

2000年을 向한 國家長期發展構想

保健醫療部門(草案)

1983. 12

韓國人口保健研究院



*
* 本 報告書(草案)에 收錄된 內容은 向
*
* 後 政策協議會 등을 통한 修正作業을 爲
*
* 한 案으로써 政府의 見解가 아님을 밝
*
* 혀두는 바이며 아울러 最終報告書가 發
*
* 刊될 때까지 本 資料의 複寫, 轉載, 引
*
* 用등을 삼가하여 주시기 바랍니다.
*

保健医療部門長期發展構想(草案)

發刊에 붙이는 글

當研究院에서는 1982年末부터 經濟企劃院과 韓國開發研究院의 共同要請에 의거 2000年을 向한 國家長期發展構想中 人口 및 保健醫療部門에 관한 研究作業을 遂行하여 이제 人口와 保健醫療部門에 관해 別途의 最終報告書(草案)를 各其 發刊 提出케 되었습니다. 人間의 힘으로 來日을 予測할 수 없는 立場에서 17年後인 2000年에 관한 일을 論議하는 것 自体가 異例적인 發想일지 모르지만 未來에 대한 目標나 方向 設定 없이 國家를 經營키는 어렵다고 判斷되어 敢히 不確實性에 있는 未來社會의 保健醫療像에 관한 設計를 試圖해 보았습니다. 未來社會의 不確實性을 可能한 範圍內에서 確實性的 社會로 連結시키는 作業에 있어서 當研究院의 研究陣 몇명의 見解만으로는 誤謬를 犯할 危險性이 크다고 判斷되어 本作業의 遂行過程에 있어서 國民各界의 意見을 聽取 收歛코자 努力 하였습니다.

특히 保健醫療分野는 國民生活과 直結되기 때문에 國

民生活의 便益을 增進키 爲해서 이 分野에 從事하는 專門家 뿐만 아니라 非專門家들이 바라는 方向도 反映 되어야 한다는 立場에서 昨年 12月末 第1次 中間報告書의 作成에서 부터 4月初 第2次 中間報告書, 7月末 第2次 中間報告書修正, 그리고 本最終報告書(草案) 作成에 이르는 過程에서 數 많은 分들의 意見을 反映토록 試圖 하였습니다. 그러나 提示된 意見을 가운데는 相衝되는 點들도 많았고, 政策化하는데는 制約性이 있는 意見들도 있었기 때문에 많은 分들의 좋은 意見들을 모두 反映치 못했음을 밝혀 드립니다.

本報告書가 最終 確定한 提案이기 보다는 草案에 지나지 않음을 밝혀두면서 末年 上半期中에 最終報告書を 發케하기 까지 數 차례의 公聽會나 政策協議會 등을 통해서 各界의 意見을 보다 広範圍하게 收斂하여 이를 修正키로 하겠습니다. 本報告書가 草案에 지나지 않기 때문에 그동안 本作業에 協助해 주신 分들의 名單을 밝히지 못하였으나 最終報告書 確定案 發케 때에는 協調하신 모든 分들의 名單을 밝힐 予定입니다.

끝으로 本報告書 草案에 收録된 모든 提案들은 이를

提示해 주신 분들의 意見이 아니라 当研究院의 意見을
을 밝혀 드립니다.

1983 年 12 月 15 日

韓國人口保健研究院

院長 朴 登 武

目 次

第1編 長期發展構想의 目標와 基本方向	13
第1章 長期發展構想의 意義	17
第2章 保健醫療發展史의 省察	20
第1節 保健醫療 基本概念의 變遷	20
第2節 1960年代 以前의 伝染病管理 및 醫療救護事業期	23
第3節 1960年代의 保健醫療事業組織期	28
第4節 1970年代의 保健醫療事業擴大期	34
第3章 社会經濟與件變化와 政策課題	40
第1節 向後의 社会經濟與件變化	40
1. 人口增加와 構造 및 分布上의 變化	40
2. 所得增大 및 生活의 質的向上要求增大	41
3. 科學技術의 向上	42
4. 社会構造의 多元化와 意識構造의 變化	43
5. 政治 및 行政의 分权化	44
6. 保健醫療政策展望	45
第2節 保健醫療分野의 政策課題	47

1. 保健医療体系에 관한 企劃·調整機能의 未洽으로 인한 非効率性	47
2. 1次保健醫療 및 公共保健醫療機能 脆弱 으로 인한 基本醫療需要 未充足	54
3. 醫療要求의 增加와 醫療資源不足 및 醫療費上昇	57
4. 醫療費調達体系의 不合理性	66
5. 社会 및 産業構造变化에 따라 漸増될 保健問題	69
6. 環境汚染의 深化와 保健問題	73
第4章 長期發展目標 및 基本方向	77
第1節 2000年을 向한 長期發展目標	77
1. 保健醫療서비스 擴充을 통한 國民基本需要 充足	78
2. 國民福祉均需을 통한 社会衡平提高	79
3. 環境改善 및 汚染管理로 快適한 生活 與件造成	81
4. 健康水準向上을 통한 成長潛在力涵養	82
第2節 長期發展構想의 基本方向	82

1. 合理的인 保健医療体系의 定着에 의한 効率性 및 公益性 提高.....	82
2. 最小限의 基本醫療需要保障을 위한 制度的裝置開發.....	85
3. 保健醫療서비스 均霑화를 위한 合理的 資源配置.....	86
4. 國家經濟能力에 符合하는 福祉醫療制度의 拓充.....	87
5. 工業化 都市化에 對備하는 環境管理 基盤의 造成.....	88
6. 健康生活를 亨有키 위한 科學的인 健康增進策에 關.....	89

第2編 長期發展을 위한 主要政策構想..... 91

第5章 保健醫療組織体系의 整備..... 97

第1節 保健醫療部門의 構造的 機能再定立..... 98

1. 公共部門의 機能定立.....	98
2. 分業 및 協業体系의 合理化.....	102
3. 效果的 醫藥分業의 實現.....	107
4. 漢方醫學의 制度的定着.....	110

第2節 保健医療機関の健全な発展推進	113
1. 公共の一次保健医療体系の拡充	113
2. 国公立病院の運営改善	120
3. 病医院経営の効率と公益性提高	123
第3節 行政体系の確立	128
1. 企画・統制機能の発展	128
2. 保健行政組織の改編	130
第6章 保健医療資源需給の合理化	135
第1節 保健医療人力長期需給計画	136
1. 医師需給計画	141
2. 歯科医師需給計画	153
3. 看護人力需給計画	154
4. 薬師需給計画	160
第2節 施設と装備の長期需給計画	162
第7章 保健医療人力開発体系の再確立	169
第1節 保健医療人力開発体系の課題	169
第2節 医学体系と医学教育	175
1. 医学教育課程改編	175
2. 医学体系改編方案	180

3.	医科大學教育受容能力擴充	182
4.	醫師免許試驗制度의 改編	183
5.	漢醫師教育制度의 改革	183
第3節	看護人力의 活用과 看護教育	184
1.	看護人力養成上の 課題	187
2.	教育制度 및 教育內容의 改編	190
第4節	藥師人力活用과 藥學教育	192
第5節	医療技士開発体系	196
第8章	保健医療費調達体系의 合理化	199
第1節	医療費調達方法의 基本方向	200
第2節	医療保險制度의 改編	204
1.	基本改編方向	204
2.	全國民医療保險化를 위한 制度의 改編	205
3.	全國民医療保險의 推進 및 定着化	214
第3節	医療費上昇抑制裝置開發	218
1.	國民의 医療利用 適正化	218
2.	医療供給의 公益化 및 適正化	221
3.	診療費支拂制度의 改善	224

第9章 段階別 保健医療サービス 利用 및

供給体系構築 227

第1節 政策의 選択問題 229

1. 利用 및 供給体系構築의 必要性 230

2. 새로운 体系構築에 대한 反論 234

3. 政策의 選擇 238

第2節 段階別 体系構築의 前提條件 239

第3節 段階別 体系構築의 模型 243

1. 段階別 医療機關의 区分 243

2. 段階別 保健醫療서비스 供給体系 244

第4節 保健醫療資源의 長期配置計劃 251

1. 配置의 基本構想 251

2. 各級 醫療機關의 配置計劃 252

3. 保健所, 保健支所 및 保健診療所
配置計劃 254

第10章 保健醫療서비스의 強化 257

第1節 基本予防保健事業의 擴充 259

1. 伝染性疾患의 管理体系確立 259

2. 基本口腔衛生事業의 強化 277

- 第2節 非伝染性疾患의 管理体系 確立 283
 - 1. 慢性退行性疾患의 管理 283
 - 2. 精神病管理 290
- 第3節 産業保健 및 勤勞者 健康管理 295
 - 1. 産業災害의 趨勢 295
 - 2. 産業災害의 予防对策 298
- 第4節 性病의 管理体系 確立 304
- 第5節 스포츠醫學의 開發 309
- 第6節 1次保健医療의 強化를 통한 家族保健管理... 312
- 第7節 保健敎育의 強化 315
 - 1. 保健敎育의 重要性 315
 - 2. 保健敎育의 問題点 317
 - 3. 保健敎育体系 確立 319
- 第11章 社会福祉事業의 強化 329
 - 第1節 社会福祉事業에 대한 要求增大 329
 - 第2節 社会福祉概况과 問題点 330
 - 1. 兒童福祉 330
 - 2. 心身障碍者福祉 333
 - 3. 老人福祉 335

4. 婦女福祉	339
5. 零細民生計支援	340
6. 災害救護	345

第3節 社会福祉事業의 強化方案 347

1. 未來를 向한 社会福祉政策의 基本方向	347
2. 社会福祉의 強化方案	354

第12章 環境改善 및 公害防止 369

第1節 大氣汚染管理 368

1. 低硫黃燃料의 供給擴大	368
2. 無公害燃料의 開發普及	371
3. 粉塵減少對策	375
4. 自動車로 인한 大氣汚染防止對策	377
5. 都市綠化에 의한 環境改善	379

第2節 水質汚染管理 381

1. 工場廢水管理	382
2. 生活下水管理	384
3. 土壤汚染管理	386
4. 公共事業을 통한 水質汚染防止強化	388

第3節	廢棄物管理 및 資源化模索	389
1.	廢棄物燒却施設 및 燒却熱利用	389
2.	産業廢棄物의 埋立施設	394
3.	産業廢棄物의 에너지 資源化	396
第4節	騒音発生極小化對策	398
1.	騒音防止對策	398
2.	騒音環境基準의 設定	402
第13章	食品 및 醫藥品管理体系改善	403
第1節	食品管理体系의 改善	403
1.	國民營養管理	404
2.	食品衛生管理	407
第2節	醫藥品産業의 育成 및 管理体系改善	412
1.	優秀醫藥品生産 및 安全性確保	41
2.	醫藥品工業育成	416
3.	醫藥品의 流通管理 및 適正使用	418
4.	藥價 및 供給制度의 改善	420
5.	漢方藥의 科學化	422
6.	醫療器械國產化 및 輸出	422

第14章 保健医療管理情報体系の確立.....	426
第1節 保健医療管理情報体系の現況と問題点.....	426
1. 組織と機能.....	427
2. 保健統計生産の現況.....	428
3. 情報体系の問題点.....	429
第2節 保健情報体系の開発.....	432
1. 体系開発の基本構想.....	432
2. 体系開発上の問題点.....	435
3. 開発戦略.....	439
4. 保健情報の内容と分析評価.....	445
5. 保健情報体系の模型.....	450
第4節 保健情報体系 確立方案.....	456
第3編 西紀2000年の保健医療舞台.....	463
第15章 西紀2000年の保健医療舞台.....	465
第1節 国民保健水準.....	465
1. 傷病様相.....	465
2. 死亡水準.....	466
3. 一般健康水準.....	467

第2節 保健医療 서비스	468
1. 서비스	468
2. 서비스 管理体系	473

第1編 長期發展構想의 目標과 基本方向

第1章 長期發展構想의 意義

第2章 保健醫療分野發展史의 省察

第3章 社會經濟與件變化와 政策課題

第4章 長期發展目標 與 基本方向

本編은 總論的 性格을 갖는 部分으로 保健醫療部門의 長期發展構想이 國家發展에 어떠한 意義를 가지며 따라서 目標은 어디에다 두고 發展構想을 摸索하는가를 다루었다. 먼저 第1章의 發展構想의 意義는 過去 經濟成長一辺度로 推進되어온 우리나라의 政策方向에 있어서 向後 發展을 持續키 위해서는 保健醫療分野의 發展停滯가 成長의 隘路要因으로 抬頭될 것이기 때문에 國家全體의 永統的 發展을 圖謀키 위해서 保健醫療分野의 重要性이 至大함을 強調하였다. 第2章에서는 朝鮮朝末 現代醫學이 傳來된 以後 오늘에 이르기까지 우리나라 保健醫療分野의 發展 자취를 더듬어 보고 무엇때문에 發展이 停滯되었고 어떤 要因이 保健醫療의 發展을 促進시킨지를 時代區分하여 考察하였다. 第3章은 向後 長期發展을 圖謀키 위해서는 現在 우리나라 保健醫療界가 간직하고 있는 課題가 무엇인지를 分析試圖하였고 아울러 向後의 社會經濟與件이 어떻게 變化될 것이며 이에따라 抬頭될 새로운 課題는 무엇인지를 살피 보도록 하였다. 第4章에서는 前記한 發展構想의 意義속에서 現在 內在하거나 向後에 抬頭될 課題를 어떠한 方向下에서 解決토록하며

~8~

解決目的은 무엇인지를 다루도록 하였다. 특히 오늘날 保健
医療가 갖는 性格이나 役割은 醫療人中心의 疾病의 予
防治療에서 한단계 나아가서 家族單位, 地域社會單位로
삶의 보람을 賦與하는 것과 保健醫療를 통한 人間資本
育成, 保健醫療를 통한 社會正義具現이라는 廣域화된 것
임을 勘案 本 長期發展構想도 이와같은 趣旨위에서 設
定되었음을 밝혔다.

第1章 長期發展構想의 意義

解放과 뒤이은 6.25 戰亂을 前後하여 우리나라의 保健醫療事業은 應急的인 對應으로서 急性傳染病管理나 醫療救護事業의 範圍를 벗어나지 못하였던 것이 '60年代에 접어들어 全國的인 保健所網의 設置를 위시한 公共事業組織의 擴張과 專門醫-輩出을 통한 民間醫療分野의 現代醫療技術의 發展土台 構築 등 本格的인 保健醫療事業의 發展期를 맞게했다. '70年代에 들어서에는 醫療保險 및 醫療保護制度의 導入과 같은 醫療保障化의 기틀을 마련하는 등 우리나라의 保健醫療分野의 發展은 실로 括目할 만한 것이었다. 이러한 發展은 주로 民間部門의 醫療資源의 投入에 依存하여 왔던게 事實이며 公共部門에서의 役割은 지금까지 政府의 經濟開發-辺度의 量的成長為主政策에 밀려 그 機能을 다하지 못해 왔었다. 結果 保健醫療資源은 大都市에 偏重配置 됨으로 農漁村이나 中小都市住民의 醫療要求를 充足시키는 데는 問題點을 남겼을 뿐 아니라 大都市內에서도 各醫療機關이 過當重複投資함으로서 資源活用의 非效率性을 남도록 했고 保健醫療서어

미스는 疾病治療為主로 되어 効果的인 健康管理와는 距離를 두게 했다. 醫師養成面에서는 專門醫中心體系로 되어 開業專門醫院이나 病院과의 機能分化가 되지 못하였으며, 醫師와 藥師間의 機能이 相互補充的인 關係를 維持하지 못하고 利害對立的인 關係를 形成하는 등의 諸般 問題點을 露出시켰다. 특히 醫療保險制度가 實施된 以後부터는 保險受惠層의 醫療需要增加에도 不拘하고 醫療供給面의 硬直性으로 인해 一般醫療酬價가 上昇하여 衡平의 問題가 招頭되는 등 保健醫療側面에서 갖는 問題點은 國家의 어느 分野보다도 深刻性을 나타내고 있다.

保健醫療部門은 國民의 가장 基本的인 生活需要가 된다는 點을 勘案한다면 이部門에서의 衡平維持 없이는 長期的인 國家發展을 위한 社會全般의 調和와 均衡이 이득될 수 없을 것이다. 國家長期發展構想이 招頭된 背景이 過去의 成長政策을 反省하고 矛盾點을 發見 是正함으로써 國民 個個人이 타고난 能力을 啓發、發揮케 하여 持續的인 國家發展을 圖謀케 하는데 있다면 保健醫療部門이야말로 過去 量的成長為主政策의 副作用을 補充케 하고 個人의 能力을 發揮시키는 潛在力을 培養시킬

수 있는 分野가 된다는 點에서 그 重要性은 至大한 것이다.

특히 지금까지의 우리나라 保健醫療分野가 國家의 長期的인 計劃없이 民間部門에 依存 함으로써 많은 問題點을 派生 시켜 왔으며 이러한 問題點의 解決없이는 保健醫療部門의 發展은 勿論 國家의 持續的 發展 또한 限界를 나라별 것이다.

保健醫療部門의 長期發展構想이 갖는 意義는 從來까지의 自由放任的인 保健醫療體系가 갖는 問題點을 省察하고 向後 우리나라 社會의 變化展望을 土台로 予想되는 새로운 課題들을 抽出하여 對應하는 戰略을 摸索 함으로써 保健醫療 서비스의 均霑化를 위시한 保健醫療分野가 간직하는 基本課題를 達成하고 이를 통해서 社會階層間의 調和와 衡平을 維持하고자하는 國家全體의 發展課題에 도 寄與케 할 수 있는 戰略이 된다는 點이다. 특히 2,000年이라는 새로운 世紀를 目前에 두고 先進國隊列로 拔돋음하려는 우리나라로서는 한 分野의 阻路要因이 全體發展을 沮唐시키는 要因으로 作用해서는 先進化 達成이 不可能하다는 事實을 留意할 때 保健醫療分野에 있어서 長期的인 發展構想은 實로 큰 意義를 갖는다.

第2章 保健医療發展史의 省察

第1節 保健醫療 基本概念의 變遷

우리나라에 있어서 保健醫療의 基本概念은 初期段階에
는 施惠的이며 救療的인 性格에서 出發하여 오늘날에는
專門醫療人에 의한 疾病治療 및 予防管理라는 概念으로
變遷되어 왔으며 나아가 醫療人 中心의 疾病管理에서
家族單位, 地域社會單位 中心의 疾病管理와 함께, 이를
통한 健康增進 및 삶의 보람 賦與라는 概念으로 變遷
하고 있다. 뿐만 아니라 保健醫療의 役割도 單純한 施
惠的인 手段에서 시작한 消費的 概念에서 한 段階 나아
가 健康한 國民을 통한 人間資本育成이라는 生産的 概
念으로 탈바꿈하고 있으며 地域社會開發의 手段으로서
保健醫療活動은 勿論 社會正義 (Social justice) 具現의
手段으로서 保健醫療서비스의 役割 등 그 意味는 多
樣하게 變遷되고 있다.

初期를 언제부터 할 것인지는 莫然하지만 대체로 우
리나라의 近代의 意味의 國家概念 確立을 甲午更張 前

後期라고 본다면 이때를 起点으로 한 우리나라의 保健醫療의 概念은 明確히 救療的인 性格을 벗어나지 못했다고 하겠다. 初期段階에서 救療的 性格을 強調한 나머지 保健醫療서비스는 政府나 醫療機關이 國民에게 베푸는 施惠的인 것이었기 때문에 政府나 醫療機關의 餘力이 있을때 保健醫療서비스의 供給은 擴大되는 등의 發展史를 記錄했다고 해도 過言이 아니었다. 이러한 經由로 해서 醫療機關의 名稱도 過去에는 廣惠院, 濟衆院, 慈惠醫院 등과 같이 施惠的 性格을 分明하게 反映시켰던 것이다. 이러한 施惠的 性格에서 出發한 保健醫療의 性格이 오늘날에는 크게 變遷되었음에도 不拘하고 初期의 性格을 潛在的으로 간직하여 우리나라 保健醫療의 發展을 沮害시키게 하는 障礙要因이 되고 있는 點이다.

政府의 立場에서 保健醫療의 概念을 施惠的으로 認識하는 潛在意識으로 인하여 保健醫療에의 投資는 消費的인 것으로 되어 政府의 投資優先順位에서 恒常 뒤떨어지게 되었다. 즉 施惠的이고 救濟的인 保健醫療活動이기 에 財政的 餘力이 없을 때는 自然 投資順位에서 뒤로 밀릴 수 밖에 없는 것이다. 오늘날의 保健醫療의 概念

이 국민들에게 健康을 維持增進시킴으로써 삶에 보람을
심어주어. 하나의 훌륭한 人間資本을 育成하는 手段이
되며, 同時에 保健醫療서비스의 均等化를 통해 社會階
層間의 不和를 解消하며 社會正義具現의 手段이 되는
점을 勘案, 生産的. 投資의 概念으로 保健醫療를 意識하
지 않는다면 保健醫療分野의 發展은 어려울 것이다.

政府의 認識뿐만 아니라 醫療人들에 있어서도 保健醫
療서비스를 施^수的 奉仕活動이라는 莫然한 潛在意識속
에서만 安住한다면 保健醫療分野의 眞正한 發展을 期하
기 어려울 것이다.

國民의 立場에서는 保健醫療서비스를 施惠로 보는
것이 아니라 이제는 當然히 누려야 할 權利로 생각하
고 있는 反面에 서비스를 提供하는 政府나 醫療人의
立場이 需要者와 相反된다는 점은 反省되어야 할 課題
인 것이다. 이제 本章에서 우리나라 保健醫療分野가 어
떠한 發展의 발자취를 밟아 온지를 省察토록 함으로써
長期發展構想의 土台로 삼도록 한다.

第2節 1960年代 以前의 傳染病管理 및 医療救護事業期

近代的 保健醫療事業의 出發時點을 甲午更張(1894年) 前後期로 본다면 그 以後부터 1960年代 以前까지의 主要特徵은 事業이 施惠的 尅지는 救療的인 事業期로 定義할 수 있겠다. 甲午更張 以前의 醫療事業은 漢房과 民俗療法에 의해서 疾病治療가 주로 이루어졌고 國家的 次元에서 國民의 健康問題를 다루는 努力은 없었다고 해도 過言이 아니다. 勿論 三國時代나 高麗·朝鮮時代에 도 救療事業이 國家的 次元에서 없었던 것은 아니라 甲午更張 以後처럼 國家棧閱에 의한 保健醫療事業의 展開는 거의 없었다고 보겠다.

甲午更張을 前後한 保健醫療事業의 展開가 國家的 次元에서 綜合的으로 展開 된데는 이 時期를 前後한 西洋 醫學技術의 導入에 影響을 받은 바 크다고 하겠다. 즉 1879年 池錫永에 의한 種痘法의 導入, 1882年 牛痘局이 全卅地域에서 設置되어 천연두의 予防接種을 위한 地域的인 努力이 기울어졌었다. 그러나 1894年 甲午更張으로 인한 制度改革과 때를 같이 하여 그해 內

務衙門에 衛生局을 設置하고 傳染病予防, 檢疫, 衛生檢査 등의 公衆保健業務를 開始하였고 1895年 콜레라 및 종두카직, 1899年 전염병소독 및 예방카직, 檢疫規定 등이 마련되는 등 予防醫學的 側面의 努力이 시작되었다. 醫療機關으로는 1885年 宣敎醫師 알렌 (H.N. Allen)에 의해 廣惠院이 設立되어 政府의 施設 및 財政支援을 받은 王立病院의 形態로 西洋의 醫療技術이 導入되는 契機를 맞았다. 廣惠院을 運營하던 알렌은 너무 많은 患者를 勤當할 수가 없어 美北長老敎로 運營을 移管 그後 民間病院으로 出發하는 기틀이 되었다. 한편 國家醫療機關으로는 1899年 內務衙門 直屬의 廣濟院 (後에 大韓醫院으로 改稱)을 中央에 그리고 1910年까지 地方에는 13個의 慈惠醫院을 두었는데 이것이 現在의 市·道立病院의 母體가 되었다. 그리고 1909年 콜레라의 大流行이 있자 傳染病 患者 隔離病院으로서 서울에 順化病院을 設立하였다. 이 時期에 있어서 病構造는 天然痘, 콜레라, 장티푸스 등과 같은 各種 急性 傳染病과 학질, 기생충疾患, 피부질환 結核 등이 疾病의 大種을 이루었으며, 西洋醫學技術의 導入은 이러한 疾病의 予防, 治療에

相當한 效果를 주었다.

한편, 韓日合併과 더불어 日帝의 保健醫療政策은 植民地政策의 한 方便으로 利用되었기 때문에 中央 및 地方의 거의 모든 保健醫療政策과 衛生業務가 朝鮮總督府의 경찰업무에 歸屬되어 執行되었다. 각종 保健醫療 從事者들을 法的으로 区分하고 各各 그 자격, 면허, 임무 등을 규정하였으며 그 모든 사항에 대하여 경찰의 지도, 감독 및 催제를 받도록 하였다. 地方에 設置된 慈惠醫院은 總督府 傘下 内部에 소속되었고 1925년에 이를 市·道病院으로 改稱하였으며 1930년까지 30個所의 市·道立病院을 建立하여 全國的인 病院體系를 樹立하였다. 이때 重點的 保健醫療事業은 各種 전염병예방사업으로 9種의 法定傳染病을 따로 정하고 이들의 예방, 관리, 소독 실시 등에 대한 강제규정이 엄한 벌칙과 함께 비교적 엄격히 수행되었다. 醫療發展을 위한 醫學敎育制度에 있어서도 旧韓末 부터 있었던 몇개의 醫學校를 專門學校로 승격 개편하는 한편 몇개의 醫學專門學校와 慶熙 帝國大學 醫科부를 新設하였다.

1945年 解放과 더불어 우리나라 保健醫療部門은

~26~

副期的인 發展을 맞이하게 되었다. 美軍政은 社会, 保健, 勞動問題中心의 社会福祉行政을 導入하여 처음으로 保健 医療가 하나의 獨立된 部에 의하여 관장하게 되었을 뿐만 아니라 保健厚生部는 總務局, 撥護局, 住宅局, 醫務局, 予防醫學局, 齒醫務局, 獸醫局, 藥務局, 看護事業局, 統計局, 婦女局, 僱傭人福利局, 調査分析局, 民政局, 厚生施設局, 厚生總務局 等 16局 44個課로 現在의 保健社会部보다 더 큰 規模의 部로 그 모습을 나타내었다.

1948年 8月 大韓民國 政府樹立과 동시에 保健厚生部가 社会部로 개칭되고 1室 5局 22課로 축소되었고 市·道立病院은 日帝時代의 組織을 그대로 두어 內務部 傘下 地方 一般一線行政官署管理下에 그대로 머물러 있게 되었다.

그 이후 극심한 經濟的인 빈곤, 6.25 전쟁 등으로 保健醫療分野는 政府次元의 計劃도 政策도 公共投資도 없는 狀態에서 小規模의 民間醫院 主導의 醫療體系로 發展하게 되었다. 公共保健醫療組織은 거의 發展이 없었고 日帝時代에 設立된 市·道立病院조차 質的으로 機能的으로 管理的으로 오히려 점점 쇠퇴해가게 되었다. 광

복과 정부수립과정에서 6.25 동란을 맞이하여 전반적으로 社会的, 정치적 혼란상태의 계속으로 말미암아 의료복지를 향한 医療提供体系나 의료제도는 거의 방치된 상태에 놓였던 반면 医学 및 醫療기술에 있어서는 눈부신 發展이 있었던 시기였다.

새로 개발된 항생제, 설파제, 等 최신 의약품의 도입으로 各種 전염병에 의한 死亡率이 현저히 감소하였고 마취기술의 發展과 수혈, 수액요법의 도입은 안전한 수술치료를 가능하게 하였으며 응급처치술이 향상되었다.

1945年 이후 우리나라에서의 生命表에 의한 平均여명이 發表된바 1955年~60年의 平均수명은 男子 51세, 女子 54세 정도로 外國의 경우와 비교해 볼때 낮은 수준이라고 할 수 있겠으며 사망신고율의 저조(50-80%)와 死亡診斷書의 미완성 등 여러가지 제한점을 고려에 놓고 死亡水準의 年次的 추이를 보더라도 낮은 사망율도 점차 1960年代로 접어들면서 현저히 향상되었다.

또한 全國 500여개소에 보건진료소 설치를 주요골자로 하는 國民醫療法이 1950년에 제정 공포되어 現在 醫療法의 母체가 되었으며 1953년에는 勞動基準法을

제정하여 출산휴가제 실시 등의 소폭적인 母性保護를 시도하였고, 수시로 유행하던 급성전염병에 대한 管理를 위하여 伝染病 予防法이 1954년에 제정 공포 되었다. 한편 全國에 3個 医科大学를 중심으로 근부신 醫學의 발전이 있었으며 1955년에는 뚜렷한 방향도 없는 상태에서 美國式 專門醫制度가 도입되어 임상 醫學의 發展에 크게 이바지하게 되었다.

시대적 상황에 따라서 정부는 급성전염병의 관리와 의료구호사업에 보건사업의 중점을 두었으며 1950년대 후반에는 점차 사회가 안정됨에 따라 급성전염병과 結核 癩病에 대한 管理体系가 樹立되고 醫療資源의 開發을 위한 施設補充에 力點을 두는 施策을 推進하였다. 그러나 이 期間을 단적으로 表現하면 醫療의 施惠的이며 救療的인 性格을 完全히 脫皮시키지는 못한 時期라 하겠다.

第3節 1960年代의 保健醫療事業 組織期

이 時期는 初期의 救療的 施惠的 性格의 保健醫療事

業을 脱皮, 政府와 医療人에 의한 積極的인 事業의 拡大·組織·整備를 통한 疾病의 治療, 予防管理期라 하겠다. 1890年代에 導入된 西洋醫學이 土着化되었고 政府의 役割도 受動的인 災害對備나 救護에서 能動的인 事業開發이나 福祉向上에로 轉換됨에 따라서 保健醫療分野에 있어서도 第2의 發展期를 맞이했다고 보겠다.

이 期間에 있어서 特記될 事實은 全國에 걸친 保健所網의 設置라 하겠다. 1962年 保健所法の 全面改定을 土台로 하여 市·區·郡單位로 保健所를 設置 豫防事業을 위시한 公共保健業務의 補充을 期하려는 試圖를 하였다. 全國的인 保健所網의 設置는 當時만 해도 全人口의 70%가 農村에 居住하고 있음에도 不拘하고 農村住民들이 保健醫療面에서 死角地帶로 放置되어 있기 때문에 이들에게 円滑한 保健醫療서비스를 提供하려는 意圖에서 出發했던 것이다. 保健所 設置에 뒤이어 1960年代末에는 面地域 住民에게 보다 圓滑한 保健醫療서비스를 提供키 위해 保健支所가 設置되었으며 單服務未畢醫師를 公醫로 보내 每面을 解消코자 하는 努力이 試圖되었다. 이러한 政府의 努力으로 公共保健醫療體系는

中央에서 부터 문·面に 이르기까지 確固히 確立 되었으나 政府의 關心과 投資가 經濟開發計劃에 밀려 優先順位가 떨어지는 바람에 实效性 있는 診療서비스 棧關으로서의 棧能을 제대로 發揮하는 데는 많은 限界點을 남겼다. 그러나 全國에 걸친 保健所 및 支所網의 設置가 農村地域에 대한 診療서비스의 提供에는 限界性を 나타내었지만 1962年부터 實施된 家族計劃事業의 遂行에는 括目할 만한 貢獻을 하였다. 特히 家族計劃事業은 經濟開發5個年計劃의 一環으로 着手되었던 關係로 保健醫療事業的 側面에서 보다 經濟開發事業的 側面에서 政府의 關心과 投資가 쏟아졌던 關係로 保健所 組織網이라는 事業체널을 活用 큰 成果를 얻었다고 評價할 수 있겠다. 勿論 保健所網의 設置가 診療서비스를 円滑히 提供하는데는 많은 限界性を 나타내었지만 이러한 組織體系는 防疫이나 母子保健事業과 같은 特殊領域에서 寄與한 成果는 無視할 수 없는 것이다. 이러한 事業成果의 結果 過去 우리나라의 死亡 및 罹患의 主要原因이었던 傳染病인 결핵, 장티푸스, 발진티푸스, 痘瘡 등이 1950年代까지만 해도 많은 희생자를 내었으나 1960年代에

들어지면서 정부의 강력한 예방 사업으로 인하여 많은 傳染病의 發生率이 감소되었고 발진 디프스, 말라리아, 성홍열, 등의 일부는 전혀 發生치 않게 되었다.

保健所組織이라는 公共保健醫療機關이 診療서서비스를 提供하는 데는 相當한 限界性을 나타내었기 때문에 不得已 이 部門에 대한 活動은 民間醫療機關의 担当事項이 되었다고 해도 過言이 아니었다. 勿論 公共醫療機關이 保健所를 除外하고도 國公立病院과 같은 病醫院이 있어 診療서서비스를 担当키는 點으나 政府의 投資不足으로 그 活動은 漸次 萎縮되었고 民間病醫院과 國公立病院의 機能이 区分되지 못했던 關係로 競爭에서 民間病醫院에 뒤지게 됨에 따라서 自然 診療서서비스는 民間病醫院을 中心으로 發展될 수 밖에 없었다. 특히 1950年代末에 導入된 專門醫制度가 1960年代에 들어와서 本格的으로 活用됨에 따라 診療機能은 이들 民間開業專門醫 및 民間病醫院이 中心이 되어 發展을 圖謀했다. 民間病醫院 中心으로 診療서서비스가 展開되다 보니 우리나라 醫療體系는 不可避하게 自由競爭體系로 되어 모든 醫療制度나 市場構造가 醫療人中心의 放任體系로 展開되는 危險을

만들어 오늘날에는 많은 問題點을 간직하는 醫療體系를
양게하는, 契機가 되기도 하였다. 즉 都市와 農村間의
醫療資源의 不均衡, 醫療費의 昂등, 醫藥分業體系의 未確
立, 專門醫制度라는 美國式制度에 博士學位를 해야 하는
日本式風土의 培養, 病醫院間에 機能分擔欠如 등등의 諸
問題를 남겨 國民爲主의 醫療體系인지 醫療人 爲主의
醫療體系인지 분간하기 어려운 狀況으로 만들게 되었다.

한편 이 期間中の 經濟開發計劃에 의한 輸入代替産業
의 育成方針은 醫療界에도 큰 變革을 일으켰으니 바로
國產醫藥品 生産基盤造成을 통한 醫藥品의 自給自足體系
의 마련이다. 從來까지 完製醫藥品을 輸入해서 使用하던
것이 「달러」防衛를 위한 努力의 一環에 힘입어 적어도
完製品만은 國産化가 可能했으며 一部 原料마저도 國産
화가 可能해져 醫藥品 自給自足化라는 큰 課題를 解決
하는 基盤을 造成케 한 것이다. 또한 바로 施行은 하
지 못하였으나 「社會保障에 관한 法律」, 「産業災害補償保
護法」, 「醫療保險法」 등의 社會保障에 관련된 醫療福祉의
기틀을 造成할 수 있는 法的根據를 마련했던 것도 이
時期의 制度的 側面의 特徵的 傾向이라 하겠다.

한편 이 時期의 經濟開發計劃의 副作用 가운데 하나로 環境破壞에 대한 關心이 抬頭케 된 것도 한 特徵이다. 勿論 이 期間中에 環境問題에 대한 特別한 對應政策이 抬頭된 것은 아니지만 工業化와 都市人口集中으로 닥칠 環境汚染問題에 대한 關心이 일찌기 提起되었다는 點은 注目된다.

公共醫療事業의 充實, 民間中心의 診療서비스體系發展, 醫藥品의 自給體系確立 등과 같은 成果에 힘입어 期間中 우리나라 國民의 健康水準은 過去보다 顯著하여 平均수명은 1966年 61.9세로 연장되었고 사망률에 있어서도 감소하여 人口 1,000名當 10이하로 떨어졌으며 특히 영아사망율은 1960년초에 비하여 1960年代末에는 1/2 이상으로 감소하여 母子保健事業의 강화와 함께 모든 保健醫療事業이 확대, 발전하였음을 시사해주고 있다 하겠다.

이 期間이 本格的으로 醫療人中心의 疾病治療 및 予防管理的 性格의 保健醫療概念이 確立되기는 했지만 여전히 救療的 性格의 保健醫療概念을 벗어나지 못했음은 公共保健事業에 있어서 (組織體系에 뒤따르지 못하

는 서어비스供給體系를 위시하여 民間部門에 있어서 診療서어비스體系는 需要者側面보다는 供給者側面을 爲主로 發展되어 온 點에서 窺 알 수 있다.

第4節 1970年代의 保健醫療事業擴大期

1960年代를 통한 保健醫療分野에 있어서 下部構造改善의 成果는 1970年代에 들어와서 保健醫療의 概念을 보다 擴大케 할 수 있는 契機을 만들었다. 즉 이 期間中에는 疾病의 治療나 預防管理에서 한걸음 더 나아가 保健醫療事業을 통한 經濟成長의 副産物 解決은 勿論 福祉向上과 社會正義具現을 위한 初步的 이기는 하나 이를 試圖케 되었다는 데 큰 意義를 찾을 수 있다. 즉, 數次에 걸친 經濟開發5個年計劃으로 인한 高度成長은 그동안 國民保健·向上에도 크게 기여한바 있으나 급격한 成長과 구조적변화로 인해 환경조건이 劣勢해지고 社會諸部門間의 불균형이 증가되어 特定人口계층인 저소득층, 農民, 노령人口의 보건의료서어비스 이용증대가 重要한 時代的 課題로 대두하게 되었다.

구체적으로 살펴보면 人口의 급속한 都市化는 密集住居 환경의 초래, 大氣 및 수질 오염의 拡大, 都市環境施設의 不足現象 등을 초래하여 交通事故發生빈도 증가, 呼吸器疾患, 精神 및 神經系疾患의 유발, 社會福祉서비스에 대한 수요증대 등으로 保健部門에 重壓을 주는 반면, 都市·農村間의 社會·經濟的 격차를 확대시킴으로써 農村地域의 경우 잠재적 수요는 큰 상태이나 保健醫療서비스의 利用能力이나 利用可能施設이 不足하게 되는 不合理性을 招來시키게 되었다. 한편 빠른 속도의 工業化 진행 또한 많은 保健問題를 일으키는 요인이 되고 있는데 이를테면 탄광 광부들의 矽肺症, 化工藥品使用業所 종업원의 약품중독 등 갖가지 職業病을 위시하여 나쁜 勤勞條件과 防災施設未備에 기인하는 各種 疾病 및 산업재해발생의 증가 등 諸副作用을 빚어내고 있으나 이에 따른 安全施設과 사고예방대책의 확충이 提起되었다.

이와 아울러 농촌지역에 있어서는 급격히 늘어나는 化工藥品 및 농약의 보급 때문에 농업병과 각종 피부병이 유발되고 있으며 농촌의 비닐하우스는 高血壓, 神經

痛, 이비인후과 질병 등의 疾病 발생율을 増大 시켜 보건 의 료서비스의 필요성을 가속적으로 증가시키고 있다. 최근 들어 伝染病發生率は 급격히 줄고 있는 반면 老齡 人口의 増大 등 人口構造의 변모에 따라 癌, 腦卒中症, 심장병 및 老人性疾患이 증가하고 있는데 癌을 포함한 대부분의 成人性疾患은 長期的 治療를 요할뿐 아니라 국가적, 개인적 부담이 막대하기 때문에 이에 대한 올바른 對策이 강구되고, 효과적인 疾病予防 및 관리사업은 물론 이 분야의 研究活動도 활발하게 進行되어야 할 것이다.

이에 政府에서는 1977년부터 시작되었던 第4次 經濟開發 5個年計劃에서는 종래의 經濟成長爲主의 政策에서 사회보장을 위한 社會開發에 역점을 두게 되었으며 보건의료분야도 사회개발의 한 부분으로 包含시키도록 하는 劃期的인 政策轉換을 期하게 되었다.

政府는 이미 1963년에 制定되어 그 시행을 미루어 왔던 医療保險法을 1976年 12월에 전면 개정, 공포하여 1977年 7월부터 1次로 500人 이상의 근로자를 사용하는 事業場의 근로자는 모두 의무적으로 의

료보험에 적용토록하였고 공무원 및 사립학교교직원에
 대한 의료보험제도를 실시하기 위하여 1977年 12月
 이에 관한 법률을 제정 공포하고 1978年 1月부터
 이를 시행하였다. 이와 더불어 生活 유지의 能力이 없거
 나 生活이 어려운 者에게 醫療惠沢을 주기 위하여 醫
 療保護事業을 실시하게 되었는데 1977年 1月부터 生
 活保護法에 근거하여 우선 시행하고, 동년(同年) 12月에
 醫療保護法을 별도 제정 공포하였다. 1978年の 의료보
 호대상자는 약 207萬名으로 당시 우리나라 全体人口中
 약 21%에 해당되는 736萬名이 의료보호나 의료보험의
 적용을 받았고 그 후 매년 그 적용대상자는 점차 확대
 되어 1981년에는 약 38%인 1,400萬名에 이르고
 있다. 1종 및 공무원 교원 의료보험제도 이외에도 소규
 모의 사업장에 근무하는 근로자나 영세상인, 또는 농업
 종사자 등등에 대한 의료보험을 위하여 2종 의료보험
 이 제도화되어 있으나 아직은 여러가지 여건이 마련되
 지 못하여 몇개 지역에서만 시범적으로 시행되고 있는
 실정이다. 이러한 의료혜택을 받을 수 있는 유효한 제
 도는 점차 확대되거나 보건의료 시설, 人力 등의 不足은

勿論 資源이 地域的으로 편중되어 있어 균등하고 적절한 수준의 醫療가 제대로 제공될 수 없는 상태에 있어 이를 脫皮키 위해 医科大学의 入學定員의 擴大를 통한 醫療人力의 量的補充, 病院施設의 補充과 같은 資源의 確保策을 劃期的으로 마련함은 勿論 1次保健醫療事業의 實施를 통한 保健醫療서비스체계의 再整備에도 많은 努力을 쏟고 있다.

또한 國民의 保健의식이 발전되기 시작하면서 보건의료를 國民의 기본권리의 하나로 인정하는, 즉 범세계적으로 인정되는 보건의료의 개념이 우리나라에도 크게 영향을 미치게 되었다. 이에 따라 모든 국민에게 최소한의 의료는 보장해 주어야 한다는 당위성에 대한 이해가 점점하게 되었으며 제5공화국의 헌법에도 健康權, 環境權 등이 반영되기에 이르렀다. 모든 국민에게 최소한의 정적의료를 보장하기 위하여는 國家的인 次元에서의 노력이 이루어져야 하게 되었으며 1次的으로 醫療체계의 再定立이 가장 우선되는 당면과제로 등장하게 되었다.

保健醫療에 대한 基本概念이 이처럼 擴大되고 能動的

인 役割로 轉換되고 있기는 하나 아직도 政府 政策者의 潛在意識속에 保健医療는 施惠的이며 따라서 消費的이라는 性格이 内在하다 보니 保健医療部門의 眞正한 發展은 沮害되고 있음은 政府의 予算配定面에서 볼 때 如實히 立證된다. 즉 中央政府財政에서 차지하는 保健医療部門의 予算比率이 1955년에는 1.1%였으나 1965년에는 0.9%, 1975년에는 0.8%, 그리고 1981년에는 0.9%로 恆常 1% 未滿에 그치고 있어 根本的인 保健開發을 위한 努力이 沮止되고 있음을 볼 수 있다.

第3章 社會經濟與件變化와 政策課題

第1節 向後의 社會經濟與件變化

1. 人口增加와 構造 및 分布上의 變化

1980年의 3,800萬의 總人口規模가 2000年에는 5,000萬名線으로 增加할 것이 予想되며, 地域間分布狀況은 1980年의 都市人口比가 66.7%에서 2000년에는 78.1%로 都市化가 더욱 急激히 이루어질 展望이며 年齡別構造를 보면 1980年의 老年人口比가 3.8%水準에서 2000년에는 6.7%水準으로 增加하여 人口의 老齡化가 予想됨이 <表 3-1>에 나타난다. 한편 14歲以下의 幼年人口比는 1980年의 35.2%에서 2000년에는 25.1%로 낮아져서 扶養負擔이 根本적으로 低下될 餘地를 보여주고 있다. 上記와 같은 人口側面의 規模 및 構造變化로 인해 予想되는 問題는 總人口規模增加에 따른 環境汚染의 增加와 함께 國民保健醫療費負擔의 增加가 予想되며 人口의 都市集中化에 基因하는 都市保健問題의 相對的 重要性增大, 그리고 年齡構造變化로 인한

<表 3-1> 人口增加 및 人口構造变化

	1980 ¹⁾	2.000 ²⁾
總人口	3,815萬	4,974萬
都市人口比	66.7%	78.1%
老年人口比	3.8%	6.7%
14歲以下人口比	35.2%	25.1%

註: 1) 1980年 센서스資料

2) 當研究院 推計值

老人保健 및 老人福祉問題에 대한 要求增加를 予想할 수 있겠다.

2. 所得增大 및 生活의 質的向上要求增大

1982年 1人當國民總生産額은 1,441「달러」(1980年 不變價格)로 推定되던 것이 2000년에는 4,060「달러」(1980年 不變價格)로 約 2.8倍의 所得增大가 予想된다. 이러한 個人所得의 增加는 個人이 追求하는 欲求의 變化를 促進케 할 것이다. 즉 오늘날의 基本的인 生存 次元의 欲求에서 物質的인 豊饒, 社會·文化的次元의 欲求로 轉換될 것이며 이에따라 保健醫療面

에 欲求는 漸增될 것이다. 특히 所得增大를 實現키 위
한 急激한 工業化의 推進과 이로 인한 都市化의 加速化
는 結果的으로 公害, 環境破壞를 增大시키나 이의 改修
에 대한 國民的 欲求는 保健醫療部門에서 吸收 受容해
야 할 것이다. 所得增大, 工業化, 都市化는 必然的으로
交通、通信施設의 扩充은 不可能할 것이기 때문에
이의 扩充에 따라 時間、空間上의 距離短縮이 크게 進
展될 것이며 이로 인해 保健醫療側面에서는 資源配置網의
連繫體系의 變化와 더불어 서비스 供給體系의 變化 또
한 予想되는 面이다.

3. 科學技術의 向上

向後의 科學技術水準의 向上은 過去 어느때보다
도 急進的으로 이루어질 展望이다. 勿論 先進諸國에서는
高度의 情報産業, 宇宙産業, 生命工業, 新素材産業에서의
큰 進展이 予想되지만 우리나라의 경우는 이러한 尖端
産業化에 이르는 時期尚早이겠지만 技術、技能集約的인
組立加工産業, 精密化學、素材工業 등을 위시해서 컴퓨터
産業의 發展이 展望된다. 이러한 科學技術水準의 向上은

医療産業의 發展에도 크게 活用 되어 醫療器械 및 醫藥品生産의 品質向上 및 多樣化를 期待할 수 있으며 醫療水準에서도 核醫學의 發展, 診療의 機械化 및 컴퓨터化 등이 期待될 수 있다.

4. 社會構造의 多元化和 意識構造의 變化

都市化의 進展, 大眾媒體의 普及促進, 技術水準의 向上 등으로 生活樣式의 變化가 클 것으로 展望되며 이와 함께 國民意識이 複雜·多樣化될 것으로 予想된다. 工業化와 더불어 技術水準의 向上은 熟練職種이 增加하고 單純勞動職은 相對적으로 減少될 것이며, 敎育機會의 向上과 僱傭機會의 擴大는 貧困階層을 漸次的으로 減少시키는 反面에 中産層의 比重을 增大시켜 이들 階層의 多元的인 意識構造가 予想된다. 특히 中産層의 強力한 抬頭는 政府에 대한 國民의 要求增大로 表出될 것이며 이러한 意識構造表出의 하나가 政治面에서는 參與機會의 擴大를 要求할 것이며 經濟·社會面에서는 國民福祉向上과 成長惠沢의 公平한 分配에 대한 要求로 인해 保健醫療에 대한 要求는 強力히 抬頭될 것이다.

특히 都市化、情報産業社會化 技術進歩에 따른 社會的 衝擊, 또한, 機械化에 따른 單純勞動 등이 國民意識에서 無視할 수 없는 影響力을 나타낼 것으로 展望되는 바, 人間疏外問題, 人間性喪失問題, 傳統的價値觀과의 갈등問題 등의 衝擊이 클 國民精神保健次元에서의 副作用 또한 深刻한 現象으로 予想된다.

5. 政治 및 行政의 分權化

社會構造의 多元化와 國民의 社會 參與에의 要求增大는 權威主義的 政治에서 보다 開放的이고 輿論을 收斂하는 政治로의 發展을 予想할 수 있겠다. 특히 中産層의 抬頭와 이 集團의 多元化는 자기集團의 利益을 위해 組織化를 予想할 수 있고 이에 따라 이들 集團間의 利害對立을 調整할 수 있는 政治過程이 強化되어 參與欲求를 充足시킬 수 있는 制度的裝置가 마련될 것으로 展望된다.

均衡的인 國土開發에 대한 要求의 增大는 地域特性을 維持發展시키는 地方自治制度로의 變化를 展望할 수 있으며, 특히 交通、通信、情報網의 擴充은 地方과 中央과

의 社会、文化的 隔差를 解消시키는 手段을 提供하기 때문에 서울 依存의 行政制度에서 分散된 行政制度의 導入을 予想할 수 있다. 이러한 地方自治的인 分權化의 展開는 中央集權으로 인해 滋生될 政府의 效率性問題나 行政의 硬直性問題를 解消시켜 國民의 參與幅을 넓히고 輿論을 收斂하는데 有用한 方案으로 予想된다.

6. 保健医療政策展望

中産層의 增加를 통한 社会構造의 多元化和 國民意識의 複雜、多樣化、所得向上 및 急速的인 技術向上 이라는 社会、經濟的 輿件变化속에서 國民의 欲求는 바로 生活의 質的向上要求인 바 이러한 國民的 要求를 吸收、受容할 수 있는 政策方向도 바로 福祉社会具現이라 하겠다. '80年代 및 '90年代의 保健医療政策의 方向 또한 福祉社会具現이라는 테두리内에서 設定될 수 밖에 없으며 그 基本政策展望은 從來까지 量的成長爲主의 國家政策으로 滋生된 所得分配의 不均衡, 生活環境惡化, 地域間不均衡, 相對貧困問題 등을 解決키 위한 主要 國家政策의 하나로 保健医療政策의 展開가 이루어져야

할 것이다.

所得水準, 居住地域 등에 区分없이 大韓民國 國民이면 누구나가 均等한 保健醫療惠次를 받게 함으로써 所得分配의 不均衡을 補完하고 相對食困問題를 解決하는 手段으로서의 保健醫療政策이 展開될 것이다. 특히 人口의 老齡化와 都市集中의 加速化에 對備한 老人保健 및 都市保健에 對한 政策의 關心이 漸增될 것이며 各種社會的 危險(疾病, 傷害, 失業, 退職, 癡疾 등)의 緩和를 위한 社會保障對策의 開發 및 定着化를 위한 保健醫療政策의 展開가 予想된다.

工業化 및 都市化, 人口增加로 인해 發生되는 環境破壞 및 環境汚染으로 부터의 健康保護 및 快適한 生活環境造成을 위한 政策의 展開가 또한 向後 保健醫療政策의 主要分野로 予想된다.

第2節 保健医療分野의 政策課題

(当面課題 및 課題展望)

1. 保健醫療體系 展開에 관한 企劃、調整機能의 未 洽으로 인한 非効率性

지금까지 우리나라 保健醫療事業의 展開過程을 보면 中央에서는 保健社會部가, 地方에서는 市、道保健局 및 保社局 그리고 市、郡의 保健所의 組織網을 통해 事業을 企劃하고 指導、統制、調整 등의 機能을 遂行해 왔다. 그러나 이러한 政府의 機能은 預防事業을 爲始한 公共保健事業에만 주로 局限하였으며 診療를 中心한 大部分의 醫療活動은 民間資源에 依存케 됨으로써 醫療技術의 向上에는 크게 寄與하여 왔으나 醫療資源의 偏在과 같은 많은 問題點을 남기게 하여 公共財로서의 機能을 하여야 할 保健醫療서비스가 그 役割을 다하지 못하고 있다. 政府의 이와같은 保健醫療全般에 관한 企劃、調整機能의 未洽으로 인해 派生된 問題點들을 要約하면 다음과 같다.

(1) 醫療資源의 地域的 偏在로 인한 不均衡한
서비스 提供

<表 3-2>에 의거 醫療資源의 地域間分布를
人口分布와 比較해 보면 서울, 釜山, 大邱와 같은 大都
市에서의 醫療資源은 人口分布比重을 超過한 密集을 보
이는 反面에 其他地域은 人口比重에 비해 훨씬 不足한
醫療資源의 分布를 보여 이들 地域住民들의 保健醫療서
어비스는 相對的으로 疏忽한 狀態에 있다. 이러한 醫療
資源의 地域間偏在은 大都市를 除外한 餘他地域住民의

<表 3-2> 醫療資源의 地域間分布 單位: %

地 域	人口分布	醫師分布	病床分布
서울	22.3	48.3	33.5
釜山	8.4	11.5	11.6
大邱	4.3	6.1	3.7
仁川	2.9	2.4	3.7
其他地域	62.1	31.7	45.5

資料: 經濟企劃院, 1980 人口 및 住宅조사報告
保健社會部, 保健社會統計年報, 1982

所得이 相對的으로 낮기 때문에 醫療需要가 억제되어
 온데 한 要因이 있는 것으로 分析되고 있어 醫療保險
 制度의 合理化를 통한 需要均霑과 아울러 資源의 均配
 를 위한 適切한 企劃·調整機能의 整備가 한 課題가
 된다.

(2) 醫療棧間의 機能未分化로 인한 資源의 非
 效率的 活用

1960年代의 專門醫制度를 導入함과 동시에
 에 이들에게 自由로운 開業을 許容함으로써 一般開業醫
 들이 專門醫로 漸次 代替되어 現在에는 開業專門醫와
 病院 또는 綜合病院間의 機能区分이 힘들 뿐만 아니라
 開業一般醫와 開業專門醫間의 機能区分이 힘들어 國民들
 로 하여금 同一疾病을 갖고 여러 病醫院을 巡回토록
 하는 問題點을 남길 뿐 아니라 數 많은 開業專門醫들이
 病院이나 綜合病院에 못지않은 檢査施設이나 病床을 設
 置하는 등 資源의 重複的 投資까지 낚는 非效率性을
 낚고 있다. 특히 開業一般醫, 開業專門醫, 病院, 綜合病院
 의 機能이 未分化되어 모든 病醫院이 1次診療機能에서

부터 3次診療機能까지 担当 하고 있으므로 施設이나 技術水準에서, 相對的으로 뒤떨어지는 開業醫院의 生産性低位를 낳을 뿐 아니라 이들 醫院級 醫療機關의 對國民信賴度마저 떨어뜨리는 結果를 낳고 있다. 이러한 各級 醫療機關間의 競爭關係는 相對的으로 病院 또는 綜合病院으로의 患者集中을 誘發하여 重症患者들로 하여금 보다 많은 不便性을 招來시키며 심지어는 一部 開業醫院에 있어서의 患者不足으로 인한 經營壓迫까지 나타나 國家全體로 볼 때 醫師不足이 있음에도不拘하고 廢業하는 奇現象마저 나타나고 있다. 上記와 같은 醫療機關間의 機能未分化以外 公共病院과 民間醫院間의 機能 또한 区分되지 못하고 競爭關係를 維持하여 相對的으로 競爭에 不利한 公共病院의 經營赤字를 낳게하여 公共病院의 民營化 너지는 公社化로 까지 進展되고 있어 公共部門의 機能強化라는 要求와는 相反되는 政策的 矛盾마저 빛고 있다.

따라서 向後 政策課題는 自由放任的으로 發展되어 온 이들 醫療機關을 어떻게 1, 2, 3次的 醫療機關으로 区分하고 이에 알맞은 機能을 賦與하여 患者들로 하여금

医療機関 選択權에 合理的 制裁를 加함이 없이 段階的인 診療를 통해 資源活用の 効率化와 医療機関利用의 便利性を 提高시키는 것인가에 있다. 이와 함께 公共医療 機関의 機能은 어떻게 設定하고 民間機關과 相衡的이 아니라 補完的 關係를 맺을 수 있는가에 있다.

(3) 無計劃的 人力養成으로 인한 人力活用の 浪費

保健醫療産業에 從事하는 人力은 醫師를 爲始하여 藥師, 看護員, 醫療技士 등 大部分이 高級專門人力이며 保健醫療産業 自体가 勞動集約的인 産業이기 때문에 從事人力의 重要性은 어느分野의 産業에 비해 強調되어진다. 그러나 지금까지의 우리나라 保健醫療人力養成은 長期的인 醫療需要予測에 의해 이루어졌다가 보다는 利益集團의 利害關係에 크게 左右되어 醫師의 過少現象과 藥師의 相對的인 過剩輩出을 招來시키고 있다.

6章〈表 6-1〉을 통해서 몇個國의 醫療人力을 人口 10萬名當의 數로 比較해 볼 때 藥師人力은 先進國水準에 이르고 있는 反面에 醫師人力은 그렇지 못함을 알 수

있다. 이러한 醫療人力의 不合理한 輩出은 醫師와 藥師 間의 協力補完的인 關係를 維持시키지 못하고 對立競爭 的인 關係로 發展시켜 長期的인 次元에서의 醫藥分業을 가로막고 있을 뿐만 아니라 高貴한 醫療人力의 浪費를 招來시키는 非效率을 보이고 있다.

醫療人力養成에 있어서 이러한 數的 不合理性에 대하여 醫療人力活用に 있어서 많은 病院이 看護員을 單純醫療補助員으로 活用하는가 하면 發展하는 醫療技術에 따르지 못하는 醫療技士養成으로 인해 醫師가 이를 遂行하는 경우가 있는 등의 諸般問題點이 나타나고 있어 合理的인 醫療人力의 養成體系의 確立이, 重要한 向後의 課題中の 하나이다.

(4) 保健醫療政策의 企劃·執行·人力養成의 分權 化된 메카니즘

現在의 우리나라 保健醫療政策의 企劃機能은 中央의 保健社會部가 担当하고 있으나 實際 이를 執行하는 機能은 內務部의 市·道·郡의 行政組織을 통해서 이루어지기 때문에 企劃과 執行機能의 分難에서 오는

事業効率의 非能率 또한指摘되지 않을 수 없다. 市·道의 경우는 保健社会局 내지는 保健局이 있어서 中央인 保健社会部の 企劃된 事業內容을 保健所로 仲介하고 市·道單位의 企劃機能을 遂行하고 있어 큰 問題는 없다고 看做해도 그 以下の 保健所單位에서는 市·區·郡의 行政指導속에서 活動을 해야 하는 關係로 專門的인 事業領域에 속하는 保健醫療業務가 그 特性을 發揮하는데는 많은 問題點을 나타낸다. 市·區·郡의 長이 保健醫療業務에 理解가 깊은 경우라면 큰 問題가 없겠지만 그렇지 못한 경우 分難된 企劃·執行棧構로 인해 なる 非能率は 매우 크다 하겠다. 地方單位의 執行棧関이 内務部組織에 있기 때문에 保健醫療業務를 担当하는 實務陣도 保健職에 있기 보다는 行政職에 있는 사람이 맡게 되는 경우가 많으며 市·道單位의 政策關心度가 保健醫療쪽에 있지 못할 경우 自然 이 分野業務는 그 優先順位가 밀릴 수 밖에 없는 것이다.

上記 問題와 함께 人力養成業務는 保健社会部 所管業務가 아니라 文教部の 業務가 되어 人力需給이 保健醫療側面의 要求度와 別個의 分野에서 決定되어 前述한

바와 같은 人力養成의 不合理를 놓게 하는 要因으로 까지 作用하고 있다. 특히 文敎部는 敎育病院이 되는 大學病院에 대한 指導監督權을 지니게 되어 公共病院을 指導監督하는 保健社會部와 간혹 다른 見解를 나타낼 경우도 있어 人力養成問題 以外 公共機能을 갖는 大學病院과 國公立病院間의 經營方針이나 管理方法上의 差異 등의 異見까지 表出시켜 合理的인 政策遂行에의 차질을 빚는다. 따라서 保健社會部, 內務部, 文敎部 등으로 分散되어 있는 諸般 保健醫療의 政策機能을 如何히 合理的으로 調節하는가가 向後의 政策課題라 하겠다.

2. 1次保健醫療 및 公共保健醫療機能脆弱으로 인한 基本醫療需要 未充足

1次保健醫療 및 公共保健醫療서비스는 保健醫療서비스中 가장 基本的인 서비스로 國民 누구나가 享有할 權利를 갖는 醫療基本權이라 할 수 있다. 그러나 지금까지 政府의 保健醫療分野에 대한 活動未備 卮지는 經濟成長一途에 밀려 投資優先順位가 保健醫療分野에서는 뒤쳐졌던 關係로 1次保健醫療 및 公共保健醫

療棧能은 그 脆弱性を 免지 못했다. 이 分野의 棧能強化는 바로 重症疾患을 防止할 수 있는 길이 되어 国民医療費負担을 節減시키게 된다는 点を 勘案한다면 이 分野에의 投資增大는 매우 緊要한 政策課題가 된다. 하겠다. 1次保健医療棧能이 脆弱케 된 要因과 그에 따른 問題点を 要約하면 다음과 같다.

(1) 專門医中心体系로 인한 1次保健医療 担当者力 不足

우리나라 保健醫療事業이 民間資源에 크게 依存하여 왔고 民間資源의 큰 支柱中の 하나가 專門医養成이었다. 이에 大部分 医科大学 卒業生은 專門医가 되려고 努力했으며 結果 專門医가 過多 輩出되어 相對적으로 1次保健醫療를 担当할 一般医의 不足을 酿게했다. 医科大学卒業生の 專門医志望은 그들의 잘못이 아니라 醫療体系의 矛盾點이 빚어낸 結果로서 医科大学卒業生の 95% 以上이 專門医를 志望하고 있어 專門医가 되지 못하는 醫師는 醫療界에서 劣等視되는 風土로 造成되었다. 1982年 現在의 專門医比重을 보면 全体 医

師의 約40%나 되어 世界保健機構가 定義하는 專門醫診療의 必要量 15%를 훨씬 上廻하는 實情이다. 1982年 現在 一般醫로 区分된 60%도 實際로는 修練醫가 約 30%됨을 勘案한다면 活動하는 醫師로서의 一般醫比重은 30%에 지나지 않는 現象을 보이고 있다.

專門醫의 過多輩出에 못지않게 問題되는 것은 最近 1982年부터 醫大入學生의 大幅增員과 더불어 敎育收容能力 不足 등으로 醫科大學 臨床修練過程이 제대로의 敎育態勢를 갖추지 못해 醫科大學을 卒業하고 專門醫過程을 거치지 못한 醫師는 實際로 臨床에서 患者를 보는 데는 많은 問題를 던져주고 있다. 따라서 向後 우리나라의 醫療體系가 1, 2, 3次의 段階的인 診療秩序를 回復하여 醫療資源活用을 効率化시키기 위해서는 醫師養成自体가 再檢討되고 一般醫가 充分한 臨床修練을 갖출 수 있는 制度가 摸索되어야 한다.

(2) 1次保健醫療에 대한 認識不足

1次保健醫療 서비스는 診療, 預防, 營養改善, 環境衛生, 保健敎育, 母子保健 등과 같은 諸要素를 包含

이는 것으로서 單純한 疾病治療의 概念을 넘어 健康保
 護, 健康增進을 圖謀할 수 있는 保健醫療體系의 下部構
 造(*infrastructure*)의 基本保健醫療서비스라 하겠다. 특
 히 1次保健醫療는 地域社會의 모든 可能한 人的·物的
 資源을 活用하여 地域社會開發과 併行하여 地域社會住民
 의 積極的인 參與로 推進할 수 있는 包括的 保健事業
 으로서 地域社會開發을 통해 地域住民의 健康水準을 增
 進케 하는 것이다. 그러나 지금까지의 우리나라 保健醫
 療事業은 保健醫療人만 專担해야 하는 것으로 認識되어
 왔으며 따라서 保健醫療事業과 地域開發事業과는 別個로
 認識되어 왔었다. 1次保健醫療事業을 통한 疾病의 發生
 抑制 및 早期診療는 國民醫療費負擔을 軽減시켜 窮極的
 으로는 地域社會開發能力을 培養케 하며, 다른 한편 地域
 社會開發을 통한 環境改善이나 道路網擴充에 의한 醫療
 서비스網의 擴充은 바로 地域社會住民의 健康水準을
 向上케 한다. 따라서 1次保健醫療事業에 대한 올바른
 認識과 이의 強化가 向後에 強調되어야 할 課題인 것
 이다.

(3) 保健所 및 支所網의 運營不實

1次保健醫療 서비스 내지 公共保健醫療 서비스를 担当케 될 가장 中樞的 機關은 바로 保健所나 支所와 같은 政府保健組織網이다. 그러나 從來 지나친 經濟成長-인도의 國家政策으로 인해 이 分野의 投資는 그 優先順位가 낮아 施設이나 人力確保가 不足하였고 이에 따라 事業內容 또한 形式的인 種類의 羅列에 지나지 못했다. 더구나 面單位에 이르면 事業管理體系마저 整備되지 못한채 放置되어 온 實情이었다.

특히 人力面에서 보면 形式的인 口號에 지나지 않는 無醫面解消對策으로 現在 無醫面地域은 없어졌으나 이러한 地域에 配置된 公衆保健醫들은 臨床經驗이 전혀 없는 醫師가 補助人力 없이 單獨으로 配置되거나 어떤 경우는 專門醫가 配置되어 住民의 要求度와는 너무 相異한 人力供給이 있었고 이러한 問題點을 補完하고 奧地地域의 1次保健醫療事業을 뒷받침키 위해 保健診療員을 配置하고 있지만 이는 어디까지나 短期的인 應急處方이지 長期的 對應戰略이 될 수는 없다. 또한 保健診療員의 業務와 邑面에 配置된 保健要員의 業務가 어떤 連繫성을

갖지 못하고 別個로 行動하고 있어 1次保健醫療서비스의 提供이 軌道를 찾기에는 問題點을 던져주고 있다.

한편 施設이나 管理面에서 본다면 公衆保健醫가 配置된 邑面支所의 경우 醫師로써 活動할 수 있는 裝備나 施設이 갖추어져 있지 못하여 이곳을 訪門한 住民들이 信賴하는 診療를 提供치 못하는 結果 住民들로 부터 外面 당하는 등의 政府組織 保健醫療機關이 갖는 問題點을 解決치 않고는 1次保健醫療서비스나 公共保健醫療서비스는 活性化되기는 어려운 것이다.

3. 醫療要求의 增加와 醫療資源 및 醫療費 上昇

國民所得의 漸進的 增加, 醫療保險受惠對象人口의 增加 및 總人口의 增加展望으로 인해 向後 2000년까지 우리나라의 醫療需要는 過去 어느때보다도 急増할 것으로 予想된다. 여기에 專門醫選向性 및 綜合病院의 患者集中 등의 醫療利用樣狀의 高級化 및 大型化現象이 계속될 것이 豫상된다. 그러나 需要의 急増과는 反對로 醫療供給側面에서는 相對的으로 非彈力的으로 增加될 것

이기 때문에 医療의 供給不均衡으로 인해 医療費는 急激히 増加할 展望이다. 따라서 急増이 予想되는 医療費의 上昇을 適切히 抑制치 못한다면 医療費上昇이 안겨 줄 国民經濟의 負擔은 매우 深刻할 것으로 予想된다.

(1) 健康管理에 대한 欲求增大로 醫療需要急増
우리나라에서는 아직까지 所得에 대한 醫療需要彈力度에 관한 研究結果가 없기 때문에 所得增加가 醫療需要에 어느정도 影響을 미치는가를 正確히 分析할 수 없으나 一般的으로 所得이 增加하면 醫療需要가 增大한다는 點을 勘案할 때 向後의 增加될 우리나라 國民의 所得水準을 생각한다면 醫療需要의 增加는 充分히 予想된다. 이와함께 保險制度의 實施·拡大로 인한 醫療의 有效需要增加 또한 予想된다. 즉 <表 3-3>에 의거하면 1972年 保險受惠者 年間 1人當受診回數가 0.75회이던 것이 1982년에는 2.38회로 上昇했으며 이러한 現象은 日本에서도 나타났던 것이다. 그리고 1978年 日本의 保險加入者의 年間 1人當受診回數가 5.47회이었던 點을 考慮하면 우리나라도 2000년에 이르기 以

<表 3-3> 医療保險受惠者の 受診回数

年 度	年間受診回数(1人当)
1972	0.75
1982	2.38
日本(1978)	5.47

註: 日本(1978)은 本人受診回数이며 被扶養者受診回수는 6.02회임

資料: 医療保險管理工団 및 日本은 1978年 健康保險에서

前に 保險受惠者の 年間受診回수는 日本水準에 이를 것으로 予想되어 保險制度가 醫療需要를 誘發하는 가장 큰 要因으로 指摘할 수 있겠다. 따라서 保險対象人口의 拡大를 勘案하면 向後의 醫療需要增大는 至大할 것으로 予想할 수 있다.

· 醫療保險受惠人口의 醫療需要增加는 소위 消費의 展示 効果作用에 힘입어 非対象 또는 未受惠人口의 醫療需要 또한 增加시키는 作用을 할 것이다. 勿論 未受惠人口가 주로 低所得層이나 農·漁村과 같은 脆弱地区住民이 大部分을 이룰 것이며 이들의 醫療保險에 대한 渴望 또한 큰 政策課題가 되며 이를 解決할 경우 有効醫療需要는

더욱 높아질 것을予想해야 한다.

• 医療需要增大에 있어서 생각되어야 할 다른 原因은 中産層以上에서의 高級醫療要求인 것이다. 이들階層은 거의 大部分이 醫療保險이 対象人口가 되어 靑만한 水準의 醫療서비스는 保險으로 處理되기 때문에 醫療費負擔能力에의 餘裕가 보다 高級화된 需要로 나타날 可能性 또한 排除할 수 없다.

따라서 尙後의 政策課題中の 하나는 이러한 增加되는 醫療需要와 高級化 될 醫療需要에 어떻게 效果的으로 處理할 수 있는가 하는데 있다.

(2) 需要增加를 充足시킬 供給能力培養

急増하는 醫療需要를 充足시키기 위해서는 醫療産業의 供給能力이 培養되어야 한다. 醫療産業의 供給能力을 補充키 위해서는 産業의 構成要素別로 供給能力이 補充되어야 한다. 醫療産業은 人的資本인 醫師, 藥師, 看護員, 醫療技士 등과 物的資本인 病醫院과 病床, X-ray 촬영기 등과 같은 施設 그리고 中間財에 屈하는 醫藥品이나 붕대, 솜등의 消耗品으로 区分할 수 있다.

먼저 人的資本의 供給을 보면 醫療人力養成에 長期間이 所要되어 需要增加에 伸達하게 対応하기 힘든 點이 있다. 1982年 現在의 우리나라 醫師數를 外國과 比較해 보면 6章 <表 6-4> 및 <表 6-5> 에서 나타나는 바와 같이 相對的인 不足現象을 보이고 있다. 多幸히 1978年부터 医科大学 入學生數의 增員을 期하여 增加될 醫療需要에 対応해 왔으나 1990年代 初半까지는 增加되는 需要에 充分한 対応은 어려울 것이다. 한편 藥師의 경우는 現在의 供給이 過剩的이지만 尙後 增加되는 醫療需要를 勘案 小幅的인 增員으로 対応가 可能할 것이다.

物的資本의 경우 病醫院建造이나 病床數의 增加는 거의 民間資源에 依存하고 있기 때문에 이 分野에서 民間資源이 增加되는 需要에 充分히 對應하기에는 相當한 어려움이 予想된다. 특히 6章 <表 6-10> 에서 人口 10,000名當 病床數의 國際比較를 할 때 우리나라는 相對的으로 顯著한 施設의 不足現象을 보이고 있어 늘어나는 需要에 對備키 위해서는 莫大한 投資負擔을 予想해야 한다. 勿論 長期的인 觀點에서 볼 때 需要增加가 있으면 物的資本의 補充을 통한 供給增大가 뒤따를 것이겠

지만 病醫院의 建立과 病床이나 其他 器資材를 각추는 데는 莫大한 財源이 所要되기 때문에 醫療産業이 이를 勤當할 能力이 있는지는 問題視된다. 아울러 農漁村地域에서의 醫療施設補充을 위해 如何히 民間資源을 誘致할 수 있을지는 醫療均霑化와도 結付되는 向後 課題인 것이다.

마지막으로 中間財에 屬하는 医薬品의 生産에서는 大部分의 生産施設이 零細性を 免치 못하고 있으며 原料를 輸入해서 使用하는 形便이다. 그리고 流通上의 問題點까지 간직하고 있어서 低廉한 價格으로 充分한 供給이 可能한지는 檢討되어야 할 課題이다.

(3) 供給不均衡으로 인한 醫療費上昇

需要增加와 供給의 非彈力性은 結局 醫療費上昇을 誘發케 한다. 1977年 醫療保險制度가 導入되어 醫療需要가 急増한. 以後의 醫療費價格指數에 對한 分析이 없기 때문에 需要增加가 醫療費에 미친 影響을 明確히 計劃할 수는 없지만 1971年 以後 1977年까지의 醫療費價格指數를 <表 3-4>에서 살펴보면 消費者物

<表 3-4> 医療費價格指數比較

年 度	消費者物價指數	醫療費價格指數
1971	100.0	100.0
1975	180.0	309.0
1977	228.0	555.0

資料：第5次 經濟社會發展50年計劃(保健醫療 및 社會保障部門計劃), 1981

價指數에 비해 현저히 높은 價格上昇現象을 보여준다. 그러나 1977年以後의 추세를 <表 3-5>를 통해 家

<表 3-5> 都市家計醫療費負擔推移

年 度	都市家計所得	都市家計醫療費
1970	100.0	100.0
1975	232.6	281.9
1981	997.0	1,557.8

資料：經濟企劃院, 都市家計年報, 各年號

計醫療費負擔으로 間接的으로 推定해 보면 醫療費의 上昇이 매우 急激했음을 알게 한다. 勿論 醫療費의 上昇

要因의 供給不均衡에만 있는 것은 아니지만 向後 우리 나라의 保健醫療費의 上昇趨勢는 만약 適切한 對應對策이 없을 경우 매우 加速化될 것으로 展望된다.

4 醫療費調達體系의 不合理性

現在 우리나라 國民 100人의 醫療費調達方法은 醫療保險, 醫療保護, 全額自費負擔의 세가지 形態로 되어 있어 自費負擔 對象者는 醫療保險이나 保護受患者와 比較할 때 衡平의 原則에서 벗어나는 矛盾性을 나타내고 있다. 특히 醫療保險加入者는 才2種의 示範地域 醫療保險加入者를 除外하고는 大部分이 固定 月給生活者로 生計에의 威脅이 없는 階層으로써 保險料의 半을 企業이나 政府가 分擔해 줌으로써 醫療費의 輕減惠沢을 받고 있다. 이에 반해 醫療保險 未加入者는 農漁村住民이거나 都市에서의 自營業 내지 零細低所得階層으로 醫療費負擔에 經濟力의 限界를 지나는 階層으로써 實際적으로 醫療費의 輕減惠沢을 받아야 할 階層이 外面當하는 矛盾性이 있다. 이와 아울러 醫療保險實施로 인한 醫療費增加가 醫療費를 上昇시키는 要因으로 作用하는데다 醫療保險의

酬價는 統制 되고 있기 때문에 自然 医療費上昇分이 一般酬價에 轉嫁되어 醫療費負擔에 限界를 지나는 階層이 逆으로 醫療費上昇分을 모두 負擔해야 하는 逆進現象을 招來하는 不公平을 간직하고 있다.

上記와 같은 醫療保險加入者와 非加入者間의 衡平性問題 以外에도 醫療保險加入者內에서도 1種, 公敎와 地域 醫療保險加入者間의 衡平의 問題가 惹起된다. 즉 1種 및 公敎에서는 保險料의 半을 本人이 負擔하면 되나 2種에서는 金額을 本人이 負擔해야 하는 不公平이 內在한다. 勿論 2種에 있어서는 組合運營費를 全額 國庫補助하는 支援이 있지만 組合運營費負擔과 保險料의 半負擔과는 比較될 수 없는 것이다.

특히 1種의 保險料 企業負擔分은 企業損費로 處理되며 公敎의 保險料 政府負擔分은 國家財政에서 支出되는 點을 勘案한다면 實質적으로 1種 및 公敎의 企業 및 政府負擔分은 全國民이 이들 特殊階層의 保險料 半을 分擔해 주는 結果가 되어 所得再分配라는 原則에서 矛盾性이 指摘될 수 있다.

醫療費調達上의 所得再分配 또는 階層間 衡平의 問題

以外에도 医療保險制度上の 問題点を 보면 1種医療保險組合이 1461의 單位組合에 의해 獨立採算制로 運營되고 있어 統一化가 되지 못하여 赤字組合에 대한 支援方法이 없는 것이다. 만약 赤字組合에 대해 이들 組合만 保險料率을 올릴 경우 黒字組合과 赤字組合間의 保險料率 差等に 따른 不平이 高潮될 우려가 있으며, 이러한 統一性 欠如는 保險이 追求하는 危險分散을 制限하고, 1種內에서도 所得再分配 效果를 輕減시키며, 資金의 效率的 活用을 가르막게 하는 問題点이라 하겠다.

이러한 保險制度上の 問題点에도 不拘하고 現在의 非加入者(즉 2種対象者)를 醫療保險에서 充分히 包括할 수 있는 方案이 있다면 多幸이겠으나 現行의 方法을 통할 경우 政府의 莫大한 財政支出 없이는 才2種 地域醫療保險은 拡張할 수 없다는데서 問題는 더욱 深刻한 것이다. 따라서 向後의 課題는 才2種 地域醫療保險 対象者를 모두 包括하면서 前述한 衡平의 矛盾性을 解決해 나가야 하는 것이다.

5. 社会 및 産業構造變化에 따라 漸增될 保健問題

(1) 成人病, 老人病, 精神病 등 非伝染性 疾患의 漸增

継続적인 經濟發展과 더불어 医学 및 保健 技術의 發達, 그리고 公共保健事業의 充實으로 傷病樣相은 顯著히 變化될 展望이다. 結核을 除外한 呼吸器系疾患과 性病을 除外한 感染性疾患의 發生은 顯著히 低下될 것이다. 특히 1次保健醫療事業과 公共保健事業의 充實은 予防可能한 伝染性疾患을 漸次的으로 退治시킬 것이며 非伝染性疾患 및 公害로 인해 派生될 特殊疾患이 增加될 것으로 展望된다. 生活樣式의 變化, 食生活改善, 레크레이션活動의 多樣化 등에 따른 傷病樣相의 變化 또한 予想되며 특히 人口의 老齡化現象에 따라 慢性退行性疾患인 成人病, 老人病이 漸增될 것으로 展望된다. 病名으로 分類한다면 消化器系疾患, 惡性新生物(癌), 심장병, 高血壓性疾患, 지질증, 당뇨병, 근육계통질환, 신경통 및 감각기疾患 등이 增加할 것으로 展望된다. 10章의 <表 10-13>을 中心으로 우리나라의 死因別 相對頻度を

살펴보면 伝染性疾患에 의한 死亡은 漸次 減退하는데 반해 慢性退行性疾患에 의한 死亡이 相對적으로 增大하고 있는 추세에 있다. 특히 美國이나 日本의 死因別 頻度を 볼 때 向後의 우리나라 傷病樣狀이 前述한 바와 같은 疾病으로 轉換될 것을 示唆한다.

經濟成長에 의한 産業化로의 轉換과 都市人口集中의 持續化는 人間의 疏外問題를 換起시켜 産業化, 都市化에 適應하지 못하는 階層에 있어서 精神疾患問題를 提起시키게 한다. 특히 少子女價値觀과 核家族化의 展開, 아파트中心의 生活環境變化에 따른 폐쇄적 이웃關係, 老齡人口增加에 따른 老人疏外 등 人間關係의 變化와 같은 産業社會가 招來하는 社會的 病理現象이 向後에는 더욱 加速化될 展望이다. 이와 아울러 中3의 물결이라는 情報社會의 出現은 既存의 宗教體系마저도 흔들림을 받을 것으로 予想되어 情報社會가 주는 衝擊으로 인한 精神疾患問題 또한 深刻한 것으로 展望되어 이에 대한 對應戰略이 마련되어야 할 課題라 하겠다.

(2) 事故 및 産業災害의 增大

交通手段의 急激한 飛達로 인한 交通事故, 産業化의 促進에 따른 産業災害는 날로 增加하고 있다. 例를 들면 우리나라의 交通事故로 인한 年間死亡者는 1970年 3,000名에서 1980년에는 6,000名으로 10年間 2倍로 增加하였다. 특히 1980年代에 들어서 自家用乘用車의 急激한 增加趨勢를 勘察할 때 交通事故로 인한 災害는 深刻하게 提起되는 問題이다.

産業場에서의 災害者數도 1970年 37,752名에서 1980年 113,375名으로 10年동안 3倍로 增加하였다. 특히 1980년에는 우리나라의 産業構造가 棧械·化學工業分野로 飛達할 경우 産業災害는 더욱 增大될 展望이다. 그러나 한편으로 樂觀적으로 展望할 수 있는 點은 로봇가 登場하여 危險한 部分의 作業過程을 專担한다면 産業災害問題는 予想보다 微弱할 것이다. 그러나 로봇에 의해 直接的인 災害를 防止한다해도 慢性的으로 오는 職業病問題의 深刻성은 保健醫療部門이 担当해야 할 課題이다.

交通事故나 産業災害以外에도 各種 工事場에서의 安全

事故, 그리고 工産品의 安全管理 不充分에서 오는 事故 등의 問題도 看過할 수 없다. 工産品生産에서의 작은 不注意, 道路補修工事나 電氣, 水道工事 등의 작은 不注意에서 오는 不意의 事故 등의 安全問題 또한 向後에는 改善되어야 할 事項中の 하나다.

(3) 性倫理의 開放風潮에 따른 問題

産業化, 都市化와 함께 大衆媒体, 서어비스業의 發達로 傳統的 價值觀의 葛藤問題가 提起되었고 이는 性倫理에 있어서도 開放風潮로 進展되고 있다. 특히 靑少年의 異性交際의 普偏化로 靑少年層의 性問題 또한 深刻해 질 展望이다. 이러한 性倫理의 開放化는 必須的으로 性病의 擴散과 私生兒라는 社會問題를 惹起시킬 것이다.

性病問題는 抗生素의 開發에도 不拘하고 性病의 抗原體가 變化하여 새로운 性病을 發生시키고 이것이 擴散될 可能性이 있으며 더구나 1980年代의 海外旅行自由化로 國際的인 性病까지 傳染될 可能性이 있어 保健醫療分野에서 深刻히 處理해야 할 課題가 될 것이다.

性開放이 낳을 婚外出産은 사생아문제라는 社會問題로 변질 것이며 이들을 保護하고 이들에게 家庭을 갖게 해 주는 問題 또한 쉽지않은 課題가 될 것이다. 婚外出産以外에 性開放은 家庭破綻을 일으킬 可能性이 있어 破綻된 家庭의 子女양육을 芻시하여 社會的인 保護라는 새로운 課題의 抬頭가 予想된다.

6 環境汚染의 深化와 保健問題

急激한 人口의 增加 및 都市集中, 産業化의 過程은 環境汚染源인 燃料消費量, 生活下水, 工場廢水, 固体廢棄物을 增大시키게 했으며, 이러한 現象은 産業構造가 完全한 情報産業으로 轉換되기까지는 持續될 展望이다. 특히 自動車, 各種産業場, 火力發電, 暖房施設의 增加로 인하여 燃料의 消費增加가 予想되고 있으며, 原子力産業의 拡張으로 인한 放射能汚染問題의 增大, 그리고 農藥使用의 增大로 인한 農産物의 有害化學物質汚染 등이 增大될 展望에 있다.

大氣汚染은 大都市와 工場密集地域에서 이미 時急한 政策課題로 登場하고 있다. 서울地域의 降下분진의 경우

世界保健機構의 許容値인 $150 \text{ ton}/\text{km}^2/\text{月}$ 을 이미 超過하고 있으며 아황산가스의 濃度는 1976년부터 이미 許容基準을 上廻하여 繼續해서 增加하고 있다. 이러한 大氣汚染은 其他 工業都市로 拡大될 可能性이 予見되며, 氣候의 逆轉 霧 煙 霧 現象 등을 통해 國民保健을 危害할 展望이다.

人口增加와 産業化는 生活下水 및 産業廢水의 排出量을 增加시켜 水質을 汚染시키고 있다. 全國의 産業用水 需要量은 1968年 5.32億 ton, 1976年 19.96億 ton, 1987년에는 30.49億 ton으로 急增해 왔으며, 80年代以後에는 産業構造面에서 金屬, 機械, 化學部門 등의 構成比가 높아질 것으로 予想되므로 工業用水 需要量에 比例하여 廢水量이 增加될 展望이다. 生活下水도 急增하고 있으며 분뇨를 통한 下水汚染 合成洗劑使用의 增加 등 水質汚染問題는 向後에도 減少되기 어려운 展望이다. 水質汚染은 産業廢水나 生活下水以外 農藥使用에 의해서도 提起되는 것으로서 1ha當 農藥使用量이 1965年 5.6g에서 1975年 30.04g으로 지난 10年間에 約 5倍以上이 增加되는 등 向後에도 이러한 추세가 持續

될 展望이다. 農藥에 의한 汚染은 水質汚染以外에도 農産物에 대한 残留有棧物에 의한 問題까지 提起시키게 한다.

大氣, 水質, 農藥汚染以外에도 向後 크게 予想되는 汚染은 放射能과 情報通信産業 飛達로 인한 이온現象으로 나타나는 諸般問題들이다. 大氣를 形成하는 化學分子들이 多樣하게 排出되는 電波들에 의해 이온反應을 일으킬 때 惹起될 氣象異變 등과 같은 諸問題는 保健에의 深刻한 危害要因으로 作用할 展望이기 때문에 이에 대한 適切한 對應策이 向後의 重要な 保健分野의 課題이다.

第4章 長期發展目標 및 基本方向

第1節 2000年을 向한 長期發展目標

保健醫療部門에서 追求될 發展目標은 國民健康의 維持 增進으로 要約될 수 있다. 世界保健機構의 憲章이 定義하는 健康이란 肉體的으로 疾病없는 狀態뿐 아니라 社會的, 精神的으로 安寧한 狀態를 意味한다. 따라서 國家가 追求해야할 保健醫療分野의 窮極的 發展目標은 國民의 肉體的, 社會的, 精神的 安寧의 維持, 增進이라 하겠다. 그러나 肉體的, 社會的, 精神的 安寧이란 극히 抽象的인 概念으로 時代狀況이나 社會構造, 經濟水準에 따라 國民의 要求度가 달라질 수 있는 相對的인 水準인 것이다. 특히 國家發展水準이 낮아 經濟水準이 낮을 때는 健康에 대한 國民要求度 또한 基本的인 疾病이나 事故로 부터의 保護에 限定될 수 있으나 經濟水準이 높아 짐에 따라 이에 대한 要求 또한 漸次 높아지게 마련이다. 한편 健康을 要求하는 國民은 바로 國家의 가장 高貴한 人的資產의 役割을 갖기 때문에 健康水準이 높은 國民을 갖는 國家일수록 國家發展의 潛在力이 뛰어나다 하겠다.

이러한 角度에서 볼 때 國家發展이 앞선 나라일수록 國民은 보다 높은 健康水準을 享有할 수 있으며 이러한 나라일수록 國家의 發展潛在力 또한 높히 評價될 수 있을 것이다. 따라서 長期發展構想에서 생각할 수 있는 保健醫療分野의 發展目標로 가장 優先的 課題는 國家의 發展範圍限界內에서 國民에게 最大의 健康生活를 享有할 수 있는 政策構想이라 하겠으며 이러한 構想을 통해 國民 卽個人이 健康한 人的資產으로의 機能을 다 함으로써 國家의 持續的 發展을 圖謀하는데 寄與케 하는 것이라 하겠다. 이를 보다 具體적으로 記述하면 다음과 같다.

1. 保健醫療서비스 擴充을 통한 國民基本需要充足

健康이란 國民 누구나가 人間의 抱負를 達成하려는 데 그 基本이 될 뿐만 아니라 태어날 때부터 良質의 生活를 渴求하는 人間의 念願을 뒷받침하는 가장 基本이 되는 權利로서 衣食住에 못지않게 重要한 生存을 위한 人間의 基本需要中에 하나라 하겠다. 이에 우리나라 憲法 第34條 2項에서는 「모든 國民은 保健에 관하여 國家의 保護를 받는다. 라고 明示함으로써 保健에

대한 國家保護敎을 規定하고 있다. 따라서 保健醫療部門의 長期發展目標에 있어서 最優先이 되는 課題는 이와 같은 人間基本欲求를 充足시킬 수 있는 保健醫療서비스를 擴充시키는데 있다. 그러나 健康에 대한 國民의 要求는 無限定하여 특히 個人間 또는 階層間에 相對的 要求度 또한 多樣하여 一律적으로 모든 國民에게 願하는 서비스를 모두 提供한다는 것은 現實적으로 不可能하다. 이 點에 留意하여 本長期發展目標가 設定하는 서비스擴充은 可能的 範圍에서 最大限의 서비스의 擴充을 期하도록 構想하되 특히 所得階層이나 居住地域에 不拘하고 國民누구나가 最少水準으로서의 1次保健醫療서비스만은 良質의 서비스를 享有할 수 있도록 構想하는데 第1次 目標를 두도록 한다.

2. 國民福祉均霑을 통한 社會衡平 提高

健康이 定義하는 바가 肉體的인 疾病이나 事故로부터의 保護뿐만 아니라 社會的, 精神的 安寧을 包括하고 있는바 保健醫療分野의 事業領域 또한 이에 맞추어 保健醫療서비스를 中心으로 하여 社會福祉서비스등이 包括되어야 한다. 따라서 保健醫療서비스나 社會福祉

서어비스는 廣意的으로 國民福祉의 擴充이라는 次元에서 다루어 질 수 있다.

國民福祉次元에서 다룰 때 福祉政策의 焦點은 量的爲主成長政策의 補完策으로서 國家發展維持에 주어질 수 있다. 우리나라는 지난 期間 高度成長政策의 結果에 힘입어 絶對食困問題는 크게 解消 되었으나 成長惠澤의 分配에 있어서 社會階層間의 衡平이 沮害되어 相對食困問題를 提起하고 있다. 이러한 相對食困問題는 바로 社會的인 不安要因으로 作用케 되어 이를 円滑히 解決치 못하면 調和와 均衡을 깨뜨려 長期的인 國家發展에 큰 沮害要因으로 作用케 된 것이다. 이러한 量的成長爲主政策의 副産物인 相對的食困問題를 受容 解決하는 主要方法으로 保健醫療部門을 活用할 수 있다.

上記와 같은 角度에서 保健醫療部門의 長期發展目標의 하나로 福祉均霑化를 提示할 수 있으며 福祉均霑化는 바로 成長惠澤의 公平한 分配를 통한 階層間의 相對食困問題를 緩和시킴으로써 社會的 不安要因을 除去하는 것이다. 특히 疎外받기 쉬운 階層(老人, 癱疾者, 心身障礙者, 傷害者, 無依無托, 無能力者 등)도 成長惠澤을 받게 함으로써 韓國民으로서의 自負心을 심어주며, 社會的 不安

要因을 除去할 수 있게 하는데 그 目標을 둔다.

3. 環境改善 및 汚染管理로 快適한 生活與件造成

保健医療서비스가 아무리 充實되어 國民이 要求하는 서비스水準을 維持한다해도 生活環境의 破壞는 健康을 沮壞시키고 疾病을 불러일으킬 뿐아니라 精神的 安寧을 해치는 것으로 快適한 生活環境造成은 保健医療分野의 매우 重要的 目標이 된다. 특히 憲法 第33條는 「모든 國民은 깨끗한 環境에서 生活할 權利를 가지며, 國家와 國民은 環境保全을 위하여 努力하여야 한다」고 明示함으로써 環境問題는 國民의 權利이며 또한 義務임을 規定하고 있다.

向後 予想되는 人口增加, 工業化, 都市化의 趨勢를 勘案할 때 深化될 環境汚染에 대한 對應策을 樹立하지 않을 때 國民의 健康生活維持는 不可能한 것이다. 더구나 生活環境改善이 根本적인 疾病의 予防手段인 同時에 国土空間利用의 効率性を 提高시킨다는 意味에서 保健醫療分野의 長期發展目標로서의 環境改善 및 汚染管理는 余他目標에 劣지않는 意義를 지닌다.

4. 健康水準向上을 통한 成長潛在力 涵養

敎育, 및 技術水準의 培養과 健康水準은 並行되는 人間資本育成策이다. 健康水準向上을 통한 人間資本育成은 우리나라와 같이 人的資本에 國家發展을 依存하는 國家로서는 매우 重要한 發展戰略인 것이다. 비록 短期的으로는 保健醫療서비스에 대한 支出이 浪費的인 支出으로 認識될 수 있으나 保健醫療費의 適切한 投入으로 國民健康水準을 向上시킬 때 한편으로는 醫療費支出의 拡大를 窮極的으로 阻止하는 方便이 될 것이며, 다른 한편으로는 人間資本育成을 통한 成長潛在力을 涵養하는 源泉이 되는 것이다. 그러나 留意할 點은 一部 西改諸國에서 過度한 國家醫療費支出을 위한 過重한 稅制는 勤勞인센티브를 빼앗아감으로써 오히려 國家發展의 逆機能으로 作用했다는 點을 勘察하여 우리나라의 經濟力에 合당한 發展構想을 構築토록 해야한다.

第2節 長期發展構想의 基本方向

1. 合理的인 保健醫療體系의 定着에 의한 效率性 및 公益性提高

保健医療서비스는 公共財로서의 機能을 하고있는 點에 立脚. 合理的인 政府의 企劃·調整體系를 導入함으로써 自由放任體制로 인하여 派生되는 諸問題點을 拂拭시키도록 한다.

保健醫療部門이 國家政策의 여러部門가운데서 가장 많은 問題點을 간직하게 된데에는 從來의 政策展開가 民間資源에 一任하는 形態의 自由放任體系로 放置한데에 한 原因을 찾을 수 있겠다. 保健醫療部門은 敎育과 마찬가지로 國民누구나가 所得水準이나 地域隔差에 不拘하고 一定水準에서는 이를 享有할 權리가 있는 것이기 때문에 自由放任體系로 發展을 圖謀할 수는 欲으며 政府의 適切한 企劃·調整體系를 導入하여 均濫化, 良質化, 低廉化를 圖謀하도록 함에 留意도록 한다.

政府役割을 強化함에 있어 留意할 첫째 事項은 政府干涉으로 인해 民間資源의 創意力이 위축되거나 保健醫療資源配分의 歪曲化를 招來함으로써 國家發展이 沮害되지 않도록 留意한다. 政府干涉에 있어 다음으로 留意해야 할點은 바로 急進的인 制度變革의 排除라 하겠다. 아무리 좋은 社會制度라 해도 이를 一時的으로 導入한다거

나 既存制度와 交替할 경우 社会的 轉換費用 (cost of change)의 支出은 莫大한 것이 된다 따라서 本構想에서 提起되는 事項들을 政策化함에 留意해야 할 事項은 바로 社会的 轉換費用의 極少化이다. 이러한 點에서 政府役割이 担当해야 할 主要分野는 다음과 같다.

1. 成長惠沢의 公平한 分配라는 次元에서 保健医療 서비스의 均霑化를 위한 企劃機能의 強化
2. 低廉한 費用으로 医療, 福祉서비스를 扩充할 수 있는 制度의 開發
3. 先進醫療技術水準에서 落後되지않는 技術水準 維持 策 講究
4. 民間資源이 參與하기를 거리는 分野에서의 投資
5. 民間企業의 지나친 營利追求行爲로 派生될 公害와 같은 國民健康沮害要因의 事前對備策 講究
6. 民間醫療機關의 지나친 營利追求行爲로 인한 醫療不信風造 등 醫療公益化 沮害要因의 事前對備策 講究
7. 醫療事故에 대한 公正한 管理体系의 마련
8. 適正診療의 保障을 위한 制度的裝置의 運用
9. 企業 및 地域社會單位上의 醫療福祉推進誘導

2. 最少限의 基本医療需要 保障을 위한 制度的裝置 開發

成長惠沢의 再分配를 保健医療分野에서 實現시킬 수 있는 捷徑은 最少限의 基本医療需要만은 國民 누구나가 適期에 良質의 서어비스를 保障받을 수 있도록 制度的 方案을 構築하는 것이다. 保健医療에 대한 國民要求는 매우 無限定하여 個人間 또는 階層間에 相對的인 것이기 때문에 最少限의 醫療需要를 明確히 区分함은 힘든 일이나 本長期構想에서는 적어도 國民基本權利로서 1次 保健醫療水準에서의 保健醫療需要를 優先적으로 保障하도록 하는데 留意하도록 한다. 1次 保健醫療 서어비스를 強化함은 基本醫療保障의 效果 뿐만 아니라 重症疾患의 發生을 抑制시킬 수 있는 效果를 지녀 窮極적으로 國民醫療費를 節減시키는 期待效果 또한 지니게 된다.

이와 같은 基本醫療需要를 充足시키기 위한 制度的裝置 마련의 基本方向은 國民의 醫療費負擔面에서의 裝置와 서어비스 供給體系面에서의 裝置를 考慮할 수 있다. 醫療費負擔面에서 構想할 수 있는 裝置는 全國民醫療保險化이며 醫療供給體系面에서 構想할 수 있는 것으로서는

1次保健医療를 強化할 수 있는 人力養成體系의 確立, 保健所 및 支所網의 拡充이나 運營改善과 같은 公共機能의 強化, 1次保健醫療의 強化를 통한 地域單位 및 家庭單位 健康管理體系의 確立 등의 方案들을 考慮할 수 있겠다.

上記와 같은 基本醫療需要의 充足위에 보다 上位的인 醫療需要와의 合理的인 連結을 위해 醫療伝達體系網의 構築 또한 長期的인 發展方向에서 考慮되어야 한다.

3. 保健醫療서비스 均霑化를 위한 合理的인 資源配置
國民 누구나가 適期에 良質의 基本醫療需要를 保障 받고 同時에 上位醫療需要와의 合理的인 連結을 통한 円滑한 保健醫療서비스를 供給키 위한 가장 基本的인 前提要件의 하나는 醫療資源의 適正確保라 하겠다. 醫師를 비롯하여 看護員, 醫療技士, 藥師 등과 같은 醫療人力의 均衡的인 供給은 勿論 病院, 醫院, 特殊病院과 같은 施設物의 確保, 醫藥品이나 醫療器械 등의 中間財生産基盤의 造成 등의 資源確保方案을 마련코자 한다.

確保되는 保健醫療資源은 地域的으로 均衡配置되지 않으면 資源의 効率性이 低下될 뿐 아니라 保健醫療서비스

비스의 均霑化目的을 造成키는 어려워진다. 이에 本長期 構想이 追求하는 바는 保健醫療資源의 配置를 國土綜合 開發計劃과 結付시켜 地域發展速度를 勘案하여 均衡配分 도록 留意하였다.

資源의 地域間配分の 合理化를 통해 醫療資源의 偏在 를 解消하여 醫療에 대한 住民의 接近度를 容易로 容易로 함과 아울러 留意코자 하는 것은 基本的 保健醫療要求 가 地域에 따라 相異할 수 있다는 點이다. 때문에 地域單位 保健企劃體系의 導入이 前提되어야 하며 保健醫療事業이 보다 効率的으로 地域住民에게 接近되어지기 위해서는 他地域社會開發政策과 併行推進될 수 있는 事業模型을 開發함으로서 地域社會內의 모든 資源이 適切히 開發活用될 수 있도록 留意한다.

4. 國家經濟能力에 符合하는 福祉醫療制度의 擴充

過度한 保健醫療費내지는 福祉費 支出이 國家長期發展에 沮害的 要因으로서 作用할 수도 있다는 것이 一部 先進國의 福祉社會指向政策이 빛은 敎訓이다. 이러한 先進國의 前轍을 밟지않기 위해서는 福祉·醫療政策을 導入함에 있어서 우리나라의 經濟能力을 勘案한 慎重하

고도 段階的인 制度補充에 留意토록 한다. 특히 留意코
자 하는 點은 일단 導入된 福祉·醫療制度는 縮少시킬
수 없는 일이기 때문에 向後에도 繼續될 國家防衛費등
의 費用을 勘案하여 政府財政의 大幅的인 增大는 期待
키 어렵다는 點이다.

上記와 같은 制約條件下에 있지만 向後 우리나라 社
會의 發展速度와 國民들의 福祉·醫療에 대한 漸增하는
要求度를 勘案할 때 우리의 實情에 合당한 制度의 開
發이 考慮될 수 있다. 例示的인 制度로 老人들의 生活
依託과 老人疾患을 同時에 對備할 수 있게하는 養老醫
療院制度나 精神薄弱者나 肢體不自由者에 대한 再治醫
療院制度를 위시하여 保健醫療事業組織內에 福祉事業組織의
包含토록 하여 福祉事業과 保健醫療서비스의 複合的인
供給方式 등에 留意토록 한다.

5. 工業化, 都市化에 對備하는 環境管理基盤의 造成

急激한 人口增加, 都市化 및 工業化로 부터 惹起되는
生活環境에 대한 威脅으로부터 健康을 保護치 못한다면
保健醫療서비스 供給體系가 아무리 잘 갖추어진다해도
円滿한 國民健康維持는 不可能해진다. 따라서 環境改善이

나 汚染管理를 위한 投資는 決코 浪費的인 社會費用이 아니라는 點에서 向後 保健醫療政策展開에 있어서 汚染管理에 많은 努力을 投入할 수 있는 裝置들을 講究하도록 한다. 그러나 汚染管理는 保健醫療政策의 次元에서만 結果를 맺을 수는 없다는 點에 留意 産業開發計劃이나 國土開發計劃과의 綜合的인 連繫體系下에서 이루어지도록 講究하며 특히 環境汚染을 發生시킴으로 인해 利益을 보는 集團으로 하여금 그 管理費用을 負擔하도록 하는 制度的裝置 (例示: 環境汚染稅 등) 를 強化하도록 한다. 이와 함께 保健醫療側面에서는 1次保健醫療事業과 生活環境改善事業이 連繫體系를 갖추도록하여 地域社會開發의 主要戰略의 하나로 環境管理가 이루어지도록 留意한다.

6. 健康生活를 享有키 위한 科學的인 健康增進策 마련

健康增進에 앞서서 생각해야 할 課題는 各種 事故 또는 災患로 부터의 健康保護인 것이다. 向後의 우리나라 社會는 自動車의 增加, 産業化의 加速化 등으로 인해 事故나 産業災患는 더욱 頻發할 것이며 이에 대한 安全裝置가 制度的次元에서 講究되도록 함으로써 事故 및 災患에 따른 不具, 痙疾등을 防止하여 國民健康을 保護

할 수가 있다.

뿐만 아니라 情報産業社會로의 轉換과 같은 變化되는 狀況에서 人間이 갖는 「스트레스」나 不安의 深化는 飲酒, 吸煙을 增大시킬 것으로 予想되고있어 過多한 飲酒 및 吸煙등으로 부러의 健康保護問題 또한 本長期構想에 講究될 事項이다.

上記와 같은 健康保護뿐만 아니라 健康增進을 위한 食生活改善과 같은 營養改善事業의 推進과 함께 運動施設 및 레저施設의 拓充이 企業體單位 또는 地域社會 單位로 이루어질 수 있도록 誘導토록하며 특히 健康生活化를 國民모두가 누릴 수 있도록 하는 保健敎育 또한 構想토록 한다.

第2編 長期發展을 위한 主要政策構想

- 第5章 保健醫療組織體系의 整備
- 第6章 保健醫療資源의 需給合理化
- 第7章 保健醫療人力 開發體系의
再定立
- 第8章 保健醫療費 調達體系의 合理化
- 第9章 段階別 保健醫療서비스 利用 및
供給體系 構築
- 第10章 保健醫療서비스 強化
- 第11章 社會福祉事業의 強化
- 第12章 環境改善 및 公害防止
- 第13章 食品 및 醫藥品 管理體系 改善
- 第14章 保健醫療管理 情報體系의 確立

本編은 長期發展構想의 基本方向에 立脚하여 主要政策手段을 講究토록 하였다. 主要政策手段의 編成은 크게 세가지 部門으로 나누어서 첫째 部門은 政府의 企劃·調整의 方法에 대하여 考察토록 하였도록 하였으며, 둘째 部門은 企劃·調整의 對象이 되는 保健醫療 및 이와 關聯되는 事業內容에 관한 것이며, 셋째는 前記 두 部門을 支援할 수 있는 部門으로 하였다.

첫째 政府의 企劃·調整의 方法에 대한 것은 다시 5個의 章으로 나누었는데, 먼저 5章에서 保健醫療 및 이의 關聯事業內容들을 円滑하게 組織하고 管理토록 하는 事業組織體系에 관한것을 다루었으며, 6章에서는 이러한 事業組織下에서 人力이나 施設과 같은 資源의 供給調節에 관한것을 다루었으며, 7章에서는 醫療資源 가운데서도 가장 重要性을 갖는 人力을 어떻게 開發한 것인지를 다루었다. 保健醫療產業이 勞動集約的 性格을 벗어 버릴 수 없기 때문에 人力이 保健醫療分野 發展에 가장 核心的 要素라는 점에서 人力開發體系는 獨立된 章으로 長期構想을 試圖해 보았다. 마지막으로 8章에서는 醫療保險問題를 위시한 醫療費調達問題를 다루도록

했다

向後의 政策意志가 保健醫療體系를 自由放任體系에서 政府의 企劃·調整體系로 轉換하고자 하기 때문에 調整手段으로 活用될 수 있는 裝置로서 醫療費調達問題의 重要性이 抬頭되고 있다.

過去 우리나라 保健醫療體系가 自由放任的으로 發展되어 온 背景은 바로 醫療費를 利用者가 直接負擔하는 方式下에 있었기 때문에 保健醫療體系에 대해서 政府가 介入할 餘地가 없었던데도 한 要因이 있다. 이제 政府가 介入코자 함에 있어서 法令이나 行政力과 같은 物理的 手段에 의해 保健醫療體系를 整備하는 데는 相當한 限界가 있을 것으로 判斷되며, 다만 醫療費支給의 第3者支拂方法을 活用, 保險을 통해 醫療體系를 政府가 主導하는 方向으로 誘導 改編함이 妥當할 것으로 判斷되어 保險과 같은 醫療費調達問題를 別途의 章으로 다루었다.

9章은 所謂 醫療傳達體系로 通稱되는 서어비스 利用 및 供給의 段階化 問題를 다루었다. 이 章은 需要者側과 供給者側이 모두 現行 慣習에서 脫皮해야 하는 革新

的인 案으로써 前記 4章의 提案들이 實行될 때에야 可能해지는 어려운 課題이기 때문에 政策選擇에 신중을 期해야 할 뿐만 아니라 本章의 提案를 政策選擇으로 하지 양더라도 向後의 우리나라 医療政策이 指向해야 할 方向이 되지 않을까 하는 點에서 이 問題를 다루었다.

특히 이 章은 西紀 2000年을 반드시 目標로 했다가 보다는 그 以後에라도 우리나라 醫療界가 解決해야 할 課題가 된다는 點에서 重要性을 賦與하여 記述토록 했다.

둘째 部門인 保健醫療 및 關聯事業內容에 관한 것은 44章으로써 먼저 10章에서 保健醫療 서비스에 관한 것을 記述하였다. 保健醫療 서비스는 公共保健은 勿論 1次 保健醫療 및 保健教育을 包括하는 매우 廣範圍인 것이다. 11章은 社會福祉 서비스에 관한 것으로서 老人問題까지 包括토록 했다. 12章은 環境衛生에 관한 分野로 環境汚染管理를 中心課題로 다루었다. 環境衛生中 基礎環境衛生에 관한 것은 10章의 保健醫療 서비스에서 다루도록 하였다.

마지막으로 13章에서는 食品 및 医療品에 關聯된 서
어비스 內容과 그 産業의 育成方案을 中心課題로 하였는
바 이章은 서어비스 라는 事業內容的 側面과 이를 支援
하는 側面이 共存하는 分野라 하겠다.

마지막 部門인 支援體系는 14章으로 保健醫療情報體
系를 다루었다. 情報體系는 事業內容別로 支援分野인 同
時에 事業組織이나 管理에 대한 支援分野가 되는 것으
로써 앞의 9個章에 모두 關聯되는 重要な 役割을 하
고 있다.

第5章 保健医療組織體系의 整備

医科學 및 医療技術의 發展과 더불어 保健醫療 서비스의 內容이 漸次 複雜 多樣해지고 있기 때문에 여러 가지 面에서 性格을 달리하는 人力들이나 組織들 間의 分担 協助體系의 確立은 保健醫療機能의 円滑한 遂行에 必須的 要素가 되는 것이다.

이것은 保健醫療部門의 分業 및 協業體系를 合理的으로 編成하고 効果적으로 管理하는 것이 保健醫療 서비스의 效果, 效率 및 衡平을 提高시키는데 매우 重要함을 뜻하는 것이다.

그러나 우리나라의 保健醫療組織體系는 前編에서 살펴본 바와같이 自由競爭적으로 放置되어 왔던 關係로 公共部門과 民間部門, 公共部門內에서도 豫防機能과 診療機能, 民間部門內에서도 病院과 醫院, 그리고 醫療人力間에도 醫師, 藥師, 漢醫師, 看護員等等 間의 機能의 分担과 調和를 이루지 못하여 保健醫療 서비스 提供에 重複과 非效率은 勿論 需要者가 願하는 서비스 提供과는 距離를 둔 實情이다.

따라서 保健醫療部門이 長期的인 發展을 圖謀키 위한 가장 先決的 課題는 이처럼 自由放任的으로 放置되어은 人力이나 組織들에 대해 適切한 政府의 企劃·調整機能을 發揮하여 이들 人力과 組織들간의 分業·協業體系를 再定立시키는 것이라 하겠다.

어느 部門에 있어서도 人力이나 組織의 機能調和를 위한 編成과 管理에 관한 課題는 세가지로 大別할 수 있을 것이다.

첫째는 構成組織간의 關係를 合理的으로 調和시키는 것이며, 둘째는 個別組織의 健全한 發展을 圖謀하는 것이며, 마지막으로 이러한 組織體系를 管理하는 組織 및 機能의 發展策을 摸索하는 것이 되겠다. 이러한 視點에서 保健醫療部門의 組織體系를 再定立하고 發展시키는 方案을 摸索키로 한다.

第1節 保健醫療部門의 構造的 機能再定立

1 公共部門의 機能定立

醫療部門을 公共과 民間으로 大別할 때 우리나라는 現在 公共部門이 相對的으로 매우 위축되어 있음은 잘

알려져 있는 事實이다.

政府의 保健医療部門의 開發에 대한 優先順位가 낮았기 때문에 公共投資가 未洽했고 따라서 公共部門의 發展方向에 관하여 明確한 目標를 設定할 수 없었다는 데서 그 原因을 찾을 수 있겠다. 이와같은 現象은 아직 까지도 持續되고 있음이 否認할 수 없는 現實인 것이다.

政府는 第4次 經濟社會發展 5個年計劃을 樹立할 때 公共部門을 補充하여 民間部門에 대한 補充的 役割을 強化할 것이라는 方針을 定하였다. 그러나 이 政策決定을 具體化하여 實現하는데는 未洽하였음을 指摘하지 않을 수 없다.

따라서 公共部門의 役割과 機能을 分明히 設定하고 着實히 發展시켜가는 接近은 우리나라 保健醫療部門의 組織體系를 構造的으로 改善해감에 있어서 가장 重要한 課題의 하나이다. 公共部門이 担当해야할 機能을 具體적으로 提示하면 다음과 같다.

(1) 豫防保健活動의 擴大와 充實化

民間醫療機關이 自發적으로 豫防保健活動을 활발히

전개하기를 기대하기는 어렵다. 따라서 豫防保健事業의
주된 役割을 公共部門이 맡을 수 밖에 없는 것이다.

傳染性 疾患이 減少하고, 予防이 容易하지 못한 非伝
染性 慢性 病患의 比重이 상대적으로 增加함에 따라서
予防保健事業을 등한시 하는 誤導된 傾向이 생기고 있
으나 傳染性 病患이 尚存하고 있다는 뜻에서도 予防保
健事業의 重要性이 強調될 분아니라, 많은 慢性疾患의
予防保健活動은 必須적인 것이다. 高血壓, 肺癆, 子宮頸部
癌, 糖尿病 등이 그 例가 되겠다.

豫防保健活動의 具體적인 內容으로서는 保健教育, 予防
接種, 檢診, 家庭訪問에 의한 保健診斷, 登錄管理 등이 주
가 되겠으며, 이러한 活動을 뒷받침 할 수 있는 制度
的 接近方案 또한 다음과 같이 講究되어야 할 것이다.
医療保險에 의한 豫防給與의 擴大, 吸煙與否에 따른 保
險料의 差等賦課, 公共場所에서의 吸煙規制, 定期檢診의
充實化와 擴大 등이 손쉬운 例이다. 물론 이러한 機能의
強化는 各級 公共保健機關의 活性化가 前提되어야 할
것이다.

(2) 特殊疾患者들에 대한 診療

結核, 精神疾患, 癩病 등의 特殊疾患者들의 診療施設은 民間投資에 의해서 確保되기도 어렵거나 長期診療를 要한다는 事實 때문에 비교적 적은 費用으로 利用될 수 있어야 할 것이다. 뿐만 아니라 이러한 特殊疾患은 社會的 安寧과 國民健康에 影響을 미치는 바가 至大함으로 이들 特殊疾患者를 위한 醫療施設은 公共投資를 確保해서 營利를 追求치 않는 公共醫療機關에서 運營하지 않으면 안되는 것이다.

(3) 脆弱 人口階層에 대한 醫療供給

保健·醫療 서비스의 觀點에서 脆弱한 人口階層은 農漁村住民과 都市零細民으로 大別될 것이다. 農漁村地域에 適切한 水準의 醫療供給能力을 確保해서 유지하는 課題를 民間部門에게만 맡겨서는 해결될 수 없음은 先進國의 體驗에서도 알 수 있다. 따라서 農漁村住民에 대한 醫療供給은 公共部門의 主導下에 이루어져야 하겠다.

都市地域에서는 醫療資源은 充分하나 經濟的, 社會文化的 條件이 適正水準의 醫療利用에 장벽이 될 것이다. 零細民階層의 경우 이러한 장벽은 더욱

심각할 것인 바, 公共部門의 努力에 의해서만 이러한 問題를 解決하는 실마리가 잡힐 것으로 봄이 옳겠다.

(4) 適正医療에 관한 基準의 開發

醫學 및 醫療技術의 急速한 發展에 따라서 効果가 確立되지 않은 診斷方法 및 治療方案이 자주 쓰이는 경향이 있음은 世界的 趨勢이다. 그러나 우리나라에서는 診療藥品을 包含한 其他 方法의 科學的 評價가 充分히 實施되지 못하고 있는 형편이다. 社會的 費用-效果面에서는 價値 있는 일이나 個別 醫療機關에게는 誘권이 없는 이러한 活動은 國立大學校 附屬病院을 中心으로 한 公立病院이 主軸이 되어 推進되어야 할 것이다.

2. 分業 및 協業체계의 合理化

醫療체계의 重要한 構造的 性格의 하나는 專門化의 정도가 다른 醫療機關들 사이의 連繫關係가 어떤 分業體制와 協業체제를 형성하고 있는가에 의하여 결정된다.

우리나라에서는 綜合病院, 病院 및 醫院間에 原則적으로 機能分화가 이루어져 있지 않고 患者나 人力에 대한 競爭이 불가피하여 施設 및 裝備의 重複과 浪費를

招來하는 것으로指摘되고 있다.

이와 같은機能未分化에서緣由하는 또 하나의問題點으로서患者의不合理的醫療機關選擇을 들 수 있다.輕微한疾患의患者가 직접綜合病院을 찾음으로써浪費要因이 되는反面에,病院의施設과人力을要하는患者들이 계속醫院에서不適切한治療를 받는 일이 있는 것으로 알려지고 있다.

醫療機關間의分業 및協業體制가合理化되어 있지 못한채 이루어지고 있는 경쟁의副作用은利用者들의合理的選擇能力이 결여되어 있다는데根本的原因이 있다고 볼 수 있다.그러나利用者들의情報나知識을增加시키기란 응이한 일이 아니며, 또個人이經營主體인醫療機關이主流를 이루고 있는狀況에서相互關係를機械的方法으로 급속히再定立한다는 것도 거의不可能할 것으로 내다 보인다.따라서醫療機關間에現在와 같은關係가形成되도록作用한醫療內外的要因들을考察하여合理化를 위한接近이 다음과 같이多角的으로 이루어져야 할 것이다.

(1) 地域別 医療機關의 類型別 構成의 合理化

利用者들의 生活圈內에 1次 및 2,3次 醫療機關이 類型別로 適正數가 配置되어 있다면 利用者들의 地域間 移動에 의한 醫療追求는 減少되어 利用者들의 便宜는 勿論 醫療資源도 効率的으로 活用될 수 있을 것이다.

이러한 配置가 可能해진다면 醫療機關들도 同一圈內에서 分業과 協業이 훨씬 容易하게 이루어질 수 있을 것이다. 뿐만 아니라 이러한 調整은 保健醫療問題의 制度的 接近에 있어서 前提的 條件이 될 것이다.

(2) 1次診療機關의 能力向上

患者들이 1次診療機關을 먼저 찾게 하려면 有能한 醫師를 이러한 機關에서 確保하는 것이 先決條件이겠다. 그러나 현행 우리나라의 醫學教育制度는 이러한 醫師를 養成하는 課程이 없는 形便이다. 따라서 醫師養成體系의 改善에 의한 專門領域別 醫師人力構成의 合理化, 特히 能力있는 1次診療醫師의 確保는 醫療體系의 構造的 問題點을 解決하는 手段으로서도 重視되어야 하는 것이다.

(3) 患者의 合理的 醫療追求行爲 誘導

利用者들의 醫療機關選擇行爲에 영향을 미치는 接近은 두 가지로 大別될 수 있다.

첫째는 利用者들이 合理的으로 行動하는데 必要한 情報과 知識을 누구나 理解하기 쉬운 用語로 普及시키는 것이다.

둘째로는 醫療保險의 給與方式의 運用을 통하여 合理的 選擇에 대한 誘리과 非合理的 醫療機關 選擇에 대한 逆誘리體系를 開發해서 活用하는 方案이다. 이들 接近은 相互補完的인 것이므로 併用됨으로써 所期의 成果를 거둘 수 있을 것이며, 성급히 短期的 效果를 기대하기 보다는 長期的 目標을 겨냥해서 推進되어야 할 것이다.

(4) 病醫院間의 協業體制 構築

醫療機關間에 患者를 의뢰 또는 移送할 때는 診療情報가 첩부될 수 있도록 制度化되어야 할 것이다. 이것은 反復檢査 등을 피함으로써 患者의 費用을 節減해 줄 수 있을 뿐만 아니라 診療의 連續性을 유지하여 質的 向上을 圖謀하는 效果도 가질 수 있다.

病院과 醫院間의 協業을 助長하는 方案으로서 一定 契約條件下에 開業医로 하여금 病院 施設 利用權을 주는 制度의 施行이 考慮될 수 있겠다. *Attending system* 또는 *Open staff system*으로 알려져 있는 이러한 病院의 醫師陣容 編成方法은 美國에서는 普遍的이나 우리나라에 그대로 適用될 수는 없는 狀況의 差異가 있다. 美國病院의 主軸은 個人의 投資가 아닌 民間部門의 公益基金과 政府의 補助金으로 設立된 非營利公益法人體 病院인데 반하여 우리나라에서는 個人投資에 의한 營利가 어쩔 수 없이 追求되는 民間病院이 大多數이다. 뿐만 아니라 病院機能의 中樞的 役割을 담당하고 있는 醫師들이 病院組織의 常任構成員이 아니기 때문에 야기되는 問題點도 많은 것이다.

따라서, 우리나라에서는 醫師陣의 一部分을 開業医로 充員하는 方案이 實現可能性이 클 것으로 判斷된다.

이와같은 制度는 醫師의 높은 離職率에 의한 病院運營上의 問題點을 얼마쯤 解消시킬 수 있을 뿐만 아니라 病院과 醫院間의 競爭을 緩和시키고, 協助關係로 轉

換시켜 醫院部門의 過多投資를 減少시키는 效果를 가지리라 기대된다. 부수 되어야 할 조치로서는 醫師의 技術料策定의 適正化, 病院診療 開業醫師의 醫師修練機能의 認定範圍設定, 租稅에 다른 問題의 解決基準設定 등이 있겠다.

우선 一部 國公立病院에서 實驗적으로 實施하면서 發展시켜 가는 것이 現實的 接近이 될 수 있으리라 생각된다.

3. 效果的 醫藥分業의 實現

우리나라에서는 醫師가 調劑·投藥할 수 있는 한편, 藥師는 醫師의 處方없이 調劑·販賣할 수 있다. 이러한 現實的 制度가 形成되기 까지에는 여러 가지 背景的 要因이 作用하였다. 醫와 藥을 同-視하는 東洋醫學的 傳統의 바탕이 根源的 要因이었을 것으로 보인다. 醫藥機關의 不足이 이러한 傳統을 유지시켜오는 가운데, 藥師와 藥局이 數적으로 大幅 增加하여 이들이 醫院에 대한 代替的 機能을 적지않게 遂行하기에 이르렀다.

한편 製藥會社가 調劑機能의 相當한 部門을 吸收하였고 標準處方의 普及이 擴大되어 調劑에 따르는 技術的

問題가 많이 解決됨으로써 醫師들의 直接的 調劑、投藥을 当然視하는 경향이 생겼다.

現行 醫藥制度는 그 形成背景이야 어떠한 不適切한 投藥과 藥의 濫用을 助長하여 耐性增加등 保健問題와 經濟的 浪費를 아울러서 招來하는 것으로 指摘되고 있다. 따라서 現實的 條件에서 實現可能하면서도 保健醫藥的 見地에서 妥當한 醫藥制度를 定着시키는 일은 時急한 바 있다.

(1) 醫藥分業의 實驗的 實施

醫藥機關의 地域間分布, 構成比, 國民의 慣習등에 비추어 어떠한 內容의 醫藥分業이든 全國的으로 一時에 實施하기는 어려운 것으로 判斷된다.

따라서, 比較的 條件이 갖춰져 있는 都市地域의 保險患者를 對象으로 示範的으로 實施하면서 制度의 補完과 擴大를 併行해가야 할 것이다.

醫藥分業의 실시를 위해서는 적어도 두 가지 作業이 先行되어야 할 것이다.

첫째는 自由販賣醫藥品과 處方販賣醫藥品을 區分하는 일이다. 醫藥分業이 實施된다 하더라도 모든 醫藥品이

醫師의 處方에 따라서만 販賣되는 것은 아니며, 또 그럴 必要도 없을 것이다. 健康上의 危害가 적고 輕微한 疾患에 대하여 흔히 쓰이는 醫藥品은 醫師의 處方이 없어도 藥師에 의해 販賣할 수 있어야 國民의 편의를 도모함은 물론 醫療費를 節減할 수 있는 것이다.

그러므로 自由販賣醫藥品의 区分、指定은 醫藥分業實施의 前提가 되는 것이다.

한편, 醫師에게는 調劑、投藥權을 전적으로 認定치 말 것인가도 檢討되어야 할 課題이다. 醫院에서 매우 흔히 쓰이는 醫藥品이라면 直接 投藥할 수 있도록 하여야 환자에게 편리함은 물론이고 비용도 절감될 수 있을 것이기 때문이다. 特히 이미 製藥會社에서 調劑한 錠製 醫藥品 등의 경우에 굳이 藥師를 통하여 投藥할 必要가 있을지 의문이다.

이러한 先決問題들은 示範事業을 통하여 解決하는 것이 바람직스러운 接近이 되겠다.

(2) 醫藥分業 全國拔大의 基盤造成 및 實現

醫藥分業을 實施하려면 制度의 內容을 設計하는 것뿐만 아니라 다른 要件造成이 必要하다. 우선 醫院과

藥局의 分布가 어느 정도 均衡을 이루어야 하겠다.
또 藥局은 醫院에서 處方하는 醫藥品을 고르게 갖추어
야 할 것이다.

醫藥品의 流通體系에도 構造的 變化가 있어야 할 것
이며, 同一成分의 醫藥品이 會社別로 다른 商品名으로
製造되어 價格에 差가 있는 경우에 대한 對處方案도
마련 되어야 한다. 醫師나 藥師는 물론 國民들도 受容態
勢를 갖추도록 教育 및 弘報活動이 있어야 할 것이다.
마지막으로 덧붙일 것은 다른 나라에서 醫藥分業制度가
마련되던 때와는 現代의 醫療 및 藥의 內容에 많은
變化가 있었다는 뜻이 關係制度에 充分히 反映되어야
한다는 事實이다.

4 漢方醫療의 制度的 定着

현재 우리나라에는 漢醫師를 養成하는 大學課程이
5個로서 卒業定員이 480名으로 策定되어 있고 1987年
에 申告한 漢醫師數는 2,770名이었다. 最近의 調査에 의
하면 罹患者로서 어떤 形態이건 治療를 받는 患者의
약 6%가 漢醫院 또는 漢藥房을 訪問한 것으로 되어

있다.

漢方利用의 경우 補藥이 相當한 比重을 차지한다는
뜻을 감안한다면 非罹患者的의 漢方醫療利用度도 적지 않
으리라 생각된다. 1970 年の 한 調査는 서울市民 1,203
名中 13%는 每年 補弱을 복용하며, 27%는 대략 3年
에 한 번쯤은 補藥을 利用한다고 報告하였다.

漢方醫療에 관한 根本的 課題는 그 效能을 科學的으
로 立証하는 것이라 생각된다. 漢醫大의 教育課程이 醫
學教育 課程과 類似해지는 傾向이 있는 것으로 알려지
고 있는데, 그렇다면 굳이 漢醫學과 醫學을 完全히 二
元化할 것이 아니라 統合하는 方案이 模索되어야 할
것이다. 이러한 一元化 接近은 現在의 二元化가 더 부
리를 내리기 前에 時急히 施行되는 것이 바람직 하리라
믿어진다.

(1) 漢方を 包含한 醫學의 一元化

効率が 科學的으로 立証되지 못하고 있는 漢醫
學을 別途의 學問體系로 發展시켜서 制度化하고 運營하
는 것은 어느모로 보나 合理的이라고 볼 수 없다. 人
體와 疾病에 관한 知識體系가 하나가 아니라 둘이라는

主張은 現代科學에 대한 根本的 否定이다

따라서, 漢方도 醫學體系內에 包攝시켜서 적어도 科學的으로 立証된 知識의 바탕 위에서 發展되어야 할 것이다. 그러기 위하여는 漢醫學은 醫學의 한 分科로서 教育과 研究가 實施되는 것이 바람직스럽겠다.

具體적으로는 醫學教育을 一元化하고 漢醫學은 한 專門科目 또는 專攻分野로 設置되어야 할 것이다. 이와같은 制度改善의 經과 조치로서는 既存 漢醫師들은 一定 補修教育을 부가하는 등의 方法에 의하여 醫師免許와 漢方專門醫資格을 認定하는 方案이 考慮될 수 있을 것이다.

(2) 漢方醫療의 效能評價體系의 運用

一般的으로 醫療의 效能을 評價하는 일이 쉽지는 않으나 方法論은 開發되어 있다. 이러한 科學的 方法을 適用한 效能評價는 自身의 發展은 勿論 制度的 整備에 必須的이다. 따라서 漢方醫療의 要素別 對象疾患別 效能을 評價하는 體系를 運用하여 漢方醫療의 基礎를 다지는 作業이 있어야 할 것이다.

第2節 保健医療機關의 健全한 發展 推進

1. 公共 및 1次保健醫療體系의 擴充

豫防保健事業과 脆弱人口階層에 대한 基本的 醫療은 保健所를 主軸으로 하는 公共 및 1次保健醫療體系가 遂行해야 할 것이다. 公共部門의 1次保健醫療를 担当하고 있는 機關은 保健所, 保健支所, 母子保健센터, 保健診療所이다.

保健所는 區·市·郡에 1個所씩 設置되어 있어서 全國에 227個所가 運營되고 있다. 이 중에서 郡保健所는 139個所이며, 郡地域에는 邑·面에 各各 保健支所가 設置되어 있다. 그러나 保健支所라는 名稱과는 달리 邑·面 保健支所를 保健所의 산하기관으로 보기 어려운 점이 있음을 지적할 必要가 있다. 邑·面保健要員은 邑·面事務所 定員令에 規定된 保健職 9級의 總務係所屬職員이고 支所長으로 불리우는 公医나 公衆保健医는 定規公務員이 아니다.

다시 말하면 保健支所에 所屬된 定規公務員은 1名도 없는 형편이다.

政府는 世界銀行 借款資金으로 91個所의 母子保健센터
를 1985년까지 郡地域에 設立되도록 推進中인바, 設置
및 運營에 관한 法的 措置는 마련되어 있지 못하다.
保健診療所는 農漁村의 医療脆弱地域에 設置되며 1987
년까지는 2000個所를 設置 運營할 計劃으로 있다.

保健所를 위시한 公共部門의 1次 保健醫療體系가 아
직도 여러가지 側面에서 正常軌道에 올라있지 못함은
잘 알려져 있는 事實이다.

그러나 予防保健事業을 비롯한 1次 保健醫療의 活性化
와 向上은 公共部門의 責任下에 이루어지지 않으면 안
될 것이므로 保健所, 保健支所, 母子保健센터 및 保健診
療所の 體系화와 運營改善은 時急한 課題인 것이다.

(1) 郡地域 1次 保健醫療體系의 制度的 定着

郡部の 人口는 1980年現在 全人口의 約 43%인데
反하여 郡部地域의 就業醫師數는 全體의 8.5%에 不過
하다. 그 中에서도 過半數는 公衆保健醫이며, 民間病醫院
의 醫師는 40% 程度이다. 이것은 郡部地域의 경우 公
共保健醫療部門이 主導的 役割을 맡아야 함을 뜻한다.

그러나 醫師數의 継続的 增加, 醫療保障의 拡大展望

農漁村地域 生活環境의 向上趨勢 등에 비추어 생각할 때 農漁村地域의 民間醫療部門도 현재보다는 훨씬 신장될 것임에 틀림없다. 따라서 郡部地域의 保健醫療體系를 構想함에 있어서도 民間部門의 充實한 發展을 誘導하는 方案이 배제되어서는 안될 것이다.

郡部地域의 1次保健醫療體系에 관한 先決課題는 公共部門의 人力과 物的資源을 組織化하는 일이다. 이미 살펴 본바와 같이 邑、面地域의 保健要員, 保健支所醫師, 保健診療員은 모든 共同目標의 達成을 위한 業務를 一部씩 分担하는 立場에 있으면서도 서로 橫的 連繫가 公式的으로는 缺如되어 있다. 뿐만 아니라 大部分이 看護補助員인 邑面保健要員만 正規公務員이기 때문에 保健醫療의 專門性에 立脚해볼때, 保健醫療事業의 円滑한 管理가 이루어지지 못하므로 事業의 安定性을 전혀 기대할 수 없는 形편인 것이다. 面地域에 醫師가 극히 不足했고 保健診療員이 없었던 狀況에서는 現行體系가 不可避했을지 모르나 이제 와서는 妥當性을 漸次 잃어가고 있다. 面地域의 保健醫療活動을 單一體系로 組織化하여 保健所와 直接 連繫 시킴으로써 郡地域의 保健醫療가

体系的으로 推進 되도록 해야 할 것이다.

91個郡에, 母子保健診療所가 設置·運營될 豫定이나 그 妥當性은 의심스럽다. 示範事業의 體驗에 비추어 보더라도 비교적 近距離의 住民만이 利用할 것으로 展望되며, 따라서 施設이나 人力의 生産的 活用이 어려울 것이다. 이와같은 靚點에서 생각할 때 母子保健診療所와 保健所를 統合運營하면서 서비스의 範圍를 擴大하는 것이 効果的으로 郡地域의 1次保健医療를 強化하는 方案이 되리라 믿어진다.

郡들 사이에는 人口, 面積, 都市와의 近接度 등에 差異가 많으므로 保健醫療體系를 劃一化해서는 안될 것이다. 이러한 事情은 郡内の 面間에도 同-하다. 따라서 郡別, 面別로 適合한 體系를 編成할 수 있도록 얼마쯤의 靈通성이 부여되어야 할 것이다.

郡地域의 1次保健醫療의 制度的 基盤을 構築하는 方案에 관하여 지금까지 記述한 內容을 要約하면 다음과 같다.

가) 面水準의 保健醫療를 위한 機關形成에 의한 有關要員 및 活動의 統合管理

나) 面水準의 保健醫療機關을 保健所의 傘下機關으로 運營하는 體制의 構築

다) 母子保健診療所를 保健所에 統合시킴으로써 保健所의 診療機能 增大

라) 郡別, 面別 特異性을 勘案한 1次保健醫療體系의 編成

(2) 郡地域 1次保健醫療의 機能 및 投資擴大

現在 郡地域의 公共保健醫療은 基礎的 診療와 豫防事業 즉 防疫事業, 母子保健, 家族計劃, 結核管理, 寄生蟲管理等에 局限되어 있는 形便이다. 이들 活動을 擴大함과 더불어 非傳染性 慢性疾患의 管理, 救急 移動車 서비스, 健康 및 疾病의 早期發見體系의 運用, 老人保健問題, 保健情報의 管理등이 追加 또는 充實化되어야 할 것이다. 그러기 위하여는 制度的 定着을 위한 努力과 더불어 人力的 補強과 物的 投資도 增加되어야 한다.

過去에는 核心的 役割을 担当할 醫師를 面地域에 確保할 수가 없었을 뿐만 아니라, 그럴 展望도 극히 不透明하였으므로 餘他の 投資가 正當化될 수 없었으니 公衆保健醫制度의 實施로 事情이 달라졌음을 認識해야 한다.

우선 邑·面保健支所의 施設과 裝備를 補強하여 이곳에 配置되는 醫師가 生産的 活動이 可能하도록 興件을 造成 해주어야겠다. 또 保健支所의 診療活動이 活性化되면 이의 診療活動을 補助할 看護補助員 1名은 必須的일 것이다. 面水準의 保健医療를 組織化하여 体系的으로 展開하려면 既存 保健要員 외에 事務管理要員도 補充 되어야 할 것이다.

邑·面水準의 이러한 投資는 그 額數가 크지도 않을 뿐만 아니라 活性化에 의한 自体收入의 增大가 기대된다는 點에서도 正當化될 수 있는 것이다. 더욱이 保健医療를 통한 社會正義와 衡平의 實現이 하나의 當爲로서 認識되어가는 傾向에 비추어 생각할 때 邑·面地域의 이러한 投資는 높은 優先順位가 주어져야 할 것이다.

邑·面水準의 保健医療가 活性化되면 保健所의 支援과 管理機能이 補充 되어야겠다. 特히 救急移動車 서어비스 體制의 運用과 檢査室機能의 強化가 必要할 것이다.

한편 企劃, 管理 및 評價機能이 強化 되어야 할 것이므로 情報管理能力을 向上시키기 위한 人力 및 컴퓨터 施設의 確保가 要請될 것이다.

(3) 都市地域 保健所網의 強化

都市地域에는 保健医療資源이 集中되어 있어서 서비스에 對한 空間的 接近에는 問題가 없으나 住民에 대한 積極的 保健醫療 서비스의 必要性은 農漁村에서만큼이나 크다. 都市人の 生活樣式 때문에 時間에 쫓겨 豫防 醫療을 適期에 追求하지 못하는 傾向이 있다. 또 核家族化함에 따라서 家庭에서의 患者看護에도 어려움을 당하는 경우가 많다.

全住民을 對象으로 健康 및 疾病에 대한 監視體系를 運用하면서 豫防保健서비스를 直接 提供하거나 適期에 利用하도록 指導할 機關은 保健所밖에 없는 것이다.

現在의 都市保健所가 郡地域保健所와 다른 點을 차지 하더라도 職員數對 人口比로 볼 때 그 機能을 充實히 遂行할 수 없는 狀態의 많은 人口를 管割하고 있다.

따라서 保健所의 機能을 擴大하고 充實化해가는 一方, 都市保健所에서 支所를 設置·運營케 하여 서비스能力을 增大시켜야 할 것이다. 이러한 豫防保健活動의 補強은 診療서비스에 대한 需要를 減少시키는 效果를 가질 것이며, 아울러서 保健醫療部門의 效率을 提高시키게

될 것이다.

2. 國公立病院의 運營改善

우리나라의 國立病院은 서울大學病院을 포함한 國立大學附屬病院 6個所와 國立醫療院을 除外하면 結核, 精神病 및 癲病患者를 對象으로 하는 保社部傘下의 特殊疾患病院 13個所와 接護病院 1個所, 鐵道病院 2個所, 警察病院 1個所의 特殊人口階層을 主對象으로 하는 病院이 모두이다.

따라서 上記한 24個病院과 2個所의 郡立病院 및 41個所의 市·道立病院을 除外한 343個病院 모두가 一般病院이다. 特殊病院들은 나름대로의 機能을 遂行하고 있는 것으로 생각할 수 있으나 一般 國公立病院의 存立意義에 대하여는 論難의 餘지가 없다.

國立大學病院의 경우 私立大學附屬病院에 比하여 教育 및 研究에 더 充實할 것으로 期待되기는 하나 뚜렷한 差異가 觀察되지 않는 點에 問題가 있다. 市·道立病院들은 少數라는 點만 생각하더라도 病院醫療를 主導할 力量은 없고 民間病院이 遂行하지 못하는 公益機能을 發揮해야 그

價値가 認定될 수 있겠으나 지금까지의 実績은 크지 못한 것으로 評價되고 있다.

近來에는 國立大學病院과 市·道立病院을 特殊法人化하여 運營上의 問題를 一部 解決함으로써 公共病院으로서의 機能을 円滑化하려는 計劃이 推進되고 있다. 그러나 이와같은 經營主體의 性格을 탈바꿈시키는 것만으로 그 機能이 向上되기는 어려울 것이며 다른 附隨的 措置가 있어야 하는 것이다.

(1) 國立病院의 研究開發機能 強化

大學附屬病院이라 하더라도 私立大學은 經營收支를 強調하지 않을 수 없기 때문에 研究活動에 力을 두라라고 期待하기 어렵다. 따라서 臨床醫學部門의 研究活動에는 國立大學附屬病院과 國立醫院이 앞장서야 할 것이다. 얼마쯤의 追加的 投資와 經營收支에 관한 節約 때문에 研究라는 固有機能을 살려주지 못한 다면 그 存立意義가 不透明해짐으로써 보다 큰 浪費를 감수하는 結果가 되는 것이다.

臨床醫學에 관한 研究에는 크게 診療技術의 開發을 궁극적 目的으로 하는 純粹科學的 內容에 가까운 것과

開發된 診療技法이나 藥品 등의 效果 및 實用性を 評價함으로써 診療의 質을 向上 시키는데 1次的 焦點을 맞추는 것이 있겠다. 前者나 后者가 모두 營利 보다는 公益을 追求하는 病院에서라야 圓滿히 이루어질 수 있음은 물론이다. 따라서 우선은 研究費所要가 比較的 적은 后者의 領域에 屈하는 研究만이라도 活性化해서 診療의 效率을 向上 시키는 努力이 있어야 하겠다.

(2) 市·道立病院의 公益機能 補強

市·道立病院은 医療保護患者의 診療等 收益성이 낮은 서비스活動外에도 몇 가지 社會적으로 必要한 活動을 展開할 수 있을 것이다. 1次保健醫療體系에 대한 支援機能을 充實히 遂行함으로써 醫療體系的 發展에 示範的 役割을 맡을 수 있겠다. 뿐만 아니라 地域 保健 醫療人力の 補修教育도 하나의 活動으로 定着시킬 수 있을 것이다. 病院醫療의 管理에 관한 여러가지 情報를 産出하는 일도 政策 및 行政的 見地에서는 重要하다.

醫療體系의 改善을 위한 實驗的 方案도 民間病院보다 試圖하기에 有利한 位置에 있다. 地域內 開業醫와의 계약에 의한 醫師陣編成制度 (Open Medical Staff System)의

部分的 實施 같은 것이 한 例가 되겠다.

要컨데, 市, 道立病院은 病院으로서의 正常的 稼働만 으로는 그 任務를 다했다고 볼 수 없을 것이다.

民間病院으로서는 遂行할 수 없는 社會的 機能의 展開가 公共病院에 대해서는 財政收支의 改善 못지 않게 重要함을 認識하지 않으면 안되겠다.

(3) 特殊病院의 扩充

國公立病院이 担当해야 할 主要領域中の 하나가 特殊疾患者에 대한 診療業務이다. 現在 13개의 特殊病院이 結核, 癩患, 精神病을 担当하고 있으나 需要를 充足시키기에는 매우 未洽한 實情이다

특히 5으로 精神疾患이 增加하고 肢体不自由者가 늘 어날것에 對備하여 精神病院과 再治病院이 需要에 對処할 수 있도록 扩充되어야 하며 이를 担当할 人力養成에 有意해야 할 것이다.

3. 病醫院經營의 效率 및 公益性 提高

大部分의 醫院은 单独用業醫에 의하여 設立·運營

되고 있다. 이러한 醫院体制은 現代 의료의 發展趨勢의
부합되지 않는 점이 많다. 醫療技術의 發展과 더불어
投資所要가 커지고 있으며 醫學知識의 急速한 開發에
따라서 醫師가 계속 補修教育을 받아야 할 必要性이
커지고 있는데 單獨用業醫로서는 이러한 要請을 充足시
키기가 어려운 것이다.

또 患者들로서는 어떤 專門科目의 醫院을 찾아야 할
것인지를 自家診斷에 의해서 決定해야 한다는 問題에도
불찰하게 된다. 그러므로 單獨用業醫院보다 醫師에게나
患者에게나 더 效果적이고 능률적인 醫院組織模型의 開
發과 普及이 必要한 것이다.

病院經營에 관하여는 諸般實態마저 正確히 把握하지
못하고 있는 것이 現實이다.

특히 會計資料는 거의 公開되지 않고 있다. 이와같은
現象은 여러가지 經營環境에 의하여 造成되고 있는 바,
段階적으로 是正해가지 않으면 病院部門의 眞正한 發展
은 期約할 수 없을 것이다.

醫院은 물론 病院醫療에 있어서도 眞正한 機能이 극히
不實한 형편이다. 醫學知識과 醫療技術의 急速한 發展은

診察結果를 檢討하고 反省함으로써 診察關係者들이 實際를 통해서 學習할 機會를 賦與하면서 医療의 質을 管理할 수 있는 制度的 裝置의 必要性을 增大시키고 있는 것이다.

(1) 集團開業体制의 擴散

醫師들이 收入, 費用, 施設, 裝備, 醫務記錄 및 報告, 人力을 共同으로 管理하는 開業形態가 集團開業体制이다. 醫師들은 同一 또는 相異한 專門科目을 가지는데 美國에서는 單一 專內科目의 醫師들이 形成하는 경우가 많은 것으로 報告되고 있다.

現代醫學은 同一 專門科目內에도 細分된 特殊專門醫術이 많이 分化되어 있는 것을 감안할때 內科, 外科, 小兒科 등은 單一 專門科目醫師들의 集團開業이 擴散되는 것이 바람직하다.

集團開業体制은 單獨開業에 비하여 醫師 및 患者에게 短點보다는 長點이 더 많은 것으로 評価받고 있다. 醫師로서는 投資所要가 적고, 職員을 採用하기가 容易하며, 勤務時間을 더 靈通성있게 조절할 수 있고, 職業同僚와의 意見交換이 可能하며 規模의 經濟가 있을 수

있다는 점이 長點으로 알려져 있다.

患者에게는 한 곳에서 質的으로 優秀하고 廣範圍한 診療를 받을 수 있으며, 診療節次가 더 잘 管理되고 診療記錄이 한 곳에 保管됨으로서 診療의 連結性이 유지될수 있다는 점등이 長點으로 列擧될 수 있다.

集團用業体制의 拡散을 助長하려면 먼저 制度化할 必要가 있었다. 經營主体의 法的 性格, 參與醫師들의 權利와 義務, 施設基準등이 規定되어야 할 것이다. 그리고 이러한 体制가 적어도 单独用業보다는 有利하도록 稅制 등에서 配慮가 있어야 할 것이다.

(2) 病院經營의 合理化 誘導

우리나라의 病院들은 大部分 私人投資에 의해서 設立되었다. 따라서 投資面에서는 비교적 能率的으로 管理되고 있는 것으로 알려져 있다. 그러나 管理情報의 蒐集, 保管, 活用狀態에 비추어 볼 때 科學的 管理가 이루어진다고 생각하기 어려운 病院들이 적지 않은 것 같다. 뿐만 아니라 現實的 經營環境에 適應하는 手段으로 正確한 關係資料를 發展시키지 않고 있으므로

比較分析 등이 이루어질 수 없기 때문에 病院部門의 育成, 發展策이 마련되기 어려운 것도 事實이다.

病院經營의 慣行이 일시에 合理的으로 改善되기를 期待하기는 어렵다. 따라서 稅制의 運用, 保險患者 資料의 分析, 實態調查 등에 의하여 계속적인 指導가 이루어져야 할 것이다. 그러기 위해서는 이러한 資料들을 病院別로 整理·保管해서 多角的으로 分析하여 利用하는 情報體系를 開發해서 運用해야 하겠다. 合理的 經營이 이루어질 때, 비로서 醫院과의 協業, 公共保健醫療에 對한 支援 등의 公益機能이 丹滑히 吸收될 수 있으리라 믿어진다. 要컨데 病院이 社會的 寄與가 큰 組織임에도 不拘하고 大多數는 個人投資로 設立되었다는 점을 前提로 病院部門의 發展政策을 展開해야 하는 것이다.

따라서 規制보다는 支援과 誘引 및 逆誘引이 主要 政策手段이 될 수밖에 없다.

(3) 診療審議制度의 普遍化

醫師에게는 職能上的 監督者가 缺는 것이 보통이므로 診療結果를 다른 醫師들로 하여금 檢討케 하여

本人에게 알려주는 것이 唯一한 負管理方法이자 學習機會를 賦與하는 方案인 것이다. 이러한 診療審議制度는 医療의 質을 管理하여 向上시키는 效果뿐만 아니라 利用者들의 醫療에 對한 信賴度를 높이는 效果도 가질 것으로 믿어진다.

大型病院은 病院單位로 이 制度를 運營할 수 있을 것이며 小規模 病院과 醫院은 地域醫師會別로 運營할 수 있겠다. 이러한 制度를 定着시키는 先決課題는 診療의 基準設定, 醫務記錄管理의 徹底이다. 또 醫師들의 理解와 協調가 前提되어야 함은 勿論이다.

第3節 行政體系의 確立

1. 企劃·統制機能의 發展

保健醫療서비스에 있어서는 民間部門이 主導的 役割을 맡고 있기 때문에 民間醫療機關들이 國家保健目標과 얼마나 부합되는 方向으로 運營되는가가 매우 重要하다. 保健醫療에 있어서는 利用者들이 經濟적으로 合理的 行動을 取하는데 必要한 情報과 判斷力을 갖추

지 못하는 경우가 많아서 市場機能에 의하여 民間部門이 善導될 수 있는 可能性은 적다. 그러므로 政府의 企劃과 評価機能에 의한 誘導가 必須的인 것이다.

第4次 經濟社會發展510年計劃을 始發點으로 하여 政策企劃이 保健醫療部門에서도 활발해지기는 했으나 아직도 未裕한 점이 적지 않다. 過去에 이 分野에 관한 政府의 役割이 매우 微弱했던 때문에 課題는 山積해 있는데 反하여 必要한 資料와 力量은 不足한 탓이라고 생각된다. 따라서 企劃 및 統制機能을 円滑히 遂行할 수 있는 基盤을 構築하고 發展시켜 가는 努力이 時急한 바 있다.

(1) 企劃資料의 確保와 效果的 管理

우리나라의 保健醫療部門에서는 民間機關 및 小規模의 機關이 支配的 役割을 담당하고 있기 때문에 企劃에 必要한 資料 및 情報의 수집이 容易하지 못한 것이 사실이다. 그러나 점차 複雜해지고 있는 保健醫療體系를 政府가 影響을 미쳐 變化시켜 가려는 政策意志를 具現시키려면 企劃과 評価가 主要手段이 될 것이고,

따라서 이러한 活動에 必要한 資料를 体系的으로 確保하고 管理하는 制度의 確立과 運用이 必須的인 것이다.

(2) 政策用飛能力의 向上

保健醫療를 包含한 모든 部門에서 政策用飛의 責任은 政府에 있으나, 우리나라 行政府는 參謀組織의 未洽때문에 政策用飛機能의 遂行에 많은 어려움을 안고 있다. 이러한 問題의 解決手段으로서 政府는 政策研究 機關을 設立해서 運營하고 있는 것이다. 保健醫療部門의 경우 韓國人口保健研究院이 保社部의 政策機能을 돕는 中樞的 機關이나 아직 發展의 余地가 많은 것으로 評価되고 있다.

따라서 政府內의 政策企劃 및 評価能力을 向上시키는 努力과 더불어 韓國人口保健研究院의 保健醫療政策에 관한 研究體制가 아울러 強化되어야 할 것이다.

2. 保健行政組織의 改編

現行 保健行政體系에 관하여는 오해전부터 몇가지

問題點들이指摘되어 왔다. 이들중에는 어느나라에서나
 当面하는 根源的인 것들도 있고 우리나라의 現實에서
 惹起되는 것들도 있는 바, 간추려보면 다음과 같다.

첫째는 公共部門의 地方保健醫療體系는 內務部의 指揮
 統制下에 있다는 現實的 狀況과 關聯된 問題點들이다.

그 結果 保社部의 施政方針이 잘 反映되지 않고 技
 術職 公務員들의 經歷發展機會가 制限되어 있으며, 保健
 醫療서비스에 不適合할 만큼 官僚制的 構造를 갖게 된
 것으로 指摘되고 있다. 따라서 醫師를 비롯한 專門職
 成員의 士氣가 매우 낮아서 높은 離職率 등으로 나타나
 고 있다.

둘째 우리나라의 行政文化에서는 部處間의 協助調整이
 원활치 못하다는데서 생기는 問題點들이 있다. 保健醫
 療人力의 養成은 물론 서비스에 있어서도 重要な 技能
 을 맡고 있는 医科大学과 附屬病院 및 其他 保健醫療
 關係 大學을 統制하고 있는 文教部나 內務部와 保社部
 間에 政策的으로 調和를 이루지 못하는 경우가 많은
 것이다.

셋째로는 一般行政區域이 保健醫療的 見地에서는 適合

치 못할 때가 많다는 점이다. 保健醫療利用상의 便宜
를 基準으로 서비스 機關을 配置하고 그 對象人口과 地
域을 設定하면 一般行政區域과 一致하는 경우가 드물것
이기 때문이다.

保健醫療行政은 國家全體의 行政體系의 一環으로 發展
되어야 하므로 保健部門의 問題解決만을 목적으로 單獨
으로 그 組織體系가 設計될 수는 없을 것이다. 行政
體系는 政治發展을 위시한 많은 社會條件의 영향아래서
만들어지고 運用되는 것이므로 앞으로의 變化를 展望하
기가 용이하지 않다. 例컨데 地方自治制度의 實施 및
內容에 따라서 이에 적절한 保健行政體系는 달라질 것
이다. 이러한 前提下에 우리나라의 保健行政體系가 指向
해야 할 方向을 一般論적으로 記述하고자 한다.

(1) 統合的 保健行政圈의 広域化

1次保健醫療는 좁은 地域內的 小數人口를 對象
으로 展用될 수 있으나 病院醫療는 비교적 広域을 對
象으로 할 때 效率이 높아 질 수 있다. 따라서 1
次保健醫療과 病院醫療를 內滑히 統合調整할 수 있도록

同一管理体系로 묶어 주려면 基本 保健行政圈을 現在의 市·郡보다 広域化할 必要가 있다. 그러나 保健行政区域을 保健医療的 見地에서 一般行政区域을 무시한채 設定하면 地域社會와의 協助關係에 문제가 야기될 수 있을 것이다. 따라서 現行 行政組織下에서는 特別市·直轄市, 道를 基本 保健行政圈으로 하는 方案이 妥當할 것이다.

保健行政圈을 広域化할 경우에는 行政需要가 增加될 것이므로 市나 道의 外局으로 地方保健庁과 같은 保健行政機構를 設置함이 바람직스러울 것 같다. 이렇게 해서 広域保健行政圈의 各級 保健医療機關을 統一된 行政体系로 管理하면 相互 機能的 連繫가 強化되고 資源活用과 配分에 융통성이 부여되어 地域條件에 適合한 保健醫療體系가 形成될 수 있을 것이다. 뿐만 아니라 保健行政人의 甄補와 昇進機會가 많아짐으로써 이들의 專門化와 資質向上이 促進되리라 믿어진다.

(2) 地域社會參與의 組織化

保健醫療는 모든 地域住民을 対象으로하기 때문에

이들의 적극적인 受容과 協助가 必要하다. 그 必要性은 予防保健事業에 있어서 더욱큰데 基本 保健行政圈을 広域化하면 地域社会가 소위되기 쉽다. 따라서 各級 保健行政機關의 運營에 地域社会가 參與할 수 있도록 組織設計上的 裝置를 마련하고 制度化해야 할 것이다.

이렇게 함으로써 行政圈의 広域化에 의한 長점을 살리면서 그에 따르는 地域社会의 소위를 방지할 수 있으리라 믿어진다.

地域社会의 積極的參與를 組織化하기 위하여 地方自治 團體類型別로 地方保健自治委員會가 組織되어 各類型別로 管轄內의 保健·醫療에 관한 問題를 解決하며 企劃·調整하는 役割을 遂行한다. 이러한 地方保健自治委員會는 里·洞單位, 邑·面單位, 市·郡單位, 特別市·道單位로 各各 組織되어야 한다.

第6章 保健医療資源需給의 合理化

前章에서 이미 記述한 바와 같이 우리나라의 醫療需要는 1977年 醫療保險의 시작과 더불어 그 有效需要가 急増하고 있으며 利用樣相도 高級化 내지 大型化 되어가고 있어 綜合病院 특히 大學附屬病院에 患者集中現象을 招來하고 있다. 그리고 醫療人力과 醫療機關의 機能分化가 이루어지지 못하고 段階的인 保健醫療서비스供給體系가 確立되지 않은 狀況에서 無計劃한 保健醫療人力 輩出이 繼續되고 있다. 따라서 保健醫療人力의 大都市集中으로 말미암아 可用人力資源의 地域的均配가 이루어지지 못하고 있으며 專門醫養成에 置重하는 無計劃的 供給狀況을 빚고 있다. 保健醫療産業이 勞動集約的産業이기 때문에 醫療人力의 計劃的 養成은 保健醫療部門의 發展에 重要한 課題가 된다. 保健醫療人力 및 施設의 合理的인 長期需給 및 配置計劃의 樹立과 科學的이며 体系的인 實行은 다음과 같은 期待效果를 가져올 것이다.

㉞ 資源의 地域的 均配를 통한 서비스의 均霑化;

資源의 都市偏在現象을 調整하여 農村에서도 適切한 資源이 配置되도록 하여 醫療서비스의 接近度を 높인다

㉔ 國民醫療利用便益의 增大; 國民이 손쉽게 醫療서비스를 받을 수 있도록 하여 早期診斷을 통한 早期診療의 風土를 造成한다

㉕ 段階的인 서비스 供給體系의 圓滑한 定着; 1次 2次 및 3次 醫療機關別 機能에 適合한 人력을 確保할 수 있도록 함으로써 保健醫療서비스가 段階的으로 供給될 수 있는 體系를 漸進的으로 定着할 수 있게 한다

㉖ 資源의 效率的 活用; 保健醫療人력間의 職務機能에 適切한 業務가 이루어지도록 計劃配置함으로써 資源活用上 效率의 極大化를 期하도록 한다

第1節 保健醫療人력 長期需給計劃

人력의 養成은 醫療의 有效需要와 供給間에 適正化를 維持하도록 育成되어야 하며 過多養成을 통한 需要創出이라는 負의 效果가 나타나지 않도록 留意한다. 最近 우리나라는 急速한 經濟成長과 더불어 國民所得 教育水準 및 生活樣相이 向上됨에 따라 國民모두가 齒

의 質을 追求하여 특히 健康에 대한 價値가 높아지고 있다. 이와 더불어 人口의 繼續的인 增加와 平均壽命의 延長에 依한 老齡人口의 增加 醫療保險의 積極的인 擴大實施등과 같은 醫療需要의 增加를 가져오는 決定要因의 推移를 考慮하여 醫療需要의 總量을 展望해보면 1982년에 비해 外來 및 入院모두 2000년에는 約 3倍 以上으로 增加될것으로 보인다. 따라서 이러한 需要에 對應할 供給計劃이 要望된다.

醫療需要增加에 對稱하는 人力供給計劃을 마련함에 있어서 留意하는 點은 職種間의 構成比率이 서어비스의 供給에 影響을 미친다는 것이다. 醫師의 業務는 그 補助人力이나 施設등의 適正한 利用에 의하여 어느 水準까지 代替될수 있다. 또 檢査機能의 強化나 診察의 컴퓨터化가 이루어진다면 醫師의 業務는 相對的으로 減少될것이며 反面 檢査要員, 컴퓨터프로그래머, 看護人力의 比重이 相對的으로 強化되어질 수 있다. 이러한 技術開發에 對處하여 補助人力의 養成이 醫師人力養成과 마찬가지로 綜合的인 保健醫療人力開發의 長期計劃下에 이루어져야 한다. 이들 主職種에 대한 人力養成은 教育

期間이 長期間이며 投資가 莫大하므로 適正敎의 入學生 全員이 各 敎育機關別로 敎育收容能力의 發展計劃과 더불어 年度別로 長期計劃으로 樹立되어야 한다. 다시 말하면 1명의 診療能力을 갖춘 醫師를 養成하는 데는 적어도 10년이 所要되는바, 10年後의 1名の 醫師輩 出을 위해 10年前부터 供給計劃이 樹立되어 이에 必要한 養成이 시작되어야 한다. 그러나 모든 長期計劃이다. 그리하듯이 人力養成計劃은 특히 계속적인 人力管理의 点檢 (monitoring) 과 社會條件變化 등의 諸要因을 考慮하여 不斷히 修正 補充作業이 併行되어야 한다.

主職種人力의 養成計劃은 먼저 醫療需要를 勘案한 醫師의 供給目標量을 設定한 後 醫師對比 適正值에 의거하여 他人力의 供給計劃을 作成토록 하였다. 保健醫療 서비스는 여러 職種人力의 協同으로 이루어지는 것이므로 職種間의 適正한 人力構成은 效率의 提高나 費用의 節減에 寄與한다. 美國의 경우 活動中의 全体 保健醫療 人力의 過半數는 看護人力이 占하고 그 數는 醫師人力의 約 6倍에 達하고 있으며 藥師數는 醫師의 約 1/3 인데 反해 우리나라의 경우는 醫師 看護員 藥師가 各

各 거의 同等한 數를 占하고 있어 下位人力에 委任이 可能한 相當量의 業務가 醫師에 의해 取扱되고 있음을 다음 <表 6-1>을 통해서 알 수 있다

<表 6-1> 保健医療人力의 各國間比較 단위: 10만명당

國 家	年 度	醫 師	齒科醫師	看護員	藥 師
한 국	1978	52	8	218	60
일 본	1977	131	43	388	88
미 국	1976	178	52	674	68
영 국	1974	143	31	433	51
서 독	1976	199	52	371	50
필리핀	1975	32	10	20	11
프랑스	1975	153	50	541	60
소 련	1975	288	40	447	-
스웨덴	1975	171	86	731	47

資料: WHO, World Health Statistics, 1977, 1978.

保健社會部, 保健社會統計年報, 1979

上記 (表6-1) 을 利用 先進國의 構成比를 參考로 하여 西紀2000年의 우리나라 保健醫療人力 主職種의 發展指向的 構成比를 다음 (表6-2) 와 같이 設定토록 하며 이 比率에 의거 各 醫療人力의 供給計劃을 樹立토록 한다.

(表6-2) 西紀2000年의 主職種別 人力構成指數

職 種	構成指數
醫 師	100
齒 科 醫 師	25
看護員·助産員*	200
藥 師	50

*看護補助員은 除外함

上記와 같이 醫師 對比 齒科醫師, 看護員 및 助産員, 藥師의 構成比를 1 : 1/4 : 2 : 1/2로 設定하는데는 論說의 餘地가 많다. 다만 本研究에서 우리나라의 現實에 가장 適切하며 合理的이며 發展指向的 意志가 있는 目標가 되도록 많은 關係人의 討說를 거쳐 設定하였음을 附言하고자 한다.

1 醫師需給計劃

(1) 醫師總量

醫師人力需給計劃은 長期的인 需要豫測 對 供給豫測을 分析하여 作成한다 이때 大개 開發途上國家은 供給이 需要에 비해 過不足한 것이 現今의 實情이다. 따라서 供給計劃은 政府의 積極的인 意志로 人力養成을 위한 投資를 增大시키는 方向에서 이루어져야 한다. 우리나라의 경우도 앞에서 지적하였듯이 醫療需要가 1982 年에 비해 2000 年에 3倍 以上으로 增加될 것으로 推計되는바, 現在의 醫療需要 對 醫師供給水準을 維持하려고 計劃한다 하더라도 2000 年에는 現在 醫師數의 3倍인 55,668 名 以上이 確保되어야 한다. 그러나 現在의 醫療供給이 醫師不足으로 인해 매우 짧은 時間에 診療가 이루어 질 뿐만 아니라 開業醫師의 경우에는 1인이 1日當 10~12時間 以上の 業務에 시달리고 있어 適正診療가 不可能해지고 있다. 또한 醫師들도 漸次 레저 (leisure) 를 즐기려 하기 때문에 向後에도 1日 12時間 가까운 診療從事는 어려운 것이다. 上記와 같은 두 側面 즉 利用者側에서 보다

誠實하고 充分한 診療를 要求하는 次과 供給者側의 激務忌避現象을 勘案한다면 現在 보다 醫療需要總量은 3倍정도 增加하지만 必要醫師數는 이보다 훨씬 많은 數가 要求된다. 例를 들어 1972年에 開發된 先進國型 保健醫療需要方法인 "Health need method"^{*}를 利用하여 必要한 醫師數를 推計해보면 全體醫師는 2000年에는 110,474名이다. 또 다른 方法으로 1977年度의 日本水準인 人口 10萬名當 131名의 醫師를 우리나라에서 2000년에 適用하여 推計해 보면 65,158名의 醫師가 必要하게 된다. 醫師人力의 需要는 醫療利用者의 醫療利用量과 供給者(醫師)의 診療生産性에 의해 決定된다. 여기서 供給者의 有效診療生産性은 人力의 資質, 地域間 分佈, 職種別 構成 및 醫療制度, 施設, 組織, 管理, 報酬 등의 諸要因과 關聯하여 달라지지만 凡의 供給者의 診療生産性을 一定하다 가정하면 醫師人力의 需要는 醫療利用量에 따라 決定된다. 醫療利用量의 3大 決定要因은 社會的要因, 經濟的要因, 供給者要因이다. 그러나 現今 우리나라와 같이 社會, 經濟的 發展이 急進展

*: 人口 10萬名當 133名의 1次診療醫師가 必要하며 1次診療醫師는 全體醫師의 60%에 達해야 한다.

하는 過程에서 社會的要因과 供給者要因은 計量的으로 長期間의 장래 추계를 하기는 어렵다. 其實 몇편의 이 分野 研究報告書가 있으나 各各 그 結果는 큰 差異를 보이고 있는 情形이다. 이와같이 이 分野의 우리나라 既存資料의 미흡과 需要推計의 어려운 점을 考慮하여 본 長期計劃에서는 2000年의 醫師供給目標를 다음과 같은 方法으로 設定하였다. 國民所得의 增大가 醫療利用量에 가장 밀접한 關係變數임을 감안하여 先進國의 1人當 國民所得 對 醫師 1人當 國民數의 推移를 검토하여 우리나라에서 2000年에 1人當 國民所得 4000 US \$ (1980年 不變價格)일때 醫師 1人當 國民數의 適切한 目標를 850名으로 보았다.

이와같이 本目標를 850名으로 設定한 근거는 다음과 같다.

先進國에서 1人當國民所得이 4,000 US \$ 정도일때 醫師1人當 國民數는 600~850名을 보이고 있음을 <表6-3> 및 <表6-4>에서 볼수 있다. 예를 들면 이때 스페인 600名, 미국 621名, 캐나다 650名, 불란서 700名, 영국 750名, 스위스 800名, 일본 850名 등으로 나

〈表 6-3〉 先進國(美國、日本、英國)의 國民所得對醫師人力推移

國家	國民所得	醫師數	1950	1955	1960	1967	1968	1973	1974	1976	1978
미국	/ 人當國民所得(%)	醫師 / 人當國民數	1)	1)	2,200 ⁵⁾	1)	4,000 ⁵⁾	6,232 ⁴⁾	6,717 ⁴⁾	7,948 ⁴⁾	9,880 ⁴⁾
영국	/ 人當國民所得(%)	醫師 / 人當國民數	1)	1)	1,297 ⁵⁾	1,611 ⁵⁾	3,238 ⁴⁾	3,497 ⁴⁾	4,009 ⁴⁾	4,009 ⁴⁾	5,523 ⁴⁾
일본	/ 人當國民所得(%)	醫師 / 人當國民數	1)	1)	500 ⁵⁾	1,152 ⁵⁾	1,400 ⁵⁾	3,811 ⁴⁾	4,158 ⁴⁾	4,963 ⁴⁾	8,518 ⁴⁾
스웨덴	/ 人當國民所得(%)	醫師 / 人當國民數	1)	1)	926 ⁵⁾	870 ⁵⁾	892 ⁵⁾	861 ⁵⁾	845 ⁵⁾	838 ⁵⁾	806 ⁵⁾
			1,449 ¹⁾	1,282 ¹⁾	1,052 ¹⁾	855 ¹⁾	806 ¹⁾	6,164 ⁴⁾	6,868 ⁴⁾	9,002 ⁴⁾	10,444 ⁴⁾

資料: 1) Odin. W. Anderson, Health Care: Can there be equity?

The United States, Sweden, and England University of Chicago, 1972. P. 123

2) World Health Statistics, Annual 1980, Health Personnel & Hospital Establishments

3) 厚生省, 厚生百書, 昭和 45~55 年, 日本

4) 韓國銀行, 韓國의 國民所得 1982. (但 當該年度의 經常價格)

5) Yearbook of National Accounts Statistics 1965, 1970, UN. (但 當該年度의 經常價格)

(參考: 上記表에서 醫師人力의 實際勞動就業 醫師인)

<表 6-4> 其他国家的 国民所得对 医师人力 比较

國 家	年 度	1人當 ¹⁾ 國民所得(8)	醫師1人當 ²⁾ 國 民 数(名)
스 페 인	1973	1,605	670
	1978	3,470	560
캐 나 다	1974	6,689	600
	1978	8,535	580
이탈리아	1966		577
	1973	2,583	500
	1974	2,818	485
프 랑 스	1966		852
	1974	5,083	680
베델란드	1977	7,739	583
오스트리아	1977	6,322	428
호 주	1976	7,246	650
멕시코	1974	1,103	1,251
칠 레	1977	1,381	1,635
필 림 핀	1977	464	2,793
인 도	1978	184	3,652

資料: 1) 韓國銀行, 韓國의 國民所得 1982 (但 當該年度 經常價格)

2) World Health Statistics. Annual 1980. Health personnel Hospital Establishments

~46~

타라고 있다. 그리고 이들 先進國들은 1人당 國民所得이 2,000 US \$ 代에서 醫師 1人當 國民數는 500~1,000名임을 보이고 있었다. 우리나라는 現在 (1982年) 1人當 國民所得이 2,000 US \$ 에 가까운 日本 指標가 2.121名으로 先進國의 이 當時의 指標와 比較해 볼때 醫師의 供給이 半도 못 미치는 現實이다. 우리나라가 最近 醫師의 量産을 위하여 醫科大學 入學生의 卒業定員을 1978年 1,162名에서 1988年 2,640名 卒業定員으로 지난 10年間에 227%의 增加를 가져왔음을 감안할때 現在 (1983年)의 卒業定員 2,620名을 2000년까지 固定한다고 볼때 2000年의 供給醫師數는 52,594 (参考: 醫師人力 供給推計 低位推計)名이 되어 醫師 1人當 國民數는 946名이 되게 된다. 이러한 興件을 考慮하여 볼때 政府의 積極的인 努力이 수반될 경우 先進國에서 1人當 國民所得 4,000 US \$ 代에서의 醫師 1人當 國民數의 가장 낮은 水準 즉 850名 水準은 達成할 수 있는 것으로 判斷하였다.

따라서 西紀 2000年에 醫師 1人當 國民數를 850

名을 供給目標로 할 때 그 당시 推計人口 49,738,812
名에 必要한 醫師數 즉 供給目標醫師人力은 58,516名으
로 推計된다. 이러한 醫師供給을 確保하기 위한 醫師量
産計劃을 세운 것이 1991年부터 卒業生을 每年 100名
씩 增員하는 供給計劃이다. 1991年부터 卒業定員을 增
員한 理由는 1991年 卒業生은 1985年 入學生으로서
1984年까지는 이미 2,620名으로 1982年부터 固定되
어 있기 때문이다. 이러한 供給計劃에 의하면 <表6-5>
에서처럼 2000년에 供給醫師數는 57,694名으로 醫
師 1人當 國民數는 862名에 이르러 目標에 아주 接
近하게 된다. (中位推計). 이는 目標醫師數에 822名이
未達하는 98.6%의 達成을 가져오는 供給計劃이다.

그러나 앞의 5章에서 이미 提案하바 있듯이 漢醫科
大學을 醫科大學에 統合하여 一元화된 醫師를 大學課程
에서 養成할 때는 漢醫大 以外の 既存 醫科大學의 入學
定員은 現在의 2,620名 (卒業定員)을 固定시켜도 2000
년에 供給目標에 到達하게 될 것이다. 왜냐하면 醫大의
入學定員을 現在의 2,620名 水準으로 繼續 固定시킬
때 2000년에 實際活動醫師는 52,594名이 됨으로 (參

考: 抵位供給推計) 여기에 漢醫科大에서 醫大로 改編된 후 2000년까지 追加로 養成되는 實際活動醫師 約5000名을 合하면 57,594名이 되므로 이는 供給目標58,516에 (目標의 98.4%) 接近하게 된다 따라서 漢醫大를 醫大로 統合 改編할때는 現在의 醫科大學 및 漢醫大入學定員을 固定시켜 醫師를 輩出하는 것이 適切한 供給計劃이다.

<表 6-5> 의사 인력공급 추계 (1982~2000)

1. 저위 추계 (1989년부터 졸업생은 2.620명으로 고정)

	1978	1982	1985	1990	1995	2000
I. 공급 (취업의사) : S_i	14,693 ⁽¹⁾	18,556 ⁽³⁾	22,402	32,679	44,922	52,594
II. 해외 이주 : E_i	106 ⁽⁴⁾	124	146	214	293	355
III. 사망 : D_i	131 ⁽⁴⁾	146	156	196	233	260
IV. 년간미취업의사증가 : U_i	22 ⁽⁴⁾	21 ⁽⁴⁾	26	39	52	64
V. 졸업생 : G_i	1,162 ⁽⁵⁾	1,383 ⁽⁶⁾	1,944 ⁽⁶⁾	2,620 ⁽⁶⁾	2,620	2,620
VI. 신규 변허 : L_i	1,166 ⁽⁵⁾	1,376 ⁽⁵⁾	1,885	2,572	2,572	2,572
VII. 인구 : P_i	39,351,292	41,243,161	44,269,649	47,147,237	49,738,812	
VIII. 공급의사인당국민수 : P/S_i	2,121	1,841	1,355	1,098	946	

2. 중위 추계 (1991년부터 졸업생을 매년 100명씩 증원)

	1978	1982	1985	1990	1995	2000
I. 공급 (취업 의사) : S_i	14,693 ⁽¹⁾	18,556 ⁽³⁾	22,402	32,679	44,330	57,694
II. 해외 이주 : E_i	106 ⁽⁴⁾	124 ⁽⁴⁾	146	214	293	384
III. 사망 : D_i	131 ⁽⁴⁾	146 ⁽⁴⁾	156	196	240	287
IV. 년간미취업 의사증가 : U_i	22 ⁽⁴⁾	21 ⁽⁴⁾	26	39	53	70
V. 졸업생 : G_i	1,162 ⁽⁵⁾	1,383 ⁽⁶⁾	1,944 ⁽⁶⁾	2,620 ⁽⁶⁾	3,120	3,620
VI. 신규 변허 : L_i	1,166 ⁽⁵⁾	1,376 ⁽⁵⁾	1,885	2,572	3,056	3,547
VII. 인구 : P_i	39,351,292	41,243,161	44,269,649	47,147,237	49,738,812	
VIII. 공급의사인당국민수 : P/S_i	2,121	1,841	1,355	1,064	962	

資料; (1) 大韓病院協會, 專門匠長期供給推計 研究, 1981

(2) 韓國人口保健研究院, 推計

(3) 大韓醫學協會, 會員名錄, 1982 (但 休職者 除外)

(4) 大韓醫學協會, 醫師 및 醫科大學數의 適正性 研究, 1981

(5) 保健社會部 統計年報, 1979~1983

(6) 文敎部, 1983

⑧ 供給推進本法

I. 供給 (就業醫師) : $S_i = S_{i-1} + L_i - (E_i + D_i + U_i)$ 여기서 S_{i-1} 은 前年度 就業醫師數

II. 海外移住者 : $E_i = S_{i-1} \times 0.007$, 여기서 $(S_{i-1} \times 0.007)$ 은 前年度 就業醫師數

中 今年度 海外移住率 (1977~1982 年間)

III. 實際活動醫師中 年間死亡者數 : $D_i = \sum S_{i-2} \times \frac{m_{i-2}}{5}$

여기서, S_{i-2} 은 5歲間隔 年齡階級別 就業醫師數

m_{i-2} 은

5年間 死亡率

단, m_{i-2} 은 男性의 m_{i-2} 값으로 代置하였으며, 人口推計에 의한 e_0 에 対応하는

Model Life Table 에서 求甘. 여기서 e_0 은 1981 年 63세, 1986 年 65세,

'91 年 67세, 96 年에 68세, 2000 年에 69세

IV. 年未就業醫師 增加數 : $U_i = S_{i-1} \times 0.00127$. 여기서, 0.00127 은 前年度 就業醫師中 今年度 未就業 增加率로서

1975~1982 間의 平均値

V. 卒業生 : G_i 은 1990 年까지는 文敎部의 施行計劃이며 1991 年부터는 推計値

VI. 新規免許 : $L_i = \{G_i + (F_{i-1} \times 0.76)\} \times 0.927$

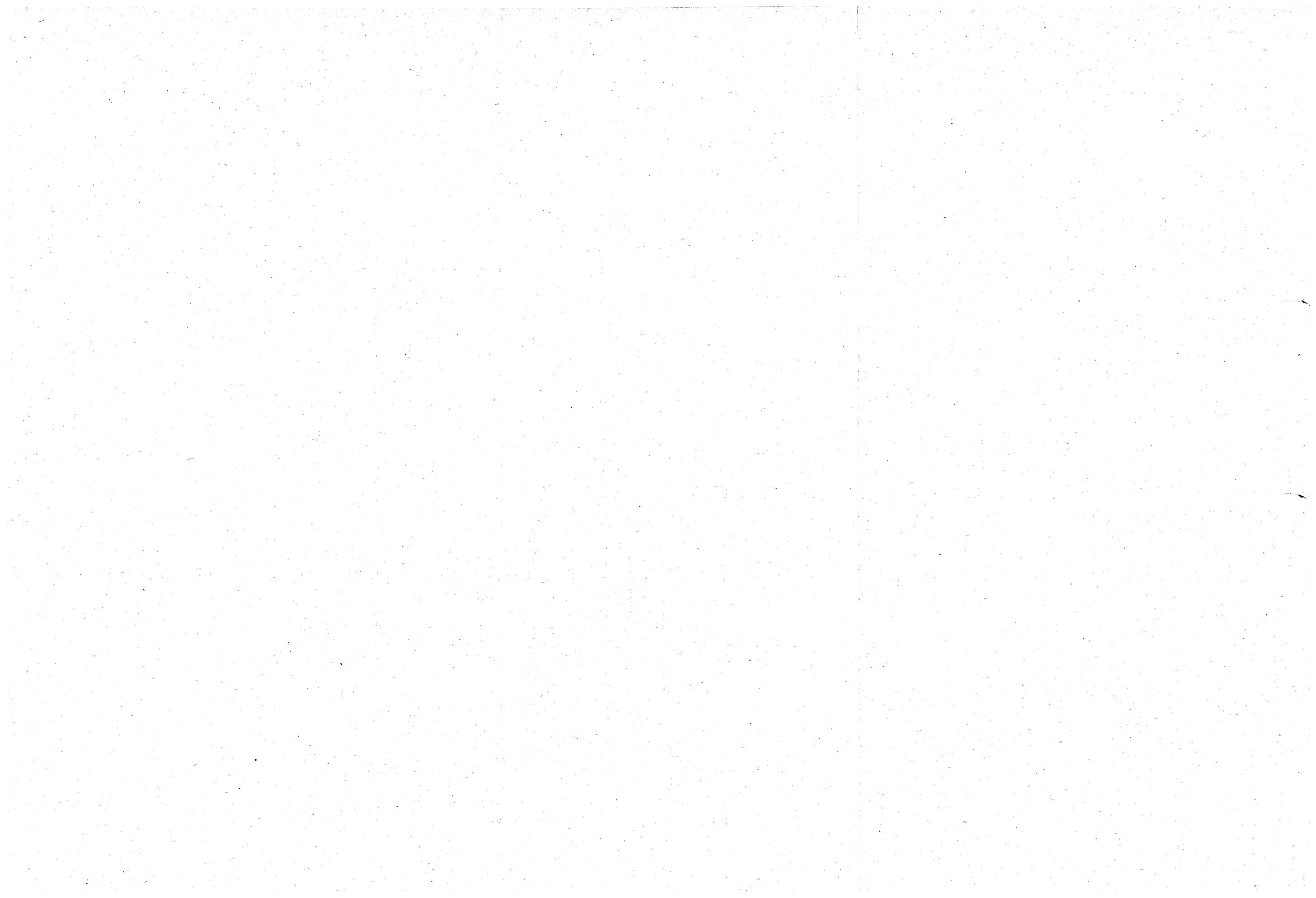
여기서 F_{i-1} 은 前年度 不合格者

0.927 은 1977~1982 年間의

0.76 은

平均合格率

前年度 不合格者中 平均 合格率



(2) 専門医養成 :

우리 나라에서 専門医를 처음 養成할 때 根本理念은 이들을 病院 또는 綜合病院에서만 勤務하도록 되어 있었다. 그러나 医療法이 도중에 変更되어 専門医도 單獨으로 開業을 할 수 있게 된 후부터, 1980年 現在 全体活動醫師中 専門医가 39.9%이며, 專攻医가 29.0%로서 専門医를 過多輩出하고 있는 実情이다. 더욱 重要な 것은 現在 新規醫師免許者가 大部分 専門医를 願하고 있어, 앞으로 이와 같은 趨勢로 専門医가 輩出된다면 2000년에는 專攻医를 除外한 一般医는 全体醫師의 20%未滿이 될 것으로 推計된다. WHO에서 권장한 専門医의 全体醫師對比는 15%임을 考慮할 때, 우리나라의 専門医量産은 抑制되어야 하며, 그들의 機能 및 細分化된 専門医免許制度 등이 改善되어야 한다.

따라서 向後 医療伝達体系가 確立되는 過程에서는 修練医定員에서 家庭医比重을 漸進적으로 拡大하여 一般医를 量産하여, 2000년에는 一般医數를 全体醫師의 50%水準까지 充當되도록 한다.

다음 <表 6-6>은 年度別 우리나라의 專門醫供給推
移를 나타내 보인다.

<表 6-6> 年度別 國內活動 醫師現況

年度	区分	總醫師	專門醫	專攻醫	一般醫	備考 登錄醫師
1975	數	12,025	4,590	2,590	4,845	16,800
	(%)	(100.0)	(38.2)	(21.5)	(40.3)	-
1976	數	12,882	4,932	2,807	5,145	17,848
	(%)	(100.0)	(38.3)	(21.8)	(39.9)	-
1977	數	13,744	5,339	3,222	5,183	18,913
	(%)	(100.0)	(38.9)	(23.4)	(37.7)	-
1978	數	14,693	5,737	3,657	5,245	20,079
	(%)	(100.0)	(39.0)	(25.3)	(35.7)	-
1979	數	15,797	6,176	4,283	5,338	21,279
	(%)	(100.0)	(39.1)	(27.1)	(33.8)	-
1980	數	16,867	6,734	4,890	5,243	27,104
	(%)	(100.0)	(39.9)	(29.0)	(31.1)	-

必註 ; 保健社會部, 統計年報 1980

資料 ; 大韓病院協會, 專門醫長期供給推計에 관한 報告
1981.

2. 齒科醫師供給計劃

1982年 現在 齒科醫師의 保社部에 申告된 就業人
 力은 3,179名이며, 限地齒科醫師 55名을 包含하면
 3,234名으로 1人당 人口數는 12,168名으로 齒科
 醫師의 供給實態를 보이고 있다. 先進國의 경우 19
 78年에 日本의 齒科醫師 1人당 人口가 2,600名,
 美國이 1,910名, 캐나다 2,440名 등에 比較하면
 우리나라의 齒科醫師供給實態는 그들의 $\frac{1}{8}$ 에 不過하는
 不足現象이라 말할 수 있다. 그러나 政府는 그동안
 齒科醫師의 量産을 위하여 齒醫豫科 入學生을 年次的으
 로 增員하여 1982年 現在 全國에 10個齒科大學에
 齒醫豫科 1學年學生이 1,036名 (卒業定員 725名) 이
 다. 앞에서 設定한 齒科醫師 對 供給比率 $\frac{1}{4}$ 을 適
 用하여 齒科醫師의 供給計劃을 設定하기로 한다. 于先
 앞의 設定基準에 따르면 2000年度의 齒科醫師供給目
 標人員은 14,629名으로 推計된다. 따라서 이의 達
 成을 위한 供給計劃推計下에서 보면 1985년부터 每
 年 約 25名의 入學生을 增員 (여기서 25名은 卒業定
 員 入學生을 意味함) 하여 2000년에는 1,200名의

卒業定員에 해당하는 入學生을 뽑아야 한다.

3. 看護人力供給計劃

1982年 現在 保健部に 申告된 看護人力의 就業實態를 보면 看護員은 14,888名으로 全体免許登録者 46,651名の 31.9%의 낮은 就業率을 보이고 있다.

1982年 現在 就業看護人力은 看護員 14,888名, 助産員 1,506名으로 集計된바 助産員中 看護員免許資格이 없는 者는 約 250名정도로 推算됨으로 實際就業看護人力總數는 15,138名 (14,888 + 250) 으로 아주 낮은 供給現象임을 볼 수 있다.

우리나라에서 이와 같이 就業 看護人力이 醫師數보다도 적은데는 여러가지 要因이 있다. 그 가장 重要한 理由는 많은 數의 看護補助員이 看護員에 代替되어 活用되고 있기 때문이다.

1982年 現在 登録된 看護補助員은 73,159名이며 就業者는 民間 및 公共 病·醫院에 25,670名, 公共 保健要員 約 3,500名으로 모두 29,170名으로 集計되고 있다. 따라서 現在 就業看護人力을 看護補助員을 包含하여 計算하면 44,308名으로 就業醫師數 (限地醫

師(包含하여) 17,619 명의 2.5 배에 이르고 있다. 이와 같이 就業看護補助員數는 就業看護員數의 2 배 (192.6%) 에 이르며, 全体看護人力(看護補助員包含)의 $\frac{2}{3}$ (65.8%) 에達하고 있다.

現在 우리나라의 看護人力養成實態를 보면 1982年 現在, 看護員養成學校의 1学年 學生數는 看護大學 845名(卒業定員 592名), 專門大學 4,758名(卒業定員 333名)으로 모두 5,603名으로 이들의 卒業定員은 大略 3,923名으로 集計된다. 이는 1982年 現在 醫科大學 醫豫科 1学年 學生의 卒業定員(1988年度 卒業生) 2,640名의 1.5 배에 達한다. 그리고 最近 3年間(1979~1982年) 看護員의 免許登錄 增加人員은 每年平均 3,225名이다. 實際 活動看護員의 供給豫測을 計 보면 看護員이 앞으로 每年 3,000名씩만 就業者가 增加된다고 가정한다면 2000년에는 大略 65,000名의 就業看護員이 되며, 4,000名씩으로 가정할 때는 2000년에 大略 83,000名으로 推計된다. 本計劃에서 2000年の 供給看護員數는(目標를 醫師 對比 2倍를 必要로 한다고 設定하였음) 117,032名으로

-156-

推計된다. 117,032名の 實際 活動看護員을 2000
년에 確保하기 위한 供給計劃을 세키야 한다. 앞에서
檢討한 것 같이 現在 1学年 入學生(卒業定員) 3,923
名을 계속해서 輩出하고 그리고 卒業生 全員(100%)
就業을 한다해도 2000년에 大略 85,000名 水準
에 達하여 目標人員에 3萬余名이 不足하게 된다. 따
라서 3萬余名을 더 많이 輩出하기 위해서는 1985年
부터 入學生定員(勿論 卒業定員)을 每年 계속해서
350名씩 增員해야 한다. (但, 여기서 海外人員을 計
算하지 않았음.) 그러나 現實적으로 이와 같이 學部課
程卒業看護員이 全員 女性이라는 점을 감안할 때 免許
取得後 50%以上 就業率을 올린다는 것은 不可能할
뿐 아니라 現在 그들의 就業率이 31.9%임을 감안할
때 現在の 專門大學以上の 높은 學歷의 教育課程만을
등하여 看護員의 供給計劃에 達成하기 위해서는 이들
教育機關에 대하여 尙大한 數의 入学增員 養成計劃이*
이루어져야 하는 바 이는 現實적으로 不可能한 實情이
다. 따라서 看護員의 供給을 適正化하기 위해서는 看

* 專門大學課程의 入學生(卒業定員)이 1985年부터 每年 1000名以上
增員되어야 한다.

看護員의 就業率을 높이는 것이 先決課題라고 보며, 農村地域에 勤務할 수 있는 條件을 助成하는 것이 重要한 課題라고 본다. 이를 위해 政府의 積極的인 努力이 있어야 하겠다. 이와 關聯하여 主 看護員의 就業率을 높임과 동시에 看護人力의 地域均配를 위한 供給目標에 達成하기 위한 供給計劃을 다음과 같이 設定한다.

看護員養成 教育課程을 二元化한다. 主 現在의 學部課程에 追加하여 過去에 있었던 高等學校課程의 看護員養成學校를 復活하여 이들은 全員 國費獎學生(宿食包含)으로 養成하여 이들은 卒業後 6年間의 就業義務를 지도록 한다. 이렇게 함으로써 看護員의 技能을 調整하여 學部課程을 履修한 看護員과 高等學校課程을 履修한 看護員間에 技能 및 免許의 (4) 差異를 등과 同時에 現在 看護補助員의 任務를 大幅 高等學校課程履修의 看護員에게 代替되도록 한다. 그리고 이와 같이 良質의

(4) 免許 { 看護員; 高等學校課程 看護教育履修후 免許試驗에 合格한 者
 看護師; 大學 또는 專門大學 課程을 履修후 所定의 免許試驗에 合格한 者로서 大學卒業者는 看護師(甲), 專門大學卒業者는 看護師(乙)로 한다.

充分한 數의 看護人力을 養成하여 醫師役割의 어느 部分을 看護機能의 強化로 代替되도록 하여 醫師供給의 一役도 分擔하는 效果를 올린다.

이들 看護員養成學校의 入學生數(卒業定員)의 計劃을 다음과 같이 세운다. 大學課程은 現水準 600名(卒業定員)을 계속 維持한다. 專門大學은 1982年 現在 卒業定員 3,331名: 入學定員 4,758名으로부터 1985年부터 卒業定員은 每年 100名씩 增員하여 2000년에는 5,134名이 되도록 한다. 高等學校課程은 1986年부터 시작하여 첫째 1,000名으로부터 每年 500名씩 增員하여 1992년에 4,000名에 이른 후부터 每年 200名씩 增員하여 2000년에는 5,600名이 되도록 한다. 이는 學部課程卒業生의 就業率은 現在의 32% 水準으로부터 漸增되어 2000년에 50% 水準이 되는 것으로 본 것이며 高等學校過程卒業生은 平均 80% 水準으로 본 것이다. 이러한 就業率의 增加를 가져오기 위해서는 勿論 看護人力에 대한 報酬의 適正化와 그들의 社會的地位 및 待遇를 向上시킴이 要望됨은

再言을 要치 않는다. 앞으로 女性人口의 就業選好性이 높아져 가고 있으므로 이러한 專門職看護人力의 養成은 政府의 投資가 있을 때 이에 充分한 女性人口가 參與할 것으로 槪待된다. 다시 말해 高等学校課程의 看護員教育을 復活하여 女性專門職保健医療人을 養成함으로써 그들이 結婚後에도 계속해서 職業을 維持하게 하며 특히 農村에 生活根據地를 둔 看護人力을 確保하는데 基礎를 마련한다. 그러나 萬一 高等学校課程의 看護員을 國費獎學生으로 養成할 수 없는 (資金調達豫測) 展望일 때는 이 課程에 代替되는 1年, 1年6個月課程의 準看護員 教育課程을 看護專門大學附設學校로 運營하는 方法이 考案될 수 있다.

<表 6-7> 看護人力入學生定員計劃 (1986~2000年) : 卒業定員

教育機關	免許資格	1982	1986	1991	1996	2000
看護大學	看護師(甲)	592	600	600	600	600
看護專門大學	" (乙)	3,331	3,634	4,134	4,634	5,134
看護高等学校	看護員	-	1,000	3,500	4,800	5,600
計		3,823	5,234	8,234	34	34

4. 藥師供給計劃

우리나라는 1次診療의 60% 정도가 藥局이나 藥房을 통하여 이루어지고 있을 만큼 住民의 藥局利用率이 아주 높다. 이와 함께 開業藥局이 全國에 널리 縣·面地域까지 均속히 分布되어 있다. 1982年 現在, 保健部に 登録된 藥師는 26,307名이며 이중 國內에서 實際活動藥師는 16,983名으로 就業率は 全体 登録醫師中 64.6%으로 나타난다. 이와 같이 就業률이 낮은 理由는 첫째 藥師免許所持者の 過半数(1982年 現在 51.2%)가 女性이며 이들은 結婚後 家庭主婦 役割以外の 職場生活를 떠나는 傾向이 높기 때문이며, 둘째는 就業의 機會가 낮기 때문이다. 既存 開業藥局이 地域社會의 需要에 어느 정도 充分하며 더 以上 새로운 開業適地가 적기 때문이다. 현재 우리나라의 活動藥師數가 거의 醫師數에 비견하는 供給實態는 先進國에 比較해 볼때 醫師에 比하여 매우 높은 供給現狀임을 말할 수 있다. 앞으로 全國民 醫療保險實施와 더불어 醫藥分業의 改善이 이루어 질 社會輿件 變化와 現在의 어느정도 充分한 藥師人力供給實態를 考慮하여

設定한 藥師人力の 供給目標은 (醫師 對比 50/100 으로 設定하였으므로) 29,258名으로 推計된다. 이를 達成하기 위한 供給計劃을 다음과 같이 樹立한다.

1981年 現在 藥大의 學生定員을 보면 1学年 1,053名 (卒業定員 737名), 2学年 1,209名 (卒業定員 846名), 3学年 1,183名, 4学年 1,185名으로 되어 있다. 이는 卒業定員이 1,200名 水準에서 앞으로 750名 水準으로 減少되고 있음을 알 수 있다. 지난 7年間 (1976~82年)의 新規 藥師免許 試驗에 合格한 者는 平均 每年 966名으로 지난 7年間 거의 같은 水準을 維持하고 있다. 앞으로 新規 藥師免許試驗合格者들의 就業率을 높이는 것이 重要課題이지만 現在의 藥大 在學生의 性比가 女子가 過半數를 넘는 現實 (62.1%)과 新設藥局用業의 難易性을 考慮할 때 就業率을 높이는 것은 어려운 課題라고 본다. 그러나 藥師人力の 長期的需給計劃에 있어서 그들의 就業率을 現在의 낮은 65% 水準으로 계속해서 推計할 수는 없다고 본다. 高級專門職人力인 이들 藥師의 就業率을 적어도 80% 水準까지는 높여야 한다는 前提

下에서 供給計劃을 設定해야 合理的이라고 보아진다.
이러한 假定下에서 볼 때 2000년의 供給目標에 達成하기 위한 藥大入學生定員은 앞으로 漸增하여 1991년부터 2000년까지 1,300名水準의 卒業生을 계속 해서 輩出하도록 計劃되어야 한다.

第2節 施設 및 裝備의 長期需給計劃

醫療需要의 繼續的인 增加趨勢에 대응하는 良質의 醫療서비스를 提供하기 위하여 醫療人力의 拡大供給計劃을 設定한 바 있다. 이와 關聯하여 醫療施設의 供給計劃을 다음과 같이 設定한다.

첫째, 公共保健施設投資는 民間醫療施設의 投資가 脆弱한 다음 事項에 優先順位를 決定하여 長期的인 綜合計劃을 세워 年次的으로 新築 및 改築을 實施하여 地域間的 均衡있는 醫療서비스를 確立한다.

- (1) 醫療施設이 脆弱한 地域
- (2) 公共醫療機關 持지 特殊病院, 市·道立病院의 現代化
- (3) 保健所, 保健支所, 保健診療所 및 母子保健센터

둘째, 政府는 民間資本誘致로 20 病床以上の 病院増設을 誘因하며, 이를 위하여 必要한 Incentive 制度나 長期償還融資를 実施한다. 그리고 専門医는 病院級以上の 2次 医療機關에서 医療 Service 의 Team 을 이루어 基本施設條件下에서 医療活動을 하도록 한다.

셋째, 우리나라의 主要保健醫療機關의 數는 다음

<表 6-8> 및 <表 6-9> 와 같이 一般病院 및 綜合病院은 近來 빠른 增加를 보이고 있으나 醫院은 오히려 減少現況을 나타내고 있다. 保健所는 区·市·郡의 行政區域單位에 1 所씩 設置하는 體制가 계속 維持되고 있으며, 母子保健센터 및 保健支所와 分所의 新設 및 増設이 推進되고 있다. 그러나 아직 우리나라는 다른 많은 先進國에서 갖고 있는 Nursing home 이 開設되지 않고 있다. 人口의 老齡化現象이나 核家族化 傾向에다 慢性患者의 比率的 增加趨勢에 비추어 긴 眼目에 Nursing home 과 같은 施設이 必要하게 된다. 그리고 一般醫 특히 家庭醫 (home doctor) 또는 家族保健醫 (family health doctor) 의 量産을 前提할 때 앞으로는 一次診療를 担当할 醫院의 開設이 大幅 增加되어야 할 것이다.

<表 6-8>

保健医療機関施設推移 (1975~82)

~164~

区分	1975	1978	1980	1982
総合病院	39 (100.0)	61 (164.9)	82 (221.6)	111 (300.0)
病院	131 (100.0)	218 (166.4)	240 (183.2)	263 (200.8)
医院	6,087 (100.0)	6,044 (99.3)	6,344 (104.2)	6,824 (112.1)
助産所	929 (100.0)	572 (78.7)	488 (67.1)	576 (79.2)
保健所 #3)	198 (100.0)	202 (102.0)	214 (108.1)	218 (110.1)
母子保健センター #3)	-	-	-	42
保健支所 #3)	1,338 (100.0)	1,336 (99.9)	1,321 (98.7)	1,361 (101.7)
保健診療所 #3)	-	-	52	773
結核病院	4 (100.0)	4 (100.0)	4 (100.0)	4 (100.0)
精神病院	-	-	-	7
癩病院	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)

齒科病院	3 (100.0)	5 (166.7)	3 (100.0)	3 (100.0)
齒科醫院	1.611 (100.0)	1,785 (110.8)	2,025 (125.7)	2,317 (143.8)
漢方病院	2 (100.0)	12 (600.0)	11 (550.1)	11 (550.0)
漢方醫院	2,377 (100.0)	2,294 (96.5)	2,317 (97.5)	2,450 (103.1)
附設醫院*	203 (100.0)	249 (122.6)	266 (131.0)	240 (118.2)

總計*2) 11,381 (100.0) 11,447 (100.6) 12,047 (105.9) 13,840 (121.6)

<資料> 保健社会部「保健社会統計年報」1976~1983 (但,*3は 保社部 別途提供)

*1) 附設醫院は 事務機関 又は 産業労働機械関り 附設員 醫院

*2) 總計には 保健支所を 包含하지 않았음 (理由: 保健支所の 大部分は 醫院으로 集計되였)

附註)

~166~

<表 6-9> 医療機關別 病床数推移 (1978~82)

区 分	1978	1980	1982
綜合病院	13,762 (100.0)	20,386 (148.1)	27,286 (198.3)
病 院	12,773 (100.0)	17,269 (135.2)	17,219 (134.8)
医 院	26,838 (100.0)	24,876 (92.7)	21,694 (80.8)
其 他	886 (100.0)	2,510 (283.3)	2,864 (323.3)
總 計	54,259 (100.0)	65,041 (119.9)	69,063 (127.3)

註; 1) 綜合病院, 病院 및 医院에 齒科 및 漢方施設은 集計하지 않았음.

2) 医院에 附設醫院을 包含하지 않았음.

3) 其他는 齒科, 漢方, 附設醫院, 助産所의 集計임

資料; 保健社會部 「保健社會統計年報」 1979~83

넷째, 各醫療機關別로 病床數의 長期供給計劃을 設定하기는 어렵다. 왜냐하면 우리나라의 醫療가 民間主導로 運營되고 있기 때문이다. 그러나 1982年 現在, 우리나라의 病床數는 人口 1萬名當 17.6 으로서 <表 6-10> 에서 外國資料와 比較할 때 經濟的水準에 비

주어서 낮은 편이다. 더욱이 상당수는 医院이 保有하고 있는 것등으로서 病院医療의 供給量이 需要에 過不足한 實情이다.

<表 6-10> 各國의 病床數 (人口 萬名當)

國 別	病 床 數
韓 國 (1982)	17.6
필리핀 (1976)	15.6
터 키 (1976)	21.9
칠 레 (1976)	37.4
스페인 (1976)	52.6
日 本 (1976)	104.9
캐나다 (1976)	92.0
美 國 (1976)	65.6

資料; WHO, World Health Statistics Annual, 1978, 1979

단, 韓國資料 保社統計年報, 1983.

本 構想에서 2000년에 人口 萬名當 病床數의 水準을 얼마를 目標로 設定할 것인가. 現在 (1982年)

~168~

에 비하여 2000년에 入院醫療利用量이 3倍以上 增加될 것으로 豫測되며 醫師供給人力 또한 約3倍정도 增員될 것으로 展望됨을 考慮할 때 病床數도 現在의 3倍水準인 52.8로 計劃할 것인가. 그러나 우리나라는 現在 病床數의 水準이 外國의 經濟水準 對比 病床數의 經驗에 比較할 때 매우 낮으며 政府의 이에 대한 投資가 大幅 增加할 것을 展望하기 어려운 점을 감안하여 現在의 2倍水準인 35病床을 目標水準으로 計劃하였다. 따라서 2000년에 目標病床數는 174086으로 이를 達成키 위해서는 每年 5,800 病床정도의 增設이 있어야 된다.

다섯째, 醫療施設 및 裝備가 病·醫院間 또는 病院間에 過當競爭에 의한 過剩設置되는 것을 防止하도록 各 醫療機關의 診療水準 및 醫療利用量에 合當하게 標準施設基準을 마련하여 醫療費上昇要因을 抑制한다.

여섯째, 醫療裝備는 國産利用이 漸增되도록 政府의 積極 支援政策이 있어 國産醫療裝備의 品質을 向上시키며 또한 醫療人의 國産醫療裝備利用率을 높일 수 있는 制度的 改善을 한다.

第7章 保健医療人力開發體系의 再定立

人力開發은 量과 質 兩面에서 需要에 充足되도록 長期的供給計劃下에 養成되어야 한다. 前章에서 保健醫療人力의 主職種에 관한 總量的인 長期供給計劃을 記述하였다. 따라서 本章에서는 先서 設定한 適正供給人力을 養成하기 위한 教育制度의 再定立에 관하여 論하고자 한다.

第1節 保健醫療人力開發體系의 課題

保健醫療人力開發計劃은 教育制度에 反映되어야 하고 教育目標는 全体 保健醫療시스템이 到達하여야 할 目標達成에 符合하도록 設定되어야 한다. 즉 養成後의 活用に 目標를 두어 教育機關別 教育目標가 設定되어야 한다. 또한 教育機關은 教育收容能力을 充分히 갖추어 教育目標를 如意하게 達成할 수 있도록 組織되고 運宮되어야 한다. 이와 더불어 教育機關은 教育費用을 極少化시키고 効率을 極大化할 수 있는 方向으로 調整되어야 한다. 이러한 原則에 適合하게 우리나라 保健醫療人力의 綜合開發計劃을 推進함에 있어 부상되는 課題를 살펴보기로 한다.

~170~

첫째 政府의 長期的인 保健醫療人力開發에 관한 綜合計劃이 不在한 가운데 教育機關別로 明白한 教育目標가 設定되지 못한채 保健醫療人力이 養成되어 왔다.

그동안 合理的인 保健政策과 保健企劃이 未弱한 가운데 自由放任醫療體制下에 民間主導로 病醫院이 運營되어 왔으므로 其實 適切한 保健醫療體系가 세워질 수 없었다. 이에 따라 現存하는 各 保健醫療機關은 相互聯関性이 없는 機能이 遂行됨에 따라 保健醫療서비스 供給이 斷片的으로 이루어짐으로써 地域社會住民의 健康向上에 바탕을 둔 事業目的을 無視하게 되었고, 個人을 對象으로 하는 收益指向性 醫療가 高潮되었다. 따라서 이러한 醫療機關에 從事할 人力養成도 現實에 符合되도록 適宜調整되어 運營되었고 이에 따라 이들을 養成하는 教育機關別 教育目標 역시 劃一性이 缺如되어 未來를 향 한 意志的이고 發展指向的 合理性이 未弱하고, 또한 公益性이 낮음을 指摘할 수 있다.

둘째, 生産성이 낮은 教育制度를 들 수 있다.

醫療人力 職種間의 合理的인 構成比를 考慮함이 없이 醫療人力이 養成됨에 따라 醫療서비스의 Team Work

approach가 生産性 높게 運營되지 못하고 있다. 다시 말해서 醫師의 診療生産性은 補助人力과 施設 및 裝備의 有錢적인 連関下 効率의 極大化를 올릴 수 있기 때문이다. 그리고 學校教育이 너무나 免許試驗의 筆答者查를 위한 準備學習으로 偏重됨에 따라 올바른 医療人의 人格을 가르치는 精神教育이 脆弱하며, 臨床實習等 實務教育이 未弱하여 卒業後 一線現場에서 實際勤務할 수 있는 實務能力이 不足하다.

또 하나는 卒業後 就學率이 다음 <表 7-1>에서 보는 바와 같이 너무 낮아 長期間의 正規學校教育으로 養成된 이들 保健醫療人力의 活用이 低調함을 指摘할 수 있다. 특히 看護員은 大學 4年 또는 專門大學 3年課程을 통해 養成된 專門人力임에도 32%水準의 就業實能은 人力養成의 너무 낮은 生産性의 代表的 實例라고 본다. 看護員의 就業期間이 매우 짧은데 이는 結婚後 대개 職場을 떠나 家事에만 従事하는 傳統的인 우리나라 女性들의 경향이 아직도 持續되기 때문이다. 또 우리나라 女性이 看護系統의 專門大學 또는 大學을 修學하는 理由가 卒業後의 就業에 根本目的이 적고 단지

<表7-1> 保健医療人力別 免許発給 対 就業現況 (1982年)

区 分	(A) 免許数(名)	(B) 相当就業者数(名)	B/A 就業率(%)
医師(限地医師包含)	25,097	17,129	68.3
歯科医師(限地歯医包含)	4,266	3,234	75.8
漢醫師(限地漢医包含)	3,268	2,586	79.1
看護員	46,651	14,888	31.9
薬 師	26,307	16,983	64.6
看護補助員	78,159	29,170	39.9
医療技士	12,278	5,202	42.3

資料：保健社会部 保健社会統計年報，1983.

自身の 学歴을 높여 結婚條件을 좋게 具備한다든지 人格修養을 主目的으로 하는 性向도 크기 때문이다. 그리고 看護補助員의 就業率이 40%水準으로 極히 낮은 것과 医療技士의 낮은 就業率도 向題인데 이것은 職場에서의 낮은 身分과 報酬가 原因으로 指摘되고 있다. 여기서 醫師의 就業率이 그들의 社会的 処遇가 極히 높음에도 70%정도에 그치는 就業率을 보이고 있음은 高齡으로 인한 은퇴를 促시하여 外國으로 移民한 醫師

들의 統計가 不正確한데 原因이 있음을 말해두고 있다.

셋째, 保健醫療人을 養成하는 教育機關의 教育實施能力 未備를 들 수 있다.

國家保健醫療事業이 必要로 하는 適正數의 職種別, 保健醫療人力을 기대하는 質的水準까지 教育訓練시킬 수 있는 教育施設과 教授要員 그리고 合理的인 教育課程의 未備를 들 수 있다. 특히 醫學教育施設 및 裝備는 莫大한 資本이 投入되어야 하며 教授要員確保는 至極히 어려운 實態이다. 政府의 醫師人力長期需給計劃上 不足한 醫師를 量産하기 위해 지난 1978年 以來 1982年 까지 医科大学의 入學生을 大幅 增員(卒業定員制實施에 따른 追加入學生 30%까지 겹쳐서)하였는데 이를 따르지 못하는 教育收容能力이 심각한 問題로 대두되고 있다. 그리고 保健醫療要員訓練教育課程이 地域社會의 保健醫療要求를 解決하는 方向에서 마련되어야 함에도 實際訓練은 그렇지 못한 것이 우리의 현실이고 이들이 실제 地域社會에서 무엇을 해야 할지 어떻게 해야 할지 추수무척인 것을 우리는 흔히 보아왔다. 또한 교육기획이 병원체로써 집중되는 관계로 원외활동이나 사회의

~174~

학적 활동과는 상당한 거리가 있어서 공중보건의 또는 보건관호활동이 지역사회에서 거의 제구실을 하지 못하고 있는 경우도 드물지 않다. 이는 항상 변화하고 있는 보건의로 오꾸를 충족시켜야 할 교육계획이 보건의로오원훈련에 관여하는 인사와 보건의로政策에 책임이 있는 인사간에 협력없이 이루어진 것이어서 지역사회의 욕구와 유리되고 있다고 본다.

넷째, 보건의로인력관리에도 매우 많은 문제점이 있으며 특히 공공부문의 경우 보건의로오원이 해야 할 일의 내용이 매력적이지 못하고 더욱이 생활조건, 신분보장, 경력환산, 재정상의 리움이 없다는 사실등이 지적되어 왔으며, 이는 직업에 대한 滿足感을 주지 못하는 重大한 結果를 招來함으로 保健医療分野의 發展에 심각한 影響을 줌과 동시에 이에 따라 이 分野 人力開發上 動機賦與가 떨어져 良質의 人力을 이 分野에 誘引하는데 큰 차질을 빚고 있다.

다섯째, 職務訓練教育 (On-the-job-training)의 脆弱性을 들 수 있다. 組織的이고 体系的인 實務訓練이 繼續되지 못하므로 새로운 短識과 問題解決力 그리고

業務管理能力를 向上시키지 못하고 沈滯하게 한 主要한 要因으로 指摘되었다.

여섯째, 醫療의 二元化를 말할 수 있다. 우리나라는 現代醫學과 漢醫學이 二元化되어 있어 同一한 人體를 다루는 學問의 體系가 科學的으로 統一성이 없고 相互 補完的 連繫性이 없이 獨立的으로 維持되고 있다.

위에서 列挙한 諸問題들이 保健醫療人力開發을 短片的으로 만들었으며 各主要 要素사이의 連貫性을 꿈겨하고 全體보건의로사업개발과정과도 무관하게 하였다. 이러한 無貫性이 오늘날 보건의로분야의 가장 基本的으로 是正되어야 할 課題로 注目되고 있으며 세계보건기구에 서도 保健의로사업과 인력개발의 통합사업 (Health Services and Manpower Development Approach)이 이러한 主要課題를 解決하려는 努力의 一部로 試圖되고 있다.

以上을 좀더 分野別로 醫學, 看護學, 藥學 등을 檢討하여 改善方向을 提示코저 한다.

第2節 醫學體系와 醫學教育

1. 醫學教育課程 改編

인간의 건강을 모든 障害因子로부터 지키고 侵害

-176-

된 건강을 迅速하게 回復시키며 또한 健康을 增進시키는 것이 医学의 目的이라고 定義할 때 모든 分野가 医学과 無関한 것이 없다고 해도 過言이 아니다. 그러나 現實적으로 医学은 모든 関聯學向을 周辺에 두고서 人間の 健康과 疾病에 直接 關係되는 中核部分만을 医学体系로 限定하여 다루고 있으며 必要한 경우에는 이러한 限界를 넘어서서 関聯領域에 눈을 돌리지 않을 수 없는 경우가 많다.

現在, 医学의 領域이라고 불리우고 있는 것은 基礎医学, 臨床医学, 社会医学으로 大別할 수 있으며 医学部를 卒業하면 活動領域이 대체로 이에 準해서 分類될 수 있다. 医学을 修業한 後에 活動領域이 위와 같이 分化되면 이들 活動領域의 特殊性에 副應해서 医学教育을 實施함이 바람직 하다고 본다.

그러나 大部分의 医学을 專攻하는 學生은 臨床医学을 專攻하려는 傾向으로 인하여 医学部教育에서 臨床医学의 比重이 圧倒적으로 큰 것이 現實이다. 그러나 臨床医学은 科学으로서의 性格이 매우 特色이 있으며 특히 基礎医学과의 關係에 있어서 다른 學向처럼 강한 論理的인 連繫가 不足하고 病態生理學의 뒷바침이 不足한 것

이 實情이다. 따라서 病名을 놓고 많은 病像과의 關係를 論할때 羅列式으로 記述하고 이를 記憶하는 것이 臨床醫學을 工夫하는 醫學徒의 大部分 時間을 占하는 것이다.

病名과 病像과의 關係를 情報理論의 立場에서 檢討해 볼때 셋째 大分類, 中分類, 小分類등 各各에 主要한 症候를 階層別로 対応시켜야 하며, 둘째 이들 症候가 그 背後에 있는 基本情報과의 有關係 및 有用性を 分明히 하여야 하고, 셋째 이러한 바탕위에서 治療行爲를 効果적으로 수행해야 한다.

또한 臨床醫學을 實質科學으로 그 內容을 再構成하는 경우 이를 內科學, 外科學, 精神科學이 中核이 되도록 하며 其他 臨床各科는 모두 이들 中核으로부터 技術論적으로 分化發展한 것으로 보아야 할 것이다. 以上과 같은 臨床醫學의 整理는 臨床醫學自体만을 위해 必要한 것이 아니고 基礎醫學 또는 環境社會醫學을 專攻하려는 醫學徒에게도 어떤 教育을 시켜야 하는지 시사하는 바가 크며 臨床醫學을 專攻하지 않은 醫學徒에게 中核以外的 分化된 臨床各科의 專門的知識은 必要에 따라서 自律적으로 專攻하도록 하는 것이 바람직하다고 본다.

다른 한편 최근 基礎醫學의 進步는 分子生物學, 生物物理學의 發展과 關聯해서 매우 눈부신 바가 있다. 그리함에도 生體가 微細하게 区分된 部分이 重疊되어 構成된 特殊構造로 되어 있고 또 간혹히 一定 小空間에서 일어나는 現象을 表現하는 力學方程式이 一般的形態로 判明되고 있으나 特定個體에서 그 파라메타를 推定하고 制御할 수 있을 程度로 밝혀지지 않는 限 이러한 基礎科學知識은 臨床醫學을 크게 돕지 못한다. 다시 말하면 細胞以下水準에서 展開되는 生化學知識의 大部分은 最少限 血液으로 投影되든가 血液을 통하여 制御될 수 있도록 利用되지 않는 限 아무런 情報도 우리에게 提供하지 못한다.

基礎醫學의 知識體系는 臨床醫學과의 距離로서 整理되어야 한다. 그리고 臨床醫學이나 社會醫學을 專攻하는 學生에 대한 講義는 臨床醫學과 直結되거나 또는 그보다 若干 一階層外側까지로 制限하고 그 以上의 部分은 選拔에 맡기는 것이 좋다고 본다.

결론으로 環境, 社會醫學은 그 中核으로서 배워야 할 學問은 많겠으나 특히 醫學的諸現象이 自然 및 社會과

의 关联을 올바르게 把握하기 위한 該博한 知識과 複雜하게 엮힌 諸要因의 科學的解析方法 및 解析結果의 社會醫學的評價에 主眼點이 주어져야 할 것이다. 社會醫學專攻者에게만 該當되기 보다는 오히려 모든 醫學徒, 특히 臨床醫學을 專攻하는 사람에게도 必要한 事項으로서 이를 최소한 알도록 하여야 한다.

醫學은 社會領域을 明確하게 體系化하고, 各各 專攻하는 領域別로 그 特性을 살려 敎育을 展開하는 것이 바람직하다. 이는 全人敎育과 完全한 醫療人을 키우겠다는 思想이 現代社會의 高度分化過程에서 매우 지키기 어려운 것으로 여겨지고 있으므로 오히려 세분야로 領域을 区分하여 臨床醫는 現代社會가 要求하는 適切한 形態의 臨床醫로 敎育시키고, 別로 不足해가는 基礎敎授 要員 確保와 臨床을 뒷바침할 作業的인 基礎醫學의 發展을 위해서도 基礎專攻醫를 과감하게 養成하며 아울러 醫學敎育의 欠陷이라고까지 指摘된바 있는 科學的敎育方法論 등을 修了한 環境·社會醫學專攻者를 別途로 敎育시키는 醫學體系를 확립하도록 體系再構成을 加一層 推進한다.

2. 医学体系 改編方案

臨床醫學은 人間의 生命을 다루는 實踐科學이며 対象이 人間이고 그 成果가 特定個人의 生死에 直結된다는 의미에서 다른 學問이나 實踐과는 다른 次元의 것이라고 할 수 있다. 臨床的實踐의 対象이 人間의 身體와 精神이므로 必然的으로 을 수 있는 制約으로서 그 實踐에서 全一體性, 多面性, 即時性이 考慮되지 않으면 안된다. 이러한 理由로 臨床的實踐에 從事하는 者는 他領域에서는 반드시 必要하지 않을 수도 있는 研修가 必要하다. 이러한 特殊性을 滿足시키기 위하여 他學部보다도 2년이 긴 期間을 교육함에도 不拘하고 充分하다고 보기 어렵다. 다시 말하면 이 기간에 醫學의 一般法則이 患者의 個體差에 의하여 어떻게 變形되는지 直接 體驗하기엔 不充分하다고 본다. 따라서 인턴制度가 導入되고 나아가 專門醫制度가 되따라서 레지던트 修練이 實施되게 되었다. 그러나 이러한 修練이 單只 患者의 自體的障害를 治療하고자 하여 그 技術性에서 우수함이 입증되고 있으나 患者背後에 있는 家庭的, 經濟的, 社會·環境的條件이 配慮되지 못함으로써 有效性을

發揮하지 못함이 또한指摘되고 있다.

그러면卒業後臨床研修는如何한形態가 되는 것이 바람직스러운지 관심이 주어지지 않을 수 없다. 다시 말하면社會가醫療의公共性を어떻게받아드리고 있는가 하는 뜻과도有関하다.

醫療를지금까지와같이完全한自由營利業으로規定하면卒業後研修는自己投資에의함은當然하며後日의醫療活動을通하여이를回收하여야한다.

그러나이를無限定許容한다는것이國民健康에危害를줄수있다는事實이指摘되고있어서장차全國民醫療保險制度下에서醫療費의社會的統制가주어지듯이臨床研修의必要性이絶對的인것으로認定되면이의社會費用化도考慮되어야한다. 이미우리나라에서와같이專門医制度下에서修練을하도록된레지던트履修期間을적절히年限은限定하면서이들을充分히教育시킬수있는人力の定員化가되따라야하며또한이를專攻医에게充分한補償도하도록制度化함으로써이들이病院에義務적으로남아서醫療의公益성을제고하는데先鋒役割을하도록해야한다.

뿐만 아니라 醫學교육기간中에 臨床훈련을 強化하여 可及的 인턴과정을 최종학년 2년간에 필할 수 있도록 조치하고 初期4년간엔 소위 能力本位教科課程 (Competency based Curriculum)을 啓發하여 우수한 능력을 가진 學生이면 누구나가 病院뿐만 아니라 地域社會에서 흔히 發生하는 大部分의 疾病을 훌륭하게 診療해낼 수 있도록 教育한다. 이를 위하여 일차의료진료부를 두표 일차의료전문병원에서의 훈련을 強化한다. 이들中 임상이 아니고 기초 또는 사회의학을 전공코자 하는 醫學徒는 특별히 우대하고 장학금등을 支給하여 長期的으로 必要로 하는 최소한의 人力を 확보하도록 措置한다.

3. 醫科大學의 教育實施能力 補充

醫療施設, 裝備 및 教育資材는 現代醫學을 科學的이고 体系的으로 學習할 수 있을 水準으로 補充한다. 政府는 이를 위한 基本 模型을 開發하고 評價하여 모든 醫大에서 이에 따르는 學習環境을 造成하도록 努力한다. 그리고 充分한 數의 能力있는 教授要員을 確保하도록 政府가 積極支援한다. 앞에서 記述한 바와 같이 適正數의 教授要員을 養成하여 教授들이 스스로 工夫하

고 研究할 수 있는 零田死를 造成해 준다.

4. 醫師免許試驗制度의 改編

現在 實施하고 있는 一般醫師 및 專門醫의 國家 試驗內容 및 方法을 改編하여 實務的이고 臨床적인 評 価를 科學的으로 實施할 수 있게 體系化한다. 그래서 一般醫免許를 받으면 곧 一般患者를 診療할 수 있는 能力이 갖추어져 있어 1次診療가 어느 곳에서나 良質의 서 서비스를 받을 수 있게 되도록 한다. 그리고 專門 醫修練課程 역시 改編하여 臨床實務學習이 充實히 遂行 되도록 科學化하여 組織한다.

5. 漢醫師教育制度의 改革

前記 5章에서 論及한 바와 같이 醫學의 一元化를 實施키 위해서는 既存의 漢醫大를 醫科大學으로 改編하여 運營하는 制度改革을 斷行해야 한다. 漢醫科大學을 醫科大學으로 改編함에 있어서 留意해야 할 事項은 醫科大學에서도 漢醫學教育을 實施하여야 하는 것이다. 특히 漢醫學科를 專門科目으로 設定토록 하기 위해서 必須的으로 要望되는 事項은 漢醫學을 醫科大學의 学部過程에서도 몇 講座를 附設함으로써 一般醫는 勿論

모든 醫師들이 漢醫學에 대한 理解를 높여야 하는 것이다. 尙後 우리나라의 醫學體系가 지나친 專門醫中心體系를 脫皮하여 專門醫과 一般醫가 均衡的인 發展을 期하며, 一般醫의 役割을 1次保健醫療서비스 提供者로 養成한다는 方向下에 있다면 一般醫의 漢醫學에 대한 知識習得은 必須不可欠의 要素가 된다. 이러한 點에서 醫科大學의 漢醫學教育은 要望된다. 이와함께 醫科大學의 教育課程에 漢醫學教育이 없이 專攻科目만 漢醫學을 든다는 것도 語不成說이기 때문에 漢醫學을 現代醫學에 接木시키기 위해서도 漢醫學의 教育을 醫科大學에서부터 實施함은 當然한 論理라 하겠다.

第3節 看護人力の 活用과 看護教育

우리나라의 看護는 西歐로부터 現代看護가 도입된지 90余年을 지나는 동안 女性專門職으로서의 看護教育과 看護事業으로 계승 발전되어 왔다. 看護教育의 初창기인 1900年初에는 病院의 院長이 대부분 간호원 養成所 所長을 겸하고 있었고 1945年 해방이후에도 看護學校 또는 看護高等技術學校 그리고 初급대학령에

의거한 看護學校와 1955年 看護大學課程에 이르기
 까지만하여도 대부분의 看護教育機關은 病院의 일개 부
 속기관으로 존립 운영되어 왔으며 病院의 長이 看護學
 校長을 겸한 경우가 많아 간호교육과정의 독자적인 飛
 展이 어려웠다.

최근 의료기술의 급격한 발달과 의료서비스의 양상
 이 변모함에 따라 간호사원의 양이 확대되고 질의 향
 상을 필요하게 되었다.

이에 이화여자대학을 호시로 하여 各 大學이 대학과
 정에 간호학과를 설립하게 되었고 나아가서 大學院 과
 정에 看護學이 개설됨으로써 비로소 간호교육은 하나의
 전문직으로서의 확고하고도 독자적인 학문적 기반을 다
 지었다 해도 과언이 아니다.

간호업무는 전인적이고 종합적인 患者看護에 目標를
 두고 *Primary nursing* 이나 *Nursing process* 에 의한
 看護業務 및 實務가 이루어지기를 기대하고 있다.

그러나 看護現場에서는 기능중심적인 간호 (*functional
 Method*) 에 치우치는 경향이 있고 看護計劃書에 입각
 한 간호는 부재한 實情이다.

~186~

따라서 看護員은 간호업무에 대한 기대와 現實과의 間 (Gap)으로 인한 갈등으로 자기 직업에 대하여 불만족을 갖게 되고 그 結果 看護現場으로부터 이직하고자 하는 경우를 가져오는 한편 質的 看護에도 지장을 초래하고 있다.

그러한 가운데서도 病院 및 医療機關의 增設에 따른 看護人力의 수요증가와 1981年の 노인복지법시행규칙에 따른 노인看護學의 필요성, 農·漁村 僻地의 1次保健事業擔當을 위한 획기적인 제도인 保健診療員 (CHP) 도입실시에 따라 이를 뒷받침하기 위한 看護기능의 확대와 간호교육의 확충이 필요하게 되었다.

또한 醫療專門化와 함께 특수전문간호원 (nurse clinician) 및 간호행정자를 필요로 하게 되었고, 重患者 看護管理를 비롯한 各種 특수전문간호훈련을 위한 과정의 설치운영이 새롭게 요구되게 되었다. 지금 우리는 복지사회건설과 관련하여 病院뿐만 아니라 育兒院, 영아원, 양로원, 산업체, 학교 그리고 가정을 단위로 하는 地域社會에서 母子保健, 學校保健, 老人保健, 産業保健의 상당한 機能을 看護員이 보다 더 충실히 맡아 수행해

를 것을 요청하고 있다.

앞의 6章에서 看護人力의 量的 需給計劃을 論한바 있다. 本節에서는 이러한 長期保健醫療人力의 綜合開發下에서 適正水準의 量과 質 兩面에서의 看護人力養成上의 課題와 對策을 設定하고자 한다.

1. 看護人力養成上の 課題

첫째, 看護員教育制度가 大學課程과 專門大學課程의 相異한 教育이 施行되고 있으나 免許는 同一하다는 矛盾矣이다. 그리고 3年制 專門大學課程은 4年制 學士課程으로 教育이 延長 또는 繼續될 수 있는 體制이며 教育課程도 相異하다는 矣이다.

둘째, 看護補助員教育이 定規學校教育體制 밖에서 私設學院에 의해 施行되고 있어 學習內容이 不充分하다.

특히 臨床實習不足이 指摘되고 있다.

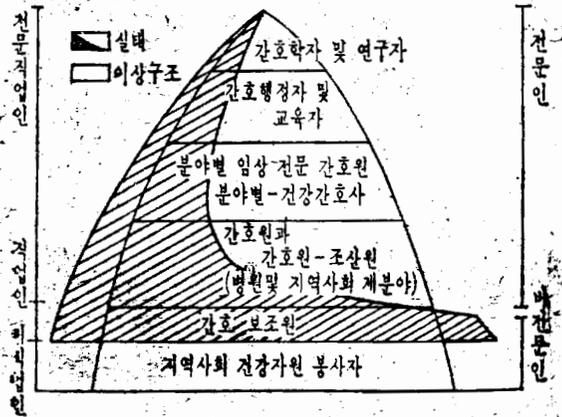
셋째, 看護員을 養成하는 教育機關의 學歷水準이 높은 反面, 이들 學生들의 卒業後 就業率이 매우 낮은 것을 6章에서 論한바 있다. 높은 水準의 看護專門知識을 學習하는 學生들이 女性이라는 特殊性과 우리나라의 社會的 特殊性에서 오는 性向때문에, 學習動機가 卒業後看護

員으로서 職場生活을 할 目的이 缺如된 者가 많은 點이다. 그리고 職場을 가졌던 看護員도 結婚後 大部分 職場을 떠남으로 짧은 就業期間을 갖게 되는 實態가 問題視되고 있다.

넷째, 看護教育의 教育課程이 急變하는 社會의 看護要求에 充足되도록 開發되지 못함이다. 즉 地域社會保健, 老人保健, 産業保健, 學校保健, 母子保健 등의 事業에 從事할 看護員으로서 必要한 學習內容을 適宜開發하지 못하고 있는 點이다.

다섯째, 現在의 看護人力構成이 看護補助員에 치우쳐져 있다. <圖 7-1>에서 볼 수 있는 바와 같이 看護人力의 理想的 構成은 看護補助員과 看護員, 그리고 看護員中에서도 單純業務와 專門業務로 均衡된 피라미트型이어야 한다. 그러나 實態는 지나친 看護補助員 中心으로 되어 있으며 專門業務를 担当하는 看護人力이 不足한 點이다.

< 圖 7-1 > 건강사업을 위한 간호인력 구성도 (실태와 이상구도)



資料: 金慕任, 未來看護教育의 方向, 大韓看護, 第21卷, 第5号,
1982年 11, 12月

2. 教育制度 및 教育内容의 改編

첫째, 看護人力養成을 세가지 相異한 教育水準으로 養成한다. 그리고 免許를 教育水準에 따라 差等を 둔다. 즉 앞의 5章에서 記述한바와 같이 現在의 大學課程과 專門大學課程은 그대로 存続시키되 大學課程은 現在와 같이 4年制로하여 卒業后 看護師免許를 획득할수 있게 하여 看護人力養成教師 및 看護事業의 責任者를 위한 教育課程을 編成하여 養成하며, 專門大學課程은 現在와 같이 3年過程으로 하되 卒業后 準看護師免許를 받을수 있도록 하며 이들은 看護師보다 每年4倍以上 많은 量을 輩出하여 病院 및 事業場에서 專門看護人力으로 活動할수 있도록 教育課程을 編成하여 養成한다. 그리고 高等學校課程의 看護員養成學校를 復活하여 看護人力의 供給計劃上 莫大한 數的增加를 充當할수 있도록 하며 이들은 看護員資格을 받을수 있게 하며, 나아가서 1年間の 臨床實習을 거쳐 助産員이 될수 있는 길을 터 놓는다. 이들은 看護員免許取得后 病醫院 및 事業場에서 一線看護事業을 遂行하도록 한다. 이와같이 看護高等學校課程으로 學丁을 次층으로 就業率을 높이고

就業期間을 延長시키는 效果를 거둠과 同時에 農村 및 醫院에 從事할수 있는 看護人力の 確保가 容易하게 되도록 한다. 이와같이 看護人力の 養成을 3가지 水準으로 相異하게 教育시키고자 하는 理由는 長期需給計劃上 우리社會의 需要에 対応될 수 있도록 質·量 兩面으로 適切한 供給을 기하기 위함이다.

즉 各々の 業務水準에 適合하게 教育시켜 各기 다른 免許를 부여하고 処遇를 달리하여 看護人力活用の 實效를 높이기 위함이다.

둘째, 看護補助員養成은 現在와 같이 中卒以上の 學府所持有者가 入学하여 910月間의 學習을 받되 臨床實習이 強化되도록 한다. 看護員이 量産됨에 따라 看護補助員의 全体看護人力供給上 차지하는 構成比는 차차 減少되도록 制度化한다.

셋째, 看護教育은 단지 간호기술교육에 置重할 것이 아니고 看護自體의 特性을 實現할 수 있도록 전인교육 내지 인격수양이 이루어 지도록 한다.

國民의 健康問題가 社會的인 變化와 더불어 더욱 복잡하고 다양해지면서 國民의 健康에 대한 保健醫療要

~192~

求水準은 더욱 높아지고 다양화 해진다. 이러한 狀況에서 健康管理를 提供하는 課程에서 컴퓨터화되고 自動化된 기계 및 기구등 새로운 医療技術의 導入으로 未來 看護領域에서 보다 효과적인 看護를 수행하기 위해 看護教育은 더 광범위하고 깊은 教育으로서, 發展된 기술 환경에서 全人的인 접근을 하기 위해 身體科學이나 醫學뿐 아니라 행동과학, 경영과학 등에 이르기까지 다양한 훈련을 받도록 하여야 한다. 또한 행동양상면에서 전문직 인력답게 보다 진취적이고 표현적이며 자동적이며 응용과학적인 역할을 수행하도록 訓練을 하여 看護師, 準看護師 및 看護員은 效果的인 '의사결정자, 문제해결자, 능숙한 실무자일 뿐만 아니라 소비자의 건강요구를 예리하게 관찰하고 이 요구에 효과적인 手段를 발전시켜 나가는 看護人力이 되도록 教育하여야 하겠다.

第4節 藥師人力의 活用과 藥學教育

現在 우리나라 國民들의 醫療要求中 60%以上이 藥劑에서 解決되고 있으며 이러한 傾向은 農村地域을 수

를 더욱 强하게 나타나고 있다. 이러한 國民醫療要求' 패턴으로 因해 藥師들이 오늘날에 이르기까지 國民健康에 寄與한 바는 至大한 것이었다.

그러나 國民所得의 增加와 醫療保險制度 實施에 따른 醫療費의 間接支拂方式의 拡充등으로 因해 國民들의 醫療利用 패턴도 漸次 藥局中心에서 醫師中心으로 變遷하고 있음은 否認할 수 없는 現實이다.

특히 尙右의 醫療體系가 醫藥의 分業化를 目標로 하고 있으며 同時에 醫療保險制度의 擴大 및 國民醫療需要 패턴이 醫師에 대한 診療需要로의 漸進的인 變化등의 趨勢를 勘案할 때 藥師의 役割은 現在와 같은 用業藥局 中心에서 變貌되어야 할 것이다. 즉 醫藥分業化에 의거 用業藥局은 醫師処方箋에 의해서만 調劑를 하며, 抗生素와 같은 藥品을 除外한 家庭常備藥品은 藥局이 아닌 一般商店에서도 販賣가 可能해질 時期가 멀지 않아 到來할 것을 勘案할 때 用業藥局 中心의 藥師活動으로는 變化하는 社會에의 適應은 不可能할 것이다.

用業藥師로서의 需要가 減少되는 反面에 새로운 時代變化와 함께 要求되는 藥師의 活動領域은 從來까지 생

~194~

각치 못하였던 多樣한 分野로서 이와 같은 새로운 需要에 對응키 爲해서 藥師人力의 養成方法은 效果的으로 改編되어야 할 것이다.

藥師가 要求되는 職能分野는 다음과 같다.

- 1) 의약품, 醫藥部外品, 化粧品, 醫療用具 및 衛生用品의 製造와 새로운 의약품의 開發生産
 - 2) 의약품에 대한 情報提供 및 供給
 - 3) 의약품의 調劑, 投與
 - 4) 漢藥(生藥)의 科學化 및 品質管理
 - 5) 環境衛生 및 醫藥品의 檢定(安全性, 有效性)
 - 6) 食品, 食品添加物의 檢定 및 食品汚染에 關한 調査 및 研究
 - 7) 醫藥品의 輸出入關係 業務
 - 8) 醫藥學教育 및 研究
 - 9) 保健醫療行政分野에 대한 專門研究 및 行政人力
- 上記와 같은 藥師需要를 充當키 爲해서는 藥學大學의 教育制度가 改善되어야 한다.

藥學大學의 教育目標를 達成하기 爲하여는 그 目標에 合당한 教育年限과 教科課程의 設定이 重要하며 正常的

으로 教育活動이 이루어 질 수 있도록 優秀한 敎員의 適正數確保와 教育條件을 갖춘 施設의 確保가 先行되어야 한다.

약사를 배출해 내는 現代의 우리나라 약학교육은 4年制로서 주로 理論에만 치우친 교육을 하고 있어 卒業後 약사의 여러가지 職能에 適切히 適応하는데 많은 問題點을 남기고 있다.

그러므로 多元化되어가는 藥師의 職域擴大에 발 맞추어 날로 發展해가는 藥學科學의 學問과 技術을 선어하고 分科敎育을 強化시키며 理論敎育과 實務敎育이 併行될 수 있겠고 敎育年限이 再檢討되어야 할 것이며 이와 아울러 敎育課程을 改編토록 해야 한다.

4年間의 敎育課程속에 漢藥을 包含한 藥學理論과 臨床藥學, 衛生藥學을 모두 包含시켜 敎育함은 藥學資質管理側面에서 無理가 있을 것으로 보인다. 4年間의 敎育課程속에 一般敎養科目을 爲始하여 많은 專攻科目을 履修해야 하기 때문에 實驗實習이나 臨床實習이 不實해질 수 밖에 없다.

이러한 點을 勘案 敎育年數의 延長問題가 檢討되어야

~196~

한다

이와 함께 藥師免許試驗制度도 改善되어야 할 것이다.
現行과 같이 지나친 理論敎課中心에서 實驗實踐이나
臨床, 衛生藥學은 勿論 漢藥까지를 包括하는 評價方法이
開發되어야 할 것이다.

發展하는 보건 의료의 추세, 의약품의 안정성 정보, 의
약품의 製劑技術의 開發 그리고 新醫藥品의 開發現況
등에 관한 새로운 保健情報 및 藥品知識을 提供하여
國民保健을 責任지는 醫療人의 한사람으로서 그 職能을
다 할 수 있도록 수시 또는 정기적인 補修敎育이 平
生敎育의 次元에서도 強化되도록 制度化하여야 한다

第5節 醫療技士 開發體系

오늘날 醫療서비스 提供에 있어서 醫師, 藥師, 看護
員과 같은 醫療人力 以外 主要한 役割을 担当하는
人力이 醫療補助員으로서의 醫療技士라 하겠다

특히 病院級以上の 大型 醫療機關에 있어서 이들의
重要性은 至大한 것이다.

이들 醫療技士의 主要業務는 検査室에서 検査機能,

X-ray 技士나 断層撮影技士와 같은 特殊裝備의 操作, 物理治療室에서의 物理治療士 등등의 諸役割을 遂行하는 것이다.

특히 오늘날의 診斷이 科學化를 要求하며 새로운 醫療技術이 많은 器械를 利用토록하며 컴퓨터에 의한 診斷이라는 段階로까지의 發展을 마라보고 있는 實情에서 醫療技士의 專門人力化는 醫療技術向上에 必須的 要素이다.

이와같은 重要性을 차지하는 醫療技士들이 배출되는 過程을 보면 検査室의 많은 要員은 大學의 化學, 物理學, 生物學, 藥學을 專攻한 사람들로 構成되며 物理治療技士는 保健專門大學 卒業生으로 X-ray 技士와 같은 器械担当人力은 定規의 專攻課程履修者보다는 이 분야에서 경험으로 숙련된 사람들로 充當되고 있음을 볼 수 있다. 検査室要員들이 化學, 生物學, 藥學등을 專攻한 人力으로 充當되는 것은 상당히 바람직한 現象이나 器械担当人力이나 記録管理室등과 같이 專門人力이 配置되어야 하는 곳에 非專門人力 혹은 단순 熟練工으로 配置함은 短期的인 醫療界 發展을 이룩하는데 장애적 要素

-198-

가 된다.

保健医療技士の養成을 위한 國內의 教育機關으로 保健專門大學을 생각할 수 있으며 이 大學의 卒業生들이 醫療器械를 다룰수 있고 檢査室이나 醫務記録管理室의 主要要員으로 活用될 수 있다면 醫療技士養成에 크게 寄與할 것이다. 그러나 現在 우리나라 保健專門大學의 教育課程이나 教育의 質을 놓고 볼 때 病院이 要求하는 醫療技士를 養成치 못하고 있다. 따라서 現行의 保健專門大學의 教育을 全面改編하여 醫療界의 要求에 副應할 수 있는 方向으로 展開되어야 할 것이다.

勿論 오늘날 保健專門大學이 營養士나·物理治療士 혹은 病理士의 養成에는 相當한 寄與를 하고 있으나 高級醫療技士로의 養成에는 많은 問題를 나타낸다. 따라서 尙后의 高級의료기사 需要에 대비하여 한 두개의 4年制 保健大學 내지 保健學科의 設立이 要望되며 이와 아울러 保健大學이나 專門大學이 教授養成機關인 保健大學院의 教育制度가 醫療專門技士를 教授하는데 障礙가 없도록 改編되어야 한다.

第8章 保健医療費調達体系の合理化

保健医療 서비스를 拡充하고 이를 均露化되도록 하는데 있어서 重要な 前提의 하나는 医療費調達 問題의 解決이다. 保健医療組織体系가 整備되고 人力이나 施設이 確保된다 해도 医療費調達能力이 不備할 경우 人力이나 施設은 遊休化될 뿐만 아니라 서비스의 均露化는 遙遠해 질 것이다. 오늘날 우리나라의 医療問題中 가장 큰 課題의 하나인 農村地域의 醫療資源 不足이 發生된 큰 要因中의 하나가 바로 農村住民의 醫療費調達能力이 欠如되어 醫療需要가 抑製되었다는 點을 考慮할 때 醫療費調達問題는 醫療發展을 위해서 先決적으로 解決하여야 할 課題이다. 특히 1977年 우리나라의 醫療保險制度가 導入되어 才3省 支拂方式에 의한 醫療費調達が 實施된 후 醫療需要가 急増하고 있다는 事實을 勘察할 때 都市의 脆弱人口階層과 農村人口에게도 才3省 支拂方法에 의한 醫療費調達の 体系化는 적어도 所得障壁으로 인한 需要未充足이라는 問題는 解決될 것이다. 이에 本章에서 醫療費調達の 合理化를 위한 方案을 摸索키로 한다.

同時에 考慮되어야 할 事項은 醫療費調達問題가 合理的으로 解決이 잘 경우 抑制된 醫療需要의 急增으로 인해 醫療費가 上昇할 可能性을 인식하는 處이다. 이미 3章에서 分析한 바와 같이 醫療需要增加로 인한 醫療費上昇을 既히 經驗하고 있는 우리나라의 現實에서 醫療費上昇의 合理的 抑制方案은 醫療費調達問題의 解決方案을 講究함과 併行해서 搜索되어야 할 課題이기에 本章에서 그 方案을 論說토록 한다.

才ノ節 醫療費調達方法의 基本方向

醫療費調達方法의 大前提的인 基本方向은 才3者 支拂方式이 되는 醫療保險制度의 拡大인 것이다. 醫療費調達이 才3者 支拂方式으로 定着되어야 할 妥當한 事由는 다음과 같다.

첫째, 保健醫療서비스를 拡充하여 國民의 健康權을 保障키 위해서는 가장 沮害的 障壁이 되는 所得障壁을 除去해야 하며 이를 위해서는 醫療保險制度가 定着되어야 한다.

둘째, 醫療서비스의 均露化를 통한 社會正義具現을 위해서도 가장 重要한 制度的 裝置는 醫療費의 間

接支拂方式인 醫療保險制度의 拡充이다.

셋째, 現在의 醫療保險制度가 주로 都市地域의 定額俸給生活者를 対象으로 하고 있는 反面에 相對적으로 所得水準이 낮아 所得障壁이 심한 階層은 除外하는 不公平을 解消. 國民一體感을 造成키 爲해서도 醫療保險制度는 定着되어야 한다. 특히 醫療保險實施로 인한 保險酬価의 統制가 一般酬価에 裁奪되어 醫療費負擔에 限界를 지나는 階層이 逆으로 醫療費上昇分을 모두 負担해야 한다는 逆進現象을 拂拭시키기 爲해서도 保險制度는 擴大 定着되어야 한다.

넷째, 現在과 같은 自由放任的인 醫療體系를 脫皮하고 政府의 適切한 企劃·統制·調整機能을 擴大키로 할 때 醫療保險制度는 가장 좋은 調整手段이 될 수 있다는 뜻에서도 醫療保險制度는 擴大 定着되어야 한다. 本編 序頭에서도 이미 밝힌 바와 같이 우리나라가 自由放任的인 醫療體系를 發展시켜 온 데는 從來의 醫療費 調達이 利用者의 直接負擔 방식에 依存한 理由가 큰 要因이 있었다.

이제 政府가 適切한 企劃·調整機能을 發揮하여 保健醫療界의 蓄積된 課題를 解決하고 9章에서 後述되는 것

처럼 醫療서비스 供給을 段階的으로 体系化하고 이에 맞추어 醫療資源을 地域間에 適正配置하려는 計劃을 実行코자 할 때 가장 有用한 政策手段變數는 바로 醫療保險制度가 될 것이다. 勿論 上記와 같은 計劃을 実行코자 할 때 行政力이나 法令등에 의한 物理的 方法에 의해서도 可能하겠으나, 이러할 경우 既存秩序속에 安住하는 各主体들의 反撥은 지나치게 強하여 좋은 意圖가 実行도 되기 前에 挫折될 可能性이 더욱 크다. 따라서 可能한 限 物理的인 行政力이나 法令에 의하기 보다는 保險制度를 活用 請求된 診療費를 醫療機關에 支給하는 制度를 有用하여 保健醫療界를 政府가 企劃하는 方向으로 誘導함이 妥當한 것이다. 따라서 醫療保險制度의 拡大 定着은 保健醫療體系의 整備를 위해서도 必須的인 要件이 된다. 뿐만 아니라 우리나라의 保健醫療界의 散積된 問題點들이 表面으로 露出되어 國民的 関心을 끌기 한 것도 結局 1977年 醫療保險制度가 導入된 以後 부터라는 事實을 勘察할 때도 언젠가는 全國民이 醫療保險의 通用對象者가 된다는 前提에서 惹起될 諸般問題를 檢討해야 하며, 따라서 醫療保險制度를 政策手

段變數로 活用할은 매우 有意하기 때문에 醫療保險制度
의 擴大 定着은 重要한 課題가 된다.

다섯째, 現行의 醫療保護制度에 의한 受惠對象者도
언제가는 醫療保險에 의해 吸收되어야 한다. 즉 醫療
保護에 의한 診療水準이 언젠가는 保險診療와 同一한
水準으로 向上되지 않으면 脆弱人口階層의 不滿을 解消
시킬 수 없을 것이다. 現在는 國家財政이나 우리나라
의 經濟水準으로 醫療保護對象者들이 多少 水準이 떨어
지는 診療에도 滿足하고 있지만 尙後 우리나라의 經濟
水準이 向上될 때 醫療保護에 의한 서비스水準도 保
險에 의한 서비스水準과 同一할 것을 要求할 것
은 自명한 論理이다. 이와 같은 狀況下에서 醫療保護를
別途 区分하는 것보다는 醫療保險속에 吸收하여 이들에
대해 本人負擔제를 없이 해주도록 方法을 挾함이 考慮
되어야 할 것이다. 이러한 再度에서 볼 때도 醫療費
의 間接支拂方式으로서의 醫療保險制度가 擴大 定着되어
야 한다.

第 2 節 医療保險制度의 改編

1. 基本改編方向

1977年 以來 지금까지 醫療保險政策의 基本方向은 事業場勤勞者 公務員 教職員等 定額所得者에 대하여는 醫療保險適用을 段階적으로 擴大하고 農, 漁民等 自營者의 地域住民에 대하여는 市, 郡單位 才 2種 醫療保險示範事業을 實施한 後, 우리 實情에 適合한 醫療保險模型을 開發하여 全國民 醫療保險을 段階적으로 實現하려는 것이었다.

그러나 610 市, 郡의 才 2種 醫療保險示範事業은 資格管理 및 保險料徵收體制의 未備, 醫療保險에 대한 住民의 認識不足 등으로 保險料徵收實績이 不振하여 示範組合의 財政赤字가 累積되고 있어 醫療保險의 早期擴大適用이 대단히 어려운 實情이다.

한편 醫療保險未適用人口는 醫療保險受患者보다 醫療保障이 보다 必要한 相對的인 低所得層이 대부분인데 醫療保險酬価와 一般醫療酬価의 差異로 醫療保險未適用人口의 醫療費負擔이 過重되고 있는 實情이다.

따라서 向後 醫療保險制度의 改編方向은 地域住民에

대한 医療保險擴大適用方案의 講究에 重點을 두고 社會保障制度改編時 考慮되는 價值基準인 社會의 均等, 自由 및 民主主義, 社會連帶意識, 安全性 (security), 經濟的 效率性 등이 尊重되어야 할 것이다. 이러한 基本方向을 考慮하여 向後 醫療保險制度는 다음과 같은 基本原則에 따라 改編되어야 한다.

첫째로 全國民에 대하여 適正醫療를 提供할 수 있는 全國民醫療保險의 實施 基盤을 擴充하기 위하여 未適用 地域住民에 대한 醫療保險實施基盤을 구축한다.

둘째로 保險料의 公平負擔과 保險給与의 衡平을 圖謀한다.

셋째로 保險財政의 健全化를 위해 經濟成長에 相應하는 保險財政擴大範圍內에서의 保險給与를 하며 政府財政 支援을 最少化한다.

넷째로 保險管理運營의 效率化와 危險分散 및 所得再分配의 広域化를 圖謀한다.

2. 全國民醫療保險化를 위한 制度的 改編

(1) 適用體系確立 및 適用對象擴大

醫療保險適用體系는 勤勞者醫療保險, 公務員 및

私立学校教職員医療保險 地域住民医療保險, 職種医療保險으로 구분하여 適用하여 定額所得者의 被扶養者認定基準를 客觀化한다.

이러한 適用對象別 区分適用을 1990年代 以後에는 地域單位로 統合하여 適用한다.

地域住民医療保險의 適用對象 확대는 住民의 所得水準 醫療施設分布狀況 등 經濟的 및 社会的인 条件이 具備된 地域부터 優先적으로 拡大適用하여 生活圈을 考慮하여 地域別 拡大適用의 우선순위를 定한다.

또한 地域別 優先順位는 原則적으로 農漁村 → 中小都市 → 大都市 順으로 하여 農漁村의 醫療施設 扩充을 併行한다. 그리고 그 適用方法은 地域内 (1-310 市郡單位)에 居住하는 住民 2/3以上이 醫療保險適用을 希望할 경우에 非同意者에 대하여도 任意包括適用한다.

現行 地域住民医療保險 示範事業은 保險料를 一定期間 未納한 住民에 대하여 保險給与를 停止하고 滯納된 保險料에 일정율의 延滞金을 加算하여, 保險料를 完納할 경우에는 다시 保險給与를 하도록 함으로써 實質적으로 任意適用과 同一한 模型으로 現行 示範事業을 改編하여

運營한다

한편 職種医療保險은 多數 職種從業者가 同一條件下에 있고 그 自營者를 管理하는 組織이 있는 경우에 그 自營者 $\frac{2}{3}$ 以上이 医療保險適用을 同意하면 非同意者에 대하여도 任意包括適用하되 自營者數를 考慮하여 全國 市·道·郡·區 또는 自營者管理組織單位別로 職種医療保險組合을 設호한다. 또한 現行 職種의 概念에 地域概念을 導入하여 特定職種從業者의 種類 및 組織이 各소 다르더라도 共同으로 하나의 組合을 設호하도록 한다.

그러나 1990年代 以後에는 医療保險適用對象 地域에 居住하는 住民에 대하여 職業의 種別 所得水準을 区分하지 않고 包括적으로 強制適用하되 現行適用對象區分은 管理運用體制改編과 同時에 廢止하여야 할 것이다.

그리고 現行 医療保護對象者中 社會福祉施設收容者·居宅保護者等 全額支料對象者는 今後에도 계속 公的扶助方式에 依한 醫療保障을 하되 現行 一部負擔者는 經濟成長에 따라 漸進적으로 2000년까지 医療保險適用對象에 包含시켜야 할 것이며 公的扶助에 依한 保護者도 保險體系內에 吸收하여 給付水準을 同一로 하여야 할 것이다.

(2) 管理運營体制의 效率化

醫療保險管理運營은 1990년까지 適用對象別로 区分하여 하위 適用對象擴大와 併行하여 段階的으로 管理運營의 效率化를 圖謀한다. 따라서 勤勞者醫療保險의 경우에는 現行 單獨組合을 漸進的으로 地區共同組合에 統廢合하여 勤勞者는 반드시 事業場所在地를 管轄하는 組合의 被保險者로 한다. 公務員 및 私立學校教職員 醫療保險은 現行대로 存置하고 職種醫療保險은 可能한 限 地域住民醫療保險에 統廢合하여 地域住民醫療保險은 漸進的으로 生活圈을 考慮하여 區域組合으로 改編하도록 한다. 다만 管理運營의 效率化 및 統廢合은 適用對象擴大와 더불어 段階的으로 推進하고 醫療保險管理上的 混亂을 防止하여야 할 것이다.

1990年代에는 醫療保險管理運營体制를 適用對象의 区分과 住民의 生活圈을 考慮한 區域管理運營体制로 改編하고 全國的으로 2010이하의 地域別管理運營機構를 設置하도록 한다. 그리고 地域別管理運營機構는 地方行政區域 生活圈을 考慮하여 地方事務所를 設置하고, 中央에는 地域別管理運營機構를 總括的으로 調整하는 保險者

聯合會를 設置하도록 한다. 따라서 被保險者資格管理은 現行 被扶養者制度를 廢止하고 住民居住地의 地方行政機關에서 住民登錄上의 居住世帶別로 資格管理를 하되 그 業務는 電算化하여야 할 것이다.

向後 2000 年代에는 保險者聯合會에서 地域別管理運營機關의 財政調整, 制度調查研究, 弘報教育企劃, 医療福祉施設設置運營, 高額診療費共同負擔事業 등 總括調整事業을 하고 地域別管理運營機關에서 被保險者資格總括管理, 財政管理, 保險給与管理, 診療費審查支拂 등을 하며 地方事務所는 一線窓口로서 資格管理, 保險料徵收管理, 對事業場 및 機關關係業務를 맡도록 한다.

(3) 公平한 保險料賦課과 徵收體制確立

保險料賦課基準은 勤勞者, 公務員, 教職員等 定額所得者의 경우에는 勤勞所得을 賦課基準으로 하고 實質所得에 相應한 保險料賦課로 保險料負擔의 衡行을 圖課하기 위하여 現行 標準報酬月額制를 廢止하고 總報酬制를 適用하며, 地域住民은 世帶員數, 所得, 財産을 考慮하여 保險料를 賦課하고 保險料賦課等級을 細分化하고 世帶別로 正確한 所得水準을 把握하여 保險料負擔의 衡

平을 기하고 職種醫療保險을 適用받는 自營者는 自營職
種의 事業所得을 賦課基準으로 한다.

保險料負擔은 勤勞者 公務員等 定額所得者의 경우에는
使用者가 保險料의 50%以上을 負擔하도록 하되 一定
所得以下인 勤勞者에 대하여는 使用者負擔率을 高所得勤
勞者보다 높게 한다. 또한 地域住民과 職種從業者는
現行과 같이 保險料를 全額 本人이 負擔하도록 하되
農協 水協 自營者團體를 통해 保險料納付 基金을 造成
하도록 한다.

保險料率은 定額所得者 自營職種從業者의 경우에는 所
得水準別로 累進的 差等保險料率을 適用하고 地域住民의
경우에는 所得과 財産에 대한 保險料를 漸進的으로 賦
課하고 世帯均等割은 漸進的으로 賦課한다.

保險料徵收는 定額所得者의 경우에 使用者가 源泉徵收
하여 保險者에게 自進納付도록 하고 自營職種從業者의
경우에는 自營者團體가 徵收하여 保險者에게 納付도록
하며 地域住民의 경우에는 住民弘報強化로 自進納付도록
하되 淨納保險料는 地方行政機關이 地方稅徵收節次에 따
라 徵收하여 保險者에게 引繼도록 한다. 다만 保險者

는 地方行政機關에 保險料委託徵收 手数料를 支拂하도록 한다.

上記와 같이 適用對象別로 相異한 保險料賦課徵收制度는 1990년까지 적용 하되 適用對象擴大 管理運營體制改編 등을 考慮하여 現行制度를 段階적으로 改編해 나간다

그러나 1990年代에는 모든 被保險者에게 保險料를 公平하게 賦課하고 全國民醫療保險을 實現하기 위해서 保險料賦課基準을 統一하여 모든 國民의 所得과 財産에 대하여 保險料를 賦課하도록 한다.

따라서 定額所得者인 勤勞者 公務員 등의 경우에도 現行 地域住民과 같이 모든 財産과 所得에 대하여 保險料를 賦課하되 勤勞所得에 대한 保險料率은 現行보다 下向調整되어야 할 것이다.

保險料는 被保險者의 모든 所得과 財産에 賦課된 所得稅額과 財産稅額에 租稅種別로 差等保險料率을 賦하여 計算하되 年平均總保險給付費를 勘案하여 租稅種別로 1인이 負擔하는 總保險料額의 上限을 定하여야 할 것이다.

保險料徵收는 勤勞所得에 賦課되는 保險料의 경우

被保險者勤務地의 機關長 및 事業主가 源泉徵收하여 勤務地를 管轄하는 保險者에게 이를 自進納付하고, 事業所得에 賦課되는 保險料의 경우에 事業場의 主된 所在地를 管轄하는 稅務署가 이를 徵收하고 國稅庁이 이를 總合하여 保險者聯合會에 引繼하며, 農業所得 및 財産에 賦課되는 保險料의 경우에는 農地 및 財産의 所在地를 管轄하는 地方行政機關이 徵收하여 農地 및 財産所在地를 管轄하는 保險者에게 引斷한다.

다만 保險者聯合會는 國稅庁으로 부터 引斷받은 保險料를 地域別 保險者에게 各 保險者의 勤務所得賦課保險料額과 同一한 金額을 保險者에게 우선적으로 配分하고 殘餘額을 保險者間의 財政調整基金으로 活用하도록 한다.

保險料賦課徵收制度改竊은 適用對象擴大 管理運營體制改竊, 租稅制度改竊 (教育稅 防衛稅等 目的稅의 時限) 등을 考慮하여 段階적으로 推進하되, 高額保險料負擔者의 租稅抵抗感을 最少化하고, 國家의 財政負擔이 加重되지 않도록 하여야 할 것이며, 또한 租稅種別 保險料率은 所得再分配效果를 極大化하는 方向으로 策定의 合理性을 圖謀해야 할 것이다.

(4) 均等한保險給付와 診療費審査支拂制度改善

保險給付는 療養給付인 現物給付를 原則으로 하고 分娩給付는 現金給付로 하되 모든 保險者는 診療機關을 1차, 2차, 3차로 区分하여 指定함으로써 段階別 医療서비스 供給체務 確立에 寄与한다. 그리고 被保險者의 保險料負擔能力 및 保險財政을 考慮하여 非給付對象, 入院診療期間, 附加給付, 給付額上限 등을 調整하되, 保險財政의 範圍內에서 保險給付를 하도록 하고 地域住民醫療保險의 경우에는 地域住民의 保險料負擔能力에 따라 保險給付를 保險者別로 差等化하고 保險給付制限內容은 保險者의 定款으로 定하도록 한다.

受診時 本人負擔率은 勤勞者, 公務員 등의 경우에 現行과 같이 하고, 地域住民 및 職種醫療保險의 경우에는 被保險者의 保險料負擔能力에 따라 保險者別로 差等化하되 그 負擔率은 保險者의 定款으로 定하도록 하며, 外來診療時의 本人負擔은 一定率制로 하되 診療機關種別 (1차 2차 3차)로 差等を 둔다. 그리고 高額外來診療費 (例 심장우식, 膝의학치료 등)는 一定率을 受診者가 負擔하도록 한다.

診療費審査는 高額外來診療費 入院診療費에 局限하지
審査件數를 最少化하고 審査의 客觀化 및 簡素化를 圖
謀하기 爲해 傷病別審査指針制定 小額診療費 診療內款記
載省略制 및 包括酬恤制導入등을 檢討한다.

診療費支拂은 徵收되는 保險料總額을 勘案하여 本人負
担率을 時宜適切하게 調整하도록 하되, 다만 1次診療
의 경우에는 可能な 範圍內에서 本人負擔率을 極小
토록 한다. 이러한 原則은 1990年代 以後에도 持
続토록 한다.

이와 같이 公的醫療保險에서는 國民의 基本醫療均等に
重點을 두고 保險給付의 衡平을 도모하며 公的醫療保險
에서 保險給付를 받지 못하는 部分 (非給付對象等)은
私的任意醫療保險에서 말도록 하고 經濟成長에 맞추어
漸進적으로 公的醫療保險의 給付水準을 向上시킨다.

3. 全國民醫療保險의 推進 및 定着化

1990年代에 醫療保險이 全國民에게 包括的
으로 適用되어 全國民醫療保障을 實現하고 名實相符한 社
會保障制度로서 定着되기 爲해서는 다음과 같은 事項이
慎重히 考慮되어야 할 것이다.

첫째로, 公共医療施設의 擴充이다. 國民保健서비스方式에 의하여 醫療保障을 하는 國家의 경우에는 醫療供給이 國家의 責任下에 組織化되어 있고, 社會保險方式에 의하여 醫療保障이 定着된 유럽先進國 (예; 독일, 프랑스)의 경우에도 總醫療施設中 公立施設의 比率이 우리나라보다 현저하게 높다. (公立醫療施設의 病床; 西德 (75년) - 53.4% 프랑스 (74년) - 70%)

따라서 우리나라가 國民醫療保險料라는 一種의 目的稅에 의하여 醫療保障의 財源을 調達하고 適用對象을 擴大하려면 尙後 國, 公立保健醫療施設을 더욱 擴充하여야 할 것이다. 또한 醫療保險에 대한 政府의 直接支援 (例; 保險料 一部負擔, 保險給与費等)은 國民의 政府에 대한 依他心을 助長할 憂慮가 있으므로 農, 漁村의 國, 公立醫療施設擴充 및 支援 등으로 醫療酬価를 낮추어 住民의 醫療費와 保險料負擔을 輕減시키는 方案을 講究함이 바람직하다.

둘째로, 國民醫療保險料方式에 의한 全國民醫療保險化를 위한 示範事業의 조속한 實施이다. 社會保障制度는 일단 實施하면 後退가 어렵고 利益集團의 利害關係固着으

로 그 大幅的 改編이 매우 어렵다. 또한 理論上 좋은 制度이지만 그 施行上 여러가지 未備함이 있을 수 있으므로 우리 實情에 適合한 醫療保險模型을 研究하고 이를 全國적으로 擴大하려면 適用對象 区分이 없는 새로운 模型의 示範事業을 조속히 實施할 필요가 있다.

셋째로, 經濟成長에 따른 國庫支援과 租稅制度의 合理的 改編이다. 國民醫療保險料는 國民의 모든 財産과 所得에 대하여 賦課하므로 現在보다 負擔이 追加되는 階層의 租稅抵抗이 매우 크게 되고 國民醫療費增加를 감당할 수 있을 정도로 經濟成長이 持續적으로 增大되지 않으면 保險料率을 引上하게 되어 追加負擔이 過重되는 階層이 發生하고 이들이 醫療保險制度定着을 저해하는 勢力을 形成할 우려가 있다.

따라서 國民經濟의 保險料負擔能力을 감안하여 適用對象을 漸進적으로 擴大하고 國庫는 原則적으로 現水準 (公務員保險料의 50% 保險管理運營費 一部支援等)의 支援을 하되 經濟發展에 따라 適切한 支援額을 決定하도록 한다.

또한 國民醫療保險料를 新設할 경우에는 教育稅 防衛

稅 등 다른 目的稅의 徵收時限을 考慮하고 所得稅 및 財產稅制度를 合理的으로 調整하여 稅稅抵抗을 最少化하여야 할 것이다. 따라서 租稅種別 保險料率調整 財產稅額 및 所得稅額의 調整, 間接稅의 增收 등 租稅制度의 全般的 調整이 必要하다.

셋째로, 診療費審査支拂 및 管理運營體制의 分權化이다. 全國民醫療保險化時 診療費審査件數가 莫大하고 地域別로 保險料負擔能力, 醫療施設分布狀況 등 諸般條件이 同一하지 않으므로 診療費審査支拂機構 + 管理費運營體制를 分權化함이 바람직하다. 診療費審査 + 被保險者資格管理의 電算化를 考慮할 때 지나친 集權化는 오히려 管理運營의 非能率을 招來할 우려가 있다.

다음으로 尙後 地方自治制實施 民間主導의 經濟發展 診療生活圈概念의 導入 등을 考慮할 때 醫療保險管理運營體制를 지나치게 集權化하거나 政府機關化하면 이것이 오히려 政治 經濟 社會의 發展에 障礙가 되거나 醫療保險管理運營의 責任이 中央政府에 集中될 우려가 있다.

따라서 管理運營體制 및 診療費審査支拂機構는 分權화된 半官半民型이 바람직하다.

第3節 医療費上昇抑制装置研究

医療費의 上昇要因은 대체로 醫療需要則의 要因으로 人口의 老齡化, 疾病樣相의 變化, 醫療保障人口의 增大, 國民生活水準 및 文化水準의 向上등이 있고, 醫療供給則의 要因으로는 醫學技術 및 醫療機器의 發達, 醫療人件費의 上昇, 民間醫療機關의 過大競爭, 保健醫療制度의 非效率性 등이 있다.

이와 같은 要因에 의한 醫療費의 지나친 上昇을 效果的으로 抑制하기 위한 方案을 國民의 醫療利用의 適正化, 醫療供給의 公益化 및 適正化 診療費支拂制度改善의 3가지 側面에서 講究해야 할 것이다.

1. 國民의 醫療利用 適正化

醫療需要는 다른 經濟的인 財貨나 서비스가 지니지 않은 여러가지 特性을 갖고 있는데 이러한 特性으로 消費者不知 (consumers ignorance), 需要의 受動性 (induced demand), 外部性 (externalities), 不確定性 (uncertainty) 등이 있다.

이와 같은 醫療需要의 特性이 醫療費를 持續적으로 上昇시키는 傾向이 있으며 現實的인 醫療需要決定要因

人口學的 要因, 社會制度的 要因, 經濟的 要因에 上昇作用을 할 때 의료비는 急激히 增加한다.

따라서 이러한 醫療需要의 特性과 醫療需要決定要因을 考慮하여 長期的이고 段階的인 醫療需要適正化政策이 다음과 같은 側面에서 講究되어야 할 것이다.

첫째로 予防事業의 強化이다. 保健醫療機關의 예방사업강화로 可能한 限 疾病發生을 事전에 予防하여 醫療需要의 急增을 防止하여야 할 것이다. 予防事業은 保健教育, 環境衛生改善등과 병행하여야 하며 特히 人口의 老令化에 따른 成人病予防事業을 強化하고 尙右 全國民 醫療保險化를 고려할 때 保險者의 予防事業이 대폭 強化되어야 할 것이다

둘째로 受診理論의 確立이다. 의료보험 확대적응으로 國民의 醫療에의 接近性이 높아지고 國民의 生活水準 및 文化水準이 높아짐에 따라 醫療利用率이 急激히 增加할 것이다. 이와같은 의료이용률의 增加를 抑制하기 위해서는 患者의 受診倫理를 確立하여야 할 것이다.

보건교육 및 홍보의 強化로 國民 모두가 自身의 건강은 自身이 지켜가는 予防的인 健康管理에 努力하고

疾病이 發生하였을 때에는 醫療傳達體系에 따라 진료를 받도록 하고 保險者는 個人別 診療費를 受診者에게 定期的으로 통보하여 濫受診을 스스로 抑制하도록 유도한다.

셋째로 受診時 本人負擔率의 調整이다. 의료보장제도가 確立된 先進國에서 醫療需要 및 醫療費上昇을 抑制하기 위한 主要政策이 受診時 本人負擔의 上向調整이다.

우리나라도 향후 全國民醫療保險化를 고려할 때 진료기관별 (1次, 2次, 3次), 保險給與種類別 (치과, 藥劑費등), 保險給與期間別 (年間保險給與期間 超過分) 및 保險給與總額別 (年間 保險給與額上限 超過分)로 受診時 本人負擔을 調整하여 醫療費의 急激한 상승을 억제하되 保險財政, 適用對象擴大, 經濟成長등 社會經濟的인 條件을 考慮하여 調整하여야 할 것이다.

따라서 의료비 억제책으로 향후에 3次診療時 本人負擔을 상향조정, 現行非給與對象에 대한 尙右 保險給與時 本人負擔率 上向調整, 同一傷病에 대한 年間保險給與期間超過時 本人負擔率上向調整, 外來診療時 少額診療費 全額 本人負擔, 少額藥劑費 全額 本人負擔, 高額診療費本

人員担平上向調整등을 檢討한다.

2. 医療供給의 公益化 및 適正化

医療供給도 다른 經濟的인 財貨나 서비스의 供給이 갖지 않는 여러가지 特性을 지니고 있는데 이러한 特性으로 即時性 (instantaneous Commodity), 無謬性 (inerrability) 独占性 등이 있다. 이와 같은 醫療供給의 特性이 의료비를 持續적으로 上昇시키는 傾向이 있으며 現實的인 醫療供給決定要因 (醫療人, 醫療施設, 醫療技術, 醫療供給主体, 保健醫療制度 등) 에 上昇作用을 할 때 의료비는 急激히 增加한다.

따라서 이러한 의료공급의 特性和 醫療供給決定要因을 考慮하여 長期的이고 段階的인 의료공급의 적정화 및 公益化政策이 다음과 같은 側面에서 강구되어야 할 것이다.

첫째로 保健醫療서비스의 段階別 利用 및 供給體系의 確立이다. 診療機關의 機能을 1次, 2次, 3次로 區分하여 診療機關間의 合理的인 分業 및 協業體制를 確立함으로써 의료자원을 효율적으로 活用하도록 하고 患者移

送時 진료의뢰서를 上級진료기관에 송부하여 同一진료의 重複이나, 진단의 지연이 발생하지 않도록 한다.

둘째로 전문분야별 医療人力의 適正化이다. 專內分野別로 의료인력을 적정하게 양성하고 의료인력을 의료 수요에 적합하게 合理的으로 배치하여 의료인력 활용의 效率化를 圖謀한다. 따라서 1次진료기관에는 一般醫를 배치하고 2·3次진료기관에만 전문의를 배치하며 진료 과목별로 專門醫敎를 適正하게 양성하여야 할 것이다.

셋째로 의료시설 및 裝備의 적정화이다.

의료시설 및 장비를 의료수요에 맞게 適正配置하여 都市에서의 의료시설 및 장비에 대한 投資를 制限하여 高価醫療裝備의 地域別 共同活用을 통해 의료장비사용의 效率化를 圖謀한다. 따라서 尙右 地域別 示範病院 및 檢査센터의 設立, 標準病室設置基準制定 등을 檢討한다.

넷째로 醫療機關의 經營合理化이다. 의료시설규모를 地域別 의료수요에 適合하게 適正化하고 그 확장을 의료수요증가에 따라 점진적으로 하여 의료시설의 生産性을 提高시킨다. 따라서 醫療人力을 의료기관별로 疾病類型이나 患者構成에 따라 適正하게 하되 專門의료인력

의 過多配置를 抑制하고 補助人力의 적정화, 환자집중 관리 시스템 개발등으로 施設 및 환자의 관리를 效率化 한다. 또한 院務處理의 電算化, 科學的 經營技法의 導入, 病院會計準則制定 및 적용등으로 의료기관의 事務管理을 效率化 한다.

의료기관의 人件費 상승은 平均賃金水準 및 상승률을 考慮하여 漸進的으로 適正化하고 大幅的인 상승을 最大限 抑制한다.

또한 의약품, 의료소모품의 流通構造改善, 적정구매등으로 原価節減을 圖謀하도록 한다. 이러한 의료기관의 經營合理化는 公共病院 및 大學病院이 선도적인 役割을 하여 民間病院의 經營合理化를 유도해 나가야 할 것이다.

다섯째로 公共醫療施設의 補充이다. 민간 의료기관의 過大競争으로 인한 의료비 상승을 抑制하고 都·農間の 醫療資源均霑化, 의료의 公益化를 위해 공공 의료시설을 大幅的으로 補充한다. 特히 結核, 나병, 정신질환 등 특수 의료시설은 公共醫療施設化하여야 할 것이다.

한편 公衆醫學醫를 補充하고 保險者의 剩餘積立금을

活用하여 公共醫療施設의 扩充과 農漁村 의료시설증대를 圖謀한다.

여섯째로 診療倫理의 確立이다. 醫療서비스의 質과 量은 의료공급자의 判斷에 거의 좌우됨으로 의료공급자는 患者에게 적정의료를 提供하고 診療費를 과잉청구하지 않도록 의료공급자의 診療倫理를 確立한다. 따라서 医科大学生에 대한 醫師倫理教育強化, 經濟的인 醫療技術 用器, 傷病別 診療指針制定, 의료수익의 의료사업에의 投資義務化 등으로 診療倫理確立을 誘導하고 公共病院과 大學病院이 이러한 診療倫理確立에 先導的인 役割을 하도록 한다.

일곱째로 醫藥分業에 의한 藥品濫用의 防止이다.

醫藥分業으로 의료공급에서 醫師와 藥師의 技能을 分化하고 專門化를 도모하여 약품 濫용을 最大限 억제하고 製藥會社의 過大宣傳抑制, 藥品流通構造改善 등으로 의료비 중 藥品費의 過大增加를 防止한다.

3. 診療費支拂制度의 改善

醫療酬勞는 다른 財貨와 같이 需要 供給에 의

한 市場價格이 形成되지 않고 醫療需要 및 供給의 특
성으로 인하여 統制價格 또는 差別價格이 形成된다.

또한 의료수는 의료보장제도가 確立된 大部分의 國
家에서 의료의 公益性을 고려하여 統制價格 (또는 公定
價格)으로 되어 있고 第三者支拂方式으로 되어 있다.

따라서 尙右에 의료비 상승을 效果的으로 抑制하기
위해서는 保險財政管理者인 保險者에 의한 진료비 심사
지불제도를 계속 유지 발전시키고 醫療保險適用對象 拡大
및 制度改編에 따라 診療費支拂制度의 改善方案을 다음
과 같이 고려할 수 있겠다.

첫째로 1次診療의 진료비 지불방식은 成果拂制에서
人頭制 및 包括酬價制로 轉換도록 하고, 2, 3次診療는
入院 및 外來에서 모두 成果拂制로 하되 2, 3次診療機關에
대한 總診療費는 地域別로 保險者와 醫療供給者協會間에
年間 總額契約를 하도록 한다.

둘째로 진료비심사는 傷病別 診療費 審査指針을 制定
하여 診療費審査의 客觀化를 圖謀하고 의료보험 확대적
용에 따라 包括酬價制, 少額診療費請求內訳 記載 省略制,

~226~

診療費審査의 電算化등을 漸進的으로 擴大하여 의료川
上昇을 抑制하고 審査費用을 節減한다.

셋째로 의료수가 상승은 經營合理化의 原価斗 適正
利潤이 補償될 수 있도록 하되 그 상승率은 經濟成長
率 및 平均 賃金 상승率 보다 낮게 하고 醫療保險財政
狀態를 考慮하여 그 상승率을 合理的으로 調整한다.

第9章 段階別 保健医療서비스 利用 및 供給体系 構築

앞의 40章은 保健醫療서비스의 供給側面과 서비스의 需要側面을 別途로 살펴 보았다 즉 供給側面으로서 5. 6. 7章에서 公共部分의 機能再定立, 醫療機關의 協業 및 分業体系定立, 醫藥間의 分業關係, 漢醫를 醫療体系內에 包括시키는 問題를 爲始하여, 需要增加에 對備할 施設 및 人力의 確保와 醫療人의 教育体系를 主軸으로 하였다. 그리고 8章에서는 需要側面에 立脚하여 醫療利用의 가장 큰 障壁이 되는 所得障壁을 除去하는 裝置로서의 醫療保險問題를 다루었다.

所得障壁이 除去되고 需要의 다른 障壁인 供給構造上의 諸般問題를 解決할 때 醫療利用量이 急増할 것은 明瞭顯火한 事實이다. 이러한 現象이 發生될 때 惹起되는 問題는 國家全體의 醫療費問題이며, 다른 한 問題는 醫療供給体系가 前述한 바와 같이 整備된 후해서 增加할 醫療需要를 充分히 受容할 수 있는가 라는 問題이다. 즉 美國이나 日本의 경우 醫師/人當 人口가 600~700名 水準이

되어도 醫師需要는 계속 增加되며 이와 더불어 國家全體의 醫療費支出이 增大됨을 볼 때 單純한 需要障壁除去와 供給體系整備로는 保健醫療部門의 모든 問題를 解決하는데 限界가 있으리라는 것이다.

이러한 問題點을 背景으로 할 때 構想될 수 있는 戰略이 바로 保健醫療서비스의 利用과 供給을 段階的으로 이룩하도록 體系化시키는 것이다. 흔히 醫療界內에서 이를 醫療傳達體系라 通稱되고 있으나 醫療傳達體系와 段階的인 서비스의 利用 및 供給體系는 약간의 意味差異가 있기 때문에 本章에서는 可及的 醫療傳達體系라는 用語를 避하기로 한다.

醫療傳達體系는 狹意的인 供給體系 뿐만 아니라 醫療體系的 全般(制度, 人力, 醫療費調達 등등)을 包含하는 廣意的인 性格도 간직하기 때문에 本章에서는 段階的 利用 및 供給體系로 하여 매우 狹意的인 意味로 限定하도록 한다.

保健醫療서비스에 있어서 利用 및 供給상의 段階的 體系化를 圖謀할 때에 있어서 留意해야 할 事項은 이 것이 利用者와 供給者에 있어서 어느程의 影響을 안겨

줄 것인가를 檢討해야 하며, 이러한 體系化의 先行條件
 들은 어떠한 것인지 등에 대한 신중한 檢討를 해야
 할 것이다. 同時에 이러한 制度는 保健醫療體系의 微溫
 的 改編이 아니라, 서어비스 供給秩序와 利用秩序를 根
 本的으로 改編하는 것이기 때문에 政策의 選擇에 있어
 서 躁急性을 徹底히 排除되어야 한다. 즉 아무리 새로
 운 制度가 갖는 利點이 많다해도 이것을 一時에 變更
 시킬 때 發生하는 社會的 轉換費用 (cost of
 change)을 充分히 勘案 轉換費用을 極少化하고 期待效果
 를 極大化할 때까지 充分한 事前對備이 없는 이러한 制
 度의 實施은 留保되어야 할 것이다. 이제 段階別 保健
 醫療서어비스의 利用 및 供給體系構築을 위해서 必要한
 事前條件 및 實行方案 등을 다루어 보도록 한다

第 1 節 政策의 選擇問題

保健醫療서어비스의 利用 및 供給體系의 段階化란 保
 健醫療서어비스를 性格에 따라 1, 2, 3 次 등으로 区分하
 여 予防接種이나 簡單한 疾病의 処置는 1次醫療機關에
 서 받도록 하고 1次醫療機關이 処置 不可能한 것은

2次以上の 専門医療機關에서 診療를 받도록 한다는 模型이다 이와 같은 서어비스 利用 및 供給의 段階化라는 政策이 追求하는 根本目的은, 첫째 長期的 眼目에서 医療利用者의 便宜性を 圖謀하고 醫療利用의 科學化를 期하며, 둘째는 供給의 浪費性を 막아 값비싼 醫療資源의 利用效率를 極大化하며, 셋째 窮極적으로 國民醫療費를 節減토록 하자는 것이다. 그러나 短期的으로 볼 때 이러한 政策의 導入은 利用者의 醫療機關選擇權에 制約을 加하게 되며 同時에 供給者의 自由開業權에 制約을 加하는 不便性を 招來시킬 憂慮性이 있다

따라서 政策의 選擇은 이러한 政策이 追求하는 바의 目的이 達成될 可能性이 充分한지를 檢討하고, 同時에 이러한 政策이 導入되었을 初期過程에서 招來될 副作用까지 問題點을 檢討하여 利益이 큰 쪽으로 選擇이 이루어져야 하겠다

1. 利用 및 供給體系構築의 必要性

첫째 經濟成長에 따른 所得增加와 醫療保險擴大로 綜合病院에 대한 診療費 負擔能力 向上에 基因하여 輕微한 患者까지도 綜合病院으로 集中됨에 따라 이들 病院

의 診療가 꼭 必要한 重症患者는 제때에 診療를 받을 수 없는 長期待機등 國民生活의 不便要因의 하나로 抬頭되고 있다 (註 韓國人口保健研究院의 1983年 調查結果 綜合病院 外來患者의 54% 程度가 不要不急한 患者로 밝혀짐)

한편 이와 같은 患者集中은 醫師의 業務過多로 大學病院의 研究機能을 마비시켜 우리나라 醫療技術의 發展을 阻害시키는 問題점을 안겨 줄 뿐 아니라, 우리나라 醫療界 全體의 質低下와 함께 患者過多로 이를 病院에서 誤診 및 不誠實한 治療의 可能性까지 있어 國民의 對 醫療機關 不信을 助長시킬 憂慮性마저 있는 것이다.

둘째 專門醫들이 開業中心으로 活動하고 있으며 이들이 1次醫療機關으로 機能化되어 있으나 實際적으로 이들 開業專門醫와 綜合病院의 專門科가 競爭關係속에 처해 있다. 이러한 競爭關係는 開業醫院側에서는 病院과의 競爭에서 生存키 위해 高級器資材가 具備되어야 하며 한번 찾아온 患者는 자신의 施設이나 技術能力 밖에 있어도 될 수록 붙잡아 두어 治療치 양으면 자신의

各處에 關係되기 때문에 長期治療의 形態로 가거나 單位로는 投藥을 함으로서 國民健康의 危害的이며 醫療面에서는 費用「인플레이션」(Cost-push inflation)의 機能化하여 利用者의 不便을 안겨준다

이와 同時에 供給者의 側面에서도 過多施設投資를 해야 하는 어려움도 안겨주고 있다

셋째 開業專門醫와 病院間의 競爭關係는 供給者가 需要를 創出 (Induced demand hypothesis 혹은 physician agent hypothesis) 한다는 原理로 連結되어 無限한 醫療需要를 増發시킬 要素로 되어 國民醫療費의 負擔加重을 招來시키고 있다. 또한 專門開業醫 한사람, 한사람이 綜合病院의 專門科로서의 役割을 하기 때문에 利用者는 이들 專門醫나 病院을 無分別巡禮케 하는 폐단을 주어 醫療費負擔을 増大시킨다

同時에 專門醫輩出이 無限定으로 이루어져도 醫師不足現象은 不可避해질 것이다. 즉 特定開業專門醫는 特定疾患을 相對해야 하기 때문에 輕症의 疾病으로서도 病名에 따라 各其 다른 專門醫師가 配置되지 않으면 需要에 副應할 수 없는 폐단이 있게 되는 것이다.

넷째, 開業專門醫가 農村地域으로의 流入을 꺼리게 됨에 따라 醫療利用의 二元化가 이루어진다 즉 都市에서는 專門醫中心의 治療가 이루어지는 反面에 이들 開業醫가 아무리 輩出되어도 前述한 理由로 인해 農村地域에 流入되지 않고도 都市地域에서는 醫師不足 現象이 招來되어 農村地域으로의 醫師의 自然的 流入은 恒常 不可能한 狀態로 展開될 것이다

이러한 경우 結局 農村住民들은 現地에서 診療를 받기 보다는 隣近 都市 특히 大都市地域으로 와서 醫療利用을 할 수 밖에 없도록 되며 이것이 因果關係에 의해 農村地域으로의 醫療資源流入은 永久로 不可能해져 버릴 것이다

다섯째 醫療供給者인 醫師의 側面에서도 專門醫中心으로 醫療利用을 展開하는 限 一般醫는 實質이 떨어진 3流醫師로 度外視될 것이며 따라서 모든 醫師는 專門醫가 되도록 努力할 것이다. 만약 이러한 「패턴」이 더욱 長期化되면 우리나라의 모든 醫療서비스는 1次에서 부터 여러사람의 專門醫에 의해 이루어지며 同時에 專門科目은 漸次 微細化될 것이며, 이에 따라 1次에서

2. 3 次에 이르는 専門医의 需要는 더욱 늘어나게 될 것이다

上記의 諸問題點을 考察해 볼 때 現在의 서비스 利用 및 供給體系를 段階적으로 再定立 構築하지 않을 경우 利用者의 不便性과 農村地域의 醫療資源不在는 免키 어려우며, 供給者는 供給者끼리 過當競爭과 資源利用의 非効率化로 國民醫療費負擔 加重化는 避하기 어려울 것으로 展望된다. 따라서 政策의 選択은 이러한 現在의 矛盾點을 改善하는 方向에서 서비스 利用 및 供給을 段階化시키자는 것이다

2. 새로운 體系構築에 關한 反論

段階別 利用 및 供給體系의 確立이 前述한 事由로 인하여 그 必要性이 認定되나 새로운 體系의 確立은 利用者側面에서는 現在의 利用「패턴」을 바꾸어야 한다는 慣習變更의 忍苦가 따라야 하며, 供給者側面에서 역시 自由開業의 制限, 後送體系「모럴」의 確立이라는 忍苦가 不可缺하다. 이러한 點에서 새로운 體系構築은 醫療서비스의 利用者뿐만 아니라 供給者 側面에서도 많은 制約을 加해 問題를 더욱 어렵게 한다는 反論이

있다 이러한 反論에 대한 綿密한 檢討는 政策의 選擇에 있어서 무엇보다도 重要한 것이다

첫째, 保健醫療서비스 利用者 側面에서의 反論은 現在의 利用體系가 多少 不便함이 있다해도 이러한 利用體系에 이미 20餘年이 익숙해진 관습을 改革할 때 發生하는 拒否反應인 것이다. 즉 現在 利用者가 갖는 不便함이란 綜合病院이나 大學病院과 같은 特定病院에서의 診療不便성과 農村地域에서의 醫療資源不在로 오는 不便성으로 크게 大別할 수 있으며 一部 開業醫의 診療過剩이나 投藥過多와 같은 몇가지 작은 問題點들이 指適되는바 이를 改善하기 위해서 利用패턴을 改革코자 하는 것은 無理라는 點이다. 大學病院이나 綜合病院에 患者過多로 發生되는 問題는 結局 이러한 病院의 供給能力欠如에서 派生되는 問題이나 利用者の 選好度에 맞추어서 이러한 病院을 新設하거나 施設增設의 方向으로 解決이 可能하지 않다는 點이다. 즉 國民의 需要「패턴」이 高級化되어 이러한 大型病院을 願하고 또 開業醫에 대한 不信으로 大型病院을 願하면 이에 맞추어 大型病院의 供給을 늘리면 問題가 解決될 것인데 市場構造

自体를 变化시키려는 것은 無理한 政策選擇이라는 것이다. 뿐만 아니라 農村地域의 醫療資源不在 역시 市場構造變化로 解決하지 말고 農村地域에 資源이 流入될 수 있는 인센티브를 마련하면 解決되지 않겠느냐는 점이다. 즉 利用者의 立場에서는 現行의 慣習이 비록 잘못되고 있다해도 이것은 우리나라 醫療政策이 낫은 結果로서 大多數의 國民이 잘못된 結果에 이미 順應되어 있는데 이를 改革하여 1次醫院을 거쳐 2.3次 病院으로 가도록 市場構造를 改革할 경우 利用者에게 便宜性 보다는 더욱 混亂만 加重시킬 것이라는 反論이다.

둘째, 供給者 側面에서의 反論역시 現在의 供給秩序가 供給者들이 願해서 된 것이기 보다는 醫療政策의 所産으로서 專門醫가 開業도록 許容되어 있었으며 利用者들이 自由로써 醫療機關을 選擇도록 되어 있었기 때문에 이러한 市場秩序에 맞추어서 開業도 하고 綜合病院이나 病院을 開設했는데 지금에 와서 간악 供給構造를 改善한다면 (1) 開業專門醫가 실 땅은 어디에 있느냐는 점 특히 開業專門醫의 相當數가 入院施設까지 갖추고 있는 바 이러한 施設은 어떻게 하느냐는 점 등의 問題가 提起

되며 (ii) 病院이나 綜合病院 收入의 相當部分이 外來에서 發生하며, 또한 現在는 大部分의 患者가 이들 病院을 直接 來院하고 있는데 이들을 반드시 1次醫院을 거쳐서 오도록 했을 경우 既存의 病院이나 綜合病院이 果然 合理的인 經營이 可能하겠느냐는 點 등의 問題가 提起되며 (iii) 原則적으로 1次醫院棧関은 一般醫로 充當되어야 하는바 現在의 一般醫 養成方法이나 既存하는 數의 一般醫로 果然 1次診療가 充分해 질 수 있을 것인가 하는 點 등의 問題로 供給者 側面 역시 體系의 改革은 混亂만 加重시킬 것이라는 反論이다

셋째, 保健醫療서비스 利用者나 供給者 側面을 떠나서 提起되는 反論은 國家의 다른 活動分野 (教育部門除外) 에서는 전혀 考慮되지 않는데 保健醫療分野만 이와 같은 強力한 企劃體系를 導入할 경우 다른 部門과의 調和가 어려우며 이때 發生될 費用은 매우 엄청날 것이라는 點에서 서비스 利用 및 供給을 段階적으로 體系화하는 것보다는 現行 體系를 補充하는 線에서 調整하는 것이 合當하다는 것이다

3. 政策의 選擇

앞의 두 項에서 새로운 体系確立의 必要性和 反論을 比較記述하였다. 必要性和 反論 모두 充分한 意義를 나
름머로 內含하기 때문에 本 長期構想에서는 어느것을
選擇하여야 할 것인지를 主張코자 하는 것은 아니다.
새로운 体系를 選擇하던 現体系를 補完하던 故에 研究者의
立場보다는 政策者의 價值判斷에 依據하여야 할 것이기
때문에 選擇問題만은 本構想에서 留保키로 한다.

비록 政策의 選擇問題는 留保한다 해도 새로운 体系
의 導入에 必要한 事前條件이나 實行方案은 政策選擇의
參考가 될 수 있기 때문에 本章에서 記述코자 한다
또한 留意해야 할 事項은 本章에서 記述되는 案이 비
록 政策으로 選擇된다고 해서 이것이 반드시 2000年
까지 實行 可能한지는 再檢討되어야 할 것이다. 本章에
서 記述되는 案이 政策으로 選擇되지 않는다 해도 本
章의 內容이 無意味해지는 것이 아니라 現在의 体系를
補完하는데 많은 參考가 될것이라는 點에서 또한 記述
되었음을 밝히둔다

政策選擇에 있어서 새로운 体系의 確立보다 現在의

体系를 補充할 경우의 政策構想은 이미 5章 이하에서
 밝힌 바와 같기 때문에 体系補充에 관해서는 別途 記述
 없이도 充分할 것으로 여겨 本章以下에서는 保健醫療서
 어비스 利用 및 供給의 段階化에 관해서만 記述를
 한다

第 2 節 段階別 体系構築의 前提條件

保健醫療서비스의 利用 및 供給体系의 段階化政策이
 기 때문에 前提的 條件들 역시 利用者側面과 供給者
 側面에 있어서 政策實施로 인한 不便性을 極少化시키느
 데 주어질 수 있다

첫째條件은 醫療費調達の 第3者支拂方式의 拓充이다.
 우리나라에서 提示될 수 있는 第3者 支拂方式은 이미
 8章에서 記述된 바와 같은 保險制度의 擴大 定着이다.
 勿論 醫療保險에서도 國民醫療保險化가 8章의 提議과
 같은 方法으로 展開될 경우 가장 合理的이겠으나 이것
 이 不可能할 경우라도 어떠한 方法에 의하든 全國民
 은 醫療保險에 의한 第3者 支拂方法에 의해 醫療費가
 調達되어야 한다. 만약 第3者 支拂方法이 全國民에게

適用되지 않을 경우, 直接 医療費를 調達하는 階層이 医療利用의 段階化를 拒否할 경우 이를 規制하기란 거의 不可能하기 때문이다. 同時에 供給者에 있어서도 醫療供給의 段階를 無視할 때 역시 規制할 方途는 매우 어렵기 때문이다.

둘째, 醫療人力養成体系의 合理的 改編을 통한 實力있는 一般醫의 養成이다. 이미 7章에서 論議된바와 같은 方法에 의거 一般醫를 養成치 않고는 1次診療担当醫師를 確保할 수 없으며 專門醫로서 1次診療를 担当케 함은 매우 浪費的인 것이다. WHO가 規定한 바에 의하면 通常的으로 疾病의 約 85%가 一般醫의 診療로서도 充分하다는 점을 勘案 1次診療를 担当할 實力있는 一般醫의 量産이 前提的으로 이루어져야 한다.

그러나 現在의 우리나라 醫師分布가 專門醫 40%, 一般醫 30%, 專攻醫 30%로 되어 있는 現實과 醫師免許 取得後 누구나 專門醫를 願하는 데서 短期間에 開業 一般醫數를 擴張하기란 決코 容易치 않을 것이다.

셋째, 醫療資源의 適正確保와 地域間의 合理的 配置問題가 先決的으로 解決되어야 한다. 이것은 前記 前提條件에서

發生되는 條件으로 醫療保險이 拡大 定着될 경우 醫療 需要는 急速히 伸張될 것이며 이를 收容할 充分한 供給能力없이 서어비스의 段階別 體系化는 不可能할 것이다. 이와 함께 醫療資源이 地域別로 適正配置되지 않을 경우 資源이 不足한 地域에서의 段階別 서어비스의 利用 및 供給體系는 構築되기 어려울 것이다.

셋째, 漢醫學을 醫療體系內에 一元化시키는 問題이다. 이와 함께 漢醫를 專門科目으로 獨立 發展시킴과 함께 7章에서 提案한 바와같이 醫科大學과 藥學大學의 教育 課程중 漢醫學과 漢藥學에 대한 講座가 開設되어야 한다. 所謂 洋醫學만을 1次, 2, 3次등으로 区分할 경우 漢醫를 利用하는 사람은 醫療體系에서 除外되어 될 途의 醫療費負擔이 加重될 憂慮도 있으며, 다른 한 側面에서 1次診療醫師가 漢醫學에 대한 理解가 없을 경우 자칫하면 漢醫는 醫療體系內에서 完全히 疎外될 憂慮性마저 있기 때문이다.

다섯째, 醫藥分業體系의 確立이다. 段階別 서어비스의 利用 및 供給體系 構築의 主目的中의 하나는 國民의 醫療利用패턴의 變化를 圖謀하여 藥物의 誤濫用을 防止

하는데 큰 意義가 있기 때문에 段階別 利用 및 供給 体系를 導入코자 함에 있어서도 藥物濫用을 防止할 策으로서의 醫藥分業化가 徹底리 前提되어야 할 것이다.

여섯째, 醫療保險料 徵收額 範圍內에서의 保險給與 意 志의 確立이다. 段階別 利用 및 供給体系를 構築할 경 우 期待되든 效果의 하나가 全体國家醫療費의 節減인 것이다. 그러나 國民醫療費 總額은 節約된다 해도 醫療 保險給與額의 節減될지는 의문이다. 이러한 경우 만약 醫療保險料 徵收額이 不足해서 國家에서 一般財政으로 保險欠損을 支援하는 경우 財政인플레이션이 發生할 可 能성이 있기 때문에. 1次에서 부터 3次에 이르는 診 療가 모두 保險料徵收額內에서 이루어지지 않으면 診療 의 段階化는 實現되는데 많은 어려움을 겪을 것이다.

따라서 保險給與支給上에 있어서 本人負擔率 調整이나 診療上限制 등의 方法에 의해 모든 給與가 保險料徵收 範圍內에서 可能도록 留意하여야 한다.

일곱째, 其他의 諸條件들은 5章에서 論議된 것들 이 充分리 實現될때 醫療서비스의 利用 및 供給이 段階的으로 實現될 수 있는 前提條件이 되겠다.

第3節 段階別 体系構築의 模型

段階別 서비스 利用 및 供給体系 模型을 먼저 考慮해야 할 點은 醫療機關을 供給性格에 따라 段階化하는 것이며 다음으로 実行方案을 摸索하는 것이다. 本節 및 다음 節에서 論議되는 內容은 當研究院이 1982년에 研究發刊한 全國保健醫療網編成에 관한 研究報告를 土臺로 多少 修正한 것임을 序頭에서 밝혀둔다.

1 段階別 醫療機關의 区分

保健醫療 서비스를 段階別로 利用者에 提供키 爲해서 는 먼저 醫療機關을 그 서비스의 供給性格에 따라 1次, 2次, 3次等으로 区分하여야 한다.

먼저 1次醫療機關으로서는 個人開業醫를 中心으로 하여 都市, 農村의 1次診療를 担当할 保健所 및 保健支所를 모두 包括토록 한다. 原則적으로 1次醫療機關은 一般醫를 中心으로 하되 內科, 小兒科 및 其他 專門醫中 願하는 者는 1次醫療機關으로 規定토록 한다

이며 專門醫師로서 1次醫療機關으로 指定받을 경우는 專門科目을 표방할 수 없도록 한다.

2次医療機関은 病院 및 綜合病院으로 하여 専門医 (漢醫師 包含)은 2次機関으로 包含 原則으로 하되 集團 開業을 誘導하여 2次醫療機關으로 育成토록 한다.

3次醫療機關은 医科大学附屬病院을 原則으로 하여 教育· 研究活動이 爲主가 되도록 한다

特殊醫療機關은 結核, 癩病, 精神病과 같은 特殊疾患은 勿論 肢体不自由者에 대한 再活등을 다루는 病院으로 하여 公共機關이 주로 專担토록 한다.

2 段階階別 保健醫療서비스 供給體系

(1) 保健醫療의 供給基本單位圈 設定

1次保健醫療서비스는 國民 누구나가, 所得水準이나 生活居住地에 關係없이 均等히 供給받을 수 있게 制度的 裝置를 갖추도록 한다. 1次保健醫療서비스는 國民의 가장 基本的인 醫療需要로서 이의 保障은 國民健康權 保障의 次元을 넘어 社会的 正義具現의 한 手段이며, 同時에 健康管理의 科学化 및 地域化를 期하는 手段이 되어 早期診療 體制가 確立되므로 醫療需要의 發生을 減少시켜 國民醫療費를 節減케 하는 重要 戰略의 하나가 된다.

이러한 角度에 비추어서 1次醫療機關은 一定 家口數를 供給基本單位圈으로 하여 配置토록 한다. 基本單位圈

의 設定은 行政地域區 中心보다는 生活圈을 中心으로 하며, 一般醫者 中軸 醫療人力이 되도록 한다.

醫療人力養成도 1次保健醫療 서비스 擴充에 焦點을 두어 良質의 一般醫者를 大幅養成시켜 基本單位圈內의 모든 住民들은 1次醫療機關에 登錄도록 하며 1次診療醫師가 住民의 모든 病歷을 管理하도록 한다. 이럴 경우 1次診療醫師의 業務는 勿論 包括的인 予防業務도 專担할 수 있는 利點이 있으며 家族單位 地域社會單位의 健康管理體系가 確立될 바탕이 마련되는 것이다. 一般醫者의 養成이 合理的으로 이루어 질 때 2000年까지 一般醫者는 적어도 약 3萬名線에 이를 것이며 閑業一般醫者 1人당 人口는 約 1,800名線에 그칠 것이기 때문에 農村地域에서도 相當數의 一般醫者가 流入된 것으로 展望된다. 그러나 強制的인 方法으로 一般醫者를 農村地域에 配置시킬 수는 없는 實情이기 때문에 農村地域으로 이들을 流入시킬 制度的 方案을 摸索해야 한다. 그러나 2000年에 이르기까지 全國民醫療保險化가 可能하여 農村住民에 있어서 醫療費支給이 間接支拂方式에 의해 解決된다면 一般醫者의 自然流入은 매우 손쉬울

→46~

것이다. 비록 保險制度가 完備되어도 1次診療機關이 農村地域에 流入되지 않을 경우 公共部門에서 保健支所나 分所같은 施設을 잘 갖추어 一般醫들에게 貸與하는 方法이나 혹은 公衆保健醫를 確保하여 配置하는 方法을 講究할 수 있다. 公衆保健醫를 確保 配置하는 方法으로서 5~6年間 保健所와 契約制를 맺음으로서 이들을 安定的으로 雇傭하여 처치하는 方案이 있다. 이러한 方法은 都市地域의 特殊人口階層이 密集해 있는 地域에서도 活用될 수 있는 戰略이 되겠다.

上記 方法에 의해 1次診療醫師를 確保 配置할 경우 民間1次醫療機關과 公共1次醫療機關과의 淸楚한 기능상 차이는 解消될 것이며 따라서 公共1次醫療機關의 信賴性은 向上될 것이다.

비록 1次醫療機關의 機能에 있어서 民間과 公共部門의 差異가 極少化해서 保健所나 支所와 같은 公共保健組織이 不必要함을 여기할 수는 없다. 즉 公共保健組織은 1次保健醫療가 生活圈別 基本單位로 組織化되어도 予防事業, 家族計劃事業, 母子保健事業과 같은 公共保健業務가 자칫하면 이들 1次醫療機關이 소홀히 할 可能性

이 있기 때문에 이들 棧関을 督効라고 監督함은 勿論 保健医療統計를 위시한 情報體系를 管理해야 하는 行政的 業務를 担当해야 한다.

한편 1次医療棧関에 대한 報酬問題는 비록 住民家口 當 登錄制에 의한다 해도 醫療保險이 全國民을 對象으로 할 경우 큰 問題가 되지 않을 것이다. 즉 人頭制 方法으로 1次醫療棧関에 대해 報酬를 支給할 수도 있으며, 現行保險制度와 같이 支給하는 方法도 있으나, 報酬의 主流가 保險會社에 의해 支拂되기 때문에 適正支拂體系가 갖추어질 수 있는 것이다.

1次醫療棧関이上記와 같은 模型으로 配置될 경우 現在의 保健診療員의 1次診療에 대한 役割은 매우 減少될 것이다. 특히 오늘날 醫療需要가 所得保障이 되는 限 高級化를 追求하려는 傾向이 있기 때문에 農村地域에의 1次醫療棧関 流入은 결국 保健診療員의 需要를 減少시켜 나갈 것이다. 이 뜻에 留意하여 保健診療員은 奧地나 도시지역을 除外하고는 거의 1次醫療担当醫師에 의해 代替될 것이다.

1次診療棧関이 1次診療과 予防業務를 包括적으로 担

당한다 해서 保健所나 支所와 같은 公共組織의 存續이 必要한 것처럼 公共醫療機關 역시 存續되어야 함은 前述한 바와 같다.

1次醫療機關을 基本單位圈으로 設定함에 있어서 留意할 點은 1次診療機關이 重症患者를 不必要하게 불잡아 두거나, 反對로 業務를 忌避하는 行爲가 發生되지 않도록 裝置를 마련하는 것이다. 이러한 裝置가 마련되면 1次診療醫師는 管轄住民의 2次以上の 診療가 要求되면 2次 혹은 3次機關으로 後送도록 한다. 이 때 患者意見을 參考하여 醫師判斷에 의거 適合한 病院으로의 後送이 可能도록 한다.

(2) 患者依賴方法의 合理化

住民의 醫療要求가 發生했을 경우 먼저 1次醫療機關에서 容易히 処置가 이루어지고, 그 症狀에 따라 1次醫療機關醫師의 判斷에 의거 2次, 3次 또는 特殊醫療機關에 依賴하여 專門診療가 提供되도록 하는 患者依賴體系가 確立되도록 한다. 應急患者의 경우는 1次醫療機關을 거치지 않고 2次以上の 機關으로 直接 갈 수 있도록 하나, 事後에라도 반드시 担当 1次醫療機關에

報告도록 하여 1次診療醫師가 住民의 모든 病歷을 管理할 수 있게 한다.

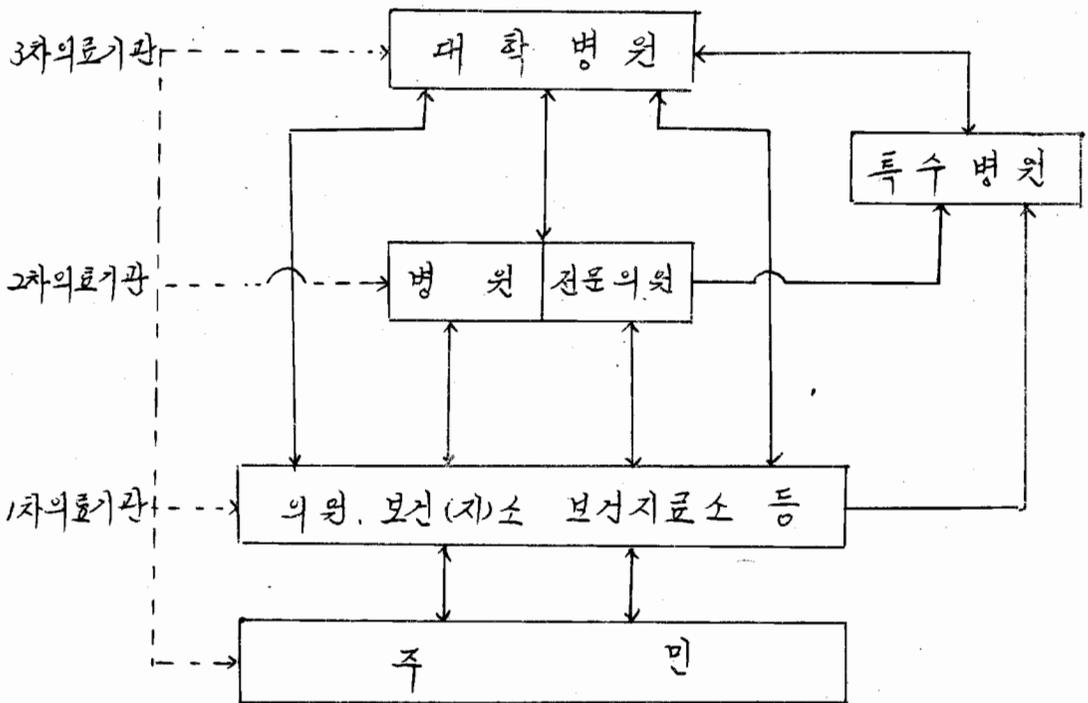
2次, 3次 및 特殊醫療機關으로 区分되도록 하지만 患者依賴體系는 반드시 1次, 2次, 3次的 3段階를 거치도록 하는 것이 아니라 정도에 따라 1次에서 3次로 直接後送할 수 있도록 한다. 危急患者를 除外하고는 반드시 1次醫療機關을 거치도록 하되 1次診療醫師의 所見에 의해 2次, 3次 또는 特殊病院으로 依賴되는 體系로 模索되어야 할 것이다. 한편 2次醫療機關으로 依賴되었을 때 2次機關醫師가 患者를 3次機關까지 後送依賴할 必要가 있을 때는 이들을 後送依賴도록 하되, 不必要하게 2次醫療機關이 患者를 붙잡아 두지 못하게 하는 制度的 措置가 同時에 講究되어야 한다.

이와 함께 考慮되어야 할 事項은 患者가 치과, 이비인후과, 한방과 등과 같이 特殊部門의 病을 앓아 1次醫療機關을 찾는 것보다 專門醫療機關 (2次以上)을 찾는 것이 有利하다고 判斷될 경우에 1次醫療機關을 必須的으로 거치도록 하는 것보다 電話를 利用하여 自身の 管轄 1次診療機關에 자신의 病名을 얘기하고 相談을

- 250 ~

받아 2次医療機關을 찾도록 하는 등의 方法도 同時에 模索하여, 1次診療醫師는 家族單位의 相談醫師로서의 機能을 充分히 할 수 있게 制度的인 裝置가 講究되어야 한다.

< 段階別 서비스 利用 및 供給體系模型 >



----- 응급진료체계

———— 일반진료체계

第4節 保健医療資源의 長期配置計劃

医療資源은 그 機能과 役割에 따라 体系的으로 配置하고 이에 따른 有機的인 相互關係를 樹立하여 의료서비스의 地理的, 文化的, 經濟的 接近度를 높이며 의료資源의 活用을 極大化하여야 한다.

이를 위한 長期構想은 段階別 保健醫療서비스 供給 体系構築의 一環으로 計劃되도록 한다.

1. 配置의 基本構想

保健醫療資源配置의 對象으로서는 1次, 2次, 3次에 이르는 醫療機關과 保健所 保健支所와 같은 公共保健組織網 및 特殊病院등과 같은 施設 및 組織체로 하였다.

資源에 있어서 主要要素인 人力은 시설이나 조직이 配置될 경우 必然的으로 隨伴된다는 점에서 本節의 論議에서 排除토록 하였다.

資源配置計劃아래의 基本土台는 當研究院이 1982年에 研究發刊한 全國保健醫療網編成(案)이며 이와 아울러 考慮한 것은 國土開發研究院이 發表한 2000年長期

構想의 中間報告(案) 임을 밝히 든다.

資源配置計劃 此類의 基本目的은 本節 序頭에서 言及한 바와 같이 保健醫療서비스를 段階別로 利用者에게 便宜適切하게 供給코자 하는 것이며 이를 통해 保健醫療서비스의 均等化를 達成시킴은 勿論 의료자원의 活用의 效率性을 極大化시키고자 함이다.

資源配置計劃의 基本方向은 이미 5章에서 言及된 바에 따라 1次保健醫療서비스는 生活圈을 中心으로 一定家口數를 中心으로 診療圈을 形成, 圈域內的 住民은 當該 1次診療醫療機關에 登錄토록 함에 있어서 醫療資源이 效率的으로 配置됨에 留意하였고, 2次以上の 診療에 대해서는 診療圈을 設定키 보다는 資源配置를 合理的으로 하여 生活圈에서 可能的 限 가까운 거리내에서 2, 3 次的 診療를 받을 수 있도록 留意하였다.

2. 各級 醫療機關의 配置計劃

먼저 1次의료기관은 2000년에 이르면 全國에 約 2.8萬個程度에 이를 것으로 推算되어 人口 1,800餘名當 1百씩의 1次의료기관이 分布될 것이다. 이러한

趨勢를 勘案 1次保健醫療서비스는 地域生活單位內에서 容易에 供給받을 수 있도록 體系化 한다.

2. 3次 및 特殊病院은 各地域의 成長規模를 勘案하여 다음과 같이 配置되도록 한다.

이미 大型화된 既存의 5大都市 圈域內(서울, 釜山, 大邱, 大田, 光州)에는 現在의 病院, 綜合病院, 医科大学 및 그 附屬病院 以外에 精神病院, 再造病院과 같은 特殊病院을 配置한다. 특히 精神病院이나 再造病院과 같은 特殊病院은 大型化하여 隣近地域의 特殊疾患者를 모두 受容할 수 있도록 한다. 그리고 5大都市는 隣近地域의 保健醫療의 中軸都市로서의 機能을 다 할수 있게하여 所謂 保健醫療의 地域終末處理場으로서의 機能을 할 수 있도록 한다.

5大都市 以外 12個 第2次成長拠点都市(春川, 原州, 江陵, 天安, 清州, 全州, 南原, 順天, 木浦, 安東, 晉州, 浦州)는 醫療의 地域連繫都市로 하여 病院, 綜合病院을 爲主로 資源을 配置시키도록하여 隣接한 地域의 人口數나 其他條件을 勘案하여 医科大学 및 그 附屬病院을 配置토록 한다. 그리고 12個 成長拠点都市에도 精神

病院이나 再活病院 등과 같은 特殊病院도 配置가 可能하나 病院의 規模는 5大都市圏域内に 配置된 病院에 비해서 半정도의 施設水準이면 可能할 것이다.

1210成長拠点都市 以外の 地域에 대해서도 市 또는 郡別로 2次医療機関인 病院을 配置토록 하되 반드시 110市·郡에 110의 病院을 配置할 必要는 없으며 生活圈을 勘案하여 資源을 配置토록 한다.

5大都市, 1210成長拠点都市 및 市·郡의 医療資源 配置의 具體的인 實行方法은 全國保健医療網編成 研究結果를 土臺로 함이 妥當할 것이다. 그러나 留意해야 할 點은 2次以上の 医療機関의 資源配置를 生活圈을 土臺로 한다해서 利用者들이 強制的인 診療圈에 의해 束縛토록 함을 意味하는 것이 아니라 다만 1次診療만 診療圈을 設定하고 2次以上은 1次診療醫師의 意見과 患者의 医療機関選擇權을 調和하여 決定되도록 한다.

3. 保健所, 保健支所 및 保健診療所 配置計劃

앞으로 地方自治制가 漸進的으로 發展될 것을 前

提할 때 公共保健事業은 地方自治團體의 資金調達과 行政支援이 必須的으로 뒷바침되어야 함을 考慮하여 保健所 管轄領域은 現在와 같이 行政單位와 一致함을 原則으로 한다. 但 郡保健所가 市保健所와 同一市內에 位置하는 것은 피하도록 한다. 이때는 郡保健所를 市保健所와 한 建物內에 統合하여 運營하던지 또는 다른 邑 地域에 設置하여 運營한다.

保健支所는 農村에는 現在와 같이 行政單位인 邑, 面 單位와 꼭 一致하도록 配置하지 않고 교통망을 고려하여 人口 1 ~ 5 萬名을 管轄할 수 있는 地域의 交通 中心地에 設置한다.

都市에는 各 都市의 特性을 考慮하여 市民의 接近度를 높일 수 있도록 各 保健所마다 適地에 適正數의 保健支所를 設置運營한다.

保健診療所는 現在 農村의 僻地 및 島嶼地方에 保健診療員(CHP)을 單獨으로 配置하여 主로 診療役割을 遂行하고 있다. 이는 앞으로 그 運營을 改善하여 現行 保健診療所는 保健支所의 分所로써 預防保健機能이 強化되어야 하며 保健診療員 1名 以外에 補助人力을

-256~

1~2名 追加配置하여 地域社会保健用飛事業을 綜合的으로 하도록 한다.

保健支所の 配置計劃은 各地方自治團體의 決定에 의해 適宜調整하도록 한다.

第10章 保健医療서비스의 強化

保健醫療서비스는 供給主体別로 볼때 民間서비스와 公共서비스로 区分할 수 있으며 우리나라의 경우 民間서비스는 診療業務가 主機能을 이루고있는 反面 公共서비스는 予防과 같은 公共保健業務가 主機能을 이루고 있다. 한편 保健醫療서비스를 供給段階別로 볼때는 保健敎育이나 予防保健등이 疾病의 發生段階 以前부터 行해지는 活動이며 疾病의 發生 以後에는 1次, 2次 및 3次的 診療서비스가 段階別로 이루어지는 것으로 区分할 수 있다. 上記의 区分을 綜合化해서 살펴보면 우리나라의 都市地域에서는 公共保健部門이 予防業務나 家族計劃業務를 주로 맡고 있으며 1次에서 부터 2,3次이르는 診療業務는 거의 모두 民間部向에서 專担하고 있다. 한편 農村地域에서는 民間醫療資源이 稀少하기 때문에 公共部門에서 予防業務, 家族計劃業務, 母子保健등과 같은 公共保健業務는 勿論 1次診療業務까지 많은 比重을 担当하고 있는 形便이다. 그러나 이미 5章에서 記述한 바와같이 保健醫療서비스 提供上에 문제

점은 公共部門의 機能이 제대로 定立되어 있지 못하여 매우 形式的인 서어비스 提供에 그치고 있다. 이러한 서어비스의 形式的提供은 都市, 農村 할것없이 利用者인 國民들로 하여금 公共保健醫療機關을 外面에 하여 保健行政 自体에 대한 國民의 信賴性을 떨어뜨리게 하였다. 한편 民間部門에 있어서는 農村地域에서는 醫療機關의 不在로 인하여 醫療利用을 가로막게 하고 都市地域에 있어서는 醫療機關들의 性格이 病院, 醫院할 것없이 類似한 性格을 지녀 相互競爭的 立場을 取하게 하여 利用者로 하여금 混頓을 招來시키는 등의 問題點을 露示시키고 있다. 이와함께 都市零細民과 農漁村住民등의 낮은 所得이 醫療需要를 抑制시켜 都市中産層以上の 奢侈 醫療需要와는 对照的인 問題點을 던져주고 있다.

上記와 같은 問題點을 간직하고 있는 우리나라 現實下에서 保健醫療서어비스를 擴充시키기 위한 戰略을 摸索하기 위해서는 先決的으로 保健醫療體系가 再定立되어야 한다. 이와아울러 保健醫療資源이 地域間에 合理的으로 配置되어야 하며 또한 醫療保險이 모든 國民에게 골고루 이루어져 醫療利用상의 障壁들이 除去되어야만

한다.

이제 本章에서는 上記의 課題들이 合理的 方向에서 解決이 된다는 前提下에서 保健医療서비스의 補充에 관하여 論議토록 한다. 앞의 510章의 課題들이 解決될 경우 都市·農村区分없이 매우 輕微한 程度의 疾患을 除外한 1次診療에서 부터 3次診療에 이르는 모든 診療은 醫師에 의해 處置될 것이기 때문에 本章에서는 通常的인 範圍의 醫療서비스 補充은 論議에서 除外토록 한다. 따라서 本章에서 論及하는 範圍은 1次保健, 産業保健, 特殊疾患, 保健敎育등과 같은 分野만을 限定키로 한다.

第1節 基本豫防保健事業의 擴充

1. 伝染性疾患의 管理体系確立

(1) 伝染性疾患의 趨勢

(가) 伝染性疾患에 의한 死亡趨勢

死亡分析에 나타난 伝染病에 의한 死亡추세는 顯著히 減少되고 있다. 死因分析의 基準과 方法이 조금씩 달라서 比較에 多少 無理가 있을지 모르나 <表 10-1>에서

~260~

보는 바와 같이 全体死亡件數中 感染性 및 寄生虫疾患에 의한 死亡 比率이 1965 年에 14.8 % 였던것이

<表10-1> 특정 질환군별 사인의 상대빈도

	1942년 ¹⁾	1965년 ¹⁾	1974년 ²⁾	1979년 ³⁾	1981년 ³⁾
사인별 전염성 질환	18.2	14.8	9.7	6.5	4.0
사망율(%) 만성 퇴행성 질환	-	-	28.5	56.3	42.3
사고 및 손상	-	-	6.7	10.2	9.5

자료; 1) 석남주: 한국 인구 증가의 분석, 1972

2) 이동우, 김일순: 한국 보건문제와 대책, 1977

3) 경제기획원 조사통계국: 사인별 사망율, 1979, 1981

漸次 減少하여 1981 年에는 4.0 % 에 不過하였다. 年令 別로 0~4 세의 嬰乳兒群과 65 세 以上 老年人口에서 두드러지게 높았다. 1981 年 서울과 仁川의 一部零細地 域에서 調査된 嬰兒死亡의 原因分析에서도 嬰兒死亡의 約 70%가 感染性疾患, 特히 설사를 主症狀으로 하는 胃 腸系感染病이었음을 감안할때 先進國水準에 到達하려면 아직도 伝染病管理에 더 많은 努力을 要하고 있다.

(4) 伝染性疾患의 發生趨勢

急性傳染病의 發生은 6.25 動亂以後 繼續 減少를 보
 이고 있다. <表 10-2> 와 <圖 10-1> 은 1910 年부터
 1979 年까지 5年간격으로 人口 10萬名當 主要傳染病,
 即 콜레라, 痢疾, 腸티푸스, 痘瘡, 癩疹티푸스, 猩紅熱, 디
 프테리아, 髓膜球菌性 髓膜炎, 日本腦炎等 9種 傳染病의
 申告例를 合算하여 發生率, 死亡率 (各 人口 10萬名當)
 과 致命率 (患者 100名當) 을 表示한 것이다. 發生率과
 死亡率 모두 1955 年부터 減少하기 시작하여 1960 年
 代 後半까지 15 年間 비슷한 水準을 維持하다가 1970
 年에 들어서면서 數, 1000 名單位로 떨어졌으며 致命率は
 1960 年代부터 減少하기 시작하여 1970 年부터 尙저히
 減少되었다. 法定傳染病의 경우 몇몇 傳染病은 申告例도
 報告되지 않은지 오래다. 例를 들면 痘瘡은 1960 年에
 3 名의 申告로 끝을 맺었고 癩疹티푸스는 1967 年에
 1 名이 報告된后 1 例도 없었고 말라리아는 1979 年에
 1 例가 報告되었을뿐이다.

〈表 10-2〉 主要伝染病의 發生率, 死亡率 및 致命率의 年代別推移

기	간	총 인 구	전 연 병 발 생 자	발 생 륜 (인구 10만 명)	사 망 자	사 망 륜 (발생 10만명)	치 명 륜 (%)
*	1910 - 1914	72,318,582	26,157	36.17	5,547	7.67	21.21
	1915 - 1919	82,364,767	50,041	60.76	19,476	23.65	38.92
	1920 - 1924	86,250,028	81,259	94.21	28,619	33.18	35.22
	1925 - 1929	93,241,624	61,071	65.50	11,884	12.75	19.46
	1930 - 1934	100,152,423	82,087	81.96	14,073	14.05	17.14
	1935 - 1939	108,354,217	85,760	79.15	15,685	14.48	18.29
	1940 - 1944	121,233,667	126,469	104.32	19,194	15.83	15.18
	1945 - 1949	79,449,653	108,509	136.58	27,189	34.22	25.06
	1950 - 1954	104,782,953	209,504	199.94	38,919	37.14	18.58
	1955 - 1959	107,131,152	21,416	19.99	4,639	4.33	21.66
	1960 - 1964	131,863,636	32,716	24.81	3,320	2.52	10.15
	1965 - 1969	150,319,816	36,198	24.08	3,268	2.17	9.03
	1970 - 1974	167,424,000	15,460	9.23	297	0.18	1.92
**	1975 - 1979	181,443,000	3,561	1.96	91	0.05	2.56

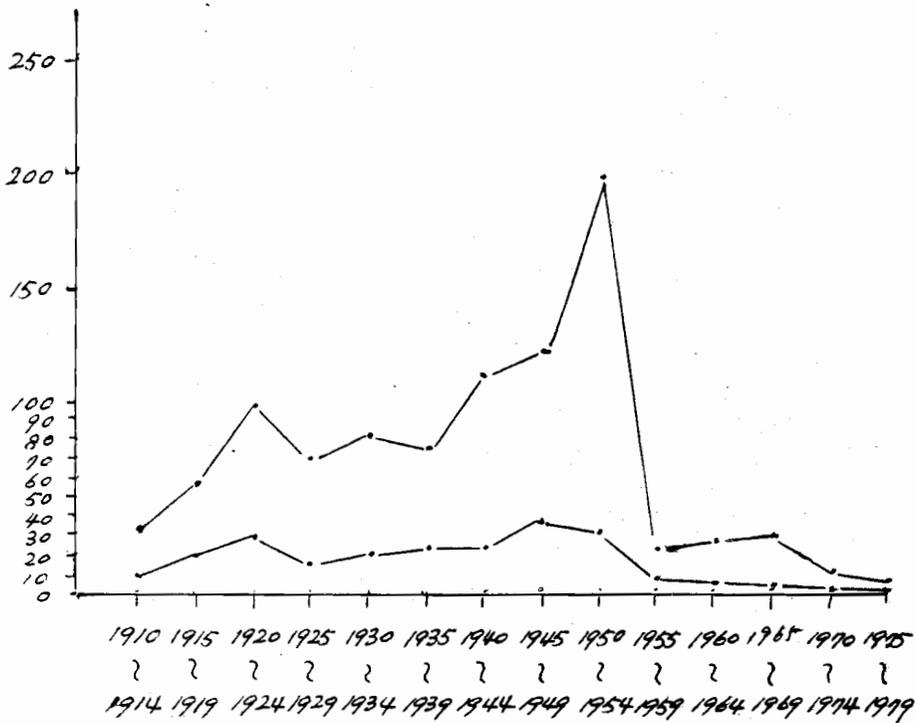
資料: * 김성근, 韓國의 急性伝染病發生에 對한 疫學的 考察

Report of NIH Vol. 16. 49~68. 1979

** 保健社會統計年報, 1982

<圖 10-1> 主要急性傳染病의 發生率 및 死亡率의 年代別推移

발생율 / 100,000
사망율 / 100,000



자료: 김성구: 한국의 급성 전염병. 발생에 관한 역학적 고찰
Report of NIH. Vol 16. 49-68. 1979(1910-1974)

保健社会部. 保健社会統計年報. 1982(1975-1979)

~264~

急性傳染病發生과 死亡의 減少原因은 經濟發展에 따른 生活水準의 向上과 醫學 및 保健發展에 따른 向上된 治療方法과 効率的 予防法의 導入 및 活用의 擴大가 크게 影響을 미친 것으로 보고 있다. 卽 營養狀態가 좋아짐으로써 感染에 대한 抵抗이 增加되고 生活環境의 改善, 特히 衛生上水道供給率의 增加와 個人衛生의 向上은 非衛生的 生活環境에서 誘發되었던 많은 傳染病을 減少시키는데 공헌하였다. 胃腸系傳染病發生과 가장 關係이 깊고 또한 그 國家의 保健水準의 한 指標가 되기도 하는 上水道供給率과 1人當 물의 使用量은 傳染病發生 추세와 거의 反比例的으로 增加했음을 볼수있다. (表 10-3)

効能있는 여러가지 백신의 開發과 더불어 感受性者에 對한 予防接種의 徹底한 遂行과 國際的協力下에 이루어지는 신속한 情報交換 및 檢疫活動은 痘瘡를 地球上에서 撲滅시켰고 소아마비, 紅痘, 流行性耳下腺炎等도 쉽게 撲滅시킬수 있는 可能性을 提示해주고 있다. 한편 治療方法의 向上은 致命率이 높던 플레라도 電解質輸液療法의 開發로 無視할 程度로 낮아졌으며 백신의 開發에도 不拘하고 아직 큰 比重을 차지하는 日本腦炎도 氣管技

切開術等 治療法の 向上으로 致命率이 많이 少아졌다.

<表 10-3> 上水道供給実態

年 度	총인구 (천명)	1人 1日当 上水道供給量 (ℓ)	上水供給率 (%)	簡易上水 供給率 (%)	總 上 水 供給 率 (%)
1947	17,800	66	18	-	18
1955	21,526	71	16	-	16
1960	24,954	99	16.8	-	16.8
1965	28,317	106	21.1	-	21.1
1970	31,460	158	33.1	1.47	34.6
1975	35,281	216	42.4	9.64	52.0
1980	37,400	236	54.6	20.7	75.3

資料; 經濟企劃院 및 保健社會部

感染性疾患中에 큰 比重을 차지하는 寄生虫感染은 韓國寄生虫撲滅協會가 1964年부터 寄生虫管理事業을 体系的으로 遂行한지 10余年後부터야 減少하기 시작하였다.

<表 10-4> 는 糞便檢査結果 나타난 虫卵의 陽性率을 檢査年度別, 都市~農村區分別 그리고 寄生虫種類別로 본 것이다. 糞便檢査結果이므로 主로 腸內寄生虫이며 糞便으

<表 10-4> 腸内寄生虫의 虫卵陽性率 및 種類比較

	년 도	대상자수	검사자수	충란양성률	추적충란양성률	회 수	총 구	총 퍼	총
都 市	1971	9,760	8,911	7,439 (83.5)	12,523 (140.1)	4,135 (46.4)	736 (8.3)	6,207 (69.7)	
	1976	13,628	11,294	6,415 (56.8)	8,546 (75.6)	3,410 (30.2)	140 (1.2)	4,597 (40.7)	
	1981	23,413	20,569	7,214 (35.1)	8,881 (43.2)	1,743 (8.5)	38 (0.18)	4,016 (19.5)	
農 村	1971	16,227	15,976	13,531 (84.7)	23,766 (148.1)	9,529 (59.6)	1,921 (12.0)	10,073 (63.1)	
	1976	16,592	15,884	10,756 (67.7)	15,319 (98.6)	7,723 (48.6)	471 (3.0)	6,805 (42.8)	
	1981	16,706	14,449	7,167 (49.6)	10,217 (70.6)	2,800 (19.4)	125 (0.87)	4,195 (29.0)	
全 國	1971	25,987	24,887	20,970 (84.3)	36,289 (145.3)	3,664 (54.9)	2,657 (10.7)	16,280 (65.4)	
	1976	30,220	27,178	17,171 (63.2)	24,365 (89.3)	11,133 (41.0)	611 (2.2)	11,402 (42.0)	
	1981	40,119	35,018	14,381 (41.1)	19,098 (54.5)	4,543 (13.0)	163 (0.47)	8,211 (23.4)	

資料: 保社部, 寄生虫撲滅協會, 第3次 韓國腸内寄生虫感染現況, 1981

동양양선중	모양선중	간흡중	폐흡중	은코가와흡중	유무구조중	축소조중	외소조중	모중기	라
971 (10.9)	305 (3.4)	1 (0.01)	-	122 (1.4)	-	-	46 (0.5)	-	
94 (0.83)	178 (1.6)	0	-	32 (0.28)	-	61 (0.54)	34 (0.30)	-	
30 (0.15)	573 (2.5)	0	229 (1.1)	127 (0.62)	1 (0.005)	73 (0.35)	2,111 (10.30)	0	
938 (5.9)	843 (5.3)	22 (0.14)	-	339 (2.1)	-	-	101 (0.63)	-	
167 (1.1)	314 (2.0)	2 (0.01)	-	165 (1.0)	-	93 (0.59)	19 (0.50)	-	
46 (0.32)	411 (2.8)	0	195 (1.3)	262 (1.8)	2 (0.01)	76 (0.53)	2,105 (14.6)	0	
1,909 (7.7)	1,148 (4.6)	23 (0.09)	-	461 (1.9)	-	-	147 (0.09)	-	
261 (1.0)	492 (1.8)	2 (0.007)	-	197 (0.72)	-	154 (0.57)	113 (0.43)	-	
76 (0.22)	924 (2.6)	0	424 (1.2)	389 (1.1)	3 (0.01)	149 (0.43)	4,216 (12.0)	0	

268~

로 排出되는 肝吸虫卵과 肺吸虫卵이 包含되어있다. 虫卵 陽性率은 1976年 부터 減少되기 시작하여 1976년에 63.2%, 1981년에 41.1%가 되었는데 都市보다 農村의 陽性率이 原來 높았고 減少幅도 都市가 컸다. 寄生虫의 種類別 減少는 蛔虫, 등양모양선충, 12指腸虫의 減少가 가장 顯著하였고 鞭虫의 減少는 幅이 적었다. 그동안 特效藥이 없었던 肝吸虫卵과 橫川吸虫卵의 陽性率은 1981년까지 큰 變動이 없었으나 近來 發明된 化學藥劑가 널리 服用되면 곧 減少될것이며 오충란 陽性率은 오히려 1981년에 顯격한 增加를 보였다.

慢性伝染病인 結核의 年次的 變動을 보면 <表10-5>에서와 같이 全國有病率調查에서 1965년에 5.0%, 1975년에 3.3%, 1980년에 2.4%로 減少一路에 있으며 都市가 農村보다 若干 높다. 年令別 有病率에 있어서 5~9세群의 顯著한 減少幅을 보이고 있으며 病症別分布에 있어서는 <圖10-2>에서 볼 수 있듯이 輕症患者比率이 大幅減少되는 추세에 있다. 그리고 5~14세 未接種兒童에 있어서 肺베쿨린 陽性率이 1970년에 40.3% 이던것이 1980년에는 18.5%로 大幅 減少하고 있

는 것은 結核菌에 의한 感染率自体가 줄어들고 있음을 示唆하고 있다. 開放性結核患者의 철저한 治療 및 予防的 管理, 그리고 營養狀態等 生活環境의 改善으로 結核菌에 의 曝露가 많이 줄어 結核菌에의 感染率이 減少됨에 따라 有病率도 減少되었다.

癩病은 1952年 癩病의 特效藥인 DDS의 導入으로 癩病管理에 劃期的인 전환점이 되었고 1978年부터 리 팜피신과 크로파지민을 2次藥品으로 投藥하면서 癩病管理에 박차를 加하게 되었다. 그러나 癩病은 本來 潛伏期가 길고 慢性經過를 取하기때문에 그 減少率은 僅少하여 1975年에 癩病有病率 人口 1,000名當 19名이었던것이 1981年에는 14名으로 6年間에 別進展이 없었다. 더구나 天刑이라고 認識된 이 癩病은 患者自身들이 自發的으로 積極的인 治療를 받지 않고 오히려 숨기려는 傾向때문에 癩病管理를 短時日內에 實效를 거두기는 쉽지 않을것으로 생각된다.

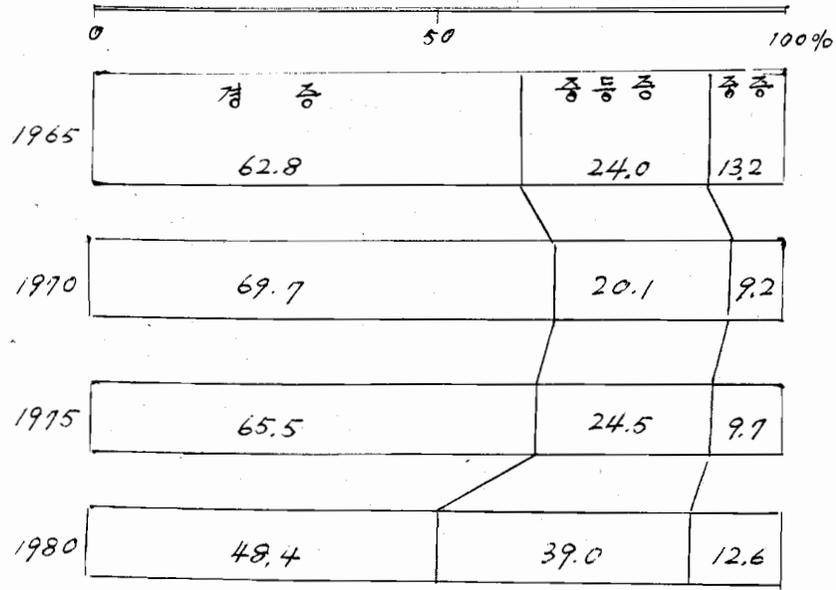
<表 10-5> 연령군별 엑스선상 폐결핵 유병률

年 令	1965	1970	1975	1980		
				全 國	都 市	農 村
계	5.1	4.2	3.3	2.5	2.4	2.7
5 ~ 9	3.0	2.8	2.1	0.7	0.6	0.7
10 ~ 14	1.7	1.9	1.4	0.5	0.4	0.6
15 ~ 19	2.1	2.5	1.8	1.5	1.6	1.3
20 ~ 24	3.8	3.8	2.7	2.1	2.4	1.7
25 ~ 29	4.4	2.5	2.9	2.2	2.8	1.3
30 ~ 34	5.7	4.2	3.0	2.2	1.7	3.0
35 ~ 39	6.6	5.4	3.0	2.8	2.9	2.8
40 ~ 44	8.8	6.8	4.3	3.1	3.7	2.4
45 ~ 49	8.0	6.3	5.7	4.7	4.7	4.8
50 ~ 54	8.8	5.8	6.0	4.3	4.6	4.1
55 ~ 59	10.4	8.8	7.0	5.8	5.4	6.0
60 ~ 64	12.7	8.3	7.8	7.7	7.3	8.0
65 +	13.7	14.1	9.8	8.3	7.4	8.7
調整有病率 ※	5.0	4.4	3.3	2.4	2.5	2.3

※ 1975년 여자로 補正

資料: 保社部, 大韓結核協會, 結核研究院, 第4次結核實態調查結果報告, 1980.

<圖 10-2> X-線上 肺結核의 病症別分布



자료 : 보사부, 대한결핵협회 결핵 연구원,
제4차 결핵실태조사결과보고, 1980

(2) 伝染性疾患管理의 問題点

大體로 伝染性疾患이 지난 30年동안 많이 減少하였다고는 하나 크고 작은 流行을 거듭하면서 아직도 先進國水準으로 減少시키려면 많은 努力을 必要로 하고 있다. 그동안 伝染病管理体系가 整備되기는 했지만 많은 問題点을 안고 있다. 保健社會部에 申告된 患例만으로 分析된 資料는 實際 우리나라에 發生했던 患例들의 極히

一部를 考慮한다면 統計에 나타난 추세는 相對的인 減少일뿐, 各地域社會에 存在하는 感染源으로서의 未申告 患者規模는 大端한 것이어서 언제고 流行이 發生할 素地를 가지고 있다. 疾病의 種類에 따라 申告率은 다르지만 腸티푸스나 癩疾과 같은 胃腸系感染病은 1/5~1/10로 推算되고 있다. 申告되지 않은 患者들의 철저한 治療 및 保菌管理뿐 아니라 이들의 家族을 위시한 접촉자들의 管理가 어려움을 생각할때 申告가 철저히 遂行되지 않는 限 이들의 終息은 期待하기 어렵다. 登録制度가 實施되고 있는 結核과 癩病도 마찬가지여서 1980年度全國結核實態調査에 나타난 結果를 보면 發見된 結核患者中 61%가 未發見患者였고 治療患者가 31%였는데 이中 登録患者는 18%뿐이었고 病醫院이나 藥局, 或은 自家治療者가 21%나 되었다. 癩病에 있어서도 推定患者 約 5萬名中에서 登録된 患者는 55%인 27,000余名뿐이었다. 따라서 未發見保菌者에 대한 對策樹立이 時急함을 알수있다. 患者管理에 있어서 가장 重要한것은 完治를 目標한 적절 한 治療이다. 그러나 患者의 無知, 医療人의 無誠意, 抗菌劑의 법람등 여러가지 要因 때문에 우리나라

에서는 여러 가지 抗菌劑에 대한 耐性菌株가 續出되어 既存患者의 効率的治療뿐 아니라 이들로 부터 流布된 菌株에 感染된 新患의 治療에도 効率성을 잃고 있다.

한편 予防接種보다는 衛生的環境管理가 훨씬 經濟的이고 効率的이라고 알려진 胃腸系傳染病은 優先的으로 上水管理가 가장 重要한데 上水管理의 未洽으로 가끔 流行을 誘發하고 있으며, 더구나 農村地域에 設置된 簡易上水는 衛生的 維持管理가 소홀하여 오히려 井戶水 使用時 散發的으로 發生하던 傳染病을 集團的으로 發生시킬 우려마저 안고 있으며 實際 流行例도 報告된 바 있다. 呼吸器系를 통해 傳播되는 傳染病은 物理的인 環境要因을 管理하여 成果를 얻기는 어려우므로 予防接種으로 集團免疫水準을 維持하도록 努力하므로써 管理하는 것이 常例이다. 百日咳백신과 같이 重症 副作用때문에 기피하는 경우는 改善된 백신 開發에 힘써야 할 것이며 有效하고 安全한 백신이 있는 疾患에 대해서는 感受性 集團의 接種率을 增強시키므로써 防疫에 對處해야 할 것이다. 더구나 철저한 예방접종으로 撲滅이 가능한 바이러스性 小兒疾患에 對해서는 政府가 對民弘報와 백신

支援으로 積極的인 防疫態勢를 取해야 할것이다. 우리나라에서 아직 問題되고 있는 日本腦炎도 日本에서는 철저한 예방접종 캠페인으로 없어졌다고 한다.

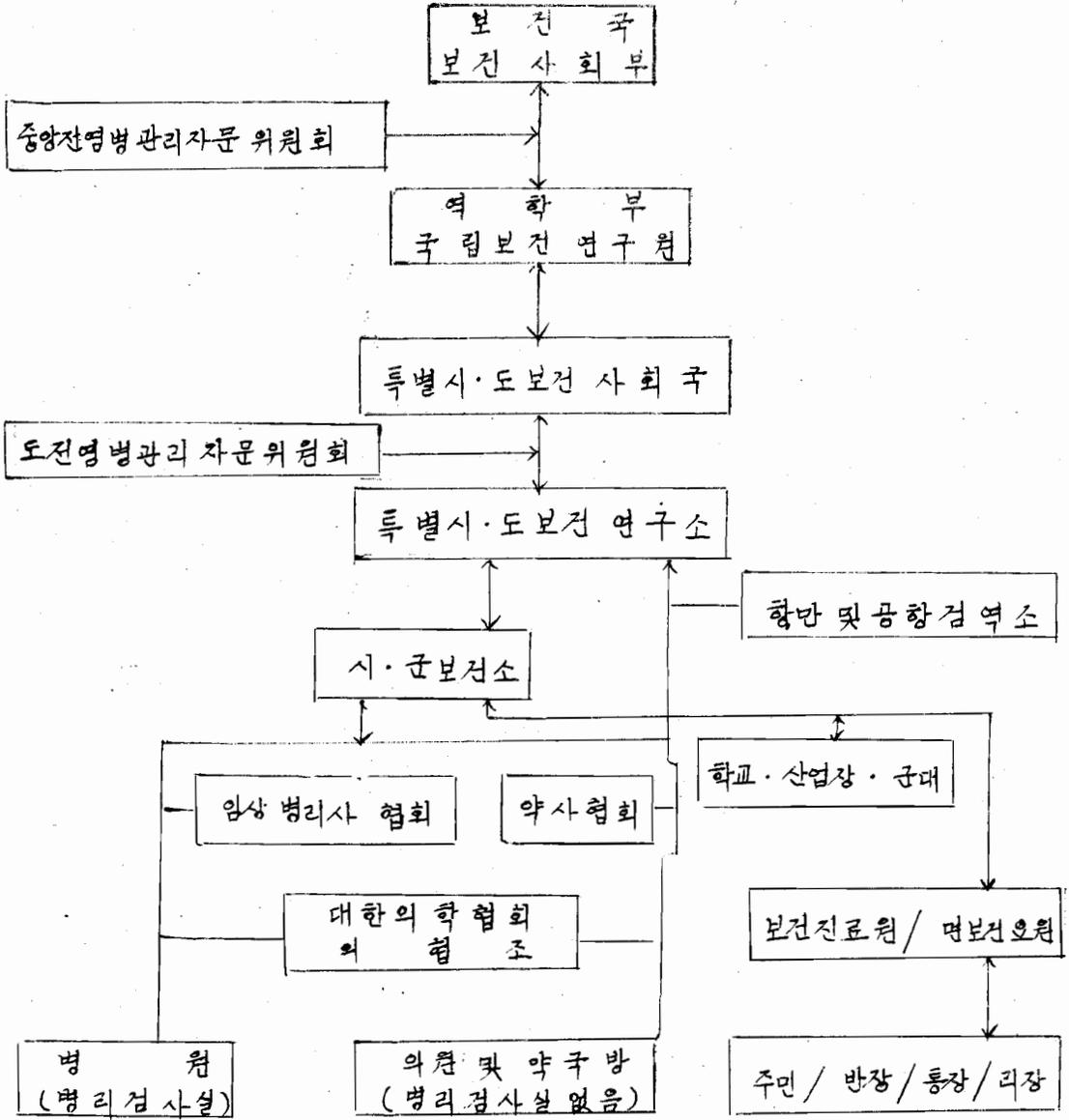
土着伝染病의 管理에 並行해서 새로운 感染病의 導入이나 發生에도 對備태세가 必要하다. 檢疫의 소홀을 틈타 侵入했던 플레라는 우리에게 많은 損失을 기쳐왔다. 交通의 發達로 數時間 乃至 數日圈內로 좁혀진 地球村에는 플레라 뿐 아니라 페스트, 黃熱, Dengue, 열대성 말라리아等 더 무서운 伝染病이 侵入할 可能性을 가지고 있다. 多幸히 우리나라는 四季節을 가진 溫帶地方이어서 적합한 媒介昆虫의 缺如, 적합하지않은 物理的 환경 등으로 이들 病原体가 侵入한다고 해도 계속 살아 남아 土着化되기는 그리 쉽지 안을것으로 考慮되나 檢疫은 恒常 徹底히 해야 될것이다. 또한 抗癌劑나 스테로이드 製劑와 같은 免疫反應을 억제하는 藥劑의 利用이 빈번해 짐으로써 發生하는 感染도 問題러니와 耐性病原体의 流布도 새로운 種類의 感染疾患으로 다루어져야 할것이다. 페니실린 耐性淋疫菌은 잘 알려진 예이다. 醫學技術의 發達과 放射能에의 폭로가 점증되는 時点에서 새로

은 病原体가 發見될 可能性에 대한 注意가 必要하다.

(3) 伝染病管理体系確立

伝染病管理에 있어서 要諦가 되는 것은 迅速한 申告 및 早期發見을 위한 監視(모니터링) 体系의 確立이다. 오늘날의 實態를 보면 申告의 義務가 明示된 法定伝染病에서도 診療醫師나 住民들이 申告를 忌避하여 그 管理의 効率化를 期하지 못하고 있음이 現實이다. 現行의 伝染病管理体系綱을 <圖 10-4> 에서 볼 때 体系上의 變化나 새로운 管理組織이 必要한 것이 아니라 既存 体系를 円滑히 稼働한다면 伝染病管理이 이루어 잘 것으로 展望되어 向後의 政策課題로는 既存体系의 効率化를 圖謀하는 方向에서 展開토록 한다. 그러나 既存体系의 効率化에 있어서 留意하는 方向은 保健所組織綱과 住民들간의 連繫体系確立이다. 現行과 같이 組織体系는 각추어져 있어서 이것도 잘 稼働되지 않는 것은 그만큼 公共部門의 機能이 弱화되어 住民으로 부터 信賴를 받지 못하기 때문으로 分拆된다. 따라서 公共機能을 보다 分明히 함으로써 第5章에서 提案된 機能을 遂行토록 하여 信賴性を 恢復, 伝染病管理에 対処토록 한다.

< 圖 10-3 > 傳染性疾患의 管理体系



2. 基本口腔衛生事業의 強化

(1) 齒科疾患增加에 對備한 口腔保健事業의 拡充

옛부터 든든한 齒牙는 五福에 屬한다고 할만큼 齒牙는 우리 健康에 重要하다. 近來 食生活의 變化는 齒科疾患의 急増을 示唆하고 있는데 特別히 齒牙齶蝕症은 섭취하는 食品의 性分과 섭식회수와 關聯되어 있음이 內外國 研究에서 밝혀졌다. 即 果實이나 채소를 많이 먹 는 兒童들에게서 糖分食品을 좋아하는 兒童들보다 齶蝕 經驗度가 낮았으며, 또한 全體糖分섭취량보다 間食에 섭취하는 糖分섭취가 더 밀접한 關聯性을 보였다. 그러므로 齒牙齶蝕症은 文化水準이 높은 國家일수록 保健問題 로 큰 比重을 차지 하게 되며, 大概 齒周疾患으로 인 한 齒牙상실은 35세 以後가 되므로 수명연장에 의한 人口의 老齡化는 口腔保健管理의 重要性을 增大시키고 있다. 1976年 一部農村地域의 齒科疾患의 有病率調查結果를 보면 齒科診療와 口腔保健管理의 需要가 얼마나 큰 것인가를 짐작 할수 있을 것이다. <表 10-6>은 年令別로 본 永久齒의 齶蝕率과 平均齶蝕數를 나타낸 것이는데 年令의 增加에 따라 모두 比例적으로 增加하여 65세

以上이 되면 齧齒率 95.1%에 平均齧齒數 20個가 되었다. 齒周疾患의 有病率도 높아 口腔衛生에 對한 村民敎育의 必要性을 切感케 하였다. 한便 齒科檢診에서 틀이 (Full denture)가 必要한 사람들中에 24.5%만이 가 지고 있었는디 佮中에는 拔齒조차 못하고 있는 住民도 많았다. 主要理由는 經濟的負擔때문이라고 하였다.

<表 10-6> 연령별 영구치의 우치율

年 令	調査者數	우치율	1人當 우치수				
			D ¹⁾	M ²⁾	F ³⁾	I ⁴⁾	DMF
6	1	-	-	-	-	-	-
7	30	20.0	0.5	-	-	0.1	0.5
8	43	18.6	0.5	-	0.1	0.1	0.5
9	56	21.4	0.3	0.1	-	-	0.5
10	55	30.9	0.6	-	-	-	0.6
11	37	32.4	0.4	-	-	0.1	0.4
12	51	33.3	1.0	0.1	0.1	0	1.2
13	19	42.1	0.7	0.3	-	0.1	0.9
14	11	18.2	0.6	0.1	-	0.1	0.7
15 - 19	41	51.2	1.5	0.3	0.1	0.3	1.8
20 - 24	39	56.8	2.1	0.6	0.3	0.3	3.0
25 - 29	38	63.2	2.1	2.2	1.0	0.5	5.3
30 - 34	37	78.4	3.3	3.1	0.7	1.4	7.1
35 - 44	102	84.8	3.1	4.4	1.1	1.8	8.6
45 - 54	63	90.5	4.0	8.2	1.2	2.1	13.4
55 - 64	52	90.4	2.9	8.9	1.4	1.6	13.2
65 +	41	95.1	4.7	13.4	2.5	1.8	20.6

註: 1) 虫齒 2) 欠齒 3) 補整齒 4) 拔齒

자료: 김정순 등. 한국농촌주민의 상병상. 서울대보건대학원, 의학교실 1977.

齒石은 口腔衛生과 緊은 聯関性이 있으며 齒周炎의 主要原因이 되기도 하는데 齒石保有率도 年令增加와 더불어 增加하여 <表 10-7> 같다.

<表 10-7> 연령별 중증도별 치석보유율

연 령	검 진 수	치석 보유율 (%)
14 세 이하	312	12.8
15 - 19	41	26.8
20 - 24	39	23.1
25 - 29	38	18.4
30 - 34	37	18.9
35 - 44	102	52.9
45 - 54	63	77.8
55 - 64	52	63.5
65 +	41	63.4

자료 : 김정순등, 한국 농촌 주민의 상병양상. 서울대 보건대학원
역학교실. 1977

斑狀齒有病率이 全國值보다 높아 적어도 食水中 弗素의 含有量은 不足하지 않았음을 示唆하는 地域일뿐 아

나라 比較的 齶齒率이 낮으리라고 考慮되는 農村地域에서 이와같이 齒科診療의 需要가 높다는 것은 文化水準이 높은 都市에서는 훨씬 더 클것으로 予想되어 保健 醫療體系內 口腔保健事業의 制度的導入을 強化토록 한다.

(2) 口腔保健事業을 위한 人力確保

現在 政府은 大都市에서는 民間齒科肉業醫에게, 郡以下 地域에서는 保健所에 配置된 公衆保健齒科醫師에게 診療를 담당하게 할 計劃이어서 各保健所에 齒科診療裝備를 購入 配定하고 있으며 齒科移動診療車輛을 運行하여 無齒醫地域을 담당하게 하고 있다. <表10~8>은 1981年 現在 公衆보건 齒科의사, 齒科진료장비, 齒科이동차량 의 配置現況이다. 그러나 莫大한 需要에 비해 너무나 不足하다는 것을 알 수 있다. 따라서 年次的인 計劃아래 齒科醫師의 無齒 地域配置의 強化는 勿論 口腔衛生에 대한 敎育과 預防事業을 遂行할 수 있는 口腔保健 專門補助人力을 大幅 增強토록 한다. 특히 大幅 增設된 齒科衛生士養成機關을 活用하여 口腔保健補助人力의 養成에 留意토록 할것이다.

<表 10-8> 1981 年口腔保健人力及施設の現況

市・道別	保健所数	公衆保健 歯科医師	保健所勤務 歯科医師	歯科裝備	歯科移動 車	動 輛
計	191 (217)	304	262	229		18
서울	(17)	-	-	-		-
釜山	(9)	-	-	-		-
京畿	30	47	42	39		2
江原	21	33	30	25		1
忠北	13	21	17	18		2
忠南	18	30	28	17		2
全北	16	25	19	18		3
全南	28	45	33	37		2
慶北	36	58	54	40		3
慶南	26	40	36	31		2
濟州	3	5	3	4		1

※ () 안은 全体 保健所数

資料: 保健社会部, 保健社会統計年報, 1982

第2節 非伝染性疾患의 管理体系確立

1. 慢性退行性疾患의 管理

慢性退行性疾患이란 非伝染性으로 ① 오랜 期間의 経過를 取하며 ② 快癒와 惡化를 거듭하면서 進行性이며 ③ 많은 경우 年令의 增加와 有病率이 比例하고 ④ 쉽게 正常狀態로 完全恢復하는 경우가 드물어서 死亡으로 끝내는 特徵을 가진 疾患群을 말한다. 또한 明確한 原因(病原体 - *Causative agent*)이 把握되지 않은 疾病들이 많다. 經濟와 文化水準의 向上은 伝染病을 減少시킨 反面 平均壽命의 延長으로 因한 人口의 老齡化, 生活樣式의 變化로 食餌의 變動 및 環境汚染, 精神的緊張感 등 危險要因에의 폭로機會 增大는 慢性退行性疾患을 增加시키고 있다. 우리나라도 지난 10余年 동안 疾病樣相에 큰 變動을 가져와 10大死因의 變遷을 <表 10~9>를 통해서 보면 1970年代 以後 先進國의 樣相을 司乘고 있어 全体死亡中 만성퇴행성疾患에 의한 死亡比率은 1974년에 29% 였던 것이 1982년에는 42.3%로 增加하였다. 더구나 伝染病과는 달리 아직 原因이나 効果的治療方法이 알려진 疾患이 많지

~284~

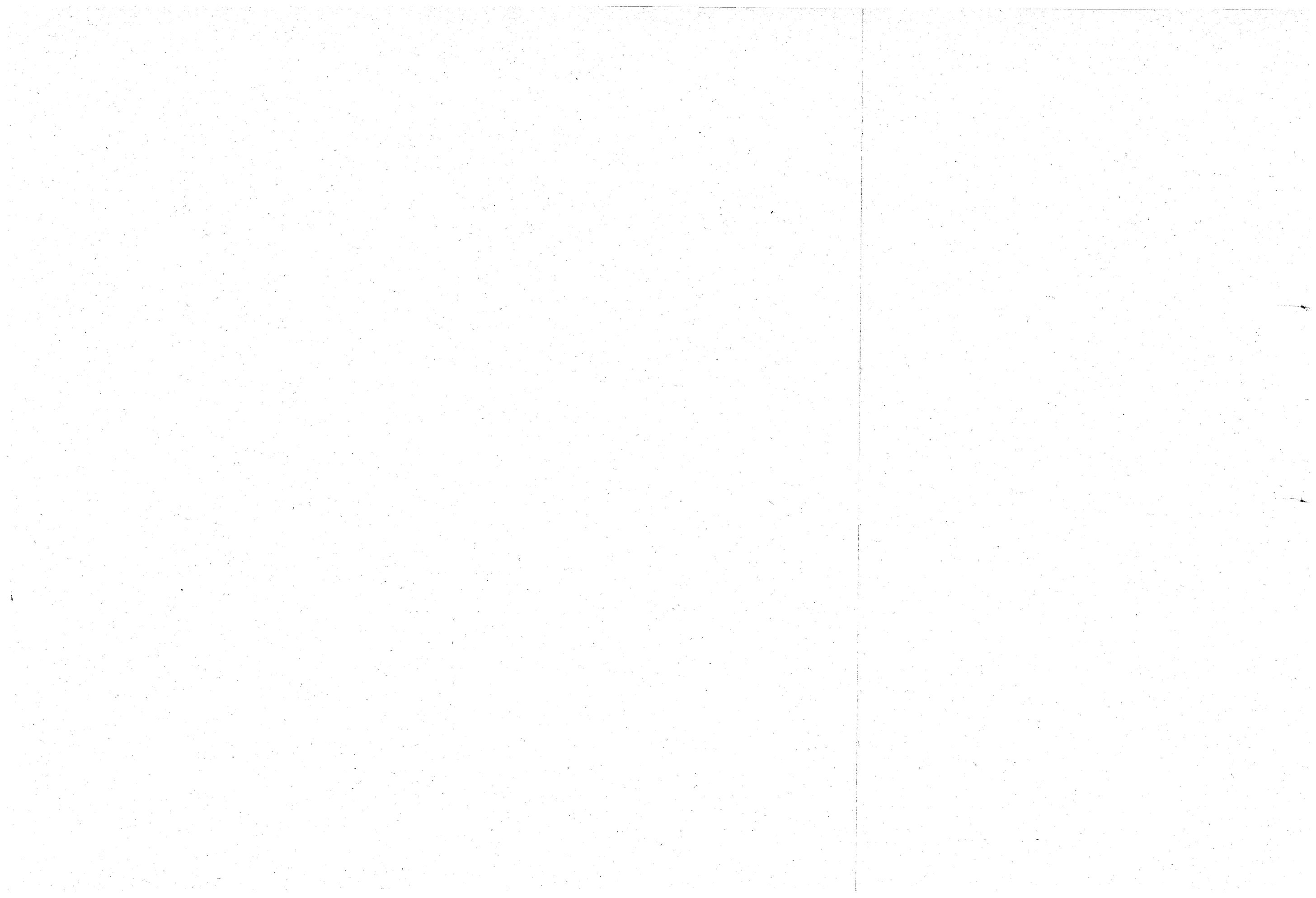
않아 效率的 管理를 할 수 없다는데 問題가 있다. 生存한다는, 事實보다 쾌적한 健康을 維持하면서 生活을 즐겁게 보낼 수 있어야 한다는 良質의 生活이 目標로 되어있는 現實的 価値觀으로 볼 때 活動에도 障礙를 주는 慢性退行性疾患은 더욱 그 管理의 重要性이 커지는 것이다. <表 10-10>은 우리나라 主要慢性退行性疾患의 現況과 이 疾患들에 대한 相對的 活動障礙度와 既存知識과 技術로 予防 및 管理可能度를 본 것이다.

所謂 中風으로 잘 알려진 腦血管疾患은 死因의 1位或은 2位를 차지하고 있는데 비해 比較的 老令에 發生하고 不治病이라는 認識 때문에 入院比率은 아주 낮아 13%에 不過했던것에 反해 惡性腫瘍은 그 發生率은 낮아도 比較적 젊은 年令인 40~50代에 發生하여 病院入院率은 높다. 死亡率도 높고 有病率도 높은 高血壓은 適切한 治療에 의한 管理가 可能한 程度도 不拘하고 比較的 活動障礙度가 낮기 때문인지 意圖的인 管理를 받는 比率은 아주 낮은 것으로 알려졌다. 만성 퇴행성 질환의 管理體系는 原因이 把握된 疾患이 많지 않기 때문에 原因 或은 危險要因을 究明되어야만 1次

<表 10-9> 死因別 死亡率 (人口 10萬名當) 및 相對頻度

國家	韓 國										日 本			美 國		
	1942년 1)		1965년 1)		1974년 2)		1979년 3)		1981년 4)		1977년 5)			1976년 5)		
순위	사 인 - 백분율		사 인 백분율		사 인 10만당 사망률 백분율		사 인 10만당 사망률 백분율		사 인 10만당 사망률 백분율		사 인 10만당 사망률 백분율			사 인 10만당 사망률 백분율		
1	소 화 기 질환 25.3	호흡기계질환 24.1	악성 신생물 43.5	6.4	뇌혈관 질환 93.7	14.8	악성 신생물 59.0	10.5	뇌혈관계 질환 149.8	24.6	심혈성 심장질환 300.9	33.8	심혈성 심장질환 300.9	33.8		
2	호흡기계 질환 21.9	소 화 기 계 질환 23.1	뇌혈관 질환 40.3	6.0	악성 신생물 74.0	11.7	손상 및 중독 53.2	9.5	악성 신생물 128.4	21.2	악성 신생물 175.8	19.8	악성 신생물 175.8	19.8		
3	신경 감각계 질환 20.6	신경감각계 질환 16.3	고혈압성 질환 38.6	5.7	허순환계 질환 73.1	11.5	고혈압성 질환 57.4	9.2	기타 심장 질환 48.3	7.9	기타 모든 질환 88.7	10.0	기타 모든 질환 88.7	10.0		
4	전염병 기생충성 질환 18.7	전염병 및 기생충 질환 14.8	기타 모든 사고 32.1	4.8	고 혈 압 54.5	8.6	허순환계 질환 43.9	7.8	심혈성 심장질환 39.8	6.5	뇌혈관계 질환 87.9	9.9	뇌혈관계 질환 87.9	9.9		
5	상 비도기 계 질환 4.4	신 생 물 6.5	폐 결 핵 21.9	3.2	사 고 및 손상 44.4	7.0	뇌 혈 관 질환 43.7	7.8	중후 증상의 불명확상태 31.3	5.2	기타 심장 질환 25.2	2.8	기타 심장 질환 25.2	2.8		
6	노 환 3.6	순환기계 질환 5.7	기관지염 폐기종 천식 20.0	3.0	결 핵 35.7	4.9	만성간질환 및 경변증 17.5	3.1	폐 염 23.3	3.8	폐 . 염 25.2	2.8	폐 . 염 25.2	2.8		
7	순환기계 질환 1.3	골관절근육계 질환 5.8	폐 염 17.0	2.6	탄성 간 질환 및 경변증 24.1	3.8	결 핵 17.5	3.1	자살 및 자상 17.9	2.9	자동차 사고 21.9	2.5	자동차 사고 21.9	2.5		
8	신 생 물 1.0	염양배분계 질환 4.6	기타 심장 질환 16.0	2.4	폐 염 19.8	3.1	기관지염 천식 폐기종 9.9	1.8	고혈압성 질환 17.0	2.8	당 뇨 병 16.1	1.8	당 뇨 병 16.1	1.8		
9	분만 및 임신으로 인한 합병증 0.98	정 신 병 1.9	간 경 화 증 12.4	1.8	기관지염 폐기종 천식 15.2	2.4	폐 염 9.1	1.6	간 경 화 증 13.6	2.3	간 경 화 증 14.7	1.6	간 경 화 증 14.7	1.6		
10	염양 및 신진대사 질환 0.7	임산 분만 합병증 0.4	증상 진단 불명확 상태 33.3	4.9	증상 진단 불명확 상태 118.8	18.8	증상 진단 불명확 상태 196.8	35.1	기관지염 폐기종 및 천식 10.7	1.8	중후 증상의 불명확상태 14.3	1.6	중후 증상의 불명확상태 14.3	1.6		
	기타 질환 1.6	기타 질환 4.6	모든 질환 725.0	100.0	총 사인분류 가능사망 831.8	100.0	총사인분류 가능사망 560.89	100.0	모든 질환 608.0	100.0	모든 질환 889.5	100.0	모든 질환 889.5	100.0		

자료) 1) 석남국: 한국인구증가의 분석, 1972
 2) 이동우, 김일순: 한국보건문제와 대책, 사망력 지표의 개발 및 추정
 3) 경제기획원 조사통계국: 사인별 사망률 (1979)
 4) 경제기획원 조사통계국: 사인별 사망률 (1981)
 - 신고건수(216,547)와 사인분류 가능사망수(167,070)의 비율을 감안하여 추정된 것임.
 5) WHO: World Health Statistics, Vol 3, 1979.



予防을 통한 管理가 可能해 질 것이므로 原因究明을
 위한 研究体系와 原因이 不明일 때 次善의 管理方法인
 早期發見과 치료를 위한 管理体系가 並行되도록 한다.
 특히 研究体系의 確立을 위해서는 用業醫와 病院의 積
 極的 參與를 誘導한 登錄体系를 整備토록 한다. 此外
 하면 各 慢性退行性疾患의 單位人口當 發生率과 全体人
 口中 어느 集團이 發生危險이 높으며 어떤 環境要因이
 特定疾患의 發生과 關聯이 깊은가 等 疫學的 持性을
 把握하려면 모든 患者가 登錄이 되어야만 可能하기 때
 문이다. 한편 第1次予防이 可能하여 그 發生을 막을
 수 있을 때까지 集團檢診의 效率的方法의 開發에 힘을
 기울임은 勿論 既存技術을 最大限으로 利用한 早期診斷
 과 치료로 第2次予防이 可能토록 한다. 이러한 体系
 는 한편 人口의 老令化로 인한 老人性疾患은 慢性退行
 性疾患의 管理体系속에 包含시키되 治療를 必要로 하는
 또 집안에 돌봐줄 가족이 없는 老人들을 위해서는 美
 國과 같이 費用이 低廉한 慢性病床을 늘리거나 慢性病
 院의 一種인 養老醫療院을 設立토록 해야 것이다.
 女性의 社會進出이 增加하면서 家族이 있는 老人들의

2288~

<表 10-10> 우리나라 만성퇴행성疾患의 現況

만성퇴행성 질환	전체인구 10만당	지역사회대상	유병 상태	진구병, 의원	환자조사	상비취	예방및관리
	사망률 (%)	100명당 (30세 이상인구)	평균연령 (세)	18입원환자 100명당연도 비율	평균연령 (세)	활동장애도	가 능 도
뇌혈관 질환	93.7 (14.8)	5	63.5	9.7	54.9	++++	++
심장 병	75.3 (11.9)	58	54.2	10.9	54.4	+++	++
약성 신생물	74.0 (11.7)	-	-	37.8	남: 54.1 여: 50.1	+++	+
고혈압	54.5 (8.6)	160	54.1	10.5	54.3	++	++++
만성 간 질환	24.1 (3.8)	-	-	13.0	48.2	+++	++
만성 기관지염 폐기종, 천식	15.2 (2.4)	98	52.3	-	-	++	++
신염, 신종후관 및 신증	6.3 (1.0)	7	41.7	6.4	59.1	+++	++
당뇨 병	4.0 (0.6)	11	56.8	11.7	53.0	+	++++
정신 병	-	10	46.9	-	-	+++	++

資料: 1) 경제기획원 : 4인별 사망률, 1979

- 2) 은옥분 : 성인병 실태조사 연구보고서, 보건사회부, 1980
- 3) 김정순, : 이원명 : 우리나라 암의 발생현상과 연구과제, 대한보건협회지, 6(1), 1980.
- 4) 이철휘, 김점순 : 우리나라에서 연구발표된 뇌혈관 질환에 관한 문헌고찰, 한국여과학지, 3(4), 1981
- 5) 김일순 외 : Korean Nation - wide Blood pressure Study, 단행본, 1981
- 6) 김응진 외 : Changing patterns of the prevalence of Diabete Mellitus in Korea, 당료병, 6(1), 1982
- 7) 김정순 : Morbidity survey of Rural Koreans by means of Iatlo Vten and Medical Examination, 1977.
- 8) 한창학 외 : 한국동촌 지역의 중요 정신 질환의 역학적 조사, 신경정신의학, 12(1), 1973.

看病도 社会問題化되고 있음을 감안하여 患者를 家庭訪問하여 周期的으로 主治医의 指示아래 治療와 看護를 해 줄 수 있는 家庭看護体系 (Extended home care program)도 考慮될 수 있는 方案이다.

2. 精神病管理

다른 疾病과 마찬가지로 精神病 있어서도 全國을 對象으로 한 疫學調査는 없고 다만 뜻있는 몇몇 精神科 醫師가 限定된 地域社会를 對象으로 全數調査하여 有病率과 精神病的 疫學的特性을 研究發表한 論文이 10余篇 있다. 大部分이 比較的 全數調査를 하는데 協助가 잘 되는 農村地域이었는데 이들을 모두 綜合하여 有病率을 낸 文献考察을 보면 1960年代에 비해 1970年代에는 多少 有病率이 增加한 듯 하나 調査方法이 서로 달라 比較가 어렵다. 그러나 모든 조사에서 精神病的 有病率은 男性이 女性보다 높으며 年齡別有病率은 질병에 따라 差異가 있지만 大体로 한참 活動期에 있는 15~39세 群에서 높았으며 疾病別로는 精神分裂症과 癩疾이 가장 많았음을 지적하고 있다. 1970年代 精神病的 年齡標準化有病率은 <表 10-11>에서 人口 1000名當

男性이 6.4名, 女性이 3.2名이었다.

男女合計 有病率 4.8/1,000 를 4,000 萬人口에 적용할 때 우리나라에는 적어도 192,000 名의 精神病患者가 있다는 推算이 可能하다. 그러나 有病率이 現在보다는 낮은 有病率일 可能性과 農村地域에는 都市地域보다 精神病患者가 적을 可能性을 감안하면 實際 現在の 精神病患者總數는 이 推算値보다 많을 것이다. 더구나 정신병은 慢性經過를 取하는 것이 普通이어서 한번 發生하면 쉽게 治癒되지 않을뿐 아니라 精神病이 殺人·放火·盜癖等 犯罪의 原因이 되고 있음에도 不拘하고 정신병에 대한 個人·家族, 或은 國家的水準에서의 管理는 우리나라에서 아주 소홀히 取扱되어왔음은 周知의 事實이다. 經濟發展에 따른 個人主義의 추성은 人間性(人情)의 喪失을 促進할 것이며 이로 인한 人間生活의 孤獨은 精神病發生을 增大할 것으로 展望되므로 精神疾患에 대한 管理問題는 個人健康次元은 勿論 社會健康次元에서도 매우 重要한 課題이다.

家族中 精神病이 의심되는 家口員이 있을 때는 쉽게 檢診을 받을 수 있고 確診과 專門的治療를 받을 수

〈表 10-11〉 性別, 年代別, 種別別로 본 우리나라

疾病	1956-1960		1960~1966			
	性		計	性		計
	男子	女子		男子	女子	
調査対象人口	5,948	6,026	11,974	55,649	54,938	110,587
精神分裂症	28 (4.7)	17 (2.8)	45 (3.8)	126 (2.5)	96 (1.8)	222 (2.0)
躁鬱症	1 (0.2)	3 (0.5)	4 (0.3)	13 (0.2)	1 (0.1)	14 (0.1)
癲疾	26 (4.4)	7 (1.2)	33 (2.8)	112 (2.0)	73 (1.3)	185 (1.7)
癲痺	-	-	-	1 (0.02)	-	1 (0.01)
精神薄弱	-	-	-	-	-	-
老人性精神病	2 (0.3)	3 (0.5)	5 (0.4)	-	-	-
其他	6 (1.0)	-	6 (0.5)	-	-	-
粗有病率 (計)	63 (10.6)	30 (5.0)	93 (7.8)	252 (4.5)	170 (3.1)	422 (3.8)
年齡標準化率 (計)			7.8	4.4	3.0	3.7

資料; 조순자, 우리나라 정신질환의 역학적 특성, 서울대 보건대학원 논문집.

精神病の有病率 (人口1000名当)

1972 ~ 1979			計		
男子	女子	計	男子	女子	計
64,033	63,753	127,786	125,630	124,717	250,347
194 (3.0)	99 (1.6)	293 (2.3)	348 (2.8)	212 (1.7)	560 (2.5)
11 (0.2)	12 (0.2)	23 (0.2)	25 (0.2)	16 (0.1)	41 (0.2)
141 (2.2)	61 (1.0)	202 (1.6)	279 (2.2)	141 (1.4)	420 (1.7)
-	-	-	1 (0.0)	-	1 (0.003)
63 (0.1)	26 (0.4)	89 (0.7)	63 (0.5)	26 (0.2)	89 (0.4)
7 (0.1)	5 (0.1)	12 (0.1)	9 (0.1)	8 (0.1)	17 (0.1)
3 (0.1)	3 (0.1)	6 (0.1)	9 (0.1)	3 (0.02)	12 (0.1)
419 (6.5)	206 (3.2)	625 (4.9)	734 (5.8)	406 (3.3)	1140 (4.6)
6.4	3.2	4.8			

1982.

~294~

있는 後送體系를 確立시킴은 勿論, 入院加療를 必要로 하는 患者는 即刻 入院시킬 수 있는 特殊病院施設이 마련되어야 할 것이다. 同時에 登錄制度를 實施하여 精神病患者의 規模를 把握하는 한편 이에 相應하는 管理體系가 段階的으로 樹立되어야 할 것이다. 5大都市圈內에 國公立의 精神病院을 建立, 運營함은 勿論 卽次 成長拠点都市圈內에는 보다 적은 規模의 精神病院을 設立토록 하며 그 以下 單位의 都市圈內에서는 既存病院의 病床 一定率(5~10%)을 精神病患者를 위한 病床으로 轉用토록 誘導한다. 이와 아울러 精神病專門醫의 確保는 勿論, 看護員이나 補助員 등에 있어서도 이 分野에 專門화된 人力確保가 可能토록 해야 한다.

公共病院뿐 아니라 民間病院도 이 分野에 參與할 수 있는 誘引制度도 마련토록 한다. 아직 各種精神病의 原因이 確定되지 않아 卽1次預防, 卽 發生을 預防하기는 어려우나 精神疾患의 早期發見과 早期治療로 그 惡化를 막는 卽2次預防이나 恢復된 患者가 社會로 復故하여 再活토록하는 卽3次預防을 위해서는 地域社會住民들의 精神병에 대한 올바른 理解와 態度를 必要로 하므로

正規 或은 社會教育 과정에 人間行態에 理解를 돕는 教育科目들이 보다 많은 比重을 차지하도록 留意해야 한다.

第3節 産業保健 및 勤勞者健康管理

1. 産業災害의 趨勢

産業의 發展은 産業災害의 急速한 增加를 招來하고 있다. 勤勞者의 産業補償保險統計에 의하면 1970年부터 1981年 사이의 事業場數, 勤勞者數, 總災害者數, 身體障礙者數 및 死亡者數는 <表 10-12>에서 보는 바와 같이 증가하였으나 災害發生을 度數率 (災害件數 / 延勞動時間數 $\times 1,000,000$) 과 強度率 (損失作業日數 / 延勞動時間數 $\times 1,000$) 로 보면 年度別로 큰 差異는 없다. 그러나 日本의 度數率 4.4 과 強度率 0.68에 比하면 우리나라는 約 4倍에 이르는 發生率을 보이고 있다. 大略 每年 全体勤勞者의 4%가 災害를 입었으며 이들中 約 10%가 身體障礙를 남기고 負傷者의 約 1%가 死亡한 셈이다. 産業別 災害率은 <表 10-13> 과 같이 鎭業, 建設業, 運輸業, 製造業, 電氣가스業, 서비스 및 其他業의 順序인데 産業場의 規模가 작을수록 災害度數率이

<表 10-12> 産業災害의 年度別 趨勢

産業災害	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
사업장 수	5,583	7,799	9,375	13,924	17,551	21,369	28,445	38,829	49,957	55,163	63,100	59,629
근로자 수 (x/100)	739	833	1,078	1,320	1,578	1,836	2,210	2,647	3,110	6,076	31,530	34,561
보험 지급액 (x/100만원)	1,843	2,539	3,456	4,368	6,576	10,380	12,690	21,619	30,448	53,977	62,505	76,220
총재해자 수	37,752	44,545	46,608	59,367	79,142	80,570	95,289	118,011	139,240	130,307	113,345	117,938
신체장애자 수	1,198	1,146	2,993	3,368	5,025	6,490	7,804	11,336	13,013	17,257	14,873	14,806
사망자 수	637	693	658	840	845	1,006	887	1,174	1,397	1,537	1,273	1,295
강도 수	319	373	367	2,84	2,30	3,29	2,46	2,72	2,74	2,89	2,58	2,72
도 수	15,47	15,44	15,87	15,12	15,11	16,76	16,16	16,21	16,63	13,52	11,12	12,38

資料: 労働庁: 第9年 労働統計年鑑, 1979.

労働庁: 第12年 労働統計年鑑, 1981.

〈表 10~13〉 産業別 災害者數 (1978年)

(단위: 명, %)

年度	産業 災害者	總計	鉱業	建設業	運輸業	製造業	界스 彙彙	서어비스 化
1978	근로자 수	2,774,537	72,236	299,745	2,174,461	2,012,713	18,574	153,841
	총 재해자 수	139,240 (5.052)	7,360 (10.18)	27,536 (9.19)	15,814 (7.30)	89,063 (4.33)	502 (2.91)	905 (0.59)
	사망자 수	1,395 (0.05)	251 (0.35)	393 (0.13)	289 (0.13)	412 (0.02)	21 (0.11)	29 (0.02)
	신체상해자 수	13,013 (0.49)	1,497 (2.07)	1410 (4.70)	493 (0.23)	9,533 (0.49)	39 (0.21)	41 (0.03)
1981	근로자 수	2,682,390	72,381	196,433	2,624,445	1,946,871	29,477	188,783
	총 재해자 수	117,938 (4.4)	10,706 (14.8)	20,229 (10.3)	14,214 (5.44)	70,810 (3.64)	552 (2.90)	1,367 (0.92)
	사망자 수	1,295 (0.04)	261 (0.36)	304 (0.15)	271 (0.10)	396 (0.02)	32 (0.15)	31 (0.02)
	신체상해자 수	14,806 (0.55)	2,440 (3.40)	1,750 (0.89)	258 (0.10)	9,570 (0.49)	29 (0.14)	129 (0.09)

자료: 노동청: 제9회 및 12회 노동통계연감, 1978, 1981.

높았고 産災患者보다 8日以下の 요양을 要하는 非産災患者의 災害度数率이 約5배 높았으며 1年未滿의 未熟勤勞者에서, 또 週中보다 週末에 災害率이 높았음이 標本調査에서 밝혀졌다. 한편 職業病을 위한 特殊健康診斷은 有害作業場에 從事하는 勤勞者에 대하여 實施하고 있는데 <表 10-14> 와 같이 特殊健康診斷對象者는 顯격히 增加하였으나 職業病罹患率은 1972~1981年 사이에 큰 變動이 없었다. 疾病別로는 소음성 난청이 가장 頻繁하지만 增加추세가 크지 않는 反面 진폐증은 1975年 이후 급격한 增加를 보였다. 高熱가스 및 光線疾患과 有機溶劑中毒은 減少추세였다. 年令別罹患率은 20~49세 群에서 높았다. 有害作業環境에 관한 調査에 의하면 就業勤勞者中 有害環境에의 폭로 比率은 <表 10-15> 와 같이 매우 深刻한 狀態였다.

2. 産業災害의 予防對策

모든 勤勞者들은 効率的 産業保健의 組織과 活動을 通하여 肉體的, 精神的 그리고 社會적으로 健康이 維持되고 增進시키도록 하기 위해서 勤勞者들의 健康管理記録制度를 實施함으로써 國家的 管理体系를 마련해야 한다.

同時에 社會保障制度 및 産業保健網體系속에서 疾病과
 災害의 予防은 勿論 診療와 再活이 保障되도록 留意한
 다. 그러나 短期間에 急速하게 成長한 우리나라는 아
 직도 勤勞者들의 保健 및 健康管理에는 數 많은 問題
 點을 안고 있다. 産業保健專門家들의 意見에 의하면
 産業保健이 國家의 責任으로 되어 있는 社會主義國家와
 근 달리 우리나라는 民生主義憲法에 따라 고용주의 責
 任下에 勤勞基準法規定에 따라 義務化되고 있으나 保健
 關係規定의 執行上の 問題와 勤勞者의 安全과 健康에
 대한 고용주의 無關心때문에 職業病의 原因把握과 予防
 對策에 관한 知識은 相當水準임에도 不拘하고 제대로 實
 施되지 못하고 있다고 指摘되었다. 또한 産業安全保健
 行政을 勞動部主管下에 配置된 勞動監督官들에 의하 지
 도 감독을 하게 되어 있는데 産業場數에 비해 감독관 수
 는 너무 적어 實效를 거두고 있지 못하다. 災害나
 職業病의 發生率이 同類의 큰 産業場에서 보다 數倍나
 높은 反面 産業安全保健에 投資能力도 없는 100人以
 下の 勤勞者를 가진 零細産業場이 우리나라 全國事業場
 의 90%以上을 차지하고 있다는 實情도 問題點으로

< 表 10 - 14 > 年度別 疾病別 職業病 發生現況

(단위: 명)

疾病名	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1981
소음성 난청	1509	1274	1332	1419	1893	1772	2547	1407	2202	1447	
진폐증	415	794	817	1117	1700	1556	2393	2233	2444	2764	
피부염	195	216	406	125	302	294	63	79	1		
고열가스 광선질환	159	83	7	-	39	16	16	107	11	16	
연중독	-	43	144	13	-	4	50	29	9	4	
유기용제 중독	159	161	127	137	3	98	83	31	49	6	
부상에 기인한 질병	49	-	-	-	62	-	-	-	-	-	
크롬 중독	28	-	-	-	5	-	6	-	9	-	
일산화탄소 중독	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
일사병	-	-	-	125	-	-	-	-	-	-	
기타 유해물 중독	56	-	-	-	17	-	23	-	-	9	

신 (지 동)	경	영	17	27	29	24	19	81	178	177	97	58
기	카											

계 (A) 2,707 2,598 2,862 2,960 3,940 3,821 5,364 4,063 4,828 4,265

투수검진 대상자 (B) 79,884 82,715 91,726 128,656 118,604 143,809 178,178

이 환율 (A/B, %) 3.38 3.14 3.12 2.30 3.32 2.65 3.01

자료: 노동청, 1979, 1981.

<表 10-15>

산업별 就業勤勞者에 대한 有害物 暴露者의 百分率
(단위: %)

有害因子		騒音	震動	高温	粉塵	鉛	有害化學物質
業	種						
광	업	25.4	16.7		77.1	5.0	
조	선업	32.2	15.6	13.6	15.6		12.3
자동차	제조업	26.8	14.9			24.7	19.3
금속	제련업	45.6	0.5	41.1	13.0	11.6	47.9
제	강업	40.3	0.4	31.9	30.9		62.3
전기	기기제조업	29.4			1.7	29.1	30.0
인	쇄업	26.5		1.7		75.0	
도	자기제조업	18.6		3.6	7.6		13.5
스	메트제조업	36.0			8.1		
고	무제품제조업	11.4			15.8		33.0
제	지업	41.6		2.0	6.7		
섬	유공업	54.0		8.6	54.0		

자료; 백남천: 유해작업 환경에 관한 조사, 한국의 산업의학, 6 (4)
1967. 및 保健白書, 1981

지적되고 있다. 더구나 勤務者自身들이 予防이 可能한 災害나 疾病管理에 消極的이어서 定規檢診에도 기피하는 事例가 많기 때문에 産業安全과 健康管理에 대한 保健敎育을 強化토록 한다. 具體的인 對策은 :

(가) 産業安全保健法의 制定으로 勤勞基準法에서 分准시켜 産業場內 安全保健에 對한 組織과 體系를 確立하고 危險防止에 對한 施設基準을 明示하며 技術指導指針을 樹立하는 등 具體的인 事項을 規定토록 함은 勿論 産業保健事業의 一環으로 推進토록 한다.

(나) 産業保健行政의 強化로 配置된 技術勤勞감독관은 産業場의 安全保健管理者들의 協力과 咨問위원들의 助言을 얻어 予防에서 再活에 이르기 까지 効率的인 行政을 遂行토록 할 것이다.

(다) 産業災害補償保險制度의 補強 及 改善으로 産災保險 適用範圍의 拡大, 療養給與의 適定化 及 診療酬価의 再調整, 國庫負擔의 増大를 단계적으로 遂行해 감으로써 産業安全保健事業의 效能을 極大化토록 할 것이다.

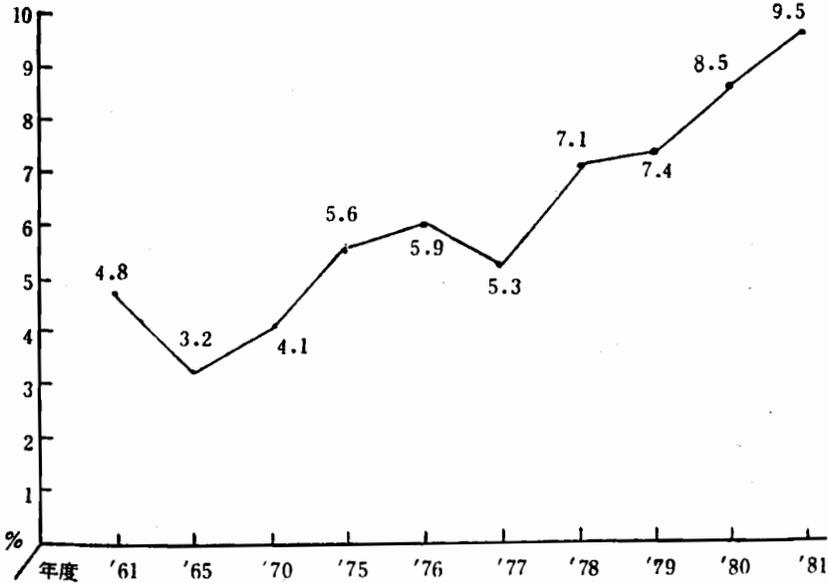
(라) 科學的인 調查研究機關의 設置로 該当地域內 産業保健問題에 對한 研究를 통하여 各 産業場의 保健管理者

와 緊密히 協力하면서 産業保健의 技術指導를 담당토록 한다. 또한 이 研究機關은 産業安全保健管理者들의 教育 및 訓練, 나아가서는 勤勞者들을 對象으로 安全과 健康管理에 관한 教育도 周期的으로 施行하는 業務를 担当토록 해야 한다.

第4節 性病의 管理体系 確立

第2次大戰後, 페니실린의 發明은 性病管理에 革新을 일으켜, 쉽게 撲滅될 수 있으리라던 予想과는 달리 1970年代 以後 增加 一路에 있다. 急激한 社会環境의 變化로 인한 性道德과 価値觀의 變動이 性病增加에 큰 影響을 미친 것은 事實이나 쉽게 治癒될 수 있는 特效藥 (페니실린) 이 있다는 過信에서 感染預防行爲에 소홀해, 져를 뿐 아니라 페니실린의 甘응은 페니실린耐性菌 (PPNG - penicillinase producing Neisseria Gonorrhoea) 을 招來하게 된 것도 性病增加의 한 要因으로 지적되고 있다. 우리나라에서 性病登錄이 되어 管理를 받고 있는 對象者들의 感染率은 < 圖 10-4 >에서 보는 바와 같이 1965年以來 계속 增加 추세에 있다.

<圖 10-4> 性病感染率趨勢 (登録管理者)



資料 ; 保健社会部, 保健社会, 1982.

<表 10-16> 은 이들 登録管理者들中의 性別種類別分布의 變化趨勢를 나타낸 것이다. 1977年 以後 梅毒은 顯著한 增加를 보이는 反面 淋疾은 多少 減少하였으며 非淋菌性尿道炎이 大部分인 其他性病은 조금씩 增加하고 있다. 從來 性病管理은 伝染病予防法 第2條에 才3種伝染病으로 規定하고 業務上 性病을 媒介시킬 憂慮가 있는 者들을 性病檢診規定에 依拠하여 保健所와

〈表 10-16〉 登録管理者の性病感染率の種別分布

区分	検診延人員	性病感染率				突発状態					
		感染者 %	梅毒 %	淋疾 %	軟性下疳 %	其他 %					
1975	1,141,675	63,970	5.6	3,746	5.9	36,169	56.5	1,504	2.4	22,551	35.3
1976	1,023,060	59,888	5.9	3,703	6.2	39,620	66.2	163	0.3	16,402	27.3
1977	1,208,863	64,608	5.3	9,721	15.0	38,567	59.7	183	0.3	16,137	25.0
1978	1,146,587	81,957	7.1	11,245	13.7	41,218	50.3	614	0.7	28,880	35.2
1979	1,103,103	82,026	7.4	10,456	12.7	39,640	48.3	463	0.56	31,467	38.4
1980	1,067,655	91,223	8.5	14,434	12.5	43,742	48.0	1,412	1.5	34,635	38.0
1981	943,053	89,208	9.5	8,594	9.6	45,210	50.7	336	0.4	35,008	39.3

資料；保健社会部，保健社会，1982。

性病診療所 및 代用性病診療所に 登録管理하여 왔다.
 即, 特殊業態婦는 1週/回, 接客婦 및 면서는 2週/回,
 其他의 者는 定期檢診을 實施하여 早期에 發見治療하였
 다. 그러나 性病의 增加에 對比하여 政府는 1977年
 11月1日부터 性病에 感染된 모든 國民을 醫療保護對
 象에 包含시켜 身分証 만 提示하면 全國 어디서나 保
 健所, 或은 醫療保護 才 1·2次診療機關에서 無料로 檢
 診과 治療를 받을 수 있도록 措置하였다. 이러한 努
 力에도 不拘하고 性別管理에 實效를 거두지 못하는 理
 由는 첫째, 性病自体가 社会的 禁忌(타부)로 되어 있
 어 露出을 꺼리기 때문에 다른 傳染病의 申告가 완벽
 한 先進國에서도 性病의 申告나 登録은 氷上의 一角이
 라고 公認되어 있다. 둘째, 옛날과 달리 特效治療劑가
 있어 意圖的인 予防行爲가 粗忽해졌다. 셋째, 性道德에
 對한 価値觀念의 變動으로 性病의 蔓延對象範圍가 拡大
 되었다. 넷째, 性病의 不適當한 治療와 管理로 耐性
 菌이 發生되었다. 다섯째, 性別管理를 위한 國際間의
 協助體制가 未洽하여 觀光客이나 外國軍人을 통하여 輸
 入可能한 새로운 性病의 檢疫對策이 樹立되어 있지 않

다. 여섯째, 性病은 社会的禁忌라는 觀念에서 子女나 學生들에게 教育이 되어지고 있지 않으므로 性病에 關係 無識하다. 例를 들면 市内保健所를 利用한 性病患者들의 3%가 18세 미만 未成年者였으며 이들中 學生이 $\frac{1}{3}$ 이 있는데 13세 未滿도 5%나 되었다. 또한 이들 靑少年의 感染源은 接待婦가 22%, 私娼街가 18%였다. 한편 成人性病患者中 54%가 2回以上の 感染經歷을 보였으며 全調査對象者中, 36%는 檢診結果만 알고 나서 治療을 받으려 오지 않은 것으로 나타나 藥局 등에서 自家治療로 不適當하게 管理되어지고 있음이 지적되고 있다. 페니실린 耐性淋菌(ppNG)도 外国軍人으로부터 우리나라에 輸入되었을 可能性을 감안한다면 아주 原因이 밝혀지지 않은 後天性免疫缺乏症과 같은 무서운 病이 언제 우리나라에 上陸할지 모를 일이다.

以上과 같은 여러가지 問題點을 參考로 性病의 效率的 管理方案을 다음과 같이 提意한다.

(가) 正規 및 社会教育과정에 性教育을 強化하므로써 第1次 및 第2次 予防을 效率化 한다.

(나) 性病 医療保護를 無料檢診과 治療에만 局限시키는

消極的管理에서 接觸者의 索出 및 治療는 勿論 性病인 데도 治療받지 않은 患者를 追跡하여 完全治療를 圖謀 하는 同時 教育까지 담당하는 積極的管理로 轉換한다.

(다) 結婚, 入隊, 就職時 身體檢査項目에 梅毒血清檢査를 法制化하여 強制檢査의 對象範圍를 擴大한다.

(라) 一般診療時에도 妊産婦 或은 性病이 결될 確率이 높은 集團에 屬하는 患者들을 性病檢診하도록 醫師들에게 協助를 依頼한다.

(바) 軍人이나 觀光客들로 輸入될 우려가 있는 性病을 未然에 防止하기 爲해서는 各國의 性病現況에 関한 신속한 情報交換體系의 樹立 및 檢疫方案을 協議 모색한다.

第5節 스포츠醫學의 開發

1911年 유럽에서 始作된 스포츠醫學은 우리나라에 있어서는 比較的 새로운 分野(1965年)이다. 스포츠醫學에 대한 定義를 보면 "스포츠醫學이란 사람의 生理學的, 生化學的, 精神科的, 病理學的 現象을 스포츠와 聯關지어 研究하는 것으로, 身體的 運動 및 機能의 效能

限界를 維持하고 增進시키기 위한 研究는 勿論 스포츠로 因한 疾病이나 損傷에 대한 予防, 治療, 再活에 관한 研究結果로 얻어진 知識을 스포츠에 活用하는 것" 이라고 하였다. (Darind, R. Lamb, 1981) 따라서 A. J. Ryan 은 스포츠醫學을 ① 스포츠에 必要한 힘의 效率性開發, ② 損傷의 予防을 위한 선수들의 體力評価, ③ 損傷에 대한 直刻的診斷과 治療 ④ 損傷以後의 再活等 4個 領域으로 区分하였다.

外國이 1900年代初에 시작하여 크게 活用되고 있는 스포츠醫學을 스포츠의 科學化를 切感하여 우리나라가 導入한 것은 東京올림픽以後인 1965年이라 하였다. 大韓體育會가 體力管理分科委員會를 新設하여 自體內 財政不足으로 各醫科大學 生理學教室이 依存運營하다가 1980年 12月에 다시 大韓體育會內에 스포츠科學研究委員會가 發足되고 스포츠科學研究所가 新設되어 現在에 이르렀다. 한편 1964年 東京올림픽 이후 各醫科大學에는 財政的 뒷받침이 未洽함에도 不拘하고 서울醫大 國民體力研究所, 延世醫大 스포츠科學研究所, 慶熙醫大 韓國科學研究所, 漢陽大學校 能率向上科學研究所, 高麗大學校

行動科學研究所, 韓國體育大 스포츠科學研究所가 設立 되었다. 最近에 스포츠臨床醫學會가 發足하여 研究에 着手하였다. 그러나 스포츠醫學이 定着되어 國民體力向上에 活用되려면 더 많은 投資와 努力을 要하고 있다. 더구나 1986年의 아시안 · 게임과 1988年 서울올림픽을 앞두고 集中的인 開發策을 必要로 하고 있다. 이를 위해서는 :

(가) 스포츠科學研究協議會의 創設로 各研究所間의 有機的인 協同을 圖謀하므로써 스포츠科學研究結果의 綜合과 情報交換을 통하여 重複을 피하고, 效率的인 研究遂行을 꾀하여 심포지움 및 세미나를 통하여 이 分野에 대한 國內外 文獻考察, 有名 스포츠科學專門家의 招請講演, 研究課題優先順位의 決定等 主導役割을 하도록 해야 할 것이다.

(나) 國庫補助와 基金造成으로 스포츠醫學의 研究를 國家的 또는 國民的次元에서 적극 支援토록 해야 한다.

(라) 醫學界 여러 分野의 專門家가 積極 참여하도록 啟報를 통하여 誘導토록 해야 한다.

第6節 1次保健医療의 強化를 통한 家族保健管理

좋은 健康은 좋은 醫藥의 産物이 아니다. 그러므로 保健서비스는 醫療서비스와 同意語가 아니다. 保健서비스는 醫療行爲를 社會的 行動과 統合하고 保健의 範圍를 擴大할 것을 요구한다. 健康의 基本要素는 充分한 食品과 住宅, 安全水의 充分한 供給 적절한 폐기물 처리, 母子保健과 家族計劃, 傳染病 豫防接種, 地方病의 豫防 및 管理, 흔한 疾病 및 傷害의 적절한 治療, 保健教育, 필수 의약품의 供給 등을 포함한다.

醫藥人은 증래의 疾病治療를 위한 醫藥投與나 疾病管理에서 健康管理者의 位置에서 住民의 健康向上을 위해 그 役割을 擴大해야 할 것이다. 따라서 健康의 基本要素 중에서 環境的 要因 (住宅, 飲料水, 食品 폐기물 처리 등) 을 제외한 對人서비스의 대부분이 醫藥人이 담당해야 될 業務領域이 되는 것이다

1次醫療 (primary care) 는 1次接觸醫療

(first-contact medicine) 이며 질병의 有無와는 無關하게 患者에 대한 계속적 責任, 健康의 肉體的 心理的 社會的 諸側面의 統合을 前提로 한다. 이러한 特性을 갖는 1次醫療서비스의 均等한 利用 또는 均霑은 서기 2000년까지 모든 國民에게 居住地나 社會 經濟, 文化的 장애없이 實現되어야 한다.

1次診療提供者는 健康管理者로서의 責任을 수행하며 특히 診療業務 못지않게 豫防서비스에도 力點을 두어야 한다

豫防서비스 중에서도 母子保健은 더욱 著目으로 改善되어야 한다 妊娠중에 最少 2회는 1次診療提供者의 産前管理를 받게 하고 分娩의 95% 以上이 醫療人의 直接分娩介助를 받거나 施設分娩케 한다. 5歲미만 嬰幼兒에 대하여 定期的 檢査 (身長, 體重, 視力, 聽力, 言語 등)와 豫防接種을 實施하여 健康管理의 徹底를 期한다 特히 營養, 衛生, 事故豫防 등은 相談의 主要內容이 된다 모든 妊娠婦는 1次保健醫療機關에 登錄하여 願하는 때 어디서나 適切한 産前管理를 받고 分娩 및 産後管理를 받게 한다

모든 就學前 嬰幼兒 (0~5歲) 亦是 1次保健醫療 機關에 登錄하여 發達 및 成長에 따른 適切한 管理 를 받는다. 95% 以上の 嬰幼兒가 디프테리아, 破傷 風, 百日咳, 紅痘, 포리오, 結核 등의 豫防接種을 받고 Routine Health Care 를 받는다.

母子保健과 關聯하여 家族計劃은 서어비스가 必要한 모든 夫婦 또는 成人에게 供給되어 不願 妊娠의 豫 防과 胎齡의 合理的 延長을 可能케 해야 한다.

環境的 要因의 改善을 爲하여 安全水 供給은 100 %의 人口에게 提供되어야 한다. 特히 農漁村地域에서 는 簡易上水道 施設이 모든 마을 單位로 設置되고 그 施設은 衛生的으로 管理하여 모든 農漁村 住民도 거의 100% 安全水の 供給을 받게 된다. 水洗式 便所는 都市住民의 大部分이 利用케 될 것이며 農漁 村住民에게도 그 普及이 漸進적으로 擴大될 것이다.

健康의 決定要因은 醫藥이 아닌 環境과 生活樣式이 다. 保健教育은 모든 國民에게 健康한 生活習慣을 갖도록 하여 스스로의 努力을 통하여 健康問題를 解 決토록 한다. 禁煙, 節酒, 過度한 카로리, 脂肪質, 糖

分, 監分 등의 섭취를 減少시키는 食生活의 变化, 健康維持를 위한 適當한 운동, 定期的 身体檢査, 事故防止의 安全守則의 遵守 등을 生活化 하도록 한다.

第7節 保健教育의 強化

1. 保健教育의 重要性

保健事業은 福祉社會建設을 위한 社會開發의 全領域에 있어서도 範圍가 넓고 가장 基本이 되는 事業이며 保健教育은 그 중에서도 基礎가 되는 事業이며 모든 保健醫療部門事業에서 共通적으로 內在되어 支援하는 必須事業이다.

그럼으로 世界保健機構 (WHO) 에서도 世界 各國에 積極 勸獎하고 있는 1次保健醫療에서 保健教育이 優先 事業內容으로 重視되고 있다.

保健教育의 目的이 個人·家庭·地域社會가 自己의 保健問題를 認識하고 이를 스스로의 行動을 통하여 解決함으로써 그들 自身の 健康을 더욱 增進 發展할 수 있도록 하는데 있기 때문에 保健教育을 통하여 國民의 健康意識을 不斷히 向上시키며 새로운 價値觀을 確立시

키고 個人 및 集團의 健康向上態度를 習慣化 되게 하여 健康行動을 生活化 시키며 地域社會住民이 保健事業에 自發的으로 參與하도록 誘導하여 保健事業을 活性化 시키는 原動力이 되도록 한다.

이와 같이 保健教育이 重要하기 때문에 保健教育事業이 不振하게 遂行될 때는 여러가지 問題가 惹起된다. 例를 들면 새로운 保健醫療制度의 導入이나 保健醫療서비스의 普及에 있어 充分한 保健教育活動이 缺如되면 住民의 理解不足으로 事業의 效果를 올리기 어렵게 된다. 특히 住民의 參與를 絶對的으로 必要로 하는 경우에 있어서 保健教育이 重要視되는 것은 再言을 要치 않는다. 우리나라에서 現在 深刻히 攀論되고 있는 醫療體系가 改編되어 円滑히 定着되기 위해서도 保健教育의 強化없이 單純히 制度나 體系의 새로운 改編만으로는 住民의 理解나 參與를 갖기 어렵게 되어 成果를 높이는 어렵다. 疾病의 早期發見 및 早期治療, 出生, 死亡, 婚姻 및 移動 등 人口動態에 關한 申告改善, 環境衛生 및 個人衛生改善, 醫療保險의 擴大 其他 諸般 낮은 水準의 保健意識을 鼓吹하는 課題 등은 保

健教育事業強化가 主軸이 되어 遂行될 때 成功的인 效果를 올릴 것이다.

2. 保健教育의 問題點

保健教育事業을 效果的으로 推進함에 다음과 같은 當面한 問題點을 指摘할 수 있다.

첫째, 政策決定者들의 理解不足으로 保健教育豫算配定이 소홀하다. 即 保健教育事業의 重要性과 優先順位가 理解되지 못하여 本事業에 對한 豫算配定이 輕視되고 있어 事業의 活性化를 期할 수 없다.

둘째, 企劃의 不適切性을 들 수 있다. 保健教育事業은 모든 다른 保健事業과 統合的으로 計劃되고 實施되어야 하며 科學的으로 評價되어야 하는데 實際는 散發的 또는 即興的이며 評價事業의 취약성을 尠재하고 있다. 따라서 評價結果의 活用을 통한 体系的인 企劃課程이 미약하다.

셋째, 人事管理의 不適切로 因한 保健教育活動의 脆弱이다. 地方行政組織에서 保健職은 上位職 追出이 어려우며 行政職公務員에 비해 業務從事分野가 좁기 때문에 能力있는 優秀한 人力이 保健職業務에 從事하기를 忌避

하는 경향이 있다.

나째, 行政組織機構의 不備를 들 수 있다.

① 地方行政組織 不在

市. 道 地方行政組織에 保健教育 專担部署가 없으며 保健所에도 保健教育專担者가 不在하므로 責任있고 效果的인 保健教育事業實施가 不可能하며 모든 保健事業에 있어 保健教育을 核心으로 하여 推進되는 劃一性과 統一성이 缺如되고 있으며 모든 保健事業이 非效率的으로 運營되고 있다.

② 學校保健教育行政體系不在

學校保健教育을 企劃, 管理, 評價하는 獨立的인 行政體系가 中央行政部署인 文敎部나 地方의 教育行政部署에도 確立되어 있지 않아 學校保健教育의 重要性에 비추어 問題가 크다.

다섯째, 保健教育 專門人力養成의 制度不在

先進外國과 같이 保健教育專門人의 養成, 教育 制度가 없어서 保健教育事業을 計劃評價할 수 있는 人力開發이 不足하여 保健事業이 不振하고 發展이 없다.

여섯째, 既存要員의 保健教育 職務訓練不足

一線保健要員에 對한 定規 또는 補修教育訓練

敎育課程에 保健敎育에 對한 配定時間이 너무 不足하다
일곱째, 學校保健敎育擔當者 未確保

學校保健을 擔當할 養護敎師를 確保하지 않는
學校가 많아서 初中高校 學生들에 對한 健康敎育이 제
대로 이루어지지 않고 있다

여덟째, 健康敎育 弘報 啓蒙資料 不足

保健에 對한 知識供給과 올바른 健康行動實踐
誘導에 必要한 健康에 關한 敎育 弘報資料가 不足하며
集團敎育에 活用할 敎育機材의 補給이 円滑치 못하며
農村地域에는 그 確保率이 극히 低調하다

아홉째, 民間醫療人의 保健敎育活動이 未弱하다. 病醫院
에 勤務하는 醫療人이 患者를 診療할 때 保健敎育을
充實히 하지 않는 경향이指摘되고 있다. 患者의 治療
및 健康回復에 患者 스스로의 努力과 精神療法 등이
強調되지 못하고 있는 實情이다.

3. 保健敎育體系確立

保健敎育業務를 合理的이고 效率的으로 遂行하기
위하여 行政部處에 擔當 責任部署를 新設하고 專門人力
을 配置하며 保健敎育業務를 他業務과 併行 實施할 수

있도록 体系化 하여 保健教育의 計劃, 遂行 評價가 組織化 되도록 한다. (圖2 参照)

(1) 保健教育行政体系確立

현재의 保健教育 行政体系는 中央政府의 保健社會部에 保健教育課가 있어 保健教育業務를 관장하고 있으나 地方政府의 市, 道에는 系線上으로 이를 直接收容 連繫할 部署(係)가 專門人力이 缺으며 一線保健所에도 保健教育業務를 責任 擔當하는 部署나 人力이 缺음으로 体系的이고 統合的인 그리고 效率的인 業務遂行이 잘 이루어 지지 않고 있으며 그 成果 역시 期待에 미치지 못하고 있다.

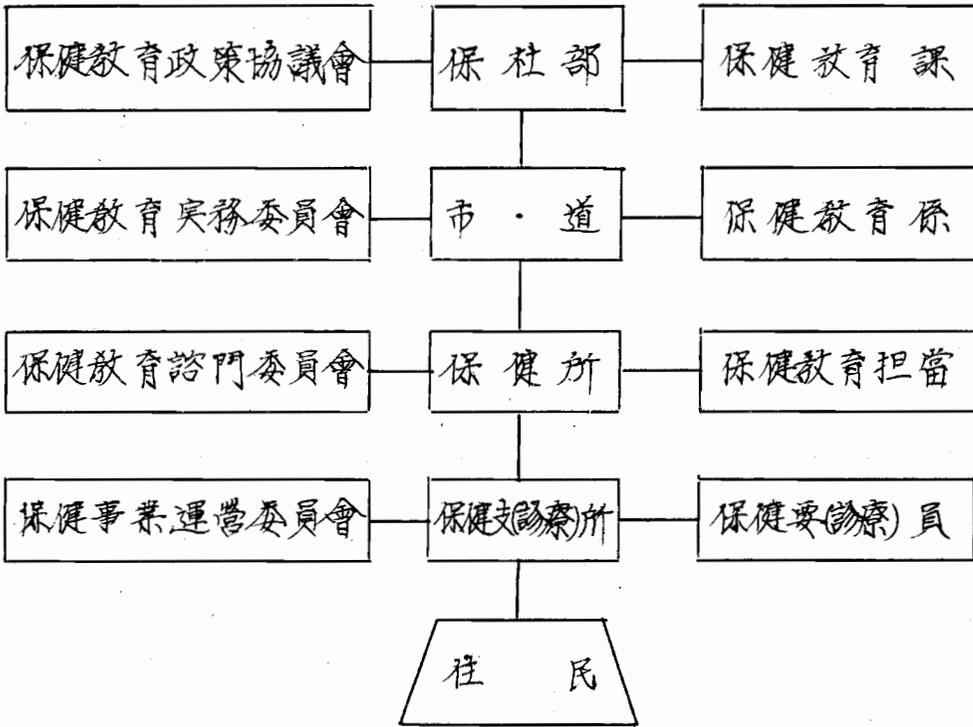
그럼으로 市, 道 以下 行政單位에도 保健教育을 專担하는 人力을 配置토록 한다.

이와 아울러 保健教育業務를 計劃 遂行하는 用는 關聯部署의 協助와 地域社會(公, 私團體 및 自生組織)의 參與가 이루어져야 成功할 수 있다.

이를 위하여 中央政府에는 關聯中央部處와 關聯社會團體 學校와 研究機關의 專門人士로 構成되어 保健社會部에서 主管하는 保健教育政策協議會를 두고 市, 道에는

關聯部處及 社會團體 및 學校人士로 構成되는 保健教育
實務委員會를 構成하고 市、郡 保健所 單位에는 保健事
業運營委員會를 構成하여 保健教育事業을 積極 支援 協
助 하도록 하여 住民의 自發的인 參與를 圖謀한다.

<圖 10-4> 保健教育行政体系方向



(2) 保健教育師 養成

保健教育業務를 直接 擔當하여 計劃을 樹立하고 他業務와 協助 調整하며 事業을 遂行하고 評價할 수 있는 保健教育 專門人力을 養成하며 必要한 部署에 均 衡있게 配置하여야 하며 既存保健要員에 對하여 補修教育 訓練을 強化하여 活用하여야 한다

保健專門大學 또는 看護(專門) 大學에 保健教育專門 課程을 두거나 國立保健院에 保健教育師 過程을 新設하여 保健教育師를 위한 教育課程을 開發하여 一定期間 이 課程을 履修하게 하여 保健教育師 資格証을 賦與할 수 있도록 制度化하여 이들이 中央 및 地方 保健教育 擔當部署와 市 郡 保健所에 保健教育業務를 擔當하여 責任있게 勤務할 수 있도록 한다

(3) 既存保健要員의 教育訓練強化

地域社會에서 現在 活動하고 있는 既存要員에게 定期的으로 實務保健教育課程을 履修케 하여 住民을 위한 保健教育業務遂行에 蹉跌이 없도록 한다

즉 保健教育事業을 地域社會住民의 保健意識 水準을 높이고 모든 保健事業에 參與를 誘導하는 방침으로 특

히 이에 對한 敎育訓練은 重要하다.

既存要員에 對한 敎育訓練은 優先 모든 定期 또는 補修敎育課程에 保健敎育科目을 尙當시간 挿入하여 實施하고 한편으로는 保健敎育師課程을 新設하여 이를 履修하게 한다.

(4) 保健敎育資料開發센터設立

各種 保健敎育資料를 地域社會의 特性과 對象의 程度에 맞도록 開發하고 同時에 各 有關機關團體의 各 가지 保健敎育資料를 統合해서 活用할 수 있도록 長期的인 眼目을 가지고 保健敎育資料開發센터를 韓國人口保健研究院內에 設置 運營한다.

(5) 醫療人養成 定規學校 敎育課程에 保健敎育을 強化하여 卒業後 實務現場에서 保健敎育을 重視하는 醫療서어비스가 이루어지도록 敎育한다.

(6) 學校保健敎育을 強化하여 國民學校부터 學習水準에 適合하게 保健敎育을 段階的으로 實施하여 健康한 生活이 習慣化 되도록 敎育한다.

(7) 産業保健管理에 있어 保健敎育이 重視되어 從事者들이 스스로 個人衛生을 徹底시 하여 産業災害로부터

保護되고 健康管理을 잘 할 수 있도록 한다

(8) 1次保健事業이 地域社會에서 成功的으로 遂行되
도록 地域社會住民에 對한 保健教育을 徹底시 하며 汎
國民的 保健教育의 弘報活動을 強化한다.

第11章 社會福祉事業의 強化

第1節 社會福祉事業에 대한 要求增大

近來의 驚異的인 經濟成長과 急激한 社會變動은 國民生活의 水準을 全般的으로 크게 向上시켰다. 그러나 1970年代의 急速한 經濟成長은 富의 偏在과 所得의 隔差를 深化시켜 이른바 「相對的 貧困意識」을 誘發시키고 있다. 또한 産業化, 都市化, 核家族化 등은 産業構造를 變化시키면서 住宅, 上下水道, 交通, 通信施設 등 生活의 便益施設 등의 需要를 增大시키는 한편, 産業災害, 交通事故와 같은 安全事故도 증가하고, 또 傳統的인 家族制度의 變質과 機能 役割도 크게 弱화시켜, 지난 날 個人이나 家族單位의 問題였던 것이 國家 社會의 共同問題로 認識되었으며, 物質주의 現代文化는 非人間化 現象을 擴大시켜, 모두가 希求하는 安樂한 生活를 危脅하고 있다.

이러한 問題를 좀더 具體적으로 살펴보면 다음과

같다.

첫째, 階層別 所得과 富의 隔差는 上位 20% 階層의 所得占有率이 1970년에 41.6%였던 것이 1978년에는 46.7%로 늘어났다가, 1980년에는 45.4%로 다소 줄어들고 있으나, 下位 40%의 所得占有率은 1970년에 19.6%에서 1978년에는 15.4%로 떨어졌다가, 1980년에는 다시 16.1%로 다소 늘어났지만 貧富의 隔差는 如前한 것이다.

둘째, 都市化率은 1960년의 28.0%에서 1978년에는 52.9%로 늘어남에 따라 失業, 産業災害, 各種事故等 社会的 危險이 增大되고 있으며, 教育 및 醫療施設의 不足과 住宅 및 交通, 通信施設의 不足등 社会的 便益施設이 크게 不足되고 있다.

셋째, 産業化에 便乘한 物質文明의 澎湃로 敬老, 孝親思想이나 隣保協同精神과 같은 傳統的 美風良俗이 날로 根絶하여, 家族間의 葛藤, 靑少年의 放慢, 棄, 迷兇의 增加를 招來하고 있다.

네째, 人口의 老令化와 核家族化 現象으로 平均壽命이 延長되고 核家族的인 2世代家口도 增加함으로써 老

人的 保護問題가 크게 問題되고 있으며, 또한 老人의 權威와 役割의 喪失등은 疎外意識을 점점 高潮시키고 있다.

다섯째, 1977년부터, 社會保障制度의 中核인 醫療保險, 醫療保護등, 醫療保障制度가 擴大되어 從來의 潛在的인 醫療需要가 現代的인 醫療需要로 顕在化되어 病、醫院의 利用率이 높아지고 있어, 施設이나 人力의 不足現象을 빚고 있다.

여섯째, 才5共和國은 지난날의 急速한 經濟成長의 副作用을 修正하고 着實한 安定的 成長위에 福祉社會를 建設하겠다는 강력한 福祉意志아래 民主、正義、福祉社會 建設을 國政指標로 삼고 있다. 即, 憲法에서 「우리 國民은 政治、經濟、社會、文化의 모든 領域에 있어 各人의 機會를 均等히 하고 ----- 國民生活의 均等한 向上을 期하고, ----- 우리들과 우리들 子孫의 安全과 自由와 幸福을 영원히 確保할 것을 다짐한다」고 福祉社會建設의 意志를 闡明함에 따라 國民들은 福祉에 대한 關心을 더욱 高潮시키게 되어 社會福祉問題는 向後 우리나라 社會의 가장 重要한 發展課題로 抬頭케

되었다.

第2節 社会福祉概况과 問題点

이러한 狀況下에서 普通水準以下의 生活를 營為하고 있거나, 거기에 더하여 各種 "헨디캡"을 안고 있는 社会的 脆弱階層人口의 生活相은 매우 深刻한 문제라고 아니할 수 없다. 現在 우리나라 社会福祉現况과 問題점을 要約하면 다음과 같다.

1. 兒童福祉

急激한 社会變遷으로 인한 傳統的家族制度의 分解 내지 核家族化의 進行은 血族과 家族에게 廣範圍하고도 顯著하게 影響을 가져왔다. 即 女性就業의 增大와 맞벌이 夫婦의 增加를 가져오고 缺損家庭도 增加하므로서 兒童의 健全育成을 어렵게 하고 있다. 따라서 無斷家出兒, 棄兒도 增加하고, 先天性 내지 後天性 障礙兒도 續出하며, 非行靑少年이 增加할 뿐 아니라 最近에는 年令이 점점 낮아지고 그 非行은 더욱 凶暴해져가고 있다. 그리고 性道德의 解弛등으로 인한 未婚母의 發生

이急増하고, 快樂, 利己的 風潮로 인하여, 集中的인 指導를 要하는 要保護兒童의 發生數는 줄어들지 않고 있는 現狀이다.

우리나라의 兒童福祉行政은 初期에는 戰爭孤兒를 대상으로 시작 되었다고 할 수 있다. 即 保護者로 부터 遺失, 遺棄, 또는 離脫되었거나, 保護者가 養育하기 어려운 要保護兒童만을 對象으로 하는 救護的性격을 띤 消極的인 兒童保護에 置重되었던 것이다. 그러나 刮目할만한 經濟發展과 生活水準의 向上, 그리고 國民意識構造의 變化에 따라 이제는 모든 兒童의 福祉向上에 注力해야 할 段階에 이르렀다. 兒童人口의 推移를 보면 1976년에는 全人口의 50%인 17,925千名이던 것이 1982년에는 15,486千名으로 全体人口에 비해 兒童人口는 점차 減少해 가는 추세이다.

㉞ 1982年末 현재의 要保護兒童은 社會福祉施設에 收容保護하는 兒童이 27,727名, 心身障礙兒 367,633名, 極貧家庭兒 159,215名, 零細家庭兒 880,657名 등 都合 1,435,232名으로 推定되고 있다.

兒童福祉施設은 嬰兒施設 33 所에 2,388 名, 育兒
施設 243 所에 20,273 名, 職業輔導施設 13 所에
1,063 名, 身體虛弱兒施設 1 所에 51 名, 心身障礙兒施
設 59 所에 5,813 名, 浮浪兒施設 10 所에 3,629 名,
母子保護施設 32 所에 2,286 名, 총 359 所施設에
35,503 名이 收容保護를 받고 있다. 兒童福祉問題의
相談과 指導를 担当하는 公私立兒童相談所가 30 所,
兒童福祉指導員 311 名, 民間兒童委員 25,216 名이 있으
며, 兒童專用施設로 兒童會館 21 所, 어린이 놀이터 14,375
所도 마련되어 있다.

④ 兒童福祉施設의 收容保護費의 支援內容을 보면 生
計費의 경우 嬰兒施設에는 1 人當 月平均 25,647 원에
상당하는 1 日白米 288 Kg (2 合), 副食費 292 원, 粉
乳 80g, 燃料費와 被服費 (年 37,100 원) 를 支援하고,
育兒, 浮浪兒, 職業輔導 등 其他施設에는 1 人當 月平均
25,324 원에 상당하는 白米 432g (3 合), 精麥 13g
g (1 合), 副食費 292 원, 燃料費와 被服費 (年 37,100 원)
를 支援하는 한편, 施設에 從事하는 職員 (總務 月額

165,830 원의 70%, 嫖母 110,446 원의 70%)의
 人件費 補助. 그리고 施設運營費로 各施設当月 63,000 원
 (嬰·育兒施設), 浮浪兒施設은 273,000 원, 職業輔導
 施設은 1,517,000 원씩을 支援하고, 또 3310 嬰兒施
 設에는 看護員을 配置하여 定期 健康診斷의 實施, 虛弱
 兒 未熟兒 및 疾病者의 隔難收容, 病醫院과의 結緣 誘
 導等に 注力하여 兒童의 健康보호에 努力하고 있다.

要保護兒童의 發生을 予防하기 위한 兒童相談所가 19
 個所이고, 兒童福祉指導員도 全國에 311名이 配置되어
 있다. 또, 邑面單位에는 兒童委員이 25,216名이 委嘱
 되어 있으며, 그들의 自願奉仕活動은 不振한 상태에 있
 다.

이밖에 18才以上の 成長孤兒의 社會進出과 自立自活
 을 위해 年平均 2,500 余名을 職業訓練을 시켜, 各企
 業에 就業시키는 한편 이들의 恒久的인 定着과 指導를
 위해 各市道 責任下에 後援會를 만들어 운영하고 있다.

2. 心身障礙者 福祉

急激한 産業化 위주의 經濟開發事業은 高度의 經濟成

長을 가져오기는 하였으나 産業災害, 公害環境의 造成, 交通事故 其他 安全事故의 頻發, 生活환경의 劣惡 등으로 인하여 視 聽覺障礙者, 肢体不自由者, 精神薄弱者 등 心身障礙者가 急增하고 있으나 이들의 治療施設이나 收容保護 및 再活施設 등이 太不足한 現實이다.

1981年6月5日 「心身障礙者福祉法」을 制定하여 心身障礙者福祉體系를 뒤늦게나마 樹立하게 되었다.

肢体不自由、視·聽覺障礙、言語障礙 또는 精神薄弱者 등 心身障礙者의 出現率을 全人口의 3~4%로 推定하고 있는데, 1980年度의 調查結果에 의하면 902千名으로 나타난 바 있다. 이들의 障礙發生 原因이 정신박약자를 除外하면 後天的인 것이 81.5%이고, 發生年令을 보면 6才以前에 30.5%로 幼兒期의 發生이 높다.

이들을 위한 福祉事業은 收容保護以外는 一部 民間人의 自發的事業을 除外하면 너무나 微微한 實情에 있다. 즉, 1982年末現在 장애자복지시설은 104개소에 13,235名이 收容保護를 받고 있으며, 國立覺心學院과 서울市綜合福祉館이 運營되고 三育再活院이 있을 뿐이다.

3. 老人福祉

우리나라의 老令人口는 1980年 「센서스」에 의하면 65才以上인 人口數는 1,456千名으로 全人口의 3.8%나 되며, 1990년에는 2,216千名으로 5.0%, 2000년에는 3,385千名으로 6.7%에 이르리라고 推定하고 있다.

이와 같은 老令人口의 증가와 老令者의 機能의 縮少와 役割의 喪失로 인한 疎外와 孤獨, 核家族化에서 오는 別居老人의 증가, 職場에서의 早期退職 (韓國的인 現實이지만)으로 인한 健壯老人의 無聊와 老令年令制度의 不備로 인한 老後 생활대책의 微弱, 그리고 노인복지시설의 不足 등은 老人福祉의 중요한 課題가 된다.

老人福祉問題는 우리의 傳統的 家族制度와 扶養慣行으로 家庭內에서 가족의 扶養과 보호에 그치고 無依無託한 老人만을 養老施設에 收容하여 生計를 保護해 주는데 不過하였다.

특히 오늘의 産業化와 都市化라는 社会經濟的 变化過程을 거치면서 老令의 生活를 社会가 保障해야 할 時代的 當爲性으로 말미암아 老人에 대한 福祉施策은 당

연히 社會保障政策으로서 해결 되어야 할 問題이다.

이와 같은 趨勢에 対応하기 위해 政府는 1982年 福祉專担機構를 마련하고, 「老人福祉法」을 制定하여 時代的 潮流와 老人들의 福祉的 要求를 充足시킬 수 있는 老人福祉體系를 確立할 수 있는 基盤을 마련하였던 것이다.

老人福祉法이 定하는 바의 노인 복지대책의 基本方向을 보면 다음과 같다.

- i) 傳統的 倫理德目の 暢達
- ii) 敬老孝親思想의 高揚
- iii) 傳統的 家族制度의 維持 發展
- iv) 先家庭保護 後社會保障

따라서 政府는 老人福祉를 위한 相談 및 指導業務를 担当하기 위해 区市郡에 老人福祉相談員을 確保 配置하고 敬老孝親思想을 昂揚하기 위해 每年 5월에 敬老週間을 設定하여 孝子 孝婦를 표창하고 全國的인 敬老行事を 하고 있으며, 65才以上인 사람에게 敬老優待制를 實施하여 生活便益施設의 利用을 割引優待하게 하고, 2년에 1回씩 無料로 健康診斷을 실시하며, 老人에게 適

같은 職種의 開發과 여가를 善用하게 하고 있다.

老後生活를 보장하는 老令年金制度로서 국민 복지 年金法을 1973 年에 制定하였으나, 여러가지 사정으로 그 施行이 保留되고 있어 普遍的 年金制度는 없다.

다만, 公務員, 軍人, 私立學校教職員等 特殊職從事者를 위한 年金制度만 確立되어 있으나 一般勤勞者나 國民을 위한 年金制度의 早速한 실시가 시급하다고 하겠다.

勿論 一般企業體의 경우 근로기준법이 정하는 退職金制度가 部分的으로 老後 所得保障을 補充하고 있으나 그것만으로서는 不充分하기 때문에 全國民的 老令年金制度의 실시가 時急하다.

要保護老人들의 生活保障을 위한 生活보호제도에 의한 시설보호와 居宅保護의 경우 5610 所의 養老施設에 3,972 名, 210 所의 老人療養施設에 80 名 등 총 4,052 名을 對象으로 生計 및 施設運營 등을 支援하고 在家老人 1,920 名을 對象으로 그 生計를 支援해 주고 있으며, 그 밖에 老人學校, 敬老堂 등이 있어 唯一한 余暇 善用시설로 利用되고 있다.

經濟發展과 더불어 都市化, 核家族化 등이 進展되어 老

令人口에 대한 扶養 意識의 社會化와 老後生活의 安定에 對應해야 한다는 所以로 1973年에 國民福祉年金法을 制定하고 翌年부터 이를 실시하려 하였으나, 石油波動等 實施條件이 좋지 못하여 그 施行이 保留된 現在에 이르고 있다.

이 年金法은 근로자 등 全國民을 對象으로 하는 所得保障政策으로서 醫療保障政策과 兩立하여 社會보장제도의 두개 支柱를 이루는 中核的位置에 있다. 그러나 10年이 經過한 오늘에도 그 實施時期는 予測하기 어려운 狀況이다.

政府內에 年金企劃課가 있어서 그 實施를 위한 準備를 하고 있다.

ㄱ 婦女福祉

要保護女性에 대한 복지 사업을 보면, 保護女性化하지 않도록 各市、道, 市、郡、區에 配置된 婦女相談員 223名의 活動을 積極化하여 脆弱地域에 移動相談所를 設置하는 한편 來訪相談에서 訪問相談으로 轉換하여 家出의 未然防止에 注力하고, 收容保護者에 대해서는 保護水準을

높이고, 保護環境을 改善하기 위해 老朽施設에 대한 改築費 또는 補修費를 國庫에서 支援하는 한편 시설 운영의 總務, 生活指 員 등의 人件費 補助하여 그들의 士氣를 높여 주고 있다.

특히 淪落女性, 未婚母, 家出女性들의 技能賦與와 社會適應度를 높이기 위한 職業輔導所 (1981 ~ 24 所 6,488 名) 를 運營하여 洋裁, 編物, 美容, 理容 등 生業과 自立自活能力을 갖게 하는 職業教育을 더욱 充實 強化해야 한다.

또한 零細한 母子家口의 自立을 促求하는 33 所 母子保護施設 (1981, 764 家口 3052 名) 의 運營支援과 家口의 生業資金融資로 自立基盤을 造成하도록 하고 있다.

一般婦女子를 대상으로 家族計劃, 教養, 生活改善 貯蓄과 所得增大 등의 마을單位事業을 보다 効率的으로 運營하기 위해 設置 運營되고 있는 새마을婦女會는 全國에 100,410 (1981) 所가 있다. 이들은 女性의 資質向上, 生活條件向上, 隣保相助活動의 展開, 所得增大事業 등의 活動을 強化하여 倫理와 科學이 調和되는 健全

家庭育成으로 地域社会發展에 이바지 하고 있다.

5. 零細民生計支援

勤勞能力이 없어 生計를 維持할 수 없거나, 勤勞能力은 있으나 그 所得이 最低生計費에 미달하여 國家의 生活保護를 必要로 하는 者는 1983 年에 2,953 千名 (居宅保護者 282 千名, 施設收容者 55 千名, 自活保護者 2,616 千名) 에 이른다.

生活保護對象者의 策定基準을 보면 大都市의 경우는 1人當 月平均所得이 35,000 원에 不動産価額 2,100,000 원 以下. 中小都市의 경우는 1人當 日所得 31,000 원에 不動産価額 1,850,000 원 以下, 農漁村의 경우는 1人當 日所得 27,000 원, 田畠 3 段步未滿에 不動産価額 1,600,000 원 以下の 者를 生活保護對象者로 하고 있다.

이들 중, 嬰兒施設, 育兒施設, 浮浪兒施設, 少年職業輔導施設, 心身障礙兒施設, 養老施設, 成人不具施設, 浮浪人施設, 母子保護施設等 社会福祉施設에 收容保護되고 있는 生活無能力者는 55 千名에 이르고, 65 才以上

18才未滿 또는 不具廢疾者로서 勤勞能力 및 扶養家族이 없는 生活無能力者은 338,395名에 이르고 政府 財政形便上 282,000名 만을 居宅保護對象者로 하고 나머지 56,395名은 零細民에 包含하여 保護하고 있다. 이밖에 全國에는 勤勞能力은 있으나 生計維持가 困難하여 市長, 郡守가 保護를 必要로 한다고 認定되는 零細民은 2,616千名이다.

保護內容과 保護水準을 보면, 첫째, 施設保護의 경우 1人/日 白米 432g (3合), 精麥 138g (1合) 副食費 306.66 원, 燃料費 26.25 원, 日平均 22,909 원 水準을 支援해 주고. 年間 被服費 37,100 원을 支給하고 醫療問題는 醫療保護制度로 保護해 주고 있다.

둘째, 居宅保護의 경우는 1人/日 白米 288g (2合), 精麥 138g (1合) 과 家口當 副食費 月 3,465 원, 燃料費 3,937.5 원 등 月平均 1人當 12,990 원 相當을 支援해 주고 있다.

零細民에게는 給糧과 같은 公的扶助的 給與는 行하지 못하고 1974年부터 實施된 就勞事業을 통한 새마을 勞賃所得事業을 통하여 生計를 一部分支援해 주는 한편,

1979年 부터는 燃料費를 補助해 주고 또 中學生子女 (200名) 에게는 年間 學費全額 (1級地-130,920 원, 3級地~58,920 원) 을 補助하고, 靑少年 (2,000名) 에게는 技能訓練을 시켜 就業의 輔導等으로 이들의 生活의 安定과 自立自活할 수 있도록 支援해 주고 있다.

또한 1982年 下半期부터 시작된 生業資金融資制度를 계속 拡大하여 家口當 融資限度額을 200萬 원으로 하고, 融資對象數를 1982年의 3,000家口에서 6000家口로 拡大하였다.

農漁村에 居住하는 零細民이 무작정 大都市로 上京함으로써 農村에서는 勞動力이 老令化 零細化하는 反面, 大都市에는 人口의 過密現象을 招來하는 등 여러가지 問題點을 惹起하고 있어, 大都市 (서울, 釜山, 大邱, 光州, 大田, 仁川 등 6個地域) 로 移住하는 零細民에 대해서는 一定期間 (2年間) 各種 保護를 制限하는 反面, 大都市에서 地方으로 移出하는 零細民에게는 여러가지 惠沢을 주고 있다. 即 地方에로의 移住費 補助를 1982年의 家口當 500千圓에서 1983년에는

800千원으로 拡大支援하고 生業資金의 融資惠沢도 優先적으로 賦與해 주고 있다.

특히 生活無能力者 및 低所得層細民을 對象으로 하는 医療保護事業은 1982年末現在, 全人口의 9.5%인 3,728千名이 그 惠沢을 받고 있다.

医療保護의 水準을 보면 外來診療의 경우는 1日당으로 정해진 單一酬価 (1983~1200원) 에 의하여 入院診療의 경우에는 診療에 所要된 材料費는 全額을, 診療費用은 酬価의 75%를 医療保險酬価基準에 의하여 算出한다. 이러한 諸費用을 第1種保護對象者인 경우 外來診療 및 入院診療 등이 모두 無料이고, 第2種對象者의 경우 外來診療는 無料이며 入院診療는 大都市에서는 6萬圓以下인 때는 政府과 本人이 各各 半負擔하고, 6萬圓을 超過한 때는 融資로 하고 기타地域에서는 4萬圓以下인 때 政府가 80%, 本人이 20%씩 分擔하고 4萬圓을 초과한 때는 融資로 하는데, 이 融資의 償還은 24개월동안 分割 上환하면 된다.

医療保護의 実績을 보면 1977年以前에는 생활보호사업의 医療扶助로서 그 救護가 實施되어 왔으나 1977

년에 延人員 4,632 千名, 1981 년에 延人員 15,845 千名, 1982 년에 16,658 千名이 醫療惠沢을 받았던 것이다. 醫療保護事業이 계속됨에 따라 保護對象者들의 醫療保護制度에 대한 認識이 높아져 受診率이 계속上昇되고 있다. 即 入院의 경우 1977 년에 保護對象者 100 名당 1.58 名, 1981 년에 4.4 名, 1982 년에 6.3 名, 外來의 경우 1977 년에 54.1 名, 1981 년에 88.1 名, 1982 년에 97.4 名으로上昇하였다. 그리고 年度別 1 人當 (件當 診療費를 보면 外來의 경우 1977 년에 1,299 圓, 1981 년에 3,301 圓, 1982 년에는 3,833 圓이고, 入院의 경우 1977 년에 44,777 圓, 1981 년에 88,535 圓, 1982 년에는 90,812 圓으로 증가하여 保護의 質的 水準을 보여주고 있다.

就勞救護 — 低所得零細民의 生活安定을 도모하는 동시에 自立意志를 鼓舞시키고 地域社會開發에도 寄與하는 多目的的인 就勞救護는, 工事效果보다는 救護效果에 더욱 力點을 두고 推進되는 것이다. 이 事業은 或 大單位 事業場도 있기는 하나 주로 零細民 集居地域 周圍의 勞動集約的 단순 托福공사등을 選定實施하여 地域間의

均衡있는 發展을 圖謀하고 보다 많은 勞賃을 散布하여 零細民의 生活安定의 效果를 높이는데 그 目的이 있다. 그 結果, 劣勢勞動力에게 就業機會를 賦與하여 生産的寄與과 勞賃稼得으로 生活安定을 圖謀하고 住民宿願事業의 成就와 地域단위 環境整備, 生活便益施設의 擴張效果와 더불어 일한다는 矜持와 自負로 스스로 安住하는 社会安定등의 效果가 크다.

1982年度의 경우 3,300社 事業場에 延人員 230萬名을 就勞시켜 家口당 6日 就勞에 19,000 余圓의 勞賃所得을 얻게 하였다. 그러나 現在까지와 같은 事業規模로서는 就勞機會가 絶對적으로 不足하여 零細民所得保護策으로서는 너무나 未洽한 것이므로 이를 좀더 拡大하여 經濟性도 있는 事業選定과 보다 生産的인 就勞救護事業이 되어야 한다.

6. 災害 救護

不意의 災難에 對備하는 罹災民救護와 災害復舊는, 中央災害救護活動本部를 設置, 運營하면서 各 有関機關과의 協助로 救護業務를 遂行하고 各 市道主要地域에는 救護

用 備蓄物貨의 保管倉庫를 設置, 事前에 糧穀, 天幕, 毛布, 衣類, 及 生活必需品 등을 備蓄하고, 災害發生時 緊急 放出하여, 罹災民救護에 萬全을 期하고 있다.

특히 이러한 罹災民救護와 被害復舊를 위하여 國民들은 우리 固有의 美風良俗인 不遇이웃을 돕는 相扶相助의 精神을 發揮하여 義捐金品을 募集, 政府와 渾然一體가 되어 罹災民의 救護와 被害의 復舊에 合心協力한다.

또 不意의 災難에 臨하여 政府의 罹災民救護計劃에 따라 各種 災害로 인한 보다 緊急한 救護를 위하여 寢具, 衣類, 炊事道具, 食糧 日用品 등을 提供하고, 應急措置 醫療와 收容奉仕 及 其他 必要한 活動을 아끼지 않는 大韓赤十字社의 努力도 特記할 일이다.

災害가 發生하였을 때 罹災民을 綜合的이고 体系的인 各種 救護 及 復舊를 위하여 必要한 物貨를 備蓄하고 國民各自가 有備無患의 精神으로 스스로 生命과 財產을 安全하게 保存하겠다는 決意를 가지고 平素 災害防止에 努力하여 福祉向上에 寄與한다.

第3節 社會福祉事業의 強化方案

1. 未來를 向한 社會福祉政策의 基本方向

첫째, 2,000年代에는 醫療保障制度가 確立될 것이
고, 年金制度의 導入 拡充 등 所得保障政策도 상당한
水準에 이르러 基本的인 福祉制度의 充實이 予想된다.
그러나 사람들은 所得의 確保 뿐 아니라 生活의 質的
向上을 志向할 것이며 동시에 福祉의 樣相도 새로운
高次元의 展開가 要請될 것이다.

産業化의 過程에서 家族機能의 弱화, 地域共同體의 崩
壞와 많은 生活時間을 勞動하는데 消費하지 않을 수
없었다고 하는 狀況이 있었기 때문에 本是 사람에 의
하여 主體的으로 担当 遂行되었어야 했던 것도 公的役
割이 堪當해 왔던 面도 있었다.

2,000年代를 向한 우리나라의 福祉는 公的役割보다는
市民의 福祉에 대하여 主體的으로 努力하는 姿勢가
必要할 것이다. 即 우리社會는 高齡者社會이며 醫療, 年
金, 福祉서비스 등 各分野에 있어서 福祉에 대한 需
要의 激增이 確實하며, 이것을 公的部門에 의하여서만

對인한다면 사람들에게 多大한 費用負擔을 지우는 結果가 될 것이다. 또 公的福祉의 擴大가 단순히 國家로부터의 施惠로 여겨지면, 이른바 西歐的 福祉病의 憂慮가 없지 않다. 萬若 이와같은 杞憂가 現實化한다면, 社會의 活力은 低下하며 社會의 存立基盤 그 자체를 危脅하는 狀態가 招來될 것이다.

둘째, 福祉는, 사람들이 相扶相助하는 精神에 의해서 지탱되어야만 活性化한다. 經濟的인 豊饒의 達成에 의해 사람들의 意識은 生活中心志向이 強調되며, 自由時間 등의 活用을 통하여 生活의 充實을 要求하게 될 것이다. 그 가운데서 사람들은 日常生活의 基盤이 되는 家族과 地域社會를 重視하게 될 것이다.

사람들은, 核家族이 잃어버린 家族의 相互扶助機能의 重要性을 깨달아, 住宅事情의 改善를 통하여 3世代 同居와 近親者가 가까운 이웃에 居住하게 되므로서 近親 近隣間의 따사로운 相扶相助의 生活를 要求하게 될 것이다.

또 地域社會의 한사람 한사람의 自立과 連帶에 의한

새로운 地域社會를 사람들은 相互 協力하여 이룩해갈 것이다. 그 가운데서 社會的으로 “헨디캡을 안고 있는 사람들을 隔難시켜, 白眼視하지 않고 그런 사람들이 될 수 있는 限 日當的으로 “노-말”(Normal)한 生活이 될 수 있도록 援助하는 것이 人間的인 福祉라고 하는 思考方式 (normalization)이 定着될 것이다. 이와 같은 地域 社會形成을 통하여 사람들은 日當生活에 있어서의 豊富한 人間關係를 育成하고, 相助精神에 의한 自願奉仕活動이 福祉서비스의 重要한 役割을 担当해야 할 것이다.

셋째, 사람들은 自己의 生活은 自己의 勤勞에 의 하여 지탱해 가는 것이, 스스로의 삶을 意味짓는데 있 어서도, 社會의 健全性を 保全하며 發展시킴에 있어서도 基本的으로 重要하다는 것을 알고 있다.

많은 사람들은 勤勞를 통하여 自己와 社會를 実感하 며, 高令化하면서도 일할 意欲을 가지고 있다. 이와 같은 意欲에 副應시키기 위해 高令者에게 알맞는 일거리(職種)의 開發과 勤勞意欲을 尊重하며 剌戟하는 것 같은 部分 年金 部分雇傭 등의 施策이 展開되어야 할 것이다. 高

令者뿐 아니라 勤勞能力과 意志를 가진 身體障礙者, 母子家庭의 母親에 대해서도 手當을 支給하기 보다는, 오히려 雇傭社會를 確保하는 편이 生의 보람이나, 自立에 의한 充實感을 얻는 것과 連結되어 보다 人間的이며, 社會全體의 活力維持에 있어서도 보다 効果的인 方案이 될 것이다.

넷째, 所得의 再分配政策은 그 限界를 넘어서면, 사람들의 勤勞意欲을 減退시켜 社會의 自由와 效率을 損傷시키기 쉽다. 社會의 平等과 公正이 社會의 自由와 效率을 損傷시키지 않는 形態로 所得의 分配를 公正하게 推進하는 方法으로서 從業員持株制, 自家所有의 造成 등에 의한 資産의 再分配를 推進하는 스톡(stock) 再分配型의 福祉政策이 展開되어야 할 것이다. 이것은 사람들의 自助精神에 의한 資産形成意欲을 援助하게 될 것이다. 나아가, 所得移轉에 의한 福祉뿐 아니라 教育 醫療는 勿論, 住居環境 文化 등 生活의 質的 面에서의 資源의 最適配分과 分配의 公正을 推進하기 위한 政策이 重視되어야 할 것이다.

또 社會를 形成하는 사람들의 自發的인 福祉活動을 助長하며, 政策間의 調整과 有機的 聯關性的 確保를 통 하여, 人間的인 福祉의 實現과 財源의 有効活用을 圖謀 하는 것을 內容으로 하는 福祉政策의 總合化 總合的인 福祉政策을 實施하므로써 社會的 統合이 促進될 것이다.

이와 같은 思考方式에 立脚하여 福祉制度와 費用負擔을 改善해 간다면, 高度의 經濟成長이 있어도 福祉의 改善을 推進해 가는 것은 決코 不可能하지는 않을 것이다.

다섯째, 福祉政策의 展開에 있어서, 全國的으로 一 律的으로 公平한 內容이어야 할 所得保障 등의 政策은 “내셔널 미니멈”(National minimum)으로서 國家가 責任을 지고 행하지만 仔細한 福祉 “서비스”, 生活環境의 整備, 아메니티,의 確保는 地域特性과 地域住民의 要求를 반영시킨 것이어야 하며, 이와 같은 福祉政策을 實施하기 위해 住民參與를 前提로 地方分權化가 進行되어야 할 것이다.

地方分權化에 의하여 福祉에 있어서의 地方自治團體의 役割을 強化하는 것은 福祉의 受惠者와 施惠者向의 距

難를 短縮시켜 福祉 "서어비스" 의 負擔給與關係를 보다 確實하게, "취이드백" 의 關係로 連結시켜, 受益者意識을 變化시켜, 福祉 "서어비스" 의 有効性を 높이는 것이 된다.

勿論 地方分權化를 推進함에 있어 平均所得과 年令構成 혹은 財政力 등에 대한 地方間的 格差를 是正하기 위해, 行政區域의 調整, 地方의 自主財源의 確保 등에 대해 充分한 檢討가 있어야 될 것이다.

여섯째, 2000年代의 社會에 있어서 地域, 企業 등을 비롯하여 社會集團의 福祉機能이 여전히 重要視 되어야 할 것이다. 사람들은 集團內의 相互扶助를 통하여 보다 나은 人間關係를 志向할 것이다. 勿論 集團間的 是正이 바람직한 隔差는 適切한 公共政策의 運營에 의한 改善이 進行 되어야 할 것이다.

한편, 福祉는 지금까지 産業으로서의 成立이 遲滯되어 있었으나, 보다 豊富한 生活의 實現과 더불어 福祉産業이 成長될 수 있어야 할 것이다. 老後保障 등을 비롯하여는 各種의 民間保險, 老人 "케어·서어비스" "홈·헬퍼서어비스" 老人 "맨션" 등이 보다 高次元的인 福祉서어비스를

사람들에게 提供하게 되어야 할 것이다.

일곱째, 이와 같이 2000年代를 向한 社會에서는 福祉는 活力을 充分히 살려서 仁人의 自由와 自主性을 損傷시키지 않고, 平等과 公正을 確保하는 것을 中心으로 構成되어야 할 것이다. 社會를 構成하는 各主体는 各其 積極的인 役割을 遂行할 것이 要求될 것이다.

仁人에게는 人間의 尊嚴과 自由를 核으로 하여 快適한 生活의 實現에의 努力이 要請되어 市場에는 效率을 主目로 한 活力을 維持하는 努力이, 또 國家와 地方自治 團體에는 各人이 自由와 自主性이 發揮될 수 있도록 條件을 整備하여 거기에 미치지 못하는 사람들을 支援하는 役割을 担当하는 동시에, 各人間의 利害調整을 円滑하게 하는 原理를 提示하여, 그것을 行하는 参与와 調整의 場을 整備할 役割이 要求될 것이다.

이와 같은 仁人、市場、公共部門의 役割을 통해 사람들의 自由와 平等을 正確하게 区分, 調和시켜, 效率과 公正을 矛盾없이 共有할 수 있는 原理(소시알·미니멈의 保障)야 말로 넓은 意味의 福祉原理이다. 그러한 原理에

基因하는 福祉의 確立에 의하여 비로소, 사람들의 合意를 얻은 福祉社会가 建設될 것이다.

2. 社会福祉의 強化方案

(1) 国家 및 地域社会의 役割強化

國民生活保障에 대한 国家的 責任이 認定된 오늘날 이지만 社会保障制度가 成熟되지 못한채 社会福祉事業의 大部分이 民間에 의하여 運營되고 있는 우리나라의 社会福祉는 財政的인 逼迫과 더불어 社会福祉對象者의 処遇나 福祉施設이나 그 管理, 運營도 너무나 未洽한 것이 事實이다.

더우기 近來의 急激한 經濟成長과 社会構造的인 矛盾은 「相對的 食困意識」을 誘發시켰으며 福祉的 要求의 多樣化는 앞날의 社会福祉를 「生存」의 問題가 아니라 「生活」에의 問題로 政策轉換을 示唆하는 것이다. 그 「生活」은 健康하고 文化的인 生活이며, 그것은 施惠가 아니라 權利로서 保障되어야 한다는 것이다.

그러나 이와 같은 課題에 効果的인 對應策이 講究되기

에는 現實的으로 많은 어려움이 있다.

따라서 社會福祉事業은 「飢困을 救濟하고 個人이나 家族生活이 正常的狀態로 돌아가게 만들고, 社會的 害惡을 予防하며 社會的 條件을 改善하는 모든 事業」이어야 하고, 또 「個人 또는 集團이, 그들의 所願과 能力에 따라 또 그가 生活하고 있는 地域社會와의 調和를 잃지 않고 滿足할만한 相互關係와 生活水準을 維持할 수 있도록 援助하는 專門的事業」이어야 하고, 나아가 모든 사람에게 그가 지니고 있는 身體的 知的 情緒的 및 靈的 發達의 可能性을 最大限으로 實現시키는 機會을 提供하는 것이어야 할 것이다.

(2) 變化하는 家庭關係에의 처處

家庭은 人間의 基本的인 生活의 場이며, 또 다음 世代를 담당할 兒童을 養育하는 場이며, 高令者나 病弱者를 保護하는 場이며, 連帶意識과 人間愛를 키워가는 場으로서의 役割을 다해야 하는 곳이다. 이와 같은 여러가지 機能과 役割을 가진 家庭이 核家族化가 보여 주듯이 福祉機能이 低下돼 가고 있다. 또 놀이를 中心으

로 이웃 어린이集團의 形成이 困難해져서 어린이들은 地域社會로 부터 얻을 수 있었던 協調性, 連帶性, 創造性을 배울 機會를 잃어 버렸다. 또 障礙者나 老人을 地域社會가 扶養해오던 機能도 低下되어 이들의 社會參與도 점점 어려워진다.

家族의 規模도 점차로 減少추세에 있고 家族觀도 變化하여 親父母라도 健康하기만 하면 子女夫婦는 別居家口를 形成하게 되어 老親扶養은 社會化하는 傾向에 있다. 또 女性의 就業과 進出, 特히 主婦의 職場進出이 顯著해지면서 子女의 養育 即 兒童의 養育도 家庭外 保育의 必要性이 抬頭되고 있다.

(3) 兒童福祉의 向上

兒童의 健全育成을 위한 兒童會館, 어린이 놀이터, 어린이公園 등 兒童專門施設의 設置, 擴充으로 身體的, 情緒的, 知的인 面에서 고루 튼튼하고 밝게 자라나도록 施設과 環境을 具備해 줘야 한다.

就學以前의 兒童을 保護者가 勤勞 또는 疾病 등으로 健全養育이 어려운 경우에 委託을 받아 晝間에 保護하

는 어린이 집 (새마을 幼兒院)을 拡張하는 한편, 그 運營을 効率化하기 위해 受託料의 現實化와 有資格保姆의 確保, 給食費 補助, 早期教育의 實效를 위한 教育 프로그램, 의 開發 普及를 서둘러야 한다. 이러한 活動의 強化는 婦女者들로 하여금 子女養育時間을 節約케 하여 社會參與機會를 擴大할 수 있는 利點도 있다.

不遇兒童의 發生預防과 善導를 위한 兒童相談所를 擴大 增設하고 그 運營強化를 위해 兒童福祉指導員을 增員 配置하여 그들의 活動을 積極化하는데 必要한 政府 支援이 더욱 緊要하다.

특히 極貧母子家口와 零細民 등 生活能力의 貧弱 등으로 子女를 遺棄할 憂慮가 있는 家庭에 대하여는 生計費와 子女學費金을 支援해 주고, 兒童委員, 兒童福祉員, 幼兒院, 保姆 및 兒童相談所 등과 緊密한 協助體制를 構成하여 相談 指導의 強化와 棄、送兒의 相談, 調查, 鑑別機能을 一元化하여 運營을 刷新해야 한다.

要保護兒童의 施設保護는 단순한 收容保護가 아니라 集團保護指導를 통하여 그들이 지니고 있는 各種 問題點을 矯正해 주며 人間的 飛達과 情緒的 社會的 醇化

에 | 注力해야 할 것이며, 收容施設이 老朽되었거나 貧弱한 것의 改補修의 支援이 要望된다.

要保護兒童中, 家庭入養과 委託保護를 積極 勸奨하여 家庭的 氛圍氣의 따스함과 人間愛를 느끼게 하는 結緣事業을 強化하는 한편, 海外入養事業도 擴大해 나갈 必要가 있다.

18才以上の 成長孤兒들의 職業訓練을 強化하여 이들을 技能人力化하여 各企業에 就業시켜, 健全한 社會人으로 自立自活할 수 있을때 까지 各市道 責任下의 後援會를 活性化하여야 한다.

(4) 心身障礙者 및 再活對策

心身障礙者의 出現率이 높은데 비해 收容保護施設이 殆不足하므로 初段階에는 保護施設의 擴張에 注力해야 할 것이다.

障礙者福祉事業은 돈이 많이 드는 事業으로 漸進的인 投資와 事業展開가 不可避하여 障礙의 發生予防과 障礙者 自身이 再活 自立하겠다는 意志와 努力이 前提되어, 家族의 保護義務를 根幹으로 國家의 保護支援과 社會的

理解 協力이 緊密하게 이루어 지야 할 것이다. 따라서 心身障礙者福祉法은 保社部長官、市道知事、市長、郡守를 福祉實施機關으로 規定하고 醫療 및 職業의 再活、福祉 施設에의 收容 등 福祉措置에 대한 義務도 明文化하고 있다.

우선, 心身障礙者의 實態把握과 障礙者福祉要員을 確保 配置하고, 障礙者의 再活을 促進하기 위해 國公立病院、保健所 및 其他 醫療機關에서 再活治療과 保健指導를 받게 하고, 費用의 全部 또는 一部를 國家와 地方自治 團體가 共同負擔하도록 하고, 義手足, 휠체어, 補聽器 등 補裝具의 無料 交付로 機能回復에 助力해야 할 것이다.

職業再活에 適合한 職種の 開發 普及과 訓練의 効率的 推進과 障礙者雇傭促進을 위한 就業輔導에 注力하고, 障礙者의 社會化에 必須적인 便宜施設 즉 公園, 道路, 交通 通信施設의 擴張과 公共建物에는 障礙者專用 便宜 施設을 義務的 設置 具備로 障礙者의 經濟 社會活動을 支援해 주도록 해야 할 것이다.

(5) 老人福祉의 充實

平均壽命이 延長되어 이른바 高齡化社會에 入될 것이므로 기나긴 老後의 健康한 生活을 確保해줄 수 있는 健康檢診의 制度的 定期化, 老人性 疾病에의 適切한 措置와 療養 등 老人醫療問題가 가장 큰 關心의 對象이 될 것이다.

老人의 일거리와 役割의 變質에 對應하여 現代社會에 알맞는 役割과 技能을 찾아야 하고 腿色해 가는 敬老孝親思想의 回復과 日常生活에의 疏外나 孤獨을 解消하여 밝고 明朗하게 希望찬 餘生을 보낼 수 있는 福祉措置가 時急하다.

老人福祉增進을 위해 配置돼 있는 老人福祉相談員을 大幅 增員하여 老後生活의 全般的인 相談 指導에 注力할 수 있도록 그들의 活動에 必要한 모든 支援이 뒤따라야 할 것이다. 또 현재는 全無한 상태이지만 2000年代에는 老人家庭의 訪問指導와 臥病老人의 看護 등 生活保護를 위한 家庭奉仕負擔도 必要하게 될 것으로 이런 要員의 確保에도 充分한 考慮가 있어야 할 것이다

一般的으로 老化하면 心身의 技能低下를 가져와 拳動

이 不便해 지므로 자리에 눕거나 房안에만 蟄居하는 경우가 많아 지므로 老人의 沐浴, 屋內移動, 옷갈아 입기, 排便, 食事 등에 대하여 看護를 必要로 하게 마련이다.

從來의 要保護老人만을 收容保護하던 養老院도 擴張되어야 하겠지만 年金受給者 등을 收容하는 有料養老施設이 發展하여 生活保護와 療養을 兼한 福祉施設로 專門化하고 多樣化되어야 할 것이다.

老人이 各自의 意志와 能力에 따라 就勞의 機會를 얻는 것은 老人의 經濟生活安定이 圖謀된다는 점이 아니라 老人의 社會參與라는 觀點에서 意義가 크다. 勞働能力이 劃一的으로 一定年令을 限界로 喪失되는 것은 아니므로 勤勞할 意志와 能力이 있는 老人에 대해서는 再就業의 機會를 確保해 주는 것이 緊要하다. 한편 經濟活動으로 부터 隱退한 老人에 대해서는 余暇의 善用이 重要한 問題가 된다.

대개의 老人이 라디오, TV, 新聞, 雜誌 또는 趣味, 娛樂 등의 個人的 內外的인 生活時間이 증가 되겠지만 奉仕活動이나 學習活動 "스포츠" 등 外向的인 活動을 希求하는 老人도 많이 있어 社會參與의 機會가 마련되

기를 渴求하고 있다. 따라서 老人福社会館의 設置과 그 効率的 運營이 期待되고 現存하는 老人學校, 敬老堂 등 補完的 拡大 活用도 바람직하다고 하겠다.

老人이 余暇時間을 利用하여 그동안 蓄積된 經驗과 能力을 有効하게 活用하는 것은 老人의 健康增進과 더불어 充實한 老後生活을 確保한다는 점에서 또 地域 社会發展에 貢獻한다는 점에서 바람직하다. 이러한 意味에서 삶의 보람으로써 就勞, 文化活動, 레크리에이션, 自願奉仕活動 등 地域의 特色을 살린 老人의 社会参与 活動이 積極 展開되는 것은 참으로 바람직 하다.

(6) 女性福祉의 向上

女性の 地位向上과 社会参与를 拡大하기 위해서는 1983년에 設置한 「女性政策委員會」(國務總理所屬下)의 運營을 活性化하여 女性問題에 관한 綜合的 政策을 樹立케 하고 「韓國女性開發院」의 調查研究과 教育訓練事業을 더욱 積極化하여 職業輔導科目을 開發하고 이의 普及를 拡大해야 한다. 따라서 政府는 老朽된 職業輔導所를 改補修하고 技術向上을 위한 訓練을 더욱 強化하게

될 것이다.

특히 顯著해진 女性의 社会進出과 더불어 自願奉仕活動에로 誘導하기 위해 各種 女性団体들과 提携 協同으로 婦女의 資質向上을 圖謀하는 한편, 健全家庭育成의 核心的인 役割을 다하게 해야 할 것이다. 또한 나아가서는 明朗社会의 氣風을 振作하여 國民和合에 이바지 하게 될 것이다.

社会에 進出한 女性數의 增加는 社会生活과의 不適應者나 未婚母 등 要保護女性을 增加시키는 한편 母子家口도 增加시킬 것이므로, 이들의 生活을 保護하고, 自活定着할 수 있는 自立經濟基盤을 構築하는데 注力해야 될 것이다.

老朽한 母子保護施設을 改築하고 收容된 母子家口의 自立向上을 支援하기 위해 施設内に 收益事業場을 設置運營함으로써 自活促進에 이바지 할 것이다.

婦女相談員을 年次的으로 增員 配置하여 脆弱地域에 대한 婦女相談事業을 強化하게 되는데, 이들의 待遇를 改善하고 計劃的인 專門教育을 實施하여 資質을 높여주는 한편 活動을 強化하는데 必要한 支援이 뒤따라야

할 것이다.

(6) 生活保護対象者の 自活能力培養

現行의 生活保護基準의 設定이 不合理 함으로 科學的인 最低生計費 計測을 위한 調査 研究가 繼續될 것이다. 最低生計費 計測值를 土台로 生活保護水準을 年次的으로 向上시켜 最低生計의 保障은 勿論 그들의 生活의 活性化를 期하게 될 것이다.

自活保護者の 自立을 支援하기 위해 技術訓練 対象人員을 늘리고, 訓練內容을 充實하게 하여 訓練修了者는 勞動部의 職業安定網을 통하여 優先的으로 就業 斡旋케 된다. 그리고 市·郡·區와 勞動部, 公共棧閣 및 企業체를 연결한 就業斡旋體系를 構築하며 就業斡旋 窓口를 勞動部 地方事務所에 常設하게 된다. 이 技能訓練對象者의 訓練中에는 訓練準備金, 手當·食費·家族生計費, 就業準備金 등을 支援 給與한다.

또한 모든 生活保護對象者의 中學生 子女의 授業料 全額을 支援할 것이며 스스로의 生活基盤을 마련하고자 願하는 者에게 生業資金을 融資하여 零細家口의 自立을

支援 促進 하는 등으로 自活能力을 培養하는 데 力點을 두게 될 것이다.

現行 医療保護對象者中 第1種인 居宅保護者 施設收容者 등을 除外한 第2種, 第3種對象者에 대하여는 醫療保險制度和 關連시켜 保險料를 政府가 代納하는 이른바 無釀出被保險者로 轉換시켜 醫療保險의 適用對象者로 하여야 할 것이다.

그렇게 하므로써 그들에게 自主精神을 涵養시켜주고 또한 矜持와 自負心을 안겨 떳떳한 社會人으로서의 復歸를 促進하게 된다. 그리고 現在 醫療保險의 療養給與의 水準과 상당한 隔差로 떨어져 있는 醫療保護의 水準과 內容을 充實하게 하여 隔差解消에 注力할 것이다.

(7) 國民福祉年金制度의 實施

國民福祉年金法은 「國民의 老令 廢疾 또는 死亡 등에 대하여 年金給與를 實施함으로써 國民의 生活安定과 福祉增進에 寄與」하고자 하는 것이다. 適用對象은 18才以上 60才未滿의 全國民이며, 給與의 種類는 老令年金, 障害年金, 遺族年金 및 返還一時金の 네가지이며 年金額算出의 基礎가 되는 基本年金은 均等部分과 所得比例部

~366~

分の 合算額으로 돼 있다.

現行法の 實施時期가 비록 未定이나 1986年度에 實施를 目標로 準備에 萬全을 期하고 있다. 即 實施 첫段階에는 勤勞者 500人以上을 常備하는 事業場부터 適用하고 이를 年次的으로 拡大해 나갈 計劃이며, 保險料率이 報酬月額의 5~7%를 本人과 使用主가 分担하게 되어 있는 것을 施行初에는 이보다 低率로 調整하여 企業經營이나 家計에 影響을 最少化하도록 하고 또 年金業務의 電算化를 위한 業務體系의 開發, 프로그램의 作成 등 事前準備에 臨하고 있다.

또한 現行 退職金制度 및 産災保險制度, 등 既存制度와 이 年金法과의 調整 등에 대하여도 關聯部外에서 미리 檢討하여 實施에 萬全을 期하도록 準備하고 있다.

第12章 環境改善과 公害防止

좁은 國土에 人口가 4.000 萬을 突破하는 過密人口 現象, 人口의 都市集中, 工業化의 急速的 進展등의 要因에 따라 大氣汚染, 水質汚染, 騒音, 農藥汚染등의 環境 問題를 惹起시켜 이로 인한 國民健康의 侵害라는 새로운 保健問題가 우리 周邊에서 深刻히 抬頭되고 있다.

環境汚染은 人體에 危害를 줄 뿐 아니라 國民經濟에 미치는 損失 또한 莫大하다. 直接的 損失로는 生活妨害 健康被害 醫療費負擔增加 勞動力損失 生活環境의 損傷 環境汚染防止 施設投資와 그 運營費用 및 公的對策을 위한 事業費 生産費增加등을 들 수 있다.

우리나라에서 環境問題가 公害와 汚染으로 直結되고 그 防止의 必要性이 더욱 強調되는 理由는 國土面積이 自然資源의 賦存量에 比해서 汚染排出이 急速度의 經濟發展에 正比例해서 集中的으로 增加하는 데에 있으며 더 이상 自然淨化 機能에 期待할 수가 없기 때문이다. 그러나 人間은 經濟的 餘裕가 생겼을 때에 더욱 快適한 環境을 要求한다.

GNP 上昇의 表裏에는 快適環境에 對한 需要增加와 그것과 反對的인 大規模의 汚染과 自然破壞의 力學이 따른다. 이러한 社會的 慾求가 增加하는 反面에 環境 惡化가 深化될 때에는 汚染排出은 政府에서 制度的으로 徹底히 規制하고 汚染排出 技術에 社會的 制動이 加해 지는 것이 當然한 일이다. 經濟發展을 持續하면서 環境을 保全할 수 있게 하는 方策은 長期的인 環境計劃에 따르는 汚染防止技術을 促進시키는 것과 이를 위한 制度改善 및 政府의 支援과 國民의 參與로 公害防止管理의 實效를 올리는 데 있다.

本章에서는 環境汚染對策에 관한 長期 構想을 大氣汚染, 水質汚染 廢棄物 管理, 騒音 및 振動의 四 分野에 걸쳐 論議토록 한다.

第1節 大氣汚染管理

1. 低硫黃燃料의 供給擴大

大氣汚染의 指標인 亞黃酸가스 (SO_2) 는 各種 燃料使用과 産業工程으로 부터 排出되는 大氣汚染物質의 하나이다. 즉 各種 燃料中에 包含되어 있는 可燃性

硫黃性분이 燃燒되어 大氣中에 排出됨으로써 人體에게 甚
심한 被害를 招來시키고 있다.

燃料中에 可燃性硫黃成分을 包含하고 있는 代表的인
것이 石炭과 原油이다. 石炭인 경우 硫黃性분이 1%
미만으로 알려져 있으며 原油인 경우에는 最高 5%까
지 含有하고 있다고 한다. 石油系中에서도 重油가 가장
많은 硫黃性成分을 包含하고 있어 亞黃酸가스의 重要한
發生은 重油를 使用하는 보일러, 加熱爐 등을 갖고
있는 工場이라 하겠다. 그러나 디젤自動車에서 排出되
는 매연의 영향도 無視할 수 없다.

油類의 燃燒에 의한 亞黃酸가스의 發生을 減少시킬
수 있는 方法으로는 燃料속에 包含되고 있는 硫黃含有
量을 最少로 하는 것으로서 脫黃施設을 設置하는 方法
과 처음부터 低流黃燃料를 使用하는 方法이 있다. 脫
黃施設方法은 莫大한 施設投資와 함께 2次生成物의 處
理등으로 인해 經濟性이 없는 方法으로 評價되어 各國
에서는 低流黃燃料를 供給하는 方法을 採하고 있다.

우리나라도 1983年부터 低流黃燃料의 供給에 의한
大氣汚染管理라는 對策을 採択하였다. 그러나 1982年

1月現在 全世界의 石油確認埋藏量은 1,066.3億 Kt 로서
 採油可能年數는 32.8年으로 알려져 있다. 이중 16
 % 미만의 低硫黃分을 含有하는 石油埋藏量은 1/3 정도밖
 에 되지 않는 것으로 推定되기 때문에 漸次 硫黃分을
 含有하지 않은 液化天然가스 (L.N.G) 나 液化石油가스
 (L.P.G) 供給을 擴大할 必要가 있다. 이러한 興件
 을 勘案 2,000 年代까지의 에너지利用構造는 다음 <表
 12-1> 과 같이 變化될 것이다.

<表 12-1>

에너지利用構造의 變化

단위: %

區分 \ 年度	1982	1986	1991	2001
石油	57.8	46.2	43.0	32.2
石炭	33.8	38.5	36.4	38.6
原子力	2.0	10.5	13.1	21.0
其他	6.4	4.8	7.5	8.2
(L.P.G)			(2.7)	(4.1)

資料: 國立環境研究所

大氣汚染으로 問題視되는 것도 亜硫酸가스뿐 아니라 二酸化炭素 (CO₂) 도 우리에게는 무서운 汚染物質로 注目된다. 大氣中에 二酸化炭素의 增加는 気温의 上昇을 일으켜 農業 및 其他 人間活動에 있어 어려운 問題點을 일으킬 것이다. 즉 兩極에 있는 氷山을 녹여 海面을 높게 하여 沿岸都市들을 侵水시키는 問題 등의 可能性마저도 있다. 이러한 點에서 無公害燃料의 開發이 要望되는 課題가 된다.

2. 無公害燃料의 開發普及

現在의 石油中心에서 環境問題를 考慮하는 새로운 無公害에너지로 轉換하는 技術開發이 先進各國에서 活発하게 進行되고 있으며 우리나라도 다음과 같은 研究開發이 推進되어야 한다.

(1) 石炭의 流体化

世界的으로 確認된 石炭의 埋藏量은 6,400 億「톤」으로 採炭可能年數는 石油의 4倍 以上으로 推定되고 있어 石炭을 에너지의 原料로 利用해야 할 경우 燃料供給上의 問題는 크게 緩和될 것이다.

특히 우리나라는 現在까지 石油生産이 전혀 없는 곳
으로써 石炭에 對한 依存度가 높기 때문에 石油代替에
너지로서의 石炭의 重要性이 널리 認識되고 있다. 그러
나 石炭은 燃燒時에 發生되는 環境上의 問題로 인해
이를 補完치 않고는 燃料로서의 利用에 制約點을 보여
주고 있다. 石炭을 環境問題上 有效하게 利用키 위해
서는 石炭 그대로 燃料로 使用할 것이 아니라 液化시
켜 人造石油로 만들거나 가스化하여 氣體燃料로 하여
使用하는 것이 바람직하기 때문에 이 方面에의 研究開
發이 이루어져야 할 것이다. 그러나 石炭液化나 가스化
에 의한 石油代替는 亞黃酸가스의 排出은 막을 수 있
지만 二酸化炭素를 大氣中에 放出시키는 短點을 補完키
는 어려운 것이다.

(2) 地熱에너지 開發과 環境問題

地球内部에 蓄積되어 있는 地熱에너지 總量은
어림수로 計算하여도 石炭換算量으로 5×10^{20} 億톤이 되
여 石炭埋藏量의 780萬倍에 達하고 있다. 그리고 地球
表面에서 每年 放出되는 에너지만도 1,000 億톤의 石炭
에 該當되고 있어 地熱энер지를 有效하게 活用하는 方

案을 開發할 경우 에너지問題는 大氣汚染이라는 問題를 惹起시킴이 없이 解決이 可能할 것이다.

地球構造는 반속계란에 比喩하면 노른자위에 該當하는 部分이 溶融하고 있는 「核」이고 흰자위部分은 高溫岩體의 「만들」이고 계란의 껍질에 該當하는 部分이 「地殼」으로 核의 溫度는 섭씨 5,000 ~ 6,000 度로 推定된다.

이 「만들」중에 「본춘마구마」라고 하는 溶融층이 생겨 이 「본춘마구마」의 一部는 地殼表面으로 부터 5~10 km 程度의 깊이에 「마구마층」을 形成하여 普通 그 直徑은 數 km 에 이르며 溫度는 섭씨로 100 ~ 1,200 度 壽命은 數萬年이라고 알려져 있다. 向後 開發 努力해야 할 地熱에너지 資源으로는 다음과 같다. 첫째 淺部地熱로 地下 2,000 m 까지의 火山性으로 現在 外國에서 地熱發電에 活用하고 있다. 둘째는 地下 3,000 ~ 4,000 m 까지의 深部地熱로 「마구마층」에 가까이 있어 溫度가 높고 熱에너지도 豊富하다. 셋째는 「만들」部分에 該當하는 高溫岩體이며 넷째는 推積盆地性의 深層熱수로 發電 以外の 暖房 溫室 養漁등에 利用할 수 있다.

그러나 地熱에너지 使用에 留意해야 할 點은 自然破壞

와 熱水속에 包含되어 있는 砒素나 黃化水素가 生体에 影響을 줄 것이기 때문에 開發에의 慎重性이 있어야 하는 것이다.

(3) 太陽에너지의 開發과 環境問題

太陽表面으로 부터 核融合反應에 의해 反射되어 지는 에너지는 石炭燠算量으로 抄當 10×10^{15} 톤에 該當하며 地球에 到達하는 에너지만도 17×10^{12} 톤으로 地球上에서 使用하는 總에너지의 1.5萬倍에 該當되는 主要 에너지源이라 하겠다.

특히 太陽에너지는 그 빛과 熱을 直接 利用하게 되어 燃燒操作이 必要없기 때문에 廢棄物이 전혀 없을 뿐 아니라 公害가 없는 가장 좋은 에너지이다. 그러나 비 구름이 있는 날이나 夜間에는 太陽光을 받을 수 없다는 欠點과 太陽光이 分散된 低포텐살 에너지라는 點으로 해서 集光濃縮시키기가 어렵다는데서 現在까지 큰 活用性이 없었다. 따라서 向後의 課題는 太陽에너지를 集中濃縮시켜 日常生活에 幅넓게 活用시키는 것이다.

其他 開發이 可能한 에너지로서는 海洋에너지, 水素에

너지, 바이오마스에너지, 含有鑛石으로 부터의 採油 燃料 電池등을 생각할 수 있다

3. 粉塵減少 對策

많은 굴뚝이 짐은 연기를 排出하고 있는 모습은 한편으로는 繁榮을 意味하고 있지만 다른 한편으로는 大氣汚染을 만들어 내고 있는 것이므로 産業場 및 빌딩에 대한 大氣汚染防止對策을 講究해야 한다. 大氣汚染을 放出하는 排出量을 測定 評價하여 許容値까지 감소 또는 除去할 手段을 講究함은 勿論 許容線內과 하드라도 汚染物質을 放出하는 곳에 對해서는 汚染放出로 利益을 얻는 만큼의 反對給付(積金)를 徵收하는 등의 制度的 裝置가 마련되어야 할 것이다.

특히 公害를 惹起하는 産業施設은 氣象條件이나 人口密度 交通등을 考慮하여 住宅地에서 떨어진 곳에 設置하도록 하며 産業場內에 大氣汚染防止를 위한 有能한 技術者를 두어 工程의 變更 作業의 監視나 研究活動을 하도록 하여 汚染防止에 完全한 責任을 지도록 하여야 한다.

그리고 政府는 連續的 또는 定期的으로 大氣汚染 防止를 위한 空氣檢체를 취하여 그 質을 調査하는 모니터링제도를 實施해야 할 것이다. 이러한 制度를 計劃함에 有意할 點은 그 目的을 達成하기 위하여 必要以上의 經費를 들이지 않도록 科學的인 方法으로 이루어져야 하며 또한 大氣汚染의 緊急事態가 豫測될 수 있도록 모니터링시스템이 組織化 되어야 한다. 具體的인 粉塵減少對策은 다음과 같다.

(1) 法的規制에 의한 粉塵減少對策

工場 事業場 빌딩 自動車등 粉塵의 排出源에서 發生되는 排出量을 施設의 種類 및 規模別로 許容基準을 規定하여 抑制시키는 法的制度로서 우리나라는 環境保全法에 의해 이미 規定하고 있다. 制定된 法이 專門監視人力不足 産業體의 經營條件이 國際競爭力등을 勘案 实效性 있게 執行되고 있지 않음이 公害管理上의 問題點이기 때문에 向後에는 制定된 環境保全法이 지켜지도록 留意되어야만 할 것이다.

(2) 排出가스中の 粉塵減少對策

粉塵은 燃料의 燃燒時에 物質의 破碎 選別 機

械的 處理過程 燃料의 貯藏施設 및 工程에서 飛散되므로 燃料의 轉換 및 燃燒方式의 改善 등이 考慮 되어질 수 있다. 粉塵의 發生을 抑制한다는 것도 限度가 있어 排出가스中에 어느 程度의 灰分 등 粉塵을 包含하게 된다. 故로 排出口에서 放散하기 前에 集塵을 하는 것이 重要하다.

集塵方法으로는 여러가지가 使用되므로 粉塵의 發生過程 發生量 粉塵 및 가스의 性狀과 그 變動등을 事前에 充分히 調査 把握한 後 集塵裝置 및 關聯設備를 計劃 設計하는 것이 바람직 하다. 그리고 比較的 粉塵을 많이 發生시키는 固體燃料은 氣體燃料로 轉換함이 또한 바람직 하다.

그외 煉炭製造施設이나 無煙炭貯藏施設 등과 같이 粉塵의 飛散範圍가 좁고 被害가 工場部近에 限定되는 境遇가 많은 施設에서는 撒水施設이나 防塵用카버 施設 등의 手段에 의해 粉塵을 防止해야 할 것이다.

4. 自動車로 인한 大氣汚染防止對策

自動車에 의한 大氣汚染의 程度는 燃料의 種類

自動車의 走行狀態등에 의해 排氣가스成分은 달라지므로 이러한 排氣가스를 制御하기 위하여 여러가지 持續的 問題가 있으나 다음과 같은 것이 考慮되어질 수 있다.

(1) 液化石油가스 (L.P.G)의 利用

揮發油 대신에 L.P.G를 使用하면 揮發油엔진의 排出가스中에서 가장 害가 많은 一酸化炭素 (CO)의 排出量은 적어지고 鉛化合物도 전혀 없어질 것이다. 그러나 窒素酸化合物이나 炭化水素의 排出量에는 큰 差異가 없다. 그럼으로 一酸化炭素 및 鉛化合物에 의한 大氣 汚染物을 防止키 위해서 L.P.G. 가스는 매우 有用한 方法이 된다.

(2) 燃料中 含有成分의 規制

揮發油에 添加되는 4에틸엔 其他成分 및 粒油 中の 硫黃含量의 規制를 強化하여 揮發油엔진에서 排出되는 鉛化合物과 輕油 디젤 엔진에서 發生되는 亞黃酸가스의 濃度를 最少로 줄일 수 있다.

(3) 불꽃 點火機關에 있어서의 低減方法

自動車의 排出가스對策은 엔진內에서 排氣된 排出가스를 除去하는 排氣處理方式이 있다.

그러나 現在로서는 어떠한 方法이든지 가스를 전혀 發生하지 않도록 하는 方法이 없기 때문에 尙後 排氣 가스의 公害減少에 對한 研究가 持續的으로 이루어져야 할 것이다.

(4) 輕油를 使用하는 디젤기관에서의 低減對策

디젤기관에 있어 排氣處理裝置는 그 性能內 構成面에서 생각하기 어렵기 때문에 엔진改造에 依存해야 한다.

(5) 其他

大氣汚染이 顯著한 大都市地域이던지 幹線道路周邊에 對해서는 道路構造의 改善 沿道整備事業 및 交通規制등을 包含한 綜合對策이 또한 自動車排氣汚染을 減少시킬 수 있는 有效한 方案中의 하나가 될 것이다.

5. 都市綠化에 의한 環境改善

都市內에 綠地를 造成함은 勿論 都市를 包圍하는 環狀地帶에 그린벨트를 造成하고 街路樹 및 庭園樹 管理등을 積極的으로 推進하여 汚染된 空氣가 植物을 通하여 自然的으로 淨化되는 機轉이 완성히 推進되도록

生活環境을 助成한다 이를 위하여 政府와 各市道 地方自治團體의 意志로 都市綠化를 위한 長期計劃을 樹立하여 이의 推進을 위한 強力한 支援政策과 이에 따르지 않는 行動에 對한 規制를 徹底히 하는 制度運營이 要望된다.

(1) 街路樹 管理

都市公害에 抵抗力이 強하며 成長이 빠르고 新綠이 茂盛한 適切한 街路樹를 開發하여 모든 道路兩側に 街路樹를 植樹하고 育林에 徹底를 期한다

(2) 公園 및 綠地造成

公園 및 綠地를 都市空間造成計劃에 依據 科學的으로 助成하고 樹木의 管理에 徹底를 期한다

특히 各都市周圍에 그린벨트를 造成하여 이의 繼續的인 維持 및 管理를 期한다

(3) 家屋內 庭園樹 및 綠化造成

各 家屋內에 庭園樹 및 綠化를 勸裝하고 이를 위한 效率的인 支援政策이 이루어지도록 한다.

第2節 水質汚染管理

下水나 産業廢水가 放流되면 海水가 汚染되고 또 地下에 침투되면 地下水가 汚染된다

下水에는 浮遊物質 腐敗性物質 病原体 등이 含有되어 있고 産業廢水에는 부유물질 부패성물질 외에 有害한 化合物이 含有되어 있다. 下水道가 完備되어 있지 않는 地域에 있어서 水洗式 便所를 使用할 때 糞尿淨化 構를 設置하는데 이의 施設 및 管理가 徹底하지 못할 때 水質汚染의 큰 原因이 된다.

殺虫劑 除草劑가 農藥으로 널리 使用되고 있는데 이것이 下川汚染은 勿論 地下水나 雨水에 流入되어 水源을 汚染하고 우물물을 汚染하는 경우가 있다. 合成洗劑의 使用 또한 重要한 水質汚染源이 되고 있으며 最近에는 放射性物質이 물을 汚染시킬 可能性이 커지고 있다. 漸增되는 水質汚染을 管理할 對應戰略으로 다음과 같은 것을 構想해 볼 수 있겠다.

1. 工場廢水管理

水質汚染을 防止 하기 위해서는 基本的으로 汚染物質의 排出을 規制하지 않을 수 없다. 汚染物質의 排出規制는 排出基準 또는 排出許容基準을 中心으로 이 基準을 超過한 汚染物質을 排出하는 汚染源에 對하여 그 排出을 抑制시킴으로써 環境汚染을 規制하는 方法이다.

排出規制는 排出基準 排出施設 汚染物質 및 그 測定方法이 確定되어야 한다.

一但 廢水施設 등에 排出許容基準이 設定되면 이에 의한 效果를 즉시 볼 수 있으며 이러한 接近方法은 業種 등에 따른 排出許容基準의 均一化로 因하여 行政執行上에 매우 容易하다. 그러나 一律적으로 適用하기 때문에 境遇에 따라서는 많은 資本을 處理施設에 投資하고도 效果를 보지 못할 수가 있다.

또한 監視機能의 確大를 要求하게 되는데 여기에는 여러가지 問題가 뒤따른다.

常時監視가 實質적으로 不可能하며 監視를 위해 보다 많은 人力과 經費 그리고 많은 時間을 要求하여 行政

機能上의 많은 負擔을 준다. 또한 이러한 一律的이고 規制的인 기준은 廢水排出業所의 技術的이고 經濟的인 與件에 따라서는 도리어 形式的인 處理形式만을 取하고 規制網만을 避하려는 行爲로 과급될 소지를 안게 된다.

그러므로 工場産業體의 여러가지 與件에 따라서 어느 程度 融通性 있는 排出基準 (Flexible Limits of permissible waste Load) 을 定하고 그 대신 排出되는 汚染物質의 量에 따라서 特別排水排出稅 (Effluent charge) 를 賦課함으로써 工場自體的으로 廢水施設을 向上시키거나 生産의 内部工程을 改善하는 등의 技術開發을 誘導함으로써 汚染物의 排出를 줄이도록 할 수 있다. 特別排水排出稅는 廢水의 汚染(독성) 程度와 排出量에 따라 策定된다. 境遇에 따라서는 廢水排出稅를 在來의 下水處理經費를 負擔하는 概念에서 벗어나 높게 策定하여 經濟的으로 汚染物質의 放流를 줄일 수 있다.

만일 廢水排出稅가 낮은 境遇 産業體에서 汚染物質의 量을 줄이도록 誘導할 수 없기 때문이다. 이러한 廢水排出稅의 賦課를 爲해서는 自動測定 system의 擴充과 監視機能의 強化는 必然的이다. 蓄積된 廢水排出稅는

보다 効率的으로 汚染物質量을 減縮시킬 수 있는 廢水 處理施設에 對하여 줄수 있으며 廢水의 共同處理施設등 에 利用될 수 있을 것이다.

2. 生活下水管理

水質汚染의 主要原因으로서 커다란 比重을 차지하 는 生活下水는 人口의 都市集中과 人口의 急격한 增加로 因하여 그 量이 漸次 增加하여 水質의 惡化 또한 注目할만큼 深化되고 있다. 이와 같은 現象은 서울 大邱, 光州 大田등의 大都市周邊 下川들의 水質惡化를 살펴보면 뚜렷이 나타내고 있다.

生活下水의 境遇 工場廢水와는 달리 比較的 發生되는 面積이 都市全体에 걸쳐 있으며 이들 都市生活下水를 보다 適切히 管理하고 處理하기 위해서는 무엇보다도 生活下水의 收集 運送하는 適切한 施設의 擴充이 優先的으로 要求된다.

이러한 下水管理施設의 擴充은 매우 어려운 여러가지 問題를 수반하고 있다. 都市의 大部分은 一部 하수거 施設을 갖추고 있다. 그러나 이들 大部分의 下水施設은 매우 낙후된 것이 많으며 施設年度가 各已 相異

한 理由로 因한 그 施設의 目標 計劃年度의 差異와 無分別한 施設로 因하여 施設規模가 매우 相異하며 資料의 不足으로 現 下水관장등에 關한 把握이 매우 힘듦 形硬이다. 또한 現在까지 施設된 하수거는 大部分이 合流式으로 되어 왔다. 合流式 하수거는 降雨時에 많은 量의 下水를 運送해야 하며 淨化施設의 規模設定에 장애요소가 될 수 있다. 따라서 下水運搬施設과 淨化施設을 設置할 境遇에는 보다 嚴重한 既存下水施設에 對한 基本調査와 正確한 把握이 要求되며 既存施設의 適切한 活用을 考慮해야 한다.

都市生活下水의 管理를 위한 對策에 있어서 經濟的 負擔 또한 重要な 問題이다.

施設擴充에 要求되는 投資費는 近年부터 一部 地域에서 實施되는 下水稅의 蓄積으로 一部 解決될 수 있을 것이며. 이러한 下水稅의 徵收 適用地域을 앞으로 問題가 惹起될 地域을 包含擴大하여 미리 對處해야 할 것이다.

水質汚染管理를 위해 生活下水 處理施設을 必然的이며 보다 效率的이고 經濟的인 投資를 위해서는 여러가지

基本調査가 선행된 후 長期的인 基本計劃 아래서 現實情에 맞으며 段階的으로 效果를 볼 수 있는 統一된 段階的 投資와 技術努力이 뒤따라야 할 것이다

3. 土壤汚染管理

土壤汚染은 鎔解가 잘 되지 않는 各種 有害物質이 土壤에 長期間 蓄積됨으로써 發生하며 農藥 및 化學肥料의 남용과 毒物 및 극양등 有毒性 化學合成物質의 土壤侵投가 主要因이다. 土壤汚染은 農作物의 生育을 低害할 뿐 아니라 水質汚染 및 農作物汚染을 招來하여 國民保健 및 생태계의 均衡을 위협한다.

有害金屬인 카드뮴, 銅, 鉛, 亞鉛, 水銀, 비소 등은 土壤에서 移動性이 적고 蓄積性이 높아 土壤汚染의 커다란 問題가 된다. 이러한 土壤汚染物質의 流入은 工場廢水 生活下水 및 鑛山이나 製鍊所 廢水등의 流入 그리고 매연 및 粉塵등과 같은 大氣汚染物質의 降下등을 들 수 있다.

重金屬으로 汚染된 土壤에서 重金屬을 除去하기란 매우 어려우며 重金屬이 回收되지 않은 限은 重金屬이

消滅되지 않으므로 土壤汚染의 除去란 매우 힘든 問題이다

重金屬에 의한 土壤汚染問題에 對한 對策은 두 가지로 나누어 생각될 수 있다. 一但 發生된 土壤汚染으로부터 國民健康을 保護하기 위하여 어느 水準以上의 汚染된 土壤에 對해서는 農作物의 재배등을 禁止시켜야 한다. 重金屬은 비록 環境基準을 超過하지 않는 汚染 정도의 濃度일지라도 移動性이 적고 土壤에서 蓄積됨으로 사람의 健康에 有害를 줄 우려가 있는 農作物이 生産되거나 作物自体의 生育을 저해 받을 수 있으며, 이들을 直接 또는 間接的으로 사람이 長期間 섭취함으로 人体에 蓄積되어 여러가지 公害病을 일으킬 수 있기 때문이다. 前述된 바와 같이 土壤汚染은 發生된 以後에 汚染物을 除去하기란 매우 힘든 問題이므로 事後 防止對策이 가장 重要하다.

土壤汚染은 1次的으로 수계나 大氣에서 發生된 汚染物質이 土壤으로 流入되어 蓄積함으로써 2次的으로 發生된다. 따라서 水質汚染이나 大氣汚染의 徹底한 管理가 먼저 進行되어야 하며 耕作地와 같은 有用한 土壤

에 廢水 등의 流入을 차단해야만 한다. 一旦 發生된 廢水 등은, 可能한 處理場에서 완벽히 處理하며 이것이 不可能할 境遇에는 차집관거와 같은 施設을 利用하여 農業用水 등으로 使用되는 有用河川으로의 流入을 막아야 한다.

4 公共事業을 통한 水質汚染防止強化

(1) 下水處理場 擴充

都市의 下水는 江에 放流되기 前에 下水處理場에서 汚染物質을 充分히 處理한 後 汚染限界 水準以下에서 放流하도록 施設을 擴充하고 積極적인 管理를 한다.

(2) 댐施設擴充

댐을 建設하면 水資源의 保全으로 因한 發電 食水源 및 生活用水 農業用水 水産業등 多目的으로 活用된다. 이 뿐만 아니라 물의 長時間 保存으로 因한 自然的인 물의 自淨작용과 희석으로 因하여 물이 淨化되는 효과를 올린다.

(3) 下水路의 延長

下水를 直接 江이나 바다에 放流하지 않고 長距離에 걸쳐 別途의 인위적인 下水路를 통해 長時間 流水되는 동안 自然的으로 침전 산화 환원작용이 이루어져 물이 淨化된 後 바다나 江의 河口에 放流토록 한다.

第3節 廢棄物管理 및 資源化模索

1. 廢棄物 燒却施設 및 燒却 熱利用

(1) 廢棄物 燒却施設의 設置

廢棄物은 工 排出源別로 나누어 生活廢棄物과 産業廢棄物로 大別할 수 있으며 生活廢棄物은 다시 糞尿와 都市廢棄物 (쓰레기)로 區分할 수 있다.

이들中 都市廢棄物의 發生 및 處理現況을 살펴보면 우리나라 50個市에서 發生되는 都市廢棄物의 量은 1982年末 現在 1日 43,260톤이며 이들의 構成比는 煉炭을 燃料로 使用하는 우리나라의 境遇 不然性物質의 構成比가 높다는 것은 周知의 事實이다. 그러나 다음 <表 12-2>에서 보는 바와 같이 서울시 都市廢棄物의 不然性分 比率은 점차 낮아지는 傾向을 보이고 있다.

即 1970年代까지 80%를 上廻하던 것이 1980年代에 와서는 63~74%程度로 낮아졌다.

이와는 反對로 可燃性物質의 構成比는 增加 추세인데 特히 紙類 프라스틱類 등의 高熱量 廢棄物의 增加 傾向이 매우 뚜렷이 나타나고 있다.

이들 廢棄物을 處理하는데 있어 約 98% 程度가 埋立에 依存하고 있으며 나머지 2%程度는 燒却 및 再活用되고 있다. 그러나 埋立地가 不足한 現實을 勘案할 때 生活樣式의 變化에 따라 大量 發生되는 廢棄物의 効率的 處理는 두말할 나이 없이 廢棄物의 量을 最少化함에 있기 때문에 이들에 對한 分難收去의 必要性을 느끼게 되어있고 지난 1981年 12月부터 示範事業을 着手하여 1983年 6月現在 全國 50個市の 1,755個洞中 88.4%에 該當하는 1,551個洞에 實施中에 있다. 廢棄物分難收去의 目的은 첫째 有害廢棄物의 埋立으로 인한 土壤汚染을 防止하고 둘째 再生 또는 再活用으로 廢棄物의 資源化를 圖謀하고 셋째 廢棄物 埋立量의 減縮으로 埋立地 確保難을 解消하는데 있다고 하겠다.

〈表 12-2〉

서울시都市廢棄物成分構成의變化趨勢
(自然狀態基準)

區	分	'74	'76	'78	'80	'81
可燃性物質	小計	13.98	18.35	18.35	26.23	37.20
	紙類	1.27	3.25	3.55	5.76	7.20
	木材類	0.71	1.13	0.71	1.64	1.77
	纖維類	0.38	1.17	1.84	1.91	1.44
	廚芥類	11.31	11.60	8.37	11.01	17.17
	프라스트類	0.31	1.20	1.93	2.30	2.93
	工具類	-	-	1.30	0.38	0.42
	其他	-	-	0.65	3.23	5.77
	小計	86.02	81.65	81.65	73.77	62.80
不燃性物質	煉炭類	85.21	80.15	80.00	68.26	56.11
	金屬類	0.15	0.44	0.75	1.77	0.87
	유리·도자기類	0.66	1.0	0.88	0.89	2.01
	其他	-	-	0.02	2.85	3.81

資料: 崔仁鎬 "서울시都市固形廢棄物 處理現況及 處理對策에 關한 考察"
公害對策 第14卷 2號 1983

이에 따라 政府에서는 再生 再活用으로 廢棄物의 資源化에 注力 하는 한편 不然性 廢棄物은 埋立하고 可燃性 廢棄物은 燒却處理 함으로써 廢棄物의 減量 및 2次 汚染發生을 最少化 하자는데 目的을 두고 大單位 埋立地의 設置를 推進하는 한편, <表 12-3> 에 나타낸 것과 같이 年度別로 大都市를 對象으로 燒却 施設을 設置할 것을 計劃中에 있다.

<表 12-3>

都市廢棄物燒却施設設置計劃

區分 \ 年度	計	'83	'84	'85	'86
施設數 (個所)	27	1	4	7	15
施設容量(吨/日)	2,700	50	400	700	1,550

資料: 金圭應, "固形廢棄物 管理에 對한 우리나라의 政策과 法律" '固形廢棄物 管理에 對한 國際세미나(國立環境研究所),

(2) 燒却熱의 利用方案

資源이나 에너지保存에 대한 接近方法의 하나는 燒却施設에서 生成되는 熱을 回收하거나 利用하는 것이다.

繼續 昂騰하는 油價와 廢棄物 埋立地의 不足에 따른 問題는 可燃性 廢棄物을 燒却함으로써 生成되는 廢熱 (燒却熱)을 利用하게끔 刺戟하고 있다. 이와 같은 廢熱을 利用하는 方法으로써는 다음과 같은 方法이 있다.

첫째 高熱가스 (Hot gas)

廢棄物을 燒却하는時 排氣가스를 予熱空氣로 利用하고나 또는 毒성 汚染物質을 除去한 후에 直接 溫床등에 보아서 使用하는 方法

둘째 加熱된 溫水

比較的 간단한 熱交換機를 使用함으로써 加熱된 溫水를 供給하는 方法

셋째 蒸氣

廢熱보일러에 의해 生成된 蒸氣를 地域煖房이나 製造工場에 使用하는 方法

넷째 發電

蒸氣를 發電시키는데 使用하는 方法등이 있으며 이러한 方法들은 特性 (熱量등) 이나 廢棄物의 量 地域의 特性 또는 行政政策에 따라 廢熱利用方案을 마련하여 다음과 같이 適用할 수 있다.

① 工程内에서의 利用

燃焼를 위한 空氣加熱 燃焼補助劑로 使用되는 粗石油의 加熱 또는 廢가스加熱에 利用하거나 펌프나 터빈을 運轉하는時 利用하는 方法

② 燒却施設에서의 殘熱利用

施設内の 加熱 煖房裝置 또는 洗濯施設에 利用하는 方法

③ 外部利用을 위한 殘熱 供給

室内水泳場에의 熱供給 또는 厚生施設이나 療養院 農業이나 園芸施設 工場 病院이나 學校 地域煖房 및 廢水處理施設 (슬러지, 乾燥등)에 利用하는 方法

④ 發電

燒却施設内에서 使用하거나 또는 外部에 電力을 販賣하는 方法

2. 産業廢棄物의 埋立施設

우리나라에서 發生되는 産業廢棄物의 量은 1982年 現在 /日 29,335 톤이며 이中 82%가 埋立에 의하여 處理되고 있고 再活用이 16.5%이며 나머지는 燒却 處理되고 있다.

이들의 組成을 살펴보면 98%에 該當하는 量이 一般廢棄物이며 그 나머지는 特定有害物質含有廢棄物로 되어 있다.

産業廢棄物이 有害物質을 含有하고 있는 境遇에는 자칫하면 國民保健에 直接 危害를 가져올 수가 있고 또한 適正한 方法으로 處理하지 않을 境遇에는 水質이나 土壤汚染 등 2次汚染을 誘發할 수가 있으므로 慎重한 対策이 要望된다.

이러한 産業廢棄物處理의 重要性 및 危險性을 勘案하여 政府에서는 이들 處理의 合理化와 統制強化를 위한 水準으로 첫째 漸增하는 互團廢棄物 發生에 對備하여 工業園地에 産業廢棄物 埋立施設을 設置하여 이들 全量을 衛生埋立하도록 하여야 할 것이며 둘째 有害物質을 含有한 廢棄物에 對해서는 큰크리트 固形化 以後 地下 1m以下에 埋立하는 方法등을 使用하여 有害物質의 浸出 (leachate) 을 嚴格히 統制토록 해야 한다.

3. 産業廢棄物의 에너지 資源化 講究

産業廢棄物을 再利用 또는 資源化 하는 技術은 크게 나누어 壓縮 粉碎 脫臭 乾燥 分雜 熱分解 燒却 등으로 大別되며 廢棄物의 種類나 이를 再利用하여 만든 生産品에 따라 서로 複合的인 處理過程을 거쳐야 하는 경우도 있다.

우리나라의 産業廢棄物의 再利用率은 1982年 現在 約 18%로서 日本의 54.6% (1979年)에 比하면 아직 初步的인 段階에 있다.

그리고 産業廢棄物再生處理數는 1983年 9月末 現在 31個所에 達하고 있으나 이들이 再生處理하는 産業廢棄物의 種類는 燒油가 大部分이고 나머지는 燒合成樹脂 有機 및 無機廢棄物로서 廢棄物이 發生되는 量에 比하여 再利用되고 있는 量은 아직까지 未洽한 實情에 놓여 있다.

産業廢棄物을 資源化 또는 再利用하는데 있어서 거의 모든 廢棄物이 資源化가 可能하며 그中 代表的인 것이 燒油 燒프라스틱 (燒타이어) 有機廢棄物 (고무類 燒잉크 등) 動植物類 廢棄物 및 燒木材類 등을 들 수 있다.

産業廢棄物을 資源化 하는 方案에 있어서는 이와 같은 資源再利用을 獎勵하여야 하며 이를 위해서는 쓸모 있는 廢棄物의 回收體系를 確立하고 價格이나 容量을 安全化 시키며 資源化技術을 開發하고 應用할 수 있는 制度를 確立하는 것이 必要하다. 이와 아울러 쓸모 있는 廢棄物을 利用할 수 있도록 하는 情報體系를 마련하는 것이 必要하다. 또한 廢棄物을 再利用하여 만든 生産品들의 販路가 形成되고 그에 따라 販路가 擴張될 수 있도록 이들의 供給과 需要關係를 安定化시킬 수 있는 教育 또는 弘報活動을 하거나 이들의 分配體系를 確立함은 勿論 이들의 質을 向上시키고 均質化하는 것이 必要하다.

그리고 무엇보다도 效果的인 費用으로써 資源化할 수 있는 技術을 開發 適用함으로써 廢棄物을 再利用하여 生産品을 만드는데 드는 費用을 節減하고 또한 이들 生産品의 需要를 增大시켜야 할 것이다.

第4節 騒音發生 極少化對策

騒音은 日常生活 周邊에서 빈번히 發生할 뿐만 아니라 産業社會化가 進展될 수록 늘어나고 있다. 騒音으로 인한 被害를 發生源別로 보면 工場騒音 建設工事 騒音 交通騒音 生活騒音 등으로 分類할 수 있다. 이러한 騒音은 都市의 膨脹 工業團地의 建設 産業施設의 大型化 에너지의 大量消費 交通量의 增加등 刮目할 만한 經濟 社會構造의 變化와 더불어 앞으로 더욱 深刻히 發展 望이다. 此로하여 環境保全法에서도 評價騒音度가 50dB (A) 以下가 되도록 規制基準을 強化하고, 以後 이 에 對한 管理가 다음과 같이 積極化되어야 할 것이다.

1. 騒音防止對策

騒音防止를 위한 初段階 對策이 바로 騒音의 性質을 分析하는 것이다. 騒音의 管理는 그 發生源이 多樣하기 때문에 그 解決方法도 그 音의 性質에 따라 對處하여야 한다. 따라서 音의 性質分析을 토대로 몇 가지 防止原理를 찾을 수 있다. 騒音防止原理에는 騒音

發生의 防止 音源의 隔離, 音源의 配置, 音의 遮斷, 音의 吸收, 消音器 또는 濾波器設置 등의 方法 등이 考慮되나 여기서 는 工場騷音 生活騷音 交通騷音 등에 對한 對策을 各各 區分 論議하고자 한다.

(1) 工場騷音의 對策

工場騷音의 防音施設은 騷音源의 音의 性質 전 과정로의 예측 등 充分한 事前計劃을 하여 遮音施設을 設置해야 하는데 防音벽 (반사선차음벽) 을 形式的으로 設置하고 있어 問題되는 경우와 現在의 騷音防止 技術로는 騷音을 저감시킬 수 없는 境遇 등이다. 工場騷音의 根本的인 對策으로서 는 騷音原因 機械에서 發生되는 騷音을 저감시켜야 한다. 即 音源의 카바消音器의 設置 機械配置의 改善 建物構造의 改善 遮音壁)의 設置 등의 方法으로 工場騷音을 저감시킬 수 있다.

이런 일들은 工場의 부지경계선에서 騷音을 規制基準 置 以下로 抑制시키는 最低한의 必要한 騷音防止 措置라고 생각된다. 그러나 工場의 立地條件이 騷音源을 저감하여도 騷音을 規制基準値 以下로 할 수 없는 境遇 등에는 工場이 住居地域으로부터 工業團地로 이동을

促進토록 하는 길 밖에 없다

(2) 交通騒音의 對策

交通騒音은 自動車 汽車 飛行機 등이 主要騒音發生이 되겠으나 그중 가장 問題視 되는 것이 自動車에 의한 道路交通騒音이다.

이는 經濟發展의 高度化 및 自動車利用의 增大로 交通量이 過密한 都市 幹線道路의 沿道地域은 勿論 住居地域까지도 交通騒音影響은 미치고 있으며 道路網의 擴充과 더불어 都市나 農村을 不問하고 全國적으로 交通騒音은 確大 되고 있는 것이다.

그러므로 交通騒音을 根本적으로 解決하기 위하여는

(가) 自動車 自体에서 發生하는 騒音의 規制

(나) 走行狀態의 改善

(다) 交通量을 抑制하는 發生源對策

(라) 道路構造의 改善

(마) 沿道 對策등 綜合적으로 推進되어야 한다

長期的으로는 低騒音自動車 開發을 위한 研究가 이루어져야 될 것이다.

그리고 交通騒音이 極甚한 地域에 對하여는 防音壁의

設置 등 騒音防止事業이 推進되어야 하며 또한 路面의 改良 交通의 광역제어 住居地域 道路에의 自動車 進入 禁止 幹線道路에서의 最高速度 制限 등에 의한 交通管理 体制가 確立되어야 한다.

그외 鐵道騒音を 防止하기 위하여는 鐵道沿邊의 防音 植樹帶 造成 防音壁 設置 軌道의 改良 등 措置가 이루어져야 한다.

따라서 高速道路邊 鐵路邊 飛行場 周邊의 騒音被害地域에 對한 防音施設의 設置가 漸進적으로 推進되지 않으면 안될 것이다.

(3) 生活騒音의 對策

生活騒音은 쾌적한 住居環境과 정온한 住民生活를 破壞함으로써 심각한 社會問題로 登場되고 있다.

특히 生活騒音중 屋外 設置한 音響發生器, 예를 들면 宗敎機關 電波社 行政機關 등의 擴聲器가 가장 問題視되며 近來에는 家庭電子기기 (樂器, 라디오, 텔레비전 등)에 의한 隣近生活騒音도 크게 影響을 미치고 있다.

이러한 生活騒音의 對策은 屋外에 設置된 音響發生機는 法으로 規制하여야 하며 그 외 生活騒音은 꾸준한

啓蒙을 통하여 各種 騒音源을 制限시킬 수 있도록 措置되어야 할 것이다

2. 騒音環境基準의 設定

環境保全法에는 쾌적한 環境을 保全하고 環境汚染으로부터 사람의 健康을 保護하기 위하여 環境基準을 設定하도록 規定하고 있으나 騒音에 對하여는 環境基準이 設定되어 있지 않다

이러한 基準에는 行政上 바람직한 基準 (goal) 規制基準的인 性格의 基準 (standard) 行政施策을 위한 指針 (guide) 汚染의 質을 判定하기 위한 判定條件 (criteria) 등으로 分類되어지나 앞으로의 騒音環境基準은 行政上 바람직한 基準으로 設定하여 長期的인 行政目標로서 達成시켜야 할 것이다

第13章 食品및 医薬品 管理体系 改善

食品과 医薬品이 人体에 미치는 影響은 서로 다르지만 保健衛生的 側面에서의 管理体系나, 食品産業에서 有用되는 많은 添加物質이나 着色物質이 医薬品과 密接한 關係를 맺고 있다는 角度에서 食品과 医薬品の 管理問題를 같은 章에서 取扱도록 하였다.

第1節 食品管理体系의 改善

食品은 人体의 保存과 体力의 增強이나 健康維持上 必須不可欠한 物質이나 食品이 때로는 健康障礙의 原因이 되는 경우가 있어 食品管理問題는 國民健康에 매우 重要한 役割을 한다. 이에 食品管理의 目的은 人体가 必要로 하는 營養分을 円滑하게 攝取토록 함은 勿論 不必要한 病發要因의 物質이나 汚染物質의 攝取로 인하여 發生될 健康障礙要因을 除去토록 하여 健康增進을 기하고자 함이다. 따라서 食品管理에 있어서 重要한 두 側面은 營養供給과 食品衛生에 關聯되는 問題라 하겠다.

1 国民營養管理

人体營養의 供給源은 農水産物 및 畜産物 등으로 되어있어 그 供給이 国民營養管理側面에 의해서만 決定되는 것이 아니다. 우리나라에 있어서 農水産物 및 畜産物의 生産이 主設為主에서 經濟作物 및 畜産·酪農으로 多樣化되고 遠洋漁業에 이르기까지 發展되어 왔지만 이는 어디까지나 農漁村經濟의 構造的 改善과 國家經濟發展에 焦點을 둔 것이지 国民營養側面에서의 改善이 目的은 아니었다. 이러한 現象은 오늘날에 그치는 것이 아니라 西紀 2000年以後에도 不可避한 國家戰略이 될 것이다. 특히 우리나라와 같이 人口密度가 높고 可耕面積이 좁은 狀況에서는 食糧自給率 提高가 農政의 第1次的 目標가 될 것이며, 都·農間의 所得隔差의 解消를 위한 生産構造誘導로의 農政方向 또한 批判할 수 없는 國政의 方向이 될 것이다.

이와같은 制約與件下에서 国民營養管理는 相當히 制限的일 수 밖에 없지만 다음과 같은 몇가지의 基本方向을 提示할 수 있을 것 같다.

첫째, 食糧營養政策의 樹立

비록 從來의 食糧政策이 前述한 몇가지 事情으로 食糧自給과 農家經濟構造改善側面에 의해서만 左右되어 왔지만 食糧生産의 最終目標가 國民들에게 充分한 營養供給을 함에 있다는 點을 勘察, 合理的 營養調達에 留意한 食糧資源의 開發供給策을 推進토록 해야 한다.

둘째, 營養敎育을 통한 食品消費構造의 改善 食糧供給政策에 있어서 蔑視할 수 없는 部門이 食品消費 「패턴」의 變化誘導이다. 어떠한 種類의 農水産物이 經濟性이 있다고 해서 生産된다해도 消費者가 外面할 경우 結局 經濟性은 喪失되기 때문에 食糧農政의 方向을 左右하는 힘은 結果的으로 消費者의 食品消費패턴에 의해 支配된다고 하겠다. 따라서 食糧供給政策이 營養改善側面과 連結시키기 위해서 必須的으로 要求되는 것은 바로 保健敎育을 통한 營養敎育의 強化라 할 것이다. 營養敎育에서 留意해야 할 點은 斷片的이고 即興的인 敎育이 아니라 綜合的이고 長期的 敎育이어야 하는 點이다. 例컨데 보리生産量이 많거나, 돼지고기의 生産量이 많아서 이를 消費시키는 印象을 주는 啓蒙敎育

-46-

이어서는 營養教育이 부리를 내리기 어려울 것이다.

셋째, 社會階層間의 均衡的인 營養供給

食生活은 所得水準에 의해 左右되는 바 크다. 따라서 高所得階層에서는 營養의 過多攝取로 인해서 肥滿症 高血壓, 高脂血壓, 動脈硬化症과 같은 慢性退行性疾患이 오는 反面에 低所得零細層에서는 營養攝取가 量的으로 不足하고 質的으로 偏重되어 貧血, 營養失調 등의 問題가 發生된다. 따라서 向後의 營養政策은 階層間에 均衡있는 營養供給이 되도록 留意하여야 한다. 특히 都市零細層, 農漁村住民, 妊婦 및 嬰幼兒의 營養供給에 대한 適切한 政策配慮가 주어져야 하며 有効手段의 하나로 食品의 價格安定 등을 提示할 수 있다.

넷째, 加工食品의 開發

向後 우리나라의 社會構造에 있어 女性의 社會參與가 活潑해 질 경우 食生活패턴에서의 相當한 變化가 予想된다. 즉 女性의 社會參與는 그만큼 家庭生活에서의 時間의 制約, 保管 등이 便利하기 때문에 加工食品에

대한 需要를 增大시킬 것이다. 이러한 需要變化에 対処
 키 위한 加工食品의 開發에서 留意해야 할 것은 單純
 한 調理時間의 節約 또는 保存에만 目標을 들 것이
 아니라 營養價를 向上시킬 수 있는 方向으로 開發이
 誘導되어야 한다는 點이다.

2. 食品衛生管理

營養管理는 農政의 方向과 調和가 要求되는 關
 係로 相當한 限界性이 있으나 食品衛生管理는 保健醫療
 業務의 固有業務中의 하나로서 毒性이나 安全性에 關한
 管理인 바 非專門家인 消費者는 이 分野에 대한 專門
 的 知識이 欠如되기 때문에 政府의 活動領域이 되는
 것이다.

現在 우리나라의 食品衛生管理는 多樣하게 展開되고
 있어 統一的인 管理가 欠如된 問題點을 간직하고 있다.
 즉 農水産部에서 農産物 및 畜産物에 대한 衛生管理를
 水産庁에서는 海産物과 水産加工品의 製造 및 品質管理
 를, 國稅庁에서는 酒類에 關한 製造管理를, 專賣庁에서는
 人蔘에 대한 製造管理를 그리고 保社部에서는 上記 食

品에 該當되지 않는 品目에 대한 管理를 担当하고 있다. 그리고, 各市·道에서는 該當課 및 衛生係에서 地方單位로 食品에 대한 安全性이나 毒性管理를 担当하고 있어 食品管理의 綜合化를 欠如하고 있다. 이와 同時에 食品管理에 대한 專門要員이 該이 一般行政職種에 있는 人事들이 食品衛生業務를 担当하고 있다. 向後 우리나라 社會가 前述한 바와 같이 加工食品이 크게 抬頭될 展望에 있고, 農藥汚染, 放射能汚染, 土壤汚染과 같은 環境汚染의 增加를 予想할 때 食品衛生管理는 國民健康에 있어서 매우 重要的 役割을 担当케 될 것이다. 이제 食品衛生管理의 方向을 살펴보면 다음과 같이 要約할 수 있겠다.

첫째, 綜合的인 食品衛生管理体系의 確立

効率的인 食品行政의 計劃 및 監督을 위해서는 各 部處別로 散在된 食品衛生業務를 統括하는 行政棧構가 中央單位에서 設置되어야 한다. 이 棧構는 國立保健院 食品部가 担当해도 좋을 것이며 別途의 獨立된 方과 같은 新設棧構를 두어도 좋을 것이다. 그러나 이

棧構는 農水産物은 勿論 酒類, 專売物品에 이르기까지 國民의 衛生에 관한 것은 調査, 品質管理, 有害性 등 모든 部門에 걸쳐 綜合的인 業務를 遂行토록 해야 할 것이다.

둘째, 食品專門職 要員의 活用

全國의 全体 食品製造業所와 肉食品소를 指導監督 할만한 充分한 數의 專門職 要員과 食品管理를 위한 企劃 및 研究를 할 수 있는 高級人力を 確保해야 하며 可能한 限 專門職 要員은 同一職에 從事케 하되 交流가 不得已한 경우에는 同一職種間 橫的交流를 施行해야 한다.

셋째, 統合的 害虫處理 (Integrated Pest Management (IPM))

食糧生産 및 有實樹 栽培에 많이 使用되는 D.D.T., Dieldrin 및 有機磷劑 등 農藥으로 인한 有害는 날로 問題가 深刻化되어가고 있다. 이의 對處方案으로서 農藥에 있어서 化學的 殺虫劑 使用을 줄이고 代身 統

合的 害虫处理 (ipm)의 研究 開發 및 活用이 이루어
져야 할 것이다. ipm이란 作物害虫驅除의 諸方法을
組合한 것으로서 自然界 害虫統制 機能인 害虫抑制를
위한 諸方法 즉 栽培上方法, 害虫固有疾病, 害虫에 대해
抵抗性 培養, 害虫의 不妊, 害虫에 寄生하는 昆虫의 增
加 등 害虫에 대한 綜合的 驅除機能 및 方法을 意味
하는 것으로서 先進國에서는 이미 研究에 着手한 것으
로 알려져 있음으로 國際的 情報交流를 통하여 開發,
使用도록 研究를 推進해야 한다.

내재, 業界의 自律的 管理体系 樹立

急速히 發展하는 食品工業과 暴走하는 食品管理業
務를 不足한 人員 및 予算으로 運營하는 行政當局이
充分히 指導監督하는 것은 無理가 아닐 수 없으며 人
員增員이나 予算增額도 極히 어려운 實情에 있다.

日本의 경우 全國 6,000余名の 食品衛生監視員 외에
食品衛生協會에 75,000名の 自律指導員이 食品監視 및
指導業務를 遂行하고 있다. 따라서 우리나라에서도 業體
에서 自律的 管理体制를 樹立하여 各分野別 專門要員으

로 食品監視 및 指導를 할 수 있도록 自律管理体制 確立이 可能하도록 政策的으로 誘導한다.

다섯째, 食品添加物의 徹底한 有害安全基準設定
食品添加物의 種類로는 着色劑, 發色劑, 防腐劑, 殺菌劑, 調味劑, 漂白劑, 着香料 등으로 많은 添加物이 天然의 製品이 아니라 化工藥品에서 抽出-使用하는 關係로 이들 物質을 過多攝取할 때 人體에 有害한 경우가 많다. 이러한 添加物에 대한 徹底한 研究로 그 有害安全基準을 設定하여 철저한 指導·監督體系가 確立 되어야 한다.

여섯째, 加工食品의 有効期間表示와 期間이 經過된 食品에 대해서는 徹底한 回收를 통한 廢棄処分이 實現 되어야 한다.

일곱째, 加工食品의 容器나 包裝方法에 대한 研究開發과 有害한 物質로 이를 製造하는 것이 禁止되도록 한다.

여덟째, 食品保存方法에 대한 研究開發을 期함으로

서 腐敗食品으로 인한 中毒을 防止함은 勿論 食品의 長期保全으로 인한 營養價喪失을 最大限으로 防止토록 해야 할 것이다.

아울래, 食品으로 인한 伝染病이나 寄生虫의 發生을 防止토록 해야 한다. 食品으로써 生体 및 自然食品은 需要가 增加하고 있다. 이러한 需要에 副應키 위한 前提條件은 바로 이를 攝取함으로서 예상되는 寄生虫이나 伝染病의 發生을 防止하는 것이다.

그리고 食品衛生業所의 衛生管理를 철저히 함은 물론 保健教育을 強化하여 食品을 통한 伝染病感染이 이루어 지지 않도록 하며 食中毒 등이 發生되지 않도록 한다.

第2節 医薬品産業의 育成 및 管理体系 改善

1. 優秀医薬品生産 및 安全性確保

(1) KGMF의 實施

우리나라 医薬品生産은 1981년 基準 301개 製造業所에서 10,216개 품목이 생산되고 있다. 그러나 1981년도 기준 施設調査不合格率이 16.5%이고 檢定

不合格率이 2.5%로 나타나는 등 医薬品製造施設의水準이 낮고 不良医薬品이 生産流通되고 있다.

이에 良質의 医薬品製造供給을 위하여 우리나라도 1977년 KGMF(優秀医薬品製造管理基準)를 제정고시하고 제약업소의 자율적인 실시를 권장하고 있다.

앞으로 1984년까지를 KGMF 全面實施를 위한 준비기간으로 두고 1985년부터는 企業所에 대해 KGMF를 義務적으로 실시토록 하여 優秀医薬品生産을 통한 國民保健向上과 우리나라 製藥産業의 國際競爭力을 향상시킨다.

(2) 藥効再評價事業

國內에서 製造許可된 医薬品에 대하여 有効性·安全性을 再評價하여 医薬品の 사용에 걱정을 기하기 위해 우리나라도 1975년부터 医薬品藥効再評價를 실시하여 1981년까지 單-劑 医薬品 629개 成分 5934개 品目에 대하여 藥効再評價를 실시하여 單-劑에 대한 문헌상의 藥効再評價를 완료하고, 1982년부터는 複合劑에 대한 藥効再評價를 실시하고 있다.

~41~

1986년까지 年次的으로 使用頻度가 높고 社会的
요청이 큰 醫藥品을 우선으로 하여 1975년도 이전
에 제조허가된 複合劑 750種에 대한 문헌상의 藥效
재평가를 실시하고 그 이후 새로 제조허가된 醫藥品에
대한 문헌상의 藥效재평가를 계속 실시해 나갈 予定에
있다.

앞으로는 食品 醫藥品 安全性 센터의 建立 運營에 맞추어
이제까지의 文獻上 藥效再評價를 할피, 製劑學的인 体内 實
驗을 통한 体内 有効性·安全性을 再評價하는 醫藥品으로
서의 再評價로 發展시켜 나가야 할 것이다.

(3) 醫藥品 安全性 確保

醫藥品에 의한 중요한 副作用, 化粧品에 의한
부작용, 食品 汚染物質에 의한 人體中毒, 農業中毒, 食品添
加物 및 産業公害와 관련된 有害물질 등으로 인한 發
癌性, 기형아출산, 들연번이 등의 化學物質 사고는 선진국
을 비롯한 世界的 社會問題가 되어 美國, 日本 등 선
진국들은 이에 대한 安全對策을 이미 실시하고 있으나
이들과 생활環境이 다른 우리나라의 문제를 해결하는

우리나라의 기관이나 대책은 없었다.

이에 1981년 國立保健院의 직제를 개편하여 이를 다를 安全性研究部를 신설했고 오는 1986년 완공을 목표로 한 食品·醫藥品 安全性센터가 건립중에 있다.

이 安全性研究部는 식품 의약품 안전성 센터에 最新科學技材를 구비하고 모든 醫藥品情報를 처리할 수 있는 컴퓨터 시스템을 갖추어 醫藥品, 化粧品, 食品添加物, 醫療用具, 殘留農藥, 가정용품 기타 化學物質 등의 有効性和 安全性業務를 담당토록 할 予定에 있다.

1980年代에는 新規醫藥品에 대한 有効性·安全性에 대한 人體臨床實驗을 제외한 업무를 시행하고, 1990年代에는 現國立醫療院의 發展改編에 따라 共同臨床實驗體制로 發展시켜 2000年以內에는 人體實驗을 통한 有効性·安全性 實驗水準까지 完備토록 해야 한다.

이와 함께 기구조직도 확대하여 1990年代 이머에 우리나라 國民의 보건 및 일상생활 全分野의 安全性問題를 다루는 독립기관으로 發展시켜야 한다.

(4) 品質保證制度實施

이제까지의 事後品質管理體制를 事前品質管理체

로 전환하여 原料医薬品の 事前收去檢定과 調劑用医薬品の 事前檢定을 강화하고 不良医薬品の 發生時에는 業主는 물론 製造管理者에게도 책임을 묻는 공동책임 제도를 실시하여 86년 KGMF의 전면실시와 함께 医薬品品質을 보증하는 公認制度를 실시토록 해야 할 것이다.

2. 医薬品工業育成

(1) 製藥企業의 大型化

1980年度 医薬品製造業所 28910中 市場占有率이 20%에 不過한 20010 영세기업소의 檢定不合格率은 54.5%를 차지하고 있어 이들의 통합이 시급하다.

또한 業所間의 유사품목 과다경쟁이 不良医薬品생산소지가 되고 있어 專門化、系列化가 절실하다.

앞으로 医薬品製造業所 許可規程을 GMP、GLP單位로 강화하여 大型化를 유도함과 아울러 專門化、系列化를 유도하여 不良医薬品이 나올 수 있는 소지를 極小化하는 한편 國際競爭力을 높여 輸出産業으로 육성해 나가야 할 것이다.

(2) 原料工業의 育成

우리나라 醫藥品生産은 原料의 海外依存度가 높아 輸入原料의 原價壓迫으로 인한 藥價의 不安定은 물론 外貨낭비의 요인이 되어 原料의 國産化를 위한 原料工業育成이 시급하다.

그동안 國産化原料醫藥品의 보호육성 노력으로 전체의 약품에서 輸入藥이 차지하는 原料醫藥品輸入比率이 다소 개선은 되었으나 81년도 총수입액 133,350千弗 중 68%가 원료수입분으로 輸入依存度는 아직도 54%나 되고 있다.

따라서 외국인 合作投資 및 技術導入의 과감한 추진, 國産原料醫藥品의 保護, 稅制上的 지원, 그리고 不良原料醫藥品의 거제, 수출진흥을 위한 장애요인 제거 등으로 原料工業을 육성해 나가야 한다.

한편 禁輸醫藥品의 제한적 개방으로 原料工業을 보호하고 수입 대체효과를 거둬는 물론 더 나아가 賦存資源이 적은 우리나라의 輸出戰略工業으로 육성시켜 나가야 할 것이다.

3. 醫藥品의 流通管理 및 適正使用

(1) 治療劑와 大衆藥 区分管理

모든 醫藥品을 大衆販賣不可 治療劑과 大衆販賣可能 大衆藥으로 엄격히 区分許可하고 治療劑에 대해서는 自由販賣를 금지함은 물론 반드시 醫師의 処方에 의거 藥師가 調製 販賣토록 하여 이런 藥品에 대해서는 大衆廣告를 禁止토록 한다.

이의 實施는 醫藥分類의 段階的 實施에 따르되 大衆廣告禁止는 즉시 실시하여 의약품의 濫誤用을 防止한다.

(2) 醫藥品의 管理使用基準實施

(가) GSP 실시—都売商 등의 醫藥品 供給, 販賣, 保管에 대한 基準를 마련하여 실시한다.

(나) GPP의 실시—藥局·病院藥局의 調劑投藥에 대한 기준을 제정 실시하여 安全한 調劑投藥을 도모한다.

(다) GCP의 실시—臨床藥學에 의거한 「팀」投藥으로 발전시켜 나간다. 현재 大韓病院協會가 추진중인 病院標準化事業을 발전시켜 適正投藥基準를 마련하여 이

를 실시하고 이 사업을 醫院級醫療棧崗으로 擴大 실시하여 全醫療棧崗의 投藥을 標準化管理한다.

(라) DI 센터 설치운영 — 의약품부작용 모니터링 제도를 실시. 수시로 醫藥品에 대한 정보를 교환함으로써 毒性 방지 등 安全을 기한다.

(3) 醫藥品의 單-劑化 유도

醫師의 精確한 診斷投藥에는 事實상 複合劑의 使用이 불필요하다. 현재의 우리나라 醫藥品許可는 醫師의 診斷없이 藥局에서 投藥하기에 적합하도록 複合劑中心으로 許可돼 있고 醫療棧崗의 投藥도 이에 영향을 받아 複合劑의 남용현상을 보여 불필요한 醫藥品의 낭비에 의한 醫療費의 낭비현상을 빚고 있다.

이를 개선하기 위하여 醫療保險醫藥品으로 單-劑醫藥品만을 原則적으로 인정토록 하고 醫療保險投藥基準을 單-劑投藥을 원칙으로 마련하여 이에 따라 診療費를 審査토록 함으로써 複合劑사용을 지양하는 방향으로 유도해 나간다. (예: 西獨病院保險法)

4 藥價 및 供給制度의 改善

(1) 一般醫藥品價格

醫藥品의 販賣價格은 藥師法에 따라 製造業者가 表示 托록 되어 있다. 그런데 현재 제조업소에서 표시한 消費者가격이 實去來가격과 심한 격차를 보여 소비자의 醫藥品에 대한 信賴度가 줄어들고 판매질서문란의 요인이 되고 있다.

政府는 앞으로 醫藥品의 製造原價, 市場條件, 利潤 등을 감안하여 適正한 價格으로 流通되도록 公正去來法 등을 활용하여 醫藥品價格을 관리해 나간다.

(2) 保險醫藥品價格

保險醫藥品價格은 保社部가 策定告示 托록 되어 있다. 그러나 이제까지의 醫藥品價格은 사실상 製藥會社가 제출한 자료에 의해 製藥會社가 요구하는 藥價가 거의 그대로 保險藥價로 채택돼 왔다. 현재 실시하고 있는 申告價제도 사실상 제약회사가 원하는 藥價가 그대로 인정받는 방향으로 운영되고 있다.

앞으로는 保社部가 製造原價 등을 직접 파악하여 適正線으로 策定하여 保險藥價決定權者로서의 책임을 다하

도록 해야 할 것이다.

(3) 藥價의 低廉化 誘導

이제까지 製藥会社들이 醫藥品價格引上方法으로 크게 利用해 온것이 複合劑化에 의한 新規醫藥品 生産 이었다.

主功能別로 製藥許可를 更新하여 불필요한 複合劑를 정리하고 單-劑化를 유도함으로써 藥價의 低廉化를 기 하고 불필요한 醫藥品의 낭비를 줄여 나간다.

(4) 醫藥品供給制度의 改善

自由販賣 大衆醫藥品을 주도한 一般藥品과 治療劑醫藥品을 주로 한 保險醫藥品을 구분하여 供給制度를 확립해 나간다.

一般醫藥品은 都売商의 시설기준을 강화하여 健全都売商을 育成한 다음 이의 공급을 담당케 하고 保險醫藥品은 保險者가 설치하는 治療劑供給센터(가칭)가 都売利潤없이 工場渡價格(앞으로 保險藥價를 이 水準으로 引下)으로 療養取扱棧関(醫藥分業時 藥局도 포함)에 供給한다.

保險者는 診療費중의 醫藥品費를 절감하여 保險財政을 보호할 임무가 있으므로 療養棧関에 대한 醫藥品供給서

서비스를 利潤없이 봉사적으로 提供토록 한다.

5. 漢方藥의 科學化

(1) 漢方藥材品質管理

가칭 漢藥公社를 설립하여 漢方藥의 生産과 流通을 科學的으로 管理케 한다. 모든 漢方藥材를 規格化하고 等級을 表示하여 流通케 하고 漢方藥의 科學化에 따른 劑型의 開發보급을 담당한다.

(2) 漢醫·漢方藥의 科學化

가칭 東西醫學研究所(특수법인)를 설립하여 漢醫 및 漢方藥의 科學化 研究와 東西醫學의 比較評價研究를 실시하여 東西醫學의 集大成을 도모한다.

이 研究所에는 醫師·漢醫師·藥師로 연구진을 구성하여 漢方 및 洋方의 臨床實驗을 실시하고 이 연구소의 研究結果는 保社部에 설치하는 漢方評價委員會(가칭)의 權위있는 學術的 검토를 거쳐 洋漢醫診療에 適用토록 한다.

6. 醫療器械 國產化 및 輸出

國內技術水準을 감안하여 國內開發可能한 醫療器

棧은 國産化를 유도하고 기타 品目은 外國의 技術을 도입하여 國內需要를 充足시켜 輸入代替效果를 거두고 더 나아가 東南亞 등 開發途上國에 수출을 촉진시켜 輸出戰略産業으로 育成토록 한다.

현재 정부는 國內技術水準을 감안하여 開發possible한 品目を 会社別로 배정, 開發토록 하여 品目別로 開發競爭에 의한 過當시설투자과 개발후의 경쟁소지를 배제하여 技術開發促進과 醫療棧産業育成을 도모하고 있는데 앞으로 國內技術向上에 따라 개발품목을 拡大해 나간다.

技術導入이 不可避한 品目에 대해서는 技術導入을 과감히 추진하여 國內뿐만 아니라 海外市場에 進出하는 有望한 産業으로 育成토록 한다.

第14章 保健医療管理情報体系의 確立*

管理情報 혹은 經營情報에 대한 重要性은 保健醫療分野 뿐만 아니라 모든 事業分野에서 널리 認識되고 있다. 특히 未來의 社會가 情報社會로의 發展을 加速化할 展望에 있어서 事業情報의 迅速·正確한 蒐集, 分析, 評價, 配布는 事業效率을 높이는 데 必須不可欠의 要素가 된다. 특히 向後의 우리나라 社會에서 電子工業의 發展으로 컴퓨터가 生活化될 것을 勘察한다면 保健行政分野에 있어서도 末端의 事業實務者에서 부터 中央의 最高政策決定者에 이르기까지 情報의 蒐集, 分析, 伝達이 매우 迅速하게 이루어질 條件을 갖추게 될 것이다. 이러한 社會變化 條件을 勘察하여 保健情報의 蒐集, 生産, 配布하는 一聯의 体系를 再整備·強化함은 事業效率 提高에 큰 意義가 있다고 여겨 保健醫療管理情報体系에 관하여 現在 浮刻되고 있는 問題點의 分析을 土臺로 向後 情報体系를 構築 도록 한다.

* 本章의 內容들은 保健醫療管理情報体系에 관한 세미나 結果報告書와 金丘根教授와 朱鶴中博士 등의 研究報告書 등에서 主要內容을 拔萃要約한 것이다.

第1節 保健醫療管理情報體系의 現況과 問題點

우리나라에서의 保健醫療情報體系는 아직은 그 基本設計가 具體化되어 있지 않은 狀況으로 保健情報體系의 中樞的인 要諦라 할 수 있는 保健統計制度에 대한 現況을 살펴보는 것이 오히려 合理的인 論理가 될 것이다. 그러므로 여기서는 우리나라의 保健統計制度의 組織 및 機能과 統計生産現況 및 問題點 등을 簡略하게 記述코자 한다.

우리나라도 1962年부터 시작된 經濟開發5個年計劃을 비롯한 各種計劃의 樹立 및 評價를 위하여 各種統計의 需要가 增加됨에 따라 오랫동안 停滯되었던 統計活動의 싹이 트기 시작하였다. 그러나 그간 우리나라의 開發過程은 經濟開發為主였기 때문에 統計發展 역시 經濟統計部門에서만 이루어져 왔으며 社會部門의 統計發展은 相對的으로 等閑視되어 왔던 것이 事實이다.

그러나 1970年代後半부터는 社會部門開發比重의 增大와 더불어 國民의 醫療保障이 擴大되고 各種保健醫療事業 및 研究活動이 活潑히 推進됨에 따라 保健統計制度의 改善에 關心이 集中되었던 時期로 볼 수 있다.

그러나 保健企劃이나 管理·評価에 있어서 使用可能한 人口動態統計와 保健統計의 改善이 優先順位가 높다는 認識이 되었을 뿐 實踐에 있어서나 制度的인 面에 있어서나 이렇다 할 進展을 보지 못한 채 오늘에 이르고 있다.

본 節에서는 保健統計制度를 中心으로 그 組織, 統計生産現況 및 問題點들을 살펴 보기로 하겠다.

1. 組織 및 機能

保健統計와 關聯이 있는 統計業務를 遂行하고 있는 機關은 經濟企劃院 調査統計局과 保健社會部 및 韓國人口保健研究院 등이다. 經濟企劃院 調査統計局은 法律上 中央統計局으로서 統計의 基本調整機能을 遂行하고 있을 뿐만 아니라 여러가지 센서스와 經常調査를 實施하고 있으며 保健과 關聯되는 調査에는 人口 및 住宅 센서스, 人口動態申告調査 및 人口動態 標本調査 등이 있다.

이와 같이 調査統計局에서 作成되는 保健關聯統計 以外の 모든 統計에 대한 責任機關은 政府組織法上 保健社

會部로 되어 있다. 이를 위하여 保健社會部에는 企画管理室에 課永準의 保健統計担当官을 두고 있으나 總人員이 21名으로 他部處의 統計担当室의 人力에 비하여 매우 尙弱한 實情이며 또 保社部內의 모든 統計業務가 統計担当官室에 集中되어 있는 것이 아니라 統計担当部署인 統計担当官室과는 事前協談나 技術的支援 등이 事業別로 該當局課에서 統計情報가 單獨으로 生産함으로서 統計担当官室은 資料處理 및 發刊配付業務만을 担当하고 있는 實情이다.

2. 保健統計生産의 現況

우리나라에서의 保健統計의 生産은 주로 統計調査와 統計報告의 두 가지 방법에 의하여 作成되고 있다. 주 人口센서스, 國民營養實態調査, 結核實態調査, 出産力 및 家族計劃評價調査 등 1210種類의 統計調査와 30餘種의 行政報告를 根幹으로 하여 作成되고 있다. 이들중 統計調査의 種類를 日本의 것과 比較하여 볼 때 日本에서 實施하고 있는 34種의 統計調査를 우리나라에서 實施하는 것은 10種에 불과한 실정이다. 따라서 우

리나라에서 作成 되고 있는 保健統計는 必要保健統計의 一部分 밖에는 生産되지 않고 있는 실정으로 이를 補完하기 위해서는 무엇보다도 統計調査를 拡大할 必要性이 있다.

3 情報体系의 問題点

保健情報体系의 棧構組織 및 人力分野, 施設 및 技術分野, 行政統計分野, 調査統計分野 등 基本的인 要素에 있어서의 問題点들을 살펴보면 다음과 같다.

(1) 棧構組織 및 人力과 施設 및 技術分野의 問題点

첫째, 各分野別 保健情報의 蒐集과 遷流体系에 대한 基本的 設計가 明確하게 되어 있지 않은 데다 現存棧構 및 人力도 그 規模와 豫算에 있어 매우 貧弱한 形便이다.

둘째, 蒐集되는 保健情報에 관한 資料들을 처리하기 위한 裝備 및 施設이 不足하고 컴퓨터를 使用하는 데 있어 필요한 소프트웨어나 하드웨어에 대한 技

術開發이 되어 있지 않다.

셋째, 保健統計担当部署 勤務者에 資格規定이 없고 保健統計專門人力の 確保가 어렵다.

넷째, 현재의 組織과 機能으로서는 保健社會部內의 여러 部署에서 生産되고 있는 保健情報의 調整管理 및 活用體制를 유지하기가 곤란하다.

다섯째, 人口動態統計의 申告體系는 保健事業組織과는 別途로 離脫되어 있어 統計活用上 連繫性이 不足하다.

여섯째, 保健社會統計에 관한 審議調整을 위하여 保健社會統計委員會가 設置되어 있으나 거의 活用되지 못하고 있다.

(2) 行政統計分野의 問題點

현재 保健社會部에서 수립하고 있는 行政統計의 內容은 定期報告目錄 21種과 一般統計目錄 23種으로 構成되어 있으며 保健情報로서의 行政統計가 안고 있는 問題點을 列挙하면 다음과 같다.

첫째, 行政統計의 活用狀況에 대한 評價를 통해

統計內容을 再整備할 必要性이 있다.

둘째, 國民保健管理上 매우 重要한 位置를 차지하고 있는 法定傳染病統計는 거의 信憑性 없는 水準에 머물고 있는데 그 原因分析과 解決策이 要求되고 있다.

셋째, 病院統計作成에 있어 統一性이 缺如되어 있다.

넷째, 成人病患者統計의 蒐集과 分析을 위한 體系의 確立이 要求되고 있다.

다섯째, 傷病統計資料로서 利用될 수 있는 醫療保險患者統計의 整備管理과 活用方案이 서 있지 않다.

여섯째, 死亡原因別 統計가 定期的으로 作成되지 못하고 있다.

(3) 調査統計分野의 問題點

현재 保健醫療部門에 관한 統計調査가 주로 保健社會部, 經濟企劃院, 韓國人口保健研究院 등에서 實施하고 있으나 다음과 같은 問題點을 안고 있다.

첫째, 標本調査가 여러 機關에서 獨立的으로 또 不規則的으로 實施되고 있어 調査計劃이나 進行 및 結

果分析에 있어서 綜合的인 管理体系가 確立되어 있지 않아 非効率的이고 調査資料의 信憑性과 一致性이 不足하여 調査統計의 活用性과 連繫性이 不足하다.

둘째, 統計調査活動을 위한 豫算配定의 貧弱으로 統計調査의 種類 및 範圍가 극히 制限되어 있어 必要 保健情報가 生産되지 못하고 있다.

셋째, 標本調査를 위한 標本抽出計劃, 資料蒐集 및 結果分析에 있어 体系的이고 一貫性 있는 技術協助를 얻지 못하고 있어 相互間에 時系列的인 比較分析이 困難하다.

第2節 保健情報体系의 開發

1. 体系開發의 基本構想

여기서 記述코자 하는 保健情報体系의 開發이란 恰은 어떤 確定된 保健情報体系의 模型을 提示하기 위한 것이 아니라 앞으로 保健情報体系를 開發·確立해 나가는 데 있어서의 方向設定과 더불어 開發運營上의 問題點 및 開發되어야 할 情報內容의 分析, 代案이 될 수

있는 保健情報體系의 模型과 段階的인 開發施行計劃案 등을 提示함으로서 年次的인 開發過程上에 參考가 되도록 留意하여 다음과 같은 基本方向下에 構想토록 하였다.

첫째, 既存의 保健事業統計制度의 改善을 中心으로 保健醫療情報體系를 開發하되 保健事業의 問題解決을 위한 保健情報體系開發에 重點을 둔다. 특히 政策決定者는 勿論 各級水準의 事業担当者에게 最小限의 基本的인 必要情報을 適期에 提供될 수 있도록 한다.

둘째, 保健統計情報의 量的인 確保와 質的水準의 向上을 위하여 既存의 行政 및 調查統計體制를 再整備하고 調查統計의 活動을 擴大·強化토록 한다.

셋째, 保健統計要員의 資質向上과 事業担当者의 保健統計의 重要性을 認識시키기 위한 教育訓練을 強化 突施토록 한다.

넷째, 保健情報體系의 效率的인 機能發揮을 위하여 可及的 모든 保健情報處理에 電算化가 實現될 수 있도록 年次的인 計劃下에 소프트 웨어 (Soft Ware)와 하드 웨어 (hard Ware)를 開發導入토록 한다.

다섯째, 20年代를 向한 保健醫療에서 包括的

保健医療의 實現을 目標로 一次保健醫療 및 環境管理 등을 強調하고 있으므로 保健情報體系開發에서도 이러한 事業情報體系開發에 力點을 두도록 한다.

여섯째, 保健情報가 保健事業의 計劃이나 評價를 위하여 有用하게 活用될 수 있도록 適切한 保健指標를 開發하도록 한다.

일곱째, 保健醫療의 目標達成을 위한 保健情報體系라는 手段도 社會의 變化에 對應할 수 있는 動態的 計劃下에서 基本構成이 짜여져야 할 것이다.

여덟째, 國家水準의 包括的인 保健情報體系는 開發段階에서는 實現키 어렵기 때문에 保健事業體制의 各下部單位體制 (sub system) 別로 開發되어야 하며 開發팀의 中軀도 그 分野의 專門家로 構成되어야 한다. 다시 말해서 너무 中央集約的 이어서는 안되고 統計나 情報科學의 專門家は 情報制度開發의 補助的 役割을 하는 것이 아니라 主導的 役割을 担当하는 것이 아니라는 것이다.

아홉째, 保健情報制度의 開發은 各級水準의 意思決定者에게 必要情報과 使用方法에 대한 最少限의 教育訓練이 並行되어야 하며 各級槓能이나 技術의 水準에

알맞도록 設計되어야 한다.

열재, 保健情報을 適者에게 適時에 알맞은 形態로 生産, 供給하도록 하되 그 費用을 最少化하는 方向으로 開發되어야 한다.

2. 体系開發上의 問題點

(1) 既存制度上의 問題點

앞서 既存保健情報体系의 現況에서 問題點으로 指摘한 바와 같이 몇 가지의 部分시스템은 있다해도 保健醫療事業의 實踐過程에서 거의 機能을 다하지 못하고 있으며 그 중요한 問題點을 要約하면 다음과 같다.

가. 保健情報体系의 基本들의 不在

나. 保健統計의 未備

다. 情報生産者와 使用者間의 커뮤니케이션 不在

라. 保健事業評價와 計劃을 위한 情報供給繼續性의 缺如

마. 保健行政家가 豫算確保를 위한 各種事業의 經濟的인 妥當性에 관한 資料의 不在

나. 社会環境变化의 結果로 惹起되는 새로운 健康問題 (특히 精神病, 藥品公害問題, 性病, 嬰兒의 発達異常 등)에 대한 情報蒐集의 困難 등이다.

(2) 開發運營上의 問題點

가. 情報의 重要性에 대한 認識不足

나. 保健醫療體制에 있어서의 費用支出의 特殊性과 公共性으로 보아 情報體系開發運營을 위한 豫算確保의 困難性

다. 開發運營에 있어서의 需要者와 供給者間의 不調和로 인한 問題

라. 保健情報體系에 대한 評價의 困難性

마. 保健情報體系的 法律上問題

① 情報量의 巨大化로 인한 誤判可能性

② 情報流通의 不均衡

③ 情報流通過程에서 일어날 수 있는 人權侵害問題

바. 保健情報의 特殊性에서 오는 問題

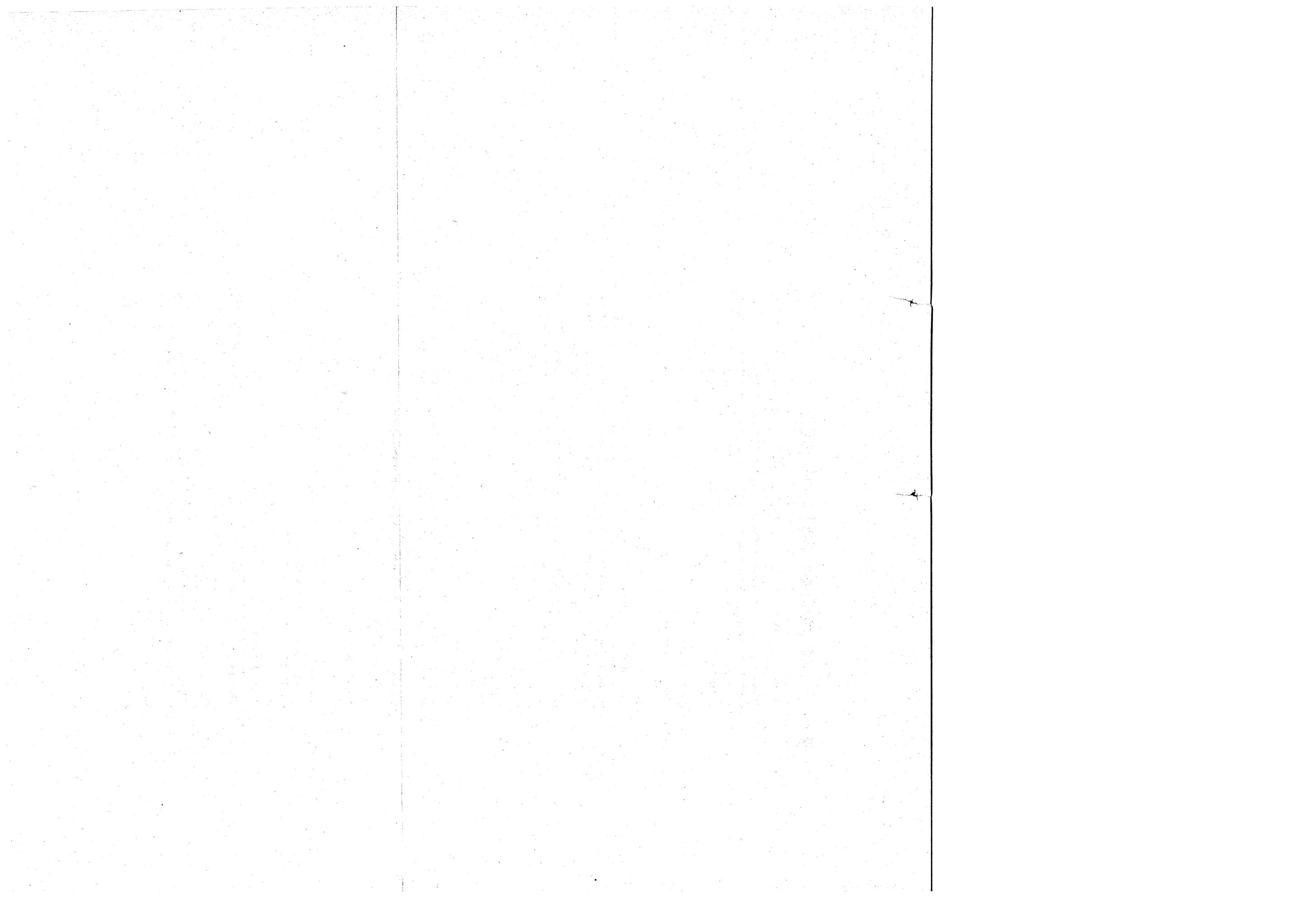
① 情報內容의 難解性

② 情報內容告知의 必要性에서 오는 問題 (性病이나 法定傳染病 등)

한편 保健情報體系的 社会的制約과 問題點은 <表 14-1>에 提示된 바와 같다.

〈表 14-1〉保健情報시스템의 社会的制約과 問題点

	國 家 水 準	市 道 水 準	地 區 水 準	施 設 水 準
國民의 受容度	<ul style="list-style-type: none"> ○Privacy ○國家管理—管理社會 ○大企業 比호 ○國際競爭力 ○安全性 ○情報收集의 偏重 ○人間疎外—人間關係의 破壞 ○機械化 ○租稅의 負擔 	<ul style="list-style-type: none"> ○行政管理—管理社會 ○情報收集의 偏重 ○租稅의 負擔 	<ul style="list-style-type: none"> ○行政管理—管理社會 ○情報收集의 偏重 ○租稅의 負擔 ○Privacy 	<ul style="list-style-type: none"> ○安全性 ○人間疎外—人間關係의 破壞 ○機械化 ○서비스 低下 ○費用의 増大
保健從事者의 受容度	<ul style="list-style-type: none"> ○醫療機關의 Privacy ○醫療從事者의 自由度의 低下 ○新職種の 出現 ○國家管理—管理社會 ○企業의 介入 ○人間疎外—人間關係의 破壞—機械化 ○安全性 ○收入의 低下 ○勞力負擔의 増加 	<ul style="list-style-type: none"> ○行政管理—管理社會 ○勞力負擔의 増加 ○收入의 低下 ○醫療機關의 Privacy ○醫療從事者의 自由度의 低下 ○人間疎外 	<ul style="list-style-type: none"> ○行政管理—管理社會 ○勞力負擔의 増加 ○收入의 低下 ○醫療機關의 Privacy ○醫療從事者의 自由度의 低下 ○人間疎外 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設內管理—管理社會 ○人間疎外—人間關係의 破壞—機械化 ○勞力負擔의 増加 ○合理化—配置轉換—失職—收入低下 ○勞力の 單純化 ○機械의 interface
經 費	<ul style="list-style-type: none"> ○國民總所得—總醫療費—情報시스템의 費用 ○安定成長 ○利用者負擔과 國家負擔 ○國際競爭力—外國資本 	<ul style="list-style-type: none"> ○市道民總所得—醫療保健費—情報시스템의 費用 ○利用者負擔과 市道負擔 	<ul style="list-style-type: none"> ○邑面總所得—醫療保健費—情報시스템의 費用 ○利用者負擔—邑面負擔—施設負擔 	<ul style="list-style-type: none"> ○總豫算—情報시스템費用 ○部門의 分配
法律과 條例	<ul style="list-style-type: none"> ○Privacy保護 ○個人人權의 保護 ○新職種·業務範圍의 擴大 ○安全性·醫療過護 	<ul style="list-style-type: none"> ○個人人權의 保護 ○Privacy保護 ○安全性 醫療過護 	<ul style="list-style-type: none"> ○個人人權의 保護 	
教 育	<ul style="list-style-type: none"> ○情報處理關係者의 不足 ○教育方法—施設 	<ul style="list-style-type: none"> ○情報處理關係者의 不足 ○教育施設 		<ul style="list-style-type: none"> ○情報處理關係者의 不足 ○教育·育成
評 價	<ul style="list-style-type: none"> ○評價方法 ○住民 등 關係者의 參加 	<ul style="list-style-type: none"> ○評價方法 ○住民 등 關係者의 參加 	<ul style="list-style-type: none"> ○評價方法 ○住民 등 關係者의 參加 	<ul style="list-style-type: none"> ○評價方法 ○關係者의 參加



3. 開究戰略

事業管理의 意思決定은 情報의 提供에 基礎하고 있으며, 또 效率的인 事業管理는 迅速하고 科學的인 意思決定에서 비롯된다. 이러한 論理에서 볼 때 意思決定에 있어서의 情報의 重要性은 至大한 것으로 情報는 信賴性과 妥当性이 있어야 하며 또 時宜適切해야 함은 물론이다.

그런데 事業管理에 있어서의 意思決定은 最高의 管理者로부터 一級 管理者에 이르기 까지 各級水準別로 多樣하다. 따라서 이들의 意思決定에 要求되는 情報의 內容도 多樣함은 물론이다.

이와 같이 各級水準에서의 事業管理者가 各己 自己의 業務遂行機能과 關聯된 意思決定이 多樣하고 相互 關聯되어 있어 複雜한 一面을 보이고 있으나 대체로 政策樹立機能 (policy & planning), 管理統制機能 (Management Control) 및 運用統制機能 (Operational Control) 과 같이 3가지 類型으로 大別할 수 있다.

이상과 같은 意思決定의 類型을 保健情報體系의 視點에서 볼 때 ① 中央政府水準 ② 市·道水準, ③ 市·郡保健

- uucn ~

所水準 등으로 나누어 볼 수 있으며, 이들 各級水準의 意思決定과 關係되는 情報要求를 보면 다음과 같다.

中央政府水準

나. 政策樹立

- 政策形成 : 目標設定, 實施目標設定
- 資源配分 : 人力, 物質, 財政
- 資源利用 : 人力訓練

나. 管理統制

- 推進戰略 : 實行目標, 運用指針, 選擇基準
- 評價 : 推進상의 能率, 実績, 選擇基準
- 還流 : 政策, 履行

地方政府 (市·道) 水準

나. 管理統制

- 發送의 效果性
- 實行目標設定 : 地域 및 事業別
- 資源配分 : 人力, 物質, 財政
- 資源利用
- 評價 : 実績評價 및 能率評價

市·郡單位水準

가. 管理統制

- 運用指針設定
- 各單位機關에 대한 資源配分
- 評價 : 地域 및 事業別, 選擇基準, 節次上能率

나. 運用統制

- 保健醫療의 質 : 技術的 內容

單位機關水準

가. 運用統制

- 浸透程度 : 地域 및 事業別
- 保健醫療의 質 : 形態的 側面
- 診 斷

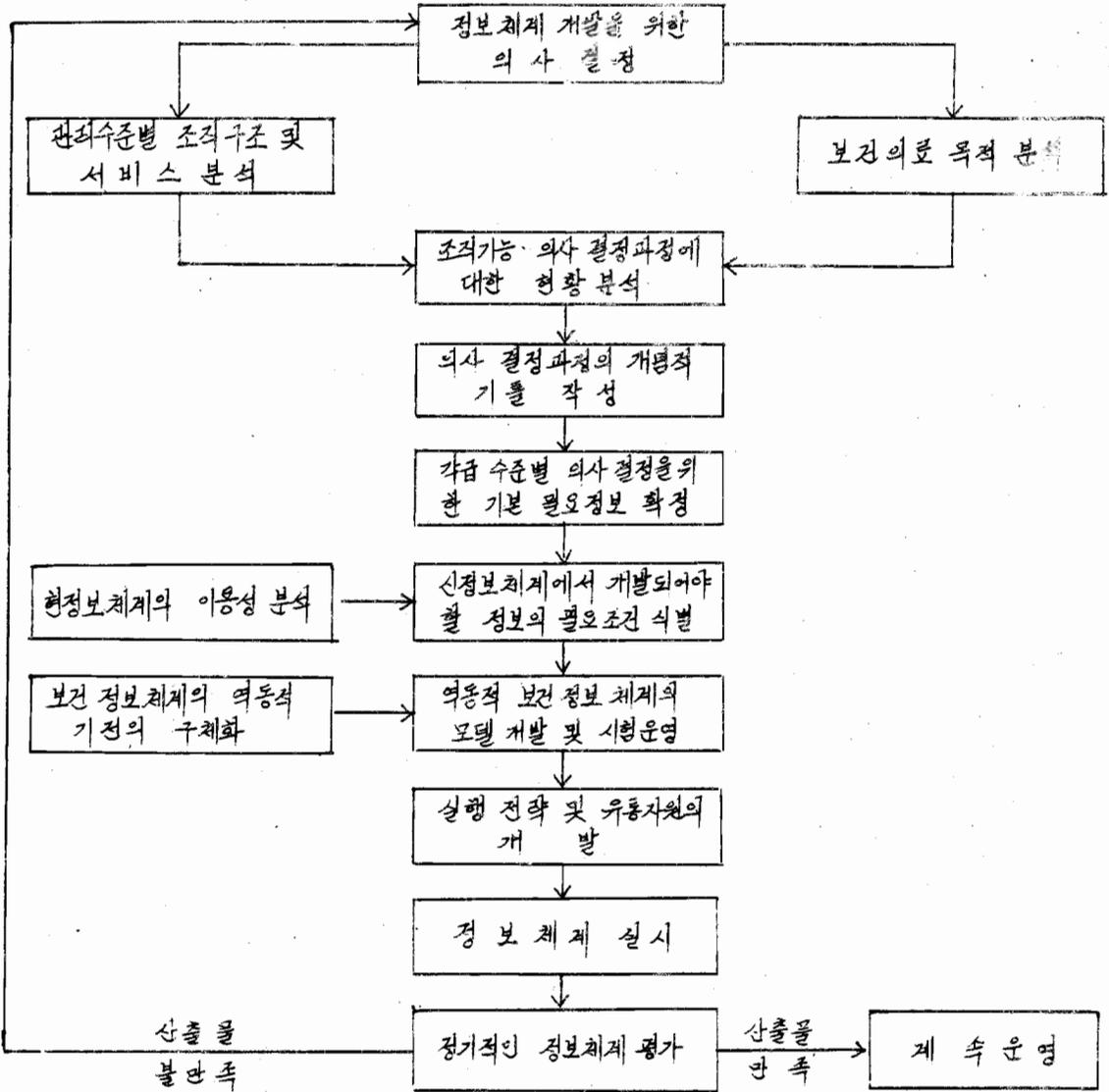
나. 患者管理

- 課業遂行

意思決定의 各段階別로 必要로 하는 事業情報을 体系的으로 蒐集, 提供할 수 있는 情報體系開發을 위한 戰術的인 段階를 크게 分類해 보면 ①現制度에 대한 現況分析 ②새로운 情報體系의 開發 ③새로운 情報體系에 대한 運營評價 등 3段階로 区分할 수 있다.

< 圖 14-1 >

保健情報體系開發을 위한 戰術的 模型

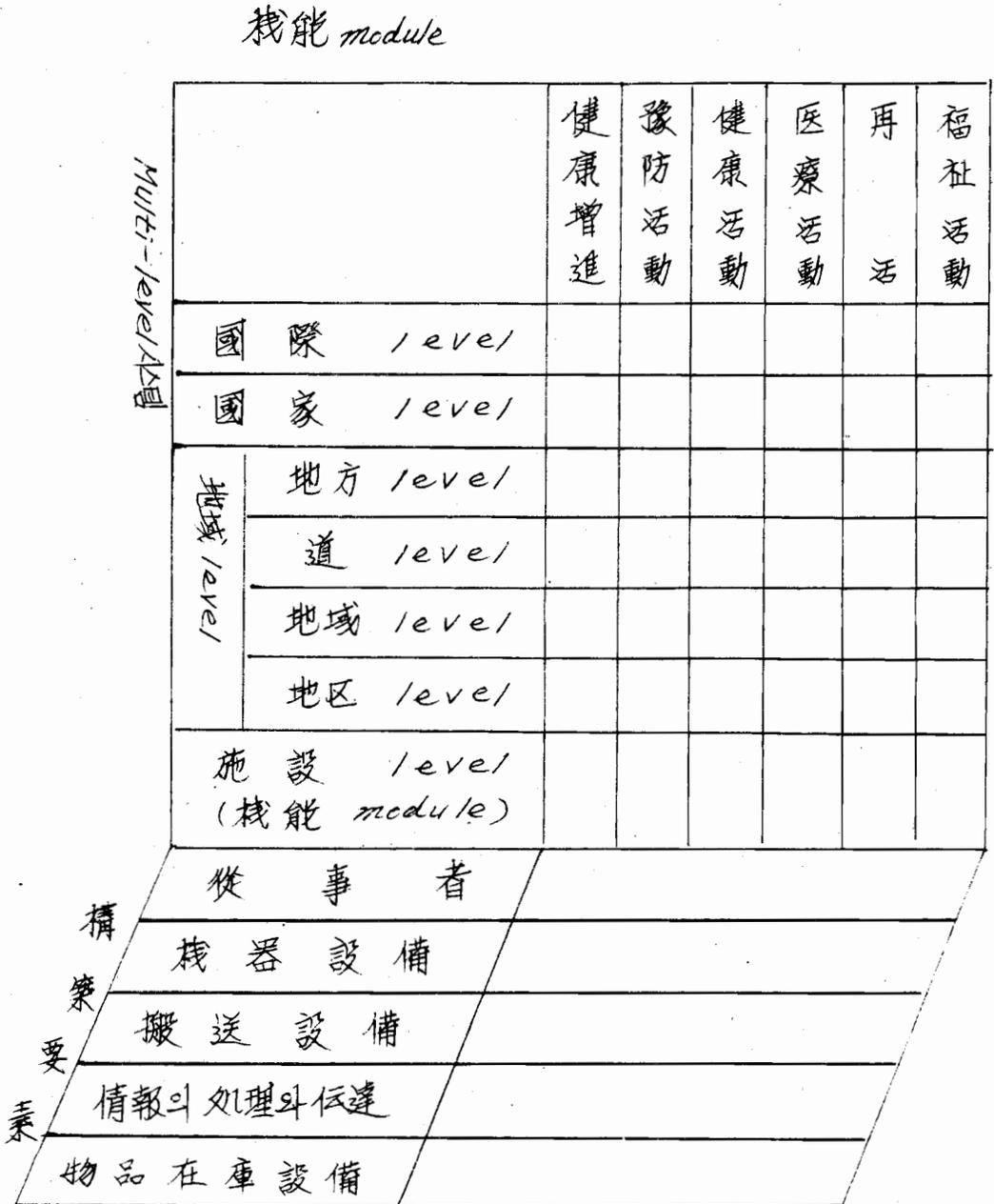


<圖14-1>은 이와 같은 3段階를 全体的인 事業体系 (Total System)에서 包括하고 있어 保健情報体系開發의 基本設計가 全体的인 接近을 可能케 하고 있다.

保健事業体系는 一定의 目的과 機能을 가진 작은 事業体系의 集合體이며, 또 保健事業体系를 構成하고 있는 最少의 基本單位는 機能모듈 (module)로서 現在 保健醫療分野에서는 주로 機能모듈의 方法으로 細部的인 專門分化가 일어나고 있으며 各機能「모듈」마다 이를 構成하는 構築要素 (從事者, 設備機器, 搬送設備, 情報處理等)는 달라지게 된다. 情報体系를 研究開發하는데 있어서는 <圖14-2>에 表示된 機能모듈, 構築要素들을 明記하면서 推進하지 않으면 相互間 對話를 잃게 되고 他構築要素를 疎忽히 함으로서 均衡을 잃은 現實性 없는 開發案이 나오게 된다. 따라서 情報体系를 開發하는데 있어서는 이러한 接近方法을 活用하는 것이 바람직하다.

444~

<圖 14-2> 棧能 module, 構築要素 multi-level 시스템의 相關圖



4. 保健情報의 內容 및 分析評價

(1) 必要保健情報

保健情報體系에서는 國民의 健康管理 및 增進을 위하여 保健事業을 効率的으로 計劃하고 執行하며 評價하는데 必要한 情報을 다루게 된다. 따라서 保健情報의 內容은 그 範圍가 매우 넓고 또 複雜한 것으로 생각되지만 그 內容을 分析해 볼 때 첫째는 健康狀態에 관한 情報이고, 둘째로는 健康狀態에 영향을 주는 直接·間接的인 決定要因에 관한 情報로 分類할 수 있을 것이다. 이를 좀더 구체적으로 살펴보면 健康狀態를 나타내는 것으로는 ①死亡·罹患, ②體位·體力, ③營養狀態 등이 있고 健康狀態에 영향을 미치는 直接的인 決定要因으로서 ①健康醫療서비스, ②保健醫療人力 및 施設 등이 있으며 間接的인 關聯要因으로는 ①生活狀態, ②生活環境 등의 分野로 大別할 수 있다.

이러한 保健情報을 社會的 關心度에 따라 分類해 보면 <表 14-2>에 提示된 바와 같다.

〈表 14-2〉 基本健康指標

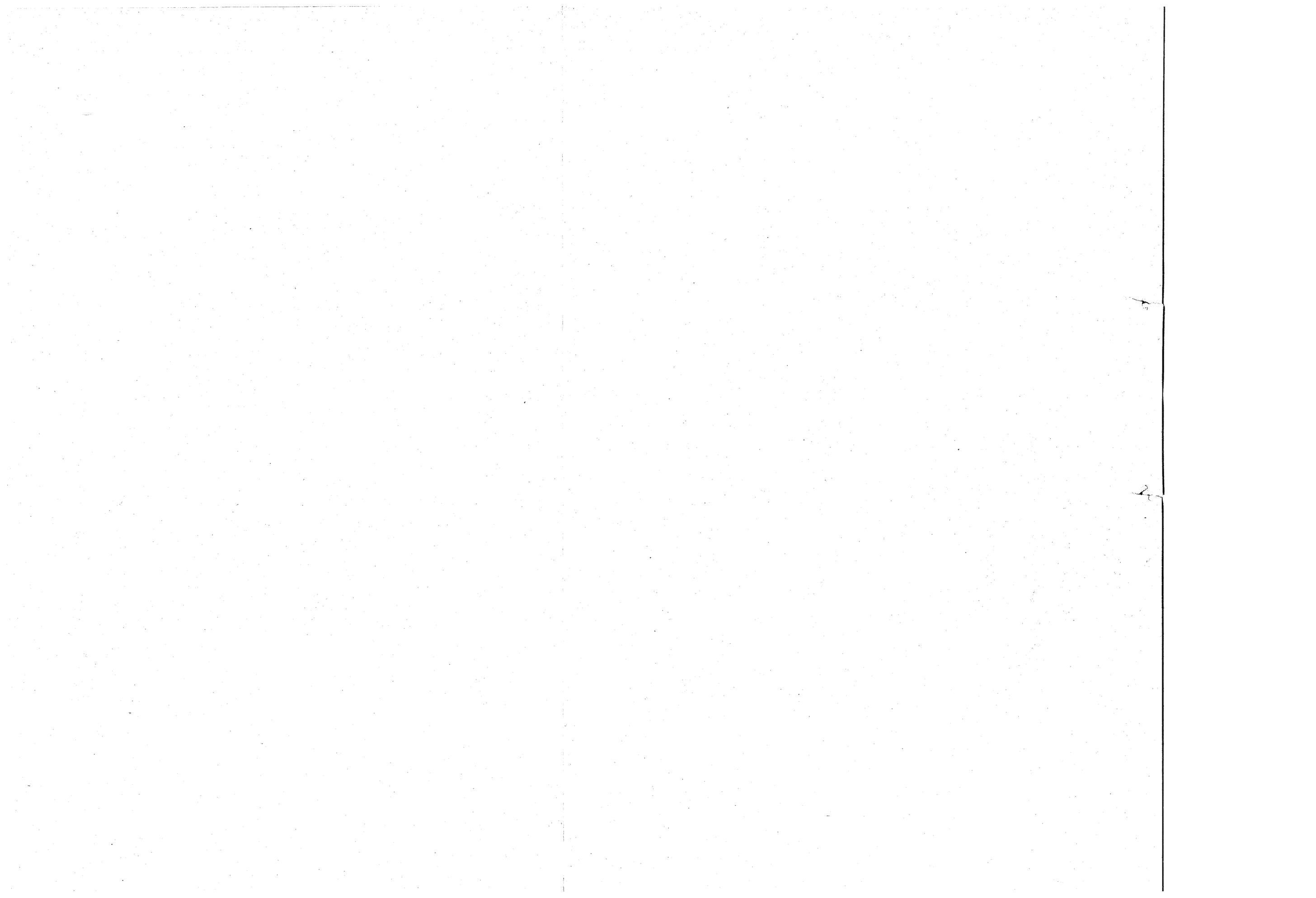
基本社會的觀心事 F.S.C.	副次的社會觀心事 S.C.	副副次的社會觀心事 S.S.C.	指 標
健康하게 長壽하는 것	死亡, 傷病等에 의 한 健康損害程度의 減少	死亡危險의 減少와 그 質의 輕減	死亡率 및 이를 根據로 算出되는 平均餘命 傷病率(入院, 休業, 기타) 및 이를 根據로 算出된 傷病에 의한 機能損失
		精神障碍者數의 減少와 그 質의 輕減	精神障碍者發生率(程度別) 및 이를 根據로 算出된 精神障碍에 의한 機能損失
健康維持, 增進을 위한 社會的 條件의 向上	健康向上을 可能하게 하는 것	上記 5個 S.S.C의 總和	精神率(重度, 中度, 輕度別) 및 이를 根據로 算出된 精神에 의한 機能損失 身障率(程度別) 및 이를 根據로 算出된 身障率에 의한 機能損失
		體位의 向上	上記의 各機能損失合計인 健康障礙損失
		體力의 向上	體位測定值(身長, 體重, 胸圍 등), 肥滿者(兒), 여권사람(兒) 出現率
		生理機能의 向上	體力測定值(握力, 跳躍力, 走力 등)
		總合的 健康의 向上	呼吸機能測定值(肺活量 등), 循環機能測定值(血液, 脈搏, 回復時間 등)
		營養水準向上	健康診斷의 綜合評價
		居住環境의 改善	榮養攝取量
		生活環境의 改善	住宅 1人當 居住面積, 家庭內事故發生率, 水道普及率, 下水道普及率
		生活時間中 餘裕時間增加	交通事故發生率, 勞災事故, 業務上疾病發生率, 環境汚染(大氣 등)
		精神的緊張의 減少	生活時間構成(睡眠, 休養, 運動 등)
醫療水準의 向上	醫療供給量의 增大	醫療施設의 增大	醫療施設數, 病床數(對人口), 醫療施設從事者數(對人口)
		醫療供給量의 增大	患者 1人 1日當 醫療費(實質) 醫療設備裝備率, 醫師, 齒科醫師, 外科 他醫療從事者 1人 1日當 患者數, 患者 1人 1日當 醫療費(實質, 서비스), 總治療行爲回數에 대한 高度, 中度, 輕度の 治療行爲 回數의 比率
精神薄弱者 및 身體 障碍者의 良好한 社會適應	再活援護措置가 必要한 精神薄弱者(以下 障碍者라 함)에 대한 보다 나은 再活援護서비스	醫療의 均等分配 增大	地域別 醫療施設數 病 床 數 對人口 醫療從事者數 受診 率 1人當醫療費 社會的地位(年齡, 業態, 收入, 階級 등) 別 醫師의 治療를 받은 日數 傷 病 日 數
		많은 障碍者의 社會復歸	育成醫療 또는 再活醫療을 必要로 하는 身障者數에 대한 이들 醫療을 受給하는 者의 比率, 補裝具를 必要로 하는 身障者의 補裝具 必要個數에 대한 所持個數의 比率, 再活援護施設에 入所 또는 通所한 必要가 있는 障碍者數에 대한 入所(通所)者의 比率, 在家서 서비스를 必要로 하는 者에 대한 該當 서어비스를 받고 있는 者의 比率
도움을 必要로 하는 老人에 대한 援護의 向上	도움을 必要로 하는 老人을 위한 施設 및 서비스受惠者	많은 障碍者의 社會復歸	障碍者의 就職率
		健康增進活動의 活性化	老人福祉施設入所希望者數에 대한 施設入所者數의 比率 및 在家서 서비스를 必要로 하는 者에 대한 該當서비스受惠者의 比率
健康維持 및 增進을 위한 社會的 條件의 向上	健康維持 및 增進活動의 活性化	健康維持 및 增進活動의 活性化	健康增進活動實施者의 比率, 健康診斷受診者數

註) F.S.C.: Fundamental Social Concern

S.C. : Subconcern

S.S.C.: Sub-subconcern

資料: 國民生活審議會調查部, 社會指標, 1975에서 拔萃



(2) 情報內容의 分析評價

保健事業을 計劃 分析評價하는 데 있어 情報가 有用하게 利用되려면 情報가 質的으로 信賴性 (Reliability) 이 있고 一致性 (Consistency) 이 있어야 한다. 그러나 모든 情報의 生産에는 誤謬가 생겨날 潛在的 要因이 많기 때문에 모든 統計調查活動에서는 가능한 한 誤謬를 最小化함으로서 資料의 信憑性을 높이고 一貫性 있는 調查方法으로 各統計資料의 一致性를 維持하도록 하는 데 力을 두어야 할 것이다.

그런데 既存 保健情報의 組織 및 機能體系로서는 必要로 하는 情報의 內容을 充足시키지 못하고 있을 뿐 아니라 情報資料의 信憑性이나 一致性에서는 매우 不足한 水準에 있음을 알 수 있다.

保健情報體系에서 要求되는 保健情報의 基本內容(總 70種) 중 既存의 保健情報體系에서는 約 56% (39種) 에 달하는 保健정보를 生産하고 있으며 나머지 44% (31種) 에 달하는 保健정보는 새로이 開發되어야 할 情報들이다.

그리고 既存 保健情報의 內容 중 資料의 質的인 側面이나 調査된 對象의 範圍를 볼 때 約 1/3 程度만이 通

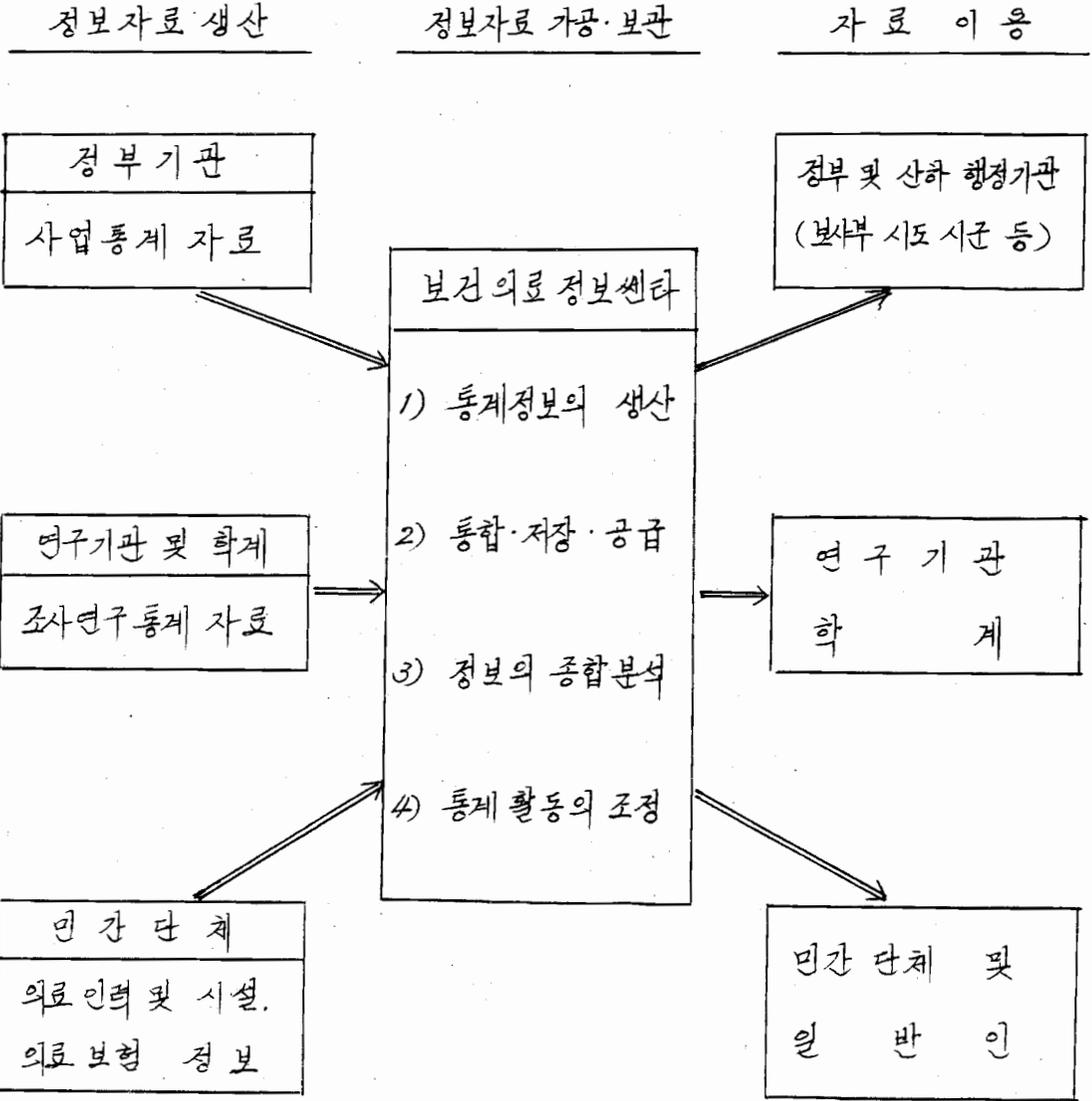
切한 것으로 생각되며, 나머지 3/4에 달하는 保健情報은 補充이나 改善을 必要로 하고 있다.

또 今後 保健情報體系의 改善과 더불어 새로이 開發되어야 할 保健情報에 대한 開發의 優先順位를 保健에 대한 社會的인 關心度 및 效用性이나 國際的인 比較性에 비추어 事前決定토록 해야 한다.

5. 保健情報體系의 模型

現在 保健情報의 資料들은 政府 또는 民衆의 여러 機關에 의하여 蒐集·處理·配布되고 있으나 그 機能이 散漫하여 非效率的이고 또 情報의 效用性이 낮다는 評価를 받고 있다. 따라서 우리나라는 保健統計情報의 效率的인 生産·供給體系의 確立이 切實이 要求되고 있으며 이를 위해서는 單一의 中央機關로 하여금 保健統計活動에 대한 調整의 役割과 더불어 統計情報의 生産 機能을 強化하고 여러 機關에서 蒐集되는 保健情報을 統合, 貯藏, 分析, 供給하는 機能體系를 一元化할 必要性이 있으며 이러한 機能을 擔當하게 될 「保健醫療情報 센터」의 設置가 考慮되어야 한다.

<圖 14-3> 保健情報體系의 機能模型



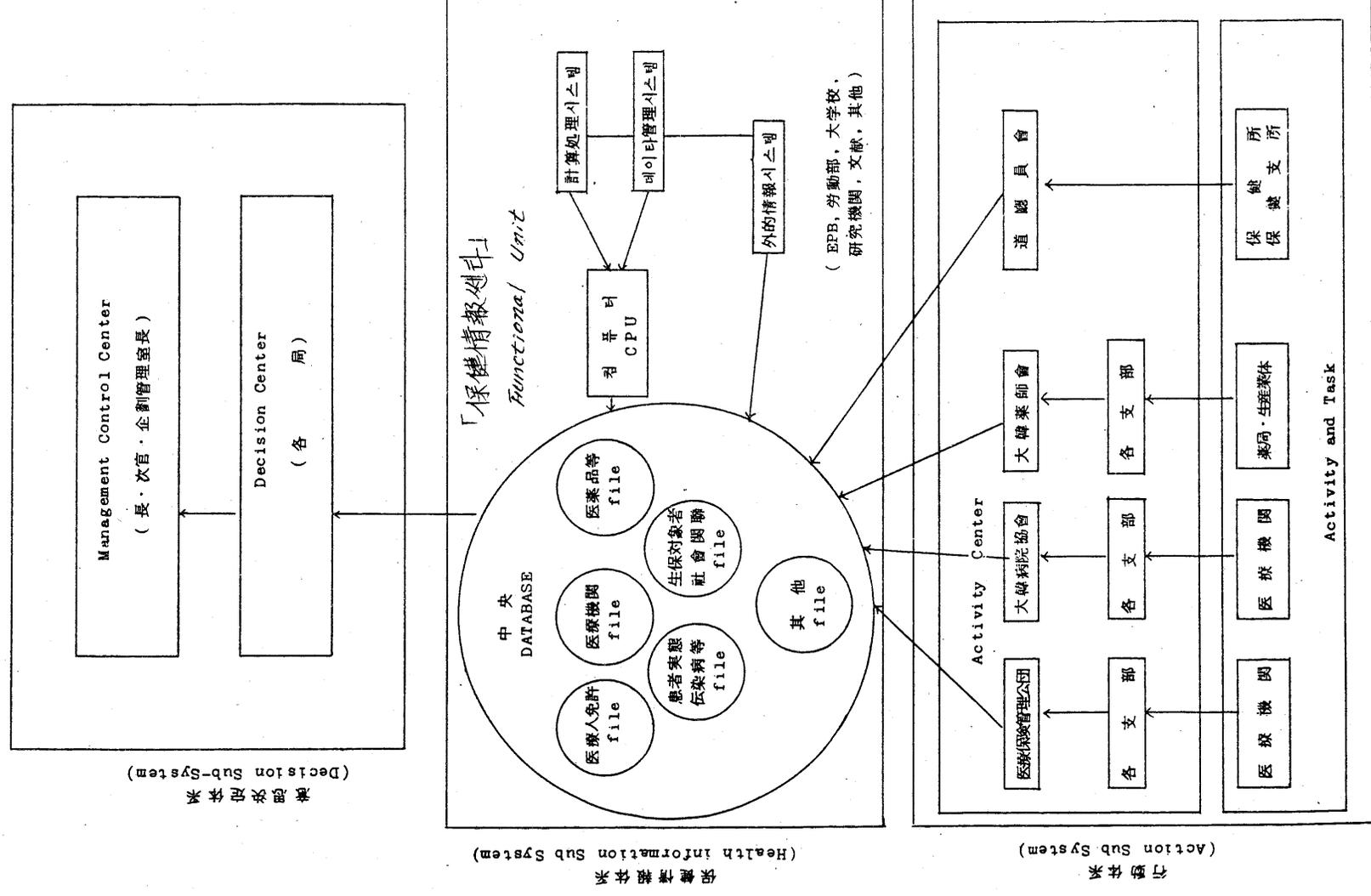
<圖 14-3>은 「保健醫療情報센터」(가칭)를 中心으로 한 保健情報體系의 機能模型을 나타낸 것으로 「保健情報센터」는 情報資料의 加工, 保管, 供給의 役割을 擔當함으로써 保健情報의 利用에 便利를 圖謀한다.

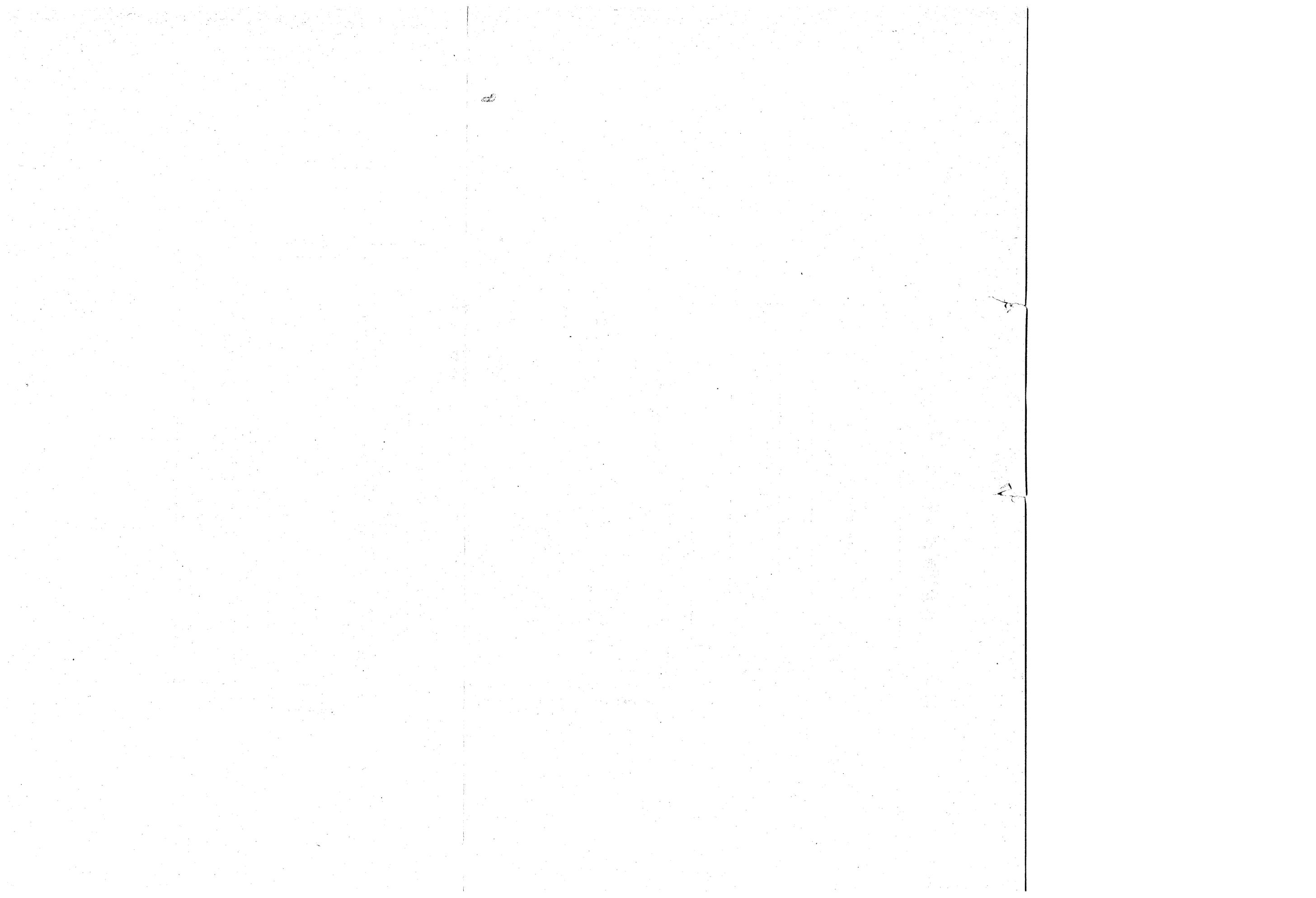
또 <圖 14-4>는 各機能體系別로 圖式化한 것이다. 이는 各種 保健事業의 一線 活動에서 생겨나는 各種 事業統計資料들이 保健情報體系를 經由함으로써 情報化하여 保健政策의 立案 및 管理機能과 意思決定을 위한 道具로 使用되고 있음을 보여주고 있다.

또 「保健醫療情報센터」에서는 保健醫療事業管理에 必要한 保健情報資料의 管理를 事業內容에 따른 各 sub-system 이나 機能모듈別로 分類하여 파일 (File) 을 備置 管理토록 하는 것이 效率적이고 또 活用上에 便利성을 圖謀할 수 있을 것이다.

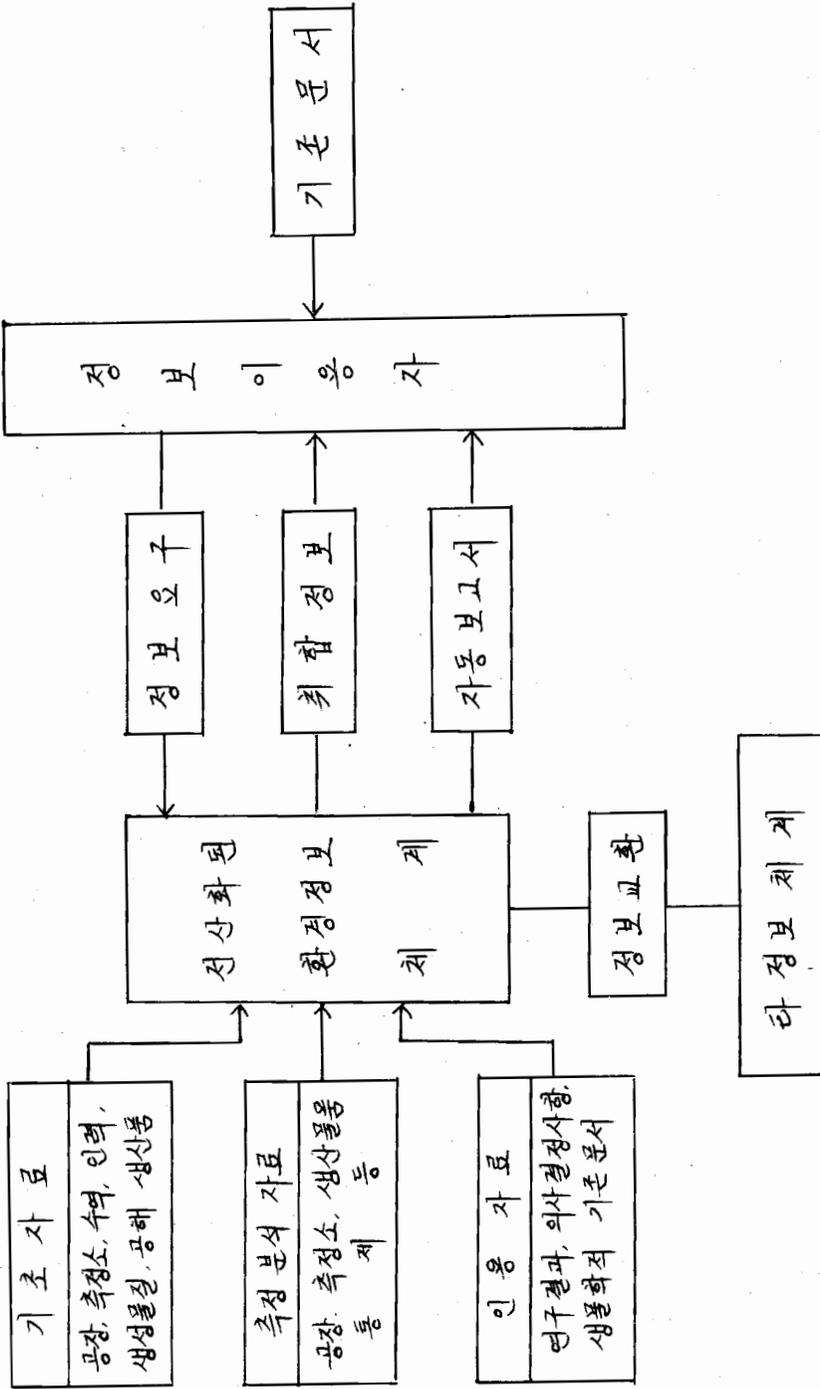
한편 <圖 14-5> 는 環境管理情報體系의 機能模型을 나타낸 것으로 이러한 機能模型은 情報處理에 電算化를 前提로 하고 있기 때문에 情報利用者는 各種, 工場, 公害測定所, 水域, 人力, 公害性物質 및 生産品 등에 관한 基礎資料와 測定分析資料 또는 研究結果의 引用資料 등등

〈图14-4〉 保健管理情報体系の基本言





< 圖 14-5 > 電算化된 環境情報體系圖



~456~

을 그들의 情報要求에 따라 綜合整理된 形態로 提供받을 수 있다.

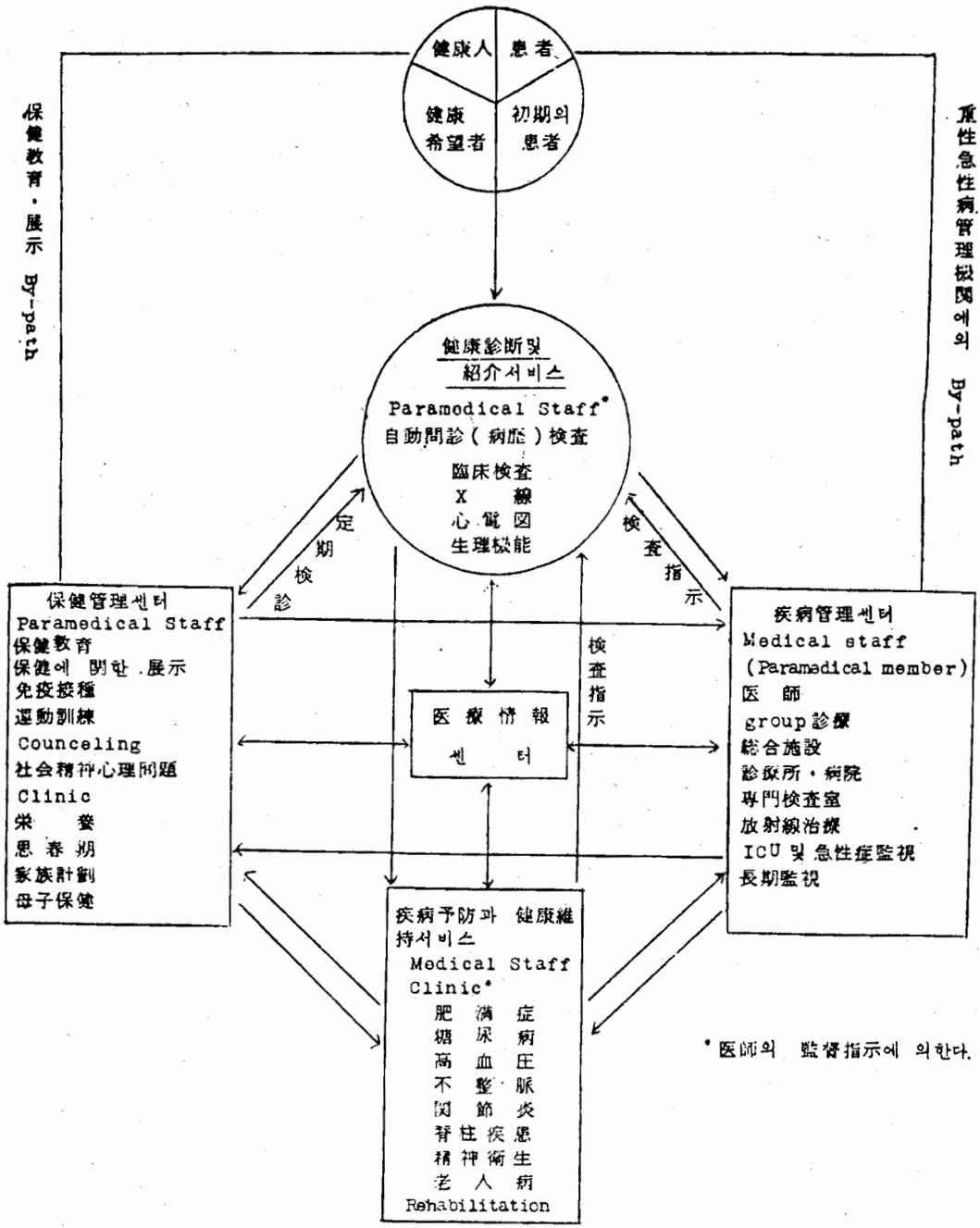
마지막으로 <圖 14-6>은 未來의 保健醫療 서비스 体系의 模型을 나타낸 것으로 여기서도 保健情報의 流通에 있어 「保健醫療情報센터」가 中樞的인 役割을 擔當하고 있음을 보여 주고 있다. 이러한 組織的인 情報流通 体系는 결국 事業의 效率성과 直結될 수 있는 것임으로 그 重要性에 대하여는 再言의 余地가 없다.

第4節 保健情報体系 確立方案

지금까지는 주로 保健情報体系의 開發을 위한 戰略的인 問題가 論議·檢討되었으나 本節에서는 保健情報体系의 開發確立을 위한 具體的인 主要方案들을 提示하고 있다. 이러한 方案들을 實現시키기 위한 段階的인 實行計劃은 앞으로 具體化하여야 할 課題들이다.

效率的인 保健情報体系의 確立을 위해서는 지금까지의 行政統計와 調査統計活動에 있어 浮刻되어온 問題들을 中心으로 技術的인 側面과 組織 및 制度的인 側面에서의 改善策이 講究되어야 할 것이다. 이를 要約하면

<圖 14-6> 未來의 醫療 시스템



資料 : S.R. Garfield: The Delivery of Medical Care, Scientific American, 222 (4)

다음과 같다.

(1) 技術的인 側面에서의 改善方案

가. 保健情報資料蒐集을 위한 基礎整地作業

情報資料는 効率的인 事業遂行을 위하여 有用하게 活用될 때 비로서 그 價値가 發揮되는 것으로 이를 위하여는 情報로서의 必須的 要件인 信憑性, 一致性 및 比較性 등에 있어 높은 水準을 維持해야 한다.

그러나 우리나라에서 生産되는 保健統計情報資料는 어떠한 점에서 볼 때 資料蒐集上의 여러가지 缺陷이나 脆弱點 등으로 인하여 水準以下로 評価되고 있다.

그러므로 資料蒐集上의 問題點 解決을 중심으로 한 基礎的인 整地作業이 先行되어야 할 것이며 그 主要內容으로 ①保健分野의 統計情報에 관한 專門用語의 定義分類, 統合의 概念定立, ②標準화된 記錄 및 報告書式이나 調査票의 開發과 記錄 및 調査指針書作成, ③効率的인 標本管理를 위한 多目的 標本抽出「들」의 設定運用 등이 包含되어야 한다.

나. 保健統計專門要員의 確保와 一線要員의 教育 訓練強化.

大部分의 保健行政統計의 資料蒐集은 一線 保健要員에 의해서 이루어지고 있으나 이를 대부분이 保健統計의 重要性이나 資料蒐集에 대한 充分한 教育·訓練이 되어 있지 않는데다 保健統計資料가 갖고 있는 特性 즉 実績報告의 性格을 띠고 있어 蒐集되는 保健統計資料의 信憑性이 缺如될 素地가 많다. 또 中央에서도 各種 保健統計資料를 取扱하는 專門要員의 不足으로 統計資料의 處理에 어려움이 있는 實情이다. 이러한 점에서 볼 때 一線 保健要員을 대상으로 한 保健統計에 관한 教育·訓練의 強化와 더불어 保健統計專門要員의 育成計劃도 樹立 實施되어야 할 것이다.

한편 統計調査에 있어서도 非標本誤差를 最小限으로 줄이기 위해서는 調査員의 選拔과 訓練에 徹底를 期하도록 해야 할 것이다.

다. 保健統計資料處理의 電算化 誘導

날로 더해가고 있는 保健統計資料處理의 量的인 增加와 內容의 複雜性으로 볼 때 資料處理를 위한 電算處理시스템의 開發導入은 不可避한 것으로 保健分野의 各種 統計資料의 集中處理와 情報流通의 迅速化와 効率化

를 위해서는 單獨的 電算處理 시스템이 導入되어야 할 것이다.

라. 保健統計調查研究活動의 擴大·強化

우리나라는 아직 保健事業의 計劃이나 分析·評価를 위해서 必要로 하는 保健統計情報資料가 充分히 生産되지 못하고 있음은 周知의 事實로 特히 保健統計調查의 活動이 매우 微弱한 實情이다.

(2) 組織 및 制度的인 側面에서의 改善方案

가. 保健統計專担機構의 擴大改編

保健行政統計組織 및 機能이 地方은 말할 必要없이 中央의 경우도 매우 貧弱한 實情에 있다는 것이 保健情報體系의 問題點으로 指摘된 바 있다.

그러나 2000年代를 向한 效率的인 保健情報體系의 確立을 위해서는 적어도 中央에는 保健統計局의 水準으로, 그리고 市·道와 市·郡單位에서는 各各 課外 係水準의 保健行政統計部署로 發展運營되도록 年次的인 計劃이 樹立되어야 할 것이다.

한편 調查統計의 生活活動의 強化나 保健情報流通의 體系化를 위해서는 保健情報를 效率的으로 集中管理할

수 있는 專担機構로서 「保健情報센터」의 設立·運營이 바람직하다. 이 「保健情報센터」는 資料蒐集, 處理分析, 貯藏, 供給의 機能 외에도 統計情報資料生産의 重複回避 및 規格化 등의 調整과 더불어 効率的인 調査統計資料의 生産機能도 갖게 되는 것으로 現在의 韓國人口保健研究院의 機能을 擴大하여 活用하는 方案이 提議될 수 있다.

나. 保健情報の 生産 및 環流體系의 確立

앞서 保健情報體系의 模型에서도 살펴본 바와 같이 情報の 生産뿐만 아니라 環流는 情報の 効率的인 活用이라는 側面에서 볼 때 매우 重要な 要素이다.

이는 資料蒐集處理節次의 改善과 더불어 資料處理의 電算化와 「保健情報센터」의 運營이 正常化될 때 効率的인 保健情報の 生産 또는 環流機能이 促進될 것으로 생각된다.

다. 化工藥品 및 醫藥品의 生産과 流通段階別 統計情報蒐集의 制度化

環境保健學的인 見地에서 볼 때 化工藥品의 生産 및 消費增加는 自然環境의 汚染源으로서 큰 比重을 차지하

고 있고 또 医薬品の生産 및 流通秩序의 紊亂은 醫療費의 上昇과 藥品의 誤·濫用을 誘發함으로써 國民健康에 沮害要因이 될 수 있다. 따라서 保健情報體系의 長期的인 發展計劃에 있어 化工藥品 및 醫藥品의 生産과 流通段階別 統計資料蒐集이 可能하도록 制度的인 裝置가 模索되어야 할 것이다.

라. 保健情報體系의 開發·確立에 所要되는 予算의 確保

아무리 훌륭한 保健情報體系의 開發計劃이 樹立되었다고 해도 이의 實踐을 위한 予算支援이 없이는 實效를 거둘 수 없기 때문에 事業予算確保를 위한 行政措置가 併行되어야 한다.

第3編 西紀2000年の保健医療史

第15章 西紀2000年の保健医療史

第15章 西紀2000年の保健医療 모습

第1節 國民健康水準

1. 傷病樣相

疾病의 構成은 傳染性疾患이 크게 減少하는 反面 予防과 完治가 不可能한 慢性·退行性疾患이 主가 되는 形態로 될 것이다. 慢性·退行性疾患을 보면 老齡人口의 漸增에 따라 老衰疾患이 크게 抬頭될 것이며 癌, 糖尿病, 血管系統疾患, 肥滿症 등이 問題가 될 것이다. 이들 罹患者들이 正常生活을 維持할 수 있도록 管理가 이룩 될 것이다.

傳染性疾患을 보면 水因性傳染病의 發生이 거의 사라질 것이며 結核 및 寄生蟲感染率이 先進國水準으로 低下될 것이다. 그러나 性病은 國家의 徹底한 退治努力에도 不拘하고 性의 開放風潮 및 國際觀光의 普編化로 그 感染率이 低下되기는 어려울 것이다.

海外旅行의 增加에 따라 熱帶病, 特殊性病 혹은 特殊疾病 등의 抬頭가 予想되나 予防 및 管理體系의 強化로 罹患者는 極小化될 것이다.

情報社會化, 産業社會化의 強度로 인해 精神疾患의 增加가 予想되나 放置되는 患者는 減少될 것이다. 各種 安全對策 및 預防對策에도 不拘하고 交通 및 産業의 發達에 따라 事故가 增大될 것이며 이에 다른 不具者가 漸增될 것이나 事後對策의 強化로 正常生活이 可能할 것이다. 經濟 및 工業技術의 急進的인 發展에 따라 職業病이 늘어날 展望이나 産業保健管理가 徹底히 이루어짐으로서 健康한 職場生活을 營爲할 것이다.

2. 死亡水準

豫防 可能한 疾病에 대한 死亡이 顯著하게 減少되어 全體的인 死亡水準은 減少하게 될 것이며 이와 더불어 國民健康水準向上에 따라 2,000년에 出生時 平均餘命은 72歲(男 70歲, 女 74歲) 정도로 延長될 것이다. 이 當時 嬰兒死亡率은 出生 1,000名當 15內外, 母性死亡率은 出生 10,000名當 2內外로 減少될 것이다.

그러나 粗死亡率은 人口 1,000名當 7內外로 現在와 거의 같은 水準을 維持할 것이다. 여기서 嬰兒死亡率 및 母性死亡率이 繼續해서 減少하며, 平均壽命이 延長되는 데도 不拘하고 粗死亡率이 低下하지 않는 理由는 老

齡人口의 增加에 따른 老人死亡者數가 增大되기 때문이다.

3. 一般健康水準

個人衛生 및 公衆衛生水準은 顯著하게 向上될 것이다. 全國民에게 安全水가 供給될 것이며, 都市地域에는 水洗式便所가 모든 家口에 設置되며, 農村地域에는 糞灰處理裝置가 衛生上安全하도록 設置될 것이다. 그리고 保健教育強化 및 教育水準向上에 따라 健康生活化가 達成될 것이다. 物質的豊饒속에서 生命의 尊嚴性이 보다 強調되어 精神的인 健康追求와 아울러 肉體的·社會的 健康에 대한 優先順位가 向上된다. 그리고 健康과 長壽의 價值觀이 高潮되어 適切하고 充分한 營養分을 攝取할 것이다.

快適한 環境에서 餘暇를 善用하는 餘裕있고 즐거운 社會가 造成될 것이다. 公害防止管理對策이 效率的으로 運營되어 大氣汚染, 水質 및 海洋汚染, 騒音公害 등이 適切히 規制되어 環境汚染이 防止되고, 스포츠 및 레저가 生活化되어 健康한 社會가 展開될 것이다.

第2節 保健医療 서비스

1. 서비스

모든 국민은 医療保障을 통해 良質의 保健·医療서비스를 손쉽게 받을 수 있게 된다. 즉 均衡있는 保健医療施設의 地域的 配置에 따라 모든 사람은 生活圈에서 保健医療서비스를 提供받을 수 있게 된다. 그리고 적어도 1次診療는 누구나 保障받을 수 있게 된다.

医療体系가 再整備되어 科學的이며 体系的인 醫療서비스가 提供된다. 이에 따라 1次保健医療의 内実化를 기하여 基本醫療需要를 充足시키며 醫療資源의 效率이 極大化되며, 病院級以上 醫療機關에의 患者集中이 抑制된다. 그리고 早期診斷早期治療가 이루어지고 保健敎育을 비롯한 豫防醫療서비스가 効果적으로 推進된다. 따라서 國民全体醫療費가 節減되며 醫療人間의 過多競争이 止揚되어 公益性있는 醫療서비스가 이루어진다.

특히 1次診療는 家族單位로 家庭医 (Home Doctor or Family Health Doctor)에 登錄되어 相談 및 保健敎育이 重要視되는 醫療서비스가 定着된다. 따라서 國民으로부터 信賴받는 醫療人이 되어 밝고 明朗한

保健醫療서비스가 이루어진다.

醫療人力養成이 質과量 兩面에 成功的으로 推進되어 需要에 適合한 供給을 維持할 것이다. 醫師의 供給(實際活動醫師)은 醫師 1名當人口數가 1982年 現在 2.121名에서 2,000년에는 850名水準이 될 것이며, 醫師·看護員·藥師의 供給對比는 現在 거의 같은 水準에서 2,000년에는 2:4:1의 構成比를 維持할 것이다. 醫療施設은 繼續 擴充될 것이다. 人口 萬名當 病床數는 1982年 現在 17.6에서 2,000년에 35.6水準으로 늘어날 것이다.

醫藥分業體系가 改善되어 藥物誤濫用이 사라질 것이며, 藥品의 流通構造가 改善되어 適正價格이 維持될 것이다.

再治事業이 活潑해지고, 特別 이에대한 公共部門의 活動이 強化될 것이다. 都市計劃이나 公共健物の 建築에 있어서 肢体不自由者가 큰 不便없이 通行할 수 있는 設計가 이루어져 肢体不自由者도 社會參與의 機會가 擴大될 것이다. 그리고 肢体不自由者와 健康한 者와의 意思疏通方法이 發展될 것이다. 障礙者에 대한 一般大衆의 그릇된 思想과 風潮가 없어지고 그들에 대한 理解가

高潮되고, 法的으로 不當한 差別待遇가 極少化되며, 再活에 대한, 投資가 積極的으로 實施되어 그들도 生産的인 삶을 亨有할 수 있도록 支援될 것이다.

保健敎育의 內實化로 健康의 生活化가 이루어질 것이다. 一線 保健要員은 그들의 任務가 어느 分野이건간에 主要活動內容은 保健敎育이 될 것이다. 이를 遂行할 만한 要員의 資質向上이 이루어진다. 그리고 民間醫療人도 治療에 못지않게 患者에 대한 保健敎育이 重視될 것이며, 社會敎育을 통한 保健敎育이 強化될 것이다. 즉 매스. 미디어를 利用한 弘報, 産業場에서의 集團敎育, 새마을運動과 連繫된 保健敎育등이 體系化되어 實施될 것이다. 學校保健敎育이 改編되어 個人健康을 스스로 維持, 增進시킬 수 있는 能力을 어려서부터 程度에 適合하게 段階的으로 學習시켜 健康한 生活를 習慣化시킨다. 保健醫療人을 養成하는 敎育課程도 保健敎育이 大幅 強化되어 그들이 모두 卒業後 保健敎育을 充實히 遂行할 수 있도록 敎育시킨다. 어린 子女의 保健敎育이 家庭敎育을 통하여 어려서부터 段階的으로 實施되도록 父母들에 대한 能力이 開發될 것이다.

精神保健醫療서비스가 治療中心的 醫學에서 벗어나 보다 幅 넓은 豫防과 治療, 再治를 통한 社會的 機能의 回復에 이르기까지 滿足한 水準에 이를것이다.

精神疾患은 近來 人口의 都市集中現象과 急激한 經濟的인 發達 및 近代化過程, 社會의 構造機能的 價値의 變化, 核家族化에 따른 傳統家族規의 變化, 道具化 되어가는 人間의 單純勞動등의 諸要因에 따라 漸々 社會에 큰 課題로 浮上될 것이다. 精神障碍는 그 疾病自體의 慢性的 經過도 問題이겠지만 이 疾患이 미치는 個人, 家族, 社會에 미치는 極大한 影響 때문에 그 管理과 個人의 힘이나 家族의 힘만으로는 極히 困難하다. 個人의 精神病理는 그가 살고있는 社會의 精神病理的 現象과 서로 相關되기 때문에 그 管理에 있어 國家的인 뒷받침이 積極的으로 維持될 것이다.

養老醫療院의 設立으로 老人福祉施設이 拓充될 것이다. 우리나라는 東洋의 傳統文化的 家族規인 孝가 美風思調로 維持되도록 社會教育的 努力이 不斷히 推進될 것이다. 그러나 老齡人口의 漸增現象과 核家族化의 加速化로 인하여, 子女에 의하여 모든 老後生活保障 및 健康保護

가 保障되지 못하는 老齡人口는 그 絶對數가 繼續해서 增加될 것이다. 따라서 이러한 問題의 解決을 爲해 國家 또는 地域社會에서 老人을 爲한 余暇善用과 健康保護를 爲한 公共機關인 養老醫院의 設立이 充實될 것이며 民間團體나 慈善事業家의 이에대한 投資를 誘導하도록 支撥政策이 實現될 것이다. 또한 老人들의 健康管理을 爲한 家庭看護 (Nursing Home Care)가 可能하여 질것이다. 이와같이 老後에 生活保障과 健康保護를 받으면서 老人들이 社會에서 疏外되지 않으며, 尊敬을 받으며, 老人들에게 適合한 役割을 遂行하면서, 享壽를 幸福하게 살아갈 수 있게 된다. 따라서 우리 人間 누구나의 念願인 老後幸福과 長壽가 追求되는 社會가된다.

産業保健管理의 內實化가 이루어질 것이다. 企業主는 産業場内の 施設 및 裝備를 改善하여 安全性을 높혀 産業災害要因을 極小化할 것이다. 産業安全保健法이 勤勞基準法으로부터 分離되어 制度·運營됨으로 産業安全 및 保健管理의 內實化를 기한다. 그리고 産業保健을 爲한 組織과 機能이 強化되어 産業管理要員의 資質向上과 더불어 指導監督體系가 科學化될 것이다. 따라서 모든 勤

前者는 所屬 管理事務所에 登錄되어 定規的인 健康管理를 받으며 産災保險 및 医療保險의 惠拔을 받는다.

科學技術의 發達이 醫療界에도 活用되어 醫療서비스가 보다 科學化될 것이다. 電子産業, 核醫學, 레이저工學, 宇宙工學, 컴퓨터産業등의 發達에 따라 疾病의 診斷과 治療가 보다 더 科學化되어 갈 것이다. 따라서 보다 빠른 早期診斷이 可能해지며 現在 不可能한 難治病도 많은 部分이 治癒可能케 될 것이다. 이에따라 2,000年代에는 大都市別로 最新高価裝備를 使用하여 外來患者를 綜合診療하는 醫療施設이 配置될 것이다. 그리고 이러한 超現代醫學이 國際的으로 신속하게 導入될 것이며 이를 위한 人力養成이 有機的으로 可能케 될 것이다.

母子保健事業이 強化되어 安全分娩이 모든 産婦에게 이루어질 것이며, 幼兒·託兒施設의 補充으로 女性의 社會參與 機會가 더욱 높아질 것이다.

2. 서어비스 管理体系

地域單位의 保健企副體系가 確立될 것이다. 地方自治制의 實現과 더불어 地方自治制의 行政地域單位別로 地方自治下에 保健醫療自治行政體系가 樹立되어 運營될 것이

다. 이는 中央水準, 市道水準, 市郡水準 등의 各階層別로 地域社会開發保健委員會가 組織되어 地域社会 諸特性과 地域医療의 特殊性을 살리기 위하여 該当住民들의 保健 狀態를 增進시키는데 관계되는 一切의 保健医療서비스 및 環境衛生서비스에 대한 企劃, 執行 및 評價業務를 遂行한다. 이렇게 함으로써 地域社会開發의 一環으로 保健事業이 推進되어 地域社会의 自發的參與下에 近代的豫防醫學知識과 技術을 全住民에게 供給하고 住民의 能力 範圍內에서 가능한 最高水準의 良質의 醫療를 손쉽게 받을 수 있게 될 것이다. 특히 可用人的·物的 資源의 活用을 極大化 하므로써 地域社会에 適合하고 能率的인 保健醫療의 供給體系가 運營된다. 그리고 公共保健醫療機關과 民間保健醫療部分間의 機能調整이 効率的으로 이루어 질 것이다. 이와같이 됨으로 地域社会保健企劃이 他開發事業과의 合理的인 連繫關係를 갖추게 됨에 따라서 保健財政의 投資가 單純한 健康을 위한 消費性이라는 一般觀念을 떠나 勞動力生産이라는 經濟的次元에서도 價値가 認定되는 水準에 이를 것이다.

保健管理情報體系가 開發되고 整備되어 迅速하고 正

確切 情報가 報告되고 蒐集되어 事業評價 및 情報流通이 科學化된다. 따라서 保健醫療서비스의 管理階層別 各 邑面水準, 郡單位水準, 市, 道水準, 中央水準別로 開發된 報告樣式에 따라 신속 精確하게 電算化되어 報告되며 이의 評價管理 및 資料生産 그리고 生産된 資料의 還流(Feed-back)가 体系的으로 이루어진다. 그리고 모든 住民의 保健醫療에 관한 申告 및 登錄이 法定期日內에 이루어지는 風土가 造成될 것이다.

醫療費의 間接支拂方法이 開發되어 國民의 醫療費 直接負擔比重이 減少해 질 것이다. 특히 一次診療의 醫療費는 本人負擔率이 大幅 減少될 것이다.

