

# 질병관리를 위한 지방조직 개편 방안

박 윤 형  
순천향의대 교수

## 1. 서 론

제17대 총선에서 여대야소 국회가 구성되고 대통령 탄핵안이 헌법재판소에서 기각됨에 따라 참여정부의 본격적인 행보가 시작되고 있다. 보통 정권이 바뀌면 가장먼저 시작하는 분야가 정부조직 개편이다. 새로운 각오로 시작하는 참여정부에서도 벌써 정부조직개편안이 나오기 시작하였다. 보건의료부분도 '사회부총리신설안, 보건복지부, 식약청, 노동부를 통폐합하여 '복지노동부'와 '보건식약청'으로의 개편안과 대통령 사회정책수석의 신설 등이 거론되고 있다.

대통령의 대선공약인 지방분권을 실현하기 위하여 정부혁신 지방분권위원회가 지난 1년간 활동하면서 지방분권에 대한 로드맵을 제시하고 있다. 지역사회와 지방정부와 중앙정부를 혁신하여 지방분권을 이룩하기 위해 중앙권한을 획기적으로 지방에 이양하고, 지방 재정력을 확충하는 등 지방재정분권을 추진하며, 지방정부의 자치행정역량을 강화한다는 내용이다.

지금까지의 진행상황을 보면 문민정부등 다른 정부와 같이 중앙정부의 조직과 권한을 축소하고 권한은 지방으로 이양하면서 지방정부의 조직과 역량을 증대시킨다는 방향으로 나가고 있다. 참여정부에서는 특히 행정수도의 지방이전까지 공약으로 채택함으로써 가시적·상징적 실천수단까지 제시하고 있어 보다 강력히 추진될 것으로 전망된다. 보건복지부의 경우 지난 문민정부 정부개혁 시 복지노동부, 보건환경부 안이 제시되다가 현재의 보건복지부로 유지되어 왔으나, 금번에는 다시 복지노동부와 보건식약청으로 거론되고 있어 보건이 부(部)에서 청(廳)까지 하락하는 것으로 거론되고 있다.

세계 각 나라의 행정기능 중에서 단독부처를 조사한 결과 보건부를 단독부처로 설치한 나라가 97개국으로 외무부(144개국), 행정수반실(132개국), 법무부(128개국), 국방부(120개국), 재무부(114개국), 내무부(113개국), 교육부(109개국) 다음인 8위를 기록하

고 있다.<sup>12)</sup> 참고로 노동부는 42개국 환경부는 31개국, 경제부는 30개국에 불과한 실정이며 보건복지부와 같이 두 가지 기능의 복합형태를 가진 나라는 22개국이었다. 우리나라는 정부수립 후에 잠시 보건부가 있다가 보건사회부, 보건복지부 등으로 유지되어 온 것으로 볼 때 정치가와 행정가의 보건에 대한 인식이 다른나라에 못 미치거나 보건종사자들의 노력이 약했다고 볼 수 있다.

이 글에서는 주로 지방자치단체의 보건업무 수행을 위한 바람직한 조직개편방향에 대하여 살펴보고자 한다.

## 2. 국가와 지방자치단체의 질병관리

질병관리를 위해 국가가 개입하는 정도에 대하여는 학자들 간에 논란이 있을 수 있다. 그러나 복지국가를 지향할수록 질병의 범위는 넓어지고 개입도 광범위해진다. 우리나라도 급성전염병만 국가에서 관리하던 시대를 지나 관리대상 질환이 많아지고 관리방법도 과학화 되어가며 투입예산도 많아지는 추세이다. 국가에서 관리대상으로 정하고 있는 질환들과 관리내용을 살펴보자.

### 가. 급성전염병 관리<sup>13)</sup>

주요 관리내용으로는 첫째 전염병감시 업무로써 전염병환자, 유사환자, 병원체 보유자에 대해 발생을 감시하고 정보를 수집하는 일이다. 감시는 주로 병·의원에서 전염병환자 발생을 보건소에 신고하고 보건소에서는 검체채취검사와 동시에 시·도에 보고하고 시·도는 질병관리본부에 보고하는 일이다. 최근에 EDI 망 구성 등 행정전산화가 이루어져 보고 방식과 집계방식은 선진화를 이루었으나 전체 전염병발생자 중 보고율은 60-70%밖에 안될 것으로 추정되고 있다.

그 원인으로서는 보건소 관계자가 전문성을 가지고 보고자에 대하여 전염병 관련 정보를 주는 등 수시로 관리를 하여야 하나 전문성 부족, 다른 행정업무의 과다, 관료적 태도 등으로 관계(Rapport)형성이 안 되어 있고, 신고하는 병·의원에서도 본인의 고유 업무이외에 귀찮은 일로 생각하기 때문이다. 특히 병원의 경우는 보고자가 불특정

12 민진, 중앙행정기구의 분화에 관한 연구, 한국행정학보, 제7권 제3호, 1993

13 정은경, 우리나라 전염병관리체계 및 발전방향, 2003 대한예방의학회 추계학술대회 연제 발표내용.

하여 보고를 소홀히 하는 경우가 많다.

둘째는 전염병 실험실 감시 사업 및 예보제이다. 모기밀도조사와 돼지항체 양전율을 조사하는 일본뇌염, 유행 예측사업, 내과, 소아과 의원 등을 표본감시의료기관으로 지정하여 유사환자 발생을 감시하는 인플루엔자표본감시, 생선과 어패류에서 균검사를 시행하는 비브리오 패혈성 실험실 표본감시 사업, 콜레라 해수검사사업, 장내 바이러스 유행예측 사업, 장출혈성대장균 감염증 실험실 감시사업, MMR유행예측사업, 탄저균유행예측사업, 말라리아 유행예측사업이 있다. 보건소와 보건환경연구원의 실험실과 실험자인 의료기사의 정도관리를 필요로 하는 사업이다.

세 번째는 예방접종사업이다. 사업의 주체는 시·군·구 지방자치단체의장으로 정기 예방접종과 임시예방접종으로 나누어 실시한다. 정기예방접종은 ①디프테리아 ②백일해 ③파상풍 ④ 홍역 ⑤유행성이하선염 ⑥ 풍진 ⑦폴리오 ⑧결핵 ⑨B형간염의 9가지로 보건소에서 직접 시행하거나 민간의료기관에서 시행한 내용을 보고 받는다. 임시예방접종은 유행이 우려될 때 보건복지부장관의 지시에 따라 시행되는 것으로 ①일본뇌염 ②장티푸스 ③신증후군출혈열 ④인플루엔자가 있다.

네 번째는 소독업무이다. 이는 전염병예방법에 소독의무대상시설을 명시하고 소독업무를 지정함으로써 소독업자가 대상시설에 의무대상자임을 알려주고 소독해주고 소독료를 받는 등 시장경제원리에 따라 정부의 예산 투입 없이도 자율적으로 시행하고 있는 사업이다.

다섯 번째는 보균자 찾기 사업으로 음식업종사자, 유흥업소 종사자 등을 정기적으로 검사하여 보균자를 찾아 질병의 전파를 방지하는 사업이다. 이 사업은 보건소에서 주로 시행하나 민간에게 일부 위탁하고 있다.

여섯 번째로 검역사업이다. 이를 위하여 전국 13개 국제공항과 항만에 검역소를 설치하고 활동하고 있다.

#### 나. 결핵, 성병, 나병과 후천성 면역 결핍증

결핵의 경우는 국가적으로 문제가 되고 오래된 전염병이니 만큼 관리체계가 비교적 잘되어 있다. 최근에는 감염율이 0.25%(2004년)까지 떨어지고 있어 조금만 더 노력한다면 완전히 박멸할 수도 있을 것으로 보인다. 각 보건소에 결핵실이 있어 등록된 환자를 관리하고 정기적으로 약을 투여하며 흉부X-선 검사, 결핵약으로 인한 간기능 저하를 알아보기 위한 간 기능 검사, 약제내성검사 등을 시행하고 있다. 아울러 환자가족

객담검사, 기침, 가래가 있는 지역주민에 대한 흉부 X-선 촬영검사 등을 시행하고 있다. 시·도에서는 방사선과 전문의를 고용하여 시·군·구 보건소의 X-선 촬영을 감독해 주기도 한다. 국가에서도 결핵연구원, 결핵협회에 재정을 보조하면서 각종 기술지원을 받고 있는 등 관리체계가 비교적 잘되어 있다.

그러나 대부분의 직장과 건강보험에서 정기적으로 신체검사를 하고 있어 신체검사기관에서는 결핵여부를 파악하고 있으나 그 결과가 해당 보건소에 통보되어 관리되고 있는지는 의심스럽다. 결핵환자 진료의 50%를 차지하고 있는 민간병원의 신고율은 59%정도이다. 아울러 아직도 60년대의 관리방식인 주로 간호사인 결핵관리요원에 의하여 관리되고 있는 현실이므로 최근상황과 사회인식에 맞게 사업방식을 바꾸어야 한다. 에이즈의 경우 감염자 2,000여명이 관리되고 있다. 보건소와 위생과에서 특수업체 부등에 대하여 6개월 마다 검진감시를 하고 있으며 성병과 연계하여 감시하고 있다. 아울러 에이즈 감염자에 대해 위생접객업소 취업금지 조치, 건강진단 알선 등의 업무를 하고 있으며 질병관리본부에서는 혈액안전관리, 쉼터운영 등을 직접 관장하고 있다. 성병의 경우 등록, 관리업무, 무료진료, 교육홍보, 간이진료소 설치 운영 등을 담당하고 있으나 전체 대상자 중 일부만 관리되고 있는 실정이다. 한센병의 경우는 2002년도에 신환이 22명에 그치고 있어 대부분의 업무는 협회 등에서 대행하고 있다.

#### 다. 만성퇴행성질환 관리

국가에서 관심을 갖는 만성퇴행성 질환이란 고혈압, 당뇨병, 심혈관계질환 등을 말한다. 만성퇴행성 질환은 국가에서는 아직 관리체계를 갖추지 아니하였고 관련법체제도 없다. 현재 국가에서 하는 일은 금번 질병관리본부 신설 때 만성병조사과를 신설한 것, 보건복지부의 질병관리과에서 관심을 가지고 있는 점, 교육 홍보책자 등을 제작해서 각 보건소에 보내주는 일 정도이다. 그러나 각 보건소에서는 비교적 높은 관심을 가지고 자체적으로 등록, 관리 등을 하고 있으나 아직 체계적으로 시행되지 못하고 있다. 만성퇴행성 질환에 대하여는 아직 국가개입의 타당성과 범위, 관련행정, 법체계추진계획 등이 적극적으로 검토되지 않고 있는 분야이다.

#### 라. 희귀·난치성 질환

국가에서 관리하는 희귀·난치성질환은 만성신부전, 혈우병, 고셔병, 근육병, 크론병, 베세트 병, 다발성경화증, 아밀로이드증의 8종이다. 그 중 혈우병 환자는 등록하여 치

료의약품비를 지원해주며 나머지 질환도 의료비를 지원해 주고 있으며 보건복지부 질병관리과에서 주관하고 있다.

#### 마. 암 질환

국가에서 관심을 가지고 있는 암은 이환율이 높은, 위·유방·자궁경부·간·대장암의 5대 암이다. 현재는 의료급여수급자와 차상위 계층 1,000여명에 대하여 조기검진사업을 시행하며 국립의료원에서는 암 등록사업을 시행하고, 기타 골수기증사업, 소아백혈병환자 의료비 지원, 말기 암환자, 호스피스지원 사업 등을 시행하고 있으며 보건복지부 암 관리과에서 관리한다.

암 관리는 국립 암 센터가 설립되어 운영되면서 활성화되기 시작하였고 2003.12월에는 암 관리법이 제정되어 2004년부터는 보다 적극적으로 추진될 것으로 예상된다.

#### 바. 정신병 관리

정신보건법이 제정된 후 확장되고 있는 업무이다. 즉 48개 보건소에 정신보건센터를 설치하였고 시·도에서 지원하는 정신보건센터도 32개나 설치되었으며 이들을 지원하기 위하여 정신보건사업기술지원단이 구성되었다. 아울러 86개소의 정신질환자 사회복지시설이 설립되었고 시·도별 1개소의 알코올상담센터도 설립되고 이를 운영, 지원하기 위하여 주류협회에서 출연한 재단법인 한국음주문문화연구센터도 설립되었다. 이 밖에 각 시·도별 정신요양시설, 정신병원, 치매병원이 확충되고 관리되고 있다. 보건복지부 정신보건과에서 관장하며 시·군·구보다는 시·도의 업무로 분류되어 추진되고 있다.

### 3. 질병관리를 위한 지방조직과 재정

#### 가. 광역자치단체

시·도 광역자치단체에서 보건복지부의 위임·위탁업무와 자치단체의 보건의료업무를 담당하는 부서는 보건복지국(보건환경국, 보사환경국, 보건환경산림국 등)이다. 보건복지국은 문민정부 때부터 다른 부서와 계속 통폐합되어 환경업무가 추가되었고 최근에는 산림업무까지 추가되기도 하였다. 보건복지국에서는 보건위생과, 사회과, 환경보호과 등이 있으며 질병관리 업무를 담당하는 부서는 보건위생과이다.

보건위생과에는 보건행정, 방역관리, 건강증진, 의약관리, 위생관리계 등 4~6개의 계(係)가 있으며 계에는 계장을 포함 7~8명의 공무원이 일하고 있다.

급·만성전염병은 방역관리계, 정신병·암·희귀병 등은 건강증진계에서 담당하고 있다. 시·도 광역자치단체는 중앙부처와 시·군·구의 가교역할(meeting point)을 주 업무로 하고 있다. 즉 각 시·군·구 업무를 종합하여 중앙부처에 보고하고, 중앙부처의 위임업무를 각 시·군·구에 분배하고 지도·감독하는 일이다. 질병관리 업무의 경우도 대부분의 업무는 시·군·구 조직인 보건소에서 수행하되, 정신질환자관리, 희귀질환자와 암환자에 대한 지원업무 등은 시·도에서 직접 하기도 한다.

시·도 보사국장은 일반행정을 담당하는 행정직 공무원이 담당하고 있으며 보건위생과장은 보건직 공무원이 맡고 있다. 국장이 질병관리에 대한 지식과 인식이 없는 경우가 많아 질병관리 업무는 대부분 과장에게 일임하고 있는 실정이다. 보건(위생)과에서는 역학조사등 전문적인 업무는 공중보건학자가 배치되어 담당하고 있으며 검사업무는 별도의 검사기관인 보건환경연구원에서 담당하고 있다. 보건환경연구원은 질병관리에 필요한 검사 이외에도 상·하수도 등 수질검사, 대기환경검사 등 환경관련 검사업무가 많은 부분을 차지하고 있다.

참고로 미국의 캘리포니아주는 주정부내에 질병관리부서로 알콜및약물관리국(Dept. of Alcohol and Drug Programes), 보건국(Dept. Health Services), 정신보건국(Dept. of Mental Health), 보건복지통계국(Dept. of Social Service Health and Welfare Data Center) 등이 설치되어 있다. 캘리포니아주에 있는 롱비치市에는 보건국(Dept. of Health and Human Service)이 있으며 산하에 공중보건과, 예방보건과 등이 설치되어 있다.

일본의 경우 도·도·부·현(都道府縣) 정부에 보건복지부(국)가 있으며 질병관리는 도·도·부·현 직속으로 설치된 3~5개의 보건소에서 담당하고 있다. 오카야마(靑山)현의 경우 보건복지부장은 후생성에서 인사이동된 의사 공무원이 담당하고 있었다.

시·도의 보건관련 예산(보건위생비)은 서울이 1,338억원으로 전체예산의 1.7%이고, 부산 177억(0.7%), 대구 75억(0.5%)이며 전체예산의 0.5%(대구,인천,경기)에서 2.3%(제주) 수준에 불과하다.

예산 중에서 경상비가 20~40%를 차지하고 있다. 2002년도 인구 1인당 보건위생비를 살펴보면 서울이 13,000원, 부산 4,700원, 대구 3,000원, 제주가 29,800원 등 시·도 별 차이가 나고 있다.

<표 1> 2002년 시·도별 인구 1인당 보건위생관리비 세출예산(일반회계)

(단위 : 원)

구분	인구(명)	인구 1인당		
		보건위생 관리 총액	경상비	사업비
서울특별시	10,263,336	13,000	5,500	7,500
부산광역시	3,770,536	4,700	1,500	3,200
대구광역시	2,525,109	3,000	400	2,600
인천광역시	2,564,598	3,000	300	2,700
광주광역시	1,383,765	7,100	2,100	5,000
대전광역시	1,403,164	10,300	2,100	8,200
울산광역시	1,055,618	4,200	200	4,000
경기도	9,544,496	2,300	100	2,200
강원도	1,552,407	5,000	500	4,500
충청북도	1,496,520	8,600	1,800	6,800
충청남도	1,918,137	6,500	200	6,300
전라북도	2,006,454	6,800	1,700	5,100
전라남도	2,099,308	11,200	1,400	9,800
경상북도	2,784,704	9,400	1,300	8,100
경상남도	3,106,502	16,200	100	16,100
제주도	546,889	29,800	8,900	20,900
전국 합계	48,021,543	141,100	28,000	113,000
전국 평균	3,001,346	8,800	1,800	7,000

† 자료 : 통계청. 2001년 12월 31일 기준 주민등록인구임.

## 나. 기초자치단체

기초자치단체에서 질병관리를 담당하고 있는 조직은 보건소이다.

보건소가 지방자치단체의 소속행정기관인 만큼 보건소의 조직도 지방자치법 제102조에 따라 '대통령령이 정하는 기준에 따라 시·도지사의 승인을 얻어 당해 지방자치단체의 조례로 정하도록' 하고 있다. 여기에서 대통령령이라 함은 별도 규정인 '지방자치단체의 행정기구와 정원기준 등에 관한 규정'을 말한다. 동 규정 제12조의2에 의하면 '지역보건법 제12조의 규정에 의하여 임용하는 보건소장은 4급 또는 5급의 일반직 지방공무원으로 보한다'로만 명시되어 있어 조직에 대한 기준은 회피하고 있다.

다른 직속기관을 살펴보면 먼저 의회사무기구의 경우는 사무처, 담당관, 전문위원

등을 규정하고 있고 농촌진흥 기구의 경우도 국 또는 부와 그 하부조직으로 과 또는 담당관을 두도록 하고 있으며, 지방공립대학의 경우도 교무처, 학생처, 기획처, 사무처를 두도록 하는 등 기본적인 사항을 명시하고 있다. 지방공무원의 교육원에도 과(課)를 둘 수 있도록 하고 있으나 보건소에 대해서는 별도 언급이 없다. 이는 현재는 과(課)가 있으나 필요치 아니하면 법(法)개정 없이 바꿀 수 있다는 의사로도 보인다.

한편 지역보건법 제11조에 '보건소의 조직에 관하여는 대통령령이 정하는 사항 외에는 지방자치법 제102조의 규정에 의한다'로 명시되어 있고, 동 시행령에는 '법 제11조의 규정에 의하여 보건소의 조직기준을 정할 때 내무부장관은 미리 보건복지부장관과 협의하여야 한다.'로 되어 있어 보건소의 조직은 내무부장관이 기준 안을 작성하여 보건복지부장관과 협의를 마친 뒤 기준을 각 자치단체에 제시하면 자치단체에서는 자치단체 조례 또는 조례의 위임에 의한 규칙에 의하여 행정기구를 편성하도록 하고 있다.

보건소의 조직은 각 지방자치 단체에 따라 상이하며 보건소의 직제편제를 중심으로 유형을 구분하면 기본형, 일반형, 직할시형, 특별시형, 보건의료원형의 5가지 유형으로 분류된다. 기본형은 보건행정계, 가족보건계(모자보건계, 건강증진계, 방문보건계), 예방의약계의 3개 계조직으로 이루어져 있다.

일반형은 두 가지 형태로 나뉘어지는데 즉 기본형의 계조직 이외에 모자보건계 또는 검사계를 가지고 있다. 일반 시·구 보건소의 조직은 보건행정계, 예방의약계, 가족보건계의 3개 계로 구성되어 있으며, 모자보건센터가 설치되어 있는 보건소는 모자보건계가 추가로 설치되어 있는 것이 보통이다.

그러나 보건소내 조직은 시·도별로 약간씩 상이한 명칭을 쓰기도 하며, 계조직의 설치도 3개 내지 5개로 차이를 보이고 있다.

서울특별시 보건소 조직은 대도시형으로 보건행정과, 의약과, 보건지도과의 3개과와 보건진료실로 구성되어 있는데 저소득 영세민에 대하여 방문간호 사업을 실시하고 있는 지역에는 지역보건과가 추가되어 있다.

보건소의 전체인력은 80명(서울)에서 30명(군)정도이다. 보건소에서 질병관리를 담당하고 있는 부서는 방역계·팀(전염병)과 건강증진계·팀(암, 정신질환 등)이다. 각 계 또는 팀에 2-3명의 직원이 업무를 담당하고 있다.

2002년도 조사한 바에 의하면<sup>14)</sup> 전체인력중 급만성전염병관리에 4.5명, 만성퇴행성 질환에 1명 등을 투입하는 등 비교적 인력 투입이 많은 편이다.

14 박윤형외, 건강증진사업수행을 위한 보건소의 조직 및 인력운용에 대한 개선방안 연구, 건강증진사업단, 2003.



<표 2> 2002년도 상반기 실적(실인원)과 인원배분 조사(울산광역시 중구, 경기도 안양시 만안구, 성남시 분당구, 군포시, 경남 김해시 보건소를 대상으로)

업 무	담당인력							실적		
	계	의사	간호사 치위생사	의료 기사	보건 직	행정 직	기타	2002상반기 실적(실인원)	일평균 실적	
보 건 서 비 스 관 련	보건교육	2	0	0.8	0.2	1	0	0	9297.2	62
	구강건강	2.2	0.7	1.3	0	0.2	0	0	5249	35
	영양개선	0.8	0	0	0	0.6	0	0.2	786.6	5
	모자보건	1.8	0	1.4	0.2	0	0	0.2	10553.8	70
	가족계획	1.1	0	1.1	0	0	0	0	2487.8	17
	진료(조제포함)	6.5	2.2	2.94	0.14	1.2	0	0	24083	161
	건강진단	1.4	0	0.2	0.4	0.2	0	0.6	3408.8	23
	만성퇴행성질환	1	0	0.6	0.4	0	0	0	3618.4	24
	급성전염병	2.9	0.1	0.8	0.4	1.6	0	0	11826.8	79
	성병관리	0.7	0	0.3	0.2	0.2	0	0	5054.2	34
	결핵, 나병	0.9	0	0.7	0	0.2	0	0	5918.6	39
	응급의료	0.5	0	0.2	0	0.25	0	0	2	?
	지역보건실험실검사	1.8	0	0	1.4	0	0	4	22200.2	148
	노인보건	1.3	0	1.05	0	0.2	0	0	1944.6	13
	방문보건	2	0	2	0	0	0	0	3415.4	23
	정신보건	0.6	0	0.4	0	0.2	0	0	2192.4	15
	장애인재활복지	0.2	0	0	0.2	0	0	0	46	0.3
규 제 보 건 행 정 관 리	공중위생	1	0	0	0	0.8	0	0.2	586.8	4
	식품예방	1.2	0	0.2	0	0.8	0	0.2	145.6	1
	의료지도관리	0.9	0	0	0	0.7	0	0.2	109.2	0.7
	약사관리	1	0	0	0	0.6	0	0.4	66	0.4
	지소지도관리	0.2	0	0	0	0.2	0	0	0	0.0
일 반 행 정 지 원	보건증발급	1.2	0	0.2	0	0.2	0	0.8	7169.4	48
	민원업무	1.4	0	0.2	0	0.6	0	0.6	26262	175
	문서관리(통계)	2.9	0	0.8	0	1.9	0	0.2	3381.2	23
	예산재무	1.1	0	0	0	0.4	0.74	0	337.2	2
	비품관리	0.8	0	0	0	0.42	0.2	0.2	438.6	3
	전산관리	0.4	0	0	0	0.1	0.1	0.2	1377.4	9
	기능(운전청소, 관사,기타)	3.6	0	0	0	0	0	3.6	167.4	1
	일반행정(서무)	0.5	0	0.2	0	0	0.28	0	67.2	0
	보건업무기획	1	0	0	0	0.4	0.56	0	28.2	0
	보험청구	1.2	0	0.86	0.16	0.2	0	0	9362499.6	62417

보건소의 재정은 30-40억원 정도이며 시·군·구 예산의 3%수준이다. 그중 인건비 등 경상비가 25-60%를 차지한다.

<표 3> 보건소 전체예산 현황(2001년)

(단위 : 천원)

구 분	동 구	중 구	서 구	유성구	대덕구	평 균
	167,111,793	98,560,516	169,264,867	97,077,094	88,170,000	124,036,854
2		3,239,112 ( 3.3)	4,764,607 ( 2.8)	5,397,856 ( 5.6)	2,648,735 ( 3.0)	3,660,902 ( 3.0)
1		1,107,490 ( 34.2)	1,616,604 ( 33.9)	915,732 ( 17.0)	981,580 ( 37.1)	951,172 ( 26.0)
3		1,027,600 ( 31.7)	1,263,050 ( 26.5)	960,142 ( 17.8)	710,104 ( 26.8)	869,670 ( 23.7)
1		1,104,022 ( 34.1)	1,884,953 ( 39.6)	3,521,982 ( 65.2)	956,051 ( 36.1)	1,840,060 ( 50.3)
2		39.2	39.1	47.6	38.6	37.8

† 예산총액에 보건지소는 포함.

‡ 구 예산 총액 대비 비율임.

전체예산 중 시·군·구에서 조달하는 비율이 90%정도이며 기타 국고지원 5%, 시도지원 5%의 보조금으로 운영된다.

<표 4> 행정구역별 보건소 평균예산 및 자원별 구성비

(단위 : 명, 천원, %)

	평균관할 인구	'97예산 (평균)	비중 <sup>1)</sup>	자원별 구성비		
				국비	광역자치단체 비(시·도)	기초자치단체비 (시·군·구)
전국 평균	185,829	3,037,999	3.39	5.56	5.21	89.23
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	2.70	5.24	2.76	92.00
군	67,872	3,045,042	4.03	7.30	5.16	87.53

주: 1) 소속 기초지방자치단체 예산 중의 비중

자료: 장원기, 김진순, 박영택, 이우백. 지역단위 공공보건의료기관 기능개편 방안.

한국보건사회연구원. 1998

시·군·구에서 조달하는 예산은 자체예산과 지방 교부세로 구성되며 지방 교부세에는 보건위생비의 기준이 인구 1인당 비용으로 명시되어 있으며 2001년의 경우 7,240~25,350원까지 산출되어 있다.

<표 5> 지방 교부세법에 의한 보건비

	1995년			2001
	경상	투자	계	
특별시	4,170	1,310	5,480	6,630
광역시	4,040	1,540	5,580	6,630
도	1,460	2,050	3,510	2,060
시	2,880	1,270	4,150	7,240
군	6,980	4,210	11,190	25,350

주 : 1) 보건비: 가. 경상적경비, 나. 투자적 경비( '95년 12. 30)

⇒ 4. 보건 및 생활 환경 개선비. ① 보건위생비(2001. 12. 31)로 변경

2) 1995년의 환경위생비가 2001년에는 보건위생비와 환경공해비로 변경

#### 4. 지방보건 조직의 질병관리의 문제점

가. 전염병 발생 감시체계가 미흡하다.

집단환자 발생이외에는 의료기관에서 진료중에 전염병을 발견하게 된다. 의료기관에서는 즉시 보건소에 신고하고, 보건소에서는 환자 또는 유사환자에 대하여 각종 검사를 직접 시행하거나 검사결과를 검토하여 질병발생을 보고하고 있다. 신고하지 않은 의료기관에 대하여는 전염병예방법에 벌칙도 규정되어 있다.

그러나 전문가들은 현재의 질병발생신고율은 급성전염병은 60-70% 정도, 결핵은 50%정도로 추정하고 있는 등 질병감시체계의 작용이 미흡한 실정이다.

그 원인으로서는 첫째 지역 보건의료체계내에서 보건소의 리더쉽 부족이라고 할 수 있다. 즉 행정기관이 신고율 향상을 위해 주기적 교육, 자료환류, 병의원의 신고책임자 지정, 적절한 포상 등 인센티브의 제공 등 적극적인 행정을 추진해야 하나 이를 위한 인력의 절대수가 모자랄 뿐아니라 전문성도 부족하여 리더쉽이 회복되지 않고 있다.

아울러 진료업무를 확장하고 물리치료실을 확충하는 등 진료업무에 치중함으로써 민간의료기관에서 보건소를 경쟁상대로 여기는 실정에서 보건소가 리더쉽을 가지기도 어려운 실정이다.

실제 조사한 바에 의하여도 보건소 전체 인원은 반이상이 진료업무에 투입되고 있기도 하다.

둘째는 의료기관의 법에 의한 자발적 신고 이외에는 행정수단이 없다. 의사는 건강보험에 의하여 진료를 행하고 진료비는 청구하되 전염병환자에 대하여는 특별히 별도로 신고해야 한다. 민간의료기관 뿐만아니라 공단등에서 시행하는 신체검사결과 전염병이 발견되더라도 신고가 미흡하다.

일본의 경우 결핵진료비를 국가예산에서 전액 지불하는 사례를 볼 때, 우리나라도 결핵, 나병, 장출혈성대장암염증, 콜레라, 파상풍 등 국민건강에 위해가 심하고 반드시 박멸해야 하는 질병에 대하여는 진료비를 국고부담 하는 등 재정적 행정수단이 있어야 한다.

셋째는 전염병을 검사하는 보건소의 검사실, 보건환경연구원의 검사실, 지역내 주요 의료기관의 전염병검사시설과 인력에 대한 정도관리가 안되고 있다.

최근에 사회문제가 되고 있는 혈액관리도 대부분이 정도관리가 안되어 발생하는 문제이다. 질병관리본부에서 주기적으로 세균정도관리를 시행하고 있기는 하나 사회적 공신력을 확보하기는 미약하다. 따라서 정도관리에 대한 대책이 필요하다.

넷째는 환경감시 분야로 해수, 생선과 어패류 등에 대한 정기적 검사가 정확하게 이루어지고 있지 못하다고 본다. 해수검사, 갯벌검사, 생선과 어패류 검사 등은 재료의 채취부터 전문성이 필요하나 보건소 검사요원의 전문성이 다소 약하다. 아울러 해변가 등에서 생선과 어패류를 판매하는 업소 중에서 무허가 업소(포장마차)가 다수인데도 불구하고 이들은 표본에서 제외하고 있는 등 형식적으로 이루어지고 있다.

#### **나. 예방접종율은 지역사회 전체를 반영하지 못하고 있다.**

예방접종의 목표는 각 보건소에서 전년도의 건수를 참고하여 자체적으로 책정하고, 예방접종도 주로 보건소에서 자체적으로 시행하여 실적을 보고하고 있다. 민간기관에서도 시행하고 보고하기는 하나 완전하게 보고한다고 보기는 어렵다.

예방접종에 대한 서비스도 보건소는 거의 형식적인 예진 또는 예진없이 예방접종을

주로 무료로 시행하는 반면 민간의료기관에서는 예진은 의사가 하는 대신 유료로 시행하고 있다. 즉 지역사회 전체를 중심으로 예방접종 계획이 수립되어 있지 않다.

**다. 만성퇴행성질환의 경우 정책목표, 행정수단, 재정확보 등 행정의 기본적인 틀이 없이 자발적으로 시행되고 있다.**

정책이란 목표를 세우고 목표를 달성하기 위한 정책수단을 결정하는 행위이다. 만성퇴행성 질환의 경우, 국가개입의 타당성과 개입의 정도, 실태조사, 정책수단의 결정 등에 대하여 아직 결정된 바가 없으나 일선에서는 임의로 시행하고 있다. 따라서 사업에 대한 효과, 효율성, 기술적 타당성 등에 대하여 국민에게 담보할 수가 없는 실정이다.

**라. 지방보건조직의 전문성이 부족하다.**

질병관리를 위해서는 각 질병에 대한 기본지식이 필수적이다.

즉 질병의 발생원인, 전과경로, 증상과 검사결과, 예후, 예방방법 등에 대한 기본적인 이해가 있어야 한다.

그러나 시·도나 시·군·구 보건소에서 질병관리 업무를 담당하는 직원들은 질병에 대한 기본지식이 부족하여 중앙부처에서 내려주는 지침에 따라 형식적으로 관리하고 있다. 전문성을 보완하기 위해 시·도 보건과와 시·군 보건소에 공중보건의를 배치하고 있다. 그러나 공중보건의사의 경우 한시적·의무적인 비정규적이기 때문에 정규직원에 비해 책임감이 떨어지며, 질병에 대한 기본지식외에 질병관리에 필요한 행정기법에 미숙하다. 또한 의사소통도 부족하여 적절한 공조관리체계도 이루지 못하고 있다.

최근에 지역역학관리자훈련과정(Field Epidemiologist Training Program : FETP)와 지역질병관리실무자훈련(Field Management Training Program : FMTP)가 신설되어 전문성을 보완하고 있으며 좋은 효과를 나타내고 있어 전문성 보장의 돌파구로 계속 추진되어야 할 것으로 보인다.

**마. 지방자치단체의 질병관리 인력이 부족하다.**

인력부족은 모든 시대에 모든 행정기관에서 호소하는 사항이므로, 정책결정자와 국

민들의 호응을 받기 어려운 실정이다. 그러나 지난 정부 때 강도 높게 시행된 공무원 인력감축의 1차 대상이 시·군·구 보건소, 시·도 보건과라는 점은 공감하기 어렵다. 전국적으로 1998년에 대비하여 2001년에는 5%(1900여명)가까이 줄었으며 면허, 자격을 가진 인력도 483명이나 감축되었다. 많은 지역이 지역보건법에서 규정한 전문인력 배치기준을 지키지 않고 있다.

인구 20-40만을 관장하는 보건소당 질병관리 인력이 2-4명, 인구 300-1000만명을 종합관리하는 시·도당 질병관리 인력이 4-7명이라는 것은 이해하기 어렵다. 즉 질병관리분야는 절대적으로 인력이 부족한 실정이며 시급히 보완되어야 할 분야이다.

#### **바. 질병관리 예산이 부족하다.**

시·도와 시·군·구에서 예방접종약 구입비 등을 제외하면 질병관리 사업예산이 거의 없다고 해도 과언이 아니다.

이는 지방자치단체장의 관심부족으로 치부할 수도 있지만, 질병관리분야에서 지방자치단체장의 관심을 높일 수 있는 다양한 정책대안의 부족 때문이기도 하다. 실제로 일부 자치단체장에 대한 설문조사 결과 모든 주민이 언제 어디서나 예방접종을 시행할 수 있도록 대상자에게 접종증(쿠폰)을 교부하고 비용은 자치단체 예산에서 담당하도록 하자는 의견에 대부분의 자치단체장이 찬성하고 있었다.

앞으로 담배값 인상에 따라 9,000억원정도의 건강증진기금이 증액될 예정이다. 만약 담배부담금 중 일부를 시·군·구 또는 시·도에서 사용하게 하면서 자치단체 부담금(matching fund)을 책정하게 한다면 2배의 예산증액 효과를 나타낼 수 있다. 담배부담금의 일부를 지방에 교부하는 방식은 지방양여금의 예를 활용할 수 있을 것으로 보인다.

## **5. 질병관리를 위한 지방조직 개편 방안**

행정조직은 전체적인 목표를 가지고 있기 때문에 일부분만 개편하기는 어렵다. 따라서 질병관리를 위주로 검토하되 전반적인 조직개편방안을 검토 하고자 한다.

### 가. 보건소의 조직개편 방안

보건소의 조직의 가장 큰 문제점은 내소자에 대한 서비스 제공조직과 전체주민에 대한 관리조직의 업무가 구분이 안 되어 있다는 점이다. 이에 따라 '선착순'에 의하여 내소하는 주민에 대한 서비스 제공에 대부분의 시간을 소비하고 있는 실정이다. 보건소 조직개편은 보건소가 전체지역주민을 사업대상으로 하여 업무를 수행할 수 있도록 재편하는 것이 중점사항이다.

□ 기획 및 취약계층 보호기능을 강화하고 직접서비스 업무는 민간위탁으로 전환하되, 보건소 건강사업센터에서도 서비스는 계속 제공

- 보건소의 사업대상을 내소자에서 전체주민으로 확대하고 대상자의 우선순위를 지역, 경제상태, 사회계층 등을 감안하여 시행한다. 현행 보건소의 직원수 등을 감안할 때 주민들에 대한 직접 서비스를 민간에 대폭 이양하고, 보건소를 기획 업무, 취약계층에 대한 서비스, 민간서비스의 質감시활동, 자원마련 및 지원 등의 업무를 담당한다. 업무의 민간위탁에 따라 민간에 대한 보상방안을 보장하여야 한다. 지역주민에 대한 건강유지보조금(쿠폰)을 신설하고 민간에 대한 지불절차, 가격, 건강보험과의 관계 등을 정립한다. 다만 내소자에 대한 서비스 제공은 건강사업센터에서 계속 시행한다.

#### ※ 보건소 업무 재편안

보건소 직접수행	민간위탁
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 취약계층 순회진료, 방문진료</li> <li>- 전염병관리(신고, 역학조사 등)</li> <li>- 예방접종자 대상파악 관리, 접종율 관리</li> <li>- 임신부, 영유아의 보건 문제파악, 대응</li> <li>- 노인건강진단계획 수립</li> <li>- 정신질환자 실태파악, 사회복지, 직업재활방안강구</li> <li>- 실험실 운영</li> <li>- 보건교육계획 수립, 보건교육자에 대한교육</li> <li>- 의료기관 약국 등 지도, 감독</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 진료실 운영</li> <li>- 방역 소독 업무(기위탁시행 중)</li> <li>- 직접예방접종               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 산전진찰, 선천성 기형검사 모자보건 수첩발행(보건소에서 수첩제공)</li> </ul> </li> <li>- 노인건강진단</li> <li>- 사회복지시설설치,운영,계속 투약</li> <li>- 보건교육(민간, 각급학교, 자원봉사단체 등)</li> <li>- 지역의사회, 약사회에 자체감시기능 강화</li> </ul>

■ 예방접종, 산전진찰, 선청성기형검사 등을 민간에 위탁한다.

대상자중 자치단체에서 직접 시행하거나 보조해야 할 대상자를 선별하고 민간기관에서 접종, 진찰, 검사할 수 있는 쿠폰을 발행한다. 각 자치단체는 지역의사회와 매년 접종, 진찰료, 검사료에 대해 수가계약을 체결한다. 예산에 따라 쿠폰수가 정해지며, 우선순위에 따라 발행되며, 보건소 건강사업센터도 이용 가능하도록 한다.

■ 보건교육과 금연교실 등을 민간에 위탁한다.

시민사회단체, 교육단체와 각 병원의 보건교육 담당자, 양호교사, 기타 자원 봉사자들에게 1~2개월의 보건교육 강사교육을 받게 한 후 지역사회, 학교 등에서 보건교육을 하도록 한다.

보건소에서는 보건교육기획, 강사교육, 보조금지급, 실적보고 등을 담당하고 실제교육은 현장인력이 담당한다. 이 경우 보건교육 담당자들에게 「보건교육사」라는 명칭을 부여할 수 있으며, 1년 단위로 평가한 후 재 위촉여부를 판단한다.

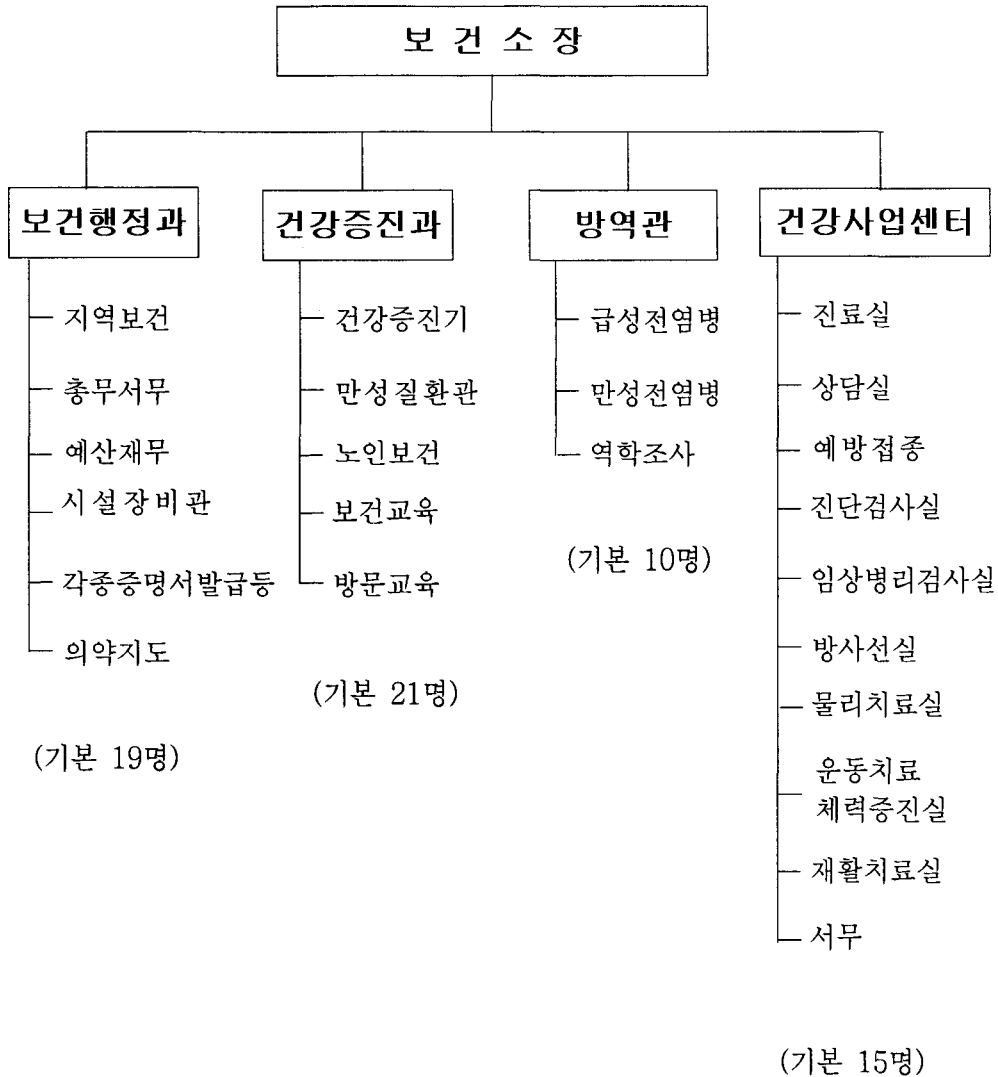
□ 보건소의 조직을 확대 개편하되, 전체지역주민을 대상으로 하는 보건사업조직과 내소자를 위한 건강사업센터 조직으로 분리한다.

- 보건소의 기본 조직을 보건행정과, 건강증진과, 방역관, 건강사업센터로 확대 개편한다.
- 보건행정과는 지역보건기획, 총무, 서무, 예산 및 재무(지역민간기관에 대한 쿠폰비용 지급), 시설·장비 관리, 각종증명서발급 및 의약지도 업무 등을 담당한다.
- 건강증진과는 건강증진기획, 모자보건(가족계획포함), 만성질환관리 (정신 질환 및 암 포함), 노인보건, 보건교육, 방문보건 등을 담당한다. 그중 방문보건은 고아원, 양로원, 각종 수용시설과 호스피스 대상 또는 집에서 요양중인 중증환자를 담당한다.
- 방역관은 급성전염병과 결핵, 성병, 나병 등 법정 급만성 전염성 질환을 담당한다.
- 건강사업센터는 진료실, 각종 상담실, 예방접종실, 각종 진단검사실, 임상병리 검사실, 방사선실, 물리치료실, 운동치료 또는 체력증진, 재활치료실 등을 관장하고 각 과(課)와 별도의 조직으로 과장급의 센터장이 총괄한다. 도시지역의 경우 보건소 내에 두거나 저소득 밀집지역에 별도로 설치하되, 보건소의 외과(外課)형태로 설치하고, 보건소와 인사교류를 실시한다. 진료실은 지역의사회와 계약하여 각 과별로 지역의사회의 전문의가 진료하는 것을 원칙으로 하되, 보건소에서 출장비(5



만원)정도 제공하여 운영한다. 참고로 일본의 경우 응급환자 신고센터, 보건센터 등을 지역의사회에서 협조하여 운영하고 있다.

아울러 상담실, 예방접종실, 검사실, 방사선실, 물리치료실, 운동체력단련실, 재활치료실 등은 간호사, 의료기사등 필요인력 배치하여 운영한다.



<그림 1> 기본조직도(안)

- 보건소의 기본 조직안은 4급의 소장 1인 5급의 과장 4인을 포함 기본적으로 63명 기준이다. 다만 대도시의 경우 건강사업센터의 확대 또는 별도의 건강사업센터 설치에 따라 인력 증가할 수 있다. 보건소 조직개편을 위하여는 지역보건법 시행령 또는 지방자치단체의 행정기구와 정원기준등에 관한 규정개정이 선행되어야 한다.

#### 나. 시·도 광역자치단체의 조직개편 방안

시·도 조직의 가장 큰 문제점은 고유의 역할이 미약하다는 점이다. 따라서 일부질 환직접관리, 시·군·구 공무원 교육훈련, 전문지식 및 기술지원업무등을 수행할 수 있도록 조직을 재편하는 것으로 검토해 본다.

##### 광역자치단체의 질병관리 고유업무를 설정한다.

- 정신질환자관리, 에이즈환자관리, 암질환자관리 등은 시·도에서 직접관리하여 업무에 필요한 조직과 직원을 보강한다.

##### 광역자치단체에 방역관을 신설한다.

- 현행 전염병예방방법에도 시·도에 방역관을 두도록 하고 있으나 공중보건의로사로 대체하고 있는 실정이다. 시·도 방역관을 개인으로 보면 안되며 조직으로서의 방역관이 필요하다. 즉 4급수준의 방역관(의사)과 최소한 역학조사(의사), 임상병리검사(의료기사), 행정요원(2인) 등 4-5명의 직원이 필요한 조직이다.

##### 대학등에 질병관리지원센터를 지정하고 필요한 업무를 수행할 수 있도록 재정 지원한다.

- 질병관리에 필요한 지식의 공급, 역학조사 등에 인력의 지원, 각종 통계의 분석보고 등 전문적인 지원업무를 담당할 지원센터가 필요하다. 전문성을 강화하고 지역주민들의 신뢰를 높이는 등의 효과를 기대할 수 있다.

##### 각 시·군·구 보건소직원에 대한 교육 업무를 개발하고시행할수 있는 기관을 신설하거나 지정한다.

- 각 지역별로 보건의료인력개발센터를 광역자치단체에서 직접 설치하거나, 각 대학에 위탁하여 운영하는 방안이다. 전국에 보건기관은 총 3,414개소, 보건인력은 총 18,236명에 이른다.

<표 6> 보건의료기관 및 인력의 지역별 분포

지역	서울 제주	부산 울산 경남	대구 경북	인천 경기	광주 전남 전북	대전 충남	강원 충북	계
보건기관수	93	441	579	392	977	420	512	3,414
보건인력수	2,257	2,487	2,605	2,579	4,049	1,942	2,317	18,236

- 전국 보건기관에서 연간 보건인력의 5%를 교육 할 때 912명의 교육수요가 있으며 50명씩 반을 편성할 때 18개의 교육기관이 필요하다. 교육은 월 1회 1일 8시간을 1년간 교육하고(연 96시간)과제물, 보고서 등을 활용하는 등 실제업무에 종사하면서 전문지식을 함양하고, 문제해결능력을 향상하는 방향으로 하여야 한다.

□ 보건소에 대한 평가를 강화한다.

- 시·도에서 보건소를 정기적으로 평가하고 그 결과를 공표한다. 아울러 평가에 따른 표창, 보조금 차등지급 등의 근거를 신설한다.

**다. 재정확충 방안**

□ 지역에서 판매되는 담배에 부과하는 담배세 이외에 인상되는 담배부담금의 일부(예: 100원-200원)를 지역건강증진기금으로 사용할 수 있도록 하고 사용처, 사용방식 등은 보건복지부장관이 정하도록 하는 방안을 강구한다.

- 현재도 각 지방자치단체에서 담배세의 세입이 발생한다. 따라서 별도의 담배부담금을 부과·징수하는 것은 어려운 일이 아니다. 아울러 지방양여금의 예와 같이 지방에서 직접 징수하여 사용하도록 하고 사용방법만 명시하면 자율성을 높일 수 있다.
- 건강보험에 보조하는 담배부담금 재원을 지역건강증진기금으로 전환한다.

□ 보건소를 건강보험 요양기관에서 제외하고 담배부담금으로 징수하는 지역건강증진기금으로 주민에 대한 서비스와 질병관리 비용으로 사용한다.

- 2002년도 전국 보건소의 건강보험 총 급여액은 약 2,000억원이며, 건강증진 기금에서 보험자에게 지급되는 액수는 5,700억 정도이다. 만약 지역건강증진기금으로

매년 6000억원 정도를 확보한다면 보건소당 평균 30억원의 재원확보가 가능하다.

- 지역건강증진 기금은 각 자치단체별로 건강유지 보조금(쿠폰)과 건강사업센터 운영 등에 활용할 수 있을 것이다. 건강사업센터에서 제공하는 진료비, 예방접종비 등 수수료는 지방자치단체별로 책정하여 직접 징수한다. 이 방안은 담배 값 인상과 국민건강증진기금설치의 명분을 확보하고, 보험 청구에 따른 행정소요를 없애며 지역의료 기관과의 경쟁관계를 탈피할 수 있는 방안이다. 건강보험재정건전화 특별법, 국민건강증진법 등의 개정이 필요하며, 국민건강보험공단의 반발이 예상된다. 그러나 건강보험재정을 대폭 절감할 수 있으며, 전국보건소를 중심으로 조직개편과 사업확대 및 내실화를 위한 기본적인 투자액으로 꼭 필요하다는 것을 설득하는 등 주요 의제로 상정할 필요가 있다고 본다.

□ 지방교부세 중 보건위생비의 금액을 인상한다.

- 지방교부세법을 개정해야 하며 행정자치부와 다른 부처의 반대가 예상되므로 정확한 자료와 치밀한 전략이 필요하다.

## 6. 결론

지방행정기관 중 지방 보건조직처럼 방대하면서도 변화가 미약한 행정조직도 드물다. 대부분의 보건소와 시·도가 60년대의 조직 틀을 유지하고 있으며 행정구역 변화에 따른 조직통폐합으로 도농 통합형시에만 보건소에 과(課)가 신설되었다.

신설된 과중 의무과는 축소되거나 폐지되고 있기도 하다. 조직개편-특히 확대-를 위해서는 당위성 뿐만 아니라 재정 확대방안이 필수적이다. 2004년에는 담배값 500원 인상이 결정되어 있다. 따라서 이 기회에 1조원 이상 추가되는 소중한 재원이 지역주민의 질병관리와 건강증진을 위하여 올바르게 쓰여져야 하며 이를 위해 지방조직과 업무의 개편이 꼭 필요하다고 본다.

## 참고문헌

- 김재용, 장선미 외, 공공보건의료체계 개편방안 연구 2001. 한국보건사회연구원
- 박윤형외, 건강증진사업수행을 위한 보건소의 조직 및 인력운용에 대한 개선방안 연구,  
2003. 2. 건강증진기금사업지원단
- 박정환, 지방자치시대의 공공보건사업, 21세기 한국보건의료정책개혁 방향, 한국의학원.  
2002.
- 보건복지부, 새천년 복지비전 2010. 1999.12
- 보건복지부, 21세기 보건의료발전 종합계획 1999. 12
- 보건복지백서, 보건복지부. 2002.
- 보건의료선진화 정책보고서, 새정치국민회의 정책위원회, 1998.12
- 서미경외, 보건의료서비스 공급체계 개선방안, 2003.12. 한국보건사회연구원
- 이덕형, 국가질병관리와 질병관리 본부의 역할, 2004. 기초의학학술대회연제집, pp.85
- 이시경, 지방자치단체환경행정조직 개편방안, 한국행정학보 제27권 제1호 1993.
- 장원기외, 지역 단위 공공보건의료기관 기능 개편방안, 1998.12 한국보건사회연구원
- 정은경, 우리나라 전염병관리체계 및 발전방향, 2003년도 대한 예방의학회 제55차 추계  
학술대회 연제집, 2003.10. 대한예방의학회 pp.197-214
- 조형원, 질병관리 관계법규의 현황과 개정방향,2003년도 대한 예방의학회 제55차 추계  
학술대회 연제집, 2003.10. 대한예방의학회 pp.215-226
- 참여정부 보건의료발전계획(안), 보건복지부. 2004.3
- 천병렬, 우리나라 국가질병관리의 현황과 문제점, 2004. 기초의학 학술대회 연제집,  
p82-84, 2004.5.
- 최용준, 국가질병관리체계의 발전방향, 2003년도 대한 예방의학회 제55차 추계학술대회  
연제집, 2003.10. 대한예방의학회 pp. 227-233