

지방자치시대의 공공보건사업 발전 전략*

박 정 한

대구가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실

<Abstract>

Strategies for Public Health Service Development in the Times of Local Autonomy

Jung Han Park

Catholic University of Daegu School of Medicine

Health is a fundamental human right and a sine qua non for happiness of people and for national development. Government has a responsibility for the provision of health services for their people. Recent changes of disease pattern, i.e. decrease of infectious diseases and increase of chronic and degenerative diseases including cancer and cardiovascular diseases, together with universal coverage of health insurance and improved living standard have prompted medical care utilization and skyrocketed the national health expenses.

The goal of national health policy is improving the quality of life through the betterment of health level. To achieve this goal it is necessary to establish a healthcare system for lifetime, to improve the efficiency of healthcare delivery system, and to strengthen the public health services for disease prevention and health promotion. The current public health service programs are inefficient due to an inconsistent policy for health service program, lack of health information system, irrational health program planning and evaluation, and inadequate training of health workers.

* 본 원고는 21세기 경북발전위원회 정책세미나 「지방자치와 지역발전전략」(2001년 10월 26일 경주 현대호텔)에서 발표한 내용임

† 교신저자 : 박정한, 대구가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 (053-650-4474, jhpark@cataegu.ac.kr)

Local government has a legal responsibility for health service program planning and promoting the competence of health workers. Thus, municipal and provincial health departments should expand their roles and strengthen their function. The strategies for developing public health service programs at local level are ① stipulating the goals of health policy, ② promoting the ability for health program planning and evaluation, ③ establishing health information and surveillance system, ④ training of health workers, ⑤ establishing an institution for health information management and training of health workers, and ⑥ collaboration with local universities.

Key Words : health policy, public health service, strategy, local autonomy, local government

I. 서 론

과거 질병의 원인이 밝혀지지 않았을 때는 질병을 운명, 천벌 등으로 생각했으나 과학의 발달로 질병의 원인이 밝혀지고, 치료법과 예방법이 개발됨에 따라 20세기에 들어와서는 건강의 개념도 기본권으로 바뀌어, 세계보건기구의 헌장에서는 “사람은 누구나 최상의 건강을 누릴 권리를 가진다”고 하였으며, UN 인권선언에서는 건강을 보호, 증진하는데 필수적인 “보건의료서비스는 모든 국민이 누려야 할 기본권”이라고 하였다. 그리고 알마아타 선언(Declaration of Alma-Ata)에서는 “정부는 국민건강을 위한 보건의료서비스에 대한 책임을 져야한다”고 하였다(WHO·UNICEF, 1978). 우리나라의 헌법에서도 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다(제36조 3항)”라 하였고, 보건의료기본법에서는 “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다(제10조 1항)”고 하였다. 이렇듯 건강의 중요성과 국민건강에 대한 국가의 책임은 국제기구 차원과 국가적 차원의 법률에 명시되어 있다.

건강은 타고난 유전적 요인, 환경적 요인, 생활습관, 그리고 의료서비스 등에 의하여 결정된다(Dever, 1991). 사회·경제적 변화와 생활환경의 변화와 아울러 평균수명의 연장과 출산율의 감소로 인한 노인인구의 급증, 생활양식의 변화, 의료기술의 발달 등으로 질병양상이 크게 변하고 있다. 또 의료서비스 공급체제도 변하고, 국민의 건강에 대한 관심과 보건의료서비스의 요구도 증가하고 있다. 따라서 의료정책과 공공보건의료기관의 역할과 기능도 변하지 않을 수 없다.

특히 1995년부터 시작된 지방자치제 하에서 “특별시·광역시·도는 보건시책의 추진을 위

한 조사·연구, 인력확보, 자질향상 등에 노력하여야 하고, 시·군·구의 보건시책의 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원을 하여야 하는(지역보건법 제2조 2항)” 의무가 있다. 그러므로 자치 단체는 주민 건강관리를 어떻게 할 것인지 그 시책과 전략을 세우고 보건사업 계획을 수립해야 한다. 이를 위해 시·도 보건과의 역할이 확대되고 강화되어야 하나 정부의 구조조정으로 전문인력 확보의 어려움, 시 및 도의 보건사업에 대한 확고한 정책적 의지의 결여 등으로 시·도 보건과의 역할이 크게 확대되지 못하고 있다.

본 논문은 공공보건사업을 강화해야할 당위성을 설명하고, 저자가 경상북도 보건사업 자문 위원과 보건복지부 자문관으로 봉사하면서 얻은 경험을 토대로 현행 보건사업의 문제점을 지적하고, 시·도(道) 보건과가 주민의 건강관리를 위한 역할을 확대하고 공공보건사업수행의 중추기관인 보건소가 주민의 보건의료요구를 효율적으로 충족시킬 수 있는 전략을 제시하기 위한 것이다.

II. 인구의 특성과 보건의료환경의 변화

1. 인구의 특성 변화

1) 국민소득증가와 생활수준 향상

우리나라는 급격한 경제발전으로 국민소득이 1961년에 82불에서 2000년에는 9,628불로 증가하였고, 1960년에 전국의 자동차 수가 3만대 미만이었는데 2001년에는 1천2백56만대를 넘어섰고, 대학 진학률도 68%로 미국의 수준에 도달하는 등 사회·경제적 환경이 급변하고 있다(표 1). 소득의 증가, 교육수준의 향상, 교통통신의 발달로 의료서비스 요구량이 증가하고, 양질 및 고가의 서비스를 요구하게 되었다.

2) 인구의 고령화

가족계획사업, 산업화, 교육수준의 향상 등으로 출산율이 급격히 감소하고, 사망률이 감소하여 평균수명이 1960년에 55.3세에서 2000년에 74.9세로, 40년 사이에 약 20년 연장됨에 따라 인구구조가 변하고, 노인인구가 급증하고 있다(표 2). 노인인구의 증가는 국민보건문제가운데 만성퇴행성 질환이 차지하는 비율을 높이게 되었다. 핵가족화와 가치관의 변화 등으로 노인 부부 또는 노인 혼자 사는 가구가 증가하고 있다. 특히 이러한 현상은 농촌지역이 더 뚜렷하다. 그 결과 노인보건의료 및 복지 서비스의 요구량이 급증하고 있다.

<표 1> 연도별 주요 경제사회지표

지표	연도	1960*	1970	1980	1990	1995	2000**
국민1인당GNP(\$)		82('61)	253	1,597	5,883	10,037	9,628
자동차 보유대수 (2륜차 제외)		29,234	126,506	527,729	3,354,803	8,469,000	12,564,000 (01.7)
승용차 보급률 (1대당 인구)		2,627('61)	531.4	153.0	20.7	7.8	3.8('01.7)
전화보급률 (대/인구100명)		-	1.5	7.1	31.0	41.5	43.4('99)
총인구에 대한 상수도 보급률(%)		-	35.3('71)	54.6	78.5	82.9	86.1('99)
초등학교 취학률 (%)*		-	97.5('72)	97.9	98.7	100.1	98.5
중학교진학률(%)		-	66.1	95.8	99.8	99.9	99.9
고교 진학률(%)		-	70.1	84.5	95.7	98.5	99.5
대학 진학률(%)		-	4.6	12.2	33.2	51.4	68.0

자료 : 통계청. 한국의 사회지표. 1994, 1998

* : 통계청. 주요경제지표. 1992, ** : 통계청. 홈페이지. <http://www.nso.go.kr>

<표 2> 연도별 주요 인가지표

인가지표	연도	1960	1970	1980	1990	1995	2000*	2010	2020	2030
총인구(천명)		25,012	32,241	38,124	42,869	45,093	46,136	50,618	52,358	52,744
조출생률(천명당)		42.1	29.9	23.4	15.6	15.8	13.4	12.3	10.9	10.6
조사망률(천명당)		12.1	9.4	6.7	5.8	5.4	5.2	6.8	8.5	10.8
자연인구증가율 (백명당)		3.00	2.04	1.67	0.98	1.04	0.82	0.55	0.24	-0.2
인구성장률(%)		3.00	2.00	1.57	0.93	1.01	0.79	0.53	0.21	-0.04
평균수명(세)		55.3	63.2	65.8	71.3	73.5	74.9	77.0	78.1	-
남자		53.0	59.8	62.7	67.4	69.6	71.0	73.3	74.5	-
여자		57.8	66.7	69.1	75.4	77.4	78.6	80.7	81.7	-
인구구성비(%)										
0 - 14세		42.3	42.5	34.0	25.8	23.4	21.0	19.9	17.2	16.0
15 - 64세		54.8	54.4	62.2	69.2	70.7	71.7	70.1	69.6	64.7
65세 이상		2.9	3.1	3.8	5.0	5.9	7.3	10.0	13.2	19.3
도시화율(%)		28.0	41.1	57.3	74.4	78.5	79.7	-	-	-

자료 : 보건사회부. 보건사회통계연보. 1994, 보건복지부. 보건사회통계연보. 1998

* : 통계청. 2000년 인구주택총조사. www.nso.go.kr

2. 보건의료환경의 변화

1) 전국민 의료보험 도입

77년에 처음으로 의료보험제도가 도입된 이래 급속도로 확대 적용되어 1989년에 전국민 의료보험(의료보호포함)으로 확대되었다. 이로 인해 국민의 의료이용에 있어서 경제적 장벽이 낮아져 의료이용량이 급증하여 1990년에 1일 인구 100명당 2.8명이 외래방문 또는 입원 환자였으나, 1999년에는 4.1명으로 약1.5배 증가하였다(표 3). 의료보험통계자료에 따르면 연간 국민 1인당 의료기관(약국제외) 수진 회수(외래와 입원의 합)도 1991년에 7.9회에서 2000년에는 11.7회로 약1.5배 증가하였다. 또 2000년부터는 의료보험이 건강보험으로 바뀌어 질병의 진단과 치료만 급여대상으로 하던 것을 산전진찰, 예방접종 등 예방의료서비스까지 급여 대상으로 하게 되었다. 이러한 제도의 변화는 의료수요를 폭발적으로 증가시켰고, 급여의 확대는 의료보험재정에 추가적 부담이 되고 있다.

<표 3> 조사연도별 전국의 1일 외래 및 입원환자 수*

환자구분	연도	수진환자수(천명)				조사연도별 수진환자 증가율(%)				
		1990	1992	1994	1996	1999	1990-1992	1992-1994	1994-1996	1996-1999
총환자수		1,196	1,286	1,441	1,627	1,907	7.5	12.1	12.9	17.2
외래		1,074	1,146	1,284	1,447	1,709	6.7	12.0	12.7	18.1
입원		122	140	157	180	198	14.8	12.1	14.6	10.0
인구백명당 수진수*		2.79명	2.95명	3.23명	3.56명	4.06명	5.7	9.5	10.2	14.0

* : 전수 및 표본 조사에 의한 추정치

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 1999년도 환자조사보고서, 2000

2) 의료인력 및 의료기관의 증가

1980년대부터 의과대학의 신·증설로 현재 연간 3,000명 이상의 의사가 배출됨에 따라 의사 수가 1980년에 22,564명에서 2000년에는 70,943명으로 증가하였다. 또한 치과의사, 약사, 간호사 등 다른 직종의 의료인력도 급증하여 의료인 1인당 인구수가 선진국 수준에 다르고 있다(표 4).

의사 수가 늘어남에 따라 의료기관의 수도 증가하여 1980년에 전국의 병·의원의 수가 총

6,666개이었는데, 2000년에는 20,658개로 약 3배 늘어났으며, 특히 종합병원이 많이 늘어났다 (표 5).

<표 4> 연도별 의료인 1인당 및 병상 당 인구 수

(단위 : 명)

연도	의사	치과의사	약사	간호사	병상
1990	887	4,457	1,155	482	320
1995	681	3,278	1,036	372	246
1997	641	2,992	1,003	343	209
1998	618	2,880	988	329	200
1999	594	2,776	988	309	184

주: 면허등록 의료인 수, 한의사 포함

자료: 보건복지부. 1999년도 주요업무 참고자료. 1999a

보건복지부. 보건복지백서. 2000

보건복지부, 보건복지통계연보. 2000

통계청. 2000년 전국인구통계총람. 2000

<표 5> 1980년과 2000년(1999년) 사이에 의료기관종별 기관 수 및 병상 수* 증가률

(단위 : 개, %)

의료기관	기관 수			병상 수		
	1980 ¹⁾	2000	증가률 (%)	1980	1999	증가률 (%)
의원	6,344 (95.2)	19,690 (95.3)	310	24,876 (39.8)	60,442 (27.3)	243
병원	240 (3.6)	680 (3.3)	283	17,2691 (27.6)	51,861 (23.5)	300
종합병원	82 (1.2)	288 (1.4)	351	20,386 (32.6)	108,929 (49.2)	534
계	6,666 (100.0)	20,658 (100.0)	310	62,531 (100.0)	221,232 (100.0)	354

* : 특수병원, 치과 병·의원, 한방 병·의원 제외

1) : 정신병원, 결핵병원, 나 병원 포함(1980)

자료 : 보건복지부. 보건복지통계연보. 1999

국민건강보험공단 자료실. <http://www.nhic.or.k>

의사와 의료기관의 증가는 의료서비스의 공급확대로 의료의 가용성(availability)을 높여, 국민이 의료를 쉽게 이용할 수 있게 되었다. 그러나 아직도 의료기관의 도시 편재(표 6), 불

합리한 의료제공체계 등으로 저소득층, 노인, 장애인, 특히 농촌지역의 저소득층과 노인들은 의료이용에 많은 불편과 제한성이 있다. 또한 의료의 과잉공급은 의료기관간의 불필요한 경쟁으로 의료비를 상승시키고, 의료의 질을 저하시키는 요인이 되기도 한다.

<표 6> 시·군부별 의료기관 및 병상 분포(1997. 12 현재)

기관종별	계		군 부		시 부		비고
	기관	병상	기관	병상	기관	병상	
종합병원	262	101,615	16	2,586	246	99,029	· 100병상이상
병원	525	62,707	97	12,301	408	50,406	· 30~99병상이하
의원	15,876	49,586	1,550	7,229	14,326	42,357	· 29병상이하
치과병·의원	9,243	159	770	-	8,473	159	
한방병·의원	6,446	5,702	594	135	5,852	5,567	
부설의원	220	510	9	8	211	502	
조산원	141	423	24	72	117	351	
총계	32,693	220,702	3,060	22,331	29,633	198,371	
	(100%)	(100%)	(9.4%)	(10.1%)	(90.6%)	(89.9%)	

자료: 보건복지부. 1999년도 주요업무 참고자료. 1999a

3) 환자의 권리의식 확산과 국민의 보건의료서비스 요구의 다양화

국민의 교육수준과 생활 수준의 향상으로 환자의 알 권리 주장과 양질의 의료서비스 요구가 높아지고 있다. 또한 노인인구의 증가와 만성질환의 진단 및 치료기술의 발달로 발병 후 생존기간이 연장되어 만성질환 유병률이 높아지고, 핵가족의 확산과 부모부양의 전통적 가치관의 붕괴 등으로 요양서비스, 가정의료서비스(home health care) 등 새로운 의료서비스의 요구도 늘고있다.

4) 의료기술의 발달

전산화촬영술(CT), 자기공명영상(MRI)과 같은 영상술, 분자생물학, 유전공학 등 의료기술의 발달은 희귀병과 난치병의 진단과 치료를 할 수 있게 되어 병고를 덜어주지만 동시에 의료비 상승의 중요 요인으로 작용하고 있다(양봉민, 1999; 신영석 등, 1999). 또한 최근 효능이나 적응증, 부작용 등에 대한 과학적 근거가 부족한 대체 또는 보완요법이 빠르게 확산되

고 있다(정기혜와 김정근, 1999; 조재국 등, 1999; 박종구 등, 2000). 최신 의료기술과 대체 또는 보완요법의 남용이나 오용으로 국민의 의료비 부담을 가중시키고 부작용의 피해가 우려되나 이에 대한 보건당국의 대책이 미흡하다.

5) 정부구조조정

1998년 2월에 국민의 정부가 들어선 이래 작고 효율적인 정부조직을 목표로 정부조직개편을 추진하여왔다. 이러한 정책과 아울러 농촌지역의 인구감소, 생활 여건(교통, 통신 등)의 변화, 의료기관 접근도의 향상 등의 이유로 전국적으로 100여 곳의 보건진료소가 폐지 또는 통합되었다. 그러나 보건의료수요는 증가하는데 구조조정으로 보건소 인력의 감소 내지 동결로 증가하는 보건의료서비스 요구를 충족시키기 어려워지고 있다. 이러한 상황에서 고급 보건의료인력을 추가로 확보하는 것은 매우 어려운 일이다. 따라서 합리적인 보건의료정책과 효율적인 보건의료서비스 제공체계의 확립이 절실히 요구되고 있다.

Ⅲ. 질병양상의 변화 및 관련요인

1. 질병양상의 변화

환경오염, 식생활을 비롯한 생활양상의 변화, 수명의 연장, 의료의 발달 등으로 전염성질환은 감소하고, 암, 심장질환, 만성 간질환, 당뇨병 등 만성 질환과 뇌졸중, 치매와 같은 노인성 질환과 교통사고, 산업재해를 비롯한 각종 사고가 주요한 국민건강문제로 대두되었다(표 7). 이러한 만성질환은 그 원인이 불명하거나 생활양식, 환경오염 등 다양한 요인이 복합적으로 관계되므로 예방이 감염성 질환만큼 용이하지 않고, 또한 치료도 어렵다. 따라서 건강증진, 건강한 환경의 조성, 조기발견을 통한 조기치료가 최상의 대책이다. 또한 질병이나 상해로 인한 장애자에 대한 재활서비스도 중요한 과제이다.

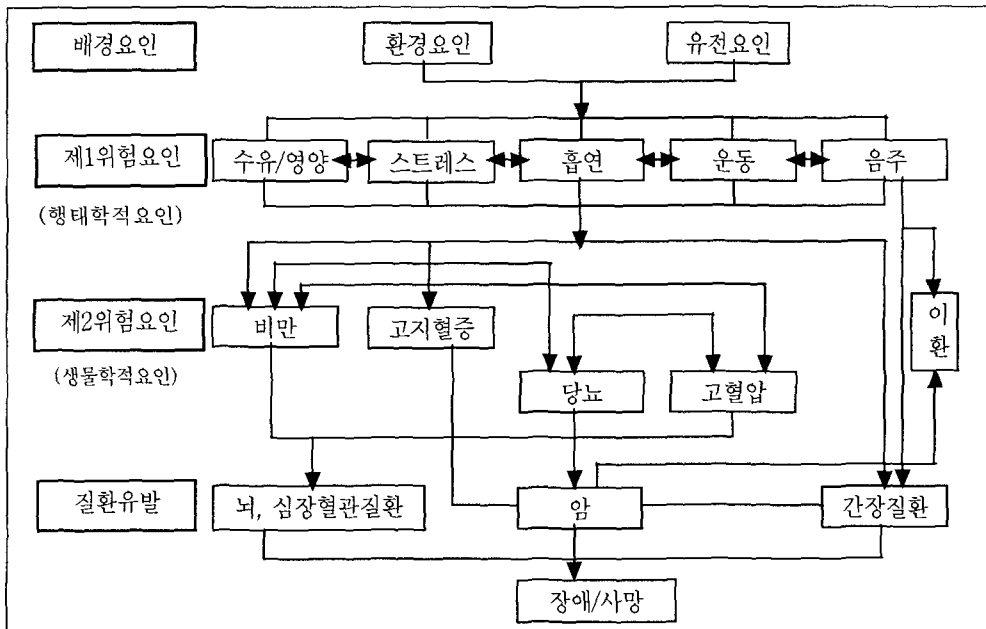
2. 질병양상의 변화에 관련된 요인

암, 심장질환, 간질환, 당뇨 등 중요한 건강문제와 관련된 주요 위험요인들은 수유(授乳)를 포함한 영양, 흡연, 음주, 운동, 스트레스 등 행태학적 요인이다. 이러한 요인들로 인하여 비만, 고지혈증, 고혈압, 당뇨병 등이 발생하게 되고, 이러한 생물학적 요인이 뇌·심혈관질환, 암, 간장질환 등 주요질환을 유발하게 된다(그림 1). 따라서 오늘날의 중요한 건강문제를 해결하는데는 새로운 의료기술 개발과 의료서비스의 확대만으로는 해결이 어렵고, 금연, 절주, 적절한 운동 등 건강한 생활양식을 진작하고 건강한 환경을 가꾸는 것이 중요하다.

<표 7> 연도별 대분류에 의한 5대 사망원인 순위의 변천

년 도	1	2	3	4	5	5대사인의 백분율
1941 ¹⁾	소화기계 질환	호흡기계 질환	신경계 및 감각기 질환	감염성 및 기생충 질환	비뇨생식기계 질환	69.6
1961 ¹⁾	호흡기계 질환	소화기계 질환	감염성 및 기생충 질환	감각기 질환	신생물	66.0
1970 ¹⁾	순환기계 질환	호흡기계 질환	감염성 및 기생충 질환	신생물	손상 및 중독	67.0
1980 ¹⁾	순환기계 질환	신생물	손상 및 중독	소화기계 질환	호흡기계 질환	74.4
1990 ²⁾	악성 신생물	뇌혈관 질환	불의의 사고	심장병	고혈압성 질환	61.5
1995 ²⁾	순환기계 질환 (26.3%)	신생물 (21.3%)	불의의 사고 (14.3%)	소화기계 질환(간포함) (7.4%)	호흡기계 질환 (4.6%)	73.9
2000 ²⁾	순환기계 질환 (23.7%)	신생물 (23.5%)	불의의 사고 (11.7%)	간질환 (4.4%)	당뇨병 (4.3%)	67.6

자료: 1) 김정순, 1989
2) 통계청. 사망원인통계연보. 1991, 1996, 2001.



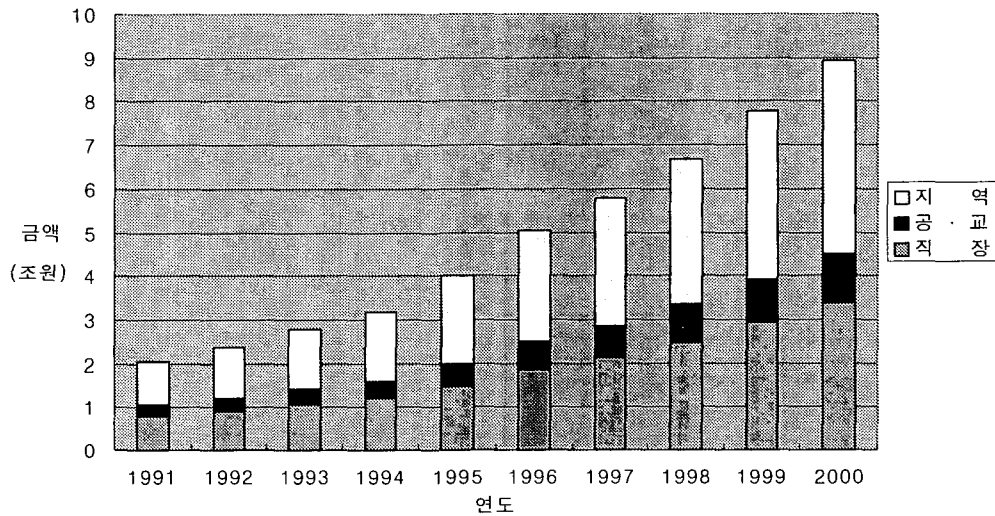
자료: 이정애 등, 1999

그림 1. 중요한 국민 보건문제와 관련된 위험요인

IV. 의료비 증가추이

전국민의료보험의 도입, 건강보험의 급여확대, 의약분업실시 등 의료제도의 변화, 그리고 인구의 절대 수와 노인인구의 증가, 국민생활수준의 향상 등 인구의 특성 변화에 따른 의료 수요의 증가, 의료기술의 발달, 의사와 의료기관의 증가 등에 의한 의료공급의 확대로 국민 의료비가 급증하고 있다. 1991년도에 의료보험급여 지급 총액이 2조원을 약간 넘었으나 2000년에는 8조9천억원을 넘어섰다(그림 2). 보험급여 외에 국민이 직접 부담한 의료비를 합하면 연간 의료비가 31조원이 넘는다(유인협, 2001). 급격한 의료비의 증가로 건강보험재정이 파탄에 이르렀고, 의료비의 증가는 계속될 것으로 예상된다. 따라서 의료비의 상승을 억제하는 것이 당면한 중요 보건정책과제이다. 그러나 건강보험정책을 저부담-저급여에서 적정부담-적정급여로 전환하면서 필연적으로 의료비 부담이 증가하게 된다.

의료비 증가를 억제하는 방법은 여러 가지가 있으나 가장 바람직한 것은 질병예방과 건강 증진을 통하여 의료수요를 줄이는 것이라고 판단된다. 이를 위해 공공보건사업을 강화해야 한다.



자료: 국민건강보험공단. <http://www.nhic.or.kr>

그림 2. 연도별 의료보험 총 지급액

V. 보건의료 패러다임의 변화와 21세기 보건의료정책목표와 전략

1. 보건의료 패러다임의 변화

21세기에는 만성질환과 신종 및 재출현 전염병이 중요한 국민보건문제가 될 것이며, 의료기술이 더욱 급속도로 발달할 것이고, 지방화와 민주화가 정착될 것이다. 따라서 보건의료체계에서도 새로운 개념과 접근법이 필요하며 그림 3과 같은 패러다임의 변화가 필요하다. 즉, 의료기관에서 환자를 대상으로 한 질병치료 위주의 의료에서 전체 주민을 대상으로 한 질병 예방과 건강증진을 포함한 포괄적 의료 중심으로 변해야 한다. 의료기술의 발달과 보건의료의 전문화로 질병의 예방과 치료는 더 잘할 수 있게 되었으나 의료의 비인간화로 환자들의 의료서비스에 대한 불만이 고조되고 있다. 따라서 인간의 존엄성을 존중하며 직종간, 전문분야간의 협력으로 포괄적 의료를 제공하도록 의료의 개념과 의료제공체계를 바꾸어야 한다.

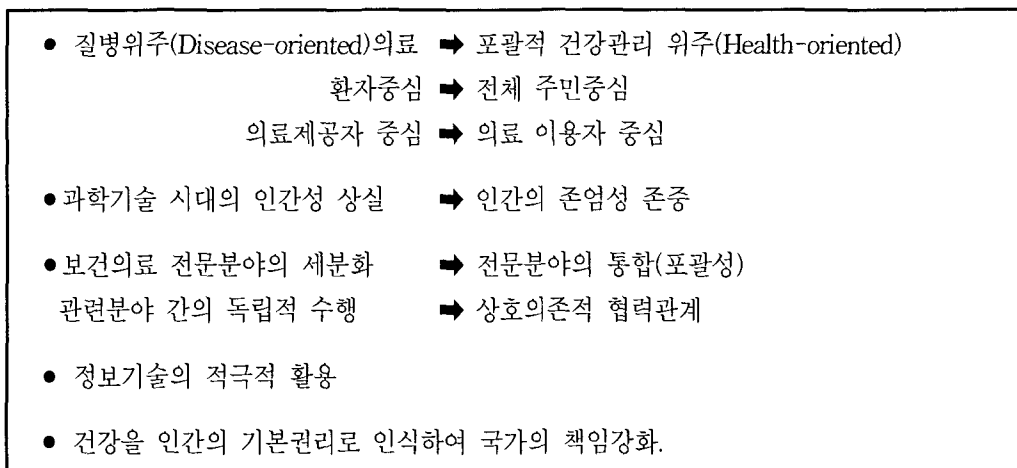


그림 3. 보건의료의 패러다임의 변화

2. 21세기 보건의료정책목표와 전략

질병양상의 변화에 따라 21세기의 정부 보건정책도 질병예방과 건강증진을 통한 삶의 질 향상에 목표를 두고 있다(보건복지부, 1999b). 그러나 우리나라의 보건의료체계는 불합리한 의료보험제도하에 민간주도의 질병치료위주로 발달하여 환자의 종합병원 집중, 경쟁적 고가 장비의 도입 등으로 지극히 비효율이다. 이러한 상황에서 정책목표를 달성하기 위한 보건

의료분야의 접근전략들을 요약하면 그림 4와 같다(한국보건의료관리연구원·한국보건사회연구원, 1998). 즉, 보건의료정보체계를 확립하고, 공공과 민간의료기관간에 상호보완적 역할을 분담하여 협력하고, 공공보건의료체계를 확립하여 보건의료서비스 공급을 효율화하는 것이 정책목표 달성의 기본 전략이다.

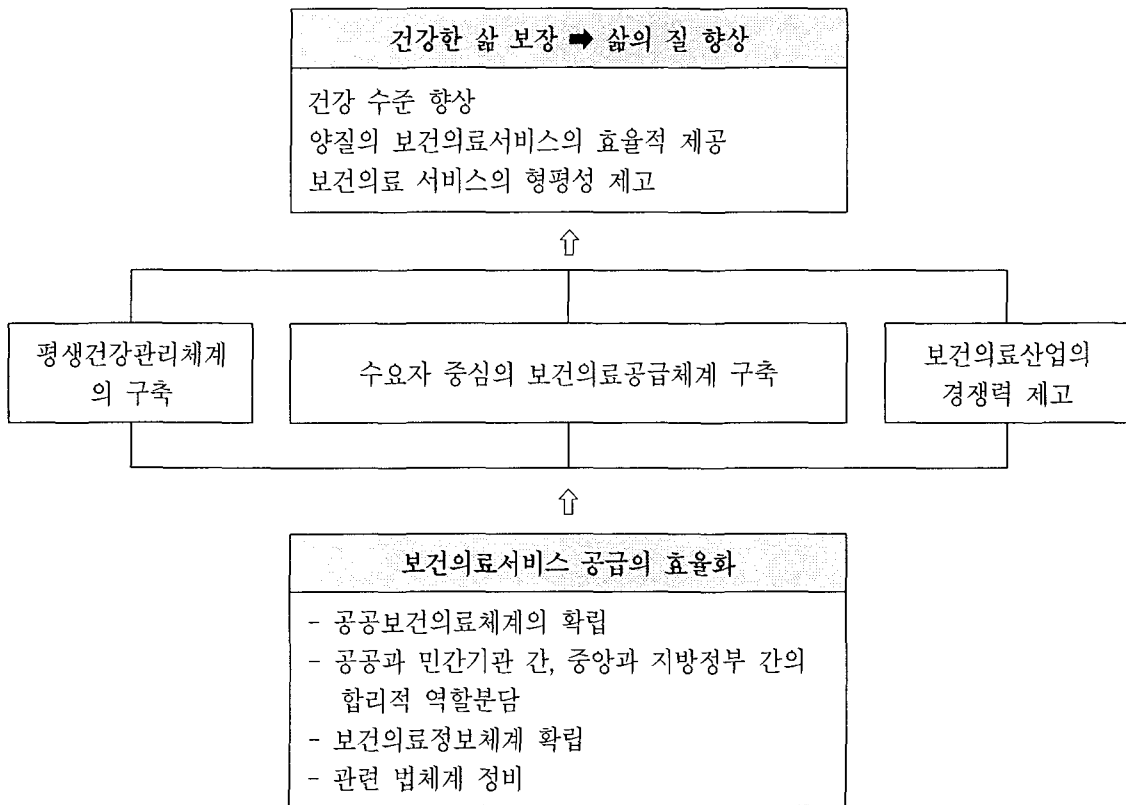


그림 4. 21세기 보건의료정책목표와 전략

VI. 공공보건사업의 문제점

1. 공공보건사업을 위한 정책의 일관성 부재

국민의 정부가 들어 선지 4년 반 동안에 보건복지부 장관이 일곱 번 교체되었다. 장관을 비롯한 보건정책 입안 부서의 잦은 인사 교체로 정책의 일관성이 없고, 그 결과 정부에서 시작

한 보건사업이 제대로 정착되는 것이 없는 실정이다. 최근 정부에서 시행한 시범보건사업만 도 건강증진사업, 정신보건사업, 구강보건사업, 모자보건사업 등 4종이나 된다. 시범사업은 본 사업을 위한 준비과정이다. 그러나 이들 시범사업가운데 제대로 정착되는 것이 없어 결과적으로 예산낭비가 되고있다.

2. 보건의료정보체계의 미비와 보건사업계획 및 평가의 합리성 결여

보건의료정보체계가 미비 되어 정확한 보건통계자료를 얻을 수 없다. 법적으로 출생 후 1개월 이내에 출생신고를 해야하나, 출생신고 이전에 어린이가 사망하는 경우 95%이상 출생과 사망을 신고하지 않고 있다(박정환 등, 1988; 한영자 등, 1998). 이로 인해 보건통계의 가장 기본이 되는 출생과 사망통계가 정확하지 않아 영아사망률과 같은 기본적인 국민건강지표를 얻을 수 없다. 정확한 통계자료에 의한 보건사업의 계획이 이루어지지 않기 때문에 사업의 평가도 주로 실적위주로 하고 있다. 따라서 보건사업의 효율성과 효과를 측정할 수가 없다. 또한 보건정책 및 보건사업기획 부서의 전문인력 부족과 부서간에 협력·조정이 잘 되지 않아 중앙정부의 사업가운데는 유사하거나 중복되는 것이 있고, 지방자치단체의 사업은 실효성이 없는 것들을 백화점 식으로 나열한 것이 많아 예산과 인력의 낭비가 심하고 사업은 실효성을 거두지 못하고 있다.

3. 보건요원의 업무수행능력 부족

지역보건법에 의한 지역보건계획을 자체적으로 수립하게 되고, 또 중앙정부의 사업비 배정에 경쟁원리를 도입하자 보건소의 사업내용이 많이 변하고 있다. 그러나 이러한 변화를 수용할 수 있는 전문 인력의 확보, 기존 인력의 재훈련, 업무지침 개발 등이 제대로 되지 않았고, 그 결과 보건요원의 업무수행능력이 부족하여 보건사업이 제대로 추진되지 못하고 있다.

VII. 공공보건사업의 발전전략

우리나라의 정치 및 대통령의 통치 양식으로 보아 보건복지부의 장관과 정책입안자들의 잦은 교체가 사라지기를 기대하기 어렵다. 그러나 지방자치단체장은 선출직으로 임기가 4년이다. 그러므로 광역자치단체 차원에서 공공보건사업의 계획과 평가를 주도해나간다면 더 안정적으로 발전할 수 있을 것으로 기대된다. 그러나 공공보건사업에 관한 시·도 보건과의 역할이 1995년 지방자치제를 실시하기 이전까지는 중앙의 보건시책을 받아 일선 보건소에 하

달하는 것에서 지방자치시대에 들어와서는 기초자치단체의 보건사업계획을 종합하여 중앙에 보고하는 것으로 바뀐 것 외에 크게 확대된 것이 없다. 지방자치제 하에서 광역자치단체는 능동적으로 보건정책과 보건사업계획을 세우고, 일선 보건요원들의 사업수행 능력을 키우는 역할을 담당할 법적 의무가 있다. 또 기초자치단체 차원에서도 보건소의 기능을 활성화해야 할 의무가 있다. 따라서 시·도 보건과의 역할을 확대하고, 그 기능을 강화하여 법적 의무를 다하도록 해야한다. 이러한 의무를 효율적으로 수행하는 전략을 제시하면 다음과 같다.

1. 광역자치단체 차원의 전략

1) 보건정책목표의 확립

정부는 국민건강향상을 통한 “삶의 질 향상”을 큰 정책목표로 설정하였고, 이를 위해 “평생건강관리체계의 구축”을 하려고 한다(보건복지부, 1999b). 이러한 정책목표는 우리나라의 경제·사회의 발전단계로 보아 타당한 것으로 모든 지방자치단체가 수용해야 할 것이다.

평생건강관리체계는 건강상 문제가 있는 개인 및 가족 중심이 아닌 주민 전체를 대상으로 하여 출생에서부터 죽을 때까지 질병의 예방과 건강증진을 중심으로 건강을 관리하고, 질병이나 불구가 생기면 적절한 치료나 재활 서비스를 받을 수 있게 하는 것이다. 이러한 목적을 위한 보건사업의 범주를 생의 주기에 따라 나열하면 그림 5와 같다(박정환, 1999).

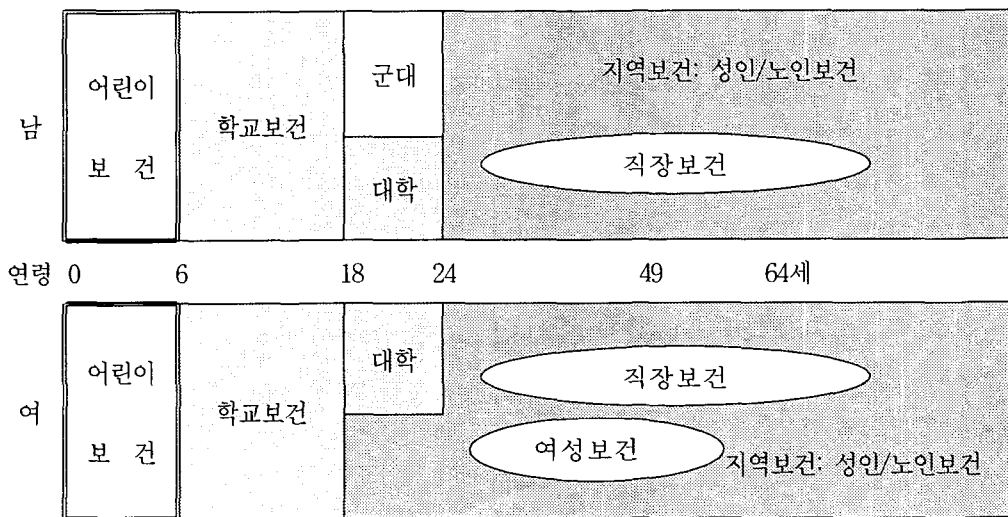


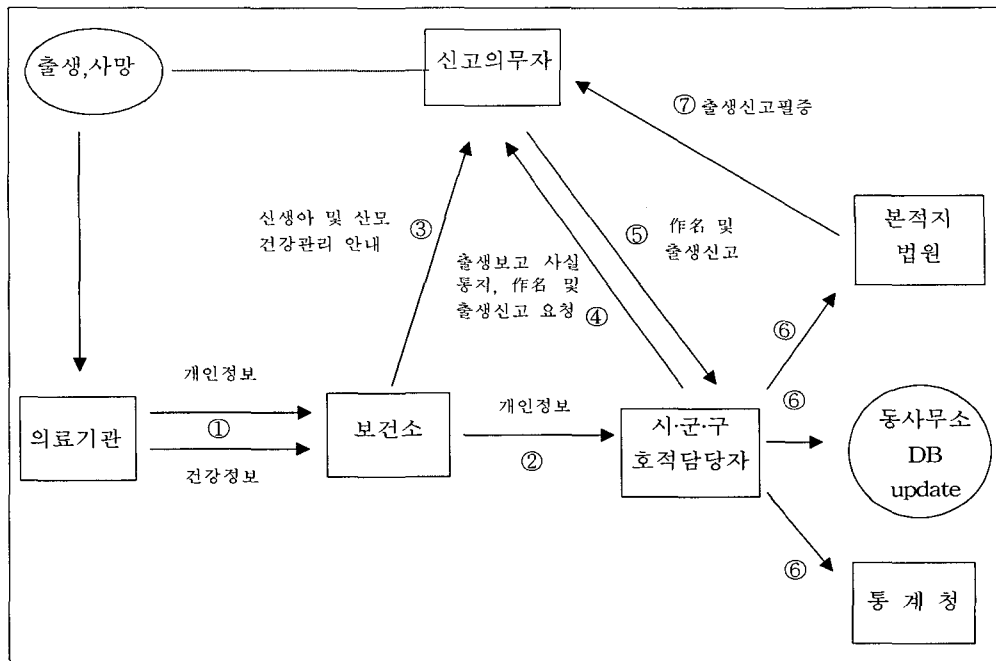
그림 5. 생의 주기별 보건사업의 범주

2) 보건사업기획 및 평가기능 강화

합리적이고 포괄적인 보건사업계획을 수립하고, 보건사업의 효율성과 효과, 나아가 영향을 올바르게 평가하여 보건의료자원이 제대로 쓰이도록 해야 한다. 이를 위해 시·도 보건과가 일선 보건소의 보건사업기획을 지도하고, 사업의 결과를 평가할 수 있어야 한다.

3) 보건의료정보체계 및 주민건강/질병발생 감시체계 확립

평생건강관리체계를 구축하고, 주민의 건강을 관리하려면 건강문제를 파악하고, 보건사업을 평가할 수 있는 자료가 있어야 한다. 이를 위해 가장 기본적인 보건통계인 임신, 출산, 사망 통계자료 수집체계를 확립하여 지속적으로 자료를 수집, 분석하여야 한다. 현재 거의 모든 출산이 의료기관에서 일어나고 있다(박정환, 1997). 그러므로 그림 6과 같이 의료기관에서 보건소로 전산망을 통한 신고체계를 확립하면 신속하고, 정확한 통계를 생산할 수 있게 된다(박정환 등, 1998; 박정환 등, 2000). 또한 이 자료를 통해 고위험 산모와 신생아를 발견하고, 추후관리하며, 예방접종, 성장발달 모니터링 등 초등학교 입학 시까지 어린이 건강관리를 하고, 입학 후 학교보건으로 이어지게 한다.



자료: 박정환 등, 2000

그림 6. 전산망을 이용한 출생 및 사망신고체계

전염병의 발생에 관한 정보도 의료기관과 연계하여 지속적으로 수집하여 전염병의 유행, 신종 질환의 출현, 말라리아와 같이 사라졌던 질환의 재출현 등을 감시하는 지역 질병감시체계를 구축하고, 전염병 발생시 신속하게 대응하도록 하여야 한다.

4) 보건요원의 훈련강화

국민보건문제가 변하고 있고, 주민의 보건의료서비스 요구 양과 종류가 변하고 있으나 일선 보건요원들이 이에 맞추어 새로운 보건사업을 개발하고, 수행할 수 있는 능력이 부족하다(남정자 등, 1996). 새로운 보건사업을 수행하기 위하여 먼저 각 보건사업별 지침서를 개발하여 사업의 내용을 표준화하고, 평가를 할 수 있게 해야 한다. 또한 사업지침서에 따라 보건요원을 철저히 훈련시켜 업무를 올바르게 수행할 수 있도록 자질을 향상시켜야 한다. 그리고 이런 훈련은 지속적으로 해야 한다.

5) 건강증진센터(가칭) 설치

현재의 시·도보건과의 인력으로는 보건의료정보체계를 운영하고, 광역자치단체 차원의 보건사업을 계획하고, 광역자치단체 및 기초자치단체의 보건사업을 평가하고, 보건요원의 훈련을 담당하기 어렵다.

보건요원을 훈련시키는 기관은 국립보건원 보건복지훈련부 한 곳뿐이다. 그러나 훈련부가 연간 수용할 수 있는 인원은 3,000명에서 3,500명 정도이다. 전국의 보건요원이 30,000명 이상이므로 이들이 한번 보수교육을 받는데 10년이 걸리게 된다(박노래, 1997). 이런 정도의 보수교육으로 급속도로 발전하는 의료기술을 받아들여 급변하는 보건의료 환경에 대처하기를 기대할 수 없다. 그러므로 광역 자치단체 차원의 보건요원 훈련, 보건사업 기획·평가, 정보체계관리를 전담할 건강증진센터(가칭)의 설치가 필요하다.

6) 지역 대학과 협력체계 구축

건강증진센터(가칭)를 운영할 전문공무원 확보가 어려운 현상황 하에서 지역 대학과 협력체계를 구축하여 대학의 전문인력을 보건요원 교육·훈련을 위한 교수, 지역 보건문제 연구를 위한 연구원, 보건사업의 기획과 평가를 위한 자문관 등으로 활용한다.

2. 기초자치단체 차원의 전략

1) 보건소의 기능 재정립

보건소 업무는 1962년도에 개정된 보건소법에 따라 전염병 및 질병의 예방·관리와 진료

에 관한 사항, 보건통계 및 보건의료 정보의 관리 등 13개항의 업무로 규정한 이후 30여 년 간 변화가 없다가 1991년 3월 보건소법의 개정으로 지역보건의 기획 및 평가, 정신보건·노인보건 및 장애인의 재활, 보건지소·보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도·감독 업무가 추가되었다. 1995년 12월에 보건소법을 대체하여 제정된 지역보건법에서는 보건소 업무를 16개항으로 재조정하였다.

지역보건법에 명시되어 있는 보건소업무는 전염병관리법, 모자보건관리법, 건강증진법 등 20여 개의 보건의료관계 법령(시행령, 시행규칙)에 의해 시장, 군수, 구청장에게 위임된 업무들을 재 규정한 것이라고 볼 수 있다. 개별 법령에서 제정하고 있는 보건소의 세부 업무는 500백여 개에 이르는 다양하고도 방대한 업무이다(남정자 등, 1996). 이러한 업무를 현재와 같은 인력으로 감당할 수 없다는 것은 자명한 사실이다. 따라서 이들 업무 가운데 필수적이고, 우선순위가 높은 것을 선택적으로 수행할 수밖에 없다.

보건소는 정부 정책과 주민의 보건의료 요구에 맞추어 그 기능을 재정립하고 이러한 기능에 부합되는 사업을 계획하여 수행해야 한다. 21세기에 보건소가 필수적으로 담당해야 할 기능을 제시하면 다음과 같다.

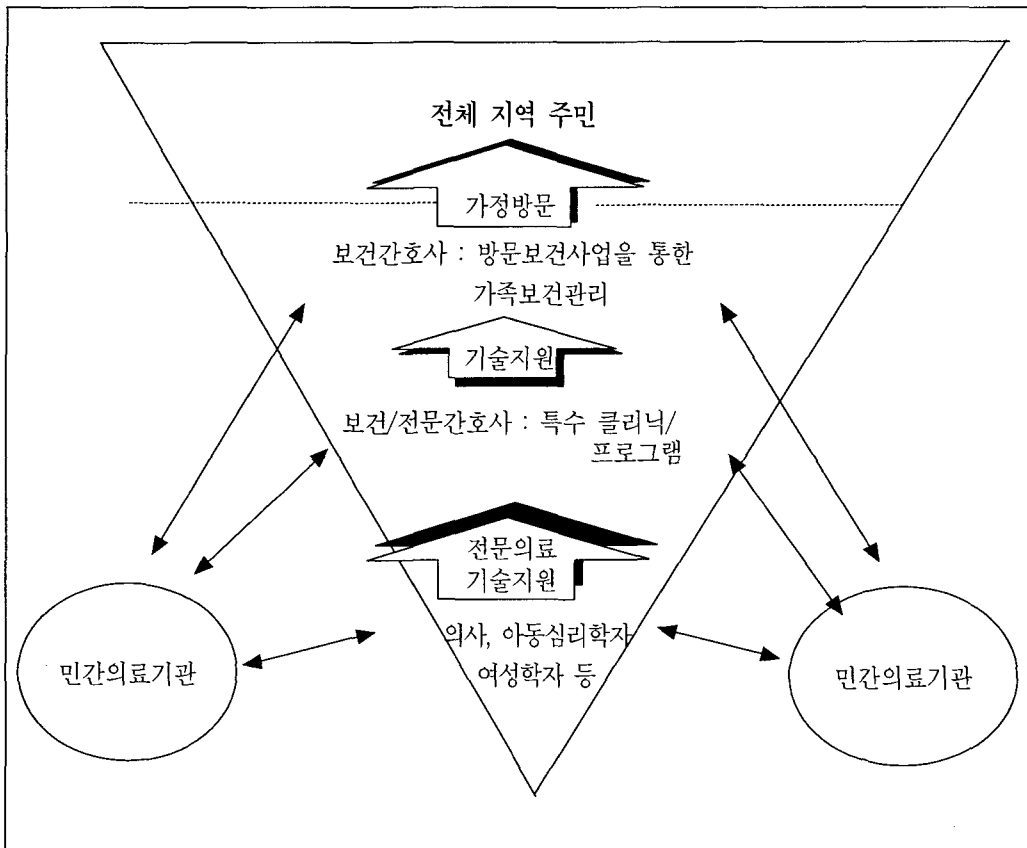
- (1) 전체 지역주민의 건강관리
- (2) 보건통계자료수집과 관리 및 주민건강/질병발생 감시
- (3) 지역보건사업 계획, 수행 및 평가
- (4) 안전하고 건강한 환경조성 및 식품위생관리
- (5) 취약계층을 위한 일차의료
- (6) 의약관리(보건행정)

2) 보건소 조직개편 및 민간의료기관과 협력체계확립

보건소의 조직은 최근 정부구조조정에 따라 사업중심의 “팀”제로 바뀐 곳이 있으나 대부분의 보건소는 다른 행정기관의 조직과 같이 “과”와 “계” 단위로 조직되어 있다. 이러한 경직된 조직으로 “계”간의 협조가 잘 이루어지지 않고, 전문인력의 부족, 기존인력의 업무 수행능력의 한계 등으로 새로운 보건서비스 요구에 신속하게 대응하지 못하고 있다.

보건소의 보건간호 인력을 과 또는 계 단위로 묶지 않고 pool제로 운영할 수 있도록 조직을 재편하여 가족단위의 방문보건사업을 강화한다. 보건간호사는 각자가 일정 지역을 담당하고, 공통업무(방문보건사업)와 전문업무(가족계획, 영유아 성장·발달, 비만, 재활 등)를 갖는다. 주민의 보건문제는 주로 가정방문을 통해 해결하도록 한다. 행정부서는 보건서비스 업무의 원활한 운영을 위한 지원과 관리를 한다. 가정방문에서 해결할 수 없는 문제 또는 집단관리가 효율적인 서비스는 보건소의 특수 클리닉(예: 금연클리닉) 또는 프로그램을 운영함으로써

써 해결한다. 보건간호사는 각자의 능력과 흥미에 따라 특수분야를 개발하여 보건소 내에 특수 클리닉 또는 프로그램을 운영한다. 특수 클리닉 또는 프로그램에 필요한 의사, 여성학자, 아동심리학자 등 전문인력은 보건소 자체의 의사 또는 지역사회 내의 인사를 활용한다. 가정 방문, 보건소의 특수 클리닉 또는 프로그램에서 발견한 문제가운데 전문적 의료 서비스가 필요한 것은 관련 민간의료기관으로 의뢰하고, 보건간호사는 추구관리를 한다(그림 7).



자료: 박정환, 1999

그림 7. 보건소의 보건서비스 제공체계도

3) 전문인력 확보 및 인력구성 조정

보건소장을 비롯한 전문인력을 확보하고, 행정지원 인력을 줄이고 보건사업 인력을 늘린다. 각 전문인력의 자격요건을 강화하여 실제로 업무수행능력이 있는 사람을 채용하도록 하

고, 특히 보건소장은 반드시 일정한 자격요건을 갖춘 사람을 선발하게 하고, 기존 소장가운데 공중보건분야에 수련 또는 종사경험이 부족한 사람은 보수교육을 시켜야 한다.

4) 방문보건사업의 강화

보건진료소를 찾아오는 사람을 대상으로 한 서비스 제공에서 방문보건사업을 확대해 포괄적 서비스의 제공으로 전환해야 한다. 방문보건사업은 통합보건사업과 가정간호사업의 영역을 포괄한다. 통합보건사업은 전통적인 보건사업인 가족계획, 모자보건, 결핵관리, 예방접종 등 지역사회의 요구도가 높고 공공보건기관이 해야 할 사업들이다. 가정간호사업은 재가환자 또는 신체적, 정신적, 사회적 간호요구 및 교육적 간호요구가 있는 사람들의 질병 회복, 재활 및 건강보호를 목적으로 제공하는 전문적 간호사업을 말한다(신영수 등, 1993). 현재 방문보건사업은 주로 거동이 불편한 노인 환자를 대상으로 하고 있으나(그림 8의 A) 점진적으로 확대하여 가족 전체가 방문보건사업의 대상이 되어야 한다(그림 8의 B, C).

사업의 범위		방문보건사업의 범위																
		통합보건사업의 범위																
								가정간호사업의 범위										
사업의 종류		결핵관리	예방접종	가족계획	보건교육	학교보건	구강보건	모성보건	영유아보건	고혈압	당뇨병	노인건강	재활보건	정신보건	퇴원환자	중양환자	임종환자	특수장치
보건사업대상자	방문이 필요한 대상자	D. 방문이 필요하지 않은 대상자																
		C. 방문보건사업의 확대																
		B. 방문보건사업의 확대																
		A. 현재의 방문수준																

자료: 신영수 등, 1993

그림 8. 방문보건사업의 범위와 내용

VIII. 요약

건강은 개인과 가족의 행복, 그리고 국가 발전의 기본 조건이며 국민건강은 국력이다. 건강보호와 증진에 필수적인 의료서비스는 모든 국민이 누려야 할 기본권이며 국가는 이를 제공할 의무가 있다. 산업화로 환경오염의 심화, 국민생활수준의 향상, 생활양상의 변화, 노인 인구의 증가, 의료기술의 발달, 의료서비스에 대한 접근성 향상 등으로 감염성 질병은 감소하고 암, 심장질환, 당뇨병과 같은 만성, 퇴행성 질환이 중요한 국민건강문제로 대두되었다. 이러한 질병들은 난치병으로 예방이 매우 중요하나 흡연, 음주, 운동, 스트레스 등 행태학적 요인이 중요한 위험인자이므로 예방을 위한 접근방법이 전염성 질병과는 다르다. 질병양상의 변화, 전국민건강보험의 도입, 의사와 의료기관의 증가로 의료공급량의 증가, 의료기술의 발달 등으로 의료이용량이 폭증하여 국민의료비가 연간 30조원을 넘어섰고, 앞으로 계속 증가할 전망이다.

정부는 국민건강수준을 향상하여 삶의 질을 높이는 것을 중요한 정책목표로 설정하였으며, 이를 위해 보건의료서비스 공급체계를 효율화하고 평생건강관리체계를 구축하고자 하였다. 이러한 목표달성을 위하여 공공보건사업을 강화하여 질병예방과 건강증진을 통하여 건강수준을 높이고, 질병치료에 필요한 의료비 증가를 억제해야 한다. 주요 공공보건사업의 문제점은 공공보건사업을 위한 정책의 일관성 부재, 보건의료정보체계의 미비, 보건사업계획 및 평가의 합리성 결여, 보건요원의 업무수행능력 부족 등으로 보건사업이 비효율적으로 수행되어 자원이 낭비되고 있다.

지방자치제 하에서 광역자치단체는 능동적으로 보건시책을 세우고, 일선 보건요원들의 사업수행능력을 키우는 역할을 담당할 법적 의무가 있으므로 시·도보건과의 역할을 확대하고 기능을 강화해야 한다. 이를 위한 지방자치단체차원의 전략을 제시하면 다음과 같다.

광역자치단체 차원에서는 ① 보건정책목표의 확립 : 평생건강관리체계 구축과 보건의료서비스 제공체계 효율화로 삶의 질 향상, ② 보건사업기획 및 평가기능 강화, ③ 보건의료정보체계 및 주민건강/질병발생 감시체계 확립, ④ 보건요원의 훈련강화, ⑤ 건강증진센터(가칭) 설치 : 보건의료정보관리, 보건요원 훈련, 보건사업 기획 및 평가 업무담당, 그리고 ⑥ 지역대학과 협력체계 구축 등이다.

기초자치단체 차원에서는 ① 보건소 기능의 재정립(전체 지역주민의 건강관리, 보건통계자료수집과 관리 및 주민건강/질병발생 감시, 지역보건사업 계획, 수행 및 평가, 안전하고 건강한 환경조성 및 식품위생관리, 취약계층을 위한 일차의료, 의약관리), ② 보건소 조직 개편 및 민간의료기관과 협력체계 확립, ③ 전문인력 확보 및 인력구성 조정, 그리고 ④ 방문보건사업의 강화 등이다.

참 고 문 헌

- 국민건강보험공단자료실. <http://www.nhic.or.k>
- 김정순. 우리나라 사망원인의 변천과 전망. 한국역학회지 11(2):155-174, 1989.
- 남정자, 김혜련, 최정수, 윤경일, 문상식. 지역보건의 정책과제와 활성화 방안. 서울, 한국보건사회연구원, 1996
- 박노래. 우리나라 보건공무원교육의 현황과 문제점. 21세기 보건공무원 교육의 발전방향 - 1997년도 국제학술세미나, 1997. 7. 10. 국립보건원
- 박정한. 여성과 어린이 보건사업. 보건소 기능 재정립을 위한 정책토론회, 1999. 5. 10. 보건복지부 · 한국보건사회연구원
- 박정한. 우리나라 모자보건의 현황과 대책. 예방의학회지 1997; 30(2)부록: 25-64
- 박정한, 이영숙, 이정애, 조 현, 정영해, 박순우, 전해리. 출생 및 영아사망 신고체계 및 전산정보 체계 개발. 보건행정학회지 1998; 8(2): 125-148
- 박정한, 박순우, 이주영, 이석구, 이정애, 김영택. 출생 및 영유아 신고체계 개발. 보건복지부, 2000.
- 박정한, 이상익, 김장락, 송정흠, 예민해, 조성억. 농촌지역의 법정기간내 출생신고율과 신고된 생년월일의 정확도. 예방의학회지 1988; 21(1): 70-81
- 박종구, 김춘배, 최서영, 김달래, 전세일, 이선동, 이종찬, 강명근, 조경숙. 보완 · 대체의학에 대한 시론. 보건행정학회지 2000; 10(1): 1-30
- 보건복지부. 보건복지통계연보. 1999, 2000
- 보건복지부. 1999년도 주요업무 참고자료. 1999a
- 보건복지부. 새 천년 복지 비전 2010-생산적 복지의 구현. 1999b
- 보건복지부. 보건복지백서. 2000
- 보건복지부, 보건사회통계연보. 1998
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. 1999년도 환자조사보고서. 2000
- 보건사회부. 보건사회통계연보. 1994
- 신영석, 신현웅, 신종각. 의료보험 진료비 증가요인과 정책과제. 서울, 한국보건사회연구원, 1999 : 쪽77-81
- 신영수, 김용익, 김창엽 등. 농촌지역 방문보건사업 체계 개발. 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1993
- 양봉민. 보건경제학. 서울, 나남출판사, 1999 : 쪽359-389
- 유인협. 의료수가의 국제적 비교. 대한의사협회지 2001; 44(4): 382-391

- 이정애, 정 호, 임순자, 손석준, 신준호. 고흥군 고혈압예방사업 중간평가보고서. 전광주광역시, 전남대학교의과대학, 1999
- 정기혜, 김정근. 건강보조식품의 유통 및 가격체계 개선. 서울, 한국보건사회연구원, 1999
- 조재국, 이상영, 신무식, 이우백, 정민순. 양 · 한방 협진실태와 정책방향. 서울, 한국보건사회연구원, 1999
- 통계청. 한국의 사회지표. 1994, 1998
- 통계청. 주요경제지표. 1992
- 통계청. 홈페이지. <http://www.nso.go.kr>
- 통계청. 2000년 인구주택총조사. www.nso.go.kr
- 통계청, 2000년 전국인구통계총람, 2000
- 통계청. 사망원인통계연보. 1991, 1996, 2001.
- 한국보건의료관리연구원, 한국보건사회연구원. 21세기 보건의료발전 종합계획(안).1998
- 한영자, 도세록, 박정환, 서 경. 1996년도 영아사망 및 주산기사망의 수준과 원인분석. 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 1998.
- Dever GEA. Community health analysis, 2nd ed. Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers Inc. 1991: 1-30
- WHO, UNICEF. Alma-Ata 1978 primary health care. Geneva, WHO, 1978