

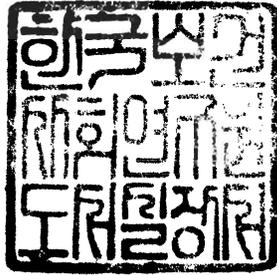
第 7 次 經濟社會開發 5 個年 計劃

# 保健醫療部門計劃：1992～1996

(1차시안：1991.2)



韓國保健社會研究院



## 머 리 말

이 책자는 제7차 경제사회발전 5개년계획 보건의료 부문계획 1차시안의 내용을 수록하고 있다. 이 시안은 보건의료부문 계획위원 여러분이 수차에 걸친 회의와 원고작성등에 적극 참여해 주심으로써 이루어진 결과이다.

제7차 계획기간은 보건의료부문이 현대 복지국가로 지향하는 성장의 부분으로서 모든 국민의 개인적 욕구의 충족과 국가발전의 필요의 관점에서 확대 강화되어야 하는 중요한 시기이다. 6차 계획기간에 성취된 전국민 의료보험의 실질적 성과가 모든 국민에게 향유되어 생산적 활동, 행복의 증진, 삶의 질 향상이 이루어져야 할 것이다.

당 연구원은 이러한 중요한 시기에 「제7차 경제사회 발전 5개년 계획 보건의료부문 계획」 작성을 위한 책임을 정부로부터 위임받아 이 작업을 수행하고 있다. 이 작업과정에서 특히 1991년 1월부터 보건의료부문 계획위원 여러분과 각계 전문가의 적극적인 참여하에 1차 시안작성을 했다. 동 1차시안의 내용은 별첨된 원고 작성자 여러분의 원고를 그대로 수록한 것이다. 그러므로 이 시안의 내용은 앞으로 수차에 걸친 정책협의회, 보건의료부문 계획위원회등을 거쳐 수정보완되어야 하며, 이 과정에서 투자계획도 작성될 것이다. 이 작업은 1991년 6월까지 계속되어 최종안이 작성될 것이다.

알차고 충실한 최종안이 작성될 수 있도록 각계 각층의 적극적 참여와 협조를 바라마지 않는다.

끝으로 본 1차시안 작성에 적극 참여해 주신 여러분께 심심한 사의를 표한다.

1991년 2월

한국보건사회연구원  
원장 池 達 顯



# 목 차

I. 여건전망 .....	1
II. 정책목표 .....	9
III. 분야별 계획 .....	25
제 1 장 질병예방관리 및 보건교육 강화 .....	27
개관 .....	27
1. 만성퇴행성 질환 및 각종사고 예방관리 .....	30
2. 전염병 관리 .....	51
3. 기타 질환관리 .....	78
4. 가족보건의 향상 .....	93
5. 국민 건강생활의 개선 .....	109
6. 사회 병리현상에 대한 대처 .....	121
7. 보건교육사업의 활성화 .....	133
제 2 장 의료보장제도의 안정적 정착 .....	149
개관 .....	149
1. 자료의료보험의 재정 안정화 .....	154
2. 재정안정 공동사업 실시 .....	166
3. 보험급여의 내실화 .....	170
4. 의료보호 급여수준 제고 .....	180
5. 한방 및 약국의료보험 수준의 확대 .....	184
제 3 장 의료이용의 적정화 및 형평화 .....	191
개관 .....	191

1. 의료자원의 적정공급 및 분포 .....	196
2. 보건의료 공급의 제도적 개선 .....	210
3. 보건의료조직의 하부구조의 기능 강화 .....	264
4. 의료취약 계층을 위한 대책강화 .....	280
<b>제 4 장 국민의료비의 적정수준 유지 .....</b>	<b>295</b>
개관 .....	295
1. 의료서비스 생산체계에 내포된 의료비 상승요인의 억제 .....	304
2. 의료비 절감장치의 개발 .....	318
3. 연구개발 기능의 강화 .....	331
4. 예방사업의 확대 .....	340
<b>제 5 장 건강 및 의료에 대한 소비자 보호기능 강화 .....</b>	<b>349</b>
개관 .....	349
1. 의료의 공익성 제고 .....	353
2. 부작용 피해구제제도의 확립 .....	364
<b>제 6 장 식품, 음용수, 생활용품의 안전수준 향상 .....</b>	<b>369</b>
개관 .....	369
1. 식품의 안전성 및 위생수준 향상을 위한 관리체계의 강화 .....	377
2. 식품오염물질에 대한 연구사업 및 검사기능의 강화 .....	388
3. 식품제조업소의 육성 및 안전성 자율관리 기능 향상 .....	400
4. 음용수의 위생수준 향상 .....	413
5. 공중이용시설의 위생수준 향상 .....	429
6. 생활용품의 안전성 및 위생수준 향상 .....	430
<b>제 7 장 의약산업 진흥 및 의약품 안전대책 강화 .....</b>	<b>438</b>

개관 .....	438
1. 신약개발 촉진 .....	449
2. 의약품 안전대책 강화 .....	471
3. 의약품 품질향상 도모 .....	478
제 8 장 보건통계의 획기전 개선 .....	488
개관 .....	488
1. 조사통계의 개선 .....	492
2. 신고 및 실적통계의 개선 .....	521
부 록 .....	531



# I. 與件展望

정부는 1989년 7월부터 우리나라 국민이면 누구나 의료보험 또는 의료 보호의 적용을 받도록 함으로써 적어도 형식적으로는 전국민 의료보장을 완성하였다. 따라서 보건의료부문은 의료보장의 내용을 충실화하고, 제도의 운영을 재정적으로 안정시키는 한편, 보건의료서비스의 확대와 질적 향상을 기하여 건강을 만족스러울만큼 보장하는 방향으로 차질없이 접근할 수 있도록 기반을 확실히 다져야 할 단계에 접어들고 있다. 이러한 전제아래 7차 5개년 계획의 일환으로 보건의료부문의 발전방안을 구상하고 추진함에 있어서 고려해야 할 상황적 요소들을 살피기로 한다. 이 요소들은 경제사회 전반에 걸친 변화, 역학적 변천, 전국민 의료보장의 실현, 국민의 건강의식의 변화, 지방자치제의 실시전망, 우루과이 라운드 체제의 정착 가능성 등과 관련이 있다. 몇가지 중요한 요소들을 간추려서, 그 내용을 알아볼 것이다.

## 1. 疾病樣相의 變化와 醫療欲求의 多樣化의 進展

경제사회발전에 따라서 기초적 위생시설을 포함한 생활환경이 크게 향상되고, 영유아 예방 접종을 위한 건강관리가 훨씬 충실해짐으로써 급성 전염성 질환이 대폭 감소하였다. 아울러서 사망률과 출산율이 낮아지고, 평균수명이 연장됨으로써 인구의 노령화가 비교적 빠른 속도로 진행되고 있다. 그 결과로 만성퇴행성 질환이 이환과 사망의 주된 원인으로 나타나고 있는 것이다 (표 1 참조).

만성퇴행성 질환은 일차적 예방을 위한 효과적 방법이 아직 발견되지 않았거나 간단치 않을 뿐만 아니라 완치도 어려워서 급성 질환의 관리와는 다른 접근을 요한다. 그러나 지금까지 정부는 만성퇴행성 질환의 관리

를 위해서는 조직적 노력을 경주할 기초적 준비조차 갖추지 않고 있는 형편에 있다. 이들 질환을 대상으로 하는 포괄적 예방보건사업을 추진할 체계가 마련되어 있지 않고, 만성퇴행성 환자들의 필요에 적합한 진료기관도 제도화되어 있질 못한 것이다.

노령인구의 증가로 인하여 만성퇴행성 질환을 중심으로 노인환자가 증가해갈 것인바, 이것은 새로운 의료욕구를 발생시키게 된다. 노인환자들은 기술집약적 의료를 이용하더라도 완치되질 못하고, 간호를 포함한 기초진료를 장기간에 걸쳐서 요하는 경우가 많을 것이며, 중국에는 사망에 이르는 일도 드물지 않을 것이다. 그런데 핵가족화의 경향과 더불어 여성의 취업률이 늘어나는 추세를 생각할 때, 이들 노인환자를 가정에서 적절히 돌보는 일이 점차 큰 부담으로 느껴질 것이다. 이러한 노인환자에게는 기술집약적 진료를 중심으로 하여 운영되는 현재의 병원이 적합지 못한 경우가 많겠다. 어떠한 의학적 조치로도 회복시킬 수 없는 상태에 이른 종말기 환자나 또는 장기간의 간호와 요양을 요하는 노인환자가 현재의 병원을 이용하는 것은 사회적으로 볼 때는 병원시설의 비효율적 활용이 되는 셈이고, 개인적으로는 부적절한 의료를 받으면서 고가의 비용을 지불하는 손실이 된다. 다시 말해서, 인구의 노령화와 가족구조 등 사회적 변화는 새로운 형태의 의료시설의 필요성을 제기할 것이다.

만성퇴행성 질환이 주가 되는 질병양상, 인구의 노령화, 핵가족형태의 증가, 여성취업률의 증가 등은 보건의료부문이 대응해야 할 새로운 과제들을 제기하는 것이다. 7차 계획기간 중에는 이러한 과제들을 더 이상 뒤로 미루어 둘 수가 없을만큼 심각해지기 시작하리라 예상된다.

산업화와 자동차의 보급증가는 사고로 인한 환자와 사망을 증가시키고 있다. 이에 대응하는 방안의 하나는 응급진료의 향상일 것이다. 그런데 아직도 우리나라의 응급의료체계는 미흡한데다 근래에 나타나고 있는 근로시간의 단축 경향이 원활한 응급진료에 새로운 걸림돌로 작용하고 있음을 지적해 둘 필요가 있겠다.

표 1. 연도별 주요 사망원인

순위	1953	1953 - 1959	1966 - 1967	1974	1979	1983	1988
1	결핵	폐렴 및 기관지염	폐렴 및 기관지염	악성신생물	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환
2	위장관염	결핵	결핵	뇌혈관 질환	악성신생물	병인미상	악성신생물
3	뇌혈관 질환	위장염	뇌혈관 질환	고혈압성 질환	기타순환기 질환	악성신생물	병인미상
4	폐렴 및 기관지염	악성신생물	악성신생물	사고	고혈압	손상 및 중독	손상 및 중독
5	신경계 질환	뇌혈관 질환	위장염	호흡기계 결핵	사고	위장관염	위장관염
6	노쇠	심장질환	사고	기관지염, 폐기종	결핵	호흡기계 질환	내분비 및 대사질환
7	심장질환	사고	심장질환	폐렴	간경변, 만성간질환	감염 및 기생충 질환	신경계 및 감각계 질환
8	감염 및 기생충질환			기타심장 질환	중독 및 독성영향	신경계 및 감각계질환	비뇨생식기 질환
9	악성신생물			간경변	폐렴	내분비 및 대사질환	정신장애
10	병인미상			불명	천식, 기관지염, 폐기종	비뇨생식기계	선천이상

자료 : 유승흠, '90년대, 사회경제적 여건과 건강관리과제, '90년대 보건의료정책의 발전방향, 한국보건사회연구원, 1990, pp.53-90(개인용)

## 2. 保健醫療의 階層間, 地域間 均衡에 對한 要求의 漸增

전국민 의료보장의 실현으로 보건의료에 관한 격차가 많이 완화되었음은 사실이나 아직도 의료욕구를 해결하는데 어려움을 당하는 국민이 적지 않다는 사실에 주목하여야 하겠다. 우선 도시와 농촌 사이에 의료시설과 인력의 분포가 적지 않게 불균형을 이루고 있음은 잘 알려져 있다. 그러

므로 의료보장의 적용을 받으면서도 농어촌주민의 병의원이용은 도시주민에 비하여 적다.

우리나라 의료보장의 주축인 의료보험은 급여가 미흡한 것으로 평가되고 있다. 비급여항목이 적지 않고 의료이용시의 본인부담이 높은 수준이다. 의료보험제정의 안정을 위해서 급여수준을 낮게 책정하고 있는 사정은 이해되지만, 이로 인하여 의료보험이 소득계층 간의 의료에 관한 균형을 도모하는 효과가 제한을 받고 있음은 분명히 인식해야 하겠다.

보건소와 보건지소가 제공하는 예방보건서비스의 제한과 부실도 보건의료에 관한 불균형을 시정하는데 장애가 된다. 이들 보건기관들이 제 구실을 원만이 수행하지 못한다는 것은 적은 비용으로 모든 국민의 건강을 크게 향상시킬 수 있는 잠재력을 충분히 활용하지 못하고 있음을 뜻하기 때문이다.

우리나라 국민의 90%는 본인이 원하든 원하지 않든 의료보험의 적용을 받고 있어서 의료를 이용하지 않는 경우에도 보험료라는 형태로 의료비를 계속 지출하고 있다. 또 건강에 대한 관심도가 과거에 비하여 크게 높아졌다는 징후가 식생활, 여가활동 등에 나타나고 있음이 관찰된다. 의료와 건강을 위하여 이와 같이 관심을 갖고 있으며, 비용을 부담한다는 사실을 감안할 때, 보건의료에 있어서는 소외계층이나 지역이 없어야 한다는 사조가 점차 강해지고 보편화될 것으로 내다 보인다. 따라서 보건의료의 불균형이 앞으로는 과거에 비하여 더 심각한 문제로 제기될 것임에 틀림 없다.

### 3. 醫療需要와 國民醫療費의 持續的 增加

의료보험의 적용을 받는 인구의 의료이용이 증가하는 현상은 세계적으로 공통이며, 우리나라에서도 관찰되고 있다. 보험시행후 일정기간이 지나면 증가경향이 둔화될 가능성이 있긴 하나, 지역의료보험은 농어촌에서 1988

년, 도시에서는 1989년에야 시행되었음을 고려할 때 앞으로도 보험적용으로 인한 의료수요의 증가가 상당한 기간 계속되리라 보는 것이 옳겠다. 이러한 의료이용의 증가말고도 의료비의 증가를 초래할 요인들이 몇 가지 더 있다.

일반적으로 소득수준이 높아지면 보건의료비가 국민경제에서 차지하는 비중이 커지는 경향이 있는데, <표 2>에서 보는 일부 선진국의 보건의료비에 비추어 생각할 때, 현재 GNP의 5% 정도로 추산되고 있는 우리나라의 보건의료비도 경제성장과 더불어 더욱 늘어날 것으로 내다 보인다. 앞에서 지적한 인구의 노령화는 의료보장에 의한 노인인구의 잠재수요의 현재화와 상승적으로 작용하여 의료비의 증가를 부추기는 중요한 요인이 될 것이다. 소득수준이 향상되면서 건강의식과 의료서비스의 가치에 대한 인식도 의료비를 증가시키는 방향으로 변해갈 것이다. 의료기술의 개발은 의료서비스의 효과를 제고시킴과 동시에 의료비의 상승을 초래하기도 함을 지금까지의 체험이 말해준다.

표 2. 일부국가의 보건의료비

국	가	대 GDP비율(%) <sup>1)</sup> (1986)	1인당 금액(US\$) <sup>2)</sup> (1987)
Australia		6.8	939
Canada		8.5	1,483
France		8.5	1,105
W.Germany		8.1	1,093
Netherlands		8.3	1,041
Sweden		9.1	1,233
U.K.		6.2	753
U.S.		11.1	2,051

1) Reinhazdt, U. W., The U.S. Health care Financing and Delivery System, Paper presented at International Symposium on Health Care Systems, December 1989, Taipei. (재인용)

2) Evans, Robert G, The Canadian Health Care System. 상기 Symposium 발표논문(재인용)

보건의료비가 지나치게 증가하면 국민경제적 견지에서 바람직스럽지 못한 것은 물론이요, 의료보험에서 재정지출의 증가로 연결되어 보험료인상과 정부의 재정부담증액으로 나타난다면 정치적, 사회적으로도 민감한 문제가 된다.

다시 말해서 전국민 의료보장에 의하여 보건의료비의 조달과 관리가 사회화되어 있는 현실적 상황때문에 보건의료비가 지나치게 증가할 가능성이 커지는 한편, 그에 대처해야 할 필요성도 그만큼 절실해지는 궁지에 당면할 위험이 있는 것이다.

#### 4. 醫療保障水準과 醫療의 質에 對한 國民의 期待 上昇

전국민에게 의료보장제도가 적용됨에 따라서 제도에 대한 의견이 지금까지와는 달라질 가능성이 크리라 예상된다. 비적용인구가 적지 않을 때는 적용계층이 상대적으로 혜택을 받고 있다는 의식을 가질 수 있었을 것이며, 보험수가의 수준이 일반수가에 비하여 훨씬 낮았기 때문에 더욱 그러했을 것이다. 그러나 모두가 의료보장제도의 적용을 받고 있는 상황에서는 그와 같은 상대적 기준으로 제도를 평가하는 것이 아니라, 의료보장에 대한 기대 또는 욕구를 충족시켜주는 정도에 비추어서 평가할 것이다.

우리나라의 의료보장의 수준은 비교적 낮은 편이다. 이미 언급한 바와 같이 의료이용시의 본인 부담이 다른 나라에 비하여 훨씬 크고, 급여대상에서 제외된 진료항목이 많으며 급여기간에도 제한이 있어서, 외래진료비의 약 55%, 입원진료비의 35% 정도를 의료를 이용할 때 본인이 부담하고 있는 것이다. 아울러서 보험료도 낮은 편인데, 이를 높이는 방법 등에 의하여 다 같이 더 부담할 용의는 없이, 급여의 범위를 확대하고, 수준을 높이도록 요청하는 목소리는 커질 가능성이 있는 것이다. 이러한 요청이 국민의료비, 의료보험의 재정지출 및 정부의 의료비부담을 늘리는 쪽으로 작용하는 압력이 됨은 물론이다.

의료보장의 적용을 받아서 의료이용에 따르는 경제적 부담이 완화되면 질적으로 우수한 의료를 요구하는 경향이 강해질 것이다. 의료이용이 많아지면서 질에 대한 관심이 커질 뿐만 아니라, 나름대로 평가하는 안목도 높아질 것이다. 이용자의 질에 대한 요구를 충족시키려면 의료인과 의료기관의 노력과 적절한 조치는 물론이고, 행정당국의 질관리를 위한 제도적 장치의 강화와 운영이 아울러서 필요하다. 그런 의료서비스의 질을 향상시키려면 비용이 추가로 소용되는 일이 많다. 이용자의 질에 대한 관심의 고조는 빈번한 의료분쟁의 발생으로 연결될 위험이 있음도 주목해 둘 필요가 있다.

앞으로 의료보장의 충실화와 의료서비스의 질적 형상에 대한 국민의 관심과 기대가 점차 상승하리라고 예상해야 할 이유가 비교적 분명하다. 이러한 관심과 기대에 부응하기 위해서는 행정적 노력과 함께 경제적 비용의 투입이 있어야 할 것이다. 앞에서 살핀 바와 같이 의료보장의 수준이나 의료의 질을 현상대로 유지할 경우에는 국민의료비의 증가와 보수적으로 나타날 문제들이 만만치 않을 전망임을 감안할 때, 국민의 이러한 기대가 보건의료부문에 매우 커다란 짐임에 틀림 없다. 따라서 이 과제의 원만한 해결을 위하여 충분한 시간을 가지고 대비해야 하겠다.

## 5. 飲用水, 食品 및 生活用品의 安全性 確保의 必要性 增大

소득수준이 높아지고, 건강에 대한 관심이 커짐에 따라서 국민들이 의, 식, 주를 포함한 생활의 모든 측면에서 질적 우수성과 안전성을 요청하게 됨은 당연한 일이다. 그런데 일상생활에서 건강에 위해가 되는 인위적 요소들은 경제발전과 더불어 오히려 더 많아지는 경향도 있다.

전체적으로 수질오염이 심화되어 있는 상태인데, 가까운 장래에 다시 좋아질 전망이 밝지 않음은 누구도 인정하지 않을 수 없는 사실이다.

식품의 경우, 가공식품의 종류가 증가하면서 위생적으로 불량한 것도 많아지고 있음은 식품위생법의 위반사례가 늘어나고 있음을 보더라도 짐

작할 수 있는 일이다. 생활용품이 다양해지면서 이들로 해서 사고가 적지 않게 발생하는 바, 이것은 불가피한 부분도 있는 현상이긴 하지만 대책의 마련에 관심을 가져야 하겠다. 간단히 말해서, 별다른 노력 없이 방치한다면 음용수, 식품 및 여러가지 생활용품으로 인하여 건강을 해칠 위험은 점차 커지게 마련인 것이다. 따라서 배전의 노력을 적극적으로 경주하지 않으면 국민의 요구를 충족시킬 수 없음은 물론이요, 더 악화될 가능성이 적지 않다는 데 문제의 심각성이 있는 것이다.

## 6. 地方自治制의 實施, 우르과이 라운드 體制의 定着 等の 政治的, 經濟的 變化

구체적으로 어떤 모양으로 시행될런지는 아직 불확실한 점들이 있지만, 머지 않아서 지방 자치제가 시작될 것임에는 틀림없다. 그러면 중앙정부를 비롯한 각급 정부간의 보건의료에 관한 권한, 책임 및 기능의 배분이 조정되어야 할 것인 바, 따라서 이러한 조정이 지방자치제의 기본틀에 어긋나지 않는 범위내에서는 보건의료부문의 발전을 촉진하는 방향으로 이루어지도록 해야 하는 과제가 되는 것이다.

우르과이 라운드의 타결에 이어서 이루어질 시장개방의 확대가 보건의료부문에 어떤 충격을 줄 것인지는 정확히 예견할 수 없는 형편이다. 보건의료서비스의 수요와 공급이 직접적으로 영향을 받을 가능성은 적으리라는 것이 일반적 견해이다. 그러나 적어도 의약품과 의료장비 시장의 개방확대로 인한 파급효과는 있으리라 예상할 수 있으므로 이에 대비해야 하겠다.

시기가 매우 불확정적이긴 하지만 통일의 실현을 내다 보면서 우리 사회의 각 부문이 준비를 해가야 할 상황이 전개되고 있다. 보건의료부문도 이러한 과업에서 예외일 수 없다는 인식의 바탕 위에서 정책을 마련하고 전개하는 것이 바람직스러운 일이 되겠다.

## II. 政策目標

### 1. 政策의 基本方向

지난 6차에 걸친 경제사회발전 5개년계획의 성공적 추진으로 經濟成長과 社會福祉增進의 成果는 괄목할만 하였다. 이제 보건서비스의 개발과 보건정책은 우리가 추구하는 현대 복지국가로 지향하는 成長의 部分이 되고 있다. 건강은 사회발전의 반석으로 인식된다. 건강은 삶을 가치있게 향유케 하고 행복의 잠재력을 증가시킨다. 건강은 삶의 모든 측면에 영향을 주는 요소 이다. 따라서 보건서비스는 個人的 欲求의 充足과 國家發展의 必要의 觀點에서 확대 강화되어야 한다.

보건서비스나 보건정책이 집중적으로 관여하는 대상은 모든 국민의 健康向上 및 維持, 疾病治療, 虛弱者의 養護 등이다. 지난 6차에 걸친 보건의료부문 5개년계획에서 보건정책의 중점적 정책과제는 각각 차이가 있었다. 1-5차 계획기간에는 공공부문에서 질병의 발생과 전파 위해요소의 제거와 예방접종을 통한 질병예방에 역점이 주어졌다. 6차 계획기간에는 개인의 질병치료를 통한 건강의 개선이 강조되었다. 이 기간에 전국민 의료보험이 실현되었고, 의료공급체계가 확충 강화되었다. 모든 국민의 의료에 대한 접근도가 크게 향상된 것이다.

그러나 지난 6차에 걸친 5개년 계획 기간의 경제성장, 보건의료수준의 향상에 따라 우리나라 질병구조 및 사망원인은 만성퇴행성질환이 대부분을 구성하는 先進產業國家의 疾病樣相으로 轉換되었다. 전체사망의 60%가 각종 암, 뇌혈관계질환, 순환기계질환, 고혈압성질환, 만성간질환, 만성신질환, 당뇨병등 만성 퇴행성 질환으로 사망하고 있는 것이다. 이러한 질병 양상의 변화는 1-5차 5개년 계획 기간에 역점을 두었던 질병 예방접근 방법이나 6차 5개년 계획 기간에 확충강화된 疾病診療傳達體系(disease

care delivery system)에 의한 진료서비스의 接近度 向上(access to services solution) 방법으로서는 해결하기 어려운 한계가 있다. 이들 전통적인 접근방법을 초월한 전인구 및 그 구성원의 均衡的 健康狀態의 向上을 위한 새로운 접근방법이 모색되어야 한다.

이 새로운 접근방법은 전통적인 질병치료체계를 健康增進體系로의 전환과 보건의료 부문 이외의 각종 자원의 최대활용을 의미한다. 이 접근방법은 질병예방의 가치를 재발견하는 토대위에서 각계층간 건강상태 및 보건의료이용의 不平等 縮小 또는 平等實現에 적용되어야 할 것이다.

健康狀態의 不平等 및 不平等 程度의 減少를 나타내는 7개 보건지표는 다음과 같다.

- morbidity
- utilization of services
- mortality
- disability
- information
- health related behaviors
- well-being

이들 보건지표의 수준이나 변화를 定義하는 주요 社會經濟的 特性(socio-economic characteristics)은 다음과 같다.

- age
- gender
- residence(region, location, type etc)
- income
- occupation
- education

이상 기술된 건강상태를 나타내는 보건지표중에서 건강상태는 의료이용 수준의 차이보다는 건강관련 행위와 보다 더 크게 연관성을 갖는다는 것

이다. 그러므로 건강관련 행위 실천수준의 사회경제적 계층간 차이는 건강상태의 차이를 반영하게 된다. 이와같은 관점에서 個人的 健康關聯行爲의 實踐이 건강상태의 평등실현을 위하여 중요한 요소로 부각되어야 할 것이다.

건강상태 및 보건의료이용의 불평등 정도는 현재 이용가능한 통계(한국보건사회연구원, 1989년 국민건강조사결과)로 보건의료서비스의 이용, 일상적 활동제한 정도, 개인의 건강관련행위, 자신이 인식하는 건강상태 등 보건지표를 연령, 거주지, 생활수준, 교육수준 등 사회적 특성별로 제시할 수 있다.

보건의료서비스 이용수준은 지역간 큰 격차가 없다. 1979년 100인당 연간 외래진료경험률은 시부에서 47%, 군부에서 54%였다. 연간 1인당 외래진료방문수는 시부에서 6.7회, 군부에서 5.7회였다. 연간 1,000인당 입원율은 시부에서 47, 군부에서 52였다. 도시와 농촌에서 그간 醫療利用水準은 현저히 증가되었을 뿐만 아니라 이들 지역간 의료이용수준의 격차는 거의 없는 평등수준이 실현되었다.

그러나 연령별로 특히 0-4세 영유아에서 아직도 지역간 의료이용수준에 큰 격차가 있다. 연간 1인당 외래진료방문수는 시부에서 23.0회인데 반하여 군부에서는 14.8회에 불과하다.

慢性罹患率은 60세 이상에서 높고(인구 1,000인당 639), 60세이상 노인 1인당 침상와병 또는 활동제한일수는 연간 42일이며, 집밖의 일상적 활동(버스, 기차타기등)을 위해 타인의 도움을 받아야 하는 노인은 15%, 집안의 일상적 활동(세수, 식사, 화장실가기, 옷갈아입기 등)에 타인의 도움이 필요한 노인은 8%였다. 60세 이상 노인중 스스로 '건강하지 않다'고 인식하는 노인은 市部에서 30%, 郡部에서 39%였다. 60세이상 노인의 건강상태는 낮을 뿐만 아니라 주어진 의료기관이용의 기회를 스스로 활용할 능력도 부족하다.

개인의 건강관련 행위 즉 非健康的 行爲의 실천은 사회특성별 계층간

차이가 크다. 현흡연율은 남자에서 높고(71%), 단독가구의 가구원, 고도음주자(매일 음주자), 호흡기계 만성질환자에서 높다. 고도음주자의 비율은 낮은 교육수준, 낮은 생활수준, 단독 가구의 가구원, 순환기계 및 호흡기계 만성질환자, 아침식사를 안하는 사람 등에서 높다. 과소체중인 사람은 현흡연, 고도음주, 수면불충분, 군부에 거주, 연령 50대, 낮은 교육수준, 낮은 생활수준, 단독가구의 가구원 등에서 높다.

규칙적 운동을 안하는 사람은 군부에 거주, 낮은 교육수준, 낮은 생활수준 등에서 많았다. 특히 예방보건 및 건강행위실천의 잠재력을 향상시키기 위하여 인생의 초기에 즉 성장 및 발달과정에 있는 유아기부터 적극적인 건강보호행위가 조성될 수 있는 활동이 전개되어야 한다.

건강행위의 실천은 순간의 자극이 아닌 생활과정의 오랜기간에 조성된 산물이다. 그러므로 어린이와 어린이의 건강을 책임지고 있는 어머니에 대한 보다 집중적인 건강 행위 실천을 조성할 수 있는 활동이 강화되어야 한다.

이들 비건강적 행위는 현재 문제가 되는 각종 만성퇴행성 질환의 이환 및 이들 질병으로 인한 사망과 밀접히 연관될 뿐 아니라 장수사회에서 사회 각구성원이 生産的 活動의 營爲 및 삶의 質 改善을 크게 저해하는 요인이 되는 것이다.

전통적인 질병진료체계는 진료수준 향상이라는 시각에서 진료 만족도 향상, 건강증진, 자원의 효율성 제고 등을 강조하는 구조적 기능적 변화를 필요로 한다.

환자에게는 보다 질적으로 향상된 서비스를 지리적으로 근접한 의료기관에서 용이하게 이용가능케 하고, 진료대기 시간을 단축하고 의사와의 대화 및 진료시간을 보다 더 연장시켜 환자와 의사간 관계를 돈독히 한다. 현행 진료권내 입원 및 외래진료 비율은 현저히 증가되어야 하고, 특히 의료취약지역내 의료이용도가 낮고 의료이용상 불편이 큰 주민의 의료접근도가 획기적으로 개선되어야 한다. 도시내 저소득층의 의료접근도를 향

상시킬 수 있는 대책도 개발 및 실시되어야 한다.

이와 같은 정책이 실현되기 위하여 의료요구에 기초를 둔 의료자원의 개발 및 분포가 병행되어야 한다. 또한 질병치료체계가 건강증진체계로 기능적 변화가 이루어지기 위해서 의료조직중 하부구조인 보건기관 및 의원급의 의료 전달기능이 전통적인 진료서비스 제공에서 치료와 예방서비스가 통합된 포괄적 서비스 제공으로 전환되어야 할 것이다. 투약치료 위주에서 상담과 예방서비스 강화로의 전환이 필요한 것이다. 환자의 측면에서는 일차진료의사를 단골의사로 지정하여 건강상담자로 인식케 하고 일차 진료의사에게는 의료보험급여중 예방급여를 신설 확대하여 적극 참여할 수 있는 계기를 마련해야 할 것이다.

의료수요의 급증, 의료이용 및 건강수준의 평등실현등과 부응하여 의료비는 우리가 감당할 수 없는 수준으로 상승할 우려가 있다. 효율성이 어느 때보다 강조되는 시기에 온 것이다. 새로운 도전으로 간주되는 만성퇴행성 질환과의 전쟁은 성과 없는 소모전의 연속이 되어서는 안될 것이다. 막대한 투자에 대한 효율성이 보장되는 계획적 투자 및 자원의 효율적 활용의 가치가 높아져야 한다 우리나라 풍토와 의료적 전통속에서 만성퇴행성 질환의 예방, 진단, 치료, 간호, 재활 등에 관한 의료기술의 개발, 평가, 확산 그리고 신약개발 노력이 확대 강화되어야 할 것이다.

기존의 의료체계 또는 의료자원은 효율성이 제고되어야 한다. 3차 진료기관은 보다 더 의료전문화가 촉진되고 교육 및 연구기능이 강화되어 그 產物은 하위 의료기관에 확산되어야 하고, 고도의 의료서비스는 모든 국민에게 균등히 이용될 수 있어야 한다. 낭비적 요소의 제거와 의료직종간 협조체계의 확립을 위하여 양한방 의료의 협조, 의약분업 등이 정착되어야 할 것이다. 의료기관의 조직효율을 향상시키기 위하여 인적 및 물적요소의 적정수준 유지 및 전산화를 통한 경영합리화 노력 또한 어느 때보다 중요시 될 것이다.

한편 보건정책의 형성에 관여하는 집단간 영향력은 지난 6차에 걸친 5

개년 계획 기간과 향후 7차 5개년계획 기간간에 큰 차이를 나타낼 것이다. 과거에는 의료전문직의 영향이 컸던 것과 비교하여 7차 5개년계획 기간에 정치가, 행정가, 연구자 등 합리주의자 집단의 영향력이 커질 것이지만, 그 보다도 地域社會의 關心 즉 조직(소비자단체, 특정 환자집단 등), 개인, mass media 등의 영향력이 더욱 커질 것이다. 이러한 경향은 전국민 의료보험의 실시, 민주화의 진행, 지방자치제의 실시 등에 의하여 더욱 촉진되어 지역사회에 관심이 보건정책의 형성에 크게 영향을 줄 것이다.

이와같은 몇가지 특징적 배경을 고려하여 7차 5개년계획 기간에 추구할 전략의 전환 정책 방향 및 우선순위는 다음과 같이 설정하였다.

#### 〈戰略의 轉換〉

- ① 의료이용 수준의 향상 → 건강수준 향상, 의료이용의 평등 실현
- ② 傳染病 豫防 → 만성퇴행성 질환, 각종 사고 예방(건강한 life style 형성)
- ③ 疾病診療體系 → 건강증진 체계
- ④ 醫療保險 適用 擴大 → 효율 증대, 내실화
- ⑤ 높은 醫療費 增加 → 적정수준의 의료비 유지
- ⑥ 妊娠, 出生, 生存期 醫療 → 임종기까지 인간의 존엄성 유지 차원으로 확대

#### 〈政策 方向〉

- ① 慢性退行性 疾患과의 戰爭 宣布 및 새로운 차원에서 질병예방의 價値 再發見, 장래 도래할 장수사회에서 삶의 질 향상과 인간의 행복 증진의 관점에서 질병 예방 및 건강증진 대책의 개발 및 실시
- ② 건강 및 보건의료이용상 脆弱階層인 영유아, 임산부, 노인, 생활 및 교육수준이 낮은 계층, 단독가구의 가구원, 장애인, 정신질환자, 병상 공급취약지 농어촌 주민 등에 보건 의료서비스 공급확대

- ③ 제한된 자원과 주민의 감당능력을 고려한 適正水準의 國民醫療費 維持 및 자원의 효율성 제고
- ④ 健康危害 要素의 제거 및 보건의료소비자 보호
- ⑤ 대외 시장개방 및 질병양상의 변화에 대처한 醫療技術, 新藥開發, 組織效率向上을 위한 연구개발의 확대

## 2. 政策目標 및 手段

### 2.1 疾病豫防 管理 및 保健教育 強化

7차 5개년 계획기간에는 현대 의료기술을 통하여 예방 및 치료가 가능한 감염성 질환의 중요성은 감소하는 반면 의학적으로 효과적인 예방법이 별로없는 각종 만성퇴행성 질환과 사고 등이 질병예방의 주요대상으로 될 것이다. 이들 질환 및 사고는 개인의 생활양식(life style)과 밀접한 연관성을 갖고 있다. 특히 만성퇴행성 질환의 예방과 관리는 공공의 노력이 아닌 개인의 책임 인식과 이에 대한 대처능력의 향상없이 불가능하다. 우리가 과거에 경험했고, 효과적이었던 질병예방 방법과는 차원을 달리하는 질병예방 가치의 재발견과 이에 입각한 새로운 시각에서의 질병예방 사업의 전개가 필요한 것이다.

이러한 질병예방 및 건강증진 노력은 인구의 노령화 및 평균수명의 연장추세를 감안하여 삶의 질 개선, 생산적 활동, 행복의 증진, 의료비 절감 등의 측면에서 강화되어야 할 것이다.

이와같은 관점에서 7차 5개년 계획기간의 질병예방 및 보건교육 강화를 위한 정책목표 및 수단은 다음과 같다.

#### <政策目標>

- ① 만성퇴행성 질환의 예방, 조기진단, 치료, 관리 등을 체계적이고 지

속적으로 실시할 수 있는 기반의 구축

- ② 질병예방 및 건강증진을 위한 광범하고 체계적인 보건교육 활동의 강화 및 모든 국민의 건강한 행동의 생활화
- ③ 모자보건, 가족계획사업, 결핵관리, 성병관리등의 지속적 강화

〈政策手段〉

① 平生 健康管理體系의 도입

- risk group 대상, 점차 확대
- 健康手帖 발부 이용
- 豫防給與 적용

② 保健教育 活動의 強化

- 보건교육 자료개발센터 설치 운영
- 보건교육 전담부서 설치(중앙, 지방)
- 학교 보건교육 강화
- 국민 건강실천운동 전개
- 연구개발 및 평가 기능 강화

③ 主要 慢性退行性 疾患의 登錄 管理

④ 醫院 및 保健機關을 예방과 치료가 統合된 保健서비스 제공기관으로 육성(투약치료 → 상담강화)

⑤ 모자보건 및 가족계획사업의 통합운영 및 질적 개선

## 2.2 醫療保障制度의 安定的 定着

6차 계획기간에 전국민의료보험 적용의 실현과 의료보호제도의 정착이 성취됨으로써 7차 계획에서는 의료보장제도의 제정안정, 의료급여의 적정성, 부담의 형평성, 운영효율의 제고 등 의료보장제도의 안정적 정착이 중요한 정책과제가 된다.

특히 보험재정의 안정은 피보험자가 감당할 수 있고 부담의 형평이 유지되는 범위내의 부담으로써 보험급여의 낭비적 요소의 제거 그리고 예방급여의 확대를 통한 의료비 절감의 차원에서 이루어져야 할 것이다.

이와같은 관점에서 7차 5개년 계획기간의 의료보장의 안정적 정착을 위한 정책목표 및 수단은 다음과 같다.

〈政策 目標〉

- ① 지역의료보험의 재정 안정화
- ② 부담과 급여의 형평 유지
- ③ 보험급여의 내실화 및 예방급여의 확대
- ④ 관리 운영의 효율성 제고
- ⑤ 의료보호 급여수준 향상

〈政策 手段〉

- ① 재원조달 방식의 개선
- ② 지역조합 운영의 개선
- ③ 정부지원방법 및 규모의 합리화
- ④ 재정안정 공동사업 실시
- ⑤ 비급여 범위의 조정, 급여기간 상한의 완화
- ⑥ 한방 및 약국의료보험 수준의 확대
- ⑦ 진료비지불제도 및 심사제도 개선

### 2.3 醫療利用의 適正化 및 衡平化

전국민의료보험제도의 정착, 의료자원의 확대, 소득수준의 증가 등에 의하여 의료 이용수준은 현저히 증가하였다. 이제는 의료이용의 남용 방지 및 의료취약계층의 의료 이용수준 향상에 정책적 관심을 두어야 할 것이다.

이와 병행해서 의료요구의 변화에 부응하여 응급환자에게 신속히 적절

한 의료 제공을 가능케 하는 응급의료체계의 확립 그리고 의료서비스의 범위는 노령 및 사망기로 확대하여 적정의료의 공급을 통하여 노령기 건강의 유지는 물론 고통의 제거, 안락한 죽음 등을 확보할 수 있는 가정간호사제도 및 호스피스제도가 확립되어야 할 것이다.

모든 국민의 의료비의 부담이라는 경제적 장벽과 지리적 장벽의 저해없이 필요한 적정의 의료서비스를 이용하여 생산적 삶을 향유할 수 있게 한다.

이와같은 관점에서 7차 5개년계획기간의 의료이용의 적정화 및 형평화를 위한 정책목표 및 수단은 다음과 같다.

#### 〈政策 目標〉

- ① 의료자원의 적정공급 및 분포
- ② 보건의료 공급의 제도적 개선
- ③ 보건의료조직 하부구조의 기능 강화
- ⑤ 의료 취약 계층을 위한 대책 강화
- ⑤ 의료공익성의 제고, 우루과이 라운드에 의한 개방압력에 대처한 의료부문의 체질개선과 경영합리화, 의료기술의 연구·개발·확산

#### 〈政策 手段〉

- ① 病床增設 및 分布
  - 일반 병원병상 1989년 대비 1.6배 증설  
(7차 5개년 계획기간에 31,000병상 증설)
  - 정신질환, 암, 심장병 전문병상 증설
  - 140개 중진료권중 병상취약지수가 높은 50개 중진료권에 병상의 상당부분을 교통시간의 최소화 및 의료서비스 이용의 극대화를 함께 적정화 할 수 있는 모형개발 및 현지사정을 고려후 의료기관수, 병상규모, 설치장소등 결정, 가급적 민간의료 유치 그러나 불가능한 경우 공공부문에서 병상투자
- ② 醫療人力 供給
  - 현재의 입학정원 유지(의사, 치과의사, 한의사)

- 의사(활동중인)수 1989년 대비 1.4배 증가 예상  
(현재의 진료생산성 유지시 부족하지 않음)
- ③ 醫療傳達體系 定着
  - 3차 진료기관의 진료전문화 촉진, 연구 및 교육기능의 강화, 관내 1·2차 진료기관간 기능적 교류 강화, 3차 진료기관 이용기회의 평등화
  - 2차 진료기관의 육성 및 지정, 3단계 진료체계 시범실시(서울, 부산, 대구)
  - 진료권의 조정
  - 응급의료체계 확립
- ④ 保健醫療 供給制度의 改善
  - 의약분업의 단계적 실시
  - 한·양방 협조체계 구축
  - 지방자치제하의 보건사업의 균형발전  
(재정자립도가 낮은 지역에 대한 중앙정부의 지원기능 강화)
  - 약국의 기능 조정, self care 확대
  - 가정간호사 및 호스피스 제도 도입
  - 적정의료의 질 관리체계 확립
- ⑤ 보건의료조직의 하부구조 강화
  - 보건소망의 보건의료서비스 공급능력 확대  
(도시지역 저소득층을 위한 지소 설치 운영, 저소득 노령층을 위한 day care center 설치 운영을 위한 시범사업 실시)
  - 보건의료조직의 전산화
  - 家庭醫 육성, 1차 진료의사의 상담기능 강화
  - 도서지역 보건의료공급 확대

## 2.4 食品, 飲用水, 生活用品 等の 安全水準 向上

소득수준의 향상, 가족구조의 변화 및 여성취업 확대, 산업화, 도시화, 개방화 등에 의하여 전통적 식습관은 변화했고, 인스턴트 식품, 가공식품, 外食 등의 수요는 증가하고 있다.

이와같은 변화는 食品으로 인한 건강위해요소의 증가와 이에 대응하는 식품위생의 중요성을 더욱 부각시키는 것이다. 식품종류는 더욱 다양해지고 양적으로 증대할 경향이며, 특히 가공식품, 원료식품, 수입식품 등의 오염, 농산물의 잔류농약, 수산물의 중금속 오염, 축산물의 獸醫藥品 잔류, 식품첨가물의 유해성, 수입자유화에 의한 수입 농산물의 수확후 첨가(post-harvest) 농약의 오염, 신개발 식품의 창출 및 상품화 등은 이에 대처할 안전성 확보를 위한 장치의 개발 및 기능 강화가 없는 한 중요한 건강위해 요소로 작용할 것이다.

飲用水에 대한 사회적 관심도 높아지고 있다. 1989년 한국보건사회연구원의 조사결과에 의하면, 식수원별 인구는 상수도 73%, 간이수도 15%, 기타 12%였다. 상수도를 식수원으로 하는 인구의 76%는 수도물이 안전하지 않다고 인식하고 있으며, 74%가 끓여서 먹고 있는 실정이다. 이외에 각종 生活用品의 이용이 다양해지고 있고 이들의 안전성 및 위생관리의 중요성도 증대하고 있다. 특히 식기류, 완구류, 실내 환경오염을 발생시킬 수 있는 생활용품, 신상품 및 수입 생활용품 등은 더욱 증가할 것이며 그 위해정도가 증가할 것이다.

이와같이 식품, 음용수, 생활용품 등에서 유래될 수 있는 건강상 위해요소를 감소 및 제거하기 위한 제7차 5개년 계획 기간의 정책목표는 다음과 같다.

### 〈政策 目標〉

- ① 식품의 안전성 확보 및 위생 수준향상을 위한 장치의 개발 및 운영
- ② 식품 제조업소의 안전성 관리기능 강화

- ③ 식품오염물질에 대한 검사기능 강화
- ④ 식품의 안전성 및 오염물질에 대한 연구기능 강화
- ⑤ 식품접객업소의 안전기준 향상
- ⑥ 음용수의 위생수준 향상
- ⑦ 생활용품의 안전성 및 위생수준 향상

## 2.5 醫藥産業 振興 및 醫藥品 安全對策

안전하고 우수하며 저렴한 의약품의 수요는 전국민의료보장의 실시, 질병양상의 변화, 건강에 대한 기대상승 등에 의하여 더욱 증가한다.

국내 의약품 생산 및 완제 의약품 수입액은 매년 급격히 증가함으로써 의약품 수요는 급격히 증가하고 있다. 그러나 국내 제약산업은 신약개발 초기단계에 해당하는 신물질 창출 단계에 와 있는 실정이며, 기술수준은 선진기술의 모방 및 개량도 벽찬수준이며 그 규모가 영세할 뿐만 아니라 상품화된 신약개발의 성공사례도 전무한 실정이다. 이러한 상황에서 외국인 투자 개방 및 자본 자유화, 수입 자유화, 의약품 도매업의 외국인 허가 개방 등이 허용됨으로써 향후 우리나라 제약산업은 위축될 위기를 맞는 반면, 의약품비의 증가는 가속될 전망이다.

그러므로 신약개발의 획기적 지원과 더불어 제약업소의 기술수준 향상, 의약품 품질 향상, 허가된 의약품의 유효성 및 안전성 확보 등을 위한 대책이 강구되어야 하며, 이와같은 관점에서 제7차 5개년 계획기간의 의약산업 진흥 및 의약품 안전대책을 위한 정책목표는 다음과 같이 설정하였다.

### 〈政策 目標〉

- ① 신약 연구개발 사업의 지원 확대
- ② 제약산업의 육성
- ③ 우수의약품 제조관리기준(KGMP)의 적용 확대

- ④ 약효 재평가사업의 효율화
- ⑤ 신약재심사제도의 실시 및 의약품 부작용 모니터링제도의 활성화

## 2.6 國民醫療費의 適正水準 維持와 健康 및 醫療에 대한 消費者 保護機能의 強化

국민의료비는 경제수준의 향상, 전국민의료보험의 실시에 의한 의료이용의 증가 및 의료서비스의 질 향상 등에 의하여 계속 증가할 전망이다. 그러나 국민의료비 증가 만큼 건강수준의 향상이 수반되느냐 하는데 문제가 있다. 낭비적 요소의 제거 및 효율성의 향상이 요구되는 것이다.

한편 의료비 부담이 소비자에게 커지고, 건강권에 대한 권리의식의 상승, 소비자 권리의 신장 등에 의하여 건강 및 의료에 대한 소비자 보호기능의 강화 필요성이 더욱 높아지고 있다.

이와같은 관점에서 제7차 5개년 계획 기간에는 국민의료비의 적정수준 유지와 소비자 보호기능을 강화하기 위한 정책목표가 다음과 같이 설정되었다.

### 〈政策 目標〉

- ① 의료서비스 생산체계에 내포된 의료비 상승요인의 억제
- ② 효과적인 의료비 절감장치 개발
- ③ 소비자의 의료이용의 합리화 유도
- ④ 의료기술의 연구개발 확대 및 보건통계의 획기적 개선
- ⑤ 의료이용자의 권리보호
- ⑥ 의료분쟁시 합리적 해결장치의 개발 및 운영
- ⑦ 식품 및 의약품 부작용 피해구제제도의 확립

### 3. 保健指標의 變化

이상 기술된 정책방향에 의거한 정책수단의 실시와 사회, 경제적 변화, 환경위생의 개선등을 통하여 7차 5개년 계획기간의 목표연도인 1996년의 주요보건지표는 다음과 같이 개선될 것으로 기대한다.

보 건 지 표	1989	1996
평균수명(세)	70.8	74
영아사망률(출생 1,000명당)	12.0	10
결핵유병률(5세 이상, %)	1.8*	1.4
불건강인식률(%)	12.0	10
연간 1인당 활동제한일수	21	15
현흡연율(남자, 20-59세, %)	71	50
고도음주자율(매일음주자, 남자, 20-50세, %)	13	10
운동 규칙적 실천율(20-50세, %)	10	30
과소체중인구율(20-59세, %)	19	15
과다체중인구율(20-59세, %)	23	20
시설분만율(출생 100명당)		
전국(평균)	95	99
시부	98	100
군부	82	98

\* 1990년 추정치

보 건 지 표	1989	1996
병원(일반)병상수	81,636	131,000
(병상당 인구비)	( 516)	( 344)
의사수(활동중인 의사)	34,039	47,800
(의사당 인구비)	( 1,238)	( 943)
가정의 수	2,133	5,000
연간의료시설이 이용경험률(100인당)		
전국(평균)	48.8	7.50
시부	46.8	7.50
군부	53.7	7.50
연간 1인당 외래진료수(회)		
전국(평균)	6.41	8.34
시부	6.70	8.34
군부	5.67	8.34
직장·공교의보	7.23	8.78
지역의보	5.87	7.42
의료보호	7.68	10.28
연간 입원율(인구 1,000인당)		
전국(평균)	49	78
시부	47	77
군부	52	79
동일 증진료권내 의료시설 입원(%)		
전국(평균)	73.7	80
시부	88.1	90
군부	39.8	60
동일 증진료권내 의료시설외래진료(%)		
전국(평균)	91.3	95
시부	96.7	98
군부	74.8	85
약국(지역사회) 의사처방에 의한 조제율 (약국방문자 100인당)	3.1	30.0

### Ⅲ 분야별 계획

- 제 1 장 질병예방관리 및 보건교육 강화
- 제 2 장 의료보장제도의 안정적 정착
- 제 3 장 의료이용의 적정화 및 형평화
- 제 4 장 국민의료비의 적정수준 유지
- 제 5 장 건강및 의료에 대한 소비자 보호기능 강화
- 제 6 장 식품, 음용수, 생활용품의 안전수준 향상
- 제 7 장 의약산업 진흥 및 의약품 안전대책 강화
- 제 8 장 보건통계의 획기적 개선



# 第 1 章 疾病豫防管理 및 保健教育

## 〈概 觀〉

- 의료의 궁극적 목적은 건강상태의 향상이며, 건강상태는 지역간 계층간 차이없는 균형적 수준 향상이 되어야 한다. 이와같이 모든 국민의 균형적 건강수준 유지 또는 건강상태의 평등실현은 7차 5개년 계획에서부터 지속적으로 추구해야 할 보건의료부문 계획의 주요 목표가 되어야 할 것이다. 이와같은 관점에서 질병예방관리 및 보건교육의 중요성이 새롭게 평가되어 새로운 방향 정립이 필요할 것이다.
- 6차에 걸친 5개년 계획기간에서 강조되었던 급성 및 만성전염병관리, 모자보건사업, 가족계획사업 등은 지속적으로 추진되어야 하지만, 7차 계획기간에는 새로이 그 중요성이 부각된 만성퇴행성 질환 관리와 각종사고의 예방 등이 질병예방의 가치를 재발견하는 토대위에서 확대 강화되어야 한다.
- 만성퇴행성 질환 중에서 발생빈도가 높고 건강상 위해가 큰 5대 질환(악성신생물, 심장병, 뇌혈관질환, 고혈압성질환, 만성간질환)과 정신질환에 관한 관리대책이 강구될 것이다.
  - 악성신생물 관리를 위하여 암등록 사업의 확대 및 내실화, 대진료권 단위의 지역 암등록 사업의 개발 및 병원과 보건기관간 기능적 연계 및 보건기관의 관리기능 강화, 국립암센터의 설립 및 지역 암센터 설립 운영, 우리나라 환경과 생활양식 등을 고려한 암발병 예방, 암의 진단 및 치료 등 의료기술의 개발 연구 등을 위한 암연구비의 확대, 조기진단 및 치료를 조장한 screening사업의 체계화 및 확대, 민간 부문의 암관리사업의 지원 확대, 암전문병상 확대 등의 제시책이 시행될 것이다.

- 심장병, 뇌혈관 질환, 고혈압성 질환, 만성간질환 등의 관리 역시 앞에서 기술된 바와 같은 악성신생물 관리방법이 적용되지만, 특히 B형 간염의 관리, 한방의료를 이용한 가정재활제도의 도입 등 보건기관을 통한 지속적 관리체계가 강화될 것이다.
- 정신질환 관리는 병의원 중심 체계가 지속되고 정신과 병상이 확충될 것이지만, 보건기관을 통한 지역사회 정신보건사업이 도입 및 발전될 것이다.
- 각종사고는 발생빈도 및 전체사망중 차지하는 중요성이 높아지고, 가정내 사고 및 영유아, 청소년, 장년층의 각종사고로 인한 사망율이 높아지고 있는 추세에 있다. 사고 예방을 위한 보건교육의 강화, 사고 및 중독에 관한 체계적인 역학조사의 실시, 부처(보사부, 내무부, 교통부, 노동부, 교육부등)간 협의체 설치·운영등이 강구될 것이다.
- 각종 만성퇴행성 질환의 이환 및 건강상태는 국민의 건강한 생활양식(life style) 즉 금연, 규칙적 운동, 절주, 숙면, 건강한 식습관 등과 밀접히 연관된다. 건강상태는 의료이용수준보다는 건강한 생활양식에 크게 영향을 받는 것으로 알려지고 있다. 향후 보건정책의 중요방향이 지역간 계층간 차이없는 건강상태의 평등실현에 두는 경우에 건강한 생활양식의 조성 및 확대보급은 새로운 중요성을 갖는다.
- 현실적으로 비건강적 행위는 만연되고 있고, 지역간 계층간 차이가 크므로, 이 차이만큼 건강상태에 차이를 야기시킬 것으로 추정된다. 낮은 생활 및 교육수준, 단독가구의 가구원, 농촌지역 거주자, 여자, 고연령층 등에서 비건강적 행동이 만연되고 있다. 건강한 생활양식의 보편화를 위해 이들 취약계층을 위한 대책이 강구되어야 하지만, 생활양식은 행위와 태도 뿐만 아니라 인생관 또는 생활철학을 포함하는 광범한 개념이다. 그러므로 유아기로부터 오랜 사회화 과정에 걸쳐서 부모, 형제, 동료, 학교, 종교, 사회집단, 각종 대중매체 등 다양한 요소에 의하여 영향을 받는다. 이와같은 특성을 고려하여 건강

에 대한 개인의 책임의식 인식 및 건강한 생활화를 도모할 수 있는 지속적이고 체계적인 보건교육의 실시와 국민의 건강관리 능력 제고 등을 위한 program이 개발 및 실시될 것이다.

- 보건교육의 강화를 위하여 전국 및 지역별 보건교육사업의 기획, 집행, 평가 등을 위한 중앙 및 지방의 전담부서 설치, 전문인력의 확보, 학교보건교육 강화, 보건교육자료 개발센터의 설치 운영, 국민건강실천운동의 전개 그리고 보건교육의 연구개발 및 평가기능 강화 등의 제조치가 입안 실시될 것이다.
- 한편 건강취약계층을 일차적인 대상(risk group)으로 하는 평생건강관리체계를 확립한다. 일차적 취약계층은 영유아, 임산부, 노인, 생활 및 교육수준이 낮은 계층, 단독가구의 가구원 또는 젊은 부부가구(young family), 장애인, 정신질환자, 그리고 고액진료환자, 만성퇴행성 질환자가 될 것이다. 이들 취약 계층의 건강관리를 위하여 건강수첩의 발부, 정기적 관리 등을 위한 체계가 확립될 것이며, 이 체계는 보건소가 중심이 되어 관련 의료보험조합 또는 보험자간 긴밀한 정보교환 및 협조체계의 구축을 통해 운영될 것이다.
- 기존에 확립 및 실시되어온 결핵관리, 나병관리, 가족계획사업, 모자보건사업 등은 기능적으로 내실화하여 추진할 것이며, 새로운 문제로 대두된 AIDS의 예방 및 관리, 성병관리, 청소년의 약물오남용 방지 그리고 구강보건 등은 그 중요성의 증대 경향을 고려하여 확충·강화할 것이다.
- 질병예방 및 건강증진 대책은 질병양상의 변화, 평균수명의 연장, 좋은 의료서비스 자체가 우리의 건강을 보장해 주지 않는다는 새로운 시각 관점에서 삶의 질, 생산적 활동, 행복, 삶의 가치 등을 향상시킬 수 있다. 7차 5개년 계획기간에 예방가치의 재발견과 새로운 접근방법이 공공부문을 통해 적용될 것이며, 이는 모든 국민의 건강한 삶과 건강상태의 평등실현에 크게 기여할 것으로 기대한다.

# 1. 慢性退行性 疾患 및 各種事故 豫防管理

## 1.1 惡性腫瘍

### 1.1.1 現況 및 問題點

우리나라 국민의 질병양상은 80년대에 들어와 악성종양, 뇌혈관 질환, 심장병, 고혈압성 질환 등의 비전염성 만성퇴행성 질환으로 이행되었으며 이들 질환이 사망원인의 대다수를 차지하고 있다. 이 중 특히 악성종양의 점유율은 더욱 현저히 증가하고 있는데 경제기획원 조사통계국이 발표한 사망원인통계 연보에 나타난 사망원인의 점유율은 1985년 남자 16.2%, 여자는 13.6%에서 1989년에는 각각 20.9%와 17.1%로 증가하였는데, 이러한 추세는 당분간 계속될 것으로 전망된다(표 1-1 참조).

표 1-1. 악성신생물에 의한 사망률 및 사망점유율의 연도별 추이

연 도	남	자	여	자
	조사망율 (10만 당)	사망점유율 (%)	조사망율 (10만 당)	사망점유율 (%)
'85	160.1	16.2	64.1	13.6
'86	112.7	17.4	69.1	14.8
'87	118.1	18.1	69.9	14.5
'88	124.3	19.7	73.8	16.0
'89	130.8	20.9	78.5	17.1

또한 악성종양의 유병통계에 있어서도 악성종양의 증가는 뚜렷하다. 1980년 7월 1일부터 시행되고 있는 보사부 중앙암등록사업의 실적에서 보면 <표 1-2>에서와 같이 암환자의 증가추세는 확실하다.

한편 전체적인 암발생율에 관한 정확한 통계가 아직까지 제시되고 있지 못하고 있으나 몇몇 관련학계에서 발표된 보고에 의하면 조발생율은 인구

표 1-2. 1980-1989기간동안 증양암등록사업의 등록환자 추이

기 간	남 자		여 자	
	등록환자수	인구10만당 비율	등록환자수	인구10만당 비율
1980.7-1985.6	55,540	55.2	49,252	49.8
1985.7-1989.6	71,814	85.7	60,031	72.8

10만당 남자 140전후, 여자 115전후로 추정되며 국제비교를 위한 연령보정 발생율로는 남자 200전후, 여자 140정도로 추정된다.

악성종양은 일단 발병하면 대부분이 그 진단에서부터 높은 수준의 의료비를 지불할 뿐 아니라 고가의 장기적 치료에도 불구하고 완전 회복이 잘 안되어 의료경제적인 측면에서도 문제가 되며 더구나 사회적으로 가장 활동적이며 중요한 연령층인 40대 이후에서 다발하여 그 활동능력을 중단, 불구화시킴으로서 국가적 중견인력의 손실과 가정생활의 결정적 파탄을 초래하는 주요 요인이 되고 있다.

따라서 악성종양의 관리는 치료보다는 예방, 그리고 조기진단에 의한 조기치료가 매우 중요한 바, 악성종양 관리에 관련한 국가정책상의 주요 문제점을 요약하면 다음과 같다.

- 암이환율(발생율 및 유병율)과 사망율의 증가로 인하여 초래되는 문제가 환자 또는 그 가족에 뿐만 아니라 국가적 내지 사회적으로 더 심각하다는 문제의식의 부족
- 악성종양 관리에 가장 기본적이고 필수적인 기초자료(정확한 발생통계와 사망통계)의 부족
- 암관리를 위한 기초 및 임상연구에 대한 지원 미미
- 체계적이고 종합적인 암관리정책의 미흡으로 관리사업의 효율성 저하
- 민간단체의 암관리 활동과 정부 주도 활동과의 연계성 부족

### 1.1.2 第6次 計劃의 評價

제6차 계획에서의 암관리 사업은 성인병 관리의 한 부분으로 추진되었다. 그 세부계획의 내용은, ① 유병 실태조사 2회, ② 자궁암 검진 연인원 549천명, ③ 암질환 진료센터 5개소 지정, ④ 홍보사업 등으로 구분할 수 있는데 이들 계획이 포함하고 있는 사업의 규모나 내용이 암질환이 내포하고 있는 문제의 심각성에 비하여 극히 왜소할 뿐더러 또한 정부투자 내지는 지원의 대부분에서 발생환자 관리에 우선순위가 주어져 있다.

그간의 암관리사업 주요 내용을 보면 <표 1-3>에 나타난 바와 같으며 계획대비 저조한 실적임을 알 수 있다.

표 1-3. 그간의 정부 암관리 추진사업

사 업 내 용	실 적
- 중앙암등록사업(1980.7-현재)	1989.6 현재 전국 63개 병원 참여 1989.6까지 남자환자 127,364명 여자환자 109,283명 등록
- 전국 유병율조사(단면적 조사)	1987년 실시
- 대국민 홍보사업	한국성인병예방협회에 재정지원 홍보책자 발간 보급 무료강좌실시(89년 16,000명)
- 자궁암 검진사업	한국건강관리협회 재정지원 89년 103,658명 실시 의심자 272명 발견
- 민간병원 암치료시설 차관도입 알선	OECF차관 1,124백만엔(4개 병원)

### 1.1.3 基本方向

암질환 관리에 있어서 정부의 사업으로 수행하여야 하는 주요 역할은 선진국의 예에서도 볼 수 있듯이 암질환 양상을 정확히 파악할 수 있는 기본적인 암통계-암발생통계와 암사망통계-를 생산, 유지하는 것과 질병예방 및 치료제 개발등에 목적을 두는 각종 기초의학적 내지 임상적 연

구의 지원, 그리고 암발병의 명백한 위험요인으로 밝혀진 사안-예 : 흡연, 특정 환경오염 물질-에 대한 제도적 조치와 홍보, 검진사업 등이 된다. 발생환자에 대한 진단, 치료시설에의 투자는 민간부문에서 주로 이루어지도록 하고 정부는 이의 조정역할에 국한하는 것이 보다 효율적이라 하겠다.

제7차 계획에서의 암관리 사업은 지방자치체의 정치적 구도와도 그 맥을 같이하여야 한다. 중앙정부와 지방정부의 역할과 책임한계를 명확하게 설정하고 특히 지방정부는 그러한 사업수행-보건의료부문-을 추진집행할 수 있는 전문부서 조직이 있음을 전제로 하여야 한다.

제7차 계획에서의 암성종양 관리를 위한 사업의 기본방향은 다음과 같다.

- 암관리사업의 효율화를 위하여는 대진료권별 지역(8개 지역)을 한 단위로 하여 시행한다.
- 암발생통계를 생산하기 위하여 대진료권별로 암등록사업을 분할 실시한다.
- 암에 대한 체계적인 연구와 관리 및 전문적 진료를 담당하는 암센타를 설립한다. 우선적으로 중앙정부 산하의 국립암센타를 설립, 운영하고 연차적으로 지방정부산하의 지역별 암센타를 설립 혹은 지정한다.
- 의과대학 및 관련 연구기관의 암연구를 정책적으로 지원한다.
- 조기진단의 효과가 인정되는 부위암에 대한 집단검진 사업을 확대한다.
- 민간부문에서의 항암사업 활동을 적극 후원, 지원한다.

#### 1.1.4 細部推進計劃

##### ○ 癌登録事業의 擴大 및 內實化

현재 국립의료원을 통하여 실시하고 있는 중앙암등록사업은 그 실적에 비하여 자료의 활용도는 매우 저조한 형편에 있다. 특히 등록되는 환자의 절대수가 실제 새로이 발생한 환자수에 훨씬 미치지 못하고 있어 발생통계로서의 활용가치는 전무하다. 일반적으로 지역암등록사업(Population-Based Cancer Registry)을 가장 효율적으로 실시할 수 있는 적정규모는

인구 300-500만명임이 알려져 있고 또한 암발생의 양상이 국내의 지역간에도 차이가 있음을 제시하는 연구보고도 있다. 따라서 효율적인 암관리를 위하여는 지역별 암발생 양상을 알 수 있는 통계가 요구된다. 더구나 지방자치제의 본격적인 시행은 이러한 필요성을 더욱 가중시키게 되며 지역주민에 대하여 지방정부가 할 수 있는 복지정책의 주요 내용이 된다.

현재의 중앙암등록 사업을 확대 개편하여 연차적으로 대진료권별 지역암등록 사업(Regional Population-Based Cancer Registry)으로 분할 실시하여 보다 정확한 암발생 통계를 생산하는 내실화를 기한다. 그 연차적인 시행계획은 다음과 같다.

연 도	'92	'93	'94	'95	'96	
실시지역	서울권	부산권 광주권	대구권 대전권	충북권 전북권 강원권	충북권 전북권 강원권	
소요예산(백만원)						
설립비	150	300	300	450		
운영비		50	100	400	400	
계	150	350	400	850	400	2,150

주) 설립후 운영은 해당 지방정부의 재정으로 하거나 또는 의료보험공단의 행정조직을 활용하는 방안도 검토할 수 있다.

#### ○ 國立癌센터 設立 및 地域癌센터 運營支援

우리나라 암연구의 총본산지 역할을 담당하고 암관리의 종합적이고 유기적인 정책제시와 전문진료 및 인력양성을 주요 목적으로 하는 중앙정부 산하에 국립암센타를 설립하고 각 지역별로는 지방정부 산하의 지역암센타 설립을 촉진하며 그 운영을 지원한다.

#### ○ 癌研究 支援擴大

암발병예방 및 치료제 개발등에 관련한 내용으로 연구개발 중점과제를 선정하고 이에 대한 연구투자를 적극화한다. 국립암센타를 비롯하여 각급

연 도	'92	'93	'94	'95	'96	계
국립암센터	설 립	설 립	설립, 운영	운 영	운 영	
소요예산(백만원)						
설립비	20,000	20,000	10,000	15,000	15,000	
운영비			15,000	15,000	15,000	95,000
계	20,000	20,000	25,000			
지역암센터지정	-	-	2개소	3개소	2개소	7개소
운영비지원(백만원)			400	1,000	1,400	2,800

대학 및 관련연구기관의 연구기능을 활성화하고 연구수준을 높임으로서 연구 및 기술개발수준이 곧 국가의 자원이며 경제력의 지표가 되는 21세기의 국제사회에 대비한다.

연 도	'92	'93	'94	'95	'96	계
연구투자액(백만원)	3,000	5,000	5,000	7,000	7,000	27,000

○ 早期診斷을 위한 集團檢診 事業의 擴大

조기진단의 효과가 확실하게 인정되는 암부위-위암, 간암, 결장암, 직장암, 유방암, 자궁암 등-에 대한 집단 건강진단 사업을 적극 확대하여 이들에 의한 암사망율을 저하시킨다. 의료보험 단체로 하여금 피보험자 또는 그 가족을 대상으로 선별적인 암검진 사업을 시행하도록 보험급여제도를 개선한다. 현재 의료보험공단에서 시행하고 있는 건강진단사업내의 암검진사업을 보험급여 사항으로 제도화하고 점차 이를 다른 보험단체에서도 시행토록 한다. 수검자 연인원의 연차 계획은 다음과 같다.

연 도	'92	'93	'94	'95	'96	계
수검자 연인원 (35세 이상, 천명)	600	900	900	1,500	1,500	5,400

○ 民間部門에서의 抗癌事業 活動의 支援 擴大

암환자 치료를 위한 전문 진료기관 육성을 위해 민간부문의 암진료 장비 및 시설확충을 지원한다. 암발병예방을 위한 민간운동, 예를 들어 한국 금연운동본부의 금연운동, 성인병예방협회의 대민 홍보계몽 활동등을 지원한다.

공공 및 민간부문의 각급 기관에서 추진 또는 수행하는 각종 항암사업 활동을 유기적으로 통합, 조정하는 기구를 운영한다. 대한 암협회에서 그러한 기능을 할 수 있도록 제도적인 지원을 한다.

## 1.2 循環器系疾患

### 1.2.1 現況 및 問題點

우리나라 死亡 및 傷病資料에서 死亡原因中에 차지하는 比重이나 有病率의 規模, 그리고 豫防可能性의 彈性等으로 미루어 볼때 慢性退行性疾患中 循環器系疾患의 優先順位가 가장 높다. 우리나라에서 慢性退行性疾患이 死因에 큰 比重을 차지하기 始作한 것은 1970年代 以後인듯하다. 1980年以前에는 不備한 統計나마 公式化된 死因統計가 없어 正確한 比較는 어렵지만 1970年代 死亡診斷書의 標本調査와 1981년부터 經濟企劃院統計局이 公式的으로 發表한 死亡原因統計年報를 보면 漸次 慢性退行性疾患에 의한 死亡比率이 增加하고 있다. <표 1-4>는 여러 資料源에서 算出한 疾患群別 相對類型인데 慢性退行性疾患 및 事故에 依한 死亡比率의 持續的인 增加가 두드러진다.

慢性退行性疾患의 相當部分을 차지하는 것이 循環器系疾患이다. <표 1-5>는 性別 및 年齡群別로 본 全體死亡中 循環器系疾患이 차지하는 比率을 본 것이다. 대체로 全體死亡의 약 1/3을 차지하는데 男性보다는 女性에서 比率이 높다. 1985년부터 규모는 적지만 조금씩 그 比率이 減縮되는 것은 볼 수 있으나 標準化된 死亡率의 比較가 아니고 百分率의 比較이므로 眞

표 1-4. 特定疾患群別 死因의 年度別 相對頻度(%)

年度 \ 疾患群	1942 <sup>1)</sup>	1965 <sup>1)</sup>	1974 <sup>2)</sup>	1979 <sup>3)</sup>	1983 <sup>4)</sup>	1985 <sup>4)</sup>	1989 <sup>4)</sup>
感染性疾患	18.2	14.8	9.7	6.5	7.1	6.2	4.6
慢性退行性疾患	-	-	28.5	56.3	70.7	74.3	74.6
事故 및 負傷	-	-	6.7	10.2	9.5	11.6	14.9

- 1) 석남국 : 한국인구증가의 分析
- 2) 이동우 · 김인순 : 한국보건문제와 대책
- 3) 공계권 · 임종권 · 김미겸 · 韓國의 死亡力과 死亡原因, 한국인구보건연구원, 1983.
- 4) 경제기획원조사통계국 : 사망원인통계연보, 1983, 1985, 1989.

像을 알기는 어렵다. 年齡增加에 따라 循環器系疾患에 의한 死亡比率이 增加하여 34세未滿에서는 10~20%, 35~74세群은 30~40% 정도를 오르내리다 75세以上이 되면 다소 떨어져 30% 정도가 되는데 老齡層에서는 老衰等 診斷未詳이 많아지기 때문이라고 해석된다.

한편 124項目으로 된 詳細分類別 比率을 보면 <表 1-6>과 같이 1984, 1987, 1989年度 모두 狀況이 비슷하다. 順位上으로 볼때 變動을 보이는 것은 急性心硬塞症에 의한 死亡比率이 漸次增加하면서 1985년에 7位였던것이 1989년에는 5位로 浮上한 것이다. 先進國의 例를 보면 아직도 首位를 차지하고 있지만 점차 減少하고있는 추세라는데 우리나라는 아마도 계속 增加할 전망이다. 심장 및 순환기계 先天異常은 診斷技術向上과 關心의 부양으로 因한 增加인 듯하다.

가장 많은 사람을 死亡케 한 疾病은 腦血管疾患으로 循環器系死因中 42~45%를 차지하고 있다. 高血壓性疾患도 약 1/4을 차지한다. 心不全症은 모든 心臟病의 마지막 段階로 診斷이 比較的 確實한데 反하여 心腸麻痺不全은 死亡診斷書에 死因으로 心腸麻痺라고 記載된것을 이 項目에 分類한 것이므로 오히려 原因不明의 急死가 많이 包含되 있으리라 推定된다.

地域社會 혹은 一般人口를 對象으로 한 包括的인 慢性病의 有病率調査는 없다. 그러나 一部地域에 한해서 特定疾患에 대한 有病率調査는 數個

表 1-5. 年度別, 性別, 年齡群別 循環器系疾患에 의한 比例死亡率  
(% : 순환기계 질환에 의한 사망수/총사망수)

연령	연도 성	1985		1986		1987		1988		1989	
		남자	여자								
0		( 1,299) 8.7	( 1,139) 10.8	( 1,174) 8.7	( 1,079) 8.2	( 1,017) 14.8	( 911) 12.9	( 914) 12.6	( 800) 11.6	( 948) 2.3	( 835) 1.2
1-4		( 2,220) 8.5	( 1,783) 10.0	( 2,075) 11.5	( 1,639) 11.7	( 1,708) 9.6	( 1,391) 12.5	( 1,493) 8.2	( 1,256) 8.0	( 1,375) 8.2	( 1,100) 8.5
5-14		( 3,097) 15.3	( 2,299) 20.1	( 2,761) 16.3	( 2,058) 20.0	( 2,558) 15.4	( 2,109) 20.5	( 2,551) 11.1	( 1,718) 16.7	( 2,288) 9.2	( 1,484) 13.5
15-24		( 6,571) 15.5	( 3,441) 19.9	( 5,937) 15.4	( 2,972) 19.4	( 5,708) 15.2	( 2,791) 19.7	( 5,452) 14.2	( 2,512) 18.3	( 5,533) 12.0	( 2,371) 18.4
25-34		( 8,124) 18.8	( 3,551) 20.8	( 8,404) 17.8	( 3,651) 20.8	( 8,672) 16.4	( 3,654) 21.5	( 8,477) 15.1	( 3,311) 18.6	( 8,486) 13.0	( 3,289) 18.2
35-44		( 11,838) 24.7	( 4,567) 28.9	( 11,437) 24.0	( 4,382) 28.5	( 10,885) 22.0	( 4,165) 28.0	( 10,642) 22.0	( 3,992) 26.7	( 11,156) 20.1	( 3,999) 24.0
45-54		( 20,053) 29.7	( 8,239) 39.4	( 20,189) 28.1	( 7,878) 38.2	( 20,314) 26.9	( 7,888) 36.1	( 20,400) 26.5	( 7,562) 36.6	( 20,613) 24.7	( 7,645) 35.1
55-64		( 22,948) 36.0	( 11,230) 43.9	( 21,568) 35.5	( 10,718) 43.6	( 21,328) 33.0	( 10,940) 42.2	( 20,167) 33.2	( 10,236) 43.8	( 20,782) 31.7	( 10,543) 41.4
65-74		( 23,667) 42.3	( 16,475) 41.4	( 23,201) 36.7	( 16,004) 40.9	( 23,661) 34.8	( 16,422) 40.1	( 23,952) 33.8	( 17,018) 40.0	( 23,451) 33.9	( 16,551) 58.3
75이상		( 18,988) 33.4	( 28,443) 32.9	( 18,007) 34.5	( 26,648) 34.8	( 18,837) 32.3	( 28,965) 32.5	( 18,532) 20.7	( 29,119) 32.2	( 18,236) 33.6	( 28,308) 35.2
계		(118,895) 30.1	(81,167) 34.3	(114,753) 29.6	(77,029) 34.8	(114,718) 28.1	(79,236) 33.7	(112,580) 27.5	(77,614) 33.5	(112,868) 26.7	(76,125) 34.2
		(200,062) 31.8		(191,782) 31.7		(193,954) 30.4		(190,194) 30.0		(188,993) 29.7	

( ) : 死亡者總數

표 1-6. 年度別 循環器系疾患의 詳細分類別 百分率과 順位

	1985		1987		1989	
	사망수	%	사망수	%	사망수	%
급성류마티얼	4	0.0	7	0.0	3	0.0
만성류마티성심장병	185	0.3	137	0.2	104	0.2
고혈압성심질환	611	0.9	562	0.9	348	0.6
기타고혈압성질환	16,368	25.2	14,914	25.1	12,629	22.1
	(2)		(2)		(2)	
급성심경색증	1,133	1.7	1,807	3.0	2,712	4.7
	(7)		(7)		(5)	
기타허혈성심질환	241	0.4	297	0.5	421	0.7
급·만성폐성심질환	81	0.1	93	0.1	118	0.2
심내막의 만성질환	891	1.4	558	0.9	496	0.9
	(10)		(10)		(10)	
심장울동부전	10,617	16.3	9,139	15.4	8,013	14.0
	(3)		(3)		(3)	
심부전	2,811	4.3	2,405	4.1	2,067	3.6
	(6)		(6)		(6)	
기타 심질환	2,892	4.5	2,494	4.2	2,010	3.5
	(5)		(5)		(7)	
두개 내출혈	5,974	9.2	5,921	10.0	6,899	12.1
	(4)		(4)		(4)	
뇌경색	1,058	1.6	1,143	1.9	1,497	2.6
	(8)		(8)		(8)	
기타 뇌혈관질환	19,949	30.7	18,090	30.4	17,385	30.4
	(1)		(1)		(1)	
동맥경화증	487	0.8	707	1.2	657	1.2
	(9)		(9)		(10)	
순환기계 기타질환	950	1.5	646	1.1	829	1.5
	(9)		(10)		(9)	
심장및순환기계선천이상	667	1.0	537	0.9	933	1.6
	(9)		(9)		(9)	
계	64,919	100.0	59,457	100.0	57,121	100.0

( ) : 順位

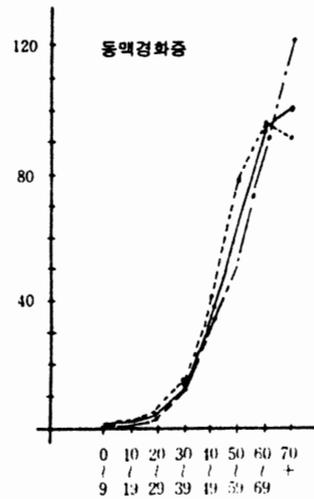
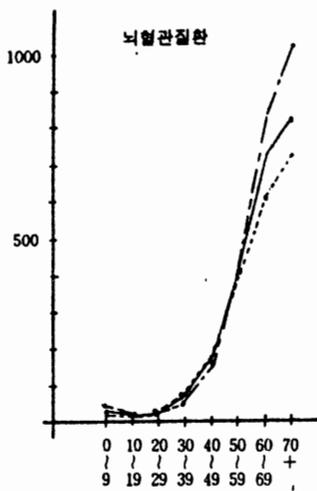
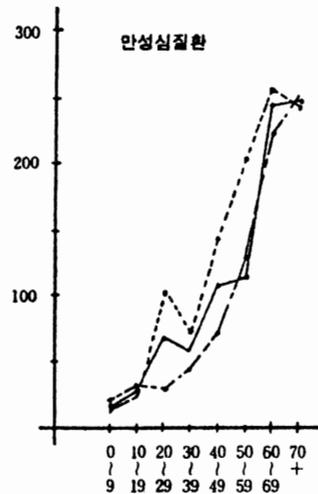
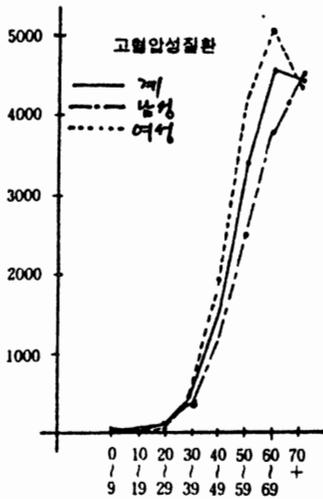
있는데 資料마다 달라서 해석하기가 쉽지 않다. <表 1-7>은 그들 중에서 比較되는 資料를 뽑는것인데 1977年과 1978年 資料는 地域住民을 對象으로 한 綜合診斷資料인 반면 1986年과 1989년 것은 病識을 가지고 病醫院에 찾아온 患者들 뿐이므로 高血壓이나 糖尿病等 本人이 모르고 있는 狀況은 잡히지 않아 地域社會資料에 비해 有病率이 매우 낮다. 예를 들면 30歲以上 高血壓有病率은 1980年 全國調查에서 約 7%였는데 醫療保險(1989年) 資料는 同年齡群에서 2%에 不過하다. 어쨌든 死亡 및 傷病資料 모두에서 循環器系疾患은 國民保健上 가장 重要한 疾患群임에 틀림없다. <도 1-1>

표 1-7. 慢性 退行性 疾患의 年度別 變化 樣相

만성퇴행성 질환	전체 인구 10만당 사망률				지역사회 1,000명당 유병률			
	1957- '58	1966- '67	1981	1985	1977 (농촌)	1978(도시 영세지역)	1986(시법 의료보험)	1989(전 국의보)
뇌혈관 질환	19.6	26.1	69.2	47.8	3.2	5.7	0.7	1.4
심장병	8.5	11.7	28.7	52.5	8.8	19.1	-	0.7
악성 신생물	17.8	25.8	58.9	85.2	-	5.7	2.1	3.0
고혈압	-	-	53.7	47.8	33.8	40.2	9.3	8.9
만성 간질환	-	-	17.4	34.6	-	-	3.2	9.8
만성기관지염 ·폐기종·천식	-	-	9.8	11.0	33.8	38.3	-	12.0
신염·신증후군	-	-	3.9	4.2	-	3.8	2.2	1.4
당뇨병	-	-	3.4	6.8	-	-	2.3	4.0
정신병	-	-	1.6	3.4	-	-	0.9	1.2

은 1989年 全國民의 93%에 해당하는 醫保加入者의 診療費請求書에 나타난 循環器疾病別로 본 年齡別, 性別 有病率이다. 高血壓性疾患, 腦血管疾患, 慢性心疾患, 動脈硬化症의 順이며 腦血管疾患만 男性이 더 높고 모두 女性에서 더 높으며 연령증가와 比例함을 본다.

이러한 疫學的特性은 모든 種族에서 共通의인데 特히 高血壓性 心腸疾患은 女性에게서 例外없이 더 頻繁하다.



도 1-1. 1989년 醫療保險加入者 10業當 循環器系疾患의 性別, 年齡別 有病率

## 1.2.2 既存事業의 評價

循環器系疾患은 그동안 成人病의 一部로 管理되어왔다. 成人病豫防과 早期檢診을 위해 政府는 韓國健康管理協會를 設立하여 全國에 13個所 成人病檢診센터를 設置·運營하고 있으며 移動檢診班을 編成하여 農漁村까지도 定期的檢診을 받을 수 있도록 配慮해왔다. 1989年 및 1990年 保健社會는 各種慢性退行性疾患의 檢診數의 計劃과 實績數를 提示했을 뿐 어느 만큼의 豫算으로 얼마나 많은 患者를 索出하여 적절한 豫防을 措置했는지에 대한 情報는 없다.

다만 心臟手術과 腎臟移植手術數, 血液透拆數와 癌患者登錄數가 提示되었는데 이러한 數値의 나열은 우리나라 全體의 推定値와 同時 提示되어 얼마나 그 需要를 充足하였는지 짐작이라도 할 수 있는 資料가 못되는 限 쓸모가 없다. 國庫浪費, 주먹구구식 事業이라는 非難을 받기 쉽다.

## 1.2.3 基本方向

基本方向은 慢性退行性疾患 全體를 놓고 다루어져야 할 것이다. 國民保健上 問題의 規模가 크고 豫防的 彈性이 커서 投資에 對한 效率性이 클뿐 아니라 現在體系속에서 쉽게 適用될 수 있는 事業遂行容易性등을 勸案하여 優先順位를 定하고 한가지로 두개 혹은 세개 질병을 추려낼 수 있는 方法을 選定, 몇가지 疾患을 묶어서 하는것이 더 效率的이기 때문이다.

- 一次保健醫療內에 慢性退行性 疾患檢診, 移送管理를 包含시켜 全國管理網을 構築한다. 이것은 現在 保健支所網을 活用하되 慢性退行性疾患의 檢診 및 管理指針書와 後送體系만 樹立되면 쉽게 이루어질 수 있다. 保健支所에 있는 公保醫들은 訓練하고, 詳細하고 具體的인 指針書를 活用토록 한다. 家族單位로 健康記錄簿를 作成한뒤 檢診이 必要한 對象을 順次的으로 檢診하면 2~3年마다 定期檢診이 可能해진다. 좀 더 複雜한 檢査를 要하는 경

우에는 成人病協會에 依賴하거나 二次 혹은 三次病院으로 後送하는데 後送病院에서는 반드시 檢査結果를 依賴人에게 알려주는 制度的裝置가 必要하다. 별도의 豫算을 들여 여기저기 斷片的인 調查를 重複할 可能性을 가진 協會나 研究所, 醫療保險等的 成人病檢診은 하루속히 單一體系化하는 것이 浪費를 막는 길이다. 이들은 慢性退行性疾患의 管理體系에서 後送檢査 및 教育用弘報 資料制作機關으로 活用함이 바람직하다.

- 登錄體系를 樹立하며 資料源을 確保한다. 우리나라의 慢性退行性疾患들에 대한 正確한 情報은 거의 없어 이 體系가 더욱 重要하다. 얼마나 效率的인 管理方案을 樹立하느냐는 正確한 情報에 달려있기 때문이다. 더구나 이들의 原因이 밝혀진것은 매우 드물어서 研究方向을 가늠하는데도 記述의 易學資料는 絶對 必要하다.
- 계속적인 評價와 環流(feed-back)를 通하여 各 地域社會에 알맞는 管理體系를 만들어 나간다.

#### 1.2.4 細部推進計劃

- 自願地域, 적어도 保健支所가 있는 全體地域數의 約 1/10에 該當하는 地域에서 示範事業으로 처음 2~3年은 그 可能性을 打診해 봄과 동시에 全國規模를 施行할 경우에 必要한 指針書와 登錄樣式, 家族健康記錄簿등 必要한 樣式을 開發補完한다.
- 示範事業의 철저한 評價로 全國施行을 위한 事業의 틀을 確定한다.
- 循環器疾患은 地域社會高血壓管理事業만으로도 高血壓性心臟病, 腦血管疾患을 顯著히 減少시킬 수 있을뿐만 아니라 慢性腎疾患의 豫防에도 效果가 크다고 알려져 있다.

## 1.3 其他 慢性退行性疾患

### 1.3.1 現況 및 問題點

循環器系疾患, 惡性新生物, 精神疾患 그리고 事故와 中毒을 除外한 其他 慢性退行性疾患中 重要하다고 생각되는 疾患들은 死亡 및 傷病資料에서 그 比重이 比較的 큰것과 增加趨勢에 있는것들이다. 즉 慢性肝疾患 및 硬變症, 慢性氣管支炎, 천식, 그리고 氣腫등 3가지 疾患을 包含하는 慢性閉鎖性肺疾患, 腎炎, 腎症候群 및 腎症을 묶은 慢性腎疾患, 代謝性疾患인 糖尿病, 胃 및 十二指腸潰瘍, 그리고 死亡率은 낮지만 有病率은 首位인 筋骨格系 및 結合組織疾患等 6가지 疾患을 들 수 있겠다.

慢性肝疾患은 大部分은 肝炎바이러스(A, B, C)에 의한 感染에 由來되는데 이중에서도 B型感染에 의한 肝炎이 慢性肝炎 및 肝癌과 聯關되어있는 것으로 알려졌다. 우리나라의 B型感染바이러스 表面抗原陽性率은 매우 높아 約 8%로 推定되고 있다. B型肝炎은 많은 研究에 의해 豫防接種의 效果가 確認되어 얼마전만해도 感染母로부터 出産되는 新生兒에게 백신과 免役글로블린을 동시에 투여하도록 推定되었으나 近來에는 백신만 투여토록 권장되고 있다. 더구나 알라스카의 大規模 野外實驗結果 感受性者의 80%를 예방접종할 경우 B型肝炎바이러스의 傳播率이 1/15로 減少되었음이 證明된 以來 세계보건기구는 嬰兒의 B型肝炎바이러스에 대한 豫防接種을 다른 定期豫防接種에 統合하는 것이 가장 理想的이라고 권장하고 있다. 또한 蓄積된 研究結果에 따르면 追加接種은 抗體價가 떨어진 뒤에도 必要 없는 것으로 報告되고 있다. 따라서 慢性肝炎 및 硬化症은 B型肝炎바이러스感染에 의한 部分만큼은 第一次豫防인 예방접종으로 管理가 可能해졌다.

천식, 慢性氣管支炎, 氣腫으로 이루어진 慢性閉鎖性肺疾患은 吸煙과 大氣汚染이 危險要因들이다. 따라서 一次豫防은 個人次元에서 吸煙을 어려서 부터 삼가하고 地域社會次元에서는 大氣汚染을 最少化하는 일이다. 二次豫防은 자주 일어나는 上氣道感染을 早期에 治療하여 惡化를 막아야할뿐

아니라 이때 合併症으로 發生하는 急·慢性肺性心腸疾患을 防止해야한다.

慢性腎疾患은 결국 腎不全症으로 이어져 致命的이 되므로 急性腎炎 및 腎症候群의 적절한 治療를 要한다. 腎不全때하는 血液透拆 이나 神將移植은 많은 副作用과 合併症을 誘發하므로 腎不全以前段階에서 管理를 잘해야 된다.

糖尿病은 糖의 新進代謝障碼로 誘發되는데 인슐린이란 ฮอร์โมน의 絶對 내지 相對的 不足때문에 생기는 병으로 遺傳素因과도 關聯되어있다. 우리나라는 大部分이 40代以後에 인슐린의 相對的不足 때문에 發生하는 成人型糖尿病인데 過食이 誘因이다. 生活이 윤택해지면서 점차 增加하고 있는 疾病이다. 全國調査資料의 一部를 豫備分析한 經過에 따르면 空腹血糖과 糖負荷2時間後 血糖値로 診斷된 糖尿病者의 約 1/3~1/2은 症狀을 가지고 있으면서도 本人의 糖尿病狀態를 전혀 認知하지 못하고 있었다. 糖尿病을 내버려둘 경우 發生할 여러가지 致命的 合併症, 例를 들면 백내장, 高血壓症을 동반한 動脈硬化症, 腎障碼, 未梢動脈閉塞症 그리고 治療가 어려운 感染症등의 頻發을 考慮할때 早期發見과 治療를 위한 檢診 및 管理事業의 投入이 時急하다. 二次豫防의 彈性이 比較的 크기 때문이다.

肝 및 十二指腸潰瘍은 死亡率은 별로 높지 않으나 有病率은 比較的 높다. 더구나 胃潰瘍은 우리나라에서 가장 頻發하는 胃癌의 診斷과 前驅症이란 側面에서도 重要하다.

筋骨格系 및 結合組織疾患은 死亡率이 매우 낮은 반면, 有病率은 가장 높고 疼痛과 不能때문에 겪어야할 日常生活의 不便과 障碼는 매우 높다.

<表 1-8>은 이들 疾患의 全體死亡者들 중 百分率을 年度別로 比較한 것이다. 慢性肝疾患/硬化症과 糖尿病은 一定性있는 增加를 보이고 消化性潰瘍은 減少傾向인데 비해 나머지 疾患들은 별 변동이 없다.

比率이 높은 順位別로 보면 慢性肝疾患이 首位를 지키며 계속적인 增加를 보이고 慢性閉鎖性肺疾患은 比率上 變動은 없으나 2位에서 1989年 3位로 되었고 계속적인 增加를 보이고 糖尿病은 1989年 드디어 2位로 浮上했

다. 慢性腎疾患은 比率이나 順位에 變動없이 4位이고 消化性潰瘍은 계속 減少하여 5位에서 6位로 되었다.

表 1-8. 數個 慢性退行性疾患의 全體死亡中 차지하는 年度別比率

主要 慢性退行性疾患	1983(212,516)		1985(200,062)		1987(193,954)		1989(188,993)	
	死亡數	%*	死亡數	%*	死亡數	%*	死亡數	%*
만성간질환/경변증	8,312 [1]	3.9	9,974 [1]	5.0	9,988 [1]	5.1	10,452 [1]	5.5
만성폐쇄성폐질환	3,616 [2]	1.7	3,923 [2]	2.0	3,103 [2]	1.6	3,104 [3]	1.6
만성신장애 및 신부전	1,452 [4]	0.7	1,495	0.7	1,329 [4]	0.7	1,454 [4]	0.8
당뇨병	1,591 [3]	0.8	2,418 [3]	1.2	2,651 [3]	1.4	3,259 [2]	1.7
근골격계및결합조직질환	770 [6]	0.4	743 [6]	0.4	627 [6]	0.3	720 [5]	0.4
위 및 십이지장궤양	1,139 [5]	0.5	1,139 [5]	0.6	845 [5]	0.4	637 [3]	0.3

( ) : 총 사망수

\*총 사망수중 백분율

[ ] : 순위

<表 1-9>는 1989年 우리나라 人口의 93%에 해당하는 醫療保險加入者 들중 醫療機關을 利用했던 사람들의 有病率이다. 앞서도 그 制限點을 指摘한 바와 같이 이 有病率은 地域社會에 實在하는 患者의 一部임을 勸案해서 해석하는것이 합당하다. 어린이 천식까지 包含된 慢性閉鎖性肺疾患과 學童期 腎症候群을 포함하는 慢性腎疾患은 0~9세가 10代보다 더 높은 有病率이어서 二峯曲線이지만 나머지는 모두 年齡增加와 더불어 增加하다가 慢性肝疾患과 腎疾患은 60代以後 多少 수그러짐을 볼 수 있다. 死亡資料의 順位와는 달리 筋骨格系 및 結締組織疾患의 有病率이 가장 많아 全體有病量의 51%를 차지하고 다음이 消化性潰瘍(25%), 慢性閉鎖性肺疾患(11.0%), 慢性肝疾患(9.5%)의 順이다. 死亡과 有病의 關係로 비추어 볼때 肝疾患, 糖尿病, 肺疾患등의 致命率이 比較的 높다는 것을 짐작할 수 있는

表 1-9. 數個 慢性退行性疾患의 醫療保險加入者 10萬當 有病率

年齡群 (세)	人 口	疾患別 人口 10萬當 有病率					
		만성 간질환	만성폐쇄 성폐질환	당뇨병	만성 신질환	위및십이 지장계약	근골격계 및 결체조직질환
0-9	6749,001	183.1	3,119.4	11.0	106.0	181.0	955.4
10-19	7,778,262	358.5	557.3	37.6	75.3	854.0	2,328.1
20-29	8,194,193	990.5	488.8	89.5	148.9	2,712.1	4,063.2
30-39	6,593,446	1,162.6	679.5	277.2	174.4	4,457.9	6,038.2
40-49	4,381,396	1,828.2	857.2	849.6	185.4	4,912.8	9,574.8
50-59	3,231,975	1,662.8	1,393.1	1,582.0	194.9	5,023.3	13,771.1
60-69	1,838,304	1,155.6	2,436.6	1,824.0	165.2	4,311.9	14,858.8
70+	1,035,126	613.2	3,180.6	1,041.4	168.4	3,017.8	13,176.3
계	39,801,708	977.8	1,203.2	404.4	139.4	2,720.8	5,654.9

\*근골격계 및 결체조직질환의 상세분류질환의 구성비(%)

관절장애(42%), 류마티즘(배부제외, 24%), 골병증(3%)

추가원관장애(13%), 기타배부병증, 척추강직 및 유사장애(18%)

데 이것은 輕微한 患者는 빠지고 重症患者만 주로 病醫院을 訪問했기 때  
문이라고 해석할수도 있으나 이들 질병은 실제 自然史上으로도 致命率이  
높은 질병들이다.

### 1.3.2 既存事業의 評價

이들 其他慢性退行性疾患들도 成人病의 一部로 糖尿病, 肝腸疾患, 肝炎  
의 名目下에 檢診數는 年次的으로 늘어나고는 있으나 이런 종류의 資料로  
는 評價하기 어렵다. 따라서 1.2.2에서 言及한 內容과 다를것이 없어 省略  
한다.

### 1.3.3 基本方向

이 部分도 대체로 1.2.3에 言及된것과 같고 基本方向 (1)에서 一次保健  
醫療에 統合된 慢性退行性疾患管理內容에 B型肝炎의 定期豫防接種事業을

더 附加하는 것이 다르다.

또한 많은 사람들이 不便을 겪고 있는 筋骨格系 및 結締組織疾患에 對한 治療와 再活을 위하여 從來의 韓方(鍼術)外來나 再活治療法을 訓練시킨 가정간호사의 訪問體系를 一次保健醫療體系에 併設, 活用하는 方案도 考慮해 볼만하다.

### 1.3.4 細部推進計劃

1.2.4의 細部計劃에 準하되 (1) B型肝炎接種을 위한 定期豫防接種事業은 示範時期에는 嬰兒에 限해서, 다른 年齡層의 感受性者에 대한 豫防接種은 年次的으로 擴大해 나간다.

(2) 韓方併設 및 家庭再活治療制度의 導入은 示範地域에서 그 效果와 需要를 確定한뒤 調整한다.

## 1.4 損傷 및 中毒

### 1.4.1 現況 및 問題點

손상 및 중독은 우리나라에서 만성퇴행성질환 만큼이나 중요하면서도 흔한 질환이다. <표 1-10>에서 보는 바와같이 손상 및 중독은 악성신생

표 1-10. 연도별 중요사망원인별 사망율(인구 10만명당)

연 도	악성신생물	미혈관질환	손상 및 중독
1985	85.4	76.1	65.9
1986	91.3	76.3	67.8
1987	94.5	73.5	74.6
1988	99.5	73.3	75.2
1989	105.2	74.1	80.7

경제기획원 조사통계국, 1985-1989년 사망원인통계연보

물과 뇌혈관질환에 이어 우리나라 주요 사망원인이 되며, 특히 1987년 이후로는 사망원인 제2위로 뛰어 올랐다.

손상 및 중독에 대하여 사망이 아닌 유병을 또는 이환율에 대한 통계는 극히 미비한 편이지만, 1988년 보건사회부에서 실시한 환자조사에 따르면, 우리나라 전국 병·의원의 외래(응급실 포함)를 찾는 환자의 10.1%를 차지하고, 이는 소화기계질환 23.0%와 호흡기계질환 21.4%에 이어 제3위가 되었다. 1989년 한국보건사회연구원에서 실시한 15일간의 이환율 조사에 따르면 전체 이환의 5.1%가 손상 및 중독이었고, 이는 호흡기계질환 44.7%, 근골격계질환 15.7%, 소화기계질환 14.2% 다음이었다(한국보건사회연구원, 1989년도 국민건강조사-이환 및 의료이용).

손상 및 중독 중 교통사고와 산업재해에 의한 것의 최근 추이를 보면 <표 1-11, 12>와 같다. 교통사고에 의한 손상과 사망이 계속 증가하는 추세에 있고, 또한 손상과 중독의 가장 중요한 원인임을 알 수 있다. 다행히도 산업재해가 점차로 감소하고 있는 추세이다.

표 1-11. 교통사고의 연도별 발생 및 사망

	1985	1986	1987	1988	1989
사고환자수	146,836	153,777	175,661	225,062	255,787
발생율(1,000명당)	3.6	3.7	4.2	5.4	6.0
사망수	7,522	7,702	7,206	11,563	12,603
사망율(100,000명당)	18.4	18.7	17.3	27.5	29.7

치안본부, 1990년판 교통사고통계

표 1-12. 산업재해의 연도별 발생 및 사망

	1985	1986	1987	1988	1989
노동자수	4,495,185	5,356,342	5,356,546	5,743,970	6,687,821
재해환자수	141,809	142,088	142,596	142,329	134,127
발생율(1,000명당)	31.5	26.5	26.6	24.8	20.1
사망수	1,718	1,660	1,761	1,925	1,724
사망율(100,000명당)	38.2	31.0	32.9	33.5	25.8

노동부, 1990년판 노동통계연감

#### 1.4.2 第6次 計劃의 評價

보건의료부문의 제6차 계획에서 손상 및 중독에 관한 사항은 포함되어 있지 않다. 서울시에서 1988년 긴급구명안내센터(일명 129구급대)를 개설하여 특히 급성약물중독의 응급처치에 기여를 하여 왔다.

#### 1.4.3 基本方向

손상 및 중독에 관한 예방관리는 이 질환이 만성퇴행성 질환에 비해 더 예방가능함에도 불구하고 그 발생요인에 대한 역학조사가 거의 부재한 형편이고 이에 따른 체계적인 관리사업이 미비한 형편이다. 따라서 제7차 계획에서는 손상 및 중독에 대한 역학조사가 우선되어야 한다.

- 손상 및 중독에 대한 유병율 조사를 한다.
- 치안본부와 협조하여 교통사고에 대한 역학조사를 실시한다.
- 자살에 대한 역학조사를 실시한다.

- 손상 및 중독에 관한 보건교육을 강화한다.

#### 1.4.4 細部推進方向

보사부 또는 보건사회연구원과 치안본부, 경찰 및 대학의 전문가들로 구성된 손상 및 중독관리에 관한 전담반(task force)을 구성하여 다음 사항을 관장하도록 한다.

- 1992-93년 : 역학조사
- 1994-97년 : 역학조사결과에 따른 시범예방관리사업 실시
- 보건교육 강화 : 메스콤, 홍보물 등

## 2. 傳染病管理

### 2.1 結核管理

#### 2.1.1 現況 및 問題點

- 5세 이상의 전인구중 엑스선상 활동성폐결핵유병률은 1965년에 5.1%이었던 것이 1990년에 1.8%로, 균양성(도막 및 배양) 유병률은 0.94%에서 0.24%로, 그리고 전염성이 가장 높은 도말양성 유병률은 0.69%에서 0.14%로 연간 각각 4.08%, 5.31%, 5.92%씩 현저하게 감소하였다. 그러나 아직도 약 727,000명의 결핵환자가 있으며 이들 중에는 전염력이 있는 균양성환자가 95,000명이나 있는 것으로 추정되고 있다(표 2-1 참조). 이들에 대한 조기발견 및 철저한 관리가 필요하다.

표 2-1. 우리나라의 결핵유병률

	1965	1970	1975	1980	1985	1990*	연간감소율(%)
<b>유병률(%)</b>							
엑스선상활동성결핵	5.1	4.2	3.3	2.5	2.2	1.8	4.08
균양성(도말 및 배양)	0.94	0.74	0.76	0.54	0.44	0.24	5.31
도말양성 결핵	0.69	0.56	0.48	0.31	0.24	0.14	5.92
<b>환자수(천명)</b>							
엑스선상활동성결핵	1,240	1,112	1,014	582	798	727	
균양성(도말 및 배양)	226	197	235	186	164	95	
도말양성 결핵	170	152	146	104	89	55	

\*제6차 전국결핵실태조사 종합집계(추후수정요)

· 자료 : 보건사회부, 전국결핵실태조사결과(제1차-5차), 1965-1985.

- 5-9세 연령군의 감염률은 1965년에 33.7%에서 1990년 8.1%로 현저히 감소했다. 이를 기초로 계산한 감염위험률은 1965년에 4.24%에서 1990년에 0.76%로 연간 6.1%의 감소율을 보였다. 이는 전염성 환자의 유병률이 감소되었기 때문에 어린아이가 결핵

표 2-2. 연령별 결핵감염률과 감염위험률

	1965	1970	1975	1980	1985	1990*
계	59.7	64.8	68.7	41.7	38.7	58.9
0-4	10.2	8.5	4.8	4.9	5.4	3.1
5-9	33.7	26.1	15.9	12.6	8.9	8.1
10-14	69.5	54.1	49.6	32.1	29.2	23.5
15-19	69.4	72.0	69.6	71.1	63.1	58.4
20-24	77.3	73.4	78.8	73.2	74.5	56.3
25-29	80.0	81.8	81.3	79.7	80.5	67.5
≥30	84.6	86.1	85.6	-	-	66.1
감염위험률 (5-9)	4.03	2.89	2.07	1.48	1.06	0.76

\*제6차 전국결핵실태조사 중간결과(추후수정요)

○ 자료 : 보건사회부, 전국결핵실태조사결과(제1차-5차), 1965-1990

균에 감염될 위험이 상당히 감소되었다는 것을 의미하는 것이다. 그러나 전연령군의 감염률은 58.9%로서 1965년과 비교하여 별 변화가 없다(표 1-2 참조).

결핵은 감염된 사람중에서 발병하는 것이므로 30세 이상되면 전국민의 65%이상이 감염되어 있는 이러한 역학적 상황하에서는 앞으로 상당한 기간동안 결핵은 중요한 보건문제중의 하나로 남게 될 것이다. 그런데 결핵에 대한 경시풍조가 만연한 것은 안타까운 일이다. 이들 감염자중 특히 발병위험이 높은 집단을 찾아내고 이들에 대한 적절한 조치가 있어야 하겠다.

1980년에 47.5%로서 가장 높았다가 1985년에 35.3%, 1990년에 25.0%로서 현저히 감소하였다. 그러나 아직도 INH와 RHP에 내성률과 다제약제 내성률이 각각 23.1%, 6.5%, 9.3%로서 높은 편이다. 이는 아직도 우리나라의 국가결핵관리사업이 더 많이 개선되어야 한다는 것을 의미하는 것이다(표 2-3 참조).

표 2-3. 약제 내성률 추이

약제내성	1965	1970	1975	1980	1985	1990*
내성균률	38.0	39.3	38.3	47.5	35.3	25.0
1제	29.6	16.8	13.3	16.9	18.8	10.2
2제	7.0	9.3	14.9	13.6	6.5	5.6
3제 이상	1.4	13.1	10.1	16.9	10.0	9.3
INH	25.4	36.4	35.6	44.1	28.8	23.1
SM	15.5	19.6	18.6	15.3	7.1	8.3
RMP	-	-	-	1.7	12.9	6.5
EMB	-	-	-	19.5	8.2	5.6

\*제6차 전국결핵실태조사 중간결과

· 자료 : 보건사회부, 전국결핵실태조사결과(제1차-5차), 1965-1985

○ 결핵사망률은 1985년에 3.14%에서 1989년에 2.31%로 감소하였

다. 그러나 아직도 4,382명이나 되는 사람들이 예방가능한 질병으로 사망하고 있다(표 2-4 참조).

표 2-4. 결핵사망률 추이

	1985	1986	1987	1988	1989
결핵 사망률(%)	3.14	3.06	2.74	2.57	2.32
결핵 사망자수	6,274	5,872	5,321	4,676	4,382

· 자료 : 경제기획원 조사통계국, 사망원인통계연보, 1986-1990

- 29세이하 연령층의 BCG접종률은 1965년에 24.3%에서 1990년에 86%로 현저히 증가되었다. 0-9세 연령군의 접종률은 1965년에 78.1%로 크게 증가되었으나 접종효과가 큰 저연령층의 접종률이 더 증가되어야 하겠다.

표 2-5. 연령별 BCG 접종률

	1965	1970	1975	1980	1985	1990*
계	24.3	44.4	60.6	69.9	80.1	86.0
0-4	6.1	38.8	48.2	49.8	65.9	78.4
5-9	28.1	54.3	72.8	74.2	75.7	77.9
10-14	49.3	52.6	77.1	88.8	92.7	89.3
15-19	32.6	47.4	62.9	83.1	93.1	94.3
20-24	22.0	28.3	49.2	60.0	83.9	92.0
25-29	5.5	20.5	29.5	49.9	65.8	83.9

\*제6차 전국결핵실태조사 중간결과

· 자료 : 보건사회부, 전국결핵실태조사결과(제1차-5차), 1965-1985

- 1990년까지는 결핵문제의 크기와 그 변화추세를 파악하고 결핵사업의 문제점과 그 개선방향을 제시해 주는 이러한 귀중한 자료들이 전국결핵실태조사에 의하여 제공되어 왔지만 앞으로는 막대한 소요경비등의 이유로 더이상 실태조사를 실시할 수 없을

것이 예상된다. 따라서 이에 대한 대책이 마련되어야 하겠다.

## 2.1.2 第6次 計劃의 評價

### ○ 結核有病率

우리나라의 5세 이상 인구중 엑스선상 결핵유병률은 계획연도인 1985년에 2.2%이었던 것이 목표연도인 1991년에 1.85%(목표 1.6%)로 감소되었다. 균양성유병률은 0.44%에서 0.24%(목표 0.37%)로 현저히 감소되었다.

### ○ 豫防接種事業

결핵발병의 예방을 위한 BCG접종은 1989년말까지 총 735만명 계획에 730만명을 접종하여 98.8%의 실적을 올렸다. 접종효과가 큰 미취학아동의 접종률은 91.8%이었다.

### ○ 患者發見事業

전국보건소와 대한결핵협회 이동검진반을 통하여 유증상자 및 환자가족, 취약지역주민, 산업장 근로자, 그리고 각급학교 학생에 대한 엑스선검사와 객담검사를 실시 485천명의 환자를 발견하였다.

### ○ 登錄患者治療 및 管理事業

1985년부터 일부지역에서 사용하던 9개월 단기화학요법이 전국적으로 사용되면서 환자관리가 향상되고 치료효율도 상당히 개선되었다. 1985-'89까지 총 215천명의 균양성 환자중 60.4%인 130천명이 단기치료를, 29.4%인 63천명이 장기치료를, 10.2%인 22천명이 재치료를 받았다. 치료효과는 1985년에 85.0%이던 것이 점차 개선되어 1989년에 95.4%로 되었고 조기회복률은 24.1%에서 19.3%로, 치료효율은 70.5%에서 77.1%로 개선되었다. 조기회복자중 중단회복률은 10.7%에서 4.4%로 개선되었지만 아직도 개선의 여지가 많다. 1990년 6월부터 6개월 단기화학요법이 실시되었으므로 환자의 치료효율이 더욱 제고되리라 기대된다.

○ 難治性 結核患者 治療病棟 新築

국립마산결핵병원에 300병상의 난치성 결핵환자병동을 신축하고 '85년부터 '89년까지 총 243,305명을 입원치료하였고 52,167명을 통원치료하였다. 70병상규모의 국립목포결핵병원을 1985년부터 1990년까지 6개년에 걸쳐 총공사비 94억9천3백만원을 투입, 360병상규모의 병원으로 신축하였다.

○ 大韓結核協會 機能強化

1985년부터 1987년까지 총 7억4천2백만원을 투입 BCG생산시설을 신축하고 1988년부터 BCG백신국내소요량 전량을 생산, 무료공급하고 있으며, 1987년부터 '89년까지 총 17억8천3백만원의 예산을 투입하여 연건평 2,931 m<sup>2</sup>의 현결핵연구원 건물을 신축하였다.

### 2.1.3 基本方向

엑스선상 결핵유병률 1985년 : 1.8% → 1996년 : 2.9%

균양성 유병율 1985년 : 0.24% → 1996년 : 0.20%

- 지속적으로 면역인구를 확대한다.
- 감염자중 발병위험이 높은 집단을 찾아 예방화학요법을 실시한다.
- 전국민 의료보험을 통한 환자발견사업의 체계를 확립한다.
- 6개월단기화학요법의 강화로 등록환자의 치료효율을 제고한다.
- 결핵관리요원으로 하여금 일반병의원치료환자의 관리도 할 수 있도록 유도한다.
- 결핵실태를 보다 정확히 신속하게 알 수 있는 결핵감시체계를 수립한다.
- 일반 병의원 개업의에 대한 결핵관리교육을 강화한다.
- 새로운 BCG를 생산하고 신속하고 정확한 진단방법을 개발한다.
- 대국민 홍보계몽사업을 강화한다.

#### 2.1.4 細部推進計劃

##### ○ 免疫人口 擴大

접종효과가 가장 큰 영유아에게 접종하기 위하여 BCG접종을 EPI사업에 포함시키도록 한다.

##### ○ 豫防化學療法 實施를 위한 示範事業

예방화학요법의 효과를 측정하기 위해서 결핵연구원으로 하여금 특정지역을 선정하여 시범사업을 하도록 한다.

##### ○ 患者發見事業 強化

적극적인 주민계몽을 통하여 주민 스스로가 자진하여 결핵검진을 받을 수 있도록 유도한다. 특히 '89.7.1부터 전국민의료보험제도가 실시됨에 따라 동제도를 이용하여 결핵수진자 및 동거가족검진사업을 '90년 7월부터 시범사업으로 실시중에 있다. 동 사업성과를 분석후 '91년 7월부터 전국에 확대실시함으로서 조기발견사업을 대폭강화한다.

##### ○ 患者登錄管理의 內實化

보건소 등록환자관리의 질을 높이기 위해서는 결핵관리요원의 질이 향상되어야 하므로 이들에게 결핵관리에 필요한 신규 및 재교육을 반드시 받도록 한다. 보건소에 등록된 환자에 대한 치료효율제고를 위하여 '90년 6월부터 6개월 단기초치료화학요법을 실시하였다. 보건소에서는 초치료환자관리를 주로 담당하고 재치료환자는 결핵전문진료기관에서 치료받도록 유도하고 난치성환자는 국립결핵병원에서 입원치료를 받도록 함으로서 결핵환자관리를 더욱 효과적으로 실시하도록 한다.

##### ○ 結核管理要員의 保健所 이외의 患者管理業務 擔當

초치료환자만 보건소에서 관리함으로서 업무량이 감소되면 일반·병원에서 치료받는 환자에게 보건교육을 시키고 완치될 때까지 관리하는 업무를 담당하도록 한다.

○ 全國民醫療電算網을 利用한 結核監視體系 確立

앞으로는 엄청난 경비와 노력이 투입되는 결핵실태조사를 더이상 실시할 수 없을 것으로 예상되는 바, 전국의 각 병·의원에서 발견·치료받는 환자에 대한 결핵정보를 전국의료보험전산망을 이용하여 수집한후 결핵연구원이 이를 분석·평가하여 그 결과를 항상 이용할 수 있는 결핵감시체계를 확립한다.

○ 開業醫에 대한 結核管理教育의 強化

일반개업의들이 국가결핵관리의 대원칙을 이해하고 보건소와의 긴밀한 협조하에서 환자를 치료하도록 교육을 강화시킨다.

○ 새로운 豫防 및 診斷方法研究

여러 병원체의 보호면역생성항원을 결정하는 유전인자를 BCG속에 넣어 BCG접종을 받으면 여러 감염병에 대한 질병도 동시에 예방될 수 있는 BCG를 생산할 수 있도록 연구활동을 지원한다.

또한 현행방법으로는 검출이 어렵거나 시간이 오래 걸리는 소수의 균을 함유한 병리가 검물로부터 결핵균염색체 DNA중 균종특이 DNA조각을 연쇄중합반응(PCR)으로 증폭하여 균의 존재를 신속정확하게 알아내는 방법을 개발토록 한다.

○ 對國民 弘報事業 強化

제6차 결핵실태조사결과를 널리 홍보하여 오늘날 지역사회에서 만연되고 있는 결핵문제 경시풍조에 대하여 올바르게 이해시킴으로서 각계 각층의 국민이 결핵퇴치를 위하여 스스로 참여할 수 있도록 유도한다.

## 2.2 癩病管理

### 2.2.1 現況 및 問題點

#### ○ 患者 現況 및 問題點

- 1985년-1989년의 5년간의 환자변동 주요인자를 보면 활동성 환자의 1만명당 유병율이 0.65에서 0.42로 하락하였으며 신환 발생율은 십만명당 0.52에서 0.27로 하강하였고 사망자의 환자 대비 사망율은 2.0-2.4로써 무특이성 변동치를 보이고 있다.

나병에 의한 공중보건상의 문제성이 하향곡선을 보이고 있으므로 활동성환자 유병율의 하강속도를 가속화시키고 재연을 효과적으로 방지시키기 위하여는 보다 구체적이고 조직적인 나관리사업이 요구된다.

- 환자의 연령분포

1985-1989년의 5년간의 변동에서 0-19세 유년, 소년층이 0.6%에서 0.3%로 하강하였고 60세 이상의 연령층이 26.8%에서 37.5%로 상승하였다. 평균연령은 51세에서 55세로 노령화했고, 수용이 63.6세, 정착이 55.1세, 재가가 52.5세이다.

연령분포 곡선상의 나환의 고령 노쇄화가 보이는 바와 같이 노인환자 보호대책의 물량증가에 대한 노인보호 및 수용시설 등의 대책이 배가되어야 한다.

- 1990년도의 신환발견상황을 보면 장소별 발견율이 외래에서 84%로 제일 높고 보건소 13%, 정착촌의 2.6%의 순이다. 발견 방법별 분석에서는 자의참여가 76.4%로써 제일 높고, 정보검진 8.3%, 접촉자 검진 4.5%, 집약검진 1.3% 등이다.

미발견 잠재되어 있는 전염원을 차단하기 위한 신환발견사업은 외래진료소 강화를 통한 일반인의 자의검진 유도를 역점 사업으로 시행해야 한다.

- 환자관리분담은 국립병원관리 6.6%를 제외하고 나협과 민간이 94%를 관장하고 있다.

나병의 전문인이 대거 참여 활동하고 있는 민간나사업활동의 지속적인 지원과 기능의 보강 및 활성화를 유도해야 한다.

- 1990년도의 나병에 의한 환자의 장애현황을 보면 장애인수가 58%에 해당하며 수족장애자 실명자 등 지대한 장애상황을 가지고 있다.(도 2-1 참조).

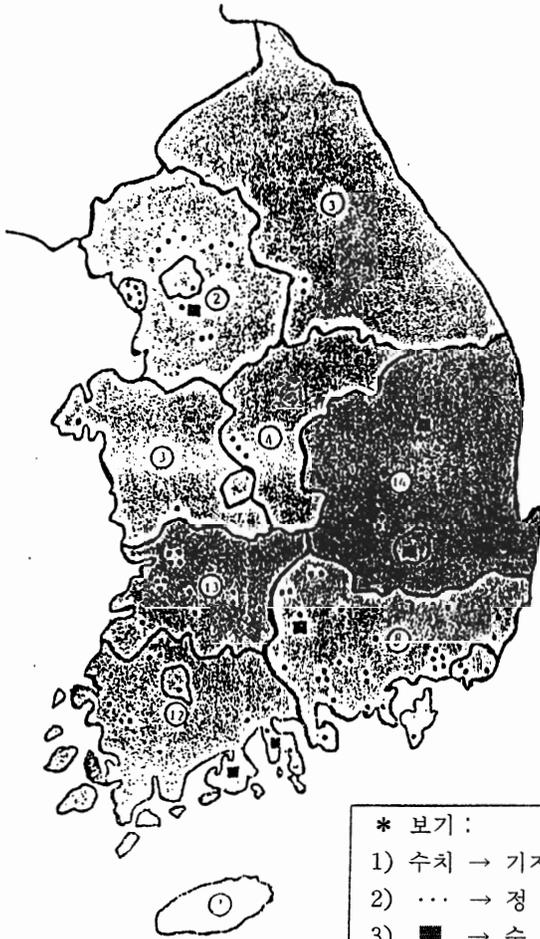
나성장애의 특수성은 사지의 지각마비등에 기인하는 상처의 재발이 골수염, 절단 등으로의 지속적인 진행성 악화의 성격을 띠우고 있고, 일반장애자와 별개로 취급되는 사회적 현실에 처하여 있어, 나성장애문제는 나계에서 자체적으로 해결되어야 할 여건에 처하여 있다.

○ 管理 機構의 機能 現況 및 問題點

- 28개의 진료반은 266개 시·구·군보건소와 98개 정착촌의 순방진료대상지역을 가지고 있으며 동시에 21개 외래진료소에서 외래환자관리를 담당하여야 하며 15,730명 나성장애자 사회복지사업 및 재활수술과 23,833명 전환자의 기타질환 보호관리의 업무를 위하여 7개소의 재활수술 기능등을 가지고 있다 (도 2-2 참조)

과다한 출장방문 대상지역과 각종 전문진료업무에 대비하여 미약한 기능과 전문인력 부족에 대한 보강책이 시급한 과제이다.

有病率 分布圖  
單位：萬分比

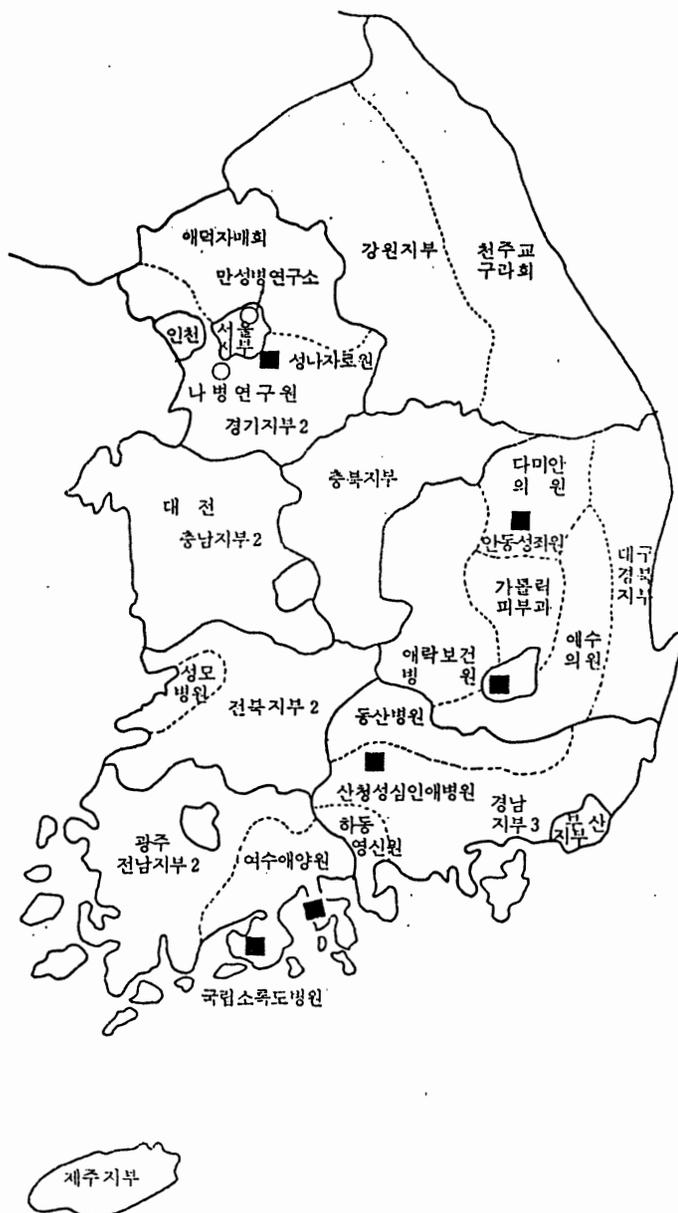


患者人口分布圖  
單位：人當 千名



\* 보기 :  
 1) 수치 → 기지 유병율 : 인구 만명당  
 2) ... → 정 착 촌(100개소)  
 3) ■ → 수 용 시 설(6개소)

도2-1. 癲患者分布圖



도2-2. 癲 管 理 狀 況 略 圖  
( 移 動 診 療 班 管 轄 區 域 表 記 )

丑 2-6. 患者發生死亡 及 有病率 年度別 推移

年 度	人 口 單 位 千 名	登 錄 管 理 者				新 患 發 生		△死亡 新患者 增減差	患 者 死 亡		全國民 粗死亡 率 (千 名 當)
		總登錄 管理者		※活動 患者數		新患者	發病率 拾 萬 分 比		死亡數	患者數 對 備 粗死亡率 (千名當)	
		患者數	有病率 千分比	患者數	有病率 千分比						
1985	41,290	25,594	0.62	2,677	0.65	215	0.52	△327	542	21.2	6.2
1986	41,568	25,050	0.60	2,305	0.55	151	0.36	△461	612	24.4	6.1
1987	42,062	24,732	0.59	2,021	0.48	142	0.34	△339	481	19.4	6.0
1988	41,975	25,579	0.61	1,973	0.47	172	0.41	△447	619	24.2	5.9
1989	42,380	24,487	0.58	1,771	0.42	115	0.27	△433	548	22.4	5.8
1990	42,793	23,833	0.56	1,570	0.37	157	0.37	△379	536	22.5	5.8

※活動性患者↔WHO管理基準 癩患者

算出方法: ① 陽性患者 加算 ② 最近 3年 新患者 稀菌癩

丑 2-7. 年度別 登錄管理者 年齡 分布 現況

年 度	患者總數	0-19		20-39		40-59	
		患者數	%	患者數	%	患者數	%
1985	25,594	148	0.6	4,922	19.2	13,673	53.4
1986	25,050	115	0.5	4,512	18.0	13,291	53.1
1987	24,732	111	0.5	4,303	17.4	13,003	52.6
1988	25,579	98	0.4	4,146	16.2	13,060	51.1
1989	24,487	57	0.3	3,059	12.5	12,160	49.7
1990	23,838	54	0.2	2,503	10.5	11,749	49.2

年 度	60 以上		平 均 年 齡			
	患者數	%	在 家	定 着	收 容	總 括
1985	6,851	26.8				51
1986	7,132	28.4				51
1987	7,315	29.5				52
1988	8,275	32.3				53
1989	9,212	37.5	52.5	55.1	63.6	55
1990	9,527	40.0	53.6	56.6	63.9	56

丑 2-8. 現年度 新發見患者 登録資料分析

區 分		患 者 數	%
總 計		157	100.0
治 療 場 所 別	保 健 所	16	10.2
	定 着 村	23	14.6
	外 來	113	72.0
	收 容	5	3.2

區 分		患 者 數	%
發 見 方 法 別	接 觸 者	7	4.5
	自 意	120	76.4
	情 報	13	8.3
	集 約	2	1.3
	其 他	15	9.5

丑 2-9. 登録管理者 在家 定着 收容別 治療場所別 管理現況

區 分	分掌別	計	收 容		在 家		定 着
			國 立	民 間	保健所治療	外來治療	
			小鹿島病院	5個施設	267個所	21個所	
登録管理者數		23,838	1,484	1,589	7,718	5,011	8,571
分掌比(%)		100%	6.23%	6.67%	30.12%	21.03%	35.91%
登録管理者數		23,833	3,073		12,189		8,571
分掌比(%)		100%	13%		51%		36%
管 理 分 擔	國 立	1,484	1,484		0		0
	癲 協	11,281	0		6,609		4,672
	民 間	11,068	1,589		5,580		3,899

丑 2-10. 登錄管理者 障礙現況  
 - 簡易集計表 -  
 癩性障礙現況(WHO症狀分類法 基準)

○ 障礙程度別 障礙人數

障礙者總數	1 度	2 度	3 度	度數外障礙
15,730名	9,936名	2,737名	708名	2,349名
58.0%	36.6%	10.1%	2.6%	8.7%

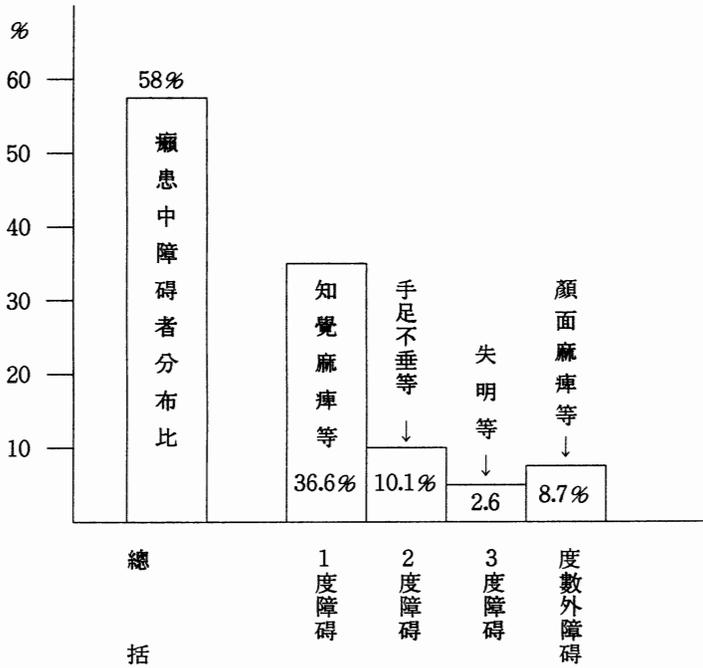
○ 障礙類型別 件數 及 人數

障 礙 區 分	手 足 障 礙			
	左右手足 障 礙 總 件 數	障 礙 者 人 數	兩 手 障 礙 者 人 數	兩 足 障 礙 者 人 數
	手障礙者：12,116名 足障礙者：10,581名			
知 覺 麻 痺	33,218	19,043	7,200	6,975
癩 性 潰 瘍	2,562	2,048	166	348
갈 고 리 奇 形	10,326	6,811	2,774	741
下 垂 症	1,507	1,280	53	174
輕 症 骨 吸 收	2,946	2,088	470	388
關 節 硬 直	2,946	1,950	913	83
重 症 骨 吸 收	3,213	2,054	678	481

眼 部 障 礙：4,645名

障 礙 區 分	左 右 面 障 礙 總 件 數	障 礙 者 人 數	兩 眼 障 礙 者 人 數
禿 眼	3,842	2,627	1,215
視 力 障 礙	2,550	1,620	930
失 明	1,154	836	318

顏面障礙(件數=人數)	
顏面麻痺	2,386
鼻陷沒	602
喉頭侵犯	258



丑 2-11. 診療機能 内譯現況

(癲機能別 對比)

内譯別  癲機能別		診療機構類型別				特殊診療機能現況 ※自體機能保有： (※)他機關協助體制			補助機能	
		移動班 (數)	外來 (個所)	入院病床數		再活 手術	眼科 專門 診療	其他專門診療(記錄)	物理 治療室	義手足 製作室
				短期	長期					
		a	b	c	d	e	f	g	h	i
全國事項	GT	28	21	347	4,375					
國立小鹿島病院	N	-	-	-	2,600	※	※	內科, 外科, 眼科, 齒科等	※	※
癲管理協會支部	小計	AT	17	13	100	-				
	本會	A1	※	※	50	-	※		※	
	서울	A2	※	※	-	-				
	釜山	A3	※	※	13	-				
	京畿	A4	※ <sup>2</sup>	※	-	-				
	江原	A5	※	※	-	-			※	
	忠北	A6	※	※	-	-				
	忠南	A7	※ <sup>2</sup>	※	-	-				
	全北	A8	※ <sup>2</sup>	※	-	-			※	
	光州·全南	A9	※ <sup>2</sup>	※	12	-			※	
	大邱·慶北	A10	※	※	10	-				
	慶南	A11	※ <sup>3</sup>	※ <sup>2</sup>	15	-	(※)			
濟州	A12	※	※	-	-					
民間小計	VT	10	8	247	-					
가대 慢性病	V1	-	※	-	-				-	-
愛德姊妹會	V2	※	-	-	-				-	-
天主教救癲會	V3	※	-	-	-				-	-
懶里聖母病院	V4	※	※	50	-			內科, 齒科, 漢方	※	
다이안 皮膚科	V5	※	※	20	-					
카톨릭 皮膚科	V6	※	※	100	-	(※)	※	各科 카톨릭病院協助	※	(※)
파티마 病院	V7	※	※	-	-					
예수 醫院	V8	※	※	27	-	(※)	(※)	各課大學病院協助	※	
東山病院	V9	※	-	-	-					
韓獨醫院	V10	※	※	-	-					
愛養再活病院	V11	※	※	50	250	※	※		※	※
聖라자로院	V12	-	-	-	150	(※)				
生座院	V13	-	-	-	750					
愛樂保健院	V14	-	-	-	175					
聖心仁愛院	V15	-	-	-	450					

## 2.2.2 第6次 計劃의 評價

- 검진 및 환자발견사업 : 88년 이후 검진치는 전문인에 의한 검진 수만을 선정 전년대비 감소되어 있으나 내실을 기하였고 외래에서 의 자의참여 검진수가 가시적으로 증가하여 좋은 경향을 보이고 있다. 신환 발생수는 150을 기점으로 상하 유동적이다.

		'86	'87	'88	'89	'90
검진	계	1,028,309	999,757	290,314	372,087	475,576
	이동반	-	-	76,189	64,177	54,425
	외래	-	-	214,125	307,910	421,152
결과	신환수	151	142	172	115	157

- 기동록자 투약관리 : 전염원 차단을 목적으로 하는 항나제 투약 실적은 평균 90%를 상회하여 있고, 양성 활동성환자수는 연간 200명 전후의 수치가 감소되고 있어 좋은 결과를 보이고 있다.

		'86	'87	'88	'89	'90
투약	투약치료수	226,277	248,328	235,329	230,702	230,478
	투약률	90.9%	102.6%	93.0%	87.0%	91.0%
결과	양성활동성	2,305	2,021	1,973	1,771	1,570

- 이동진료반 증설계획 및 활동 : 이동반은 '86기준 7개반의 계획에 2개반의 증설이 미흡하였고 출장일수의 성적은 '87에서 '88의 변동치가 진료반 증설과 역비례 하강한 이유는 출장시 진료시간의 배가로 사업방법의 내실화에 기인한 전체적으로 효과적인 활동을 하였다.

		'86	'87	'88	'89	'90
이동진료반수		23	25	27	28	28
출장일수		1,384	1,656	1,626	2,067	2,123

- 진료기능 강화(거점병원 육성) : 보건 의사 배치와 '91년 기준 70백만원 등의 년차별 증액 자금지원이 있었으나 거점 병원에서 필요로 하는 재활외과, 안과, 치과 등의 의료 인력의 확보 곤란으로 표 <2-11>에서 보는 바와 같이 거점 병원 기능의 자체적인 확보가 미흡하였다.
- 등록관리 체계화 : 1987년도 나관리개선계획을 확정하여 등록보고체계와 전산처리를 단행, 1989년 현재 등록인명 총수 36,534명 중 일선보유 등록관리자 24,487명, 중앙등록 보유관리이탈자 12,047명을 요추적자로 정립하였고 적극적인 치료를 요하는 1,775명의 활동성 환자를 발체하였다.
- 불구 노약자 수용 보호 : 1989년 기준 사설수용시설은 1,600명을 수용 보호하고 2개시설은 사회복지시설로 전환시켜 복지 국가의 적정수준의 보호시설 등의 기틀을 이룩하였다. 국립병원은 '86년까지 치료 본관을 신축 1,610명을 수용, 양질의 보호관리에 임하게 되었다.
- 정착촌 자립기반 조성 : 정착촌 거주자의 환경개선, 낙농사업지원 등으로 1990년 기준 15억을 투자 조성사업을 실시하였다.
- 나양노 생계 보호 : 나양노 보호를 위한 생계비지원 대상자수를 1989년 1,700명 기준 연간 100명씩 증원하였으나 미흡한 실정이다.
- 공동 사료공장 건립 : 나정착촌의 조기 자립 및 복지기반 조성을 목적으로 '89-'92년까지 총 60억을 투자하여 공동 사료공장을 건립, 공동 운영토록 추진중에 있다.
- 교육홍보 : 1990년 기준 전문교육 252명, 직무교육 70명, 국방부 군의관 23명, 정착 장 교육 15명을 실시했고, 복지지 발간 200천부를 위시 대중매체 활용, 보건교육 홍보, 복지상담 등의 홍보사업을 실시했다.

### 2.2.3 基本方向

- 물량적인 측면에서 점차적으로 왜소 추세에 있는 전염병관리 문제는 양성자 위주 관리에 임하고, 문제성이 증폭되고 있는 나병력자의 사회복지 사업은 확대 강화하는 것을 기본방향으로 하며, 사업추진은 94%의 나환자를 분담 관리하고 있는 민간나사업체, 특히 대한나관리협회의 기능을 보강 육성하고 나관리사업을 시행토록 한다.
- 전문외래진료소 강화 : 나환자와 주민의 자의적인 검진과 진료참여를 위하여 나기관의 전문 외래진료소의 기능을 강화 운영한다.
- 나성재활병원 구축 : 나성장애자의 재활수술을 위하여 지역적 안배에 따른(서울, 중부, 영남, 호남) 거점병원을 육성 발전시켜 나병력자의 사회복지 달성과 동시에 장애인 전반에 대한 재활사업에 참여토록 한다.
- 나양노시설 보강 : 불구 노약자의 생계보호 및 수용보호사업은 환자의 고령화와 사회적 욕구의 자연적 증가추세에 따라 내실화 및 확대 운영한다.
- 정착촌 자립도 지원 : 사회적인 냉대와 멸시등 불이득 속에서 부득불 특수집단화된 정착촌 거주 환자에 대한 사회적 보상책의 하나로서 자립을 지원한다.
- 연구사업 지원 : 진취적이고 효과적인 관리적 방법을 연구하고 최신의 치료방법 등의 연구로 세계 대열에 참가토록 연구사업을 지원한다.
- 교육홍보사업 : 전달교육과 홍보매체를 통하여 나병에 관한 지식을 대중화시키고 사회적 편견을 해소시킨다.

## 2.2.4 細部推進計劃

- 검진 및 환자발견사업 : 6차 계획평가에서 얻은 실적을 바탕으로 외래에서의 자진참여 검진을 보다 강화하고, 잠재되어 있는 전염원을 조기발견 치료하여 신환 발생억제를 꾀한다.
- 기동록자 투약관리 : 예년 수준에 입각하여 전체 기동록환자의 지속적 투약관리를 포함하여 특히 양성 활동성 환자의 증점 향나투약으로 활동성환자율을 조기 감소시킨다.
- 이동진료반 활동 : 이동진료반의 증설은 중단하고 시·구·군 이동진료에서의 보다 내실있는 활동을 꾀한다.
- 진료기능 강화(거점병원 육성) : 민간단체에 대한 과감한 의료인력수급과 자금지원을 체계화할 것을 지속적으로 노력한다.
- 등록관리의 체계화 : 6차 계획기간에 정립된 체계를 지속적으로 보안 정착시키고 특히 관리이탈자의 추적관리와 활동성 환자군의 치료관리 및 나성불구자의 재활사업을 체계화한다.
- 불구노약자 수용보호 : 국립소록도병원을 나양노 및 불구자 수용시설로써 육성 발전시키고 사설 수용시설은 수용인원을 하향 조정하여 시설을 강화하여 요양 및 사회복지시설로 발전시켜 지도지사 책임하에 효과적으로 관리토록 한다.
- 정착촌 자립기반 조성 : 정착촌 환자들의 생활안정을 도모하고 자립기반 조성 및 환경개선 사업비 보조를 연차별로 증액 지원한다.
- 나양 노생계보호 : 제7차 계획기간에는 나양노생계비 지원 대상자수를 상향 확대 지원토록 한다.
- 공동 사료공장 건립 및 운영 : '92년 34억을 사료공장 건립 완결자금으로 지급하고 지속적으로 나병력자들의 공동운영을 측면에서 지도 감독하여 목적사업의 결실을 가져오게 한다.

- 교육홍보 : 예년 수준에 입각하여 나병에 대한 지식과 기술습득을 위하여 분야별 종사자와 관계자 교육을 대중홍보사업으로써 복지발간등 매체활용 등을 지속적으로 실시한다.

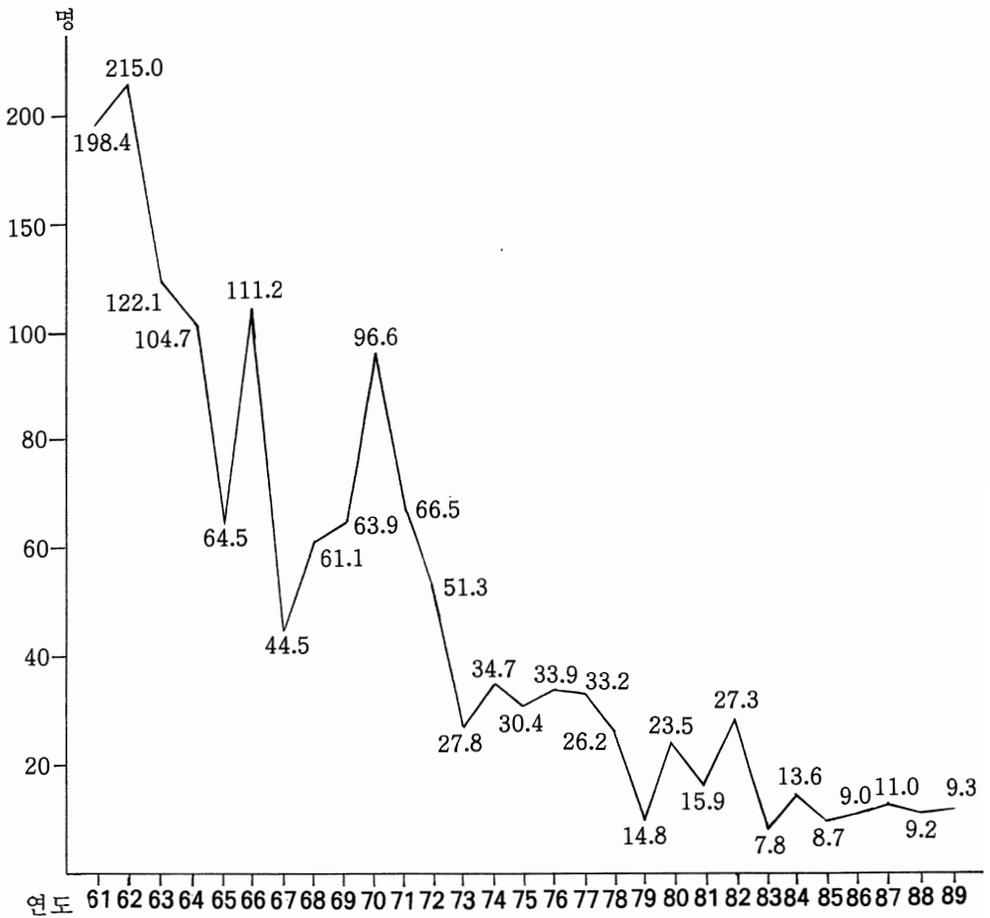
## 2.3 急性傳染病 管理

### 2.3.1 現況 및 問題點

우리나라에서 각종 급성전염병은 1970년 후반기부터 급속하게 감소하기 시작하여 제6차 경제 사회개발 5개년 계획기간 동안인 1980년대 후반에 이르러서는 정부나 국민의 관심사 밖에 놓여질 정도로 그 발생이 현저하게 감소하였으며 한때 대규모의 유행적인 발생으로 많은 인명피해를 입혔던 전염병중 많은 전염병들이 완전하게 사라지게까지 되었다(도 2-3 참조).

전염병 발생의 현저한 감소는 다음과 같은 몇가지 원인에 의한다고 설명된다. 첫째, 1970년대에 이르러 급속해진 경제성장의 결과 일반국민의 생활수준이 향상되고 환경위생상태와 영양상태등이 호전되어 전염병의 전염경로가 차단되었을 뿐 아니라 신체의 방어능력이 향상되어 일단 세균이 체내에 들어와도 감염을 일으키기 어려워졌기 때문이다.

둘째는 일반국민의 교육수준이 향상되어 위생의식의 증진과 함께 스스로 대부분의 전염병을 예방하는 방법을 알게 되었으며, 마지막으로 의학의 발전으로 전염병관리 방법과 기술이 향상되었고 이에따라 정부의 전염병관리가 효과적으로 이루어졌기 때문이다. 급성전염병중에는 소아 특히 소아의 호흡기에 집중적으로 모든 것들이 있는데 이러한 전염병들은 주로 예방접종으로 효과적인 관리와 퇴치가 가능하게 되었다. 즉 디프테리아, 백일해, 소아마비, 홍역등이 여기에 속한다. 이러한 질환들의 거의 대부분은 발생이 없어질 정도로 완전히 퇴치되었지만 예방접종의 부작용 또는 예방접종 방법에 문제가 있는 백일해와 홍역등이 아직 소수 발생하고 있



도 2-3. 急性傳染病 發生率 變動趨勢 (人口 10萬名當)

는 형편이다.

또한 집단의 급성전염병으로 수인성 또는 식인성 전염병들이 있는데 콜레라, 장티푸스, 살모넬라증, 이질, 식중독등이 그 대표적인 것들이다. 이러한 질환들은 예방접종으로는 효과적인 관리가 가능하지 않으며 환경위생의 향상으로 전염병의 전파과정을 차단하는 것이 무엇보다 효과적인 방법이다. 다행히 그간의 생활수준과 교육수준의 향상등으로 위생상태가 양호해져 이러한 전염병들은 그 감염경로가 거의 잘 차단되어 그 발생이 현저하게 감소되었다. 그러나 아직 일반주민들 중에는 위생개념이 철저하지 못한 사람들이 있으며, 또한 음식 조리과정에 비위생적인 환경에 노출되는 경우도 항상 있어 이러한 전염병들은 아직 완전히 퇴치하지 못하고 있다. 그 중에서도 사람에서 사람에게만 전파되어 질병을 일으키는 전염병(예 : 콜레라, 이질, 장티푸스)은 비교적 그 관리가 쉬운편이지만, 전파과정에 가금(鳥)이 개재되어 있는 경우(예 : 다수의 살모넬라증) 가금의 위생관리가 어려워 비교적 그 관리가 힘들다. 앞으로 수인성, 식인성 전염병은 계속 그 발생이 감소될 것으로 예상하나 완전히 퇴치하기 위해서는 앞으로 상당한 기간이 소요한 것이며, 현재보다 더 세련된 방법으로 많은 노력을 경주하여야 가능할 것이다.

또한 집단의 전염병으로 매개곤충에 의한 것들이 있다. 전형적인 것으로는 말라리아, 유행성열혈독 모기로 인하는 것을 들 수 있는데 최근에는 진드기에 의한 쯤쯤가투시병도 이에 포함된다. 이러한 전염병은 곤충의 성상과 병원소(reservoir)와 같이 관련되어 있으며 우리가 얼마나 모기나 진드기를 우리 주위에서 잘 관리하느냐에 따라 그 관리가 결정이 된다. 다행히 현재 우리 주위의 모기를 잘 관리하고 있으며 생활환경의 향상으로 모기와의 접촉 기회가 급속히 감소되어 이러한 질환의 발생은 그간 감소하였다. 그러나 곤충의 생태와 병원소등 어떤 변화가 일어나고 우리가 갖고 있는 살충제로서 모기를 효과적으로 관리할 수 없게 되는 경우 앞으로 큰 문제로 대두될 수 있는 잠재위험을 갖고 있는 전염병균이다.

현재 많은 발생이 있지만 그 관리가 대단히 힘들어 그 발생이 현저하게 줄어들고 있지 않는 것으로 두가지 질병이 있는데 하나는 B형, C형 간염이고 또 하나는 질병의 발생과정에 설치류가 개재되어있는 렙토스피라와 유행성 출혈열등이 있다. 전자는 그 감염경로가 복잡하고 아직 완전히 규명되어 있지않아 전염경로를 효과적으로 차단하지 못하고 있으며 두번째 전염병들은 설치류(주로 야생쥐)의 효과적인 관리나 퇴치가 어렵기 때문에 그 관리가 힘든 병들이다. 따라서 이러한 질병들은 상당히 오랜기간 발생이 지속한 것이며 상대적으로 그 중요성이 검증될 뿐만 아니라 그 관리방법이 그간의 다른 전염병들 보다 비교적 어렵고 더 세련된 장비와 방법들을 필요로 한다.

이와같이 전염병발생이 현저하게 감소하고 있고 그 전염병의 발생이 과거와는 달리 산발적으로 발생하고 있으며 중요 전염병의 종류가 변화하고 있어 전염병 관리에서 새로운 개념과 접근방법이 동원 되어야 하는 시점에 이르렀다.

위와같은 현황분석으로 문제점을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 과거 대규모 유행적으로 발생하였던 대부분의 전염병, 특히 예방접종으로 퇴치 가능한 어린이 전염병들은 효과적으로 퇴치 가능하지만 전염병의 전과과정의 복잡하거나 전과경로에 곤충, 설치류 또는 가금들이 개재되어 있는 전염병의 완전 퇴치는 거의 불가능하여 항상 전염병의 발생위험이 도사리고 있어 절대주의를 게을리 할 수 없다.

둘째, 과거에 관심을 갖지 못하였던 전염병들이 새롭게 큰 위협으로 나타나기도 하고(간염, 렙토스피라증, 유행성 출혈열, 쯤쯤가투시병등) 과거에 없었던 새로운 전염병(AIDS, 새로운 항원을 가진 인플루엔자 등)들이 새롭게 나타나고 있다. 전염병관리의 중요성은 조금도 감소되지 않았다.

셋째, 전염병의 발생수가 현저하게 감소된 전염병 새롭게 문제가 되는 전염병 그리고 새롭게 나타나는 전염병들의 관리는 전보다 훨씬 어려워지며 더 세련된 고급기술들과 인력을 필요로 한다.

넷째, 현재까지의 전염병관리 방법은 과거의 전염병관리 방법을 그대로 답습하고 있어 새로운 상황에 적용되는 새로운 전염병관리 개념과 체계가 도입되어야 한다.

다섯째, 전염병관리가 이와같이 새로운 개념을 정립하여 새로운 체계로 새로운 기술을 동원하여 이루어지기 위해서는 더 많은 관심과 더 고급인력 그리고 더 많은 예산의 배정이 이루어져야 하나 학계에서도 전염병 연구에 관련된 학자의 수가 점점 감소되고 있고 국가적으로도 전염병에 대한 관심이나 지원은 오히려 줄어들고 있다.

### 2.3.2 第6次 計劃의 評價

제6차 계획에서 전염병관리의 주요골자는 방역체제의 구성운영, 환자조기 발견사업, 예방접종 사업 그리고 방역소독 등이다. 이러한 사업들은 그 실질적으로 보아 비교적 잘 시행되었다고 인정된다.

그러나 보건사회부내의 방역협의회, 전염병 발생시의 방역기동반의 편성 그리고 주민 자율방역단의 구성등은 과거 전염병이 집단발생할때의 상황을 염두에 두고 만든 조직이어서 실제로 그 효용성은 적었던 것으로 인정된다.

질병예보제는 몇몇 질환 예를 들어 일본뇌염, 유행성 출혈열, 피토스피라증의 발생 위험을 사전에 예보해 주는 것으로 전염병 발생위험을 경고하는 점에서 좋은 효과가 있었다고 생각되나 질병 전반에 대한 효과적인 감시체계로의 활성화는 이루어지지 못한 것 같다.

보균자 검진 사업은 효율성에 의문이 제기되며 환경위생의 향상으로 전염경로의 차단이 더 효과적이므로 보균자 색출사업은 그 우선순위가 낮아져야 한다고 생각된다.

예방접종사업은 계획대로 잘 진행되었으나 그 효율성과 비용-효과분석면에는 많은 의문이 제기될 수 있다.

특히 수인성 전염병의 예방접종은 비효율적이며, 비용-효과분석면에서

도 바람직하지 않다고 인정된다. 그 이외에도 간염등의 일반 국민에 대한 집단 예방접종등은 효율면에서 권장되어서는 안된다고 생각한다.

예방접종은 어린이의 정기예방법중, 수인성전염병에 대한 예방접종은 극소수의 위험집단에 한하여 접종하며, B형간염은 영유아에 권장하는 등 효율과 비용효과 분석적인 면이 특히 강조되어야 할 것으로 생각된다.

소독 및 살충제분무는 계속 시행되어야하나 그 효용성에 대한 검토가 이루어져야 한다. 무엇보다 중요한 것은 국민보건교육이므로 이에 대한 우선순위를 더 높여야 한다.

### 2.3.3 基本方向

- 전염병 감시체계를 확대조직 및 강화한다. 중앙에 전염병 감시 체계 본부를 두고 각도에 전염병 감시요원을 두어 전염병의 조기 발견체계를 확대 조직하고 이의 기능을 강화한다. 중앙 및 지방에 감시를 위해 특별교육을 받은 공중보건의를 배치하여 이러한 업무를 담당하게 한다.
- 전염병 확인 및 검색을 위한 미생물학적인 연구 및 실험실의 수준을 향상시킨다. 현재 아직은 남아있는 각종 전염병, 새롭게 문제로 대두되고 있는 전염병 그리고 앞으로 대두될 새로운 전염병들의 확인 및 검색을 위하여서는 상당한 수준의 검사실 장비, 수준높은 연구자의 확보가 필요하다. 이를 위하여 현재 국립보건연구원의 미생물연구분야의 인력 및 시설의 강화로 목적을 달성할 수 있으리라 믿는다.

### 2.3.4 細部推進 計劃

- 전염병 감시체계 조직의 확대 및 강화
- 미생물학 연구분야의 강화(인력, 시설 및 연구비)
- 예방접종의 효율성 제고
- 소독분무의 효율성 제고
- 보건교육의 강화
- 전염병 발생예보제의 지속적인 실시
- 전염병 발생신고의 철저

### 3. 其他 疾患管理

#### 3.1 精神疾患

##### 3.1.1 現況 및 問題點

○ 기본적 문제점

우리나라의 정신질환관리의 문제점은 다음과 같다.

- 어떤 종류의 정신질환자를 국가관리의 대상으로 삼고 어떤 종류의 정신질환자를 일반 의료에 맡길 것인가 구별되어 있지 않다.
- 국가관리방법에 대한 具體案이 없다.
- 정신질환의 국가관리에서 중앙정부와 지방자치지구의 역할이 제대로 규정되어 있지 않다. 관리대상의 정신질환자에 대해서 국립정신병원, 시도립정신병원, 사립정신병원, 종합병원 정신과(대학병원 및 일반종합병원), 개인정신과의원들 각각의 역할이 불분명하다.
- 상기 문제를 해결하는데 기초가 되는 전국을 대표할만한 역학조사가 이루어진 것이 없다.

○ 現況과 이에 따른 문제점

- 患者數 : 우리나라에는 아직 전국민의 정신질환 유병률을 대변할만한 역학조사가 실시된 적이 없다. 다만 외국의 경우에 비추어 1989년말 현재로 전 인구의 2.16%인 907,000명으로, 이중 입원치료 대상을 11.6%인 105,000명으로 추정하고 있으나 이것도 우리 국민의 의료관행, 치료비 부담능력, 정신질환에 대한 의학적 치료선호도 등등을 감안할 때 줄여 잡아도 될 것이다.
- 병상 : 1990. 8 기준(1990년 신경정신의학회 연보에 의함)
- 전문인력 : 정신과 전문의 762명  
매년 약 75~85명의 신규 정신과전문의가 배출될 예정  
(다만, 1993년에는 신규배출이 5명 이내임)

구	분	기관수	병상수	구성비(%)
전문	국립	3	1,990	16.0
병원	공립	2	334	0.3
	사립	16	5,126	41.3
	기타	1	500	4.0
종합병원	정신과	131	3,156	25.4
(74개병원만 정신과 전용병상 보유)				
의	원	314	약 1,300	10.5
계		467	약12,406	100

※ 이외에 비의료시설로서 정신질환자를 수용보호하고 있는 시설인 공립요양원이 5개소로 1,058병상, 기타 사회복지법인이 운영하는 정신요양이 17,047병상을 운영하고 있음.

－ 문제제기 :

- 앞에서 제기한대로 정신질환관리의 기본방향이 미비된 상태가 문제시 된다. 정신보건법이 제정되어 있지 않음은 물론 많은 비용이 드는 그들의 치료에 어떤 자원을 이용할 것인가도 불확실하다.
- 인구 10만명당 정신과 전문병상의 수가 29.5로서 80년대초의 미국의 85.2(1980년), 일본의 204.7(1985년), 서독의 170.3(1980년)보다도 현저히 모자라는 상태이다.
- 정신과 전문병상에 입원되어 치료받지 못하는 대부분의 환자들이 치료대책이 없는 비의료 수용시설에 단순 수용되어 있는 문제가 있다.
- 부족하나마 현재 운용되고 있는 전문병상도 유기적인 의료전달 체계로 묶어 놓지 않았기 때문에 자원의 낭비가 심하다.
- 정신질환관리에 필수적인 전문인력중에서 정신과 전문의 이외의 요원에 관한 자격규정, 양성계획, 수요과약등을 위한 어떠한 제도적 장치도 마련되어 있지 않다.

- 이런 모든 문제를 포괄적으로 다루면서 정신보건정책에 관한 전문연구를 시행할 연구기관이 없다.

### 3.1.3 第6次 計劃의 評價

#### - 정신질환 관리체계 확립

‘정신질환자 관리체계 확립’에 따르면 정신질환 치료시설을 1차와 2차로 구분하여 각기 그에 상응하는 기능을 부여하고 그에 따라 원활한 환자의 흐름을 유도할 계획이었으나 아직 기초단위인 보건소의 정신질환 담당기능은 전무한 상태이며 상담소는 설치되어 있지도 않으며 더 나아가서 상담소 설치의 법적 근거도 마련되어 있지 않은 상태이다.

국립정신병, 사립정신병원 및 요양원의 기능도 확실한 구분이 이루어지지 않아서 환자가 방황하고 있다.

#### - 專門病床 및 療養施設의 확충

제6차 5개년 계획기간중 1990년까지 전문병상 16,950개, 요양시설 병상 17,000개를 확보할 계획이었으나 전문병상의 확보는 12,406개에 그쳤으며 다만 비의료요양시설만 계획에 접근할 정도로 확보된 상태이다.

기간중 계획된 영남, 충청, 경기, 강원지역의 국립정신병원중 영남지역에만 개설되었고, 강원지역이 1991년 하반기에 개원예정으로서 계획의 50%만 달성되었다. 반면에 민간부문에서는 착실한 병상증가추세를 보여주고 있다.

#### - 전문인력의 양성

현재 전문의의 수련 및 자격인정에 관한 규정(대통령령 11644호)에 의한 정신과전문의 양성제도이외에 정신질환관리에 필요한 의료요원에 관한 자격규정, 양성기관등에 관한 제반 법규가 미비하여 요원확보가 안되는 상태이다.

- 기타

제6차 5개년계획에서 추진과제로 거론되었던 정신질환자 보호방법의 개선, 재활기능의 강화, 정신질환 역학조사, 연구기관의 설립, 정신보건법의 제정등은 미결상태로 남아 있다.

**3.1.3 基本方向**

- 정신보건법의 제정
- 전문병상의 확보
- 역학조사의 실시
- 전문인력의 양성

**3.1.4 細部 推進計劃**

- 정신보건법의 제정
  - 국가가 적극 개입해서 관리해야 할 정신질환의 범위를 규정한다.
  - 정신질환관리의 모든 사항을 연구, 개발할 수 있는 연구기관의 설립근거를 만든다.
  - 정신질환관리의 필수요원인 정신과 전문의, 정신과 간호사, 정신과 간호조무사, 정신과 사회사업가, 정신과 재활요법사(작업요법사, 운동요법사 등) 및 임상심리학자의 자격규정 및 양성의 법적 근거를 만든다.
  - 정신질환자를 위한 의료전달체계를 구성하여 효율적인 치료, 재활, 사회복귀의 방법을 강구하며 이를 통하여 자원의 낭비를 극소화하는 방안을 마련한다.
- 전문병상의 확보
  - 현재 정신질환자를 단순수용하고 있는 5개 공립요양원의 1,058병상과 사설정신요양원의 17,047병상을 단계적으로 정신과 전문병원으로 전환한다. 92년부터 매년 16개 요양원을 병원화한다.
  - 제6차 5개년 계획에서 개설된 강원·영남지역의 국립정신병원에

추가하여 경기지역과 충청지역에 2개의 국립정신병원을 설치하여 국립으로 600병상을 추가확보한다.

- 9개도와 5개 직할시에 지방자치단체가 관리하는 공립 정신병원을 150~200병상 규모로 개설하도록 유도한다. 이로서 약 2,000~2,800 병상을 확보할 수 있다.
- 민간부문에서는 현재의 추세대로라면 매년 1,000병상 정도로 증가가 예상되므로 계획기간중 5,000병상의 증가는 무난할 것으로 추정된다.
- 이상의 방법으로 20,705~21,505개의 전문병상을 확보하여 기존의 전문병상 12,406개를 합하면 33,111~33,911병상을 계획기간내에 확보한다.

○ 역학조사의 실시

전국민을 대표할만한 유병률 조사와 더불어 정확한 의료수요를 결정할 수 있을 정도의 역학조사를 실시한다. 이는 최소한 기간중 제1차 및 2차년도에 완료한다.

○ 전문인력의 양성

정신보건법이 제정되면 그 법적 근거에 따라 정신질환관리에 필요한 전문인력양성기관을 3, 4차년도에 설치하고 늦어도 제5차년도에는 전문인력양성을 시작한다.

## 3.2 口腔疾患

### 3.2.1 現況과 問題點

현재까지 우리나라에서는 구강건강에 대한 정부의 인식부족으로 인하여 정부주도로는 단 한번도 국민의 구강병 이환실태를 파악해본 적이 없다. 그래서 국민의 구강병 이환추이를 정확하게 파악할 수는 없는 실정이다. 그러나, 대체적인 구강병 이환실태를 알 수 있는, 12세아동 일인이 평균적

으로 보유하고 있는 우식증(충치)을 경험한 영구치아수는 <표 3-1>과 같이 계속 증가되어 왔다. 1972년 0.6개에서 1979년 2.0개로 1986년에는 2.8개로 증가해온 것으로 보아, 1991년 현재는 최소 3.3개는 넘을 것으로 예상된다. 이상과 같은 국민 구강건강은 계속 악화되어 왔다.

표 3-1. 한국 12세아동의 우식경험 영구치지수

조 사 년 도	조 사 자	조사대상자	우식경험영구치지수
1972	한국구강보건협회	12세아동	0.6개
1979	김무길, 오상일	12세아동	2.0개
1986	김중배	12세아동	2.8개

주) 1979년의 경우 김무길은 도시에서, 오상일은 비도시에서 조사하였기에 두 자료를 조합하여 추정함

그리고, 최근 어린이들의 식생활이 서구화되고 있는 현상이 뚜렷하다는 여러 보고를 참작하면, 앞으로 국민의 구강건강은 더욱 악화될 것으로 예상된다. 그럼에도 불구하고, 정부는 구강발생을 줄이는 효율적인 대책에는 미온적인 대신 발생된 구강병을 치료하거나 파탄된 구강기능을 회복하기 위한 비경제적인 노력만을 경주하고 있는 태도 자체가 가장 근본적인 구강보건상의 문제점으로 부각되어 있다.

### 3.2.2 第6次 計劃의 評價

- 도시관급수 불화사업 : 1981년부터 경남 진해시에서 1982년부터 충북 청주시에서 각각 시작된 시범도시관급수 불화사업에 대한 평가를 실시하였던 결과, 우리나라에서도 도시관급수 불화사업으로 국민의 구강건강을 가장 효율적으로 관리할 수 있을 정도의 치아우식증(충치)예방효과(약 60%)와 사업의 경제성(주민일인당년간 사업비 최소 52원, 최고 112원)이 충분히 입증되었다. 시범도시관급수 불화사업을 실시하여 구강병예방효과와 경제성

을 확인하여 효과가 인정되면, 다른 여타 도시로 확대한다는 시범사업의 목적은 전혀 달성되지 못하였다. 그래서 시범사업만 실시하였을 뿐, 본격적인 도시관급수 불화사업은 정부의 의지부족으로 인하여 시발도 하지 못하고 있다. 이는 보건사회부 내에 구강보건전문성을 살릴 수 있는 구강보건 행정전담부서가 설치되어 있지 않은 것이 원인이라고 지적되고 있다.

- 불소용액 양치사업 : 1983년 전국 각 군에서 1개교씩의 국민학교를 선정하여 불소용액 양치사업을 시작한 이후 매년 증가하여, 1988년에는 826개 국민학교에서 440,562명의 아동들이 불소용액 양치사업의 혜택을 받게 되었다(표 3-2 참조).

표 3-2. 연도별 불소용액 양치사업 실시 학교수와 아동수

연	도	학	교	수	아	동	수
1983		179			75,585		
1984		351			157,391		
1985		545			198,777		
1986		725			325,982		
1988		826			440,562		

불소용액 양치사업은 도시관급수 불화사업과는 그 특성이 본질적으로 다르다. 도시관급수 불화사업은 사업만 실시하면 사업대상자의 어떠한 노력도 필요없이 사업효과인 치아우식증 예방효과가 확실하게 나타나게 되어 있으나, 불소용액 양치사업은 사업대상자가 자발적으로 매일 잇솔질을 하고 불소용액으로 양치하여야 사업효과인 치아우식증 예방효과와 치주병 예방효과 및 올바른 잇솔질의 습관화가 나타난다. 그래서 사업초기에 사업대상자에게 사업의 목적을 충분히 이해시켜 스스로 사업을 실시하겠다는 사업의욕의 고취가 필수적이다. 그러나 지금까지의 불소

용액 양치사업은 단순히 불소화합물을 구입하여 분배하는 조치이었을 뿐이었다. 그래서 실제 불소용액양치사업의 효과를 기대할 수 없는 실정이다. 어느 정도의 사업대상자가 이 사업을 내실있게 시행하고 있는지는 의문이다. 그러므로 실제로 불소용액양치사업을 내실있게 추진해가기 위해서는, 인력을 확보하고 확보된 인력의 활동 및 사업관리까지를 포함하는 대책이 시급한 것으로 지적되고 있다.

- 보건소 구강보건인력과 장비 : 비도시지역 보건소에 공중보건치의사는 1990년 현재 모든 보건지소에까지 1,389명이 배치되어 있다. 이에 따라 구강위생사도 모든 보건소와 보건지소에서 채용하였다. 구강진료장비도 모든 보건소와 보건지소까지 확보되었다. 그러나 공중보건치의사와 구강위생사가 구강진료실에서 치료를 위주로 하는 진료만 하고, 지역사회 구강보건활동을 전혀 하지 않아, 공중보건치의사와 구강위생사활용에 문제점이 지적되고 있다. 보건시설에 내원하는 환자에 대한 진료가 우선이면, 주당 얼마의 시간을 환자에 대한 진료에 배당하여야 하는지를 결정하고, 나머지 시간을 가급적 지역사회 구강보건활동에 투입하는 것이 바람직하다고 지적되고 있다.

### 3.2.3 基本方向

- 전문성을 확보하여 국민의 구강건강을 효율적으로 관리하기 위하여, 보건사회부 보건국에 구강보건 행정전담부서인 구강보건과를 설치한다.
- 도시관급수 불화사업을 확대 발전시킨다.
- 불소용액 양치사업의 내실을 기함과 동시에, 모든 군지역의 국민학교 어린이가 사업대상이 되도록, 사업을 확대한다.
- 국민학교 어린이에게 구강보건교육을 실시한다.

- 국민학교 어린이를 대상으로한 계속 구강건강관리사업을 확대 발전시킨다.
- 도시지역 국민학교 어린이를 대상으로한 집단잇솔질사업을 추진한다.
- 효율적인 구강병관리를 위해 현행 의료보험체계를 개선한다.

#### 3.2.4 細部推進計劃

- 7차 계획의 첫번째 해인 1992년 일년 동안에 구강보건 행정전담 부서의 행정기능과 규모를 결정하고, 두번째 해인 1993년에 보건사회부 보건국에 구강보건 행정전담부서로서 구강보건과를 설치하여, 구강보건진료 구강보건진료제도 구강보건교육 구강보건자원 등 구강보건의 특성을 살려서 관리할 수 있게 함으로서, 우선 국가자원의 구강보건관리가 가능하게 한다.
- 도시관급수 불화사업은 1993년 구강보건 행정부서가 보건사회부 보건국에 설치되어 가동되는 다음해인 1994년부터 일년에 10개 시씩 확대하여 간다.
- 지역사회 구강보건활동이 보건소와 보건지소를 중심으로 전개될 수 있게 하기 위하여, 보건소와 보건지소에 1992년부터 1996년까지 매년 280명씩의 구강진료 보조인력에게 구강진료보조를 전담하게 하고, 현재 충원되어 있는 구강위생사는 구강위생사의 본래 활용방안에 알맞게 공중보건치의사의 지도하에 지역사회구강보건활동인 불소용액양치사업 구강보건교육 계속구강건강관리사업보조 집단잇솔질사업 등과 구강진료실관리지도에 활용한다. 이렇게 함으로서, 현재 내실을 기하지 못하고 있는 불소용액양치사업의 내실을 기하고, 계속 구강건강관리사업을 착실하게 추진하며, 구강보건교육이 활성화되게 한다.

- 계속구강건강관리사업을 효율화하기 위하여, 보건기관 내원이 어려운 사업대상자를 위한 이동식 간이구강진료장비를 1992년부터 1996년까지 매년 280조씩 보건소와 보건지소에 충원한다.
- 의료보험재정을 안정화함과 동시에, 구강건강관리를 효율화하기 위해서, 1992년과 1993년의 2년 동안에 구강진료와 관련된 의료보험체계를 개선한다. 즉 국민 개개인의 구강건강관리가 계속구강건강관리의 개념하에 효율화되도록 하고, 구강병예방을 의료보험요양급여에 포함시킨다.

### 3.3 後天性免疫缺乏症(AIDS)

#### 3.3.1 現況 및 問題點

現代의 醫藥技術로서 治療가 불가능한 致命的인 新種 疾病인 에이즈(AIDS)가 1981年 美國에서 처음으로 發生한 후 우리나라는 1985年 12月에 첫 感染者가 보고된 이래 매년 發生者 數가 增加하는 實情으로 심각한 社會問題化 되고있다(표 3-8 參照).

따라서 國家에서는 第2種 法定傳染病으로 指定하여 感染豫防을 위한 弘報·啓蒙事業, 感染者 早期發見을 위한 檢診, 傳播防止를 위한 感染者 保護管理 및 血液管理 등을 집중적으로 推進하고 있다.

그러나 전통적인 性倫理觀의 變化, 國家經濟의 發展과 국제교류의 증대, 에이즈感染 高危險集團의 저변확대 등에 따라 에이즈感染의 環境與件은 더욱 助長되고 있는 實情이다.

表 3-3. 年度別 感染者 發生分布

年 度	感染者數(%)
계	131명(100.0)
'85	1 0.8
'86	4 3.1
'87	9 6.9
'88	22 16.8
'89	37 28.2
'90	54 41.2
'91(1월)	4 3.1

자료 : 보건사회부

### 3.3.2 第6次 計劃의 評價

第6次 計劃을 樹立할 당시는 國內에 感染者 發生이 극히 적었고, 社會的으로 問題가 심각하게 대두되지 않은 상태로 구체적인 施行計劃을 수립하지 않고, 外國의 實態를 감안하여 國內流入 防止를 위한 特別法制定, 專門管理센터 設置運營, 취약계층에 대한 檢診과 血液製劑에 대한 檢査를 強化하도록 하는 方案이 傳染病管理 次元에서 제시되었다.

그러나 感染者의 發生은 물론 그 數가 增加하여 社會的인 問題가 심각하게 대두됨에 따라 案으로 제시되었던 것들을 施行하였고, 弘報·啓蒙을 強化하여 管理效果를 提高하였다.

### 3.3.3 基本方向

- 感染豫防을 위한 弘報·啓蒙 및 保健教育을 強化한다.
- 感染者 早期發見을 위하여 檢診體系를 強化한다.
- 效率的인 傳播防止 對象을 樹立한다.

### 3.3.4 細部推進計劃

- 感染豫防을 위한 弘報·啓蒙 및 保健教育 強化計劃
  - 社會 各界各層別로 效果的인 弘報資料를 제작하여 普及한다.
  - 에이즈感染 高危險集團을 選別하여 效率的인 弘報·啓蒙과 定期的으로 保健教育을 實施한다.
  - 大衆電波媒體를 통한 弘報·啓蒙을 실시한다.
  - 相談電話 및 相談所를 확대설치하여 운영한다.
- 感染者 早期發見을 위한 檢診體系 強化計劃
  - 에이즈感染 高危險集團에 대해 檢診業務를 철저히 施行토록 하고, 受檢率提高를 위한 制度的 措置를 보강한다.
  - 에이즈檢査를 누구나 容易하게 받아들 수 있도록 서비스 창구를 확대한다.
- 傳播防止對策 樹立
  - 感染者는 人權의 침해를 받지않는 범위 내에서 철저히 保護管理 될 수 있도록 하고, 低所得層의 感染者인 경우 生活保護를 받을 수 있도록 制度化 한다.
  - 血液을 통한 傳播防止 計劃을 樹立하고, 精度管理를 體系化 한다.

## 3.4 性病

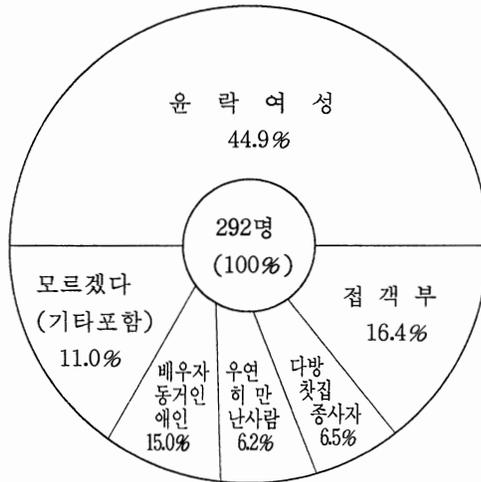
### 3.4.1 現況 및 問題點

性病은 他傳染病과 달리 公衆保健學的인 特性 외에도 社會病理的 危害 要因을 내포하고 있는 특수한 接觸性 傳染病으로 國家에서는 性病을 他人

에게 傳播시킬 우려가 많은 集團인 特殊業態婦(內·外國人을 상대로 賣淫하는 女性), 接客婦, 茶房 및 宿泊業所 從事者 等に 대해 집중적으로 管理(登錄, 定期檢診 및 治療)하고 있으며(圖 3-1 參照), 感染者의 傳播防止를 위해 感染者는 누구나 1種 醫療保護 대상자로서 完治時까지 無料로 治療를 받을 수 있도록 制度化하고 있다.

그러나 우리社會는 급격한 生活環境의 變化와 함께 性에 관한 意識의 變化를 경험하고 있으며, 그로 인해 性接觸은 훨씬 容易해지고 性病感染의 與件은 더욱 助長되고 있는 實情이다.

圖 3-1. 男性 性病患者의 感染源別 分布



자료 : 한국보건사회연구원, 성병의료보호사업에 관한 연구, 1990.

現在 性病管理上에 나타난 主要 問題點으로는 첫째, 性病感染者의 증가는 물론 感染者中 靑少年의 比率이 높아가고 있고, 둘째 抗生劑의 誤·濫用에 따라 菌의 藥劑耐性이 증가하고 있으며, 셋째 性病檢診對象者에 대한 效率的인 管理體系의 未備와 感染源에 대한 追跡管理 不可 및 陰性的

感染源에 대한 管理對策 不在等이 指摘되고 있다.

### 3.4.2 第6次 計劃의 評價

- 性病檢診對象者의 感染率 低下를 計劃하였으나 이들의 地域間, 業所間에 移動率이 높고, 受檢率 및 受診率이 計劃보다 낮았으며, 管理體系의 未備로 成果를 거두지 못하였다. 따라서 이의 해결을 위한 努力이 지속적으로 傾注되어야 할 것이다.
- 性病醫療保護事業의 內實을 기하기 위하여 性病專擔 指定 醫療機關의 醫療서비스를 改善하고자 하였으나, 公共診療機關의 경우 專門人力의 부족, 施設 및 機資材의 未備 등과, 一般診療機關은 專門診療機關(皮膚科, 泌尿器科)을 專擔診療機關으로의 指定率이 낮고, 指定機關의 事業參與 意志의 缺如 등으로 成果가 부진하였다.
- 感染源의 擴大管理 計劃으로 關聯法規를 개정하여 性病傳播의 우려가 많은 대상인 茶房, 宿泊業所 從事者 等도 性病檢診 對象者로 지정하였다(표 3-4 參照).  
그러나 대도시의 경우 管理對象의 規模가 크고, 이들의 參與率이 저조하여 成果를 거두지 못하였다.
- 性病의 豫防과 效果的 治療를 誘導하기 위한 弘報·啓蒙事業을 적극적으로 추진하여 成果를 提高하였다.

表 3-4. 性病에 관한 健康診斷을 받아야 하는 자와 그 診斷事項 現況

건강진단을 받아야 하는 자	혈청검사	임질 및 기타성병
1) 특수업태부(내·외국인 상대 윤락여성)	1회/3월	1회/1주
2)接客부	1회/3월	1회/2주
3) 공중위생법 시행령 제3조 제1호 다목의 여 관업 및 라목의 여인숙업의 여자종업원	1회/3월	1회/1월
4) 안마사에 관한 규칙 제6조의 규정에 의한 안마시술소의 여자종업원	1회/3월	1회/1월
5) 식품위생법 시행령 제7조 제7호 가목의규 정에 의한 인삼찻집 또는 동호 라목의 규 정에 의한 다방영업에 종사하는 자	1회/6월	1회/6월
6) 공중위생법 시행령 제3조 제2호 나목의 규 정에 의한 터키탕의 입욕보조자	1회/3월	1회/1월

자료 : 보건사회부, 성병관리사업 지침서

### 3.4.3 基本方向

- 性病檢診對象者의 感染率 極小化를 위해 關聯法規의 재정비와 登錄 및 檢診業務를 強化한다.
- 性病感染者의 傳播防止를 위해 保健教育의 強化와 專擔醫療機關을 活性化한다.
- 性病의 豫防과 性論理의 再確立을 위해 弘報·啓蒙 및 保健教育을 強化한다.

### 3.4.4 細部推進計劃

- 性病檢診對象者의 感染率 極小化計劃
  - － 性病管理에 非效率的인 關聯法規은 改正하고, 效率的인 管理指針을 樹立한다.

- 性病檢診對象者の 登錄 및 受檢率을 提高하기 위해 地域內의 有關團體와 協議體系를 樹立하고, 서비스 環境을 改善한다.
- 性病感染者의 傳播防止를 위한 計劃
  - 性病醫療保護事業을 통한 醫療서비스의 質을 向上시킨다.
  - 性病檢診對象者中 傳播의 危險度가 높은 感染者는 隔離收容 治療를 철저히 하도록 한다.
  - 公共診療機關의 專門性을 補完한다.
- 弘報·啓蒙 및 保健教育 強化
  - 社會 各界各層別로 적합한 弘報資料를 제작하여 普及한다.
  - 靑少年의 感染豫防을 위해 學校의 性教育 프로그램에 性病도 포함하여 실시토록 한다.
  - 性病檢診對象者에 대하여 保健教育을 強化한다.
  - 大衆電波媒體를 통한 弘報·啓蒙을 實施한다.

## 4. 家族保健의 向上

### 4.1 母子保健

#### 4.1.1 現況 및 問題點

몇가지 모자보건지표를 중심으로 본 모자보건의 현황 및 문제점은 다음과 같다.

- 임부의 산전관리수진율은 90%에서(1985년) 96%(1989년)까지 증가하였으며, 전문인에 의한 시설분만을 역시 90% 수준에서(1985년) 95%정도까지(1989년) 증가하였으나, 동기간중 산후관리 수진율은 53

-55% 수준에 그치는 것으로 나타났다(표 4-1 참조). 지역별로는 1989년의 경우, 시부에서는 시설분만이 98%이상으로 거의 안전분만을 하고 있는 것으로 나타난 반면, 군부에서는 82%정도에 그치고 있으며, 산전관리의 경우에도 역시 이러한 차이를 나타내고 있다. 그러나 군부에서는 시설분만율이 낮은 만큼 자연분만이나 모유수유실천에 있어서는 오히려 바람직한 양상을 띠고 있다(표 4-2 참조).

표 4-1. 모자보건서비스 수혜율 : 1985-1989년

단위 : %

	산전관리수진율	산후관리수진율	시 설 분 만 율
1985*	90.0	53.2	89.8
1986*	90.7	56.3	91.3
1987*	92.8	60.9	93.8
1988*	93.9	54.6	93.4
1989**	96.0	-	95.0

자료 : \*한국인구보건연구원, 1989년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 1989.

\*\* \_\_\_\_\_, 전국 영유아 예방접종 실태조사, 1989.

표 4-2. 지역별 모자보건실태 : 1989년

단위 : %

	전 국	시 부	군 부
산전관리수진율	96.0	98.0	88.1
시설분만율	95.0	98.3	81.5
자연분만율	85.1	83.3	92.0
생후 첫 1개월간 모유수유 실천율	77.6	75.8	84.7

자료 : 한국인구보건연구원, 전국 영유아 예방접종 실태조사, 1989.

- 영유아 예방접종율은 1989년 기준시 BCG 94%, DPT 91-97%, 소아마비 89-95% 및 홍역 89%로 상당히 높은 수준에 있으며, 지역

별 차이 역시 미미하다고 하겠다(표 4-3 참조).

표 4-3. 지역별 영유아 예방접종율 : 1989년

단위 : %

	BCG	DPT			소아마비			MMR (홍역)
		1차	2차	3차	1차	2차	3차	
전 국	93.8	96.5	95.6	90.7	94.8	94.1	89.0	88.8
시 부	93.9	97.0	95.9	91.0	95.2	94.5	89.2	90.0
군 부	93.3	95.1	94.8	89.8	92.8	88.4	88.4	85.6

자료 : 한국인구보건연구원, 전국 영유아 예방접종 실태조사, 1989.

- 모자보건 서비스 수혜율이 상당 수준임에도 불구하고 임신부의 공공 기관 이용율은 매우 저조하여, 모성보건이 지나치게 민간부문에 의존되어 있음이 확실하다. 그러나 영유아 예방접종의 경우에는 공공 기관 이용율이 상당히 높아서 전국적으로 35-55%수준이다. 이러한 사실은 주민의 공공 서비스 이용여부가 서비스의 질적인 수준에 좌우됨을 강하게 시사한다고 하겠다(표 4-4 참조).

표 4-4. 모자보건 서비스 수혜자의 공공 모자보건기관\* 이용율

단위 : %

	전 국	시 부	군 부
산전관리**	2.6	1.1	9.1
분만개조	4.4	2.7	12.8
예방접종			
- BCG	34.5	29.7	54.5
- DPT·소아마비(1차)	47.2	41.6	70.1
- MMR(홍역)	55.4	50.0	77.9

주 : \*모자보건센터를 포함하는 보건소 조직망

\*\*초회 산전관리 기준

자료 : 한국인구보건연구원, 전국 영유아 예방접종 실태조사, 1989.

- 임신부의 민간 의료기관 선호현상과 더불어, 모자보건센터의 분만개조 실적은 86-89년 기간중 51%가 감소하여, 공공사업이 지역주민의 환영을 받지 못하고 있음을 명백히 나타내고 있다. 이와같이 공공 모자보건사업 수행의 중추적 기관인 모자보건센터의 사업부진은 ① 전국민 의료보험으로 인한 민간의료의 상대적 가격하락 ② 농어촌 지역의 출생아수 감소 ③ 공공기관에 대한 주민의 신뢰결여 ④ 대상자 유인책의 부족 ⑤ 관리자의 관리능력 및 사업의지 부족 ⑥ 조산사의 업무에 대한 불만 ④ 공중보건의의 역할미흡 또는 진료기피 ⑧ 정부의 지원부족 등에 기인한다고 볼 수 있는데, 이러한 요인이 곧 공공 모자보건사업의 문제점과 직결된다고 하겠다(표 4-5 참조).

표 4-5. 모자보건센터 분만개조실적 변동

연 도	1986	1987	1988	1989	86-89년간 변동
분만개조실적	14,866건	15,077건	10,594건	7,257건	51.2% 감소

자료 : 한국보건사회연구원, 모자보건 진도평가사업 간담회 자료, 1990.

#### 4.1.2 第6次 計劃의 評價

동기간에는 보건의료 이용수준의 전반적인 향상과 함께 모자보건 서비스 이용수준 역시 높아졌다고 하겠다. 단적인 예로 1989년도 시설분만을 95%를 기록하고 있다. 또한 동기간중 시·도 단위에 13개소의 민간 모자보건종합센터가 운영됨으로써 군단위 모자보건센터와의 서비스 연계체계를 구축하였다.

그러나 분만개조의 96%(1889년)가 민간병의원에서 이루어졌음은 상당한 문제를 시사하고 있다. 왜냐하면 정부에서는 1986년 모자보건법을 전면 개정하고, 1987년부터 모자보건수첩을 발행하여 활용하고 있으며, 전국 모자보건센터에 모자보건계를 설립하는 등 정부차원에서의 노력을 시도하

였다. 이러한 법적, 행정적 조치에도 불구하고 공공 모자보건사업, 특히 분만개조사업은 부진을 면치 못하고 있어서, 장래 국민건강의 초석이라 일컬어지는 모자보건 서비스는 영리 위주의 민간부문에 의하여 주도되고 있다고 해도 과언이 아니다.

특히 전국민 의료보험 실시와 더불어 공공 모자보건사업 수행의 증추적 기관인 모자보건센터의 분만개조 실적이 동기간중 50%이상 감소하는 등 공공부문의 취약성은 앞으로도 더욱 심각하게 대두될 것이다. 또한 동기간중 12개 모자보건센터가 보건의료원화됨으로써 모자보건센터는 81개로 축소되었으며, 보건소망 중심의 가족보건사업에서는 그간 인구증가 억제시책에 역점을 둔 나머지 모자보건사업을 간과해 왔음도 부인 못할 사실이다.

그러나 보건분야의 어떤 사업보다도 공익성이 큰 사업이 모자보건이라는 점에서 공공부문의 활성화는 향후 추진되어야 할 커다란 과제로 부각된다.

#### 4.1.3 基本方向

- 모자보건에 관한 공공 및 민간부문간의 역할 정립과 서비스 협력체계 확립
- 전국민 의료보험과 연계한 모자보건 서비스의 확충
- 공공 모자보건 서비스의 질적 수준 제고
- 의료취약지역 및 저소득 계층의 대상자에 대한 우선적인 서비스 제공

#### 4.1.4 細部推進計劃

- 公共部門 母子保健 서비스의 受惠對象  
정부사업의 임신부 관리대상자는 일단 의료보호 대상자중 1종(거택보호

자등)을 제외한 대상자 비율인 8% 수준으로 하며, 영유아 관리 대상자는 집중적 서비스가 필요한 영아기에는 인구의 30%로 하고, 이후 유아기에는 임신부의 경우와 동일하게 8%로 한다(표 4-6, 7 참조). 그러므로 아래의 세부사업추진과 관련되는 계획수립시 동수치를 기준으로 하면 된다. 단, 일선 사업수행시 대상자 선정에서는 의료보호대상 선정과는 다른 맥에서 별도 기준이 마련되어야 할 것이다.

표 4-6. 정부사업 관리대상자수 추정 : 임신부

단위 : 1,000명

	총 인 구	조출생율 (1,000명당)	출생아수	임산부관리 대상자수		
				산전관리* (A*1.14*.08)	분만개조 (A*.08)	산후관리 (A*.08)
1992	43,623	16.2	708	65	57	57
1993	44,040	16.1	711	65	57	57
1994	44,456	16.0	712	65	57	57
1995	44,870	15.9	713	65	57	57
1996	45,281	15.7	711	65	57	57

주 : \*임신손모율 14%를 감안하여 임부수 추정(단 인공유산 제외)

자료 : 경제기획원 조사통계국, 최근 인구동태 현황 및 신인구 추계결과, 1988.

표 4-7. 정부사업 관리대상자수 추정 : 영유아

단위 : 1,000명

	0-5세 인구			영유아관리 대상자수	
	소 계	0세 (A)	1-5세 (B)	0세 (A*.3)	1-5세 (B*.08)
1992	4,034	693	3,341	208	267
1993	4,067	696	3,371	209	270
1994	4,094	699	3,395	210	271
1995	4,117	701	3,416	210	273
1996	4,136	702	3,434	211	275

자료 : 경제기획원 조사통계국, 최근 인구동태 현황 및 신인구 추계 결과, 1988.

○ 公共事業組織 및 管理制度 改善

정부 모자보건사업의 효율을 제고하자면, 현행의 목표 대 실적 위주의 양적인 사업평가방식을 탈피하여 사업관리 및 실적보고 체계를 획기적으로 개선할 수 있는 합리적인 사업평가제도가 도입되어야 한다.

○ 公共部門 母子保健 서비스의 質的 水準 提高

전국민 의료보험으로 인하여 보건의료 서비스에 대한 재정적 장벽이 일 단 제거되었다고 간주한다면, 소자녀관의 정착 등으로 모자보건 서비스에 대한 수요는 감소하는 대신 양질의 서비스에 대한 이용자의 요구도는 증 대될 것이므로, 이러한 추세에 부응하여 공공 서비스의 질이 개선되어야 만 공공 모자보건기관이 주민으로부터 신뢰를 받고 이용될 수 있을 것이 다.

○ 公共 및 民間部門間的 서비스 協力體系 構築

공공부문에서는 모자보건센터를 포함하는 기존의 보건소망을 통하여 예 방보건 위주의 임신부 산전 산후관리 및 영유아 건강관리 서비스를 제공 하고, 민간 부문에서는 진료 및 치료 등의 임상적인 서비스 제공을 원칙 으로서 하여, 현재 13개 시도 단위에 설립되어 있는 민간 모자보건 종합센 터를 근간으로 공공 및 민간부문간의 지역 모자보건 상호협력체계를 점차 중진료권(140개) 단위로 확대, 구축함으로써 모자보건 대상자 관리의 합 리성을 제고한다.

○ 母子保健 서비스에 관한 醫療保險 給與의 擴大

종합적 내용의 임부 건강검진, 영유아 정기 건강검진(18개월아 및 3세 아) 및 저체중아 건강관리 등의 예방보건 서비스가 의료보험에 최대한 포 함되도록 하여 보건의료 전반에 걸친 효율이 제고되도록 한다.

○ 母子保健手帖 活用の 定着

모자보건 대상자는 보건의료기관 이용시 정부에서 발급된 모자보건수첩

을 지참하며, 모든 의료인은 임신, 분만, 출산결과 및 영유아의 성장발육과 예방접종 등에 관한 일련의 모자보건 사항을 기재토록 하여, 모자보건에 관한 기본 정보를 대상자가 이용하는 보건의료기관에 전달되도록 함으로써 서비스의 연속성 유지를 도모하며, 영유아기의 건강기록을 학교보건과 연계시켜 체계적인 건강관리가 이루어지도록 한다.

○ 豫防接種事業의 強化

영유아 기본예방접종(BCG, DPT, 소아마비, 홍역 등)의 개인별 적기 접종실시를 확대하며, 이를 위해서는 예방접종약의 지속적인 보급 및 관리, BCG접종 기술지도 강화 및 BCG 접종약 포장의 소단위화(100인용→5인용), DPT 대신 부작용이 적은 개량 PDT 공급 등이 수반되어야 할 것이다. 또한 무료 간염예방접종 대상을 점차 확대하며(0세→3세), 기형아 출산과 관련되는 임신중 풍진발생 방지를 위하여 중2년 여아를 대상으로 풍진예방접종을 실시한다(표 4-8).

표 4-8. 풍진예방접종 대상자수

단위 : 1,000명

연 도	1992	1993	1994	1995	1996
13세 여아수	382	392	404	395	369

자료 : 경제기획원 조사통계국, 최근 인구동태 현황 및 신인구 추계 결과, 1988.

○ 全國 81個所 母子保健센터 運營의 正常化

— 센터의 기능을 분만개조 위주에서 예방보건 서비스 위주로 확대 개편하여, 산전 산후관리, 영유아 예방접종, 영양지도, 보건교육(부부 건강교실, 영유아 건강교실 등 운영) 등에 관한 내실있는 종합적인 예방보건 프로그램을 개발하여 실시한다. 또한 센터가 지역사회 보건의료자원으로서의 역할을 충실히 행하자면 지역 특성에 적합한 대주민 건강서비스(저소득층을 위한 건강지도등)를 자체적으로 개발, 실시함이 바

람직하다.

- 센터에 공중보건의 및 조산사를 적정 배치토록 하며, 센터 간호직 결원시는 조산사 면허자를 우선 채용토록 한다.
- 의료취약지역 대상자의 서비스 접근도 제고를 위하여 센터의 이동검진 기능을 강화한다(앰브란스 활용).
- 산후합병증과 의료사고를 최소화하자면 조산행위시 조산사가 최소한의 필수약품을 사용토록 하는 제도적 장치가 도입되어야 하며, 또한 의료사고 발생시에도 보상금 지급과 종사자 신분보장에 관한 제도가 도입되어야 한다.
- 공공기관 서비스의 수준 향상 및 대상자의 이용율 제고를 위해서는 적어도 민간 병의원에서 보편적으로 사용하고 있는 초음파기를 모자보건센터(기보유센터 10여개소) 및 보건소에 보급토록 하며, 이의 관독을 위한 종사자 교육 역시 필수적으로 수반되어야 한다. 이와 함께 노후 장비의 교체와 필요장비의 보완도 병행하여야 한다.

○ 母子保健關聯 情報體系의 確立

모자보건사업의 궁극 목표는 모성 및 영유아 사망을 감소시키는데 있으므로, 동사업의 효과를 평가하고 이를 향후 사업에 제대로 반영하자면 모자보건지표(영아 사망률 및 모성사망률 등)가 생산되어야 한다. 이를 위해서는 임신, 출산 및 그 결과에 관한 정보가 요구되므로, 모든 의료기관에서는 모자보건법(8조 3항)에 의한 임산부 및 신생아의 사망 사산 보고를 관할 보건소에 의무적으로 제출하고, 전국의 보건소망에서는 이를 효율적으로 관리하여 모자보건 및 국민건강 수준의 척도가 되는 모자보건지표가 정기적으로 산출되도록 한다.

## 4.2 家族計劃

### 4.2.1 現況 및 問題點

#### 가. 家族計劃 現況

##### ○ 피임보급

제6차 경제사회개발 5개년 기간중 1990년까지 정부가 보급한 피임보급 실적의 특성을 보면 점진적으로 감소하고 있다. 이는 피임보급사업의 수용도나 요구도가 떨어졌기 때문이 아니고 국민의 일반적인 경제·사회생활의 향상으로 인하여 정부지원의 사업목표량을 하향조정하였기 때문이다(표 4-9 참조). 피임방법별로 보면 일시적인 피임방법보다 영구피임방법

표 4-9. 6차 5개년기간중 연도별 정부지원 피임보급 실적

연 도	자궁내장치	정관수술	난관수술	콘 돔	먹는피임약
1987	242,496	82,984	211,934	144,173	39,331
1988	251,898	70,849	165,851	137,825	29,267
1989	235,933	66,217	115,622	143,982	29,426
1990	-	-	-	-	-
1991	-	-	-	-	-

의 감소가 두드러지고 있다. 이 결과는 피임보급사업 전체 물량공급의 하향에 따른 정부사업예산의 규모삭감과 직결되고 있다.

##### ○ 피임 실천율

6차 5개년 기간중 밝혀진 우리나라 가임부인의 피임 실천율은 1988년 현재 77.1퍼센트로 1985년의 70.4퍼센트에 비해 증가해 온 추세를 보이고 있다.

각 피임방법별 실천율의 수준변동을 보면 불임수술에 의한 영구피임실

천율은 전체 실천율가운데 48.2퍼센트로 1985년에 비해 약 8퍼센트포인트 증가하였다. 그외 일시피임방법은 각 방법에 따라 다소간의 변화는 있으나 전체 피임실천율 수준에 주는 영향력은 큰 변화를 보이지 않는다(표 4-10 참조).

표 4-10. 피임방법별 피임실천율 수준

	1985	1988
난 관 수 술	31.6	37.2
정 관 수 술	8.9	11.0
자 궁 내 장 치	7.4	6.7
먹 는 피 임 약	4.3	2.8
콘 돔	7.2	10.2
기 타	11.0	9.2
계	70.4	77.1

○ 피임실천자의 피임비용부담

피임에 드는 비용은 1988년 현재 정부피임공급에 의존하고 있는 정부부담이 60.8퍼센트이고 피임수용자가 자비에 의해 실천하고 있는 자비부담이 36.3퍼센트를 차지하고 있다. 그리고 그 외 의료보험이 1.4퍼센트로 나타나고 있다. 그러나 각 피임방법별 비용부담의 차이가 상당히 큰데, 정관·난관수술을 포함한 영구피임에 있어서는 약 87퍼센트가 정부지원에 의존하고 있다. 그러나 먹는 피임약과 콘돔은 약 88퍼센트가 수용자부담으로 실천하고 있는 상반된 현상을 볼 수 있다. 그리고 자궁내장치는 약 40퍼센트가 자비 또는 의료보험에 의존하고 있다.

피임비용부담의 특징은 피임에 드는 비용이 많은 시술방법은 정부부담에 의존하고 비용이 적은 일시적 방법은 자비부담에 의존하는 경향이며 특히 의료보험이 확대되면서 의료보험에 의해 피임이 이루어지는 경향을 보이고 있다.

#### 나. 合計出產率 水準變動

피임보급의 결과로 나타나는 합계출산율의 변동은 과거부터 지속적으로 떨어지기 시작하여 6차 5개년계획 기간동안 조사한 사회조사에 의하면 1987년 현재 합계출산율이 1.6으로서 과거에 비해 상당히 저하되었다(표 4-11 참조).

표 4-11. 출산력 변동추이

연 령	1984	1987
15-19	7	3
20-24	162	104
25-29	187	168
30-34	52	39
35-39	8	6
40-44	1	3
45-49	-	-
계	2.1	1.6

연령별 출산율을 보면 특히 20-24세군과 25-29세군에서 많이 떨어진 결과를 관찰할 수 있는데 이는 지난 6차 5개년계획기간 동안에 이루어진 피임보급의 실적에 의한 결과로 보여진다.

합계출산율의 도시농촌간 차이는 과거와 달리 큰 차이를 나타내지 않고 있다. 즉 도시는 1.52이며 농촌은 1.96을 보이고 있는데 이것은 이미 개발도상국가의 출산력수준을 벗어나고 있다.

#### 다. 問題點

6차 5개년기간 동안에 보인 피임실천수준과 출산력수준으로 평가하건데 우리나라 가족계획사업은 이미 선진국수준에 근접하고 있다. 그러나 피임의 생활화가 완전히 이루어지지 않았고 또 그동안 인구증가 억제대책으로서 집중적으로 투입한 피임보급의 물량은 피임의 질적개선이 요구되는 문제점을 안고 있다. 이에 대한 개황을 살펴보면 다음과 같다.

#### ○ 피임생활화의 미숙

짧은 기간동안에 정부의 강한 사업지원은 결과적으로 양적 성과가 이루어졌다고는 할 수 있으나 피임행태 변화상 피임이 가족건강의 목적으로 생활화되지 못하였다. 이러한 문제에 대한 증거로서는 아직도 많은 부인이 피임의 실패로 임신을 하고 있고 이로 인하여 인공임신중절율이 높은 상태에 있다.

#### ○ 피임의 질적 개선

피임은 수용자의 자유선택과 책임에 의해 사용되어야함을 원칙으로 한다. 그러나 비록 수용자의 의사표시가 있었다하더라도 정부의 강력한 피임보급목표에 따라 피임방법수용과 수용후의 사후처리에 질적저하가 있었다. 따라서 피임수용자의 상당한 사람이 부작용에 대한 호소를 하고 있다.

#### ○ 새로운 피임수용대상자에 대한 대책

인구구조상 새로운 피임대상자가 될 수 있는 연령계층은 매년 약 35만 명이상이 된다. 이들에 대한 피임홍보계몽교육 그리고 피임보급은 정부사업으로 반드시 고려되어야 한다.

#### ○ 피임실천 비용부담

현재 피임에 드는 비용은 정부가 60.8퍼센트를 부담하고 있다. 이는 정부가 피임비용을 지원해야한다는 타당성을 암시하는 것이다. 특히 영구피임방법에 있어서는 정부지원이 87퍼센트에 달하고 있어 피임 실천비용부담의 당연성을 더욱 강조하고 있다.

### 4.2.2 第6次 計劃의 評價

#### 가. 避妊普及實績

1987년부터 1990년까지 보급한 각 피임방법별 물량을 보면 대체로 사업 목표량을 성공적으로 달성하고 있다. 특히 1988년 이후 영구피임방법의 정부사업 목표량이 하향조정됨으로써 실적에 있어서는 초과달성하였다.

#### 나. 出産率 水準

피임보급의 결과로 나타난 출산율 수준의 하강은 1987년 현재 합계출산율이 1.6으로 선진국수준에 육박하여 피임보급의 양적결과는 성공적으로 달성하였다.

#### 다. 避妊의 質的管理

피임의 부작용을 최소화한다는 것은 피임의 질적관리를 의미한다. 실패 임신으로 나타난 인공임신중절의 경험율이 과거에 비해 변동이 없으며 피임실패에 의한 임신율도 아직 약 13퍼센트인 것으로 보면 개선의 여지가 있다 하겠다. 그리고 피임실천에 대한 불만족을 호소한 부인이 1988년 현재 11.3퍼센트로 개선의 여지가 있음을 나타내주고 있다.

### 4.2.3 基本方向

#### 가. 避妊普及의 質的向上

피임수용이 수용자 자유선택에 의해 자율적으로 이루어지게 하여 피임에 대한 추후관리를 철저히 한다. 특히 시술에 의한 피임방법(난관수술, 정관수술, 자궁내장치)은 수용자의 건강상태, 가족상황, 심리적 안정상태, 배우자의 동의 등 제반 관련사항에 따라 수용을 결정하고 시술후 일정기간동안 철저한 사후관리가 이루어지도록 한다.

#### 나. 漸進的인 民間主導型 普及體系 開發

예산 행정 및 기타 부대사항에 대한 정부의 지원하에 발전할 민간주도형 피임체계를 점진적으로 개발한다. 따라서 피임에 드는 비용도 수용자가 부담할 수 없는 사회계층에 대해서는 정부의 예산으로 지원하고, 기타 부담능력이 있는 계층에 대해서는 도시·농촌의 지역특성을 고려하여 자비부담부분을 확대해 간다. 또 민간 피임보급체계를 개발육성하여 민간특유의 지역사회 피임보급 침투능력을 활성화시킨다.

다. 家族保健 向上

피임의 질적향상과 피임의 생활화를 유도함으로써 가족보건의 향상을 목적으로 한다. 특히 모자보건의 향상을 주된 목적으로 삼는다.

4.2.4 細部推進計劃

가. 避妊普及量

① 현 수준의 출산율은 장기인구목표에 부합하며, ② 2020년경에 인구 성장이 정지될 수 있으며, ③ 향후 피임실천율을 현수준으로 유지한다는 가정하에 계산된 피임보급요구량은 다음과 같다.

표 4-12. 피임보급요구총량

(단위 : 천명)

피 임 방 법	1992	1993	1994	1995	1996
정 관 시 술	43.9	39.8	36.0	38.5	38.0
난 관 시 술	192.4	182.2	174.4	185.8	180.0
자 궁 내 장 치	249.0	255.1	259.1	266.7	266.0
콘 둌	709.1	730.1	744.7	760.0	760.0
먹 는 피 임 약	206.9	215.8	222.2	228.7	228.0
기 타	638.5	657.1	672.8	689.4	680.0

<표 4-12>의 요구량은 인구학적 목표달성에 기본을 두고 계산된 총량이기 때문에 이 가운데 장부보급량과 자비부담의 민간보급으로 나눌 수 있다. 이에 대한 기본적인 방침은 정부의 정책에 따라 또는 예산부담능력에 따라 결정될 수 있으나 일시적인 피임방법은 수용자 부담으로 유도하고 수용자 부담이 큰 시술방법은 상당한 부분에서 정부의 지원이 요구된다. 만일 현재 피임비용부담비율을 참고하여 1992-1996년까지 정부가 지원하여 보급하는 량을 전체 피임보급 요구총량가운데 ① 시술피임방법은 50퍼센트 수준으로 ② 일시적 피임방법은 20퍼센트 수준으로 가정한다면

1992~1996년 사이에 공급해야할 요구량은 다음과 같다(표 4-13 참조).

표 4-13. 연도별 피임보급량, 1992~1996

(단위 : 천명)

피 임 방 법	1992	1993	1994	1995	1995
정 관 시 술	24.0	20.0	18.0	19.0	19.0
난 관 시 술	100.0	90.0	85.0	90.0	90.0
자 궁 내 장 치	125.0	125.0	130.0	130.0	130.0
콘 둌	140.0	140.0	140.0	140.0	140.0
먹 는 피 임 량	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0

나. 推 進 戰 略

- 민간피임보급체계 개발 및 육성 : 정부의 예산, 행정지원하에 기존 정부의 보급망 이외의 민간피임보급체계망을 개발 육성한다.
  - 사회단체/조직의 역할개발
  - 상업망 육성
- 자비부담 피임실천유도
- 지역별 및 사회계층별 특수대상에 대한 지원강화
  - 도시 저소득층
  - 농어촌 및 해안지역주민
  - 기타 특수지역 : 산업체
- 가족건강향상을 위한 통합운영
  - 모자보건사업과 통합운영
  - 영유아 관리
- 자율적 피임을 위한 홍보
  - 새로운 피임보급
- 피임의 질적 향상

- 피임실천에 대한 사후관리
- 피임상담

## 5. 國民保健生活의 改善

### 5.1 生活樣式의 改善

#### 5.1.1 現況 및 問題點

우리나라는 과거 30년간 급속한 경제 사회발전을 하였고 환경 및 영양 개선, 보건의료수준의 향상, 특히 전국의료보장의 실현으로 사망률은 저하되고 평균수명은 현저히 연장되었다. 질병양상 및 사망구조 역시 크게 변화하여 전체 사망의 2/3는 만성퇴행성 질환과 각종 사고가 차지하게 되었다. 이러한 변화에 대응하여 질병의 예방 및 건강증진을 위한 개인의 책임과 건강행위가 강조되고 있다.

오늘날 질병에 대한 가장 큰 비중은 개인행위와 연관되고 장기간의 개인행위는 생활양식으로 나타난다. 생활양식의 개선으로 인한 질병예방 효과는 43%나 되며, 10대 사인의 50%는 불건전한 생활양식과 연관된다.

이에 따라 건강과 관련되는 생활양식인 흡연, 음주, 식습관, 영양, 체중, 운동, 수면, 질병검사 등에 대한 인식 및 행태는 주요한 정책관심으로 대두되고 있다. 이러한 건강행위를 실천할 경우 10년이상의 평균기대 수명이 연장될 수 있다. 건강과 관련되는 생활양식의 현황 및 문제점은 다음과 같다.

#### ○ 吸 煙

우리나라의 흡연수준은 선진외국에 비하여 높으며, 특히 남자 30대에서 현저히 높다. 이러한 수준은 최근 10년간 비슷하게 유지되고 있다. 흡연은

호흡기계 질환 및 순환기계 질환과 밀접한 관계가 있으며 남자의 중년기 사망률이 높은 우리나라에서 흡연률의 저하는 큰 과제라 하겠다. 그러나 흡연자의 흡연기간은 16년 이상으로 길고, 연령층별로 첫 흡연시기는 빨라지며, 흡연자의 금연율은 낮다(표 5-1 참조).

이렇게 흡연률이 높고, 금연률이 낮으며, 부정적인 금연태도를 가지고 있으므로 보다 더 적극적인 금연활동이 필요한 시점에 있다.

표 5-1. 우리나라 성인 남자의 흡연실태, 1989

연령	현흡연율	흡연기간(평균)	첫흡연연령	금연율
20-29	72.9	6.4	19.6	6.2
30-39	74.2	13.1	21.9	12.1
40-49	68.7	21.3	23.7	16.3
50-59	62.8	30.8	24.9	27.1

자료원 : 한국보건사회연구원, 국민건강조사 보고-보건의식행태, 1990.

한편 현재 여성 흡연인구는 그리 많지 않고 20-30대 젊은층 보다는 40-50대 연령층에서 높지만, 외국의 경우 젊은 연령층에서 폭발적으로 높은 흡연율을 보이는 것에 비추어 앞으로 우리나라 젊은 여성의 흡연인구가 크게 증가될 것이 예상된다. 여성의 흡연은 수태기능을 저하시키고 유산 및 산과적 질환, 영유아에 대한 만성적 영향 등 후유증이나 부작용의 지속기간이 길므로 여성흡연인구의 확대예방은 중요하다 하겠다.

#### ○ 飲 酒

우리나라 성인 남녀 중 50%가 술을 마시며, 남자가 여자보다 3배 이상 높아 성별간 차이가 크다. 성인 남자의 13%는 매일 술을 마시는 고도 음주자이다. 고도 음주자는 연령이 많아질수록 증가해 남자 50대의 고도 음주율은 20대의 약 5배나 된다. 특히 군부에 사는 50대 100명 중 36명은 매일 술을 마신다.

이들 고도 음주자는 1인 가구나, 생활수준, 교육수준이 낮은 경우에 많으며, 규칙적 식사를 하지 않고, 흡연을 즐긴다. 따라서 고도 음주자의 건강수준은 낮으며, 순환기계나 호흡기계 질환의 이환 가능성도 높다.

이와같이 고도 음주자의 열악한 생활환경은 낮은 건강행위 실천으로 건강을 해치기 쉬우므로 절주등 음주습관 개선을 위한 사회계층별 지속적인 보건교육이 요구된다.

### ○ 運 動

우리나라 성인의 21%가 평소 운동을 하고 있으며, 이들 중 60%만이 15분이상 빈번하게 운동하는 규칙적 운동자이다. 이러한 성인의 운동률은 선진 외국의 절반 수준에 불과하며, 규칙적 운동은 교육수준이 높은 20대 남자에서 높아 전체 인구에 널리 보급되지 못한 실정이다. 특히 우리나라 성인들이 하고 있는 운동은 산책, 체조, 조깅등 주로 운동기구없이 비교적 손쉽게 할 수 있는 종류가 대부분이다.

성인병 예방과 치료를 위해 가장 효과적인 방법 중 하나가 운동임을 고려할 때 운동방법, 빈도, 종류의 개발등 운동인구의 증대를 위한 광범위한 여건이 조성되어야 하겠다. 양적인 운동인구 확대와 함께 사회체육시설 확충등 질적 개선을 위한 홍보가 필요하다.

### ○ 食 習 慣 및 營 養

하루 세끼를 제 때에 먹고 있는 사람은 65%에 불과하며, 특히 1인 가구에서 규칙적 식사율은 낮다. 또한 교육수준이 낮을수록 음식을 짜거나 달거나 맵게 먹는다. 성인 인구의 38%는 어떠한 영양제등 한가지 이상을 복용하고 있다. 시부에 사는 남자의 52%가 영양제류를 복용하고 있으며, 교육수준이 높을수록 복용률이 높다. 이는 사회계층별 식습관 및 영양섭취의 차이가 큼을 나타내는 것이다.

한편 국민의 식품 섭취상태는 식품섭취량중에서 식물성 식품의 섭취량은 감소하는 반면, 동물성 식품의 섭취량은 지난 10년간 2배가량 증가하

였다(표 5-2 참조). 이러한 경향은 농촌보다 도시에서 더 뚜렷하다.

표 5-2. 식품 섭취 현황

(1인 1일 기준 단위 : g)

	1981	1984	1988
총 식품 섭취량	972	991	1,037
식물성 식품 섭취량	874	850	830
동물성 식품 섭취량	98	141	207

자료원 : 보건사회부, 보건사회백서, 1989, 1990.

전체적으로 우리나라 국민은 영양권장량의 95%를 섭취하고 있어 영양 섭취는 양호한 편이다. 1인 1일 단백질 섭취량을 보면 (표 5-3), 총 섭취량이 증가하였으며 동물성 단백질 섭취비 또한 증가하여 1984-1988년 5년간 1.3배 이상 증가된 질적 향상을 가져 왔다. 그러나 영양권장량의 75% 미만을 섭취하는 영세 취약계층이 10%나 되며, 이와는 대조적으로 국민의 1/4은 에너지 섭취 과잉상태에 있다. 여러 영양소의 과부족이 없는 영양섭취와 저염도 식사, 규칙적 식사등 식습관 개선 및 계층간 균형있는 영양섭취 전략이 필요하다.



표 5-3. 단백질 섭취량

(1인 1일 기준 단위 : g)

단백질 섭취량	1984	1985	1986	1987	1988
총 섭취량(A)	69.3	74.5	74.2	79.2	91.6
동물성 단백질 섭취량(B)	25.4	31.1	30.6	35.9	45.2
동물성 단백질 섭취비 (B/A × 100)	37.8	41.7	41.2	45.3	49.4

자료원 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1990.

○ 體 重

우리나라 성인 중 58%는 평균 체중으로 인식하며 23%는 과다체중, 19%는 과소체중으로 인식하고 있다. 체중분포에 따라 만성이환 종류에 차이가 있다. 소화기 질환자에서 과소 체중자의 분포가 높고, 순환기계 질환자에서 과다 체중자의 분포가 높다. 그러나 인식된 체중분포에 따른 건강상태는 과다체중자 보다 과소체중자에서 더 낮으며, 만성이환율도 높다. 무흡연, 무음주, 수면, 운동, 규칙적 식사등 건강증진행위의 실천율도 과소체중자에서 더 낮아 우리나라에서 과대체중자보다 과소체중자의 건강문제가 더 심각함을 알 수 있다(표 5-4 참조). 과소, 과다하지 않은 바람직한 체중유지를 위한 노력이 경주되어야겠다.

표 5-4. 체중분포에 따른 건강관련 행위 실천율(인구 100인당), 1989

체중분포	운동률	금연율	무음주율	숙면율	아침식사율	규칙적식사율
과소체중	15.1	54.4	90.2	67.4	69.4	60.1
평균체중	21.6	62.8	93.4	74.4	75.5	66.8
과다체중	25.3	75.5	95.4	75.9	74.1	64.2

자료원 : 한국보건사회연구원, 국민건강조사보고 - 보건의식행태, 1990.

○ 疾病檢査

질병의 조기발견이나 예방을 위해서 받은 암검사나 성인병 검사실시율은 낮은 수준이나 앞으로 검사받기를 원하는 희망률은 높아 검사실시와 요구간 차이를 나타낸다. 암검사나 성인병검사가 이들 질병의 조기 발견을 통해 치유율이 높아짐을 감안할 때 검사율은 크게 향상되어야 할 것이다.

그러나 검사 실시자의 특성을 교육수준이나 생활수준이 높을수록 높으며, 검사희망률은 중간이하 계층에서 높아 이들 생활수준이 낮은 검사희망자들이 질병예방을 위해 검사를 받을 수 있는 제도적 장치가 요구된다. 우선 사전검사를 통해 치유율이 높아지는 일정 암 및 질병으로 제한해 의

료보험에 포함시키는 등 국민건강향상을 위한 적극적 노력이 요구된다.

### 5.1.2 第6次 計劃의 評價

- 국민 각자가 보건에 관한 기초적 건강지식을 알고, 자기의 건강에 대한 책임을 가지도록 국민건강생활지침을 각종 보건관계책자에 게재하고 해설용 슬라이드를 확대 보급하였다. 또한 바른 건강생활 시리즈 발간을 추진하여 생활 올림픽(7집), 소아기의 건강관리와 질병예방(98집), 담배는 왜 해로운가(9집), 성인병 예방(10집)을 보급하였다. 6차 계획 기간 중 5차 계획기간 중에 비해 보건교육자료 보급은 약 3배나 증가되었다(표 5-5 참조).

표 5-5. 보건교육자료 보급현황

	영화	VTR	슬라이드	책자	기타*	계
5차 계획기간(1982-1986) : A	12	7	38	28	3	89
6차 계획기간(1987-1990) : B	32	45	17	58	84	236
증가지수(B/A)	2.7	6.4	0.4	2.1	2.8	2.7

\*포스터, 팸플릿등 포함

자료원 : 보건사회부, 보건주보 734호

- 흡연의 피해를 널리 알리기 위하여 담배갑에 표시하는 흡연 경고문을 강화하였고, 보건의약 단체 및 소비자 단체등과 함께 금연 계몽운동을 전개하였다.
- 한국인에 맞는 식생활지침, 성인병 예방식사지침을 제정하여 국민들이 올바른 영양지식을 습득하여 균형된 식생활을 통해 질병을 예방하고 개인의 체위 및 체력향상을 도모코자 국민영양교육 지침서를 보완 제작하여 보급하였다.

- 6차 계획기간에 전반적인 국민보건의식이 미흡한 상태를 문제점으로 인식하고 보건의식 제고를 위하여 대 국민건강교육활동을 강화하였으나 생활수준이나 교육수준이 낮고, 군부에 사는 취약계층의 보건의식 및 건강 실천행위는 낮으며, 지역 및 계층간 차이는 큰 것으로 평가된다.

### 5.1.3 基本方向

- 국민의 생활양식 수준을 향상시킨다.
- 국민의 자발적 건강관리능력을 제고시킨다.
- 취약계층의 식습관 및 영양개선과 일부계층의 영양과잉섭취 등 영양불균형 문제를 해결한다.

### 5.1.4 細部推進計劃

- 國民 生活樣式水準의 向上
  - 흡연율의 저하, 적당한 음주습관 유도, 규칙적 운동량의 증가, 평균체중의 유지, 규칙적 식사 및 적정수준의 음식의 간(짠맛, 단맛, 매운맛)섭취, 암검사등 질병예방 검사율의 증진등 국민의 전반적인 생활양식 수준을 향상시킨다.
  - 지역, 계층 및 성·연령층간 생활양식의 차이를 해소한다.
- 國民 健康管理能力的 提高
  - 국민의 건강생활 실천을 유도하기 위해 금연, 절주, 규칙적 운동, 규칙적 식사등에 관한 범국민적 계몽운동을 전개한다.
  - 사전예방으로 의료비 절감효과가 큰 만성퇴행성 질환과 사회적 관심이 큰 건강위해(健康危害)요인 및 건강생활에 대한 집중적인 보건교육을 실시한다.

- 일관성있는 보건교육을 효과적으로 추진하기 위하여 일선 행정기관의 보건교육행정체계를 정비·강화하고 전 보건요원의 보건교육요원화 활용 및 자질향상을 위해 보수교육을 강화한다.
- 학교, 산업장 등에 보건담당자 및 양호교사를 통하여 매년 2회 이상 집단교육을 실시하며, 초·중·고등학교 교과서에 새로운 보건교육 자료입력 및 대중홍보매체를 적극 활용한다.
- 국민건강 생활지침, 국민식생활지침 등의 생활화를 위하여 일선 행정기관, 공공 대중집합장소에 보급하고 국내 정기간행물 및 방송매체를 통해 널리 홍보토록 하며, 기발간되고 있는 바른건강생활시리즈 개발을 계속 추진하여 보급 확대한다.
- 보건소 등 일선보건기관과 반상회, 부녀회등 지역사회 자원조직 및 여론 지도자와의 협조를 긴밀히 하여 지역주민의 자발적인 보건교육 참여를 유도한다.
- 보다 정확한 국민의 보건의식 수준을 파악하고 생활양식 개선상태를 평가하기 위하여 보건의식행태에 관한 주기적인 조사연구사업을 실시한다.

○ 食習慣 및 國民營養改善

- 지역간 소득계층간 영양 불균형, 일부 계층의 영양과잉섭취 및 영양소별 불균형 섭취로 인한 비만과 성인병의 증가등 제 문제의 해소를 위해 과학적이고 체계적인 영양정책 및 영양홍보사업을 실시한다.
- 특히 농어촌, 도시 영세민, 1인 가구, 생활수준이 낮은 취약계층에 대한 영양 및 식습관 개선을 위한 영양정보 및 관리체계를 구축한다.
- 계층별 균형있는 영양섭취 및 성장기 아동의 발육증진을 위해 초등학교의 학교급식을 100% 확대하고 중·고등학교까지 연

차적으로 확대 적용한다.

- 국민영양관리에 관한 종합적인 규정제정 등을 추진한다.
- 효율적인 영양기초자료를 확보하기 위하여 각종 영양 관련 자료에 대한 조사연구사업을 실시한다.

## 5.2 國民保健 實踐運動의 展開

### 5.2.1 現況 및 問題點

우리나라의 주요보건문제가 생활양식과 밀접한 관계가 있는 만성퇴행성 질환을 중심으로 한 성인병의 증가와 이로 인한 의료비 증가로서 이에 대한 근본적인 해결책은 국민들의 건강생활 실천을 통한 질병예방 및 건강증진이다.

따라서 정부에서는 국민들의 건강생활 실천을 유도하기 위한 방안의 하나로 「국민건강 생활지침」과 「국민식생활 지침」등을 제정하여 홍보하고 있다.

그러나 이제까지의 국민건강생활실천을 유도하기 위한 정부조직을 통한 홍보·교육활동은 정부의 보건행정조직, 관련보건단체 및 의료보험조직을 통하여 산발적으로 전개되어 왔을뿐 범국민적인 건강실천 운동으로서의 체계적인 활동이 전개되지 못하여 큰 실효를 거두지 못하고 있는 실정이다.

전국 규모의 조직을 갖고 있는 직장의료보험 조합과 공교의료보험의 경우 질병예방을 위한 건강진단과 특수질환검사 등의 예방서비스에 대한 제한적인 급여를 실시하고 있으며, 한국건강관리협회의 경우 본부와 각 시·도 지부에 건강검진시설 및 장비를 갖추고 연간 서비스를 제공하고 있으며, 대한보건협회와 한국금연협의회 등에서 각종 세미나의 개최와 함께 건강생활실천 유도를 위한 홍보교육 자료를 제작하여 홍보교육활

등을 전개하고 있다.

### 5.2.2 第6次 計劃의 評價

정부나 민간보건관련단체들에서 국민들의 건강의식 고취와 건강생활 실천을 유도하기 위한 각종 홍보·교육활동이 산발적으로 이루어져 왔기 때문에 체계적이고 효율적인 추진이 되지 못하였으며 따라서 그 효과도 국민들의 건강실천수준에 관련 조사결과로 볼때 만족할 만한 것은 아니었다.

국민건강실천운동의 효과와 효율성을 제고하기 위하여는 보사부의 통합·조정 역할을 통하여 체계적이고 조직화된 범국민적인 건강실천운동이 전개되어야 하며, 이러한 범국민적인 건강실천운동의 본격적인 추진에 앞서 지역사회단위의 건강증진시범사업을 통하여 효과적인 전략 및 사업을 개발하고 전국적인 확대방안을 모색해야 할 것이다.

### 5.2.3 基本方向

- 건강생활실천을 유도하기 위한 보건교육개발 강화
- 보건행정조직과 의료보험조직의 연계활동 강화
- 건강검진 등의 예방서비스 강화
- 건강증진시범사업 추진을 통한 전국적인 확대방안 모색

### 5.2.4 細部推進計劃

지역사회 건강증진시범사업 추진을 통하여 사업을 개발하고 적극적인 확대방안을 모색한다.

- 추진방법

지역사회의 건강증진은 주로 지역주민의 생활환경개선과 건강행동 변화를 통해서 가능한 것이므로 본 연구에서는 지역주민의 건강행동에 직·간접으로 영향을 미치고 있는 보건의료기관, 행정조직, 학교, 의료보험기관, 직장 및 지역주민등 지역사회에 활용가능한 자원을 대상으로 건강검사 및 예방접종 등의 예방서비스의 강화와 주민의 건강의식수준 제고와 건강생활 실천을 유도하기 위한 보건교육 및 건강실천운동전개등 다각적인 시범사업을 통하여 그 효과를 평가하고, 시범사업 운영시의 문제점 개선을 중심으로 효과적인 확대적용방안을 모색한다. 본 시범연구사업은 기초조사 및 사업개발, 시범사업의 운영과 평가등 크게 3단계로 나누어 추진한다.

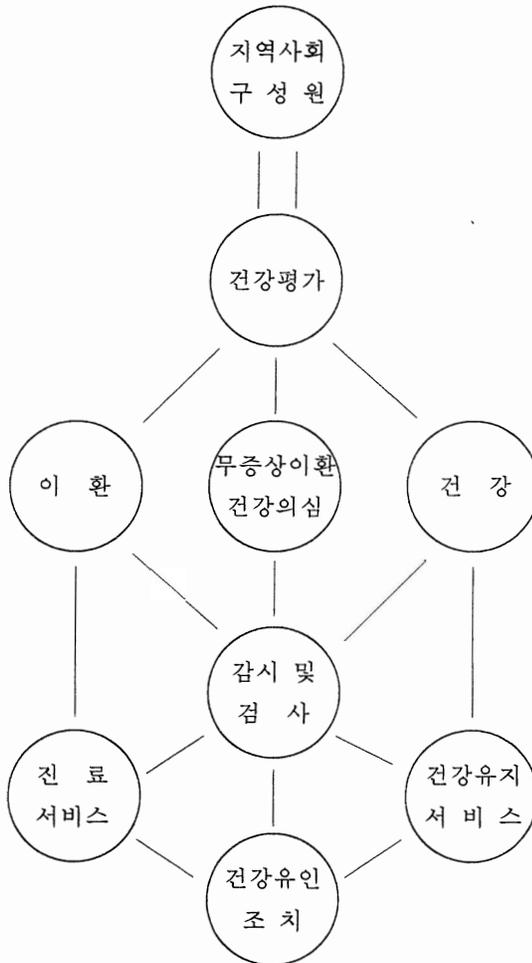
#### ○ 사업내용

- 지역사회 건강실천운동 전개  
지역사회의 주민, 학생 및 직장인을 대상으로 건강의식 개혁과 건강생활 실천을 유도하기 위한 건강실천운동을 전개(지역사회의 보건, 행정조직, 의료보험조직, 학교)
- 건강증진기구의 설치운영  
보건소내 건강증진기구를 두어 지역주민 개개인의 건강평가 결과에 따라 각 개인에게 적합한 건강증진 및 질병예방서비스를 제공
- 건강관리교실 운영  
임산부, 영유아, 노인대상의 건강교실운영, 당뇨병, 고혈압, 비만증 등의 환자를 대상으로 건강관리교실 운영
- 보건교육 시범학교 지정운영  
지역사회 건강실천운동의 일환으로 학교보건교육의 강화를 통한 학생들의 건강관리능력을 개발하고 올바른 건강습관을 유도하기 위하여 보건교육 시범학교를 지정 운영

○ 연도별 추진계획

사업내용	'92	'93	'94	'95	'96	비 고
사업개발	←→					
시범사업실시		←→				
시범사업평가				←→		
전국확대실시					←→	

○ 사업기간 : 1992. 1. 1. - 1996. 12. 31. (5년)



## 6. 社會病理現象에 대한 對處

### 6.1 麻藥과 藥物 誤·濫用의 禁止

#### 6.1.1 現況 및 問題點

##### ○ 習慣 中毒性 物質

현재 우리나라사회에서는 다양한 계층에서 다양한 습관중독성 물질들이 오·남용되고 있다. 오·남용되고 있는 대표적인 합법적 물질이 술과 담배이며, 술·담배등의 기호화된 물질 이외에도 합법적인 진통제, 가스, 러미라 혹은 루비킹(진해제로 약국에서 자유판매되는 Dextromethorphan 제제로서 청소년층에서는 환각제로 쓰이고 있음), 신경안정제 등이 있으며, 비합법적인 본드, 대마초, 히로뽕 등이 있다. 또한 소수의 외국교포들에 의해 코카인, 헛쉬쉬(대마초의 엑기스), 헤로인 등등이 교포들 주변 사람들에 의해 사용되고 있다.

위의 물질중 러미라(루비킹)와 가스는 법적 처벌 규정이 미비해 심각한 중독상태하에 있고 사법당국에 적발이 되면 가족에 의해 처벌이나 치료가 요청되더라도 손을 댈수 없게끔 되어 있다.

##### ○ 豫防教育

예방교육에 대해서는 현재 보사부 약정국 마약관리과가 맡아서 시행하고 있으나 예산 및 인원등의 절대적 부족현상 때문에 효과적인 예방교육이 되지 못하는 상태이며, 그나마 유관기관인 법무부나 문교부등에서의 예방교육은 거의 전무한 실정이다.

##### ○ 治療問題

습관중독성 물질중 마약류 관계법에 저촉되는 물질의 중독시에는 환자 스스로나 가족의 요청에 의해 치료를 해주기에는 여러가지 단점이 많이

있다. 이 경우에는 일단 현행법에 저촉되는 현행범이기 때문에 치료의 대상이 될 수가 없게 되어 있다.

그나마 연 300여명의 마약류 사용자가 검찰에 의해 마약류 중독자 무료 치료 지정병원에 보내어지고 있으나 상당수의 의뢰목적이 치료자체보다는 임시 유치식의 형태로서 의뢰가 되고 있다. 그 이유로서는, 만약 치료라는 이름을 붙이기 위해서는 의사가 입퇴원을 결정해야 하나 의사가 입퇴원 결정을 하기보다는 검찰에서의 임의식 입퇴원 결정이었다. 1990년 7월 6일 대통령령 제13045호인 마약류 중독자치료보호 규정이 만들어짐에 따라 이러한 관행들이 차차 변해갈 가능성이 생기게 되었다.

검찰에 의뢰되었던 기소 이전의 마약류 사용자에 대한 분석을 해보면 다음과 같다. 의뢰된 약물사용자의 64% 정도가 적어도 3개월에서 6개월까지의 전문적 입원치료 및 2~3년 이상의 외래통원치료가 필요한 약물중독합병 환자였으며 검찰에서는 1주일만에 30%의 환자를 검사의 임의적 목적으로 퇴원시켰으며 2주일에서 3주일 사이에 21%를 퇴원시켰으며 전체평균 21일 정도후에 퇴원시켰다.

보사부 약정국 마약관리과에서는 전국적으로 국·공립병원 13개와 민간병원 6개를 마약류중독자 무료치료기관으로 지정하여 총 19개병원 315병상수를 확보하고 있으나 검찰에서 의뢰했던 경우는 연 300명 정도로서 확보된 병상수 1개당 연 1명이 입원하여 치료를 받은 것으로 드러나 검찰의 의뢰와 보사부 마약관리과가 지정해준 병상수 사이에는 이용율에 있어 대단한 낭비가 있었음이 드러났다.

중독환자의 위와같은 의뢰수 및 병상수간의 현격한 격차는 보사부, 검찰, 사법기관 사이의 유기적 의사소통이 제대로 되어 있지 못한 이유 때문이다. 실체는 마약류 관계법으로 인해 형을 살고 있는 죄수들의 60% 정도가 장기간의 약물중독에 관한 전문치료를 받아야 할 약물중독 환자였으나 이들에게는 약물중독과 관련된 전문치료가 전혀 시행되지 못했다.

### 6.1.2 第6次 計劃의 評價

- 1989년 4월 마약류 관계법이 개정되기 이전까지는 마약류 사범 검거가 마약관리의 주요 관심사였고 의료용 마약류관리, 오·남용 방지 대책, 국제협력에의 기여 등의 우선 순위는 아무래도 좀 떨어졌으며 1989년 4월 마약법 개정 이후 1990년 한해 동안에는 의료용 마약류 관리, 마약류 오·남용방지 대책, 국제협력 등에 대해 체계적 사업을 하기 시작하였다.
- 일단, 지난 수년동안의 마약류 관련 사범 검거 현황을 살펴보면 다음과 같다(표 6-1 참조).

표 6-1. 마약류 관련사범 검거현황

	1983년	1984년	1985년	1986년	1987년	1988년	1989년
마약	203	202	361	375	239	268	857
대마	478	408	328	392	318	351	1,025
향정신성의약품	420	417	501	862	1,459	3,320	1,994
계	1,101	1,027	1,190	1,629	2,016	3,939	3,876

이러한 검거현황을 분석해 보면 다음과 같다.

마약사범이란 거의 대부분이 양귀비등을 밀경작하거나 아편등을 거래하려다가 검거된 경우로서 소소한 잡범이고 중독자가 잡히는 경우는 아직 없다.

대마와 향정신성의약품 사범중에는 중독자가 다수 섞여 있을 것으로 예측되며, 60%정도가 치료가 필요한 중독자로 계산한다면 마약류사범 검거자 중에만 해도 연 2,000여명의 치료 수요가 있다고 보겠다.

- 지난 5년간 국립서울정신병원에 입원했었던 약물중독 사례를 분석하여 현재 우리사회에서의 문제시되는 약물중독을 파악해보면

다음과 같다.

히로뽕(메스암페타임)중독	: 48명
본드 및 가스 등 흡입제 중독	: 35명
신경안정제 중독	: 14명
러미라(루비킹)중독	: 13명
진통제 중독	: 6명
대마초 중독	: 4명
코카인 중독	: 4명
기타약물 중독	: 5명
계	: 130명

이중 히로뽕의 경우에는 국립서울정신병원이 마약류중독의 지정병원이어서 히로뽕중독자 사례가 많을 수 밖에 없어 히로뽕 중독자 수는 본 토의과정에서 제외시키도록 하겠다. 기타 6가지 습관중독성 물질중 제일 높은 빈도를 차지한 것이 본드나 가스등의 흡입제 중독이었고, 그 다음이 신경안정제 및 러미라(루비킹) 중독등이었다.

위의 세가지 흡입제, 신경안정제, 러미라중 가스와 러미라 등은 법적 규제의 대상이 되지 않고 있는 약물로서 보호자나 주변에서 법적인 문제를 삼으려고 하여도 삼을 수가 없게 되어 있고 이 관계를 알고 있는 약물중독자들은 가스와 러미라(루비킹)등을 선호하는 사태까지 생기고 있다.

코카인 중독이 몇 사례 있었던 것은 현재 미국내의 교포사회에서 마약문제가 심상치 않다고 하는 이야기이다. 또한 외국에 유학을 떠나는 청소년 계층에서도 이러한 코카인 중독문제가 문제시되고 있다는 이야기 이기도 한다.

- 1989년 전국 교도소에 수감중인 히로뽕사범 232명에 대한 분석

히로뽕 사용양상 : 중독이라 할 수 있는 히로뽕의 매일 사용이  
60%

히로뽕 1회사용량 : 중독량의 1회 100mg 이상의 투약이 28%

히로뽕 총 사용기간 : 오랜기간인 6개월 이상이 90%이며  
1년 이상이 77%

히로뽕의 합병증세인 환청(헛소리 들리는 것) : 64%

히로뽕의 합병증세인 환시, 불안, 공포, 환각 : 40%

위와 같은 결과등을 종합해 보면 히로뽕 관련 수형자의 40-60%정도는 상당기간의 정신과적 중독치료 및 재활치료가 필요한 약물중독환자임을 알 수 있다.

위와같은 결과에도 불구하고 교도소에는 약물중독의 치료에 대한 프로그램이 전무한 상태였고 그나마 신체정신질환에 관한 치료를 받아본 사람이 4%에 불과했었다.

### 6.1.3 基本方向

- 적어도 우리사회에서 마약과 비슷한 유형으로 오·남용되는 모든약물에 대해서는 가능한 한 빠른 시간내에 법적으로 제제를 가할 수 있게끔 신속한 법적 대비를 한다.
- 보사, 검찰, 사법부간에 긴밀한 연결을 가져 약물중독환자에게 치료적 기회를 제공하도록 한다. 마약류 관계법에 저촉이 된 사범중 치료가 필요한 약물 남용자 및 약물 의존자에게는 기소 이전의 단계외에도 형의 확정판결 이후에까지 가능한한 병원에서의 치료를 유도한다.
- 마약류 관계법에 저촉이 되지 않는 약물을 사용한다고 하더라도

친권 보호자의 요청이 있는 경우에는 국가에서 무료로 치료해 주도록 한다.

또한 검찰이나 사법당국에서도 이러한 친권 보호자의 요청에 대해 법적 뒷받침을 해주도록 한다.

- 우리사회에서의 습관 중독성물질 사용현황을 계속 파악한다.
- 약물예방교육을 보다 철저하고도 광범위하게 확대 적용한다.

#### 6.1.4 細部推進計劃

- 보사, 검찰, 사법부간에 마약류 사범 처리에 관한 정규적 회합을 가져 마약류 사범중 중독자에게는 치료를 해주도록 한다.
- 보사부 단독만의 마약류 오·남용 예방 활동만으로는 부족하기 때문에 예방활동을 전문으로 하는 민간예방 단체를 육성 발전시키며, 문교부등에서도 학생층을 위한 자발적 예방교육이 일어날 수 있도록 부처간의 실무자 정규회합을 가진다.
- 체육청소년부와는 실무자간의 긴밀한 업무협조를 통해 청소년을 위한 약물예방교육이 청소년부에서도 일어날 수 있도록 실무자간 정규회합을 가진다.
- 보사부 자체의 마약류 오·남용 예방활동을 보다 확대 발전시킨다.  
(예) 보사부 제작 Film, VTR, Slide, 소책자등을 보건소 외에도 전국의 초중고등학교, 경찰서, 산업장등에까지 무상 보급할 수 있도록 장기 계획을 짜도록 한다.
- 정규적으로 매년 습관중독성 물질의 오·남용 현황을 조사하도록 한다.  
(예) 전국 규모의 습관중독성물질 오·남용 가구조사  
고 3학생청소년 대상의 습관중독성물질 연례 역학조사

특수지역(군대, 유흥업소, 형무소 등)의 습관중독성물질 연  
례 역학조사

- 마약류중독자 전문치료병원의 운영세부지침 확정
- 마약류중독자 전문치료 요원의 확보 및 훈련
- 수도권 및 호남권의 마약류중독자 전문치료병원 설립
- 해외 교포중 약물중독자도 국내에서 무료로 치료받을 수 있도록 하며, 교포사회에서의 커다란 짐을 일부 덜어주도록 한다.
- 정부의 마약류중독자 전문치료병원에서 치료받는 모든 환자들의 신상을 별도 전산입력하여 관리하도록 하며 이 자료의 관리를 철저히 하도록 하여 혹시 있을지도 모르는 인권문제를 미연에 방지하도록 한다.
- 마약류중독자 전문치료병원에서의 퇴원이후에 수년동안은 의무적 사후관리를 해주어 재발을 미연에 방지해주며 재활에 성공할 수 있도록 해준다.

## 6.2 靑少年 脫線行爲의 豫防

### 6.2.1 現況 및 問題點

보건의료 부문에서의 청소년 탈선행위는 약물남용, 성문란, 자살의 문제로 요약된다.

- 藥物濫用의 實態

최근의 국민소득 수준향상과 퇴폐풍조의 확산으로 인하여 마약류 사용이 증가함에 따라, 청소년의 약물 남용경우가 증가하여 건전 청소년 육성에 장애가 되고 있다(표 6-2 참조).

표 6-2. 89년도 학력·성별 약물남용 실태

(단위: %)

	학 생				근로청소년		비행청소년	
	중 학 교		고 등 학 교		남	여	남	여
	남	여	남	여				
음 주	30.3	11.7	83.9	52.8	89.7	71.4	93.4	89.3
흡 연	26.5	6.7	71.1	15.1	81.1	13.2	97	89.3
각 성 제	19.8	15.2	32.8	34.9	44.2	35.3	34.1	42.9
본 드	1.7	0.9	11.1	0.8	16.3	4.0	46.2	61.5
대 마 초	0.7	0.3	4.7	0.4	7.1	0.3	27.0	37.3
안 정 제	5.0	3.3	7.7	1.4	9.1	8.6	30.9	43.8
최 면 제	3.8	3.5	10.8	2.2	14.7	8.5	17.5	31.4
마 약	0.4	0.4	1.5	0.2	9.4	0.3	8.4	28.1
히 로 뽕	0.9	0.0	1.7	0.0	3.3	0.9	8.7	22.6

자료: 체육부

○ 性紊亂의 實態

쾌락주의 사상의 범람으로 청소년들의 성질서에서도 혼란이 야기되고 있다. 성폭행, 성의 상행위등으로 청소년들의 정신과 신체성 발전에 큰 장애가 되고 있다.

더우기 최근에 AIDS등의 문제까지 있어 성문란 행위의 단속이 요구되고 있으나 오히려 관계당국의 성문란 행위 단속은 약화되고 있다(표 6-3 참조).

표 6-3. 소년 풍기사범 단속

연 도	구 분	남 녀 혼 속	홍 행 상 출 입
'82		1,366	4,702
'83		1,117	4,678
'84		1,253	1,368
'85		1,118	575
'86		750	1,012
'87		524	626
'88		433	2,954

자료 : 치안본부

○ 自殺의 實態

청소년 자살이 증가하고 있다. 계속적으로 신문에 각종 사유로 인한 자살이 보도되고 있으나 이에 대한 종합적인 통계가 부족하다(표 6-4 참조).

표 6-4. 88년 연령별 자살실태

연 령	0~14	15~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65이상
총 사망자	4,915	4,942	8,048	8,462	8,492	14,473	26,222
자 살 수	20	544	647	355	353	193	350
자 살 율	0.4%	11%	8%	4.1%	4.2%	1.3%	1.3%
자살비율	0.8%	33.0%	27.3%	15.0%	14.9%	8.2%	14.8%

<자살률 = 총사망자 ÷ 자살수      자살비 = 총자살수 ÷ 자살수>

자료 : 의사진단자료(미발간)

개인적 연구통계에 의하면 우리나라 자살률이 선진외국의 자살률에 비해 결코 낮지 않다고 한다. 특히 <표 6-4>에서 보듯이 15-24세 사이의 청소년의 자살률이 가장 높다는 점이다.

청소년의 자살 사망원인중 자살은 불의의 사고, 심장병에 이어 3번째 원인이다. 그러나 이에 대한 대책은 현재 없다.

## 6.2.2 第6次 計劃의 評價

지금까지 정부가 행한 청소년의 약물남용, 성문란, 자살등의 청소년 탈선 행위에 대한 사업은 ‘약물남용 청소년의 단속’ ‘청소년유해업소정화’, ‘요보호여성발생예방’으로 정리될 수 있다.

### ○ 靑少年 藥物濫用 團束

청소년의 마약, 대마초, 향정신의약품 등 사범은 1984년 20명, 1985년 25명, 1986년 61명, 1987년 93명으로 점차 증가하는 추세였으나 1988년에는 393명으로 84년 對比 1,865%, 전년대비 322.6%로 대폭 증가하였다(표 6-5 참조).

표 6-5. 청소년 마약류사범 현황

(단위 : 명)

연 도	계	마약법위반	대마관리법위반	향정신성의약품관리법위반
1984	20		13	7
1985	25	1	22	2
1986	61		43	18
1987	93	1	32	60
1988	393		77	316

자료 : 대검찰청

현재의 단속위주의 청소년 약물 남용의 단속은 비행자만을 만드는데 기여하였다. 이들의 사회복귀를 위한 재활치료사업은 전무한 형편이다.

### ○ 靑少年 有害業所 淨化

청소년 유해업소는 단속업소와 교육·홍보적 차원에서 문제점을 찾아볼 수 있다.

- 중점단속업소가 식품계통으로 한정되어 있어 청소년들의 약물 예방과 성문란 단속행위에는 한계가 있다.

- 교육도 식품 및 환경접객업소의 주인과 종사자에게만 8-12시간 실시되고 있고, 그 중 청소년관계 시간할당이 미약하다.
- 홍보는 주로 청소년 스티카 부착 활동이 주종을 이루는데 이런 소극적 홍보로 큰 효과를 기대할 수 없다.

○ 要保護 女性 發生豫防

- 가출여성, 윤락여성, 미혼모 등을 대상으로 요보호여성 발생 미연방지 및 사후선도사업을 22개소의 부녀상담소, 79개소의 취약지구 간이 부녀상담소를 두어 상담실시하고 있으나 이는 사후 선도사업으로는 적합하나 예방적 차원에서는 미흡하다.
- 특히 청소년기의 여성들이 초기에 성문란 행위를 예방하기 위해서는 학교등의 상담기관과의 협조체제가 상시 존속해야 하나 현재의 예방교육은 단말적이고 협조체계를 갖추고 있지 못하다.

### 6.2.3 基本方向

1. 치료, 보호기관확보 : 약물남용자, 성문란자 상담, 자살예방상담 등의 상담소를 강화하고 약물남용자에 대해서는 치료소를 각 지역별로 설치한다.
2. 홍보, 교육 : 청소년대상으로 학교중심의 교육체계를 개발하고, 약사를 대상으로한 직접적 청소년대상 약물사용 규제사항에 대해 교육한다.
3. 환경개선 : 유해업소 단속대상에 학생 및 청소년 이용시설에 단속을 확대하고, 남용대상 약품판매를 약국과 한약 재료판매처를 대상으로 단속한다.
4. 관련기관 협조 : 경찰, 학교, 사회단체등과의 협조체계를 강화하고 담당관을 둔다.

## 6.2.4 細部推進計劃

- 青少年 藥物濫用者 治療所 設置：지역별로 응급치료기관, 외래 치료기관, 입원치료기관, 재활치료기관을 둔다.
  - 응급치료기관, 외래치료기관을 전 보건소에 확대 실시토록함
  - 입원치료기관, 재활치료기관을 각 시·도에 1개소 설치함
- 相談所業務 強化
  - 종합사회복지관의 주요업무의 하나로 약물남용, 성문란, 자살의 상담과를 설치 운영
  - 기존의 국·공립 상담소에 전문가의 재교육과정을 설치
- 學校 相談者 支援
  - 학교내의 교도교사 및 양호교사들에 대한 약물남용, 성문란, 자살의 상담 재교육실시
  - 학교사회사업가를 두거나 학교 상담자원봉사자의 재교육 실시
- 藥師 教育 強化
  - 신입 약사에게 청소년 약물남용에 대한 주의 환기 교육
  - 기존 약국에서 청소년 약물남용 예방교육실시
- 藥物販賣商 團束
  - 약국등의 판매소에 남용되는 약물의 별도 보관 의무화
  - 약재상의 청소년대상 약물 판매자에 대한 처벌규정 인식 교육
- 協助擔當官制 實施
  - 보사부내에 협조 담당관제 설치
  - 교육부, 치안본부, 검찰청 등과의 협조로 단속대상업종에 대한 합동 순시의 제도화

## 7. 保健教育事業의 活性化

### 7.1 保健教育의 組織 및 制度的 基盤擴充

#### 7.1.1 現況 및 問題點

오늘날 주요보건문제가 되고 있는 상병이나 사회적 병리현상 등에 효과적으로 대처하기 위해서는 무엇보다도 이의 예방관리를 위한 보건교육활동의 활성화가 요구되고 있으나 보건교육을 담당하고 있는 행정조직이나 제도적 기반이 미약한 실정이다.

보건교육업무를 관장하고 있는 중앙의 행정조직으로 보건사회부에 보건교육과가 있으나 지방의 시·도나 시·군등에는 보건교육업무를 담당하는 별도의 부서나 전담인력이 없어 일선 보건조직에서의 보건교육활동이 활발히 전개되지 못하고 있다.

또 우리나라 헌법은 국민의 행복추구권과 함께 국가에서 국민의 건강을 보호해야 할 의무가 있음을 명시하고 있으나 이를 실행에 옮길 수 있는 기본법이나 제도가 마련되어 있지 않고 국민건강증진 및 질병예방에 있어 가장 중요시되는 보건교육 분야의 인력개발이나 예산확보를 위한 제도적인 뒷받침이 없어 인력 및 예산이 매우 빈약한 실정이다.

#### 7.1.2 第6次 計劃의 評價

우리나라는 경제·사회적 발전에 의한 생활환경개선과 보건의료제도의 발전으로 국민의 평균수명이 70세를 넘고 있으며, 사망원인의 주요상병이 암·뇌혈관질환, 사고, 심혈관질환 및 고혈압등 선진국형으로 바뀌어감에 따라 질병에 대한 관리대책도 이러한 상병을 중심으로 하여 질병발생후의 소극적인 2차 예방보다는 질병발생 이전의 적극적인 건강증진 및 질병예방등 1차 예방에 중점을 두는 등 정책적 전환기를 맞고 있다.

이러한 건강증진 및 질병예방은 무엇보다도 국민 각자가 건강에 대한 올바른 인식을 갖고 건강생활을 실천할 때 가능한 것으로 이러한 건강의식 행태변화를 유도하기 위한 보건교육에 대한 관심 및 정책비중이 높아져 보건사회부에 보건교육 자문위원회를 두고 있으며, 각 시도와 시군 보건소에 보건교육업무를 담당하기 위한 공무원을 지정하는 등 보건교육의 활성화를 꾀하고 있다.

또 매년 각종 교육훈련과정을 통해 일선 보건기관의 보건요원 3,000-4,000명을 대상으로 보건교육을 실시함으로써 보건교육실시자로서의 자질을 향상시키고 있으며, 근로자 100인 이상 사업장의 보건관리자 또는 사업주 약 2,000명씩을 대상으로 보건교육을 실시하여 사업장 근로자에 대한 전달교육을 유도하고 있다.

그러나 향후 보건교육의 활성화를 위하여는 보건교육을 담당해야 할 조직 및 인력확충과 함께 제도적인 기반구축에 대한 정책적인 배려가 있어야 할 것이다.

### 7.1.3 基本方向

- 보건교육사업을 담당할 조직 및 인력확충에 주력한다.
- 보건교육의 제도적 기반구축을 위한 입법을 추진한다.
- 보건교육분야 인력개발을 지속적으로 추진한다.

### 7.1.4 細部推進計劃

- 保健教育의 組織 및 人力擴充

중앙 및 지방의 보건교육을 담당할 행정조직 및 인력을 연차적으로 확충하도록 하며, 전략상 제1차적으로 우선 소규모의 보건교육 전담인력을 확보하고 제2차적으로 조직을 확대하도록 한다(표 7-1 참조).

보건교육을 통한 국민건강증진 및 질병예방은 결국 의료비 절감효과와

표 7-1. 보건교육 전담조직 및 인력확충 계획

구 분	1992	1993	1994	1995	1996	계
보건교육 전담인력 확충						
행정조직						
보건사회부(별정직)	1명	1명	1명	1명		4명
시·도 단위		1명	1명	1명		3명
시·군 단위		1명	1명	1명		3명
의료보험조직						
중앙본부		1명	1명			2명
조합단위			1명			1명
행정조직 확대						
시·도 단위				보건교육계 신설		
시·군 단위				"		

연계되어 보험재정안정화에 기여할 수 있으므로 각 보험조직별로 보건교육 전담인력을 확보하여 보건교육을 활성화한다.

○ 國民健康增進法 制定

모든 국민의 건강은 국가로부터 보호되어야 한다는 헌법의 기본정신에 따라 이를 구체적으로 시행할 기본법으로서의 국민건강증진법을 제정한다.

동법에는 국가는 물론 개인, 가정, 직장, 지역공동체, 단체 등 다양한 대상에 대하여 건강증진 및 질병예방을 위한 권리와 의무를 규정하며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 보건교육사업에 대한 국가의 의무규정
- 장단기 보건정책, 인력, 조직
- 국민건강관리 기금조성 및 운영에 관한 법적근거(국민보건에 역기능적인 소비재인 술, 담배, 설탕, 청량음료, 휘발유와 공해업소 등에 대하여 일정율의 건강세부과와 기부금 규정)
- 의료보험조직, 산업체, 직장, 지역단위 등의 건강증진시설 설치규정

- 기부금 헌납 및 건강증진시설 설치자에 대한 세제상의 혜택 부여
- 보건향상을 위한 교육 및 조사연구와 건강증진 및 질병예방 활동 촉진과 금연, 금주규정
- 건강취약집단(저소득층, 취약전 아동, 65세이상 고령자 등)에 대한 건강관리규정

○ 保健教育人力 開發 및 豫算確保

보건교육사업의 활성화를 위한 장단기 계획을 수립하고 이에 소요되는 인력과 예산을 확보하도록 한다.

표 7-2. 국민건강증진법 입법 추진계획

구 분	1992	1993	1994	1995	1996	계
입법추진위원회 구성		←————→				
입법에 관한 연구		←————→				
법안시안 작성			←————→			
입법예고 및 심의				←————→		

중앙의 보사부와 시·도 단위 보건행정부서에는 보건교육에 관한 기술과 행정력을 갖춘 전문인력을 확보하도록 하며, 이러한 인력개발을 보건대학원이나 국립보건원등 교육훈련기관에 위탁교육을 실시하도록 한다.

또 모든 보건요원과 산업체의 보건관리담당자들을 대상으로 각종 교육훈련과정에 보건교육 교과목을 필수과목으로 포함시켜 보건교육자로서의 자질을 향상시키도록 한다(표 7-3 참조).

또 보건교육사업의 활성화에 필요한 사업예산의 확보는 국가예산의 증액과 함께 기금조성 및 의료보험조직의 보건교육예산확충 등을 통하여 확보하고 이를 위한 제도적인 지원책을 강구하도록 한다.

표 7-3. 보건교육 인력개발계획

구 분	1992	1993	1994	1995	1996	계
보건교육 전문양성과정	30명	50명	100명	100명	100명	3,800명
보건요원 교육훈련과정	4,500명	4,500명	5,000명	5,500명	5,500명	25,000명
산업체·보건관리담당자 교육과정	2,000명	2,000명	2,500명	2,500명	3,000명	12,000명

## 7.2 地域社會 保健教育活動 強化

### 7.2.1 現況 및 問題點

지역사회 보건의료사업의 성공적인 추진은 보건의료사업에 대한 지역주민의 이해와 적극적인 참여없이 어려운 일이다.

특히 지역사회의 건강향상을 위한 건강증진 및 질병예방사업은 지역주민 스스로가 자신의 건강에 대한 책임의식을 갖고 건강생활을 실천할 때 높은 효과를 기대할 수 있는 것으로 이러한 건강의식행태를 유도하기 위한 것이 바로 보건교육활동이다.

따라서 지역주민의 건강증진 및 질병예방은 무엇보다도 먼저 지역주민들의 올바른 건강의식행태를 유도하기 위한 보건교육사업이 활성화되어야 한다.

그러나, 지역사회의 건강관리를 책임지고 있는 시·도 보건과나 시·군 보건소에는 보건교육업무를 관장하는 보건교육과나 보건교육계 등의 별도 부서가 없을 뿐만 아니라 보건교육업무를 전담하는 인력도 배치되어 있지 않으며, 단지 시·도 보건과와 시·군 단위 보건소에 1명의 직원으로 하여금 보건교육에 관한 통계보고나 업무지시에 대한 협조 등 보건교육에 관한 업무를 맡도록 지정하고 있으나, 타업무를 겸임하고 있는 상태이므로 이들에 의한 실제적인 보건교육활동은 기대할 수 없는 실정이다.

이처럼 일선 보건조직에는 보건교육업무를 관장하는 별도의 부서나 전

담인력이 없기 때문에 오늘날 중요한 보건문제로 등장되고 있는 만성퇴행성질환 및 사고등의 예방관리나 건강생활 실천을 유도하기 위한 보건교육활동은 극히 미미한 실정이며, 가족계획, 모자보건, 방역사업 및 결핵관리 등의 보건사업 수행시 이들 사업을 효과적으로 추진하기 위한 국한적인 보건교육활동이 이루어지고 있을 뿐이다.

시·군단위 또는 읍·면단위의 지역사회 보건교육활동에 활용할 수 있는 조직으로서 보건소, 보건지소, 보건진료소 및 반상회 등의 행정조직 외에도 의료보험조합, 새마을부녀회, 산업체, 농업협동조합, 지역청년회, 예비군, 민방위대, 병의원, 약국, 의사회, 약사회 등과 교육기관인 학교가 있으며, 지역신문 및 방송매체가 있으나 이러한 민간조직 및 단체나 매체를 이용한 보건교육활동은 활발하지 못한 편이다.

특히 의료보험조합의 경우 건강증진 및 질병예방활동이 장기적으로 보험재정의 안정화에 크게 기여할 수 있다는 점에서 보험조직을 통한 건강증진 및 질병예방을 위한 보건교육의 필요성이 인정되면서도 그 사업활동은 미진한 실정이다.

## 7.2.2 第6次 計劃의 評價

제6차 계획기간중 지역사회 보건교육의 활성화를 위한 노력의 일환으로 시·도의 보건과나 시·군 보건소의 보건직 1명씩을 보건교육업무 담당자로 지명하고 있으나 보건교육 이외의 고유업무를 수행해야 할 입장이어서 실효를 거두지 못하고 있다.

최근 상병양상의 변화에 따라 주요 보건문제로 대두되고 있는 만성퇴행성 질환등의 성인병 관리를 위하여 보건사회부에는 질병관리과가 신설된 바 있으나 지방의 보건기관에는 하부조직이 없어 효과적인 관리대책이 마련되지 못하고 있는 형편으로 예방관리를 위한 지역사회 보건교육의 활성화가 요망되고 있다.

### 7.2.3 基本方向

최근 주요 보건문제가 되는 상병양상의 변화와 향후 지방자치제의 실시 등에 효과적으로 대처하기 위해서는 지역사회 보건문제는 지역사회 스스로의 노력에 의하여 풀어갈 수 있는 풍토조성과 함께 자조적 건강관리능력 개발이 요구된다.

따라서 이러한 시각에서 지역사회 보건교육을 활성화 하도록 한다.

- 지역사회 보건교육은 건강증진 및 질병예방을 위한 지역주민의 자조적 건강관리능력 개발에 주력한다.
- 지역사회 보건교육 활성화를 위한 행정조직 및 인력확충 등 기반구축에 주력한다.
- 지역의 민간조직 및 단체와 지역매체의 효과적인 활용방안을 강구하고 특히 의료보험조직의 보건교육사업의 활성화를 유도한다.

### 7.2.4 細部推進計劃

- 保健教育 行政組織 強化와 人力擴充

지역사회의 보건교육활동을 강화하기 위해서는 먼저 보건교육업무를 담당할 행정조직의 강화와 함께 보건교육 전담인력의 확보가 급선무이다.

따라서 각 시도의 보건과와 일선 보건기관인 보건소에 보건교육업무를 담당할 부서로서 보건교육계를 신설하고, 보건교육업무를 전담할 인력 3-4명씩을 확보하도록 한다.

일시에 보건교육조직과 인력을 확충하기는 어려운 일이므로 연차적인 확충계획을 수립하여 먼저 1-2명의 전담인력을 확보한 후 보건교육계를 신설하는 방안을 강구할 수도 있다(표 7-1 참조).

### ○ 自助的 健康管理能力 開發

실제적인 경험으로 볼 때 보통 상병의 약 1/3은 전문의료인이 아닌 일반인도 관리할 수 있고 또, 1차진료소를 이용하는 의사방문건수중 약 30-40%정도는 의사를 방문하지 않고도 치료가 가능하다는 연구보고가 있으며, 이러한 의사방문은 교육적인 노력을 통하여 줄일 수 있다.

따라서 환자자신 또는 가족을 대상으로 한 자조적인 질병치료 및 건강관리를 위한 학습과정을 개설 운영함으로써 불필요한 의료이용을 줄이고 의료비 낭비를 막을 수 있다. 실제로 미국, 캐나다, 일본 등 선진국에서는 환자 또는 일반건강인을 대상으로 자조적 건강관리를 위한 학습과정을 개설 운영해오고 있다.

우선 한 두 군데의 보건소를 대상으로 시범사업을 통하여 자조적 건강관리를 위한 학습과정을 개발한 후 이를 위한 건강교실운영을 전국적으로 확대하도록 하는 것이 바람직하다.

### ○ 醫療保險組織을 통한 保健教育活動 強化

보건교육을 통한 건강증진 및 질병예방효과는 결국 의료보험의 재정안정화에 기여할 수 있다는 점에서 의료보험조직을 통한 보건교육활동의 필요성이 인정되고 있다. 특히 많은 진료비를 필요로 하는 만성퇴행성질환 등 성인병의 대부분이 개인의 건강생활 실천을 통해서 예방 관리될 수 있으므로 보험조직을 통한 보건교육의 필요성은 한층 높다.

따라서 의료보험조직에 조합단위별로 보건교육부서를 신설하고 보건교육요원을 확보하여 피보험자를 대상으로 적정수진지도, 건강생활 실천유도, 건강상담, 건강관리강좌 개설, 성인병 예방교육 등을 실시하도록 한다.

### ○ 地域社會 組織, 團體 및 保健醫療機關을 利用한 保健教育 活性化

지역사회 보건교육의 활성화를 위하여는 일차적으로 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 공공보건조직을 통한 보건교육 활성화가 이루어져야 하겠으나 이러한 공공보건조직만으로는 활동에 한계가 있기 때문에 보건교육

사업활동에 대한 이해와 협조가 어려워 지역사회 보건교육을 활성화하기가 어렵다.

따라서 지역사회의 병의원, 약국, 새마을 부녀회, 예비군, 민방위대, 산업체 등 각종 민간조직 및 단체와 지역 신문 및 방송 등 매체를 활용한 보건교육활동을 강화하도록 한다. 이러한 지역사회의 각종조직 및 단체의 활동참여를 유도하기 위하여 이들 단체의 장들로 지역보건위원회를 구성 운영하도록 한다.

### 7.3 學校保健教育 改善 強化

#### 7.3.1 現況 및 問題點

##### ○ 學校保健教育 實施現況

학교보건교육은 학생들의 올바른 건강의식행태 함양과 자기건강관리 능력개발을 통하여 학생들의 건강유지 향상은 물론 장래 국민건강향상에도 크게 기여할 수 있다는 점에서 그 필요성은 높게 인정되면서 학교보건교육의 제도적인 미비점과 현실적 여건의 불비로 제대로 실시되지 못하고 있다.

학교보건교육의 실시는 주로 학교교육사업의 일환으로 정규교과과정을 통하여 이루어지고 있으나, 학교보건관리사업의 일환으로 비정규 교육과정으로서 예방접종 및 건강검사시나 기타 필요시에 담임교사 또는 양호교사에 의하여 이루어지기도 한다.

정규교과과정을 통하여 학교교육의 일환으로 이루어지는 학교보건교육의 경우 교과과정중 단독 교과목으로 편성되어 있는 것이 아니고, 체육등 타교과목에 분산되어 있어 체계적이고 일관성 있는 교육실시가 어렵고, 실제 학교보건교육에 할애되는 시간이 적은데다 학교보건교육을 효과적으로 가르칠 수 있는 보건교육 담당교사가 없고 효과적인 교재가 개발되어 있지 않아 학교보건교육의 실효를 거둘 수 없는 형편이다.

또 학교보건관리사업의 일환으로 이루어지는 보건교육 역시 필요시에 수시로 이루어질 수 있고, 또 현실적인 건강문제 해결이라는 점에서 효과적인 면이 있긴하나 담당교사의 관심 및 능력에 따라 좌우되고 있어 지속적인 면이 없거나 체계적인 교육이 어렵다.

#### ○ 問題點

- 보건교육자로서의 적절한 담당교사가 없다.
- 정규교과과정중 보건교육내용 및 시간배정의 비중이 빈약하다.
- 효과적인 보건교육자료 및 방법이 개발되어 있지 않다.
- 보건교육내용이 여러 교과목에 분산되어 있어 체계적이고 일관성있는 교육실시가 어렵다.
- 교원양성기관의 교과과정중 보건교육비중이 극히 적어 배출교사들이 보건교육자로서의 자질이 부족하다.

### 7.3.2 第6次 計劃의 評價

학교보건교육이 학생들의 건강유지 향상은 물론 장래 국민건강향상의 기초를 다지는데 있어 중요한 요소가 되면서도 정부차원의 적극적인 개선 노력이 부족했던 것이 사실로 향후 정부차원의 적극적인 개선대책이 강구되어야 할 것이다.

### 7.3.3 基本方向

학교보건교육의 근본적인 문제가 되는 제도개선과 함께 현장교육의 내실을 기할 수 있는 개선대책을 강구함으로써 학교보건교육의 기반구축에 주력한다.

- 학교보건교육 담당교사의 양성제도 확립
- 현직교사의 보건교육 실시자로서의 자질향상
- 초·중등학교의 교과과정 및 교과서 개편

○ 학교보건교육 자료 및 사업개발

### 7.3.4 細部推進計劃

교육부는 학교보건교육의 개선강화를 위한 장단기 계획을 수립하고 다음과 같은 내용을 중점사업으로 추진한다.

○ 敎員養成機關의 敎科課程 改編을 통한 保健敎育敎師 養成

- 국민학교 교사 양성 교육과정에 보건교육을 교양필수교과목으로 설정 운영함으로써 보건교육 실시자로서의 자질을 향상시킨다. 국민학교의 경우 학급 담임교사가 전과목을 교수하고 있으므로 학생들과 항시 접촉을 통하여 정규·비정규 교과과정을 통한 보건교육 책임자의 위치에 있다. 따라서 교육대학 및 교원대학교 등 국민학교 교사양성과정에 보건교육을 교양필수과목으로 설정 운영하도록 한다. 이의 실시를 위해서는 먼저 교육법 시행령의 개정보완을 통하여 이들 교육기관의 교과과정에 보건교육과목을 삽입토록 한다.
- 중등교사 양성기관에 보건교육학과를 설치 운영하거나 체육교육과에 보건교육 전공제를 두어 보건교육 전담교사를 양성하도록 한다. 중·고등학교 교육과정은 교육의 전문성 및 효율성을 고려하여 각 교과목별로 전문교사제를 채택하고 있으므로 학교보건교육도 이에 준한 전문교사가 양성되어야 보건교육의 활성화를 기할 수 있다.

○ 初·中等學校의 敎科課程 및 敎科書 改編을 통한 保健敎育強化

초·중등학교의 교과과정을 대폭적으로 개편하여 보건교육을 독립교과목으로 채택하고 보건교육내용 및 시간을 확대하고, 이에 맞추어 교과서를 개발한다.

고등학교 경우 교련과목을 보건교육과목으로 대체하도록 하고 교육부내

에 학교보건교육 개발위원회를 구성 운영하도록 한다.

○ 敎員 再教育機關의 保健教育 敎科課程 開發 強化

현직교사들을 대상으로 재교육을 실시하는 교육기관의 보건교육 교과과정 개발 강화하여 현직교사들이 보건교육 실시자로서의 자질 및 능력을 구유케 함으로써 학교교육 및 생활에서 보건교육실시를 활성화하고 내실을 기하도록 한다.

○ 學校保健教育 資料 및 事業開發

학교보건교육의 효과적인 실시를 위해서는 교재로 사용하는 교과서외에도 교사용 보건교육지도서와 시청각 자료등을 개발 사용하도록 한다.

이러한 교육자료 및 사업개발을 위해서 각급 학교별로 시범학교를 지정 운영하고 그 효과를 평가하도록 한다.

연도별 세부사업 추진계획

	'92	'93	'94	'95	'96	비고
장단기 계획수립	←→					
학교보건교육 개발위원회 구성 운영	←→				→	
교원양성기관의 교과과정개편		←→	→			
초·중등학교의 교과과정 개편		←→	→			
보건교육교재 및 자료개발		←			→	
현직교사대상의 보건교육확대실시	←				→	

## 7.4 保健教育 資料開發 및 研究事業強化

### 7.4.1 現況 및 問題點

현재 보건사회부에서는 <표 7-4>에 제시된 바와 같이 대국민보건교육을 위한 교육자료로서 책자, 팜플렛, 포스터 등의 유인물과 비데오테이프,

슬라이드 등의 시청각자료들을 제작하여 일선보건기관과 사업장, 군부대, 교육기관 및 관련단체들에 배포하고 있으나 그 종류나 양적인 측면에서 충분치 못한 실정이다.

현재 보건사회부의 보건교육과에는 모두 9명의 직원(보건직 6명, 행정직 2명, 기능직 1명)이 보건행정에 관한 종합계획 수립·조정, 보건에 관한 교육계획의 종합·조정, 보건교육자료 개발·홍보, 개인위생, 국민영양조사·지도 등등의 업무를 담당하고 있다.

따라서 보건교육자료 개발업무를 담당하는 직원은 일반보건직 2명 뿐으로 보건교육전문가가 없어 대부분의 자료개발을 외부전문가에 의뢰하고 있는 실정으로 특히 시청율이 높은 텔레비전이나 라디오등 대중매체를 활용한 프로그램개발이 어려운 형편이다.

또 보건교육자료의 활용이나 보건교육활동에 대한 체계적인 평가기능의 미약으로 그 효과와 활용실태를 파악할 수 없어 효과적인 자료 및 사업개발이 어렵다.

우리나라는 그동안 전국민 의료보험 실시 및 농어촌 공공의료시설 확충 등 질병치료를 위한 의료정책중심의 보건사업에 치중해옴으로써 이에 대한 연구활동은 비교적 활발하였으나 오늘날 주요 건강문제가 되고 있는 만성퇴행성질환을 중심으로 한 성인병 및 사고등의 예방관리나 건강증진을 위한 정책지원연구는 부진한 실정이었다. 그러나 이러한 상병의 대부분이 바람직한 건강행동의 변화를 통해서 예방관리될 수 있다는 점에서 볼때 국민건강향상을 위해서는 무엇보다도 보건교육 및 예방서비스의 강화를 통한 질병예방 및 건강증진을 위한 사업개발이 필수적으로 요구되고 있다.

표 7-6. 보건사회부의 보건교육자료제작 배포실적

자료구분	'87	'88	'89	배 부 처
바른건강생활 (책자)	제7집 6,000부	제8집 6,000부	제9집 6,000부	보건소, 지소, 보건진 료소
팜 플렛	2종 (8,000부)	4종	2종	군부대, 노동부 지방 사무소
포 스테	1종 (30만매)	2종	2종	사회교육기관
표 어 (스티커)	1종 (40만매)	-	-	보건단체, 여성단체
비데오테이프	2종	1종	2종	
슬라이드	2종 (1,400조)	1종	1종	
교재·지침서	2종 (6,800부)	-	-	

#### 7.4.2 第6次 計劃의 評價

1980년대 중반부터 우리나라의 주요 사망원인이 만성퇴행성질환을 중심으로 한 성인병과 사고 등으로 선진국형의 사망양상으로 변모해 가고 있을 뿐만 아니라 이러한 상병의 진료료 의료비가 증가추세를 보이고 있음에 따라 이들 상병의 예방관리에 대한 정책적인 관심이 증대되었고 이에 따라 1986년에는 국민들의 건강의식제고와 건강생활실천을 유도하기 위한 국민건강생활지침을 제정 발표하였으며, 1989년에는 국민식생활지침을 제정하고 이에 대한 여러가지 홍보매체를 제작 보급함으로써 국민들의 건강생활실천을 유도하여 왔다.

또 대한보건협회, 한국건강관리협회, 한국금연운동협회등 민간보건단체와 의료보험기관들에서도 질병예방 및 건강증진을 위한 여러가지 홍보교육자료를 제작하고 이를 이용한 보건교육활동과 예방서비스를 제공하고 있다.

그러나 질병예방 및 건강증진을 위한 대국민보건교육의 효과적인 추진

을 위하여는 체계적인 보건교육자료 및 사업개발과 함께 이의 집중적인 관리를 통하여 그 활용성을 높이고 개발비용을 절감할 수 있는 보건교육개발센터의 설립이 요구된다.

또 오늘날 국민건강의 주요정책과제인 성인병의 예방관리와 의료비증가 억제를 위한 근본적인 해결책은 건강생활실천을 통한 질병예방 및 건강증진에 있기 때문에 국민들의 적극적인 건강생활실천을 유도할 수 있는 사업개발이 요구되고 있다.

### 7.4.3 基本方向

질병예방 및 건강증진을 위한 체계적인 보건교육자료개발 및 연구사업 활성화에 주력한다.

- 체계적인 보건교육자료개발 기반구축
- 텔레비전, 라디오 등의 매스콤을 활용한 보건교육 프로그램개발
- 질병예방 및 건강증진을 위한 연구사업 강화

### 7.4.4 細部推進計劃

#### ○ 保健教育開發센터 設置運營

보건사회부 보건교육과의 보건교육사업의 기획, 조정, 지원등 보건교육업무의 효율적이고 체계적인 수행과 보건교육자료 및 사업개발을 위하여 산하에 보건교육개발센터를 설치 운영한다.

조직 : 동센터에는 연구실, 자료개발실, 운영평가실 등을 두며, 인력구성은 보건교육학, 예방의학, 교육공학 등의 전문인력들로 구성한다.

기능 : 보건교육의 장단기계획

보건교육자료개발 및 관리

보건교육사업개발 및 평가

보건교육전문요원 훈련

○ 研究事業의 強化

어떤 사회문제를 해결하기 위한 정책의 입안은 그러한 사회문제를 해결하기 위한 타당성 있는 연구결과를 기초로 할 때 확실하고 높은 효과를 기대할 수 있다.

오늘날 주요 정책과제가 되고 있는 만성퇴행성질환 및 사고등의 예방관리와 의료비증가억제 등에 효과적으로 대처하기 위해서는 이에 대한 효과적인 정책대안의 모색과 함께 이를 효과적으로 수행할 수 있는 구체적인 수단과 방법을 제시할 수 있는 연구가 필요하다.

국가보건정책의 궁극적인 목표인 국민건강향상은 질병예방 및 건강증진을 통해서 가능하며, 오늘날의 주요 건강문제가 의료만으로는 해결할 수 없고, 또 의료보다는 환경 및 생활양식의 문제와 더 밀접한 관계가 있다는 점에서 보건교육, 행동의학 및 행동보건학 등을 기초로 질병예방 및 건강증진에 중점을 둔 연구사업을 활성화하도록 한다.

이러한 연구사업의 활성화를 위해서는 정부차원에서 기존의 보건사회정책 연구기관인 한국보건사회연구원과 관련 보건학회의 연구활동을 적극 지원한다.

이러한 연구활동에 소요되는 예산은 정부예산에서 과감히 투자해야 하며, 또 연구목적 및 결과가 의료비 절감과 직관된다는 점에서 의료보험단체의 적립금에서 일부 지원할 수도 있다.

## 제 2 장 醫療保障制度的 安定的 定着

### 〈概 觀〉

#### ○ 現況 및 問題點

우리나라는 1988년 1월부터 농어촌지역 의료보험이, 1989년 7월부터는 도시지역 의료보험이 실시됨으로써 전국민의료보장이 실현되었다. 1990년 6월말 현재 전국민의 91% 정도가 의료보험의 적용을 받고 있으며, 나머지 9%는 의료보호 및 부조의 적용인구로서 전 인구가 의료보장의 대상이 되고있다.

우리나라 의료보험제도의 관리체계는 소득형태, 소득과약률, 의료이용률 등이 유사한 집단별로 보험자를 구성하여 자치운영하도록 하는 다보험자 방식을 선택함으로써 직장근로자를 위한 154개의 조합과 공무원, 사립학교교직원 등을 위한 1개의 전국단위의 공단이 있으며, 농어민과 도시자영업자는 시군구 단위로 각각 137개와 117개의 지역의료보험조합이 관리하고 있다. 그리고 의료보험의 재원은 보험종류별로 각각 다른 방식으로 조달되고 있다. 즉 직장보험의 보험료율은 표준보수월액의 3-8% 범위 내에서 조합 정관에 의해 정해지며 공교보험은 정부와 본인이 1/2씩 부담하고 있고, 지역보험은 소득 외에 자산, 가구원수 등을 고려한 등급별 보험료를 산정하고 있다.

한편 1989년도 의료보험 재정의 총규모는 15,458억원으로서 보험급여비가 12,784억원, 관리운영비가 1,373억원, 기타 1,231억원이었다. 이를 보험자별로 분류해보면 보험종류간 재정의 불균형 현상이 나타남을 알 수 있다. 즉 직장, 공교보험의 재정상태는 흑자인 반면 지역보험은 재정이 불안정하여 지역보험의 경우 1989년에 267억원의 적자를 기록하였고 1990년 8월 현재 136개 조합에 493억원의 적자가 발생하였다(표 1 참조).

표 1. 의료보험 재정현황, 1989

(단위 : 억원)

구 분	직장보험	공교보험	지역보험	
			도 시	농 어 촌
수입	9,481	3,046	2,971	2,339
보험료	8,607	2,718	1,838	1,163
정부지원	—	—	1,107	1,098
지출	8,498	2,621	1,736	2,606
보험급여비	7,037	2,213	1,367	2,167
관리운영비	459	109	366	439
기타	1,002	229	—	—

주 1) 도시지역의 경우 6개월분(1989.7.1- 12.31)에 해당하나 보험급여비는 3개월분에 해당함

자료 : 의료보험연합회, '89의료보험통계연보, 1990.

이같은 보험종류간 재정의 불균형 상태는 의료보험제도의 발전 또는 앞으로 추구해야 할 전국민의료보장 수준의 향상에 크게 제약이 되고 있다. 따라서 보험종류간 재정조정, 혹은 장기적으로 보험재정을 안정시키기 위한 방안이 마련되어야 하리라고 본다.

특히 지역의료보험은 농어민, 영세상인 등 저소득층을 주적용 대상으로 하고 있어서 막대한 규모의 정부지원금에도 불구하고 보험재정의 전망은 밝지 않다. 또한 지역보험의 재정이 안정되지 않는 상태에서는 직장이나 공교보험의 의료보장 수준을 향상시키는 정책을 선택하는 것이 지역보험의 재정을 더욱 악화시키거나 또는 질적 수준의 갭을 가져오는 요인으로 작용할 가능성이 있기 때문에 의료보장제도의 안정적인 정착을 위해서는 무엇보다도 지역의료보험의 재정안정이 선행되어야 한다.

한편 우리나라의 보험급여비는 수진을 증가, 진료비 상승 등의 요인으로

인해 급격히 증가하는 추세이며, 이같은 추세는 45세 이상 인구의 진료비 비중 증대, 만성질환의 진료비 증가, 의료수요의 양적 증가와 질적 다양화 추세로 인해 더욱 심해질 전망이다. 또한 비용에 대한 인식수준은 비교적 낮음에도 불구하고 급여수준의 확대에 대한 요구는 점점 커지는 추세로서, 현재 치료 중심의 요양급여에 치중되어 있는 보험급여를 어떻게, 어느 정도로 확대해야 하느냐 하는 과제가 남게 된다.

우리나라의 의료보호 대상자는 생활보호대상자와 일정 수준 이하의 저소득층으로서 1종, 2종 및 의료부조대상자로 구분되는데 최근에는 생활수준의 향상 등의 이유로 인해 그 대상자수는 감소한 반면 전체 예산은 증액됨으로써 입원 수진율 등 의료보호대상자의 의료이용률이 높아진 것으로 보인다. 그러나 이들의 의료이용시 본인부담률은 1종과 2종 대상자의 1차 진료시에는 해당되지 않으나 2종 대상자 중 대도시 거주자의 2차 진료(입원)시에는 총진료비의 40%, 부조대상자의 1, 2차 진료시에는 각각 2/3와 40%(기타지역의 경우) 혹은 50%(대도시의 경우)로서 의료보험의 본인부담률보다 높다는 문제점을 가진다. 뿐만 아니라 약국이나 한방병의원을 이용하는 것이 보호급여에 포함되지 않는 등 보험대상자에 비해 급여수준이 낮은 것으로 평가되고 있으므로 주로 급여수준에 대한 제고방안이 필요할 것이다.

또한 1987년 2월부터 한방의료보험이, 1989년 10월부터 약국의료보험이 실시되었다. 그러나 한방의료보험의 경우 약제급여품목 및 처방수가 매우 제한적이고 국민들이 선호하는 침약이 급여대상에서 제외되어 있으며, 약국의료보험도 약국 쪽에서는 이익이 줄고 번거롭다는 이유로 보험조제급여에 소극적이고 일반 국민들은 급여 품목수나 투약일수 등의 제한에 대해 불만을 나타내고 있는 실정이므로 이에 대한 해결책이 필요하다.

## ○ 정책방향

전국민의료보장제도를 안정적으로 정착시킨다는 정책목표를 달성하기 위한 7차 5개년 계획기간의 의료보장정책의 방향은 다음과 같은 것이어야

한다.

첫째, 전국민의료보장제도가 안정적으로 정착될 수 있기 위해서는 무엇보다도 지역보험의 재정안정이 필수적으로 전제되어야 할 것이다. 그리고 지역의료보험의 재정을 안정시키기 위해서는 재원을 안정적으로 조달하고, 지방자치시대에 적합한 운영방식으로 개선하며, 정부지원 방법 및 규모를 합리화하는데 주력해야 할 것이다.

둘째, 1991년부터 실시되고 있는 고액의료비 공동부담사업을 통해 보험종류간 재정상태가 불균형한 데서 오는 문제점을 완화하고, 공동기금의 조성을 통해 성인병 검진사업을 실시함으로써 국민의 건강수준을 향상시키며 중장기적인 재정안정방안을 도모한다.

셋째, 점점 높아지는 의료보험 급여확대 요구에 부응할 수 있도록 보험급여의 수준을 내실화하는 정책이 장기적으로 마련되어야 한다. 그러나 급여확대에 대한 요구에도 불구하고 보험료 등 비용부담에 대한 인식이 희박한 상태이므로 단계적으로 급여수준을 확대해나가야 할 것이다.

넷째, 의료보호 급여수준을 제고함으로써 저소득층의 의료접근을 보다 용이하게 하고 보호대상자에 대한 예방사업을 실시함으로써 건강수준을 증진시키며 의료보호기금의 절감효과를 제고한다.

다섯째, 한방 및 약국의료보험에 대한 보다 심층적인 연구를 통해 급여수준을 확대함으로써 국민건강에 실질적인 도움을 줄 수 있는 방안을 모색한다.

#### ○ 정책수단

위와같은 정책방향을 실천하기 위한 정책수단은 다음과 같다.

- 지역의료보험 재원의 안정적 조달
- 지역조합 운영의 개선
- 정부지원 방법 및 규모의 합리화
- 고액의료비 공동부담사업 실시
- 성인병 검진사업 실시
- 비급여 범위의 조정
- 급여기간 상한의 완화

- 본인일부 부담금 상환기준 인하
- 의료보호 급여수준의 확대
- 의료보호 대상자에 대한 예방사업 실시
- 한방의료보험 급여수준의 확대
- 약국의료보험 급여수준의 확대

## ○ 기대성과

7차 5개년 계획 기간 중 최우선적으로 해결되어야 할 과제가 되고 있는 지역의료보험의 재정안정은 전국민의료보장제도의 안정적인 정착에 기여할 것이며, 앞으로의 정책목표가 될 의료보장 수준의 제고를 위한 기초를 마련할 수 있을 것이다. 위에서 언급된 바 있는 정책방향과 수단을 통해 이루어질 것으로 기대되는 성과는 다음과 같다.

첫째, 보험료 부과자료의 확보 및 징수율의 제고 등을 통해 급여비에 상응하는 재원을 조달하고, 지역주민의 자율적인 참여와 효율적인 운영이 이루어지며, 정부의 재정지원을 저소득층에 집중시켜 정부예산 배분상의 형평성과 효율성을 기할 수 있다.

둘째, 이미 실시되고 있는 고액의료비 공동부담사업의 기금징수 및 배분의 기준을 조정함으로써 지역의료보험의 재정안정에 기여하며, 공동으로 조성된 기금으로 35세 이상 연령층의 성인병 검진사업을 실시하여 중년층의 건강증진 및 의료비의 절감효과를 가져온다.

셋째, 국민의 급여수준 확대요구에 부응하기 위해 이미 널리 사용되고 있는 CT 등 비급여 부문에 대한 조정, 급여기간 상한의 완화, 본인일부 부담금 상환기금 인하 등의 조치를 통해 급여수준을 향상시킨다.

넷째 의료보호 및 부조대상자의 본인부담율을 의료보험 수준으로 인하고 한방 및 약국 이용에 드는 비용도 보호급여에 포함시킴으로써 의료보험의 급여수준과 동등한 급여수준으로 향상시킨다.

다섯째, 한방약재의 치료효과와 효능에 대한 임상적인 검증과 한방과 양방의료의 수요대체관계에 대한 연구 등을 통해 급여수준을 확대하고, 의약분업을 이룰 수 있게 하기 위한 약국의료보험을 다양한 방법으로 활성화 시킴으로써 국민의 다양한 요구에 부응할 수 있다.

# 1. 地域醫療保險制度의 財政安定化

## 1.1 財源의 安定的 調達

### 1.1.1 現況

지역보험의 보험료는 기본보험료와 능력비례보험료로 구분되는데 기본보험료는 세대 및 피보험자 1인당 정액을 부과하는 것이고 능력비례보험료는 소득, 재산 및 자동차에 대하여 부과하는 것으로서 소득 및 재산 등은 15~30등급의 범위내에서 부과되고 있다. 비영업용 자동차는 차종 또는 자동차세액을 기준으로 5등급으로 구분하여 지역실정에 맞도록 1,000원에서 8,000원의 범위 내에서 부과하고 있다.

1989년 현재 기본보험료와 능력비례보험료의 배분비율은 <表 1-1>에 제시되어 있다. 즉 도시지역의 능력비례보험료 비중이 농어촌지역보다 약간 높으며, 특히 소득비례분이 높은 편이다. 반면 피보험자당 보험료 비중은 농어촌지역에서 약간 높았다.

표 1-1. 기본보험료와 능력비례보험료의 배분비율

(1989년 12월분 부과기준)

	기본보험료			능력비례 보험료			
	계	피보험자당	세대당	계	소득	재산	기타자산
전 체	55.6	39.4	16.2	44.4	25.3	17.1	2.0
농어촌	58.9	42.4	16.5	41.1	19.3	18.4	3.4
도 시	54.5	38.5	16.0	45.5	27.2	16.7	1.6

자료 : 의료보험연합회, 내부자료, 1990 .

한편 능력비례보험료 부과세대수 중 소득비례 부과세대수는 도시지역이 76%로 농어촌지역의 61%에 비해 높았으나 재산비례 부과세대수의 비율은 농어촌지역이 66%로 도시지역의 41%보다 높은 것으로 나타났다. 기

타 자산비례 부과세대수의 비율은 농어촌지역이 도시지역에 비해 훨씬 높았다. 기본보험료만 부담하는 세대수의 비율은 도시지역에서는 8.5%, 농어촌지역의 경우 9.9%를 차지하고 있다.

표 1-2. 능력비례보험료 부과세대수 비율

(1989년 12월 부과액 기준)

	소득비례	재산비례	기타자산비례
전체	70.9	48.7	10.6
농어촌	60.6	65.8	18.2
도 시	75.6	41.0	7.2

자료 : 의료보험연합회, 내부자료, 1990.

보험료의 부과자료는 소득 및 재산에 관한 과세자료와 주민의 신고자료를 이용하고 있으며 소득세자료는 국세청에서 얻는다. 소득 및 재산에 관한 과세자료의 활용률은 <표 1-3>에 제시된 바와 같이 도시지역이 40%로 농어촌지역의 75%에 비해 상당히 낮은 것으로 나타났다. 반면 주로 주민의 신고에 의한 기타자료 이용률은 도시지역이 57%로 농어촌지역의 17%보다 훨씬 높다.

보험료 징수율은 농어촌지역의 경우 1988년의 81%에서 1989년 91.4%, 1990년 11월 현재 94.9%로 높아졌으며, 도시지역의 경우에는 1989년에 78.6%, 1990년 11월 현재 89.6%였다. 그러나 위의 자료는 수납연도별 징수실적이므로 부과연도별 징수율은 더욱 낮을 것이다. 보험료 체납세대 비율은 1988년 농어촌지역에서는 40.4%, 1989년에는 전체의 11.5%였다.

〈표 1-3〉 소득 및 재산에 관한 과세자료의 활용률

(1990년 5월 기준)

	과세자료세대수			소득및재산	기타자료 세대수	무자료 세대수	적 용 세대수
	소계	소득	재산				
전체	50.8	10.7	17.0	23.1	44.6	8.9	5,483,128
농어촌	75.3	8.6	15.0	51.7	16.9	9.9	1,648,604
도 시	40.3	11.5	17.9	10.9	56.5	8.5	3,834,524

자료 : 의료보험연합회, 내부자료, 1990.

표 1-4. 연도별 징수율

	1988	1989	1990. 11
농어촌지역	81.0	91.4	94.9
도시지역	-	78.6	89.6

자료 : 의료보험연합회, 내부자료, 1990.

농어촌지역의 경우 1989년에 82개 조합에서 평균 19.6%, 1990년에는 136개의 조합에서 평균 30.9%의 보험료 인상이 이루어졌고, 도시지역에서는 1990년에 80개 조합에서 평균 25.4%의 보험료가 인상되었다.

〈표 1-5〉 세대당 월평균 보험료

(단위 : 원)

구 분	1988	1989	1990.9.
농어촌지역	5,249	5,877	7,930
도시지역		8,256	10,536

주 : 보험료는 각 연도의 12월에 부과된 것으로서 국고부담분을 제외한 금액임.

자료 : 보건사회부, 내부자료, 1990.

### 1.1.2 問題点

첫째, 현행 보험료 부과방법의 가장 큰 문제점은 소득 및 재산을 파악할 수 있는 자료의 부족으로서 국세청 및 지방행정기관과의 전산연계가 이루어지지 않아서 자료의 이용률이 낮은 점이다. 또한 금융실명제 및 종합토지세제의 미실시로 인해 금융자산소득이나 다른 지역에 있는 토지에 대한 보험료가 부과되지 않아서 부담의 형평성이 보장되지 않을 뿐 아니라 재원확보에 어려움을 주고 있다. 그리고 피용자보험과 비교할 때 개인의 소득이나 자산상의 변화가 곧바로 보험료 부과자료에 반영되기 어렵다.

둘째, 도시지역의료보험은 시행기간이 짧아서 징수율이 아직 낮은 편이다. 보험료 고지시기와 납부기한간의 시차가 커서 납부기일을 잇는 경우가 많은 것으로 지적되고 있다. 또한 피보험자의 지역간 또는 보험종류간 이동에 따르는 정보의 교환이 신속히 이루어지지 못하고 있다.

셋째, 수진율의 증가, 건당진료비의 상승 등으로 인해 보험급여비가 급속히 증가하고 있어서 매년 보험료의 인상이 불가피한 실정이다. 즉 지역보험의 보험료 수입은 소득비례에 의한 정률방식이 아니라 등급별 정액방식이기 때문에 보험료 수입은 거의 일정한 수준이므로 급여비가 상승함에 따라 보험료를 인상할 수 밖에 없는 구조적인 문제를 안고 있는 것이다.

### 1.1.3 實績評價

첫째, 일정수준 이상의 전(월)세 보증금에 대해서 재산비례 보험료를 부과하여 형평성을 유지하기 위해 노력하고 있다.

둘째, 저소득세대 및 오·벽지 주민의 보험료를 경감하고 있다. 경감대상 저소득세대는 총적용세대의 5% 이내로 하고 세대별 보험료액의 50% 이내로 경감하고 있으며 오·벽지 주민은 총적용세대의 2% 이내의 세대에게 세대별 보험료액의 50%를 경감하고 있다.

셋째, 15등급이던 소득 및 재산의 부과기준을 1991년부터 30등급으로 세분함으로써 부담의 형평성을 기하였다. 그러나 전체적으로 소득 및 재산 수준이 낮은 지역은 조합이 15, 20, 25등급 중에서 자율적으로 결정하도록 하였다.

넷째, 보험료 고지시기와 납부시기의 간격으로 인한 체납을 줄이기 위해 서 전월말일까지 납부고지하던 매월 보험료를 당월 15일까지 납부하는 방식으로 바꾸었다.

다섯째, 1990년 8월부터 서울의 일부 조합에서 국세청의 소득세자료를 전산연계한 결과 유자료 세대수가 증가하였다. 즉 6개 지역의 평균 소득세 자료 이용률이 약 10%에서 26%로 높아졌다.

#### 1.1.4 基本方向

지역의료보험에서의 재원확보의 어려움은 피보험자의 소득원이 다양하여 소득 파악이 어렵고 소득발생시기가 비교적 비정기적일 뿐 아니라 원천징수가 불가능하다는 데서 찾을 수 있다. 따라서 앞으로의 기본방향은 가능한 모든 자료를 확보하기 위해 전산연계의 강화, 소득과세자료가 없는 피보험자의 소득을 측정할 수 있는 자산조사(means test)방법의 개발, 징수방법의 개선, 홍보 강화 등을 통해 보험급여비에 상응하는 재원을 확보토록 하는 것이어야 한다.

#### 1.1.5 細部推進計劃

첫째, 매년 능력비에 보험료의 부과자료를 조정해야 하므로 부과기초자료가 정기적으로 제공될 수 있도록 행정적 협조체제를 유지할 수 있는 제도적인 방안이 마련되어야 한다. 즉 소득세와 사업소득세의 경우 국세청과의 전산연계를 추진하고 재산세 및 종합토지세는 내무부 지방세제국과의

전산연계를 추진한다.

둘째, 자료이용률의 제고에 의해 능력비례 보험료의 비중을 높이고, 보험료 산정기준을 단순화시키는 방법의 연구를 통해 피보험자간 보험료산정에 따른 불평소지를 줄인다. 또한 지방국세청의 협조를 얻어 지역에 산재해있는 소규모의 개인업종별 소득표준률을 산출하여 지역조합에서 부과자료로 이용할 수 있도록 한다.

셋째, 고소득층에 속하는 자영자의 소득상한액을 현행보다 상향조정하여 보험료 수입증대 및 부담의 형평성을 제고한다. 이같은 조치는 피용자보험에서 표준보수월액의 상한을 폐지한 것과 같은 취지로 이루어져야 한다.

넷째, 보험료 징수율을 높이기 위한 방법으로 보험료를 수도, 전기, 가스, TV 시청료 등을 포함한 공과금 고지서에 통합시켜 징수하는 방법을 추진한다. 또한 홍보활동을 강화하여 부과기준 징수율을 94% 수준으로 유지하고, 장기체납세대에 대한 체납처분 등 적극적인 징수활동을 통하여 체납세대비율을 낮춘다. 체납세대에 대한 명단을 작성하여 각종 허가 및 증명서류 신청시, 금융기관의 대출시에 체납보험료를 징수할 수 있도록 제도화한다. 한편 체납세대에 대한 조사를 통해 납부 능력이 없는데서 오는 체납으로 확인될 경우에는 의료보호대상자로 전환시키도록 한다.

다섯째, 보험급여비의 증가추세와 지역주민의 부담능력을 고려하여 보험료를 적정수준으로 조정한다. 보험재정의 현황을 주민에게 분기별로 공개하고 지역주민의 대표가 참여하는 운영위원회에서 보험료 인상을 검토하여 합의를 도출한다.

## 1.2 地域組合 運營의 改善

### 1.2.1 現況

1989년말 현재 지역보험은 117개의 도시지역조합, 137개의 농어촌지역

조합으로 구성되어 있다. 지역조합의 46.7%가 적용인구 4만명 미만, 도시지역의 35.1%가 적용인구 6만명 미만의 소규모 조합이다. 특히 농어촌지역조합의 경우 이농현상으로 인하여 적용인구 4만명 미만인 조합의 비율은 1988년의 42.9%에 비해 1989년에는 3.8%나 증가했다.

표 1-6. 적용인구 규모별 조합현황

		1988	1989
농어촌지역	2만명 미만	6(4.3)	7(5.1)
	2만-4만명 미만	54(38.6)	57(41.6)
	4만-6만명 미만	45(32.2)	44(32.1)
	6만-8만명 미만	23(16.4)	19(13.9)
	8만-10만명 미만	9(6.4)	6(4.4)
	10만명 이상	3(2.1)	4(2.9)
도시지역	3만명 미만		16(13.7)
	3만-6만명 미만		25(21.4)
	6만-9만명 미만		16(13.7)
	9만-12만명 미만		18(15.4)
	12만-15만명 미만		15(12.8)
	15만-18만명 미만		5(4.4)
	18만-21만명 미만		8(6.8)
	21만-24만명 미만		4(3.4)
24만명 이상		10(8.5)	

자료 : 의료보험연합회, 지역의료보험결산현황, 1989, 1990.

관리운영비는 1988년에는 당해연도 보험급여비의 28.2%였고 1989년에는 도시지역은 26.8%, 농어촌지역은 22.5%로서 제도 실시 2년째인 농어촌지역조합의 관리운영비 비율은 1988년에 비해 5.7% 감소했다. 적용인구 1인당 관리운영비는 농어촌지역의 경우 1988년에는 5,615원, 1989년에는

6.763원이었으나 도시지역의 1989년의 1인당 관리운영비는 2,910원이었다.

표 1-7. 보험급여비 대비 관리운영비의 비율

(단위 : %, 원)

	1988	1989
농어촌지역	26.8(2,910)	22.5(4,204)
도시지역	—	26.8(2,910)

주 : ( )안은 적용인구 1인당 관리운영비임.

자료 : 의료보험연합회, 지역의료보험결산현황, 1989, 1990.

지역조합의 대표이사는 주민대표로 구성된 조합운영위원 중에서 호선하여 시·도지사의 승인을 받아 취임하게 되어있다. 조합의 운영위원은 조합원인 지역주민 중에서 조합정관이 정한 단체, 즉 동별 지역의료보험지원협의회, 시·군(구)정 자문위원회, 시·군(구) 의사회, 시·군(구) 약사회 등에서 자율적으로 선출하며, 각 조합별로 20명 내지 30명으로 구성되어 있다.

### 1.2.2 問題点

첫째, 지역조합의 규모가 작기 때문에 상대적으로 관리운영비가 증가하고 위험분산 효과도 줄어든다. 특히 농어촌인구는 앞으로도 계속 감소될 것으로 전망됨에 따라 농어촌지역조합의 규모는 더욱 작아지고 관리운영비의 비율 증가에 따른 재정불안요인이 가중되며 위험분산 효과도 제한될 것이다.

둘째, 지방자치제 실시에 따라 비민주적이거나 비합리적인 운영방식에 대한 지역주민의 불만이 의료보험 자체에 대한 불만으로 이어질 가능성이 높다. 즉 대표이사의 출신이 특정 정당이나 공무원, 농협, 수협, 지역금융기관 등 의료보험 분야와는 상관이 없는데서 오는 전문성의 결여, 조합적

원의 관료적이고 고압적인 자세로 인해 지역주민의 의사가 충분히 반영되기 어려운 점 등이 문제점으로 부각될 수 있다.

셋째, 조합직원에 대한 교육 및 연수의 기회가 매우 부족한 실정이어서 조합의 관리능력을 향상시키는데 장애가 될 뿐 아니라 지역주민에게 보험급여에 관한 전문지식을 제공한다는지 하는 지역주민의 보험이용상의 편의를 도모하는 기능이 제한된다.

### 1.2.3 實績評價

첫째, 제도실시 초기에 비해 조합 대표이상 선임과정이나 운영위원회 구성 등의 측면에서 비민주적이고 비합리적, 비자율적인 운영방식이 다소 개선되었다. 즉 대표이사의 경우 운영위원회 중에서 호선하여 보사부장관의 승인을 받도록 되어있던 것을 시·도지사의 승인사항으로 위임하였다.

둘째, 지역보험의 관리조직은 주민 상호간 연대, 공동체의식을 통해 자율운영과 행정지원의 조화를 유지할 수 있도록 지방행정기관과 연계운영이 가능하도록 시·군·구 단위로 조합을 구성하였으나 주민들의 참여의식이나 자율운영 등에 있어서 미흡한 점이 많으므로 지방자치제 실시와 함께 자율적 운영이나 참여의식 등이 고조될 것으로 전망된다.

셋째, 농어촌지역 조합의 경우 지역주민들의 의료보험에 대한 인식변화와 조합직원들의 노력으로 1990년 11월 현재 94.9%의 징수율을 기록할 수 있었다.

### 1.2.3 基本方向

지방자치제 시대에 적합한 자율적 운영을 보장하기 위한 법적, 제도적 정비를 실시하고, 각 지역의 특수성을 고려하여 주민의 참여의식을 높이고 조합운영의 효율성을 기하도록 한다.

## 1.2.4 細部推進計劃

첫째, 지방자치제가 실시될 경우 의료보험에 대한 지방자치단체의 역할을 증대시켜나가야 할 것이다. 즉 지방자치단체가 보험료의 부과자료 확보, 전출입사항 등과 관련된 업무를 적극적으로 지원하며 관리운영비 등 의료보험에 대한 재정지원을 점차적으로 증가시킴으로써 지역주민의 복지향상에 기여하며 조합과의 유기적인 협조체제를 유도할 것이 요구된다.

둘째, 지역주민 등을 대상으로 조합에 대한 공동체적 인식을 제고하고 보험재정에 관한 인식을 높이기 위한 방법으로 조합의 재정상태를 보고하고, 의료기관의 진료비 청구내역을 주민들에게 통보함으로써 비용의식을 높이고 의료기관의 과잉청구를 간접적으로 억제하는 효과를 가져오도록 한다.

셋째, 자격상실, 체납 등의 이유로 인해 보험급여 자격을 갖추지 못한 경우임에도 불구하고 사전체크의 어려움 때문에 급여가 이루어지는 사례가 증가하고 있다. 따라서 조합별로 보험급여에 대한 사후관리를 강화함으로써 보험급여비의 부당한 지출을 최소화한다. 이를 위해서는 사후관리 담당인력을 보강하며 사후관리의 요령 등에 대한 교육을 실시한다.

넷째, 지역주민의 빈번한 전출입이나 자격변동에 의해 보험료부과상의 어려움이 있기 때문에 전출입시 구거주지 조합에서 신거주지 조합으로 부과자료, 자격 사항 등 제반 관련서류를 송부토록 한다. 즉 지역조합간 또는 보험종류간 정보의 교류가 원활히 이루어질 수 있도록 상호협력체제를 제도화한다.

다섯째, 농어촌 지역조합의 규모가 작은데서 오는 위험분산효과의 미약 등 제반 문제점을 해소하기 위한 대책을 마련한다.

## 1.3 政府支援 方法 및 規模의 合理化

### 1.3.1 現況 및 問題點

지역의료보험에 대한 정부지원규모가 계속 증가추세에 있다. 1988년에는 농어촌지역에만 946억원이 지원되었으며, 1989년에는 도시지역에 대한 6개월간의 지원을 포함하여 1,328억원으로 증가했고, 1990년에는 3,647억원으로 대폭적인 증가가 이루어졌다. 1991년의 예산은 5,750억원으로 전년도 대비 57.7%의 증가율을 보이고 있으며, 보건사회부 예산의 42.1%를 차지하고 있다.

표 1-9. 정부지원의 현황

(단위 : 억원, %)

구 분	1988	1989	1990	1991
보사부 예산(A)	7,149	9,282	11,391	13,658
증가율		29.8	22.7	19.9
의료보장예산(B)	2,656	3,362	5,595	7,480
증가율		26.6	66.4	33.7
지역의료보험	946	1,328	3,647	5,750
증가율		40.4	174.6	57.7
의료보호 및 부조	1,710	2,034	1,948	1,730
증가율		18.9	-4.2	-11.2
B / A	37.2	36.2	49.1	54.8

주 : 1991년도분은 예산액임.

자료 : 한국보건사회연구원, 사회복지발전 종합계획, 1990. 12.

보험급여비에 따라 정부지원의 규모를 결정하는 방식으로 인해 급여비의 증가속도가 빠를수록 정부지원금의 인상폭도 커질 수 밖에 없다. 또한 의료보장지출이 보건사회부 예산의 절반 이상을 차지하고 있어서 타부문

복지사업 확충을 위한 예산확보의 어려움이 야기되고 있다.

보조금에 대한 기준이 분명히 설정되어 있지 않기 때문에 재정적자가 생기더라도 정부가 지원해 줄 것이라는 인식을 갖게 함으로써 정부지원의 비용 효과성에 대해 문제를 제기하게 된다. 또한 현행 지원방식이 소득수준과 관계없이 세대 및 피보험자수를 기준으로 하고 있어 소득수준이 낮은 계층에 대한 보조가 상대적으로 적다는 형평상의 문제가 제기된다.

### 1.3.2 實績評價

정부는 처음에는 지역보험의 관리운영비를 전액 지원하고, 저소득층의 보험료 경감을 위해 필요한 금액을 지원하려는 계획을 세웠으나 대상 저소득층을 선정하는데 따르는 행정상의 어려움 때문에 관리운영비를 포함한 총지출의 35%를 일률적으로 부담하는 방식을 택하였다가 지역보험 대상주민들의 요구에 의해 정부지원률을 35%에서 50%로 인상하였다. 그러나 실제 정부지원의 규모는 1989년 현재 농어촌지역에서 42% 수준에 머물렀다.

### 1.3.3 基本方向

정부지원 규모의 증가속도를 최소한으로 유지하면서 정부의 재정지원이 저소득층에게 집중되게 함으로써 예산배분의 형평성과 효율성을 기하도록 한다.

### 1.3.4 細部推進計劃

첫째, 현행 세대 및 피보험자수를 기준으로 일정액을 정부가 보조해주는 방식은 형평성의 문제를 제기하므로 소득수준에 따라 보조해주는 방식으

로 전환한다. 이때 소득수준이 정확히 밝혀지지 않는데서 오는 행정상의 어려움이 있으나, 현행 보험료부과방식에서 사용되고 있는 등급을 활용하는 방안도 고려해볼 수 있다. 이에 대해서는 연구결과를 토대로 하는 구체적인 방안을 마련한다.

둘째, 지방정부가 관리운영비의 일부를 지원하는 방안을 모색하며 우선 재정자립도가 높은 지역에서부터 실시한다.

## 2. 財政安定共同事業 實施

### 2.1 高額醫療費 共同負擔事業

#### 2.1.1 現況과 問題點

보험종류간 재정불균형이 심화되고 있어서 의학기술의 발달 및 만성질환의 증가에 의해 계속 증가하는 고액의료비에 대해 공동으로 대처할 것이 요구되고 있다. 따라서 모든 보험자의 재정조정을 통해 고액의료비를 공동부담함으로써 보험재정의 불균형을 완화하고자 하는 목적 하에서 1991년부터 모든 보험자로부터 징수한 부담금을 재원으로 하는 고액의료비 공동부담사업을 실시하고 있다.

고액의료비 공동부담사업을 위한 부담금은 직장보험과 공교보험은 전년도 결산기준의 연간 보험료 수입 결정액의 5%를, 지역보험은 정부지원액을 제외한 전년도 보험료 수입액의 90%의 금액에 대한 5%를 부과하여 분기별로 정액각출하여 조성되며, 건당진료비 중 보험자 부담액이 100만원을 초과하는 금액을 부담한다. 이같은 고액의료비 공동부담사업은 상대적으로 재정상태가 취약한 지역보험에 플러스 요인으로 작용할 것으로 추계되는데, 그 이유는 지역보험은 고액진료건수가 직장보험이나 공교보험에

비해 적은데도 불구하고 기금부담액이 상대적으로 낮기 때문이다.

그러나 현행 5%의 할당율로는 보험자 부담액이 100만원을 초과하는 고액의료비 모두를 커버하기 어렵다. 이 문제를 해결하기 위해서는 기금의 할당율을 높이든지 혹은 고액의료비의 배분기준을 현행 100만원보다 높이는 방안이 마련되어야 할 것이다. 또한 지역보험의 조합 중에는 고액의료비 공동부담사업을 통해 오히려 재정적 손실이 예상되는 조합도 있으므로 이에 대한 대책이 요구된다.

### 2.1.2 基本方向

공동부담사업이 제 기능을 다할 수 있도록 하기 위해서 지적된 문제점에 대한 구체적인 분석을 통해 현행 기금 징수율과 배분기준에 대한 조정 및 재정적 손실이 예상되는 지역조합에 대한 방안을 마련한다.

### 2.1.3 細部推進計劃

1991년부터 고액의료비 공동부담 사업이 실시되고 있으므로 이에 대한 결과분석을 토대로 하는 구체적인 개선방안을 마련하고 소득계층별로 고액의료비기준에 차등을 두는 안도 검토한다.

## 2.2 成人病 檢診事業

### 2.2.1 現況 및 問題点

최근 40대 이상의 만성질환으로 인한 건강문제가 사회적으로 대두되고 있으며 이로 인한 의료비의 증가 또는 심각해질 전망이다. 그러나 성인병의 특성으로 미루어볼 때 사후치료보다는 사전예방이 훨씬 중요하고 비용효과적이다. 따라서 성인병을 조기에 발견하기 위한 성인병 검진사업을 실시할 경우 단기적으로는 의료비를 높일 가능성이 없지 않으나 중장기적으로는 의료비 절감효과를 가져올 것이다.

현재 우리나라에서는 공교보험 및 일부 직장보험조합에서만 예방을 위

한 건강진단이 행해지고 있으며, 적용범위도 피보험자에게만 한정되어 있는 실정이다. 또한 지역보험의 현재 재정상태로는 성인병 검진사업을 실시할 여력이 전혀 없는 상태이다.

## 2.2.2 基本方向

보험종류간, 피보험자와 피부양자간, 계층간의 차이가 없이 전국민을 대상으로 하는 성인병 검진사업을 실시하기 위한 공동기금을 조성하여 35세 이상 인구에게 성인병 검진사업을 실시토록 한다.

## 2.2.3 細部推進計劃

첫째, 성인병 검진사업을 위한 공동기금을 조성하는 방법은 다음의 2가지 대안을 검토한 후 선택한다.

### [대안 1] 준비금적립금의 자산운용을 통한 기금조성

조합별 준비금적립금을 보험급여비의 100%에 달할 때까지 의료보험연합회로 이관하여 통합자산 운영을 통한 수익금을 기금으로 한다. 이때 준비금적립금을 집중관리하는데서 오는 포트폴리오(portfolio)에 의한 수익의 증대효과를 기대할 수 있을 것이다. 이같은 기금 조성방법은 단기적으로는 적립률의 격차로 인한 조합간 갈등의 소지를 제공할 가능성이 있으나 장기적으로는 모든 조합이 적립률 100%의 동일한 기여를 하게 되는 것으로 불만이 해소될 수 있을 것이다.

### [대안 2] 담배 판매수입금의 일부를 통한 기금조성

전매수입의 5%를 성인병 검진사업을 위한 공동기금으로 조성한다. 담배 판매수입의 일부를 성인병 검진사업에 위한 기금으로 조성한다는 안의 당위성은 각종 기관지 질환 및 폐암 등의 발생이 흡연과 밀접한 관계가 있다는 점이 국내외적으로 입증되고 있을 뿐 아니라 직접, 간접흡연이 국민 건강에 미치는 사회비용을 감안할 때 담배 판매액의 일정비율을 국민건강수준의 향상을 위해 사용해야 한다고 보여지기 때문이다. 즉 담배포장지에

경고문을 게재하는 식의 소극적인 자세에서 벗어나 판매수입금의 일부를 기금으로 조성하는 적극적인 방법을 통해 국민건강유지에 기여해야 할 필요가 있을 것이다. 위와 같은 방법으로 조성된 기금은 의료보험연합회에서 관리 및 운영한다.

둘째, 성인병 검진사업을 위해 조성된 기금은 35세 이상 인구를 대상으로 암, 당뇨병, 신장질환, 간질환, 고혈압 등의 5대 성인병을 주요대상으로 하는 질환을 검진하는데 사용한다. 성인병 검진은 건강진단 전문기관인 한국건강관리협회가 주최하여 실시할 수 있도록 인력, 시설, 장비 등을 확보토록 한다.

셋째, 성인병 검진사업을 실시하기 위한 소요재정 추계결과는 다음 표에서 제시되어 있다.

표 2-1. 소요재정 추계

(단위 : 억원)

구 분	1992	1993	1994	1995	1996
수입					
대안 1	1,806	2,048	2,291	2,547	2,823
대안 2	1,217	1,391	1,590	1,817	2,077
지출	1,231	1,268	1,317	1,371	1,403

주 : 1) 대안 1은 지역의료보험의 누계 준비금적립률을 1992년에 11.6%, 1993년 13.5%, 1994년 16.1%, 1995년 19.3%, 1996년에 23.3%로 기금의 연 수익율은 12%로 가정한 것임.

2) 대안 2에는 외국산 담배의 판매수입분이 계상되어 있지 않음.

3) 지출액은 공교보험의 예에 비추어 수검율을 90%로 가정한 것이며, 1인당 검진료는 1990년 성인병예방사업의 1인당 검진비 단가인 8,400원을 기준으로 하여 매년 10%씩 증가하는 것으로 가정한 것임.

- 4) 지출액을 초과하는 수입액은 65세 이상 노인의 외래진료시 본인 부담액의 50%를 보조하고, 그래도 여유가 있을 때에는 조합의 일시적 적자에 대한 대여사업을 실시함으로써 의료기관에 대한 진료비 체불로 인한 불만을 해소할 수 있을 것임.

### 3. 保險給與의 內實化

#### 3.1 非給與範圍의 調整

##### 3.1.1 現況 및 問題点

의료보장을 사회보험방식으로 시행하고 있는 국가들은 예외없이 보험급여의 원인이 되는 보험사고의 범위를 엄격히 규제하고 있다. 의료보험에서 보험사고로 포함되는 범위는 통상적으로 질병·부상·분만 또는 사망이 되는데 우리나라 의료보험법에도 그렇게 규정하고 있다.

따라서 이 범위에서 제외되어 있는 부분이 비급여대상이 되는데 그 수준은 국가마다 일정하지 않다. 우리나라의 경우 질병 또는 부상에 대하여 요양급여를 함에 있어 치료목적이 아니거나 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 그리고 의학적·경제적·사회적으로 타당하지 않거나 보편화되지 않은 진료는 비급여대상으로 하여 진료비용을 본인이 전액 부담하도록 하고 있다.

〈표 3-1〉은 1983~89년 1월 기간동안 의료보험관리공단에 이의 신청된 진료비내역중 비급여 내역을 분석한 것인데, 이에 따르면 우리나라의 의료보험 총진료비에 대한 비급여부담률은 입원 25.4%, 외래 32.9%에 이르는 높은 수준인 것으로 나타나고 있다.

표 3-1. 의료기관별 본인부담률

(단위 : %)

구 분		계	보험급여율	본인부담율		
				소 계	본인부담율	비급여부담율
전 체	입 원	100	59.7	40.3	14.9	25.4
	외 래	100	33.0	67.0	34.1	32.9
종합병원	입 원	100	60.5	39.5	15.1	24.4
	외 래	100	31.9	68.1	38.9	29.2
병 원	입 원	100	57.6	42.4	14.4	28.0
	외 래	100	22.2	77.8	33.7	44.1
의 원	입 원	100	50.2	49.9	12.5	37.4
	외 래	100	43.1	56.9	19.4	37.5

비급여대상의 설정은 불필요한 진료와 수진을 억제하므로써 보험재정의 안정에 기여한다는 긍정적 평가가 일반적이다. 그러나 보험료의 대가로 보험급여가 이루어지는 것이므로 추가적인 금전적 부담은 보험이론에 거역되는 것이라는 반론도 만만치 않다. 특히 우리나라의 본인부담수준은 지나치게 과도하다는 불만이 점점증하고 있어 이의 조정이 정책과제로 등장하고 있다.

### 3.1.2 實績 評價

제6차계획기간중의 의료보험분야에 대한 최우선과제는 적용대상을 전국민으로 확대하는 일이었다. 전국민 의료보험을 실현하는데 모든 노력을 경주할 수 밖에 없는 상황에서 비급여 범위의 조정과 같은 급여의 내실화는 우선순위에서 밀려날 수 밖에 없었고, 실제로 이 부분은 의료보험 계획에서 제외되어 있다.

유일하게 예방보험급여의 확대계획이 공중보건관리 항목에 반영되어 있

을 뿐인데, 그 내용은 첫째, 신생아에게 간염등 고가예방접종의 보험적용을 실시한다는 것, 둘째 정기건강진단의 실시대상과 검진항목을 확대한다는 것이다. 그러나 첫번째의 신생아에 대한 고가예방접종의 보험적용은 6차계획기간중에 실현되지 못하였고, 정기건강진단의 실시대상과 검진항목의 확대만이 1990년도부터 보건예방사업의 일환으로 실시되기에 이르렀다.

보건예방사업의 사업내용 및 실시대상자는 다음과 같다.

사업내용	대상자
보건교육 및 홍보사업	피보험자 및 피부양자
성인병 예방 사업	35세 이상 피보험자 및 피부양자
부인과 검진사업	기혼여성(피보험자 및 피부양자)
기생충 감염자 투약사업	피보험자 및 피부양자
간염예방사업	피보험자 및 피부양자

### 3.1.3 基本方向

의료보험의 목적이 과도한 의료비지출에 의한 가계의 부담을 경감시키는데 있다고 할 때, 우리나라의 넓은 비급여 범위는 당연히 조정되어야 할 것이다. 그러나 보험급여의 확대는 바로 보험료의 부담증가로 직결되므로 이를 조정하는데는 신중을 기하여야 한다.

결국 비급여 범위의 조정은 가계부담의 압박을 완화시키면서 과중한 보험료의 부담이 수반되지 않는 적정수준에서 이루어져야 할 것인데, 이를 실현하기 위한 기본방향은 다음과 같이 설정될 수 있다.

첫째, 가계부담의 완화를 통하여 소비자의 고도의료에의 접근을 용이하게 하는 고가의료장비대책이 강구되어야 할 것이고, 다음으로 생활환경 및 질병양상의 변화에 대응할 수 있는 급여내용의 조정이 고려되어야 할 것이다. 그러나 위의 대책들은 곧바로 보험재정의 불안정에 직결될 우려가

농후하므로 전체 의료비의 증가를 상쇄할 수 있는 비용 절약적인 예방보건 및 건강증진대책이 동시에 강구되어야 한다.

### 3.1.4 細部推進計劃

앞의 기본방향에서 제시된 세가지 원칙, 즉 과중한 본인부담에 의한 가계부담의 경감, 생활환경 및 질병양상의 변화에의 대응 그리고 예방보건 및 건강증진을 달성하기 위한 구체적인 추진계획은 다음과 같다.

먼저 가계부담의 경감과 의료의 효율성을 동시에 제고시킬 수 있는 방안으로 비급여대상인 고가의료장비의 선별적 보험급여화를 추진한다. 이 경우 선별기준은 의학적 효율성과 보편성의 원칙이 적용되어야 할 것인데, 이 기준에 합치되는 고가장비로는 진단치료효과가 의학적으로 인정되어 이미 그 사용이 보편화되어 있는 컴퓨터 단층촬영장치와 초음파영상진단장치가 고려될 수 있다.

다음으로 생활환경 및 질병양상의 변화에 대응하기 위해 현재의 급성질환 치료중심의 급여체계에 있어 만성질환 및 재활부문의 비중을 높여야 한다. 구체적으로 만성병에 대해서는 왕진과 재택간호를 급여대상에 포함시킬 필요가 있는데, 이것은 의료 서비스의 적절성을 유지할 뿐만 아니라 불필요한 입원을 억제하는데도 공헌할 것이다. 한편 재활급여의 수준이 실질적인 효용을 갖기 위해서는 한정된 재활치료의 급여 범위를 확대하고 보장구(補裝具)의 이용도 급여화하여야 한다.

끝으로 예방보건과 건강증진은 질병예방을 위한 가장 합리적이고 효율적인 수단이므로 7차계획기간중의 중점사업으로 추진할 필요가 있다. 이를 위해서는 현재 보험자에게 적용하고 있는 적립금 70%이상의 제한규정의 완화조치가 선행되어야 한다.

## 3.2 給與期間 上限의 緩和

### 3.2.1 現況 및 問題點

의료보험의 요양급여는 보험사고인 질병이나 부상으로 인한 노동력 상실의 회복될 때까지 계속하는 것이 원칙이며 실제로 급여기간에 제한을 두는 선진국은 미국을 제외하고는 드물다. 그러나 우리나라의 경우 보험재정의 안정이라는 측면을 고려하여 급여기간에 제한을 가하고 있다.

현행 의료보험법 제30조와 공무원 및 사립학교교직원의료보험법 제27조 제2항에 의하면 “보험자가 비용을 부담하는 요양급여의 기간은 연간 180일 이내로 한다. 다만 폐결핵으로 요양급여를 받은 경우에는 그 기간에 산입하지 아니한다.”고 규정하고 있다. 그러나 동법 제30조 제2항에는 “제1항의 규정에 불구하고 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 보건사회부장관이 정하는 금액 미만일 경우에는 보험자는 그 금액에 달할 때까지 급여기간을 연장할 수 있다.”고 규정하고 있다. 현재 보사회장관이 정하는 금액은 30만원으로 되어 있기 때문에 연간 180일이 초과되더라도 이 금액에 달할 때까지 급여기간을 연장할 수 있게 되어 있다.

〈표 3-2〉는 1989년도 공교의료보험의 180일 초과 현황을 나타낸 것인데, 이에 따르면 전체적용인구에 대한 급여기간 초과인원의 비율은 1.1%인 것으로 밝혀지고 있다.

현행 급여기간제한제도의 문제점으로는 고액진료비가 발생하는 중증환자는 급여기간에 상당히 제한 받는데 비하여, 경증환자는 급여기간에 제한을 받지 않거나 별 영향을 받지 않는다는 점이 지적될 수 있다. 의료보험의 주요 기능이 가계를 압박하는 진료비에 대하여 급여를 하는데 있다고 한다면, 중증환자에게 불리하게 작용하는 현행 제도는 개선되어야 할 것이다.

표 3-2. 급여기간 초과인원 현황(1989)

(단위 : 천명)

적용인구	요양급여기간 180일 초과인원			
	소 계	보험자 부담급여비 30만원 이하	사전관리 <sup>1)</sup>	실제인원
4,471	48 <sup>2)</sup>	29	5	14
	(100)	(60.4)	(10.4)	(29.2)

주 1) 사전관리라 함은 분만일수, 동일일에 입원·외래의 이중계산, 다른 상병으로 인한 중복계산, 만성신부전증의 산정특례, 결핵으로 인한 진료일수 등을 진료일수에서 제외하여 조정하는 경우임.

2) 적용인구에 대한 180일 초과인원은 1.1% 임.

### 3.2.2 實績評價

의료보험법 제정 당시의 요양급여기간은 “요양급여가 개시된 날로부터 6개월 이내로 한다”고 규정되어 있어, 동일 상병으로 입원이건 외래건 계속 치료를 하여 6개월이 경과하기만 하면 급여를 하지 않도록 되어 있었다. 여기에는 휴진과 투약중단의 기간도 포함되어 있어서 논란의 소지가 많았는데, 그후 정부는 몇 차례의 의료보험법 개정과정을 통하여 급여기간 제한에서 파생되는 문제점들을 해소하려고 노력하였다.

일련의 개정과정을 통하여 당초의 무차별적인 6개월 이내의 급여기간이 동일상병에 대한 180일 이내로, 다시 상병 구분없이 연간 180일 이내에서 매년 급여를 받을 수 있도록 개선되었다. 그러나 상병에 따른 불평등의 문제가 다시 제기되었고, 정부는 이 문제를 시정하기 위해 의료보험법을 개정하였다.

제6차계획기간중인 1987년 12월의 법개정에서 현행의 연간 180일이 초과되더라도 보건사회부장관이 정한 30만원 미만의 금액일 경우에는 보험자가 그 금액에 달할 때까지 급여기간을 연장할 수 있도록 조치하였다.

### 3.2.3 基本方向

원칙적으로 의료보험의 요양급여는 급여기간에 제한없이 질병이나 부상이 완치될 때까지 계속되는 것이 바람직함은 두말할 필요조차 없다. 그러나 현실적으로는 보험재정의 안정이라는 측면에서 요양급여기간의 제한을 고려하지 않을 수 없으며, ILO도 임의보험에서 사회보험으로 전환하는 국가들에게 최소한 6개월 이상의 급여를 실시하도록 권고하고 있다.

결국 급여기간의 상한을 완화하는 문제도 앞의 비급여 범위의 조정에서와 마찬가지로 가계부담의 경감과 보험재정의 안정을 여하히 조화시키는가 하는 데로 귀결된다. 그러니까 보험재정이 허용하는 한도내에서의 급여기간 상한의 완화가 이루어져야 할 것인데, 이때의 기본방향은 다음과 같이 설정되어야 한다.

첫째, 우리나라 의료보험 특히 지역의료보험의 취약한 재정 형편 및 불필요한 의료이용을 억제하는 수단으로 급여기간의 제한조치는 제7차계획기간중에 존속시킨다. 둘째, 가계부담의 경감을 제고시킬 수 있도록 현행 규정의 모순점과 미비점을 수정, 보완한다.

### 3.2.4 細部推進計劃

급여기간의 상한은 현행대로 존속시키면서 가계부담의 경감을 도모할 수 있는 방안에는 두가지가 고려될 수 있다. 하나는 급여기간의 제한에서 제외되어 있는 상병 대상을 확대하는 것이고, 다른 하나는 보건사회부장관이 정하는 보험자부담 금액을 인상하는 것이다.

전자의 급여기간 제한에서 제외되어 있는 상병은 현재 의료보험대상으로는 폐결핵만이 유일하게 적용되고 있을 뿐이며, 만성신부전증, 혈우병의 경우에는 투약일수를 산입하지 않고, 분만일수도 산정일수에서 제외하고 있다. 후자의 보건사회부장관이 정하는 보험자부담 금액은 30만원으로 되

어 있는데 이같은 규정은 질병양상의 변화라는 측면에서나, 경제수준의 향상이라는 측면에서 볼 때 지극히 비현실적인 것이어서 제7차계획기간중에 다음과 같이 개선하도록 한다.

먼저 급여기간제한에서 제외되는 상병대상을 폐결핵 이외에 당뇨병, 고혈압, 암 등 장기치료를 요하는 만성퇴행성 질환으로 확대한다.

다음으로 보건사회부장관이 정하는 보험자의 부담 금액 30만원은 이 규정의 개정 당시와 제7차계획기간 사이의 제반 여건의 변화를 감안하여 상향조정할 필요가 있다. 1986년부터 1989년까지의 추세대로 급여율이 증가한다면 1992년에는 급여율의 증가분만을 반영시켜도 40만원이 되어야 하므로 이 금액은 제반 여건의 변화에 부응할 수 있도록 탄력적으로 조정되어야 한다.

### 3.3 本人一部負擔金 補償基準 引下

#### 3.3.1 現況 및 問題點

본인일부부담금 보상제도의 취지는 의료의 고도화 경향에 따라 고액의 본인일부부담금을 필요로 하는 의료의 증가한다는 점에서, 의료비 부담이 가계에 미치는 영향을 고려하여 일정액을 초과하는 금액에 대해 이를 보상하므로써 가계부담을 경감시키려는데 있다.

우리나라 의료보험법시행령 제35조 제4항에는 “본인부담금이 같은 달에 동일한 요양취급기관에서 50만원을 초과한 경우에 지급하되, 그 지급액은 그 초과한 금액의 범위안에서 정관으로 정한다”고 하여 부가급여로 규정하고 있다. 이 규정에 따라 의료보험조합은 50만원선을 초과하는 금액에 대하여 20~100% 범위내에서 보상할 수 있도록 되어 있으나, <표 3-3>에서 나타 난바와 같이 그 실적은 1989년의 경우 불과 909건에 불과하여 유명무실한 제도로 명맥을 유지하고 있다.

〈표 3-3〉 연도별 본인부담보상금 지급실적

(단위 : 천원, 건)

구 분	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
금 액	35,962	48,981	88,923	82,703	48,093	59,680	231,173
* (구성비)	0.013%	0.014%	0.022%	0.022%	0.010%	0.010%	0.034%
건 수	230	283	563	484	159	206	909
* (구성비)	0.0009%	0.0009%	0.0016%	0.0014%	0.0004%	0.0005%	0.0018%

주 \* ) 전체 급여비 및 급여건수에 대한 비율임.

이같이 미미한 결과를 초래한 가장 큰 원인은 우리나라의 보상제도가 부가급여로 되어 있어 그 실시여부가 조합의 임의에 맡겨져 있기 때문이며, 더우기 본인부담금 보상 자체가 피보험자의 신청이 있을시에만 실시하게 되어 있어서 홍보부족, 피보험자의 태만등으로 인해 신청율이 저조하기 때문이기도 하다. 실제로 보상제도를 실시하고 있는 조합은 56개 조합에 지나지 않는다. 다음으로는 본인부담금 보상 기준금액이 50만원으로 지나치게 높다는 점과, 그것도 초과금액의 20~100% 범위내에서 임의로 보상하게하여 그 범위와 금액이 극히 한정적이라는 점이다.

### 3.3.2 實績評價

과중한 고액의료비로 인한 가계부담의 경감을 위하여 도입된 본인일부 부담금 보상제도는 앞의 문제점들이 전혀 개선되지 않은채 제6차계획기간 중에도 존속되어 왔다. 〈표 3-4〉에서 보이는 것같이 제6차계획이 시작된 '87년과 '88년의 본인일부부담금 보상실적은 제5차계획기간에 비하여 금액에 있어서나 건수에 있어 오히려 뒷걸음질치고 있다. '89년에 이르러 약간의 진전을 보여, '88년에 비하여 보상금액에 있어서는 3배 이상 그리고 건수에서는 4배 이상의 보상실적을 나타내고 있다.

그러나 전체 급여에 대한 구성비를 보면 금액에 있어서는 0.034%, 그리고 건수에 있어서는 0.0018%라는 거의 무시하여도 좋은 낮은 수준에 머물러, 이 제도가 실효를 거두지 못하고 있음을 증명하고 있다.

### 3.3.3 基本方向

본인일부부담금 보상제도의 목적이 고액의 본인일부부담에 의한 가계에의 압박에 대하여 보험으로 대응하는데 있다고 한다면, 현행의 제도는 그 대응에 실패하였다고 하여도 과언이 아닐 것이다. 특히 고액의료비에 의한 가계의 영향을 가장 심하게 받는 것은 저소득자, 고령자 및 특정질환자 등 취약계층이므로 이들을 중심으로 한 종합적인 대책이 요망된다.

따라서 제7차계획에 있어서는 그 기본방향을 다음과 같이 설정한다. 첫째, 이 제도가 실질적인 가계부담의 경감에 이바지할 수 있도록 하기 위하여 보상금액의 총급여비에 대한 비율이 0.1% 수준으로 끌어올린다. 둘째, 취약계층의 가계보호를 위하여 보상기준을 소득수준에 따라 차등적용한다. 셋째, 보상대상을 개인단위에서 가족단위로 확대한다.

### 3.3.4 細部推進計劃

위의 기본방향을 실현하기 위한 제7차계획기간중의 구체적 세부추진계획은 다음과 같다.

첫번째의 실질적인 가계부담의 경감에 기여할 수 있는 제도가 되기 위해서는 대상 범위의 확대와 적용기준의 완화가 선행되어야 한다. 이를 위해서는 먼저 부가급여로 규정되어 있는 현행 법령을 법정급여로 개정하는 일이 필요하고, 다음으로 현재 50만원으로 되어 있는 보상기준금액을 하향조정하는 일이 시급하다.

일본의 고액의료비 지급기준금액이 57,000엔, 원으로 환산하면 약 30만

원 정도밖에 안된다는 점에서 우리나라의 보상기준금액은 지나치게 높은 것이라 아니할 수 없다. 따라서 실시초기에는 보상기준을 30만원으로 대폭 인하하고, 소득수준의 향상과 의료비 증가추세를 감안하여 점차적으로 인상하도록 한다.

두번째 취약계층의 가계보호를 위하여 일정보험료 수준 이하인 저소득층, 65세 이상의 고령자 및 만성신부전, 혈우병 등 고액치료를 계속할 필요가 있는 특정 질환자에 대해서는 보상기준금액을 20만원으로 차등적용한다.

세번째, 본인일부부담금 보상대상을 “동일인”, 즉 피보험자 또는 피부양자 개인에서 가족으로 확대하여 가족원의 합산액이 보상기준금액에 도달할 경우에는 그 초과액을 보상하므로써 실질적인 가계부담의 경감에 기여할 수 있도록 한다.

## 4. 醫療保護 保護水準 提高

### 4.1 保護水準의 擴大

#### 4.1.1 본인부담을 인하

1종의료보호대상자와 2종의료보호대상자의 1차 진료시에는 전액기금부담으로 본인부담이 발생하지 않으나 2종의료보호대상자 중 대도시 거주자 2차진료(입원)시에는 총진료비의 40%, 의료부조대상자의 1, 2차 진료시에는 본인부담이 각각 2/3와 40, 50%로 질병발생시 과중한 의료비 부담을 안게 됨으로써 전국민의료보험 실시 이후에는 의료보험의 명목 본인부담율보다 상대적으로 높았으나 1991년부터 2종 의료보호대상자 및 의료보호대상자 2차(입원)진료시 본인부담률을 각 10% 포인트씩 인하하였고 의료

부조대상자의 1차진료(외래)시는 의료보험과 동일하게 본인부담률을 인하 조정하였으며, 1992년부터는 대도시 거주 2종대상자와 의료부조대상자의 입원 진료시 본인부담률도 의료보험 수준으로 인하조정할 계획이다.

표 4-1. 본인부담률 인하 계획

구분	종별	1 종	2 종		의 료 부 조	
			현 행	인하 계획	현 행	인하 계획
본인부담률	외래	전액무료	전액무료	전액무료	의료보험과 동일 (44%)	좌 동
	입원	전액무료	대도시 : 40% 기타지역 : 20%	지역구분 없이 20%	대도시 : 40% 기타지역 : 30%	지역구분 없이 20%
소요예산		-	120 억원			

#### 4.1.2 약국 보호

본인부담률을 의료보험 수준으로 인하조정 한 후에는 의료보험 약국 약제료 급여 실시 효과 분석에 기초하여 기관수가 많고 질병발생시 일차적으로 접근이 용이한 약국에 대한 약제비 보호실시를 검토하여 의료보호진료비 절감효과를 기대하고 의료보호대상자의 의료비 부담을 경감시킬 수 있도록 한다.

#### 4.1.3 한방보호

약방의료체계와 상이하고 한방의료기관의 지역적 분포가 고르지 않아 의료보호 진료기관으로 지정되지 않았던 한방 진료에 대하여 한방 의료보험 진료실적 및 실시 효과를 분석, 검토한 후 1차진료기관으로서의 역할을 하도록 한방의료기관을 지정, 활용토록 한다.

표 4-2. 약국보호 실시 소요재정 추계 (연간)

구 분	계	1 종	2 종	의료부조
대상자수	2,879 천명	692 천명	1,827 천명	360 천명
본인부담율		없음	없음	평균 44%
소요재정	11,209 백만원	2,851 백만원	7,527 백만원	831 백만원

- 주) 1. 대상자수는 '91년 대상자 기준  
 2. 수가 및 수진율 등은 의료보험연합회 통계자료를 적용함.

표 4-3. 한방보호 실시 소요재정 추계 (연간)

구 분	계	1 종	2 종	의료부조
대상자수	2,879 천명	692 천명	1,827 천명	360 천명
본인부담율		없음	없음	44%
소요재정	1,431 백만원	364 백만원	961 백만원	106 백만원

- 주) 1. 대상자수는 '91년 대상자 기준  
 2. 수가, 수진율 등은 '90년 의료보험 한방급여실적을 적용함.

#### 4.1.4 비보호 항목의 축소

의료보호는 생활능력이 없는 저소득 계층에게 건강한 삶을 보장하는 공적부조제도로서 가능한 한 최적의 진료를 제공하여야 하나, '90년 현재 의료보험 요양급여기준에 비급여대상으로 명시된 항목은 의료보호 범위에서도 제외시켜 경제적 부담능력이 없는 의료보호대상자들이 진료받은 경우에도 의료보호 제외 항목(예, 전산화 단층촬영 및 판독, 초음파검사 등)에 대한 비용은 본인이 전액 부담토록 되어 있다.

우선 의료보호대상자중 소득능력이 전혀없는 1종대상자에 대하여 의료보호 제외항목중 진단 및 치료에 필수적인 항목(전산화 단층촬영 및 판독, 초음파 검사)을 제한적으로 의료보호의 범주에 포함시키도록 검토한다.

표 4-4. 소요재정 추계 (연간)

종별 대상자수	C·T 촬영 및 판독			초음파 검사		
	건 수	단가/건당	소요재정	건 수	단 가	소요재정
총대상자 : 2,879 천명	두부 : 2,103 건	150,000 원	314 백만원	2,132 건	40,000 원	85 백만원
1종 대상자 : 692 천명 (24 %)	척추 : 2,894 건	170,000 원	492 백만원			
계	4,997 건	320,000 원	807 백만원			
총소요재정	892 백만원					

- 주) 1. 촬영회수는 현재 공상 진료비 허용기준인 두부 1인 2회, 척추 1인 1회 인정  
 2. 건수는 '90년 의료보호 진료비 청구명세서에 나타난 실시 건수를 기준  
 3. 단가는 서울시내 3차 진료기관의 일반수가 평균치임.

## 4.2 예방사업 실시

생활유지의 능력이 없거나 생활이 어려운 자에게 의료보호를 실시하여 국민보건의 향상과 사회복지 증진에 이바지함을 목적으로 하는 의료보호 제도에 질병 발생후 사후관리인 치료뿐만 아니라 질병발생 이전에 사전 예방사업을 실시함으로써 의료보호대상자의 건강을 증진시키고 질병의 조기발견, 치료로써 의료보호기금 절감 효과를 제고토록 한다.

표 4-5. 소요재정 추계 (년간)

대상자수	1인당 소요액	재정소요
2,879 천명	* 1) 11,890 원	* 2) 17,116 백만원

\*1) : 공·교의료보험관리공단의 예방사업 실적치 기준

\*2) : 2년에 1회 검진하는 것으로 가정하여 추정

## 5. 韓方 및 藥局醫療保險 水準의 擴大

### 5.1 韓方醫療保險 給與水準의 擴大

#### 5.1.1 現況 및 問題點

1977年 7月부터 실시된 의료보험에 있어서 급여대상은 醫科와 齒科에 국한하여 실시하였을 뿐 우리나라 국민들이 옛부터 널리 이용하여 온 韓方醫療는 한약의 科學的 약효능 검증과 규격이나 價格등의 기준 설정이 곤란하다는 이유로 保險給與對象에서 除外되어 왔었다. 그러나 韓醫療界의 要求와 一般 國民들의 韓醫療에 대한 욕구를 충족키 위해 1984년 12월 1일부터 1986년 11월 30일까지 2년간 충청북도 청주시와 청원군지역 피부협자 및 피부양자 182千名을 대상으로 韓方醫療保險 示範事業을 실시하였다. 示範事業에서의 급여범위는 진찰, 입원 및 침, 뜸, 부항의 시술과 96가지 韓藥材에 의한 63가지 처방(첩약)으로 하였고 여기에 참여한 한방의료기관은 24개 한의원이었다.

시범사업 2年間の 급여실적은 表 5-1과 같다. 일반 병의원의 외래 건당 진료비가 1985년에 11,724원, 1986년에 11,957원임을 견주어 볼 때 한방의료의 건당진료비는 일반 병의원보다 낮은 것으로 나타났다. 따라서 만약 한방의료 보험의 실시로 일반 병의원을 이용하는 외래수요가 한방의료로 대체가 된다면 한방의료보험은 국민의 기호를 충족시킴과 동시에 국민 의료비를 절감시키는 효과를 기할 수 있을 것이다.

그러나 示範事業의 평가에서 수요대체효과의 평가 없이 韓醫療界의 要求와 국민욕구로 인해 한방의료보험은 1987년 2월 1일을 기해 전국에 걸쳐 확대 실시되었다. 급여범위는 진찰, 입원 및 침, 뜸, 부항의 시술행위로 하였으며 약제급여는 1987년 4월 1일부터 68種의 단미엑스산제로 조제할 수 있는 26個 처방에 한정하였다. 그러나 26個 처방으로 적절한 급여가

이루어질 수 없어 1987년 9월 1일부터 이용빈도가 높은 10個 처방을 추가하여 36個 처방으로 확대 실시하였으며 1989년에 와서 한방진료기술행위수가체계를 시술의 난이도, 위험도 등 한방진료의 특성을 반영하여 세분화하였으며, 약제처방의 확대를 위하여 20개 약제처방범위의 확대방안을 마련하였다. 지난 3년간의 한방의료보험의 급여실적은 表 5-2와 같다.

표 5-1. 1984. 12~'86. 11 한방시범사업급여실적

한 방 요양기간	진료건수 (건)	총진료비 (백만원)	보 험 자 부담진료비 (백만원)	건당진료비 (원)	건당진료 일수(일)	수 진 울 (건/1,000명)
24개소	111,938	1,139	756	10,179	5.5	0.307

자료 : 보건사회부, 보건사회백서, 1990.

표 5-2. 한방의료보험 급여실적

년 도	한 방 요 양 기관(개소)	진료건수 (건)	총진료비 (백만원)	보험자부담 진 료 비 (백만원)	건당진료비 (원)	건당진료 일수(일)	수 진 울 (건/1,000명)
1987	2,760	344,007	2,952	1,068	8,582	3.55	0.002
1988	2,776	662,958	6,935	3,058	10,460	3.86	0.002
1989	3,200	900,044	10,227	4,828	11,636	3.89	0.02

자료 : 의료보험연합회

약제급여대상품목 및 처방수의 한정에 따라 보험급여 대상 질병이 한정되어 있고, 또한 단미엑스산제보다는 국민들이 침약을 선호하고 있어 한방의료보험이 매우 제한적으로 이용되는 문제점을 지닌다. 그뿐 아니라 한방요양기관이 전국에 걸쳐 3,200個所 정도에 지나지 않으며, 이들이 대부분 도시지역에 집중되고 있어 농어촌 주민들은 한방의료보험에서 많은 혜택을 갖는 문제점이 있다.

### 5.1.2 實績 評價

의료보험에 있어서 한방급여의 실시는 5차 계획기간중의 시범사업을 토대로 하여 6次계획이 실시된 1987년부터 본격적으로 전국에 걸쳐 모든 의료보험적용자를 대상으로 하여 실시되었다. 그 결과 한방요양취급기관은 1987년 2,760개에서 1989년에는 3,200개로 증가하였고, 진료건수에 있어서는 1987년 454,133건에서 1989년에는 900,443건이 증가하는 등 實踐率에서 괄목할 만한 증가를 기록하였다. 그리고 1990년 4월부터는 보건소 및 보건지소에서도 한방급여를 제공하는 방안을 강구하기 위해 춘성군, 순창군, 영양군의 3개 지역에서 시범사업을 실시하는 등의 정책적 노력을 기울이고 있다.

그러나 국민들의 한방의료에 대한 욕구에 비해서는 한방급여에 많은 제한이 있으나 한방의 약효능문제, 한방과 양방의료의 대체관계등에 대한 연구가 미흡하여 6차계획기간중에 획기적인 확대에는 한계를 갖고 있다.

### 5.1.3 基本方向

한방의료보험의 정립을 위해서는 첫째, 한방에서 활용되는 약제의 치료 효과와 효능에 대한 과학적인 검증이 필요하다. 따라서 이러한 과학적인 효능검사가 이루어진다면 단미엑스산제에서 복합엑스산제로의 급여 확대가 수반될 수 있을 것이다.

둘째, 한방의료와 양방의료간의 수요 대체관계가 입증되어야 할 것이다. 한방의료의 보험급여화되고 또 급여범위가 확대되는데도 불구하고 양방의료의 이용이 계속 늘어난다면 이는 국민의료비 차원의 문제를 넘어서 국민건강관리 차원에 있어서도 바람직스러운 것은 아니다. 만약 한방과 양방의 대체관계가 입증되지 못한다면 한방과 양방의 의료일원화 방향으로 정책이 전개되어야 할 것이다.

셋째, 현실적으로 한방과 양방간의 수요대체가 입증되기 이전이라도 국

민들 가운데 상당수가 한방의료를 원하며 특히 성인병, 만성병에서 욕구가 있음에도 불구하고 농어촌지역에서는 요양취급기관이 없기 때문에 보건소나 보건지소에 공중보건한의사를 파견하는 정책도 고려되어야 한다.

#### 5.1.4 細部推進計劃

한방의료보험의 수준 확대를 위해서는 첫째, 1992년중에 한방의료서비스와 양방의료서비스의 수요대체관계 여부에 관한 연구사업을 실시토록 한다. 연구대상은 전체 의료보험 대상자를 중심으로 하여도 좋고, 아니면 현재 한국보건사회연구원에서 보건소에 대한 한방의료시범사업 대상지의 주민을 대상으로 하여도 좋겠다.

둘째, 수요대체관계에 관한 연구와 무관하게 한약의 과학적 효능검사를 지속적으로 추진한다. 여기에는 복합엑스산재에 대한 효능검사도 포함되어야 한다.

셋째, 한국보건사회연구원이 현재 진행하고 있는 3개 보건소 지역(춘성군, 순창군, 영양군)에 대한 한방의료 시범사업 결과를 토대로 공중보건한의사를 농어촌지역에 배치토록 한다.

## 5.2 藥局醫療保險 給與水準의 擴大

### 5.2.1 現況 및 問題點

1977년 7월 의료보험제도가 도입된 이래 약국이 요양취급기관으로 참여코자 하는 문제는 약업계 뿐 아니라 의료계에서도 큰 관심사항이 되었다. 특히 의료보험에 있어서 약국의 참여 문제는 단순히 요양 취급기관의 증가에 그치는 것이 아니라 의료계와 약업계가 그간 첨예하게 그 이해를 달리하는 의약분업문제와 결부되기 때문에 약국의료보험문제가 그리 단순한

정책과제가 아니었다.

이에 정부는 1984년 5월부터 목포 지역에서 의료보험에서의 약국참여를 위한 의약분업시범사업을 실시하는 등의 노력을 기울였으나 별다른 성과를 얻지 못하였다. 그러나 1989년 7월 전국민의료보험을 목전에 두고 약업계의 강력한 요구에 의해 1989년 5월 31일 의료계와 약업계가 「조속한 시일내에 완전 의약분업(1991년 7월부터 단계적 의약분업이 입법 예고됨)을 실시한다는 원칙아래 관행에 의한 약국보험급여」에 합의함으로써 동년 10월 1일부터 약국보험급여가 실시되기에 이르렀다. 즉 전국민의료보험의 실시를 계기로 그동안 국민들의 1차 진료에 상당히 기여해 온 약국이 의약분업의 미실시로 의료보험제도권에서 제외 되었으나, 그동안의 국민들의 의료관행을 감안하여 약의 남용 및 약화사고 우려가 거의 없는 범위 내에서 제한적으로 약국의 직접조제(병원에서는 8,200여종의 의약품을 다룰 수 있으나 직접 조제품목을 3,031종임)에 대하여 보험급여를 하게된 것이다. 동제도를 실시하면서 완전 의약분업의 전단계가 될 수 있도록 의사의 처방전에 의하여 약국이 조제 투약 할 수 있는 임의의약분업을 병행 실시하고 있다.

약국의료보험의 내용은 두가지로 먼저 의사의 처방전을 약국에 가지고 가서 조제를 받는 경우, 약값이 2,000원 이하일 경우에는 환자는 500원만 지불하면 되고 약값이 2,000원을 초과할 경우에는 약값의 30%를 환자가 부담하고 나머지는 의료보험조합에서 부담토록 하고 있다. 두번째는 처방전없이 약국에서 직접 조제를 받는 경우인데, 이때 약값이 800원 미만일 경우에는 환자가 전액을 본인이 부담하고 800원에서 1,500원까지는 환자가 800원을 정액으로 부담하고 나머지는 보험조합이 부담하며, 1,500원 이상일 경우에는 총액의 60%를 환자가 부담하고 나머지 40%는 보험조합이 부담토록 하여 처방전을 지참할 경우, 환자본인 부담이 적도록 하여 의약분업을 유도코자하고 있다.

그러나 약국의료보험 실시에 따른 문제점은 공급자인 약국은 관행으로

받던 종전의 약가에 비하여 이익이 줄어들고, 보험청구 업무에 익숙치 못하여 번거롭다는 이유로 보험조제급여에 소극적이며, 이를 이용하는 국민도 원하는 약품을 자유롭게 조제, 구매할 수 있던 종전 관행과는 달리 품목수, 투약일수등의 제한(1회에 4품목 이내, 2일 이내 및 3세이상자에게만 직접조제허용)에 불만을 나타내어 약국 의료보험은 기대에 훨씬 못미치는 급여 실적을 보이고 있다.

그 외에도 의사의 처방전이 있는 경우와 직접 조제간의 환자 본인 부담에 차등을 두어 점진적인 의약분업에 대비코자 했으나 의원의 처방이 거의 나오지 않아 의약분업에의 유도에도 실패하고 있는 것 같다.

### 5.2.2 基本方向

약국의료보험이 기대했던 소기의 효과를 얻지 못한 것은 정책결정이 기본원칙을 토대로 이루어진 것이 아니라 이해집단간의 갈등구조가 만든 정치적 타협의 산물이었고, 그 타협과정에서 국민의 참여가 배제되었기 때문이다.

따라서 약국의료보험의 기본 정책방향은 완전의약분업의 실시라 하겠다.

다만 현실적으로 완전의약분업이 당장 실시하기 어렵기 때문에 중간단계로 약국의료보험이 실시된 것으로 이해하고 약국의료보험의 활성화를 위해서 첫째, 의료보호대상자에게도 의료보험과 같이 약국을 의료보호급여 범위에 포함시키도록 해야 할 것이다. 둘째, 의약분업의 실시를 위해서는 반드시 거쳐야 할 점이 처방료와 조제료와 같은 기술료의 현실적 수준으로의 인상이다. 그리고 약의 유통마진은 최소한으로 억제시켜 각자가 자기의 기술에 의해서만 소득을 얻을 수 있는 체계가 되어야만 진정한 분업이 가능하다. 약국의료보험을 통해 의약분업의 길로 나아가게된다면 약값은 공장도 가격에서 엄격히 통제하되 처방료와 조제료는 점진적으로 인상토록 해야한다.

### 5.2.3 實績의 評價

약국에 대한 보험급여는 6차계획기간중인 1989년 10월부터 실시되어 그 효과에 대한 정확한 평가를 내리기는 어렵다. 그러나 <表5-3>에서 살펴보면 3개월간에 892,923건이 급여로 이루어졌으며, 보험급여로는 다가 567백만원이 지출된 것으로 나타나고 있다. 내용별로는 처방조제는 미미하고 직전조제가 거의 대부분을 차지하고 있다. 완전의료분업 미실시에 따라 거지는 등의 문제를 노출하고 있다. 약국의료보험은 의약분업의 완전실시를 유도코자 의도하고 있으나 현행방식 처럼 계획된다면 완전의약분업과도 거리가 멀고, 약국이 직접 조제하는 관행만 고착시킬 우려성이 있다. 그리고 약국에 있어서도 그렇게 환영받는 제도가 아니라 실시치 않는 것보다는 낫다는 식의 소위 한계편익이 매우 적은 제도로 치부될 가능성이 있어 제도개선이 요망되는 분야라 하겠다.

<表 5-3> 약국의료보험실적(1989. 10-12)

(단위 : 천원)

구 분	건 수	투약일수	약제비	보험자부담	건당투약일수	건당약제비	요양기관
계	893,164	1,356,226	1,484,825	568,288	1.52	1,662	18,825
처방조제	241	1,335	2,552	1,785	5.54	10,587	"
직접조제	892,923	1,354,891	1,482,274	566,503	1.52	1,660	"

자료 : 의료보험연합회, 89 의료보험통제연보, 1990.

### 5.2.4 細部推進 計劃

약국의료보험의 확대는 의약분업정책과 연결하여 추진하되 첫째로는 의료보호대상자에 대한 약국이용을 급여화하도록 한다.

둘째, 1992년부터 의료보험 수가체계에 대한 개편 작업을 통해 처방료와 조제료와 같은 기술료에 대한 현실화 작업을 실시하고 동시에 약값에 대해서는 생산원가를 파악하여 약가의 조정작업을 계속한다.

셋째, 수가조정작업이 완료되면 완전 의약분업체제로 나아가 약국이 자동적으로 의료보험에 참여토록 한다.

### 第3章 醫療利用의 適正化 및 衡平化

#### 〈概 觀〉

- 7차 5개년 계획기간에는 그 정책적 관심이 전체 보건의료수준의 향상에서 「지역 및 계층간 모든 주민에게 보건의료서비스에 대한 동등한 접근성(equal access), 동등한 이용(equal utilization), 동등한 질(equal quality of care) 등의 확보 그리고 동등한 건강(equal health)의 성취」로 전환될 것이다.
- 이와같은 정책방향의 전환에 따라 전통적인 진료전달체계(disease care delivery system)는 건강증진체계(health promotion system)으로의 기능적 변화가 필요하고, 이러한 체계의 효율적 운영을 위한 보건의료자원의 적정공급 및 분포, 보건의료공급의 제도적 개선, 보건의료조직의 하부구조의 기능 강화, 의료취약계층을 위한 대책강화 등을 위한 정책수단이 개발 및 실시될 것이다.
- 보건의료자원의 공급을 위하여 일반병원병상과 보건의료인력 공급계획이 작성되었다. 일반병원병상은 연간 1인당 평균재원일수의 변화를 추계하여 이에 기초를 두어 7차 5개년 계획기간의 목표 연도인 1996년에 131,000병상이 확보되도록 하여 이 기간에 31,000병상을 증설한다. 이들 증설할 병상은 진료권별로 병상수요에 따라 배정하되 특히 입원진료수준이 낮거나 입원진료에 큰 불편을 겪고 있는 병상취약지수가 높은 50개 중진료권에 투자 우선순위를 둔다. 이 경우에 병상배정기준은 주민과 의료시설간 거리와 의료기관의 환자진료량을 적정화(optimization)할 수 있는 모형 즉 환자의 교통시간의 최소화 및 의료기관의 환자진료량의 극대화를 최적화할 수 있는 모형을 개발하여 현지사정을 고려하여 의료기관의 수, 의료기관의 규모(병상수), 설치장소 등이 결정될 것이다.

- 일반병상이외에 만성퇴행성 질환의 관리 특히 암 병상, 심장병 병상, 정신질환 병상 등 특수병상의 수요에 기초를 두어 증설한다.
- 보건의료인력의 수급은 1990년 한국보건사회연구원의 연구결과에 기초를 두어 의사, 한의사, 치과의사의 1990년 입학정원을 유지한다. 이 경우에 1996년에 이들 의료인력의 공급은 부족하지 않으며, 활동중인 의사는 1989년 대비 1996년에 1.4배나 증가할 것이다. 약사, 간호사, 의료기사, 간호조무사 등 보건의료인력의 수급은 한국보건사회연구원이 1991년에 실시할 연구결과에 기초를 두어 작성될 것이다.
- 보건의료인력의 현 공급능력은 수요에 비하여 대체로 부족하지 않으나 (치과위생사의 경우에는 공급부족이 예상됨), 구조적인 면에서 문제가 있다. 의사의 경우에 전체의사의 49%가 전문의로서 양적 문제와 진료과목별 구성에 문제가 있다. 특히 지역사회의 의료수요와 향후 질병양상의 변화, 의료비 절감 등의 측면에서 가정의학 전문의의 수요가 큰데 비하여 공급능력이 크게 부족하다. 그러므로 가정의 전문의의 점진적 공급 확대 방안이 작성 실시될 것이다. 그리고 의사, 치과의사, 한의사의 도시편재 현상이 극심한 데 이들 의료인력의 농촌지역 유인책도 강구되어야 한다.
- 보건의료공급의 제도적 개선을 위하여 6차 계획기간 또는 그 이전에 정립된 정책은 더욱 내실화를 기하고, 7차 계획기간에 새로운 정책으로 실시할 제도적 개선은 면밀히 그 효과를 예측하여 실시할 것이다.
- 1989년부터 실시된 의료전달체계는 상당한 성과를 거두고 있다. 전국민의료보험의 실시에도 불구하고 비교적 단기간에 3차 진료기관의 환자집중현상은 심화되지 않거나 약간 완화되어 가고 있고, 환자의 외래 대기시간도 감소하며, 의료비 절감효과도 나타나고 있다. 반면 의료체계의 하부구조인 의원급의 환자는 대폭적으로 증가하였다. 그러므로 의료전달체계는 지속적으로 발전 및 내실화하되 진료권별로 의료이용 편의도가 낮은 진료권에 대하여 의료시설의 증설 및 진료권 조정을 위

한 시책이 강구될 것이다. 그리고 3차 진료기관의 환자 집중방지, 진료의 전문화 촉진, 연구 및 교육기능의 강화 등을 위하여 현행 2단계 환자의뢰체계를 3단계화 하여 500병상미만 종합병원을 2차 진료기관으로 육성할 필요가 있다. 7차 5개년 계획기간에 3차 진료기관이 편재하고, 기타 의료시설이 비교적 많이 분포된 서울, 부산, 대구 등의 지역을 대상으로 하는 3단계 환자의뢰체계 확립을 위한 시범연구를 실시한다.

- 의약분업은 그 취지에 대하여 찬성하면서 실제에 있어서 의사와 약사간 겸업정도는 더욱 심화되고 있다. 의사와 약사간 전문적 기능 및 업무를 명확히 구획하여 우리나라 의료이용 관행과 의료적 전통을 감안하여 국민의 이익을 최대로 보장한다는 전제하에 우리나라 실정에 적합한 의약분업모형을 작성하여 이 모형의 현실화를 위한 노력이 필요하다. 7차 5개년 계획기간에는 이러한 의약분업의 모형이 실현될 수 있는 모든 정책 수단이 강구될 것이다.
- 공공의료는 보건의료서비스 공급면에서 그 기여도는 낮다. 1989년 한국보건사회연구원 조사결과에 의하면 전체 외래진료량의 6.5%가 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소 등)에서 진료되었다. 이 비율은 군부에서 19.3%인데 반하여 도시에서는 1.1%에 불과하다. 특히 만성퇴행성 질환의 증가추세, 질병예방 및 건강증진의 중요성 증대 경향에 대응하여 보건기관의 역할증대의 필요성이 더욱 커지고 있다.

보건기관의 만성퇴행성 질환의 관리능력 및 기능이 강화되어야 한다. 예후가 비교적 양호하고 screening 절차가 비교적 간편하고 비용이 많지 않은 질병(예, 위암, 자궁암, 유암, 고혈압증 등)을 선정하여 보건기관에서 이들 질병의 관리가 가능한 조직 및 인력의 확보, service개발 및 프로그램화하는 제조치를 강구 실시한다. 한편 보건기관의 질병예방 및 건강증진을 위한 보건교육 활동을 강화하고, 의료기관에 대한 접근도가 낮은 도시 저소득층, 장애자, 노인, 도서지역 주민 등 risk group의 선별적인 특수 program을 개발하여 이들 주민의 보건의료 이용수준의 획기적 향상과 건강수준 향상에 기여한다.

이러한 방향에서 보건소 조직의 개편 및 확대, 전문인력의 확보(간호사, 약사, 한의사 등), 보건소 요원의 훈련강화 특히 보건소장의 보건행정 관리능력 향상을 위한 보건소장 특수연수과정의 설치운영, 보건소 업무의 전산화 등이 실시될 것이다.

- 각종 사고(교통사고, 농약 중독, 폭력, 추락, 연탄가스, 기타 안전사고 등)의 증가와 응급환자의 증가추세 그리고 일반 의료기관의 휴일 휴무제의 일반화에 따라 응급의료의 중요성이 높아지고 있으나, 병원급 응급의료체계는 시설, 전문인력, 통신 및 기동성 등이 미비한 실정이다. 그러므로 모든 응급환자에게 신속히 적정의료가 제공될 수 있는 응급의료체계가 확립되어야 한다. 응급의료권의 설정, 응급의료센터의 지정 및 육성, 전문요원의 양성, 129 응급환자 정보센터의 설치운영 등이 실시될 것이다.
- 기존 의료자원의 활용도 향상, 질병양상의 변화, 의료이용의 전통, 환자의 선호성 등을 고려하여 西洋醫學과 韓方醫學의 협업 또는 일원화 방안을 강구한다. 이와같은 방안은 이론 및 운영의 양측면에서 강구될 수 있으나, 특히 이론적인 면에서 한방의료의 과학화 및 의료기술평가(technology assessment), 운영면에서 기존 병원에 한방과 병설, 보건기관에 한방의료의 도입운영 등이 시도될 것이다.
- 의료의 질에 관한 관심은 국민 뿐만 아니라 의료제공자에게 점차 높아지고 있으나 이에 관한 체계적 장치가 설치 운영되고 있지 않다. 의료의 질 관리를 위한 구조, 과정, 결과 등 특히 과정 중 의료행위 내용과 결과(건강상태 변화)의 평가기능을 강화한 의료의 질 관리체계가 확립될 것이다.
- 병원내 장기재원환자의 높은 비율(3차 진료기관내 1개월이상 재원환자 23%), 가족기능의 변화(핵가족화, 여성의 취업기회 확대), 65세이상 노인인구 증가 및 노인 단독가구의 증가, 집밖 활동제한을 받는 노인 증가, 그리고 의료의 범위를 임종기까지의 확대 필요성 등에 의하여

가정보건사업, 호스피스 제도, 양호시설(nursing home 등) 등에 대한 개발 및 연구의 실시 그리고 그 결과를 적용한 시책이 강구·실시될 것이다.

- 지방자치제의 실시는 보건의료상태의 향상에 긍정적으로 작용할 것이다. 그러나 보건의료의 이용 및 건강상태의 지역 및 계층간 균형이 실현되기 위해서 기존의 지역간 의료자원의 불균형적 분포 및 보건의료의 불균형적 이용 등이 시정되어야 한다. 그러나 각 지방자치단체의 역할에 따라 이들 지역간 격차는 더욱 심화될 가능성이 있다. 특히 재정자립도가 낮은 지방자치단체내 주민의 보건의료수준은 상대적으로 더욱 취약해질 수 있다. 지방자치제 하에서 보건의료 수준의 향상을 위하여 보건소의 기획 및 평가기능, 관리능력 등을 향상시키는 중앙의 지원·조정기능을 강화하는 한편 재정자립도가 낮은 지방자치단체의 보건의료수준 향상을 위한 중앙의 선별적 재정지원 대책도 강구될 것이다.

- 보건의료 이용 및 건강상태의 향상과 형평유지는 취약계층의 보건의료 수준의 향상을 통해 성취되어야 한다. 이에 따라 취약계층이 다각적으로 定義되고, 이들을 대상으로 하는 program이 개발 및 강화되어야 한다. 특히 도시 저소득층과 도서지역 주민을 위한 1차 진료 및 예방사업이 강화될 것이다.

도시저소득층을 위하여 보건지소가 설치운영되고 빈곤과 불건강의 악순환의 사슬을 끊기 위하여 보건의료기능과 사회사업 기능이 통합운영되는 체계가 개발 및 실시될 것이다.

도서지역 주민을 위하여 특히 일차보건의료의 공급확대 및 이용편의도를 향상시킬 수 있는 공급체계가 정립 및 운영될 것이다.

- 7차 5개년 계획기간은 6차에 걸친 계획기간에 성취한 주요 성과에 바탕을 두어 지속적으로 확대강화하는 사업이외에 공공부문의 역할을 강화함으로써 보건의료수준 및 건강상태 수준의 향상과 균형유지를 이룩하는 중요한 시기가 될 것이다.

# 1. 醫療資源의 適正供給 및 分布

## 1.1 病床需給 및 分布

### 1.1.1 現況 및 問題點

치료, 요양, 진단, 분만 등을 위한 병상은 의료수요의 증가에 따라 연도별로 증가하였다. 의료기관별 병상수는 1985~89년의 5년기간에 99,950병상에서 126,539 병상으로 27% 증가하였다(표1-1 참조).

표1-1. 의료기관별 병상수 추이, 1985-1989년

연 도	계	종합병원	병 원	의 원	한방병의원	기 타*
1985	99,950	49,394	24,321	23,861	617	1,757
1986	107,907	55,351	23,957	26,122	598	1,879
1987	114,511	57,863	26,798	27,861	643	1,346
1988	120,678	60,554	28,853	28,830	819	1,622
1989	126,539	62,832	29,760	31,237	1,151	1,559
(지수 1985=100)	(127)	(127)	(122)	(131)	(187)	(89)

\* : 치과병의원, 부설의원, 조산소 등 병상 포함.

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1990.

의료기관별 병상수 증가추이를 보면, 병원급 병상의 증가가 상대적으로 완만한 반면 의원급 병상의 증가가 비교적 높고, 한방병의원 병상이 급격히 증가하고 있다. 기타 의료기관(치과병의원, 부설의원, 조산소 등) 병상은 감소 추세에 있다.

이러한 의료기관별 병상수 증가추세 특히 의원급 병상의 높은 증가와 병원급 병상의 완만한 증가는 의료기관별 기능의 전문화, 의료전달체계, 1차 진료기능의 강화, 의료기관별 병상규모, 자원의 낭비체거라는 관점에서 많은 문제를 야기시킨다. 의원급 병상의 증가억제 및 병원급 병상의 증설

축진이 필요하다.

1989년의 지역 및 의료기관별 병상분포는 표 1-2와 같다.

표1-2. 지역 및 의료기관별 병상분포, 1989년

의 료 시 설 종 류	계	시 부	군 부
총 합 병 원	62,832(100.0)	59,686( 95.0)	3,146( 5.0)
병 원	18,804(100.0)	14,575( 77.5)	4,229(22.5)
의 원	31,237(100.0)	25,634( 82.1)	5,603(17.9)
정 신 병 원	6,026(100.0)	3,892( 64.6)	2,134(35.4)
결 핵 병 원	2,073(100.0)	2,073(100.0)	-
나 병 원	2,857(100.0)	195( 6.8)	2,662(93.2)
한 방 병 의 원	1,151(100.0)	1,117( 97.0)	34( 3.0)
기 타 *	1,559(100.0)	1,270( 81.5)	289(18.5)
계	126,539(100.0)	108,442( 85.7)	18,097(14.3)

\* : 치과병의원, 부설의원, 조산소 등 병상포함.

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1990.

전체 병상의 86%는 시부에, 14%는 군부에 분포되어 있다. 1985년에 전체병상 중 군부에 있던 병상은 16.3%로서 지난 5년간 병상의 도시편재현상은 더욱 심화되고 있다.

표1-3은 1985년과 1989년간 의료기관별 병상수의 변화를 비교한 것이다. 이 기간중 군부에 1,818병상이 증가했다.

동일기간에 전국에서 26,589병상이 증가했고, 이 증가분의 6.8%가 군부지역에 분포된 것이다. 그러므로 이 기간에 증가된 총 병상의 대부분은 시부에 분포되었다.

이 기간에 군부지역내 의료기관별 병상수의 변화를 보면 종합병원과 의원급 병상수는 감소한 반면 병원급 병상과 정신병원의 병상이 증가하였다. 병원급 병상의 증가는 바람직한 것이다. 그러나 그 증가속도는 완만한 것이 문제이다.

표1-3. 군부지역 의료기관별 병상수의 변화, 1985-1989년

의 료 기 관	군		부	1985-89년 전국병상증가수
	1989	1985	차 이	
총 합 병 원	3,146	3,348	-202	13,438
병 원	4,229	3,082	1,147	839
의 원	5,603	5,755	-152	7,376
정 신 병 원	2,134	775	1,359	3,905
결 핵 병 원	-	300	-300	
나 병 원	2,662	2,600	62	438
한 방 병 의 원	34	34	0	534
기 타*	289	384	-95	-198
계	18,097	16,279	1,818	26,589

\* : 치과병의원, 부설의원, 조산소 등 병상 포함.

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1986, 1990.

한편 1985~89년간 공공부문과 민간부문의 병상수를 비교한 결과는 표1-4와 같다.

1989년에 전국 병원(종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 결핵·나·정신병원 등) 병상 중 21.2%가 공공부문에, 78.8%가 민간부문에 각각 속하여 있다. 1985년의 민간부문 병상점유율이 80.1%였던 것과 비교하면 5년간 민간부문의 병상점유율은 1.3% 포인트 감소했으나 여전히 높은 상태에 있다.

1985년~89년 기간에 공공과 민간부분의 병원 병상수의 특징적인 변화는 공공부문에서 일반병상의 증가율이 현저했고(1985년 병원 병상수 대비 병상 증가율 : 공공부문 33.5%, 민간부문 16.6%), 특히 정신병원 병상의 증가가 급격했다고 할 수 있다(1985년 병상수 대비 병상증가율 : 공공부문 105.5%, 민간부문 189.1%).

이와같이 1985~89년 기간에 병상수가 증가추세에 있고, 병상이용률도 증가경향(1985년 60.3%, 1989년 78.8%)에 있으나, 병상의 도시편재현상은

표1-4. 공공 및 민간부문의 병원병상수 비교, 1985-1989년

의 료 기 관	1989	1985	차 이
공공부문			
일 반	11,553	8,655	2,898
전염병	3,103	3,157	-57
결 핵	2,232	1,496	736
정신병	2,977	1,449	1,528
계	19,865	14,757	5,108
민간부문			
일 반	65,374	56,077	9,297
전염병	471	289	182
결 핵	339	535	-196
정신병	7,826	2,707	5,119
계	74,010	59,608	14,402
계			
일 반	76,927	64,732	12,195
전염병	3,574	3,446	128
결 핵	2,571	2,031	540
정신병	10,803	4,156	6,647
계	93,875	74,365	19,510

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1986, 1990.

더욱 심화되고 있다. 특히 의료이용수준의 향상과 형평의 제고 그리고 의료이용의 편의도를 개선한다는 관점에서 의료취약지역의 의료자원 배분문제는 심각하게 고려되어야 한다. 여기서 의료취약지역이란 월간퇴원환자 100인당 타중진료권내 의료기관을 이용한 퇴원환자의 비율을 기준으로 하여, 이 비율을 병상취약지수라고 칭하여 지수 71이상을 의료취약지역으로 정의하고 있다.

즉, 특정 중진료권내 월간 퇴원환자의 71%이상이 타진료권내 의료시설에서 퇴원했고, 30%이하의 퇴원환자가 동일 중진료권내 의료시설을 이용한 것이다.

병상취약지수가 높을수록 해당 중진료권내 주민의 의료이용 편의도는 열악하고, 의료이용의 불평등수준은 높아짐을 의미한다.

표1-5는 병상취약지수별 중진료권의 수 및 해당중진료권의 명칭을 나타내고 있다. 전국 140개 중진료권 중 50개소 즉 35.7%는 의료취약지역으로 분류되고 특히 취약지수 100(중진료권내 전입원환자가 다 진료권내 의료시설을 이용할 경우)이며, 병원화보건소나 병원이 없는 25개 중진료권은 가장 열악한 의료취약지역으로 분류된다.

표1-5. 병상취약지수별 중진료권 수, 1988년

병상취약지수	해당중진료권수	해당중진료권 지역명
100	25개소	횡성, 화순, 청도, 예천, 부안, 담양, 가평, 장흥, 영양, 영암, 진천, 김제, 진안, 경산, 하동, 달성, 단양, 고령, 예산, 의령, 봉화, 무주, 함평, 칠곡, 남해
99-81	15개소	합천, 고창, 양산, 금산 (아산, 온양), 괴산, 서천, 보은, 철원, 성주, 파주, 밀양, (오산, 화성), 경주, 진도
80-71	10개소	(충무, 고성, 통영), (시흥, 의왕, 군포), (남양주, 구리), (삼천포, 사천), 고양, 안성, 당진, (중원, 충주), 군위, (마산, 창원, 의창, 진해)
계	50개소	

### 1.1.2 第 6次 計劃의 評價

- 6차 계획기간에는 의료기관의 도시집중과 특수병상의 부족이 주요문제로 제기되었다. 이에 따라 이들 문제의 해소와 증가하는 의료수요의 충족과 병상부족지역에 대한 병상확충계획에 반영되었다.

- 동기간의 일반병원병상은 1985년의 65,024병상에서 목표연도인 1991년에 93,974병상으로 즉 28,950병상을 증설하도록 계획되었다 (1989년의 병상수는 84,324병상이 되도록 계획되었음).

1989년 현재 일반병원 병상수는 81,636병상으로서 1985년 병상수와 비교하여 16,612병상이 증설되었으나, 공급계획병상과 비교하여 2,688병상이 부족하다. 그러나 1989년말 공급계획 병상의 86%가 성취된 것으로 평가된다. 이와같이 병원병상 규모는 계획대로 증설되었음에도 병상의 도시편재현상은 더욱 심화되고 많은 의료취약지역이 상존하는 것은 향후 해결해야 할 주요정책 과제로 남는 것이다.

- 6차 계획에서 강조된 부분이 산업재해, 정신질환, 심장병, 결핵 등을 위한 특수병상의 증설이다. 특히 정신질환전문병원, 심장병 센터, 결핵병원병상의 증설이 계획되었으나, 결핵병상의 증설을 제외한 특수병상의 공급실적은 부진하다.

정신질환병상은 6차 계획기간에 공공부문에서 5,770병상, 민간부문에서 3,400병상을 각각 증설토록 계획되었으나, 1985~89년 기간에 공공부문에서 1,528병상, 민간부문에서 5,119병상이 증설되었다. 공공 부문에서의 정신질환병상의 증설이 부족한데 반하여 민간부문에서는 공급계획이 초과하였다.

- 심장병 센터는 6개소, 병상수는 1,200병상을 신설토록 계획되었으나 진척 실적이 없다. 다만 결핵병상은 210병상을 증설토록 계획한데 반하여 1989년까지 540병상이 증설됨으로써 계획대비 257%의 성취율을 나타내고 있다.
- 전국민의료보험의 실시로 입원수요가 급증함에 따라 1993년까지 20,000병상을 증설할 계획이 작성되었고, 민간부문에서의 병상증설을 촉진하기 위하여 세제개선, 금융지원, 공공차관자금 등 지원책이 강구되었다.

- 이외에 농어촌 의료취약지역 중 15개 군 보건소를 병원화하여 (보건의료원), 각 보건의료원에 20~40개 병상을 설치(전체 병상수 448병상) 운영하고 있다. 그러나 병상이용률은 13.0%에 불과하여 소기의 성과를 얻지 못하고 있다.

### 1.1.3 基本方向

- 입원의료의 수요증가에 부응하여 병원병상을 증설한다.
- 입원진료 기회의 균등화 및 입원진료 수준의 형평을 기하기 위하여 의료취약지역의 병상증설에 높은 우선순위를 둔다.
- 의료취약 지역의 병상증설을 위해 민간부문의 참여를 도모할 수 있는 각종 유인책을 강구한다.
- 평균수명의 연장, 만성퇴행성 질환의 증가추세에 부응하여 암, 심장병, 정신질환 등을 위한 특수병상을 증설한다.

### 1.1.4 細部推進計劃

- 일반 병원병상 증설 계획
  - 지역의료보험의 정착 및 의료보호 수혜자의 의료이용 수준 향상추세에 따라 연간 1인당 평균 재원일수는 1989년(0.68일) 대비 1996년에 1.6배(1.09일)로 증가할 것이다(표1-6 참조).

표1-6. 의료보장 종류별 연간 1인당 재원일수 추정, 1989-1996년

의료보장 종류	1989	1990	1991	7 차 계 획 기 간				
				1992	1993	1994	1995	1996
의료보험								
직장·공교	-	0.60	0.61	0.63	0.64	0.65	0.67	0.68
지역	-	0.52	0.54	0.55	0.57	0.58	0.59	0.61
의료보호	-	2.83	3.21	3.59	3.99	4.39	4.77	5.24
계	0.68	0.78	0.83	0.88	0.93	0.98	1.03	1.09

자료 : 한국보건사회연구원

- 이와같은 입원수요의 충족을 위하여 일반병원 병상수는 7차 계획의 목표연도에 1989년(81,636 병상) 대비 1.6배인 131,000 병상이 소요될 것으로 추정되며, 연도별 병상수요 및 공급계획은 다음과 같다.

표 1-7. 연도별 병상수요 및 공급 계획

	1989	1990	1991	7 차 계 획 기 간				
				1992	1993	1994	1995	1996
병 상 수 요	81,636	93,641	99,644	106,000	112,000	118,000	124,000	131,000
병상증설계획	-	-	-	6,000	6,000	6,000	6,000	7,000

즉 1992-1996년의 5년 기간에 31,000병상을 증설한다.

- 의료취역지역 병상공급 계획
  - 5개년 계획기간 중 증설계획 병상의 일부를 병상취약지수가 높은 50개 중진료권에 배정한다. 배정기준은 환자의 교통시간의 최소화 및 의료서비스 이용의 극대화를 함께 적정화할 수 있는 모형을 개발하여 현지사정을 고려한 후 의료기관의 수, 병상수, 설치장소 등을 결정한다.
- 특수병상 공급계획
  - 암병상(질병관리 대책항목의 내용 검토 후 기술)
  - 심장병 병상( " )
  - 정신질환 병상( " )

## 1.2 保健醫療人力 需給 및 分布

### 1.2.1 현황 및 문제점

현재 우리나라 법으로 정하고 있는 보건의료인력은 의료법 제2조에 규

정된 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사) 및 의무기록사, 안경사가 있으며 그 밖에 의료법 제58조, 제60조 및 제61조의 간호조무사, 의료유사업자 및 안마사가 이에 포함된다. 이들 의료인력의 면허등록현황을 살펴보면 표1-8과 같다. 표1-8에 의하면 1989년 말 현재 의사의 면허등록수는 한의사를 포함하여 39,769명으로서 '85년도의 29,596명에 비하여 34.4% 증가하였다. 치과의사의 면허등록수는 '89년말 현재 한지치과의사를 포함하여 8,630명으로 '85년도의 5,436명에 비하여 58.8%의 증가를 나타내고 있다. 한의사의 면허등록수는 '89년말 현재 한지한의사를 포함하여 5,435명으로 '89년도의 3,789명에 비하여 43.4%의 증가율을 보이고 있다.

표1-8. 연도별 보건의료인력 면허등록상황

인력 연도	의사	치과 의사	한의사	조산사	간호사	의료 기사	의무 기록사	안경사	간호 조무사
1985	29,596	5,436	3,789	6,247	59,104	21,681	396	-	106,340
1986	31,616	5,995	4,041	6,513	64,270	26,318	767	-	107,672
1987	34,185	6,761	4,426	6,849	69,829	31,463	953	-	116,348
1988	36,845	7,657	4,932	7,167	76,143	36,501	1,388	-	123,115
1989	39,769	8,630	5,435	7,397	82,657	40,705	1,808	1,212	128,867

우리나라의 보건의료인력은 지난 5년간 양적으로 많은 증가를 보이고 있지만 국민들의 생활수준 향상과 의료보험의 확대 실시 등으로 인해 급증하는 의료수요에 비하면 미흡한 상태이다. 또한 표1-9에서 보는 바와 같이 우리나라의 의료인력상황은 아직 선진국 수준에는 못미치고 있는 실정이다. 이러한 비교는 비교대상이 되는 국가의 경제, 의료제도, 의료이용형태 등의 차이로 인해 직접 비교기준으로 삼기는 어렵지만 일반적인 경향을 파악하는데 참고가 된다.

표1-9. 인구 10,000명당 주요 보건의료인력수 국제비교

국가 \ 구분	연 도	의 사	치과 의사	간 호 사
대한민국*	1988	10.0	1.8	18.1
일 본	1986	15.6	5.4	27.4
중 국	1986	9.3	-	8.2
미 국	1984	21.4	5.9	83.0
영 국	1982	14.0	-	36.6
스 웨 덴	1985	26.4	11.0	84.6
서 독	1984	25.6	5.7	33.4
프 랑 스	1986	31.9	7.2	75.0

\* 대한민국은 한의사 포함

보건의료인력의 취업분포를 시·군부로 나누어 살펴보면 표1-10과 같다. 1989년말 현재 전국민의 70.8%가 시부에 거주하고 있는 인구의 도시편재 현상과 비교할 때 전체 취업의료인력의 약90%가 시부에 집중되어 있어 의료인력의 도시편재 현상이 더욱 심각하다. 이러한 현상은 국민의 의료혜택의 균점이라는 점에서 문제점으로 지적되고 있다.

표1-10. 지역별 취업 보건의료인력 분포현황, 1989년

인력 지역	의 사	치 과 의 사	한의사	조산사	간호사	의 료 기 사	의 무 기록사	간 호 조무사
	시부	26,931 (86.8)	5,948 (76.5)	4,034 (90.9)	1,376 (92.2)	26,255 (93.4)	13,064 (88.7)	539 (91.0)
군부	4,091 (13.2)	1,832 (23.5)	406 ( 9.1)	116 ( 7.8)	1,848 ( 6.6)	1,659 (11.3)	53 (9.0)	3,598 ( 8.8)
계	31,022 (100)	7,780 (100)	4,440 (100)	1,492 (100)	28,103 (100)	14,723 (100)	592 (100)	40,890 (100)

우리나라의 전문과목별 전문의 현황은 표1-11과 같다. 1989년말 현재 전체 전문의 수는 23개 전문진료과목에 12,725명으로서 이 숫자는 '84년

도의 13,723명에 비해 1.6배 증가하였다. 이와 같은 전문의의 증가추세는 불필요한 영역에서의 의료의 고급화로 인해 의료인력의 낭비와 국민의료비의 상승 요인이 될 수 있다.

표1-11. 전문과목별 전문의 현황, 1989년

과 목 별	전문의 수	백분률	과 목 별	전문의 수	백분률
내 과	2,854	13.14	비뇨기과	646	2.97
신경과	576	2.65	치료방사선과	477	2.20
정신과	720	3.31	진단방사선과	748	3.44
일반외과	2,512	11.56	임상병리과	268	1.23
정형외과	1,353	6.23	해부병리과	292	1.34
신경외과	625	2.88	피부과	586	2.70
흉부외과	284	1.31	결핵과	163	0.75
마취과	801	3.69	예방의학과	378	1.74
산부인과	2,279	10.49	성형외과	272	1.25
소아과	1,883	8.67	재활의학과	84	0.39
안과	774	3.56	가정의학과	2,133	9.82
이비인후과	1,017	4.68	계	21,725	100.00

보건의료인력은 의료자원 중에서 가장 기본이 되는 것으로 장기간의 교육기간과 투자가 필요하여 그 수급대책은 장기적인 목표와 전체적인 보건계획내에서 다루어져야 한다. 의료인력 수급계획이 잘못되어 인력이 과잉공급될 경우, 의사 등 고급의료인력이 비효율적으로 활용되어 의료자원의 낭비를 초래할 뿐 아니라 의료는 공급이 수요를 창출하는 면이 있으므로 국민의료비의 상승을 초래할 수도 있다. 이와 반대로 의료인력이 부족할 경우 증가하는 의료수요에 적절히 대처하지 못하는 문제가 발생한다.

### 1.2.2 6차 계획의 평가

6차 계획기간 동안 단과 전문의 정원을 억제하여 일반의(가정의 포함)

가 전체의 50~60%정도가 유지되도록 계획되었는데 1989년말 현재 전체 취업의사의 50.8%가 일반의(가정의 포함)로서 이는 1986년의 49.8%보다 1.0%가량 증가하였다(표1-12 참조). 여기서 전문의가 차지하는 비율은 등록의사수를 기준으로 파악된 수이며 실제로 의료분야에 취업하고 있는 의사수를 기준으로 하면 이보다 높다.

표1-12. 연도별 전문의 현황

	1985	1986	1987	1988	1989
전문의	14,797(50.0)	15,857(50.2)	16,911(49.5)	18,321(49.7)	19,567(49.2)
가정의	-	839( 2.6)	1,442( 4.2)	2,108( 5.7)	2,158( 5.4)
일반의	14,799(50.0)	14,920(47.2)	15,832(46.3)	16,000(44.6)	18,044(45.4)
계	29,516(100)	31,616(100)	34,185(100)	36,845(100)	39,769(100)

6차 계획기간동안 가정의 제도를 정착시키기 위해 가정의학과를 전 의과대학에 확대하고 일반 중소병원에까지 수련지정병원을 확대하는 등 가정의 수련과정 정원을 대폭 확대하며 일반의 및 의원개업 단과 전문의에 대해 가정의 자격취득을 유도하도록 계획되었으나 1990년 현재 전국 32개의과대학 중 가정의학과를 개설하고 있는 학교는 15개 의과대학에 불과하다.

1차 보건의료사업의 일환으로 보건소의 부족 의사인력을 공중보건의료충당하고 읍·면 보건지소의 의료인력을 배치할 계획이었으며, 보건진료소에는 간호원 자격을 가진자 중에서 일정한 직무교육(24주)을 받은 보건진료원(1명)을 배치할 계획이었다. 특히 1986년부터 주민 구강보건사업수행을 위하여 공중보건치과의를 전 보건지소에 배치할 계획이었다. 1985년부터 1989년까지의 공중보건의사 및 치과의사, 보건진료원의 배치현황을 살펴보면 공중보건의사의 경우 1985년과 비교할 때 1989년말 현재 2.2배 증가하였다(표1-13 참조). 공중보건치과의사의 경우 1985년에 비해 3.0배 증가하였으나 전 보건지소의 10.7%에 해당하는 141개 보건지소에는 치과

의사가 배치되어 있지 않은 실정이다. 보건진료원의 경우 전 보건진료소에 1명씩 배치되어 있다.

표1-13. 공중보건의 및 보건 진료원 배치현황

연 도	공중보건의			공중보건치과의			보건진료원
	계	보건소	보건지소	계	보건소	보건지소	
1985	828	31	797	452	398	54	1,602
1986	1,235	153	877	598	185	413	2,000
1987	1,219	137	1,082	901	197	704	2,038
1988	1,458	241	1,217	1,178	197	981	2,038
1989	1,850	449	1,401	1,362	183	1,179	2,038

6차 계획기간동안 의과대학, 치과대학, 간호대학의 정원은 더이상 증원하지 않으며 한의사는 소폭 증원할 계획이었으나, 의과대학의 경우 '89년 입학정원이 2,880명으로 '85년의 2,770명보다 110명이 증가하였다. 이와 반대로 치과대학의 경우 이 기간동안 130명이 감소되었다. 한의과대학의 입학정원은 6차 계획기간동안 계획한대로 130명 증원하였다.

### 1.2.3. 基本政策方向

- 의료인력의 수급 불균형을 해소한다.
- 의료인력의 지역간 불균형을 해소한다.
- 의료인력의 질적 수준을 향상시킨다.
- 전문의의 중·장기 수급계획을 수립한다.

### 1.2.4. 細部推進計劃

- 의료인력의 수급 불균형 해소  
보건사회연구원에서 적정의료인력 공급을 위해 수립한 의사, 한의사, 치

과의사 및 치과보조인력인 치과기공사, 치과위생사의 수급추계 결과는 표 1-14와 같다.

표1-14. 의사, 치과의사, 한의사 인력 수급추계

구 분	1995	2000	2005	2010	
의 사	-공급	45,018	56,700	68,078	78,980
	-수요	44,822	55,612	68,390	80,237
치과의사	-공급	11,372	14,366	17,207	19,802
	-수요	10,121	12,581	16,163	20,102
한 의 사	-공급	7,013	9,799	12,653	15,433
	-수요	6,130	8,473	11,080	13,687
치과기공사	-공급*	11,461	15,016	18,463	21,287
	-수요	4,321	5,459	6,539	7,525
치과위생사	-공급	7,176	8,982	10,251	12,801
	-수요	11,372	14,366	17,207	19,802

\* 국내가용인력

자료 : 한국보건사회연구원

위의 수급 추계 결과에 따라

- 7차 계획의 종료시기에 의사 및 치과의사 인력수급을 재검토한다.
- 한의과대학 입학정원을 500명선으로 하향 조정한다.
- 치과기공사의 양성규모를 30% 하향 조정한다.
- 치과위생사의 양성 규모를 30% 상향 조정하고 취업구조를 개선한다.
- 의료인력의 지역간 불균형 해소
  - 의료인력의 농어촌 유입책을 강구한다.
  - 의료취약지역에 공중보건의 및 보건진료원의 배치를 계속한다.
  - 한방공중보건의 제도를 도입한다.

- 의료인력의 질적 수준 향상
  - 의료기사인력 교육기간을 3년으로 연장한다.
  - 교수요원을 확보한다.
  - 교육과정을 개선한다.
  - 국가시험제도를 개선한다.
  - 무면허 의료행위를 규제한다.
- 전문의 중·장기 수급계획의 작성
  - 진료과목별 전문의의 양성규모를 파악한다.
  - 전문과목별 의료이용량을 추정한다.
  - 전문과목별 의사의 진료생산성을 추정한다.
  - 인턴·레지던트의 수련과정을 개선한다.
  - 일반의의 진료능력을 제고하고 1차진료기능을 강화한다.

## 2. 保健醫療供給의 制度的 改善

### 2.1 醫療傳達體系 定着

#### 2.1.1. 現況 및 問題點

우리나라의 의료자원은 1960년대 이래 특히 의료보험도입 이후 경제성장에 따른 양적 팽창을 경험해 왔다. 그러나 우리나라의 의료분야는 정부의 정책적 관심과 노력이 경제규모의 확대에 집중되고 있던 이면에서는 주로 민간부문의 독자적인 동기에 의거, 그 주도하에 성장하여 왔으며 의료이용자 또한 본인의 의료이용행태가 사회적으로 주는 영향을 염두에 두지 않은 채 스스로의 선택에 따라 의료를 이용하여 왔다. 그 결과 우리나라의 의료분야는 공공부문과 민간부문의 극심한 불균형 및 기능의 중복,

의료자원의 도시지역 편재, 각급 의료기관간 기능의 미분화와 환자후송의뢰 체계의 미비 등 많은 문제점을 안게 되었으며 이와같은 여건에서 의료인력 등 각종 의료자원의 분포, 공공부문과 민간부문의 역할 및 연계, 국민의 의료이용행태 등이 사회적 차원에서 불합리한 양상으로 형성되어 왔다.

더욱이 의과학이 발달함에 따라 의료인력 또한 전문화되어 가는 추세에서 국민소득의 증가 및 국민의 건강에 대한 의식변화에 따른 의료수요의 증대는 국민의료비의 급증 가능성에 대한 우려를 초래하였다. 또한 양질의 의료서비스를 받고자 하는 국민으로서는 현대의료기술이 개발한 첨단 장비와 우수한 의료진을 찾아 대형 의료기관으로 몰리게 되어 결과적으로 대형 종합병원, 대학병원은 교육 및 연구 등 고유기능의 수행에 지장이 초래되었고 또한 적정 수준의 진료를 기대하기조차 어렵게 되었다. 고가 장비를 통한 의료기관간 환자유치경쟁과 환자의 고급의료에 대한 선호에 의해 야기된 일부 의료기관으로의 환자집중문제는 의료보험도입 이후 증폭되어 이의 사회적 부담이 문제가 되었고 의료보험이 보다 많은 계층에게 확대되면서 그 심각성을 더하게 되었다.

환자집중 및 의료자원의 편재에 따른 의료이용의 불편, 의료자원의 낭비, 국민의료비의 상승 등 의료보험의 확대실시와 함께 우리나라 보건의료계가 안고 있는 구조적 문제들의 심각한 표출은 국민의 의료이용과 의료제도 전반이 효율과 형평의 두 가치에 입각해서 재검토되고 나아가서는 국민의 의료이용을 합리화하고 의료기관간의 기능분담을 위한 적극적인 치유책이 마련되어야 할 절실한 필요성을 제기하였다. 이와 같은 배경에서 오랫동안 보건의료계의 주요쟁점이었던 의료전달체계를 의료보험의 적용대상으로 도시지역 자영자에게까지 확대함으로써 전국민 의료보험이 달성되는 시점에 맞추어 제6차 경제사회 발전계획 기간 중인 1989년 7월부터 실시하게 되었다.

### 2.1.2. 第 6次 計劃의 評價

의료전달체계의 확립에 관한 제6차 경제사회발전계획은 의료전달체계의 도입을 전국민의료보험의 성공적인 실시를 위한 필수불가결한 전제조건으로 보되 동 제도의 시행을 위한 주변여건의 미비와 국민의 반발 등을 고려하여 제도를 단계적으로 도입, 추진할 것을 명시하고 있다. 이와 같은 6차 계획의 기본방향은 1989년 7월부터 시행된 의료전달체계에 충실히 반영되어 현행 의료전달체계는 오랫동안 유지되어 온 의료이용관행을 변화시키는데 따르는 거부감을 완화시키고 의료의 공급 및 소비주체가 비교적 용이하게 적용할 수 있는 1단계적인 성격을 갖고 있으며, 앞으로 제도시행상의 미비점을 보완하여 확대실시될 예정으로 있다.

따라서 현행 의료전달체계는 무엇보다도 전국민의료보험의 달성에 따라 예상되는 문제점의 증폭을 예방하기 위한 대형 의료기관의 환자집중 완화에 그 1차적인 목적이 있는 것이며 이런 견지에서 볼 때 의료전달체계의 실시 이후 1단계적 목표로서 3차 진료기관에 대한 환자집중의 완화가 어느 정도 실현된 것으로 나타나고 있다. 표2-1에서 처럼 의료전달체계 실시후 3차진료기관을 내원한 외래환자는 의료전달체계 실시 1년전 대비 1.1% 감소하는데 그치고 있으나 일반진료체계가 적용되지 않는 5개 진료과 환

표2-1. 3차 진료기관<sup>1)</sup> 환자증가율<sup>2)</sup>

(단위 : %)

	외 래	퇴 원
신환자	-14.7(-28.1) <sup>3)</sup>	-
재래환자 <sup>4)</sup>	2.6(- 1.8)	-
총환자	-1.1(- 6.9)	10.7

주 : 1) 25개 3차진료기관 중 22개 병원의 평균치임.

2) 의료전달체계 실시 1년전 대비증가율임.

3) 팔호안은 현행 일반진료체계가 적용되지 않는 진료과 환자를 제외했을 경우의 증가율임.

4) 연인원임.

자료 : 명제일 외, 의료전달체계 운영성과의 분석, 한국보건사회연구원, 1991.

자를 제외했을 때 6.9%가 감소하여 3차진료기관 외래직접이용 제한조치가 어느 정도 효과를 거두고 있는 것으로 보인다.

이와함께 표2-2에 나와 있는 대로 3차 진료기관에서의 평균 진료대기 시간이 58분으로서 의료전달체계 실시 전의 조사결과와 비교할 때 25분 감소하였으며 이는 의료전달체계 실시의 가시적 성과 중의 하나로 볼 수 있다. 그러나 투약 대기시간이나 진료시간 등은 차이가 없는 것으로 나타나 의료전달체계 실시의 효과가 아직은 진료대기시간에만 영향을 미치고 있다. 한편 진료대기시간의 감소와 함께 3차 진료기관을 내원한 환자 중 경증환자가 감소했다든지 여러 의료기관을 전전하는 환자가 감소하여 환자의 의료이용행태가 사회적으로 바람직한 방향으로 바뀌고 있는 등의 변화가 관찰되어 의료전달체계 실시의 긍정적 측면을 보여주고 있다.

표2-2. 3차 진료기관 일부 진료과목별 대기 및 진료시간

(단위 : 분)

진료과목	진료대기시간	투약대기시간	진료시간	총소요시간
계*	58.1	44.8	7.8	176.7
내과	64.6	45.5	6.8	191.9
외과	61.7	42.9	7.5	179.5
산부인과	71.5	54.1	8.1	221.9
소아과	49.5	48.2	6.0	152.4

\* 표에 제시되어 있는 기본 4과만의 평균치가 아니라 전과의 평균치임.

자료 : 명재일 외, 의료전달체계 운영성과의 분석, 한국보건사회연구원, 1991.

그러나 다른 한편으로는 의료보험혜택의 비급여라는 역유인이 충분한 기능을 발휘하지 못하여 환자의 요구에 따라 진료의뢰서가 남발되고 있으며 이는 환자들의 대형의료기관 선호에 큰 변화가 없음을 시사하고 있다. 이와 연결된 문제로서 3차 진료기관에 검사 및 입원을 의뢰해도 의뢰대상기관의 시설부족으로 의뢰했던 의료기관으로 다시 되돌아 오거나 진료의뢰서를 지참하고도 응급실을 통해 입원하는 사례가 많은 것으로 나타났고

의뢰된 환자를 진료한 후 회송이 이루어지지 않아 환자의뢰체계 실시의 의미가 반감되는 등 의료전달체계의 작동이 원활하지 못함을 보여주는 사례 또한 관찰되고 있다.

요컨대 의료전달체계의 실시로 말미암아 대형의료기관을 방문하는 환자가 어느 정도 감소하고 진료대기시간이 짧아지는 등의 변화가 확인되고 있으나 이같은 효과는 의료전달체계의 실시를 위한 제반여건이 충분히 조성되지 않은 상태에서 의료보험 혜택의 비급여라는 역유인 수단을 이용하여 얻은 성과라는 점에서 이같은 성과가 향후에도 지속될지는 의문시된다. 현재와 같이 제반여건이 미비한 상태에서 환자의 흐름만을 조정하는데는 한계가 있는 것이다. 따라서 상기한 결과를 계속 유지하고 더 나아가 의료전달체계가 정착되어 인위적인 환자 흐름의 통제가 없이도 의료이용 관련주체에 의해 자발적으로 합리적인 의료이용이 이루어지도록 하기 위해 제7차 경제사회발전 계획기간 중 제도를 도입할 당시 뒤로 미루어둔 여건조성에 정책적 노력이 경주될 것이며 의료전달체계의 장기발전방향은 1차적 목표의 달성과 함께 그 기반과 여건조성이 얼마나 이루어졌는가에 대한 평가와 서로 맞물리면서 점차적으로 추진되어 나갈 것이다.

### 2.1.3. 基本方向

- 의료전달체계의 장기발전 모형으로 이행하기 위한 기반조성
- 의료기반이 상대적으로 취약한 진료권에 대한 의료자원 유입책
- 지방자치, 의료보험관리체계와 진료권의 연계
- 각급 의료기관간 기능분담에 따른 계층화를 위한 실질적 대책 마련
- 의료전달체계의 확립을 위한 주변 의료제도의 정비

#### 2.1.4. 細部推進計劃

- 가. 제7차 경제사회발전 5개년계획 기간 중의 병상공급계획을 수립함에 있어서 의료기반이 취약한 진료권을 중심으로 한 병상공급을 고려한다. 이 경우 진료권별 이환율이나 인구학적 특성을 고려하여 지역적 특성에 적합한 의료자원의 유입을 추진하되, 의료기반이 취약함에도 의료자원의 유입이 곤란한 진료권의 경우 상대적으로 의료자원이 풍부한 인접진료권과 통합하여 진료권 재조정을 통해 의료이용의 편의를 도모하도록 한다.
- 나. 현재 인구규모로 보아 3차 진료기관이 지정되어 있지 않은 지역에 새로운 3차 진료기관을 설립, 지정하거나 또는 기존 3차진료기관의 분원을 설립하도록 한다. 현재 대진료권 중 3차진료기관이 없는 충북대권과 경인대권의 인천지역, 강원대권의 춘천지역에 거주하는 주민들이 근접거리에서 3차진료기관 의료서비스를 이용할 수 있도록 추진다.
- 다. 제7차 계획 기간 중 의료자원이 상대적으로 풍부한 대도시 지역을 포함하고 있는 일부 중진료권부터 진료절차를 현행 2단계에서 3단계로 하는 장기발전모형으로 이행한다. 타진료권의 경우 의료자원의 분포상태와 의료자원이 양적, 질적 수준이 해당 지역의 특성에 비추어 소망스러운 수준에 도달할 때까지 장기모형의 이행을 유보하고 현행 제도를 유지한다.
- 라. 진료단계별 환자를 여과하여 의료기관의 기능별 계층화에 따라 원활한 환자의뢰가 이루어지도록 하기 위해서는 1차 의료인력의 1차 의료에 대한 전문성이 심화되어야 한다. 또한 1차 의료인력은 지역화 개념의 견지에서 해당지역에서 발생하는 의료요구가 갖는 특성에 부합되는 의료행위를 할 수 있는 지역적 전문성도 요구된다. 따라서 해당 진료권내의 일정규모 이상의 병원에서 그 지역적 특성에 맞는 가정의를 수련토록 하고 가정의 수련에

대한 동기가 아직은 미약하다는 점에서 수련의 및 수련기관에 대한 지원 및 유인책을 강구하도록 한다. 아울러 2차 진료기능의 강화를 위해 단과개원 전문의의 집단개원을 유도하고 3차 진료기관이 타의료기관과의 환자 유치경쟁을 지양하고 연구 및 교육이라는 고유기능에 충실할 수 있는 제도적 지원을 강구한다.

## 2.2. 應急醫療體系의 確立

### 2.2.1. 現況 및 問題點

그동안 제 6차에 걸친 경제발전계획으로 국민생활이 상당수준 향상되었으며, 전국민의료보험을 실시하는 등 국민복지도 선진국 수준에 가까워지고 있다.

그러나 이러한 경제성장과 산업화, 도시화의 결과로 공해문제, 자동차 사고, 산업재해 및 직업병 등이 새로운 보건의료문제로 등장하여 국가 및 관련기관의 적극대응이 필요하게 되었다.

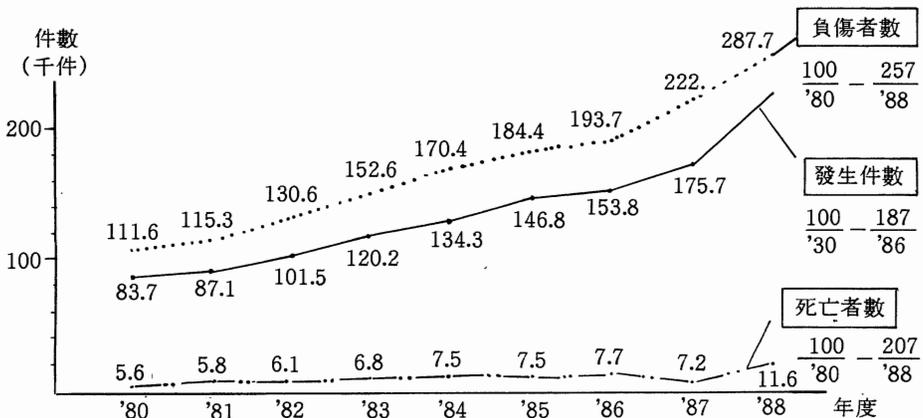


그림2-1. 交通事故 增加趨勢

이러한 보건의료문제는 특히, 신속한 대응이 필요하게 되어 국가적으로 종합적이고 체계적인 응급 의료체계의 확립이 요구되는 시점에 와 있다.

우리나라의 응급의료수요는 대폭증가하고 있으며, 그중 대표적인 자동차사고로 인한 사망과 부상자 수를 살펴 보아도 '80년대초에 비해 2배이상으로 증가하고 있으며, 이는 점차 가속화될 전망이다(그림2-1).

한편 이러한 응급의료증가에 대한 국가 및 의료기관의 그동안의 대응은 소극적이어서 국민의 불만을 사고 있다.

즉 응급환자를 수용할 수 있는 병원의 응급실 병상이 부족한 형편이며 담당인력도 매우 취약한 편이다(표2-3 참조).

表2-3. 應急室 現況

病 院	3次醫療機關	修練綜合病院	一般綜合病院	備 考
應急室平均病床	20	11	7	○3次診療機關：25개소 ○修練綜合病院：61개소
1日應急患者數	54	38	22	○一般綜合病院：154개소

資料：應急治療體系의 構築에 관한 調查研究, 保健醫療政策研究所('89. 12).

특히 미국등 선진국에서는 '70년대부터 실시하고 있는 신고전화, 무선통신등 응급의료통신망이 우리나라의 경우는 미비하여 대부분의 환자가 사전 지식이 전혀 없는 상태로 이병원, 저병원을 전전하는 사례가 발생하고 있는 형편이다.

후송수단도 각 병원에서 구급차를 운영하고 있으나, 증가하는 수요에

표2-4. 各 病院의 救急車 現況

救急車保有臺數(平均)			裝 備 保 有 比 率				搭 乘 人 力 比 率		
3 次 醫療機關	修 練 綜合病院	一 般 綜合病院	인공호흡기	심전도	척 추 固定裝備	通信裝備	醫 師	看 護 師	患者運搬 補助人力
2	2	2	35%	7%	11%	15%	8%	5%	29%

미흡한 편이며, 장비 및 탑승인력도 부족하여 현장 및 구급차내의 처치는 거의 이루어지지 못하고 있다(표2-4 및 표2-5 참조).

표2-5. 119 救急車 現況

設置數	救急車數	救急要員	實 績 (名)				
			'82	'84	'86	'88	'89
89	160	803	7,373	17,475	31,632	49,493	57,444

'89年の 경우 소방서당 日平均 後送者數는 1.8人

자료 : 내무부 소방국

그리하여 대부분의 환자가 응급실 내원시 택시를 이용함으로써 증상이 악화될 우려가 상존하고 있다(표2-6 참조).

표2-6. 應急室 · 來院患者 來院手段

利用手段	計	病院救急車	119救急隊	택시등	도 보
構成比(%)	100.0	11.7	8.8	70.7	7.1

### 2.2.2. 基本方向

- 응급환자에 대하여 적기, 적정의 진료를 제공할 수 있도록 각 병원의 응급환자 치료능력을 제고하고
- 응급의료통신망을 구축하여 응급환자에게 필요한 정보를 제공할 수 있는 체제를 완비한다.

### 2.2.3. 細部推進計劃

- 응급의료 전문병원의 지정 및 육성
  - 응급실에 대한 인력 및 시설, 장비 기준을 강화하고, 기준 및 요건에 적합한 병원에 대하여 응급의료센터와 응급의료지정병원으로 육성한다.
  - 응급의료센터등은 129 응급환자 정보센터와의 긴밀한 협조하

에 해당 응급의료 진료권내의 응급환자에 대한 책임있는 양질의 응급의료서비스를 제공하고,

- 응급의료전문인력의 교육훈련을 담당한다.
- 응급의료센터의 지역별 지정 기준 마련(표2-7).

표2-7. 응급의료센터 지정 기준

지 역		병 원 규 모
대 도 시	중 소 도 시	
인구 100만명 기준 1개소 이상	인구 50만명 기준 1개소 이상	200병상 이상의 종합병원 (필요시 80병상이상도 가능)

○ 응급의료전문인력의 양성

- 응급의학전문의의 양성 : '92년부터 양성하여 '96년부터 활용
- 응급간호사의 양성 : '92년부터 양성하여 '93년부터 활용
- 응급구조사의 양성 : '91년부터 양성하여 '92년부터 활용
  - 응급구조사는 구급차에 동승하여 현장 및 구급차내 응급처치를 담당한다.

○ 129응급환자 정보센터의 설치 운영

- 주요기능은 응급환자 발생시 유·무선망을 통하여 환자와 구급차 병원간을 연결하여 즉시 응급의료서비스를 받을 수 있도록 한다.

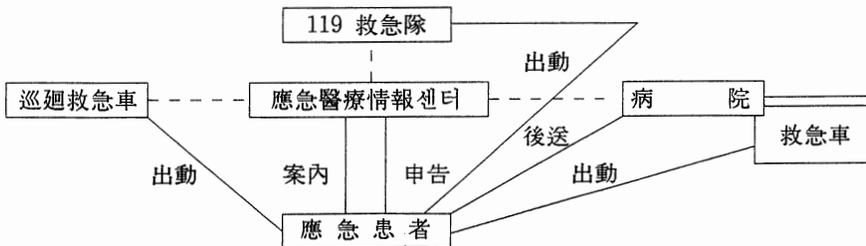


그림2-2. 129 응급환자 정보센터 시스템

- 전국 11개소에 설치하고 대한적십자사에서 운영하되 운영비 및 장비구입비에 대하여는 전액 국고에서 지원한다.
- 국립응급의료센터의 건립
  - 응급의료체계구축 계획의 일환으로 국립의료원내에 설치하여 의료기관이 갖추어야 할 응급실에 대한 시범적 운영모델 제시
  - 사업기간 및 소요액 : '92-'93(2개년)간 5,014백만원 투자
- 응급의료헬기의 구입 활용
  - 도서지역, 오백지지역의 환자 후송을 위하여 헬기를 구입하여 도시에서 운영한다.

'92	'93	'94	'95	'96
1대(전남)	1대(경남)	1대(강원)	1대(경북)	1대(충남)

- 운영에 필요한 경비는 국고와 도비에서 확보하여 활용한다.

## 2.3 醫藥分業의 段階的 定着

### 2.3.1 現況 및 問題點

東洋醫療文化圈인 우리나라에 西洋醫療인 現代醫學이 들어온지 한 世紀가 지났으나 아직도 醫療實行과 醫師·藥師 人力의 不均衡分布등의 理由로 醫藥이 同一人에 의하여 취급되고 있다.

우리나라에서의 藥師法은 1953年 12月 8日 처음으로 制定公布되었으나 全文 11條項으로 藥師의 資格取得·藥局開設·醫藥品 取扱範圍등만 규정되어 있었다, 그후 1963年 12月 19日 全文改正한 藥事法이 오늘날 藥事法의 母體가 되었으며 이때 第21條에 醫藥分業을 할 수 있는 法的 근거를 넣었으나 1965年 4月 3日 改正하여 第21條, 第3項을 削除하여 醫師의 處

方箋 發行의 義務化를 없애고 대신 附則 第3條를 新說함으로써 醫師가 患者에게 直接調劑하여 줄 수 있도록 하여 오늘날과 같은 醫·藥의 未分業 醫療文化가 法律的으로 制度的으로 土着化되었다.

1977年 7月 1日 우리나라에서도 本格的으로 醫療保險制度가 始作되었으나 職場人을 대상으로 漸進的으로 擴大 實施함에 따라 藥局經營에 미치는 影響이 크지 않아 그냥 지나왔다. 그러다가 1981年 7月 1日 江原道 洪川郡을 비롯한 3個 郡地域에 1차적으로 地域醫療保險이 設置됨에 따라 醫·藥分業問題가 論議되다가 3個 郡地域에 있는 藥局數도 많지 않고 또한 藥局利用國民도 큰 變化를 보이지 않아 問題化 되지 않다가 1982年 7月 1日 都市地域인 大都市 제2차 地域醫療保險이 實施됨으로써 醫·藥分業問題가 本格的으로 舉論되었다. 그리하여 1984年 5月부터 始作된 大都市契約制 醫藥分業은 成功도 하지 못한채 8個月 만에 中斷하는 經驗을 갖게 되었다.

1988年 1月 1日 農·漁村地域 醫療保險實施에 대비하여 醫藥分業問題가 再論되어 1987년에 保健社會部에 設置運營한 國民醫療政策審議委員會에서 近 1年間 論議한 끝에 1987年 12月 “3段階醫藥分業方案”을 마련하였으나 1988年 12월 29日 “3段階分業案”이 白紙化되고 1989年 5月 31日 早速한 時日內에 完全分業을 實施한다는 原則아래 “藥局的 保險參與”가 醫協과 藥師會의 兩團體의 代表가 參席한 자리에서 合議된 것으로 保健社會部에서 決定 發表하게 되었다.

그리하여 1989年 7月 1日 都市地域醫療保險이 適用되어 명실상부한 全國 國民醫療保險時代의 새로운 醫療保障의 章을 열었으나 醫藥分業問題는 迷宮으로 빠지고 1989年 10月 1日부터 “藥局醫療保險”이란 새로운 制度가 導入되었다.

- 1990년의 시·도별 의원 및 치과의원과 약국의 분포는 표2-8과 같다.

약국의료보험급여를 담당하는 약국수는 '89. 10. 1시행 당시 18,335개소였으나 '90. 4월에는 18,901개소로 늘었다. 이는 '90년

도 신규배출된 약사로 인한 자연증가현상이며, 중진료권 별로 인구수대 의원급 및 약국 분포 상태를 비교해 보면 현상태에서 일시에 전국적으로 완전의약분업을 실시하기에는 무리가 따른다.

약국 이용자의 보험적용 수급지역은 中診療圈(140개)內로 제한하고, 3세 미만의 幼兒는 약국에서 직접조제 투약하는 것은 보험급여가 되지 못하게 하겠다.

표2-8. 시·도별 의원급 의료기관/약국분포, 1990년

(단위 : 개소)

시·도별	구 분	의 료 기 관			약 국
		계	의 원	치과의원	
계		15,636	10,927	4,709	18,901
서 울		3,751	3,584	1,967	7,052
인 천		606	444	162	802
경 기		1,778	1,328	450	2,307
강 원		393	300	93	470
충 북		355	273	82	470
대 전		482	362	120	544
충 남		463	353	110	512
전 북		612	437	175	730
광 주		524	353	171	591
전 남		460	341	119	561
대 구		1,019	676	343	1,185
경 북		623	447	176	763
부 산		1,655	1,222	433	1,772
경 남		969	705	264	991
제 주		146	102	44	151

註) 의약분업이 실시되더라도 처방전 발행과 무관한 종합병원, 병원(외과, 치과, 한방), 한의원, 보건기관 등은 제외

- 약국 보험급여 대상 의약품은 29 효능군 547성분 2,979품목의 내복약으로 한정하였다.

의사가 보험환자에게 사용할 수 있는 의약품의 품목수와 약사가 보험환자에게 직접 조제할 수 있는 의약품의 품목수는 크게 차이를 보이고 있어 약국 보험의 직접 조제 급여의 제한성이 크다.

표2-9. 약국급여대상 의약품 효능군

효능군	효능군
114. 해열·진통·소염제	312. 비타민 B <sub>1</sub> 제
124. 진경제	313. 비타민B제(비타민 B <sub>1</sub> 제외)
131. 안과용제	314. 비타민 C 및 P제
132. 이비인후과용제	315. 비타민 E 및 K제
141. 항히스타민제	395. 효소제제
149. 기타의 알레르기용약	611. 주로 그람양성균에 작용하는 것
222. 진해거담제	612. 주로 그람음성균에 작용하는 것
229. 기타의 알레르기용약	614. 주로 양성균, 리케치아, 바이러스에 작용하는 것
232. 소화성 궤양용제	615. 주로 양성균, 음성균, 리케치아, 바이러스에 작용하는 것
233. 건위소화제	619. 기타의 항생물질 체제(복합항생물질 제제포함)
234. 제산제	621. 설파제
235. 최토제, 진토제	625. 후란계 제제
236. 이담제	이상 29효능군
237. 정장제	
238. 하제 완장제	
239. 기타의 소화기관용약	

- 주 : 1. 효능군 114, 해열·진통·소염제 중 염산펜타조신 체제는 제외  
 2. 효능군 124, 진경제중 메실산벤즈트로핀제제 및 벤즈트로핀메이실레이트 제제는 제외  
 3. 효능군 611, 614, 615, 618 및 619의 항생제는 별도로 정함.

표2-10. 의료기관용 급여대상 의약품과의 비교('90. 9. 1)

(단위 : 품목)

구분	계	내복제	주사제	외용제	한방제
의료기관	8,208	5,587	1,836	657	68
약국	3,031	3,031	-	-	-

표2-11. 약국 급여대상 의약품 변동내역

(단위 : 품목)

시 행 일	효 능 군	성 분 수	품 목 수
'89. 10. 1	29	547	2,379
'90. 1. 1	29	635	2,594
'90. 3. 1	29	620	3,056
'90. 9. 1	29	620	3,031
'91. 1. 1	31	647	3,221

보험의약품의 신규등재 및 삭제로 '90. 9. 1 현재 620 성분 3,031 품목으로 증가하였다. '91. 1. 1부터는 근골격계 22성분, 150 품목과 식물성 소염제 5성분, 40품목 추가하였다.

약국 보험 급여는 1회 조제시 4품목 이내로 하고 1회에 2일분 이내만 투약토록 하였다. '91. 1. 1부터는 1회에 3일분까지 조제 투약할 수 있도록 조정하였다.

- 약국의 약제비는 약가와 조제 기술료를 합하며 조제기술료는 기본조제기술료로 조제료 및 약국 관리료로 구분한다.

표2-12. 조제료 변천과정과 내역

(단위 : 원)

	계	조제료	기본조제기술료	약국 관리료	비 고
1982. 7. 1	210	110	100	-	기본조제기술료 신설
1989. 10. 1	550	140	130	280	약국관리료 신설
1990. 2. 1	590	150	140	300	의료보험진료 수가 평균 7% 인상
1991. 1. 1	750	150	140	460	약국 관리료 160원 이상

- 약국 보험급여시 본인부담금은 약제비가 800원 미만이면 전액 본인부담이고, 800원 이상 1,500원 이하이면 800원을 부담하고 800원을 초과하면 약제비 총액의 60%를 부담하도록 하였으나 금액 상으로는 의원을 이용시 보다 적지만 비율로 볼 때에는 의원의 외래 평균 41% 수준보다 너무 높다는 여론에 따라 시행 1년 3개월후 91. 1. 1 부터는 2일분까지는 800원 3일분을 1,000원으로 하고 1,500원을 1,700원으로 높여 1,700원을 초과할 때 60%를 본인이 부담하도록 하였다.
- 약국 급여의 실적은 약국의 참여율이 시행 3개월째부터 점점 강추세를 보이고 있다.  
청구건수 역시 점점 줄어들고 있다.

표2-13. 약국의료보험 참여실적(89.11-90.7)

	요 양 기관수	청 구 기관수	%	청구건수 (100건)	약국당월 청구건수	비 고
월 평 균	18,857	6,023	32.8	1,084	151	지정기관수 : 19,073

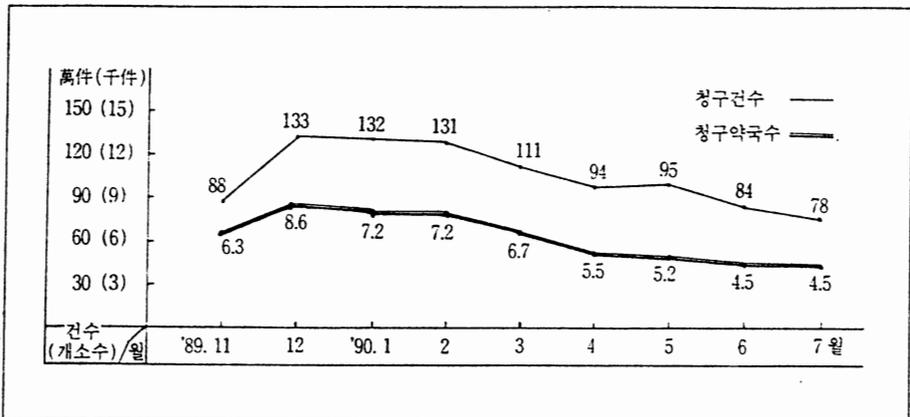


그림2-3. 월별 청구건수 및 약국수

- 보험자 종별로 약국 급여 실적을 보면 표2-14와 같다.

표2-14. 보험자종별 약국급여 실적

구 분	건 수(%)	약 제 비(%)	건당약제비(원)	건당투약일(일)
직 장	43.1	42.8	1,738	1.55
공 교	12.6	12.6	1,760	1.58
지 역	44.3	44.6	1,760	1.58
도 시	38.2	37.8	1,731	1.55
농 어 촌	6.1	6.8	1,939	1.77

약국 이용은 도시지역 주민의 가장 많고 공무원에 비하여 직장 조합 가입자가 높다. 농어촌 지역이 낮은 이유는 약국이 농어촌에 많이 있지 않기 때문이고 직장파 도시지역 조합가입자 이용율이 높은 것은 주거지가 도시이고 약국이 도시에 집중되어 있기 때문이다. 공무원은 전국에 분포되어 있어 농어촌 지역 거주 공무원과 그 가족이 약국이 가까이 있지 않아 이용이 불편하기 때문에 전체 이용율이 도시거주자 보다 낮다.

- 약국 보험급여 실적은 표2-16~표2-19와 같다.

방문건당 약제비용이 1,500원 이하가 96.4%로 거의 대부분이며 1,500원을 초과하는 경우는 대부분 2일 투약이 주종을 이루고 있음을 알 수 있다.

약국의료보험 이용은 여성이 남성보다 많고, 연령별로는 25~34세 구간과 35~44세 구간에서 높게 나타났으며 건당 약제급여비, 건당 투약 일수는 성별로 큰 차이가 없었으나 연령별로는 연령이 증가할 수록 높았다.

증상별로 보면 10개의 다빈도 증상이 건수의 74.7%, 투약일수의 73.6%, 총약제비의 73.1%를 차지하고 있으며 10개의 다빈도 증상중 7개가 호흡기계질환의 증상으로 건당 약제비는 1,503원

표2-15. 의료보험 약국약제비 청구 및 심사 지급현황

(단위 : 개, 건, 원, 일)

구 분	지정약국수	청구약국수	청구율(%)	청구건수	청구약제비 (천원)	심사결정 건당약제비	투약일당 약 제 비	건 당 투약일수	
계	227,291	69,071	30.4	12,182,760	8,672,324	1,773	1,107	1.60	
'89	소 계	37,419	14,878	39.8	2,207,478	1,462,876	1,662	1,095	1.52
	11월	18,594	6,260	33.7	881,807	575,891	1,454	981	1.48
	12월	18,825	8,618	45.8	1,325,770	886,985	1,668	1,097	1.52
'90	소 계	189,872	54,193	28.5	9,975,282	7,209,448	1,782	1,113	1.60
	1월	18,842	7,197	38.2	1,321,759	877,309	1,721	1,106	1.56
	2월	18,885	7,198	38.1	1,308,762	888,580	1,680	1,088	1.54
	3월	18,905	6,704	35.5	1,105,595	779,187	1,713	1,090	1.57
	4월	18,901	5,475	29.0	936,484	669,854	1,793	1,114	1.61
	5월	18,924	5,218	27.6	952,626	692,614	1,788	1,114	1.60
	6월	18,982	4,538	23.9	838,780	629,846	1,809	1,124	1.61
	7월	19,073	4,572	24.0	827,041	618,778	1,845	1,114	1.66
	8월	19,094	4,090	21.4	762,704	582,041	1,846	1,136	1.63
	9월	19,102	5,149	27.0	1,123,194	850,782	1,875	1,130	1.66
	10월	19,164	4,052	21.1	798,337	620,457	1,883	1,139	1.65
	11월	19,170	4,324	22.6	965,583	747,210	1,906	1,138	1.67
12월	19,188	4,104	21.4	913,243	715,237	1,917	1,144	1.68	

\* 청구약제비 = 총약제비 - 본인일부부담금

표2-16. 약제비 심사지급실적('89. 11 - '90. 6)

	심 사 지 급			건 당 약제비	건 당 조제일수	심사조정률	
	건 수	약제비	보험자부담			건 수	약제비
계 (월평균)	천건 7,939 (992)	백만원 13,767 (1,721)	백만원 5,388 (673)(39.1%)	원 1,734	일 1.56	% 8.5	% 1.42
'89.11-12	893	1,485	568(38.2%)	1,662	1.52	7.62	1.04
'90. 1- 3	4,131	7,045	2,734(38.8%)	1,705	1.56	8.6	1.47
'90. 4- 6	2,915	4,237	2,086(39.1%)	1,796	1.60	9.2	1.75
의원급(공단)	18.51	0.87					

표2-17. 정액, 정율별 약국의료보험 급여 실적

(단위 : 건, 일, 원, %)

구 분	진료건수	투약일수	청구금액	보험자부담액	건당약제비	건당급여비	건당투약일
정 액	96.4	95.7	95.7	95.7	1.791	716	1.59
정 율	3.6	4.3	4.3	4.3	2.170	869	1.92
계	100.0	100.0	100.0	100.0	1.804	721	1.60

자료 : '90. 4월 지급분중 일부자료임

표2-18. 성별, 연령별 약국의료보험 급여실적

(단위 : %, 건, 일, 천원, 원, 일)

구 분	건 수	투약일수	총약제비	보험자부담액	건당약제비	건당급여비	건당투약일
성별 남	45.9	46.2	45.9	45.8	1,634	620	1.54
여	54.1	53.8	54.1	54.2	1,636	622	1.52
연령 4세이하	2.8	3.0	2.2	1.9	1,286	418	1.62
구간별 5-14	17.6	17.5	15.0	13.9	1,391	488	1.52
15-24	12.3	11.7	12.0	12.0	1,605	611	1.46
25-34	20.5	20.0	21.1	21.3	1,676	645	1.49
35-44	19.9	19.7	20.5	20.8	1,688	652	1.52
45-54	14.8	15.2	15.8	16.2	1,740	677	1.56
55-64	7.5	7.9	8.3	8.6	1,802	709	1.62
65-74	3.3	3.6	3.7	3.8	1,851	724	1.66
75-	1.3	1.4	1.4	1.5	1,825	719	1.70
계 (실수)	100.0 (82,256)	100.0 (125,840)	100.0 (134,472)	100.0 (51,087)	1,635	621	1.53

자료 : 의료보험관리공단, '89 통계연보

표2-19. 다빈도 48 증상별 약국급여 실적

(단위 : %, 건, 백일, 천원, 원, 일)

순 위	증상 기호	증 상 명	약제 건수	투약 일수	총 약제비	보험자 부담액	건당 약제비	건당 급여비	건당 투약일
1	12	기 침	18.0	18.0	17.3	17.2	1,562	587	1.52
2	19	인 후 통	14.5	13.8	14.0	14.1	1,581	603	1.46
3	13	객 담	9.6	9.8	9.6	9.7	1,640	627	1.55
4	15	콧 물	7.7	7.3	7.0	6.8	1,503	554	1.47
5	16	코 막 힘	4	6.2	6.0	5.8	1,532	570	1.48
6	17	발 열	4.2	4.1	3.9	3.8	1,526	561	1.50
7	20	오 한	3.9	3.6	3.8	3.7	1,572	596	1.44
8	25	염 증	3.8	4.0	4.2	4.2	1,791	694	1.61
9	01	속 쓰 림	3.5	3.9	4.3	4.5	2,021	804	1.72
10	39	전 신 통	3.1	2.9	3.0	3.0	1,562	586	1.42
		소 계	74.7	73.6	73.1	72.8	1,598	605	1.51
		기 타	25.3	26.4	26.9	27.2	1,742	669	1.60
		계	100.0	100.0	100.0	100.0	1,635	621	1.53

자료 : 의료보험관리공단, '89 통계연보

부터 1,791원, 건당 투약일은 1.44일에서 1.61일의 분포를 보였으며, 단지 속쓰림은 건당 약제비 및 건당 투약일이 다소 높았다. 한편, 432 증상분류 또는 비슷한 양상으로 호흡기계 증상이 제일 많았다.

### 2.3.2 第 6次 計劃의 評價

- 1985~89년간의 醫藥分業改築은 完全醫藥分業 모델이 아닌 利用 當事者인 醫師와 藥師의 利用調整에 重点을 둔 結果가 되어 기형적 제도를 出帆시켰다는 비판도 크다.

'84. 5월부터 그해 말까지 실시한 大都市 契約方式에 의한 醫藥分業이 '85년도 와서 他意分業 상태로 수개월 延命하다가 아예 없어지고 만 상태였다.

- '88年 1月 부터 施行된 農漁村地域 醫療保險에 藥局의 保險參與는 實施方案이나 接近方法도 提示하지 못한 상태에서 '87年 1年 동안 保健社會部の 懸案課題 中 하나로 分類하여 會議와 攻防對論으로 끝날 무렵에서야 겨우 合議된 사항이 “3段階 醫藥分業” 이었다.

1단계는 部分分業으로 處方箋發行을 強制化 할 수 없으므로 處方箋 持參患者에게 本人負擔金을 낮추어 주는 Incentive를 주고, 2단계는 의약품 분류에 의한 부분분업 강화로 전문의약품과 일반 의약품을 분류하여 주사제를 제외한 전문의약품은 처방전에 의하여 조제 투약하도록 하는 방안이고 3단계는 의약품 분류에 의한 완전 의약분업으로 주사제를 포함한 모든 전문의약품에 대하여 완전분업을 실시하는 방안이었다. 그러나, 어느 한 단계도 시행이나 준비를 하지 못한 채 1989년 5월에 약국 직접 조제 급여를 의료보험에 적용하는 약국보험을 만들어 내게 하였다.

藥局保險給與가 實施된 지 不過 2個月分을 가지고 '89年度の 評價를 하기에는 무리가 있을 뿐만 아니라 1年間の 실적 分析資料를 토대로 藥局保險의 實施 所期の 目的인 藥師의 保險參與, 가벼운 疾病의 藥局利用 誘導로 醫療 費用의 節減, 完全醫藥分業 實施를 爲한 國民의 醫療慣行 態도의 變化계도, 醫師의 處方箋 發行誘導를 위한 他意分業의 慣行 等の 效果가 높이 評價되었다고 볼 수 없다.

그러나 藥局 保險이 醫藥分業實施까지는 存在하여야 할 狀況이므로 利用하는 國民의 便宜를 위하여 藥의 濫·誤用과 保險 財政負擔에 충격을 주지 않는 범위내에서 약국보험이 보다 활성화할 수 있도록 91. 1. 1자로 조제료, 기술료의 인상, 대상의약품의 擴大, 조제일수의 연장, 본인부담금의 하향조정, 청구서식 작성의 간소화 등의 조치를 한 것은 肯定的으로 評價된다.

### 2.3.3 基本方向

醫와 藥의 專門性 提高로 良質醫療를 共給하고 醫藥品の 濫·誤用을 防止하여 醫療費 中 藥劑費를 節減함으로써 保險財政을 節約하여 國民의 醫療費負擔을 줄일 수 있는 方案으로는 醫藥分業 以外的 代案은 없는 것이다.

그러나 藥事法 등 關聯法令의 改正 및 整備, 醫院 및 藥局分布의 均衡配置, 藥局의 處方箋 藥品의 措置 및 受容處理 能力 確保, 專門治療醫藥品(Ethical)과 一般 賣藥許容醫藥品(OTC)의 分類許可 및 告示, 保險醫藥品의 生産 및 流通體系改善으로 因한 適正 藥價 管理, 새로운 制度 受容에 대한 理解로 國民의 醫療利用慣行의 變化, 利害當事者에 대한 收入損失補償 및 協業體系 構築 등이 먼저 정비되어야 한다.

우리나라에서의 醫藥分業 問題는 全國적으로 一時에 실시하기에는 現實적으로 不可能하다.

따라서 病院과 藥局이 고르게 分布되어 있는 地域부터 점진적으로 醫業分業을 實施하면서 現行 藥局 保險을 並行하여야 한다.

그러므로 7차 5개년 계획 기간은 의약분업실시를 위한 준비기간으로 삼아야 할 것이다.

### 2.3.4 細部推進計劃

- 醫藥分業의 實施을 위한 根據를 마련하기 위하여 '89. 11월에 國會에 上程해 놓고 있는 藥事法 中 改正法律案을 通過시킨다.
- 保險藥品을 專門治療劑(Ethical)와 一般賣藥藥品(OTC)으로 區分하여 Ethical만 登載한다.
- 保險藥品은 複合劑는 前提하고 單一製劑만을 登載하여 大包裝을 시킨다.
- 調劑料와 處方箋料를 上向調整하여 藥品取扱喪失 및 保險實施 利益 損失을 補償한다.

- 醫大生 및 藥大生の 教科 課程에 醫療保險과 醫藥分業制度를 履修케 하여 새로운 제도에 適應토록 한다.
- 醫藥分業 對象 醫藥品의 區分 告示와 分業, 實施可能地域을 調査하여 段階別 適用地域을 告示한다.
- 醫藥分業을 實施할 수 없는 地域을 醫業分業 實施地域으로 告示될 때까지 現行과 같이 醫師에 의한 調劑方案과 藥師에 의한 調劑技術 및 藥局 保險을 存續시킨다.

## 2.4 韓·洋方 協助體系 構築

### 2.4.1 現況과 問題點

1952년 國民醫療法이 제정 시행된 이후 40여년이 지난 오늘에 이르기까지 醫療制度의 기본골격은 소위 洋方과 韓方醫療가 각기 독립적으로 二元化된 의학교육과 의료공급 형태로 유지 발전되어 왔다. '70-'80년대 이후 생활수준의 향상에 따라 다양한 國民醫療需要가 제기되고 醫療保險제도가 도입되면서 東·西醫學의 상호보완적 비교접근이 일부 試圖되고 있는 실정이다. 특히 1977년 全國民 醫療保障制度가 실시되고 87년 2월 韓方醫療保險실시 이후부터 診療機關利用이 간편화되고 健康慾求가 증대되면서 國民保健診療 패턴이 韓·洋方交叉診療의 경향, 현대 診療裝備의 大量補給으로 전문적인 醫學檢査頻度の 증가, 한방의료보험 진료시 韓·洋方傷病分類사용, 韓醫師의 洋方檢査 勸獎 경향 및 일부 의료기구사용, 韓方病院에 부설의원 또는 지정병의원을 두는 등 한·양방 의료기관간에 상호 協助體系내지 情報交流가 점차 늘어나고 있는 추세이다. 그럼에도 불구하고 의료업무한계 등 診療紛爭과 상호 불신이 아직도 상존해 있으며 오히려 韓醫界의 洋方認識度(현대의료)는 상당히 긍정적인 편이다.

## 2.4.2 第 6次 計劃의 評價

### ○ 韓醫學育成

6차계획 중 醫療制度 改善사업의 1분야로 선정되었던 韓方의학 육성사업 중 韓方診斷 治療의 科學化, 標準化에 관하여는 한·양방 협조체제의 기초인 국제 질병분류와 한의상병분류의 병용 사용을 시행하게 됨으로써 앞으로 우리나라 臨床 및 死因傷病統計에 크게 기여하게 될 것이다. 또한 보건사회부에 韓方醫療制度 協議會('86년 7월)를 운영하여 韓方발전을 위한 政策課題선정, 그리고 韓方醫療·研究사업을 公共醫療부문에 도입키 위하여 계획된 國公立病院 韓方病院 설치에 관하여는 '90년 10월 建國 이래 최초로 國立醫療院에 韓方診療部가 신설되고 1차 보건의료에 韓方의료 적용을 대비하여 '90년부터 2개년 사업으로 추진되고 있는 3個 保健所(춘성, 순창, 영양) 시범 公衆保健事業들이 韓方의학분야의 주요 育性事業으로 評價된다.

### ○ 韓方醫療保險 擴大

'85년 이후 '89년까지 韓方醫療保險요양지정기관 趨移를 보면 '85년에 示範事業시 지정기관 26개소에서 3,200개소로 늘어났고 韓醫師數는 3,628명에서 5,344명으로 增加하였다.

'84년 韓方의료보험 시범사업 실시결과 醫療費用의 추가 負擔不要등 긍정적 評價와 점증하는 韓方의료 需要를 감안하여 保健社會部는 '87년 韓方보험을 全國으로 擴大실시하고 급여처방도 26개에서 56개 처방으로 늘렸으며 規格 韓藥材의 流通裝置 개발, 다빈도 傷病處方의 확대, 의료보험 報酬의 개선 등이 앞으로 집중 검토되어야 한다.

## 2.4.3 基本方向

- 한·양방관련 醫療團體의 자문을 받아 한·양방 의료업무 중에서 상호 接近이 容易한 분야에서부터 共助協力 체계가 유지되도록 醫療制度를 단계적으로 改善한다.

- 國家次元에서 韓方의료의 現代化사업 기본계획을 수립 추진하며 韓方치료 藥材의 規格化 유통, 韓方 專門醫 제도의 신설 등을 도입한다.
- 1차로 醫科大學 교과목에 韓方醫學을 도입하고 韓醫科大學 교과에는 진단 방사선학, 병리검사학 등을 추가하며 취업 의료인 補修教育에도 이를 必須 과목으로 시행한다.
- 7차 계획기간내에 모든 國·公立 保健醫療機關에 韓醫師 취업을 개방하고 소관부서를 增設한다.
- 2001년까지 의료公租體系 내지 一元化를 달성하며 모든 국민의 자유로운 한·양방 醫療選擇權을 보장한다.

#### 2.4.4 細部推進計劃

의사협회나 한의사협회 사이에 相互協力醫療 내지 제도의 一元化에 관한 必要性은 충분히 인식되었다고 보나 아직도 단계적인 接近方法과 상호 신뢰조성이 未洽한 실정이다. 따라서 이의 解決策은 1차로 현행 教育學習 내용부터 보완하는 것이고 동시에 부분적으로 접근이 容易한 일부 診斷技術과 基礎檢査 항목부터 共有領域을 제도적으로 보장하는 행정조치를 선결한다. 分野別 細部推進計劃은 다음과 같다.

- 短期計劃('92~'96년까지)
  - ① 한·양방 의료의 制度的 發展을 기하고 韓方의 現代化를 촉진시키기 위하여 한의사의 診療技士 지도, 감독권, 物理療法科의 진료과목 허용, 韓方專門醫, 韓方公衆保健醫제도 확대를 위한 의료법, 의료기사법, 보건소법, 농특법 등을 개정한다.
  - ② 한·양방의학 公開講座, 공동學術研究(국립대학, 연구기관부터)를 실시하고 보수교육 등 소정의 과정 이수자에게는 해당 臨床業務를 부분적으로 許容한다.

- ③ 韓·洋方 각 의과대학의 學習課程을 점검한 후 한의학 총론, 기초 및 韓方내과 등 6개 臨床專功科目을 의대교과과정에 포함 이수시킴으로써 韓方醫學을 충분히 理解시킨다. 또한 한의과대학 학습에는 임상병리, 방사선 및 물리치료 등 기초임상 의학을 보강하여 韓方醫療를 科學化하도록 교육제도부터 개선한다.
  - ④ 醫療業務와 保險給與내용도 개선하여 학습과정으로 이수된 과목에 대하여는 취업후 制限된 醫療行爲를 허용, 관계법규를 整備, 보완한다.
  - ⑤ 韓醫師의 취업제한을 開放하여 중요 國·公立 保健醫療機關에 韓方의료관계 각 부서를 年차적으로 增設한다.
  - ⑥ 韓方의료의 體系化사업으로 傷病名의 통일과 한약의 規格檢定 사업, 그 외에 韓方간호 및 조제요원의 양성을 制度化한다.
- 長期計劃('96~2001년까지)
- ① 장기발전계획으로 모든 醫學敎育과 綜合病院에 義務的으로 韓方의료를 수용한다.
  - ② 韓方을 주축으로 한 독립된 國立 韓·洋方綜合病院과 國立韓醫學研究所를 설립한다.
  - ③ 2001년까지 韓·洋方醫療 共助體系를 완성하고 모든 보건, 의료기관에서 韓方醫療를 施行한다.

○ 醫療一元化에 관한 關聯團體 意見(참고)

韓·洋方 醫療協助體系내지 의료 일원화를 위한 의사단체의 의견을 요약하면 다음과 같다.

한·양방의 관련 단체인 大韓韓醫師協會와 大韓醫學協會는 보건사회부의 의료일원화 정책수립을 위한 구체적인 방안제시 요구에도 불구하고 상호 이해정도와 방법절차상의 시각차가 큰 실정이나 접근 가능한 부분부터 협의해 나간다면 단계적인 해결방안이 창출될 수 있을 것이다. 즉, 韓醫師

會側에서 제시하고 있는 대안은

- ① 근원과 학리가 상이하어 어느 일방적 합병은 불가하며
- ② 학문과 기술이 전문화 추세에 있고
- ③ 의학교육을 1대1로 배분하여 교육의 일원화가 선행되어야 하고
- ④ 국립한과대학의 설립과 국립한의학 연구소에서 비교연구가 선행되어야 하고
- ⑤ 한의학의 전향적 육성기지 구축
- ⑥ 기존 한의사 보수교육(양방검사학 등 허용) 및 전문의제도 인정
- ⑦ 일원화 협의기구 설치 등을 주장하고 있다.

한편 醫師會側은

- ① 의과대학 교과과정에 한의학교육 실시
- ② 한의과대학을 의과대학으로 개편하여 졸업 후 동일한 의사면허를 부여
- ③ 한의학 전문의과정 신서로가 대학원과정 신설
- ④ 현 한의사는 보수교육 이수 후 의사로 전환, 불응자는 한의사로 존치
- ⑤ 종합병원에 한방과 설치의 의무화, 한방병동 확보
- ⑥ 국립보건원 부설 한의학 연구기관설치등을 제시하고 있다.

## 2.5 醫療의 質 管理 體系의 樹立

### 2.5.1 現況 및 問題點

○ 배경

의료의 질적인 수준을 평가하고 향상시키는 의료의 질 관리 분야는 우리나라의 보건정책에 있어서 그동안 상대적으로 등한시되었다. 그러나 전국

민 의료보험의 실시로 의료이용이 늘어나면서 보다 양질의 의료를 받고자 하는 국민의 욕구는 늘어나고, 일정수준의 국민 의료비를 유지하면서 전 국민에게 적절한 의료서비스를 제공하여야 하는 것이 현재 보건정책의 주요한 과제가 되었다. 현재까지 전적으로 의료제공자에게만 맡겨져 왔던 의료의 질에 대한 공적인 관리체계의 개발이 90년대 이후에는 우리나라 보건정책의 주요한 과제로 대두되게 될 것이다.

○ 의료의 질의 현황

우리나라에서 행하여지고 있는 의료의 질적인 수준에 대한 자료는 축적된 바가 매우 적은 형편이지만 진료행위와 관련된 다음의 몇가지 사항들을 고려할 때 의료의 질을 평가하고 관리하는 본격적인 체계의 도입이 필요함을 나타내고 있다.

ㄱ) 의료기관 간의 진료행위의 내역에 있어서 많은 편차가 존재하고 있다.

표2-20. 병원규모별 주요 입원 진료행위의 진료비 및 자원일수

병 상 수	정 상 분 만		총수돌기절제술		제왕절개술	
	진료비	자원일수	진료비	자원일수	진료비	자원일수
- 19	62,126	2.08	216,255	7.15	280,406	8.13
20- 59	75,638	2.49	253,869	7.13	332,966	8.30
60-159	90,642	2.60	281,469	7.17	348,460	8.55
160-289	106,008	3.10	324,460	7.27	424,912	8.90
290-499	103,365	3.09	322,671	7.05	406,982	8.84
500-	113,636	3.35	341,598	7.06	426,967	9.07

자료 : 의료보험 진료수가 및 지불제도연구, 의료보험관리공단, 1986

ㄴ) 의료행위별 의료보험 적용 여부 및 수가의 통제 등 전국민의 의료보험 실시로 인해 생긴 제약을 회피하는 방향으로의 의료행위가 이루어질 가능성이 크다.

ㄷ) 의료의 제공자와 이용자간의 의료분쟁이 늘고 있다.

ㄹ) 이러한 현실에도 불구하고 진료행위의 객관화와 표준화를 위한 기준 등을 제정하고 이를 의료행위의 지표로 삼고자하는 노력이 부족하였다.

○ 醫療의 質 管理의 分 野 및 關 聯 事 業의 現 況

－ 醫 療의 質 管理의 諸 分 野

의료의 질관리에는 의료서비스 생산의 각 단계에 걸쳐 다양한 접근방법이 있으며, 일반적으로 구조적인 요소, 과정 및 결과 등의 3분야로 대별된다. 이 중 의료의 질과 직접적인 관련이 있는 단계는 물론 의료행위의 과정과 결과일 것이나, 구조는 양질의 의료제공을 위한 기본적인 조건으로 작용한다. 현재까지 우리나라에서 의료의 질관리 자체를 목적으로 하는 사업은 병원표준화사업 밖에 없으나, 위의 개념에 따라 현재 우리나라에서 전국적으로 행하여지고 있는 여러 보건의료사업 중 의료의 질관리와 관련이 있는 사업들을 정리해 보면 다음과 같다.

구 분	내 용	우리나라에서의 사업
구 조	인 력	의사연수교육
	시 설	병원표준화사업
과 정	의료행위 내용	없음
	중간지표 (진료비, 재원일수 등)	진료비 심사제도
결 과	결 과 (건강상태의 변화)	없음

－ 關 聯 事 業의 現 況 및 問 題 點

의료의 질관리 사업이라는 측면에서 본 각 사업별 현황과 문제점은 다음과 같다.

### 1) 醫學研修教育

의학 연수교육에 관한 사항은 의료법 및 보건사회부 제정 세부 시행령에 의거하여 대한 의학협회에서 주관하고 있다. 실제 교육은 지역별로 의학협회의 각 지회, 산학학회, 의과대학, 수련병원 등에서 시행하고 있다.

표2-21. 醫學 研修教育 現況

연 도	교육기관	강 사	시간수	연수교육대상자	수료자	미수료자
1987	215	2,102	2,566	14,354	13,305	1,049( 7%)
1988	187	2,102	2,576	14,580	13,563	1,017( 7%)
1989	248	2,959	2,566	17,118	15,323	1,795(10%)

자료 : 대한의학협회 내부자료

#### - 문제점

- ㄱ) 교육을 원활히 수행하기 위한 전체 및 세부조직의 수립이 미약하다.
- ㄴ) 교육 주제 및 방법 등이 피교육자의 필요나 흥미에 부응하지 못하는 경우가 많다.
- ㄷ) 연수교육의 비참가자 수가 늘고 있으며 보다 활발한 참여를 위한 유인책이나 제재 방법이 현실적으로 존재하지 않고 있다.

### 2) 병원 표준화사업

보건사회부의 행정위임에 따라 대한병원협회 산하 병원신임위원회에서 1981년도부터 수련병원을 대상으로 병원표준화사업과 수련병원 실태조사를 시행하고 있다 이 사업을 통하여 각 병원별 전공의 정원이 책정되고 보건사회부에서는 이를 근거로 전공의 모집정원을 승인한다. 심사반은 병협대표, 분과학회, 간호협회의 대표 등으로 구성된다.

표2-22. 병원표준화사업 현황

연 도	전체의료기관 <sup>1)</sup>	병원급의료기관 <sup>1)</sup>	표준화사업대상병원 <sup>2)</sup>
1988	18,461	536	172
1989	20,025	540	176
1990	**	585*	188

자료 : 1) 보건사회통계연보, 보건사회부, 각 연도

2) 대한병원협회 내부자료

\* 공공의료기관 통합운영방안 연구, 보건사회부, 1990

\*\* 아직 집계되지 않았음

－ 문제점

- ㄱ) 병원의 시설수준을 실제적으로 향상 및 개선할 수 있는 제도적 장치가 사업내에 마련되어 있지 못하다.
- ㄴ) 사업이 수련병원만을 대상으로 이루어지며 비수련병원이나 의원급은 그 대상에 포함되지 않는다.
- ㄷ) 우리나라에서 적절한 인력 및 시설표준이 수립되어 있지 못하고 각 병원별 심사내용이 병원의 구조개선으로 환류(feedback)되는 기전이 없다.

3) 醫療保險 診療費 審査

의료기관에서 청구하는 의료보험 및 의료보호 진료비 청구건에 대하여서는 의료보험연합회 산하 중앙 및 지역 진료비 심사위원회에서 담당하여 기준에 따라 심사하여 진료비를 지급한다. 진료비 심사건수는 전국민 의료보험의 실시 이후 급속히 증가하여 1990년도에는 2억 건에 달한 것으로 추산된다. 의원급 기관에 대하여서는 우선 경향심사를 실시하여 일정 기준을 초과하는 기관에 대하여는 정밀검사를 행하고 병원급 이상의 기관은 정밀검사를 행한다. 정밀검사는 진료비 청구서에 의한 서면심사로서 심사요원에 의한 기준점검을 받게 되어있고 모든 청구의 95%는 이 심사로 끝나며 나머지는 다음 단계 심사위원의 심사를 받는다.

표2-23. 진료비 지급 심사 건수 현황

연 도	진 료 건 수(천건)			진 료 비(억원)		
	입 원	외 래	계	입 원	외 래	계
1987	926	39,145	40,071	264	474	738
1988	1,548	68,074	69,622	524	917	1,441
1989	1,931	90,422	92,353	701	1,278	1,979

자료 : 의료보험통계연보, 의료보험연합회, 각 연도

－ 문제점

- ㄱ) 심사기준이나 내용에 있어서 환례별 증증도나 의료기관의 특성이 감안되지 않는 등 심사기준의 합리성에 대한 문제가 제기되고 있다.
- ㄴ) 대부분의 심사내용이 행정적인 착오나 해당 질병별 과다투약 및 검사 등에 집중되어 적절한 진료를 유도하는 기능을 발휘하지 못하고 있다.
- ㄷ) 과도한 심사물량으로 인하여 형식적인 심사에 그치는 등 효율적인 심사제도가 확립되어 있지 못하다.

4) 其他

각 종합병원을 중심으로 의료의 질 관리위원회, 약사위원회 등이 설치되어 있으나 현재 그 기능은 미약한 것으로 알려져 있으며 기능을 활성화시키기 위한 제도적인 장치가 마련되어 있지 못한 형편이다.

○ 의료의 질 관리 사업의 과제

이상에서 보듯이 우리나라의 의료의 질 관리 사업을 일부 분야에서 비롯 관련사업이 행하여지고 있으나 의료의 질 향상을 이루기 위하여서는 개선되어야 할 점이 있으며, 또 의료의 질 관리와 밀접한 분야에 있어서는 활동이 거의 없거나 미약한 형편이다. 따라서 향후 의료의 질 관리 사업은 기존의 관련사업을 강화하며 현재 사업이 진행되고 있지 못한 분야에서 신규 프로그램을 도입하여야 할 것이다.

## 2.5.2 第6次 計劃의 評價

제6차 경제발전 5개년 계획에는 의료의 질 관리 사업과 직접적인 관련이 있는 분야에 대한 계획수립이 없었다.

## 2.5.3 基本方向

제7차 경제발전 계획기간에는 우리나라에 적합한 의료의 질 관리 사업을 정착하기 위한 기본정책을 수립하여야 한다. 이에 따라 구체적인 추진계획을 수립, 집행하며, 질 관리 사업의 일부 분야에서는 사업을 정착시키도록 하는 것을 기본목표로 하며 다음을 달성할 수 있도록 한다.

- 1) 정부차원에서 의료의 질 관리 사업을 종합적으로 관리할 수 있도록 제도적인 장치 및 조직체를 마련하도록 한다.
- 2) 기존의 관련사업이 의료의 질적인 수준을 향상할 수 있도록 사업내용을 강화한다.
- 3) 의료의 질 관리 사업에 반드시 필요하나 현재 시행되지 못하고 있는 분야에 대하여 신규 사업을 설정하여 정착할 수 있도록 한다.

## 2.5.4 細部推進計劃

○ 의료의 질 관리 체계수립을 위한 제도적 장치의 마련  
정부차원에서 우리나라의 전반적인 의료의 질적인 수준을 향상시킬 수 있는 각종 제도수립과 관련 정책집행 등을 담당하도록 하며 이는 기존 혹은 신규의 공공조직이 담당하도록 한다. 이에는 다음의 세부기능이 이루어지도록 한다.

- 1) 의료의 질 관리 사업을 위한 구체적인 계획의 수립
- 2) 의료의 질적인 수준 및 의료의 질관리 사업의 평가
- 3) 이와 관련된 정보체계의 수립

#### 4) 의료행위나 시설과 관련된 각종 기준의 설정

##### ○ 현행사업의 강화

현재 진행되고 있는 관련사업들이 의료의 질적인 수준을 향상시킬 수 있도록 발전, 강화되도록 한다.

##### 1) 의사 연수교육

- 교육 체계를 강화하고 이를 전담할 조직기구를 보장한다.
- 교육 프로그램의 주제나 내용이 대상자에게 적합히 선정되도록 한다.
- 대상자의 참여율을 높인다.

##### 2) 병원표준화사업

- 대상의료기관을 확대한다.
- 우리 실정에 적합한 기준을 설정하고 사업을 통하여 의료기관의 시설이 이에 적합하게 맞추어 지도록 유인 및 규제책을 마련한다.

##### 3) 진료비 심사

- 보험자 단체의 진료비의 지급여부에만 관련된 현재의 활동에서 적절한 진료내용을 유도할 수 있도록 심사 체계를 개편한다.
- 심사 내용의 공정성을 기하기 위한 세부적인 기준을 마련하고 시행되도록 한다.
- 심사업무의 효율화를 위한 진료비 지급방법, 심사내용의 개편을 검토한다.

##### ○ 신규의료의 질관리 사업의 도입

현재 이루어지지 않고 있는 세부진료과정, 진료결과 등에 대한 평가와 감사체계를 각 의료기관 혹은 지역단위에서 시행될 수 있도록 한다. 이를 위하여 정부와 민간합동으로 적절한 항목과 항목별 기준을 선정하고 일부

의료기관에서부터 시범사업 등을 통하여 단계적으로 확대하여 나간다.

## 2.6 公共醫療의 役割提高

### 2.6.1 現況 및 問題點

과거 '60~'70년대의 공공의료는 병원, 병상 등에서 큰 부분을 점유하고 있었으나, 이제는 거의 민간주도형 의료체제로 변화되었다.

즉 1961년의 공공병원의 점유율은 종합병원(18개소)의 50%, 동 병상(3,198병상)의 59%를 차지하는 등 점유율이 높았으나, 1990년의 경우는 10%정도에 불과하게 되었다 공공의료의 역할도 국가의 적극적 의료공급이라는 측면보다는 지역적, 사회계층적으로 취약한 부문에 대한 보완적 역할과 민간의 투자가 안되는 부문에 대한 서비스 제공이라는 소극적 역할을 주로 담당해 오고 있는 현실이다.

현재 공공의료기관으로는 지방공사의료원 33개소, 보건소 267개소 등이 있다(표2-24).

표2-24. 공공 의료기관 현황

국립대학 병원	국립 병원	시립 병원	지방공사 의료원	보건 의료원	보건소	보건 지소	보건 진료소
7 (5,444병상)	8 (4,974 병상)	5 (1,665 병상)	33 (4,817 병상)	15 (430 병상)	252	1,308	2,038

공공 의료기관 중 국립대학병원은 3차진료기관으로서, 국립병원은 결핵, 나병, 정신병 등 특수진료를 중심으로 각각의 역할을 충분히 수행하고 있다. 지방공사의료원도 책임경영체제수립과 시설, 장비에 대한 대폭적인 투자 후에 지역의 2차 의료기관으로서의 역할을 원활히 수행하고 있는 편이다.

한편 보건기관들은 농어촌을 중심으로 투자를 강화하여 시설, 장비 등을 대폭 확대하여 왔으나 인력, 근무환경, 조직 등이 아직도 낙후된 편이며, 보건진료원 등 보건 요원에 대한 신분보장문제 등이 해결되지 않아 효과적인 활용이 미흡한 실정이다.

한편 '89년 전국민의료보험 실시후 농어촌주민에 대한 의료서비스 제공 측면에서, 농어촌 지역의료보험의 재정보호의 측면에서 중요도가 증가하고 있어 공공의료의 활용증대를 위한 시책이 요구된다.

표2-25. 지역의료보험의 보건기관 이용률(%)

계	시 지 역	군 지 역
16.74	0.62	26.22

자료 : '89 의료보험통계연보, 의료보험연합회

### 2.6.2 제6차 계획의 평가

- 제6차 계획기간의 중요 시책방향으로는 보건소를 지역사회 1차 기관의 중추적 역할을 담당할 수 있도록 육성하고 보건지소의 기능을 강화하며, 보건진료소의 업무활동을 정착시키며 공중 보건 의사에 대한 지도·감독을 강화하고, 인력수준을 향상시키며 도시저소득층에 대한 보건의료서비스를 개선한다는 내용으로 작성되었다.

- 보건소, 보건지소의 진료기능 강화 시책 중 시설, 장비 보강은 목표에 어느정도 접근하였다<표2-26>.

한편 보건지소 운영지원 협의회 및 “인센티브” 제공 제도도 계획대로 도입되어 어느정도 소기의 목적을 달성하였다.

- 제6차 계획기간 중 공중보건의사의 확보도 어느정도 이루어져 왔다.

표2-26. 보건기관, 시설, 장비 현대화

구 분		계 획 ( '87 - '91 )	실 적 ( '87 - '91 )
건물 신·증축	보 건 소	203	158
	보 건 지 소	1,481	614
	보건진료소	527	365
장비보강	보 건 소	447	641
	보 건 지 소	5,195	1,393
	보건진료소	2,840	1,828

표2-27. 공중보건조사 확보 실적

	'87	'88	'89	'90
계 획	2,950	4,191	4,928	5,124
확 보	2,941	3,638	4,009	3,922

- 도시저소득층에 대한 보건의료 사업실시는 '91년까지 15개소를 설치 운영하기로 하였으나, '87년 3개 설치한 후, 도시재개발 등 제반여건의 변화로 '88년이후는 시행되지 않고 있다.

### 2.6.3 基本方向

- 보건의료 기관의 진료기능을 대폭 확대하여 농어촌 주민에 대한 의료서비스를 확대하고, 의료보험 재정안정을 도모한다.
- 보건의료기관의 의료의 질을 향상시켜 신뢰도 및 이용율을 제고한다.

### 2.6.4 細部推進計劃

- 보건소의 진료환경개선을 위한 조직체계 개선

- 현행 보건소장과 3계(보건행정, 가족보건, 예방의약)로 구성되어 있는 군보건소 조직을 진료부와 보건사업과로 편성하고, 각 계를 업무단위로 개편한다.
- 보건소의 의료인력 확대
  - 현재 2-3명 수준인 보건소 의료인력을 치과의사를 포함 4-5명으로 향상시키고 가정의학 또는 인턴수료자 이상의 인력으로 확충한다.
  - 간호사 및 의료기사를 증원하여 서비스 수준을 개선한다.
- 보건의료 인력에 대한 처우 개선
  - 공중보건 의사, 보건진료원, 진료보조원, 치과위생사에 대한 정규공무원화로 사기양양과 지도감독을 강화한다.
  - 보건소 직원의 복수직급제를 도입하여 서울특별시 및 직할시 보건소장의 경우 3-4급, 시·군 보건소장은 4-5급으로 하는 등 사기양양책을 마련한다.
- 보건소에 물리치료실을 설치운영하여 의료보험재정을 절감하고 노인 등에 대한 의료복지를 증대시킨다.

## 2.7 家庭看護師 및 호스피스制度의 導入

### 2.7.1 現況 및 問題點

급격한 사회·경제적 여건변화는 인구의 노령화, 급성전염병 이환에서 만성퇴행성 질환의 이환증가와 같은 질병양상의 변화 및 주민의 건강의식 변화를 가져왔으며, 의료보험 제도하에서의 의료이용 증가는 전통적인 병원중심의 의료제공 방법에서 효율과 효과를 높일 수 있는 새로운 의료서비스 제공형태를 개발하도록 요구되기에 이르렀다.

노인인구의 증가는 지난 20년간 꾸준히 증가하여 1990년도에 전체인구의 4.7%이며, 2,000년에는 더욱 증가하여 6.2%가 될 전망이다(표2-28참조).

표2-28. 인구구조의 변화

연 도	0-14	15-64	65+
1960	42.9	53.8	3.3
1966	43.5	43.2	3.3
1970	42.1	54.6	3.3
1975	38.1	58.4	3.5
1980	34.0	62.2	3.8
1985	30.9	64.9	4.2
1990	28.4	67.0	4.7
1995	27.1	67.7	5.2
2000	25.1	68.8	6.2

자료 : 한국보건사회연구원, '90년대 보건의료정책의 발전방향, 1990

노인인구의 증가와 함께 평균수명도 점차 증가하여 1965-1970년대에 남자 57.2세, 여자 64.1세에 비하여 1990년에는 남·여 공히 8세가 연장되어 남자 66.0, 여자 72.5세로 나타났다(표2-29 참조).

표2-29. 평균수명 추이

연 도	남 자	여 자
1965-1970	57.2	64.1
1975-1980	62.7	69.1
1981-1986	63.8	70.2
1986-1990	66.0	72.5

자료 : 한국보건사회연구원, '90년대 보건의료정책의 발전방향, 1990

따라서 노인인구 증가와 평균수명의 연장은 이들 노인인구집단의 건강관리를 위한 특별의료대책이 요구된다.

지난 10년간의 질병양상의 변화는 급성전염병이환이 감소하면서 만성퇴행성질환을 포함한 성인병의 증가를 들 수 있다.

1981년의 급성전염병 이환이 인구 100,000명당 15.9에서 완만하게 감소하면서 1989년도에는 9.3으로 감소하였다(표 2-30 참조).

표2-30. 급성전염병 이환율 변동추세

연	도	이 환 율	연	도	이 환 율
1981		15.9	1986		9.0
1982		27.3	1987		11.0
1983		7.8	1988		9.2
1984		13.6	1989		9.3
1985		8.7			

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1990

그러나 각종 암, 당뇨병이 주를 이루는 내분비 및 대사질환, 정신장애, 고혈압, 심장 및 뇌혈관 질환이 주를 이루는 순환기계 질환과 불의의 사고 및 중독과 같은 성인병을 포함한 만성퇴행성 질병의 치료실태는 1984년도를 지수 100으로 볼 때 지난 5년간 약 3배정도 증가하였으므로 질병 양상이 급성전염병 이환에서 만성질환으로 바뀌어감을 알 수 있다(표2-31 참조).

표2-31. 연도별 만성퇴행성 질병의 수진건수 증가지수

연	도	악 성 신생물	내분비 대사질환	정신장애	순환기계 질 환	불의의 사고·중독
1984		100	100	100	100	100
1985		126	132	127	123	113
1986		146	155	143	131	126
1987		165	189	166	152	164
1988		152	256	206	207	215
1989		257	357	266	269	303

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1990

더우기 전국민 의료보험제도 하에서 주민의 의료이용은 지난 5년간(1984년-1989년)입원은 1984년에 비하여 약 2배, 외래이용은 1.5배정도 증가한 것으로 나타났으며(표2-32 참조), 연령이 높을수록 만성적이거나 고액인 질병의 진료건수가 연도별로 급격히 증가하는 경향이 있어 이에 대한 의료서비스 제공방법의 개발이 절실히 요구된다(표2-33 참조).

표2-32. 연도별 의료보험대상자 진료실적(연인원)

연 도	입 원	외 래
	건 수(지수)	건 수(지수)
1984	8,962,252(100)	136,101,635(100)
1985	12,177,481(136)	219,177,709(161)
1986	13,062,760(146)	216,287,911(159)
1987	11,298,810(126)	133,850,897( 98)
1988	14,473,417(162)	163,681,477(120)
1989	18,070,780(202)	211,229,519(155)

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1990

표2-33. 연령별 만성적이거나 고액인 질병의 진료건수 추이

(단위 : 1,000)

연 령	1985	1986	1987	1988
0 - 4	6(100)	6(100)	5( 83)	4( 66)
5 - 14	13(100)	11( 84)	10( 76)	9( 69)
15 - 44	114(100)	162(142)	170(149)	240(210)
45 - 54	123(100)	156(126)	171(139)	200(162)
55 - 64	96(100)	113(117)	132(137)	164(170)
65+	57(100)	65(114)	78(136)	101(177)

주 : ( )안은 '85년 대비지수임.

자료 : 노인철 외, 의료보험본인 부담제에 관한 연구, 1989, 한국인구보건연구원

이상과 같은 사회적 여건의 변화, 의료내적인 환경의 변화와 국민의 의료요구가 증대함에 따라 의료비의 지출 역시 증대됨에도 불구하고 질병양상 변화에 따른 의료서비스 공급과 이용은 효과와 효율을 기하지 못하고 있는 실정이다. 따라서 이와같은 문제의 해결방안으로서 장기입원 치료가 반드시 필요로 하지 않은 장기환자의 조기퇴원 유도과 추후관리는 가정에서 실시함으로써 불필요한 병원비용을 줄임으로써 의료공급자와 이용자 양측의 의료비 부담을 줄일 뿐 아니라 환자와 가족이 심리적 안정감을 얻어 빠른 회복을 도모할 수 있는 가정간호사업이 새로운 의료서비스 제공방안으로 대두되고 있다. 더우기 악성신생물의 이환증가가 지난 5년간(1984년-1989년) 사망원인 1-2위를 차지하는 현 시점에서 임종환자가 육체적·정신적 및 사회적으로 제한된 삶이지만, 최대한 편안하게 살고 임종을 자연스럽게 받아들이도록 준비시키는 호스피스케어가 일차적으로 가정간호사업과 병행되어 가정에서 실시되는 방안이 바람직하다. 호스피스케어를 가정간호와 연결짓는 것은 대부분의 환자들이 생소한 병원에서의 임종보다 집에서 가족들의 곁에서 임종을 맞이하기를 원하는 우리나라의 관습과 밀접한 관계가 있기 때문이다.

표2-34. 가정간호사업 추진 현황

일 정	내 용
1990. 1. 9	의료법 시행규칙 개정(보사부령 840호), 분야별 간호사에 가정간호사 도입
6. 5	전문간호사 양성제도 고시제정 공포
6. 21	가정간호사 수습기관 지정(서울대학교 보건대학원)
6.	가정간호사 훈련생 40명 선발
9. 4	가정간호사 훈련시작(훈련실시 중)
12.	가정간호사업 협의체 구성(의협, 병협, 간협, 서울대보건대학원)
1991. 6. 30	가정간호사 훈련종료예정
1991-1992	가정간호사업 시범사업 실시예정 - 업무범위설정, 재정적지원, 적정숫가 산출, 의료보험적용방안, 운영체계관리 등이 개발되어야 한다.

이러한 시대의 부응에 따라 정부도 1990년에 가정간호사업이 실시될 수 있도록 법적 근거마련과 함께 다음과 같은 시범사업이 실시될 수 있도록 행정 조치를 취하였다. 이 조치는 매우 적절한 조치였으나 이는 시작에 불과할 뿐 7차 5개년 계획기간(1992-1996년)에 이 사업의 기초를 보다 다지고 확대적용 여부의 결정 등이 과제로 남아있다.

## 2.7.2 第 6次 計劃의 評價

- 6차 계획의 작성시에 가정간호사 및 호스피스제도 도입에 대한 계획이 전혀 없었으나, 6차 계획의 하반기에 사회·경제여건의 변화에 따라 정부가 강한 정책의지로서 법적 근거를 마련한 것은 매우 적절한 조치로 평가된다.
- 더우기 가정간호사제도 도입을 위한 법적조치를 취하고 제도확대의 가능성을 타진하기 위한 시범사업의 실시기간을 갖는 것은 시행착오를 줄이고 제도보완에 매우 타당한 조치로 평가된다.
- 그러나 전문인력인 가정간호사의 양성제도, 업무 범위, 보건의료 전달체계와의 연계, 적정수가체계, 의료보험제도의 적용, 서비스 질 관리를 위한 사업운영관리체계 등에 대한 모형개발이 작성되고, 이를 기초로 시범사업을 실시한 후 평가결과를 기초로 제도 도입 확대 여부등 향후 해결하여야 할 여러단계의 조치가 주요 정책과제로 남게 된다.
- 가정간호사제도 개발과 더불어 고려되어야 할 점이 호스피스케어를 가정에서 임종을 맞는 대상에게 제공하고, 점차 병의원으로 확대하는 것이 현실적이라 할 수 있으므로 가정간호사의 직무에 호스피스케어가 중요하게 다루어져야 한다.

### 2.7.3 基本方向

- 7차 계획기간 중 상반기(1992-1993년)에 종합병원 중심 가정간호 시범사업을 완료하고 우리나라 실정에 맞는 병원중심 가정간호사업 모형을 확정한다.
- 가정간호사의 선발, 양성 및 양성 후 자격부여결정 등 인력개발의 질적유지와 표준화를 위한 장치로서 전문심사위원회를 정부에 설치한다.
- 시범사업의 결과를 토대로 병원중심 가정간호사업을 전국적으로 확대하기 위한 각종 행정조치를 취한다. 1994년부터 1996년까지 매년 200명씩 총 600명을 대상으로 5개 교육기관에서 실시하고 종합병원에 우선적으로 배치한다.
- 가정간호서비스에 대한 적정수의 산출과 현행 의료보험 적용방안을 강구한다.

### 2.7.4 細部推進計劃

- 병원중심 가정간호사업 모형 확장

1991-1992년에 시범사업을 실시하고 1993년에 가정간호서비스를 받아야 할 대상인구의 추정, 서비스 범위의 확정, 숫자, 환자의뢰체계를 포함한 가정간호사업운영 관리체계의 개발, 사업을 관장할 병원 및 정부의 역할을 규정하고 1994년부터 가정간호사업을 수행할 병원을 확대한다. 7차 계획이 끝나는 1996년에는 국가시책으로서 전국의 병원급에서는 가정간호사업에 참여하도록 한다.

- 가정간호사 개발 및 관리를 위해 정부차원에 전문심사위원회 설치

보건의료사업은 노동집약적 사업으로서 서비스 제공을 고도의 과학기술

로 대체할 수 없으며, 보건의료인력에 의하여 직접 제공될 수 밖에 없다. 따라서 인력개발과 관리는 사업의 성패를 좌우하게 되므로 선발기준 및 선발방법, 훈련내용, 방법, 평가와 교수요원의 적격자 확보, 교재 및 지침서, 이론 및 실습에 적합한 교육기관 선정, 훈련종료 후 자격부여 심의 등 인력개발과 관리를 위한 전문심사위원회를 1991-1992년 기간에 보사부에 설치한다. 전문심사위원회는 15인 이내로 하고 간호계, 의학계, 보건계의 전문지식을 갖춘 인사로 한다.

○ 사업운영관리체계의 개발 및 운영

가정간호사업을 운영할 조직을 병원내 간호부 혹은 의료부내에 가정간호과를 신설하거나 담당업무를 수행할 별도조직을 구성한다. 가정간호사 개별 혹은 집단별로 지도의사제(proceptor)를 도입하고 가정간호사 업무 protocol을 개발한다. 정기적인 업무평가 실시 및 정기적인 보수 교육을 실시하여 서비스의 질적 유지와 향상을 기한다. 예기치않은 의료사고(malpractice)를 방지하고 기 설정된 서비스 표준수준(standards)에 도달여부를 측정하기 위하여 모니터링을 실시한다.

가정간호사의 조직내의 위치, 구체적인 직무명시, 직원개발프로그램을 운영하여 전문적인 성장기회 부여, 학습의욕고취, 새로운 지식의 보강, 동기부여 제공과 전문성 인정을 위한 보수책정과 활동성과에 따른 incentive 제가 동시에 도입되어야 한다.

○ 가정간호서비스의 적정수가 산출과 의료보험 적용방안 강구

가정간호사가 제공한 서비스에 대한 적정수가 산출은 매우 어려운 과제이며, 방문횟수, 질환별 및 상해별 서비스 수준, 특수치료여부, 서비스 제공시간 등 여러 측면이 고려되어야 하며, 지불방법은 방문당 수가, 행위별 수가, 인두제 등이 검토될 수 있다.

현행 의료보험과 연계차원에서는 가정에서 제공되는 약품투여, 간호재

료대와 기술료 등은 보험급여로 지불하고 가정간호사의 교통비 및 일일활동비의 일정비율을 수익자 부담 원칙에 의거 본인부담금으로 지불하게 한다.

○ 지역사회 공공보건 부문으로의 사업확대

병원중심의 가정간호사업 모델의 평가결과를 기초로 지역사회 공공부문인 보건소를 중심으로 한 가정간호사업의 모델이 개발될 필요가 있으며, 가정간호사업이 지역사회 단위로 확대됨으로써 가정간호서비스를 필요로 하는 대상자의 서비스 수혜범위를 넓힌다.

7차 계획기간에 모델을 개발하여 8차 계획기간에 본격적으로 실시할 수 있도록 연구 검토한다.

표2-35. 연도별 간정간호사업 시행계획

시행계획	1990	1991	7차 계획기간				
			1992	1993	1994	1995	1996
가정간호사제도도입 선발 및 훈련	—	—					
시범사업 실시		—					
직무설정	—	—					
protocol개발	—	—					
병원지정	—	—					
대상인구설정	—	—					
수가결정	—	—					
간호사 1인당 환자수 결정	—	—					
운영관리체계 확립	—	—					
시범사업평가			—				
전국확대조치							
전문심사위원회 설치			—	—	—	—	—
운영관리체계 확립			—	—	—	—	—
인력선발 및 훈련			—	—	—	—	—
병원 지정			—	—	—	—	—
대상인구설정			—	—	—	—	—
간호사당 환자수 설정			—	—	—	—	—
장기적인 모니터링 평가			—	—	—	—	—
보건소중심 가정 간호사업모델 작성						—	—

## 2.8 地方自治制下的 保健事業의 均衡發展

### 2.8.1 現況 및 問題點

전통적으로 中央執權의 形態가 지배해온 한국의 政治行政風土는 保健醫療行政體系에도 그대로 반영되어 여러가지 否定的인 影響을 끼쳤다.

그 하나는 保健醫療部門이 국가정책목표에 따른 投資優先順位에 밀려서 落後된 社會서비스로 남게되었다는 점이다.

이로 인해 공공투자가 지극히 취약한 상황에서 保健醫療部門은 民間主導型으로 성장해 올 수 밖에 없었으며, 그 결과 醫療資源의 大都市 偏重이 심화되었다.

公共醫療가 취약한 상황에서 購買力을 갖춘 需要가 많은 대도시지역에 民間醫療資源이 集中하는 것은 필연적인 결과인 것이다.

또한 地方保健事業을 內務行政의 일환으로 취급하여 오늘날 保健行政體系의 二元的 構造를 빚었고, 地方保健組織體系의 발달을 저해하여 왔다. 이에 따라 지방 보건조직이 독자적으로 그 지역의 實情과 지역주민의 要求(need)에 부응하는 보건서비스를 제공할 수 있는 능력을 키우지 못하게 된 것이다.

이에 따라 保健事業도 地域間 隔差가 벌어져 중앙과 지방, 지방과 지방간에 保健醫療水準의 隔差를 노정하고 있는데 특히 都市와 農村간의 隔差는 심각하다 아니할 수 없다.

都農間 保健醫療水準의 隔差를 구체적으로 살펴보면 농촌지역인 郡地域에는 인구의 36%가 거주하고 있으나, 총 의료기관 수의 12.1%, 총 병상 수의 15.1%가 있을 뿐이다. 醫療人力의 分布는 더욱 불균등하여 의료기관 종사자의 8.7%만이 군지역에서 근무하고 있다. 구체적으로 농촌의 보건의료인력은 의사와 치과의사의 8.3%, 한의사의 10.9%, 조산사의 11.8%, 간호사와 약사의 5.5%, 간호조무사의 10.0%, 의료기사수의 10.5%에 불과하다.

地域間 醫療利用度에 있어서도 격차는 심하다. 도농간 産前診察 受診率의 경우 격차가 줄어들고 있으나, 아직도 시부 92.1%, 군부 78.1%로서 양자간에 상당한 차이가 있다. 피보험자 1인당 受診率의 경우 1985년 공·교의료보험적용자를 직장소재지별로 비교한 결과 도시지역이 3.2~3.4 수준인데 비하여 농어촌은 2.8로서 양자간에 0.4~0.6의 차이가 있는 것으로 나타났다. 80년대에 들어와서 지역별 醫療充足率은 지속적으로 개선되어 왔으나 도농간 격차는 여전하여 도시지역은 1987년의 의료충족률이 90.9%임에 비하여 면지역은 81.0%로서 양자간에는 9.9%의 차이가 있다.

지역간 보건의료시설에 대한 接近度에 있어서는 농촌지역의 경우 의료기관까지의 접근에 1시간 이상이 소요되는 지역에 거주하는 가구가 1986년에 43.0%인데 반하여, 도시지역의 경우에는 6.4%여서 양자간에는 현저한 접근도의 차이가 상존하고 있다.

주민의 保健狀態도 지역간에 차이가 크다. 일반적으로 농촌주민들의 有病率이 도시지역보다 높다. 1988년 조사에 의하면 각종 慢性疾患의 경우에 농촌지역의 유병률이 남자 2.9%, 여자 3.9%인데 비하여 도시지역은 남자 2.6%, 여자 3.8%였다. 1986년 도시지역의 臥病日數는 2주일간에 1.7일인데 비하여 농촌지역은 2.6일이어서 약 0.9일정도의 격차가 있음을 알 수 있다.

이처럼 농촌지역은 도시지역에 비하여 주민들의 건강수준이 취약함에도 불구하고 의료자원이 양적으로 부족하고, 질적으로도 열악할 뿐더러 주민들의 의료비 부담능력이 크게 떨어져 의료이용도도 극히 낮다.

## 2.8.2 第6次 計劃의 評價

농촌지역 보건의료 供給의 改善을 도모하기 위하여 그동안 政府는 다음의 5가지 시책을 펴왔다.

(1) 保健所와 保健支所의 施設 및 裝備 現代化 計劃을 추진해왔고,

- (2) 농어촌지역에 公衆保健醫를 배치하여 보건기관의 진료능력을 보장해 왔으며,
- (3) 保健診療所를 설치하여 僻奥地 住民의 보건의료서비스에 대한 接近度를 향상시켰고,
- (4) 保健所 病院化事業을 추진했으며,
- (5) 脆弱地 民間病院의 建立을 정책적으로 지원한 것이 그것이다.

그러나 이러한 시책에도 불구하고 公共醫療機關의 數는 대반이 부족하며, 농어촌 보건의료인력의 대중을 이루고 있는 公衆保健醫의 臨床修練도 미흡하여 진료능력이 취약하고, 保健診療院의 경우에는 예방보건 활동이 크게 위축되어 있으며, 일부 脆弱地 民間病院은 經營難에 봉착해 있다.

### 2.8.3 基本方向

지역간 保健水準과 保健資源의 隔差를 緩和시키기 위해서는 이를 위한 對策이 시급하다 할 것이다. 이러한 상황에서 몇십년을 미루어오던 地方自治制가 마침내 1991년 중반기에 실시될 예정이다.

地方自治制를 실시하고 있는 西歐 先進國의 경우 地方財政의 대부분을 보건의료에 사용하고 있다는 사실에도 불구하고, 우리나라의 경우에는 地方自治制가 실시됨에 따라 각 지방정부의 정책결정에 있어 保健事業의 優先順位가 얼마나 높아지게 될 지는 불분명하다. 이러한 상황에서 地方政府의 主導아래 각 지역의 保健事業을 活性化하자면 이를 위한 여러가지 方案이 여러각도로 摸索되어야 하는데, 각 지방자치단체의 財政自立度가 극히 낮은 현상에서 비약적인 保健事業水準의 向上은 기대하기 어려울 것 같다. 그러므로 농촌지역의 보건의료서비스 供給을 提高하고 地域間 均衡을 위해서는 중앙정부의 적절한 財源配分이 필수적이라고 할 것이다.

地方保健行政體系 또한 지방자치시대에 맞추어 地域住民의 要求에 부응할 수 있는 조직체계가 갖추어져야 한다. 이와 함께 지역주민의 요구를 보건행정에 즉각 반영할 수 있는 住民參與組織의 구축과 자발적인 住民參

與의 振作은 지방자치시대의 保健事業에 필수적인 요소가 될 것이다.

#### 2.8.4 細部推進計劃

##### ○ 地方 公共保健醫療機關의 擴充

基礎病床이 부족한 郡地域保健所에 대한 病院化事業을 적극 유도한다. 특히 病院化 保健所 운영의 성패는 진료기능의 질적 제고에 달려 있으므로 진료부서의 기능과 인력을 강화하고 지역에 따라 민간의료기관과 적절한 역할분담을 기한다. 또한 保健支所를 확충하고, 診療施設 및 裝備를 갖추도록 해야 할 것이다.

##### ○ 民間病院의 新設誘導

기존 민간의료기관이 적은 醫療脆弱地에 財政負擔때문에 공공의료기관의 개설이 어렵다면 민간의료기관의 설립을 촉진하는 방안을 개발해야 한다. 한 예로 保險者 直營 醫療機關을 설립하는 방안을 생각할 수 있다. 이는 지방정부의 재정부담을 최소화하며 경영관리의 효율을 기할 수 있는 방법이 된다.

또한 기존의 취약지 민간병원의 운영을 돕기 위한 각종 金融, 稅制上的의 支援과 公衆保健醫 등 인력을 지원하는 育成措置를 강구해야 한다.

##### ○ 地方保健人力의 擴充과 適正配置, 生産性 增大

보건인력의 태반이 부족한 농촌지역의 농어촌보건기관을 활성화시키고 적정한 수의 보건의료인력을 배치하여야 할 것이다. 이와함께 公衆保健醫 등 보건의료인력의 근무의욕을 제고할 수 있는 신분보장대책을 강구해야 하며, 지속적인 교육훈련으로 진료의 질을 높여야 하겠다.

##### ○ 地方醫療傳達體系의 確立

공공의료기관과 민간의료기관사이의 연계를 강화하고, 중진료권내에서 2차진료까지는 완결성을 가지도록 진료전달체계를 확립해야 한다.

### ○ 地方保健行政體系의 構築

지금까지의 중앙집중적인 행정체계에서 自立하여 그 지방의 特色과 實情에 맞는 獨自의인 保健事業을 수행할 수 있는 企劃能力을 키우고 한국의 地方自治制度에 알맞는 보건행정체계를 수립해야 한다.

### ○ 地域住民의 參與 提高

지방자치의 주역인 지역주민이 保健事業에도 적극 참여할 수 있는 계기를 만들고, 住民參與組職을 적극 육성해야 할 것이다.

### ○ 保健財政의 充實化

지역에 따라 재정부담능력의 차이가 많으므로 중앙정부는 이를 조정하여 均衡있는 財政補助를 해야 할 것이다.

또한 지방정부는 수익자부담에 의한 財源調達, 地方債 開發 등을 통한 借入 등을 통하여 保健部門 財源의 確保를 도모해야 할 것이다.

## 2.9 藥事制度의 改善

### 2.9.1 現況 및 問題點

의약품 생산, 약사인력 및 약국은 경제규모 성장에 비례하여 연평균 증가율을 유지하며 계속 증가하였다. 의약품 제조업소수는 약간의 증가추세를 보이다가 다시 감소하여 1985년(291개소)과 1989년(291개소) 이 같은 수로 나타났으나 품목수는 85년 10,384품목에서 89년 11,285품목으로 늘어나 8.9%의 증가율을 보였고 생산액은 연평균 15%내외의 증가율을 보였다. 한편 약국과 약사수는 5년 사이에 20% 내외의 증가추세를 나타냈다 (표2-36 참조).

표 2-36. 약국, 약사, 의약품 생산액 변화추이(1985년-89년)

	의약품 판매업소		약 사(명)	의약품 생산액(억원)
	약 국	도매상		
1985	16,097	635	29,866	1,572.6
1986	17,222	705	31,334	1,748.5
1987	17,973	734	32,855	2,011.1
1988	18,589	913	34,344	2,407.9
1989	19,133	977	35,756	2,773.1
지수1985=100	(119)	(154)	(120)	(176)

자료 : 보건사회부, 보건사회 통계연보, 1990

약국의 변화추세는 5년사이에 매년 평균 607개소가 증가하여 1약국당 인구수는 85년 2,535명에서 89년 2,215명으로 감소했으나 의약품 시장의 확대와 약국의 증가에 따르는 사회적 기능의 발전, 의약품 유통 관리체계의 합리화, 도농간 약국의 균형배치, 그리고 약사인력 수급의 적정화 대책의 필요성을 제기시켰다.

특히 의약품 수요의 증대, 또는 생산의 과잉과 부족 등 수급상의 불균형이나 시장구조상의 상충현상으로 인해 의약품시장은 신뢰도에 상처를 입었으며, 의약품 가격에 대한 불신이 조장되어 유통질서 확립에 대한 절실한 과제를 부각시켰다.

아울러 국민의료비 증가 억제라는 국가적 과제와 연계하여 일차 보건의료 기능측면에서 약국의 역할을 제고시키는 정책의 고려가 약사(藥事)제도상의 중요한 의미로 대두되었다.

### 2.9.2 제6차 계획의 평가

- 제약산업과 의약품 안전대책을 제외한 의약품 유통과정의 약사(藥事)정책은 경제사회발전 5개년 계획에서 별도로 수행되지 않았으나 약무행정 부문별 과제로 지속적 관리가 추구되었다.

- 약사법 법규에 의거하여 약사 자질향상을 위한 보수교육을 연 15시간에 걸쳐 실시토록 대한약사회에 위임하여 매년 교육계획 수립과 실시결과를 보고하게 하여 지속적인 관리가 수행되었다.
- 1984년 9월부터 “표준소매가격”제도를 시행, 소매가격기준 30% 이내의 유통마진을 포함한 표준소매가를 의약품 포장에 표시하도록 하고 약국에서는  $\pm 10\%$  범위내에서 표시된 가격대로 판매하도록 의무화시켜 의약품 가격질서의 문란을 바로잡기 위한 시책이 시행되었다.
- 1988년 2월 약국에 대한 자율지도 기능을 최대한 활용하기 위한 목적으로 대한약사회에 자율지도요원을 선발하고 직접 지도감시에 임하도록 함으로써 행정부는 정책지원과 감독, 사후관리에 치중하여 약사감시업무의 효율성을 추구하였다.
- 표준소매가제도의 실시, 약사 보수교육제도의 충실화, 의약품 유통구조의 개선, 약국의 관리철저를 유도하는 자율지도 기능의 강화 등 일련의 약사(藥事)관련 시책은 장기적 관점에서 추진되고 있으나 구체화된 성과는 아직 가시적으로 축적되지 못한 실정이다.
- 약국을 중점적 대상으로 고려하는 약사(藥事) 정책은 좋은 의약품이 합리적 가격으로 편리하게 제공되도록 하여 궁극적으로 국민에게 유익하고 적절한 공급체계를 구축하는데 있으므로 사회개발부문의 필수적인 장기계획으로 추진되어야 할 것이다.

### 2.9.3 基本方向

- 의약품에 대한 신뢰도를 구축하고 비합리적 요소를 배제하여 의약품 유통구조의 최적화를 이룩한다.
- 약사의 자질향상을 위한 보수교육의 효율성을 극대화시킨다.
- 약사의 임상수련기회를 약사면허 부여 이전에 제도화하고 이를

실현하는 약학대학 교육년한의 6년제 연장을 교육부와 협의 추진한다.

- 심화되는 약국의 도농간 불균형 분포 문제를 해소하기 위하여 약사 인력을 농어촌에 배치할 수 있는 유인시책을 강구하고 농어촌에 소재한 약국의 역할 기능을 증대시킨다.

#### 2.9.4 細部推進計劃

- 의약품 유통구조의 최적화
  - 의약품 가격 난맥상의 주 원인이며 다원화 되어 있는 의약품 유통 구조를 단순화 하여 생산-도매-소매로 이어지는 유통 구조의 일원화를 추구한다.
  - 의약품은 공신력이 중요하므로 표준소매가제도가 정착되도록 행정지도를 강화하며, 시장자율화의 한계성을 공정거래 관련 법령에 반영하여 특별법 관리하에 있는 의약품의 특수성을 예외 범위로 규제토록 조치한다.
  - 생산, 도매과정의 G.M.P, G.S.P에 상응하는 우수 약국 관리기준(Good Pharmacy Practice)을 제정, 약국 관리의 합리화를 유도한다.
- 약사 보수교육의 효율화
  - 단체(대한약사회)에 위임되어 있는 보수교육 계획 수립과 실행을 보다 효과적으로 체계화시키기 위해 각 지역에 소재한 약학대학에서 위촉받아 단체와 공동으로 관리하는 방안을 구체화한다.
  - 보수교육 미필자에 대한 사후관리 및 제재조치를 강화하여 교육이수 의무를 강력히 부과한다.
- 약학대학 교육년한 연장 및 수련과정 제도화

- 학문의 발전과 시대적 요구에 부응하여 교육부와 협의하여 약학대학 교육연한을 6년제로 연장토록 추진하고 임상수련기회를 면허제도와 연계시켜 면허부여 이전에 수료하도록 제도화한다.

○ 도농간 약사인력의 균형분포 도모

- 의료기관에 접근이 어려운 농어촌에 약국의 기능과 역할을 증대시켜 건강관리를 상담하는 전문업소로서의 위상을 정립하고 농약중독 구급센터로서의 기능부여 등 일차 보건의료기관 기능을 부가시킨다.
- 약사인력의 농어촌 배치를 유인할 수 있도록 공중보건의사 제도와 유사한 조치를 강구한다.

### 3. 保健醫療組織의 下部構造의 機能強化

#### 3.1 保健所網의 서비스 供給能力 擴大

##### 3.1.1 現況 및 問題點

현재 우리나라 보건소는 보건소법에 근거하여 시·군·구에 1개소씩 설치되어 있고 일부 군 보건소에는 모자보건센터가 부설되어 있다. 읍·면 단위에는 보건지소가 1개소, 벽·오지에는 보건진료소가 설치운영되고 있다(표 3-1 참조).

지역간 사회경제적 특성의 차이는 지역별로 상이한 의료수요를 나타낸다. 현재 지역적 특성이 고려되지 않은 보건소가 행정구역단위로 설치되

표3-1. 保健所網의 現況

(單位：個, 名)

구 분	보 건 소	보 건 지 소	보 건 진 료 소
개 수	249	1,315	2,038
의료인력	의사, 약사, 간호사, 기타 보조요원	의사, 치과 의사 의료보조요원	보건요원
명	9,845	6,588	17,038

자료 : 1990년 보건사회통계연보, 보건사회부

어 있다. 따라서 지역주민에게 적시에 적절한 의료공급이 이루어지느냐에 대한 의문이 제기된다.

보건소는 지방자치단체장의 보조기관으로서 인사, 재정, 설치 운영 등의 일방행정은 내무부의 감독을 받고, 진료 및 기타 업무상의 기술행정은 보건사회부의 감독을 받는다. 이러한 운영체계의 二元化는 원활한 보건소기능 수행에 장애요인이 되고 있다.

보건소의 장비는 미비할 뿐더러 대부분 노후화되어 있어 이에 대한 교체와 새로운 장비의 보강이 요구된다. 里地域의 경우 민간의료기관 이용 및 접근도가 낮아 보건지소 이용에 대한 요구는 크나 시설 및 장비의 취약으로 진료의 질이 매우 낮은 실정이다. 다른 한편으로 보건소의 모자보건센터에 일괄 지급된 인큐베이터의 경우 사용이 전혀 되지않고 방치되고 있어 계획성없는 장비의 공급으로 의료자원이 낭비되고 있는 모순을 보이고 있다.

표3-2. 保健所 및 保健支所의 醫療人力 配置現況

(단위 : 명)

	보 건 소	보 건 지 소
의 사	693	1,401
치 과 의 사	211	1,179
약 사	148	-

자료 : 1990년 보건사회통계연보, 보건사회부

보건소와 보건지소에는 근무하는 의사의 93%가 公衆保健醫이며, 이들 公衆保健醫들의 대부분이 진료경험이 별로 없는 一般醫들이어서 지역주민들의 이들에 대한 신뢰도가 낮다. 약사는 전체보건소 249개소 148명으로 충원율이 60%이지만 서울과 직할시에 편중되어 있는 대부분의 농어촌 보건소에는 약사인력이 부족한 현상이다. 보건요원이 대신하는 제약업무는 약물의 오용 현상을 낳을 가능성이 있다.

보건소 기능은 보건소법 제4조에 13개 항목으로 규정되어 있다. 보건소법은 1962년 제정이래 1973년과 1975년 두차례의 개정이 있었지만 보건소 기능에 대한 개정은 없었다. 그동안 경제의 量的成長과 함께 질병양상이 변모하고 있음에도 불구하고 이러한 변화를 반영하는 보건소기능의 조정과 보강이 이루어지지 않고 있어 보건소의 효과적인 기능 발휘에 장애가 되고 있다.

### 3.1.2 6次計劃의 評價

6차계획은 지역주민의 의료기관 접근도를 높이고 1차 보건의료사업을 증진시키고자 공공의료 부문의 확대방안을 계획하였다. 보건소 143개소, 보건지소 881개소, 보건진료소 427개소의 건물 신·증축을 계획하였으나 실제로는 보건소 97개소, 보건지소 404개소, 보건진료소 294개소에 대한 신·증축이 6차기간 중 달성되었다. 보건(지)소의 公衆保健醫 배치 계획은 3,411명이었으나 1,850명만이 공급됨으로써 목표에 크게 미달하는 실적을 남겼다.

### 3.1.3 基本方向

- 전국민의 건강권 보장을 위하여 보건소의 역할을 확대시켜 값비싼 민간의료의 대체물로서 도시 저소득층과 농어촌 지역주민들의 의료수요를 충족한다.

- 보건소 의료인력의 진료업무에 대한 사명감과 사기를 진작시키고 주민의 의료요구에 부응하는 시설 및 장비를 구비함으로써 공공의료의 질을 높이고 궁극적으로는 지역주민의 공공의료에 대한 신뢰를 높이는데 주력한다.
- 지역주민의 1차보건의료에 대한 수요를 충족시키고, 질병양상의 변화에 부응할 수 있으며, 예방 서비스가 시의적절하게 제공되는 등의 포괄적 서비스의 제공을 보장하기 위하여 보건소의 기능을 확대 보강하며 이를 위하여 全保健所의 의료원화를 7차 계획기간 중에 추진한다.

### 3.1.4 細部推進計劃

#### ○ 운영조직

보사부와 내무부로 二元化되어 있는 보건소 운영조직의 효율성 증진을 위해 보사부내의 조직으로 一元化시킨다. 保健所長이 관한 지역내 보건지소, 보건진료소, 모자보건센터의 업무를 총괄할 수 있도록 보건소 자체에 보다 강한 독립성을 부여한다.

#### ○ 보건소 모형

의료이용과 접근성을 증진시키기 위해 각 지역사회 특성을 고려한 보건소 모형의 개발과 이에 입각하여 기존의 보건소 기능을 확대 재조정한다. 참고로 3가지 종류의 모형을 고려할 수 있는데, 도시 중산층을 위한 모형(모형 I), 도시영세민을 위한 모형(모형 II), 그리고 농어촌주민을 위한 모형(모형 III)으로 구분할 수 있다. 이들 모형에 대한 구체적인 계획안을 작성하고 모형에 대한 시범사업을 7차 계획의 전반부에 실시한다.

#### ○ 진료업무 및 예방서비스 강화

전국민 의료보험 실시와 더불어 지역사회주민들의 의료수요가 급증하는

상황이다. 현재 의료자원의 도시지역 편중은 지역간 의료이용의 형평성을 저해하는 요인이 되고 있다. 의료자원이 취약한 지역의 주민들에게 적절한 양과 질의 의료서비스 공급을 위하여 보건소의 진료업무를 확대하고 예방서비스 제공을 강화한다. 민간의료자원이 부족한 이들 지역의 의료요구를 충족시키기 위하여 市 인근지역이 아닌 郡單位 보건소를 우선적으로 醫療院化 하고 점차 그 대상을 확대시킨다.

○ 의사인력 확충

확대되는 보건소의 기능에 부응하기 위하여 의사인력은 보건소에는 전문의 2명(내과, 외과), 인턴수료자 1명(산부인과), 일반의 1-2명(소아과), 보건지소에는 인턴수료자 1명과 일반의 1명을 배치하고 보건소에 2-3명, 보건지소에 1명의 치과의사를 배치함을 원칙으로 하며 이를 위하여 공중보건과의 배치 확대를 계획한다(표3-3 참조).

표3-3. 公衆保健醫 擴大配置 計劃

구 분	'92	'93	'94	'95	'96
일반의사	1,654	1,725	1,796	1,867	1,938
인턴수료자	813	1,001	1,189	1,376	1,564
전 문 의	364	398	432	464	498
치 과 의 사	1,494	1,604	1,714	1,824	1,938

자료 : 보건사회부 내부자료

○ 시설 및 장비

기존보건소 醫療元化의 일환으로 이들 보건소의 시설 및 장비를 보강한다. 현재 병원급 의료기관이 없는 지역의 郡單位 보건소 15개소가 이미 의료원화 되어있고 이들 보건소에는 50여종의 의료장비가 구비되어 있는데 이들 보건소를 모형으로 하여 시설이나 장비를 구비할 수 있다.

표3-4. 保健所 醫療院化 事業計劃

구 분	'92	'93	'94	'95	'96
醫療院化 保健所의 數	25	48	72	96	122

○ 보건교육의 강화

우리나라 국민의 질병양상이 과거의 전염병 위주에서 만성퇴행성 질환 위주로 변하고 있기 때문에 이에 대한 보건교육의 내용을 변화시킨다. 또한 노령인구의 증가로 노인 보건에 대한 교육을 실시하며 환경오염으로 인한 건강피해와 관련하여 환경보전에 관한 국민교육도 추가로 실시한다.

### 3.2 家庭醫育成 및 一次診療醫師의 確保

#### 3.2.1 現況 및 問題點

향후 韓國의 醫療環境은, ① 지속적인 經濟成長에 의해 生活水準이 향상되고 이에 따라 사소한 醫療問題로도 醫療院을 찾게 되는 醫療需要의 急增이 예상되고, ② 老人人口의 증가에 따라 一次診療水準에서 統合的인 疾病管理를 필요로 하는 慢性退行性疾患이 증가할 것이며, ③ 都市化 및 産業化에 따르는 社會의 複雜化와 스트레스의 증가에 의해 精神社會的인 문제가 증가하고, ④ 健康增進 및 疾病豫防에 대한 醫療需要가 급격히 커질 것이고, ⑤ 農漁村 및 都市零細地域의 醫療問題가 지속적으로 존재하는 등 전체적으로 良質의 一次診療에 대한 需要가 急增하는 방향으로 展開될 것으로 전망된다.

이와함께 지속적인 醫療費 上昇에 대하여 限定된 醫療資源을 효율적으로 활용하기 위한 醫療傳達體系의 定着이 요망된다. 또한 현재 單科專門醫이면서도 專門科目을 표방하지 않고 開院하는 專門醫가 15% 수준에 이르고 있을 정도로 많은 單科專門醫가 자기의 專門分野와 다른 一次診療로서 개

원을 하고 있는 현실은, 地域社會의 醫療需要에 알맞게 一次診療醫의 養成에 대한 再考가 필요함을 의미한다.

이러한 한국의 醫療懸案에 대하여 적절히 對處하기 위해서는 우선 一次診療部門人力의 質的 및 量的인 供給擴大가 이루어져야 한다.

한국에서는 1985년 家庭醫制度를 導入하여 法制化함으로써 良質의 一次診療醫를 양성할 법적인 根據는 마련되었으나 後續的 支援이 未洽하여 이 제도의 擴大設置가 遲延되고 있다.

### 3.2.2 第 6次計劃의 評價

第 6次計劃期間에 家庭醫(一般醫 포함)가 全體醫師의 50-60%정도가 유지되도록 單科專門醫 수련과정의 定員을 抑制하도록 推進計劃이 세워졌으나, 1990년 현재 新規 家庭醫 專攻醫는 新規專攻醫 全體策定人員의 4.2%에 지나지 않아 家庭醫의 養成計劃에 큰 차질을 빚고 있는 실정이다. 표3-5는 1991년 현재까지의 전국 家庭醫 修練病院의 數와 家庭醫 輩出現 況을 나타낸 표로 1991년 현재 2,283명의 家庭醫가 배출되었으며(개원의에 대한 經過措置 인원 1,951명이 포함됨), 正規 家庭醫 수련과정은 전국적으로 모두 37개의 病院에만 開設되어 있는 實情이다.

표3-5. 制度別 家庭醫學 新規 修練病院 및 家庭醫 輩出人員

年 度	新規 修練病院數	輩出人員
1979-1986	12	839
1987	4	434
1988	2	819
1989	6	47
1990	10	51
1991	3	93
計	37	2,283

專攻醫를 제외한全體醫師數에 대한單科專門醫의比率을 보면 87년도의 81.71%에서 90년도에 87.83%로,單科專門醫의 숫자와 비율은 계속적인 상승을 나타내고 있다.

1989년 7월 1일부터 시행된 醫療傳達體系는 3次醫療機關에 대한 家庭醫學科의 設置를 促進시켰으나 전국적으로 27개의 3차 醫療機關중 15개의 병원에 最小限의 기능을 갖춘 家庭醫學科가 설치되었을 뿐이며, 그나마 修練專攻醫의 숫자는 124명에서 139명으로 미미한 증가에 그쳤다. 이것은 家庭醫學科의 設置目的이 3차진료기관에서 一次診療의 門戶로 활용하기 위한 병원측의 측면이 강하여, 專攻醫 修練人員과 施設擴充에는 關心이 부족한 결과였다.

향후 家庭醫學 修練課程의 확충과 專攻醫 修練人員의 증가를 위하여는 적극적인 政策樹立과 필요에 따라서 선진각국에서 처럼 財政的인 支援이 考慮되어야 한다.

### 3.2.3 基本方向

醫療傳達體系의 올바른 定着을 위하여는 下部構造의 構築에 重点을 두어야 한다. 下部構造의 根幹이 되는 良質의 一次診療醫를 確保하기 위하여는 醫療消費者에게 信賴를 받을 수 있고 醫科大學 卒業生에게 魅力과 矜持를 줄 수 있는 바탕이 이루어져야만 量的 擴大가 가능하다. 이러한 目的을 充足시키기 위하여 우리나라에서 이미 1985년에 法制化되어 實施中인 家庭醫 制度를 더욱 擴大實施하여야 한다.

家庭醫 制度의 擴大實施를 위하여는 먼저 全國大學病院 및 3次 診療機關에 家庭醫學科 設置를 義務化하여 상당수의 자격있는 教授要員을 養成토록 하여야 한다. 그리고 全國醫科大學에는 家庭醫學教育에 관한 教科課程을 強化하여 학생들로 하여금 一次診療에 대한 認識을 높이고 一次診療醫를 志望하겠다는 動機를 促進시켜야 한다.

먼저 家庭醫學 制度의 질적인 水準向上이 이루어진 후에 中心病院을 통하여 많은 수의 家庭醫를 養成할 수 있는 體制를 갖추도록 해야 한다. 第7次 計劃期間 中에는 現在의 與件上 대개 全國醫科大學 卒業生들의 20%가 家庭醫를 志望할 수 있도록 政策目標을 設定하고 향후 第8次計劃期間의 동안에 家庭醫의 比率를 가능하다면 50% 정도까지 높힐 수 있는 漸進的인 擴大方案이 바람직하다.

### 3.2.4 細部推進計劃

#### ○ 家庭醫學에 관한 學生教育의 強化

졸업후 單科專門醫 양성에 置重된 現在의 教科課程을 改編하여 醫科大學 全學年을 통하여 家庭醫學에 관한 教育內容이 포함되도록 一次診療에 대한 教育內容이 강화되도록 유도한다. 그리고 전국 각 의과대학에서는 일차진료의 일관되고 지속적인 교육과 일차진료에 관한 연구를 수행하기 위하여 家庭醫學敎室의 설치를 義務化하고, 졸업후 醫師國家考試에 家庭醫學을 포함한 一次診療에 관한 내용이 충분히 出題되도록 制度化 한다.

#### ○ 家庭醫學 修練機關의 擴大

家庭醫를 수련하고 교육할 자격있는 教育者를 양성하기 위하여 아직 家庭醫學科가 설치되어 있지 않는 전국의 모든 의과대학 병원에 家庭醫學科 설치를 유도하고, 이미 설치된 家庭醫學科에 대해서 충분한 教育人員과 시설을 確保할 수 있도록 정책적인 지원을 강화한다.

다음 단계로 300病床以上の 병원에 대하여 家庭醫學科 설치를 유도하여 家庭醫의 수련을 확대실시토록 한다. 200病床以上の 병원에서는 3차醫療機關과 연계하여 수련과정을 운영함으로써 專攻醫로 하여금 수련기간 중 다양한 수련경험을 갖도록 적극적인 지원을 한다.

○ 家庭醫學 專攻醫 定員策定の 増加

單科專攻醫 策定人員을 억제하고 家庭醫學 專攻醫의 책정인원이 점진적으로 증가되도록 한다. 單科專攻醫 人력의 감소로 인한 病院診療人력의 감소에 대하여 家庭醫學專攻醫 人력으로 대치하여 病院에서 필요로 하는 인력을 확보할 수 있도록 하고, 동시에 家庭醫學專攻醫의 수련기회를 넓히도록 한다.

○ 家庭醫의 機能과 役割에 대한 保障

수련을 마친 家庭醫는 地域社會에 나아가 일차진료를 수행하는 개원의로서 역할을 수행할 뿐만 아니라, 診療, 疾病豫防과 健康增進을 포함한 包括的인 診療能力을 갖추므로써 地域社會의 保健醫療體系內에서 활동할 수 있는 醫療人력으로 활용될 수 있도록 정책적으로 지원한다. 특히 農漁村의 醫療問題를 해결하기 위한 인력으로 公衆保健醫의 중요성이 강조되고 있는 바, 광범위한 診療能力과 地域社會 保健活動에 대한 實踐經驗과 動機를 갖춘 家庭醫를 公衆保健醫로 배치하여 農漁村의 醫療問題를 해결하는데 적극적으로 活用한다.

○ 새로운 醫療要求에 대한 對應人力으로서의 家庭醫 育成

새롭게 요구가 증대되고 있는 特殊廣範圍 專門分野인 應急醫學, 老人醫學, 스포츠醫學, 産業醫學 등의 諸分野의 발전에 대하여, 先進各國에서 보는 바와 같이 광범위 일차진료를 수행하는 家庭醫의 參與를 유도하여 이들 특수분야의 원활한 인력 수급을 위한 緩衝措置를 마련하고, 이들 분야에 대한 효과적인 人力需給과 성공적인 政策遂行的 基礎를 마련한다.

○ 修練後 家庭醫學 研修教育의 強化

이미 배출된 家庭醫가 계속적으로 適正水準의 一次診療業務를 遂行할 수 있도록 하기 위하여 정기적인 研修教育이 강화되어야 한다. 一次診療醫의 研修教育參與에 대한 法的인 義務化와 동시에 制度上의 惠澤이 주어지는 方案을 講究한다.

### 3.3 保健醫療組織의 電算化

#### 3.3.1 現況 및 問題點

전국민 의료보험의 실시와 의료전달체계의 도입에 따른 보건의료 서비스 정보의 수요가 급증하고 있으며, 발생하는 보건의료 정보도 매우 다양화 되고 있다. 따라서 이에 대처하기 위해 보건의료정보의 체계적 수집·분석·관리 및 활용방안의 마련이 절실히 요구되는 시점에 있다. 정부에서는 5대 국가기간 전산망(행정, 공안, 국방, 교육연구, 금융)개발 등 국가사회전산화 중장기 계획을 세워 추진중에 있으며, 보건의료분야에서도 행정전산망 개발대상업무의 일환으로 국민복지망의 구축을 계획하고 있다.

국내보건의료분야를 병·의원 분야, 의료보험분야, 보건통계분야, 지역보건분야, 기타보건분야로 나누어 각부분의 전산화 현황을 살펴보고자 한다. 1990년 상반기의 22.5%에 해당하는 9,138개 기관에서 컴퓨터를 활용하는 것으로 조사되었는데 이는 1983년도의 0.9%에 비하면 21.6%가 증가된 것이다. 이를 요양취급기관별로 살펴보면 종합병원의 경우 13.9%에서 87.9%로 약 74%가량이 증가하였으며, 병·의원의 경우 1.0%에서 54.0%로 증가하였다. 보건기관의 경우 1983년에 전혀 전산화가 이루어지지 않은 상태에서 4.3%로 증가하였다. 이들 의료기관에서 간단한 환자관리 업무, 보험관련 업무, 병원행정사무의 일부가 전산화되었을 뿐 통합적인 환자관리의 전산화는 아직 이뤄지지 않고 있다.

표 3-7에 의하면 보건기관의 전산화는 4.3%에 불과하여 다른 분야에 비해 매우저조하다. 이를 자세히 살펴보면 의료원과 보건소의 전산화 현황은 1989년말 현재 의료원은 15개 기관중 3개 기관에 6대의 전산기가 도입되어 있으며 보건소는 총 259개 기관중 16개 기관에서 18대의 전산기를 도입하고 있어 6.9%의 전산화율을 나타내고 있다. 현재 보건기관에서의 전산화 업무는 주로 문서작성과 의료보험 관련업무이다. 그러나 서울시

표3-6. 요양기관 진료비 청구방법 현황

연 도	구 분	계	종합병원	병 원	의 원	치과병원
1983	계	12,168	173	315	7,624	0
	수작업	12,081	149	308	7,555	0
	전 산	107	24	7	69	0
1990	계	40,676	224	346	10,767	5
	수작업	31,538	27	83	4,348	1
	전 산	9,138	197	263	6,419	4

연 도	구 분	치과의원	조산소	보건기관	약 국	한 방
1983	계	2,773	527	597	127	26
	수작업	2,766	527	597	127	26
	전 산	7	0	0	0	0
1990	계	4,667	444	2,069	18,905	3,249
	수작업	2,898	443	1,981	18,657	3,100
	전 산	1,769	1	88	248	149

자료 : 1983, 의료보험관리공단 1990, 의료보험연합회

도봉구 보건소, 경기도 강화군 보건소, 수원시 권선구 보건소에서는 보건소 정보체계 모형을 이용하여 의료보험 관련업무외에 가족계획, 모자보건, 1차진료, 결핵관리등 내소자 관리업무와약품 및 비품관리업무 등 다른기능을 수행하고 있다.

의료보험분야의 전산화 현황을 살펴보면 본부와 각 시도 지부로 구성되어 있는 의료보험관리공단에서는 on-line 전산체제로 연결되어 있어 모든 업무가 중앙집중체제로 전산처리되고 있다.

따라서 의료보험관리공단에서는 자격 DB, 요양취급기관 DB, 위탁금융기관 DB등을 구축하여 피보험자 자격관리, 보험료부과, 진료비지급등을 on-line으로 처리하고 있다. 의료보험연합회에서는 대부분의 조합이 단독 전산체제를 구축하여 의료보험업무를 분산처리하고 있으며 단지 서울특별시 에 있는 9개 공동조합만 on-line으로 연결되어 전산운영되고 있다.

표3-7. 전국보건소 및 의료원 전산기기 보유 현황, 1989년

( )은 컴퓨터 보유대수

지역	구분	의 료 원		보 건 소	
		보유 기관	전 체 기 관	보유 기관	전 체 기 관
계		3(6)	15	16(18)	259
서울		-	-	2( 4)	22
부산		-	-		12
대구		-	-	4( 4)	7
인천		-	-		6
광주		-	-		4
대전		-	-		5
경기			1	2( 2)	39
강원			2		22
충북		-	-		13
충남		1(2)	1		18
전북			2	1( 1)	20
전남			4		26
경북		2(4)	3	3( 3)	33
경남			2	4( 4)	28
제주		-	-		4

1989, 보건사회부 지역의료과

따라서 의료보험연합회에서는 이들 9개 공동조합에 속한 보험적용자의 자격데이터 베이스를 관리하고 있으며 이외의 공동조합, 단독조합, 지역조합의 경우에는 자격관리, 보험료부과, 징수, 진료비 지불 등이 독립적으로 조합단위에서 분산처리되고 있다. 따라서 의료보험연합회의 경우 이들 조합간 업무의 연계성이 급선무라 하겠다.

보건통계분야는 자료수집방법에 따라 크게 조사통계, 신고통계, 실적 통계로 구분될 수 있다. 조사통계는 건강조사, 환자조사, 의료자원조사, 국민 의료비조사, 심신장애자조사와 같이 특정목적용을 통하여 얻은 자료와 정보를 다루는 것을 말한다. 신고통계는 제 법규에 의해 신고된 자료에 의해

표3-8. 의료보험분야의 전산화 현황

구 분	의료보험관리공단	의료보험연합회
취급기관수	공공기관 5,149 사립학교 1,886	직장 공동조합 83 단독조합 74 지역조합 3,425
적 용 인 구	4,470,914	35,451,475
전산화업무	자격관리 보험료부과 진료비 지급	자격관리 보험료부과 진료비 지급
온라인연계	100%	일부

작성된 통계로서 출생통계, 사망통계가 여기에 속한다. 실적통계는 서비스 생산단위의 활동부산물로 생산된 자료 및 통계를 취급하는 행정통계로서 의료보험통계나 법정 전염병, 나병, 결핵 등 이환통계가 이에 속한다. 이런 방법으로 수집된 자료들은 상호연관을 갖고 있으므로 그 내용분야별 혹은 생산부서별로 교류를 이루면서 자료를 필요로 하는 기관으로 보고 있으므로 그 내용분야별 혹은 생산부서별로 교류를 이루면서 자료를 필요로 하는 기관으로 보고 및 처리되어야 하나 현재 산발적으로 독립되어 실행, 처리되고 있다. 또한 이들 통계자료의 집계, 분석과정에 제한적으로 컴퓨터가 활용되고 있으며 분석된 통계자료도 인쇄물의 형태로 보급되고 있어 정보의 신속한 유통을 원하는 정보이용자들의 욕구를 충족시키지 못하고 있다.

기타 보건분야는 위에서 언급한 분야 이외에 의료인력관리, 가정보건, 환경보건, 의약품 및 식품관리 분야가 포함된다. 이들 분야의 전산화는 각기 독립적으로 수행되고 있으나 대부분 시작단계에 불과하다.

### 3.3.2 6次計劃의 評價

- 6차 계획기간에 농촌형 및 도시형 보건소 정보체계 모형개발을 위한 시범사업을 실시하여 보건소 업무의 전산화 가능성을 제시

하였다.

- 국민 복지망을 독립된 국가전산망 사업으로 추진하였으나 이를 이루지 못하고 행정전산망의 일환으로 추진중이다.
- 의료보험 요양기관의 전산화량이 1983년 0.9%에서 1990년 상반기에 22.5%로 증가하였다.

### 3.3.3 基本方向

7차 계획기간동안 보건의료조직의 전산화는 국가사회 전산화 중장기 계획에 의해 국민복지망 기본계획과 연계하여 추진한다. 각 분야별 기본방향은 다음과 같다.

- 병·의원 분야에서는 의원급에 해당하는 병원들이 관리에 필요한 관리체계를 개발하고 병원이나 종합병원에 맞는 종합적인 병원정보시스템을 개발하여 통합적인 환자관리에 기여한다. 모든 의료기관과의 상호 network를 구축함으로써 서로 필요한 자료를 교환할 수 있는 효율적인 정보관리체계를 구축한다.
- 지역보건의료분야에서는 의료원, 시·도·군 보건소, 면보건지소 등의 정보체계를 개발하여 신속한 통계자료 수집 및 보건사업 수행, 평가에 기여한다. 지역내의 타 시스템(병·의원 의료보험)과의 연계로 지역보건사업을 위한 종합적인 지역의료정보망을 구축한다.
- 의료보험분야에서는 조합간 on-line을 구축하여 조합간 업무의 연계성을 이루고 자격관리, 보험료부과, 진료비 지급을 전산처리한다. 의료보험에 대한 데이터베이스의 구축으로 각종 질병통계, 진료비내역 등에 관한 정보를 정책수립, 연구 등에 활용한다. 궁극적으로 의료보험진료비의 전산청구를 가능케 한다.
- 보건통계분야에서는 각종 환자통계 및 질병통계를 수집하기 위

한 자료수집원과의 연결 방안을 구축하고 입력 체계를 정비한다.  
 인구 및 행정통계를 얻기 위해 경제기획원 조사통계청, 의료보  
 험 관리공단 및 의료보험연합회 등과의 연계를 이룬다. 각종 조  
 사통계 체계를 구축한다.

### 3.3.4 推進計劃

사업분야	추진계획	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97
병의원분야	· 병원관리체계 개발 · 의료기관 Network 형성		_____					
지역의료분야	· 보건소 전산화 - 모형개발(농촌형, 도시형) - 확대실시 · 보건지소 및 보건진료소 전산화 - 모형 개발 - 확대 · 지역의료 정보망 - 보건소, 지소진료소 연결 - 타보건 전산망과 연결(병·의원, 의료보험) - 행정전산망과 연결		_____					
의료보험분야	· 조합간의 업무 연계 · 의료보험자료의 데이터베이스 구축 · 의료보험 진료비의 전산청구							_____

사업분야	추진계획	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97
보건통계분야	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 보건통계 관리의 전산화</li> <li>· 보건통계자료 데이터베이스 구축</li> <li>· 보건통계 종합정보망 구축(실적, 보고, 조사통계)</li> </ul>							

## 4. 醫療脆弱 階層을 위한 對策 強化

### 4.1 農漁村 醫療脆弱地域 對策

#### 4.1.1 現況 및 問題點

농어촌 지역의 의료취약지역이라 함은 일반적으로 의료인력, 의료기관 및 의료기관의 병상수가 지역주민의 의료수요를 충족시킬 수 없을 정도로 부족한 지역일 뿐더러 지리적·경제적 및 기능적 접근성이 낮아 이용편의도와 의료이용수준의 향상이 낮은 곳을 의미한다.

그러나 구체적으로 의료취약지역이란 월간 퇴원환자가 100인당 타 중진료권내 의료기관을 이용한 퇴원환자의 비율 기준으로 하며, 이 비율을 병상취약지수라고 칭하여 지수 71이상을 의료취약지역으로 정의한다. 다시 말하여 특정 중진료권내 월간 퇴원환자의 71%이상이 타진료권내 의료시설에서 퇴원했고, 30% 이하의 퇴원환자가 동일 중진료권내 의료시설을 이용한 것을 의미한다.

전국 140개 중진료권 중 50개소 즉 35.7%는 의료취약지역으로 분류되고, 병원화보건소나 병원이 없는 24개 중진료권과 도서지역은 열악한 의료취약지역으로 특별의료대책이 요구된다.

표4-1. 의료취약지역 현황

구 분	지 역 수
병상취약지수별 중진료권수	50개 <sup>1)</sup>
병원화 보건소 설치지역	15개 <sup>2)</sup>
병원급 의료기관이 없는 군지역	24개 <sup>2)</sup>
도서지역	517개 <sup>3)</sup>

주 : 1) 7차계획의 “의료자원 적정공급 및 분포-병상수급 및 분포-에서 인용  
 2) 3) 보사부, 지역의료사업현황, 1990

정부는 농어촌 의료취약지역의 보건의료대책으로

- 1) 병원이 없고 인근지역의 병원 접근이 어려운 39개 군단위에 민간병원 유치와 보건소에 2차진료기능을 확대하도록 계획하였으며
- 2) 민간병원 유치를 위한 정부의 지원책은 시설비, 의료장비에 대한 농어촌 지역개발 기금 등에서 장기저리 융자를 해주고 병원개설시 등록세, 취득세 면제, 사업소득세 등을 감면해 주도록 계획하였다.
- 3) 일정기간 동안 공중보건의사를 배치, 지원하며, 지역내 의원의 병원화와 대도시 유명 민간병원의 분원 설치를 적극 유도하도록 하였다.

의료취약지역 중 육지지역은 여러 교통수단을 통하여 환자의뢰 및 추구 관리가 가능하다고 볼 수 있으므로 의료취약 대책 중 도서지역의 의료문제 해결이 무엇보다도 시급하다고 하겠다. 따라서 도서지역의 의료시설 현황은 다음과 같다.

표4-2. 주거인구 규모별 도서수

계	299인 이하	300-489인	500-2999인	3000인 이상
도서수(%)	도서수(%)	도서수(%)	도서수(%)	도서수(%)
516(100.0)	328(63.6)	53(10.3)	96(18.6)	39(7.6)

자료 : 보건사회부, 지역의료사업 현황, 1990. 5

표4-3. 도서지역의 공공보건 및 민간의료기관 현황

구 분	총 수	공공보건기관		민 간 의 료 기 관 수					
		보건지소	보건진료소	도서수	병의원	한의원	조산소	약국	약방
299인 이하	328	—	2	9	—	—	—	5	4
300-499인	53	3	53	11	—	—	—	5	6
500-999인	59	10	45	20	2	—	2	4	12
1000인이상	76	58	45	95	19	12	4	25	35
계	516	71	145	135	21	12	6	39	57

자료 : 보건사회부 도서지역주민을 위한 보건의료대책(내부자료), 1987. 10

도서지역주민의 보건의료사업의 일환으로 1967년부터 5개도(경기도, 충청남도, 전라북도, 전라남도, 경상남도) 및 대한적십자사에서 현재 7척의 병원선을 운영, 관내 324개 도서주민 94,620명을 대상으로 무료순회 진료 사업을 실시하고 있음.

정부가 추진하고 있는 도서지역의 보건의료사업은

- 1) 무의 무약도서를 해결하기 위하여 면단위 도서에 71개소의 보건지소와 300인 이상 도서지역의 145개의 보건진료소를 설치운영중에 있으며,
- 2) 7척의 병원선이 324개 도서를 대상으로 94,520명의 주민에게 보건의료서비스를 제공하고 있다.
- 3) 응급환자 발생에 대비한 후송체계를 구축하고 쾌속후송선을 1988년도에 1척, 1989년도에 2척을 건조 설치하였으며, 1990년도에 1척을 건조배치할 계획이다.
- 4) 환자후송은 의료보호대상자를 위하여 지정된 제2차 진료기관을, 일반환자를 위하여 지정의료기관 또는 환자가 원하는 병원으로 하였다.
- 5) 병원선 및 쾌속 후송선 운영비 중 일부를 국고지원(총운영비의 50%로 167,016,000원)했으며, 1990년도에 20개소의 보건진료소를 신축했으며, 공중보건의사와 보건진료원을 우선배치하였다.

그러나 300인 이하 도서지역 주민을 위한 보건의료대책이 아직 수립되지 않은 상태이며, 도서지역의 보건지소의 생산성이 낮아 기술이 미흡하고, 지방자치단체의 재정자립도가 낮아 보건지소 및 보건진료소 운영에 필요한 재정지원의 불충분과 지리적 특성 때문에 의약품 등 물품조달이 어려운 점이 문제점으로 지적될 수 있다.

#### 4.1.2 第 6次計劃의 評價

- 6차 계획기간에 39개 군단위에 민간병원 유치와 보건소에 2차진료기능을 확대하도록 계획되었으나 15개 보건소를 병원화 하는데 그쳤으며, 1990년도에 계획된 15개 보건소의 의료원화 계획은 추진되지 못하였다.
- 민간병원 유치는 당초 26개 설치가 계획이었으며 설치가 완료되었으므로 100%가 추진되었으며, 민간병원 유치에 따른 각종 세제혜택 및 농어촌지역 개발기금의 지원이 이루어졌다.
- 공중보건의사의 배치는 계획대로 추진되었으며 지역내 의원의 병원화와 대도시 유명 민간병원의 분원설치는 이루어지지 못하였다.
- 300인이하 도서지역의 보건의료대책은 수립되지 못한 실정이나 당초 500인 이상지역에 보건진료소를 설치할 계획을 변경하여 300인 이상으로 확대하여 36개소 보건진료소가 새로이 설치되어 일차 보건의료대책이 6차 기간 동안에 확대되었다고 할 수 있다.

#### 4.1.3 基本方向

- 의료취약지역의 병상증설을 위해 민간부문의 참여를 도모할 수 있는 각종 유인책을 강구한다.
- 병원이 없는 군단위의 보건소를 당초 계획한대로 의료원화를 적

극 추진한다.

- 200인 이상 무의 무악 도서지역에 보건진료소 설치를 확대한다.
- 200인 이하 도서지역에 마을 건강원을 개발하고 도서지역 보건 의료체계를 확립한다.
- 도서지역의 보건지소 및 보건진료소의 운영비, 의약품 및 의료 장비 구입과 시설유지비를 지방자치단체와 국가에서 보조하고 이들 인력의 사기진작을 위한 유인책(incentive)을 강구한다.

#### 4.1.4 細部推進計劃

- 200인 이상 도서지역에 보건진료소 설치 확대

지역주민의 보건의료 요구는 점차 증진되고 있으므로 이의 충족을 위하여 지리적 접근도를 높일 수 있는 방안으로 300인 이상 지역에 설치되어 있는 보건진료소를 200인 이상으로 확대하는 것이 바람직할 것이다(표4-4 참조).

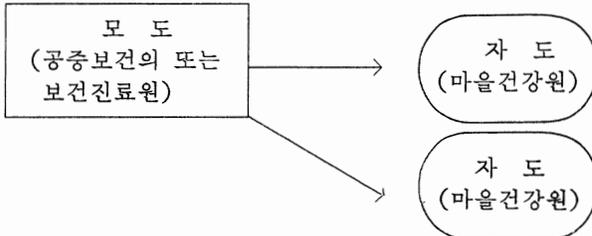
표4-4. 보건진료소 증설 계획

내 용	1991	7차 계 획 기 간				
		1992	1993	1994	1995	1996
설치예정지역확정						
설치수		5	5	5	3	
예산확보						

- 200인 이하 도서지역에 마을 건강원 개발 및 활용

200인 미만 섬에 부락단위로 1명의 마을건강원을 선발, 훈련, 배치하여 이 섬을 인근 공중보건의 또는 보건진료원이 배치된 섬의 보건의료서비스 관할 구역으로 하고, 보건의료서비스 공급체계를 구성하여 기능화시킨다 (표4-5 참조). 마을 건강원 자격은 지역주민 또는 분교교사를 활용한다.

섬이 2개 이상 군집을 형성하는 경우에 공중 보건의 또는 보건진료원이 배치된 섬을 모도로 하고, 인구 200인 미만 낙도를 자도로 하는 일차보건의료 서비스 공급체계를 다음과 같이 구축한다.



\* 자도의 선정은 섬간의 거리, 항로, 행정구역 등을 기준으로 하되, 지역특성을 고려하여 결정한다.

표4-5. 마을건강원 개발계획

내 용	1991	7차 계 획 기 간				
		1992	1993	1994	1995	1996
마을건강원 선발	278명 <sup>1)</sup>					
공중보건의 보건진료원 교육 (교관교육)	140명					
마을건강원 교육			100	100	78	
보건의료서비스 공중체계 구축						
마을건강원 응급 세트 구입비치			100	100	78	

주 : 1) 99명 이하지역에는 1명의 마을건강원을 개발하고 100명 이상 섬은 2명을 개발한다.

- 도서지역의 보건지소 및 보건진료소의 운영비를 지방자치단체 및 국가가 지원

도시지역의 보건지소 및 보건진료소의 운영활성화를 기하고 지역주민의 건강수준 향상에 기여하기 위하여 보건지소에는 임상유경험(인턴수료자) 공중보건의사와 보건진료소에는 유경험보건진료원을 우선 배치한다. 또한 이들에게 도시지역 근무수당을 증액하여 지급하고 운영비, 의약품 구입비, 의료장비교체비 및 건물유지비를 지방자치단체 및 국가가 전액지급한다.

표4-6. 지 원 계 획

내 용	1991	7차 계 획 기 간				
		1992	1993	1994	1995	1996
보건진료소 운영비	71개					
기존보건진료소운영비	145개					
신규보건진료소운영비	18개					
의료장비교체비						
의약품구입비						
시설부수비						

○ 의료취약지역에 병원 유치 및 공공보건기관의 진료기능 확대  
 병상취약지수별 중진료권 50개지역에 병상을 증설하고 병원급 의료기관이 없는 군지역 24개지역의 군보건소를 의료원화하여 주민의 일차의료수요를 충족시킨다.

## 4.2 都市零細民을 위한 醫療對策

### 4.2.1 現況 및 問題點

급격한 사회경제발전과 더불어 산업화 및 도시화가 급속히 이루어지는 과정에서 저소득층 주민이 집단적으로 도시지역으로 유입하므로 새로운

보건의료문제가 대두되고 있다.

저소득층의 인구규모는 1990년 1월 현재 전국의 생활보호 대상자(5.3%)와 의료부조자(2.4%)를 합하여 전국민의 7.7%에 해당되며 서울을 포함한 6개 대도시의 저소득 주민은 약 21%에 해당된다. (표4-7참조)

표4-7. 지역별 저소득층 현황

(1990. 1 현재)

지	역	인	구	수	백	분	율
서	울	시	255,898			7.7	
부	산	시	134,300			4.1	
대	구	시	109,593			3.3	
인	천	시	31,965			1.0	
광	주	시	78,233			2.4	
대	전	시	79,768			2.4	
소		계	689,457			20.8	
경	기	도	168,925			5.1	
강	원	도	168,725			5.0	
충	청	북	164,240			4.9	
충	청	남	361,831			10.9	
전	라	북	434,310			13.1	
전	라	남	527,224			15.9	
경	상	북	373,658			11.3	
경	상	남	401,786			12.1	
제	주	도	25,095			0.8	
소		계	2,626,100			79.2	
	계		3,315,000			100.0	

자료 : 보건사회부, 1990년 생활보호사업지침, 1990. 1.

일반적으로 저소득층 주민이 갖고 있는 문제는 다음과 같다.

표4-8. 저소득층 지역주민의 건강관련문제 분류

요 인	내 용
환경관련요인	주택부족, 인구고밀도, 공익시설의 부족, 기본생활환경의 열악
건강관련요인	높은 이환율, 높은 만성질환이환율, 높은 장애자이환율, 영양상태 불량, 낮은 보건 의료서비스 이용가능성, 보건서비스 이용 저조
경제관련 요인	높은 실업율, 구매력 결여, 지불능력 저조

특히 저소득층 주민의 건강문제는 만성질환의 이환, 장애자 이환수준이 일반수준보다 높으며, 의료 서비스 충족율이 낮은 것이 문제로 대두된다.

전체 이환중 만성상병의 이환이 47.0%, 각종 장애는 3.7%를 나타내어 일반 도시주민의 전체 이환중 만성상병이환이 18%를 차지하는 것보다 높음을 알 수 있다.

이상의 도시 저소득층 보건의료문제 해결을 위한 정부의 조치 및 여러 기관에서의 사업실시 현황은 다음과 같다.

표4-9. 도시 저소득층 주민을 위한 사업실시 현황

기 간	내 용
1982-1986	정부주관하에 한국인구보건연구원이 서울시 관악구 봉천동 저소득 주민 대상 시범 사업실시
1986. 9-현재	서울시 주관하에 관악구 봉천5동, 노원구 상계5동, 구로구 구로6동에서 일차보건사업 실시중임
1984-1988	경북의대 주관하에 경북 대구 중구 남산4동 저소득층 주민대상의 일차 보건의료 시범사업 실시
1980년중반이후	기타 부산침례병원, 영남대학교, 고려대학교등에서 실시하고 있음
각 시·도 보건과에서는	해당지역내 저소득 주민을 위한 특수질병예방, 진단사업, 순회진료, 탁아소운영, 모자보건사업 등을 실시 중에 있음

이들 저소득층 주민을 위한 보건의료사업에 행정적 및 기술적 지원과 많은 노력을 투입하였음에도 불구하고 사업평가결과 다음과 같은 문제점이 대두되었다.

### 1) 보건소 조직체계의 불합리

보건소의 경우 시·군이 설치자가 됨에 따라 시장, 군수의 보건의료사업에 관심여하에 보건소 운영의 효율과 효과가 좌우되고 있으므로 보건소의 인사, 예산, 사업운영의 자율성이 보건소장에 있지 않다. 따라서 주민의 보건의료요구 변화에 현행 조직체계가 원활히 대처하지 못하고 있으므로 현행 조직체계가 저소득층 주민의 보건의료문제 해결에 매우 미흡한 실정이므로 조직체계가 조정 개선되어야 한다.

### 2) 보건소의 사업관리능력의 미흡

보건의료사업은 노동 집약적 사업이므로 인력관리가 무엇보다 중요하다. 인력별 직무설정, 지침서 개발, 훈련, 질유지를 위한 평가, 동기부여 등이 계속적으로 이루어져야 한다. 특히 보건소장 및 과장급은 보건의료사업의 기획, 실시 및 평가를 위한 행정적 및 기술적 관리능력이 충분히 갖추어져 있어야 하나, 이점이 새로운 사업의 개발과 투자에 미흡하다.

### 3) 새로운 서비스 개발 및 모니터링 활동의 불충분

저소득층 주민의 건강문제는 매우 복잡적이며(보건의료문제와 복지문제의 혼합) 클뿐 아니라 주민내에서도 문제의 동질성이 결여되어 있어서 사업개발체계가 쉽지 않다.

따라서 서비스를 개발하는 과정에서 주민의 건강문제가 무엇인가를 정확히 파악하고 이의 해결을 위하여 다각적인 접근이 절실히 요구되므로 서비스를 제공하는 인력은 자발적으로 서비스 제공중심의 접근과 각 인력 및 기관들이 자율성을 갖고 사업을 실시하는 상호 지원적 팀활동이 요구된다. 또한 서비스의 질적유지와 사업목표 도달을 위한 모니터링 활동이 중요한데 이점이 매우 불충분하였다.

#### 4) 예산 및 장비구입 불충분

일차보건의료사업 수행에 필요한 사업예산 및 장비구입이 행정절차나 구입방법과 활용에 있어서 연속성이 없고 적절하지 못했다.

사업평가결과를 제시하면 예방보건서비스에 효과가 있는 것으로 나타났다. 사업지역이 비교지역보다 저체중아 출생률이 2.1%(비교지역 3.7%)로 낮았으며, 모유수유율이 61.1%(비교지역 47.6%)로 나타났다.

영유아 예방접종 상태에서 특히 소아마비 및 DPT의 3회 접종완성률이 사업지역에서 60.4%(비교지역 52.9%)로 높았다.

유배우 가임여성의 피임실천율이 81.9%로서 전국 피임실천율(77.1%)보다 높았다.

사업지역내 주민의 30일간 이환율은 2,000명당 319였으며, 3개월이상 만성질환의 이환이 46.7%를 차지하였다. 이환자 중 미치료율이 8.9%이며, 이 중 43.3%가 경제적 형편이 어려워 치료를 받지 못한 것으로 나타났다.

사업지역내의 저소득층 주민들은 동단위에 보건지소 혹은 진료센터가 설치될 경우 이용의사가 90%로 나타나 저소득 주민의 질병 예방 및 건강증진을 위한 보건의료대책이 앞으로 계속 요구된다고 하겠다.

표4-10. 저소득층 주민의 일차보건의료사업 실시현황

지 역	대상인구	배치인력	사 업 내 용
봉천5동	59,555명	7명	모자보건, 진료, 예방접종, 상담, 교육, 건강
상계5동	14,398명	5명	증진, 육아지도, 보건교육, 노인보건, 도시
구로6동	14,787명	5명	근로자 산업보건, 영세민진료, 예방적 진단적 건강증진

표4-11. 사업지역내 30일간 이환상태

항 목	계	남	여
상병유병률 (1,000명당)	319	281.2	355.0
상병특성(%)	질병 사고 및 중독 불구 및 장애 계	90.6 5.7 3.7 100.0	
이환시기(%)	15일 이내 15-30일 30-3개월 3개월 이상 모름 계	27.1 21.0 4.9 46.7 0.3 100.0	
이환시 치료여부(%)	치료 미치료 계	91.1 8.9 100.0	
미치료사유(%)	그냥두어도 낫기때문 경제적형편 시간이 없어서 치료해도 효과 없어서(노환이나) 기타 계	33.7 43.3 5.8 10.6 6.7 100.0	

#### 4.2.2 6次 5個年 計劃의 評價('86- '91년)

- 대도시 저소득층 밀집지역에 보건지소형의 보건의료시설을 설치하여 주민에 대한 일차진료 및 보건예방활동을 비롯한 포괄적인 보건의료서비스 활동을 전개할 계획이었다. 따라서 5년간(1986-1991년) 서울시에서 실시하고 있는 3개 사업을 1989년에 4개소,

1990년에 4개, 1991년에 4개소 등 총 15개의 일차보건의료사업 지역을 확대하여 실시할 계획이었으나 확대되지 못하였으며 계획내 달성은 20% 수준이었다.

목	표	달	성
일차보건의료사업소 15개소 설치		→	3개소 운영(20% 달성)

- 그러나 서울시에서 추진중인 3개소 일차보건 의료사업소를 1991년에 5개소로 확대할 계획이었으며, 이를 위하여 5개 보건소에 직제를 개정하여 일차보건의료사업을 전담하는 “과”의 신설이 계획되고 있다. 점차 직제를 개편할 보건소 수를 늘려나갈 계획으로 있어 도시 저소득층 보건의료문제 해결을 위한 사업의 효율화를 기할 수 있는 기반이 조성 중에 있다고 할 수 있다.

#### 4.2.3 기본방향

- 1) 저소득층 주민이 밀집해 있는 지역내의 보건소를 지역사회의 1차보건의료기관으로서 중추적인 역할을 담당하도록 기능강화 및 육성
- 2) 보건소내에 일차보건의료 담당과의 신설, 인력보충 등 직제개정
- 3) 전국도시 저소득층 지역내에 인구규모에 따라 보건소로부터의 지리적 접근성이 낮은 지역에 보건지소 혹은 센터 설치
- 4) 저소득층 주민의 건강 및 복지요구를 기초한 포괄적인 서비스 개발 및 모니터링 장치 개발 운영
- 5) 보건소장 및 지도급 인력의 사업기획 실시 및 평가를 포함한 관리능력의 강화

#### 4.2.4 細部推進計劃

7차 5개년 계획기간 동안에 도시지역의 저소득층 주민의 보건의료 및 복지욕구의 변화에 원활히 대응하며, 적정서비스 모형을 통하여 보건의료 및 복지문제가 해결되도록 기반을 조성하며, 다음과 같이 세부계획을 수립한다.

##### 1) 보건소의 직제 개정

저소득층 주민이 거주하고 있는 지역을 관할하는 보건소부터 직제를 개정하여 저소득주민의 보건의료 및 복지사업의 계속추진을 위한 일차보건의료과를 신설하며 이 기간동안에 점차 확대한다.

당초 계획된 서울시의 저소득층 보건문제 해결을 위하여 15개소의 지역에 사업을 실시하고 점차 서울시 이외의 시지역에 있는 해당 보건소에 과를 신설한다. 즉 7차 계획기간에 연도별로 5개 보건소(5개시에 1개 보건소)씩 과를 신설하여 총 40개 보건소(서울시 15개, 5개시 25개)에 일차보건의료과를 신설한다.

##### 2) 보건지소 설치를 위한 조례 제정

저소득층 주민이 10,000명 이상 밀집해 있는 지역에는 보건지소를 설치하고 그 이하지역에는 센터설치 혹은 보건소의 일차보건의료사업 담당과에서 out reach service를 제공한다. 따라서 보건지소 설치를 위한 조례를 제정하고 인력과 예산을 확보한다.

##### 3) 인력개발 및 배치

의사 및 간호사 인력을 개발하여(신규 혹은 현 인력의 보수교육) 신설되는 보건소의 일차보건의료 담당과, 보건지소 및 센터에 배치한다.

인구 10,000명 이상 지역은 1명의 의사와 인구 3,000-5,000명당 1인의 간호사를 배치하고, 10,000명 이하 지역은 인구 3,000-5,000명당 1인의 간호사를 배치하고, 의사는 정기적인 방문 진료를 실시한다.

4) 보건소의 서비스 개발 모니터링 및 관리능력의 제고

보건소장 및 과장급 등 지도자에게 사업기획, 실시, 평가 및 인력관리를 위한 관리능력의 부여와 이에 따른 교육을 실시한다.

저소득 주민의 보건의료 및 복지요구에 기초한 서비스 개발을 위하여 수요측정, 진단기술 및 서비스 제공 방법에 대한 훈련을 일차 보건의료인력에게 제공한다.

사업의 질적유지와 향상, 사업목표 도달여부 파악 및 성취를 위하여 모니터링 장치의 개발과 운영을 한다.

표4-12. 연도별 추진계획

내 용	1990	1991	7차 계 획 기 간				
			1992	1993	1994	1995	1996
서울시 3개센타의 운영							
전국 시지역 저소득 밀집지역의 확정							
보건소내 일차보건의료 사업과 신설		5개소	10개소	10개소	5개소	5개소	5개소
보건지소 및 센타설치 조례제정							
보건지소 및 센타설치*							
인력훈련 및 배치							
사업예산 확보							
의료장비 구입							

\* 전국 시지역의 저소득 밀집지역 및 인구가 확정되면 인력배치 기준에 따라 인력 및 보건지소수 결정

\* 전체 저소득 인구 중 도시 저소득 인구를 39.7%로 추정할 경우 인력배치 기준을 근거로 보건지소 105개 및 105명의 의사와 315~515명의 간호사가 필요할 것으로 추정됨.

## 第 4 章 國民醫療費의 適正水準 維持

### 〈概 觀〉

#### ○ 의료비 증가 현황

· 國民醫療費의 增加現況은 의료비를 추계하는 사람에 따라 多樣하게 나타나고 있으나 대체로 1985년 이후에 이르러 國民總生産額에서 차지하는 醫療費의 비중은 매우 安定的임을 〈表 1〉은 보여주고 있다.

表 1. 國民醫療費가 國民總生産額에서 차지하는 비중

구 분	1975	1980	1985	1988
국민의료비/GNP <sup>1)</sup>	3.0	4.0	5.6	5.6
가계의료비/가계지출 <sup>2)</sup>				
도 시	4.5	6.3	5.5	5.5
농 촌	3.7	4.5	5.2	5.9

자료 : 1) 권순원, 공공보건의료부분의 충실과 제도개선을 위한 정책방안, '90 국가 예산과 정책목표, 한국개발연구원

2) 경제기획원, 한국의 사회지표, 1990.

· 〈表 2〉 및 〈表 3〉에서 의료보험진료비 통계를 토대로 1981년에서 1989년간의 보험진료비 증가현상을 중심으로 몇가지 특징적인 사실을 살펴 보기로 한다. 여기서 1986년을 기준으로 前·後를 區分한 것은 1986년부터 의료보험에서 본인부담정액제가 도입되었고 또한 의료보험수가가 상당히 높은 율로 인상되었기 때문에 그 효과를 살펴보기 위한 목적이다. 의료비 증가에 있어서 주요 특징을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 공교의료보험의 진료비가 직장의료보험에 비해 다소 빠른 속도로

증가해 왔으며 특히 공교의료보험의 수진율이 직장의료보험에 비해 빨리 증가되었는 바, 이것은 공교의료보험의 피보험자 소득이 직장의료보험보다 높은데서 그 한 요인을 찾을 수 있겠다.

둘째, 1986년 이후에는 진료비의 증가율이 그 이전에 비해 떨어지는 바, 이는 본인부담정액제 도입과 함께 본인부담율이 외래에서 높아져 온데서 도 그 한 요인을 찾을 수 있겠다.

表 2. 의료보험진료비의 연평균 증가율

항 목	1981 ~ 1986		1986 ~ 1989		1981 ~ 1989	
	직 장	공 교	직 장	공 교	직 장	공 교
1인당 진료비	14.24	15.82	10.37	11.97	12.78	14.39
수진율	5.26	6.30	4.16	5.78	4.85	6.12
건당 진료비	8.53	8.96	5.98	5.85	7.56	7.79
의료수가	3.60	3.60	7.07	7.09	4.80	4.80
건당방문일수	-0.93	-0.47	0.40	-0.27	-0.44	-0.34
서비스강도	5.74	5.67	-1.43	-0.87	3.09	3.20
1인당 GNP	13.33		14.76		13.86	

表 3. 의료보험진료비 증가요인별 기여율

항 목	1981 ~ 1986		1986 ~ 1989		1981 ~ 1989	
	직 장	공 교	직 장	공 교	직 장	공 교
1인당 진료비	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
수진율	38.14	41.28	41.08	49.62	39.05	43.99
건당 진료비	61.86	58.72	58.92	50.38	60.95	56.01
의료수가	26.48	24.03	69.53	61.71	39.26	35.09
건당방문일수	-6.84	-3.14	4.12	-3.74	-3.63	-2.45
서비스강도	42.22	37.83	-14.73	-7.59	25.32	23.37

세째, 보험진료비의 증가를 요인별 기여율을 중심으로 살펴보면 수요측면 보다는 공급측면에 보다 큰 증가요인이 있으며, 특히 수가와 건당 서비스 강도와의 관계를 살펴 보아야 하겠다.

네째, 의료보험수가와 서비스강도와의 관계를 보면 수가인상이 낮게 책정된 때에는 서비스강도가 높아지나 반대로 수가인상이 높게 책정되면 서비스 강도가 약해지는 현상을 볼 수 있다. 즉 1986년을 전후하여 그 이전에는 수가인상이 연평균 3.6%수준에 있었으며, 이 당시는 건당 서비스 강도가 연평균 5.7%수준 내외로 증가되었으나 1986년 이후 수가인상이 연평균 7.1%수준에 이르게 되자 서비스 강도는 오히려 0.9~1.4%정도 감소되는 현상을 보이고 있다.

다섯째, 1981~1989년간 1인당 진료비의 증가율은 직장의료보험이 12.07%, 공교의료보험이 14.39%로, 같은 기간중의 1인당 국민총생산의 증가율 13.86%와 비교하면 거의 비슷한 증가속도로 1980년대 의료보험측면에서 의료비의 증가는 국민들이 충분히 감내할 수준에서 관리 되어왔다고 하겠다. 특히 1970년대 이후 많은 선진국들이 국민의료비의 적정증가율을 경제성장률과 일치시키고자 했다는 점과 결부시킨다면 우리나라의 의료비 증가도 지금까지 크게 우려할 정도는 아니라고 하겠다. 더욱이 지난 수년 동안 직장이나 공교의료보험이 보험료율을 전혀 인상하지 않고, 심지어 보험료율을 인하 했음에도 불구하고 보험재정이 흑자를 기록했다는 점은 현재까지는 우리나라의 의료비 증가율이 큰 무리가 없었다고 평가할 수 있겠다.

물론 지역의료보험의 경우 재정적자를 놓고 반론을 전개할 수는 있으나 지역의료보험의 재정적자는 의료비관리 차원보다는 보험제도가 도입된지 일천하여 수요가 급증하고 있는 문제와 함께 지역주민의 소득파악이 어려워 보험료의 적정부과가 안되는 문제, 그리고 직장이나 공교와 달리 피보험자관리가 집단관리가 아니라 개인별 관리가 되어 관리운영비가 많이 소요되는 점 등 다른 차원의 문제라 하겠다.

- 1980년대 우리나라의 의료비관리에 큰 문제가 없었다는 것은 의료비 자체의 관리가 잘 되었다기 보다는 그간의 경제성장에 힘입어 연평균 13~14%나 되는 높은 의료비 증가율을 경제가 흡수 할 수 있었기 때문에 문제가 없었다는 것이다. 그런데 1990년대에도 우리나라 경제가 계속 높은 신장율로 성장한다면 몰라도 그렇지 않는다면 현재와 같은 의료비 증가율은 우리나라 경제에 큰 부담이 될 수 밖에 없으며 따라서 의료비의 적정수준으로의 관리가 앞으로의 과제가 된다고 하겠다.

### ○ 의료비 관리의 기본 방향

- 의료비가 증가하는 요인에는 여러가지가 있지만 무엇보다도 의료보험제도의 도입과 함께 의료체계가 보험제도에 적합하게 구조조정을 하지 못한데에서 근본적인 원인을 찾을 수 있다. 즉 의료보험제도의 도입으로 이용자는 비용의식이 약화되어 수요가 증가하고, 특히 고급의료를 선호하는 소위 도덕적 위해(moral hazard) 현상이 일어나며, 공급자 역시 이용자의 비용부담을 걱정할 필요가 없게되어 과잉진료의 유인을 갖는데, 특히 행위별수가제의 고수나, 의학의 진보에 따른 새로운 의료기술의 도입은 서비스의 강도를 높힐 수 있는 첩경이 되어 환자에게는 무시해도 좋을 정도의 편의만 있어도 쉽게 서비스의 종류를 늘려 국민의료비를 증가시킨다.

- 그 외에도 인구구조의 노령화에 따른 성인병이나 노인병을 효과적으로 관리할 수 있는 병의원서비스에 대체되는 대체서비스가 없다던가, 의료보험제도 도입으로 의료수요는 증가했는데도 의약분업이 제대로 안되어 약의 남용이 이루어지는 문제라든가, 의료산업이 효율적 관리가 되지 않아서 생기는 문제라든가 등등의 문제가 의료비 증가를 부채질한다.

- 의료비 증가를 적절히 억제하기 위해서는 의료비 증가의 요인별 기여율을 분석할 필요가 있는 바 <표 3>에서 본다면 수요측면의 기여율이 직장 의료에서는 약 39%, 공교의보에서는 약 44%로 나타나 수요측면의 기여요인을 무시할 수 없다. 그런데 수요측면의 의료비 증가요인을 제거하

기 위해서는 수요의 내용을 분석하여 수요증가가 과거 의료이용으로 부터 소외 받았거나 혹은 비용부담 때문에 억눌렸던 수요라면, 비록 의료비 증가가 있어도 이 부문은 이용이 장려되어야 한다. 예컨대 노인인구층에 대해서는 비록 수요증가가 예상되더라도 본인부담율을 현재 수준보다 대폭 낮추어 주어야 하고 본인부담율을 낮춤에 따라 노인들의 의료수요가 병의원으로 가지 않게끔 간호양노원제도나 가정간호제도등이 보험급여로 도입되어야 한다.

- 특히 수요관리와 연계해서 유의해야 할 점은 의료비를 관리한다 해서 모든 수요를 억제하는 방식이 아니라 비록 비용이 증가해도 그에 따른 편익이 비용 증가를 능가할 경우에는 이를 과감히 허용하는 정책이 필요하다. 편익과 비용은 서로 상충(trade-off)되는 점을 감안하여 편익이 크다고 생각된다면 국민의료비가 다소 증가하더라도 정책으로 또는 의료보험급여대상으로 받아 들여야 한다. 그러한 측면에서 대표적인 예가 건강검진이나 예방접종의 보험급여화와 노인들에 대한 본인부담을 인하라 하겠다.

- 공급측면의 관리에 있어서도 유의해야 할 점은 의료보장제도를 도입하는 등 보건의료정책의 基本目標가 國民들의 편익을 제고하기 위함이라는 사실이다. 따라서 의료자원의 부족이나 편재등에서 오는 문제점은 비록 비용이 증가하더라도 해결함으로써 이용자의 편익을 높인다는 점에 정책의 초점이 두어져야 한다.

- 그리고 從來까지는 보건의료정책이 利用者의 편익 제고라는 次元에서 供給者인 醫療産業에 대해서는 一方의인 規制나 經費를 強化하는 方式이었다. 需要를 社會保險方式으로 관리함에 따라 供給側面에 대한 規制는 不可避하다. 그러나 우리나라 의료산업이 갖는 특성인 개인소유(1987년 현재 병상의 78.5%가 개인 병원에 속함)의 장점을 살려, 개인소유의 의료산업이 서로 경쟁을 통해서 효율성을 제고하도록 유도하고, 의료보험제도와 의료체계가 서로 맞지 않아 구조조정의 필요성이 있는데도 불구하고 개인소유의 산업이 이러한 구조조정에 순응하지 않을 때 적절히 규제정책

을 사용하는 규제와 경쟁의 상충되는 정책이 필요한 것이다.

- 우리나라 의료산업을 모두 규제 일변도로 몰고 갈 경우, 규제의 경제이론이 시사하는 바와같이 규제가 시장을 독점이나 카르텔 형식으로 만들어 비효율의 문제를 낳는다는 점도 염두에 두어 경쟁과 규제를 적절히 배합하는 정책을 채택함으로써 의료산업의 효율성을 제고시켜야 한다.

### ○ 의료비 관리방안

- 의료비 관리를 위해서는 7次計劃期間 중에 국민의료비관리법(가칭)을 제정 공포하여 지역단위로 保健企劃(Hearth Planning)을 실시하고, 保健企劃體制內에서 수요와 공급 兩側面이 적절하게 관리되어 국민의 편익을 증대시킬 수요나 공급은 확충하고, 費用만 증대시키는 수요나 공급은 억제하는 등의 供給的 措置가 必要하다.

- 수요측면에서 관리되어야 할 분야는 한가지 질병을 갖고 여러 병의원을 찾는 소위 쇼핑방식의 의료관행이나, 병이 나면 바로 종합병원을 찾는 의료관행, 값비싼 의료장비를 사용해야만 하는 고급의료수요를 선호하는 관행을 개선하는 것이라 하겠다.

〈表 4〉에서 의료기관별 건당진료비를 보면 의원급이 종합병원급의 약 1/2, 3차 대학병원급의 약 1/3 수준이며, 특히 외래의 경우 건당진료비 증가속도도 의원급이 훨씬 떨어진다는 점을 감안할 때 종합병원이나 대학병원만을 찾고자 하는 고급수요에 대한 관리는 현재보다 더욱 강화되어야 할 것이다.

- 供給側面에서는 의료산업의 競爭力을 誘導하기 위한 措置들이 강구되어야 하는 바 主要內容을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 의료보험수가의 적정화가 필요하다. 수가 적정화는 그만큼 의료서비스의 강도를 낮추는데 기여한다는 점도 유의해야 할 것이다. 수가적정화가 무조건적인 수가 인상이 아니라 기술료는 적절히 인상하되 약값, 재료대, 고급장비사용에 따른 감가상각비 등은 더욱 엄격히 하여 소위 기술을

表 4. 의료기관별 건당진료비

(단위 : 원)

년 도	대학병원	종합병원	병 원	의 원
입원				
1980	264,079	169,628	87,201	66,765
1982	321,428	227,899	140,450	95,653
1984	406,630	250,231	178,016	109,585
1986	468,766	295,200	186,599	131,742
1988	578,143	350,691	248,691	147,104
외래				
1980	13,245	11,553	9,295	7,396
1982	18,991	15,158	10,545	9,049
1984	22,192	17,525	12,824	9,802
1986	24,642	19,006	13,867	10,627
1988	32,399	22,243	16,570	11,954

자료 : 의료보험연합회

바탕으로한 경쟁이 가능토록 해야한다. 둘째, 의원급의 경쟁력 강화를 위해서는 만약 행위별 수가제를 그대로 고수할 경우 의원급에 적합한 수가체계를 개발하여, 의원이용율을 높힐 수 있도록 해야한다. 셋째, 의원급이 병원급과 경쟁이 가능토록 집단개업을 유도하는 방안이다. 전문의의 개업이 허용되어 왔고, 개업의의 절대 다수가 전문의로 되어있는 현실에서 서구에서처럼 전문의를 모두 병원근무의로 한다는 것은 당장은 실현불가능하다. 따라서 현재로는 전문의들로 하여금 집단개업을 유도하여 그들이 병원과 경쟁할 수 있고 집단개업이 정착되고, 만약 전문의는 병원근무의로 해야할 단계가 온다면 집단개업에서 병원으로의 전환은 상대적으로 용이할 수도 있다. 넷째, 병원급에 대해서는 병원경영지도와 함께 병원근무인

력의 재교육등을 정부가 지원해야 한다. 병원중에는 많은 병원들이 중소기업 모로 되어 있다. 중소기업의 경우 중소기업진흥공단이 있어서 경영지도를 위시한 여러가지 지원책을 사용하는 바, 병원에 대해서도 그러한 시각에서 병원경영지도, 필요시설일 경우에는 시설 확충을 위한 금융지원, 인력에 대한 교육지도등의 정책이 必要하다.

· 供給側面에서 醫療産業이 效率性을 갖고 國民 便益을 증대시키기 위해 規制對策이 必要한 바 그 主要 措置들을 要約하면 다음과 같다.

첫째, 의료인력 및 시설에 대한 엄격한 규제가 필요하다. 의료인력이나 시설이 부족할 경우에는 장시간 대기라는 문제, 질저하문제, 수가상승요인 내포 문제 등의 문제가 있으나, 반대로 인력이나 시설이 과잉될 경우에는 과다서비스문제, 수요창출문제 등을 일으켜 의료비를 낭비케한다. 따라서 인력 및 시설에 대한 적정선 유지는 규제정책에서 제1의 과제가 된다.

둘째, 진료보수지불제도에 대한 검토가 있어야 한다. 사회보험하에서 행위별수가제는 수요자나 공급자의 선택의 기회를 넓혀주고, 수진의 자유나 의료기술에 있어서 자율성을 주는 좋은 장점이 있으나 의료비를 증가시키는 반대 작용이 있다. 아직은 의료비 부담이 심각하지는 않지만 의료비 부담의 증가를 대비하여 우리나라에 적합한 진료보수지불제도가 어떠한 것인지 현단계에서 연구 검토할 필요가 있다.

셋째, 의료품의 생산, 유통과정에서 不合理點을 적절히 관리하고, 약제비의 비중을 낮추어야 한다. 大學病院級이 入院에서 總診療費 中 약제비가 34.4%, 外來에서 49.1%에 이른다는 점은 큰 문제점이다. 製藥分野에서는 藥의 生産度를 낮추는 方向으로 研究가 이루어져야 할 것이며 이와함께 流通構造의 改善이 劃期的으로 마련되어야 한다. 藥의 流通構造改善을 위해서 藥의 都給業에 醫療保險聯合會가 參與하여 保險者 擔當 流通센터 설립도 檢討될 課題이다. 이와함께 製藥會社의 過多한 販促活動에 대한 규제도 강화되어야 한다. 끝으로 完全醫藥分業을 實施하여 藥의 流通마진 때문에 서로 調製을 하겠다는 風土는 改善토록 해야 한다.

네째, 高價醫療裝備의 共同活用方案이다. 高價裝備의 共同活용을 위해서는 먼저 地域單位 保健企劃이 必須的인 先行課題라 하겠다. 地域別 企劃體系가 마련되면 그 內에서 病院間의 高價裝備活用に 있어서 相互 機能分擔이 可能해져 浪費의 要所는 그만큼 사라질 것이다.

다섯째, 檢査結果 등 의료정보의 相互交換을 위한 醫療審査情報管理室의 運營을 들 수 있다. 現행의 행위별 수가제하에서는 서비스 행위가 많아질 수록 醫療機關의 수익이 增加하기 때문에 檢査를 늘리는 問題가 있다. 특히 患者가 後送될 경우 重複檢査의 問題가 제기되어 檢査情報의 交換은 의료비 절감에 重要 요소의 하나가 된다. 그러나 傷病이 活動性일 경우 重複檢査나 反復檢査는 不可避한 側面도 있어 劃一的으로 禁止시키기 어려운 일이다. 이를 적절히 규제하기 위해 의료보험진료비 심사기구가 있는 기관에 의료심사정보실을 설치하여 의료기관별 의료인별로 개별 파일을 작성하여 檢査료의 비중이 높은 기관, 약제비의 비중이 높은 기관에 대한 의료수준을 심사토록 하여 重複檢査를 피하고 檢査結果가 相互交換 活용토록 유의한다.

# 1. 醫療서비스 生産體系에 내포된 醫療費 上昇要因의 抑制

## 1.1 醫藥品 生産, 流通, 消費過程에서의 醫療費 上昇要素 및 藥劑費의 抑制

### 1.1.1. 現況 및 問題點

醫療費에서 藥品費가 차지하는 比重은 先進國의 경우 10% 내외인 반면 우리나라는 藥劑費가 醫療保險 總診療費의 30%를 웃돌 정도로 상당히 높다(〈표1, 2〉 참조). 이러한 醫藥品費의 過多는 日本 및 東南亞國家와 더불어 세계적으로 가장 높은 水準으로 이는 國民醫療費를 上昇시키는 중요한 要素가 되고있다.

표 1-1. 韓國 醫療保險 診療費 중 藥劑費의 構成比率

(單位 : %)					
구분	계	기본 진료료	기술료	약제비	재료비
'84	100	32.25	29.32	33.51	4.92
'88	100	32.35	31.30	30.62	5.73

資料 : 김정희, “의료보험진료비 항목별 구성비 분석”, 의료보험, 1989. 7

따라서 날로 上昇하는 醫療費를 抑制하기 위한 한 방법으로서 醫藥品의 生産, 流通, 消費 전 과정에 걸친 적절한 管理對策이 요구된다고 하겠다.

藥品의 生産段階에서 醫療費를 上昇시키는 主要因으로는 外國 多國籍企業에 대한 依存性的의 增大로 인한 生産原價의 上昇을 들 수 있다. 우리나라의 製藥産業은 과거 70년대 이래 연평균 15% 이상 지속적으로 成長해 왔으나 아직까지 독자적인 研究, 開發段階에 이르지 못하고, 주로 最終段階

표 1-2. 主要國의 藥劑費 比率

(單位 : %)

國 名	保健醫療 支出總額에서 차지하는 支出比率			
	入 院	外 來	醫藥品	其 他
오스트레일리아	54.0	16.7	8.0	21.3
오스트리아	19.8	9.0	5.1	66.1
벨기에	35.8	41.6	17.0	5.6
캐나다	55.1	21.8	9.4	13.7
핀란드	48.8	29.7	10.4	11.1
프랑스	46.2	26.0	15.7	12.1
독 일	38.6	26.7	20.2	14.5
그리스	36.0	31.6	16.8	15.6
아일랜드	71.8	11.5	7.0	9.7
이탈리아	50.9	31.9	15.9	1.3
룩셈부르크	32.5	21.5	12.0	34.0
네덜란드	58.8	26.4	9.8	5.0
뉴질랜드	69.2	7.1	11.5	12.3
노르웨이	69.9	15.3	7.2	7.6
포르투갈	46.3	20.7	20.3	12.7
스페인	40.9	16.7	16.7	25.7
스웨덴	72.6	10.2	4.9	12.3
영 국	58.5	10.0	9.9	21.6
미 국	47.5	27.8	6.7	16.0
中位數	51.9	21.8	12.1	14.0
高一低	40.1	34.5	15.4	32.7
標準偏差	12.9	9.2	4.8	7.8

資料 : OECD, Measuring Health Care 1960-1983, Paris, 1985.

製品の單純生産과 包裝水準에 머물고 있다. 1987년 韓國銀行의 企業經營分析資料에 의하면 國內製藥企業이 研究開發費로 쓴 費用은 全體賣出額 중 단 0.4%에 불과하며, 1988년 10월 현재 內國人에 의한 國內物質特許出願件數도 全體出願件數의 5%에 불과한 落後性을 보이고 있는 것이다.

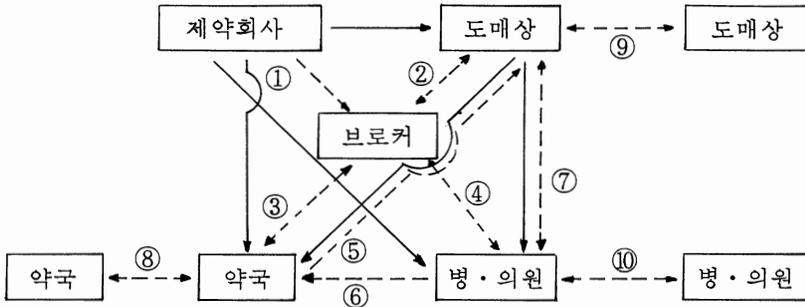
이러한 落後性은 80년대에 들어와서 시작된 輸入自由化 및 資本自由化의 擴大, 그리고 物質特許導入 등의 市場開放措置에 따라 外國의 多國籍企業에 대한 依存性을 높이는 결과를 낳게 되었다.

多國籍企業에 대한 依存性은 거액의 特許權料, 商標權料 등을 지불하게 되어 이는 곧바로 生産原價의 上昇을 불러오게 되었다. 또한 多國籍 製藥企業에 의한 原料, 完製品의 輸入이 急增하는 경향을 보이게 되었는데, 이는 國산 醫藥品에 비해 高價이기 때문에 國民醫療費를 上昇시키는 직접적인 원인이 되고 있다.

醫藥品의 流過程에서 나타나는 高질적인 問題點은 현재의 醫藥品流通構造가 <그림 1-1>에서 보듯이 正常去來와 非正常去來가 얽혀 亂脈像을 드러낸다는 것이다. 여기에다 流過程에서의 뒷거래에 오간 랜딩비, 리베이트, 臨床研究費, 獎學金, 響應 등이 곧바로 國民醫療費의 上昇을 불러오고 있다. 1987년 현재 製藥企業이 一般大衆에 대한 製藥廣告費로 쓰는 액수가 全體賣出額의 11.4%를 차지하고 있는데, 이렇게 막대한 販促費用으로 過當競爭을 벌이고 있는 것도 國民의 健康과 무관하게 醫療費를 쓰고 있는 것이 된다. 이러한 亂脈像은 본질적으로 藥價가 生産原價보다 훨씬 높게 매겨져 있다는 데서 비롯된다. 곧 流通마진이 비정상적으로 크기때문에 流通構造가 亂脈像을 이루고, 각종의 뒷돈 거래가 뒤따르게 되며, 過多한 販促競爭이 벌어지게 되는 것이다.

醫藥品의 消費過程에서 나타나는 問題點은 우선 病院과 綜合病院에서 藥을 過剩使用하고 있다는 것을 들 수 있다.

<表 1-3>에서 보듯이 藥劑費의 比重이 醫院에서는 入院일 경우 19.74%, 外來 26.72%인데 비해, 病院은 入院 28.33%, 外來 33.35%임을 알 수



범례

- ① 제약회사가 현금이 요구될 때, 현찰 동원력이 강한 브로커에게 세금계산서 없이 또는 각 구매단위의 연계하에 세금계산서를 분산시키는 방법으로 약품공급
- ② 거래 제약회사가 대체로 100여군데 이하인 우리나라 도매상의 영세성에 의해, 구색을 맞추기 위한 바터방식구입 또는 정상거래로 확보된 물량 중 싸게 구매된 품목을 브로커에게 판매, 혹은 구매
- ③④ 방법 ②와 거의 유사
- ⑤ 약국이 직거래로 구입한 것을 도매상과 거래
- ⑥⑦ 보험약품으로 싸게 구매된 품목이 약국과 도매상으로 유출
- ⑧⑨⑩ 구매단위간의 바터매매

그림 1-1. 現在の 醫藥品 流通構造

있다. 綜合病院과 大學病院은 이보다 훨씬 藥을 過剩使用하고 있는데 入院 일 경우엔 각각 33.55%, 34.44%, 外來의 경우엔 각각 45.62%, 49.06%가 藥劑費였다. 이처럼 의료기관에서 藥의 사용이 많은 것은 전통적으로 藥依存度가 많은 國民의 醫療慣行 등 여러가지 理由가 있겠으나 流過程에서 나타나는 問題點인 製藥會社나 藥都賣商의 덤핑행위와 뒷돈거래 등으로 藥의 마진이 크기때문에 발생하는 현상도 무시할 수 없다. 여기에도 高價藥의 사용으로 인한 藥劑費의 上昇도 큰 要因이 되고있다. 高價藥의 사용은 獨占力을 유지하고 이를 덤핑에 활용하여 高價藥品의 販賣를 促進시키는 大企業의 販促活動으로 부터 비롯되는 측면이 크다.

표 1-3. 醫療機關 種別 藥劑費 比重 (1988年 基準)

구 분	입 원	외 래
大學病院	34.44	49.06
綜合病院	33.55	45.62
病 院	28.33	33.35
醫 院	19.74	26.72

資料 : 의료보험 연합회

한편, 廣範圍한 大衆廣告로 인한 나타나는 消費者의 自家處方에 의한 약의 濫用과 醫藥分業制度가 실시되지 않음으로서 나타나는 病·醫院에서의 過剩處方과 藥局에서의 任意調劑로 인한 藥의 過剩使用도 國民醫療費를 上昇시키는 주요한 원인이 되고 있다.

### 1.1.2 第6次 計劃의 評價

保社當局이 第6次計劃期間 중에 醫療品の 生産, 流通, 消費過程에서의 醫療費 上昇要素를 抑制하기 위해 취한 措置로 볼 수 있는 施策은 新藥開發의 基盤造成, 標準小賣價制度 運營, 醫藥品の 誇大 表示廣告管理 등을 들 수 있다.

新藥開發의 基盤을 造成하기 위해 當局은 新藥開發시 각종 毒性試驗의 信賴性을 확보할 수 있도록 “醫藥品 安全性試驗管理標準(KGLP)”을 실시중이고 開發된 醫藥品을 사용하기 전에 有効性, 安全性을 평가하는 “醫藥品 임상試驗管理基準(KGCP)”을 制定·告示하였다.

安全性試驗研究를 위한 국립기관으로서 國立保健安全研究院을 설립하였으며, 민간차원에서 실시하기 어려운 新藥의 安全性·有効性을 評價하는 한편, 이를 受託하여 試驗할 수 있도록 하였다. 또한 國立保健院에 기존 國家檢定機能 및 研究機能을 補完·擴充하여 “生物檢定센터”를 설치함과

아울러 國立保健安全研究院에 기존 毒性試驗施設을 擴充·補完하여 “毒性試驗센터”를 운영함으로써 민간기업 등이 활용토록 제약산업의 육성을 위한 지원체계를 구축하고 있다. 이러한 支援體系는 국내 제약산업의 研究開發을 돕는 필수불가결한 조치가 되긴 했지만, 製藥產業 스스로 研究開發投資를 증대시킬 直接的인 誘引을 제공하는 것은 아니어서 獨自的인 研究開發風土의 造成에는 못미친 것으로 보인다.

醫藥品の 標準小賣制度는 製造業所의 醫藥品 價格表示 및 販賣業所의 醫藥品 販賣價格管理에 適正을 기함으로써, 製造業所間, 販賣業所間 價格의 過當戰爭을 止揚하고, 不適正한 醫藥品 價格으로부터 消費者를 保護하기 위해 1984년 9월부터 시행되어 왔다. 이 措置는 過激한 投·亂賣 현상을 是正하는 데 어느정도 寄與가 있긴 하지만, 현재의 流通構造의 亂脈像을 解消하는 데 있어서는 별 도움을 주지 못한 것으로 보인다. 즉 標準小賣價가 實際의 製造原價와 동떨어져 있어 過當 販促競爭을 불러 일으키고, 非正常的인 去來를 可能케 하고 있는 것이다.

정부는 醫藥品 중 抗生劑, 注射劑 등 비교적 副作用이 큰 專門治療劑와 一般醫藥品을 구분하여 專門醫藥品에 대하여는 大衆廣告를 禁止토록 규제하고 廣告가 허용되는 대상도 虛偽·誇張된 내용의 表示나 廣告에 대하여

표 1-4. 醫藥品 分類 結果

구 분	전문의약품	일반의약품	계
1차 ('88. 1/4분기)	2,728	3,643	6,371
2차 ('88. 2/4분기)	979	2,091	3,070
3차 ('88. 3/4분기)	922	1,530	2,452
4차 ('88. 4/4분기)	1,031	2,360	3,391
5차 ('89. 1/4분기)	745	1,439	2,184
6차 ('89. 2/4분기)	298	479	777
7차 ('89. 8월)	165	374	539
계 (품목수)	6,868	11,916	18,784

資料 : 보건사회부, 보건사회백서, 1990.

는 지속적인 指導・團束을 펴 오고 있다. 이에따른 醫藥品 分類作業의 結果는 〈표 1-4〉와 같으며, 誇大廣告 團束實績은 〈표 1-5〉와 같다.

그러나 醫藥品 分類 結果에서 보듯이 大衆廣告가 禁止되는 專門醫藥品은 36%에 불과해 過多한 大衆廣告를 規制하는 의미에서는 부족한 수준이며, 誇大廣告의 團束도 단속건수를 볼 때 좀 더 徹底한 規制가 요망되고 있다.

표 1-5. 誇大廣告 團束實績

연 도	위반건수
1987	63
1988	91
1989	64

資料 : 보건사회부, 보건사회백서, 1990.

### 1.1.3 基本方向

國民醫療費에서 藥劑費가 차지하는 比重이 큰 만큼 藥劑費를 줄이는 것은 곧 醫療費의 上昇을 抑制하는 것이 된다. 藥劑費를 減少시키는 方案은 크게 두가지로 대별된다.

하나는 藥品의 使用量を 줄여나가는 방법이다. 우리나라의 藥品使用量이 상대적으로 過多하다는 것은 이미 지적한 바 있거니와, 이러한 過多使用은 醫療費 問題는 차치하고서도 國民健康을 위해서 매우 우려할만한 일이다. 따라서 不必要한 投藥을 減少시키는 方案의 開發은 國民醫療費의 上昇을 抑制하는 좋은 방법이 될 뿐만 아니라 國民健康의 向上에도 絶對善이 될 것이다. 이러한 방법으로는 醫藥品의 大衆廣告 規制, 醫療人들의 醫藥品을 많이 쓰려는 誘引의 規制, 醫藥分業 등의 制度的 整備 등을 들 수 있다.

다른 하나의 方案은 보다 低廉한 價格으로 藥品을 使用할 수 있게 하는 方案이다. 醫藥品 流通過程의 亂脈像에서 드러나듯이 현재의 일반적인 藥

價水準이 生産原價에 비하여 터무니없이 높게 매겨져 있으며, 같은 成分, 같은 効能의 醫藥品이라도 製造會社에 따라 千差萬別의 價格差異를 보이고 있는 점을 감안하면 醫藥品の 價格을 현재보다 강력히 規制하는 方案을 고려해 볼 수 있을 것이다. 그리고 國內 製藥企業의 開發投資(R & D)가 絶對적으로 水準未達인 상황에서 밀어닥친 開放과 物質特許의 導入으로 外國多國籍企業의 高價醫藥品の 輸入이 급증하고, 特許權·商標權料의 支給으로 生産原價가 上昇하고 있는 작금의 상황을 타개할 國內 製藥企業의 育成方案도 시급한 과제가 될 것이다.

#### 1.1.4 細部推進 計劃

##### 가. 藥品供給價의 引下

현재 保社部에 申告하는 價格과 實際로 각 購買單位에 供給하는 價格의 차이가 크다는 것은 공공연한 비밀이 되고 있다. 이러한 價格의 差異로 말미암아 製藥會社의 過大한 販促과 流通過程의 亂脈像을 보이게 되므로 策定된 신고가를 낮추고 이 申告價가 最終的인 供給價가 되도록 規制해야 할 것이다.

##### 나. 製藥産業의 研究開發投資 促進

先進諸國 多國籍企業의 研究開發水準인 賣出額 對比 15%까지는 힘들다 하더라도 研究開發投資를 매출액의 5% 이상이 되도록 誘導해서 自立的인 産業基盤을 다져야 할 것이다. 이를 위해서는 稅制減免 등의 誘引策을 강구하고, 産學協同研究 등의 여건을 造成하여야 한다.

장기적으로는 國內 製藥産業의 安定的 自立基盤을 다지는 路만이 良質의 低廉한 醫藥品 供給을 가능케 할 것이다.

#### 다. 公共流通機關의 設立

流通過程의 亂脈像을 拂拭하고 低廉한 價格에 良質의 醫藥品을 供給하기 위한 非營利 公共流通機關을 設立하거나 保險者直營 流通센터의 運營도 검토할 만하다. 이 公共流通機關은 自體檢査, 또는 國家檢定機關의 檢정을 거친 良質의 醫藥品을 公開入札의 방식으로 大量購買하여 實需要者에게 저렴하게 供給하게 된다. 스리랑카 등 外國의 例에서 보듯이 公共流通機關의 設立은 醫藥品의 流通價格을 상당히 낮추게 될 것이다.

#### 라. 過多한 販促의 規制

過多한 販促은 販促費用 자체가 國民健康과 무관하게 지출되는 費用일 뿐만 아니라 광범위한 大衆廣告는 國民들의 自家投藥에 의한 藥의 濫誤을 부추겨 藥禍事故 등 추가적인 醫療費를 지출케 하는 副作用을 유발하고 있으므로 강력히 規制되어야 한다. 현재 大衆廣告禁止品目이 全許可品目的 30%에 지나지 않는데, 醫療品分類를 보다 엄격히 하여 大衆廣告禁止品目を 늘려나가도록 해야 할 것이다. 또한 陰性的인 販促活動에 대하여는 行政的, 司法的 規制를 가하여 고질적인 뒷돈거래를 근절시켜야 할 것이다.

#### 마. 醫藥分業 등 醫療制度의 整備

醫師와 藥師가 모두 醫藥品을 調劑할 수 있도록 되어있는 현재의 醫療制度하에서는 상대적으로 藥의 사용이 증가하도록 되어있는 만큼 藥의 適正한 使用이 보다 容易한 醫藥分業을 실시해야 할 것이다. 이와 함께 西獨의 疾病保險費用抑制法에서 규정된 것처럼 良質의 醫藥品을 보다 低廉價格으로 使用하는 것을 가능케 하는 醫藥品의 一般名處方方式의 導入을 검토해야 할 것이다.

## 1.2 高價裝備의 共同利用方案

### 1.2.1 現況 및 問題點

우리나라의 病院도 근래에 들어 점차 資本集約的인 産業의 範疇에 들어가고 있다. 특히 醫療保險의 실시가 확대된 1980년대에 들어와서는 病院間 및 病院과 醫院間에 경쟁이 점차 치열해 감에 따라 施設에 대한 投資는 점차 늘어나게 되었다. 1984년도 不變價格으로 병상당 소요자금 중에서 개원전 運營費와 運轉資本을 제외한 순수한 施設費 가운데 醫療器機에의 投資額比率은 120 병상의 경우 33.1%, 700병상의 경우 32.5%에 달하는 것으로 계산될 만큼 醫療裝備에 대한 投資比率은 상당히 높아지게 된 것이다.

이렇게 전반적으로 醫療裝備에 대한 投資가 증대되면서 특히 高價醫療裝備의 導入이 급속히 이루어지고 있는 추세이다. 일반적으로 高價醫療裝備를 비롯한 醫療裝備의 導入은 국민들에게 보다 質 높은 의료서비스를 제공할 수 있다는 측면에서 긍정적이긴 하지만, 지나친 高價醫療裝備의 導入은 國家資源의 적절한 配分の 歪曲, 平等하게 의료서비스를 누릴 수 있는 權利의 侵害, 그리고 과도한 醫療費의 上昇 등 부정적인 측면을 지니고 있다.

몇몇 高價醫療裝備는 인구 대비 장비수에서 볼 때 선진제국보다 더 많이 導入되었을 정도로 高價醫療裝備에 대한 過剩投資를 한 우리나라의 경우에는 더욱 심각한 부정적 효과를 보이고 있는 것이 사실이다. 예로서 심장절개술장치(open-heart surgery unit)의 경우 獨逸이 1987년 현재 백만 명당 0.74대를 보유하고 있는데, 韓國은 0.90대를 보유하고 있으며, 신쇄석기(Lithotripter)의 경우에는 英國이 1대, 캐나다가 4대인데 비하여 무려 12대를 보유하고 있는 것으로 나타났다. 또한 1986년 이래 200병상이상 病院級 醫療機關의 96%가 적어도 전산단층화촬영기(CT Scanner)를 한대 이

상 보유하고 있다.

이러한 과도한 高價醫療裝備의 導入은 지난 10년간 國民醫療費를 上昇시킨 주요인이 되고있다. 醫療裝備의 增加率은 GDP 增加率보다, 그리고 全體醫療費 增加率을 훨씬 뛰어넘는 추세를 보여온 것이다(〈표 1-6〉 참조). 의료기관의 입장에서는 격심한 競爭을 이겨내기 위해, 또는 醫療保險 非給與部分인 高價醫療裝備서비스로 高收益을 올리자는 동기에서 高價醫療裝備를 경쟁적으로 導入하기는 했으나, 실제로는 거액의 運營費를 들이면서도 이용률은 그리 높지 못해 費用效率面에서는 非經濟性을 경험하고 있는 경우가 많다. 이에따라 高價醫療裝備서비스에 대한 誘引需要를 창출해 내는 경향도 일어나고 있으며, 이에따른 醫療費의 上昇效果도 무시 못할 지경이다.

표 1-6. 연평균 增加率 : 1976-1985

(單位 : %)

국내총생산(GDP)	23
全體醫療費支出	28
醫療裝備	32

資料 : 의료보험관리공단, 의료보험통계연보, 1989.  
한국은행, 산업연관표, 1977-1985.

한편으로 醫療消費者인 일반국민들의 경우 高價醫療裝備서비스가 의료보험 비급여부분인 경우가 많고 무분별하게 導入되어 서비스의 가격이 워낙 비싸기 때문에 高價醫療裝備서비스를 꼭 필요로 하는 貧者들은 이용할 수 없는, 이른바 장비이용상 衡平의 問題를 필연적으로 겪고있다.

### 1.2.2 第6次 計劃의 評價

醫療費節減政策의 手段으로서, 政府는 1981년 高價醫療裝備導入 審査制라는 規制制度를 導入했다. 이 規制制度에 따르면 審査委員會가 保社部內에 構成되어 모든 高價醫療裝備의 輸入申請을 審査하게 되어있었다. 審査委員會의 主要機能은 ① 해당 裝備導入이 규정된 基準에 적합한지를 조사하고, ② 수입신청된 品目を 審査하며, ③ 보건사회부장관이 요청한 高價醫療技術(裝備)에 관한 保健政策을 審議하는 것으로 되어있다.

한국의 保健의료체계가 사적부문에 과도하게 의존하고 있고, 私的部門에서 競爭이 치열한 상황에서, 새로운 高價醫療裝備를 수입하려는 慾望을 規制하기는 대단히 어려운 일이다. 그리하여 기존의 規制制度는 高價裝備의 導入을 일시적으로 遲延시키는 效果만을 가져왔을 뿐, 장기적으로는 거의 實效를 가지지 못한 것으로 보인다. 이는 대부분의 醫療機關에 高價裝備가 널리 퍼져있는 작금의 사실로도 증명된다.

그러나 이 導入規制法規는 先進諸國의 貿易自由化 壓力에 밀려 1988년 高價醫療裝備의 設置에 관한 規制로 退步할 수 밖에 없었다. 導入 자체의 規制 대신 設置에 대한 規制로 그 규제범위가 축소된 것이다. 게다가 이러한 축소된 규제마저 더욱 거세진 무역개방압력에 밀려 폐기되고, 대신 借款으로 醫療裝備를 導入하는 경우에만 導入妥當性을 검토하는 借款器機選定委員會가 設置되는 상황에 이르게 되었다.

따라서 현재 高價醫療裝備의 導入 自體를 規制할 수 있는 방법은 借款 導入 이외의 경우에는 없게 되었다. 그러므로 高價裝備의 導入 및 設置 審査制度에 의한 醫療費節減을 더이상 기대하기 어려운 상황이다.

### 1.2.3 基本方向

高價醫療裝備의 無分別한 導入은 國民醫療費 抑制, 資源의 效率的인 使

用, 醫療서비스에 대한 衡平의 提高 등을 위해 規制되어야 하고, 보다 良質의 醫療을 제공하면서도 副作用을 감소시킬 수 있는 高價裝備의 利用方案이 강구되어야 할 것이다.

이러한 方案의 하나가 高價醫療裝備의 共同利用方案이다. 한국의 경우 이미 高價醫療裝備의 대부분이 飽和狀態에 이르고, 이의 設치가 개별 의료기관차원에서 이루어져 있어 裝備의 重複으로 인한 非效率이 엄청난 실정이다. 그러므로 기왕에 導入된 高價裝備를 좀 더 效率적이고, 低廉하게 地域別, 診療圈別로 共同利用할 수 있는 方案을 마련해야 할 것이다. 또한 새로 高價醫療裝備를 導入할 때에도 일정 診療圈別로 공동사용을 할 경우에만 導入이 可能하도록 規制하는 方案을 마련해야 할 것이다.

이 方案의 구체적인 추진계획을 마련할 때 반드시 고려해야 할 점은 貿易開放壓力을 피할 수 있는 정책수단을 개발해야 한다는 것이다. 즉 貿易自由化壓力으로 인해 高價醫療裝備規制의 規制範圍가 導入審査에서 設置審査로, 그리고 다시 借款器機導入審査로 줄어들 수 밖에 없었다는 점을 상기하여, 이러한 壓力을 回避할 수 있는 方案을 마련해야 하는 것이다.

#### 1.2.4 細部推進計劃

－ 高價醫療裝備 共同利用方案을 마련하기 위해서 우선 할 일은 무엇이 高價醫療裝備인가를 再規定하는 일이다. 곧 필수적으로 共同使用해야 할 管理對象 高價醫療裝備의 目錄을 현실에 적합하게 작성해야 하는 것이다.

－ 그 다음으로는 지역, 診療圈別로 이 目錄에 수록된 高價醫療裝備의 實態를 把握하는 작업이 이루어져야 한다. 이 실태 파악내용에는 이미 設置된 것, 도입 중인 것이 網羅되어 있어야 할 것이다.

－ 실태 파악이 끝나면 각 지역, 診療圈別로 高價醫療裝備서비스에 대한 要求(need)를 算定해야 한다. 요구수준의 적정한 산정을 위해서는 객관적인 기준이 설정되어야 하는데, 이 基準設定作業은 외국의 예를 참조하고,

우리사회의 실정에 맞게 이루어져야 할 것이다.

- 다음으로 高價醫療裝備 共同利用을 위한 共同利用診療圈을 편성해야 한다. 高價裝備共同利用診療圈은 기존의 診療圈과 동일하게 편성하는 방법과 새로운 診療圈을 설정하는 방법, 두 方案을 검토한 후 현실에 적합하게 설정되어야 할 것이다.

- 高價醫療裝備의 設置實態와 算定된 要求에 맞추어 추가적으로 설치되어야 할 지역, 더이상 설치하지 말아야 할 지역을 區分하는 原則을 세워야 한다. 이 원칙에 의해 高價醫療裝備의 新規導入을 規制하고, 共同利用 方案을 마련해야 한다.

- 高價裝備의 共同利用을 勸獎하기 위한 具體的인 政策手段을 考案하여야 한다. 이러한 정책수단으로서 예를 들면, 高價裝備를 設置하지 않은 醫療機關의 反撥을 撫摩하기 위해서 高價裝備設置醫療機關에 患者를 移送하는 경우, 이의 이용이 끝나면 반드시 원래 이송한 의료기관에 환자를 돌려 보내도록 하는 患者後送體系를 수립하여야 할 것이다. 또 한 例로 稅務上的 誘引策을 생각할 수 있다. 즉 共同利用 高價裝備의 保有에 대해서는 所得稅(또는 法人稅) 課稅標準을 下向調整해 稅金을 減免해 주는 조치를 취하든지, 單獨利用 高價裝備의 保有에 대하여는 重課稅하는 방법도 검토할 만 하다.

- 현재 설치하도록 되어있는 借款器機選定委員會의 機能을 실질적으로 活性化하기 위해서 委員構成을 再考할 필요가 있다. 委員會에 臨床 各科의 전문가와 함께 社會的, 經濟的 妥當性을 檢討할 수 있는 전문가를 포함시켜 醫療器機導入의 妥當性을 綜合的인 側面에서 評價할 수 있게 하여야 할 것이다.

- 高價醫療裝備 利用의 階層間 衡平을 圖謀하기 위하여 醫療保險給與에 이들을 포함시키는 方案이 고려되어야 한다. 동시에 高價裝備의 醫療保險適用과 地域共同活用方案을 連繫하여 운영함으로써 裝備를 過剩保有하려는 個別醫療機關의 欲求를 抑制시켜 나가도록 함과 동시에 國民醫療費의 抑制를 도모하도록 한다.

－ 上記 推進計劃을 實現시키기 위한 周到綿密한 調査, 研究가 이루어져야 한다. 外國의 經驗과 우리나라의 實情을 감안한 綜合的인 研究, 對策이 樹立되어야 高價醫療裝備의 共同使用政策이 순조롭게 施行될 수 있을 것이다.

## 2. 醫療費 節減裝置의 開發

### 2.1 診療費 支拂制度 改善

#### 2.1.1 現況 및 問題點

우리 나라 診療費 지불방식의 특징은 첫째, 시술된 진료내역 및 診療行爲의 種類와 量에 따라 결정하는 행위별수가제를 採擇하고 있으며, 둘째, 診療費의 일부는 患者가 즉시 支拂하고 그 나머지는 保險者가 支拂하는 제3자 支拂方式을 採擇하고 있다.

현재 患者에 의한 診療費 支拂은 행위별수가제이며 供給者는 행위별수가(開業醫) 혹은 봉급(雇傭醫)에 의하여 보상된다.

현행 행위별수가제가 갖는 問題點을 간략히 記述하면 다음과 같다. 첫째, 國民醫療費 上昇을 抑制하는데 어려움이 있다. 醫療機關들이 競爭的으로 高價裝備나 施設을 保有하게 되며 그 결과 過剩檢診, 患者誘致競爭, 過剩投藥 등의 비윤리적 醫療行爲가 나타나며 이들은 醫療費 增加에 직접적 영향을 미친다. 둘째, 診療費 請求 및 審査가 복잡하여 걱정심사가 어렵다. 셋째, 상대수가체계의 問題가 있어 醫療機關은 수가수준이 상대적으로 높은 診療行爲를 선호하여 適正診療를 저해하고 醫療費를 昂등시킬 우려가 있다. 넷째, 治療中心이며 예방서비스가 경시되고 있다. 다섯째, 행위당수가제는 醫療人力 및 施設의 都農間 不均衡 分布를 초래하는데 기여하고

있다.

### 2.1.2 第6次 計劃의 評價

6次計劃 期間 동안 支拂補償制와 有關한 이렇다할 變化는 없었다. 全國 民醫療保險實施를 즘음하여 現行 行爲別 수가제에 對한 再檢討가 必要하 였으나 의료계가 반대한다는 이유로 別다른 變化를 시도하지 않았다.

지난 84년 이후 消費者負擔 實質 의료수가에 해당하는 件當診療費는 크 게 상승하였으며 被保險對象者 1인당 수진율 및 건당진료일수도 계속적인 상승세를 維持하고 있다(〈表 2-1〉 참조). 이와 有關하여 同 기간 동안 國民醫療費도 刮目할 만한 增加趨勢를 보였으며 앞으로 그 趨勢가 持續될 것으로 豫測되고 있다(〈表 2-2〉 참조).

표 2-1. 年度別 被保險對象者 醫療 利用 現況

		'84	'85	'86	'87	'88	'89
일 인 당 수 진 율	입원	0.062 (100.0)	0.063 (101.6)	0.064 (103.2)	0.068 (109.7)	0.067 (108.1)	0.068 (109.8)
	외래	3.008 (100.0)	3.077 (102.3)	2.939 (97.71)	3.164 (105.2)	3,272 (108.8)	3.487 (115.9)
건 당 진료일수 (日)	입원	11.54 (100.0)	12.29 (105.6)	12.70 (110.1)	12.79 (110.8)	13.39 (116.0)	13.61 (117.9)
	외래	4.37 (100.0)	4.70 (107.5)	4.72 (108.0)	4.72 (108.0)	4.93 (112.8)	5.10 (116.7)
건 당 진 료 비 (원)	입원	251,979 (100.0)	277,597 (110.2)	293,040 (116.3)	305,443 (121.2)	350,794 (139.2)	379,648 (150.7)
	외래	11,220 (100.0)	12,001 (107.0)	12,295 (109.6)	12,507 (111.5)	13,671 (121.8)	14,601 (130.1)

資料 : '89 醫療保險統計年報, 醫療保險管理公團  
註) ( )안은 1984년을 기준으로 한 지수를 나타냄.

표 2-2. 국내총생산대비 국민의료비 비율

(單位 : %)

연도	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
비율	7.74	7.91	8.10	8.29	8.48	8.68	8.88	9.08	9.29	9.51	9.73

資料 : 세계은행추계

### 2.1.3 基本 方向

醫療費 支拂方式은 단지 醫療利用者의 醫療費 支拂方法 및 支拂水準을 결정하고 醫療供給者의 收入을 결정한다는 측면에서 뿐만 아니라 한정된 經濟資源의 效率的 分配라는 측면도 고려되어야 하기 때문에 다음과 같은 基本方向의 설정이 필요하다.

첫째, 現行 행위당수가제는 醫療費 抑制가 어려우므로 先支拂報償制의 한 形態로 轉換한다.

둘째, WHO가 주장해온 HFA 政策과 부합되며 國民의 成熟된 保健意識이 잘 반영된 제도가 採擇되어야 한다.

세째, 醫療費 上昇抑制와 適正診療가 조화될 수 있는 방식을 採擇한다.

네째, 豫防서비스나 保健教育 등을 통한 包括 醫療서비스를 제공하도록 유인할 수 있는 方式을 採擇한다.

다섯째, 醫療資源의 不均衡 分포를 시정할 수 있는 방안을 選擇한다.

여섯째, 1차 醫療는 포괄 醫療서비스를 그리고 2차 이상의 醫療機關은 專門化된 서비스를 제공하여야 하기 때문에, 1차 機關과 2차 이상 機關에 診療費 報償方法을 다르게 適用한다.

일곱째, 醫療供給者와 消費者가 갖는 새로운 제도에 대한 충격이나 반발을 감안하여 새로운 제도에 대한 접근은 점진적으로 그리고 구제도의 내용이 어느 정도 전수되는 方案이 선택된다.

이상의 基本方向을 고려하여 先拂制의 한 형태를 선택하여야 하며 이를

위한 漸進的 接近方法으로 우선 先拂制의 示範事業을 7차 計劃 期間 中에 실시하여야 할 것이다.

#### 2.1.4 細部 推進計劃

선불제는 행위당수가제가 갖는 문제점의 대부분을 해소할 수 있는 잇점이 있을 뿐더러 保健醫療를 통한 社會衡平性 제고에 기여할 수 있는 制度的 裝置가 될 것이다.

先拂制 中에서 英國式의 인두제와 캐나다식의 總額契約制가 選擇의 對象이 되는데 우리네 현 制度의 內容이 어느정도 전수되는 總額契約制의 導入이 우선적으로 推進되었으면 한다. 이를 위하여 일차적으로 郡부 및 시부를 포함한 地方政府單位 示範事業地域이 選定되어야 하며 政府의 상당한 財政支援이 豫算에 책정되어야 한다. 總額契約制의 概括的인 形態를 설명하면 다음과 같다.

##### 消費者

消費者는 所得階層別로 차등 賦課된 保險料를 地方政府單位 保險組合에 납입하고 醫療利用時에 일차 醫療機關에는 每 건당 一定額을 그리고 2, 3차 醫療機關에는 包括酬價額의 一定率을 本人負擔額으로 支拂하게 된다.

##### 一次醫療機關

一次 診療를 擔當하는 一次機關은 件當 一定少額을 消費者로부터 보상받고 그리고 나머지 보상분은 醫療機關團體로부터 행위당점수제에 의하여 보상받는다.

##### 2, 3차 醫療機關

2, 3차 機關은 포괄수가제(건당수가)에 의하여 보상받는데 消費者로부터 診療費의 일정률을 보상받고 잔여분은 醫療機關團體로부터 보상받는다.

##### 保險組合

地方政府單位 保險組合은 住民으로부터 保險料를 徵收하고 管理하며 政

府補助金を 수령하여 일년 단위로 政府和 醫療機關團體間에 타결된 年間 給與總額을 醫療機關團體에 전달한다. 행위당점수제의 積當 貨幣換算率은 할당액의 잔여분에 의하여 변동될 수 있다.

### 醫療機關團體

모든 醫療機關을 회원으로 하는 醫療機關團體는 醫療人의 代表者로서 연간 給與總額에 관하여 政府 그리고 國民과 협상하며, 타결된 總額을 1차와 2차 이상 機關에 配分한다. 또한 각 醫療機關의 診療費 請求를 審査하고 支給하며 積當 貨幣換算率을 조정하고 그들의 診療行態를 감시하고 管理한다.

## 2.2 診療費 審査制度 改善

### 2.2.1 現況 및 問題點

#### ○ 現行 審査制度

醫療機關은 患者를 診療한 후 사전에 細分化된 단위수가에 따라 診療費를 請求하며, 保險者는 保險者團體에 平均診療費의 4/3에 해당하는 診療費를 委託하면 保險者團體는 診療費請求가 적정하고 타당한지를 심사한 후 그 결과에 따라 支給決定額을 指定金融機關을 통하여 지급한다.

시간에 따른 양적인 변화를 보면 審査請求件數는 지난 10년 동안에 672% 신장하였으며 審査要員數 39명('80년)에서 323명('89년)으로 늘어났다(〈表 2-3〉 참조).

審査結果 조정된 조정액의 診療總額 對比 비율은 '80년 이후 감소추세에 있다가 '86년 이후 약간의 상승세를 보이기는 하나 대체로 안정적인 추세를 보이고 있다(〈表 2-4〉 참조).

표 2-3. 年度別 請求件數 및 審査能力

區 分		1979	1980	1982	1984	1988	1989
月平均 請求件數(万件)	聯合會	50	81	166	283	580	954
	公 團	36	61	80	101		
審査要員數 (名)	聯合會			76	117	294	323
	公 團	40	39	40	44		
1件當審査 所要時間(秒)	聯合會			33	30	37	25
	公 團	80	46	36	31		

資料 ; 보건의료 정책연구소, 심사기구 운영방안에 관한 연구, 1989.

표 2-4. 年度別 審査調整率 現況

區 分 \ 年 度		'79	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88
公 團		7.90	3.90	1.85	1.29	1.08	1.24	1.37	1.88	1.91	1.64
聯合會	職 場	3.02	2.39	1.69	1.45	1.35	1.29	1.05	1.93	1.82	1.60
	地 域	-	-	-	-	-	1.09	1.19	1.68	2.11	1.93
	職 種	-	-	-	-	-	1.32	1.00	1.81	2.04	1.64

資料 : 보건의료 정책연구소, 심사가구 운영방안에 관한 연구, 1989.

○ 現行 審査制度의 問題點

審査制度는 支拂報償制度和 密接한 관련을 맺고 있는 만큼 支拂報償制度가 갖는 問題點과 審査制度가 갖는 문제점은 유사한 것들이 많다. 즉 診療費 審査支拂과 관련된 대부분의 問題點은 現行 審査支拂方式 그 자체 보다는 根本的으로 행위별수가제에 의한 支拂單位體系 및 수가산정체계의 복잡성과 구조적 特性에 있다고 할 수 있다. 예를 들어 請求內容 및 절차가 복잡한 것은 審査制度의 문제점이긴 하나 그 직접적인 原因은 支拂單位의 수가 9,820개에 달하기 때문이다.

그 외에 現行 審査制度가 갖는 問題點을 審査制度 그 자체로 국한하여 간추리면 다음과 같다. 첫째, 急增하는 請求件數를 제한된 인력으로 처리하기에는 審査의 한계가 노정되고 있다. 둘째, 患者 개인이나 疾病에서 오는 診療特性에 대한 타당성을 판정하지 못하기 때문에 規格診療를 강요하는 결과를 초래하고 있다. 셋째, 組合에 따라서 診療費 支給遲延이 수개월에 달하고 있어 의료계의 불만을 사고 있다. 넷째, 診療費 審査 및 支拂을 둘러싸고 保險者, 醫師, 그리고 患者間에 이해가 얽힌 대립이 심화되고 있다.

### 2.2.2 第6次 計劃의 評價

第6次 計劃期間 동안 심사물량은 急增하였으나 審査要員數는 완만하게 증가하여 심사능력이 한계에 달한 실정이다. 1인의 審査要員이 1건을 처리하는 데 할애할 수 있는 시간은 1980년의 46초에서 1989년에는 불과 25초로 격감하였으며 審査制度나 支拂報償制度에 큰 變化가 없는 한 할애 시간은 앞으로 더욱 減少할 것이다(〈表 2-3〉 참조).

醫療界의 가장 큰 불만인 診療費 支給遲延 또한 6次 計劃期間 동안 改善된 점이 별로 없다. 89년 현재 2~3개월 遲延支給하는 組合이 상당수에 달하며 地域醫療保險의 경우 保險料 上昇에 따른 保險抵抗이 커짐으로써 保險財政이 압박을 받을 경우 支給遲延의 해묵은 문제는 7차 計劃期間에도 改善될 소지가 없어 보인다.

所要時間의 감소는 심사의 정확도 및 公正性을 보장하는데 큰 장애요소가 되며 支給遲延은 醫療界의 현 제도에 대한 불만의 직접적 原因이 되기 때문에 7차 計劃에서는 이들 問題點들이 점진적으로 해소될 수 있는 제도적 보완이 따라야 할 것이다.

### 2.2.3 基本 方向

◦ 계속적으로 增加하는 심사물량 및 政府나 保險者의 제한적인 給付能力을 고려할 때, 長期的으로 支拂報償制度의 改善을 통한 審査制度의 問題點에 대한 根源的인 해결을 위한 접근이 필요하다.

◦ 그러나 支拂報償制度의 改編이 國民을 포함한 理解當事者間의 政治的 타결을 요하는 만큼 충분한 검토가 필요하기 때문에 審査制度의 問題點을 해결하기 위한 단기적 補完改善方案들이 長期方案과 함께 고려되고 시행되어야 한다.

◦ 審査機構의 運營權을 현재의 保險者團體에서 독립시켜 醫療界가 전담운영하는 方案에 대한 주장이 있으나 특정 利害集團에 일임할 경우 심사에 客觀性和 公正性을 기하기 어렵기 때문에 현재의 與件(행위당수가제) 아래서는 득보다는 실이 클 것이다. 그러나 인두제나 總額契約制와 같은 선불제 하에서는 審査機構의 獨立은 資源의 效率的 配分을 위하여 오히려 권장될 수 있다. 또한 審査機構가 獨立됨으로써 중앙 및 각 지방에 심사전담기구가 신설될 경우 요구되는 施設 및 人力은 그 費用面에서 엄청나기 때문에 醫療保險制度의 非效率이 가중될 것이다. 總支出額 中 管理運營費의 증가는 保險給與額(보험가입자의 수진혜택)의 상대적 감소를 의미하기 때문에 醫療保險制度의 근본적 目的을 상실하는 격이 된다. 診療費 支給遲延의 문제가 해결되어야 할 當面課題임에는 틀림없겠으나 그것 때문에 전체 國民의 保險給與惠澤이 준다거나 혹은 醫師團體나 病院團體와 같은 특정 利益團體의 利權이 특별히 保護되는 정책이 시행된다면 國民의 이해를 얻기가 어려울 것이다.

◦ 따라서 短期的으로 현재는 組職體系 下에서 제기된 문제를 부분적으로 해결할 수 있는 방안에 대한 검토가 필요하며 長期的으로는 支拂報償制度의 개편을 통하여 審査制度가 갖는 問題點을 근원적으로 해결하여야 할 것이다.

## 2.2.4 細部 推進計劃

### ◦ 請求 및 審査支拂節次의 電算化를 통한 效率性 提高

手作業에 의한 請求는 保險患者 및 診療件數의 증가로 인하여 審査機關인 保險者團體 뿐 아니라 請求者인 醫療機關에도 큰 부담이 되고 있다. 일차적으로 電算化를 통하여 電算 處理件數를 늘이고 또한 면허제에 의한 전문 請求人力을 개발하여 병원급이나 請求件數가 많은 의원급은 自體雇傭으로 그리고 小規模 醫院級은 代行機關에 위임함으로써 일에 능률을 기할 수 있을 것이다.

### ◦ 지불창구의 일원화

聯合會, 公團, 該當組合(지역의보), 그리고 地方政府(의료보호)로 多邊化되어 있는 診療費 支給을 일원화 함으로써 醫療保障 種類間에 존재하는 遲延支給과 관련한 차이를 줄일 수 있다.

그러나 이것은 醫療保護와 醫療保險의 통합 그리고 保險組合의 統合一元화와 연관된 사항이기 때문에 周邊與件의 변화에 따라서 7次計劃 期間 동안에 가능할 수도 있고 혹은 더 이상의 시간이 一元化에 소요될 것이다.

### ◦ 少額診療費 請求明細 記載省略

少額診療費에 限한 請求明細 記載의 省略制는 限時的(1982-1986)으로 公團에서 실시한 바 있는데 審査件數가 대폭적으로 늘어나 있고 適正診療를 베푸는 醫療機關이 증가하였으며 醫療機關들의 請求가 審査基準에 어느정도 적용된 현시점에서 당시의 문제점을 改善하여 부활 실시할 필요가 있다.

### ◦ 先拂制 示範事業 實施

선불제가 실시되면 診療費請求 및 審査의 필요가 없어지든지 아니면 대

개의 경우 그 범위가 크게 축소되게 된다. 주로 醫療機關團體의 自體審査가 되기 때문에 현재와 같이 審査의 公正性, 自律性, 醫療機關과 國民이나 政府와의 利害關係 등이 크게 문제되지 않을 것이며 診療費 支給遲延의 문제도 크지 않을 것이다. 過剩請求나 虛偽請求와 같은 非倫理的 供給者行爲가 줄어들므로써 醫療人과 國民과의 信賴도 두터워지는 큰 잇점이 있다. 先拂制 示範事業실시와 관련된 구체적인 內容은 앞의 2.1.4항을 참조하면 된다.

## 2.3 檢査結果 등 醫療情報의 相互交換

### 2.3.1 現況 및 問題點

醫療行爲에 있어서 診斷의 正確性을 기하기 위한 檢査行爲란 불가피한 行爲라 하겠다. 특히 患者의 傷病이 非活動性 상병인 경우에는 초진에서의 檢査結果를 계속 활용할 수 있겠지만 急性 肝炎과 같은 活動性 疾患인 경우 병이 완치될 때까지 檢査는 매일 또는 아침, 저녁으로 해야 하는 등의 특성이 있다. 따라서 醫療費 절감이라는 단순한 차원에서 醫療機關間의 檢査의 중복 등을 一括的으로 규제시킨다거나 하는 등의 행정적 조치를 내릴 수는 없다.

그런데 현행 醫療保險制度의 행위별수가제 하에서는 서비스 행위가 많아질수록 醫療機關의 수익이 증가하기 때문에 많은 醫療機關에서 검사를 늘리는 문제가 있다. 특히 醫療技術의 발달과 여러가지 醫療器機의 등장으로 醫療機關으로서의 환자측에 무시해도 좋을 만큼의 限界便益만 있으면 새로운 器機를 사용한 검사를 제공하며, 환자 입장에서는 검사증가에 따른 費用 負擔이 醫療保險으로 인해 크게 문제될 것이 없기 때문에 쉽게 이를 받아 들이는 것이다. 더욱이 醫療行爲의 특징은 새로운 技術이 개발되어도 과거의 技術은 버리는 것이 아니라, 過去의 技術에 새로운 기술이 추가적

으로 사용되어, 技術革新이 費用節減的이 아니라 비용증가적으로 나아간다는데 문제가 있다는 점이다.

먼저 <表 2-5>를 통해 외래 診療에 있어서 檢査費의 비중을 살펴 보기로 한다.

1980년도에 總診療費의 3.93%에 지나지 않던 검사비가 1984년에는 5.39%로, 그리고 1986년도에는 5.80%로 매년 증가하고 있다. 그리고 <표 2-6>에서 건당 50만원 이상이 되는 入院診療費의 내역을 살펴 보면 검사행위료가 3次醫療機關에서는 11.0%, 綜合病院에서는 9.1%, 病院에서는 3.0%로서 大型病院일수록 檢査行爲료의 比重이 높음을 알 수 있다.

상기와 같은 結果를 놓고 볼 경우 외래에 비해서는 入院이, 입원에 있어서는 큰 病院일수록 總診療費에서 檢査料가 차지하는 比重이 높아, 患者가 후송될 경우 同一檢査를 반복하는 경우도 많겠으나, 그 보다는 大型病院들이 高級裝備들을 備蓄하여 檢査團體를 增加시키는 경우가 많다고 하겠다.

### 2.3.2 情報交換 基本方向

활동성 疾患의 경우에는 患者가 후송될 경우, 비록 檢査結果를 동시에 송부한다고 해도 依賴받은 醫療機關에서 같은 檢査를 重複적으로 할 수 밖에 없다. 그러나 非活動性的의 경우는 檢査情報의 相互交換이 醫療費 절감에 다소 기여할 수 있을 것이다. 그러나 檢査와 관련하여 보다 根本的인 問題는 醫療機關에서 의료수익만을 생각한 檢査(즉 患者에게는 무시해도 좋을 정도의 限界便益만 가져다 줌)를 줄이는 方法이 考案되어져야 한다.

이를 위한 방안의 하나로 醫療保險診療 審査機構가 있는 機關에 醫療審査情報管理室을 設置토록 한다. 醫療審査情報管理室은 醫療機關別 및 醫療人別로 별도의 파일을 작성하여 檢査行爲료의 비중이 높은 醫療機關 뿐 아니라, 약제비의 비중이 이상적으로 높은 醫療機關에 대해서 醫療水準을 심사토록 한다.

표 2-5. 외래의 연도별 진료행위별 금액구성비 및 건당금액

(單位 : %, 원)

구 분		'80		'82		'84		'86	
		구성비	건당진료비	구성비	건당진료비	구성비	건당진료비	구성비	건당진료비
기 본 진료료	초진료	17.46	1,439	18.69	1,939	17.00	1,971	16.41	2,046
	재진료	22.99	894	22.80	2,366	22.37	2,593	21.85	2,725
	입원료	-	-	-	-	-	-	-	-
소 계		40.45	2,333	41.49	4,305	39.37	4,564	38.26	4,771
투 약 및 주 사	내복·외용약제	22.37	1,844	23.02	2,388	25.51	2,958	25.02	3,119
	주사약제	11.94	984	9.71	1,008	8.55	922	7.96	993
	조제료	4.35	359	4.52	469	3.55	411	3.76	469
	주사수기료	6.06	499	5.42	562	4.97	576	4.54	566
	주사재료대	0.08	6	0.43	45	1.14	132	1.13	140
소 계		44.80	3,692	43.10	4,472	43.72	5,069	42.41	5,288
마 취	마취수기료	0.36	30	0.12	12	0.13	15	0.13	16
	마취약제료	0.04	3	0.03	3	0.02	2	0.02	2
소 계		0.40	33	0.15	15	0.15	17	0.14	18
이 학 요 법 료		0.24	20	0.34	35	1.12	131	2.34	292
신 경 정 신 요 법 료		0.60	49	0.81	83	1.23	143	1.35	168
처 치 및 수 술	처치및수술료	3.99	328	4.35	450	4.27	496	4.44	554
	재료대	0.24	20	0.14	15	0.63	73	0.98	123
	수혈료	-	0.03	4	0.05	6	-	-	-
소 계		4.23	348	4.49	465	4.93	573	5.47	682
검 사 료	검사행위료	3.48	287	4.54	471	5.06	587	5.43	677
	검사재료대	0.45	37	0.22	23	0.33	39	0.38	47
소 계		3.93	324	4.76	494	5.39	626	5.80	724
방 사 선 검 사	방사선검사행위료	3.41	281	3.42	355	3.07	356	3.19	398
	재료대	1.94	160	1.44	150	1.02	118	1.03	129
소 계		5.35	441	4.86	504	4.09	474	4.22	526
총진료비		100.00	8,240	100.00	10,372	100.00	11,597	100.00	12,468

資料 : 의료보험연합회

표 2-6. 건당 50만원 이상 입원진료비의 구성비(90년 6월 지급차수분)

	3차 진료기관		중 합 병 원		병 원	
	평균진료비(N)	구성비	평균진료비(N)	구성비	평균진료비(N)	구성비
기본진료료		14.8		17.3		23.1
초, 재진료	2,699( 809)	0.1	2,939(3,542)	0.2	3,107(489)	0.4
입원료	179,225(1,589)	14.7	159,293(4,571)	17.1	160,907(594)	22.7
실기행위료	149,291(1,245)	28.5	129,032(3,852)	30.2		33.8
처치수술료	137,104(1,553)	9.6	86,574(4,502)	11.6	137,721(409)	13.4
검사행위료	35,898(1,582)	11.0	38,598(4,558)	9.1	30,951(536)	3.0
주사수기료	66,778( 758)	2.9	50,512(2,605)	4.1	45,302(547)	5.9
마취행위료	29,520(1,374)	2.6	18,251(4,105)	3.1	50,716(318)	3.8
방사선행위료		2.1	—	1.8	11,416(428)	1.3
조제료	39,768( 163)	—	44,483( 477)	—		—
기타		0.3		0.5	167,263(137)	5.4
약제비		35.3		37.6		34.2
투약제비	65,803(1,571)	5.3	51,118(4,499)	5.4	31,352(581)	4.3
주사약제비	368,499(1,581)	30.0	301,322(4,557)	32.2	230,812(544)	29.8
재료비 & 수혈료		13.1		7.9		4.6
재료비	123,085(1,542)	9.8	59,082(4,502)	6.2	30,481(519)	3.8
수혈료	156,732( 418)	3.4	77,776( 934)	1.7	48,648( 72)	0.8
가산울	102,221(1,589)	8.4	64,957(4,572)	7.0	31,146(595)	4.4
총 계	1,223,369(1,589)	100.0	933,448(4,572)	100.0	708,195(594)	100.0

資料 : 노인철 외, 의료보험재정안정화 방안, 한국보건사회연구원, 1990. 12

水準審査結果 患者 後送과 함께 檢査結果가 송부되었는지, 송부된 檢査結果를 활용치 않고, 새로 검사했을 경우 그 妥當性은 있는지를 判定하며, 특히 대형 醫療機關의 檢査가 患者 治療에 얼마나 有益하였는지를 判定케 하고 약제비가 부당하게 높은 機關에 대해서도 診療上의 不當行爲로 個別 화일에 記錄 管理하고 이를 시정토록 한다. 情報管理室은 診療費請求의 不當行爲나 醫療人의 醫療過誤도 記錄管理 할 뿐 아니라 醫療紛爭에 관련된 醫療紛爭審判委員會(가칭)의 審判判例나 法院의 裁判判例 등도 記錄 管理 하여, 診療上의 不當行爲, 診療費 청구상의 不當行爲와 같은 非倫理的 行爲와 醫療人의 醫療過誤判定에서도 참고가 되도록 情報를 管理·提供토록 한다.

### 2.3.3 細部推進計劃

醫療審査情報管理室은 후술될 醫療避害救濟法(가칭)의 제정시 그 설치 근거를 마련토록 한다. 따라서 醫療審査情報管理室의 設置를 위한 立法 措置는 1991년 중으로 完了된다.

醫療審査情報管理室은, 1992년 중에 醫療保險聯合會 산하에 하나의 機構로 설치하여 운영토록 한다. 情報管理室의 機能은 基本方向에서 제시한 바와 같도록 한다.

## 3. 研究開發機能의 強化

### 3.1 保健醫療機關의 運營効率化 研究·評價機能의 강화

#### 3.1.1 現況 및 問題点

國民醫療費의 증가억제 방안으로서 醫療供給 측면에서는 醫療人力, 施

設, 醫療裝備 등 醫療資源의 量的, 質的 適正化와 더불어 醫療資源을 실제 운용하는 保健醫療機關의 運營의 效率性 제고방안이 艱難하다. 保健醫療機關 運營의 效率性은 組織管理와 業務가 合理的이고 能率的으로 수행될 때에 제고된다.

그런데 대부분의 保健醫療機關의 運營管理體系가 아직 非能率的이고 不合理的 要素를 내포하고 있으며 중요한 經營意思決定이 주먹구구식으로 이루어지는 예가 많다. 또한 公定 醫療酬價에 의해 醫療費를 보상하는 현제도 하에서는 保健醫療機關들이 運營의 效率性 제고보다 醫療酬價의 인상을 위한 노력에 치중하는 경향이 있다.

醫療酬價의 인상이 抑制되어온 상황에서 많은 保健醫療機關들이 運營改善을 피하고자 하나 그 效果的인 方案을 研究·支援하는 기능이 脆弱하여 성과를 얻지 못하는 실정이다. 또한 保健醫療機關 運營 效率性 제고를 위한 基本要件의 하나인 管理能力 측면에서도 管理專門人力을 양성하는 教育機能이나 기존 管理者의 훈련기능이 脆弱하다.

이러한 與件 하에서 많은 保健醫療機關, 특히 中小規模病院들의 財政狀態와 經營實績이 부실하여 국민에 대한 良質의 醫療供給이 저해될 우려가 있다. 또한 保健醫療機關의 運營의 非效率性은 궁극적으로 醫療給與의 증가, 즉 國民醫療費의 증가요인으로 작용하는 問題點이 있다.

### 3.1.2 第6次 計劃의 評價

醫療施設의 效率的 活用을 위한 방안으로서 6차 5개년계획에는 醫療傳達體系를 통해 醫療機關의 機能分擔과 醫療資源의 지역간 均衡分布를 유도하는 方案과 病院標準化事業을 통해 醫療機關의 施設裝備適正基準을 설정하는 方案을 計劃하였다.

保健醫療機關의 運營效率性은 資源配置, 機能分擔, 施設裝備水準의 적정화만으로 제고되기 어렵다. 적어도 組織運營體系와 管理方式의 合理化, 유

능한 管理者의 確保, 運營改善을 위한 制度的 지원이 必須的 要件이다.

6차 5개년계획에는 保健醫療機關의 運營效率化를 위한 방안이 제대로 반영되지 않았으며 이를 위한 研究·評價機能은 전혀 고려되어 있지 않았다. 따라서 6차 5개년 計劃期間 중에는 保健醫療機關의 運營效率化를 위한 적절한 방안을 講究, 推進하지 못했다고 볼 수 있다.

### 3.1.3 基本方向

病院標準化事業과 더불어 保健醫療機關 특히 病院의 運營實績評價制度를 개발하여 시행하고, 保健醫療機關의 效率的 運營을 위한 制반 理論과 技法 및 관련제도를 研究하는 機能과 經營管理者의 管理能力向上을 위한 教育訓練機能을 강화한다.

### 3.1.4 細部實踐計劃

#### ○ 醫療管理研究 專擔機關의 設立

保健醫療機關의 運營에 관한 研究·指導와 教育·訓練 기능을 담당할 研究機關을 設立하여 다음과 같은 事業을 重點的으로 推進하게 할 計劃이다.

- 1) 保健醫療機關의 制度, 組織, 施設, 管理 등 運營에 관한 理論과 實務技術의 研究
- 2) 保健醫療機關의 效率的 運營을 위한 각종 情報과 技術의 提供
- 3) 保健醫療 關聯 政策의 開發
- 4) 保健醫療機關 管理者의 教育·訓練
- 5) 保健醫療機關 運營 評價基準의 開發

○ 保健醫療機關의 運營實績을 1993년부터 定期的으로 연1회 評價할 計劃이며 1992년 중에 評價基準과 方法을 개발한다.

○ 保健醫療機關의 運營管理專門人力을 양성하는 定規 教育課程을 개발한다.

○ 病院標準化審査의 適用範圍를 확대하여 病院級醫療機關을 모두

審査한다.

표 3-1. 醫療管理研究機關 設立計劃

	1991	7차계 획기간				
		1992	1993	1994	1995	1996
설립기금출연 (백만원)	—	6,000	4,000			
인구인력확보(명)	8*	10	12			

\* 8명은 기존 서울대학교병원 부설 병원연구소 인력임

## 3.2 신약개발

### 3.2.1 現況 및 問題点

우리 나라는 經濟力에 따른 國民의 福祉 및 醫療에 대한 要求 增大 및 고령인구의 增加에 수반되는 醫療需要의 急增이 예상되는 시점에 있어서 이와같은 醫療需要의 急增은 자칫 醫療費의 급등을 유발시켜 國家保險財政에 상당한 財政的 負擔을 안겨줄 우려가 있기때문에 國民醫療費의 適正水準維持는 福祉政策遂行의 중요한 변수가 되고있다.

醫療費의 構成은 크게 대별하면 專門醫療人의 수당, 保健醫療施設投資費 및 醫藥品費로 구분된다. 專門 醫療人의 手當 및 保健醫療施設投資費는 국내 자체적인 수급조절이 가능하고 기술상의 해외 의존도가 크지 않지만 醫藥品費의 경우 국내의 독자적인 醫藥品 개발이 크게 후진상태에 있어서 대부분의 醫藥品 原料 및 完製品을 輸入에 의존하고 있기때문에 이의 가격을 調節하는 根本이 外國企業 특히 多國籍 製藥企業의 影響力下에 있다고 해도 과언이 아니다. 따라서 國民醫療費의 適正水準을 維持하는데 필요한 독자적인 조절기능의 상당 부분이 외국에 의존하고 있고 이러한 問題点的 克服은 國內 獨自的인 新藥開發能力이 확보되어야만 가능하다. 1987년

도부터 物質特許制度가 도입되면서 外國醫藥品 및 醫藥品材料 導入時에 支拂하는 로알티의 액수도 급증하는 상황이어서 영세한 국내 製藥企業은 技術的, 財政的 脆弱성이 날로 심화되어 앞으로 民間企業 독자적인 新藥開發 研究投資의 機會가 영원히 소실될 것이다. 이는 곧 우리나라 醫藥品 收給의 모든 부분이 外國 多國籍 기업의 지배하에 있게 될 것으로서 국내 醫療費 適正水準維持를 위한 獨自的인 政策遂行의 可能性이 사라지고 國民經濟에서 醫療費 負擔의 가중과 國家財政負擔의 악화가 악순환의 형태로 심화될 것이므로 이에 대한 대책이 시급한 실정이다.

### 3.2.2 第6次計劃의 評價

第6次 5개년 회기 중 政府의 新藥開發에 대한 支援은 保社部 施行計劃 중 “新藥開發 基盤造成”이란 항목으로 計劃되어 있으나 이 期間 동안 실질적인 體系的 支援은 거의 없었다.

다만 최근의 學界 및 產業界의 新藥開發의 霧圍氣가 고조되는 가운데 91년에 保社部 主管으로 新藥開發 研究支援이 정부부처내 최초로 시작되고 있어 시기 적절한 政策이란 평가를 받고있다. 그러나 政府의 新藥開發 研究支援의 豫算 규모가 약 5억원에 불과하고 이 액수는 외국의 1개 연구소 1년간 研究費의 5-10%에도 미치지 못하는 규모임을 고려하면 豫算 規模, 人力 및 施行 범위가 너무나 적어 新藥開發支援에 대한 效率性에서 기대치에 크게 미흡한 실정이다.

### 3.2.3 基本方向

新藥開發 研究支援의 基本 目標은 첫째로, 政府가 新藥開發을 위한 기본적 與件을 조성하여 民間企業이 독자적으로 수행하기 어려운 분야에 대한 研究投資 및 研究技術上의 問題點 克服이 가능하도록 유도하며, 둘째로, 施設 및 人力을 여러 民間企業이 共同活用할 수 있도록 하여 民間企業의

新藥開發 過程이 國家水準에서 그 效率性을 극대화 하도록 한다.

이와같은 支援은 궁극적으로 民間企業이 獨自的으로 新藥開發을 주도할 수 있는 與件을 성숙시키고 또한 그들 스스로 수행할 수 있는 能力을 배양시킬 것이다.

民間企業 주도의 新藥開發이 본격적으로 수행되게 되면 新藥을 개발한 製藥企業의 이윤을 더해줄 뿐아니라 國家的으로도 國內醫藥品의 外國依存度가 낮아지고 이것이 國內의 醫藥品價格을 절감 및 안정화시키는데 기여할 것이다. 醫藥品費의 절감은 國民醫療費의 절감을 가져오며 이는 곧 정부의 福祉政策 수립에 자주성을 부여하게 될 것이다.

### 3.2.4 細部推進 計劃

民間企業들이 원활한 新藥開發의 수행을 위하여 保健社會部는 아래와 같은 사업을 추진할 예정이다.

○ 新藥開發研究事業 支援 : 新藥開發은 아주 다양한 研究分野와 막대한 研究費 그리고 장기간의 研究期間이 소요됨으로 한 民間企業이 이를 독자적으로 수행하기가 어렵기 때문이며 따라서 新藥開發에 소요되는 다양한 분야의 研究를 政府가 지원함으로써 民間企業의 新藥開發事業을 간접적으로 도와 이들의 獨自的 研究遂行能力을 배양시키고자 한다. 또한 이와같은 政府의 新藥開發研究事業 支援은 國內尖端科學技術의 제고에도 큰 역할을 하리라 豫想된다. 이를 위하여 新藥開發研究事業 支援은 다음과 같은 細部項目을 集中支援하고자 한다.

- 1) 新藥創出 開發研究
- 2) 藥効檢索 支援研究
- 3) 藥効藥理代謝 研究
- 4) 臨床試驗 評價研究
- 5) 安全性試驗 評價研究

## 6) 製劑化研究

○ 新藥開發 支援機構 設立 : 新藥開發에는 關聯分野 별로 研究가 遂行되어야 하지만 이러한 研究가 效率的으로 실행되기 위해서는 實驗動物 및 疾患모델動物의 供給, 醫藥文獻情報의 원활한 전달이 선행되어야 한다. 또한 醫藥品으로서의 완전한 評價를 도모하기위하여는 臨床試驗이 용이하여야 한다. 그러나 이러한 新藥開發에 必須的으로 필요한 關聯研究機關이 民間水準에서 獨自的으로 設立, 운영하는 것은 불가능 하므로 國家水準에서 이를 設立, 運營支援함으로써 新藥開發研究를 間接支援한다.

## 3.3 尖端醫療技術 開發 및 評價 支援

### 3.3.1 現況과 問題点

現代醫學에 있어서 새로운 疾病의 발견 및 治療方法의 開發은 尖端醫療技術의 발전에 의하여 이루어지고 있다. 따라서 疾病을 治療하기 위한 新藥의 開發과 함께 診療의 질을 향상시키기 위한 尖端醫療技術의 開發이 必要하다. 그러나 現在까지 이러한 尖端醫療技術을 개발하기 위한 支援이 없었기 때문에 국내의 다른분야의 技術에 비하여서도 상대적인 落後性을 면치 못하고 있다.

診療의 過程에서 使用하는 尖端醫療技術은 病院 또는 국가의 醫學의 水準을 나타내 주는 것이기 때문에, 醫學의 水準과 國民健康 및 福祉의 척도로 인식되고 있으며, 동시에 醫學의 발전을 선도하고 있다. 이러한 尖端醫療技術의 開發은 바로 尖端醫療器機로 具體化되어 나타나게 되고 이러한 尖端醫療器機에 의하여 그동안 불가능했던 여러가지 疾病의 診斷과 治療가 가능하게 된다. 그러나 국내의 醫療技術水準은 아직 未洽하여 여러가지 면에서 先進國에 미치지 못하고 있으며, 이것은 국내에서 생산되는 電子式 醫療器機의 비중을 보면 쉽게 알 수 있다. 1988년도의 경우 2500억원의

國內醫療器機 및 醫療工具 市場에서 단지 100억원 정도만이 국내에서 생산된 電子式醫療器機라고 분석되고 있으며, 이들도 대부분 단순부품이외에는 대부분의 기술을 외국에 종속하고 있는 형편이다. 현재 病院등에서 사용하고 있는 醫療器機등의 90%이상이 외국산으로 채워져 있는 것을 고려하여 볼 때, 現在 國內의 尖端醫療技術의 落後로 인한 問題点들을 열거하여 보면 다음과 같다.

- 尖端醫療技術의 부재로 인하여 外國產 尖端 醫療機資材를 無防備의으로 高價에 輸入하고 있다.
- 이러한 醫療器機의 輸入은 직접적으로 醫療의 酬價를 높이는 影響을 주고 있으며, 그 補給에 제한을 주고 있어서 전반적인 醫療水準을 向上시키지 못하고 沮害要因이 되고 있다.
- 醫療技術의 絶對的인 對外依存은 韓國人의 體質 및 疾病 特性이 고려되지 못한채 國民의 保健 및 健康을 무방비적으로 外國人의 손에 의존하는 결과를 초래하고 있다.

이러한 問題点들을 해결하기 위하여서는 國內에서도 尖端醫療技術開發을 위한 支援이 絶對히 要求되고 있다. 또한 國內의 여건이 수년전에 비교하여 상당히 발전되어, 이러한 研究를 위한 醫工學的 研究雰圍氣가 조성되어 가고 있으며, 國內 産業 특히 尖端醫療技術과 관련이 깊은 電子 技術 및 컴퓨터 技術이 이미 상당한 水準에 도달하여 있고 계속 발전하고 있으므로, 體系的인 計劃을 세워 支援하는 경우에는 國內 醫療의 水準을 質과 量的인 면에서 크게 向上시킬 수 있다.

### 3.3.2 基本 方向

尖端醫療技術을 開發하고 이를 위한 評價 事業의 支援을 위한 基本 計劃은 다음과 같이 한다.

- 尖端醫療技術을 위한 研究를 支援한다.
- 醫療器機 開發能力을 갖추는 人力을 양성한다.

- 醫療器機의 國產化 開發을 支援한다.
- 國產醫療器機 및 技術補給을 위한 支援을 한다.
- 이를 효과적으로 管理하고 評價할 수 있는 事業을 支援한다.

### 3.3.3 細部推進 計劃

- 尖端醫療技術開發을 위한 研究支援
  - － 主要開發 技術 選定 :  
映像診斷技術分野, 生體現狀 測定技術, 人工臟器 및 補助器機  
分野 등에서 必要性, 可能性, 國內環境에의 適合性 및 效率性  
등을 고려하여 우선순위 選定
  - － 2~3정도의 研究機關으로 支援
  - － 醫學研究陣과 工學研究陣間의 協동 研究體制로 推進
- 醫療技術開發 能力을 갖춘 人力養成
  - － 의공기사제도의 導入
  - － 대학내의 의공학과의 設치
- 醫療器機의 國產化 開發을 支援한다.  
國內에서 보급을 필요로 하는 醫療器機의 技術開發을 支援한다.
- 國產醫療器機 및 技術補給을 위한 支援
  - － 病院 및 醫療機關에의 國產醫療器機의 보급을 위한 支援
  - － 의공기사의 醫療機關에의 配置
- 評價事業支援
  - － 國內 醫療技術 水準 및 現況을 해외의 尖端技術 및 現況과 비  
교하여 支援方向을 定할 수 있는 評價 事業實施

- － 支援된 開發 과제들을 效率的으로 管理할 수 있는 評價 事業 實施

#### 4. 豫防事業의 擴大

보다 많은 豫防醫學의 서비스와 保健教育, 環境改善에 대한 投資는 疾病을 예방하고 건강을 증진시켜 국민들의 삶의 질을 향상시키고 병원이용이나 의사방문, 약 사용 등을 줄여서 결과적으로 醫療費 支出을 감소시킬 수 있다고 평가되고 있다. 일본을 비롯한 유럽의 많은 나라에서 국민들의 健康增進을 위한 豫防事業을 保險給與에 포함시켜 확대해 가고 있고 미국에서도 集團檢診, 健康相談, 豫防接種 등의 豫防事業을 保險給與에 포함시킬 것을 검토하고 있다.

우리나라에서는 豫防事業은 保健所와 같은 公共保健組織을 통해 수행하고 醫療保險은 질병의 진단과 치료에만 치중해 오고 있고 유일하게 公·教保險의 被保險者만을 대상을 健康診斷을 실시해 오고 있는 실정이다. 모든 豫防醫學의 서비스가 비용 효과면에서 큰 득이 있는 것은 아니라 하더라도 現況에 맞게 잘 선정된 豫防醫學의 서비스가 효율적임은 주지의 사실이다. 公共保健組織에서 담당하고 있는 豫防事業은 그 규모도 커지지 않고 있을 뿐 아니라 事業內容도 과거 30년간 해온 家族計劃, 母子保健, 結核管理에 집착하고 있어 새로운 健康要求에 부합하지 못한 실정이다.

전국민 醫療保險이 실시된 시점에서 醫療保險을 통한 豫防事業을 점차적으로 확대하여 국민들의 삶의 質을 향상시키고 醫療費 支出의 증가도 둔화하도록 할 것이다.

## 4.1 現況 및 問題点

### ○ 保險體系에서의 豫防事業 現況

公·敎保險에서는 1980년 이후 被保險者에 대하여 매 2년마다 정기 健康診斷을 실시하고 있으며 職場保險에서는 組合의 재정상태에 따라 자체적으로 실시하도록 하고 있다. 公·敎保險에서 실시하고 있는 健康診斷은 8대 질환군(폐결핵, 기타 흉부질환, 순환계질환, 간질환, 당뇨병, 신질환, 빈혈증, 매독)을 대상으로 1차검사에서 기본진료외에 12종류의 檢査를 시행하고 있고 유소견자인 경우는 2차검사에서 29종의 細部檢査를 실시하고 있다.

健康診斷 사업외에도 公·敎保險에서는 健康教育, 健康生活文庫 發刊, 弘報教育 슬라이드 제작등 保健教育을 중심으로 한 豫防事業도 비교적 활발히 수행하고 있다.

### ○ 問題点

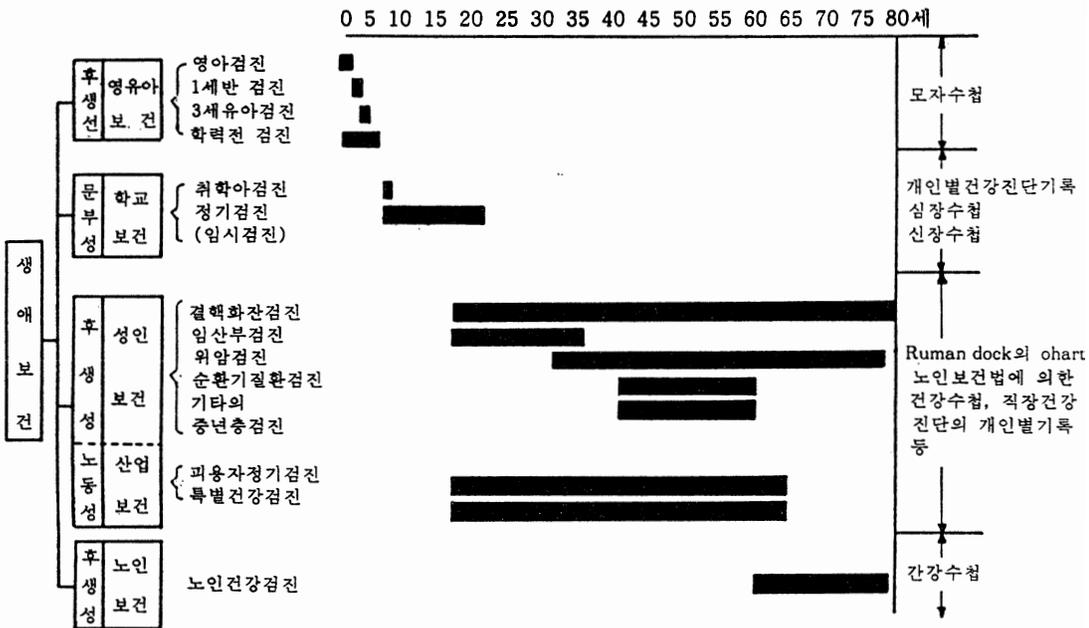
- 國民全體의 平生期間 健康增進을 위한 豫防事業의 종합적인 전략이 수립되지 못하고 있다.
- 早期診斷, 早期治療에 대한 국민들의 관심이 높아지고 있음에도 健康診斷이 公·敎保險의 被保險者에 국한되어 있어 많은 사람들이 高額의 비용을 지불하고 綜合健康診斷센터를 이용하고 있다.
- 健康診斷 對象疾患 中 당뇨병과 폐결핵 등 일부질환에 대한 檢査의 감수성이 60% 水準으로 正確性이 낮고 早期診斷, 早期治療에 부적절한 檢査項目이 있는 것으로 평가되고 있다.
- 健康診斷 결과 유소견자로 판정된 후 醫療利用을 한 사람이 疾患에 따라 7.3%—31.2%로 극히 낮아 사후관리가 소홀함을 알 수 있다.

— 年齡과 지난번 檢査結果에 따른 項目調整이 일부 있으나 대체적으로 일률적인 檢査를 시행함으로써 集團檢診의 효과가 크지 못하다.

○ 外國의 例

〈日本〉

日本の 경우에는 0세부터 사망시까지 국가의 해당부서에서 체계적으로 一貫性 있는 ‘平生健康診斷’이라는 健康診斷體系를 구축하고 있어 개인의 健康을 管理하고 있다(〈그림 4-1〉).



資料 : 하씨다 마라부, 건강진단의 본연의 형태와 건강관리, 예방의학(일본), 1985. 6:p54.

그림 4-1. 日本의 健康診斷制度 (1981)

정부관장 健康保險에서는 被保險者의 健康維持, 增進을 위하여 다음과 같은 사업을 실시하고 있다.

－ 成人病 豫防事業

암, 뇌졸중, 심장병 등의 成人病 환자의 증가 등 疾病構造의 변화에 적절히 대응하기 위해 중년층 이상의 被保險者 등을 대상으로 하는 成人病 豫防事業으로서 疾病의 조기발견과 조기치료를 위해 1964년부터 健康診斷 事業을 실시하고 있다. 매년 실시인원이 증가하고 있고 檢診內容도 충실해지고 있으며 '90년에는 실시인원이 1,980,000명으로 증가했고 그 내용은 다음과 같다.

- 40세 이상의 被保險者와 그 配偶者를 대상으로 하는 일반검진
- 40, 45, 50, 55세와 56세 이상인 자로 퇴직을 얼마 남겨놓고 있지 않은 被保險者 및 그 배우자를 대상으로 하는 인간도크(종합검진)
- 30代의 여자 被保險者를 대상으로 하는 유방암 및 자궁암 檢診

－ 健康 스스로 가꾸기 事業

건강 스스로 가꾸기의 중요성에 대한 인식을 提高하고 被保險者 등의 健康維持增進을 위해 다음과 같은 사업을 실시하고 있다.

- 健康管理 指導講座
- 健康度 調査
- 健康相談室 運營
- 健康管理手帖의 交付

〈美國〉

65세 이상 老齡人口에 대한 醫療保障制度인 Medicare에서는 폐렴구균과 B형간염에 대한 豫防接種과 유방조영술에 대한 豫防給與를 하고 있으며 영세민을 위한 醫療保障制度인 Medicaid에서는 21세이하의 대상에게만 EPSDT(Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment) 서비스를 제공하고 있다. 한편 健康維持組織(HMO)에서는 여러가지 豫防서비스와

표 4-1. 기타 先進國에서의 豫防서비스에 대한 保險給與

구 분	캐 나 다	서 독	핀 란 드	영 국	스 웨 덴
1. 모자보건	가. 산전관리 검진:풍진, 독소플라스마증, 임질, 매독, B형간염, 혈압	산전관리 -출산시 1500 Mark지급 -신생아 일용품 무상제공 -분만후 2주동안 가정부 1인제공	산전관리 -신생아 일용품 무상제공	산전관리	산전관리
	나. 소아보건 -검진:갑상선기능 저하증, 페닐키톤뇨증, 형액형 부적합증 -각종예방접종 -구강진료	소아보건 -검진:8종 -각종예방접종	소아보건 -검진 -각종예방접종 -구강진료	소아보건 -검진 -각종예방접종 -구강진료	소아보건 -검진 -각종예방접종 :디프테리아, 파상풍, 소아마비, 결핵, 백일해, 홍역 -구강진료

구 분	캐 나 다	서 독	핀 란 드	영 국	스 웨 덴
Ⅱ. 성인보건	고혈압 검진 Pap Smear 유방검진 (50~59세) - 유방조영술 (예정) Occut blood (잠재혈 검사)	Pap Smear 유방검진 occult blood (잠재혈 검사) 콜레스테롤검사 시력검진 구강검진	고혈압 검진 Pap Smear	고혈압검진 Pap Smear (20-64세) 유방검진 (50-64세) - 유방조영술 혈청콜레스테롤 검사	고혈압 검진 Pap Smear 유방검진 혈청콜레스테롤
Ⅲ. 보건교육	의료상담서비스	가족계획 음주, 담배, 약물 남용, 작업장 안 정평가 의료상담서비스	상담위원회 - 건 강정보교환 노인보건, 흡연, 음주, 영양 가족계획	관상동맥질환 예 방교육 음주, 약물 구강보건교육 노인건강교육	음주, 흡연

保健教育 그리고 건강행태 변화 프로그램이 있다.

〈기타 선진국〉

미국 외의 다른 선진국에서 醫療保險者가 현물급여하는 예방서비스 내용은 다음과 같다(〈表 4-1〉 참조).

## 4.2 基本方向

- 國民全體를 對象으로 하는 體系的이고 연속적인 健康增進 模型을 구축한다.
- 國民들의 健康增進 行위를 적극적으로 유발할 수 있는 유인책을 강구하고 保健教育을 강화한다.
- 健康診斷의 對象을 점차 확대하고 健康診斷의 내용을 조정한다.

## 4.3 細部推進計劃

- 체계적이고 연속적인 健康增進 模型 構築
  - － 출생시점에서 사망시까지 국민들의 健康管理 내용과 사업관장 부서, 실시 방법 등 基本計劃을 수립한다.
  - － 保健所 등 公共保健組職의 업무를 成人病管理 등 새로운 요구에 맞도록 재조정하고 7차 計劃期間 中 시범사업을 실시한다.
  - － 地域保健을 담당하는 保健社會部와 學校保健을 담당하는 教育部 및 醫療保險 保險者間的 협조체계를 구축한다.
- 국민들의 “健康 스스로 가꾸기” 戰略 開發

- 체계적인 保健教育 프로그램을 개발하고 學校教育 및 대중매체를 통해 적극적으로 홍보한다.
- 음주, 흡연 등 건강에 해로운 습관을 줄이기 위해 술, 담배 판매시 일종의 목적세를 부과하여 소비를 줄이고 그 재원은 地域醫療保險 財政安定基金으로 활용한다.
- 保險者가 健康相談室을 설치 운영한다.

○ 健康診斷 事業의 改善

- 健康診斷 사업의 대상을 배우자까지 확대하고 職場保險과 地域醫療保險에서도 健康診斷事業을 점차적으로 도입한다.
- 구간화된 年齡層에 따라 그 시기에 적합한 건강목표를 설정하고 健康診斷 內容을 차별화한다.
- 비용-효과 분석을 실시하고 集團檢診 시행기준에 맞도록 健康診斷 內容을 조정한다.
- 우리나라에서 권장할 수 있는 年齡別 조기진단, 조기치료를 위한 항목은 다음과 같다(〈表 4-2〉 참조).

표 4-2. 우리나라에서 시행할만한 연령별 조기진단, 조기치료를 위한 항목

	0	1~4	5~9	6~10	11~15	16~19	20~39	40~49	50~59	60세이상
영유아건강검진 <sup>1)</sup>	○	○								
정신건강검진*					○	○				
산전산후관리 <sup>2)</sup>						여자	여자			
자궁암검진 <sup>3)</sup>								여자	여자	
당뇨병검진 <sup>4)</sup>								○	○	○
위암검진**								○	○	○
고혈압검진 <sup>5)</sup>							○	○	○	○
간기능검진 <sup>6)</sup>								○	○	
백내장검진 <sup>7)</sup>									○	○
예방접종확인 <sup>8)</sup>	○	○								
구강검진 <sup>9)</sup>			○	○	○	○	○	○	○	○
시력검진 <sup>10)</sup>		○	○					○	○	
매독검진 <sup>11)</sup>						○	○	○	○	

주) 1차건강검진에 한함, 2차 정밀검사는 의사의 필요에 따라 의뢰함.

- 1). 선천기형, 정상발육검사
- 2). 임신이상, 풍진검사, B형간염검사, 반혈검사, 혈당검사, 임질검사 포함
- 3). 자궁경부 세포진검사
- 4). 혈당검사
- 5). 혈압측정검사, 혈청내 클레스테롤검사

- 6). SGOT, SGPT
- 7). 안과 의사의 검진
- 8). 추천계획대로 시행여부확인
9. 치과 의사의 구강검진 2년에 1회
- 10). 1~9세는 매년 1회

- 11). 매독 침강반응 적성검사  
\* 보호자 요청에 의해 실시  
\*\* 본인의 요청에 의해 실시  
○ : 2년에 1회 실시  
여자 : 여자에만 실시

## 第5章 健康 및 醫療에 대한 消費者 保護機能 強化

### 〈 概 觀 〉

현대의 복지국가에 있어서 健康하게 살 권리는 시민의 기본권의 하나로써 사회적 정당성을 획득하고 있다. 이에 우리나라 憲法도 제34조에 “모든 國民은 保健에 관하여 국가의 保護를 받는다.”고 명시하고 있다. 健康 및 保健醫療에 대한 需要가 依·食·住 다음의 제 4의 基本的 生活需要로 인식되고 있는 셈이다.

이에 따라 국가는 적극적으로 國民의 健康을 증진하고, 醫療受惠의 不平等을 감소시키는 물론 供給者에 비해 상대적인 弱者의 위치에 있는 醫療消費者를 保護해야 할 責務를 지고 있다.

특히 醫療에 있어서 消費者를 保護해야 하는 理由는 소비자의 健康 및 醫療部門에 관한 知識과 情報의 缺如 및 그 非對稱性에서 비롯된다.

일반 國民인 醫療消費者들은 保健醫療관련 專門商品 및 서비스에 대한 知識이 적을 뿐만 아니라 保健醫療 商品 및 서비스의 가격이나 질에 대한 情報를 충분히 가지고 있지 않다. 이러한 특성으로 인하여 醫療消費者들은 保健醫療 관련 商品 및 서비스의 購買에 있어서 불리한 입장에 처하게 되며, 이를 評價할 能力이 없기 때문에 保健醫療市場에서 競爭의 公平성이 유지되기 어렵다. 또한 消費者는 供給者를 스스로 선택할 수는 있지만 그 供給者가 제공하는 保健醫療서비스를 자신이 결정할 수는 없다. 保健醫療가 제공되는 과정에서 保健醫療 專門家의 전문적 판단에 전적으로 의존할 수 밖에 없는 이른바 專門家 支配(professional dominance)가 형성되기 마련인 것이다.

이렇게 保健醫療에 있어서는 需要者와 供給者간에 知識과 情報의 非對稱이 顯著하기 때문에 保健醫療의 消費者들은 여타 一般 財貨의 消費者들과는 다른 상황에 처해있다. 供給者의 獨斷의 支配에 처할 可能性이 큰 것이다.

여기에 政策當局이 保健醫療市場에 개입해 상대적 弱者인 消費者를 保護하여야 할 이유가 있다. 더구나 消費者 保護機能의 強化는 國民保健의 向上과 直結되므로 중요하다 할 것이다.

현재까지 保社當局은 國民 健康權 確保의 大前提 아래 주로 醫療保險, 醫療保護制度의 확충 등 醫療保障과 醫療施設, 製藥産業 육성 등 醫療供給 基盤의 구축에 많은 노력을 기울여 왔으나, 消費者 保護에는 상대적으로 관심을 쏟지 못한 것이 사실이다. 그러나 全國民醫療保險이 실시되고, 醫療施設이나 人力, 그리고 製藥 및 醫療機器産業 등 醫療供給體系가 제 軌道에 올라 있으므로 이제는 이의 內實을 기해야 할 시점이다.

따라서 第7次 經濟社會發展 5個年保健部門計劃에 健康 및 醫療에 대한 消費者 保護機能 強化가 독립된 항목으로 들어가게 된 것은 時意適切한 措置라 할 것이다.

이에따라 이 章에서는 健康 및 醫療에 대한 消費者 保護機能을 強化하는 政策方向으로 크게 醫療의 公益性 提高와 副作用被害救濟制度의 確立으로 나누어 보았다.

保健醫療서비스는 保健醫科學의 괄목할만한 발달에도 불구하고 예나 지금이나 患者와 醫師(혹은 다른 醫療供給者)간의 信賴關係를 바탕으로 하는 지극히 人間的인 서비스이다. 또한 保健醫療서비스는 國民의 健康水準에 직접적 영향을 미치며, 이의 外部效果가 크다는 점에서 準公共財(quasi-public goods)로 취급되는 만큼 醫療서비스는 그 속성상 公益性을 가질 수 밖에 없다. 따라서 公益性의 提高는 保健醫療서비스의 特性上, 그리고 消費者인 國民大衆의 健康과 직결된다는 의미에서 중요하다 하겠다.

구체적으로 醫療의 公益性 提高를 위한 政策으로는 醫療利用者의 權利

保護, 醫療倫理의 確立, 醫療紛爭의 合理的 解決 誘導方案을 고안하였다.

醫療利用者의 權利保護를 위한 基本方向으로는 診療받을 權利의 確保, 醫療機關 選擇의 自由, 그리고 잘못된 診療에 의한 損害의 補償에 대하여 살펴보았다.

醫療倫理의 確立은 醫療가 과도한 商品化, 官僚化 傾向을 보이고 있는 현실에서 消費者保護 측면에서 뿐만아니라 전체적 社會倫理의 한 축으로서 시급하게 이루어져야 하는 문제이다. 이를 위한 基本方向으로는 醫療人 스스로 倫理意識을 確立하도록 의료단체가 중심이 되어 自律的인 改善 雰囲気을 조성해야 하며, 倫理意識이 墮落하는 것을 制度的으로 防止할 수 있게 醫療倫理 자체를 堅實하게 構築해야 할 것이다.

醫療서비스의 商品化와 이로인한 醫師와 患者間의 非人格的 關係로의 變化에 기인하여 급증하고 있는 醫療紛爭은 점차 큰 사회문제가 되고 있다. 의료기관의 士氣振作 및 명량한 診療風土의 조성을 유도하기 위해서 뿐만아니라, 의료사고를 당한 消費者를 迅速하고 適正하게 救濟할 수 있는 社會的 裝置가 고안되어야 한다는 輿論이 높아져 가고 있다. 이에따라 醫療紛爭을 심판할 公正한 審判機構의 설치와 醫療被害를 救濟하기 위한 基金의 設立方案등이 고안되었으며 이의 실시를 위한 立法措置가 따를 전망이다.

副作用 被害救濟 制度의 確立은 醫藥品과 食品 및 生活用品의 副作用에서 비롯된 消費者의 被害를 迅速하고 適正하게 救濟하여야 한다는 趣旨에서 제7차 5개년부문 계획에서 처음으로 입안되었다.

현대사회에서 醫藥品은 급격히 발전하여 保健醫療 資源의 한 축을 이루고 있을만큼 차지하는 비중이 커지고 있다. 그러나 한편으로 醫藥品의 使用이 증대하는 만큼 이에 따르는 副作用의 頻度도 같이 증대하고 있으며 오히려 副作用의 種類, 範圍 및 發顯樣相은 더욱 다양해지는 추세이다. 또한 食品 및 生活用品도 産業의 발전에 따라 그 種類 및 數量이 급격히 증가하고 있고, 이에따라 副作用에 의한 被害도 급증하고 있는 형편이다.

따라서 消費者의 保護를 위해 조속히 이러한 被害를 救濟하기 위한 制度的 裝置가 고안되어야 할 것이다. 이를 위한 방법은 被害者에 대한 報償 金支給을 통한 直接的인 被害救濟를 주로 하고, 醫藥品の 경우에는 醫藥品の 安定性 向上과 新藥開發 촉진을 통하여 副作用이 적고 效能이 우수한 醫藥品을 공급하게 하는 制度的 誘引을 제공하는 間接的 被害救濟制度를 생각해 볼 수 있을 것이다. 앞으로 藥禍문제를 전술한 醫療被害 救濟制度에서 직접적으로 취급하는 것이 나은지 또는 新藥開發등 의약품의 振興을 통한 간접적인 피해구제제도에서 취급하는 것이 좋은가에 대한 검토가 이루어져야 할 것이다.

食品 및 生活用品의 경우에는 間接的인 被害救濟制度로서 食品 및 生活用品의 安全性을 檢査하는 諸機關의 설립 및 優秀 食品 및 生活用品에 대한 獎勵施策 등이 포함될 것이다. 이러한 制度的 裝置의 개발은 궁극적으로 副作用 被害의 程度 및 頻度を 감소시키며, 國民保健의 向上에 이바지할 것이다.

保健政策의 窮極的인 目標가 國民保健의 向上에 있는 만큼 健康 및 醫療에 대한 消費者, 즉 國民保護機能의 強化는 앞으로 保健部門政策의 優先 順位에 있어 그 比重을 높여야 하며, 保健當局의 重點事業이 되어야 할 것이다.

# 1. 醫療의 公益性 提高

## 1. 1. 醫療利用者의 權利保護

### 1. 1. 1. 現況 및 問題點

의료이용자는 다른 부문의 이용자 즉 일반 소비자의 입장보다 훨씬 더 약하고 상대적 비전문성이 강한 집단으로 대칭되는 특성을 지닌다. 이런 특성으로 해서 그간 의료 이용자의 보호는 논의의 대상에서 제외되다시피 하였고 1990년도 보건사회백서에도 따로 ‘의료 이용자의 권리보호’라는 귀절을 찾아볼 수 없는게 현실이라 하겠다.

### 1. 1. 2. 第6次 計劃의 評價

1989년도에 실시된 전국민 의료보험 확대 실시는 의료이용의 접근 기회를 전국민에게 균등히 개방했다는 점에서 진일보한 일이라고 지적할 수 있겠다.

한편 의료전달체계를 정착함에 있어 중복진료문제를 해결할 수 있는 제도적 뒷받침을 도외시함으로써 의료이용자가 동일 질병에 중복진료 및 검사 등의 중복을 감수해야 하는 큰 오류를 범하고 있는 실정이다.

의료전달체계 정착을 반대할 이유는 없으나 현행 의료법을 개정하여 의료이용자의 중복진료를 면해 주어야 한다.

### 1. 1. 3. 基本方向

의료이용자의 권리보호에 있어 중요한 것은 진료받을 권리의 확보, 진료기관 선택의 자유, 잘못된 진료에 의한 손해의 보상이라고 생각한다.

첫번째 진료받을 권리의 확보는 사회복지적인 측면의 지원까지를 다 포

함해서 온 국민이 진료를 필요로 할 때는 진료를 받을수 있는 제도적 장치의 확충이라 할 수 있다. 이 문제는 전국민 의료보험 확대로 해결된 것처럼 보이지만 병·의원의 도시집중 현상 등을 해결하지 않는한 실제적인 의료이용기회의 제한이라는 결과를 빚을 수 밖에 없음을 간과해서는 안된다.

둘째로 진료기관 선택의 자유는 중복진료의 문제와 1차진료기관 무경유 환자의 의료보험 수혜대상 제외 원칙에 따라 실질적인 의료비 과다부담으로 인해 사실상 제한받고 있는 형편이다. 3차진료기관의 환자 집중현상을 해결하기위한 방안의 목적도 이해하지만 질병의 종류, 정도와 상관없이 진료비의 부담여부에 의해 선택이 좌우되는 현실은 어떤식으로든지 보완되어 의료이용자의 진료기관 선택권이 형평성을 갖도록 도와주어야 한다고 생각한다. 중복진료 문제는 현행 의료법 20조 등에 근거하여 진료기관이 의사의 소견서, 검사기록 등의 열람은 물론 타의료기관으로의 송부를 기피함으로써 두 곳의 진료기관에서 진료받게 되면 똑같은 검사 등 진료를 반복해서 받게 되므로 의료전달체계 정착이라는 면에서의 1차진료기관 경유 2차, 3차진료기관 이용은 제구실을 못할 뿐더러 의료이용자에게만 일방적인 불편과 불이익을 주고 있는 분야로 사료된다.

세째 잘못된 진료에 의한 손해의 보상은 전문가 대 비전문가의 문제이므로 국가가 환자보호의 강력한 의지를 갖고 전문적 조직에 의한 보호책을 마련해야 할 일이라고 생각한다.

#### 1. 1. 4. 細部 推進 計劃

이러한 제반 문제를 해결하기 위해서는 우선 의료법 20조(가족열람 등)의 규정을 보완 개정하여 환자에게 진료소견서, 차트 등의 열람권과 설명을 요구할 권리 등을 부여해야 한다. 그리고 소견서, 차트, 각종 검사기록(X-레이 필름 등 포함) 등을 반드시 첨부해서 타의료기관에 이첩토록 제도화해야 한다. 그렇게 해야 중복진료의 불편도 덜고 의료이용자의 3차진

료기관의 진료선호도도 낮출수 있다.

다음으로는 의료자원의 확보 및 확대로 응급환자의 의료기관 이용기회 상실 등 치명적인 손해를 방지해야 한다. 또한 병상수의 적절한 확대로 의료이용기회의 근원적 봉쇄문제도 해결해야 할 중요한 일이라고 지적해 둔다.

잘못된 진료의 손해배상을 위해 우선 각 의료기관이 이런 피해사례를 신청받는 창구를 마련하고 소비자보호단체의 요구시는 제3자라 할 지라도 진료기록 일체를 열람·복사해 주어야 한다. 그렇게 해야만 올바른 진료를 더욱 돕는 풍토가 마련되고 쓸데없는 의료행위에 대한 불신풜조도 사라질 것이며 진정한 의료이용자의 권리보호도 이루어지리라고 생각한다.

끝으로 의료분쟁시 중재할 수 있는 국가기관의 설립을 요구한다.

## 1. 2. 醫療倫理의 確立

### 1. 2. 1. 現況 및 問題點

한국사회가 경제적으로 발달하는 것과는 대조적으로 우리는 지금 일찌기 경험해 보지 못했던 金錢萬能主義와 集團利己主義의 膨湃, 生命輕視現狀의 蔓延, 勤勞意慾의 低下 등으로 인하여 이른바 社會倫理의 危機時代를 맞이하고 있다. 의료분야도 예외가 아니다. 의학기술이 발전하고 국민의 건강권에 대한 인식이 증가할수록 醫療倫理의 退落함을 아쉬워하는 소리가 드높다. 현대사회에서 의료가 商品化되고 官僚主義化해 갈수록 각종 醫療不滿과 事故와 紛爭이 증가할 수 밖에 없는데 우리나라의 경우에는 이에서 한걸음 더 나아가 의료기관에 대한 물리적 파괴, 점거 및 난동이라는 실력행사에 이르고 있다.

일반적으로 醫療倫理의 諸 課題는 生命의 尊嚴性에 대한 醫療倫理의 문제와 尖端醫療技術의 發達과 관련된 醫療倫理의 문제 및 患者와 醫療人

간의 진료행위를 통한 醫療倫理의 과제로 나누어 볼 수 있지만 여기서는 보사당국이 정책적으로 개입할 수 있는 患者診療와 관련된 醫療倫理的 課題에 국한하기로 한다.

한 調査에 의하면 일반국민의 26.5%가 진료시 醫師들이 不親切하다고 느끼고 있으며, 44.2%가 환자의 병세에 대하여 의사들은 충분한 설명을 해주지 않는다고 느끼고, 46.0%가 투약과 주사량을 필요 이상으로 사용한다고 느끼며, 55.6%가 각종 임상검사를 과다하게 시행한다고 응답하고 있는 등 일반국민은 의사에 대하여 상당히 批判의임을 알 수 있다. 다시말해서 의료인의 拜金主義 傾向은 職業倫理意識을 稀釋시켜 환자에 봉사하기 보다는 오히려 君臨하는 姿勢가 생기고 있으며, 지나친 의료기술위주의 權威主義에 빠지고 있다. 이와같은 바람직하지 못한 현상은 국민의료의 수준을 떨어뜨리는 한 요인이 되며 國民醫療費를 仰騰시킴과 동시에 醫療倫理를 파국으로 몰아가는 원인이 되고 있다.

### 1. 2. 2. 第6次 計劃의 評價

제7차 5개년 계획수립 이전에는 醫療倫理에 관한 사항이 한번도 5個年 計劃書에서 독립된 항으로 부각되어 본 적이 없다. 다시말해서 이 분야는 정부의 관심영역 밖이었다. 그러나 이처럼 5개년계획서에 醫療倫理의 項을 신설한 것 자체가 이 분야의 심각성을 반영해 주고 있는 셈이다.

### 1. 2. 3. 基本方向

金錢萬能主義, 集團利己主義의 橫行, 生命輕視風潮의 蔓延 등 사회전체의 윤리가 혼탁해지는 상황에서 醫療倫理만을 淸淨하게 確立하자는 것은 무리일 수 밖에 없다. 그러나 醫療部門은 직접적으로 生命을 다루는 부문이며, 고대로부터 현대에 이르기까지 의료인은 仁術의 專門家라는 측면에서 의료윤리가 더 더욱 강조될 수 밖에 없다. 따라서 醫療倫理를 確立하여

국민들의 生命과 健康을 유지하는데 있어 국민들이 의료인을 信賴할 수 있는 의료풍토를 조성하는 것은 중요한 보건시책의 하나가 되어야 할 것이다.

醫療倫理를 確立하는 데 있어서 무엇보다도 중요한 것은 의료인들 스스로 自律的인 醫療倫理를 確立하는 것이다. 일반적인 社會倫理의 確立이 행정적, 정책적 조치만으로 불가능하듯이 醫療倫理 역시 그러하다. 전문직업인인 의료인들이 스스로 職業的 良心을 견지할 수 있게끔 여건을 조성하는 것이 중요하다. 이와 동시에 醫療制度 자체를 견실하게 구축하여 의료인의 윤리의식이 타락하는 것을 제도적으로 방지할 수 있게 하는 것이 기본적인 倫理意識 確立策이 될 것이다.

#### 1. 2. 4. 細部推進事項

##### －保健醫療人에 대한 醫療倫理의 教育

각급 보건의료인 養成課程에 醫療倫理를 필수과목으로 채택하여 최소한 2학점이상을 취득하도록 하고, 補修教育時 醫療倫理科目を 履修하도록 하여야 한다.

##### －保健醫療人團體 倫理委員會의 機能 強化

대한의학협회 등 보건의료인 단체에 倫理委員會를 설치 또는 강화하도록 하고, 의료인 스스로 醫療倫理를 確立하려는 노력을 하도록 한다. 이 윤리위원회로 하여금 비윤리적인 의료인을 자체 징계케 하는 등의 自體淨化努力을 하게 하는 것이 필요할 것이다.

##### －醫療保險 診療費審査의 強化

의료보험의 보험자로 하여금 진료비심사를 강화케 하여 부정진료, 부정청구를 막아야 할 것이며, 이러한 부정심사에 자주 포착되는 의료인에 대하여는 제재를 강화하여야 할 것이다. 장기적으로는 진료비지불제도 그 자체가 의료인의 이기심을 불필요하게 자극하지 않는 방향으로 수정되어야

할 것이다.

－保健當局의 持續的인 行政指導와 制裁 強化

보건당국은 지속적으로 의료인과 의료기관에 대한 행정지도를 강화하고 위반사태가 발견되면 즉시 제재조치를 취하도록 한다.

－倫理的 醫療人像의 確立

모범이 될 의료인에 대한 포상제도를 마련하여 바람직한 의료인상을 만들어 내감과 동시에 이를 널리 홍보하여 醫療倫理觀을 定立해 나가야 한다.

### 1. 3. 醫療紛爭의 合理的 解決 誘導

#### 1. 3. 1. 現況 및 問題點

우리나라도 社會保險方式의 醫療保險制度가 導入되자 醫療需要가 急激히 增加함과 동시에 醫療서비스도 이제는 국민 基本權의 하나로 인식됨에 따라 醫師와 患者間의 關係에 큰 변화를 일으켜 醫療紛爭이 漸次 增加하고 있음을 <表 5-1>에서 最近 몇 年間 統計에서 알 수 있다.

표 5-1. 年度別 醫療紛爭 申告件數

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
政府民願接受	474	576	530	555	503	110 <sup>3)</sup>
醫協共濟會 <sup>1)</sup>	323	295	381	342	365 <sup>2)</sup>	271 <sup>2)</sup>
合計 <sup>4)</sup>	797	871	911	897	868	381

註 1) 醫協共濟會 接受는 前年 11월부터 當該年度 10월까지임.

2) 醫協의 1989 및 90년도 事件은 현재도 계속 申告中에 있기 때문에 實際件數는 增加될 可能性 있음.

3) 政府民願의 1990年度는 5月 現在임.

4) 政府民願과 醫協共濟會 兩側으로 모두 申告된 事件도 있어 實際의 事件은 合計보다 적을 가능성 있음.

資料 : 保健社會部, 保健社會白書, 1990 및 大韓醫學協會

이와같은 醫療紛爭에 대한 解決方案은 다음과 같다. 첫째, 患者側과 醫療機關側의 兩者間 和解·調整에 따라 그 決定案을 醫療提供者가 被害者에게 補償하거나, 둘째는 和解·調整이 되지 않는 경우 民事 또는 刑事訴訟에 의해 醫療人의 過誤를 立證한 후에 이를 土臺로 被害者에게 過誤에 해당하는 만큼의 被害額을 賠償케 하는 것이다.

승의에 의하던 民·刑事訴訟에 의해 決定이 되던 일단 賠(補)償額이 決定되면 醫療人은 本人이 直接 負擔하거나, 賠償責任保險에 加入하여 保險金으로 支拂하거나, 醫協共濟會에 加入하여 共濟金으로 支拂할 수 있다.

우리나라의 경우 먼저 醫療事故가 發生하였을 경우 행정적으로 공정하게 심사하여 和解·調整시키기 위해 醫療審査調整委員會를 1981년에 改正된 醫療法에 근거하여 行政部 및 각 市·道에 設置 運營하고 있으나 < 表 5-2 >에서 볼 수 있는 것처럼 큰 實効를 얻지 못하고 많은 醫療事故는 民·刑事訴訟으로 가고 있다.

표 5-2. 醫療審査調整委員會 活動現況

年度	處理內容	件數	事 由
1983	반려	1	검찰에 사건 계류
1984	기각	1	조정안을 신청인이 거부
1985	반려	2	검찰에 사건계류 1, 분쟁대상 아닌 사안 1
	기각	1	조정안을 당사자 거부
1986	반려	2	분쟁대상 아닌 사안
1987	취하	1	당사자 합의
	기각	3	조정안을 당사자 거부
1988	-	-	-
1989	기각	1	조정안을 피신청인 거부
계	취하	1	
	반려	5	
	기각	6	

자료 : 보건사회부, 의료정책과

그러나 民事訴訟의 경우 被害者의 승소율은 15% 정도에 不過하고\*) 刑事訴訟의 경우 < 表 5-3 >에서 볼 수 있는 바와 같이 公判으로 처리되는 경우는 2%에도 미치지 못하고 있다. 行政的인 和解·調整은 外面하고, 民·刑事訴訟에서는 승소율이 낮다보니 醫療事故를 입은 被害者側에서는 자연 物理力에 의지하는 形式을 취하고 있다.

표 5-3. 醫療過誤事死 處理現況

年 度	接 受 (名)	處 理 狀 況						
		求公判	求略式	협 의 없 음	기 소 유 예	공소권 없 음	기 소 증 지	타기관 이 송
業務上 過失致傷								
1987	132	2	6	116	2	3	1	2
1988	133	4	7	107	3	2	3	7
1989	148	2	7	118	9	6	2	4
計	413	8	20	341	14	11	6	13
(%)	(100.0)	(1.9)	(4.8)	(82.6)	(3.4)	(2.7)	(1.5)	(3.1)
業務上 過失致死								
1987	121	3	10	91	-	1	1	15
1988	131	1	14	99	-	1	1	15
1989	157	2	7	132	2	-	-	14
計	409	6	31	322	2	2	2	44
(%)	(100.0)	(1.5)	(7.6)	(78.7)	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(10.7)

資料 : 尹錫正, 醫療過失事死의 實態와 對策

\*) 정광모, “의료사고분쟁 - 해결책은 무엇인가?”, 의료사고분쟁 이렇게 처리하자, 1989. 5. 18. 프레스센터 국제회의장.

그리고 賠償을 위한 保險制度는 1973年 醫師賠償責任保險이 導入되었으나 <表 5-4>에서 볼 수 있는 바와같이 醫療人의 外面으로 1984年 이후에는 사라졌으며, 1981년부터 醫協 共濟會가 그 機能을 맡고 있으나 1990년 10월까지의 賠償最高額이 300만원, 1990年 11月以後에는 賠償最高額이 1,000만원에 그치고 있어 大部分의 醫療事故는 醫療제공자가 被害者側의 物理力에 쫓겨 直接的으로 賠償하는 方式을 擇하고 있다.

표 5-4. 醫療事故 賠償責任保險 現況

회 사	기 간	계 약 건 수	보 험 료 (천원)	지 급 건 수	보 험 금 액 (천원)	손 실 율 (%)
동방	'73~'78	172	1,871	4	4,737	253.2
동양	'74~'77	105	1,246	6	6,451	517.2
제일	'75~'78	3	447	1	2,000	447.4
범한	'82~'84	2	12	0	0	0
계		282	3,576	11	13,188	368.8

資料 : 文玉綸, 李奎植, 醫療事故被害救濟制度開發에 관한 研究, 1991.

醫療事故紛爭에 있어서 過誤判定이나 紛爭의 調整이 合理的으로 되지 못하고 또한 被害賠償을 위한 責任保險이나 賠償基金등이 원만하게 갖추어지지 못한데는 여러가지 要因이 있겠으나 이러한 制度의 不備로 인해 환자의 物理的 行使에 의한 賠償은 結果的으로 醫療人들의 診療意慾을 위축시킬 뿐 아니라 이로 인해 應急患者에 대한 診療忌避, 醫療事故發生을 防止하기 위한 防衛的 診療에 따른 診療增加 등으로 그 피해는 다시 一般國民들에게 되돌아오는 問題點을 야기하고 있다.

### 1. 3. 2. 醫療被害救濟의 基本方向

醫療紛爭의 增加는 오늘날 大部分의 先進國에서도 經驗하고 있는 것으로서 이에대한 對處方案을 살펴보면 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 첫째는

醫療人の 過誤與否를 基準으로 한 民法의 事故賠償法(tort law)에 의한 賠償額을 醫師賠償責任保險을 통해 支拂하는 方法으로 美國을 위시한 西歐의 많은 國家들이 擇하고 있다. 둘째는 醫療人の 過誤判定이 쉽지 않기 때문에 過誤判定없이 모든 醫療紛爭을 國家가 設立한 事故補償基金에서 補償하는 無過失補償方法으로 뉴질랜드와 스웨덴에서 擇하고 있다.

無過失補償의 경우는 醫療事故 뿐만 아니라 運動하다 일어난 事故, 家事 일을 하다 생긴 事故와 같은 모든 事故를 補償의 對象으로 하고 특히 이러한 事故로 인한 死亡이나 障礙의 경우 年金制度和 結付시키는 등 다른 社會保障制度의 發達이 前提되어야 하고, 모든 事故를 補償對象으로 함에 따라 件當 補償額은 그렇게 크지 않아, 우리나라와 같이 事故를 賠償法(tort law)에 의하는 전통이 있는 경우 被害者가 無過失補償額에 만족치 못하는 問題點도 있다. 그뿐 아니라 件當 補償額은 적으나 모든 事故를 對象으로 해야 함에 따라 補償基金의 規模는 엄청나게 크며, 이를 國民들에게 税金形式이나 保險料 形式으로 負擔시키기에는 現在로서는 合當하지 않기 때문에 無過失補償制度는 採擇키 곤란하다.

그런데 事故賠償法에 의해 過誤判定을 하고 이에 따라 賠償責任保險에서 支拂하는 경우, 그 判定期間이 長期化(3~5년이 보통임)된다거나, 法院에는 醫療分野專門人力이 없어 過誤判定이 辯護士의 힘에 左右되는 問題라든가, 賠償額의 不衡平問題라든가 등의 여러가지 問題가 대두되어 많은 나라에서 醫療紛爭의 判定을 전문인의 손에 의해 行政的으로 먼저 判定을 하고, 司法判定은 行政的 判定이 問題가 있을 때 그 節次的 適合性만을 判定하는 方法을 摸索하고 있다.

우리나라도 醫療紛爭이 發生하면 즉시 행정적 判定機構인 의료분쟁심판위원회(가칭)에 被害者가 제소토록 하고 심판위원회는 1審과 2審을 두어 一般 國民이나 醫療人이 얻을 수 있는 公正한 判定을 빠른 기간내에 내리도록 하며 여기에 不服하는 경우만 司法機構인 法院으로 가도록 한다.

의료분쟁심판위원회(1심 이나 2심)의 判定이나 또는 法院判定에 의해

醫療人の 過誤가 立證되면, 그에 따른 賠償額은 被害救濟基金을 설치하여 基金에서 各各 支拂토록 한다.

이러한 제도에서 다루어야 할 被害救濟對象은 첫째, 醫療人の 過失에 기인하는 醫療事故이며, 둘째 規定 可能한 不可抗力의 事故로 醫療人은 주의 의무를 다했음에도 不拘하고 現在의 醫學水準下에서는 不可避하게 發生할 수 밖에 없는 事故, 셋째, 醫藥品 및 醫療器機使用에 따른 副作用으로 醫師나 藥師는 處方과 調齊에 아무런 過誤가 없었는데도 發生하는 藥禍事故, 넷째, 豫防接種에 따른 副作用 등으로 한다.

日本の 경우 醫藥品副作用은 別途基金으로, 豫防接種은 國家 公費로 對處하고 있고, 過誤判定도 藥禍는 中央藥事審議會, 豫防接種은 公衆衛生審議會등에서 各各 하고 있어 醫療事故가 發生할 경우, 한쪽에서는 醫療人の 過誤다, 한편에서는 藥禍다 하는 式으로 서로 責任을 전가하는 問題가 있다. 醫療서비스는 醫療人이 藥이나 醫療器機를 利用하여 자신의 專門知識으로 疾病을 治療하는 複合行爲이므로 事故判定도 同一機構에서 하는 것이 妥當하며 被害救濟도 同一基金에서 하는 것이 妥當하다. 따라서 우리나라는 醫療過誤, 醫藥品 및 醫療器機副作用, 豫防接種 副作用을 모두 醫療紛爭審判委員會에서 判定토록 한다.

그리고 被害救濟基金은 醫療人の 過誤에 기인한 被害救濟를 위해서 醫療保險診療의 一定率을 각출금으로 徵收하고, 醫藥品 또는 醫療器機副作用을 補償키 위해서 製藥會社나 醫療器機製作會社로 부터 賣出額의 一定率을 各출금으로 徵收하고, 不可抗力의 醫療事故를 補償키 위해 政府나 醫療保險組合으로 부터 基金總額의 一定率을 釀出金으로 徵收토록 한다.

### 1. 3. 3. 細部推進計劃

現在의 醫療法으로는 醫療紛爭을 합리적으로 解決하기 어려워 보인다. 따라서 1991年 中에 醫療被害救濟法(가칭)을 立法토록 한다.

醫療被害救濟法에 따라 1992年 中에 醫療紛爭審判委員會(1審 및 2審)를 構成하고, 醫療被害救濟基金(가칭)을 獨立 法人體로 設立하여 醫療機關, 製藥會社(輸入會計包含), 醫療器機 製作分科(輸入會計包含), 政府, 醫療保險組合 등으로부터 基金釀出金を 徵收하여 醫療被害救濟業務를 시작토록 한다.

## 2. 副作用 被害救濟 制度의 確立

### 2. 1. 醫藥品

#### 2. 1. 1. 現況 및 問題占

의약품의 사용은 치료효능을 기준으로 하여 선택되지만 모든 의약품은 반드시 부작용을 지니고 있으며 이 부작용의 종류, 범위 및 발현양상 등이 점점 다양해지는 추세이다. 의약품 부작용 발생시 피해자에 대한 처리는 해당약품 제조업소가 피해자와 합의하여 보상금을 지급하는 경우와 민사상 손해배상청구에 의하는 방법이 있으나 어느 경우이든 약화사고에 대한 인과관계의 설명이나 입증의 부담이 간단하지 않고 처리과정이 장기간이어서, 실제 수행상의 어려움이 많을 뿐 아니라 의약품 전반 및 보사업무에 대한 국민의 불신감 조장과도 연계될 소지가 있다. 따라서 의약품 부작용에 의한 피해구제를 정부차원에서 제도화 함으로써 신속하고 원활한 피해구제를 도모하여 선진국형 보건복지제도를 마련할 필요성이 있다. 1989년도 기준으로 국내 부작용 사례의 숫자는 29건이었으나 국내 부작용 수집체계가 전국적으로 본격화된 시점이 오래되지 않았다는 점과 인근 일본의 경우 1988년도 기준으로 128건의 부작용 피해구제 청구가 있었고 이 중 72건에 대해 구제기금이 지급된 사례가 있었다는 점으로 보아 국내에서도 보고되지 않은 부작용 사례가 더 많이 있을 것으로 판단되므로 이에 관한

대비책을 조속히 강구할 필요성이 있다.

## 2. 1. 2. 第6次 計劃의 評價

제6차 계획에서는 의약품 부작용 피해구제 제도에 대한 국가차원에서의 대비책이 구체화된 바 없었다.

## 2. 1. 3. 基本 方向

의약품 피해구제 방법은 첫째, 피해자에 대한 보상금 지급을 통한 직접적인 피해구제를 주로하고 둘째, 의약품의 안전성 향상과 신약개발 촉진을 통하여 부작용이 적고 효능이 우수한 의약품을 공급하여 부작용 피해정도 및 빈도를 감소시키는 간접적인 피해구제체도를 수행한다. 부작용 피해구제를 정부차원에서 제도화하기위한 입법조치를 도모하고, 기금 및 재원을 가급적 수익자부담의 원칙에서 민간주도로 조달하여 기금의 설치형태에 최대한의 중립성을 보장하도록 한다.

## 2. 1. 4. 細部推進計劃

### ○ 기금의 재원조달

기금재원을 제약기업 및 의약품 수입업자의 각출금으로 충당하며 이때 의약품의 부작용 위험계수를 고려한 매출액의 일정률을 부담시킨다. 정부는 기금운영과 관련된 간접비용 즉 인건비 등을 부담한다.

### ○ 기금의 운영주체

기금은 특수공익법인으로 설치하거나 또는 제약협회 내의 별도기금으로 설치하여 약사, 의사, 변호사, 학계, 소비자대표 등으로 구성된 부작용 심사기구에 의해 중립적으로 운영한다.

### ○ 피해구제 범위

의약품, 수입의약품 및 국가보건사업의 일환으로 수행되는 예방접종약품

○ 구제급부의 내용

가. 의약품 부작용으로 인한 질병, 장애, 사망의 경우

나. 보상금과 장례비를 위주로 하여 연금지급방식도 검토함

다. 기금의 일부를 활용하여 의약품 안전성향상 또는 신약개발연구 사업에 출자 또는 지원

○ 기금 설립을 위한 입법계획

약사법에 근거조항을 삽입하여 제약협회내에 별도기금 설치를 추진하거나 별도 법률 제정 추진.

참고 : 일본의 경우 1979년 약사법에 별도법률제정(의약품 부작용 피해 구제 기금법) 한 바있고, 독일의 경우 1976년 약사법에 근거조항 삽입(민간손해보험 강제가입) 한 바있다.

## 2. 2. 食品 및 生活用品

### 2. 2. 1. 現況 및 問題點

경제수준의 향상에 따라 식품 및 생활용품이 매우 다양해지고 있는 반면에 아직도 부정, 불량식품 및 위해 생활용품이 유통되고 있어 국민건강에 위협을 가하고 있다. 이같은 실정에도 불구하고 불량식품 및 위해생활용품의 사용으로 인한 부작용에 대한 피해상황 및 구제제도에는 미흡한 자료 및 정책부재로 인하여 장래 더욱 다변화 될 수 있는 식품 및 생활용품의 부작용을 파악하는 것은 소비자로서의 국민건강은 물론 경제적, 정신적피해까지도 구제할 여건을 조성할 수 있다 하겠다.

〈문제점〉

- 불량식품, 위해생활용품의 제조업소에 대한 식품위생감시 및 생활용품 제조검사의 체계가 미약하다.

- 식품, 생활용품의 제조업소의 영세성으로 불량식품과 유해 생활용품의 제조가 가능하다.
- 일반국민(소비자) 및 식품 및 생활용품의 제조에 종사하는 업주 및 근로자가 불량식품 유해생활용품의 사용이 타인의 건강을 파괴할 수 있다는데 대한 인식이 희박하다.
- 불량식품 및 유해생활용품의 피해로 인한 보상제도에 대한 제조업자, 소비자간의 법적제도에 지식의 결여

### 2. 2. 2. 第6次 計劃의 評價

- 식품의 품질검사강화

1986년 식품연구소를 설립하여 식품연구, 교육사업의 법적기반을 마련하였으며 기본식품에 대한 관리기준을 제정하였다.

식품 및 생활용품의 부작용에 대한 피해구제제도에 대하여는 제 6차 계획에는 포함되어 있지 않아 구체적인 평가는 불가능하다.

### 2. 2. 3. 基本方向

- 1) 식품 및 생활용품의 부작용으로 인해 피해를 구제하고자 법적제도를 강구한다.
- 2) 식품 및 생활용품의 사용상의 문제점이나 식품 또는 생활용품의 불량품, 위해성을 판정하도록 한다.
- 3) 식품 및 생활용품의 검사 연구기관 보강
- 4) 식품 및 생활용품 제조업소의 품질향상과 안전성 제고
- 5) 국민(소비자)의 불량식품 및 유해생활용품에 대한 고발정신 확립으로 위해상품의 원천적 봉쇄

## 2. 2. 4. 細部推進 計劃

- 1) 식품이나 생활용품의 부작용에 대한 피해를 구제할 수 있는 (경제적, 정신적 보상을 포함) 법적제도를 마련한다.

식품이나 생활용품의 오용, 남용으로 인한 부작용의 피해를 규정하고 그 피해를 보장할 수 있는 법적제도를 명문화한다.

- 2) 불량식품 및 위해생활용품을 판정할 수 있는 검사기관의 보장이 제고된다. 소비자 보호원이나 식품위생연구소내에 식품이나 생활용품의 위해성을 판정할 수 있는 검사 기관의 보장이 요청된다.

- 3) 식품이나 생활용품의 부작용을 판정하고 피해의 구제 방법을 논의할 수 있는 위원회를 소비자보호원에 설치한다.

식품이나 생활용품의 부작용을 판정하고 피해보상제도를 논의하는 위원회를 소비자보호원에 설치한다.

### 4) 제7차 계획 및 추정예산(만원)

구 분 \ 년 도	1992	1993	1994	1995	1996
불량식품이나 위해생활용품의 검사기관의 보장	10,000	10,000			
피해구제의 법적제도화			10,000		
법적제도의 자율실시				5,000	
법적제도의 전면실시					5,000

## 第 6 章 食品, 飲用水, 生活用品의 安全水準 向上

### 〈概 觀〉

國民所得 水準의 向上, 食生活 習慣의 變化 및 女性 就業人口의 增加 등 諸般 社會·經濟環境의 變化에 따라 加工食品의 消費가 急激히 增加되고 있고, 이와함께 最近의 都市化, 産業化에 따라 國民이 매일 攝取하고 있는 原料農水畜產物 및 飲用水의 汚染가능성도 높아지고 있어 食品 및 飲用水의 安全性 確保에 대한 國民의 欲求가 急增하고 있다.

또한 最近의 開放化에 따른 輸入食品의 增加에 따라 輸入食品에 의한 衛生上 危害 發生 可能性에 대한 國民의 憂慮도 높아지고 있어 이와같은 食品 및 飲用水의 安全性 確保를 위한 食品衛生 全般에 걸친 國家 管理機能의 強化가 切實히 要求되고 있다.

이와함께 國民經濟 水準의 向上에 따른 生活의 便利化, 潤澤化 追求에 따라 그 消費가 急激히 늘어나고 있는 各種 生活用品의 경우, 지금까지는 주로 機能性, 經濟性 위주로 選擇되어 왔으나 國民의 健康에 대한 意識水準 向上에 힘입어 이제는 利用時의 衛生上 安全性까지를 要求하게 되었으며, 특히 生活用品의 大規模 生産, 多量消費가 普遍化됨에 따라 生活用品의 衛生水準 向上이 國民의 關心 事項으로 擡頭되고 있다.

또한 急速한 産業化 및 人口의 都市 集中化에 따라 地下 生活空間을 비롯하여 大規模 人員이 동시에 使用하는 百貨店, 學園, 室內體育施設 등 公衆利用施設의 利用者 및 居住者가 急激히 늘고 있어 이와같은 施設들이 衛生的으로 適切히 管理되지 못할 경우 國民保健에 좋지 않은 影響을 줄 수 있다는 憂慮도 나오고 있다.

지금까지 政府는 食品等の 安全性 確保를 위하여 制度的, 法的, 行政的 側面에서의 國家 管理機能 強化를 위하여 많은 努力을 기울여 왔고 또한 여러면에서 좋은 成果를 이룩하여 왔으나 豫算, 人力등의 不足 때문에 國

民的 欲求水準에는 못미치고 있는 것이 現實情이다.

특히 지금까지의 重工業 發展위주의 經濟發展政策 때문에 國民保健의 重要性에 대한 政府의 認識이 他 分野에 비해 不足하였고, 또한 保社部 내에서도 醫政 및 福祉위주의 保社政策 때문에 食品, 飲用水, 生活用品 및 公衆利用施設의 安全水準 向上이 國民保健上 미치는 影響에 대한 重要性이 相對的으로 낮게 認識되어, 他 分野에 비해 豫算 및 人力投資가 미흡하였던 점도 지적되고 있다.

그러나 상기한 食品등의 國民保健에 미치는 影響은 그 範圍가 대단히 廣範圍하고, 長期的이어서 일단 問題가 發生하면 이를 改善하는 것은 거의 不可能하다는 것이 알려지고 있어 事前에 徹底한 投資가 要求되며, 특히 醫療費의 基本的인 節減方案이라는 면에서도 重要的 意味가 있다.

물론 상기한 食品등의 安全性 確保라는 대명제는 短時間내에 또한 몇 가지의 努力만으로는 이를 수 있는 사안만은 아니지만 이를 위하여 先決되어야 할 또한 繼續的으로 推進하고자 하는 優先課題는 다음과 같다.

“食品의 安全性 및 衛生水準 向上을 위한 管理體系의 強化”는 組織의 改善, 人力의 確保등에 豫算이 所要되는 등 여러가지 어려움이 있지만 國民의 食品의 安全性에 대한 知識 및 理解水準이 낮고 食品關聯業界의 自律管理 機能이 아직 不足한 現實을 考慮하였을 때 가장 먼저 解決되어야 할 問題點이며, 細部的으로는 中央 및 地方 行政機構의 監視, 指導體系의 強化, 食品衛生에 관한 情報蒐集 및 管理體系의 強化 및 食品衛生에 관한 對國民 弘報 및 教育의 強化가 이루어져야 하겠다.

中央 및 地方行政機關의 監視, 指導體系의 強化를 위하여는 保社部에 食品衛生 政策과 關聯된 企劃 및 政策開發을 擔當할 組織 및 人力을 補強하여 監視위주에서 指導위주의 食品衛生行政이 이루어질 수 있도록 하고 이와함께 市道の 指導·監督業務를 綜合的으로 監督해 나갈 수 있도록 하며, 實際 食品關聯 業界의 指導·監督을 擔當하고 있는 市·道の 保健衛生課에 食品衛生만을 專擔할 수 있는 食品계의 新設도 要求된다.

또한 人力의 專門化를 위하여 “食品職群”의 新設도 이루어져야 하겠다.

食品은 一般의인 其他 工產品과는 달리 대단히 多樣的 種類가 있고 같은 種類내에서도 品質水準의 差異가 대단히 크며, 특히 農水畜產物의 경우 產地, 種類, 等級別로 많은 差異가 있어 事前 情報 없이 이들의 安全性을 確保한다는 것은 거의 不可能하다고 할 수 있다.

또한 우리나라와 衛生管理 體系가 다른 여러 外國에서 輸入하고 있는 多種·多樣的 輸入食品의 安全性을 確保하기 위하여는 輸出國의 衛生管理制度, 汚染實態, 汚染可能性 등 많은 양의 情報을 必要로 한다.

따라서 食品衛生에 관한 情報蒐集 및 管理體系의 強化를 위하여 海外의 主要 國家에 食品駐在官을 派遣하여 輸入食品에 의해 發生할 수 있는 危害情報 및 法規등을 蒐集하고 食品關聯 國際會議에 能動的으로 대처하도록 하며, 이와같이 蒐集된 情報를 資料化하고 行政에 反映하기 위하여는 高度의 技術的 知識 및 人力, 豫算을 必要로 하므로 이를 遂行할 수 있는 專擔組織 및 人力을 確保하여 食品에 의한 危害 發生을 事前에 防止할 수 있도록 하고 國內 消費者團體 등 有關機關과의 常時協調體制를 構築하여 國民의 信賴度를 높혀 나가도록 하겠다.

食品衛生에 대한 國民의 意識水準 向上을 통하여 食品에 의한 危害發生 可能性을 事前에 防止하기 위하여는 食品衛生에 대한 올바른 知識 및 情報를 適時에, 適合한 媒體로, 適正對象에게, 適切한 內容으로 傳達하는 것이 重要하므로 持續의이고, 體系의인 內容의 弘報가 이루어 지도록 食品衛生에 관한 對國民 弘報教育을 強化하고 이와함께 學校를 통한 衛生關聯 教育改善도 이룩되도록 하겠다.

또한 이와같은 弘報計劃의 樹立, 諮問을 위한 食品衛生弘報對策委員會의 設置도 檢討하겠다.

두번째로 “食品汚染 物質에 대한 研究事業 및 檢査機能의 強化”도 重要한 課題의 하나이다. 즉 지금까지 우리나라 食品汚染物質의 基準 및 이의 影響評價 등은 大部分 外國의 資料를 그대로 利用하여 왔으나 各國의 食品

攝取량이 다르고, 使用되는 農藥等 汚染實態가 다르므로 外國의 資料를 그대로 利用하는데는 많은 問題點이 있다.

또한 業界의 發展, 汚染의 增加, 輸入食品의 急增등에 따라 檢査需要가 급격히 늘어나고 있어 이와같은 問題點을 根本的으로 解決하기 위한 研究事業 및 檢査機能의 強化가 要求되고 있으며, 細部的으로는 國立保健院, 國立檢疫所, 市道 環境保健研究所 및 韓國食品研究所의 檢査裝備 및 人力 補充, 汚染物質에 대한 모니터링 및 管理體系의 強化와 新開發品, 食品 添加物 및 食品汚染物質에 의한 影響評價를 위한 基礎研究 및 安全性評價 研究의 擴大가 必要하다.

業界의 急增하는 檢査需要, 原料食品의 汚染에 대한 檢査 및 輸入食品의 檢疫業務가 원활히 이루어질 수 있도록 國立保健院, 市道 環境保健研究所 및 韓國食品研究所의 檢査裝備 및 優秀한 人力의 劃期的인 補充을 推進하고, 이와함께 이들 檢査機關間의 機能을 調整·分擔하여 檢査需要에 機動的이고 效率的으로 對處해 나갈 수 있도록 함과 同時에 研究·檢査機關의 綜合的인 發展計劃을 樹立하여 推進하고자 한다.

食品汚染物質로 인한 衛生上 危害를 防止하여 國民保健 增進을 기하기 위하여는 農作物의 殘留農藥等 食品汚染物質에 대한 모니터링을 통하여 이를 정확히 評價하고, 이에 따른 適切한 對策을 樹立하여야 할 것이며 이와 關聯된 業務를 總括할 수 있는 專擔部署를 保社部 衛生局에 新設하여 政策樹立, 모니터링 結果評價 등을 遂行함으로써 管理體系를 強化해 나가겠다.

이와함께 모니터링 要員의 資質向上, 檢査方法의 標準化도 이룩되도록 하겠다.

新開發品, 食品添加物 및 食品汚染物質에 의한 影響評價를 위한 基礎研究 및 安全性 評價 研究 擴大側面에서는 먼저 食品汚染物質에 의한 影響評價를 위한 基礎研究를 담당할 수 있도록 學界에의 支援을 強化하고, 業界에서는 新製品의 安全性評價를, 國公立研究所에서는 研究結果의 評價,

政策適用과 關聯된 研究을 遂行토록 하므로써 安全性 評價와 關聯된 諸般業務가 有機的으로 連結되고 迅速히 行政에 適用될 수 있도록 할 計劃이다.

지금까지 우리나라의 食品衛生行政은 監視위주의 指導體系를 根幹으로 하고 있으나 食品製造業所의 健全한 發展을 誘導하기 위하여는 業界의 自律管理 機能의 助長이 대단히 必要하며, 業界의 育成을 통한 衛生管理能力 向上을 통하여 自然的으로 食品衛生 水準이 向上이 되도록 “食品製造業所”의 育成 및 安全性 自律管理 機能向上”도 시급히 必要한 課題이며, 細部的으로는 業界 自律管理體系의 制度化 推進, 食品衛生法 및 食品公典 등 法令의 國際化推進 및 食品安全性 研究 및 檢査를 위한 民間 研究機關의 育成을 이룩해 나가겠다.

먼저 業界 自律管理體系의 制度化를 위하여 食品關聯業所가 自社製品의 原料로부터 最終消費者까지의 모든 課程에 대한 責任을 지는 總括責任制를 導入하고 이와같은 總括責任制가 實弟로 實效를 거둘 수 있도록 食品衛生管理人, 營業許可證 施設基準 및 品目許可 制度의 全面的인 再調整을 實施하겠다.

또한 食品接客業所의 경우 調理士의 採用을 義務化하고 이들의 教育을 強化한 후 責任과 權限을 附與하여 調理士 中心의 自律的인 衛生水準 向上이 이루어지도록 하겠다.

最近 GATT를 中心으로하여 世界 交易의 自由化가 꾸준히 推進되고 있고 이와함께 UR多者間協商을 통하여 食品과 農產物의 國際交易上 自由化가 重要한 사안으로 擡頭되고 있어, 이와같은 國際環境變化에 適切히 對應하여 나가면서 우리나라 食品產業이 持續的인 發展을 이룩하기 위하여는 食品衛生法の 國際化가 先決되어야 하므로 이를 위한 業務를 할 수 있는 韓國 Codex 國際食品規格委員會를 保社部 傘下에 두고 保社部 衛生局에 이를 擔當할 수 있는 專擔部署를 新設하여 法令 改正 등 諸般業務를 遂行하도록 하겠다.

最近 食品關聯業體의 急速한 發展 때문에 食品關聯業界의 研究, 檢査 要求가 急速히 늘어나고 있고, 이와함께 이를 育成發展시키고 管理하여야 하는 政府側에서의 行政上 必要한 技術資料의 需要도 增加되고 있으나, 이를 擔當할 수 있는 研究機關은 未備한 實情이므로 이를 擔當할 수 있는 民間研究機關의 育成이 要求되고 있다.

특히 國·公立研究機關의 機能上 移管이 必要한 檢査業務를 代身하고, 食品衛生行政 執行時 및 政策決定時에 必要로하는 技術資料의 提供을 主 任務로 하는 國民, 政府, 業界가 모두 信賴할 수 있는 民間研究機關의 育 成이 必要하다.

우리가 매일 먹고, 마시고 있는 飲用水의 경우 都市化, 産業化에 따른 源水의 汚染可能性이 增大되고 있고, 送水管의 老後化에 따라 衛生上 危 害發生 可能性도 높아지고 있어, “飲用水의 衛生水準 向上”을 위한 對策 이 시급히 要求되고 있으며 이를 위하여는 飲用水의 安全性 確保를 위한 關聯部署間 協調體制의 構築, 上水源 保護를 위한 制度的 裝置, 簡易上水 道 管理 및 對國民 弘報強化와 水質監視 및 安全性 評價 研究 強化가 이 루어져야 하겠다.

飲用水 供給 및 그 管理體系는 上水源 指定에서부터 生産 그리고 管理 에 이르기까지 많은 部處가 關聯되어 그 企劃과 實行에 많은 어려움이 있 으므로, 關聯部處間 垂直的 또는 水平的 協力體制 및 一貫性 있는 管理가 이루어 질 수 있도록 各 關聯部署가 參與하는 飲用水 綜合計劃委員會(假 稱)의 新設을 推進하겠다.

또한 飲用水의 水質基準, 管理體系등의 技術諮問機關인 飲用水管理委員 會에 關聯 他 部處의 專門家를 包含하여 活性化 시키므로 實際的인 技術 諮問이 이루어질 수 있도록 하겠다.

飲用水의 安全性을 確保하기 위하여는 무엇보다 먼저 上水源의 水質이 徹底히 管理되어야 하며 이와함께 아직 많은 수의 農漁民이 利用하고 있 는 簡易上水道의 管理體制 整備가 要求되고 있으나 組織, 制度 및 豫算上

問題가 있어 아직 未洽한 水準이다.

따라서 現在 環境處에서 制定하고 있는 上水源水 水質基準을 保社部の 飲用水의 安全性 確保를 위한 指針水準으로 合理的으로 改正하고 全國의 으로 많은 國民이 使用하고 있는 簡易給水施設과 藥水, 샘물등에 대한 管理體系를 地方自治團體와의 協力하에 補強할 豫定이다.

또한 上水源과 飲用水의 水質現況을 國民에게 公開하여 根據없는 憂慮를 불식하고 飲用水의 安全性確保를 위한 國民의 積極인 協調를 얻을 수 있도록 對國民 弘報 및 教育을 強化해 나가고, 市民團體등과의 協力體系 및 學校教育의 강화도 推進하겠다.

國民들의 수도수에 대한 憂慮는 現實的 狀況을 考慮하지 않은 過多한 경우도 있으나 이와함께 水質에 대한 監視시스템의 未備 및 安全性 評價 研究의 不足에서 오는 不正確한 情報의 提供에도 있다고 思料된다.

따라서 飲用水 水質에 대한 國民의 不信을 해소하고 衛生的인 물을 供給하기 위하여 現在 地方自治團體에서 實施하고 있는 水質監視體系를 補強하고 保社部の 管理機能을 強化하며, 이들의 檢査를 위한 專門 檢査機關의 指定도 推進하겠다. 또한 水質의 安全性을 높이기 위하여 農藥, 重金屬 등 汚染物質에 대한 水質의 規格·基準을 強化하고, 더 나아가서 이와같은 汚染物質의 攝取에 의한 安全性을 徹底히 評價하여 좀더 現實的이고 우리나라 現實에 맞는 規格, 基準制定의 基礎로 使用할 計劃이다.

지금까지 衛生上 安全性 確保는 주로 食品 및 飲用水등에만 適用되어 왔으나 最近의 都市化에 따른 人口集中 때문에 公衆利用施設의 利用 및 生活의 潤澤化에 따른 各種 生活用品의 使用이 急增되고 있어 “公衆衛生의 向上”이 重要한 課題로 擡頭되고 있다.

이와같은 公衆衛生의 向上을 위하여 政府에서는 宿泊業所, 沐浴湯, 理·美容業등 公衆利用施設의 衛生管理 및 室內 環境 衛生管理 基準을 制定하

는 등 많은 노력을 기울여 왔으나 適用範圍가 좁고, 監視위주이어서 實際的인 衛生水準 向上에는 未洽하였다. 특히 生活用品의 安全性에 대해서는 종이컵, 물수건 등 몇 종의生活用品에 대한 規格基準이 設定되어 있을 뿐 徹底한 管理에는 未洽하였다.

따라서 公衆衛生의 向上을 위하여 大型建物, 百貨店등 公衆利用施設의 環境·衛生管理基準의 補完, 生活用品의 安全·衛生管理基準 制定과 公衆利用施設 및 生活用品의 危害性 評價 및 管理制度에 대한 研究를 推進할 計劃이다.

지금까지 公衆利用施設의 管理는 주로 宿泊業所等の 施設管理를 통한 團束위주의 管理였으나 公衆利用施設의 範圍가 單純한 宿泊業所等に 한정되지 않고 大型建物, 百貨店등으로 擴大되고 있어, 이들을 管理할 수 있는 環境·衛生管理基準을 補完 또는 制定해 나가면서 이와같은 公衆利用施設의 環境·衛生管理의 重要性을 教育·啓蒙해 나가려고 한다.

이와함께 多種·多樣해 가고 있는 生活用品의 安全性을 確保하기 위하여 主要 生活用品을 對象으로 安全衛生 管理基準을 改正 또는 制定해 나가면서 이로 인한 被害對策도 講究하고자 한다. 또한 이와같은 業務를 專擔할 수 있는 組織 및 人員의 擴充도 도모하고자 한다.

公衆利用施設의 巨大化 및 生活用品의 多樣化, 輸入品の 急增등에 따라 이와같은 公衆利用施設 및 生活用品의 危害性的의 正確한 評價와 管理制度의 改善이 要求되고 있어 이에 대한 研究를 擴充하고 이와같은 研究結果가 實際 規格·基準 制定 및 管理制度의 定着에 實效를 거둘 수 있도록 產業界, 學界 및 官界의 協調體制도 構築할 豫定이다.

# 1. 食品의 安全性 및 衛生水準 向上을 위한 管理體系의 強化

## 1.1 中央 및 地方行政機構의 監視, 指導體系의 強化

### 1.1.1 現況 및 問題點

우리나라의 食品安全性 및 衛生水準 向上을 위한 監視 및 指導體系를 보면 保社部 衛生局에서는 食品衛生法에 의거 政策方向 및 基本計劃을 樹立하고, 실제 食品關聯 業所에 대한 指導와 監視는 保社部の 基本計劃에 따라 業所 所在地의 市·道知事 및 市·郡·구청장이 分擔하여 管掌하고 있다. 그러나 食品關聯 業所중 國民保健上 重要한 인스탄트면류제조업등 9종류 食品製造加工業의 경우에는 保社部 衛生局에서 直接 指導 및 管理를 하고 있다.

이와같이 保社部 및 市·道등에서 指導·管理를 하여야 하는 食品關聯 業所의 現況을 보면 90년 6월 現在 377,634個所로 85년에 비해 37% 정도 增加되었다. 특히 80년도 전반기에는 食品接客業의 增加가 뚜렷하였으나 후반기에 들어와서는 특히 食品製造加工業所의 수가 2배정도 增加되었는데 이는 주로 지금까지 管理對象이 아니었던 떡방아간, 산양가공업등 임가공업이 管理대상에 포함되었기 때문이다.

#### 食品關聯 業所 現況

(單位：個所, '90年 6月말 現在)

計	食品製造加工業	食品接客業	食品販賣, 運搬, 其他業
377,634	30,690	289,468	57,476

이와같이 指導·管理對象이 되는 食品關聯 業所는 급격히 늘어나고 있고, 이중 집중적인 指導·管理가 必要한 영세업소의 수도 급격히 增加되고 있는데 반하여 이를 指導·管理하여야 하는 管理체계의 強化는 미흡한 水準이어서 問題點으로 擡頭되고 있다. 특히 中央政府의 경우 食品衛生과 關聯된 政策開發 및 企劃機能이 부족하고, 일선에서 食品關聯業所에 대한 指導·管理業務를 擔當하고 있는 地方公務員의 경우 業務過多, 전문성 부족 등 때문에 效率的인 指導·管理가 이루어지지 못하고 있는 것등도 解決되어야 할 問題點으로 지적되고 있다.

### 1.1.2 第6次 計劃의 評價

최근 國民所得 水準向上에 따른 食習慣의 變化때문에 加工食品의 消費와 外食빈도가 급격히 增加되고 있고, 食品類의 安全性 提高에 대한 國民 欲求가 날로 늘어나고 있어 政府는 지금까지 食品接客業 및 食品製造加工業等에 대한 指導·管理體系의 強化에 많은 努力을 기울여 왔으며, 특히 '88서울 올림픽을 통하여 食品接客業所의 衛生水準 向上 및 不正·不良食品의 원천적 봉쇄를 위한 指導·管理에 많은 成果를 이룩하였다. 그러나 組織의 側面에서는 豫算等 많은 制約이 있어 아직 미흡하였다.

指導 및 監視體系 強化를 위한 行政組織의 改編, 擴大에 있어서는 保社部 衛生局의 指導 및 企劃機能의 強化를 위하여 衛生制度課를 衛生政策課와 食品流通課로 改編하여 擴大 發展시켰으나 監視에 관한 企劃業務 및 市·道에 대한 指導 監督業務를 實施하여야 하는 衛生管理課(衛生監視課에서 名稱 變更)의 機能擴大는 미흡하였다.

### 1.1.3 基本方向

단기적으로 中央 및 地方의 指導·監視 組織 및 人力을 擴大 改編하고 人力의 專門化를 도모하여 指導·監視體系를 強化해 나가면서 長期的으로 中央과 地方간의 指導·監視機能을 合理的으로 調整, 分擔하여 지금까

지의 단속위주의 監視體系에서 指導위주의 管理體系로 轉換시켜 나가도록 할 계획이다.

#### 1.1.4 細部推進計劃

##### ○ 中央의 企劃 및 政策開發 擔當 組織 및 人力 補強

지금까지의 指導·監視業務가 外形의인 成果는 거두고 있으나 실제로 食品關聯業所의 衛生水準 向上에 크게 寄與하고 있지 못한 이유중 하나는 指導와 監視업무의 效率의이고 올바른 집행을 위한 中央政府의 企劃 및 政策개발을 擔當하고 있는 組織 및 人力의 부족에 있다고 할 수 있다.

따라서 衛生局 衛生政策課에는 食品關聯業所의 指導와 關聯된 企劃 및 政策開發 業務를 擔當할 수 있는 部署를, 또한 衛生管理課에는 指導위주의 監視指針의 작성 및 더 나아가서 市·道에서 이루어지고 있는 指導·監督業務를 評價하고 이를 改善해 나갈 수 있도록 監督해 나가는 機能을 담당할 수 있는 部署를 擴大 發展시켜 나갈 계획이다.

##### ○ 地方에 “食品係” 新設 및 人員補強

食品關聯業所의 指導·監督은 市·道에서는 衛生課에서, 市·區에서는 衛生課에서, 郡에서는 衛生係에서 實施하고 있으나, 環境業所 단속이나 認·許可 業務에 대부분의 시간을 소비하고 있어, 실제 指導·監督業務에 어려움이 있어왔다.

그러나 國民의 保健向上이라는 側面에서 食品關聯業所의 指導·監督은 대단히 重要하므로 이를 專擔할 수 있는 “食品係”의 新設이 필히 要求되고 있다. 또한 이와같은 食品係의 新設 및 人員補強은 人力의 專門化에도 寄與할 수 있을 것이다.

##### ○ 食品職群의 新設

지금까지 食品關聯業務는 保健職이 주로 수행하고 있으나 人力의 專門化를 위하여는 食品職群의 新設이 先行되어야 하겠다. 특히 保健職의 擔當분야가 대단히 넓어, 人事移動에 따른 食品關聯業務에 從事하는 공무원

의 전문화에 막대한 지장을 초래하고 있어, 食品만을 다루는 食品職群의 新設을 推進하고 있다.

○ 指導위주의 監視行政으로 轉換

지금까지는 監視人力의 절대적인 부족 및 전문성의 결여 때문에 적발위주의 監視行政을 주로 실시하여 왔으나, 실제로 食品關聯業所의 衛生水準向上을 기하기 위하여는 指導위주의 監視行政이 要求되고 있다.

이를 위하여 監視員을 200業所당 1명이상으로 增員하며 監視員의 전문화를 위하여 公衆接客業 監視員과 食品關聯業 監視員으로 구분하고 食品關聯業 監視員 資格요건을 食品製造가공기사 資格證 所持者로 하는 것을 推進하고자 한다.

○ 中央과 地方의 역할 및 機能의 合理的 調整

許可와 指導·監視의 專門化와 效率化를 기하기 위하여 長期的으로 中央에서는 國民의 保健에 큰 影響을 줄 수 있는 食品製造加工業에 대한 許可 및 指導·監視를 專擔케 하고 食品接客業은 地方에서 管掌토록 한다.

특히 中央에서는 指導와 監視를 위한 매뉴얼의 작성, 基本計劃의 수립 및 指導·監視 業務에 대한 監督을 실시하도록 할 計劃이다.

## 1.2 食品衛生에 관한 情報 蒐集 및 管理體系 強化

### 1.2.1 現況과 問題點

國民生活水準의 向上과 더불어 國民의 食品衛生에 대한 關心과 加工食品의 利用이 날로 增加하고 있는 反面에 産業化, 都市化, 開放化의 급진전으로 인한 原料食品의 汚染과 輸入食品의 急增등에 따라 食品의 安全性을 確保하기 위한 情報의 蒐集 및 전파가 重要한 課題로 擡頭되고 있다.

또한 UR農產物協商 및 EC經濟統合의 進展 狀況 및 이에 따른 政策的인 對應方案 樹立을 위한 資料의 蒐集도 대단히 重要하다.

특히 年間 10만건이상 輸入되고 있는 食品類에 의한 國民의 健康上 危

害發生을 사전에 防止하기 위한 安全性 確保를 위하여는 事前情報에 의한 選別的이고 集中的인 檢疫檢査 이외에는 다른 대안이 없는 현실을 勘案할 때 海外 食品 危害 情報에 대한 資料 蒐集이 무엇보다 먼저 선결되어야 할 것이다. 또한 國內에서 生産되는 農水畜産物의 安全性 確保를 위하여도 現行 食品衛生 監視體系로는 불충분하므로 食品別, 地域別로 情報 蒐集體系의 構築이 要求되고 있다.

또한 美國과 日本에서 發刊된 資料를 통한 情報의 蒐集 및 보급이 일부 이루어지고 있고 國際會議의 경우 Codex 定期總會에 참석하는 등 情報 蒐集에 임하고 있으나 專擔組織 및 人力이 대단히 미흡한 水準이다.

### 1.2.2 第6次 計劃의 評價

食品의 安全性 確保를 위한 情報蒐集體系의 必要性을 감안하여 保社部 衛生局에서는 海外 食品情報誌를 發刊하여 食品衛生 政策樹立 및 각 檢疫所의 檢疫業務에 參考하도록 하는등 많은 努力을 기울이고 있으나 人力 및 豫算上 충분한 뒷받침이 되고 있지 않아 아직 미흡한 水準이다.

또한 86년이후 韓國食品工業協會 산하 韓國食品研究所에 용역을 주어 外國의 食品規格, 有害情報 蒐集등에 관한 研究事業을 實施하고 있으나 情報蒐集 範圍, 對象國 및 신속성에서는 問題가 있어 좀 더 많은 豫算 및 人力投入이 要求되고 있다.

이외에 國立保健院 및 각 檢疫所에서도 自體的으로 研究事業 및 檢疫業務에 必要한 情報蒐集 活動을 하고는 있으나 專擔組織 및 人力이 없어 實效를 거두고 있지는 못한 것으로 판단된다.

이와같은 海外情報 蒐集活動과 함께 國內의 食品 危害關聯 情報蒐集 活動은 保社部 衛生局 衛生管理科와 각 市·道의 衛生課에서 衛生監視 活動 次元에서도 어느정도 이루어지고 있으나 全國的인 規模의 能動的인 情報 蒐集 活動에는 못 미치고 있어 앞으로 積極的이고 能動的인 食品危害情報 蒐集이 要求되고 있다.

### 1.2.3 基本方向

海外的 主要 國家에 食品駐在官을 派遣하여 輸入食品에 의해 發生할 수 있는 危害情報 및 法規등을 蒐集하고 食品關聯 國際會議에 能動的으로 對處하도록 하며, 國內產 食品에 의한 危害情報를 蒐集하기 위해 保社部 衛生局 산하에 食品衛生情報員을 品目別, 地域別로 둔다.

또한 이와같이 蒐集된 情報를 資料化하고 行政에 반영하기 위한 專擔組織 및 人力을 確保하여 食品에 의한 危害 發生을 事前에 防止할 수 있도록 하며 國內 消費者團體등 有關機關과의 常時協調體制를 構築하여 國民의 신뢰도를 높혀 나간다.

### 1.2.4 細部 推進計劃

#### ○ 海外 食品駐在官의 派遣

美國, 日本, EC地域 및 Codex에 食品駐在官을 派遣하여 農產物 等 主要 輸入食品의 栽培, 飼育, 生産, 保管, 運送중에서의 有害發生 可能性에 대한 情報를 蒐集하고, 各國의 食品規格, 有害物質規格 및 規制方向에 대한 資料를 蒐集하여 輸入食品에 의한 危害 發生可能性을 事前情報에 의해 管理할 수 있도록 함으로써 國民 保健에 이바지 하고자 한다.

또한 UR協商, EC經濟統合 및 Codex 國際食品規格會議, 韓美通商協商 등이 우리나라의 食品產業에 直·間接적으로 막대한 影響을 미치고 있으나, 지금까지 現地 事情에 미숙하고 情報가 不足하여 適切히 對應해 오지 못하고 있으므로 海外 食品駐在官에 의한 지속적인 資料蒐集과 適切한 對應은 國際協力を 통한 國益次元에서도 重要한 의미가 있다.

#### ○ 情報蒐集 및 管理를 위한 專擔組織 및 人力確保

國內·外에서 生産되는 農水畜產物 및 單純加工品은 그 種類, 產地, 水準등이 너무 多様하여 이들에 의한 危害發生을 事前에 防止하기 위하여는 事前情報의 蒐集이 선결課題이다.

따라서 保社部 衛生局 산하에 地域別, 種類別로 “食品衛生情報員(假稱)”

을 두고 食品危害 情報을 蒐集하여 이 危害情報을 근거로 指導 및 단속 業務를 實施할 計劃이다.

또한 國內·外에서 蒐集되는 情報을 分析하고 이를 適期, 適所에 배포하기 위한 專擔組織 및 人力을 確保하므로써 積極的으로 情報을 管理해 나갈 計劃이다.

특히 輸入食品에 의한 危害發生을 원천적으로 봉쇄하기 위하여는 事前 情報에 의한 輸入食品의 檢疫體制 완비가 반드시 必要하므로 蒐集된 情報가 실제로 輸入食品의 檢疫業務에 이용될 수 있도록 具體적이고 技術的인 資料의 蒐集 및 分析이 要求된다.

이와함께 蒐集된 資料의 技術事項 分析을 위하여 韓國食品研究所와의 業務協調가 필히 要求되고 있어 이를 위한 支援策도 講究할 計劃이다.

#### ○ 消費者團體등과의 常時 協調體制 構築

食品危害에 관한 情報의 特殊性을 勘案할 때 消費者의 積極的인 參與가 必要하므로, 이를 制度的으로 수용하기 위하여는 消費者 團體등과의 常時 協調體制의 構築이 반드시 必要하여 이를 定例會議化 할 豫定이다.

이와같은 消費者團體등과의 協調機構는 單純한 情報 蒐集뿐만 아니라 올바른 食品衛生에 관한 情報의 전달 및 國民의 食品衛生과 關聯된 잘못된 偏見에 대한 교정등 情報의 전과기구로서 活用할 計劃이다.

특히 消費者들이 가지고 있는 食品衛生行政에 대한 불신 및 과잉욕구를 올바른 方向으로 이끌어 줄 수 있는 對國民弘報의 基本組織으로서의 機能을 부여할 計劃이다.

### 1.3 食品衛生에 관한 對國民 弘報 및 教育強化

#### 1.3.1 現況 및 問題點

經濟成長과 産業의 發達は 食生活 패턴의 構造的 變化를 초래하므로써 食品에 대한 選好基準이 바뀌고 食品衛生에 대한 欲求가 다양하게 表출되

어 食品의 有害要因에 대한 關心이 高조되게 된다.

특히 食品에 대한 消費者 認識段階를 보면 生存단계, 認識단계를 거쳐 GNP 5,000불정도의 所得水準에서는 選擇단계에 이르게 되는데 이 때의 消費者 要因으로서는 食品에 대한 偏見과 誤謬, 過敏反應 또는 無關心이 常存하게 되고 社會的 現狀으로서는 不正·不良食品 問題, 健康에 대한 欲求 增大, 添加物에 대한 否定的 視覺, 食品事故에 대한 過剩反應, 廣告·宣傳에 眩惑, 政府施策의 不信등이 發生하게 된다.

따라서 食品衛生에 대한 올바른 知識·情報를 適時에, 適合한 매체로, 適正對象에게, 適切한 內容을 傳達하는 것이 重要한데 기존의 教育·弘報 現況을 보면 食品衛生關聯 營業에 從事하는 營業者 및 從事者, 關聯 公務員을 대상으로 한 職務教育이 그 주류를 이루고 對國民에 대한 教育·弘報는 斷片的으로 實施하고 있으나 아직 미흡한 실정이다.

한편 學校教育을 통한 食品衛生弘報는 感受성이 예민하고 教育의 效果가 큰 初·中·高等學校 學生에 대해 食品衛生 및 營養教育을 體系的으로 실시하여 長期的으로 國民의 健康意識 水準을 向上시킨다는 점에서 큰 의미를 갖는데 현행 初·中·高等學校에서의 教育은 學校教育이라는 특수성으로, 教科目 中心의 內容과 分량의 한계성으로 食品衛生과 食生活教育에만 치중할 수 없는 問題點도 內在하고 있다.

여기서 食品衛生에 대한 對國民 弘報事業의 必要性 與否에 관한 調查結果를 보면 표 1-1과 같이 調查對象 消費者團體 및 食品產業體 모두 必要하다고 認定하였으며 消費者들의 食品에 대한 知識 習得매체로서는 표 1-2와 같이 製造會社의 廣告를 통해서 知識을 習得하는 경우가 약 50%에 달해, 全般的인 食品에 관한 知識 習得이라기 보다는 製造社 自社製品 廣告特性上 偏見, 誤謬된 食品知識을 習得할 수 있다는 점에서 큰 問題點으로 대두되고 있다.

표 1-1. 食品 및 食品衛生에 대한 對國民 弘報事業의 必要性

	필요하다 빈도수(백분율)	그저 그렇다 빈도수(백분율)	필요하지 않다 빈도수(백분율)	計
消費者團體	78(100)	0(0)	0(0)	78(100)
食品産業體	66(100)	0(0)	0(0)	66(100)
計	144(100)	0(0)	0(0)	144(100)

표 1-2. 消費者들의 食品에 대한 知識習得 매체

매체별	製造會社의 廣告 빈도수 (백분율)	言論機關 빈도수 (백분율)	전 문 지 빈도수 (백분율)	消費者團體 빈도수 (백분율)	計 調査된 消費者 團體數
	38(48.7)	26(33.3)	-	14(17.9)	78(100)

자료원 : 韓國食品研究所, 食品衛生에 관한 教育弘報를 위한 研究, 1990

### 1.3.2 第6次 計劃의 評價

6次 計劃期間中 食品衛生에 관한 對國民 教育·弘報는 懸案問題의 說明을 위한 유인물 위주의 弘報가 대부분이었으나 영업장에 從事하는 衛生管理人, 調理士, 營養士등에 대한 補修教育은 體系的으로 이루어져, 從事者를 통한 食品衛生水準의 向上에는 어느정도 소기의 目的을 달성하였다고 할 수 있겠으나, 一般消費者, 國民에 대한 教育·弘報는 미흡하였다.

즉 6次 計劃 期間中 食品衛生에 관한 對國民 弘報事業으로서는 1988年度 서울올림픽을 前後하여 주문식단체, 料食業所의 衛生管理등이 팜프렛, 리프렛등의 유인물을 中心으로 弘報되었고 1989~1990년에는 냉장고의 올바른 使用法, 加工食品의 流通基準, 健康食品, 食品包裝用器등 유인물을 통한 弘報와 輸入開放에 따른 國產 加工食品 消費獎勵와 食品衛生弘報를 主要 內容으로 한 영상물도 제작·시도되었으나 아직 體系的이고 總括적인 弘報에는 미흡한 실정이었다.

### 1.3.3 基本方向

食品衛生에 대한 對國民 意識水準을 向上시키기 위하여 기존의 인쇄·弘報物의 方法과 단편적인 內容을 탈피하여 언론매체등을 이용한 持續的이고 體系的인 內容의 弘報를 지향하며, 원천적으로 學校를 통한 食品衛生 및 保健關聯 教育을 改善, 強化한다.

### 1.3.4 細部推進計劃

#### ○ 食品衛生 弘報 對策委員會의 設置

食品衛生水準 向上을 위한 教育, 弘報의 方向設定, 資料蒐集, 전문가의 推薦등을 위해 保社部에 關係公務員, 學界와 傘下 研究所 職員, 消費者團體등으로 構成되는 假稱 “食品衛生 弘報對策委員會”를 두어 運營할 計劃이다.

특히 弘報의 주관은 관 주도의 성격을 배제하기 위하여 ‘韓國食品研究所’등의 民間研究機關을 中心으로 지원해 나가며 政府에서는 본 機關을 指導·監督하므로서 좀더 自律的이고 效果的인 教育·弘報事業이 전개되어 나갈 수 있도록 할 計劃이다.

#### ○ 食品衛生에 관한 體系的인 教育弘報의 推進

7次 計劃 期間中 食品衛生에 관한 對國民 弘報의 基本 目標로

- 올바른 食品, 營養 關聯 知識 提供
- 食品에 대한 誤謬·偏見의 是正
- 새로운 食品에 대한 情報 提供
- 不正·不良食品의 識別要領 提示
- 傳統食品에 대한 새로운 認識 提高
- 國內 食品產業의 技術水準 向上 誘導

등으로 設定하고 이와같은 內容이 總括的이고 綜合的으로 傳達, 教育될 수 있도록 體系的인 教育·弘報 內容을 作成하여 國民의 食品衛生水準을 向上시킬 計劃이다.

○ 多様な 教育・弘報方法의 活用

좀더 實際的이고 實效性이 높은 教育・弘報가 이루어질 수 있도록 다음 표와 같이 多様な 弘報매체를 弘報內容에 맞게 選擇하여 施行할 豫定이다.

표 1-3. 매체별 教育・弘報 方法 및 內容

弘報區分	弘 報 內 容	弘 報 媒 體	備 考
企劃弘報Ⅰ	季節別, 食品別, 對象別, 事 案別로 消費者의 認識變化 및 계도를 위한 內容	TV, 라디오등 言論 매체	
企劃弘報Ⅱ	TV, 言論等에서 取扱한 主 題중 持續的인 弘報가 必 要하거나 보관하여 資料로 活用할 內容	VTR, 슬라이드 등 視聽覺 資料, 팜프렛 등 유인물	班常會, 민방위 教 育 等
對應弘報	國內外에서 사건화된 內容, 消費者측이나 言論등에서 이슈화하는 시사성 있는 內容	TV對談프로, 新聞廣 告 等	
	持續的이고 體系的이며 學 問的으로 接近할 內容 및 學生教育등을 對象으로 할 內容	初·中·高校教科書 의 食品·營養關係 內容改善, 補完 및 食品 文庫 制作	文教部協調
食品 製造 會社 廣告 利用	食品衛生水準 提高를 위한 含蓄적인 內容의 표어·계 도문	食品製造會社의 自 社製品 廣告 中 食 品衛生에 관한 표어· 계도문 게재	食品製造業所와 協調

## 2. 食品汚染物質에 대한 研究事業 및 檢査機能의 強化

### 2.1 國立保健院, 國立檢疫所, 市道保健環境研究所 및 韓國食品研究所의 檢査裝備 및 人力補充

#### 2.1.1 現況 및 問題點

##### <現況>

食品汚染物質에 대한 研究事業 및 檢査業務를 擔當하는 機關別 主要機能을 살펴보면 다음과 같다.

- 國立保健院(衛生部)
  - 基準·規格 및 試驗方法에 관한 調査·研究
  - 食品等 檢査(輸入食品포함)
  - 自家基準·規格의 檢討 및 認定
  - 檢査要員 教育訓練
- 國立檢疫所
  - 輸入食品의 檢査(書類, 官能 및 理化學檢査)
- 市道保健環境研究所(保健部)
  - 食品等 檢査
  - 自家基準·規格 檢討
  - 輸入食品의 理化學的 檢査
- 韓國食品研究所
  - 食品衛生 및 營養에 관한 調査·研究
  - 食品등에 대한 製品檢査(人蔘製品, 保存料, 타르색소제제)
  - 自家基準·規格 檢討

또한 이들 機關의 組織 및 人力現況은 표 2-1과 같으며 機關別 檢査能力을 比較하면 표 2-2와 같다.

표 2-1. 機關別 組織 및 人力現況

(單位：名)

區分	國立保健院	國立檢疫所	市·道保健環境 研 究 所	韓國食品研究所
組織	1부 1과	13개 檢疫所 (서울, 釜山, 仁川은 檢疫課)	1부 2과	5부 1실
人力	38	21	105	52

표 2-2. 機關別 檢查能力 比較

檢事項目 機關別	成分 規格	殘留 農藥	放射能	아플라 톡 신	抗生 物質	홀몬劑	重金屬
國立保健院	○	○	○	○	○	×	○
市·道保健 環境研究所	○	△	×	△	×	×	○
國立檢疫所	×	×	×	×	×	×	×
食品研究所	○	○	×	○	×	×	○

\* △：裝備未備, 홀몬劑：檢疫方法 未開發

〈問題點〉

國民生活水準의 向上과 더불어 國民의 健康에 대한 關心과 加工食品의 利用이 날로 增加하고 있으며 産業化, 都市化, 開放化의 급진전으로 原料食品의 汚染과 輸入食品의 急増등에 起因하여 研究 및 檢查業務量은 급격한 增加추세인 反面에 이들 機關은 人力, 裝備 및 豫算등의 부족으로 要求에 부응하지 못하는 實情이다.

즉 國立保健院은 일상적인 檢定業務遂行에 人力을 消費하고 있으며 市·道保健環境研究所는 人力, 裝備, 豫算上의 問題로 實質的인 研究가 이루어지지 못하고 韓國食品研究所는 豫算支援이 미미하여 이들 機關들은 食品汚染物質에 대한 傳門的인 研究事業 및 檢查機能이 미흡한 바 보수·신분상의 問題등으로 有能한 研究·檢查人力의 確保에 곤란을 겪고 있는 등

이중의 問題點을 안고 있다.

### 2.1.2 第6次 計劃의 評價

第6次 計劃 期間中 國立保健院, 國立檢疫所, 市道保健環境研究所 및 韓國食品研究所에 부분적으로 檢査裝備 및 人力의 補充이 있었으나 組織과 人力의 補強측면에서 1990年 國立保健院 衛生部에 水質檢査課와 食品化學課를 新設하여 15名의 人員增員이 있었고, 放射線標準部에 放射能檢査 人力을 2명 增員하였으며, 서울, 釜山, 仁川의 3개 國立檢疫所에 食品檢査課를 新設하여 輸入食品 管理要員 29명의 增員이 있었으나 市道保健環境研究所와 韓國食品研究所는 人員의 補強이 없었다.

檢査裝備 補強의 側面에서는 1989年 및 1990年에 걸쳐 國立保健院에 1億원의 豫算으로 GC 4대를 補強하였고 서울, 釜山, 仁川 檢疫所에 GC, GC/MS등(1989年 : 749백만원, 1990年 : 147백만원), 市道保健環境研究所에 GC등 9점(1990年 : 240백만원)을 보강하였으며 韓國食品研究所는 1986年 設立된 以後 1990년까지 政府補助金으로 HPLC등 9점(247백만원)을 具備한 것으로 나타났다.

상기와 같이 이들 機關에 부분적으로 人員 및 檢査裝備의 補完이 이루어지고 있으나 이는 需要에 비하여 극히 미미한 補強에 불과할 뿐으로 問題의 解決을 위한 과감한 投資가 계속적으로 必要할 것이며 이웃 日本은 한 예로 輸入食品檢疫業務의 強化를 위하여 現在 22開所에 設置되어 있는 輸入食品申告 창구를 1992년에 9開所가 늘어난 31開所로 하고 食品衛生監視員을 現在의 95名에서 1994년에는 200名을 목표로 하여 1992년까지는 약 150명으로 增員할 計劃인 것을 參考로 해야겠다.

### 2.1.3 基本方向

計劃期間中에 國立保健院과 13個 檢疫所, 市道保健環境研究所 및 韓國食品研究所의 組織, 人力, 裝備등을 補強하고 이들 檢査機關間的 機能을

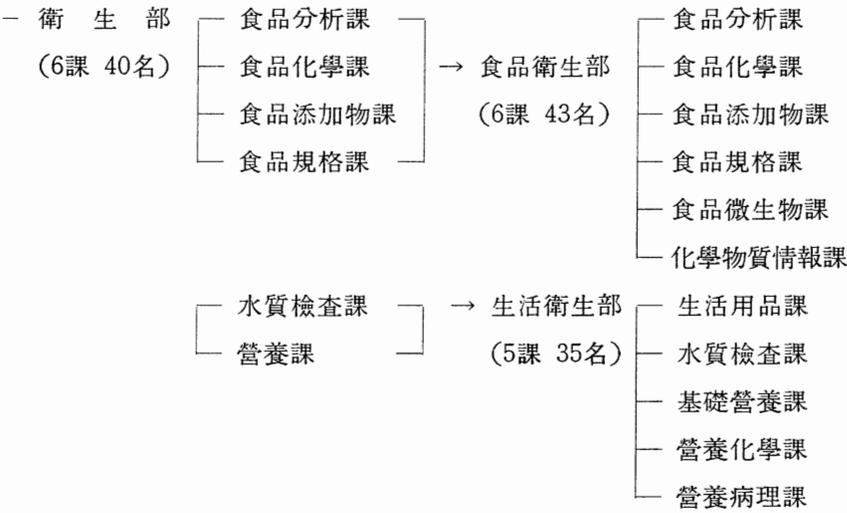
調整·分擔하여 檢査需要에 效率的으로 대처해 監과 동시에 研究·檢査機關의 綜合的인 發展計劃을 樹立·推進함으로써 先進國 水準의 食品安全管理體制로 改編·發展시키고자 한다.

### 2.1.4 細部推進計劃

環境·防疫 등 다른 分野의 研究·檢査業務와 連繫하여 國內外 關聯機關의 機能·組織·人力·檢査裝備등을 綜合的으로 分析한 후 別途의 細部計劃을 樹立하여 推進하되 長期的으로는 美國 등 先進國의 檢査水準體制로 發展시켜 나갈.

○ 組織·人力의 補強

國立保健院



<擴大必要性>

- 食品·添加物에 대한 安全性 管理 專門化
- 機構·用器·包裝에 대한 安全性 管理機能 補強
- 食品營養分野에 대한 體系的 管理制度 導入

檢疫所

- 中國·蘇聯等共產圈國家와 交易擴大等 食品輸入量이 增加할 것  
에 對備하여 西海岸(木浦·群山) 또는 東海岸(浦項·蔚山)檢疫所  
에도 「食品檢査課」를 新設하고 人力을 補強함.

市道保健環境研究所

- 各 地域別 檢査機關으로서 獨立的이고 專門的인 檢査를 擔當할 수  
있도록 專門人力을 '96年까지 年次的으로 補強

韓國食品研究所

- 별도의 細部計劃(3.3 參照)을 樹立하여 食品의 安全性研究 및 檢  
査를 위한 民間研究機關으로 育成

○ 檢査裝備 補強

(單位：백만원)

機關別	'92		'93 以後	
	數 量	金額	數 量	金額
계		4,576		3,947
國 立 保 健 院	GC/MS등 28種	1,717	GC/MS등 15種	1,079
國 立 檢 疫 所	GC/MS등 11種	591	放射能檢査裝備등	600
市·道環境保健研究所	GC/MS등 387種	2,268	GC/MS등 387種	2,268

○ 優秀人力 確保(總務處, 經濟企劃院과 協調)

- 研究職의 보수 現實化 推進
- 研究用役費 支援擴大方案 講究
- 海外研修 기회의 擴大로 要員의 資質向上 도모
- 人事管理 適正化(食品職 新設 및 人事指針 作成 施行)

## 2.2 食品汚染物質에 대한 모니터링 및 管理體系 強化

### 2.2.1 現況 및 問題點

근래 鑛工業의 發達과 交通機關의 急增에 따라 環境汚染物質의 배출량이 增加一路에 있어 各種의 環境汚染問題가 자주 提起되고 있는 것은 잘 알려진 사실이다. 食品材料인 農作物의 生産課程에서도 病蟲害의 防止나 成長促進등의 目的으로 各種 農藥이 사용되고 있는데 이들의 사용량은 해를 거듭할수록 점차 增加하고 있는 實情이며 또 가축사료에도 성장촉진이나 疾病豫防을 목적으로 各種 飼料添加物이 配合되고 있는데 그 使用量 역시 점차 增加하고 있는 實情이다. 이러한 여러가지 要因들은 食品에도 큰 影響을 끼쳐서 食品중에 各種 汚染物質의 含量을 增加시킴으로서 그 安全性을 위협하기에 이르렀고 結果적으로 이에 대한 管理가 強化되고 있는 것이 世界的인 추세이다.

우리나라의 食品汚染物質의 規制에 關여하는 法規는 주로 食品衛生法이며 이외에 農藥管理法, 飼料管理法, 環境保全法, 動物藥品 等 取扱規則, 保健犯罪 단속에 關한 特別措置法 등이 있어 이들에 근거를 두고 基準을 정하여 殘留農藥, 有害重金屬, 獸醫藥品 關聯項目 등 對象物質의 殘留量을 直接 또는 間接적으로 管理하고 있다.

그러나 우리나라의 食品中 汚染物質에 대한 管理狀況은 外國에 비하여 아직 미흡한 점이 많아 이에 대한 對策이 절실하며 이를 위하여서는 우선 各種 汚染物質에 대한 規格과 標準分析法이 確立되어야 하겠고 이를 이용하여 그 殘留實態調査도 더욱 擴大 實施하여야 하겠다. 이와 아울러 專門 技術要員과 分析裝備의 확충도 必要하며 더욱이 國際化의 加速에 따른 食品貿易도 活潑해지는 것에 대비하여 國際食品規格에 대한 研究와 함께 이의 권고를 수락하는 方案을 檢討하여야 하겠다.

## 2.2.2 第6次 計劃의 評價

同 期間中 加工食品의 安全性을 提高시키고 國民保健 向上을 기하기 위하여 農作物의 殘留農藥, 水産物의 重金屬 等으로 인한 人體有害物質의 污染實態를 精確히 調查, 把握하여 必要시에 適切한 對策을 樹立하고자 國立保健院을 中心으로하여 各 市道保健環境研究所에서 汚染物質에 대한 調查·研究를 보다 積極적으로 推進하고자 노력하였다.

그 結果를 토대로 外國의 基準을 參考하여 1989年 6月 15日 保健社會部 告示 第 88-40호로 農産物의 農藥殘留許容基準을 作成·公布하였으며 여기에는 쌀, 보리, 옥수수, 콩, 감자등 28종의 農産物에 대하여 有機鹽素劑 7種, 유기인제 8種, 카바마이트제 2種의 農藥殘留許容基準이 設定되어 있다. 또한 上記의 基準을 1990.12.14(保健社會部 告示 第 90-85호) 改正·補完하여 다미노자이드, 다이아지논, 디디티, 디메트에이트, 디크로보스 등 32개 農藥에 대한 대상 農産物別 殘留許容基準을 設定하였는바 이는 國際食品規格의 形態를 취한 것으로 進一步하였다 할 것이다.

이와 아울러 畜産食品중 殘留物質試驗法을 改正·告示(1990年 11月 29日, 保健社會部 告示 第 90-84호)하여 네오마이신, 노보비오신, 모넨신 등 17종의 抗生物質과 나이카바진, 니트로빈, 데코퀴네이트 등 18종의 合成抗菌劑의 檢査方法을 標準化하였다.

그러나 汚染物質 管理의 근간이 되는 汚染物質 모니터링의 效率的인 業務遂行을 위해서는 現在 所要人員, 裝備, 豫算등이 絶對적으로 부족한 事情이므로 年차적으로 이를 補完하여야 할 것이며 그 對象食品 및 調查對象物質의 種類 또한 확대하고 地域을 넓혀 國家的 標本이 될만한 實質的인 모니터링을 實施하여야 할 것이다. 또한 모니터링의 資質向上을 위한 專門教育 역시 強化해야 할 것이며 아울러 國際化 추세에 대한 對策 역시 소홀히 하여서는 아니 되겠다.

### 2.2.3 基本方向

食品汚染物質로 인한 人體에의 危害를 防止하여 國民保健 增進을 기하기 위하여 農作物의 殘留農藥, 水産物의 重金屬汚染, 畜産物의 獸醫藥品 殘留 등으로 인한 人體有害物質의 汚染實態를 정확히 모니터링하여 適切한 對策을 樹立하고자 國立保健院을 中心으로 하여 各 市道保健環境研究所에서 食品汚染物質에 대한 모니터링을 보다 積極的으로 推進해 나갈 것이다.

또한 이를 토대로 食品衛生審議委員會 等 專門機關의 諮問을 구하여 分析, 評價, 豫見하는 동시에 外國의 管理體系를 參考로 하여 우리나라 現實에 부합되는 管理體系를 強化해 나갈 것이다.

### 2.2.4 細部推進計劃

#### ○ 食品汚染物質에 대한 모니터링 制度 強化

國立保健院을 中心으로하여 各 市道保健環境研究所에서 食品汚染物質에 대한 모니터링제도를 定着시켜 이를 強化시켜 나갈 것이며 이의 效率의인 業務遂行을 위해서는 現在 所要人員, 裝備, 豫算등이 絶對적으로 부족한 實情이지만 연차적으로 이를 補完하고자 하며(2.1 國立保健院, 國立檢疫所, 市道保健環境研究所 및 韓國食品研究所의 檢査裝備 및 人力補充, 參照) 그 對象食品 및 調查對象 汚染物質의 種類 또한 連차적으로 擴大하고 調查對象地域을 넓혀 國家的 標本이 될만한 實質的인 모니터링 실시하고자 한다.

#### ○ 모니터링要員의 資質 向上 도모

우수한 모니터링요원의 運用을 위해 經濟企劃院등과 協議, 우수한 人員을 選拔하여 效率的으로 모니터링사업에 從事할 수 있도록 勤務體系를 確立할 것이며 資質向上을 위해 國立保健院 주관하에 定期的인 專門教育을 실시한다.

○ 食品汚染物質 検査方法 標準化 推進

食品汚染物質에 대한 모니터링事業이 소기의 目的을 達成하기 위해서는 우수한 모니터요원의 運用과 정도 높은 裝備를 利用한 検査方法 標準화가 필수적이라 할 것이다. 이를 위하여 國內·外에서 開發되는 最近의 検査方法에 대한 情報를 신속히 蒐集하여 이를 分析·評價하여 우리의 實情에 맞는 정도 높은 検査方法의 標準化를 持續적으로 實施해 나가겠다.

○ 中央에 食品汚染物質 管理 專擔部署 新設

앞으로 食品衛生管理의 가장 重要한 部分은 殘留農藥, 殘留獸醫藥品, 重金屬, PCB等 殘留化學物質 等 汚染物質의 管理가 되어야 할 것이다. 지금까지 이와같은 食品中 汚染物質에 대한 管理는 保社部 食品課에서 이루어지고 있으나 人力 및 豫算의 不足등으로 徹底한 管理를 하는데는 미흡하였다.

따라서 保社部 衛生局內에 食品의 汚染物質의 管理를 專擔할 수 있는 “食品化學課”(假稱)를 新設하고 食品中 汚染物質의 管理方案에 대한 政策 樹立, 모니터링 結果의 評價 等 諸般 企劃 및 管理를 專擔케 함으로써 우리나라의 實情에 맞는 食品汚染物質 管理體系를 確立하고 더 나아가서 Codex 國際食品規格등과의 불일치에서 오는 問題點의 根本的인 解決方案을 講究코져 한다.

## 2.3 新開發品, 食品添加物 및 食品汚染物質에 의한 影響 評價를 위한 基礎研究 및 安全性 評價 研究 擴大

### 2.3.1 現況 및 問題點

역사 초기 인류의 食品에 대한 安全性 評價는 경험적으로 얻어진 知識을 中心으로 形成, 전래되어 왔다. 즉 사람이나 동물이 攝取하여 有害한 症狀이 나타나는 독버섯, 복어알 등 自然毒을 含有한 食品, 변패食品등은

자연 禁忌시 하고 安全한 食品만을 攝取하므로서 큰 問題點이 없었으나, 科學이 고도로 發達한 現代에 있어서는 生産性を 向上시키기 위하여 食品原料인 農·水·畜產物에 添加되는 農藥, 抗生物質, 飼料添加物등과 環境汚染으로 인한 重金屬, 食品加工중에 添加되는 各種 食品添加物 等多種, 多樣한 汚染物質이 食品중에 상존하게 되어 있으며 최근 生物化學工業(Biotechnology)을 이용하여 既存의 食品原料에서 유용성을 附加한 소위 機能性食品등 新開發食品을 창출하고 이의 商品化가 擴大될 展望이어서 과거의 安全性 評價 體系로서는 이들 有害要因을 迅速, 正確하게 판단하여, 政策에 適用하는데는 무리가 있다.

한편 食品은 男女老少의 구분이 없이 누구나, 多量攝取하는 것이므로 이의 安全性 評價는, 疾病발발시에만 환자에 한하여 服用하는 醫藥品에 비해 그 重要性이 더욱 크다고 할 수 있는데 오히려 醫藥品에 관한 安全性 評價는 學界에서의 基礎研究, 製藥會社등 產業體에서의 應用研究, 國立保健院, 國立安全性研究院의 判斷, 評價 등 어느정도 效率的, 體系的으로 이루어 지고 있으나 食品에 관한 安全性 評價는 食品添加物에 대해 일부 施行되고 있을뿐 미흡한 實情이다.

한편 최근 輸入自由化 施策으로 인해 各種 農·水·畜產物과 加工食品이 汎濫하고 있는데 수확후 添加(post-harvest)農藥汚染등도 새로운 問題點으로 擡頭되고 있다.

한편 食品의 安全性 評價 作業은 어떤 한 物質에 대하여 實驗動物을 對象으로 한 일련의 毒性試驗을 행한 뒤 사람이 일생동안 攝取하여 有害를 惹起하지 않는 攝取량을 一日許容攝取量(ADI)으로 設定하여 規制하고 있는데, 食品汚染物質에 대한 安全性 評價作業이 미흡한 우리로서는 先進外國의 예를 그대로 適用하고 있는 實情이다.

그러나 이는 東西洋의 攝取食品種類의 相異, 攝取량의 差異등 食習慣의 차이를 고려할 때 우리에게 그대로 適用하기에는 問題의 여지가 있어 이에 대한 基礎研究가 반드시 必要하나 아직까지 대단히 미흡한 實情이다.

### 2.3.2 第6次 計劃의 評價

第6次 計劃中 政府는 1986年 9月 物質特許 等 新物質과 國民保健 關聯 汚染物質에 대한 安全性을 評價하기 위한 專門研究機關으로서 國立保健院의 安全性 研究부를 분리하여 國立安全性研究院을 設立하여 運營하고 있다. 本 研究院에서는 醫藥品, 化粧品, 醫藥部外品, 醫療用具, 衛生用品, 食品 및 添加物, 食品의 機構, 用器, 包裝등에 使用되는 새로운 化學物質의 保健 安全性, 有效性에 관한 試驗研究 및 評價를 위하여 細部的으로는 毒性 藥理試驗 研究 및 評價, 既存 醫藥品에 대한 安全性 再評價, 民間企業體가 開發한 新物質에 대한 毒性, 藥理 受託試驗, 安全性 評價에 관한 情報의 蒐集, 評價, 分配 및 毒性 藥理 試驗法의 研究開發, 特定 病原體不在(Specific Pathogen Free)동물의 生産, 供給등의 業務를 遂行하고 있다.

그러나 本 安全性研究院이 6次 計劃期間中 우선 사안이 시급한 醫療品の 安全性評價면에서는 괄목할 만한 成長이 있었다고 생각되나 食品關聯 化學物質과 汚染物質에 대한 安全性評價 實績은 매우 미흡하다고 판단된다. 이는 物質 特許 關聯 新物質이 주로 經濟성이 큰 醫藥品으로 開發, 申請되었고, 本 安全性研究院의 設立연혁이 3년여 정도 밖에 되지 않아 長期間이 所要되는 毒性試驗의 安全性評價 作業이 아직 實效를 거두고 있지 못한 것에 起因된다 하겠다. 한편 學界 및 業體를 통한 關聯 研究 역시 醫藥品의 安全性 評價에 치우치고 있으며, 食品産業體의 研究所를 통한 食品關聯汚染物質의 安全性 評價는 거의 전무한 實情이어 第7次 計劃期間中 이의 改善策이 시급한 實情이다.

### 2.3.3 基本方向

食品關聯 有害 汚染物質 및 新開發品에 대한 安全性을 確保하기 위하여 學界에서는 基礎研究를 專擔할 수 있도록 支援을 強化하고, 産業體研究所

에서는 新製品의 安全性研究을 專擔할 수 있도록 하며, 國立保健院, 國立 安全性研究院에서는 이와같은 研究結果의 評價 및 政策適用과 關聯된 研究을 遂行하도록 하므로써 安全性 評價와 關聯된 諸般業務를 有機的으로 連結하여 그 效果를 上昇시킴과 동시에 신속히 關聯規制에 適用하여 同物 質들에 대한 國民 保健上 安全性을 提高시킨다.

#### 2.3.4 細部計劃

##### ○ 學界의 基礎研究 活性化 支援

大學, 食品衛生學會등 關聯學界에서 新開發品, 新素材등의 影響評價를 위한 基礎的·理論的인 研究을 遂行할 수 있도록 支援을 행하므로써 學界의 우수한 人力 및 裝備를 活用하고 最終評價 作業과 政策適用時基本的이고 補完的인 역할을 擔當케 할 豫定이다.

##### ○ 産業體研究所의 新製品등의 安全性 研究 支援

일정 水準을 갖춘 食品産業體 및 製藥會社의 研究人力 및 施設을 活用하여, 自社 新製品 및 關聯物質의 安全性 研究을 遂行시키기 위한 支援을 행하고, 指導·管理하므로써 동일 物質 및 유사물질의 중복평가로 인한 時間的, 經濟的 손실을 防止하며 國立安全性研究院의 業務를 分擔시킬 計劃이다.

##### ○ 國立保健院, 安全性研究院의 食品安全性 評價 機能 強化 및 關聯 研究機關과의 有機的 協調

國立保健院, 國立安全性研究院에서는 學界의 基本的·理論的 研究와 業體 研究所의 新製品 安全性 研究을 유기적으로 指導·管理하고 上記研究 結果를 最終評價하며, 政策適用과 關聯된 研究을 遂行케하므로써 效率의 이고, 體系的인 安全性評價 作業을 실행하여 기존 醫藥品의 安全性評價 機能과 더불어 미흡한 食品分野의 安定性 評價機能을 強化한다.

한편 國內·外에서 開發되어지는 食品關聯 新物質 및 外國 安全性 研究

機關의 毒性試驗에 관한 評價 情報을 迅速히 蒐集, 分析하여 研究 및 政策에 반영하고, 가능한 부문은 共同研究를 遂行케하여 長期間이 所要되는 慢性毒性實驗등의 結果를 조기에 評價함과 더불어 先進外國의 安全性 評價 技術을 이전하여 우리의 技術을 蓄積, 發展시킬 計劃이다.

### 3. 食品製造業所の 育成 및 安全性 自律管理 機能向上

#### 3.1 業界 自律管理體系의 制度化 推進

##### 3.1.1 現況 및 問題點

지금까지의 食品의 衛生水準 向上을 위한 管理體系는 營業 許可制度 및 品目許可制度를 근간으로 하는 관 주도형 管理體制라 할 수 있다.

그러나 消費者의 欲求가 다양해지고, 여성의 就業人口 및 海外旅行이 늘는 등 周邊環境이 급속히 變해감에 따라, 외식빈도도 급격히 늘고 있고 加工食品의 種類도 대단히 다종 다양해지고 있을 뿐 아니라 食品關聯業所の 수도 급격히 늘어나고 있어 政府에서 細部的인 것까지 직접 管理하는 데에는 實效性 및 經濟性에서 한계가 있어왔다.

또한 우리나라 食品關聯業所の 衛生管理 및 品質管理 수준도 많이 向上됨에 따라 이와같은 業體의 自律管理 機能을 制度化하고 권리와 의무를 동시에 부여함으로써 食品의 衛生水準을 向上시키는데 기여하도록 하여야 하나 아직 業界의 自律管理 機能을 制度化 하는데는 미흡하였다.

즉 食品衛生法에 의해 대부분 食品製造業體는 食品衛生管理人을 두도록 하고 있으며, 同業者組合내에도 自律指導員을 두어 同業者組合의 營業 施設 指導등을 遂行하도록 하고 있으나 권리와 의무가 不明確하고 法的, 制度的 뒷받침이 되고 있지 않아 消極的인 食品衛生 水準 向上밖에 이루지 못하고 있다.

특히, 食品이란 最終製品의 品質만을 가지고 衛生上 安全性을 確保하는데는 어려움이 있고 原料의 品質, 製造工程의 管理, 流通中 品質유지도 똑같이 중요하고 이와같은 諸般事項을 政府에서 모두 管理하는 것은 現實的으로 不可能하므로 業體의 自律管理로 管理될 수 있도록 制度的으로 뒷받침되어야 하나 지금까지는 最終製品의 品質위주의 管理를 遂行해 오고 있어 根本的인 衛生水準 向上에는 效果的이지 못하였다.

### 3.1.2 第6次 計劃의 評價

第6次 計劃期間中 政府는 業界의 自律管理 機能을 強化하기 위하여 食品衛生法上 食品 및 添加物을 製造 또는 加工하는 營業者의 遵守事項, 食品接客營業者의 遵守事項, 食品接客營業의 模範業所 選定基準等を 정하고 食品衛生管理人 및 食品接客業 營業者에 대한 教育을 強化하였으며 지금까지의 品目許可 對象食品이었던 건과류, 캔디류, 설탕류, 버터등 여러가지 品目を 申告對象品目으로 轉換하는 등 努力을 기울여 왔으나 아직 法的, 制度的 뒷받침에는 미흡한 水準이었다.

특히 동 期間中 食品의 輸入이 거의 自由化됨에 따라 우리나라 食品產業이 이와같은 輸入食品에 能動的으로 대처해 나가면서 지속적인 發展을 이룩하기 위하여는 우리나라 國民들의 食性에 맞는 新製品 開發 및 製品의 多樣化가 반드시 必要함에도 불구하고 營業許可制度 및 品目許可制度의 경직성 등 行政편이 위주의 食品關聯業所 管理를 벗어나지 못한 아쉬움이 있었다.

이와함께 國民의 食生活에 많은 부분을 차지하고 있는 食品接客業所는 業所수가 너무 많고 衛生水準上 差異가 많아 一律的인 行政管理가 어려워 調理士의 教育을 통한 自律管理體系 構築이 必要하나 충분히 이루어지지 못하였다.

### 3.1.3 基本方向

食品關聯業界의 自律管理體系를 制度化하기 위하여, 食品製造·加工業所의 경우 自社製品의 原料로부터 最終消費者까지의 모든 과정에 대한 總括責任制를 導入하고 이와같은 業界總括責任制가 實際로 이루어질 수 있도록 營業許可制度중 施設基準 및 品目許可制度의 全面的인 再調整을 實施하고 食品衛生管理의 責任과 권한을 명시하여 自律的인 品質管理가 이루어지도록 하고, 食品接客業所의 경우 調理士의 採用을 義務化하고, 이들의 教育을 強化한 후, 責任 및 권한을 부여하여 調理士 中心의 自律的인 衛生水準 向上이 이루어 지도록 유도한다.

### 3.1.4 細部推進計劃

#### ○ 業體總括責任制의 確立

食品의 安全性을 충분히 確保하기 위하여는 原料의 安全性, 製造工程의 適切性, 包裝의 安全性과 함께 流通期間中 品質變異의 억제등이 綜合的으로 管理되어야 하므로 이를 製造業體가 總括하여 管理하는 總括責任制를 確立하고자 한다.

그러나 이와같은 總括責任制는 새로운 制度의 導入이 아니라 지금까지의 業界 自律管理機能을 좀더 조장해 주고 業界의 自律管理機能 定着에의 장애요인을 除去해 주므로써 業界가 責任과 권한을 동시에 가지는 水準에서 實施하고자 한다.

이와함께 各 食品製造業所 또는 食品接客業所별로 엄격한 審査를 거쳐 自律管理 能力이 있는 業所를 選別하고, 選定된 業所에 대하여는 行政的인 衛生監視를 지양하고, 製品開發, 製品多樣化에 따른 최대한의 自律性을 부여함과 동시에 自律管理能力의 하자에 의한 問題發生시에는 改善시까지의 더욱 엄격한 管理를 實施하는 方案도 檢討할 豫定이다.

○ 食品衛生管理人 및 調理士의 권한과 責任부여

食品衛生管理人 및 調理士의 권한과 責任을 명시하고 業所內에서의 地位를 確保해 주므로써 業界 自律管理機能의 中추적인 역할을 수행할 수 있도록 法的, 制度的 뒷받침을 마련하고자 한다.

특히 食品衛生管理人의 業所內 地位를 生産擔當 實務責任者 이상으로 하도록 하고, 모든 食品接客業所에서 調理士 採用을 義務化하며 이들의 地位를 確保해 주고, 定期的인 教育을 實施하여, 이들의 管理하에 自律 管理가 이루어지도록 할 計劃이며 自律管理가 잘 이행되는 業所에 대하여는 選別的으로 衛生監視를 一定期間 면제해 주는 方案도 推進할 計劃이다. 이와함께 이들에 대한 責任과 의무도 強化하여 의도적인 잘못에 의한 衛生上 危害가 發生할 경우에는 엄격한 行政措置를 통하여 再發을 事前에 防止하도록 하겠다.

○ 食品衛生法 및 食品公典의 改善 推進

業界의 自律管理 機能이 實際적으로 定着되기 위하여는 業界의 自律性이 保障되어야 하며 이를 위하여 지금까지 관 주도형의 食品關聯業所 關聯 法令을 業所의 自律性을 保障할 수 있도록 改善하도록 하겠다.

이중 특히 業界의 製品 多樣化 및 新製品 開發등에 장애요인으로 작용해 온 品目許可制度의 改善를 推進하겠다. 물론 1960년대 이후 우리나라 食品의 衛生水準 및 品質水準의 向上에 品目許可制度가 절대적인 공헌을 하여 온 것이 사실이나 이제 대부분의 우리나라 食品産業의 衛生 및 品質 管理 水準이 대단히 向上되어 있으므로 品目許可制度를 全面的으로 改善하여 業界의 自律管理機能이 認定되는 業體 및 問題發生 소지가 없는 品目부터 과감히 品目許可 對象食品에서 除外시키도록 하겠다.

이와함께 營業許可時의 施設基準도 現實을 감안하여 全面的인 再調整을 실시하겠다.

그러나 品目許可制度를 緩和할 경우 이를 補完하기 위하여는 事後管理, 檢査制度가 活性化되어야 함으로 現在 食品品目許可制度의 근간이 되는

食品公典을 改善하여 事後管理指針書로 活用될 수 있도록 하겠다.

## 3.2 食品衛生法 및 食品公典 등 法令의 國際化 推進

### 3.2.1 現況 및 問題點

最近 GATT를 中心으로 하여 世界 交易의 自由化가 꾸준히 推進되고 있고 이와함께 UR多者間協商을 통하여 食品과 農產物의 國際交易상 自由化가 重要한 이슈로 대두되고 있다.

또한 UR農產物協商팀 산하의 “食品 및 動植物 檢疫規定 및 장벽에 대한 作業班”(Working Group on Sanitary and Phytosanitary Regulations and Barriers)에서는 議長의 合意草案이 提示되어 있으며 現在로 本草案은 議長의 單獨意見으로 提示되었으나 몇가지점을 제외하고는 協商當事國의 意見을 대부분 반영하고 있어 合意에 도달할 가능성이 높다.

특히 合意草案에서는 食品의 檢疫規制時 適合性 判斷을 위한 基準으로써 Codex國際食品規格등의 採擇을 명문화하고 있어 우리나라는 짧은 期間안에 Codex國際食品規格의 受諾이 불가피한 狀況이다.

이와같은 Codex國際食品規格의 受諾은 우리나라 食品產業에 直·間接적으로 많은 影響을 줄 것으로 豫想되고 있으나 아직 우리나라 食品產業의 保護와 더 나아가서 國際化 促進이라는 측면에서의 Codex規格의 이해와 이의 受諾에 따른 波及效果의 把握 및 適切한 對應方案 樹立에는 부족한 形편이다.

또한 우리나라 食品產業이 개방화시대에 부응해 가면서 健全한 發展을 지속해 나가기 위하여는 지금까지의 內需產業 위주의 運營方式에서 과감히 탈피하여 國際化를 지향하여야 한다고 보았을 때 食品產業 管理의 근간이 되는 食品衛生法 및 食品公典의 國際化가 필수적인 課題이며 이와함께 自律化도 이룩되어야 할 것이나 아직까지는 미흡한 실정이다.

특히 Codex國際食品規格의 성격상 原料 農水産物에 관한 規格이외에는 대부분 保社部 소관 사항임에도 業務 分掌이 불명확하고 保社部內에 Codex國際食品規格만을 다룰 전담부서가 없는 것도 解決되어야 할 問題이다.

이와함께 Codex國際食品規格의 受諾方法 選定, 波及效果의 豫想研究 및 Codex國際食品規格 改正, 制定時의 意見提示등의 業務를 遂行할 韓國 Codex國際食品規格委員會의 保社部內 設立도 시급히 必要하다.

### 3.2.2 第6次 計劃의 評價

政府는 6次 計劃期間中 食品公典의 國際化·必要性을 實感하고 지금까지 成分規格 위주의 食品公典 體制를 Codex國際規格과 같은 定義, 原料의 具備要件, 製造加工基準, 主原料成分 配合基準, 成分規格, 表示基準 및 保存 및 流通基準까지를 포함하는 總括 規定 體制로 바꾸었다. 그러나 그 內容面에서는 國內 生産品을 위주로하고 있고 規制中心이어서 아직 國際化에는 미흡한 水準이며 業界의 自律性 보장도 부족한 형편이다.

이와함께 Codex國際規格에 관한 資料蒐集 및 各國의 對應方案에 관한 情報蒐集을 위하여 保健社會部 및 農林水産部 職員이 總會 및 重要 分科 委員會 會議에 參席하고 있고 保社部에서는 韓國食品研究所에 研究用役을 주어 對應方案 樹立에 관한 資料 蒐集등의 研究를 繼續하고 있으나 豫算 및 人力의 부족등으로 충분하지는 못하였다.

### 3.2.3 基本方向

Codex國際規格에 관한 資料蒐集, 基本 對應方案의 樹立, 受諾方法의 選定, 波及效果의 豫測 및 規格의 改正, 制定時의 意見提示를 담당할 수 있는 韓國 Codex國際食品規格委員會를 保社部 산하에 두고, 保社部 衛生局에는 Codex國際食品規格을 전담할 수 있는 계를 新設하여 委員會의 資料를 토대로 食品衛生法의 改正作業 및 政策決定등을 遂行하도록 할 計劃이다.

이와함께 Codex國際食品規格中 우리나라가 受諾한 부분에 대하여는 이들이 食品公典에 반영될 수 있도록 食品公典의 改正도 長期的으로 推進할 豫定이다.

### 3.2.4 細部 推進計劃

#### ○ 韓國 Codex 國際食品規格委員會 新設

Codex國際規格에 관한 資料蒐集, 對應方案의 樹立, 受諾方法의 選定, 波及效果의 豫側 및 規格의 改正·制定時의 意見提示 業務는 대단히 방대한 作業으로서 食品뿐만 아니라 經濟, 國際協力등 여러분야의 전문가가 參與하여야 소기의 成果를 이룰 수 있는 사항이므로 이와같은 技術的인 業務를 擔當할 韓國 Codex國際食品規格委員會를 保社部 산하에 두고져 한다.

本 委員會에는 業界, 言論界, 消費者등의 意見을 폭넓게 收斂할 수 있는 總括班과 함께 食品 및 經濟전문가들로 構成된 食品別, 項目別, 實務作業班을 構成하여 作業토록 하고 Codex本部 및 各國의 Codex委員會들과의 業務協調 方案도 講究하고져 한다.

특히 實務作業班의 作業結果는 우리나라 食品產業에 지대한 影響을 줄 수 있고, 특히 食品產業의 國際化, 自律化 정도를 左右할 수 있으므로 食品業界의 대폭적인 參與를 유도할 豫定이다.

#### ○ Codex 國際食品規格 전담계의 新設 및 人力補強

Codex 國際食品規格의 受諾은 우리나라 食品產業 管理 行政의 근본적인 變化를 의미하는 것으로 이와 關聯된 政策決定은 高度의 技術性 및 專門性을 要求하는 사안이므로 保社部 衛生局內에 이를 전담할 수 있는 계를 新設하고 人力을 補強할 豫定이다.

本 전담계에서는 韓國 Codex 國際食品規格委員會의 業務方向을 調整하고, 作業結果의 政策반영 및 이에 따른 食品衛生法の 改正作業을 擔當하도록 할 豫定이다.

특히 Codex 國際食品規格은 原料農水産物에 관한 일부 規格을 제외하고는 대부분 食品의 安全性 및 食品의 規格에 관한 사항이므로 性格上 대부분 保社部 소관업무이므로 이를 總括하여 管理할 수 있는 專任부서의 設置가 반드시 必要하다.

○ 食品公典의 改正 推進

Codex 國際食品規格의 受諾方法은 크게 完全受諾, 限定受諾 및 暫定受諾이 있으나 어떤 方法으로 受諾이 이루어진다 하여도 이는 國內食品과 輸入食品의 形평을 기하기 위하여는 우리나라 食品公典의 改正을 필요로 한다. 따라서 Codex 國際食品規格의 受諾이 必要한 부분부터 점차적인 食品公典의 改正이 要求되고 있다.

그러나 이와같은 食品公典의 改正이 우리나라 國民의 衛生上 安全性에 危害要因이 되어서는 아니되므로 技術的으로 충분한 檢討를 거쳐서 이루어 지도록 할 豫定이다.

### 3.3 食品安全性 研究 및 檢查를 위한 民間研究機關 育成

#### 3.3.1 現況 및 問題點

國民生活水準의 向上과 더불어 國民의 健康에 대한 關心과, 加工食品利用이 날로 增加하고 있는 반면에 産業化, 都市化, 開放化의 급진전으로 原料食品의 汚染과 輸入食品의 急増등에 따른 食品의 安全 및 品質管理上의 問題點이 노출되고 있으며 國民의 多樣한 欲求가 분출되고 있으나, 國·公立研究機關은 반복적인 檢查業務등의 過多로 本然의 保社部 政策方向 設定을 위한 長期研究, 保社部 施行政策의 效果分析 및 長期모니터링, 保社部 政策의 調整 등의 業務遂行에 막대한 지장을 招來함에 따라 食品 衛生 全般에 관한 國家管理機能이 國民의 欲求水準에 미치지 못하고 있는 實情임.

따라서 이들 公認檢査業務, 保社部 政策執行時 必要한 情報 및 技術資料의 提供, 保社部 政策立案을 위한 研究事業 遂行등의 業務를 遂行할 수 있는 권위있고 國民·政府·食品業界가 모두 신뢰할 수 있는 公認檢査 및 研究機關을 設立·育成할 必要性이 그 어느때보다도 절실하니 現在의 民間 研究機關은 新製品開發 및 品質管理를 위해 設立된 企業體 附設 研究所를 제외하고는 韓國食品研究所가 유일한 民間研究所라 할 수 있겠음.

韓國食品研究所는 1986년 7월 4일 開所하여 食品檢査部, 食品研究部, 食生活改善部, 營養研究部, 製品管理部, 行政室등 5部 1室의 組織에 총 52명(研究 12, 檢査 21)의 人員으로 構成되어 있으며 主要機能을 살펴보면 다음과 같다.

- 食品 및 添加物의 公認檢査 및 製品管理 業務
- 保社部 政策執行時 必要한 情報 및 技術資料의 提供
- 保社部の 食品 및 營養政策 立案을 위한 政策開發 研究事業 遂行

그러나 韓國食品研究所는 食品工業協會의 附設研究所로 運營되고 있어 檢査·研究에 대한 對外的 公信력이 약하고, 所要財源은 주로 自體收入金(製品檢査收入金, 用役收入金, 檢査手數料등)으로 충당하고 있어(食品工業協會의 支援은 全無하며 食品振興基金을 포함한 소규모의 國庫補助금이 있음) 財源의 부족으로 人力 및 裝備補強이 지난하며, 獨立建物を 確保하지 못하고 있어 폭주하는 研究 및 檢査業務를 遂行하기에는 限界點에 逢着하는 등의 問題點을 내포하고 있는 實情임.

### 3.3.2 第6次 計劃의 評價

國立保健院 및 各 市道保健環境研究所는 現在 일반 民願業務處理 및 檢定業務 處理에 대부분의 時間이 消費되어 食品衛生 水準 向上의 근간이 되는 本然의 保社部 政策方向 設定을 위한 長期研究, 保社部 施行政策의 效果分析 및 長期모니터링, 保社部 政策의 調整등의 業務遂行에는 미흡한

實情이므로 民願業務 및 一般 檢定業務 등을 연차적으로 民間 研究·檢査 機關에 移管하여 處理토록 함으로서 本然의 業務遂行에 置重하고자 同期 間中에 民間 研究機關 育成計劃을 樹立하고 '86. 7. 4 韓國食品工業協會에 4部 1室의 韓國食品研究所를 設置하였으며 '87년도부터 食品振興基金에 의한 支援金과 食品試驗分析에 따른 手數料 등 自體收入에 의거 연차별 投資規模를 점차 확대하고 우수 研究人力을 持續적으로 確保해 나감으로써 研究所의 機能을 活性化시켜 나갈 計劃이었다. 이에 따라 韓國食品研究所는 設立 당시 4部 1室 總員 33名으로, 保社部의 食品 및 營養政策 立案을 위한 政策開發 研究事業, 保社部에서 政策執行時 必要한 技術資料의 提供, 食品 및 添加物의 公認檢査등을 遂行하여 食品衛生行政先進化에 기여하였으며, 1987年 4月에는 食品衛生公認檢査機關으로 指定(保健社會部 指定 제1호)받았고 同年 7月에는 人蔘製品檢査業務를 개시하하므로써 이에 必要한 人員과 裝備를 人蔘檢査所의 關聯部署를 吸收·充員하여 5部 1室 總員 52名으로 擴大 發展하였다.

그러나 이후에는 豫算등의 사유로 이 이상의 發展을 중단한채 食品安全性 研究 및 檢査를 위한 民間 研究機關으로서의 限界를 노출하고 있는 實情이다.

### 3.3.3 基本方向

經濟社會開發計劃의 成功的인 推進과 더불어 食品產業 發展도 淸々한 成長을 해왔고 食品關聯 研究 및 檢査分野에서도 양적인면에서는 發展을 하였으나 아직도 需要에 미흡한 實情이어서 이를 보다 內實化하고 輸入自由化에 따른 國際競爭力 強化의 必要性에 따라 科學的이고 時期적 절한 政策開發 등 行政需要에 能動的으로 對處할 수 있는 機關의 育성과, 加工食品, 輸入食品의 物量增加와 環境汚染에 의한 原料食品의 危害要因 增加趨勢에 대비한 國民·政府·業界가 모두 信賴할 수 있는 公認檢査機

關의 育成 및 食品衛生政策 立案을 위한 研究事業 遂行과 政策執行時 必要한 情報 및 技術資料를 短時間에 提供할 수 있는 民間 研究機關의 育成 目的으로 韓國食品工業協會 附設 韓國食品研究所를 母體로 하여 假稱 “食品衛生研究院”을 政府出資 特別法人의 形態로 設立·活性化시켜 나갈 計劃이다.

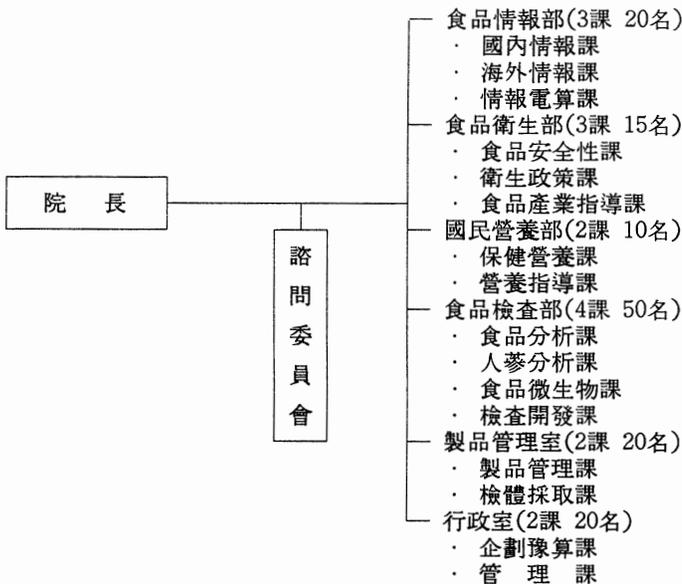
### 3.3.4 細部推進計劃

- 政府出資 特別法人으로 設立
  - 韓國食品工業協會 附設 韓國食品研究所를 母體로 하여 政府出資 特別法人으로 함.
  - 名稱은 假稱 “食品衛生研究院”으로 함.
- 保社部 協力·補助機關으로서의 機能 부여

	食品衛生研究院	關聯 他機關의 機能	
		國立保健院	食品開發研究院(農林水產部)
基本性格	保社部 協力·補助機關	保社部 諮問機關	食糧管理側面에서의 貯藏, 加工 技術 開發
基本業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 公認檢査 業務</li> <li>· 保社部 政策執行時 必要한 技術資料의 提供</li> <li>· 保社部 政策立案을 위한 研究事業 遂行</li> <li>· 食品情報銀行 運營</li> <li>· 衛生水準向上을 위한 業界 및 對國民 教育·弘報</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 保社部 政策方向 設定을 위한 長期 研究</li> <li>· 保社部 施行政策의 效果分析 및 長期모니터링</li> <li>· 試驗方法開發과 檢査의 標準化 등 檢査 시스템 確立</li> <li>· 檢査要員의 教育·訓練</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 食糧資源 開發 및 賦存資源 活用度 提高</li> <li>· 農林水產資源의 效率的 利用으로 農漁民 所得增大 및 食品產業 發展에 寄與</li> <li>· 食品產業體에 대한 技術支援 및 教育訓練</li> </ul>

- 對 保社部 協力 및 情報提供을 위한 事業推進
  - 食品衛生水準 向上에 관한 事業
    - － 食品, 添加物등의 安全性 確保를 위한 調査 · 研究
    - － 食品, 添加物등의 基準 및 規格에 관한 調査 · 研究
    - － 食品의 製造 · 加工 · 調理등 業所의 衛生水準 向上을 위한 調査 · 研究
  - 食品産業 發展에 관한 事業
    - － 食品産業基礎調査
    - － 食品, 添加物등의 輸出振興 育成에 관한 調査 · 研究
    - － 食品, 添加物등의 製造 · 加工業所의 育成方案
  - 國民營養의 均衡的 補給 · 向上을 위한 事業
    - － 國民營養에 관한 調査 · 研究
    - － 疾病豫防 및 體質改善을 위한 特殊食單 開發
    - － 食糧資源의 營養學的 特性和 活用方案 調査 · 研究
  - 食生活改善에 관한 事業
    - － 消費節約 및 食生活 向上을 위한 食單開發 補給
    - － 外食産業의 育成發展에 관한 調査 · 研究
    - － 傳統 食生活 禮節 發掘 · 補給등에 관한 調査 · 研究
    - － 傳統 및 鄉土飲食의 開發 및 調理法의 體系化
  - 食品, 添加物등의 衛生檢査
    - － 國家製品檢査業務의 委託檢査
    - － 不正, 不良食品의 收去依賴에 따른 檢査
    - － 飲用水, 세정제, 완릉품에 대한 檢査
    - － 食品, 添加物등의 自家基準 및 規格檢討
  - 食品衛生 및 營養에 관한 教育弘報
    - － 消費者의 食品購買 便宜를 위한 食品知識 開發 補給
    - － 食生活文化의 先進化를 위한 食品등의 管理要領 開發 補給

- 食品의 安全性등과 關聯한 情報의 蒐集·分析·傳播
  - － 農産物등 主要 收入食品의 栽培·飼育·生産·保管·運送과정에서 農藥, 保存料 使用등 原產地 實態調查 및 情報蒐集
  - － 해당 國家의 有害物質등의 規制·管理 實態調查 및 情報蒐集
  - － 해당국에서 問題가 제기된 사항에 대한 情報蒐集
- 所要財源의 部分的 政府支援
  - 設立初年度
    - 期策定豫算의 執行('91年度 25억원)
  - '92年度 以後
    - － 政府의 所要財源 支援
      - 政府豫算 確保支援 및 食品振興基金 活用
    - － 自體收入
      - 自體 檢查手數料 및 研究用役事業
- 組織과 人力의 補強



## 4. 飲用水 衛生水準 向上

### 4.1 飲用水의 安全性確保를 위한 關聯部署間 協助體系構築

#### 4.1.1 現況 및 問題點

음용수공급 및 그 관리체계는 상수원지정에서 부터 생산 그리고 관리에 이르기까지 많은 부처가 관련되어 있어 그 기획과 실행에 많은 어려움이 있다.

즉 상수보호구역의 지정은 건설부가 그 관리를 위한 특별관리는 환경처가, 상수원과 연관된 하천관리는 건설부가, 정수장건설은 건설부가, 그리고 하수종말처리장건설은 환경처가(종래에는 건설부가), 정수장운영은 내무부(지방행정단체)가, 정수장에서 생산된 음용수수질측정은 보건사회부가 각기 업무를 관장하고 있다.

음용수관리체계는 상수원으로 부터 최종 가정수도수에 이르기까지 일관성있게 구축되어야 한다. 89, 90년 계속하여 상수수질의 불안전성에 대하여 사회적으로 큰 파문이 일어났을 때에도 각 행정당국들은 업무의 한계점을 이유로 뚜렷히 책임을 지울 수 있는 부서가 없었다.

특히 보사부당국은 상수공급체계중 최종말단에서 단지 수질을 감시하여 보고하는 업무를 담당하고 있어 상수원이 오염되고, 정수처리가 부적당한 경우에 발생하는 수도수수질의 부적격성에 대하여 책임여부가 모호하다고 하겠다.

그리고 보사부에서 음용수수질기준을 강화하는 경우 상수원보호에서 정수처리와 공급하는 부처들의 후속조치의 어려움 때문에 협의가 매우 힘들게 되어 있다.

선진외국들에서는 음용수공급체계에 대하여서는 업무들은 분산되어 있더라도 일관성있는 부처간의 협조체제를 구축하고 있거나 또는 Water

Authority(예, 영국)와 같은 특별기구를 만들어 체계적으로 관리하고 있다.

#### 4.1.2 第6次 計劃의 評價

음용수관리부서의 다양성에 따라 현재제상 부처를 포괄적이며 유기적으로 연계성을 갖는 조직이 없다.

단지 보사부에서 90년 5월에 음용수관리위원회를 설립하여 자문기관으로 활용하고 있는 실정이나 이 위원회는 관련부서들과의 원활한 유기적 관계를 위한 것이 아니고, 수질기준, 수처리제등 음용수 위생관리에 관한 사항의 자문을 위하여 관계 전문가등 15명으로 구성·운영하고 있는 실정이다.

#### 4.1.3 基本方向

산업화 및 도시화에 따른 환경오염으로 인하여 상수원오염등의 심화와 유해물질의 양적증가 및 질적악화가 예상되므로 음용수의 관리를 보다 고도화하여 보다 좋은물을 선호하는 국민의 기호에 맞추며 또한 각종 수돗물에 대한 불신을 제거하는데 기본방향을 가지고 관련부처간의 유기적 협력체제를 구축한다.

#### 4.1.4 細部推進計劃

관련부처간의 수직적 그리고 수평적 협력체제를 구축하기 위하여 2단계 구조적체제를 구상한다.

##### ○ 음용수종합계획위원회(가칭) 운영

이 조직은 음용수와 관련된 부처간의 협력과 연계관계를 최대한 효율적으로 운영하기 위한 것으로, 근원적인 음용수관리에 관한 종합적계획을 구

상하고 심의하는 최고의 자문기관으로 운영된다.

위원장은 국무총리가 되며 부위원장은 보사부장관 그리고 연관된 부처의 장관들과 학계의 원로 및 시민단체의 장들로 구성한다. 이 위원회는 환경보전위원회 또는 국토개발심의위원회와 같은 성격으로 운영토록 한다.

보사부장관이 부위원장이어야 하는 당위성은 음용수는 결국 수질관리이어야 함에 있다.

#### ○ 음용수관리위원회의 보강 및 활성화

90년 5월에 관계전문가로 구성된 음용수관리위원회에 관련부처의 국장급들을 포함하여 실질적으로 관련부처의 연관성을 원활히하며 수질기준등 음용수의 위생관리에 관한 자문과 협의를 할 수 있는 조직으로 보강하며 활성화하기 위하여 주기적인 회의를 운영한다.

## 4.2 上水源保護를 위한 制度的 裝置, 簡易上水道管理 및 對國民 弘報強化

### 4.2.1 現況 및 問題點

전국의 주요 상수원은 이미 상수원수 2급수 이상으로 오염되어 있는 실정이다. 상수원보호는 건설부와 환경처가, 그리고 지방행정단체가 일차적인 관리 책임이 주어져 있다. 그러나 궁극적으로 음용수의 문제점은 수질 관리에 있어 상수원이 극도로 오염되어 있는 경우 처리와 공급과정에서 양호 수질을 관리하는 것은 매우 어렵다. 따라서 근본적으로는 상수원이 원칙적으로 잘 보전되도록 시책이 강구되어야 할 것이다.

더욱이 농어촌지역의 간이급수시설 및 수질관리는 보사부와 자치행정단체에 일차적인 책임소관이 있다. 간이상수원보전을 위한 시책이 또한 관련부처와 연관하여 원활히 시행되어야 할 것이다.

#### 4.2.2 第6次 計劃의 評價

도시급수를 위한 상수원보호에 관하여서는 일차적으로 보사부의 업무한계내에 있지 않으므로 직접적인 상수원보호를 위한 제도적 장치가 없었다. 그리고 농어촌간이급수시설에 대한 관리(보수, 신설등)도 매우 미비하였다.

실제 농어촌의 간이급수시설의 노후화, 적정치 못한 곳에 설치된 곳등의 파악과 인구 및 산업구조에 따라 변동되는 수량 및 수질요구에 대응하지 못한 감이 있다.

6차기간동안 '89년도 '90년도 수질파동이후 '90년 8월 1일~9월 30일 동안 전국간이급수실태 조사를 실시한 결과가 있다. 그러나 보사부가 적극적으로 문제점을 파악하여 방향과 개선방안을 제시하는데 미흡하였다. 더욱이 91년도 시점에서 보사부가 간이급수시설에 대한 보수와 설치에 대한 예산확보가 이루어지지 못하고 있다.

음용수수질에 대한 감시의 책임이 보사부에 있다고 하겠다. 법적으로도 수도수 및 각종 음용수에 대하여 주기적으로 수질을 검사하여 발표하고 비위생적인 경우는 적절한 조치가 취하여져야 할 것이었으나 매우 미흡하였다. 수도수에 대하여서는 보사부가 정기적으로 검사하여 공포한 경우가 없었으며 일부 소위 약수에 대한 조사가 실시되어 발표되었었다.

#### 4.2.3 基本方向

상수원수수질은 상수처리에도 중요한 영향을 미치므로 상수원수질기준을 합리적으로 개정토록 관계부처와 협의한다.

농어촌간이급수원보호와 급수시설관리체제를 활성화한다.

약수터 및 웅달샘의 위생적관리를 위한 제도적 체계를 세운다.

상수원보전과 음용수수질에 대한 대국민 홍보를 강화하여 국민적인 협조를 구한다.

#### 4.2.4 細部推進計劃

##### ○ 상수원수수질기준의 합리적개정과 관리

상수원수수질에 대한 관리기준은 현행음용수수질기준과 달리 주로 수질 지표항목과 중금속 및 유해물질들로 규정되어 있다. 상수원수에 대하여서는 일반하천수질기준과는 별도로 음용수를 위한 정수처리과정과 음용수의 안전성을 고려한 수질기준으로 개정되어야 할 것이다. 상수원수수질기준은 현재 환경처에서 제정하도록 되어있으므로 관계부처와 협의하여 개정하는 것이 현실적이나, 보사부에서 음용수의 안전성보전을 위한 지침으로 상수원수의 수질의 한계를 지정하는 것도 바람직하다.

##### ○ 농어촌간이급수원 및 시설관리

주로 농어촌간이급수원은 계곡수, 소하천수 또는 지하수등으로 주로 지방자치단체소관의 수원으로 이루어진다. 그리고 간이급수시설도 지방자치단체의 추진계획에 의하여 설치되고 보수되어 왔다.

보사부는 지방자치단체소관의 업무를 활성화하여 적극적으로 지원토록 한다. 특히 보사부는 간이상수도에 대한 문제점도출을 위하여 전국적 현황 조사연구를 실시하고 개선방향을 제시하며 이에따라 시·도·군에서 자발적으로 사업을 추진할 수 있도록 사업지침과 관리요령등을 시달한다. 그리고 간이급수사업을 개선하기 위하여 시범마을을 지정하고 새로운 기술개발에 따른 적용을 시도하고 홍보토록 한다.

##### ○ 약수터 및 용달샘물관리

좋은 물, 맛있는 물에 대한 선호도의 증가로 소위 약수터 및 샘물에 대한 주민의 이용이 증가하고 있는 실정이나 관리소홀로 위생상문제가 크다.

앞으로 약수터와 샘물에 대하여 관리주체를 정하고 그 관리지침을 준수토록 한다. 관리주체는 시장·군수 및 구청장으로 하며 안내판을 설치토록하고 수질검사결과 및 이용시 주의사항등을 표시토록 한다. 그리고 정

기적으로 수질검사를 실시토록하고 보사부에 보고토록 한다. 보사부는 수시로 감시·감독하도록 한다.

○ 대국민홍보강화

보사부는 상수원과 음용수수질에 대하여 정기적으로 조사하여 공포한다. 그리고 상수원보전과 음용수수질에 대한 안전성을 보장하기 위한 각종 대국민홍보체계를 구축한다.

시민단체·소비자보호단체등을 통한 대국민홍보 및 교육, 매스컴을 통한 사회교육, 초중고생을 통한 학교교육프로그램을 개발하고 추진토록 한다.

### 4.3 水質監視 및 安全性評價研究強化

#### 4.3.1 現況 및 問題點

수돗물에 대한 국민의 불신은 매우 크다. 89년 및 90년도에 수도수에 대한 큰 사회적문제는 산업의 발전과 인구증가등에 의한 환경오염을 우려하는 국민들의 의구심에서 출발하였다고 본다.

물론 당국은 정기적인 수질감시결과를 국민에게 공포하지 않았으며, 문제가 발생할 때마다 맑은물 종합대책등을 마련하고 있으나 가시적으로 그 실시상황이나 결과가 국민들에게 나타내지 못하였으며, 더욱이 현행 음용수수질기준이 과거 20~30년전에 제정된 것으로 현재 문제가되고 있는 각종 유해물질들의 오염상황을 표현하지 못하고 있다는 것등으로 대체적으로 국민들이 수돗물에 대한 안전성을 불신하고 있어 소위 생수 및 정수기등이 시중에 상품화되고 있는 실정이다.

### 4.3.2 第6次計劃의 評價

수질검사는 지방자치단체가 매월 1회이상 자체검사하고 보사부는 연 2회 확인검사를 실시하여 왔다. 그러나 감시결과가 제대로 공포되지 못하였으며 더욱이 각 기관마다 검사결과가 달라 국민들의 불신의 요인이 되었다. 89, 90년 수돗물에 대한 파동이후 정부의 맑은물 공급종합대책이 확정되었으나 아직도 문제가 된 부분들에 대하여 미진한 감이 있다.

아직까지 재래의 수질기준에 대한 보완이 미진한 상태에 있다. 단지 사회적으로 문제가 제기된 THM(Trihalomethane)에 대하여 1990년 1월에 수질기준에 보완되었을 뿐이며 각종 유해물질에 대한 보완이 시급히 요구되고 있는 실정이다.

더욱이 근래에 급격한 경제성장에 따른 산업화로 각종 산업시설, 주거지역, 교통시설등에서 배출되는 새로운 유해물질에 대한 조사와 그들의 안전성평가가 이루어져 있지 않으므로 국민들의 불만은 매우 크다고 할 수 있다.

### 4.3.3 基本方向

음용수수질에 따른 국민의 불신을 해소하며 맛있고 위생적으로 안전한 물을 공급하기 위한 기본방향으로 수질감시와 그 공포체계를 세우며 수질기준을 강화하며 특히 음용수의 안전성평가를 실시하여 앞으로 더욱 많은 유해물질의 출현에 따른 대책을 강구하는 기초를 만든다.

### 4.3.4 細部推進計劃

#### ○ 수질감시체계구축

현재 지방자치단체에서 월 1회씩 조사하는 것과 보사부가 수시 또는 연 2회 정기검사하는 것을 보사부가 일괄취합하여 정기적으로 언론에 공포하도록 한다.

이때 기준사항을 초과하는 수질에 대하여서는 해당부처와 수도사업자로 하여금 개선하도록 보사부가 지시하며, 또한 그 초과사항이 국민건강에 지대한 경우는 당사자를 고발조처하도록 관계법령 및 조직을 보완한다.

음용수수질검사를 현재 국립보건연구원 및 시·도의 보건환경연구소(또는 연구원)에서 실시하고 있으나 증가하는 검사수요에 대처하기 위하여 학계 및 민간단체등에서도 검사할 수 있도록 전문검사기관을 지정하고 운영토록한 '90년 1월 조치를 활성화시킨다. 학계 및 민간단체의 참여는 국민의 신뢰도제고를 위하여 바람직하다.

그리고 검사(또는 조사)된 수질은 적어도 월 1회씩 주요언론매체를 통하여 공포하도록 한다.

#### ○ 수질기준강화

현행 수질기준은 29개 항목이 설정되어 있다. 근래에 문제가 되고 있는 농약류(유기인제 및 염소계등), 중금속류(알루미늄 및 세레늄등) 및 방사선 물질이 아직 미설정되어 있는 실정으로 이들에 대하여 앞으로 연구검토후 기준에 추가 설정하도록 할 것이다.

그리고 90년도에 설정도 THM의 기준이  $0.1\text{mg}/\ell$  이하로 설정되어 있으나 독일등 선진국에서는 근래에  $0.01\text{mg}/\ell$  이하로 규정하는 등 보다 수질기준을 강화하고 있는 실정에 있다. 이들의 수질기준은 위해성평가에 따라 설정된다. 따라서 기존 또는 미설정 유해물질의 수질기준에 대하여 위해성평가에 따라 설정토록 한다.

#### ○ 음용수수질의 안전성평가

현재 우리나라도 유해물질로 규정되어 있는 화합물이 10,000종 이상이다. 이들 중 단지 수질기준에 설정되는 것은 특히 유해한 물질이거나 사용량이 많은 유해물질들이나 실제로는 매우 미량씩 상수원수에 오염되기도 하고 이들은 수도수에 처리과정중 제거되지 않고 공급될 수도 있다.

환경오염이 심화됨에 따른 수돗물의 안전성을 확보하기 위하여 이들 미

량오염물질등에 대한 조사연구와 이들의 위해도에 따른 안전성을 검토하여야 할 것이다. 이들은 연구결과에 따라 앞으로 수질기준에 보완하여 포함시킬 수 있으며, 또한 정수처리의 고도화, 그리고 상수원보호를 위한 각종조치를 강구하는데 기초가 될 것이다.

음용수의 안전성평가는 앞으로 계속 연차적으로 추진하여야 할 것이며 특히 신뢰성 재고를 위하여 전문학계의 연구기관을 활용하여 추진토록 한다.

또한 수도용약품사용에 대한 안전성에 대하여서도 조사연구토록 한다.

## 5. 公衆利用施設의 衛生水準 向上

### 5.1 大型建物, 地下商街等 公衆利用施設의 環境, 衛生管理基準 補完

#### 5.1.1 現況 및 問題點

국민의 경제생활 수준이 향상됨에 따라 건강과 환경위생에 대한 관심이 점차 증대되고 있다. 아울러 급속한 산업화와 인구의 도시집중화 및 대형 고층건물의 증가로 지하 생활공간을 비롯한 병원 및 각종 공중이용시설에서 생활하는 인구의 증가가 눈에 띄고 있는 것에 반하여 실내건물내에서의 위생관리 수준은 아직 미흡한 상태이다. 또한 국민들의 실내환경에서의 환경 및 위생에 관한 의식수준도 낮아 새로운 환경위생에 대한 계몽, 교육이 요구되고 있다. 공중이용시설의 대상이 되는 것은 현공중위생법(1986. 5.10 제정, 1990.1.13 재정)의 규정에 따라 ① 숙박업, 목욕장업, 이용업, 미용업, 유기장업등과 같은 위생접객업소, ② 세탁업, 위생관리용역업, 위생처리업, ③ 수처리제 제조업, 세척제 및 기타 위생용품의 제조업, ④ 기

타 공중 이용시설이라 할 수 있다. ④항에 해당되는 시설은 사무용 건축물, 공연장, 사설학원, 도매시장, 일반소매시장, 백화점, 쇼핑센터, 지하상가, 음식점, 실내체육시설등으로 공중이용시설의 범위는 앞으로도 대형 건축물 또는 시설물이 늘어남에 따라 증가될 추세이다. ④항에 추가될 사항으로는 날로 늘어나는 대형 건축물에 해당되는 병원으로서 병원내의 환경 및 위생관리가 미흡한 상태로 지적되고 있다. 1989년 공중이용시설 대상이 되는 업소의 현황을 보면 숙박업 : 31,964, 목욕장업 : 7,974, 이·미용업 : 84,666, 유기장업 : 15,756, 위생관련업 : 20,731, 위생용품 제조업 : 305로서 날로 도시인구의 증가에 따라 도시지역에서는 업소도 계속적으로 증가되는 실정이다.

#### <문제점>

- 공중이용시설에서의 환경·위생교육의 중요성에 대한 정부 및 국민의 인식 부족
- 공중이용시설의 위생관리체계의 미비
- 위생관리 전문인의 부족
- 공중이용시설대상의 다양성

#### 5.1.2 第6次 計劃의 評價

- 6차 계획기간에는 공중이용시설에 대한 공중위생관리는 건축물 실내환경기준(부유분진, 일산화탄소, 탄산가스, 온도, 상대습도, 기류, 조명)에 의해 시행되었다.
- 위생관리의 인식 및 지도 : 위생시설 및 미풍양속을 해치는 업소의 단속에서 1989년 전체 숙박업소의 약 36%, 목욕장업은 약 5.7%, 이·미용업은 3.2%에 해당되는 업소가 각각 적발되어 위생관리 개선을 집중 지도하였다.

- 실내환경기준에 대하여 매년 2회이상 정밀검사를 실시하고 이를 위반하는 자는 50만원 이하의 과태료를 부과하도록 하였다.
- 위생관리 점검의 향상 : 중이용시설의 증가에 따라 공중위생관리대상 이용시설의 관리자등은 관찰시장, 군수, 구청장에 신고하여야 하며 시설의 위생관리는 연 2회이상 위생관리담당자로 하여금 정밀검사를 받도록 하거나 정밀검사기관으로 부터 정밀검사를 받아야 한다. 특히 흡연구역 이외의 장소에서는 금연을 제도하도록 하였다.
- 대부분의 공중이용시설의 위생관리가 물리화학적 환경요소에 의한 공중위생관리보다는 공중이용시설업의 준수사항을 위반하는 것을 적발하는데 그치고 있어 진정한 환경, 위생수준의 향상에는 소기의 성과를 얻지 못하고 있다.
- 실내환경위생관리기준에 대한 시험방법을 제정하여 1990.12.29부터 시행하도록 하였다(보사부 고시 제90~91호).
- 위생관리담당자의 자격요건과 직무범위를 법제화하였다.
- 위생관리 용역업체의 시설 및 설비기준을 설정하였다.
- 흡연구역지정 시설 및 관리에 대하여 법제화하였다.

### 5.1.3 基本方向

- 공중이용시설의 증가 및 다양성에 따라 위생관리 기준의 보완내지는 새로운 기준의 설정이 요구된다.
- 공중이용시설물의 실내환경 및 위생관리에 대한 중요성을 인식시키고자 공중이용시설 이용자 뿐아니라 관리자를 위한 교육 및 계몽을 시도한다.
- 특수한 공중이용시설(예, 병원)이나 지하상가등에서의 공중위생시설 별로 강력위생관리기준의 제도적 뒷받침이 요구된다.

### 5.1.4 細部推進計劃

1) 공중이용시설별 실내환경기준의 보완

7가지 실내환경기준을 다양한 공중이용시설에 동일하게 적용하는 것은 무리가 있는 것으로 예상되어 특히 병원을 비롯한 대형 건축물, 지하상가 등의 시설별로 실내환경기준을 다르게 적용하며 7가지 실내환경기준외에 포름알데히드의 측정 및 허용기준이 포함되어야 한다.

2) 공중이용시설내의 장소별 금연지의 설정

3) 공중이용시설의 환기시설강화

4) 공중이용시설의 위생관리자 및 용역업체에 대한 자격요건 강화, 실내환경의 교육 및 계몽

5) 7차 계획년도 및 추경예산(만원)

구분	연도	1992년	1993년	1994년	1995년	1996년
공중이용시설별 실내환경측정조사		20,000	20,000			
공중이용시설별 위생시설조사		10,000	10,000			
공중이용시설별 실내환경 및 위생 기준 보완 설정		5,000	2,000	3,000		
기준치 적용 자율실시 (교육, 계몽)					4,000	
공중이용시설별 전면실시						4,000

위의 추진계획을 통하여 1994년까지 기준을 보완설정하여 1995년부터 동제도를 실시하고 새로운 위생기준에 맞는 공중이용시설에 대하여는 상대적인 우대를 강구한다.

1991년 1월 현재의 공중이용시설 위생관리지침에 의하면 공중이용시설에 일정한 장소를 흡연구역으로 지정하는 등 흡연관리 지정관리지침이 마

련되었다. 그러나 흡연구역지정의 표현보다는 보다 강한 금연구역지정으로 표현을 바꾸며 공중이용시설별 금연시설을 구체적으로 명시하여야 한다(예로서 일정규모 이상의 병원내 전 지역).

공중이용시설의 실내환경기준이 설정되어 있음에도 불구하고 실내환경 오염을 방지하기 위해서는 환기시설이 제대로 되어야 한다. 따라서 공중이용시설의 각종 환기설비를 재점검하고 시설의 용량에 맞는 환기가 이뤄지도록 법적조치를 강화한다.

공중이용시설의 위생관리 담당자는 담당자의 자격이외에 자격증시험제도를 실시하여 1995년 이후에는 위생관리사의 자격등을 갖는 자가 공중이용시설의 위생관리를 담당하도록 한다. 또한 위생관리용역업체의 자격은 7가지 실내환경기준외에도 환경·위생상태를 측정할 수 있는 장비를 갖추고 위의 위생관리사를 고용한 업체로 제한하도록 한다. 이의 실시도 위생관리사의 자격증이 실시된 후인 1995년 이후로 한다.

## 5.2 公衆利用施設의 衛生管理를 위한 電算化 推進

### 5.2.1 現況 및 問題點

공중이용시설은 숙박업, 목욕장업, 이용업이 지난 10년간 연 평균 2~3% 지속적으로 성장하고 미용업은 1981년에 비해 약 2배 이상 증가되었다. 그 외의 공중이용시설이 지속적으로 성장하고 있으며 도시지역에서는 공급과잉 현상으로 한계점에 이르는 문제점이 나타나기도 한다. 한편으로는 공중이용시설업소의 대소에 따라 효율적인 위생관리를 시행하는데 어려움이 많다고 하겠다. 따라서 부족한 위생관리 담당자의 효율적 위생관리 점검을 위하여는 공중이용시설에 해당되는 모든 실내건물의 전산화가 추진되어 각 업소별 위생현황 및 문제점을 수시로 점검할 수 있고 위생설비 개선을 위한 정책수립에도 공중이용시설의 전산화는 필요한 것으로 제안된다.

특히 대형건물내에는 많은 업체가 상주하고 있어 복합적 실내오염물질이 실내건물속에 이같은 공중이용시설을 이용하는 일반국민에게 건강의 위협을 줄 수 있다. 이같은 건물내에서도 복잡한 사무실의 위생상태를 점검, 관리하는 것은 매우 어렵다 할 수 있다. 따라서 공중이용시설 관리자는 각 시설별로 전산화하여 어느 형태의 환경·위생상태가 유지되는지를 수시 점검할 수 있어야 한다.

### 5.2.2 第6次 計劃의 評價

- 공중이용시설의 위생관리를 위한 전산화는 제6차 계획에서는 촉진되지 않아 평가는 불가능하다.
- 6차 계획기간에는 공중이용시설의 위생관리지침이 보사부 공중위생과에서 전국의 해당부서의 장에게 공문으로 전달되므로 행정적 처리의 관리능력에 미숙함이 나타날 수 있다.
- 동 기간중에는 각 공중이용시설의 위생관리가 준수사항의 위반사항에 그친점이 있다.

### 5.2.3 基本方向

- 공중이용시설의 증가 및 각 시설에 맞는 환경 및 위생관리를 위하여 모든 공중이용시설의 전산입력을 추진한다.
- 공중이용시설의 효율적 위생관리를 위하여 위생관리사의 훈련, 교육, 배출현황을 전산입력하여 공중이용시설 허가의 지역별 안배를 도모한다.
- 공중이용시설 위생관리자에 대하여 공중이용시설의 전산화에 대한 전산교육 실시
- 공중이용시설의 전산화에 대한 국민홍보 및 올바른 정보제공 및 활용

## 5.2.4 細部推進計劃

- 1) 정부관련 기관(보사부 공중위생과)내에 공중이용시설의 위생관리를 위한 전산화를 추진한다.

장래 더욱 다양해지는 공중이용시설물의 대상별 분류 및 실내환경 및 위생관리를 위한 전산정보체계의 확립이 필요하다.

- 2) 학계나 연구기관내에 공중이용시설의 위해평가 및 관리를 위한 전산화를 추진한다.

1)항에서 추진된 정부기관내의 전산망과 더불어 지정된 학계나 관련 연구기관내에 공중이용시설물의 위생관리의 연구목적으로 전산화를 추진하여 정부기관과의 공동정보체계를 확립함으로써 상호 효율적인 위생관리를 기대할 수 있다.

- 3) 공중이용시설의 위생 관리자에 대한 전산화교육

공중이용시설의 관리자 또는 건물주의 대상으로 산·학·관간의 효율적인 정보체계의 확립을 교육, 계몽시켜 공중이용시설에서의 위생, 안전관리를 보다 철저히 할 수 있다.

- 4) 7차 계획년도 및 추정예산

구 분	연 도	1992년	1993년	1994년	1995년	1996년
1) 정부관련 기관내 전산화 추진 (PC-AT 보급)		3,000	5,000			
2) 학계나 연구기관내의 전산화						
3) 산·학·관간의 공동 전산 정보체계 추진		2,000	3,000			
4) 공중이용시설의 위생관리자 및 용역업체에 대한 전산화 교육		500	2,000	5,000	5,000	5,000

## 5.3 公衆利用施設の 環境衛生上 危害要因 分析, 評價의 研究推進

### 5.3.1 現況 및 問題點

공중이용시설의 증대로 인하여 공중이용시설내의 환경위생 및 실내환경 오염의 중요성이 부각되고 있다. 또한 공중이용시설의 다양화로 인하여 해당 범위의 대상시설은 매우 광범위하여 부족한 정부요원의 위생관리점 검만으로는 절대적으로 효율적 위생관리를 기대할 수 없다. 공중이용시설은 국민 모두가 하루 24시간중에서 많은 시간을 그곳에서 생활하는 곳으로서 공중이용시설내의 위생관리가 국민건강에 미치는 영향은 매우 크다 할 수 있다. 그러나 우리나라의 공중이용시설내에서의 위해요인의 분석, 평가는 제대로 이뤄지지 못하여 어느 공중이용시설이 국민건강에 위해를 가져오는지에 대한 정보가 없는 실정이다. 따라서 지속적으로 증가되는 공중이용시설내에서의 효율적 위생관리를 위해서도 기존의 공중이용시설에 대한 환경위생의 위해요인을 분석, 평가하는 연구계획을 추진하는 것은 공중이용시설내에서의 환경오염방지를 위해서도 타당하다.

### 5.3.2 第6次 計劃의 評價

지난 6차 계획에서는 공중이용시설의 위생관리지침에 준하여 위반사항을 적발하고 흡연구역지정에 대한 관리를 제도하였다. 따라서 환경위생상 위해요인의 분석·평가의 연구촉진은 지난 6차 계획에는 포함되어 있지 않았다.

### 5.3.3 基本方向

7차 계획기간중 기본 방향은 공중이용시설에서의 환경위생상 위해요인

을 분석 평가하는 연구를 추진하는 것으로

- 1) 공중이용시설내에서의 환경위생상의 오염물질을 측정
- 2) 공중이용시설내에서의 오염을 발생시키는 위해요인을 규명
- 3) 공중이용시설내에서의 환경위생상 위해요인을 평가하는 기구의 설치
- 4) 공중이용시설물에서의 환경위생상 위해요인 평가를 위한 시설물 관리자, 건물주, 정부관련부처, 연구기관간의 상호 연구체계의 정립 및 연구비 조성

#### 5.3.4 細部 推進 計劃

##### 1) 산·학·관간의 연구추진체계확립

공중이용시설에 대한 환경위생상 위해요인을 분석 평가하기 위하여는 관련 공중이용 시설업체와 학계나 연구기관, 정부기관간의 공중이용시설의 위생관리에 대한 인식의 제고가 필요하다. 따라서 공중이용시설의 이용자뿐만아니라 그곳에서 일하는 사람의 보건학적 영향을 파악하여 공중이용시설내에서의 위해요인을 분석 평가하여 위해성을 사전에 예방하면 공중이용시설의 위생관리 부담을 경감시킬 수 있다. 특히 3자간에 전산정보 체계에 의한 연구추진이 요구되어 정부관련기관이나 연구기관내에 위해요인의 분석평가를 위한 연구 담당기구의 설비도 고려된다.

##### 2) 공중이용시설내의 근로자와 이용자의 실내 환경위생교육 강화

공중이용시설을 이용하는 사람들의 실내환경오염 및 보건학적영향에 관한 인식을 향상시키기 위하여 근로자 50인 이상의 공중이용시설업자에게는 매년 1회 이상 환경위생교육을 이수하도록 유도한다.

### 3) 7차 계획년도 및 추정예산(만원)

구분 \ 년도	1992년	1993년	1994년	1995년	1996년
1) 외국제도의 연구 및 자료수집	←→				
2) 공중이용시설별 위해요인 분석 및 평가	500	←→			
	2,000	2,000			
3) 공중이용시설내의 근로자의 교육환경위생			←→		
			2,000		
4) 산·학·관간의 전산정보체계에 의한 연구추진 확립(연구비 조성)				←→	
				2,000	2,000

## 6. 生活用品의 安定性 및 衛生水準 向上

### 6.1. 日常的인 모든 生活用品의 安全, 衛生管理基準 制定

#### 6.1.1 現況 및 問題點

국민의 경제생활 수준이 향상됨에 따라 각종 생활용품의 이용이 다양해지고 있으나 이들의 안전성 및 위생관리에 대하여는 미흡한 실정이다. 또한 우리나라에서 생산, 판매되는 생활용품을 분류한다면 기존에 생산, 판매되는 생활용품과 최근 수입자유화에 의해 판매되는 수입용품으로 나눌 수 있다. 또한 생활용품의 대부분은 가정에서의 소비형태로 제조·판매·소비되고 있으므로 대량생산이 가능하여 자칫하면 안전, 위생관리에 대한 측면이 등한시 되기 쉽다. 또한 외국으로 부터의 수입품은 대부분이 위생, 안전관리의 규격에 맞는 선진 외국기술에 의한 것으로 경쟁적으로도 국산품의 위생, 안전관리기준의 개발을 촉진할 수 있다. 그러나 생활용품의 종류와 다양화로 인하여 가정에서 많이 유통되는 생활용품을 대상으로 그들의 위생, 안전관리에 대한 제도적 뒷받침이 요구된다. 따라서 생활용품의

대상을 몇 가지로 분류할 수 있다.

- ① 식기류(플라스틱 제품, 스텐레스 제품, 종이컵등을 포함)
- ② 실내환경오염을 발생시킬 수 있는 생활용품(공기정화기, 에어컨, 가습기, 정수기, 각종 형태의 난방난로, 각종 스프레이 형태의 방향제등)
- ③ 완구류
- ④ 기타 우리 가정 생활에 많이 사용되는 생활용품으로 나눌 수 있다.

위와 같은 생활용품의 대상이 규정되지 않은 현상 상황에서 그들의 안전성, 위생관리의 기준을 정하는 것은 어려움이 많으나 장래 국민건강의 보호라는 차원에서 보면 어느 형태로든 생활용품을 소비하는 국민편에서는 이에 대한 정부의 새로운 형태의 공중보건교육을 통해서 이를 추진해 나가야 할 것이다.

#### <문제점>

- 생활용품의 대상이 정부 여러 부처내에 관련되어 있어 위생관리 제정을 위한 부처간의 협조가 어렵다.
- 소비자 보호측면에서 안전, 위생관리가 필요되는 생활용품의 대상이 설정되어 있지 않다.
- 생활용품을 생산, 판매하는 종사자 및 국민의 생활용품에 대한 안전, 위생관념의 희박

#### 6.1.2 第6次 計劃의 評價

생활용품의 안전성 및 위생수준관리에 대하여는 제6차 계획에는 포함되지 않아 평가가 불가능하다.

#### 6.1.3 基本方向

7차 계획기간중 생활용품 분야의 기본 방향은

- 1) 주요 생활용품의 대상을 규정하고 그들의 안전 및 위생관리를 위한 법제화 한다.
- 2) 기존의 주요 생활용품의 안전, 위생관리 기준제정을 위한 담당기구의 확대
- 3) 생활용품의 오·남용방지 및 사용상의 부작용으로 인한 피해대책 강구
- 4) 새로운 생활용품의 안전, 위생관리 기준의 완전 정책으로 대별할 수 있다.

먼저 생활주변에 많이 사용되는 생활용품의 품목을 정하여 그들에 대한 안전, 위생관리기준을 확보하는 한편 잘못 사용시의 피해대책을 마련한다. 아울러 신개발 생활용품에 대한 안전, 위생관리기준의 제정실시와 더불어 신상품의 개발을 촉진한다. 위의 기본방향을 시행하기 위하여 소비자보호원에 생활용품의 안전, 위생관리를 담당할 기구를 설치한다.

#### 6.1.4 細部推進計劃

- 1) 생활용품의 대상을 규정하고 안전·위생기준의 법제화  
주요 생활용품의 대상을 규정하고 그들의 위생기준을 법제화 하도록 한다.
- 2) 생활용품의 유해성을 규명  
주요 생활용품의 유해성을 파악하기 위하여 유독성물질을 분석 규명한다.
- 3) 생활용품의 안전, 위생관리기준 제정과 그 위생기준 및 시험방법의 검토, 생활용품에 대한 검정기능의 강화를 확보한다. 1994년까지 생활용품의 안전, 위생관리기준을 제정하여 1995년부터 실시할 것인바 동 제도의 조기정착을 위하여 신상품의 허가 및 등록시는 안전, 위생기준에 맞는 생활용품에 대한 우대조치를 강구한다.

4) 제7차 계획 및 추경예산(만원)

구 분	연 도	1992년	1993년	1994년	1995년	1996년
1) 생활용품 대상의 규정						
2) 외국제도 연구 및 자료수집		← 2,000 →				
3) 안전 및 위생관리기준 제정			← 1,000 →			
4) 자율 심사				← 2,000 →		
5) 전면 실시					← 2,000 →	← 2,000 →

## 6.2 生活用品의 衛生管理를 위한 産·學·官間의 協同體系 構築

### 6.2.1 現況 및 問題點

일반 생활용품의 이용이 다양해짐에 따라 그들의 위생관리를 제도적 설정이 요청되고 있다. 그러나 이제까지 생활용품에 대한 위생관리 측면에서는 자료의 부족 및 정부, 산업계, 학계가 각각 생활용품의 위해성 관리 및 평가에 대한 인식부족으로 정보가 미약한 실정에 있었다.

- 1) 일반생활용품의 생산, 관리, 판매가 정부의 여러 부처에 관련되어 있어 위생관리를 위한 법제화에 정부 관련 부처의 공동 협조가 필요하다.
- 2) 정부, 산업계, 학계에서의 생활용품의 위생관리의 필요성에 대한 인식의 부족
- 3) 산·학·관간의 협력체제 구축을 위한 행정시스템의 결여

### 6.2.2 第6次 計劃의 評價

생활용품의 위생관리를 위한 산·학·관간의 협동체제에 대하여는 제6차 계획에 포함되어 있지 않아 평가는 불가하다.

### 6.2.3 基本方向

7차 계획기간중의 기본 방향은

- 1) 생활용품의 위생관리를 위한 산업체의 자주적 문제해결능력 제고
- 2) 산업체내의 위생관리를 위한 요원의 양성
- 3) 학계 및 연구기관의 생활용품의 위생관리를 위한 연구활동의 활성화
- 4) 생활용품의 위생관리를 위한 산·학·관간의 협동체계 확립

### 6.2.4 細部推進 計劃

1) 생활용품의 위생관리를 위한 산·학·관간의 협동체계 확립

산업체의 생활용품에 대한 제조, 판매의 질적, 양적성장과 학계 및 정부기관의 관심에 즈음하여 생활용품의 위생관리에 대한 총체적 제도적 뒷받침이 요구되고 있다. 따라서 생활용품을 생산하는 산업체, 생활용품의 위생성 및 안전성에 관한 학계나 연구기관은 위생관리의 법적제도를 관리할 정부내 관련기관과 공동협동체제를 구축한다. 따라서 산업체에서는 새로운 생활용품의 개발 및 생산과 함께 지정된 연구기관이나 학계에 보고하여 그 상품의 안전성 및 위생관리의 평가를 받은 후에 정부기관의 허가하에 소비자에 생활용품을 유통시키도록 한다.

2) 생활용품의 안전성관리를 위한 정보관리체계의 구축

생활용품의 품목이 갈수록 다양해짐에 따라 새로운 생활용품 및 수입생활용품의 신속한 정보의 입수를 위하여 지정된 산업체, 학계나 연구기관, 정부관련기관간의 3자간에 의한 효율적인 정보시스템을 운영한다. 구체적인 세부계획으로는 먼저 ① 생활용품을 생산, 판매하는 생활용품과 관련된 연구를 하는 학계나 연구기관, 정부의 관련기관의 3자를 지정한다. ② 관련 산업체의 생활용품 안전성관리를 위한 연구기금 조성, ③ 지정된 산·학·관간의 전산정보체계 설치 운영, ④ 위생정보관리체계의 구축 및 홍보강화

이상의 계획이 추진되면 1995년에는 관련산업체에서 위생관리업무를 자체적으로 운영하고 정부기관에서는 행정지원만을 강화할 계획이다.

3) 제7차 계획 및 추정예산

구 분 \ 년 도	1992년	1993년	1994년	1995년	1996년
1) 산업체내의 위생관리자 교육					
2) 산·학·관의 위생관리지침의 법제화	4,000				
3) 산업체의 위생관리업무를 자율화		2,000	1,000		
4) 산·학·관의 정보체계의 협동체제구축				3,000	
					3,000

### 6.3 新商品 및 輸入品에 대한 危害性 評價 및 管理의 研究推進

#### 6.3.1 現況 및 問題點

최근 생활용품의 소비패턴이 다양해지고 있어 첨단기술을 이용한 새로운 생활용품의 개발과 수입성 생활용품의 소비가 촉진되고 있다. 한편, 이와같은 새로운 생활용품이나 수입성 생활용품에 대한 안전성, 위생적 측면에서의 위해성에 대한 평가는 전무한 실정이다. 최근 상품, 의약품에 대하여는 안전성의 평가 및 관리가 강구되어온데 반하여 신개발 생활용품이나 수입 생활용품의 소비증가는 예상되며 이에 대한 위해평가 및 관리의 정책적 차원의 보완조치가 요청되고 있다. 또한 새로운 생활용품이나 수입품의 오·남용으로 인한 부작용발생시는 제품제조업체나 수입업체의 사회적 문제가 제기되므로 이에 따른 부작용 방지를 위해서도 신생활용품의 능동적 위해평가 및 관리제도의 확립이 요청되고 있다.

#### <문제점>

1) 신상품이나 수입품 등 생활용품의 대상이 규정되어 있지 않다.

- 2) 신상품이나 수입품에 대한 위해성 평가의 제도화가 결여되어 있다.
- 3) 신상품이나 수입품에 대한 안전·위생관리를 위한 연구체제 및 독립적 연구기관의 제정이 필요하다.

### 6.3.2 第6次 計劃의 評價

신상품이나 수입상품에 대한 위해성 평가 및 관리연구 추진은 제6차 계획에 포함되지 않아 평가는 불가하다.

### 6.3.3 基本方向

7차 계획기간중 기본방향은

- 1) 신상품 및 수입성 생활용품의 위해성 여부의 판정
- 2) 상기 생활용품에 대한 위해성 평가
- 3) 상기 생활용품에 대한 위해성 관리
- 4) 상기 생활용품에 대한 안전성의 토착화

먼저 상기 생활용품의 위해평가를 위하여 생활용품의 안전성을 평가할 담당기구에서 위해평가 및 관리제도를 실시한다. 그 후에 산업계, 학계, 정부관련기관간의 위해성평가 및 관리를 위한 연구를 구축한다.

### 6.3.4 細部推進 計劃

- 1) 신상품 및 수입성 생활용품의 위해평가 및 관리의 연구기반 조성  
새롭게 개발되는 소비자용의 생활용품과 수입성 생활용품의 양적, 질적 성장에 즈음하여 위해평가 및 관리제도를 실시하며, 동 제도의 토착화를 위하여 위해평가 및 관리기관에서의 안전성 기준을 설정하여 소비자로부터 여감 안전, 위생기준에 대한 공신력을 제고한다.
- 2) 신상품 및 수입생활용품의 위해성의 판정, 평가 및 관리를 위한 전산화계획 추진

모든 신상품 및 수입생활용품의 안전성 기준에 대한 정보나 전산화되도록 하고 각 생활용품의 위해성 여부에서 부터 위생관리기준의 타당성까지 모든 정보를 전산입력시켜 위해성 평가 및 관리에 대한 연구의 효율화를 극대화시킨다.

3) 제7차 계획 및 추정예산(만원)

구 분	년 도	1992년	1993년	1994년	1995년	1996년
1) 신상품 및 수입생활용품의 위해성 검정		← 10,000 →				
2) 상기 용품의 안전, 위생기준설정			← 4,000 →			
3) 위해성 평가 및 관리의 연구조성을 위한 전산정보체계확립			4,000	4,000	← 3,000 →	3,000

## 第 7 章 醫藥産業振興 및 醫藥品 安全對策 強化

### 〈概 觀〉

- 의약산업은 질병의 진단, 치료 및 예방에 관련된 의약품의 공급을 통하여 국민건강과 보건복지에 기여한다는 점에서 국가 단위의 중요성을 지니는 산업분야이고 의약산업의 성공적 육성 여부는 국가의 보건복지정책, 국제적 경상수지 및 국가 보험 재정을 포함한 의료비 적정수준유지 등의 다양한 방법으로 그 파급효과가 전파될 수 있다.
- 우리나라의 의약산업은 80년대 후반이래 산업계전반의 어려운 여건에서도 연평균 17%의 지속적 성장을 유지해 왔으나, 이제는 의약산업의 개방화정책 등의 요인때문에 전환기적 상황에 진입하게 되었다고 판단된다. 즉 대내적으로는 영세한 제약기업의 난립과 유사제품으로 인한 과다경쟁, 비정상적 유통구조에 따른 수익성 악화등과 대외적으로는 수입자유화 정책, 물질특허제도의 도입 및 이에 따른 로얄티 지급 등의 파급영향으로 말미암아, 의약산업은 이제 현재의 수준을 탈피할 수 있는 극적인 노력과 대책없이 당면하고 있는 국내외의 환경을 극복하기 어려운 한계점에 도달하고 있다.
- 의약산업의 현재 여건이 어떠한 수준이든간에 의약산업의 진흥여부는 궁극적으로 민간기업에 의해 주도, 추진되어야 한다는 당위성에도 불구하고 국가차원의 대책수립이 필요한 절박한 이유는 다음과 같다.
  - 국가단위의 보건, 복지정책이 능동적으로 수행되려면 의료비의 많은 부분을 차지하는 의약품비의 국내 독자적인 조절방안이 수립될 수 있어야 하며 이러한 가능성은 국내의약, 제약산업체로부터 독

자적인 기술에 의한 의약품의 개발 즉 신약개발 및 생산을 전제조건으로 한다.

- 그러나 현재 우리나라의 의약산업은 <표 1>에서 나타나는 바와 같이 기술수준에서 독자적인 신약개발수행능력이 미흡한 수준일 뿐만 아니라, 전세계적 시장을 대상으로 하여 시판된 성공적 신약의 개발사례가 아직은 전무한 실정이다.

표 1. 우리나라의 의약산업의 발전과정

	시 기 구 분	기술적 특성	산 업 정 책
1950년대	완제의약품 수입 판매단계		
1960년대	포장 및 제형의 국산화	제제기술 발전	· 완제의약품 수입 억제
1970년대	특허만료 의약품원료 국산화	원료합성기술의 모방	· 원료의약품 생산 지원 · 국내 합성원료 수입정책
1980년대 전반	신공정개발단계	신공정개발에 의한 기술축적	· 자본자유화 · 수입자본화 · GMP제도 확대 실시 · 물질특허 제도 도입
1980년대 후반	신물질 창출 및 신약개발 초기	생리활성 및 독성 시험기술	· KGCP 도입 · KGLP 도입 · 신약개발 연구비 지원

- 국내 의약산업에 의한 독자적인 신약개발이 불가능하면 결국 국내 소요의약품의 대부분이 원료 도입 또는 완제의약품 도입의 형태로 외국에 의존하게 되며 이는 국내 소요의약품의 가격조절이 외국의 다국적 제약기업들의 영향하에 있게 되어서 궁극적으로 국가의 의약품비 및 의료비 조절까지도 영향받게 된다.
- 이러한 문제점이 가시화되고 있는 것은 1987년도 물질특허 도입, 수입자유화, 의약품 도매업의 대외국인 허가 개방 등이 이루어진

현 시점에서 다국적 제약기업은 각기 보유하고 있는 우수한 신약을 바탕으로 합작회사의 설립 및 완제품 수출위주의 방향전환을 모색하고 또한 국내 의약품 시장점유율 증대를 가속화시키고 있는 데서 자명하게 나타나고 있다.

- 이러한 상황전개는 결국 국내 제약기업에 의한 의약품 생산공급체계의 붕괴로 인하여, 효율적이고 경제적인 의약품 공급 뿐만 아니라 국가 비상사태등 유사시에 의약품의 효율적인 공급체계의 유지가 불가능 하게 될 가능성까지도 초래할 수 있다.
- 국내 및 세계 의약품 시장의 급격한 팽창은 국내의약산업의 문제점이 우리나라의 국제수지 측면에서도 심각한 문제를 초래할 수 있다. 1990년도 국내의약품 매출액이 3조원 이상이고 세계의약품 시장은 노령인구의 증가추세와 저개발 국가들의 복지증진 노력에 따라 약 2,700억불에 달할 것으로 예측된다.
- 이러한 의약품 시장 확대는 국내 의약품 시장이 외국에 노출되는 문제점이 심각해진다는 관점으로 볼 수도 있으나 반대로 국내의약산업이 진흥될 수 있는 방안이 강구되어 이에 능동적으로 대처할 경우 국내 의약품 시장에서의 수입대체 효과라는 방어적인 수단으로서 뿐만 아니라 궁극적으로 외국의 거대한 의약품 시장을 공략하는 공격적인 수단으로서 국가경제에 획기적인 기여를 할 가능성도 내포하고 있어서 의약산업의 진흥대책 수립이 시급하다.
- 국내 의약산업이 국제경쟁력을 갖추는 지름길이 독자적 신약개발 능력을 확보하는 것이며 이러한 능력확보는 두가지 전제조건이 충족되어야 가능하다. 첫째는 제약기업의 연구기술 수준이고, 둘째는 이를 뒷받침하는 자본력이며 현재상태의 국내 여건은 이들 두가지 조건에서 외국의 선진 제약기업에 비해 도저히 경쟁이 될 수 없는 상태이기 때문에 이에 대한 기술력, 연구투자력의 보완을 효율적이고 단기간 내에 유도하는 지원책이 필요하다.

- 신약개발의 효율적 수행을 위해서는 신약개발이 지니는 특성을 파악하여 이 특성에 맞는 구체적 지원책이 있어야만 한다.
- 신약개발은 다음의 특성을 지닌다.
  - 경제적 특성
    - : 고부가가치성
    - : 자원/에너지 절약성
    - : 소량다품종 생산 특성
    - : 고성장성
  - 기술적 특성
    - : 기술집약적/고급두뇌 의존성
    - : 연구지향성
    - : 다양한 연구분야의 협동 연구 필요성(표 2 참조)

표 2.

신약 창출 단계	합성/추출	12%
	약효검색	20%
	약리연구	
신약 개발 단계	약동역학, 대사	4%
	안전성 평가	10%
	화학적 개발	8%
	제제화 연구	12%
	임상시험(I, II, III)	16%
	기타	10%
	등록등	3%
임상시험(IV)	5%	

- 연구투자의 특성
  - : 장기간의 지속적 연구 필요성
  - : 기술축적의 공조체제 필요성

: 관련 연구분야들의 균형발전에 의한 연구투자의  
효율성이 필수적임

- 신약개발을 위한 연구의 효율성과 목적성을 높이는 것은 신약개발에 필수적인 제반 분야가 필요로 하는 기술인력, 연구시설, 연구투자 등을 적정선으로 유지하는 것이고 아울러 국내개발 의약품의 국제적 공인획득을 위한 제반 여건의 연차적 조성이 필요함.
- 기술인력의 적정선 유지를 위해 현재 시점으로부터 전부 교육에 의한 인적수요를 확보하는 것은 너무 긴 시간이 필요하므로 기존의 산재된 관련 연구인력의 상호협력체계를 공동연구의 형태로 유도하는 것이 바람직함
- 신약개발관련 필수연구 시설 중 민간기업이 독자로 설립, 운영하는 것이 투자력의 한계 및 사용빈도가 낮아서 그 효율성의 한계를 나타내는 종류는 국가가 이를 설립지원하여 국내 다수의 기업체가 공동 활용 할 수 있는 방안을 강구하여야 한다.
- 신약개발 연구지원의 정부차원에서의 주관 부처가 효율적으로 선정되어야 한다. 의약품의 특성 판정, 신약의 시판 이전과 이후의 허가, 생산관리, 부작용 관리, 국제적인 공인 조건 등을 총괄하여 관장하고 또한 국민 건강에 대한 의약품의 모든 파급효과를 기술 및 정책적으로 책임지고 있는 보건사회부가 궁극적으로 그 연구의 효율성을 가장 잘 파악할 것이므로 향후보건사회부 주관에 의한 총체적인 신약개발 연구지원이 수반되어야만 한다. 이것은 신물질 창출에만 역점을 두어왔던 종래의 연구체제로 과거 20여년간 연구투자를 다양한 방안으로 지원했음에도 불구하고 국내에서 개발되어 국내외 시장에 성공적으로 시판된 의약품이 한 가지도 없었음을 보면 이문제의 중요성도 이해할 수 있을 것이다. 미국의 경우 신약개발관련 연구지원의 부처별 주관정도는 1989년 기준으로 보건사회부 3,848백만불, 과기처 1,438백만불, 국방부 901백만불, 농수산부 478백만불(자료 : American Association for the Advances of Science; 1989)인 것으로

보아서도 주관부처로서 연구지원 예산 체계상 보건사회부의 기능이 강화되어야 한다.

- 보건사회부가 신약개발지원을 통해 의약산업을 진흥시키고자하는 사업의 구체적 내용 및 그 목표는 다음과 같다.

(1) 신약개발연구 지원 사업

1) 내용

아래 열거한 신약개발 단계별 관련분야에 대한 균형지원을 통하여 신약개발기술의 조속한 수준향상을 도모함으로써 국내의약산업의 신약개발 자생력 확보 기간을 단축시킨다.

- 가. 신약창출 개발 연구
- 나. 약효검색 지원 연구
- 다. 약효·약리 대사 연구
- 라. 안전성시험 평가 연구
- 마. 제제화 연구
- 바. 임상시험 평가 연구

2) 수행방법

신약개발기술을 효율적으로 발전시키기 위해서 학계, 사업계, 국가 연구기관 등이 연구분야별로 업무분담과 공동연구체제를 구축하도록 유도하여 다음의 3단계로 신약개발능력을 제고한다.

- 가. 신약개발 기본기술 개발
- 나. 신약개발 산업화기술 구축
- 다. 국제수준의 효능·안전성 평가기술 확립

(2) 연구개발 연구지원기구의 설립

1) 내 용

신약개발에 필수적이지만 민간차원에서 감당할 수 없는 아래 연구지원기구들을 설립하여 국내의 관련연구기관이 용이하게 활용함으로써 신약개발능력을 조속히 함양할 수 있도록 유도하기 위하여, 신약개발기술의 확

립, 실용화, 체계화 등 직접적인 연구지원과 의약품헌정보, 질환동물수급 등 간접지원을 담당한다.

- 가. 신약개발연구 센터 : 국민복지차원에서 풍토병, 희귀질환치료 약물 등 비수익성 약품의 개발
- 나. 의약품헌정보 센터 : 신약개발 관련문헌, 자료의 수집, 처리 및 공급체계의 구축
- 다. 임상시험 센터 : 임상시험 모델개발, 수행 및 전문인력의 양성
- 라. 질환모델동물 연구센터 : 일반실험동물 및 질환동물의 도입, 보존, 사육 및 개발
- 마. 스크리닝 센터 : 신약의 효능검색 방법의 확립
- 바. 생물검정 센터 : 생물공학제품 및 생물학적 제제의 검정 방법의 개발 및 개량

## 2) 설립 및 운영방법

- 가. 신약개발연구 센터 : 보건사회부산하 연구기관으로 직접운영
- 나. 의약품헌정보센터 : 제약협회와 공동설립, 재정적 자립운영 유도
- 다. 임상시험센터 : 종합병원 시설활용, 정부출연연구기관화 및 재정적 자립운영 유도
- 라. 질환동물연구 센터 : 정부출연연구기관으로 설립, 재정적 자립 유도
- 마. 스크리닝 센터 : 국립보건안전연구원의 기능보강
- 바. 생물 검정 센터 : 국립보건원의 기능보강

## (3) 본 사업의 목표

- 1) 국제적 수준의 신약개발기술의 확립
- 2) 국내 독자적 신약개발체제의 구축
- 3) 서기 2000년대까지 5-10개의 신약개발
- 4) 제약기업의 독자적 신약개발능력 함양유도

- 의약품 안전대책 강화는 일반국민에게 미치는 의약품 사용시의 과급 효과를 효능, 안전성, 균질성, 보존성, 신뢰성 및 사후관리 기준에서 우수한 수준으로 유지할 수 있도록 하는 것을 그 목표로 한다.
- 의약품에 대한 안전대책을 위한 구체적인 대처 방안은
  - 의약품이 소비자에 의해 사용되기 직전까지 단계인 연구, 평가, 생산, 운송, 보관등을 거치는 과정에서 최고의 안전도 수준으로 관리되는 것을 목표로 하는 것과 일단 시판된 의약품이 인체에 사용되거나 또는 사용된 이후의 과정에 대한 사후관리 대책으로 구분될 수 있다.
  - 전자에 속하는 구체적인 제도로써 우수의약품 시험 관리 기준(KGLP), 우수의약품 제조 관리 기준(KGMP), 우수의약품 임상 시험 관리 기준(KGCP), 의약품 기준설정 등이 있으며
  - 후자에 속하는 제도로써 부작용 모니터링, 신약재심제도, 약효재평가 제도, 의약품 피해 구제제도등이 이에 해당된다.
- 우리나라의 경우 의약품의 독자적 개발 생산이 아직 완벽하지 못했던 반면 수입원료로 부터 제조된 의약품 또는 수입된 완제 의약품의 국내 사용이 대부분이었기 때문에 우선 시판된 의약품에 대한 사후관리와 단순한 생산과정에 대한 관리가 우선 시행되어왔다. 이에 속하는 제도로써 우수의약품 제조관리 기준(KGMP)과 부작용 모니터링 제도, 약효 재평가 제도 등이 있다. 그러나 이와 유사한 목적으로 아직 국내에 실시된 바 없었으나 앞으로 이의 실시를 구체화 해야하는 제도로써 신약재심제도와 부작용 피해 구제제도가 있다.
- 우수의약품 제조관리 기준(KGMP)은 품질이 보증된 우수의약품을 제조하기 위한 생산과정 및 그 시설에 관한 가준으로서 원료의 구입에서부터 보관, 제조, 포장 및 출하에 이르기까지의 전 공정에 걸친 제조 및 품질관리에 관한 조직적이고 체계적인 관리 규정이다. KGMP의 조건에 합당한 여건의 구비에는 시설투자가 필요하여 우선 대기

업에서부터 이의 실시가 되어 있고 1991년 현재 55개 업소가 KGMP 적격 업소로 지정되어 있으나 앞으로 국내 생산의약품 전부에 대한 품질의 우수성 유지를 위해서는 이 제도의 전면실시가 향후 수년내에 완수되어야 할 필요성이 있다.

- 부작용 모니터링 제도는 의약품 부작용에 대한 최선의 대처 방안을 강구하기 위해 신약개발 연구과정에서 미처 파악되지 않았던 부작용의 발현을 체계적이고 신속히 파악, 수집하기 위한 제도로서 병원, 의원, 약국등 전문기관을 주된 정보수집 대상으로 한다. 이러한 정보는 시판중인 의약품의 사용을 그대로 두느냐 또는 중지시키느냐의 선택, 효능과 사용범위를 확대 또는 축소하느냐의 기초자료로 사용된다. 1990년 현재 우리나라에는 920기관이 지정되어 있고 1991년도에 약 300의원이 추가 지정되어 있으나 이들 기관을 통한 부작용 사례보고의 건수가 1989년도의 경우 29건에 불과하여 외국의 경우에 비해 저조하다. 이것은 국내 부작용 모니터 기관에 대한 교육, 홍보상의 강화책이 필요하며 아울러 지역간의 균형된 기관지정과 이의 확대 및 부작용 사례보고 양식 또는 체계의 간소화가 수반되어야 소기의 목적을 달성할 수 있을 것이다.
- 약효 재평가 사업은 이미 시판 허가된 의약품의 유효성, 안전성을 현대 의약학적 수준에서 재정립함으로써 기허가된 효능, 효과, 용법, 용량, 사용상의 주의사항 등을 정확히 하고 불합리한 처방을 수정 보완하여 의약품의 오남용 및 부작용으로 인한 피해를 근본적으로 예방하는데 그 목적을 두는 것이다. 1975년도 이래 국내의 약효 재평가가 시행되어 왔으나 현재 국내의 약효 재평가 사업은 거의가 외국에서 공급되는 자료를 수록한 문헌에 의한 재평가에 의존하기 때문에 국내의 독자적인 재평가를 위한 개선책이 강구되어야 한다. 우선 약효 재평가 사업을 위해 필요한 효능 및 안전성 실험과 문헌 검토가 병행 추진될 수 있어야 하고 이들 자료에 대한 검토를 위해 전

문가로 구성된 자문체계를 구성해야 한다. 그러한 업무의 구체적인 수행 기관으로서 국립보건 안전 연구원내에 의약품 재평가 연구부(가칭)의 신설이 바람직한 방안이다.

- 신약제심제도는 신규 시판허가된 의약품의 경우 임상 시험내용이나 예측되는 유효성, 안전성등과 상기한 결과를 초래할 가능성이 상당히 높기 때문에 시판후 일정기간에 효능, 안전성, 용법, 용량 등의 적정여부를 계속 추적, 수집함으로써 이의 정확성을 기하고 부작용으로부터 소비자를 보호하는 제도이다. 기존의 시판 의약품에 비해 신약은 재심 기간의 간격이 짧아야 하며 우리나라에서 과거에 시행된 바 없었으므로 이제도 시행을 위한 법적 근거 수립과 구체적인 사업수행 주체가 필요한 바 보건안전 연구원내에 의약품 재평가 연구부(가칭)를 신설하여 약효재평가 사업과 아울러 신약제심제도의 실무작업도 관장하게 한다.
- 부작용 피해구제 제도는 소비자 보호기능의 일환으로서 의약품 부작용 발생시 해당 의약품 제조업소의 피해자에 대한 구제를 정부차원에서 제도화함으로써 신속하고 원활한 피해구조를 도모하여 선진국형 보건복지제도로 진일보하는데 그 목적이 있다. 피해구제의 방법은 첫째, 피해자에 대한 보상금 지급을 통한 직접적인 구제를 주로 하고 둘째, 부작용이 적고 효능이 우수한 의약품을 공급하여 부작용 피해정도 및 빈도를 감소시키는 방법으로 하되 후자의 경우를 위하여는 신약개발연구 또는 의약품의 효능, 안전성 개선을 위한 연구 지원을 하는 방법을 채택한다. 피해구제기금은 가급적 수익자 부담의 원칙에서 민간제약기업 또는 수입업자가 민간주도로 조달하고 기금의 설치형태 및 운영에는 최대한의 중립성을 보장한다. 이의 설치를 위한 법적 근거의 제정이 선행되도록 한다.
- 우수의약품 시험관리기준(KGLP)과 우수의약품 임상시험관리기준(KGCP)은 신약개발연구시험평가 과정에서 시험결과에 대한 신뢰성

을 확보하기 위한 방안으로 강구되는 것으로서 시험수행의 시설, 전문인력의 수준, 기술, 시험환경, 시험결과의 평가능력 등에 대한 총체적인 신뢰성을 국제적으로 공인받을 수 있도록함을 그 목표로 한다. 이것은 국내 신약개발의 해외시장 진출도 용이하게 하며 아울러 외국에서 도입되는 의약품의 국내 평가기준으로서도 활용될 수 있다. 현재 KGLP는 국내 3-4개의 연구기관이 한정된 종류의 안전성시험을 수행할 수 있도록 지정된 바 있으나 이의 확대 실시가 필요하다. 그 반면 KGCP는 현재 국내에서 국제공인 수준의 임상시험을 실시할 수 있는 조건 선정도 미비한 단계이어서 이에 대한 기준설정과 시험실시에 필요한 시험방법의 표준화 작업 등이 선행되어야 할 사항이므로 이를 위한 기반조성이 정착되어야 할 것이다.

# 1. 新藥開發促進

## 1.1 新藥開發 研究 事業支援

### 1.1.1 現況 및 問題點

우리나라 신약 개발 수준을 평가하는 것은 국내 제약 기업의 기술 및 자본수준과 신약 개발 사례를 기준으로 하는것이 가장 타당할 것이다. 우리나라 제약 기업은 완제의약품 수입(50년대)-완제 의약품 포장 및 제형의 국산화(60년대)-신공정개발(80년대 전반)의 단계를 거쳐 현재는 신약 개발 초기단계인 신물질창출 단계에 도달해 있다(표 1-1). 특히 1987년도 물질특허도입 이후부터 신약개발에 대한 인식이 점증되고 있다.

그러나 외국인투자 개방 및 자본자유화, 수입자유화, 의약품도매업의 대외국인 허가개방등이 이루어진 현시점에서, 다국적제약기업은 우수한 신약을 바탕으로 합작회사의 설립 및 완제품수출 위주의 방향전환을 도모하고 있는데 반하여, 국내의약산업의 기술수준은 선진기술의 모방개량도 벽찬 단계이고 그 규모가 영세할 뿐만아니라 현재까지 상품화된 신약개발의 성공사례가 전무한 실정이므로 단시간내에 제약기술 전분야의 수준향상을 이룩하여 신약개발을 달성하지 못할 경우 다음과 같은 심각한 상황이 예측된다. 즉, 외국 제약기업의 국내의약품 시장점유율 증대의 가속화로 인한 국내제약기업의 경영악화 및 기술개발 투자능력의 상실을 초래하여, 결국에는 국내제약기업에 의한 의약품 생산공급체계의 붕괴로 인하여, 효율적이고 경제적인 의약품 공급뿐만 아니라 국가비상사태등 유사시에 의약품의 효율적인 공급체계의 유지가 불가능하게 될 것이다. 이러한 상황

표 1-1. 우리나라의 의약산업의 발전과정

	시기구분	기술적 특징	산업 정책
1950년대	완제 의약품 수입 판매단계		
1960년대	포장 및 제형의 국산화	제제기술 발전	· 완제의약품 수입억제
1970년대	특허만료 의약품 원료 국산화	원료합성기술의 모방	· 원료의약품 생산지원 · 국내합성원료 수입정책
1980년대 전 반	신공정개발 단계	신공정개발에 의 한 기술축적	· 자본자유화 수입자유화 · GMP제도 확대 실시 물질특허제도 도입
1980년대 후 반	신물질창출 및 신 약개발 초기 단계	생리활성 및 독성 시험기술 축적	· KGCP 도입 · KGLP 도입 · 신약개발연구비 지원

의 극복은 국내 민간 제약기업의 독자적 신약개발 능력 함양에 의해서만 가능하지만 이러한 가능성은 의약산업 및 신약개발이 지니는 다음의 특성을 파악하고 이에 부합되는 국가 차원의방안이 강구되어야만 실현성을 지닐 것이다.

○ 國內 醫藥品 生産現況

의약품의 생산규모는 1980-1987년 기간동안 연평균 18%의 성장율을 보여주었고 1988년도에는 20%이상의 고도성장을 이룩하여 총 생산액이 2조 6천38억9천만원으로 GNP대비 2%를 차지하고 있다. 전체 산업계의 성장이 둔화된 1989년도의 경우에도 의약품의 총생산액이 2조9천9백억원으로 전년대비 약 15%신장하였다.

이와같이 국내 의약품 시장의 고도성장은 국민소득 수준의 향상과 의료보험의 확대, 인구의 노령화 등으로 의약품의 국내수요가 현저히 증가한 데 기인한 것이다. 즉, 국민 1인당 의약품 소비량은 1986년 현재 선진국대

비 1/6내지 1/4에 불과하므로 우리나라가 선진국으로 진입한 후 2000년대에는 의약품의 소비량이 급격히 증가, 국내 의약품 생산규모는 약 7조원에 달할 것으로 예측된다.

이러한 현상은 국내 의약시장이 외국기업에 종속될 경우에 이의 경제적 파급효과가 급격히 증대될 것을 예측케 한다.

○ 國內 製藥企業의 規模 및 研究投資 能力

1988년말 현재 제약기업수는 346개소인데, 자산 200억이상의 대규모 제약기업은 30개소에 불과하나 총생산액의 60%를 점유하고 있고 나머지 40%를 전체 업체수의 92%인 소규모 제약기업에서 생산하고 있어 타 산업분야와 비교할 때 영세성을 면치 못하고 있는 실정이며 당분간 각 기업별 독자적인 신약개발연구 투자가 충분히 시도되는 것은 어려운 실정이다.

이것은 1개의 신약을 개발하는데 최소한 1억달러의 자금이 소요되는 것을 감안하면 국내최대의 제약기업조차도 이의 단독시도는 어려운 여건임이 자명하다.

○ 國內 製藥企業의 技術水準

국내 제약기업은 외국 제약기업에 의존하여 외국제품의 국내소개 및 모방제품의 개발로 발전하여왔기 때문에 전반적 기술수준이 선진국과 비교하여 상당히 뒤떨어져있다(표 1-2).

표 1-2. 신약개발 단계별 기술수준 평가

요소기술	원료합성	스크리닝	생물검정	약리약효독성검색기술	종합평가
기술수준	B	C	C	C	C

주 : A-선진국 수준, B-선진국과 경쟁국의 중간수준  
C-경쟁국 수준, D-경쟁국 수준 이하

따라서 신약개발에 필요한 각분야의 요소기술수준을 선진국수준으로 향상시킬 수 있는 체계적인 노력과 지원을 필요로하며 아울러 관련 연구시

설의 공동활동을 통한 연구 투자의 효율화를 도모해야할 시점이다.

○ 多國籍 製藥企業의 國內 市場支配 現況

물질특허에 의한 다국적 기업의 국내시장 지배 동향은 기술도입에 의한 로얄티지불 및 합작투자에 의한 과실송금의 증가로 잘 설명되며, 1989년의 경우 1년사이 배증되어 전년대비 각 91.2% 및 91.8%가 증가되었다. 이와같은 현상은 물질특허 도입과 수입개발 시책이후 외국제약기업들의 로얄티 요구액이 종전의 관례인 2-3%에서 6%수준으로 크게 높아졌고 국내 합작투자업체들이 의약품생산대신 완제품의 직접수입판매에 역점을 두기 때문으로서, 이러한 현상을 방지할 경우 국내제약기업의 신약개발 의지가 점차 상실될 문제점을 지니고 있다.

○ 新藥開發의 特性

신약개발 성과를 기반으로 발전하는 의약산업은 다음과 같은 경제적 특성을 지닌다. 첫째, 고부가가치성이다. 신약개발에 의한 고부가가치 창출예로서 일반화학제품을 의약품으로 가공할 때의 가치증가를 단순비교하여 보면, 원료인 콜릭산 kg당 10불에 불과하지만 이로부터 제조되는 스테로이드계 황염중물질인 베타메타손-17-발러레이트는 kg당 10,000불이나 되어 단위중량당 부가가치 제고율은 1,000배나 된다(표 1-3).

표 1-3. 의약품의 부가가치

의 약 품		원 료		부가가치
의 약 품 명	가 격	원 료 명	가 격	
베타메타손-17-발러레이트	\$10,000/kg	콜릭산	\$10/kg	1,000배

자료 : 신약개발 정책에 관한 심포지엄, 보건사회부, 1989.

이러한 고부가가치 특성에 힘입어 신약개발을 주도하는 선진제약기업들의 연간 이익율은 매출액대비 30%이상인 기업이 상당수로서 (표 1-4)

일반 화학산업의 5% 미만인 평균이익율을 크게 상회하고 있다. 영국 ICI사의 1988년도 실적을 보면 총매출액 209억불 중에서 의약품이 차지하는 액수는 전체의 약 10%에 불과한 20.7억불이지만, 의약품의 수익은 총수익 11.6억불 50%인 5.7억불에 달한다.

표 1-4. 세계 선진제약기업의 이익율(1988-89)

(단위 : 백만달러)

제약기업	이익	매출액	이익율(%)
Zenith	18.8	28.4	66.2
Cannought	86.0	150.5	57.1
Ares Serono	128.5	353.2	36.4
Beecham	687.9	2,006.0	34.3
J & J	789.0	2,338.0	33.7
Merck & Co	1,806.2	5473.4	33.0
Abbott	773.0	2,599.0	29.7
Eli Lilly	968.7	3,271.8	29.6
Egis	50.8	171.8	29.6
Warner-Lambert	725.0	2,509.0	28.9

자료 : Scrip, 1989

이러한 사실은 신약개발 능력을 갖춘 제약기업에서 신약이 차지하는 대 매출액 기여율과 독점성에 따른 수익이 큰 비중을 차지함을 시사하는 것이다.

둘째, 자원/에너지절약성, 소량다품종 생산특성이다. 일반화학공업은 투자비의 대부분이 시설비로 사용되어 100억원 규모이상의 시설투자비가 요구되는 반면, 의약산업은 기존시설의 이용이 가능하며 상대적으로 소규모의 시설로 다양한 제품을 생산할 수 있는 장점을 지니고 있기 때문에 시설비의 부담보다는 투자비가 신제품개발을 위한 연구비로서 사용된다. 또한 batch형태의 생산방식을 취하고 있어서 공간을 최대한으로 활용할 수

있으며 점진적인 생산규모의 확대가 가능하다. 산업별 단위에너지당 부가가치 제고율면에서도 의약산업의 경우 48로서 기타산업의 5-40배에 달하는 자원/에너지절약형 산업임을 알 수 있다(표 1-5).

표 1-5. 부가가치 제고율

업 종	기초화학	제 철	정 유	염 료	의약품
부가가치 제고율	9	4	1.4	20	48

자료 : C & E News, 1975

세째, 고성장성이다. 세계의 의약품시장은 세계각국의 의료복지증진, 의약학과 주변관련 기초학문 발전에 따른 질병치료기술 발전 및 노령화 인구 증가추세 요인에 따라 연간 15% 내외의 고성장추세를 보이고 있다. 세계의 의약품시장은 1987년의 1218억불 규모에서 1991년에는 1600억불, 그리고 2001년에는 2700억불에 이를 것으로 예측되는 바(표 1-6), 국내 의약산업도 조속히 신약개발능력을 갖추어 선진제약기술에의 예측화를 방지하고 세계시장에의 참여가 요구되고 있는 것이다.

표 1-6. 의약품등의 세계시장 전망

(단위 : 억달러)

년 도		년 도		
		1987년	1988년	2001년
의 약		1,218	1,607	2,700
농 약		158	194	269
도 료		281	342	444
화 장 품		380	461	626
사 진 제 료		281	342	465
접 착 제		166	222	350
기 타		836	959	1,189
계		3,320	4,127	6,042

자료 : 신약개발정책에 관한 심포지움, 보건사회부, 1989

신약개발의 기술적인 특성은 개발과정의 단계별 특성이 있고 이는 크게 기술 집약적/고급 두뇌의존성 및 연구 지향적 특성으로 요약될 수 있다. 의약품은 각기 전문적인 개발배경을 가지고 있어 제품간의 유사성이 없기 때문에 단순 모방에 의한 신약개발은 불가능하다. 신약개발과정에는 이렇게 다양한 학문배경을 가진 전문인력들이 신약개발 각 단계에서 유기적인 협조체제하에 연구를 진행하기 때문에 다수의 첨단과학 기술이 결집되어야 하는 고도의 기술집약적 속성을 지닌다. 따라서 의약산업은 노동집약적인 산업구조로부터 기술 집약적인 산업구조로의 전환이 요구되는 현재 국내 여건으로 볼 때 매우 적합한 산업이라고 할 수 있다. 또한 하나의 신약은 약 10,000개에 달하는 신약 후보물질로부터 여러 전문단계로 구성된 선별 과정을 통해 탄생되며 개발기간이 10년 이상이나 소요되므로, 개발 과정중 시행착오를 최소화하기위해 고급기술 및 두뇌의 상당부분을 의존해야하는 특성이 있다(표 1-7).

표 1-7. 신약개발 단계별 통과성공율

개 발 단 계	회합물수(개)
합성, 추출 및 약호검색	5,000-10,000
급성독성시험	16-40
아급성독성시험(3개월)	8-15
임상시험 Phase I (지원자대상)	
생식독성시험	5-12
임상시험 Phase II a(임상약리연구)	4-8
임상시험 Phase II b(단기간 안전성/유효성)	
만성독성시험(6개월)	3-6
임상시험 Phase III(안전성/유효성)	2-3
특수독성시험(장기 발암성 등)	
신약등록 신청	1
신약허가	1
성 공 율	1 : 5,000-10,000

자료 : 제약기술정보 No. 179/180, p.4

상기한 신약개발의 경제적, 기술적 특성은 국내시약개발의 여건이 어려울수록 시급히 이를 시도할 가치가 있음을 나타내고 있으며 그 방법은 개별 기업 단위로 독자 연구개발 수행가능한 시점까지는 정부에 의한 체계적인 지원에 의한 여건 조성이 절실함을 나타내고 있다.

### 1.1.2 第6次 計劃의 評價

제6차 계획에 포함되었던 신약개발 관련 사항은 주로 신약개발기반조성을 목표로 한것으로 신약개발 촉진을 위한 구체적인 연구여건조성 또는 연구지원체계구축이라기 보다는 의약품의 생산, 규격관리 및 효능안전성 등의 확보를 위한 최소한도의 수준향상을 목표로 삼았기 때문에 그 계획의 실천방향은 주로 관련 시험실시기준제정 및 제한된 기능을 소유한 의약품 안전성 판정 기관의 신설에 국한되고 있으며 이의 구체적 수행내용은 다음과 같다.

#### ○ 醫藥品安全性 試驗管理基準(KGLP)制定, 實施 및 醫藥品 臨床試驗 管理基準(KGCP)

신약개발에서 대두되는 문제로서 연구투자, 기술수준 이외에 개발된 의약품의 효능 및 안전성에 대한 신뢰성 확보가 있다. 이는 신약개발 뿐만 아니라 기존약품에 대한 지속적인 신뢰성 확보를 위해서는 반드시 적용되어야하는 필수적인 과정으로서 이와 관련되는 대표적인 방법이 의약품 안전성 시험관리기준(KGLP)과 의약품 임상시험 관리기준(KGCP)이다. 의약품안전성 시험관리기준(KGLP)은 전임상과정에서의 효능 특히 안전성에 관한 시험의 신뢰성 확보가 연관되고, 의약품 임상시험 관리기준(KGCP)은 의약품의 임상시험에 관한 신뢰성 확보를 위한 제도적 장치이다.

KGLP의 경우 1987년부터 KGLP 적격기관의 평가지정제가 실시되고 1990년부터 동 KGLP 적격기관이 행한 각종 비임상시험 자료의 공인을 허용하고 있어서 제도적 방침은 비교적 성공적으로 준비되어 왔다.

KGLP 적격기관으로 지정된 연구기관은 1990년까지 3개 연구기관뿐이며 그나마 각 기관의 수험수행허용 범위가 한정된 범위로 제한받는 소규모 능력을 지닌 상태이다. KGLP는 1987년도에 그 기준을 제정, 공표한 상태이지만 이의 시행을 위한 실제적인 연구수행 기관은 아직 전혀 지정된바 없는 실정이다. 이러한 기준의 제정, 공표 또는 시행이 신약개발에 직접적인 촉발제가 되지는 않았으나 관련 연구기관의 연구의욕 고취, 공표된 기준에 적합한 연구시설 설비능력등이 잠정적으로 확산되고 있어서 한정된 범위의 신약개발 촉진 효과는 유도하고 있으나 그 확산속도가 느린것이 문제점이다.

○ 國立保健安全研究院의 設立

의약품 안정성 및 효능 검색기능의 강화를 위하여 국내생산품 뿐만 아니라 외국산의약품의 원료 또는 완제품이 국내에 반입되는 경우에도 이에 대한 국가수준에서의 검색 및 판정기능을 확보하기 위하여 과거 국립보건원 안전성 연구부의 기능을 보강하여 별도 기구로 국립보건안전 연구원을 설립하여 현재 운영중이다. 국립보건안전 연구원은 이의 설립 이전에 비하여 국내 의약품의 안전성, 유효성 판정에 절대적인 기술적 기여를 할 것으로 예상되나 설립된지 2년에 불과하고 특히 최초의 계획에 비해 인원 및 시설의 확보정도가 미흡하여 지속적인 기능 보강을 필요로한다. 더우기 보건안전 연구원의 연구내용은 국민보건과 관련되고 아울러 보건사회부의 정책을 기준으로하여 수행하고자하는 연구의 우선순위가 정해져야 함에도 불구하고 연구비의 대부분이 과학기술처의 판정 기준에 의해 과학기술처의 심사를 받는 것은 정부기관의 고유한 정책적 연구수행에 비효율적인 걸림돌로서 보건사회부 자체 예산에 의한 연구수행을 가능케 해야 하는 문제점을 지니고 있다.

### 1.1.3 基本政策方向

7차 5개년 계획에서의 신약 개발 촉진을 위한 기본 정책 방향은

첫째, 국제적 수준의 신약개발기술의 확립

둘째, 국내 독자적 신약개발체제의 구축

세째, 서기 2000년대까지 5-10개의 신약개발

네째, 제약기업의 독자적 신약개발능력 함양 유도를 기본 목표로 하여 궁극적으로 신약개발기술의 효율적 발전을 통한 국내 의약산업의 자생력을 유도함과 동시에 국가 보건 복지 정책 수행의 능동적 자주화를 기하고자 한다.

### 1.1.4. 細部推進計劃

신약개발촉진을 위한 세부추진계획은 첫째 신약개발사업의 주무부처의 일관화, 둘째 신약개발 관련 연구분야의 종합적 선정, 세째 신약개발연구 수행 효율의 극대화로 요약할 수 있다.

#### ○ 新藥開發事業의 保健社會部主管 定着化

종래의 신약개발사업은 정밀화학분야의 일환으로서 주로 신물질 창출을 위한 합성이나 추출등 신약개발 초기단계에 해당하는 사업에 국한해서 치중하여 왔다고 할 수 있다. 그러나 물질과 약물은 근본적으로 서로 다른 것으로서 약물은 질병치료를 위하여 사람에게 사용되는 물질인만큼 그 개발을 위해서는 약효검색, 유용성 및 안전성 검정 그리고 제제화에 이르는 여러단계를 거치며 각 단계마다 전문학문 분야의기술이 총 동원되고 있는 것이다. 뿐만 아니라 성공적인 신약개발은 개발단계에 참여되는 모든 분야의 균형있는 발전은 물론 각 단계마다 효율적인 행정지원이 이루어질때 성공을 기대할 수 있는 종합 연구사업인 것이다. 이렇듯 신물질에서 신약으로 개발함에 있어서 각 단계에서의 적합성 여부의 심사와 최종판정에

이르기까지 모든 과정이 보건사회부의 주요행정 업무사항임을 고려할 때 또한 보건사회부 산하에는 관련업무를 수행하고 있는 많은 연구소가 있고 신약개발에 직결된 제약기업 연구소와 긴밀한 연계성이 있음을 고려할 때 본사업의 성공적인 목적달성을 위한 제 일차적 선결 조건으로 보건사회부가 본사업의 주관부서가 되어야 한다고 할 수 있다.

이는 미국이나 일본등 선진국에서는 예외없이 보건사회부 또는 후생성에서 본 사업은 물론 기타 유관사업을 관할하고 있는 것만 보아도 알 수 있다.

#### ○ 新藥開發事業의 綜合戰略化

신약개발 사업은 여러 단계를 거쳐 이루어지며 각 단계마다 서로 다른 연구 분야는 기술과 고급연구인력이 동원되는 종합과학의 총체라고 할 수 있다. 이에 본 사업에서는 신약개발 관련분야를 크게 다음 6개 분야로 나누어 각 분야에 집중 투자함으로써 신약개발에서 요구되는 모든 분야의 기술을 균형있게 향상 발전시키고자 하는 것이다.

- 약효검색 기술연구 분야
- 약효·약리 대사 연구 분야
- 임상시험 평가 연구 분야
- 안전성시험 평가 분야
- 제제화 연구 분야

그것으로서 종래의 신물질 창출단계에만 투자하는 독점적이고 전근대적인 개발방향과는 그 차원을 달리하는 종합 전략이라고 할 수 있다.

#### ○ 新藥開發研究遂行效率의 極大化

신약개발기술을 효율적으로 발전시키기 위해서 학계, 산업계, 국가 연구기관등이 연구분야별로 업무분담과 공동연구 체제를 구축하도록 유도하여 다음의 3단계로 신약개발능력을 제고한다.

- 가. 신약개발 기본기술 개발

## 나. 신약개발 산업화기술 구축

### 다. 국제수준의 효능·안전성 평가기술 확립

이러한 신약개발 연구지원 사업을 추진하기 위하여 정부차원에서 구상 운영하고 있는 “첨단기술 산업발전 7개년 계획(가칭)”에 따라 첨단 기술을 이용한 신약개발 기본계획을 수립, 1단계(1990-1996) 신약개발기간중 총 2,000억원의 재원을 확보하여 상기 신약개발 연구사업을 지원하고자 한다. 이러한 제반사업은 보건사회부 약정국 안전과에 이미 설치된 신약개발 담당 업무로서 수행할 것이다.

## 1.2 新藥開發 研究支援 機構設立

### 1.2.1 現況 및 問題點

신약개발에는 다양한 분야의 연구과정이 복합적으로 필요한 만큼 이와 관련되는 필요 연구시설 또한 다양하다.

이들 연구시설들에는 의약품 개발 대상물질의 효능검색, 안전성 검색, 임상시험, 생명공학적 연구 등에 관련되는 것이 포함된다. 아울러 이러한 실험에 기본적으로 소요되는 실험동물과 질환동물뿐아니라 관련 의약품헌 정보 등의 원활한 수급 또한 필수적이다. 이러한 직접 또는 간접 지원을 담당하는 기관이 국내에 전무한 실정이고 이러한 연구시설들은 민간 기업이 독자적으로 구비하는 것이 이상적이지만 국내의 민간기업이 이러한 기능을 수행할 연구기관을 보유하고 있지 못한 실정이다. 국내제약기업 중 중앙연구소를 보유하고 있는 곳은 1990년도까지 30개 업소가 있으나 실제적인 신약개발 연구업무를 한정된 범위에서라도 수행할 수 있는 곳은 5-6개 업소 미만이다. 그나마 대부분의 연구업무가 신약개발의 극히 초보적인 단계인 신물질 창출 과정 즉 합성, 천연물 성분분리 등에 국한하고 있다. 따라서 상기한 신약개발 관련 연구시설이 국내에 전무한 형편이고 이

들 시설은 민간차원에서 이의 설립을 담당할 자본적 능력이 없다. 또한 민간기업이 독자적으로 어느 특정 연구기관을 설립한다 하더라도 현재의 국내 제약기업의 연구 개별수준 및 취급 연구 건수를 감안하면 개별기업이 단독으로 연구기관을 활용할 때의 활용빈도가 너무 낮아서 설립투자의 효율성이 극히 낮고 이는 곧 국가 차원에서의 연구 시설투자의 낭비를 초래한다. 따라서 이러한 연구 지원기관은 설립능력 또는 활용의 효율성 측면에서 국가 주도로 설립, 운영하는 것이 시급히 요청된다.

### 1.2.2 第6次 計劃의 評價

신약개발에 활용될 수 있는 연구 기능을 지니고 민간 기업에 공동으로 활용될 수 있는 바람직한 연구기관은 아직 설립된 바 없다. 그러나 상기한 기능을 부분적으로 수행할 수 있는 기관으로서 국립보건안전연구원을 들 수 있다. 국립보건안전연구원도 의약품의 안전성 검색을 위한 업무를 민간 기업을 위해 1991년부터 대행해 주고져 계획하고 있으나 실제 수행할 수 있는 안전성 연구 실험의 종류가 한정되어 있을 뿐 아니라 국가 검정기관으로서의 고유업무 분량이 있어서 민간기업에 의한 수요를 충분히 공급할 수 있기까지는 상당한 기간이 소요될 실정이다.

1987년도 의약품안전성시험관리기준(KGLP) 도입 이후에 민간 제약기업 연구소 2개소 및 한국화학 연구소의 안전성 연구센터에서 안전성 시험 수행 능력을 배양하고 있으나 1991년 현재 급성독성 또는 아급성 독성 등 극히 초보적이고 한정된 연구 수행능력만 인정받은 상태이다. 그외 국립화학연구소에 의약품 검색기구(Screening center)를 설치하였으나 그 원래의 기능이 화학연구소의 자체 생산 화합물의 효능검색 수준에도 미흡한 상태로서 각종 기능별 의약품의 효능 수백 가지를 다양하게 검색하는 능력을 갖추는 데는 요원한 격차를 지니고 있는 실정이다. 따라서 최소한 국립보건 안전연구원이 지니는 효능 검색 연구 기능의 대폭적인 확대가

필요한 시점이다. 그의 실험동물, 질환동물, 의약품헌정보, 생물검정 등을 위한 연구지원 기구는 전혀 계획된 바 없었으므로 앞으로 이에 대한 계획 수립이 필요하다.

### 1.2.3 基本方向

신약개발에 필수적이지만 민간 차원에서 그 설립 및 운영을 감당할 수 없는 아래 연구지원 기구 등을 설립하여 국내의 관련 연구기관이 용이하게 활용함으로써 신약개발 능력을 조속히 함양할 수 있도록 유도하기 위하여 신약개발 기술의 확립, 실용화, 체계화 등 직접적인 연구 지원과 의약품헌정보, 실험동물 또는 질환동물 수립 등 간접지원을 담당한다.

- 가. 신약개발 연구센터
- 나. 의약품헌정보센터
- 다. 임상시험센터
- 라. 질환동물 모델 연구센터
- 마. 스크리닝센터
- 바. 생물검정센터

### 1.2.4 細部 推進計劃

국가 주도로 설립하고자 하는 신약개발 및 연구자원 기구 각각의 기능과 설립 및 운영 방법은 아래와 같다.

#### ○ 新藥開發研究支援機構의 機能

- 가. 신약개발연구센터 : 국민 복지차원에서 풍토병, 희귀질환치료, 약물 등 비 수익성 약품의 개발
- 나. 의약품헌정보센터 : 신약개발 관련문헌, 자료의 수집, 처리 및 공급체계의 구축

- 다. 임상시험센터 : 임상시험 모델개발, 수행 및 전문인력의 양성
- 라. 질환모델동물 연구센터 : 일반실험동물 및 질환동물의 도입, 보존, 사육 및 개발
- 마. 스크리닝센터 : 신약의 효능검색 방법의 확립
- 바. 생물검정센터 : 생물공학제품 및 생물학적 제제의 검정 방법의 개발 및 개량

○ 新藥開發研究支援機構의設立 및 運營方法

- 가. 신약개발연구센터 : 보건사회부산하 연구기관으로 직접적 운영
- 나. 의약품헌정보센터 : 제약협회와 공동설립, 재정적 자립운영 유도
- 다. 임상시험센터 : 종합병원 시설활용, 정부출연연구기관화 및 재정적 자립운영유도
- 라. 질환동물 연구센터 : 정부출연 연구기관으로 설립, 재정적 자립운영유도
- 마. 스크리닝센터 : 국립보건안전연구원의 기능보강
- 바. 생물 검정 센터 : 국립보건원의 기능보강

○ 事業推進日程表

사업내용	1992년	1993년	1994년	1995년	1996년	1997년
총괄준비위원회구성 (사무국설치)	—					
종합계획수립	—					
부지구입	—					
정지공사		—				
건축			—			
전문요원확보개시 및 혼련			—	—		
기기및장비도입			—	—		
각센터시험가동					—	
정상운영						—

### 1.3. 新劑形開發등 研究體制強化

#### 1.3.1 現況 및 問題點

치료물질을 제제가공하여 제제화한것을 제형이라고 한다. 의약품의 제형은 필요에 따라 다양하게 생산되나, 항상 일정량 이상의 약물을 그 치료작용에 따라 편의한 제형으로 제제가공하였을때, 치료작용은 극대화시키고, 부작용은 감소·배제시키려면 동일화학구상에서의 문제점인 치료작용과 부작용의 작용강도가 문제되어왔다. 이것을 피하기 위하여, 활용된 방법이 화학적으로 치료작용이 강하고 부작용이 적은 새로운 유도체의 합성, 또는 치료물질의 다성분배합등이 응용되어왔다. 그러나, 근래에와서는 이미 치료작용과 부작용이 알려진 물질을 새로운 제제가공방법에 따라, 목적하는 작용부위에 필요한 최소의 작용량으로 송달보존시키는 제형개발이 가능하게되므로써 과거의 치료작용과 부작용을 분리작용시킬 수 있는 제형이 개발된 것이다. 즉 분자약물학적인 치료물질의 작용 mechanism의 규명과, 치료물질을 생체내의 작용부위에 송달시키는 선택적인 수송방법을 생물약제학적으로 추구함으로써, 소위 약물송달체계(Drug Delivery System, DDS)란 가장 발전된 제제가공기술이 탄생된 것이다. 따라서 이 DDS의 기본적인 요소는 이미 치료작용과 부작용등이 알려져있는 약물을 ① 약물과 생체와의 상호작용의 최적 시간적 pattern을 연구하고, ② 약물이 그와같은 작용 program을 발휘하도록 정밀히 제어가된 제제로 만들면된다. 이와같은 DDS의 약물방출제어방식에 대한 연구는 신약연구개발단계의 제제화단계이후의 최적화작업임으로 그 적중률은 신물질창제보다 아주 높고, 우리나라 제약산업발전에 걸맞는 소재라고 하겠다. 참고로 현시점의 우리나라 제약산업의 기술축적 정도를 정리하여 보면 다음표와 같다(표 1-8).

표 1-8. 우리나라 제약산업발전 과정표

연 대	구 분	기술적 특징	지 원 정 책
1950년대	완제수입의약품의 판매단계		
1960년대	의약품 포장 및 제형의 국산화단계	제제화 기술의 도입·발전	완제의약품의 수입 억제
1970년대	특허만료의약품 원료의 국산화단계	초기원료의약품합성 기술도입	원료의약품생산지원 합성원료수입지원
1980년대	신공정개발의 초기단계 신약개발의 초기단계	제제공정개발의 기술축적 생리활성·독성시험의 기술축적	자본·기술의 자유화, KGCP확대실시 물질특허KGLP·KGCP ·신약개발연구비지원

※보건사회부 : 첨단기술을 이용한 신약개발 기초계획(1990.6)

한편 제약산업은 1962년부터 제제기술도입을 하여왔으며, 총품목 145품목(1989.12. 현재)을 50개 제약업소에서 원료재공목적으로 기술제휴하여왔다. 이들 중 기술료를 지급하고 가공기술제휴를 한 제약업소는 17개업소 32개품목에 불과하다(표 1-9).

표 1-9. 의약품 기술도입 현황

업소수	기술도입품목수	매출액(백만원)		기술료 송금액(US\$)	
		'88	'89	'88	'89
17	32	11,431	18,522	653,988	1,250,399

※보건사회부 : 첨단기술을 이용한 신약개발기본계획(1990. 6.)

그러나 우리나라 제약산업의 연구비투자의 현황은 1988년도 상위 20개 제약업소에서 평균비율(%) 총생산액의 1.8, 1989년도 상위 23개 제약업소에서 3.3%인데 비하여, 연평균 연구비투자액이 선진국가(미국, 영국, 일본, 프랑스)에서는 14~16%이고, 매년 미국은 13.4%, 영국은 12.9%, 일본은 15.8%, 프랑스는 17.6%씩 증액투자하고 있는 실정이다. 따라서 우리나라

제약업소의 자가연구투자의 증액과, 당국의 유도증가지원 시책이 시급히 요구된다.

### 1.3.2 第6次 計劃의 評價

6차 계획기간동안의 신제형연구지원은 우수의약품제조관리의 기반정착, 신약개발사업의 유도책에 있었든것으로, 사실상 제약업소에 대한 신제형 연구지원사업이 직접적으로 지원되지는 못하였다.

따라서 의약품제제의 품질향상에는 성과가 컸으나, 이 분야연구지원성과는 기반조성에 머무르는 것이었다고 하겠다.

### 1.3.3 基本方向

의약품품질보장의 향상을 위한 제제공정기술과 신제형개발연구지원책을 강구해야 한다.

생산성과 제제기술향상을 연계적으로 지원하여, 신약개발의 연구지원육성과 함께 신제형개발연구성과에 대한 각종지원책을 강구해야 한다.

신제형개발연구가 제약기술 및 생산성 향상에 기본요소임을 인식시키는 유인책을 강구해야 한다.

### 1.3.4 細部計劃

신제형개발연구사업은 제제가공기술을 합리적으로 추구하는 제약산업전반의 기반구축사업이다. 국제개방적응의 체질로 제약산업을 유도정착시키기 위하여 현 연평균 15% 이상의 성장은 지속적으로 보장되어야하며, 이 중 각 제약업소가 적어도 총생산매출액위 15% 이상을 자체연구비로 조성·투자할것을 목표로 지향한다면 2000년대에는 선진국대열의 투자수준으로 가능하리라고 본다. 따라서 7차 5개년계획이 완성될때까지의 자체연구조

성액은 적어도 다음과같이 연차적으로 증액투자되어야 할 것이다(표 1-10 참조).

표 1-10. 연도별 제약업소 연구투자액표

연 도 별	1991	1992	1993	1994	1995	1996
총매출액대비 연구투자비율(%)	3.3	3.9	4.5	5.1	5.7	6.3

## 1.4 製藥研究事業의 活性化

### 1.4.1 現況과 問題

국내 전 제약업소 368개업소(1990. 6. 현재)에 부설운영연구소의 지정을 받고있는 곳은 26개소이다.

이 제약업소의 연구투자는 상위 23개사의 투자가 총매출액 약 1조4천8백63억원의 3.3%인 약 4백95억원의 연구비투자를 하고 있다.

그러나 이와같은 연구비투자는 대기업체인 럭키제약 약 92억원, 제일제당 약 40억원이고, 순수제약업소인 동아제약 약 38억원, 유한양행 약 25억원정도이며, 불과 3000만원의 연구비투자를 하고 있는 제약업소도 있는 현황이다.

주요선진국에서 의약품 개발연구비의 투자는 총매출액대비 14.4~16.2% (미국의 경우 표 1-11 참조)이며, 이밖의 주요 의약품 연구개발비 현황과 연평균 증액투자율은 12.9~17.6%나 되고 있다(표 1-12 참조).

한편 국내제약업소의 연구인력현황은 더욱 연구증액과 함께 많은 국가 지원시책이 필요하다(표 1-13 참조).

표 1-11. 미국제약연구개발투자현황

(단위 : 10억달러)

연 도 별	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
연구개발비(10억달러)	3.2	3.6	4.1	4.7	5.5	6.5	7.3
총매출액대비 연구투자비(%)	14.4	14.4	14.8	14.8	15.8	16.3	16.2

※한국제약협회 : 제약기술정보(1989)

표 1-12. 주요 의약품생산국의 연구개발비 투자현황

(단위 : 백만달러)

연도 국	1984	1985	1986	1987	1988	연평균 증가율 (%)
미 국	3,601	4,077	4,646	5,259	5,953	13.4
영 국	817	920	1,039	1,174	1,326	12.9
일 본	1,934	2,240	2,594	3,003	3,477	15.8
프랑스	859	1,010	1,187	1,396	1,641	17.6

※한국제약협회 : 제약기술정보(1988)

표 1-13. 국내 제약업소의 연구인력 현황

제약업소의 연구소수	인 력				총 계
	박 사	박 사	학 사	기타연구원	
22	76	359	252	392	1,079

※보건사회부 : 첨단기술을 이용한 신약개발 기본계획(1990. 6.)

특히 연구인력의 분포는 박사학위소지자가 가장 많은곳이 7명이고, 없는 업소도 4개업소이며, 석사학위소지자는 많은곳이 32~45명, 없는업소도 2개업소나 되어, 전문연구인력의 끈은분포는 물론, 총인원을 합하여도 주요의약품생산국의 큰업소 1~2개업소의 연구인력정도에 불과한것이 현황이다.

이와같은 현실에 비추어 연구사업은·각 제약업소의 연구소마다 전문성 있는 특정분야의 과제의 선택연구가 필요하며, 필요한한 관·학계 등 유관연구소와의 유기성있는 협조로 탄력성있는 연구·협조체제가 활성화되어 이 취약점을 보완하는 체제의 확립이 필요한 것으로 본다.

#### 1.4.2 第6次 計劃의 評價

6차 계획에는 특정 연구사업을 제외하고는 자체의 품질관리향상 연구에서의 향상은 있었다. 따라서 품질향상연구나, 일부의 자가연구특정사업의 활발한 투자자세를 정립한것은 제약산업발전측면에서 평가받을만한 성과를 이루었다고 본다. 다만 아주 기초설립단계로서의 자가품질향상을 위한 연구, KGLP, 신약개발사업추진등, 과거와는 판이한 연구투자 자세가 각 제약업소로 확산되어가고 있는 사실은 의욕을 충만시킬 수 있는 성과이라고 하겠다.

#### 1.4.3 基本方向

제약산업의 연구는 고도의 기술축적에 있다. 제약기술연구축적의 체질화의 기반구축을 촉진시키는 지원정책을 강구해야한다.

개발된 연구결과를 활용한 성과는 적극적으로 보호육성을 유도하는 지원방안이 강구되어야한다.

각 분야별 연구성과가 합리적이고 창조성이 인정될 때, 교육기관과의 연계성으로 산업대학원에서의 인정학위 수여등, 연구요원의 자질향상에 기여할 수 있는 제도적인 지원대책이 강구되어야할 것이다.

#### 1.4.4 細部計劃

연구사업의 활성화는 개발시대에 적응하는 필수요건이다. 그리고 시기

는 빠를수록 제약산업의 안정된 발전을 조성해나갈 수 있게 할 것이다. 따라서 첨단 생물학적기법을 필두로한 각 제약업소의 특징있는 제약산업의 단계적인 발전방안의 유도책과 운영철학이 필요하다. 그러므로 이에 KGLP지정까지 인정되었거나, 이의 계획이 구체적으로 되어있는 제약업소는 이의 목표에 따라, 이에 상응하는 시설과 7차 계획을 수립매진할 것이며, 일반의약품의 가공기술을 향상시켜 이들 생산의약품의 품질보장을 견고히 추구하려는 제약업소는 적어도 품질관리 및 생산공정관리체제확립을 위한 합리적인 연구기구의 충실을 기해야할 것이다. 국가나 신약개발(신제제개발 포함) 투자와 지원의 적극적인 입장을 구체화하고 있는 현실에 비추어, 각 제약업소는 각자 자기업소에 걸맞는 품목개발에 목표를 두고, 현실성과 특징이 조화되는 성안작성과 연구성과를 얻도록 계획·운영되도록해야한다고 본다.

여기에서 KGMP지정업소를 소위 신약개발연구에 주력할 수 있는 KGLP 연구소설치 업소의 인정사업과, 실제제 및 품질보장연구소설치업소의 두 가지 유형으로 구분하여 설치사업추진예정표를 제시하면 다음과 같다(표 1-14).

표 1-14. 국내연구소 설치추진 계획표

연 도 별	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	계
KGLP설치 제약업소	2	2	2	2	2	2	2	14
일반연구소 설치 제약업소	24	3	3	3	3	3	3	42

## 2. 醫藥品 安全對策 強化

### 2.1 藥效再評價 事業의 效率化

#### 2.1.1 現況 및 問題點

약효재평가사업은 국민에게 보다 안전하고 우수한 의약품을 공급하기 위해 이미 허가된 의약품의 유효성, 안전성을 현대 의학학적 수준에서 재정립함으로써 기 허가된 효능, 효과, 용법, 용량, 사용상의 주의사항 등을 정확히 하고 불합리한 처방을 수정·보완하여 의약품의 오남용 및 부작용으로 인한 피해를 근본적으로 예방하는데 그 목적을 두는 것이다. 모든 의약품의 효능, 안전성 등은 사용빈도가 클수록 예기치 않았던 경우가 나타나는 특징을 지니고 있어서 이에 대한 정확한 대응책으로서는 약효재평가 사업이 가장 기본적이어야 한다. 1960년 세계보건기구에서 각회원국에 국가적 수준에서 의약품의 유효성 및 안전성을 재확인하도록 권장한 이래 1975년 국내 기허가 의약품에 대한 약효 재평가가 시작되었으며 그 이후 수많은 의약품중 사용빈도가 크고 국민 보건에 영향이 큰 품목을 우선하여 연차적으로는 재평가 사업을 수행해 오고 있다(표 2-1).

표 2-1. 약효재평가 성적

실시년도	1975-1981(단일계 의약품)	1982-1990(복합계 의약품)	계
약효군수	79	82	161
품 목 수	5,934	3,165	9,099

이러한 약효재평가 사업은 현재 거의가 외국에서 공급되는 자료를 수록한 문헌에 의한 재평가 방법에 의존하기 때문에 두 가지 문제점을 내포하고 있다. 첫째, 모든 재평가 기준이 외국의 문헌정보에만 의존하기 때문에

외국에서 수집, 공급된 자료의 신뢰성 및 공급처의 기능상의 객관성을 현재의 여건상 매년 추적하는데 제약이 있을 뿐 아니라 외국기관의 협조에 한계가 있고 이것은 곧 우리나라 국민보건에 미치는 의약품 안전대책의 중요한 부분이 막연한 외국정보에 좌우되는 경우도 생기는 불합리한 점이 있다. 둘째, 외국에서 공급되는 정보의 객관성과 신뢰성이 보장되는 경우라 할지라도 외국국민 및 타민족의 체질과 우리나라 국민의 체질적 차이에서 야기될 수 있는 상반된 약효 또는 부작용의 발현 가능성에 대해 전혀 무방비의 상태에 있다. 따라서 외국 문헌정보 처리의 신속화와 이의 종합적 평가, 처리를 위한 체제 구축이 필요하고 아울러 필요한 부분에 관한 확인시험이 수행가능한 국내 연구기관의 기능확보 또한 시급히 해결해야 하는 문제점이다.

### 2.1.2 第6次 計劃의 評價

제6차 약효재평가 계획은 계획한 바에 충실하게 복합체 의약품 253품목을 재평가 완료하였다. 그러나 기존의 방침과 기준에 따라 국내, 국외 문헌에 의해서만 재평가된 사항이어서 자료의 객관성, 신속성, 공급처의 기능상의 객관성 등의 파악에 완벽을 기하기 어려운 부분이 있을 뿐 아니라 국내 독자적인 시험수행에 의한 재평가가 결여되었으므로 근본적인 문제점은 그대로 방치된 상태라할 수 있다.

### 2.1.3 基本方向

- 1) 의약품 재평가를 위해 필요한 경우 효능 및 안전성 실험과 문헌 검토를 병행 추진한다.
- 2) 의약품 정보관리를 능률적으로 관리하기 위하여 모든 정보를 컴퓨터에 입력처리하는 시스템을 확립한다.
- 3) 전문분야 학자들로 구성된 실험정보 및 문헌정보 검토, 자문 체

계를 구성한다.

#### 2.1.4 細部推進計劃

- 가. 실험, 문헌 검토를 병행하기 위하여 재평가요원 및 실험시설을 갖춘 전담기구를 설립한다. 그(안)의 하나로 국립보건 안전연구원 내에 의약품 재평가 연구부(가칭)의 신설을 검토할 수 있다.
- 나. 임상실험을 효율적으로 실시하기 위하여 의약품 임상시험기준(KGCP)를 우리 실정에 맞게 합리적으로 제정한다.
- 다. 약효적평가 관련 정보처리를 전산화하고 이 작업의 종사자의 실무 교육을 정기적으로 수행한다.
- 라. 외국 문헌 자료의 객관성, 신뢰성 확인과 정보교류의 신속성도 도모할 수 있도록 세계보건기구 뿐만 아니라 세계 주요국과의 정보교환 협조체제 구성을 외무부의 협조를 얻어 추진한다.

## 2.2 新藥 再審制度의 實施

### 2.2.1 現況 및 問題點

신의약품은 제조 또는 수입·승인시에 다양한 시험자료에 근거한 엄격한 심사를 거쳐서 사용허가되지만 제조 또는 수입·승인시에 인용된 임상 시험내용은 임상 대상인종, 시행국가의 환경 및 증례수 등에 한계가 있으므로 승인 후 예상치 못한 부작용 발생 등 유효성 및 안전성에 관한 문제점이 발생할 소지가 높다. 따라서 신약은 장기간 사용되어 온 기존의 의약품보다 짧은 시간 간격을 두고 신약의 사용과정에 나타나는 각종 정보를 파악하고 이를 근거로 신약의 효능 및 안전성을 재심사할 필요성이 있으나, 국내에는 아직 이러한 제도가 도입된 바 없어서 이의 시행을 시도할 시점에 있다. 일본의 경우 1982년에 신약 재심사제도에 관한 법적근거

를 약사법 제14조 2에 마련하였고 1988년에 신의약품 재심사 관련 제출자료의 신뢰성 재고를 위해 “신약 재심사를 위한 시판 후 감시 이행기준”을 공포한 바 있고 현재 이 제도의 구체적인 시행이 도입, 정착되고 있는 실정이다. 우리나라의 경우 상당부분의 의약품을 외국에서 원료 또는 완제품의 형태로 도입하기 때문에 이러한 문제점이 더욱 심각히 부각될 수 있어서 이에 대한 대책이 강구되어야 한다.

### 2.2.2 第6次 計劃의 評價

신약 재심제도는 제6차 계획에서 계획수립된 바 없었으며 시행된 바도 없었다. 그러나 신약뿐만 아니라 기존의약품을 위주로 한 약효재평가 사업은 1982년에서 1990년까지 9년간 3,165품목에 대하여 실시하였으며 이 실적은 원래의 계획을 만족시키는 범위로서 어느 정도 범위 내에서의 신약재심사 기능도 포함되었다고 볼 수 있다. 그러나 기존 의약품이 아닌 신약에만 국한하는 형태의 재심사는 실시된 바 없었다.

### 2.2.3 基本方向

- 가. 신약의 제도 또는 수입 허가 후 일정기간 후에 신약에 대한 유효성, 안전성 등에 관해 재심사를 실시한다.
- 나. 신약에 대한 재심사에 인용될 자료의 수집 및 관련 시험자료의 확보방법을 규격화 한다.

### 2.2.4 細部推進計劃

- 가. 신약 재심제도의 수행을 위한 법적 근거조항을 약사법에 삽입토록 한다.
- 나. 신약 재심 청구는 의약품의 제조 또는 수입업자가 보건사회부

장관에게 하고 이에 따른 재심사는 신약의 제조 또는 수입 승인 후 5년을 기준으로 시행한다.

다. 재심 청구 대상 신약의 범위는 신약 구성 성분 또는 제형을 기준으로 하는 경우와 효능의 추가 또는 변경이 발생한 경우로 한다.

- 최초 승인된 신약에 함유된 유효성분 이외의 성분을 유효성분으로 추가하는 경우 또는 배합비율이 변경되는 부합제
- 최초 승인된 신약과 유효성분이 동일하나 투여경로가 변경되는 의약품
- 최초 승인된 신약에서 별도의 효능 효과를 추가하거나 용법, 용량을 변경하는 경우
- 신약과 동일성이 있다고 인정되는 의약품으로서 신약 재심 기간 중에 별도 승인된 것

라. 신약 재심 청구와 관련된 자료수집의 체계화, 규격화를 위한 시판 후 감시절차, 기준작성, 기록유지, 관련자료의 분석 평가, 임상시험 기준의 도입

마. 신약 재심제도와 약효재평가 사업의 연계 운영 및 관련 전문인력의 확충, 교육을 위해 보건안전연구원에 실험 및 자료수집 체계화를 담당하는 부서 “(가칭) 의약품 재평가 연구부”의 신설을 검토할 수 있다.

## 2.3 副作用 모니터링 制度의 活性化

### 2.3.1 現況 및 問題點

의약품 부작용발생·정보의 정확한 파악은 이의 개선책을 강구하는 최선의 기초자료이지만 이의 수집 평가가 전문분야의 종사자에 의해서만 수

행될 수 있어서 수집체계를 무한대로 확대하는데 한계점이 있다. 의약품 부작용 모니터링은 1959년도 서독의 살리도마이드사건에 의한 다수의 기형아 출산으로 전세계적인 문제로 등장하여 현재 국제적으로는 세계보건기구(WHO)에서 국제의약품 부작용 모니터링 프로그램을 운영하여 이에 범세계적으로 대처하고자 노력하고 있는 실정이다. 국내의 경우 병의원 약국등을 위주로한 부작용모니터기관을 미리 지정하고 (표 2-2) 이를 통한 부작용 정보수집을 실시하고 있다. 1990년 현재 920개 기관이 지정되어 있고 1991년도에 300개 의원이 추가 지정되어 있다. 그러나 국내에서 이들 부작용 모니터링기관에 의한 부작용 보고 사례가 1989년의 경우 29건이었고 이것은 일본의 1988년도 부작용 보고 128건에 비해 상대적으로 적은 것으로 보아 지정기관을 통한 부작용 보고체계의 활성화가 필요한 실정이다. 또한 이들 보고 자료의 객관적 검토 및 평가체계도 아울러 강구해야 할 필요성이 있다.

표 2-2. 부작용 모니터기관 지정 현상

(90. 12. 18. 현재)

기관별 지역별	약사회 (약국)	병원협회 (종합병원, 병원)	치과의사협회 (치과병원, 의원)	한방병원협회 (한방병원)	한의사협회 (한의원)	계
서울(1)	62	64	2, 3	3	22	156
부산(2)	27	23	-, 3	1	12	66
대구(3)	14	8	1, 3	1	7	34
인천(4)	30	10	-, 3	-	5	48
광주(5)	17	6	1, 3	1	2	30
대전(6)	7	6	-, 3	1	5	22
경기(7)	21	25	-, 3	-	29	78
강원(8)	20	15	-, 3	-	9	47
충북(9)	23	7	-, 3	-	6	39
충남(10)	40	8	1, 3	-	16	68
전북(11)	29	7	2, 3	2	9	52
전남(12)	66	11	-, 3	-	10	90
경북(13)	50	9	-, 3	1	19	82
경남(14)	58	18	-, 3	-	17	96
제주(15)	5	3	-, 3	-	1	12
총 계	469	220	7, 45	10	169	920

### 2.3.2 第6次 計劃의 評價

의약품부작용 정보관리를 위한 부작용 모니터기관의 지정은 의약품 안전성 정보 관리체제구축의 일환으로서 약국, 병원 등을 위주로하여 1989년도에 약 340개소, 1990년도에 920개소, 1991년도에 1,220개소로 확대되고 있어서 정보관리체제의 구축자체는 원래의 계획대로 수행되고 있다. 또한 1990년 8월에 의약품등 안전성 정보 관리에 관한 규정을 개정하여 이에 적극 대응하고 있다. 그러나 지정기관으로부터의 부작용 사례보고는 의사, 약사등의 전문인을 경유해야만 가능하고 사례보고를 위한 기본적인 자료 확인, 기록 통보 등에 시간소요와 번거로움이 수반되고 이러한 요인이 부작용사례보고의 활성화에 직접적인 장애요인이 되는 실정으로서 이에 대한 개선책이 아울러 보완되어야 할 것이다. 부작용 보고사례가 앞으로의 약효 재평가제도, 신약 재심제도 등에 연계활동될 수 있도록 보고내용의 객관성, 평가의 정확성을 기할 수 있는 체계상의 방안과 관련 전문인력의 교육 방안도 강구할 필요가 있다.

### 2.3.3 基本方向

- 가. 의약품 부작용 정보관리 체계의 전국적 균형 확산 지정
- 나. 의약품 부작용 모니터링 제도 운영에 WHO등 국제 의약품 프로그램 연계활용
- 다. 문헌 정보 평가, 정보 처리의 신속화 및 홍보
- 라. 수집된 부작용 정보에 대해 필요시 실험 또는 임상 시험 시행에 의한 국내 독자적 평가 및 확인

### 2.3.4 細部推進計劃

- 가. 부작용 모니터 기관을 확대 지정하고 약국, 병원, 한의원 등

- 의 균형 참여와 지역 및 인구분포와 조화된 확대를 시행한다.
- 나. 의약품 부작용관련 문헌 정보 모니터링 평가반을 구성 운영하여 이는 국립보건안전연구원 내에 설치하는 방안을 검토한다.
  - 다. WHO 국제의약품 부작용 모니터링 프로그램에 한국의 가입을 추진하여 부작용 정보 수집제도, 체계, 운영 및 전문요원 훈련에 활용하고 범세계적인 정보의 신속한 수집에도 기여한다.
  - 라. 국내 의약품 부작용 모니터 지정기관의 전문가에 대한 정기 교육
  - 마. 모니터지정기관에서의 사례보고 양식의 간소화, 객관화 및 이에 대한 보상 또는 격려 제도 강구
  - 바. 부작용 보고 사례의 평가 자료를 신약재심 제도 및 약효 재평가 사업에 활용하기위해 관련기관 상호간의 정보교류제도를 구축한다. 보건안전연구원이 정보의 총괄적 처리를 실제 담당하고 행정상의 판정은 중앙약사심의위원회의 도움을 받아 약정국 약품안전과에서 관장하도록 한다.

### 3. 醫藥品 品質向上圖謀

#### 3.1 優秀醫藥品 製造管理基準(KGMP)의 全面實施

##### 3.1.1 現況 및 問題點

- KGMP란 품질이 보증된 우수의약품을 제조하기 위한 기준으로서, 제조소의 구조설비를 비롯하여 원료의 구입에서부터 보관·제조·포장 및 출하에 이르기까지의 전공정에 걸친 제조 및 품질관리에 관한 조직적이고 체계적인 규정을 말한다. 따라서 KGMP는 품질이 보증된 우수의약품의 공급을 통하여 국민보건향상에 기여하고 제약기술을 국제적인 수준으로 향상시킴으로서 국내

제약산업의 대외경쟁력을 제고하기 위해 필수적인 제도라 하겠다.

우리나라에서 KGMP가 처음 소개된 것은 1969년 WHO의 제 22차 정기총회에서 GMP실시를 각회원국에 권장함에 따라 1974년 KGMP 연구 위원회를 설치하면서 부터이다.

표 3-1. KGMP 추진경위

연 도 별	추진내용
1974	KGMP 연구위원회 설치(GMP 제도에 대한 연구조사)
1977	KGMP 제정(보건사회부예규: 제약업소에 실시권고)
1982	KGMP 실무위원회 설치(KGMP 운영에 대한 실무지침작성)
1984	KGMP 개정(보건사회부예규: KGMP 업소에 대한 평가 및 지정)
1989	KGMP 지정완료기한예고('91.12.31까지 KGMP 적격업소 지정완료)
1990	KGMP 개정(보건사회부예규: KGMP 우대조치확대, KGMP 평가 및 운영개선)

- 1984년 KGMP 실시업소에 대한 평가와 그 결과에 따른 KGMP 적격업소 지정제도를 실시함으로써 본격적인 KGMP 실시를 맞이하게 되었으나 1991년 1월 1일 현재 55개업소가 KGMP 적격업소로 지정됨으로써 그 추진상황이 매우 저조한 실정에 있다.

표 3-2. 연도별 KGMP 적격업소 지정현황

연도별	'85	'86	'87	'88	'89	'90	'91	비 고
업소수	5 (5)	9 (14)	20 (34)	9 (43)	3 (46)	9 (55)	4 (59)	( ) : 누계임

- 이는 KGMP를 실시하여야 할 완제의약품 제조업소 및 소분업소중 약 20%만이 KGMP 적격업소로 지정되었을 뿐만 아니라

적격지정을 받은 이들 업소들이 대부분 매출액 규모면에서 상위 그룹에 속하는 업소들로 중소기업업체의 KGMP실시가 매우 미비한 진전을 보이고 있어 이들 중·소규모의 제약업소들의 KGMP 실시 촉진이 당면과제로 부각되어 있다.

표 3-3. KGMP 적격업소의 의약품 생산현황

구 분	KGMP실시 대상업소	KGMP 적격업소	적격업소/대상업소	비 고
업소수	297	55	18.9%	완제의약품
품목수	10,801	3,498	32.4%	생산실적임
생산액	25,959억원	18,897억원	72.8%	

\* '89년도 생산실적 기준임

### 3.1.2 第6次 計劃의 評價

KGMP의 실시는 제6차 계획의 시행시기인 1985년 KGMP 적격업소의 평가 및 지정이 시작됨으로서 동 계획기간이 KGMP 전면실시를 위한 기반조정의 시기라고 할 수 있다.

그러나 앞서 나타난 바와같이 KGMP의 실시가 대규모 제약업소 중심으로 이루어짐에 따라 총 완제의약품중 약 70%이상이 KGMP 기준에 적합한 제품의 유통이라는 양적인 성과는 거두었으나, 우리나라 제약업소중 절대다수를 차지하고 있는 중·소규모의 제약업소들이 KGMP 실시에 역부족을 보이고 있음으로 인하여 KGMP 전면실시의 촉진차원에서 뿐만 아니라 중소기업 육성이라는 차원에서 이들 업소들에 대한 지도 및 지원이 보다 아쉬웠던 기간으로 평가될 수 있겠다.

### 3.1.3 基本方向

KGMP는 앞서 언급한 바와같이 우수약품 제조공급을 통한 국민보건

향상과 제약기술 수준향상을 위해서 반드시 모든 제약업소가 이를 실시하여야 한다는 기본적 당위성을 갖고 있다. 이에따라 '89년 12월 KGMP 적격업소 지정기한을 '91년 12월까지로 예고함으로서 제7차 계획기간중 KGMP 전면실시를 완성시키고자 한다.

KGMP 전면실시는 이로인한 제약산업 구도의 급격한 변화에 따른 부작용을 예방하고 KGMP 중심으로 약무행정의 틀을 구축하기 위하여 종합적인 관련 대책을 단계별로 실시하고자 한다.

이들 대책은 우선,

KGMP 우대조치를 확대하고 KGMP조건부 의약품 제조품목허가 제도를 정착시킴으로서 KGMP 실시를 촉진하고, 위탁생산제도를 보완하여 비 KGMP 제품의 KGMP 기준에 따른 생산공급을 유도하며, KGMP 기준을 구조설비등의 Hardware와 운영·관리의 Software로 분리하여 단계별로 전면시행함으로써 비업소의 KGMP 실시를 지도해 나가고자 한다.

### 3.1.4 細部推進計劃

#### ○ KGMP 事前評價實施

'91년중에 아직 KGMP 적격업소로 지정받지 못하였거나 평가신청을 제출하지 않은 약 210개 제약업소에 대하여 우선 현재까지의 KGMP 실시상황에 대한 사전평가 및 자료를 실시할 계획이다. 동 사전평가 및 지도는 당해업소에 대하여 KGMP에 대한 직접지도를 실시함으로써 KGMP 구조·설비의 구비등에 따른 경제적 위험부담을 줄이고, 업소실정에 맞는 KGMP 실시방안을 제시함과 아울러 동 결과를 KGMP 전면실시에 따른 정책수립의 기초자료로 활용할 계획이다.

#### ○ KGMP 全面實施를 위한 制度改善

'92년 KGMP 예고기한이 완료되면 모든 약무정책을 KGMP 중심으로 운영하기 위한 제도개선에 착수할 예정이다.

동 제도개선은 KGMP기준이나 시설기준령을 포함하여 모든 의약품 제조관련 법령의 재정립뿐만아니라 KGMP 중심의 제조허가 의료보험약가 등재 및 수입 의약품의 KGMP 제조증명의무화등 수출입분야에 이르는 모든 약무정책에 대하여 재검토할 계획이다.

## 3.2 醫藥品基準設定機構의 常設

### 3.2.1 現況과 問題點

의약품 등(의약품, 의약부외품, 화장품, 의료용구, 위생용품, 소분의약품)의 제조업소의 신규허가는 의약품, 화장품, 원료의약품, 의료용 고압가스 제조업소를 제외하고는 모두 개방되어 있으며, 의약품등 제조품목허가도 오남용이 우려되는 각성제 및 흥분제와, 화장품에 있어 오용의 우려가 있는 비타민류 및 성호르몬류의 복합제, 부신피질호르몬제의 함유제의 경우를 제외하고는 모든 품목허가가 개방되고 있다.

이와같은 개발정책에 따라 이들의 제조업소수는 896개업소(1990. 6. 현재), 제조품목수는 38,402품목(1990. 6. 현재)에 달하고 있다.

한편 생약재(한약재라고도함)의 품질향상, 유통개선, 가격안정을 도모하기 위하여 1987년 12월까지 528종의 규격화작업을 완료하고, 1988년 6월에 한약제품질 및 유통관리개선책위원회를 구성, 당귀등 26종의 규격화작업에 착수하고 있다.

또 의약품취급의 적정관리를 위하여 보건사회부고시 제88-9호에 의하여 유효성, 안전성, 사용상의 전문성의 필요여부에 따라 1988. 1~8월까지 1~7차에 걸쳐 전문의약품 6,868품목, 일반의약품 1,196품목을 분류완료하고, 1989. 1월이후부터는 허가. 동시에 분류허가하고 있다.

뿐만 아니라 약효재평가사업도 1975년부터 착수하여, 1981년까지 단일성분제 601개성분제제 5,934개품목에 대한 평가를 하였고, 이어서 1982년

터 1988년까지 복합성분제제 47개약효군 2,544개 품목을 평가완료하였으며, 1990년 현재 뇌하수체출몰제등 19개 약효군 315품목에 대한 평가를 실시한 바 있다.

그러나 의약품의 기준설정은 치료효능, 안전성·안정성과 직결된다. 우리는 해방후 반세기동안 미국약전(USP)과 일본약국방(JP)의 내용과 방식에 따라 제정되어 왔다. 물론 선진국의 제도나 방식을 검토·채택하는 것은 국제화에 대처하는 손쉬운방법이기는하다. 그러나, 나라마다 국민의 체질, 체력, 환경, 생활, 풍습등이 달라 의약품의 용량이나 안전성에 차이가 있다. 이를 충분히 고려하고 각종시험방법도 제약기술향상에 따라 개선해 나가야하는 전환점에 도달하였다고 본다. 여기에서 의약품 제조허가의 증가현황을 살펴보면 다음과 같다(표 3-4 참조).

표 3-4. 연도별 의약품등의 제조품목허가 현황

구분 연도	의약품	의약부의품	화장품	의료용구	위생용품	소분의약품	합 계
1981	10,216	293	4,139	1734	343	953	17,678
1982	10,745	419	4,493	1,699	347	996	18,699
1983	11,447	461	4,709	1,708	361	1,093	19,779
1984	12,357	475	5,181	1,917	363	1,154	21,448
1985	13,749	503	5,972	2,115	380	1,355	24,074
1986	14,750	547	7,511	2341	381	1,648	27,178
1987	15,677	598	8,989	2,392	378	1,930	29,964
1988	18,008	642	10,398	2,796	370	2,025	34,239
1989	20,195	678	12,054	2,920	369	2,186	38,402

※보건사회부 : 보건사회백서(1990)

즉 우리나라 의약품등 제조업소수는 896개업소이며, 생산품목수는 38,402 이고, 이밖에도 완제의약품의 개방률은 현재 99.4%이어서 이들 의약품등을 기준화·관리해야 한다는 것은 국민보호측면에서 중요시된다. 일본의

예를들면 약무국(우리나라의 약정국에 해당함) 안전과에 의약품·의약부외품·화장품·의료용구의 기준담당과 JP(일본약전)담당이 이다. 물론 이들 업무추진을 위해 중앙약사심의위원회가 있는 것은 우리와 비슷하다.

### 3.2.2 第6次 計劃의 評價

6차계획사업중 의약품품질관리사업과 의약품기준화작업은 약무행정중 비교적 성취도가 높은 사업이었다.

우수의약품기준관리기준은 예시제로되어 1991년말로 그 실을 거두게되었고, 약정국에 안전과의 신설과, 보건안전연구원의 개원등으로 이를 알 수 있다. 그러나 이미 지적인 업무에 책임이 있는 부서의 편성은 남은 과업중 반드시 설치되어야할 과업의 하나이다.

### 3.2.3 基本方向

약정국에 의약품 등 기준화 업무를 계획·추진·관리하는 전담의 담당 부서를 설치하도록 대책을 강구한다. 의약품등의 기준화실무의 조사·연구·성안을 담당수행하는 상설 조사연구부서를 설치·운영하도록 대책을 강구한다.

### 3.2.4 細部計劃

제7차 계획중 약정국 안전과나 약무과에 의약품등 기준화업무담당부서를 신설하고, 약정국에 의약품등 기준화 실무조사연구회를 상설한다(표 3-5 참조).

표 3-5. 의약품 기준설정상설기구추진표

연 도	1991	1992	1993	1994	1995
추진 사업	사업성안	사업확정	담당부서 신 설	실무조사 연구회구성	사업착수

### 3.3 醫藥品에 대한 消費者保護機能의 擴大

#### 3.3.1 現況 및 問題

국민의료의 수행에 있어 가장 중요한 것은 의약품의 유효성과 함께 안전성의 확보에 있다. 1959년 서독에서 처음으로 제조판매된 탈리도마이드(thalidomide)에 의한 기형아의 발생문제와, 1960년대에 이르러 일으킨 기니오폰(Chinipon)에 의한 SMON(아급성척수 시신경염)병의 피해를, 의약품의 부작용으로부터 환자의 피해를 미리 예방하고, 피해를 입은 환자에 대해서는 피해구제를하는 제도를 만들게하였다.

우리나라에서도 지난 1990년 1월에 이미 보건사회부에서 “의약품 부작용 피해구제제도” 도입계획을 대통령에게 보고함으로써 선진국형의 보건복지제도의 실현을 목전에 두고있다.

그러나 여기에서 주목해야할점은 첫째 피해 원인규정, 사업주체의 결정, 구제제도의 입법, 구제액의 한계, 부작용의 판정, 구제기금의 조성등의 여러문점들이 있다는 사실이다. 그래서 일본의 예를들면 ‘의약품의 부작용에 따르는 피해자의 구제제도연구회’를 1973년부터 1976년까지 약학·의학·법학의 전문학자로 구성하여, 구체적인 구제제도를 연구·보고케한 보고서를 토대로하여, 1979년 국회에서 의약품부작용피해구제기금법으로 심의·제정·공포·시행하고 있다.

여기에 서독과 일본에서의 구제제도의 특징을 비교하여보면 다음과 같다(표 3-6).

표 3-6. 구제제도의 특징 비교표

구분	책임소재	사업주체	법제정	구제한계	피해판정	국고보조여부	입법연도
일본	사회적책임	독립조직	특별법	무한	후생성	가능	1979
서독	부과실책임	제조업소 보험가입제	약사법에 삽입	2억마르크	보험사	없음	1979

※일본약업시보사 : 원간 약사(1980. 5)

### 3.3.2 第6次 計劃의 評價

6차 계획에는 실질상 본계획은 포함되지는 않았으나, 의약품품질관리의 향상, 의약품 내용표시제의 철저, 부작용모니터링제의 실시, 의약품 분류 작업의 완성, 의약품의 과대공고의 금지등 약무행정은 의약품의 안정성 및 유효성 확보에 주력함으로써 국민의 의약품에 대한 인식이 고조되어 실질적인 의약품으로 인한 피해보고는 거의없다. 그러나 제7차 5개년계획으로 약무행정이 발전하게 되면 사회복지사업발전과함께, 의료복지정책하의 약무행정으로 이행할것을 예견하고, 미리 의약품부작용피해구제 및 연구진흥기금계획을 작성·시행하려는것으로 시기적절한 조치이다.

또 이미 실시되고있는 의약품부작용 모니터링 제도실시에있어, 1989년에 29건의 부작용보고가 제도경로에 의거 접수된것은 사업초기의 성과로서 기대이상의 성과로 평가된다.

### 3.3.3 基本方向

의약품등에 의한 소비자 피해보호사업은 의료향상과함께 반드시 시행되어야할 과제의 하나이다. 따라서 의약품등 부작용피해구제는 하루속히 그 근거설정을 위하여 입법화하도록하여야 한다.

법제정에 따라 세부시행세칙을 관계전문가와함께 당국은 조속히 성안·심의·결정·공포·시행하도록 해야한다.

기금조성은 유관업체(한국제약협회, 수입업자, 화장품협회, 생물적제제 제조업소등)에서 조성하는 것을 원칙으로하되, 점차 국가에서 일부지원하는 연금급여방식으로 유도하는 방안을 검토·강구하도록 한다.

### 3.3.4 細部計劃

본 의약품등 부작용피해구제 및 연구진흥기금설치 사업은 의료복지지향사업의 일환으로 국민의료보호원칙을 기본책으로하여 추진하여야 한다(표 3-7 참조).

표 3-7. 의약품에 대한 소비자보호사업 추진표

연 도	1990	1991	1992	1993	1994
추진업무	사업추진성안	입 법 화	시행세칙 성안공포	기금조성	사업착수

## 第 8 章 保健統計의 劃期的 改善

### 〈概 觀〉

- 보건통계는 건강, 임신, 사망, 이환, 불능력 상태(disability) 각종 보건 사업과 환자의 진단, 치료, 재활, 그리고 보건의료서비스 생산과정에 투입된 요소 등을 포괄하는 통계이다. 이들 통계는 정기적으로 정확히 수집됨으로써 주요 보건정책의 입안, 계획, 집행 평가 등에 활용된다.
- 현행 통계법에 의하여 보건사회부가 각 시도를 거쳐 보고를 받아 생산 및 활용하고 있는 보건통계중 보고주기가 월보인 보고통계는 법정전염병 월보등 7종이며, 분기보고는 국제검역상황등 6종, 반년보는 의료기관 실태조사 등 2종 그리고 연보는 조산사 교육병원 현황 등 1종으로서 모두 16종에 달한다(다음 표 참조).

통 계 명 칭	보고주기	조 사 내 용	작성기관
법정전염병월보 월보	월 보	법정전염병 종류별 발생 및 사망수	보건사회부
방역약품 생산 및 지출 상황	"	예방약 현황, 진단약, 진단용 혈청	"
결핵관리사업 실적	"	결핵예방접종, 검진, 환자발견	"
가족보건사업 실적	"	요원동태 및 시술기관 현황, 피임보급 현황	"
국제검역 상황	분기보	입항선박 및 상륙, 검역구역내 전염병 발생 및 사망	"
만성병사업 실적	분기보	기생충관리 및 구충실적, 성병관리 및 치료실적	"
식품환경위생관계 실태 현황	월 보	유홍비 및 식품업소 현황	"
불소함유량 수질검사 보고	"	불소함유량, pH, 온도, 대장균	"
부정의료사업 단속현황	분기보	적발 및 처리 상황(고발, 폐쇄)	"
구강보건사업 현황	"	치과이동진료 및 불소양치사업	"
보건소, 보건지소, 보건진료소 현황	"	보건소 직원 현황, 환자진료 실적	"
의료기관실태 보고	반년보	병원 및 병실수, 환자 및 퇴원환자수	"
조산원 교육병원 현황	연 보	교육생 현황, 분만실적	"
약사감시 상황	분기보	업소 현황, 위반 및 처분 내용	"
의약품등 생산실적 보고	반년보	업소별, 품목별, 효능별 등 생산현황	"
의료보호실적	월 보	구료환자, 저소득자 치료비 보조금 수령액	"

- 조사통계는 보고통계가 포괄하지 못하는 영역의 통계를 보건사회부가 특별히 실시하는 조사(survey)를 통하여 수집하는 통계로서 이 조사 통계의 생산 및 분석에는 한국보건사회연구원, 대한결핵협회, 한국건강관리협회등이 참여하고 있다. 현행 조사통계에는 환자조사등 7종이 있다(다음 표 참조).

조사명칭	조사기관	조사대상 및 조사방법	주요조사항목	주요지표	조사주기
○환자조사	보건사회부	의료기관 표본조사	의료기관분포, 의료기관종별 병상수, 상병별 수진기관, 퇴원 사유, 치료비 지불방법	병상이용률, 의료기관이용률, 평균재원일수, 치료비지불방법	2년
○국민건강조사	보건사회부 (한국보건사회연구원)	가 구 표본조사	상별별 유병건수, 진료유무, 유병기간, 치료방법, 치료비, 치료비 지불방법	유병률, 상병별 유병기간, 상병별 치료방법	3년
○국민영양조사	보건사회부	가 구 표본조사	식품종류, 섭취량, 식품구입자, 조리자 교육정도 및 직업	1인당 영양섭취량, 단백질 섭취량, 동물성 단백질 섭취량	매년
○가족보건실태조사	보건사회부 (한국보건사회연구원)	가 구 표본조사	산전후관리, 예방접종, 분만환경, 모성건강상태, 가족계획 실시현황, 출산력 조사	산전후 관리율, 예방접종률, 분만개조율, 가족계획실천율	3년
○장애인실태조사	보건사회부 (한국보건사회연구원)	가 구 표본조사	장애종류, 원인정도, 사회적응도	장애발현율, 장애종류별 발현율 및 원인	5년
○전국결핵실태조사	보건사회부 (대한결핵협회)	주민 표본조사	튜버큐린 반응, 엑스선 세균검사	BCG 접종률, 결핵감염률, 폐결핵 유병률	5년
○전국기생충감염실태조사	보건사회부 (한국건강관리협회)	주민 표본조사	충란보유자수	기생충 종별 감염률, 양성률	5년

- 그러나 현행 보건통계 생산 및 분석체계가 내포하는 문제는 수집·분석해야 할 통계량과 비교하여 예산부족, 통계의 중요성 인식 결여, 전문인력 부족등 통계생산내적 문제와 통계의 종류 및 분석등 설계와 분석능력의 문제등이 지적될 수 있다. 이와 같은 문제로 인하여 현행 보건통계는 정확성, 적기성, 활용영역 등에 많은 문제를 갖고 있는 것이다.

특히 전국민의료보험의 실시, 질병 및 사망양상의 변화, 의료수요의 증가 및 이용양상의 변화, 지방자치제 실시에 따른 지역단위 보건계획, 집행, 평가의 중요성 증대, 새로운 보건정책의 개발, 효율성 향상의 중요성 증대 등 수요에 대한 현행 보건통계의 활용도는 극히 제한적이다.

- 7차 5개년 계획기간에는 이들 문제점의 해소 및 보건통계의 획기적인 개선이 필요하며 그 개선을 위한 기본방향은 다음과 같다.

① 보고통계의 개선

- 기본 보고통계의 정비(종류, 항목, 서식등)
- 정비된 보고통계의 전산화
- 중앙 및 지방(시·도 및 보건소)에 통계전담부서 설치 및 전문인력 확보

② 조사통계의 개선

- 조사종류의 확대
- 조사항목의 보완
- 통계생산 및 분석의 전문성 제고
- 정기적 실시 및 결과의 활용성 향상

이와같은 개선을 통하여 보건통계는 다음과 같은 용도에 유용하게 활용될 것으로 기대된다.

- 보건사회부장관의 연도별 「국민건강보고」 작성·배포
    - 국민의 건강상태(수준, 평등수준)
    - 국민의 의료이용실태(수준, 평등수준)
    - 의료비 등
  - 전국 및 지역단위 보건기획, 집행, 평가
  - 의료기관의 경영합리화
  - 보험자의 운영효율 제고
  - 의료자원의 적정공급 및 분포
  - 기타 보건의료제도 개선
- 보고통계의 개선에 있어서 특히 전국민의료보험이 실시됨으로써 신뢰도 높은 출생 및 사망자료가 의료보험 급여자료를 통해 생산 가능해졌기 때문에 이를 활용하여 정기적이고 정확한 출생 및 사망통계의 생산이 가능하도록 체계를 확립한다.

특히 보고통계는 지역화 개념에 따라 각 보건소 단위로 기획, 집행, 평가기능이 효율적으로 수행될 수 있는 정도로 통계의 범위, 생산 및 분석을 개선한다.

- 조사통계는 대폭적으로 개선한다. 기존의 국민건강조사, 환자조사, 심신장애조사, 가족보건실태조사, 국민영양조사 및 신체계측조사 등은 규모, 항목, 표본추출, 자료수집 및 분석 등을 개선하여 보다 더 정확도 및 신뢰도를 향상시키고 정기적으로 실시한다.

이들 통계조사이외에 국민의료비조사와 의료자원조사를 신규로 정기적으로 실시한다. 이와같이 기존 및 신규 조사통계의 정기적 실시 및 조사대상자로 부서의 적극 협조 획득, 예산의 안정적 확보, 조사의 연속성 확보 등을 위하여 「보건통계법」을 제정 시행한다.

# 1. 調査統計의 改善

## 1.1. 健康調査

### 1.1.1 現況 및 問題點

국민건강조사는 통계법에 의해 수행되는 일반통계로서 보건사회부에서 생산되는 12개 조사통계중 하나이다.

국민건강조사는 국가보건사업의 기획, 예산책정 및 평가등에 필요한 기초자료를 제공하기 위하여 정기적으로 실시되는 자료수집체계이다. 국민건강조사는 다양한 질병통계를 갖추고 있는 미국, 영국, 일본 등 선진국가에서 급격히 증가하는 보건통계의 수요를 충족시키기 위하여 오래전부터(예: 미국은 1957년부터 매년실시) 주기적으로 전국적 규모로 실시하여 왔다. 우리나라에서는 1962년부터 1971년까지 일부지역에 대해 부분적으로 4차의 국민건강조사를 실시한 바 있다.

그러나, 일반통계로서 승인되어 정기적으로 매 3년마다 실시기로 제도화된 것은 1983년부터이다. 1983년은 한국인구보건연구원(현, 한국보건사회연구원)에 의해서 실시되었고, 1985년은 보건사회부가 질병상해통계조사로써 실시했으며, 1989년에 한국보건사회연구원에 의해 제3회 조사가 실시되었다. 3회에 걸친 국민건강조사의 조사방법 및 조사내용을 비교하면 표 1-1과 같다.

3회에 걸친 조사로부터의 문제점은 다음과 같다.’

- 조사실시기관, 조사방법, 조사기준기간 및 횟수 등이 체계화되지 않았다.
- 실제조사 작성주기가 2년, 4년 등 비주기적이었다.
- 기본사항, 주요 조사항목 및 보충항목의 변화폭이 크다.

따라서 조사결과의 일관성이 결여되어 시계열적이며 체계적인 변화양상

추이가 어렵다.

표 1-1. 국민건강조사 조사방법 및 내용 비교

	1983년	1985년	1989년
전국표본규모	10,000가구	10,000가구	11,500가구
조사구수	200개	209개	178개
조사방법	조사원에 의한 가구면접조사	조사원에 의한 가구면접조사	조사원에 의한 가구면접조사
조사교육 및 지도	연구원	시·도	연구원
조사원 성	남, 녀	여자	여자
실시기관	한국인구보건연구원	보건사회부	한국보건사회연구원
실시횟수 및 기간	2회 1983. 7.15~ 8.26 1983.10.14~11. 2	1회 1985. 9.16~ 9.22	1회 1989.10.30~12. 9
기준기간	7일	7일	15일
조사표 종류	2종 - 가구조사 - 병태개별조사	2종 - 가구조사 - 개별병태조사	5종 - 가구조사 - 15일간 이환 및 의료이용조사 - 입원환자조사 - 만성이환조사
주요 조사내용	1주일간 이환 및 의료이용	1주일간 이환 및 의료이용	15일간 이환 및 의료이용, 입원, 만성이환, 생활양 식 전반에 관한 보건 의식행태

### 1.1.2. 第6次 計劃의 評價

- 제6차 계획기간중에 매 3년마다 실시되는 통계작성주기에 의해 제3회 조사가 실시되었다.

- 이 조사에서는 앞서 실시된 건강조사의 기준기간 1주일을 미국등에서 보편적으로 사용하고 있고, 또 우리나라의 다른 이환조사에서도 보편화된 2주간의 개념을 도입하여 15일을 기준기간으로 하였다.
- 전국민 의료보장제 실시로 증가된 입원수요 및 양상을 정확히 파악하고 질병발생양상의 변화로 점차 늘어나고 있는 만성이환자의 특성을 분석하고자 입원환자조사 및 만성이환자 조사를 추가하였다.
- 또한 질병예방 및 건강증진을 위해 개인의 책임과 행위를 강조하는 의미에서 보건의식행태조사를 추가하여 대규모 전국조사의 효율성을 높이고자 하였다.
- 1957년부터 실시된 미국의 국민건강조사가 크게 세 차례의 변동기(1957~68 : 실험시간, 1969~81 : 개념의 측정, 1982~현재 : 안정단계)를 거쳐 체계화된 것 같이 우리나라의 국민건강조사도 3회 조사에 이르면서 조사방법, 조사표종류, 주요조사항목 및 부차적인 조사항목의 변화를 가졌다. 이러한 변화는 질병양상의 변화등 보건의료 환경적 요인에 부응한 것이다.
- 주요 조사항목(15일간 이환율, 의료요구율, 총족율 등)의 표본오차를 검토한 결과 주요 지표의 표본오차의 신뢰성이 높아 표본규모 및 추출된 표본은 합리적인 것으로 평가된다. 따라서 제3회 조사결과는 국가보건정책 입안 및 평가에 유용한 자료로서 활용될 것으로 기대된다.

### 1.1.3. 基本方向

- 전국적이며 주기적인 통계자료를 생산한다.
- 국민건강조사법을 제정하여 국민건강조사제도를 강화한다.
- 조사내용의 표준화 및 보건지표화를 통하여 국민건강조사의 효율성을 기한다.

#### 1.1.4. 細部推進計劃

##### ○ 조사규모 및 소요예산

	6차계획기간		7차 계획기간	
	1989년	1992년	1995년	
조사규모	178개 조사구 11,500가구	200개 조사구 12,000가구	200개 조사구 12,000가구	
실시기관	한국보건사회연구원			
실시기간	1989.10~11	1992.10~11	1995.10~11	
소요예산	9,100천원 (조사원 1인 1일 22,000원 기준)	14,000천원 (조사원 1인 1일 31,000원 기준)	200,000천원 (조사원 1인 1일 45,000원 기준)	
1일 조사량	25~30가구	25~30가구	25~30가구	

##### ○ 국민건강조사법 제정

- 건강조사의 질적향상을 도모하고 날로 증가하는 보건통계수요에 부응할 수 있도록 「국민건강조사법」(가칭)을 1992년중에 제정한다. 국민건강 및 보건의식수준의 측정을 위해 재정확보, 면접에의 적극적 참여등 법적 뒷받침을 통하여 신속 정확한 조사통계를 생산할 수 있도록 여건을 구축한다.

##### ○ 국민건강조사 항목의 체계화

- 국민건강조사 주요항목의 보건지표화 작업을 실시하고 표준화된 내용에 따라 주기적인 보건지표가 생산되도록 한다.

##### ○ 국민건강조사의 효율화 방안

- 보건의료 환경변화에 대응하여 의료보험통계 등에서 다루어지지 않는 국민의 의료요구, 보건의식상태 등에 관한 포괄적 접근을 강화한다.

## 1.2. 患者調査

### 1.2.1. 現況 및 問題點

환자조사는 매2년마다 각급 의료기관을 이용하는 환자를 대상으로 환자의 개인적 특성, 질병명, 치료결과, 진료비 지불방법을 조사하고 또한 조사대상기관의 특성을 조사하고 있다. 가장 최근 실시된 1990년도의 조사에서는 전국 22,813개 의료기관중 16%에 해당하는 3,616개소를 대상으로 실시하였다(표 1-2). 외래환자는 하루동안의 외래환자를 대상으로 조사하고 입원환자는 한달동안에 퇴원한 환자를 조사하며 해당 의료기관에서 조사표를 작성하여 제출하고 있다.

표 1-2. 標本 抽出結果

의료기관분류	총 번호	의 료 기관수	표 본 기관수	추 출 간 격
종합 병원	110	221	221	1
병 원	120	342	342	1
치 과 병원	130	5	5	1
한 방 병원	140	31	31	1
보건의료원	150	15	15	1
보 건 소	160	246	246	1
모자보건센터	170	5	5	1
의 원 법인설립	211	123	123	1
개 인 의사 2명이상	212	524	524	1
기타 A	213	6,539	727	9
기타 B	214	3,295	366	9
치 과 의 원 법인설립	221	8	8	1
개 인 의사 2명이상	222	80	80	1
기타	223	4,526	227	20
한 방 의 원 법인설립	231	2	2	1
개 인 의사 2명이상	232	37	37	1
기타	233	3,088	386	8
보 건 지 소	313	1,281	128	10
보건진료소	323	2,035	102	20
조 산 소	333	410	41	10
계	-	22,813	3,616	-

\* 기타 A : 내과, 소아과, 가정의학과, 산부인과, 분류불능  
- 명칭상의 분류

\*\* 기타 B : 기타의 모든 개인의원

### 1.2.2. 第6次 計劃의 評價

제6차 계획중에는 1988년과 1990년의 2번에 걸쳐 환자 조사가 있었다. 두번의 조사에서는 8월 마지막 수요일을, 입원환자는 8월달에 퇴원한 환자를 기준으로 실시되어 조사시기는 일관성을 유지하였다.

### 1.2.3. 基本方向

- 당분간 기존 환자조사를 보완하여 계속 실시한다.
- 기존 환자조사의 정확성을 높인다.
- 조사결과의 분석과 활용을 강화한다.
- 장기적으로 의료보험의 환자 통계와 연계하는 방안을 모색한다.

### 1.2.4. 細部推進計劃

- 기존 환자조사의 보완
  - 조사대상기관, 조사시점은 현재의 방법을 유지한다.
  - 외래환자에 대한 조사기간을 현재 1일에서 3일 또는 7일로 늘리는 방안을 검토한다.
  - 조사표 작성자에 대하여 조사표 작성방법을 교육하고 지침서를 마련하여 정확성을 높히도록 한다.
  - 조사표 작성 능력이 취약한 의료기관에 대해서는 현장지도를 실시한다.
- 조사결과의 분석 및 활용 강화
  - 환자조사결과를 해당년도 뿐만 아니라 시계열 변화로 분석한다.
  - 조사결과를 각급 행정기관은 물론 학계, 일반에게도 널리 알리고 활용되는 방안을 모색한다.
- 의료보험의 환자통계로 대체하는 방안 모색
  - 환자조사를 통하여 얻을 수 있는 자료가 제한적이므로 장기적으로는 의료기관을 이용하는 환자에 대한 자료를 의료보험을 통하여 획득하는 방안을 모색한다.

- 현재 의료보험의 환자 통계가 갖고 있는 문제점들을 진료비 청구 서식의 개정을 통하여 해결하는 방안을 검토한다.
- 의료보험 이외에 의료보호, 자동차보험, 산재보험 등의 자료를 종합하여 환자통계를 작성하는 방안을 강구한다.

### 1.3. 醫療資源 調査

#### 1.3.1. 現況 및 問題點

의료자원에 대한 정확한 실태파악은 보건의료분야의 현황분석과 기획의 가장 기본적인 자료가 된다. 우리나라에서는 의료자원에 대한 실태파악을 의료인력인 경우에는 산하단체에서 실시하는 신고에 의존하여 왔으며 의료기관인 경우에는 시·도의 보고자료에 의존하여 왔다.

의료인력의 경우 면허발급수에 대한 신고율을 보면(표 1-3) 간호사의 경우 34.0%이고 한의사는 79.2%로서 직종에 따라 차이는 있으나 신고율이 낮은 것을 알 수 있다. 또한 의사의 경우 피신고자를 추적한 결과 23.5%는 소재지가 파악되었고 13.1%는 미상이었고, 현재 근무하고 있는 의사도 상당수 있었다(표 1-4).

의료시설의 경우에는 정확한 자료는 없으나 허가병상수와 가동병상수에 차이가 있어 실제 활용가능한 병상이 정확히 파악되지 못하고 있으며 의료시설별 운영성과에 대한 전국적인 자료가 없는 실정이다. 또한 고가의 의료장비의 분포에 대해서도 전국적인 자료가 제한되어 있다. 이와 같은 의료자원에 대한 통계자료는 정확성이 결여되어 있으며 단편적이고 필요한 자료를 수시로 생산하지 못한다는 문제가 있으므로 의료인력과 의료시설에 대한 정확한 통계자료의 생산이 요구되고 있다.

표 1-3. 의료인 자격별 신고율

구 분	등 록	신 고	신고율(%)
의 사	39,769	27,284	68.6
치과 의사	8,630	5,495	63.7
한 의 사	5,435	4,305	79.2
간 호 사	82,657	28,103	34.0
의료기사	41,917	14,723	35.1

자료 : 보건사회부, 보건사회부 통계연보, 1990

표 1-4. 1987년도 대한의학협회 피신고자 확인 결과

구 분	의사수	(%)
면허 등록 의사	34,897	
1987년 신고 의사	24,787	
1987년 피신고 의사	10,110	(100.0)
해외이주자	4,093	( 40.5)
군 의 관	861	( 8.5)
공중보건의	745	( 7.4)
전공의	593	( 5.9)
사 망	107	( 1.1)
소제지 확인	2,381	( 23.5)
미 상	1,330	( 13.1)

자료 : 유승흠, 조우현 등, 우리나라 의사인력의 공급 및 생산성 추계.

예방의학회지 21(1) : 1988 ; 61-69

### 1.3.2. 第6次計劃의 評價

제6차계획 당시 의료제도의 급격한 변화등과 관계되어 의료자원 조사의 필요성이 강조되었으나 실제로 의료자원에 대한 조사가 구체적으로 기획되고 시행되지는 않았다.

의료자원에 대한 통계는 매년 반복적으로 시행되었으며 앞서 설명한 문제들이 계속 제기되어 왔다.

### 1.3.3. 基本方向

- 정확하고 충실한 의료자원에 대한 통계자료를 생산한다.
- 의료자원의 종류에 따라 조사방법을 달리한다.
- 의료인력에 대한 자료는 신고에 의한 방법을 활용한다.
- 의료기관에 대해서는 정기적인 조사를 실시한다.
- 필요한 의료자원에 대한 자료를 항시 생산할 수 있는 체제를 유지한다.

### 1.3.4. 細部推進 計劃

- 의료인력에 대한 신고체계의 개편
  - 의료인력을 대상으로 매 5년마다 정기신고를 실시하여 의료인력의 실태를 정확히 파악한다.
  - 의료인력에 관한 신고자료는 현재 보건사회부에서 개발중인 의료인 면허관리 전산파일과 연계하여 의료인력에 관한 각종 자료를 항시 생산할 수 있도록 한다.
  - 정기신고를 하지 않는 해에는 매년 해당 협회를 중심으로 현재 일부 협회(예를들면 대한의학협회)에서 실시하고 있는 것과 같이 자율적인 신고 체계를 유지하도록 한다.
  - 자율 신고체계의 운영을 원활히 하기 위하여 해당 협회가 현재 대한의학협회에서 실시하고 있는 것과 같이 회원들에 대한 기본적인 전산관리 파일을 작성하여 운영하도록 한다.
  - 정기신고와 자율신고에 의료인력들의 자발적이고 적극적인 참여를 유도한다.
- 의료기관에 대한 정기적인 조사 실시
  - 의료기관에 대한 조사를 정기적으로 실시한다.
  - 의료기관에 대한 조사는 보건사회부에서 실시하는 환자조사와 연계하여 실시하며 환자조사가 매 2년마다 실시되므로 의료기관에 대한 조사는 매 4년 또는 6년마다 실시한다.

- 의료기관에 대한 조사에는 인력, 시설, 고가 의료장비와 진료통계에 관한 사항을 포함시킨다.
- 의료기관에 관한 기본 자료는 전산처리하며 의료기관에 대한 조사 결과와 행정적인 보고 및 변동사항을 지속적으로 보완하여 의료기관에 대한 자료를 항상 생산할 수 있는 체계를 유지한다.

## 1.4. 國民醫療費 調査

### 1.4.1. 現況 및 問題點

한 국가의 의료비를 정확히 파악한다는 것은 보건의료정책의 수립에 있어서 매우 중요한 요소가 된다. 즉, 국민이 한해 동안 사용하는 의료비의 총액이 얼마나 되며 이것이 그 나라 국민총생산액에서 차지하는 비중이 얼마나 되느냐에 따라 보건의료서비스를 국민에게 보다 확충해야 할지 아니면 보건의료서비스의 사용을 자제시켜야 할지에 관한 정책방향을 설정할 수 있다. 그뿐 아니라 매년 국민의료비의 증가율을 파악한다면 보건의료분야의 지출 증가를 억제시켜야 할지 그대로 두어야 할지를 결정할 수 있다. 이와같은 총량적인 정책방향에 더하여 국민의료비가 개인의 직접지출, 보험을 통한 지출, 조세에 의한 지출등과 같은 조달원천을 파악한다면 보건의료서비스의 배분에 관한 정책 방향을 설정할 수 있다. 또한 국민의료비가 종합병원, 병원, 의원등과 같이 의료기관별로는 얼마가 사용되고, 진료비, 약제비, 입원료, 검사비 등과 같은 진료내역별로 얼마가 사용되느냐를 제대로 파악할 경우 우리는 한 나라의 의료체계가 합리적인 구조를 갖추고 있는지를 알게 된다.

따라서 선진국들에 있어서는 오래 전부터 국민의료비를 조사·추계하여 보건정책의 기초자료로 사용하여 왔다. 우리나라도 수년전부터 몇사람의 보건경제학자들에 의해 국민의료비의 추계가 시도 되었다. 국내에서 이루어진 국민의료비 추계로는 첫째, 한국은행의 국민소득추계 자료를 활용한

간접추계 내지는 산업연관표를 통한 간접추계가 있으며, 둘째는 한국은행의 국민소득추계자료에다 정부(중앙 및 지방)의 보건분야 예산 및 결산서 등을 모아 첫번째 추계의 결점을 보완한 추계가 있다. 셋째, 경제기획원의 도시가계소비지출조사에 포함된 도시가계의 의료비와 농수산부의 농가경제조사에 포함된 농가가계의 의료비추계가 있다. 넷째는 1983년에 처음 시도된 것으로 한국보건사회연구원(당시 : 한국인구보건연구원)에서 전국에 걸쳐 약 2,000가구에 대한 가구의료비를 조사한 의료비조사자료가 있다.

이상의 4가지 중에서 현재 가장 많이 인용되는 것이 두번째와 세번째의 추계라 하겠다. 특히 세번째 추계는 1975년 이래의 국민의료비 규모를 추정하였고, 의료비의 재원조달측면에서 개인지출, 의료보험, 정부지출을 분류하였으며, 내역별로는 진료비, 약품비, 시설비, 연구비, 건축비등으로 세분하여 다른 추계에 비해 그 유용성이 가장 크다고 하겠다.

그러나 세번째 추계도 직접적 조사가 없이 한국은행자료나 정부의 예·결산서를 통한 간접추계가 되어 추계의 정확성에 대해서는 다소의 문제가 있다. 즉, <표 1-5>에서 세가지 추계간의 결과를 비교해 보면 산업연관표를 이용하여 국내총생산액에 대한 국민의료비의 비중을 살펴 본 추계 1에서는 1975년에서 1980년간에는 의료비의 비중이 0.12% 포인트 증가했으나 1980~85년간에는 무려 1.28% 포인트 증가한 것으로 나타나 80년대에 들어 의료비 증가가 급증하고 있음을 보여주고 있다. 반면 추계 2에서는 1975~80년간에는 0.9% 포인트, 1980~85년간에는 1.3% 포인트 증가하여 추계 1에 비해서는 의료비가 1980년대에 들어와서 다소 안정적임을 보여주고 있다. 한편 추계 3은 가계비에서 차지하는 가계의료비라는 다소 다른 각도이지만 가계의료비가 전체의료비의 대종을 이룬다는 점에서 그 경향은 국민의료비의 경향과 거의 같을 것이라는 점에서 비교를 해 보았다. 결과 1975~80년간에 도시가계에서는 1.8% 포인트, 농가가계에서는 0.8% 포인트 증가한 반면에 1980~85년간에는 도시가계에서는 0.8% 포인트, 농

표 1-5. 의료비 추계자료간의 불일치성

구 분	1975	1980	1985
추계 1 : NHE/GDP (Y박사 추계)	2.84	2.96	4.24
추계 2 : NHE/GNP (K박사 추계)	3.1	4.0	5.3
추계 3 : 경제기획원 통계국			
도시가계의료비/도시가계비	4.5	6.3	7.1
농가가계의료비/농가가계비	3.7	4.5	5.2

주 : NHE는 국민의료비임. GDP는 국내총생산액, GNP는 국민총생산액임.

가가계에서는 0.7% 포인트 증가하여 추계 1 및 2에 비해서 1980년대에 들어와서 의료비의 증가율이 더욱 안정적임을 보이고 있음을 알 수 있다.

이상의 세가지 추계를 비교해 볼 때 어느 것이 가장 정확한 추계인지 알 수가 없으며, 따라서 국민의료비에 대한 올바른 추계를 위한 국민의료비 조사의 필요성이 제기된다고 하겠다.

#### 1.4.2. 國民醫療費 調査의 基本方向

- 국민의료비 조사는 국민건강조사의 한 구성요소로서 실시되어야 할 것이다. 조사는 지난 12개월간의 의료비를 15분 내외의 인터뷰를 통해 완료될 수 있게 설계되어야 한다.
- 조사에서는 일반 병의원은 물론 치과, 한방, 약국, 보건소 등 모든 보건의료기관에 지불한 비용을 포함시키도록 하되 가능한 한 보험카드에 기록된 진료내용이나 진료비 지불 영수증을 참고토록 한다.
- 조사를 통해서 밝혀야 할 항목은 총의료비, 의료비의 조달원천(의료보험, 의료보호, 본인부담, 무료서비스등), 의료비의 지불처(종합병원, 병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 한의원, 조산소, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 약국등), 의료비의 지불내역(진료비, 검사비, 약값, 예방접종, 건강검진등) 등 지출측면의 국민의료비의 구성내용을 밝힌다.

- 지출측면의 국민의료비 조사가 이루어지면, 생산측면의 국민의료비와 대조하기 위해서 병의원을 위시한 의료기관의 수입, 제약회사 및 의료기기 제작회사의 매출액등을 조사토록 한다. 분배측면의 국민의료비에 속하는 의사소득, 간호사소득, 약사소득, 기타인력의 소득, 의료기관의 이윤등에 관한 조사는 생산측면이 의료비조사와 동시에 실시토록 한다.
- 상기와 같은 조사가 원활히 진행되기 위해서는 미국에서와 같은 「국민건강조사법」의 제정이 요망된다. 미국은 1956년에 이미 국민건강조사법(The National Health Survey Act)을 제정 공포하여 이 법에 근거하여 질병조사, 장애자조사, 의료비조사등을 실시해 오고 있다. 특히 건강에 관련된 사항은 개인의 프라이버시와 관계를 맺기 때문에 법적 뒷받침없는 이 분야의 조사를 원활히 수행하기는 어렵기 때문이다.

#### 1.4.3. 細部推進計劃

- 국민의료비 조사를 위해 1992년중에 국민의료비조사에 대한 기초 연구를 완료한다.
- 기초연구가 완료되면 국민건강조사가 실시된 이듬해인 1993년과 1996년에 의료이용도 조사와 함께 의료비의 조사를 실시한다.
- 의료비조사와 함께 1993년 및 1996년에 의료기관 및 제약회사, 의료기기제작회사등에 대한 생산액 조사를 동시에 실시하여 생산면에서 의료비도 분석토록 한다.
- 분배면의 의료비 분석은 생산면의 의료비 분석과 동시에 실시한다.

### 1.5. 心身障礙者 調査

#### 1.5.1 現況 및 問題點

심신장애자 복지대책을 입안하고 시행하기 위해서는 정확한 실태파악이

이 필요하다. 우리나라에서의 심신장애가 실태조사는 1961년에 보건사회부가 실시한 장애아동조사를 효시로 해서 1962년부터 1979년까지 수번의 전국적 규모의 실태조사가 있었다. 그후 1980년 한국보건개발연구원(한국보건사회연구원의 전신)에 의해 우리나라에서 처음으로 전국을 대표하는 확률표본을 사용한 조사가 있었고, 5년후인 1985년에 다시 전국 규모의 실태조사가 실시되어 심신장애별 전국 출현율 및 장애수가 측정되었다. 이들 두 실태조사는 장애인 복지법 입안등 주요 장애자 복지대책에 필요한 자료로서 활용되었다. 1980년 전국조사 이후 5년주기 실태조사의 기반을 갖추었다고 할 수 있다.

이러한 조사를 바탕으로 1989년 12월 개정된 장애인 복지법은 5년마다 장애인 실태조사를 하는 것으로 명시하고 있어 정기적 자료수집체계를 갖추게 되었다.

장애자 정책입안시 첫번째로 취해지는 기본 질문은 장애자수가 전체인구의 몇 퍼센트나 되는가? 이다. 인구센서스, 가구조사와 주민등록자료등 여러 자료를 통해 세계적으로 장애자 출현율은 0.2~20.9%의 큰 범위를 가진다. 이러한 차이는 장애자 조사자료의 활용을 저하시키게 된다. 우리나라에서도 기존에 실시된 심신장애자 추계치간 차이는 크다(표 1-6 참조).

표 1-6. 심신장애자 추계치 비교

자	료	조사년도	건 수	출 현 율
보건사회부 <sup>1)</sup>		1966	111,705	3.82
경제개발협회 <sup>2)</sup>		1969	1,086,823	29.03
노인규 <sup>3)</sup>		1975	282,071	8.13
김정근, 허정 <sup>4)</sup>		1980	601,400	16.1
한국보건개발연구원 <sup>5)</sup>		1980	902,000	23.74
한국인구보건연구원 <sup>6)</sup>		1985	907,000	22.20

1) 보건사회부, 장애자보고서, 보건사회부

2) 경제개발협회, 심신장애실태조사, 한국경제개발협회

3) 노인규, 한국 농촌인구의 신체장애빈도와 원인, 공중보건잡지 12권 3호

4) 김정근, 허정, 인구정책과 인구자질향상을 위한 연구, 한국인구학회지 3권 1호

5) 한국보건개발연구원, 전국 심신장애자실태조사 보고서, 한국보건개발연구원

6) 한국인구보건연구원, 1985년도 전국 심신장애자실태조사 보고, 한국인구보건연구원

이렇게 여러 조사간 장애자율의 차이가 큰 점이 장애자조사의 가장 큰 문제점이라 할 수 있다. 이는 조사설계, 사용된 장애선별장치, 심신장애의 범위와 정의, 자료수집 유형등으로 인한 광범위한 차이에 기인한다. 한편 기타 면접조사와 달리 심신장애자조사의 경우 면접자의 응답거부율이 높고, 장애자임을 드러내기 싫어하는 속성이 강해 장애자율이 낮아지는 요인이 되기도 한다. 따라서 개념측정, 자료수집 및 분석방법에 대한 표준화 작업이 이루어져야 하며, 장애자에 대한 국민인식증대와 더불어 장애자조사에 대한 국가차원의 제도적 뒷받침이 요구된다.

### 1.5.2. 第6次 計劃의 評價

- 1980년 및 1985년에 각각 실시된 30,000가구 전국 표본조사에 이어 1991년에 70,000가구의 전국 심신장애자 실태조사가 한국보건사회연구원에 의해 실시될 예정이다.
- 6차 계획기간중인 1989년 12월에 개정된 장애인복지법 제3장 복지조치, 제18조 1항에 5년마다 장애인의 실태조사를 하는 것으로 명시되어 체계적인 장애통계 생산의 기반을 구축하였다.
- 6차 계획기간중 특히 괄목할만한 성장을 이룬 복지정책의 일환으로서, 심신장애자 조사가 보사부에 의해 실시되는 일반통계로 지정된 점은 정확한 장애자 실태 파악 및 장애자 복지대책을 위한 기초자료의 활용면에서 큰 성과라 하겠다.

### 1.5.3. 基本方向

- 심신장애자조사에 대한 법적 뒷받침 강화
- 표준화된 장애통계의 개발
- 국제분류지침에 의한 장애분류 도입
- 장애인 복지정책에의 적용확대

### 1.5.4. 細部推進計劃

○ 조사규모 및 소요예산

	5차계 획기간 85년	6차계 획기간 91년(예정)	7차계 획기간 95년
조사규모	전국 30,000가구표본	전국 70,000가구표본	전국 70,000가구표본
실시기관	한국보건사회연구원	한국보건사회연구원	한국보건사회연구원
실시기간	7월	7월	7월
소요예산	161,100,000 (조사원 1인 1일 17,500원 기준)	219,900,000 (조사원 1인 1일 31,000원 기준)	330,000,000 (조사원 1인 1일 45,000원 기준)
1일 조사량	1일 8~9가구	1일 9~10가구	1일 9~10가구

- 심신장애자조사에 대한 법적 뒷받침 강화
  - 재정보호, 면접대상자의 태도 개선 및 응답률 향상등 국가차원의 제도적 지원을 위해 국민건강조사법을 도입
- 표준화된 장애통계의 개발
  - 장애인 선별을 위한 표준화된 기본질문항의 도입
  - 세계 공용의 일반적인 질문항의 선택 : 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 가구 및 가족사항, 장애현황 등
  - 범세계적 장애통계의 지속적인 monitor
  - 개념측정의 표준화
- 국제분류지침에 의한 장애분류도입
  - 국제분류지침(ICIDH code)에 의한 장애분류를 통해 국제통계비교에 유용하게 활용
  - 선진화된 장애통계로서의 인식증대 및 발전유도
- 장애인 복지정책에의 적용확대
  - 미시적 차원에서 개인의 치료, 진단, 처치, 평가 등에 활용
  - 거시적 차원에서 국가차원 장애복지정책 입안, 재활정책, 지역사회 중심 복지정책 등에 적극 활용

## 1.6 國民營養調查

### 1.6.1 現況 및 問題點

국민영양조사는 1969년 이래로 국민의 건강상태와 영양섭취 상황을 파악하기 위하여 매년 실시되고 있다. 조사대상은 가구단위의 조사로 제주도 포함 섬지역을 제외하고 전국의 100개 지구(대도시 48지구, 중소도시 22가구, 군부 30지구)에서 각 20가구씩 2000가구를 실시하고 있으며, 조사표본은 확률비례 추출법으로 추출되어 있다. 국민영양조사는 연도별 지구수, 가구수, 표본추출방법은 표 1-7에 있다(표 1-7 참조).

조사내용은 식품섭취조사, 식생활조사 및 건강조사로 나뉘어 식품섭취 조사는 만 2일간 즉 3일간의 가구당 식사량을 매끼 조사원이 직접 측정하고 있고, 식생활조사는 식사상황과 식생활과 관련된 요인을 조사하며, 건강조사는 간단한 신체검사를 실시하여 영양상태를 조사하고 있다.

각 지역별 조사원은 의사 1명, 간호사 1명이 건강조사원으로 건강조사를 하며, 영양조사원으로 영양사 2명이 식품섭취조사와 식생활조사를 실시하고 있다(표 1-7 참조). 국민영양조사의 업무체계는 그림 1과 같이 보건사회부 보건교육과 주관으로 각 시도를 거쳐 조사지역의 보건소가 실제조사를 담당하고 있다(그림 1).

국민영양조사중 현재 가장 중요하게 조사되는 식품섭취조사 결과의 주요부분이 표 1-8, 표 1-9, 표 1-10에 정리되어 있다.

현재 실시되고 있는 국민영양조사의 문제점을 살펴보면 크게 세가지로 분류할 수 있다. 첫째는 국민영양조사의 목적인 건강상태와 영양섭취 상황파악이 제대로 되고 있지 않다. 둘째는 결과의 분석을 위한 기초자료와 연구가 부족하다. 셋째는 조사업무체계가 전문인이 결여된 상태로 되어 있다. 이렇게 세가지로 크게 볼 수 있을 것이다.

첫번째 문제를 살펴보면, 현재 우리나라는 영양에 관한 사업이 국민영

양조사뿐으로 국민영양조사가 우리나라의 영양감시관리(National Nutritional Surveillance)를 맡고 있다고 해도 과언이 아니다. 이 영양감시관리는 세가지 요소로서 이루어져야 하는데 그것은 영양상태평가(Nutritional Assessment), 영양상태 추이변화 관찰(Nutritional Monitoring), 영양감시(Surveillance)로 볼 수 있다.

현재 우리나라의 국민영양조사는 이중 영양상태추이에 관해 식품섭취상황과 영양소 섭취상황에 대해서는 69년 이래로 꾸준히 실시되고 있어 그 기능은 충실히 수행하고 있다. 그러나 영양상태평가에 있어서는 식품섭취조사는 가구당으로 실시되고 있기 때문에 가구당의 결과만 알 수 있지(표 1-10), 개인별 식품섭취상태는 알 수 없으므로 영양상 위험집단 즉 어린이, 노인등의 식품섭취상태는 알 수 없다. 또 건강조사의 경우 조사항목이 다른 나라의 영양조사의 항목이나, 영양상태를 판정하는데 필요하다고 여겨지는 조사항목에 비해 내용적으로 너무 빈약하여, 영양상태를 판정하는데 충분한 자료를 제공해 주지 못하고 있다.

영양감시의 기능을 살펴보면 조사결과가 분석되어 발표되는 최소단위가 도별이기 때문에 전체적으로 우리나라 영양상태에 대해서는 판단이 가능하나, 각 조사지역별로 상황이 어떤가는 이용되고 있지 않아서 조사결과의 이용이 제대로 되고 있지 않다고 할 수 있다.

두번째 문제는 분석을 위한 기초 연구의 문제인데 표 1-9에서 영양소 섭취량을 살펴보면 에너지, 단백질, 지방, 탄수화물 같이 많이 섭취하는 영양소의 경우는 괜찮으나, 무기질이나 비타민 같은 미량영양소의 경우 그 변화의 폭이 상당히 심한 것을 볼 수 있다. 물론 이 원인은 우리나라 국민영양조사시기가 해마다 조금씩 달라, 섭취하는 식품이 다를 수 있고, 또 섭취하는 식품의 종류가(표 1-8) 달라지기 때문이지만 또 하나의 이유는 우리나라의 식품중의 무기질, 비타민의 분석이 제대로 이루어지지 않고 있다는 것은 많은 전문인들이 동의하고 있다.

식품성분표는 국민영양조사 뿐 아니라, 다른 식품관련 연구에서도 기본

이 되는 연구이나, 우리나라는 아직 제대로 이루어지지 않아 국민영양조사결과 분석에도 상당한 어려움이 있다.

기초연구의 또 하나의 문제는 외국의 경우 국민영양조사가 변화하는 영양문제에 맞추어 조사시마다 새로운 항목의 추가나 내용의 변경이 있으나 우리나라는 아직도 변화에 대응하지 못하는데 그 이유는 변화에 대한 기초연구가 제대로 돼 있지 않기 때문이라 할 수 있다. 많은 기초연구위에 전문가의 의견으로 국민영양조사가 변화를 따라가야 할 것이다. 여러가지 예를 들 수 있겠으나 식습관의 경우를 보면 표 1-8에서 볼 수 있는 바와 같이 섭취하는 식품이 변해가고 있으며, 이에 따라 우리나라 국민의 식단이 즉 식습관이 점차로 변해가고 있으나, 현재의 국민영양조사는 식단에 대한 분석이 되어 있지 않고 있다.

세번째 문제는 국민영양 조사의 업무를 실시하는 체계를 살펴보면 실지 조사가 실시되는 곳이 가장 중요한데 전문인이 상주하고 있지 않다는 것이다. 표 1-9에서 볼 수 있는 바와같이 각 지구당 영양사가 2명씩 조사를 실시하고 있으나, 이 영양사들은 조사를 위하여 임시로 고용된 사람들이고, 실제로 이 영양사들을 지도·감독하는 사람은 보건소의 간호사들이다. 이 간호사들은 대부분이 보건소에서 영양업무를 맡고 있으나, 국민영양조사의 협조뿐이 영양에 관한 업무를 실시 못하고 있고, 영양업무를 수행할 능력이나 시간이 허락하고 있지 않다. 그래서 주민들에게 국민영양

표 1-7. 국민영양조사 연도별 지구수, 가구수, 표본추출방법과 조사원수

연도	지 구 수			가 구 수		표 본 추 출 방 법	지구당 조사원			
	대도시	중소 도시	농촌	총계	지구당 가구수		총가구 수	의사	간호사	영양사
85	9	7	9	25	40	1,000	층화다단무작위추출법	1	1	4
86	9	7	9	25	40	1,000	층화다단무작위추출법	1	1	4
87	23	12	15	50	20	1,000	확률비례추출법	1	1	2
88	45	25	30	100	20	2,000	확률비례추출법	1	1	2
89	48	22	30	100	20	2,000	확률비례추출법	1	1	2

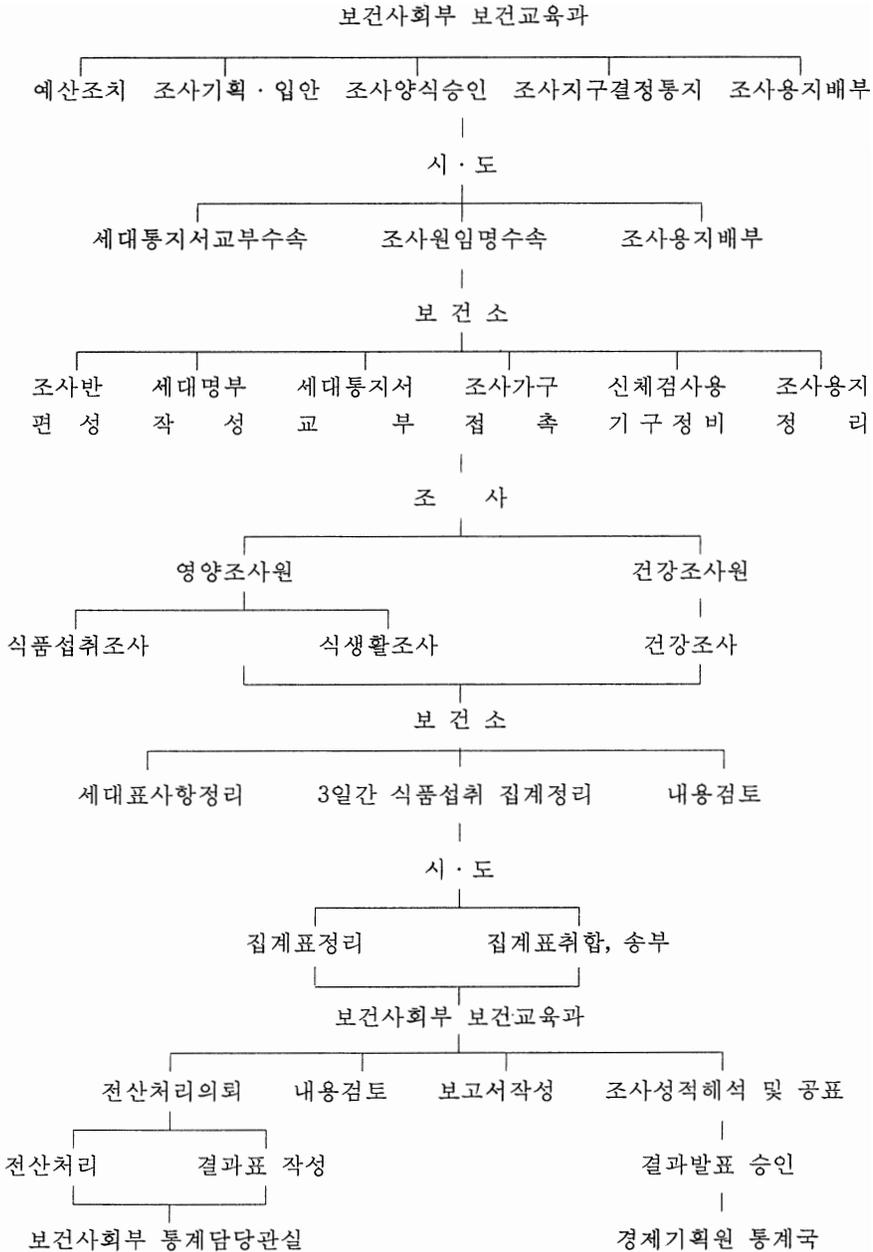


그림 1-1. 국민영양조사 업무체계

조사의 필요성이나 중요성에 대해 사전 교육도 제대로 시키지 못한 상태에서 임시로 고용된 영양사들이 조사를 하고 있으므로, 현지에서 문제가 생겼을 경우 그 해결이 어려워 조사에 문제가 생기는 수가 있다.

도 단위에서는 그 도에서 행해진 모든 조사를 점검해야 하는데 여기에 도 영양전문인이 없어 전혀 점검되지 않은 채 중앙부서로 넘겨져 조사결과와의 점검에 많은 어려움이 있다.

표 1-7. 식품군별 연차적 추이(전국 1인 1일)

(단위 : g)

식품군		연도(년)	'85	'86	'87	'88
곡	류		383.7	389.3	339.5	359.8
콩	류		74.2	74.2	44.4	48.6
감	자	류	39.8	39.9	48.0	42.2
채 소 류	신 선	류	147.9	142.9	114.5	126.3
	가 공	류	125.0	134.5	106.1	122.8
과	실	류	64.1	75.3	41.8	80.6
해	조	류	3.2	4.3	5.0	5.4
조미료·주류·음료수류			21.7	21.3	27.7	29.2
유 지 류 ( 식 물 성 )			6.9	5.3	6.8	5.3
기			0.0	0.0	0.5	9.8
식 물 성 식 품 계			866.5	886.9	735.4	829.8
육			38.9	38.8	39.3	45.2
난			20.6	20.7	19.3	18.7
어 패 류	신 선	류	52.5	51.8	51.7	56.7
	가 공	류	28.1	27.3	26.3	33.4
유			42.8	42.5	49.3	53.0
유 지 류 ( 동 물 성 )			0.1	0.1	0.5	0.2
기			0.0	0.0	0.0	0.2
동 물 성 식 품 계			183.0	181.3	186.4	207.4
총			1,049.6	1,068.2	921.7	1,037.2

표 1-9. 영양소별 섭취량의 연차적 추이

영양소	연도(년)	'85	'86	'87	'88
에너지(Kcal)		1,936	1,930	1,819	1,935
단백질(g)		74.5	74.2	79.2	91.6
지방(g)		29.5	28.1	29.7	30.0
탄수화물(g)		341.5	343.1	308.5	329.5
칼슘(mg)		569.0	593.1	463.6	495.3
철분(mg)		15.6	17.0	22.8	22.1
비타민 A(I.U)		1,845.6	2,226.0	1,204.3	1,337.2
티아민(mg)		1.34	1.24	1.03	1.19
리보플라빈(mg)		1.21	1.19	1.11	1.20
나이아신(mg)		25.67	27.21	17.65	20.90
비타민 C(mg)		64.7	84.3	51.2	76.2
* 곡류열량비(%)		67.9	69.5	67.3	67.1
** 동물성단백질비(%)		41.7	41.2	45.3	49.4

\* 곡류열량비 = 곡류열량/총열량 × 100

\*\* 동물성단백질비 = 동물성단백질/총단백질 × 100

표 1-10. 영양권장량의 75% 미만, 75%~125% 미만, 125% 이상을 섭취하는 가구의 비율(전국)  
(단위 : %)

영양소	구분	'85				'86			'87			'88		
		75% 미만	75% 미만	75~125% 미만	125% 이상	75% 미만	75~125% 미만	125% 이상	75% 미만	75~125% 미만	125% 이상	75% 미만	75~125% 미만	125% 이상
열량		11.6	10.2	65.1	24.7	37.6	53.7	8.7	26.4	62.5	11.3			
단백질		15.0	9.5	49.1	41.4	20.5	47.0	32.5	14.6	44.5	41.2			
칼슘		41.6	38.0	38.8	23.2	60.2	25.6	14.2	53.6	30.2	16.5			
철분		54.6	52.5	27.1	20.4	10.9	33.7	55.4	9.1	27.4	63.8			
비타민A		-	45.7	25.4	28.9	80.3	13.6	6.1	73.6	17.8	8.9			
티아민		22.0	24.3	37.6	38.1	45.7	35.5	18.8	42.2	36.9	21.2			
리보플라빈		34.5	34.9	38.8	26.3	51.8	34.8	13.4	45.8	36.3	18.2			
나이아신		5.2	1.3	15.3	83.4	24.9	36.6	38.5	12.3	36.1	51.9			
비타민C		25.1	10.1	26.1	63.8	53.9	27.5	18.6	27.3	29.9	43.1			

### 1.6.2 第6次 計劃의 評價

- 국민영양조사 규모가 적은점을 보완하기 위하여 1000가구에서 1987년에 2000가구로 규모를 늘였다.
- 국민영양조사를 좀더 개선하여 실시하고 결과를 이용하기 위하여, 보건사회부에 영양전담부서를 설치하고, 일선 보건소에 영양사를 배치하려고 계획하였으나 실시되지 못하고 있다.

### 1.6.3 基本方向

- 국민영양조사의 본래의 목적을 달성하기 위하여 조사내용 및 방법을 보완 확충한다.
- 우리나라의 식품성분표를 개선 보완한다.
- 우리나라의 식습관을 포함한 전반적인 식생활에 관한 기초자료의 연구를 실시한다.
- 보건소에 영양에 관한 전문인력을 배치하여 국민영양조사의 홍보 및 조사의 감독을 실시하도록 한다.

### 1.6.4 細部推進 計劃

- 국민영양조사의 내용 및 방법 확충

국민영양조사의 목적인 국민의 영양상태를 정확히 파악하기 위하여 지금 실시되고 있는 조사의 계속적인 실시와 현재의 가구당 조사외에 개인별 식품섭취조사를 실시하여야 한다. 이 개인별 식품섭취조사를 실시하는 경우는 위험집단의 발견을 위해서는 많은 수를 대상으로 하여 식품섭취조사를 하여야 하고, 영양과 건강과의 관계를 알기 위해서는 영양평가 방법을 이용하여 작은 규모로 영양상태 평가를 실시하여야 한다. 즉 국민영양조사는 크게

- ① 가구당 식품섭취조사와 식생활조사(현재 실시되고 있는 유사한 형태

와 규모)

- ② 개인별 식품섭취조사(방법을 현재 사용되는 실측법이 아니라 회상법이나 다른 방법의 이용이 바람직함), 식생활조사, 신체계측조사(현재의 2000가구보다는 더 큰 규모)
- ③ 개인별 식품섭취조사와 영양평가 방법을 이용한 세밀한 건강조사(현재의 2000가구의 규모보다는 작은 규모로 실시하여야 함-예산문제)로 이루어져야 한다.

○ 식품성분표의 개선보완

현재 이용되고 있는 식품성분표는

- ① 식품성분표의 영양가의 분석방법이 분명하지 않다. 영양가의 분석방법을 표준화하여 모든 분석장소에서 같은 방법을 사용하는 것이 바람직하며, 새로운 정확한 방법이 나올 경우 식품을 다시 분석하여야 하며, 방법이 다른 경우 명기를 해주어야 한다.
- ② 식품성분에 사용한 식품의 표본방법이 분명치 않다. 영양소에 따라서는 재배된 토양이나 품종에 따라서 다를 수 있으므로 표본에 대한 배려가 되어야 한다.
- ③ 식품성분표가 조리된 식품에 대해서 전혀 나와 있지 않다. 실제 식품섭취조사를 하는 경우 조리된 식품의 양을 조사하는 경우가 많은데 조리된 식품의 영양가가 전혀 나와 있지 않다.
- ④ 가공식품에 대한 영양분석이 되어 있지 않다. 생활이 복잡해지고 경제가 발달할수록 가공식품의 소비가 많은데 현재의 식품성분표에는 가공식품에 대한 영양성분표가 충분하지 못하기 때문에 실제의 식품섭취조사시 이용이 어렵다.
- ⑤ 분석된 영양소의 종류가 충분하지 못하다. 영양이 건강에 미치는 영향을 연구하는데 있어서 많은 미량영양소들이 질병과 관계가 있음은 알려져 있는 사실이다. 이런 많은 미량영양소에 대한 분석이 되어있지 않다.

그러므로 위의 문제들이 개선된 식품성분표가 제작되어야 한다.

○ 식생활에 관한 연구자료 수집

- ① 식생활에 대한 전반적인 파악이 되어 있지 않다. 특히 식사형태에 대한 파악과 연구가 부족하다. 식생활을 제대로 파악하기 위해서는 식사형태에 대한 연구가 필요하다.
- ② 영양상태 평가를 위한 영양권장량의 연구가 부족하다. 우선 한국의 식사형태에 의한 각 영양소의 소화흡수가 연구되어 있지 않다. 식품을 어떻게 조리해서 무슨 음식과 같이 먹느냐에 따라서 영양소의 흡수는 달라지고 식사형태에 따라 필요한 영양소의 양이 달라지므로 우리나라 고유의 식단에 의한 영양 필요량이 산출되어 국민의 영양상태를 잘 파악할 수 있다. 또 생활형태(life style)에 대한 연구가 부족하다. 생활형태 즉 운동량, 기후조건, 흡연, 음주, 직업등이 영양필요량에 영향을 미치는데 이런 생활형태에 관한 연구가 안되어 있다.
- ③ 영양상태 평가를 위한 지수(Nutritional Index)가 개발되어 있지 않다. 영양상태 평가를 위해서 각종 지수가 이용되고 있으며, 이런 지수를 이용해서 많은 판단이 이루어지고 있는데, 현재 사용되고 있는 모든 지수들은 대부분이 외국에서 개발된 것으로 우리나라 국민들에게 실제로 적용이 가능하지 조차 연구되어 있지 않은 상태여서, 국민영양조사에서 사용이 어려워 적절한 방법의 개발이 필요하다.

○ 보건소의 전문인력 배치

보건소에서 주민을 상대로 국민영양조사의 홍보, 영양교육, 국민영양조사의 실시를 제대로 파악하기 위해서는 임시적으로 고용되는 조사원이 아니라 보건소에 상주하여 그 지역내의 전반적인 주민의 상태, 식생활에 대한 것을 알고 있어야만 정확한 조사가 가능하므로 7차 5개년 계획 동안 적어도 국민영양조사 지역의 보건소에는 영양사가 배치되어야 할 것이다.

## 1.7 家族保健實態調查

### 1.7.1 現況 및 問題點

- 정부가족계획사업에 대한 평가를 위하여 전국 규모의 표본조사가 실시된 것은 1965년도가 처음이며 가족계획에 대한 지식, 태도, 실천 및 출산력과 인공임신중절에 관한 사항을 중심으로 매 3년마다 실시토록 발전되어 왔음.
- 점차 인구 및 가족계획에 관한 부인들의 지식수준이 높아지고 출산력이 저하됨에 따라 1982년부터는 출산력 및 가족보건실태조사로 발전하면서 지식에 대한 사항은 제외되고 모자보건에 관한 사항을 추가시키게 됨.
- 최근 조사는 1991년도 조사이며 현재 조사결과의 자료가 이용가능한 것은 1988년도 분으로서 출산력은 합계출산율 1.6, 피임실천율은 77.1%임. 이는 선진국 수준과 같은 것임.
- 출산력이 크게 저하됨에 따라 출산절대수가 감소하여 향후 조사에서는 표본의 크기가 늘어나야 하므로 재정적 부담이 가중되는 어려움이 초래됨.
- 사업의 질적개선 요구에 부응하기 위해서 모자보건 등 가족보건과 관련된 많은 정보를 수집해야 할 조사수요 증가에 비해 이를 수용하는 데는 조사규모 및 예산상의 제약이 있음.
- 1988년도 주요조사항목 현황
  - 가구사항
  - 출생 및 사망
  - 가구특성
  - 부인특성
  - 가족계획실태

- 임신, 출산, 피임력에 관한 사항
- 인공임신중절에 관한 사항
- 모자보건 및 수유에 관한 사항
- 결혼 및 자녀관
- 홍보교육 및 사회지원시책에 관한 사항

### 1.1.2 第6次 計劃의 評價

- 제6차계획 기간중 출산력 및 가족보건실태조사 주기는 1988년과 1991년으로서 조사결과의 자료는 1988년도분 만임.
- 1988년에 조사된 가구수는 11,864가구로서 표본가구 12,959가구의 91.6%이고 조사대상부인은 8,229명중 7,792명으로 94.7%임.
- 조사결과에서 밝혀진 주요사항은 다음과 같음.

주 요 사 항	1985	1988
이상자녀수	2.0	2.0
합계출산율	2.1	1.6
합계인공임신중절률(유배우부인)	2.1	1.6
피임실천율	70.4%	77.1%
안전분만율	90.4%	93.8%

- 피임실천율과 출산력이 선진국 수준에 달하고 있다는 결과를 토대로 정부인구목표의 조기달성이라는 새로운 인구추계에 따라 1988년도 조사는 정부가족계획사업 예산의 대폭 축소조정 등 변화의 기폭제가 됨.
- 그러나 이러한 변화는 사업의 질적개선을 위한 노력으로 계승되어야 하는 것이 마땅한 것인데도 불구하고 마치 인구사업 무용론적인 일반의 오해를 조장시킨 문제점을 안고 있음.

### 1.7.3 基本方向

- 1991년도의 조사에 이어 주기연도인 1994년에 전국적인 표본조사를 실시토록 함.
- 출산력과 가족보건실태에 관한 조사로서 사업의 질적향상에 기여할 수 있도록 가족보건에 관한 새로운 정보의 수집에 보다 충실하도록 노력함.
- 지방자치제 실시에 따른 지역별 자료의 수요증가에 대응키위해 지역별 자료수집을 위한 방법을 개발토록 함.
- 인구자질 향상 및 가족복지 차원의 인구정보 수요의 증가에 대응할 새로운 정기적 통계 조사의 개발

### 1.7.4 細部推進計劃

- 1994년에 기존 조사수준에 발전시켜 전국적 표본조사를 실시하되 표본의 크기를 12,000가구 수준에서 15,000~20,000가구의 수준으로 확대 실시함.
- 지역 자치제에 따른 지역별 자료의 수집을 위해서 지역별 대표치를 구할 수 있는 전국 규모의 조사가 바람직하나 여건상 중앙에서의 일괄 실시보다는 각 지방자치단체별 조사를 의무화 하도록 발전시키고 조사를 위한 표본추출, 표본조사표개발, 훈련, 자료처리 등 기술적 지원은 중앙연구기관에서 담당토록 함.
- 출산력 및 가족보건실태조사외에 인구자질, 가족주기, 미혼남녀 등에 대한 정보수요의 증대에 대응하기 위한 별도의 전국규모의 5년주기 통계조사의 신설을 추진 실현토록 함.

<추진계획표>

계 획 내 용	7차계획기간				
	1992	1993	1994	1995	1996
1. 출산력 및 가족보건실태조사 (기존대로 매 3년 간격) 사업계획 조사실시 및 결과보고 조사자료의 심층분석					
2. 가족주기실태조사(신규 매 5년 간격) 사업계획 조사실시 및 보고 조사자료의 심층분석 (1997년 8차기간)					
3. 출산력 및 가족보건실태조사의 지방자치단체별 계획 및 실시 자문					

<투자계획>

(단위 : 1,000원)

계 획 내 용	7차계획기간				
	1992	1993	1994	1995	1996
1. 출산력 및 가족보건실태조사 (20,000가구)			200,000	10,000	
2. 가족주기조사(10,000가구)					120,000

## 2. 申告 및 實績統計의 改善

### 2.1 出生統計

#### 2.1.1 現況 및 問題點

호적법에 의한 출생신고는 출생통계의 기본적 자료가 되고 있는 바, 조 출생율등의 기본적 통계에 관련하여서는 별다른 문제점이 지적되지 않고 있다. 단지 사산(임신 29주 이후의 태아 사망)이나 출생후 조기, 특히 1주 이내, 사망등에 관련한 통계자료가 부족한 실정에 있다고 하겠다. 사산이나 출생후 1주이내 사망등은 사망통계(신고)에서도 소홀히 다루어지고 있고 출생통계에서는 사망통계로 차지하고 있어 출산과 출생(birth and live birth)통계로서의 활용성을 축소시키고 있다.

사산과 출생(stillbirth and livebirth)을 포함하는 출산통계를 생산하는 것이 앞으로 이루어져야 할 과제이다.

#### 2.1.2 第6次 計劃의 評價

<송부된 자료가 없음>

#### 2.1.3 基本方向

출생통계에 관련하여 제7차 계획기간 동안에 이룩하고자 하는 사업의 기본방향은 다음과 같다.

- 출생뿐 아니라 사산까지도 포함하는 출산통계로 그 내용을 확장한다.
- 모든 통계는 최소한 시·군·구단위별로 작성유지한다.



은 사망원인 통계이다. 사망수준을 나타내는 조사망율은 현행 사망신고에 의하여 어느 정도 만족할 만한 통계를 생산하고 있다고 보겠으나 우리나라 국민의 상병양상을 가장 정확하게 나타내 주는 3대 지표중의 하나인 사망원인별 사망율 통계는 미진한 형편에 있다. 더구나 사망원인통계는 국민복지 지표중에서 가장 초보적인 내용으로 다루어 지고 있는 바, 우리나라의 경제규모에 비추어 볼 때 아직까지도 정확한 사망원인별 사망통계가 없다는 사실은 다른 나라에서는 그 유례를 찾아 볼 수 없는 국제적인 치부가 아닐 수 없다. 지금까지 매년 경제기획원 조사통계국(91년도 부터 통계청으로 개편됨)에서 인구동태신고 자료에 의거한 사망원인통계 연보를 발행하고 있으나 의사에 의하여 발행된 사망진단서는 아직도 45%를 넘지 못하고 있으며 이러한 의사진단율은 지역적으로 큰 차이를 보여주고 있다.

표 2-1. 사망신고자중 사망원인의 의사진단율 추이

년 도	1985	1986	1987	1988	1989
진단율(%)	35.2	35.6	36.2	40.4	44.1

표 2-2. 지역별 사망원인의 의사진단율, 1989

지 역	의사진단율(%)	지 역	의사진단율(%)	지 역	의사진단율(%)
서울	72.2	군부	16.7	시부	29.5
부산	82.7	전 북	12.7	군부	17.3
대구	39.6	시부	18.3	충 남	34.2
인천	73.9	군부	9.7	시부	45.6
광주	16.2	경 북	18.8	군부	32.5
대전	31.5	시부	29.6	전 남	10.2
경기	51.7	군부	15.7	시부	20.5
시부	63.0	제 주	18.2	군부	8.4
군부	40.3	시부	24.6	경 남	48.2
충 북	20.6	군부	11.7	시부	61.8
시부	29.9	강 원	21.9	군부	40.7

## 2.2.2 第6次 計劃의 評價

〈송부된 자료가 없음〉

## 2.2.3 基本方向

- 현행 사망신고에 있어 사망진단서 작성을 인우증명으로 대체할 수 있다는 제도를 폐지하고 의사의 사망진단(또는 사망소견서)를 필수화하도록 법규를 개정한다.
- 법규개정에 의한 사망신고로부터 정확한 사망원인 자료가 수집될 때까지는 의료보험의 장제급여 자료로부터 사망원인통계 자료를 수집하여 사망원인통계를 보사부에서 생산하는 사업을 수행한다.
- 사망원인통계는 최소한 시·군·구단위별로 작성·유지한다. 의료보험 자료로부터 작성되는 경우는 대진료권별로 작성·유지한다.

## 2.2.4 細部推進計劃

### 가. 사망신고에 관련한 법규개정

인우증명 제도를 폐지하고 사망원인에 관한 의사의 진단이나 소견서가 필히 첨부되도록 한다. 매장허가나 사체반출등의 민속 상제풍습과 연계시켜 구속력을 지니는 현행법규를 개정한다. 요컨대 유가족에게는 사망자의 사망원인에 관한 정보제공의 의무를 지우도록 하고 이러한 의무가 상을 치루는 관습에는 제한요인으로 되지 않고 벌금부과와 같은 다른 방법으로 의무를 이행토록 한다. 1993년에 법규개정을 완수하고 1995년부터 본격적으로 시행한다.

### 나. 사망원인의 의사진단을 제고사업

현재 매우 저조한 의사진단율을 높이기 위한 법규 개정과 함께 사망자 유가족의 의사진단을 용이하게 하기 위한 사업을 추진한다. 특히 군부지역

에서의 의사진단이 쉽도록하기 위한 사업으로 현행 공중보건의의 업무규정을 개선한다. 사망원인 진단에 관련한 소정의 교육을 하고 근무지 관내 사망자에 대하여 사망원인 진단을 하도록 한다. 현재 공중보건의는 면단위로 배치근무하고 있는 바, 면인구를 평균 10,000명이라고 한다면 1년 동안의 사망자수는 대략 60명 전후로 추산됨으로 이러한 업무가 추가 된다 하더라도 1주에 1~2명 정도에 불과하다.

#### 다. 의료보험 조직을 통한 사망원인통계 자료 수집 및 작성 사업

사망신고에 의한 사망원인 통계가 만족할만한 수준에 이르기 까지 보건 사회부의 자체 용역사업으로 7차 계획기간 동안에 각 대진료권별로 사망원인통계를 작성·유지한다. 진료권 별로 관련 전문가 또는 연구진으로 하여금 해당 지역의 의료보험조직을 통한 사망원인통계를 작성·유지하는 용역사업을 실시한다.

년 도	1993	1994	1995	1996	1997	계
지 역 수	8	8	8	8	8	
소요예산	160	160	160	160	160	800백만

## 2.3 醫療保險 統計

### 2.3.1 現況 및 問題點

의료보험통계는 의료보험 확대실시 및 제도변경에 따라 1985~1989년 기간에 많은 발전을 가져 왔는데 산출되는 주요통계는 다음과 같다.

또한 개인별 의료보험 진료실적은 1988년부터 시작된 국민 연금제의 장해연금지급을 위한 검색자료로, 요양기관별 의료보험 진료실적은 국세청의 의료기관 과세기준 자료로, 요양기관현황 신고는 의협, 병협, 약사협,

표 2-3. 의료보험 주요통계

구 분	통 계 내 용	보사통계와의 연관성	비 고
의료보험 진료실적	· 보험자 종류별, 요양기관유 형별, 지역별, 연령별, 성별	· 국민의료비 조사	
의료보험 진료지표	· 수진율, 건당진료비, 일당 진료비, 건당진료일수, 적 용자1인당진료비	· 보건사회 지표	
질병통계	· 56분류 및 999분류 다발생 순위별 · 암, 심신장애, 만성질환	· 결핵관리 사업실적 · 성인병 및 정신병 실태조사	
요양기관 현 황	· 의료인력 · 병상수 및 의료장비	· 보건소, 보건지소, 보건진료소 현황 · 의료기관 실태보고	의치과, 한방, 약국
보건예방 사업실적 (건강진단 실적)	· 성인병, 특수질환, 기생충 질환의 검진 및 유소견자	· 환자조사	직장근로자, 공무원, 교원등
진료행위별 진 료 비 구 성 비	· 약제비, 검사료, 기술료등 진료내역별 비율 및 양상 변화	· 진료수가조정 기초	SAMPLE 통계

한의협등에서 자체 회원현황 기초자료로 활용되고 있다.

의료보험통계의 중요성이 인지되고 활용범위가 확대되고 있는 것은 다  
음과 같은 장점이 있기 때문이다.

요양기관은 진료비 지불을 받기 위해 요양기관 신고와 진료비청구 명세  
를 작성하여 보험자단체(의료보험연합회)에 제출하게 되는데, 통계작성  
(신고)이 되지 않거나 착오가 생기게 되면 진료비 지불에 제한 내지 불이  
익을 당하기 때문에 보건통계의 문제점인 신고(통계작성) 해태가 해소되  
어 신고 의무화를 촉진시키는 이점이 있다.

또한 질병통계에 있어서는 통계의 대부분이 한국표준질병사인분류중 17  
대 또는 56대 분류에 의한 자료가 생산되나 의료보험 통계는 999분류(3단

수자 항목)로 산출되고 있어 실제적이며, 통계집단의 구성단위, 범위 및 크기, 측정기준, 측정기간등에서 다른 통계(일부 병원자료)보다 총량적이며, 실제 지출한 진료비 규모등 타질병 통계에서는 거의 나타나지 않는 진료비 지표가 산출될 수 있다는 이점이 있다.

그러나 의료보험통계중 특히 진료통계(진료실적, 진료지표, 질병통계)는 다음과 같은 문제점을 구조적으로 가지고 있다.

○ 진료실적 및 진료지표

- 실제 진료 월 분석불가
  - 요양기관별 청구시점 불일치
- 수진율(이환율)의 정확한 통계불가
  - 진료청구명세서 건수 의존
- 상병당 실내원일, 실진료비 파악 곤란
  - 월단위 여러개의 상병 동시 청구
- 인구특성(직업, 거주지, 소득등) 대비 실적파악 미비
  - 단위 의료보험조합 전산망과 미연계

○ 질병통계(상병분류에 의한 통계)

- 상병분류기호 기재착오, 진료비심사 의식한 고의적 추가 상병기재 빈번(자료작성측)
- 두가지 이상 상병 보유시 주된 상병 1종으로만 통계산출(자료산출측)
- 진료내역등 미입력(자료산출측)
  - 동일상병이라도 수술여부등 구분불가
  - 진료과목 미입력

의료보험통계 기본자료는 현재 직장, 지역의료보험을 관장하는 의료보험연합회의 “의료보험통계연보”, 공무원등의 의료보험을 관장하는 공·교 의료보험관리공단의 “의료보험통계연보”가 매년 발행되고 있고 의료보험연합회는 매 2년마다 의료보험시행초기부터 연도별 주요통계를 취합한

“의료보험통계자료집”을 발간하고 있다.

그러나 의료보험 통계 특히, 진료비통계는 자의적 필요성에 의해 생산된 것이기 보다는 진료비 심사 지급상의 하나의 과정으로 또는 부산물로 산출된 것이기 때문에 정책 자료로서의 역할에 부족한 점이 많다.

또한 단위 의료보험조합은 자체 전산기를 보유하고 있어 정책성 자료생산이 가능하나 보험료 부과 및 징수 또는 진료비 지급에 급급, 여력이 없고 조합별 분산관리체제에다가 통계 전문인력이 배치되어 있지 않아 통계의 일관성 유지가 어려운 실정이다.

### 2.3.2 6次計劃의 評價(6次5個年 計劃 期間中の 與件의 變化)

1987년에는 의료보험 적용률이 전체인구의 50%를 넘었으나 1988년에는 농어촌 지역의료보험 실시로 70%에 육박하게 되고 1989년에는 도시지역 의료보험 실시로 의료보호를 포함하여 전체 인구가 의료보험권에 들게 됨에 따라 의료보험 진료실적 통계는 국민의료비등 보건의료 통계 산출이 현실성을 가지게 되었으며, 1989년에 한방과 약국보험급여가 시행됨에 따라 모든 요양기관이 지정되어 진료시설현황 파악이 용이해졌다.

1988년에는 의료보험 진료비 심사기구가 의료보험연합회로 일원화됨에 따라 전체 의료보험 진료실적 산출이 용이해졌으며, 이와 병행하여 의료보험연합회와 공·교관리공단은 의료보험 통계용어, 산출기준등의 일원화 작업과 의료보험통계연보 통합작업을 진행시키기도 하였다.

또한 직장 의료보험조합은 완전 전산화되고, 보건의료사업이 본격적으로 실시되기도 했으며, 보건사회부 고시 요양급여기준에 진료비 청구시 질병사인분류기호란에 4단 분류기호를 기재하도록 하는등 통계 발전에 상당한 여건이 조성되었다.

### 2.3.3 基本方向

- 의료보험통계 생산관리의 전산화
- 의료보험통계의 활용성 제고 및 다양화
- 의료보험 조직망을 통한 통계생산 활성화
- 의료보험진료통계의 정확성 제고
- 의료보험 진료비의 전산청구

### 2.3.4 細部推進計劃

의료보험통계 생산관리의 전산화, 의료보험통계의 활용성제고, 의료보험 조직망을 통한 통계생산 활성화는 1992년부터, 다른 부서는 1993년부터 진행될 수 있을 것이다.

- 의료보험통계 생산관리의 전산화
  - － 환자 발생수 및 이환율 자료생산(PERSON BASE에 의한)
  - － 환자 1인당 의료비 생산
  - － 인국 특성대비 진료통계 생산
  - － 의료보험조합에 통계 전문담당자 배치
- 의료보험통계의 활용성 제고 및 다양화
  - － 진료 지역권(140개 중진료권, 8개 대진료권)별 통계산출
    - 진료전달체계 개편 작업(의정국)
  - － 노인 진료실적 및 의료비 산출
    - 노인복지 정책수립(가정복지국)
  - － 보건예방사업실적 자료(거주시도별, 업종별, 연령별)
    - 의료보험예방급여 개발(의료보험국)
  - － 급여비 발생구조 파악
    - 의료비 지출억제 방안수립(의료보험국)
  - － 보건사회통계 자문위원회에 의료보험통계 담당자 참여

- 의료보험 조직망을 통한 통계생산 (조사)활성화
  - 출생통계(피부양자 자격취득신고시)
  - 사망통계(장제비 지급시)
  - 국민건강도 및 환자조사(의료보험조합)
- 의료보험 진료통계의 정확성 제고
  - 진료비 청구시
    - 의무기록사 활용 또는 필요시 의료보험청구사제 시행
    - 4단 수자 분류항목 기재 의무화
    - 진료결과란의 “사망”표시 방법 확장(사인별 기재)
  - 요양기관 현황 신고시
    - 한방은 일반의과와 분리, 약국은 약국시설 기입란 설정
    - 주요 의료장비(84항목)외 고가 의료장비란 설정(일반 병의원)
  - 통계지표상(특히 외래진료)
    - 수진율(청구건당) 중심에서 수진회수(방문당)로 전환
- 의료보험 진료비의 전산청구(M.T 및 DISKETTE으로 청구)
  - 입력량 절감으로 다양한 질병통계 개발
  - 약제비 사용 실태파악, 진료비 심사 및 제도개발 정책자료활용
  - 의료보험 진료비 심사에 있어 DRG 부분 적용

# 附 錄



<부록 1>

## 제7차 경제사회발전 5개년계획

### 보건의료부문 위원 명단

구 분	성명	소 속 및 직 위	비 고
위 원 장	주경식	보건사회부 기획관리실장	
위 원 장	한달선	한림대학교 부총장	
간 사	장수만	경제기획원 사회개발 계획과장	
간 사	이상주	보건사회부 기획예산 담당관	
의료보장소위원회	유승흠	연세대의대 교수	소위원장
"	양영화	보건사회부 보험정책과장	간 사
"	이규식	연세대보건과학대학 교수	
"	문옥륜	서울대 보건대학원 교수	
"	노인철	한국보건사회연구원 연구위원	
"	박무삼	보건사회부 보험관리과장	
"	양명생	보건사회부 보험급여과장	
의료수급소위원회	문옥륜	서울대 보건대학원 교수	소위원장
"	박기준	보건사회부 의료정책과장	간 사
"	양봉민	서울대 보건대학원 교수	
"	김한중	연세대의대 교수	
"	신영수	서울대병원연구소 소장	
"	김용익	서울대 의대 교수	
"	권순원	한국개발연구원 연구위원	
"	송건용	한국보건사회연구원 보건연구실장	
"	신현탁	대한병원협회 부회장, 지방공사 강남병원 원장	
"	윤석우	대학의학협회 부회장	
"	박정호	대한간호협회 회장	
"	김록호	사당의원 원장	
"	손명식	국방부 의정과장	
"	이상주	보건사회부 기획예산 담당관	
"	정상윤	보건사회부 병원행정과장	
"	오대규	보건사회부 지역의료과장	
"	박재용	경북대 보건대학원 교수	

구 분	성명	소 속 및 직 위	비 고	
질병관리보건교육소위원회	허봉렬	서울대의대 교수	소위원장 간 사	
"	김문식	보건사회부 방역과장		
"	이시백	서울대 보건대학원 교수		
"	안윤옥	서울대의대 교수		
"	홍문식	한국보건사회연구원 인구연구실장		
"	변회연	보건사회부 가족보건과장		
식품·위생소위원회	신광순	서울대학교 교수	소위원장 간 사	
"	임인철	보건사회부 위생정책과장		
"	이원창	건국대축산대학 교수		
"	신효선	동국대공과대학 교수		
"	김윤신	한양대 환경공학대학원 교수		
"	정 용	연세대 환경공학연구소 소장		
"	송인상	한국식품연구소 수석연구원		
"	김영만	보건사회부 식품과장		
의약품 소위원회	김재백	원광대학교 부총장		소위원장 간 사
"	이경호	보건사회부 약무정책과장		
"	고광호	서울대 약대 교수		
"	김재완	덕성여대 약대 교수		
"	권경곤	대한약사회 부회장		
"	김완주	한국화학연구소 실장		
"	최수영	보건사회부 약무과장		

## 제 7 차 경제사회발전 5개년계획 보건의료부문 집필진 명단

목 차	작성자 (소속 및 직위)
I. 여건전망	한달선(한림대학교부총장)
II. 정책목표	송건용(한국보건사회연구원 보건연구실장)
III. 분야별 계획	
제1장 질병예방관리 및 보건교육 강화 개 관	송건용(한국보건사회연구원보건연구실장)
1. 만성퇴행성 질환 및 각종사고 예방관리	
1.1 악성종양	안윤옥(서울대 의대 교수)
1.2 순환기계 질환	김정순(서울대 보건대학원 교수)
1.3 기타 만성질환	김정순(서울대 보건대학원 교수)
1.4 손상 및 중독	허봉렬(서울대 의대 가정의학과 교수)
2. 전염병 관리	
2.1 결핵관리	권동원(대한결핵협회 결핵연구원 역학부장)
2.2 나병관리	고영훈(대한나병관리협회 부장)
2.3 급성전염병관리	김일순(연세대 의대 교수)

목 차	작성자 (소속 및 직위)
3. 기타 질환관리	
3.1 정신질환	김이영(한양대 의대 교수)
3.2 구강질환	김종배(서울대 치대 교수)
3.3 AIDS	임종권(한국보건사회연구원)
3.4 성병	임종권(한국보건사회연구원)
4. 가족보건의 향상	
4.1 모자보건	박인화(한국보건사회연구원 책임연구원)
4.2 가족계획	이시백(서울대 보건대학원 교수)
5. 국민 건강생활의 개선	
5.1 생활양식(life style)의 개선	김영임(한국보건사회연구원 책임연구원)
5.2 국민건강 실천운동의 전개	변종화(한국보건사회연구원 연구위원)
6. 사회 병리현상에 대한 대처	
6.1 마약과 약물 오·남용의 금지	김경빈(국립정신병원)
6.2 청소년 탈선행위의 예방	김성이(이화여대 사회사업학과 교수)
7. 보건교육사업의 활성화	변종화(한국보건사회연구원 연구위원)
7.1 보건교육의 조직 및 제도적 기반확충	
7.2 지역사회 보건교육 활성화 강화	
7.3 학교보건교육 개선 강화	
7.4 보건교육 자료 개발 및 연구사업 강화	

목 차	작성자 (소속 및 직위)
제 2 장 의료보장제도의 안정적 정착 개 관	노인철(한국보건사회연구원 연구위원)
1. 지역의료보험의 재정 안정화 1.1 재원의 안정적 조달 1.2 지역조합운영의 개선 1.3 정부지원 방법 및 규모의 합리화	노인철(한국보건사회연구원 연구위원)
2. 재정안정 공동사업 실시 2.1 고액의료비 공동부담사업 2.2 선인병 검진 사업	노인철(한국보건사회연구원 연구위원)
3. 보험급여의 내실화 3.1 비급여 범위의 조정 3.2 급여기간 상한의 완화 3.3 본인일부 부담금 상환기준 인하	김수춘(한국보건사회연구원 연구위원)
4. 의료보호 급여수준 제고 4.1 급여수준의 확대 4.2 예방사업실시	진행근(보사부 보험관리과 사무관)
5. 한방 및 약국의료보험수준의 확대 5.1 한방의료보험 급여수준의 확대 5.2 약국의료보험 급여수준의 확대	이규식(연세대 보건과학대 교수)
제 3 장 의료이용의 적정화 및 형평화 개 관	송건용(한국보건사회연구원보건연구실장)

목 차	작성자 (소속 및 직위)
1. 의료자원의 적정공급 및 분포	
1.1 병상수급 및 분포	송건용(한국보건사회연구원 보건연구실장)
1.2 보건의료인력 수급 및 분포	박현애(한국보건사회연구원 책임연구원)
2. 보건의료 공급의 제도적 개선	
2.1 의료전달체계 정착	명재일(한국보건사회연구원 책임연구원)
2.2 응급의료체계 확립	오대규(보사부 지역의료과장)
2.3 의약분업의 단계적 정착	양명생(보사부 보험급여과장)
2.4 한·양방 협조체계 구축	송경섭(국립의료원 한방과장)
2.5 적정의료의 질 관리체계 확립	김용익(서울대 의과대학 교수)
2.6 공공의료의 역할 제고	오대규(보사부 지역의료과장)
2.7 가정간호사 및 호스피스 제도의 도입	김진순(한국보건사회연구원 연구원)
2.8 지방자치제하의 보건사업의 균형 발전	문옥륜(서울대 보건대학원 교수)
2.9 약사제도의 개선	김재완(덕성여대 약대 교수)
3. 보건의료조직의 하부구조의 기능 강화	
3.1 보건소망의 서비스 공급능력 확대	양봉민(서울대 보건대학원 교수)
3.2 가정의 육성 및 1차 진료의사의 확보	김용익(서울대 의대 교수)
3.3 보건의료 조직의 전산화	박현애(한국보건사회연구원)
4. 의료취약 계층을 위한 대책강화	김진순(한국보건사회연구원 연구위원)
4.1 농어촌 의료취약 지역 대책	
4.2 도시 영세민을 위한 의료대책	
제 4 장 국민의료비의 적정수준 유지	

목 차	작성자 (소속 및 직위)
개 관	이규식(연세대 보건과학대학 교수)
1. 의료서비스 생산체계에 내포된 의료비 상승요인의 억제	문옥륜(서울대 보건대학원 교수)
1.1 의약품 생산, 유통, 소비과정에서의 의료비 상승 요소	
1.2 고가장비의 공동이용 방안	
1.3 진료비중 약제비 억제	
2. 의료비 절감장치의 개발	
2.1 진료비 지불제도 개선	양봉민(서울대 보건대학원 교수)
2.2 진료비 심사제도 개선	양봉민(서울대 보건대학원 교수)
2.3 검사결과등 의료정보의 상호교환	이규식(연세대 보건과학대학 교수)
3. 연구개발 기능의 강화	
3.1 보건의료기관의 운영효율화 연구평가기능 강화	정두채(서울대학교 병원연구소)
3.2 신약개발	고광호(서울대 약대 교수)
3.3 첨단의료기술 개발 및 평가사업 지원	박광석(서울대 의대 교수)
4. 예방사업의 확대	
4.1 현황 및 문제점	김한중(연세대 의대 교수)
제 5 장 건강 및 의료에 대한 소비자 보호기능 강화	
개 관	문옥륜(서울대 보건대학원 교수)

목 차	작성자 (소속 및 직위)
<p>1. 의료의 공익성 제고</p> <p>1.1 의료이용자의 권리보호</p> <p>1.2 의료윤리의 확립</p> <p>1.3 의료분쟁의 합리적 해결 유도</p> <p>2. 부작용 피해구제제도의 확립</p> <p>2.1 의약품</p> <p>2.2 식품 및 생활용품</p>	<p>오경자(소비자보호 단체협의회)</p> <p>문옥륜(서울대 보건대학원 교수)</p> <p>이규식(연세대 보건과학대학 교수)</p> <p>고광호(서울대 약대 교수)</p> <p>김윤신(한양대 환경공학대학원 교수)</p>
<p>제 6 장 식품, 음용수, 생활용품의 안전수준 향상</p>	
<p>개 관</p>	<p>송인상(한국식품연구소 식품부장)</p>
<p>1. 식품의 안전성 및 위생수준 향상을 위한 관리체계의 강화</p> <p>1.1 중앙 및 지방행정기구의 감시, 지도체제의 강화</p> <p>1.2 식품위생에 관한 정보 수집 및 관리체계 강화</p> <p>1.3 식품위생에 관한 대국민 홍보 및 교육 강화</p>	<p>송인상(한국식품연구소 식품부장)</p>
<p>2. 식품오염물질에 대한 연구사업 및 검사기능의 강화</p> <p>2.1 국립보건원, 국립검역소, 시 도 보건 환경연구소 및 한국 식품연구소의 검사장비 및 인 력 보충</p>	<p>송인상(한국식품연구소 식품부장)</p>

목 차	작성자 (소속 및 직위)
2.2 식품오염물질에 대한 모니터링 및 관리체계 강화	
2.3 신개발품, 식품첨가물 및 식품오염물질에 대한 안전성 평가	
3. 식품제조업소의 육성 및 안전성 자율관리 기능 향상	송인상(한국식품연구소 식품부장)
3.1 업계 자율관리체계의 제도화 추진	
3.2 식품위생법 및 식품공전등 법령의 국제화 추진	
3.3 식품안전성 연구 및 검사를 위한 민간 연구기관 육성	
4. 음용수의 위생수준 향상	정용(연세대 환경공해연구소장)
4.1 음용수의 안전성 확보를 위한 각 부서간 협조체계 구축	
4.2 상수원 보호를 위한 제도적 장치 및 대국민 홍보 강화	
4.3 수질모니터링 및 안전성 평가 연구 강화	
4.4 정수처리장 및 간이상수도에 대한 관리기준 강화	
5. 공중이용시설의 위생수준 향상	김윤신(한양대 환경공학대학원 교수)
5.1 대형건물, 지하상가등 공중이용시설의 환경, 위생관리기준 보완	

목 차	작성자 (소속 및 직위)
5.2 공중이용시설의 관리를 위한 전산화 추진	
5.3 공중이용시설의 환경위생상 위해요인 분석, 평가 연구 추진	
6. 생활용품의 안전성 및 위생 수준 향상	김윤신(한양대 환경공학대학원 교수)
6.1 일상적인 모든 생활용품의 안전, 위생관리기준 제정	
6.2 생활용품의 위생관리를 위한 산·학·관간 협동체제 구축	
6.3 신상품 및 수입품에 대한 위해성 평가 및 관리연구 추진	
제 7 장 의약산업 진흥 및 의약품 안전대책 강화	
개 관	고광호(서울대 약대 교수)
1. 신약개발 촉진	
1.1 신약개발연구사업 지원	고광호(서울대 약대 교수)
1.2 신약개발연구지원 기구 설립	고광호(서울대 약대 교수)
1.3 신재형 개발등 연구체제강화	김재완(덕성여대 약대 교수)
1.4 제약연구사업의 활성화	김재완(덕성여대 약대 교수)
2. 의약품 안전대책 강화	
2.1 약효재평가사업의 효율화	고광호(서울대 약대 교수) 김연판(보사부 약품안전과장)
2.2 신약재심제도의 실시	고광호(서울대 약대 교수)

목 차	작성자 (소속 및 직위)
2.3 부작용 모니터링 제도의 활성화	고광호(서울대 약대 교수) 김연판(보사부 약품안전과장)
3. 의약품 품질향상 도모	
3.1 우수의약품 제조관리기준 (KGMP)의 전면실시	엄행진(보사부 약무정책과장)
3.2 의약품 기준 설정 기구의 상설	김재완(덕성여대 약대 교수)
3.3 의약품에 대한 소비자 보호기능 확대	김재완(덕성여대 약대 교수)
제 8 장 보건통계의 획기적 개선 개 관	송건용(한국보건사회연구원보건연구실장)
1. 조사통계의 개선	
1.1 건강조사	김영임(한국보건사회연구원 책임연구원)
1.2 환자조사	조우현(연세대 의대 교수)
1.3 의료자원 조사	조우현(연세대 의대 교수)
1.4 국민의료비 조사	이규식(연세대 보건과학대 교수)
1.5 심신장애자 조사	김영임(한국보건사회연구원 책임연구원)
1.6 국민영양조사	문현경(한국식품연구소 수석연구원)
1.7 가족보건실태조사	홍문식(한국보건사회연구원 연구위원)
2. 신고 및 실적통계의 개선	
2.1 출생통계	안윤옥(서울대 의대 교수)
2.2 사망통계	안윤옥(서울대 의대 교수)
2.3 의료보험통계	김영창(의료보험연합회 홍보 1과장)



## 保健醫療部門計劃 : 1992—1996

---

---

1991년 2월 일 인쇄  
1991년 2월 일 발행

발행인 지 달 현

발행처 한국보건사회연구원

서울특별시 은평구 불광동 산 42-14

전화 355-8003~7 (교환)

인쇄처 아진인쇄

---

---