

- 국가(복지부·의료)중심 (통치 대상일 뿐 관심은 없는)지역보건 비판 -

□ 우리 보건행정(대한민국)에는 국가(중앙정부, 복지부)는 존재하지만 지역은 존재하지 않는다 ?,

○ (보건)정책은 중앙정부(복지부)에는 있지만 지방은 중앙정부의 정책을 수행할 뿐이다.

- 왜 이렇게 쉬운 것을 수행하지 못할까,

- 광역이나 기초는 자신들이 수립한 정책, 확보한 예산으로 설계당시의 정책 기대효과를 커녕 지들 생색만 낸다.

※ 자치단체(장), 지방 관료에 대한 불신, 불신의 근저에는 뿌리 깊은 국가중심, 중앙정부중심 통치(행정)의 철학이 뿌리 박혀 있다. 우리가 모든 문제를 해결 할 수 있고 잘 하여 왔다.

※ 보건소장 협의회의 쓸모, 보건의료의 지방분권을 막는 교묘한 전략, 동향파악과 불만 해소?, 책임 면피의 수단,

※ 수 회의 에피데믹을 겪는 동안 지방의 전염병 관리 역량은 향상 되었는가?

- 중앙정부의 지역 전염병 관리 역량 향상을 위해 투자나 권한 배분이 있었는가?

- 적어도 서비스의 질 관리, 중앙정부 주도 지방정부 수행 각종 보건정책에 대한 서비스 질을 포함한 관리와 평가(그리고 이에 대한 권한과 책임 소재)가 이루어지고 있는가?

○ 복지부(국가)가 관리하는 국민건강지표는 무엇인가. 지난 정부에서는 얼마나 향상하였는가? 보건의료 관련 법령은 충실히 지켜지고 있는가?

※ 복지부는 기초·광역 자치단체의 지역보건의료계획을 평가·관리하고 있는가?

- 국가 지표인가?, 복지부 관료의 지표인가? 정당지표?

- 이 과정에서 국민의 참여와 간섭은 어떻게 이루어지고 있는가? 국회가 국민을 대변 하는가, 국가가 국민을 대변 하는가?

○ 지역보건의료의 합이 국가보건의료의 대부분을 관리하지 않는가? 중앙정부는 왜 광역을 통해서 기초단위 보건의료를 관리하지 않고 직접 관리하는가?

- 직접 관리한다는 전제하의 사무량이어서 현행 사무 역량 또는 체제를 유지할 수 있는가?

○ 복지부는 10년 내 G7, 또는 G10 진입시 국가보건관리 역량 중 내부관리 역량의 대부분을 지방분권화 하여 지방에 이양하여 국가 보건의료 혁신(생산성 및 효율성 향상)을 달성하고, 동 아시아 등 외국과의 K 헬스 협력 역량 강화가 더 필요하지 않는가?

○ 국가보건의료계획과 지역보건의료계획은 관리되고 있는가. 국민(주민)들에게 평가되고, 동의를 받고 있는가?

※ 지역보건 종사자들의 요구 없이 지역보건의료 정립은 불가능하다.

□ 국가(복지부)보건의료 정책(기준,지침, 시행령)의 합리성만으로 해결에 한계 있는 지역(현장의)의 보건의료문제 ?

- 너무 많지 않은가? 부안의 보건지소장 자격

※ 필수의료서비스 결핍지역 문제에 왜 복지부와 의료인(전공의, 전문의)이 이해 당사자인가?, 주민과 자치단체의 의견(요구)은 무엇인가, 왜 기초 및 광역자치단체는 필수의료 결핍을 자신들의 책임(문제)으로 느끼지 않는가?

□ 보건행정은 무엇을 행정(관리)하는 것인가?

- 집단의 보건문제를 파악하고 해결할 수 있는 서비스와 서비스를 생산하는 자원들을 관리하는 것
  - (복지부 단일?) 중앙 집중 관리체제에서 전국 각 지역의 보건의료관련 서비스·자원을 효율적 효과적으로 관리 할 수 있는가?
  - 건강보험을 통한 의료서비스 관리, 전문집단내에서의 자체적 서비스 관리, 그 외의 서비스관리, 예방접종, 알코올중독환자, 의료서비스 이외의 건강증진서비스, 예방보건서비스,
  - 공공 영역의 의료서비스 관리체계, 현행 행정 사무감사 체계를 통해 개선 될 수 있는가? 보건의료서비스 양과 질 관리, 지표관리 과정지표 결과 지표,
  - 우리가 잘못하고(알고) 있는 것은 없는가?

□ 지역보건은 무엇인가

- 추상적, 개념적 용어일 뿐인가?
- 지역보건의료(행정) 활동(과정)
  - (지역내) 보건의료자원을 활용(동원)하여 (지역)보건의료문제에 대한 협력체계를 구성하고 해결해 나아가는 과정
    - 문제파악(감시), 자원동원, 해결에 대한 평가, 변형된 문제, 지속적 관리
    - 인적자원, 재정적 자원, 행정기전, 보건의료 전문지식(기술의 축적)
  - 지역보건의료 활동에 참여하는 주체들의 협력과정에서 각 주체들의 참여가 국가차원(수준)에서 이루어 져야하는 문제인가? 지역문제가 아닌가? 왜 국가 수준에서 이루어 져야 하나?
    - 필수의료 결핍지역의 해소는 왜 해당지역의 정치적 이슈가 되지 못하는가?
  - 단일 기관인 보건소 내부 관리를 넘어서
    - 경영학 지식 필요 : 경영학 석사 과정 정도 지식 필요, 의과학적 전문지식·기술체계 습득과정에서 양성된 리더쉽으로는 한계,
    - 조직관리, 인사관리, 재정·예산회계, 리더쉽, 기관간 협조, 주민대화, 이익집단 갈등 조정,
  - 보건의료서비스의 질 관리를 기본으로 한 보건행정사무의 평가, 감사 그리고 피드백
    - 결핵관리 사업, 예방접종사업, 금연 클리닉의 금연 성공률, 미등록 임신의 관리,
    - 각 보건의료서비스의 질 관리에 기초한 각 보건사업의 평가가 전제 되지 않은 보건 행정 사무의 평가
      - 상황에 따른 보건사업별 지표관리,
      - 합리적 보건기관별 보건사업 목표

○ 보건의료서비스 양적 관리

- 많은 보건 서비스 제공기관 중 하나인가 변화 추동에 충분한 질과 양인가?
- 유일한 서비스 기관인가? 수요를 모두 커버하고 있는가, 24시간 유지하고 있는가?  
지표변화를 일으키기에 충분한 양인가

※ 지역 보건행정은 왜 혁신 되지 않는가? 양적 질적 향상을 아무도 원하거나 평가하는 사람이 없기 때문, 보건인력들의 행동 변화 일어나지 않는다.

※ 중앙정부의 보건행정은 혁신되고 있는가?

○ 지방의회, 시민단체, 의료인 단체와의 의사소통적 협력체제를 갖추고 있는가,

- 다층적 의미, 이익단체, 보건의료자원

□ 재난 보건의료

- 백서 쓰기에 대해서
- 대상집단 명확화
- 환자 집단 관리 및 추적관리
- 일정시점에서의 보상,

□ 공공의료(민간의료에 대응하여)는 보건행정 발전을 견인할 수 있는가?

- 복지부는 (공공의료자원을 활용하여) 국가와 지역의 보건의료를 어느 방향으로 이끄고 있는가?

- 이념적 논쟁보다 실용적 접근,
- 의료 공급자 측면에서 공공의료공급과 민간의료공급 영역으로 구분하여 접근,
- 공공의료공급영역의 자원들은 국가 차원에서 공동 관리하여 광역으로 배분, 광역은 국가설정 기문에 따라 기초로 배분, 서비스 질, 가격, 생산성 등의 표준 설정은 국가 관리, 직접적 서비스 질 관리 및 평가는 광역 및 기초 보건당국이 수행하고 책임,

- 보건의료자원 특히 전문 인력은 기초, 광역, 중앙정부, 산하기관(정책 및 임상) 총괄관리 순환근무 관리, 인적자원관리는 경력으로 인재 양성 되도록 경력 및 교육 관리,

- 공공의료기관의 생산성은 이를 수 없는 꿈인가?

- 정교한 보상체계를 설계할 수 없는가?, 수요가 적을 때 : 지역 카버, 건수 카버, 독점적 공급 대상,

□ 독점적 권한 (면허)을 부여받은 의료인의 직업적 윤리는 무엇인가(권한과 책임)?

- 국민 기본권(건강권)에 대한 국가 책임?, 의료인의 책임?
- 둘이 충돌할 때 최소한 지켜야할 행동 기준을 규율하는 헌법적 윤리기준,
- 보건의료전문인 양성과정, 의사집단 내부 의사결정 과정의 파시즘적 요소, 비민주적 요소

- 현행 헌법과 보건의료관련 법령, 그리고 자유주의, 민주주의의 사회 구성 원리를 적용하였을 때 사회의 책임구성원으로서의 최소한의 준수 윤리,

- 사회구성원으로서 의료인들에게서 가장 결핍된(가장 필요한 최소한의 시민적 자질은 무엇인가?

- 이익집단의 일원으로서만 행위 하는 것은 아닌가?
- 의사들은 대한민국의 파워 엘리트 집단인가?
- 국가 보건의료 행정의 주요 변혁 국면에서 의료인들의 행동양식(의사결정 과정, 구조 및 양식의 파시스트적 면모)은 헌법의 가치 체계 내에서 공동체 구성원으로서 최소한의 윤리 기준을 지키고 있는가?

※ 사회 총자산의 보건의료영역에 대한 투자는 어디까지 가능한가, 요구할 수 있는가?

□ 의무직 보건소장들의 의문과 전해주고 싶은 이야기

- 김진삼 소장의 소회(전달하고 싶은 이야기) : 지식의 축적을 통한 지역보건행정 발전 ,
- 복지부에 대하여, 행정관료 들에 대하여, 국민들에 대하여, (후배)지역보건의료 활동가 들에 대하여,
- 보건의료공무원들에 대하여,
- 의사는 보건소장으로(공공보건의료영역에서) 평생을 살 수 없는가 ?

□ 나는 보건소장(공공의료 종사자)으로 평생 살아갈 수 있는가

- 나를 이해하고(정체성을 가지며) 사회를 이해하며(지역보건의료체계) 사회공동체의 구성원으로 삶을 향유하며 그에 걸맞는 나의 책임(역할)을 수행하는 것
- 나는 누구인가(공공의료 종사자로서 나의 정체성은)
  - 인구집단의 건강향상을 주 업무 어떤 일인가?
  - 어떻게 일하는가 조직, 보건의료자원 동원, 조직, 지역보건의료체계, 주민, 시민 (기관단체)
- 지역보건의료(체계) 대한 비전(이해), 그 안에서 맞는 역할을 찾아 가며 커리어를 쌓아 가는 것, 보건소장, 진료의사, 공공병원 근무자(경영자, 책임자), 복지부 정책 담당자,
  - ※ 행정 과 경영, 보고서
  - ※ 현행 공공의료인력 양성 체계, 적절한가?, 행정고시 출신에 비해서?
  - ※ 의사 교육과정이 공공의료인력 양성과정에 적절한가?

□ 20년 30 40여 년 동안 지보의(우리가) 남긴 것은 무엇이고, 우리에게 남은 것은 무엇인가?

- 우리(의사 보건소장)의 잘못, 역량 부족인가? 아니면 지역보건행정 작동원리에 대한 잘 못된(미흡한) 가설과 이행을 둘러싼 생태계가 구축되지 못해서 인가?
- 보건의료 문제와 그 솔루션의 (서비스, 서비스 질 관리) 의 특성이 현행 국가 행정서비스 관리 체계로 관리하기에는 한계가 있지 아니한가 ?
- 중앙정부 보건의료정책과 지역 보건의료정책의 차이
 

가치 중심적	상황 중심적
장기적	단기적
기획적	문제에 대한 응급적 상황적 대응,
중앙정부 권한	지방정부 권한
추상적, 개념적	구체적, 실체적, 인격적
결과 지표로 평가 경향	투입, 성과, 과정, 질관리 지표로 평가 필요

- 재난이나 급성질환이 아닌한 행동변화를 통한 결과지표로서의 보건지표는 단기간의 보건 행정 평가지표로 적당하지 못하고, 이러한 보건지표는 그 설정과 측정에 상당한 전문성을 요하는 만큼 국가차원의 다층적이고 체계적인 체계적 지표에 대한 정교한 설계가 필요하다.

□ 중앙보건행정과 지역보건행정의 혁신 역량(동력)의 차이는 왜 발생하는가?

※ 중앙정부는 5년마다의 대선, 4년 단위의 총선 등으로 매년 정책 평가가 이루어지고 있으나 지방은 그렇지 못하다. 평가할 수 있는 기준도, 지표도, 필요도 없기 때문이다. 광역이나 중앙정부의 행정 사무 감사, 의회 사무 감사로는 광역, 기초 보건행정 전문 역량을 평가하거나 받을 수도 없기 때문에 혁신 동력을 유지하거나 만들 수 없다.

- 최근의 지역에 대한 중앙정부의 투자 의도에 대한 직접지원, 지방예산부담, 공공의료지원단, 등, 누가 평가 관리하는 가?

- 현재의 중앙집중 행정관리체계의 한계 긴급 상황적 문제에는 나름의 역량 발휘 메르스, 코로나, 등의 문제,
- 거대 양당 체제하에서 각 지역 보건행정역량의 지속적 발전 전략은?

□ 지역보건의 거버넌스, 리더쉽,

- 병원회, 의사회, 간호사회, 약사회, 전문 직능단체 이익단체
- 의회,
- 언론, 신문과 방송,
- 시민들과의 직접 접촉

□ 혁신과 창의(문형배 강의)

- 스티브 잡스 더 이상 뺄게 없을 때
- 신 영복 창의와 혁신은 중앙에서 이루어지는 것이 아니고 변방에서 이루어진다.

중앙(코어)부는 체제를 지키는 핵심이어서 중앙에 대한 콤플렉스가 없는 주변부에서 혁신이 시작할 개연성이 높다.

□ 목표와 전망

- 광역·권역의 지역보건의료 발전 선순환 구조(공공보건의료 생태계) 구축에는 어떤 요소가 필요한가?

- 지역보건의료 발전 없이 국가보건의료발전은 가능한가?

- 국가 중앙정부(복지부)중심의 탑다운 방식에서 바텀 업 방식으로 시야전환,
- 30여년의 활동경험 성찰적 집적으로 지속적 지역보건의료 혁신 기제 (?, 동력?) 모색
- 보건의료의 지방분권에 대한 주장(돌파구 시론)