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 평가기준으로는 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. 다음은 문재우 등(2004)이 제시한 정책평가 기준이다.

가) 능률성(Efficiency)

능률성이란 산출 대 투입의 비율을 의미하며, 이것은 정책의 평가 기준으로서 매우 중요하다. 즉, 능률성은 제한된 자원과 수단을 사용하여 산출의 극대화를 기하는 것을 의미하는 설정하는 목표를 최소의 비용을 투입하여 달성한다는 것과 일정한 비용으로 최대의 효과를 획득한다는 것을 내용으로 하고 있다. 능률성은 정책결정이나 사업과정, 사후평가에 있어서도 역시 중요한 위치를 차지하고 있다.

우리나라의 경우와 같이 보건의료사업에 사용되고 있는 정부예산과 자원이 한

계점을 가지고 있는 경우에는 능률성의 기준은 매우 중요한 평가 기준이 될 수 있으나 오늘날에 있어서는 비용과 관련된 기계적 능률뿐만 아니라 사회적 형평의 달성도를 형평성을 나타내기 위한 사회적 능률 또한 강조되고 있다. 보건의료 서비스는 공공재로서 산출의 가치를 정하는 것이 매우 어려울 뿐만 아니라 산출의 추상성으로 인해 산출물의 측정 자체가 곤란한 경우도 많기 때문에 보건의료 서비스의 능률성을 측정하기란 상당히 곤란한 경우가 많다.

2) 효과성(Effectiveness)

효과성은 정책목표의 달성도를 의미한다. 즉, 효과성이란 정책의 목표나 목적에 대한 업무의 달성도를 의미한다. 목표의 달성도는 조직의 효율성을 측정하는 하나의 기준이 되며, 또한 정책성공 여부를 판단하는 기준이 되므로 평가결과 효과성이 높으면 일단 정책이 성공한 것으로 받아들여지고 있다. 정책목표의 구체화가 선행되어야 효과를 명확히 측정 할 수 있으며, 보건의료 서비스의 경우 목표의 양적인 측정이 불가능한 경우가 많으므로 질적인 표현 방법이 많이 사용되고 있다.

3) 대응성(Responsiveness)

대응성이란 정책 대상자의 선호를 만족시키는 능력이라고 할 수 있다. 즉, 대응성이란 정책수혜자의 요구와 기대 그리고 환경변화에 얼마나 융통성 있게 대처해 나가느냐 하는 능력을 의미하며, 대응성의 기준은 수혜자의 만족도를 평가하는 기준이 된다. 정부가 제공한 보건의료 서비스에 대해 수혜를 받고 있는 국민들이 얼마나 그 서비스에 대해 만족하고 있느냐의 정도에 따라 정부의 대응성을 평가하기도 한다.

4) 만족도(Satisfaction)

대응성의 평가 주체는 정책의 효과를 직접 받는 수혜자로서의 시민을 의미하는 반면, 만족도의 주관적 평가자로서의 시민은 개개의 정책이 집적된 장기적이고 전반적인 정책의 영향정도를 평가한다. 정책의 최종적인 성패의 판단 기준

은 정책시행으로 인해 편익을 받는 수혜대상집단의 만족도에 있다고 본다. 그러나 정부가 실시한 보건정책에 많은 사람들이 만족하고 있다고 할지라도 보건의료 서비스가 절대적 가치인 인간의 생명을 다루고 있다는 사실 하나만 가지고도 보건의료 서비스에 대해 불만족을 가지고 있는 극소수를 파악하는 일은 매우 중요한 의미를 갖는다.

5) 형평성(Equity)

형평성이란 모든 사람은 균등하게 잘 살아야 하며 행복해야 한다는 것을 전제로 한다. 정책평가 기준으로서의 형평성은 사회의 여러 상이한 집단과 개인간의 가치배분과 관련하여 정책의 효과나 편익이 모든 사람에게 공정하게 배분되어 있는가를 분석하는 기준을 의미한다. 형평성은 법적, 사회적 합리성과 밀접한 연관이 있으며, 어떠한 행정이념보다 더욱 근원적이며 상위적인 개념이라 할 수 있다. 왜냐하면 형평이란 균형과 평등을 의미하는 것으로 균형은 보건의료 서비스의 차원에서 볼 때 각 체제간에 있어서의 가치의 적절한 배분을 뜻하며, 평등은 법 앞에서 균등한 기회가 주어지는 것으로서 성, 종교, 인종 등에 의해서 차별을 당하지 않는 상태라고 말할 수 있다.

6) 민주성 및 참여성(Democracy & Participation)

민주성과 참여성은 정책의 정당성 확보에 중요한 밑거름이 되며, 현대 복지국가에서는 모든 정책의 가장 기본적인 기준이 되는 정책평가 기준이며 가치체계이다.

정책평가에 있어서의 민주성이란 정책의 여러 과정에 국민의 참여를 확대시키고 여론을 충실하게 반영시키며 집행에 있어서도 국민의 의사를 충분히 고려하는 것이라고 말할 수 있다. 참여성이라고 하는 것은 정책결정 과정과 정책수행 과정 및 정책평가 과정에 다수의 국민들이 참여하여 어느 정도의 투입 작용을 행하는 행위를 뜻한다. 보건의료 서비스와 같은 공공 서비스의 경우에는 국민들의 일상생활과 밀접한 관련이 있을 뿐만 아니라 그 참여의 정도에 따라 보건의료 서비스의 질이 좌우될 수도 있기 때문에 민주성과 참여성은 중요하다고 할 수 있다.

7) 적정성(Adequacy)

적정성이란 문제의 해결 정도를 의미하기 때문에 가치 있는 결과의 성취가 문제를 어느 정도 해결해 주었느냐를 평가한다. 적정성의 기준은 주어진 효과성의 수준이 정책과제를 제기하는 욕구, 가치, 기회를 어느 정도까지 수렴하고 충족시키고 있느냐 하는 범위와 관련된다. 적정성이란 사회적 급여가 인간으로서의 육체적·정신적 존엄과 가치를 유지할 수 있는 수준이 되어야 한다는 것이다. 따라서 적정성을 평가할 때는 정책대상 집단 구성원에게 당연히 주어져야 하는 최저수준이 존재하지 않으면 안 된다.

2. 보건조직론

가. 보건조직의 개념

학자들에 따라서 조직에 대한 정의는 다양하다. L.A.Allen은 “조직이란 조직구성원들이 목표를 달성하기 위하여 가장 효과적으로 협력할 수 있도록 직무내용을 명확하게 분석하고 직무수행에 관한 권한과 책임을 명확하게 하면서 그 상호관계를 결정하는 과정”이라고 하였으며, J.W.Lorsch는 “조직이란 일정한 환경하에서 특정한 목표를 달성하기 위한 분업체제”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 기능이

나 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 횡적 조직은 보건복지가족부의 보건정책국, 건강증진국, 식품의약품안전청 등의 각 국으로 분업화 할 수 있으며, 종적으로는 행정안전부, 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 하위체계간의 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 구성함으로서 계선조직(係線組織)과 구별해야 한다는 원리이다. 즉, 스태프는 자료수집과 연구 및 계획 등의 업무를 수행함으로서 상급자를 돕는 조직이라 할 수 있다. 참모조직은 행정업무를 추진함에 최종목표가 있으며 계선조직의 권한과 책임을 침해하지 않는 범위내에서 계선기능부서를 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, 참모 조직에 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, 관리 해야겠다.

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 6-1〉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(표6-2).

〈표 6-2〉 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 하였다. 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. <표6-3>은 저항극복전략이다.

〈표6-3〉 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 정의 할 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 조직성원으로서 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 잠재

능력을 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 엽관주의의 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 엽관주의

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.

엽관주의란 사람을 공직에 임명함에 있어서 능력, 자격, 업적이 아니라 당파성, 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 것들을 수 있다.

- ① 자격이나 경험을 갖춘 유능한 인물이 배제되고 인사행정이 정실화됨으로 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 대가로서 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 인사관리 기능으로 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 유효 수

요를 측정한다.

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

2) 보건인력의 공급분석

가) 보건인력의 범위

보건인력계획의 근간을 형성하는 의사, 치과의사, 간호사, 약사 등의 수급계획이 우선적으로 취급되어야 하겠으나 광의의 보건인력계획을 위해서는 보건 분야에 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 보건인력은 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

〈5분 토론〉

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



보건관련 국제기구

VII. 보건관련 국제기구

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 제2차대전 이후 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 위협에 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 세

계보건기구에 신고토록 하고 있다.

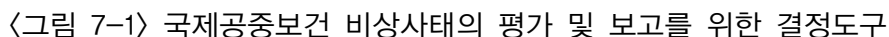
〈표 7〉 세계보건기구 신고대상 질병

대상질병	신고내용
• 두창(small pox), 야생 폴리오바이러스에 의한 폴리오, 신규 아형으로 인한 인체감염 인플루엔자, 중증급성호흡기증후군(SARS)	• 4종 감염병은 1건이 발생한 경우에도 신고하여야 한다.
• 콜레라, 페스트, 황열, 바이러스성 출혈열(에볼라, 라싸, 마버그), 웨스트나일열 및 국가 또는 지역에서 특히 우려 대상이 되는 기타 전염병(뎡기열, 리프트벨리열, 수막구균감염증 등)과 원인 또는 출처 미상의 사건을 포함한, 잠재적으로 국제공중보건상 우려사항이 될 수 있는 사건	• 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 있

- 신고한 사건에 대한 WHO의 검증 요청이 있을 경우 일차적인 답변이나 수
신확인을 24시간 내에 해야 한다.



– 127 –

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 종료할 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.

〈5분 토론〉

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

〈보건복지가족부 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



보건의료 전달체계

VIII. 보건의료 전달체계

1. 보건의료 전달체계의 개념

19세기 말엽이후 현대의 과학적 의학은 급속한 발전을 거듭하여 의학지식과 기술의 폭발적인 증가로 의학분야는 더욱 세분화되고 전문화되기에 이르렀다. 의학의 세분화와 전문화 현상은 의사들로 하여금 장기별, 조직별로 특수 영역화 하게 하였으며 한사람의 환자나 한 가지의 질병을 치료하더라도 여러 분야의 전문의사가 공동으로 참여하는 협조체제 또는 분업체제를 요구하게 되었다.

그러나 눈부신 의학의 발전과 전문화 현상으로 의료수요의 증가, 고가의료기술과 장비의 이용증가, 의료형태의 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.

보건의료전달이란 적절한 시간, 적절한 장소에서 적절한 의료인에 의해 적정진료를 받도록 하는 것을 의미한다. 즉 보건의료전달체계란 보건서비스의 전달과 관련되어 배분되는 모든 사회조직과 배분을 의미한다.

보건의료전달체계란 대상인구의 보건의료복지를 증진하기 위해 의료서비스를 생산, 분배, 소비하는 사회구조와 기능을 총칭하는 말이다. 다시 말해서 보건의료체계란 한 국가나 사회가 그 구성원의 건강수준을 향상시키기 위하여 마련한 보건의료사업에 관한 제반 법률과 제도를 총칭한다. 보건의료체계는 적정의료 개발하고 생산하는 측면과 의료소비자에게 의료서비스를 제공하는 접근성과 관련된 2가지 측면으로 구성되며, 의료의 접근도를 높이기 위해서 첫째, 자원조달, 둘째, 인력과 시설의 고른 분포, 셋째, 기능과 역할에 따른 의료자원의 체계적인 분포, 넷째, 체계적인 배치에 따른 의료기관간의 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 보건 의료전달체계가 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 사회 제도의 하부제도로써 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·사회 체제에 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 민간 주도의 형태로 의료이 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 의료전달체계에서는 의료의 생산이 국가에 의해 계획적으로 이루어지며, 계획되어 생산된 보건의료서비스는 국가보건조직에 의해 조직되며, 재원조달은 세금이나 의료보험금에 의해 이루어진다. 이러한 제도를 국민보건서비스(NHS : National Health Service)라고 하며, 가장 대표적인 나라가 영국과 스칸디

나비아제국, 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(구·소련)
의료전달의 체계화	-	**	**
의료의 질적수준	**	*	*
의료조직의 관리통제	-	**	**
의료균점	-	**	**
선택의 자유	**	*	-
질병의 예방	-	**	**
의료자원의 효율성	-	**	*
의료비	-	**	**

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

※ 자료 : 김화중, 김영임. 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 자(약 192만명), 7월부터는 65세 이상 노인 중 일정기준 이하인 자(약 301만명) 로 적용 확대
- * 노인단독가구 40만원, 노인부부가구 64만원

* 자료출처: www.mw.go.kr



의료보장제도

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 국제노동기구는 사회

보험, 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 사회제도로써 보험의 원리와 방식을 적용하여 기여금을 내도록 하고 급여내용을 정하여 운영하는 사회경제제도이다. 이러한 사회보험제도를 운영하는데 중요한 것은 일반적으로 기여제도와 급여제도, 자격관리와 관리운영이다.

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 연금

과 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 민간 보험의 차이점은 <표 9-1>와 같다.

〈표 9-1〉 사회보험과 민간보험의 차이점

구 분	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 제도로 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. 산업혁명이후 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 3자관계가 성립되는 것이다.

우리나라의 의료보험은 1963년 의료보험법이 제정된 이래 1989년 7월 전국민 의료보험시대를 열었고 2000년 7월부터는 국민건강보험으로 전면 개정되어 전 국민에게 적용되고 있다.

2) 산재보험

의료보장의 일종으로서 산업재해보상제도는 근로자가 업무수행 중이거나 업무와 관련하여 질병에 걸렸거나, 부상 또는 사망했을 경우 근로자를 치료해 주고, 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 맡게 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 의료보호법이 의료급여법으로 전면 개정되어 2001년 10월부터 국민기초생활보장제도의 일환으로 시행되고 있으며, 2004년부터는 차상위계층 의료급여사업을 시행하고 있다. <표 9-3>은 현행 의료급여수급권자의 선정기준이다.

〈표 9-3〉 의료급여 수급권자 선정기준

유형	선정기준
1종	• 국민기초생활보장법에 의한 수급자 • 차상위 의료급여 수급권자 : 희귀난치성 질환자
2종	• 국민기초생활보장수급권자 중 의료급여 1종수급권자 기준에 해당되지 않는 자 • 차상위 의료급여 수급권자 : 만성질환자, 18세 미만 아동

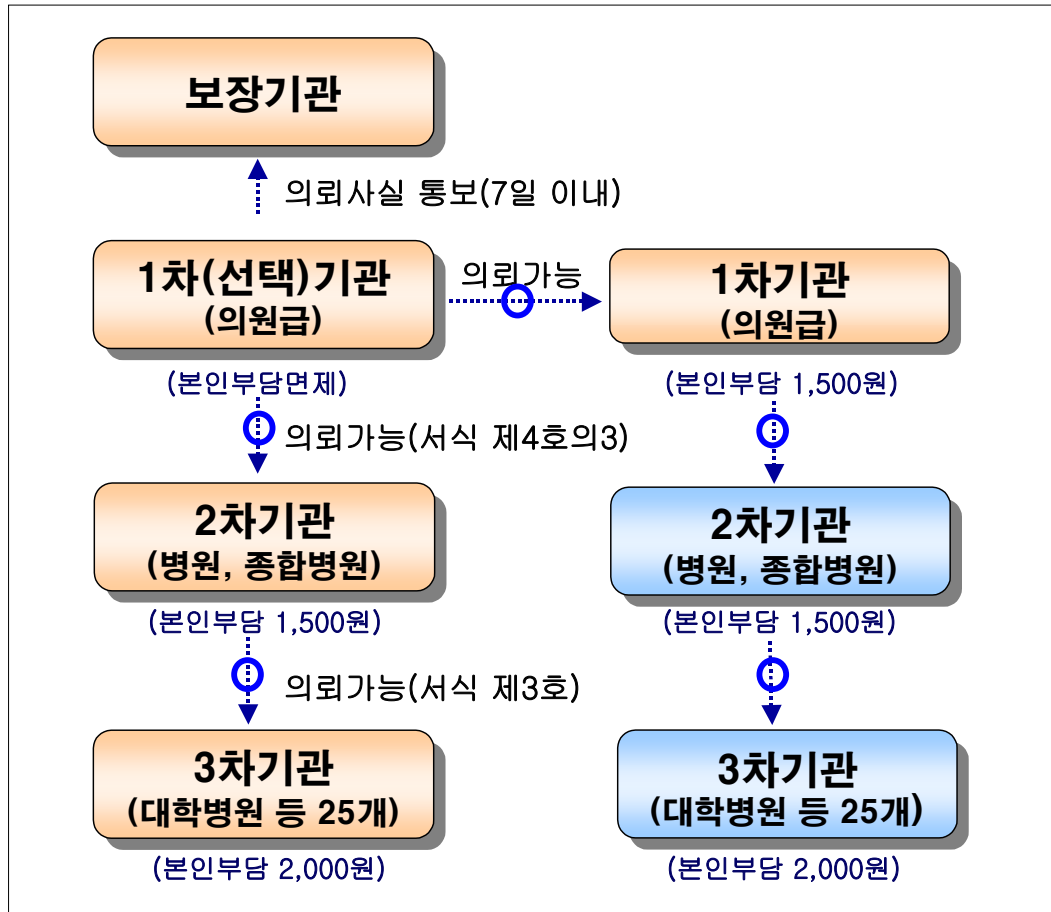
※출처: <http://www.mw.go.kr>

보건복지가족부는 2007년부터 의료기관 외래진료시 1종수급권자에 대해 건강생활유지비 선지원을 통한 소액 본인부담제 도입과 아울러, 여러 의료기관 이용에 따른 중복투약으로 위해발생 가능성이 높은 수급권자를 대상으로 선택병의원제를 도입하여 시행하고 있다. 선택병의원제 도입은 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.

〈표 9-4〉 선택병의원 선정 기준 일람표

적용대상자		급여상한일수초과자, 자발적 참여자			
구 분		제1선택 의료기관	제2선택 의료기관	제3선택의료기관 (본인부담있음)	제4선택의료기관 (본인부담있음)
일반		1차	6개월 이상 진료 필요자 1~2차	한의원 (제1·제2 선택의료급여 기관을 한의원으로 지 정하지 않은 경우) - 심의불필요	치과의원 (제1·제2 선택의료급여 기관을 치과의원으로 지정하지 않은 경우) - 심의불필요
진 료 절 차 예 외 자	· 희귀난치성질환자	1~3차	1~2차 심의불필요		
	· 2~3차 병원 근무자	2~3차 (본인근무지)	6개월 이상 진료 필요자 1~2차		
	· 한센병환자 · 등록장애인 · 도서벽지지역거주자 · 국가유공자 중 상이등급자	1~2차	6개월 이상 진료 필요자 1~2차		

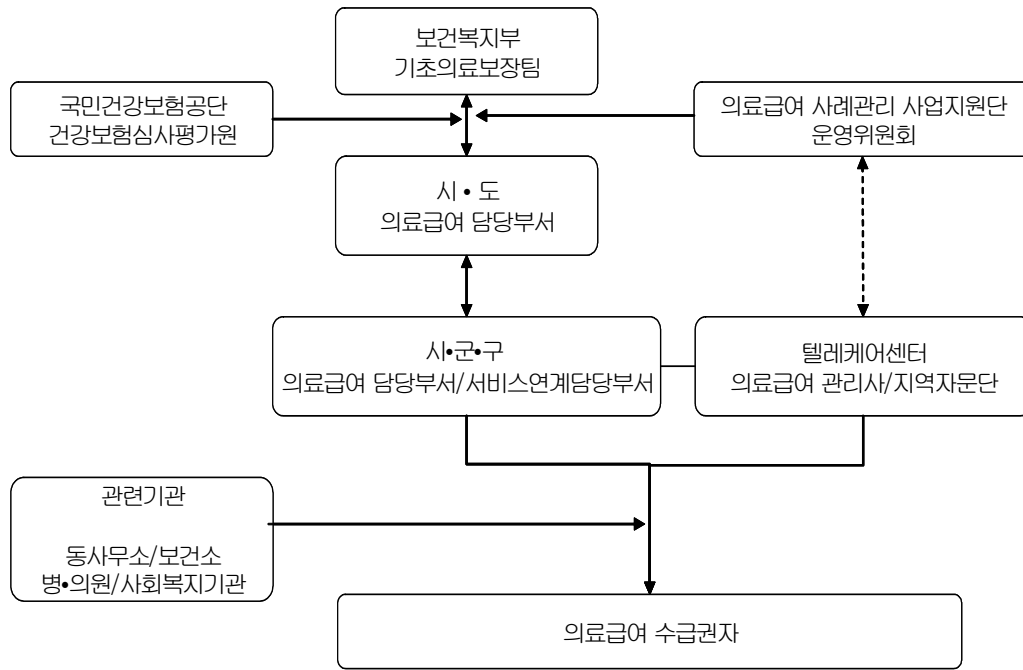
※ 출처 : <http://www.mw.go.kr>



〈그림9-1〉선택병원 이용 절차도(선택병원이 1차의료급여기관인 경우)

※ 출처 : <http://www.mw.go.kr>

그리고 의료급여수급권자의 대다수가 저학력자나 고령자가 많고, 올바른 의료 이용에 대한 정보의 취약성으로 합리적 의료이용을 위한 의사결정에 전문가의 도움이 필요하고 기존 사례관리 한계 보완하기 위하여 의료급여 사례관리 제도를 시행하고 있다. 보건과 복지의 복합적 문제를 갖고 있는 의료급여 수급권자를 대상으로 전화·방문을 이용하여 의료급여 이용 및 건강관리 상담, 보건과 복지자원 연계 등의 사례관리를 적시에 밀착 제공함으로써 수급권자의 자가 건강관리 능력을 향상시켜 삶의 질 제고 및 의료급여 재정 안정화에 기여하고자 하는 목적을 가지고 시행하고 있다. 사례관리 수행체계는 〈그림 9-2〉와 같다.



〈그림 9-2〉 사례관리사업 수행체계도

※ 출처 : <http://www.mw.go.kr>

4) 노인장기요양보험제도

가) 추진 경과

- 고령화시대에 대비, 노인요양보장제도 도입 발표('01. 8. 15)
- 노인요양보장제도 시행 준비
- '05. 7월~ 시범사업 실시
- '07. 4. 27 노인장기요양보험법 제정

나) 제도 도입의 의의 및 기대 효과

지금까지의 저소득층 대상, 공급자 중심, 제한적 서비스의 공공부조사업에서 일반 국민 대상, 수요자 선택권, 전문적 서비스의 사회보험 체계로 전환하였으며, 고령화 초기에 공적노인요양보장체계를 확립하여 국민의 노후 불안을 해소하고 노인부양 가정의 부담 경감시키는데 있다.

〈표9-5〉 노인장기요양보험제도의 기대효과

노인의 삶의 질 향상	· 비전문적 가족 요양: 계획적 전문적 요양, 간호 · 신체기능 호전, 사망률 감소, 삶의 질 향상
가족의 부양부담 경감	· 요양시설은 급여비용의 20% 부담 * 월 100~200만원 ⇒ 40~60만원(식비 포함) · 재가서비스는 월 한도액 범위 내 사용금액의 15% 부담
여성 등 비공식 요양인의 사회·경제활동 활성화	· 여성 등 비공식 요양인의 기회비용과 노동손실 감소 · 사회 전체적인 경제적 편익과 경제·사회활동 증가
사회서비스 일자리 확대 및 지역경제 활성화	· 요양보호사, 간호사 등 약 4만명 이상 고용창출효과 기대 · 지역 요양시설 확대 '06년 815개소 → '08년 1,543개소
노인의료 및 요양의 전달체계 효율화	· 급성기 병상→ 요양병원→ 요양시설로 서비스 전달체계 효율화 및 노인의료비 절감효과 기대

※ 출처 : <http://www.mw.go.kr>

다) 제도의 주요 내용

① 급여대상

65세 이상 노인 또는 치매, 중풍, 파킨슨병 등 노인성 질병으로 6개월 이상의 기간 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려우신 사람으로 장기요양 등급은 1등급(最重症), 2등급(重症), 3등급(中等症/ 다만, 3등급은 재가급여만 허용)으로 분류한다.

〈표 9-6〉 등급별 상태상

	요양 1등급 (최중증)	요양 2등급 (중증)	요양 3등급 (중등증)	등급외 (경증)
상태상	· 하루 종일 침대 위에서 생활자로 스스로 움직일 수 없는 와병 상태 · 일상생활활동의 식사·배설·옷 벗고 입기의 모든 활동에서 전적으로 다른 사람의 도움 필요	· 식사·배설·옷벗고입기 등에서 상당부분 다른 사람의 도움 필요 · 휠체어를 이용, 일상생활유지 · 낮에도 주로 침대에서 생활하는 경우가 많음	· 보행보조기 등을 통해 이동 · 다른 사람의 도움을 받아야만 외출 가능	· 식사·배설·옷벗고입기 모두가 대체로 자립이나, 생활관리 능력이 저하하는 등으로 가끔 지원 필요



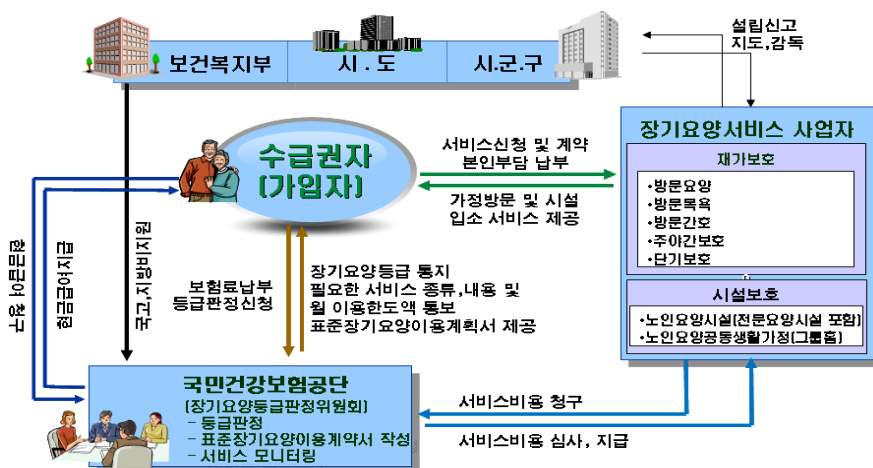
〈그림9-3〉 노인건강보장 체계도

※ 출처 : <http://www.mw.go.kr>

② 장기요양인정 및 서비스 이용절차는 〈그림9-4〉와 같다.

③ 급여내용

- 시설급여 : 요양시설에 장기간 입소하여 신체활동 지원 등 제공
- 재가급여 : 가정을 방문하여 신체활동, 가사활동, 목욕, 간호 등 제공, 주간보호센터 이용, 복지용구 구입 또는 대여
- 특별현금급여 : 도서벽지지역에 가족요양비 지급



〈그림9-4〉 서비스 전달 및 청구·지급 체계

※ 출처 : <http://www.mw.go.kr>

- ④ 장기요양기관(요양시설 및 재가시설의 지정 또는 신고)
 - 시설급여 시설(노인복지법상 시설) 및 재가급여 시설(장기요양보험법상 시설·인력기준 적용) → 시·군·구청장의 지정 또는 신고
 - 장기요양요원 : 요양보호사, 간호사 등
- ⑤ 관리운영 : 국민건강보험공단과 지자체 역할 분담
- ⑥ 재정부담
 - 장기요양보험료 : 건강보험료액의 4.05%(평균 2,700원)
 - 국고(보험료 예상수입액의 20%), 지방비
- ⑦ 본인부담율
 - 시설 20%(비급여 : 식재료비, 이미용료 등), 재가 15%
 - 의료급여 등 50% 경감, 기초수급권자 무료

— 〈알면 좋아요!!!〉 —

- 노인장기요양보험법의 주요 내용
 - 제도 조기정착 및 장기 지속가능성을 담보할 수 있도록 함.
 - ☞ 급여대상은 서비스가 꼭 필요한 中等症(3등급) 이상
 - ☞ 급여내용은 전문화·다양화하되 수발서비스 중심
 - ☞ 관리운영은 보험공단과 지자체로 역할 분담하여 효율성 도모
 - 선진국의 사례를 분석하여 재정안정성과 사회적 필요성을 조화
 - ☞ 경증노인에 대해서는 예방사업, 노인돌보미 사업 등을 병행

— 〈5분 토론〉 —

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



모자보건

X. 모자보건

1. 생애주기에 따른 지역 모자보건사업의 필요성

세계 보건계는 인구의 노령화와 만성질환의 부담증가라는 커다란 도전에 직면하여, 단순한 ‘장수’가 아니라 질병과 장애 없이 건강하게 사는 “건강한 수명(Healthy Life Years)”의 연장과 사회계층간의 ‘건강격차(Health Gap)완화’를 궁극목표로 삼고, 각국이 건강을 유지·증진하기 위한 보건정책을 수행하기 위해 노력하고 있다.

국가보건정책이란 국민의 건강권 보장을 위한 국가의 소임을 실천해 나가는데 근간이 될 뿐 아니라 생산적 복지의 국정목표를 통하여 사회전체의 성장잠재력을 향상시켜 나가는데 토대가 되는 정책영역이다. 국가가 수행해야할 보건정책과제를 구체화시키고 그 목표를 추구해 나감에 있어서 우선적인 관심이 요청되는 영역이 바로 “여성건강”이다.

최근의 출산인구의 감소, 의료에 대한 접근성 향상, 시설분만의 증가 등으로 인하여 모자보건의 상대적 중요성이 줄어들었지만 여성과 어린이의 새로운 보건문제가 발생하고 있다. 학령기 아동의 문제로서 각종 사고의 발생 증가, 비만 아동의 증가와 함께 결식 아동의 존재는 불균등 발전의 문제를 야기하고 있으며, 청소년 문제는 성에 대한 개방적인 의식과 행태, 청소년의 건강관련 행태, 사회적 문제는 여러 가지 문제가 복합되어 있어 좀처럼 해결되기 어려운 사회적 문제가 되었다.

또한 여성의 사회 진출의 증가, 고령 출산의 증가, 갱년기 이후의 여성의 증가 등 여성의 건강과 관련된 환경이 급속하게 변화하고 있다. 이러한 변화에도 불구하고 그 동안 여성에 관한 우리 나라 보건정책은 1960년대이래 인구억제를 위한 가족계획사업이 있었을 뿐, 여성건강의 출발인 임신·출산·수유 등의 생식건강분야에서조차 잘 계획된 공공 서비스가 미흡한 실정이다. 따라서 여성이 지니고 있는 생애주기별 고유한 건강문제에 관한 정책적 접근, 여성의 보건의료에

관한 형평성 제고, 여성의 건강한 여생 등을 위한 노력은 부족한 실정이었다.

세계은행(The World Bank)의 보고에 의하면 여성 차별이 심한 사회는 차별이 심하지 않은 사회보다 빈곤이 더욱 심하고, 경제성장이 더디며, 삶의 질이 더욱 낮고, 영아사망률이 높으며, 인구증가율도 높지만 공중보건수준은 낮은 것으로 나타났다.

그러므로 여성의 생애주기를 통하여 적절한 양질의 보건의료서비스와 정보에 대한 기회 증진, 여성건강 증진프로그램의 강화, 생식건강권 보장, 여성건강을 위한 자원확충이 필요하다고 본다. 왜냐하면 여성은 국가 경쟁력의 원천인 ‘절반의 국민’이며, 국가의 미래를 짊어질 국민을 재생산하는 ‘모성’이기 때문이다.

2. 외국의 여성건강증진정책

가. 미국의 최근 여성건강증진 정책

남정자(2000) 등은 미국의 여성건강증진 정책을 여성의 고질적인 건강상 불평등을 완화시키기 위한 조치로서 종합적이며 과학적인 근거에 입각한 접근 방법을 강조하고 있다고 하였으며, 미국의 최근 여성건강증진 정책을 다음과 같다.

- 여성의 건강에 관한 연구, 서비스, 교육을 위한 예산의 대폭 확대
- 질병의 예방, 치료, 원인에 대한 남녀간의 차이 검토
- 생애주기를 통한 여성건강에 초점을 두기 : 청소년, 가임기와 중년여성, 여성노인
- 취약계층 여성을 위한 건강서비스의 장애요소 없애기
- 여성이 보건이나 과학분야에서 남성과 동등하게 높은 지위를 획득 할 수 있도록 도울 것 등이다.

미국의 생애주기에 따른 중요한 여성 건강증진 정책 중 남정자(2000) 등이 소개한 것을 보면 다음과 같다.

1) 여성건강정보 제공(Women's Health Information)

보건소의 여성건강실에 1998년 11월에 여성건강정보센터를 설치하였다. 정보 제공 내용은 웹사이트와 무료 전화와 연결하여 여성건강에 관한 ‘원 스톱 쇼핑’을 하도록 하였다(<http://www.4woman.gov>).

2) 모범 여성건강증진센터 설치(Centers of Excellence in Women's Health)

보건소에 미국여성의 건강증진을 위한 18개의 국립여성건강증진 모범 센터를 설치하였다. 센터가 수행하는 업무는 보건서비스의 제공, 연구, 일반 대중을 위한 보건교육, 보건관련 인력의 훈련 및 지역사회 타 서비스와의 연계 등이다.

3) 저소득층 여성을 위한 건강검진(Screening for Low-income Women)

저소득층 여성을 위한 유방암 및 자궁암 조기발견 프로그램을 통하여 무료 또는 저렴한 금액으로 의료보험이 없는 사람, 저소득층, 노인, 소수 민족에게 건강검진 사업을 제공하고 있다.

4) 10대 임신의 저하(Reducing Teen Pregnancy)

1997년 클린턴 정부가 10대 임신을 감소시키기 위한 전략을 발표하였다. 특히 미혼 10대 임신을 예방하기 위한 대책으로 국가단위, 주 단위, 지역단위의 파트너쉽 구축, 순결의 중요성에 대한 강한 메시지 전달 등을 제시하였다. 그리고 FDA는 성교 후 응급조치로 사용할 수 있는 안전하고 효과적인 피임약(Preven)의 사용을 승인하였다.

5) 국립보건원의 여성건강사업(The NIH Women's Health Initiative)

갱년기 여성의 주요 사망원인, 장애에 관한 내용을 골자로 하는 이 사업은 가장 큰 고령여성을 위한 예방보건사업 중 하나이다.

6) 영아사망률 감소(Reducing Infant Mortality)

보건복지부의 지속적인 지원으로 조기산전관리를 받는 산모의 비율이 1989년 75.5%에서 1997년 첫 3개월 동안 83% 까지 증가하여 1970년 천명 당 20명에서

1997년 7.1 명으로 영아사망률이 감소하였다. 유아 사망의 위험요인인 10대 출산이나 임신여성의 흡연이 감소되고 있다.

7) 선천성 기형 예방(Preventing Birth Defects)

1996년 보건복지부와 FDA는 신경계 선천성 기형의 위험요인을 감소시키기 위해 빵, 밀가루, 옥수수, 파스타, 쌀 등의 곡류에 임신전후에 적당량을 복용하면 척추파열 같은 신경계 선천성 기형의 위험을 감소시키는 엽산을 첨가하도록 지시하였다.

8) 아동 및 청소년 흡연예방(Preventing Smoking by Children & Teens)

폐암의 주요 위험요인인 청소년들의 흡연을 줄이기 위해 법제정(1996년)을 통해 TV 광고금지, 아동에게 판매금지 등을 하도록 하였으며, 보건복지부에서는 청소년을 대상으로 흡연반대 교육을 시작하고 있다.

9) 청소년 건강능력 갖추기 캠페인(Girl Power Campaign)

1996년에 보건복지부에서는 9-14세 소녀들을 대상으로 'Girl Power'라는 공공교육캠페인을 시작하였으며, 담배, 알콜, 불법약물에 대한 강한 'No-use'에 대한 메시지를 전달했다. 또한 5개년 프로그램으로 'Girl neighborhood power'를 통하여 10대 임신예방 및 해로운 약물 사용은 예방하여 청소년들이 건강한 삶을 향유할 수 있도록 계획하고 있다.

10) 골다공증 교육 캠페인(National Osteoporosis Education Campaign)

국가 골다공증재단(National Osteoporosis Foundation)과 공동으로 여성보건국에서 각 주기별 여성에 골다공증에 대한 교육프로그램을 시행하고 있다. 특히 골격형성에 중요한 시기인 13~18세 소녀를 대상으로 실시하고 있다.

3. 우리 나라 모자보건사업 현황

가. 모자보건에 관한 용어

모자보건법에서 임신부라 함은 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만의 여자를 말하며, 신생아는 출생 후 28일 미만의 영유아를 말하고 영유아란 출생 후 6년 미만의 자를 말한다. 모성의 정의는 광의로는 초경에서 폐경까지의 여자를 말하며 협의로는 임신·분만·출산 후 6개월 미만 또는 1년 미만의 여자를 말한다. 영유아의 정의는 광의로는 생후부터 15-18세까지의 미성년자를 말하며, 협의로는 생후부터 미취학 아동을 말한다.

나. 모자보건사업 대상자

모성이란 넓은 의미로는 제2차 성징이 나타나는 생식기로부터 폐경기에 이르는 여성 즉, 15-49세의 여성을 말하며, 좁은 의미의 모성이란 임신, 분만, 수유기의 여성과 출산 후 6개월 미만 또는 1년 미만의 여성을 말한다. 모자보건사업은 현재 임신중인 여성, 출산 중인 여성, 출산 후 산욕기에 있는 여성, 수유 중인 여성을 대상으로 하고 있다. 모자보건법에서 영유아란 출생 후 6년 미만의 자를 말하고, 신생아라 함은 출생 후 28일 미만의 영유아를 말한다. 아동인구는 광의로는 태아에서부터 사춘기에 이르는 모든 미성년자를 말하며, 협의로는 생후부터 미취학아동을 말한다. 즉 신생아라 함은 출생 후 28일 미만, 영아란 1년 미만, 유아란 초등학교 취학전의 6세미만을 말한다.

건강상 취약한 시기, 특히 질병에 대한 저항력이 매우 낮은 시기이므로 신생아에 대한 집중적인 관리와 3-4세까지 모자보건사업을 통한 계속적인 관리는 장애 및 질병을 조기 발견하고 예방하며, 또한 조기 치료할 수 있도록 하고, 재발을 방지하여 영유아의 건강을 유지·증진할 수 있다.

영유아보건을 위해서는 영유아클리닉을 운영하여 정상적인 성장발달을 확인해주고 교정해주며, 건강상담을 실시하고, 기본예방접종을 적기에 접종하도록 하여야 하며, 대상에 맞는 보건교육을 실시하여야 한다.

다. 모자보건사업 내용

현재의 모자보건사업은 임신부를 대상으로 한 산전, 산후 관리와 가족계획사업, 영유아를 대상으로 한 선천성대사이상검사, 예방접종, 건강검진사업, 중년여성을 대상으로 한 여성암 검진사업이 대표적인 사업이다.

라. 현행 모자보건사업의 문제점

정부에서 그 동안 모자보건사업은 지속적으로 추진, 발전되어 나름대로의 독자적인 사업체계, 사업내용이 갖추어져 있지만 몇 가지 문제점으로 인해 모자보건사업이 발전되지 못하고 있다. 이견에는 문제점으로 다음과 같은 것을 들고 있다.

첫째, 사업대상자 간의(생애에 걸친) 연속성, 포괄적인 서비스 영역간의 연계성(건강증진, 질병예방, 진단 및 치료, 재활)이 부족하며, 서비스 제공 기관간(지역민간의료기관, 공공기관 등)의 연계체계가 구축되어 있지 않다.

둘째, 사업 수행방식에서 목표대비 달성 방식으로 문제점이 있다. 국가의 목표, 지역의 역량에 따른 서비스 제공 범위, 양적 수준 등을 설정하지 못하고 할당된 목표량을 달성하는 방식으로 되어 있어 서비스의 요구를 반영하기 어렵다.

셋째, 기존 사업의 질적 향상과 다양한 서비스의 요구가 있으나 이에 부응하기 위한 사업이 체계적으로 전개되지 못하고 있다.

4. 생애주기에 따른 주요 건강문제

모성 보건과 관련된 주요 건강문제는 사망, 질병발생, 건강행태와 같은 건강수준과 관련된 문제와 필요로 하는 서비스(건강증진, 예방 및 조기발견, 치료, 재활 등)의 제공과 관련된 문제가 있다.

생의 주기에 따른 주요 건강, 보건 문제를 1998년도 국민건강·영양조사 결과(보건복지부·한국보건사회연구원, 1999)를 통하여 살펴보면, 20세 이후의 여성은 청·중·노년의 모든 시기에서 남성의 1.1~1.3배에 이르는 유병률을 나타내었으며, 특히 45세 이상의 여성의 경우, 근골격계질환(관절염, 요통, 좌골통 등) 유병률은

남자보다 2.5~3배정도 높게 나타났다. 고혈압은 1.6배정도 높게 나타나 질병으로 인한 여성의 '삶의 질' 저하가 심각한 것을 알 수 있다.

우리 나라 평균수명을 보면 남성은 70.56세, 여성은 78.12세로 여성의 평균수명이 남성에 비하여 더 길다. 그러나 건강수명을 비교하여 보면, 남성은 50.7세, 여성은 49.9세로 남성보다 오히려 짧다. 여성은 남성보다 8년 정도 더 오래 살기 때문에 결국 여성은 생애의 약 1/3을 만성질환 등 어떤 형태이든지 불편감과 고통으로 보내게 된다는 것이다.

세계 최저수준의 출산율을 높이고 여성의 생식건강을 높일 수 있도록 정부의 보다 강력한 대응방안 마련이 요구된다고 할 수 있다.

가. 모자보건의 중요성

모자보건은 건강한 국민을 육성하는데 그 기초를 두고 있기 때문에 작게는 각 개인의 건강에서부터 크게는 국가의 발전에 이르기까지 영향을 미치므로 모자보건은 중요하다. 모자보건의 중요성을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 모자보건의 대상이 되는 인구가 전 인구의 60-70%가 되며,
둘째, 임산부와 어린이는 질병에 대하여 감수성이 높으며,
셋째, 임산부와 어린이의 질병은 조직적인 노력으로 예방이 가능하고,
넷째, 임산부와 어린이의 질병을 조기에 발견 및 치료하지 않으면 사망률도 높고 치유된 후에도 기형 및 불구의 후유증이 평생 지속될 가능성이 높다.

나. 생식건강분야의 여성건강문제

여성은 인구변동의 핵심이 되는 임신과 출산의 주체로서 뿐 아니라, 사회·문화적으로 출산과 관련된 모든 활동의 중심적 위치에 있기 때문에 이를 위한 여성의 건강에 대한 자각과 인식은 도전되어져야할 개발영역으로 강조되고 있다. 카이로인구개발회의(1994년)는 “생식건강(Reproductive Health)이란 생식계통·생식기능·생식과정과 관련하여 단순한 질병이나 선천적인 기형이 없는 상태일 뿐 아니라, 완전한 육체적·정신적·사회적 안녕상태를 말한다”고 정의하였다.

1990년대 이후 여성의 임신·출산을 둘러싼 생식건강에 대한 관심이 고조되는

까닭은 이 시기의 건강이 곧 다음 세대의 국민건강과 직결되며, 대상의 특성상 가장 취약하고 연약한 집단이므로 이들의 건강이 국가보건정책에 의하여 크게 좌우된다는 중요성에서 비롯된다.

모자보건사업을 위한 기초적 생정통계로는 출생률, 사산률, 사망률, 영아사망률, 모성사망률, 신생아사망률, 영아후기사망률, 주산기사망률, 유아사망률, 출산율 등을 사용하며, 세계보건기구에서는 한 국가의 기초 보건수준을 나타내는 지침으로 국민영양상태, 사회심리적 발달상태, 영아사망률, 유아사망률, 5세미만사망률, 평균수명, 모성사망률을 제시하였다. 이 가운데에서 모자보건사업의 수행 결과를 평가할 수 있는 대표적인 지표로는 영아사망률, 주산기사망률, 모성사망률 등이 있다.

1) 영아사망률(Infant mortality rate)

영유아의 건강수준은 한 국가의 보건지표로 사용되며 그 중에서 대표적인 보건지표는 영아사망률이다. 영아사망률은 한 국가의 보건학적 상태뿐 아니라 사회적, 경제적, 문화적 조건 등과 관계가 있으므로 한 나라의 사회, 경제, 문화의 지표로 사용된다. 또한 보건의료의 유용성, 효율성을 나타내는 민감한 지표이기도 하다.

$$\text{영아사망률} = \frac{\text{1년 이내에 사망한 영아수}}{\text{1년간의 출생자수}} \times 1,000$$

우리나라 영아 사망률은 출생아 천명 당 4.1명으로 OECD 평균 4.9명보다 낮은 것으로 나타났다. 보건복지가족부는 OECD가 발표하는 ‘OECD Health Data 2009’ 주요지표를 정리, 분석한 결과에 따르면 우리나라 영아사망률은 지난 2006년 기준으로 출생아 천 명당 4.1명이다. 이같은 수치는 지난 2007년 기준 OECD 평균 4.9명보다 낮은 것으로 특히 OECD 회원국 중 영국, 캐나다 등의 주요 선진국들보다 낮아 보건의료 및 사회경제적 수준이 되는 기본 지표가 개선됐음을 알 수 있다.

2) 모성사망률(Maternal mortality rate) 및 모성사망비

모성사망비는 “여성이 가임기간 동안 임신이나 분만과 관련하여 사망할 위험”을 나타내는 것으로 한 국가의 보건수준을 대표하는 주요지표이며 장래 국민건강의 핵심이 되는 모자보건 정책수립 및 평가의 기초자료가 되고 있다. 모성사망비는 다른 어느 지표보다도 국민건강수준과 보건의료서비스 수준을 민감하게 반영하는 지표이다. 모성사망에 대한 정확한 실태 파악과 적절한 정책수립을 통하여 세계적으로 발생하는 모성사망의 절반 이상은 고위험 임신부에 대한 적절한 대책, 철저한 산전관리, 임신부를 위한 응급체계 구축 등 적절한 서비스와 관리로 예방할 수 있다. 또한 모성사망률은 그 나라의 산전·산후관리가 어느 정도 잘되었는지를 나타내는 보건지표임과 동시에 사회경제적 수준을 반영하는 지표이다. 참고는 모성사망율 및 모성사망비이다.

$$\text{모성사망률} = \frac{\text{임신, 분만, 산욕기 합병증으로 사망한 모성수}}{\text{1년간의 출생자수}} \times 10,000$$

모성사망의 주요 4대 원인은 첫째, 임신중독증, 둘째, 출산전후의 출혈, 셋째, 자궁외임신, 넷째, 산욕열이다. 선진국에서는 산욕열에 의한 모성사망은 적은 반면에 노산이 문제이며, 저개발국가는 출혈, 산욕기감염, 난산, 자궁파열 등이 모성사망의 원인이다.

3) 주산기 사망률(Perinatal death rate)

주산기란 일반적으로 임신 28주부터 생후 7일이내의 기간을 말한다. 주산기 사망률 계산방식은 다음과 같다.

$$\text{주산기사망률} = \frac{\text{후기사산수(28주이후)와 초생아사망수(1주이내)}}{\text{1년간의 출생자수}} \times 1,000$$

세계보건기구에서 분류하는 태아사망은 <표 10-1>과 같다.

〈표 10-1〉세계보건기구에 의한 태아사망의 분류

구 분	임신기간	태아체중	비고
초기(Early)	20주미만	500g이하	유산
중기(Intermediate)	20-28주미만	501-1,000g이하	사산
후기(Late)	28주이상	1,001g이상	

4) 저체중아 출산비율 증가

저체중출생아의 기준이 되는 출생체중 2.5Kg은 영아의 질환이환 가능성이 높아지는 분기점이 되므로 저체중아출산율은 영아의 생존기회 및 건강상태를 파악하는 주요 지표이다.

산모의 연령별로 저체중아 출생비율을 보면, 1998년의 경우 20~29세 모성에서는 저체중아 평균 발생률(3.5%)보다 낮은 3.1% 수준으로 나타났으나, 35~39세의 경우 5.5%, 40세 이상인 경우 6.7%로 산모의 연령이 고령화할수록 저체중아발생 비율이 높아지는 것으로 나타났다.

5) 고령 초산산모의 증가

교육기간의 연장에 따른 만혼현상과 여성의 사회활동 증가에 따라 초산시기가 늦어짐에 따라 35세 이상 산모가 초산으로 낳은 출생아수는 1989년 3,796명에서 1998년 9,308명으로 2.5배 증가하였다.

고령산모의 경우 산모와 태아의 건강위험도가 35세 미만의 산모에 비해 훨씬 높은 것이 보편적인 현상이므로 고령임부와 태아건강 스크리닝을 위한 적절한 산전검진이 필수적으로 제공되어야 한다.

6) 인공임신중절 실태

“2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태 조사결과” 보고서에 의하면 배우자가 있는 15~44세의 부인 전체 임신의 약 29%가 사산, 자연유산 또는 인공임신중절로 소모되고 있으며, 이중 인공임신중절비율은 19.2%로 전체 임신소모 중

66.2%로 나타났다. 전체 임신 중 정상출생 비율은 69.0%이며, 사산은 0.3%, 자연유산은 9.5%로 나타났다. 이는 지난 2003년의 임신소모율 32.9%, 인공임신중절비율 23.1%에 비해 많이 낮아진 비율이긴 하지만, 세계 최저수준의 출산율을 보이고 있는 우리나라에서 정부의 보다 강력한 대응방안 마련이 요구된다.

7) 제왕절개분만 실태

우리나라의 제왕절개분만율은 2001년 40.5%에서 2006년 36.0%로 감소하다가 2007년과 2008년에는 36.3%로 높은 제왕절개분만으로 인하여 여성과 신생아의 생명과 건강이 심각하게 위협받고 있다.

제왕절개분만은 흡인성폐렴, 기관지경련, 저혈압 등의 마취합병증으로 인한 사망을 초래할 수도 있으며 감염·출혈·요로외상 등을 유발한다. 또한 산모의 건강회복과 모유수유를 저해하는 주요인이며, 제왕절개로 분만한 태아는 마취제 등의 후유증으로 해를 입는 경우가 많다고 한다. 최근 미국 의학협회지에 발표된 자료에서도 정상분만보다 제왕절개 합병증율이 2배가 높을 뿐 아니라, 분만 사망률도 4배에 이르는 것으로 나타났다. 미국은 1987년이래 대대적인 제왕절개술 억제운동을 벌이고 있어 상당한 성과를 거두고 있는 것으로 나타났다.

〈표 10-2〉 제왕절개분만율의 국제 비교

단위(%)

한국	유럽	캐나다	영국	미국	WHO권고수준
36.3('08)	21.3('06)	24('03)	24.6('08)	31.8('07)	10~15

※ 자료: 국민건강보험공단, 전국병원 제왕절개분만율, 2009.

8) 모유수유 실태

모유는 아기 두뇌발달과 각종 질병에 대한 면역력을 높이고, 아토피 질환 예방 및 비만 예방에 효과적이라고 알려져 있으며, 산모에게도 자궁암과 유방암을 예방하는 효과가 있으며 무엇보다 산모와 아기의 정신적인 유대감을 강화해 정서 발달에도 좋은 영향을 준다는 많은 연구결과에도 불구하고, 대한가족보건복지협회가 산모 2만7000명을 대상으로 5년간 '모자보건 실태'를 조사한 결과에 따

르면 2002년 출생아 모유 수유율은 6.5%로 조사됐다. 지난 1985년까지만 해도 출생아 모유 수유율은 59.0%에 달했으나 1988년 36.4%, 1997년 14.1%, 2000년 10.2%, 2002년에는 6.5%로 급격히 낮아졌다. 유럽 75%, 미국 52%, 일본 45%와 비교해 턱없이 낮은 수치임을 알 수 있다.

모유수유의 보호와 권장을 위한 세계적 대응은 1990년 8월 “모유수유의 보호·권장·지지에 관한 이노센티 선언”을 전후하여 시작되었다. 모든 여성이 아기에게 모유를 먹일 수 있어야 하며, 모든 아기들은 4~6개월 동안 모유로 양육되어야 하고, 그 후에도 보충식과 함께 모유를 먹일 수 있어야 한다는 것이 중요한 내용이다.

모유수유로 되돌아가기 위해서는 먼저 ‘모자동실제(Rooming-in)’ 같은 의료 제도적인 지원이 필요하다. 더욱 중요한 것은 모유가 분유보다 우수하다는 여성 자신의 자각이라고 할 수 있다.

5. 모성보건

모성이란 넓은 의미로는 제2차 성징이 나타나는 생식기로부터 폐경기에 이르는 여성 즉, 15-49세의 여성을 말하며, 좁은 의미의 모성이란 임신, 분만, 수유기의 여성과 출산 후 6개월 미만 또는 1년 미만의 여성을 말한다. 모성보건 사업 내용은 크게 산전관리, 분만관리 및 수유관리로 나눌 수 있다.

가. 산전관리

1) 산전관리의 개념 및 중요성

산전관리란 임신기간 동안 조직적이고 체계적인 의료서비스를 통해서 신체적·정신적·사회적 요구를 해결하고 모성과 태아의 건강을 유지·증진하도록 하는 의학적인 관리를 말한다.

적절한 산전관리는 첫째, 임신 중에 발생할 수 있는 여러 가지 합병증을 조기 발견하고 예방하여, 둘째, 안전분만을 증가시키고, 셋째, 산후 건강을 증진하며, 넷째, 임산부와 신생아의 이환률과 사망률을 감소시키는 중요한 역할을 한다.

2) 산전관리 목적

모성 및 태아와 신생아의 건강과 복지를 보호하고 건강유지·증진을 위한 산전 관리의 목적을 모성과 태아 측면에서 살펴보고자 한다. 김동석에 의한 모성측의 산전관리의 목적은 다음과 같다.

첫째, 육체적·정신적인 건강을 유지·증진시키며

둘째, 임신중의 부작용을 감소시키고

셋째, 분만시 안정을 증진시키며

넷째, 산후의 건강을 보호하고

다섯째, 태아에게 필요한 모든 요구를 관리할 수 있는 능력을 갖도록 하는데 있다.

그리고 태아측면에서의 산전관리의 목적은 다음과 같다.

첫째, 저체중아, 사산, 신생아 사망 등의 발생을 감소시키고

둘째, 신생아의 건강을 유지·증진시키는데 있다.

3) 산전관리횟수

세계보건기구에서 규정한 산전관리 횟수는 <표 10-3>과 같다.

<표 10-3> 임신기간에 따른 산전관리 횟수

구 분	산전관리 횟수	비 고
임신초기부터 7개월까지	월1회	이상증상 및 필요시에는 수시로 산전관리를 받아야함.
임신8개월부터 9개월까지	월2회	
분만시까지	월4회	

4) 산전관리 내용

임신 중에 발생할 수 있는 여러 가지 합병증을 조기에 발견하고 예방하여 안전분만을 증가시키고 산후 건강을 증진시키기 위해서는 건강력조사, 진찰 및 임상검사, 영양관리, 일상생활의 주의점, 보건교육, 결혼연령에 대한 지도가 필요하다.

① 건강력 조사

임산부의 일반적 병력, 임신 및 출산력, 현재의 임신상태를 파악한다. 과거의 병력에 대하여는 유전적 질환, 결핵, 심장질환, 신장질환, 성병, 바이러스성 질환 및 복부수술 여부 등을 사정한다.

② 진찰 및 임상검사

신체검진은 체중측정, 혈압측정, 부종여부, 유방진찰, 태아심음, 태위, 자궁저의 높이 등 기타의 건강상태를 관찰하고 사정한다.

임상검사는 혈액형, Rh인자, 소변검사, 혈액검사(CBC), 매독혈청검사(VDRL), 풍진항체검사, AIDS 검사, 자궁경부 스미어, 흉부 X-선 촬영은 3개월 이후에 실시한다.

③ 보건교육

임신에 따른 불편감, 이상상태, 영양관리, 일상생활에서의 주의점 등을 교육하며 또한 앞으로 결혼이나 임신할 여성들을 대상으로 산전관리에 대한 교육을 실시하여 건강하고 정상적인 출산이 되도록 한다.

④ 결혼연령

18세 이전과 35세 이후의 임신은 신생아 사망률과 영아사망률이 높으며 조산, 미숙아, 선천성장애아를 낳을 확률이 높다는 것을 주지시킨다.

5) 고위험임신부관리

적절한 산전관리를 받지 못하면 모성과 태아의 이환률과 사망률이 증가한다. 모성사망과 태아사망의 주요한 원인으로는 첫째, 임신중독증(toxemia), 둘째, 자궁외 임신(ectopic pregnancy), 셋째, 출혈(bleeding) 등이 있다. <표 10-4>는 위험요인에 따른 임신부에 미치는 영향정도를 나타낸 것이다.

〈표 10-4〉 위험요인별 모성 및 태아에 미치는 영향

위험요인	모성위험정도	태아위험정도
심장질환	높다	낮다
임신1기의 풍진	낮다	높다
분만지연(294일 등)	낮다	높다
다태임신	낮다	높다
제대탈출	낮다	높다
심한 빈혈(5gHb/ml)	높다	높다
(전)자간증	높다	높다
아두불균형	높다	높다
전치태반/태반박리	높다	높다

※ 자료원: 김화중외(2008), 지역사회간호학, 서울: 수문사.

나. 분만관리

1) 분만의 분류

분만이란 자궁내에 있던 태아와 부속물이 만출력의 기전에 의해 산도를 지나 모체 밖으로 배출되는 현상을 말한다. 분만의 분류는 임신기간에 따른 분류와 출생시 신생아의 몸무게를 기준으로 분류하는 방법이 있다.

〈표 10-5〉분만의 분류

구 분		
임신기간	37주 미만	조산아
	37주 이상-42주 미만	정상아
	42주 이상	과숙아
출생시 몸무게	2.5Kg 미만	미숙아
	2.5Kg-4.5Kg 미만	정상아
	4.5Kg 이상	과숙아

2) 이상분만

임신기간 동안에 지속적이고 적절한 모자보건에 대한 건강관리 서비스를 제공 받음으로서 정상적인 출산으로 건강한 모성과 건강한 어린이를 출산 할 수 있다. 그리고 임신부는 충분한 휴식, 위생적 관리, 충분한 영양섭취는 필수적이며 다음과 같은 경우는 반드시 병원분만을 권장하여야 한다.

- 초산부
- 18세이전 및 30세 이상의 고령 임신부
- 산과적 합병증이 있는 자
- 나쁜 태아 위치
- 제왕절개 경력이 있는 자
- 4회 이상 분만의 경력이 있는 자
- 내과적 합병증이 있는 자
- 사산 및 신생아 사망 경험이 있는 자
- 흡연 및 약물과다
- 양수막의 조기파열
- 성병, AIDS 등 감염자

3) 이상출혈

이상출혈의 원인으로는 임신전반기 출혈과 임신후반기 출혈이 있는데,임신전반기 출혈은 1)자궁외 임신, 2)포상기태 등이 있고, 임신후반기 출혈은 1)전치태반, 2)태반조기박리가 있다. 산욕기출혈의 원인으로는 감염, 찢끼기, 자궁수축 부전 등이 있다.

다. 산후관리

1) 일반적인 산후관리

임신 및 분만에 의해 초래된 해부학적,기능적 변화가 임신 이전의 상태로 회복될 때까지의 기간을 산욕기라 하며,이 기간은 분만 후 6주까지이다.

분만 직후의 산모관리는 태반 만출 후 처음 1시간이 가장 출혈이 잘 일어나는

위험한 시기이므로 주의 깊게 관찰하여야 한다. 산욕기간 동안 산모와 신생아를 같이 있도록 하여 모유수유를 권장하도록 한다. 모유수유는 신생아의 건강관리 측면에서도 바람직하며, 분만 후 출산 간격을 유지하고 출산을 조절하여 모성의 건강을 도모하기 위해서도 필요하다. 분만 46주 후에는 임신 전 자궁의 크기로 회복되며, 성생활도 6주간이 지난 후에 하는 것이 바람직하다.

2) 산욕기 이상

산욕기의 이상으로는 생식기의 회복장애, 유두 및 유선의 질환, 산욕열, 산후 정신신경장애 등이 있다. 산욕열이란 분만 직후 24시간을 제외한 10일까지 2일간 이상에 걸쳐 38°C 이상의 발열을 나타내는 것을 말하며, 이는 세균침입으로 인한 감염증상이다. 산욕기 감염증의 위험요인은 <표 10-6>과 같다.

<표 10-6> 산욕기 감염증의 위험요인

일반적인 감염요인	분만과 관련된 위험요인	수술과 관련된 위험요인
- 빈혈 - 영양실조 - 산전간호결핍 - 비만 - 낮은 사회경제적 수준 - 양막파열 후의 성교	- 지연된 양막파열 - 자궁내 태아감시 장치 - 진통중 내진의 횟수	- 제왕절개술 - 전신마취 - 응급수술 - 손으로 태반제거 - 출혈 - 겸자분만 - 회음절개술 - 열상

※ 자료: 박영숙(1996), 산부관리, 모자보건관리요원과정, 국립보건원.

3) 산후운동

산모의 체중이 임신이전의 상태로 회복되도록 도움을 주며 이완된 복벽이나 회음부 근육의 탄력을 위해서 산후운동을 실시하는데 혈전의 예방, 빠른 회복을 위해서는 산후 출혈이 없는 한 산후8시간이 지나서 운동을 하도록 한다.

4) 수유관리

수유전 산모의 손을 씻어 감염을 예방하며, 1일 1회 이상 유방을 따뜻한 물로 깨끗하게 씻고, 초유는 영양가가 높고 면역체가 함유되어 있으므로 아기에게 반드시 수유해야 한다. 분만 후 2-3일 후부터 초유가 나오고 5-6일부터 성유가 나오면 인공수유가 불가피한 경우를 제외하고는 모유수유를 실시하도록 한다. 모유수유의 장점은 다음과 같다.

- 모유에는 림프구, 대식세포 등의 백혈구가 들어 있어 각종 감염으로부터 장을 보호하고 설사를 예방하는 큰 효과를 갖고 있다.
- 자궁수축이 잘되어서 산욕기가 단축된다.
- 모유수유를 하면 배란을 억제하여 임신을 예방하는 효과가 있으며, 대개 5-8개월간 지속된다.
- 어린이가 정서적으로 안정감을 갖는다.
- 소화가 잘되고 먹기에 알맞은 온도이다.
- 경제적이고 먹이기 간편해서 시간이 단축된다.
- 모유수유로 인하여 산후 비만증 발생을 억제해 주는 효과가 있다.
- 항상 신선하고 완전 무균한 상태이므로 각종 감염이나 부패, 변질의 우려가 없다.

6. 영유아보건

가. 영유아기의 특성 및 건강관리

모자보건법에서 영유아란 출생 후 6년 미만의 자를 말하고, 신생아라함은 출생 후 28일 미만의 영유아를 말한다. 영유아의 정의는 광의로는 생후부터 15-18세까지의 미성년자를 말하며 협의로는 생후부터 미취학아동을 말한다. 즉 신생아라 함은 출생 후 28일 미만을, 영아란 1년미만, 유아란 초등학교 취학전의 6세 미만을 말한다.

건강상 취약한 시기, 특히 질병에 대한 저항력이 매우 낮은 시기이므로 신생아에 대한 집중적인 관리와 3-4세까지 모자보건사업을 통한 계속적인 관리는 장애 및 질병을 조기 발견하고 예방하며, 또한 조기 치료할 수 있도록 하고, 재발

을 방지하여 영유아의 건강을 유지·증진할 수 있다.

영유아보건을 위해서는 영유아클리닉을 운영하여 1)정상적인 성장발달을 확인해주고 교정해주며, 2)건강상담을 실시하고, 3)기본예방접종을 적기에 접종하도록 하여야 하며, 4)대상에 맞는 보건교육을 실시하여야 한다.

나. 영유아 사망

영아의 사망률은 어떤 연령계층의 사망률보다 그 나라의 보건학적 수준뿐 아니라 사회적, 경제적, 문화적 조건 등과도 관계가 있으며, 또한 보건의료의 유용성, 효율성을 나타내는 민감한 지표이기도 하다. 영아사망의 주요 원인은 직접적인 치료적 의료서비스만 가지고는 정복되기 어렵다. 왜냐하면 신생아 사망은 생물학적 요인 즉 유전적 요인 등이 많이 작용하고 후기신생아 사망이나 1-4세 사망은 사회경제적인 요인에 많은 영향을 받기 때문이다. 그러므로 영양불량, 설사, 호흡기질환, 예방접종이나 특정한 전염 매개체를 제거하는 것으로 통제되기보다는 사회·환경적 상태의 향상이 필요하다. 우리 나라의 영아사망 원인을 김동석[※]이 분석한 것을 보면, 사인에 많은 변화를 가져와 선진국의 사인과 비슷한 양상을 보이고 있음을 알 수 있다<표 10-7>.

〈표 10-7〉 우리 나라의 영아사망의 원인

순위	1970년대초	1990년	1993년	1996년
1	위장염	선천적 이상	선천적 이상	선천성 기형
2	폐렴	불의의 사고	불의의 사고	주산기 질환
3	신생아질환	기관지질환/ 폐렴	주산기 질환	영아급사증후군
4	미숙아	주산기질환	기관지질환/폐렴	심장질환
5	출생시손상	악성신생물	심장병	운수사고
6	경련	패혈증	악성신생물	
7	신생아감기	수막염	패혈증	
8	홍역	장관감염증	수막염	
9	미상	소아뇌성마비 및 기타 마비증후군	장관감염증	
10	영양실조	홍역	소아뇌성마비 및 기타 마비증후군	

※ 자료: 김동석(1999), 공중보건학, 서울: 수문사.

다. 영유아의 건강문제

영유아의 체중, 신장, 두위, 일반적인 건강상태 등의 성장발달을 측정하고 계속 관찰 기록한다. 문제가 있는 영유아를 조기 발견하도록 노력하고 건강상 문제가 있는 경우는 의료기관에 의뢰하여 적절한 조치를 받도록 한다.

1) 발육이상

영유아의 발육이상으로는 미숙아가 있는데, 출생당시의 임신기간이나 태아의 체중에 따라 정상범위에 못미치는 경우를 조산아 또는 미숙아라고 한다. 미숙아의 원인 및 예방에 대하여 살펴보면 다음과 같다.

① 미숙아의 원인

출생시 체중이 2.5Kg 이하인 미숙아 출산 원인은 주로 다태임신, 임신중독증, 산전출혈, 조기양막파열, 모체감염, 생식기이상, 태위이상, 과로, 약물복용 등에 기인하므로 조산예방을 위해 고위험 모성의 집중관리 및 산전관리가 필요하다.

② 미숙아의 특성 및 관리

미숙아는 각종 장기의 미숙으로 인하여 체온조절 불능, 호흡장애, 소화장애, 조혈능력 부족, 질병감염률이 높고 병원성 미생물에 대한 감수성이 높으므로 이에 대한 철저한 관리가 필요하다. 미숙아의 4대관리는 첫째, 체온보호, 둘째, 전염병 감염 방지, 셋째, 호흡관리, 넷째, 영양보급 등으로 이들에 대한 관리가 가장 중요하다.

③ 조산의 예방

조산을 예방하기 위해서는 모자보건사업을 통한 관리를 철저히 하여 1)임신중독증을 예방하고, 2)유산 및 조산경력자의 지도와 보호, 3)철저한 영양관리가 필요하며, 그리고 4)18세 이전 및 35세 이상의 초임부와 불임증자의 임신 등은 반드시 의학적인 관리를 받도록 지도한다.

그리고 발육이상으로 과숙아가 있는데 임신기간 42주 이상이거나, 태아체중이

4.5Kg 이상으로서 태아로 있는 기간이 길기 때문에 저산소증이나 난산을 초래할 수 있으므로 의학적인 관리를 받도록 지도한다.

2) 선천성 이상 및 심신장애

선천성 이상으로는 선천성 기형과 선천성 대사이상을 들 수 있다. 선천성 기형은 임신초기의 풍진감염으로 백내장아, 심장결손, 농아를 출산 할 수 있으며, 임신 후기의 매독 감염도 선천성 매독을 초래하여 기형의 원인이 될 수 있고 임신 중 X-선을 과다 조사, 약물의 오남용 등으로 인하여 선천성 기형을 초래할 수 있다.

심신장애로는 정신지체, 행동장애, 언어장애, 정신신경증 등이 있으며, 이들 심신장애아는 신체적인 요인이나 환경적인 요인을 포함한 영유아 정신보건사업이 필요하다. 정신지체아의 원인적 분류를 보면 유전성, 감염, 저산소증, 방사선조사, 약물, 내분비 장애 등으로 기인하는 사전 요인들이다. 또 저산소증과 출혈, 출생시 외상, 감염 등에 기인하는 출생시 요인도 있으며 출생후 요인으로는 외상, 감염, 중금속 중독, 뇌혈관장애, CO중독 등에 기인한다. 이러한 원인적 분류는 산전관리, 분만관리와 사고예방을 통해 관리가 가능한 문제들이다.

라. 영유아 예방접종

1) 영유아의 예방접종

가) 예방접종의 정의

예방접종이란 사람들이 모여 살고 있는 지역사회에 널리 퍼져 있는 전염병을 예방할 목적으로 인류가 활용하고 있는 가장 효과적인 수단이다. 즉, 예방접종은 사람에게 질병을 일으키는 각종 병원성 미생물(微生物)을 이용하여 만든 ‘백신’을 표준화된 방법에 의해 예방주사를 맞거나 경구투여 함으로서 무서운 전염병에 걸리는 것을 미리 막는 것이다. 백신의 효과나 안전성에 관한 연구는 집단을 대상으로 이루어진 것이어서 개별적으로 볼 때는 예방접종을 받았는데도 전염병에 걸릴 수도 있고 부작용으로 앓거나 심하면 매우 드물지만 사망하는 경우도 있을 수 있다.

드물지만 부작용이 발생함에도 불구하고 국가에서는 예방접종을 받도록 법으로 규정하고 예방접종사업을 철저히 하는 것은 예방접종이 국민전체의 건강과 복지를 지키는데 훨씬 더 큰 기여를 하기 때문이다. 예방접종은 적시에 받고 주의사항만 잘 지키면 안전하게 우리 어린이들을 전염병으로부터 보호할 수 있다.

나) 예방접종의 필요성

예방접종은 개인을 전염병으로부터 보호할 뿐 아니라 지역사회 내 전염병의 집단적 발생 방지의 중요한 역할 때문에 개인의 이해에만 국한되어 있기보다는 국가, 또는 모든 인류 전체의 문제이므로 예방접종의 의무를 법적으로 규정하고 있다.

다) 예방접종의 종류

예방접종으로 예방이 가능한 전염병들을 위한 예방접종의 종류에는 전염병 예방법에서 규정된 정기 예방접종과 임시예방접종이 있다.

① 정기예방접종

새로 태어나는 모든 국민을 대상으로 하는 것으로써 주로 신생아와 영유아기에 모자보건사업의 일환으로 시행된다. 대상질환은 결핵, B형 간염, 디프테리아, 백일해, 파상풍, 홍역, 볼거리, 풍진, 폴리오(소아마비) 등이다.

② 임시예방접종

우리 나라 주요 전염병의 유형을 방지하기 위해 보건복지부장관이 대상과 시기를 정해서 보건사업으로 시행한다. 대상전염병은 일본뇌염, 장티푸스, 인플루엔자, 유행성 출혈열 등이다. 따라서 영유아기 예방접종의 종류는 정기예방접종과 임시예방접종이 있는데 임시예방접종 중 일본뇌염이 가장 중요하다.

라) 예방접종기관

예방접종은 단골의사의 지시를 받는 것이 가장 바람직하다. 또한 관할 보건소 모자보건 영유아 건강 관리과에 등록하면 영유아의 지속적인 건강관리 서비스와 더불어 실비나 무료로 예방접종도 받고 기록문서도 교부 받을 수 있다. 2000

년도에 국립보건원 예방접종심의위원회가 확정, 제시한 영유아 표준 예방접종시기와 방법에 관한 권고안은 영유아 표준예방접종표(표 10-8)와 같다.

예방접종의 면역효과를 극대화하고 부작용을 최소화하기 위해서는 백신의 적정량과 적합한 접종시기, 그리고 예방접종을 해서는 안될 금기사항을 철저히 정확하게 지켜야만 한다. 각종 예방접종의 금기 사항은 <표 10-9>에 있는 바와 같다. 새로 개정된 전염병 예방법에서는 예방접종을 시행한 기관은 예방접종을 당국(보건소)에 보고하고 당국은 기록을 보관하며 증명서를 발급하도록 하고 있다.

〈표 10-8〉 영유아 표준 예방 접종표

	신생아	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	24개월	4-6세	6세	12세
BCG	BCG										
B형간염	B형간염 1)			2)							
DTaP		DTaP	DTaP	DTaP		DTaP			DTaP		
폴리오		OPV	OPV	OPV					OPV		
MMR					MMR				MMR		
일본뇌염						일본 뇌염 3)				일본뇌염	일본뇌염

1) 생후 0, 1, 2개월에 각 1회씩 접종

2) 생후 0, 1, 6개월에 각 1회씩 접종

3) 13-24개월 사이 1주일 간격으로 2회 접종 한 후, 12개월 후에 1회 추가접종을 기초예방접종 완료

※ 자료: 보건복지부, 표준예방접종 지침, 2000.

〈표 10-9〉 영유아를 대상으로 한 표준 예방접종 권고안

종류	접종 시기 및 용량
MMR	• 생후 12-15개월, 4-6세(2회 접종) 0.5ml 피하 주사 • 홍역유행시 생후 6개월에 홍역 단독백신으로 조기 접종하며 이 경우 생후 12개월에 다시 MMR로 접종후 4-6세 접종
B형 간염	• 모체가 HBsAg 양성인 경우 HBIG 0.5ml 및 B형 간염백신을 출생후 12시간 이내에 각각 다른 부위에 근육주사 • 모체가 HBsAg 음성인 경우 생후 1-2개월에 B형 간염백신 접종 시작을 추천 • 모체의 HBsAg 검사결과를 알지 못하는 경우 출산직후 검사하여 양성으로 밝혀지면 늦어도 7일 이내에 HBIG 0.5ml 및 B형 간염백신을 각각 다른 부위에 근육주사

일본 뇌염	· 기초접종 : 생후 13-24개월 사이에 1차접종과 2차 접종으로부터 1,2개월 후 3차 접종 1회 실시 · 기초 접종을 마친 뒤에 만 6세, 12세에 각 1회씩 추가 접종 · 매회 접종시 1.0ml씩 피하 또는 근육주사
BCG	· 생후 4주 이내(1회 접종) · 만 1세 이전의 경우 0.05ml 피하 주사
DTaP	· 생후 2, 4, 6개월(3회 접종)에 매회 0.5ml 근육 주사 · 추가 접종은 생후 15-18개월 사이, 만 4-6세 사이, 만 14-16세 사이(3회 접종)
폴리오	· 생후 2, 4, 6개월(3회 접종)에 매회 0.2ml 경구 투여 · 추가 접종은 4-6세(1회 접종)

※ 자료: 보건복지부, 표준 예방접종 지침, 2000

7. 생애주기에 따른 여성건강증진 방안

가. 생애주기에 따른 접근

1) 생애주기에 따른 접근의 의미

이건개(2000)는 생애주기에 따른 접근은 두 가지 의미를 가지고 있다고 보았는데, 첫째, 전 생애를 걸쳐 필요한 서비스를 연속적으로 제공한다는 것, 둘째, 포괄적인 서비스를 제공한다는 의미를 가지고 있다고 하였다.

가) 전 생애에 따라 필요한 서비스를 제공(서비스의 연속성)

전 생애에 걸친 건강의 관점은 건강을 연속성의 관점에서 보는 것으로 생애에 걸쳐 한 단계의 건강문제가 해결되지 못할 경우 다음 단계의 건강문제에 영향을 미치게 된다는 것을 의미한다. 따라서 출생에서부터 사망에 이르기까지 필요한 서비스를 연속적으로 제공하는 것이 필요하다. 각 생애주기에 따라 보건의료에 대한 요구도가 차이가 있기 때문에 각 주기에 따라 제공해야 하는 서비스의 범위와 내용에 차이가 있을 것이다.

나) 포괄적인 서비스의 제공

생애주기에 따른 건강을 확보하기 위해서는 다양한 보건의료 서비스를 포괄적으로 제공해야 한다. 질병 치료 중심의 서비스 제공에서 건강증진, 질병 예방, 조기발견, 재활 및 사회복귀 등 포괄적인 서비스를 생애에 걸쳐 제공해야 한다.

나. 생애주기에 따른 모자보건사업 영역

생애주기에 따른 모자보건사업을 이진세(2000)는 현재 대부분 보건소에서 수행하고 있는 모자보건사업과 선도보건소에서 수행하고 있는 사업을 건강증진 및 관리, 질병 예방 및 조기발견, 건강보호, 질병관리, 환경조성으로 구분하였다. 생애주기에 따른 모자보건사업은 1) 기존의 모자보건사업, 2) 선도 보건소에서 추진 중인 사업, 3) 향후 개발되어야 할 사업으로 구분할 수 있다.

〈표 10-10〉 생애 주기에 따른 모자보건사업

	영유아	학동기	청소년기	가임기	임신기	장년기
집단,기관 지역사회	육아시설, 보육	학교보건	학교보건	직장, 사업장		부녀회
건강증진 및 관리	영양, 모유수유	비만, 구강, 성 보건	흡연, 음주 성 보건	흡연, 음주 성 보건	산전관리, 임산부, 건강관리, (영양, 운동, 가족계획)	영양, 운동
질병예방 및 조기발견	선천성대사이상검사 성장발달스크리닝 장애조기발견 예방접종 건강검진	건강검진 시력검진	풍진예방	풍진예방 신혼부부건강 관리	임신성고혈압 당뇨	자궁암, 유방암 조기발견 골다공증예방
건강보호	사고, 장애예방	사고예방	자살, 사고 예방	인공임신중절예방	원하는 임신 사고예방	
질병관리				성병관리		고혈압관리
기타	난치성 질환아동관리	어린이 건강 마을,환경가 꾸기				
고위험, 특수집단	장애아동 등록 관리 저체중아 등록관리	시설수용 아동	소년소녀 가장 결식아동	미혼모, 윤락여성	고위험임부 집중관리	

※자료: 이진세, 생애주기에 따른 지역 모자보건사업 추진전략, 모자보건워크샵, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2000.

다. 생애주기별 모자보건사업 운영 프로그램

다음은 생애주기별 모자보건사업 운영 프로그램이다<표 10-11>.

〈표 10-11〉생애주기별 모자보건사업 운영 프로그램명

임신기	영유아기	학동·청소년기	가임기	장년기
- 임신부 건강관리 프로그램 ◦ 모자보건수첩을 활용한 임신·영유아기 연계관리 ◦ 임신부 및 고위험자 추구관리 - 모자보건 교육자료·정보센터 ◦ 기형아 출산 예방상담 및 유전상담 ◦ 임신부 건강교실 - 모유 수유 지도 및 캠페인	- 미숙아 및 선천성 이상아 추구관리 - 영유아 성장발달 프로그램 ◦ 영유아 성장발달 스크리닝 ◦ 신체적, 정신적 장애아동 등록관리 및 자조그룹 지원서비스 - 18개월아·3세아 건강진단사업 - 편식교정 및 비만 아동 상담 및 지도 - 취학전 아동검진 (시력·청력검진 등) - 보육원 및 유아원 아동 건강가꾸기 ◦ 고위험아동 건강 및 영양 모니터링	- 학교검진 고위험 아동 추구관리 - 생식보건 교육 및 상담사업 - 성건강 위해 환경관리 ◦ 성위해 사업주 및 기관에 대한 감시체계 - 성병 · AIDS 고위험자 관리	- 가족계획 상담 및 원치 않는 임신예방 지도 - 건강한 신혼가정 가꾸기	- 장년기 여성 건강 관리 ◦ 유방암 자가진단 교육 및 검진 ◦ 폐경기 정신건강 상담 및 지도

※자료: 황나미, 1999년 모자보건 선도보건소사업 평가, 모자보건워크샵, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2000.

라. 여성건강증진을 위한 지역사회 프로그램 개발·시행

남정자 등(2000)은 우리 나라 여성의 건강을 증진시키기 위해서는 여성의 건강수명 증가와 건강취약계층의 여성들의 건강향상을 위한 과제로 다음과 같이 들고 있다.

- 근골격계질환의 예방 및 관리
- 여성 고유질환의 예방 및 관리
- 여성에게 발병빈도가 높은 만성질환관리
- 여성의 정기 검진률 높이기
- 여성건강의 주요 위험요인 감소
- 노인 장기질환자의 건강관리

이상의 세부 목표 달성을 위한 정책대안을 살펴보면 <표 10-12>와 같다.

〈표 10-12〉여성건강 향상을 위한 세부 목표 및 실천방안

세부적 목표	정책적 대안(실천방안)		
○ 근골격계질환 예방 및 관리	· 체중관리	· 식생활관리, 규칙적 운동	· 질환관리에 대한 체계적인 지식 · 정보제공 · 1차 서비스기관과의 연계 · 지역사회 건강생활실천 운동 전개 · 취약계층 건강지원 프로그램 강화
	· 질환관리	· 조기검진, 운동치료	
○ 여성고유질환 예방 및 관리	· 유방암, 자궁경부 · 체부암, 기타질환	· 규칙적 검진	
	· 고혈압, 고지혈증 · 심장질환	· 규칙적 검진, 식사관리, 체중관리	
○ 여성에게발병 빈도가 높은 만성질환관리	· 정신행동장애	· 스트레스관리	
	· 교육 및 홍보	· 국민건강보험공단의 피부양자 건강검진 강화	
○ 여성의 정기검진률 높이기	· 운동부족, 비만, 스트레스, 빈혈	· 규칙적 운동, 체중 및 식생활관리, 규칙적 검진	
○ 여성건강의주요위험 요인 감소	· 중풍, 치매 외	· 가정간호확대, 각종 시설 및 사회적 지원체계구축	
○ 노인장기질환자 건강관리			

※자료: 남정자 외(2000), 여성의 생애주기별 건강문제와 대책, 보건복지부.

〈보건복지가족부 뉴스〉

☀ 새 정신보건법 주요 내용

- 추진배경 : 정신질환자의 인권침해예방 강화
- 주요내용
 - ① 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자가 인권교육을 받도록 함
 - ② 정신질환자 사회복귀시설의 종류를 다양화 함
 - ③ 정신의료기관의 장은 자의입원환자에 대하여 1년에 1회이상 퇴원의사를 확인하도록 함
 - ④ 정신질환자의 보호의무자에 의한 입원시 보호의무자 2인의 동의를 받도록 함
 - ⑤ 지방정신보건심의위원회를 광역정신보건심의위원회(시·도)와 기초 정신보건심의위원회(시·군·구)로 각각 구분함
 - ⑥ 정신의료기관의 장은 입원환자 중 의료급여 수급자 등 대통령령으로 정한 자에 대하여 시장·군수·구청장에게 1년의 범위내에서 외래치료명령을 청구할 수 있도록 함

자료출처 : www.mw.go.kr



진료보수 지불제도

XI. 진료보수 지불제도

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 여러 가지 진료비 지불제도를 연구·검토하여 2001년부터는 DRG의 전 의료기관의 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 가능성 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 투자동기를 부여

하고, 제약 산업의 육성과 국제경쟁력 강화에 기여할 수 있어야 한다.

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

나. 종전 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 투자 의욕 감소로 제약기업의 국제경쟁력이 약화되는 요인으로 작용될 소지가 있다.

다. 퇴장방지 의약품의 선정 및 관리

1) 기본방향

- 가) 적절한 약제사용 유도로서 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 품목
- 다) 고가약제 대체효과 유무 및 생산원가 미달여부에 따라 사용장려비용 제도 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

라. 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 상황이 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 줄여나감으로써 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) 상대가치수가제도 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.

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

나. 활용방안

1) 자원기준 상대가치수가제를 진료수가계약제 도입시 수가모형으로 도입

구 분	현 행	개 선
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

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

3. 행위별 수가제(Fee-For-Service)

행위별수가제는 진료수가가 진료행위의 내역(item, unit)에 의하여 결정되는 방식으로 진료내역이라 함은 진료내용과 진료의 양을 의미한다. 즉 제공된 의로서비스의 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 합산하여 총 점수에 일정금액을 곱하여 총 진료비를 산출하는 제도이다. 점수의 산정기준은 행위의 난이도, 행위의 소요시간, 행위빈도(사용빈도)등을 복합적으로 고려하여 요금을 책정한다.

가. 행위별 수가제의 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 적용시키는 데는 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 제도로써 등록환자수나 실 이용자수를 기준으로 진료수가가 결정되며 서비스의 내용과 수가에 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(진료행위별수가표)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	·의료인과 환자간의 신뢰가 높다. ·의사의 환자에 대한 책임감이 높다. ·의사의 자율성이 보장된다. ·전문적 진료에 적합하며 의학 발전을 촉진시킨다. ·근무시간이 길어 서비스를 받을 기회가 증가한다.	·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	·계산이 간단하여 행정관리비가 절감된다. ·예방의료를 조장한다. ·의료인의 수입이 평균화되어 지나친 경쟁이 지양된다.	·과소진료의 소지가 있다. ·후송환자가 많아져 2차 진료기관에서 대기 시간이 길어진다. ·의료기술발달에 크게 기여하지 못한다.
봉급제	·동료감시(peer review)가 가능해 의료의 질이 향상된다. ·진료의 양이 크게 증가하지 않는다. ·시간과 수입이 안정으로 연구 기회가 많다. ·조작화된 진료에 적합하고 젊은 층이 선호한다.	·서비스가 관련적인 형태로 제공된다. ·자율성이 결여되어 있다. ·시간제 근무이므로 진료의 계속성 유지가 곤란하다. ·보수나 승진의 불만으로 조직 이탈이 생긴다.
포괄수가제	·과잉진료를 방지하여 의료비의 상승을 억제 할 수 있다. ·환자의 치료속도가 빠르다.	·합병증이 생기거나 신기술, 신의약품에의 적용이 곤란하다. ·치료의 난이도를 고려하고 있지 않다.

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



WTO DDA란?

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 해당국가에 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 포함되

며 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 상 대관련국과 단계적협상을 거쳐 점차 확대 시행될 전망이다.

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

보건의료서비스 개방은 의료기관의 경쟁으로 서비스의 질적 개선, 경영합리 화, 의료산업의 선진화, 소비자들에게 값싸고 다양한 양질의 서비스 제공, 우리 서비스 산업의 해외 진출에 유리한 환경 조성 등의 긍정적 효과가 있는 반면 저 임금의 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 목소 리가 높아지고 있는데 여기에서 WTO DDA 서비스 협상의 배경, 의료서비스 개 방 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 통 해서 1995년 WTO가 창설되고 GATT는 생산기준, 투자, 지적재산권, 서비스교역 에까지 확장되어 GATS를 탄생시켰다. WTO는 분쟁협상기구, 협상과 규칙을 만

드는 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 서비스부분 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 바뀌어 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 공포하며, 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.184로~



보건산업

XIII. 보건산업

최근 거대 다국적기업 중심으로 세계시장 집중현상이 심화되고 있으며, 생명공학·IT기술의 접목 강화를 통한 신기술 개발이 활발하게 이루어지고 있다. 또한 신기술을 이용한 '맞춤 의료(personalized medicine)' 시대가 도래하고 있다. 이러한 세계적 보건의료 환경에 적응하고 국제적 경쟁력을 갖기 위해서는 정부차원의 적극적인 의지와 투자가 요구된다. 이에 보건복지가족부에서 추진하고 있는 보건산업정책에 대한 내용을 중심으로 전반적으로 소개하고자 한다.

1. 보건산업정책

가. 보건의료산업 개요

보건의료산업에는 국민의 건강 등 생명 현상과 관련된 제품과 서비스를 제공하는 산업으로 의약품, 의료기기, 의료서비스산업 등이 있다. 보건의료산업의 특징으로는 첫째, 보건의료 자체는 공공재의 성격으로 안전성 확보, 접근성 확보 등을 위한 규제가 존재하고, 둘째, 장기 투자가 필요한 지식집약적 산업으로 규모의 경제 효과가 크며, 셋째, 후발주자의 세계시장 진입이 어려운 산업이고, 넷째, 높은 부가가치 및 고용 창출 효과로 신(新) 성장동력 산업이다.

나. 보건의료시장의 환경변화

거대 다국적기업 중심으로 세계시장 집중현상이 심화되고 있으며, 선진국은 보건산업에 대한 허가·심사·품질에 대한 공통 규범 확산을 통해 후발국가·기업의 세계시장 진입 장벽으로 활용하고 있다. 또한 생명공학·IT기술의 접목 강화를 통한 신기술을 활발하게 개발하고 있으며, 신기술을 이용한 '맞춤 의료(personalized medicine)' 시대가 도래 하고 있다. 앞으로 보건의료산업시장은 건강에 대한 수요 증대 및 다양화, 고령화 사회로의 진입, 소득 증대 등으로 보건의료 수요 팽창할 것이며, 종합적 건강관리, 맞춤 의료, 재택의료 등 다양한 수요가 발생 할 것으로 예측하고 있다.

다. 세계 보건의료산업 동향

세계화된 보건의료시장에서 선두주자의 이득 및 규모의 경제를 실현하기 위해 연구·개발에 집중 투자하고 있으며, 특히 국가 차원의 투자 증대로 고부가가치 창출을 위한 보건의료산업화를 추진하고 있다<표 13-1>.

〈표 13-1〉 세계보건의료산업화 추진 현황

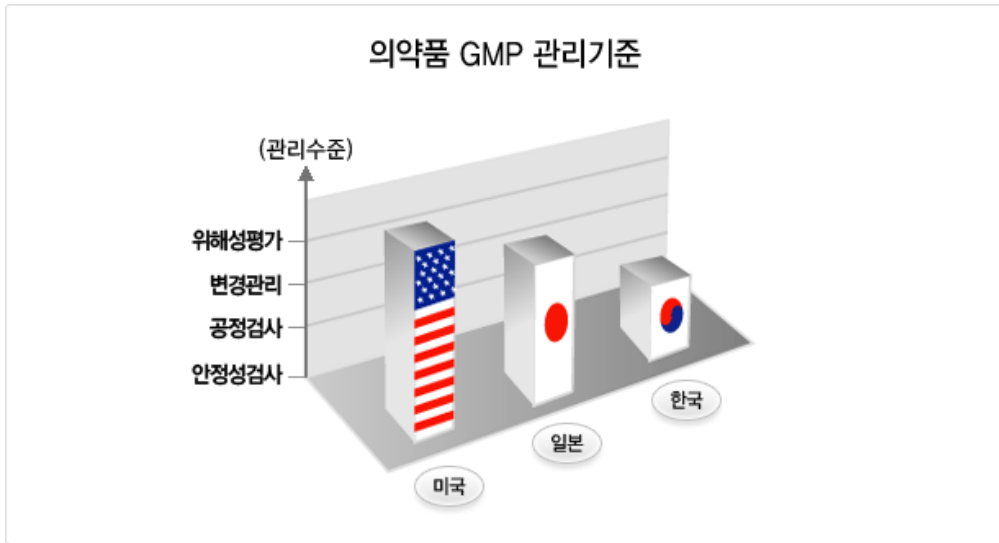
국가	투자내용
미국	- 연방 R&D예산 중 35.4조원(24%)을 보건산업에 지원('05) - NIH는 인간유전체연구(질병치료, 신약개발)에 주력 - 주 정부차원에서 114개 보건의료 분야 연구거점 설립·지원
일본	- 정부투자를 '02년 4조원에서 '06년 8조원으로 2배 증액 '10년까지 시장규모 250조원, 바이오기업 1,000개, 신규고용 창출 100만 명을 목표로 대형 프로젝트 추진 중
싱가포르	- 해외환자 유치 및 부가서비스 제공으로 부가가치 창출 - 싱가포르의 경우 경제성장의 동력으로 해외환자 유치 정책 추진
프랑스, 태국	관광자원과 의료서비스가 결합된 보건 의료관광을 활성화
기타	- 인수·합병을 통한 다양한 제품군과 신약 후보물질을 확보하고, 연구개발 투자에 집중 10대 제약기업 세계의약품시장 점유율은 30%(1992) ⇒ 45%(2004) - Pfizer사의 '04년 연구비는 8조 6,000억원 규모로 우리나라 보건의료 R&D 투자(7,256억원)의 10배 이상임

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

라. 우리나라 보건의료산업의 현황 및 문제점

우리나라 의약품, 의료기기, 의료서비스산업의 총생산액은 약 48조원(OECD 기준 국민의료비를 기초로 추정)으로 연간 10% 이상의 성장률을 보이고 있으며, 국내 의료산업의 GDP 대비 비중은 2.8%로 미국(6.5%)·일본(4.7%)에 비해 낮고, 세계시장 점유율도 의약품 11위, 의료기기 13위에 불과한 실정이다. 또한 연구개발 투자 미흡 등으로 선진국 대비 기술 수준은 약 60%로 취약하고, 무역 역조도 확대되는 추세이다. 영세업체 보호 중심의 취약한 품질관리체계로 품질 저하 및 저가품 과당경쟁이 초래되고 있는 실정이다.

〈그림 13〉은 제조설비를 비롯한 제품 설계, 원자재·원료 구입부터 제조, 포장에 이르는 제조 전 과정에 대한 품질관리 기준인 GMP(Good Manufacturing Practice) 현황이다.



〈그림 13〉 GMP(Good Manufacturing Practice)에 대한 품질관리수준 비교

※ 자료출처: www.mw.go.kr

우리나라 보건의료산업의 문제점은 다음과 같다.

- 정부의 보건의료 R&D 투자 규모·비중이 낮아 보건의료 R&D 역량 취약
- 다양한 자원, 관리주체 등 국가의료 R&D 통합 기획·관리 체계 미비
- 『기초연구-임상연구-상업화』간의 연계부족으로 연구 결과물의 임상연구 및 상용화 단계에서 활용 실적이 저조
- 의료 연구 인력의 공급 부족 등
- 의료서비스 산업화 여건 미흡, 즉 우리나라의 보건의료체계는 외국에 비해 낮은 의료비 부담을 유지하면서 국민의 의료이용 접근도를 크게 향상했으나 의료기관의 제한적인 자본조달 방법은 의료서비스 산업 발전의 걸림돌임.
- 보건의료 정보화 및 정보보호 수준 미흡으로 정확한 진단과 치료를 위한 진료정보가 전자적으로 생성·교류되지 못하고, 중복검사나 중복투약 등으로

불필요한 의료비 지출 및 건강정보보호의 중요성에 대한 인식이 낮음.
 그러므로 건강정보 보호체계 및 보건의료정보화사업의 체계적·지속적인 추진을 위한 법적 기반 마련이 필요하다.

마. 보건의료산업의 정책 방향

우리나라 보건산업의 핵심요소를 효과적으로 활용할 수 있는 기반 마련 및 제도를 정비하여 보건산업을 신성장동력으로 육성하고 국민의 의료 이용 편의성을 제고하며, 보건의료산업 발전의 기반을 다음과 같이 구축할 계획이다.

1) 첨단의료복합단지 조성

가) 세계적 신약(개량신약 포함)·첨단의료기기 개발을 촉진하기 위해 기업·병원·대학·연구소 등이 집적되는 첨단의료복합단지 조성

나) 2012년까지 1.2조원(국비 3천억)을 투자하여 30만평의 단지에 핵심·지원·편의시설을 조성하고, 민간 기업 등을 유치

- ① 핵심시설 : 신약·첨단의료기기개발지원센터, 첨단임상시험센터
- ② 지원시설 : 실험동물센터, 바이오자원센터, 임상시험신약생산센터
- ③ 편의시설 : 커뮤니케이션센터, 원스톱 행정센터, 정주여건(아파트 등)

다) 연구 중심병원 육성을 통한 R&D 역량 강화

- ① 연구중심 병원(세포치료제, 암치료제 개발)을 '12년 15개소 확충하여 병원의 우수한 인적자본 및 기술의 활용도를 제고
- ② 선진국 수준의 지역임상시험센터를 '09년까지 15개소 설치하여 『기초연구-임상연구-상업화』 간의 연계강화

라) 성과 중심의 보건의료 R&D 체계 구축

- ① 보건의료 R&D에 대한 통합 및 조정 : 범부처적 보건의료 R&D 중장기 계획 수립으로 부처별 분산투자로 인한 효율성 저하를 개선
- ② 연구개발투자의 성과를 극대화하기 위하여 질병극복의 목표를 전면으로 내세워 이를 위한 기술연구 및 제품개발을 전략적으로 배치

- ③ 기초와 임상의학 활성화를 위한 연구인력 양성, 보건의료자원의 공유 및 산업화를 위한 인프라 구축

2) 보건의료산업 발전을 위한 제도정비·개선 추진

가) 의료관련 제도개선으로 의료산업육성기반 구축

- ① 비영리법인 운영 의료기관의 재원조달 활성화를 위해 의료채권 제도 도입 추진
- ② 부대사업 범위 확대, 특수기능병원 제도 도입 등 의료법 개정 추진

나) 해외환자 유치 활성화

- ① 우리나라 서비스 수지 개선, 의료서비스 산업의 경쟁력 제고 및 신규 일자리 창출을 위해 해외환자 유치를 위한 관련 제도 개선 및 인프라 확충 등
- ② 민·관 공동의 “한국국제의료서비스협의회”의 법인화 추진하여 효과적인 홍보, 네트워크 구축, 인력양성 등의 업무 수행 필요

다) 보건산업육성기본법(가칭) 추진

- ① 보건의료산업에 대한 정책적 지원을 위해 개별적 접근에서 벗어나 종합적이고 체계적인 접근이 필요
- ② 기존의 『보건의료기술진흥법』의 기술개발 내용에 『보건산업육성기본법(가칭)』은 기술이전, 제조 및 유통, 수출 등의 내용을 확장하여 보건의료산업 가치사슬 전단계를 포괄

라) 보건의료 정보화 사업 추진

- ① 보건의료 정보화사업 통해 의료서비스의 안전성·효율성 향상 및 국민건강 증진을 도모하고, e-Health를 국제 경쟁력을 가진 차세대 성장동력 산업으로 육성
- ② 건강정보 보호체계 구축 및 보건의료정보화 기반 마련을 위한 「건강정보보호 및 관리·운영에 관한 법률」 제정 추진

마) 원격의료(u-Healthcare) 활성화 추진

- ① 서비스 수요·공급을 시간적·공간적으로 확장·연결함으로써 의료전달 체계의 효율화 및 수요자 중심 의료서비스 제공
- ② 그간 원격의료 관련정책은 부처별로 비연계적, 산발적으로 추진되어 보건의료서비스 개발 미흡

2. 보건산업기술

가. 보건의료기술 진흥 사업 추진배경

보건의료기술 진흥 사업 추진배경은 첫째, 국민들의 직접·실질적 수요를 충족시켜 주는 연구개발을 통한 국민건강 증진, 둘째, 선진국과의 보건의료 기술격차를 해소하고, 시장전망이 좋은 미래 핵심신기술 개발을 통해 국내산업의 기술경쟁력 제고, 셋째, 노인 등 사회적으로 소외되고 민간차원의 연구개발이 힘든 분야 등에 대한 연구지원을 통해 치료비 부담을 완화하는 등 사회안전망을 구축하는데 있다.

나. 사업 목표 및 추진 방향



〈그림 13-1〉 보건의료기술 진흥 사업 목표

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

다. 사업내용

1) 의약품 및 의료기기산업 육성

- 한미 FTA 대책인 『제약산업 경쟁력 강화방안』 추진으로 향후 10년간 약 1조원 투자계획
 - 신약개발 R&D지원, 해외시장 진출 촉진, 제약인프라 선진화 등
- 의료기기 관리제도와 기술 규격 국제화 및 첨단의료기기 개발 집중 지원 계획
 - 의료기기 임상시험센터 지정, 해외진출 지원, 첨단의료기기 개발 지원 등

2) 보건의료 R&D 중장기계획 수립

① 보건의료 R&D 중장기계획 추진전략

- 질환·예방중심의 보건의료 R&D 지원시스템 구축
- 보건의료 R&D 전주기적 조정·관리체계 정비
- 선택과 집중에 의한 투자 전략화 및 수익창출

② 보건의료기술 연구개발 지원

- 의료수요자 중심의 질병연구
 - 중개연구 지원 : 질병지향적이고, 환자적용을 목적으로 한 창의적 연구를 통해 질병의 진단·치료·예방기술 향상 위한 연구 지원
 - 희귀난치 연구 지원 : 희귀질환의 예방·진단·치료를 위한 지식기반 확립 및 진단·치료기술 향상
 - 임상연구 : 근거중심의 진료지침 개발과 의료서비스의 균형발전을 위한 임상네트워크 구축
- 보건의료산업 경쟁력 강화
 - 신약개발 지원 : 기초, 응용, 개발연구단계 전 과정의 신약개발 R&D 지원 및 역량확보를 통한 글로벌 제약기업 육성

- 면역백신개발 지원: 해외 의존성이 절대적인 백신의 자체개발을 위한 독자적 국내 생산체계 구축으로 안정적 백신공급 지원
 - 임상시험 인프라 구축 지원: 국가임상시험사업단을 통한 신약 개발 임상시험 인프라 구축
- ③ 미래 신산업 창출을 위한 병원중심 연구기반 조성
- ④ 기초연구의 성과를 활용하여 환자의 임상적용이 가능한 세계적 수준의 신의료기술 개발을 위해 연구중심병원 지원
- 진료 중심에서 탈피하여 병원의 우수한 인프라, 풍부한 임상정보를 실용화와 연계하여 새로운 부가가치 창출

3. 생명안전윤리

가. 생명윤리·안전 인프라 구축

1) 정책 목표

생명과학기술에 있어서의 생명윤리 및 안전을 확보하여 인간의 존엄과 가치를 침해하거나 인체에 위해를 주는 것을 방지하고, 생명과학기술이 인간의 질병 예방 및 치료 등을 위하여 개발·이용될 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강과 삶의 질 향상에 이바지하고자 한다.

2) 법적 근거

가) 생명윤리 및 안전에 관한 법률

- 2004년 1월 29일 제정되고 2005년 1월 1일 발효
- 주요내용
 - 국가생명윤리심의위원회 및 기관생명윤리심의위원회 구성·운영
 - 인간복제 및 이종간의 착상 등 금지
 - 배아생성의료기관 및 배아연구기관의 지정·등록 및 관리

- 유전자검사, 유전정보 등의 보호 및 이용, 유전자치료 관련 기관 준수사항 및 관리 등

나) 국가생명윤리심의위원회 구성·운영

- 과학계·윤리계 각각 7명의 민간위원과 관계부처 6개 장관 등 총 20명의 위원으로 구성
- 국가의 생명윤리 및 안전에 관한 정책 수립에 관하여 심의 및 자문위원회 산하에 위원회 안건의 효율적인 심의를 위해 5개 분야별 전문위원회가 구성되어 활동
- 생명윤리안전정책, 인공수정, 배아연구, 유전자, 생명윤리교육평가 전문위원회

다) 기관생명윤리심의위원회(IRB) 운영 지원

- 배아생성의료기관, 유전자은행 등 생명윤리법의 적용을 받는 기관들은 자체 기관내에 기관위원회를 설치하여야 하고, 법상 규정된 연구·치료 등을 수행할 경우 생명과학기술의 윤리적·과학적 타당성에 대한 심의를 거쳐야 함
- 형식적 운영을 지양하기 위해 비전문가 및 외부인사 1인 포함
- 연구자들의 자율성과 기관의 자발성에 기초한 IRB의 건실한 운영을 위해 제도 정립 및 전문가 양성, 교육·홍보 등 추진

라) 배아생성 및 배아연구의 윤리 및 안전 확보

- 임신 외 목적의 배아생성행위 금지
 - 배아생성은 임신목적으로만 예외적으로 허용
 - 이종간의 착상 및 이종간의 체세포핵이식 행위 금지
 - 정자·난자의 유상제공 금지
- 배아 연구(체세포복제배아 포함)는 국가 승인 및 관리하에 실시

- 배아연구는 불임치료, 희귀·난치병의 치료를 위한 연구 등으로 제한
- 배아나 체세포복제배아를 연구하기 위해서는 복지부에 기관등록 및 연구계획서의 승인을 얻어야 함
- 연구에 이용할 수 있는 배아는 인공수정으로 생성된 배아 중 보존기간이 경과된 잔여배아 가운데 정자·난자 제공자 등 동의권자가 연구에 동의한 것들로 한정

마) 유전자 검사, 유전정보 보호 및 유전자 치료

- 게놈프로젝트 이후 유전정보 활용 불치·난치병 치료 기대, 유전자검사의 정확성, 유전정보의 누출, 유전정보에 의한 차별, 유전자 치료의 윤리적 타당성 및 안전성 확보 여부 등에 대한 논란
- 유전자 검사 및 연구, 유전자은행, 유전자 치료 등의 윤리·안전성 확보 제도 운영
 - 과학적 입증이 불확실하여 검사대상자를 오도할 우려가 있는 신체외관, 성격에 관한 유전자검사 등 금지
 - 유전자검사 및 치료 관련 기관은 복지부 신고 후 운영
 - 유전정보에 의한 차별금지, 유전정보 등의 보호 의무 부여 등

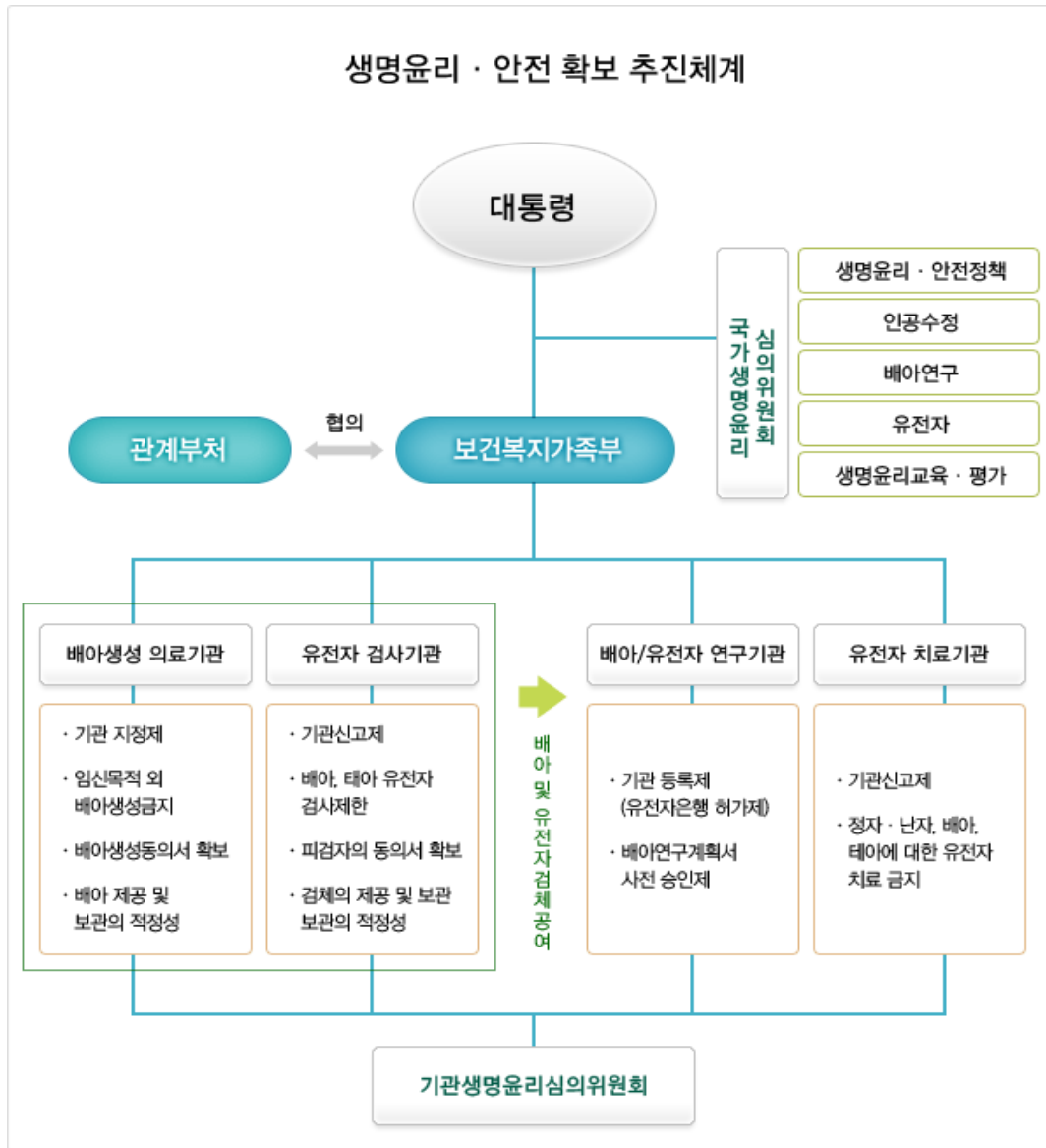
바) 유전자변형생물체(LMO) 등 생물안전 관리

- 생명공학기술 발전에 따른 유전자변형생물체의 개발로 인한 사회·경제적 이익의 증대와 더불어 유전자변형생물체로 인한 위해성에 대한 우려 또한 커지고 있어 유전자변형생물체에 대한 효과적인 안전성 평가 및 관리시스템 확립 필요
 - 유전자변형생물체로 인한 국민의 건강에 미치는 위해를 사전에 방지하고, 안전한 생명공학(BT)산업의 지속적 발전을 도모하기 위하여 유전자 변형생물체 안전관리체계를 구축 중
- 08년 1월 1일 LMO법 시행에 따라 유전자변형생물체 보건안전관리계획을 수립하여 시행('08.5)

- 보건의료용 유전자변형생물체의 인체위해성 심사·수입승인 등 유전자변형생물체 이용에 대한 안전관리를 수행
- 미승인 LMO의 철저한 차단을 통한 안전한 수출입 관리
- 연구·개발 단계에서의 유전자변형생물체 이용 및 생물안전 연구시설 허가를 통한 안전관리를 수행
- 국제적 수준의 생물안전 연구시설의 저감화 기술 확보
- 생물안전성 정보수집 및 기관생물안전위원회 운영 활성화 등

사) 인체유래 생물자원 종합관리 추진

- 생명윤리 및 안전에관한법률을 기초로 인체유래 생물자원에 대한 종합관리 체계 구축·추진
 - 충분한 양의 인체유래 생물자원 확보 및 활용을 촉진하는 Biobank 지원
 - 연구자 누구에게나 인체유래 생물자원 및 정보 공유가 가능한 연계 체계 구축



〈그림 13-2〉 생명윤리·안전 추진체계도

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

4. 보건의료정보

가. 보건의료 정보화 사업목적

- 국민 모두에게 언제, 어디서나 질 높은 의료서비스 이용의 편리성과 효율성 보장
- 보건의료기관의 업무를 효율화하고 유관기관과 전자적 정보교류체계 강화를 통한 공공보건의료 서비스 질 향상
- 보건의료소비자의 다양한 요구 및 의료 환경변화에 대응할 수 있는 선진의료서비스 체계 마련 및 양질의 서비스 제공
- u-Health서비스 등 보건의료 정보산업을 국제 경쟁력을 갖춘 고부가가치 산업으로 육성



〈그림 13-3〉 보건의료정보화 목표도

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

나. 주요 사업내용

- 공공보건기관 정보화
 - 보건기관의 업무를 효율화하고 유관기관과 전자적 정보교류체계 강화를 통한 공공보건의료서비스 질 향상
 - 전국 3,500여개 보건기관 대상 진료, 보건사업, 보건행정 등 보건기관 업무를 웹방식 표준형 통합정보시스템으로 구축 및 전국 확산
- 공공의료기관 정보화
 - 낙후된 병원정보시스템을 선진화하고 공공의료 연계기능 강화를 통해 국민에게 양질의 의료서비스를 신속·편리하게 제공하기 위한 기반 구축
 - 국립대병원, 지방공사의료원 등 공공의료기관을 대상으로 유형별 OCS(처방전달시스템), EMR(전자의무기록)시스템 등 차세대 병원정보시스템 개발·확산지원
- u-Health 활성화
 - 다양한 IT 기술을 보건의료 서비스에 접목하여 보건의료 소비자의 요구에 부응하는 u-Health 서비스 모델 연구 및 발굴
 - u-Health에 대한 직접적인 수요축발이 가능한 선도 모델 발굴 및 상용화 전략을 제시하여 신규 시장 수요 창출 및 기술 개발 촉진
 - u-Health 서비스의 안전성, 유효성 및 경제성 등에 대한 시험·검증을 통해 관련 법·제도 기반 마련

다. 기대효과

- 보건의료서비스의 안전성, 효율성, 편의성 및 질 향상
 - EHR(전자건강기록) 활용을 통한 의료사고 및 대기시간 감소
 - 평생건강관리서비스로 만성질환자 등의 사망 감소 및 의료비 절감
- 보건의료 정보산업 활성화
 - u-Health 산업 확대, 부가가치 창출, 생산·고용 유발

라. u-Health 활성화

1) 사업개요

- 목적 : 첨단 IT기술을 활용하여 의료접근성 및 편의성을 제고하고 의료 서비스 전달체계를 효율화
- 의료취약지역에 대한 원격의료 서비스 제공으로 의료불평등 해소
- 성장잠재력이 높은 의료서비스 산업에 첨단 IT 기술을 융합하여 고부가가치 미래 신성장동력산업으로 육성

〈u-Health란?〉

네트워크 또는 휴대용 진단센서를 통해 환자의 건강정보를 실시간으로 모니터링하고, 해당 데이터를 활용하여 ‘언제, 어디서나’ 원격진료 및 건강관리 서비스를 제공하는 의료 환경을 말한다.



〈그림 13-4〉 U-Health 개념도

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

나. 주요 사업내용

- 「u-Health 활성화 종합계획」 수립('08년)
 - 국가적 차원의 중장기 비전 및 단계적 실천계획(Action Plan) 수립
- 보건복지가족부 주관으로 범부처 차원의 「u-Health 활성화 협의체」를 구성('08.7월~'12년)하여 정책개발 및 지원기능 강화(행정안전부, 문화체육관광부, 지식경제부, 국토해양부, 식품의약품안전청 참여)

다. u-Health 추진사례

주요 선진국들도 u-Health 산업을 국가적 차원의 전략 프로젝트로 추진 중에 있으며, 성공적으로 추진하고 있는 나라는 핀란드로 e-Health제도를 시행하고 있다.

〈표 13-2〉 주요선진국의 u-Health 추진사례

국가	프로젝트명	주요 추진내용
미국	Telehealth	○ u-Health 전담조직인 OAT(Office for the Advancement of Telehealth) 및 범부처 활성화 협의체 운영(국무부, 통상부, 국방부 등 11개 부처 참여) ○ 연방통신위원회(FCC)에서만 69개 사업에 3년간 4.1억불 투자('08)
EU	Ambient Assisted Living	○ 고령자에게 IT 기기와 서비스를 제공하여 의료, 건강관리, 안전/보안, 응급시스템, 사회참여 등 독립적인 생활 지원 ○ EU 12개국 참여, 2007년부터 7년간 약 3억 5천만 유로 투입
영국	Telecare	○ 만성질환 및 고령자에게 IT 활용한 건강관리 및 독립적 생활 지원 - 혈압측정, 사이렌 등 경고 알람, 응급상황 알림 정보 등 - NHS 전자의료기록소를 통해 의사와 간호사에 연결
일본	u-Japan	○ 2010년까지 보편적 디자인(universal design)이 가능한 사회구현 ○ 센서 및 정보가전을 통해 독립적 생활이 가능한 주택 건설 등
싱가포르	iN2015	○ 2015년까지 IT 기반의 개인 맞춤형 의료체계 전환 ○ 질병 치료 → 예방/건강 증진, 의사진단 → 자가진단 ○ 공급자중심 → 환자중심 통합적 서비스 (의료정보공유, EHR 등)

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

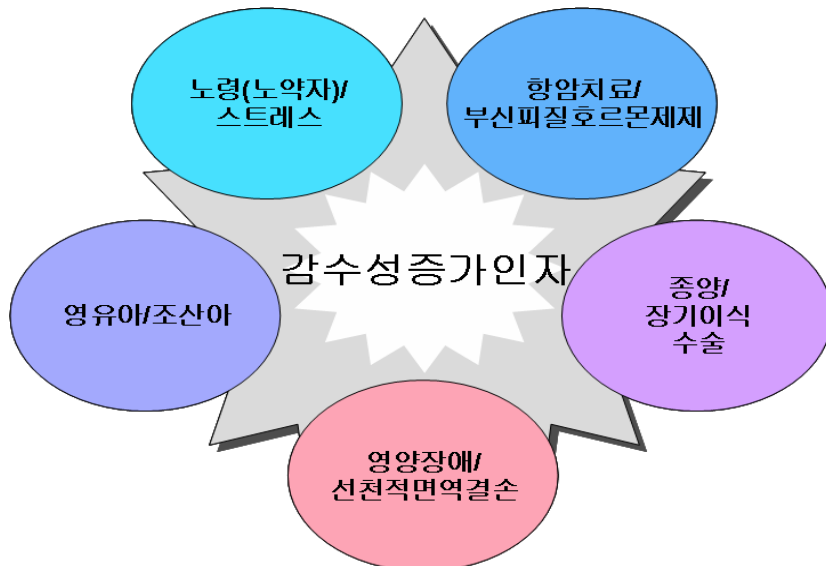
〈깊이 사고하기〉

여러분!! 잠깐만!!!

인간을 공격하는 치명적 무기(?) ‘수퍼 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, 악성 종양 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 내 성 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 10만 명당 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, 버지니아주는 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 발생 과정에 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.



공공보건의료사업계획 “예시”

부록 1. 공공보건의료사업 계획(예시)

1. 공공보건의료사업 계획

1.1 사업명

- 사업명은 사업의 성격과 사업의 내용을 결정하는 가장 중요한 요인임
- 예산 집행을 위한 실행계획의 수립이라는 측면에서 사업의 내용을 명료하게 표현할 수 있는 문구로 기술되어야 함
- 사업의 내용을 과소 혹은 과대 포장하지 않도록 함
- 시설확충 및 장비보강이 중심인 사업이 아닌, 각 기관에서 제공할 수 있는 서비스의 신설 또는 확충에 관한 사업명이 제시되는 것이 바람직함

1.2 사업목표

1) 일반적 목적

- 2009년 1월 ~ 2009년 12월까지 1년간 사업을 통해 달성하고자 하는 목적을 일반적인 표현을 사용해서 기술

(예 시)

일반적 목적
① 당뇨병을 조기 발견하고 효과적인 관리를 적기에 시행함으로써 만성질환의 진행을 억제함 ② 엄격한 혈당조절 및 통증조절, 합병증의 조기 발견과 적절한 치료, 교육 등을 통해 합병증과 신체장애를 예방함 ③ 보건소 등 기존 지역사회 자원과의 협력 체계 구축을 통해 포괄적이고 지속적인 관리가 가능하도록 하여, 당뇨병 환자의 삶의 질을 향상시킴

2) 구체적 목표

- 1년간 사업을 통해서 달성하고자 하는 목표를 구체적이고 계량적으로 제시
- 목표를 구체적이고 계량적으로 제시할 때 현재의 수준을 기술하고, 이 수준에서 어느 수준까지 향상시킬 것인지에 대하여 기술할 것
- 투입, 산출, 결과 측면에서 사업의 목표를 기술할 것
 - 투입(input) 목표 : 사업기반조성에 관한 지표로 인력, 예산, 시설, 장비 등의 변화
 - 산출(output) 목표 : 의도하는 사업량(activity)
 - 결과(outcome) 목표 : 사업의 결과 나타나는 건강수준이나 건강 결정요인의 변화

[참고] 투입-산출-결과 목표의 예

구분	예 시	비고
결과목표	삶의 질 향상	주관적 척도
	평균수명 연장	객관적 척도
	사망률 저하	
	지식, 태도, 행동의 변화	
산출목표	이용건수, 교육건수, 사업건수 등	
투입목표	인력, 시설, 예산, 정보	

1.3 사업대상

1) 대상자 선정 기준

- 지역, 연령층, 질병특성, 계층 및 기타 특성 등을 고려하여 구체적이고 계량적으로 제시함
- 실제 접근 가능한 대상을 선정함

- 정의 가능한 구체적 대상이 선정된 경우에 이들에 대하여 어떠한 접근방식을 통해 사업을 수행하느냐에 따라 실제 사업수행 대상자가 달라짐. 예를 들면, 데이케어를 하는데, 보건소 등 인근 지역의 보건기관을 통해 의뢰 받은 환자에 대하여 데이케어 사업을 하겠다고 하는 경우, 내원한 환자 및 보호자를 대상으로 환자를 발견하여 발견된 환자에 대하여 데이케어 사업을 하는 경우, 지역주민을 대상으로 데이케어 사업에 대한 홍보를 통하여 병원에 내원한 환자를 대상으로 데이케어 사업을 하는 경우 등에 따라서 접근 가능한 대상이 달라짐. 사업수행방식에 따라 접근 가능한 대상을 가능한 구체적이고 계량적인 수치로 명기할 것
- 실제 사업에 참여할 대상자를 추정하여 제시하도록 함
 - 접근 가능한 대상이 선정된 경우에도 예산, 조직, 인력 등의 사업수행주체의 역량, 사업수행 방식, 대상자의 참여 동기에 따라서 실제 사업 참여 대상은 가변적임. 여러 가지 관내 행정자료와 2차 자료를 활용하여, 사업수행 계획에 근거한 실제 사업에 참여할 대상자를 추정해서 제시해야 함. 사업 참여 대상에 제시된 수치를 근거로 하여 이후 중간 및 사후 평가가 이루어질 것임

(예 시)

구분	내 용	대상자 추계	
지역	00시 거주자	500,000명	
연령	60세 이상 노인	30,000명	
질병	당뇨병 환자	12,500명	
계층	-	-	
기타 특성	본원에 내원하여 입원 및 외래 진료를 받은 당뇨병 관리 대상자	500명	900명
	보건소 및 타 기관에서 의뢰된 환자	300명	
	관리 대상자 본인 혹은 가족이 직접 관리센터로 등록하는 경우	100명	

(예 시)

구분	현황 및 문제점	목표
투 입	· 의사 0명, 간호사 0명으로 구성된 당뇨병 관리 사업팀을 운영 중임	· 의사 0명, 간호사 0명, 사회복지사 0명, 행정직 0명으로 구성된 당뇨병 관리센터를 운영
산 출	· 현재 당뇨병 관리센터에 등록, 관리되는 지역사회 당뇨병 환자는 00명(지역사회 당뇨병 환자 중 00%)임(관리율: 당뇨병 관리센터 내원자 중 월1회 이상 지속적으로 방문하는 환자비율) · 현재 00명을 대상으로 하는 당뇨병 교육을 비정기적으로 실시하고 있음 · 당뇨병 합병증 환자에 대한 정기 감시 및 치료 후 추후관리가 되지 않고 있음 · 등록 환자 중 합병증이 심하거나 사회·경제적 여건이 어려운 환자가 존재하나 별다른 조치가 취해지지 않고 있음	· 당뇨병 등록, 관리율 제고: 00명(지역사회 당뇨병 환자 중 00%)으로 확대시킴 · 당뇨 진단을 받은 모든 환자 및 가족을 대상으로 분기별로 정기적 교육 실시 · 등록 환자들이 주요 합병증을 조기에 진단받고 관리를 할 수 있도록 정기적인 감시 및 적절한 관리서비스 제공 · 당뇨병 합병증으로 인해 치료를 받고 퇴원한 환자 00명에 대한 지역사회 자원(민간의료기관, 요양·재활 기관, 복지시설 등) 연계, 추후 병원 방문 관리 등 퇴원 계획 수립과 추후 관리 실시 · 등록 환자 중 합병증이 심하거나 사회·경제적 여건이 어려운 환자 00명에 대해 지역사회 관련 자원으로 연계
결 과	· 현재 관리되고 있는 당뇨병 환자의 혈당 조절률이 00%임 · 현재 등록, 관리되는 당뇨병 환자의 주요 합병증 발생률이 00%임	· 관리 받는 당뇨병 환자의 혈당조절률을 00% 이상으로 높임 · 등록, 관리 받는 당뇨병 환자 중 주요 합병증 발생률을 00% 이하로 낮춤

1.4 사업 내용

- 사업 내용은 사업 목표를 달성할 수 있는 내용을 구체적으로 기술함
- 세부 사업별로 가능한 수준에서 다음과 같은 항목들을 포함하되, 계획을 입안하지 않은 자가 사업을 수행하더라도 혼란이 없을 정도로 구체적이며 객관적으로 작성함
 - ① 세부 사업명
 - ② 사업 대상
 - ③ 현황 및 문제점(사업의 필요성)
 - 사업 수행과 관련된 현황 및 문제점을 진단, 분석하여 제시함

④ 추진 전략

- 앞서 기술한 현황 및 문제점을 해결하기 위한 방안을 도출하여 구체적인 추진 전략을 제시함
- 사업대상에게 제공할 사업의 구체적인 내용이 포함되어야 함. 예를 들어 주민들을 대상으로 교육을 제공한다면 교육의 구체적인 방법, 즉 집단 강의를 할 것인지, 유인물을 배포할 것인지, 아니면 일대일 상담을 할지 등의 내용을 구체적으로 기록하여야 함. 건강검진 사업의 경우라면 검진에 포함되는 검사항목, 검사결과 통보체계, 검사결과에 따른 사후관리, 발견된 환자에게 제공되는 서비스 등에 대하여 구체적으로 기록하여야 함

⑤ 사업량

- 사업의 제공량을 미리 결정하여 향후 평가의 근거로 활용하도록 함
- 사업량을 추계할 때는 현재 기관의 인력과 자원, 재정 등의 사업주체의 능력과 추계된 대상인구의 규모를 고려하여야 함

⑥ 사업수행인력

- 사업대상에게 누가 서비스를 제공할 것인지에 대하여 기술함

⑦ 사업수행시기

- 목적 달성을 위하여 수행할 세부 사업별로 시간적 배치 계획이 마련되어야 함

(예 시)

	1) 당뇨병 환자 및 가족을 위한 교육·홍보 사업
사업 대상	당뇨병 관리센터 등록관리 대상자 및 가족
현황 및 문제점 (사업의 필요성)	·현재 1년에 2회 00명을 대상으로 당뇨병과 관련된 위험인자, 생활인자 등을 교정하는 교육을 실시하고 있음 ·교육·홍보 매체 및 자료가 낙후됨 ·교육 후 평가가 실시되지 않아서 교육 효과를 판단하기 힘들 ·당뇨병 관리센터 행정담당 1인이 사업 홍보를 담당하다보니, 홍보의 양과 질이 전체적으로 미흡함
추진 전략	·센터 등록관리 환자 및 가족을 대상으로 분기별 강좌 및 상담전화 실시 ·보건소 당뇨병 교실 등 지역사회 기관에서 의뢰되는 당뇨병 강좌 수행 ·당뇨병 관련 교육 및 예방 책자 개발 - 00시 보건소와 연계하여 교육 및 홍보자료 수집 분석 후 자료 개발 ·당뇨병 지식 및 행태변화에 대한 설문 실시 - 매년 1회 교육 전/최종 교육 종료 후 조사를 실시하여 지식 및 행태 변화 정도 비교하고, 그 결과를 토대로 차기년도 교육 계획 수립에 반영 ·자체인력 지원- 공공보건사업팀 2인
사업량	·센터 등록관리 환자 및 가족 00명을 대상으로 집단 교육을 분기별(연 4회)로 실시 ·센터 등록관리 환자 및 가족 00명을 대상으로 연 2회 상담전화 실시 ·00시 보건소 당뇨병 교실에 연 4회 이상 교육인력(간호사 등) 파견 지원 ·당뇨병 관련 교육 및 예방 책자 0종류 000부 발간 ·당뇨병 지식 및 행태변화에 대한 설문조사 실시(교육 전/최종 교육 종료 후 실시하여 결과 비교 분석) - 연 2회
사업수행인력	·당뇨병 관리센터: 의사 1, 간호사 2, 행정직 1, 사회복지사 1 (5인) ·공공보건사업팀: 간호사 1, 행정직 1 (2인)
사업수행시기	·1월 - 12월

※ 출처: www. mohw.go.kr/2009년도 공공보건의료계획 작성 예시



2010년 보건복지가족부 업무계획

부록 2. 보건복지가족부 2010년도 주요업무 추진계획

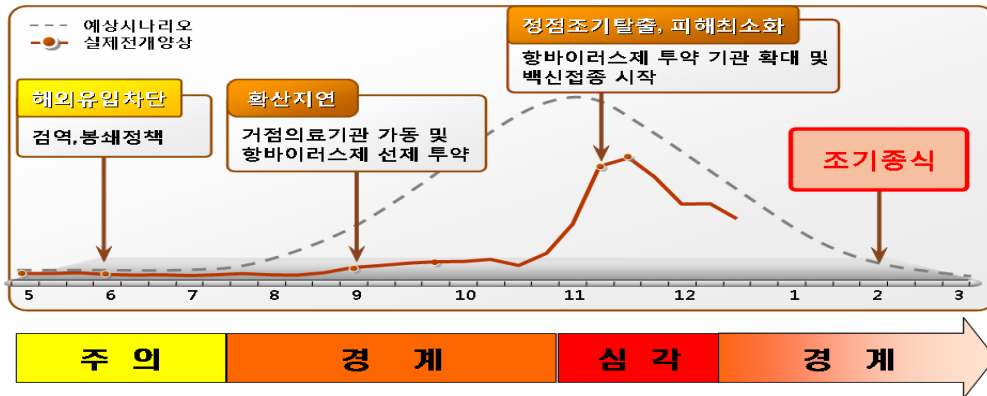
I. 2010년 상황인식 및 역점 추진방향

◇ '09년도 평가

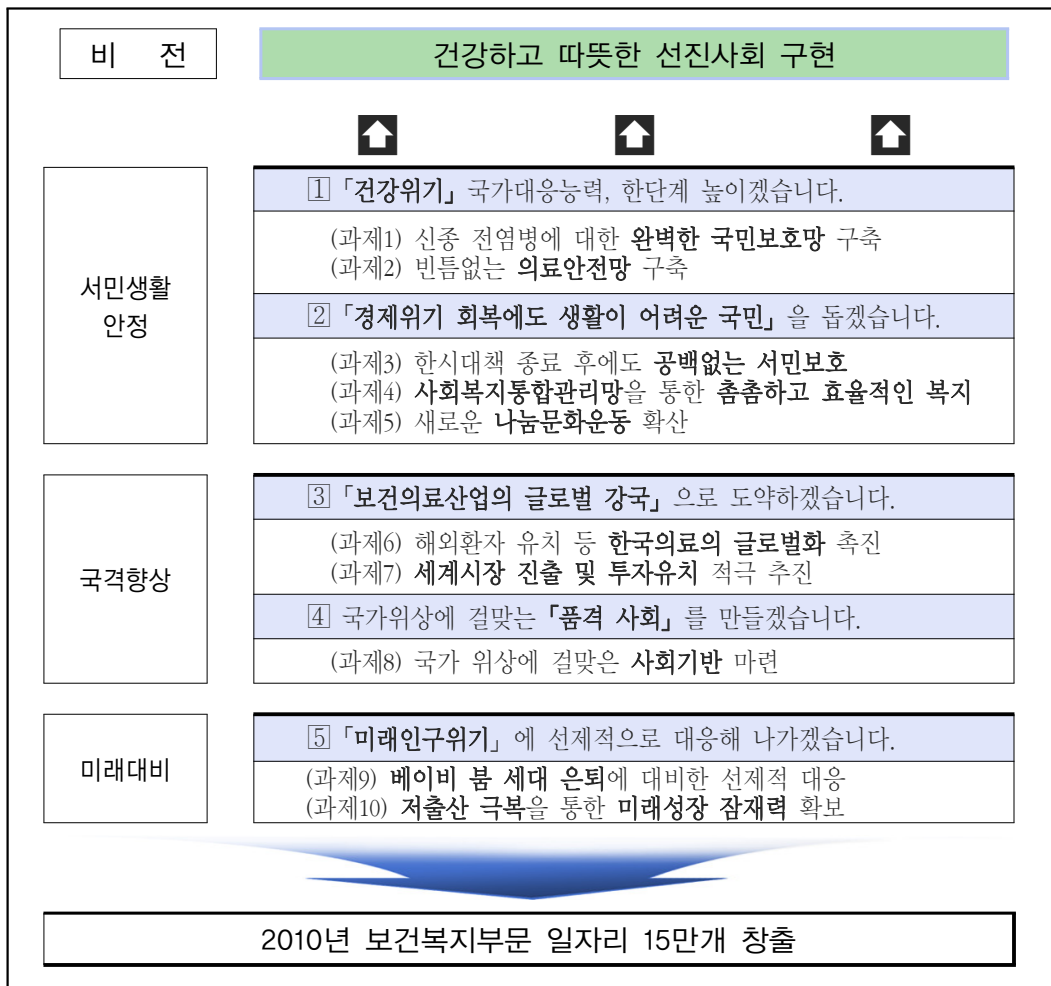
- 금년 한해 우리 국민은 글로벌 금융 위기에 따른 경기침체, 전 세계적인 신종 인플루엔자 대유행 등 어려움을 슬기롭게 극복
 - 경제위기 발생 직후 신속한 민생안정지원대책 추진을 통해 서민생활 조기 안정에 기여
 - 금번 신종 인플루엔자 유행은 세계적으로 유행한 최초의 사례이었으나 국민들의 적극적 협조, 투명하고 신속한 조치로 비교적 위기 없이 대처

◇ '10년도 「도전」과 「기회」

- (도전) ① 향후 '신종 전염병' 등 새로운 건강위기 가능성
 - ② 경기회복이후 여전히 어려운 서민생활
 - ③ '베이비붐 세대 은퇴'로 인한 경제·사회적 충격
- (기회) ① 경기 조기 회복에 따른 국민적 자신감 회복
 - ② FTA 체결 등 보건의료산업 선진국 시장 진출기회 확대
 - ③ 노블레스 오블리주 확산 및 G-20 정상회담 개최 등 국격 향상
- '10년은 경제위기 탈출을 동력으로, 책임 있는 국제사회의 일원으로서 국가위상을 확립하고 미래 문제에 대해 선제적으로 대응해 나갈 시점



〈그림 1〉 신종인플루엔자 단계별 대응

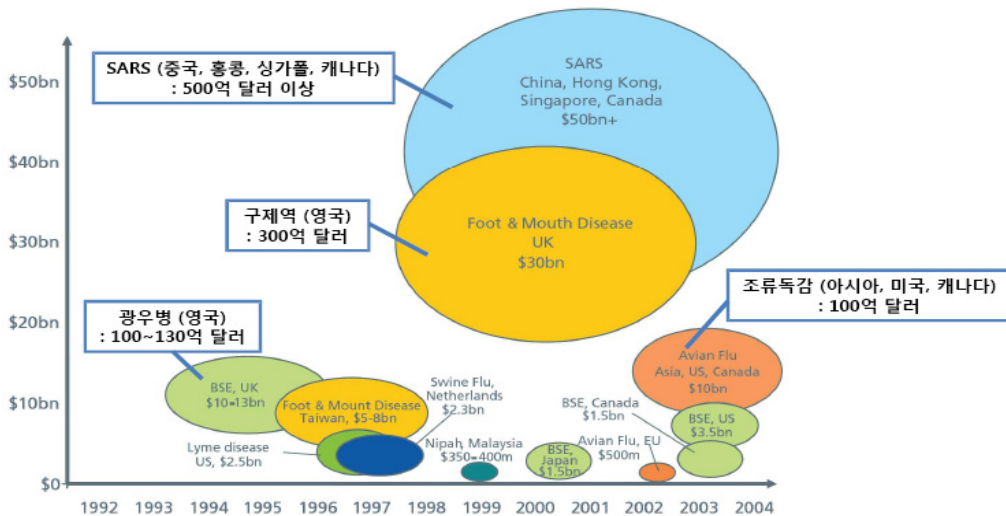


〈그림 2〉 2010년 역점 추진방향 체계도

Ⅱ. 『서민생활 안정』 핵심과제

1. 건강위기 국가대응능력, 한단계 높이겠습니다.

- ◇ (여건) 신종인플루엔자는 '09. 11월을 정점으로 감소 추세
 - 대규모 2차 유행 가능성은 낮으나, 조류독감과 결합한 신종바이러스, 항바이러스제 내성을 가진 변종바이러스 등 경계 요인도 다수
 - ※ WHO는 조류독감(AI) 결합 신종바이러스 출현경고 ('09.11)
- ◇ (전망) 신종인플루엔자 등 새로운 전염병은 경제적 손실, 사회적 불안 및 국가 안보 측면에서 부정적 영향 초래 우려 (OECD, IMF '09)



* 자료: Bio Economic Research Associates, LLC ('08)

〈그림 3〉 최근 10년간 전염병으로 인한 경제적 피해규모

- ◇ '10년 역점 실천과제
 - 『신종 전염병에 대한 완벽한 국민 보호망』 구축 : 대유행시 검사·치료시스템 등 대응태세 업그레이드, 신종전염병 위기예방인프라 확충

- 『빈틈 없는 의료안전망』 구축 : ‘응급의료 선진화 도약’ 3개년 프로젝트, 수요자 중심 공공의료체계 구축, 의료비 부담 경감

과제 1 신종 전염병에 대한 완벽한 국민보호망 구축

- ◇ 신종인플루엔자 조기 종식 : ‘10. 2월중
- ◇ 국민불편 최소화 : 거점의료기관별로 1~2일내 검사·진료·투약 신속 처리
- ◇ 격리병상·중환자실 대폭 확충 : ‘09(442개) → ’ 10(1,102개 병상)

① 금번 신종 인플루엔자 대유행은 철저한 마무리로 「내년 2월중 조기 종식」

- 학생, 영유아·임산부, 노인, 만성질환자 등 1,913만명(인구의 39%)에 대한 예방접종 차질없이 완료 (~‘10. 2)
 - 사전예약제로 불편 최소화, 이상반응에 대한 즉각적 모니터링
- 선제적 항바이러스제 투약과 적극적 치료로 중증환자 발생 최소화

② 신종 전염병 대유행시 「국민 불편 최소화」 및 검사·치료시스템 「업그레이드」

구분	’ 09		’ 10
검사	4~5일 소요	⇒	1~2일내 확진 결과 통보
	(시·도 검사기관) 4개	→	16개
진료	‘임시(컨테이너·버스) 진료실	⇒	‘전용’진료실에서 진찰
	(거점의료기관) 사후 지정	→	사전 지정제 도입(300개)
		→	전용진료실 설치 지원
입원	격리병상 부족	⇒	격리 병상·중환자실 확보로 신속 입원
	(지정격리병상) 14개병원 442개 (중환자실 : 없음)	→	117개 병원(1,102개 병상) 확대 (중환자실 : 585개 신규 설치 포함)
			* 대유행시, 300개 거점의료기관에서 6,000개 병상 추가 동원 * 인구 20% 수준 항바이러스제 비축
정보	정보·진료가능병원 산발적 제공	⇒	one-stop 제공
			* 신종전염병 통합정보시스템 구축
입국	의심자 공항 및 호텔 격리	⇒	전용격리시설에서 24시간내 신속 판정
			* 인천·부산 거점 격리시설 신축, 검역소 권역검사센터(3개소)

국내유입 단계	■ 감염된 입국자 철저 차단 ① 의심입국자 격리 : 전용격리시설(2개소, 80실) 신축 ② 격리된 환자 신속 검사 및 동승자조사 실시 : 권역별 검사센터 신축(3개소), 동승자 추적시스템 구축
지역확산 단계	■ 감염환자 조기 발견·격리를 통한 확산 저지 ① 신고시 신속 검사 : 시도 검사센터 확충(4개소→16개소, '10) ② 발견된 환자는 지정격리병상 입원 조치 : 격리병상 14개 병원 442개 → 117개 병원 1,102개
대유행 단계	■ 선제적 치료로 유행 및 피해 규모 최소화 ① 거점의료기관(300개) 중심 진료체계 가동 : 사전지정제도 도입 및 전용진료실, 입원실·중환자실 확보 ② 항바이러스제 국가비축분 배포, 예방접종 계획 신속 가동

〈그림 4〉 신종 전염병 유행 단계별 대응체계 강화 개요

③ 백신주권 확보 및 위기대응 국가인프라 확충 (임기내 지속추진)

- 백신연구개발의 핵심 역량 강화를 위한 민관공동연구 강화 및 백신연구 지원시설 확충 (동물 BSL3 실험실, 백신 Pilot plant등)
- 국가재난형 질병에 대한 R&D 투자 대폭 확대
- 필수 예방백신에 대한 국내 자급능력 확충을 위한 민간의 백신생산시설 지원 강화 및 제조공법 등 컨설팅 지원
 - * 유정란 생산시설 및 세포주 백신기술연구 등에 대한 신규 지원
- 질병재난에 대응할 수 있도록 (가칭)국가질병재난대책본부 설치 및 질병 재난 목적 예비비 제도 도입 검토
- 위험한 신종전염병(예시: 에볼라 바이러스)에도 밀폐 속에서 검사·실험이 가능한 『Bio-safety level 4 수준 검사연구시설』 설립 추진 ('10~'13)

과제 2 빈틈없는 의료안전망 구축

- ◇ 응급의료 공공투자(역원) : ' 09 (409) → ' 10 (1,903)
- ◇ 의료 취약지 지정·고시 제도 도입 : 분만 취약지역(47개 시군구) 단계적 해소

① 「응급의료 선진화 도약」 3개년 프로젝트('10~'12)

- 응급의료기금의 집중 투자(3년간 6천억)를 통해 예방가능한 응급환자 사망률을 임기내 선진국 수준으로 개선 (현재 33% → '12년 25%)
- 전국 어디서나 30분내 응급의료서비스를 받도록 농어촌 '119 구급지원센터' ('10 : 50개 → '12년까지 175개) 설치 및 낙도·오지 '헬기·선박 이송체계' 구축
 - ※ 이송취약 읍·면 119 도착시간 개선 : (전체) 34 → 26분, (산간) 41 → 30분 이내
 - 응급의료기관이 없는 농어촌(43개군)의 의료기관을 응급의료기관으로 지원·육성('09 : 개소당 1.7억 → '10 : 6.3억)
 - ※ 공공의료기관(13개), 민간병원(25개), 군병원(2개), 민간의원 특화(3개) 육성
- 중증 응급환자의 전문치료를 위해 권역 외상센터 설립('10: 1개소→'12년까지 단계적 확대), 심장·뇌 응급센터 특화 육성(28개소), 독성센터(1개소) 신설 추진('10)

② 「수요자중심 공공의료체계」 구축을 통한 의료사각지대 해소

- 국공립병원만 육성하는 공급자 중심 '공공의료'의 개념을 지역주민의 '건강요구에 기반한 수요자 중심'으로 전환
 - ※ 「공공보건의료에 관한 법률」 전면 개정 ('10 상반기)
- 의료생활권별(Health Zone)로 주민 건강유지에 필요한 필수 의료서비스 공급이 부족한 지역을 의료취약지로 지정, 차별화된 지원 실시
 - ※ 의료 취약지소재 보건의료기관에 대해 운영비, 세제혜택 등의 인센티브와 취약 의료서비스 제공 의무를 동시에 부여

- 우선, 분만취약지의 단계적 해소를 위한 지역별 맞춤형 지원방안 마련

◇ 분만취약지(47개 시군구) 단계적 해소방안(예시)	
〈1단계〉 인접지역 분만가능병원과 연계서비스 강화 ○ (산전관리) 찾아가는 산모관리서비스 ○ (등록관리) 1:1 등록·상담서비스 ○ (긴급이송) 24시간 긴급이송서비스	〈2단계〉 지역별 거점분만병원 지정 및 육성 ○ (인력) 산부인과 공중보건의사(1인) 지원 ○ (재정) 시설비 용자, 운영비 일부 지원 ○ 거점병원 의료사고보험비 지원

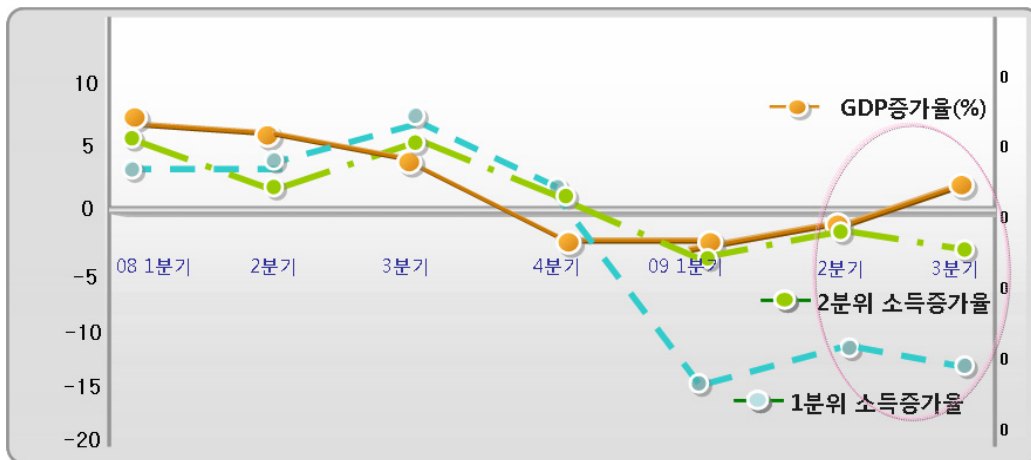
- 수익성이 낮아 공급이 부족한 장애인치과센터(1개소), 재활병원(6개소) 등을 거점별로 육성하고, 지방 의료서비스 개선을 위해 특수질환센터 지원·강화
 - ※ 권역별 류마티스·퇴행성관절염센터(3→5개소), 호흡기센터(3→5개소), 심뇌혈관질환관리센터(6→9개소) 확충

③ 서민 의료비 부담 경감을 위한 건강보험 혜택 강화 (연간 6,500억)

- 사망률이 높은 심장·뇌혈관질환 본인부담 50% 경감 (10→5%, 1월)
- 결핵발생율을 낮추기 위해 결핵환자 본인부담률을 인하(1월)하고 진료비 부담이 큰 중증화상 본인부담 대폭 경감 (7월)
 - * (결핵환자 본인부담) 다재내성결핵 등 일부항목만 10% → 결핵 전체를 10%로 조정
 - * (중증화상) 입원 20%, 외래 30~60% → 입원 및 외래본인부담률을 5%로 조정
- 국민적 수요가 높고 진료비 부담이 큰 MRI 보험급여 확대 (10월)
 - * 암, 뇌양성 종양 및 뇌혈관 질환 → 척추 및 관절질환까지 추가
- 항암제, 희귀·난치치료제, 장애인 보장구에 대한 급여범위 확대 (10월)
 - * 전동스쿠터·휠체어 보장대상을 심장호흡기 장애까지 확대, 배터리 소모품 보장

2. 경제위기회복에도 생활이 어려운 국민을 돕겠습니다

- 금번 한시 민생대책은 경제위기 상황에서 저소득층의 소득안정에 기여한 것으로 평가
 - * 한시생계보호 : 41만 가구('09.12월 예측치), 가구당 월 12~35만원
- 하지만, 저소득층의 가계수지는 만성적인 적자 상황이며, 한시대책은 금년말 종료



* 분기별 전국가구 기준(통계청)

〈그림 5〉 소득분위별 가계수지 추이

- ◇ (전망) 경기회복에도 불구, 저소득층의 체감경기 회복은 늦어지고 있으며, 한시사업 종료후 생활수준은 계속 어려울 전망
 - 취약계층에 대한 공백 없는 보호를 위하여 정부-민간자원 연계강화 및 복지지원의 체감도 제고 노력이 필요
 - * 보건·복지분야 예산(복지, 연금, 노동, 보훈, 주택, 보건 등) 68.8조('08) 대비 민간기부는 8.8조('07)로 12.7%수준(이중 현물기부는 481억)
- ◇ '10년 역점 실천과제 : 한시생계대상자 보호 및 복지 체감도 제고
 - 「한시대책 종료 후 공백없는 서민보호」 : 정부민간 통합보호, 취약계

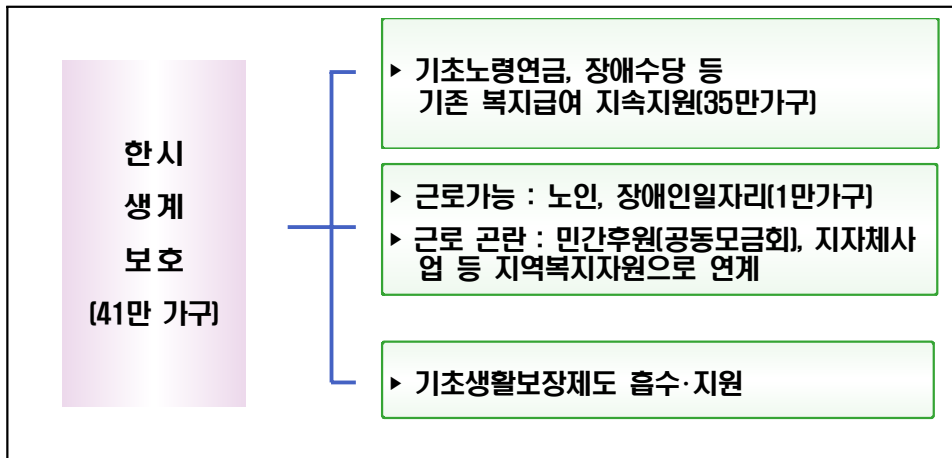
층에 대한 빈틈없는 지원, 탈빈곤 촉진

- 「사회복지통합관리망 운영」 : 조기정착을 통한 성과 가시화, 동일 예산으로 더 많은 혜택을 제공해 체감도 극대화
- 「나눔문화 운동 확산」 : 휴먼네트워크, 기업·개인 나눔문화 확산

과제3 한시대책 종료 후에도 「공백 없는 서민보호」

① 한시대책 종료·축소 후에도 정부·민간의 통합 보호

- 당초 계획대로 한시생계보호(41만가구)를 폐지하되, 계속지원이 필요한 가구는 일자리, 민간후원 등으로 연계·지원
 - 기본적으로 가구 특성별로 기초노령연금, 장애수당, 한부모가족지원 등 기존 복지급여를 지속 지원(약 35만가구)
 - ※ 기초노령연금(32만 가구), 차상위 장애수당(1.7만 가구), 한부모가족지원(1.2만 가구)
 - 추가적으로, 근로가능 가구는 노인·장애인 일자리를 우선 연계·지원, 근로 곤란 가구는 민간 후원, 지자체 사업 등 지역복지자원을 연계·지원
 - ※ 09.1~11월, 민생안정추진체계를 통해 233만건 지원(30만건, 13%가 민간후원)
 - ※ 실태조사(09.12~10.2)를 실시하여 지원 대상자 발굴, 보호 추진
 - 생활능력이 없는 가구는 기초생활보장 수급자로 흡수·지원
 - ※ 기초수급자 09년 1,571천명 → 10년 1,632천명 (6만명 확대)
- 기초생활보장 수급자료의 흡수·지원 규모를 고려하여, 부양의무자 기준 합리화 추진 검토(10. 2월말)



〈그림 6〉 한시생계보호 종류에 따른 지원방안

② 노인·장애인·아동·청소년 등 취약계층 지원 강화

- (노인) 기초노령연금, 노인장기요양 보험 대상자 확대
 - ※ 기초노령연금 : '09년 363만명 (월 8.8만원) → '10년 375만명(월 9.1만원)
 - ※ 장기요양보험 : '09년 28만명 → '10년 38만명
- (장애인)근로가 어려운 중증 장애인(10년 33만명)의 생계보장 강화를 위해 중증장애인연금 도입('10. 7~)
 - 장애아동 재활치료서비스 대상자 확대 ('09 : 18천명 → '10 : 37천명)
 - ※ 자격있는 장애인에게 혜택이 돌아갈 수 있도록 등급판정기준 객관화 및 심사 화
- (아동·청소년) 드림스타트, CYS-net 확대 등 아동·청소년 지원 강화
 - ※ 드림스타트 : 75 → 100개소, CYS-net : 97 → 166개소
- (한부모 가족 지원) 18세미만 아동을 둔 저소득 한부모가족에 대한 아동양육비 지원연령 확대(10세이하, 4.8만명 → 12세이하, 5.7만명)

③ 탈수급 축진을 위한 통합적 접근(Total solution)

- (자산 형성) 저소득층의 자립에 기여하는 자산형성을 위해 '희망키

유통장' 및 '행복키움통장 시범사업' 추진(2만가구)

- (기업형 자활) 초기투자 확대, 생산품 전국 유통망 구축으로 소규모 자활 공동체 기업화·규모화 추진
 - ※ '08년 말 현재 1,046개(6천명)인 자활공동체 활성화로 비재정 일자리 3천개 창출 계획
- (성과관리) 기초수급자의 탈수급을 위해 취업율 등 사업성과에 따라 성과급을 차등 지원하는 「성과관리 자활시범사업」 확대
 - (‘09 : 2천명, 2개지역 → ‘10 : 3,200명, 4개지역)
 - ※ ‘09년도 1차 시범사업 성과(9월말 기준) : 취업률 약 26.4%로, 기존 사업 성과(인건비 일률 지원 평균 15%)보다 높게 나타남
- (근로인센티브) 수급대상에서 벗어난 가구에 대한 한시적(3년) 의료급여 제공 검토 및 수급자 취업시 연금보험료 전액(현 50%) 공제 추진

④ 보건복지분야 서민 일자리 15만개 창출

- 서민의 부담이 큰 간병서비스의 단계적 제도화 (‘10년 1만개 내외)
 - (1단계 : ‘10) 병원내 간병서비스를 비급여 대상에 포함, 사적거래가 아닌 ’ 병원을 통한 공식적 서비스’로 전환
 - ※ ‘보호자 없는 병원’ 시범사업 실시, 업무범위·역할 정립 등 제도화 기반 구축
 - (2단계 : ‘11~) 간병서비스 재원조달 방안 마련(건강보험급여화, 표준화된 민간의료보험 등 다양한 방안 검토)

※ ‘06보건사회연구원 조사결과

- 유료간병을 이용하는 환자는 월 평균 20.3일 동안 81.2만원의 비용을 부담하고 있으며, 87.2%가 간병비용이 가계에 부담이 된다고 응답
- 유료간병인을 이용하거나 가족이 간병함으로 발생하는 사회적 비용은 1조 1,768억원

- (장기요양보험 내실화) 요양 대상자 확대 등으로 약 5만개 일자리 창출
 - * ‘09년 전체 노인 중 5.4%, 28만명 → ‘10년 7.1%, 38만명

- (재정지원 일자리) 보건복지 분야 사회서비스 일자리(1만개) 확충 및 탈빈곤 일자리 내실화 (자활근로 1.7만개, 자활공동체 광역화기업화)
- (사회복지시설 인력) 보육 등 사회복지시설 인력 증가 (1.5만개 내외)
- (규제완화 및 산업지원) 해외환자 유치 등 의료산업 지원, 보장성 확대 등을 통한 시장일자리 창출 (2만개 내외)

⑤ 가정내 돌봄에 대한 현금 보상

- (장기요양) 배우자 등이 자신의 가족을 직접 수발하는 노노케어 가정에 대한 현금보상 추진 검토
- (0세아돌봄) 소득하위 50% 이하 맞벌이 가정의 친인척이 일정 교육을 거쳐 아이를 돌보는 경우, 가정내 아이돌봄이 참여 허용 (1.2천명, 월 57~69만원)

과제 4 사회복지통합관리망을 통한 촘촘하고 효율적인 복지

- ◇ 가구별 실정에 따른 맞춤형 통합서비스 제공
- ◇ 처리기간 단축('09 : 60일→ ' 10 : 20일)
- ◇ 부정·중복 수급 방지 : '10년도 약 2천억원 절감 예상

① 국민적 측면 : 편의성·신속성·맞춤형

- (편의성) 전국 어디서나 보건복지콜센터(129)에 전화하면 관리망과 연계하여 지자체에서 서비스 제공
- (신속성) 사업별로 소득·재산조사방법 통일 및 공적자료 전산연계로 민원 신속 처리(60일 → 20일)
- (맞춤형) 한번 방문 신청시, 개인 뿐만 아니라 가족의 복지욕구를 종합적으로 파악하여 가능한 모든 서비스를 안내·상담·연계

② 국가 재정적 측면 : 부정·중복 수급 및 횡령 방지

- 232개 시군구별·사업별 분산 관리 → 전국, 개인별·가구별 통합 관리로 복

지서비스가 꼭 필요한 대상을 정확히 선정

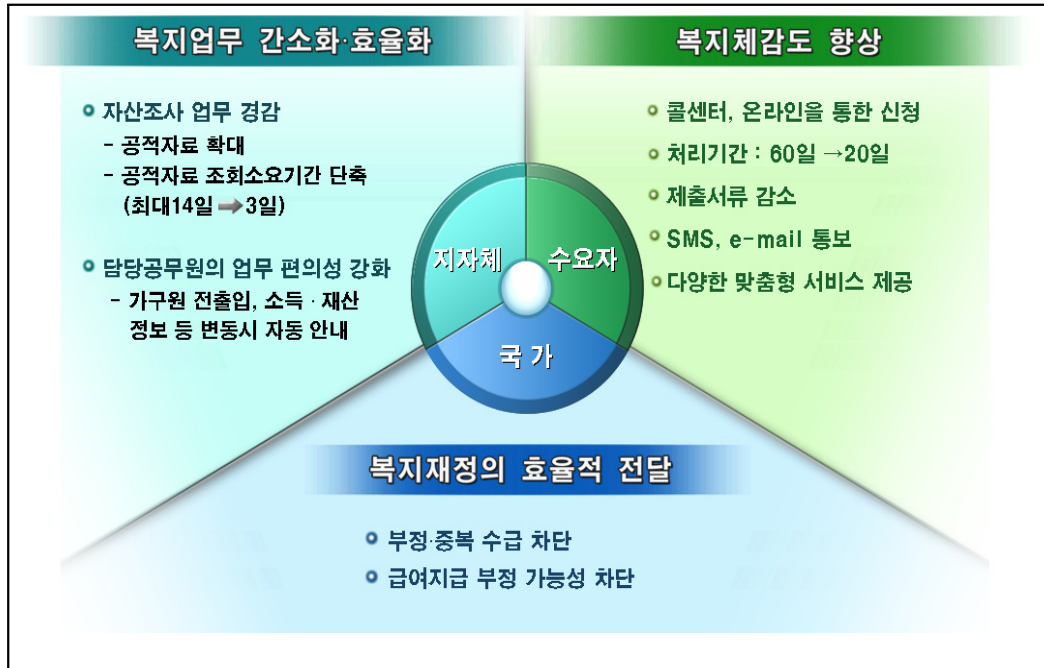
- 1인 1계좌제, 급여지급과정의 임의조작 방지 및 실명확인을 통해 담당자의 횡령 가능성 원천 차단

구분	' 09	' 10
신청	■ 읍면동 직접 방문 ■ 기초생활보장, 보육, 기초노령 등 각각 신청 * 사업별 신청서, 동의서, 통지서 등 37종	■ 방문 + 콜센터 / 온라인 ■ 일괄 신청 * 6종으로 통합
조사	■ 사업별 서류 중복 방문 제출 * 제출서류 : 사업별 10여종	■ 서류 간소화 * 2종 (임대차계약서, 금융정보제공동의서 등) * 가족관계증명서, 주민정보 등 공적자료 대체
결정	■ 처리기간 : 최장 60일 ■ 통보방식 : 문서	■ 처리기간 : 최장 20일 ■ 통보방식 : 문서 또는 SMS, e-mail 등
서비스 이용	■ 신청한 서비스에 한정 ■ 서비스 중복·누락 및 부적절 서비스 빈번	■ 가족 욕구에 따른 다양한 맞춤형 복합 서비스 이용가능 ■ 수요자 욕구에 맞는 민간 서비스 연계 및 통합 서비스 제공

〈그림 7〉 사회복지통합관리망 구축으로 인한 주요변화

③ 절감 예산을 활용, 국민에게 더 촘촘한 복지 혜택 제공

- 절감 예산을 일을 통한 복지 및 사각지대 해소를 위한 재원으로 활용하여 동일한 예산으로 더 많은 국민을 보호
 - ※ 저소득층의 탈빈곤 촉진 (6.6만명, 1,290억증), 노인장애인가동 등 취약계층 지원 (8.8만명, 570억증)
- 복지급여 신청은 하였으나, 수급자로 선정되지 않던 취약계층에 대해서는 민간자원 제공·관리기관 연계 활성화



〈그림 8〉 사회복지통합관리망의 효과

과제 5 「새로운 나눔문화운동」 확산

① 사람을 통해 사람을 키우는 「휴먼네트워크」 확산

- 사회 저명인사 등(멘토)이 불우한 아동·청소년(멘티)을 1:1로 직접 연계하여 멘토의 경험·지식을 토대로 학습·직업·정서적 발달 지원
 - 그간 현금·현물위주 일회적 지원의 한계 극복 및 지원의 시너지 창출
 - ※ '09. 12월 현재, 장학재단·대학교, 기업, 공공기관, 예술, 군인 등 사회 각 분야 108개 기관 참여중 (SK텔레콤 'SUNNY', 대전시 '무지개튜터링', 서울대 멘토링 등)
- '전국민 멘토-멘티 갖기운동'으로 체계적 확산('09. 년 1만명, → '10. 년 2만명)
 - 노블레스 오블리주 차원에서 CEO 멘토 참여 활성화 및 기업 사회공헌·대학 장학금·민간장학재단 등과 협력 강화

- 국민 인식 확산을 위해 언론사와 연중 캠페인 실시 및 우수 사례 전파
※ 제1회 ‘대한민국 휴먼대상’ 시상식(’09. 12. 19)

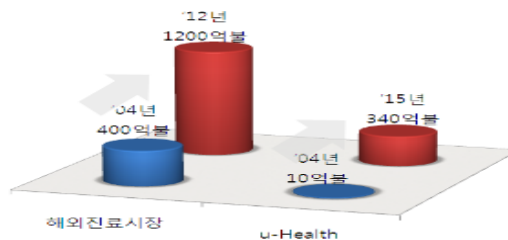
② 기업·개인의 나눔문화 확산을 위한 여건 강화

- 식품 등 물품 기부에 대한 홍보 및 푸드마켓을 확대(’09: 75개 → ’10: 100개) 하고, 기부품목을 치약, 비누 등 생활용품까지 확대 (’10상반기 법률개정)
- 민간재원 의료비 지원 활성화 및 저소득층 의료비 지원을 위해 「의료전문 모금기관」 육성 추진
- 나눔활동 종합정보망 구축(자원봉사-기부식품-사회공헌정보시스템 통합)을 통해 민간자원과 복지 수요자간 체계적 연계
- 기업의 사회공헌활동 참여 및 소비자의 사회공헌 동참 확대를 위해 수익중 일부를 공익사업에 지원하는 나눔마크 사업 전개

Ⅲ. 『국격향상』 및 『미래대비』 핵심과제

1. [국격향상①] 보건의료산업의 글로벌 강국으로 도약하겠습니다

- ◇ (여건) 보건의료산업은 지식기반형 산업으로써 IT 등 관련분야와 융·복합화 추세가 뚜렷
 - 우리나라는 우수 의료인력 및 바이오·IT 등 연관분야 기술경쟁력이 뛰어나 보건의료 시장의 글로벌 리더로 도약할 수 있는 잠재력 충분
- ◇ (전망) 보건의료산업은 고령화·의료기술의 발전 등으로 지속적인 성장세 예상 (OECD 평균 GDP 대비 의료시장 규모 : '09년 8.9% → '20년 21%)
 - 특히 한-EU FTA 체결, 미국 건강보험개혁 추진 등 국내 보건의료산업의 선진국 시장 진출 기회도 확대 (삼성경제연구원, '08)
 - ※ 의료비 지출 감소를 위한 복제약 사용 장려, 진단제품시장 성장, 전자 의무기록방식 확대에 따른 u-health 분야 성장 등



〈그림 9〉 세계 보건의료시장 성장률 예측 (맥킨지 등 자료종합, 2009)

◇ '10년도 역점 실천과제

- 「한국의료의 글로벌화」 촉진 : 해외환자유치, 병원경쟁력 제고
- 「세계시장 진출 및 투자유치」 : 미국·EU 등 선진국시장 진출 확대, R&D 역량강화

과제 6 해외환자 유치 등 「한국의료의 글로벌화」 촉진

- ◇ 해외환자유치 : '09(5만명) → '10(7만명)
- ◇ 생산유발효과 : '09(3,500억원) → '10(4,900억원, 40%증)
- ◇ 일자리 창출효과 : '09(4,100개) → '10(5,800개, 40%증)

① 해외환자유치 활성화

- (마케팅 강화) 환자를 해외로 송출하는 국가(중동 등)와 MOU 체결 및 한국 의료 이용 보험상품('10년 5개, 미국) 개발 추진
 - ※ 카타르, 쿠웨이트, 사우디아라비아 등과 구체적 논의 진행 중
 - ※ United Health International(미국) 의향서(LOI) 체결 ('09.7)
- (성공사례 전파) 종합서비스상사 형태의 '해외환자 유치 선도기업' 육성
 - 한국 의료 대표상품 개발·환자 유치·post-care까지 토탈 서비스를 제공하는 선도기업육성
- (해외 원격의료) 해외환자에게 원격의료 서비스를 제공하는 「글로벌 u-Health 의료센터」 구축 ('10년 시범사업 후 확대)
 - 해외친선병원 등과 연계, 원격협진 및 의료지도, 해외환자 유치 지원
 - ※ 주요 서비스 대상자 : 해외환자, 해외 산업현장 근로자 및 해외동포 환자 등
- (지역별 마케팅) 의료와 관광인프라를 연계한 지역단위 의료서비스 연계 상품 개발 (60억)

② 병원 글로벌 경쟁력 제고를 위한 제도 개선

- 의료기관의 자금조달 다양화를 위해 채권발행을 허용하고 경제자유 구역내 경쟁력 있는 외국 의료기관 유치
- 원격진료 허용, 부대사업 범위 확대 등을 위한 의료법 개정 추진

과제 7 세계시장 진출 및 투자유치 적극 추진

① 미국·EU 등 세계시장 진출 확대

- 성장유망분야인 바이오의약품 및 미국 등 각국 의료비 절감 노력기회를 활용한 제네릭 중심으로 선진국시장 진출 확대 (LG 성장호르몬제 등 12개 품목)
 - ※ 진출현황 : (미국) LG생명과학(펙티브) 등 2품목, (EU) 동국제약(포폴주사) 등 5품목
- 의약품 해외전문인력 유치(미 FDA 퇴직공무원 등)를 통해 의약품 제조기준(c-GMP) 등 운용능력을 선진국수준으로 배양
 - ※ 인도, 중국의 경우, 미 FDA 직원이 현지에서 상시 지도·감시중
- 한방·천연화장품 등 뷰티산업 수출지원 투자 확대 (수출지원 40억, R&D 60억)

② 국제 경쟁력 강화를 위한 보건의료 R&D 역량 강화

- (병원의 연구역량 강화) 진료중심에서 탈피한 연구중심병원에 대한 지원을 법제화하여 기초와 임상간의 중개 연구 및 산업화 촉진
 - ※ 세제 혜택, 수가 우대, 기초의학전공자(해부학·병리학)의 공중보건의 근무 허용 등 ('10 상반기 보건의료기술진흥법 개정)
- (R&D 인센티브) 바이오시밀러(생물의약품 제네릭) 가격을 특허만료전 오리지널 약가의 72% → 80%로 상향 조정하는 등 약가 우대조치 마련
- (연구 인프라) 줄기세포 분야 연구 지원을 위한 국가지원 강화 및 『줄기세포주 등록제』 시행
 - 피험자 보호·연구절차 등에 대한 IRB 심의 의무화 병행(생명윤리법 개정, '10 하반기)
- (집적단지) 동북아 권역내 유사단지와 경쟁 우위를 차지할 수 있도록 첨단 의료복합단지의 글로벌 R&D 허브 토대 마련 ('10년 하반기 착공)
 - ※ 동북아권역내 유사단지 : 교토, 상하이(SIMZ), 푸둥 등

2. [국격향상②] 국가위상에 걸맞은 품격있는 사회를 만들겠습니다

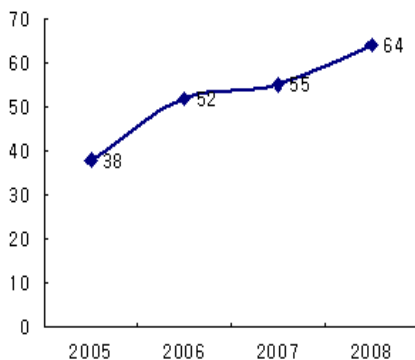
◇ (여건) 경제규모, G20 정상회의 개최, OECD 개발원조위원회(DAC) 가입 등을 계기로 우리나라에 대한 국제사회의 관심과 기대는 크게 증가

- 보건의료 분야 ODA 비중, 외국인에 대한 수용성 등은 국제적 수준에 비해 미흡
 - ※ 보건의료 분야 ODA 비중은 11%로 주요 선진국(평균 20%)에 비해 크게 미흡
 - ※ 결혼이민자는 크게 증가('07 : 127→ '09 : 167천명)하고 있으나, 우리나라의 외국인 수용성 수준은 OECD국가 중 최하위 (KDI, '09. 11)
- 경제적 소득수준 증가에도 불구하고, 낙태, 해외입양, 아동·청소년 성범죄 등 사회적으로 개선해야 할 과제 다수

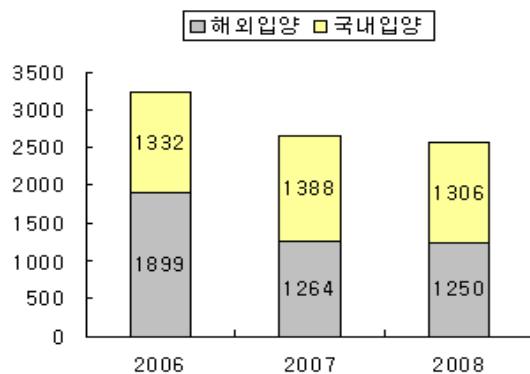
◇ (전망) 사회적 신뢰기반 구축과 국제사회에서 역할 강화를 위해 국가 위상에 걸맞은 포용성, 생명존중, 다양성 등 보편적 가치에 대한 중요성이 증가할 전망

◇ '10년 역점 실천과제

- 『국가위상에 걸맞은 사회기반 마련』: 보건의료 분야 ODA 확대, 다문화가족 지원 강화, 낙태방지 및 국내입양 활성화, 아동·청소년 성폭력 근절 추진



〈그림 10〉 아동·청소년 성범죄 피해자(백명)



〈그림 11〉 아동입양 현황 (명, 08)

과제 8 국가 위상에 걸맞은 사회기반 마련

① 「글로벌 건강」을 위한 국제사회 보건의료 기여 확대

- (민관파트너십) 해외의료봉사 활동 등 보건의료 민간원조 활성화를 위해 정보수집, 인력 및 기술훈련 등 지원 확대
- (인프라 지원) 전체 ODA 중 보건의료 비중을 단계적으로 확대(현재 10% 수준)하고 「한국형 보건의료 원조모델」 수립·확산
 - 병원 건설에서 벗어나 보건당국간 협조 하에 1차 보건의료(진료소) 중심으로 모자보건, 위생 등 필수 서비스를 제공하는 패키지형 사업 확대

② 글로벌 코리아를 위한 「다문화가족」 지원

- 결혼이민 예정자를 대상으로 인권 보호 및 결혼 준비관련 ‘입국전 현지 사전정보’ 제공 (‘09년 베트남, 필리핀, 몽골 3개국→’10년 캄보디아 추가)
 - 다문화 가족 지원 및 한국생활 경험 공유를 위한 ‘다국어포털 홈페이지’ 구축 (‘10년 베트남어·중국어 등 6개 언어 → ’12년 10개 언어)
- ‘다문화가족지원센터’ 확대(전국 100개→140개)로 서비스 접근성을 제고하고 표준화된 교육 제공
- ‘전국 다문화가족 실태조사 결과’(‘10. 2월 완료 예정)를 토대로 지역 특성을 반영한 맞춤형 프로그램 개발 지원

③ 선진국 수준의 생명존중 및 아동의 건강한 성장환경 조성

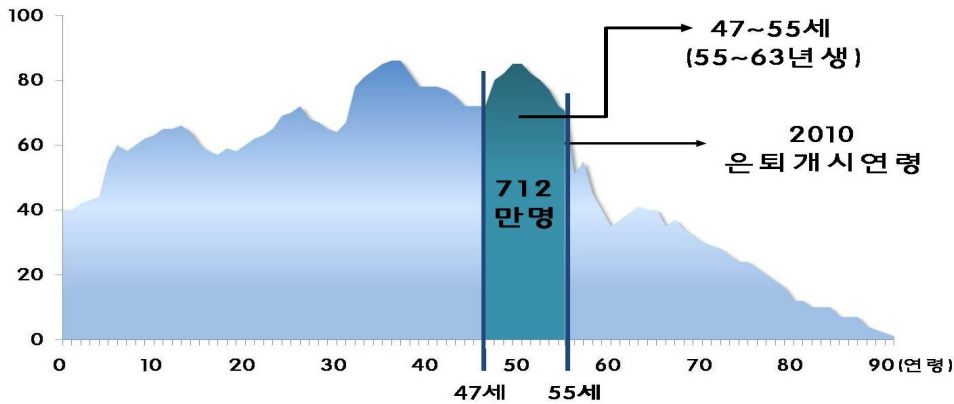
- (낙태방지) 충분한 사전상담을 위해 상담료를 제도화하고, 청소년 미혼모가 일정연령(예: 25세)이 될 때까지 양육비, 의료비 등 지원 강구
 - 인공임신중절 예방 태아기형물질정보 제공 서비스(마더세이프프로그램) 도입(‘10.4)
- (국내 입양 활성화) 입양 허가제 도입, 입양전담 지원기관 신설 등 관련 법령정비 후 헤이그협약 비준(‘11~’14) 추진

- 알선비용 및 중증장애아 양육수당 강화, 양육지원대상 확대(13세→18세)
 - ※ 알선비용 : '09(220만원) → '10(240만원)
 - 중증장애아 양육수당 : '09(55.1만원) → '10(중증 57만원, 경증 55.1만원)
- (아동·청소년 성폭력 안전관리 강화) 아동성폭력 근절을 위해 예방시스템, 피해자 보호, 재범방지 관리 등 사회적 규제 강화 ('09.12.2 당정협약)
 - (예방시스템) 13세미만 아동대상 성폭력 범죄자의 신상정보를 우편으로 고지하는 제도 도입 추진 ('10 상반기 법률개정)
 - ※ 고지대상(13세미만 아동이 있는 지역주민), 고지정보(사진, 나이, 이름, 주소 등)
 - ※ 인프라 개선 : 아동안전지킴이 확대('09년 101개지역 1,010명→'10년 174개지역 1,740명), 아동보호구역지정 및 CCTV 확대 설치 (행안부 349억원)
 - (피해자 보호) 성학대 가해자의 상당수가 가족·친족*인 점을 고려하여 전용그룹홈 설치(신규 3개소) 및 피해자 보호명령제도 도입
 - ※ 성학대 가해자('08년) : 부모 및 친인척 44.6%, 타인 46.9%, 기타 8.5%
 - (재범방지를 위한 관리) 현재 동의한 자에 한해 실시하는 신상정보 등록 대상자 교육을 모든 등록대상자에게 의무화 ('10 상반기 법률개정)
 - ※ 취업제한 제도를 적용받는 성범죄에 “아동복지법” 상 성학대, “형법” 상 강도강간 등 포함

3. 미래 인구위기에 선제적으로 대응해 나가겠습니다

◇ 그간 경제성장의 주역이던 '베이비붐 세대' 은퇴 시작

- (규모) 베이비붐 세대 규모 : 712만명(14.6%)('55~'63년 출생자)
 - 이 중 '10~'18년 은퇴자는 311만명(임금근로자의 19%)



〈그림 12〉 베이비붐 세대 은퇴자 수

- (해외 사례) 일본(단카이세대, '46~'49년생, 총인구의 5%), 미국('46~'64년생, 총인구의 30%) 등은 베이비붐 세대 은퇴를 '국가의 문제'로 규정, 체계적으로 사전대응

◇ 베이비붐 세대 특성

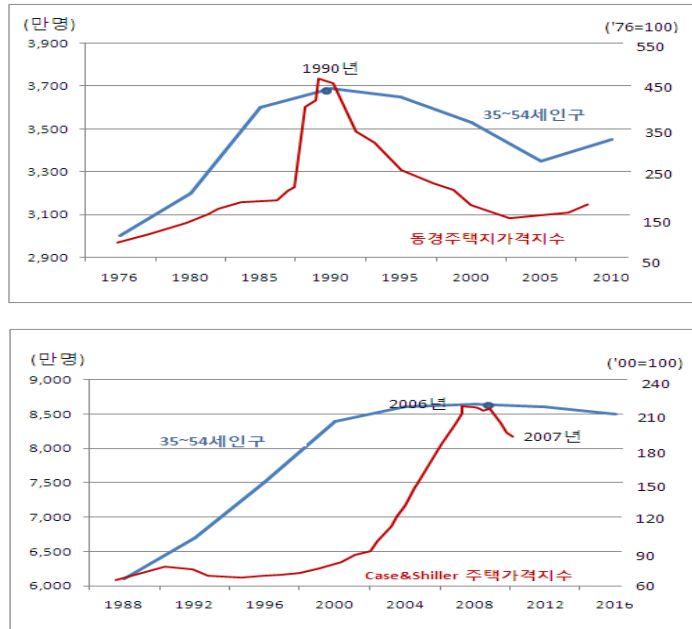
- ① (소득) 부모부양과 자녀양육의 이중부담으로 노후준비 부족 (샌드위치 세대) → 은퇴후에도 일자리와 소득이 필요한 집단
- ② (육구) 현 노인에 비해 고학력으로, 사회참여·여가 육구가 강한 집단
- ③ (건강) 만성질환 유병률이 급속히 증가하는 세대

〈표 2〉 연령대별 고혈압 유병률

구 분	30대	40대	50대	60대
고혈압 전단계	22.1%	29.6%	29.5%	26.9%
고혈압 유병률	7.6%	16.8%	33.9%	45.9%

◇ 베이비 붐 세대 본격 은퇴의 영향

- ① 고학력·대중소비를 주도한 베이비붐 세대의 은퇴시 내수시장 위축 전망
 - ※ 미국 '서브프라임사태'·일본 '잃어버린 10년'도 베이비붐 세대의 은퇴와 밀접. 영국·네덜란드·벨기에 등도 동일한 경향 (통계청·현대경제연구원, '09)

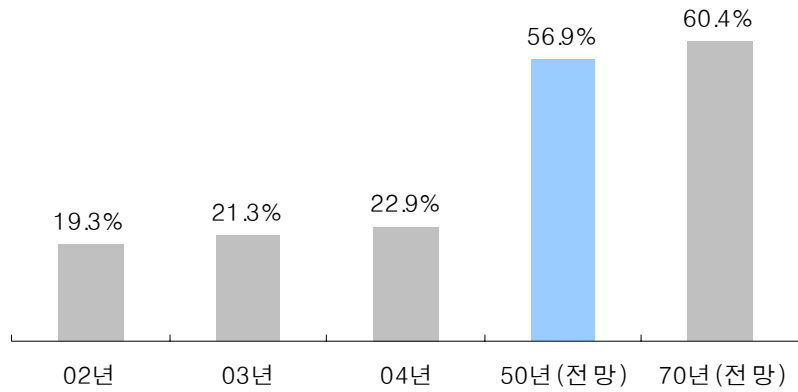


〈그림 13〉 인구변동과 주택가격 추이(일본·미국)

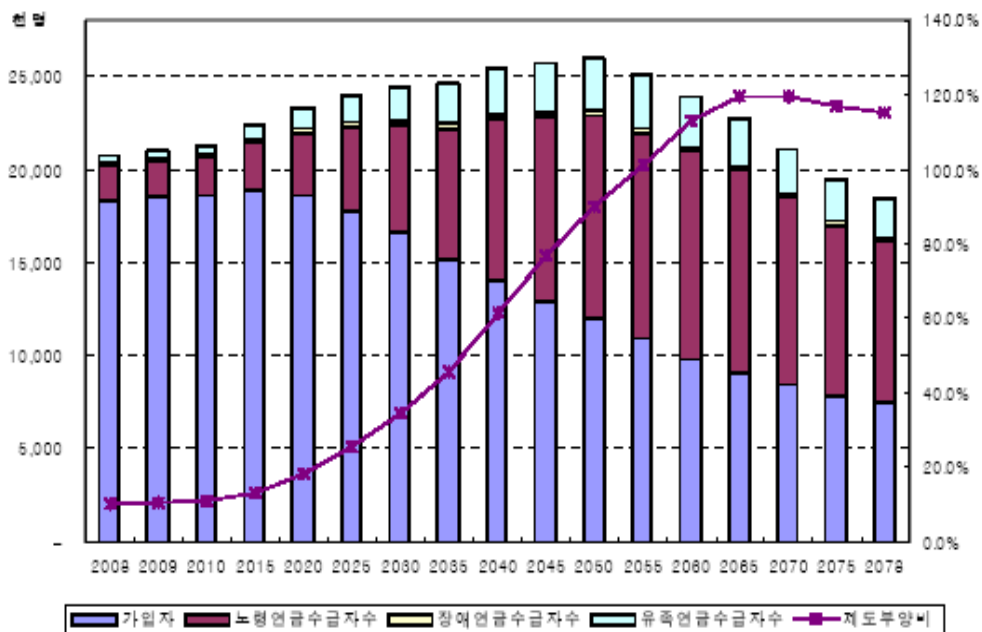
- ② 거대 인구집단의 은퇴로 건강보험, 국민연금 등 사회보험 재정의 지속 가능성에 우려 증가

◇ '10년도 역점 실천과제

- 「베이비붐 세대 본격 은퇴에 대비한 선제적 대응」: 노후소득보장체계 개선, 계속 근로·사회참여 활성화, 사전예방적 건강관리
- 「저출산 극복을 통한 미래성장 잠재력 확보」: 제2차 저출산고령사회기본계획, 맞벌이·다자녀 등 보육서비스 강화, 난임 등 출산지원 강화

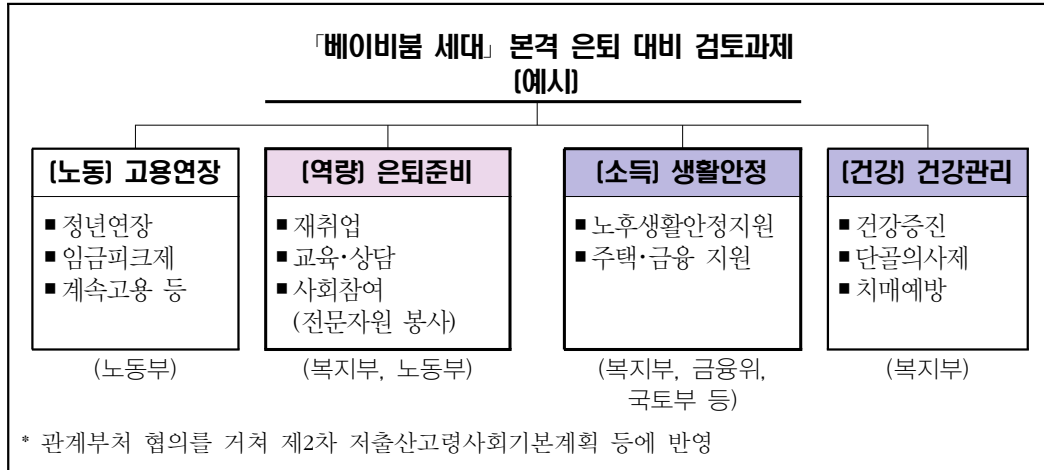


〈그림 14〉 공공의료비중 노인의료비 지출 전망(KDI)



〈그림 15〉 국민연금 가입자·수급자 및 제도부양비

과제 9 「베이비붐 세대」 본격 은퇴에 대비한 선제적 대응



① ‘미래 노인빈곤 방지’를 위한 노후생활 안정지원

- 베이비 붐 세대 노인빈곤 방지를 위한 국민연금과 기초노령연금의 역할 분담(재구조화) 방안 마련
 - 재구조화(안) 논의를 위해 국회내 「연금제도개선위원회」 구성 방안 협의(10)
 - * 국민연금과 기초노령연금의 급여수준이 모두 낮아 적정 노후소득보장이 어려운 상황
- 미래 노인빈곤 예방을 위해 저소득 은퇴자에 대해 한시적으로 국민연금 보험료의 50%를 재정 지원하는 방안 추진
 - ※ 차상위계층 이하 저소득 은퇴자가 은퇴이후 지역가입자로 재가입하는 경우에 보험료(50%)를 재정지원하여 저소득 은퇴자의 노후 준비 지원
- 일정 수준 이상의 소득이 있는 경우 연금액을 감액하여 일하는 노인에게 불이익이 생기는 재직자노령연금 수급요건 개선
 - ※ 연령별 지급 → 소득수준별 차등지급
- 연금 수급을 연기한 기간만큼 인센티브를 제공하는 ‘연기연금제도’ 확대를 통해 일하는 노인 지원 실시 (연금수급 1년 연기시마다 6% 증액)
 - ※ ‘10년 6월까지 안을 마련하여 하반기중 국민연금법 개정 추진

② 베이비붐 세대 '계속 근로' 및 '사회참여 활성화' 여건 조성

- (계속근로 여건) 퇴직 후 직능단체·기업이 한시적으로 회원에게 일자리를 제공하는 「직능 시니어클럽」 확대
 - 공기업·준정부기관 중심으로 추진하고, 대기업군 등으로 확대
 - ※ 공공기관 평가시 은퇴자 프로그램(직능시니어클럽 등) 운영여부 포함 (기재부 협조)
- (전문자원봉사) 법률·의료·교사 등 전문분야 「은퇴지식인 전문 자원봉사단」 설립·지원
 - ※ 전문자원봉사단(예시) : 한국은행(은빛경제특강), 대한변호사협회(법률지원단), 퇴직교사모임(삼락회), 전문연극인봉사단 등
- (준비된 은퇴) 산학 연계 은퇴전문교육 실시 및 은퇴이후 재무설계·건강·여가 등 생활전반에 대한 교육 확대
 - ※ 베이비붐 세대 은퇴준비교육 희망율 : 48%('08. 조사연)
 - ※ 국민연금공단의 CSA 프로그램, 서울대의 제3기 인생대학 등

③ 사전예방적 종합 건강관리체계 마련

- (단골의사제) 고혈압·당뇨 등 만성질환 유병율이 높은 베이비 붐 세대에 적합한 의료서비스 제공 및 지속 관리 ('10년 시범사업 확대 실시, '11년 말 제도 도입)
 - 환자 1명과 1개 의료기관(1차)을 1:1로 연결, 단골의사(등록 수수료 등 기본경비 지원)와 환자(건강포인트)에 대해서는 성과형 인센티브 제공
 - ※ '09 만성질환대상 시범사업 등록자 '09년(11만명) → '10(30만명)
- 사전예방적 건강관리 서비스 제공체계 혁신
 - (민간) 의료기관, 건강관리 서비스 기업 등을 통해 맞춤형 프로그램 제공이 활성화되도록 관련 법률을 제정하고 바우처 시범사업 추진
 - (공공) 보건소의 건강관리를 '건강 매니저' 도입을 통해 수준별(건강군, 위험군, 질병군) 통합 건강관리 서비스 제공 ('10년 시범사업)

- ※ 베이비붐 세대(40~50대 장년층)에 가장 문제되는 고혈압·당뇨 등 만성 질환 예방을 목표로 영양·운동 등 서비스 통합 제공
- (건강검진) 건강검진 사후 관리를 강화(전담인력 140명→430명)하고 검진 기관 지정·평가제도 도입, 검진의료장비 질 관리 등 서비스 질 강화
 - 치매조기검진사업은 전국 보건소로 확대('09 : 192 → '10 : 253개소)하고, 저소득 치매노인(56천명)에게 약제비·진료비 등 본인부담금 지원(월 3만원 상한)
- ※ 지속적 치매 예방·관리사업, 치매연구의 R&D 지원 등을 내용으로 하는 '치매예방·관리법' 제정추진
- (노인여가·건강) 보건소 운동프로그램을 노인 특화 운동사업을 중심으로 전국보건소에 확대 ('09년 128개소 → 253개소)
 - 경로당 노인건강 프로그램을 대폭 확대 (경로당 등 2,182개소→4,000개소)
 - 노인에게 적합한 노인건강체조를 문화부와 협조하여 개발 보급

과제 10 저출산 극복을 통한 미래 성장잠재력 확보

- ① 제2차 저출산고령사회 기본계획 수립 및 출산친화 사회분위기 조성
 - 중산층의 출산 유도, 가족 중심의 사회여건 조성, 다양한 가족형태 지원 확대 등에 중점을 두고 「제2차 저출산고령사회 기본계획」('11~'15) 마련 ('10. 7)
 - 금년 발족한 「아이낳기 좋은세상 운동본부」를 중심으로 사회전반의 일과 가정의 양립 문화 확산 및 출산 관련 긍정적 인식 확산
- ② 맞벌이·다자녀에 대한 맞춤형 보육지원 강화
 - (보육료 부담 완화) 4세이하 보육료 전액지원 대상을 '12년까지 연차적으로 중산층까지 확대
 - (맞벌이) 맞벌이 부부 소득 산정시 부부소득 중 낮은 소득의 일부만을 소득인정액에 합산함으로써 보육료 지원 확대 ('10년, 18천명)

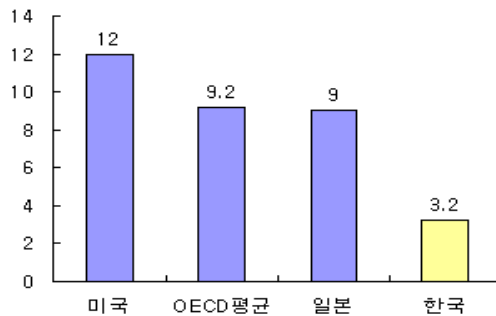
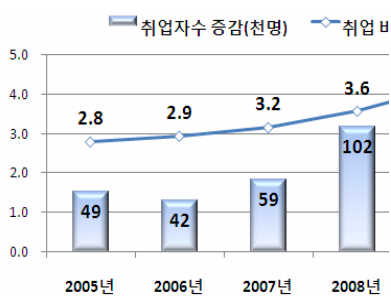
- 저녁 늦게까지 아이를 믿고 맡길 수 있는 보육시설 야간보육교사 확충
(5천→6천명)
- (다자녀) 둘째아 이상 전액지원 대상을 현행 소득하위 60%이하에서 소득
하위 70%이하로 확대('10년 103천명)
- * 국공립 보육시설 우선 입소권 부여 등 인센티브 제공방안 마련('10 상
반기)

③ 난임부부 등 출산지원 확대

- (난임 부부) 체외수정 시술비 지원 대상(도시가구평균 130% → 전국가구
평균 150%)을 확대*하고, 인공수정 시술비를 3회(회당 50만원내)까지 신
규지원(4만건)
- * 맞벌이 가구는 부부 중 낮은 소득의 50%를 소득인정액에서 차감하여 수혜
확대
- (산전진찰 지원) 초음파 검사 등 산전진찰 비용에 대한 지원을 '12년까지
50만원 수준까지 단계적 확대 ('09년 20만원 →'10년 30만원)

Ⅳ. 2010년 보건복지 분야 일자리 창출 계획

- ◇ (현황) 보건복지 분야는 고령화 등으로 최근 일자리 창출 규모가 빠르고, 추가 창출 잠재력도 매우 높은 분야



<그림 16> 최근 보건복지일자리 추이> <그림 17>보건복지 일자리 비중 비교('07)>

- ◇ (그간의 평가) 그간 보건복지 분야에 대한 자원투자의 급속한 증가에도 불구하고 좋은 일자리 창출 측면에서의 정책적 고려는 다소 미흡
- 향후 보건복지 분야에 대한 투자는 「서민생활 보호」와 함께 「질 높은 일자리 창출 효과」를 동시에 고려해야 할 시점임
- ◇ ('10년 계획) 규제완화 등 제도개선, 신규제도도입, 재정성과 제고 등을 통해 보건복지 분야 신규 일자리를 15만개 창출

〈표 3〉 '09-'10 보건복지분야 일자리 창출 목표 (추정)

(단위 : 만명)

	'09년	⇒	'10년	증감
보건 및 사회복지업 취업자수	100		115내외	15내외
〈규제완화〉	47.4		50~52.4	2.5~5
○ 병·의원 등 의료기관 종사자	44.9		46~47.4	1~2.5
○ 보건산업 육성 등 기타 시장일자리	2.5		4~5	1.5~2.5
〈신규제도도입 및 확대〉	16		22~23.5	6~7.5
○ 간병서비스 제도화 등 신규제도 도입	-		1내외	1내외
○ 노인장기요양보험 내실화	16		21~22.5	5~6.5
〈재정성과 제고〉	36.5		40.9~41.3	4.4~4.8
○ 사회서비스일자리(돌봄 등) 확충(재정지원)	7.2		8.2내외	1내외
○ 탈빈곤 일자리(자활근로, 광역자활공동체 기업화)	4.8		6.8~7	2~2.2
○ 보육시설 등 사회복지기관 종사자	24.5		25.9~26.1	1.4~1.6

핵심 상시과제

- 과제 ① 식품·의약품 안전관리
과제 ② 국민연금의 안정적 운용
과제 ③ 노인장기요양보험제도 내실화
과제 ④ 수요자 중심의 보건의료정책 추진

과제 1 식품·의약품 안전관리

① 의약품 품질 고도화 및 오·남용 방지

- 원료의 입고에서부터 출고까지 의약품 설비·공정이 기준에 적합함을 검증하는 「품목별 사전 GMP 제도」 구축 완성
 - * 전문의약품('08.1), 일반의약품('09.7), 원료의약품('10.1)
- 다른 의료기관·약국 간에도 병용(並用)금지 의약품, 중복처방 여부를 확인할 수 있도록 의약품 처방·조제 지원시스템(DUR) 확대
 - * '09.11월 제주도 시범사업, '10. 9월 전국으로 단계적 확대

② 청결하고 간소한 식탁문화 조성

- 반찬수 및 반찬량을 최소화·최적화한 표준식단모델을 개발·보급하고, 소형찬기·복합찬기 제도 개선으로 「덜어먹기 운동」 내실화
- 「원스푸드 식탁안심 캠페인」 시범사업 및 인센티브 제공*을 통한 경쟁 유발 및 확산 유도
 - * 모범음식점 우선 지정 및 정책자금 우선 지원 등

③ 어린이 기호식품 안전성 확보 강화

- 영양 불균형으로 어린이 비만을 유발한다는 이유로 광고가 제한되는 기준(고열량·저영양 식품)을 확대('10.10)
- 어린이 기호식품의 「영양성분의 함량 색상·모양 표시」 도입

- 지방, 당, 나트륨 등의 영양성분이 하루 권장 섭취량에서 차지하는 비율을 색상·모양으로 표시('11.1. 자율 시행)
- * 지방, 당, 나트륨 등 영양성분의 함량의 높고 낮음을 색상(녹·적·황)으로 표시 권고

과제 2 국민연금의 안정적 운용

① 국민연금의 사각지대 축소

- 납부예외, 적용제외의 사유로 현재 국민연금에 가입하지 않고 있는 계층을 국민연금 제도내로 편입하여 사각지대 축소
 - 육아휴직자(29천명) 및 출산휴가자(68천명)의 국민연금 계속 가입 지원
 - * 출산휴가 기간 중 고용보험급여도 국민연금법상 소득으로 인정
 - * 육아휴직자가 복직후 보험료 추납시 50%를 사용자가 부담하는 방안 추진
 - 현재 적용제외대상인 기초생활수급자 중 직장근로자(34천명)를 국민연금 사업장가입자 의무가입대상 으로 전환
 - * 본인부담 보험료 전액을 생계급여의 소득인정액에서 차감·보전
 - 실업급여수급자(85만명)의 보험료를 고용보험기금에서 지원하는 등 국민연금 계속가입을 유도할 수 있는 방안 모색
- 적극적인 상담 및 설득을 통한 국민연금 가입 유도
 - 최소가입기간(10년) 충족이 용이한 과거 가입이력이 있는 자에게 노후설계서비스 등을 통해 국민연금 가입 설득
 - * 현재 미가입자 중 과거 가입이력이 5~9년인 자('09.8) : 약 84만명
 - * 노후설계서비스를 통해 '08.4월~'09.6월간 약 45천여명이 정상가입자로 전환

② 국민연금의 지속가능성 제고

- 국민연금의 장기 재정목표와 재정방식에 관한 연구 추진
 - 재정추계기간(현재 70년), 적립기금 규모에 대한 목표(현재 명시적인 목표는 없음), 적정 보험료율(현재 소득의 9%) 등 국민연금 재정평가기준 검토
 - 국내외 전문가 간 공동연구를 통해 전문가 합의를 우선 도출하고, 이를 바탕으로 사회적 합의를 위한 의견 수렴 절차 진행
- 기금의 장기 재정안정을 위한 전략적·안정적 기금운용 및 기금운용의 전문성 강화를 위한 기금운용공사 설립 준비
 - 해외부동산·해외주식 및 대체투자 확대 등 기금의 투자다변화를 지속 추진하고 투자 자산의 위험수준을 분석·관리할 수 있도록 리스크 관리를 강화
 - 국민연금법 국회 통과 이후 기금운용공사 설치가 차질없이 진행될 수 있도록 하위법령 개정, 공사 설립위원회 구성 등 후속조치 준비
- 국민연금에 대한 대국민 신뢰제고 사업 추진
 - 국민연금 신뢰제고를 위한 ‘전국민 연금 캠페인’을 추진하고 공단의 교육·홍보 관련 역량을 총집중
 - 가입자 관리시스템을 사업장중심에서 가입자 중심으로 전환하는 등 국민연금공단의 고객서비스 혁신 추진

③ 관리체계 효율화

- 사전 사망정보 확보를 통한 부당수급 원천 차단
 - 사망신고 前 사망정보를 입수할 수 있는 정보시스템을 구축하고, 유관 기관(심평원, 건보공단 등)과의 자료연계 확대
 - * 수급자 정보확보를 통해 사망으로 인한 부당수급의 50%이상 감소 예상
- 별착제도 개선을 통해 부당수급 적발시 처벌의 실효성 확보
 - 부당이득금에 대한 환수이자 상향조정 및 연체이자 부과를 추진하고, 기

초노령연금 「징벌적 환수금제도」를 신설

- * (현행) 연체이자율 : 4%(3년 만기 정기예금 평균금리), 연체이자 부과 없음
- * 징벌적 환수금 : 거짓·부정한 방법으로 연금수급시 2배 이하의 환수금을 부과

과제 3 노인장기요양보험제도 내실화

① 제도의 보장성 강화

- 장기요양 대상자 연차적 확대
 - 노인부양 가정의 수발 부담을 경감하기 위해 재정여건, 인프라 상황 등을 고려하여 장기요양 대상자를 연차적으로 확대
 - * '09년 28만명(노인인구의 5.4%) → '10년 38만명(7.1%) → '12년 45만명(7.8%)
- 장기요양서비스 연차적 확대
 - 서비스 다양화 및 수준향상을 위해 요양시설, 주간보호기관 등에서 건강안마, 재활치료, 치매예방 등 건강개선 프로그램 실시
 - * '10년에 프로그램 개발 및 시범사업 실시 후 단계적 확대

② 수급자 중심의 서비스 제공

- 치매노인, 와상노인, 독거노인이 시설에 입소하지 않고도 가정에서 충분한 장기요양서비스를 이용할 수 있도록 재가서비스 강화
 - * 종합재가급여 인프라 확충 : '09년 100개소 → '10년 200개소 → '11년 500개소 → '12년 700개소
- 적정급여 제공 모형 개발
 - 효과적인 서비스 이용과 제공을 위해 수급자의 건강기능 상태를 충실히 반영한 표준급여 모형 제공

- * 표준급여 모형 제시로 수급자는 본인의 상태에 가장 적합한 서비스를 제공받을 수 있고, 불필요한 서비스 이용을 예방하여 재정 절감

과제 4 수요자 중심의 보건의료정책 추진

① 공정하고 신속한 의료분쟁조정체계 마련 (의료분쟁조정법 제정·시행)

- 의료사고로 인한 피해의 신속한 구제 및 의료인의 안정적 진료환경 조성을 위한 「한국의료분쟁조정중재원」 설치
- 조정은 성립되었으나 손해배상금을 지급받지 못한 환자에게 손해배상금 선지급, 의료인에게 사후 구상 (손해배상금 대불제도)
- 당사자간 형사상 합의가 있거나 조정결정에 동의한 경우, 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄(중상해는 배제)에 대해 공소권 제한 (형사처벌 특례)

② 국제수준의 의료기관 인증시스템 구축

- 독립적 인증전담기구 설립, 의료기관의 규모·특성을 고려한 인증기준 마련, 전문 평가요원 육성으로 평가의 공신력 확보
- 인증정보시스템을 구축하여 소비자·공급자·정부 등에 필요한 정보 상시 제공, 인증결과에 따라 다양한 인센티브 제공
 - * 의료법 개정 등 제도적 기반 정비('10.6), 인증제 도입방안 마련 및 모의적용('10.7), 독립적인 인증기구 설립 및 평가시스템 국제 인증 추진('10.하)

③ 건강환경 조성을 위한 지원과 규제 강화

- (금연) 흡연경고그림 도입, 공공장소 금연구역 확대, 지자체 금연조례 제정 권한 부여 등 흡연규제를 대폭 강화하고 신종담배 관련 규제 정비
- (절주) 주류 건강경고문구 및 청소년유해표시 등 규제를 강화하고, 절주 교육 및 알코올중독 예방서비스 확대 실시

- (아동 비만예방) ‘아동 건강체조’ 프로그램을 개발, 교과부와 협의하여 학교에서 정기적으로 실시하고 보건소를 통한 지역사회 보급 추진
- ※ 식생활 지침 및 비만교육자료 보급(보건소, 학교), 자기비만관리시스템 구축 추진
- ※ 자료: <http://www.mw.go.kr>, 2010업무보고자료.

〈참고문헌〉

- 고성진 외(1996), 현대공중보건학, 지구문화사.
- 권이승(2006), 보건행정, 도서출판 이그잼.
- 김운신 외(2006), 보건의료행정, 수문사.
- 김한중(2002), 21세기 한국 보건의료정책 개혁방향: 제13장 의약분업 정책의 평가와 대안 모색. 한국의학원.
- 김화중 외(2008), 지역사회간호학, 수문사.
- 김화중 외(2005), 한국복지정책론, 수문사.
- 김순옥, WTO 보건의료 시장개방; 간호계의 체계적 준비와 대응, 간협신보, 2002. 8. 1.
- 김영임 외(2000), 지역사회간호학, 한국방송대학교출판부.
- 김기훈 외(1999), 공중보건학, 정문각.
- 김동석, 공중보건학, 수문사, 2002.
- 남은우 외(1991), 지역사회보건 및 일차보건의료, 지구문화사.
- 남정자(2000), 여성의 생애주기별 건강문제와 대책, 연구보고서, 보건복지부.
- 문옥륜 외(1990), 한국의료보험론, 신광출판사.
- 문재우(2006), 보건행정학, 한국고시회.
- 문재우, 김기훈(2004), 보건행정, 계축문화사.
- 박영숙(1996), 산부관리, 모자보건관리요원과정, 보건복지부·국립보건원.
- 신유선 외(2008), 지역사회간호학, 수문사.
- 유승흠 외(1998), 보건행정학 강의, 수문사.
- 이건세(2000), 모자보건 선도 보건소사업에서 기술지원대학의 역할, 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이광옥 외(2002), 지역사회간호학 분야, 현문사.
- 이상돈(2000), 의료체계와 법, 고려대학교 출판부.
- 이원유 외(2009), 지역사회간호학I. 정담미디어.
- 이원유 외(2009), 지역사회간호학II. 정담미디어.
- 이영근 외(1995), 공중보건학, 청구문화사, 1995.

- 정연강 외(2008), 지역사회간호학 총론, 현문사.
- 정연강 외(2008), 지역사회간호학 분야별, 현문사.
- 지역사회간호학회출판편찬위원회(1992), 보건학강좌, 수문사.
- 지성애 외(2000), 간호관리학 II, 수문사.
- 조재국 등, 의약분업 시행 평가분석 및 개선방안. 한국보건사회연구원, 2001.
- 조재국, 이상호, 의약분업 조기정착을 위한 제도개선 방안. 한국보건사회연구원, 2001.
- 건강보험심사평가원, 건강보험심사평가통계, 각 연도.
- 국민의료보험관리공단, 의료보험질의응답, 1998.
- 보건복지부(2007), 2006년 주요행정통계.
- 보건복지부(2008), 2007년 주요행정통계.
- 보건복지부(2009), 2008년 주요행정통계.
- 보건복지부(2007), 인터넷자료.
- 보건복지부, 건강보험 약가 조정기준. 보건복지부 보도자료, 2002. 8. 9.
- 보건복지부, 보건복지 여성정책의 중장기 수립계획, 연구보고서, 1999.
- , 보건복지여성정책 중장기계획, 2000.
- 보건사회부(2008), 보건사회백서.
- 의료보장개혁위원회, 의료보장 개혁과제와 정책 방향, 1995.
- 의료제도발전특별위원회, 의약분업발전방향. 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집. 2003.
- 한국보건사회연구원, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 1997.
- , 1998년도 국민건강·영양조사:총괄보고서, 1999.
- 한영자 외(1996), 영아사망수준과 원인에 관한 연구, 보건사회연구원.
- 환경부(2008), 인터넷자료.
- 환경부(2009), 인터넷자료.
- 황나미, 2000년 모자보건 선도보건소사업 평가 : 모자보건 선도보건소사업관계자 Workshop자료, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2000.
- 허정(1989), 최신보건행정학, 신광출판사.

- Germain, A. & Giard, F. Beijing and Women's health, population27
(1):14-15, 2000.
- OECD, Health Data File, 1998.
- OECD, Health Data File, 2009.
- Stanhope, M. (etc.)(1996), Community health nursing : process and practice
for promoting health, St. Louis : Mosby.
- The National Women's Health Information Center, The Office on Women's
Health(US DHHS), Women's Health Issue: An Overview, May 2000
(<http://www.4women.go/owh/pub>).
- U.S. DHHS, Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease
prevention Objectives, Washington D.C., 1990.
- , Healthy People 2010, 2000.
- , Office on Women Health Programs and activities, 2000.
- 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.
- www.mohw.go.kr. 제1차 저출산.고령화 기본계획(2006).
- <http://www.mw.go.kr>. 2010년 업무계획. 보건복지가족부
- <http://www.me.go.kr>
- <http://nhic.or.kr>
- <http://healthpia.gangnam.go.kr>











A series of horizontal dotted lines for writing, starting from the top right of the 'Memo' icon and extending across the page.





보 건 행 정

2010년 2월 일 인쇄

2010년 2월 일 발행

편 집 : 지 방 행 정 연 수 원 기 획 지 원 부

집 필 : 수 원 여 자 대 학 간 호 과
교 수 이 원 유

감 수 : 경 상 북 도 은 종 영

교 정 : 경 상 북 도 김 남 근
인 천 광 역 시 조 명 선

인 쇄 : 한국보훈복지의료공단 신생인쇄조합

TEL : (02) 426-4415

FAX : (02) 429-9562

※ 이 책자의 전문(全文)은 지방행정연수원 홈페이지 (www.logodi.go.kr)에 게재
되어 있습니다.

☎ 문의 : 031-250-5244 지방행정연수원 기획협력과 과 장 김 광 용
서기관 조 광 오
담 당 김 시 환

〈비매품〉

