

보건소의 기능 및 조직의 재편성 방안

한국보건사회연구원

김진순

Policy Measures for Improving Function and Structure of Health Centers

Jin Soon Kim

Korea Institute for Health and Social Affairs

= ABSTRACT =

Since the establishment of health centers in the 1960s, the centers have been played an important role in providing basic health care for the people.

Although the health centers made a great effect to prevent diseases and promote the health status of the people for the last three decades, the function of health centers should be strengthened to meet the health care need of individual, family and community. Over the last ten years, there have been great changes and developments in health related environments, such as population size and age, rapid urbanization, up-grading of the educational level, increase of income, health care demand for promotive health care measures and practical measures for chronic diseases and also practicing healthy life.

According to the great changes in health related environments, the health centers should be reformed. The following policy options are recommended as a summary;

First, the function of health centers should be converted from providing basic health services into promotive and preventive health care services, to meet changing needs of people.

Second, the health center personnel should be reinforced for their competency to provide a qualitative services to people and also the operation of health center should be reactivated.

Third, a close linkage of health centers with the private sector is an essential requirement for the operation of the health care delivery system within a health district in order to improve the health status of people.

Fourth, type of manpower mix, scope of organization and health care program should be varied, based on the health care needs of people, geographical characteristics and size of population etc.

Fifth, a comprehensive health care delivery system should be developed, for maintaining healthy life style of people and also the health and welfare services should be integrated in order to ensure an effective service.

1. 서 론

1962년에 보건소법이 개정 공포됨에 따라 보건소의 설립주체가 시도에서 시장·군수 산하로 되었고, 오늘날의 시·군·구에 설치운영중인 269개 보건소체제를 갖추게 된지도 30년이 넘었다.

그 동안 보건소는 관할지역 주민의 일차진료, 예방접종, 전염병관리, 모자보건, 가족계획, 보건계몽, 방역 및 일부 검사실시 등 주민의 건강유지에 필요로 되는 기본 보건서비스(Basic Health Service)를 주로 제공하여 왔다. 더욱이 1989년 7월을 기하여 전국민의료보험제도가 도입되기 이전에 보건소는 저소득층 주민과 관할지역 주민의 일차진료수요 충족에 기여하였으며, 특히 가족계획사업을 통하여 국가의 인구증가 억제 목표에 크게 기여하여 왔다. 또한 각종 전염병 예방과 관리에도 주요역할을 담당하는 등 주민의 기본적인 건강문제 해결에 중심적인 역할을 수행하여 왔다.

그러나 소득수준의 향상, 저출산과 장·노년층 인구의 증가, 건강수준의 향상으로 인한 평균수명의 증가, 산업발달로 인한 각종 산업재해와 사고 발생 등과 같은 사회경제적 여건 및 질병양상 변화로 지난 10년간 주요 질병이환은 급성 전염병에서 비감염성질환으로 변화되고 있다.

즉 우리나라의 주요사인이 1960년대에는 감염성질환이, 1970년대에는 감염성질환에서 만성퇴행성질환으로 이행되었고, 1980년대에는 만성퇴행성질환과 교통사고가 주요사인이었으며, 1990년대에 들어와서는 악성신생물, 뇌혈관질환, 불의의 사고, 심장병, 고혈압성질환이 사망순위 5위내를 차지함으로써 만성질환이 주요사인으로 나타나고 있다.

따라서 사회경제적 여건 및 질병양상의 변화, 주민의 건강변화로 인하여 보건소는 기본 보건서비스 제공에서 질병예방과 건강증진서비스를 포괄적으로 제공하도록 기능이 변화될 것을 요구받고 있다. 또한 주민이 스스로 건강한 생활양식(Healthy life style)을 갖도록 보건교육의 활성화와 주민의 건강요구에 기초한 상담과 추구관리가 절실히 요구되고 있다. 이와 같은 시점에서 일부 보건의료계 인사는 보건소가 더 이상 주민의 건강관리를 책임질 수 없으므로 폐쇄되어야 한다는 견해를 밝히는가 하면, 민간 보

건의료기관과 경쟁시킴으로써 조직 활성화를 기여해야 한다는 의견 등이 제시되고 있다.

그러나 보건소는 어디까지나 민간의료기관과 상호보완적인 기능을 수행하여야 하며, 역할분담을 통하여 주민의 건강문제 해결에 효율과 효과를 극대화하여야 함은 물론 의료비 절감차원에서 주요 역할을 수행하여야 한다.

더욱이 지난 30년 동안에 보건소의 기능개선에 관한 많은 연구가 수행된 바 있으나 정부차원에서 보건소의 기능개선이 이루어지지 못하였다. 그러나 1994년 1-6월 기간에 발족한 의료보장개혁위원회에서 공공보건기관의 기능 활성화가 본격적으로 논의되었고, 학계를 중심으로 활발하게 논의되고 있는 시점에서 보건소의 기능 및 조직개편 방향을 제시하는 것이 의의가 있다고 하겠다. 본 내용은 보건소 설치 이후 개편내용, 기능 및 조직의 현황과 문제점, 재편성방안으로 구성되어 있다.

2. 보건소 설치 이후 기능개편 내용

1962년 보건소법 개정 공포된 이후 보건소의 기능 개편 내용은 다음과 같다.

① 1975년에 행정체신의 일환으로 보건소의 업무인 위생업무와 환경업무가 시·군·구청으로이 관되었고 진료기능이 강화되었다.

② 1976년에는 보건소법 시행령을 제정하여 인구의 도시 집중에 따라 행정구역 단위로 보건소를 설치토록 하였다.

③ 1977년에는 의료보험제도 도입과 의료부흥사업 실시로 보건소의 진료기능이 더욱 강화되었다.

④ 1981년부터 1988년까지 농어촌 지역의 저소득층 임산부와 영유아 건강을 관리하고 비위생적인 가정분만을 저렴하고 안전한 시설분만으로 유도하여 인구 자질 향상과 합리적인 가족보건사업을 추진하는 것을 목적으로 89개 모자보건센터가 보건소의 부속기구로 설치되었다.

⑤ 1988-1989년에는 농어촌 지역의료보험제도 도입에 따른 일차진료 수요충족을 위하여 의료취약지역인 15개 군 보건소를 보건의료원화(일명 명원화 보건소)하여 기본 4과의 전문의를 배치하고 20-40개 병상에 입원환자를 진료하게

하였다.

⑥ 1991년 3월에는 보건소 법을 개정하여 보건소 업무 중 지역보건의 기획 및 평가, 보건교육, 정신보건, 노인보건, 장애인 재활 업무가 추가 됨으로써 인구 노령화 및 질병양상 변화에 기초하여 업무가 확대 되었음. 또한 보건소의 하부조직으로 읍·면마다 1개소씩 보건지소의 설치 근거를 마련하였다.

⑦ 1992년 7월에는 보건사회부 훈령 제666호로 전문인력 배치 기준을 인구 100,000명 이상 시·군·구와 100,000명 이하 시·군과 군 보건의료원 별로 정함으로써 보건소 인력 충원의 계기를 마련하였다.

⑧ 서울특별시인 경우 22개 구 보건소 중 저소득층 밀집지역이 있는 5개 구 보건소에는 “지역보건과”를 신설하여 방문간호, 방문진료, 순회진료를 수행하도록 하고 있다.

보건소의 설치 배경과 설치 이후 기능 개선내용을 종합하면 대상인구와 업무 범위는 다음과 같이 확대 되었음.

대상인구: 저소득층 주민 및 특정인구 계층 (모자보건 및 가족계획 대상, 결핵환자 등)

↓
저소득층 및 특정인구 계층의 확대 (노인, 정신보건 및 장애인 재활 등 확대)

업무범위: 도시지역 저소득층 및 농촌지역 주민의 일차진료와 기본 예방 보건 업무, 지역 보건관리

↓
일차진료 기능 강화, 질병예방 및 건강증진 업무 추가, 보건 기획 및 보건정보체계 강화

3. 보건소 기능 및 조직의 현황과 문제점

일반적으로 기능은 업무 혹은 활동으로 표현되고 있으므로 보건소 업무를 중심으로 기능 수행정도를 기술하였다.

가. 대상인구

1) 현황

시·군·구 보건소별로 인구수가 차이가 있는 것

으로 나타났으며 시 및 군 보건소는 인구 50,000-100,000명 미만인 경우가 전체의 53%-76%, 구 보건소는 200,000명 이상을 관리하는 것으로 나타났다.

표 1. 시·군·구 보건소별 대상인구 규모

인 구	구	시	군	계
- 5만	-	6.5	17.6	10.5
5만-10만미만	5.8	46.8	58.1	41.9
10만-20만	11.6	24.2	24.3	20.9
20만-30만	23.1	14.5		9.4
30만-40만	24.6	4.8	-	7.5
40만 이상	34.8	3.2	-	9.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 한국보건사회연구원, 지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계 개선 연구, 1992

2) 문제점

인구규모에 관계없이 행정구역인 시·군·구 단위에 설치되어 있는 보건소는 관할 대상인구수가 큰 지역은 건강요구가 다양함으로 주민의 건강관리의 접근성이 낮다.

대상인구 역시 특정사업 대상인구에게 서비스를 제공하는 수준에 있으므로 전체 주민대상의 건강관리가 이루어지지 못하고 있다.

나. 업무수행 수준

1) 현황

1992년 한국보건사회연구원에서 실시된 국민건강조사 결과 주민의 보건소 이용률은 시부는 10.3%, 군부는 24.3%로 나타났으며, 방문 목적은 시부는 예방이 72.3%, 진료가 12.9%, 검진이 14.5%, 치과 2.1%인 반면 군부는 각각 25.3%, 53.4%, 8.8% 및 25.6%로 나타나서 군부 보건소의 주민 이용률이 도시 보건소보다 높은 것으로 나타났다.

1992년 12월 국립보건원이 실시한 52개 보건소 대상 조사에 의하면 12개항 업무 중 의약지도, 사업기획 및 평가, 보건에 대한 실험 및 검사, 전염병 및 질병예방 관리, 모자보건 및 가족계획업무는 항상 수행하는 업무로 나타났다. 그리고 업무수행 수준은 내도시, 중소도시, 농촌

보건소 별로 큰 차이가 없는 것으로 나타났으며 의약에 대한 지도, 보건에 관한 실험 및 검사, 사업 기획 및 평가 업무들은 보건소의 주요 업무로 수행되고 있는 것으로 나타났다.

표 2. 지역별 연간 보건(지)소를 1회 이상 방문한 경험자 비율 및 방문목적별 분포 (단위: %)

지역	방문자 비율	방문목적			
		예방	진료	검진	치과
전국					
1992	13.4	53.6	29.0	12.2	11.8
1989	9.3	36.5	39.7	9.5	14.4
시지역					
1992	10.3	72.3	12.9	14.5	2.1
1989	6.3	61.0	19.9	15.7	3.4
군지역					
1992	24.0	25.3	53.4	8.8	26.5
1989	17.0	13.9	57.9	3.8	24.4

자료: 한국보건사회연구원, 1992년도 국민건강 및 보건 의식행태조사, 1992

2) 문제점

① 보건소의 주민 이용률과 업무수행 수준에서 나타난 바와 같이 기본 보건서비스 제공에 머물러 있는 수준이며, 주민의 건강요구에 기초한 프로그램의 개발(예: 만성퇴행성질환관리, 건강증진서비스, 노인건강 등)이 미흡하고 업무수행 방법의 개발이 미흡하다(예: 다양한 지역활동 및 방문 서비스, 주민 자조그룹 형성, 다목적 보건사업, 가정방문 서비스 등).

② 보건소가 제공하는 각종 방문 서비스는 주민을 위한 건강유지, 건강위험집단을 위한 일차적 예방서비스, 2차 예방을 위한 추구관리 실시와 환자 및 주민 스스로 건강을 관리하는 능력을 개발하는 데 필수적인 서비스이나 체계적으로 개발되지 못하였다.

③ 보건소의 기능이 일차보건의료사업의 중심기관으로서 개인, 가족 및 지역사회를 대상으로 질병예방, 치료, 건강증진 및 재활 영역에서의 일차적 수준의 서비스를 제공하고, 일차수준 이상의 건강문제는 2차, 3차 기관에 의뢰함과 동시에 의료기관과의 연계체계 하에서 계속적으로

관리되어야 하나 전혀 연계되어 있지 않다.

(1970년대 미국에서 실시된 연구 결과 보건소에서 환자상태에 대해서 충분히 설명해주고 환자 자신이 치료와 관리계획에 잘 따르도록 교육하고 생리적 변화상태를 모니터링하는 책임을 환자에게 부여하였더니 2년간의 환자 1인당 비용의 23%를 감소시킬 수 있었다는 보고도 있음.)

④ 건강은 단지 질병이나 허약이 없는 데 그치지 않고 신체적, 정신적 및 사회적 안녕의 완전한 상태이므로 건강달성을 위하여는 보건·의료·복지 서비스 연계되어서 제공되어야 하나 전혀 연계되어 있지 않다.

다. 조직 및 인력

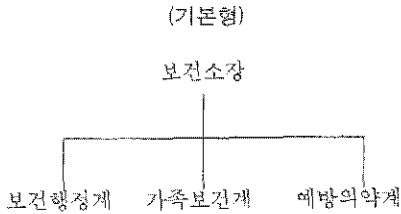
1) 현황

시·군·구 구별없이 보건소 조직의 기본형은 보건소장 밑에 3개의 “계(보건행정계, 가족보건계, 예방의약계)”로 구성되어 있으며 인력은 22명 수준이다. 그러나 일반형은 모자보건계 혹은 검사계가 하나씩 추가되거나 두 계 모두를 포함한 것으로서 인력은 34-35명 수준이다. 그러나 직할시는 기본형과 같은 조직이나 서무과장(사무장) 직제가 있으며 인력은 34-35명 수준이다. 특별시형은 보건소장 밑에 3개의 “과”와 1개 “실”이며 약 64명의 인력이 있으며 “지역보건과”가 추가된 곳은 인력이 95명 수준이다.

표 3. 보건소 유형별 조직 및 인력수

유형	조직				인력수 (%) [*]
	보건소장	서무과장(사무장)	계	과	
기본형(시·군·구)	1	-	3	-	22(52)
일반형(시·군·구)					
I, II	1	-	4	-	35(54)
III	1	-	5	-	35(54)
직할시형					
I, II	1	1	4	-	35(54)
특별시형					
I	1	-	-	4	64(50)
II	1	-	-	5	95(63)

* 주: 전체인력 중 의무간호·보건직의 비율임



보건소 유형(기본형, 일반형 등)에 관계없이 전체 보건소 인력 중 의사, 간호사, 약사, 산호조무사 및 의료기사를 포함한 보건의료 인력의 분포는 전체직원 50-60% 수준이므로 보건소는 주민의 건강관리를 위한 서비스 제공 조직임에도 불구하고 보건의료 인력의 확보가 낮아서 주민에게 충분한 서비스를 제공하는데 문제점을 갖고 있다고 할 수 있다.

보건소는 지역특성, 인구규모 및 주민의 건강요구에 기초한 조직을 갖고 있지 못하며 일률적으로 “계” 수준이므로 여러 여건 변화에 신속하게 대응하지 못하고 있는 실정이다.

2) 문제점

① 보건소 인력의 종류는 의료인(의사, 간호사, 조산사), 보건의료인력(약사, 재활요법사, 물리치료사, 의료기사, 영양사, 언어치료사 등), 지원인력(간호조무사, 행정인력, 구급차 운전기사 등) 그리고 자원봉사인력(마을건강원, 자원봉사자)이 고려될 수 있으나 이와같은 통합적인 인력 수급 계획이 수립되지 못하였다.

② 인력의 종류, 자격 및 수는 지역특성, 인구특성과 건강요구에 기초하여 조직이 설정되고 인력의 종류, 수와 자격이 다양하게 배치 활용되어야 하나 지방공무원의 정원과 직제규정에 묶여 있어서 사회경제 및 질병양상 변화에 대응할 수 있는 인력배치가 불가능한 상태다.

③ 1992년 7월 보사부 훈령에 의해서 인구 100,000명 이상과 이하 지역의 인력 배치기준(간호사, 약사, 임상병리사, 영양사 등)이 시달되었으나 실제적으로 아직 증원이 되지 못하고 있다.

④ 모든 건강문제의 80%는 일차적 수준에서 해결될 수 있으므로 일차보건의료기관인 보건소의 보건의료인력이 충분한 서비스를 제공할 수 있도록 지속적인 보수교육이 실시되어야 하나

정기적인 보수교육이 이루어지지 못하고 있다.

(미국에서 어느 하루를 기준으로 보건의료서비스 수요를 분석한 결과 건강문제의 80%는 일차건강문제이며 1년에 4회정도 서비스 수요가 있으며, 이 중 50%는 비의사에 의하여 해결 가능한 것으로 분석되었는데 자기관리, 예방적 차원의 상담 등이 의사인력 이외의 보건인력에 의하여 관리될 수 있다고 결론짓고 있다. 또한 이차건강문제는 15%이며, 10년에 1회정도 서비스 수요가 있고, 삼차건강문제는 5%이며 70년에 1회 정도 서비스 수요가 있는 것으로 발표되고 있다)

⑤ 조직이 직제규정에 따라서 단일하게 “계” 혹은 “과”로 구분되어있으며 서비스 제공 조직임에도 불구하고 Marketing 개념이 도입되지 못한채 공급자 위주의 서비스를 제공하고 있어서 생산성이 낮고 주민의 다양한 요구를 충족시키지 못하고 있다.

가. 자원조달

1) 현황

보건소 예산은 국고보조금, 시·도·군 사체예산인 시·군·구비로 구성되어 있는데 서울시 및 직할시는 지방비가 93.7-99.5%이며 중소도시는 97%인 반면 군은 91.0-95.7% 수준이다

보건소 예산이 시·군·구청의 전체 예산 중 차지하는 평균 비율은 군의 보건의료원인 경우 4.5%, 직할시의 보건소 3.2%, 군보건소 2.8%, 소도시 보건소가 2.0%로 가장 낮다.

* “A”군의 경우 인구 45,000명, 보건소 인력은 43명인데 1994년도 보건소 예산은 15억 6천 3백만원으로(국·도비 0.76%, 군비 99.24%) 군 전체 예산대비 3.4% 수준임(군인 1인당 35,171원이 소요됨).
보건소 예산의 구성비는 인건비가 64%, 운영비 27%, 의료비 8%, 자산 및 장비유지비가 1%임.

1992년도에 실시된 보건소장(전체 보건소장의 81% 응답결과) 대상의 설문조사 결과 이 중 70%가 보건소 예산이 현재 제공되고 있는 업무수행에는 크게 문제되지 않는 것으로 응답한 것

으로 나타났다.

2) 문제점

① 보건소 예산은 지방정부(시·군·구)의 예산 중 5% 이내이며, 인건비, 운영비, 시설, 투자 등이 대부분 차지하고 있을 뿐 서비스 개발 및 질적 향상을 위한 예산은 매우 미흡하다.

② 보건소 서비스의 질적 향상을 위한 인력개발 및 훈련예산이 책정되어 있지 않다.

③ 보건소에서 활동하는 전문의료인력의 배치 및 활동 성과에 따른 특별 장려금(Incentives)이 마련되어야 하며 이를 위해 재원이 별도로 확보되어 있지 않다.

마. 기사제 및 운영방법

1) 기자재의 현황 및 문제점

1992년에 한국보건사회연구원이 실시한 연구 결과에 의하면 보건소가 보유하고 있는 의료기구 및 장비는 300여 종류에 이르고 있으며 도시 보건소의 23.5%(27개소)는 초음파 진단기를 보유하고 있는 것으로 나타났다. 기자재 중 특히 검사용 기자재의 적정여부 조사결과 54.2%만이 적정하다고 응답하고 있어서 검사용 기자재의 적정성이 문제가 되고 있다. 또한 보건교육용 기자재는 61.7%가 적정하다고 응답하고 있어서 보건교육용 기자재의 개선이 요구되고 있다.

2) 운영방법의 현황 및 문제점

지난 30년간 보건소가 운영되면서 보건소에 보자보건센터를 새롭게 설치하였으나 성과를 거두지 못하고 1994년도 1월에 지방자치단체로 이관되었고, 보건의료인 역시 의료취약지역 군주민의 일차의료 수요충족에 중요한 기관임에도 불구하고 전문의사인력(외과수술사 마취, 응급 등), 간호사, 의료기사 및 의료기자재 확보 불충분으로 보건의료인의 생산성이 낮고 지속적인 서비스 제공이 걸여로 저자운영되고 있다.

인구규모, 질병양상 및 건강요구 변화에 따른 프로그램 개발의 미흡, 전문인력 확보 미흡, 새로운 서비스 제공에 따른 기자재 확보 미흡 등 여건 변화에 대응하지 못하였는 데 이는 보건소가 지역보건사업의 자체 기획능력이 부족하고

(Bottom-up approach) 중앙에서의 사업방향 및 목표지침(Top-down)에 따라서 수동적으로 사업을 수행하였기 때문이다.

보건소 운영에 있어서 업무상의 지도감독은 보건사회부에서 받고 있으며 소속 공무원의 인사권과 재정운영은 지방자치단체를 통하여 내부부의 통제를 받는 이원화 체제하에서 새로운 프로그램을 개발하여도 이에 따른 인력, 기자재와 예산이 계획대로 확보되지 못하는 실정이다.

사회경제적 여건, 질병양상 및 주민의 건강요구에 신속히 대처할 수 있도록 보건소의 보건의료인력 및 행정관련인력의 의식변화, 동기부여 및 생산적인 활동이 될수 있도록 인력관리 정책이 중앙당위에 수립되고 지방자치단체가 인력을 배치 활용하여야 하는때 전혀 수행되지 못하고 있다.

(임용시 신규교육, 정기적인 보수교육, 동기부여를 위한 비정기적 세미나, 학술집담회, 현장기술 지원 및 지도, 업무평가 및 실적에 따른 보상책, 승진기회등이 실시되어야 함)

4. 보건소의 기능 및 조직 재편성 방안

가. 국민의 건강권 보장 목표

보건소의 기능 및 조직 재편성은 국민의 건강권 보장(Health for All)을 위한 총체적인 별칭의 개념적 틀이 중심이 되어야 한다(도 1).

① 기능 재편성이 될 수 밖에 없는 배경은 인구의 노령화 및 출산을 저하, 질병구조가 급성 전염병에서 만성퇴행성질환으로의 변화, 건강요구의 다양화와 생활 환경문제에 대한 관심 증대라 할 수 있다.

② 정책과제는 서비스 대상인구 확대, 건강요구에 맞는 적절한 서비스 개발, 국민의 자발적인 건강실천 참여유도가 될 것이다.

③ 개편방향은 지역특성에 맞는 민간 및 공공 의료자원의 분배, 의료 및 보건기관의 기능 강화, 보건, 의료, 복지서비스의 통합, 전문 보건의료인력의 확보와 훈련이 될 것이다.

이러한 과정을 통하여 건강하고 편안한 주민 생활이 향상되고 복지 선진국의 실현이 될 수 있다.

배경

- 인구의 노령화와 출산율 저하
- 질병구조의 변화
- 국민의 건강요구 다양화
- 생활환경문제에 대한 국민적 관심 증대

과제

- 서비스 대상인구 확대
- 건강요구에 맞는 적절한 서비스 개발
- 국민의 자발적인 건강실천운동 참여 유도

방향

- 지역특성에 맞는 민간 및 공공의료 자원의 분배
- 의료및 보건기관의 기능강화: 적절한 의료, 건강증진서비스
- 보건·의료·복지의 통합: 보건·복지사무소 운영, 보건, 의료, 복지, 기타 지역사회기관의 연계
- 전문 보건의료인력의 확보와 훈련 (자격항상, 기술개발)

건강하고 편안한 국민생활

복지선진국의 실현

자료 : 金澤市, 衛生學 公衆衛生學 教育協議會, 會資料, 平成 6年 2月, 厚生省 1994.4. 자료를 기초로 수정보완 하였음

<도 1. 국민건강수준 향상 목표와 과제>

나. 기능 개편과 정책과제

1) 문제의 제기

건강권 보장 목표에서 제시된 개념적 틀을 중심으로 보건소의 기능을 어떻게 재편성 할 것인가에 대하여 다음과 같은 문제를 제기한다.

- ① 보건소는 관할지역 주민 전체를 혹은 일부 주민을 관리 대상으로 할 것인가?
- ② 보건소는 의료 및 예방보건서비스에서 의료기관의 보완적 역할인지? 혹은 일차수준의 서비스 제공에 책임기관인지?
- ③ 보건소가 지역주민의 건강판도를 어느 수준까지 책임질 것인지?
- ④ 건강과 관련되는 환경과 생활양식 개선을 위하여 지역사회를 대상으로 한 각종 사업관리(영양사업, 산업보건, 식품위생, 환경위생)를 어느 정도 책임져야 하는지?

⑤ 보건소의 기능이 개인, 가족 및 지역사회를 위한 직접적인 서비스 제공 이외에 보건행정 업무와 지역사회내 각종 기관과의 협력관계는 어느 수준까지 가능한지?

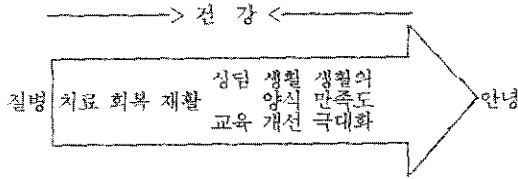
⑥ 지방자치단체하에서 보건소는 기존 자치단체의 보건·복지 당국으로서 기능할 수 있도록 육성될 필요가 있는지?

⑦ 보건소에 복지서비스를 통합할 경우 기존 복지 전문인력의 재배치에 따른 업무조정과 기존 보건의료인력과 서비스 연계는 어느 수준까지 가능한가?

2) 기능 확대 방향

국민의 건강권 보장은 서비스 대상인구 확대, 건강요구에 맞는 적절한 서비스 개발과 국민의 자발적인 건강실천 참여를 통하여 실현될 수 있는데 현재와 같이 의료기관 중심의 치료 서비스로는 성취될 수 없다. 따라서 <도 2>와 같은

건강연속성(Health continuum)에서 필요로 되는 서비스가 계속적으로 제공되어야 하므로 건강 및 복지관련 공급기관의 연계, 조정 및 협력과 소비자인 국민의 계몽 등에 보건소가 중심 역할을 수행하여야 한다.



자료: Lorenz K.Y.Ng et al, *Toward a conceptual formulation of Health and Well-being Strategies for public health*, Van Nostrand Reinhold Company, 1981, pp. 50-52

<도 2. 건강 연속성>

더욱이 보건소의 기능이 확대되어야 할 당위성은 다음과 같다.

○환자 개인, 가족 및 지역사회 전체를 대상으로 건강한 생활양식이 되도록 행위변화를 가져와야 하는데 건강서비스 모델 접근하에서 관리될 때 효과가 큼으로 민간의료기관보다 보건소 조직이 이를 용이하게 수행할 수 있다.

○주민은 일생동안 건강실천을 생활화하여야 하는데 이를 위하여는 다양한 서비스 제공 접근을 통하여 계속적으로 관리되어야 한다. 그러나 현재의 의료기관(병의원)은 찾아오는 환자를 대상으로 진료하는 접근방법 위주로 되어 있기 때문에 방문약속일을 지키지 않은 환자에 대한 추서관리 장치가 없다. 그러나 보건소 조직장은 내소자 상담, 가정방문 상담, 지역사회 시설의 연계 활용, 학교, 직장, 산업장 등의 활용 등 개인 및 집단대상의 추서관리가 가능하므로 계속적인 서비스 제공이 용이하다.

○보건소 조직은 지역단위의 예방 및 건강증진 프로그램을 개발하고 시행하므로써 고위험요인을 감소시킬 수 있는 중심기관으로 역할을 수행할 수 있다.

보건소 기능확대 위한 문제제기에 답변하고 확대방향을 위한 구체적인 내용은 <표 4> 및 <표 5>와 같다.

3) 정책과제

기획확대에 따른 정책과제는 다음과 같다.

정책과제 1: 지방자치제 하에서 기초 자치단체 보건 및 복지 당국(시·군·구)으로서의 역할을 수행할 수 있도록 기획능력 향상과 법적 근거의 마련

① 보건소장, 과장 및 재장 등 사업개발과 관리에 직접적인 책임이 있는 직원에겐 건강 및 복지요구에 기초한 사업을 기획하고 관리할 수 있는 능력개발을 위한 교육을 실시 한다.

○학계 및 관련 연구기관이 공동으로 능력 본위 학습 프로그램(Competency based)을 개발하고 사업기획, 시행 및 평가 방법에 대한 훈련을 실시한다.

○최초 기획능력개발 교육 이후에 정기적인 보수교육의 실시를 통한 보신 및 복지 당국으로서의 역할 수준을 향상시킨다.

② 현행 보건소법을 지역보건법(가칭)으로 개정하여 종합적인 보건·의료·복지서비스 제공에 따른 자율성의 부여와 책임한계를 명확히 한다.

○지역 보건·의료·복지 서비스를 통합적으로 제공하는 데 따르는 기본지침으로서 의료기관, 보건기관, 복지기관의 상호연계와 협력 관계를 명시한다.

○보건소가 하부조직인 보건지소 및 보건진료소의 설치 권한을 갖도록 하고 인력, 시설 및 장비 확보근거를 마련한다.

③ 주민의 건강 및 복지 요구에 기초한 새로운 사업개발과 이의 시행을 위하여 전문인력의 확보와 자질 향상에 필요로 되는 재규정 및 지침을 명시한다.

○전문인력 확보를 위한 중앙정부의 보조금 명시(국고 2/3, 군비 1/3)

(기능확대에 따른 추가기능 수행을 위하여 의사, 간호사, 영양사, 재활치료사, 복지관리사 등의 확보)

○보건의료 인력의 자질 향상을 위한 훈련에 산 편성시 중앙정부의 보조금을 명시한다.

(국고 1/3, 도비 1/3, 군비 1/3)

표 4. 보건소 및 의료기관 간의 기능분담

기 능	보건소 유형					의료기관	
	대도시형	중소도시형	시·군형 통합	의료취약지역군 (보건의료원)	농어촌형	병 원	의 원
1. 건강요구에 부응한 서비스							
- 진료							
○ 1차진료	특정인구층	특정인구층	특정인구층	전주민	전주민	신료제한	기능강화
○ 2·3차진료	의뢰	의뢰	의뢰	제한적 2차진료	의뢰	독자적 책임 (가정간호요구 시 협력)	의뢰
- 모자보건							
○ 임신·분만·신후 관리	의뢰	의뢰	의뢰	협력	의뢰	독자적/협력	기능강화
○ 모성의 건강증진	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	협력	협력
○ 영유아 성장발육	"	"	"	"	"	"	"
○ 영유아 건강증진	"	"	"	"	"	"	"
- 가족계획	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	"	"
- 만성질환관리	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능		
○ 유증상자 발견	협력	협력	협력	독자적/협력	독자적/협력	독자적	독자적
○ 진단·투약처치	의뢰	의뢰	의뢰	협력	협력	독자적	독자적
○ 추구관리	협력	협력	협력	협력	협력	협력	협력
- 노인보건복지	추가기능 (협력)	추가기능 (협력)	추가기능 (협력)	추가기능 (독자적/협력)	추가기능 (독자적/협력)	협력	협력
- 장애인 보건복지	추가기능 (협력)	추가기능 (협력)	추가기능 (협력)	추가기능 (독자적/협력)	추가기능 (독자적/협력)	협력	협력
- 정신보건복지	"	"	"	"	"	"	"
- 전염병 관리 (결핵, 성병, AIDS)	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	협력	협력
- 지역응급병 관리	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	협력	협력
- 구강보건	"	"	"	"	"	"	"

표 4. 계속

기 능	보건소 유형					의료기관	
	대도시형	중소도시형	시·군형 통합	의료취약지역군 (보건의료원)	농어촌형	병 원	의 원
2. 환경과 생활양식 개선							
○영양관리	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	협력	협력
○산업보건	"	"	"	"	"	"	"
○학교보건	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	"	"
○보건교육	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	-	-
○지역사회참여 유도 (건강실천수준 향상)	"	"	"	"	"	협력	협력
○위생업무	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	-	-
○환경업무	"	"	"	"	"	-	-
3. 보건행정업무							
○지역보건사업의 기획·평가	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	-	-
○지역보건·의료·복지체계 개발	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	협력	협력
○의약지도	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	-	-
○지방자치화에 따른 보건소예산, 인력, 시설, 장비 확보	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	기능강화	-	-
○하부조직의 지도 감독	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	-	-
○하부조직설치 운영	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	-	-
○보건소 민원 및 일반행정 업무	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	질적개선	-	-
4. 일차보건의료 인력 훈련,역학조사/연구	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	협력	협력
5. 신체적, 정신적, 사회적 안녕을 위한 사업 개발/관리							
○지역사회중심 재활 사업 개발	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	추가기능	협력	협력
○지역사회중심 보건 복지사업 개발	"	"	"	"	"	-	-
○가정간호사업	"	"	"	"	"	"	"
○포스서비스케어 사업	"	"	"	"	"	"	"
○자원봉사인력 개발 활용	"	"	"	"	"	-	-

표 5. 장·단기적 보건소 기능확대 내용

기 능	현 재	단 기 적 1995-1999	장 기 적 2000년→
대상인구	<u>보건·의료서비스 대상자</u> ○ 저소득층 대상의 일차진료/치과진료 ○ 가족계획대상자 ○ 일부 모자보건대상자 ○ 결핵관리 및 전염병 대상자 ○ 일부 건강검진 대상자 ○ 저소득 노인 건강검진자	<u>보건·의료·복지대상자</u> ○ 고위험 인구집단을 위한 각종 서비스 개발 및 일차 서비스 제공 ○ 2,3차 서비스 대상자 의뢰 및 추구관리 ○ 주민의 건강실천 참여유도 를 위한 대상인구 확대	<u>전체 주민</u> ○ 평생건강관리 프로그램 개발 ○ 보건·의료·복지 서비스의 질적 향상과 포괄적 제공을 위한 수단 강구
건강요구에 부응한 서비스 범위	<u>개인대상의 기본 보건 서비스</u> ○ 일부 예방보건 서비스 ○ 일차수준의 부분적 진료 서비스 ○ 민간의료기관과 연계 없음 * 지역주민의 건강요구에 기초하지 되지 않고 하향식 접근에 의한 서비스 제공	<u>개인 및 가족 대상의 포괄적인 보건·의료·복지 서비스 제공</u> ○ 질병예방, 치료, 건강증진, 재활 및 복지서비스의 일차 수준 책임. ○ 민간기관은 2,3차 책임 ○ 지역사회 시설과의 연계 * 건강요구에 기초한 상향식 접근에 의한 서비스 제공	<u>개인, 가족 및 지역사회 전체의 포괄적인 서비스 제공</u> ○ 사회적 및 경제적인 삶을 주민이 영위할 수 있도록 건강 및 복지 요구 기초한 일차수준의 책임 ○ 지역 보건·의료·복지체계 확립의 중심기관 * 건강요구에 기초한 상향식 접근에 의한 서비스 제공
환경과 생활양식 개선	○ 영양관리, 산업보건, 식품위생, 환경위생 사업 은 지역 수행되지 못한 ○ 국민학생 대상의 일부 학교보건 ○ 특정사업대상자의 보건 교육 ○ 주민의 지역사회 참여 유도 활동의 미흡	○ 시·군·구청으로 이관된 위생업무와 환경업무가 보건소로 이관되어야 함 ○ 고위험 인구집단의 영양 관리사업 ○ 지역특성에 따라 산업보건 개발 ○ 학교보건 활성화: 보건·복지 전반 ○ 보건교육, 건강증진, 주민건강실천 향상	○ 지역 보건·의료·복지체계의 수립 ○ 환경과 생활양식 개선을 위한 공공, 민간 및 지역사회 각종 기관의 연계하에 실시 ○ 환경보존과 건강생활 실천의 향상

표 5. 계속

기 능	현 재	단 기 적 1995 - 1999	장 기 적 2000년 →
보건행정 업무	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보건통계 ○ 보건의료 정보관리 ○ 보건지소, 진료소 지도 감독 ○ 의약에 대한 지도 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보건·의료·복지사업의 요구평가, 기획 및 사업평가 ○ 보건·의료·복지 정보체계 수립 및 활용, 평가 ○ 의약관리의 표준화 및 질관리 ○ 지방자치체에 맡기는 보건소 예산, 인력, 시설, 장비의 확보 및 관리의 효율화 ○ 보건지소 및 보건진료소에 대한 기술적 지원/행정지도 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 지역주민 전체의 건강수준향상을 위한 사업 기획, 정보체계 전산화 ○ 각종 요양·보건·기타 지역사회 시설 자격 관리 ○ 지방의회 및 행정당국의 예산, 인력, 시설, 장비의 확보 ○ 행정업무의 전산화 ○ 하위조직에 대한 기술적 지원 및 행정지도
일차보건의료 인력 훈련 역학조사/ 연구	<ul style="list-style-type: none"> ○ 인력훈련, 역학조사 및 연구가 실시되지 않고 있음 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 건강 고위험 인구집단의 역학조사/연구 ○ 전염병 매개체 관리 ○ 보건·의료·복지 서비스의 질적 향상 위한 보건·복지 인력의 편적 교육 ○ 자원봉사인력의 개발 및 훈련 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 지역사회내 보건·의료·복지 관련 인력의 공동 훈련 ○ 출생, 사망, 이환의 조사 연구 ○ 건강수준의 변화 평가 ○ 환경 평가
신체적, 정신적, 사회적 안녕을 위한 사업개발/ 관리 (건강달성 목표)	<ul style="list-style-type: none"> 신체적 건강문제에 최종 하고 있음 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 지역사회 중심 재활사업의 개발 ○ 복지 대상자 선정 관리 ○ 가정간호사업 ○ 호스피스케어 ○ 지역사회 자원봉사자 개발 활용 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 지역 보건·의료·복지체계 수립 및 운영 지역내 양방 및 양방 병의원, 약국, 산업체 복지기관, 시민단체, 학교, 자원봉사기관 등 연계 ○ 지역 보건·복지 요구조정 역할 ○ 지역사회 중심 재활사업 체계화 ○ 가정간호사업 ○ 호스피스케어

일본은 보건소법을 지역보건법으로 개정하여 1994년 4월부터 보건소의 기능을 확대하고 보건소의 하부구조로 시정촌 보건센터설치를 확대 시행하도록 하고 있음.

지역보건법으로의 개정 배경은 인구 고령화와 질병구조변화에 따라 지역 보건대책이 종합적으로 추진될 필요성 대두, 지방자치단체 및 국가 책임의 명료화, 보건소의 인재 확보지원과 보건소 및 시정촌 보건센터의 설치규정을 제정하는 데 있음.

보건소를 종합적인 지역보건으로 서비스의 핵심기관으로 하고 보건소에 정보관리 기능을 강화함으로써 지역주민의 새로운 요구에 대응할 수 있게 함과 동시에 2차 의료과 단위로 보건·의료·복지 서비스를 연계시키는 계속성 있고 포괄적인 지역보건으로 계획의 작성과 제시책을 추진할 수 있는 여건을 조성하는데 있음.

정책과제 2: 건강요구, 인구규모 및 지역특성에 따라 보건소 기능의 다양화와 차별화를 위한 중앙정부의 보건소 기능 강화에 관한 종합계획 수립 및 예산지원

① 건강요구, 인구규모 및 지역특성이 다르더라도 보건소의 공통적인 기능은 다음과 같다.

- 개인, 가족 및 지역사회 전체를 대상으로 한 보건·의료·복지 서비스의 포괄적 제공
- 환경과 생활양식 개선에 관련한 각종 사업 개발 및 시행
- 보건행정업무
- 일차보건의료 인력 훈련, 역학조사 및 연구
- 신체적, 정신적, 사회적 안녕을 위한 사업개발 및 관리

② 공통적 기능 범위내에서 보건소의 인구규모, 건강요구 및 지역특성에 따라 보건소의 보건의료 복지사업 개발에 관련한 사업의 다양화 및 우선순위의 차이가 고려되어야 한다.

○농촌형은 보건의료원형과 일반형 별로 인구수 역시 각각 30,000-100,000명의 차이가 있고 지역특성 역시 공업, 농업, 어업, 광산업 등 차이가 있으므로 이를 기초로 서비스 범위 및 인력의 자격과 수의 조정이 요구됨.

* 읍·면단위 보건요원의 단일기능 서비스 제

공을 나목적 기능수행으로 전환함.

○도시형은 특별시 대도시(직할시 포함) 및 중소도시 별로 인구수와 지역특성이 고려된 서비스 범위와 인력규모가 재조정되고 특히 저소득 주민 밀집지역, 공업단지 및 서비스업의 밀집지역에는 특별 프로그램을 개발함.

* 인구 50,000-100,000명당 보건소의 하부조직으로 보건센터(보건지소)를 설치하는 방안이 고려될 수 있음.

○일차진료서비스와 만성퇴행성질환 관리(특히 고혈압, 당뇨 등)를 위하여 오벽지 및 도서형 보건소의 진료기능을 강화하고 의료기관과 추구관리를 연계시킨.

○도시형 보건소의 진료기능은 환자발견 및 예방보건 차원에서 실시하고 의료기관 이송 환자의 추구관리와 계속 관리 차원에서 보완적인 역할 수행.

○도시 및 농촌형 보건소에서 주민의 건강요구를 보다 효율적으로 충족시키기 위하여 가정간호사업을 개발함.

③ 기능확대에 따른 각종 추가 사업과 질적 개선을 위한 사업개발 비용과 장비 확보 등의 추가 예산이 요구된다.

○만성질환관리를 위한 보건의료인력 훈련비, 의약품 구입비, 진단기기 및 전산화 비용.

○영양사업, 위생환경 및 생활양식 개선에 따르는 각종 보건교육 자료개발비, 시설 및 기자재 확보 비용.

④ 환경과 생활양식과 관련한 기능으로서 현재 시·군·구청에서 수행하고 있는 위생업무 및 식품위생 업무를 보건소로 이관시킨다.

- 요식업소 등 위생지도
- 수질검사, 대장균검사
- 하수처리 검사

⑤ 일차보건의료 인력훈련, 역학조사 및 연구를 위한 기능 수행을 위하여 기존 인력 증 교육 및 연구 능력을 추가 시켜 활용하고 시·도 보건과에 전문인력을 배치하여 자문 및 지원토록 한다.

⑥ 보건소의 의사, 간호사, 보건요원 등에게 주민 전체를 대상으로 포괄적인 서비스를 제공할 수 있도록 재교육 실시 및 평가제를 도입한다.

○주민의 건강요구에 기초하여 평생건강관리

와 주민 스스로 건강실천 능력 제고에 필요로 하는 새로운 지식 및 기술의 보강을 위한 재교육과 보수교육의 정례화(도단위 교육).

○보건소는 서비스의 질적 향상과 효과를 극대화 하기 위하여 정기적인 업무수행 평가 실시.

정책과제 3: 지역주민의 건강생활실천 능력을 향상시키기 위하여 주민의 자발적 참여 능력 개발과 운동 전개

- ① 개인 및 가족 대상의 건강실천능력 제고를 위한 보건소의 보건교육을 강화한다.
- ② 지역사회단위 건강실천운동의 결과를 높이기 위하여 보건소, 의료기관, 학교, 산업체, 공공기관 및 의료보험조합으로 구성된 건강실천협의회를 지방자치단체에 설치운영 한다.
- ③ 보건소의 선상증진사업 강화를 위한 검진기능을 강화한다.
- ④ 시범 건강증진사업 보건소를 운영 및 평가한다.

정책과제 4: 우수 인력 확보와 기존 인력의 자질 향상을 위한 종합적인 인력 개발 및 관리 정책 수립

- ① 기존 인력의 현직 실무교육의 정례화.
- ② 신규 및 기존 인력의 자격별 직무수행능력을 최대화하고 질적향상을 위한 능력 분위 훈련 방법의 적용.
- ③ 지방 의무, 간호 및 보건직의 공채제도 도입.

참고 1: 제외국 보건소의 공통기능

넓은의미의 기능

- 일차의료서비스 제공: 진단, 치료, 재활, 의뢰, 상담
- 일차보건의료팀 및 보건의료인력 훈련, 역학조사 및 연구
- 대상인구의 신체적, 정신적 및 사회적 안녕에 관련된 적극적인 사업개발 및 관리

참고 2: 제외국 보건소 유형별 서비스 범위

보건소 유형별 서비스 범위:

- 다양한 전문의사 인력을 확보한 Polyclinic형: 넓은 의미의 치료, 예방, 재활 서비스 제공
- 하나 혹은 여러명의 개업의/가정의가 배치된 보건소형: GP+간호사+사회사업가, 각종 치료사/기사+행정인력
- Dispensary형 보건소: 특정인구계층 및 환자집단 대상치료
- 병원의 Back-up 서비스를 가능하게 하는 Station/보건소형: 개업의/가정의에 의하여 의뢰, 간호서비스, 사회적 서비스 역점

다. 조직개편과 정책과제

1) 보건소 조직의 조건

보건소 조직은 개인, 가족 및 지역사회를 대상으로 높은 수준의 최조 서비스와 지속적인 추구관리가 가능하여야 하므로 다음의 조건이 성립되어야 한다.

- ① 주민이 수용하기 쉬운 서비스 제공방법 (문화적 접근성)
- ② 보건의료 전문인력과 타인력과의 팀활동 (기능적 접근성)
- ③ 주민이 생활하는 곳과 가까운 위치 (지리적 접근성)
- ④ 보건의료전달체계의 한부분으로서 기능 (국가보건정책과 일치)
- ⑤ 개인·가족 및 지역사회에 도움을 주어야 하므로 사회적 서비스와 기타 서비스가 효과적이고 진밀하게 조정할 수 있는 조직이어야 함 (부문간 협력).

2) 조직개편에 따른 정책과제

정책과제 1: 보건소가 계속적으로 증가하는 건강 및 복지수요에 신속히 대응할 수 있도록 보건소 조직의 재편성

5. 결 론

① 새로운 기능 확대에 따라 단기적으로는 현행 조직의 “계”를 “과”로 승격하고 기능 영역 별로 통합 조정하여 새로운 과로 명칭을 변경한다.

② 장기적으로는 새로운 조직체계로 과를 늘리고 “부”를 신설한다.

③ 보건소가 기초자치단체의 보건·복지 당국을 대표할 수 있도록 인사, 예산 및 업무 총괄 권한을 부여한다.

④ 보건소에 복지서비스를 통합해서 운영하는 것으로 기능 확대가 제시되었으므로 통합모델을 개발해서 재현성을 평가할 필요가 절실히 대두되고 있다.

⑤ 도시 및 농촌 보건소 유형별로 구분하여 시범 보건소를 선정하여 기존 복지요원의 재배치와 직제 개정등을 통한 시범사업 실시가 요청된다.

정책과제 2: 보건소가 지방자치단체에 소속되어 있음으로 일반행정 단위별로 설치되어 있는데 시·군의 생활권이 동일함에도 시와 군에 따로 보건소를 설치하는 중복부자로 인한 낭비가 발생하므로 생활권 중심으로 규정 설치

① 생활권 중심으로 보건소의 설치가 재조정될 필요가 있으므로 특히 시·군 통합지역의 보건소 중 폐지되는 보건소는 보건센터로 전환하여 방문보건, 가정간호서비스 및 복지서비스를 개발하여 주민에게 서비스 제공의 접근성을 계속 향상시킨다.

② 보건소 설치는 인구 50,000-100,000명을 기준으로 설치하되 그 이상 지역은 보건센터를 설치 운영한다.

보건·의료·복지 서비스를 통합해서 제공함으로써 주민의 다양한 건강요구에 부응할 수 있다는 인식이 세계적으로 확산되면서 일부 선진국에서는 시범 보건복지센터 설치 운영의 계획과 알단조직인 보건과 복지서비스 기관의 긴밀한 서비스 연계를 모색하는 등 각종 방안이 모색되고 있음.

보건소의 기능 및 조직은 주민의 건강보장에 기여할 수 있도록 전면적인 개편이 요구된다. 그러나 보건소의 기능 및 조직 개편은 국가보건의료체계 하에서 목표를 설정하고 장기적 및 단기적인 개선과정을 거쳐서 전면적인 개편 작업이 이루어져야 하므로 보건사회부, 내무부, 경제기획원 등 부처간 협력이 긴밀히 요구된다.

보건소 운영의 새로운 경영기법을 도입하여 생산적이고 질 높은 서비스를 제공하기 위하여는 우수인력 확보 및 기존 인력의 자질향상을 위한 인력관리 정책이 수립되어야 한다. 또한 지역보건의료 복지체계의 수립과 자율성 및 독립성을 확보하기 위한 지방 행정조직법과 보건소법 등의 법령과 제규정이 개정되어야 한다.

참 고 문 헌

- 金澤市. 衛生學. 公衆衛生學 教育協議會, 總會資料, 日本, 1994. 4
- 의료보장개혁위원회. 의료보장개혁과제와 정책방향. 1994. 6
- 한국보건사회연구원. 1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사 - 국민건강조사 결과, 1993
- 한국보건사회연구원. '90년대 보건의료정책의 발전방향. 1990
- 한국보건사회연구원. 지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계 개선연구, 1992
- Buttery CMG. Handbook for health directors. New York, Oxford University Press, 1991
- Lorenz KY, Ng et al. Toward a conceptual formulation of health and well-being strategies for public health. Van Nostrand Reinhold Company, 1981, pp. 50-52
- Robert Kohn. The health center concept in primary health care. Public Health in Europe 22, WHO, Regional office for Europe Copenhagen, 1983
- WHO. Health for all targets, the health policy for Europe. European Health for All Series No. 4, 1993