



공중보건체계 개혁의 필요성과 과제

임준

가천대학교 의과대학 예방의학

목차

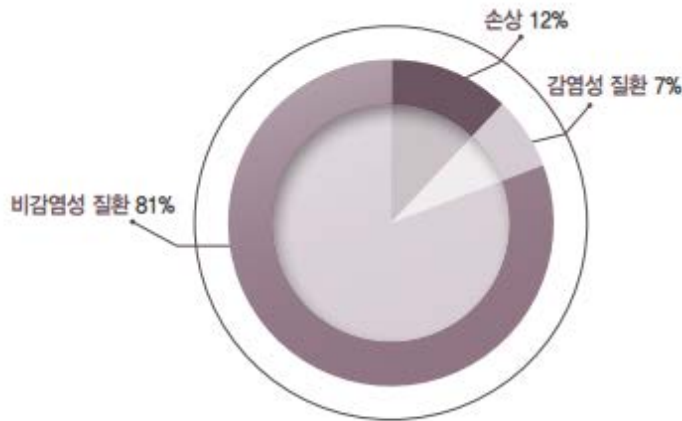
- **현황과 문제점**
- 인력 양성 및 관리운영체계 전면 개혁
- 보건부 독립, 공중보건청 신설 등 중앙정부 역할 강화
- 지역사회 건강관리체계 구축
- 주민 참여 기반 건강관리위원회 설치

지속가능성의 위기

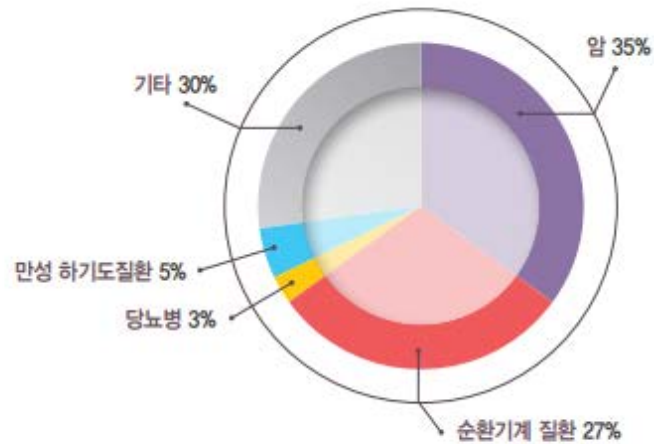
- 인구의 고령화, 생활습관 변화 등으로 만성질환 유병률이 증가
 - 2014년 우리나라 30세 이상 성인의 28.9%가 고혈압, 11.1%가 당뇨병(국민건강영양조사)
- 만성질환으로 인한 높은 질병 부담
 - 고혈압, 당뇨병 관련 사망이 전체 사망의 27.5%(통계청, 2011)

지속가능성의 위기

- 만성질환으로 인한 높은 질병 부담



사망원인 구성비(2013)

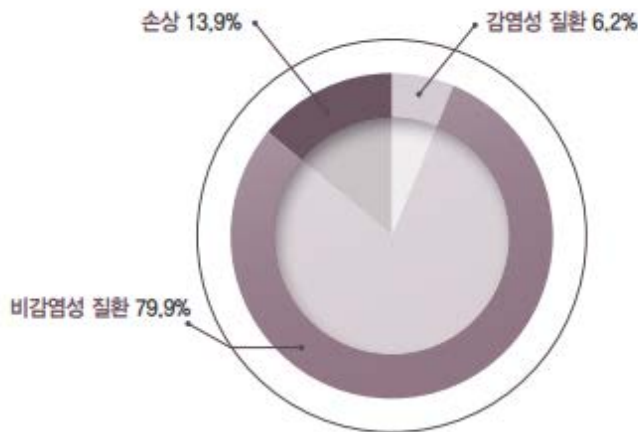


비감염성 질환 구성비(2013)

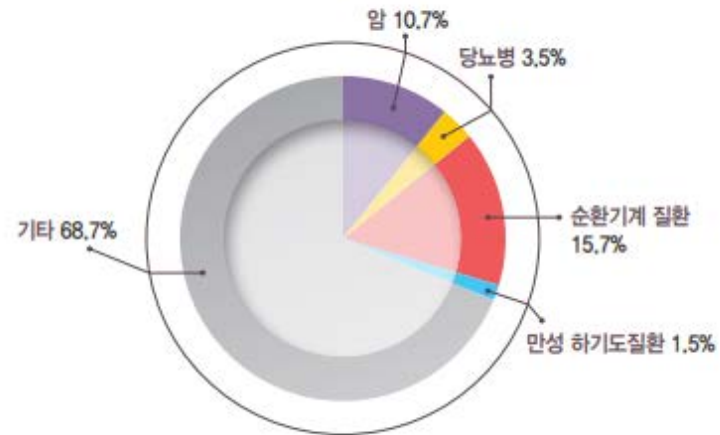
*출처: 질병관리본부(2015)

지속가능성의 위기

- 만성질환으로 인한 높은 질병 부담



진료비 구성비(2013)



비감염성 질환 진료비 구성비(2013)

*출처: 질병관리본부(2015)

건강불평등의 심화

- 계층, 지역 간 건강 수준의 격차 증가
- 질병 이환에 따른 소득 상실 및 재난적 의료비로 빈곤 가구 증가
- 헌법에서 보장하고 있는 보편적 권리로서 건강권 침해

건강의 근본적 위기 상황

- 메르스, 조류독감 등 신종 감염병에 대한 대처 능력 부족으로 인한 대재앙
- 가습기, 삼성반도체, 원전 등 시민의 안전 및 건강의 위기 심화

사익추구적 보건의료체계

- 1시간 대기 3분 진료, 의료 쇼핑, 의사 불신
- 일차의료 붕괴, 주치의제도 부재
- 대도시 병원 쏠림 현상, 대도시와 지역 간 의료 격차 발생

취약한 공중보건인력

	인구수	보건기관 인력수	인구천명당 인력수
총계	51,069,375	20,041	0.39
서울	9,904,312	2,882	0.29
부산	3,448,737	803	0.23
대구	2,466,052	484	0.20
인천	2,890,451	673	0.23
광주	1,502,881	338	0.22
대전	1,538,394	249	0.16
울산	1,166,615	251	0.22
세종	204,088	88	0.43
경기	12,479,061	2,573	0.21
강원	1,518,040	1,268	0.84
충북	1,589,347	1,084	0.68
충남	2,107,802	1,582	0.75
전북	1,834,114	1,480	0.81
전남	1,799,044	2,091	1.16
경북	2,680,294	2,180	0.81
경남	3,334,524	1,745	0.52
제주	605,619	270	0.45

취약한 공중보건인력

- 정규직 인력은 보건행정 및 규제, 보건 기획, 내 소 기반 사업 등을 위한 인력으로 과거에 비해 큰 변동 없음
- 질병패턴 변화, 요구도 증가, 저출산 및 고령화 대응 수단 부재 : 비정규 인력으로 대응
- 지역 간 분포 불균형 : 농촌 지역은 상당수 진료 인력으로 니즈 대비 인력 부족

공중보건인력 양성체계 문제점

- 양성 계획의 부재
 - 필요에 기초한 인력 규모, 분포, 핵심 역량, 양성 및 관리 체계 구축 등에 대한 계획 부재
- 면허제도에 기초한 양성체계
 - 의료서비스 인력 양성체계에 의해 양성된 인력 선발
 - 공중보건기관의 기능 및 인력의 핵심 역량에 근거한 인력 양성 부재

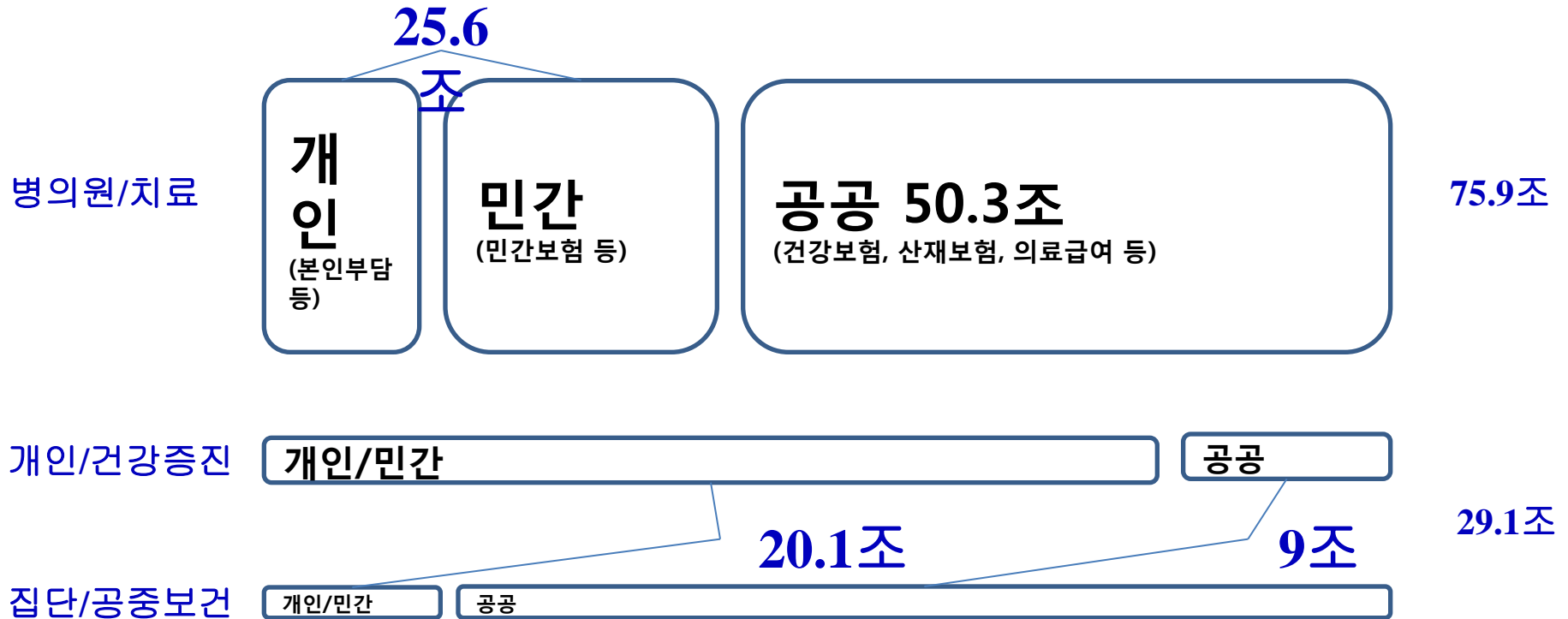
중앙정부의 위기관리 능력 부족

- 메르스 사태를 통해 감염병 등에 대한 위기관리 능력 부재 확인
- 컨트롤타워 혼선과 보건의료시스템 취약에 기인

열악한 공중보건 재정

- 공공부문의 비중이 매우 낮음
 - 전체 경상(보건)의료비의 59.3%
- 건강증진 및 공중보건 분야의 비중이 매우 낮음
 - 공공재원 9조, 전체 경상의료비의 8.6%
- 정부의 보건의료 부문 예산 비중이 매우 낮음
 - 중앙정부의 경우 전체 예산의 0.5% , 광역시는 0.76~2.65%
 - 중앙정부는 전체 경상(보건)의료비의 1.8%
 - 의료 부문에 대한 예산이 대부분

열악한 공중보건 재정



지방정부의 취약한 역량

- 시도의 취약한 공중보건 역량
 - 중앙정부의 통로 역할에 국한
 - 정책 역량 취약 : 공공보건의료지원단 설치 근거
- 시군구의 취약한 공중보건 역량
 - 지역사회 요구를 반영하기 어려운 보건소 조직 구조
 - 읍면동별 건강관리체계 부재
 - 치료와 예방의 분리 : 보건소의 과부하

보건소 조직의 문제점(1)

- 사업내용과 형식의 불일치
 - 사업내용은 현재의 필요 및 욕구 일부 반영
 - 조직 형식으로 수평적 협의구조 필요
 - 실제 형식은 과거의 틀 유지
 - 무늬만 팀제
 - 위계적인 기계적 구조
 - 공급자 중심의 조직 구조

보건소 조직의 문제점(2)

- 다층위적 조직 구조

- 매우 이질적 성격의 사업이 보건소 업무영역에 모두 포함

- 진단, 기획 기능
 - 행정, 민원, 규제 업무
 - 집단적 질병 감시 및 예방 관리 기능
 - 개별화된 대인서비스 제공 기능

- 다른 조직 구조 필요

- 대인서비스 : 수평적 조직 구조 필요, 사례관리

주민 참여 및 지역 연계 미비

- 주민 참여 부재
 - 주민 참여 경험 부재
 - 역량의 부족
- 지역사회 연계 및 협력 미비
 - 지역사회 주민의 건강수준 향상, 불형평성 개선 목표를 달성하기 위한 수단 부재

목차

- 현황과 문제점
- **인력 양성 및 관리운영체계 전면 개혁**
- 보건부 독립, 공중보건청 신설 등 중앙정부 역할 강화
- 지역사회 건강관리체계 구축
- 주민 참여 기반 건강관리위원회 설치

정규직 전환 및 단계적 인력 확충

- 공중보건인력에 대한 법적 근거 마련
- 비정규직 인력을 정규직(공무원) 인력으로 단계적 전환
- 읍면동 건강생활지원센터, 보건지소 등 건강안전망 구축 등에 요구되는 인력부터 단계적으로 공중보건인력 확충

추가 인력 규모(1)

- 임신부, 영유아 방문 건강관리서비스
 - 서울시 사업 인력 및 포괄 범위를 전체 대상으로 확대할 경우 약 2,000여명 인력 필요
- 노인 대상의 건강관리서비스(방문 포함)
 - 노인인구 천명 당 1명의 인력이 필요할 경우 7백만 명으로 가정할 때 약 7,000여명의 인력 필요

추가 인력 규모(2)

- 만성질환자 예방관리서비스
 - 고당 교육센터 인력(65세 이상 주 대상) 수준을 전체 지역 및 인구집단으로 확대할 경우 3,500여명 필요
- 어린이 건강관리서비스
 - 2015년 기준 어린이집 약 40,000개에 대한 생활터별 건강관리를 수행할 경우 4,000여명 필요

추가 인력 규모(3)

- 학교 건강관리서비스
 - 초중고 20,000여개 학교에 대한 생활터별 건강관리 인력 4,000여명 필요
- 직장 건강관리서비스
 - 약 400만 개 사업체 건강관리 인력 4,000여명 필요
- 감염관리 인력
 - 보건소 당 4-5명 추가 인력 필요 시 1,000여명 필요

추가 인력 규모(4)

- 총 인력 규모

- 정규직(공무원) 인력 20,000명 이외에 전체 인구 집단을 대상으로 한 생활터별 건강관리 및 감염관리를 위해 약 25,000~30,000명의 인력 추가 인력 필요
- 인구 천명당 최소 1명의 인력 필요
- 농어촌 지역의 경우 진료 인력을 제외한 공중보건 인력 확보 필요

핵심 역량 기반 양성 및 관리체계 구축

- 공중보건인력관리계획 및 조직 체계 수립
 - 인력 양성, 관리 계획 수립 및 선발, 배치, 평가, 교육 훈련 등을 총괄하는 보건부 산하 국, 과 신설
 - 건강증진개발원의 조직 체계 개편을 통해 공중보건인력관리에 관한 지원 기능을 수행할 조직 신설

핵심 역량 기반 양성 및 관리체계 구축

- 적정 공중보건인력 수 확보가 가능한 체계
 - 인구 천명당 1명의 인력 확보가 가능한 양성 체계
 - 핵심 역량과 관련된 학점 이수자에게 자격 부여
 - 공중보건 관련 필수 교과목 이수 : 교직 이수 참조
- 공중보건직 신설 및 인력의 핵심 역량 정의
 - 공중보건전문가, 공중보건실무자를 구분하여 신설
 - 각 과정에 필요한 핵심 역량 정의 및 교과과정 제시

핵심 역량 기반 양성 및 관리체계 구축

- 교육체계(교육부)를 통한 인력 양성
 - 자격증 중심의 양성체계에서 핵심 역량 교육 이수 중심의 양성체계 개편
 - 보건계열대학에서 공중보건 교과목 강화
 - 보건계열대학 뿐 아니라 공중보건 핵심역량 교육 이수 전공 확대 및 인정 : 사회학, 사회복지학, 심리학 등

핵심 역량 기반 양성 및 관리체계 구축

- 별도의 공중보건전문가 양성체계 구축
 - 가칭)공중보건연수원 등을 신설하여 공중보건실무자 중 공중보건전문가로 진입할 수 있는 과정 신설
 - 공중보건전문가 핵심역량에 근거한 교육 과정 운영
 - 기존 공중보건 의사 업무 범위를 진료로 축소하고, 공중보건전문가가 업무를 담당함(다만, 초기 공중보건의사에게 공중보건전문가 과정에 준해 교육훈련 강화)

핵심 역량 기반 양성 및 관리체계 구축

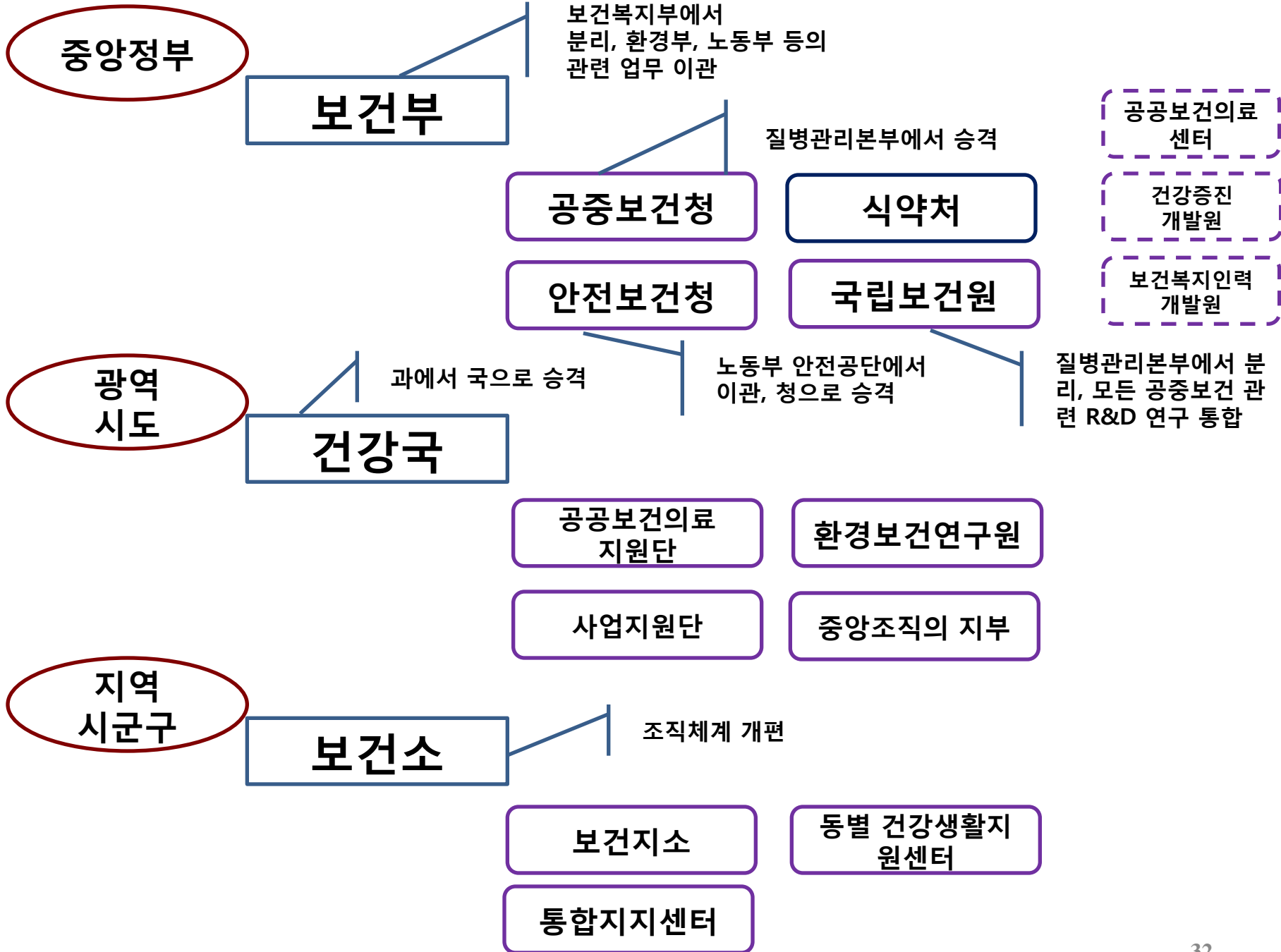
- 공중보건 교육훈련체계 구축
 - 신규 배치 전 교육 훈련 : 정부 산하 보건복지인력개발원 및 인증을 받은 교육훈련기관 등에서 핵심 역량 중심의 배치 전 교육훈련
 - 배치 후 보수 교육 훈련 : 광역 수준의 공공보건의료지원단 및 통합건강증진사업지원단 등에서 핵심 역량 중심의 보수 교육 담당

공중보건인력의 기능

- 규제 및 행정 기능
 - 공공기관 종사자로서 갖추어야 할 기본 역량
- 기획 기능
 - 자료 수집, 분석, 목표 수립, 우선순위 설정, 사업 구성, 평가 기획 등
- 자원 연계 및 협력
 - 소통, 리더십, 조정
- 서비스 제공
 - 상담, 교육, 보건의료 기술 등

목차

- 현황과 문제점
- 인력 양성 및 관리운영체계 전면 개혁
- 보건부 독립, 공중보건청 신설 등 중앙정부 역할 강화
- 지역사회 건강관리체계 구축
- 주민 참여 기반 건강관리위원회 설치



중앙 공중보건체계 전면 개편

- 보건부 독립
 - 환경부, 노동부, 여성부, 농림부 등 타 부처의 보건 정책 기능 이관 및 인력 충원 및 사회부총리 신설
- 질병관리본부를 공중보건청으로 승격
- 안전보건청 신설(안전보건공단을 전환)

공공재원 확충

- 건강증진기금 예산으로 넘어간 사업을 일반회계로 충당 : 일반회계 5조 원 확보
- 공적 자원 비중을 OECD 평균 수준인 80%로 단계적 향상
- 향후 10년 간 보건의료비를 OECD 평균 수준인 GDP의 8.5%로 단계적 향상

건강증진기금 사용 범위 재검토

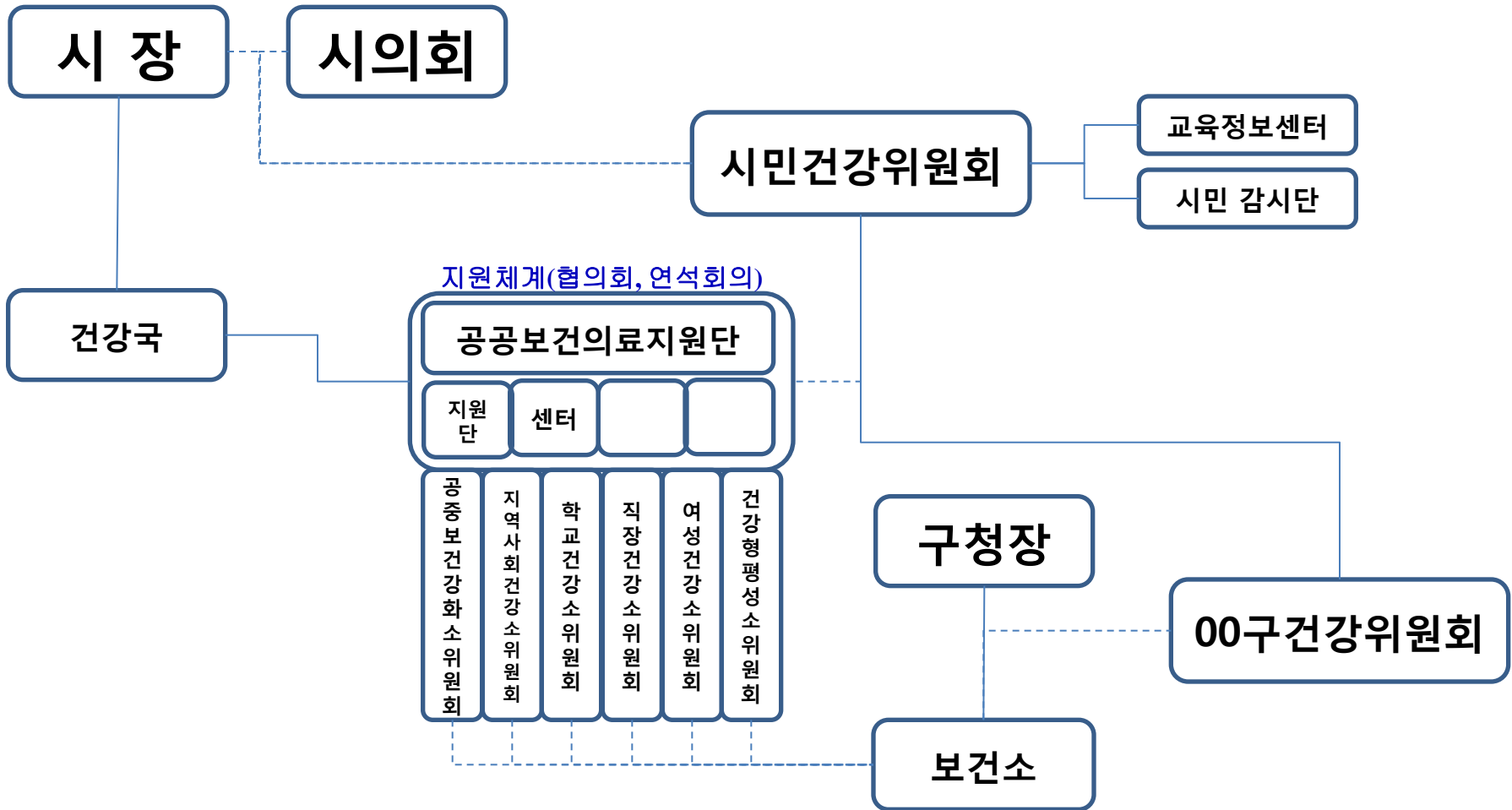
- 건강보험 재정에 투입된 기금 재정 확보
- 일반회계 확보를 통한 기금 재정 확보
- 공공보건의료 부문에 대한 투입 확대

목차

- 현황과 문제점
- 인력 양성 및 관리운영체계 전면 개혁
- 보건부 독립, 공중보건청 신설 등 중앙정부 역할 강화
- **지역사회 건강관리체계 구축**
- 주민 참여 기반 건강관리위원회 설치

광역 공중보건조직체계의 구성

- 광역 관리행정체계
- 시민 거버넌스체계
- 공중보건지원 및 실행체계



광역 공중보건 지원체계 구축

- 공공보건의료지원단(재단), 통합건강증진사업지원단, 심뇌혈관예방관리사업지원단, 정신보건사업지원단, 광역정신건강증진센터&자살예방센터, 광역치매센터, 암센터 등과 연계체계 구축
- 시도 건강위원회 하부 지원체계 위상
- 산하에 생애주기 및 생활터별 실행위원회 구축

지역 보건기관 기능 재배치

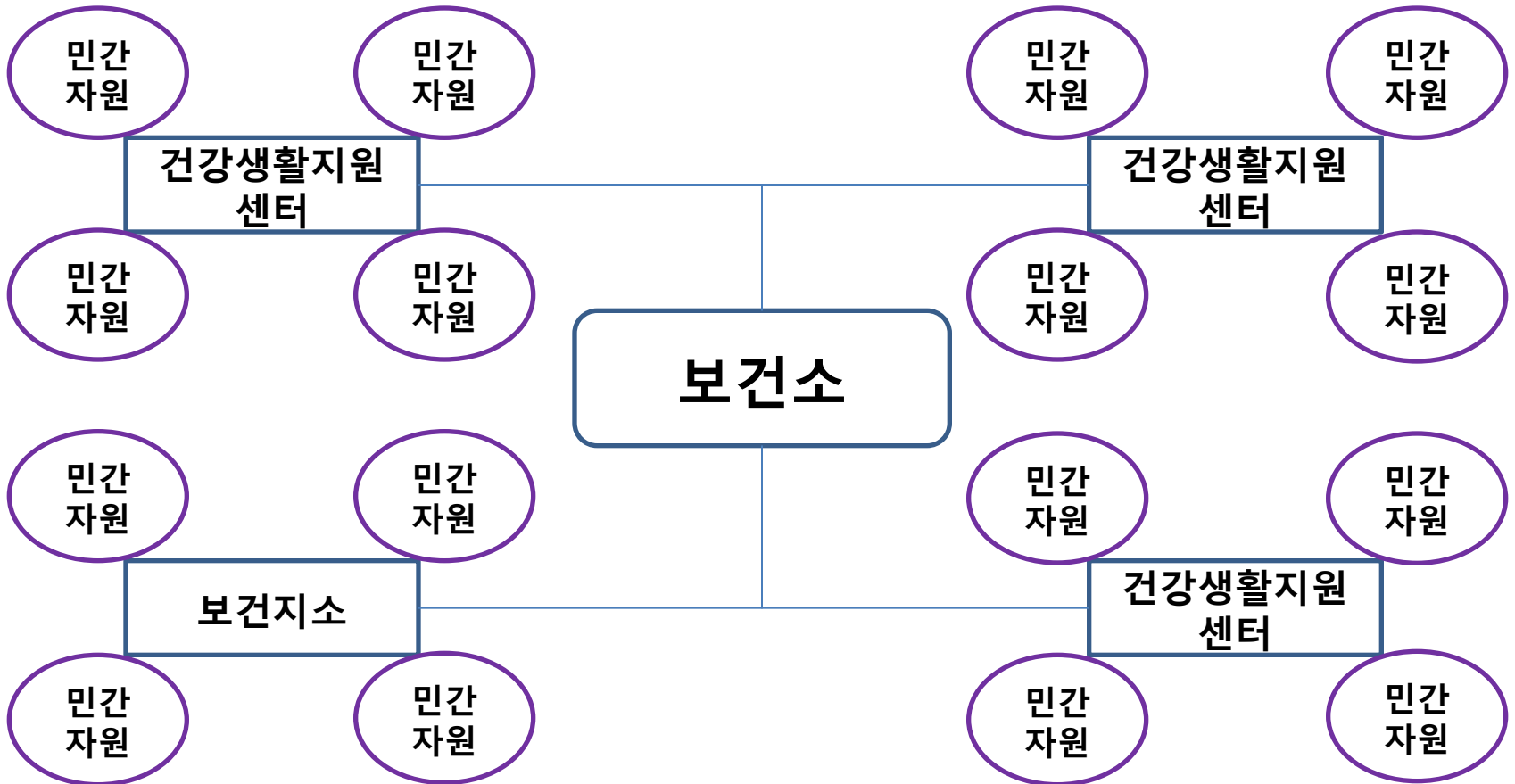
- 보건소

- 기획 및 질병관리 총괄 기능
- 규제 및 행정 기능
- 집단 대상의 보건사업
- 건강생활지원센터에서 감당하기 어려운 주간 보호, 정신보건, 모자보건 등의 특화사업

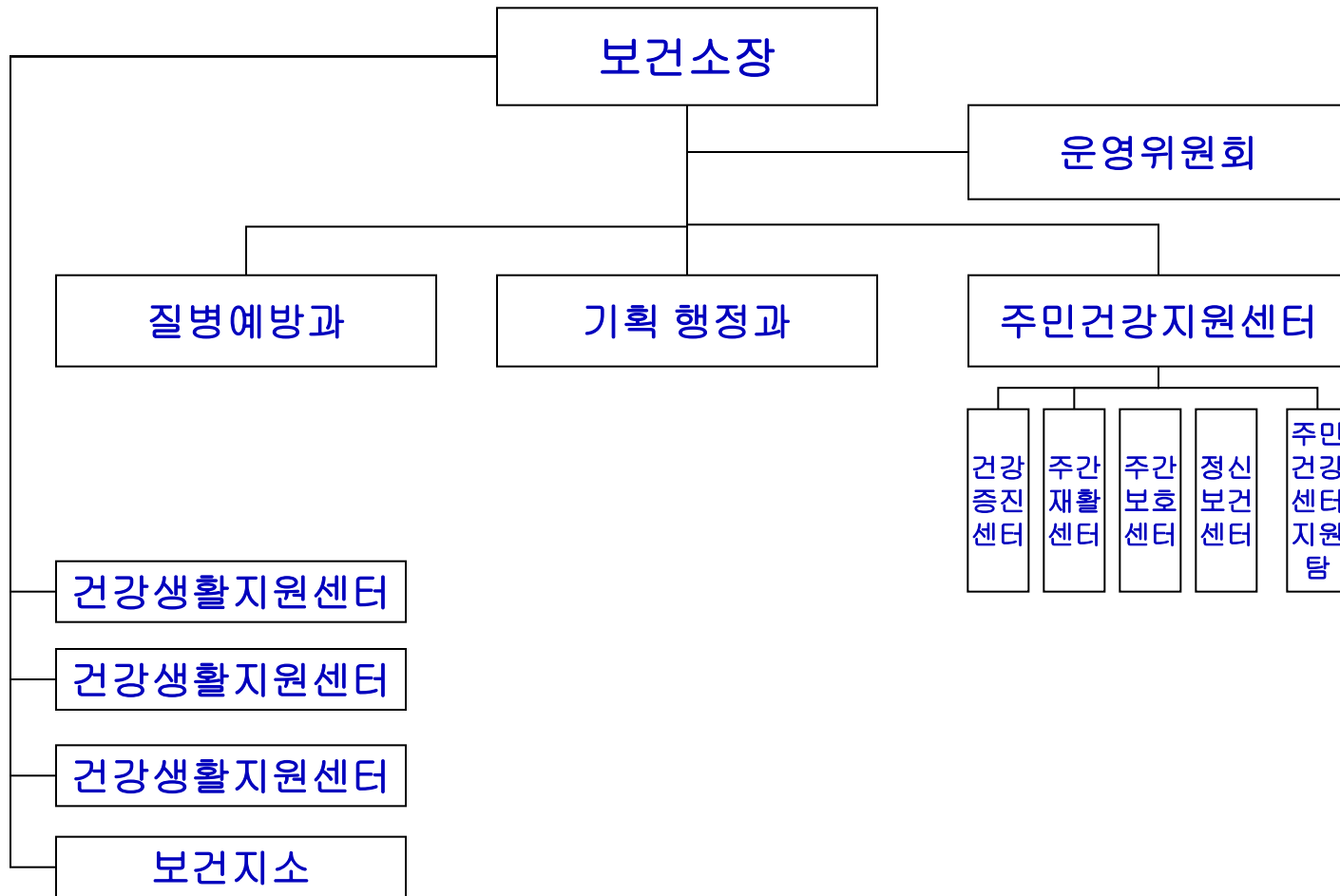
지역 보건기관 기능 재배치

- 건강생활지원센터/도시보건지소
 - 읍면동 단위의 공중보건활동
 - 만성질환자 관리 및 지역주민의 건강관리
 - 소지역에서 민간의료기관과 협력체계 구축, 코디네이터 및 네비게이터 역할

기능 개편 모형



보건소 조직 개편 방안



목차

- 현황과 문제점
- 인력 양성 및 관리운영체계 전면 개혁
- 보건부 독립, 공중보건청 신설 등 중앙정부 역할 강화
- 지역사회 건강관리체계 구축
- 주민 참여 기반 건강관리위원회 설치

지역건강위원회 설치, 운영

- 지역건강위원회 설치를 위한 법적 근거 마련
- 지역건강위원회 설치로 지역보건의료기관 평가, 감독 및 정책, 예산 심의

공중보건대개혁위원회 설치, 운영

- 공중보건 및 건강보장, 보건의료 대개혁을 위한 위원회 설치, 운영
- 시민 주도성이 구현되는 가운데 공급자, 정부, 시민 간 논의 구조 확보

주민건강공동체 활성화

광의의 개념

- 지역사회 일차의료분야에서 주민의 질병예방과 건강증진을 목적으로 주민이 주체가 되어 민간 자립 혹은 민·관이 협력하여 수행하는 사업이나 프로그램, 조직을 통칭
- 친목모임이나 자조모임부터 일정한 체계를 갖춘 조직까지를 포괄하는 개념

협의의 개념

- 주민이 주체가 되어 동 단위 이하 거점 공간에 위치하여 준 전문 인력들이 주민들과 지속적으로 관계를 유지하면서 다부문의 자원을 수집, 연계할 수 있도록 민·관이 협력하여 설립한 조직

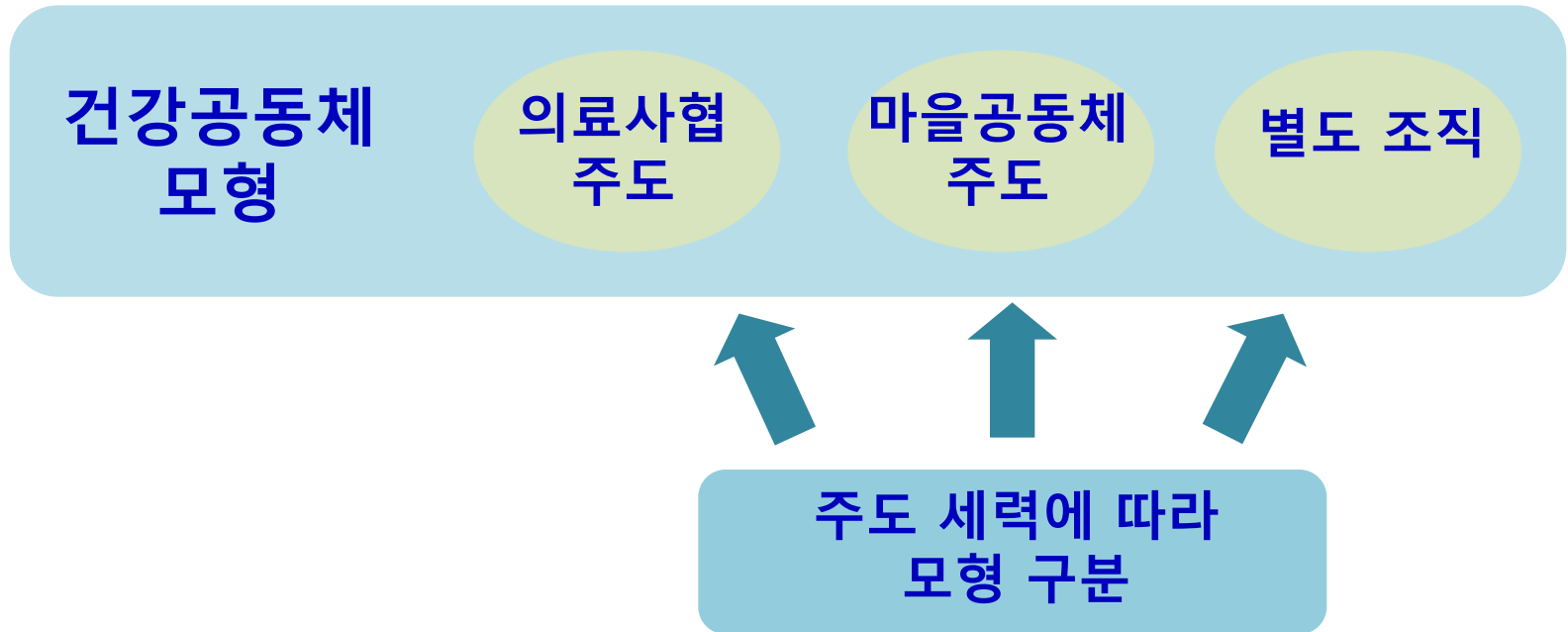
주민건강공동체 활성화

- 지역사회 일차보건의료분야에서 상설적인 정보 제공 및 서비스 공급
- 공공과 민간 보건의료체계에서 연계와 협력을 위한 네트워크와 전달체계 구축

일차보건의료(Primary health care, PHC)의 개념

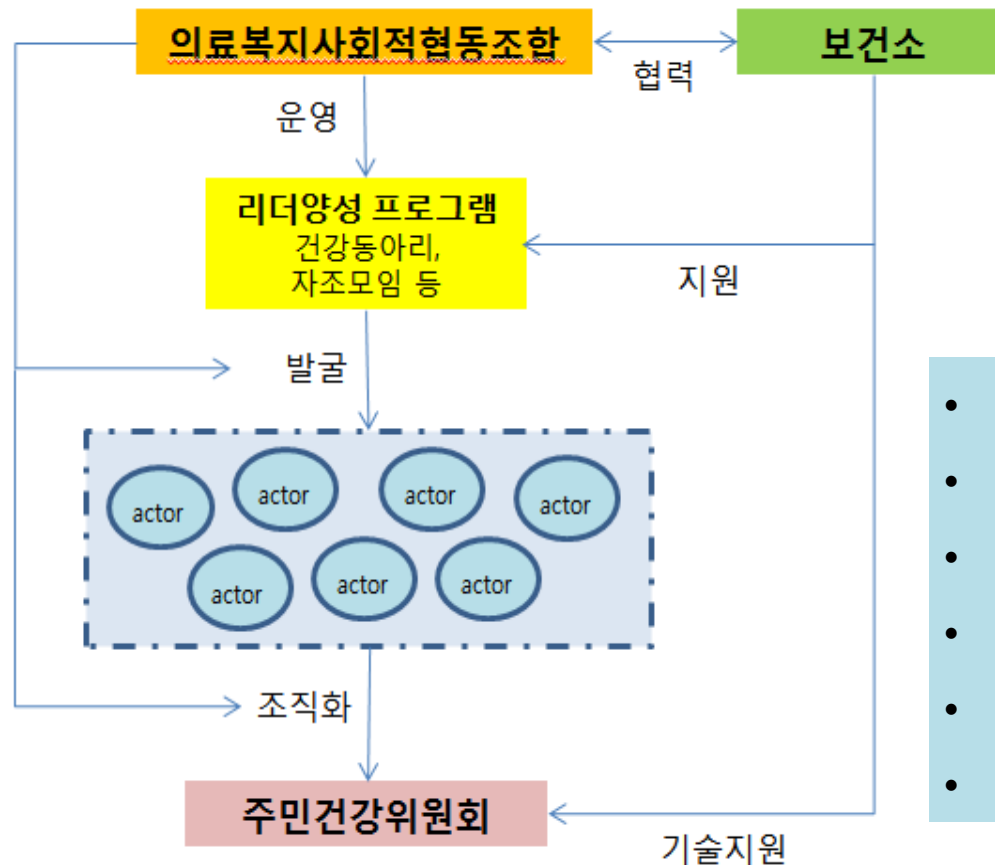
: 지역사회의 개인과 가족 누구나 접근할 수 있는, 실제적이고 과학적으로 타당하며 사회적으로 받아들일 수 있는 방법과 기술에 기초한 필수적 보건의료를 말함(1978년 알마아타 선언)

주민건강공동체 모형



주민건강공동체 적용 방안

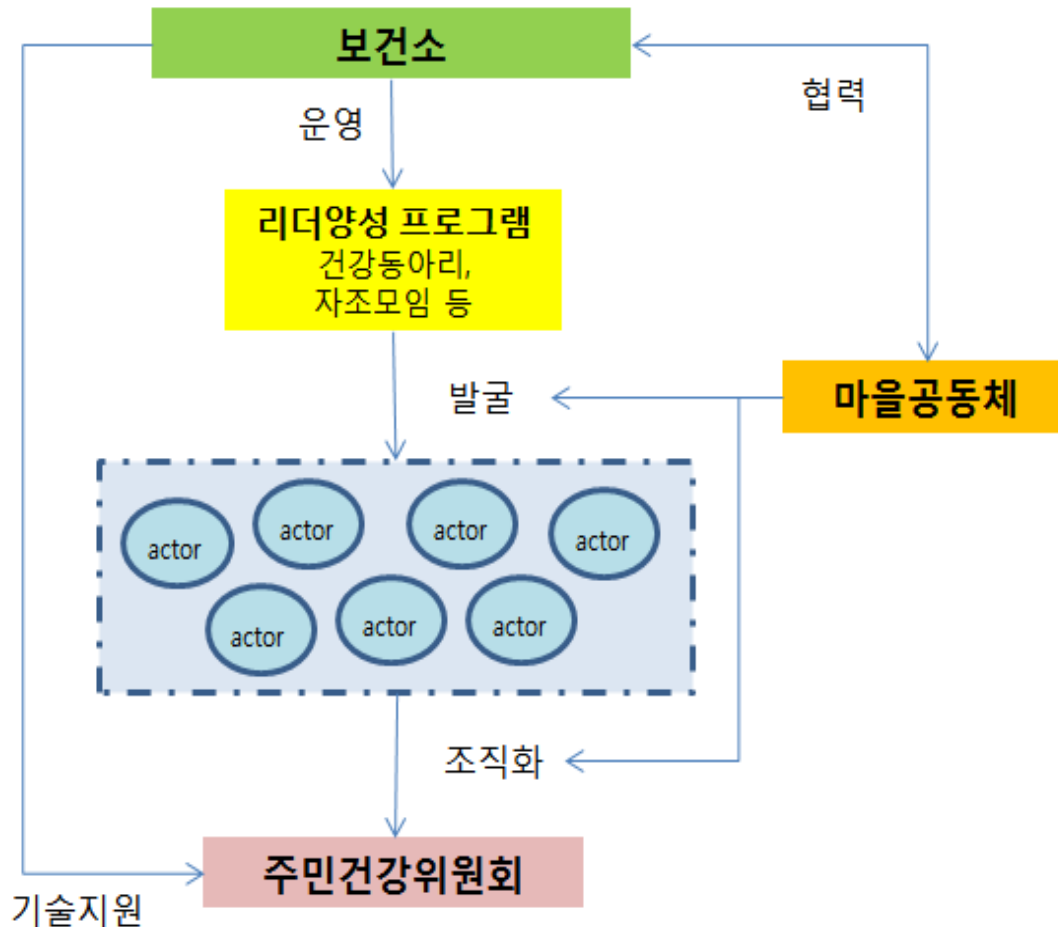
① 의료복지사회적협동조합이 주민건강위원회를 조직하는 방안



- 경기도 용인시
- 경기도 성남시
- 경기도 수원시
- 경기도 시흥시
- 경기도 안양시
- 경기도 구리/남양주 등

주민건강공동체 적용 방안

② 보건소와 마을공동체가 주민건강위원회를 조직하는 방안



주민건강공동체 적용 방안

③ 보건소가 주민건강위원회를 조직하는 방안

