

碩 士 學 位 論 文
指 導 教 授 黃 振 洙

韓國保健增進 政策의 評價에 관한 研究

- 保健所 機能을 中心으로 -

A Study on the Evaluation of the Health Promotion
Policy in Korea

- Focused on the Function of Community Health Center -

2000年2月

漢城大學校 行政大學院

福 祉 行 政 學 科

社 會 福 祉 專 攻

張 富 次

碩 士 學 位 論 文
指 導 教 授 黃 振 洙

韓國保健增進 政策의 評價에 관한 研究

- 保健所 機能을 中心으로 -

A Study on the Evaluation of the Health Promotion
Policy in Korea

- Focused on the Function of Community Health Center -

위 論文을 行政學 碩士學位論文으로 提出함

2 0 0 0 年 2 月

漢城大學校 行政大學院

福 祉 行 政 學 科

社 會 福 祉 專 攻

張 富 次

張富次의 行政學 碩士學位 論文을 認定함

2000年 2 月 日

審査 委員長 印

審査 委員 印

審査 委員 印

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구의 목적	1
제2절 연구방법 및 평가모형	3
1. 연구방법	3
2. 정책 평가 준거모형	4
제2장 한국 보건증진 정책의 이론적 배경	9
제1절 보건증진 정책의 개념 및 범위와 수준	9
1. 개념의 정의	9
1) 건강의 개념	9
2) 건강증진의 개념	10
2. 범위와 수준	12
1) 보건증진의 범위	12
2) 보건수준	13
제2절 국민보건 수준의 변화 요인	14
1. 사망원인 구조의 변화	14
2. 질병구조의 변화	19
1) 전염병 발생구조	19
2) 비 전염성 만성질환 발생구조	19
3) 사회적 요인에 의한 질병	22

3. 건강에 대한 국민의식의 변화	24
제3절 보건소의 역사적 변천 과정	27
1. 보건소의 역사	27
2. 보건소의 주요기능	32
제3장 보건소 보건증진 정책의 현황과 문제점	36
제1절 할당(Allocation)영역	36
1. 대상자의 자격조건	37
1) 집단적 기준조건	37
2) 개별적 속성 및 욕구 조건	38
2. 대상자의 이용 현황	40
1) 의료보장 적용 현황	41
2) 한국 관계법령에서의 적용 현황	44
3. 문제점	49
제2절 대책(Provision)영역	50
1. 보건소의 주요 프로그램	51
1) 방역사업	51
2) 가족보건 정책	53
3) 보건 및 의약 정책	60
4) 만성퇴행성 질환, 정신보건, 노인보건 관리	63
2. 보건소 대책 영역의 문제점	71
제3절 재정(Finance)영역	74
1. 정부부문 재원	75

1) 정부의 일반예산	75
2) 사회보장을 위한 조세	78
3) 국민건강 증진기금	80
2. 민간부문 재원	83
1) 사용자 부담	83
2) 비공식 부문 재원	84
3. 보건소 재정 영역의 문제점	85
제4절 전달체계(Delivery System)영역	85
1. 유형별 전달체계	86
1) 조직 기관별 유형	86
2) 행정 구역별 전달체계	87
3) 대상자별 급여 전달체계	88
4) 질병별 전달체계	90
2. 보건소 전달 체계상의 문제점	92
제4장 보건소 보건증진 정책의 개선방안	93
제1절 할당 및 대책 영역	93
제2절 재정 및 전달체계 영역	98
제5장 결 론	100
참 고 문 헌	103
ABSTRACT	110

표 목 차

〈표 2-1〉	연령별 사망원인 순위	(1998년, 전체)	15
〈표 2-2〉	연령별 사망원인 순위	(1998년, 남자)	17
〈표 2-3〉	연령별 사망원인 순위	(1998년, 여자)	18
〈표 2-4〉	연도별 전염병 발생 현황		21
〈표 2-5〉	5대 사인 순위와 행동적 요인 및 보건 교육의 영역		25
〈표 2-6〉	사회 경제적 특성별 평소 건강 유지방법		26
〈표 2-7〉	한국 보건소의 발달과정		31
〈표 2-8〉	지역보건법에 명시된 보건사업		34
〈표 3-1〉	의료보장 적용 현황('97년 말 현재)		41
〈표 3-2〉	연도별 의료보호대상자 진료실적		43
〈표 3-3〉	성북구 보건소 이용현황('99. 1월~8월)		43
〈표 3-4〉	성북구 보건소 진료자 현황('99. 1월~8월)		44
〈표 3-5〉	보건소의 금연사업법에 대한 전국 245개 보건소장의 향후 의견 설문 결과		46
〈표 3-6〉	연령별 내소자 현황('99. 1월~8월)		47
〈표 3-7〉	주요 인구지표 현황 및 전망		55
〈표 3-8〉	노인인구 증가속도의 국제 비교		56
〈표 3-9〉	보건소 등 설치 현황		62
〈표 3-10〉	노인 영세민의 특성별 건강상태 평가		68
〈표 3-11〉	노인 영세민의 특성별 주관적 건강상태 평가		69
〈표 3-12〉	노인 영세민의 지지체계와 일상생활 장애일		70

〈표 3-13〉	1998년도 정부예산과 보건복지예산 대비	76
〈표 3-14〉	분야별 세출예산 현황	76
〈표 3-15〉	행정구역별 보건소 평균예산 및 재원별 구성비	78
〈표 3-16〉	각급 자치단체별 의존재원비율(1995)	79
〈표 3-17〉	농특세의 지원액 현황	80
〈표 3-18〉	농특세의 지원 내역	80
〈표 3-19〉	2000년도 기금운영계획	82
〈표 3-20〉	행정구역별 전달체계	87

그림목차

〈그림 1-1〉	선택의 차원 (Dimensions of Choice)	8
〈그림 2-1〉	1999년 상반기 질환별 내소 현황	20
〈그림 3-1〉	보건소에서의 전달체계	89
〈그림 3-2〉	일반 진료기관에서의 전달체계	89
〈그림 3-3〉	직장, 국민의료 보험 공단 가입자 전달체계	90
〈그림 3-4〉	일차 진료의 전달체계	90
〈그림 3-5〉	방문간호 진료 전달체계	91
〈그림 3-6〉	AIDS 진료전달 체계	91
〈그림 3-7〉	급성 전염병 진료 전달 체계	92

제1장 서 론

제1절 연구의 목적

1980년대 이후 소득증대로 인해 국민생활이 질적으로 향상되었고, 의학기술의 발전은 노령화 현상을 초래하여 통계청 '97년 '생명표'에 의하면 우리 국민의 '97년 기준 평균수명은 74.39세로 10년 전에 비해 4.63세 가량 더 늘었다. 그러나 우리의 평균 수명은 선진국에 비해 여전히 낮은 수준으로 '97년 출생자 기준 평균 수명은 남자 70.56세로 여자 78.12세보다 7.56세가 짧았고 남녀를 합쳐 전체 평균수명은 74.39세로 '87년의 69.76세에 비해 4.63세가 늘었으며, 20년 전보다는 9.88세나 더 높아졌다.

한편, 생활수준 향상으로 국민들의 질병도 만성 퇴행성 질환중심으로 변화하고 있으며, 이에 따라 보건의료서비스에 대한 욕구도 고조되어 감은 물론 다양화 되어가고 있는 추세이다. 현재 우리 나라 보건소는 1960년대 전염병 관리사업으로 시작되어 주로 서비스 방문간호 등의 사업을 시행하여 왔고 전염병치료, 관리 및 기초적인 일반진료에 머물러 있는 실정이었다. 이렇듯 보건소의 기능이 지역주민의 보건의료서비스 욕구를 충족시켜 주지 못하다가 1995년 보건소법을 지역보건법으로 개정하였고, 또 같은 해 국민건강증진법도 신설하여 보건소의 기능변화를 시도하여 왔다.

지역단위 공공보건의료기관인 보건소는 지역주민의 복지욕구와 건강을 책임지고 의료복지의 중요한 역할을 담당하기 위하여 진료서비스와 예방서비스의 기능을 동시에 수행하면서 민간의료기관보다 저렴한 이용료로 경제적 부담을 경감시켜 주므로 저소득 계층, 노인, 영유아 뿐만 아니라

일반지역주민에게도 이용률이 높은 공공의료기관으로 자리 매김 된 긍정적인 측면도 있다.

최근 국가 외환위기 상황을 맞으면서 이용자의 증가, 민간의료기관의 역할까지도 요구하는 상황변화가 보건소의 역할을 더욱 확대시키고 있다. 더욱이 급성전염병 예방 및 치료에 치중하던 과거와는 달리 만성 퇴행성 질환 중심으로 질병구조가 변화하면서 만성질환의 관리, 재활사업 등으로 보건의료의 구조변화가 발생하여 더 많은 자원의 투여가 요구되고 있다.

이는 곧 민간의료기관 자체의 재정결손으로 늘어나는 보건의료 문제가 공공보건의료기관인 보건소의 몫으로 돌아오게 되어 보건소의 역할이 확대되고 재정립될 필요성이 대두되고 있다. 또한 민간 의료기관에서 기피하거나 소홀히 하는 보건의료문제를 찾아 관리하는 역할을 수행하는 것이 보건소의 몫으로서 정책의 변화와 지속적인 노력이 필요하다. 더더욱 정보화 시대와 새 천년을 맞이할 즈음에 보건소의 역할과 기능은 사회 취약계층인 저소득 주민의 단순한 질병 진료의 차원을 넘어 일반 서민계층에게도 서비스 욕구를 충족시켜야 한다는 선행연구가 있으며 질병에 관한 폭넓은 정보와 통계자료의 축적 등 보건복지 서비스 쪽으로 복합적이고 전체적이고 포괄적 접근방식을 취할 시점에 도달되어 있음을 인식할 때라고 본다.

본 연구에서는 보건소 정책 변화의 필요성이 대두되는 현실 앞에서 이에 대한 평가를 함으로서 발전적인 제도와 보건증진 정책을 제시하는데 그 목적이 있다. 이제 과거의 국가 보건사업의 수동적인 역할만을 수행하던 틀에서 벗어나 지역주민의 건강을 책임질 수 있는 보건행정 조직으로 재탄생되어야 한다. 이를 위해서는 지역별로 구체적이고 실현 가능한 정책적 방안 제시가 있어야 하겠다. 이러한 지역 보건의 목표를 달성하기 위해

서 보건소의 기능을 지역주민 위주와 수혜자 중심으로 재편성하여야 하며 그에 따른 대책, 서비스 전달체계, 그리고 물적 자원인 재정영역의 틀 속에서 평가 분석하는 연구를 하고자 하였다.

제2절 연구방법 및 평가모형

1. 연구방법

이 연구는 먼저 지역보건법과 국민 건강 증진법 등 관련법에서 보건소의 다양한 업무를 도출하고 그 기능을 분류하여 실제 보건소의 업무 활동과 비교하여 Gilbert와 Specht의 정책 4차원의 영역에 대입하여 평가하였다.

보건증진 평가를 위하여,

첫째, 관련된 문헌을 폭넓게 조사하였다. 문헌조사에서는 국내 주요문헌과 각종 논문, 정부산하 전문 연구기관의 간행물들을 활용하였으며 각종 통계자료 및 선행연구 결과를 인용하였다.

둘째, 대상 업무를 분류하였다. 그 결과 보건소의 업무는 지역보건법에서 정한 16개의 중분류와 본 연구를 위한 4개의 대분류로 구분하여 대책 영역에서 다루었다.

셋째, 이렇게 분류된 업무에 대하여 보건소 실무자들(보건소장 포함)의 의견을 종합하였다. 보건, 의료의 전체 업무과락을 위하여 전문분야의 실무자들(보건소장 포함)의 의견 수렴과 면접조사를 실시하여 연구의 자료로 활용하였다. 본 연구에서의 제한점으로 전체 보건소를 대상으로 면접조사하지 못하고, 면접이 가능한 몇 개 보건소에 대한 업무실태와 성북구 보건소의 2개년도('98. '99년도)자료 및 면접을 부분적으로 활용하였다. 또

한 기준('98)에 실시하였던 전국 보건소장을 대상으로 설문 조사한 결과를 활용하여 보완, 평가하였다.

2. 정책 평가 준거모형

우리 나라에서 국민의 공공보건의료를 담당하는 최 일선 창구는 보건소이지만 그 국가의 정치 형태, 지리적 환경, 의료보장제도 등에 따라서 차이를 보이고 있다. 영국의 지역 보건당국, 미국의 지역 보건부, 캐나다의 지역보건소, 호주의 지역보건서비스 사무소, 일본의 경우 우리 나라 보건소와 개념 및 용어 차이가 거의 없다.

국가마다 명칭은 다양하지만 국민의 지역 보건과 건강 증진을 위해서 중요한 역할을 담당하고 있는 보건소의 설치가 선진 외국에 비하여 늦을 뿐만 아니라 사업 내용도 기초적 예방사업에 초점을 두고 출발하였고, 경제 우선 주의에 밀려 획기적인 발전을 가져오지 못했던 것이 사실이다. 이제 국민소득이 향상되면서 보건의료 복지에 대한 국민들의 욕구증대에 따라 1980년대 중반이후부터 논의가 활발하게 전개되어 왔다. 이제 지역 주민과 접근도가 가장 높은 보건소의 정책에 대해서 과거의 정책은 어떠했으며 오늘의 실태는 어떠한가 또 앞으로는 어떻게 개선되어야 하는가에 대한 정책평가가 있어야 한다.

첫째, 복지국가와 민주 국가를 동시에 지향해야하는 관점에서 수량적 평등, 비례적 평등, 그리고 기회의 평등 문제를 해결하기 위해서 어느 차원에서 접근해야 하는 것인가,

둘째, 또 하나의 평등의 기준이 되는 가치는 효율의 문제로서 평등의 가치를 추구하다 보면 반드시 가치가 희생될 수밖에 없는데, 보다 나은

정책과 제도 및 사업을 발전시켜 갈 준거 틀을 마련해 주어야 하며,
셋째, 새롭게 변동하는 사회의 요구와 적절한 대안을 마련해 주어야 하며,

넷째, 이러한 여러 가지 문제점에 대한 요구에 대한 답변과 정책의 정당성을 확립시켜 줄 수 있어야 한다. 원래 정책에 대한 평가 준거는 구체화된 수치 등을 근거로 제시하는 분석적인 준거와 정책의 결과나 과정 같은 규범적인 준거 등 두 가지 양태를 결합했을 때 가장 바람직한 평가 결과를 나타낼 수 있는 것이다.¹⁾

사회정책과 관련하여 준거 틀을 제시한 학자 중 Benjamin은

- ① 행해진 활동의 양을 말하는 노력성
- ② 노력의 결과인 효과성
- ③ 어떻게, 왜 그 효과가 달성되었는가의 과정을 말하고 있다.²⁾

Suchman은 여기에 더하여

- ① 국민의 요구에 대한 적절한 성과의 정도를 평가하는 적법성.
- ② 노력과 성과간의 비율을 나타내는 능률성을 평가의 준거 틀로 제시하였다.³⁾ 또한, York는 노력성, 능률성, 효과성, 충격흡수성, 질, 과정, 공평성을 평가기준으로 주장하였다.⁴⁾

1) 송근원·김태성, 「사회복지정책론」, 나남출판, p.229.

2) Benjamin D. Paul, "Social Service on Health," *American Journal of Public Health*, 64th. (November 1956), p.96.

3) Edward A. Suchman, "Evaluation Research, Principle and Practice," in *Public Science and Social Action Programs* (N.Y: Russell Sage Foundation, 1967), pp.61~68.

4) Reginald O. York, *Human Service Planning* (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1982), p.141.

Prigmore와 Atherton은 사회정책의 준거틀로서 4가지 부분의 13개 항목을 아래와 같이 제시하고 있다.⁵⁾

① 문화적 가치와 관련하여

- i) 추진하고자 하는 정책이 현재의 방법과 일치하는가 또는 대립하는가?
- ii) 그 정책은 형평성과 사회정의에 기여하였는가?
- iii) 그 정책은 사회정책의 가치와 일관성이 있는가?
- iv) 그 정책은 다른 중요한 가치와 일치하는가?

② 영향과 의사결정 영역과 관련하여

- i) 그 정책은 정치적으로 수용가능성이 있는가?
- ii) 그 정책은 합법적인가?
- iii) 그 정책은 관련되는 이해 집단들을 만족시키는가?

③ 지식에 관련된 정보영역에서

- i) 그 정책은 과학적으로 올바른 것인가?⁶⁾
- ii) 그 정책은 합리적인가?

④ 비용과 수익에 관한 영역과 관련하여

- i) 그 정책은 실현가능성이 있고 경제적인 면에서 다른 대안보다 나은가?
- ii) 그 정책은 현실성이 있는가?

5) Charles S. Prigmore & Charles R. Atherton, *Social Welfare Policy* (Toronto: Health and Company, 1979), pp.63~67.

6) Benjamin D. Paul, "Social Service on Health," *American Journal of Public Health*, 65th, (November 1956), p.96.

iii) 그 정책은 효율성이 있는가?

iv) 그 정책은 다른 사회문제를 야기 시킬 가능성이 있는가?

Gilbert와 Specht는 정책평가의 분석활동을 현존하는 제도와 정책을 중심으로 명쾌하게 제시하고 있다. 그들은 사회 보호적 차원의 대상자와 그에 대한 할당을 어떤 방식으로 어떻게 전달하며, 재원은 무엇인가를 일련의 선택으로 간주하고 그 선택을 체계적으로 분석할 수 있는 틀을 제시하고 있기 때문이다.⁷⁾

Gilbert와 Specht의 분석틀을 산출연구(Product)와 성과연구(Performance)의 통합을 통하여 제도와 정책의 수혜자에 대한 효과를 평가하게 해주며, 새로운 대안을 마련해 주는 장점을 지닌다. 이것은 4차원의 질문 형식으로 되어 있는데,

① 사회적 할당(Social Allocation)

② 사회적 대책(Social Provision)

③ 재원 조달 방법(Finance)

④ 이들 할당의 전달행정 체계(Delivery System)들에 관한 것이다.

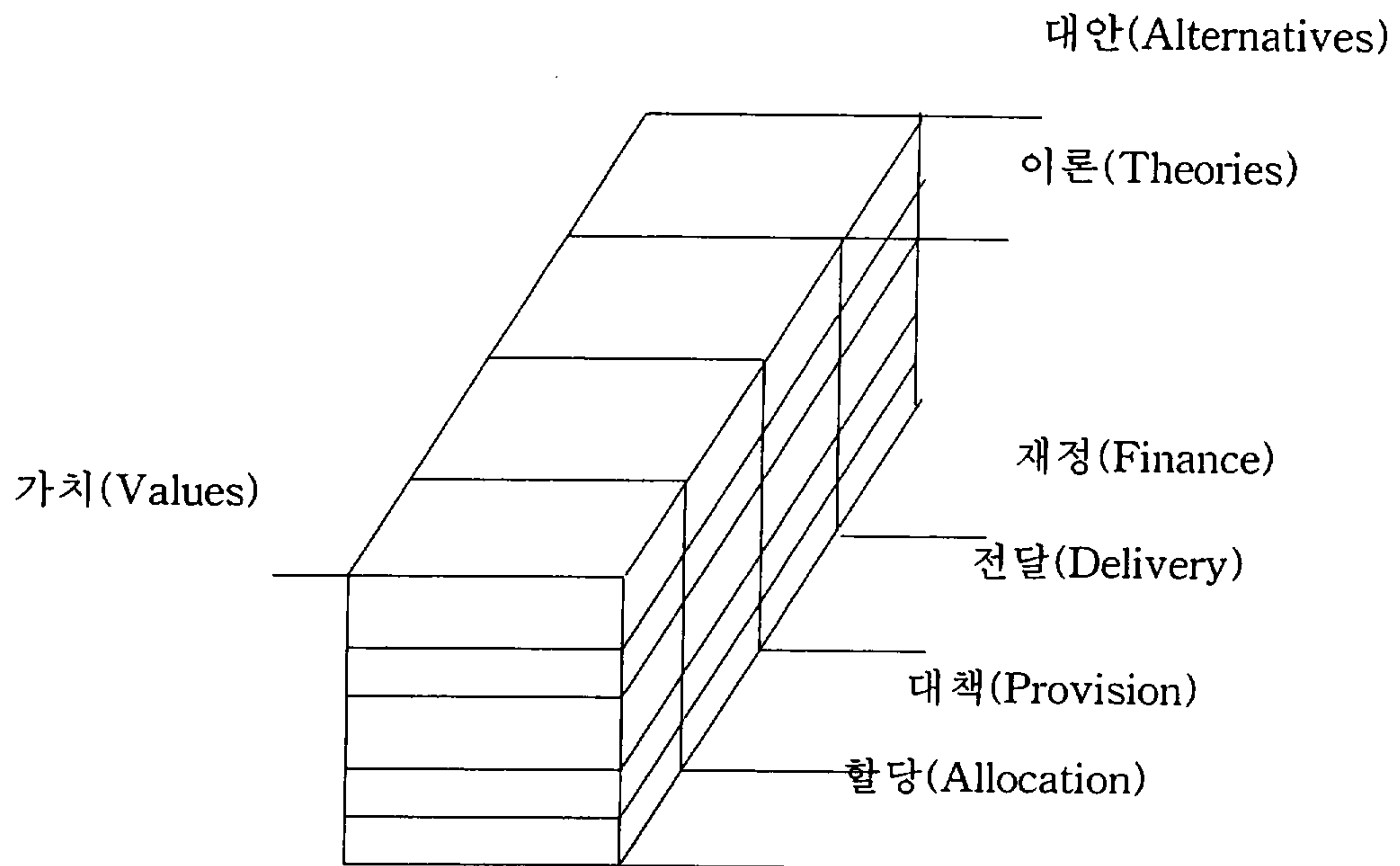
이들 선택의 차원(Dimensions of Choice)은 다음의 3축으로 연결하여 더욱 진보된 연구를 할 수 있는데,

첫째, 각 차원 내에서의 대안의 범위

둘째, 이들 대안을 지지해주는 사회가치

셋째, 이들 대안에 내포되어 있는 이론 혹은 전제의 축이다.

7) N. Gilbert & H. Specht, *Dimensions of Social Welfare Policy*, (N. J. : Prentice-Hall, Inc, 1974), p.24: 황진수, 「한국 마약 정책의 평가에 관한 연구」, 사회과학논집 제8집, 1994. 재인용.



〈그림 1-1〉 선택의 차원 (Dimensions of Choice)

제2장 한국 보건증진 정책의 이론적 배경

한국 보건소의 보건증진에 대한 정책 평가에 앞서 관련된 이론적 측면을 살펴보는 것은 보건소의 보건증진 정책을 이해하는데 유용하다. 따라서 본 연구의 이론적 배경에서는 보건증진 정책의 개념 및 범위와 수준의 내용을 이해하고 국민보건 수준의 요인이 되는 사인 구조의 변화와 질병구조의 변화 그리고 건강에 대한 국민의식의 변화의 일반적인 내용에 대해 살펴보려 한다. 또 이들 국민보건 수준의 요인을 뒷받침할 보건소의 역사적 변천 과정과 주요기능을 살펴보겠다.

제1절 보건증진 정책의 개념 및 범위와 수준

1. 개념의 정의

“보건증진”이란 사회대중이나 개인의 건강을 증진시키는 것으로써 건강의 개념을 살펴야 한다.

1) 건강의 개념

건강에 대한 비교적 체계적인 정의는 1948년 WHO 헌장에서 내린 것이라 할 수 있다. 즉 “건강이란 단순히 질병이 없고 허약하지 않은 상태만을 의미하는 것이 아니고 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태”를 뜻한다. 그 외 여러 학자들이 내린 건강에 대한 정의를 보면, Claude Bernard(1895)는 “외부환경의 변동에 대하여 내부 환경의 항상성이 유지된

상태”라고 정의하였으며, Smith(1981)는 기존의 건강에 대한 문헌을 분석한 결과 임상적 개념(질병, 증상, 불구가 없는 것), 역할수행 개념(인간에게 주어진 역할 수행에 어려움이 없는 것), 적응건강 개념(물리적 사회적으로 효 적인 상호작용을 잘하는 것), 행복론적 개념(안녕과 자아실현화 그리고 보다 높은 수준의 안녕)으로 분류하였다.⁸⁾

이상에서 볼 때 건강의 정의는 과거의 신체적 질병이 없는 단순한 차원에서 현재는 점차 신체적, 정신적, 사회적으로 통합된 단계로 다양화되었음을 보여 주고 있으며, 최적의 건강 상태를 유지하기 위하여 적극적인 건강행위가 요구되고 있다.

2) 건강증진의 개념

“건강증진”이란 1974년 캐나다의 Lalonde에 의해 제기된 건강한 개념에서 가장 먼저 찾아 볼 수 있다. 그러나 건강증진 개념의 발전에 보다 발전적인 계기는 1978년 Alma Ata에서 열린 Primary health care에 관한 WHO선언으로 2000년까지 지구상의 모든 사람들에게 사회적으로 경제적으로 생산적인 삶을 보장하는 건강수준을 이루자는 것에서 찾을 수 있겠다. 이 Alma Ata선언은 Primary health care와 건강 증진의 상호 연계적인 측면을 보여 주었다.

세계보건기구는 2000년까지 모든 사람의 건강을 위한 세계적인 전략을 개발하기 시작하였고, 1979년 세계보건기구 총회에 의해 이 전략들이 채택됨으로써 1980년대 건강증진 개념에 대한 발전의 초석이 되었다. 중요한 것은 건강목표를 체계화하여 구체적 목표를 국제수준, 국가적 수준, 지

8) 예민해 외, 「공중보건학」, 계축문화사, 1996, pp.3~5.

역적 수준으로 명기하라는 것이다. 이미 Lalonde 보고서는 건강증진의 목표는 기간 개념과 양적 개념이 있어야 함을 언급하였다.

이후 건강증진을 위한 목표 설정의 예는 수 없이 볼 수 있다. 1985년에는 WHO 유럽사무소는 모든 사람의 건강을 위한 38가지 목표를 제시했으며, 1988년 오스트레일리아에서는 특정인구 계층별로 질병과 사망원인, 위험요인을 명기하고 건강을 목표로 설정하였다. 건강증진전략은 건강에의 장애요인에 대응하여 개발되었는데 가장 큰 장애는 개인자신이 속한 사회적 연결 망에서의 지원이 없이는 자신의 행동 양식을 변경시키려하지 않는다고 한다. 그러므로 지역사회 활동을 강화하거나 지원적인 사회환경의 조성 등이 필요하다고 보는 견해가 대두되어 왔다.

다른 장애 요소는 건강증진의 목표와 국가의 다른 공공정책이 건강이라는 측면에서 상호 모순을 일으키는 것으로 담배와 주류 판매 세와 같은 것이 있다. 이러한 모순은 공공정책이 건강 중심적인 경우에만 해결이 가능하다. 이런 문제에 직면하게 되어 1986년 캐나다 Ottawa에서 건강증진을 위한 5가지 요소를 헌장에 채택하였다.

첫째, 건강에 이로운 공공 정책을 수립할 것.

둘째, 건강증진에 도움을 주는 지원환경(supportive environment)을 구축할 것.

셋째, 건강증진을 위해 지역사회 활동을 강화할 것.

넷째, 건강을 잘 관리할 수 있는 개인기술을 개발할 것.

다섯째, 기존의 보건의료서비스 제도를 개혁할 것으로 되어 있다.⁹⁾

9) 한국보건행정학회, 「보건행정학회지」, 제7권 제1호, 1997, pp.14~15.

2. 범위와 수준

1) 보건증진의 범위

제2차 세계대전 이후 전세계적으로 각 국가는 국민의 건강 보호와 증진을 위해 관심이 고조되고 책임이 증대되고 있으며, 보다 나은 삶의 질을 추구하는 과정에서 경제적 발전과 함께 건강의 중요성이 더욱 증대되어 보건 영역의 범위가 확대되어 가고 있는 게 사실이다.

- ① 역학 및 질병관리 분야 : 전염병 및 비전염성 질환관리 역학,
기생충 질병관리 등
- ② 환경보건 분야 : 환경위생, 환경오염, 산업보건 등
- ③ 보건관리 분야 : 보건행정, 인구보건, 모자보건, 가족계획,
보건교육, 학교보건, 정신보건,
보건통계 등이다.

더욱 구체적인 보건 증진 활동으로는

- ① 지역사회 중심으로 이루어진 활동
- ② 질병, 신체장애, 조기사망의 예방을 위한 내용에 대한 관리 활동
- ③ 포괄보건 의료에 관련된 활동
- ④ 생정 기록의 수집, 보존, 분석 그리고 이용에 관련된 활동
- ⑤ 공공교육 그리고 개인 건강과 지역 사회 보건의 동기 조성
- ⑥ 포괄적 보건 사업 계획 및 평가
- ⑦ 과학적, 기술적, 행정적 연구 등으로 구분할 수 있다.

2) 보건 수준

한 국가의 보건수준이란 한 시점 또는 일정한 기간 동안 정의된 지역에 존재하는 인구를 대상으로 정하고 이 인구의 건강수준을 이해하는 것이며, 일반적으로 인구를 구성하는 개인의 특성을 대상으로 하지 않고, 그 개인들의 집합인 전체의 사람들을 하나의 단위로 하는 집단에 대하여 보건에 관련된 특성을 설명하고자 하는 것이다. 인구의 건강을 측정하는 지표는 '건강지표' '보건지표' '보건지수' 등의 용어로 사용된다.

건강지표는 인간의 개인, 가족, 사회 또는 인구 단위의 건강 수준이나 특성을 설명하는 수량적 내용으로 축소된 한계의 개념으로, 보건지표는 여러 단위의 인간의 건강 보건정책, 의료제도, 자연환경, 인구규모 또는 국민의 보건에 대한 규범과 가치관 등 여러 내용의 수준이나 구조, 특성까지 설명하는 확대된 내용의 수량적 크기이다. 세계보건기구는 한나라의 건강수준을 표시하여 타 국가와 비교할 수 있는 지표로서 첫째, 비례사망지수를 제시하고 있는데 이는 연간 전체사망 자수에 대한 50세 이상 사망자수의 구성비율로서 평균수명이나 조 사망률의 보정 지표가 된다. 비례사망자 수가 낮은 것은 건강수준이 낮은 것을 의미한다.

둘째, 평균수명은 일정한 시기에 출생한 인구가 사망질서에 따라 감소하는 양상을 함수로 표시한 것으로 생존 수, 사망 수, 생존율, 정지인구, 평균 여명의 함수로 이루어져 있다.

셋째, 사망률은 사산(still-birth)은 포함되지 않으며, 인구 1000명당 사망 수로 표시되고 있다. 특히 영아 사망률은 한 국가의 건강수준을 나타내는 지표로서 대표적으로 사용되며 모자보건, 환경위생, 영양수준 등에 민감하며 일반 사망률에 비하여 통계적 유의성이 높아 한 국가의 문화수

준, 위생, 보건상태를 짐작케 한다.¹⁰⁾

제2절 국민보건 수준의 변화 요인

1978년 Alma-Ata에서 열린 WHO 국제회의에서 “앞으로의 십년 동안 각국의 정부나 국제기구 그리고 전세계는 2000년까지 모든 사람이 사회, 경제적으로 생산적인 삶(productive life)을 누릴 수 있을 정도의 건강 수준을 달성하기 위하여 노력하여야 한다.”고 선언하였고, “2000년까지 전 인류에게 건강을 (health for all by the year 2000년)”이라는 구호로 범 세계적인 사업을 추진하여 왔다. 우리 나라는 지난 수십년 동안 급격한 사회 변화와 함께 국민보건 수준과 질병 양상이 변화하여 왔다. 경제수준의 향상과 건강증진에 대한 관심도 증가하여 왔다.

1. 사망원인 구조의 변화

한국의 1960년대 주요 사망원인은 결핵 등의 전염성질환이 수위를 차지한 데 비해, 1990년대에는 뇌혈관 질환, 심장질환, 운수사고, 간질환, 위암, 당뇨병, 고혈압성질환 등의 비 전염성 질환이 주로 차지하고 있다.

<표 2-1>에서 보듯이 연령대별로 다시 살펴보면 30대 이하는 운수사고, 40대는 간 질환, 50대 이후는 뇌혈관 질환에 의한 사망률이 가장 높았다고 분석된다. 이는 30대 이하는 젊은 연령층의 활동성으로 인해 운수사고가 많고, 40대는 간염 감염율, 음주, 흡연 등으로 간질환이 많으며, 50대 이후에는 인구고령화에 따른 만성퇴행성 성인병이 많은데 기인한 것으로

10) 예민해 외, 「공중보건학」, 계축문화사, 1996, pp.17~18.

로 보인다.

30대까지 사망률이 가장 높은 사인은 운수사고로, 1-9세의 경우 운수 사고(10.3명), 사고성익수(3.9명), 선천성 기형(2.0명) 순이다. 10-19세의 경우 운수사고(13.1명), 자살(6.2명), 사고성익수(3.6명)순 이며, 20-29세의 경우 운수사고(22.3명), 자살(17.4명), 심장질환(3.6명)순 이다.

〈표 2-1〉 연령별 사망원인 순위 (1998년, 전체)

(단위: 명, 인구 10만 명당)

연령	1위	2위	3위	4위	5위
전체	뇌혈관질환 34355(74.0)	심장질환 17950(38.7)	운수사고 11957(25.7)	간질환 11497(24.8)	위암 11102(23.9)
0	선천성기형 350(56.1)	주산기 질환 208(33.3)	영아급사증후군 1100(16.0)	심장질환 83(13.3)	폐렴 49(7.8)
1 ~9	운수사고 630(10.3)	사고성익수 240(3.9)	선천성기형 124(2.0)	추락사고 91(1.5)	백혈병 76(1.2)
10 ~19	운수사고 954(13.1)	자살 455(6.2)	사고성익수 262(3.6)	심장질환 152(2.1)	백혈병 124(1.7)
20 ~29	운수사고 1926(22.3)	자살 1505(17.4)	심장질환 313(3.6)	사고성익수 305(3.5)	추락사고 191(2.2)
30 ~39	운수사고 1952(22.3)	자살 1889(21.5)	간질환 991(11.3)	심장질환 801(9.1)	뇌혈관질환 585(6.7)
40 ~49	간질환 2706(43.7)	운수사고 1754(28.3)	자살 1712(27.6)	뇌혈관질환 1563(25.2)	심장질환 1464(23.6)
50 ~59	뇌혈관질환 3589(85.1)	간질환 3352(79.5)	간 및 간내담관암 2641(62.7)	심장질환 2414(57.3)	위암 1950(46.3)
60 ~69	뇌혈관질환 8084(288.9)	심장질환 3723(133.1)	기관, 기관지, 폐암 3328(118.9)	위암 3313(118.4)	당뇨병 2876(102.8)
70+	뇌혈관질환 20249(1134.2)	심장질환 8927(500.0)	당뇨병 4727(264.8)	만성하기도 질환 4373(244.9)	위암 4174(233.8)

자료 : 통계청, 「사망원인 통계연보」, 1998, p.25.

30-39세의 경우 운수사고(22.3명), 자살(21.5명), 간질환(11.3명) 순으로 남자의 운수사고 사망률은 여자 사망률보다 9세 이하에서는 1.5배, 10대에서는 3.1배, 20대에서 5.0배, 30대에서는 4.7배 높게 나타났다.

40대의 가장 높은 사인은 간질환(43.7명), 운수사고(28.3명), 자살(27.6명) 순으로 나타났으며, 남자의 경우 간질환(77.2명), 운수사고(44.8명), 자살(43.6명) 순이며, 여자의 경우 뇌혈관질환(17.3명), 위암(12.0명), 운수사고(11.1명) 순으로 40대 남자의 간질환 사망률은 여자 사망률의 9.0배 수준이다.

50대의 경우 뇌혈관질환(85.1명), 간질환(79.5명), 간 및 간내담관암(62.7명) 순으로 나타나는데, 남자는 간질환(136.9명), 뇌혈관질환(108.7명), 간 및 간내담관암(105.3명), 여자는 뇌혈관질환(62.6명), 심장질환(29.5명), 간질환(24.3명) 순이다. 50대 남자의 간 및 간내담관암 사망률은 여자의 4.9배이다.

60대의 경우는 뇌혈관질환(288.9명), 심장질환(133.1명) 기관 및 기관지폐암(222.6명), 위암(193.5명) 순으로 여자의 경우 뇌혈관질환(230.6명), 심장질환(89.7명), 당뇨병(82.1명) 순으로 60대 남자의 뇌혈관질환 사망률은 여자의 1.6배이다.

70세 이상의 경우는 뇌혈관질환(1134.2명), 심장질환(500.0명), 당뇨병(264.8명) 순으로 나타나는데, 남자는 뇌혈관질환(1334.1명), 심장질환(559.7명), 기관 및 기관지폐암(423.6명), 여자는 뇌혈관질환(1029.8명), 심장질환(468.9명), 당뇨병(247.0명) 순으로 70세 이상 남자의 뇌혈관질환 사망률은 여자의 1.3배로 나타났다.¹¹⁾

11) 통계청, 「사망 원인 통계 연보」, 1998, pp.23~25.

〈표 2-2〉 연령별 사망원인 순위

(1998년, 남자)

(단위: 명, 인구 10만 명당)

연령	1위	2위	3위	4위	5위
전체	뇌혈관질환 16486(70.7)	심장질환 9658(41.4)	간질환 9256(39.7)	운수사고 8976(38.5)	위암 7175(30.8)
0	선천성기형 185(56.7)	주산기 질환 137(42.0)	영아급사 증후군 46(14.1)	심장질환 46(14.1)	폐혈증 30(9.2)
1 ~9	운수사고 393(12.1)	사고성익수 174(5.3)	선천성기형 71(2.2)	추락사고 54(1.6)	백혈병 54(1.6)
10 ~19	운수사고 733(19.4)	자살 250(6.6)	사고성익수 255(5.9)	심장질환 93(2.4)	백혈병 68(1.8)
20 ~29	운수사고 1619(36.6)	자살 1015(22.9)	사고성익수 247(5.6)	심장질환 208(4.7)	추락사고 145(3.3)
30 ~39	운수사고 1617(36.8)	자살 1379(31.4)	간질환 873(19.9)	심장질환 611(13.9)	뇌혈관질환 405(9.2)
40 ~49	간질환 2444(77.2)	운수사고 1418(44.8)	자살 1378(43.6)	간 및 간내담관암 1190(37.6)	심장질환 1141(36.1)
50 ~59	간질환 2830(136.9)	뇌혈관질환 2246(108.7)	간 및 간내담관암 2177(105.3)	심장질환 1781(86.2)	위암 1441(69.7)
60 ~69	뇌혈관질환 4441(365.1)	기관, 기관지, 폐암 2708(222.6)	위암 2354(193.5)	심장질환 2306(189.6)	간질환 1988(163.4)
70+	뇌혈관질환 8178(1334.1)	심장질환 3431(559.7)	기관, 기관지, 폐암 2597(423.6)	위암 2454(400.3)	만성하기도 질환 2188(356.9)

자료 : 통계청, 「사망원인 통계연보」, 1998, p.25.

〈표 2-3〉 연령별 사망원인 순위

(1998년, 여자)

(단위: 명, 인구 10만명당)

연령	1위	2위	3위	4위	5위
전체	뇌혈관질환 17869(77.)	심장질환 8292(35.9)	당뇨병 4783(20.7)	위암 3927(17.0)	위암 2981(12.9)
0	선천성기형 165(55.4)	주산기 질환 71(23.8)	영아급사 증후군 54(18.1)	심장질환 37(12.4)	폐렴 25(8.4)
1 ~9	운수사고 237(8.2)	사고성익수 66(2.3)	선천성기형 53(1.8)	추락사고 37(1.3)	심장질환 32(1.1)
10 ~19	운수사고 221(6.3)	자살 205(5.8)	심장질환 59(1.7)	백혈병 56(1.6)	사고성익수 37(1.0)
20 ~29	자살 490(11.7)	운수사고 307(7.3)	심장질환 105(2.5)	위암 86(2.0)	피살 70(1.7)
30 ~39	자살 510(11.9)	운수사고 335(7.8)	위암 285(6.7)	심장질환 190(4.4)	뇌혈관질환 180(4.2)
40 ~49	뇌혈관질환 525(17.3)	위암 364(12.0)	운수사고 336(11.1)	자살 334(11.0)	심장질환 323(10.6)
50 ~59	간질환 1343(62.6)	심장질환 633(29.5)	간질환 522(24.3)	위암 509(23.7)	간 및 간내담관암 464(21.6)
60 ~69	뇌혈관질환 3643(230.6)	심장질환 1417(89.7)	당뇨병 1298(82.1)	위암 959(60.7)	간 및 간내담관암 674(42.6)
70+	뇌혈관질환 12071(1029.8)	심장질환 5496(468.9)	당뇨병 2895(247.0)	만성하기도 질환 2185(186.4)	위암 1720(146.7)

자료 : 통계청, 「사망원인 통계연보」, 1998, p.27.

2. 질병구조의 변화

사회 경제 수준의 향상과 국민소득의 증대는 보건 수준과 질병 발생 구조에 많은 변화를 가져 왔다. 생활 환경의 개선과 국민 영양상태의 향상, 의료체계의 개선, 의학의 발달 등으로 전염성 질환의 발생은 감소된 반면 인구증가와 환경오염, 식생활의 변화, 스트레스의 증가, 가치관의 변화로 대체적으로 비전염성 질환과 정신질환이 점차 증가하는 추세이다.

1) 전염병 발생구조

전염병의 감소가 대체적으로 두드러져서 법정 전염병 발생률이 1975년 전체 발생률이 인구 10만 명당 30.4명이던 것이 1980년에는 21.1명, 1985년에는 9.6명, 1990년에는 15.1명으로 다소 높아지다가 1995년에는 3.6명, 1996년에는 3.7명, 1997년에는 6.0명으로 다소 높아지기는 했으나, 30여 년간 급격히 감소하는 추세이며, 디프테리아, 폴리오, 파상풍 등의 경우 근년에는 거의 발생하지 않고 있다.

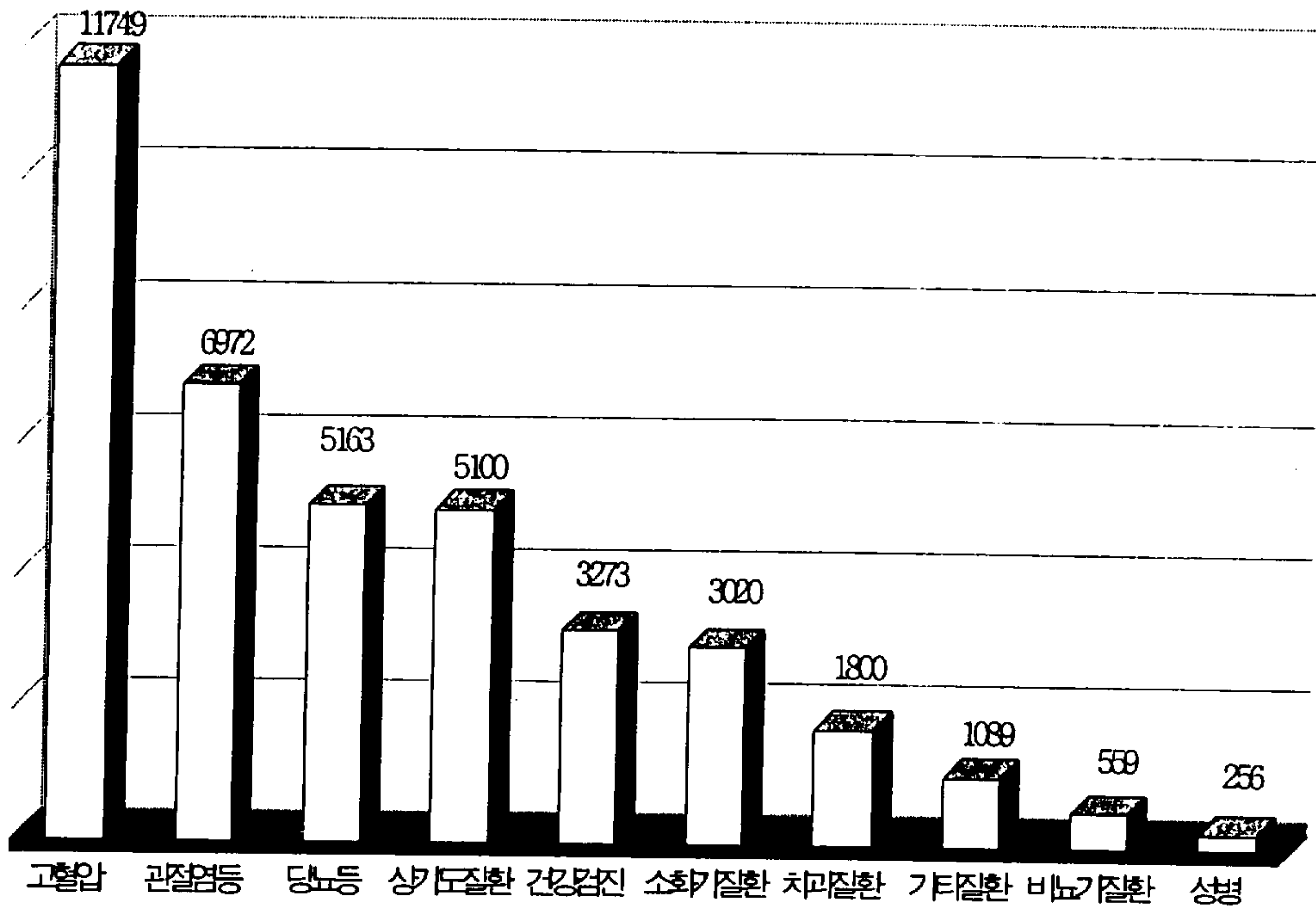
2) 비 전염성 만성질환 발생구조

의료보험 청구자료에 나타난 주요 만성질환의 외래 환자 및 입원 환자 수에 관한 조사자료에 의하면 1990년대 만성 간질환, 뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압, 만성 신질환, 심장병들이 40대 이후 급격히 증가하였다는 보고가 있다 (예민해 외 2인, 공중보건학, 1996).

서울시 성북구 보건소의 1999년 상반기 질환별 내소 현황 <그림 2-1>

을 살펴보아도 총 보건소 내소자 38,981명중 고혈압질환은 30.1% 관절염 등 질환은 17.9%, 당뇨병질환은13.2%, 상기도 질환의 경우는 13.1%로 만성 질환 내소자가 74.3%를 차지하고 있어 비전염성 만성질환이 증가하고 있음을 알 수 있다.

(단위: 명)



자료: 성북구 보건소 잠정 집계, 1999.

〈그림 2-1〉 1999년 상반기 질환별 내소 현황

〈표 2-4〉 연도별 전염병 발생 현황

(단위: 건)

			1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997
발 생 건 수	제1종 전염병	콜레라	-	145	-	-	68	2	10
		장티푸스	534	201	208	232	370	475	265
		파라티푸스	1	7	12	17	30	9	9
		디프테리아	337	51	2	-	-	-	-
		세균성이질	21	57	41	13	23	9	11
	제2종 전염병	폴리오	-	14	-	-	-	-	-
		백일해	1,182	1,554	479	174	3	7	13
		홍역	4,973	5,097	1,283	3,415	71	65	2
		유행성이하선염	1,848	866	1,237	2,092	430	254	238
		일본뇌염	117	107	-	1	3	3	4
		말라리아	314	-	-	6	107	356	1,72
		성홍열	2	26	207	139	141	132	116
		발진열	-	-	-	20	14	3	11
		수막구균성수막염	2	3	2	2	4	3	2
		유행성 출혈열	-	20	64	106	89	118	104
		파상풍	-	1	5	-	-	1	-
		렙토스피라증	-	-	-	140	13	6	4
		아메바성 이질	-	40	24	18	3	3	20
		후천성면역결핍증	-	-	-	1	14	22	33
		쯔쯔가무시증	-	-	-	238	274	263	277
전체발생률(십만 명당)			30.4	21.1	9.6	15.1	3.6	3.7	6.0

자료: 보건복지부, 「보건복지부 통계연보」, 1998, pp.42~43.

따라서 21세기 한국의 질병구조는 노인 인구 증가에 따라 성인병이 계

속 증가할 것이고, <표 2-4>와 같은 전염성질환과 만성 퇴행성질환이 혼재할 것으로 전망되며, 이에 따른 보건소의 보건 증진 정책도 많은 변화에 적응할 수 있는 자세가 필요하다.

3) 사회적 요인에 의한 질병

사회적 요인이 직접적으로 관여되어 발생하는 질병은 공해나 환경파괴에 의해서 발생하는 질병을 비롯하여 노동재해나 직업병, 약품의 오남용, 식품공해, 교통사고, 불의의 사고 등을 의미한다.

사회적 요인이 직접 관여되는 질환은 다른 질병 속에 매몰되거나 간과되기 쉽다. 그러나 사회적 요인이 직접 관련되는 질병문제는 현대 산업사회가 되기 이전에는 대부분 문제가 되지 않는 질병이었으나 현대사회에서의 건강파괴상황이나 이러한 상황에서부터 발생하는 환자문제를 생각할 때 중요한 문제가 아닐 수 없다.

공해나 환경파괴가 원인이 되어 발생하는 건강장해나 사망, 식품공해나 약품공해로 인한 것 등이 있다. 공해에 의한 건강피해와 식품이나 약품중독은 전자가 환경의 침해결과로서 발생하는 것이고, 후자는 물질 그 자체의 유독성이나 유해성에 기인하는 것으로 건강장애 발생의 구체적인 경과의 차이가 있지만 질환의 위험성이나 주민이나 소비자 또는 병원이용자 등과 같은 불특정 다수인 이라는 점은 공통성이 있다. 공해에 의한 피해사례는 많지만 몇 가지의 예를 들면 소음, 진동, 농약, 방사선, 납중독에 의한 건강피해사례가 보건학적 시점에서 이미 지적되고 있다.

오늘날과 같이 환경오염이나 화학물질이 문제가 되기 이전에는 세균이나 자연적인 독이 식중독의 대부분을 차지하였다. 그러나 여기서 말하는 식품공해는 고전적인 질병이 아니라 환경오염으로부터 파생되는 식품오염이나 화학물질의 혼합 또는 첨가에 의한 식품자체의 인공적 유독화를

말하는 것이다. 카드늄·납·수은등의 중금속, 비소 등의 독성이 강한 원소, 유기염소화합물(PCB, PCP 등), 유기금속류 등을 말한다. 환경오염의 결과 식품오염이 중첩되기 때문에 식품의 정도에 차이는 있지만 생물체에게 유해한 물질이 오염되는 것이다.

약품의 오·남용에 의한 건강피해도 문제의 구조로서는 공해나 식품에 의한 피해의 경우와 기본적으로 같다. 약품은 인간의 심신고통이나 장애를 완화하고 회복을 목적으로 하고 있다. 그런데 이러한 목적과는 반대로 약의 복용에 의하여 건강피해를 가져오는 사태가 일어나고 있는 것이다. 그러므로 약품의 오·남용에 의한 문제도 다른 사회적 요인에 의한 건강 파괴문제와 같은 차원에서 취급되어야 한다.

현대산업사회와 밀접한 관련을 가지고 있는 질병 중 가장 고질적인 질병은 노동재해나 직업병이다. 산업사회의 초기에 광산이나 공장 현장에서 발생하는 유해·유독 물질에 의한 근로자의 건강을 파괴하고 생명을 앗아간 사건은 무수히 많다.

직조산업의 경우 여성근로자의 건강장애 문제가 다발적으로 발생하였으며, 영세규모의 화학공업인 성냥공장의 청소년근로자 중독사건, 각종 가스현장의 중독사건 등 안전설비나 안전교육으로 방지할 수 있는 안전사고가 상당히 발생하였다. 산업현장에서의 직업병발생은 현대산업사회로 이행되면 될수록 대폭적으로 증가하고 있다. 과중한 업무로 인한 다양하고 새로운 직업성질환이 속출하고 있다.

현대산업사회가 되면서 기술혁신과 다양화 거대화되는 중화학공업이 새로운 재료나 제품을 필요로 하므로 새로운 유해물질이나 재해발생의 가능성이 커지고 있으며 화이트칼라 계층의 사무부문이나 컴퓨터부문에서 새로운 직업병발생에 직면하고 있다.

건강에 대한 태도나 행동은 생활구조와 관계가 깊다. 그런데 이러한 생

활구조의 배경에는 현실의 경제·사회·문화 또는 자연·풍토 등과 밀접한 관련이 있다. 생활구조 속에서 건강에 대한 좋지 않은 가치관과 태도, 행동이 형성된다. 궁극적으로는 바른 건강행동이 적극적으로 이루어 질 때 건강증진이 되는 반면 잘못된 건강지식으로 행동한 결과 질병이 발생하게 되고 치료가 곤란하게 되는 경우가 많다.

따라서, 다가오는 21세기에는 사회적 요인에 의한 질병의 예방과 진료에 더욱 적극적으로 관심을 가지고 정책을 펴나가야 하겠다.

3. 건강에 대한 국민의식의 변화

건강 증진은 적극적인 1차 예방으로 중요성이 강조되고 있다. 건강 증진을 위한 주요 수단인 보건 교육은 <표 2-3>에서 보는 바와 같이 주요 사망원인 질환과 관련된 행동적 요인을 수정하기 위한 지식 및 태도를 개인과 가족, 지역사회에 제공하는 과정이다. 개인의 가치관은 적절한 건강을 유지하기 위한 행동의 근거가 되며 가치관의 정립은 과학적인 지식에 바탕을 둔다. 그러므로 건강행위 실천을 위한 가치관의 정립은 계획된 의미 있는 보건 교육을 통해서만 성취가 가능하다. 지난 30여 년간 국민생활수준의 향상, 의료기술의 진보 등에 의해 평균 수명이 현저하게 연장되었으며 질병구조와 사망원인별 구조도 크게 변화된 것을 앞에서 살펴보았다. 20세 이상 70세 미만의 조기 사망 중 만성퇴행성 질환으로 인한 사망은 1983년 55.2%에서 1993년 64.1%로 급격히 증가하였고(통계청, 1993), 인구 1,000명당 만성질환 유병률도 1989년의 168명에서 1992년의 205명으로 현저하게 증가하였다. (한국보건사회연구원, 1989, 1992) 지난 1989년부터 3년 간격으로 보건의식 행태조사를 실시하였고, 1992년에도 실시한

자료를 활용하여 살펴보겠다.

〈표 2-5〉 5대 사인 순위와 행동적 요인 및 보건 교육의 영역

사 인 순 위	행 동 적 요 인	보 건 교 육 의 영 역
계(63.5%)	흡연, 운동, 음주, 약물남용, 휴식	○
암(21.4%)	흡연, 운동, 영양	○
뇌혈관 질환(16.0%)	흡연, 운동, 영양	○
불의의 사고(12.3%)	음주, 약물 남용	○
심장병(8.3%)	흡연	○
만성 간 질환(5.5%)	흡연, 음주, 영양, 휴식	○

자료: 보건복지부, 「보건사회통계연보」, 1994.

한국보건사회연구원에서의 선행 연구(〈표 2-6〉 참조)에서는 건강행위의 실천정도는 성, 연령, 지역, 교육수준, 가구의 소득 수준에 따라 다르게 나타났으며, 건강습관을 많이 가지고 있을수록 건강한 경향을 보였고, 만성 질환의 유병률도 낮게 나타났다. 따라서 흡연, 음주 등의 건강 위험 행위와 운동, 식습관, 수면의 적절성, 건강검진 및 예방 행위가 건강에 미치는 영향이 점점 커지고 있다고 보고 있다.

첫째, 우리 나라에서 높은 발생률을 보이는 간질환과 알콜 관련 질환은 음주 행태와 관련이 크다고 나타났다.

둘째, 남성 흡연률의 경우 다른 외국에 비해서는 높은 수준으로 흡연에 대한 법적 규제에 태도는 조사 대상자의 60%이상이 '흡연 음주는 법으로 금해야 한다'는 인식을 갖고 있다고 나타났다.

〈표 2-6〉 사회 경제적 특성별 평소 건강 유지방법

(단위: %)

		계(명)	걷기	운동	식사조절	금연주	혈압저 복합	복합	기타
전 체		100.0(6,480)	41.0	24.5	13.9	2.5	7.2	10.4	0.5
거주지	시 지 역	100.0(5,089)	38.3	27.2	14.5	2.2	6.2	11.1	0.5
	군 지 역	100.0(1,391)	50.6	14.7	11.9	3.7	10.9	7.8	0.4
성	남 자	100.0(3,107)	35.7	33.2	8.9	4.8	7.1	9.9	0.4
	여 자	100.0(3,373)	45.8	16.5	18.6	0.5	7.3	10.9	0.5
연령	15-19세	100.0(763)	38.0	35.9	15.0	2.4	3.3	5.4	-
	20-29세	100.0(1,431)	36.0	26.4	19.0	1.8	3.4	13.0	0.5
	30-39세	100.0(1,609)	39.0	22.7	13.2	3.0	6.9	14.6	0.6
	40-49세	100.0(1,192)	41.6	23.9	12.3	2.6	8.4	10.8	0.3
	50-59세	100.0 (922)	45.6	22.0	11.2	2.4	12.1	6.1	0.5
	60-69세	100.0 (563)	54.2	15.0	9.3	3.1	12.5	5.1	0.7
교육 수준	무 학	100.0(405)	69.0	6.2	8.7	2.0	11.8	2.1	0.2
	국 졸	100.0(972)	57.7	11.6	11.1	2.3	10.3	6.2	0.9
	중 졸	100.0(1,036)	41.9	20.8	13.1	3.0	10.0	10.6	0.6
	고 졸	100.0(2,676)	35.7	28.2	15.4	2.6	5.6	12.2	0.2
	전문대졸이상	100.0(1,391)	30.4	34.4	15.3	2.3	4.8	12.3	0.5
가구 소득 수준 (월평균)	50만원이하	100.0(777)	56.2	17.6	8.4	3.5	9.0	5.8	0.6
	51-100만원	100.0(1,670)	47.2	19.2	13.8	2.8	6.8	10.0	0.3
	101-150만원	100.0(1,689)	38.9	25.0	14.9	2.6	6.4	11.4	0.7
	151-200만원	100.0(1,215)	38.7	26.2	15.4	2.1	7.9	9.4	0.3
	201만원이상	100.0(1,219)	27.1	33.7	15.3	1.9	7.5	14.1	0.3

자료: 한국보건 사회연구원, 「한국인의 보건 의식 행태」, 1995, p.202.

셋째, 이러한 건강을 위한 평소 건강유지 방법으로 조사 대상자의 24.5%는 운동으로 유지한다고 하여 가장 많이 나타났고, 식사조절 방법은

13.9%, 금연, 금주는 2.5%, 영양제 복용 7.2%, 목욕10.4%로 나타났다. 특히 조사 대상자의 60% 이상이 “흡연, 음주는 법으로 금해야 한다”고 보면서 건강 유지 수단으로서 금연, 금주에 대한 인식과 상반된 의식 상태를 보여주고 있다.

또 운동의 경우 남자가 33.2%로 여자보다 2배 정도이고, 여자의 경우는 식사 조절방법이 18.6%로 남자의 2배 정도를 보이고 있다. 또 영양제 복용의 경우 50~60대가 20~40대의 거의 2배에 가까워 영양제 의존 비율이 높았다.

제3절 보건소의 역사적 변천 과정

1. 보건소의 역사

인간은 언제부터 지구에 살게 되었으며, 인간이 건강을 위한 노력은 언제부터였으며 보건소는 언제 시작되었는지에 대한 논란이 많다. Homo Habilis에 의하면 지구상에 인간이 살기 시작한 것이 150만년전 이라 하는데 이때부터 인간들은 생명을 이어갈 건강에 대한 노력을 했음을 알 수 있다.

이 시대의 건강을 지키는 방법은 자연과의 싸움과 막연한 신에의 의존이었음을 우리는 기록을 통해 알 수 있다. 중세 11세기의 두 번의 십자군 전쟁의 유발로 중동에만 퍼져 있던 나병이 유럽으로 옮겨지는 계기가 되고 많은 인명을 담보로 나병을 막기 위해서는 환자를 격리 해야한다고 믿었고 이때의 평균 수명은 10~20세에 불과하였다.

15세기 영국과 유럽을 강타한 흑사병은 영국 국민의 1/2, 유럽인구의 1/4이 사망하는 결과를 가져 왔고 이 흑사병이 쥐와 관련이 있다는 사실이었고,

종교의 무력함을 느끼게 하였다. 이때의 평균 수명은 30세였다. 1882년 로버트 코흐의 세균 발견까지는 인류는 전염병의 공포에서 헤어날 수 없었으며, 전염병이 군에 의해 발병됨을 안 시기는 가까운 시기임을 알 수 있다. 인간은 어떻게 하든 전염병에 걸리지 않으려고 계속적으로 노력을 해왔다. 질병의 예방과 건강의 유지 증진을 위한 보건소의 개념이 처음 도입된 것은 영국이다.¹²⁾ 조직적인 활동은 제1차 세계 대전 중에 전개된 것으로 알려져 있다. 오늘날과 같은 현대적 보건소가 되기까지는 여러 단계를 거쳐 왔다.

① 1859년 William Rathbone는 영국 Liverpool에서 보건업과 가정방문 사업을 계획하였으며, 1962년에는 Liverpool 1시를 18개 지구로 나누어 각 구에 방문간호사 각 1명씩을 배치하여 모자보건상담과 보건지도를 실시하였다.

② 1887년에 Philip는 영국 Edinburgh에 건강상담소를 설치하여 결핵의 만연과 높은 영유아 사망에 대비하였다.¹³⁾

③ 1890년에 Herrgot는 프랑스 Nancy에 영유아 개인 건강 상담소를 설치하였다.

④ 1901년에 Calmett는 프랑스 Lelie에 결핵 상담소를 설치하고 가정방문 사업을 실시하였다. 이렇게 병이 난 후의 치료가 아닌 건강인을 대상으로 건강향상을 위한 예방, 치료, 재활 등 일차 건강관리 기관으로서 보건소가 처음 도입된 것은 1920년 영국의 도우슨 위원회 보고서(Dowson Committee Report)에 의해서였다. 이후 1926년에 스리랑카에서 진료를 제외한 순수보건 사업인 모자보건, 예방접종, 보건교육, 환경위생관리 등 록펠러 재단의 도움으로 실시하였고, 1946년 인도에서 요셉 Bore의 주도

12) 박노레, 「보건간호소식」, 대한간호협회 보건간호사회, 1998. 5, p.29.

13) 이호선, “한국보건소의 행정체계에 관한 연구,” 단국대학교 행정대학원 석사학위논문, 1995, pp.5~6.

로 보건소 사업도 예방사업과 치료사업을 통합하여 실시해야 한다는 통합 보건소 안이 제시되어 발전하였다. 미국은 1950년대에 와서 포괄적인 통합기능을 실시하는 보건소로 정착하였다.¹⁴⁾

한국 최초의 보건소는 1946년에 미 군정청 보건 후생 부 소속으로 신설되었던 중앙보건소(서울 중구 예관동 소재)였으며, 중앙보건소에는 보건소 소장이나, 보건 간호사 또는 위생요원의 교육훈련을 담당하였고, 1959년에 중앙보건원으로 발전하였으며, 현재 국립보건원 훈련부의 전신이었다. 해방 이전 우리 나라의 보건행정은 경찰행정이었으며 해방후의 미군정에 의한 보건행정은 미국식으로 치료사업보다는 예방사업에 초점을 두고 시작되었으나 지역별로 민간의료기관이 없는 곳에서는 예방사업과 동시에 가난한 영세계층의 진료를 수행하여 그 영향이 오늘에까지 이르러 보건소는 돈이 없는 가난한 계층 주민이 이용하는 곳으로 인식되어 오기도 하였다.

1970~1980년까지는 가족계획사업의 집중추진으로 보건소는 가족계획사업만 하는 곳으로 인식되기도 하였다. 보건소 관련법의 최초 제정은 1956년 12월13일에 보건소법(법률 제 406호)이 제정, 공포되면서 서울특별시, 도지사는 질병의 예방, 진료 및 공중보건의 향상을 위하여 시·도립 보건소를 설치할 수 있게 되었고, 동법 시행령('58.6.30 대통령령 제 1378호) 및 시행규칙까지 제정된 것이 처음이었다.

그러나 1960년 4.19의거를 거쳐 1961년 5.16혁명이 일어나면서 5차 개정 헌법(62.12.24)이 제정되기 전에 국가재건최고회의에서 보건소법(62.9.24. 법률 제1160호)을 제정하여, 시·도립 보건소를 시·군 보건소로 설치권자를 하향 조정하였으며, 동법 시행령은 보건소법 공포 후 14년 만인 1976년에 제정(76.4.15. 대통령령 제8087호)되었고, 보건소법 시행규칙은 생략되었으며, 보건소 설치 기준은 보건소법 시행령에 따라 지방자치단체의 조

14) 보건간호학회, 「보건사업 활성화를 위한 관리자의 역할」, 1998, pp.28~29.

례로 정하게 되었다. 이런 과정을 거치면서 1962년에는 189개 보건소에 불과하였으나 매년 구·시·군의 수가 증설되고, 보건소 숫자도 연간 2-3개소의 비율로 증가되어 왔다. 1988년에는 정부 수립 후 계속 노력해 온 무의면(無醫面) 해소정책의 일환으로 전국15개(경기 연천, 강원 화천, 평창, 충남 청양, 전북 임실, 순창, 전남 곡성, 구례, 장성, 완도, 경북 청송, 울진, 울릉, 경남 함안, 산청)보건소에 치료기능을 통합하여 보건의료원으로 명칭을 개칭하였으며 현재 17개 보건의료원이 예방사업과 치료사업을 동시에 주민들에게 실시하고 있다.¹⁵⁾

또 1995년 보건소법을 개정하여 지역보건법으로 전면 개정하여 보건소와 보건지소를 설치 운영토록 하고 보건진료소는 농어촌 등 보건의료를 위한 특별 조치법의 규정에 의하여 설치 운영되고 있다. 이에 따라 1998년 7월1일 현재 보건소는 245개소 보건지소는 1,314개소를 그리고, 보건진료소는 2,034개소 등으로 총 3,593개소의 보건소를 설치 운영하고 있다.¹⁶⁾

15) 보건간호학회, 「보건간호소식」, 1998. 5, pp.30~33.

16) 보건복지부, 「보건복지백서」, 1998, pp.181~182.

〈표 2-7〉 한국 보건소의 발달과정

(1998. 7. 1 현재)

연도	보건기관	보건소	보건업무	보건소	보건소
이조시대	전형사		의약, 제사, 음서		
	전의학		일반의료행정, 의사고시		
	내의원		왕실의료 전담		
	활인서		전염병 환자 치료		
	혜민서		일반서민 구료 사업		
1894 (갑오경장)	내무위생국		보건업무 전반		
1895. 4.17	내무위생국		의무과, 위생과 분과 - 위생과 : 중두, 질병 예방 - 의무과 : 의약사업부, 약품 및 매약		
1895. 5. 1	경무청총무국		위생경찰업무, 지방병업구		
1902. 7.	경무청		임시 위생 원 설치운영		
1904. 5.	위생청결소		서울의 청소업무		
1905. 4.	지방국위생과		위생국 폐지		
1908. 1.	위생국 (의무과, 위생과)		지방국위생과 승격		
1910. 9.	조선총독부 경찰국위생과		보건위생업무		
1945. 9.24	위생국		미군정법령 제1호		
1945.10.27	보건후생국		미군정법령 제18호		
1945.11.7	도청 보건후생국		미군정법령 제25호		
1946.3.29	보건후생부		미군정법령 제64호 (15국47과)		
1946.9.	미군정 군법 제1호 보건행정개혁 및 예방보건사업 적극 추진				
1946.10.	모범보건소(서울) → 1948년 10월 중앙보건소로 승격 (현 중구보건소)				
1951.9.	국립의료법 제정				

연도	보건소	보건지소	보건진료소	보건진료소	보건진료소
1953	15	471 (진료소)			
1955	16	515 (진료소)			
1956	보건소법 제정, 시·군 보건소 직제 완성				
1958	보건소법 시행령 공포				
1960	80				
1962	구 보건소법 전문 개정				
1965	189				
1970	189	1,354			
1975	198	1,338			
1976	보건소법 시행령 공포 보건소 설치 기준 제정(시·군·구)				
1980	214	1,321			
1985	225	1,303	89	2,000	
1987	227	1,315	89	2,308	
1988	227	1,315	87	2,308	15
1989	249	1,329	87	2,038	15
1991	보건소법 개정, 보건지소 설치기준 마련				
	267	1,329	87	2,038	15
1992	보사부령 제639호 전문인력 배치기준 제정				
	267	1,329	79	2,038	15
1993	269	1,324	0	2,042	15
1994	269	1,328	0	2,042	15
1995	지역보건법 개정 건강 증진법 제정				
	238	1,327	0	2,039	16(장수)
1996	지역보건법 시행령 공포, 정신보건법 제정				
	244	1,327	0	2,034	17(태안)
1997	245	1,314	0	2,034	17

자료: 보건간호학회, 「보건간호소식 5월호」, 1998, pp.30~33.

2. 보건소의 주요기능

위에서 살펴 본대로 지역주민의 건강을 지켜주고 지역 보건복지의 실현을 위해서 보건소의 역할은 중요하다고 하겠다. 또 지역 주민의 건강을 책임지고 증진시키기 위한 지역 복지에 중요한 수단으로 이용되어 지역 주민의 보건 의료 욕구 충족이라는 목적을 달성하기 위하여 다양한 서

비스를 제공하여야 한다. 보건소는 설치 목적이나 법에 규정된 업무로 볼 때 지역 사회의 공공보건을 담당하는 전문기관으로서 지역 주민의 건강 증진을 위한 여러 가지 기능을 가진다. 또 세계 보건기구의 '보건소 역량 강화 연구그룹(WHO, 1997)'에서는,

- ① 보건 개발조직 (health development unit)으로서의 역할
- ② 보건 체계와 지역 주민간의 접점으로서 역할
- ③ 의료혜택 미 계층 또는 질병 고 위험 군에 대한 사업
- ④ 지역 내 보건의료활동의 통합, 조절
- ⑤ 보건 의료 자원의 합리적 운영을 들고 있다.

김창엽은 보건소의 필수기능¹⁷⁾으로

- ① 지역 보건의료 정책 수립 및 집행
- ② 노인, 장애인 등에 대한 필수적 보건 복지 서비스 제공
- ③ 질적으로 수준 높은 건강증진 및 예방사업의 수행
- ④ 전 주민을 대상으로 하는 보건복지관련 교육, 홍보 등의 서비스 제공을 들고 있다.¹⁸⁾

17) 김창엽, 「보건소의 개편방향」, 한국보건행정학회 정책토론회, 1998.

18) 한국보건사회연구원, 「지역단위 공공보건의료기관 기능 개편방안」, 1998, pp.21~22.

〈표 2-8〉 지역보건법에 명시된 보건사업

지역보건법에 규정된 보건소가 관장해야 할 사무	
1	국민건강증진, 보건교육, 구강보건 및 영양개선
2	전염병의 예방, 관리 및 진료
3	모자보건 및 가족계획 사업
4	노인보건 사업
5	공중위생 및 식품위생
6	의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항
7	응급의료에 관한 사항
8	의료기사, 의무기록 및 안경사에 대한 지도 등에 관한 사항
9	농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 공중보건 의사, 보건 진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 관한 사항
10	약사에 관한 사항과 마약, 향정신성 의약품 관리에 관한 사항
11	정신보건에 관한 사항
12	가정, 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업
13	지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환 등의 질병관리에 관한 사항
14	보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
15	장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업
16	기타 지역주민의 보건의료 향상, 증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업

한국 보건소의 변천과정에서 살펴 본 대로 보건소가 양적으로는 증가하였으나, 기능 면에서는 1962년 보건소법 제정 이후 30년 동안 경제 우선 정책에 눌러 커다란 변화가 없다가 지방자치화, 인구의 노령화, 질병양상의 만성병화 등 지역주민의 건강욕구가 변화됨에 따라 1995년 보건소법

으로 개정되었다. 이로 인해 보건소를 통한 사업에 활기를 불어넣었고, 또 새 천년을 맞은 문턱에서 새롭고 주민에게 가까이 갈 수 있는 획기적인 정책의 일대 전환이 필요한 시기이다. 지역보건법 제9조에 규정된 보건소의 16가지 업무¹⁹⁾와 그 외 다양한 기능은 보건소와 민간의료기관 연계가 필요한 부분이 상당히 많다고 분석되고 있다.²⁰⁾ 이를 보완하기 위한 방법으로 민간연구기관에 일부 사업을 한시적이거나 위탁하는 제도가 있어 다행스러운 일이라 본다.

19) 보건간호학회, 「보건간호소식 5월호」, 1998, p.38. 및 지역보건법 제9조.

20) 한국보건사회 연구원, 「지역단위 공공보건의료기관 기능개편 방안」, 1998, p.33.

제3장 보건소 보건증진 정책의 현황과 문제점

Gilbert와 Specht의 사회정책 분석 틀의 4가지 영역인 할당(Allocation) 영역, 대책(Provision)영역, 재정(Finance)영역, 전달체계(Delivery system)영역에 따라 한국보건 증진 정책을 보건소의 기능을 중심으로 평가 및 분석을 하고, 그에 따른 문제점을 제시해 보고자 한다.

제1절 할당(Allocation)영역

할당영역이란 보건의료 서비스의 시혜 대상자의 범위를 말한다. 사회복지 내용을 분석하는데 있어 복지서비스 시혜를 누구에게 주고, 안 주느냐의 자격의 문제가 가장 논란이 되는 문제중의 하나이다. 일반적으로 사회복지 재화나 서비스는 시장에서 쌍방의 교환이 아닌 국가나 지방자치단체로부터 일방적 이전(unilateral transfer)의 형태로 제공되고 있는데 그 이유로서 재화는 수요보다 공급이 적은 경향이 있기 때문이다. 따라서 이러한 상황에서는 어떠한 방식이라도 서비스에 대한 수요를 제한할 필요성이 발생하게 되며 이때 기준이 쟁점이 되고 있는데 이는 정책과 관련된 가치에 대한 논쟁에서 기인한다고 할 수 있다.

대상 자격의 형태는 첫째, 어떤 종류의 평등을 어느 정도까지 추구할 것인가, 둘째, 사회 서비스 정책으로 야기되는 비효율의 문제를 어느 정도까지 받아들일 것인가, 셋째, 사회 구성원의 자유를 어느 정도까지 제한할 것인가, 넷째, 욕구를 어디까지 인정할 것인가 등에 의해 달라 질 수 있는 것이다. 이것 외에도 대상자 자격 문제는 주어진 제한된 자원의 적절한 배분으로 사회적 목표를 얼마나 달성 할 수 있는가의 문제가 고려되

어야 하고 또 보건의료정책의 직접적 수혜자 뿐만 아니라 비 수혜자에게도 영향을 주기 때문이다.²¹⁾ 수혜대상 자격의 형태에 대해서 살펴보기로 하겠다. 보건의료서비스의 수혜대상 자격 조건을 집단적 기준의 조건과 개별적 속성 및 욕구의 조건으로 구분하여 연구하고자 한다.

1. 대상자의 자격조건

1) 집단적 기준조건

(1) 거주여부, 거주기간

보건의료 복지 시혜대상 자격 가운데 가장 기본적인 것은 한 국가나 한 지역의 거주 여부와 기간으로서 오늘날 우리 나라는 물론 대부분의 국가에서 거주여부 그리고 거주기간을 다른 자격조건과 더불어 필요로 한다.

(2) 인구학적 조건

앞에서 언급한 거주조건을 갖추고 인구학적 조건만 갖추면 보건의료 시혜의 자격을 갖추는 경우를 말한다. 인구학적 조건 가운데서 가장 중요한 것은 연령이다. 연령은 국가나 지방자치단체에 따라 또 프로그램 종류나 수준에 따라서도 다르다. 그 이외 인구학적 수혜대상 자격조건에서 가족의 수, 결혼여부, 특정의 인구학적 집단(여성 등)에 속해야 자격이 주어지는 경우가 있는데 이는 주로 외국의 사회보장 분야의 수혜대상 자격조건이 된다.

(3) 기여

사회복지 수혜 자격조건으로 중요한 것 중의 하나가 기여이다. 오늘날

21) 송근원·김태성, 「사회복지 정책론」, 나남출판, 1997, pp.279~280.

대부분의 복지국가들에서 재정적인 면이나 수혜자의 수적인 측면에서 중요시하는 사회보험들의 조건은 보험료의 납부이다. 보험료를 납부하여야 자격이 주어지기는 하지만 보험료 납부자체만으로 자격이 주어지는 것은 아니다.

첫째, 의료복지분야에서는 해당보험이 해결하려는 위험인 보건, 노령, 장애, 질병이 발생되어야 한다.

둘째, 일정한 기간동안 일정액 이상의 납부 실적이 있어야 한다. 우리나라의 국민의료 보험법 제 27조의 요양급여가 이에 해당된다. 다음으로 국가에 사회적, 또는 경제적으로 기여하였느냐의 문제가 자격의 조건이 되는 경우이다. 국가를 방위하다 죽거나 부상당한 군인, 그 유가족에 대한 보상차원의 수혜 프로그램(국민의료보험법 제 27조 제2항의 3)이 있고, 사회적 기여 형태로는 공무원, 경제적 기여의 경우 철도, 광업 등의 국가 기간 산업의 종사자에게 수혜의 자격을 주는 예도 있다.

2) 개별적 속성 및 욕구 조건

(1) 소득, 자산 조사

개별적으로 자격을 판단하는 방법으로 소득, 자산의 조사이다. 오늘날 거의 모든 나라들이 공적 부조 프로그램의 자격을 결정하는데 소득과 자산조사를 가장 중요한 기준으로 삼고 있다. 실제로 국가에 따라 프로그램에 따라 다양한 방법이 적용되고 있다.

첫째, 경제적 능력을 판단하는 방법으로 부, 소득, 소비의 3가지로 이들은 상관관계가 높아서 부를 많이 가진 사람이 소득도 높고, 소비도 높은 경향이 있다. 그런데 부는 많은데 소득은 적거나 소득은 많은데 소비가 적은 경우 대부분 국가는 수혜의 자격을 주지 말아야 제한된 자원의 낭비

를 줄일 수 있다고 본다. 반대로 부는 많아도 소득이 적으면 자격을 주는 경우가 있는데 사회복지가 발전한 국가들의 경우이다. 이렇게 보면 부의 조사는 의미가 없다고 보여지며, 소득 조사만이 강조되는데 그 이유는 현재 최소한의 기본적 욕구를 해결하지 못하고 있는 사람은 누구나 수혜자격을 주어야 한다는 입장이다.

둘째, 또 소득조사의 경우에도 어떤 소득을 포함시켜야 하는 문제가 쟁점이 되는데 많은 경제학자는 화폐 양으로 정의하고 있다 (Atki, 1983). 대부분의 국가에서 소득의 개념에 자본 이득을 소득 개념에 포함시키지 않고 있는데, 자본 이득을 통하여 부에는 훼손이 없이 그 기간에 잠재적 소득과 소비능력이 높아져 자본 이득이 많이 발생하는 국가에서는 자본이득을 소득에 포함시켜야 의미가 있다고 본다.

셋째, 또 소득 조사를 할 때 조사대상의 단위가 무엇인가가 문제가 된다. 개인 단위와 가족 단위의 조사가 있는데 개인 단위 조사는 소득을 정확히 파악이 될 뿐만 아니고 추구하는 욕구 충족, 평등의 추구에 부합된다고 한다. 그러나 실질적 소비 단위가 가족, 가구 단위이기 때문에 의미가 약화된다. 따라서 현실적으로 가족이나 가구를 소득 단위로 소득 조사를 하는데 이 방법도 프로그램에 따라 부정적인 면도 있다. 바로 가족 숫자에 따라 자격조건에 차등을 두는 문제로, 가족 숫자를 고려하는 것이 바람직하다.

넷째, 소득조사를 하여 자격여부를 결정할 때 어떤 기간의 소득을 기준으로 하느냐의 문제로 월 소득, 연간소득, 평생소득 등 기간의 문제가 있으나 기본적 욕구 해결에 접근하도록 함이 타당하다.

다섯째, 소득 수준의 문제로 기본적으로 사람들의 욕구를 어디까지 인정하느냐와 직결된다. 이에는 최소한의 기본적 욕구 충족 수준의 절대적 결정과 사회구성원 대다수가 누리는 생활수준을 고려한 상대적 결정의

방법이 있는데, 사회복지가 발전되지 않은 대부분 국가에서는 절대적 수준의 형태를 선호한다고 본다. 반면 상대적 수준의 결정에서는 과학적으로 정확한 측정도 곤란할 뿐 아니라 정치적으로 결정되는 경향으로 비용이 커지는 문제점이 있을 수 있다. 위에서는 보건의료 수혜대상 자격조건인 소득, 자산조사에 대한 기준들을 살펴보았다.

(2) 전문적, 행정적 기준

이 기준은 사회복지가 발달되지 않은 국가에서 많이 사용되는 방법으로 사회사업가, 의사와 같은 전문가나 행정관료의 판단이 필요한 경우이다. 오늘날 사회복지가 발달한 나라에서는 자격기준이 대개 법규에 명시되어 자동적으로 기계적으로 결정되는 경향이 많다.²²⁾

2. 대상자의 이용 현황

보건의료 서비스의 수혜자격 기준이 되는 5가지에 대하여 살펴보았다. 이러한 5가지 기준 조건을 포괄하는 프로그램이 우리 나라의 생활보호 프로그램이 된다. 그 중 보건의료 서비스와 관계 있는 의료보험(또는 의료보호)을 살펴보고자 한다. 보건소를 이용하는 부류를 크게 나누어 보면 국민의료보험법의 적용을 받는 지역 등의 일반계층이고 또 하나는 의료보호법 제3조의 대상 계층이 있다.

1997년 말 현재 우리 나라 전체인구의 96.5%가 국민의료 보험법의 적용대상자이고, 3.5%가 의료보호법 수혜 대상으로 나타나고 있다.

22) 송근원·김태성, 「사회복지 정책론」, 나남출판, 1997, pp.287~297.

1) 의료보장 적용 현황

〈표 3-1〉 의료보장 적용 현황('97년 말 현재)

(단위: 만명, %)

		인구	구분비
계		4,657	100.0
	소 계	4,493	96.5
의 료 보 험	직 장	1,710	36.7
	공 교	494	10.6
	지 역	2,289	49.2
	농 촌	348	7.5
	도 시	1,941	41.7
	소 계	164	3.5
의 료 보 호	1	60	1.3
	2	104	2.2

자료: 보건복지부, 「보건복지백서」, 1998, p.406.

〈표 3-1〉에서 보듯이 매년 생활보호 대상자를 상향조정함에도 점차 감소추세에 있다. 특히 의료보호대상자에 거택 보호자와 시설 보호자는 의료보호 1종 대상자이며, 자활보호자는 의료보호 2종 대상자로 구분하여 보건 의료 수혜에서 차등을 두고 있다. IMF와 관련하여 실직 등 생활수단의 상실과 소득이 감소되어 일정수준의 생활을 유지하기 어려운 자도 소득이 23만원 이하/인, 월이고 재산이 4,400만원 이하/가구당인, 가구와 재산 기준을 초과하는 주택을 소유하고 있는 자라 하더라도 단지 거주 목적의 주택이 있고, 소득이 중단되어 생계 유지가 곤란한 자라도 한시적 생활보호 대상자로 선정하여 의료 보호 2종 수혜 자격을 부여하고 있다. 의료보호 대상자는 모든 질병이나 부상에 대하여 진찰, 수술, 기타의 치료

약제, 또는 치료 재료의 급부, 의료시설에 수용, 간호, 이동 기타 의료 목적 달성을 위한 조치 등의 의료보호를 받도록 하고 있다.

다음의 경우에는 보호의 범위에서 제외하도록 하였는데,

첫째, 결핵 예방법, 전염병 예방법, 산업재해 보상보험법, 국가유공자에
우에 관한 법률에 의한 진료, 기생충질환 예방법에 의한 기생충 구제와 모
자보건법에 의한 가족계획 시술의 경우

둘째, 지정진료, 보조기, 의수족, 의치, 의안, 진단서 및 증명서 발급 등
기타의료법 제8조 제2항의 규정에 의한 의료 보호 기준에서 정하는 진료

셋째, 자동차 손해배상 보장법, 민법 등에 의하여 가해자가 있어 진료
보상의 경우 진료 부담 비는 1종과 2종 대상자간에 차이를 두고 있는데
1종의 경우는 외래입원 진료 구분 없이 전액을 정부에서 부담하고, 2종의
경우 1차 진료기관 외래 진료시 진료당 1,500원을 본인 부담하고 나머지는
정부가 부담하도록 되어 있다. 생계 유지가 곤란한 경우 본인 부담이 10
만원 이상인 경우 10만원 초과분은 정부에서 대불 하여 준 후 무이자로
1년에서 3년에 걸쳐 분할 상환토록 하여 자활의지를 고취시킨다. 진료체
계는 의료보험법 제10조 및 동법 시행령 제 14조에 따라 시·도지사가 의
료보호대상자수, 의료기관의 분포상황, 교통편 등을 고려하여 정한 진료
지구(65개)내의 1차 진료기관 (보건기관 등 시·군·구청장 지정)의 진료
후 2차 진료기관, 3차 진료기관에서 단계적으로 진료를 받는다.

국민의료 보험법 대상자와 의료보호법 적용 대상자의 이용현황을 살펴
보았으나, 보건소 이용현황을 성북구 보건소의 '99년 1월에서 8월까지 자
료를 인용해 보겠다.

〈표 3-2〉 연도별 의료보호대상자 진료실적

(단위: 천명, 천건, 천일)

	1997	1992	1993	1994	1995	1996	1997
보호대상자	2,095	2,687	2,366	2,136	1,990	1,740	1,642
-1종	642	682	666	635	620	606	602
-2종	1,726	1,755	1,755	1,501	1,370	1,134	1,040
-의료수족	-	240	240	-	-	-	-
진료건수	1,168	7,514	7,527	7,231	7,222	7,282	8,030
-외래	1,135	7,359	7,378	7,083	7,056	7,103	7,636
-입원	33	155	149	148	166	179	394
진료일수 (투약일수포함)	4,632	64,002	67,603	68,535	72,149	77,259	90,768
-외래	4,350	60,790	64,480	65,423	68,517	73,230	80,612
-입원	282	3,212	3,123	3,112	3,632	4,029	10,156

자료 : 보건복지부, 「보건복지백서」, 1998, p.443.

1997년 말 현재 의료보호대상자의 진료실적은 외래의 경우 7,636천건, 입원은 394천건 합계 8,030천 건을 1인당 4.9건(년간)이용하였으며, 투약일을 포함한 진료 일수는 외래, 입원을 포함하여 90,768천 일로 1인당 55.3일(년간)이용한 것으로 나타나고 있다.

<표 3-3>에서 보는바와 같이 성북구 의료보호 대상자는 평균 이용률이 3.3% 내외로 나타나고 있어 지역이나 직장 의료보험 대상자가 주 이용자로 변화되었음을 알 수 있다.

〈표 3-3〉 성북구 보건소 이용현황('99.1월~8월)

(단위: 명)

계	지역 의료보험 의료보호	무부(65세 이상)	의료보호
95,508	66,834	25,488	3,186
(100.0%)	(70.0%)	(26.7%)	(3.3%)

자료: 성북구 보건소 잠정 집계, 1999.

〈표 3-4〉 성북구 보건소 진료자 현황('99. 1월 ~8월)

(단위: 명)

내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자	내진자
내진자	95,508 (100%)	91,119 (95.4%)	187	69	35	47	70	2,248	68	461	212	359	34
서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동	타시도
69	4	16	16	4	9	36	14	55	62	65	36	10	202

자료 : 성북구 보건소 잠정 집계, 1999.

2) 한국 관계법령에서의 적용 현황

(1) 거주와 관련된 내용

앞의 대상자의 자격조건에서 내용별로 실제 보건증진정책의 기초가 되는 법령에서의 적용 현황을 살펴보겠다.

첫째, 지역보건법 제9조에서 “당해 지방자치단체의 관할 구역 안에서 행하여지는 사항을 관장한다” 라고 하여 당해 지방자치단체 구역 내에 거주하여야 수혜의 대상이 된다. 거주기간도 주민등록법 제6조에 의해 1개월 이상 거주 할 목적이 있는 지역에서 거주함을 명시하였다.

둘째, 국민건강 증진법 내의 각종 프로그램 수혜 대상자격도 모두 당해 지방자치 단체에 거주하여야 하고 거주 기간도 동일하다.

셋째, 생활보호법 제7조 1항 2 의료보호의 수혜 대상자격에서 거주지역과 거주기간에 동일한 제한 조건을 두었지만 다만 제15조 제1항 단서에서 주거가 일정하지 아니한 경우에는 보호대상자의 현재 지를 관할하는 자치단체라 하여 예외로 하고 있다. 또 의료보호법 제6조 “의료보호는 보호대상자의 거주지를 관할하는 자치구의 구청장이 행한다”고 하여 거주여

부를 확인하고 있다.

넷째, 또 법률 제6015호로 1999. 9. 2. 공포한 재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률 제14조에서 “국내거소 신고를 한 재외동포가 90일 이상 대한민국 안에 체류하는 때에는 의료보험 관계 법령이 정하는 바에 의하여 의료보험 적용을 받을 수 있다”고 하여 1999. 12. 3일부터 시행될 이 법에서 거주는 위에서 언급한 당해 지방자치 단체 내로 유추 적용되리라 판단되며, 거주기간은 타법에서와 달리 90일 이상으로 한 것은 재외동포에게도 보건의료 시혜의 자격을 주는 것은 평등, 자유, 욕구에 바탕을 둔 조치라 평가 될 만 하다

그러나 이러한 법령과 제도에도 불구하고 진료를 위하여 성북구 보건소를 내방한 진료자 ('99. 1월~8월)를 분석하여 보면, 서울 시내의 다른 기초자치단체에 거주지를 둔 내방자가 있다는 것은 법령이나 보건소 운영면에서 홍보의 미흡과 제도의 보완이 있어야 한다고 분석되고 있다.

<표 3-7>에서 보듯이 총 내방자 95,508명중 4,389명으로 4.6%가 된다. 특히 서울시가 아닌 타 시도의 내방자도 202명으로 제도의 보완과 철저한 홍보가 필요하다.

(2) 연령과 기여 조건과 관계된 내용

거주 조건을 갖추고 인구학적 조건인 연령을 갖추면 대상 자격을 얻게 되는 경우와 보험료의 납부 조건인 기여는 원인적 사실과 일정기간 이상의 납부실적이 있어야 자격을 갖추는 경우를 말한다. 특히 자격조건이 되는 연령은 국가나 지방자치 단체에 따라 또는 프로그램의 종류나 수준에 따라 다르다.

첫째, 지역보건법 제21조, 국민의료보험법 제29조, 국민의료보험법 시행령 제20조 제1항의 다음 각목에 해당하는 자로서 만40세 이상인자로 지

역피보험자중 세대주가 아닌 자는 2년마다 1회 이상 건강 진단을 실시하여야 한다고 규정하였으나, 대상의 폭을 점차적으로 넓히고 연간 단위도 축소하고, 실시 횟수도 대폭 늘리는 개선된 정책이 필요하다고 '본다.

또 지역보건법 제9조와 지역보건법 시행규칙 제15조 제1항, 국민건강증진법 제9조 제3항에서 “담배사업법에 의한 지정소매인 기타 담배를 판매하는 자는 19세 미만의 자에 대하여 담배를 판매하여서는 아니 된다”하여 19세 미만의 자는 금연 대상으로 제재의 대상이 되지만 보건소의 현재 기능으로는 단지 일부 시범학교를 지정하여 교육, 홍보에 그치는 수준의 극히 소극적인 역할만이 현실임을 아래 표에서 알 수 있다.

〈표 3-5〉 보건소의 금연사업법에 대한 전국 245개 보건소장의 향후 의견 설문 결과

세대주	보건소장 직접 수행			국민의료보험법에 의한 지정소매인 기타		금연사업	무응답
	가정	학교	농·수산물	가정	학교		
70.7%	52.1%	22.9%	2.1%	6.2%	10.4%	0.7%	5.6%

자료 : 한국보건사회연구원, 「지역단위 공공보건의료기관 기능개편방안」, 1998, p.218.

둘째, 국민의료보험법 제27조 제2항 1에서 연령이 65세 이상의 자에 대하여 요양급여의 기간을 제한하지 않는다고 하였고, 국민의료보험법 시행령 제19조에서 요양 급여 기간을 연간 330일로 한다고 하였으나, 국민의료보험법 제27조 제2항의 2에서 장애인복지법에 의하여 등록된 장애인이라고 하여 구법에서 보다 수혜의 범위를 넓혔다고는 하지만 제2항 5에서 대통령이 정하는 중한 중병으로 요양급여를 받은 자로 하였다. 동법 제27조 제2항의 4에서 폐결핵으로 요양급여를 받은 자라고 병명이 폐결핵만을 명시한 것은 질병양상의 뚜렷한 변화에 정책적 대응을 하지 못하고 있다

고 본다.

또한 국민의료보험법 제71조의 2 외국인에 대한 특례 규정과 국민의료보험법 시행령 제48조의 외국인인 피보험자는 출입국 관리법에서 체류 자격이 있는 자와의 배우자와 20세 미만의 자녀는 수혜의 자격을 인정하고 있으나 체류자격이 있는 외국인에게도 수혜(스웨덴과 같이)대상화하는 정책이 있어야 하겠다.

셋째, 생활보호법 제3조 제1항과 의료보호법 제4조 제1항과 동법 시행령 제11조 2와 제9조 제1항의 1에 해당되는 65세 이상의 자와 18세 미만의 아동은 의료복지의 수혜 대상자로 규정되어 있다. 따라서 보건소가 과거 보건소법에 의해 1차 진료담당 기관으로 아직까지도 생활보호대상자나 노인들만이 내방하며 서비스가 미약한 진료기관으로 각인 되어 있는 원인이기도 하다. 그러나 만성퇴행성 질환의 연령이 40~50대로 하향하고 있어 이에 따른 국가 정책적 차원에서의 대안이 필요하다고 본다.

〈표 3-6〉 연령별 내소자 현황('99. 1월~8월)

(단위 : 명)

연령	성별	전체	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~64	65~69	70이상
계		95,508 (100%)	27,287 (28.6%)	4,637 (4.8%)	10,337 (10.8%)	6,743 (7.1%)	6,178 (6.5%)	9,100 (9.5%)	5,738 (6.0%)	10,007 (10.5%)	15,481 (16.2%)
남		39,816	13,797	2,217	2,839	2,185	2,504	3,979	2,588	3,951	5,756
여		55,692	13,490	2,420	7,498	4,558	3,674	5,121	3,150	6,056	9,725

자료 : 성북구 보건소 잠정집계, 1999.

그러나 〈표 3-6〉에서 나타내듯이 성북구 보건소 '99. 1월~8월까지 내소자 중 65세 이상 자는 전체 내소자 95,508명중 25,488명(26.7%) 40세~64세가 22%, 특히 0~9세가 28.6%로 가장 많이 이용하며 또한 이용 연

령층이 다양화하였음을 알 수 있다.

넷째, 청소년보호법에서 규정한 19세 미만의 미성년자가 위생분야 종사자로 취업 시 위생분야 종사자 등의 건강진단 규칙에 건강진단 결과를 교부 받아야 하는데, 신청자가 19세 미만의 미성년자일지라도 전염병예방법 제8조 제2항 및 식품위생법 제26조 제1항 및 동법 시행규칙 제34조에 따라 청소년 고용금지 업소에 취업하고자 할 때 부모나 친권자의 고용금지 업소에 취업을 하지 않는다는 동의나 승낙서를 받도록 하였으나 실효성 문제가 제기 된다.

다섯째, 또 각 지방자치단체에서는 일반의료기관과의 차별화와 지역단위 공공보건의료 기관으로서의 역할을 위하여 무료 진료 시혜의 자격을 넓혀 주고 있다. 예를 들면 서울 시내 거주자인 65세 이상 노인에게는 의료보호 대상자와 거의 동일한 시혜의 자격을 부여한다거나,

또는 영·유아(만6세 미만 자)에게 B형 간염, 폴리오, 홍역, 볼거리, 풍진 등의 접종을 무료로 하는 경우와 모자 보건을 위해서 초음파, 산전검사 등 특별 연령 계층에게도 자격을 주는 정책을 펴기도 한다(각 자치단체 조례로 정한다). 앞의 제2장에서 살펴본 대로 한국인의 사인구조의 변화(〈표 2-1〉)에 따라 연령에서의 대상자 폭을 넓혀 가는 보건증진 정책이 필요하다.

(3) 소득, 자산 및 전문적, 행정적 자격 기준 관련 내용

첫째, 생활보호법 제3조 보호대상자의 범위와 동법 시행령 제2조, 제3조, 제4조에서 보건복지부장관이 소득과 자산을 매년(1년에 1회)실시하였고 생활보호법 제5조에서 보호의 기준을 세대 단위로 하여 행하되, 특히 필요하다고 인정되는 경우에는 개인을 단위로 하여 행할 수 있다고 포괄적으로 적용하도록 하였다. 또 제 5조의 최저 생계비의 결정에서 “일반국민

의 소득, 지출수준과 생활실태, 물가상승률 등을 고려하여 최저생계를 결정하여야 한다.”고 하여, 절대적 결정수준 형태의 기준을 적용하였다.

둘째, 또 의료보험법 제4조 보호대상자의 제1항 1,7의 규정과 의료보호법 시행규칙 제3조 보호대상자의 구분에서 1종과 2종으로 구분하여 수혜의 자격을 제시하고 있으며, 보건의료 분야에서 많은 수혜를 받는 계층이기도 하다. 그러나 위의 두 가지 내용에서는 그동안 많은 시행착오와 정책의 보완에도 불구하고 아직도 개선의 여지가 많다고 일선 실무자들은 지적하고 있다.

셋째, 전문적, 행정적 자격 기준은 사회복지가 발달되지 않은 국가에서 사회사업가나 의사와 같은 전문인 또는 행정관료의 판단에 따르는 것으로 20~30년 전 한국의 행태였던 것으로 판단된다.

3. 문제점

첫째, 내방 진료자중 거주지 관할을 벗어난 타 지역 주민의 진료참여가 있다. 지역보건법이나 국민건강증진법, 생활보호법, 의료보호법에서 모두 당해 지방자치 단체의 거주자라야 한다고 하였으나 서비스의 편중 현상이 일어날 가능성이 많다. 따라서 관내 거주 대상자 진료에도 인력부족 현상이 나타나고 있어 진료 서비스의 질이 떨어지는 문제가 있다.

둘째, 수혜 대상자의 범위를 점차 확대하여야 한다. 국민의료보험법, 생활보호법에서 대상자의 범위 내용 중 폐결핵 또는 단순한 질병이라고 하였으나 애매할 뿐 만 아니라 질병 양상의 변화 추세 (연령의 하향, 질병의 다양화)로 일본의 사회보장에서 보다 수혜 폭이 좁다.

셋째, 세대주가 아닌 피보험자의 건강 진단에서 연령이 높고 기간이 너무 길다는 건강 욕구의 대응문제이다. 지역보건법, 국민의료보험법과 동법

시행령에서 40세 이상자만이라고 명시하여 40세 이하인자의 건강 욕구에 따르지 못하고 있다.(40세 이하인자도 B형 간염검사는 실시한다.)

넷째, 수혜 대상자 선정과 부과에서 비과학적 기준을 적용하는 것이다. 의료보험 가입자만 형평성이 유지되는 의료보험 부과방식을 내놓을 수 없다는 데 문제가 있다. 정부에서는 단일 의료보험 부과 방안은 불가능하다는 입장이다. 법에서는 소득에 대해서만 의료보험료를 부과한다고 명시하였다. 보건복지부에서는 자영자의 소득이 잘 반영되는 부과 방식으로 전화세, 전기세, 자동차 종류 등의 지출을 활용해 부과하지만 난제중의 하나이다. 자영자 소득 파악률이 낮은 일본은 소득, 재산, 가구원수를 감안해 직장인과 분리해 별도의 관리를 한다. 또 의료보호의 기초인 생활보호자 선정에서도 우리 나라 세법체계에서는 아직도 이전 소득 파악이 곤란하고 금융기관에서의 예금현황 파악이 안되고 있어 형평성 문제의 소지가 계속 상존하고 있다.

제2절 대책(Provision)영역

대책영역이란 보건 의료 수혜 대상자가 받는 여러 가지 행정적 사항과 여러 관련법에 명시된 각종 프로그램을 제공받는 것을 포함한다. 건강은 단지 질병이 없는 소극적인 상태가 아니라 건강유지나 증진을 위해 생활을 윤택하게 만들고 질적인 생활을 추구하는 적극적인 상태를 말한다. 그러나 개인의 노력으로는 최적의 건강상태를 유지거나 보다 나은 건강 상태를 증진시키기란 어렵기 때문에 공중보건, 지역사회보건이란 용어가 출현하게 되었고, 그 대표적인 역할을 하는 곳이 보건소인 것이다. 따라서 보건소의 보건증진 정책과 관련된 주요 프로그램 내용들을 평가해 보겠다. 즉 만성 전염병 관리 등의 방역사업과 모자보건, 방문보건 등 가족보

건사업, 보건, 의약 정책의 의료기관과 약업소 관리, 만성퇴행성질환, 정신보건, 노인보건 관리 등을 평가해 보겠다.

1. 보건소의 주요 프로그램

1) 방역사업

급, 만성 전염병관리와 AIDS관리 업무를 평가해 보겠다. 과거 사망원인에서 높은 비중을 차지했던 전염병은 항생제와 백신의 개발과 생활환경 및 의식의 향상으로 인해 그 발생이 계속 감소하고 있다. 질병 양상이 비전염성 질환 위주로 비중이 옮겨감에 따라 상대적으로 소홀히 다루기 쉬우나 최근 전염병 발생 양상이 달라지고, 새로운 전염병이 등장하여 많은 사람이 감염되고 있어 사회적 관심이 모아지고 있다.

전염병은 관리에 따라 피해를 많이 보거나 또는 보호가 가능하기 때문에 국가적 차원의 정책이 필요하다고 할 수 있다. 제1종 법정 전염병은 신속한 방역활동이 요구되어 환자 격리 수용이 필요하고, 제 2종 전염병은 급성 전염병이기는 하나 격리 수용은 불필요하고, 제3종 전염병은 만성 전염병군으로서 국민 보건상 사회적 비중이 큰 군이라 할 수 있다.

효과적인 전염병 관리를 위해서는

첫째, 전염병 발생 추이를 초기에 정확하게 파악할 수 있도록 “전염병

감시 체계”를 확립해야 하고,

둘째, 정기예방 접종 및 임신 예방 접종을 지속적으로 실시하여야 하며,

셋째, 환자 발생에 따른 각종 전염병의 확산 방지 및 조기 치료를 위한 적절한 관리 대책이 있어야 한다.

대책으로는,

① 전염병 감시 체계를 운용하고 있다. 전국적으로 약 23,000여명의 민간인 질병발생 모니터 요원을 위촉하여 환자 발생 시 일차적으로 보건소의 역학 조사반이 출동하여 감염원을 추적해서 질병 전파 예방에 대처하고 있다.

② 전염병 및 예방접종 감시체계 개발사업을 실시하고 있다. 예방 접종 전문가의 의견을 수렴하여 예방접종 지침을 마련하고 있다. 또한 생활보호 대상자와 65세 이상 노인 계층, 만 6세 이하 영·유아에게는 무료로 예방접종을 실시하고 있다. 결핵관리에서도 접종효율이 높은 영유아 및 미취학 아동의 저 연령층을 대상으로 하여 보건소에서 무료로 예방접종을 실시하고 있다. 해당 연령 때 미접종자는 초등학교 1학년 때 접종하도록 하고 있다.

또한 예방 홍보사업의 내실화를 위하여 예방 요령을 국민에게 알리고, 유행예측사업을 강화하여 경보 발표를 하는 등 조치를 하고 있다.

③ 전염병환자 발견과 등록 치료가 중요하다. 1997년 말 현재 52,997명이 보건소에 등록 치료하고 있어 감소 추세이기는 하지만 등록 치료의 기피로 초기 치료에 실패하는 사례가 있다. 아직도 외국과 비교하여 유행률과 환자수가 높은 실정이다. 이 경우에도 보건소에서 누구에게나 무료로 검진하여 치료해 주고 있다.

④ 급증추세의 AIDS의 국내 확산 방지를 위해 홍보만이 유일한 방법이다. 예방에 대한 올바른 인식의 부족, 사회의 부정적 인식, 예방에 대한 개인 책임의식의 부족 등이 문제이다. 1989년부터 보건소등에서 검사 받기를 원하면 무료로 하고 있으며, 익명 검사제도를 활성화하여 신분 노출을 최대한 보호하고 있다. 1998년 3월 현재 총 감염자는 776명(남678, 여98)으로 1999년 현재는 1,000명이 넘었으리란 것이 전문가들의 의견이다. 생활이 어려운 감염자는 보건소에서 상담과 보건교육을 실시하고,

전문기관과 연계하여 진료를 하며 진료비는 전액 무료이고 생활 곤란자는 생활보호 대상자로 생계 지원도 하고 있다.

⑤ 성병 감염자도 보건소에 등록하여 정기적인 검진을 받게 하고 있다. 성병 치료 지정기관은 보건소, 보건소 관할 성병진료소 (전염병예방법 제 24조 제2항의 규정에 의해 설치, 가칭 “부녀자 건강관리 센터”, 보건소 운영) 성병간이 진료소 (전염병 예방법 제24조 제1항의 규정에 의해 설치, 운영주체는 보건소, 기술전담은 한국건강관리협회)가 있다.

2) 가족보건 정책

가족 보건정책에서는 모자보건, 인구정책, 건강증진, 방문보건 사업에 대하여 평가하겠다.

(1) 모자보건

개인의 건강을 유지, 증진시키는 노력에는 후천적으로 학습을 통한 보건지식과 습관화된 건강 행위가 중요하다. 또 선천적인 체질과 건강정도에 의한 개인의 저항력의 차이에 영향을 받는다. 선천적인 영향을 태아에서부터 모체의 건강 정도에 따라 좌우되며 출생 후 평생의 건강을 좌우하게 될 수도 있다. 모체의 건강이 태아의 건강이며, 영아나 유아의 건강이 된다. 모자 보건사업이야말로 국민건강을 위한 근원이라 할 수 있다. 모자 보건의 목표는 모든 임신부에게 건강을 유지 증진하고 영·유아 보건에 대한 지식을 습득시키며, 정상분만 및 건강한 출산을 하도록 한다. 다음 모든 어린아이로 하여금 가정내의 건전한 환경에서 사랑과 보호를 받으며 성장하게 하고, 적당한 영양과 건강지도로 출생이전, 이후의 모자에 대한 보건관리에 의하여 사망률과 이환율을 감소시키는데 목적이

있다고 할 수 있다.

보건소에 모자 보건관리 등록자수(1997년 말 현재)는 임신 71,864명, 영유아 348,064명이며, 건강진단 임신부는 18,713명으로 등록자수의 26.0%, 영유아의 건강진단의 경우는 348,064 명으로 5.4%에 불과하다. 광의의 모성 인구는 가임 여성으로 15세에서 49세 사이 여성을 의미하지만 협의의 모성인구는 현재 임신, 출산 중인 여성, 출산 후 산욕기에 있는 여성, 수유 중인 여성만을 말한다.

모자보건 지표 중 모성 사망률, 영아 사망률과 주 산기 사망률이 있는데 영아사망률의 대부분이 신생아기에 일어나며, 후진국의 경우 영아 사망률이 높게 나타나므로 건강 수준 뿐 아니라 그 나라의 국민 생활 수준, 문화 수준을 나타내는 지표로도 사용된다. “1999년 세계인구 현황 보고서”에 의하면 한국은 영아 1천 명당 사망자수는 9명으로 일본의 4명에 비해 높은 편이다.

그 대책으로는,

① 혼전관리로 결혼 전 건강 진단을 받게 하고 있으며, 산전관리로는 총괄적인 임부의 관리로 주기적인 검진, 산전관리에 대한 교육을 실시하고 있다.

② 출산 및 산후관리로는 태아가 모체 밖으로 만출 되는 것과 분만 후 임신 전 상태로 회복되는 때까지 6~8주간 관리를 실시하고 있다.

③ 영유아에 대해서 기본 예방 접종을 실시하여 전염병과 선천성 기형아 발생을 예방하며 특히 신생아 397천명에 대해 선천성 대사 이상검사를 실시하며, 홍보 활동도 강화하고 있다. 이들에 대한 검진 및 예방 접종은 정부 지원으로 모두 무료이다.

(2) 인구 정책

한국의 인구 정책은 1960년 초부터 범정부적 차원에서 출산억제위주의 추진으로 그 결과 1980년대 중반에 인구 증가율 1% 미만, 합계 출산율이 2.1% 이하로 저하되어 인구증가 억제를 조기에 달성하였다. 그러나 저 출산으로 노령인구의 급속한 증가와 출생성비 불균형과 인공 임신 중절의 만연, 청소년의 성 문제 등 사회문제가 발생하고 있다. 1996년 이후부터는 인구의 자질과 삶의 질 향상에 역점을 두는 정책으로 전환하였다.

① 인구의 고령사회 대비

1995년도 실시한 인구센서스 결과에 의하면 정부 주도의 강력한 가족 계획 사업으로 인구 증가율이 1% 미만으로 둔화 현상을 보이고 있다. 향후 인구 구조를 살펴보면 0~14세 인구는 계속 감소 전망이고, 65세 이상 인구는 1990년도 5.1%에서 2020년에 13.2%로 증가가 전망된다.

〈표 3-7〉 주요 인구지표 현황 및 전망

	1980	1985	1990	1995	2000	2020
총인구(천명)	38,124	40,806	42,869	45,093	47,275	52,358
자연 인구 증가율(%)	1.42	0.96	1.01	1.01	0.83	0.19
합 계 출산율(명)	2.73	1.70	1.60	1.74	1.71	1.80
연령구조 (%)						
· 0 ~ 4세	34.0	30.1	25.6	23.4	21.7	17.2
· 15 ~ 64세	62.2	65.6	69.3	70.7	71.2	69.6
· 65세 이상	3.8	4.3	5.1	5.9	7.1	13.2

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 1996.

특히 노인인구의 비율이 7% (고령화 사회)에서 14%(고령 사회)로 되는 기간이 일본은 26년, 영국이 45년, 한국은 22년이 소요되어 이미 선진 외국은 오랜 기간 고령 사회에 대처해 왔으나 시급한 준비가 요망된다.

〈표 3-8〉 노인인구 증가속도의 국제 비교

	일본	미국	영국	프랑스	서독	스웨덴	한국
7%	1970	1945	1930	1865	1930	1890	2000
14%	1996	2020	1975	1980	1975	1975	2022
소요연수	26	5	75	115	45	85	22

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 1996.

② 청소년 성교육, 성 상담사업

심각한 사회 문제로 부각되고 있는 청소년의 성 문제 해결을 위해 1997년부터 보건소에서 청소년을 대상으로 성교육, 성 상담 사업을 실시하고 있다. 1998년 6월말 현재 보건소에서 1,311천명에게 성교육을 실시하고 64천명에게 성 상담을 실시하였으나 전문가가 부족한 문제가 있다.

이의 대처 방안으로 보건직 등으로 3주간의 단기교육 이수 후 강사 요원으로 활용하고 있는 실정이다.

(3) 건강증진

건강증진 사업은 국가마다 그 국가의 처한 환경을 중심으로 개념을 약간씩 달리하며 사업과 제도가 달라진다고 하겠다. 예컨대 미국에서는 「Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives」라는 보고서를 발간하여 건강 증진 사업을 국가보건사업의 중심으로 하여,

첫째, 예방 가능한 사망과 불구의 감소로 건강한 삶의 연장과 삶의 질 향상
둘째, 한 사회를 살아가는 사람들간의 건강에 관련되는 불평등 완화

셋째, 모든 국민의 예방 보건 서비스에 대한 접근 방법을 들고 있다.

이러한 개념에 따라 미국은 건강증진, 건강보호, 보건예방서비스, 감시체계 및 자료관리 등을 주요사업 분야로 하고 있다. 일본의 경우도 건강증진을 주요 사업으로 택하여 국민각자가 자기 건강은 스스로 지킨다는 자각을 이념으로 하여 건강 가꾸기 운동을 전개하여 먼저 건강진단 제도의 충실, 시·정·촌 보건 센터의 정비, 시·정·촌 보건요원의 배치 등 기초적인 정비를 한 토대 위에 영양, 운동, 휴식의 3가지를 건강 증진의 기본요소로 하여 사업과제를 설정하고 있다.²³⁾

정부는 1995. 9. 1부터 국민건강증진법을 시행하여 건강증진 사업을 법국가적으로 추진할 수 있는 기본적 틀을 완성하였다고 할 수 있다. 즉 국민의 건강을 증진하기 위하여 누가, 무엇을, 어떻게 하여야 한다는 국가정책을 적극적으로 공표 하였다. 건강증진법 제19조에 시장, 군수, 구청장은 지역주민의 건강증진을 위하여 보건소장으로 하여금 보건교육, 영양관리, 건강 검진 등 건강증진 사업을 수행할 수 있도록 규정하고 있다.

따라서 건강증진 활동으로 개인 기술의 강화와 지역사회 활동의 강화, 지원환경의 구축, 건강에 이로운 공공정책의 개발, 기존 서비스의 개혁 등을 들고 있다. 한국의 경우도 1996년 현재 보건소를 통해 국가가 추진하고 있는 건강증진 사업의 목표는 주민들의 건강의식 및 행동변화를 유도하여 스스로 자신들의 건강을 관리할 수 있도록 지원하고 있고, 접근 방식으로 교육적 접근, 예방 의학적 접근, 보건 환경적 접근을 택하고 있다.²⁴⁾

23) 이규식, 「지방자치화와 보건소의 지역사회 건강증진 사업계획」, 지역사회 건강증진을 위한 지방정부의 역할에 관하 심포지엄, 인제대학교 보건과학연구소, 1996, pp.45~51.

24) 보건복지부, 「보건복지백서」, 1998, p.154.

그러므로 앞으로 건강증진 사업을 위해 보건소에서 개발해야 할 주요 사업내용은

- ① 지역사회 주민의 건강 생활 수준제고 : 절주, 금연, 동, 영양
- ② 평생 건강관리 사업 : 건강검진, 처방
- ③ 지역사회의 참여 유도
- ④ 중앙의 기술적 지원사업 : 보건 교육, 홍보 자료 개발, 보건요원의 훈련, 사업관리 정보체계 개발, 사업 평가 지도
- ⑤ 기존 사업의 강화 : 응급의료, 물리치료, 정신보건, 가정간호, 사회복지 서비스 등으로 볼 수 있다.²⁵⁾

그리고 특히 국민 영양 사업의 경우 우리가 일상적으로 섭취하는 영양소의 균형을 통하여 건강한 신체를 유지하기 위한 기본적인 요소로 국가적으로 경제 사회 발전의 원동력이 되고, 인적 자원을 질적으로 향상시키는 주요 요소로서 중요성이 강조되고 있다. 1995년 국민건강증진법 제정으로 매년 실시하던 국민 영양 조사가 매3년 주기로 변경되어 1998년 첫 국민영양 조사를 실시한 바 있었다. 이 사업으로 건강 상태와 영양 섭취 상태를 연계 조사하여 정확하고 합리적인 기초 통계 확보로 건강 증진 관련 정책의 독립과 질병관리 예방 프로그램의 개발에 활용할 계획이라고 한다. 보건소에서는 식단 전시회, 담당자 교육 실시 등으로 대책마련중이나 아직은 미흡한 단계이다.

(4) 방문보건

방문 보건 사업은 지역사회 보건증진 사업의 하나로, 간호사에 의하여

25) 이인숙, 「보건의료 환경 변화에 따른 지역사회 간호사업의 방향」, 보건간호소식, 5월호, 1998, p.64.

지역 담당제로 실시되며, 가족을 하나의 단위로 보고, 방문간호나 보건 교육을 통하여 포괄적이고 지속적인 의료 서비스를 제공하는 것으로 지역 주민의 건강을 유지하고 증진시키는 것을 목적으로 하는 사업이다.²⁶⁾

국민 누구나 포괄적인 보건의료의 형평성과 동등한 접근 도를 유지하여 질적인 삶을 유지하며 궁극적으로는 복지 사회를 실현하고자 보건소를 중심으로 하는 하나의 보건의료 제도이다.²⁷⁾ 한국의 보건소는 지금까지 예방접종, 결핵 관리 등 전염병 예방과 관리, 가족계획, 모자보건, 일차 진료에 치중해 왔으나, 생활의 수준의 향상, 건강에 대한 인식과 요구가 증가하고 있으나 2~3차 의료시설이나 고급의료 장비를 갖춘 의료기관에는 접근이 어렵기 때문에 저소득층 주민은 건강 문제를 상담할 전문인을 찾게 되는데 이에 따라 질병 치료 중심의 의료정책을 건강증진 방향의 정책 변경으로 지역 주민의 건강 형평과 실천적 본보기로서 방문간호사업이 절대적으로 필요하다.

이러한 사업이 우리 나라에서는 1963년도 WHO에 의해 충청남도에 시범 사업으로 시작되었고, 1985년에 정부의 관심부족으로 중단되었다가 1993년부터 다시 방문보건사업이 확대 실시되어 오늘에 이르고 있다. 방문보건 사업은 가족 단위의 건강증진 및 질병예방 활동 강화, 발견된 환자에 대한 직접 관리 및 의뢰, 균등한 의료서비스 제공과 문제점의 연계처리에 목적이 있다.

이러한 방문보건 사업의 이점으로는 첫째, 가족전체의 건강관리가 가능하며, 사업의 중복성을 피할 수 있어 경제적이다. 둘째, 동일 인력을 투입하는 경우도 사업의 양과 질을 높일 수 있어 사업의 경제적 효율성을

26) 보건간호사회, 「지역사회 진단 및 사업계획서 작성의 실제」, 1993, p.12.

27) 이경식, 「일차 보건의료화 지역사회 간호학」, 대한간호학회, 1980, pp.50~52.

제고할 수 있다. 셋째, 지역 분담제로 건강 문제를 쉽게 발견할 수 있다. 넷째, 지역의 수시 방문(서울시의 경우 월2회)으로 환경문제 및 지역 주민이 가지고 있는 잘못된 건강 습관을 상담이나 교육을 통하여 변화시킬 수 있다. 다섯째, 지역 주민의 요구에 맞는 실질적 사업이 가능하며 보건사업의 근접성을 유지할 수 있어 주민의 건강문제진단이 용이한 포괄적인 보건 의료 서비스 제도로 할 수 있다.²⁸⁾ 지방자치단체마다 다소 차이는 있으나 방문 시 투약 등도 일체 무료로 제공되며, 대상은 의료 보호 대상자와 저소득층 주민을 중심으로 실시한다.

3) 보건 및 의약 정책

(1) 의료기관

이 분야에서는 의료기관의 지도와 약업소 지도, 마약류 홍보 지도 업무를 평가하도록 하겠다.

민간 의료기관은 보건소와는 업무처리 과정에서 부분적으로 연계되고 있으며, 앞으로는 보건소 기능의 한계로 민간의료 기관과는 밀접한 관계일 수밖에 없다. 1997년 말 현재 병원 급 이상 의료기관수는 886개소이며, 병상 수는 169,968개이다. 이중 민간 병원은 820개소 (전체의 92.6%)이고, 병상 수는 148,539병상(전체의 87.4%)으로서 대부분 민간부문이 차지하고 있다. 이렇게 민간부문에 의존도가 높고 도시 지역에 편재되어 도시지역은 의료자원이 남는 반면 농촌지역은 절대 병상이 부족한 실정이다.

또 의료서비스의 수준도 농촌은 도시 지역에 비해 상대적으로 낮은 편

28) 김영리, “보건소 지역방문 보건사업 활성화 방안에 관한 연구,” 국민대학교 행정대학원 석사학위논문, 1995, p.8.

이다. 그리고 전체 병원의 78%를 차지하는 중소병원은 의료전달체계상의 기능이 애매하여 경영이 어려운 실정이다. 반면 이러한 민간 기관의 편재 현상으로 보건소의 역할이 더욱 중요하다고 할 수 있다. 보건소의 지역별 분포를 보면 민간의료기관이 적은 지역에 보건소가 설치되어 있음을 알 수 있다.(<표 3-9> 참고)

또 한편 응급의료 체계구축이 필요하다. 응급환자 특히 중증의 외상환자는 높은 사망률과 또한 예방 가능성도 가지고 있다. 우리 나라는 매년 구급차 출동이 필요한 응급환자가 약 200만명 정도 발생하는 것으로 추정되며, 약 40% 정도는 예방 가능한 사망 환자였다. 빼놓을 수 없는 사항은 정보화의 새 천년을 맞아 민간의료기관과 보건소의 상호기능의 보완 역할이 필요하다고 본다.

이의 보완책으로 각 지역 응급구조단 역할이 있으나, 항구적인 정책적 대안이 필요하다.

(2) 약사 및 마약류 지도

약 업소의 지도 점검으로 부정 불량 의약품 등의 유통과 무자격자의 의약품 판매 행위를 조절하고 마약류의 폐해에 대한 경각심을 고취시키기 위해 홍보, 계몽 활동과 마약류 취급업소를 중점 점검하여 지역 주민의 건강을 보호하고 있다. 특히 마약류 약물남용은 산업화와 도시화의 사회적 요인 등 복합적인 요인으로 급속하게 증가하고 있어 커다란 사회문제가 되고 있다. 교육 및 홍보의 강화는 물론 효과적인 예방 프로그램도 병행함이 최선의 정책이라 하겠다.

〈표 3-9〉 보건소 등 설치 현황

(‘98. 7. 1. 현재, 단위: 개소)

구분	계	보건소			보건지소	보건진료소
		총계	보건소	건강의료원		
계	3,593	245	228	17	1,314	2,034
서울	25	25	25			
부산	30	16	16		8	6
대구	26	8	8		8	10
인천	62	10	10		22	30
광주	21	5	5			16
대전	19	5	5		6	8
울산	32	5	5		14	13
경기	3,358	38	38	1	133	186
강원	250	18	16	2	94	138
충북	273	12	12		96	165
충남	418	15	13	2	160	243
전북	417	15	12	3	144	258
전남	579	22	18	4	212	345
경북	578	25	22	3	223	330
경남	443	21	19	2	182	240
제주	62	4	4		12	46

자료: 보건복지부, 「보건복지 백서」, 1998, p.182.

최근 청소년 학회(1996)가 조사한 청소년 약물 남용 실태 연구에 따르면 중·고등학생의 약 3.1~3.8%가 본드, 가스 등 흡입제를 0.2~0.7%가 대마초를, 0.2%가 히로뽕을 사용해 본 경험이 있는 것으로 나타났다. 또 한국마약 퇴치운동본부 인천지부가 약물 남용실태를 조사한 결과 5.5%가 부탄가스 및 본드 등 환각 흡입 물질을, 1.4%가 대마초를, 0.8%가 히로뽕을 경험한 적이 있다²⁹⁾는 보고는 심각한 사회문제임을 말해주고 있다.

더욱 미국 클린턴 정부는 전세계에 코카인을 독점 공급하는 중·남미

29) 이윤로, 「청소년 약물 남용의 원인과 치료」, 문음사, 1997, p.3.

현지에서의 단속을 통해 마약공급을 차단하겠다는 전략이었으나, “미국의 대 마약정책은 실패했다”고 공언하고, “미국등 선진국의 소비증가가 더 큰 원인”이라는 평가는 새로운 전략수립 필요성의 강조와 마약과의 전쟁의 실패(경향신문, 1999. 11. 6자 보도)가 한국 보건의료 복지정책과 보건소의 역할에 시사하는 바가 크다

이와 선진국들의 마약정책의 실패와 같이 사용하는 사람과 연령에 구분 없이 늘어나고 있으며, 사용하는 마약의 종류도 다양해지고 있어 이에 대한 바람직한 정책이 있어야 하겠다. 그리고 약사업무중 전염병 관리 체계의 한 축으로, 또 지역보건법과 국민건강증진법에서의 보건소 업무의 자문 및 협의체의 한 부분을 담당하는 역할의 연계기능을 갖게 하여야 하겠다.

4) 만성퇴행성 질환, 정신보건, 노인보건 관리

(1) 만성 퇴행성 질환관리

만성 퇴행성 질환(chronic degenerative disease)은 20대 후반이나 30대 초반에서 나타나기 시작하여 연령이 더해가면서 빈도가 증가하며 노화와 더불어 난·불치병으로 되어 결국 불구나 무능력 상태 및 기능 장애 등 심각한 문제의 질환으로 성인병이라고 한다. 이는 스트레스와 운동부족, 공해, 식생활의 가공 식품 화에 원인이 있다는 것이다. 이 질환은 자각증상이 없이 진행되어 조기 발견이 어려워 예방이 중요하다. 그리고 만성퇴행성 질환에 대한 조기 검진과 치료체계를 확립하며, 취약 계층에 대한 무상의료 서비스 제공 등의 정책이 필요하다. 이 부분의 질환의 예방을 위한 기초 통계도 미흡할 뿐만 아니라 민간의료기관 마저도 저급한 통계 수준으로 활발히 연구 중에 있다. 전국 보건소 중 최초의 고혈압 관리 사

업을 4개년 계획으로 민간의료 기관과 연계하여 추진하는 성북구의 사례를 간략히 소개하겠다.

■ 사례 1 ■

추진기간을 1999년부터 2002년까지 4개년 계획으로 1차 년도인 1999년 초 성북구를 방문하는 민원인 5,400명을 대상으로 실시한 결과 그 중 약 40%가 고혈압 환자로 판명되었다. 고혈압 환자로 판명된 40%중 약 5%자만이 고혈압 치료 등 자기 관리를 하고 있으며, 나머지 35%정도는 전혀 관리하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 35%의 고혈압환자로 판명된 자는 고혈압 치료에 대한 집단 교육과 지속적 홍보를 실시 중에 있으며, 관내 결연 대학의 관련학과와 연계하여 보건소 내방자 중심으로 교육과 홍보를 수시로 실시하고 있다.

다음 2단계 사업으로 30대 이상 주부를 대상으로 성북구 지역 내 30개 동 중 2개 동을 무작위로 선정한 3,500여명을 대상으로 가족들에게 고혈압에 대한 우편 설문을 실시한 후 점차 전지역으로 확대하여 성북구 관내의 고혈압 환자의 파악과 이들에 대해서 체계적인 치료 방법에 대한 교육과 홍보를 실시한 후 그 결과를 평가하여 민간의료 기관과 연계하여 전국으로 확산 보급하는데 목적을 두고 추진중이다. 이렇듯 아직까지 이 분야는 기초단계의 수준인 실정이다.

(2) 정신보건

근래의 건강의 개념은 단지 질병이 없는 소극적 상태가 아니라 건강유지나 증진을 위하여 생활을 윤택하게 만들고 생산적인 삶을 추구하는 적

극적인 상태인 것이다. 정신보건은 정신건강에 관한 보건을 포괄하며 정신건강의 회복, 유지, 증진에 필요한 모든 지식과 기술, 실천을 포함한다. 그 범위는 개인의 정신적 건강의 유지와 증진 문제, 정신병적 결함으로부터의 회복을 위한 모든 문제가 포함된다.

정신보건에 대한 최초의 개념은 미국의 Clifford Beers(1876~1943)가 자신의 정신병원에서의 체험을 담은 "A mind that found itself" (1908)를 출판한 것을 계기로 이루어졌다. 그리고 정신보건에 관한 법률이 세계 각국에서 제정 공포되었는데 1960년에 이르러 전세계적인 인권운동과 1950년대 제시된 지역사회중심의 정신 보건체계로 전환되었다.³⁰⁾ 정신보건의 문제로 정신장애, 청소년, 노인문제, 성 문제, 자살문제, 알콜·흡연문제 등 있으나 인간은 누구나 그 자신의 정신 건강의 유지와 증진을 위해 노력해야 하고 또 사회로부터 보장받아야 한다. 정신 장애적 질병 상태에 놓였다면 보다 적극적으로 치료에 참여하여야 하며, 건강의 회복을 통해 건강을 취할 권리가 있다. 개인은 가족과 사회와의 관계를 통해 병리적 요소를 제거하여야 한다.

따라서 지역 사회의 정신보건은 개인의 치료적 과정을 통해 회복되는 것도 중요하지만 지역 사회가 정신적 건강에 기여하는 바도 크다. 이의 실현을 위해 예방과 진단, 치료, 재활, 교육 등이 포함하여 건강한 지역 사회의 목표를 실현하여야 한다. 1997년 말 현재 정신질환으로 치료를 받고 있는 인구는 전 인구의 2.16%인 997천명으로 추정되고, 이중 11.6%인 115천명이 입원치료를 요하는 것으로 추정되고 있다.

전국의 정신의료기관을 살펴보면('97. 12월말 현재) 593개소로 병상 수는 28,551개이다. 지속적인 장기 입원과 수용위주로 정신보건서비스 체계의 비효율성을 심화시키고 있다. 따라서 이 부족은 보건소의 역할로써 보완되어야 한다. 서울시 보건소의 경우 25개소 중 7개소만이 상담, 교육, 재

30) 예민해 외, 「공중보건학」, 계축문화사, 1996, pp.380~381.

활 프로그램을 마련하여 운영중이며, 직업 재활에도 노력을 하고 있다. 보건소에서는 관내 거주 대상자에게 등록하여 무료 시혜를 받을 수 있다. 현재는 민간위탁 운영체제로 지역주민의 관심사업 중의 하나이기도 한 사업으로 평가되고 있다.

(3) 노인 보건 관리

우리 나라는 급격한 산업화와 보건위생의 개선으로 인구의 노령화가 급속히 진행되고 있다. 1998년 현재 65세 이상의 노인 인구는 전체 인구의 6.6%인 305만 명이나, 2000년에는 7%를 넘어 고령화 사회(aging society)로 진입하고, 2022년에는 14%를 넘어서 고령사회(aged society)가 될 전망이다. 특히 노인인구의 비율이 7%(고령화 사회)에서 14%(고령 사회)로 되는 기간이 프랑스 115년, 미국은 75년, 일본이 26년인데 비해 한국은 22년밖에 걸리지 않을 것으로 전망된다. 선진국은 오랜 기간 고령화에 대비했으나 한국은 준비가 시급함을 뜻한다.

고령화 사회는 결코 노인의 질병만이 문제가 되는 것이 아니다. 노인들이 기쁨과 삶의 보람을 가지고 살아 갈 수 있고, 젊은 세대가 기꺼이 노인과 같이 생활 할 수 있는 사회로서 노인들이 만족한 생을 영위하여 천수를 누리게 하는 사회여야 한다. 따라서 노인만의 문제가 아닌 사회 전체의 문제로 모두의 과제라는데 의의가 있다. 노인에게는 병적 노화와 생리적 노화로 구별되는데 2/3이상이 질환을 가지고 있다는 사실이 보고되고 있다. 노인 질병의 특징을 살펴보면,

- ① 병인이 불분명하고,
- ② 발병시기가 불분명하며 서서히 만성으로 이행하며 점차 중병의 기능 장애로 발전하며,

- ③ 동일한 질병이라도 성인병과 노년기와의 병상 및 임상형태가 다르고,
- ④ 합병증을 일으키기 쉽고, 병명이 복잡해 질 경우가 많다.

특히 노인 중 영세가구에 대해서 성북구의 사례를 살펴보겠다.

사례2

성북구 보건소에서는 1998. 8. 17~10. 17까지 보건의료복지 서비스 요구도가 높은 인구 집단인 법정영세민(거택 및 자활보호대상자)가구 총 1,579가구 중에서 동, 통별로 무작위 층화 표본추출법으로 50%에 해당하는 789가구를 선정하여 65세 이상 노인 443명중 253명(57.1%)과 노인시설 수용 50명중 39명(78%)을 대상으로 노인 영세민의 보건의료 실태를 조사하였다.

① 일반건강상태

자신의 전반적인 건강상태가 좋다고 응답한 노인은 조사대상자의 6.3%에 불과하였으며, 73.9%는 나쁘다고 응답하여 낮은 평가를 하고 있다. 같은 문항을 사용한 전국 조사결과(한국보건사회연구원, 1998)에서는 좋다고 평가한 노인은 24.6%, 보통 16.5%, 나쁨 58.9%로 보고하고 있다. 이런 결과를 비교해 보면, 노인들이 자신의 건강수준을 대체적으로 부정적으로 보는 경향이 있지만, 영세 노인들의 전반적인 건강수준이 더 낮은 것으로 판단해 볼 수 있다.

성별로는 자신의 건강이 좋지 않다고 응답한 경우가 여자 노인이 73.9%, 남자노인이 66.7%로 여자 노인이 남자 노인에 비해 약간 높았으나 유의미한 차이를 보이지 않았고, 연령별로는 전반적인 건강인식에 있어서 큰 차이를 보이지 않았다.

가구 및 부양형태별로 보면, 건강상태가 나쁘다고 응답한 경우가 자녀에 의존하여 살고 있는 노인들에서 가장 많았고(81.8%), 다음으로 독거노인들이 많았다(75.0%)

〈표 3-10〉 노인 영세민의 특성별 건강상태 평가

(단위 : 명)

영세민 특성		일반 건강상태		
		전 체	보통	나쁘
전 체		16(6.3%)	50(19.8%)	187(73.9%)
성 별	남	2(6.1%)	9(27.3%)	22(66.7%)
	여	14(6.4%)	41(18.6%)	165(75.0%)
연 령	65-69세	1(2.2%)	9(19.6%)	36(78.3%)
	70-74세	6(7.1%)	19(22.4%)	60(70.6%)
	75-79세	8(12.9%)	13(21.0%)	41(66.1%)
	80세 이상	1(1.7%)	9(15.0%)	50(83.3%)
가 구 형 태	독거노인	11(6.7%)	30(18.3%)	123(75.0%)
	노인부부	1(4.0%)	8(32.0%)	16(64.0%)
	자녀동거	-	6(18.2%)	27(81.8%)
	기타	4(12.9%)	6(19.4%)	21(67.7%)

자료 : 성북구 보건소, 「1998, 성북구 지역사회 정신보건 사업 실행보고서」, 1998, p.93.

② 정신건강

영세 노인의 24.2%가 자신의 정신적 건강상태가 좋다고 응답하였으며, 37.7%는 보통 수준, 38.5%는 나쁘다고 응답하였다. 일반건강에 비해 더 높은 수준을 보여 주고 있다. 건강상태와 마찬가지로 여자 노인(38.8%)이 남자노인(36.4%)에 비

해 정신적 건강상태를 더 나쁜 편으로 응답하였으나 통계적인 차이는 없었고, 연령별로는 일반건강 상태와 마찬가지로 통계적으로 유의미한 차이는 없었다.

가구형태별 건강상태 평가는 일반 건강상태에서는 큰 차이를 보이지 않았으나, 정신적 건강상태에서는 차이를 보이고 있다. 자녀동거 노인가구(57.6%)나 기타노인가구(51.6%)의 노인들이 다른 가구형태의 노인들보다 자신의 정신건강 상태를 더 나쁘다고 응답했다.

〈표 3-11〉 노인 영세민의 특성별 주관적 건강상태 평가

(단위: 명)

질문특성		일반 건강 상태		
전 체		충분히 좋음	보통	나쁨
		61(24.2%)	94(37.3%)	97(38.5%)
성 별	남	7(21.2%)	14(42.4%)	12(36.4%)
	여	54(24.7%)	80(36.5%)	85(38.8%)
연 령	65-69세	11(23.9%)	19(41.3%)	16(34.8%)
	70-74세	20(23.8%)	31(36.9%)	33(39.3%)
	75-79세	17(27.4%)	26(41.9%)	19(30.6%)
	80세 이상	13(21.7%)	18(30.0%)	29(48.3%)
가구 형태	독거노인	46(28.2%)	62(38.0%)	55(33.7%)
	노인부부	2(8.0%)	16(64.0%)	7(28.0%)
	자녀동거	5(15.2%)	9(27.3%)	19(57.6%)
	기타	8(25.8%)	7(22.6%)	16(51.6%)

자료 : 성북구 보건소, 「1998, 성북구 지역사회 정신보건 사업실행보고서」, 1998, p.93.

③ 신체 장애

조사대상 노인의 40.3%가 신체적 장애를 보였으며, 이 중 기능 이상이 54.5%로

높은 비율을 차지하였고, 전신마비 0.4%, 반신 마비 4.0%였다. 신체장애는 이로 인하여 일반 건강상태뿐 아니라 정신건강상 부정적인 영향이 있기 때문에 치매와 별도로 중요한 의의가 있음을 지표로 확인할 수 있다.

④ 일상생활 장애일수

지난 6개월간 일상생활을 못 할 정도로 아팠던 적이 있는 노인은 25.3%였고, 입원요양이 필요했던 노인은 13.4%였다. 이와 같이 병상 의존율이 높은 노인 인구는 이에 대한 재가복지 서비스가 절실히 필요한 인구로 볼 수 있다.

성별, 연령별, 교육 수준별 병상의존도의 차이는 뚜렷하지 않았고, 노인가구 형태별로는 유의미한 차이가 있었다. 독거노인의 일상생활 장애율이 가장 낮은 것은 일상생활 장애 정도에 따라 시설 및 기타 사회적 지지체계에 의존하게 되는 노인들의 실상을 감안하여 이해해 볼 수 있다.

〈표 3-12〉 노인 영세민의 지지체계와 일상생활 장애일

구분	세부구분	인원	일상생활 장애일(%)		
			전체	1개월 미만	1~6개월
가 구 형 태	독거노인	164	80.5%	9.1%	10.4%
	노인부부	25	68.0%	4.0%	28.0%
	자녀동거	33	60.6%	30.3%	9.1%
	기 타	31	64.5%	12.9%	22.6%
주 부양자	자 신	178	78.1%	9.6%	12.4%
	배우자	28	64.3%	10.7%	25.0%
	자 녀	26	65.4%	26.9%	7.7%
	기 타	21	71.4%	14.3%	14.3%

자료 : 성북구 보건소, 「1998, 성북구 지역사회 정신보건 사업 실행보고서」, 1998, p.94.

따라서 보건소에서는 민간 의료기관과 달리 정성으로 진료에 임하는 자세가 중요하며, 정기 검진의 확대 실시와 건강 교육 특히 건강 증진을 위한 건강 교육을

최우선으로 실시하여 예방에 철저를 기하는 정책이 있어야 한다. 전술한 바와 같이 65세 이상 노인에게 보건소에서의 대부분의 진료행위는 지방자치단체 조례로 무료 지원하는 정책을 펴고 있다.

2. 보건소 대책 영역의 문제점

대책영역에서의 분야별 문제점을 요약하면 아래와 같다.

첫째, 방역사업의 문제점으로

① 전염병 예방법에 의한 전염병 신고체계의 하나로 질병발생 모니터 요원 제도를 운영하고 있으나 책임의식 결여로 보건소의 주도적 체계로 운영되고 있다.

② 결핵 퇴치를 위한 국민의식의 변화(경시, 과소평가)를 위한 홍보의족과 결핵 민간단체의 기능 강화가 요구된다.

둘째, 가족보건 정책의 문제점을 살펴보면,

① 선행 연구(보건소와 산부인과 의원의 산전관리 비교 연구 1994. 김명순)에서 보건소 산전관리에 91.5%가 꼭 필요하다고 조사되었으며, 42.5%가 산전관리 희망 요구에서 장비보강, 분만시설 완비 요구가 49.5%로 나타나 도시보건소의 경우 저소득 계층을 위해 보완 정책이 필요하다.

② 인구 정책에서는 1960년대 초부터 시작된 출산 억제 정책은 우리의 남아선호의식과 함께 출생성비 불균형의 문제와 산업현장의 노동인구 부족의 현상까지 예상되어 일부 학자는 실패한 정책이라고 비판하고 있다.

③ 건강증진 정책의 문제점으로는 국민건강증진법 제12조와 동법 시행

령 제16조 규정에 의거 보건 교육을 실시하도록 규정하였으나, 전문인력상의 문제점이 있다.

보건소의 건강증진사업에는 그 이외에 운동 재활, 물리 치료 등이 포함되지만 규정에 정한 전문인력 확보가 어렵다. 특히 특수 전문 직종 중 영양사의 경우 지역 보건법시행규칙의 최소 배치기준에 규정하고 있지만 서울시 25개 보건소 중 1-2개소 외에는 전혀 충원이 되고 있지 않은 실정이다. 서울시의 여타 지역도 비슷한 실정으로 전문 인력 배치가 시급하다.

④ 방문간호 사업의 경우 환자 문제 발견 시 전문의료 기관과 연계처리 체계가 미흡하며, 질병에 대한 우선 순위 없이 모든 지역의 대상자를 방문하므로 인력 및 시간 낭비가 초래되고 있다. 방문 진료 시 거동불편 환자를 대상으로 진찰, 투약, 처리를 하고 있으나 담당간호사의 투약 위주로 시행되고 있다. 또 순회 진료 시에도 건강 상담보다 투약 등 직접적인 치료 서비스를 선호하는 문제점이 있어 그에 따른 대책이 필요하다.

⑤ 공해나 환경파괴에 의한 질병, 노동 재해에 의한 직업병, 약품의 오·남용과 식품공해에 의한 질병, 교통사고 등 사회적 요인에 의한 질병의 예방과 진료에 정책적 관심이 미흡하다.

이러한 질병에 대한 예방이나 진료면에서 지역 보건소에서 일익을 담당하여야 할 시점이지만 시설, 장비, 전문 인력면에서 불가능한 실정으로 향후 보완, 발전시켜야 한다.

셋째, 보건 및 의약 정책에서의 문제점으로는,

① 의료기관의 응급의료는 국가 지휘조직이 없어 중앙의료원 응급계획을 세운바 있으나 실현되지 못하고 있다. 따라서 응급환자 진료 체계도

효율이나 실적 수준 이 외국에 비하여 미흡한 실정이다. 그리고 응급의료 기관에 대한 자원부족 문제가 있다. 보건소의 응급 체계도 민간의료기관 응급 체계에 따르고 있어 개선이 필요하다. 또 1998년까지 의료기관에 대한 점검은 보건소에서 수시로 실시하여 왔고 직능단체는 자율 감시(년2회)하여 왔으나, 보건복지부 훈령 제 98-76호 ('98.12.31')호에 의거 직능단체 자율 감시제 폐지로 보건소의 의료 감시업무가 강화될 필요가 있으나 인력 부족의 문제로 대도시 지역은 어려운 실정이다.

② 약사 마약류 지도사업에서 보건소에서는 불법·부정 의약품 유통을 근절시키고 무자격자 조제, 판매행위를 예방하여야 하지만 보건복지부 훈령 제98-76호('98.12.3')호에 의거 직능단체의 자율 감시제가 폐지되어 인력부족으로 약사 감시가 대도시에서는 느슨해지고 있는 실정이다. 마약류 지도 단속에서도 실제로 커다란 사회문제화 되고 있지만 단속의 손길은 형식에 그치고 있는 실정이다.

넷째, 만성 퇴행성 질환과 정신 및 노인 보건 관리에서의 대처가 미흡한 실정이다.

① 만성 퇴행성 질환 중 위암, 자궁암, 관절염 관리 사업은 보건소에서 조기발견 검진 후 의심환자는 전문 병원에 의뢰하고 본인이 보건소에 등록하게 하고 있으나 기피할 뿐만 아니라 관절염을 진찰할 만한 검사장비가 부족하여 관절염에 대한 보존 치료만 가능하고, 관절염 자조교실 운영에 시간투자가 필요하지만 협조가 안되고 있다. 또한 고혈압, 당뇨병, 관절염 치료는 치료 원인이 없어 진료연계가 안되고 만성 퇴행성 질환은 예방이 선행되어야 하나 예방, 치료가 구분이 안 되는 문제 등과 기초통계자료가 전반적으로 없는 실정으로 정책적 대응에 어려움이 있다.

② 정신보건사업의 경우 만성 정신 질환 관리사업에서 직업 재활 작업장 확보가 어렵고, 정신질환자에 대한 지역사회 주민의 편견으로 사회복지가 어려운 문제점이 있다. 또한 정신보건 재활사업 추진 보건소의 수가 적어 늘어만 가는 저소득계층의 환자 관리는 상당히 어려운 실정이다. 또한 치매 환자나 알콜 중독증 환자의 파악 및 등록체계가 구축되어 있지 않고, 전문 서비스 개발과 장소 확보 등의 어려움이 있다.

③ 노인 보건사업에서의 문제점은 노인체조 및 보건교육, 노인건강 상담 시에는 투약 선호 경향이 짙어 교육 순응도가 낮고, 노인 건강검진의 경우 노인복지 지원부서가 분리되어 있어 통합관리가 곤란하고, 이에 대한 인지도가 낮다.

제3절 재정(Finance)영역

보건 의료분야인 보건소의 보건증진 정책 수행을 위해서는 재원이 필요하며 재원이 충분하지 못하면 그 기능을 수행하기 어렵고 그 정책은 성공하기 어렵다. 이와 같이 보건소의 보건증진 정책 평가의 할당 영역에서 문제점과 대책 영역에서의 개선을 위해서 재정의 뒷받침은 필수적이다. 재정 영역은 보건 의료 서비스 기능으로써 국민의 보건증진에 대한 예방과 사후관리를 위한 재원의 조달 방법과 관리라 할 수 있다.

보건증진 정책을 평가하는데 재원의 분석이 중요한 이유는 어느 재원에 의한 정책이냐에 따라 내용이나 목표가 달라질 수 있기 때문이다. 재원은 크게 공공부문의 재원과 민간부문의 재원으로 나눌 수 있다. 공공부문의 재원은 정부의 일반 예산(general revenue), 사회보장을 위한 조세(목적세), 조세 비용(내야할 조세를 감면시켜 복지 혜택을 주는 방법으로 조세 비용도 정부지출에 쓰일 잠재적 예산)의 세 가지로 나눌 수 있다.

민간부문의 재원은 크게 사용자 부담금(user fee), 자발적 기여금, 기업복지, 가족 내·가족간 이전으로 나눌 수 있다. 재원의 관리방식에서도 중앙집권적 방식과 지방분권적 또는 부처별 관리방식도 있고, 혼합방식도 있다. 우리 나라의 보건소 정책수행을 위한 예산은 정부의 일반예산이며 오늘날 선진국의 복지정책 재원은 거의 대부분 공공부문에서 나온다.

그 이유는,

① 정부의 일반예산을 통한 재원이 다른 재원에 의해 복지 정책 추구에 평등, 사회적 적절성을 이루기 쉽다.

② 다른 재원들에 비하여 복지정책의 대상을 넓힐 수 있고, 보편성을 이룰 수 있다.

③ 재원의 안전성 지속성 면에서 유리하기 때문으로 보고 있다.³¹⁾

1. 정부부문 재원

1) 정부의 일반예산

먼저 공공부문 재원조달 방법인 정부예산은 보건복지부 예산, 보건의료부분 예산을 살펴보고, 다음 각급 자치단체별 의존재원, 보건소의 유형별 평균예산 및 재원별 구성비, 목적세로서의 농특세 지원과 국민건강증진기금을 관찰해 본다. 우리 나라의 '98보건복지부 일반회계 세출예산은 31,127억 원으로 '97대비 9.17% 증가한 것으로 정부 일반 회계 세출예산 755,829억 원의 4.12%를 차지하고 있다.

31) 송근원·김태성, 「사회복지 정책론」, 나남출판, 1997, pp.315~325.

〈표3-13〉 1998년도 정부예산과 보건복지예산 대비

(단위: 백만원)

	1997	1998	증감	%
정부예산(A)	67,658,600	75,582,000	8,004,300	11.8
복지예산(B)	2,851,166	3,112,726	261,560	9.17
B/A(%)	4.2	4.1		

자료: 보건복지부, 「보건복지백서」, 1998, p.545.

다음 1998년 복지예산의 분야별 세출예산 내역을 보면 보건의료 분야 예산은 226,982백만원으로 전체 예산의 7.29%를 차지하는 정도이다.

〈표 3-14〉 분야별 세출예산 현황

(단위: 백만원)

	1995	1996	1997	1998
계	1,983,896 (12.0%)	2,370,744 (19.5%)	2,851,166 (20.3%)	3,112,726 (9.17%)
○ 기본적경비	101,232	123,952	133,178	102,651
○ 사업비	1,182,664	2,246,792	2,717,988	3,010,075
- 사업분야 (생활 보호, 복지 서비스, 국민 연금)	583,439	747,062	942,844	1,125,199
- 보건의료	173,249	206,798	227,087	226,982
· 보건	92,193	110,220	99,574	96,754
· 의정 한방	52,772	58,113	97,574	74,151
· 식품,약품	13,684	8,317	3,662	4,132
· 보건의료기술	14,600	26,200	41,050	43,699
· 기관 운영 등	-	3,948	8,262	8,246
- 의료보장	1,125,976	292,932	1,548,057	1,657,894
· 의료보험	833,560	950,038	1,070,365	1,111,733
· 의료보호	292,416	342,894	477,692	546,161

주: ()는 전년도 대비증감 비율(%), 자료: 보건복지부, 「보건복지백서」, 1998, p.546.

앞의 표에서 살펴 본대로 이러한 규모의 공적인 세금으로 편성되는 예산 가운데에는 지방자치단체 즉 보건소의 정책 수행을 위해서 지원해야

되는 국비 예산이 포함되어 있다. 기초자치단체에 직속기관으로서의 보건소의 업무는 자치단체와 보건복지부와 업무분장에 의해서 이뤄지고, 지방자치단체의 기술이나 재정력으로 감당키 어려운 사무는 국가에서 처리하거나 지방자치단체에 위임하여 처리하도록 되어 있다.

지방자치법 제93조에 의하면 “시·도와 시·군 및 자치구에서 시행하는 국가사무는 법령에 다른 규정이 없는 한 시·도지사 및 시장·군수 및 자치구의 구청장에게 위임하여 행한다”고 명시하고 있다. 또 지방재정법 제18조 제1항에 국가와 지방자치단체 상호간에 이해관계가 있는 경우 국가에서 부담하지 아니하면 아니 될 경비는 국가가 전부 또는 일부를 부담하도록 되어 있다.

<표 3-15>에서 행정구분에 따라 보건소의 예산을 보면 일반시의 경우 기초자치단체 예산에서의 비중이 가장 작다. 예산 절대 액의 행정구역별 차이는 관할 인구규모 등의 차이가 고려되어야 하므로 그 자체는 큰 의미가 없다. 국비 지원은 특별시가 1.83%로 가장 작으며, 군 단위가 가장 높은 7.3%이다. 기초자치단체의 비중은 시·군이 92.0%, 87.53%이며, 특별시는 82.34%로 반대이다. 이는 기초자치단체의 예산 배정이 농어촌 지역이 어려움을 나타내고 있다.

또 성북구와 서울시, 광역시, 타구, 시, 군과 비교하면 성북구 보건소 예산이 성북구 전체예산에서의 규모는 3.95%로 전국 평균 보다 높고, 같은 서울시 타구와 비교해도 높은 편으로 기관장의 관심도가 높았다고 분석된다. 그리고 재원별 구성비를 보면 국비 보조는 거의 받지 않고 있으며, 시비 보조도 타 구청에 비하여 상당히 낮은 편이다. 반면 구청 자체 예산의 비중이 월등히 높다고 분석되고 있다. 물론 매 회계 년도마다 다소의 지원 및 보조의 차이는 있을 것이다.

〈표 3-15〉 행정구역별 보건소 평균예산 및 재원별 구성비

(단위: 명, 천원, %)

행정구역	인구(명)	예산(천원)	비율	재원별 구성비		
				지방자치단체	지방자치단체	기초지방자치단체
				(시·도)	(시·도)	(시·군·구)
전국평균	185,829	3,037,999	3.39	5.56	5.21	89.23
성북구	476,502	5,092,161	3.95	0.01	0.38	99.62
특별시	430,018	3,635,984	3.61	1.83	15.82	82.34
광역시	292,840	2,162,064	3.22	4.30	4.24	91.46
시	206,215	3,184,607	2.80	5.24	2.76	92.00
군	67,872	3,065,042	4.03	7.30	5.16	87.53

주: 1. 통계청, 「장래인구추계」, 1996.

2. 특별시, 시 보건소의 예산은 광역시 보건소의 예산과 통계적으로 유의한 차이가 있었음.

3. 소속 기초지방자치단체 예산중의 비중임.

자료: 한국보건 사회연구원, 「지역단위 공공보건의료기관 가능 개편방안」, 1998, p.40.

서울특별시, 「서울 통계 연보」, 1998, p.452.

2) 사회보장을 위한 조세

여기에서는 자치단체 재원과 보건소 재원과의 비교를 하고자 한다. 지방자치단체의 재원은 지방세의 자치단체의 재정자립도에 따라 중앙정부로부터 지원되는 지방교부세, 국가보조금, 농특세 등을 지원 받아 운영되고 있다. 지방교부세는 법령에 그 총액이 결정되어 배분되고, 내국세 총액의 13.27%로 규정되어 있다. 또 국가보조금은 자치단체가 신청하거나 국가가 부득이 할 때 교부를 결정하여 자치단체에 지급되는 것으로 일정률의 지방교부세가 부담되는 것이 의무화되고 있다. 아래 표에서 보듯이

서울을 제외하고는 국비에 의존하고 있음을 알 수 있다. 군의 경우 지방교부세 비중이 높고 도의 경우 국고보조금의 비율이 높으며 특히 보건소 재정이 편성되는 군 단위의 일반회계 세입 총액에서의 의존재원의 비중이 60%에 달할 정도로 국고 의존도가 높다.

〈표 3-16〉 각급 자치단체별 의존재원비율(1995)

(단위: %)

자치단체	일반회계	국고보조금
서울시	0.04	1.89
광역시	2.35	5.43
도	14.82	29.48
시	21.11	8.58
군	34.81	16.76

자료: 한국지방행정연구원, 「지방행정통계의 개선방안」, 1992.

각 자치단체별 세출 예산 중 급여 대상자와 직접 관련되는 국고 보조금 중 일부는 생활보호자를 위한 의료보호기금으로 재원이 확충되고, 의료보호법 제21조 제2항 규정, 동법 시행령 제20조에 의하여 충당하는데 서울특별시의 경우는 재정자립도를 감안하여 100분의 50은 국비로 하고 시비는 100분의 50으로 한다. 또 서울특별시를 제외한 지방자치단체는 국비 재원보조를 100분의 80으로 하고, 도비 지원은 100분의 20으로 하여 편성하는데 자치단체별로 의료보호기금 특별회계 계정으로 편성운영하고 있다.

이와 더불어 1993. 12. 15. GATT총회에서 농산물시장의 개방 스케줄의 확정으로 농어촌의 위기 상황을 타개할 목적으로 1994년 7월1일부터 시작된 농특세 사업은 보건소의 체질개선을 위한 종자돈(seed money)으로 타성에 젖은 보건소를 능동적으로 움직일 수 있도록 농특세 지원, 농

어촌 의료서비스 개선사업을 전략적으로 추진하여 효과를 극대화시켰고, 보건소를 획기적으로 변화시키려는 의지가 있는 지역에 우선적으로 배정하여 보건소의 기능을 정비보강하고 방문보건, 건강진단 등 농어촌에 필요한 보건의료서비스를 개선하였다.³²⁾

〈표 3-17〉 농특세의 지원액 현황

(단위: 억 원)

	계	'94	'95	'96	'97
계 획	1,447	200	401	418	428
실 적	1,020	96	505	419	-

자료: 한국보건행정학회, 「1997년도 전기 학술대회 (연제집)」, 1997, p.9.

〈표 3-18〉 농특세의 지원 내역

(단위: 억 원, 개소)

구분	예산	시설	장비	인력	의료	의료	의료	의료	의료	의료	의료
		신설	장비	신설	장비	신설	장비	신설	장비	신설	장비
계	1,020	169	131	54	70	15	15	75	46	25	-
'94	96	17	16	9	8	2	2	5	6	1	-
'95	505	63	71	19	33	6	5	37	33	1	-
'96	419	89	44	26	29	7	8	33	7	23	-

※ 시설의 경우 신축·증축 및 개 보수를 의미.

자료: 한국보건행정학회, 「1997년도 전기 학술대회 (연제집)」, 1997, p.9.

3) 국민건강 증진기금

생활수준 향상과 인구의 노령화에 따라 만성질환자(인구100만 명중 1989년 17명→1995년 30명)가 급격히 늘어나면서, 지난 5년간 의료보험 재정지출은 연 20% 이상의 증가세를 보이고 있다. 금년 말까지 국민의료

32) 한국보건행정학회, 「1997년도 전기 학술대회 (연제집)」, 1997, pp.1~9.

보험관리공단의 재정적자가 2조원 대에 이를 것이라는 보도는 보건부문의 대응이 요구된다.

개인의 건강을 결정하는 요인은 유전적 요인, 환경적 요인, 개인의 생활습관, 의료서비스 등으로 구분된다. 이중 가용보건의료 자원의 90% 이상이 투입되는 '의료서비스'는 국민건강에 불과 10% 정도의 영향력만 행사하는 것으로 알려져 있다.

이 사실은 캐나다 보건부 장관 레론데 보고서 1976년의 조사에서 밝혀졌다. 최근 우리 나라 연구에서도 건강에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 개인생활습관으로 52%를 차지하며, 유전적 요인이 20%, 환경적 요인이 20%이며, 의료서비스의 영향력은 8%에 불과하다고 나타났다. 이와 같이 진료중심 의료체제하에서 선진국들이 20년 전부터 경험한 것을 우리 나라도 급증하는 의료비 부담과 만성질환자의 장기적인 의료수요에 대응하기 위해서 사전 예방적 건강증진사업에 초점을 두는 방향으로 보건정책이 전환되어야 할 필요성이 시급하다.³³⁾

이런 관점에서 1995년 “국민건강증진법”을 제정하였고 국민건강증진법 제23조 제1항에 의거 담배 1갑 당 2원씩 공익사업에 부담하는 기여금으로 1997년도에는 13,627백만 원씩을 조성하였다. 조성된 기금은 1998년부터 ① 질병보다 건강에 초점을 둔 연구 ② 생활양식 개선효과가 큰 아동, 청소년을 대상으로 한 연구(흡연, 음주, 약물남용, 성행태 등) ③ 건강증진 실천현장에서 적용 가능한 프로그램개발 및 적용에 관한 연구 ④ 현장에서 건강증진의 실천을 위한 학습적 근거를 제시해 줄 수 있는 연구 ⑤ 기존 이론에서 진일보해서 새로운 발견적 해결 방법을 적용한 연구 ⑥ 시민사회단체(NGO)가 선도적 입장에서 전개할 수 있는 범국민적 건강생

33) 한국보건사회연구원, 「보건복지 포럼」, 1999. 9, p.5.

활 실천운동에 관한 연구에 우선적으로 사용하도록 하였다.

그러나 선진국에서는 대대적으로 추진하고 있는데 비하면 미약하고 일천하다. 따라서 이에 소요되는 재원 확보를 위해서 보건복지부에서는 담배에 부과되는 건강 부담금을 한 갑 당 2원에서 8원으로 인상하여 기금 조성을 할 움직임이다.

이 기금은 국민건강 증진법 제22조~제25조 및 같은 법 시행령 제24조에 의해 조성하고 운영하여 왔다. 점차 추진 사업내용도 다양화되고, 기금 운영면에서도 내실을 기하려는 의지가 보인다. <표 3-19>에서 나타난 것 같이 기금이 점차 증액 편성되고 있음은 적절한 조치라 하겠다. 또 이러한 기금이 재정자립도가 대체적으로 낮은 지방자치 단체에서 추진하는 사업에 지원됨으로써 지방자치단체 재원 확보에 도움이 되어야 하겠다.

〈표 3-19〉 2000년도 기금운영계획

(단위: 백만원)

구분	99년 실적 (백만원)	2000년 예산 (백만원)	3. 24일 예산 (백만원)
계	34,534	40,134	5,600
사업비	12,172	15,492	3,320
- 보건교육자료개발	640	514	△126
- 국민건강증진사업	7,806	10,758	2,952
- 건강증진 및 질병예방 조사연구	2,400	2,240	△160
- 자치단체 건강증진	1,300	1,754	454
- 기금운영	26	226	200
기금적립금	22,362	24,642	2,280

자료: 의학신문 (1999. 10. 18), p.13.

2. 민간부문 재원

오늘날 사회복지가 발전한 선진국가의 예산에서 공공부문의 재원이 압도적이다. 최근 “복지국가 위기의 시대”에 정부재정의 압박으로 민영화(privatization)를 강조하는 상황에서 민간부문 재정의 역할이 증대되고 있다.

1) 사용자 부담

영국의 경우 전액 무료로 의료서비스를 제공하는 NHS의 경우도 전체 비용의 3.4%는 사용자 부담(user fee)이다. 우리 나라의 의료보험도 사용자 부담으로 본다. 많은 국가에서 사용자 부담이 비교적 큰 규모로 필요한 이유는

① 사용자 부담을 통해서 복지 서비스의 남용을 막을 수 있다. 이른바 ‘도덕적 해이(moral hazard)’의 문제를 해결하여 질병에 걸리지 않도록 조심할 동기를 제공한다.

② 단순히 과대한 정부부담의 한계를 극복하는 방법으로 필요하다.

③ 복지 서비스의 질을 높일 수 있다. 일반적으로 무료로 하면 서비스 질에 대한 관심이 줄어든다.

④ 서비스를 이용할 때 본인이 일부라도 부담하면 치욕을 줄이고 자기 존중(self-respect)을 높일 수 있는 반면, 저소득층의 부담이 고소득층에 비해 상대적으로 커 소득 재분배를 악화시키며, 사용자 부담이 적어도 저소득층에게 부담이 작용하여 이용이 억제되는 단점이 있다. 그리고 지방자치단체의 고유 사무적 기능은 원칙적으로 지방재원 에서 조달되어야 하지만 재정자립도가 미약하여 일부를 사용자 부담으로 합도 타당하다고 할 수 있다. 이렇게 볼 때 의료보호대상자를 제외하고 부담 능력이 있다고

볼 수 있고, 뚜렷한 구분이 가능하고, 그 서비스 이용이 사유재로서의 성격이 강하여 보건소 서비스에서 사용자 부담을 전 사업으로 확대 적용하여도 무리가 없다고 본다. 이를 적용하기 위해서는 보건소 서비스를 사유재와 공공재로 구별하여 공공재적 성격이 강한 서비스 이외에는 전면적용도 가능하다고 본다.

공공재는 모든 혜택이 사회 구성원 모두에게 균등하게 향유되는 서비스로 여름철 방역 소독은 그 한 예가 될 수 있다. 따라서 보건소의 서비스 중 개인에게 무료로 제공되는 서비스는 그 기능의 성격을 재분석하여 정한 수수료를 부과하여야 한다. 예를 들어 건강진단서 교부는 지역보건법 제14조 제1항, 제2항에서 자치 단체 수수료 조례로 정하도록 하여 재원 확보에 보탬이 될 것이다.

2) 비공식 부문 재원

자발적 기여는 복지정책이 국가에 의해 주도되면서 중요성이 감소했지만 민간부문의 역할은 여전히 중요하여 1987년 미국의 경우 480억 달러가 자발적 기여에 의한 것이다. 복지기업의 재원은 기업의 사용자가 피고용자 복지를 위해 지출하는 것으로 기업 의료보험이 한 예가 되며, 스웨덴의 경우 국가 복지의 질병 수당을 보충하기 위하여 약 250만 명의 사람들이 기업에서 제공하는 집단의료 보험에 가입되어 있다. 비공식 부문의 재원도 복지 국가 발전이전에는 중요한 역할을 하였으나 점차 역할이 감소하였다.

오늘날 많은 국가에서 복지 욕구가 비공식 부문에 의해 해결되는 데에 의미를 부여하는 것이 필요하다. 따라서 우리 나라의 보건·의료서비스 부문 즉 보건소의 보건증진 정책 연구에서는 “사회복지의 낙원”이라는 용어와 함께 향후 발전 시킬 부문이라고 본다.

3. 보건소 재정 영역의 문제점

한국보건소의 예산은 현재 기초자치단체에 해당하는 시·군·구의 예산 중에서 매우 낮은 비중을 차지하고 있다. 구비·도비(시비)보조금 지원도 매우 낮은 수준이다. 첫째, 기초지방 자치단체 예산 중에서 전국 평균이 3.4%정도에 지나지 않는 수준이다. 둘째, 보건소의 예산 중 국비 및 시·도의 비중을 합쳐도 전국평균 11%에 불과한 정도로 낮은 형편이다. 셋째, 지방자치단체장의 정책과 관심여부에 따라 보건소마다 직접 보건증진정책 수행에 집행되는 예산규모가 다소 차이가 있다.

제4절 전달체계(Delivery System)영역

사회복지 정책에 따라 제공되는 서비스는 다양하다. 이렇게 다양한 서비스를 수급자에게 전달하는 방법도 다양할 수밖에 없다. 어떤 것은 전국민을 대상으로 포괄적으로 제공하는 것, 어떤 서비스는 민간 부분에서 일부 사람들에게만 전달하는 것도 있고 또 지방자치단체가 제공하거나 지방자치단체와 민간 부문간의 여러 형태가 혼합된 서비스도 있다.

전달체계가 중요한 이유는 그 정책이 추구하는 가치나 목표성취가 이 전달 체계에 따라 달라 질 수 있기 때문에서이다.³⁴⁾ 따라서 서비스의 속성에 따라 전달체계의 차이가 필요하기도 하다. 공공재적 성격의 정도, 외부효과의 크기, 서비스의 형태, 가격이나 질에 관한 정보가 없을 때 등의 이유로 차이가 필요하다. 또한 바람직한 전달체계의 기준인 평등성, 통합성, 지속성, 효율성, 욕구 대응성, 책임성, 접근성 등에 따라서도 전달체계는 달라야 한다. 본 연구에서는 기관별, 행정구역별 보건소 전달체계,

34) 송근원·김태성, 「사회복지 정책론」, 나남출판사, 1997, p.353.

대상자별 급여 전달체계, 질병별 전달체계를 살펴보고 문제점도 아울러 제시하고자 한다.

1. 유형별 전달체계

1) 조직 기관별 유형

① 중앙 정부 조직으로 오늘날 서구 국가에서 보건증진 정책에 비중을 두면서 중앙정부에서 독점적으로 제공하는 형태이다. 보건의료부문 서비스는 공공재적 성격과 국민들의 욕구의 체계화와 프로그램의 통합, 조정이 필요하지만 관료성이 문제점이기도하다.

② 기초자치단체(지방정부)로서 미국, 영국의 경우 주 정부나 지방정부에서 주도적으로 서비스를 제공하는 형태가 있다. 1970년대 이후 중앙정부 “복지국가 위기”의 이유와 지역 주민의 욕구에 효율적이고 접근 참여 기회가 높기는 하지만 우리 나라의 경우 재정자립도가 낮은 지방정부로서는 안정성, 지속성 측면에서 채택이 어려운 유형이다.

③ 중앙정부와 지방정부 혼합체계의 형태가 있는데 이는 중앙정부가 재원 부족을 일부 보조하면서 일정한 규제를 가하는 형태이다. 주어진 항목에 사용하도록 하여 규제와 책임성을 강조하기도 한다. 재정 지원을 할 때 사람의 수, 욕구에 따라 차등 지원을 하게 된다. 예로서 일본이나 서울시의 보조금 지급의 사례가 이와 유사하다.

④ 정부와 민간부분의 혼합 체계와 순수 민간부분 체계가 있는데 이 형태는 보건증진정책의 경우 공공재적 성격이 강하여 아직은 바람직하지 않다.

2) 행정 구역별 전달체계

〈표 3-20〉 행정구역별 전달체계

보건소 유형	조직 구성	인력
특별시형	보건행정과, 보건지도과, 의약과 4과 11개 지역 (지역보건과 포함)	60~90명
광역시형	기본3계(보건행정계, 가족보건계, 예방의약계)+서무과장(사무장)	25명
통합시형	2과(보건사업과, 의무과)	70~80명
일반시, 군형	기본 3계+모자 보건 계 또는 검사 계	30~40명

자료: 보건복지부, 「21세기에 대비한 보건소 기능활성화 (안)」, 1998.

〈표 3-20〉은 행정구역 및 조직 편제에 따라 보건소가 보건의료 사업의 주체로서 보건의료 서비스 전달체계가 다양함을 보여 주고 있다. 특히 최근 행정조직 구조조정에 따라 각 지방자치단체별로 보건소의 조직 체계는 더욱 다양한 체계로 전환 되어가고 있어, 지역 주민의 대응성, 접근성 측면에서 수혜의 폭이 넓어지리라 예상된다. 그러나 ‘농어촌 보건 의료를 위한 특별조치법 제15조에 의해 1980년 보건 진료소 146개소, 또 지역보건법 제10조, 동법 시행령 제8조에 의거 읍, 면별 1개소씩 설치된 보건지소는 40개소가 농어촌 인구의 지속적 감소와 교통 발달로 통폐합 감축 될 것으로 예상된다. (1998, 지역단위 공공의료기관 기능개편 방안, 한국보건사회연구원)

더더욱 보건지소의 일차 보건의료 기능은 양적 및 질적으로 충분치 못하며 인력이 일반적으로 5명(공중보건 의사, 진료요원, 보건요원, 공중보건 치과의사, 치과 위생사)으로 구성되어 있어 주민의 새로운 건강 욕구를 충족시킬 만한 지식과 기술이 부족한 실정이다. 보건 진료소 또한 일차 진료를 담당하는 간호사인 보건 진료원 1명이 거주하면서 배치되어 진료 중심의 활동으로 적극적 방문 보건 사업은 어려운 상태로, 민간의료기관이 점차 늘어나는 요즈음 이런 요인 등으로 축소 논리가 정당화되어 가

고 있으나 일방적 축소는 배제되어야 한다.

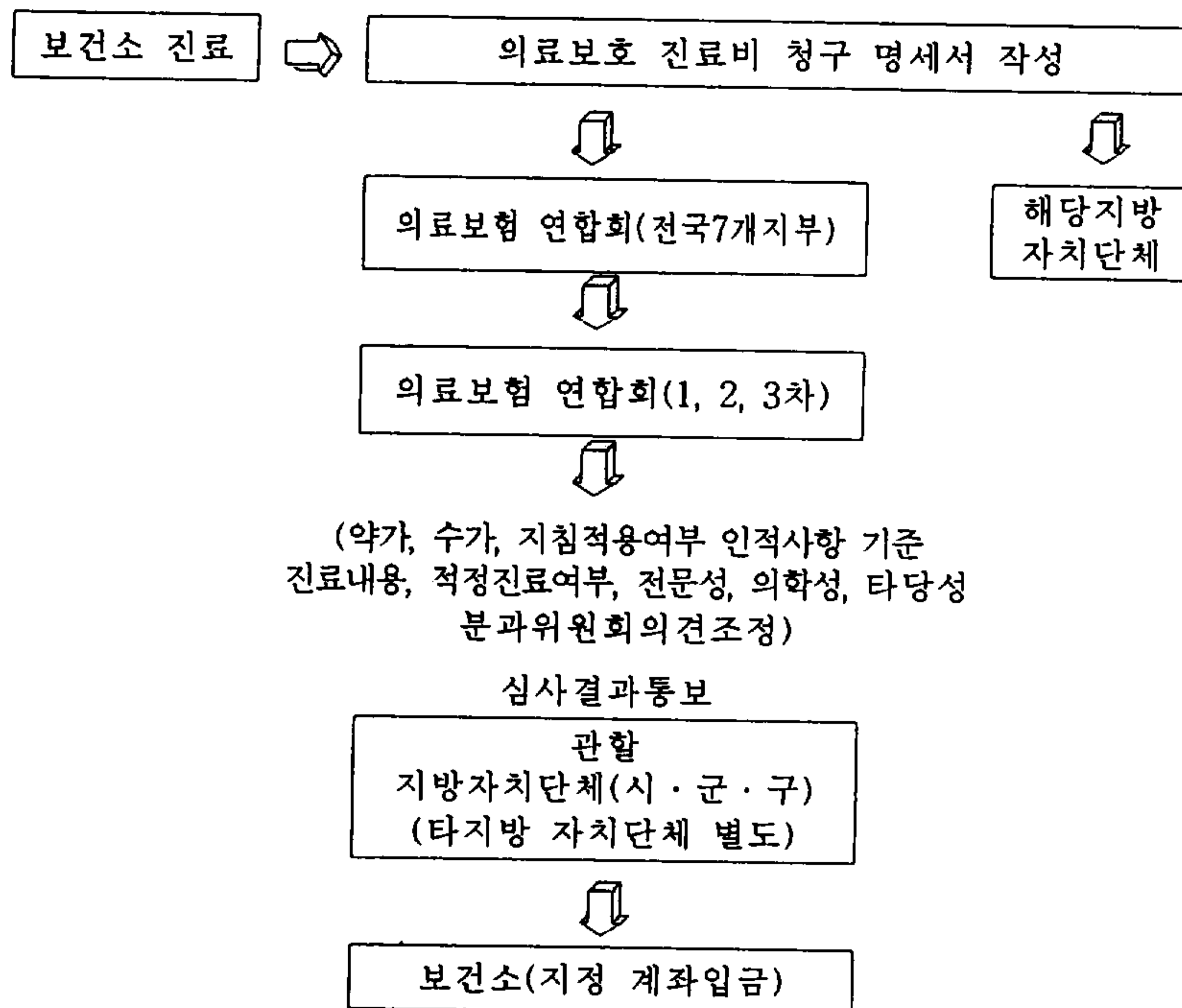
선행연구에 의하면 근접한 보건지소나 보건진료소와 통합에 대한 의견은 찬성이 15.3%, 반대는 77.4%, 잘 모르겠다가 7.3%로 나타났고, 반대하는 이유 중 “교통이 불편하므로 타 진료기관 이용 불편”이 23.5%, “통합시 노인 인구 증가, 산간 오지 거동 불편자에게 적절한 서비스 제공이 어렵다”가 16.4%, “주민이 이용하고 싶은 시간에 서비스 제공을 받을 수 없다”가 9.6%로 나타났다. (1998. 10, 전국보건소장 의견조사 결과, 한국보건사회 연구원)

반면 도시지역의 보건소는 주민 전체에게 밀착하여 보건의료 서비스를 전달하는데 문제점이 있어 보다 작은 단위로의 전달체계를 분산 강화시키자는 도시지역 보건 분소 설치에 대한 보건소장의 의견(전국 보건소장 의견조사, 1998. 10)과 현재 각 시도에 배치된 2,929명의 사회복지 전담 인력으로 보건 의료 서비스 연계에 대한 필요성의 대두와 보건복지부에서는 1995년부터 보건복지 종합 전달체계의 구축을 위한 보건복지사무소 시범사업 운영의 평가 결과 등 이에 대한 논의가 계속되고 있다.

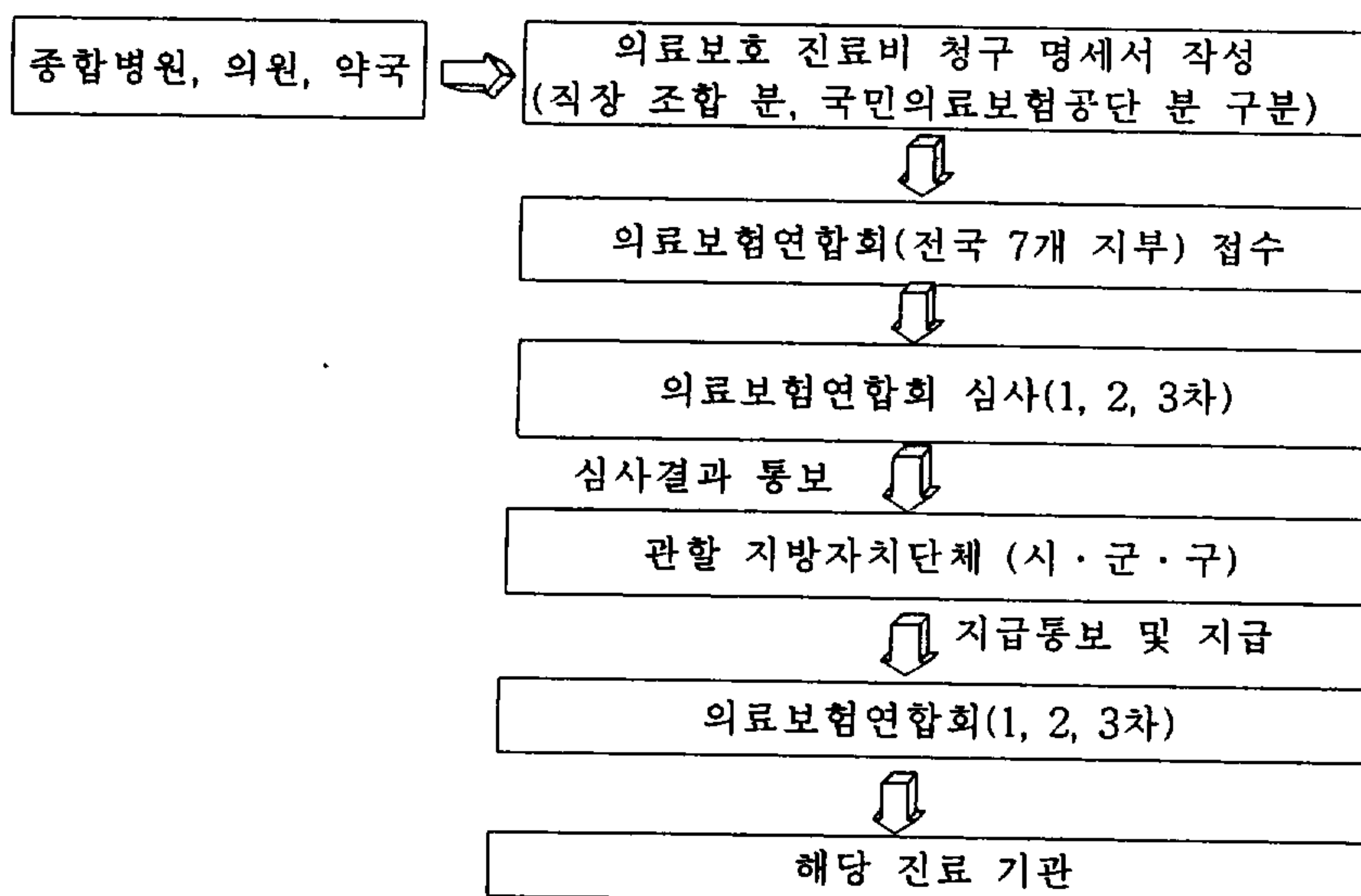
3) 대상자별 급여 전달체계

(1) 의료보험 대상자

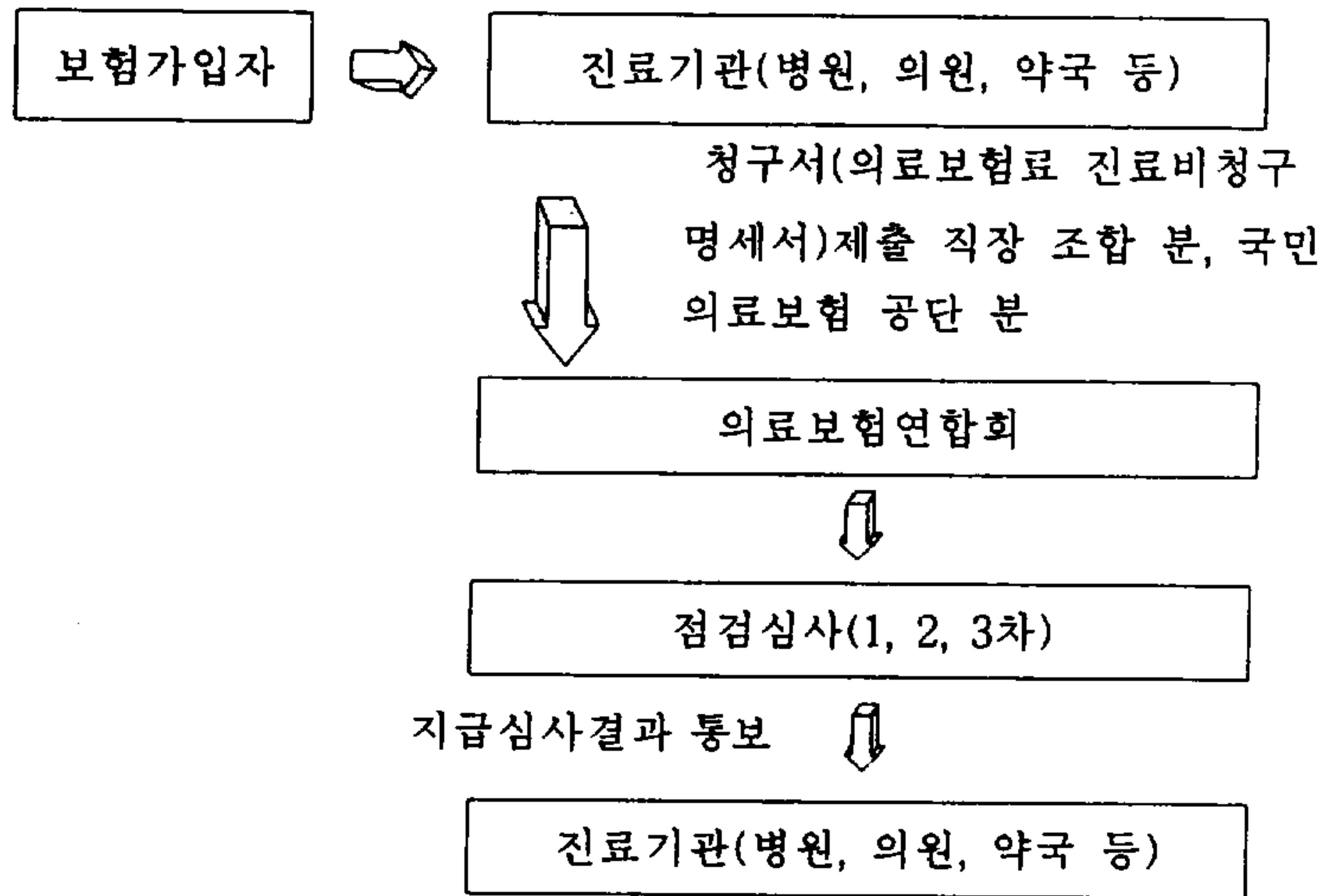
의료 보호법 제11조와 동법 시행령 제17조에 의거 <그림 3-1, 3-2>에 서와 같이 청구 절차를 밟아 처리한다. 진료의 지급방식은 원칙적으로 심사를 거쳐 지불하는 후불 방식을 택하고 있는 체계이다.



〈그림 3-1〉 보건소에서의 전달체계



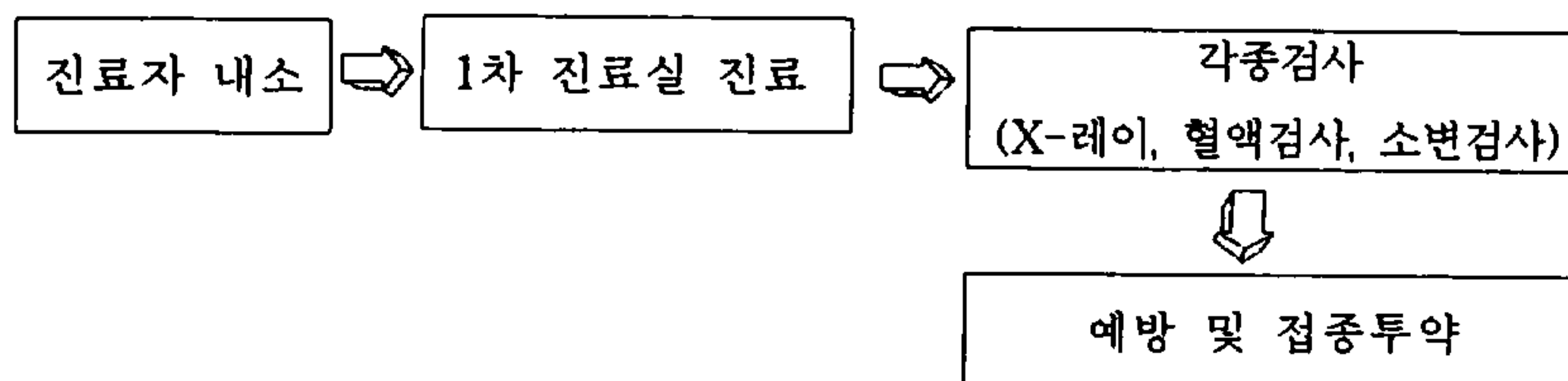
〈그림 3-2〉 일반 진료기관에서의 전달체계



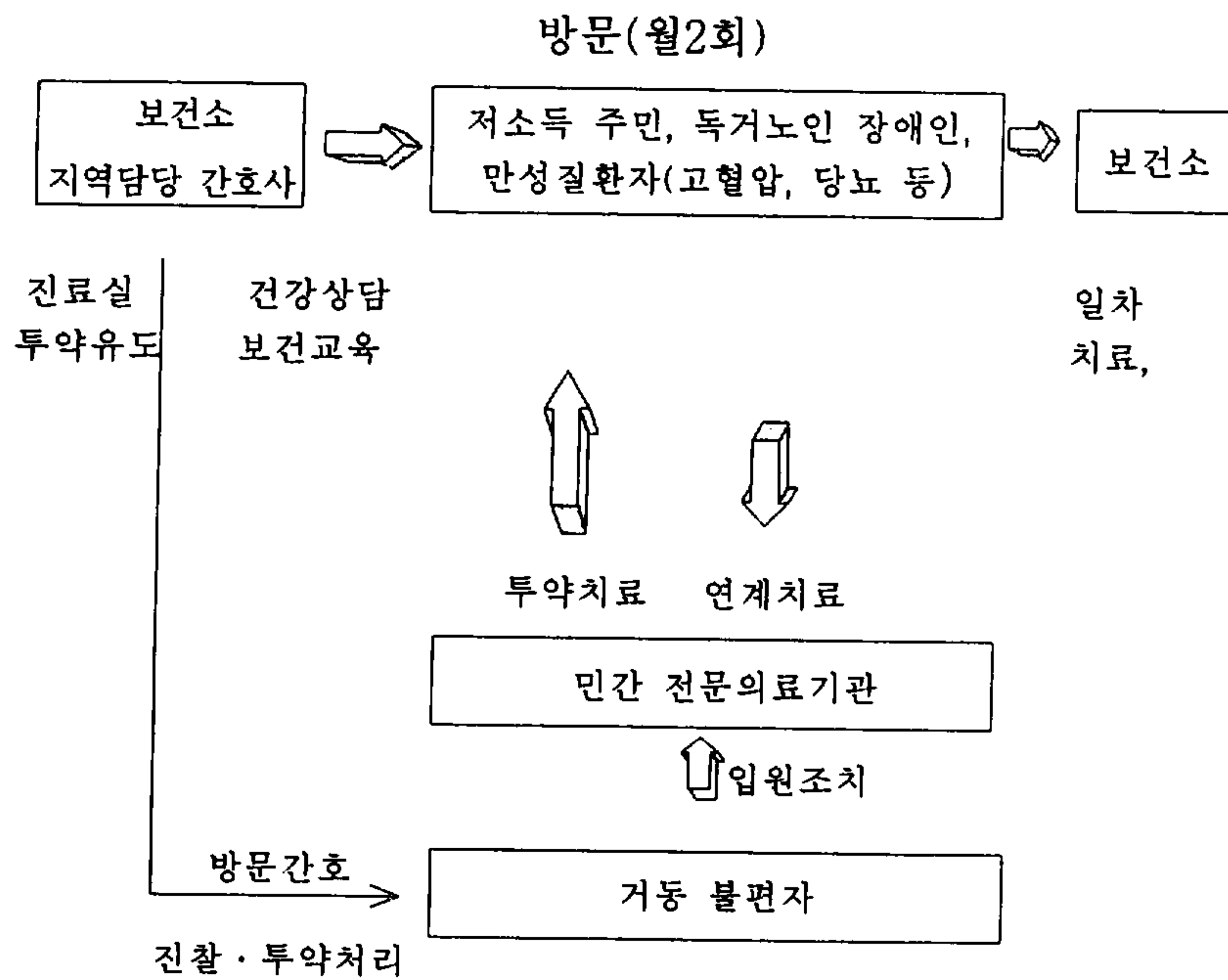
〈그림 3-3〉 직장, 국민의료 보험 공단 가입자 전달체계

4) 질병별 전달체계

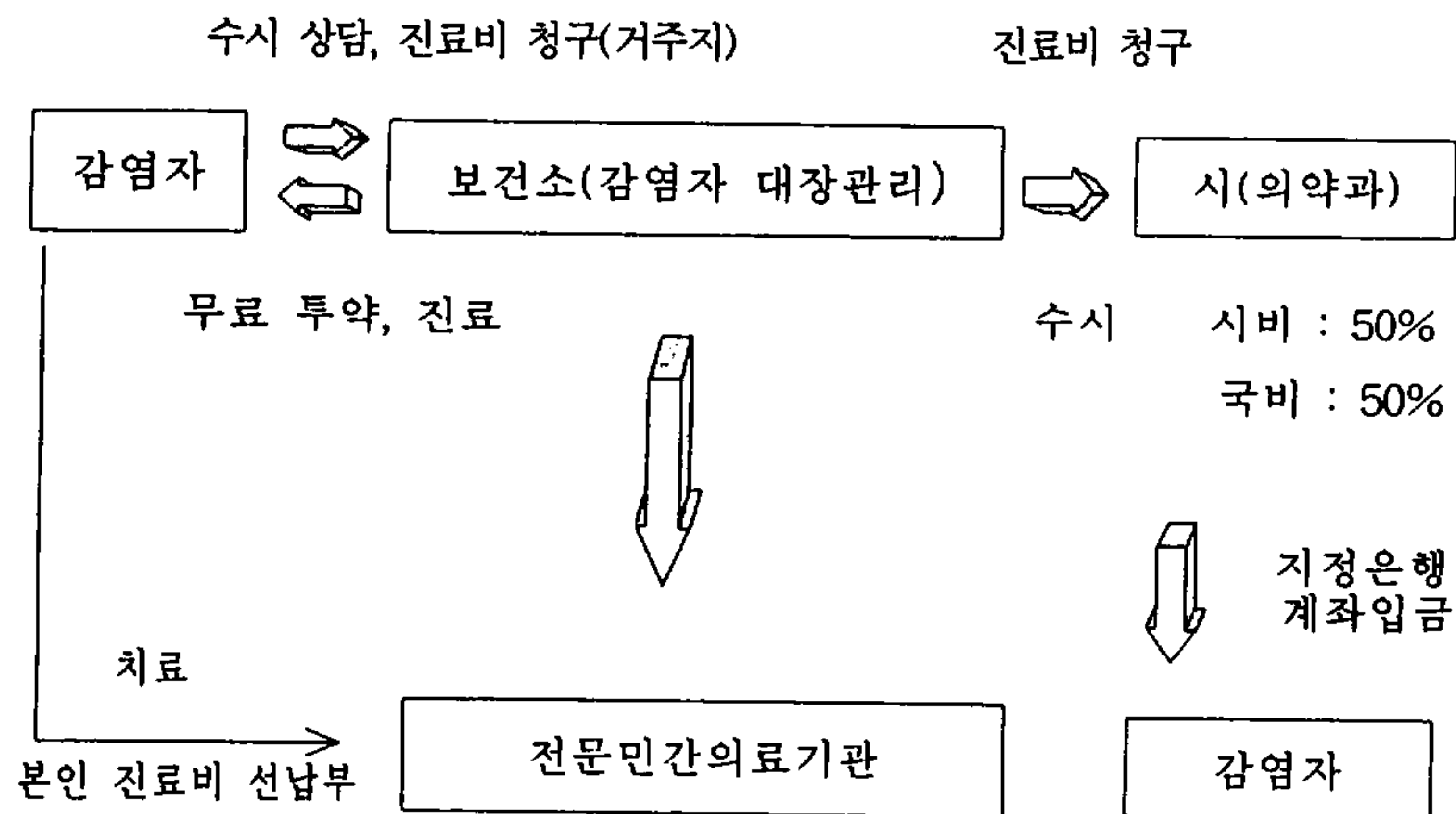
보건소에서 진료의 종류는 다양하지만 그 중 몇 가지 질병에 대해서 진료 전달체계를 살펴보겠다.



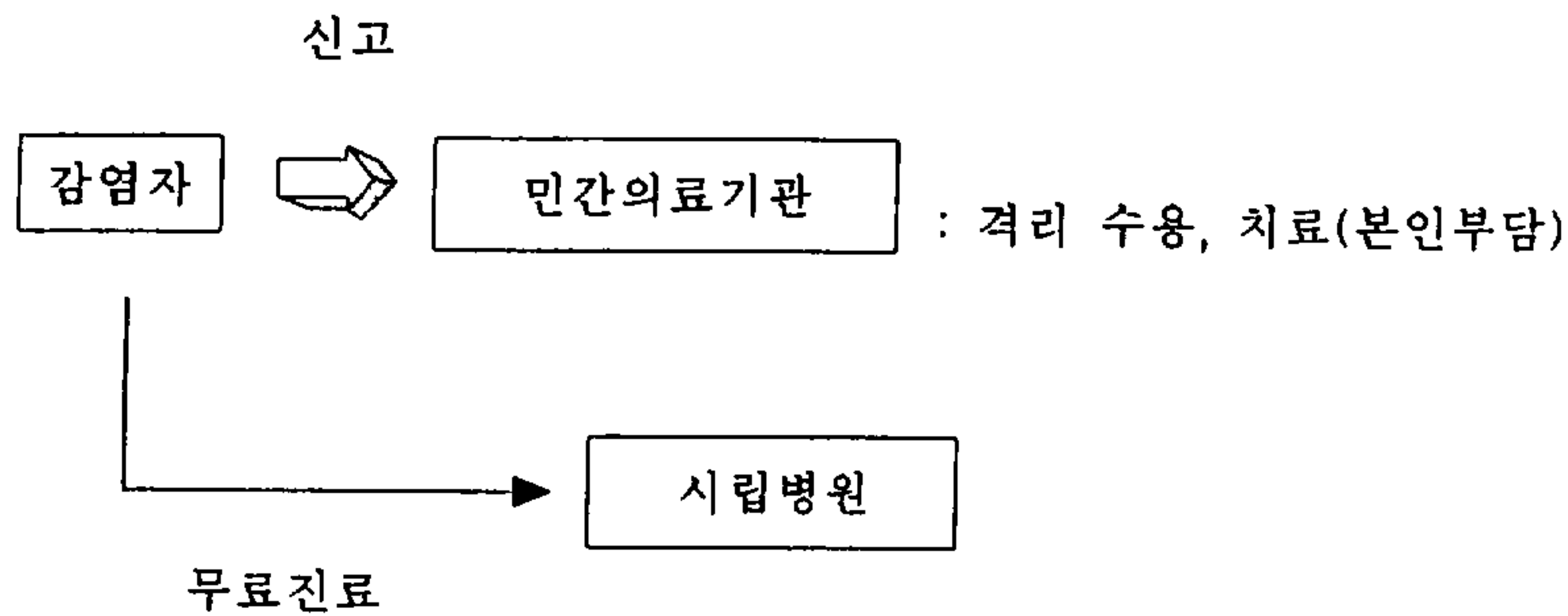
〈그림 3-4〉 일차 진료의 전달체계



<그림 3-5> 방문간호 진료 전달체계



<그림 3-6> AIDS 진료전달 체계



〈그림 3-7〉 급성 전염병 진료 전달 체계

2. 보건소 전달 체계상의 문제점

첫째, 보건소의 진료비 청구와 지급 문제로서 진료제공 시점에서 진료비 지급시점까지 장기간이 소요되므로 착오 청구 시 재 조회 등으로 더욱 기간이 소요된다. 또한 진료비 청구 시 담당직원의 잦은 인사 이동으로 전문성이 없어 시간과 인력이 많이 낭비되고 있다.

둘째, 의료보호 대상자가 일반 진료기관에서 진료를 받을 때 보험급여 사항을 비 보험 처리되는 불이익을 받게 될 수도 있다. 의료보험 연합회의 심사에서 삭감될 것을 감안하여 진료비전액을 환자에게 전가시킬 수도 있다.

셋째, 보건간호 방문 시 취약 계층주민 중심의 제한된 서비스 대상이 행정기관의 사회복지사의 기능과 중복되어 전반적으로 인력낭비의 지적이 있다.

넷째, 질병구조 및 환경의 변화로 다양한 서비스 요구가 대두되고 있고, 행정기관, 보건소, 민간의료기관간 각각 다른 다양한 프로그램 요구가 있으나 아직 3개 분야간 연계 체계가 미흡하다.

제4장 보건소 보건증진 정책의 개선방안

제1절 할당 및 대책 영역

첫째, 할당 영역의 개선 방안을 제시하겠다.

① 거주지 관할을 벗어난 진료 대상자에 대한 지속적인 홍보로 불필요한 인력의 투입이 예상된다. 도시 지역 보건소의 경우 직원 1인당 관할 인구가 인구 30만 이상시의 경우는 10,487명이며, 특별시나 광역시의 경우도 각각 4,772명, 5,103명이라는 선행연구(한국보건사회연구원, 1998)가 있어 너무 과다하여 효율적인 인력 관리와 진료서비스 질의 향상을 위해서 지속적인 홍보가 필요하다.

② 진료에서 수혜 대상자의 폭을 확대하는 문제는 사회, 경제, 정치적인 환경과 관련이 많다고 본다. 사회복지 선진국의 장점을 가진 사례들을 적극적으로 도입하겠다는 정책적 의지가 이루어지도록 하여, 법규상의 불필요한 규제의 완화와 복지의 확대라는 측면에서 추진해 갈 때 가능하다고 본다.

③ 대상자 선정 과정에서의 비과학적 기준의 적용은 어느 국가나 겪어오면서 발전된 분야라고 본다. 그러나 많은 개선에도 불구하고 아직까지도 정책적 이슈로 등장하는 문제로서 우선은 자영자의 소득 파악의 인프라 구축이 시급하다고 본다.

또 생활보호자 선정과정에서도 소득 파악에는 한계가 있다. 자영자는 업종, 사업장면적 등을 고려하여 등급을 나눈 뒤 직장 근로자의 등급 체계(53등급)에 포함시키는 방법을 제시한다. 또 소액 진료비 전액을 본인 부담제로 도입하고 감기 등 작은 질병은 자기 계좌를 이용하여 자기 돈으로 지불하게 하는 방안도 있다. 또 소득 추계가 안 되는 자영자나 대상자에게

는 소득 외에 소득을 추산할 수 있는 재산, 생활수준, 직업, 경제활동 상황 등을 종합적으로 고려해 징수 과세 자료가 있는 국세청으로 단일화시키는 것도 한 방법이 되겠다.

둘째, 대책 영역의 개선 방안으로써

① 질병모니터 요원에게 인센티브를 제공하는 제도적 방안과 감염병 감시정보시스템을 개발하여 환자 발생보고 체계를 개선 할 필요가 있다.

② 결핵환자 등록관리 체계를 내실화 하여 국민 스스로 결핵 퇴치 사업에 자진 참여토록 홍보를 강화하고 민간 단체인 대한 결핵협회에 대하여 기능 강화와 활동을 활성화시켜 5세 이상 인구 중 활동성 폐결핵 유병률(1995년 현재 1.0%)과 준 양성률(1995년 현재 0.22%)을 선진국 수준으로 떨어뜨려야 한다. 또한 AIDS 및 성병 관리는 증가추세를 감안해 대상자의 등록관리의 내실화와 강력한 홍보가 유일한 개선책이라 할 수 있다.

③ 보건소(특히 도시보건소)에서는 일차 진료 중심의 보건의료 기관이지만 전문의사의 배치를 제도화하여 요구 다양화에 대처해 가는 정책 대안이 요구된다. 또한 산전, 산후 관리는 물론 영유아 관리 사업에 대한 홍보를 강화하여 저소득 계층의 이용률을 높여야 한다.

④ 인구 정책에 의한 피임보급은 오·벽지 주민과 저소득층을 대상으로 하고 자율 피임을 권장하면서 인구의 자질 향상을 추구하기 위한 정책으로 모자 보건 사업과 연계 추진하여 노인복지, 아동복지, 여성복지 증진에 기여하도록 종합적인 대안이 요청된다.

⑤ 건강 증진사업의 기반 확보가 중요하다. 우리 나라에서 국가의 보건 증진 정책을 추진하는 첨병은 일선 보건소이다. 1995년 제정된 국민건강증진법 제19조에 지방자치 단체장은 보건소장으로 하여금 지역사회 주민의 건강 증진사업에 관한 구체적인 사업을 실시 할 것을 규정하고 있다. 또

한 지역보건법 제19조에서도 같은 내용을 담고 있어 지역단위 건강증진 사업의 주체는 당연히 보건소이어야만 된다. 이런 정책이 보건소 단위에서 성공적으로 수행되기 위하여서 사업기반이 마련되어야 할 것이다. 다시 말해서 시설, 설비, 전문인력과 재원확보가 될 것이다. 아무리 좋은 프로그램을 개발하더라도 시설이 없거나 필요한 장비가 구비되지 않고, 전문 인력의 배치가 되지 않는다면 프로그램 설계에 그치게 되어 주민들의 건강 증진과는 전혀 별개가 되고 말 것이다.

한국의 건강 증진사업은 과거 가족 계획사업에 못지 않는 국가적 의의와 타당성이 있다고 하겠다. 앞으로 효과 있는 건강 증진사업에 실질적 투자가 없으면 복지 선진화는 어떤 결과도 만들어 내지 못하는 구두 선에 그치고 말 것이다. 생활권 체육시설의 확보(등산로, 산책로 등), 동호인 등 민간조직의 지원, 건강증진용 장비, 운동부하검사장비, 보건 교육용장비, 영양·교육용 장비의 구비와 운동 처방사, 물리치료사, 레크레이션 지도자, 영양사 등의 인력 확보가 이뤄져야 한다. 특히 이들 전문 인력의 확보가 구조조정과 연계처리 될 때 더욱 전문인력난이 예상되므로 이들에 대한 정규직 확보가 여의치 않을 때는 계약직으로 대체하는 법제도상의 검토, 부처간의 협의로 보완하는 방안이 필요하겠다.

⑥ 공해, 노동재해, 약품 오·남용, 식품공해 등에 의한 질병의 예방과 진료에서 보건소에서는 1차 진료 위주의 기능만을 수행하고 있지만 점차 전문인력의 확충, 장비, 시설 투자 등의 정책적 고려가 필요하다.

⑦ 방문간호 시 환자 문제를 발견 즉시 보건소나 전문의료 기관과 연계하여 활성화하도록 하고 지역사회 연계방법으로 사회복지 전문요원 등과 정보 전달 체계를 구축하는 제도개선이 있어야 한다. 질병양상의 변화에 따라 고혈압, 당뇨, 근·골격계 순으로 질병별 우선 순위를 정하여 대상자 요구에 의한 사업이 시행될 수 있도록 개선하여야 한다. 방문진료의 개선방안으로

발견된 환자를 질병 상태에 따라 진료계획을 수립하여 진찰, 투약, 처리 등 사례 관리를 조직적으로 실시하고 입원이 필요한 환자는 2차 의료기관에 입원 조치하며, 사회복지사와 연계하여 종합적인 서비스를 제공하여야 하겠다. 순회 진료의 개선 대책으로는 투약은 시각 장애인 복지관 등 특수 시설만 실시하고 노인정 등에서는 건강상담, 보건 교육 등으로 유익한 서비스를 제공하여 꼭 투약이 필요한 자는 일차 진료를 이용토록 하는 제도 개선이 필요하다.

⑧ 의료기관 응급체계의 지휘조직과 지원부족에 대한 대책으로 중앙에 응급의료센터가 필요하다. 현재 100여 개의 병원이 응급의료센터로 지정되어 있으나 질적 수준을 높여야 한다. 실제로 구급차를 이용한 환자는 30% 수준이고 이중 의료 기관을 부적절하게 선정하는 경우도 30~40%를 차지하고 있으며 응급의료기관에 국가적 재정지원이 있어야 하겠다.

또 보건소의 의료기관에 대한 점검은 불법 의료행위 시민신고제를 활성화하여 자율적 의료서비스가 되도록 발전시켜가야 하겠다.

⑨ 약사, 마약류 지도 업무에서 대형 약국, 의약품 도매상의 수시 점검을 시행하고 있지만 법규 자체의 미비점 보다 실행 부서에 대한 조직 강화와 예산의 뒷받침이 필수적이다. 더욱 여러 부서에서의 다양한 단속 부서를 연계하여 단속하여야겠다. 마약류 남용의 예방 대책으로 약물남용 정책실이나 시행청을 설치하여 약물 남용의 정책사업을 체계적이고 적극적으로 대처해가야 할 것이다. 또 현행법규상 치료받기를 원할 경우 법적인 처벌보다 법규의 개정을 통해 전문적 치료 및 재활대책이 우선되어야 한다.

⑩ 만성퇴행성 질환의 개선 방안으로 위암, 자궁암의 경우 환자 발견 사업의 활성화를 위해 조기진단의 중요성을 홍보하고, 민간 의료기관에서는 보건소에 등록, 통보하여 정보를 상호 공유하도록 하여 환자관리를 체계화하는 방안이 있다. 관절염 관리 사업의 경우도 보건소와 민간 의료기관이 정보를

공유하여 관리하고 투약 관리시 운동요법, 식사요법 등에 대한 교육을 실시하여 예방 효과를 확대해 가야 한다. 고혈압, 당뇨병 등의 만성퇴행성 질환의 경우도 기초 자료의 확보와 추진 프로그램을 연차별로 장기 계획을 수립하여 대처해 가야 한다.

⑪ 만성 정신질환자 관리사업은 사례관리로 다양한 욕구를 파악하여 가정방문, 전화상담 등 다양한 접촉으로 포괄적 관리가 필요하며, 주간 재활 프로그램을 더욱 다양화하여 민간의료기관에서 부족한 역할을 보완하며, 지역사회와 연계하여 직업 재활프로그램도 내실 있게 운영하여야 하겠다. 또 치매 환자와 알콜 중독자 관리 사업에서도 민간 의료 기관과 연계하여 대상 파악과 등록 체계를 구축하여 점차 내실 있는 운영을 실천해 가야 하겠다.

⑫ 노인 보건 관리에서도 노인 물리 치료를 위해 지역 재활의학과 의사가 보건소 사업에 참여할 기회를 제도화하고 노인의 건강 검진율을 높이기 위해 홍보와 지역사회의 정보망을 구축해 나가야 한다.

시범사업

성북구 보건소에서는 민간단체(NGO)의 전문성과 경험을 활용하여 구민 보건의료 서비스의 편익을 증진하기 위해서 보건소 자체 내에서는 전문성의 부족과 인력 부족으로 각종 형태의 정확한 보건, 의료 통계의 구축을 위해 관내 자매결연 대학교 및 관련협회에서 위탁 사업으로 암 관련 건강 형태 파악 등 23가지의 단위사업에 대한 기초 자료를 통계 분석 처리하여 보건 증진정책의 기초 자료로 활용하고, 또 민간 의료 기관과도 정보 공유의 첫 사업으로 '99. 9. 1부터 3개월간 계약으로 추진 중에 있다. 이 사업의 완성 후에는 업무처리의 효율성 증대에 기여되는 바가 클 것이다.

제2절 재정 및 전달체계 영역

첫째, 재정 영역의 개선 방안을 제시하겠다.

① 대개의 보건소등이 해당 자치 단체의 재정자립도가 낮아 농특세의 지원액을 확대하여 시설이 열악한 보건소 등에 계속적으로 시설을 개선하여 보건의료 기능을 극대화 시켜야 한다.

② 국민건강증진기금의 확대 조성으로 날로 변화해 가는 국민 의료 욕구에 초점을 두는 사전 예방적 건강 증진 사업에 초점을 두는 사업의 전개가 필요하다. 보건소도 이 연구에 참여할 수 있어 실무자들의 자질 향상은 물론 실제 현장에서의 질 높은 연구가 지속되고 정착되도록 하여야 하겠다.

③ 각 지방자치단체의 낮은 재정 자립도를 다소나마 높여 보건의료기능 달성을 위해서 수혜자 부담의 각종 수수료를 일반 의료 기관과 비교하여 낮은 수수료는 상향조정하는 등 세외 수입을 증대시키는 것도 하나의 개선 방안이 된다.

④ 한정된 자치단체 재원으로 예산이 뒤따르는 많은 업무의 처리가 불가하므로 국비, 시, 도비 등의 지원 예산을 과감히 증액 지원하여야 한다.

⑤ 예산 편성 담당자들의 보건소에 대한 인식의 전환이 필요하다. 과거 질병 예방에 국한하던 시기의 인식을 버리고, 보다 발전 지향적인 예산관이 있어야 한다. 더더욱 지방 자치단체장의 변화된 관심이 있을 때 질 높은 보건 의료 서비스가 가능할 것이다.

⑥ 지방자치제 실시로 지역간에 보건소 운영예산의 규모에 차이가 발생하여 대외적 보건의료사업에 질적, 양적 차이가 발생하지 않도록 행정구역 또는 보건소 유형별 기준과 지침이 있어야 할 것이다.

결론적으로 보건소 예산은 정부 및 지방자치단체 예산이 주재원이며,

민간부문의 재원은 향후 검토될 부분이라 분석된다. 우리 나라도 복지국가로 발돋움 할 시기에 국민 건강증진의 최 일선기관으로써 역할을 할 수 있도록 예산의 뒷받침이 절대적으로 필요하다.

둘째, 전달체계영역의 개선방안으로는,

① 진료비 청구에서나 진료서비스 측면에서나 직원의 전문화가 요구된다. 따라서 정보나 통계업무분야와 진료 분야 담당자 전문 교육과 훈련이 매우 중요할 수밖에 없다. 선행연구(7개 유형별 보건소 실태조사, 1996, 한국보건사회연구원)에 의하면 보건소 직원의 훈련 경험 횟수에서 훈련 및 연수 경험은 평균 1.6회이며, 훈련 경험이 없는 직원도 33.5%에 달하고, 훈련을 받은 직원도 대개 1~2회에 집중되었음을 보고하고 있다. 그리고 훈련 및 연수기간도 대부분 1~2주의 단기 과정으로 전문화에 상당히 미흡한 실정이다. 따라서 본 연구에서는 보건소 전 분야에서의 전문화를 위하여 정규 훈련 과정 이외에도 각 연구기관에서 개최하고 있는 각종 세미나와 연구 발표회에 참여하는 것을 훈련 및 교육 이수로 인정하는 훈련 평정제도의 개선을 제안한다.

② 진료비 과다청구에 대한 개선 방안으로는 연구 중에 있는 별도의 심사기관을 신설할 것이 아니라 기존의 의료보험연합회의 기능을 보강하여 심사를 강화하는 것이 비용 효과 측면에서 바람직하다고 본다.

③ 보건간호, 진료의 경우 진료대상 계층이 저소득 계층 등 특수 계층으로써 행정 기관에서의 사회복지서비스와 중복되고 있어 이의 통합 운영이 활발히 논의되고 있다. 따라서 본 연구에서는 보건소에 사회복지사를 정원 규정에 두고, 또한 민간의료기관과도 각종 질병에 대한 정보와 기본 통계를 상호 제공하는 법규의 정비が必要하다고 제안한다.

제5장 결 론

인간은 태어나면서 건강한 삶을 영위하기를 원한다. 그러나 여러 가지 환경적 요인에 의해서 인간을 고통으로 몰아넣는 질병과 꾸준히 투쟁하여 왔음을 여러 문헌을 통해서 알 수 있다. 과거의 질병들은 인간의 노력으로 상당히 정복되었으나 세계 문명의 발달과 산업화가 점점 인간의 능력으로 해결하기 어렵고 또 그 원인조차 찾을 수 없는 질병들의 출현을 야기 시켰다.

50여년전 단순한 질병의 예방 기능만 수행해 왔지만 이제는 사인구조의 변화, 건강에 대한 국민 의식의 변화는 더 질 높은 보건증진정책을 요구하게 되었다.

따라서 새 천년을 맞는 중요한 시기에 한국보건소의 보건증진정책을 Gilbert와 Specht의 사회정책 분석 틀인 할당 영역, 대책 영역, 재정 영역, 전달체계 영역의 4차원 별로 분석하여 문제점을 찾아내고, 그의 개선 방안을 제시하여 보았다.

첫째, 할당(Allocation) 영역에서는 수혜 대상자에 대해서 살펴보았다. 보건소의 주요 수혜 대상자는 과거에는 저소득층 중심의 진료서비스였으나 점차 이용자가 변화하여 여러 계층으로 이용의 폭이 넓어 졌다. 해당관할 구역이 아닌 타 지역에서의 진료행위를 줄여가야만 인력관리와 서비스 질 측면에서 효율적 관리를 기할 수 있다. 또 수혜 대상자의 폭을 확대하기 위해서 사회적, 경제적으로 선진국 사례 검토와 연구로 저렴하게 이용 가능토록 이용자의 폭을 넓히고 민간의료기관에서의 기피하는 서비스까지도 적극 개선하겠다는 정책적 의지가 필요하며, 주 서비스 대상자인 생활보호법의 법정영세민 및 의료보호대상자의 선정에 더 과학적인 소득 파악의 인프라 구축이 우선 되도록 하여야 하겠다. 아직도 세법체계에서는 이전 소

득 파악과 금융기관에서의 예금현황 파악이 불가능하다. 이에 대한 법규와 제도보완이 꼭 필요하다. 그래야만 정확한 소득파악이 되어 형평성 시비를 없앨 수 있으며, 제도에 대한 신뢰가 구축되어 전사회적으로 파급효과가 클 것은 분명하다.

둘째, 대책(Provision)영역에서는 전염병 예방법에 의한 질병 발생 모니터 요원제도 운영은 관 주도적 운영에서 탈피하기 위해서는 민·관 의료기관 정보를 공유할 수 있게 하는 등 인센티브를 제공하여 자율참여의 체제로서의 정책전환이 필요하며, 또 과소 평가되었던 결핵퇴치 사업을 지속적이고 적극적인 홍보 강화로 선진국 수준으로 유병률을 떨어 뜨려야 한다.

사회적 요인에 의한 질병에도 정책적 고려가 있어야 하겠다. 일반 질병보다 산업화되는 과정의 보편화된 질병으로서 제한적이거나 보건소에서 일익을 담당할 수 있는 전문인력의 배치, 장비, 시설의 지원 등 향후 점진적이고 지속적인 지원 정책이 필요하다.

또한 인구정책의 전면 수정이 필요하다. 남녀 성비의 불균형 문제 그리고 산업현장에서의 노동인구 부족은 이미 나타나고 있는 현상으로 피임 보급은 오·벽지 주민과 저소득층에 집중 권장하면서 모자보건사업과 연계 추진하는 종합적이고 미래지향적 인구정책이 필요하다. 보건증진 정책의 효율적인 수행을 위해서는 물리치료사, 영양사 등 전문 인력의 실질적 배치가 확대되어야 하며, 제도적 보완과 늘어가기만 하는 마약류 오·남용 등의 문제로부터 주민을 보호하기 위해서 보건소의 단속에서부터라도 실질적인 단속의 강화가 필요하며 이를 확대하여 범국민운동으로 확산시켜가야 한다.

만성 퇴행성 질환에 대한 기초적인 통계 자료의 확보가 시급히 해결되어야 예방이 가능하다. 이를 위해서는 자체 구비 예산에 의존치 말고 현행 국민건강 증진법과 기금관리 기본법 운영을 보다 강화하여 그 기금을

보다 활성화하여 시범 보건소 운영제도에서 전국적으로 확산시키는 과감한 정책이 필요하다.

정신재활, 노인보건 사업도 전문서비스 개발은 물론 통합관리가 되도록 하는 제도 보완이 있어야 한다.

셋째, 재정(Finance)영역에서는 정부부문에서의 복지관련 예산과 보건 의료 관련 예산을 해마다 다소 증가 편성하지만 여전히 부족하기만 하다. 국비와 시·도비에 의존하는 지방자치단체 (보건소)가 대다수이다. 또 국가나 지방자치 단체에서도 보건 의료복지 예산이 우리 가족, 우리 이웃, 우리 국민의 건강과 직접 관련되는 것이건만 관행적으로 인식 부족이 과감한 증액을 가로막는 것이 현실이다. 국가정책 결정자와 자치 단체장의 과감한 인식 전환이 선행되어야 한다. 농특세, 국민건강 증진기금의 목적세 등을 확대 조성하여 국민 보건 증진에 대한 연구의 활성화와 시설과 장비의 현대화로 질병의 예방은 물론 삶의 질 향상에 역점을 둘 수 있는 건전한 재정이 되도록 과감한 개혁이 있어야 한다.

넷째, 전달체계(Delivery System)영역에서 진료비 청구와 지급문제에서 재 조회 등에 장기간 소요되므로 인력의 낭비가 있어 왔으나 EDI(Electronic Data Interchange)제도가 일부분에라도 추진되고 있어 다행스럽지만 조속히 전지역으로 확산되도록 정책과 재정지원이 절실하다. 또 민간 의료기관에서의 과다 청구문제는 심사기관의 철저한 심사와 감시체계를 강화하고, 행정기관(구청)과 보건소간의 방문간호 등 중복분야는 통합관리 할 수 있도록 제도의 개혁이 있어야 한다.

또 서비스 전달의 효율화를 위해서 보건소 인력의 전문화가 필요하다. 이를 위해서 각종 세미나, 연구발표회 참석 등을 교육훈련 성적으로 반영하는 개선이 있어야 하겠다.

참고 문헌

1. 국내문헌

1) 단행본

- 김영모, 「현대 사회정책론」, 한국복지정책연구소, 1995.
- 김응석 외, 「보건지소 공중보건의사의 활동현황과 정책과제」, 한국보건사회연구원, 1996.
- 김혜원 외, 「보건소 영양 사업의 현황과 정책과제」, 한국보건사회연구원, 1997.
- 남상만 외, 「장애인 복지 개론」, 홍익제, 1998.
- 남정자 외, 「지역보건의 정책과제와 활성화 방안」, 한국보건사회연구원, 1996.
- 남정자 외, 「한국인의 보건의식 행태」, 한국보건사회연구원, 1995.
- 남세진 외, 「한국 사회 복지론」, 나남출판, 1997.
- 박찬용, 「사회보장 발전 목표 설정과 정책과제」, 한국보건사회연구원, 1998.
- 변종화 외, 「국민 건강 증진 목표와 전략」, 한국보건사회연구원, 1995.
- 보건복지부, 「보건복지백서」, 보건복지부, 1998.
- _____, 「보건복지통계연보」 제44호, 보건복지부, 1998.
- 서울대학교 의과대학, 「지역보건의료계획」, 서울대학교, 1998.
- 서울특별시, 「제38회 서울통계연보」, 서울특별시, 1998.
- 성북구, 「제13회 성북 통계 연보」, 성북구, 1998.
- 성북구 보건소, 「성북구 지역 보건의료계획(1999~2000)」, 성북구보건소, 1998.

- 송근원 외, 「사회 복지정책론」, 나남출판, 1997.
- 신섭중, 「사회 보장정책론」, 대학출판사, 1998.
- 예민해 외, 「공중 보건학」, 계축문화사, 1996.
- 유승흠, 「보건기획과 관리」, 수문사, 1995.
- 이경식, 「일차보건의료와 보건제도」, 보건간호사회, 1995.
- 이윤로, 「청소년 약물남용의 원인과 치료」, 문음사, 1997.
- 이혁주 외, 「서울시 보건의료정책의 방향 재 설정」, 서울시정 개발연구원, 1996.
- 장원기 외, 「지역단위 공공보건의료기관 기능 개편 방안」, 한국보건사회연구원, 1998.
- 정정길, 「정책학원론」, 대명출판사, 1996.
- 최병호, 「의료보험통합에 따른 진료비 지불체계 개편 연구」, 한국보건사회연구원, 1998.
- 통계청, 「사망 원인별 통계 연보」, 통계청, 1998.
- 한영자 외, 「영아 사망 수준과 원인에 관한 연구」, 한국보건사회연구원, 1996.
- 한영자 외, 「모성 사망 비 추정 및 사망 원인 분석」, 한국보건사회연구원, 1997.
- 한영자 외, 「영아 사망률 산출을 위한 조사방법 개발 연구」, 한국보건사회연구원, 1995.

2) 논 문

- 권동원, “보건교육 평가 점수 표를 이용한 결핵교육이 보건소 환자 관리에 미치는 영향,” 연세대학교 석사학위논문, 1990.

- 김명순, “보건소와 산부인과 의원의 산전관리 이용양상 비교,” 경북대학교 석사학위논문, 1994.
- 김영리, “보건소 지역 방문 보건사업활성화 방안에 관한 연구,” 국민대학교 석사학위논문, 1995.
- 서문석, “지역 의료보험 참여에 관한 연구,” 서울대학교 석사 학위논문, 1999.
- 신상욱, “지방화 시대에 국민 보건 증진 개선에 관한 연구,” 고려대학교 석사학위논문, 1995.
- 안병섭, “한국 의료 보장 정책의 분석에 관한 연구,” 경남대학교 석사학위논문, 1990.
- 안영진, “영국 의료 보장 제도에 대한 고찰,” 연세대학교 석사학위논문, 1995.
- 유선미, “도시보건소 의료보험 수진자의 의료 이용실태조사,” 서울대학교 석사학위논문, 1995.
- 유재오, “보건소 이용실태와 발전 방향에 관한 연구,” 한남대학교 석사학위논문, 1998.
- 윤순녕, “보건소의 환경, 조직 구조와 조직 유효성과의 관계,” 서울대학교 박사학위논문, 1991.
- 이용래, “보건소의 사회복지 서비스제도 도입을 위한 연구,” 서울대학교 석사학위논문, 1992.
- 이호선, “한국보건소의 행정체계에 관한 연구,” 단국대학교 석사학위논문, 1995.
- 이회원, “환경변화에 대응하는 보건소의 기능 및 구조개선 방안,” 연세대학교 석사학위논문, 1995.

- 정윤배, “보건소 건강증진사업 모형 개발에 관한 연구,” 연세 대학교 석사학위논문, 1996.
- 조공민, “보건소와 일반의원에 대한 투약 서비스 비교 연구,” 연세대학교 석사학위논문, 1992.
- 최재구, “우리 나라 지역 보건 행정 개선 방안에 관한 연구,” 경희대학교 박사학위논문, 1995.
- 황태윤, “보건소의 진료의뢰 양상과 의뢰환자들의 전문과목 요구도,” 영남대학교 석사학위논문, 1995.

3) 간행물

- 국민의료보험관리공단, 「의료보험」, 1999. 6.
- 보건간호사회, 「보건간호소식」, 1998. 5.
- 보건복지부, 「1999년도 건강 증진 연구 사업 안내서」, 1999. 8.
- 의료보험연합회, 「의료보장」, 1999년 1-12월호.
- 의학신문사, 「의학신문 제2919호」, 1999. 10. 18.
- 이규식, 「지방자치화와 보건소의 지역 건강 증진 사업계획」, 지역사회 건강 증진을 위한 지방 정부의 역할에 관한 심포지움, 인제대학교 보건과학연구소, 1996.
- 한국보건사회연구원, 「보건 복지 포럼 통권 제19호」, 1997. 6.
- _____, 「보건 복지 포럼 통권 제22호」, 1998. 7.
- _____, 「보건 복지 포럼 통권 제13호」, 1998. 6.
- _____, 「보건 복지 포럼 통권 제36호」, 1999. 9.
- 한국보건행정학회, 「한국보건행정학회 전기 학술 대회(연제집)」, 1997.
- _____, 「보건행정학회지 제7권 1호」, 1997.

_____, 「보건행정학회지 제7권 2호」, 1997.

황진수, 「한국 마약 정책의 평가에 관한 연구」, 한성대학교 사회산업연구
구소, 1994.

2. 외국문헌

梅内拓生, 「國際保健學の發展」, 日本學校保健研究, 35(2), 1993.

日本 八戸 保健所, 「健康増進指導事業報告書」, 1995.

日本厚生省 健康政策局計劃課, 「醫療計劃, 地域保健醫療計劃 必携」, 1995.

Basch, P. F., *Textbook of International Health*, Oxford University Press,
1990.

Nam, Chul-Hyum, "Community Health Education," The Journal of the
Korean Public Health Association, Vol. 7. No. 1, 1981.

Coleman, J. S., *Policy Research in the Social Sciences*, Morristown, N.J.:
General Learning Press, 1972.

Clarke, John J., *Social Welfare*, 1953.

Dery, David, *Problem Definition in Policy Analysis*, Lawrence, Kansas :
The University of Kansas Press, 1984.

Ellwood, D. T., *Poor Support*. New York: Basic Books, 1988.

Eyestone, Robert, *From Social Issues to Public Policy*. New York : John
Wiley and Sons, 1978.

Gilbert, N. & H. Specht, *Dimensions of Social Welfare Policy*, N. J.:
Prentice-Hall, Inc., 1974.

Girdano, D. A., *Occupational Health Promotion*, New York : Macmillan,
21~31, 1986.

- Goodin, R. E., *Reasons for Welfare : The Political Theory of the Welfare State*. Princeton : Princeton Univ. Press, 1988.
- Horacio, Fabrega Jr., *Disease and Social Behavior*, The MIT Press, 1980.
- Kahn, A. J., *Social Policy and Social Services*, N. Y. : Random House, 1979.
- Lalonde, M. A., *New Perspective on the Health of Canadians*, A Working Document, Information Canada, Ottawa, 1974.
- Lawrence, W. J. and S. Leeds, *An Inventory of Federal Income Transfer Program : Fiscal Year 1977* (White Plains), N. Y. : The Institute for Socioeconomic Studies, 1980.
- Benjamin, D. P., "Social Service on Health," *American Journal of Public Health*, 64th ed., November 1956.
- Prigmore, Charles S. & Atherton Charles R., *Social Welfare Policy*, Toronto : Health and Company, 1979.
- Roemer, M., *National Health Systems of the World*, Vol. 1, New York : Oxford University Press, 1991.
- Suchman, Edward A., "Evaluation Research, Principle and Practice," in *Public Science and Social Action Programs*, N. Y. : Russell Sage Foundation, 1967.
- Titmuss, Richard M., *Commitment to Welfare*, N.Y.: Pantheon Books, 1969.
- York, Reginald O., *Human Service Planning*, Chapel Hill : The University of North Carolina Press, 1982.
- WHO, *Health Hazards of the Human Environment*, 1972.
- WHO, *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata USSR, 1978.

WHO, *Report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata USSR, 6-12 September 1978, Geneva, 1978.

WHO, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva, 1981.

WHO, *Plan of Action for Implementing the Global Strategy for Health for All*, Geneva, 1982.

WHO, *Target for Health for All*. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.

ABSTRACT

A Study on the Evaluation of Health Promotion Policy in Korea

- Focused on the Function of Community Health Center -

Jang, Bu Cha

Major in Social Welfare

Dept. of Welfare Administration

Graduate School of Public Administration

Hansung University

After 1980s, the quality of life of the Korean people has been raised mainly by the rise of national income. The average life expectancy of the Koreans has been increased 9.88 years to 74.39 years in this period. The disease type has also changed to chronic degenerative disease.

The function of the community health center has been upgraded by the revision of health-related laws in 1995. The public health center have achieved the position of public health organization especially after the IMF bail out of the Korean economy in November 1997.

The purpose of this study is to suggest policy alternatives for the development of the Korean community health center in the 21st century. This thesis evaluates the government's health promotion policy in terms

of the Gilbert and Specht model. The Gilbert and Specht model consists of four areas of allocation, provision, finance and delivery system of social welfare policy.

In Chapter 2, this thesis analyzes the history of the functions of the community health center. The problem of the current public health system in Korea has been characterized in this chapter.

Firstly, it is studied on the requirements for receiving the service of medical care from the community health center. The problem of the field practice in the center has also been analyzed.

Secondly, It is analyzed current situation and problems on the various programs for the public. It is also studied for the management of acute and chronic infections, family health care program, health and medical policy, chronic degenerative disease management program, mental health and the health care for the old.

Thirdly, finance area has been analyzed. The public health program undergoes shortage of budget every year. Furthermore, after the institution of the full-fledged local government system in 1992, it is evaluated that the size of the budget in local districts depends on the leadership of the head of the community health center. It is desirable that the differences on the supporting fund from the upper government to the locals should be lessened. The national policy is needed to strengthen the function of regional community health center.

Fourthly, it is analyzed for only four types of functions since there

are various kinds of service delivery system, payment system and disease transit system. The current situation and problems of the representative types are analyzed in Chapter 3. in Chapter 4, preceding studies on the organizational problems are summarized and policy alternatives on the four areas of are suggested.

Concludingly, this thesis suggests some ways of being a successful community health center in the new age. The expansion of the number of service recipients, steady developments of the health programs, the more stable financing on the center and the desirable change of the current delivery system are needed. With effective implementation of the suggested policies in this thesis, the community health center as the real public health care organization can function for the local dwellers.