5차 5개년 경제·사회 개발정책 중 보건·의료부문 계획

保健 醫療 脆弱地域에 對한 對策을 中心으로

이 두 호
(보건사회부 기획관리실장)

一. 序

우리나라는 3次에 걸친 經濟開發의 成功的 遂行으로 그동안 括目할 만한 經濟成長을 이룩하였고, 그 結果 食生活의 向上과 生活環境이 改善되는 등, 國民保健 水準은 〈表-1〉에서 보는 바와 같이 많은 向上을 가져왔다.

더욱이 4次 5個年 計劃期間에는 "着實한 成長과 社會開發"을 政策基調로 하여 國民保健 向上을 爲해 綜合的인 保健計劃이 立案 實施되었으며, 史上 처음으로 全國民을 對象으로한 醫療保險·醫療保護 등의 醫療保障制度를 實施하여 國民保健 向上에 劃期的인 轉換期를 이룩하였다.

그러나 經濟開發로 因한 産業의 發展과 工業化가 이루어짐에 따라 바이러스性 간염·流行性 出血熱 등 새로운 疾患이 相對的으로 增加하게 되었고, 高血壓, 당뇨病 등 소위 "成人病"으로 因한 死亡率이 最近 急增하고 있으며, 結核·癩病 등 痼疾的인 後進性 慢性疾患이 아직도 높은 有病率을 보이면서 尙存하고 있다. 또한 醫療保障制度가 점차 擴大實施됨에 따라 國民의 醫療需要는 높아가고 있으나 醫療施設 및 人力의 不足 등으로 醫療供給이 圓滑하게 뒤따르지 못하고 있는 實情이며, 特히 人口의 都市集中 現象과 併行하여 醫療資源이 都市에 偏在되어, 農漁村 등 醫療脆弱 地域에 對한 特別對策이 强力히 要求되고 있다. 따라서 本稿에서는 上記한 諸般問題點을 解決하고 國民保健을 增進하기 爲해서 現在 作業中에 있는 第5次 5個年 計劃에 의한 同 期間中 政府가 推進하고자 하는 政策方向을 保健醫療部門 全般에 걸쳐 簡略하게 一瞥하고, 農漁村 등 醫療脆弱地域住民에 대한 醫療施惠를 擴大하기 爲해 政府에서 構想하고 있는 特別對策에 關해 言及하고자 한다.

〈表-1〉 主要保健指標

項 目	'70	'76	'79
健康狀態			
出産率(千名當)	30	24.3	23.7
人口自然增加率(千名當)	21	17.9	17.5
粗死亡率(千名當)	8.5	6.6	6.2
平均壽命(歲)	65	67.4 ('76)	68.2 (推計)
嬰幼兒死亡率 (1~4歲千名當)	45.5	38.0	32.0
母性死亡率(出産萬件當)	8.3	5.6 ('75)	4.2
營養			
칼로리攝取量(人/1日)	2,300 ('71)	2,407	2,668 ('77)
(권장량 2,700對比)	(85.2)	(89.1)	(98.8)
蛋白質攝取量(g/1日)	—	69.1	84.0 ('77)
動物性蛋白質(g/1日)	10.7	14.3	21.0 ('77)
醫療資源 및 그 利用			
醫師 1人當 人口	1,773	1,732	1,554
看護要員 1人當 人口	1,796	553	417
病床當 人口	909 ('73)	796	601
(人口 10萬當 病床數)	(51.3)	(125.6)	(166.5)
病床利用率(%)	58.4	55.6	62.9
分娩介助率(%)	20.0 ('74)	23.5	52.8

二. 5次 計劃期間中 保健·醫療 政策方向

'86年부터 시작되는 5次 計劃期間에는 "國民健康및 體位向上"을 基本目標로 하여 다음과 같은 政策方向을 設定하여 事業을 展開해 나가고자 한다.

첫째, 모든 國民이 低廉·良質의 醫療를 圓滑하게 供給받을 수 있도록 하기 爲해, 醫療人力의 供給 및 養成制度를 合理的으로 改善하고, 醫療施設을 擴充·補强하며, 醫療傳達體系 및 適正 醫療酬價體制를 確立함과 同時에 保健統計制度의 效率的 改善을 이룩하고자 한다.

둘째, 各種 疾病으로부터 國民을 保護하기 爲해 急性傳染病에 對한 管理를 보다 徹底히 하고 結核·癩病 등 後進性 慢性疾患에 對한 對策을 强化하며 最近들어 急增하고 있는 成人病 및 精神病에 對해서도 療養·診療施設을 擴充하는 등

〈表-2〉 保健醫療의 主要計劃目標

項 目	'79	'86
健康狀態		
出產率(千名當)	23.7	23.0
人口自然增加率(千名當)	17.5	14.0
粗死亡率(千名當)	6.2	6.3
平均壽命(歲)	68.2	71.7
嬰幼兒死亡率(0~4歲千名當)	32	22
母性死亡率(萬名當)	4.2	3.2
營 養		
칼로리攝取量(人/1日)	2,668	2,816
蛋白質攝取量(g/1日)	84.0 ('77)	88.2
動物性蛋白質(g/1日)	20.3 ('77)	41.0
醫療資源 및 그 利用		
醫師 1人當 人口	1,554	1,287
看護要員 1人當 人口	417	281
病床當人口	610	393
病床利用率(%)	62.9	72.0
分娩介助率(%)	52.8	78.0
疾病罹患率		
結核有病率(5歲以上人口)	2.5	1.0
癩 病	0.14	0.08
寄生虫	15.4	2.0

管理體系를 確立한다.

셋째, 國民保健의 阻害要因을 除去하기 爲해 優秀 食品및 醫藥品의 生產基盤을 造成하며, 不良食品, 醫藥品의 流通根絶을 爲해, 監視團束을 繼續 强化하고, 農漁村地域에 簡易給水 施設을 擴充 設置하며

넷째, 國民의 體位向上을 爲해 國民 營養 狀態를 改善하고 母子保健 事業을 繼續 擴大 實施함으로써,

5次 5個年 計劃이 終了되는 80年度에는〈表-2〉에서 보는 바와 같은 水準으로 國民의 健康水準을 向上시키고자 한다.

三. 5次 計劃期間 中 農漁村 奧 僻地 등 醫療脆弱 地域에 對한 特別對策

1. 農漁村 醫療現況 및 問題點

우리나라 農漁村은 1970年初盤以來 새마을 運動을 通해 所得이 크게 增大되고 높은 文化的 生活을 營爲하고 있다.

그러나, 醫療問題에 關한 限, 여러가지 脆弱性으로 因해 充分한 醫療施惠를 받지 못하고 있다.

우선, 醫療資源이 〈表-3〉에서 보는 바와 같이 都農間의 人口分布에 比해 지나치게 都市에 偏在되어 있을 뿐만 아니라.

農漁村 生活圈의 廣域性으로 因해 地域住民이 一般 大衆交通 手段을 利用하여 가장 가까운 醫療機關에 到着하는데 所要되는 時間이 都市에 比해 커다란 隔差를 나타내고 있는 바, 〈表-4〉에서 보는 바와 같이 30分圈 受惠人口가 都市의 境遇 97.4%이나, 農村은 38.4%에 不過하며 60分圈內 受惠人口도 70%를 넘지 못하고 있어

〈表-3〉 醫療資源의 分布現況

	都 市	農 村
人 口	55.5%	44.5%
醫療機關	79.8	20.2
病 床	81.9	18.1
醫 師	90.0	10.0

〈表-4〉 診療圈人口의 地域別現況

區分	全國平均	都市			農村		
		平均	大都市	中小都市	平均	大都市	中小都市
30分圈	66.1%	97.4	99.8	93.3	38.4	67.3	30.8
60分圈	83.5	99.2	100.0	97.9	69.7	86.8	65.2

農村住民들의 醫療近接性(Accessibility)이 매우 낮은 實情이다.

한편 農漁村 住民의 醫療利用 實態를 보면 要治療 對象住民 中, 實際 治療를 받는 率은 56%에 不過하며, 治療手段도 大部分 藥局이나 藥房을 利用하고 있고 醫師를 찾아가는 境遇는 11.3%에 머무르고 있다. 또한 未治療 事由를 原因別로 分析해 볼 때 經濟的인 問題가 主要因으로 作用하고 있어 低廉한 醫療, 供給體系가 確立되어 있지 않음을 알 수 있다.

〈表-5〉 農村住民 醫療利用實態

醫療充足狀況		未治療事由	
區分	%	事由別	%
治療要求者中 治療率	56.1	돈이 없어서	25.6
		治療不能으로 생각	23.6
治療方法		病이 輕微한 듯해서	19.9
醫師	11.3	時間이 없어서	5.3
藥局(房)	76.4	病·醫院이 멀어서	3.8
漢藥	5.0	앞으로 治療할 생각임	10.0
民俗	7.3	其他	11.8
計	100.0	計	100.0

2. 特別對策(案)

國民保健의 向上을 爲해서는 地域住民이 언제 어디서나 低廉하면서도 良質의 醫療를 쉽게 供給받을 수 있어야 한다. 그러나, 農漁村 地域에서는 上記한 바와 같이 醫療資源의 都市偏在와 醫療傳達 體系의 未確立 등으로 低廉良質의 醫療가 供給되지 못하고 있다.

그동안 政府에서는 이러한 問題點을 解決하고 農漁村 地域의 醫療供給을 圓滑히 하기 爲해 保健所 및 保健支所의 施設을 補强·擴充하고, 農漁村 地域에 民間病院을 誘置하기 爲해 金融·稅制등 財政的 支援을 해주며, 無醫地域 解消를 爲해 修練醫 配置 등 여러가지 施策을 펴오고 있으나, 農漁村 地域의 醫療脆弱性은 쉽게 解決되고 있지 않으며 앞으로 醫療保險이 擴大實施됨에 따라, 이 問題는 더욱 深刻해질 것으로 展望된다.

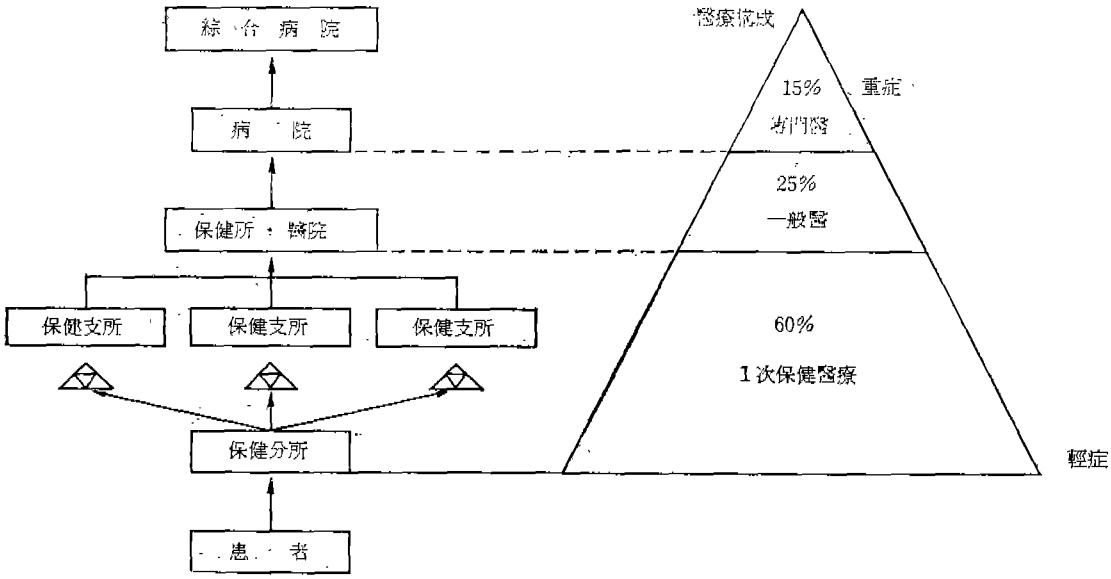
따라서 이에 對한 適切한 對應策이 時急히 要求되는 바, 이에 對應하여 5次計劃 期間동안 政府에서 構想하고 있는 特別對策 方案을 살펴보면 다음과 같다.

1) 一次 保健醫療의 導入을 通한 醫療傳達 體系의 確立

疾患은 그 症狀에 따라 專門 醫師의 治療를 要하는 境遇는 〈表-6〉에서 보는 바와 같이 15% 程度에 不過하고 大部分의 疾患(약 60%)은 豫防保健을 通해 豫防이 可能하거나, 簡單한 診療로써 그 治癒가 可能하다.

一次 保健醫療란, 이와 같이 較微한 疾患을 放率的으로 治療하기 爲한 醫療傳達體系上의 一段階로서, 保健支所를 單位로 하여, 그 下部에 數個의 마을을 管掌하는 保健診療所를 두고, 여기에, 一定有經驗의 看護員을 一定期間(6個月程度) 敎育시켜 保健診療員으로 養成·配置하고 이들에게 輕微한 疾患을 治療할 수 있도록 診療權을 賦與함과 同時에, 이들이 治療하기 困難한 患者에 對해서는 保健所 또는 醫院→病院 또는 市道立病院→綜合病院 順으로 患者를 後送하는 醫療傳達 體系를 確立하고자 하며, 이를 爲해 '81年부터 '84年까지 保健診療要員을 每年 500名씩 約 2,000名 程度를 養成하여 나갈 계획이다.

〈表-6〉 農漁村型醫療傳遞體系



2) 診療區域의 調整과 無醫地域 解消

醫療傳達體系의 實施에 따른 診療能力提高와 醫療人力 活用의 效率性을 增大시키기 爲해, 現在 邑·面 等의 行政區域으로 되어있는 1,540個 診療區域을 交通 便宜와 地理的 與件을 감안하여 一定數의 生活圈 單位로 再調整하며

無醫地域의 解消를 爲한 一環으로 軍醫官剩餘人力, 條件附 醫師 및 公衆保健奬學醫 等을 繼續 配置해 나갈 計劃이다.

〈表-7〉 保健支所 醫師配置計劃

區分	'81	'82	'83	'84	'85
計	247	428	885	895	905
專攻醫	22				
特定醫師	12	57			
公衆保健奬學醫	13	14	55	35	35
軍醫官剩餘人力	200	357	830	860	870

3) 醫療施設의 繼續的 擴充·補强

農漁村 地域에 對한 診療能力을 向上시키기 爲해, 保健所·保健支所·母子保健 診療所의 施設 및 裝備를 補强·增設하고, 民間病院 建立을 誘置하기 爲해, 政府融資, 稅金減免 등 財政的 支援을 繼續해 나갈 計劃이다.

〈表-8〉 一線保健診療 機能補强計劃

區分	計	'82	'83	'84	'85	'86
保健所新築	20個所	4	4	4	4	4
保健所改築	60	25	25	10	—	—
保健所增築	92	30	30	32	—	—
保健支所新築	234	80	80	74	—	—
母子保健診療所	66	33	33	—	—	—
民間地域病院	293	38	45	57	70	83

4) 2種 醫療保險의 實施

農漁村 住民 低廉한 費用으로 醫療를 供給하기 爲해 2種醫療保險을 實施할 計劃이다. '81年現在 事業場 勤勞者를 對象으로한 1種 組合은 100人以上 事業場까지 適用되고 있으나, 農漁村 地域住民을 對象으로한 2種 醫療保險은 아직 實施되지 못하고 있다.

따라서 '81年度 부터 우선 3個郡을 對象으로 示範的으로 實施하고, 保險料는 所得等級에 따라 1人當 月 400~1000원씩 負擔시키며, 管理運營費와 醫療施設 設置費는 國庫에서 支援해 나갈 方針이다. 그리고 '82年度에 가서는 6個郡으로 追加 實施하고 '85年부터 地域實情에 맞게

<17페이지에 계속>

疾病이란 그 時間을 가리지 않고 發生할수 있기 때문에 恒常 保健診療員은 醫療脆弱地域內에 居住하며 地域住民中 應急患者發生時에 대비하여야한다.

따라서 同法 第18條에서 保健診療員은 郡守에 의하여 勤務地域으로 指定받은 醫療脆弱地域內에 居住하여야 하며 郡守의 許可없이 離脫하여서는 아니된다고 規定하였다. 따라서 10일이상 郡守의 許可없이 勤務地域을 離脫하면 解囑될뿐만아니라 10日未滿을 離脫할 경우라 할지라도 第16條 第2項 第5號의 규정에 의한 職務遂行能力의 顯著한 부족으로 勤務實績이 극히 不良한 때로 보아 解囑할 수 있다.

(6) 保健診療所運營協議會

一次保健醫療制度는 住民의 自發的이고 積極的인 參與없이는 成功하기 어렵다. 그래서 同法 第19條에서는 住民으로 構成되는 保健診療所運營協議會를 設置하도록 하였다.

同協議會는 保健診療所運營의 支援, 保健診療所運營에 대한 建議뿐만 아니라 保健診療所運營의 一部를 委託받을 수 있도록 規定하였다.

保健診療所運營協議會의 組織과 運營에 관하여 必要한 事項은 郡條例로 정한다고 規定하고 있는바, 그 構成은 各種 地域住民團體의 構成員이나, 郡公務員 및 地域內 醫療人등으로 構成할 예정이다.

(7) 保健診療員의 服務

保健診療員은 郡守의 指導監督을 받게끔 規定하고 郡守는 保健所長 또는 保健支所長으로 하여금 保健診療員의 醫療行爲를 指導, 監督하게 하였으며, 保健所長 또는 保健支所長으로 하여금 指導·監督하게 할 수 없는 경우에는 그 指導監督을 가까운 醫療機關의 醫師에게 委囑할 수 있게 하였다.

〈10페이지에서 계속〉

漸次 擴大함으로써 '91年까지, 全 農漁村을 對象으로 實施할 計劃이다.

5) 保健醫療, 行政體系의 改善

現在 農漁村 住民의 醫療施惠를 爲해 運營되고 있는 市道立 病院이나, 保健所 및 保健支所는 그 指揮監督 體系가 二元化되어 있다. 즉, 一線保健行政을 管掌하는 主務部署는 保健社會部로 되어 있으나, 人事·財政權은 內務部(一線郡守)에 歸屬되어 있어 內務部의 積極的 協助 없이는 機動力 있는 保健醫療 事業의 遂行이 困難할 뿐만 아니라, 人事, 組織 管理面에 있어서도 保健行政의 專門技術性이 相對的으로 輕視되어 專門技術人力의 確保에도 많은 隘路가 있다.

따라서 5次 5個年 計劃期間에는 2先化된 保健醫療의 行政體系를 一元化 하는 方案을 講究하여 農漁村에 保健醫療 事業을 보다 效率的으로 實施하고자 한다.