

최근 3년간 보건지소 한방진료실의 현황에 대한 통계적 연구

盧泓杓*·薛仁燦·金允植**

The Statistical Analyses of Oriental Medical Office of Sub-health Center During Recent 3 years

Hong-Pyo Roh*, In-Chan Sul O.M.D**, Yoon-sik Kim O.M.D**

* Dept. of Oriental Medicine Graduate School, Daejeon Univ.

** Dept. of Internal Medicine of Heart, College of Oriental Medicine, Daejeon Univ.

Objective: We investigated the actual condition of oriental medical office in Sub-health Center.

Method: We classified patients who visited an oriental medical office in a sub-health center of Jeollanam-do during recent 3 years, according to age, time(year), sex, disease, medical instruments, insurance, living condition... etc and studied statistical researches.

Result: Almost all patients who visited an oriental medical office in a sub-health center were in 50, 60s. The number of patients were on the decrease. The number of female patients was 2.4 times more than the number of male patients. The most diseases of patients in sub-health center were diseases in connection with bones and sinews system. Generally, medical instruments depended on acupuncture.

Conclusion; These results provide actual informations about condition of oriental medical office in Sub-health Center. Oriental medical doctors and offices of sub-health center are supposed to contribute to society, however essentially many problems exist. Public medical doctors of oriental medicine and local administration must renew their efforts for health of people in farming and fishing villages.

Key word: sub-health center, oriental medical office, public health doctor of oriental medicine(PHD).

I. 緒 論

현대사회는 의학의 혁신적 발달로 인해 인간의

평균수명이 연장되고, 삶의 질이 향상되는 등 많은 이기(利器)를 가져왔다. 하지만, 그에 따른 인간의 고령화로 인해서 수많은 사회적 문제들이 발생하고, 노인성질환들에 대한 대책이 시급해지는 원인이 되기도 한다. 특히 농·어촌 등과 같은 문화적 혜택이 미흡한 곳에서는 더욱더 노인들에 대한 적극적 치료, 요양, 관리가 절실히 요구된다¹⁾.

현재 우리나라는 이러한 소외지역에 대한 의료

* 대전대학교 한의과대학

** 대전대학교 한의과대학 심계내과학교실

· 교신저자 : 김윤식 · E-mail : yoonsik@dju.ac.kr

· 채택일 : 2004년 12월 1일.

혜택을 보건소와 보건지소, 보건의료원을 통해 제공하고 있는데 보건직 공무원들이 일부 그 임무를 수행하기는 하나 대부분이 공중보건의사(의과, 치과, 한의과, 이하 공보의)들이 진료나 보건사업을 하고 있다. 하지만 공보의 선생님들은 3년이라는 임기를 가지고 있어, 지속적인 환자관리가 이루어지지 못하고 있는 게 현실이다. 또한 보건지소와 같은 경우는 그 시설이나 인력, 장비가 충분치 못한 곳이 많고, 그로 인해 환자관리가 철저하게 이루어지지 못하는 곳이 많다²⁾.

따라서 본 조사에서는 최근 3년간 전라남도의 한 보건지소의 한방진료실상황³⁾을 체계적으로 정리, 분석하여 질 높은 의료와 보건사업을 할 수 있도록 하고, 더 나아가서는 지역 보건지소의 실태를 파악하여 환자관리 및 보건업무에 만전을 기하고자 한다.

II. 觀察對象 및 方法

한방공보의가 체계적으로 시작된 2002년 6월 17일 부터 2004년 9월 13일까지 전라남도의 한 보건지소 한방진료실에 래원한 환자들(총 6003명, 투약일수 9478일)을 여러 가지 분류방법(나이, 연도, 성별, 질환명, 시술기구, 보험구분, 생활수준 등)으로 분류하고, 각 결과에 대한 분석을 하였다.

III. 觀察結果

1) 나이별 분류 (총 환자수 1000명)

연령대	환자수
만 80세 이상(1924년생 -)	42명(4.2%)
만 70세 이상(1934년생 - 1925년생)	169명(16.9%)
만 60세 이상(1944년생 - 1935년생)	319명(31.9%)
만 50세 이상(1954년생 - 1945년생)	258명(25.8%)
만 40세 이상(1964년생 - 1955년생)	120명(12%)
만 30세 이상(1974년생 - 1965년생)	66명(6.6%)
만 20세 이상(1984년생 - 1975년생)	20명(2%)
만 10세 이상(1994년생 - 1985년생)	6명(0.6%)
총 환자수	1000명

총 래원환자 6003명중에 포함된 초진, 재진을 한 사람으로 보고 조사한 자료이다. 총 1000명이 보건지소에 다녀갔고, 이 수를 총 진료일인 820일(일요일포함)로 나누어보면, 하루평균 7.32명이 보건지소를 찾았으며, 1000명은 모두 초진환자로 볼 수 있으므로, 1.22명의 초진환자를 보고 있다는 결과가 나온다.

또한 연령별로는 10대가 6명, 20대가 20명, 30대가 66명, 40대가 120명, 50대가 258명, 60대가 319명, 70대가 169명, 80대 이상이 42명으로 5,60대가 가장 많았으며, 평균연령은 62.25세로 나타났다.

2) 연도별 분류 (총 래원환자 6003명)

기간	래원환자수	평균래원환자수(일)
2002년 (6월 17일 - 12월 31일)	2609	13.18
2003년 (1월 1일 - 12월 31일)	2250	6.16
2004년 (1월 1일 - 12월 31일)	1144	4.45

3개년간의 환자의 추이를 나타내고 있다. 총 3년간 평균래원환자수가 점차 줄어들고 있는데, 이것은 초기 환자들의 한방에 대한 관심이 지대했으나, 국가나 지방자치단체의 지원미흡으로 인한 시술의 한계 및 현실적인 제약을 보여주는 결과이거나, 3년의 시간이 흐를수록 갖게 되는 공보의 선생님의 나태함이라 할 수 있다. 또는 이 두 가지가 접목되어 나타나는 결과일 수도 있다. 중요한 것은 환자가 요구하는 바는 많은데 환자에게 정신적, 육체적으로 충족시켜주는 부분은 미흡하다는 것이다.

3) 성별별 분류 (총 래원환자 6003명)

성별	래원환자수
남자	1761(29.3%)
여자	4242(70.7%)

성별별로 분류한 것이다. 여자환자가 2.4배정도 많이 보건지소를 찾았다.

4) 질환명별 분류 (총 래원환자 6003명)

질환명	래원환자수
요통 (담음,어혈,좌심요통,요각통,요부염좌 포함)	1908명(31.8%)
슬부상근(슬안풍 포함)	1079명(18%)
견불거(담음,한성견비통 포함)	691명(11.5%)
하지마목	399명(6.6%)
항강(경항부상근 포함)	362명(6%)
비증 (풍비,통비,착비 포함)	330명(5.5%)
수족마목불인(수족마목,탄탄 포함)	330명(5.5)
하지부염좌(과부상근,저배통 포함)	280명(4.7%)
협통(기울,담음,어혈,견협통 포함)	135명(2.2%)
상지부염좌(완부상근 포함)	103명(1.7%)
두통(담결,편두통,두풍증,수풍증 포함)	100명(1.7%)
주통	89명(1.5%)
구안와사(안경경련 포함)	62명(1%)
식체(식적,한복통 포함)	55명(0.9%)
상지마목	49명(0.8%)
통풍	12명(0.2%)
근급	7명(0.1%)
좌골신경통	4명(0.1%)
산후기울증	2명
상세불명의 대마비	2명
경행부지	1명
산후외감	1명
신허이명	1명
혈울	1명

질환별로 분류했을 때, 일단 요통, 슬통, 견비통이 전체질환의 61%를 차지하게 되는 등 근골격계

질환이 압도적으로 많았다. 전반적으로 내상질환은 양방에 의존하게 되고, 근골격계에만 한방을 선호하게 되는데, 이러한 것도 한방진료가 개선해야 할 점이라고 할 수 있다. 우리 한방은 내상질환이나 외감에 탁월한 효과가 있다는 것을 대외적으로 인지시키고, 본초와 방제, 상한론에 제일 처음 언급되는 외감(감기를 비롯한 감염성 질환)질환에도 많은 환자들이 한방의 우수성을 알고 찾을 수 있는 환경이 필요하다.

5) 시술기구에 대한 분류

진료기구	개수
침(0.25*4.0)	1000개*6박스
침(0.25*3.0)	1000개*4박스
뜸(灸)	210개*10박스
IR(Infra Red)	4개
부항기	1개
전침기	1개
Hot Pack(건식)	2개
Hot Pack(습식)	1개
한방의료보험약제	보중익기탕 외 15종

보건지소에 구비된 시술기구에 대한 분류이다. 주로 침과 뜸, 부항 등이 있으나 인력의 불충분으로 주로 침을 이용하고 있다. Hot Pack같은 경우는 물리치료가 있는 곳에 구비되는 것을 원칙으로 하고 있으므로, 시술이 용이하지 않다. 한방의 의료보험약제는 보중익기탕, 팔물탕, 삼출견비탕 등의 보익약(補益藥)와 향사평위산, 이진탕, 구미강활탕, 연교패독산, 형개연교탕 등의 실증약(實證藥)이 구비되어 있다. 그러나 보음제(補陰劑)의 대표인 육미지황탕 등 비교적 많이 활용되는 약제는 보험혜택을 받지 못해 아직 투약하지 못하고 있다.

6) 보험구분별 분류 (총 래원환자 6003명)

보험구분	래원환자수
건강보험	4961명(82.6%)
의료보호 1종	766명(12.8%)
의료보호 2종	265명(4.4%)
일반	8명(0.1%)
2종 장애인	3명

보험구분별로 분류한 것이다. 건강보험은 82.6%, 무료혜택을 받는 의료보호와 장애인은 17.3%로 나타났다. 대부분이 생계가 어려운 노인들인 점을 감안했을 때 의료비 지원의 측면에서 많은 소홀함이 발견되었다. 현행 한방 진료비는 처방일수로 계산이 되는데, 1일에 1,100원, 3일에 1,800원, 5일에 2,200원이다. 만성질환의 침구치료가 한번의 래원으로 완치되는 것이 아니라고 했을 때, 적지 않은 비용이다.

※ 아래 참고는 우리나라의 보험혜택이 외국에 비해 현저하게 취약하다는 사실을 보여준다. 우리나라는 총 진료비의 액수를 %로 나누어 국가와 개인이 부담한다는 것에 그치지만, 외국은 환자에게 얼마만큼의 양질의 서비스를 제공하는가에 중점을 두고 있다.

참고 1. 우리나라의 본인 부담금에 대한 규정

	외래	입원
의원	30%	20%
병원	40%	20%
종합병원	55%	20%

참고 2. '사회보장 최저기준'에서 제시한 의료급여의 최저기준과 클린턴이 제안한 최소한의 포괄적 급여(minimum comprehensive care)

질병	가정방문을 포함한 일반의 서비스
	전문의 진료
	필수적인 의약품의 제공
	산전, 분만, 산후진찰
	입원진료
임신, 분만 및 후유증	분만 및 분만 전후 진료
	입원

세계노동기구(ILO)를 중심으로 국민생활 최저선을 정하려는 노력에 의해 정해진 '사회보장의 최저기준에 관한 협약'(협약 제 102호)로서 의료급여의 최저기준에 관하여 포괄적으로 기술하고 있다.(ILO, 1962)

병원 서비스	입원, 외래, 응급실이용, 병실료, 식대, 치료, 검사, 방사선
의사 서비스	입원 및 외래진찰료, 수술료, 자문료, 통원치료
예방 서비스	신체검사: 20-39세(1회) 40-65세(2년에 1회) 65세이상(매년 1회)
	영유아 검진
	유방촬영: 50세이상(2년에 1회)
	자궁암검진과 골반검사: 50세까지(3년에 1회) 50세이상(2년에 1회)
	콜레스테롤 검사: 20세부터(5년에 1회)
	소아예방접종: B형 간염포함
	노인예방접종: 독감포함
고위험집단은 더 자주 시행함	

이 제안의 특징은 우선 최소한도의 서비스 내용이 매우 포괄적이라는 것이다. 효용이 밝혀진 서비스는 치료서비스뿐만 아니라 예방서비스, 건강증진서비스, 재활서비스 등 포괄적인 서비스를 거의 모두 포괄하고 있다는 점이다. 아울러 세계노동기구(ILO)의 그것에 비해서 제안내용이 아주 구체적이다. 이는 물론 미국이라는 구체적인 사회경제적 조건에서 가능한 내용이기 때문일 것이다.

7) 생활수준별 분류

【표 1】 생활수준별 15일간 이환율

생활수준	이환율(인구 1,000명당)
상	231
중	251
하	300

자료) 한국보건사회연구원, 1989년도 국민보건조사, 1990.

【표 2】 생활수준별 의료이용도 조사

생활수준	연간 병원 이용률 (인구 100명당)	1인당 연간 평균 방문 횟수
상	53.4	8.57
중	52.5	8.53
하	49.6	7.92

자료) 한국보건사회연구원, 1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사, 1993.

의료이용의 지역간 불평등이 해소되지 않고 있는 현실 속에서 최근 농어촌지역의 의료이용률이 크게 증가하였지만, 아직도 도시와 농촌간 의료이용의 격차가 크다. 이는 도시와 농촌간 의료기관과 의료인력(특히 전문인력)의 불균등 분포와 농촌의 의료욕구에 부응하는 의료서비스를 제공하지 못하고 있기 때문이다. 더욱 큰 문제는 경제적 장벽에 따른 불평등의 해소인데 생활수준이 낮은 집단의 유병률이 높음에도 불구하고(표 1), 병의원 이용률은 낮다(표 2). 이런 불평등은 현행 의료보장제도가 저소득층의 의료이용의 경제적 장애를 적절히 제거하지 못하고 있음을 시사한다. 특히 주로 저소득층으로 구성되어 있는 의료보호환자에게 경제적 장벽은 더욱 클 것으로 추정된다.

IV. 考 察

한국의 의료형태는 다른 민주주의국가와 마찬가지로 시장경제의 원칙에 입각하여, 경제적으로 장

출되는 이득이 많은 대도시에 밀집되는 기형적 모습이다. 특히 보건지소와 같은 의료취약지역에 설립된 기관은 시설, 인력(특히 전문의사)면에서 다른 민간의료기관에 비해 취약할 수밖에 없다⁴⁾.

보건지소는 면단위에 만들어진 소규모 의료기관이다. 관찰한 바와 같이 이 곳은 주로 50대 이상의 장년, 노년의 주민들이 이용하는 곳이고, 이들의 질환의 특징은 만성화가 수십 년씩 진행된 퇴행성질환이라는 것인데, 오로지 침과 뜸, 부항정도가 시술의 한계이다. 최근 시술기구들이 눈부시게 발전하고, 그 효험이 증명되는 등 그 이용정도가 급증하는 사실에 비해서는 매우 허술한 편이다. 또한, 한방을 찾는 환자들의 대부분이 근골격계 질환인 점도 간과해서는 안된다. 수족마목불인(seq of CVA), 협통, 두통, 식체 등을 제외한다면 89.7%가 모두 근골격계 질환이다. 그 원인은 일단 한방에 대한 환자들의 인식일 수도 있고, 근골격계 이외의 질환이 수십 년간 양방 선생님들이 환자들을 진료하면서 생긴 영역일 수도 있고, 무엇보다 한방 공보의 선생님들의 문제일 수도 있다.

현재 보건지소는 2000년 우여곡절 끝에 시작된 의약분업에 의해 일차적인 예방사업과 보건교육 등을 시행하지 못한 채 이차적인 진료에만 전념하다시피 하고 있다. 평소 보건지소를 이용하지 않았던 사람도 보건지소에서 약을 싸게 구입하려 하기 때문이다²⁾.

보건지소에 래원한 환자들의 연령은 50대가 258명(25.8%) 60대가 319명(31.9%)로 나타났고 평균 연령은 62.25세로 나타났으며, 이는 1993년 1월1일부터 1993년 12월31일까지 1년간 전라북도(정읍)의 한 보건지소에서 50대가 257명(25.7%)으로 가장 많은 환자가 찾아온 현황과 다른 결과를 보였다. 이러한 까닭은 전라남도의 노령인구가 다른 지역(전북)에 비해 더욱 많았다는 것을 의미하고, 농업과 어업을 산업구조에서 전라남도의 청장년층의 이주가 더욱 심각하다는 것을 의미한다.

성별별로는 여자가 70.7%로 남자에 비해 월등히 많았다. 전라북도 정읍의 보건지소의 보고⁵⁾에 의하면 여자가 41.9%로 나타났다. 본 분석과 다른 이유는 우선 전라남도 지역이 상대적으로 남성 사망률이 높다는 것을 의미하고, 이러한 현상은 어

업을 주로 하는 해안지역 사람들이 많다는 것으로 알 수 있으며, 둘째는 근골격계 질환이 많았다는 것과 연관지어볼 때, 본 지역에서 여성이 생업에 종사하는 비율이 높다고 하겠다.

근골격계 질환의 특징은 육체적 노동의 정도가 심한 농어촌지역에 많고, 한의원 및 한방이용이 많은 질환이라는 것이다. 본 지소에서 다른 보고와 동일하게 나타났는데, 특히 전라북도 정읍의 보건지소에서 호흡기계(Respiratory, 37.5%)질환 다음으로 근골격계(Musculoskeletal, 25.2%)질환이 많았다⁵⁾.

의료보험별로는 83%에 가까운 환자들이 건강보험혜택을 받고 의료취약지역임에도 불구하고 17.2%만이 의료보호등 무료진료의 혜택을 받았다. 전라북도의 한 병원에서 조사한 결과에 의하면 보험진료가 73%, 생활보호대상자가 27%로 나타났는데, 본 지역이 의료혜택이 더욱 미흡한 것으로 나타났다.

이러한 제정상의 문제에 대한 원인은 최근의 주요 정책변화에 영향을 받게 된 것인데, 먼저 지방자치제의 시행으로 자치단체장 후보자들의 공약이 다르고, 각급 지방자치단체가 할 수 있는 보건정책 및 사업의 규모와 범위가 예전에 비해 작아졌다는 것이다. 또, 개방화, 국제화, 세계화에 발맞추어 병의원들의 경쟁과 개방으로 인해 병의원의 고급화, 대형화, 고가화가 이루어지고 상대적으로 취약한 보건지소는 그 추세를 맞추어 나갈 수 없게 되면서, 외소해지게 된다. 마지막으로 보건복지정책실천의 미숙을 들 수 있는데, 여러 가지 다양한 정책(국민건강증진법, 정신보건법, 응급의료법, 방문보건사업, 보건진료소의 변화)의 입안이 이루어지고 있으나, 이들 정책을 총괄 조정하는 기관이 없고, 보건복지부의 부서간의 협의체제는 여전히 부실하기 때문이다.

이러한 문제들을 해결해 나가기 위해서는 첫째, 지방자치단체의 역량을 역으로 중앙행정부에 집결시키는 방법을 강구해야 한다. 다시 말해서 중앙행정부의 시행명령을 하달 받아서 일을 하는 것이 아니라, 각 지방자치단체가 각각의 특성에 맞는 사업을 구상하여 여러 지방단체의 협조속에 하나의 큰 주제를 만들어 내고 이것을 상정하는 것을

말한다. 이러한 것은 하나의 방안으로 전국을 대상으로 한 시책이 만들어지고 이로 인한 경제적, 물질적 이득을 보건사업의 제정으로 이용하면 되는 것이다⁶⁾.

또한 농어촌 보건의료체계를 재구성하는 것도 도움이 된다. 보건의료 서비스를 지역 내 보건의료 문제는 지역내에서 해결한다는 원칙을 가져야 하고, 서비스의 다양성, 포괄성의 확보를 위해 치료위주에서 장티푸스, DPT, 결핵, 간염, 고혈압, 비만 등 예방위주의 차원으로 격상시켜야 하며, 보건의료 요구에 부응하는 정도를 높여 노인문제, 정신질환, 지역사회 재활에 힘써야 한다. 보건의료 시설의 수준은 농특자금을 이용하되, 향후의 사업 확장 및 다양화에 대비하는 것이어야 한다. 민간 의료원의 지원으로 얻어지는 재투자금은 민간 의료 시설의 다양성을 유도하는 방향으로 설정되어야 하며, 이는 각 지방의 의료서비스 수요에 부응하는 것이어야 한다. 중앙행 정부가 일방적으로 결정하는 방식은 불가하며, '지역보건의료계획'과 기초 및 광역자치단체의 계획이 합치되는 것이어야 한다. 보건인력부분도 향후 보건인력이 얼마나 확보되느냐 하는 것은 보건활동이 얼마나 활발하게 전개되느냐에 달려있으므로, 인력부족을 서비스의 허술함으로 이어지게 하지 말고, 당분간은 현재의 인력으로 '바쁘게' 움직여야 한다. 조만간 지방행정요원에 대하여 지방자치단체가 정책 결정 및 인사권을 행사할 수 있는 단체가 오게 될 것이고, 중앙행 정부는 '사업자체'를 주는 것이 아니라, '지침'을 주는 역할을 하게 될 것이기 때문이다. 농어촌 개발 특별세 기금도 어려운 보건지소급 기관에 도움이 되도록 해야 한다⁷⁾.

의료이용의 계층간 지역간 의료이용실태는 생활수준이 낮은 환자의 이환률은 만났던 반면, 의료기관을 이용한 환자는 7.92명꼴로 생활수준이 높은 환자의 8.57에 비해 낮았다. 의료의 계층간 지역간 불균형이 여실히 드러나는 것이다.

1994년부터 1998년까지 5년간 1,415억원의 공공 보건의료기관 지원금이 있었으며, 1995년부터 1998년까지 4년간 3,370억원의 민간기관 지원금(장기 저리 융자, 5년 거치 10년 상환, 연리 5%)이 있었다⁸⁾. 추가적으로 예산의 집행이 얼마나 효율

적으로 이루어졌는지, 낭비된 예산은 없었는지에 대한 반성을 거친다면, 앞으로 지급될 예산이 그 효율성을 더할 것이다. 또한 현재 의료보호환자는 외래 이용시에는 본인부담금을 부담하지 않지만, 입원진료시에는 의료보험과 동일한 20%의 본인부담금을 부담한다. 경제적 장벽을 낮추기 위해서는 우선 법정 본인부담금의 수준을 낮추고 소득수준에 따른 본인부담금의 차등적용, 비급여 서비스의 보험급여화, 의료보호혜택 수혜자의 올바른 선별 등 경제적 부담완화정책이 도입되어야 한다. 보험(또는 보호) 적용일수 제한의 철폐, 본인부담금 인하, 효과가 입증된 의료서비스에 대한 보험적용, 의료보호 대상자의 기본적 의료서비스 보장이 이루어져야 한다.

V. 結 論

1. 보건지소에 찾아오는 환자는 60대가 319명, 50대가 258명으로 가장 많았다.
2. 보건지소에 찾아오는 일일 평균환자를 연도별로 구분하면 각각 2002년에는 13.18명, 2003년에는 6.16명, 2004년에는 4.45명으로 점차적으로 감소하고 있다.
3. 보건지소에 환자의 남녀 비율은 1:2.4로서 여자환자가 많이 래원하고 있다.
4. 보건지소에 찾아오는 환자들의 증상은 요통(31.8%), 슬통(18%), 견통(11.5%)순으로 많았고, 근골격계 이외의 질환에 대한 취약을 드러내고 있다.
5. 보건지소에 구비된 진료기구는 침과 뜸, 전침, IR, Hot Pack, 한방의료보험약제 등이 있고, 주로 침구치료에 의존하고 있다.
6. 보건지소에 찾아오는 환자들의 보험구분은 건강보험(82.6%)이 가장 많았고, 의료보호(1,2종 포함, 17.2%), 일반(0.1%)순으로 나타났다.

參考文獻

1. 김종일, 오경호, 송드승, 최형우, 이한기, 황혜현, ICPC 분류법에 의한 한 시골지역 보건지소

의 초진환자 진료내용 분석, 대한가정의학회지 제 16권 10호, 1995, pp.739-745.

2. 김규남, 의학분업 시행지역에서의 보건지소의 의료행태 변화, 대한가정의학회, 2000, pp.633-634.

3. 2002년 6월 17일부터 2004년 9월 13일까지 전라남도의 한 보건지소 진료현황.

4. 김용익, 농어촌 보건의료의 발전방향, 한국영양학회지, 1995, pp.559-562.

5. 황인담, 의료보호제도에 관한 조사연구, 전북의대 논문집 제 2권 1호, 1978, pp.1-7.

6. 장영식, 지자체의 보건통계생산 활성화 방안, 한국보건사회연구원, 2003, pp.168-172.

7. 함철호, 보건, 의료, 복지 통합적 접근의 사례연구, 사회복지연구논문집, 1998, pp.193-197.

8. 조홍준, 삶의 질 개선을 위한 보건의료정책, 한국사회정책, 1995, pp.165-185.