

## 농촌보건의료서비스 향상을 위한 제도 개선방안

서울대학교 보건대학원<sup>1)</sup>, 연세대학교 보건과학대학<sup>2)</sup>, 경북대학교 의과대학<sup>3)</sup>,  
전북대학교 의과대학<sup>4)</sup>, 원광대학교 사회과학대학<sup>5)</sup>  
문옥륜<sup>1)</sup> · 이규식<sup>2)</sup> · 박재용<sup>3)</sup> · 고대하<sup>4)</sup> · 이기효<sup>5)</sup>

### Policy Measures for Improving Health Care Services in Rural Areas

OR Moon<sup>1)</sup> · LS Lee<sup>2)</sup> · JY Park<sup>3)</sup> · DH Ko<sup>4)</sup> · KH Lee<sup>5)</sup>

*Seoul National University<sup>1)</sup>, Yonsei University<sup>2)</sup>, Kyongbuk National University<sup>3)</sup>,  
Junbuk National University<sup>4)</sup>, Wonkwang University<sup>5)</sup>*

#### = ABSTRACT =

Korea has made a rapid economic development since the last three decades. This has helped Korea narrow the gap in health service differences in resource availability and in quality of care. However, urban and rural differentials are still remarkable. This study has maintained that health status of rural residents is inferior to that of urban dwellers. Therefore, this study was carried out to develop policy measures for improving health services in rural areas.

In order to achieve the objective of this study, the authors collaborated closely and made field visits, interviews and conducted an extensive literature review regarding rural health services. The following policy options are recommended as a summary :

First, the quality of rural health personnel is a single most important factor influencing the level of rural health services. An innovative training program for public health doctors is a necessity. As for an innovation, it is suggested to link the current rural service of public health doctors to the internship and/or residency training program such as specialty board program of family medicine.

Second, dissatisfaction regarding employment of public health doctors is problematic. More rational employment and deployment programs are needed to meet their personal desire. One way to do this is to make it wide open and competitive.

Third, this study shows how to increase physician productivity in the rural public health sector. Incentive system needs to be elaborated for the career development of rural health workers. University linked job opportunity as clinical professor is an example.

Fourth, without strengthening the function of health centers and subcenters, the future of rural health services is doomed to failure. Strengthening primary health care is one way to enrich the program of public health facilities and reactivating the operation of health center/hos-

pital is another. A close linkage of public facilities with private hospitals is a minimum requirement for the operation of health delivery system within a health district.

Fifth, some measures are urgently required to enhance hospital services in medically underserved areas. Financial subsidy, tax exemption, long-term public loans and higher priority of health manpower deployment are some of them.

Sixth, new health programs should be initiated to meet changing needs of peoples in rural areas. Home health care program, hospice program, nursing home, residential program for the elderly are recommended.

요 약 : 본 연구는 농촌지역의 보건의료수준이 의료자원의 양적, 질적 격차와 의료이용과 의료접근도 및 건강수준의 면 등에서 도시지역보다 낙후되어 있다는 사실을 각종 통계지표를 이용하여 논증하였다. 다음으로 이러한 격차를 빚은 농촌보건사업의 문제점을 파악하여 이에 대한 대처방안을 농촌보건사업의 조직, 인력, 시설 및 장비, 재원 및 그리고 관리라는 5가지 부문으로 나누어서 모색해 보았는데 구체적으로는 첫째, 농촌보건 인력의 자질향상과 적정배치방안의 수립, 둘째, 농촌보건인력의 생산성 증대, 셋째, 보건소 및 지소의 운영 개선, 넷째, 취약지 민간병원의 운영 개선, 다섯째, 사회, 경제여건의 변화에 따른 새로운 보건사업의 개발, 여섯째, 통합적인 보건의료인력관리 전담기관의 설립등의 정책대안을 제시하고 있다.

## I. 서 론

60년대 이래 한국 경제는 고도의 성장을 거듭해 그 결과 국민 1인당 소득이 미화 5,000불을 넘어섰고, 세계 10대의 무역대국으로 성장하였다. 그러나 공업부중심의 수출주도형 경제개발 정책은 농업부문의 상대적인 위축을 가져와서 농업경제의 피폐화를 초래하였고, 환경오염과 인구의 도시집중이라는 부작용을 야기시켰다.

정부에서는 이러한 부작용을 경감시키고자 제4차 경제개발 5개년 계획이 추진된 1977년부터 각종 사회개발시책을 동시에 추진하게 되었다. 도시인구 분산책, 지역경제 개발의 촉진, 공적부조의 확충, 의료보험과 각종 사회복지정책의 실시 등이 그 예이다. 그러나 이러한 사회개발에 대한 투자가 산업화의 가속으로 인한 부작용을 시정하기에 크게 미흡하였기 때문에 지역간 불균형이 심화될 수밖에 없었고, 분배구조가 악화되어 온 것이 사실이다.

보건의료 부문도 예외가 아니었다. 공공투자가 지극히 취약한 상황에서 보건의료부문은 민간주도형으로 성장해 올 수 밖에 없었으며, 그 결과

금일에 보는 바와 같이 의료자원의 대도시 집중 현상이 심화되었다. 일터가 적고 교육환경과 문화 시설이 열악하며, 공공의료가 취약한 상황에서 생활여건이 좋은 대도시지역으로 인구가 이동함에 따라 의료자원이 대도시에 집중하게 된 것은 필연적인 결과가 된다.

그러나 한국사회 전반적인 발전에 힘입어 보건 의료부문에도 긍정적인 변화가 초래되기 시작하였다. 그 하나는 1977년부터 실시된 의료보험제도가 12년만에 전국민의료보험으로 발돋움하게 된 것을 예로 들 수 있다. 국민 누구나가 의료보험증을 지니게 됨으로써, 병원의 문턱이 크게 낮아지게 되었고, 의료이용이 그만큼 용이하게 되었다. 실제로 보험적용자의 외래수진율은 1977년의 0.266에서 1989년에는 2.744로 12년동안에 10.3배나 증가하였다. 이처럼 의료수요가 폭발적으로 증가함에 따라 전국민의료보험시대에 알맞도록 의료공급 기반을 확충하고 정비하는 일이 당면과제로 등장하고 있다.

두번째로는 그동안의 경제성장으로 인하여, 보건의료부문에 관한 투자가 확충됨에 따라 농촌보

건의료서비스를 향상시킬 수 있는 계기가 마련되었다는 점이다. 예를 들어서 의과대학의 증설이나, 농어촌 보건의료서비스를 위한 특별 조치법(1980. 12. 31 법률 제3335호)에 따른 보건진료원과 공중보건의 제도가 그것이다. 그 결과 전국 아래의 숙원이었던 무의촌이 해소되었고, 벽오지 주민들의 보건의료서비스를 개선하는 계기를 마련하였다. 그러나 효율적인 하부 공공보건의료체계를 구축하려면 이들의 진료 능력을 제고하고 인력관리에 내실을 도모해야 할 당면 과제가 주어지고 있는 셈이다.

세번째로는 본격적으로 지방자치제가 실시되면 농촌보건의료부문에서도 획기적인 발전이 기약될 수 있을 것이라는 점을 지적할 수 있다. 주지하는 바와 같이 보건의료부문은 각국 경제개발의 투자 우선순위에 밀려나서 가장 낙후된 사회서비스 분야의 하나로 남아 있다. 앞으로 주민자치에 의한 지방행정시대가 본격화 되면 농촌주민의 생활에 가장 큰 불편요인의 하나로 되어 있는 보건의료서비스에 대한 투자 우선순위가 크게 신장될 수밖에 없을 것이다. 지역보건의료서비스의 향상이 살기 좋은 지역사회를 구성하는 필수요인의 하나가 되기 때문이다. 따라서 보건의료부문의 지방화시대의 복지제도로 발돋움하기 위한 내실화가 시급한 상황이다.

## II. 연구목적 및 접근방법

급속한 산업화와 더불어 국민들의 생활 여건이 좋은 대도시지역으로 집중하게 됨에 따라 초래된 도농간의 지역간 국가 발전의 장애요인으로 등장하고 있다. 90년대 복지사회건설을 위해서는 전국도의 균형있는 종합개발과 함께 농촌에 있어서의 교육, 주택, 문화시설의 확충과 의료서비스 수준의 향상이 지방균형발전의 핵심과제로 되고 있다.

특히 보건의료부문에 있어서는 전국민의료보험이 실시됨에 따라 의료수요의 양적 팽창에 대응할 의료공급기반의 확충과 지방자치제의 실시에 대비할 체제정비가 시급한 실정이다. 이러한 시기를 맞이하여, 본 연구에서는 도농간의 의료수준의 양적 및 질적 격차를 해소시킬 수 있는 정책대안을 개발하는데 그 목적을 두고 있다.

본 연구는 농촌지역의 보건의료수준이 도시지역

보다 낙후되어 있다는 객관적 사실에서 출발하고 있다. 이와같은 사실을 확인하기 위하여 지역간 보건의료서비스의 수준 격차를 기존 통계자료에서 조사하였다. 이에는 도농간 의료자원의 양적, 질적 격차와 의료이용과 의료접근도 및 건강수준의 차이라는 5가지 지표를 사용하였다.

7 다음으로는 이상과 같은 격차를 보이고 있는 농촌보건사업의 문제점을 파악하여 이에 대한 대치방안을 농촌보건사업의 조직, 인력, 시설 및 장비, 재원 및 그리고 관리라는 5가지 부문으로 나누어서 접근하였다. 연구에 대한 접근에 있어서 연구자들은 주민이 원하는 것을 파악하고자 강원, 전북, 경북의 세지역의 농촌을 현지방문하면서 이해당사자의 의견과 자료를 수집하였다. 그러나 분석적 연구방법에 의존하기보다는 정책연구로서의 대안제시에 치중하였다.

## III. 지역간 보건의료수준의 격차

### 1. 보건의료자원의 양적인 격차

전국민의료보험의 작용으로 인하여 농어촌지역의 의료수요가 급증하고 있으나 의료자원 공급은 도시지역에 비하여 크게 부족하다. 군지역에는 인구의 29.2%가 거주하고 있으나, 총 의료기관수의 10.2%, 총 병상수의 14.3%가 있을 뿐이다(표 1 참조).

의료인력의 분포는 더욱 불균등하여, 의료기관 종사자의 8.1%만이 군지역에서 근무하고 있다. 구체적으로 농촌의 보건의료인력은 의사의 7.0%, 치과의사의 7.3%, 한의사의 9.1%, 조산사의 7.8%, 간호사의 6.6%, 간호조무사의 8.8%, 의료기사의 11.3%, 그리고 약사의 5.5%에 불과하다(표 2 참조).

특히 도서 지역의 경우에는 민간의료자원이 거의 없는 실정이고 공공보건자원도 대단히 희소하다.

표 1. 의료기관과 병상의 지역별 분포, 1989

구분	의료기관(%)	병상(%)	(인구)
시	17,976(89.8)	108,442(85.7)	(70.8)
군	2,049(10.2)	18,097(14.3)	(29.2)
계	20,025(100.0)	126,539(100.0)	(100.0)
6 대도시	12,779(63.8)	65,568(52.6)	(48.0)

자료: 보건사회부, 보건사회통계연감, 1990.

표 2. 의료기관종사자 의료인력의 지역별 분포, 1989(단위:명, %)

지 역	계	의 사	치과 의사	한 의 사	조 산 사
시 부	114,618( 91.9)	25,369( 93.0)	5,096( 92.7)	3,914( 90.9)	1,376( 92.2)
군 부	10,076( 8.1)	1,915( 7.0)	399( 7.3)	391( 9.1)	116( 7.8)
계	124,694(100.0)	27,284(100.0)	5,495(100.0)	4,305(100.0)	1,492(100.0)
6 대도시	79,324( 63.6)	18,922( 67.4)	3,769( 68.6)	2,929( 68.0)	865( 58.0)
지 역	간 호 사	간호조무사	의 료 기 사	약 사	
시 부	26,255(100.0)	37,292( 91.2)	13,064( 88.7)	1,713( 94.6)	
군 부	1,848( 6.6)	3,598( 8.8)	1,659( 11.3)	97( 5.4)	
계	28,103(100.0)	40,890(100.0)	14,723(100.0)	1,810(100.0)	
6 대도시	17,813( 63.4)	24,787( 60.6)	8,615( 58.5)	1,298( 71.7)	

자료: 보건사회부, 보건사회통계연감, 1990.

표 3. 인구규모별 도서지역의 공공의료기관의 분포, 1986

인 구	도서수	보건지소수 (설치율)	보건진료소수 (설치율)
99이하	214	-	-
100- 299	114	-	2( 1.8)
300- 499	53	3( 5.7)	12(22.6)
500- 799	46	8(17.4)	34(73.9)
800- 999	13	2(15.4)	11(84.6)
1,000-1,999	23	16(69.6)	17(73.9)
2,000-2,999	14	9(64.3)	7(50.0)
3,000-3,999	13	11(84.6)	9(69.2)
5,000-9,999	21	18(85.7)	8(38.1)
10,000이상	5	4(80.0)	3(60.0)
계	516	71(13.8)	104(20.0)

주: 1986년 12월 31일 현재.

\*도서수에 대한 보건기관 설치 백분율

자료: 김기순, 우리나라 도서·오지 보건의료사업 발전방향과 과제, 1989, 대우재단개최 워크샵, p39.

표 4. 보건기관 신축사업 실적

년 도	보 건 소	보건지소	보건진료소
'77	1	-	-
'78	2	2	-
'79	2	39	-
'80	4	30	-
'81	4	30	-
'82	6	30	-
'83	5	35	168
'84	8	122	529
'85	20	147	388
'86	30	287	288
'87	56	316	295
계	138	1,038	1,968

자료: 보건사회부, 의정국, 1989.

표 5. '89년도 공보의 배치현황

기 관	별	기관수	의사수	치과 의사수
보 건	수	195	201	164
보 건 지 소		1,351	1,351	1,126
모 자 보 건 센터		89	89	-
병 원 선		11	18	12
치 과 이 동 진 료		8	-	8
도 보 건 사 업		38	57	-
벽 지 진 료 수		-	-	-
국 립 병 원		6	7	1
교 도 소 감 호 수		28	33	26
진 경 대		13	13	6
사 회 복 지 시 설		26	26	-
지 도 공 중 보 건 의		137	137	-
기 타		14	20	2
임 상 실 습		-	348	-

자료: 표 4과 동일.

516개 도서중 보건지소와 보건진료소가 설치된 곳이 각각 13.8% 및 20.0%에 불과하다(표 3).

## 2. 보건의료수준의 질적인 격차

농어촌지역 보건의료 공급의 질적인 개선을 도모하기 위하여 그동안 정부는 5가지주요시책을 펴왔다. 보건소와 보건지소의 시설 및 장비 현대화 계획을 추진해왔고(표 4 참조), 농어촌지역에 공중보건의를 배치하여 보건기관의 진료능력을 보강해왔으며(표 5 참조), 보건진료소를 설치하여 벽오지 주민의 보건의료서비스에 대한 접근도를 향상시켰고, 보건소 병위화사업(보건의료의 설립)을 추진했으며, 취약지 민간병원의 건립을 정책적으로 지원한 것이 그것이다.

그러나 이러한 시책에도 불구하고 농어촌 보건

의료인력의 대종을 이루고 있는 공중보건의의 임상수련이 미흡하여 진료능력이 취약하고, 보건진료원의 경우에는 예방보건 활동이 크게 위축되어 있으며, 일부 취약지 민간병원은 경영난에 봉착해 있다. 그러므로 농어촌지역의 보건의료수준은 도시지역에 비교하여 크게 취약한 실정이다.

### 3. 보건의료 이용상의 격차

도농간 산전진찰 수진율의 격차가 줄어들고 있으나, 1988년 현재 시부 92.1%, 군부 78.1%로서 양자간에 상당한 차이가 있다(표 6 참조). 농촌지역의 경우 산전진찰 미수진자가 총분만건수의 21.9%에 이르고 있다.

표 6. 산전진찰 수진율

구 분	1980년 <sup>1)</sup>	1986년 <sup>1)</sup>	1988년 <sup>2)</sup>
	%	%	%
전 국	75.9	93.8	88.5
시 부	86.2	96.9	92.1
군 부	61.6	87.5	78.1

자료: <sup>1)</sup>경제기획원, "한국의 사회지표 1988", 1988  
<sup>2)</sup>한국인구보건연구원, "1988년 전국출산력 및 가족보건 실태조사", 1989, p160.

표 7. 직장소재지별 공·교의료보험적용인구 1인당 수진율, 1985

직장소재지	수진율	상대지수
서울	3.21	103.5
직할시	3.36	108.4
중소도시	3.16	101.9
농어촌	2.82	91.0
농어촌	3.10	100.0

주: 1) 피보험자가 군인, 연금수급자인 경우와 연금가입 노는 탈퇴자 제외.

주: 2) 전체를 100으로 했을 때의 지수임.

자료: 한달선, 의료보험 10년의 성과와 과제, 1987.

표 8. 지역별 인구 100명당 의료요구수준 및 의료충족율의 변화, 1981-87

구 분	도 시		읍 지 역		면 지 역	
	1981*	1987	1981*	1987	1981*	1987
	A. 의료이용	26.8%	31.8%	22.6%	29.8%	18.0%
B. 의료미이용 (그러나 원함)	7.7	3.2	8.3	4.1	12.4	6.6
C. 계	34.5	35.0	30.0	33.9	30.4	34.8
(N)	11,441	10,045	5,958	3,501	21,263	13,991
D. 의료충족율 = A/C×100	77.7	90.9	73.1	87.9	59.2	81.0

자료: \*한국인구보건연구원, 우리나라 의료요구 및 의료이용에 관한 조사연구보고, 1982.

동일한 의료보험의 적용을 받는 경우에도 지역별 수진율의 차이가 현저하다. 즉 공·교의료보험적용자의 수진율을 직장소재지별로 보면 도시지역이 3.2~3.4 수준인데 비하여 농어촌은 양자간에 0.4~0.6의 차이가 있다.

80년대에 들어와서 지역별 의료충족율은 지속적으로 개선되어 왔으나 도농간 격차는 여전히 현저하다. 즉 도시지역은 1987년의 의료충족율이 90.9%임에 비하여, 면지역은 81.0%로써 양자간에는 9.9%의 차이가 있다(표 8 참조).

### 4. 보건의료시설에 대한 접근도의 격차

농촌지역의 경우 의료기관까지의 접근에 1시간 이상이 소요되는 지역에 거주하는 가구가 1986년에 43.0%인데 반하여, 도시지역의 경우에는 6.4%여서 양자간에는 현저한 접근도의 차이가 상존하고 있다. 이러한 상태는 10년전인 1977년의 상태에서 거의 개선이 되지 않고 있음을 보여주고 있다(표 9 참조).

### 5. 주민 건강상태의 격차

일반적으로 농촌주민들의 유병율이 도시지역보

표 9. 의료시설 접근 소요시간별 가구분포(도보) (단위: %)

	계 30분미만 30~44 45~59 60분이상				
	1977				
전 국	100.0	59.9	17.9	6.2	26.0
시 부	100.0	65.0	20.6	6.2	8.2
군 부	100.0	30.0	15.0	6.4	44.6
1986					
전 국	100.0	65.2	10.7	3.9	20.2
시 부	100.0	77.9	12.3	3.4	6.4
군 부	100.0	44.0	8.2	4.8	43.0

자료: 경제기획원, 한국의 사회지표, 1990.

다 높은 것으로 알려져 있다. 예를 들어서 1988년의 조사에 의하면 각종 만성질환의 경우에 농촌지역의 유병율이 남자 2.9%, 여자 3.9%인데 비하여 도시지역은 남자 2.6%, 여자 3.8%이다(표 10 참조).

와병일수에 있어서도 도농간에 차이가 있다. 1980년에 비하여 와병일수가 전국적으로 줄어들긴 했지만, 농촌간의 차이는 여전히 상존하고 있다. 1989년 현재 도시지역의 와병일수가 2주일간에 0.9일인데 비하여 농촌지역의 1.4일이어서 약 0.5일 정도 더 많다(표 11 참조).

정신질환의 경우에도 남아 공히 농촌지역에서의 유병율이 도시지역보다 높은 것으로 되어있다(표 12 참조).

이상에서 부파와 같이 농촌주민들의 건강수준이 도시주민보다 취약함에도 불구하고 농촌지역에는 의료자원이 양적으로 부족하며, 질적으로도 열악할 뿐더러 주민들의 의료비 부담능력도 크게 떨어지기 때문에 의료이용도가 극히 저조하다. 그러므로 지역간보건수준의 격차를 완화시키기 위해서는 이러한 결과를 초래한 제 원인에 대한 대책이 시급하다.

#### IV. 농촌보건사업의 문제점

##### 1. 지방보건조직의 취약성

지방행정조직의 취약성은 전통적으로 중앙집권적 성격이 강한 우리나라의 정치행정 풍토에 기인하지만, 특히 보건행정소식의 경우에는 더욱 그러하다.

지방보건조직의 취약성은 우선 조직의 이원화에서 나타난다. 지방보건행정체계는 기능적인 면에서 보건사회부의 감독을 받지만, 사업추진에 필요한 인사 및 예산 등을 통해 실질적으로 내무부의 통제를 받는 이원적인 체계를 갖고 있다. 이러한 이원적인 체계는 여타 지방개발사업에 비하여 우선 순위가 낮고, 자치적인 보건행정이 인정되지 않은

표 10. 도농간 성별 만성질환의 유병율/10만명

구 분	도 시	농 촌	계
남 자	2,642.2	2,936.9	2,819.3
여 자	3,750.7	3,904.1	3,842.0
계	3,201.8	3,418.8	3,331.0

자료: 김정순, 문옥륜, 성인병 및 정신질환 관리를 위한 기초조사연구, 보건사회부, 1988.

보건의료사업의 예산배분 및 인사 등에서 상대적으로 소외되는 결과를 빚고 있다.

농촌보건행정의 사령탑인 도의 보건사회국은 사회과를 중심으로 보건과, 환경위생과 등 3개과로 구성되는데 보건의료업무를 전담하고 있는 것은 보건과이다(그림 1 및 표 13 참조). 보건과는 보건계, 의약계, 방역계, 가족보건계의 4계개로 업무를 분장하고 있으나, 모든 보건의료업무를 1개 과 단위에서 수행하기에는 업무량이 과다하여 전반적인 지역보건정책의 수립과 지도, 감독에는 그 역량이 미치지 못하는 형편이다.

그 다음으로 지적할 수 있는 것은 공공부문간의 연계가 미흡하다는 점이다. 농촌보건의료조직의 핵심을 이루고 있는 보건소, 보건지소, 보건진료소는 외형적으로는 수직적인 관계를 이루고 있으나, 보건지소와 보건진료소의 경우 상호간의 업무를 협조, 보완할 연계 및 환사이충 등에 필요한 체계가 결여되어 있다. 또한 보건소는 보건의료전달체계에서 지방공사의료원, 국립의료원과 기능적으로 공식화된 연계가 없다. 그리고 지방공사의료원, 국립의료원 및 국립대학병원들도 상호간에 아무런

표 11. 와병일수(2주간)

구 분	와 병 일 수			
	1980	1983	1986	1989
전 국	2.5	2.2	2.0	1.1
남	2.6	2.3	2.0	1.0
여	2.5	2.1	1.9	1.1
시 부	2.3	2.0	1.7	0.9
남	2.3	2.1	1.7	
여	2.3	2.0	1.8	
군 부	2.9	2.6	2.6	1.4
남	3.0	2.8	2.7	
여	2.8	2.5	2.4	

자료: 경제기획원, 한국의 사회지표, 1990.

표 12. 인구10만명당 특정 정신질환의 지역별 유병율

정 신 질 환	도 시		농 촌	
	남	여	남	여
정신분열증 정신병	13.6	33.5	81.2	52.1
정동성 정신병	14.0	29.8	18.9	19.7
비의존성약물남용	2.8	2.7	4.2	5.2
급성스트레스반응	2.8	1.3	6.7	14.9

자료: 표 10과 동일.

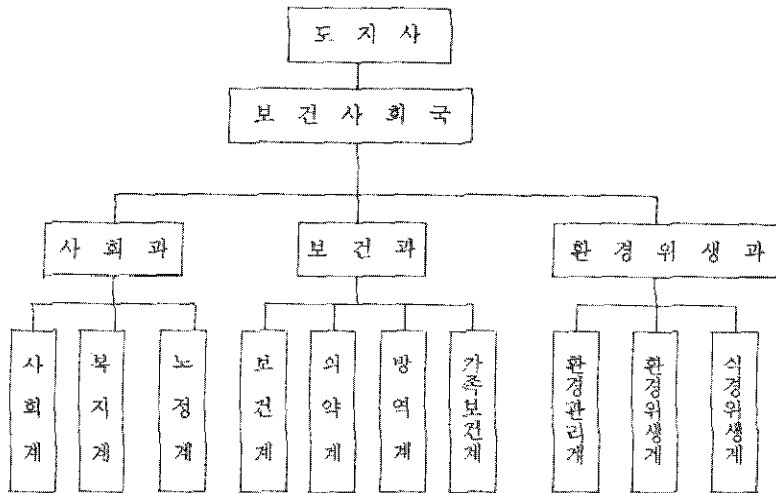


그림 1. 도보건사회국의 조직(전라북도).

표 13. 도 보건과의 각 계별 업무내용

계	업	무	내	용
보 건 계	1.	보건행정 통합기획		
	2.	보건, 약부, 간호직 공무원 정원관리		
	3.	의료원 운영		
	4.	병원운영		
	5.	보건소, 보건지소, 지도감독		
	6.	통합보건업무관리		
	7.	가타 타계에 속하지 않는 사항		
의 약 계	1.	병원허가		
	2.	의료보험사업		
	3.	의약품 등 제조업소 지도감독		
	4.	의약품 등 품질관리		
	5.	부정의약품자 단속		
	6.	진료소 지도감독		
	7.	치과이동진료		
방 역 계	8.	마약, 항정신성약품 수송관리		
	1.	급성전염병관리		
	2.	예방접종 및 방역약품 수불관리		
	3.	만성전염병관리(성병, 나병)		
	4.	성인병 예방대책		
	5.	기생충박멸사업		
	6.	보건단체 지도감독(기협, 나협, 결협)		
	7.	방역소독업 지도감독		
8.	산업보당 보건관리			
가족보건계	1.	가족계획사업		
	2.	모자보건사업		
	3.	모자보건센터운영		
	4.	가족계획사업마을 육성		
	5.	피임기술기관 지정		
	6.	분만개조사업		

자료 : 전라북도 도정, 1989.

연계가 없이 운영되고 있어 공공보건조직간의 연계가 거의 이루어 지지 않는다고 볼 수 있다.

또한 공공 및 민간부문간에는 더욱 더 보건소 직간의 연계가 미흡하다. 종래 민간부문의 보건의료자원은 진료기능 위주로 성장해 온 것에 반하여, 공공부문은 공중보건사업에 치중해왔기 때문에 상호간의 역할이 분리되어 유기적인 연계가 미흡하였다. 보건소법 제6조에 의하면 보건소는 반산의료인력에게 보건에 관한 실험과 검사실을 이용할 수 있게 하는 등 연계방안을 모색하고 있으나 거의 실효를 거두지 못하고 있는 형편이다. 민간부문에서는 공공부문의 진료서비스기능 강화를 상호경쟁관계로 파악하여 견제하기 때문에 바람직한 보건 의료전달체계의 확립이 어렵다.

## 2. 농촌보건기관의 서비스기능 취약

전국민의료보험하에서 지역사회 의료수요가 크게 증가하고 있으나, 보건기관은 이러한 주민의 요구에 제대로 부응하지 못하고 있다.

보건소법 제6조에 명시된 12개 업무에 의하면 보건소는 예방의학적 업무와 진료서비스를 겸하는 기관으로 인식되거나, 진료업무가 행정업무를 수행하는 보건행정계의 부수기능이어서 진료에 필요한 예산과 인력의 배정이 진료서비스를 본격적으로 제공하기에는 미흡한 형편이다. 이에 따라 현재의 보건소기능은 급성전염병예방, 지방병퇴치, 모자보건 및 가족계획 등에 주력하고 있어, 그동안 사회·경제여건의 변화에 수반된 새로운 질병양상의 출현, 즉 정신병, 성인병환자의 증가 및 기타 노인인구의

증가에 따른 보건문제 등의 대처에는 한계가 있다.

보건지소 및 보건진료소의 기능을 살펴보면, 보건소법시행령 제4조에 의하면 시, 군은 관할 보건지소장을 임명해야 하나 법직신분이 애매한 공중보건의를 배치하고 있을 뿐이다. 이에 따라 보건지소에는 책임있는 정규공무원이 없으며, 기능상 보건지소에 배치되어야 할 읍면보건요원이 대부분 읍면사무소에 상주하고 있는 실정이다. 또한 군수는 보건진료의 설치권한만 가질 뿐 공중보건의의 복무감독권 및 처벌권은 없어 통합적인 보건관리가 이루어 지기 어려운 형편이다. 더구나 공중보건의와 보건진료원의 진료능력이 지역사회에 보건의료수요를 충족시키기에는 미흡하다는 문제점을 안고 있다.

### 3. 종합적인 인력계획의 미비

우리나라의 보건의료인력관리에 관련된 문제점은 보건의료인력에 관한 종합적인 정책부재, 보건인력 개발과정의 3대 요소인 기획, 양성, 관리의 체계적 연계의 결여, 보건의료인력개발계획에서 교육훈련기관의 여건에 대한 고려미비, 보건의료인력활동에 대한 지도감독 체계 미흡으로 요약할 수 있다. 농촌보건인력관리의 경우에 있어서는 전반적인 문제점을 그대로 있을 뿐 아니라 농촌보건의 열악한 조건까지 겹쳐 그 문제점은 더욱 심각하다.

우선 지적할 수 있는 문제점은 보건인력계획이 거의 존재하지 않는다는 점이다. 인력계획은 수요, 공급, 생산성 분석을 토대로 하여 미래 수요와 공급의 균형을 위한 방안의 제시인바, 이러한 분석과 예측은 국가적 차원에서라도 제대로 실시하지 못하고 있는 실정이다. 우리나라 보건의료 인력계획은 보건사회부, 문교부, 경제기획원등의 부처에서 담당하고 있기 때문에, 인력의 기획, 양성·관리기능이

체계화 되어 있지 않다. 즉, 보건사회부에서는 수요예측을 전제로 소요량을 판단하고 있으나 문교부에서는 이를 제대로 반영시키지 않고 정원을 책정하고 있으며, 심지어는 국가경제사회발전 5개년계획으로 작성된 인력계획까지도 무시하고 양성하는 경향이 있다. 더우기 인력계획은 주로 의사만을 중심으로 수립되어 다른 보건의료인력계획은 배제되고 있는 경향을 보이고 있다. 그러나 의사인력계획도 총량적인 측면에서의 수요·공급만 검토하고 있을뿐 지역간 또는 전문의간의 균형은 거의 감안되지 않고 있으며, 인력간 및 직종간의 구성도 고려되지 않고 있다.

농촌보건의료사업은 1차 보건의료를 강조하고 있으나 이에 대한 종합적인 인력계획은 없이 진료인력의 배치만으로 접근하고 있어 포괄적 의료를 제대로 제공하지 못하고 있다. 또한 보건소, 보건지소에 종사하는 의사인력은 매년 증가하고 있지만, 공중보건의의 배치가 지역사회 보건의료수요의 감안없이 공중보건의의 배출 인원수에 따라 무계획으로 이루어져 자원의 낭비문제가 제기되고 있다 (표 14 참조).

그 다음으로 지적할 수 있는 것은 지방보건인력 선발제도가 비합리적으로 운영되고 있다는 점이다. 즉 농어촌에서 보건의료를 담당하고 있는 공중보건의와 보건진료원, 보건지소의 진료보조요원들이 합리적으로 선발되지 않아 보건의료사업을 원활히 수행하는데 어려움을 겪고 있는 것이다.

공중보건의의 경우, 의(치)과대학 예과때 신체검사를 통해 의무사관후보를 지정하고 졸업후 면허시험에 합격하게 되면, 신체검사를 실시해 국방부 소요인력을 군의관으로 먼저 선발하고, 나머지 인력은 병역법 50조의 규정에 의해 예비역 장교의 병적에 편입시켜 공중보건의사로 근무토록 하고

표 14. 지방 공공부문 보건인력 배치현황(1989. 6. 30현재)

	공 양 지 원 인 력			자체충원인력	계
	공 보 의	장 학 의	진 료 원		
보건소	360	78	-	7,580	8,024
보건지소	2,566	-	-	3,558	6,124
보건진료소	-	-	2,038	-	2,038
기타지원기관*	1,077	30	-	-	1,107
계	4,009	108	2,038	11,138	17,293

\* : 기타지원기관은 보건소, 보건지소이외의 전 기관을 말함.

자료 : 보사부, 의정국, 1989.



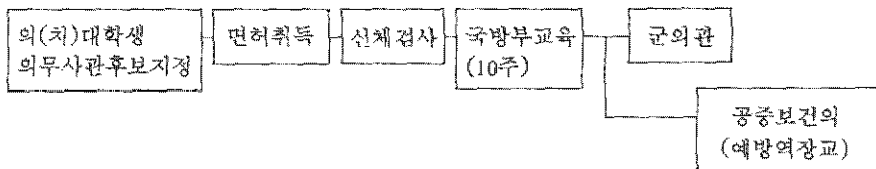


그림 2. 공중보건직의 선발과정.

있다(그림 2 참조). 즉 의(치)과 대학에 입학하여 바로 군의사관후보를 지정함으로써, 사병으로 병역의무를 마치는 학생의 비중이 낮은데 군외관으로 선발되는 인력은 한정되어 있어 공보의의 수가 크게 증가되고 있다.

의무사관생들의 대다수가 공중보건직을 희망하고 있는 실정인데도(표 15 참조), 일단 배치된 공중보건직의 근무의욕은 저조하고 사명감이 낮은 것이 또 다른 문제점이 되고 있다.

또한 공중보건직과 보건진료원을 선발배치하는데 연고지를 고려치 않아 주민과의 마찰이 있을 수 있고, 지역사회에서 뿌리내리고 있는 읍·면직원, 보건소 직원, 보건요원등과 업무관계에서 많은 갈등을 초래하고 있다.

세번째로는 보건인력양성과 배치·활용간의 연계미흡을 들 수 있다. 각급학교에서 양성하는 보건직의료인력은 문교부에서 수요를 고려치 않고 정원을 책정한 결과 수요에 비해 공급이 많아져 인력의 낭비가 심하다(표 16 참조). 특히 일부 보건소에는 의료수요에 관계없이 공중보건직이 2명씩이나 배치되고 있어서 인력관리의 적정을 도모하지

표 15. 의무사관생들의 공중보건직의 선발 희망율 (%)

	공중의	군외관	모두 무관	계
의 사	81.1	6.3	12.6	100.0
일반의사	91.5	3.4	5.1	100.0
인턴수료자	86.5	3.0	10.5	100.0
전공의	58.9	19.6	21.4	100.0
전문외	67.6	10.2	22.2	100.0
치과의사	90.3	3.6	6.1	100.0
일반의사	94.7	1.9	3.4	100.0
인턴수료자	100.0	-	-	100.0
전공의	77.6	9.0	13.4	100.0
전문외	72.7	9.1	18.2	100.0
합 계	83.3	5.6	11.1	100.0

자료: 최선호, 군외관직의사들의 공중보건직 선호도 및 태도, 경북대학교 보건대학원, 1986. 7.

못하고 있다.

의과대학 졸업정원의 증가로 공중보건직의 배치인원이 크게 증가되었고, 특히 일반의의 비중이 높아짐으로써 의료서비스의 질적문제가 제기되고 있다. 그리고 치과의사의 수가 급속히 증가되고 있어 인력활용, 배치 및 이에 따른 장비부자가 문제시되고 있다(표 17 참조).

공중보건직은 주로 보건소, 보건지소등에 배치되어 농어촌지역 의료제공에 획기적 진전을 마련하였다. 그런데 보건사회부에서는 농촌의 1차 의료수요의 60%까지를 공보의에게 담당시킨다는 전제하에 보건지소에 1989년 2명, 92년까지는 3명을 배치한다는 계획을 수립하고 있어 일반개업의사의 농촌유지제도와 상충 될 수 있다(표 18 참조).

내번째 문제점은 새로운 영역의 필요인력이 존재하지 않는다는 점이다. 전국민의료보험실시 이후 지역사회에서의 진료요구가 증대되고 있다. 뿐만 아니라 소득수준향상, 국민의식수준의 향상, 인구

표 16. 보건의료인력의 취업률

구 분(연도)	면허자	취업자*	취업률(%)
의사(88)	36,785	24,813	67.5
치과의사(86)	5,955	4,843	81.3
한외사(89)	5,663	5,312	93.8
간호사(84)	54,081	24,624	45.5
조산사(84)	5,991	1,920	32.0
임상병리사(85)	8,586	4,655	54.2
방사선사(85)	3,994	2,319	58.0
물리치료사(85)	2,553	1,198	46.9
작업치료사(85)	46	46	100.0
치과기공사(85)	3,827	1,690	44.2
치과위생사(88)	4,777	2,461	51.5
의무기록사(85)	396	238	60.1
약사(87)	32,855	19,999	60.9
간호조무사(88)	123,115	52,058	42.3

\* : 신고자 중 취업자수임

자료: KIPH 및 보건사회부, 1989.

박재용, 보건의료인력 개발과 공급방안, 경북대, 1987.

표 17. 공중보건의 연도별 배치인원

구분	81	82	83	84	85	86	87	88	89
일반의사	176	487	812	891	961	1,069	1,451	1,668	1,761
인턴수료자	-	-	-	3	14	62	266	418	539
전문의를	-	-	297	283	330	156	181	238	274
치과의	140	279	456	490	610	741	1,043	1,314	1,435
계	316	766	1,505	1,667	1,975	2,028	2,941	3,638	4,009

자료: 보건사회부, 의정국, 1989.

표 18. 기관별 공중보건의 배치현황

	1988				1989			
	일반의**	전문의	치과의	계	일반의**	전문의	치과의	계
보건소	241	15	197	453	427	37	265	629
보건지소	1,218	-	981	2,199	1,351	-	1,215	2,566
도변사업 (병원선 포함)	76	5	30	111	75	6	20	101
취약지병원	127	118	40	285	-	132	2	134
국립병원	10	79	33	122	7	77	1	85
기타*	414	21	33	468	440	22	32	494
계	2,086	238	1,314	3,638	2,300	274	1,435	4,009

\* : 전경대, 교도소, 감호소, 적십자, 복지시설, 임상훈련 등

\*\* : 인턴수료자 포함

자료: 보건사회부, 의정국, 1989.

구조의 변화 및 질병양상의 변화로 주민의 보건 의료요구는 다양화 되고 있음에도 불구하고 이러한 요구에 대응할 필요인력은 충분하게 공급되지 않고 있다. 농이혼주민은 특히 노인성질환, 만성퇴행성 질환, 정신질환등이 많은데도 농촌에서 이러한 요구를 충족시켜줄 전문인력은 부족하거나 거의 없는 실정이다.

#### 4. 지방보건인력관리의 비효율성

인력관리는 적격자를 선발하여 효율적으로 활용하고, 적극적으로 업무를 추진할 수 있도록 동기를 유발하여 생산성을 높이고 유능한 인력이 빠져나가지 않도록 하는 제반 업무를 말한다. 따라서 중앙과 지방에서의 보건의료인력관리는 보건의료사업의 성패를 좌우할 수 있다. 우리나라에서는 보건의료인력에 대한 자료가 미흡할 뿐만 아니라 인력관리방법, 보수, 동기유발정도등에 대한 정보가 부족하고, 인력의 생산성 측정을 제대로 하지 못하고 있으며 지도·감독체계가 미흡하고, 진료능력 및 근무의욕을 고취시키는데 제도적인 장치가 미비하여 이직율이 높고, 진료업무를 회피하는 등 생산성이 저하되어 보건사업을 원활히 수행하는 데

큰 장애요인이 되고 있다. 특히 농촌의 중앙지연 인력(공중보건의, 공중보건장학의, 보건진료원)에 대한 지방당국에서 자율적으로 인력관리를 하기 어렵고, 중앙과 지방간에 손발이 맞지 않는 경우가 많아 효율적 관리가 어렵다.

인력관리에 있어 첫번째로 들 수 있는 문제점은 인력관리 정보가 부족하다는 것이다. 보건의료인력에 대하여 직종별로 취업, 이직, 훈련, 보수현황 등 인력관리정보가 거의 없는 실정이다. 민간부문 인력은 차치하더라도 공공부문의 인력관리에 대한 정보가 제대로 취합되지 않아 공공보건사업 수행에 어려움을 겪고 있다. 즉, 국가에서 관리하고 있는 공중보건의의 수급통계도 정확하지 않은 만큼 선발인원, 이직인원, 배치장소 및 진료량 등의 통계에도 착오가 생기는 실정이다. 특히 보건지소의 경우에는 정규공무원이 한명도 배치되지 않고 있기 때문에 인력들의 동태, 진료량, 기타 보고업무를 책임지고 수행할 인력이 없다.

두번째로는 인력생산성을 평가하지 않고 있다는 점이다. 어떠한 인력이든 그들의 능력과 생산성에 따라 보수가 결정되고 승진하게 되며 여기에 상응한 대우를 받아야 한다. 그러나 보건의료인력 전부분

에서 생산성을 평가할 도구 및 방법이 개발되어 있지 않아 효율적인 인력관리를 하지 못하고 있다. 특히 공공인력의 생산성이 낮고, 비능률적이라는 지적은 항상 있어왔으나, 평가방법의 개발 및 생산성 향상을 위한 노력은 미흡하였다. 게다가 공중보건의와 보건진료원은 예방, 치료, 교육, 상담 등 다양한 업무를 수행하는 인력이기 때문에 평가가 용이하지 않다. 이러한 상황은 성실근무자에 대한 포상과 복무후 유인책을 마련하고, 불성실근무자에 대한 대책을 마련하는데 근거가 없으므로 생산성이 낮아지고 근무태도가 불성실해 지는 한 요인이 되고 있어 주민의 불신을 받는 경우가 종종 생기고 있다. 특히 공중보건의로서의 근무성적등이 임기후에 인턴. 레지던트수련과 무관하기 때문에 공보의 근무과정을 전문의 시험대비에 중당하는 실정이며, 또한 대도시 종합병원에서 개인적 임상수련기회를 노린 근무지 이탈사태가 자주 발생하고 있다.

세번째 문제점은 진료능력 제고수단이 없다는 점이다. 현재 의과대학 졸업자 전원을 인턴으로 확보할 수 없기 때문에 임상전문의의 경험이 없는 공중보건의가 많아지고 있다(표 19 참조).

현지에 배치하기 전에 실시하는 공중보건의 임상수련교육은 과거 10주 교육에서 1년간으로 연장되어 어느정도 실효성을 거두고 있으나 수련기관의 부족으로 일반의사 전부를 교육시킬 수 없어 여전히 질적문제는 남아 있다. 게다가 의과대학 교육과정에서도 공중보건의가 담당할 수기 내지는 임상교육을 동한시 하고 있어 실제 지역사회에서 응용하기 어려운 교육을 받고 있다. 이처럼 공중보건의의 대부분이 임상경험이 부족하고, 훈련미숙으로 진료에 대한 자신감을 갖지못하여 심지어는 환자를 기피하는 경향마저 있어 주민들의 불신감을 야기시키고 있다(표 20 참조).

표 19. 연도별 인턴 정원

년 도	의대졸업생(A)	인턴정원수(B)	인턴실인원(C)	B/A(%)	C/A(%)
1975	969	838	725	86.5	74.8
1980	1,400	1,650	1,299	117.9	92.8
1985	1,940	1,987	1,660	102.4	85.6
1987	2,584	2,200	2,123	85.1	82.2
1988	2,781	2,366	2,303	85.1	82.8
1989	3,091	2,779	2,175	89.9	70.4

자료 : 대한병원협회, 1989.

이러한 공중보건의의 질적 수준의 저하경향은 전국민의료보험이 실시되어 농어촌 지역주민이 보험료를 부담하면서 부터 양질 의료에 대한 주민의 권리의식이 증대되고 주민의 불만을 사는 한 요인이 되고 있으며, 보건기관에 대한 이용률을 낮추는 결과를 빚고 있다(표 21 참조).

네번째 문제점은 보수교육이 부실하다는 점이다. 의료인력의 기술 및 업무능력향상을 위한 보수교육은 각 의료인 단체에 위탁하고 있으나 형식화되어 실효성이 의문시되고, 공공보건의인력의 보수교육은 지방공무원 연수원 및 각급대학에서 실시하고 있으나 예산부족 때문에 효과가 작다. 공중보건의에 대한 보수교육은 전혀 실시되지 않고 있으며, 보건진료원의 보수교육은 연간 1~2일 정도에 불과해 형식에 치우치고 있다.

다섯번째로는 근무의욕 제고수단이 미흡하다는 문제점이다. 보건지 공무원 뿐만 아니라 공중보건의, 보건진료원, 보건지소인력등 공공보건의료인력은 보수, 승진기회, 업무량등에 대한 만족도가 낮아 사기가 저하되어 있고 업무에 대한 농기무여가

표 20. 군의사관생들이 공중보건의사로 배치될 경우 진료에 대한 자신감(%)

	자신있다	약간 자신있다	자신없다
일반 의사	14.7	50.8	34.5
인턴수료자	32.2	63.3	4.5
전 공 의	51.8	42.9	5.4
전 문 의	71.3	27.0	1.8
치 과 의	40.3	54.2	5.6

자료 : 표 15과 동일.

표 21. 농어촌 의료보험 외래이용실적 비교(1988)

	군지역의원	보건기관
의사분포비율(%)	40	60
외래건수비율(%)	69	31

자료 : 보건사회부, 의료보험국, 1989.

되어있지 않아 일반적으로 생산성이 낮다. 특히 공중보건의, 보건진료원, 보건지소의 진료보조원들은 신분이 보장되어 있지 않고 농특법에 의해 적은 보수로 의무만을 강요받고 있어 자율적인 근무분위기가 조성되지 않고 있음으로 해서 근무의욕이 저하되어 있다(표 22 참조).

보건진료원제도가 생긴 초창기에는 간호직 공무원, 양호교사, 임상간호사등과 비교하여 벽오지에 근무한다는 명목으로 비교적 높은 보수를 지급받았으나, 매년 타 직종에 비해 보수 인상률이 낮고 각종 수당의 혜택을 받지 못함으로써 현재는 상대적으로 낮은 보수를 받으면서 벽오지에 근무하고 있는 실정이다. 보건소장의 경우 상대적으로 직급이 낮고 인사, 예산, 사무처리의 실질적인 권한이 제한되어 있거나 전혀 없어 보건행정을 소신있게 펴 나갈수 없는 실정이다. 공중보건의와 보건진료원은 신분이 확실치 않아 의료사고가 발생하였을때 사후대책이 미흡하여 적극적인 업무자세를 견지하지 못하고 진료를 회피는 경향이 있다. 한편으로 보건지소, 보건진료소의 의료보험수가 및 본인부담액이 일반의원과 비교하여 크게 낮기 때문에 주민들의 진료에 대한 불신을 조장할 수 있고, 낮은 의료보험수로 인해 진료수입을 제대로 올리지 못해 운영협의회에서 지급하는 진료수당을 받지 못하거나 다른 곳보다 적게 받아 근무의욕을 저하시키는 요인이 되고 있다.

여섯번째 문제점은 인력관리의 지도, 감독, 지원체계가 결여되어 있다는 점이다. 공중보건의료인력들은 기술지도와 행정지휘감독체계가 분리되어 있는 보건기관에 근무하고 있거나, 보건소장 및 군수의 감독을 받도록 되어 있어 일관성있게 업무를

표 22. 현 공중보건의 근무수행중 사기저하 및 장애요인

구 분	응답율(%)
신분보장 미비, 불확실한 지위	96.3
급료·수당이 낮음	62.9
유리기관(보건소, 군청)의 협조부족	61.5
진료시설미비	46.3
운영협의회와의 불편한 관계	45.5
불편한 주거환경	40.1

자료: 정태기, 전국보건지소 실태조사 보고서, 대한공중보건의학회지, 2(1): 292-334, 1988.

수행하기 곤란하다. 지도, 감독업무는 공중보건의에 대해서는 주로 근무지역 이탈, 야간당직, 근무시간 등 근무동태에 대한 간섭으로 일관하고 있으며, 보건진료원의 경우 지정의 의약품 사용여부, 기록철저 등 행정업무에 대한 내용으로 본연의 임무인 진료에 대한 지도, 감독체계가 미흡해 진료능력을 높이는 데 제약이 되고 있다. 특히 일반 보건직 보건소장이 있는 군지역은 진료에 대한 기술적 지도감독을 하기 어렵다는 문제점이 있다. 보건지소의 경우에는 공식적으로 기관으로 인정받지 못하고, 공중보건의가 보건지소장으로 정식으로 임명되지 못하기 때문에 진료 및 행정업무의 책임이 결여되어 있고, 보건지소내 인력의 지도, 감독 및 통솔이 어렵다. 또한 보건지소 공중보건의와 보건진료원간의 진료협조 및 지도체계가 미흡하고, 보건지소장이 업무수행상 보건요원을 지도, 감독할 수 없어 지역사회보건사업의 효율성이 낮다.

### 5. 농촌보건재정의 취약성

농촌보건재정의 가장 큰 취약성은 지방보건 재정이 국비중심으로 충당된다는 점이다. 우리나라는 모든 행정이 중앙집권적 이어서 보건의료업무도 중앙집권적으로 수행되고 있는 바, 국비지원없이 지방보건재정의 자립은 어려운 실정이다. 국비지원 내역을 살펴보면 보건소(지소) 신증축, 장비구입 등 자본재의 경우 사업비의 2/3를 국비에 의한 보조로 하고 있으며, 보건소(지소)의 경상보조에 있어서 보건소 운영비와 공중보건의 진료활농비는 전액 국비이며, 여타 사업비는 국비에 의해서 1/2을 보조하고 있다. 또한 가족계획사업비, 모자보건사업비, 결핵사업비 등의 특정목적사업은 전액 국비에 의해 운영되고 있으며, 상기의 정액 국비지원사업을 제외하더라도, 지방보건재정의 65.3%가 국비보조에 의하여 운영될 정도로 지방비의 투자가 미약한 실정이다(표 23 참조).

두번째는 보건기관의 재정운영이 경직성을 띠고 있어 효율적 재정운영을 하지 못하고 있다는 점이다. 보건소의 예산은 인건비, 경상비와 같은 경직성 예산에 대부분 투입되고 예방, 진료서비스 및 지방특수보건사업을 위한 사업비는 매우 제한적이다. 1987년 일부 지역 보건소의 세출예산 내용을 보면 사업비의 비중이 지역마다 큰 편차를 보이긴

하지만 대체로 인건비가 전체예산의 대부분을 차지하고 있어, 보건사업을 위한 예산은 그 비중이 작다는 것을 알 수 있다(표 24 참조).

이러한 지방보건재정의 취약성으로 인해 보건소의 의료원화사업이 자질을 못하고 있다. 기초명상소자

표 23. 자본보조 및 경상운영비의 국고보조금 내역 (단위: 백만원)

항 목	계	국 비	지방비
총 액	46,553	30,398	16,155
자본보조	11,975	7,983	3,992
보건소증축	1,161	774	387
보건소장비구입	2,000	1,333	667
보건지소치과장비	2,675	1,783	892
보건지소신축	4,179	2,786	1,393
보건지소증축	929	619	310
보건진료소의료장비	248	166	82
보건진료소신축	783	522	261
경상보조	34,578	22,415	12,163
보건소운영비	8,283	8,283	-
보건소치과위생사 인건비	688	344	344
보건지소운영비	3,156	1,578	1,578
보건지소축탁의 인건비	568	284	284
보건지소진료보조원 인건비	3,572	1,786	1,786
공보의진료활동비	1,575	1,575	-
보건지소치과위생사 인건비	4,028	2,014	2,014
보건진료원인건비	12,010	6,005	6,005
보건진료원교육수당	174	174	-
도시벽지진료소운영비	106	106	-
진료소운영지원	7	7	-
마을건강원육성	72	72	-
병원선운영지원	304	152	152
원폭진료소운영지원	36	36	-

자료: 보건사회부, 1989년도 국고보조변경대서 및 지방비무담조서변경(의정사업비), 1989. 3.

없는 의료취약지구 대상지역의 보건소를 의료원화하기로 하여 1987년 15개 지역을 선정하여 1988년까지 1단계 보건소 의료원화사업이 완료되었으나(표 25 참조) 진료장비와 인력(특히 약사) 그리고 마취과 의사와 같은 시립과 전문인력부족으로 진료능력이 제한되고 있다(표 26 참조).

#### 6. 보건기관 운영지원체계상의 문제

먼저 지적할 수 있는 문제점은 보건지소 운영지원협의회의 타성적 운영을 들 수 있다. 보건지소 운영지원협의회는 보건지소의 자율적 운영을 통해 보건지소의 대주민서비스기능을 강화키 위해 1987년부터 조직된 제도로서 보건지소의 진료기능강화에는 크게 기여했으나 공중보건과의사의 견해차이로 본래의 취지가 크게 제약받고 있다. 즉 운영지원협의회는 특별회계를 두어 보건지소의 진료수입을 관할하고 약품이나 기타 소모품을 구입하여

표 25. 보건소 의료원화사업 지원내역('87-'88년도) (단위: 천원)

구 분	계	시설 및 부대비	장비비
15 개소	7,341,059	5,341,569	1,725,490
연 천	515,460	367,130	148,330
화 천	459,660	344,130	115,530
평 창	440,660	325,130	115,530
청 양	465,660	350,130	115,530
입 실	596,841	481,311	115,530
순 창	440,660	325,130	115,530
곡 성	601,888	488,518	113,370
완 도	472,020	325,130	146,890
구 레	429,380	325,130	104,250
장 성	644,987	498,017	146,970
청 송	440,660	325,130	115,530
울 진	149,444	92,444	57,000
울 통	482,820	351,130	131,690
함 양	482,820	351,130	131,690
산 청	454,440	345,630	108,810

자료: 보건사회부, 의정국, 1989.

표 24. 보건소별 세출 예산 내용(1987)

(단위: 천원, %)

구 분	서울 중구	충남 청양	경북 울진	전북 순창
안 건 비	425,723( 79.8)	224,200( 65.8)	276,090( 49.2)	228,628( 62.2)
경 상 비	45,368( 8.5)	34,300( 10.1)	61,165( 10.9)	111,782( 30.4)
사 업 비	62,490( 11.7)	82,180( 24.1)	223,577( 39.9)	26,937( 7.3)
계	533,582(100.0)	340,680(100.0)	560,832(100.0)	367,628(100.0)

자료: 보건사회부, 의정국, 1989.

제공하고 있기 때문에 많은 지역에서 신분이 공무원이 아닌 공중보건의에게 이를 일임할 수가 없어 운영지원협의회를 읍면 행정조직 중심으로 운영할 수 밖에 없으나(표 27 참조), 공중보건의는 이러한 행정중심적 운영에 불만을 갖고있는 실정이다.

더구나 운영지원협의회는 연간 1회 이하 개최하는 곳이 전국에 65.2%나 되어 명목상의 협의체에 불과한 실정이고(표 28 참조), 실질적으로 보건지소의 행정이 읍면행정당국 중심으로 운영되고 있다. 이에따라 운영지원협의회외의 보건지소 업무수행에 대한 도움여부에 대한 질문에 거의 대다수 보건지소장이 회의적인 대답을 하고 있음을 알 수 있다(표 29 참조).

그 다음의 문제점은 보건기관의 장비, 의약품 및 소모품 지원체계에 대한 공보의의 이해부족이 많

표 26. 군보건의소 표준인력현황

직	급	MCH미설치	MCH설치	병원화
		보건소	보건소	보건소
4급	-	-	1	
5급	1	1	1	
6-9급	12	9	16	
별정직	3	2	1	
지방간호사	6	6	16	
관리의사	1	1	1	
약사	-	-	-	
공보의				
일반의	2	2	2-3	
전문의	-	-	2-3	
치과의	1	1	1	
MCH요원	-	8	-	
고용원	5	2	12	

자료: 보건사회부, 의정국, 1989.

표 27. 보건지소 운영지원협의회 구성

(단위: %)

내	용	응답자수	구성비
기관장중심		443	53.0
상공인중심		18	2.2
각마을의지도자중심		84	10.0
보건의료기관종사자중심		20	2.4
절충식		211	25.2
기타 및 무응답		102	12.2
계		836	100.0

자료: 전국보건지소 실태조사 보고서, 대한공중보건학회지, 2(1): 292-334, 1988.

다는 점이다. 1988년 이후부터 보건기관의 장비, 의약품, 소모품 등은 모두 자체에서 직접 구입하고 장비가 고장났을 경우에는 구매처에다 직접 연락하여 수리에 임하고 있어 장비관리에는 별 문제가 없었다. 의약품 및 소모품의 경우에도 결핵약품이나 예방접종약품과 같이 한정된 생산품을 제외하고는 보건지소단위의 운영지원협의회내에 특별회계를 두어 직접 구매하고 있어 약품, 소모품 지원체계에 큰 문제는 없었다. 다만 많은 지역이 약품 및 소모품 구입에 있어 예산절약을 위해 보건소가 연초에 필요한 약품목록을 지소로부터 제출받아, 이 목록에 수록된 약품은 제약회사나 의약품도매상과 가격에 대한 단가계약을 본 후, 이를 지소운영지원협의회에 하달하고 그 기준가격으로 약품을 자체적으로 구입토록 하고 있으나, 공중보건의사 중 상당수가 이러한 행정적 절차에 대한 이해가 부족하여 불평을 하는 실정에 있다.

## V. 농촌보건의료 서비스 향상방안

지역간 균형발전과 지방경제의 활성화는 사회경제발전계획이 지향하는 정책기조의 하나이다. 이를 위하여 정부의 보건부문계획에서는 농어촌 보건기

표 28. 보건지소 운영지원협의회외의 연간 회의회수

회 수	응답자수	구성비
한번도하지않는다	333	39.8
1회	212	25.4
2회	154	18.4
3회 이상	79	3.3
무응답	58	6.9
계	836	100.0

자료: 전국보건지소 실태조사 보고서, 대한공중보건학회지, 2(1): 292-334, 1988.

표 29. 운영지원협의회외의 보건지소 업무수행에 대한 도움여부

내	용	응답자수	구성비
도움이 된다		71	8.4
있으나마나한 존재		346	41.4
오히려 불편만 준다		392	46.9
기타 및 미응답		27	3.3
계		836	100.0

자료: 정태기, 전국보건지소 실태조사 보고서, 대한공중보건의학회지, 2(1): 292-334, 1988.

관의 활성화와 의사확보를 보건개발전략으로 추진해 오고 있다. 본 연구에서는 농촌보건의료서비스의 수준을 향상시키고 관리지원체계를 확립함으로써 문제의 핵심에 접근하고자 한다. 구체적으로 농촌보건 인력자원의 자질향상과 적정배치 및 생산성 증대방안과 농촌보건시설의 운영개선책을 모색하며, 연관되는 부문의 지원체계를 강화하도록 한다.

### 1. 농촌보건 인력의 자질향상과 적정배치

장기적으로 보건의료사업의 내용과 업무량을 기준으로 보건소, 보건지소, 보건진료소등의 소요인력을 지역특성에 맞게 책정하고, 적정지역이나 능력을 가진 필요인력을 선발하여 배치하여야 할 것이다. 이를 위해서는 공중보건의의 수요를 정기적으로 분석하고 지역의료 수요에 알맞게 선발하여 불필요한 인력 낭비 및 예산낭비를 줄여야 할 것이다. 즉, 공중보건의 배치대상기관의 기준을 검토하고 수요를 매년 판단하여 선발하되 수요의 판단과 선발은 인력관리전문기구에서 공정하게 실시하도록 한다. 그리고 근무 평정제를 엄격하게 적용하여 근무태만자에 대하여는 소정기간동안 복무기근연장을 명하도록 해야 할 것이다.

#### 1) 공중보건의 선발제도의 개선 및 진료능력 제고

먼저 생각할 수 있는 대안은 기존제도의 보완책이 될 것이다. 공중보건의를 선발할 때는 인턴수료자를 우선적으로 선발하여 바로 배치할 수 있도록하고, 부득이 일반의사를 선발해야 될 경우에는 인턴과정과 동일한 수준의 교육을 배치이전에 실시하도록 한다. 이를 위해서는 의과대학생의 임상실습을 강화하고 인턴수료자를 선발하기 위해서는 의과대학 졸업생 전원이 인턴과정을 수련받을 수 있도록 인턴수련기관을 연차적으로 확대하고 정원을 늘려야 한다. 또한 일반의사를 공중보건의로 선발할 경우에는 현행의 임상수련을 1년간 전원 이수토록 하고 교육을 내실화하여야 한다. 그러기 위해선

임상수련기관으로 개업가정의전문외, 보건의료원, 지방공사의료원, 취약지 민간병원의 적극적 활용이 필요하고 적절한 평가제도가 도입되어야 한다. 그리고 각 임상수련기관에서는 공중보건의가 일정수 이상의 환자를 의무적으로 직접 진료하도록 해서 공중보건의의 수기능력을 제고시키도록 한다.

두번째 대안은 공중보건의 인턴제 도입을 통한 개혁조치가 될 수 있다(그림 3 참조). 전술한 바와 같은 임상실습훈련의 강화만으로 공중보건의의 진료능력과 근무활성화를 도모하기 어려운 경우에는 공중보건의 인턴제를 도입하여 임상수련기간을 인턴수련기간으로 공식 인정하도록 한다. 즉 예비역에 편입된 자에 대하여 인턴과정을 수련후 공중보건의에 편입시키되 임상수련과 복무실적을 종합적으로 인턴성적에 반영토록 한다. 1년간의 인턴수료기간동안 공보의의 예비역편입을 연기하도록 함으로써 공중보건의 근무기간중 인턴시험에 대비하여 근무에 소홀해지는 것을 예방할 수 있고, 전 의사인력의 임상능력을 증대시킬 수 있다. 또한 공중보건의 인턴제가 도입되면 공중보건의의 근무기간이 실질적으로 1년간 더 연장되기 때문에 「킴프랜」 인턴과정 수료후 공중보건의로 근무할 자와도 형평을 유지할 수 있다. 그리고 공중보건의 인턴수련기간과 근무기간에 대해서는 공정한 종합평가가 이루어져야하며, 평가성적이 일정수준이상인 자에 한해 인턴십을 주도록 한다. 그리고 앞으로는 이 성적이 국공립병원의 레지던트 선발과정에도 활용될 수 있는 방안을 모색하도록 한다.

공중보건의 인턴 수련기관으로는 인턴정원의 추가로 출신대학에서 수련시키는 방안이 강구될 수 있겠고, 개업가정의전문외, 보건의료원, 지방공사의료원 및 취약지 민간병원등에 순환 수련하는 방안을 검토하도록 한다. 이 제도를 도입 할 경우 군의관은 인턴수료자 이상의 자격자를 선발토록 하는 등 병역법을 개정하여야하며, 전문외 수련과정에 관한 규정등의 관련법규를 개정하여야한다.

이러한 공보의 인턴제 도입이 갖는 장단점은

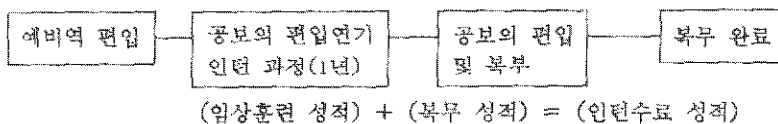


그림 3. 공보의 인턴제의 개요.

다음과 같다. 장점으로서는 첫째, 전체의사의 인턴과정 수료로 인하여 농어촌의 의료수준을 향상시킬 수 있다. 둘째, 지역병원(공보의 수련기관)의 인력 확보가 용이해지고, 병원경영에 도움을 줄수 있다. 셋째, 일부지방 의과대학 출신자들이 인턴과정 수련때문에 겪고 있는 어려움을 해결할 수 있다. 넷째, 국방부 군이요원과 공중보건의간의 형평을 유지할 수 있다. 다섯째, 공중보건의들의 진폭적인 지지를 받을 수 있다. 여섯째, 공보의 인턴제가 정착되면 가정의에 대하여는 공보의 레지던트제도를 개발할 수 있게 되며, 만약 이러한 일이 제대로 이루어진다면 현재 일반의, 가정의 전문의, 단과 전문의의 3층제로 되어 있는 의사신분을 2층제로 환원시키는 계기를 마련할 수 있게 된다. 일곱째, 공중보건의 인턴을 고용하는 수련기관에서 인건비를 무담하게 될 경우에는 국고지원을 절감할 수 있다.

한편으로 단점으로는 첫째, 공보의 수련의의 질이 저하될 우려가 있으며, 둘째, 관련단체(예; 병원협회)의 반대가 예상되고, 셋째, 인력관리 업무가 증대하게 된다는 점을 들 수 있다.

위와 같은 장단점을 토대로 공보의 인턴제를 전반적으로 평가하면 장점이 단점을 크게 앞지르고 있으며, 인력관리업무의 증대는 인력관리 전문기구의 신설로 대처할 수 있고, 기존제도를 보완하는 대안 1보다 공보의 인턴제의 대안 2가 사회적 파급효과와 의료제도적 개선의 의의가 더욱 크다고 평가된다.

## 2) 공중보건의의 효율적 적용

공중보건의의 효율적 활용방안은 우선 후술한 의료보험조합에서 운영하는 보건의료시설에 공중보건의를 배치함으로써 보험재정을 절감하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 또한 사회복지시설에 공중보건의를 근무토록 함으로써 대인보건의료서비스와 사회복지서비스간의 연계와 내실을 기할 수 있다. 그리고 노인보건, 정신보건, 만성질환관리를 직접적으로 담당할 인력으로 공중보건의를 활용하든지, 또는 이러한 업무를 담당할 보건인력이 새로 개발될 경우 이들 인력의 지도감독자로 활용할 수 있다. 이러한 효율적 활용을 위하여 공익기능이 미약하고 재정자립이 가능한 민간병원에는 공중보건의를 배치하지 않도록 하는 보완방안도 마련되

어야 할 것이다. 그리고 공중보건장학의 제도를 공중보건의 제도로 대체하는 것이 바람직하다.

## 3) 보수교육강화

보건의료인력들은 급속히 발전하는 의과학기술을 계속적으로 습득할 수 있어야 하고, 새로운 정보를 보건사업에 활용할 수 있어야 하므로 보수교육이 강화되어야 한다. 이를 위하여 현재 각 의료단체에서 행하고 있는 보수교육의 감독을 강화하도록 하고, 보수교육의 내용과 방법은 실제업무에 활용할 수 있는 것으로 보완해야 한다. 이러한 보수교육의 지도감독을 수행하기 위해서는 이를 전담할 보건인력전문기구의 설립이 필요한 것이다. 한편으로 공중보건의에 대하여도 보수교육을 실시할 수 있게끔 하는 법적 조항이 필요하다. 보수교육의 실시에는 보건사회부의 행정적, 재정적 지원 이외에도 의, 치협회의 협조를 받아 하도록 한다.

## 4) 보건진료원 배치의 재검토

농어촌지역 벽오지에 보건진료소를 설치하여, 2,038명의 보건진료원을 배치하고 있으나 그동안 행정구역의 조정, 도로망의 확충, 지역선정의 잘못등으로 부적합한 지역이 많아 보건진료원 배치의 전면적인 재검토가 필요하다. 또한 보건진료원의 이직자 충원을 위해 3개 상설 교육기관에서 매년 일정 수의 인력을 양성하고 있지만, 이직자 소요판단이 어려워 대기 인력이 많은 실정이다. 그러므로 보건진료원 선발과 배치의 합리화를 위한 장단기 수급계획이 수립되어야 한다. 그리고 지역진료의 질을 높이기 위해서 지리적으로 여성이 입무를 감당하기 어렵거나 상당한 수준의 진료능력을 요구하는 지역(예; 도서지역)등의 보건진료소는 보건지소로 승격시켜 공중보건의를 배치하도록 하여야 한다. 장기적으로 현재의 보건진료소를 의사와 보건진료원이 팀워크를 이루어서 일하는 지역사회 보건진료소화하여 예방과 진료와 재활서비스를 포함하는 포괄적 보건의료사업을 제공하도록 유도한다.

## 2. 농촌보건인력의 생산성 증대

### 1) 지방의 중앙지원인력의 신분보장

공중보건의, 보건진료원, 보건지소 진료보조원들은 신분이 불확실하여 공무원에 비해 불리한 대우를



받고있어 사기가 저하되고 있으므로 농특법 및 기타 관련법규를 개정하여 이를 보장해야 한다. 공중보건의는 일정기간 동안만 근무하는 한시 인력이기 때문에 정규직 일반공무원으로 임명하기는 어려울 것이나 농특법등을 개정하여 공무원 신분으로 인정하여 소신있게 일할 수 있는 방안이 강구되어야 한다. 구체적으로는 공중보건의사직을 신설하여 처우 및 권리는 군의관과 동일하게 함과 동시에 보건지소장으로 임명 가능토록 하여야 할 것이다. 그리고 보건진료원과 보건지소 진료보조원은 현재도가 존속하는 한 계속적으로 근무할 수 있는 인력이므로 지방보건직 공무원으로 임용하여 지역간 임금격차를 해소시키도록 한다.

### 2) 지도·감독체계의 강화

현재는 지방의 중앙지원에 대한 지도감독체계가 다원화(분산)되어 있기 때문에 보사부, 도, 군의 지도, 감독체계를 명백히 구분하여야 할 것이다. 보건소장을 점차적으로 유자격의사(예: 보건학석사 소지자나 보건관리전문 예방의학 전문의)로 확보하고 보건소장의 직급을 상향 조정하여 인사, 예산, 행정에 대한 권한을 확대시켜 공중보건의와 보건진료원의 지도, 감독을 강화시켜야 할 것이다. 그리고 통합보건요원의 지휘, 감독을 보건지소장이 책임지고 할 수 있도록 행정권한을 부여한다.

### 3) 근무성적 종합평가제의 도입

공중보건의 인턴제를 도입할 경우 공중보건의 근무성적이 레지던트 선발시험에 반영될 수 있도록 근무성적 종합평가제를 도입 실시하도록 한다. 불성실 근무자에 대한 인턴hips을 주시 않거나 근무기간을 연장시키거나 사병으로 입대시키는 등 적절한 제재조치를 취한다. 이 경우 전문의 수련에 관한 규정을 개정하여야 한다. 또한 공중보건의 인턴제 도입여부의는 관계없이 근무평가제를 통해 9개 근무자에게 표창을 실시하고 근무지역 변경시 본인희망지역으로 우선 배치하여야 할 것이다.

평가는 진료, 예방보건활동, 근무태도, 법령상의무이행, 행정업무 등 전반적 사항을 고려하여 실시하되, 평가도구는 인력전문기구에서 개발하고, 평가주체는 지역보건소장과 특별평가위원을 구성하여 실시하도록 한다.

### 4) 진료지원체계의 확립

진료시설, 장비의 지원 및 운영비는 국비와 지방비 공동으로 부담되고 있는데 지방재정이 취약한 지역에서는 보건지소에 투자가 적어져 지역간 격차가 생길 수 있다. 그러므로 현재 일률적으로 배정되고 있는 국비보조방식을 지양하고 국비부담방식을 융통성있게 운영함으로써 지역간 균형을 도모할 수 있는 길을 마련한다.

보건지소 및 진료소 운영지원협의회는 일반 주민들의 의사를 보다 많이 반영할 수 있도록 운영체제 및 주민참여방식을 개선한다. 앞으로 지방자치체가 본격 실시될 경우 지역수준에 알맞는 진료지원체계를 수립하도록 유도해야 할 것이다.

### 5) 의료보험조합에서의 공중보건의 활용방안 강구

의료보험법에는 의료보험조합에서 피보험대상자를 위해 필요한 예방사업을 할 수 있도록 되어있고, 의료보험연합회에서는 의료시설이나 복지시설을 설립, 운영 할 수 있도록 되어있다. 그러므로 이러한 시설에 공중보건의사를 배치하여 조합원들을 위한 보건교육, 건강상담, 신체검사 및 진료활동을 담당하는 방안이 고려될 수 있다. 이와같이 공중보건의를 활용하면 보험제정을 절감하는 데도 도움이 된다. 현재는 보험자나 보험자단체가 설립한 의료기관이 없다. 그러므로 시험지역을 선정하여 보건지소를 보험조합에 위탁운영케하는 방안을 강구해서 공중보건의사를 배치, 활용하도록 하는 방안을 강구할 필요가 있다.

### 3. 보건소 및 지소의 운영개선

#### 1) 보건소 의료원화 사업의 강화

보건소 의료원화사업을 확대, 강화하여 기초병상이 모자라는 군지역 보건소에 대해 보건소 병원화 사업을 쌍방위하게 추진하도록 한다. 그리고 보건 의료원에 대한 인력 보장을 위해 약사의 확보방안이 강구되어야 한다. 이와함께 병원화 보건소의 진료능력을 제고하고 주민의 신뢰를 얻기위해서 인근 지역병원의 마취과와 협력체계를 구축할 필요가 있다. 또한 응급진료체계를 강화하기 위하여 야간 응급실의 가동과 함께 지역사회내의 의료기관과

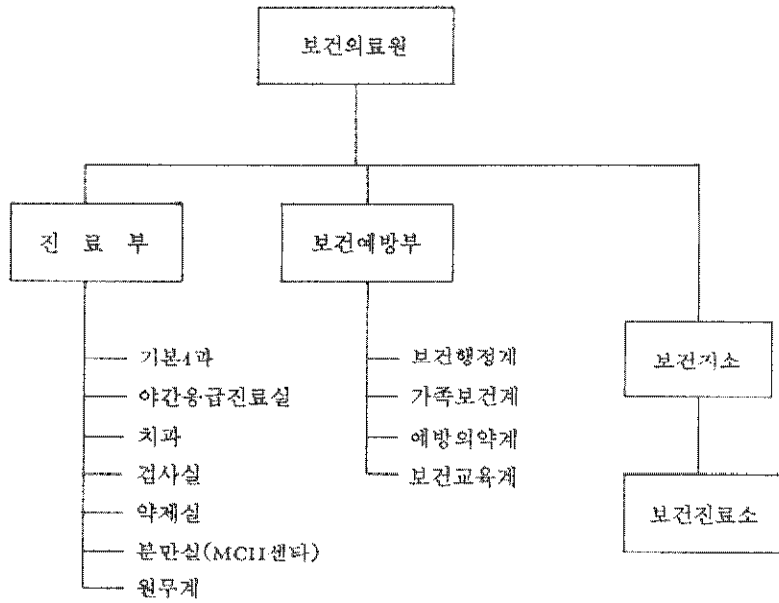


그림 4. 보건의료원의 기구개편모형.

연계체계를 강화도록 한다. 진료부의 기능을 강화한 병원화 보건소의 기구개편모형은 그림 4와 같이 제시할 수 있다.

#### 2) 보건의료원의 대학병원과의 연계운영

병원화 보건소를 가정의 수련기관으로 지정하고 보건의료원과 대학병원간에 모자관계를 형성시켜 보건의료원의 진료수준을 향상시키도록 한다. 이를 위해서는 구체적으로 대학병원 전공의의 순환근무제를 실시하여 보건의료원에 마취과, 임상병리과, 방사선과 의사가 필요한 경우 대학병원에서 수련의 또는 전문의를 파견지원하도록 하며, 공중통신망을 통한 의료용 사진 및 정보전송등으로 병원화 보건소의 진료능력을 대학병원에서 지원하여야 할 것이다.

한편으로 보건의료원을 전국의 모든 보건대학원 및 의과대학의 지역사회보건학(지역사회의학)실습 장소로 활용하는 방안을 강구할 수 있다. 이를 통해 지역사회보건사업을 개발하며, 새로운 의료제공체계의 연구를 촉진하는 효과를 거둘 수 있으므로 보사부는 이러한 사업개발 및 연구에 대한 연구비지원 등 지원정책을 써야 할 것이다.

#### 3) 보건기관시설의 민간의료기관 활용책 강구

군 보건소의 감사기능을 보장하여 지역사회 개

업의에게 개방하며, 보건소가 지역사회내의 검사센터 기능화할 수 있도록 육성한다. 즉 군 보건소의 X-ray기와 같은 장비의 지역공동이용체계를 개발토록 한다. 또한 군 보건소가 확보한 약사를 의약분업에 대비한 지역단위 약제실로 활용토록 하고 군 보건소 차량을 정시에 순회운행하여 수검자와 가검물의 운송을 지원하도록 하는 방안을 강구할 필요가 있다.

#### 4) 보건지소의 보험자 위탁운영 시범사업 실시

보건지소의 운영을 원활하게 하고 진료서비스의 수준을 민간기관 수준으로 향상시키기 위해서 보건지소를 지역의료보험조합에 위탁 운영케 하는 시범사업을 실시하도록 한다. 이를 위해서 공중보건의의 기본급급는 현행과 같이 정부가 부담하도록 하고 기타 진료수당을 위시한 운영비용은 지역보험조합이 담당토록 기능의 분배를 할 수 있을 것이다.

한편으로 위탁한 보건지소의 지소운영지원협의회는 지역의료보험조합 대표이사를 위원장으로 하여 재구성한다. 지역의료보험조합은 보건지소를 민간의원 수준이상으로 운영토록 한다. 시범지역은 노 단위에 1~2개 보건지소를 선정하여 해당 지역보험조합에 운영을 위탁하되 시범사업은 3년간 실시하여 그 결과를 평가하여 확대여부를 결정 할

수 있을 것이다. 시범사업 운영의 평가는 각계 전문인사로 구성된 사업평가단을 의료보험연합회내에 설치토록 하여 시행토록 한다.

물론 보건지소가 기관화 되어 독립적으로 운영권이 공보의에게 주어진다면 보험자위탁 운영방안은 검토할 필요가 없어진다고 할 것이다.

#### 4. 취약지 민간병원의 운영개선대안

취약지 민간병원중에서 6개가 이미 도산하였으며 현재 약 60개는 정상 가동중에 있다. 전국민 의료보험이 놓여준 지역으로 확대 실시된 1988년 이래로 취약지 민간병원의 운영상태가 급격하게 호전되고 있다. 그러나 1988년말 현재 적자를 보여 총자본순손실율이 10% 이상되는 도산직적의 병원이 약 6개소로 추계되고 있다. 이처럼 정상가동이 불가능할 것으로 보이거나 이미 도산된 병원의 경우에는 다음과 같은 새가지의 회생책을 고려해 보아야 할 것이다.

##### 1) 보험자가 인수운영(대안 1)

첫째의 방안은 보험자가 이를 인수하여 운영하는 방안이다. 이 방안의 장점으로는 첫째, 보험자의 자금활용으로 현재의 적자운영상태를 개선하여 운영채신을 도모할 수 있다. 두번째로는 기존의 병위형태에 비하여 상대적으로 공공성과 신뢰성이 제고 될 수 있으며, 주변 상급의료기관과의 바람직한 환자이송체계를 수립하기가 용이하다. 세째, 보험자가 능동적으로 예방활동을 전개할 수 있다. 네째, 보험자와 보험진료비 청구자간의 이해관계에서 발생할 수 있는 과잉진료 및 부당청구사례를 감소시킬 수 있다는 장점을 들 수 있다.

그러나 이 방안은 단점 또한 가지고 있는데, 첫째 의료계의 반발이 예상된다. 특히 일부 취약지 민간병원 경영진의 반발이 예상된다. 둘째, 보험자가 병원운영 경험이 없기 때문에 경영능력에 의문을 제기할 수 있다. 세째, 위탁된 병원의 경영상태가 개선되지 않았을 때 보험재정의 악화가 예상된다는 점이다.

##### 2) 지방공사설립에 의한 운영(대안 2)

이 방안은 지방공사설립을 통하여 취약지 민간병원의 운영난을 타개하는 안이다. 이 안은 지방자치단체의 책임하에 들으로써 의료기관의 공공성

을 제고시킬 수 있으며, 지휘감독체계의 강화로 운영의 내실을 기할 수 있고, 지방자치체가 실시될 경우 지방재정의 지원이 가능하다는 장점이 있다.

이안의 단점으로는 공사가가 된다해도 역시 전문경영인의 부재에 따른 문제점은 남으며, 예산집행의 탄력성이 줄어들고 경영상태가 개선되지 않을 때 지방재정의 부담이 증가한다는 점을 들 수 있다.

##### 3) 국립병원화(내안 3)

이 안은 아예 취약지 민간병원을 정부가 인수하여 국립병원으로 운영하는 방안이다. 이 안의 장점으로는 그동안 정부가 취약지 민간병원의 시설투자 및 운영을 지원해 왔으므로 국립병원화의 명분이 있으며, 날로 증가하고 있는 정신질환 및 기타 만성병환자들을 수용하는 특수 병원화하든지 또는 재활시설로 전용이 가능하고, 국가기관이기 때문에 공공성이 확보되고, 타 공공보건의료기관의 협조가 용이하며 동시에 재원 확보가 용이하다는 점을 들 수 있다.

이 안의 단점으로는 국립병원화가 운영개선과 직결된다는 보장이 없으며, 인사 및 예산집행과정이 경직될 수 있다는 점을 들 수 있다.

#### 4) 취약지 민간병원의 운영개선 대안 평가

대안 1에서는 병원전문경영인을 고용함으로써 단점을 어느 정도 극복할 수 있을 것이며, 대안 2 역시 지방자치체의 실시로 명분이 있을 것이고, 대안 3은 장점이 단점을 능가하고 있는 등 세 대안 모두 실현 가능성이 있다고 보인다. 이들 대안을 4가지 기준에 따라 평가하면 표 30과 같다. 일반적으로는 4가지 기준에 의한 평가결과에 따라 1안을 채택하되 전문병원경영인을 고용하도록 하는 방안이 합리적일 것이다. 그러나 이 대안을 적용함에 있어서는 일률적인 적용보다는 경영부실 또는 도산병원을 개별적으로 평가하여 시행하여야 할 것이다. 그러므로 지역에 따라서는 2안 또는 3안을 채택하여 지방공사병원 또는 특수병원으로 전환시키는 방안을 생각해 볼 수 있다.

#### 5. 민간자원의 유치방안

##### 1) 세제 및 금융지원

민간자원유치를 위한 농어촌 의료지원금고를 실

표 30. 대안의 평가

평가 기준	1안(보험자 인수)	2안(지방공사병원화)	3안(국립병원화)
지역의료수요의 충족도	○	○	○
정부의 재정부담 경감	○		
경영관리적 효율성	○		
특수 보건의료 요구의 충족			○
계	3	1	2

치한다. 구체적으로 정부(중앙 및 지방정부) 및 보험자단체에서 일정한액을 투자하여 지원금고를 설치하도록 한후 은행금리에 비하여 낮은 금리로 면지역 개업의에 대한 시설 및 장비지원을 위해 용자를 실시한다. 또한 면지역의 개업의에 대한 세계상의 혜택을 부여하여 민간의료자원의 농어촌 유입을 도모하며, 정부에서는 의료기관 개업장려지역을 지정하여 장려지역에의 개업유도와 세계 및 금융지원을 강화한다.

2) 집단개원 유도

집단개원의 운영방법에 관한 표준정관을 개발하여 이를 보급함으로써 집단개업이 보다 용이하도록 한다. 또한 집단개원에 대하여 세부과표를 경감해 주고 개인사업자가 아닌 공동사업자로 인정하는 등 세계상의 혜택을 부여한다. 앞서 기술한 시설 및 설비투자를 위한 농어촌 의료지원금과 집단개원 시설에 대해 우선적으로 지원하는 방안도 강구해 볼 수 있다. 그리고 의원보다 높은 수가기산율을 적용토록하여 집단개원을 적극 유도해야 할 것이다.

6. 새로운 보건사업의 개발

사회, 경제여건이 변화에 따라 질병양상이 전염성 질환은 감소하고 만성소모성 질환(성인병)과 정신병 및 기타 장기요양환자가 증가하는 방향으로 변화하고 있는 데, 이에따라 이에 부응하고 보건사업이 필요하게 된 것은 두 말할 필요가 없다. 그리고 인구의 고령화에 따른 노인보건사업의 중요성이 늘어나고 있고 이에 따라 장기요양 및 재활치료에 관한 수요 또한 증가하고 있다. 이와 더불어 지역사회내의 신체장애자의 재활을 위한 인력 및 시설부족 또한 시급히 해결되어야 할 문제이다.

이러한 필요에 따라 새로운 보건사업이 개발되어야 하는데 이의 예로서는 가족보건사업, 정신보건사업, 노인보건사업, 재활사업 등을 들 수 있다.

먼저 가정보건사업의 개발을 위해서는 기존 가정보건사업에 대한 평가가 선행되어야 할 것이고, 이를 토대로 가정간호사제도를 확립할 필요가 있으며, 국공립병원에서 부터 점차적으로 실시하여야 할 것이다.

정신보건사업을 위해서는 정신보건 전담요원을 보건소에 배치해야 할 것이며, 공중보건의 기능에 정신보건업무와 감독업무를 추가하는 동시에 민간정신병원과의 기능연계를 취하도록 해야 할 것이다.

노인보건사업은 가정보건사업과 연결하여 서동이 불편한 노인들의 편의를 도와야 할 것이며, 너싱홈과 같은 중간의료시설의 개발 또한 검토해야 할 것이다. 이와 더불어 새로운 노인보건제도의 개발 또한 서둘러야 할 것이다.

재활사업의 개발 또한 시급한데, 우선 시약별보신체장애자에 대한 실제 현황과악이 이루어져야 될 것이며, 이를 토대로 각 지역 보건소에 재활 전담요원을 배치하여 지역사회 재활시설의 표준모형을 개발하여 체계적인 재활사업을 전개하여야 할 것이다.

7. 보건의료인력관리 전문기구의 설치

농촌보건의료서비스의 수준을 향상시키기 위해서는 이를 직접 담당하고 있는 공중보건의를 위시한 농촌보건의료인력의 질적수준과 진료생산성을 제고하는 것이 필수불가결하다. 그러므로 공중보건의를 위시한 농촌 보건의료인력의 장단기 수급계획작성, 지역별 인력소요의 판단, 선발, 교육, 훈련, 국가면허시험 관리, 배치와 활용, 요원의 기능평가 및 사후관리를 체계적으로 전담할 전문기구가 필요하다. 현재는 이러한 기능이 전혀없거나 일부 있다 하더라도 여러기관에 분산되어 있기 때문에 보건의료인력이 효율적인 관리가 되지 않고 있다. 또한 도농간의 보건의료인력 분포상의 불균형과 관리의 효율화를 도모함이 없는 지역간 의료수

준의 격차는 해소하기가 어렵기 때문에 이를 체계적으로 전담할 전문기구가 필요하다.

이 기구의 주요기능으로는 ① 보건의료인력의 교육 및 훈련지침 마련, 감독, ② 보건의료인력의 활동평가기준 마련 및 평가, ③ 의사, 한의사, 치과 의사, 조산사, 간호사, 약사, 의무기록사, 의료기사(방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사), 영양사, 위생사, 안경사, 간호조무사 등 보건의료인력의 면허자격시험 관리(연간 약 36,000명 규모), ④ 공공보건의료인력(공보의, 보건진료원 및 보건요원)의 훈련 및 보수교육, ⑤ 보건의료인력의 동태에 대한 정보관리(면허, 취업, 사망, 해외이주 등), ⑥ 보건의료인력의 직업보도, ⑦ 보건의료인력 수급계획에 대한 장단기 연구, ⑧ 각급 의료인력의 보수교육에 대한 지도감독, ⑨ 정규 교육기관에서 배출하지 못하는 새로운 인력의 개발, ⑩ 기타 보건의료인력의 관리 및 연구에 관한 사항 등을 들 수 있을 것이다.

이 기구는 보건사회부산하의 국립기구로 하여 설치하되, 국립보건원의 훈련부와 고사과를 국립보건인력관리원의 조직에 병합 하는 방안을 생각해 볼 수 있을 것이다.

## VI. 결 론

본 연구는 농촌지역의 보건의료수준이 도시지역보다 낙후되어 있다는 객관적 사실에서 출발하고 있다. 이와같은 사실을 확인하기 위하여 지역간 보건의료서비스의 수준격차를 기존 통계자료에서 조사하였는 바 도농간 의료자원의 양적, 질적 격차와 의료이용과 의료접근도 및 건강수준의 차이가 현격함을 볼 수 있었다.

이상과 같은 격차를 보이고 있는 농촌보건사업의 문제점을 파악하여 이에 대한 대처방안을 농촌보건사업의 조직, 인력, 시설 및 장비, 자원 및 그리고 관리라는 5가지 부문으로 나누어서 접근하였는데 그 주요 정책적 시사점을 다시 요약하면 다음과 같다.

첫째, 농촌보건 인력의 자질향상과 적정배치가 이루어져야 하는데, 장기적으로는 보건의료사업의 내용과 업무량을 기준으로 보건소, 보건지소, 보

건의료소등의 소요인력을 지역특성에 맞게 책정하고, 적정자격이나 능력을 가진 필요인력을 선발하여 배치하여야 할 것이다. 이를 위해서는 공중보건의의 수용을 정기적으로 분석하고 지역의료 수요에 알맞게 선발하여 불필요한 인력 낭비 및 예산낭비를 줄여야 할 것이다. 즉, 공중보건의 배치대상기관의 기준을 재검토하고 수요를 매년 판단하여 선발하되 수요의 판단과 선발은 인력관리전문기구에서 공정하게 실시하도록 한다.

둘째, 농촌보건인력의 생산성 증대를 통하여 효율적인 서비스를 제공할 수 있도록 해야 할 것이다. 이를 위해서는 우선 공중보건의, 보건진료원, 보건지소, 진료보조원들의 신분이 불확실하여 공무원에 비해 불리한 대우를 받고있어 사기가 저하되고 있으므로 농특법 및 기타 관련법규를 개정하여 이들 중앙지원인력의 신분을 보장해야 할 것이다. 한편으로 이들인력에 대한 지도, 감독체계의 강화를 도모해야 할 것이며, 공정한 근무성적 종합평가제를 도입하고, 진료지원체계를 확립하는 등 생산성의 증대를 위한 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

셋째, 보건소 및 지소의 운영을 서급히 개선하여 주민들의 신뢰도와 효율적 운영을 도모해야 할 것이다. 이를 위해서는 보건의료원화사업을 확대, 강화하여 기초병상이 모자라는 군지역 보건소에 대해 보건소 병원화 사업을 광범위하게 추진하도록 한다. 그리고 진료기능을 제고할 수 있도록 인력 보강과 보건의료원을 가정의 수련기관으로 지정해 보건의료원과 대학병원간에 모자관계를 형성시켜 병원화 보건소의 진료수준을 향상시키도록 하는 방안을 강구할 필요가 있다. 이러한 보건소의 진료기능 강화는 보건관리시설을 민간의료기관이 공동으로 활용하는 부수적 효과도 얻을 수 있을 것이다. 한편으로 보건지소의 운영을 원활하게 하고 진료서비스의 수준을 민간기관 수준으로 향상시키기 위해서 보건지소를 지역의료보협조합에 위탁 운영케 하는 시범사업을 실시하여 그 결과에 따라 확대하는 방안도 바람직 할 것이다.

네째, 취약지 민간병원의 운영을 개선하여 의료시설부족에 대처해 나가야 하는데, 현재 취약지 민간병원은 심각한 재정적자를 보이는 등 운영난을 겪고 있다. 그러므로 경영부실 또는 도산병원을

개별적으로 평가하여 의료보험조합이 인수하여 전문병원경영인을 고용하여 운영하든지 지방공사병원화 또는 특수병원화하는 방안 등을 강구하여야 할 것이다.

다섯째, 의료자원의 부족을 타개하기 위해서는 민간의료기관을 유치하기 위한 정책이 마련되어야 하므로 적극적인 세제 및 금융지원정책이 있어야 할 것이며, 집단개원의 유도를 통해 소규모 의료기관의 운영에서 비롯되는 영세성을 극복할 수 있도록 지원하는 방안을 모색해야 할 것이다.

여섯째, 사회, 경제여건의 변화에 따라 질병양상이 만성성인병, 정신병 및 기타 상기요양환자가 증가하는 방향으로 변화하고 있는 데, 이에 부응하는 새로운 보건사업을 펼쳐야 할 것이다. 그러므로 가정보건사업, 정신보건사업, 노인보건사업, 재활사업 등 새로운 영역의 보건사업모형을 개발하고, 이를 제도화하는 방안을 강구해야 할 것이다.

일곱째, 공중보건의를 위시한 농촌 보건의료인력의 장단기 수급계획 작성, 지역별 인력소요의 판단, 선발, 교육, 훈련, 국가면허시험 관리, 배치와 활용, 요원의 기능평가 및 사후관리를 체계적으로 선담할 전문가가 필요하다. 현세 이러한 기능이 전혀 통합되고 있지 않은 실정이므로 효율적인 보건의료인력관리를 위한 전문가를 설치하여 통합적인 보건의료인력관리를 통해 인력의 효율적 이용을 도모해야 할 것이다.

도농간의 정치적, 경제적, 사회적, 문화적 격차는 어제, 오늘의 일이 아닌 상존하는 현실이 되고 있다. 그러나 복지사회를 지향하는 관점에서 보면 이러한 격차는 하루 빨리 해소되어야 할 과제이며, 특히 인간의 기본적 욕구인 보건의료는 더더욱 그렇다. 우리사회의 발전정도를 감안할 때 이제는 정부의 보건정책의 기초를 불균형적, 양적 성장위주에서 균형적, 질적성장 위주로 잡아나가야 할 때라는 것은 명약관화하다. 그러므로 이러한 사실을 바탕으로 정부는 도농간의 보건의료격차를 해소할 수 있는 정기적이고 근본적인 정책들을 추진해 나가야 할 것이다.

## References

- 1) Aray LA, Ander R, Fleming GV : *Health Care in the US, Equitable for Whom ? Sage Publication, Inc., 1980*
- 2) Alan Dever GE : *Community Health Analysis-A Holistic Approach. Aspen Systems Corporation, 1979*
- 3) Cooper MH : *The Demand and Need for Dental Care, Health, Wealth and Housing(ed. by RAB Leaper). Basil Blackwell, Oxford, 1980*
- 4) Jeffers JR, Bognanno MF, Bartlett JC : *On the Demand Versus Need for Medical Service and the Concept of "Shortage". AJP 61 : 1. Jan. 1971*
- 5) World Health Organization : *Principles of Development of Model Health Care Programmes. EURO Reports & Studies 96, Copenhagen, 1985*
- 6) 경제기획원 : 한국의 사회지표 1990, 1990
- 7) 김연영 외 : 의료취약지역 병원 운영개선 연구보고서. 한국인구보건연구원 1987
- 8) 김일순 외 : 지역사회의료의 정착화 방안. 대한병원협회지 5(1, 2), 1978
- 9) 김진순 외 : 농촌일차보건의료사업 연구보고서. 보건진료소 이용도 평가. 한국인구보건연구원 1985
- 10) 김진수 외 : 보건진료소 운영분석 연구. 한국인구보건연구원 1987
- 11) 문옥륜 : 21세기의 노인문제와 의료보험. 한국노년학회지 제5권, 1985
- 12) 문옥륜 : 지방자치시대의 보건행정. "90년대 보건의료정책의 발전방향". 한국보건사회연구원, 1990
- 13) 문옥륜 : 농촌의료보험의 당면과제와 개선방향. 한국농촌학회지 16(2), 1991
- 14) 문옥륜 : 전국민의료보험과 도시보건소의 진료기능. 200년을 향한 도시보건소의 발전방향에 관한 세미나 자료. 한국인구보건연구원 1987
- 15) 문옥륜 : 지방자치하에서의 보건의료행정체계. 한국보건행정학회 제2회 학술세미나 1989
- 16) 문옥륜 · 강성도 : 대도시 영세민을 위한 1차 보건의료사업 개발에 관한 연구. 서울대학교 국민보건연구소 연구논총 1(1) : 131-160, 1991
- 17) 문정주 : 지역보건사업에 있어서 주민참여조직에 관한 사례연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문 1991
- 18) 보건사회부 : 1989년도 국고보조변경내시 및 지방비부담조서변경(의정사업비) 1989
- 19) 송건용 외 : 농어촌벽지 보건의료에 관한 연구. 한국인구보건연구원 1983
- 20) 송건용 외 : 농촌지역 보건소조직 및 기능개선에 관한 연구 1983

1) Aray LA, Ander R, Fleming GV : *Health Care in*

- 21) 유승홍 : 지역간 의료자원의 균점분배. 의료보험 10(1), 1987
- 22) 이광원 : 농촌보건의료의 현황과 문제점. 농촌경제 2(1), 1979
- 23) 이규석 외 : 시역의료보험 시범사업 종합평가 및 재정안정화 방안. 한국인구보건연구원 1986
- 24) 정태기 : 전국보건지소 실태조사 보고서. 대한공중보건의학회지 2(1):292-334, 1988
- 25) 한국인구보건연구원 : 1988년 전국출산력 및 가족보건 실태조사. 1989
- 26) 한국인구보건연구원 : 의료자원과 관리체계에 관한 조사연구. 1987