2013 공통교재

보건행정

지방행정연수원 | 시 · 도 공무원교육원

공 무 원 윤 리 헌 장

우리는 영광스러운 대한민국의 공무원이다.
오늘도 민족중흥의 최 일선에 서서 겨레와 함께 일하며 산다.
이 생명은 오직 나라를 위하여 있고, 이 몸은 영원히 겨레위해 봉사한다.
충성과 성실은 삶의 보람이요 공명과 정대는 우리의 길이다.
이에 우리는 국민 앞에 다하여야 할 숭고한 사명을 민족의 양심으로 다지며,
우리가 나가야 할 바 지표를 밝힌다.

- 우리는 민족사적 정통성 앞에 온 신명을 바침으로써 통일 새 시대를 창조하는 역사의 주체가 된다.
- 우리는 겨레의 엄숙한 소명 앞에 솔선 헌신함으로써 조국의 번영을 이룩하는 민족의 선봉이 된다.
- 우리는 창의적 노력으로 최대의 능력을 발휘함으로써 민주한국을 건설하는 국가의 역군이 된다.
- 우리는 불의를 물리치고 언제나 바른 길만을 걸음으로써 정의사회를 구현하는 국민의 귀감이 된다.
- 우리는 공익우선의 정신으로 국리민복을 추구함으로써 복지국가를 실현하는 겨레의 기수가 된다.

공 무 원 의 신 조

1. 국 가 에 는 헌 신 과 충 성 을
1. 국 민 에 겐 정 직 과 봉 사 를
1. 직 무 에 는 창 의 와 책 임 을
1. 직 장 에 선 경 애 와 신 의 를
1. 생 활 에 는 청 렴 과 질 서 를

목차

Ⅰ. 보건행정의 개념 ····· 1
1. 보건행정의 정의 ····· 3
2. 보건행정의 범위 ····· 4
3. 보건행정의 특성 ····· 7
4. 보건행정의 분류 ····· 8
5. 현대 보건행정의 특징 ····· 9

Ⅱ. 보건행정의 발전사 ····· 11
1. 공중보건의 발달 ····· 13
2. 우리나라 보건행정의 역사 ····· 15

Ⅲ. 보건행정 및 관리 ····· 29
1. 일반행정의 개요 ····· 31
2. 행정의 일반적 속성 ····· 34
3. 보건행정의 기술적 원칙 ····· 36

Ⅳ. 우리나라의 보건행정조직 ····· 39
1. 보건복지부 ····· 41
2. 식품의약품안전청 ····· 65

Ⅴ. 보건기획 ····· 69
1. 정의 ····· 71
2. 보건기획의 의미 ····· 73
3. 보건기획의 필요성 ····· 74

CONTENTS

4. 보건기획과정(Planning Process) ····· 75
5. 보건기획의 원칙 ····· 81
6. 보건기획의 대상과 범위 ····· 82
7. 기획이론 ····· 83

Ⅵ. 보건관리론 ····· 89
1. 보건사업관리 ····· 91
2. 보건정책론 ····· 93
3. 보건조직론 ····· 100
4. 보건인사관리론 ····· 107

Ⅶ. 보건관련 국제기구 ····· 115
1. 국제공중보건사무국(International Office Public Health) ····· 117
2. 범미보건기구(PAHO:Pan-American Health Organization) ····· 117
3. 국제연합부흥행정처(UNKRA) ····· 117
4. 세계보건기구(WHO:World Health Organization) ····· 118
5. 기타 ····· 123

Ⅷ. 보건의료 전달체계 ····· 125
1. 보건의료체계에 대한 이해 ····· 127
2. 보건의료 전달체계의 유형 ····· 130

Ⅸ. 사회보장과 건강보험 ····· 135
1. 사회보장 ····· 137
2. 의료보장 ····· 141

Ⅹ. 진료보수 지불제도 ····· 157
1. 실거래가 상환제 ····· 159
2. 상대가치 수가제 ····· 162
3. 행위별 수가제(Fee-For-Service) ····· 163
4. 포괄수가제(Case Payment) ····· 165
5. 인두제(Capitation) ····· 166
6. 봉급제(Salary) ····· 166
7. 총액계약제(Collective Payment Based On Negotiation) ····· 167

Ⅺ. WTO DDA ····· 169
1. WTO DDA협상 진행절차 및 경과 ····· 171
2. WTO DDA 서비스협상의 배경 ····· 172
3. 의료서비스 개방 공급유형 ····· 174

Ⅻ. 보건산업 ····· 177
1. 보건산업정책 ····· 179
2. 보건산업기술 ····· 182
3. 생명안전윤리 ····· 184
4. 보건의료정보 ····· 188

〈부록 1〉 ····· 194
〈부록 2〉 ····· 200

I

보건행정의 개념

Ⅰ. 보건행정의 개념

1. 보건행정의 정의

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

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

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

첫째, 보건행정의 목적은 지역사회 주민의 건강증진에 주안점을 두어야 한다.

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

셋째, 국가나 지방자치단체가 주도적으로 업무를 관장한다.

넷째, 관리적 측면에서 볼 때 보건의료사업을 기획, 집행 및 통제함으로써 국

민의 건강증진을 달성하는 기능을 수행한다.

다섯째, 공공행정으로서의 역할과 공익성을 수행한다.

요컨대 보건행정은 공적인 책임 하에 공중보건을 향상시킬 수 있는 여러 가지 조건을 정비하여 가도록 행정적인 원리와 기법을 적용하는 전략적인 정책결정과 전술적인 집행방향 설정 및 실무기법을 포함시키고 있는 분야라고 할 수 있다.

2. 보건행정의 범위

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

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

가. Emerson

1) 보건통계
2) 대중에 대한 건강교육
3) 환경위생
4) 감염병관리
5) 모자보건

6) 만성병관리
7) 보건검사실 운영

나. Hanlon

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

다. 세계보건기구

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

라. 미국공중보건협회

1) 보건자료의 기록과 분석
2) 보건교육과 홍보
3) 감독과 통제
4) 직접적 환경서비스
5) 개인 보건서비스의 실시
6) 보건시설의 운영
7) 사업과 자원 간의 조정

마. 보건행정의 범위 : 관리적 측면에 의한 분류

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

바. 보건행정의 범위 : 행정과정론적 측면에 의한 분류

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

1) 투입 : 인력, 시설, 재정, 기술, 물자
2) 전환 : 보건의료조직 내의 각종 활동, 관리
3) 산출 : 중간산출물, 최종산출물
4) 환류, 통제 및 조정 : 정부, 공급자단체, 소비자단체
5) 환경 : 정부시책, 보건의료체계, 경제동향, 사회의 기대, 기술 및 생산요소의 발달

3. 보건행정의 특성

가. 공공성 및 사회성

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

나. 봉사성

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

다. 조장성 및 교육성

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

라. 과학성 및 기술성

보건행정에서 응용되고 있는 과학적인 지식은 지역사회 건강증진을 위하여 이용되고 실천적이며 실제적인 기술을 제공하고 있다. 따라서 보건행정은 과학행정

인 동시에 기술행정이라 할 수 있다. 또한 보건행정에 이용되는 과학과 기술은 이용도와 적용도가 높아야 하므로 가격이 비교적 저렴하고 장치가 간단하며 조작이 쉬워야 한다. B.C.G 접종은 값이 비교적 저렴하고 시설과 조작이 용이하면서 정확한 면역효과를 얻을 수 있기 때문에 보건사업에 많이 이용하고 있다.

4. 보건행정의 분류

가. 일반보건행정

1) 예방보건행정

예방의학적 기술을 적용하여 질병예방을 주업무로 하는 행정으로, 시대적으로 급성 감염병예방에서 만성 감염병예방을 거쳐 이제는 비전염성인 암, 뇌졸중, 심장병 및 당뇨병 등과 같은 성인병예방을 중심으로 이루어지는 행정이다.

2) 보건위생행정

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

3) 환경위생행정

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

나. 의무행정

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

다. 약무행정

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

5. 현대 보건행정의 특징

현대 보건행정의 특징을 문재우 등(2004년)은 양적 측면과 질적 측면으로 나누고 있다. 양적 측면에서는 행정기구의 팽창, 공무원 수의 증가, 재정규모의 팽창, 참모조직 및 위원회의 증가 등을 들 수 있으며, 질적 측면에서는 행정의 전문화·기술화·과학화의 시도, 행정통계의 증가와 행정책임 강조, 행정의 계획화, 행정권의 강화, 사전정책기능 중시, 행정조직의 동태화 등을 들 수 있다.

〈표 1-1〉 현대행정의 특징

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

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

〈잠깐 사고하기〉

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

Ⅱ

보건행정의 발전사

Ⅱ. 보건행정의 발전사

1. 공중보건의 발달

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

가. 고대기 : 기원전~서기 500년

B.C 1000년 전에 이집트인은 청결관념에 따라 위생적 변소시설을 갖추었으며, 유태인들은 모세계율에 따라 신체의 청결이나 나환자 관리, 식품보호, 모자보건, 오물처리 같은 사업을 실시하였으며, 로마에서는 노예등록법에 따라 인구조사를 실시하였다. 히포크라테스는 “공기, 물 그리고 토지”라는 저서에서 불건강(unhealth)이란 결국 사람과 환경 사이에 조화가 깨졌기 때문에 생기는 것으로 보았다. 특히 그의 전집(Corpus Hippocraficum)에 기록되어 있는 보건과 위생에 관한 내용은 보건에 관한 학문의 효시라고 할 수 있다.

나. 중세기 : 500~1500년

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

다. 문예부흥기 : 1500~1760

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

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

라. 여명기 : 1760~1850년

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

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

"영국 노동인구의 위생상태에 관한 보고서"에서는 일반적으로 전염병은 불결한 환경, 즉 좋지 못한 급수와 배수 그리고 가옥이나 거리의 쓰레기 등과 밀접한 관계를 가지고 유행한다는 사실을 입증하였다.

마. 확립기 : 1850~1900년

1848년 영국에서 국립위생국이 설립되고, 공중보건법이 제정되었으며, 이 법에 의하여 중앙보건국이 설립됨으로써 보건행정의 기초가 확립되었다. 이 시기는 세균학과 면역학과 같은 예방의학이 발전된 시기로 코호의 순수배양, 특수염색, 동물접종에 의한 질병의 재생작용 등 세균학적 검사방법을 이용하여 탄저병, 콜레라, 결핵균을 발견하였다. 프랑스 화학자인 파스퇴르는 술의 발효가 세균에 의함을 발견하였고 우유의 저온살균법도 발견하였다.

바. 발전기 : 1900년~현재

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

2. 우리나라 보건행정의 역사

가. 삼국시대 및 통일신라시대

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

백제는 약부(藥部), 의박사(醫博士), 채약사(採藥士), 주금사(呪噤師) 등이 있었

다. 약부는 내관 중에 소속되어 있었는데, 단순히 약물만을 취급하는 것이 아니고 의약에 관한 일체의 업무를 관리하였던 기관이었다. 의박사는 의학을, 채약사는 주로 약초를 다루었을 것으로 추측되는데, 이는 의약이 분화되어 있음을 말해준다.

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

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

나. 고려시대

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

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

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

다. 조선시대

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

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

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

라. 일제시대

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

마. 해방 이후

일제시대의 경찰행정은 1945년 8월 15일 해방과 동시에 종식되고, 동년 9월 24일 미군정장관은 「재조선 미국 육군사령부정청 법령 제1호 "위생국설치에 관한 건"」에 의하여 위생국을 설치하였다. 그 후 동년 10월 27일에 공포된 미군정법령 제18호에 의하여 보건후생국으로 개편하였다. 그리고 지방에는 동년 11월 7일에 미군정 법령 제25호에 의하여 보건후생부가 설치되었다. 1946년 3월 19일 미군정 법령 제64호에 의하여 중앙에 11부 7처를 두었는데, 이 법령에 의하여 보건후생국을 보건후생부로 개칭하였고, 총무국, 법제재무국, 의무국, 간호사업국, 통계국, 수의국, 예방의학국, 위생국, 약무국, 치무국, 연구국, 구호국, 후생국, 조사분석국 및 부녀국의 15개국 47개과를 두었다. 이는 당시 미군정청 부서 중 조직이나 인력 면에서 가장 강력한 부서이었다. 그 후 1947년 6월에 남한 과도정부가 수립되면서 보건후생부의 15개국은 의무국, 약무국, 예방의약국, 후생국, 조사분석국 및 부녀국의 6개국으로 축소되었으며, 직원수도 560명에서 200여명으로 감축되었다.

바. 대한민국 정부수립 이후~1997년까지

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

그 후 1963년 보건사회부 내의 노동국이 폐지되고 보건사회부의 외청으로 노

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

사. 1998년 2월~2008년 2월까지

1998년 2월에 조직운영에 대한 자율성과 탄력성을 위하여 보건복지부와 그 소속기관직제를 대통령령과 부령으로 각각 정하였으며, 보건복지부 조직을 2실 5국 8관 42과에서 2실 4국 8관 39과로 개편하여 1국 3과를 감축하여 식품안전청으로 이체하였다. 그리고 1999년 5월에 21세기 지식·정보화의 시대에 대비하여 정부기능을 핵심역량 위주로 재편하고, 효율적인 국정 체제를 구축하기 위하여 2실 3국 7관 33과로 조정하였다. 2000년에는 국가가 중점 관리해야 할 주요 질병(암, 당뇨병, 고혈압, 간염, 결핵 등)에 대한 종합대책을 수립하고 특히, 암관리 체계 확립을 위해 보건복지부에 암관리과를 설치(2000. 6. 7)하여 2실 3국 7관 34과로 개편하였다. 또한 2000년 12월 국립암센터 개원을 하였으며, 2002년 암연구소 설치를 완료하였다. 우리나라 정부수립 후 현재까지의 중앙보건조직의 변

천을 살펴보면 <표 2-1>과 같으며, 정부는 2003년 12월 9일 국무회의를 열어 『보건복지부와 그 소속기관직제 중 개정령안』(대통령령)을 의결했다. 그 주요 내용으로는 전염병 및 특수질환에 관한 조사·연구·평가업무, 방역업무와 보건복지관련 공무원 등에 대한 교육훈련 업무를 함께 수행하던 국립보건원을 질병관리본부로 확대 개편하여 감염병에 대한 방역기능을 대폭 강화하였으며, 질병관련 시험·연구기능은 국립보건연구원을 설치, 독립기관화 함으로써 기능의 전문화를 기하는 한편, 국립검역소를 질병관리본부의 소속기관으로 하여 검역과 방역기능을 일원화하였다.

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

보건복지부는 2005년 10월에 변화하는 보건복지행정 환경변화에 탄력적으로 대응하고, 행정의 효율성을 높이기 위하여 종전의 실·국 중심의 체제를 성과중심의 자율행정조직인 본부, 팀 중심의 체제로 혁신적인 전면개편을 단행하였다. 미래·고객·성과 지향의 조직개편을 단행 능력 위주의 인사시스템에 의한 인재등용을 대폭 추진하였다. 이번 조직개편의 원칙과 방향은 첫째, 장관직속의 전략조정팀을 신설하는 등 그 동안 미흡한 것으로 지적되었던 전략적 정책기획 능력을 강화하였고, 둘째, 팀 중심의 성과극대화를 위해 성과관리팀 신설 및 BSC 성과관리시스템을 마련하였으며, 셋째, 매칭시스템 도입 및 직렬통합 등 조직운영

혁신을 지속적으로 추진하고, 넷째, 서열보다는 능력중심의 과감한 인재등용 인사를 추진하였다는데 그 특징이 있다. 조직개편의 내용은 다음과 같다. 고객중심, 성과중심의 지식학습조직으로 조직 설계·운영하며, 조직의 유연성을 높이고 정책 환경에 민감하게 대응하고, 질 높은 정책을 지속적으로 제공할 수 있는 조직기반을 조성하기 위하여 현행 2실 1본부 3국 11관 1단 1센터 51과를 1실 4본부 11관 2단 1센터 55팀 (4개팀 純增)으로 조직개편을 단행하였다. 복지부는 이번 조직개편을 통해 보건복지정책을 전략적으로 기획·추진하고 변화하는 행정수요를 적극 포용할 수 있는 조직의 틀과 운영방식을 갖춤으로써 국민들의 바람이 정책에 반영되고 이를 효율적으로 추진하여 국민들에게 보다 업그레이드된 정책서비스를 제공할 것으로 기대되며, 특히, 보건의료산업이 우리나라 차세대 성장동력으로 박차를 가할 수 있도록 하겠다는 복지부 미래전략에 따라 Bio-Technology(BT) 등 관련 연구성과가 고부가 가치산업으로 이어져 세계적인 보건산업 강국으로 진입하는 데 소요기간을 단축할 것으로 전망된다. 또한 복지부 전 직원이 변화된 조직환경을 이해하고 끊임없이 자신의 역량을 배양할 수 있는 평생학습체계를 갖춤으로써 복지부가 고객중심·성과중심의 정책부처로서, 고품질 보건복지정책을 수립·추진하여 복지부에 대한 국민의 신뢰도가 높아지고 만족도가 극대화되도록 부단히 변신의 노력을 경주해왔다.

아. 2008년 2월~2012년 1월 현재

정부기능의 효율적인 재배치를 통하여 미래에 대비한 전략기획기능 및 민간과 지방의 활력을 강화하고 유연하면서도 창의적인 정부를 구축하기 위한 「정부조직법」이 개정(법률 제8852호, 2008. 2. 29. 공포·시행)되어 국가청소년위원회, 여성가족부의 가족 및 보육업무 및 기획예산처 양극화 민생대책본부의 업무를 통합하여 보건복지부로 이관함에 따라 보건복지부와 그 소속기관의 조직과 직무범위 및 정원 등을 구체적으로 규정한다. 2012년 1월 현재 4실 3국 15관 62과를 두었다.

〈표 2-1〉 우리나라 보건조직의 변천사

연 도	주 요 내 용
1948. 11. 4	·사회부 신설-1실5국 : 비서실, 보건국, 후생국, 노동국, 주택국, 부녀국
1949. 7. 29	·보건국 폐지
1949. 7. 29	·보건부 신설-1실 3국 :비서실, 의정국, 방역국, 약정국
1955. 2. 17	·보건부와 사회부를 보건사회부로 개편-6국 : 의정국, 방역국, 약정국, 원호국, 부녀국, 노동국
1963. 8. 31	·노동청 신설
1980. 1. 5	·환경청 신설
1981. 4. 8	·노동청을 노동부로 승격
1990. 1. 3	·환경청을 환경처로 승격
1990. 11. 14	·사회복지정책실 신설-사회국과 가정복지국을 통합/사회복지정책실에 복지지원. 자립지원. 노인복지과 신설/사회과를 사회복지과로 변경 ·위생국에 식품유통과를 약정국에 약품안전과를 각각 신설
1992. 2. 17	·차관 밑에 국제협력관 신설-기획관리실의 국제협력담당관 폐지 ·의정국에 의료관리과 신설
1992. 7. 9	·공보관 밑에 4급 보좌관을 둠
1993. 6. 15	·의정국에 한시조직으로 한방의료담당관 신설
1994. 4. 21	·국제협력관을 기술협력관으로 변경하고 그 밑에 산업담당서기관 신설 ·복지지원과와 자립지원과를 복지자원과로 통합 ·위생국을 식품국으로 변경하고 공중위생과를 폐지 ·의정국 병원행정과 폐지 ·약정국 신약개발과 신설 ·위생국 음용수관리과와 국립보건원의 수질검사과를 환경처로 이관
1994. 12 .23	·환경처를 환경부로 승격
1994. 12. 23	·보건사회부를 보건복지부로 명칭 변경-2실 7국 30과 ·의료보험국과 국민연금국을 연금보험국으로 통합-보험정책과 보험관리과 /연금제도과 및 연금재정과를 둠/의료보험국의 보험급여과 폐지/국민연금국의 연금정책과를 연금제도과로 변경, 급여심사과 폐지
1995. 7. 13	·의정국의 한방의료담당관을 정규조직으로 변경
1996. 4. 6	·식품국을 식품정책국으로 개편 ·약정국의 약품안전과를 폐지하고 약품유통과를 약품진흥과로 변경
1996. 11. 23	·의정국 한방의료담당관을 한방정책관으로 개편

〈표 2-2〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
1997. 5. 22	·사회복지정책실장 밑에 장애인복지심의관을 신설 ·보건국에 정신보건과 신설
1997. 11. 29	·보건국에 구강보건과 신설
1998. 2. 28	·보건복지부 조직을 2실 5국 8관 42과에서 2실 4국 8관 39과로 개편 ·기획관리실 내에 여성정책담당관실을 신설 ·식품의약품안전본부를 식품의약품안전청으로 승격 개편
1998. 10. 1	·공무원/교직원의료보험과 지역의료보험을 통합
2000. 6. 7	·암관리체계 확립을 위해 암관리과 설치/국립보건원의 종양연구과 폐지
2000. 7. 1	·국민건강보험법 시행
2001. 1. 29	·정부조직법의 개정(2001.1.29 법률 제6400호)으로 여성부가 신설됨에 따라 여성정책 및 여성복지업무 중 여성부 관장 사항을 이관 ·보건의료과학단지 조성사업을 효율적으로 추진하기 위하여 보건복지부와 그 소속기관의 하부조직 및 기능과 인력을 조정 - 가정폭력·성폭력 예방 및 피해자 보호 등의 업무를 여성부로 이관 - 보건정책국에 보건의료과학단지과를 신설/ 국립소록도병원의 복지과 및 국립춘천정신병원의 의료사회사업과를 폐지
2001. 3. 27	·2001년 3월 29일 인천국제공항이 개항됨에 따라 국립서울검역소를 국립인천공항검역소로 개편/일부 하부조직의 기구 수와 명칭을 조정 - 국립보건원의 과 단위 기구 수를 21개 과(실)에서 22개 과(실)로 조정/분원을 폐지 - 감염질환부의 명칭을 전염병관리부로 변경 - 국립서울검역소의 명칭을 국립인천공항검역소로 변경/정원 증원
2001. 11. 23	·대형 재해 등이 발생할 경우 응급의료지원, 응급의료정보의 총괄관리 및 조정 등을 위하여 국립의료원에 중앙응급의료센터를 설치 ·보건복지부 및 소속기관의 효율적인 정원관리를 위한 직렬 조정 - 식품위생직을 보건직으로 그 직렬을 변경
2002. 3. 2 / 2002. 3. 7	·자활지원과 신설 - 기초생활보장심의관실에 자활지원과를 신설/ 생활보호과를 생활보장과로 명칭 변경/ 국립보건원에 유전체연구소(유전체역학정보실*유전자원관리실*유전체기술개발실)을 신설

〈표 2-3〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
2002. 5. 6 / 2002. 5. 13	〈직제령 개정〉 ·업무수행의 효율성을 높이기 위하여 연금보험국의 의료급여업무를 사회복지정책실로 이관/지역보건정책업무를 보건정책국에서 건강증진국으로 이관하는 등 실국의 기능을 합리적으로 조정/의료보험을 건강보험으로 변경 - 가정보건복지심의관 → 가정복지심의관 - 장애인보건복지심의관 → 장애인복지심의관 - 보건증진국 → 건강증진국 ·국립정신병원 및 국립결핵병원이용자들의 권익보호를 위하여 명칭 변경 - 국립서울병원, 국립나주병원, 국립부곡병원, 국립춘천병원, 국립공주 병원, 국립마산병원, 국립목포병원 ·검역기능의 강화 및 건강보험재정의 안정 등 시급한 업무수요에 대처하기 위하여 정원 증원 〈시행규칙 개정〉 ·의료급여법에 의한 수급권자 수가 증가함에 따라 의료급여업무를 전담할 의료급여과를 사회복지정책실에 신설 ·여성의 경제사회활동 참여 확대를 보육수요가 증가함에 따라 보육업무를 전담할 보육과를 사회복지정책실에 신설/여성보건복지과를 폐지/여성보건복지과에서 수행하던 업무를 가정아동복지과 및 건강정책과로 각각 이관 ·보건정책국 지역보건정책과의 명칭을 공공보건과로 변경하여 건강증진국으로 이관/보건산업정책과와 보건의료과학단지과를 통합하여 보건산업진흥과를 신설 ·부서명칭 변경 - 한방제도담당관 → 한방의료담당관 - 한의약담당관 → 한약담당관 ·국립소록도병원의 간호조무사양성소를 폐지
2002. 6. 25/ 6. 26	·책임운영기관의 설치·운영에관한법률의 개정(200.3.25,법률 제6666호)과 보건복지부와 그 소속기관직제의 개정(2002.6.25, 대통령령 제17638호)으로 보건복지부 소속의 책임운영기관인 국립의료원·국립재활원 및 국립목포병원에 두는 공무원의 종류별·계급별 정원을 보건복지부령으로 정하도록 함에 따라 관련된 규정 정비 - 책임운영기관 및 그 소속기관의 하부조직의 설치와 분장사무를 기본운영 규정으로 정하도록 함

〈표 2-4〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
2003. 12. 9	・『국립보건원』을『질병관리본부』로 확대・개편 - 동 본부의 하부조직으로『전염병관리부』와『질병조사감시부』를 둠(현행 1부 4과 → 변경 2부 9과)/ - 동 본부의 소속기관으로『국립보건연구원』(현행 3부 1소 18과(실)⇒ 변경 1원 4부 19과(실))과『국립검역소』를 둠 ・ 보건복지부 본부 조직 개편 - 연금보험국장 밑에 국민연금심의관(3급)을 두고, 노인요양・공공보건증진・통상협력 등에 관한 업무를 담당하기 위하여 2과 1담당관을 증설함 - 총무과의 인사관리기능을 기획관리실로, 건강증진국의 인구정책업무를 사회복지정책실로, 건강증진국의 공공보건의료 관련 업무를 보건정책국으로 각각 이관함.
2004. 2 . 9/ 2004. 2. 17	・ 본부의 정책기능을 강화하기 위하여 본부 공무원 직급 중 6급 및 7급 13명을 5급으로 전환하고, 조직운영의 효율성을 도모하기 위하여 국립의료원 등 소속기관 공무원의 직급 중 7급 12명을 6급으로 전환 ・ 협정기관 만료된 국립의료원의 김포국제공항분원 폐지
2004. 3. 2/ 2004. 3. 26	・27개 행정기관(8부, 3처, 10청, 6위원회)의 기획관리실장・기획관리관 또는 이와 유사한 업무를 수행하는 기구에 행정혁신업무의 총괄・지원, 인사사무, 조직・정원의 관리 행정제도의 개선, 심사평가 업무를 수행하는 업무 혁신 전담 하부조직 설치 - 조직인사담당관→혁신인사담당관으로 변경 ・개방형직위제도의 효율적인 운영을 위하여 개방형직위 중 일부를 조정 - 장애인복지심의관→통상협력담당관, 재활지원과장 - 국립의료원 제2진료부장→국립보건연구원 유전체연구부장
2004. 5. 24/ 2004. 6. 12	・정부조직법이 개정(법률 제7186호, 2004.3.11. 공포)되어 보육기능이 여성부로 이관됨에 따라 보건복지부의 직무에서 관련 기능을 삭제하고, 보건복지부와 그 소속기관직제가 개정(대통령령 제18394호, 2004.5.24. 공포, 2004. 6. 12. 시행)되어 혈액안전관리 기능을 강화하고, 정신질환자에 대한 의료서비스를 보강하며, 국립재활원의 병상을 확대함에 따라 소속기관인 국립서울병원 및 국립재활원에 필요한 인력 증원

〈표 2-5〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
2004. 5. 24/ 2004. 6. 12	· 보건복지부 - 혈액정책과 신설 - 보육·아동정책과→아동정책과로 과명 변경 - 소속기관정원 2인(4급 1, 5급 1)을 본부로 이체 · 국립서울병원 - 정신보건연구과 신설 · 보건연구관 2, 보건연구사2 /· 간호5급 +1/· 4급 △1 · 국립공주병원: 의료사회사업과 폐지(5급△1) · 국립재활원: 정원 39인(6급 3, 7급 6, 8급 27, 기능10급 3) 증원
2004. 9. 21	· 사회문화분야의 주요정책 수립 등에 관한 사항을 심의하는 사회문화정책관계장관회의의 간사업무를 보건복지부에서 수행함에 따라 복지정책과를 사회정책총괄과로 명칭을 변경하고 동 회의의 운영에 관한 업무를 분장하게 하는 한편, 식품의 안전 및 약무정책을 함께 분장하던 약무식품정책과를 의약품 정책과와 식품정책과로 분리하여 각각 별도로 분장하게 함으로써 식품안전에 관한 기능을 강화 · 부서명칭 변경 - 복지정책과 → 사회정책총괄과 - 복지지원과→ 복지자원정책과 ·『약무식품정책과』를『의약품정책과』및『식품정책과』로 분리 · 공공보건관리과 폐지
2005. 10. 10	· 변화하는 보건복지 행정환경 변화에 탄력적으로 대응하고, 행정의 효율성을 높이기 위하여 실·국 중심 체제를 성과지향의 자율행정조직인 본부·팀 중심으로 전면적 조직 개편을 단행. 미래·고객·성과 원칙을 바탕으로 첫째, 장관직속 전략조정팀 신설 등 전략적 정책기획 능력 강화, 둘째, 팀 중심의 성과 극대화를 위해 성과관리팀 신설 및 BSC 성과관리시스템 마련, 셋째, 매칭 시스템 도입 및 직렬통합 등 조직 운영 혁신 지속 추진, 넷째 서열보다는 능력중심의 과감한 인재등용 등 실시 · 2실 1본부 11관 1단 1센터 51과를 1실 4본부 11관 2단 1센터 55팀 (4개팀 純增)으로 조직 개편

〈표 2-6〉 우리나라 보건조직의 변천사(계속)

연 도	주 요 내 용
2008. 1월	· 정부기능의 효율적인 재배치를 통하여 미래에 대비한 전략기획기능 및 민간과 지방의 활력을 강화하고 유연하면서도 창의적인 정부를 구축하기 위한 『정부조직법』이 개정(법률 제8852호, 2008. 2. 29. 공포·시행) · 국가청소년위원회, 여성가족부의 가족 및 보육업무 및 기획예산처 양극화민생대책본부의 업무를 통합하여 보건복지부로 이관함에 따라 보건복지부와 그 소속기관의 조직과 직무범위 및 정원 등을 구체적으로 정함 · 보건복지부 - 1실, 4본부, 11관, 2단, 1센터, 55팀 (4개팀 純增)에서 1실, 4본부, 13관, 2단, 1센터, 66팀 (11개팀 純增)로 조직 개편 - 국제협력관(국제협력팀, 통상협력팀, 한·미자유무역협정팀)과 지역복지서비스정책관(사회서비스기획팀, 사회서비스개발팀, 사회서비스기반전략팀, 자립지원투자팀) 2개 신설 - 보건정책관 : 건강정책관으로 명칭 변경(건강생활팀, 생활위생팀 증설) - 보험연금정책본부 : 보험약제팀, 보험구제권리팀 증설 - 보건의료정책본부 : 국립혈액관리원 신설관계로 혈액장기팀이 없어지고 생명지원팀이 생김. - 보건산업육성사업단 하에 보건산업기술팀 증설 - 정책홍보관리실 내에 국제협력팀, 통상협력팀이 국제협력관 내로 이동되고, 통계팀이 신설됨. - 사회복지정책본부 : 사회정책팀, 기초생활보장팀, 기초의료보장팀, 복지자원팀으로 5개팀에서 4개팀으로 재조직 - 부서명칭 변경 정책홍보관리실 : 성과관리팀→성과조직팀, 법무지원팀→ 법무팀, 정보화운영팀→ 정보화팀으로 명칭변경 사회복지정책본부 : 사회정책기획팀→사회정책팀으로 명칭변경 건강정책관 : 보건정책팀→건강투자기획팀, 질병관리팀→질병정책팀, 암관리팀→ 암정팀, 정신보건팀→정신건강팀으로 명칭변경 보험연금정책본부 : 보험급여기획팀→보험급여팀, 보험급여평가팀→보험평가팀으로 명칭변경 보건산업육성사업단 : 생명윤리팀→생명윤리안전팀, 보건의료서비스혁신팀→ 보건의료정보팀으로 바뀜
2012. 1월	· 보건복지부 - 기획조정실 : 정책기획관, 국제협력관, 비상계획관 - 보건의료정책실 : 보건의료정책관, 건강보험정책관, 공공보건정책관, 한의약정책관 - 사회복지정책실 : 복지정책관, 연금정책관, 사회서비스정책관 - 저출산고령사회정책실 : 인구아동정책관, 노인정책관, 보육정책관 - 건강정책국 - 보건산업정책국 - 장애인정책국 등으로 조직

Ⅲ

보건행정 및 관리

Ⅲ. 보건행정 및 관리

1. 일반행정의 개요

가. 행정과 관리의 비교

행정이란 '국가 또는 공공기관에서 행하는 행정'을 말하며, 관리 혹은 경영이란 '개인 기업체나 민간 경영체제에서 행하는 행정'을 말한다. 정인홍(1984)은 행정과 관리의 유사점으로 목표달성을 위한 협동적인 집단노력이라는 점, 목표달성을 위한 수단이라는 점, 그리고 조직, 통제, 기획과 같은 기술적 측면을 지닌다는 점 등을 들고 있으며, 또한 행정과 관리의 차이점을 <표 3-1>과 같이 재정리하였다.

〈표 3-1〉 행정과 관리의 차이점

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

나. 행정과정

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

1) 목표설정(Goal setting)

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

2) 정책결정(Policy making)

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

3) 계획(Planning)

계획이란 목표를 구체화하며 목표달성을 위한 합리적인 수단을 선택하는 과정이다.

4) 조직화(Organizing)

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

5) 동기부여(Motivating)

조직화 후 그 조직이 계획대로 자발적으로 움직일 수 있어야 한다. 이러한

의미를 가진 동기부여의 주요내용으로는 지도력, 의사전달, 참여, 인간관계 등이 포함된다. 동기부여는 인간지향적(指向的)이며 조직의 인적자원을 다루는데 필요한 활동을 포함한다. 부하직원들의 동기유발 및 지휘, 감독과 의사소통을 하여 공식적인 조직 내에서 계획된 활동이 시작되어 성취할 수 있도록 해야 한다.

가) 동기부여이론

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

(1) 생리적 욕구(Physiological needs)

음식, 물 등 인간의 가장 기본적인 생존을 위한 욕구를 말한다.

(2) 안전 욕구(Safety and security needs)

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

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

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

(4) 존경 욕구(Esteem and status needs)

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

(5) 자기실현의 욕구(Self-realization needs)

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

6) 통제(Controlling)

밑에서부터 자발적으로 동기부여가 되었다 해도 언제나 동기부여가 되고 난 다음에는 계획대로 진행하기 위한 통제가 필요하다. 통제 시에는 인간의 본성에 대한 근본적인 이해를 통하여 효율적인 통제가 이루어지도록 해야 한다.

McGregor는 인간의 본성에 X, Y이론을 제시하고 두 가지의 가정을 하였다. 즉 X이론의 사람과 Y이론의 사람이 있다는 것이 X이론 Y이론이다. X이론의 가정은 첫째, 인간은 선천적으로 일을 싫어하며 가능한 피하려 한다. 둘째, 조직목표를 달성하기 위해서는 사람들을 강제로 통제하고 지시하여야 한다. 셋째, 보통 사람들은 지시 받기를 좋아하고 책임을 지기 싫어한다.

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

통제는 조직활동을 감시하는 데 초점을 두고 있다. 통제과정 중에는 조직의 활동결과를 측정하는 기준을 결정하며 이러한 평가기법과 변화가 필요할 때 교정의 기전을 설정하는 활동 등을 포함한다.

7) 환류(Feedback)

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

2. 행정의 일반적 속성

행정에는 일반적으로 행정이념이라는 것이 있다. 이것은 행정에 있어서의 인

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

가. 공익성

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

나. 책임성

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

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

다. 합리성

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

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

라. 효과성

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

마. 능동성

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

3. 보건행정의 기술적 원칙

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

가. 생태학적 고찰

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

나. 역학적 기초

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

다. 의학적 기초

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

라. 환경위생학적인 기초

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

Ⅳ

우리나라의 보건행정조직

Ⅳ. 우리나라의 보건행정조직

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

첫째, 감염병관리와 같이 지역단위만으로는 목적달성을 할 수 없거나 효율성이 없는 사업들이 있다.

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

셋째, 보건사업의 일관성을 유지하여 업무의 중복을 피할 수 있다.

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

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

1. 보건복지부

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

1998년 2월에 보건복지부 내부조직이 1)직종 중심에서 기능 중심으로 전환(의정국, 약정국, 한방정책관실 통합)하여 정책국, 관리국을 신설, 2)국민보건증진을 위하여 각종의약품 안전기능을 보강, 3)국립의료원 산하 기관은 책임 경영행정 기관화, 민간위탁 등 경영혁신을 강구하는 방향에서 조직이 개편되었다. 그리고 기획관리실 내에 여성담당정책관실을 신설하였으며, 식품의약품안전청의 설립에 따라 식품정책국 및 약정국의 조직을 축소하고 의정국의 의료장비과를 폐지하였다.

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

우리나라 정부수립 후 현재까지의 중앙보건조직의 변천을 살펴보면 <표 2-1, p.22>와 같으며, 정부는 2003년 12월 9일 국무회의를 열어 『보건복지부와 그 소속기관직제 중 개정령안』(대통령령)을 의결했다. 그 주요내용으로는 전염병 및 특수질환에 관한 조사·연구·평가업무, 방역업무와 보건복지관련 공무원 등에 대한 교육훈련 업무를 함께 수행하던 국립보건원을 질병관리본부로 확대 개편하여 전염병에 대한 방역기능을 대폭 강화하였으며, 질병관련 시험·연구기능은 국립보건연구원을 설치, 독립기관화함으로써 기능의 전문화를 기하는 한편, 국립검역소를 질병관리본부의 소속기관으로 하여 검역과 방역기능을 일원화하였다.

또한, 대통령직속 『정부혁신지방분권위원회』의 부처별 기능 조정평가 결과에 따라 국립보건원의 보건복지연수부를 폐지하여 교육훈련 관련 기능을 민간위탁

하는 한편, 폐지되는 직제(1부 3과)와 정원(25인)을 활용하여 보건복지부 본부 조직을 핵심역량 위주로 확대 개편하였다. 그리고 국민연금제도의 개선과 국민연금기금의 효율적 운용 등을 위하여 연금보험국장 밑에 국민연금심의관을 두었으며, 가정복지심의관을 인구가정심의관으로 개편하여 노인요양보장 등 고령화 관련 정책, 저출산 등 인구정책, 가정·아동관련 업무 등을 통합 관장하게 하였다. 또한 공공의료 기능 강화를 위해 관련 업무를 건강증진국에서 보건정책국으로 이관하여 보건의료정책관련 업무의 통합·연계수행이 가능하도록 하였으며, WTO/DDA 등 보건복지관련 통상협력기능 강화를 위해 전담부서를 설치하였고, 인사기능 강화를 위해 목표관리제 및 조직·정원의 관리업무와 통합·연계하였다. 2004년 본부의 정책기능을 강화하기 위하여 본부 공무원 직급 중 6급 및 7급 13명을 5급으로 전환하였으며, 정부조직법 개정으로 보육기능 보건복지부 직무에서 삭제되고 사회문화분야의 주요정책 수립 등에 관한 사항을 심의하는 사회문화정책관계장관회의 간사업무를 보건복지부에서 수행함에 따라 사회정책총괄과와 복지자원정책과로 명칭을 변경하여 업무를 분장하게 하는 한편, 약무식품정책과를 의약품정책과와 식품정책과로 분리하여 식품안전에 관한 기능을 강화시켰다.

2005년 10월에 변화하는 보건복지행정 환경변화에 탄력적으로 대응하고, 행정의 효율성을 높이기 위하여 종전의 실·국 중심의 체제를 성과중심의 자율행정조직인 본부, 팀 중심의 체제로 혁신적인 전면적인 조직개편을 단행하였다. 미래·고객·성과 지향의 조직개편의 원칙과 방향은 첫째, 장관직속의 전략조정팀을 신설하는 등 전략적 정책기획 능력을 강화하였으며, 둘째, 팀 중심의 성과극대화를 위해 성과관리팀 신설 및 BSC 성과관리시스템을 마련하였고, 셋째, 매칭시스템 도입 및 직렬통합 등 조직운영 혁신을 지속적으로 추진하며, 넷째, 서열보다는 능력중심의 과감한 인재등용 인사를 추진하였다. 2005년 10월 1실 4본부 11관 2단 1센터 55팀 (4개팀 純增)으로 조직 개편하였다. 한·미자유무역협정 등 국제통상협력과 관련된 업무를 효율적으로 수행하기 위한 국제협력관을 신설하고, 또한 변화하는 지역사회 복지서비스 요구를 반영하여 정책을 수행할 수 있도록 지역복지서비스 정책관을 신설하였으며, 업무의 포괄성과 효율성을 기할 수 있도

록 팀의 구성을 새롭게 재편성하고 11개 팀을 증설하였다. 2010년 보건복지가족부의 청소년·가족 기능을 여성부로 이관하고 보건복지가족부의 기능을 보건복지정책 중심으로 개편하는 내용으로 『정부조직법』이 개정(법률 제9932호, 2010.1.18 공포, 3.19 시행)됨에 따라 보건복지부와 그 소속기관의 조직과 직무범위 및 정원 등을 조정하고 인력과 기능을 합리적으로 조정하였다. 2013년 1월 현재 4실 3국 15관 62과를 두었다. <그림 4-1>과 같다.



※ 자료출처 : http://www.mohw.go.kr

〈그림 4-1〉 보건복지부 조직도(2013년 1월. 현재)

가. 보건복지부 핵심정책

1) 저출산·고령화 대응

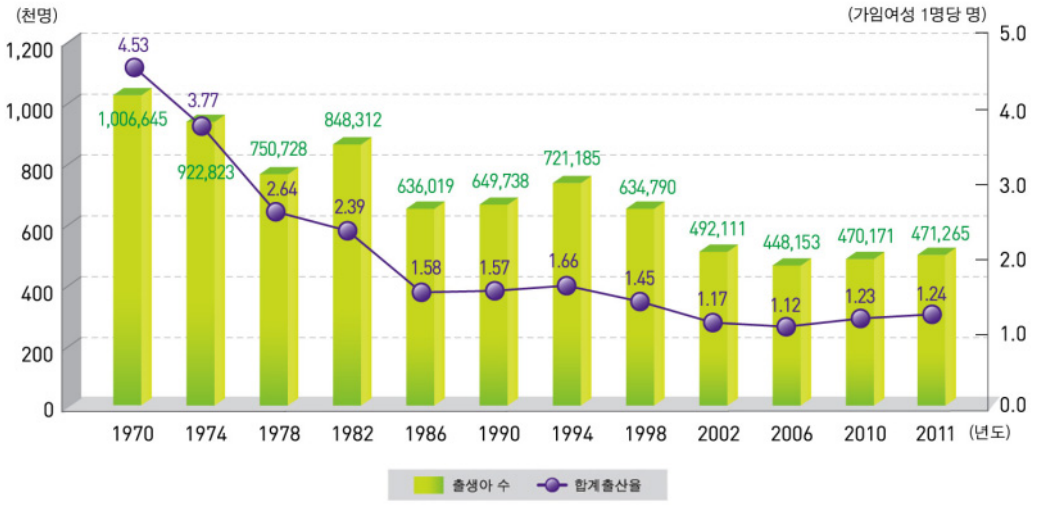
합계 출산율이란 가임기간의 여성 한명이 평생 낳는 자녀의 수를 말하는데, 우리나라의 경우 1960년 가구당 6명에 이르던 출산율이 지속적인 하락을 거듭해 1998년 1.5명 미만을 기록하면서 저출산국에 진입했고, 2009년 1.15로 초저출산 사회에 속한다. 이러한 저출산이 계속되면 향후 10년 안에 생산인구 감소('17), 고령사회 진입('18) 및 총인구 감소('19)등 인구변화가 가시화될 전망이다. 그리고 65세 이상 인구비율이 2010년 기준으로 총인구의 11.3%에 달해 고령화 사회이며 노인인구비율이 계속 높아지고 있다. 이와 같이 현재의 고령화 추세가 지속될 경우, 한국은 2050년경 노인인구비율이 세계 최고수준에 이를 전망이다(통계청, 2005). 현재 우리나라는 저출산 고령화로 인해 인구 구조가 피라미드형에서 역피라미드형으로 바뀌면서 일할 젊은 인구는 줄어들고 노인인구만 늘어나게 되어 사회적으로 문제가 생기게 된다. 또한 출산율의 저하는 장기적으로 일할 사람이 줄어들고 결국 이는 노동력의 감소와 노인인구부양비의 증가로 나타나게 된다. 노동력이 감소하면 결국 잠재성장률이 낮아지게 된다. 잠재성장률이란 한 나라의 경제가 보유하고 있는 자본, 노동력, 자원 등 모든 생산요소를 가장 효율적으로 사용해서 물가상승을 유발하지 않으면서도 최대한 이룰 수 있는 경제성장률 전망치를 말한다. 즉, 있는 자원을 최대한 활용해서 최고의 노력을 했을 때 얻을 수 있는 최대의 성장치라고 할 수 있다. 한 나라의 경제 성장의 가능성을 평가하는 성장잠재력 지표로도 활용된다. 국가경제가 충분히 성장하지 않은 상태에서 조기에 잠재성장률이 떨어지면 경제가 활력을 잃어 실업률이 높아지고 소득이 감소해 국민생활이 어려워지게 된다. 그러므로 저출산·고령화 대책의 효과가 나타나기까지는 장기간이 소요되므로 시급한 대책 마련이 필요하다.

가) 저출산 고령화의 개념

(1) 대체출산율(인구대체수준, population replacement level)

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

우리나라 합계출산율은 '09년 1.15명으로 OECD 국가 중 최저수준이며, 출생아 수도 지속적으로 감소되고 있다. 제1차 기본계획 추진으로 출산율의 급격한 하락추세는 저지하였으나, 반등까지는 이르지 못한 상황이며 출산율이 회복되더라도 주 출산연령 여성인구의 감소, 母의 평균 출산연령 상승 등 구조적 요인으로 당분간 출생아 수 증가는 기대하기 곤란한 현실이다. <그림 4-2>는 우리나라 합계출산율 및 출생아수 추이이다.



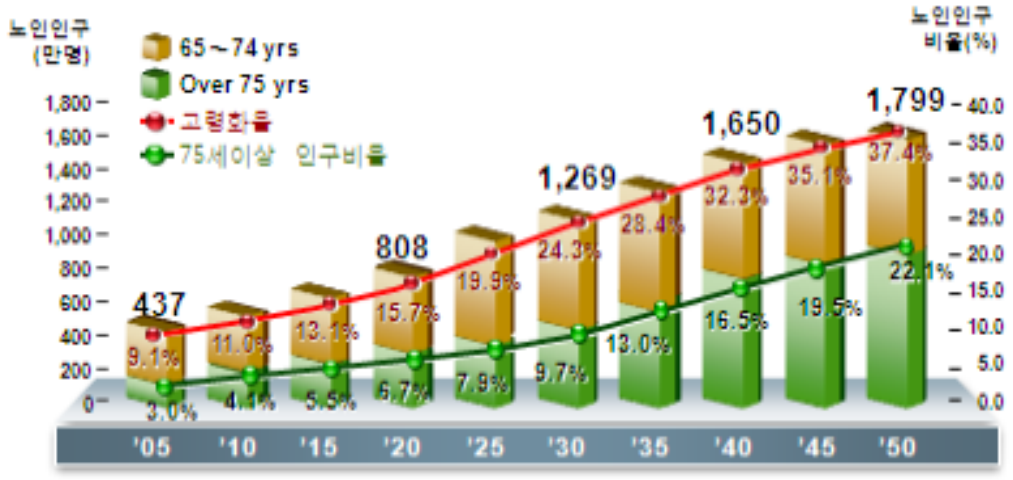
※ 자료 : 통계청, 「2011년 출생통계 결과(2012.8)」
http://www.mw.go.kr. 제2차 저출산·고령사회기본계획 2011-2015

〈그림 4-2〉 우리나라 합계출산율 및 출생아수 추이

(2) 고령화(Aging Populations)

고령화사회·고령사회·초고령사회는 유엔(UN)이 전체 인구 중 65세 이상 고령인구비중을 기준으로 고령화사회를 분류·정의한 것으로, 고령화사회(aging society)는 고령인구비율이 7%이상~14%미만인 사회이고, 고령사회(aged society)는 고령인구비율이 14%이상~20%미만인 사회를 가리키며, 초고령사회(super-aged society)는 고령인구비율이 20%이상인 사회를 의미한다. <그림 4-3>은 우리나라 고령화의 추이 및 전망이다.

현행 추세가 지속되면, 총인구는 '19년부터 감소되며, 노동공급의 기반이 되는 생산가능인구는 '17년부터 감소될 것으로 전망되고 있다. '16년 유소년인구(0~14세, 654만명)가 노인인구(65세 이상, 659만명)보다 적어지는 '인구역전현상'이 발생될 것으로 예측되고 있다.



※자료 : 통계청, 「장래인구특별추계(2011)」
http://www.mw.go.kr, 제2차 저출산·고령사회기본계획 2011-2015

〈그림 4-3〉 고령화 추이 및 전망

나) 저출산·고령화의 파급영향

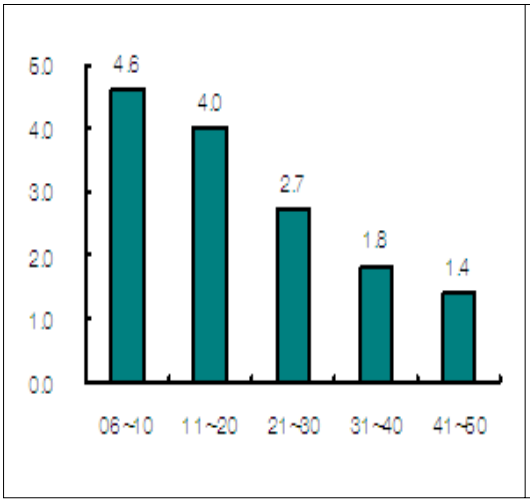
2050년 노인인구 비율이 세계 최고수준(38.2%)에 육박하고, 국가운영자체에도

문제가 발생할 가능성이 있게 된다.

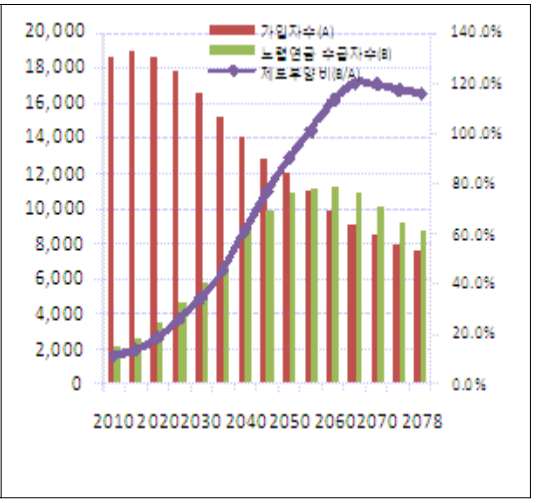
생산가능인구의 지속적인 감소 및 노령화로 노동력의 질과 양의 저하 및 소비 위축으로 국가의 성장 잠재력이 약화될 수 있다. 또한 교육·노동시장에서 수요를 증폭시켰던 베이비붐 세대('55~'63년생 712만명, '68~74년생 605만명)의 은퇴와 저출산으로 내수 위축이 예상된다. 이로 인해 '40~50년 잠재성장률은 1.4% 수준으로 하락이 예상되고 있다(KDI, 2007).

재정의 지속가능성 저해 및 부양부담을 둘러싼 세대 간 갈등이 심화되고 공적연금·건강보험 제도 자체의 지속가능성을 저해하면서 혈연기반 없는 세대 간 사회적 부양체제 하에서 후세대의 부양부담이 급증함에 따라 세대 간 갈등이 격화되고 사회안전을 위협할 가능성이 있다.

〈잠재성장율 전망〉



〈국민연금 가입자·수급자 전망〉



※ 인구고령화의 경제사회적 파급효과와 대응과제, KDI, '06 * 국민연금 장기재정추계, 국민연금 재정추계위원회, '08

다) 저출산·고령사회 기본대책

(1) 제1차 저출산고령사회기본계획

정부에서는 저출산 사회 진입으로 인해 1996년 인구억제 정책을 인구자질 정책으로 전환하는 신인구정책을 발표하여 시행해왔으며, 2003년 고령사회 대책 및 사회통합기획단을 발족하고 저출산·고령사회화 대응을 위한 국가실천전략을 수립한 바 있고, 2005년 9월 저출산·고령사회기본법을 제정·시행하기에 이르렀다. 2005년 9월 1일 대통령직속 저출산·고령사회위원회 출범, 10월에는 보건복지부 저출산·고령사회정책본부를 출범하여 복지부 등 12개 부처 공무원 및 민간전문가로 구성하여 운영하고 있다. 저출산·고령사회기본계획인 '새로마지플랜2010'에서는 비젼과 목표를 설정하고 저출산·고령화 문제에 본격 대처하기 위하여 제1차 기본계획을 수립하여 '출산·양육의 장애요인 해소와 고령사회 대응기반 구축'을 추진하고 있다. 제1차 기본계획은 ① 출산과 양육에 장애가 없는 환경 조성, ② 고령사회 삶의 질 향상 기반 구축, ③ 저출산·고령사회의 성장동력 확보의 3대 분야의 대책을 포괄하였다. 제1차 기본계획의 추진성과는 다음과 같다.

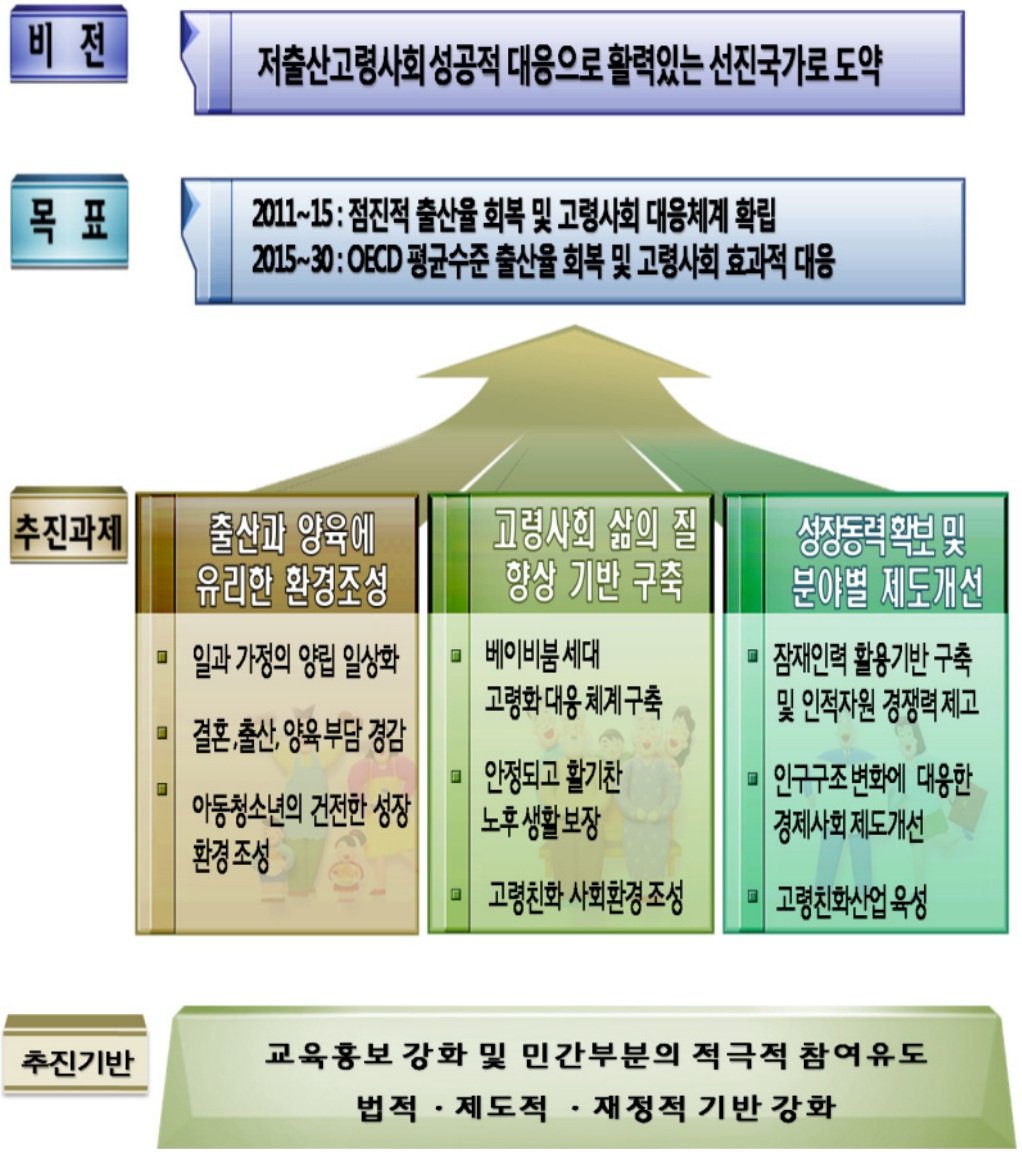
〈표 4-1〉 주요과제 추진성과('06～'10)

구분	주요 정책분야	성 과 지 표	추진성과		
			'05		'10
저출산	출산·양육부담 경감	영유아 보육·교육비 지원율	21.9%	→	42.0%
고령화	노후소득보장	기초노령연금 수급자비율	14.2%	→	70.0%
	노후요양지원	노인장기요양서비스 수혜율	1.3%	→	6.3%

(2) 제2차 저출산고령사회 기본계획

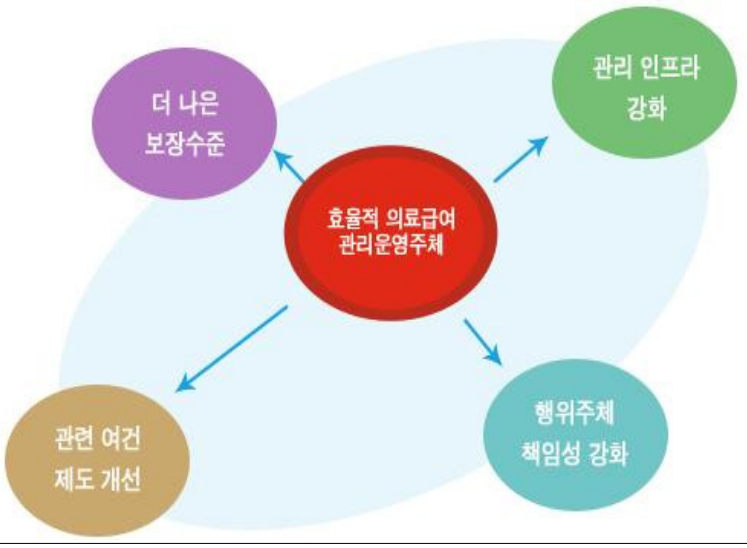
제1차 기본계획의 정책기조를 유지하되, '저출산고령사회 본격적 대응체계 확립'을 위해 관련 정책을 확대·발전시키고 있다. 제2차 기본계획에서는 '점진적 출산율 회복 기반구축 및 고령사회 대응체계 확립'에 중점을 두면서 중장기적으로 출산율을 회복하고, 고령사회에 성공적인 적응을 목표로 하였다.

특히 기업·국민의 참여를 바탕으로 저출산·고령화 대응을 위한 정책을 개발·추진함으로써 국민적 책임의식을 확산하고자 하였다. 가족친화적 문화확산 및 고령자 고용 등 기업·개인이 적극적으로 참여할 수 있는 다양한 정책을 개발하고, 저출산 고령화 대응을 국민전체가 함께 참여하는 범사회적 운동으로 발전시켜 개인과 공동체가 한 단계 더 성숙하는 기회로 활용하고자 하였다. 또한 정책수요가 높은 맞벌이 가구, 베이비붐 세대로 정책대상을 확대하여 정책의 체감도 및 실효성을 제고하고자 하였다. 보육시스템 개선, 일-가정 양립정책 등 지속적으로 늘어나고 있는 맞벌이 자녀양육 가정의 정책수요에 적극적으로 대응하고, 일자리, 소득, 건강관리 등 새로 고령층에 진입하는 베이비 붐 세대에 대한 정책적 지원을 하고자 하였다. 사회 각 분야의 영향에 대한 다각적이고 종합적인 대책을 수립하여 추진하고자 하였다. 다양한 요인들의 복합적 작용결과인 저출산 현상에 대해 경제적 부담 완화, 일-가정 양립 강화, 가치관 변화 대응 등이 적절히 어우러진 정책 조합을 구사하고, 베이비 붐 세대와 현세 노인세대의 일자리·소득·건강·사회 참여 등 사회 전반에 걸친 대응책을 마련하고자 하였다. 또한 인구감소 및 고령화가 초래할 광범위한 사회 경제적 영향을 최소화하기 위해 교육·주택 등 사회 각 분야의 제도개선을 추진하고자 하였다.



※ 자료 : www.mw.go.kr. 제2차 저출산·고령사회기본계획(2010).

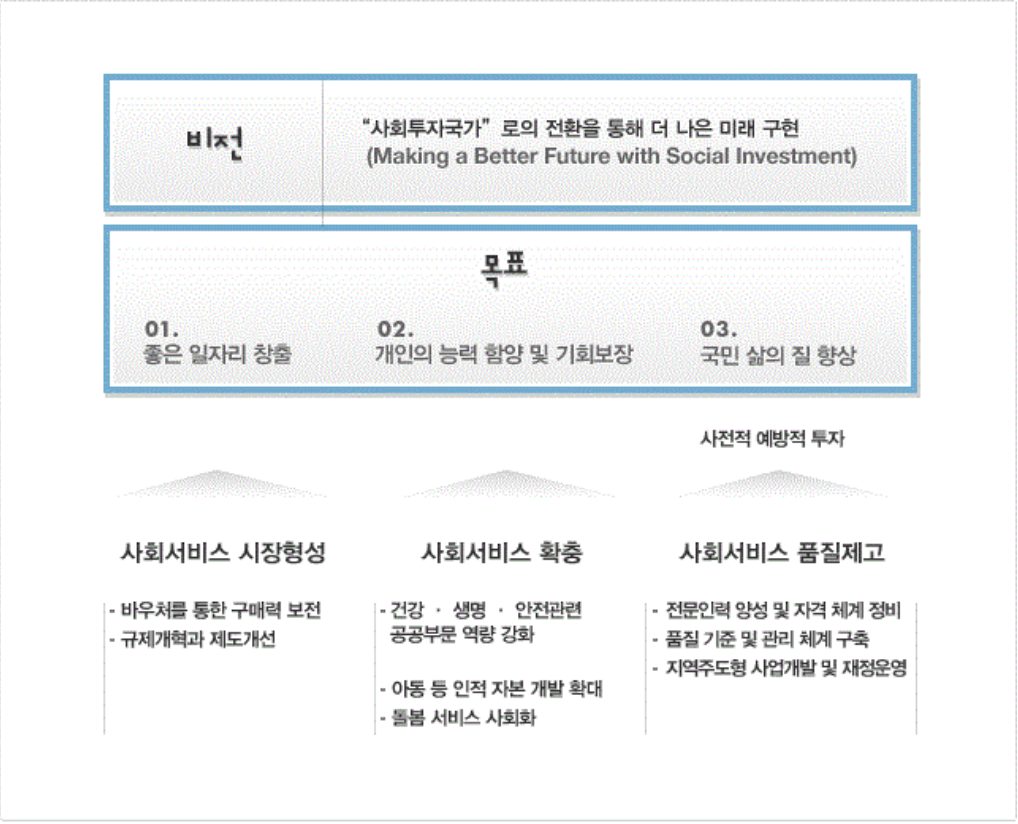
2) 의료급여

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

※ 자료 : www.mw.go.kr

3) 사회서비스

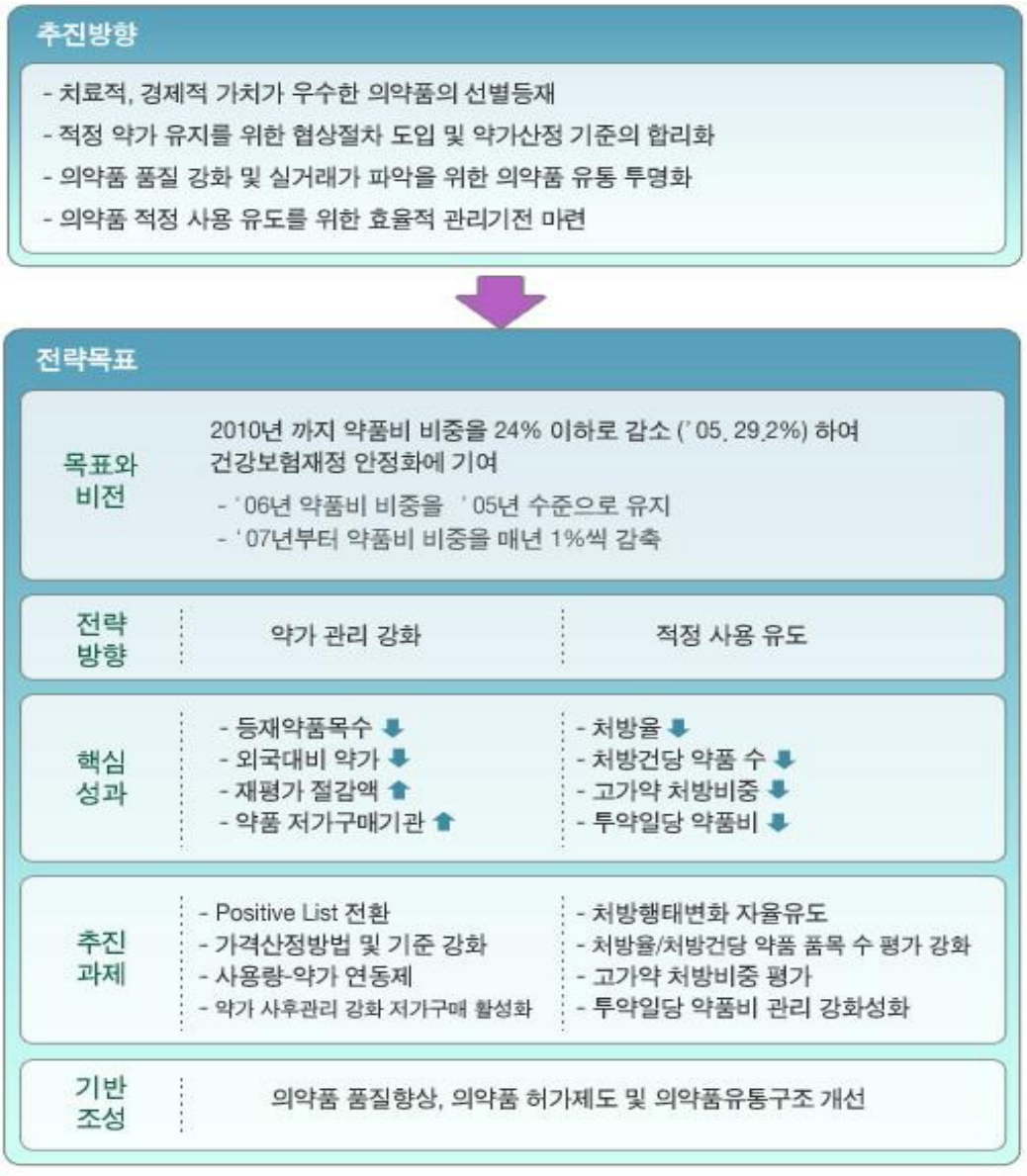
그간 우리나라 공공 복지체계가 소득보장 위주로 확대되어 사회서비스 발전은 상대적으로 저조하였다. 특히 사회복지분야 서비스는 저소득 취약계층에 대한 기초적 지원에 치중하고 서민·중산층의 삶의 질 제고를 위한 보편적 서비스는 취약하였다. 또한 보건의료분야는 민간 시장에 의한 치료 중심의 접근에 머물러 고령화·만성질환 증가에 대응하는 사전예방적 투자는 부진한 현실이다. 이에 사후대응 중심의 소비적 지원에서 벗어나 사회투자형 사회서비스를 개발·확충하고, 시장에서의 좋은 일자리 창출과 전 2030 등 미래 국가발전 전략을 구체화하는데 본 정책의 목표와 추진방향이다.



※ 자료 : www.mw.go.kr

〈그림 4-4〉 사회서비스 추진목표 및 3대 실행전략

4) 약제적정화 방안



※ 자료 : www.mw.go.kr

〈그림 4-5〉 약제적정화 방안 추진 목표 및 추진전략

나. 보건복지부 소속기관

1) 질병관리본부

보건복지부 소속기관 중 2003년 12월『국립보건원』을『질병관리본부』로 확대·개편하였다. 그리고 국립보건원을 질병관리본부로 확대 개편하면서 질병관리본부와 국립보건연구원을 신설하였으며, 지방 13개 검역소를 통합하였다.

질병관리본부는 국민보건향상 등을 위한 감염병·만성질환 및 특수질환에 관한 방역, 조사, 검역, 시험, 연구업무 및 장기이식관리에 관한 업무를 관장하는 보건복지부 소속기관이다. 감염병 대응 및 예방, 감염병에 대한 진단 및 조사연구, 국가 만성질환 감시체계 구축, 장기기증지원 및 이식 관리, 감염병, 만성질환, 희귀 난치성 질환 및 손상 질환에 관한 시험·연구업무, 질병관리, 유전체실용화 등 국가연구개발사업, 검역을 통한 해외유입감염병의 국내 및 국외 전파방지를 위한 기능을 담당하고 있다.

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

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

유전체센터는 유전체 연구기반을 확립하고자 국가 유전자원 은행을 운영하고 있으며, 코호트 역학조사사업, 질환 유전자 탐색연구, 한국인 특유 유전자형 및 단백체형을 조사 분석업무를 수행하면서 세계적인 보건 및 의과학 연구분야 선도기관으로 도약하기 위하여 최선을 다하고 있다.

2) 한국장기이식관리 센터(KONOS: Korea Network for Organ Sharing)

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

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

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

3) 중앙응급의료센터(National Emergency Medical Center)

중앙응급의료센터는 2001년 7월 31일에 설립되었다. 2002년 2월에 개정된 응급의료에 관한 법률에 의하여 등급 의료기관 등에 대한 평가 및 질 향상 활동 지원과 응급의료 종사자들에 대한 교육·훈련, 권역응급의료센터간의 업무조정

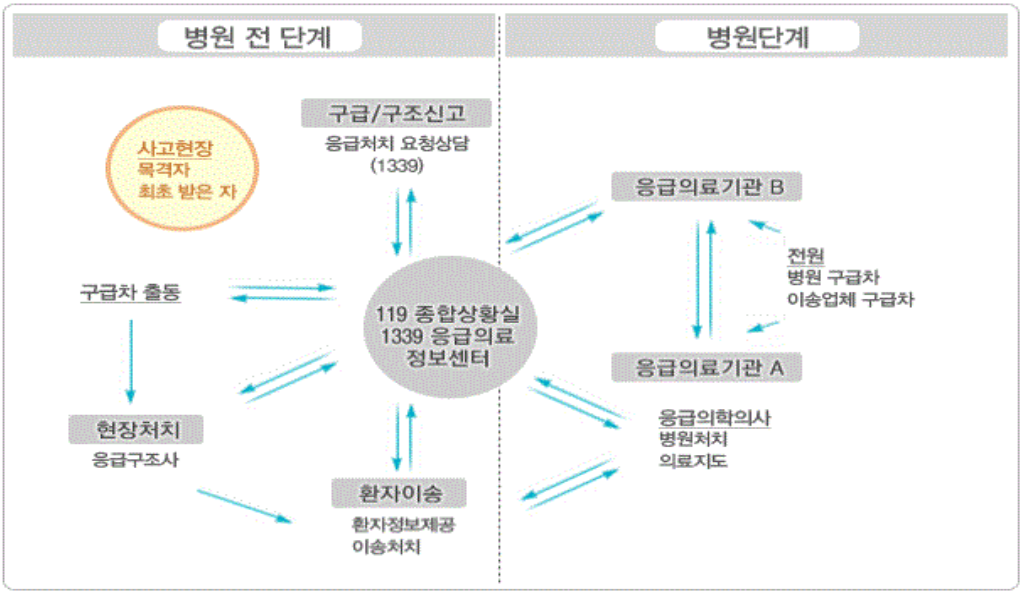
및 지원, 응급의료관련 연구 및 정책개발, 대형재해 등의 발생 시 응급의료 관련 업무를 지원하고 있다. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 응급의료관련 업무 등을 수행하고 있다.

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

〈프레밍험(Framingham) 위험지수란?〉

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

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



※ 자료출처 : http://www.mw.go.kr

〈그림 4-6〉 우리나라 응급의료체계(EMSS)

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

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

(1) 보건의료분야

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

(2) 사회복지분야

○ 국립재활원, 국립망향의동산 관리소

다. 보건복지부 관련기관

1) 사회복지분야

○ 대한적십자사, 한국사회복지협의회, 사회복지공동모금회
○ 국민연금공단
○ 한국장애인복지진흥회, 대한노인회, 한국아동복지시설연합회 등

2) 보건의료분야

○ 국립암센터, 국립암연구소
○ 국립중앙의료원
○ 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단
○ 한국보건복지인력개발원, 한국보건산업진흥원
○ 대한가족보건복지협회, 한국건강관리협회, 대한한센병관리협회

라. 지방 보건행정조직

1) 시·도 보건행정조직

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

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

2) 시·군·구 보건행정조직 : 보건소

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

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

(가) 보건소의 역사

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

현대적 의미의 보건소 개념은 1920년 영국의 도우슨 위원회(Dawson Committee)에 의하여 최초로 제창되었다. 이 개념은 경제적 효율성 및 일반주민과 의료전문직이 만족할 수 있는 조직을 만들어 가난한 사람만이 아니고 일반 지역주민에게 예방보건사업과 치료사업을 종합적으로 제공하는 것을 말한다. 실질적인 의

미에서의 보건소의 설립은 록펠러 재단의 후원으로 1926년에 스리랑카의 Kalutura Village에서 이루어 졌는데, 여기서는 모자보건, 예방접종, 환경위생, 보건교육, 조산업무 등의 예방보건서비스를 중심으로 하였다. 그 후 보건소에 대한 관심이 높아짐에 따라 1931년 국제연맹보건기구는 의료자원이 적은 농촌지역의 보건문제에 대처하기 위하여 농촌보건소의 설립을 주장하였다.

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

(나) 우리나라의 보건소

우리나라 보건소는 해방 이후 미군정에 의해서 처음으로 도입되었다. 미군정법령 제1호(1945.9.24)를 공포하여 예방보건사업 중심의 보건소 사업을 추진하였다. 보건소 최초의 조직으로는 1946년 10월에 서울 및 각 도의 대도시에 모범보건소가 설립된 것이 보건소 시초를 이루게 되었다. 1949년 7월 대한민국정부가 수립되어 국립중앙보건소 직제가 공포되었고, 1959년에는 국립보건원으로 발족하게 되었다. 우리나라에서 처음으로 보건소법이 제정된 것은 1956년 12월 13일로서 도지사 또는 서울시장이 보건소를 설치할 수 있도록 하였으나 명실상부한 보건소 조직이 이루어지지 못하고 폐지되었다. 따라서 실질적인 의미의 보건소 설치는 1962년 9월 24일에 구 보건소법을 전면 개정하여 현재에 볼 수 있는 시·군·구에 보건소를 두도록 하였으며, 보건소법은 다시 1988년부터 지방자치제가 시작됨에 따라 행정적인 모든 체계의 변화와 더불어 1995년 12월29일 지역보건법으로 전면 개정되어 지역보건 의료계획의 수립 등의 기능을 보강하여 종합적인 지역보건사업을 수행할 수 있는 법적인 근거를 제도화 하고 있다.

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

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

그리고 보건소 중 내과, 일반외과, 산부인과, 소아과, 치과를 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭으로 보건소의 기능과 병원의 기능을 하고 있고, 보건소의 업무수행을 위하여 필요한 경우 읍, 면마다 보건지소를 설치할 수 있도록 되어 있다. 그리고 군 지역 일부지역에 임산부 및 영유아 관리를 위하여 모자보건센터를 설치하였으나 폐지하였으며, 농어촌 주민을 위한 특별조치법에 의하여 의료취약지역에 보건진료소를 설치하고 있다. 2011년 6월 현재 보건소 253개, 도시보건지소 25개, 보건지소 1,277개, 보건진료소 1,905개, 분소(진료실) 28개로 총 3,499개소가 있다.

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

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

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

보건소의 관장업무의 내용은 <표 4-2>와 같다. 보건소의 업무 중 위생업무가 1976년 분리되어 시·군·구 위생과, 사회복지과 등에서 다루고 있으며 분리되지 않은 시·군·구도 있다. 그리고 보건소의 시설을 이용한 자, 실험 및 검사를 의뢰한 자 및 진료를 받은 자로부터는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 지방자치단체의 조례로 수수료를 징수할 수 있다.

〈표 4-2〉 보건소 업무내용의 변천

1956년	1991년 (개정)	지역보건법(1995,12,개정)
1. 보건사상의 계몽에 관한 사항	1. 전염병 및 질병의 예방, 관리와 진료에 관한 사항	1. 국민보건증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업
2. 보건통계에 관한 사항	2. 보건통계 및 보건의료정보의 관리	2. 전염병의 예방·관리 및 진료
3. 영양의 개선과 식품위생에 관한 사항	3. 지역보건의 기획 및 평가	3. 모자보건 및 가족계획사업
4. 환경위생과 산업보건에 관한 사항	4. 보건교육	4. 노인보건사업
5. 학교보건과 구강위생에 관한 사항	5. 영양의 개선, 식품위생 및 공중위생	5. 공중위생 및 식품위생
6. 의료사업의 향상과 증진에 관한 사항	6. 학교보건에 대한 협조	6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항
7. 보건에 관한 실험과 그 검사에 관한 사항	7. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항	7. 의료기사·의무기록사·안경사에 대한 지도 등에 관한 사항
8. 결핵·성병·나병 등 전염병과 기타 질병의 예방과 진료에 관한 사항	8. 구강보건·정신보건·노인보건 및 장애인의 재활	8. 응급의료에 관한 사항
9. 특수지방병의 연구에 관한 사항	9. 모자보건 및 가족계획	9. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 공중보건의사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 관한 사항
10. 공의의 지시에 관한 사항	10. 보건지소·보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도·감독	10. 약사에 관한 사항과 마약, 향정신 성의약품의 관리에 관한 사항
11. 의약에 대한 지도에 관한 사항	11. 의약에 대한 지도	11. 정신보건에 관한 사항
12. 모자보건과 가족계획에 관한 사항	12. 기타 의료사업 및 국민보건의 향상·증진에 관한 사항	12. 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업
		13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 퇴행성질환 등의 질환관리에 관한 사항
		14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
		15. 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업
		16. 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업

2. 식품의약품안전청

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

- ○ 1945년 국립화학연구소 설립
- ○ 1954년 중앙생약시험장 설립
- ○ 1959년 중앙보건원 설립
- ○ 1963년 국립보건원 확대개편(국립화학연구소, 중앙생약시험장 등 통합)
- ○ 1977년 방사선 표준부 설립
- ○ 1987년 국립보건안전연구원 설립
- ○ 1992년 생약부 신설
- ○ 1996년 식품의약품안전본부와 6개 지방청 설립
  - 국립보건원 4개부를 5개 안전평가실로
  - 국립보건안전원을 독성연구소로 개편
- ○ 1998년 식품의약품안전청 승격 및 국립독성연구소, 6개 지방청을 소속기관으로 신설
- ○ 2000년 국립독성연구소 직제확대(내분비독성과 신설) 식품의약품안전청 소속 국립독성연구소 직제공포
- ○ 2001년 국립독성연구소의 독성부, 약리부 및 병리부를 일반독성부, 특수독성부 및 약리부로 개편
- ○ 2002년 국립독성연구소를 국립독성연구원으로 명칭 변경 및 조직 확대(의약품동등성평가과 신설)

○ 2003년 기구신설 및 기능보강
- 본청 : 기능식품과, 기능식품규격과, 생물의약품규격과
- 부산청 : 양산수입식품검사소
- 용기포장과에 살균소독제 평가 기능 추가

○ 2004년 본청 및 소속기관 조직
- 의료기기관리과 신설(본청)
- 독성연구원 생명공학지원과 신설

○ 2005년 한국형 센터제(본부제) 및 팀제로 조직 전면 개편(6본부 4부)
- 신항수입식품검사소(부산지방청), 평택수입식품검사소(경인지방청)신설

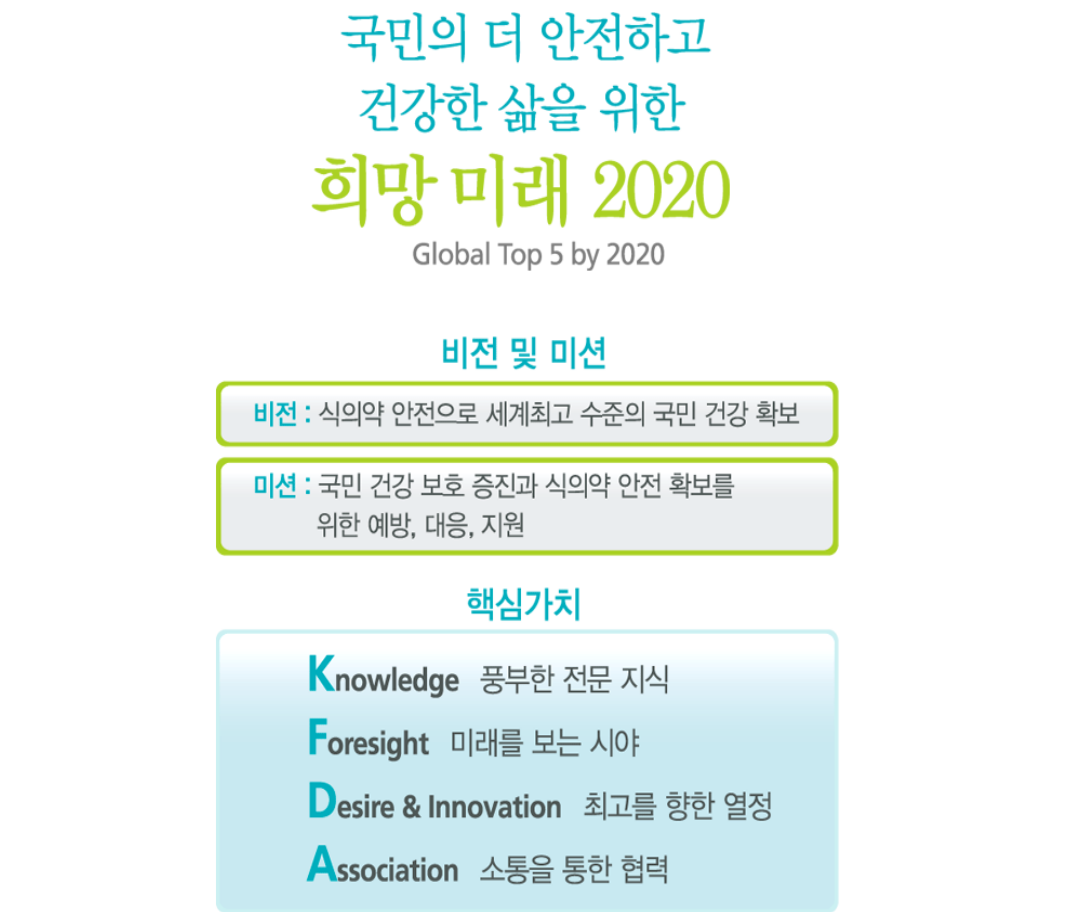
○ 2006년 종합상담센터 등 10팀 신설(본청 등)

○ 2007년 식중독예방관리팀 등 6팀 신설(본청 등)

○ 2009년 대과제 적용 조직 전면 개편(본청, 1관 5국 48과)
- 위해사범중앙조사단 신설(본청)
- 국립독성과학원을 식품의약품안전평가원으로 전면 개편(3부 29과)
- 식품의약품안전평가원 국가검정센터 소속 혈액제제검정팀 신설

○ 2010년 주류안전관리 업무 이관(국세청)
- 충북 청원군 오송보건의료행정타운 이전
- 의약품안전정보팀 신설(본청)

○ 2011년 본청 1관 5국 49과 1팀
- 인력 1,489명



※ 자료 : www.kfda.go.kr

〈그림 4-7〉 식품의약품안전청의 미션과 비전

보건의료분야 뉴스

〈새 국민건강증진법 주요 내용〉

○ 시행일 : 2012.12.8
○ 공중이용시설에서의 흡연 전면금지
○ 담배포장광고에 가향물질(멘톨, 커피 등) 함유 표시 금지
○ 2013년 6.30까지 계도기간 운영
○ 과태료 부과 : 2013. 7.1부터

〈식품위생 관련법령 정비 주요 내용〉

○ '식품위생법' 개정 공포('07.12.21, '08.6.22 시행)
- 원산지 등 표시대상 영업자 및 품목의 범위 확대
- 식품이력추적관리 등록 절차 및 기준 설정
- 식품자동판매기영업의 위생교육 완화

○ '식품안전기본법' 제정·공포('08.6.13. '08.12.14 시행)
- 국무총리를 위원장으로 하는 범정부 식품안전정책 총괄기구로 『식품안전정책위원회』 설치·운영 근거 마련

V

보건기획

V. 보건기획

1. 정의

기획은 행동을 하기 전에 무엇을 어떻게 해야 하는지를 결정하는 것이며 미래를 예측하는 것이다. 미래 지향적, 목표 지향적이며, 의식적으로 최적수단을 탐색하고 선택하는 의사결정과정으로 지속적인 과정이다. 기획은 계획을 작성하는 과정이며, 계획은 기획을 통해 산출된 결과이다. 기획은 절차와 과정을 의미하고 계획은 문서화된 활동목표와 수단이다. 기획의 개념은 포괄적으로 사용되는데 이를 구분해서 살펴보면 다음과 같다.

가. 협의적인 개념

가장 협의적인 개념으로 개인적인 수준에서 보면 기획은 단순히 문제를 해결하는 과정이다. 기획은 인간이 장래에 발생할 일에 대하여 미리 사고하는 과정으로 머리 속에 각종 정보를 종합하고 분석해서 행동방안을 강구하는 과정이다. 즉, 우리가 일상생활에서 문제를 해결하기 위하여 개인적인 수준에서 세우는 계획에 불과하다는 입장이다.

나. 조직사회 수준

조직사회의 수준에서 설명하려는 입장으로 기획을 관리기능의 단계로 이해한다. 행정의 일반적 관리과정은 POSDCoRB: producing(기획), organization(조직), staffing(인사), directing(지휘), coordination(조정), reporting(보고), budgeting(예산)라는 단계로 설명되는데 여기서 기획은 최초 단계로 매우 중요한 위치에 있다. 즉, 기획은 수립된 정책을 능률적으로 집행하기 위한 수단이다.

다. 사회변화와 국가발전의 수단

기획을 사회변화나 국가의 발전을 위한 주요한 수단으로 인식한다. 이는 기획의 기능을 단순히 관리능률의 향상에 결부시켰던 전통적인 관점을 비교할 때, 보다 광의적이고 적극적인 해석이다. 어느 국가를 막론하고 국가 발전목표를 효율적을 달성하기 위한 수단으로서 기획의 중요성을 공통적으로 인식하고 있다는 입장이다.

라. 기타 유사용어

유사용어로 모형, 정책 등이 있다. 모형(model)은 실제 현상을 추상적으로 그려보는 것으로 이론을 바탕으로 도출한 예측의 도구로서 정책 및 계획 수립에 중요한 수단으로 활용된다. 예측의 대상은 수량적인 변화에 국한되지 않으며 사회현상이나 형태의 변화도 포함된다. 모형은 어떤 행위를 예측하는 데 활용될 수 있는 실제의 모조품이라고 볼 수 있으며, 흔히 서식이나 기호의 형태를 제시한다. 또한 이론을 바탕으로 도출한 예측의 도구로서 정책 및 계획수립에 중요한 수단으로 활용된다.

정책(policy)은 일종의 상비계획이라고 할 수 있으며 장래의 의사결정에 일반적인 지침이 되는 것이다. 그러나 정책이 반드시 계획보다 광범위한 상위개념이라고 할 수 없다. 오히려 계획 속에 서로 연관되고 얽혀 있는 여러 개의 정책 혹은 결정들이 포함되어 있다. 이러한 관점에서 의사결정과 정책결정은 기획과 많은 공통점을 가진다. 의사결정은 어떤 목표를 성취하기 위하여 두 개 이상의 상충하는 수단 중에서 하나를 선택하는 과정으로서 목표 지향적이고 합리성을 추구한다는 점에서 기획과 유리하다. 상대적으로 기획은 정책결정보다는 장기적인 전망 속에서 포괄적이고 일관성 있게 이루어지며 계획의 실현가능성이 정책보다 낮다.

2. 보건기획의 의미

사업 기획은 당면한 클라이언트 집단과 관련된 문제나 요구를 사정하고 사업의 목적과 목표를 선정하며, 창의적 아이디어로 사업의 내용을 구성하는 일련의 의사결정과정이다. 따라서 사업개발과정에서 기획과 설계 단계는 문제분석, 요구도 파악, 목적 및 목표수립, 대상자 선정 및 중재방법 선택 등의 내용이 수행된다. 설계(design)를 기획과 동일한 의미로 사용하는 경우도 있지만, 설계는 기획과정의 한 요소로 구체적 사업의 내용과 중재방법을 계획하는 것이다.

가. 보건사업 기획에 필요한 정보

사업 기획을 통해서 새로운 사업이 만들어지거나 기존 사업에 대한 수정 및 보완이 이루어진다. 기획은 조직의 공식적 의사결정 과정이기 때문에 보건사업을 담당하는 사람은 반드시 사전조사를 통해 사업기획의 가능성을 검토해야 한다. 사업기획의 필요성을 입증하기 위한 사전조사에서 파악해야 될 정보는 다음과 같다.

1) 클라이언트의 상황에 관한 정보

사업 기획을 위한 사전조사에는 상황, 문제이슈 등이 무엇이며 이와 관련된 클라이언트의 불편과 문제의 정도에 관한 포괄적인 정보를 수집해야 한다. 당면한 문제가 심각하고 관련된 클라이언트의 불편과 고통의 정도가 클수록 새로운 사업의 필요성에 관한 관련 당사자들의 동의를 구하기가 쉽다.

2) 자원과 인력에 관한 정보

새로운 사업은 기존에 투입된 재원과 인력보다 더 많은 자원을 요구하는 경우가 많다. 따라서 사업기획단계 이전에 새로운 사업의 시행으로 요구되는 인력의 수급에 관한 정보와 조직 내 가동할 수 있는 재원의 정도를 파악할 필요가 있다. 자원소요의 정도가 막대하여 조직 내에서 비축되어 있는 자원으로 해결하기 어려운 경우 외부 자원을 동원할 수 있는 가능성도 살펴보아야 한다.

3) 조직 내외의 태도에 관한 정보

새로운 사업에 대한 필요성과 당위성이 인정되었다고 해서 반드시 사업기획이 이루어지는 것은 아니다. 사전에 새로운 사업에 대한 조직 책임자의 의견을 파악하고 진행시켜야 한다. 또한, 관련된 이해관계 당사자들이 새로운 사업에 대해서 어떤 태도를 보이는지도 면밀히 검토해야 한다. 조직 내부적으로 어떤 사업의 기획과 실행이 결정되었다 하더라도 외부의 저항세력에 의해 계획이 무산될 수 있기 때문이다.

3. 보건기획의 필요성

가. 자원의 효과적인 배분

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

나. 합리적 의사결정

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

다. 상충되는 의견조정

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

라. 새로운 지식과 기술개발

현대 정보사회와 같이 정보가 급속도로 발전하는 사회에서는 보건정책에 필요

한 새로운 지식과 기술을 필요로 한다. 따라서 사전에 검토나 조정 없이 새로운 지식과 기술만 도입한다면 지역사회 발전에 장애가 될 수 있다.

마. 조직관리 통제의 용이성

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

4. 보건기획과정(Planning Process)

기획이란 행동하기 전에 무엇을 어떻게 해야 하는지를 결정하는 것이며, 미래를 예측하는 것이라고 할 수 있다. 기획과정에는 전제를 세우며, 예측을 하고, 목표를 설정 또는 재설정하고, 구체적 행동계획을 전개하는 과정을 거치게 된다.

가. 전제(premises : planning assumption)

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

나. 예측(forecasting)

예측이란 과거와 현재에 대한 정보를 수집하고, 그것을 분석하여 미래에 대하여 추정하는 것을 말한다. 양질의 보건행정 서비스를 위해서는 적절한 시설과 인력, 장비, 물자 등을 준비해야 되기 때문에 미래 보건행정 수요에 대한 예측은 중요하다. 예측은 상황분석과 장기추세분석 등을 통하여 이루어질 수 있는데, 상

황분석은 기획대상에 대한 상황진단 및 문제의 성격파악 등 지역사회진단(community diagnosis)을 통하여 이루어진다. 상황분석을 위해서는 주어진 상황을 올바르게 파악하여야 하며, 관계되는 자료를 과학적으로 분석해야 하고, 조사연구나 전문가의 의견을 참고해야 한다. 상황분석을 위해서 사용되는 자료들로는 인구분석자료(인구증가율, 인구추계) 및 건강실태분석자료(사망률, 유병률, 발생률, 평균수명, 활동제한일수 등) 등이 있다.

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

다. 목표설정(objective formulation)

목표설정은 궁극적으로 달성하려는 목적을 구체화하는 것이다. 기획의 목표는 현실에 대한 불만이나 장래에 대한 희망 등에서 도출되는 것이 가장 큰 목표가 된다. 목표의 요건으로는 표방된 목표와 실제 목표 사이에 괴리가 없어야 하고, 목표설정에 있어서 타당성과 내적 일관성 그리고 실제적이고 현실가능성이 있어야 한다. 최근의 보건정책의 기조는 국민의 삶의 질을 향상시키기 위한 방법으로 생산적 복지를 추구한다는 것이다. 전통적으로 보건의료분야의 목표는 보건의료의 접근성과 생산성, 의료비 절감, 보건의료서비스의 질 향상 등이었다.

라. 행동계획의 전개

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

마. 계획의 검토와 확정

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

1) 보건계획의 검토 기준

가) 보건과학적 타당성

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

나) 경제적 타당성

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

다) 사회적 타당성

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

라) 정치적 타당성

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

2) 기술적·행정적 검토의 내용

보건기획에서는 기술적 관점, 정치적 관점에서 기획을 검토하는데 정치적 기준은

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

가) 사업의 필요성과 의의 검토

① 사업이 해결하려고 하는 문제점의 존재 여부

② 문제점에 관해서 옳게 이해했는지 여부

③ 계획된 활동을 전개함으로써 문제점의 완화 또는 해결될 수 있는지의 여부

④ 계획된 사업의 효과적 확정

⑤ 문제점의 중대성에 비해 계획된 사업의 비용이 정당한지 여부 등을 검사하여 계획된 각 사업이 필요하고 추진할 가치가 있는지를 판단하는 데 기준으로 삼는다.

나) 대체방안의 검토

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

다) 사업대상지역의 특성을 감안한 실현가능성

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

라) 사업수행능력의 검토

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

마) 사업의 경제적 효율성 검토

경상예산의 추산, 자본예산의 추산, 단위사업 성과를 얻는 데 드는 비용 및 단

위비용의 적합성 등을 고려함으로써 사업의 경제적 효율성을 판단할 수 있다.

바) 관리정보체계와 평가방법의 검토

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

바. 계획의 집행

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

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

한편, 시행이라 함은 집행계획을 보건사업화 하여 실제적으로 추진(동작화)하는 것을 의미한다. 이러한 과정에서 사업의 궁극적 목적을 달성하기 위하여 각 행정수준에서의 각종 보건사업체들 간의 협조와 기능적 분업이 요구된다. 이 단

계에서 가장 문제가 되는 것은 업무조정 및 통제 그리고 구체적인 자원동원계획을 수립하는 일이다. 계획의 시행과정도 예비단계, 세부사업기획 및 실시의 세 부분으로 나눌 수 있다.

사. 평가

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

1) 업무량분석(Effort)

업무량분석은 무엇을 어느 정도 충실히 수행하였는지를 평가 분석한다.

2) 업적분석(Performance)

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

3) 업적의 적절도(Adequacy of performance)

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

4) 효율도분석(Efficiency)

효율도분석은 투입된 노력이 과연 적절한 것이었나, 좀 더 경제적인 방법은 없었나 등을 분석한다.

5) 과정분석(Process)

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

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

5. 보건기획의 원칙

가. 목적성의 원칙

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

나. 단순성의 원칙

보건기획은 간명하여야 하며 가능한 난해하고 전문적인 술어는 피해야 한다.

다. 표준화의 원칙

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

라. 신축성의 원칙

유동적인 보건행정 상황에 대응하여 수정될 수 있도록 작성되어야 한다.

마. 안전성의 원칙

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

바. 경제성의 원칙

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

사. 장래예측성의 원칙

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

아. 계속성의 원칙

보건기획은 조직의 계층을 따라 연결되고 계속되어야 하며 구체화 되어야 한다.

6. 보건기획의 대상과 범위

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

그러므로 국민건강수준을 효과적으로 증진하는 데 관련된 모든 사회적 활동영역이 보건기획의 대상과 범위라 할 수 있다. 이와 관련된 사항을 크게 나누어 보면 다음과 같다.

가. 인적자원기획(Man power resource planning)

인적자원기획은 각종 보건의료 인력을 양성하고 관리하며 의료인력의 지역적 분포 및 활용목표에 대한 기획을 말한다.

나. 물적자원기획(Physical resource planning)

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

다. 행정조직기획(Administrative organization planning)

보건행정조직기획은 보건의료전달체계의 발전과 재원의 조달, 분배 및 산업정보체계의 개발 등을 포함한다.

라. 환경기획(Environmental planning)

환경기획에는 쾌적한 생활환경의 확보에 관련되는 보건사업, 즉 기본환경관리, 공해관리 및 상하수도관리 등을 포함한다.

마. 보건교육기획(Health education planning)

보건교육기획은 예방보건사업과 건강한 생활을 영위하기 위한 국민보건교육 및 홍보에 관한 것을 포함한다.

바. 조사 및 연구기획(Survey and research planning)

조사 및 연구기획은 국민보건실태를 분석하기 위한 제반 활동과 보건과학 및 의학기술의 향상에 관련된 조사연구에 관한 것을 포함한다.

7. 기획이론

기획과정은 기획을 하는 절차로서 사업을 진행하는 데 있어서 추진력을 주는

과정이라고 할 수 있으며, 어느 사업이나 일의 궁극적인 목표를 달성하기 위한 구체적인 단계와 방법을 제시하여 준다.

가. 기획의 정의

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

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

나. 기획의 특성

기획은 연속적인 과정이므로 일반적인 추세나 여건에 대하여 항상 재검토를 해야 하며, 일단 확정된 계획이라 하더라도 정치·행정·경제·사회·기술적 제반 환경요인의 변화에 따라 방침을 수정한다. 그러므로 기획은 현실의 변화에 적응할 수 있는 탄력적이며 계속적인 변환과정이다. 문제규명과 변화를 가져오기 위한 기획은 항상 미래에 연결되어 있다. 그러므로 기획은 과학적인 방법으로 체계적이고 논리적이며, 합리적인 방법으로 특수한 절차나 기술을 이용하여 사전에 면밀하게 조정된 과정을 의미한다.

기획의 기본철학은 미래지향성, 합리성, 통제성으로 요약될 수 있다. 기획은 보다 나은 수단으로 목표를 달성하기 위하여 장래의 행동에 관한 결정을 준비하는 과정이다. 계획을 수립하여 집행하는 과정이며, 특정 목표를 달성하기 위하여 누가, 언제, 어떤 방법으로, 어느 정도의 예산으로, 어떤 활동을 할 것인가를 결정하는 것이다. 기획의 과정은 하나의 계획을 작성하는 데 그치지 않고 그 집행

결과를 평가하여 다음의 계획에 반영하는 계속적이고 순환적인 활동이다. 여기에는 불확실한 미래를 대상으로 하기 때문에 과학적 근거에 따른 예측과 판단이 필요하다. 기획은 실천과 행동을 통한 문제해결이나 현실의 개선에 목적이 있으며, 바람직한 목표를 달성하기 위해 장래의 행동 대안을 설계하여 그것을 실현하고자 하는 노력이 필요하다. 또한 매우 명확하고 구체적인 목표가 제시되어야 기획에 착수할 수 있는 것은 아니지만, 장래에 달성하고자 하는 목표가 어느 정도 수립되어야 기획이 수립될 수 있다. 기획은 보다 나은 결정을 위한 시안을 작성하는 과정으로서 그것을 채택하여 집행하는 것과는 별개의 기능을 가지고 자료의 모집과 체계적이고 종합적인 분석 등 합리적인 과정을 통하여 소망하는 목표를 효율적으로 달성할 수 있는 수단을 제시하려는 활동이다.

다. 기획의 필요성

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

1) 각종 요구와 희소자원의 배분

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

2) 이해대립의 조정과 결정

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

제를 해결하는 데에도 기획이 필요하다.

3) 변화하고 발전하는 지식과 기술개발에 따른 적용

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

4) 합리적 결정수단 제공

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

라. 기획단계

1) 목표설정

목표설정은 궁극적으로 달성하려는 목적을 구체화하는 것이다. 기획의 목표는 현실에 대한 불만이나 장래에 대한 희망 등에서 도출되는 것이 가장 큰 목표가 된다. 목표의 요건으로는 표방된 목표와 실제목표 사이의 괴리가 없어야 하고, 목표설정에 있어서 타당성과 내적 일관성 그리고 실제적이고 현실가능성이 있어야 한다. 최근의 보건정책의 기조는 국민의 삶의 질을 향상시키기 위한 방법으로 생산적 복지를 추구한다는 것이다. 전통적으로 보건의료분야의 목표는 보건의료의 접근성과 생산성, 의료비 절감, 보건의료서비스의 질 향상 등이었다.

2) 상황분석

상황분석을 통해서 기존의 문제점 및 예상되는 문제점, 그리고 목표를 달성하

는 데 관련되는 여러 요인으로 규명한다. 상황분석 방법으로 가장 먼저 수행해야 할 것은 관련 정보 및 자료수집으로 통계자료집, 간행물, 연구 문헌 등에 기재된 과거의 현황과 미래의 전망에 관한 전반적인 지식과 통계, 연구결과를 분석하는 것이다. 보건기획을 효과적으로 수립하는 데 필수적인 전제는 보건의료 분야의 정확한 자료가 뒷받침이 되어야 한다. 상황분석 과정에서 관심을 기울여야 할 대상은 크게 인구, 건강상태, 환경요인과 보건의료자원을 들 수 있다.

3) 대안의 탐색과 평가

어떤 목표를 달성하는 데 취할 수 있는 행동노선, 즉 수단은 대부분 변수의 대안으로 이러한 대안을 도출하는 데는 개인적인 경험이나 유사한 상황에 처했을 때 취한 방안을 모방하는 방법이 있다. 그러나 이러한 방법에는 명확한 한계가 존재하므로 새로운 대안을 창출하기 위한 집단적인 사고나 전문가의 조언 등을 활용해야 한다.

기획은 미래를 대상으로 하는 정책결정인 만큼 각 대안의 장단점보다는 그 대안을 선택했을 때 나타날 영향을 예측하여 비교 평가하는 것이 중요하다. 대안을 선택할 때에는 현실성과 합리성 외에도 효율성이 중요하다 되도록 적은 자원을 투입하고 되도록 좋은 결과를 유도할 수 있는 대안이 이상적일 것이다. 이런 대안을 선택할 때 흔히 사용되는 관리기법으로 비용편익분석, 비용효과분석, 시뮬레이션 분석 등이 있고 질적인 방법에는 전문가들의 의견을 수렴하기 위한 델파이기법 등이 활용된다.

4) 최종안 선택

계획수립과정의 최종단계는 비교 분석된 결과에 비추어 최선의 대안을 찾는 것이다. 기획은 단일한 결정이 아니라 일련의 결정을 특징으로 하기 때문에 결정의 작성은 복합적인 기준과 절차에 의해서 이루어진다. 첫 번째는 가치판단 과정이다. 대안이 비용편익분석에 의해서 이루어졌다고 하더라도 선택의 주체가

인간이기 때문에 개인의 주관적인 선호나 가치관이 개재된다. 이러한 선택이 기획의 목표나 조직의 가치체계와 충돌이 될 때 심각한 문제가 발생하기도 한다.

둘째는 불확실성에 대한 문제이다. 이러한 미래의 불확실성을 통제하기 위해서 통계적인 방법을 이용하거나 신뢰할 수 없는 자료를 제거하고, 불완전한 자료를 보완하는 등의 전략이 필요하다.

마지막으로 최종의 대안을 선택하고 난 후 그것이 합리적인 결정인지를 검증해야 한다. 기획전체의 타당성을 검토하고 선택된 대안의 실현가능성을 검사함과 동시에 선택된 대안에 대해 이해관계가 있는 자들의 동의를 확보해서 전반적인 실시 이전에 시험적인 시행을 한다.

5) 실행과 평가

최종적으로 기획과정 속에서 수립된 계획을 집행하고 그 결과를 평가하여 환류 시키는 일련의 과정을 의미한다.

〈다함께 사고하기〉

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

〈알면 좋아요!!!〉

<크레디트(credit)제도란?>

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

Ⅵ

보건관리론

Ⅵ. 보건관리론

1. 보건사업관리

가. 보건사업의 정의

지역주민 전체의 건강 문제를 해결하기 위하여 체계적으로 지역의 보건문제를 진단하고 자원을 우선적으로 투입해야 할 영역을 선정하여 이를 해결하기 위한 실천계획을 기획하여 실행에 옮기는 전반적 활동을 보건사업이라 정의한다. 통상 보건사업의 목적은 협의의 건강권 즉, 보건의료서비스에의 접근(access to health service)이나 그 이용(use of service)을 훨씬 더 유용하게 하기 위한 것으로 개인보다는 지역사회를 대상으로 시행하는 활동에 초점을 둔다.

나. 보건사업관리의 정의

보건사업관리는 의학기술의 적용뿐만 아니라 건강관리를 위한 모든 수단을 동원하여 (인구)집단의 건강수준 향상을 위한 보건사업의 기획, 실행 및 평가를 하는 활동을 의미한다.

관리(management)는 '사람을 모아 기대하는 목적을 달성하는 활동'으로 일반적으로 관리의 순환과정인 '기획-실행-평가' 또는 '기획-조직-명령-조정-통제'의 기능을 순차적으로 거치면서 조직이 설정한 목적을 달성하는 과정이라고 정의한다. 따라서 보건사업관리는 보건사업을 대상으로 한 관리활동에 포괄하는 용어이며, 국가 수준의 보건의료정책을 대상에 포함시키는 경우에는 '보건정책 및 관리(health policy and management)'라는 표현을 사용하기도 한다.

다. 보건사업 실행의 의미

보건사업을 실행한다는 것은 보건사업의 목적과 목표를 달성하기 위해서 계획

된 내용을 실제로 수행한다는 것을 말한다. 보건사업 실행은 이미 작성된 계획에 따라 실제의 활동을 전개하는 과정으로 보건사업 개발과정 가운데 핵심적인 단계에 해당된다. 광의의 의미의 보건사업 실행은 계획된 사업을 실행할 수 있는 운영조직을 편성하는 것에서부터 대상자를 모집하기 위한 홍보, 선정된 활동의 내용의 실행, 활동결과의 정리, 실행 후의 평가, 평가결과의 작성까지를 포함한다. 한편 협의의 의미의 보건사업 실행은 보건사업의 활동이 직접 전개되는 과정을 의미한다. 즉, 사업내용을 매개로 제공자와 참여자 간에 상호작용이 이루어지는 과정을 의미한다.

보건사업 실행은 보건사업이 지향하는 가치와 조직의 역량, 그리고 준비정도 등에 영향을 받는다. 이런 요소들은 보건사업의 효과성과 효율성에 직접적으로 영향을 미친다. 이런 점 때문에 실행 단계에서 보건사업 관리자는 자원 확보, 조직구조 개발, 직원능력 개발 등에 관심을 기울여야 한다. 또한 실행과정에서는 인적자원 및 물적자원에 대한 관리가 필요하다.

1) 실행계획 수립

보건사업을 구체적으로 실행하기 위해서는 우선 적절한 계획을 수립해야 한다. 일반적으로 보건사업 계획안이 조직의 관리자로부터 승인되고 보건사업 담당자가 세부계획을 작성하여 실행한다. 세부계획에는 보건사업의 목적과 목표달성에 필요한 여러 요소들이 포함되어야 한다. 보건사업 실행계획을 수립할 때 고려해야 할 여섯 가지 내용은 다음과 같다.

가) 누가(Who) 보건사업을 실행하는가?

- ○ 보건사업의 주최자와 주관자
- ○ 보건사업 실행을 준비한 사람
- ○ 보건사업 담당자, 외부 전문가, 자원봉사자

나) 언제(When) 보건사업을 실행하는가?

○ 보건사업 실행 일시

○ 보건사업 실행 기간

다) 어디서(Where) 보건사업을 실행하는가?

○ 가장 적합한 장소

○ 차선으로 고려할 수 있는 장소

라) 무엇을(What) 보건사업을 실행하는가?

○ 보건사업 형태와 제목

○ 보건사업의 핵심 요소

마) 왜(Why) 보건사업을 실행하는가?

○ 보건사업의 목적

○ 보건사업의 주제

○ 보건사업의 강조점

바) 어떻게(How) 보건사업을 실행하는가?

○ 보건사업의 구조와 절차

○ 예산과 인력의 준비

○ 홍보와 보건사업 수단

2. 보건정책론

가. 정책의 개념

정책의 개념에 대한 견해는 학자마다 다양하지만 일반적으로 공공문제를 해결

하거나 목표달성을 위해 정부에 의해 결정된 행동방침이라고 정의할 수 있다. 문재우 등(2004)은 공공정책의 개념은 다음과 같은 요소가 포함하고 있다고 하였다.

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

나. 보건정책의 개념

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

보건정책이 추구하는 이념으로 문재우 등(2004)은 세 가지를 들고 있다. 첫째, 모든 국민은 양질의 의료서비스를 적시에 경제적으로 편리하게 제공 받을 수 있어야 한다. 둘째, 의료인 및 의료기관은 진료와 연구 등 의료관련 행위를 보장받을 수 있어야 한다. 셋째, 국가는 보건의료자원의 효율적이고 효과적인 활용으로 생산성과 국가 경쟁력을 제고 할 수 있어야 한다. 그리고 국민보건향상을 위한 전략을 수립하기 위해서 보건정책 수립시 고려할 사항으로 다음과 같은 것으로 들고 있다.

- ○ 인구의 성장, 구성 및 동태

○ 경제개발의 수준 및 단계
○ 지배적인 가치관
○ 보건의료제도
○ 국민의 건강상태
  - 전염성 질환과 영양상태
  - 만성퇴행성 질환
  - 사고
  - 환경오염
  - 스트레스
  - 정신질환
  - 노인건강
○ 사회구조와 생활패턴

다. 정책의 성격

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

1) 목적지향성

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

2) 행동지향성

정책은 실천적 행동을 통하여 정책주체의 목적의지를 실현하려는 노력의 표현이다. 따라서 정책은 현실적으로 동원 가능하고 이용 할 수 있는 자원의 한계성 내에

서 능률적인 행동을 합리적으로 기획하고 실현하는 방안을 모색해야 한다. 보건정책에는 국민건강을 실현할 구체적인 수단과 방법이 내포되어 있어야 한다.

3) 변화지향성 / 변동유발성

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

4) 미래지향성

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

5) 공익지향성

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

6) 정치지향성 / 정치관련성

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

〈표 6-1〉 의사결정과 정책결정의 차이

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

라. 정책평가 기준

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

1) 능률성(Efficiency)

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

우리나라의 경우와 같이 보건의료사업에 사용되고 있는 정부예산과 자원이 한계점을 가지고 있는 경우에는 능률성의 기준은 매우 중요한 평가 기준이 될 수 있으나 오늘날에 있어서는 비용과 관련된 기계적 능률뿐만 아니라 사회적 형평의 달성도를 나타내기 위한 사회적 능률 또한 강조되고 있다. 보건의료 서비스

는 공공재로서 산출의 가치를 정하는 것이 매우 어려울 뿐만 아니라 산출의 추상성으로 인해 산출물의 측정 자체가 곤란한 경우도 많기 때문에 보건의료 서비스의 능률성을 측정하기란 상당히 곤란한 경우가 많다.

2) 효과성(Effectiveness)

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

3) 대응성(Responsiveness)

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

4) 만족도(Satisfaction)

대응성의 평가 주체는 정책의 효과를 직접 받는 수혜자로서의 시민을 의미하는 반면, 만족도의 주관적 평가자로서의 시민은 개개의 정책이 집적된 장기적이고 전반적인 정책의 영향정도를 평가한다. 정책의 최종적인 성패의 판단 기준은 정책시행으로 인해 편익을 받는 수혜대상집단의 만족도에 있다고 본다. 그러나 정부가 실시한 보건정책에 많은 사람들이 만족하고 있다고 할지라도 보건의료

서비스가 절대적 가치인 인간의 생명을 다루고 있다는 사실 하나만 가지고도 보건의료 서비스에 대해 불만족을 가지고 있는 극소수를 파악하는 일은 매우 중요한 의미를 갖는다.

5) 형평성(Equity)

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

6) 민주성 및 참여성(Democracy & Participation)

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

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

7) 적정성(Adequacy)

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

3. 보건조직론

가. 보건조직의 개념

학자들에 따라서 조직에 대한 정의는 다양하다. L. A. Allen은 "조직이란 조직구성원들이 목표를 달성하기 위하여 가장 효과적으로 협력할 수 있도록 직무내용을 명확하게 분석하고 직무수행에 관한 권한과 책임을 명확하게 하면서 그 상호관계를 결정하는 과정"이라고 하였으며, J. W. Lorsch는 "조직이란 일정한 환경 하에서 특정한 목표를 달성하기 위한 분업체계"라고 정의하였다.

또한 J. M. Gaus, L. D. White & M. E. Dimock은 "조직이란 소기의 목적을 달성하기 위하여 기능과 책임의 분배에 따른 요원의 배치를 의미하며, 업무수행에 관여된 사람과 업무를 수행하는 요원사이에 최소의 마찰과 최대의 만족을 주면서 소기의 목적을 달성하기 위하여 공동 목표를 가진 개인과 집단의 노력과 능력을 관련짓는 것"이라고 하였다.

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

나. 조직의 제원리

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

1) 계층제(계층화의 원리)

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

2) 통솔범위의 원리

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

3) 명령통일의 원리

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

4) 분업화(전문화)의 원리

조직원 개개인에게 동일 업무만 분담시킴으로서 업무의 전문성을 기할 수 있도록 하는 것이다. 조직은 횡적, 종적으로 분업화 할 수 있는데, 예를 들면 횡적 조직은 보건복지부의 보건정책국, 건강증진국, 식품의약품안전청 등의 각 국으로 분업화 할 수 있으며, 종적으로는 행정안전부, 시·군 보건소, 읍·면 보건지소, 보건진료소 등을 들 수 있다.

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

5) 조정의 원리

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

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

6) 참모조직의 원리

참모조직의 원리는 상위관리자의 관리능력을 보완하고 전문적인 감독을 촉진하기 위하여 참모조직을 따로 구성함으로서 계선조직(係線組織)과 구별해야 한다는 원리이다. 즉, 스텝은 자료수집과 연구 및 계획 등의 업무를 수행함으로서 상급자를 돕는 조직이라 할 수 있다. 참모조직은 행정업무를 추진함에 최종목표

가 있으며 계선조직의 권한과 책임을 침해하지 않는 범위 내에서 계선기능부서를 지원하게 된다.

7) 책임과 권한의 원리

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

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

다. 조직의 유형

1) 파슨즈(Parsons)의 분류

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

2) 에치오니(Etzioni)의 분류

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

〈표 6-2〉 에치오니의 조직유형

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

3) 계선조직과 막료조직

가) 계선조직

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

나) 막료(참모)조직

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

4) 조직의 변동 : 환경변화에 대한 전략

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

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

SWOT 분석은 경영기법의 하나로 조직 내의 경영능력과 환경변화를 동시에 고려하여 적절한 대응전략을 구사하는 것이다. SWOT은 조직의 환경분석에 필요한 강점(strength), 약점(weakness), 기회(opportunity), 위협(threat) 분석이라고 하는 4가

지 요인들의 영문 머리글자를 따서 붙인 이름으로 매트릭스를 사용하여 분석한다. 외부환경의 변화로부터 기회, 위협요인을 도출하고 조직내부로부터 강점, 약점을 도출하여 이들을 서로 결합하여 각 상황에 알맞은 전략을 개발한다.

SWOT 분석의 목적은 강점과 기회가 무엇이고 어떻게 최대한으로 활용하고 있으며, 약점과 위협에 대해서는 어떻게 대응하고 있는가를 평가하는 것을 목적으로 한다. 기회와 강점을 결합시키면 SO 전략이라고 하는 사업구조, 영역, 대상을 확대하는 공격적 전략을 수립할 수 있다. 기회와 약점을 결합시키면 WO 전략인 구조조정, 혁신운동 등의 국면전환 전략을 개발할 수 있다. 위협과 강점을 결합하면 ST 전략인 다각화 전략으로 신사업 개발, 신기술, 새 방법, 새대상 집단 개발 등이 적합한 전략을 개발할 수 있다.

경영전략 수립 과정에서 조직내부의 강점과 약점을 조직외부의 기회와 위협에 대응시킴으로써 조직의 목표를 달성 할 수 있다<표 6-3>.

〈표 6-3〉 SWOT 전략

내적요소 / 외적 요소	강점(Strength)	약점(Weakness)
기회(Opportunity)	〈SO전략〉 ○ 기회이익을 획득하기 위해 조직의 강점이 활용되는 전략	〈WO전략〉 ○ 조직의 약점을 극복하기 위해 기회를 활용하는 전략
위협(Threat)	〈ST전략〉 ○ 위협을 회피하기 위해 조직의 강점을 적극 활용하는 전략	〈WT전략〉 ○ 위협을 회피하고 조직의 약점을 최소화 하기 위한 전략

※ 자료출처 : 문재우, 김기훈(2004). 보건행정. p.224.

나) 틈새전략(Niche Strategy)

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

다) 벤치마킹(Benchmarking)

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

라) TQM(Total Quality Management)

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

마) 리스트럭춰링(Restructuring)

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

바) CI(Corporate Identity)

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

사) 팀제 조직

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

라. 조직혁신

문재우 등(2004)은 조직혁신이란 조직과 관련된 환경에서 새로운 아이디어의

창조나 변화를 조직에 적용하는 것을 의미하며, 조직의 바람직한 방향을 설정하고 의도적으로 변화를 유도하는 관리 작용이라고 하였다. 그리고 조직혁신의 특징으로 다음과 같은 것을 들고 있다.

첫째, 계획적·의도적이며 목표지향적 성격을 띠고 있다. 둘째, 현상을 타파하고 변동을 인위적으로 유도하는 동태적 과정이고 저항이 수반된다. 셋째, 조직의 구조적·기술적·행태적 측면의 개혁·쇄신에 중점을 두며, 구성원의 행태·가치관의 변화를 모색하는 조직발전이 주요한 전략이 된다. <표 6-4>는 저항극복전략이다.

〈표 6-4〉 저항극복 전략

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

※ 자료출처 : 문재우, 김기훈(2004). 보건행정. p.238.

4. 보건인사관리론

가. 인사관리의 개념

일반적으로 인사(staff) 또는 인사관리(personnel administration, personnel management)란 조직체의 인사를 관리하는데 관련된 모든 기능과 활동을 의미하는 것으로 인력자원의 계획과 확보, 활용과 보존 그리고 인력자원의 보상과 개발 등을 통하여 조직의 목표를 효율적으로 달성하도록 하는 것이라고 정의 할 수 있다. 이를 좀 더 구체적으로 달성하기 위해 원동력이 되는 인력자원을 조직의 장기적 전망에 맞추어 확보하고, 개인의 개성과 복지를 존중함과 동시에 잠재적인 개인능력의 육성 및 개발을 도모하는 것이다. 또한 조직구성원으로서 원만한 인간관계를 유지할 수 있는 환경을 조성하여 이러한 환경 속에서 조직에 대해 최대의 공헌을 할 수 있는 장

소를 제공하거나 만들어 냄으로써 근로의 결과에서 효율적인 조직목표 달성과 개인 또는 집단으로서의 최대의 만족감을 얻도록 하기 위한 체계인 것이다.

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

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

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

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

나. 보건인력의 충원

1) 실적주의와 엽관주의

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

이와 반대로 엽관주의란 사람을 공직에 임명함에 있어서 능력, 자격, 업적이

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

가) 엽관주의

(1) 엽관주의의 장점

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

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

(2) 엽관주의의 단점

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

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

나) 실적주의

(1) 실적주의의 장점

현대국가의 주요 인사행정원칙으로 확립되고 있는 실적주의는 다음과 같은 장점이 있다.

① 공직에 취임할 수 있는 기회균등이 보장된다.
② 시험제도를 통하여 행정능률의 향상과 공무원의 자질향상에 공헌한다.

③ 행정의 전문성, 능률성을 확보해 주며 공무원의 신분보장 제도를 확립케 해 준다.
④ 공무원의 정치적 중립성을 확립시켜준다.

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

2) 보수 및 승진

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

다. 보건인력계획

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

1) 보건인력계획의 개념과 모형

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

가) 공급분석 : 모든 직종의 보건인력의 현재 공급상황을 구체적으로 측정한다.
나) 공급추계 : 10년 또는 20년 후의 목표시일에 예견되는 보건인력의 공급을 추가한다. 이를 위하여 기대되는 새로운 취업자로부터 예상되는 사망, 이주, 퇴직 및 전직자수를 빼야 한다.
다) 수요분석 : 사적·공적 영역에서 보건의료의 경제적 유효수요를 평가한다.
라) 수요추계 : 10년 또는 20년 후의 목표시일에 기대되는 경제적 유효 수요를 측정한다.
마) 공급계획 : 수요충족을 위한 공급계획을 작성한다. 추정된 장기수요와 공급을 비교하여 균형을 유지할 수 있는 필요한 수요인력 공급 계획안을 작성한다.

2) 보건인력의 공급분석

가) 보건인력의 범위

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

나) 보건인력 공급의 정보원

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

다) 보건인력의 제 특성

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

3) 보건인력 공급추계 산정

가) 보건인력의 손실계산 : 사망, 은퇴, 이주 등

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

다) 보건의료 인력의 생산성 향상

4) 보건인력의 수요분석

가) 생물학적인 수요에 기초를 두는 방법

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

나) 규범적인 접근 방법(전통적 표준법)

규범적인 접근방법은 예컨대, 의사 대 인구비 또는 보건인력 대 인구비로서 소요인력을 산출한다.

다) 비교연구에 의한 방법

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

라) 구 소련형 분석법

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

5) 보건인력의 수요 추계시 고려할 사항

가) 인구의 증가

나) 인구의 구성

다) 사회경제적 여건 : 교육수준, 도시화 정도, 소득수준 등

〈5분 토론〉

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

Ⅶ

보건관련 국제기구

Ⅶ. 보건 관련 국제기구

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

1. 국제공중보건사무국(International Office Public Health)

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

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

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

3. 국제연합부흥행정처(UNKRA)

세계 제2차 대전 이후 경제문제와 보건문제의 해결을 위하여 1943년에 미국을 비롯한 44개국이 모여 설립하였으며, 보건문제는 질병전파의 예방을 주로 한 국제간의 협력이 이룩되어 오다가 1946년에 세계보건기구의 기초를 마련하였다.

4. 세계보건기구(WHO:World Health Organization)

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

가. 세계보건기구 지역사무소

1) 중지중해지역(East Mediterranean) : 본부는 이집트의 알렉산드리아

2) 동남아시아지역(South-East Asia) : 본부는 인도의 뉴델리

3) 서태평양지역(Western Pacific) : 본부는 필리핀의 마닐라

4) 범미주지역(남북아메리카 지역: PAHO) : 본부는 미국의 워싱턴 D.C

5) 유럽지역(Europe) : 본부는 덴마크의 코펜하겐

6) 아프리카지역(Africa) : 본부는 콩고의 브라자빌(Brazaville)

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

1) 국제 검역대책

2) 각종 보건문제에 대한 협의, 규제 및 권고안 제정

3) 식품, 약물 및 생물학적 제재에 대한 국제적 표준화
4) 과학자 및 전문가들의 협력에 의한 과학의 발전 사업
5) 보건통계 자료 수집 및 의학적 조사 연구사업
6) 공중보건과 의료 및 사회보장 향상 사업
7) 회원국의 요청이 있을 경우에 의료봉사
8) 모자보건의 향상
9) 전염병 관리
10) 진단검사 기준의 확립
11) 환경위생 및 산업보건 개선사업
12) 재해 예방
13) 정신보건 향상
14) 보건요원의 훈련 및 기술협력사업

나. 국제보건규칙(IHR; International Health Regulation)

1) 국제보건규칙의 제정 목적

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

2) 국제보건규칙 적용 원칙

- 인간의 존엄·권리·근본적인 자유의 전적인 존중
- 국제연합헌장과 세계보건기구 헌장의 준수
- 질병의 국가 간 전파에서 세계 모든 사람을 보호하기 위한 보편적 적용
- 자국의 보건정책을 수행하기 위한 법률제정과 시행에 관한 각 국가의 주권 존중

3) 국제보건규칙에서 규정한 신고대상 질병

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

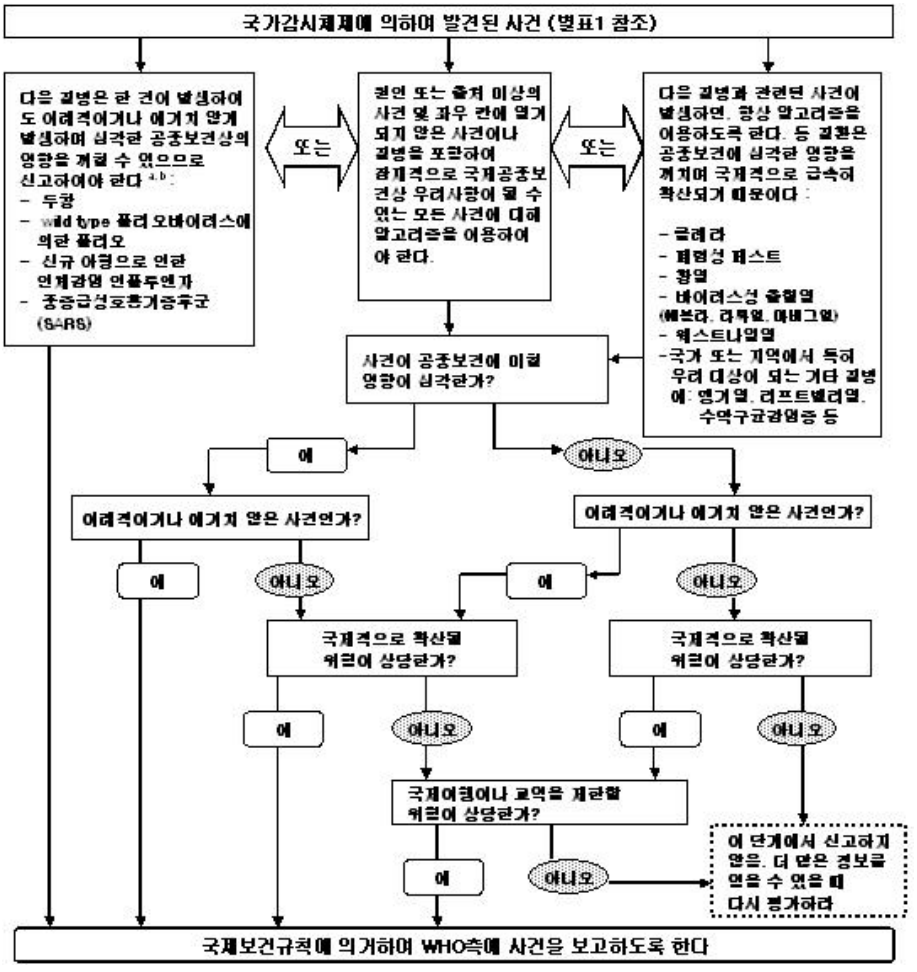
〈표 7-1〉 세계보건기구 신고대상 질병

대상질병	신고내용
· 두창(small pox), 야생 폴리오바이러스에 의한 폴리오, 신규 아형으로 인한 인체감염 인플루엔자, 중증급성 호흡기증후군(SARS)	· 4종 감염병은 1건이 발생한 경우에도 신고하여야 한다.
· 콜레라, 페스트, 황열, 바이러스성 출혈열(에볼라, 라싸, 마버그), 웨스트나일열 및 국가 또는 지역에서, 특히 우려 대상이 되는 기타 전염병(뎅기열, 리프트벨리열, 수막구균감염증 등)과 원인 또는 출처 미상의 사건을 포함한, 잠재적으로 국제공중보건상 우려사항이 될 수 있는 사건	· 사건이 공중보건에 미칠 영향이 심각하고 이례적이거나 예기치 않은 것일 때 · 국제적으로 확산될 위험이 상당할 때 · 국제여행이나 교역을 제한할 위험이 상당할 때 · 답변이나 수신확인을 24시간 내에 해야 한다.

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

- 동 사건에 대응하여 시행한 보건조치의 내용에 대한 신고
- 신고한 사건에 대하여 입수한 시의적절하고 정확하며 충분히 상세한 공중보건정보·환례 정의, 검사 결과, 위험의 출처와 유형, 환자 수와 사망자 수, 질병확산에 영향을 미친 조건 및 시행된 보건조치를 지속적으로 세계보건기구에 제공
- 국제공중보건 비상사태가 될 수 있는 예기치 못하였거나 특이한 공중보건상의 사건이 자국 영토 내에서 발생한 증거를 보유하면 원인이나 출처와 상관없이 모든 관련 정보를 세계보건기구에 제공한다.
- 평가결과, 신고를 필요로 하지 않는 사건인 경우에도 WHO의 자문을 구하고 적절한 보건조치에 대하여 협의하거나 지원을 요청할 수 있다.

- 자국 영토 밖에서 발견된 공중보건위험이 질병의 국제적 확산을 야기할 수 있다는 증거-인체감염 사례, 감염이나 오염을 전파하는 매개체 또는 오염된 상품이 유·출입되는 경우 등-를 입수한 경우에 그 사실을 가능한 한 24시간 내에 WHO에 알린다.
- 신고한 사건에 대한 WHO의 검증 요청이 있을 경우 일차적인 답변이나 수신확인을 24시간 내에 해야 한다.



※ 자료 : www.mohw.or.kr

〈그림 7-1〉 국제공중보건 비상사태의 평가 및 보고를 위한 결정도구

4) 신고대상 질병에 대한 세계보건기구의 대응

세계보건기구 사무총장은 각 국가의 신고를 받거나 다양한 출처를 통해 정보를 얻을 수 있도록 하는 규정이 새로운 규칙에 포함되어 있으며, 이러한 정보를 바탕으로 국제공중보건비상사태 발생 시 임시 권고안을 발동하거나 종료할 수 있으며, 일상적 또는 주기적으로 적용하는 지속 권고안을 발동할 수 있다. 과거에는 각 주권국가가 결정하고, 집행해 왔던 다양한 공중보건 조치들을 각 회원국의 역량이 전염병확산의 방지라는 목표를 충분히 달성하지 못할 경우, 세계보건기구가 직접 개입하여 수행할 수 있도록 하고 있다.

가) 세계보건기구가 취할 수 있는 공중보건 조치

(1) 사람을 대상으로 하는 조치

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

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

- 특정 보건조치에 대한 권고는 없음
- 적하목록과 운송경로 심사

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

5) 회원국의 역량 개발 요구

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

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

5. 기타

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

〈5분 토론〉

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

〈보건복지부 뉴스〉

☀ 출산크레디트제도 도입

o 고령화 사회에 대비한 출산장려를 위하여 둘 이상의 자녀가 있는 가입자 또는 가입자였던 자에게 가입기간을 추가로 인정하여 출산장려 및 연금수급기회를 확대함

- 둘째 자녀에 대하여 12개월, 셋째 자녀부터는 18개월을 추가로 인정함 (최고한도 50개월)
- 재원은 국가가 전부 또는 일부 부담

☀ 군복무크레디트 제도 도입

o 군복무의 사회적 중요성 인식 및 개인의 기회비용을 보상하고자 병역의무를 이행한 기간을 국민연금 가입기간으로 인정하여 연금수급기회 확대 및 연금액을 인상함

- 병역의무 이행기간 중 6개월을 가입 기간으로 인정
- 현역병 및 공익근무요원에 한함
- 재원은 국가가 전부 부담

Ⅷ

보건의료 전달체계

Ⅷ. 보건의료 전달체계

1. 보건의료체계에 대한 이해

가. 체계(system)

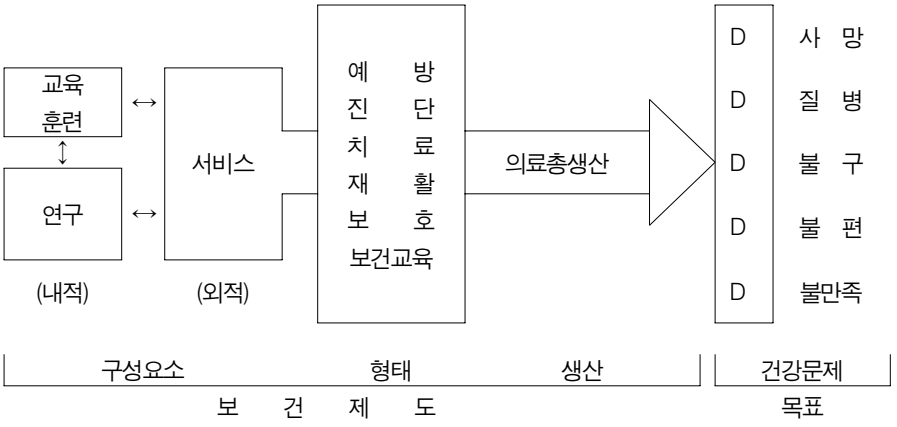
1) 체계(system)의 개념

체계는 서로 관련이 있으면서 서로 의존하고 있는 구성요소들의 의미있는 결합을 말하며, 전체적인 목표를 위해 상호 작용하는 요소의 집합을 의미한다. 개념상 체계에는 환경(environment)의 중요성이 강조되는데, 그 개방성에 따라 폐쇄체계(closed system)와 개방체계(open system)로 구분된다.

2) 보건체계(health system)

국가 사회가 보건과 관련하여 투자하는 자원의 집합체를 말하며, 일반 자원을 보건서비스의 형태로 한 특수 산출로 전환하는 사회기전에 해당된다. WHO는 보건체계를 “건강을 증진하고 회복시키고 유지시키는 모든 활동”이라고 정의한 바 있다.

3) 보건체계 모형

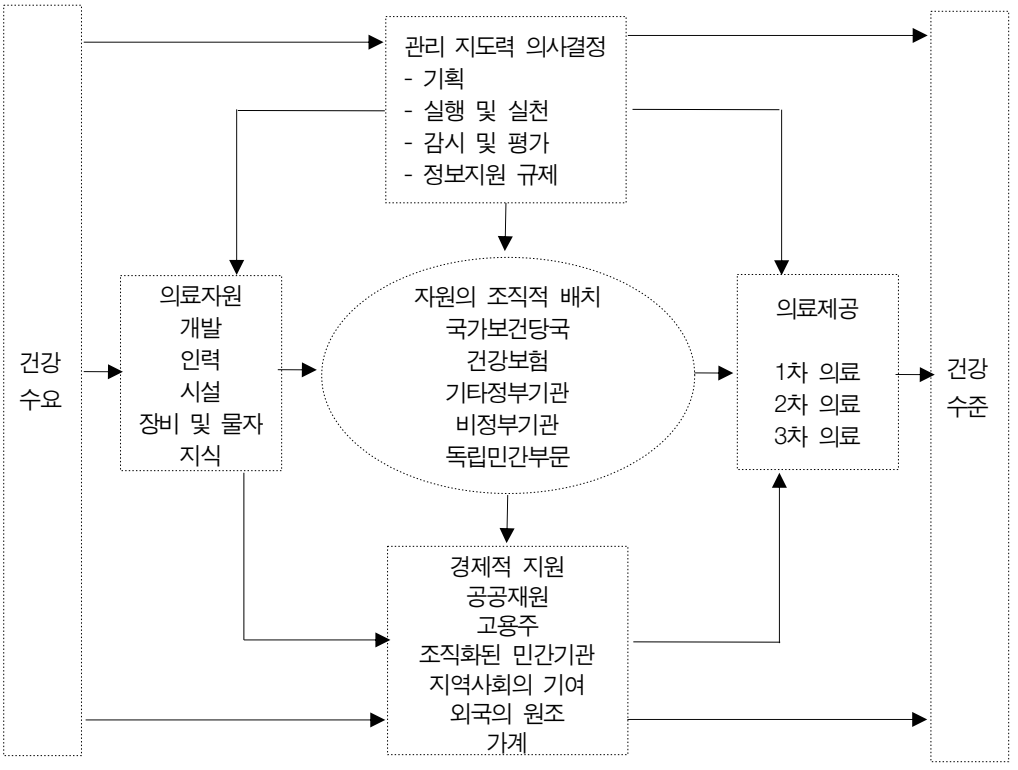


나. 보건의료체계의 개념

1) 보건의료체계의 개념

국가에서 국민에게 예방, 치료, 재활서비스 등의 의료서비스를 제공하기 위한 종합적인 체계를 말한다. 국민들의 건강욕구를 파악하여 보건의료체계의 효율적 운영을 통해 국민건강증진을 도모하는 것이 보건의료체계의 목표이며, 보건의료체계는 국민들의 건강을 향상시키는 것이지만, 인구집단의 건강수준은 개인의 특성 및 물리적, 사회적 환경 등 다양한 요소로부터 영향을 받기 때문에 건강수준의 향상을 위한 모든 활동을 모두 보건의료체계에 포함시키는 것은 아니다.

2) 보건의료체계의 구성요소



※ 출처 : Kleczkowski BM, Roemer MI, Van Der Wreff A. National health systems and their reorientation towards health for all. WHO, 1984

〈그림 8-1〉 국가 보건의료체계 하부구조의 구성요소

가) 의료자원 개발

보건의료체계의 운영에 있어서 의료자원의 개발은 필수적인 요소에 해당된다.

의료인 : 의사, 간호사, 약사, 보건기사, 행정요원 및 기타 관련 인력

의료시설 : 병원, 의원, 약국 및 진료소 등

의료기기 및 소모품 : 진단, 치료 등 의료활동에 소요되는 관련 기기와 소모품

의료지식 : 질병의 예방, 치료, 재활과 건강증진에 관련된 제반지식과 기술

나) 조직화

여러 가지 자원을 의료활동으로 전환시키고 가능하게 하려면 사회적인 조직화 과정이 필요하며, 이를 통하여 의료자원들이 서로 효과적인 관계를 맺고 의료서비스를 제공하게 된다.

의료를 담당하는 국가 보건당국은 보건복지부이며, 노동부, 교육과학기술부, 행정안전부 등 보건의료체계와 직접 관련이 있는 중앙정부조직에 해당된다. 이외에 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등 건강보험기구가 있다. 민간기구들도 조직화 역할을 수행하고 있으며, 특정질환(결핵, 암 등)에 노출된 집단을 대상으로 의료서비스를 제공하는 비영리단체나 산업체와 같은 비정부기구도 그 역할을 담당하고 있다.

다) 의료서비스의 분류

의료서비스를 흔히 복잡성의 정도나 인구집단의 의료 필요의 순차성에 따라 분류하기도 한다.

라) 경제적 지원

보건의료체계의 운영에는 재원 확보를 통한 경제적 지원이 필수적인데, 정부재정, 사회보험, 영리 및 비영리 민간보험, 자선, 개인부담 등을 통해 재원을 조달하게 된다.

마) 관리

관리는 의료체계의 운영을 위해 통상 기획, 행정, 규제, 법률 제정으로 분류되

어진다. 기획은 중앙이나 지역 수준에서 모두 수행할 수 있으며, 의료체계의 목적 설정, 의료자원 확보, 의료체계의 개발, 특정 서비스의 제공 등 다양한 내용을 포함한다. 행정은 공적 권한 사용, 자원의 조직, 책임의 위임, 감독, 이해 조정, 평가와 같은 여러 가지 기능을 포함하며, 그 목적은 최대한의 효율성과 효과를 달성하는 것이다. 규제는 의료체계의 기준을 설정하고 주로 시장에서 의료서비스를 통제하고 감시하기 위해 사용하거나 관리 감독을 위한 것이다. 마지막으로 의료체계의 운영을 위하여 다양한 법률을 제정하게 된다.

2. 보건의료 전달체계의 유형

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

왜냐하면 보건의료 체계는 ① 보건자원개발, ② 자원의 조직화, ③ 보건의료 서비스의 공급, ④ 경제적 지원, ⑤ 관리 등의 5가지 요소가 직·간접적으로 상호 관련되어 있어서 국가의 보건의료 체계가 복잡하기 때문이다.

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

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

또한 M. Terris는 ① 공적부조형(아시아, 아프리카, 남미제국), ② 의료보험형

(독일, 프랑스, 미국, 한국, 일본 등), ③ 국가보건사업형(공산국가, 영국, 스웨덴, 뉴질랜드 등) 3가지로 구분한 바 있다.

일반적으로 보건의료체계는 3가지 형태로 분류되고 있다.

가. 자유방임형 의료전달체계

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

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

나. 사회보장형 의료전달체계

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

이러한 유형의 국가는 질병의 치료뿐만 아니라 보건교육, 예방, 재활에 이르기

까지 건강에 관련된 모든 서비스를 포괄적으로 제공(Comprehensive Service)하며 의료기관을 국가가 직접 관리하는 것이 보통이다. 사회보장형의 단점으로는 대규모 의료조직의 형태를 수반하고 있기 때문에 의료서비스가 비효율적일 수 있고 의사에 대한 인센티브 부족으로 의료의 질이나 생산성이 떨어진다는 점이다.

다. 사회주의형 의료전달체계

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

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

〈표 8-1〉 세 가지 의료전달체계 유형의 비교

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

※ - : 바람직하지 못함, * : 바람직함, ** : 매우 바람직함.
※ 자료 : 김화중, 김영임. 지역사회간호학. 한국방송대학교출판부. 2002.

〈잠깐 토론방〉

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

〈알아두면 도움되는 보건복지뉴스〉

☺ 기초노령연금제도 시행(기초노령연금법, '08.1.1 시행)

o 전체노인의 60%(약 301만명) 대상 국민연금가입자전체 평균소득월액의 5% ('12년 94,600원)를 매월 지급

o '08.1월부터 시행하되, 1월부터는 1937.12.31일 이전 출생하신 어르신 중 소득인정액이 일정기준* 이하인 자(약 192만명), 7월부터는 65세 이상 노인 중 일정기준 이하인 자(약 301만명) 로 적용 확대

* 노인단독가구 40만원, 노인부부가구 64만원

* 자료출처: www.mw.go.kr

Ⅸ

사회보장과 건강보험

Ⅸ. 사회보장과 건강보험

1. 사회보장

가. 사회보장의 개념

사회보장제도는 국가에 따라 상이하다. 역사적·사회적 배경이 각국의 사정에 따라 다르기 때문에 각국의 사회보장제도의 체계나 그 의미와 내용이 다를 수 있다. 제 2차 세계대전 이후 각국에 있어서 사회보장의 발전을 보더라도 사회·경제적 사정의 변화에 대응하여 각국의 사회보장제도가 크게 변하여 왔다.

사회보장에 해당하는 'Social Security'라는 말은 세계대공황을 극복하기 위하여 미국의 제32대 루즈벨트(F.D. Roosevelt) 대통령이 1934년 의회에서 뉴딜(New Deal) 정책을 설명하면서 최초로 사용하였으며, 그 다음해인 1935년 미국에서 사회보장법(Social Security Act)이 제정되면서 최초의 법률용어로 등장하였다. 사회보장이라는 용어가 오늘날 세계 각국에서 사용하게 된 것은 제2차 세계대전 후의 일로서 이 용어가 일반화되게 된 계기를 이룬 것은 국제노동기구(ILO)의 사회보장의 길(Approaches to Social Security)과 영국의 Beveridge 보고서 등이라 볼 수 있다.

사회보장(Social Security)의 의미를 어원적으로 살펴보면, Security란 단어의 어원은 라틴어의 'Securus'에서 유래한 것으로서 그 뜻은 Se(=without) + cura(=care)를 의미한다. 즉 '걱정을 없게 한다', '불안을 없게 한다'는 뜻이다. 여기에 'Social'을 붙여 'Social Security'라고 하면 사회보장은 '사회적인 위험이나 불안을 없게 한다'는 의미를 가지고 있다.

오늘날 우리가 일반적으로 사용하는 사회보장, 영어적 표현인 social security와 social protection의 개념은 구분되어 있다. OECD에 의하면 광의의 사회보장 개념에 해당하는 용어는 social protection이고, 협의의 사회보장의 개념에 해당하는

용어가 social security이다. 광의의 사회보장 개념은 사회보험·공공부조·사회복지서비스를 포함하는 개념이고, 협의의 사회보장 개념은 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위하여 국가 책임 하에 이루어지는 사회보험, 공적부조라고 규정할 수 있다.

우리가 사용하는 사회보장에 해당하는 영어적 표현은 social security이나, 이는 협의의 사회보장 개념이다. 사회보장기본법 제3조에서 우리나라 사회보장의 범위로 사회보험, 공적부조, 사회복지서비스 및 관련 복지제도로 규정하고 있기 때문에 광의의 사회보장 정의(social protection)에 해당된다고 할 수 있다.

나. 사회보장의 유형

초기의 사회보장사업은 주로 경제적인 지원을 하는 것이었지만 오늘날에는 물질적인 것 외에 정신적이거나 정서적인 지원도 포함하고 있다. 따라서 국가에서 실시하는 사회보장사업도 나라마다 다양하다. 레자(Rejda,1984)는 사회보장이 접근법에 따라 사회보험, 사회부조, 공적서비스로 구별하고 국제노동기구는 사회보험, 공적부조, 사회복지서비스로 분류하고 있다. 여기에서는 우리나라에서 분류하는 방법을 중심으로 살펴보고자 한다.

1) 사회보험

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

가) 기여제도

사회보험에서 재원은 기여제도와 비기여제도에 의해 충당된다. 기여제도는 어느 정도 능력이 있는 경우에 피용자와 고용주에게 적용된다. 비기여제도는 조세

를 통해 빈민을 도와주기 위해 마련된다. 우리나라의 경우 연금, 의료보험, 산재보험은 기여금으로 운영되고, 생활보호사업이나 사회복지서비스는 비기여금, 즉 조세로서 운영된다. 조세는 일반적으로 누진되므로 소득재분배의 효과가 크다.

나) 급여제도

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

다) 적용대상

사회보험은 강제성과 보편성이 있다. 강제성은 법에 의해 실시되므로 임의로 가입탈퇴가 되지 않으며, 보편성은 국민 누구나 참여해야 한다는 것이다. 우리나라도 국민연금, 국민건강보험, 노인장기요양보험, 산재보험, 고용보험 등이 이런 경우에 해당된다.

라) 관리운영

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

마) 사회보험과 민간보험과의 관계

사회보험과 민간보험은 보험에 가입하느냐의 여부를 자유의사에 맡기느냐 아니냐에 따라 구별한다. 정부에서 의무적으로 가입하도록 하는 사회보험과 가입이 자율적인 의사에 따라 이루어지는 민간보험 등인데, 이는 민간보험은 개인적 공평성을 강조하지만 사회보험은 사회적 공평성을 강조하기 때문이다. 사회보험과 민간보험의 차이점은 <표 9-1>과 같다.

〈표 9-1〉 사회보험과 민간보험의 차이점

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

2) 공적부조

가) 공적부조의 특성

공적부조는 자력으로 생계를 유지할 수 없는 사람들, 대개 저소득층이나 빈민들이 자력으로 생활 할 수 있을 때까지 국가가 재정자금으로 보호하여 주는 일종의 구빈 제도이다. 공적부조는 사회부조, 국민부조, 노령부조, 실업부조, 사회연금 등으로 부르기도 한다. 공적부조의 일반적 특성은 첫째, 빈곤한 가족의 소득이나 재산이 일정 수준 이하일 때 급여가 제공된다. 급여는 현금, 의료보호, 주택향상, 가정서비스 등 다양하다. 둘째, 부조신청자는 조사를 통해 기준 이하라는 것이 판정되어야 한다. 셋째, 급여는 일반조세에서 마련된다. 우리나라의 공적부조는 2000년 10월 1일부터 시행되는 국민기초생활보장법에 의거 생활보호, 의료급여사업이 제공되고 있다.

나) 공적부조와 사회보험과의 관계

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

〈표 9-2〉 사회보험과 공적부조의 차이점

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

다) 사회복지서비스

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

2. 의료보장

가. 의료보장의 개념

의료보장이라 함은 그 나라의 모든 국민을 대상으로 이들에게 필요로 되는 보

건의료를 국가나 사회가 제도적으로 제공하는 것을 말한다. 우리나라는 국민건강보험제도와 공적부조인 의료급여제도를 통해 모든 국민에게 의료를 제공하고 있다. 일정 소득 이하의 저소득층을 제외한 모든 국민은 사회보험방식의 국민건강보험에 강제 가입하도록 하는 한편, 일정 소득 이하의 저소득층 국민은 국가가 의료를 제공해주는 의료급여제도의 대상자가 되어 의료보장이 이루어지고 있다.

의료보장이란 용어는 한국이나 일본에서 사용되고 있는 용어이기는 하나 법적으로나 학문적으로 개념이 명확한 것은 아니다. 의료보장이 의료에 대한 보장을 의미하는 것이기 때문에 의료를 제공 대상으로 한다는 점은 분명하나 의료이용에 필요한 비용만을 보장해 주는 것인지 아니면 의료를 필요로 하는 단계에서 소득상실을 보전해 주는 것인지, 나아가서는 의료공급 자체를 확보해 주는 것도 의료보장에 포함되는 것인지 명확하지 않다.

광의의 의료보장은 의료의 확보를 위한 재원조달 측면 외에도 의료공급의 양적 및 질적 수준을 담보하기 위한 의료공급체계를 포함하는 개념이며, 협의의 의료보장은 의료라는 현물급여를 위한 재원조달만을 포함한다. 현금 급여는 의료제공에 직접 연계되는 경우에만 한정해서 의료이용에 연계되지 않고, 소득보장 자체를 목적으로 급여된 것은 포함하지 않는다고 정의하기도 한다(정형선, 2006).

나. 의료보장의 유형

OECD는 의료보장제도의 형태를 크게 3종류로 구분하고 있다. 즉, 첫째, 사회보험형태의 국민건강보험방식(National Health Insurance: NHI), 둘째, 조세에 의한 재원 조달을 통해 국민에게 무상으로 보건의료서비스를 제공하는 국민보건서비스방식(National Health Services: NHS), 셋째, 소비자 주권방식(Consumer Sovereignty Model)으로 구분하고 있다.

이들 의료보장제도의 3가지 형태 중 공적의료보장제도로는 국민건강보험방식(NHI)과 국민보건서비스방식(NHS)이 있다. 국민건강보험방식(NHI)을 취하고 있는 국가로는 독일, 프랑스, 일본, 한국, 대만 등이 있으며, 국민보건서비스방식(NHS)으로 의료를 제공하고 있는 국가로는 영국, 스웨덴, 이탈리아 등이 있다.

1) 국민보건서비스(NHS) 방식

국민보건서비스 방식은 국민의 의료문제는 국가가 책임져야 한다는 관점에서 정부의 일반조세로 재원을 마련하여 국가가 모든 국민에게 무상으로 직접 의료를 제공하는 방식으로 일명 조세방식 또는 비버리방식이라고 한다. 의료기관의 상당부분이 사회화 내지 국유화되어 있으며, 영국의 비버리지가 제안한 이래 영국, 스웨덴, 이태리 등이 그 대표적 국가이다.

국민보건서비스(NHS) 방식을 채택하고 있는 나라에서는 소득수준에 관계없이 모든 국민에게 포괄적이고 균등한 의료를 보장하고, 정보가 관리주체이므로 의료공급이 공공화되어 의료비증가에 대한 통제가 강하고 조세제도를 통한 재원조달로 비교적 소득재분배효과가 크다는 장점이 있다. 반면 의료의 사회화를 초래하여 상대적으로 의료의 질이 낮고, 조세에 의한 의료비 재원조달에 많은 어려움을 겪고 있어 정부의 과다한 복지비용 부담이 문제가 되고 있으며, 의료 수요자 측의 비용의식 부족, 장기간 진료 대기문제 등 부작용이 나타나는 단점이 있다.

2) 국민건강보험(NHI) 방식

국민건강보험(NHI) 방식은 의료비에 대한 국민의 자기 책임의식을 견지하되 이를 사회화하여 정부기관이 아닌 보험자가 보험료로 재원을 마련하여 의료를 보장하는 방식으로 정부는 후견적 지원과 감독을 행하게 되며 비스마르크 방식이라고도 한다. 독일의 비스마르크가 창시한 이래 독일, 프랑스, 일본, 우리나라 등이 이와 같은 방식을 취하고 있다.

국민건강보험(NHI) 방식을 취하고 있는 나라에서는 조합원이 대표 의결 기구를 통해 건강보험운영에 관한 의사결정에 참여함으로써 제도운영이 민주성을 기할 수 있고, 국민의 비용의식이 강하게 작용하며, 상대적으로 양질의 의료를 제공할 수 있다는 장점이 있다. 하지만 소득유형 등이 서로 다른 구성원에 대한 단일 보험료 부과기준 적용의 어려움과 의료비 증가에 대한 억제기능이 취약할 수 있다.

국민건강보험방식(NHI)과 국민보건서비스방식(NHS) 간의 차이를 정리하면 다음 <표 9-3>과 같다.

〈표 9-3〉 NHI와 NHS의 비교

구 분		NHI	NHS
적용대상관리		- 국민을 임금소득자, 공무원, 자영업자 등으로 구분 관리	- 전 국민을 일괄 적용 (집단 구분 없음)
재원조달		- 보험료, 일부 국고지원	- 정부 일반조세
의료기관		- 일반 의료기관 중심 - 의료의 사유화 전제	- 공공의료기관 중심 - 의료의 사회화 전제
급여내용		- 치료 중심적	- 예방 중심적
의료보수 산정방법		- 의료기관과의 계약에 의한 행위별 수가제	- 일반개원의는 인두제 - 병원급은 의사 봉급제
관리기구		- 보험자(조합 또는 금고)	- 정부기관(사회보험청 등)
국가		- 독일, 프랑스, 네덜란드, 일본 등	- 영국, 스웨덴, 이탈리아, 캐나다 등
장단점	기본철학	- 의료비에 대한 국민의 1차적 책임의식 견지 (국민의 정부의존 최소화)	- 국민의료비에 대한 국가 책임견지, 전국민 보편 적용 (국민의 정부의존 심화)
	국민의료비	- 의료비 억제기능 취약	- 의료비 통제효과 강함
	보험료 형평성	- 보험자 간 보험료 부과의 형평성 부족 - 보험자 간 재정 불균형 파생	- 조세에 의한 재원조달로 소득재분배 효과(선진국) - 조세체계가 선진화 되지 않은 경우 소득역진 초래
	의료서비스	- 상대적으로 양질의 의료 제공 - 첨단의료기술 발전에 긍정적 영향	- 의료의 질 저하, 입원 대기환자 급증 (대기시간 장기화, 개원의의 입원의뢰 남발) - 민간 사보험의 가입 경향 증가로 국민의 2중 부담 초래
	관리운영	- 조합중심 자율운영 상대적으로 관리운영비 많이 소요 (보험료 징수 등)	- 정부기관 직접관리 (가입자의 운영참여 배제) - 관리운영비 절감 (보험료 징수인력 불필요)

3) 소비자 주권 방식

소비자 주권 방식의 국가에서는 공적의료보장의 대상이 저소득층이나 장애인, 노령자 등 특정인에 한정되어 있으며, 이들을 제외한 국민은 민간의료보험에 의존하고 있다. 특히, 미국에서는 국민들의 의료보장에 있어서 민간의료보험의 역할은 대단히 크며, 관리의료(managed care) 형태의 HMO나 PRO가 성행하고 있다.

공적의료보험제도가 발달되어 있는 유럽에서도 민간의료보험의 역할은 점점 커지고 있으며, 국가에 따라 그 비중이 약간씩 다르다.

프랑스는 사회보험방식의 전국민 건강보험(조합방식)과 선택형 보충보험(공제조합 또는 민영보험)의 2층 구조를 가지고 있다. 보충보험 가입비율은 90% 이상으로 공보험의 본인부담분이나 비급여분에 대한 급여를 실시하여 민간의료보험은 공적건강보험의 보완적 역할을 담당하고 있다.

네덜란드는 2006년 건강보험 개혁을 통해 사회보험형 민간건강보험(social private insurance)제도를 구축하였다. 강제가입인 기본보험과 임의가입형태인 보충보험으로 구성된다. 기본보험에서 모든 국민은 30여개 민간 보험 회사 중 하나를 선택하여 강제로 가입하여야 한다.

국민보건서비스(NHS) 방식을 채택하고 있는 영국에서도 전 국민의 10% 정도는 민간보험에 가입하고 있다.

다. 의료보장의 종류

1) 건강보험

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

비를 분담해줄 제도가 절실히 필요한 것이다.

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

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

가) 적용대상 및 가입자

(1) 적용대상

의료급여 수급권자, 「독립유공자 예우 등에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의하여 의료보호를 받는 자를 제외한 국내외 거주하는 국민으로서 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 대상이다.

(2) 가입자

가입자는 직장가입자와 지역가입자로 구분하며, 직장가입자는 모든 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원이며, 지역가입자는 가입자 중 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 자를 지칭하는데 주로 도시자영업자와 농어민을 말한다.

(3) 요양기관

요양기관이란 가입자 및 피부양자가 질병·부상·출산 등에 대하여 요양서비스를 받는 곳으로 다음의 기관들이 해당된다.

- 의료기관(의료법)
- 약국(약사법)

ㆍ한국희귀의약품센터(약사법)

ㆍ보건소, 보건의료원 및 보건지소(지역보건법)

ㆍ보건진료소(농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법) 등

(4) 보험급여

법적근거에 따라 법정급여와 부가급여가 있다.

법적급여에는 요양급여, 요양비, 건강검진 등이 있고, 요양급여는 가입자나 피부양자가 질병, 부상, 출산 등으로 요양기관에서 받는 의료서비스로서 현물급여를 말하며, ① 진찰·검사, ② 약제·치료재료의 지급, ③ 처치·수술 기타의 치료, ④ 예방·재활, ⑤ 입원, ⑥ 간호, ⑦ 이송이 포함된다.

부가급여로는 장제비, 상병수당, 기타의 급여를 실시할 수 있도록 되어 있으나, 시행되고 있는 부가급여(2009년부터)로는 임신·출산 진료비가 있다.

(5) 재원과 보험료

건강보험에 소요되는 재원은 보험료, 정부부담금 등에 의해 조달되며, 주된 재원은 보험료에 의한 것이다.

(6) 보험료의 산정

직장가입자의 월별 보험료액은 직장가입자의 보수월액에 보험료를 곱하여 산정한다. 직장가입자의 보험료 부담은 직장가입자의 종류에 따라 다소 차이가 있다.

구분	직장가입자	사업주	국가 또는 지방자치단체	학교경영자	국가
근로자	50%	50%			
공무원	50%		50%		
교직원	50%			30%	20%

지역가입자의 월별 보험료액은 세대단위로 산정하되, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액은 지역가입자의 소득·재산·생활수준 및 경제활동 참가율 등을 참작하여 부담능력을 점수로 표시한 보험료 부과점수에 의하여 산정한다. 즉 부과요소별 점수를 합산한 후 보험료 부과점수당 금액을 곱하여 산정한다.

지역가입자에 대한 보험료 부과는 연간 소득금액 500만원을 기준으로 보험료 부과요소를 달리 적용하고 있다.

▶ 연 소득 500만원 이하 세대

부과요소별 점수 [생활수준(재산·자동차 등) 및 경제활동참가율(성·연령)+재산(부동산, 전월세 포함)+자동차]를 합산한 보험료 부과 점수×적용 점수당 금액

▶ 연 소득 500만원 초과 세대

부과요소별 점수 [소득+재산(전월세 포함)+자동차]를 합산한 보험료 부과 점수×적용 점수당 금액

2) 산재보험

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

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

3) 의료급여

의료급여는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장해 주는 공적부조제도이다. 생활이 어려운 자란 국민기초생활보장법

에서 정한 소득평가액 기준, 부양의무자 기준에 적합한 자이고, 의료문제란 개인의 질병, 부상, 출산 등의 의료서비스를 의미한다. 의료급여는 재원이 국민으로부터 걷은 일반조세로 충당된다. 이런 점에서 국민보건서비스와 비슷하나 국민보건서비스는 대상이 국민 전체이고 의료급여는 저소득자로 제한된다는 점이다. 이러한 의료급여제도는 우리나라에서는 의료급여사업이라 하여 실시하고 있고, 미국에서는 의료부조(medicaid)라 하여 실시하며, 호주 등에서는 원주민을 위한 의료급여사업을 실시하고 있다.

우리나라의 의료급여는 1977년 의료보험의 실시와 더불어 시작되었는데 의료보호법이 의료급여법으로 전면 개정되어 2001년 10월부터 국민기초생활보장제도의 일환으로 시행되고 있으며, 2004년부터는 차상위계층 의료급여사업을 시행하고 있다. <표 9-4>는 현행 의료급여수급권자의 선정기준이다.

〈표 9-4〉 의료급여 수급권자 선정기준

유 형	선 정 기 준
1종	· 국민기초생활보장법에 의한 수급자 · 차상위 의료급여 수급권자 : 희귀난치성 질환자
2종	· 국민기초생활보장수급권자 중 의료급여 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자 · 차상위 의료급여 수급권자 : 만성질환자, 18세 미만 아동

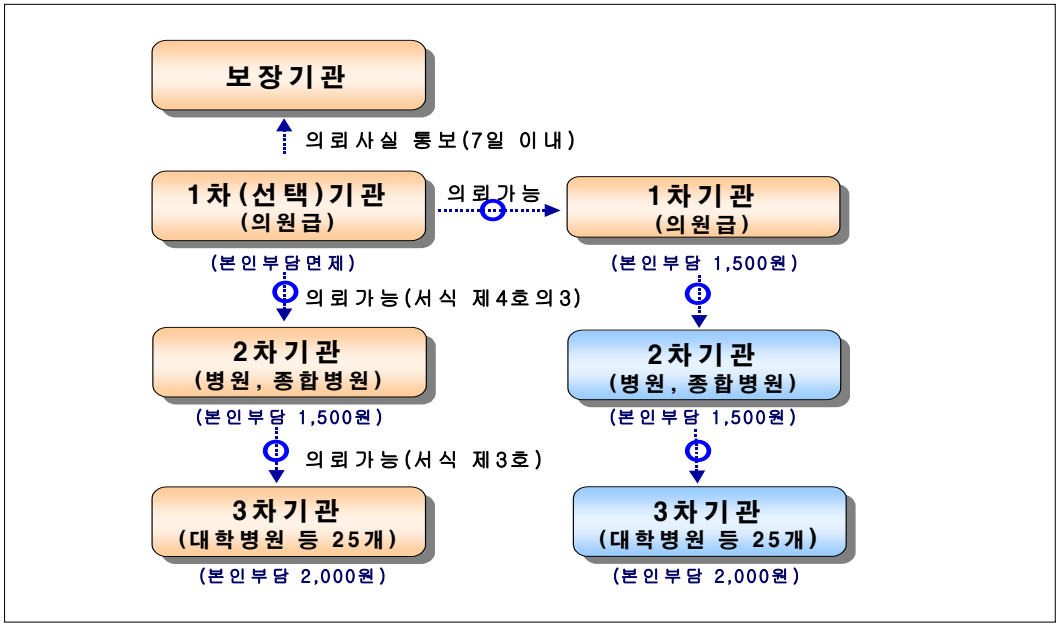
※ 출처: http://www.mw.go.kr

보건복지부는 2007년부터 의료기관 외래진료시 1종수급권자에 대해 건강생활유지비 선지원을 통한 소액 본인부담제 도입과 아울러, 여러 의료기관 이용에 따른 중복투약으로 위해발생 가능성이 높은 수급권자를 대상으로 선택병의원제를 도입하여 시행하고 있다. 선택병의원제 도입은 중복처방비율이 18.5%에 이르고, 병용금기 의약품 처방 발생건수도 건강보험가입자는 1.5%인 반면, 의료급여 수급자는 8.13%에 이르는 등 중복처방, 병용금기 약물 복용으로 인하여 약물사고에 무방비상태로 놓여 있는 수급권자의 건강관리를 집중적으로 관리할 필요가 있었기 때문이다.

〈표 9-5〉 선택병의원 선정 기준 일람표

적용대상자		급여상한일수초과자, 자발적 참여자			
구 분		제1선택 의료기관	제2선택 의료기관	제3선택의료기관 (본인부담있음)	제4선택의료기관 (본인부담있음)
일반		1차	6개월 이상 진료 필요자 1~2차	한의원 (제1·제2 선택의료급여기관을 한의원으로 지정하지 않은 경우) - 심의 불필요	치과의원 (제1·제2 선택의료급여기관을 치과의원으로 지정하지 않은 경우) - 심의 불필요
진료절차 예외자	· 희귀난치성질환자	1~3차	1~2차 심의불필요		
	· 2~3차 병원 근무자	2~3차 (본인근무지)	6개월 이상 진료 필요자 1~2차		
	· 한센병환자 · 등록장애인 · 도서벽지 지역거주자 · 국가유공자 중 상이등급자	1~2차	6개월 이상 진료 필요자 1~2차		

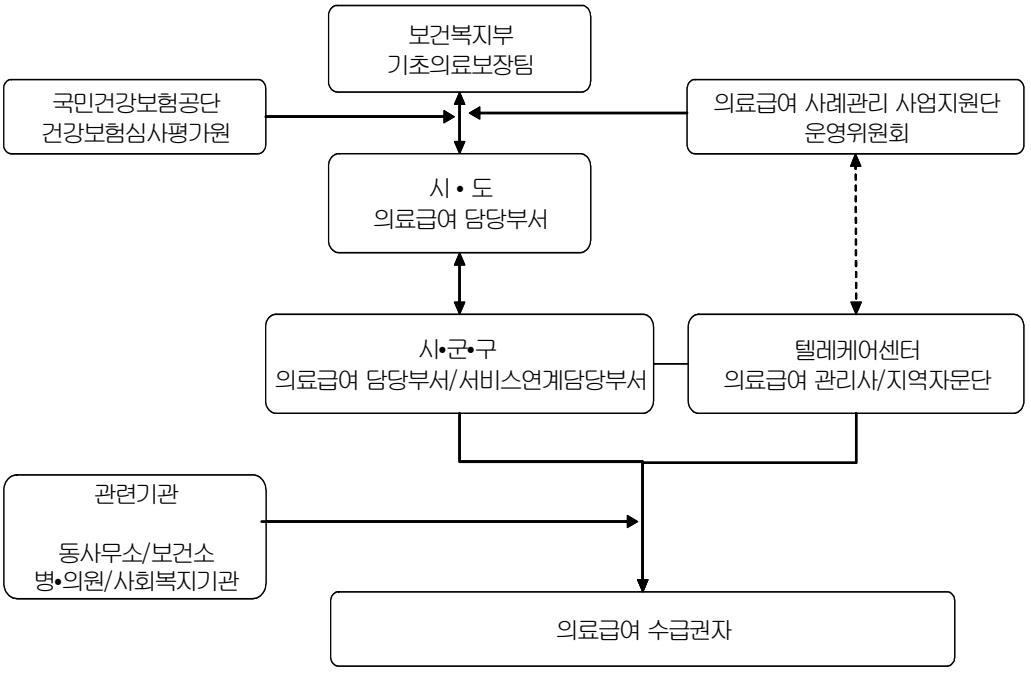
※ 출처 : http://www.mw.go.kr



※ 출처 : http://www.mw.go.kr

〈그림 9-1〉 선택병의원 이용 절차도(선택병의원이 1차의료급여기관인 경우)

그리고 의료급여수급권자의 대다수가 저학력자나 고령자가 많고, 올바른 의료이용에 대한 정보의 취약성으로 합리적 의료이용을 위한 의사결정에 전문가의 도움이 필요하고 기존 사례관리 한계를 보완하기 위하여 의료급여 사례관리 제도를 시행하고 있다. 보건과 복지의 복합적 문제를 갖고 있는 의료급여 수급권자를 대상으로 전화·방문을 이용하여 의료급여 이용 및 건강관리 상담, 보건과 복지자원 연계 등의 사례관리를 적시에 밀착 제공함으로써 수급권자의 자가 건강관리 능력을 향상시켜 삶의 질 제고 및 의료급여 재정 안정화에 기여하고자 하는 목적을 가지고 시행하고 있다. 사례관리 수행체계는 <그림 9-3>과 같다.



※ 출처 : http://www.mw.go.kr

〈그림 9-2〉 사례관리사업 수행체계도

4) 노인장기요양보험제도

가) 추진 경과

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

나) 제도 도입의 의의 및 기대 효과

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

〈표 9-6〉 노인장기요양보험제도의 기대효과

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

※ 출처 : http://www.mw.go.kr

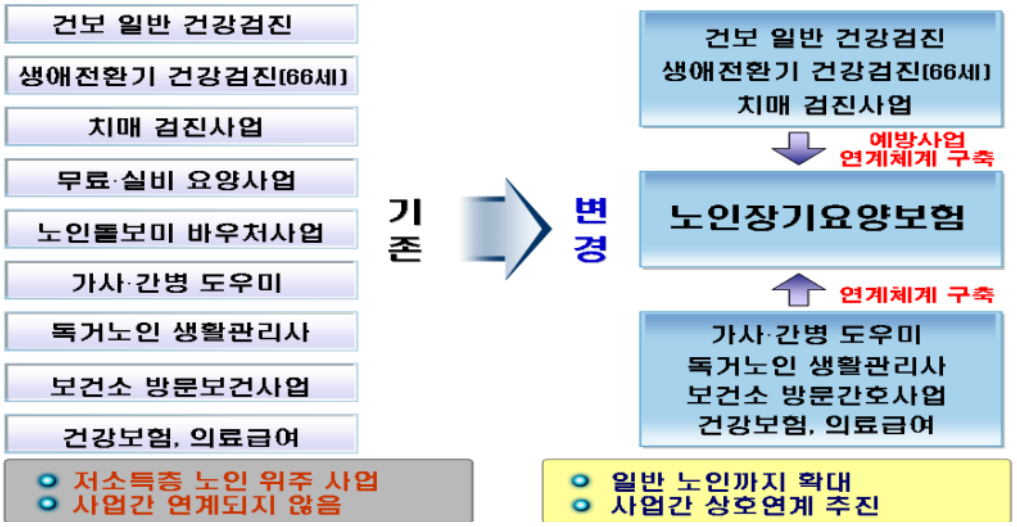
다) 제도의 주요 내용

① 급여대상

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

〈표 9-7〉 등급별 상태상

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



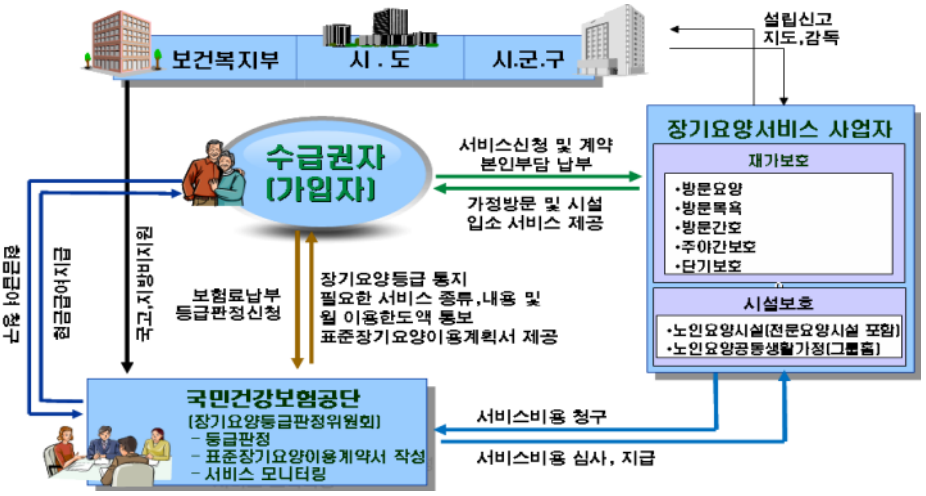
※ 출처 : http://www.mw.go.kr

〈그림 9-3〉 노인건강보장 체계도

② 장기요양인정 및 서비스 이용절차는 <그림 9-5>와 같다.

③ 급여내용

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



※ 출처 : http://www.mw.go.kr

〈그림 9-4〉 서비스 전달 및 청구·지급 체계

④ 장기요양기관(요양시설 및 재가시설의 지정 또는 신고)

- 시설급여 시설(노인복지법상 시설) 및 재가급여 시설(장기요양보험법상 시설·인력기준 적용) → 시·군·구청장의 지정 또는 신고
- 장기요양요원 : 요양보호사, 간호사 등

⑤ 관리운영 : 국민건강보험공단과 지자체 역할 분담

⑥ 재정부담

- 장기요양보험료 : 건강보험료액의 4.05%(평균 2,700원)
- 국고(보험료 예상수입액의 20%), 지방비

⑦ 본인부담율

· 재가급여를 이용할 경우, 장기요양급여비용의 15%

· 시설급여를 이용할 경우, 장기요양급여비용의 20%

· 예외

국민기초생활보장법에 의한 수급자는 본인부담금 면제

의료급여수급권자, 천재지변 등으로 보건복지부 장관이 인정하는 자는 본인부담금을 50% 경감(재가급여는 7.5%, 시설급여는 10%)

〈알면 좋아요!!!〉

○ 노인장기요양보험법의 주요 내용

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

〈5분 토론〉

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

X

진료보수 지불제도

Ⅹ. 진료보수 지불제도

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

1. 실거래가 상환제

가. 실거래가 상환제도의 개요

1) 정책목표

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

나) 제약업소로 하여금 약가 차액에 의한 경쟁이 아닌 품질에 의한 경쟁을 유

도하여 양질의 의약품 생산 및 신약개발을 위한 R&D 투자동기를 부여하고, 제약산업의 육성과 국제경쟁력 강화에 기여할 수 있어야 한다.

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

나. 종전 보험약가제도의 문제점

1) 정부가 고시한 보험약가와 요양기관의 보험의약품 실구입가 간에 약가 차액이 의료보험 재정에 환원되지 않고 불투명하게 요양기관의 몫이 되고 있어 국민은 저가거래에 따른 직접적인 혜택을 얻지 못하였다.
2) 약가 차액으로 인한 이윤 확보를 위하여 과잉투약 및 보험재정누수 가능성이 상존하고, 의약분업 등 의약관련 개혁정책의 정상추진에 장애가 되었다.
3) 사후관리에 따른 약가 인하를 막으려는 보험의약품 거래당사자 간의 담합으로 의약품 유통단계에서 음성적인 뒷거래, 이면계약, 덤핑 등 보험의약품 거래의 불공정 행위가 만연하였다.
4) 의약품 공급자인 제약업소들은 업체 간의 과당 경쟁으로 인해 저가공급에 따른 약가 차액 제공 등으로 가격경쟁이 심화되어 연구·개발 등의 투자의욕 감소로 제약기업의 국제경쟁력이 약화되는 요인으로 작용될 소지가 있었다.

다. 퇴장방지 의약품의 선정 및 관리

1) 기본방향

가) 적절한 약제사용 유도로 의료보험 재정 절감효과 기대
나) 필수의약품의 퇴장방지를 위한 적절한 생산원가 보상
다) 진료비 청구 및 심사업무 관련 행정비용의 최소화

2) 퇴장방지의약품 선정

가) 고가약제의 대체효과가 있어 비용-효과적인 측면에서 특별히 관리해야 할 필수의약품
나) 기준약가의 보상기준이 미흡하여 품절 가능성이 있거나 생산을 기피하여 환자 진료에 지장을 초래할 우려가 있는 품목
다) 고가약제 대체효과 유무 및 생산원가 미달 여부에 따라 사용장려비용제도 의약품, 생산원가 보전의약품, 사용장려비용 제공 및 생산원가 보전의약품으로 구분

3) 퇴장방지의약품의 관리

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

라. 기대효과

1) 의료보험 약가 정상화

가) 실거래가와 고시가의 차액을 제거함으로써 소비자인 국민에게 직접적인 혜택을 주게 되므로 보험재정 및 국민의료비 절감에 기여
나) 의약품거래의 투명성 확보
다) 요양기관에 의약품 제반관리비용 등 적정 금액을 수가로 보전해줌으로써 의약품의 건전한 거래질서 유도 가능
라) 의약품 가격의 상환이 실구입가에 근거하여 이루어짐으로써 보험약가의 책정 및 사후관리의 적정성 문제 보완

2) 의료서비스 질 향상 및 의약품 오·남용 방지

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

3) 제약산업의 발전으로 국제경쟁력 강화에 기여

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

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

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

5) 의약분업 등 의약관련 정책의 정상추진을 위한 토대 마련

2. 상대가치 수가제

가. 상대가치 수가제도 도입 경과

1) 상대가치 수가제도 도입의 배경이 된 의료보험 수가의 문제점

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

2) 상대가치 수가제도란?

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

※ 미국에서는 '92. 1. 1부터 Medicare의「의사 행위료」상환제도의 수가 산정 모형으로 활용하고 있음.

수가 = (상대가치 의사업무량 + 상대가치 진료비용) × 환산지수

나. 활용방안

1) 자원기준 상대가치 수가제도를 진료수가계약제 도입 시 수가모형으로 도입

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

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

3. 행위별 수가제(Fee-For-Service)

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

일본의 점수제(point system)는 행위별 수가제와 비슷하며 이 방법은 1회의 진료를 모든 항목에 대하여 세분화시켜 기본진료들을 2,000~3,000개의 진료행위별로 항목을 두고서 여기에 해당 행위에 대하여 각 점수를 주고 이것을 합산하여 총 점수에 일정금액을 곱하여 총 진료비를 산출하는 제도이다. 점수의 산정기준은

행위의 난이도, 행위의 소요시간, 행위빈도(사용빈도)등을 복합적으로 고려하여 요금을 책정한다.

가. 행위별 수가제의 장점

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

나. 행위별 수가제의 단점

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

4. 포괄수가제(Case Payment)

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

가. 포괄수가제의 장점

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

나. 포괄수가제의 단점

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

5. 인두제(Capitation)

행위별 수가제와 반대되는 제도로서 등록환자 수나 실 이용자 수를 기준으로 진료수가가 결정되며 서비스의 내용과 수가가 전혀 무관하다. 즉 등록환자 또는 사람 수에 따라 일정액을 보상받는 방식이다. 인두제는 지역사회 등 1차 기관에 적합하다.

가. 인두제의 장점

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

나. 인두제의 단점

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

6. 봉급제(Salary)

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

가. 봉급제의 장점

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

나. 봉급제의 단점

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

7. 총액계약제(Collective Payment Based On Negotiation)

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

가. 총액계약제의 장점

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

나. 총액계약제의 단점

1) 첨단의료서비스 도입의 동기가 상실될 우려가 있다.

2) 매년 진료비 계약을 둘러싼 교섭의 어려움으로 의료공급의 혼란을 초래할 우려가 있다.

<표 10-1>은 진료보수 제도의 장·단점을 정리 한 내용이다.

〈표 10-1〉 진료보수제도의 장단점

진료보수제도	장 점	단 점
행위별 수가제	·의료인과 환자간의 신뢰가 높다. ·의사의 환자에 대한 책임감이 높다. ·의사의 자율성이 보장된다. ·전문적 진료에 적합하며 의학 발전을 촉진시킨다. ·근무시간이 길어 서비스를 받을 기회가 증가한다.	·과잉진료로 의료비가 증가 한다. ·유형적인 진료에 치중한다. ·환자를 계속해서 치료하려고 한다. ·단가가 높아 고급의료에만 치중한다. ·인기·비인기 진료과목의 구별이 생긴다. ·의료의 자본주의화를 초래 한다. ·행정관리비가 많이 든다.
인두제	·계산이 간단하여 행정관리비가 절감된다. ·예방의료를 조장한다. ·의료인의 수입이 평균화되어 지나친 경쟁이 지양된다.	·과소진료의 소지가 있다. ·후송환자가 많아져 2차 진료기관에서 대기 시간이 길어진다. ·의료기술발달에 크게 기여하지 못한다.
봉급제	·동료감시(peer review)가 가능해 의료의 질이 향상된다. ·진료의 양이 크게 증가하지 않는다. ·시간과 수입이 안정으로 연구 기회가 많다. ·조작화된 진료에 적합하고 젊은 층이 선호한다.	·서비스가 관련적인 형태로 제공된다. ·자율성이 결여되어 있다. ·시간제 근무이므로 진료의 계속성 유지가 곤란하다. ·보수나 승진의 불만으로 조직 이탈이 생긴다.
포괄 수가제	·과잉진료를 방지하여 의료비의 상승을 억제 할 수 있다. ·환자의 치료속도가 빠르다.	·합병증이 생기거나 신기술, 신의약품에의 적용이 곤란하다. ·치료의 난이도를 고려하고 있지 않다.

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

XI

WTO DDA

Ⅺ. WTO DDA

1. WTO DDA협상 진행절차 및 경과

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

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

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

세계무역기구(WTO)는 2001년 11월 카타르 도하에서 열린 제4차 각료회의에서 '도하개발아젠다(DDA)'를 채택하고, 2002년부터 3년간 보건의료서비스 시장개방을 비롯 각 의제별로 협상을 진행하기로 의결했다. 의료를 포함한 서비스

협정의 12개 개방요구분야에는 금융, 통신, 시청각, 법률, 교육, 에너지 등이 포함되며 각국은 2002년 6월 30일까지 서비스 분야 개방 요구사항을 제출하고, 2003년 3월 31일까지 양허안을 마련하는 협상을 진행하기로 합의하였다. 협상이 시한 내 종결될 경우, 협상결과는 2005년 각국의 구내준비절차를 거쳐 2006년부터 상대관련국과 단계적 협상을 거쳐 점차 확대 시행될 전망이다.

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

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

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

2. WTO DDA 서비스협상의 배경

가. GATS(General Agreement on Trade in Services)

GATS(General Agreement on Trade in Services)는 1947년에 형성되어 공산품과 일부 농산물에 대한 국제 무역을 규제하였다. 1986-1993년 우루과이라운드를 통해서

1995년 WTO가 창설되고 GATT는 생산기준, 투자, 지적재산권, 서비스교역에까지 확장되어 GATS를 탄생시켰다. WTO는 분쟁협상기구, 협상과 규칙을 만드는 포럼으로서 기능하며 무역협정의 기능을 포괄하는 더 강력한 힘을 갖는다. WTO출범 이후 GATS는 서비스 교역을 다루는 가장 포괄적이고 강력한 협정이 되었다.

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

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

1) GATS원칙

GATS의 서비스교역과 관련한 주요한 원칙은 다음과 같다.

가) 내국민대우(National Treatment)

외국인 공급자와 내국인 공급자를 동등하게 대우한다는 원칙이다.

나) 시장접근(Market Access)

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

다) 최혜국대우(Most Favoured Nation Treatment)

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

라) 투명성(Transparency)

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

2) 도하개발아젠다 협상구조

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

3. 의료서비스 개방 공급유형

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

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

한 국가에서 다른 국가로 공급되는 서비스를 의미한다(예: 원격 진료 및 간호서비스 등).

나. 해외소비(Consumption abroad, Mode 2)

한 국가의 개인 또는 기업이 다른 나라에서 서비스를 이용하는 것을 의미한다

(예: 환자가 해외에 나가 치료를 받는 것, 우리나라가 조산서비스나 산후조리서비스에 경쟁력이 있다면 다른 나라 환자를 우리나라에 유치할 수 있음).

다. 상업적 주재(Commercial presence, Mode 3)

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

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

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

〈깊이 사고하기〉

WTO DDA에 따른 의료서비스 개방 대응 전략에 대해 토의하시오.

〈여러분 잠깐만?〉

인간을 공격하는 치명적인 무기!! 궁금하시다구요? 그러면 P.188로~

XII

보건산업

Ⅻ. 보건산업

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

1. 보건산업정책

가. 보건의료산업 개요

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

나. 보건의료시장의 환경변화

거대 다국적기업 중심으로 세계시장 집중현상이 심화되고 있으며, 선진국은 보건산업에 대한 허가·심사·품질에 대한 공통 규범 확산을 통해 후발국가·기업의 세계시장 진입 장벽으로 활용하고 있다. 또한 생명공학·IT기술의 접목 강화를 통한 신기술을 활발하게 개발하고 있으며, 신기술을 이용한 '맞춤 의료(personalized medicine)' 시대가 도래하고 있다. 앞으로 보건의료산업시장은 건강에 대한 수요 증대 및 다양화, 고령화 사회로의 진입, 소득 증대 등으로 보건의

료수요가 팽창할 뿐 아니라, 종합적 건강관리, 맞춤 의료, 재택의료 등 다양한 의료수요가 발생할 것으로 예측하고 있다.

다. 세계 보건의료산업 동향

세계화된 보건의료시장에서 선두주자는 이득 및 규모의 경제를 실현하기 위해 연구·개발에 집중 투자하고 있으며, 특히 국가 차원의 투자 증대로 고부가가치 창출을 위한 보건의료산업화를 추진하고 있다<표 12-1>.

〈표 12-1〉 세계보건의료산업화 추진 현황

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

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

라. 해외환자 유치 활성화

의료관광을 포함한 국제의료 시장 규모는 급속한 성장세를 보이고 있다. 의료관광 시장은 2004년 400억불에서 2012년 1,000억불 규모로 예상(McKinsey&Company)하고 있으며, 미국인 환자의 미국 외 진료는 2007년 75만명에서 2010년 6백만명으로 추정하고 있다(Deloitte, 2008). 아직까지 우리나라의 해외환자 유치는 태국,

싱가포르 등에 비해 경쟁국의 1/10수준인 현실이다.

그러나 우리나라의 의료기술은 선진국의 80~90% 수준으로 심혈관질환, 특정암 및 성형, 치과 분야는 세계 최고 수준으로 가격경쟁력도 선진국에 비해 우위를 차지하고 있다. 고부가가치 중증환자 집중 유치 및 성형, 치과 등 관광과 연계한다면 가격경쟁력(한국 100)은 미국 338, 일본 149, 싱가포르 105, 태국 66, 인도 53(2006년)을 보인다.

이에, 우리나라는 2013년 해외환자 20만명 유지를 목표로 국제의료를 집중 육성하고 있다.

구 분	2010	2011	2012	2013	2014
환자 유치목표	8만명	11만명	15만명	20만명	30만명
진료수익(억원)	850	1,320	2,034	3,065	5,196
관광수익(억원)	224	308	420	560	840
고용유발효과(누적)	1,273명	1,911명	2,854명	4,179명	6,902명

※ '09년 해외환자 평균진료비, 동반자 지출경비 등 감안하여 산출(보건산업진흥원)

1) 주요 추진정책

민간 주도로 추진하되 시장실패 영역 등은 정부가 지원하는 것을 기본 방향으로 하여, 2009년 경험을 토대로 타겟국가별 차별화된 마케팅, 선도기업육성 등을 통한 유치역량 강화, 외국인 친화적 환경조성에 주력한다. 또한 한국 의료브랜드(Medical Korea)의 해외 미디어 노출을 강화하도록 하며, 지역 선도 우수 의료기술을 육성하여, 특화된 의료기술과 관광의 융복합을 통한 지역단위 유치역량을 강화하도록 한다.

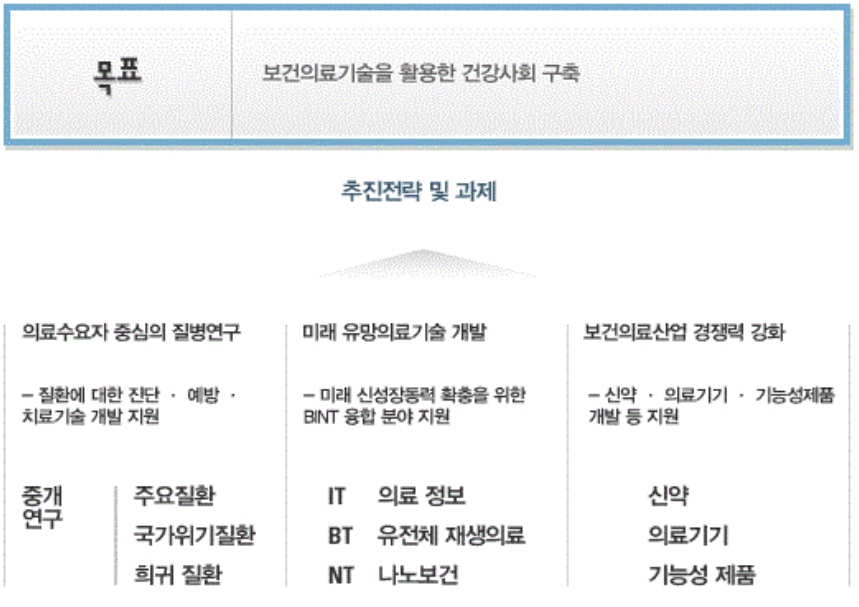
의료사고 분쟁 예방을 위해 메디컬 콜센터(1577-129)에서 5개 언어로 24시간 외국인 환자를 안내하고 불만처리를 지원하며, 대표홈페이지와 연계한 서비스를 강화하는 등 유치기관 교육을 강화한다. 의료전문통역사, 병원국제마케터, 국내거주 외국의료인 진료코디네이터 등을 양성하도록 한다.

2. 보건산업기술

가. 보건의료기술 진흥 사업 추진배경

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

나. 사업 목표 및 추진 방향



※ 자료출처 : www.mw.go.kr

〈그림 12-1〉 보건의료기술진흥사업 목표

다. 사업내용

1) 의약품 및 의료기기산업 육성

○ 한미 FTA 대책인『제약산업 경쟁력 강화방안』추진으로 향후 10년간 약 1조원 투자계획
- 신약개발 R&D지원, 해외시장 진출 촉진, 제약인프라 선진화 등

○ 의료기기 관리제도와 기술 규격 국제화 및 첨단의료기기 개발 집중 지원 계획
- 의료기기 임상시험센터 지정, 해외진출 지원, 첨단의료기기 개발 지원 등

2) 보건의료 R&D 중장기계획 수립

가) 보건의료 R&D 중장기계획 추진전략

○ 질환·예방중심의 보건의료 R&D 지원시스템 구축

○ 보건의료 R&D 전주기적 조정·관리체계 정비

○ 선택과 집중에 의한 투자 전략화 및 수익창출

나) 보건의료기술 연구개발 지원

○ 의료수요자 중심의 질병연구
- 중개연구 지원 : 질병지향적이고, 환자적용을 목적으로 한 창의적 연구를 통해 질병의 진단·치료·예방기술 향상 위한 연구 지원
- 희귀난치 연구 지원 : 희귀질환의 예방·진단·치료를 위한 지식기반 확립 및 진단·치료기술 향상
- 임상연구 : 근거중심의 진료지침 개발과 의료서비스의 균형발전을 위한 임상네트워크 구축

○ 보건의료산업 경쟁력 강화
- 신약개발 지원 : 기초, 응용, 개발연구단계 전 과정의 신약개발 R&D 지원 및 역량확보를 통한 글로벌 제약기업 육성
- 면역백신개발 지원 : 해외 의존성이 절대적인 백신의 자체개발을 위한 독자적 국내 생산체계 구축으로 안정적 백신공급 지원

- 임상시험 인프라 구축 지원 : 국가임상시험사업단을 통한 신약 개발 임상시험 인프라 구축

다) 미래 신산업 창출을 위한 병원중심 연구기반 조성

라) 기초연구의 성과를 활용하여 환자의 임상적용이 가능한 세계적 수준의 신의료기술 개발을 위해 연구중심병원 지원

○ 진료 중심에서 탈피하여 병원의 우수한 인프라, 풍부한 임상정보를 실용화와 연계하여 새로운 부가가치 창출

3. 생명안전윤리

가. 생명윤리·안전 인프라 구축

1) 정책 목표

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

2) 법적 근거

이는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 법적 근거를 두고 있다.

○ 2004년 1월 29일 제정되고 2005년 1월 1일 발효

○ 주요내용

- 국가생명윤리심의위원회 및 기관생명윤리심의위원회 구성·운영
- 인간복제 및 이종 간의 착상 등 금지
- 배아생성의료기관 및 배아연구기관의 지정·등록 및 관리
- 유전자검사, 유전정보 등의 보호 및 이용, 유전자치료 관련 기관 준수사항 및 관리 등

3) 인프라 구축 내용

가) 국가생명윤리심의위원회 구성·운영

○ 과학계·윤리계 각각 7명의 민간위원과 관계부처 6개 장관 등 총 20명의 위원으로 구성

○ 국가의 생명윤리 및 안전에 관한 정책 수립에 관하여 심의 및 자문위원회 산하에 위원회 안건의 효율적인 심의를 위해 5개 분야별 전문위원회가 구성되어 활동

○ 생명윤리안전정책, 인공수정, 배아연구, 유전자, 생명윤리교육평가 전문위원회

나) 기관생명윤리심의위원회(IRB) 운영 지원

○ 배아생성의료기관, 유전자은행 등 생명윤리법의 적용을 받는 기관들은 자체 기관 내에 기관위원회를 설치하여야 하고, 법상 규정된 연구·치료 등을 수행할 경우 생명과학기술의 윤리적·과학적 타당성에 대한 심의를 거쳐야 함.

- 형식적 운영을 지양하기 위해 비전문가 및 외부인사 1인 포함
- 연구자들의 자율성과 기관의 자발성에 기초한 IRB의 건실한 운영을 위해 제도 정립 및 전문가 양성, 교육·홍보 등 추진

다) 배아생성 및 배아연구의 윤리 및 안전 확보

○ 임신 외 목적의 배아생성행위 금지

- 배아생성은 임신목적으로만 예외적으로 허용
- 이종 간의 착상 및 이종 간의 체세포핵이식 행위 금지
- 정자·난자의 유상제공 금지

○ 배아 연구(체세포복제배아 포함)는 국가 승인 및 관리 하에 실시

- 배아연구는 불임치료, 희귀·난치병의 치료를 위한 연구 등으로 제한
- 배아나 체세포복제배아를 연구하기 위해서는 복지부에 기관등록 및 연구계획서의 승인을 얻어야 함

- 연구에 이용할 수 있는 배아는 인공수정으로 생성된 배아 중 보존기간이 경과된 잔여배아 가운데 정자·난자 제공자 등 동의권자가 연구에 동의한 것들로 한정

라) 유전자 검사, 유전정보 보호 및 유전자 치료

○ 게놈프로젝트 이후 유전정보 활용 불치·난치병 치료 기대, 유전자 검사의 정확성, 유전정보의 누출, 유전정보에 의한 차별, 유전자 치료의 윤리적 타당성 및 안전성 확보 여부 등에 대한 논란

○ 유전자 검사 및 연구, 유전자은행, 유전자 치료 등의 윤리·안전성 확보 제도 운영

- 과학적 입증이 불확실하여 검사대상자를 오도할 우려가 있는 신체외관, 성격에 관한 유전자 검사 등 금지
- 유전자 검사 및 치료 관련 기관은 복지부 신고 후 운영
- 유전정보에 의한 차별금지, 유전정보 등의 보호 의무 부여 등

마) 유전자변형생물체(LMO) 등 생물안전 관리

○ 생명공학기술 발전에 따른 유전자변형생물체의 개발로 인한 사회·경제적 이익의 증대와 더불어 유전자변형생물체로 인한 위해성에 대한 우려 또한 커지고 있어 유전자변형생물체에 대한 효과적인 안전성 평가 및 관리시스템 확립 필요

- 유전자변형생물체로 인한 국민의 건강에 미치는 위해를 사전에 방지하고, 안전한 생명공학(BT)산업의 지속적 발전을 도모하기 위하여 유전자변형생물체 안전관리체계를 구축 중

○ 08년 1월 1일 LMO법 시행에 따라 유전자변형생물체 보건안전관리계획을 수립하여 시행('08.5)

- 보건의료용 유전자변형생물체의 인체위해성 심사·수입승인 등 유전자변형생물체 이용에 대한 안전관리를 수행
- 미승인 LMO의 철저한 차단을 통한 안전한 수출입 관리
- 연구·개발 단계에서의 유전자변형생물체 이용 및 생물안전 연구시설 허가를 통한 안전관리를 수행

- 국제적 수준의 생물안전 연구시설의 저감화 기술 확보
- 생물안전성 정보수집 및 기관생물안전위원회 운영 활성화 등

바) 인체유래 생물자원 종합관리 추진

○ 생명윤리 및 안전에 관한 법률을 기초로 인체유래 생물자원에 대한 종합관리 체계 구축·추진

- 충분한 양의 인체유래 생물자원 확보 및 활용을 촉진하는 Biobank 지원
- 연구자 누구에게나 인체유래 생물자원 및 정보 공유가 가능한 연계 체계 구축



※ 자료출처 : www.mw.go.kr

〈그림 12-2〉 생명윤리·안전확보 추진체계

4. 보건의료정보

가. 보건의료 정보화 사업목적

○ 국민 모두에게 언제, 어디서나 질 높은 의료서비스 이용의 편리성과 효율성 보장

- 보건의료기관의 업무 효율화, 유관기관과 전자적 정보교류체계 강화를 통한 공공보건의료 서비스 질 향상
- 보건의료 소비자의 다양한 요구 및 의료 환경변화에 대응할 수 있는 선진의료서비스 체계 마련 및 양질의 서비스 제공
- U-Health서비스 등 보건의료 정보산업을 국제 경쟁력을 갖춘 고부가가치 산업으로 육성



※ 자료출처 : www.mw.go.kr

〈그림 12-3〉 보건의료정보화 목표도

나. 주요 사업내용

○ 공공보건기관 정보화

- 보건기관의 업무 효율화, 유관기관과 전자적 정보교류체계 강화를 통한 공공보건의료 서비스 질 향상
- 전국 3,500여개 보건기관 대상 진료, 보건사업, 보건행정 등 보건기관 업무를 웹방식 표준형 통합정보시스템으로 구축 및 전국 확산

○ 공공의료기관 정보화

- 낙후된 병원정보시스템 선진화, 공공의료 연계기능 강화를 통해 양질의 의료서비스를 신속·편리하게 제공하기 위한 기반 구축
- 국립대병원, 지방공사의료원 등 공공의료기관을 대상으로 유형별 OCS(처방전달시스템), EMR(전자의무기록)시스템 등 차세대 병원정보시스템 개발·확산 지원

○ U-Health 활성화

- 다양한 IT 기술을 보건의료 서비스에 접목하여 보건의료 소비자의 요구에 부응하는 U-Health 서비스 모델 연구 및 발굴
- U-Health에 대한 직접적인 수요촉발이 가능한 선도 모델 발굴 및 상용화 전략을 제시하여 신규 시장 수요 창출 및 기술 개발 촉진
- U-Health 서비스의 안전성, 유효성 및 경제성 등에 대한 시험·검증을 통해 관련 법·제도 기반 마련

다. 기대효과

○ 보건의료서비스의 안전성, 효율성, 편의성 및 질 향상

- EHR(전자건강기록) 활용을 통한 의료사고 및 대기시간 감소
- 평생건강관리서비스로 만성질환자 등의 사망 감소 및 의료비 절감

○ 보건의료 정보산업 활성화

- U-Health 산업 확대, 부가가치 창출, 생산·고용 유발

라. U-Health 활성화

1) 사업개요

○ 목적 : 첨단 IT기술을 활용하여 의료접근성 및 편의성을 제고하고 의료서비스 전달체계를 효율화

- 의료취약지역에 대한 원격의료 서비스 제공으로 의료불평등 해소
- 성장잠재력이 높은 의료서비스 산업에 첨단 IT 기술을 융합하여 고부가가치 미래 신성장동력산업으로 육성

〈U-Health란?〉

네트워크 또는 휴대용 진단센서를 통해 환자의 건강정보를 실시간으로 모니터링하고, 해당 데이터를 활용하여 '언제, 어디서나' 원격진료 및 건강관리 서비스를 제공하는 의료환경을 말한다.



※ 자료출처 : www.mw.go.kr

〈그림 12-4〉 U-Health 개념도

2) 주요 사업내용

○ 「U-Health 활성화 종합계획」 수립('08년)
- 국가적 차원의 중장기 비전 및 단계적 실천계획(Action Plan) 수립

○ 보건복지부 주관으로 범부처 차원의 「U-Health 활성화 협의체」를 구성('08.7월~'12년)하여 정책개발 및 지원기능 강화(행정안전부, 문화체육관광부, 지식경제부, 국토해양부, 식품의약품안전청 참여)

3) U-Health 추진사례

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

〈표 12-2〉 주요선진국의 U-Health 추진사례

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

※ 자료출처 : www.mw.go.kr

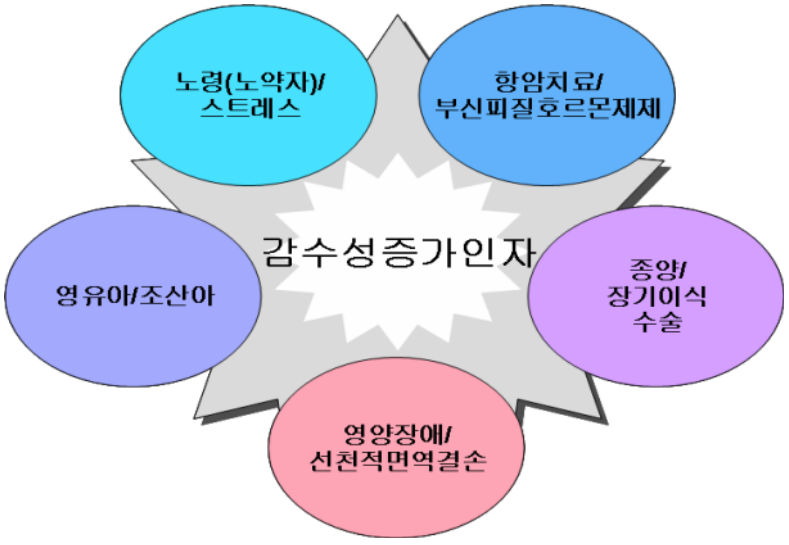
〈깊이 사고하기〉

여러분!! 잠깐만!!!

인간을 공격하는 치명적 무기(?) '수퍼 박테리아'를 아시나요?

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

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



〈그림 12-5〉 질병에 관한 감수성 증가인자

원래 세균은 염색약에 반응하는 색깔에 따라 그람양성균과 그람음성균으로 나뉜다. 이 중에서 그람양성균의 대표적인 세균은 급성식중독을 일으키는 것으로 유명한 Staphylococcus aureus(황색포도상구균)인데 Methicillin(메티실린)이라는 페니실린계 항생제로 치료한다.

그런데 이 메티실린에 듣지 않는 황색포도상구균이 등장했으니 이것이 바로 MRSA다. MRSA(MRSA; Methicillin Resisitant Staphylococcus Aureus)의 치료는 Vancomicin(반코마이신)이라는 항생제로 하게 되는데 이 반코마이신에도 듣지 않는 포도상구균(VRSA)과 장구균(VRE)까지 등장하였다.

항생제 내성균주의 인체에 대한 피해를 살펴보면, '미국의학협회지'에 실린 질병통제예방센터의 실태 조사 논문에서, '수퍼 박테리아'로 불리는 '메티실린 내성 황색 포도구균' 감염 사망자가 2005년 1만 8,650명에 이르는 것으로 나타났다. 또 이 해에 10만명당 31.8명꼴인 9만4,360명이 심각한 감염을 겪었으며, 같은 해 미국의 에이즈 관련 사망자는 1만2,500명이다. 흑인과 남성, 노인과 어린이를 주로 표적으로 삼는 메티실린 내성 황색 포도구균은 이번 조사에서 85%가 병원을 비롯한 치료기관에서 감염이 이뤄지는 것으로 나타났다. 일상적 접촉만으로 감염이 될 수 있는 이 균은 폐렴이나 생명을 앗을 정도의 합병증으로 악명이 높다. 의학자들은 지나친 항생제 사용이 생태계에 공백을 만들어 항생제가 듣지 않는 이 균을 창궐하게 만들었다고 지적하고 있다.

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

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

〈부록 1〉 공공보건의료사업 계획(예시)

1. 공공보건의료사업 계획

1.1 사업명

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

1.2 사업목표

1) 일반적 목적

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

(예 시)

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

2) 구체적 목표

○ 1년간 사업을 통해서 달성하고자 하는 목표를 구체적이고 계량적으로 제시

○ 목표를 구체적이고 계량적으로 제시할 때 현재의 수준을 기술하고, 이 수준에서 어느 수준까지 향상시킬 것인지에 대하여 기술할 것.

○ 투입, 산출, 결과 측면에서 사업의 목표를 기술할 것.

- 투입(input) 목표 : 사업기반조성에 관한 지표로 인력, 예산, 시설, 장비 등의 변화
- 산출(output) 목표 : 의도하는 사업량(activity)
- 결과(outcome) 목표 : 사업의 결과 나타나는 건강수준이나 건강 결정요인의 변화

[참고] 투입-산출-결과 목표의 예

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

1.3 사업대상

1) 대상자 선정 기준

○ 지역, 연령층, 질병특성, 계층 및 기타 특성 등을 고려하여 구체적이고 계량적으로 제시함.

○ 실제 접근 가능한 대상을 선정함.

- 정의 가능한 구체적 대상이 선정된 경우에 이들에 대하여 어떠한 접근방

식을 통해 사업을 수행하느냐에 따라 실제 사업수행 대상자가 달라짐. 예를 들면, 데이케어를 하는데, 보건소 등 인근지역의 보건기관을 통해 의뢰 받은 환자에 대하여 데이케어사업을 하겠다고 하는 경우, 내원한 환자 및 보호자를 대상으로 환자를 발견하여 발견된 환자에 대하여 데이케어사업을 하는 경우, 지역주민을 대상으로 데이케어사업에 대한 홍보를 통하여 병원에 내원한 환자를 대상으로 데이케어사업을 하는 경우 등에 따라서 접근 가능한 대상이 달라짐. 사업수행 방식에 따라 접근 가능한 대상을 가능한 구체적이고 계량적인 수치로 명기할 것.

○ 실제 사업에 참여할 대상자를 추정하여 제시하도록 함.

- 접근 가능한 대상이 선정된 경우에도 예산, 조직, 인력 등의 사업수행주체의 역량, 사업수행 방식, 대상자의 참여 동기에 따라서 실제 사업 참여 대상은 가변적임. 여러 가지 관내 행정자료와 2차 자료를 활용하여, 사업수행 계획에 근거한 실제 사업에 참여할 대상자를 추정해서 제시해야 함. 사업 참여 대상에 제시된 수치를 근거로 하여 이후 중간 및 사후 평가가 이루어질 것임.

(예 시)

<table>
<tr><th>구분</th><th>내 용</th><th colspan="2">대상자 추계</th></tr>
<tr><td>지역</td><td>00시 거주자</td><td colspan="2">500,000명</td></tr>
<tr><td>연령</td><td>60세 이상 노인</td><td colspan="2">30,000명</td></tr>
<tr><td>질병</td><td>당뇨병 환자</td><td colspan="2">12,500명</td></tr>
<tr><td>계층</td><td>-</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td rowspan="3">기타
특성</td><td>본원에 내원하여 입원 및 외래 진료를 받은 당뇨병 관리 대상자</td><td>500명</td><td rowspan="3">900명</td></tr>
<tr><td>보건소 및 타 기관에서 의뢰된 환자</td><td>300명</td></tr>
<tr><td>관리 대상자 본인 혹은 가족이 직접 관리센터로 등록하는 경우</td><td>100명</td></tr>
</table>

(예 시)

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

1.4 사업 내용

○ 사업 내용은 사업 목표를 달성할 수 있는 내용을 구체적으로 기술함.

○ 세부 사업별로 가능한 수준에서 다음과 같은 항목들을 포함하되, 계획을 입안하지 않은 자가 사업을 수행하더라도 혼란이 없을 정도로 구체적이며 객관적으로 작성함.

① 세부 사업명

② 사업 대상

③ 현황 및 문제점(사업의 필요성)

- 사업 수행과 관련된 현황 및 문제점을 진단, 분석하여 제시함.

④ 추진 전략

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

⑤ 사업량

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

⑥ 사업수행인력

- 사업대상에게 누가 서비스를 제공할 것인지에 대하여 기술함.

⑦ 사업수행시기

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

(예 시)

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

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

〈부록 2〉

Ⅰ. 보건복지 관련 지난 4년간의 정책평가

1. 분야별 정책성과

가. 사회복지

1 대상별·생애주기별 사회안전망 강화

○ 아동·노인·장애인 등 대상별 특성에 맞는 새로운 소득보장 및 돌봄서비스 제도 도입 등 복지 제도의 기본 틀 완비

〈주요 복지제도 도입 사례〉

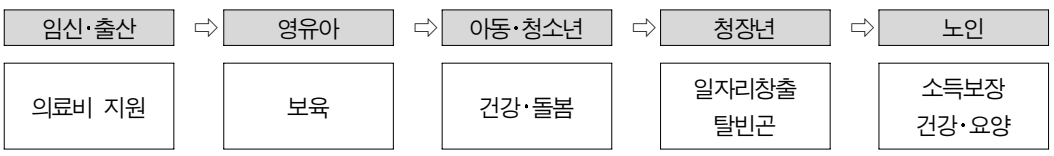
① 장애인연금('10.7월) 및 활동지원제도 시행('11.10월)
- 중증장애인의 소득보장, 자립생활과 사회참여 지원을 위하여 근거 법률 제정, 기존 제도(장애수당, 활동보조사업) 확대·개편

② 양육수당 도입('09.7월)
- 만3세 미만 차상위계층 아동을 대상으로 월 10~20만원 지급, 어린이집을 이용하지 않는 가구의 양육부담 경감

○ '08~'09년 경제위기 시 복지 재정지출을 신속하게 확대(한시생계보호, 긴급복지지원 등)하여 서민생활안정 및 위기 극복에 기여

○ 복지사각지대 전국 일제조사('11.5~6월)를 통해 비정형적 복지대상자 발굴, 긴급복지·기초수급·민간후원 등 지원으로 사각지대 해소

○ 출산부터 노후까지 생애단계별로 꼭 필요한 복지수요를 충족하는 생애주기별(Life Cycle) 복지제도 구축



2 전달체계를 확대·개편하여 '맞춤형 복지' 구현

○ 사회복지통합관리망(행복e음) 구축('10.1월)을 통해 복지자원이 누락·중복 없이 필요한 사람에게 골고루 배분될 수 있는 기반 구축

* 정확한 복지대상자 선정으로 재정누수 방지('11.6월까지 부정수급 중지로 약 7,349억원 절감), 업무 간소화·효율화(자산조사 기간 60일→14일, 제출 서류 37종→6종) 등 성과

○ 복지담당공무원 충원('14년까지 7천명) 등 전달체계 개편을 통해 보건·복지·고용 등 서비스를 통합 제공할 수 있는 지역복지 기반 마련

○ 4대 사회보험 징수통합 실시('11.1월)로 업무 효율화 및 사업비 절감, 국민들의 보험료 납부절차 간소화 등 달성

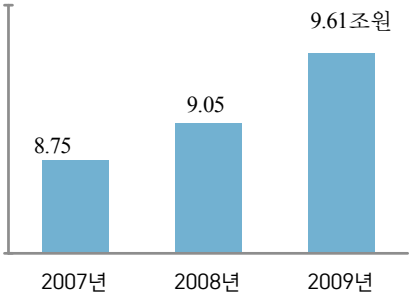
3 나눔문화 확산으로 민간 복지자원 활성화

○ 일상에서의 손쉬운 나눔실천을 위한 여건을 조성*하고, 유공자 포상 등 나눔에 대한 사회적 인정을 강화하기 위한 제도적 인센티브 마련

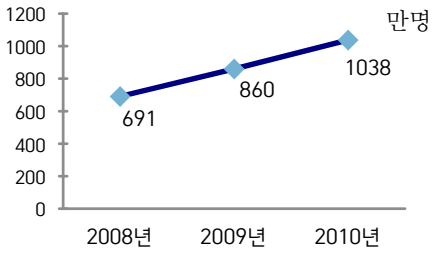
* 나눔포털 운용, '행복나눔 N 캠페인' 실시, 나눔대축제 개최 등

○ 나눔문화의 사회적 확산으로 기부금 9.6조원('09), 자원봉사자 수 1,038만명('10) 등 참여가 지속적으로 증가

〈연도별 기부금 추이〉



〈연도별 자원봉사자수 추이〉



나. 보건의료

1 선진 보건의료체계 구축을 위한 개혁 추진

○ 고액재산자 지역가입자 전환 등 건강보험료 부과체계 개편('11.7~8월), 포괄수가제 확대 등 건강보험 지속가능성 제고

- 리베이트 쌍벌제 도입('10.11월) 등 약가제도 투명화 추진

○ 의료이용의 국민권익 신장과 불편 해소를 지속적으로 추진

* 의료분쟁조정법 제정('11.4월), 선택진료제 개선('11.10월) 등

○ 해외환자 유치 확대, HT R&D 투자 및 제도개선 등 보건산업 육성

* '10년 해외환자 유치 8만명 달성('11년 11만명 예상), 세계 최초 줄기세포 치료제 개발('11.7월, FCB 파미셀), 제약산업 육성 및 지원에 관한 법률 제정('11.3월) 등

○ 의료기관 기능재정립 기본계획 수립('11.3월) 및 보건의료미래위원회 운영('11.4~8월)을 통해 중장기 개혁과제에 대한 청사진 마련*

* 건강보험 지불제도 개편, 보장성 강화 및 재원조달 방향, 미래 공공의료 확충방안 등

2 국민건강보장을 위한 의료안전망 강화

○ 건강보험 보장성 확대*, 의료급여 본인부담 완화 등 의료비 부담 완화

* 암·심뇌혈관질환('09) 및 희귀난치성질환('10) 본인부담 경감, 본인부담 상한액 인하('09) 등

○ 공공의료체계 개선, 응급의료기금 대폭 확충(연4백억 원→2천억 원 규모, '10~ '12년)등을 통하여 국가가 책임지는 필수의료에 대한 투자 강화

〈(참고) 신종인플루엔자에 대한 신속한 대응과 성과〉

○ 검역 및 환자격리 조기 조치로 지역사회 유행 지연
  * 동북아 3국 중 가장 늦게 지역사회 확산 : 일본 5월, 중국 5월, 한국 7월
○ 적극적 항바이러스제 투약 및 예방접종으로 신종플루 확산을 조기에 진정
○ 백신 공장 완공 등 백신주권 확보(세계 9번째 백신생산국가), 거점병원 지정(270개) 등 인프라를 구축하고 향후의 위기대응체계 마련

다. 저출산고령사회 대응

1 미래 인적자원 육성을 위한 투자 확대

○ 보육지원을 확대*하여 보육에 대한 국가역할 강화(보육재정 '07년 1조 원 → '11년 2.4조원)
  * 중산층(소득하위 70%)까지 보육료지원 확대('11), 양육수당 도입('09) 등
○ 임신·출산 진료비 지원('08.12월), 필수예방접종비용 경감('09.3월) 등 아동의 건강하고 안전한 성장을 지원하고 양육부담 경감
○ '드림스타트' 사업, 아동발달지원사업, 디딤씨앗통장 등 취약아동지원사업 강화를 통한 미래 인적자본 육성

2 저출산고령사회 대응 강화

○ 범부처 차원의 '제2차 저출산고령사회기본계획'을 수립하여 미래 인구구조 변화에 적극 대응('11~'15년 5년간 75.8조 원 투자)
○ 「아이낳기 좋은세상 운동본부」 발족('09.6월) 등을 통해 저출산 문제에 대한 국민적 관심과 여론을 환기하고, 일·가정 양립문화 확산 추진

〈(참고) 역대 정부의 보건복지정책 비교〉

구 분	정책 기조	주요 시책
국민의 정부 ('98~'03)	생산적 복지	·국민연금 확대, 건강보험 통합 ·기초생활보장제도 ·경로연금, 장애수당
참여정부 ('03~'08)	참여복지	·사회서비스 바우처제도 ·긴급복지지원제도 ·저출산고령사회기본법 및 기본계획
MB정부 ('08~)	능동적 복지 (맞춤형 복지)	·근로장려세제, 자활사업 강화 ·행복e음 구축, 사회복지공무원 확충 ·노인장기요양보험, 장애인활동지원 ·보육지원 확대

2. 한계

가. 사회복지

1 복지의 양적 확대에 비하여 체감도 부족

○ 복지인프라가 부족하고, 서비스도 공급기관별로 분절적으로 제공(주민센터, 고용센터, 보건소 등)되어 복지확대가 국민 체감도 제고로 연결 부족

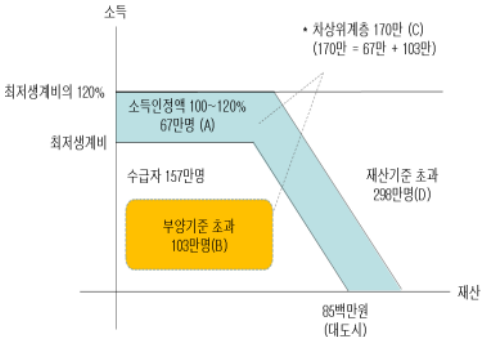
○ 종사자의 낮은 임금, 사기 등으로 인해 서비스의 질적 수준 미흡

* 사회복지사업의 임금수준은 전 산업 평균 대비 62.7%에 불과('09)

○ 각종 복지제도 도입, 보호범위 확대에도 불구하고 사각지대 존재

- 소득이 최저생계비 이하이나 기초생활보장제도 지원을 받지 못하는 비수급빈곤층 존재(부양기준 초과 103만 명), 국민연금 가입 사각지대 등

〈복지사각지대(비수급빈곤층)추정〉



〈국민연금 가입 사각지대 추정('11.6)〉

국민연금 당연가입자 19,351천 명		
납부예외자 4,914천 명	소득신고자 14,437천 명	
	장기체납자 1,045천 명	보험료 납부자 13,392천 명
25.4%	5.4%	69.2%

* 임의가입(129천명) 및 임의계속가입(55천명) 제외

2 분산된 복지사업의 총괄 조정 미흡

○ 각 부처 복지사업 총괄 조정과 중앙-지방 역할의 효과적인 분담이 미흡하여 복지사업간 유사·중복 문제 발생

* 현재 행복e음은 타부처 복지사업 중 일부만 통합관리
(관리대상 사업은 7개 부처 101개 사업, 전체 사업은 16개 부처 289개 사업)

○ 공공을 보완할 민간 복지자원 발굴과 활용 등 민·관복지의 연계 및 협력체계 구축 미흡

나. 보건의료

1 질병 변화 등에 대응하는 효율적 의료체계 구축 미흡

○ 현행 의료체계는 사실상 의료이용을 수요자·공급자의 자율*에 맡겨, 보다 효율적인 의료이용을 유도하는 기제 부족

* (수요자) 실질적으로 의료이용 제한 없음, (공급자) 특별한 규제 없이 의료자원 확충 가능

○ 국민 건강수준 악화, 만성질환 증가 등 보건의료의 수요 구조변화에 선제적으로 대응하는 의료전달체계 미흡

2 거시적 비전에 바탕을 둔 의료개혁 추진 부족

○ 지속가능성 제고와 제도 선진화를 위한 의료개혁이 이해관계자와의 신뢰 형성 미흡 등으로 인해 일부 지연되는 경향

○ 중장기적 비전 제시에 기반한 사회적 합의 유도 등 큰 틀에서의 접근 부족

다. 저출산고령사회 대응

1 전 사회적 시스템 개선 미흡

○ 보육, 기초노령연금 등 특정 정책 중심으로 논의되어 온 측면이 크고, 교육·주택·고용·세제 등 사회 전반의 시스템 개선은 더딘 상황

○ 민간의 적극적 참여 유도가 아직 미흡*

* 민간기업의 일·가정 양립문화 확산 부족, 조기퇴직 관행 지속 등

2 재정규모 증가에도 불구, 여전히 낮은 재정투자 수준

○ 저출산·고령화 대책 관련 정부예산은 연평균 25.7% 증가하였으나, OECD 국가 등 선진국에 비해 전체 투자규모는 낮은 상황

* GDP 대비 출산·양육정책 투자비중 : OECD 평균 2.2%, 한국 0.66%('07)

○ 맞벌이가구, 베이비부머 등 정책 수요가 높은 계층에 대한 충분한 정책적 지원이 부족하여, 체감도가 낮은 실정

〈참고〉 복지분야 재정 현황

◆ 경제위기 등 여건 속에서도 현 정부('08~'12년) 동안 총 재정규모는 연평균 6.1% 증가한데 비해, 복지재정에 대한 투자는 연평균 8.0%로 지속 확대

- '12년 총 재정 대비 복지재정(안) 비중은 28.2%(92조원)로 역대 최고수준

〈정부 총지출 중 보건·복지 분야 재정 현황〉

(단위 : 조원, %, 기준 : 본예산)

구 분	'04년	'05년	'06년	'07년	'08년	'09년	'10년	'11년	'12년안
정부 총지출(A)	196.2	207.8	222.0	237.1	257.2	284.5	292.8	309.1	326.1
		5.9%	6.8%	6.8%	8.5%	10.6%	2.9%	5.5%	5.5%
복지분야1) 총지출(B)	44.1	49.6	56.0	61.4	67.7	74.6	81.2	86.4	92.0
		12.5%	12.9%	9.6%	10.3%	10.2%	8.9%	6.3%	6.4%
복지부 총지출	13.9	14.8	16.6	19.0	24.4	28.4	31.0	33.6	36.3
		6.5%	12.2%	14.5%	28.4%	16.4%	9.2%	8.2%	8.3%
B/A*100	22.5	23.9	25.2	25.8	26.3	26.2	27.7	28.0	28.2

주1) 기초생활보장, 취약계층지원, 공적연금, 보육·가족·여성, 노인, 노동, 보훈, 주택, 보건의료, 건강보험 등

◆ 복지분야 예산 현황('08~'12년)

○ 분야별 추이

구 분	'08년	'09년	'10년	'11년	'12년안	'08~'12 연평균 증가율
복지분야 총 재정	67.7	74.6	81.2	86.4	92.0	8.0
기초생활보장	6.9	7.1	7.3	7.5	7.9	3.4
취약계층지원	0.9	1.1	1.5	1.3	1.4	11.7
공적연금	21.4	23.8	26.0	28.2	31.4	10.1
보육·가족·여성	1.6	1.9	2.4	2.9	3.0	17.0
노인·청소년	2.2	3.3	3.6	3.9	4.0	16.1
노 동	10.5	11.8	12.3	12.6	12.8	5.1
보 훈	3.1	3.4	3.6	3.9	4.1	7.2
주 택	14.7	15.0	16.7	18.1	19.0	6.6
사회복지일반	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	10.7
보건의료	1.2	1.5	1.7	1.6	1.6	7.5
건강보험	4.6	5.2	5.4	5.7	6.0	6.9
식품의약안전	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	-

○ 주요 확대사업('08년~'12년)

- 기초노령연금(15,948→29,665, 13,717억원↑), 영유아보육료(8,079→20,215, 12,136억원↑), 자활사업(2,882→4,430, 1,548억원↑), 노인장기요양보험(1,530→4,879, 3,349억원↑), 장애인연금(1,519('10)→2,946, 1,427억원↑), 장애인활동지원(750→3,099, 2,349억원↑)

Ⅱ. 보건복지 정책여건 및 추진방향

1. 여건 분석

가. 보건복지정책 환경

1 소득격차 확대로 인한 서민생활 어려움 지속

○ '03년 이후 계속 악화되던 분배지표가 현 정부의 적극적 복지투자에 힘입어 최근 다소 개선되었으나, 여전히 높은 수준

- 빈곤층 규모 증가, 높은 노인빈곤율*등 빈곤·취약계층 문제 상존

  * OECD 국가 중 노인빈곤율 최고(OECD 평균 13.5%, 한국 45.1%)

〈소득 5분위배율 추이(가처분소득 기준)〉



〈상대적 빈곤율 추이(가처분소득 기준)〉

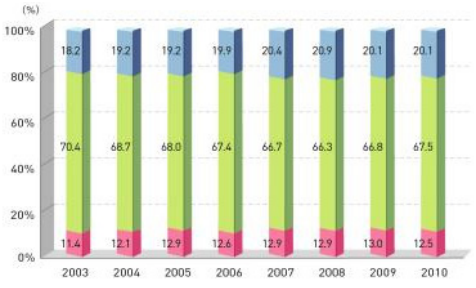


○ 중산층 감소, 고용불안 심화, 가계부채 급증 등으로 취약계층 증가 우려

* 정규직 대비 비정규직의 시간당 임금총액은 57.1%에 불과

* 가계·자영업자 등 개인부채는 최초로 1,000조원 돌파(1,007조원, '11.1분기, 한국은행)

〈소득계층별 비중 추이('03~'10)〉



*2인이상 비농가, 가처분 기준(통계청)

〈가계부채 추이('01~'10)〉



2 고령사회 도래 가속화

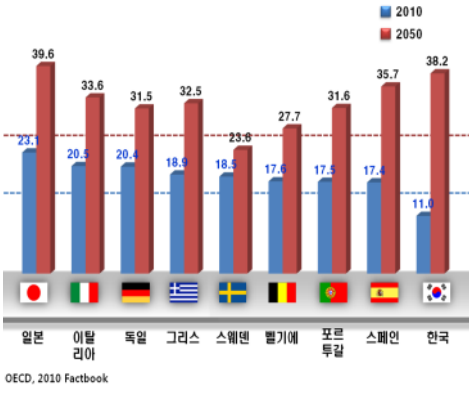
○ (고령화) '12년부터 총 부양비 증가추세로 전환, 고령화율 증가·베이비붐 세대 은퇴 본격화 등 고령사회 가시화

* 총 부양비(노인·유소년/생산가능인구) 37.3%('10) → 36.8%('12) → 40.7%('20) → 58.6%('30)

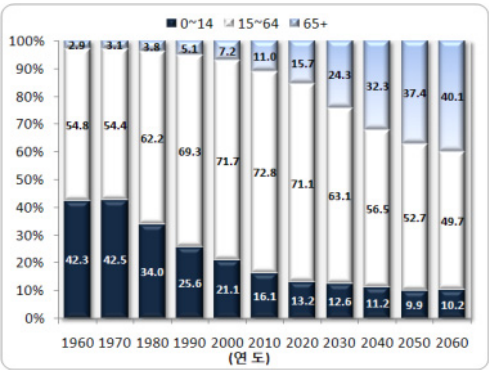
* '50년 고령화율 : OECD 평균 25.8%, 한국은 38.2%로 일본 39.6%에 이어 OECD 2위

○ (저출산) 출산율은 세계 최저수준('10년 1.23명)으로, 인구역전현상('17년 노인 712만 명>유소년 684만 명), 생산가능인구 감소('17년) 등 발생 예상

〈주요국 고령화율 전망〉



〈인구구조 전망〉



3 국민의 복지욕구 분출

○ 경제성장으로 삶의 질 제고에 대한 기대 증가, 최근의 경제위기로 인한 위기감 확대 등으로 인해 국민의 복지확대 욕구 증대

〈보건복지정책 국민의식조사('11, 보사연)〉

○ 복지수준 인식
: 전반적 복지수준이 낮다 61.3% vs 복지수준이 높다 38.7%

○ 세금부담과 복지대상 확대에 관한 의견
: 세금 증가, 복지 증가 63.6% vs 세금 감소, 복지 감소 36.4%

○ 선거 등 정치일정을 앞두고 복지확대가 사회적 쟁점화, 정치권·지자체 등 각계에서 정책 대안 제시

* 정치권의 보육·기초노령연금 확대 추진, 서울시 복지예산 확대 등

나. 재정 전망

1 보건복지분야 지출 증가

○ (복지지출) 그간 진행된 복지제도 도입과 향후 복지대상자 확대 등으로 인해 복지지출은 지속적으로 증가할 것으로 전망

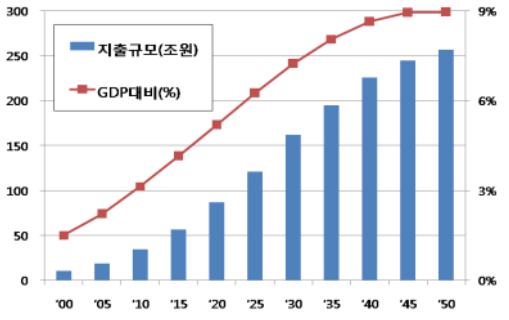
* 한국 공공사회복지지출(일반정부지출+사회보험지출, '00~'07) 증가율은 연평균 14.2%로, OECD 평균 증가율('00~'07, 6.3%)의 2.5배

* 공공사회복지지출 전망(조세연, GDP대비 %) : ('10) 8.85 → ('20) 11.18 → ('30) 14.43(미국) → ('40) 17.67(일본) → ('45) 19.3 → ('50) 20.84(OECD 평균)

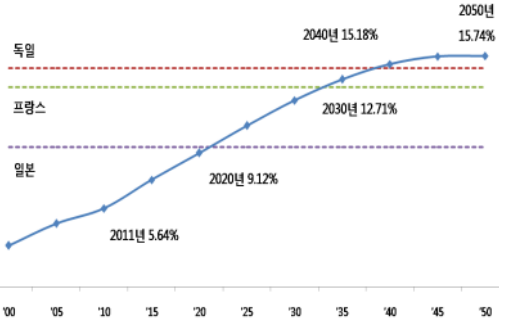
○ (보건의료지출) 인구고령화, 만성질환 증가, 고가의 의료기술 발전 등은 의료비 지출을 가속화할 것으로 예상

* '09년 기준 우리나라 국민의료비는 73.7조원으로 GDP 의 6.9%(OECD 평균 9.0%)이나, 보건의료지출 증가율을 OECD 평균의 두 배 수준

〈건강보험 지출규모 전망('00~'50)〉



〈건강보험료율 증가 전망('00~'50)〉



* 출처 : 보사연, '11년, 100세 대응을 위한 미래전략, 신영석

2 저성장과 경제위기 우려

○ 저출산·고령화 등으로 인해 내수시장 위축과 경제성장 둔화 예상

* 경제성장률 전망 : '10년대 연평균 4.1%→20년대 2.8%→30년대 1.7%로 지속 하락(KDI), ('12년은 3.7% 전망, 기획재정부)

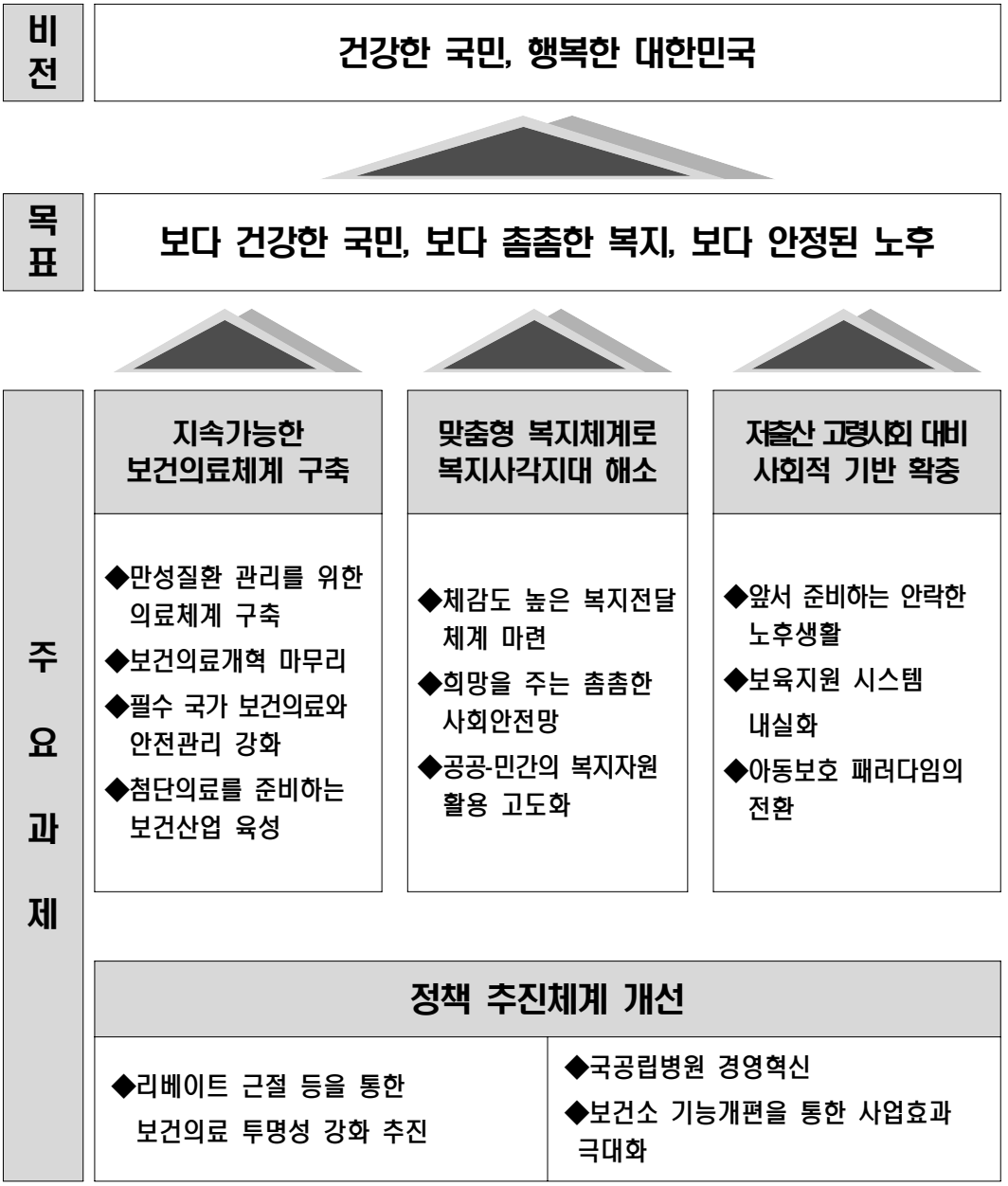
○ 유럽 재정위기 등 세계적 경제위기가 발생할 경우 추가적인 국내 경기 둔화 우려

다. 향후 추진방향

○ 다가오는 위기 요인들을 감안할 때 사회안전망 강화를 통한 사각지대 해소, 미래에 대비하는 저출산 고령사회 선제적 대응도 지속 추진 필요

○ 아울러, 비용효과적 복지지출을 위한 보건복지시스템의 체질개선을 조속히 추진할 필요

□ 추진 체계도


비전
건강한 국민, 행복한 대한민국
목표
보다 건강한 국민, 보다 촘촘한 복지, 보다 안정된 노후
주요과제
지속가능한 보건의료체계 구축
◆만성질환 관리를 위한 의료체계 구축
◆보건의료개혁 마무리
◆필수 국가 보건의료와 안전관리 강화
◆첨단의료를 준비하는 보건산업 육성
맞춤형 복지체계로 복지사각지대 해소
◆체감도 높은 복지전달 체계 마련
◆희망을 주는 촘촘한 사회안전망
◆공공-민간의 복지자원 활용 고도화
저출산 고령사회 대비 사회적 기반 확충
◆앞서 준비하는 안락한 노후생활
◆보육지원 시스템 내실화
◆아동보호 패러다임의 전환
정책 추진체계 개선
◆리베이트 근절 등을 통한 보건의료 투명성 강화 추진
◆국공립병원 경영혁신
◆보건소 기능개편을 통한 사업효과 극대화

Ⅲ. 보건복지 분야별 추진과제

〈분야 ①〉 지속가능한 보건의료체계 구축

정책상황 분석 및 과제 도출

○ 보건의료분야 중점 추진 필요정책(국민의식조사, 보사연)
: 1위 의료보장 사각지대 해소(21%), 2위 건강보험 보장성 향상(19%), 3위 건강보험 재정안정화(19%)

○ (건강문제 변화) 인구고령화, 생활양식 변화 등에 따라 고혈압·당뇨 등 만성질환 유병률이 늘고, 의료비 증가의 주 요인으로 작용
* 고혈압 유병률 28.0%('05)→30.7%('09), 진료비 3천7백억원('05)→2조8백억원('09)
- 바람직하지 않은 건강행태는 향후 보건의료의 잠재적 위협요인
* 비만율 : '01년 29.2%→'10년 30.8%, 운동실천율 '01년 75.6%→'10년 41.1%
* 나트륨 섭취량 : 남성은 권장기준치의 약 3배, 여성은 약 2배('10, 국민건강영양조사)
➡ 만성질환 예방을 위한 적극적 관리체계 필요 : 과제 ①

○ (비효율적 의료체계) 고령화·의료기술 발전 등으로 국민의료비 급증이 예상되나, 이에 효율적으로 대응할 수 있는 체계 부족
* 건강보험 수입·지출구조의 비효율, 의료자원 분표·구성 편중 등

○ (소비자 주권) 의료소비자의 편리 추구, 권리의식 증진, 정보요구에도 불구, 여전히 공급자 중심 의료체계·불합리한 규제 등 상존
➡ 보건의료지속 가능성 제고, 제도 선진화 추진 필요 : 과제 ②

○ (취약한 의료안전망) 의료비의 자기부담 비율이 높고*, 의료취약지 존재·기본적 공공의료인프라 부족 등 정책 사각지대 여전
* '09년 국민의료비 중 가계 직접부담 비중은 32.4%, OECD 평균 19.8%의 1.6배 수준
➡ 꼭 필요한 분야에 대한 국가의 책임있는 개입 필요 : 과제 ③

○ (대외환경 변화) 첨단의료기술 발전 등으로 의료서비스 시장이 넓어지고 국내외적으로 의료 수요 증가
- 이에 대응할 수 있는 의료역량 강화, 글로벌 시장진출 등 절실
➡ 한국의료의 글로벌화, 첨단 보건산업 육성 등 노력 필요 : 과제 ④

과제1 만성질환의 선제적 관리를 위한 의료체계 구축[1)]

1. 사전예방적 건강관리체계 강화

◈ 건강환경을 조성하고, 건강증진·관리와 만성질환 조기발견 시스템 강화

1 건강환경 조성

○ (위해요인 규제) 담배·주류 등에 대한 규제 강화

- (담배) 신종담배 위해성 검증 및 관리방안을 마련하고, 흡연경고 그림 도입, 유도문구 사용 금지 등 금연정책 강화(건강증진법 개정)
  * 담배 성분 공개, 안전관리 전담기관 지정 등 세부방안을 마련하여 「담배 안전관리 및 흡연예방법」 제정 추진
- (주류) 영화관·지하철 내 주류광고를 금지('12.6월 시행)하고, 공중이용시설(학교·의료기관 등)에서의 주류판매·음주금지 추진(건강증진법 개정, '12.12월)
- (종합대책) 관련 학회 등 전문가 논의('12.1월~)를 통해 담배·술·정크푸드 등의 소비 감소를 위한 제도개선 방안 마련
  * 판매제도, 광고 및 마케팅규제, 가격정책 등에 관한 사회적 합의 도출

○ (건강도시 조성) 도시계획·주거·보건·복지 등 지역사회 환경을 건강친화적으로 조성하기 위한 '건강도시 평가인증제도'* 도입('12.10월)

- 의료·안전·환경·사회경제적 요인 등 각 지역사회의 건강수준을 평가할 수 있는 평가지표 및 가이드라인을 개발하고 WHO 승인 추진

○ (홍보·교육 강화) 보건의 날(매년 4월7일)을 기점으로 '국민건강주간'지정, 금연·신체활동·영양 등 전 국민적인 보건교육·홍보 실시

1) 본 보고서상 인용된 '12년 예산액 및 사업규모 등은 12월 23일 현재 기준으로, 추후 일부 변동 가능.

2 국민 건강증진·관리사업 확대

○ (건강관리서비스) 건강관리서비스 시장 활성화를 위한 법적 근거를 마련하고, 바우처 사업을 통해 취약계층 건강지원 실시

○ (비만예방) 범부처 「비만예방 종합대책」을 수립('12.7월), 아동·직장인·취약계층 등 생애주기별 비만 예방 시스템 구축

○ (운동) 생애주기별 신체활동 가이드라인 마련('12.9월) 및 보급(보건소, 인터넷 및 스마트폰 앱)을 통한 신체활동 실천 활성화

○ (영양) '덜 짜게 먹기 운동' 전개('12.3월, 나트륨저감화운동본부 발족), 나트륨 표시대상 가공식품 확대('12.2월) 등 건강한 식생활 문화 확산

- 생애주기별 영양소 섭취기준 및 식생활 지침 개정·보급('12.9월) 추진

○ (한방건강증진) 한의약건강증진 Hub보건소를 확대하고('11년 65개소→'12년 85개소), 한방금연교실 등 한방건강증진 프로그램 지원

3 국가건강검진 내실화

○ (취약계층) 의료급여수급자 일반검진을 도입하고(67만명, 2년에 1회, 54억원), 취약계층 검진 접근성 제고를 위해 공휴일 검진 확대 추진

○ (검진 질 제고) 검진기관에 대한 집중관리 및 평가를 통해 관리강화

* 검진건수 및 검진비환수 상위기관, 부실개연성이 높은 출장검진기관 중심

- 연령별·성별 목표질환 중심으로 검진체계 및 검진항목 개편 추진
- 과학적 근거에 입각한 국가 암검진 가이드라인 제정('12.하반기)

4 지역사회 건강지킴이 보건소 역량 강화

○ 65세 이상 고혈압·당뇨병 환자에게 인센티브 및 예방교육 프로그램 등을 제공하는 보건소 등록·관리 사업 확대('11년 5개소 → '12년 10개소)

○ 본인 정보제공 동의*를 통해 전산시스템 건강검진결과를 보건소 각 건강증진사업에 연계, 사후관리체계를 강화

* 검진결과 정보제공 동의율 제고 : '11년 4.0% → '12년 6.0% 목표

2. 효율적 의료전달체계 구축

◈ 1차 의료 활성화를 통해 만성질환자에 대한 건강관리를 강화하고, 의료기관 종별 기능을 분화하여 적정 의료공급·이용 모색

1 의원급 이용 만성질환자에 대한 건강관리 강화

○ (지속적 이용) 고혈압·당뇨 환자가 동네의원 지속 이용시 진찰료 경감과 건강정보 등 건강지원서비스를 제공하여 지속관리 유도('12.4월)

* 의원급 재진 진찰료 본인부담률 (현행) 30% → (제도참여시) 20%

○ (양질의 진료) 참여 의원에 대해 진료실적 등 서비스 질 평가를 통한 사후 인센티브 지급(약 350억원 내외)

2 병원급 의료기관의 특성화·전문화

○ (일반병원) 전문병원*의 임상 질 지표 개발('12~'14) 등 관리 강화

* '11년 21개 분야별 99개 병원 지정, '12년 지정체계 개선 및 신규지정 실시

○ (대형병원) 연구역량이 뛰어난 병원을 연구중심병원*으로 지정·지원('12.7월)하고, 상급종합병원 지정기준을 중증질환 중심으로 개편('12.7월)

* 법적 근거 마련('11.8 보건의료기술진흥법 개정)에 따른 세부지정기준 마련 및 평가, 연구관리 자율성 확대 등 인센티브 부여

3 종별 기능에 따른 체계적 의료 공급·이용 유도

○ 의원과 (대형)병원 간 의료전달체계 확립을 위한 진료 의뢰의 내실화 및 회송의 활성화, 취지에 맞지 않는 예외경로 축소 추진

○ 종별 역할분담 유도를 위하여 외래 진찰료, 입원료, 중환자실 수가 등을 재조정, 인센티브 체계 구축

과제2 보건의료개혁의 차질없는 마무리

1. 보건의료의 지속가능성 제고

◈ 건강보험 수입지출구조의 불형평성과 비효율을 최소화
◈ 의료자원관리와 평가제도 강화로 질 높은 의료서비스 제공

1 건강보험료 부과체계 개선

○ 임대·사업·배당소득 등 고액 종합소득이 있는 경우 직장가입자도 종합소득 전체를 기준으로 보험료 부과(건강보험법 개정, '12.10월)

* 고소득자(근로소득 외 연간 종합소득 7~8천만원 초과자) 우선 적용, 단계적 확대 추진

○ 사업·금융소득 외의 종합소득(연금, 기타소득 등)이 연 4천만원을 초과하는 경우 직장가입자 피부양자에서 제외('12.10월)

* 약 76백명이 지역가입자로 전환, 월 평균 19만 6천원 납부(보험료수입 연 180억 증가)

○ 전·월세금 기초공제(3백만원) 및 인상 상한선 적용(2년, 10%), 전·월세금 상승으로 부채 발생시 공제 후 보험료 적용('12.4월)으로 부담 완화

- 추후 단계적으로 자동차 보험료 부과기준 합리화*방안 검토

* 현행 배기량 기준을 시가 기준으로 변경하는 등 부과기준을 합리화하고, 향후 자동차에 대한 보험료는 단계적으로 축소

2 지불제도 개편 확대 실시

○ 7개 질병군 입원 포괄수가제(DRG)*를 병·의원급 의료기관 전체로 확대('12.7월)하고, 신포괄수가 시범사업**을 지역거점공공병원 전체로 확대

* 병원 ('11년) 178개(40%) → ('12년) 440개(100%)

의원 ('11년) 2,100개(81%) → ('12년) 2.580개(100%)

** 적용대상 : (현행) 건보공단 일산병원 및 3개 지방의료원

→ (계획) 건보공단 일산병원 및 전체 지역거점공공병원(39개소)

○ 거시적 의료비 관리체계 도입방안을 중장기 과제로 연구·검토

3 약가결정방식 개편 및 사용량 절감

○ (약가구조 개편) 약가 인하 및 계단식 약가산정방식 폐지('12.1월)

〈약가산정방식 등 제도 개선방안〉

▶ 진입순서에 따른 계단형 약가방식에서 벗어나 특허만료 1년 후에는 53.55% 수준으로 상한가 인하

* 특허만료후 1년까지는 오리지널 현 80%→70%, 최초 제네릭 현 68%→59.5%로 조정

▶ 기존 약('12.1월 이전 등재)도 53.55% 수준으로 가격 인하('12.4월)

▶ 단독등재의약품, 퇴장방지의약품 등 필수의약품은 적용 제외

○ (약가제도 정비) 약가재평가, 시장형 실거래가제, 리베이트 약가인하 등 복잡한 약가조정제도를 정비하여 시장의 예측가능성 제고

* 제약계·의료계·전문가 등으로 구성된 협의체를 통해 중장기 약가제도 마련('12.3월)

○ (사용량 관리) 외래처방 인센티브제를 확대(의원급→병원급) 시행하고, 지급률도 상향 조정(절감액의 최대 40%→최대 50%) ('12.1월)

4 수요에 기반한 의료자원 공급 및 적정 관리방안 마련

○ (인력) 진료과목별 수요에 기반한 전공의 수급관리방안을 마련하고, 보건의료인의 주기적 면허신고(3년 주기)를 의무화('12.4월)

- 중소·지방병원의 간호인력 부족을 해결하기 위하여 간호조무사 활용방안을 마련하고('12.7월) 간호등급제 개선 등 검토

○ (병상) 지역별·종별 병상자원 쏠림방지를 위한 병상 수급계획 개선안('12.5월) 및 시설기준 강화 등 병상 품질제고 방안 마련(의료법 개정 추진)

○ (장비) 환자, 의료인 등의 방사선 피폭 저감을 위한 방사선 의료장비의 안전 관리·이용방안 마련('12. 하반기)

5 의료서비스 질 관리 강화

○ (적정성평가) 요양급여 적정성평가 대상 질환을 추가하고(2개 항목), 평가결과에 따른 가감지급 적용 항목도 확대*

* '08~'11년까지 2개 항목(급성심근경색·제왕절개분만) 가감지급 적용
→ '12년부터 2개 항목(급성기뇌졸중·수술예방적항생제) 추가

- (의료급여수급자) 의료의 질을 반영한 2차 정신과 적정성 평가('12.6월까지) 추진

○ (의료 질 평가) 의료기관 단위 평가방안을 마련하여 평가결과를 종별가산율 차등적용, 종별지정기준 등에 반영 추진

* 진료 질에 대한 포괄적 평가를 위해 '일반 질 지표' 개발 추진('12.3월)

○ (의료기관 평가인증) 치과·한방·요양·정신병원까지 인증제를 확대 추진하고, 인증기준의 국제인증(국제의료질학회)을 통해 공신력 제고('12. 상반기)

○ (진료의사 청구실명제) 요양급여비용 청구시 실제 진료의사를 기재토록 하여, 투명성 및 진료 책임성 제고('12. 하반기)

2. 국민 불편해소의 권익신장

◈ **보건의료에 대한 국민의 접근성과 자기결정권 제고**

1 약국외 판매 의약품 도입 추진

○ (대상의약품 지정) 일반의약품 중 국민 불편해소를 위해 꼭 필요한 의약품(가정상비약 중심)에 대해 약국외 판매 의약품 지정 추진(약사법 개정)

○ (안전한 의약품 사용) 약국외 판매 의약품 복용방법, 주의할 부작용 등을 적극 홍보·안내하고, 약화사고 등에 사전 대비

2 의료분쟁조정제도의 안정적 정착

○ 의료분쟁조정제도를 본격 시행하고('12.4월), 하위법령과 세부규정 정비, 조정·감정위원 위촉* 및 전문인력 채용 등 추진

* 법조인, 의료인, 소비자단체, 학계 전문가 등 다양한 분야의 전문가로 구성

○ 홈페이지를 통해 의료분쟁 상담 및 세부 절차 안내 등을 실시하고, 교육·홍보를 강화

3 의료소비자의 합리적 선택을 위한 정보제공 강화

○ (건강) '국가건강정보포털'과 모바일 서비스를 통해 질환 및 의료기관, 산후조리원 등 건강·의료정보 확대 제공('12.6월)

○ (의료소비자) 요양급여 적정성평가 결과 공개항목을 확대하고, 의료비 지출 내역을 쉽게 알 수 있도록 진료비 영수증 서식 개선

4 원격의료 제도 도입을 통한 의료접근성 제고

○ 도서·산간벽지 거주자, 거동불편자 등 의료접근성이 떨어지는 환자를 대상으로 의사-환자간 원격 의료 허용 추진(의료법 개정)

* 의학적 위험성이 없는 재진환자를 대상으로 실시

과제3 보건의료개혁의 차질없는 마무리

1 보장성 확대 및 의료비 부담 완화

○ (보장성 확대) 75세 이상 노인틀니* 보험급여 적용하고('12.7월~) 임신출산 진료비 상향 지원('11.4월 40만원 → '12.4월 50만원)

* 본인부담 50%, 완전틀니('12년, 3,288억원)→부분틀니('13년)로 단계적 확대

○ (예방접종) 국가필수예방접종(10종) 민간의료기관 접종시 백신비와 행위료 일부(1만원) 지원(본인부담금 '11년 15천원→'12년 5천원, '12.1월)

○ (본인부담 완화) 암 등 특정질환 산정특례제도를 본인부담상한제와 연계·통합하고, 상한액을 조정하여 고액 의료비 부담 완화방안 마련

* (기존) 산정특례 : 암, 뇌혈관·심장질환 등의 경우 본인부담률을 5~10%로 경감 본인부담상한제 : 소득에 따라 연간 의료비 200~400만원 초과분을 환급(변경) 모든 질환에 대해 소득 및 진료비 부담 수준을 고려하여 본인부담률을 차등화

2 감염성 질병에 대한 선제적 예방관리

○ '검역→추적관리→감염환자 격리→지역사회 유행대비'에 이르는 신종감염병 정보 통합관리 전산시스템 고도화('12.12월)

* 입국자추적 및 대량환자관리 시스템, 질병현황관제 프로그램, 현장업무용 모바일 프로그램 적용 및 항바이러스제 추적·재고관리 시스템 고도화

○ 병원감염률 감소를 위해 의료기관 내 감염관리실 설치기준 및 전담인력 배치기준 등 세부기준 마련('12.7월)

○ 생물테러에 대비한 의약품 비축·관리방안을 마련하고, 비상시 의약품 생산·관리규정을 보완

○ 국내 백신개발 역량 강화를 위하여 '공공성 백신연구단'을 설치·운영(국립보건연구원, '12.1월), 수족구병 백신 등 개발 추진

3 응급·공공의료 인프라 확대

○ 외상치료역량이 우수한 의료기관에 전용치료시설을 갖춘 중증외상센터를 설치하고('12.3월), 외상전담 전문의 양성 지원(400억원)

* 개소당 시설장비비 80억원, 운영비 7.2억원 지원

○ 도서·산간 등 의료취약지에 응급의료헬기를 추가배치하고, 분만취약지에 산부인과·분만실 설치 운영 지원 확대

* 응급헬기 : '11년 2대→'12년 4대, 분만취약지 지원 : '11년 3개소→'12년 6개소

○ 국가의 공급·육성이 필요한 전문진료분야 지원(440억원)

* 신생아집중치료실(운영비, 시설장비비), 어린이병원·권역별전문질환센터(시설장비비) 지원 등

○ B형 간염까지 검사가능 한 최신 핵산증폭검사장비(NAT)를 도입하여 혈액안전성 강화('11년 9대→'12년 8대 추가)

4 정신건강증진체계 강화 및 생명존중문화 확산

○ (정신보건) 지역사회 중심 종합적 정신보건모형을 수립*하고, 정신건강문제 조기 개입을 위한 광역·기초 정신보건센터 설치 확대**

* 정신질환 조기발견·상담, 응급·단기입원, 치료, 주거·직업 재활을 아우르는 통합관리 체계 시범사업 실시(67.6억원)

** 정신보건센터 : '11년 164개소 → '12년 182개소

○ (자살예방) 연령대별 자살원인을 고려, 생애주기별 자살 고위험군 관리대책 마련(교과부·국방부·여성부 등 관계부처 합동, '12.4월)

- 자살예방 및 생명존중문화 확산을 위하여 시민사회단체 등이 참여하는 민간중심의 (가칭)'생명존중 국민운동본부' 설립('12.3월)

○ (인공임신중절 예방) 생명사랑 서포터즈* 등을 통한 생명존중 분위기 조성, 피임·성교육, 임신·출산 전문상담 등 사전예방 정책 강화

* 학교 보건교사, 대학생 등이 참여하는 자율모임으로, 건강한 성가치관 확립 및 생명존중 인식제고 등을 위한 캠페인·홍보활동 전개

5 의약품·주류 등 안전관리체계 강화

○ (의약품) '의약품안전관리원('12.4월 출범)'을 통한 의약품 안전정보 수집·제공, 약국판매 일반의약품에 '의약품 안심서비스(DUR)' 적용*('12.상반기) 등 추진

* 약국판매 일반의약품 DUR 점검 시 「개인정보보호법」에 저촉되지 않도록 개인정보 제공 동의서 등을 포함한 "개인정보보호 지침(안)" 마련

○ (주류) 주류제조업자를 식품위생법상 영업자에 포함하여 이에 준하는 안전관리를 실시하고('12.6월), 인·허가권과 단속·처분권 합리화 추진*

* 복지부, 기재부, 식약청, 국세청 등 관계부처 협의를 통해 주세법·식품위생법 정비

○ (한약재) 의약품 품질검사를 거쳐 제조된 '규격한약품'만 유통되도록 한약 안전관리 강화

* 규격한약품의 제조·공급상황 및 소빈도 품목의 원활한 공급여부 등 유통 현황 모니터링

○ (식품) 소비기한 제도를 도입하여 소비자 중심의 식품기한 표시로 개선함과 동시에, 유통 및 보존기준 준수 점검 등 안전대책 강화('12.7월)

과제4 미래 첨단의료를 준비하는 보건산업 육성

1. 보건산업의 글로벌 위상 강화

◈ FTA 등 한층 개방된 글로벌 경제환경에 대응한 보건산업 육성

1 FTA 시대에 대비하는 제약산업 선진화

○ (혁신형 제약기업) 연구개발비 비중이 높은 혁신형 제약기업* 중심으로 집중 지원체계 구축(「제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법」 시행, '12.3월)

* (예시) 신약개발 등에 매출액 대비 연구개발비를 일정 비율 이상(매출액 1천억 이상 기업은 5% 이상, 1천억 미만은 7% 이상 등) 투자하는 제약기업

- 약가 우대, 세제*·금융지원, 국가 연구개발사업 우대 등 추진(관계부처 협조)

  * R&D 투자 및 기술취득에 대한 세액공제, 제약사간 M&A 시 세제혜택 등

○ (해외진출 지원) 제약산업 특화 전문인력 양성, 시장 정보 제공(인허가, 보험, 유통, 파트너 등) 및 해외 임상 금융지원(기업당 최대 1천억원 융자)

2 한국 의료의 글로벌 진출 강화

○ (거점병원 육성) 중동, 신흥개도국 등 진출전략국에 검진진단센터 등 특화 전문병원을 설립하고 운영 컨설팅 실시(5개 기관 선정, 개소당 2억원)

○ (인력 양성) Medical Korea 글로벌인재양성센터* 설립 및 의료통역사 등 전문 인력의 국가 자격화 추진(고용부 협조)

* 고용보험기금 지원, 사업계획서 2월 확정(시설비+교육비 20억/년 규모)

○ (해외환자 유치) 중동 주요국과 MOU를 체결, 환자 송출·연관산업 진출 등 의료한류(K-medicine) 저변 확대('12년 목표 15만명)

- 해외환자 사전상담 및 사후관리를 위해 글로벌 원격 협진 서비스를 중점으로 유치 대상국인 중동, 중앙아시아 등으로 확대

* ’11년 5개국 (미국, 러시아 등) → ’12년 9개국 (아부다비, 카자흐스탄 등 4개국 확대)

3 신뢰성 제고를 통한 의료기기 산업 선진화

○ FTA 등 개방에 대비하여 원천기술, 시제품 개발, 임상시험 및 상용화까지 포함하는 전주기적 의료기기 R&D지원 시스템 구축

* ’11년~’15년 경쟁력 강화 대책 일환으로 ’12년 보건의료기기 산업 육성(R&D) 50억원, 의료기기 임상시험 30억원, 미래융합의료기기 개발 74억원 등 지원

○ 의료기기 고유 식별코드 부여 및 사용 의무화를 통하여 유통과정을 투명화 (의료기기법 개정 추진)

○ 종합병원 테스트를 통한 보건신기술(NET) 인증제 도입(’12.2월)

* 보건신기술을 활용한 국산 의료기기 신제품에 대해 종합병원 테스트 등 시장 수요를 반영해 NET 인증마크를 부여하고, R&D과제 지원시 우대

4 화장품 글로벌 선도기업 육성

○ 고부가가치 창출이 가능한 융합기반기술 미래유망화장품 등 R&D 투자 확대 (’11년 69억 원 → ’12년 100억 원)

- 환경변화(FTA, 나고야 협정 등), 선진국 대비 국내 기술수준 등을 고려한 중장기 발전전략 마련(가칭, 「미래화장품 시장선도기술 육성계획안」, ’12.4월)

○ 제조판매업과 제조업 분리, 사용기한 표기 등 화장품 산업의 규제와 품질·안전관리 수준을 선진국형으로 개선(화장품법령 개정, ’12.2월 시행)

- 국제화장품품질관리기준(ISO-GMP) 도입에 따른 지원강화(GMP 인력양성, 품질관리) 및 화장품 안전관리 지원시스템* 운영

  * 국가별 원료 규제 관련 DB 구축 및 원료 안전성 평가, 안전성검토위원회 운영 등

○ 유망 기업의 해외진출을 위해 맞춤형 정보 제공(종합지원센터, 국가별 피부 특성은행), 해외 공동판매장 구축 및 국제 박람회 개최('12.5월) 등 지원

2. 보건산업(Health Technology) 육성 및 기반 강화

◈ 미래 의료기술을 선제적으로 접목시켜 보건산업 경쟁력을 강화

1 새로운 의료기술 도입 추진

○ 희귀·난치 질환 환자의 권익을 보장하고 유망한 의료기술 육성을 위한 한시적 신의료기술 인정제 도입 추진(시행규칙 개정, '12.상반기)

* 대체기술이 없는 경우, 희귀질환 치료방법으로서 남용의 소지가 없는 경우, 시급한 임상도입이 필요하다고 판단되는 경우에 인정

○ 이종간 이식 제도화를 위한 전담 T/F를 구성(민간 전문가 포함), 인권 및 인간존엄성 등에 관한 심층검토를 거쳐 법률·임상 가이드라인 제정 추진

2 유망 보건의료기술 육성 및 제도화

○ 줄기세포·재생의료 R&D 투자를 대폭 확대('11년 149억→'12년 459억)하고, 줄기세포치료제 등이 신속히 제품화되도록 규제 등 제도 개선

* 줄기세포주의 품질 관리, 배양, 저장 및 분양 등을 위한 국가줄기세포은행 시범 운영 추진('12.6월)

○ HT 글로벌 10대 유망분야를 선도하는 산·학·연 플랫폼으로 세계수준의 연구중심병원*(World BEST Research-driven Hospital) 지정 및 육성

* 법적 근거 마련을 위해 보건의료기술진흥법 개정('11.8월)

- 연구중심병원 지정('12.7월), 각종 제도적 인센티브 부여(연구 관리 자율성 확대, 세제 지원 등) 및 R&D 사업(예비 타당성심사 중, '12.7월 완료) 추진

* 예비 타당성심사('12.7월 완료) 이후 '13년 R&D 예산 확보 추진

○ 혈액·세포 등 인체자원(50만명분 확보, ’11.12월)의 체계적 관리를 위해 국가인체자원중앙은행을 신축하고(’12.4월 완공), 적극적인 분양 활성화 추진

3 보건의료 R&D 내실화

○ 「국가 보건의료연구개발 5개년 종합계획(’12~’16)」을 수립, 부처별 투자계획을 조율하고 중복·분산투자 방지

- 보건의료 패러다임 변화에 따른 R&D 전략기획 강화 및 생산성 향상을 위해 연구관리 전담기관*의 기획·성과 관리 기능 강화

* 한국보건산업진흥원에 「HT 전략기획단」 설치

○ 고비용질환 극복(암, 뇌·정신질환 등), 미래유망기술(재생의료, 유전체 등), 복지·위기대응(신종감염병, 저출산 등) 등 ’10대 전략적 R&D 과제’ 선정·추진

4 첨단의료복합단지 연구개발 역량 확충

○ 첨단의료복합단지 내에 국내외 우수 의료연구기관을 유치(’13년까지 매년 1회 분양)하여 글로벌 R&D 허브 구축

* 단지 분양공고(’12.6월)→입주 신청, 심사 및 승인(’12.7~9월)

○ 병역특례* 추진, 교육훈련** 등을 통해 첨단의료산업진흥재단 내 우수 연구지원인력 충원

* 「병역법」에 따른 병역지정업체로 지정받아 센터별로 전문연구요원이 근무토록 조치

** 신규 채용인력에 대해 대학, 연구소 등과 연계한 교육프로그램 운영

〈분야 ②〉 맞춤형 복지체계 완비를 통한 사각지대 해소

정책상황 분석 및 과제 도출

○ 사회복지분야 중점 추진 필요정책(국민의식조사, 보사연)
: 1위 일자리 창출 등 일을 통한 탈빈곤 지원(38%)
2위 저출산 고령사회 대응(20%)
3위 사회적 취약계층에 대한 사회안전망 확충(19%)

○ (낮은 복지체감도) 복지·고용·보건 등의 분절적인 서비스 제공*, 복지자원간 연계체계 부족 등은 복지체감도 저하의 주 요인

* 공급기관 위주의 서비스 제공(주민센터, 고용센터, 교육청 등)으로 일반국민 및 복지수혜자의 서비스 제공기관 파악 어려움

- 보다 촘촘한 복지서비스가 가능한 일선 현장 인력·조직이 부족하고, 민간자원 활용과 복지대상자별 체계적 사례관리 미흡

➡ 중앙-지방-민간을 아우르는 복지전달체계 개편 필요 : 과제 ⑤

○ (복지사각지대) 비수급빈곤층, 차상위계층 등 제도적 사각지대 외에도, 제도권에서 파악되지 않는 복지소외계층 등 존재

- 빈곤층의 자립지원, 탈수급을 유도할 수 있는 유인체계 부족

* 자활사업의 탈수급률은 약9%에 불과('10년)

➡ 사각지대를 최소화하고 탈빈곤을 촉진하는 안전망 필요 : 과제 ⑥

○ (복지자원 관리) '도가니' 사건 등 복지시설 운영 및 사회복지서비스의 질 향상에 대한 국민적 관심 증대

- 복지시설 운영의 투명성·효율성 제고와 함께, 복지일자리를 '괜찮은 일자리(decent job)'로 정립할 필요

○ (나눔) 전사회적으로 확산되는 나눔의 열기*를 고려할 때, 나눔이 문화로 정착되고 생활화될 수 있도록 제도적 지원이 필요한 시점

* 짜장면 배달원 故 김우수씨는 매월 5~10만원, 보험금 4,000만원도 기부(9.25)

➡ 공공-민간의 복지자원을 보다 효과적으로 관리할 필요 : 과제 ⑦

과제5 체감도 높은 효율적 복지전달체계 마련

◈ 중앙의 총괄조정과 지방의 통합 사례관리기능 강화

1 (중앙정부) 복지사업 총괄조정 및 통합 관리

○ 복지부 중심으로 각 부처 복지사업의 대상자 선정, 중복 여부 등을 점검·조정하고, 사업 신설·변경시 사전협의 의무화(사회보장기본법 개정)

* 각 부처 복지사업 실적 및 '12년 계획 취합('12.1월), '12년도 추진계획 검토·조정('12.7월)

○ 사회복지통합관리망(행복e음)을 중앙부처 복지사업 전체로 확대, 서비스 누락·중복 방지

* ('11) 7개 부처 101개 사업 → ('12) 9개 부처 186개 사업 → ('13) 16개 부처 289개 사업

2 (지자체) 희망복지지원단 중심으로 통합 사례관리 실시

○ 복지담당공무원을 '14년까지 총 7천명 확충('12년 3천명), 시군구별로 '희망복지지원단'을 구성('12.4월)하여 지역별 통합 사례관리체계 강화

* 기존 통합서비스전문요원(민간계약직, 평균 4명)에 평균 6명의 복지공무원을 확충 배치하여 구성하되, 지자체 특색에 맞게 다양한 조직형태로 운영

○ 시·군·구의 통합사례회의시 자활(직업상담사) 및 보건소 인력 참여를 통해 복지·고용·보건서비스 간 연계체계 강화

○ 개별 사례관리사업*과 방문형 서비스** 간 연계방안을 마련하여 사업간 시너지 효과 제고

* 드림스타트, 자활(시범), 장애인사례관리(시범사업), 교육복지투자 사업 등

** 방문보건사업, 독거노인돌봄사업 등

3 (민관협력) 지역 내 모든 복지자원 활용을 극대화

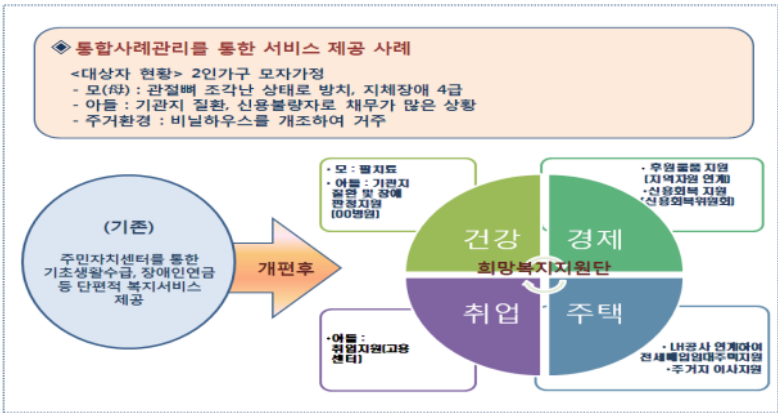
○ 지역 내 복지자원관리시스템을 개발('12.12월)하여 희망복지지원단의 지역 자원 총괄 및 배분기능을 강화

○ 지역사회복지협의체의 연계범위를 복지·보건 외에 고용·주거·교육서비스까지 확대하여 민간자원 활용 극대화 모색(사회복지사업법 개정, '12.12월)

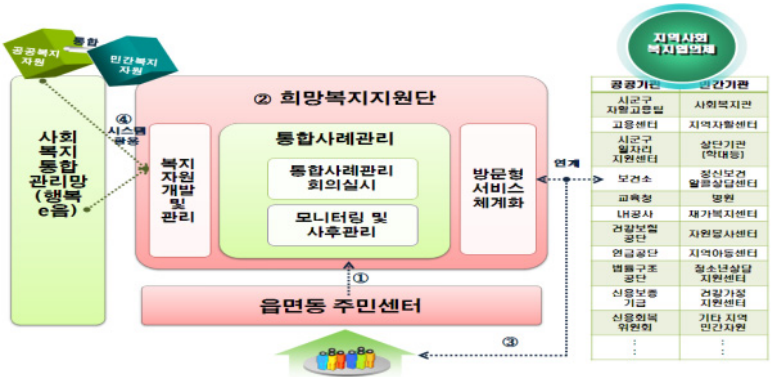
〈참고〉 시군구 '희망복지지원단' 운영방안

○ (개요) 복합적 욕구를 가진 대상자에게 통합사례관리를 통해 공공·민간의 급여·서비스·자원 등을 맞춤형으로 연계·제공하는 통합서비스 제공체계

○ (정책대상) 기초수급자 및 차상위 계층의 탈빈곤·빈곤예방을 주요 목표로 하고, 전체 지역주민의 다양한 복지수요에도 능동적 대응



○ 희망복지지원단 운영체계



① 복합적인 욕구를 가진 사례관리대상자 의뢰 (주민센터→희망복지지원단)

② (희망복지지원단) 심층욕구조사, 통합사례관리회의 실시 및 종합서비스제공계획 수립, 모니터링

* 읍면동 주민센터와 방문형서비스 체계화 등을 통한 사후관리지원체계 연계협력

③ (민관협력) 지역사회복지협의체를 중심으로 공공 및 민간 협력 강화를 통한 지역단위 통합서비스 제공체계 구축

④ (시스템) 사회복지통합관리망(행복e음), 복지자원관리시스템을 통한 대상자 통합관리

과제6 희망을 주는 촘촘한 사회안전망 구축

1. 복지사각지대 해소와 탈빈곤 촉진

◈ 복지제도의 현실적합성을 높이기 위한 제도개선 지속 추진

1 빈곤정책의 사각지대 최소화

○ 기초생활보장제도의 부양의무자 소득기준을 중위소득 수준으로 현실화하는 등 엄격한 부양의무자 기준의 문제를 종합적으로 개선('12.1월)
- 재산의 소득환산 기준 개선안 마련('12.7월)

○ 긴급복지 대상 지원기준 완화 및 지원기간 확대(긴급복지지원법 개정 추진), 휴폐업한 경우 등을 지원사유로 추가('12.1월)하여 위기가구 지원 확대
- 긴급성 판단 등에 대한 업무 담당자 집행 재량권을 확대, 탄력적 대응('12.1월)

○ 현행 기초생활보장제도의 급여체계를 빈곤층의 필요에 따른 맞춤형 지원이 가능하도록 개편하는 방안을 중장기 과제로 검토

2 도움이 필요한 계층에 대한 상시적 발굴·지원

○ 복지사각지대 소외계층의 상시적 발굴을 위한 '좋은 이웃들*' 시범사업 실시(전국 30개소)를 통해 공중화장실·교각 등 중점 취약지역 점검
* 지역의 이·통·반장, 복지위원, 부녀회장, 주민자치위원회, 자율방범대 등으로 구성

○ 연 1회 주기적으로 행복e음을 통한 차상위 등 잠재빈곤층을 발굴하고, 타 부처·지자체·민간복지사업 연계 활성화 추진

○ 독거수급자에 대한 체계적 안전관리를 위해 사례관리를 강화하고, 우체국·아파트 관리소 등 공공·민간기관과의 공조체계를 구축('12.7월)

3 노숙인 종합지원체계 마련

○ 노숙인 중앙종합지원센터에서 노숙인을 유형화(DB 구축), 필요한 복지서비스를 연계하고 사후관리 실시('12.6월~)

○ 'Wet House(주취자 특별재활시설)' 시범사업을 통해 중증 알콜중독 노숙인에 대한 주거 및 재활프로그램 제공('12.7~12월)

○ 정신과·내과전문의 등이 알콜·정신질환 밀착상담을 실시하는 「알콜·정신질환 노숙인 위기관리팀」 시범사업 실시(~'12.2월)

4 맞춤형 자활경로 설계를 통한 탈빈곤 지원

○ (근로능력판정 개선) 근로능력판정을 전문기관(연금공단)에 위탁하고 평가기준 개선을 통해 판정 전문성 및 신뢰도 향상('12.4월)

○ (자립지원 강화) 자활사업 대상자 확대 및 맞춤형 자활사례관리 강화

* 자활사업대상('11년 61천명→'12년 66천명), 시군구 '자활사례조정회의'('11년 48개→'12년 100개)

* 지역자활센터 사례관리팀 구성·운영 (60개 시군구)

○ (성과관리 강화) 지역자활센터를 도시형·도농복합형·농촌형으로 나누어 우수기관에 대한 인센티브 부여 등 성과관리를 강화

○ (자활공동체 육성) 정부사업 참여 확대를 통해 사회적 기업으로 발전 촉진

* 정부양곡배송·영양플러스(복지부), 저소득층주택개보수(국토부), 에너지 효율화(지경부) 등

5 탈수급 촉진을 위한 지원체계 강화

○ (이행급여) 탈수급 부담을 최소화하여 일을 통해 자립할 수 있도록 탈수급시 2년간 의료·교육급여를 지원하는 이행급여 적극 확대

* '11년 3,000가구 74억 → '12년 5,760가구(취업성공패키지 참여자 포함) 146억원

* 자녀가 중견기업에 취업하여 탈수급이 가능하게 되었으나 장애인 부모가 의료급여 중단을 우려하여 자녀를 퇴사시킨 실제 사례도 존재하기에 이행급여 적극 확대 필요

○ (자산형성지원) 자산형성을 통해 안정적인 자립기반을 갖추고 탈수급할 수 있도록 탈수급 조건부 자산형성프로그램인 희망키움통장 확대

* '11년 1.5만 가구, 월 206천원 → '12년 1.8만 가구, 월 259천원

〈참고〉 글로벌 경제위기 발생시 정책대응방향

□ 경제위기 발생시 영향 전망

○ 유럽 재정위기 확산 여부는 불확실하나, 경제위기 발생시에는 비정규직, 가계부채 등 구조적 요인과 결합하여 서민층·취약계층 어려움 증가 우려

〈위기 경로 및 영향 전망〉



* 출처 : 한국보건사회연구원

□ 정책대응 방향

○ (기본 방향) 취약계층의 기본생활 보장과 중산·서민층의 빈곤층 추락 방지에 집중

○ (추진체계) 범 부처적 경제위기대응반 구성、운영

○ (단기 대책[3개월]) 긴급복지지원 대상 확대, 긴급의료비 지원 및 위기가구 건강보험료 감면, 한시생계보호, 일자리 지원 확대 등

○ (중기 대책[1년]) 한시적인 의료급여 대상 확대, 기초생활보장제도 보완 등 취약계층 생계지원 강화, 취약계층 돌봄서비스 확대 등

2. 장애인 복지 지원체계 선진화

1 장애인 One-Stop 서비스 제공체계 구축

○ 장애인 등록부터 복지욕구를 조사하여 필요한 서비스를 연계하는 One-Stop 서비스 제공 추진

* 현재 장애인지원센터(국민연금공단 지사)에서 시범사업 실시 중('11년 2개 지역)

○ 정부·학계·장애인계 등이 참여하는 '장애인서비스 제공체계 개선 기획단'을 운영하여 의견수렴 및 방향설정

2 장애인 일자리 확대

○ (교육-복지일자리 연계) 고등학교 졸업자(특수학교 및 특수학급)를 대상으로 지자체 장애인 일자리사업 우선 고용 등 연계 강화 추진('12.3월)

- 장애인복지일자리와 연계된 학교내 '직업재활훈련 강화'로 취업지원 확대

○ (일자리 내실화) 장애인 일자리를 지속적으로 확대·내실화*하고, 장애유형별 다양한 장애인일자리 모형 연구·개발

* 참여형 복지일자리 내실화 : 월 44시간, 200천원 → 월 56시간, 259천원

3 법·제도 정비를 통한 장애인 지원체계 내실화

○ 권역재활병원 등의 기능 활성화를 통한 수요자 중심 재활의료체계 구축

* 국립재활원(권역 재활병원 관리·지도)→권역재활병원(지역 거점재활병원 기능)
→장애인의료재활시설/지역사회중심재활거점 보건소(지역사회 재활치료 담당)

○ 보건·의료, 보육·교육, 고용·노동, 복지서비스, 가족지원, 권리보호 등의 분야에서 발달장애인 특성을 고려한 생애주기별 지원계획 수립('12.6월)

○ '장애아동복지지원법' 시행('12.8월)과 함께 중앙·지역 장애아동지원센터를 시범운영('12.6월)하고, 'One-Stop 서비스'와의 연계 추진

○ 성년후견제 제도화(개정민법 '13.7월 시행)에 따라, 발달·정신장애인, 치매노인 등을 위한 성년후견 세부 시행방안 마련('12.8월)

과제7 공공-민간의 복지자원 활용 고도화

1. 보다 효율적인 복지자원 관리체계 구축

1 사회서비스 시장 활성화 및 품질제고

○ 심리·정서 지원서비스 등 사회서비스 R&D를 추진, 고부가가치 신규 사회서비스 개발* 촉진('12.4월 공모, 10억원)

* 자폐위험군 조기개입 프로그램, 아동 발달 검사 도구 개발 등

○ 서비스 제공기관 진입 규제를 완화(지정제→등록제)하여 사회서비스 시장 형성 활성화('12.8월)

○ 서비스기관 '등록심사-평가-품질인증'의 단계적 품질관리체계 마련

2 사회복지시설 관리체계 선진화

○ (제도개선) 외부 공익이사 도입, 운영정보 공개, 성폭력범죄자 근무제한 등 투명성 및 인권강화를 위한 제도개선 추진(사회복지사업법 개정)

○ (종사자 처우개선) 사회복지사 등 종사자 보수수준 및 지급실태를 조사하고('12.6월), 중·장기적 처우개선 목표를 설정하여 추진방안 마련

- 인건비 가이드라인에 따른 지자체별 준수율 평가, 공개

〈사업유형별 종사자 처우개선 방향〉

구 분	국고지원사업	지방이양사업	사회보험
주요 사업	지역아동센터, 어린이집	장애인·아동시설	노인장기요양보험
추진방안	단계적으로 추가적 예산확보계획 수립	인건비 가이드라인 준수 권고	시설수가 인상

○ (시설수급관리) 지역별 시설의 과밀·과소 현황 등에 대한 전반적인 실태조사를 실시하고('12.7월), 지역 복지수요에 맞는 시설관리방안 마련('12.9월)

2. 나눔의 제도화와 사회적 실천 확산

1 나눔 실천에 대한 제도적 지원 기반 강화

○ 각 부처별로 분산된 나눔 관련 내용을 체계적으로 정비하여 총괄적 기능을 수행하기 위한「나눔기본법*」제정

* 나눔의 정의, 나눔문화 활성화 사업, 모금기관 관리·감독, 나눔실천자 예우 등

○ 기부자가 현금·부동산 등을 기부하면 본인 또는 유족에게 기부가액의 일정액을 정기적으로 지급하는 '기부연금' 제도 도입('12.12월)

○ 나눔단체 및 기관, 기업, 정부 등으로 '나눔 정책협의체'*를 구성, 민간기업-복지단체간 협력사업 개발 등 민관 공동사업 추진('12.3월)

* 경제계, 종교계, 모금기관, 사회복지단체, 언론문화계, 학회 등 30여명으로 구성

2 생활속의 나눔문화 확산

○ '나눔대축제(10월)', '나눔토크콘서트(3월)', 나눔백일장·사생대회 등 캠페인을 전개하고, 나눔의 방법 소개책자를 발간하여 국민참여 유도

○ 나눔교육 전문기관에서 초등학교 방문교육을 실시하고, 동영상 교재 제작 등을 통해 교육의 표준화 및 질 제고

○ 대한민국사회봉사단(Korea Hands)에 프로그램 공모제를 도입하여 지역 내 민간 비영리기관의 참여를 적극 유도('12.1월)

- 온라인 관리시스템을 구축하여 단원 모집 및 활동 관리 체계화

3 기업의 사회공헌 활성화

○ 기업 사회공헌담당자에게 체계적 교육을 지원하는 한편, 사회공헌전문가 민간자격을 신설('12.6월)하여 전문가 양성 추진

○ 사회공헌정보센터에서 컨설팅을 희망하는 기업의 여건과 특성에 맞는 사회공헌 프로그램 컨설팅 실시(연중), 기업 이미지 제고와 사회공헌 확대

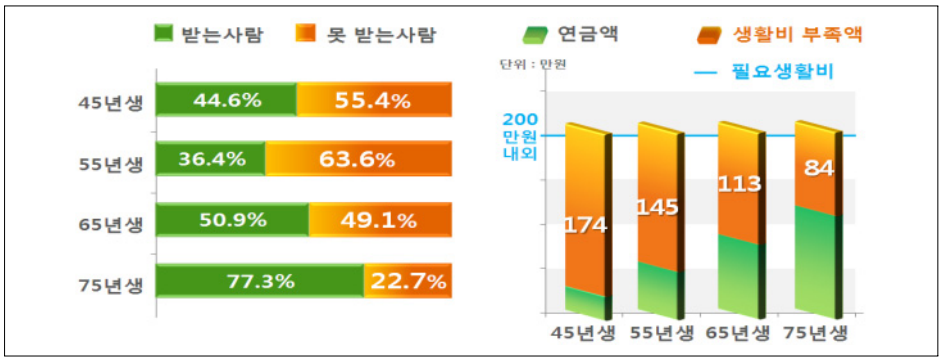
〈분야 ③〉 저출산 고령사회에 대비하는 사회적 기반 확충

정책상황 분석 및 과제 도출

○ (노후생활준비 미흡) 현재의 노인세대*는 대부분 소득·재산이 많지 않으며, 미래 노인세대의 경우도 노후생활대비가 미흡한 실정

* 소득이 전혀 없는 노인 234만명, 재산이 전혀 없는 노인 42만명, 소득과 재산 모두 없는 노인도 25만명(전체노인의 4.7%), 노인빈곤율은 45.1%

〈세대별 국민연금 수급 전망〉



- 만성질환 유병률, 요양보호 필요노인 및 독거노인 등 지속 증가

➡ 노후생활 안정을 위한 범정부적 대책 마련 필요 : 과제 ⑧

○ (저출산) 최근 출산율이 미세한 상승 추세를 보이고 있으나, 여전히 불확실한 상황('09년 1.15명→'10년 1.23명→'11년 1.28명 전망)

* 각국 출산율 : 프랑스 1.99, 스웨덴 1.94, 영국 1.94, 독일 1.36, 미국 2.01, 일본 1.37 ('09, OECD)

- 그러나 고령산모 출산비중 증가, 평균출산연령 증가 등으로 인해 향후 출산율을 제고할 수 있는 여력이 점차 감소

* 평균출산연령은 '10년 31.26세로, 10년 전에 비해 2.4세 증가

- 추후 노동력 감소, 성장율 하락, 국가 재정부담 증가 우려

○ (보육) 저출산 대응에 중요한 보육정책은 제한된 보육료 지원, 낮은 서비스 질 등 문제점 존재

➡ 적극적인 아동투자와 국가의 육아·돌봄 책임을 강화할 필요 : 과제 ⑨, ⑩

과제8 한걸음 앞서 준비하는 안락한 노후생활

1. 노후 소득보장체계 내실화

1 '더 많은 노인이 연금을 받을 수 있도록' 가입률 제고

○ 소득파악률 제고를 위한 공적자료 추가 확보, 사업장 확인조사 강화 등을 통해 납부예외자(491만명) 및 장기체납자(105만명) 축소(연중)

* (보험설계사 등 특수형태근로자) 산재보험 입직·퇴직자료, 건강보험료 부과자료 등 정보공유

(일용근로자) 건설업체 사업장가입 관리 기준 완화('12.7월)

○ 영세사업장의 저소득근로자 및 사용자에게 연금보험료를 지원*하여 국민연금 가입 유도(국민연금법 개정 추진, '12.10월 시행)

* 5인 미만 사업장의 최저임금 120%(월 125만원)이하 근로자를 대상으로, 근로자 본인과 사업주 부담 보험료의 각 1/3씩 국가에서 지원(60만명, 고용부 협조)

○ 퇴직을 앞둔 베이비부머 등이 퇴직금 등 재정적 여유가 있을 때 보험료 선납*을 통해 가입기간을 늘릴수 있도록 선납기간 확대('12.6월)

* 노령연금수급 최소 가입기간(10년) 확보를 위해 보험료선납 기간을 최대 5년이내로 확대(기존 1년이내) 검토

2 '더 많은 연금액을 받을 수 있도록' 제도개선

○ 지역유형별·연령대별 필요한 노후생활비 규모, 노후 준비 방식 등에 대해 점검할 수 있는 '노후소득준비 진단지표' 개발 추진

○ 자신의 공·사연금 미래 수급액을 조회*할 수 있는 공·사연금 포털을 구축하고, 다층노후소득보장 발전방안 논의를 위한 범부처 협의체 구성

* 단기적으로는 개인이 직접 연금가입 정보를 입력하여 조회하도록 하되,

중·장기적으로는 관련정보(국민+퇴직+개인)를 연계한 후 서비스 제공 추진

○ 단계적으로 상향조정되는 연금수급 개시연령('13년부터 5년에 1세씩)과 가입상한연령(현 59세) 연동 등 가입공백 최소화 방안 마련('12.6월)

3 고령자 근로유인형 연금제도 개선

○ 연기연금 신청대상 확대* 및 가산율 인상(연 6%→7.2%)을 추진하고, 연금액의 일부만 연기하는 부분연기연금제도 도입모델 마련('12.6월)

* (현행) 재직자 노령연금 수급권자(월 소득 279만원 이상인 60~64세 노령연금 수급자)

→ (변경) 60~64세 전체 노령연금 수급권자(법안 국회 계류중)

○ 소액의 조기노령연금액도 일부만 분할수령 후 잔여액을 장래 연금에 합산할 수 있게 하는 부분조기노령연금제도 도입방안 마련('12.6월)

○ 재직자노령연금 감액방식을 연령에 따른 정률감액에서 A값('11년 182만원) 초과소득에 대한 감액으로 변경하여 근로유인 제고(법안 국회 계류중)

4 고령자 소득지원 강화

○ 기초노령연금을 지속 지원*함과 동시에, 저소득 노인의 소득을 두텁게 보호하기 위한 기초노령연금제도 재설계방안 마련

* 수급대상자 및 연금액 : '11년 379만명, 91천원→'12년 386만명, 94천원

○ 의료비·장제비·전월세자금 등 긴급자금이 필요한 연금수급자의 경제적 부담 경감을 위한 노후긴급자금대부사업 실시(300억원, '12.5월)

5 노인 맞춤형 일자리 확대

○ 고령자에 적합한 5대 대표 「Senior-Biz」 사업 아이템*을 시범 선정('12.6월), 브랜드·마케팅·인테리어 등 표준화로 경쟁력 강화

* 실버카페, 베이비시터 등 고령자에 적합한 업종 발굴

○ 「기업과 함께하는 노인일자리 창출」 프로젝트 추진

- 지역별 '1 시니어클럽 - 1 기업' 결연을 통해 일자리 창출 및 판로를 확대하고('12.11월), 지역 내 중소기업에서 노인 현장연수 기회* 제공

  * 현장연수시 인건비 지원 : '11년 3천명 54억원 → '12년 3천5백명 64억원

- 노인일자리 창출에 기여하는 기업을 발굴, 「노인일자리 일촌맺기」 추진('12.3월)

○ 저소득 노인의 소득보장, 건강증진, 사회참여 활성화를 위한 재정지원 일자리 확대('11년 20만개, 1,486억원 → '12년 22만개, 1,666억원)

2. 노인의 건강 및 안전보장 강화

1 어르신 건강보장체계 강화

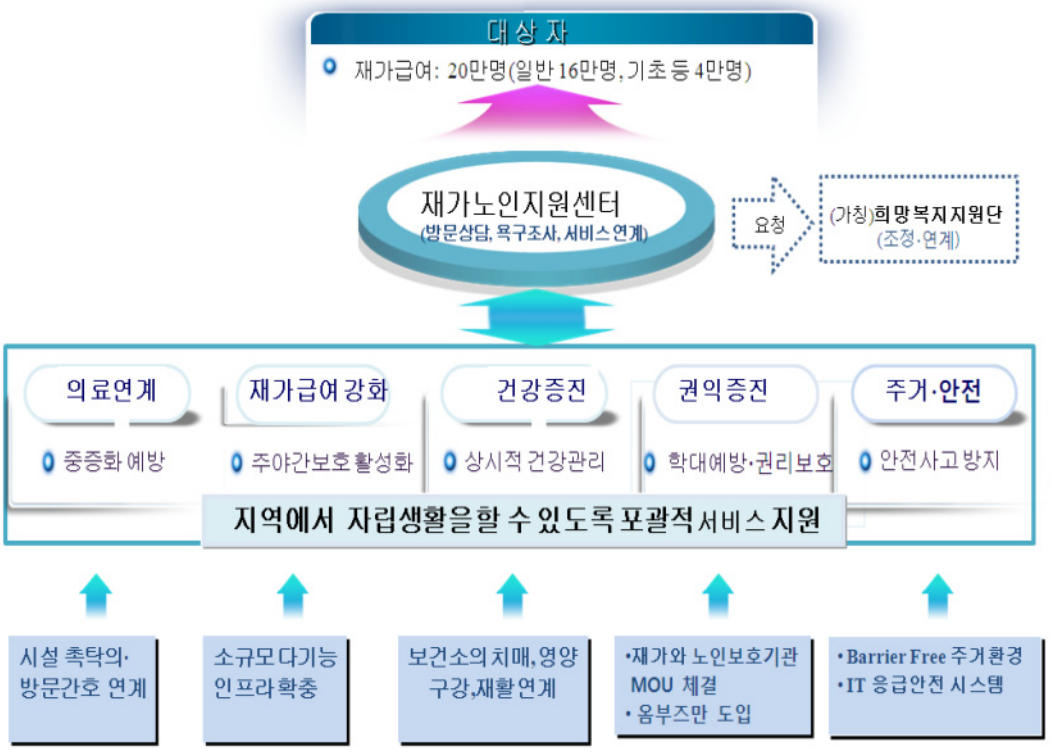
○ 노인건강운동사업(건보공단)을 경로당에서 공원, 등산로, 학교운동장 등으로 확대 운영('12.4월)

○ 치매·중풍질환 노인의 보호 강화를 위해 노인장기요양보험 3등급 인정기준을 완화, 대상자 확대(24천명 추가 혜택)

○ 장기요양 재가노인에게 시군구 재가노인지원센터를 통하여 요양·건강서비스 및 주거지원*·안전보장** 등 통합 지원방안 마련

* 안전사고 예방을 위한 'Barrier Free' 주택개보수 ** 심야 응급안전돌봄서비스 지원 등

〈장기요양 재가노인 포괄케어시스템 구축(안)〉



2 독거노인의 생활개선과 안전강화

○ 독거노인의 주거환경 개선, 냉난방비·기구 지원, 병원통원 지원 등을 기업 등이 후원하는 '독거노인 소원성취(make a wish)' 사업 전개

○ 동절기 '독거노인 공동생활가정'을 시범운영'하여 안전사고 가능성 및 난방비 부담 경감('12.하반기)

* 리모델링한 경로당·마을회관 등을 독거노인의 여가활동·숙식 병행 공간으로 활용

과제9 보육지원 시스템 내실화로 국민체감도 향상

◈ '비용 지원 확대'와 함께 '품질 개선'에 주력하여 체감도 제고

1 부모참여 확대 등 어린이집 운영의 투명성 제고

○ 어린이집의 세부 비용, 교직원 경력, 평가인증 결과, 행정처분 이력 등의 정보를 공개하는 '정보공시제' 도입(영유아보육법 개정, '12.12월)

* 보육 포털, 스마트폰 어플 및 '메일링 서비스'로 정보 제공

○ 지역사회의 부모, 전문가 등이 참여하는 '지역사회 부모 모니터링단'을 구성·운영하여 품질 관리체계 구축(영유아보육법 개정, '12.9월)

* 설치·운영 및 기능, 권한을 영유아보육법에 반영하여 실질적 운영을 뒷받침

- 어린이집별 운영위원회 구성(현재는 40인 이상 시설)을 모든 시설로 확대하고, 급식·보육과정 참관, 학부모 의견 수렴 등 실질적인 기능 내실화

○ 보육과정 참관권 및 정보청구권 등 학부모 참여권 도입과 동시에 부모의 보육에 대한 책임, 어린이집 전문성 존중 등을 법제화('12.9월)

2 보육교사 근무여건 및 시설환경 개선으로 서비스 품질강화

○ 보육교사 처우개선*과 대체교사 인력 Pool 구성·지원 등 근무여건 개선

* 5세 누리과정 담당교사 처우개선수당 지원(월 30만원), 0~4세 담당교사 근무환경개선비 지원(월 5만원), 보육료 인상과 연계된 인건비 가이드라인 마련 등 추진

○ 학점은행, 사이버대학 등의 보육교사 양성시 현장 실습체계 내실화 등 보육교사 자질 강화

○ 어린이집 설립자의 자격을 마련하고, 부채 비율을 제한하는 등 신규 어린이집 설치·인가기준 강화(영유아보육법 개정, '12.12월)

○ 어린이집 시설환경 개선*을 위한 융자금을 장기 저리로 지원 검토

* 놀이터, 급식위생시설 개·보수, 충격흡수장치 등(공공자금관리기금 활용)

3 보육지원 확대 및 보육서비스 다양화

○ '5세 누리과정' 도입으로 유치원과 어린이집에 다니는 모든 5세아에 대해 보육료·유아학비를 지원

* '11년 소득하위 70%, 월 17.7만원 → '12년 全 계층, 월 20만원

- 3~4세아까지 누리과정을 연차적으로 확대하는 방안 마련('12.3월)

○ 주 5일제 정착에 맞추어 토요일 휴무를 점진적으로 도입하고, 지역별 거점 어린이집을 지정('12.하반기)하여 휴무일 보육수요 충족

4 지원확대에 걸맞는 어린이집의 책임성 강화

○ 국공립 등 보조금을 지원하는 어린이집부터 단계적으로 재무·회계 규칙 제정 및 불성실 회계 신고시 제재 법제화('12.9월)

○ 평가인증 유효기간(3년) 내 어린이집의 품질 수준을 중간 점검하는 제도를 도입하고, 평가인증 결과에 따라 '보육컨설팅' 제공

○ 보조금 부정수급, 급식·안전사고가 발생한 어린이집 명단을 공표하고, 시설 폐쇄 또는 원장 자격을 일정기간 취소('원 스트라이크-아웃제', 영유아보육법 개정 추진)

○ 어린이집의 회계 투명성 확보를 위해, 회계관리시스템 구축 및 클린카드 도입 검토

과제10 아동보호 패러다임의 전환

◈ 아동발달 친화적인 취약아동 보호·양육체계 마련

1 가정보호를 강화하고 자립지원 촉진

○ 요보호아동을 위탁가정, 공동생활가정에 우선 배치하여 가정보호를 강화하고, 양육시설의 소숙사화·공동생활가정 부대 설치를 유도

* 가정보호 관련 지침 변경('12.2월) 및 시설기준 변경 관련 법령 개정('12.8월) 추진

○ 자립지원 프로그램 대상을 시설 아동에서 공동생활가정·가정위탁까지 확대('11년 16천명 → '12년 22천명, 6천명 확대)

○ 아동발달지원계좌 대상을 확대하고('11년 47천명→'12년 55천명), 성공한 퇴소선배가 멘토로 활동하는 '바람개비 서포터즈' 증원('11년 100명→'12년 200명)

2 취약아동 보호역량 강화

○ 지역아동센터 종사자 교육과 컨설팅 지원으로 운영역량을 제고*하고, 등록제 실시로 효율적 재정지원 및 서비스 질 관리체계 마련

* 신규종사자 교육시간 확대(연68시간→100시간), 우수센터를 모델로 한 운영매뉴얼 제작 및 컨설팅 지원

- 시군구에 이용 아동 및 운영현황, 외부기관에 의한 평가결과 등록

○ 드림스타트 센터 설치지역을 확대*('11년 131개소→'12년 181개소)하고, 사업운영 평가, 만족도·효과성 조사 등 체계적 관리 강화

- 아동복지기관협의체 구성·운영 및 빈곤아동 DB 구축 등 드림스타트 중심의 지역사회 아동복지서비스 연계·조정기능 강화

* '11년 아동통합지원체계 구축 시범사업지역(인천 남구, 경기 남양주, 강원 동해, 전남 보성)을 대상으로 추진

3 아동학대 예방

○ 아동보호전문기관과 지역아동센터 등과의 밀착 연계를 통해 아동학대 대상을 상시 발굴하고, 신고설명서* 배포 등 신고 활성화

* 아동학대 신고의무자에게 신고절차·방법 등의 신고설명서 배포

○ 시설운영위원회, 사회복지협의체, 전문가 등과 함께 시설운영을 지속 점검하고, 문제시설 심층조사·학대자 신분조치 등 제재조치 강화

○ 아동학대 현장조사 시 사법경찰관리 동행조치와 학대행위자의 업무방해시 벌칙조항* 규정으로 아동 안전보호조치 강화

* 업무방해시 1년이하 징역 또는 500만원이하 벌금(아동복지법, '12.8월 시행예정)

4 입양제도 선진화 및 지원 확대

○ 입양특례법 시행('12.8월)에 따라, 입양숙려제·가정법원입양허가제 등 관련 법령을 정비하여 입양제도 선진화 추진

○ 국내입양 활성화를 위해 입양아동 양육수당 인상 및 지원인원 확대

* '11년 7,888명 월10만원 → '12년 9,520명 월15만원(1,632명 확대, 5만원 인상)

○ 국제적 수준의 입양제도 개선을 위해 '헤이그국제아동입양협약*' 가입 추진

* 요보호아동에 대한 가정보호 원칙(친가정보호→국내가정보호→국제입양), 국제입양인증·절차 규제 및 감독을 전담할 국가기관 지정 등 규정

- 관계부처(법무부, 외교부, 대법원) 협의 및 전문가 의견 수렴을 거쳐 협약 가입시기 결정 및 협약 이행을 위한 국내법·제도 정비 추진

〈참고〉 저출산·고령사회정책 추진기반 강화

1 제2차 저출산·고령사회 기본계획 고령사회 분야 보완계획 수립 추진

○ (개요) 고령사회 장기 비전과 실천과제를 재점검, '12년에 고령사회분야 보완계획 수립 추진

○ (대상) 향후 30년에 걸쳐 예비 노인세대를 3단계로 구분, 세대별 특성을 고려한 정책수립

* 베이비붐세대 및 전후 세대 : 46～54년생, 55～63년생, 64～74년생

○ (여건조성) 개인별 노후준비지표(Readiness Index) 개발·확산, 세대별 소득·건강·자산 실태를 분석

○ (중점분야) 사전예방적 건강·의료체계 구축, 노후소득보장체계 개편, 주택·자산시장 대응방안, 미래 성장산업 육성방안 등 검토

2 20～30대 체감도 제고를 위한 저출산 정책 품질개선 추진

○ (사례분석) 출산율 상·하위 지자체 대상, 심층면접 및 현장실태 조사를 실시, 출산에 영향을 미치는 요인 비교·분석, 정책개발

○ (소통강화) 출산·육아 인터넷 모임(맘스홀릭 등), 공익단체(YWCA 등)와 상시 협의채널 운영, 의견수렴 실시 및 제도개선 과제 발굴·검토

3 저출산·고령사회위원회 활성화

○ 기존 저출산·고령사회위원회의 정책심의 기능 이외에 정책연구·검토, 사회적 공론화 등 역할 범위를 확대

○ 위원회 산하 '분야별 전문위원회' 구성·운영, 수시로 위원회를 개최하여 전문위원회 논의결과를 상정·토론

〈분야 ④〉 정책 추진체계 개선 (중장기 과제)

과제11 정책 추진체계 개선 (중장기과제)

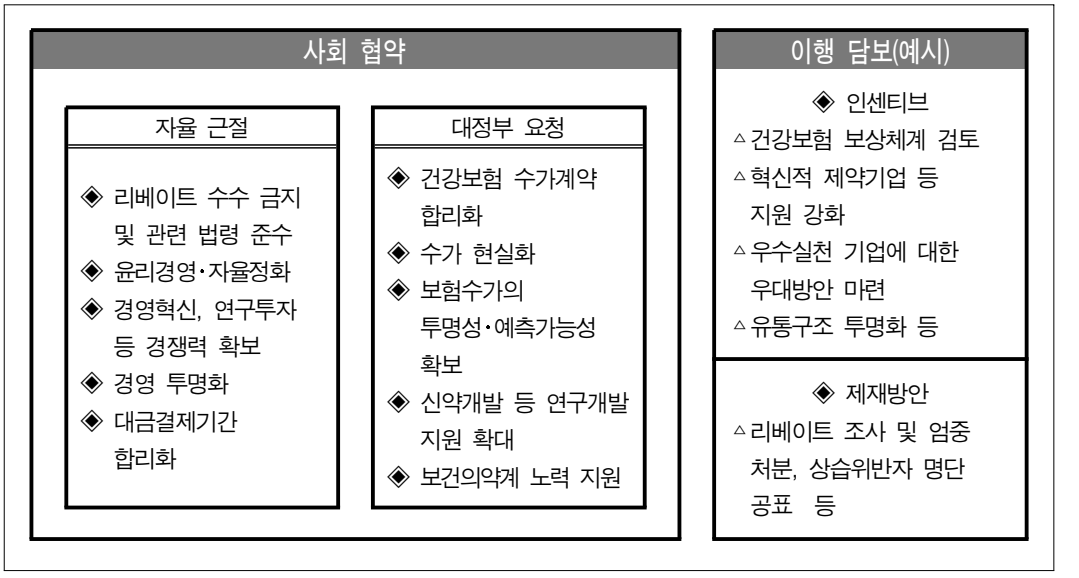
1 리베이트 근절 등 제약산업 발전과 보건의료 투명성 강화

○ (협약 체결) 보건의약계 각 이해당사자들이 참여하는 '사회 협약' 체결을 토대로, 불법 리베이트 관행 근절 추진

* 참여단체 : 병협·한방/치과병협·치과/한의사협·약사회, 제약협회, 다국적의약산업협회, 의약품도매협회, 의료기기산업·공업조합, 치과기재협회

- 사회 협약의 대정부 요청사항 등을 검토하여 우수실천기관에 대한 인센티브 및 위반에 대한 제재 등 이행담보 방안 마련

〈사회협약 개요 및 이행담보〉



○ (의료기관 회계제도 개선) 회계기준 적용대상 확대*, 외부 회계감사 도입으로 의료기관 회계의 정확성 및 신뢰성 제고(의료법 개정, '12.12월)

* 종합병원(317개)에서 병원급 의료기관(한방·치과·요양병원 포함, 3,016개)까지 단계적으로 확대

○ (의료수가 계약구조 개선) 공급자가 참여하는 표준모형 개발 등을 통해 수가계약의 객관성 확보

* 이해관계자가 참여하는 「추계 Conference」 정례화 및 분기단위 재정상황 공유체계 마련('12.2월)

2 보건소 기능재정립을 통한 사업효과 극대화

○ (단기과제) 도시·농어촌 등 지역별 특성을 고려하여 '진료→건강증진·관리' 중심으로 보건기관 기능 개편

〈보건소 유형별 기능개편 방향〉

도시형	농어촌형	의료취약지형
• 건강증진·관리 중심으로 전환	• 건강증진·관리 중심으로 전환 • 의료기관 없는 지역은 진료 유지	• 진료기능 강화 • 건강증진기능 투입

- 다양한 지역사회 자원(의료기관, 학교, 사업장 등)과 네트워크 구축, 건강증진사업 참여 강화 및 보건기관의 총괄·조정기능 제고
- 국민에게 보다 친숙하게 다가갈 수 있고 건강증진사업을 부각시킬 수 있도록 '보건소' 명칭 변경안 마련('12.4월)

○ (중장기과제) 사업운영 자율성 강화를 위한 포괄보조금제도, 도시지역 보건기관 수가체계 개편 등 검토

- (포괄보조금제도) Top-down방식(사업지침에 따라 운영)의 보건소 건강증진사업을 Bottom-up방식으로 개편
- (수가 개편) 도시지역 보건기관 건강보험 수가체계(방문당 수가)를 민간의료기관(행위별 수가 등)과 동일수준으로 조정(저소득층·노인 제외)

3 국공립병원 경영혁신

○ (국립병원) 국립결핵·정신·재활병원은 효율적 인적·물적 투자, 특성별 전문화 등으로 국가운영 공공의료기관으로서 기능 강화

- 국립정신병원 중 국립서울병원은 정신건강정책 개발, 임상연구 등 종합연구기관(정신건강연구원)으로 기능 재정립
- 기타 4개 국립병원은 국립정신건강연구원과 연계하여 민간의 대응이 어려운 영역을 중심으로 특성화

* 중독, 응급 및 복합성 정신질환, 지역사회 재활 등에 초점

○ (지방의료원) 설립주체인 지방자치단체와의 긴밀한 협의 하에, 지역별로 현실에 맞는 다양한 방안으로 지방의료원 경영혁신

- 의료경쟁력·공공성을 종합 평가·분석하고, 집중지원을 위해 의료자원 분포·이용행태, 교통상황 등 다각적 요인을 중심으로 의료취약지 분석 병행

○ (국립중앙의료원) 국가 중앙 공공의료기관으로서 중증외상, 응급의료 등을 중심으로 기능전환하고, 성공적인 원지동 신축·이전 추진

〈참고〉 '11년 업무계획 주요 추진성과

1 복지체감도 향상을 위한 수요자 중심 복지 인프라 확대

○ 범정부 복지정보 통합관리방안을 마련('11.6월)하고, 사회복지담당인력을 단계적으로 확충('14년까지 7,000명)하는 등 복지인프라 확대

○ 복지사각지대 일제 조사*, 기초생활보장 부양의무자 기준 개선** 등을 통해 취약계층에 대한 복지서비스 확대

* 14천건(27천명)을 발굴하여 9.7천건에 대해 긴급복지, 기초생활급여 등 지원

** 4인가구 (월)기준소득 인상(256→364만원), 61천명의 빈곤 가구 신규 보호

○ 나눔이 국민들의 생활속에 자리잡을 수 있도록 나눔문화 활성화 추진

* 행복나눔 N 캠페인 확대, 청년·노년층의 장기적·지속적 참여 유도를 위한 Korea Hands 시범사업 실시, 나눔기부연금제도 도입, 나눔의 날 제정 등 추진('11.11～)

2 국민의 건강보장 시스템의 지속성·안정성 강화

○ 건강보험료 부과체계 개선 등 적극적인 재정 안정화 대책을 통해 건강보험 재정 안정화 도모(11월 7,044억원 흑자)

○ 의료기관 종별 기능 효율화 추진, 보건의료미래위원회 운영* 등을 통해 보건의료시스템의 지속가능성 확보를 위한 비전 및 전략을 제시

*「2020 한국의료의 비전과 정책방향 및 10대 제언」발표('11.8월)

○ 23년만에 의료분쟁조정제도를 도입('11.4월)하고, 안전성이 확보된 일부 의약품의 의약외품 전환 등으로 국민의 의료이용 편의 제고

* 감기약 등 일부 의약품에 대해서는 「약국외 판매 의약품」으로 지정하여 약국외에서 판매하도록 하는 제도 개선 추진('11.9～, 약사법 개정 추진 중)

3 보건의료산업의 고도화를 통해 미래 신성장 동력으로 적극 육성

○ 제약 등 보건의료산업 북미특화 진출 전략(콜럼버스프로젝트)을 통해 선진시장 진출 가능성을 확인하고, 연구중심병원을 제도화('11.8월)

* 미국 기업과의 협력을 통해 약 4,600억원의 투자 유치 MOU 체결 성과('11.4)

○ 해외환자 유치 활성화를 위한 2단계 고도화 전략을 추진, '11년 중 11～13만명의 해외환자 유치 성과('10년 8만명)

4 저출산·고령사회 등 미래 인구위기에 대한 선제 대응

○ 보육료 전액지원 대상 확대(소득하위 50→70%), 수요자 중심 어린이집 운영 모델 확대* 등으로 부모의 자녀 양육 부담 경감

* 어린이집 이용시간 다양화 시범사업('11.9), 공공형 어린이집 사업('11.7) 등

- 만 5세아에 대해서는 '12년부터 전 계층에 대해 보육료 지원("5세 누리과정" 도입)

○ 요보호 독거노인에 대한 복지자원 발굴·연계 및 정기적 안전 확인 등 어르신에 대한 돌봄 서비스 확대

* 독거노인 사랑잇기 사업(3.5만명), 독거노인응급안전서비스(3만명), 노인돌봄기본서비스(15.3만명) 등

5 보건복지 일자리 확충을 통해 서민생활 안정에 기여

○ 보건복지서비스 일자리 11만개를 창출하여 고용흐름 개선을 주도(전년 동기비 113천개, '11.11월)

○ 자활대상자에 대한 맞춤형 탈빈곤 프로그램 도입('11.1월) 등으로 저소득층의 일을 통한 자립 지원 강화

* 취·창업률/탈수급률(%) : ('10년 상반기)10.1/3.8 → ('11년 상반기)12.6/4.9

➡ 국무총리실 정부업무평가 결과 핵심과제, 일자리창출 및 서민생활안정 과제 등에서 '우수' 평가

지 원 내 용	정책 대상	지원규모	일정	비고
〈분야 ①〉 지속가능한 보건의료체계 구축				
▪ 담배 경고그림 도입, 유도문구 사용 금지 (건강증진법 개정)	흡연자	(제도개선)	'12.하	신규
▪ 영화관·지하철 내 주류광고 금지	일반 국민	(제도개선)	'12.6월	신규
▪ 학교 등 공중이용시설 주류판매 및 음주금지 (건강증진법 개정)	일반 국민	(제도개선)	'12.12월	신규
▪ 건강관리서비스 바우처 지원	고혈압, 당뇨병 등 위험군 또는 질환자	지자체 사업평가 후 확정	연중	계속
▪ 건강도시 평가인증제도 도입 (평가지표, 가이드라인 개발)	지자체	(제도개선)	'12.10월	신규
▪ 나트륨 표시대상 가공식품 확대	일반 국민	(제도개선)	'12.12월	확대
▪ 한방건강증진 프로그램 지원 (한의약 Hub 보건소 확대 : 65개소→85개소)	일반 국민	37억원	연중	확대
▪ 의료급여수급자 일반검진 도입 (의료급여수급자 67만명, 2년에 1회)	의료급여수급자 34만명	54억원	'12.1월	신규
▪ 공휴일 검진 활성화 (공휴일 진료 30% 가산)	국가건강 검진대상 국민	3억원	'12.1월	신규
▪ 고혈압·당뇨병 등록 및 관리사업 확대 (5개소→10개소)	65세 이상 고혈압·당뇨병 질환자	36억원	'12.7월	확대
▪ 1차의료기관 만성질환자 건강관리사업	고혈압·당뇨병 질환자	350억원 (인센티브)	'12.4월	신규
▪ 고액 종합소득자(직장가입자)에 건강보험료 부과 (건강보험법 개정)	건보 직장가입자	(제도개선)	'12.10월	신규
▪ 고액 종합소득자는 직장가입자의 피부양자에서 제외	건보 피부양자	(제도개선)	'12.10월	신규
▪ 전·월세금 보험료 부담 완화	전·월세 거주자	(제도개선)	'12.4월	신규
▪ 약가 인하	일반 국민	(제도개선)	'12.1월	신규
▪ 의료분쟁조정제도 시행	의료분쟁에 관련된 국민	(제도개선)	'12.4월	신규
▪ '국가건강정보포털' 건강·의료정보 제공	일반 국민	(제도개선)	'12.6월	확대

지 원 내 용	정책 대상	지원규모	일정	비고
▪ 노인틀니 보험급여 적용	75세 이상 노인	3,288억원	'12.7월	신규
▪ 임신출산 진료비 상향 지원(40만원→50만원)	임신부	600억원	'12.4월	신규
▪ 국가필수예방접종(10종) 비용 경감(15천원→5천원)	만 12세 미만 아동	524억원	'12.1월	확대
▪ 응급의료헬기 추가 배치(2개→4개)	도서·산간지역 응급환자	54억원	'12.6월	확대
▪ 분만취약지 산부인과 등 설치 지원 (3개소→6개소)	취약지역 산모	22억원	'12.6월	확대
▪ 정신보건센터 설치 확대·운영 (164개소→182개소)	우울증 등 정신질환자	208억원	연중	확대
▪ 약국판매 일반의약품 DUR 적용	일반 국민	(제도개선)	'12.상	확대
▪ 혁신형 제약기업 지원 및 보건의료산업 해외시장 진출	연구개발비 비중 높은 제약기업 및 보건의료기업	25억원	'12.4월	신규
▪ 줄기세포·재생의료 R&D 투자 확대	-	459억원	'12.4월	확대
〈분야 ②〉 맞춤형 복지체계 완비를 통한 사각지대 해소				
▪ 시군구별 '희망복지지원단' 구성, 통합사례관리 강화(사회복지담당공무원 충원)	취약계층	387억원	'12.4월	신규
▪ 기초생활보장제도 기준 개선(부양의무자 기준 완화)	비수급 빈곤층	2,191억원	'12.1월	확대
▪ 복지사각지대 상시발굴 시범사업 (5개소→30개소)	사각지대에 놓인 소외계층	6억원	'12.1월	확대
▪ 노숙인 중앙종합지원센터 복지서비스 연계	노숙인	7.5억원	'12.6월	신규
▪ 'Wet House(주취자 특별재활시설)' 시범사업	알콜중독 노숙인	[지자체 운영]	'12.7월	신규
▪ 자활사례조정회의 확대(48개소→100개소)	자활사업 대상자	[지자체 운영]	'12.상	확대
▪ 희망키움통장 확대(1.5만 가구, 월 206천원 → 1.8만 가구, 월 259천원)	취업수급자	374억원	연중	확대
▪ 이행급여 확대(3,000가구→5,760가구) - 교육급여 지원 - 의료급여 지원	일을 통한 탈수급자 (희망키움통장가입자, 취업성공패키지, 성과중심 자활사업 참여자 등)	11억원 135억원	'12.1월	확대
▪ 장애아동지원센터 시범운영(중앙 1개소, 지역 2개소)	장애아동	2억원	'12.6월	신규
▪ 기부연금 제도 도입	나눔실천자	(제도개선)	'12.12월	신규

지 원 내 용	정책 대상	지원규모	일정	비고
▪ 사회공헌전문가 민간자격 신설	사회공헌담당자 등	(제도개선)	'12.6월	신규
〈분야 ③〉 저출산 고령사회에 대비하는 사회적 기반 확충				
▪ 저소득근로자 국민연금 보험료 지원 (5인미만 사업장의 최저임금 120% 이하 근로자 60만명)	저소득근로자, 사용자	670억원 [고용부]	'12.10월	신규
▪ 국민연금보험료 선납기간 확대 (1년→5년)	퇴직을 앞둔 베이비부머 등	(제도개선)	'12.6월	신규
▪ 연금공단 포털의 공·사 연금수급액 조회 기능 고도화	연금 가입자	(제도개선)	'12.6월	확대
▪ 연기연금 대상 확대 및 가산율 인상 (국민연금법 개정)	전체 노령연금 수급권자	(제도개선)	'12.하	신규
▪ 재직자 노령연금 감액방식 개선(연령별 정률감액→A값 초과소득에 대한 감액, 국민연금법 개정)	재직자 노령연금 수급권자	(제도개선)	'12.하	신규
▪ 기초노령연금 확대 - 대상자 확대(379만명→386만명) - 연금액 인상(91천원→94천원)	기초노령연금 수급권자	2조 9,665억원	'12.1월 '12.4월	확대
▪ 의료비, 장제비, 전월세자금 등 노후긴급자금 대부 실시	연금수급자	300억원	'12.5월	신규
▪ 재정지원 노인일자리 확대(20만개→22만개)	저소득 노인	1,666억원	연중	확대
▪ 건보공단 노인건강운동사업 확대 운영	일반 노인	123억원 [건보재정]	'12,4월	확대
▪ 노인장기요양보험 대상자 확대 (24천명 추가 혜택)	거동불편 노인, 치매 노인	865억원 [요양보험재정]	'12.하	확대
▪ 어린이집 '정보공시제' 도입(영유아보육법 개정)	어린이집 이용 부모	(제도개선)	'12.12월	신규
▪ 어린이집 '5세 누리과정' 도입 - 모든 만5세아 보육료·유아학비 지원 (하위70%, 월 17.7만원→전계층, 월 20만원) - 5세 아동 담당교사 처우개선 (월 30만원 지원)	어린이집 이용 부모 보육교사	9,490억원 (보육 4,998억원) [교과부]	'12.3월	신규
▪ 어린이집 0~4세 아동 담당교사 처우개선 (월 5만원 지원)	보육교사	407억원	'12.3월	신규

지 원 내 용	정책 대상	지원규모	일정	비고
▪ 아동발달지원계좌(디딤씨앗통장) 대상 확대 (47천명→55천명)	취약아동	88억원	연중	확대
▪ 지역아동센터 운영 지원 확대 - 운영비 확대(3,260개소, 370만원/월 → 3,500개소, 385만원/월) - 토요일 운영시설 추가지원(3,500개소, 월15만원)	취약아동	1,089억원	연중	확대
▪ 드림스타트 센터 설치 확대(131개소→181개소)	취약아동	462억원	연중	확대
▪ 입양아동 양육수당 인상 (7,888명, 월10만원→9,520명, 월15만원)	입양아동 가정	112억원	연중	확대

〈참고문헌〉

강명근 외(2008), 『보건관리』, 보문각.
고성진 외(1996), 『현대공중보건학』, 지구문화사.
권이승(2006), 『보건행정』, 도서출판 이그잼.
김병환 외(2010), 『건강보험의 이론과 실제』. 계축문화사.
김운신 외(2006), 『보건의료행정』, 수문사.
김한중(2002), 『21세기 한국 보건의료정책 개혁방향: 제13장 의약분업 정책의 평가와 대안 모색』. 한국의학원.
김화중 외(2008), 『지역사회간호학』, 수문사.
김화중 외(2005), 『한국복지정책론』, 수문사.
김순옥, 「WTO 보건의료 시장개방; 간호계의 체계적 준비와 대응」, 간협신보, 2002.
김영임 외(2000), 『지역사회간호학』, 한국방송대학교출판부.
김기훈 외(1999), 『공중보건학』, 정문각.
김동석, 『공중보건학』, 수문사, 2002.
남은우 외(1991), 『지역사회보건 및 일차보건의료』, 지구문화사.
남정자(2000), 「여성의 생애주기별 건강문제와 대책」, 보건복지부.
문옥륜 외(1990), 『한국의료보험론』, 신광출판사.
문재우(2006), 『보건행정학』, 한국고시회.
문재우·김기훈(2004), 『보건행정』, 계축문화사.
박영숙(1996), 『산부관리, 모자보건관리요원과정』, 보건복지부·국립보건원.
배상수(2008), 『보건사업기획』, 계축문화사.
신유선 외(2008), 『지역사회간호학』, 수문사.
유승흠 외(1998), 『보건행정학 강의』, 수문사.
이건세(2000), 「모자보건 선도 보건소사업에서 기술지원대학의 역할」, 보건복지부·한국보건사회연구원.
이광옥 외(2002), 『지역사회간호학 분야』, 현문사.
이무식 외(2009), 『보건학』, 계축문화사.
이상돈(2000), 『의료체계와 법』, 고려대학교 출판부.

이원유 외(2009), 『지역사회간호학I』, 정담미디어.
_____, 『지역사회간호학II』, 정담미디어.
이영근 외(1995), 『공중보건학, 청구문화사』, 1995.
정연강 외(2008), 『지역사회간호학 총론』, 현문사.
정연강 외(2008), 『지역사회간호학 분야별』, 현문사.
지역사회간호학회출판편찬위원회(1992), 『보건학강좌』, 수문사.
지성애 외(2000), 『간호관리학 II』, 수문사.
조재국 등, 『의약분업 시행 평가분석 및 개선방안. 한국보건사회연구원』, 2001.
조재국, 이상호, 『의약분업 조기정착을 위한 제도개선 방안』. 한국보건사회연구원, 2001.
건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계』, 각 연도.
국민의료보험관리공단, 『의료보험질의응답』, 1998.
보건복지부(2007), 『2006년 주요행정통계』.
_____(2008), 『2007년 주요행정통계』.
_____(2009), 『2008년 주요행정통계』.
_____(2007), 인터넷자료.
보건복지부, 건강보험 약가 조정기준. 보건복지부 보도자료, 2002. 8. 9.
보건복지부, 보건복지 여성정책의 중장기 수립계획, 연구보고서, 1999.
————, 보건복지여성정책 중장기계획, 2000.
보건사회부(2008), 『보건사회백서』.
의료보장개혁위원회, 『의료보장 개혁과제와 정책 방향』, 1995.
의료제도발전특별위원회, 『의약분업발전방향. 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집』. 2003.
한국보건복지인력개발원, 『보건사업관리』, 2010.
한국보건사회연구원,「1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사」, 1997.
————————, 「1998년도 국민건강·영양조사:총괄보고서」, 1999.
한영자 외(1996), 「영아사망수준과 원인에 관한 연구」, 보건사회연구원.
황나미, 「2000년 모자보건 선도보건소사업 평가 : 모자보건 선도보건소사업관

계자 Workshop자료」, 보건복지부·한국보건사회연구원,2000.
허정(1989), 『최신보건행정학』, 신광출판사.

Germain, A. & Giard, F. Beijing and Women's health, population27(1):14-15, 2000.
OECD, Health Data File, 1998.
OECD, Health Data File, 2009.
Stanhope, M. (etc.)(1996), Community health nursing : process and practice for promoting health, St. Lousi : Mosby.
The National Women's Health Information Center, The Office on Women's Health(US DHHS), Women's Health Issue: An Overview, May 2000 (http://www.4women.go/owh/pub).
U.S. DHHS, Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease prevention Objectives, Washington D.C., 1990.
———, Healthy People 2010, 2000.
———, Office on Women Health Programs and activities, 2000.
WHO, The Health Center Concept in Primary Health Care, WHO Regional Office Europe, Copenhagen, 1983.
WHO, From Alma-ata to The Year 2000, WHO Geneva, 1988.
WHO, Implementation of The Gloval Strategy for Health for All by The Year 2000, WHO Pan American Health Organization, 1993.
Reija, G. E., Social Insurance and Economic Security, Prentice-Hall Inc., 1984.
Eleanor, J. etc., Effective Management, Addison Wesley, 1985.
www.mohw.go.kr. 제2차 저출산. 고령화 기본계획(2010).
http://www.mw.go.kr. 2012년 업무계획. 보건복지부
http://www.me.go.kr
http://nhic.or.kr
http://healthpia.gangnam.go.kr


Memo


Memo


Memo


Memo

보 건 행 정

2013년 2월 일 인쇄
2013년 2월 일 발행

편 집 : 지방행정연수원 기획지원부
집 필 : 한국보건복지인력개발원 교수 오 영 아
검 토 : 경상북도 이 상 홍
교 정 : 강원도 배 영 미
인 쇄 : (사) 한국장애인문화협회 인쇄사업본부
TEL : (042) 627-0789
FAX : (042) 626-3690

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

☎ 문의 : 031-250-5244 지방행정연수원 기획협력과 과 장 박 연 병
사무관 엄 지 호
담 당 김 재 홍

〈비매품〉