

21 世紀를 향한 保健醫療 政策課題

金 秀 春 編 著
金 銀 珠

韓國保健社會研究院



머 리 말

최근 世界化의 물결이 거세게 일고 있다. 世界化 趨勢는 交通·通信手段의 눈부신 발전으로 世界의 時間的, 空間的 거리가 나날이 좁아지는 가운데, 國際經濟體制의 영향에서 고립될 수 없는 民族國家들의 生活根據가 一體化하고 있는 데서 오는 필연적 결과라고 할 수 있다. 이와 함께 資源, 에너지, 環境 등의 問題를 해결하기 위해서는 하나의 世界로 대응하지 않으면 안된다는 認識이 확산되고 있다.

世界化는 특히 우리나라의 경우 거역할 수 없는 命題라 할 것이다. 世界의 繁榮 없이는 우리의 發展을 기대할 수 없다는 우리가 처한 特殊性 때문인데, 世界化에는 國民 個個人的 意識에서부터 社會的 慣行과 制度에 이르기까지 근본적 變혁이 필요하다.

21世紀가 곧 다가온다. 世界化라는 추세에 발맞추어 이제 保健醫療도 政策的 方向旋回를 하여야 할 때이다. 前近代의이고 不合理한 個人的 慣習이나 社會的 慣行 또는 制度들이 방치된 채 世界化를 통한 21世紀의 翁비는 꿈꿀 수 없기 때문이다.

本 研究報告書는 우리나라 保健醫療가 지향하여야 할 中長期的 政策課題를 모색하고 있다. 이를 구상함에 있어 그 내용들이 理論的이기 보다는 가능한 한 實質的인 것이 되도록 하였으므로 相關學界, 전문가 및 정부부처 담당관들에게 一讀을 권하고 싶다.

本 研究는 연구책임자 이외에 각 分野의 研究者가 多數 참여하는 共同執筆의 형식을 취하여 완성된 바 이들 執筆陣의 擔當 研究分野를 紹介하면 다음과 같다.

研究總括 및 編著(김수춘, 연구위원: 김은주, 주임연구원)

保健醫療環境의 變化(김수춘, 연구위원)

21世紀의 尖端醫療技術體系(이용수, 동아일보 편집위원)

健康增進(변중화, 연구위원)

營養(김혜련, 책임연구원)

吸煙(한영자, 책임연구원)

飲酒 및 癮藥(류호신, 책임연구원)

事故豫防(김은주, 주임연구원)

慢性疾患, 性病 및 AIDS, 傳染病(이순영, 책임연구원)

精神障礙者(남정자, 책임연구원)

口腔保健(최성욱, 파견 공중보건 의사)

兒童 및 女性保健(박인화, 부연구위원)

靑少年保健(최은진, 임시책임연구원)

老人保健(김진순, 연구위원)

醫療供給體系(송건용, 선임연구원)

醫療保障(김수춘, 연구위원)

洋韓方協診體系(전세일, 연대의대 교수)

21世紀 保健醫療의 政策方向과 推進課題(김한중, 연대의대 교수)

이 研究報告書를 作成함에 있어 研究陣들은 그동안 많은 도움을 준 保健福祉部 關係官과 원고를 읽고 귀중한 論評을 해준 本院의 宋建鏞 博士, 朴仁和 博士께 감사하고 있다.

끝으로 본 報告書에 수록된 내용은 著者들의 個人的 見解이며 本院의 公式見解가 아님을 밝혀둔다.

1994年 12月

韓國保健社會研究院

院長 延 河 淸

目 次

머리말

| | |
|----------------------------------|----|
| I. 序 論 | 9 |
| 1. 研究背景 | 9 |
| 2. 報告書의 構成 | 10 |
| II. 保健醫療環境의 變化 | 12 |
| 1. 人口의 老齡化와 家族週期의 變動 | 12 |
| 2. 人口의 都市化 趨勢 | 13 |
| 3. 就業構造의 變化와 健康問題 | 14 |
| 4. 生活形態의 變化 | 16 |
| 5. 世界化 趨勢 | 18 |
| 6. 地方化 時代 | 19 |
| III. 21世紀의 尖端 醫療技術體系 | 21 |
| 1. 未來 醫療技術의 特徵 | 22 |
| 2. 現代 醫療技術 水準 | 24 |
| 3. 現代 醫療技術의 課題 | 28 |
| 4. 現代 主要疾病들에 關한 展望 | 29 |
| 5. 國內의 醫療技術 水準 | 31 |
| 6. 今後의 課題 | 32 |
| IV. 保健醫療政策의 主要懸案: 現況과 政策課題 | 33 |
| 1. 健康增進 | 33 |
| 2. 營養 | 44 |
| 3. 吸煙 | 52 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| 4. 飲酒 및 麻藥 등 社會病理現象 | 65 |
| 5. 事故豫防 | 77 |
| 6. 慢性疾患 | 90 |
| 7. 性病 및 AIDS | 98 |
| 8. 傳染病 | 106 |
| 9. 精神障礙者 | 113 |
| 10. 口腔保健 | 120 |
| 11. 兒童 및 女性保健 | 136 |
| 12. 靑少年保健 | 150 |
| 13. 老人保健 | 159 |
| 14. 醫療供給體系 | 166 |
| 15. 醫療保障 | 172 |
| 16. 洋韓方協診體系 | 183 |
| V. 21世紀 保健醫療의 政策方向과 推進課題 | 192 |
| 1. 保健醫療의 政策方向 | 192 |
| 2. 主要保健醫療의 政策課題 | 201 |
| 3. 맺는 말 | 211 |
| 參考文獻 | 213 |

表 目 次

| | | |
|--------|---|-----|
| <表 1> | 年度別 各種 事故死의 死亡率 推移 | 80 |
| <表 2> | 損傷 및 中毒外因의 主要死因 死亡率 國際比較(1987, 1989년) | 81 |
| <表 3> | 損傷 및 中毒外因의 主要死因 死亡率 國際比較(1990년) | 81 |
| <表 4> | 交通事故 死傷者 趨勢(1989~1992) | 82 |
| <表 5> | 各國의 年度別 交通事故 死亡者 趨勢 | 83 |
| <表 6> | 慢性疾患에 의한 死因의 相對的 頻度推移 | 91 |
| <表 7> | 年度別 主要 疾病分類別 診療費 推移 | 92 |
| <表 8> | 年度別 人口 1,000名當 慢性罹患率 | 93 |
| <表 9> | 保險者別 豫防保健事業 現況(1992) | 95 |
| <表 10> | 性病醫療保護 指定 醫療機關(1992) | 100 |
| <表 11> | 性病 定期檢診 對象者 檢診週期 및 登錄管理 推移 | 101 |
| <表 12> | AIDS 發生現況 | 102 |
| <表 13> | 法定傳染病의 發生 推移 | 108 |
| <表 14> | 口腔保健行政部署의 變遷過程 | 122 |
| <表 15> | 年度別 齒科醫師, 齒科衛生士 및 齒科技工士 數의 變化推移 | 123 |
| <表 16> | '77年 對比 '93年 醫療保險酬價 引上率 分布度 比較(347%=100) | 128 |
| <表 17> | 保健所長 및 保健支所長 選任 規定의 改善案 | 131 |
| <表 18> | 口腔保健課의 業務 | 132 |
| <表 19> | 兒童人口의 減少推移: 1970~2000年 | 138 |
| <表 20> | 生涯週期別 醫療需要 | 140 |

| | | |
|--------|---------------------------------------|-----|
| <表 21> | 우리나라의 영아 死亡率: 1962~1992年 | 141 |
| <表 22> | 醫療利用水準 推移: 1981年~1992年 | 168 |
| <表 23> | 主要 疾患別 治療 및 再活費用 推計 | 197 |
| <表 24> | 國民의 健康維持 및 增進을 위한 主要 保健事業 領域 | 202 |

圖 目 次

| | | |
|-------|------------------------------------|-----|
| <圖 1> | 事故防止에 대한 5段階說 | 85 |
| <圖 2> | 中央과 地方 一線 口腔保健 行政機構의 新設 및 業務 | 130 |
| <圖 3> | 醫療技術의 發展方向(예: 心臟疾患) | 198 |
| <圖 4> | 醫療體系의 概念的 模型 | 206 |

I. 序 論

1. 研究背景

光復 1945년부터 起算하여도 우리나라 近代的 保健醫療 역사는 50년에 이른다. 한 나라의 保健醫療制度는 그 나라의 특유한 社會的, 經濟的, 政治的, 文化的 所産임은 두말할 필요조차 없을 것인데, 우리의 경우에도 半世紀에 걸친 韓國社會의 흐름을 그대로 반영하여 生成과 發展을 거듭하면서 오늘에 이르렀다.

그간 歷史的 所産으로서의 保健醫療는 국민보건을 향상시키는데 지대한 공헌을 하였다고 평가하여도 좋을 것이다. 平均壽命은 1970년에 63.2歲이던 것이 1991년에는 71.4歲로 불과 20여년 사이에 8.2歲나 신장되었고, 영아사망률은 1970년의 千名當 53.0에서 1992년에는 12.8로 격감하였다. 그 밖의 保健醫療指標들도 국민의 健康水準이 꾸준히 향상되고 있음을 보여 주고 있다.

이같은 바람직한 結果들을 전적으로 保健醫療의 공적으로만 돌리는 것은 물론 옳지 않지만, 상당부분이 그의 몫이어야 함도 부인할 수 없는 사실이다. 近代化 過程에서 어쩔 수 없이 파생되는 健康破壞, 疾病, 環境變化 및 貧困의 惡循環과 같은 社會問題 등에 만족스럽지는 못하지만 社會的 責任을 통감하며 나름대로 최선을 다하여 對應하여 왔기 때문이다.

그런데 오늘의 保健醫療라는 所産을 존재하게 한 社會的, 經濟的, 政治的, 文化的 條件들이 급격히 변화하고 있다. 都市化의 進展, 所得水準의 향상, 科學技術의 進步, 情報社會化, 價值觀의 多樣化, 生活意識의 變化 등 보건의료를 둘러싼 環境이 숨가쁘게 변모하고 있는 것이다. 이같은 現狀들은 이미 先進諸國이 공통적으로 경험한 바다. 問題는 우리나라의 경우

變化의 內容보다도 그 速度가 엄청나다는데 있을 것이다.

‘史上 類例가 없는’ 또는 ‘일찌기 人類가 경험하지 못한’과 같은 修辭들이 절대로 誇張이 아님을 우리는 본다.

지어도 지어도 부족한 住宅, 넓히고 넓혀도 車들로 넘치는 道路, 치위도 치위도 쌓이는 쓰레기, 넘치고 넘치는 情報量, 주어도 주어도 끝이 없는 要求에서 보는 것처럼 우리 社會는 既存 制度로는 감당하기 곤란할 정도로 급변하고 있다.

여기에 世界化의 거센 물결이 덮치고 있다. 우리 民族이 세계속의 韓國으로 살아남기 위해서는 새로운 生存戰略이 필요할 때다. 이제 21世紀를 목전에 둔 이 時點에서 保健醫療 部門도 인간과 사회의 변화를 정확하게 評價하고 國民保健의 미래를 통찰함으로써 새로운 進路와 目標 그리고 그에 도달하기 위한 方法論을 확립하지 않으면 안될 것이다.

2. 報告書의 構成

이 報告書는 다섯 章으로 이루어져 있다. 報告書를 구성함에 있어 전체적인 構圖는 가급적 脈絡이 유지되면서도 각 章의 獨立性을 살리는 쪽으로 틀을 잡았다. 따라서 관심있는 分野를 선별적으로 읽는다고 하여도 이해하는데 별 支障이 없을 것이다.

第Ⅱ章 保健醫療環境의 變化는 社會的 變化에 초점을 맞춰 保健醫療를 둘러싼 環境條件이 어떻게 변하여 왔고, 앞으로의 推移는 어떠한지를 고찰하고 있다. 人口構造, 就業構造, 生活形態의 變化, 그리고 世界化와 地方化의 趨勢가 보건의료에 미칠 영향 등이 그것이다.

第Ⅲ章 21世紀의 醫療技術體系는 未來의 醫療技術이 펼쳐줄 경이적인 모습을 그려주고 있다. 未來 醫療技術의 특징을 살펴본 다음, 現代醫療技術 水準이 診斷, 治療, 醫療情報의 諸側面에서 어느 段階에 와 있는지를 밝히고 있다. 그리고 현대의료기술의 課題와 主要疾病들을 극복해 나아

가는 장래의 모습을 조망한 다음 우리나라의 醫療技術水準과 戰略的 課題를 제시하고 있다.

第IV章 保健醫療의 主要懸案에서는 오늘의 保健醫療가 당면한 分野別懸案들이 무엇인지를 살펴보고 있다. 健康增進부터 洋韓方協診體系에 이르는 16個 分野가 망라되어 있는데, 각 분야는 政策의 必要性, 現況과 問題點, 今後의 課題, 施行方案 등 네부분으로 구성되어 있다.

마지막 第V章은 21世紀의 保健醫療의 政策方向과 推進課題를 다루고 있다. 政策方向으로 衡平과 效率의 조화, 民間部門의 창의적 경쟁에 의한 醫療시스템의 革新, 政府의 財政機能 강화, 費用效果的 醫療技術의 정착, 醫療倫理의 정립을 제시한 다음 주요 政策課題를 밝히고 있다.

II. 保健醫療環境의 變化

1. 人口의 老齡化와 家族週期の 變動

뚜렷한 社會的 變化의 하나로 이른바 人口革命이라 불리는 人口現象의 變動을 꼽을 수 있을 것이다. 이는 出生率과 死亡率의 급격한 저하라는 二元的 傾向으로 나타나는데, 그 結果로 평균자녀수의 감소, 평균수명의 연장, 인구구조의 高齡化와 같은 近代의인 人口動態가 실현된다.

1991年 統計廳의 『將來人口推計』에 의하면 2000年의 우리나라 總人口는 4,679만명에 이를 전망이다. 人口構造의 變化를 年齡 3區分別로 보면, 0~14세의 少年人口는 1990年에 25.8%였던 것이 2000년에는 21.2%로 감소하고, 2021년에 이르면 다시 15.8%로 감소하게 된다. 반면 15~64세의 經濟活動人口는 1990年の 69.2%에서 2000년에는 72%로 증가하였다가 당분간 그 水準을 유지할 것으로 展望된다. 한편 65세 이상의 老齡人口는 계속 증가하여 1990年の 5%에서 2000년에는 6.8%, 그리고 2020년에 이르면 全體人口의 12.5%를 차지하게 된다.

이같은 變化로 볼 때 扶養比는 1990年の 44.5%에서 2000년에는 38.8%로 감소하였다가 서서히 증가할 것이다. 2000年 이전의 扶養比 減少는 出產水準의 저하에 의한 것이고, 그 이후의 增加는 老齡人口의 증가에 기인한 것이다. 幼年扶養比는 1990年の 37.3%에서 2000년에는 29.4%, 2021년에는 22.2%로 감소할 전망이다. 그러나 老齡人口扶養比는 1990年の 7.2%에서 2000년에는 9.4%, 그리고 2021년에는 18.4%로 急増할 것으로 보인다.

우리나라의 扶養比는 少年人口의 比重이 높은 開發途上國이나 老齡人口의 比重이 높은 先進諸國에 비하여 상당히 낮은 편이다. 이같은 人口構

造上의 好條件이 지금까지의 經濟發展을 뒷받침한 要因의 하나임은 두말할 필요가 없다. 그러나 短期間에 人口轉換을 이룩한 우리나라는 앞으로 세계에서 유례가 드문 빠른 속도로 人口가 老齡化하는 현상을 피할 수 없을 것이다. 이에 따라 生産年齡人口의 比率은 점차 低下하는 반면, 그 扶養負擔은 더욱 증대할 것이다. 21世紀에 예견되는 人口構造의 급격한 변화는 社會變動 가운데서도 가장 중요한 일면이 되어, 금후 保健醫療, 福祉, 年金 등 社會保障 전반에 걸친 대책이 행정의 急務가 될 것이 틀림없다.

2. 人口의 都市化 趨勢

다음으로 중요한 社會變動은 人口의 地域的 移動이다. 人口의 年齡構造의 變化를 立體的 變化라고 한다면, 地域的 移動은 平面的 變化라 말할 수 있을 것이다. 人口分布는 기본적으로 出生 및 死亡이라는 人口動態 要因과 移動이라는 社會的 要因에 의해 결정되지만, 經濟發展에 따른 産業化·都市化가 급속히 진행되는 사회에서는 移動要因이 결정적으로 작용하기 마련이다.

지금까지 우리나라의 地域的 人口移動은 都市地域 특히 6대도시지역 및 수도권 지역에 대한 人口集中과 農村地域人口의 상대적, 절대적 감소라는 두가지 특징을 보여주고 있다. 그 결과 都市化率은 1970年の 41.2%, 1980年の 57.3%, 그리고 1990년에는 74.4%로 급상승하여 全體人口의 ¼이 都市地域에서 생활을 영위하는 都市社會로 변모하였다. 특히 首都圈地域人口는 全體人口에서 차지하는 비율이 1970年の 20.8%에서 1990년에는 42.7%로 급증하는 人口集中現象을 보이고 있다.

이같은 成長趨勢는 21世紀 초반까지 지속될 것으로 예상된다. 특히 首都圈地域人口는 全國人口 성장률을 상회하는 급증현상을 보여 2020년에 이르면 이 地域에 2,691만명이 集積되어 全體人口의 52.3%를 차지하게 될 것이다.

都市地域人口도 産業化의 進行으로 지속적으로 성장할 것이다. 이에

따라 郡部地域人口의 絶對數 감소현상은 더욱 심화하여 地域間, 더욱이 市·郡地域間의 人口分布에 심한 不均衡 現象이 야기될 것으로 보인다.

全國人口에서 서울시 인구가 차지하는 比率은 1960年の 9.8%에서 1990년에는 24.4%로 급증하였으나, 이같은 增加趨勢는 둔화되어 2020년에 이르러도 24.7%에 머물 것이다. 그러나 首都圈地域과 6대 도시지역을 합한 人口의 構成比는 1990年の 61.5%에서 2000년에는 67.1%, 그리고 2020년에는 72.0%에 이를 것으로 추정된다.

이같은 趨勢는 21世紀에 들어서도 5대 도시 및 수도권 人口의 비대현상이 계속되리라는 것, 그리고 상대적으로 道地域人口는 감소할 것임을 말해준다.

이같은 극단적인 都市化는 交通, 公害, 쓰레기 등 도시환경문제와 함께 保健醫療環境의 整備라는 새로운 問題를 提起할 것이다.

3. 産業構造의 變化와 健康問題

1960年代 이후의 지속적인 高度經濟成長에 따라 우리나라는 勞動市場에 있어서의 需要와 供給의 均衡이 현저하게 변화함과 동시에 就業構造에도 큰 변화를 가져왔다. 즉 農業을 비롯한 第1次 産業 就業者의 상대적, 절대적 감소, 제조업 등을 중심으로 한 非1次産業 就業者의 激增, 從事上 지위별 構成比에 있어서의 被雇用者 비율의 상승, 그리고 企業規模別 취업자 구성비에 있어서의 小規模, 영세기업 비율의 低下現象 등이 그것이다.

이것은 이른바 就業構造의 近代化 경향을 나타내는 것으로, 금후에도 農業을 중심으로 한 第1次産業 就業者의 비율은 격감하고, 第2·3次産業 就業者가 증가하는 先進國型 취업구조로 계속 이행할 것으로 보인다.

統計廳의 『1993 經濟活動人口年報』에 의하면 總就業者數 19,203천명 중 농림어업 등 第1次産業 취업자의 비율은 14.8%, 광업·제조업 등 第2次産業 취업자는 24.1%, 그리고 사회간접자본 및 서비스업 등 第3次産業 취업자는 61.0%인 것으로 나타나고 있다. 1975年の 취업자 비율은 第1次産業

이 45.9%, 第2次産業이 19.1%, 그리고 第3次産業은 35.0%였다. 따라서 20년이 채 안되는 짧은 기간 동안 우리나라의 第1次産業 비중은 1/2 이하로 격감하고 있다. 그러나 第2次産業은 1990년의 27.3%를 정점으로 하여 점차 감소하고 있다.

從事上の 지위별 구성을 보면 個人經營으로부터 法人經營으로 이행하기 때문에 自營業主와 가족종사자의 비율이 저하하는 반면, 被雇用者의 비율은 상승하는 경향에 있다. 가장 두드러진 변화는 가족종사자와 被雇用者의 急減과 急增現象일 것이다. 가족종사자는 농업의 침체를 반영하여 1975년의 25.5%에서 1993년에는 10.7%로 급감한 반면, 이 기간동안 被雇用者는 40.6%에서 60.9%로 급증하고 있다. 이같은 傾向은 금후에도 계속되어 이들간의 兩極化 현상은 더욱 심각해질 것이다.

한편 就業人口構成의 변화를 年齡別로 보아도 우리 사회가 겪고 있는 극심한 變動을 쉽게 알 수 있다. 불과 10년도 안되는 지난 1985년만 하더라도 農林·漁業部門에 있어서의 29세 이하의 就業者 比率은 15.2%였고, 60세 이상은 15.1%에 지나지 않았다. 그러나 1993년에 이르면 그 比率은 각각 4.8%와 30.6%로 急減, 急增하여 농업노동력의 極端的인 老齡化 現象을 나타내고 있다.

지금까지 70年代 이후의 우리나라 就業構造가 經濟成長의 과정에서 어떻게 변화하여 왔는가를 살펴보았다. 한 나라의 就業構造는 그 나라에 특유한 經濟·社會的 조건에 따라 規定되기 마련이다. 즉 장기적으로 보면 就業構造의 변화, 기술적 변화, 勞動力 構成의 변화, 所得水準의 변화, 教育水準의 변화, 就業選擇行態의 변화, 그리고 산업간·직업간의 생산성 격차같은 要素인에 의하여 변용하여 갈 것이다. 21世紀의 就業構造는 先進國의 예에 따라 「資源消費型」 産業構造에서 「知識集約型」 산업구조로 어쩔 수 없이 이행할 것이고, 保健醫療 環境의 변화는 다양한 價値觀과 欲求의 개성화에 여하히 대응하여야 할 것인가 하는 복잡한 社會問題를 제기하게 될 것이다.

4. 生活形態의 變化

經濟의 高度成長으로 國民의 所得水準이 현저히 상승함에 따라 대다수의 國民이 私的 消費面에서 풍족한 생활을 영위하기에 이르렀다. 또한 技術革新의 進展, 經濟의 大型化와 組織化, 産業構造의 高度化, 情報量의 增大 및 國際化의 급속한 進展 등으로 國民의 일상적 生活樣式, 意識, 價値觀 등에 커다란 영향을 미치고 있다.

統計廳의 『韓國經濟指標』에 따라 都市勤勞者 세대의 家計支出을 GNP 디플레이터(GNP Deflator)를 적용하여 불변가격으로 환산하면 1977년에 所得이 274,352원이던 것이 1992년에는 874,339원으로 거의 3.1배가 증가하고 있다. 한편 家計支出도 수입의 증가를 반영하여 같은 기간동안 225,130원에서 649,710원으로 약 2.9배나 대폭 증가하고 있다. 이에 따라 所得에서 支出을 뺀 黑字額의 비율은 1977년의 18.6%에서 1992년에는 27.9%로 안정된 伸張을 나타내고 있다.

이와 같이 所得과 消費水準이 상승하는 과정에서 消費生活의 내용은 社會化, 레저화하여 이른바 都市的 生活形態로 均質化된다. 生活形態의 변화의 또 하나의 特色은 전체 생활면에 있어 自由選擇의 범위가 확대된다는 것이다. 이것은 단순히 商品의 選擇에 머물지 않고 日常生活의 行動圈은 물론이고 레저활동의 範圍 그리고 海外旅行에 이르기까지 廣範圍로 확대된다.

그러나 生活이 풍요로워지는 반면에 物價高와 地價上昇에 따른 住宅難, 社會적 共同施設의 불편, 교통사고, 廢棄物에 의한 環境破壞 등 인간다운 生活을 영위하는 데 방해가 되는 각종 生活障害가 심각하게 발생하게 된다. 國民의 意識도 단순히 物質的인 풍요로움을 추구하는데 머물지 않고 精神的인 것을 포함한 인간다운 삶을 요구하게 되어, 이에 대응한 物的, 社會的인 人間環境을 어떻게 구축하는가가 앞으로의 커다란 課題가 될 것이다.

한편 人口의 都市集中化 과정에서 가족구성은 核家族化하였다. 核家族

세대는 가족 상호간의 結束을 기반으로 구성된 傳統的인 家族制度에서 해방되었으나, 동시에 孤立化하고 不安定한 것이 되었다. 核家族에 있어서는 疾病이나 事故 등으로 부담이 생기면 不安定性이 顯在化한다. 生活經驗과 適應力이 부족하여 가족의 狀況이 조금만 악화되어도 위기에 빠지게 되는 것이다.

도시적 生活形態가 정착되면 家庭에서의 노인의 역할이 감소되어 그 地位는 저하된다. 그 결과 가족내의 扶養意識의 변화, 保健問題, 불충분한 所得保障制度 등 노인을 둘러싼 諸要件이 악화되어 老後生活에 대한 불안이 높아진다.

技術革新은 經濟成長의 원동력이 되어 所得과 消費水準의 향상을 가져왔으나, 국민의 소비생활이 고도화함에 따라 再活用할 수 있는 물건이 廢棄物로 배출되는 이른바 1回用的 消費形態가 일반화하고 있다. 이와 함께 家電製品 등 내구소비재의 폐기에 의한 廢棄物의 질의 多樣化 및 極大化와 양적 증대라는 결과도 초래되고 있다.

도시화와 함께 진전된 交通革命도 국민생활에 큰 變化를 가져왔다. 특히 대도시의 경우 出退勤에 장기간을 요하는 道路交通의 정체현상이 극심하여 國民保健問題로까지 거론되고 있다. 이는 自動車의 보유가 大衆化함에 따라 그 수가 급격히 증가한데 대하여 道路供給은 그에 뒤따르지 못했기 때문인데, 이제는 거의 飽和狀態에 도달하고 있다. 그 결과 주택가 에까지 自動車가 밀려와 어린이의 交通事故를 증가시키는가 하면 배기가스, 騒音 등 자동차 공해에 의해 保健環境은 크게 위협받고 있다.

한편 加工食品 및 인스턴트 식품의 濫用 등 食생활의 변화에 따른 營養 밸런스의 喪失, 農藥 및 食品添加物 등에 의한 健康被害도 심각한 社會問題로 등장하고 있다.

이상과 같이 60年代 이후의 급속한 經濟成長으로 우리는 빈곤을 극복하고 物質的으로 풍요로운 生活水準을 이룩하는데 성공하였으나, 반면에 日常生活은 온갖 不安과 危機感으로 차 있는 것이 숨김없는 現實이다.

5. 世界化 趨勢

최근 世界化의 거센 물결이 일고 있다. 地域單位의 經濟統合이 이루어지는 데서 진일보하여 國境없는 經濟社會의 새로운 질서를 모색하는 世界貿易機構(WTO)가 태동하고 있다. 이같은 추세는 地球環境의 보전, 삶의 질 향상, 脫貧困化, 에이즈 퇴치 등과 같은 問題解決을 위해서는 世界的 차원에서의 協力體制가 필연적으로 요구되기 때문이다. 특히 貿易入國을 표방하고 있는 우리나라로서는 평화로운 國際環境과 건전한 地球環境 속에서 세계경제의 持續的, 安定的 成長에 의해서만 발전을 기대할 수 있을 것이다. 따라서 急變하는 세계에 能動的으로 대처하고, 변화와 미래에 동참하기 위한 世界化의 政策開發은 냉엄한 國際競爭社會에서 우리가 살아남기 위한 21世紀 生存戰略으로 이해되어야 한다.

保健醫療部門이 차지하고 있는 세계속의 현 位置를 보면 世界化와는 상당한 거리가 있음을 알게 된다. 우선 保健醫療에 대한 財政投資가 저조하다. 이에 대한 1993년의 재정투자는 政府財政의 1.6%에 불과하여 先進國의 4.0% 수준에 크게 미치지 못하고 있다. 그 결과 民間部門에 크게 의존하여 의사의 83.0%와 병상의 85.4%가 民間部門에 集中되어 있는 등 公共·民間部門間的 醫療資源의 不均衡이 극심하여 低所得層을 위한 공공 서비스 供給基盤이 미흡하다.

한편 保健醫療產業構造가 先進國에 비하여 落後性을 면하지 못하고 있다. 生命科學 등 첨단 保健醫療技術의 해외의존도는 약 80% 수준에 이르고, 식품, 의약품, 의료기기 등의 輸入規模는 수출액의 약 2배로 貿易逆潮가 점차 심화되고 있다. 또한 中小企業 중심의 취약한 保健醫療產業構造로 인하여 製藥產業의 경우 연구비 투자비율이 매출액의 3.3%에 불과한 실정이다. 참고로 先進國을 보면 美國과 獨逸이 15%, 日本은 12%에 달하고 있다.

이같은 여건을 방치한 채 世界化와 開放化의 물결 속에서 21世紀를 맞이한다면 保健醫療部門의 앞날은 그리 밝지 않을 것이다. 의료기기 및

의약품 등 保健醫療와 관련된 상품의 輸入이 더욱 촉진되어 우리나라는 先進國의 기술과 자본에 완전히 예속되고 말 것이다. 또한 외국자본의 保健醫療시설이 국내에 진출한다는 保健醫療의 국제화 현상이 발생할 것이다. 이 경우 국내의료시설은 대부분이 中小企業 규모에 지나지 않은 실정이며 先進國의 대자본이 保健醫療施設의 건설과 운영에 참여한다면 그 競爭은 더욱 극심해질 것으로 예상된다.

6. 地方化 時代

1995年 6月로 예정된 地方自治團體長 선거가 실시되면 우리나라도 본격적인 地方化 時代를 맞이하게 된다. 地方自治에 대한 우리의 심정이 期待와 憂慮로 뒤섞이는 것은 이에 대한 傳統이 우리나라에는 없었기 때문일 것이다. 日本이나 獨逸, 이탈리아 같은 先進國의 경우 近代國家의 확립과정은 分散되어 있는 地方權力들을 한데 묶어 中央集權化하는 것이었다. 그러나 우리나라에서의 近代化는 統一新羅 이후부터 확립되어 있는 中央集權制의 성격을 어떻게 改造하는가를 최대 과제로 삼고 있었다.

일견 世界化와 地方化는 서로 상반되는 概念처럼 보인다. 실제로 交通과 通信手段의 발달로 전국이 一日生活圈이 되고, 세계가 하나가 되는 상황에서 과연 地方自治가 필요한가 하는 의문을 제기하기도 한다. 이에 대한 해답은 結論적으로 말해 地方自治를 통하지 않고서는 民主化가 이룩될 수 없으며, 民主社會에서 훈련받은 成熟된 시민의식의 保有者라야 近代國家의 국민과 世界人の 자격이 있다는 것이다. 地方自治는 民主化, 나아가 世界化에 있어 전제조건이자 필요조건인 셈이다.

地方自治制의 실시는 保健醫療部門에 큰 영향을 미칠 것이다. 이는 地方自治가 福祉를 단위로 하여야 하기 때문인데, 선진제국의 예를 보아도 保健醫療課題에의 접근방법의 커다란 특색은 社會的 合理性에 기초한 지역을 단위로 하고 있으며, 그 지역의 특성에 적합하게 계획화, 조직화하는 政策을 취하고 있다.

지금까지의 우리나라 保健醫療政策은 中央集權的인 정치체제의 성격을 그대로 답습하여 全國 劃一的인 행정 내지 專門家측으로부터의 上意下達式 일방통행이었다. 그러나 풀뿌리 민주주의라 일컫는 地方自治制에서의 保健醫療政策은 근본적인 변용을 요구받게 될 것이다. 21世紀의 保健醫療政策은 시민의 主體的 참가, 專門家의 지도, 그리고 公的 責任하에 필요한 조건을 정비하는 행정을 基本要素로 하여 책정되어야 할 것이다. 그 중에서 가장 중요한 점은 그 主體가 주민 또는 시민이 되어야 함은 물론이다.

Ⅲ. 21世紀의 尖端 醫療技術 體系

機能을 하지 못하는 人體臟器를 人工臟器로 바꾸고 治療 불가능한 疾病들이 없어져 모든 인간이 100세를 넘게 長壽하는 時代가 到來하고 있다. 단순히 肉體的인 生命의 연장만이 아니라 마음까지도 읽어낼 수 있는 醫療技術의 도래는 경이로운 세상을 만들 것임에 틀림없다.

이미 고장난 인체의 장기들이 부분적으로 다른 사람의 장기나 인공장기로 대체되고 있고 胎盤속의 태아의 질병들도 治療되고 있다. 遺傳工學을 이용한 새로운 생명창조와 이를 기르기 위한 人工胎盤의 출현도 가능하리라는 전망이다. 이것은 유전적으로 강력히 計劃된 아기의 탄생을 示唆하고 있다.

이런 생각은 결코 공염불이 아닌 現實로 다가오고 있다. 1백년전에는 상상도 할 수 없었던 불가능한 事實들이 遺傳工學 컴퓨터기술의 발달 등으로 現實로 다가오면서 인간은 醫療技術이 가져다 줄 幻像인 미래에 도취되고 있다. 그것은 無病長壽에 대한 장미빛 未來의 歡喜이기도 하다.

그러나 한편으로는 人間의 生命까지 造作하고 있는 극도의 生命科學技術發達은 지존한 生命의 존엄성을 훼손하면서 마치 人間自體를 철저한 물질로 다루어 심각한 社會的인 問題를 提起하고 있다. 소위 人工妊娠中絶, 태아의 성감별, 체외수정, 장기이식들에 따른 문제에서 나아가 인간복제, 인간창조의 가능성 등의 문제를 社會가 어떻게 이를 수용하고 대처하느냐에 따라 발달하는 醫療技術은 人間社會를 천국으로 만들 수 있고 지옥으로도 만들 수 있다.

現代人의 고민은 바로 여기에 있다. 人間이 진실로 추구하고 있는 것이 무엇인가 하는 점이다. 個人에게 절대적으로 필요한 技術이 社會적으로는 크게 害가 되는 것이 있는가 하면 개인적으로 바람직하지 못한 技術이

국가사회적으로 필요한 경우도 있다. 여기에 科學技術의 딜레마가 있다.

本章에서는 다만 尖端의 醫療技術이 가져다 줄 疾病의 原因糾明과 豫防 및 治療法의 開發에 焦點을 맞추어 현실을 진단하고 이에 따른 우리의 나아갈 바를 모색하려 한다.

1. 未來 醫療技術의 特徵

첫째 醫療技術은 福祉社會의 具顯에 가장 直接的으로 機能하는 속성을 갖는다. 福祉社會의 구현은 미래사회的重要한 과제로 깨끗한 환경속에서 건강하게 오래 살려는 인간의 소망을 가장 잘 代辯한다. 특히 한국은 지난 60年代의 開發 成長만을 위한 政策으로 일관하여 진정한 삶의 가치보다 단순히 富의 축적에 삶의 목표를 두어왔기 때문에 現代에 이룰수록 福祉에 대한 欲求是 增加되고 있다. 이는 국민의 삶의 質을 決定하는 가장 중요한 要素가 되고 있다.

福祉社會에서 가장 우선적으로 考慮되는 것이 바로 건강한 삶의 問題다. 이것은 바로 健康長壽를 위한 醫療技術로 연결된다. 물론 건강을 위해서는 醫療福祉技術 이외에 평소 健康增進을 위한 대책이 필요하지만 疾病治療나 불구의 再活을 위한 醫療技術은 가장 直接的이고 優先的이며 效果를 바로 얻을 수 있다는 점에서 質 높은 삶을 위한 대전제가 된다.

또한 福祉指向의 醫療技術은 가장 빠르게 成長하는 特徵을 갖고 있으며 그것은 醫學, 藥學, 生命工學, 精密化學, 食品工學, 의용생체공학 등 광범위의 利用分野를 가짐으로써 國家資源의 效率化를 가져올 수 있다.

둘째 미래의 醫療技術은 豫防措置의인데 焦點이 모아진다. 未來의 健康管理은 종래의 疾病治療 위주의 소극적인데서 한걸음 더 나아가 적극적으로 健康을 管理 增進시키자는 概念이 強調되고 있다. 1980년대 후반부터 제기되고 있는 이러한 적극적인 건강운동은 질병에서 오는 개인의 고통은 물론 醫療費 增加에서 오는 국가경제부담과 개인의 노동력상실로 연결된다.

세계적인 의학자 및 의료인 등 2백27명의 전문가들을 대상으로 21世紀의 醫療에 관해 앙케이트 조사하여 그 結果를 「21世紀의 醫療展望」이란 제목으로 펴낸 브리스콜 마이어즈씨는 “2千年代의 醫療은 질병의 치료보다 질병을 일으키는 各種 病因의 退治에 焦點이 모아지며 각종 疾病發生을 근본적으로 봉쇄하게 될 것”이라고 전망했다.

이것은 다른 말로 積極的인 健康增進(Positive Health Promotion)이 미래의 健康問題를 좌우하리라는 전망을 가능하게 한다. 豫防措置的인 健康管理에는 철저한 豫防檢診과 免疫強化를 위한 노력들이 포함되고 있으며 진단도 지금까지의 단순한 진단 외에 치료가 가능한 진단으로 醫療技術의 행태도 바뀌고 있다.

셋째 未來醫療의 특징은 이른바 疾病을 스스로 관리하는 在宅醫療서비스 傾向이다. 在宅醫療서비스는 그만큼 병원을 드나드는 환자들의 번거로움과 의사의 바쁜 일손을 덜어줄 수 있다. 거기다가 長期的으로는 醫療費用을 節減할 수 있다는 점 때문에 그 必要性은 더욱 強調되고 있다.

이미 미국에서는 在宅醫療 서비스 시장이 형성되어 있으며 이러한 趨勢는 앞으로 더욱 발전할 것으로 학자들은 展望하고 있다. 현재 미국에서 가능한 재택의료서비스는 심장마비, 수술후 검진, 임신모니터, 신장투석, 자동정맥주입 등이다. 가령 심장마비의 경우 妊娠患者가 심장마비증세를 보이면 집안에 설치된 監視機가 자동으로 병원간호원과 남편에게 위험을 알린다. 남편은 간호사의 지시로 전극을 아내 가슴에 대고 간호사는 원격조종으로 2천5백 볼트 전기쇼크를 가한다. 또 수술 후 검진의 경우 退院患者가 지속적인 검진을 받고자 할 때 하루 30달러를 몰고 컴퓨터檢診機를 대여받을 수 있다. 체중과 혈압 및 기분상태를 체크한 컴퓨터는 그 結果를 當直醫師에게 자동통보한 후 적절한 처방을 받아 환자에게 전달한다.

하루걸러 한번씩 병원을 찾아야 했던 腎臟透析者들도 집에서 透析機를 사용할 수 있다. 그동안의 투석기는 感染危險 등이 있었으나 最近의 제품은 새로운 튜브를 개발하여 집에서 투석을 할 때 있을 수 있는 危險을 거의 극복했다. 비용은 通院費用의 5~20%밖에 들지 않는다.

糖尿病管理를 위해 환자들은 인슐린주사 대신 위장내에 인슐린 주입펌프를 이식받아 사용할 수 있다. 크기가 작아진 인슐린 주입펌프가 개발되어 환자들은 체외로 연결된 手動注入調節裝置로 자기에게 맞는 血糖量을 조절할 수 있게 된다. 과용을 막기 위한 自動注入調節裝置가 함께 장착되어 있다.

2. 現代 醫療技術 水準

가. 診斷技術

疾病의 診斷技術은 細胞單位의 비정상적인 구조나 활동으로 구분이 가능해 짐으로써 구체적인 진단이 가능해지고 있다. 이러한 診斷法은 疾病 診斷의 획기적인 時代를 豫告하고 있다. 그것은 바로 疾病의 완벽한 治療를 전제로 한 것이기도 하다.

診斷의 핵심적인 영역은 核醫學과 超音波를 利用한 診斷法이 주목을 끌고 있다. 超音波診斷이란 체외에서 16~2만 헤르츠 이상의 초음파를 체내에 발사하여 장기나 혈관 등에 부딪혀 반사되어 오는 음파를 컴퓨터로 포착, 異常部位를 찾아내는 것이다. 이 초음파사진은 70년대 초반에는 한 장씩 흑백사진처럼 찍어 내는 정도였으나 80년대에 들어서는 흑백영화처럼 人體內 臟器의 움직임을 즉석에서 볼 수 있고 최근에는 컬러로 볼 수 있어 診斷의 正確性을 높여주고 있다. 인체내 혈관의 80%까지 스크린이 가능한 이 초음파진단기를 사용하면 혈관의 굵기, 혈류의 속도와 방향까지도 파악할 수 있다. 따라서 지금까지 혈관안에 관을 넣고 약물을 주사하며 X선 촬영을 하는 혈관조영술의 불편함은 옛일이 되고 있다.

초음파기술의 利用範圍가 넓어진 것은 이 技術이 내시경기술과 結合했기 때문이다. 새로운 초음파진단기술은 위내시경에 초음파장치를 부착하여 위장질환의 診斷에 이용하는 위내시경 초음파검사, 항문을 통해 직장내에 초음파진단장치를 넣어 전립선질환을 診斷하는 직장초음파검사, 질

내에 초음파장치를 넣어 난소질환이나 자궁질환 또는 또는 조기 임신에서의 태아기형진단에 이용하는 질식초음파검사, 혈관진단 등이 代表的이다.

診斷의 또다른 획기적인 分野는 核醫學分野이다. 이 분야는 핵영상법, 방사선면역측정법, 생물학적 검사법 및 치료법 등을 포함한다. 핵영상법이 이용되는 SPECT(단일광자방출 단층촬영장치)와 PET(양전자방출단층촬영장치)는 인체의 해부학적 모양이 아닌 機能的인 과정을 영상화할 수 있다는게 특징이자 최대의 長點이다. 예컨대 간질이나 정신분열증처럼 뇌 구조상의 변화는 없지만 기능상의 병변이 있는 질환을 진단하고 뇌경색 심근경색 등 질환의 혈류변화를 조기에 발견, 적절한 치료를 하여 질병의 惡化를 막을 수 있다.

PET는 뇌혈류나 당 산소 등의 인체내의 대사를 精密하게 分析하게 되며 이를 통해 뇌의 활동인 思考 認知 情緒 등의 精神機能을 해석할 수 있다. 이는 정신질환의 치료 및 예방은 물론 사회적으로 건전한 마음을 갖도록 교정할 수 있을 것이며 犯罪心理意識을 物理化學的으로 除去함으로써 범죄없는 유토피아의 건설도 가능해 질 것이다.

방사선면역측정법은 각종 호르몬 바이러스항원, 항체, 혈중 알레르기항원측정과 악성종양의 측정 등에 이용된다. 이 방법으로 10억분의 1~1조분의 1g정도의 극미량까지도 검사할 수 있다. 갑상선기능항진증이나 암 치료 등에 사용되고 있는 同位元素는 지난 59년 임상에 이용된 후 70년대 중반부터 그 사용량이 급격히 증가되고 있는 추세다.

방사성동위원소를 이용한 診斷法은 특히 骨格의 골절, 염증 또는 골암의 전이 등을 체크하는 데는 95%의 正確度を 보여 뼈질환의 診斷에 필수적인 要素가 되고 있다. 정밀한 방사선을 利用, 인체 깊숙한 곳의 患部를 治療하는 이른바 방사선수술은 새롭게 각광받고 있으며 특히 뇌의 병변은 두개골을 열지 않고 외부에서 방사선을 쬐이는 것만으로 뇌의 깊숙한 곳에 있는 종양을 除去할 수 있는 것이다.

나. 治療技術

새로운 치료술 가운데 가장 기대되고 있는 技術은 직경 1mm~1cm 밖에 되지 않은 초미니 로봇이 人體의 병소를 찾아다니며 병을 治療할 수 있도록 하는 것이다. 이 초미니 로봇은 중국적으로는 뇌속의 혈관에까지 들어가 여러가지 이유로 좁아진 腦血管을 확장시켜 각종 뇌혈관계의 疾病을 治療하는 것일 것이다.

미국 캘리포니아대학에서는 최근 머리카락 굵기보다 작은 크기의 모터를 개발하는 데 성공해 로봇의 극소화기술에 획기적인 진전을 보이고 있다. 또 日本의 인공심장연구팀은 현재 1mm 이하의 극소형 로봇을 제작, 혈관과 내장속에 투입하는 연구를 진행하고 있다. 이 로봇은 혈관속을 자유롭게 돌아 다니며 막힌 곳을 뚫어주게 되는데 앞으로 몸속의 암세포를 죽이는 로봇의 등장도 可能할 것으로 기대하고 있다. 또 극소화기술의 선두주자인 미국 MIT인공지능연구팀은 직경 수 mm의 로봇을 제작하여 신경세포를 자르는 微細한 外科手術을 담당하게 한다는 프로젝트를 進行중에 있다.

존스홉킨스대학에서는 실리콘 溫度計와 電子裝置를 내장한 스마트라는 알약을 개발하여 몸속의 온도를 알아 소화기관의 잘못된 부분을 정확히 짚어내고 있다. 비타민보다 작은 이 스마트를 먹으면 이 스마트가 소화기관을 통과하면서 각 부분의 온도를 특정해 이를 몸밖으로 알려주어 온도에 따른 異常部位를 診斷하게 된다.

미세수술의 發達은 疾病治療에 크게 寄與한다. 특히 人工材料를 이용한 人工 장기이식의 급속한 발달은 微細手術技法등의 進歩에 크게 힘입어 영화에 등장하는 6백만불의 사나이의 實現可能性을 시사한다. 1960년에 1mm의 혈관봉합에 성공한 수술기술은 지금은 0.3mm의 미세혈관봉합에 도전하고 있고 21세기에는 더욱 정밀해 지리라는 展望이다.

이러한 發展方向은 아울러 臟器保管技術(臟器銀行)의 發展을 가져오고 인체의 이물거부반응이 보다 완전하게 해결되면 심장은 물론 팔, 다리, 손

등 어느 部位를 막론하고 부작용없는 정교한 移植手術이 가능하게 된다. 장기이식이나 인공장기이식에 대한 研究가 1950년대 이후 급진전, 지금까지 인공신장, 혈관, 판막, 신장박동기, 뼈, 간장, 췌장 등이 人工의으로 만들어져 人間의 壽命延長및 疾病退治目的으로 널리 利用되고 있다.

治療에 있어서 레이저의 威力은 대단하다. 강력한 빛을 이용하여 특정한 조직을 자르거나 태우거나 하여 疾病의 治療에 奇력을 발휘하고 있다. 레이저를 이용하는 복강경수술은 이미 담낭절제를 비롯하여 항문질환, 맹장수술, 장폐색질환에도 利用하고 있다.

胎兒의 질병을 치료하는 것은 이미 다반사가 되고 있다. 태아의 뇌세포를 파킨슨씨병 환자의 뇌에 이식함으로써 疾病을 治療하는 研究가 미국에서 상당한 效果를 거두고 있는 것으로 確認되고 있다.

다. 醫療情報管理 技術

‘有用한 醫療技術을 어떻게 보관하고 전달하여 인류의 복지향상에 기여케 할 것이냐’는 것은 醫療技術 자체의 發達만큼 重要하다. 病院情報시스템(Hospital Information System)은 의무기록과 각종 檢査結果를 포괄하는 병원내의 情報管理體系로 처방의 전달이나 자료의 축적에 효과적인 機能을 하고 있기 때문이다. 또 診療의 지원을 위한 臨床檢査情報體系(LIS)도 그 重要性이 점점 높아지고 있다. 미국에서만도 이미 100여개가 넘는 LIS개발업체가 活動하고 있다.

최근에는 컴퓨터기술의 획기적인 발전에 따라 PACS(Picture Archiving and Information System)등 화상저장과 이 화상을 전달하는 시스템의 개발과 응용이 중요한 醫療情報傳達模型이 되고 있다. 이것은 방사선검사와 내시경검사결과 등 각종 映像情報를 먼곳에까지 전달할 수 있는 시스템으로 거리를 초월한 診斷方法으로 각광받고 있다.

健康標準指標 探索의 결과로 주요 死亡原因이 되는 질환에 대한 관리기술로서의 健康增進方法論이 確立되는 段階에 있으며 이를 위한 保健教育

을 비롯한 구체적인 응용법이 이용되기 시작하고 있다. 특히 미국 국립 보건원 산하 질병관리센터(Center for Disease Control)가 전국의 질병발 생및 사망에 관한 자료를 수집하여 배포하는 등 정보체계를 갖추어 정확 하게 질병을 통계처리함으로써 醫療情報의 정확한 자료를 제공하고 있다. 일본도 국립예방위생연구소가 병원미생물 검출정보를 매월 발간하여 신속 하게 배포하는 등 정보체계를 갖추고 있다.

3. 現代 醫療技術의 課題

2000년대의 의료가 우선적으로 개척해야 할 영역으로 細胞메카니즘의 해명연구가 손꼽히고 있다. 노벨상 수상자이며 DNA구조발견자인 제임스 왓슨박사는 이 새로운 研究分野를 1960년대 및 1970년대의 과학자나 일반인들을 매료시킨 우주탐험에 비유하고 세계 전체의 의학발전은 이를 집중연구하는 과학자들에 의해 決定될 것이라고 주장하기까지 했다.

세포 메카니즘을 해명하기 위한 노력의 하나가 遺傳工學技術의 應用研究이다. 生命科學의 넓은 테두리안에 있는 遺傳工學은 생물체가 지닌 독특한 소질이 자손대대로 물려지는 遺傳子를 사람 마음대로 가위질하고 꿰매기도 하여 變形시키는 技術이다.

疾病의 治療에서 遺傳工學이 미칠 영향은 세 가지이다. 첫째는 生命科學 및 醫學分野의 기초연구에 강력한 새로운 실험방법을 제공함으로써 각종 疾病의 原因的 治療展望을 밝게 해 준다. 둘째는 혈전용해제인 TPA, AIDS치료제 등 稀貴劑治療의 藥品을 低廉하게 大量으로 生産할 수 있게 한다. 마지막으로 현재의 의학수준으로는 치료가 不可能한 2천여종의 遺傳性疾患의 治療를 可能하게 할 것이다. 나아가서는 생식세포내에 있는 이상유전자를 미리 알아 이를 대체함으로써 모든 생명체는 유전질병없이 태어날 수 있는 길을 열 수 있다.

遺傳工學이 제공하는 구체적인 기술로는 DNA 재조합기술과 세포융합 기술, 핵치환기술 등으로 이중에서 하이브리도마 기술이라는 기술은 현재

활성물질이나 각종 단세포균향체를 개발하는데 利用된다.

컴퓨터 映像技術은 각종질병의 진단이나 정보관리기술의 요체로 오늘날 診斷技術의 발달은 전적으로 이 분야의 기술발전에 의존하고 있는 실정이다. MRI-CT, SPECT, PET, DSA 등 고도의 진단장비는 모두 컴퓨터 기술을 바탕으로 하고 있으며 이 분야의 발달 여하에 따라 이용분야는 한 없이 넓어질 전망이다.

4. 現代 主要疾病들에 關한 展望

日本科學技術廳은 최근 東京大 이학부의 가이하라(開原成允) 교수와 京都大 가쓰라(桂義元)교수 등 1백 27명의 권위자들이 전망한 각종 질환의 征服豫想年表를 조사 발표한 바 있다. 발표결과는 다음과 같다.

가. 癌

1997년에 高溫 및 磁場治療裝置의 開發로 종양부위만을 선택적으로 파괴하는 치료법이 보급된다. 1999년에는 5mm 이하의 전이된 암부위도 감지할 수 있는 映像診斷裝置가 開發되고 강도를 임의로 조절할 수 있는 방사성중감제와 동위원소를 사용하는 放射線治療器機가 登場해 치료 성공률을 30%이상 향상시킴으로써 20세기안에 암환자의 5년 생존율은 70%를 웃돌게 된다.

2000년에는 血清檢査에 의해 癌을 診斷함으로써 암검진이 쉬워지고 암에 걸릴 가능성이 높은 사람을 위한 예방식단표가 소개된다. 2004년경에는 免疫的 生物學的 治療法이 새로 개발되어 다음 세대의 치료법으로 정착되고 다음해에 轉移防止法이 개발된다. 2009년에는 모든 암의 발생기전이 밝혀져 癌征服은 시간문제가 된다.

나. 心血管疾患

1997년에는 成人病豫防을 위한 理想的인 生活指針이 完成되어 一般化된

다. 2000년에는 보름정도 사용이 가능한 인공폐가 선보이고 이듬해에 헤모글로빈활동까지 하는 대체 적혈구가 보편화된다. 2003년에는 페이스메이커(인공심장박동기) 등에 쓰일 생체전지가 나와 인공장기의 쓰임새를 넓히며 3년후에는 동맥경화치료제가 개발된다. 2010년에는 고출력을 가진 완전내장용의 인공심장이 심장질환자들을 구제하고 2014년에는 인공심근이 나온다.

다. 腦神經系疾患

2000년경에 정신분열증 치료제가 나오고 뇌사의 정확한 판정등 뇌의 운동상황을 직접 측정해 볼 수 있는 장치가 개발된다. 2004년에는 뇌졸중을 치료할 수 있는 기술개발이 활발해져 言語障礙와 麻痺症狀을 회복시키는 裝備가 선보인다. 2011년에는 노인성치매의 예방법이 소개되고 2년후에는 치료가 보편화된다. 2014년에는 인공눈과 전자회로의 신경·뇌세포 등도 나와 生體人工知能時代가 열리게 된다.

라. 消化器疾患

1998년 캡슐성 내시경 개발로 消化器疾患의 검진이 수월해지고 레이저를 이용한 충치방지법이 보편화된다. 2000년에는 체내에 집어넣을 수 있는 인공췌장이 나오고 代謝와 內分泌를 함께 관장하는 복합인공장기가 2007년에 실용화된 후 2013년에는 장기간 대체해서 쓸 수 있는 人工肝까지 등장한다.

마. 遺傳病

2000년에는 遺傳子缺乏으로 인한 일부 질환의 치료가 가능해지고 10년 후 대부분의 遺傳子疾患에 대한 발생기전이 규명된다.

바. 後天性免疫缺乏症(AIDS)

1997년 확실한 AIDS치료법이 나와 AIDS에 대한 공포에서 벗어나고 1999년에는 페럼 등 면역기능저하 때 걸리기 쉬운 질환의 치료제가 개발되어 최소한 1종의 감염증이 今世紀안에 사라진다.

2003년 간염 등 바이러스성 질병의 치료제가 등장하고 2007년에는 각종 알레르기질환이 정복된다. 2011년에는 당뇨병이 완치된다.

5. 國內의 醫療技術 水準

國內의 醫療技術은 福祉에 대한 無關心과 比例하여 그 수준이 대단히 낮은 실정이며 이것은 醫療技術開發에 대한 낮은 연구비가 이를 잘 설명하고 있다. 한국에 있어서 정부의 의학분야 연구비는 1991년기준 0.7% (매출액/국민총생산)인 반면 미국은 3.73%(1990년), 서독은 5.77%(1989년), 일본은 1.33%(1989년)에 이르고 있다.

이러한 적은 투자비는 醫療技術의 水準을 반영하여 과학기술처가 1994년 중장기 기술예측에서 113개 연구과제 가운데 國際水準과 비교하여 80%이상의 수준에 도달해 있다고 평가한 과제는 전무한 상태인 것으로 조사되고 있다.

그러나 國內에서 開發된 尖端醫療裝備로는 한국과학기술원 조장희박사가 개발, 금성산전에서 제품화한 전산화단층촬영기(NMR CT)가 있다. 이 장비는 다른 전산화단층촬영기에 비해 正確도가 뛰어나 세계적으로 認定받고 있으나 기업화에는 크게 성공하지 못하고 있다.

또 서울대 민병구 교수팀이 독자적으로 개발하여 외국에 특허까지 얻은 인공심장기와 유전공학을 이용한 각종 진단시약들이 몇몇 제약회사에서 자체적으로 개발하여 양산되고 있다.

임상시험연구의 경우 창의성이 있는 연구는 없으나 외국에서 실시되고 있는 대부분의 임상의료기술들은 비교적 빨리 수입, 활용하고 있다. 가령

장기이식이나 태아의 뇌세포이식수술은 이미 국내의 몇개의 병원에서 이뤄지고 있는 실정이다.

6. 今後의 課題

- 가. 醫療技術의 研究開發을 活性化할 수 있는 投資를 擴大하는 方案의 마련이 必要하다. 현재 G7프로젝트에 의료부분이 포함돼 있으나 醫療分野가 부가가치가 높고 복지향적인 사회에서 필수적인 분야임을 감안, 保健醫療技術開發事業으로 擴大하여 별개의 프로젝트로 하는 것이 필요하다.
- 나. 保健醫療技術開發을 責任있게 遂行하기 위한 行政體系가 必要하다. 보건사회부는 전통적으로 단순한 보건행정의 기능을 해 왔으나 사회가 기술지향적으로 변하고 특히 의료기술은 다양한 분야의 참여가 요구되기 때문에 이를 통합 관리할 수 있는 책임있는 부서의 기능을 해야 한다. 이를 위해 '保健醫療技術開發院'(가칭) 같은 機構의 設立을 檢討할 必要가 있다.
- 다. 開發技術內容은 치료기술보다 疾病의 診斷이나 豫防技術에 焦點을 맞춰야 한다. 현재의 건강상태를 계속 유지 발전시키고 질병을 예방하기 위한 조치들이 미래의 건강개념으로 확립되어 가고 있는 오늘날 積極的인 健康管理技術은 時代的인 要求이기도 하다.
- 라. 遺傳工學 및 컴퓨터 映像技術은 당분간 의료기술을 주도할 전망이다. 후발연구의 장점을 살리면서 이와 관련된 周邊技術開發에 관심을 갖는 것이 투자 인력 등 자원에 한계가 있는 韓國의 첨단기술수용전략이 될 수 있다.

IV. 保健醫療政策의 主要懸案: 現況과 政策課題

1. 健康增進

가. 必要性

오늘날 주요 건강문제는 慢性退行性疾患과 事故에 의한 損傷 등으로 全體 死亡의 70%를 넘고 있으며, 이들 傷病들은 難治的 特性으로 인하여 國民生活의 質의低下와 醫療費 增加를 초래하고 있다.

이러한 主要 傷病發生이 과거처럼 자연의 病原體에 의한 것이 아니라 개인의 잘못된 健康習慣이나 生活樣式 등 주로 건강관련의 行動的 病因에 의한 것이므로, 이에 대한 대응도 醫療的 接近方式이 아닌 個人의 健康意識 및 行動改善에 초점을 둔 健康增進의 事業強化가 요구된다.

그러나 이제까지의 保健醫療事業이 傷病發生後 診療에 의존하는 治療中心의 事業으로 발전해 옴으로써 이러한 保健問題에는 效果的 對應을 하지 못하고 있는 실정이어서 國家保健事業이 목표하는 國民健康向上을 위한 健康管理가 효과적으로 이루어지지 못하고 있다.

국민들의 건강에 대한 關心과 健康欲求가 날로 증대되고 있기 때문에 이러한 국민들의 健康欲求 充足과 傷病樣相 變化에 효과적 대응을 위하여는 國民健康增進 事業의 活性化가 필수적으로 요구된다.

나. 現況 및 問題點

1) 健康生活 實踐樣態

가) 食生活

생활수준의 향상에 따라 1인당 平均熱量攝取는 營養勸獎量과 비교할 때

양호한 편이나 不規則한 食事習慣이나 缺食率의 增加, 不均衡的인 營養攝取 등이 문제로 '92년 保健社會部の 國民營養調查結果 過少體重이 30.2%, 過多體重在 19.6%로 過少體重在 減少하고 있으나 過多體重在 增加趨勢를 보이고 있다.

나) 運動

현대인들은 營養의 過多攝取로 過多體重在 增加하고 있는 것과는 달리 직장 및 가정에서의 생활에 있어 肉體的 活動이 줄어들어 심한 運動不足 現象을 초래하고 있어 心臟疾患, 高血壓, 糖尿病, 肥滿症 등의 發病危險이 增加하고 있으나 20세 이상 성인들의 運動實踐率은 23.9%에 불과한 것으로 조사되었으며,¹⁾ 이는 미국이나 캐나다인의 運動實踐率(41~47%)에 비하면 매우 낮다.²⁾

다) 吸煙 및 飲酒

1992년 성인의 吸煙率이 33.9%로 減少趨勢이나 특히 男子의 吸煙率은 68.9%로 先進國의 2배 이상이 되며 1988년 조사에서 男子高等學校 3學年 學生의 吸煙率이 약 40%로 先進國 成人의 吸煙率보다도 훨씬 높다³⁾는 것은 주목해야 할 심각한 문제이다.

성인의 飲酒率은 46.9%로 週 2回 以上 飲酒率만도 18.7%에 이르고 있다. 이러한 吸煙率이나 飲酒率은 남자에게서 높은 肺癌 및 肝癌 發生率을 보이는 것과 무관치 않다.

라) 스트레스 및 睡眠

社會構造의 複雜化와 科學技術의 發達로 취급해야 할 많은 情報과 葛藤

1) 송건용 외, 『1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사: 보건의식행태 조사 결과』, 한국보건사회연구원, 1993.

2) U.S. Congress, "Office of Technology Assessment", *International Health Statistics*, 1993.

3) 서일 외, 「전국 남자중·고등학생의 흡연실태」, 『韓國疫學會誌』, 제10권 제2호, 1988.

要因 등으로 스트레스가 가중되어 精神障礙와 함께 胃腸 및 心臟障礙의 요인이 되고 있다. 이러한 現代 社會生活의 複雜化는 睡眠과도 관계가 있어 성인의 경우 睡眠이 부족하다는 認識率이 28.2%로 실제 6시간 이하의 睡眠率은 35.1%나 된다.⁴⁾

마) 健康檢診

'92년 調査結果 지난 1년간 健康檢診의 受診率은 34.6%에 불과하며, 특히 郡지역 주민과 여자의 健康檢診率은 매우 낮다. 이것은 健康檢診의 실시가 公務員 및 私立學校 敎職員 醫療保險과 職場 醫療保險의 一部 被保險者와 職場勤勞者 등에 한정되어 있는 실정으로 地域醫療保險의 適用對象者나 대부분의 扶養家族들은 健康檢診을 받지 못하고 있기 때문이다.

2) 事業組織

中央의 事業擔當組織은 保健福祉部 保健局의 保健政策課로 保健教育 諮問委員會의 設置運營과 함께 전국 각 시·도 및 保健所에 총 282명의 保健教育 擔當者를 지정하는 등의 保健教育 行政體系를 構築하고 산하단체인 大韓保健協會, 韓國健康管理協會, 韓國禁煙運動協議會, 大韓結核協會, 大韓家族計劃協會 등의 保健團體로 하여금 健康增進 및 疾病豫防事業을 추진토록 行政支援을 하고 있다.

또 保健福祉部는 醫療保險組織의 豫防保健事業指針에 의거 醫療保險聯合會, 醫療保險管理公團과 이들 단체의 산하조직으로 하여금 健康檢診 및 弘報活動을 하도록 行政指導를 하고 있으나 保健教育資料開發과 事業開發·評價 등의 技術支援 機能을 하는 기구가 없어 事業의 효과적 추진이 어렵다.

특히 대민보건서비스가 이루어지고 있는 保健所나 保健支所 등에 保健教育 및 健康檢診 등의 건강증진서비스를 제공하는 專擔部署가 없고 人力 및 施設 등이 부족한 실정으로 健康增進 事業活動이 부진하다.

4) 송건용 의, 전게서, 1993.

3) 事業豫算

1991년도 保健福祉部 豫算 중 保健教育 및 弘報와 健康檢診 등 豫防保健事業豫算은 약 47억6천만원으로 全體 豫算의 0.35%에 불과하며 이러한 豫防保健事業豫算 중 保健教育 弘報事業 豫算은 12.1%에 불과한 실정으로 국민들의 健康意識 및 行動改善을 위한 事業豫算은 그 要求度에 비하여 매우 적다.⁵⁾

醫療保險組織에서의 豫防保健事業豫算은 약 2~3% 수준으로 이 중 90% 이상은 健康檢診費로 사용하고 있고, 保健教育 및 弘報事業에 사용되는 豫算比率은 10% 미만이다.⁶⁾

4) 事業現況

가) 健康檢診

전체인구 중 醫療保險 組織이나 事業場 勤勞者를 대상으로 매2년 간격으로 실시되는 健康檢診의 수혜비율은 전체인구 중 14%로 이들의 대부분은 勤勞者 本人과 醫療保險 被保險者로 扶養家族이나 地域醫療保險 適用對象者는 제외됨으로써 대부분의 국민들은 健康檢診 서비스를 제공받지 못하고 있는 실정이다.

나) 保健教育 및 弘報活動

國民健康增進을 위한 保健教育 및 弘報事業의 효과적 추진을 위하여는 효과적인 保健教育 媒體의 開發普及과 함께 事業開發 및 評價가 이루어져야 하나 現實的 與件은 그렇지 못하다.

현재 保社部나 醫療保險組織 및 保健關聯團體에서 製作 普及하고 있는 教育弘報媒體의 대부분이 책자나 팜플렛과 같은 印刷媒體로 교육효과가 높은 것으로 평가되고 있는 비디오나 영화제작은 많은 비용이 소요되기

5) 변중화 외, 『질병예방 및 건강증진전략개발 연구』, 한국보건사회연구원, 1992.

6) 변중화 외, 전계서, 1992.

때문에 거의 제작되지 못하고 있으며, 이들 媒體의 教育弘報內容이 국민들의 健康意識 改善 및 健康生活實踐誘導를 위한 내용보다는 特殊疾患의 豫防 및 治療에 관한 것이 대부분이어서 健康增進 事業에 活用할 수 있는 寄與도가 낮다.

지금까지는 保健教育이나 健康增進 事業에 대한 事業開發이나 評價活動이 거의 부재한 실정으로 이러한 事業開發 및 評價活動의 不在는 결국 事業의 體系的 推進과 發展을 어렵게 하고 있다.

일선에서의 保健教育 및 健康增進 事業이 효과적으로 이루어지기 위해서는 保健教育士나 營養士 및 運動指導士와 같은 專門人力이 필수적으로 요구되고 있으나 대민보건서비스를 제공하고 있는 保健所나 保健支所 등에는 이러한 專門人力이 확보되어 있지 않다.

다) 學校에서의 保健教育 및 健康管理 事業

學校保健教育是 주로 定規教科課程을 통해서 이루어지고 있으나 教科課程에 保健教育이 單獨教科目으로 편성되어 있는 것이 아니고, 체육 등 他教科目に 분산되어 있어 體系的이고 一貫性있는 교육실시가 어렵고 실제 學校保健教育에 할애되는 시간이 적은데다 保健教育 擔當教師도 없어 실효를 거두기 어려운 실정이다.

학교에서의 健康管理 活動은 주로 養護教師를 통하여 이루어지고 있으나 養護教師가 학교마다 모두 다 배치되어 있는 것이 아니어서 健康管理 서비스에 한계가 있고, 학교에서 실시하는 健康檢診 등은 豫算의 不足으로 형식적인 검사에 그치고 있어 개선되어야 할 문제점으로 지적되고 있다.

다. 今後의 課題

1) 運 動

규칙적인 運動은 健康 및 體力增進을 통하여 壽命을 延長시키고 生活의

質을 향상시킬 뿐만 아니라 心肺機能을 향상시키고 管狀心疾患, 高血壓, 糖尿病, 骨多孔症, 肥滿症 및 憂鬱症 등의 豫防管理에 큰 효과가 있다.

그러나 현대인들은 직장 및 가정에서의 생활양식상 運動不足現象을 초래하고 있어 의도적인 運動實施가 요구된다. 우리나라 성인들의 運動實踐率은 24%로 미국(41%)이나 캐나다인(47%)의 運動實施率에 비하여는 매우 낮다.

2) 營養攝取

營養은 健康維持增進의 3대 요소의 하나로서 미국의 경우 10대 사망원인 중 5가지는 食餌要因이라고 한다. 특히 경제적 생활수준이 높아질수록 營養上 問題가 되는 것은 營養不足보다는 營養過多 攝取와 營養素別不均衡攝取로서 우리나라도 이러한 패턴을 보이고 있다.

保健社會部の 家口別 營養調査 結果에 의하면 營養勸奨量 對比 攝取熱量이 75% 미만의 家口比率이 1987년 37.6%에서 1991년에는 24.2%로 줄어든 반면 125% 이상인 家口比率은 같은 기간에 8.7%에서 12.2%로 증가하고 있다. 이에 따라 體質量指數(BMI) 20 이하인 過多體重의 比率은 1992년 30% 수준으로 減少趨勢에 있으나 지수 25 이상의 過多體重의 比率은 19.6%로 미국인의 26%에 비하면 낮은 편이나 漸增趨勢에 있어 선진국처럼 더욱 증가될 것으로 전망된다.

肥滿은 糖尿病, 高血壓, 腦卒中, 管狀心疾患 등과 밀접한 관계가 있기 때문에 食餌指針과 運動을 통하여 正常體重을 유지토록 하는 것이 健康維持·增進의 필수적 요소로 이를 위하여는 國民食生活 指針을 기초로 올바른 식생활을 유도해야 한다.

3) 吸 煙

吸煙은 單一要因으로서 건강에 대하여 가장 크고 심각한 영향을 미치는 危險要因으로 알려져 있다. 특히 肺癌, 喉頭癌, 食道癌 등의 각종 암

발생과 呼吸器 疾患, 心臟疾患 등의 주요 원인이 되고 있다.

우리나라 성인의 吸煙率이 1992년 현재 68.9%로서 先進國의 2배 이상으로 세계 어느나라보다도 높으며, 특히 20~30대의 연령층에서의 吸煙率이 50대보다도 더 높고 高等學校 3學年 男學生의 吸煙率이 40%를 넘고 있어 향후 문제의 심각성을 말해주고 있다.

미국의 경우 1990년 成人의 吸煙率이 26%로 2000년까지 15%로 줄일 것을 목표로 하고 있으며⁷⁾, 유럽의 국가들은 20%이하로 줄일 것을 계획하고 있다.

4) 飲 酒

술은 소량을 마실 경우에는 건강에 해가 되지 않으나 習慣的으로 過飲을 하게되는 경우가 많아 건강에 해를 끼친다. 즉 習慣的인 과도한 飲酒는 肝機能을 손상시켜 肝硬變症, 脂肪肝, 肝炎 등을 일으킬 뿐만 아니라 飲酒運轉 등으로 事故發生 및 事故死의 主要要因이 되기도 한다. 특히 알콜중독증은 음주의 調節能力 喪失과 술에 대한 強迫的 執着症 등으로 결국 정상적인 사회적 활동을 할 수 없게 되어 失職과 家庭破綻 등을 초래하게 된다.

1992년 우리나라 남자 성인들의 飲酒率은 74.6%로 1990년 미국인의 72%보다도 다소 높다. 그러나 알콜중독을 유발하기 쉬운 매일 飲酒率은 미국이나 캐나다의 경우 9%인데 비하여 우리나라 성인남자의 경우 6% 수준으로 다소 낮다.

5) 睡眠 및 레저활동

현대인들은 일상생활 중 피로와 스트레스가 쌓이게 마련이며, 이를 해소하는 데는 충분한 睡眠과 레저활동이 필요하다. 睡眠은 生理的 現象으

7) U.S. DHHS., "Healthy People 2000", *National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, 1990.

로 피로회복과 스트레스 해소의 가장 중요한 휴식의 방법으로서 건강을 위하여는 규칙적인 睡眠習慣을 통하여 충분한 睡眠을 취해야 한다. 건강에 좋은 적당한 睡眠時間은 成人의 경우 7~8시간 정도이나 어린이의 경우 9시간 이상이 필요하며, 老人의 경우는 6시간 정도가 적당하다고 한다.

우리나라 成人들의 56.4%가 7~8시간의 수면을 취하고 있으며 6시간 이하의 睡眠者가 35.1%로 28%의 사람들은 수면이 부족하다는 인식을 갖고있다.

6) 健康檢診

健康檢診은 疾病危險要因을 早期發見 管理토록 함으로써 疾病罹患과 早期死亡을 예방할 수 있다. 특히 오늘날 主要 健康問題가 되고있는 慢性 退行性 疾患의 경우 대부분이 조기에 위험요인을 발견 관리하면 疾患豫防이 가능하기 때문에 그 필요성이 인정되고 있다.

1990년 成人의 年間 健康檢診率이 약 35%로서 1989년 22.5%에 비하여는 많이 증가하였으나 선진국들에 비하여는 낮은 편으로 도시·농촌지역간 또는 남녀별 차이가 심하다. 미국의 경우 지난 3년간 子宮癌 檢診率이 1990년 81%인데 비하여 1992년 조사결과 우리나라 婦인들의 지난 1년간 子宮癌 檢診率은 28%로 매우 낮다.

라. 施行方案

1) 汎國民健康生活實踐運動 展開

國民健康增進은 국민들의 健康意識 向上과 健康生活實踐 誘導를 통해서 가능한 것으로 이를 위해서는 社會的 次元에서 公共 및 民間組織이 모두 참여하는 汎國民的 健康生活 實踐運動이 社會的 運動으로 전개될 때 높은 효과를 기대할 수 있다.

가) 事業內容

中央水準에서는 健康實踐 運動의 體系的인 추진을 위한 綜合計劃樹立, 機構構成運營, 敎育弘報資料開發普及, 放送媒體를 이용한 敎育프로그램 開發普及, 健康의 날 및 달 指定行事, 事業促進 및 評價大會開催, 健康展示會 開催, 要員敎育訓練, 事業開發 및 評價 등의 一線事業支援活動을 強化한다.

한편 地方水準에서는 地域住民 對象의 保健敎育弘報資料 配付, 座談會 開催, 健康敎室 및 視聽覺敎室 運營, 健康展示會 開催, 街頭放送 및 캠페인 展開, 懸垂幕·포스터 揭示, 健康增進大會開催, 學校對象의 敎育資料 및 프로그램 支援, 職場對象의 健康增進 프로그램 支援, 吸煙區域 設定 및 運動施設 擴充 誘導 등의 事業을 실시한다.

나) 事業推進組織

國民 健康生活 實踐運動은 公共 및 民間保健組織은 물론 保健分野가 아닌 다른 분야의 組織을 통해서도 이러한 事業活動이 전개될 수 있도록 社會 各 分野의 總體的인 노력과 참여가 유도될 때 높은 事業效果를 기대할 수 있다. 즉 公共 및 民間組織의 참여는 健康生活實踐을 위한 분위기 조성과 함께 人力 및 豫算 등 資源 投入이 유도되어 事業의 效果的 推進과

2) 國民 保健敎育事業의 效果的 推進 및 活性化

가) 保健敎育 개발센터의 設置運營

(1) 機能

- 保健敎育 프로그램 및 媒體開發 普及
- 長短期 健康增進 및 保健敎育 事業計劃 開發
- 國民健康增進 및 保健敎育에 관한 研究評價
- 保健敎育 訓練을 위한 敎材開發 및 實施
- 保健敎育 關聯資料의 데이터베이스 構築
- 자동응답전화서비스(ARS)를 통한 健康情報 提供

(2) 設置運營方法

이러한 機構를 별도로 설치 운영하는 데는 많은 研究人力과 豫算이 소요되기 때문에 保健福祉部 傘下의 政策研究機關인 「韓國保健社會研究院」의 附設機構로서 설치 운영하는 것이 자원절약적이라는 점에서 바람직하다.

나) 公共 및 民間組織의 保健教育事業 活性化 誘導

첫째, 主務部處인 保健福祉部가 國民保健教育強化를 위한 강력한 정책 의지를 갖고 이를 위한 中長期 事業計劃의 樹立, 關聯 部處와의 業務協力 및 豫算確保, 事業推進에 필요한 組織 및 人力擴充, 傘下 組織의 業務調整 및 事業活動指針 示達 등 강력한 行政力을 발휘해야 한다.

둘째, 醫療保險組織을 통한 保健教育 事業活動을 活性化 할 수 있도록 醫療保險聯合會, 醫療保險管理公團, 醫療保險組合 등의 豫防保健事業 및 豫算編成指針 등을 통하여 保健教育弘報事業 豫算을 확보토록 하고 지도 감독을 통하여 事業活性化를 유도한다.

셋째, 保健福祉部 傘下의 關聯 保健團體의 國民健康增進을 위한 保健教育事業을 活性化할 수 있도록 大韓保健協會, 韓國健康管理協會, 禁煙運動協議會, 大韓家族計劃協會, 大韓結核協會 등의 保健教育事業 活動을 적극 유도하고 研究機關 및 學會의 保健教育 研究를 支援 育成한다.

넷째, 市·道の 保健課에 保健教育係를 두어 市·郡 保健所의 保健教育事業에 대한 指導 監督과 行政支援 業務를 담당하도록 해야 하며, 市·郡 保健所에도 1~2명의 保健教育 專擔人力을 확보하여 地域社會 保健教育 計劃樹立과 地域住民에 대한 직접적인 保健教育 活動은 물론 保健支所 및 保健診療所와 관내의 學校 및 職場과 醫療保險組合 등 관련 기관의 保健教育活動을 지원해야 한다.

다) 一線 保健要員을 활용한 保健教育 強化

우리나라에는 지방의 保健事業機關으로서 269개소의 保健所, 1,318개의 保健支所, 2,038개소의 保健診療소가 있으며, 이들 一線保健事業機關에 중

사하고 있는 인력만도 약 2만명에 달하고 있다. 이들 인력 중에는 醫師 3,625명, 看護師 5,361명, 醫療技士 2,124명, 統合保健要員 2,758명, 保健職公務員 2,097명 등이 있어 이들을 疾病豫防 및 健康增進을 위한 保健教育要員으로 活用할 경우 그 事業效果는 매우 클 것으로 보여진다.

一線保健要員을 活用한 保健教育活動을 개선 強化하기 위해서는 현실적으로 직면하고 있는 문제점들에 대한 改善策을 강구하는 것으로 그 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 一線保健要員들을 대상으로 疾病豫防 및 健康增進을 위한 理解增進과 保健教育的 接近方式에 대한 教育訓練을 強化한다.

둘째, 一線保健要員들의 事業活動에 필요한 保健教育 活動指針과 事業 및 教育媒體 등의 開發普及을 통하여 技術的 支援을 強化한다.

셋째, 一線保健要員들의 疾病豫防 및 健康增進을 위한 事業活動의 重要性에 대한 中央 및 地方의 保健事業 管理者의 인식 전환을 유도하고, 예산을 포함한 積極적인 行政支援 및 指導監督을 強化한다.

3) 保健所의 健康評價管理事業 強化

保健所가 지역주민들이 신뢰하는 「건강증진센터」로서의 機能과 役割을 할 수 있도록 保健所의 組織을 개편하여 「康增進課」를 설치하고 人力과 施設 및 裝備를 보강한다.

健康增進課에는 地域保健室, 成人保健室, 母子保健室, 健康評價管理室 등을 두어 地域社會 健康生活 實踐運動의 展開와 함께 平生健康管理體系에 의한 地域住民對象의 健康評價管理서비스를 지속적으로 제공한다.

이를 위해서는 保健所를 중심으로 한 地域社會 健康生活 實踐運動 展開 및 平生健康管理프로그램을 개발하고 이에 대한 示範事業運營評價를 통하여 効果적인 事業實施 및 擴大方案을 강구하도록 한다.

4) 國民健康增進法 制定

현재 保健福祉部에서는 국민들의 健康生活實踐 與件造成 및 國民健康增

進事業의 活性化를 위하여 國民健康增進法이 制定되었다. 이 法은 1995년 9월에 施行될 것이다.

이 법안의 주요내용으로는 국민들의 건강에 대한 責任意識을 고취하고 國家 및 地方自治團體의 健康增進事業에 대한 責任과 役割을 規定하고 있으며, 健康增進事業 推進에 필요한 機構設置, 國民健康意識을 誤導할 廣告規制, 19세 미만의 未成年者 對象의 담배販賣禁止, 담배自販機設置 禁止 및 吸煙區域 設定 등의 吸煙規制措置, 公共 및 民間組織의 保健教育 및 健康生活實踐運動 參與, 健康增進基金의 設置 등을 규정하고 있다.

이 法의 制定은 결국 健康增進事業의 活性化와 국민들의 健康生活實踐이 유도되어 國民健康增進에 지대한 寄與를 할 수 있다.

2. 營 養

가. 必要性

1) 疾病樣相의 變化와 醫療費의 增加

21세기는 人口의 老齡化가 進展되고 경제수준의 향상과 국제화에 따라 우리나라의 食生活이 傳統的인 食생활에서 西歐化되면서 疾病樣相도 高脂血症, 纖維素 부족, 過剩 熱量攝取 등으로 인한 肥滿과 循環器系 疾患, 糖尿病, 癌 등 慢性退行性 疾患이 더욱 높아질 전망이다. 만성퇴행성질환은 治療가 어렵고 死亡에 이르기까지 지속되어 醫療費 부담을 가중시키며 醫療保險財政에 부담을 주어 사회적 문제로 대두되고 있다. 이에 따라 국민건강 관리에서 보다 豫防的이고 費用節減的이며 삶의 質을 높이기 위한 접근방법의 必要性이 강조되면서 疾病의 豫防과 管理에서 營養과 食餌攝取의 重要性이 부각될 것으로 보인다.

1993년 世界銀行의 年次報告書(Investing in Health)는 의료비의 급속한 上昇(우리나라의 1985~91년 기간 중 年平均 增加率 18.7%)⁸⁾을 抑制하기 위해서는 기존의 醫療의 接近方法만으로는 한계가 있으며 高價診療를 억

제하고 必需的인 基本醫療과 保健教育, 營養, 健康行爲의 實踐을 포함한 健康增進과 豫防서비스의 우선순위를 높이는 것이 費用節減의이라는 사실을 제시하고 있다.⁹⁾

2) 營養攝取實態 및 食品消費構造의 變化

우리나라와 같은 급속한 발전도상에 있는 國家는 사회계층에 따라 營養狀態도 다양해진다. 또한 食品의 安全性과 消費者에 대한 營養情報傳達을 위한 Labeling(식품특정성분, 영양소 표시기준)이 국제적인 추세로서 이에 對應하기 위하여 食品管理와 연계된 營養行政의 역할증대가 요구되고 있다. 경제수준의 향상에 따라 加工食品의 발달, 食生活의 西歐化가 진행되고 있는 우리사회가 西歐 先進國에서 먼저 겪고 있는 保健醫療問題를 경험하지 않기 위해서는 保健醫療서비스와 더불어 國民의 食生活 消費行態와 食習慣을 바람직한 방향으로 유도하기 위한 國民食生活管理가 필요한 시기에 와 있다.

3) 外國의 動向

先進國에서는 1960년대부터 營養과 疾病과의 관계를 논의하기 시작하여 國家 營養政策이 立案되어 있다. 美國은 1969年 White House Conference on Food, Nutrition and Health¹⁰⁾에서 貧困, 消費者 問題, 食事와 健康, 營養教育을 논의한 것을 기점으로 營養行政이 크게 擴大되었고 Nutrition Monitoring and Related Act가 營養政策의 기본이 되고 있다. 영양정책은 營養缺乏 危險도가 큰 계층에 대한 食糧供給의 확대와 더불어 肥滿과 콜레스테롤을 낮추는데 目標를 둔 成人病 豫防을 위한 생활 정립 및 營養情報의 확산 등 영양교육보급에 비중을 두고 있다.¹¹⁾ 1993년 10월 美國

8) 한국의료관리연구원, 『국민의료비의 동향과 구조』, 1994.

9) World Bank, "World Development Report", *Investing in Health*, 1993.

10) White House Conference, "White House Conference on Food", *Nutrition and Health*, 1969.

클린턴 대통령의 醫療法 改正案(Health Care Reform Plan)에서는 豫防治療를 強化하는 措置로서 臨床營養治療와 營養서비스를 基本醫療惠澤條項에 포함시키고 있다.¹²⁾

日本은 國民의 健康增進을 위해 1952年 營養改善法을 제정한 이래 1977年에는 食事目標를 정하였고, 人口의 高齡化에 수반된 成人病이 增加되면서 성인병 예방 조치로써 1980年에 일본형 食生活 基準, 1985年 『健康과 食生活 指針』, 1990年에는 對象特性別(成人病 豫防, 成長期, 女性, 高齡者)로 세분된 食生活指針을 公표하여 政府次元에서 營養개선을 추진하고 있다. 1988년에는 第2次 國民健康增進 對策(Active 80 Health Plan)에서 각종 營養지도사업과 營養캠페인을 전개하고 있다.¹³⁾

유럽에서는 1968年 스칸디나비아 3國이 『Medical Viewpoints on the National Diet in Scandinavian Countries』란 보고서를 통해 成人病은 飮食에 기인하는 疾病이라는 結論을 얻은 후 食事指針의 보급, 食品의 Labeling 제도, 廣告의 制限, 食品製造者와 生産者의 참여하에 價格과 需給의 調整을 포함한 포괄적인 國家營養政策을 채택하고 있으며 최근에는 健康增進측면에서 營養프로그램을 강조하고 있다.¹⁴⁾

노르웨이는 1956년부터 國家營養審議會(National Nutrition Council)가 專門的인 勸告 機能과 政策立案 기능을 가지고 있으며, 1975년에는 國會의 승인을 얻어 『Norwegian Nutrition and Food Policy』를 樹立하였다. 營養政策의 일환으로 營養政策調整委員會가 설치되어 社會省(보건복지부에

11) U.S. DHHS, *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health*, 1988.

12) White House Domestic Council, *The President's Health Care Reform Plan*, 1993.

13) 難波三郎, 「일본의 영양서비스 최신동향」, 『소비자가 만족하는 영양서비스 제공을 위한 심포지엄 자료집』, 대한영양사회, 1994; 日本 厚生省, 「健醫療局 保健增進 營養課 內部資料」, 1993; JICA. *National Health Administration in Japan*, Vol. II, 1991.

14) WHO, "Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases", *WHO Technical Report Series*, No.797, 1990.

해당)을 중심으로 9개 관계부처가 連繫되어 영양행정이 정부의 전체 행정에서 협조 조정되고 있다. 英國은 1984年 政府가 公式의으로 국민의 食事指針을 수립하였고 최근에는 慢性疾患의 豫防을 위한 營養프로그램을 強調하고 있으며 地域 保健당국에서는 食事와 健康에 관한 정책을 채택하고 있다. 消費者團體와 大衆媒體도 食品의 安全性과 健康한 食事에 대해 적극적인 활동을 전개하고 있다.¹⁵⁾

이와같이 유럽에서는 營養問題를 健康에 미치는 Life-style의 중요한 요소로 인식하여 본격적으로 국가의 영양정책수립과 국가적인 營養監視를 촉구하고 있으며, 영양을 慢性病 관리사업에 통합하여 Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention(CINDI)프로그램으로 추진하고 있다.¹⁶⁾

호주 및 뉴질랜드는 政府가 積極的으로 保健敎育과 健康캠페인을 장기간 펴오면서 消費者의 요구에 부응하도록 食糧供給측면과 연계된 營養政策을 추진하여 왔고, 그 결과 心臟病이 감소된 것으로 알려져 있다.¹⁷⁾

나. 現況 및 問題點

1) 疾病樣相

우리나라는 1980年代 以後 循環器系질환 및 癌으로 인한 死亡이 높은 順位를 차지하고 있으며 그 比重이 높아가고 있다. 1992年 死亡統計의 10大 死因원인중 食生活과 관련된 疾患이 5개(腦血管疾患, 心臟病, 胃癌, 高血壓性疾患, 糖尿病)를 차지하고 있어¹⁸⁾ 死亡樣相이 西歐化 되고 있음

15) WHO, *ibid*, 1990.

16) WHO Regional Office for Europe, *The Work of WHO in the European Region 1985*.

17) Australian Government(Department of Community Services and Health), "Towards Better Nutrition for Australians", *Repert of the Taskforce of the Better Health Commission*, Australian Government Publishig Service, 1987.

을 보여준다. 疾病罹患에서도 食習慣이 運動不足 등 他要因과 複合적으로 聯關되어 발병하는 高血壓, 糖尿病, 冠상동맥 心臟疾患, 肥滿 등이 증가하고 있다.

2) 營養狀態

우리국민의 平均的인 營養攝取 狀態는 營養勸獎量과 대비할 때는 큰 문제가 없는 것으로 나타나고 있으나, 社會階層에 따라 營養不足과 國民의 營養過多 상태가 共存하고 있다. 1992年 國民營養調查結果¹⁹⁾ 營養攝取狀態가 營養勸獎量の 75% 未滿인 家口와 125% 以上을 攝取하는 家口가 營養素에 따라 10~66%에 이르고 있다. 穀類의 熱量比는 1975年 82.5%에서 1992년에는 65.8%로 비중이 낮아졌으며, 動物性 蛋白質의 비율은 20.6%에서 46.6%로 높아졌다. 健康과 관련된 중요한 지표인 脂肪의 에너지의 구성비는 1992년 16.6%를 섭취하고 있어 아직까지 日本 및 西歐國家에 비하여는 낮으나 1976~1991年 기간 중 9.6%에서 16.6%로 지속적으로 증가하고 있으며, 1992年 현재 30% 以上을 섭취하고 있는 계층도 12.5%에 이르러 西歐社會가 경험한 食生活문제의 전철을 따를 우려가 있다.

3) 食品消費構造의 變化

食品産業의 발달에 따라 加工食品의 消費가 증가하고 外食産業이 크게 伸張하고 있다. 이 결과 특히 脂肪 및 糖質함량이 높은 食品이 選好도가 높은 어린이와 靑少年 階層의 食習慣이 變化되어 次世代의 食습관이 우려되고 있다. 식품의 供給者의 역할과 消費者의 食品選擇의 重要性이 높아지면서 國民의 올바른 食生活를 유도하기 위한 社會的인 서비스의 必要性이 높아지고 있다.

18) 통계청, 『1992년 사망원인 통계연보』, 1993.

19) 보건사회부, 『1992년 국민영양조사 보고』, 1993.

4) 非合理的인 健康行爲의 常存

우리나라는 傳統的으로 음식을 짜게 먹거나 맵게 먹는 食習慣이 유지되고 있으며, 적절한 食餌와 健康行爲를 實踐하기보다는 健康補助食品을 지나치게 과신하는 경향이 있다. 1992年 國民健康調查에서 우리국민의 健康實踐樣相을 보면 적절한 食餌攝取와 運動을 통한 건강의식과 행동의 합리화가 이루어지지 않고, 불건강한 식관습의 유지, 健康補助劑의 지나친 복용과 過信 등의 경향이 높은 것으로 나타났다.²⁰⁾

5) 適切한 國民 營養管理體系의 未洽

國民 營養에 대한 社會的 서비스의 필요성이 증대되고 있으나 영양행정을 실시할 수 있는 政府組織(中央, 市道, 市郡區)이 미흡하며, 食品政策과 營養政策을 상호연계한 정책이 부족하다. 지역보건서비스에서의 영양업무의 필요성에 대해서는 1992年 全國 保健所 조사에서 보건소 당국자가 응답한 향후 보건소의 업무중 擴充되어야 할 사업으로 34.7%의 보건소에서 營養事業이 擴充, 強化하여야 할 사업으로 꼽히고 있으며, 慢性病관리를 위한 地域保健서비스의 일환으로 地域營養서비스가 요청되고 있다.

다. 今後의 課題

- 1) 慢性退行性 疾患의 增加를 抑制한다.
 - 心臟疾患, 高血壓性 疾患의 增加를 抑制한다(만성질환 관리와 연관된 목표).
 - 癌死亡 增加를 抑制한다(慢性疾患管理와 연관된 목표).
- 2) 營養勸奨量과 食事指針에 입각한 健康을 지향하는 均衡된 食생활의 실천을 유도한다.
 - 脂肪으로부터 얻는 에너지 비중을 20~25%로 유지한다.

20) 송건용 외, 전게서, 1993.

- 靑少年層 및 妊娠授乳婦의 칼슘섭취를 권장량 이상으로 증가시켜 老齡化사회의 주요 영양문제인 골다공증을 예방한다.
 - 幼兒(1~4歲) 및 可妊女性의 鐵缺乏性 貧血을 감소시킨다.
 - 소금의 섭취를 하루 10g 以下로 감소시킨다.
- 3) 過多體重(overweight)과 肥滿의 증가를 억제한다.
- 成人人口의 體重過多(BMI 25.0 이상)를 15%로 낮춘다.
 - 兒童肥滿의 發生을 10% 이하로 낮춘다.
- 4) 영유아 營養水準을 향상시킨다.
- 0歲兒의 母乳授乳 실천율을 향상시킨다.
 - 5歲 以下 低所得層 어린이의 成長遲延을 감소시킨다.
- 5) 良質의 營養情報과 教育의 接近度를 提高시킨다.
- 加工食品의 營養標示(Nutrition Labeling)제도를 단계적으로 도입하여 消費者가 식품을 선택하는데 필요한 營養情報과 技術을 제공한다.
 - 營養標示 실시에 따른 營養教育 실시로 식품선택시의 營養標示 利用度를 提高시킨다.
 - 消費者의 權益 保護를 위하여 食品廣告를 規制한다.
- 6) 保健所에서의 慢性退行性 관리와 健康增進事業의 일환으로 지역주민에게 營養教育을 제공하고 지역사회의 營養管理를 실시한다.
- 보건소에서 주민의 영양교육 및 영양평가 실시한다.
 - 보건소에서 管轄地域의 小規模 給食機關의 영양관리를 실시한다.
 - 보건소에서 관할지역의 食品衛生業所, 福祉機關(老人, 兒童, 障礙者 施設 등), 保育機關의 영양관리 指導 및 監視機能을 수행한다.
- 7) 食習慣이 형성되는 兒童, 學生期에 學校給食을 擴大하고 학교에서 營養教育을 실시한다.
- 8) 産業場에 營養教育과 營養管理 프로그램을 導入하여 勤勞者의 營養管理를 실시한다.

- 産業場 勤勞者 集團에 대한 定期 營養教育을 실시한다(低學歷 低所得 勤勞者 集團 우선).
 - 産業場 勤勞者 集團에 대한 營養管理, 體重調節 프로그램을 導入한다.
- 9) 老人營養과 老人의 福祉를 위한 老人 移動給食(catering)서비스를 開發 普及한다.

라. 施行方案

- 1) 國民 食生活 指針과 食事 目標를 대상별(兒童, 學生, 妊産婦)로 개발 보급한다.
- 2) 母子保健事業의 質的 管理와 營養管理와의 통합을 통하여 母乳授乳 勸獎, 産母營養教育, 적절한 영유아 補充食餌의 實踐, 妊娠授乳婦의 영양관리를 효율화시킨다.
- 3) 國民營養의 효율적 관리를 위하여 保健福祉部, 教育部, 文化體育部, 農水産部의 영양프로그램, 캠페인 등의 공동사업의 개발과 施行을 活性化한다.
- 4) 건강한 식습관을 촉진시키기 위한 영양교육, 캠페인에 消費者團體 등의 民間部門, 食品生産者, 小賣商, 패스트푸드업자 등을 공동참여시켜 국민이 실질적으로 영양지침을 實踐할 수 있는 食品供給環境을 조성한다.
- 5) 식품에 관한 不適切한 廣告를 規制(관련법 제정 및 營養審議委員會의 勸告 및 審議事項에 근거)하여 국민들의 非健康을 초래하는 식품의 선택을 방지한다.
- 6) 保健所, 學校, 産業場에서의 영양교육 內實化와 專門化를 위하여 教育技術을 적극 보급하고 적절한 營養專門家를 確保하도록 한다.
- 7) 加工食品 營養標示(Labeling) 제도의 점진적인 導入과 식품선택에서의 利用度를 높인다.

- 8) 營養情報센터의 운영과 營養相談 電話(營養士協會 등에서 主管)설치를 통하여 국민에게 올바른 영양정보 및 상담을 常設 提供한다.
- 9) 1次 保健醫療 従事者(家庭醫, 1次 診療醫, 保健看護士, 保健診療員)가 患者에게 영양평가, 영양지도를 환자진료에서 포함하여 실시하도록 하며 필요시 營養專門人에게 의뢰하도록 하여 영양상담을 活性化시킨다.
- 10) 醫療機關의 營養서비스 監督, 評價制度를 導入한다.
- 11) 65歲 以上 식사준비가 곤란한 老人家口에 대한 食事支援서비스(個人, 機關의 catering 서비스) 를 育成하고 보급시킨다.
- 12) 貧困層에 대한 生活保護對象者 支援을 最低生計費水準까지 擴大되, 生計費 支援方式을 現金支給에서 일부지원은 外國의 Food Stamp와 같은 食料品購買 지원으로 전환하여 빈곤층이 기본적인 식생활과 영양상태를 유지하도록 誘引한다.
- 13) 食事行態의 문제해결을 위해서 문제집단별로 自助(self-care)그룹의 組成을 勸獎 活性化시킨다.

3. 吸 煙

가. 必要性

최근 疾病樣相이 과거의 전염성질환으로부터 慢性退行性疾患으로 바뀌어 감에 따라 각국의 保健醫療政策은 治療中心에서 疾病豫防 및 健康增進에 역점을 두는 방향으로 바뀌어가고 있다. 이런 疾病樣相의 변화는 주로 生活習慣의 변화로 초래되고 있으며 이 중 吸煙은 健康에 대한 危險要因으로서 가장 크고 심각한 영향을 미친다는 사실이 여러 연구에 의해서 밝혀지고 있다.²¹⁾

21) U. S. DHSS, "Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress", *A report of the Surgeon General*, 1989; American Cancer

吸煙은 당사자뿐만 아니라 주위 사람들에게도 악영향을 미치며 健康喪失로 인한 勞動生産性 저하, 國民醫療費 증가 등 經濟的인 측면에서도 부정적인 영향을 미치고 있어 이에 대한 國家的 次元의 적극적인 對策이 필요하다.

나. 現況 및 問題點

- 1) 吸煙은 폐암, 허혈성 심질환, 만성기관지염, 폐기종의 主要原因이며 각종 癌과 疾患을 유발시키고 담배연기에 노출된 非吸煙者에게도 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 또한 妊産婦의 흡연은 低體重出生兒의 위험을 높인다.
- 2) 우리나라 成人男子의 吸煙率은 68.9%(1992)로 미국 30%('87)나 스웨덴 26%('86)의 2배 이상이며, 호주 27%('91)에 비해서도 현저하게 높을 뿐만 아니라 이웃 日本의 흡연율 60.5%('90)를 훨씬 웃도는 수준이다.²²⁾²³⁾
- 3) 우리나라 吸煙問題의 深刻性은 그 水準이 높을 뿐만 아니라 최근 몇 년 동안 전혀 낮아지지 않고 있다는 데 있다.
- 4) 최근 靑少年과 女性吸煙率이 增加하고 있다. 연세대학교 보건대학원 김일순 교수팀의 조사에 의하면, 우리나라 男子 中高等學生들의 吸煙率은 1991년에 3.0% 정도이지만 고등학교에 입학하면서 급격하게 증가하기 시작하여 고등학교 3학년이 되면 常習吸煙者가 44.8%까지 증가한다. 거기에 吸煙經驗者 수까지 합하면 무려 65%에 이른다. 뿐만 아니라 1988년과 1991년의 3개년간 吸煙率이 계속 증가하며 吸煙年齡도 급격하게 낮아지고 있는 것으로 나타났다

Society, "1986 cancer facts and figures", NY, 1986; DHSS, "The health consequences of smoking, cancer", *A report of the Surgeon General*, 1982.

22) 송건용 외, 전게서, 1993.

23) Powles J,W, Gifford S, "Health of nations: lessons from Victoria, Australia", *BMJ(England)*, 1993.

다.²⁴⁾ 靑少年期에 일단 흡연을 시작하게 되면 대체로 成人期까지 이어지며, 특히 15세 이전에 흡연을 시작하게 되면 成人期의 담배依存症으로 發展할 가능성이 매우 높은 것으로 지적되고 있어 靑少年 흡연문제의 중요성을 示唆하고 있다. 先進國에서는 女性의 吸煙이 지금으로부터 20~30여 년 전부터 급격하게 증가하다 최근 감소하고 있으나 우리나라에서는 젊은 女性의 吸煙率이 증가하는 추세이다. 女性의 吸煙은 본인의 健康뿐만 아니라 2世에게도 영향을 미치기 때문에 관심을 소홀히해서는 안될 것이다.

- 5) 우리나라는 아직도 國民健康保護를 목적으로 하는 담배規制法이 없는 실정이다. 현재의 담배事業法은 國民經濟에 이바지하기 위한 목적으로 제정되었기 때문에 同法에 포함하고 있는 담배규제를 위한 내용이 國民健康 保護次元에서 강력한 規制效果를 발휘하기에는 미흡한 실정이다.
- 6) 先進 諸國의 吸煙現況 및 政策方向은 다음에서와 같다. 선진국에서는 최근 綜合的이고 적극적인 禁煙對策으로 인하여 흡연율이 감소되는 추세이다. 유럽지역에서는 지난 30년간 吸煙實態에 많은 변화가 있었는데 保健敎育과 함께 綜合담배規制政策(Comprehensive tobacco control policies)을 導入한 國家에서는 상당한 成果가 있었다. 1983년과 1989년 사이 호주의 男性吸煙率은 40% 이상에서 30% 정도로 감소되었고, 1991년 호주 빅토리아주의 吸煙率은 남성 27.3%, 여성 24%로 많은 감소를 보이고 있으며, 특히 靑少年層의 흡연율이 감소되고 있다. 미국인의 흡연율도 1965년 40%에서 1990년대에는 25.5%로 감소되었는데, 특히 최근에 큰 폭으로 감소되었다.²⁵⁾²⁶⁾ 선진국에서는 국가적인 차원에서의 綜合的인 禁煙對

24) 김일순, 「여성 및 청소년 흡연의 문제와 대책」, 『의료보험회보』, 1992.

25) Powles, *ibid*, 1993.

26) Marwick, Charles, "Advocates say smoke-free society eventually may result from more curbs, Taxes on tobacco use", *JAMA*, 1993.

策의 일환으로써 담배를 毒劇物로 규정하고 흡연을 反社會的 행위 로까지 간주하는 추세에 있으며, 점점 강도높은 立法과 對策으로 흡연에 대한 규제를 강화시켜 나가고 있으며 汎政府 차원의 國民 運動을 전개하고 있다. 담배로 인한 경제적, 사회적 해독은 이미 널리 인식되고 있지만 담배生産과 販賣와 관련된 利益 때문에 담 배정책 추진에 많은 어려움이 있는 실정이다.

가) 禁煙法 立法

立法은 효과적인 금연프로그램의 必須要素이며, 많은 나라에서 禁煙을 촉구하기 위한 입법움직임이 증가되고 있다. 立法措置로는 담배廣告의 規制 및 禁止, 담배갑에 警告文과 內容物에 대한 언급, 담배의 니코틴과 타르함량 규제, 販賣制限, 담배제품에 대한 稅金賦課, 公共場所와 職場에 서의 흡연규제, 의무적인 保健敎育과 國立禁煙機關의 설치 등을 들 수 있다. 금연입법의 주목적은 금연을 規範으로 정착시키는 것이라고 볼 수 있다.²⁷⁾

나) 담배稅 賦課

담배세 賦課로 인한 담배價格 상승은 여러 나라의 경험에서 담배消費를 억제하는 효과적인 수단으로 평가되고 있다. 현재 많은 國家들이 吸煙을 억제하기 위한 수단으로 담배세 인상을 고려하고 있으며, 담배세로부터의 財源을 健康增進事業에 사용한 미국 캘리포니아주와 호주 빅토리아주의 경우 그 成果가 큰 것으로 평가되고 있다.

Peterson은 1955년부터 1988년까지 미국 50개 州에서 담배세의 증가가 담배 販賣에 미치는 영향을 평가하였다. 이 기간 동안의 담배세 증가로 인해 1인당 평균 담배 3갑의 消費減少(약 2.4%)를 가져온 것으로 보인다.²⁸⁾

27) Townshend GS, Yach D, "Anti-smoking legislation-an international perspective applied to South Africa", *South Africa Medical Journal*, 1988.
 28) Peterson DE, Zeger SL, Remington PL and Anderson HA, "The effect of state cigarette tax on cigarette sales", *Am J Public Health(United States)*, 1992.

여기에서 담배세 증가가 클수록 담배消費 減少의 幅도 큰 것을 볼 수 있었다.

1988년 캘리포니아주에서는 Proposition 99에 따라 담배세를 갑당 10센트에서 35센트로 인상시켰으며, 뉴욕주에서는 1989~1990년도 담배갑당 稅金을 21센트에서 33센트로 인상하였다. Cummings 등은 稅金引上에 따른 뉴욕주의 吸煙率과 吸煙이 死亡에 미치는 영향을 측정하였는데, 담배세 인상으로 인하여 115,967명의 뉴욕시민에게 禁煙과 吸煙豫防의 效果가 있을 것으로 추정하였다.²⁹⁾

지속적인 담배세 인상이 담배消費 減少에 기여한 사례는 캐나다에서도 찾아볼 수가 있었다.³⁰⁾

다) 禁煙戰略 및 吸煙規制

吸煙을 감소시키는 방법으로는 生産과 供給側面에서 廣告와 販賣規制, 健康危險警告, 타르와 니코틴 含量 등 담배내용물에 대한 언급, 담배의 危害物質에 대한 규제, 未成年者에 대한 판매규제, 담배 生産을 감소시키기 위한 經濟的 戰略 등이 있다. 흡연가들의 行動變化를 달성하기 위한 조치로는 保健教育, 一般醫의 禁煙勸告, 公共場所와 職場에서의 규제정책 등이 있다.³¹⁾³²⁾

미국에서는 담배연기 없는 사회(Smoke-free society)를 지향하는 擁護者 대부분이 1993년 事業優先順位로 靑少年들의 吸煙豫防, 1갑당 2불의 담배소비세 인상, 禁煙公共場所에 대한 기존법규 확대, 담배제품의 광고와 販賣促進 抑制 등을 들고 있다.³³⁾

29) Cummings KM, Sciandra R, "The public health benefit of increasing tobacco taxes in New York State", *NY State J Med(United States)*, 1990.

30) Pipe A, "Tobacco control: politicking for prevention!(editorial: comment)", *Can J Public Health(Canada)*, 1992.

31) Townsend J, "Policies to halve smoking deaths", *Addiction(England)*, 1993.

32) R. Poerner, "Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic", WHO, 1993.

靑少年에게는 담배利用機會를 減少시킴으로써 흡연예방을 할 수가 있는데, 담배에 대한 中毒은 대체로 18세 이전의 연령에서 시작되므로 최근 각국은 禁煙보다 靑少年을 대상으로 하는 吸煙豫防에 많은 관심을 갖고 있다. 대부분의 지역에서 未成年者에게 담배판매는 不法임에도 불구하고 이 법의 強制性은 미흡하고 대체로 미성년자들은 담배를 쉽게 구입할 수가 있는 실정이다. 그러나 未成年者에게 담배販賣를 금지하기 위한 地方條例의 영향을 평가하기 위한 研究結果, 未成年者에 대한 담배販賣規制가 어느 정도 效果가 있음을 보여주고 있다.³⁴⁾

최근 職場과 公共場所에서의 吸煙規制에 대한 관심이 증가되고 있는데, 美國內 많은 會社에서는 吸煙規制政策과 함께 禁煙프로그램과 금연을 권장하는 인센티브를 제공하고 있다. 職場에서 吸煙을 완전히 금하는 회사 수가 증가하고 있는데, 醫療保險會社, Blue Cross, Blue Shield Plan은 흡연에 대해 더 강력한 입장을 취하고 비흡연자의 경우 保險料 割引을 해주고 있다. 비흡연자가 흡연자에 비해 就業이 容易할 뿐만 아니라 흡연자는 雇傭과 昇進機會가 제한되고 있다. 聯邦政府도 차츰 個人企業에 뒤이어 직장에서 흡연을 규제하는 정책을 택하고 있다.³⁵⁾

Office of Technology Assessment는 작년 흡연과 관련된 疾患의 費用을 연간 生産性 상실로 추정해 볼 때 430억불에 달한다고 하였다. 이 비용은 주로 雇傭主가 감당하게 되며, 흥미로운 현상은 個人企業들이 保健醫療團體보다 더 적극적으로 禁煙規制策을 선택하고 있다는 점이다.

이런 추세와 발맞추어 職場에서 금연을 選好하는 態度는 一般化되고 있다. 최근 갤럽의 國民輿論調査 結果에 의하면 18세 이상 남녀 1,540명 중

33) Marwick, *ibid*, 1993.

34) Bierer MF and Rigotti NA, "Public policy for the control of tobacco-related disease", *Med Clin North Am.(USA)*, Massachusetts General Hospital, Boston, 1992; Hinds MW, "Impact of a local ordinance banning tobacco sales to minors", *Public Health Rep(United States)*, 1992.

35) Iglehart, John K., Health policy report, "The campaign against smoking gains momentum", *The New England Journal of Medicine*, 1986.

吸煙者의 80%, 過去吸煙者의 90%, 非吸煙者의 92%가 직장에서 吸煙區域을 설정하거나 흡연을 금지해야 한다는 意思를 나타냈다.

캐나다 각 地方政府(Municipality)는 담배規制法規, 담배小賣許可와 담배自動販賣機 설치금지, Point-of-sale advertising 금지 등 措置를 취하고 있는데, 이러한 지방에서의 接近方法은 흡연규제에 대한 수용을 가능하도록 하는 與件造成에 도움을 주고 있다.³⁶⁾

라) 健康增進事業을 위한 基金造成

1987년 호주 빅토리아주는 담배法을 통과시켰으며, 州政府은 담배稅의 상당부분을 健康增進과 疾病豫防에 할애할만큼 革新的이었다. 위 法에 따라 獨立法人(Independent statutory body)인 빅토리아 健康增進財團(VHPF: Victorian health promotion foundation)이 設立되었으며, 2천3백만불이 健康增進을 위해 다음 분야에 사용되었다. 30%는 직접 健康증진 사업에, 30%는 담배회사가 스포츠기관을 후원하는 것을 代替하는데, 나머지는 研究와 藝術文化部門 지원에 사용되었다.³⁷⁾

한편 캘리포니아주의 경우를 보면 담배規制事業에 대한 州財政支援이 거의 없었고, 聯邦政府의 미약한 지원이 전부였다.³⁸⁾ 따라서 地域社會에 기초한 담배규제와 기타 保健教育 目的의 사업을 위해서는 안정된 收入源인 담배와 酒類와 같은 광범위하게 사용되는 稅源으로부터 基金醜出의 必要性이 제기되었다. 최근 聯邦政府, 모든 州政府, 그리고 약 400개의 地方政府(Municipalities)에서 담배소비세를 부가하였으며, 聯邦政府와 27개 州에서 無煙담배製品에 稅金을 賦課하였다. 그러나 그 중 몇주(미시간, 미네소타, 캘리포니아)만이 이 稅金을 禁煙保健教育에 割當하고 있다.³⁹⁾

36) Pipe, *ibid.* 1992.

37) Turner T, "Healthy localities", *Nursing Times*, 1990.

38) Bal DG, Kizer KW, Felten PG, Mozar HN and Niemeyer D, "Reducing tobacco consumption in California. Development of a statewide anti-tobacco use campaign", *JAMA(United States)*, 264(12), 1990.

39) Bal, *ibid.* 1990.

마) 禁煙캠페인

담배에 관한 保健政策은 흡연자와 비흡연자의 환경에 똑같이 영향을 미치므로, 이 政策은 담배消費減少와 健康增進을 위한 目標達成을 위해 다양한 방법을 사용해야 한다. 警告文, 學校教育課程, 吸煙에 대한 大衆情報서비스 등 教育的 方法(Educational interventions)이 중요하다. 특히 禁煙교육 프로그램의 核心要素는 國際的으로 각광을 받고 있는 Media Campaign이다.

禁煙支持活動은 담배와의 전쟁에서 무척 效果的인 방법이며 지방수준에서의 禁煙支持活動이 가장 效果적이다. 醫師는 환자의 環境變化에 영향을 미칠 수 있는 機會를 갖게 되므로 禁煙에 있어서 醫師의 役割이 중요하다.⁴⁰⁾

한편 WHO는 '88년 4월 7일을 제1회 禁煙의 날(World No-Tobacco Day)로 결정하면서 그후 매년 5월 31일을 世界禁煙의 날로 결정하였다. WHO는 向後 世界禁煙의 날 主題를 설정하였는데 각 연도별 主題는 다음과 같다.⁴¹⁾

- 1990 : 어린이와 靑少年을 담배로부터 保護하자
- 1991 : 公共場所와 公共交通施設에서의 禁煙
- 1992 : 職場에서의 禁煙
- 1993 : 保健醫療機關 및 保健醫療人의 禁煙
- 1994 : 담배 廣告의 금지
- 1995 : 담배로 인한 經濟的인 損失 방지
- 1996 : 스포츠와 藝術公演에 대한 담배스폰서 금지
- 1997 : UN의 禁煙결의와 禁煙운동 專擔機構 구성

40) Bierer, *ibid*, 1992.

41) 대한보건협회, 「담배와 건강」, 『대한보건협회지』, 1990.

미국의 경우 國立癌研究所(NCI)는 吸煙豫防과 흡연자의 禁煙을 위한 效果的인 戰略을 개발하기 위한 Intervention research program을 통해 禁煙運動에 활발히 참여하고 있다. 禁煙事業을 위해서는 연방, 주정부 및 수 많은 地方政府가 참여하고 있으며, 保健專門職, 醫師와 齒科醫師, 大企業, 국민학교부터 대학까지의 教育者들이 聯合하여 대처하고 있다. 최근 國防長官 와인버거는 모든 수준의 國防서비스에서 강도높은 禁煙운동을 實施할 計劃을 발표하였다.⁴²⁾

한편 캘리포니아주의 禁煙캠페인은 주 담배세와 1988년 제정된 健康增進法(State's Tobacco Tax and Health Promotion Act of 1988: Proposition 99)에 의해 실시되고 있다.

호주는 1985년 빅토리아주 保健部, 癌豫防委員會(Anti-Cancer Council), 國立心臟財團(National Heart Foundation)과 함께 共同으로 禁煙캠페인을 위한 機構인 Quit를 設立하였다. 이 기구의 後援프로그램은 1991년에는 호주축구팀 및 국가농구팀, 대중참여 스포츠 그리고 연극단체 등을 지원하고 있다. 스포츠와 기타 活動에 대한 支援은 Quit 캠페인과 禁煙措置에 대한 大衆의 支持를 높이는데 크게 寄與한 것으로 나타나고 있다. 또한 연방정부와 주정부의 보건부장관은 1993년 6월부터 담배갑 면적의 1/2에 구체적인 健康情報와 無料 禁煙電話番號(Quit line telephone number)를 포함하도록 하는 데 意見을 같이 했다.⁴³⁾

다. 今後의 課題

世界保健機構와 선진 각국은 담배연기 없는 社會의 建設을 궁극적인 目標로 내세우고 있는데 우리도 이와 같은 추세에 발맞추어 다음과 같은 課題를 수행하여야 할 것이다.

- 1) 담배연기 없는 社會를 建設한다.

42) Bal, ibid, 1990.

43) Powles, ibid, 1993.

- 2) 吸煙人口를 減少시킨다.
- 3) 흡연으로 인한 각종 慢性疾患 罹患 및 死亡을 감소시켜 國民健康 水準을 向上시킨다.

라. 施行方案

吸煙問題는 社會, 經濟, 政治的인 문제와 갈등을 초래할 수 있기 때문에 禁煙戰略은 명확한 政策에 기초하여 樹立해야 하며 달성 가능한 目標을 설정하여야 한다. 또한 各國의 政治的 文化的 規範을 반영시키는 것이어야 하며 敎育과 支持, 立法과 規制, 財政政策간 均衡이 필요하다.

1) 綜合禁煙法 立法

WHO에서는 다음 내용의 立法措置를 권장하고 있다.⁴⁴⁾

가) 禁煙法 立法

나) 廣告와 販賣促進 禁止

- 담배 廣告 전면 금지
- 담배 廣告 부분 금지

다) 담배갑 警告文

- 健康警告 내용
- 타르와 니코틴 含量 및 有害物質 표시

라) 담배내 有害物質 規制

- 內容物 규제
- 담배 製品 檢査 및 承認
- 타르 및 니코틴 許容值 설정
- 새로운 種類의 담배제품 生産 금지(무연담배 등)

44) R. Poemer, ibid, 1993.

마) 成人에 대한 담배販賣 規制

- 정부건물, 병원, 보건소, 학교 建物內에서 담배판매 금지

바) 經濟戰略

- 담배 補助金
- 담배 貿易政策
- 담배 生産減少(곡물대체, 비농가 산업육성, 담배생산감소를 위한 戰略)

사) 稅金과 價格政策

- 稅金 引上
- 稅金 差等 賦課(타르 함량이 많을 경우 세금 추가 부가)
- 稅金의 일부를 금연활동을 위한 財政支援에 사용

아) 公共場所와 大衆交通에서의 禁煙에 관한 立法

자) 職場에서의 禁煙에 관한 立法

차) 靑少年 吸煙 豫防

- 未成年者에 대한 담배판매 금지
- 담배 自動販賣機 規制
- 學校와 靑少年들이 자주 이용하는 장소에서의 담배판매 금지
- 담배샘플 무료 배포와 담배 날개비 판매 금지
- 무연담배제품 규제
- 靑少年에게 영향을 미칠 수 있는 담배광고나 판매촉진 規制

카) 保健敎育

- 學校에서 흡연에 관한 保健敎育
- 高危險集團에 대한 敎育, 금연에 관한 大衆情報
- 保健敎育을 위한 재정 지원

타) 담배規制를 위한 司法的 措置

2) 禁煙戰略

- 가) 公式的인 禁煙政策을 채택한다.

- 나) 禁煙憲章을 채택한다.
 - 다) 禁煙事業을 위한 基金을 확보한다.
 - 라) 禁煙運動에 협조하는 全國적인 담배規制機關의 設立
 - 마) 健康증진에 근거한 價格政策 및 稅金政策
- 3) 危險要因 減少
- 가) 20세 이상 成人吸煙率을 1992년 68.9% 에서 2000년에는 20%로 減少시킨다.
 - 나) 靑少年吸煙을 早期豫防하여 20세에 이르기까지 常習吸煙者가 15% 이상이 되지 않도록 한다(1992년 현재 44.8% 수준).
 - 다) 18세 이상 吸煙者중 연간 하루만이라도 禁煙하는 人口를 전 해에 비해 최소한 50% 이상 증가시킨다.
 - 라) 吸煙女性의 최소한 60% 이상이 妊娠期間中 禁煙을 지속하도록 한다.
 - 마) 家庭에서 間接吸煙에 노출되는 6세 이하 어린이의 비율을 20% 이하로 감소시킨다.
- 4) 서비스 및 保護
- 가) 담배연기 없는 環境을 조성하며 初中高 教科課程에 學校保健教育의 일환으로 吸煙豫防을 포함시킨다.
 - 나) 禁煙 또는 吸煙을 강력히 규제하는 公式禁煙政策을 채택하는 職場이 전체의 75% 이상이 되도록 한다.
 - 다) 吸煙환자에게 禁煙을 勸獎하고 禁煙사업을 지지하며 追後管理하는 1차진료와 구강진료 擔當者의 비율을 최소한 75% 이상으로 增加시킨다.
 - 라) 禁煙을 원하는 人을 支援하기 위한 禁煙프로그램을 실시한다.
 - 마) 禁煙캠페인의 一環으로 大衆情報서비스, TV 등 大衆媒體를 이 용한 캠페인, 禁煙의 날 행사를 실시한다.

5) 人力

- 가) 禁煙 目標達成을 위한 사업, 교육, 연구를 할 保健專門家의 種類(type)와 數를 설정한다.
- 나) 各급 學校에 吸煙豫防과 禁煙을 위한 充足하고 적절한 教科課程 內容을 제공하고 公衆保健 분야를 포함해서 保健專門職 學生들을 위한 프로그램을 제공하고 그들이 흡연에 관한 充足한 知識을 갖도록 한다.
- 다) 禁煙勸獎 역할을 갖고 있는 國家專門團體(national professional association)가 흡연예방과 禁煙에 관한 지속적인 교육을 실시한다.

6) 監視體系와 資料蒐集 및 分析

- 가) 每1년 또는 3년마다 標本調査를 실시하여 資料를 수집분석하며 새로운 監視體系를 설치한다.
- 나) 人口 各集團의 吸煙행태를 분석하고 各중 仲裁에 대한 結果를 評價한다.
- 다) 青少年吸煙에 관한 標本調査는 최소한 每4년마다 실시한다.
- 라) 成人吸煙에 관한 調査는 每2년마다 실시하여 吸煙에 관한 全國的 추세를 분석하여 對象 危險集團(target population)을 파악한다.
- 마) 吸煙과 관련된 信念, 態度, 行動에 관한 綜合的인 全國조사를 每4년마다 실시하여 禁煙仲裁에 대한 평가를 한다.
- 바) 醫療利用과 吸煙에 관한 情報를 連繫하여 吸煙으로 인한 罹患에 대한 分析이 가능하도록 한다. 吸煙관련 死亡과 罹患에 대한 調査는 每4년마다 실시한다.

7) 研究

- 가) 吸煙開始(initiation of tobacco use)에 관한 研究를 실시한다. 吸煙개시 危險要因, 吸煙예방을 위한 綜合仲裁(학교프로그램과 대중매체를 위한 프로그램)의 效果를 평가한다.

- 나) 常習吸煙者의 금연에 관한 연구를 한다.
- 다) 再吸煙(relapse) 방지에 관한 연구를 한다.
- 라) 담배政策에 관한 연구를 한다.

4. 飲酒, 麻藥 등 社會病理現象

가. 必要姓

1) 社會病理現象의 深化

1940~50년대 急性 및 傳染性 疾患, 1970~80년대 慢性退行性疾患 및 老人性疾患에 이어 1990년대 이후에는 각종 事故 및 事件, 環境汚染, 成人病, 습관성 중독성 물질의 誤·濫用 등으로 인한 社會病理現狀이 심화되고 있다.

社會病理現狀을 유발하는 것 중에는 술(Alcohol), 담배, 유기용제(bond, 신나), 대마초, 감기약 러미나, 진통제, 진정제 등과 아편, 코카인(cocaine), 대마, 합성약품인 헤로인(heroine), 바르비탈류(barbiturates), 각성제(특히 히로뽕) 등 藥物濫用으로 인한 것들이 있다. 특히 비교적 구입이 용이한 술, 담배, 유기용제, 대마초, 감기약 및 진통제 등의 남용이 최근 우리나라 청소년들에게도 심각하게 사회문제로 대두되고 있다.

국민 1인당 GNP가 10,000\$ 수준에 이를 때 藥物濫用으로 인한 사회문제가 급격히 증가되며 최근 우리나라도 인격형성 단계에 있는 사춘기 청소년과 학생들의 藥物濫用이 증가추세에 있다. 약물의존이 초래하는 결과는 이를 남용하는 청소년 개개인뿐만 아니라 사회에 미치는 영향이 커 막대한 國力의 낭비를 초래하므로 2000년대의 미래사회를 이끌어갈 주역이 될 오늘날의 청소년들이 藥物濫用으로 인한 弊害를 입지 않도록 철저한 豫防과 指導가 요구되는 시점이다.

2) 社會教育制度的 構造的, 環境的 要因

입시위주의 교육환경으로 인한 스트레스 해소책과 청소년들의 발달시기에 알맞는 건전한 오락 활동의 참여기회 부족 등 불건전한 유혹으로부터 벗어날 수 있는 건전한 사회분위기가 造成되어야 한다. 그러나 현실은 청소년들이 당면하고 있는 問題들을 상담하고 해결해 줄 수 있는 청소년 문제 專門相談家가 부족하며 生理的으로 왕성한 變化의 시기를 거치는 청소년들의 올바른 性教育 등을 실시해 줄 수 있는 專門家活用制度 등도 뒷받침되지 못하고 있는 실정이다.

뿐만 아니라 학업 성취도가 낮고 학교활동에서 滿足感을 못 느끼는 청소년, 결손가정의 청소년, 빈민이나 야산지역 등 불우한 환경에서 성장하고 있는 청소년 등 脆弱階層에 놓여 있는 청소년들은 그들의 劣等感이나 疎外感을 극복하기 위하여 가정밖에서 徘徊하게 되므로 약물을 접할 수 있는 환경에 노출될 기회가 많아져 본드나 가스를 쉽게 흡입하게 된다.

다시 말하면 脆弱階層의 청소년들을 위한 社會福祉 및 教育的 環境與件 등이 그들을 보살피지 않음으로 인해 각종 社會病理現象을 誘發시키고 있다. 따라서 우리나라의 미래를 이끌어 나갈 청소년들에게 건전한 가치관을 형성시켜 줄 수 있는 건전한 社會·文化 環境의 造成이 절실히 요구된다.

3) 豫防 및 再活서비스 管理體系

靑少年들의 藥物濫用은 호기심이나 약물의 위험성을 모르고 사용하는 경우가 많으므로 철저한 豫防教育과 再活教育이 요구된다. 癡藥類 및 藥物濫用에 대한 적절한 대응책은 사용실태와 원인에 대한 정확한 파악과 진단이 선행되어야 함은 再論의 여지가 없다. 그러나 청소년들을 약물남용으로부터 예방하기 위한 교육 프로그램과 약물을 이미 남용한 청소년들을 위한 재활프로그램이 體系化되지 못한 실정이다.

청소년들에 의해 남용되는 술, 코카인, 니코틴 등은 엄밀한 의미에서 약물은 아니지만 精神作用 때문에 남용되는 물질이란 점에서 광범위한 약물

남용 범주에 포함된다. 따라서 청소년들이 藥物濫用의 전단계인 술과 담배에서 시작하여 감기약, 유기용제, 각성제, 마약남용에 도달하여 의존에 이르게 되는 공통적 樣相을 이해하고 진단할 수 있는 올바른 指導體系가 구축되어야 한다.

적절한 藥物濫用 對策은 법률에 의한 엄벌주의나 법률규제 만으로는 근절이 불가능하므로, 그 유통구조를 단절하는 철저한 대책과 사전관리가 매우 중요하다. 이러한 관점에서 볼 때 우리의 경우는 법만 만들어져 있을 뿐 전국규모의 사회조사나 교육과 계몽, 치료와 재활 등에 대한 관리체계가 미비하다.

藥物濫用의 급격한 확산에 당면하고 있는 대부분의 선진국들은 국가적인 차원에서 이에 적극 대처하고 있다. 즉, 국가를 가장 위태롭게 하는 것은 藥物濫用이라고 공언하고 藥物濫用退治를 사회정책의 최우선 순위로 잡고 있다.

4) 藥物濫用 防止를 위한 國家政策 및 協約

각 국가마다 藥物濫用을 억제하기 위한 豫防政策을 마련하고 있지만 대부분의 정책은 마약류 남용억제를 위한 UN의 協約에 기초하고 있다. 우리나라의 마약, 대마, 향정신성 의약품 등을 통제 관리하기 위한 關係法令은 1946년 11월 11일에 痲藥取締令, 1957년 4월 23일에 痲藥法 制定, 1970년 8월 7일에 습관성 醫藥品管理法 制定, 1976년 4월 7일에 大麻管理法 制定(습관성 의약품에서 大麻規定 削除) 그리고 1980년 4월 1일에 尙精神性 醫藥品管理法등이 制定(습관성 醫藥品管理法을 廢止하고 管理法을 新規制定)되었다.

현재 아편계 마약과 합성마약, 코카인 등은 마약법으로, 대마는 대마관리법으로 그리고 그외의 모든 향정신성 약물은 향정신성 의약품관리법으로 規制하고 있으며 藥物 誤·濫用 방지를 위해 輸出入, 製造, 販賣, 使用 등을 엄격히 規制하고 있다.⁴⁵⁾

한국, 일본, 미국 및 UN의 마약류 규제법을 비교하면,⁴⁶⁾ 한국은 3個 그

리고 일본은 4개의 규제법이 있으며 미국은 1971년 향정신성 약물을 여러 개의 규제법으로 나누어 통제하던 것을 종합 약물남용 예방 및 통제법(Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act, 1971) 하나로 통일하여 制定하였고 모든 향정신성 약물을 5群으로 나누어 規制 관리하고 있다.

마약류 남용방지를 위한 國際協約으로는 1909년 상하이에서 최초로 13 개국이 참가하여 아편위원회(Opium Commission)가 개최된 이래, 1961년 마약에 관한 단일협약(Single Convention on Narcotic Drug, 1961)이 채택되었다.

아편제, 대마, 코카인 등의 관리 외에도 향정신성 약물(암페타민계 각성제, 진정·수면제, 환각제 등)을 국제 공동으로 규제하기 위한 협약(Convention on Psychotropic Substances, 1971)이 있다. 이 협약은 향정신성 약물을 4群으로 분류하고 그 사용을 科學學術用과 醫療用으로 局限하여 이들의 生産, 輸出入 및 使用 등의 수급조절을 엄격하게 규제 관리하고 있다. 그러나 의약품들이 불법유통으로 국가간에 확산의 조짐이 보이자 1988년 새로운 협약(Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substance)을 체결하였다.

우리나라는 1961년, 1965년, 1971년, 1972년 마약에 관한 단일협약 개정 의정서를 비준 公布하여 현재 준수하고 있다.

나. 現況 및 問題點

1) 靑少年 藥物 誤·濫用 實態

60년대와 그 以前에는 癮藥이 문제가 되었고, 1970년대에는 大麻가, 1980년대에는 메스암페타민(필로폰 또는 히로뽕)이 그리고 1990년대에 들어와서는 일반인에게는 다소 생소한 엘에스디(LSD)와 코카인이 우리사회

45) 문화체육부, 『靑소년백서』, 1993.

46) 한국약물남용연구소, 『약물남용의 실태와 예방대책』, 1993.

에 침투해 들어와 심각한 사회문제를 誘發시키고 있다.

우리나라의 전반적인 藥物濫用 실태를 파악할 수 있는 자료는 없으나 1985년을 기점으로 1990년에는 전체적인 마약류 사범은 355%, 1991년도에는 전년도 대비 232% 증가되고 있다고 보고되었다.⁴⁷⁾

특히 청소년을 대상으로 한 藥物濫用度를 比較分析한 결과에 의하면⁴⁸⁾ 한국 고 3학생들의 藥物濫用度는 미국 고3 학생들의 남용도에 비해 매우 낮았지만, 吸煙度는 한국 고3 학생들이 더 높았던 것으로 보고된 바 있었다.

국가적 차원에서는 1989년부터 文化體育部 주관 용역사업으로 청소년 약물남용에 대한 전국 사회조사를 매2년마다 실시해 오고 있으며 청소년의 약물사용실태조사 결과⁴⁹⁾와 한국 중3 학생들과 고3 학생들의 약물남용 실태조사 결과⁵⁰⁾에 의한 청소년들의 약물복용 실태는 다음과 같다.

가) 大麻

대학생 중 남학생 33%, 여학생 3%가 대마흡연의 경험이 있었고 이중 50% 정도는 기회있을 때마다 흡연한 것으로(1974년), 그리고 중학생의 3.8%와 고등학생의 5.8%, 그리고 대학생의 11.7%가 대마흡연의 경험이 있었던 것으로(1977년) 보고되었다. 1980년과 1982년의 조사결과에서는, 남자 고등학생의 8.7%와 3.3%가 대마 흡연경험이 있었고 1991년과 1992년에는 고3 학생 중 0.6%와 1.6%가 대마 흡연경험이 있었던 것으로 보고되어 大麻管理法 20條(大麻를 吸煙 혹은 攝取한 者는 10年 以下의 懲役 또는 500萬원 以下의 罰金에 처한다)의 계몽 및 교육이 다소 실효를 거둔 것으로 평가되었다.

나) 吸入劑(가스, 본드)

한국 고3 학생들 대상으로 한 흡입제 사용 경험도는 1982년 6.2%에서

47) 한국약물남용연구소, 전계서, 1993.

48) 한국약물남용연구소, 전계서, 1993.

49) 문화체육부, 『청소년 백서』, 1990~1993.

50) 한국약물남용연구소, 전계서, 1993.

1990년 5.2%수준으로, 본드흡입은 학생청소년(2.5%)이나 근로청소년(3.6%)에 비해 非行青少年은 무려 10배 이상(45.9%)이나 높았던 것으로 보고되었다.

다) 覺醒劑

한국 청소년들이 남용하는 각성제는 카페인 제제를 의미하는데, 1977년 조사결과 중3 학생의 19.4%, 고3 학생의 26.4%가 각성제 복용 경험이 있었으며 그 이후 중3 학생들의 20.3%(1982년)와 5.7%(1990년) 그리고 고3 학생들의 32.3%(1980년), 29.4%(1982년), 17.0%(1989), 8.6% (1990년), 8.6% (1991년), 9.7%(1992년)가 각성제 복용경험이 있었던 것으로 보고되었다.

라) 담 배

38.5%(남;69.6%, 여;5.7%), 1989년 37.1%(남;58.0%, 여;16.1%), 1990년 37.6%(남;67.6%, 여;7.6%), 1991년 29.9%(남;54.9%, 여;4.9%), 1992년 29.1%(남;53.6%, 여;4.6%)로 남녀학생들의 吸煙實態는 다소 감소하는 경향이 있으나 많은 수의 학생들이 흡연경험이 있었던 것으로 보고되었다.

마) 술

全國調查結果, 1980년 79.2%(남 94.4%, 여 63.9%), 1982년(남 90.1%, 여 41.5%), 1989년 68.2%(남 84.2%, 여 52.1%), 1990년 62.9%(남 85.7%, 여 40.0%), 1991년 54.1%(남 74.6%, 여 33.6%), 1992년 46.7%(남 72.0%, 여 21.4%)로 다소 감소된 것으로 보고되었다. 한편 고3 학생들의 飲酒實態 조사결과에서는 1982년의 66.5%에서 1990년 62.9% 수준으로 별 변동이 없었다. 그러나 단 한번의 음주를 경험한 응답인구보다는 상습복용으로 인해 靑少年 非行問題가 발생된다는데 문제의 심각성이 있으므로(非行靑少年의 飲酒經驗은 1989년 93.1%, 1991년 82.6%로 학생청소년에 비해 매우 높음) 정확한 진단과 관리가 요구된다.

마지막으로 소수이기는 하지만 일부 학생들은 코카인(0.8%), 필로폰

(0.2%), 마약(0.2%), 환각제(1.4%)를 사용한 경험이 있었던 것으로 보고되었다. 그러나 문제는 조사방법 등의 標準化가 이루어지지 않고 있어 시계열 분석에 의한 動態 파악이 어려운 實情임을 엿볼 수 있었다.

2) 外國의 藥物濫用 實態

가) 日本

일본의 약물남용물질에 대한 現行 規制法規에는 癮藥取締(1953년), 阿片法(1954년), 大麻取締法(1948년), 覺醒劑取締法(1951년), 毒劇物取締法(1950년) 등이 있다. 일본의 경찰청, 후생성, 법무성 등의 자료에 의하면 일본의 마약류 사범실태는 1985년도를 기점으로 대마사범은 138%가 그리고 코카인 사범은 358%가 증가되어 약물남용이 점차 서구화되어가고 있다고 지적하였다. 한편 소년 사범수의 경우, 각성제 소년 사범수는 줄어들고 있는 경향(1985년 2,062名에서 1988년 1,273名)을 보이지만 대마사범은 증가(1985년 72名에서 1988년 131名)된다고 보고⁵¹⁾하고 있어 청소년 약물남용의 심각성을 示唆하고 있었다.

나) 美國

미국은 국립약물남용연구소(NIDA : National Institute on Drug Abuse)의 지원으로 고3학생과 전국민을 대상으로 하는 2개의 사회조사와 National Household Survey를 통한 약물복용실태를 매년 실시하고 있다.

1991년도 현재 미국의 사망사인중 11번째 死因으로 분류되고 있는 경변증(cirrhosis)은 過飲으로 생기는 질환이며, 9번째 死因으로 분류된 (HIV) Human Immunodeficiency Virus는 약물사용으로 인한 정맥주사나 성관계를 통해 유발되는 질환임에 비추어 그 심각성을 보여주고 있었다. 藥物服用에 대한 National Household Survey 결과(1992년),⁵²⁾ 지난 1년간 마

51) 한국약물남용연구소, 전게서, 1993.

52) L.D.Johnston and P.M.Malley and J.G.Bachman, "National high school

리화나는 17,400千名 정도가 常習服用을 하였고 67,500千名 정도는 적어도 한번 이상의 사용경험이 있었으며 같은해 22,600千名이 코카인을 복용했던 것으로 推計하였다. 그리고 조사대상 고등학교 학생 중 28%와 대학생중 41%가 지난 2주 동안에 5회 이상의 음주를 한 것으로 보고하였다. 이처럼 약물남용에 대한 철저한 실태분석과 동태파악을 바탕으로 2000년의 관리목표를 세부적으로 설정하여 국가적 차원에서 관리하고 있음을 알 수 있었다⁵³⁾.

다. 今後의 課題

- 1) 건전하고 건강한 社會教育環境의 造成으로 청소년들의 가치관을 올바르게 정립시켜 건강한 사회인으로 육성한다.
- 2) 脆弱階層의 청소년들을 特別管理할 수 있는 社會事業과 社會福祉 制度를 확립하고 육성시켜 더불어 살아갈 수 있는 사회분위기를 조성한다.
- 3) 藥物濫用으로 인한 靑少年 弊害 및 死亡水準을 저하시킨다.
 - 과음으로 인한 사망수준을 현재의 수준에서 매년 10%씩 감소시킨다.
 - 음주운전으로 인한 자동차사고 사망수준을 현재의 수준에서 매년 10% 수준씩 감소시킨다.
 - 약물중독과 관련한 死亡水準을 현재의 수준에서 매년 10%씩 감소시킨다.
 - 약물중독으로 인한 靑少年 非行을 현재의 수준에서 매년 10%씩 감소시킨다.

senior drug abuse survey 1991, NIDA Notes", *National Institute on Drug Abuse*, Rockville, Maryland, Vol.7, No.2, 1992.

53) U.S. Department of Health and Human Services, "Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives". *Washington Public Health Service*. 1994.

- 약물남용과 관련하여 응급실을 방문하게 되는 경우를 적어도 현재의 수준에서 매년 20% 감소시킨다.
 - 吸煙, 飲酒 및 藥物中毒을 경험하는 청소년 인구를 감소시킨다.
 - 청소년을 대상으로 한 술 판매 禁止와 술 소비량을 현재의 수준에서 매년 10%씩 감소시킨다
- 4) 매2년마다 週期的으로 청소년 약물복용 실태과약을 위한 전국조사를 실시하고 정확한 진단과 예방 및 재활 서비스 관리체계를 構築하고 매5년마다 주기적으로 청소년 藥物服用 실태 및 예방, 재활 서비스 관리실태 評價 및 추진전략을 구축한다.
 - 5) 藥物濫用을 방지하기 위한 痲藥類의 供給遮斷과 需要抑制을 위한 종합적 대책을 마련하고 국내유관부서와 단체의 공동목표를 설정한다.
 - 6) UN의 藥物濫用 방지를 위한 계획과 활동을 능동적으로 지원하고 특히 청소년들의 藥物濫用을 원천적으로 차단시킬 수 있도록 한국 실정에 적합한 관리방안을 구축한다.
 - 7) 21세기의 南北統一時代에 대비하여 청소년들의 사고방식과 가치관의 차이에서 발생할 것으로 예상되는 社會的 갈등요소를 최소화한다.

라. 施行方案

1) 藥物 誤·濫用 實態에 관한 社會調查

- 관련 정부부처와 연구기관 주관으로 청소년 藥物濫用문제에 능동적으로 對處할 수 있도록 全國規模의 역학조사 실시. 습관중독성 물질의 오남용과 관련되어 발생하는 범죄, 교통사고, 가정파탄, 병원입원, 경제적 손실액 등 관련사항에 대한 자료수집과 지속적인 投資 및 研究를 시행한다.
- 청소년 藥物濫用 실태과약을 위한 조사기법 및 조사도구의 표준화를 이루어 時系列別 分析으로 향후 정확한 社會診斷과 現象診

斷을 실시하여 藥物濫用에 대한 國家政策을 수립한다.

- 國家政策으로 매2년마다 주기적으로 실시되는 全國調查結果를 바탕으로 정확한 진단과 예방 및 재활 서비스 관리체계를 구축한다.

2) 藥物濫用 防止를 위한 關聯法 制定 및 改正

- UN 癮藥類 退治를 위한 10개년 계획에 적극 동참하고 아울러 1990년에 작성된 한국 마약류 퇴치 10개년 종합계획안⁵⁴⁾의 실행을 위한 세부 실천계획을 마련한다.
- 癮藥法, 向精神性 醫藥品管理法, 毒物 및 劇物에 관한 法, 大麻管理法 등에 청소년 보호에 대한 特別規定을 마련한다.
- 藥物의 製造過程 및 流通過程, 販賣를 엄격히 규제한다. 즉 남용 위험이 있는 물질의 원료 및 제품생산 제조과정의 엄격한 행정 통제와 유통시의 관리강화 및 내용물에 대한 표시를 의무화한다.
- 학교주변, 유흥업소, 오락실, 만화가게, 산책로, 공원, 영화관 등 청소년들이 藥物에 접근할 가능성이 큰 지역 등에 대한 出入統制 및 철저한 관리와 청소년을 출입시키는 업소에 대한 行政規制를 強化한다.
- 약물별 사용여부를 판별할 수 있는 鑑別基準과 小便採取의 強制條項 등의 法規를 마련한다.
- 藥物濫用 청소년의 친권자에 대한 책임 처벌여부와 치료에 동반할 의무 규정을 強化함과 동시에 강력히 시행한다.
- 既 發生된 癮藥事犯을 철저히 退治하기 위한 制度補完 : 전문적 수사체제와 기법 습득, 적정 수사요원 공항변 감시체제 강화의 확보 및 전문교육, 첨단 수사장비 活用 및 예산 지원, 선진 단속 기법의 연구 도입 및 活用, 검찰, 세관 합동단속 체제 整備, 모든

54) 한국마약퇴치운동본부, 『마약류 및 약물남용 실태조사 보고서』, 1994.

국제공항변 마약건 配置 완료, 첨단 검색장비 導入, 출입국 統制, 검색 강화를 위한 보완체제를 強化한다.

- 靑少年 藥物濫用防止를 위한 情報管理體系 開發: 국제 유통정보 전산입력 활용체제 확립 및 국내외 정보 전산추적 교환체제를 완비한다.

3) 藥物濫用の 豫防을 위한 敎育 및 啓蒙

청소년과 청소년에게 영향을 미치는 부모와 교사를 주요 대상집단으로 하여 실질적인 효과를 거둘 수 있는 藥物濫用 豫防敎育을 실시하여 예방에 주력하며 세부사업시행안은 다음과 같다.

가) 學校敎育 프로그램

- 학생을 대상으로 약물이 신체에 미치는 영향에 대한 예방敎育 실시.
- 담당교사 및 일반교사를 대상으로 약물관련 내용의 지속적인 再敎育 실시.
- 학부모를 대상으로 集團敎育 및 意思疏通 強化를 위한 敎育 실시
- 현재 全國敎育委員會別로 활동하고 있는 相談自願奉仕者들을 대상으로 약물敎育 실시
- 또래집단 선도체제 형성 및 상담자 활용
- 初等 및 中等敎育 교과과정에 약물敎育 내용 포함

나) 社會敎育 프로그램

- 근로청소년은 근로복지회관 등에서, 시설청소년 등은 각종 소년원 및 보호시설에서, 기타 청소년은 상담소, 청소년기관, 사회복지관 등을 통해 대상별 예방敎育 실시.
- 각 방송사 및 TV 등 대중매체를 통한 적극적 홍보 및 광고

실시

- 건전한 가치관 형성과 건강한 사회분위기 조성
- 關係部處 및 關聯研究機關에서는 홍보 및 교육자료 개발
- 신고는 물론 상담을 위주로 한 지역별 사회단체 등에 비상전화 설치 및 운영
- 國民啓蒙 및 世界癡藥類 退治의 날 행사 활성화
- 마약류퇴치를 위한 국민대행진 행사 年例化
- 범국민운동 단체결성 등의 적극적 지원

다) 代案 프로그램

- 학교내 각종 취미클럽, 스포츠, 봉사 및 종교활동 등 다양한 학교내 프로그램을 개발하여 건전한 학생활동의 참여 유도
- 産業體 및 勤勞福祉會館에서는 다양한 청소년 활동 프로그램을 개발하여 근로청소년들의 참여를 유도하고 건전한 오락활동의 기회 제공
- 미진학, 무직 청소년들을 위하여 각종 사회단체 등의 협조하에 특별교육, 문화사업 등을 開發하여 건전한 活動의 참여기회 제공

4) 治療 및 再活서비스 強化

약물복용이 습관화 되어 중독상태에 놓여 있는 청소년들을 위한 治療와 回復 및 再活 프로그램의 개발 및 보급에 주력하며 세부실천내용은 다음과 같다.

가) 專門 治療센터 開院과 再活 및 治療保護 施設의 實效化

- 정신과의사, 간호사, 사회복지사, 작업치료사, 놀이치료사, 임상심리학자, 교사, 사회체육지도자, 치료보조원 등이 일차적으로 문제를 시정하고 해독시키는 應急 治療機關(단기치료기관).
- 정신치료 및 사회복지 서비스를 제공하는 入院 및 外來 治療機關.

- 하루 4시간 이상씩 동원하여 치료, 교육, 오락 및 집단활동의 광범위한 낮병동 등의 統合 治療機關.
- 약물을 복용한 청소년을 격리 수용, 통제하는 專門 治療機關.
- 집에서 멀리 떨어져서 관리되어야 하는 청소년들은 낮동안에 낮병동, 학교 및 직장에서 생활하도록 하고 저녁에 이곳에서 식사하고 잠을 자게 하는 再活을 위한 中間施設.
- 마약류 중독자 專門 治療機關.

나) 治療保護와 刑事處罰 制度의 相互 調和

다) 強制的 再活 프로그램의 開發 및 活用

4) 南北統一에 대비한 靑少年 藥物 誤·濫用 問題 對應策 마련

- 統一에 대비한 남북한 藥物濫用 관련법 검토 및 재정비
- 남북한 청소년들의 생활관과 가치관 등의 차이를 극복할 수 있는 대비책 마련
- 남북한 청소년들의 단계적 교류방안과 융화방안 모색

5. 事故豫防

가. 必要性

現代科學의 發達과 生活水準의 向上으로 각종 전염성 질환은 감소되었으나, 人口 增加 및 機械文明의 發達은 각종 事故를 동반하고 있고 事故로 인한 死亡이 오늘날 어느나라에서나 주요한 死因의 하나로 등장하고 있으며 우리나라에서도 예외는 아니다. 이러한 事故는 언제 어디서나 發生이 가능하고 다른 질환보다 傷害 및 死亡率은 월등히 높아 國民保健問題에 큰 비중을 차지하게 되었다. 事故는 역학적인 측면에서 볼 때 다수 요인에 의한 Epidemic으로 간주되어 상병을 직접 수반하고 事故 그 자체 보다는 상해(injury), 기능저하(Loss of function), 손상(Impairment), 불능

(Disability), 특정 의료에의 의존(Dependence on special service) 등의 결과를 초래한다. 事故는 사고당사자는 물론 가족들에게 家庭生活의 破滅을 안겨주고 산업체의 경우 企業主에게 기업자산의 損失 및 生産能率 低下를, 勤勞者에게는 생산활동의 위축 및 사기저하를 가져오게 하여 사회 문제를 야기하고 급기야는 국가 경제발전을 저해하는 암적 존재로까지 등장하게 된다.

향후 21세기 사회는 産業化, 多元化, 複雜化 現象이 加速化되어 여러 불의의 事故에 기인하는 사망자수와 불구자수가 더욱 증가될 것이다.

그러나 事故는 반드시 일으킬만한 原因이 있으며 그 原因들은 밝혀질 수 있는 요소들이며, 충분한 예방조치가 취해지고 國民啓蒙과 弘報를 통한 대비책이 강구된다면 어느 정도 미리 안전하게 막을 수 있다.

그러므로 향후 발전된 모습으로 그려질 21세기의 우리나라에서도 '發展의 疾病'인 事故의 발생은 증가될 것이므로, 事故 및 이로 인해 파생되는 傷害를 예방할 수 있는 정책에 접근할 수 있는 국가단위의 事故豫防管理政策을 제시할 필요성이 절실하다.

나. 現況 및 問題點

1) 事故와 關聯된 年間 死亡者數 (WHO 資料)

세계보건기구의 집계에 의하면 매년 약 350만명이 질병이 아닌 事故에 의해 死亡한다. 負傷과 關聯된 死亡 중 약 250만명의 死亡은 우연한 事故에 의한 것으로 路上, 家庭, 職場이나 놀이터에서의 事故, 火災, 溺死, 中毒, 墜落 그리고 自然災害에 의한 것이며 약 100만명은 고의적 事故에 의한 死亡으로 推算되고 있다.⁵⁵⁾

다음은 1994년 한 해 전세계에서 事故와 關聯된 死亡原因別 年間 死亡者數 推定值이다.

55) WHO, 『세계보건통계』, 1988, 1991.

| | 선진국(명) | 개발도상국(명) |
|------|---------|-----------|
| 교통사고 | 250,000 | 565,000 |
| 기타사고 | 420,000 | 1,950,000 |

또한 개발도상국들이 가장 피해가 심각해서 매년 전체 死亡者의 2/3인 약50만명을 차지하며 더욱 심각한 것은 사망경향이 증가추세에 있다는 사실이다. 예를 들면 최근 10년간 18개 개발도상국의 交通事故에 의한 死亡이 13%인 26,000건 이상 증가했으며, 선진국에서는 매년 交通事故로 약 20만명이 死亡하는 것으로 추산된다.

2) 事故 犧牲者數 및 事故로 인한 年間 經濟的 費用 (CDC 資料)

事故는 많은 死亡者뿐만 아니라 수십배 더 많은 負傷者가 발생하며, 경우에 따라서는 사고발생 이후 일생동안 身體障得가 남게 되는데, 실제로 美國에서 1990년 한 해 동안의 사고희생자는 2차대전시 美國人 死亡者와 負傷者數보다 훨씬 더 많으며, 연간 1인의 死亡者 발생시 67인의 負傷 및 0.8인의 영구불능자가 발생된다.

美國의 疾病調節豫防센터(CDC:Centers for Disease Control and Prevention)가 실시한 조사에 의하면, 交通事故로 인한 美國의 年間 經濟的費用은 1천3백80억\$에 달하는 것으로 나타났다.

이 금액은 한사람의 死亡이 가져다주는 직장 및 가정에서의 생산성 損失額을 70만2천\$로 추정하여 산출한 것이며, 한편 이 금액은 미국 국내 총생산액의 2.5%에 해당하는 금액이라고 덧붙였다. 다음은 1천3백80억\$에 이르는 交通事故 총비용의 구체적인 내역이다.

| | |
|---------------|---------|
| 재산손실액 | 4백57억\$ |
| 직장에서의 생산성 손실액 | 3백98억\$ |
| 의료비용 | 1백39억\$ |
| 가정에서의 생산성 손실액 | 1백8억\$ |

그리고 최대단위비용을 기록한 死亡者의 1인당 비용은 70만 2천\$,平生治療가 要望되는 重傷者의 1인당 비용은 58만 9천\$인 것으로 산정되었다.

3) 우리나라의 事故로 인한 損傷 및 中毒의 增加趨勢

가) 統計廳의 사망원인 통계연보자료

우리나라의 死因構造는 1980년도에는 17대 분류에 의한 순환기계질환, 악성신생물, 각종 사고사로 인한 死亡의 3대요인이 전체 사인의 47%를 차지한 반면, 1992년에는 이 3대 요인이 65.8%를 차지해, 갈수록 높은 構成比率을 보였다. 이 중 각종 사고사로 인한 死亡이 1983년에는 9.5%의 比率이었으나 1991년에는 15.7%로 크게 증가하였다. 특히 損傷 및 中毒 死因은 1966년에 사망순위 6위였던 것이 1974년에는 4위, 1991년에는 3위를 차지해 해마다 증가하며, 우리나라 10대 사인으로 분류할 수 있는 疾病을 중심으로 분석한 결과, 不意의 事故는 1984년 이후 꾸준히 3위를 유지하고 있다. 여기서 不意의 事故는 각종 교통사고, 익사, 추락, 화재, 상해불명의 사고 등을 總網羅한 것이다. 더욱이 순환기 질환과 新生物에 의한 死亡者는 주로 高年齡層인데 비해 損傷 및 中毒에 의한 死亡은 젊은 年齡層에 많고 致死率이 높으며, 영구장애(permanent disability)를 초래하는 경우가 많아 중대한 保健問題로 인정되고 있다. 우리나라의 各種 事故死로 인한 死亡率 推移를 살펴보면, 교통사고 사망률이 1985년 18.4에서 점차 증가하여 1991년에는 38.2였다가 1993년에는 33.5로 다소 감소하는 추세를 보였다. 그러나 기타 事故死의 사망률이 교통사고 사망률보다 앞서다가 1989년부터는 교통사고 사망률이 事故死의 주원인이 되었다(表 1).

<表 1> 年度別 各種 事故死의 死亡率 推移

| | 1985 | 1987 | 1989 | 1991 | 1993 |
|--------|------|------|------|------|------|
| 교통사고 | 18.4 | 23.7 | 31.8 | 38.2 | 33.5 |
| 불의의 중독 | 9.1 | 9.1 | 6.3 | 4.6 | 4.1 |
| 불의의 익사 | 6.6 | 8.4 | 5.5 | 4.9 | 4.6 |
| 자살 | 10.5 | 9.6 | 8.7 | 8.4 | 9.9 |
| 기타 사고사 | 21.3 | 23.8 | 28.4 | 29.7 | 25.5 |

資料: 통계청, 『사망원인통계연보』, 1985~1993 각 연도

우리나라의 불의의 事故 및 부작용으로 인한 사망원인은 다른 나라들에 비하여 상당히 높은 死因 構成比率을 나타내고 있다. 특히 자동차 교통 사고는 1989년 日本의 3배에 해당한다(表 2 및 表 3).

<表 2> 損傷 및 中毒外因의 主要死因 死亡率 國際比較(1987년, 1989년)

(단위: 10만명당)

| | 1987 | | | | 1989 | | | |
|--------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 한국 | 일본 | 영국 | 서독 | 한국 | 일본 | 영국 | 서독 |
| 불의의 사고 및 부작용 | 117.7 | 23.2 | 22.9 | 36.6 | 68.2 | 25.6 | 24.3 | 32.5 |
| 자동차 교통사고 | 37.8 | 10.2 | 9.5 | 12.4 | 37.5 | 11.8 | 9.8 | 12.5 |
| 기타 운수사고 | 4.0 | 1.1 | 0.7 | 0.7 | 2.2 | 1.2 | 0.7 | 0.2 |
| 불의의 중독 | 16.1 | 0.6 | 1.1 | 0.2 | 5.2 | 0.5 | 1.1 | 0.2 |
| 불의의 익사 및 침수 | 12.8 | 2.4 | 0.5 | 0.7 | 4.2 | 2.5 | 0.7 | 0.8 |
| 자살 및 자상 | 17.0 | 19.6 | 7.9 | 19.0 | 9.1 | 17.3 | 7.7 | 16.8 |
| 타살 및 타인의 가해에 의한 상해 | 2.3 | 0.8 | 0.7 | 1.1 | 1.9 | 0.7 | 1.1 | 1.0 |

資料: 통계청, 『사망원인통계연보』, 1985~1993 각연도

<表 3> 損傷 및 中毒外因의 主要死因 死亡率 國際比較(1990년)

(단위: 10만명당)

| | 한국 ('90) | 일본 ('90) | 미국 ('89) | 프랑스 ('90) | 소련 ('90) | 영국 ('88) | 호주 ('87) |
|--------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| 총 사망률 | 549.1 | 668.4 | 867.7 | 929.0 | 1,035.6 | 1,137.9 | 721.5 |
| 교통사고 | 39.7 | 12.9 | 20.3 | 18.2 | 27.0 | 10.0 | 19.2 |
| 자살 | 9.1 | 16.4 | 12.2 | 20.1 | 21.0 | 8.8 | 27.5 |
| 불의의 중독 | 5.2 | 0.5 | 2.6 | 0.7 | 15.0 | 1.3 | 1.1 |
| 불의의 익사 | 4.2 | 2.5 | 1.8('87) | - | - | 0.6 | 1.8 |

資料: 통계청, 『사망원인통계연보』, 1985~1993 각연도

나) 우리나라의 交通事故 現況 및 問題點

지난 10년간 우리나라의 자동차 보유대수와 운전면허 소지자수는 연평균 각각 23.2%와 16.2%로 증가하여 도로교통의 量的擴大가 계속하여 진행되고 있고, 자동차는 '92년말의 523만대에서 5년 뒤인 '97년에는 1천만대를 넘어설 것이라는 交通部의 전망치는 향후 大量交通時代와 국민개개

인의 免許時代를 豫告하고 있다.

향후 21세기 사회에서의 交通與件 展望에서도 交通事故의 발생빈도가 날로 증가될 것으로 예측하고 있고, 사고사의 主從을 이루는 것이 交通事故이므로 이에 대한 관심도가 증가하고 있는 것도 주지의 사실이다.

최근 10년간('82~'92) 交通事故 死傷者 趨勢⁵⁶⁾를 살펴보면 '82년에는 6,110명이 死亡하고 130,605명이 負傷하여 死亡은 1일 평균 16.7명, 負傷은 358명이었으나, '92년에는 11,640명이 死亡하고 325,943명이 負傷함으로써 10년 사이에 死亡은 약 2배가 증가해 31.8명이었고 負傷은 2.5배가 증가한 891명으로 나타났으며 인구 10만명당 死亡者는 '82년의 15.5명에서 '90년에는 28.8명으로 꾸준히 증가하였다(表 4). 또한 交通事故로 인한 財産被害는 '82년에 132억여 원이던 것이 '92년에는 2,788억원으로 10년 사이에 약 21배가 증가하였다.⁵⁷⁾

<表 4> 交通事故 死傷者 趨勢('82~'92)

| 구분 연도 | 사 망 자 | | | | | 부 상 자 | | | | |
|----------|--------|--------------------|----------|-----------------|-----------------|---------|--------------------|----------|-----------------|-------------|
| | (명) | 전년대비 증감률 (%) | 1일 평균 | 인구 10만 명당 | 자동차 1만대 당 | (명) | 전년대비 증감률 (%) | 1일 평균 | 인구 10만 명당 | 자동차 1만대당 |
| 1982 | 6,110 | 5.3 | 16.7 | 15.5 | 94.4 | 130,605 | 13.3 | 357.8 | 332.1 | 2,019 |
| 1984 | 7,468 | 9.3 | 20.4 | 18.4 | 78.7 | 170,377 | 11.7 | 465.5 | 420.5 | 1,797 |
| 1986 | 7,702 | 2.4 | 21.1 | 18.7 | 58.8 | 193,734 | 5.1 | 530.8 | 470.4 | 1,480 |
| 1988 | 11,563 | 60.5 | 31.6 | 27.5 | 56.8 | 287,739 | 29.2 | 786.2 | 685.5 | 1,414 |
| 1990 | 12,325 | △2.2 | 33.8 | 28.8 | 36.3 | 324,229 | △0.5 | 888.3 | 757.7 | 955 |
| 1992 | 11,640 | △13.3 | 31.8 | 26.7 | 22.3 | 325,943 | △1.7 | 890.6 | 746.5 | 623 |

資料: 교통개발연구원, 『교통통계연감』, 1982~1992 각연도

한편, 日本의 交通事故 死亡者는 '84년에 9,262명이었으나, 매년 증가하여 '90년에 11,000명선을 넘어서더니 '92년 말 현재 11,451명으로 늘어나는

56) 교통개발연구원, 『교통정보』, 1993.

57) 경찰청, 『교통사고통계』, 1991.

등 死亡者數가 계속 증가하는 추세를 보이고 있으며, 남아프리카 공화국은 처음부터 一貫되게 증가하여 '91년 현재 11,022명을 기록하고 있다.⁵⁸⁾

美國 또한 '88년의 47,087명을 피크로 계속 減少 趨勢를 보여 '91년에는 43,000명 수준으로 줄어들었고, 프랑스의 死亡者數는 매년 꾸준히 감소하여 '84년의 11,525명에서 '91년에는 9,600명선까지 줄어들었으며,⁵⁹⁾ 서독의 경우도 '90년까지는 死亡者가 큰 폭으로 감소하여 7,906명으로까지 줄어들어 교통선진국의 면모를 보이고 있다(表 5).

<表 5> 各國의 年度別 交通事故 死亡者 趨勢

(단위: 명)

| 국명 | | 1984 | 1986 | 1988 | 1989 | 1991 | 1992 |
|----------|----|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 한국 | | 8,487 | 7,702 | 11,563 | 12,325 | 13,429 | 11,640 |
| | 지수 | 100 | 103 | 155 | 165 | 180 | 156 |
| 일본 | | 9,262 | 9,317 | 10,344 | 11,227 | 11,105 | 11,451 |
| | 지수 | 100 | 101 | 112 | 121 | 120 | 124 |
| 프랑스 | | 11,525 | 10,961 | 10,548 | 10,289 | 9,617 | - |
| | 지수 | 100 | 95 | 92 | 89 | 83 | - |
| 미국 | | 44,241 | 46,056 | 47,087 | 46,800 | 43,500 | - |
| | 지수 | 100 | 104 | 108,213 | 106 | 98 | - |
| 서독 | | 10,199 | 8,948 | 81 | 7,906 | 11,300 | 11,248 |
| | 지수 | 100 | 88 | 10,691 | 78 | 111 | 110 |
| 남아프리카공화국 | | 9,621 | 9,905 | 111 | 10,877 | 11,022 | - |
| | 지수 | 100 | 103 | | 113 | 115 | - |

資料: 교통개발연구원, 『교통정보』, 1984~1992 각연도

다) 各種 安全事故의 現況 및 問題點

1992년도 國民健康調查에 의하면 인구 1,000명당 15일간 급성이환률을 상병분류별로 살펴보면 급성이환 100건당 호흡기계질환 58%, 소화기계질환 13%, 손상 및 중독은 7%로서 3위를 차지하였으며 시부(6%)와 비교하여 군부에서 사고 및 중독의 비율이 11%로서 높았다.

58) 교통신보사, 『한국교통통계연감』, 1984.

59) WHO, "Road Traffic Accident Statistics in Asia", 1992

특히 사고원인을 보면, 안전사고(일터, 집안, 학교 등)가 가장 높은 69%, 다음이 교통사고 13%, 가스중독 4%, 약물 및 농약중독이 3%로 각종 안전사고 비율이 높은 것으로 나타났다.

(1) 家庭事故

家庭事故의 연차 발생추이에 대한 조사결과에 의하면 연간 事故發生率은 계속 증가하는 경향을 보였고 家庭事故에서 傷害를 입은 사람들 중 가장 빈도가 많은 年齡層은 영유아기이다. 특히 이 시기의 어린이들은 成長과 發達이 未熟한 狀態이므로 스스로 자기를 보호할 능력이 없어 事故의 發生頻度가 성인에 비해 더 높다.

事故의 원인은 裂傷, 交通事故, 墜落의 3가지 사고가 小兒의 偶發事故의 주된 原因이 되고 있으며 특히 1세 미만에서는 火傷이 특히 많았으며 1~4세군은 墜落, 裂傷, 火傷, 異物移入, 藥物中毒 등이 활발하였다. 이 시기는 주로 실내에서 활동하게 되지만 정신발달상 好奇心이 많아지고 점차 스스로가 보행하고 활동할 수 있게 되면서 행동반경이 넓어져서 위험한 곳이나 위험물에 접근하기 쉽게 되지만 위험성을 감지할 능력이 未熟하여 옥내에서의 墜落, 裂傷, 火傷 등이 발생하기 쉽다.

(2) 學校事故

학동기 연령의 兒童들은 성장이 빠르고 情緒的으로나 知能的으로 成熟하는 時期이다. 이 時期에는 疾病에 의한 死亡率은 낮으나 학교생활에서의 事故가 어느 다른 질병 못지않게 큰 비중을 차지하고 있다.

美國의 National Center for Health Statistics(1990) 統計에 의하면, 1~14세 어린이의 死亡原因 중 47.1%가 事故로서 首位를 차지하였으며 우리나라의 경우도 5~14세군의 死因을 調査한 결과 事故가 34.0%로서 1위를 차지하였다.

학동기 연령의 아동들은 많은 시간을 學校生活과 이에 관련된 일들로 하루를 보낸다. 이런 과정에서 항상 事故의 위험에 露出될 可能性이 높으며 事故의 정도에 따라 아동과 가족, 나아가서 地域社會와 國家에 커다란

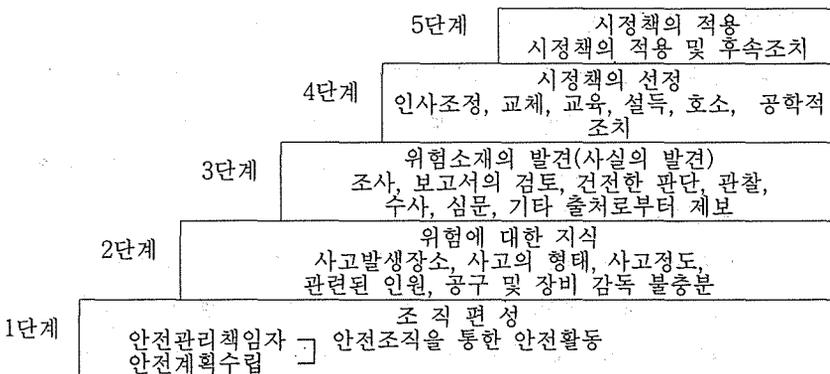
負擔을 안겨줄 수 있다.

綜合病院에서의 小兒 偶發事故에 대한 자료를 보면 女兒보다 男兒에서 事故發生이 많고 墜落이나 익수사고 등은 男兒에게 특히 많았으며 交通事故, 墜落, 創傷 등의 事故가 가장 많았다.

(3) 農村事故

농촌의 생활은 아직도 도시생활에 비해 낮은 文化水準, 施設의 未洽, 영세한 농업경영에 있어서의 과다한 勞動 등 農村生活을 둘러싼 生活環境과 與件들로 인하여 농민들에게 건강치 못한 생활이 계속되고 있다.

농촌인구의 減少와 高齡化는 勞動力의 不足을 초래하였으며 이에 대한 대책으로 농업생산수단의 近代化 및 機械化는 필수적인 것이었다. 그러나 농업노동인력의 감소와 더불어 농업의 現代化와 機械化로 농기계의 급속한 보급은 勞動力과 生産性을 높이고 편리성을 증대시키는 긍정적인 면도 있지만, 농기계의 보급증가와 함께 고성능화, 大型化趨勢에 따라 농기계의 事故件數도 늘어나 새로운 社會問題로 浮刻되고 있으며 人的, 物的 被害 또한 적지 않고 특히 이런 농기계를 취급하는 농민들의 사용시 不注意 등이 人的事故를 유발한다.



<圖 1> 事故防止에 대한 5단계 說

농기계 事故외의 농촌사고는 여름에는 농약살포시의 중독, 좁은 논길과 산길에서 미끄러져 넘어지는 損傷, 낫과 호미 등 농기구에 의한 創傷과 自傷 등에 의한 損傷이 많이 발생한다.

다. 今後의 課題

事故豫防管理를 위한 目標 및 戰略 設定에 앞서 事故위험에 대하여 効果적으로 統制를 가하면 事故에 이르지 않도록 그 危險性을 최소한으로 감소시킬 수 있다는 事故防止에 관한 5단계 설⁶⁰⁾에 기초하여 金후의 과제를 설정하고자 한다.

事故의 豫防對策으로 첫째, 安全教育(safety education) 둘째, 安全工學(safety engineering) 그리고 셋째, 安全團束(safety enforcement)의 強制措置 등의 3E가 있으며 이를 完성함으로써 安全事故를 방지할 수 있다. 그러므로 事故의 豫防管理對策을 모색하기 위해서는 事故危險要因의 제거도 중요하지만 安全教育 및 規制를 통한 施策이 體系的 및 重點的으로 開發되고 施行되어져야 하므로 3E에 근거한 다음과 같은 金후과제를 설정할 수 있다.

1) 事故에 대한 새로운 知識의 應用과 研究調查 機會의 擴大

가) 이를 위해서는 우선 廣範圍하고 精確한 實態分析結果를 기초로 政策이 수립·시행되어야 하기 때문에 關係기관이 참여한 國家적 차원의 주기적인 事故發生 실태조사 분석을 통한 現象把握이 뒷받침되어야 한다.

나) 事故에 대한 새로운 지식의 應用과 더 많은 연구조사를 위한 기회가 주어져야 하며 事故의 豫防과 事故로 발생한 문제의 解決을 위해서는 事故에 대한 새로운 資料원이 필요하며 새로운 分類법도 도입되고 事故에 대한 새로운 개념 체계가 이루어져야 한다.

60) Muir Gray, "Accident Prevention", Oxford University Press, 1993.

2) 效果的인 教育弘報對策

지금까지 실시해 온 피상적인 弘報 및 즉흥적 廣告性 安全教育 및 弘報를 지양하고 사실적이고 이론적인 根據를 가지고 장기적이고 事故에 대비한 훈련연습이 겸비된 教育啓蒙이 이루어져야 한다.

3) 綜合政策樹立의 定立

가) 우리나라에서의 事故豫防管理와 관련된 정책의 企劃 및 實施에 관한 行政이 정부 각 부처에 분산되어 각기 독립적으로 시행되고 있고 각 부처간의 橫的連結이 잘 이루어지고 있지 않을뿐더러 투자의 效率性이 결여되어 있는 바 이를 綜合조정하고 시행하기 위한 綜合기구를 설치, 실질적으로 운용될 수 있도록 상위 기구설치가 마련되어야 하겠다.

나) 事故豫防管理對策의 段階的 推進

事故豫防管理에 대한 安全對策은 經濟企劃과 같이 長期的으로 추진되어야 하며, 段階的으로 추진되어야 하는 것이다. 따라서 계획수립 자체소요기간이 길며 많은 요소를 綜合理解, 分析되어야만 시행될 수 있는 것이므로 關聯公務員의 전문직화가 이루어져야 할 것이다.

라. 施行方案

1) 交通事故 豫防管理對策을 위한 施行方案

交通事故 豫防對策은 교육 홍보적인 측면, 제도적 측면 및 도로환경적인 측면, 운전자 측면에서 綜合적으로 강구되어야 한다. 그러므로 다음과 같은 施行方案을 제시할 수 있다.

가) 教育弘報的인 側面

- 交通關聯團體의 協助體制 強化

建設交通部는 交通法規 변경같은 단순한 사항을 일반대중에게 전달하는 형식의 弘報方法을 脫皮하고, 交通安全에 대한 일반대중의 矚目을 鼓吹시키는 방향으로 보다 광범위한 홍보에 노력한다.

- 建設交通部, 內務部, 경찰청 등의 실무부서와 TV, 신문, 라디오 등의 언론매체를 통한 안전관리의식의 강화와 포스터, 정기간행물, 소책자 등을 제작 배포하는 유관단체를 통한 保健教育과 技術習得을 강화한다.
- 交通安全교육 및 훈련심포지움 開催, 交通安全요원 教育훈련을 실시한다.
- 학교 및 시민단체의 안전캠페인을 통해 운전자에 대한 중앙선침범, 과속 및 음주운전 등의 法規違反 運轉이 通行상의 시간단축이나 경제적인 이익보다는 오히려 불필요한 事故를 惹起해 不利益을 초래한다는 사실을 주지시킨다.
- 法規違反 및 事故惹起者에 대해 철저히 교정교육을 실시한다.

나) 制度的 側面 및 道路環境的 側面

반복적 弘報가 이루어지면 지속적인 團束과 적절한 處罰措置와 국가차원의 教育이 조화를 이루어야 한다.

- 交通安全 弘報에 소요되는 비용은 가능한 한 민간부문에서 調達하도록 하고, 建設交通部는 交通事故 감소를 위한 직접적인 示範事業의 實施, 交通安全을 위한 새로운 연구사업에 투자하도록 한다.
- 長期的으로는 道路網 體系의 改善과 地下鐵網 擴充, 大衆交通體系 改善 등 종합적인 都市交通整備 계획이 수립, 시행되어야 하고 短期的으로는, 交通安全시설의 확보와 交通安全 담당교사, 운전교습 강사의 教育方法과 교습의 질을 높이는 方案을 講究한다.

다) 運轉者 側面

- 飲酒 運轉者 事故對策

음주운전을 摘發하는 効果적인 方法에 관한 研究를 持續적으로 실시하고, 음주운전 違反者에게 賦課하는 교정교육의 效果와 方法에 대하여 持續적으로 연구한다.

- 建設交通部 內 醫療專門家와 一般醫師들간의 협조를 강화하여 신 체조건상 사고위험도가 높은 운전자들에게 자신의 상태를 면허센 터에 자진신고하도록 권고한다.

2) 安全事故 豫防管理對策을 위한 施行方案

가) 가정내 事故를 예방하기 위해서는 부모나 가족들에게 영유소아의 特徵과 發達過程, 위험한 事故 등에 대하여 유치원 및 국민 학교의 자모회나 地域社會를 통한 指導, 啓蒙教育을 실시한다.

나) 小兒事故를 豫防하기 위해 우리의 生活環境에서 危險要因을 제거하고, 어린이가 안전하게 놀 수 있는 놀이터를 마련해 주고, 어린이에게는 학교교육을 통해 그리고 一般大衆에게는 대중매체를 통해 안전교육을 持續적으로 實施하고, 주택, 공공건물 및 시설, 놀이터, 주방용기를 포함한 안전기준을 設定 또는 強化하여 규제한다.

다) 事故로 발생된 증상에 대해서는 손상에 대한 教育, 啓蒙 등의 시행으로 현장에서 적절한 응급처치를 하여 損傷을 極小化하고 통증을 감소시키며 感染을 막는 것이 중요하므로 사고시 응급 처치 및 응급의료 이용방법에 대한 올바른 지식과 방법에 대한 啓蒙指導를 學校나 企業體, 産業場, 大衆媒體, 市民團體에서 실시한다.

라) 學校事故는 흐리거나 비오는 날, 시험 후는 事故 可能性이 많으므로 校內放送을 통해 학생들의 주의를 환기시키거나 音樂으로 교내 분위기를 부드럽게 하거나 또는 담임교사의 特別訓話 및 中間體操를 실시하는 것 등으로 事故豫防에 특별한 노력을 경주한다.

- 마) 농기계 事故의 豫防管理를 위해서는 保健所나 保健支所 혹은 農村指導機關을 통하여 농민을 대상으로 안전관리 의식을 고취하는 보건교육 프로그램을 活性化시킨다. 또한 농기계의 운전 면허 및 등록에 대해서도 농업기계촉진법에서 농민의 안전관리를 위해서 조속히 細部施行規定이 制定되어야 한다.
- 바) 損傷率이나 死亡率이 월등히 높은 事故의 효과적인 예방을 위해서는 국가적 차원에서 실시되는 대책마련이 시급하다 하겠으며, 가정단위에서 시작하여 學校 및 一般集團과 醫療人 등으로 연결되는 상호긴밀한 유기적 활동관계가 필요하다.

6. 慢性疾患

가. 必要性

과거 우리나라의 死亡原因의 주종을 이루었던 感染症, 消化器系疾患, 呼吸器系疾患 등의 傳染性疾患은 1950년 이후 變化하기 시작하여 1970년대 이후 腦血管系疾患, 악성신생물, 循環器系의 疾患 등이 주를 이루는 慢性疾患이 주요 死亡原因으로 등장하여 慢性疾患으로 인한 死亡이 전체 死亡의 %를 넘는다(表 6).

실제로 傳染性 疾患이 만연하던 1970년대 중반이전까지는 保健事業의 기본전략이 急性傳染病의 豫防, 결핵관리, 농촌을 중심으로한 보건망의 확대, 그리고 가족계획과 母子保健의 확대와 관련된 保健事業이 활발히 전개되었으며 실제로 결핵관리나 영아 사망률 減少에 있어 保健事業의 역할이 컸다.

이제 사회경제 및 인구학적인 變化와 더불어 疾病의 變化는 保健事業의 주된 역점사업이 傳染病管理로부터 慢性疾患管理로 方向 전환을 해야하는 시점에 왔다고 하겠다. 이미 70년대 말 이래 慢性疾患이 지속적으로 증

加되어 온 것을 감안한다면 결코 이르다 할 수 없으며 이미 약간 늦었다
고해도 과언이 아니다.

<表 6> 慢性疾患에 의한 死因의 相對的 頻度推移

| | 전염성질환 | 만성퇴행성 | 사고 및 손상 | 전체사망률 (10만당) |
|------|-------|-------|---------|-----------------|
| 1942 | 18.2 | - | - | - |
| 1965 | 14.8 | - | - | - |
| 1974 | 9.7 | 28.5 | 6.7 | - |
| 1979 | 6.5 | 56.3 | 10.2 | - |
| 1981 | 4.0 | 42.3 | 9.5 | - |
| 1985 | 6.2 | 59.1 | 11.6 | 568.0 |
| 1989 | 3.2 | 65.7 | 13.7 | 543.2 |
| 1992 | 2.6 | - | 15.4 | 530.2 |

資料: 통계청, 『1992 사인별 사망률』, 1993.

傳染性 疾患과는 달리 많은 慢性疾患은 그 원인이 밝혀져 있지 않으며
가장 效果的인 治療나 豫防法이 확립되어 있지 않기 때문에 效率的인 管
理가 어려운 점이 있다. 더구나 이러한 疾病의 추이는 인구의 老齡化로
더욱 심각해질 전망이다.

그럼에도 불구하고 慢性疾患管理를 정책적으로 強化시켜야 하는 이유는
크게 두 가지라고 할 수 있다. 첫째는 慢性疾患은 평균수명의 增加와 더
불어 國民들의 삶의 질에 직접적으로 影響을 주기 때문에 단순한 삶의 양
보다도 질적인 삶을 보장해야 하기 때문이다. 둘째는 국가적 손실에 대
한 것으로 점차로 老齡化되면서 死亡率뿐만이 아니라 慢性疾患의 유병률
도 계속적으로 增加되고 이에 따른 활동제한 일수의 減少뿐 아니라 막대
한 醫療費用을 감당해야 한다는 것이다. 우리나라의 경우도 1991년 GNP
의 5.2%의 의료비가 지출되어 계속적으로 增加 추세에 있으며 지난 10여
년 동안 악성신생물 또는 循環器系疾患 등의 治療에 투자된 진료비는 지
난 80년에 비하여 거의 2배로 增加되었다(表 7). 무엇보다도 強調되어야
할 것은 癌이나 심혈관계질환들은 豫防되어질 수 있는 疾患이라는 차원에

서 疾病管理에 있어 費用效果的인 방안이 요구된다. 결국 豫防에 대한 투자의 부족으로 초래되는 慢性疾患의 발생은 국민의 삶의 질 저하는 물론 결과적으로 국가의 의료비에 부담을 가중시키는 주요 요인이므로 積極的인 慢性疾患管理 정책이 시급하다.

<表 7> 年度別 主要 疾病分類別 診療費 推移

(단위: 천원)

| 질병분류 | 1980 | 1985 | 1990 | 1992 |
|-------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 계 | 72,989,768 (100.0) | 212,201,182 (100.0) | 370,847,115 (100.0) | 466,823,631 (100.0) |
| 악성신생물 | 2,053,454 (2.8) | 9,125,813 (4.3) | 19,900,560 (5.4) | 26,800,215 (5.7) |
| 정신장애 | 1,767,410 (2.4) | 6,702,715 (3.2) | 11,244,987 (3.0) | 12,506,829 (2.7) |
| 순환기계질환 | 2,570,838 (3.5) | 10,318,987 (4.9) | 24,420,430 (6.6) | 36,684,343 (7.9) |
| 근골격계 및 결합조직 | 2,596,951 (3.6) | 11,224,002 (5.3) | 26,376,662 (7.1) | 34,197,430 (7.3) |
| 사고 및 중독 | 4,255,558 (5.8) | 13,911,354 (6.6) | 28,410,195 (7.7) | 37,069,978 (7.9) |

資料 : 『의료보험통계연보』, 의료보험공단, 1980, 1985, 1990, 1992.

나. 現況 및 問題點

1) 우리나라의 主要 慢性疾患 現況

가) 主要 死因疾患

경제발전과 생활수준의 향상은 환경위생 및 영양개선, 醫療技術의 발전을 가져오고, 이에 따른 急性傳染性疾患의 減少와 平均壽命의 增加로 인한 노령인구 增加는 상대적, 절대적인 慢性疾患의 增加를 가져왔다. 이미 70년대 이후 뇌혈관질환이나 악성신생물이 주요 死亡原因으로 등장하기 始作하였으며 이러한 傾向은 1980년대에 이어 1990년대에는 더욱 뚜렷한 데 현재 우리나라 國民들의 疾病樣相은 만성질환기의 급속한 증가기에 있

는 것으로 생각된다(表 8).

나) 主要 罹患疾患

慢性疾患의 罹患水準을 評價하는 精確한 자료를 얻기는 어렵지만 國民健康調査에 의하면 연령에 따라 慢性罹患率이 增加하며(表 6), 20대 이후의 成人에 있어서 循環器系疾患과 근골계질환에 罹患된 경우가 가장 많다. 유병정도를 나타내는 慢性罹患率과 疾病의 치사성을 볼 수 있는 死亡率은 반드시 서로 일치하지는 않으나 특히 高血壓疾患, 뇌혈관질환 및 心臟疾患을 포함하는 循環器系의 疾患은 유병정도와 死亡率이 높아 가장 管理가 필요한 疾患이다.

<表 8> 年度別 人口 1,000名當 慢性罹患率

(단위 : 건)

| 연령 | 1989년 | 1992년 |
|-------|-------|-------|
| 0~4 | 11 | 29 |
| 5~9 | 26 | 47 |
| 10~19 | 43 | 73 |
| 20~29 | 81 | 115 |
| 30~39 | 183 | 222 |
| 40~49 | 324 | 411 |
| 50~59 | 545 | 683 |
| 60 이상 | 639 | 845 |
| 전 체 | 196 | 273 |

資料 : 송건용 외, 『1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사』, 1993.

2) 慢性疾患 管理事業 現況

가) 保健機關에서의 慢性疾患管理 實態

그간 우리나라의 公共保健部門에서 담당하고 있던 慢性疾患은 결핵, 나병, 성병으로 1960년대 이후의 淸약한 保健醫療資源으로 상당한 성과가 있었던 것으로 評價할 수 있겠다. 그러나 최근의 만성퇴행성 疾患의 增

加는 기존의 慢性疾患管理로는 양적, 질적으로 부족하며 새로운 管理事業의 必要性이 증대되고 있다.

정부는 成人病管理事業에 대한 필요성 인식으로 1990년 保健局에 疾病管理課를 신설하였고, 1991년부터 성인병 診斷事業을 위하여 韓國健康管理協會에 연간 7,200만원을, 韓國成人病豫防協會에 매년 4,500만원을 支援하여 주민대상의 정기적인 成人病 敎育 및 자료개발을 하도록 하고 있다. 그리고 1993년 統合保健事業으로 농촌지역의 保健所를 중심으로 高血壓관리, 당뇨병 발견 등의 事業을 중심으로 실시하도록 하고 있고, 지역에 따라 慢性疾患管理를 위한 檢診事業, 가정방문사업, 高血壓管理事業, 당뇨병 및 癌 早期發見事業 등을 나뉠대로 실시하고 있다.

나) 早期診斷을 위한 綜合 健康檢診 實態

慢性疾患의 早期診斷과 早期治療를 위한 健康檢診에 대한 수요는 주민들의 요구증대와 더불어 民間病院에서의 個人檢診은 물론 정부에서 하는 成人病檢診事業, 의료보험공단이나 산업장에서 근로자를 대상으로하는 檢診事業 등 檢診事業은 1980년 이후 급부상하여 많은 保健醫療機關에서 이루어지고 있다. 1회의 健康診斷에 30여만원이 費用을 자기부담해야하는 개인 綜合檢診은 제외하더라도 보험자와 근로자 健康檢診에 투자되는 費用이 약 693억원에 이른다(表 9).

3) 政策設定을 위한 基礎資料

가) 全國 癌登錄事業 實態

1978년 世界保健機構에서 전국규모의 病院중심 癌登錄事業을 정부에 건의하고 국내 학자들의 촉구에 의하여 1980년 7월 국립의료원에서 중앙 癌登錄事業을 실시해 오고 있다. 물론 病院의 자료를 기초로 한 것으로 사업시작 당시 47개의 修練病院이 이 사업에 참여한 이래 1991년 말에는 총 171개의 修練病院 중 121개의 病院이 등록하였고, 92개의 修練病院에서 보내온 자료들이 수집 분석되어 제한적인 정보이기는 하지만 우리나라의

癌의 罹患構造를 보여주는 중요한 資料를 생산하고 있다.

<表 9> 保險者別 豫防保健事業 現況(1992)

| 사업 내용 | 공교의보 | | 직장의보(조합) | | 근로자('93) 건강검진 |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-------------------|-----------------------------------|
| | 실 적 (천명) | 지출예산 (백만원) | 실 적 (천명) | 지출예산 (백만원) | |
| 건강진단 | | | | | |
| 1차 | 1,055 (94.4%) | 11,622 | 490 (25.2) | 7,426 | 일반 2,959천명 (88.4%) 특수 591천명 |
| 2차 | 182 (93.5%) | 1,974 | - | | |
| 소 계 | | 13,596 | | 7,426 | 34,624백만원 |
| 가족간염검사 | | | | | |
| 1차간염검사 | 25,042 | 91 | 4,200 | 10,904 | |
| 2차 간기능검사 | 1,439 | 20 | - | | |
| 소 계 | | 111 | | 10,904 | |
| 암검사 | | | | | |
| 1차 선별검사 | 본인부담 | 본인부담 | - | | |
| 2차 확인검사 | 649 | 18 | - | | |
| 소 계 | | 18 | | | |
| 보건교육 및 자료개발 | | 158 | | 2,454 | |
| 계 (참여조합) | | 13,883 (414개소) | | 20,784 (106개소) | |

資料: 국립의료원, 『한국인 암등록 조사자료 분석 보고서』, 1991.

그러나 ① 우리나라를 대표하는 암발생률 등의 기초통계를 제시하기에 불충분하며 ② 患者의 추적조사가 이루어지지 않아 死亡과 生存의 情報를 얻을 수 없으며 ③ 암등록조사서의 항목에 있어서도 기재 누락된 부분과 주요항목이 누락되어 있으며 ④ 암등록 대상으로 登錄해야하는 基準이 明確하지 않고 ⑤ 財政과 人力의 부족으로 資料의 管理에도 문제가 있는 것으로 생각된다.

나) 慢性疾患 現況 把握 實態

慢性疾患의 實態를 把握할 수 있는 자료로 의료보험자료와 健康協會 등

의 健康診斷資料 그리고 韓國保健社會研究院에서 3년마다 실시하고 있는 國民健康調查資料, 그리고 死亡統計資料 등이 있다. 管理事業의 기초라고 할 수 있는 지역사회에서의 慢性疾患 有病率이나 死亡率에 대한 자료는 거의 없는 실정이다.

4) 問題點

- 가) 현재의 保健機關에서의 慢性疾患管理는, 첫째 과거의 疾病管理 사업을 시행해 오던 인력들이 새로운 사업에 대한 충분한 敎育과 지침을 받지 않은 상태로 서비스를 提供하여야 하는 실정이며, 둘째 사업에 대한 구체적인 기획과 프로그램이 提供되지 않아 사업의 質的 管理와 評價가 어려운 실정이다. 물론 사업의 개발을 위하여 1990년 일부대학에서 高血壓 및 糖尿病 管理 모델을 개발하여 示範事業을 실시하고 있으나 아직 이에 대한 종합적인 評價가 수렴되어 있지 못하고, 셋째 이러한 새로운 사업을 수용할만큼 保健機關이 유연성이 있는가에 대한 문제도 안고 있다.
- 나) 현재 疾病의 早期發見을 위한 健康檢診 事業은 첫째, 각 疾病 및 대상자의 특성에 따라 健康診斷 종목이 결정되어 있지 못하며 둘째, 사후관리가 이루어지지 않아 1회성 診斷으로 그치는 경우가 많으며 셋째, 중앙에서의 檢診사업에 대한 종합적인 診斷 및 管理가 이루어지지 않아 실제적인 投資에 비하여 사업의 效率性이 낮은 실정이다.
- 다) 국가의 保健企劃을 위한 자료로 위에서 언급된 자료 역시 각 자료마다의 제한성으로 국가의 慢性疾患의 전체적인 實態를 把握하는 데 부족함이 많다.

다. 今後의 課題

- 1) 主要 慢性疾患으로 인한 死亡 및 罹患率을 減少시킨다.
 - 가) 心血管系 疾患(腦卒中, 心臟疾患, 高血壓)
 - 나) 癌疾患(위암, 자궁암, 폐암, 유방암)
 - 다) 糖尿
- 2) 慢性疾患 危險要因 水準을 減少시킨다.
 - 가) 흡연을 마) 고지혈증
 - 나) 음주율 바) 영양(고염분섭취 등)
 - 다) 비만 사) 운동부족
 - 라) 고혈압
- 3) 慢性疾患 現況把握 및 구체적인 정책설정을 위한 情報體系를 구축한다.
 - 가) 慢性疾患 罹患 및 實態調査事業
 - 나) 登錄事業(암등록 사업)

라. 施行方案

1) 慢性疾患 管理를 위한 豫防서비스 活性化

대부분의 慢性疾患은 개인의 健康行爲에 기인하므로 疾病이 발생하기전 특히 慢性疾患이 발생될 소지가 있는 위험군을 대상으로 健康行爲 자체를 교정하고 올바른 健康行爲를 하도록 격려하는 豫防서비스 프로그램을 活性化 시킨다. 이러한 서비스를 민간 및 공공 의료기관에서 실시할 수 있도록 서비스 항목을 개발하고 效果的이고 效率的인 시행을 위하여 豫防서비스 공급재정 기전을 개발한다.

그리고 현재 부분적으로 시행되고 있는 疾病의 早期發見事業을 效率的으로 공급하기 위하여 국가적인 차원에서 經濟的인 측면을 고려하여 年齡別, 危險群別로 각각 프로그램을 개발한다.

2) 治療 및 再活 서비스를 위한 專門病院 建立

향후 平均壽命이 계속적으로 增加하면서 慢性疾患의 治療를 요하는 대상이 增加할 것이므로 특히 우리나라의 慢性疾患의 豫防, 治療 등에 대한 연구를 支援하여야 한다. 특히 癌疾患, 循環器系疾患 등에 대한 治療와 再活을 위한 慢性疾患 專門病院을 活性化시킨다.

3) 敎育 및 弘報支援의 活性化

다른 疾患과 같이 保健敎育은 慢性疾患管理에 있어 가장 중요하고 效果的인 방법이므로 이 분야에 대한 豫算支援을 增加시킨다. 敎育 및 弘報支援을 活性化시키기 위하여, 첫째 弘報 및 자료개발센터를 설립하고 둘째 민간의료기관에 敎育資料를 支援하며, 셋째 방송매체를 통한 敎育 및 弘報를 국가적인 차원에서 體系的으로 개발한다.

4) 慢性罹患實態調査 및 登錄事業

사업의 方向과 評價를 위해서는 현재의 실태를 정확히 판단할 수 있는 資料가 중요하다. 따라서 우리나라의 主要疾患인 高血壓, 당뇨, 癌疾患에 대한 實態調査를 體系的으로 실시한다. 특히 癌疾患은 癌疾患의 규모 뿐만 아니라 疾患의 特性을 把握할 수 있도록 登錄事業을 活性化시킨다.

7. 性病 및 에이즈

가. 必要性

社會經濟的인 발전과 더불어 保健醫療의 관심은 傳染性 疾患으로부터 慢性退行性疾患으로 바뀌어가고 있음에도 불구하고 現代社會의 價値變化와 함께 더욱 더 그 중요성이 커지는 疾患 중의 하나가 性病 즉 性傳播疾患(Sexually Transmitted Diseases)이다. 性病을 일으키는 病原體로 전세

傳播防止 및 管理를 위하여 傳染病豫防法 제8조 제2항 및 위생분야 종사자 등의 健康診斷規則에 정한 바에 따라 定期檢診對象者는 보건소 또는 지정의료기관에 등록케 하여 정기적인 診斷을 實施하고 있다.

가) 性病醫療保護事業 實態

1993년 醫療保護 진료건수 750만건 중 性病이 차지하는 比率은 42%로 172,163건에 이른다(보사부 보험관리과 내부자료).

나) 定期檢診 對象者 登錄管理 現況

性病에 관한 健康診斷을 받아야 하는 자와 그 진단항목은 對象者의 특성을 고려하여 매독, 임질 및 기타 性病의 경우 주 1회에서 매6개월에 1회까지 定期檢診을 받도록 되어 있다. 그러나 실제 檢診對象者는 그 職業의 특성상 지역간, 업소간 이동이 빈번하여 실제 업소에 근무하는 對象者의 수진율이 낮아 실제 感染者의 발견과 관리가 용이하지 않다.

<表 10> 性病醫療保護 指定 醫療機關(1992)

(단위: 개소)

| 보건소 | 보건소 관할 성병진료소 | 성병 간이진료소 | 건강진단지정 의료기관 | | 계 |
|-----|-----------------|-------------|-------------|-------------|-----|
| | | | 대용 성병진료소 | 건강진단 진료소 | |
| 268 | 15 | 18 | 77 | 230 | 608 |

資料: 의료보험연합회, 『성병의료보험사업실태』, 1993.

다) 性病管理의 問題點

이상의 性病에 대한 政府事業에도 불구하고 現實적으로 가장 커다란 문제는 외국에서도 그러하지만 性病의 規模가 제대로 파악되지 않는다는 것이다. 그리고 性病患者들의 대부분이 정확한 진단에 의한 治療를 받지 않고 스스로 自家治療를 함으로써 약물에 대한 내성균의 耐性을 초래하여 性病管理를 더욱 어렵게 하고 있다.

<表 11> 性病 定期檢診 對象者 檢診週期 및 登錄管理 推移

| 등록관리대상자 | 검진주기 STD/혈청검사 | 1985 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 |
|------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 특수업태부 | 주1회/3월1회 | 11,456 | 6,899 | 6,007 | 5,112 | 5,366 |
| 유흥接客부 | 월1회/3월1회 | 60,152 | 55,052 | 55,245 | 66,169 | 63,413 |
| 숙박업소여자종업원 | 6월1회/6월1회 | 3,791 | 2,793 | 3,165 | 2,738 | 2,253 |
| 안마시술소여자종업원 | 3월1회/3월1회 | 255 | 649 | 930 | 1,369 | 1,579 |
| 터키탕 입욕보조자 | 3월1회/3월1회 | 93 | 239 | 353 | 556 | 653 |
| 다방종사자 | 6월1회/6월1회 | 61,563 | 45,795 | 49,415 | 59,944 | 44,993 |
| 기 타 | | 7,052 | 3,308 | 5,432 | 4,656 | 1,896 |
| 계 | | 145,802 | 115,729 | 121,585 | 141,440 | 120,150 |

資料: 의료보험연합회, 『성병의료보험사업실태』, 1993.

그리고 性病檢診 對象者 임에도 등록되지 않고 영업을 하는 경우가 실제로 많을 것으로 推定되며 등록된 性病檢診 對象者 중 性病患者가 발견된 경우에도 이들이 얼마나 철저히 管理되고 있는가 등에 대한 문제가 남아 있다. 특히 최근에 成人은 물론 젊은 세대에 있어서의 性病 역시 큰 문제가 되고 있다.

2) 에이즈 管理

세계적으로 1981년 美國에서 처음으로 에이즈가 새로운 傳染性 疾患으로 인지되었으며, 국내에는 1985년 12월 처음으로 感染者가 보고된 이래 1994년 6월 말 현재 329명의 感染者가 발생하였다. 이에 정부는 1985년 하반기부터 特殊業態婦와 輸入血液製劑에 대하여 에이즈 感染與否를, 1987년 7월 이후로 모든 헌혈액에 대한 검사를 실시하도록 하고 있고 1987년 제2종 法定傳染病으로 지정하여 에이즈관리를 強化하였다. 정부의 에이즈 관리는 첫째, 豫防弘報事業 둘째, 感染者 發見事業 및 셋째, 感染者 管理로 나눌 수 있다. 한편 최근에는 民間團體 및 有關團體 中心으로 에이즈 홍보사업이 시작되고 있다.

가) 에이즈 發生現況

1985년 12월 海外就業 勤勞者 중 한국인으로는 感染者가 처음 확인된 이래 1993년말 현재 모두 323명의 感染者가 발생하여 연도별로 계속 增加하는 추세를 보인다(表 12). 現在 323명 중 16명이 患者로 발병하였고, 41명이 死亡하였으며 1명이 移民가서, 281명이 保健所의 健康管理를 받고 있다. 연령별로는 20대에서 40대까지가 292명으로 90%을 차지하고 있으며, 남자가 대부분인 양상이다. 感染要因으로는 대부분(感染者의 70%)이 이성간의 性接觸으로 인한 傳播이며 초기에는 주로 國外人과의 性접촉이 대부분이었으나 최근에는 내국인간의 性接觸을 통한 感染이 증가하고 있는 추세이다.

<表 12> 에이즈 發生現況

| 구 분 | 계 | '85~'87 | '88 | '89 | '90 | '91 | '92 | '93 |
|--------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 총감염자 (여자) | 323 (34) | 14 (8) | 22 (5) | 37 (2) | 54 (4) | 42 (4) | 76 (4) | 78 (7) |
| 환 자 | 16 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 6 |
| 사 망 자 | 41 | 4 | 9 | 5 | 5 | 6 | 9 | 3 |
| 관리인원 | 281 | 9 | 13 | 32 | 49 | 36 | 67 | 75 |

資料: 의료보험연합회, 『성병의료보험사업실태』, 1993.

나) 政府의 에이즈 管理事業

1985년 3월 에이즈 抗體檢査法이 개발된 후 1985년 6월 외국인 患者가 국내에서 診斷되어 에이즈 豫防對策 수립을 위한 관계자 회의를 수차례에 걸쳐 실시하였다. 1985년 下半年부터 특수업태부와 수입혈액제에 대한 에이즈 感染與否 檢査를 시작하였으며, 1987년 7월부터는 모든 獻血液에 대하여 에이즈 檢査를 실시토록 하였다. 또한 이러한 에이즈 檢査 및 管理體系를 뒷받침하기 위하여 後天性免疫缺乏症 豫防法을 1987년 11월 28일에 제정 공포하였다. 현재 政府는 에이즈 豫防弘報事業과 感染者 發見事業 및 感染者 管理 등의 관리대책을 施行하고 있다.

다) 問題點

최근 에이즈에 대한 警覺心과 더불어 豫防管理에 대한 정부의 노력은 물론 向後 民間團體의 活動이 기대되고 있다. 그러나 실제로 에이즈에 관한 올바른 情報 및 弘報가 흥미위주로 無計劃的으로 다루어지고 있는 실정이고 高危險群에 대한 구체적인 敎育 프로그램이 없는 實情이다. 그리고 다음 세대인 청소년을 對象으로 한 體系의인 敎育이 미비하며, 醫療人力에 대한 에이즈 敎育부터 시급한 實情이다. 무엇보다도 지금까지 報告된 바에 의하면 다른 국가들에 비하여 絶對的 相對的으로 에이즈 感染者 수가 적어 에이즈의 安全地帶라는 안이한 생각이 여전히 支配的이다.

다. 今後의 課題

- 1) 性病, 에이즈 陽性者 및 患者의 發生을 抑制한다.
 - 性病의 發生을 억제한다.
 - 國內 에이즈 患者를 통한 에이즈 再發生을 억제한다.
 - 輸血을 통한 에이즈 發生을 抑制한다.
 - 海外旅行客을 통한 에이즈 發生을 抑制한다.
- 2) 에이즈 陽性者를 초기에 조기발견한다.
- 3) 에이즈 陽性者 와 患者의 人權 및 生活保護를 위한 정책을 개발한다.

라. 施行方案

에이즈 管理를 중심으로 하되 에이즈 역시 性病의 일종이므로 敎育 프로그램 속에 包含시킨다.

1) 에이즈 및 性病의 規模把握 및 推計

에이즈 및 性病에 대한 規模를 把握하는 것은 정부사업의 구체적인 大안을 수립하는데 必須的이다. 특히 에이즈 感染者에 대한 향후의 추계를 통하여 國民들의 경각심을 유도함으로써 効果적인 敎育效果를 제고한다.

이를 위하여 全國規模의 에이즈 및 性病에 관한 疫學調查가 필요하다.

2) 에이즈를 포함한 性病에 관한 學校教育 및 社會教育의 強化

무엇보다도 다음세대인 靑少年에게 바람직한 性教育이 基礎가 되어야 하며 특히 에이즈에 대한 科學的인 情報 및 教育을 실시한다.

3) 에이즈 關聯 人力에 대한 教育 및 訓練 프로그램 開發 및 運營

에이즈 關聯人力으로 정부의 관리인력, 보건요원, 의료인력, 학교담당교사 및 民間團體의 人力들이 포함되는데 1차적으로 이들에 대한 教育 및 訓練 프로그램이 具體的이고 體系의으로 開發되어야 하며 훈련이 定期的으로 실시되어야 한다.

4) 對象別 에이즈 教育資料 및 弘報物 開發

에이즈 教育資料의 內容이 目的과 對象에 따라 開發되어야 한다. 즉 高危險集團用(동성연애자, 마약중독자, 윤락여성, 외항선원, 해외여행자, 혈우병환자), 成人用, 靑少年用 및 感染者用 등으로 具體的으로 開發하여야 한다. 大衆에게 가장 效果的으로 情報를 傳達할 수 있는 放送媒體의 活用이 持續的으로 計劃되어야 한다.

5) 民間團體 및 有關團體 支援強化

에이즈 관련 民間團體는 정부의 財政的, 그리고 政策的인 支援이 요구되며, 우선적으로 政府에서 주도하고 있는 事業들에 民間단체가 參與하고 나아가 獨自的인 事業을 이끌어 갈 수 있도록 民間단체의 機能을 活性化시킨다.

특히 현재 에이즈 患者의 管理는 保健所 중심으로 一括的으로 이루어지고 있는데 疾病의 社會心理的인 측면과 管理의 效率性을 고려하여 患者 個人別 융통성 있는 管理體系가 開發되어야 하며 民間단체가 성숙함에 따

라 일차적으로 患者相談 등의 技術的인 부분에 민간단체가 참여하도록 한다.

그리고 民間團體, 有關團體 및 政府로 구성된 범국가적인 에이즈 實務協議體를 구성하여 매년 또는 분기별 戰略을 모색하도록 한다.

6) 에이즈 指定治療機關의 活性化, 療養機關 및 研究機關 設立

현재 우리나라는 정부주도하에 患者의 行政的인 管理가 사업의 대부분 이라고 할 수 있는데 效率的인 에이즈 管理를 위해서는 향후 에이즈에 대한 연구가 基礎的으로 뒷받침되어야 한다. 또한 에이즈 感染者가 꾸준히 증가할 경우를 대비하여 指定治療機關 및 요양기관이 活性化되어야 한다. 指定機關의 의료인력들에 대한 철저한 教育이 前提된다.

7) 안전한 血液確保를 위한 制度的, 技術的, 社會的 裝置 開發

안전한 血液을 확보하기 위해서는 ① 保健所의 에이즈 검사기능의 活性化 및 弘報 ② 헌혈자의 選別基準 및 헌혈자의 자진유예 장치도입 ③ 에이즈 檢査法의 質的인 管理 및 ④ 혈액수요의 국내 自體解決을 위하여 헌혈의 獎勵 및 pheresis 許容 등이 고려되어야 한다.

8) 에이즈 管理事業을 위한 政府管理人力의 擴充 및 에이즈 事業에 대한 豫算支援

에이즈 政策과 事業을 지속적으로 開發시키기 위해서는 정부의 管理人力이 擴充되어야 하며, 사업의 活性化를 위하여 保健事業 중 에이즈사업의 우선순위를 높이고 豫算支援을 확충한다.

8. 傳染病

가. 政策의 必要性

최근 經濟發展과 生活水準의 향상 및 抗生劑와 豫防백신의 개발 등의 결과로 1970년대 이후부터 急性傳染病이 繼續的인 減少추이를 보여왔다. 최근 몇 년동안 주요 法定 傳染病人인 폴리오, 발진티푸스, 재귀열, 공수병, 디프테리아의 發生은 거의 報告되지 않고 있으나, 장티푸스와 細菌性 이질과 같은 水因性전염병은 최근에도 꾸준히 發生하고 있으며, 특히 國際化에 따라 오염지역 入國者들을 통하여 소규모 發生을 보여온 콜레라는 1970년 이래 거의 10년을 주기로 國內에서 發生하고 있다. 이러한 水因性 傳染病 管理는 안전한 상수도보급 및 하수도 분리수거 등의 環境管理가 증진됨에 따라 發生減少가 기대되나 公衆保健측면에서의 豫防努力이 지속되어야 할 것이다. 한편 그동안 중요한 保健事業으로 꾸준히 노력한 결과, 結核 유병률은 1990년 1.8%로 減少되었고 1995년에는 1.4%로 減少될 것으로 推計되나 최근들어 結核豫防 노력을 상대적으로 경시하는 경향이 있어 減少趨勢가 완만해지거나 다시 增加할 우려가 제기되고 있다. 그리고 國內 發生率이 높은 B형 肝炎 및 保菌者에 대한 향후 國家的인 노력이 필요하다. 이상과 같이 과거에는 國民健康水準에 커다란 영향을 미쳐온 傳染病은 대체로 經濟水準의 向上과 더불어 많은 부분이 豫防管理되고 있으나 結核, 肝炎 및 수인성 傳染病은 國家的인 持續的 管理의 戰略樹立이 요구된다.

나. 現況 및 問題點

1) 傳染病 管理體系

가) 政府에서는 傳染病의 發生과 流行防止를 위하여 1954년 法定傳染病法을 制定한 이래 法에 명시된 主要 法定傳染病은 의료인,

가족 및 기관장이 保健所 所長을 통하여 申告하도록 규정함으로써 傳染病 감시체계를 운영하고 있다.

- 나) 傳染病 患者發見 및 진단시 保健所 중심의 방역기동반을 운영하며 중앙방역기동반이 支援하는 防疫體系를 운영하고 있다.
- 다) 傳染病患者의 早期發見事業을 위하여 해외여행자 및 주민을 대상으로 콜레라 및 장티푸스 등의 水因性 傳染病의 감염자 및 보균자 發見事業을 실시하고 있다.
- 라) 傳染病 豫防을 위하여 소아대상의 豫防接種을 역점으로하여 保健所와 醫療機關을 통하여 豫防接種事業을 실시하며 최근 B형 간염, 장티푸스, 렙토스피라증 및 流行性出血熱 등의 防疫事業을 擴大하고자 하고 있다.

2) 急性傳染病의 發生推移

- 가) 최근 生活水準의 向上과 정부의 防疫事業의 결과로 1970년대 이후 최근에 이르기까지 急性傳染病은 계속 감수추이를 보이며 특정 傳染病 疾患을 除外하고는 대체로 發生이 減少할 것으로 전망된다(表 13).
- 나) 주요 法定傳染病 중 폴리오, 발진티푸스, 재귀열, 공수병 및 디프테리아의 發生은 거의 發生되지 않고 있으나, 장티푸스와 細菌性 痢疾과 같은 水因性 傳染病은 최근에도 꾸준히 發生하고 있다. 그리고 그동안 減少趨勢를 보여온 홍역이나 이하선염과 같은 소아의 呼吸器性 疾患은 최근들어 오히려 增加하는 趨勢를 보인다.
- 다) 콜레라는 거의 10년 간격으로 流行的으로 發生하고 있으며 향후 國際化와 더불어 동남아 지역 등의 汚染地域의 여행객이나 入國者들을 통하여 지속적으로 發生될 것으로 생각된다.
- 라) 가을에 주로 發生하는 렙토스피라증, 유행성출혈열 및 쓰쯔가 무시병과 같은 가을철 급성열성 傳染病이 점차로 증가추세이다.

<表 13> 法定傳染病의 發生 推移

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|----------|-------|-------|-------|-------|
| 계 | 6,377 | 1,372 | 1,052 | 1,955 |
| 제 1 종 | | | | |
| 콜레라 | - | 113 | - | - |
| 장티푸스 | 232 | 187 | 221 | 307 |
| 파라티푸스 | 17 | 16 | 20 | 32 |
| 디프테리아 | - | - | 5 | - |
| 세균성이질 | 13 | 34 | 240 | 113 |
| 제 2 종 | | | | |
| 소아마비 | - | - | - | - |
| 백일해 | 174 | 118 | 41 | 39 |
| 홍역 | 3,415 | 258 | 38 | 765 |
| 流行性이하선염 | 2,092 | 382 | 253 | 474 |
| 일본뇌염 | 1 | 3 | 3 | 4 |
| 공수병 | - | - | - | - |
| 말라리아 | 6 | 2 | - | 3 |
| 성홍열 | 139 | 119 | 110 | 76 |
| 발진열 | 20 | 6 | 1 | 11 |
| 세균성수막염 | 2 | 1 | 1 | 7 |
| 流行性출혈열 | 106 | 85 | 76 | 109 |
| 파상풍 | - | - | 1 | 3 |
| 재귀열 | 1 | - | - | - |
| 아메바성이질 | 18 | 22 | 29 | 8 |
| 지정전염병 | | | | |
| 렙토스피라증 | 140 | 25 | 13 | 4 |
| 후천성면역결핍증 | 1 | 1 | - | 6 |

資料: 의료보험연합회, 『법정전염병 발생실태』, 1993.

3) 問題點

가) 이상과 같이 主要 傳染病을 法定傳染病으로 規定하여 管理하고 있으나 그 신고율 自體가 낮아 非效率의이다. 研究에 의하면 特定 法定傳染病의 신고율이 0.2~12.4% 수준으로 상당히 낮은데 患者, 診療醫師의 책임은 물론 정부의 管理體系에도 문제 있는 것으로 지적된다. 診療醫師의 측면에서는, 첫째 申告 節次의 복잡성, 둘째 申告 뒤 성가신 행정절차, 셋째 申告를 안했

을 경우 당국의 積極的인 조치가 없고, 넷째 患者治療에 실제적인 지장이 없다는 것이며, 保健所의 측면에서는, 첫째 申告節次의 복잡성, 둘째 申告數가 많은 경우 豫防怠慢으로 상부로부터 질책을 받는 것 등이 理由이다.

- 나) 최근 질병양상의 변화로 法定 傳染病에 대한 재정립이 필요하며, 대체로 傳染病 發生 자체는 줄었으나 流行的 發生에 대해 신속하고 效率的으로 대처할 수 있는 전문인력 확보가 미흡한 실정이다.
- 다) 急性傳染病의 發生은 向後 減少될 것이나 현재 지속적인 發生 추이를 보이는 수인성 감염질환과, 오히려 최근들어 發生增加 추세에 있는 렙토스피라증, 유행성출혈열 등에 대한 적극적인 管理對策이 필요하다.
- 라) 최근 해외 여행객이나 입국자들이 증가하면서 해외로부터 流入되는 傳染病에 대한 豫防管理 대책이 시급한 실정이다.

다. 今後의 課題

- 1) 效果的인 傳染病管理를 위하여 保健所와 醫療保險組合 등을 連結하는 傳染病管理 情報體系를 구축한다.
- 2) 傳染病 중에서 持續的인 增加趨勢를 보이는 水因性疾患과 최근 增加 趨勢를 보이는 傳染病들에 대한 豫防 및 管理를 중점 관리한다.
 - 가) 장티푸스 및 세균성 이질 등의 水因性疾患의 發生을 減少시킨다.
 - 나) 매년 가을에 유행하는 렙토스피라증 및 流行性 出혈열의 豫防 管理를 強化한다.
 - 다) 최근 증가 추세의 가능성이 높은 小兒의 홍역이나 이하선염의 增加를 防止한다.
 - 라) 해외 여행자 증가에 따라 流入되는 傳染病에 대한 管理體系를 구축한다.

3) 國內의 중요한 慢性傳染病인 結核과 B형간염을 중점적으로 豫防管理한다.

가) 結核管理事業을 지속적으로 추진함으로써 結核 유행률을 先進國수준인 1% 以下로 減少시킨다.

나) B型肝炎 發生 및 기타 肝疾患으로 인한 罹患 및 死亡을 減少시키고, B型肝炎의 수직 감염을 豫防한다.

라. 施行方案

최근 持續的인 發生 및 증가추세에 있는 傳染病 管理를 위하여 對國民 弘報 및 敎育이 前提되어야 하고 나아가 政府차원의 具體的인 戰略이 要求된다. 특히 향후 몇가지의 傳染病을 제외하고는 대체로 減少할 趨勢이므로 豫算과 人力支援이 축소될 수도 있으나 최근 국제화 등의 社會的인 環境은 특정 傳染病에 대한 管理의 重要性이 오히려 強調되어야 한다.

1) 效率的인 傳染病 管理 情報체계 構築

效果的인 傳染病管理를 위하여 우선적으로 傳染病管理의 情報體系가 구축되어야 한다. 法定 傳染病의 報告, 蒐集, 分析業務가 간편, 신속, 정확하고, 法定 傳染病의 미신고에 대한 徹底하고 迅速한 보강책을 提示할 수 있기 위해서는 통신망을 이용한 電算化가 필요하며 法定傳染病 管理 소프트웨어 개발과 더불어 전국규모로 공급 지원하기 위한 傳染病 情報體系 구축이 필요하다.

2) 傳染病 發生 情報管理 機構의 活性化

현재 傳染病 發生情報를 蒐集하여 발간하는 상기한 情報網 事業의 초기 단계는 國立保健院 내 感染病 情報室에서 담당하고 있다. 그러나 직제상 공식적으로 組織化되어 있지 않아 향후 전격적으로 情報를 管理하여야 할 경우 이를 擔當할 수 있는 전문직으로 구성된 공식적인 實際 機構를 설치할 필요가 있다.

3) 法定傳染病의 再選定 및 再定義를 위한 傳染病 管理法의 改善 및 補強

管理體系 樹立과 더불어 法定 傳染病의 再選定과 그 定義를 명확히 하여야 한다. 따라서 專門委員會를 설치하여 보다 現實 感覺이 있도록 임상적 診斷基準과 檢査實績 진단기준에 대하여 定義를 명확히 한다.

4) 傳染病管理 人力의 專門化 및 精銳化

최근의 疾病樣相이 非感染性 疾患으로 변모하면서 학계에서나 정부에서의 관심이 傳染病보다는 慢性疾患으로 변화하는 것은 당연한 결과이나, 주요 傳染病은 급성으로 發生하고 일단 發生하면 流行性인 점을 감안하여 傳染病管理에 관한 研究나 管理를 소홀히 하여서는 안된다. 豫防을 위한 研究나 管理가 우선적이며 일단 유행될 경우 이를 단시일에 管理할 수 있는 技術的인 지원도 필요한데 특히 앞으로 國際化 時代에 외국으로부터 유입될 경우가 증가할 것도 고려하여 專門人力의 繼續的인 계발을 하여야 한다.

5) 傳染病 感染疾患의 豫防管理를 위한 保健教育의 強化

현재 傳染病은 그 원인이 대부분 밝혀져 있어 豫防方法 역시 알려져 있는 경우가 대부분이다. 따라서 국민에 대한 올바른 豫防教育으로 傳染病 發生을 상당히 減少시킬 수 있는데, 문제가 되는 傳染病에 대한 국가차원에서 체계적인 教育事業을 실시하도록 한다.

주로 地域社會에 유병률이 높은 질환을 중심으로 傳染性 질환의 원인 및 경로를 인지하도록 高危險對象者 중심으로 保健教育 및 情報媒體를 開發하고 定期적으로 제공하도록 한다.

6) 水質狀態의 監視調查 強化

향후 水因性 傳染病을 管理하기 위해서는 좀더 철저하고 科學的으로 수질상태를 감시, 조사할 수 있는 체계가 強化되어야 한다.

7) 렙토스피라症, 流行性出血熱 및 B型肝炎 등의 定期 豫防接種 擴大

최근 특히 農村地域 등에서 빈발하는 렙토스피라증, 流行性出血熱에 대한 定期 豫防接種을 擴大 實施한다. 그리고 B형간염 유병률 및 보균자율을 減少시키기 위하여 소아, 특히 영유아기에 肝炎豫防接種을 擴大 공급한다.

8) 效果 높은 백신의 開發 支援

傳染病 豫防管理 事業活動과 더불어 인플루엔자 등 國內의 중요한 傳染病에 대한 백신을 繼續적으로 개발하여야 한다.

9) 疫學研究

傳染病의 發生과 더불어 發生의 원인을 糾明하고 향후 재유행을 방지할 수 있도록 疫學的인 研究가 필요하다. 특히 최근들어 지역에 따라 증가 추세에 있는 소아들의 홍역이나 이하선염에 대한 원인을 糾明하여야 하며 이러한 研究를 바탕으로 專門家 集團은 소아들에 대한 우리나라 實情에 적절한 豫防接種時期 및 項目을 재정리한다.

10) 장티푸스, B型 肝炎 및 結核 등의 保菌者 및 患者發見事業 擴大

장티푸스나 B型肝炎의 상당부분이 그 疾患의 保菌者로 因하여 전염되므로 보균자 색출에 대한 事業을 強化하여야 한다. 그리고 結核에 대한 豫防事業 역시 그 유병률이 先進國 水準인 최소한 1%이하가 될 때까지는 지속적인 관심을 갖고 지원하여야 한다.

11) 國際交流의 增大로 인한 流入 傳染病의 監視管理 強化

향후 國際交流의 증가와 더불어 傳染病의 유입이 증가될 것이다. 따라서 정부는 主要 傳染病의 검역에 대한 監視體系를 구축하고 이에 대한 管理를 強化하여야 한다.

9. 精神障礙者

가. 必要性

지난 30년간 우리나라의 국가 目標은 경제적인 成長을 이루는 것이었으며 그 결과 世界 역사상 前例가 없을 정도로 큰 經濟發展을 이룩하였다. 다가오는 21世紀를 향한 우리사회의 목표는 國家 競爭力 強化를 근간으로 하는 世界속의 한국으로 浮上하고자 하는 世界化에 두고 있다. 世界化란 國際化보다 한 차원 높은 概念으로서 그 궁극적인 目的은 전국민의 삶의 質의 向上에 있는 것이다. 그러나 우리사회의 어두운면과 소외된 集團에 대한 최소한의 人間的인 삶 조차도 보장되지 않은 상태에서 世界化를 實踐한다는 것은 불가능할 것이다. 우리 사회에서 가장 疎外된 集團은 아직까지도 부적절한 施設에서 單純 收容次元의 보호관리만을 받고 있는 대부분의 精神障礙者라고 하겠다. 이들의 人權이나 保護水準은 국제적인 比較値에 있어서 가장 낙후되어 있는 분야로서 자주 국제적인 비난과 조롱거리가 되고 있으며 국내에서도 빈번하게 社會問題로 대두되고 있어 世界化를 지향하는 우리나라의 현 상황에서 가장 부끄러운 문제 중의 하나이다. 精神障礙者管理에 있어서 우리나라가 당면하고 있는 懸案 問題는 다음과 같이 要約될 수 있다. ① 需要에 비해 적절한 保健醫療서비스 提供이 절대적으로 부족하다. ② 대부분의 精神障礙者들은 大型精神病院과 精神療養院을 중심으로 단순 입원(수용)되어 있다. ③ 既存 精神醫療施設간의 역할정립이 되어 있지 못해 患者 診療體系의 혼선을 빚고 있다. ④ 精神疾患 管理를 위한 적합한 모델이 없으며 체계적인 서비스 傳達體系가 미비하다. ⑤ 精神障礙者를 관리하는 專門人力의 수가 우리나라와 유사한 經濟水準에 있는 다른 國家에 비해 매우 낮은 수준이다. ⑥ 精神障礙者에 대한 社會적인 편견이 심하다. ⑦ 患者의 醫療追求行態가 바람직하지 못하다.

나. 現況 및 問題點

1) 先進 各國의 現況 및 政策方向

세계 각국은 精神障礙者의 人權에 대한 時代的인 認識의 變化와 함께 患者 管理面에서 유사한 과정의 개혁을 가져왔으며 그 결과 收容所 時代, 大型精神病院 時代를 거쳐 地域社會 精神保健 時代로 발전해왔다.

또한 地域社會 精神保健事業을 통해 세계 각국은 慢性 精神障礙者의 사회복귀 뿐만 아니라 精神保健과 관련한 각종 豫防活動을 적극적으로 수행하고 있으며, 관리하는 질환의 범위도 重症, 慢性精神疾患에서 지역주민이 요구하는 제반 정신보건의 문제로 확대하고 있다.

세계각국은 사회복귀된 慢性精神障礙者의 再發率 減少를 위해 일차보건 수준에서 할 수 있는 精神障礙者 管理能力을 키워나가고 있으며, 精神障礙者 管理에 있어 가장 효율적이라고 평가받고 있는 프로그램은 병원과 地域社會를 연결한 地域化(sectorization) 프로그램으로서 프랑스에서 매우 성공적으로 실시하고 있다.

2) 우리나라의 精神保健現況

가) 정신장애자가 증가하는 추세이다.

우리나라에는 精神醫學的 關與나 處置가 필요한 精神障礙者는 전체인구의 3.0% 정도로 추정되고 있다⁶¹⁾. 精神障礙者 有病率은 1988년의 2.16% 과 비교해 볼 때 다소 증가된 것으로 해석된다.

나) 需要에 비해 적절한 保健醫療서비스 제공이 절대적으로 부족하다.

精神疾患의 특성상 入院施設 이외에도 慢性障礙者를 위한 再活施設로서 지역사회내의 社會復歸施設, 起居施設, 保護作業場 등이 필수적임에도 불

61) 남정자 외, 『정신보건의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.

구하고 그와 같은 시설이 거의 전무한 상태이다.

다) 대부분의 精神障礙者들은 大型精神病院과 精神療養院을 중심으로 단순 입원(수용)되고 있는 실정이다.

입원위주시설로 간주되는 精神病院은 1993년말 현재 31개 시설에 9,266병상으로 전체 精神科 病床의 27.7%를 차지하고 있으며 단순보호시설인 정신요양원 병상은 16,915병상으로 전체병상의 49.4%를 占有하고 있다. 따라서 대부분(77.1%)의 慢性精神障礙人은 精神病院과 療養所에서 單純入院(收容)되고 있는 실정이다.

地域社會內에 위치하고 있으면서 비교적 바람직한 서비스를 제공할 수 있는 가능성을 지닌 綜合病院과 一般病院 등에서는 精神科 病床運用을 기피하고 있다. 남정자 외(1994)에 의하면, 전체 精神科 病床 중 綜合病院의 精神科 病床은 단지 13.1%, 일반병원 5.3%, 정신과 의원 4.5%만을 차지하고 있다.

라) 施設의 열악한 與件으로 인해 患者의 人權問題가 자주 提起되고 있다.

精神病院 入院患者의 92.9%와 요양원 환자의 98.3%가 閉鎖病床에 입원(수용)되어있는 실정이며 精神病院의 56.7%와 요양원의 59.9%만이 8인실 이하에 입원하고 있으며 나머지 40% 이상은 8인 이상의 병실에 입원(수용)되어 있다. 33인실 이상 병실에 입원하고 있는 환자도 精神病院의 9.6%, 療養院의 14.3%로 적지 않은 숫자이다.

또한 허가 병상 1개당 1일 平均入院患者數는 精神病院 1.15, 일반병원 1.33으로 過收容되고 있는 傾向을 보이는데 병실형태가 온돌이기 때문에 過收容이 가능하다.

마) 기존 精神醫療施設間의 役割定立이 되어 있지 못해 患者 診療體系의 혼선을 빚고 있다.

전문가에 의하면 長期 收容患者 中 적게는 20~40%, 많게는 50%~70%

가 부적절한 在院者로 推定되며, 精神醫療機關의 特性에 따른 적합한 시설기준이 없다.

바) 精神醫療施設이 地域적으로 不均衡하게 분포되어 있다.

精神醫療施設의 地域的 分布를 보면 시설종류별로 市·道間 不均衡분포가 매우 심하며 인구 10만명당 精神病床數는 仁川과 서울이 31.9, 32.2로 가장 낮으며 忠北과 忠南이 211과 169로 높아 낮은 지역과 높은 지역과의 차이가 6.6배에 달하고 있다. 이는 우리나라 全體病床數의 地域間 차이가 최고 1.8배인 것과 비교해 볼 때, 정신병상의 市·道間 不均衡 分布 정도가 일반 병상에 비해 훨씬 크다.⁶²⁾

精神病·醫院 施設이 전혀 없는 中診療圈(정신요양원 포함 안됨)이 140개 診療圈 中 82개로 59%에 달하고 있다.

사) 精神疾患 管理를 위한 적합한 모델이 없으며 體系的인 서비스 전달체계가 미비하다.

精神障礙者의 特性을 고려한 管理모델이 정립되어 있지 못한 채 病·의원을 중심으로 하는 傳統的인 醫學的 모델에 의존하고 있다. 精神疾患은 그 특성상 結核과는 달라 長期療養보다는 지속적인 事後管理를 통한 사회 복귀에 중점을 두어야 하며 結核患者와 같은 長期療養은 필요하지 않다는 것이 전문가의 일치된 의견이다.

아) 精神障礙者를 管理하는 專門 人力의 수가 우리나라와 유사한 經濟水準에 있는 다른 國家에 비해 매우 낮은 수준이다.

精神疾患의 特性으로 因하여 精神障礙者를 管理하는 데에는 일반 신체 질환과 달리 精神科 醫師, 看護師 이외에 社會事業家, 臨床心理士, 作業療法士 등의 다양한 인력이 요구된다. 그러나 현재 정신보건 분야에 종사하는 인력들은 압도적으로 精神科 醫師 中心으로 구성되어 있으며, 사회

62) 보건사회부, 『정신질환의 이환상태와 관리방안에 대한 조사연구』, 1989.

복지사, 임상심리사, 작업치료사 등 準 醫療人力의 활용방안에 대하여는 醫療法 등 關聯法規에서 그 위치나 역할이 규정되어 있지 않으며 體系的인 養成이 부족하다.

자) 精神障礙者에 대한 社會的인 偏見이 심하다.

일반적으로 精神障礙者는 위험하기 때문에 사회로부터 격리되어야 할 대상으로 생각하고 있다. 즉 一般住民의 약 67%는 精神病患者와 함께 있는 것을 두렵게 여기고 있으며 약 37%는 가족 중에 정신병자가 생기면 수치스럽게 생각하고 숨기려할 것 같다고 응답하고 있다. 반면에 80% 이상의 주민은 精神病 患者 中에는 원래 마음이 착하고 여린 사람이 많다고 느끼고 있다. 아직도 상당수의 주민들(2/3 정도)은 정신질환에 대한 치료로서 안수기도나 佛供 등 주술적 종교에 의지하는 태도를 보여주고 있다.

차) 환자의 의료추구행태가 바람직하지 못하다.

精神障礙者의 63%가 身體症狀를 精神疾患에 대한 초기증상으로 인식하고 있으며 精神分裂症患者의 20% 이상이 발병 후 1년이 지난 이후에 치료를 받고 있다. 또한 精神疾患의 첫 증상을 인지한 후 1개월이 지나도록 치료를 받지 않은 환자의 42%는 치료받지 않은 이유를 精神疾患과 관련된 증상인지 몰랐었기 때문이라고 응답했다.

다. 今後의 課題

- 1) 精神疾患患者의 만성화와 퇴행의 방지
- 2) 重症, 精神障礙者의 社會的 機能의 회복 및 유지
- 3) 慢性精神障礙者의 再入院率의 감소
- 4) 慢性精神障礙者의 의료비 부담의 경감

라. 施行方案

1) 政府 次元에서의 具體的인 施行方案

- 가) 市·道 保健局이 정신장애자 관리를 위해 부적절한 療養院이나 專門病院施設을 地域社會에 기반을 둔 포괄적인 地域社會 精神 保健 서비스로 대치시키기 위한 재배치 계획에 동의하도록 설득시킨다. 이는 지역의 保健所와 社會福祉機關과의 협의하에 患者 및 家族의 意見을 參照하여 요양원 및 병원운영자와 협동 실시하여야 한다.
- 나) 市·道の 關聯機關(보건소, 보건복지 사무소 등)이 지역에서 精神障礙者 管理를 安定的으로 제공하기 위한 구체적인 지침을 마련하며 保健과 福祉서비스가 지속적으로 제공될 수 있도록 보장하며 주거시설을 提供해 줄 수 있도록 促求한다.
- 다) 地域社會에 基盤을 둔 包括的인 서비스를 제공할 수 있는 구체적인 모델을 開發하여 普及한다. 모델에는 精神保健의 요구와 精神障礙의 가능성을 지닌 危險集團 그리고 精神疾患의 早期發見 方案이 포함되어야 한다.
- 라) 精神障礙者의 雇傭을 促進시키기 위한 적극적인 對策을 모색한다.
- 마) 1차 및 2차 醫療機關의 保健醫療要員들이 모든 自殺과 精神障礙者의 原因不明의 死亡을 파악할 수 있도록 訓練 프로그램을 開發하여 普及한다.
- 바) 市·도로 하여금 自殺과 原因不明의 死亡에 관한 데이터 베이스를 構築하도록 한다.

2) 市·郡·區 單位에서의 施行方案

- 가) 부적절한 療養院이나 專門病院施設을 地域社會에 기반을 둔 包括的인 서비스로 代置시키기 위한 재배치 계획에 동의한다. 이는 지역의 保健所와 社會福祉機關과의 협의하에 患者 및 家

族의 의견을 참조하며 療養院 및 病院運營者의 협조하에 실시되어야 한다.

나) 地域社會 精神保健事業을 評價하고 患者를 위한 治療의 接近이 그 지역의 社會福祉 서비스體系에 통합될 수 있도록 촉진시킨다.

다) 3~5년간의 精神障礙者 관리대책을 關聯機關(지역사회 정신보건 센터, 보건소 등)과 함께 樹立한다. 이 計劃은 연간 예산의 집행과 사업수행의 지침이 될 수 있을 것이다.

: 地域의 要求에 바탕을 두어야 한다.

: 精神保健 關聯 地域豫算을 감안하여야 한다.

: 包括적인 地域精神保健 서비스를 위한 것이어야 한다.

: 重症, 慢性精神障礙者의 要求, 老人, 어린이와 靑少年, 自殺의 危險이 있는 集團, 虞犯 精神障礙者, 가난한 精神障礙者를 優先管理對象으로 삼는다.

라) 기존의 精神保健 豫算內에서 地域內에 적어도 한가지의 새로운 서비스를 지원할 수 있는 資源(자원봉사기관, 가족집단, 종사자 집단)을 파악한다.

마) 精神障礙者의 고용을 促進시키기 위한 積極적인 施策을 마련한다.

바) 重症, 慢性精神障礙者 管理를 위해 管轄地域內 기존 1次保健施設과 精神科 治療施設 및 收容施設과의 유기적인 연대를 맺음으로써 患者의 發見, 治療 및 再活에 이르기까지 그 서비스의 지속성이 유지되도록 협조 체계를 구축한다.

사) 地域社會內에 慢性精神障礙者를 위한 社會復歸施設을 마련하며, 基本的인 患者管理 업무 이외에도 患者의 追後管理和 部分入院(1일 24시간보다 적은 시간의 입원), 社會復歸를 위한 여러가지 再活 서비스를 提供한다.

아) 地域社會內의 각종 支持 시스템의 構築

자) 一般住民에 대한 保健教育 실시: 일반주민을 대상으로 精神疾患의 豫防과 精神障礙者에 대한 態度 및 認識을 變化시키기 위

한 教育을 實施한다.

차) 精神保健 事業을 一般保健 事業에 包含시켜 保健所 및 保健支所의 一般 保健要員들로 하여금 다음의 精神科 서비스를 地域 社會 水準에서 提供하도록 한다.

- ① 地域社會 精神障碍者の 早期發見 및 依賴
- ② 精神科 應急患者에 대한 早期處置후 센터로의 患者 後送
- ③ 地域社會에 돌아온 慢性 精神障碍者の 登錄 및 投藥維持
- ④ 保健所에 다니는 一般患者들의 精神健康問題의 早期發見 및 依賴
- ⑤ 精神障碍 發生 高危險群에 대한 發見
- ⑥ 地域社會內的 key person의 育成, 自助그룹의 形成, 네트워크의 組成

10. 口腔保健

가. 必要性

‘2000년까지 모든 사람에게 건강을(Health for All 2000)’이란 目標를 달성하기 위한 保健醫療分野의 노력중에서 건강의 질을 보다 높이 향유하려면 口腔健康을 위한 국가의 조직적 노력이 필요하다. 우리나라의 경우 1970년대 이후의 경제성장과 생활수준의 향상에 따른 식생활의 변화로, 국민의 口腔健康狀態가 급속히 惡化되고 있으며, 민간 부문의 치료만으로는 구강건강을 향상시키는데 한계를 가지고 있고 口腔診療에 투입되는 의료비가 해마다 증가하고 있다.

따라서 口腔保健行政體系의 확립을 통한 국가적 口腔保健政策의 시행과 法과 制度의 정비를 통하여 국민들의 구강건강수준 향상을 이루어야 한다. 口腔保健事業을 예방접종사업처럼 國家事業化하고 口腔病의 관리를 만성질환 관리체계로 국가정책화해야만 口腔病 확산 방지와 국민 구강건

강이 증진될 수 있다. 또한 口腔保健教育 開發과 普及으로 국민구강보건 의식의 향상을 통해서 구강건강 증진이라는 목표달성이 가능하다.

口腔診療 傳達體系의 확립과 치과의료보험 수가가 현실화되어야 민간 구강진료가 활성화되며, 예방치치중심의 진료 유도가 효과적으로 시행될 수 있다. 이를 위해서는 農漁村 保健(支)所에 대한 적극적 투자와 인력개발, 도시지역 保健所 口腔保健室의 기능강화로 都市와 農村의 구강건강수준의 균형적인 향상이 요구된다. 한편 21세기를 대비한 口腔保健人力의 開發과 적정수급 대책이 마련되어야 口腔保健事業과 治療事業이 안정화될 수 있다.

나. 現況 및 問題點

1) 우리나라 國民의 口腔保健實態

1970년대 이후의 경제성장에 따른 食生活의 變化와 설탕소비의 증가로 인해 치아우식증(dental caries)과 치주병(periodontal disease)이 급속히 증가하고 있다. 1972년의 12세 아동의 1인 보유 평균 우식경험영구치아수는 0.6개였는데 1990년에는 3.0개로 20여년 사이에 무려 5배가 증가되었다. 15세 아동의 치면세마 필요자율은 1972년도에 50%였고 1980년 이후 감소하고는 있으나, 1990년도에 都市에서는 26% 정도, 非都市地域은 50% 정도를 나타내고 있어 都市와 非都市間의 格差가 상당히 큰 것으로 나타나고 있다.

拔齒의 원인 중에 87.67%가 치아우식증이고 7.88%가 치주병으로서 양대 구강병이라고 하는데 이 兩大 口腔病의 增加는 拔齒率을 증가시키고 있다.

1991년 서울대학교 치과대학과 부산대학교 치과대학의 공동조사연구에 따르면 12세 아동의 우식경험영구치율은 무려 55%에 달하고 있으며 35~45세에서는 83.3%에 달하고 있다.

2) 口腔保健行政體系

1945년 9월 군정법령 제1호로서 衛生局이 설치되었고, 동년 10월에 보건후생국으로 개편되면서 齒務局이 설치되었다. 그 이후 폐지, 부활, 축소, 폐지 등의 과정을 거쳐 지금은 齒務行政이 여러 부서로 나누어져 이루어지고 있다(表 14). 口腔保健行政은 전문적인 영역의 행정분야임에도 불구하고 보건복지부에는 구강보건행정을 담당할 전문인력이 거의 없으므로 인해 口腔保健人力의 管理와 政策의 開發, 口腔保健事業이 효과적으로 이루어지지 못하고 있다.

<表 14> 口腔保健行政部署의 變遷過程

| 연 도 | 구강보건행정조직의 변화 |
|----------|-----------------|
| 1945.10. | 치무국의 신설 |
| 45. 7. | 의정국의 치의무과로 부서축소 |
| 50. 3. | 치의무과 폐지 |
| 60. 8. | 의정국에 치무과 신설 |
| 61.10. | 치무과 폐지 |
| 67. 2. | 의정국에 치무과 신설 |
| 70. 2. | 치무과를 치무담당관으로 축소 |
| 75. 8. | 치무담당관 폐지 |

資料: 김종배 외, 『구강보건 정책개발에 관한 연구』, 1987.

이에 따라 口腔保健事業의 계획수립 및 실시의 필요성이 시급해짐에도 불구하고 현재 齒務行政을 담당하는 부서가 없어서 치과의료의 발전이 저해되고 있고 행정부서의 口腔保健行政의 전문성에 대한 이해의 부족과 口腔保健事業의 중요성에 대한 인식이 부족하며 口腔保健 行政人力의 養成과 活用に 대한 政策이 마련되지 못하고 있다.

3) 口腔保健人力

口腔保健을 담당하는 가장 중요한 인력인 齒科醫師는 현재 11개 대학 중 10개 대학에서 졸업생을 배출하고 있으며, 1980년 이후 14년 동안

350% 이상의 증가를 나타내고 있다(表 15). 인구 1만명당 치과의사수는 2000년대에 이르면 3명을 넘고 2010년에는 4명을 상회할 것으로 나타나 1980년대의 선진 복지국가와 동등한 수치에 이를 것으로 예상되고 있다.

齒科衛生士는 수습기관을 포함한 15개 학교 중 13개 학교에서 양성하고 있으며 1993년에는 만여 명에 이르고 있다. 우리나라의 경우에는 齒科診療 助務士制度가 없으므로 치과진료시에는 口腔衛生士와 看護助務士가 口腔診療 補助人力로 활용되고 있다. 1990년의 조사결과 치과의원당 0.6명의 치과위생사가 취업하고 있는 것으로 나타나 부족한 상태이다.

<表 15> 年度別 齒科醫師, 齒科衛生士 및 齒科技工士 數의 變化推移

| 연 도 (년) | 치과의사 (명) | 치과의사 1인당 인구수(명) | 치과위생사 (명) | 치과기공사 (명) |
|------------|-------------|--------------------|--------------|--------------|
| 1980 | 3,620 | 10,531 | 499 | 1,440 |
| 1990 | 9,619 | 4,457 | 6,310 | 7,696 |
| 1992 | 11,285 | 3,869 | 8,143 | 9,189 |
| 1993 | 12,180 | 3,617 | 9,107 | 9,917 |

資料: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1994.

齒科技工士는 1990년 현재 전국의 14개 전문대학에서 양성되고 있으며, 1973년 779명이던 것이 1993년에는 9,917명으로 20년 동안 11배 이상이 증가하였다. 先進國의 치과의사에 대한 치과 기공사의 비율은 0.27~0.50이며 평균 0.38 정도의 비율인데 비해 1993년도의 우리나라 齒科醫師 對 齒科技工士의 比率이 1 : 0.81에 달해 치과기공사의 수가 많은 것으로 평가되고 있다.

口腔保健人力의 問題點을 들면 다음과 같다. 첫째, 齒科醫師 인력수급에 대한 國家의 政策이 量的 擴大에 치중되고 있다. 치과의사의 수가 14년간 350%가 증가되었지만 우수한 齒科醫師 양성을 위한 투자는 매우 부족한 狀態이다. 教授要員의 確保率이 서울대가 77%, 연세대가 79%, 경희대가 46%이며 나머지 大學은 30% 정도의 狀態여서 教授의 充員과 教育 策의 擴大 支援이 필요하다. 또한 臨床實習을 強化하기 위한 임상수련시

설의 부족으로 충분한 臨床實習이 이루어지지 못하고 있다.

둘째, 치과기공사가 적정 수요 이상으로 양성되고 있고, 치과기공사 자격시험의 합격률이 1993년의 경우 64.4%에 불과해 敎育의 질적인 수준에도 문제가 있는 것으로 나타나고 있다.

셋째, 치과위생사는 量的으로 供給 不足이 나타나고 있으며, 豫防 및 敎育事業, 診療補助의 業務를 담당하는 口腔保健人力으로 양성되었으나 단순한 口腔診療補助人力으로만 活用되고 있다. 구강진료보조인력으로 활용할 구강진료조무사가 없으므로 해서 간호조무사를 보조인력으로 활용하고 있어 敎育의 浪費와 人力의 損失을 초래하고 있다.

4) 民間部門 口腔診療機關

口腔診療機關에서 가장 큰 比重을 차지하는 치과의원은 都市 地域에 90.6%가 집중되어있고, 郡部에는 9.4%에 불과하다.

치과의원의 治療技術의 대부분이 보철을 중심으로 한 보존, 수복중심의 治療가 대부분을 차지하고 있고, 1차 豫防處置比重이 지극히 낮다. 또한 치과병원이 都市에 집중되어 있어서 非都市地域에서는 2차 진료를 받기가 매우 불편하며 治療待期時間도 1주에서 1개월 정도가 소요되는 경우가 허다하다.

또한 市部에 90%의 치과의사가 集中되어 있으나 齒科醫師등 구강보건인력의 地域的으로 均衡的인 分布를 위한 대책이 마련되지 못하고 있으며, 예방적인 진료보다 치료중심의 診療에 偏重되어있다. 또한 郡部에 2차 구강진료를 담당할 치과병원의 不在로 주민들의 醫療利用이 불편하다.

5) 公共部門 口腔保健診療機關

우리나라의 公共部門 口腔保健診療機關은 保健所와 保健支所의 치과진료실로서 전국에 걸쳐 분포되어 있다. 口腔保健診療機關에 근무하는 치과의사의 95.7%는 공중보건치과의사로서 농어촌, 도서벽지 등의 무의촌

해소를 위해 1980년 農漁村 保健醫療를 위한 特別措置法에 의해 배치되기 시작하였고 1993년 6월 현재, 1,074명이 保健所와 保健支所에 배치되어 근무하고 있다. 保健所의 관리치과의사수는 48명에 불과하여 전체 구강보건기관에 근무하는 치과의사의 4.3%에 불과하다.

公共口腔保健機關으로서의 保健(支)所의 역할은 포괄적인 1차구강보건 서비스와 예방보건사업인데, 인력만 배치되고 구체적 업무규정이나 지원이 부족하여 효과적인 사업이 이루어지지 못하고 있다. 보건소의 관리치과의사는 6대 도시에 14명밖에 없고 이들은 민간의료기관과 같은 진료업무만⁶³⁾을 하는 실정이다.

保健(支)所의 口腔保健事業으로는 불소용액 양치사업과 치면열구전색사업, 口腔保健教育事業 등으로 되어있다. 이에 따라 公共口腔保健機關에 대한 정책이 治療 中心의 소극적인 차원에 머물고 있고 公衆保健齒科醫師를 제외한 관리치과의사의 確保가 미흡하며 口腔保健事業이 국가적 예방보건사업화되어 있지 않고 공공구강보건인력에 대한 교육과 지원의 부족으로 事業의 施行이 부진하다. 口腔保健政策에 대한 정책 연구, 수립을 전담할 연구기관이 없으므로 해서 정책의 마련과 체계적인 사업수행과 평가가 되지 못하고 있다는 등의 問題가 提起되고 있다.

6) 口腔保健事業과 口腔保健教育事業

가) 上水道水 弗化事業

상수도수 불화사업은 1981년 진해시와 1982년 청주시에서 示範事業으로 10여년째 施行되고 있다. 1985~87년에 실시된 상수도수 불화사업에 대한 평가에서 치아우식증 60%의 豫防效果를 나타냈으며 人體에 해가 없음을 立證하였다.

1994년부터는 경기도 과천시에 擴大實施할 예정이며, 시설용량 2만톤 이상의 전국의 85개 정수장을 대상으로 1996~98년까지 매년 15개씩 45개

63) 보철치료는 시행하지 않고 있어서 적절한 치료서비스를 제공하지 못하고 있음.

정수장에 단계별로 확대할 계획이다.⁶⁴⁾ 상수도수 불화사업의 시행평가 결과 편익비용비가 진행시는 9.72, 청주시는 4.88로 조사되어 매우 경제적이며 효과적인 사업으로 나타났다.

세계적으로는 38개국에서 약 2억명의 人口가 불화된 상수도수를 마시고 있는 것으로 추산되며 계속 확대되는 추세이다. 美國의 경우 50개주중에서 9개주에서 상수도수 불화사업을 施行하고 있으며 수혜인구는 전체 인구의 50%에 이르고 있다. 그러나 상수도수 불화사업 확대 계획에 따른 專門人力 育成 計劃이 마련되지 못하고 있고, 상수도수 불화사업 등 公衆 口腔保健事業을 담당할 全擔部署가 없어서 사업이 건설부등으로 나누어져 있어 사업수행이 원활하지 못하며 상수도수 불화사업에 대한 법적 근거가 미약하여 강제성이 없어 施行에 소극적이다.

나) 學校口腔保健事業

학교를 대상으로한 口腔保健事業으로는 도시 상수도수 불화사업이 되어 있지 않은 지역에서의 불소용액 양치사업과 전체 학생을 대상으로 한 구강 검진과 집단잇솔질 사업, 學校繼續 口腔健康 管理事業 등이 있다.

불소용액 양치사업은 1976년부터 口腔保健協會에 의해 示範事業으로 실시되어 1993년도 현재 1,219학교의 405,648명의 학생이 불소용액양치사업의 수혜대상인 것으로 把握되고 있다. 1989년에 대한치과의사협회에서 실시한 불소용액양치사업의 效果에 대한 評價에서 豫防效果가 27.8%인 것으로 나타났다.

全國의 중학교, 국민학교는 매년 口腔檢診을 실시하고 있으며, 계속구강건강관리사업은 구강검진, 구강병 예방, 구강병의 조기 발견과 치료 등의 구강보건서비스를 제공하는 것으로서 일부 示範學校에서 진행되고 있는 정도이다.

치면열구전색사업은 치아의 교합면에 있는 열구를 치아전색재료로 메워 줌으로써 치아우식증을 豫防하는 사업으로 전국 6개 保健支所에서 1년간

64) 1994년 10월 26일 보건국 보건정책과 주최로 열린 구강보건사업협의회 회의 결과임.

시범사업실시 ('92.7~'93.6) 후 '94년에는 100개 보건지소에 확대 실시하였고 '97년까지 모든 보건지소에 裝備를 供給할 計劃이다.

學校에서의 保健教育 時間은 없으며 교과서에 口腔保健과 관련된 내용이 첨가되어 있으나 국민학교 교과서의 내용 중 口腔保健과 관련된 내용은 0.1% 정도이고 그 內容도 잘못된 부분이 많고 貧弱한 실정이다.

學校에서는 口腔保健教育을 담당할 人力이 없으며 教師들의 교육과정이나 직무교육, 보수교육 등의 과정에도 口腔保健에 관한 내용이 전혀 포함되어 있지 않아 무관심한 상태이다.

成人을 對象으로한 口腔保健教育事業은 우리나라의 경우 全無한 실정이며 보건(지)소 등에서 주민들을 대상으로 한 口腔保健教育이 일부 이루어지고 있는 정도이다.

7) 口腔診療傳達體系

우리나라에서는 모든 齒科診療機關에서 1차진료를 받을 수 있도록 되어 있어 진정한 의미의 口腔診療傳達體系는 없는 상태이다. 진료권의 제한 여부에 따라 1차 진료와 2차 진료로 구분하고 있다. 2차 진료기관으로는 치과병원 7개와 綜合病院이나 病院 등의 치과가 1차 의료기관의 의뢰를 받고 있으나 연계가 잘 이루어지지 않고 있는 실정이다. 따라서 口腔診療傳達體系가 확립되지 않아 齒科醫療人力의 손실과 교육적 낭비가 초래되고 있다. 齒科專門醫師制度가 시행되고 있지 않아서 치과전문의사들의 대부분이 전문성을 살리지 못하고 개업⁶⁵⁾하고 있어서 대책 마련이 요구된다.

또한 구강전달체계의 확립에 필요한 치과병원이 부족하고 환자 대기시간이 길며 대도시에 집중되어 있어서 지역주민의 이용에 매우 불편하다.

65) 수련을 받은 치과전문의가 1993년 기준으로 30% 상회(대한치과의사협회 집계) 그러나 1992년 자료에 의하면 종합병원에 근무하는 치과의사수는 726명(전체의 8.9%)으로 전공이수자의 70%가 자신의 전공을 살리지 못하고 있음

8) 齒科醫療保險

일본의 醫療保險制度를 선택적으로 모방하여 시술상 난이도, 소요시간, 처치시 위험도 측정이 전혀 연구되지 않은 상태에서 행위별 수가의 개념이 도입되어 결과적으로 전문과목별 수가체계의 불균형을 초래하고 진료의 왜곡화를 심화시키고 있는 것으로 파악되고 있다. 의과 중심의 수가체제로 인해 의과와 치과의 보험수가의 불균형이 초래되고 있다(表 16).

齒科의 일일 적정 진료환자수가 20명 내외인데 醫科의 외래환자 진료수인 60명을 기준으로 법령이나 보험의 체계가 세워짐으로써, 齒科 診療의 질적 수준의 저하와 국민들의 양질의 진료요구에 부응하지 못하고 있다.

<表 16> '77年 對比 '93年 醫療保險酬價 引上率 分布度 比較(347%=100)

| 구 분 | 치 과 | | 의 과 | |
|-------------|-----|-------|-----|-------|
| | 항목수 | 비율(%) | 항목수 | 비율(%) |
| 200~230% 이상 | 1 | 0.86 | 18 | 3.72 |
| 200~150% | 1 | 0.21 | 77 | 15.88 |
| 150~100% | 16 | 13.68 | 235 | 48.46 |
| 100~60% | 93 | 79.49 | 122 | 24.95 |
| 60% 이하 | 6 | 5.13 | 33 | 6.81 |

資料: 대한치과의사협회, 『의료보장개혁위원회에 대한 치과계의 의견』, 1994.

또 한 가지 문제점으로는 齒科醫療保險酬價가 상대적으로 낮으며 인상을 또한 의과에 비해 낮아 부문간 격차가 심화되고 있으며 치과의원 운영이 악화되고 있으며 자율지도제도와 진료비 심사에서 나타나듯이, 보험자의 의료보험재정의 안정화를 내세워 진료비 심사가 客觀性과 公正性을 확보하고 있지 못하며 이에 따라 진료가 위축되고 진료의 규격화가 초래될 우려가 높다.

다. 今後의 課題

- 1) 口腔保健全擔行政組織의 新設과 事業의 內實化
- 2) 效率의인 口腔保健事業을 위한 法的, 制度的 裝置의 整備
- 3) 2000年까지의 國家 3代 口腔保健目標의 達成을 위한 具體的 事業 計劃의 樹立과 豫算의 擴充
- 4) 民間口腔診療機關의 地域的 偏重性 解消와 齒科醫療保險酬價의 現實化
- 5) 口腔診療傳達體系의 整備와 齒科專門醫師制度의 導入
- 6) 口腔保健人力의 適正需給 政策의 樹立

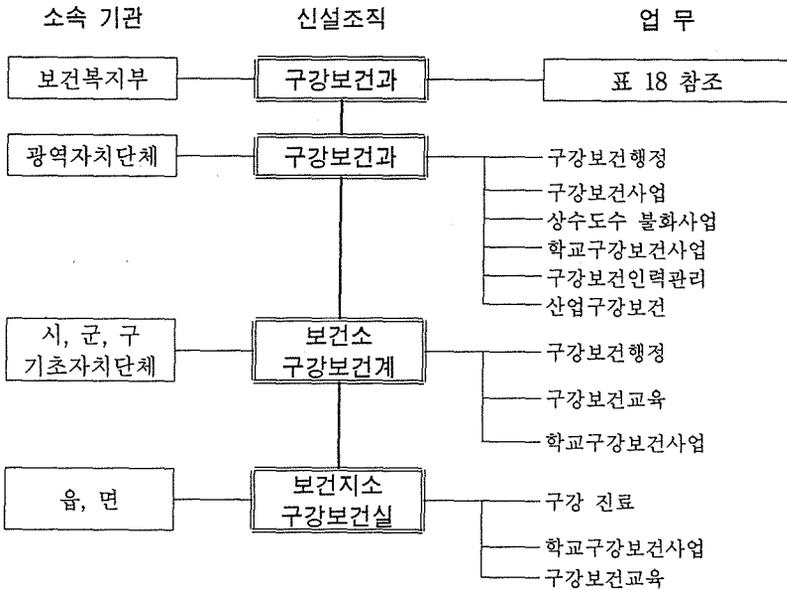
라. 施行方案

- 1) 口腔保健行政組織의 新設과 事業의 內實化

口腔保健事業이 시행되기 위한 조건 중에 중앙부서와 지방관청을 연결하는 口腔保健行政組織의 건설이 필수적이다. 보건복지부에 구강보건과를 신설하고⁶⁶⁾ 각 특별시, 직할시, 도에도 구강보건과의 신설이 이루어져야한다(圖 2). 또한 保健所에 口腔保健行政과 事業을 전담하기 위한 구강보건계⁶⁷⁾의 신설도 요구된다. 일본의 경우에는 후생성의 健康정책국에 치과위생과가 있어 구강보건행정을 전담하고 있고 말레이시아, 뉴질랜드, 필리핀에는 보건부에 구강보건국을 두고 구강보건행정의 전문성을 살리고 있다.

66) 『보건사회부 행정조직의 개발방안』(한국보건사회연구원, 1993)에서는 의정국에 치무담당관 신설을 개선안으로 제시하고 있으며, 『구강보건정책개발에 관한 심포지엄 보고서』(대한치과의사협회, 1989.11)에서는 구강보건진료과, 구강보건자원관리과, 구강보건진료제도과, 구강보건교육과 등의 4개과를 가진 구강보건국의 신설을 건의하였다.

67) 일본의 보건소는 4개과로 구성되어 있으며 보급과, 보건예방과, 위생과, 총무과가 있다. 보건예방과에 구강위생계가 있어서 일선구강보건행정을 수행한다. 대한치과의사협회. 『구강보건정책개발에 관한 심포지엄』, 1989.



<圖 2> 中央과 地方 一線 口腔保健行政機構의 新設 및 業務

구강보건 전문행정공무원의 양성을 위한 법 개정과 지원책도 함께 마련 되어야한다. 보건소법 등 公共醫療部門에 대한 법규 중에서 醫師로만 되어있는 규정을 齒科醫師로 확대하여 치과의사 중에서 보건직으로 진출할 수 있는 與件을 마련하고 專門人力으로 양성하여야 한다(表 17).

2) 效率的인 口腔保健事業을 위한 法的, 制度的 裝置의 整備

既存의 醫師中心의 의료법 體系를 細分化하고 專門化하여 치과의 독자적인 特性을 명확히 하기 위한 법체계를 整備하는 것이 要求된다. 醫療法을 의사법과 치과의사법, 의료법 등으로 세분하여 규정하고, 치과의사의 전문성과 특수성을 반영시키도록 하며 구체적 業務를 규정하는 것이 필요하다. 또한 지금까지 막연히 규정되었거나 권고조항이던 구강보건사업을 법적으로 의무화시키는 조항들이 포함되어야 한다.

<表 17> 保健所長 및 保健支所長 選任 規定의 改善案

| | 현 행 | 개 선 안 |
|-------------------|--|--|
| 보건소법 시행령 (제3조 1항) | 보건소에 소장(법 제3조의 규정에 의한 보건의료원의 경우에는 원장이라 한다. 이하 같다.) 1인을 두되, 소장은 의사의 자격을 가진 자 중에서 임명한다. 다만, 의사의 자격을 가진 자로 소장을 충원하기 곤란한 경우에는 보건직공무원으로 임명할 수 있다. | 보건소에 소장(법 제3조의 규정에 의한 보건의료원의 경우에는 원장이라 한다. 이하 같다.) 1인을 두되, 소장은 의사, 치과의사의 자격을 가진 자 중에서 임명한다. 다만, 의사, 치과의사의 자격을 가진 자로 소장을 충원하기 곤란한 경우에는 보건직공무원으로 임명할 수 있다. |
| 보건소법 시행령 (제7조 1항) | 보건지소에 지소장 1인을 두되 지소장은 의사의 자격을 가진 자 중에서 임명한다. | 보건지소에 지소장 1인을 두되, 지소장은 의사, 치과의사의 자격을 가진 자 중에서 임명한다. 다만 지소장을 임명하기 어려운 경우에는 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 공중보건의사 중에서 임명할 수 있다. |

資料: 한국보건사회연구원, 『보건사회부 행정조직의 발전방안』, 1993.

口腔保健事業의 체계적인 연구와 정책의 개발, 사업의 평가를 위해 국립보건원산하에 口腔保健研究部를 신설⁶⁸⁾하여 연구작업과 평가작업을 시행하도록 하여야 한다. 미국의 경우에는 국립보건원(National Institute of Health, NIH)산하에 18개의 연구소 중 하나인 국립구강보건연구소(National Institute of Dental Research, NIDR)가 있어서 구강보건에 관한 연구와 사업 등을 하고 있다.

취학전 아동의 구강관리와 지역의료보험 가입자와 사업장을 대상으로한 구강검진, 구강보건교육사업을 수행하기 위해 『大韓公衆口腔保健協會』를 설립하고 지원한다.

68) 한국보건사회연구원, 『보건사회부 행정조직의 발전방안』, 1993.

<表 18> 口腔保健課의 業務

| 분 야 | 사 업 내 용 |
|-------------------|---|
| 1. 구강보건 진료분야 | 1) 구강보건정책의 수립 2) 구강보건행정기획의 종합과 조정 3) 구강보건실태조사 4) 구강보건통계 5) 구강병의 예방사업 6) 구강병의 치료사업 7) 지방성구강병에 관한 예방과 퇴치 8) 구강보건진료사업계획의 수립과 시행 9) 보건소, 보건지소의 구강보건진료사업에 관한 지도와 감독 10) 국립시험연구기관의 구강보건관계 시험에 관한 사항 11) 구강진료기관의 육성과 지도, 감독 12) 구강진료수가에 관한 사항 13) 구강진료전달체계의 조사와 개발 14) 구강보건진료요원의 지도, 감독 |
| 2. 구강보건 자원관리분야 | 1) 치과 의사의 수급관리 2) 치과 위생사의 수급관리 3) 구강진료조무사의 수급관리 4) 치과기공사의 수급관리 5) 구강진료장비, 기구의 수급 6) 구강진료재료, 구강위생용품의 수급과 품질관리 및 기술지도 7) 구강진료재료 관계 단체의 지도와 육성 8) 과대광고의 지도와 단속 9) 구강보건요원의 교육훈련 10) 구강보건요원의 해외훈련에 관한 사항 |
| 3. 구강보건 진료제도분야 | 1) 구강보건제도의 조사, 연구 및 개발 2) 구강진료제도의 조사, 연구 및 개발 3) 구강보건사업에 관한 사항 4) 민간구강보건단체의 지도, 육성 5) 민간구강진료단체의 지도, 육성 |
| 4. 구강보건 교육분야 | 1) 구강보건에 관한 교육계획의 수립과 시행 2) 구강보건교육사업의 조정 3) 구강보건교육목표설정 4) 구강보건교육매체의 제작과 배포 5) 공중구강보건의 홍보 6) 부정구강진료행위의 단속 |

資料: 장기완, 대한치과 의사협회, 『구강보건정책』, 1989.11.

3) 2000년까지의 國家 3대 口腔保健目標의 達成을 위한 具體的 事業 計劃의 樹立과 豫算의 擴充

1994년 10월 26일 구강보건사업협의회에서 결정된 2000년까지 달성할 국가 3대 구강보건목표를 실현하기 위한 구체적인 사업계획을 수립하여야 한다. 효과적인 구강보건목표 달성을 위해 현재의 보건복지부 예규 제 442호에 규정된 구강보건사업협의회를 의정국 관할에서 보건복지부장관 직속의 “공중구강보건위원회”로 승격, 개편하여 활동을 강화하고 중장기적 구강보건 정책 자문기구로 활성화시키도록 한다. 정부의 3대 구강보건목표 달성을 위해 각 광역자치단체의 구강보건목표를 정확히 수립, 결정하기위한 각 도 단위의 “공중구강보건위원회”를 자치단체장 직속 자문기구로 신설하여 활용하도록 한다. 그리고 3대 口腔保健目標 달성을 위한 구체적 계획의 수립과 예산 책정등이 이루어지도록 口腔保健行政 部署의 기능을 강화한다. 1998년까지 전국의 45개 정수장에 대한 상수도수 불화사업 실시 계획에 따른 專門人力의 養成과 配置를 실시하고 구강보건과를 신설하여 전담케하고, 2000년까지는 모든 도시에 段階的으로 사업을 확대하여 시행한다. 2000년에 市部의 인구가 전체인구의 80%를 차지하게 될 것이 예상되므로 상수도수 불소의 수혜인구는 80%에 이를 것으로 예상된다.

상수도수 불화사업에 대한 對國民弘報를 強化하고 수질개선 등도 함께 推進하여 불소화된 수돗물을 이용할수 있도록 적극 誘導한다.

형식적인 學校檢診을 내실화하기위해 검진비를 현실적으로 조정하고 검진후에 적절한 豫防處置 및 治療가 이루어지도록하는 連繫體系를 마련한다.

공무원, 교직원 등을 중심으로 시행하던 직장구강검진을 전 사업장으로 확대하고 檢診結果와 治療가 필요한 사항을 피검자에게 고지 의무화하도록 하고, 財源은 醫療保險組合에서 부담하도록 한다. 구강검진시에 사업장별로 순회 口腔保健教育을 實施하도록 한다.

그림책, 만화책, 슬라이드, 비디오 등 다양한 매체를 통한 效果的인 구강보건교육교재를 위한 開發과 보급을 통해 口腔保健意識을 향상시키도록 한다. 또한 치과위생사 중에서 선발을 거쳐 일정기간 교육을 이수케 한

후 『口腔保健教育要員』으로 養成하고 적극 활용하도록 한다.

교육부와 시,군의 교육청 소속하에 구강보건담당 공무원의 채용으로 전문적인 學校口腔保健行政을 實施할수 있도록한다.

국민학교(특히 대도시 국민학교)부터 『學校口腔保健室』을 설치하고 치과위생사중에서 일정기간 敎育을 이수케 한 후 각급 학교에 배치하여 근무하게 하고 점차적으로 농어촌 국민학교, 중학교 등으로 확대하여 실시한다. 『學校口腔保健室』에 근무하는 「學校口腔保健要員」은 구강검진 및 진료보조, 간단한 예방처치, 불소용액양치사업, 집단잇솔질사업, 구강보건 교육, 계속구강건강관리사업 등의 業務를 수행한다. 지역별 學校齒醫를 임명, 支援하여 학교구강진료사업에 參與시키도록하고, 長期的으로는 각급 보건소당 1인 이상 치과의사를 확보하여 관할 지역의 學校를 巡廻하며 관리하도록하는 體系를 構築한다.

노르웨이와 뉴질랜드의 경우 학교구강보건실을 설치하여 우식치아처치율이 95%에 이르고 있으나, 우리나라의 경우 都市가 29.2%, 農村이 8.6%에 불과하다.

집단잇솔질 사업과 불소용액양치사업시 필요한 학교내 세면장 시설을 확충하고 학교장의 책임하에 사업을 시행, 보고, 평가하도록 하며 사업실적을 인사에 반영하도록 한다.

4) 民間口腔診療機關의 地域的 偏重性 解消와 齒科醫療保險酬價의 現實化

農漁村地域에 齒科病院과 齒科醫院의 개원 유도를 위한 세제 감면, 융자등의 지원책을 마련하고 2000년까지 민간구강진료기관의 시·군부의 비율을 8:2까지 조정하여 地域間 醫療資源의 불균형을 시정하도록 한다.

段階的으로 각 광역자치단체별로 齒科病院을 1개씩 設立하여 2차 구강진료체계의 確立과 住民의 醫療利用의 不便을 해소하도록 한다.

치과의료보험 수가 조정을 위한 委員會의 構成과 研究作業을 修行하고 短期的으로는 의과의료보험과 균형있는 수가조정작업을 시행하여 수가를

現實化하도록 한다.

豫防處置와 보존적 처치는 적정 수가로 조정하여 예방, 보존 처치를 적극적으로 誘導하도록 한다. 그리고 보철보험을 위한 財政의 확보와 단계적 보철 보험의 시행을 위한 수가체계의 재조정이 요구된다.

5) 口腔診療傳達體系의 整備와 齒科 專門醫制度의 導入

구강진료의뢰체계를 명확히 규정하고 현재 일반병원에 준해서 設立하도록 되어있는 치과병원의 設立基準을 치과의 診療特性에 맞게 재규정하고 그에 합당한 專門科目을 두도록 명시한다.

구강진료전달체계의 올바른 施行을 위하여 치과전문의사제도를 合理的으로 施行할 方案을 마련하고 치과전문의사의 비율을 일반치과의사와 적정 수준에서 조정하여 배출함으로써 교육과 재정의 낭비를 줄이도록 한다.

보험수가는 치과전문의사의 전문성을 인정하는 次元에서 의료보험수가를 差等 適用하도록 하고 치과전문의사들이 전문과를 標榜하고 개원하는 것은 금지하도록 한다. 개인 개업시에는 일반치과의사로서 開業하도록 하고 2차 구강진료기관을 적절히 養成하여 전문성을 살릴 수 있는 方案이 마련되어야 한다.

6) 口腔保健人力의 適正需給 政策의 樹立

치과의사의 量的 增大를 억제하고 質的 管理를 강화하도록 한다. 지금 수준의 치과의사수의 增加는 2000년대에 가면 선진국 수준의 인구당 치과의사수를 나타낼 것임으로 수의 增加에 의존하기보다는 質的 管理方案이 마련되어 의료서비스의 質的 向上을 이루어야 한다. 그러므로 치과대학에서의 臨床教育의 強化와 地域社會 口腔保健에 대한 教育을 擴大하여야 한다. 외국에서 유입되는 치과대학 유학생들의 質的 管理를 위한 시험조건을 強化하고 원천적으로 부정유학생들의 유입을 차단하도록 한다.

치과기공사의 양적 擴大를 制限하여 치기공과의 정원을 현재의 1/3로 축소하고 實習教育을 強化하여 教育의 質을 높인다.

치과위생사의 教育 人員을 年次的으로 증가시키고 공중구강보건업무와 豫防保健事業에 대한 教育을 強化하여 공중구강보건인력으로 적극 活用한다. 치과위생사중에서 選拔하여 일정기간 教育을 이수케 한 다음 學校口腔保健要員으로 活用한다.

世界保健機構는 1986년 뉴델리에서 열린 『구강보건인력의 양성과 활용에 관한 세미나』에서 口腔保健人力을 구강보건관리인력과 구강보건보조인력으로 구분하여 養成하도록 하고 있다. 현재 구강진료업무의 效率性和 教育의 浪費를 줄이고, 診療擔當 口腔保健補助人力인 치과위생사를 診療非擔當 口腔保健補助人力인 구강진료조무사의 役割을 하고 있는 現實을 바꾸기 위해서는 구강진료조무사제도를 導入하여 診療生産性を 높이는 方案을 講究해야 할 것이다. 구강진료조무사의 養成은 간호조무사와 같이 공인된 과정으로 養成하는 것이 適當할 것이다.

11. 兒童 및 女性保健

가. 必要性

兒童保健은 國家保健政策에서 중요한 위치를 차지한다고 할 것이다. 그 까닭은 우선 全人口의 1/4 이상(1995년도 0~17세 인구비율 추정치 28.5%)이 이에 해당하며, 兒童의 健康向上과 바람직한 健康行態는 국가적으로 매우 중요한 人的 資源이 되기 때문이다. 1989년 UN 총회에서는 취약계층인 18세 미만의 兒童을 특별히 보호하기 위한 조치로서 「兒童의 權利에 관한 國際協約」(International Convention on the Rights of the Child)을 채택하였고, 1991년 우리나라도 이 협약에 가입함으로써 국제적 기준에 맞게 兒童을 위한 保健·福祉를 증진시켜 나가야 할 責務를 지게 되었다.⁶⁹⁾

69) 1990년 9월부터 國際法으로 효력을 발생하게 된 이 協約은 어린이가 자신의

그러나 兒童은 年少者이기 때문에 타취약대상(노인 등)과는 달리 집단 자체의 政治的 影響力이 없다는 특성이 있는데, 이러한 점에서 兒童의 健康과 복지수준은 國民을 보호하고자 하는 國家的 社會的 意志와 能力을 반영하는 척도가 된다. 따라서 21세기를 향한 保健·福祉의 先進化를 위해서는 兒童保健에 관한 政策的 관심과 政府事業의 비중이 증대되어야 할 것이다.

健康이나 사회적 지위상 상대적으로 불이익을 당하기 쉬운 또 다른 脆弱對象이 女性이다. '健康은 반드시 發展에 統合되어야 할 중요한 요소이다' 라는 UN 總會(1983년)의 결의문 채택을 통하여, 女性保健은 2000년까지 女性發展 목표달성을 위한 최우선 과제로 재확인되었으며, 이에 대한 각국의 적극적 관심이 촉구되고 있다.

즉 妊娠 및 出產(reproductive function)과 폐경 등에 관련된 生理的 健康問題, 女性의 社會經濟的 취약성에 기인하는 健康問題, 그리고 女性의 多重的 役割에 따른 健康問題 등이 바로 女性保健의 영역이다. 특히 차세대 國民의 資質向上과 직결되는 健康한 어린이의 출생은 곧 女性의 健康水準에 영향을 받게 되며, 女性健康은 또 國家의 社會 經濟的 發展程度에 좌우된다는 점에서, 영아사망률과 더불어 모성사망률이 國家保健水準 평가지표로 인정되고 있다.

그러므로 政策的 次元에서 女性健康의 保護와 增進을 위한 노력과 실천이 강조되어야 하며, 오늘날 새롭게 조명되고 있는 女性人力의 社會參與 擴大와도 관련하여 女性健康을 위한 保健 및 社會 各 분야의 調和된 努力이 한층 더 요구된다.

능력을 개발, 健康하게 成長하기 위하여 努려야 할 권리를 보장하는데 主안점을 두고 있다. 현재 우리 나라에서는 동 협약의 이행과 관련하여 1차 國家報告書(鄭基源, 吳美暎, 「兒童權利의 增進을 위한 法的 制度的 行政的 措置」, 韓國保健社會研究院, 1994)를 작성하였다.

나. 現況 및 問題點

1) 兒童保健

가) 兒童人口 減少趨勢에 대응하는 人口資質 向上政策의 必要性

18세 미만 兒童人口는 1970년에는 총 인구의 1/2 정도(48.4%, 15,222천명)에 해당하였으나, 20년이 경과한 1990년에는 1/3 수준(31.7%, 13,752천명)으로 減少되었으며, 2000년에는 1/4 수준(25.7%, 12,037천명)까지 규모가 줄어들 것이 예상된다(表 19). 그러므로 차세대 經濟活動人口의 감소 추이를 보완할 수 있는 人口資質 向上對策이 우선적으로 고려되어야 한다는 관점에서 兒童의 保健과 福祉增進을 위한 최선의 노력과 투자가 강조된다.

<表 19> 兒童人口의 減少推移: 1970~2000年

(단위 : 천명)

| | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 총인구 | 31,435 | 37,407 | 43,390 | 44,851 | 46,789 |
| 아동인구 소계 (총인구대비%) | 15,222 (48.4) | 15,219 (40.7) | 13,752 (31.7) | 12,801 (28.5) | 12,037 (25.7) |
| 영아기(0세) | 816 | 755 | 632 | 673 | 669 |
| 유아기(1-5세) | 4,358 | 3,840 | 3,313 | 3,344 | 3,363 |
| 국민학생시기(6-11세) | 5,594 | 5,486 | 4,877 | 3,956 | 3,947 |
| 중고생시기(12-17세) | 4,454 | 5,138 | 4,930 | 4,868 | 4,058 |

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1991.

나) 영유아기에서 가장 높은 醫療需要와 診療中心의 醫療利用

生涯週期別로 醫療需要를 살펴보면 어느 시기보다도 영유아기에서의 수요가 많음을 알 수 있다(表 20). 年間 1人當 保險給與 診療費 및 診療件數에 의하면, 0세아는 통상 醫療利用이 많다고 알려진 老人人口(60세 이

상)에 비해서도 診療件數로는 3.1배이며 診療費로는 1.4배에 이르는 수요를 나타내고 있다. 일단 영유아기를 지나게 되면 이러한 醫療需要는 점차 減少하여 中高生時期에 이르러 가장 낮아진다.

또한 인구규모상 9%에 해당하는 영유아(0~5세)는 전체 진료건의 23%(32,008천건)에 이르는 醫療利用으로 인하여, 492,472백만원(전체대비 13%)의 保險給與診療費⁷⁰⁾를 소요한 것으로 추정된다(醫療保險聯合會, 1992). 이는 政府 母子保健豫算(保社部, 1993)의 280배에 이르는 규모로 밝혀져, 豫防과 診療 서비스의 不均衡이 단적으로 노정된다. 일례로 저조한 모유수유실태를 보면, 우리나라의 保健醫療界와 全般的 社會 분위기가 健康增進의 서비스의 支援과 勸獎에 관심을 두지 않고 있음을 알 수 있는데, 最近統計에 의하면 생후 첫 1개월간 완전 모유수유율은 55.6%로 나타났다.⁷¹⁾

다) 效率인 保健서비스의 脆弱性과 聯關되는 高額診療

영유아 入院診療에서 上位 5% 이내에 속하는 高額診療件(평균진료비 1,269천원)이 총 입원진료비의 24%를 소요하는 불균형이 내재하고 있는데, 이러한 高額診療는 주로 「先天異常」(25%), 「周産期 關聯病態」(21%) 등의 범주에 속하며, 단일질병으로는 「短期妊娠 및 出生時 低體重 關聯障礙」(9%)가 가장 높게 나타났다. 이러한 사실은 保健管理의 미흡함으로 인하여 母性健康이 취약하고, 質的인 産前管理가 체계적으로 이루어지지 못하며, 危險妊婦에 대한 적절한 周産期醫療 서비스가 신속히 제공되지 못한 채, 장애발생 이후 高額診療에만 의존함을 端的으로 암시한다.

70) 보험급여 부문에 관한 보험자 및 본인 부담금의 합계만을 말함.

71) 박인화 외, 「母乳授乳 實態 分析과 支援政策의 課題」, 韓國保健社會研究院, 1994. 우리나라 영유아의 모유수유 실천율은 구미 각국과 일본 등에서의 母乳授乳率(혼합포함 80-90%)에 비하면 아주 저조한 편으로, 모유수유율이 점증되고 있는 世界的 保健趨勢에 逆行하고 있다. 병의원 분만이 99%에 이르는 여건 하에서 모유수유율이 감소되고 있는 요인으로 病院의 大型化로 인한 母兒分離 管理方式과 中産層 女性의 意識不足 등이 지적됨.

<表 20> 生涯週期別 醫療需要

| 생애주기(연령:세) | 산출기준 연령(세) | 연간1인당 보험 급여진료비(천원) | 연간1인당 진료건수(건) |
|--------------|---------------|-----------------------|------------------|
| 전 생애 | 계 | 90 | 3.4 |
| 영아기 (0) | 0 | 222 | 1.6 |
| 유아기 (1~5) | 1~4 | 116 | 8.2 |
| 국민학생 (6~11) | 5~9 | 68 | 4.5 |
| 중고생 (10~17) | 10~19 | 38 | 1.8 |
| 청장년기 (18~39) | 20~29 | 68 | 2.2 |
| | 30~39 | 78 | 2.8 |
| 중년기 (40~59) | 40~49 | 105 | 3.4 |
| | 50~59 | 151 | 4.2 |
| 노년기 (60+) | 60+ | 157 | 3.8 |

資料: 의료보험연합회, 『1992 의료보험통계연보』, 1993.

라) 兒童期 死亡에의 對應策 未備

우리 나라의 영아사망률⁷²⁾은 1962년 69.0에서 1992년에는 12.8 수준으로 저하되어 그간의 保健醫療水準 향상을 잘 반영하고 있다(表 21).⁷³⁾ 先進國의 경우를 보면, 1990~91년 기준시 미국 9.0, 영국 프랑스 캐나다 7.0, 일본 4.4 정도로 나타나, 우리의 수준이 아직 상당히 뒤떨어져 있다고 볼 수 있는데, 현재 우리 나라의 영아사망률은 일본의 1960년대 말, 미국의 1970년대 후반 그리고 스웨덴의 1960년대 전반의 수준에 해당된다.

72) 出生兒 천명당 생후 1년 이내에 사망한 영아의 수를 말함.

73) 그러나 출생과 사망을 전적으로 保護者 申告에 의존하는 우리 나라 제도에서는 人口動態 申告부진이라는 제약 때문에, 간접추정이나 소규모 표본조사를 통하여 영아사망통계를 산출하고 있어서 정확한 사망양상 파악은 심각한 일면을 안고 있음.

<表 21> 우리나라의 영아 死亡率: 1962~1992年

| | 1962 | 1970 | 1981 | 1992 |
|----------------|------|------|------|------|
| 영아사망률(출생아 천명당) | 69.0 | 53.0 | 17.3 | 12.8 |

資料: 통계청, 『국민건강수준 얼마나 향상되었나』, 1994(보도자료).
보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1994

영아기 사망의 55~65%를 차지하는 신생아기 사망원인⁷⁴⁾은 「短期妊娠 및 低體重 關聯障癖」(42%)가 으뜸이며 增加勢를 보이고, 그 다음이 「先天異常」(19%)이다. 新生兒期 이후 영아사망에서는 「先天異常」(34%)과 「周産期 關聯病態」(13%)가 주요사인이다. 따라서 「先天異常」과 「周産期 關聯病態」에 의한 早産兒 및 低體重兒 發生」 방지 및 관리를 위한 체계적이고 조직적인 대응이 요구됨과 더불어, 「不意의 事故」로 인한 사망(3위)이 높아진 점과 傳染性疾患인 「肺炎」으로 인한 사망이 아직도 상위(4위)를 차지하고 있어 어린이 健康對策 樹立에 중요한 과제를 시사한다.⁷⁵⁾

그리고 각국의 5歲 未滿兒 死亡率⁷⁶⁾을 비교해 보면, 우리 나라의 경우 出生兒 천명당 10으로 추정되는데, 이는 국민 1인당 GNP 대비시의 豫想值(19)보다 낮은 수준으로 경제수준을 상회하는 어린이 保健福祉를 이룩한 국가로 평가되고 있다(亞太地域 平均 57, OECD 國家 平均 11).⁷⁷⁾ 그러나 1~4세아의 死因은 「不意의 事故」, 「先天異常」, 「惡性新生物」의 순(1992년)으로 10년전(1982년)에 비하여 「불의의 사고」로 인한 사망이 늘어났다는 점에서 安全管理을 위한 대책수립이 중요함을 알 수 있다. 또한 90%를 상회하는 豫防接種率에도 불구하고, 結核과 紅疫이 아직도 10대 사인에 포함된다는 점에서 傳染病管理에 관한 지속적 노력이 요구된다.

74) 1992년 일선 의료기관이 保健社會部에 보고한 「임산부·신생아 사망 사산 보고」에 근거함.

75) 통계청, 「사망원인 통계연보: 인구동태신고에 의한 집계」, 1992.

76) 出生兒 1,000명 중에서 만 5세가 되기 前에 死亡한 어린이 수를 말함..

77) UNICEF, *The Progress of Nations*, 1993.

5~14세 어린이의 주요 死因은 「不意의 事故」, 「惡性新生物」, 「先天異常」의 순으로 10년 전에 비하여, 「惡性新生物」, 「心臟病」 및 「自殺」이 각각 2, 4, 7위의 사인으로 등장하였다는 점이 특징적이다. 그러므로 學齡期 兒童의 事故 및 自殺 등의 방지를 위한 安全管理對策과 家族, 學校 및 社會의 다각적 배려가 요구된다.

2) 女性保健

가) 女性의 높은 罹患率

平均壽命은 女性이 남성에 비해 높지만, 평소 罹患率은 오히려 女性이 높으며, 특히 치유가 어렵고 고질적인 慢性疾患으로 고통을 받는 비율이 높다(男性對比時 急性疾患罹患率 1.2배, 慢性疾患罹患率 1.4배).⁷⁸⁾ 남성에 비하여 특히 이환수준이 높은 질환은 妊娠, 分娩, 產褥 合併症 및 泌尿生殖器系 關聯疾患(4.4배), 血液 및 造血器 疾患(4.2배), 筋骨格系 및 結合組織 疾患(2.1배), 循環期系 疾患(1.7배), 精神障礙(1.6배) 등이다.

나) 女性의 낮은 醫療利用

女性의 罹患率이 높음에도 불구하고, 분만이 집중적으로 발생하는 20~30대 女性을 제외하고는 모든 연령층에서 女性의 入院率(인구 천명당)이 남성보다 낮게 나타났다.⁷⁹⁾ 그리고 입원시 平均在院日數도 男性은 18.2일 인데 비하여, 女性은 10.5일이다.⁸⁰⁾ 이러한 점에서 女性의 醫療要求는 미충족된 상태로 남아있을 가능성이 훨씬 높다.

그리고 1980년대 이래로 女性死因 중 2위가 「症狀 徵候 및 不明確한 狀態」라는 점은 女性保健과 관련하여 상당한 문제를 시사한다.⁸¹⁾ 이러한 사

78) 송건용 외, 전제서, 한국보건사회연구원, 1993.

79) 임신, 분만 및 산욕의 합병증과 관련된 입원을 제외하면 인구 천명당 入院率은 남성 57.4, 여성 39.5로 나타남.

80) 보건사회부, 『1992년도 환자조사보고서』, 1994.

81) 통계청, 『사망원인 통계연보: 인구동태신고에 의한 집계』, 1992.

실은 상대적으로 女性이 적절한 의료혜택을 받지 못하기 때문에 死因이 충분히 규명되지 못한다는 점과 더불어 우리 文化가 갖고 있는 女性에 관한 터부 등이 복합적으로 작용하여, 女性健康情報의 擴散과 豫防的 대안 마련에 障礙要素로 작용하게 된다는 것이다.⁸²⁾

다) 母性機能 관련 癌의 높은 有病率

癌 登錄患者의 실태를 보면, 女性 癌患者 100명 중 39명은 子宮癌, 乳房癌, 卵巢癌 등을 앓고 있지만, 남성 암환자는 100명 중 2명만이 생식기계 관련 암(전립선암 등)이라는 사실⁸³⁾과 비교할 때, 女性의 母性機能과 관련한 健康問題에 관심을 요구하고 있다.

라) 母性死亡率 등 基礎統計 産出基盤 脆弱

施設分娩率이 99%에 이르고 있지만, 우리 나라에서는 선진국들과 달리 醫療機關을 활용하여 母性 및 영아 死亡統計를 모니터링하지 않고, 保護者의 申告에만 의존하고 있어서 정확한 保健統計生産에 문제를 안고 있다. 保健福祉部에서는 信賴性에 問題가 제기되지만 1992년 母性死亡率을 출생아 10,000명당 3.0으로 발표하고 있는데, 이를 토대로 하면 年間 母性 死亡者數는 219명으로 추정된다. 그러나 人口動態申告에서는 96명만이 「妊娠 分娩 및 産褥의 合併症」에 의한 사망으로 보고되었다는 점에서,⁸⁴⁾ 정확한 모성사망 수준과 원인파악이 우선적으로 이루어져야 할 과제이다. 오늘날 선진국에서는 母性死亡率이 출생아 10만명당 10 미만이며, 가장 낮은 싱가포르는 2.1 수준이다. 의학기술의 진보와 더불어 危險妊婦는 事前에 豫測이 용이하므로, 高危險妊婦가 上級の 적절한 의료 서비스를 받도록 조치한다면 妊産婦死亡은 상당히 감소될 수 있는 여지가 높다는 점에서 개선이 요구된다.

82) 박정은, 『여성발전을 저해하는 보건학적 요인실태』, 한국여성개발원, 1994.
 83) 보건복지부, 『한국인 암등록 조사자료 분석보고서: 1991.7.~1992.6.』, 1993.
 84) 통계청, 『사망원인 통계연보: 인구동태신고에 의한 집계』, 1982.

마) 一次醫療機關의 分娩介助 忌避現象과 上昇하는 帝王切開分娩率 出生兒 2명중 1명은 2, 3차 醫療機關에서 태어나고 있는데(종합병원 37%, 병원 12%), 正常分娩은 産婦人科醫院의 代表的 診療임에도 불구하고 낮은 醫療酬價 등으로 인하여 分娩介助를 기피함에 따라, 妊婦들은 동네의원을 두고 멀리 떨어진 上級醫療機關을 이용하는 불편을 겪게 되며, 이는 醫療利用의 適正化라는 관점에서 적지 않은 문제가 제기된다.⁸⁵⁾ 이러한 요인과 利用者의 意識不足 등이 복합적으로 작용하여 1986년에는 10%에 불과했던 帝王切開分娩率이 지속적으로 增加하여 1993년에는 28%로 나타났다. 帝王切開分娩率이 영국에서 10%일 때, 미국에서는 20%였다는 점은 醫療行爲가 醫療報酬 支拂方式과 밀접한 관련이 있음을 나타내고 있다. 선진국과 비교할 때 지나치게 높은 帝王切開分娩率은 분만수가를 포함하는 醫療制度上的 問題와 직결됨을 시사한다.

바) 低年齡層 女性의 人工妊娠中絶 增加와 未婚母에 대한 對應策 未洽

피임실천율의 증가에도 불구하고 최근 低年齡層에서 人工妊娠中絶率이 큰 폭으로 증가하고 있다. 특히 1991년 人工妊娠中絶을 경험한 20~24세 女性 중 71%가 未婚이며,⁸⁶⁾ 1993년도 入養兒의 87%가 未婚母의 자녀라는 점⁸⁷⁾ 등은 우리 社會에서 적절한 保健敎育과 避妊普及 및 相談이 이루어지지 않고 있음을 의미하며, 이는 女性健康上 커다란 危害要因이 된다고 하겠다.

85) 박인화 외, 전거서, 1993.

86) 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산형태: 1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 보고서』, 한국보건사회연구원, 1992.

87) 1960년대 입양아 중 미혼모 자녀는 22%임.

다. 今後의 課題⁸⁸⁾

1) 兒童保健

- 가) 出生兒 1,000명당 12.8 수준(1990년)의 영아사망률을 2000년까지 7 未滿이 되도록 한다.
- 나) 영아사망률에 관한 社會階層別 差異가 25% 未滿이 되도록 한다.
- 다) 事故로 인한 兒童期 障礙發生 및 死亡을 30% 減少시킨다.
- 라) 兒童과 그 家族의 健康要求 및 社會經濟的 狀態에 따라 포괄적이고 지속적인 健康增進의인 保健 서비스를 지원한다.

2) 女性保健

- 가) 母性死亡率을 출생아 10만명당 10 未滿으로 감소시킨다.
- 나) 모성사망률에 관한 社會階層別 差異가 25% 未滿이 되도록 한다.
- 다) 女性固有의 健康문제와 女性의 취약한 社會經濟的 狀態 및 多重的 役割에 기인하는 健康問題를 감소시킨다.
- 라) 가정과 지역사회에서 健康管理者로서의 역할을 수행하는 一般 女性에 대한 지원을 지속적으로 제공한다.

라. 施行方案

앞으로 한 국가가 先進國이나 아니냐를 평가하는 기준은 경제력이나 군사력보다는 그 나라의 兒童과 女性이 얼마나 質的인 서비스를 받고 있

88) 본고에서 설정한 목표는 유럽국가 및 미국 등에서 2000년을 향하여 달성하고자 하는 國家目標에서 제시된 比率를 참고하면서, 우리 나라 상황에 적합하게 暫定的으로 설정한 것이므로, 추후 이에 관한 國民的 合意와 구체적 달성방안에 관한 戰略開發이 뒤따라야 할 것이다(US Dept of Health and Human Services, *Healthy People 2000: National Health Promotion & Disease Prevention Objectives*, 1990; NCHS, US Dept of Health and Human Services, *Healthy People 2000 Review*, 1993; WHO Regional Office for Europe, *Health for All Targets: The Health Policy for Europe, European Health for All Series No 4*, 1993).

느냐에 두어야 한다는 주장처럼,⁸⁹⁾ 동 부문의 先進化를 기하기 위해서는 보다 적극적으로 兒童과 女性의 保健福祉를 향상시킬 수 있는 정책을 개발하고 수행해 나가는 데 역점을 두어야 할 것이며, 이러한 努力을 통하여 설정된 兒童 및 女性保健의 目標를 달성하여야 할 것이다.

1) 兒童保健

- 가) 사회적으로 健康脆弱階層인 兒童의 健康增進을 도모하자면 각 분야의 調和된 努力을 필요로 한다. 먼저 이를 위한 先決課題로서 兒童을 權利의 主體로서 받아들이는 정치적, 사회적 합의가 이루어져야 한다. 兒童의 權利宣言(UN)에서 언급된 대로 적절한 保健醫療 서비스 제공, 兒童健康과 福祉 危害要因의 감소 내지 제거, 兒童虐待나 暴力으로부터의 保護 등을 위한 조치가 이루어지도록 한다.
- 나) 兒童을 위한 질병예방, 주기적 健康評價, 적절한 진료 서비스 및 재활 등의 포괄적 健康 프로그램이 설정된 健康目標 달성이 후에도 持續적으로 제공되도록 한다. 특히 인구자질 향상을 政策的 優先 課題로 추구해 나가자면 良質의 산전후 관리, 기본 예방접종을 포함한 영유아기 健康管理 및 學校保健 서비스가 주요요소가 되어야 하며, 청소년을 위한 성 교육이나 상담 및 피임법 보급도 확대되도록 한다. 그리고 모든 兒童들이 이러한 프로그램의 혜택을 받도록 하면서도, 經濟的 脆弱階層 및 高危險 兒童에게 각별한 관심을 두도록 하고, 수행 프로그램을 주기적으로 평가한다.
- 다) 兒童期 不健康(ill-health)을 야기하는 원인과 그 결과에 관한 사회적 경제적 요인에 관심을 두도록 한다. 이에 관한 사례를 하나 들면, 兒童을 間接吸煙의 위해로부터 보호하기 위하여

89) UNICEF, *The Progress of Nations*, 1993.

- 흡연자가 없는 환경에서 그들이 생활할 수 있는 권리를 확보시켜 주는 것 등이 될 것이다.
- 라) 지속적으로 영아사망률을 감소시킴과 동시에 사회 경제적 계층간의 差異死亡率을 줄여나가도록 한다. 영아사망률이 전 세계에서 가장 낮은 일본의 경우, 1979년부터 周産期 醫療의 地域化에 따른 사망개선에 중점을 둔 결과, 이를 낮추는 데 성공하였다. 우리 나라도 이제 선진국으로 진입하자면, 內因死가 주종을 이루는 新生兒期(생후 첫 1개월)와 그 이후의 시기로 나누어 영아기 사망 감소대책을 수립할 필요가 있다.
- 마) 就業女性을 포함하여 가능한 한 많은 어머니들이 모유수유를 하도록 권장한다. 모유수유를 권장하고 보호하자면 醫療人의 지원이 매우 중요하다. 그리고 出産休暇制, 의료기관에서의 母子同室制 등의 제도적 지원과 모유대체식품 판매에 관한 국제 규약의 준수 등을 통하여 모유수유실천이 제고되도록 한다.⁹⁰⁾
- 바) 兒童健康과 保護는 상당부분 타인의 역량에 달려있으며 또 주위 사람들의 健康行爲에 많은 영향을 받게 되므로 兒童들이 건강 취약대상으로 간주되지만, 한편 이러한 상황으로 인하여 健康增進을 위한 기회를 제공받게 된다고 볼 수 있다. 즉 兒童期에 형성된 식습관, 운동습관, 안전관리, 흡연, 음주, 약물복용 등은 평생을 통하여 健康에 영향을 미치게 되므로, 學校保健教育 등을 통하여 自己尊重, 運動에 관한 관심, 健康한 생활방식 등 바람직한 健康 行爲가 함양되도록 관심을 기울여야 할 것이

90) 1990년대에 들어 각국 정부는 UN을 통하여 母乳授乳가 어린이와 어머니의 건강증진은 물론, 나아가서는 社會全體에 큰 利益이 됨을 역설하고 있으며, 국제적으로 4가지 주요선언(「母乳授乳의 보호, 권장 및 지지에 관한 이노센티 선언」, 「아동의 권리에 관한 국제협약」, 「아동의 생존, 보호, 발달을 위한 세계선언」, 「영양에 관한 세계선언 및 행동계획」)을 통하여 모유수유는 선·후진국에 관계없이 지속적 관심을 받아 오고 있음이 우리의 보건의료계와 사회 전반에 상기되어야 할 것이다.

다. 이러한 과정에서 학생들에게 적절한 健康情報를 제공하고, 학생 개개인이 健康에 관한 올바른 선택을 할 수 있는 能力을 기르도록 지원한다. 각종 청소년 조직, 클럽, 스포츠 모임 등이 청소년들에게 건강한 생활습관을 권장하는데 큰 역할을 할 수 있다.

- 사) 長期疾患 兒童이나 障礙兒童 및 그 가족이 적절한 사회적, 심리적 및 경제적 지원을 받아 이들 兒童의 潛在能力이 최대한 발휘될 수 있도록, 관련분야 간에 적절한 연계 및 협조 체계를 구축하고, 이들의 요구에 맞는 地域社會 서비스가 이루어지도록 한다. 특히 高危險出生兒는 發生豫防이 가장 중요하지만 일단 발생된 경우라도 적절한 의료 서비스와 함께 持續的인 追求管理를 통하여 예상되는 장애를 早期에 防止하도록 해야 할 것이다.
- 아) 兒童의 時期別로 特定疾患에 의한 死亡減少 및 事故發生 豫防對策을 수립한다. 특히 사고로 인한 불상사는 사망 뿐 아니라, 후유증 지속 또는 장애발생으로 인하여 평생동안 개인은 물론 가족과 社會에 정신적 경제적으로 큰 부담을 주게 된다. 그러므로 이에 관한 예방대책으로서 특히 위험에 노출되기 쉬운 零細就業母 子女의 안전한 육아지원, 事故危險이 큰 학생들의 안전관리 및 지도 등이 우선되어야 할 것이다.
- 자) 영유아기 및 학령기의 각 시기별로 적절한 保健 서비스가 제공되도록, 兒童期の 疾病豫防과 健康保護를 위한 監視體系를 조직 운영한다.

2) 女性保健

- 가) 女性健康 증진에 대한 政策的 관심이 제고되도록 한다. 이러한 政策들은 女性의 지위향상에 영향을 주는 社會環境的 與件 및 生活樣式에 상당한 변화가 이루어지는 방향에서 수립되도록

하며, 女性固有의 健康問題를 포괄적으로 내포하도록 한다. 특히 저체중아 출산, 영아기 사망 및 장애발생과 관련된 母性側 要因으로 흡연, 음주 및 약물중독, 연령, 영양, 사회경제적 상태 및 환경적 요인 등이 지적되고 있음과 관련하여, 이를 사전에 방지하기 위한 예방적 조치로서의 역할이 크다. 그리고 女性 健康政策은 中央 및 地方政府의 구체적 추진전략 수립에 의하여 지지되어야 할 것이며, 保健福祉部의 실천계획은 女性健康을 지원하는 관련 經濟 社會 政策樹立에 모델이 되도록 설정되어야 한다. 물론 이러한 계획에는 女性의 健康要求에 적절하고 또 女性에게 수용가능한 형태의 一次 및 上級 醫療 서비스 개발이 포함되도록 한다.

나) 女性健康 增進을 기하자면 사회 각 부문이 참여하여 多元的 政策을 수행하도록 하되, 책임 있는 政策當局인 保健福祉部가 이를 전반적으로 계획하고 평가하는 주도적 역할을 하여 그 효과가 제고되도록 한다. 물론 이러한 多者間 협의체는 핵심적인 政策決定者에 대한 접근이 용이해야 하며, 女性團體의 대표가 포함되어야 한다. 이러한 취지는 健康政策에 관한 Adelaide 회의(1988년)에서 강조된 것과 맥을 같이한다. 그리고 기존의 女性團體 및 自助集團이 女性健康增進을 위하여 충분히 역할을 할 수 있도록 바람직한 여건을 조성한다.⁹¹⁾

다) 女性健康의 영역을 가임기에 국한시키기보다는, 女性의 全生涯를 통하여 주요한 健康問題를 포괄할 수 있도록 한다. 그러므로 女性保健에서는 再生産期의 健康과 性 問題, 老齡化, 정서적 정신적 건강문제, 女性에 대한 暴力, 직업상의 건강문제, 직장이나 가정에서의 안전문제, 女性의 多重的 役割에 따르는 건강

91) 이와같이 포괄적인 女性健康政策은 호주의 National Agenda for Women (1990년) 등이 손꼽힌다.

문제 등이 포함되도록 한다.

- 라) 적절한 健康情報 提供을 포함하여 女性의 保健醫療要求에 적합한 서비스가 제공되도록 한다. 임신 및 출산기 女性을 위한 保健醫療 서비스는 더욱 향상되도록 하고, 고위험 대상은 상급 기관으로 신속히 의뢰되어 집중적인 周産期醫療 서비스를 받도록 관리되어야 한다. 그리고 女性健康과 관련하여 각급 保健醫療施設에서 독립적으로 제공되는 성병검사, 암검사, 피임 등의 각종 서비스를 통합적으로 받을 수 있도록 한다
- 마) 女性健康과 관련되는 제 분야의 연구수행과 정보수집 활동을 권장하고, 醫療機關을 통한 情報 모니터링 體系를 구축하여, 政策樹立에 필요한 신뢰성 있는 각종 정보가 定期的으로 生産되도록 한다.
- 바) 지역사회의 保健醫療 資源配分, 서비스의 質 管理, 관련 立法措置 및 個人健康問題 등에 관련된 意思決定過程에 女性의 積極 參與가 보장되도록 한다.

12. 靑少年保健

가. 必要性

靑少年은 한 나라의 앞날을 주도할 世代이다. 靑少年의 健康은 곧 國家의 앞날을 좌우한다고 해도 過言이 아닐것이다. 그러므로 靑少年의 健康 保護와 健康問題의 豫防을 위한 政策은 檢討와 改善이 계속적으로 이루어져야 한다. 靑少年의 주요한 保健問題는 死亡原因이나 有病狀況을 통하여 診斷할 수 있다. 靑少年期の 主要 死亡原因은 제1위가 不意의 事故로 인한 死亡으로 47.9%(4,371건), 循環器系疾患이 977명으로 10.7%, 惡性新生物이 714명으로 7.8%, 自殺이 694명으로 7.6%의 순으로 나타났다

(1991년). 특히 交通事故로 인한 15~20세의 死亡者數는 1988년 이래 크게 증가한 것으로 나타났다.⁹²⁾ 따라서 靑少年期の 가장 중요한 豫防保健의 관심은 첫째, 事故와 自殺을 포함한 暴力의 豫防이며 둘째는 바람직한 健康行爲를 습득시키는 데 있다고 하겠다. 靑少年期에는 급격한 身體的 變化와 情緒的 變化를 경험하게 된다. 또한 靑少年期에 습득한 健康과 관련된 태도와 행동 즉, 食習慣, 運動, 吸煙 및 飲酒習慣, 性과 관련된 行爲, 安全管理 習慣(Safety health habits)은 成人期에도 지속되는 경우가 많다는 점에서 保健學的으로 볼 때 특별히 관심을 기울여야 하는 중요한 대상이다. 靑少年에 관한 政策研究와 靑少年關係團體는 많으나 靑少年의 保健問題에 관한 연구는 매우 부족한 실정이다. 그리고 靑少年의 健康을 保護하고 增進하기 위한 法令들이 散在되어 있는데 이 法들과 政策을 包括적으로 관리하고 保健政策을 주도해 나갈 수 있는 保健制度的인 기반이 구체화 되어 있지 않은 실정이다. 급증하는 社會問題(犯罪, 性暴力 등)에 대처하기 위하여는 治療中心의 對策보다는 成人이 되기 전 단계에 있는 靑少年을 대상으로 건전한 精神과 態度를 심어줄 수 있는 예방위주의 保健政策이 필요하다.

나. 現況 및 問題點

1) 靑少年人口⁹³⁾

1992년 7월 현재 9~24세 靑少年人口는 1,353만 5천명으로 全體人口의 31.0%를 차지하고 있다. 이를 性別로 보면 男子 697만 6천명, 女子 655만 9천명으로 性比는 106.4이다. 年齡構造別로 보면 20~24세의 靑少年人口가 全體靑少年人口의 33.1%인 448만 6천명으로 가장 많으며, 15~19세 人口는 416만 7천명으로 30.8%, 10~14세 人口는 410만 2천명으로 30.3%,

92) 문화체육부, 『靑소년백서』, 1993.

93) 문화체육부, 전거서, 1993.

9세 人口는 78만 1천명으로 5.8%이다. 우리나라 靑少年人口는 1960년에서 1980년 사이에는 계속 증가하다가 1980년 이후부터는 상당히 減少하고 있는 것으로 나타났다. 1980~1985년 총인구의 年平均增加率は 1.4%였고, 靑少年人口의 年平均增加率は -0.06%로서 靑少年人口는 줄어든 것으로 나타났다. 1985~1990년 사이에는 總人口增加率は 1.0%, 靑少年人口增加率は -0.6%를 보임으로써 총인구나 靑少年人口 모두 증가율이 감소하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 인구의 大都市集中現象에 따라서 大都市의 靑少年人口는 꾸준히 증가하고 있다.

1992년 현재 15~24세의 靑少年중 經濟活動人口는 271만 7천명, 非經濟活動人口는 497만 4천명으로 靑少年의 經濟活動參加率は 36.2%이다. 전체 就業者중 靑少年이 차지하는 比率은 매년 감소하고 있으나 靑少年의 失業率은 1990년이래 조금씩 높아지고 있다.

1990년 1월 1일 현재 靑少年人口 1,371만 2천명 중에서 在學生人口(國民學校以上 各級學校在學生)는 897만 9천명으로 65.5%를 차지하고 있다. 學校에 다니는 人口는 9~11세에서 99.7%로 가장 높고, 12~14세는 98.8%, 15~17세는 92.8%이며 18~24세에서는 同年齡層 人口 중 27.6%만이 學校에 다니고 있는 것으로 나타났다.

2) 靑少年의 健康⁹⁴⁾

1992년도 初,中,高等學校 體格檢査 結果에 의하면 男女 모두 전년도에 비해 대체로 0.2~0.3cm씩 평균 키의 數値가 상승한 것으로 나타났다. 이외에도 몸무게, 앉은키 등 體格이 全般的으로 向上되고 있는 것으로 나타났다. 1992년 12월 文化體育部에서 발표한 國民體力實態調查에 따르면, 高等學校 2~3학년 男學生이 제자리에서 멀리뛰기에서 각각 238.4cm, 236.5cm, 팔굽혀펴기 26.4회, 25.6회, 50m 달리기 7.6초, 1,200m달리기 327.9초, 324.8초, 앉아 윗몸 앞으로 굽히기 16.6cm, 16.9cm, 윗몸 일으키기

94) 문화체육부, 전게서, 1993.

는 1분당 41.3회, 41.5회 등으로 나타나 測定運動種目全般에서 體力이 높은 수준에 도달하는 것으로 나타났다.

3) 死亡과 有病狀態

1992년 總 申告死亡者 231,519명 중 死因分類가 가능한 208,322건의 전체적인 死因構成比를 17대 분류로 보면, 循環器系疾患이 29.5%, 惡性新生物로 인한 死亡이 20.9%, 各種事故로 인한 死亡이 15.4%로 이 3개군에 의한 死亡이 全體死亡原因의 65.8%를 차지했다. 死因分類可能死亡中 10~20세의 年齡層 死亡 比率은 2.3%(4,811건)였다. 死因分類可能한 全體死亡中 10~14세의 死亡件數의 비율은 0.7%, 15~19세의 死亡率은 1.6%, 20~24세의 死亡率은 2.0%로 나타났다. 靑少年의 死亡率은 20대 후반에 급격히 증가함을 알 수 있다.⁹⁵⁾

1992년의 死亡原因統計報告에 의하면 5~14세 인구의 主要死亡原因은 不意의 事故(21.9%), 惡性新生物(4.7%), 先天異常(2.4%), 心臟病(1.5%), 小兒腦性麻痺(1.4%) 등이며, 15~24세 인구의 主要死亡原因은 不意의 事故(48.3%), 自殺(8.5%), 惡性新生物(7.7%), 心臟病(5.0%), 先天異常(1.7%)의 순으로 나타났다. 주된 死亡原因이 되는 不意의 事故 중에서 自動車 交通事故로 인한 死亡이 모든 年齡層에서 가장 높은 頻度를 나타낸다.

靑少年의 有病現況 統計(1990년)에 의하면 全體 外來患者 가운데 5~14세 인구는 14.1%였고, 15~24세는 11.0%였다. 10~14세는 呼吸器系疾患, 消化器系疾患, 神經系疾患의 순이었고, 15~19세에는 消化器系疾患, 呼吸器系疾患, 損傷 및 中毒, 20~24세에는 消化器系疾患, 呼吸器系疾患, 泌尿器系疾患의 순으로 나타났다.⁹⁶⁾

95) 통계청, 『사망원인통계연보』, 1993.

96) 박명윤, 『2000년대를 향한 청소년육성정책』, 1993.

4) 靑少年의 非行⁹⁷⁾

靑少年의 非行頻度實態는 1990년 이래 계속 감소하고 있으나 總犯罪人은 계속 增加하고 있다. 非行靑少年에 관한 법적인 管理는 少年法(犯罪少年, 觸法少年, 虞犯少年 등으로 區分), 未成年者保護法(不良行爲少年에 관한 規定), 兒童福祉法(要保護 兒童에 관한 規定) 등에서 규정하고 있다. 要保護兒童은 이른바 迷兒, 孤兒, 家出兒童 등을 일컬으며, 不良行爲靑少年(一名 風紀事犯)은 飲酒, 喫煙, 싸움을 하거나 遊興業所出入, 性道德紊亂行爲 등으로 自己 또는 他人의 德性을 해롭게 하는 少年을 指稱한다. 靑少年風紀事犯의 단속은 善導爲主로 少年警察에 의한 少年相談, 要保護靑少年에 대한 處理 등을 담당하고 있다.

우리나라 全體의 癲藥事犯은 1988년까지 激增現象을 보이다가 1988년을 고비로 減少하기 시작하였고, 靑少年 癲藥類事犯도 1988년에 1,002명으로 최고 정점을 이루었다가 1989년에 541명으로 급격히 減少한 뒤 1990년 512명, 1991년 409명, 1992년 379명으로 계속 減少趨勢를 보이고 있으나 大麻使用은 아직도 적지않은 숫자를 유지하고 있는 실정이다. 癲藥類使用年齡層은 대부분 10대 후반기인 15~19세와 20대초반기인 20~24세가 90% 이상의 絶對多數를 점하고 있으나 本드, 신나 등 幻覺物質의 使用階層은 低年齡化 現象을 보이고 있다.

5) 靑少年의 健康關聯行動

靑少年의 健康에 危害를 줄 수 있는 行動은 慢性疾病을 일으킬 수 있는 행동으로서 吸煙, 飲酒 등이 이에 속한다. 高(1990)⁹⁸⁾의 高3 學生들을 대상으로 한 研究에 의하면 靑少年들이 飲酒(72.0%), 吸煙(44.2%), 刺戟劑服用(23.9%), 本드흡입(5.7%), 鎮靜劑(4.9%), 히로뽕(0.5%) 등을 사용한 經驗이 있는 것으로 나타났다. 또한 남정자 외의⁹⁹⁾ 연구에 의하면 中學生의

97) 문화체육부, 전게서, 1993.

98) 고흥경, 『고등학생의 약물남용실태에 관한 연구』, 이대석사학위논문, 1990.

7.8%, 高等學生의 33.2%가 吸煙을 한 것으로 나타났다. 飲酒率은 中學生이 6.2%, 高等學生이 36.8%였다. 최의¹⁰⁰⁾ 研究에 의하면 서울지역 中學生의 9.8%, 高等學生의 28.6%가 吸煙을 하는 것으로 나타났다. 飲酒率은 中學生이 34.2%, 高等學生이 55.4%였다.

美國의 경우 10대에서의 性關係經驗率은 1940년대 이후 急增해왔고 1980년이후부터는 半數以上이 性經驗을 하는 것으로 나타나고 있다. 이것은 各種 性病과 AIDS擴散의 原因이 되어왔다. 우리나라 靑少年의 性行動은 先進外國에 비하여 그 危險度가 낮으나 頻發하는 各種 性暴力豫防과 性行動과 關聯이 있는 疾病豫防을 위하여는 그 對策이 必要하다고 하겠다. 1985년 국내 첫 AIDS感染患者가 보고된 이래로 국내의 AIDS感染者數는 해마다 크게 증가하고 있다.¹⁰¹⁾ 우리나라 靑少年의 性關係經驗에 관한 연구들은 一貫性을 보이지는 않으나 增加하고 있으며 여자보다는 남자가 더 性經驗이 많다고 보고되고 있다. 避妊에 관한 知識은 김의¹⁰²⁾ 研究에서 18~34세의 男子는 50.9%, 女子는 38.6%로 女性보다 男性이 避妊에 관한 知識이 높았다. 崔의 研究에서도 中高等學生 男子(65.9%)가 女子(57.6%)보다 避妊에 관한 知識이 높았다.

6) 韓國의 靑少年 關係法의 現況¹⁰³⁾

우리나라의 靑少年關係 基本法令은 憲法에서 찾아볼 수 있으며 靑少年 憲章, 靑少年 育成法同施行令, 靑少年育成基金運用에 관한 規定, 各種 記念日에 관한 規定, 民法, 民事訴訟法, 商法, 刑法, 兒童에 관한 條約, 人權에 관한 世界宣言 등에서 찾아볼 수 있다.

우리나라의 靑少年關係立法은 未成年者保護法(1961), 少年法(1988, 全文

99) 남정자 외, 『학교보건교육개선에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1989.

100) Eun-Jin Choi, "The identification and analysis of selected health behaviors as reported by Korean adolescents in Seoul, 1993.

101) 중앙일보, 1994. 10월 24일

102) 김승권, 『한국미혼남녀의 성행태』, 1992.

103) 한국청소년연구원, 『청소년관계제도 연구자료집: 청소년기본법(안)』, 1991.

改正), 兒童福祉法(1981, 全文改正), 青少年育成法(1987) 등 靑少年의 保護, 善導, 育成 등을 立法趣旨로 하는 경우와 教育法(1949), 學校保健法(1967), 社會教育法(1980) 등이 있으나 靑少年關係라는 總體的인 관점에서 體系的이고 綜合的으로 파악하고 分析한 研究는 거의 없는 실정이다.

未成年者保護法은 전 7조 부칙으로 되어 있으며 1조에 나타나 있는 이 법의 취지는 未成年者의 喫煙, 飲酒 및 善良한 風俗을 해하는 行爲를 禁止하고 아울러 未成年者의 保護에 필요한 사항을 규정함으로써 未成年者의 健康을 보호하며 그들을 善導, 育成하는 데 있다. 未成年者에게 禁止되어 있는 行爲는 喫煙, 飲酒, 선량한 風俗을 해할 兪려가 있는 興行場, 遊興接客業所, 射倅行爲場 등에 出入하는 行爲 및 宿泊業所, 野外幕舍와 海水浴場, 水泳場, 公園, 觀光地, 名勝地 其他 遊園地에서의 性道德 등 風紀紊亂하게 하는 行爲등이 있다. 이 법 제4조에서 煙草 또는 酒類販賣者 및 그 僱傭人은 未成年者에게 그가 喫用, 飲用할 것을 알고 이들을 販賣하거나 供與하여서는 아니된다고 規定하고 있다.

學校保健法의 目的은 學校의 保健管理와 環境衛生淨化에 필요한 사항을 규정하기 위하여 學生 및 敎職員의 健康을 保護, 增進하게 함으로써 學校教育의 능률화를 기함을 目的으로 하고 있다. 學校保健法에는 제3조 保健施設, 제4조 學校環境衛生 및 食品衛生, 제5조 學校環境衛生淨化區域의 設定, 제6조 淨化區域內에서의 禁止行爲 등, 제7조 身體檢査, 제8조 登校 禁止, 제9조 學生의 保健管理, 제13조 敎職員의 保健管理, 제14조 疾病의 豫防, 제14조의2 傳染病豫防接種의 施行, 제15조 學校醫, 學校藥師 및 養護敎師, 제16조 保健機構의 設置 등, 제17조 學校保健委員會에 관한 事項 등이 規定되어 있다.

다. 今後의 課題

2010년까지 靑少年保健問題를 改善하기 위한 保健政策의 과제는 우선 주된 死亡原因이 되는 要因을 줄이고 健康에 危害를 줄 수 있는 行動의

頻度を 줄이며 靑少年을 위한 保健서비스를 均衡하게 보급하는데 중점을 두어야 한다. 첫번째로는 15~24세 死亡者中 事故로 인한 死亡率을 35% 以下로 낮추는 것이 가장 時急하고 중요한 과제라고 할 수 있다(1991년 47.9%, 1992년 48.3%). 두번째로는 自殺率을 3% 以下로 낮추는 것을 目標로 하여야 한다.(15~24세 自殺率은 1991년 7.6%, 1992년 8.5%였음.) 이것은 增加하는 靑少年自殺의 頻度を 減少시켜야 하기 때문이다.

세번째로는 健康에 危害를 줄수 있는 行動의 頻度を 減少시켜야 하겠다. 즉 10~20세 現在吸煙率(每月 1日 以上の 담배吸煙)을 男子는 20% 以下, 女子는 3.0% 以下로 낮춘다. 20~30세의 現吸煙率은 男子는 50% 이하, 女子는 0.0%로 한다(송건용 의에서 男子는 68.5%, 女子는 3.0%). 그리고 10~20세 現在飲酒率(每月 1日 以上 飲酒)을 男子는 35% 以下 女子는 20% 以下로 낮춘다. 20~30세의 現在飲酒率(每月 1日 以上 飲酒)은 男子는 50% 以下 女子는 10% 以下로 낮춘다(송건용의 1992년도 國民健康 및 保健意識行態調査에서 男子는 78.5%, 女子는 32.2%). 이외에도 감소추세에 있으나 藥物濫用을 줄이는 방향으로 保健政策이 推進되어야 한다.

네번째로는 靑少年의 各種 保健問題를 相談하고 관리해줄 수 있는 靑少年 保健 및 豫防서비스의 擴充을 目標로 해야 한다. 靑少年의 保健問題를 위한 研究나 對策이 未備하다는 점에서 불 때 保健醫療서비스의 확충도 靑少年의 健康保護를 위해 매우 중요하다고 할 수 있다.

라. 施行方案

靑少年의 健康을 保護하고 向上하기 위한 保健政策의 施行方案으로는 먼저 靑少年 保健管理 및 危險行動 豫防事業을 위한 政府豫算이 확보되어야 한다. 그리고 靑少年의 保健問題와 靑少年對象의 保健政策을 정기적으로 심의하며 여러 靑少年關係施行令을 仲裁하고 政策을 주도할 協議會 또는 委員會가 형성되어야 한다.

靑少年이 20대로 접어들기까지는 90% 以上の 人口가 學校에 다니고 있으므로 學校에서의 保健서비스 및 保健敎育을 強化하여 구체적으로 실행하도록 해야 한다. 즉 靑少年들이 精確한 保健知識을 習得하여 實踐할 수 있도록 學校에서의 保健敎育을 質적으로나 量的으로 개선하여야 하며 學校에서의 保健敎育은 또한 家庭으로 연계될 수 있도록 한다. 특히 AIDS와 各種 性病豫防을 위한 性敎育은 學校와 家庭이 連繫되어서 이루어져야 한다. 飲酒 및 吸煙行動과 같은 慢性疾病을 초래할 수 있는 行動은 이를 豫防 및 止揚하기 위한 習慣形成(또는 Skill 習得)中心으로 敎育이 이루어져야 한다. 이러한 保健敎育은 스트레스관리법의 習得 및 상담 서비스활용을 통한 精神健康과 건전한 態度養成에도 중점을 두어서 社會問題가 되는 各種 非行 및 犯罪豫防에 기여할 수 있어야 한다.

靑少年을 대상으로 하는 保健敎育의 효율성을 높이기 위해 敎育方法도 개발되어야 하며 알맞는 保健敎育人力養成에도 中점을 맞추어야 한다. 또한 靑少年의 健康을 보호하기 위한 社會的 環境造成도 필요하다. 즉 學校周邊의 有害環境을 止揚하는 方向으로의 政策이 시행되어야 한다. 그리고 勤勞靑少年의 健康保護 및 健康增進을 위하여 産業場에서의 保健關係法規의 強化 또는 既存 서비스를 向上시키도록 한다.

靑少年期の 가장 큰 危險要素인 事故를 豫防하기 위하여서는 豫防 및 事故對處를 위한 安全敎育 및 醫療서비스를 強化하는 方向으로 政策이 시행되어야 한다. 먼저 事故豫防을 위한 安全敎育은 學校뿐만 아니라 地域社會를 통하여서도 보급되어야 한다. 그리고 靑少年의 事故時에 傷害를 最小化 할 수 있도록 應急醫療서비스를 改善하고 地域社會의 應急醫療서비스施設도 확충되어야 한다. 이외에도 의료서비스의 측면에서는 靑少年의 健全한 發育과 發達, 慢性疾患의 豫防을 위해서 각 年齡에 맞는 健康管理서비스를 補給하도록 한다. 이를 위해서는 포괄적인 健康管理事業을 계획하여 모든 靑少年에게 均등히 補給될 수 있도록 한다.

13. 老人保健

가. 必要性

1960년의 65세 이상 老人은 전체인구의 2.9%에 불과하였는데 1990년에는 4.9%로 증가되었으며, 2020년에는 12.5%로 추계될 전망이다.¹⁰⁴⁾ 그러므로 우리나라의 人口高齡化 속도가 先進諸外國이 경험한 人口高齡化 速度보다 훨씬 빠르다. 즉 人口高齡化 속도를 국제 비교하면 우리나라는 65세 인구비율이 7%에서 14%로 배가 되는데 소요되는 기간이 22년으로 추정되고 日本은 26년으로 추정되는 반면 英國과 獨逸은 각각 45년이 걸림으로써 人口高齡化 速度를 감안하면 문제의 深刻性은 크다.¹⁰⁵⁾

老人扶養比 역시 1970년에 7.11%에서 1985년에 8.99%로 계속 증가되고 있다.¹⁰⁶⁾

노령인구의 死亡原因은 1970년대까지 주요 感染性疾患에 의하던 것이 그후 癌을 비롯한 慢性退行性疾患, 循環器疾患 등으로 변화하였는데 이들 질환은 일생동안 계속해서 관리되어야 한다.

노인의 보건의료적 특성은 복합적인 病理的 狀態, 한가지 이상의 疾病 罹患, 管理를 하지 않는 한 급진적인 機能退行, 질병의 合併症 및 治療副作用이 높은 發顯率과 再活 서비스가 반드시 필요로 되는 등 타 연령층과는 다른 양상의 건강문제를 갖고 있다.

그러나 현재 우리나라의 老人健康問題는 기존 병의원의 醫療體系 속에서 부분적으로 해결되고 있는 반면 매년 醫療費 上昇을 가져오고 있음에도 老人健康要求를 충족시킬 수 있는 다양한 서비스 提供機關이나 人力이 아직 개발되지 못한 상태에 있다.

따라서 老人의 保健醫療問題를 效率的이고 效果的으로 관리하고 不能

104) 통계청, 『2000-2020 장래인구추계』, 1992.

105) 한국보건사회연구원, 『노인의료보장의 발전방향에 관한 연구』, 1992.

106) 경제기획원, 『인구종합분석 보고서』, 1989.

(disability)과 罹患(morbidity)의 기간을 단축시킴으로써 삶의 질을 높일 수 있는 건강증진 정책의 개발 등 종합적인 老人保健醫療 政策樹立이 시급한 실정이다.

나. 現況 및 問題點

1) 人口學的 特性

평균 壽命이 1960년에 55.3세에서 1980년에 65.8세, 2000년에는 74.3세, 그리고 2020년에는 77.3세로 추계되고 있어서 老齡化에 대비한 노인보건 대책 수립이 요구된다.¹⁰⁷⁾ 總人口 中에서 65세 이상 인구가 차지하는 비율이 급증하고 있어서 2000년에는 6.8%, 2020년에는 12.5%로 추정되고 있다. 1989년의 연령별 期待餘命 역시 60~64세 남자는 14.9년, 여자는 19.9년이며, 80세 이상이 각각 5.0년 및 6.6년으로 나타나고 있다.¹⁰⁸⁾

젊은층의 도시 이동으로 인하여 郡部의 老人扶養比가 1985년에 11.35%로서 市部(5.01%)에 비하여 2배 이상 높으므로 農漁村의 老人健康管理 對策이 더 강조되어야 한다.¹⁰⁹⁾

여성의 平均壽命이 남자보다 길기 때문에 老齡女性人口가 남자보다 높아서 여성노인의 건강관리대책이 老人健康管理對策 下에서 별도로 개발될 필요가 있다.

2) 經濟的 特性

60세 이상 經濟活動人口는 1970년에 4.4%에서 1990년에는 7.0%로 증가되었다. 그러나 1992년 60세 이상 노인 就業人口의 60.4%가 農林水産業 부문에 종사하고 있다.¹¹⁰⁾

107) 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1993.

108) 통계청, 『한국의 사회지표』, 1992.

109) 유승흠, 「노인보건의 과거, 현재 그리고 미래」, 『노인보건의료 관리모델 개발』, 한국보건사회연구원, 1994.

生活保護對象者 중 60세 이상의 세대주가 약 66%이며, 전가구의 住宅保護對象者도 48%를 차지하고 있어서 노인의 경제적 부담이 과중하다.

3) 保健醫療的 特性

15일간 인구 1,000인당 罹患者率은 316이나 60세 이상은 581로서 노인 인구의 罹患率이 높다.

연간 인구 1,000인당 慢性罹患率이 전체 207인데 비하여 60세 이상 노인은 590으로서 慢性罹患率이 약 2배 이상 높으며 특히 60세 이상 여성의 慢性罹患率은 918로서 남자 1,000인당 736보다 높다. 그리고 慢性罹患 中 근골격계 및 피하조직질환, 순환기계질환, 소화기계질환과 신경계질환이 주요 질환으로 나타났다. 또한 60세 이상 노인의 活動制限日數 및 臥病日數도 다른 연령층에 비하여 긴 것으로 나타났다.¹¹¹⁾

65세 이상은 타연령층(15.0%)에 비하여 急性疾患 罹患時에 미치료 사유 중 “나을 것 같지 않아서”가 47.9%로서 높은 반면 慢性疾患 罹患時 미치료 사유는 65세 이상은 “증세가 심하지 않아서”가 31.0%(타 연령층은 14.4%)로 높게 나타나서 증상에 대한 認知 水準이 다를 수 있다.¹¹²⁾

즉 노인의 保健醫療的 特性은 복합적인 병리적 상태, 한가지 이상의 질병이환, 관리를 하지 않는 한 급진적인 機能 退行으로 일상생활의 장애, 질병의 合併症 및 惡化가 높아서 他 年齡層과는 다른 양상의 건강문제를 갖고 있다.

4) 醫療費 側面

醫療利用量의 變化를 65세 이상 老人人口의 構成比로 보면 진료건수는 1985년에 4.5%에서 1991년에는 8.2%로 상승하였고 來院日數 역시 5.0%에

110) 유승훈, 상계서, 1994.

111) 송건용 의, 전계서, 1993.

112) 송건용 의, 전계서, 1993.

서 9.3%로 증가하였다. 또한 診療日數 역시 6.7%에서 12.4%로 타 연령층에 비하여 급격한 증가를 보이고 있다.¹¹³⁾

公敎醫療保險 適用 人口의 총 진료비는 1985년 기준으로 1991년까지 연평균 17.6%가 증가한 반면 65세 이상 노인인구의 總 診療費는 같은 기간에 37.6%의 증가를 보이고 있으며 적용 인구 중 의료비에 대한 老人人口 總 醫療費 構成費는 1985년에 8.0%에서 1991년에 12.8%로 증가되었다.¹¹⁴⁾

1985년에 醫療保險 適用 人口 1인당 診療費가 4만 7천원에서 1991년에 8만 9천으로 연평균 14.5%의 증가를 보인 반면 老人人口 1인당 診療費는 1985년에 6만 3천원에서 1991년에 14만 5천원으로 늘어나 지난 6년 동안 연평균 22.0%씩 증가하였다. 입원진료를 통한 高額 診療件數는 1985년에 비하여 1991년에 연평균 40.0%의 증가율을 보였는데 高額 診療件數 중 23.8%가 65세 이상 노인인구가 차지하고 있다.¹¹⁵⁾

그러므로 현행 醫療機關 하에서의 老人保健醫療管理는 매우 높은 비용을 필요로 함을 알 수 있다.

5) 老人保健醫療管理 및 政策

老人保健醫療政策을 지속적으로 관장하는 부서는 保健福祉部 내에 별도로 설치되어 있지 않으며 家庭福祉審議官 산하 老人福祉課에서 노인복지 차원에서 부분적으로 실시되고 있다.

老人保健醫療 問題는 醫療保險 및 醫療保護制度 하에서 기존 병의원 및 보건소에서 해결되고 있으며 疾病의 早期發見을 위한 健康診斷이 부분적으로 실시되고 있을 뿐 健康診斷 이후의 지속적인 관리가 되고 있지 못한 실정이다.

老人問題에 대처하기 위한 法的 保障으로는 老人福祉法이 있으며 이법의 목적은 老人의 心身의 健康維持 및 生活安定을 위하여 필요한 조치를

113) 유승흠, 전계서, 1992.

114) 유승흠, 전계서, 1992.

115) 유승흠, 전계서, 1992.

강구함으로써 노인의 福祉增進에 寄與함을 目的으로 한다고 되어있다. 그러나 건강에 관련된 법적 뒷받침은 매우 불충분하고 주로 노인의 생활 안정과 관련된 복지서비스에 관한 뒷받침에 머물러 있을 뿐이다.

1993년 11월 30일에 國會에서 통과된 老人福祉法은 유료노인요양원, 주간보호사업, 단기보호사업을 할 수 있고 이를 위하여 민간기구의 참여를 가능하게 하고 있다. 따라서 노인을 위한 中間施設의 設置 및 運營이 시작단계에 있는 수준이다.

政府는 醫療法을 改正하여 만성질환자 또는 장기요양 환자 등을 수용할 수 있는 療養病院(요양환자 30인 이상 수용가능)을 신설하도록 하였으므로 점차 노인을 위한 保健醫療施設의 擴大가 가능해지고 있다.

특히 壯年層부터 持續的인 건강증진 활동을 통한 질병이환 및 남의 도움을 필요로 하는 不能期間을 단축시킴으로써 노인의 삶의 질을 높여야 한다. 노인의 보건의로 문제해결 접근은 治療의 接近을 포함한 健康 및 社會的 接近을 통한 포괄적인 서비스 提供 接近이 정책적으로 개발되어야 한다.

이상과 같이 醫療利用의 需要가 큰 노인을 위하여 비용의 효율화를 기하고 적절한 서비스를 충분히 받을 수 있는 專門醫療機關 및 中間施設 등이 새로이 설치될 필요가 있다.

老人人口 比率이 높은 선진 제외국에서는 노인의 삶의 질을 높이기 위한 健康增進 프로그램 開發, 地域單位의 小規模 施設(Special Nursing Home, Nursing Care Home, Health Services Facilities, Living Welfare Center)의 設置, 晝間管理센터(Day care center), 短期保護센터(Short Stay center), 療養院 등 中間施設과 老人專門病院 등이 다양하게 설치되어 있다. 또한 자원봉사 인력을 폭넓게 개발하여 활용하고 있으며 가정, 지역 사회, 專門病院의 中間施設과의 連繫가 체계적으로 이루어지고 있다. 또한 노인건강관리의 효율성과 財源調達을 위한 장치로 老人保健法/Medicare에 의한 재원조달과 인력의 개발 및 활용 등 다각적인 접근을 시도하고 있다.

다. 今後의 課題

- 1) 기존 病醫院에서의 治療爲主의 政策方向을 일차보건의료 접근에 기초하여 豫防 및 健康增進 강화 方向으로 轉換하고 이에 필요한 人力, 施設 및 組織, 서비스 範圍를 再編成 및 強化한다.
- 2) 병의원과 같은 기관 서비스(Institutional care)를 최대한 억제하고 地域社會 次元에서의 家族 및 地域社會 支援서비스를 強化하되 福祉概念에 기초하여 政府의 支援를 최대화 한다.
- 3) 健康增進을 목표로 罹患(Morbidity) 및 不能(Disability)의 기간을 최대한 단축하여 삶의 質을 높이고 自立能力을 높일 수 있도록 壯年期부터 체계적이고 효율적인 관리가 가능하도록 각종 프로그램 개발과 行政措置를 講究한다.
- 4) 老人保健의 課題 中の 하나인 급격한 病醫院 支出醫療費의 上昇을 抑制하기 위한 制度로서 家庭看護師 制度, 호스피스 케어, 自願奉仕員 制度를 國家次元에서 開發하고, 젊은 老人層의 自願奉仕 活動의 體系化, 地域 單位에서의 各 年齡層의 自願奉仕 活動을 체계화하고 계속 활용 관리한다.
- 5) 中央 및 地方組織의 政策決定者, 保健 및 福祉分野 現場의 서비스 提供者 및 學界의 老人에 대한 認識提高와 對國民 弘報教育을 強化한다.

라. 施行方案

- 1) 老人의 保健醫療問題는 근본적인 治療가 어려울 뿐더러 오랜기간 계속적인 관리를 받아야 하므로 治療서비스로 단순히 대처할 수 없다. 老人의 日常生活에 지장을 주는 정도에 따라 豫防, 治療, 健康相談 및 教育, 再活서비스 등 다각적이고 포괄적인 서비스가 제공되어야 하므로 老人保健政策의 樹立, 施行 및 評價機能을 지속적으로 樹立할 老人保健政策 擔當部署가 설치되어야 한다.

- 2) 疾病을 신속하게 治療하고 회복시켜 健康을 유지시키는 現行 病의원 시설은 老人保健醫療를 解決하기에는 組織, 施設 등이 適合하지 못하다. 또한 老人의 保健醫療需要에 맞는 中間層 療養施設(노인의료센터, 특별 노인간호요양소, 주간관리센터, 단기요양시설 등)의 設置 및 運營이 絶실히 要求되므로 施設의 設置 運營의 根據와 계속해서 늘어나는 老人醫療費 調達에 必要한 법적 근거를 위하여 老人健康管理法을 制定한다.
- 3) 老人保健醫療要求에 基礎한 急性醫療 要求, 일상생활을 할 수 있는 노인에 대한 의료요구, 治療施設에 입원해야 하는 의료요구, 長期入院을 요하는 醫療要求, 臨終을 앞둔 老人의 醫療要求, 健康增進서비스 要求 등을 총괄적으로 연계시킬 수 있는 老人保健醫療傳達體系를 수립한다.
- 4) 老人 스스로 最적의 健康을 유지하기 위하여 健康실천을 할 수 있도록 지원하고, 罹患期間과 不能期間을 短縮시키기 위한 健康增進 프로그램을 開發하여 壯年層부터 豫防活動, 健康檢診 實施와 再活 서비스를 老人이 生活하는 地域社會에서 받을 수 있도록 施行한다.
- 5) 치매, 중풍 등 專門老人病센터와 老人專門病院을 設置하며, 市·道 單位 病院에 老人病棟을 擴大 設置한다.
- 6) 保健所 中心의 家庭看護 事業開發, 호스피스케어 開發과 地域社會內 自願奉仕者를 開發, 登錄하여 體系적으로 活用한다.
- 7) 保健機關의 人力에게 老人健康相談을 할 수 있도록 追加教育을 실시한다.

14. 醫療供給體系

가. 必要性

醫療供給體系는 건강과 疾病問題를 취급하기 위하여 발전하여 온 아이디어(ideas), 관행(practices), 조직(organization)이라고 廣義로 定義할 수 있다. 이 體系는 사회제도(social system)의 한 부분으로서 政治, 社會, 經濟 및 文化的 與件과 생태학적 환경 등에 의하여 영향을 받는다.

이 체계는 一次的 價値로서 最善의 健康을 산출하며, 이를 위하여 이환(illness)의 완화, 疾病豫防, 患者診療 등 서비스를 제공하고, 研究, 敎育·訓練 등의 기능을 하는 한편 營利(profits)를 발생시킨다.

醫療供給體系의 주요 요소는 의사, 간호사, 의료기사 등 醫療人力, 外來診療, 入院診療, 장기요양(long-term care), 정신보건 등 保健醫療서비스를 제공하는 醫療機關, 이 체계를 움직이는 돈의 흐름 등을 포함한다.

오늘날 우리나라 醫療供給體系를 간단히 정의하기 어렵다. 다만 그 特徵을 열거하면 다음과 같이 기술할 수 있을 것이다.

1) 民間醫療가 지배하는 醫療供給體系이다.

- 가) 私立醫療機關은 전체 병상의 85.4%를 소유하고 醫師의 83.0%가 사립의료기관에 취업하고 있다.
- 나) 병원급 이상 醫療機關 중 私立病院은 입원환자의 87.5%, 外來患者의 84.5%를 진료하고 있다.
- 다) 醫院 및 保健所(保健診療所 포함)가 진료한 환자 중 醫院은 入院患者의 99.1%, 외래환자의 90.2%를 진료하고 있다.
- 라) 醫科大學 32개 중 24개교(75%)는 사립이며, 1995년에 4개 대학이 증설되면 私立大學은 27개교(75%)가 된다.

2) 醫療供給體系내 기본적인 돈줄(pipeline)은 行爲別酬價制이다. 民間醫療의 대부분은 영리추구형이며, 이윤동기가 醫療供給體系를

움직인다. 국민의 醫療利用水準은 현저히 높아졌고, 낭비적 지출은 커지고 있다.

- 3) 醫療保險制度는 비급여 범위가 넓고, 本人 自費負擔額이 큰 특징을 갖고 있다.
- 4) 1989년에 전국을 8개 大診療圈, 140 중진료권으로 구획하고, 각 診療圈別로 자체 醫療充足度를 높이고, 환자진료 및 의뢰·회송체계를 확립하였으나, 醫療利用과 醫療資源의 지역 및 계층간 配分의 衡平은 성취되지 않고 있다.
- 5) 平均壽命의 연장과 疾病樣相의 변화(慢性疾患化)에 대응하여 醫療供給體系가 적절하게 적응하지 못하고 있다. 현행 醫療機關은 만성질환의 10~20% 정도만을 치유할 수 있으나, 뭉치돈은 질병의 궁전(disease palaces)에 投資되고 있다. 疾病의 사전적 豫防, 健康維持 및 增進을 위한 醫療의 開發과 擴散 즉 1次醫療는 강화되어야 하지만 너무나 취약하다.

이와같은 현행 醫療供給體系는 全國民 醫療保障制度가 추구하는 목표에 따라 변화해야 한다.

나. 現況 및 問題點

현행 醫療供給體系는 全國民 醫療保障制度 실시 이후 全國民 醫療利用水準의 향상, 地域간 醫療利用水準의 격차해소 및 低所得層의 醫療利用水準의 향상 등에 크게 기여하였다(表 22).

그러나 140개 中診療圈別 醫療利用水準은 큰 격차를 나타내며, 中診療圈간 환자 이동량은 크다. 즉 醫療資源의 비균형적 분포로 인하여 醫療資源 희소지역에서 大都市로 환자 이동량이 많다. 이에 따라 醫療利用의 형평, 醫療利用의 편의도, 醫療의 質 등이 중요 쟁점이 되고 있고, 醫療費의 급격한 상승도 주요 문제가 되고 있다.

또한 慢性疾患의 罹患率과 死亡率은 더욱 높아지고, 퇴행성, 류마티스

성, 신경성 그리고 만성호흡기계, 慢性疾患으로 인한 장애와 고통으로 인한 삶의 질 저하에 대한 대처방안에 대한 높은 요구도, 그리고 癌, 心臟病, 뇌졸중 등에 대한 效果的 對應方案도 필요하다(日本의 경우에 이들 3대 疾病治療에 總醫療費의 1/3 지출).

이와 같은 새로운 도전에 대하여 현행 醫療供給體系는 21世紀에 效率的으로 對應할 수 있을 것인가? 이에 대한 解答을 얻기 위해서 먼저 현행 醫療供給體系의 형성과정에 대한 검토가 필요하다.

<表 22> 醫療利用水準 推移: 1981年~1992年

| 구 분 | 1981 | 1989 | 1992 |
|-------------------|------|------|-------|
| <연간 1인당 외래방문수, 회> | | | |
| 지 역 도시 | 5.28 | 6.70 | 8.40 |
| 농촌 | 1.95 | 5.67 | 10.59 |
| 생활수준 하 | - | 5.97 | 8.87 |
| 중 | - | 6.48 | 8.93 |
| 상 | - | 6.73 | 8.85 |
| <연간 1,000인당 입원율> | | | |
| 지 역 도시 | 40.7 | 47.3 | 57.3 |
| 농촌 | 25.3 | 51.7 | 58.0 |
| 생활수준 하 | - | 53 | 62 |
| 중 | - | 49 | 59 |
| 상 | - | 44 | 48 |

資料: 송건용 외, 『1992년 국민건강조사결과』, 한국보건사회연구원, 1993.

醫療供給體系는 국가간 차이가 크다. 이와 같은 차이는 역사적으로, 自律的으로 이루어지거나, 準自律的(quasi-autonomous) 즉 保健政策, 計劃, 行政의 指示 등에 의하여 결정된다. 여기서 자율적 또는 非計劃的이란 정치·경제 내에서 市場과 階級鬭爭(struggle of classes)과 같은 非計劃的 힘의 結果를 의미한다. 이에 반하여 準自律的이란 구 蘇聯이나 英國처럼 국가가 관여하는 힘에 의하여 醫療供給體系가 형성된다.

우리나라의 醫療供給體系는 국가의 관여가 미미한 환경에서 自律的으로

市場機能에 의하여 형성되었다고 할 수 있다. 그간 階級鬭爭도 강력한 국가관여도 없었다. 오늘날 民間醫療가 醫療供給體系를 움직이고, 이 체계는 行爲別 酬價制와 患者의 높은 自費負擔으로 유지되고 있다.

그렇다면 현행 醫療供給體系는 全國民醫療保障制度 하에서 기대되는 성과 즉 產物, 적절성, 효율 등을 성취하고 있는지가 검토되어야 한다. 醫療供給體系는 국민의 건강을 산출해야 하며, 國民의 健康을 위해 醫療는 적절해야 하고, 醫療供給體系의 낭비적 요소는 제거되어 效率性은 높아야 한다.

그러나 현행 醫療供給體系는 疾病治療 中心體系이며, 치유성과가 높았던 急性疾患 중심이다. 專門의 診療에 대하여 국민과 의사의 選好性이 높고, 醫療의 專門化, 단편화 현상은 심화되고 있다.

또한 醫療供給體系 자체에 대한 評價도 필요하다. 현행 체계는 計劃되어 형성된 것도, 機能의 分化도 되어 있지 않다. 醫療供給體系內 어떤 부분이 변화하면 다른 부분도 변화되어야 체계라고 할 수 있다. 예컨대 患者依賴·回送體系가 확립되면 병원과 의원의 機能에 差別化가 이루어지고, 1次 醫療의 중요성이 부각되면 醫學敎育과 전공의 수련제도가 변화되어야 하고, 醫師의 診療行爲(physical behavior)와 환자의 醫療追求行爲(patient behavior)도 變化되어야 한다. 그러나 연쇄적 변화가 일어나지 않는 것은 機能的으로 움직이는 醫療供給體系가 없다는 것을 의미한다.

이와같은 醫療供給體系는 長期的 診療 및 管理를 필요로 하는 慢性疾患의 증가추세 하에서 非效率의 일 뿐만 아니라, 根本的 改革이 필요한 것이다. 醫療로부터 肯定的 產物이 效率的으로 생성되도록 개선할 수 있는 政策代案이 개발 및 적용되어야 할 것이다.

다. 今後의 課題

醫療供給體系는 全國民醫療保障制度에 적절하게 변화되어야 한다. 변화는 두 方向에서 찾을 수 있다. 하나는 보다 더 計劃的이고 社會化되는

방향으로의 발전이며, 다른 하나는 구 蘇聯이나 英國의 경우처럼 너무 中央集權의이며 計劃的인 體系에서 단편화와 私的醫療化를 추구하는 것이다.

醫療供給體系는 醫療需要의 변화에 대응하여 醫療供給構造가 변화되어야 하며, 그 課題는 다음과 같이 설정할 수 있다.

- 1) 全國民의 健康狀態의 향상
- 2) 醫療利用의 편의도 向上
- 3) 醫療의 質의水準 向上
- 4) 醫療費의 適正水準 維持

라. 施行方案

1) 公共醫療의 役割 再定立 및 機能擴大

가) 民間醫療의 보완적 기능 強化

- 保健教育
- 疾病豫防 및 健康增進
- 脆弱階層 醫療供給機能 강화
- 應急醫療
- 精神保健

나) 保健所 기능의 劃期的 強化

- 健康인이 신뢰하고 찾는 健康增進센터로의 기능 보강
- 慢性疾患管理, 精神保健, 營養, 母子保健 등 기능강화
- 保健과 福祉의 서비스의 統合, 家庭看護事業 강화
- 都市保健소의 支所 또는 出張所 설치

다) 民間醫療의 育成 및 規制機能 강화

- 民間醫療의 公益性 제고를 위한 규제
- 病院間 서비스 경쟁
- 醫療의 質 管理制度 도입

라) 公共醫療 投資 확대

- 大學病院의 醫療技術 開發·擴散을 위한 研究·開發費 지원
- 1次醫療 強化를 위한 教育·研究開發費 지원
- 醫療脆弱地 病院建立 확대
- 精神保健 서비스의 도입
- 醫學教育의 개선 또는 질적 수준 제고

2) 醫療供給構造 개편

가) 진료권의 再編成

- 行政·生活圈 단위로 인구 50~300만명 규모로 하는 진료권 편성, 3次 診療機關 設置, 완전한 서비스시스템 운영
- 醫療機關 수준간 患者, 情報, 技術的 뒷받침(backup), 訓練 등 方向(two way) 흐름의 확보

나) 下部 醫療供給構造 강화

- 國民이 信賴하는 1次醫療 醫師의 양성·확대
- 疾病豫防, 健康維持 및 增進, 疾病의 早期發見 및 依賴, 應急處置 등의 기능이 보장된 1次醫療 제공
- 醫科大學 졸업 후 1次醫療 수련을 거친 1차의료 의사가 개원시 保險醫로서 지정되도록 하고, 1차진료수가의 上向調整(환자상담, 등록관리료 등 가산)을 통해 1次醫療의 擴大를 誘導함(일반외과 등 특정 單科專門醫에게는 개원시 上向調整된 1차 진료수가를 적용하지 않음).
- 주민은 1次醫療 醫師를 「단골의사」로 선택하여 家族登錄을 하며, 1次醫療 醫師는 등록수에 비례한 보상을 받도록 함.
- 1次醫療를 거치지 않고는 病院診療를 받을 수 없게 함.

다) 醫療技術의 向上 및 擴散

- 현행 35개 3次 診療機關은 약 1/2 수준으로 감축하여 醫療技術 開發 및 擴散, 教育 등을 위한 研究開發費 지원

- 3次 診療機關에 분과 전문과목(subspecialty) 인정 및 훈련, 分科專門醫를 綜合病院에 배치·활용
- 醫療의 質 심사 및 관리제도 확립

라) 全額自費 病院制 導入

- 환자의 다양한 의료욕구 充足을 위해 환자가 全額 負擔하는 病院의 인정
- 醫療機關間 서비스 경쟁 誘導

3) 醫療機關間 시스템화

- 가) 診療圈內 綜合病院, 醫院, 의원간 情報 및 技術의 교류 촉진, 機能的으로 連繫化 함.
- 나) 保健所는 地域내 保健·醫療情報를 수집·분석하여 관련 醫療機關에 환류(feed-back)시키고, 地域保健計劃을 작성하고, 1次醫療機關의 예방 및 健康增進事業을 지원
- 다) 大學病院은 地域내 기술지원센터로서 醫療技術의 확산 및 醫學教育·平生教育機能을 강화

15. 醫療保障

가. 必要性

醫療保障이란 모든 국민으로 하여금 건강하고 쾌적한 생활을 향유할 수 있도록 하기 위하여 差別없이 必要한 醫療를 언제 어디서나 無償 또는 經濟的 苦痛을 수반하지 않는 적절한 費用負擔으로 받게 하는 制度이다.

그런데 이를 실현하기 위한 技術的 手段으로서는 우리나라를 비롯하여 日本 및 유럽 大陸諸國에서 보는 社會保障方式과 英國과 일부 北歐諸國에서 채택하고 있는 國民保健서비스 방식이 있음은 주지하는 바이다. 社會保險方式은 私保險의 保險技術을 도입하여 法定保險料와 法定給與를 하는

國營의 强制加入의인 醫療의 保險制度로서 1883年 獨逸의 비스마르크의 社會政策으로 창설되었음도 잘 알려진 사실이다. 그는 醫療問題가 단순히 勞動階級이나 低所得層의 貧困의 原因이라는 社會問題로 파악하는데서 한걸음 나아가 國민적인 社會保障政策의 問題로 인식하였다. 그리고 당시의 醫療問題에 대응하기 위한 自助制度의 조직적 기반이었던 各 地域 및 地域에 임의로 설립되었던 醫療金庫를 모대로 하여 醫療保險 運營組織을 완성시켰던 것이다.

우리나라의 醫療保險制度 역시 制度의 창설에 이르는 과정을 더듬어 보면 선진국의 예에서 크게 벗어나지 않아서 勤勞者와 國民의 生活을 파괴하거나 그럴 위험이 있는 社會的 事故나 狀況에 대처하기 위한 社會保障制度의 일환으로 탄생되었다. 그러나 1977年 醫療保險을 도입한 지 12년 만인 1989년에 全國民醫療保險을 달성하여 國民의 基本적 醫療需要를 충족시키는데 성공하였으나 醫療의 質的 水準에 대한 불만의 소리가 醫療使用者와 供給者로부터 터져나오고 있다. 이제 21世紀를 맞아 그간의 醫療保障制度의 問題點들을 점검하고 개선하는 일은 시급을 요하는 政策課題로 등장하고 있다.

나. 現況 및 問題點

1) 醫療供給體系

醫療保障의 두드러진 특징은 다른 社會保障 施策과는 달리 醫療서비스의 供給體系가 없이는 그것이 성립되지 않는다는 점이다. 이를 해결하기 위하여 醫療의 社會化라는 형태로 醫療需要面에서 발생하는 문제에 대응하고 있으나, 우리나라의 경우 醫療供給이 民間部門에 의하여 주도되고 있어 다양한 醫療需要를 효율적으로 충족시키지 못한다는 약점이 있다.

醫療機關은 醫院, 病院 및 綜合病院으로 구분되어 있으나 이들간의 役割과 機能이 명확하지 않아 전체 醫療資源이 體系的, 效率的으로 활용되지 못하고 있다. 그 결과 醫療機關간에 患者誘致를 위한 경쟁을 벌이고

있으며 綜合病院도 연구와 교육기능보다는 病院收益을 위한 진료에 치중하는 실정이다.

또한 醫療利用者の 1次 診療機關에 대한 불신으로 3次 診療機關에 환자가 집중함으로써 '3시간 대기 3분 진료'라는 기현상이 발생하고 있다. 이를 개선하기 위해 제도화한 醫療傳達體系는 1, 2次 診療機關의 診療依頼書 發給制度의 형식적 운영으로 그 실효를 거두지 못하고 있다.

2) 保險給與

보험급여는 社會保險診療體制를 전제로 法定規格의 現物給與의 형태를 원칙적으로 취하고 있는 바, 그 핵심적 급여는 診察, 藥劑 및 治療材料의 지급, 處置, 手術 등의 치료, 病醫院의 收容을 내용으로 하는 療養給與이다. 그런데 醫療保險의 목적이 醫療費를 보장함으로써 家計負擔의 경감을 도모한다는 점에 있다고 할 때 우리나라의 療養給與 水準은 未洽하기 그지없다.

우선 保險適用期間이 연간 180일로 제한되어 있어 계속 診療와 투약을 필요로 하는 慢性疾患者의 本人負擔이 과중하고, 診療에 필수적인 CT와 MRI를 활용할 경우 檢査費 전액을 本人이 부담하는 등 非給與 項目이 과다하다. 예를 들어 3次 診療기관에 入院하면 제도상으로는 本人負擔이 20%로 되어 있으나, 실제로는 특진료, 검사비, 특실차액, 식대 등 53%를 本人이 負擔하고 있어 保險制度의 의미가 退色되고 있는 實情이다.

또한 給與가 疾病이라는 健康喪失에 대하여 治療에 의한 回復을 목적으로 하고 있어 健康增進 및 豫防에 소홀하며, 韓方과 齒科의 제한적인 醫療保險 적용으로 醫療歪曲 現象이 초래되고 있다. 指定診療制의 적용의사와 診療內容이 본래의 취지와는 달리 病院의 수입증대를 위한 목적으로 濫用되고 있어 利用者の 불평을 사고 있는 것도 問題點이다.

3) 醫療保險 酬價體系

醫療保險의 급여주체는 醫療機關이 국영이 아닌 한 自由開業醫가 될 수 밖에 없다. 이 경우 그들은 社會保險醫療機關으로서 법규제의 대상이 되기 마련인데, 여기에서 社會保險診療에 대한 報酬支拂制度和 診療價格의 결정과 같은 문제가 발생하게 된다.

우리나라의 경우 報酬支拂制度는 行爲別 酬價方式을 채택하고 있고, 診療價格은 정부가 결정하는데, 이 制度는 몇가지 問題點을 노정시키고 있다.

行爲別 酬價制度下에서는 保險酬價가 낮더라도 醫療서비스의 量을 증가시켜 收入을 보상할 수 있으므로 과잉診療로 인하여 醫療費 상승이 加速化되는 問題가 발생한다. 그리고 診療項目間의 酬價의 불균형으로 開業醫가 外科手術처럼 難易度에 비해 상대적으로 酬價가 낮은 診療를 기피하는 경향이 있고, 의사들은 內科, 外科 등 주요 과목보다 비급여항목이 많아 수익성이 좋은 成形外科, 皮膚科 등을 선호하는 실정이다.

한편 정부의 酬價統制에 대해서는 醫療供給者側으로부터 불만의 소리가 높다. 물가상승률에 못미치는 낮은 保險酬價로 인하여 醫療歪曲現象 등 각종 副作用이 초래된다는 것이다. 그 예로 의원의 入院料가 여관 숙박비보다 낮아 일부 醫院들은 입원실을 閉鎖하는 실정이고, 酬價가 낮은 正常分娩보다 고가의 제왕절개수술을 選好하는 問題 등을 들고 있다.

4) 醫療利用

醫療保障의 목적이 국민 누구나 양질의 醫療서비스를 언제 어디서나 받을 수 있도록 하는데 있다면 우리나라의 醫療保險制度는 功過의 평가를 동시에 받아 마땅할 것이다. 그 까닭은 지금까지 醫療서비스의 양적 확대에만 주력한 나머지 그 質的 向上에는 소홀하여 醫療利用에 있어서의 갖가지 問題點이 제기되고 있기 때문이다. 흔히 지적되는 問題들을 예거하면 다음과 같다.

夜間이나 公休日의 診療制度가 미비하여 醫療利用에 있어 시간적 공백이 존재한다. 患者의 家族이 간병하는 관행으로 인하여 국민의 정상적인

社會活動에 지장을 초래할 뿐만 아니라 과중한 經濟的 負擔과 良質의 간호에도 지장을 초래한다. 臨終患者를 위한 看病人制度의 부재로 人間의 대우를 받지 못하며, 家族에게 經濟的 心理的 負擔을 준다는 것 등이다. 또한 應急患者 移送體系가 미흡하고 專門高級人力과 裝備의 부족으로 應急患者 診療體系가 낙후되어 있고, 醫療事故에 대한 紛爭을 制度的으로 해결하는 장치가 없어 환자와 醫療機關 모두에게 고통을 주고 있다는 점도 問題點으로 지적되고 있다.

5) 醫療保險 管理運營體系

현행의 管理運營體系는 국민을 소득형태, 소득과약률, 醫療利用度 등이 유사한 집단별로 설립, 관리함으로써 保險料 負擔과 保險금여의 형평성을 도모하는 組合主義 方式을 취하고 있다. 그러나 이 方式은 組合間의 재정격차의 발생, 농어촌지역 등 취약한 組合의 財政不安定, 일부 소규모 組合의 管理運營費의 과다소요 등의 問題點이 나타나고 있다.

그 밖에 종합전산망이 미비된 管理體系 下에서는 주소 또는 직장이동시에 겪게 되는 組合탈퇴 및 加入節次의 번잡성과 2중자격자와 資格漏落者의 관리가 곤란하다는 문제가 있다. 한편 획일적인 組合運營으로 組合의 自律性和 책임성이 미약하여 組合의 經營성과가 발휘되기 곤란하다는 것도 短點으로 지적되고 있다. 이에 대한 대책으로 醫療保險을 전국단위로 통합 一元化하는 方案이 제기되고 있으나, 이 역시 現行方式에 못지 않은 問題點을 안고 있어 두 方式의 장점을 최대한 살리는 折衝方式이 모색되고 있다.

다. 今後의 課題

1) 醫療供給體系

가) 醫療傳達體系의 강화로 3次 診療機關으로의 환자집중현상을 완화시킨다.

나) 의원 등 1次 診療機關의 診療能力을 향상시킨다.

2) 保險給與

- 가) 慢性患者의 醫療保險 적용기간을 연장시킨다.
- 나) CT, MRI 등 高價醫療裝備에 의한 검사를 保險給與의 대상으
로 한다.
- 다) 성인병 검진 등 保健豫防事業을 급여대상으로 확대한다.
- 라) 韓方 및 齒科의 保險給與水準을 향상시킨다.
- 마) 남용되고 있는 指定診療制를 축소시킨다.

3) 醫療保險 酬價體系

- 가) 現行 醫療保險酬價의 수준과 구조를 합리적으로 조정한다.
- 나) 國民의 합의를 바탕으로 적정한 醫療保險酬價가 조정되도록 酬
價調整委員會를 설치한다.
- 다) 診療費 支拂制度는 現행의 行爲別 酬價制度를 보완하기 위해
包括酬價制를 段階적으로 도입한다.

4) 醫療利用

- 가) 夜間 및 公休日의 診療를 위한 醫療機關을 指定 運營한다.
- 나) 家族의 간병이 불필요한 病棟의 運營을 장려한다.
- 다) 臨終患者를 위한 호스피스사업을 도입한다.
- 라) 應急醫療體系를 確立한다.
- 마) 醫療紛爭調整制度를 조속히 도입한다.

5) 醫療保險 管理運營體系

- 가) 組合間 재정조정사업의 확대 및 종합전산망의구축 등에 의해
實質的인 綜合管理의 효과가 나타날 수 있는 折衝方式을 채택
한다.
- 나) 組合管理의 效率性을 증진시키기 위하여 組合規模의 적정화,
경영평가제의 도입 등으로 經營刷新을 도모한다.

라. 施行方案

1) 醫療供給體系

가) 醫療傳達體系的 강화로 3次 診療機關의 환자집중 완화

1, 2次 診療機關의 형식적인 診療依頼書 발급으로 醫療傳達體系가 유명 무실해지고 있는 실정이다. 이같은 問題點을 보완하기 위하여 3次 診療機關을 이용할 경우에는 의사의 구체적인 診療所見書를 제출하도록 하고, 1, 2次 診療機關 의사의 診療所見書 없이도 診療가 가능하던 3次 診療機關의 안과, 이비인후과, 皮膚科, 재활의학과 등 外來診療科도 醫療傳達體系의 적용을 받도록 한다.

한편 농어촌 주민을 비롯한 국민의 醫療利用 편의를 제고하기 위하여 생활권 중심으로 中診療圈의 범위를 확대한다.

나) 1次診療機關의 診療能力 向上

開業醫의 투자부담을 경감시키고 專門적인 診療水準을 향상시키기 위하여 人力, 施設 및 裝備를 공동으로 활용하는 집단개원 형태로 적극 유도한다. 그 유인책으로 醫療酬價, 세제, 금융 등의 지원方案을 강구한다. 開業專門醫의 診療能力을 향상시키기 위하여 200~400 병상규모의 病院의 일부를 開放病院으로 활용하도록 하고, 이들이 病院施設을 이용하는데 따르는 人力·施設基準과 醫療酬價를 별도로 개발하여 적용한다.

한편 傳染病 管理 중심의 保健所 기능을 慢性病管理와 診療中心體系로 전환하고 保健教育, 營養事業 등 包括적인 건강증진사업을 담당하는 중추 기관으로 육성한다.

다) 醫師養成制度의 改善

현재의 醫師免許는 이론중심의 國家考試를 실시하여 부여되므로 臨床能力이 미흡하여 1次診療를 담당하기 곤란한 실정이다. 따라서 의학과 3년 수료후에 理論中心의 國家考試를 실시하여 合格者에게 臨時醫師免許를 부

여한 다음 4학년에는 실기중심의 臨床敎育을 실시하고 다시 실기위주의 시험을 거쳐 醫師免許를 부여하는 方案을 검토한다.

單科專門醫의 과잉배출에 따른 問題點을 개선하고 환자와의 신뢰속에 包括的인 相談과 診療가 이루어질 수 있도록 家庭醫의 배출을 확대한다. 현재의 형식적인 研修敎育을 개선하기 위해 醫協과 病協으로하여금 研修敎育을 전담하는 敎育원을 설립토록 하여 다양한 敎育과정, 敎재 및 敎育지침서를 개발, 보급하게 한다.

2) 保險給與

가) 적용기간의 연장 및 고가검사의 保險給與

연간 180일로 제한되어 있는 醫療保險 적용기간을 1995년부터 6년간에 걸쳐 매년 30일씩 段階別로 연장시키고, CT와 MRI 등의 고가검사에 대해서는 1995년부터 醫療保險을 적용한다. 이 경우 地域組合에 대한 국고 지원이 추가로 소요될 것이다.

나) 保健豫防事業의 段階別 확대

1996년부터 地域組合의 가입자에게도 成人病 검진사업을 실시하는 한편 保健敎育의 확대 및 健康增進事業의 개발·보급을 도모한다. 이는 豫防, 治療, 再活의 統合的 제공이라는 給與體系 개선의 국제적 흐름에 부응하는 것이다.

다) 韓方 및 齒科保險 給與水準의 向上

韓方診療는 국민의 선호도가 높은 첩약 중에서 치료제와 한방물리요법의 保險適用을 검토한다. 齒科診療는 拔牙 위주의 診療形態를 개선하기 위해 치아의 보존을 위한 보존치료부문의 酬價開發과 保險適用을 추진한다.

라) 指定診療制의 改善

指定診療制의 남용을 방지하기 위하여 醫療機關別 指定診療醫師의 자격

요건을 강화하고 指定診療對象을 제한하는 등의 합리적 運營方案을 마련한다. 또한 指定診療 개선에 따르는 病院의 수입감소 부분은 酬價調整時에 이를 반영하도록 한다.

3) 醫療保險 酬價體系

가) 醫療保險酬價의 現實化 및 構造의 合理的 調整

醫療機關의 경영실태, 醫療原價 등을 객관적으로 조사·평가하여 適正診療로 유도할 수 있는 수준의 酬價가 반영되도록 한다. 診療에 투입된 자원, 難易度, 頻度 등에 상응하게 診療항목간의 상대가치를 調整하므로써 酬價의 균형이 유지되도록 한다. 또한 醫療環境 변화에 부응할 수 있는 상담료, 가정간호료 및 호스피스료와 같은 새로운 酬價를 개발한다.

나) 醫療保險酬價 調整委員會의 創設

醫療保險酬價의 합리적 調整을 위하여 醫療供給者, 수요자 및 公益代表 등으로 구성되는 酬價調整委員會를 창설하여 當事者의 참여를 통한 실질적인 酬價調整이 이루어지도록 制度化한다. 이를 위하여 醫療保險法을 개정, 위원회 설치의 법적근거를 마련한다.

다) 包括酬價制의 段階的 導入

醫療機關이 입원환자를 診療한 후 질병군별로 미리 책정된 총액개념의 診療費를 支拂받게 되는 包括酬價制(DRG)의 도입을 추진한다. 그러나 酬價制度의 변경에 따른 충격을 완화할 수 있도록 段階的으로 도입한다. 즉 1995년까지 醫療의 質 管理 등 關聯制度를 보완하고, 1996년부터 2년간 일부 病院 또는 診療費 偏差가 적은 일부 질환의 入院患者에 대하여 示範事業을 실시한 다음, 그 성과에 따라 段階的으로 확대 적용한다.

4) 醫療利用

가) 夜間 및 公休日 診療機關의 指定 및 運營

국민의 醫療利用 편의를 도모하기 위하여 夜間이나 公休日에도 診療하는 醫療機關을 지역별로 指定, 運營한다. 이 경우 指定醫療機關에 대한 보상으로 保險酬價와 患者本人負擔金을 적정 수준으로 調整한다.

나) 家族의 간병이 불필요한 病棟 運營

家族이나 간병인 역할을 대신하는 病棟을 指定, 運營함으로써 病院의 診療環境을 개선하도록 한다. 우선 원하는 患者를 대상으로 점진적으로 실시하되, 이에 따르는 비용을 受惠者가 실비로 부담하도록 한다.

다) 臨終患者를 위한 호스피스사업의 導入

臨終段階의 환자와 그 家族을 돌볼 수 있는 專門人力을 양성하는 한편 필요한 裝備와 藥品을 대여, 供給하는 사업을 실시한다. 1995년 하반기 실시를 목표로 事業遂行指針을 마련한다.

라) 應急醫療體系의 確立

國民이 신속 편리하게 신고할 수 있도록 多元化된 긴급전화를 통합 運營하고, 응급현장에는 20분 이내에 도착할 수 있도록 移送體系를 一元化한다. 應急現場의 치료효과를 제고하기 위하여 국민홍보 및 교육을 실시하고 1995년부터 救急車에는 應急救助士가 탑승하게 한다. 또한 應急醫療人力과 施設·裝備의 개선을 위하여 應急醫療酬價를 현실화한다.

마) 醫療紛爭調整制度의 導入

신속하고 공정한 판정을 위하여 醫療紛爭調整機關을 설치하고 調整前置主義制度를 도입하여 소송 이전에 紛爭當事者의 합의를 유도한다. 배상 또는 보상에 소요되는 비용은 醫療紛爭의 1차적 當事者인 醫療機關과 혈액원의 釀出金 및 保險財政의 지원금 등으로 조달하고 위원회 運營 등의 공적 경비는 정부예산으로 부담한다.

5) 醫療保險 管理運營體系

가) 組合規模의 適正化로 規模의 經濟實現

醫療費의 분산기능이 미약하거나 상대적으로 管理運營費가 과다하게 소요되는 소규모 職場組合을 統廢合하여 組合規模를 적정화한다. 地域組合의 경우 현재 진행중인 행정구역 개편과 연계하여 생활권이 유사한 市·郡組合의 통합을 추진한다.

나) 醫療保險 綜合電算網 構築

第1段階로 組合과 組合, 組合과 聯合會를 연결하는 전국전산망 구축을 1996년까지 완료하여 資格管理上의 불편을 해소하고 管理運營費의 절감을 도모한다. 第2段階로 組合, 聯合會, 醫療機關을 包括하는 醫療保險圈 전체의 전산망 구축을 1998년까지 완료한다.

다) 組合의 經營쇄신을 위한 經營評價制 導入

組合의 財政構造, 給與費 管理, 對民서비스 등 經營실적을 종합적으로 진단, 평가하는 組合經營評價制를 1996년부터 실시하여 經營의 合理化와 경쟁을 유도한다. 한편 組合의 劃一的 經營을 지양하기 위하여 權限의 위임과 함께 각종 규제를 완화한다.

라) 國民年金 擴大시 기존 保險組織의 連繫活用

앞으로 國民年金의 적용이 확대될 경우 동일한 적용대상자를 管理하고 있는 농어촌 醫療保險組合에 연금의 資格管理, 保險料 賦課·徵收, 給與 등의 일부 업무를 위탁, 활용함으로써 소요인력 및 예산의 절감과 함께 주민편의를 도모한다.

16. 洋韓方 協診體系

가. 必要性

1) 世界의 흐름에 同參하여야 한다.

東洋醫學에 관한 가장 오래된 書籍으로는 기원전 200내지 700년 사이에 쓰여졌을 것이라고 생각되는 『황제내경』이 있다. 이 책에 들을 利用한 鍼術이 東方으로 부터 傳來되었다는 記述이 있고 중국에서는 韓國을 通常 東方의 나라라고 부르던 점을 감안할 때 ‘침술의 원조는 한국이 아니었을까’ 하는 생각을 불러 일으키게 한다. 1929년에 함경도 옹기에서 발굴되었다는 석침과 골침이 약 5000년 정도 되었으리라는 考古學的인 주장 등은 그러한 可能性을 더욱 높여주고 있다. 이러한 事實을 전세계를 향해 외치기에는 좀 더 많은 物證의 蓄積이 필요하다 하겠으나 적어도 지난 1500여년 동안 우리 조상이 부단히 사용해 온 醫學이 있다면 싫든 좋든 이것은 우리의 傳統醫學임에 틀림이 없다. 이러한 우리의 傳統醫學이 온 세계 대부분의 나라에서 施術되어지고 특히 구미 선진 각국에서는 科學的 研究가 매우 활발하게 進行되고 있다. 일본과 중국을 위시한 아시아 지역 여러나라들도 科學的 研究를 위한 활발한 움직임을 보여주고 있다.

남들이 우리의 것을 研究하고 있으니 우리는 우리의 것을 더 빨리 더 많이 研究하지 않으면 안되겠다는 자세로 이러한 세계의 흐름에 과감히 同參하여야 한다. 미국 의학협회에서 침술을 정식 치료방법으로 수용하도록 촉구하고 선언한지도 이미 오래되었고, 世界保健機構에서도 東洋醫學의 科學的 研究와 東西醫學의 協診體系를 위하여 구체적인 도움을 提供하고 있다. 歐美 여러나라에서는 東洋醫學 특히 鍼術學을 정식으로 강의하는 의과대학의 수가 해마다 늘어나고 있으며, 鍼術學의 章(Chapter)을 수록하는 醫學 教科書의 수가 늘어나고 있다. 世界的으로 공인되는 科學的 研究論文을 수록하는 世界研究論文 目錄集(Index Medicus)에는 침술학 項目이 따로 설정되어 있어서 매달 최소한 수십편의 研究論文이 소개

되고 있다. 그러나 우리나라의 韓醫學 研究論文이 이 목록집에 수록되는 경우는 아주 드문 것이 오늘의 우리 現實이다. 우리나라에서도 1994년도 부터 일부 醫科大學에서 한의학개론을 정식 필수과목으로 개설하게 된 것은 뒤늦게나마 다행한 일이라고 評價된다.

2) 醫師들에게 醫術의 幅을 넓혀준다.

장도리를 유일한 道具로 갖고 있는 사람은 모든 것을 장도리로만 처리하려드는 制限點을 지니게 된다. 그러나 모든 道具를 두루 골고루 가지고 있는 사람은 경우에 따라 가장 알맞는 道具를 골라 쓸 수 있는 餘裕를 지니게 된다. 東西醫學의 知識과 技術을 다 구사할 수 있는 의사는 좀더 폭 넓고 여유있는 醫術을 펴는 치유자의 役割을 더 잘하게 될 것이다.

3) 研究活動에 補完的인 促進劑가 된다.

洋醫에게는 엄청나게 많은 量의 연구 아이디어를 韓醫學에서부터 얻을 수 있도록 할 수 있다. 반면에 韓醫에게는 西洋醫學의 研究方法論을 습득시킴으로써 韓醫學의 科學的 研究를 객관성 있게, 재현성 있게, 더 빨리 그리고 더 많이 해낼 수 있도록 할 것이다.

4) 醫療서비스를 消費者들에게 더 便利하고 低廉하게 提供할 수 있다.

東洋醫學과 西洋醫學이 한자리에 있는 즉 東西醫學의 구색을 다 갖춘 병원에 가게되면 환자들에게 이리저리 다닐 필요가 없으므로 환자에게 경비절약과 시간절약의 계기가 된다. 東西醫學이 接木된 制度下에서라면 의사들은 東西醫學을 다 공부하고 시술하는 전문가이니 서로 상충되지 않는 일관된 指示와 신빙성있는 충고를 患者에게 제공할 수 있을 것이다.

5) 綜合醫學을 創出해 21世紀 醫學을 主導해 나가야 되겠다.

東洋醫學과 西洋醫學에서 相互補完的인 長點만을 한데 묶어 融合, 調和를 시킴으로써 새로운 綜合醫學을 創出해 낸다면 이것은 東洋醫學만 있는

경우보다 우수하고, 西洋醫學만 있는 경우보다도 우수할 것이다. 第1醫學이 있고 第2醫學이 있는 상황에서 第3醫學이라고 하는 “또하나”의 醫學이라는 概念이 아니다.

2개 밖에 없었는데 또 하나를 만들어 3개를 만들어 그 셋 중의 하나가 된다는 概念은 전혀 아니고 第1과 第2를 둘 다 완전히 受容하고 學問적으로 融合 調和시키는 綜合醫學의 創出을 意味하는 것이다. 이러한 작업이 성공적으로 이루어 질 수 있는 가장 理想的인 나라가 韓國이라고 생각하는 이유는 첫째로 한국은 東洋醫學과 西洋醫學의 二元的인 體系가 행정상의 제도적인 측면에서나 소비자의 의료이용 측면에서 세계 어느 나라보다도 더 공고히 뿌리를 내리고 있는 점과, 둘째로 한국민족은 調和와 中庸의 道를 남달리 강조하고, 理와 氣의 哲學이 생활속에 배어있고, 전체를 包容하는 氣質을 지니고 있다는 점이다. 기독교, 유교, 불교가 각기 막강한 세력을 지니고 있어도 서로 싸우지 않으며, 眞理, 順理, 無理라든가 ‘기(氣)가 막히다’, ‘기절(氣絶)한다’, ‘비위(脾胃)가 거슬린다’는 등의 哲學的 思考가 生活속에 充滿해 있으며, 우주의 생성과 변화를 나타내는 太極의 심불을 우리의 국기로 삼고 있으며, ‘전 인류를 이롭게 하리라’는 弘益人間 思想을 國是로 떠받들고 있으며, 서양의 알파벳처럼 글자를 옆으로 쪽 나열하는 것도 아니요, 東洋의 한문처럼 미리 짜여져 있는 글자를 통째로 쓰는 것도 아닌 이 둘을 綜合하여 알파벳으로 글자를 만들어 쓰게 되어있는 한글을 지닌 것이 大韓民族이다.

나. 現況 및 問題點

1) 現況

‘東洋醫學과 西洋醫學의 接木이다 또는 協診이다’ 하는 말은 醫療制度가 二元化 되어 있는 社會에서만 適用되는 말이다. 따라서 동양권에 있는, 아니 좀 더 구체적으로 극동지역에 있는 몇 개 나라에만 국한되어 있는 개념이라 생각할 수 있다. 醫療制度가 단일화되어 있는 나라에선 接木시

킬 相對가 없기 때문이다. 어떤 새로운 醫學的 理論이나 概念이나 施術이 소개되면 이를 實驗과 檢證을 통해 버릴 것은 버리고 쓸만한 것은 마치 자기 살속에서 돌아나오는 식으로 成長해 갈 뿐이다. 나무와 나무를 붙이는 것 처럼 살아있는 두 個體를 接合시키거나 한 개체의 臟器를 딴 개체에 이식할 때와 같은 거부반응은 생기지 않는다는 뜻이다. 미국의 경우를 보면 州마다 다소 다른 면이 있기는 하지만 대개의 경우 의사가 300시간의 鍼術學의 講義와 實技의 수련이 있으면 침구사 자격증을 별도로 발급하며 큰 종합병원에 위치한 대부분의 통증클리닉에선 이 자격증을所持한 침구사들이 자연스럽게 診療에 임하고 있다. 더구나 침구학에 대한 研究를 하는데 있어서는 대학을 비롯한 각종 研究機關에서 연구 프 로토콜에 따라 하는 한 침구사와 같은 특별한 자격증을 要求하는 것도 아니고 무슨 法的 制約도 받지 않고 자유스럽게 研究活動을 할 수 있게 되어 있다.

미국에서는 의사가 아닌 사람도 3년 내지 4년의 침술학교를 卒業하고 州에서 실시하는 자격시험에 합격을 하면 의사의 감독하에 침술을 使用할 수 있도록 하는 制度도 있다. 이런 制度下에서 많은 患者들을 鍼術로 治療해 주는 것은 물론이려니와 鍼術에 대한 科學的 研究도 매우 활발하게 進行되고 있다. 프랑스, 독일, 스위스, 오스트리아, 스웨덴 등등의 유럽의 많은 나라에서는 의사들만이 鍼術을 施術할 수 있도록 制度化되어 있다. 또한 전문학원이나 전문학교 과정을 거쳐 침구사 자격을 받을 수 있는 나라도 있다. 필리핀, 인도네시아, 인도, 이란 등 東洋圈의 대부분의 나라도 마찬가지이며 오세아니아 주 모든 나라도 역시 같은 입장이다. 심지어 우리와 이웃하고 있고 1500년 정도의 東洋醫學 전통을 지니고 있는 日本에도 漢醫師制度가 없는 醫療單一化 體制를 갖고 있다. 西歐에서 처럼 침구사제도가 따로 있어서 많은 의사들이 特別한 制約없이 漢方醫學을 研究 또는 施術하고 있는 것이 日本의 特徵이기도 하다. 이러한 理由 때문에 漢方의 科學的 研究가 비교적 活潑한 나라 중의 하나가 되었다.

의과대학과는 별도로 한의과대학을 거쳐서 韓醫師가 輩出되는 나라는,

대만을 중국의 일부로 간주한다면, 中國과 우리나라 뿐이라고 해도 과언이 아니다.

中國에는 29개의 中醫學院(한의과대학 해당)에 재학생 약 25,000명이 있고 21개의 中醫學校(한의전문대 해당)에 재학생이 11,000명이 있으므로 도합 50개 한의과대학에 36,000명의 재학생이 있는 셈이다. 이것은 한의과대학이 인구 2천 4백만명당 1개인 셈이고, 한의과대학생이 인구 10만명당 3명있는 셈이 된다.

그런데 우리나라에는 한의과대학이 11개 있고 한의과대학 재학생이 약 5,000명 정도이므로 人口를 4천 5백만명으로 할 때 한의과대학은 인구 1백 40만명 당 1개가 있는 셈이 되고, 한의과대학 재학생수는 인구 10만명당 11명이 되는 셈이다. 이 숫자는 中國에 비해서 우리나라의 한의과대학은 17배나 더 많고 한의과 대학생은 4배나 더 많은 셈이다. 北韓에는 10개의 의과대학이 있고 그 의과대학에 모두 東醫學部가 있어서 東醫(한 의사)를 배출해 내고 있으니 南北韓을 합쳐서 고려한다면 이 비례수는 더 늘어나게 될 것이다. 結果적으로 우리나라는 全世界 180개국 중에서 인구비례상 한의과대학과 한의과대학생이 가장 많은 나라가 되는 것이다. 다시 말해서 韓國이 세계에서 東洋醫學이 가장 깊숙이 정착되었고 韓醫學의 醫療制度가 가장 공고히 定立된 나라가 된다는 뜻이다. 가장 두드러지고 가장 확고한 二元化 醫療制度의 保有國이 바로 韓國이다. 따라서 韓國에서 東洋醫學과 西洋醫學이 接木이 되던, 協診이 되던, 融合이 되던 역시 두드러지고 確固한 變化의 過程을 거쳐야 될 것임에 틀림이 없을 것이다.

2) 東西醫學 接木의 問題點

가) 東西醫學의 異質性

두 개체간의 融合, 接合, 接木, 移植 등은 同質性이 높을수록 그 만큼 容易해지며 異質性이 강할수록 그만큼 어려워진다. 東洋醫學과 西洋醫學은 서로 生理, 病理의 理論이 다르며, 診斷의 接近法이 다르고 治療의 施術方法이 다르며 또 疾病觀이 다르다. 한 나무의 다른 가지가 아니라 아

예 뿌리가 다른 두 나무와 같다. 그러나 둘 다 나무라고 하는 共通點이 接木의 可能性을 긍정적으로 示唆해 주고 있다. 東洋醫學에서의 간(肝)과 西洋醫學에서의 간이 품고 있는 概念은 서로 다르다. 단어는 같아도 뜻이 다른 경우가 매우 많다. 共通된 概念의 定立이 時急한 課題 중의 하나이다.

나) 偏見

상대방에 대한 偏見은 相互結合의 必要性을 否定하게 된다. 의사들의 韓醫學에 대한 偏見은 “고대의 전설과 얽힌 이야기로 시작된 假說的 理論이 몇천년 동안 客觀的 實驗과 檢證의 過程이 없이 옛모습 그대로 전해 내려오는 非科學的 醫學이며, 現代醫學 施設이 옆에 있는 한 별로 도움이 안되는 醫學이다” 하는 것이다.

韓醫師들의 西洋醫學에 대한 偏見은 “韓醫學은 원래가 科學이 아닌 哲學을 바탕으로 이루어진 知識의 體系인데 이것을 바탕으로 다른 科學으로 자꾸 分析評價하려는 것은 무리이며, 양방요법으로 治療가 안된 환자를 한방요법으로 성공한 예가 많으니 東洋醫學이 手術的 治療 부분만 빼 놓는 더욱 우수한 醫術이다. 그것을 모르는 양방의사들이 한방을 흡수하여 韓醫學의 本質을 말살하려 한다”하는 것이다.

偏見이 강할수록 結合은 더 어려워진다. 그런데 오늘날 쌍방의 偏見은 단순히 상대방 醫學에 대해 잘 모르기 때문에 存在한다는 사실을 알게 된다면 두 醫學은 결국 結合하게 될 가능성도 없지 않다는 사실도 알게 될 것이다.

다) 藥學의 所在

西洋醫學의 醫療制度下에서는 醫學과 藥學이 分離되어 있다. 즉 醫科大學과 藥學大學이 分離 獨立되어 있다. 그러나 東洋醫學의 경우에는 醫學과 藥學이 分離되어 있지 않다. 즉 醫와 藥이 한데 붙어있다. 이런 경우에 東醫와 西醫를 어떻게 붙일 것인가?

현재 狀態대로 西洋醫學과 東洋醫學을 結合시킨다면 醫와 醫끼리는 그 런대로 接合點을 쉽게 찾을 수도 있겠으나 여기에 함께 묻어 들어온 韓藥學은 어떻게 할 것인가? 반대로 韓方과 藥學이 結合된다면 藥과 藥끼리는 쉽게 接合點을 찾게 되겠으나 여기에 함께 묻어 들어온 韓醫는 어떻게 다룰 것인가? 東西醫學을 接木시키기 위해서는 다음의 다섯가지 길 밖에는 없을 것이다. 첫째는 現 制度대로 그냥 놔둔다. 두번째는 東醫, 西醫, 東藥, 西藥을 다 한데 섞어서 하나로 만든다. 세번째는 西醫와 韓醫藥을 結合시킨다. 네번째는 西藥과 韓醫藥을 結合시킨다. 다섯번째로 韓醫藥을 韓醫와 韓藥으로 우선 分離시키고 韓醫는 西醫와, 韓藥은 西藥과 結合시킨다. 즉 醫는 醫끼리 藥은 藥끼리 結合시킨다는 뜻이다.

다. 東西醫學 接木의 政策課題

東洋醫學과 西洋醫學의 接木은 部分的으로, 段階的으로, 긴 시간을 두고 進行하는 길과, 어느 일정한 시점에 一括的으로 改革하는 길이 있을 것이다. 接木의 過程에서 副作用을 最少化시키기 위해서는 段階的인 方法이 더 바람직하다고 본다. 하나씩 段階的으로 施行하거나 여러 段階를 同時에 施行하거나 할 수 있는 方法들을 列舉하면 다음과 같다.

1) 特殊大學院

醫師와 韓醫師만을 위한 特殊大學院을 設立하여 東西醫學의 高等教育課程을 開設하고 이 大學院을 修了한 자에겐 東西醫學 專門醫 資格證(醫師와 韓醫師 免許證)을 授與한다. 이들로 하여금 장래 東西醫學의 診療, 研究, 教育의 役割을 擔當하도록 한다.

2) 交叉 專門醫制度

專攻醫 修鍊 大學病院에 鍼術學科를 開設하여 醫大卒業후 4年間の 專攻修鍊을 통하여 鍼術學과 專門醫를 배출시킨다. 그리고 이들에게 韓醫師

資格證도 授與한다. 醫科大學 內的 基礎醫學 部門에는 傳統(韓醫) 藥理學科를 開設하여 醫大 卒業後 4年間의 助教 研究課程을 거쳐 韓醫師 資格證을 授與함과 동시에 韓藥에 관한 基礎研究, 臨床研究, 教育을 擔當하게 한다. 韓醫科大學病院에는 內科와 小兒科를 개설하여 韓의대 졸업後 4년간을 여기서 전문의 進공과정을 受료하면 醫師 資格證 授與와 동시에 東西醫學의 診療, 教育, 研究의 役割을 담당하게 한다.

以上에 記述한 東西醫學 特殊大學院이나 交叉 專門醫制度는 比較적 쉽게 금방 施行할 수 있는 方法이며 이러한 制度가 있는 한 東西醫學의 研究나 協診에 커다란 촉진제가 될 것이다. 빠른 速度로 研究를 進行시키고 있는 경쟁국들을 앞지르기 위해서는 이런 制度의 樹立이 시급하다 할 것이다. 더 좋은 制度를 導入할 때까지는 臨時方便으로도 試圖해 볼만한 方法이라고 생각한다. 그러나 窮極의 으로는 東洋醫學과 西洋醫學의 本質은 損傷시키지 않고 두 醫學의 特性을 보존한 채로 獨特하고 包括的인 綜合醫學(新醫學) 體制를 樹立해야 할 것이다.

3) 包括的 綜合醫學(新醫學)制度

우선 東洋醫學을 韓醫學과 韓藥學으로 分離시킨다. 韓藥學部나 韓藥學大學의 設立이 바람직하다. 韓醫學에 專門科의 再整備와 함께 專門醫 制度를 導入한다. 韓醫大 卒業 後 4년 이상의 專攻醫 過程을 受다. 醫科大學과 韓醫科大學의 區分을 폐지하고 의과대학 과정을 8년으로 만들어 東西醫學을 다 教育시킨다. 졸업 後 단일 醫師免許를 취득하게 된다. 기존의 의사들은 이미 소지하고 있는 일반의 또는 전문의의 資格만을 그대로 유지하고 있거나, 원하는 의사들에게는 2년 동안의 韓醫學 修鍊課程을 마련해 韓醫師 資格證도 받을 수 있는 制度를 만든다. 既存의 韓醫師들도 이미 소지하고 있는 韓醫師 免許만을 소지하고 있거나 원하는 韓醫師에겐 2年間의 西洋醫學 修鍊課程을 거쳐 一般醫師 資格證을 획득할 수 있는 制度를 만든다.

修鍊課程을 통해 一般醫나 一般韓醫의 資格證을 새로이 取得한 사람이

專門醫가 되고 싶을 때는 다시 4년간의 專門醫 專攻修鍊課程을 거치면 될 것이다. 鍼術처럼 韓方에는 있으나 洋方에는 없는 것은 鍼術學科로 따로 獨立이 되고 洋·韓方에 다 있는 科, 예를 들어 病理學 같으면 病理學科 內에 洋方病理와 韓方病理의 細部專門醫 制度를 채택한다.

라. 結論

東洋醫學과 西洋醫學의 接木이나 協診은 여러가지 측면에서 必要하다. 소비자(患者나 家族)에게 便利를 提供하고 經費를 절감시킬 수 있고, 醫療 서비스를 보다 效率의으로 提供할 수 있고, 診療의 폭이 넓은 醫師를 만들어낼 수 있고, 韓醫學의 科學的 研究가 활발하게 進行될 수 있고, 또 西洋醫學의 制限點을 補完할 수 있기 때문에 洋韓方 協診이 必要하다. 진정한 의미에서의 協診이나 接木은 단지 洋·韓方이 그저 한 건물 안에 같이 있다든가 아니면 한 방에 같이 앉아서 환자를 진료한다는 뜻은 아니다. 기름과 물을 한 통에다 부어넣은 것처럼 한 통안에 있기는 해도 물 따로 기름 따로 노는 식의 結合은 진정한 의미에서의 結合이 아니다. 둘이 녹아서 새로운 하나가 되는 融合을 말하는 것이다. 洋方과 韓方이 물리적으로 한 場所에 같이 있는 것도 중요하지만 東洋醫學과 西洋醫學이 學問的으로 融合되고 知識의 體系가 동질성을 지닌 개념과 용어로 정립이 되어야 한다. 中國이나 日本이나 대만 또는 홍콩 등지에서도 東醫(韓醫)와 西醫(洋醫)가 한자리에 같이 앉아 있기는 해도 진정한 의미에서의 協診은 되지 않고 있다.

時期的으로나 地理的으로나 文化的 背景으로나 세계에 유례가 없는 가장 理想的인 東西醫學 接木(洋韓方 協診)制度를 創出해 낼 수 있는 곳은 韓國이다. 가장 이상적인 包括的 協診體系를 완성하기까지는 많은 세월이 필요할 것이므로 이것은 長期計劃으로 접어 두더라도 東西醫學 特殊大學院 制度나, 東西醫學 交叉 專門醫制度는 하루빨리 시행하는 것이 우리나라 醫學이 21世紀의 世界를 主導해 나가는 役割을 하도록 하는 데 活力素가 될 것이다.

V. 21世紀 保健醫療의 政策方向과 推進課題

1. 保健醫療의 政策方向

21世紀 韓國의 保健醫療體系는 남북통일, 국제화와 개방화, 노령화, 정보화, 경제발전 등 國內外 環境變化와 의료기술의 혁명으로 요약되는 醫療內的 變化의 물결 속에서 適所(niche)를 찾아 國民健康을 極大化하는 방향으로 만들어져야 한다.

가. 基本價値: 衡平과 效率의 調和

醫療體系는 한 社會가 추구하는 기본가치에 의해 큰 骨格이 잡혀지며, 지금까지 그 價値는 衡平과 效率로 구분되어 어느 쪽을 강조하느냐에 따라 각 나라의 醫療制度가 形成되었다. 과거 社會主義 국가들과 영국 등의 國家保健서비스 組織은 醫療서비스의 형평을 중시한데서 온 産物이고, 자유주의적 가치관이 강한 美國의 醫療制度는 후자를 택한 것이라 할 수 있다. 또한 民間部門의 의료공급이 유지되면서도 사회보험을 통해서 의료재원을 조달하는 福祉先進國들의 醫療體系는 형평과 효율을 조화시키려는 노력의 결과라고 할 수 있다.

韓國의 醫療體系에 대해 醫療人들은 지나친 정부의 통제로 醫療供給이 위축되고 의료의 質이 저하될 우려를 표하고 있다. 반면에 사회일각에서는 기본적으로 營利를 추구할 수 밖에 없는 民間部門이 醫療供給의 주류를 이루기 때문에 醫療의 형평성이 저하되고 결국 전국민을 위한 醫療體系를 위해서는 醫療의 社會化가 이루어져야 한다고 주장하기도 한다. 양측의 시각이 나름대로의 근거를 갖고 있겠으나 새로운 설계를 하기에 앞서 醫療部門에 대한 세계적 변화의 메가트렌드(mega-trend)를 이해할 필

요가 있다. 外部效果, 消費者와 供給者간의 정보의 불균형, 기본권으로서의 醫療 등 의로서비스가 갖는 여러가지 經濟, 社會的 特性 때문에 시장 경제를 택한 선진국들에서도 醫療에 대해서는 정부통제가 강화되었고 형평성을 우선하는 醫療制度들을 발전시켜 왔었다. 그러나 Naisbitt와 Aburdence(1990)가 지적한 대로 福祉國家의 民營化 흐름이라는 최근의 물결은 醫療에 있어서도 效率性을 중요시하고 있다. 영국에서의 國家保健서비스 改革에 대한 논란, 네덜란드의 醫療保險 改革, 미국에서의 醫療改革 등이 모두 소비자 선택에 의한 경쟁을 통해 醫療시스템 전체의 효율성을 높이고 급증하는 醫療費에 대한 사회적 부담을 緩和하려는 노력이라고 할 수 있다.

여기서 우리는 醫療서비스의 本質에 대한 새로운 이해를 필요로 한다. 우선 과거의 질병들이 빈곤, 비위생적 여건 등 불합리한 사회구조에서 비롯된 것이 대부분이었는데 비해 현재 또는 미래의 질병들은 그 대부분이 개인들의 생활양식에서 비롯되는 것이라는 데 주목할 필요가 있다. 흡연, 음주, 무절제한 식습관 등 자기 파괴적인 행동에서 비롯되는 結果까지를 사회전체의 책임으로 귀속시켜야 할 것인가? 또한 21世紀는 知識과 情報 社會로 요약된다. 세계 어느 곳에서 일어난 어떤 사건들도 즉시 자기집 안방에서 알 수 있다. 21世紀 醫療의 모습을 염두에 두었을 때 과연 醫療 供給者들만이 醫療知識을 독점할 수 있을 것인가? 醫療技術이 상상을 초월할 정도로 발전되고 醫療서비스의 종류도 다양해져 生命保存과는 관계없이 소득 탄력적인 서비스가 크게 증가했을 경우에도 醫療서비스의 供給과 分配는 시장기능을 외면해야 할 것인가? 이러한 질문에 대한 대답은 모두 아니라는 것일 것이다. 즉 앞으로의 醫療서비스는 적극적인 시장기능을 活性化시켜 경쟁을 통한 效率性의 提高라는 경제원리가 적용될 수 있을 것이다.

물론 아직도 韓國社會는 社會의 불합리한 구조로 인해 질병을 앓고 적절한 治療를 받지 못하는 사람들이 많이 있다. 이러한 소외집단들의 健康을 보호, 증진하기 위하여 政策的 配慮가 지속되어야 함은 물론이나, 이

런 예외적 현상이 일반화되어 한국 미래의 醫療設計를 위한 基礎가 되어서는 안된다. 우리는 醫療體系가 추구하는 형평과 효율의 양대가치를 현명하게 조화시켜야 한다. 開放化, 多樣化時代에서 민간부문의 경쟁을 통해 效率性을 增進시켜야 하고, 정부재정 기능의 강화와 醫療保險의 제도적 개선을 통해 재원조달과 배분의 사회화를 성숙시켜 형평성을 높여 가야 할 것이다.

나. 民間部門의 創意的 競爭에 의한 醫療시스템의 革新

한국의 醫療시스템은 국민들의 需要를 충족시키고 환자들의 다양한 취향을 만족시킬 수 있도록 혁신되어야 한다. 즉 공급자 주도의 의료시장에서 소비자 중심의 의료시장으로 빠르게 전환되어야 한다. 빠른 변화만이 國際化, 開放化 時代에서 한국 醫療가 경쟁력을 갖게 되는 것이다.

지금까지 醫療體系는 정부의 계획에 의해 전체 효율을 증가시킬 수 있는 것처럼 보였고, 모든 醫療시스템의 변화는 실제로 엘리트 관료에 의해 주도되어 왔으며, 醫療人들도 그것이 당연한 것으로 인식하여 왔다. 人力需給에서부터 새로운 프로그램의 개발, 의료전달체계에 이르기까지 정부 주도의, 규제중심의 제도가 개발되어 온 것이다. 醫療人이나 民間病院들도 새로운 제도를 찾기 위한 창의적인 노력을 기울이기보다는 행정적인 조치를 기다려 온 것이 그 동안의 관습이다. 이러한 方法으로는 국민들의 기대를 충족시킬 수 없고 국제경쟁력을 갖추기는 더욱 어렵다. 공정한 룰(rule) 속에서 창의적 경쟁이 이루어져야만 韓國醫療의 未來는 보장될 수 있다.

이를 위하여 정부는 불필요한 규제를 없애서 民間 醫療機關들의 창의적인 노력이 규제에 걸려 시도되지 못하는 일이 없도록 하여야 한다. 또한 한 두 機關에 대한 특혜가 아닌, 공정한 경쟁이 될 수 있는 여건을 조성해 주어야 한다. 예를 들어 한두 병원에서라도 在家治療事業(또는 가정간호사업)을 시도할 경우 酬價制度의 미비, 保險給與 認定與否 未決定 등을

이유로 留保시키기보다는 실시를 적극 지원해 준다든지, 병원간 여러 형태의 조직연합이나 어텐딩 제도 등을 도입하고자 할 때 全體的인 제도 실시를 검토하는 것보다는 그 제도를 導入 運營하고자 할 때 어떤 것이 문제가 되는 지를 찾아서 해결해 주는 자세가 필요하다. 3차 병원이라는 이유만으로는 높은 가산율, 전체적으로 낮은 보험수가 하에서 特診制度의 制限 등은 과연 공정한 경쟁인지도 검토해야 할 것이며, 保險患者 진료수가뿐 아니라 구입약가(input price)의 카르텔 유도 등도 바람직한 규제인지를 검토해야 할 것이다.

醫療시스템의 革新을 가져오기 위하여 醫療機關 자체의 노력은 더욱 절실하게 필요하다. 어려운 환경을 打開해 가기 위해서 비정상적인 방법을 모색하기 보다는 公開的으로 管理의 革新을 追求하여야 한다. 국민들의 기대는 무엇이고, 환자들의 요구는 어떤 것인지를 파악하여야 하고 醫療技術은 어떻게 변화되고 있고 외국의 병원들은 어떻게 변신하고 있는지에 대한 정보를 가져야 한다. 病院運營에 있어 지나친 醫學的 모델의 의존성을 탈피하고 社會科學的 모델들이 적용되어야 하고 病院經營 책임도 전문가에 맡겨야 한다. 病院經營의 폐쇄성이 허물어지기 전에는 어떻게 발전해 갈 것인가에 대한 비전을 합의하고 그 비전을 달성하기 위한 구체적 戰略들이 개발되는 醫療改革이 이루어져야 한다.

다. 政府의 財政機能 強化

醫療의 衡平과 效率과 社會化는 政府의 財政機能 強化로 추구되어야 한다. 지금까지 醫療시스템 構築을 위한 政府의 투자는 극히 미미하였다. 우선 순위에 있어 국방, 경제개발, 교육 등에 밀려 醫療部門에 투자할 여력이 없었다는 설명에 수긍은 간다. 그러나 그 결과 민간부문 주도의 醫療供給으로 공익성이 떨어졌고, 앞서 지적한 형평성의 문제가 초래된 것이다. 이 책임을 그 동안 의료공급을 확대해온 민간부문에 돌린다면 그것은 '희생양을 비난'하는 것이나 마찬가지다. 醫療人 個人이 부를 축적

했다기보다는 國民健康을 위한 便宜施設(사회간접자본에 해당)이 民間醫療人들에 의해 形成되어 온 것이다.

西歐의 福祉國家들에서는 거의 모든 病院施設들이 국가 또는 지방정부가 투자한 것이고 民間病院들이 주를 이루는 미국과 일본에서도 민간병원의 施設投資에 대해서는 보험진료 수입과는 별도로 정부의 재정지원이 상당부분을 차지하고 있다. 醫療資源의 地域的 均衡配置와 같은 형평성을 높이기 위한 정책도 정부재정기능이 확대되어야만 가능하다. 醫療傳達體系가 실시된 후에도 실시 목적중의 하나였던 지역간 醫療資源의 均等配置가 실효를 거두지 못한 것이나 고가장비도입 심사제도도 별 效果를 보지 못한 것은 정부투자없이 규제중심 정책의 한계를 보여주는 것이라 할 수 있다. 앞으로 醫療施設에 대한 자본적 투자에 대해서는 一般財政 支援을 통한 再分配 政策이 強化되어야 한다.

라. 費用效果的 醫療技術의 定着

다른 産業分野에서 기술의 革新은 生産費用의 감소를 가져오나 醫療分野에서 技術의 發展은 엄청난 費用의 上昇을 招來하고 있다. 물론 기술의 발전으로 비용을 많이 쓰는만큼 국민들의 건강수준이 향상되고 서비스의 질이 향상된다면 나름대로의 가치가 있겠으나 醫療技術 발전으로 인한 한계비용은 큰 반면에 한계편익은 별로 크지 않다는데 문제가 있다. 예를 들어 현재 미국에서 하이테크 醫療서비스를 필요로 하는 치료방법에 소요되는 비용은 表 23과 같다.

이러한 治療方法들이 한국에서도 적용되고 있고 비용은 미국에 비해 상대적으로 적다고 하겠으나 이러한 疾患들의 診斷과 治療에 상당히 많은 社會的 費用이 사용되고 있다. 문제는 이러한 비용의 상당부분을 관련 질환의 豫防을 통해 줄일 수 있다는 것이다. 관상동맥 우회로 수술을 필요로 하는 심근경색증을 예로 들어 볼 때 발생 위험요인인 흡연, 운동부족, 고지방 섭취 등의 생활습관을 교정함으로써 이 질병에 걸리는 환자를 많이

줄일 수 있고 따라서 이에 소요되는 경제적 비용도 줄일 수 있는 것이다.

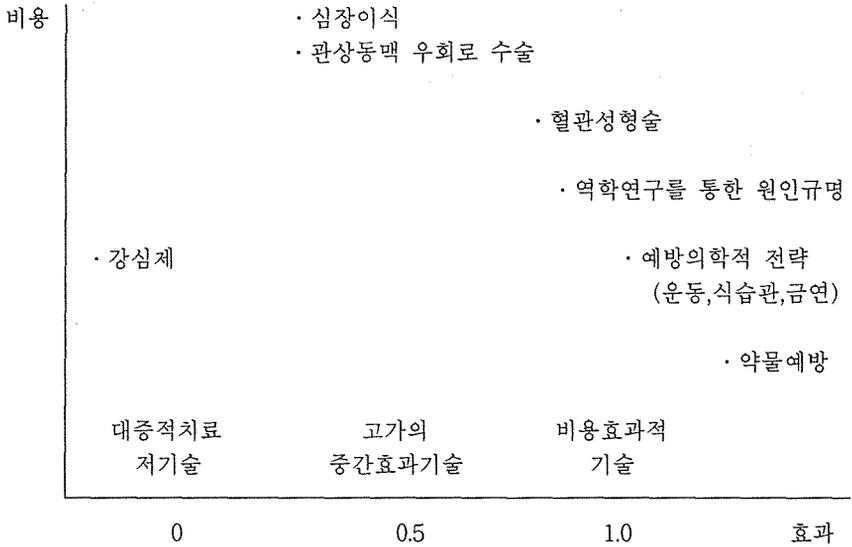
<表 23> 主要 疾患別 治療 및 再活費用 推計

| 질 환 | 치료방법의 예 | 비용추계(환자 1인당) |
|---------|---|---|
| 심장질환 | 관상동맥 우회로 수술 | \$30,000 |
| 암 | 폐암치료 자궁암치료 | \$29,000(연간) \$28,000(연간) |
| 뇌졸중 | 반신불수 치료 및 재활 | \$22,000(연간) |
| 사고 및 손상 | 전신불수 치료 및 재활 골반골절 치료 및 재활 중증 두뇌손상 치료 및 재활 | \$570,000(일생동안) \$40,000 (연간) \$310,000(연간) |

資料: 김한중, 「향후 의료보험제도의 바람직한 발전방향」, 『의료보험과 국민의료에 관한 세미나』, 대한의학협회, 1991.

醫學技術이 발전해 온 단계를 보면 질병의 원인이 불확실한 상태에서 단지 증상을 완화시키는 治療技術만을 適用하는 초기 기술단계에서 일단 질병이 발생된 뒤에 이를 완치시키는 臨床的 技術의 開發 단계로 이어진다. 하이테크라고 불리는 醫療技術들이 대부분 이 단계에 해당되는 것으로 앞서 언급한대로 비용이 아주 많이 든다. 概念的으로는 질병의 원인이 규명되고 질병의 진행과정이 명확하게 밝혀지게 되면 질병발생 자체를 예방하는 費用效果的인 技術段階가 가능하다. 실제로 지구상에서 박멸된 것으로 선언된 천연두나 예방접종과 환경위생 개선으로 발생이 지속적으로 감소되고 있는 감염성 질환들의 管理는 이러한 단계에 이른 것으로 볼 수 있다.

앞으로 국민들의 가장 큰 健康問題로 대두될 만성퇴행성 질환의 관리기술도 감염성 질환관리의 마지막 段階인 비용효과적 기술을 발전시키는 방향으로 나아가야 하며 심장질환을 예로 들면 <圖 3>과 같다.



<圖 3> 의료기술의 발전 방향 (예: 심장질환)

최근 한국에서 발생이 급격히 증가되고 있는 심장질환의 경우 선진국에서 대처해 왔던 경험을 보면 初期에는 어떠한 원인에서든지 심장의 기능이 저하되게 되면 디지탈리스(digitalis)라는 강심제를 사용하여 심근 수축력을 증가시키거나 심박수를 감소시켜 증상을 완화시키고자 하였으며 이때의 비용은 그렇게 크지 않았다. 그 후 심부전증의 많은 원인이 관상동맥 협착증이란 것이 알려지고 患者에 따라 그 원인이 확인되면 관상동맥 우회로 수술을 하거나 심한 경우 심장이식 수술까지를 하고 있다.

이러한 기술이 현재 醫學技術의 꽃이라고 불리울 정도로 발전하고 있고 최근 한국에서도 심장이식 수술이 실시되었고 수술을 받은 환자는 건강을 회복하기도 한다. 그러나 이러한 技術의 適用은 엄청난 비용을 수반하기 때문에 모든 患者들이 그 혜택을 받을 수 없으며 따라서 한 社會 전체로 보아서 국민건강 수준도 크게 향상되지 않는다. 이러한 한계점을 인식해서 선진국에서는 費用效果的인 새로운 技術戰略을 발전시키고 있다. 즉

관상동맥 협착을 일으키는 근본적인 원인이 흡연, 운동부족, 고지방의 과다섭취 등 부적절한 생활습관에서 비롯된 것을 疫學研究를 통해 밝혀내고 건강실천 행위를 통해 이러한 危險要因을 제거하여 질병발생 자체를 豫防하려는 戰略을 택하고 있다. 또한 심장질환 뿐 아니라 중풍과 같은 뇌졸중의 危險要因이 되고 있는 고혈압을 조기발견하여 적극적인 治療를 하는 것도 이러한 管理戰略의 하나가 되고 있다.

尖端技術 또는 어려운 技術보다는 技術適用의 普遍性, 그 效果, 低廉한 費用 등이 醫學技術 適用의 判斷基準이 되어야 한다. 21世紀에 가서 한국의 醫療問題도 선진국의 경험에 비추어 볼 때 사회가 감당하기 어려울 정도의 醫療費 상승이라고 전망해 볼 때 우리도 費用 效果의인 기술을 普遍化시켜야 할 것이다.

마. 醫療倫理의 定立

우리 사회에는 醫療을 하나의 科學技術의 적용정도로 인식하는 경향이 있고 社會的 爭點이 되는 경우도 응급환자가 적절한 치료를 받지 못했다거나 가난한 사람이 돈이 없어 診療를 못 받는다거나 농촌지역에는 의사와 병원이 부족하다는 것과 같은 醫療利用의 制限에서 생기는 問題點과 관련된 것이 주를 이룬다. 또한 법적으로 뇌사가 인정되지 않는 상황에서도 심장이식 수술이 이루어지고 하나의 劃期的인 醫學技術의 성공으로 치부하는 傾向마저 보이고 있다. 그러나 醫療은 사람의 생명을 다루는 것으로 기술의 적용뿐 아니라 人間生活에 직접적으로 관련된 실질적인 問題를 다루게 된다. 이러한 관점에서 의사는 환자를 성실하게 다루어야 한다는 식의 직업윤리 차원을 넘어 환자를 진료하는 과정에서 맞게 될 여러 가지 상황에 하나 하나 어떻게 대처해야 하는지에 대한 醫療倫理 問題가 의료인뿐 아니라 사회학자, 윤리학자, 종교인들에 의해 종합적으로 연구 정립되어야 한다.

선진국에서 이미 대두되었거나 앞으로 문제가 될 醫療倫理에 대한 내용

을 크게 세 가지로 분류할 수 있다. 첫째는 人間關係의 倫理로 의료분야에서 서로 얼굴을 맞대는 사람과 사람사이의 倫理問題이다. 진실을 말해주는 것, 私生活의 비밀보호, 治療過程과 方法에 대한 의사의 설명과 환자의 승낙, 醫學研究者와 研究對象 등의 문제가 인간관계 윤리의 내용이며 이를 다른 방법으로 분류하면 醫師와 다른 요원과의 관계, 醫師와 患者의 관계, 患者와 家族간의 관계와 연관된 倫理的 상황으로 나눌 수 있다.

둘째는 醫療에 따라 派生된 삶과 죽음과 관련된 문제이다. 예를 들어 인공호흡기의 개발은 많은 사람의 생명을 구했으나 뇌사한 사람도 마치 살아있는 사람처럼 호흡을 하게 하고 오랫동안 무의식 또는 반무의식 상태를 유지하게 해 주었다. 따라서 醫師들은 죽음이 임박한 사람에게 어떠한 技術을 어떻게 사용해야 할 지에 대한 결정을 하게 되었고 이것을 통해 환자와 환자의 가족과의 관계에 있어 複雜한 문제가 생기게 되었다. 이러한 것이 환자의 죽음과 관련된 醫療倫理 문제로 대두되어, 뇌사 판정기준, 장기공여기준, 계속치료 여부 결정, 안락사 문제 등이 떠오르게 되었다.

삶과 관련된 기술로서는 양수검사 기술 등과 같은 것으로서 원래 태아의 기형 등 건강을 평가하기 위하여 개발되었다. 그러나 이 기술은 태아의 성감별을 가능케 하여 원하지 않는 성의 태아를 유산시키는 남용문제를 일으켰다. 또 시험관아기 기술에서 수정에 사용하고 남은 난자의 처리문제와 대리모에게서 낳은 아기의 소유문제 등 윤리적인 문제를 야기시키고 있다.

셋째는 醫療分配와 關聯된 問題로 모든 사람에게 필요하지만 항상 부족한 醫療資源을 어떻게 분배하겠느냐의 문제로 이는 巨視的 分配와 微視的 分配로 나뉜다. 巨視的 分配는 醫療資源을 정의에 맞게 분배하는데 필요한 醫療制度의 倫理的 側面을 다루며 微視的 分配는 特殊 醫療資源(의사, 생산량이 한정된 신약)을 어떻게 分配할 것인가와 관련된 것이다.

그러나 韓國 社會는 이와 같이 중요한 醫療倫理와 관련된 문제에 대한 사회적 合意는 물론 깊은 論議도 이루어지지 않고 있다. 참 인간다운 사회를 만들기 위하여 단지 科學技術의 적용 뿐 아니라 인간적인 고뇌와 인

간적인 결정이 이루어져야 할 것이다.

2. 主要 保健醫療의 政策課題

가. 保健政策分野

과거 10년보다도 국민건강 수준이 크게 향상되었으나 지금도 불필요하게 일찍 사망하는 생명을 살릴 수 있는 여지가 충분히 있다. 이미 잘 알려진 疾病豫防 對策과 健康增進 方法을 效果的으로 推進하게 되면 모든 국민이 건강하게 살 수 있는 21世紀를 맞을 수 있다. 물론 국민건강은 죽음을 막는다는 것만이 아니기 때문에 국민 건강수준도 사망률만 가지고는 측정할 수 없다. 건강수준의 向上은 사망의 감소 뿐 아니라 불필요한 고통, 질병의 발생, 불구나 손상, 모든 것을 줄이는 데서 올 수 있다. 삶의 質과 마찬가지로 건강도 국민 각자가 느끼는 안녕상태로 평가될 수 있고 한 國家의 健康水準은 국민전체의 健康水準의 향상으로 파악되어야 한다.

건강한 사회를 만들기 위해서는 科學的 知識, 전문적 기술, 국민 각자의 건강하고자 하는 의지, 社會의 資源과 政策意志가 종합적으로 作用하여 사람들에게 주어질 自然的 壽를 생산적이고도 활력있게 살 수 있게 하여야 한다. 이러한 관점에서 국민의 건강유지 및 증진이란 目標을 설정하고 한국인의 건강한 삶을 연장시킬 뿐 아니라 醫療서비스를 균등하게 받는데서 한걸음 더 나아가 지역간, 계층간 모든 국민의 健康水準이 균등하게 되고 治療뿐 아니라 豫防서비스도 모든 국민이 받을 수 있도록 保健醫療 政策을 추진하여야 할 것이다.

國民의 健康維持 및 增進시키기 위한 주요 保健事業 領域은 表24와 같다. 우선순위를 갖고 추진해야 할 16개의 사업은 크게 건강증진, 건강위험 예방, 질병관리와 대상별 건강관리로 구분할 수 있다. 健康增進은 개인의 생활습관(life style)과 관련되어 건강실천 행위를 유도할 수 있는 전략들이고, 健康危險 豫防은 인구집단을 사고나 재해로부터 보호할 수 있

는 환경적 또는 규제적 전략들이며, 질병관리는 유병률 및 심각성이 큰 질환에 대한 총체적 의료서비스를 말하며, 대상별 건강관리는 일반인에 비해 건강의 유해 가능성이 높은 대상을 특별 관리하는 것이다.

<表 24> 國民의 健康維持 및 增進을 위한 主要 保健事業 領域

| | |
|----------|---|
| 건강증진 | 1. 적절한 육체적 운동과 균형잡힌 영양 2. 금연 3. 음주와 기타 약물중독의 예방 4. 건강교육 및 건강상담 |
| 건강위험 예방 | 5. 불의의 사고 및 손상예방 6. 산업안전과 산업보건 7. 식품 및 약품의 안전관리 8. 공해로부터의 건강관리 |
| 질병관리 | 9. 만성질환 관리대책(심장질환, 뇌졸중, 암, 당뇨병) 10. 성병 및 AIDS 11. 전염병관리(간염) 12. 정신보건 13. 구강보건 |
| 대상별 건강관리 | 14. 모자보건 15. 청소년보건 16. 노인보건 |

1) 健康增進事業

1960년 초 이래 급속히 발전된 경제는 우리의 위생수준을 상당부분 끌어올렸다. 따라서 Omran(1971)이 구분한 질병의 시대로 보면 전염병이 만연하는 유행병과 기근의 시대를 벗어나 退行性 및 人造疾病時代로 옮겨가 한창 진행되는 시기로 볼 수 있다. ‘缺乏과 不足으로 因한 疾病’ 時代로 부터 이제는 ‘豊饒로 誘發되는 疾病’ 時代로 進行되고 있다고 볼 수 있다. 이제는 흡연, 음주 및 약물중독, 사고, 비만, 운동부족 등이 중요관심이 되었다. 지금 한국인의 건강상태는 선진국들의 1970년대 말의 상황과 많은 부분 유사한 상황이라고 할 수 있다.

個人的 健康行爲가 건강수준에 미치는 영향은 어느 정도나 되나? 研究

에 의하면 흡연, 음주 및 기타 일상생활 방식은 주요 암 발생에 影響을 주어 전체 암으로 인한 사망의 80% 이상에 기여하며 심혈관계의 질환으로 인한 사망의 50% 이상이 개인의 生活方式에 의한 것으로 알려져 있다. 우리나라의 경우 전체 사인의 1, 2위가 암, 심혈관계 질환임을 고려할 때 개인의 건강을 결정하는 日常生活樣式의 重要性에 경각심을 가져야 할 것이다. 健康을 생각하면서 먹고 마시고 움직이어야 하는 시대가 온 것이다. 소위 補藥으로 건강을 향상시키는 안이한 행동에서 運動이나, 금연, 식습관의 적극적인 변화 등 각 개인의 생활방식을 향상시킴으로써 최적의 건강상태로 끌어 올리는 노력이 필요하다.

健康增進 프로그램은 개인의 건강행위를 유도하여 위험요인에 노출을 줄이고 그러므로써 삶의 質을 올리는 것을 목적으로 한다. 즉 개인들로 하여금 자신들의 健康에 대한 자제능력과 책임감을 부여함으로써 최상의 健康을 성취하도록 하는 것이다. 이러한 것은 한 개인의 문제만이 아니라 잘못된 생활습관을 변화시키기 위한 사회전반의 노력을 필요로 한다.

이러한 노력들은 地域社會에서, 職場에서, 保健醫療機關에서, 學校에서 구체적인 프로그램으로 개발되어야 하되 한 방향으로 이루어져야 한다. 우선 법으로 뒷받침되어야 하고, 대중홍보와 교육을 위한 자료가 개발되어야 하며 保健教育의 전문인력이 양성되어야 한다. 특히 醫療人들은 국민들의 健康行態에 가장 큰 影響력을 미치므로 醫療界 내에서 그 重要性和 深刻성이 먼저 거론되고 의견이 수렴되는 것이 바람직한 순서일 것이다. 그러기 위해서는 지금까지 질병과 診療에만 쏠려있던 관심을 積極的인 건강증진을 위한 서비스에 돌리도록 하여야 한다.

2) 健康威脅 豫防

産業化가 진전되면서 놀라운 經濟發展을 이룩하였으며, 社會構造가 變化하였다. 이로 인해 과거에 크게 문제시되지 않았던 健康威脅이 증가되고 있으며 크게 증가될 것으로 예측된다. 21世紀에 건강에 가장 위협을 줄 것으로 예상되는 대표적인 것으로는 不意의 事故 및 損傷, 産業災害

및 職業病, 食品 및 藥品에 의한 危害性, 公害로 인한 健康障礙를 들 수 있다.

不意의 事故 및 損傷과 産業災害 및 職業病은 지금까지의 추이로 미루어 보아서는 획기적인 개입이 없는 한 쉽게 감소되기는 어렵다고 생각하며 더욱이 비교적 平均餘命이 많은 젊은 집단에서 발생하므로 발생수 자체에 양의 가중치를 곱한 수로 환산한 때 그 중요성은 더해질 것이다. 不意의 事故 및 損傷과 産業災害 및 職業病은 개인의 안전과 보건에 관한 인식이 향상되어야 함과 동시에 사회적 또는 사업주의 노력이 합쳐질 때에만 豫防의 효과가 있을 수 있다. 制度的 및 政策的 또는 企業的 豫防 노력과 함께 國民과 勤勞者에 대해 安全 및 保健에 관한 인식을 향상시킬 수 있는 對策의 講究가 필요하다. 따라서 豫防對策은 공학, 심리학, 의학적 기술측면 이외에 安全管理 組織이나 安全教育를 포함하여야 한다. 그리고 일단 事故 및 災害가 발생한 후에는 장차 있을 지도 모를 再發에 대비한 豫防對策의 再檢討도 필요하지만 현실적으로는 피해자의 社會復歸力을 신속히 회복시킬 수 있는 적절한 의학적 조치, 특히 구급법의 강화와 영구 불구자에 대한 社會復歸 方案도 講究하는 것이 바람직하다.

21世紀에는 현재의 水準과는 비교할 수도 없을 정도로 많은 식품 및 약품에 의한 위해성과 더불어 산업화 및 도시화에 의한 공해로 인한 건강장해가 건강에 威脅을 주는 요소로 더욱 부각할 것이다. 식품 및 약품 그리고 공해에 의한 健康威脅은 불특정 다수에게 영향을 미치게 되고, 個人的 次元에서는 통제가 불가능하므로 국민들은 식품 및 약품 그리고 공해에 의해 유발되는 실제 유해성의 크기보다 그들이 인식하는 유해의 크기가 더 크며 막연한 불안감으로 느끼던 유해성이 실제로 표출되었을 경우 국민들의 불안감은 증폭되어져 社會的으로 큰 무리를 일으킬 가능성이 높다.

따라서 식품 및 약품 그리고 공해에 의해 유발될 수 있는 健康 유해성을 豫防하기 위해서는 個人的 次元의 개입여지가 크지 않고 社會的 次元에 의한 豫防이 필수적이므로 社會的 裝置를 견고히 해야될 뿐만 아니라 科學的 知識에 기초한 對國民의 弘報가 必要하다. 즉, 專門的인 知識을

국민이 알고 이해할 수 있는 의사소통의 기법을 開發해야 할 것이다.

3) 疾病管理

次世紀에 管理해야 할 질병으로는 현재 死亡原因 중 상위에 속해있는 뇌졸중, 심혈관계 질환과 암과 유병률이 높은 당뇨병과 성병, 생활수준이 향상되고 치료방법의 開發에 의해 새로운 관심을 가지게 될 신경증을 포함하는 정신병과 구강관련 질병, 그리고 效果의인 관리가 이루어지지 않았을 경우 外部效果가 큰 전염병과 후천성 면역결핍증(AIDS)를 들 수 있다.

21世紀에는 醫學의 급속한 발전으로 현재 治療할 수 없는 많은 질환이 治療可能하게 될 것이다. 그러나 治療할 수 있는 疾患이 많아진다는 것과 질병이 효율적으로 관리된다는 것은 동일하다고 할 수 없으며 이들 技術의 모두가 費用效果的이라 할 수 없다. 따라서 疾病管理는 費用效果的 技術을 利用하고 질병의 전과정에 걸쳐 적용되는 效率的인 管理方案은 別途로 開發하여야 한다. 이들 질병의 대부분은 生活習慣의 변화로 많은 부분 豫防이 가능하므로 1차예방을 위해 건강증진 프로그램의 活性化와 더불어 早期診斷 및 治療 등의 2차예방 그리고 재활 등의 3차예방을 包含하여 總括的으로 관리해야 하며 관리에 필요한 專門人力 및 시설과 정보 체계의 확보가 따라야만 한다.

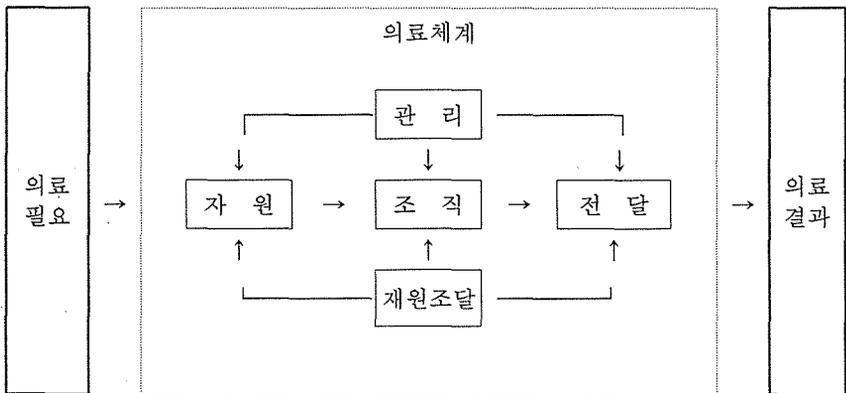
4) 對象別 健康管理

앞서 제기한 保健管理의 과제인 健康增進, 健康威脅의 豫防, 그리고 疾病管理는 전국민을 대상으로 시행하나 일반인구집단에 비해 健康의 有害可能性이 높은 대상에 대해서는 특별히 管理되어야 한다. 次世代의 건강 수준에 결정적인 영향을 주는 영유아 및 모성, 정상적인 성인으로서의 역할과 밀접한 관계가 있는 청소년, 21世紀에 그 비중이 크게 증가할 것이며, 신체적 및 경제적으로 허약한 老人들은 일반인들에게 적용되는 保健政策과 더불어 해당 대상에게 특수히 적용되는 健康管理 體系가 필요하다.

한편, 靑少年保健과 老人保健의 경우 그들의 건강에 영향을 주는 要素가 醫學的 要素에만 의하지 않고 社會的 支持機能에 의해 강하게 影響을 받으므로 靑少年 및 老人保健 프로그램은 社會的 支持機能을 담당하는 프로그램과 連繫되어 실시하여야 한다. 즉, 福祉政策의 큰 틀속에서 이들의 健康問題를 함께 다루어야 한다.

나. 醫療政策分野

국가의 醫療體系는 국민의 醫療必要(need)에 대해 醫療結果를 이끌어 가는 全過程이라 할 수 있다(Roemer, 1991). 따라서 醫療體系에는 첫째, 人力, 保健醫療施設, 保健用品 및 知識 등의 資源의 生産 둘째, 정부 및 민간조직, 기업 등의 프로그램 組織 셋째, 개인, 자선, 임의보험, 사회보험, 조세, 외국인조 등에 의한 財政調達 넷째, 기획, 행정, 조정, 입법 등의 管理 다섯째, 1차, 2차 및 3차보건의료, 특수의료 등의 서비스傳達이 포함된다(圖 4). 여기에서는 주요 政策課題인 醫療의 專門化와 醫療費 上昇, 醫療人力 및 機關의 固有機能 活性化, 醫療保障 改編方案에 대해서만 記述하기로 한다.



<圖 4> 醫療體系의 概念的 模型

1) 醫療의 專門化와 醫療費 上昇

過去 醫療라고 했을 때 연상된 것은 청진기와 왕진가방을 든 의사 한사람의 모습이었다. 한사람의 의사는 그 동네에서 태어나는 아기를 받고 그 아기가 성장해서 결혼한 뒤 새아기를 낳을때도 받을 뿐아니라 일생 살아가며 아픈 모든 질병을 治療해 주는 全科醫의 役割을 해왔다. 그러나 醫學의 發展은 專門化를 가속시켜 왔고 疾病의 種類에 따라 서로 다른 專門醫의 診療를 받게 되었고 이러한 현상을 受容하기 위해서 한 장소에서 모든 疾病을 治療받을 수 있고 고가의 장비를 갖춘 백화점식의 綜合病院이 浮上하게 되었다.

하이테크로 일컬어지는 21世紀 醫療에서 이러한 專門化 趨勢는 더욱 加速化 될 것으로 展望된다. 그러나 專門化가 종합병원 일변도로 이루어지기 보다는 系列別, 疾患別 또는 臟器別 專門病院이 등장하고 크게 성장할 것으로 豫測된다. 그 이유로는 첫째, 앞으로 사람들이 앓게 되는 질병은 만성질환이 주를 이루기 때문에 자기가 앓고 있는 질병만을 계속적으로 관리해 줄 수 있는 專門施設에 대한 需要가 增加될 것이고, 둘째, 交通·通信, 情報시스템의 發展은 필요한 경우 외부병원의 지원을 손쉽게 받을 수 있고, 셋째, 한국 병원의 주를 이루고 있는 중소병원들의 경영적인 입장에서 모든 과를 개설하여 백화점식 서비스의 나열보다는 전문적 서비스로 집중하는 것이 규모의 경제가 適用되어 유리하기 때문이다.

그러나 醫療의 專門化는 醫療技術의 발전과 함께 醫療費 증가를 더욱 加速化시켜 國民 醫療費 부담을 크게 할 것이다. 가장 많은 醫療費를 지출하고 있는 미국의 경우 1990년 현재 GDP의 12.1%를 醫療에 支出하고 있고 기타 OECD 諸國에서도 평균 7.6%까지를 醫療費로 사용하고 있다. 현재 6% 정도로 추산되고 있는 한국의 保健醫療費도 醫療需要의 急增과 고급화, 醫學技術의 발전 등으로 더욱 커질 것으로 예상된다. 아무리 건강에 대한 국민들의 욕구가 크다고 하더라도 지나친 醫療費 지출은 다른 분야에 대한 투자를 제한하여 機會費用을 크게 할 뿐 아니라 지출하는 비

용만큼 건강편익이 증가하지 않아 사회 전체적 效用을 감소시킬 우려가 있다.

醫療資源이 절대적으로 부족했을 시기에는 醫療서비스에 대한 접근도를 증가시켜 未充足된 醫療需要를 어떻게 충족시킬 것이냐가 가장 중요한 政策 課題였다. 醫療人力과 施設을 擴充하고 전국민의료보험을 실시한 것 등이 접근도를 올리기 위한 政策手段이었다. 그러나 앞으로는 醫療의 質을 높이기 위한 良質의 醫療管理와 國民醫療費의 適定水準 維持가 새로운 政策課題로 대두될 것이다. 이에 대한 政策手段으로서 醫療體系의 效率的인 改編, 고가장비의 공동활용, 의약품 유통상의 불합리성 시정과 함께 진료보수지불제도 개편 등이 검토되어야 할 것이다.

2) 醫療人力 및 機關의 固有機能 活性化

醫療人力과 醫療機關은 醫療資源중 핵심을 이루는 중요한 要素이다. 人力 및 機關은 해당영역에 있어 제 기능을 발휘해야 資源 活用의 效率性을 기할 수 있다. 醫療人力인 의사와 한의사, 의사 및 한의사와 약사와의 관계는 구조적으로나 상황적으로 중복되어진 부분이 있으며 이는 今世紀 韓國醫療가 해결해야 할 과제이다. 한편, 醫療機關에 있어서도 醫療機關 種別에 따라 상호보완성을 유지해야 할 관계가 경쟁적 관계를 유지하고 있는 부분이 있다. 醫療機關 種別내에서의 경쟁적 관계는 醫療技術 및 서비스 次元에서 바람직한 측면이 강하다. 그러나 醫療機關 種別間의 경쟁적 관계는 醫療施設을 상급화시켜 중복 투자를 招來하게 되거나 競爭에서 떨어지는 醫療機關 種別이 도태하게 되어 양쪽의 결과 모두 社會的 次元에서 得이 될 수 없게 된다. 따라서 醫療機關의 種別에 있어서도 固有의 機能을 갖도록 政策方向을 유도해야 할 것이다.

國家에서는 醫療人力에 면허를 주어 독점성을 인정함으로써 면허되어지는 해당분야에 대한 배타성을 維持하게 하고 있다. 醫療法 제2조에 의하면 醫師의 임무는 “의료와 보건지도에 종사함을 임무”로 하며, 韓醫師는 “한방의료와 한방보건지도에 종사함을 임무”로 한다고 규정되어 있다.

醫師와 韓醫師는 면허상 인정해주고 있는 固有의 領域을 동일한 대상 및 질병에 대해 상이한 접근방법을 적용한다는 차이로 구분하게 된다. 이는 醫師와 齒科醫師가 상이한 대상 및 질병에 대해 동일한 접근방법을 사용하는 것과는 뚜렷한 차이가 있다. 동일한 방법을 사용할지라도 대상 및 질병의 상이함은 양 직종간의 갈등의 소지가 적은 반면, 동일한 대상 및 질병에 대해 상이한 방법을 사용하는 경우 접근방법의 우위에 따라 선택되어지게 되므로 쌍방간의 갈등은 전자에 비해 훨씬 커질 소지가 있다. 洋方 및 韓方醫療를 병존하고 있는 우리의 現在는 醫療의 급속한 발전, 醫師 및 韓醫師의 量的 增加 등이 예견되는 21世紀에는 갈등의 깊이와 넓이가 증가될 것이다. 이에 대한 對策은 빠르면 빠를수록 갈등으로 인한 후유증을 최소화할 수 있을 것이며 상호의 長點을 극대화할 수 있는 統合된 形態가 바람직하다고 생각한다.

醫療人力間의 기능적 측면에서 검토되어야 할 분야가 醫師 및 韓醫師와 藥師와의 關係이다. 韓醫師와 藥師의 문제로 인해 큰 진통을 겪고 있으며 醫師와 藥師의 문제도 조만간 問題화되어질 것이다. 醫師와 藥師와의 관계는 기본구조에 있어서는 큰 문제가 없으나 현실적 상황에 의한 문제이다. 따라서 醫師 및 藥師가 고유의 기능을 발휘할 수 있는 정책의 틀 속에서 현실성을 감안한 단계적 해결방안이 제시되어야 할 것이다.

醫療機關間 固有의 機能을 발휘하기 위해서는 醫療機關 種別에 따른 內實化가 필요하다. 일차의료기관의 경우 다른 종류의 의료기관과는 달리 최초로 환자를 진료하는 기능을 원활히 수행할 수 있는 人力을 確保하여야 하며, 이들이 경쟁력을 유지하도록 하는 제도, 예를 들면 집단개원, 어텐딩체계의 도입, 검사대행 기관의 활용 등을 검토할 수 있다. 2차의료기관의 경우 地域社會中心 거점병원으로서의 역할을 강화하는 政策的 配慮가 필요하며, 특수화된 醫療를 전문적으로 진료하는 병원 예를 들면, 요양병원이나 특수진료병원으로서의 기능강화도 경쟁력을 높일 수 있는 方案이 될 것이다. 1차 및 2차의료기관이 제 기능을 수행할 때 3차의료기관은 본연의 임무를 수행하게 될 것이다.

3) 醫療保障 改編方案

한국의 醫療保障體系는 생활보호자 등 저소득층을 대상으로 하는 醫療保護와 그 외의 전국민을 대상으로 하는 醫療保險으로 구분되나 全體人口의 94%가 적용을 받는 醫療保險이 核心이 된다. 한국의 醫療保險은 법에 의한 강제가입, 사용자, 근로자, 정부에 의한 보험료 분담, 질병발생 위험확률과 관계없이 일정률이 적용되는 집단율에 의한 보험료 산정, 소득에 비례하는 보험료 각출 등 社會保險 方式을 採擇하고 있다.

1977년 制度 導入후 12년만인 1989년에는 全國民醫療保險을 실시하므로써 짧은 시간내에 전국민의료보장시대를 열게 된 것이다. 醫療保險이 도입된 후 국민들의 醫療利用의 接近性이 크게 向上되었고 醫療施設과 病床數 등 供給도 크게 增加하는 등 많은 긍정적 效果를 가져왔지만 조합방식과 통합방식 논쟁으로 함축되는 醫療保險 管理運營 方式에 대한 社會 전체의 論難이 계속되고 있다.

지금까지 醫療保險에 대한 討議는 현재의 문제점을 토대로 하여 이루어져 왔으나 남북통일이 可視化되고 있는 시점에서 醫療保障 體系의 發展方向은 統一後의 狀況을 바탕으로 모색되어야 할 것이다. 북한의 醫療體系, 醫療供給 能力, 북한주민들의 부담능력 등을 고려하여 남북 양 지역에서 가장 妥當하고 가능한 醫療保障體系를 발전시켜야 한다. 醫療保障制度의 發展方向으로서는 첫째, 의료이용, 보건교육, 예방사업 등 國民健康 水準의 向上 및 維持를 위한 綜合的 接近方法이 모색되어야 하고, 둘째, 公正하고 衡平性있는 費用 負擔이 되어야 하며, 셋째, 관리운영비의 극소화로 管理效率을 提高하고, 넷째, 재정관리와 보건기획 등 行政管理의 統合運營으로 의료조직 전체의 효율성을 제고하며, 다섯째, 國民醫療費 安定 등을 제시할 수 있다.

3. 맺는 말

우리는 21世紀라는 새로운 시대를 눈앞에 두고 있다. 경이로운 技術革新, 일찍이 볼 수 없었던 새로운 經濟的 機會, 놀라운 政治改革, 人類共存을 위한 새로운 국제질서, 위대한 文化中興 등이 世界와 韓國에서 엮여지고 있는 것이다.

대통령 자문 21세기 위원회의 제5차 미래정책 토론 내용에 의하면, 21世紀 韓國社會는 통일국가가 완성되고 人口의 老齡化 趨勢는 加速化되어 65세 이상 노인인구가 1990년 5%에서 2000년에는 6.8%, 2010년에 9.4%, 2020년에는 12.5%로 추정되지만, 통일 이후 노령화 속도는 약간 늦춰질 것이다. 한국의 經濟成長은 가속되어 2000년에 12,000불, 2010년에 19,350불, 2020년에는 29,460불에 이르러 풍요한 物的 土臺를 마련해 줄 것이다. 현재 分野에 따라 5~10년 이상의 격차를 보이고 있는 科學技術도 향후 20~30년 동안 크게 발전하여 기술혁신의 측면에서 선두그룹이 될 수 있을 것으로 보이며 모든 국민이 情報社會에 적응하게 되고 이로 인해 다시 국제화, 개방화, 지역화가 더욱 촉진되는 情報社會에 진입하게 될 것이다. 한편 2020년까지 90%의 국민이 기반시설이 제대로 갖추어진 都市環境에서 살게 되고 세계적 생활양식이 보편화되는 가운데 민족고유의 전통문화가 중흥되어 국제화 추세속에서도 한민족의 정체성이 강화되어 갈 것이다.

21世紀 韓國醫療의 變化를 살펴보면 우선 國民健康水準은 크게 向上되고 개인의 생활습관과 관련된 암, 순환기계 질환이 증가할 것이고, 특별한 대책이 마련되지 않는다면 각종사고와 알코올 또는 약물남용에 의한 중독도 증가될 것으로 보인다.

21世紀 醫療는 하이테크 의료라고 명명될 정도로 상상하기조차 힘든 醫療技術의 발전이 예상되며 유전공학, 장기이식, 뇌신경분야의 기술발전들이 선도할 것이다. 醫療서비스 조직에도 큰 변화를 일으켜 입원에서 외래, 외래에서 다시 家庭으로 醫療서비스의 場이 변화되고 專門化된 중소 규모 병원의 설립과 운영이 活性化되고 대규모 병원들은 機能 또는 單位

別로 分權化되는 조직 구조로 바뀌어 갈 것이다.

21세기 국민건강을 위한 保健體系를 만들어가기 위해서는 衡平과 效率의 양대 가치를 현명하게 調和시켜야 하며 민간부분의 창의적 경쟁으로 醫療시스템을 혁신시켜 醫療시스템의 效率性を 높이고, 정부의 財政機能을 強化하여 衡平性を 追求하여야 할 것이다. 또한 우리사회가 감당하기 어려운 정도의 醫療費 상승을 초래하게 될 무분별한 하이테크 기술을 보편화하는 것보다는 費用效果的인 技術을 定着시켜야 한다. 한편 尖端科學技術을 적용하는데 있어 醫療倫理에 대한 研究가 活性化되고 社會的 合意가 이루어져야 한다. 만성퇴행성 질환이 주를 이루게 될 시대의 公衆保健의 새 방향은 健康한 生活習慣을 갖게 하는 健康增進施策이 되어야 한다. 고령화시대에 맞는 노인의료 프로그램과 노인전문 의료시설이 개발되어야 할 것이다.

건강한 사회를 만들기 위해서는 과학적 지식, 전문적 기술, 국민 각자의 건강하고자 하는 意志, 사회의 자원과 정책의지가 종합적으로 작용하여 사람들에게 주어질 자연적인 수(壽)를 생산적이고도 활력있게 살 수 있게 하여야 한다. 이러한 관점에서 모든 國民의 健康維持 및 增進이란 目標을 설정하고, 한국인의 건강한 삶을 연장시킬 뿐 아니라 醫療서비스를 균등하게 받는데서 한 걸음 더 나아가 地域間, 階層間 모든 國民의 健康水準의 격차를 해소하고, 예방과 치료가 조화를 이루는 서비스를 모든 국민이 받을 수 있도록 保健醫療政策을 推進하여야 할 것이다. 未來는 결코 주어지는 것이 아니라 창조하는 것이다. 우리와 우리 자손들의 삶의 질을 향상시킨다는 점에서 21世紀 國民健康을 위한 保健醫療體系를 만들어 가야 할 것이다.

參 考 文 獻

- 건강사회를 위한 보건의료인 연대회의, 『건강사회를 위한 보건의료』, 천문
학사, 1992.
- 건강사회를 위한 치과의사회, 『(가칭)공중구강보건법 제정을 위한 1차 공
청회』, 1994.
- 경제기획원, 『인구종합분석 보고서』, 1989.
- 경찰청, 『교통사고통계』, 1991.
- 고흥경, 『고등학생의 약물남용실태에 관한 연구』, 이대석사학위논문, 1990.
- 교통개발연구원, 『교통정보』, 1993.
- 교통신보사, 『한국교통통계연감』, 1984.
- 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산행태: 1991년 전국 출산력 및 가
족보건실태조사 보고서』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 국립보건원, 『감염병발생정보』, 제5권 제8호. 1994.
- 국민구강보건연구소, 건강사회를 위한 치과의사회, 『제3회 구강보건개발
연찬회』, 1994.
- 김일순, 「여성 및 청소년 흡연의 문제와 대책」, 『의료보협회보』, 1992.
- 김정순, 『역학각론』, 신광출판사, 1991.
- 김종배, 『상수도수불소화사업에 관한 연구보고서』, 1988.
- 김종배·문혁수·신승철·장기완·이광희, 『구강보건정책개발에 관한 연구』, 1987.
- 김종배·백대일·문혁수·김진범, 『국민구강건강실태조사보고서』, 1992.
- 김종배·최유진, 『공중구강보건학』, 고문사, 1991.

- 김진순 외, 『도시 1차보건의료사업 운영개선 연구』, 한국인구보건연구원, 1989.
- 김한중, 「더불어 사는 복지국가의 실현」, 『21세기 한국의 선택: 경제와 복지』, 대통령자문 21세기 위원회, 1992.
- 김한중, 「국민건강과 보건의료」, 『21세기 한국의 선택: 경제와 복지』 대통령자문 21세기 위원회, 1992.
- 김한중, 「향후 의료보험제도의 바람직한 발전방향」, 『의료보험과 국민의료에 관한 세미나』, 대한의학협회, 1991.
- 남정자·정기혜, 『학교보건교육개선에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1989.
- 남정자·최정수 『지역사회 정신보건 시행방안연구』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 노인철·유성호·한혜경·유영학·한영자·이충섭, 『보건사회부 행정조직의발전 방안』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 대통령자문 21세기 위원회, 『2020년의 한국과 세계』, 동아일보사, 1992.
- 대통령자문 21세기 위원회, 『2000년에 열리는 통일시대』, 동아일보사, 1993.
- 대통령자문 21세기 위원회, 『21세기를 향한 한국의 과제』, 도서출판 비파, 1991.
- 대통령자문 21세기 위원회, 『남북한 통합 전망과 정책과제』, 제5차 미래정책 공개토론회, 1992.
- 대통령 비서실 21세기 기획단, 『21세기의 한국』, 동화출판사, 1993.
- 대한보건협회, 『2000년대 방역정책의 발전방향에 관한 세미나』, 1990.
- 대한신경정신과학회, 『대한신경정신과학회 연보』, 1991, 1993.
- 대한치과의사협회, 『구강보건인력 적정수급에 관한 심포지엄 보고서』, 1988.
- 대한치과의사협회, 『구강보건정책개발에 관한 심포지엄 보고서』, 1989.

- 대한치과의사협회, 『의료보장개혁위원회에 대한 치과계의 의견』, 1994.
- 동아일보사, 『2000년대에 열리는 통일시대』, 대통령자문 21세기위원회, 1993.
- 문화체육부, 『청소년백서』, 1993.
- 박인화·황나미, 『모자보건의 정책과제와 발전방향』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 박인화·황나미, 『아동건강증진 정책개발: 모유수유실태와 권장지원방안』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 박명윤, 『2000년대를 향한 청소년 육성정책』, 국제포인트리클럽, 1993.
- 박명윤, 『일본의 청소년정책: 외국청소년정책에 관한 연구』, 한국청소년연구원, 1990.
- 박정은, 『여성발전을 저해하는 보건학적 요인실태』, 한국여성개발원, 1994.
- 박현애·최정수·류시원, 『장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 변중화·박인화·최정수, 『질병예방 및 건강증진 전략개발연구』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 보건사회부, 『임산부 신생아 사망 및 사산보고 수요분석』, 1990~1992.
- 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1993.
- 보건사회부, 『한국인 암등록 조사자료 분석보고서』, 1993.
- 보건사회부, 『1992년도 환자조사보고서』, 1994.
- 보건사회부, 『국민영양조사보고』, 1975-1992년 각년도.
- 보건의료정책연구소, 『21세기를 향한 보건의료세미나 연제집』, 1991.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 『포괄적 보건의료 서비스 제공을 위한 보건지소 모형개발』, 1993.

- 서 일, 「전국 남자 중고등학생의 흡연실태」, 『한국역학회지』, 제10권 제2호, 1988.
- 손영자, 『우리나라 마약류사범에 관한 통계적 고찰』, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1989.
- 송건용 외, 『1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 『특수업태부의 에이즈에 대한 인식과 성행태에 관한 연구』, 1993.
- 양봉민, 「국민의료비 억제방안에 관한 연구」, 『의료보험관리공단』, 1989
- 유승흠, 「노인보건의 과거, 현재 그리고 미래」, 『노인보건의료 관리모델 개발』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 유승흠, 『인구노령화에 따른 의료이용행태 및 비용분석에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1992.
- 의료보험관리공단, 『의료보험통계연보』, 1980, 1985, 1990, 1992.
- 의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 1994.
- 장안기, 「전국 정신과 치료시설의 분포에 대한 조사」, 국립서울정신병원, 『임상연구논문집』, 1989.
- 정기원·오미영, 『아동권리의 증진을 위한 법적 제도적 행정적 조치』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 정성철·신승철, 「국민학교, 중·고교 교과서 내용중 구강보건관련 내용에 관한 조사분석 연구」, 『대한구강보건학회지』, 제14호 제2권, 1990.
- 주왕기 외, 『고등학교 3학년 학생들의 약물남용과 비행경험 실태』, 강원대 사회학과 연구논문집, 제 31권, 1991.
- 체육청소년부, 「청소년 약물남용 실태와 예방」, 『청소년 약물 오·남용 실태와 예방교육 프로그램 개발에 관한 보고서』, 이화여자대학교 한국문화연구원, 1989.

- 천정웅 외, 『청소년관계법령 및 제도보완연구』, 한국청소년연구원, 1991.
- 통계청, 『2000-2020 장래인구추계』, 1992.
- 통계청, 『한국의 사회지표』, 1992.
- 통계청, 『사망원인통계연보』, 1981~1993.
- 통계청, 『한국의 사회지표』, 1992.
- 통계청, 『주요해외경제지표』, 1993.
- 통계청, 『장래인구추계: 1990~2021년』, 1991.
- 통계청, 『사망원인 통계연보: 인구동태신고에 의한 집계』, 1992.
- 통계청, 『국민건강수준 얼마나 향상되었나』, 1994.
- 한국농촌경제연구원, 『식품수급표』, 1992.
- 한국마약퇴치운동본부, 『마약류 및 약물남용 실태조사보고서』, 1994.
- 한국보건사회연구원, 『노인의료보장의 발전방향에 관한 연구』, 1992.
- 한국보건사회연구원, 『에이즈 예방관리사업 추진현황 분석과 전략개발에 관한 워킹결과 보고서』, 1994.
- 한국보건사회연구원, 『미혼남녀의 성행태에 관한 연구』, 1994.
- 한국보건행정학회, 『국민의료와 정부의 역할』, 1991.
- 한국복지정책연구소, 『청소년정책연구』, 1990.
- 한국약물남용연구소, 『약물남용의 실태와 예방대책』, 1993.
- 한국청소년개발원, 『한국의 청소년 지표』, 『청소년생활지표 개발연구』, 1993.
- 한국청소년연구원, 『청소년 문제행동 진단을 위한 조사연구(I) - 청소년 문제행동에 관한 청소년, 학부모, 교사의 의식조사』, 1990.
- 한국청소년연구원, 『청소년관계제도 연구자료집 : 청소년기본법』, 1991.

한국형사정책연구원, 『유홍업소 주변의 습관중독성물질 오·남용 실태연구』, 1991.

한국형사정책연구원, 『청소년 범죄행동 유발요인에 대한 심리학적 연구』, 1991.

한국형사정책연구원, 『청소년비행의 원인에 관한 연구』, 1990.

한국형사정책연구원, 『청소년의 약물 오·남용 과정에 관한 연구』, 1991.

함병수 외, 『청소년관계제도 개선방안에 관한 연구: 육성체계, 법령을 중심으로』, 한국청소년연구원, 1991.

Australian Government (Department of Community Services and Health), *Towards Better Nutrition for Australians, Report of the Taskforce of the Better Health Commission*, Australian Government Publishing Service, 1987.

Bal DG, Kizer KW, Felten PG, Mozar HN and Niemeyer D, "Reducing tobacco consumption in California", *Development of a statewide anti-tobacco use campaign*, JAMA(United States), vol. 264, 1990.

Bierer MF and Rigotti NA, "Public policy for the control of tobacco-related disease", *Med Clin North Am.(USA)*, Massachusetts General Hospital, Boston, 1992.

Centers for Disease Control(CDC), "1990 Youth risk behavior surveillance system", 1990.

Cummings KM, Sciandra R, "The public health benefit of increasing tobacco taxes in New York State", *NY State J Med*, 1990.

DHHS, *Healthy people 2000*, 1990.

DHSS, "Reducing the health consequences of smoking", *A report of the Surgeon General*, 1989.

DHSS, "The health consequences of smoking, cancer", *A report of the Surgeon General*, 1982.

- Eun-Jin Choi, "The identification and analysis of selected health behaviors as reported by Korean adolescents in Seoul", The Pennsylvania State University, Unpublished doctoral dissertation, 1993.
- G.Phil, "No-Tobacco day targets workplace as UN world health campaign funding", *JAMA*, 1992.
- Guinn RM, "Operational Restructuring for Patient Focused Care: The Facility Implications", *World Hospitals*, 1993.
- Hinds MW, "Impact of a local ordinance banning tobacco sales to minors", *Public Health Rep(United States)*, 1992.
- Iglehart, John K., Health policy report, "The campaign against smoking gains momentum", *The New England Journal of Medicine*, 1986.
- Marwick, Charles, "Advocates say smoke-free society eventually may result from more curbs, Taxes on tobacco use", *JAMA*, 1993.
- Muir Gray, *Accident Prevention*, Oxford University Press, 1993.
- Peterson DE, Zeger SL, Remington PL and Anderson HA, "The effect of state cigarette tax on cigarette sales", *Am J Public Health(United States)*, 1992.
- Pipe A, "Tobacco control: politicking for prevention(editorial:comment)", *Can J Public Health(Canada)*, 1992.
- Powles JW, Gifford S, "Health of nations: lessons from Victoria, Australia", *BMJ(England)*, 1993.
- R. Poemer, "Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic", WHO, 1993.
- Townshend GS, Yach D, "Anti-smoking legislation an international perspective applied to South Africa", 1988.

Townsend J, "Policy to have smoking deaths", *Addiction*(England),1988.

Turner T, "Healthy localities", *Nursing Times*, 1990.

U. S. Department of Health and Human Services, "Healthy People: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives", 1990.

White House Domestic Council, *The President's Health Care Reform Plan*, 1993.

WHO Regional Office for Europe, *Health for All Targets*, 1993.

WHO, "Diet, Nutrition, and the Prevention of Diseases", *WHO Technical Report Series* , 1990.

World Bank, "World Development Report", *Investing in Health*, 1993.

Wright, Helen S., Sims, Laura S, *Community Nutrition : People, Policies, and Programs*, A Division of Wadsworth, Inc.,1981.

厚生省, 『厚生白書』, 1986.

研究報告書 94-26

21世紀를 향한 保健醫療 政策課題

1994年 12月 日 印刷 값 5,000원

1994年 12月 日 發行

編著者 金 秀 春 外

發行人 延 河 清

發行處 韓國保健社會研究院
서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14
代表電話：355-8003~7

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 大明文化社

© 韓國保健社會研究院 1994

〈編著者 略歷〉

金 秀 春

서울大學校 文理科大學 社會學科 卒業

日本 國立公衆衛生院 保健學 碩士

現 韓國保健社會研究院 研究委員

金 銀 珠

梨花女子大學校 保健教育學科 卒業

梨花女子大學校 大學院 保健教育學科 理學 碩士

梨花女子大學校 大學院 博士 課程 (保健教育學 專攻)

現 韓國保健社會研究院 主任研究員
