

농어촌 개발과 의료보장 개혁에 따른 보건진료원의 책임*

김 화 중**

I. 연구의 필요성 및 목적

1981년 농어촌 보건진료원을 위한 특별조치법에 의하여 우리나라에 보건진료원이 출현 한지도 14년이 지났다. 그동안 정치적으로는 제5공화국과 6공화국을 거쳐 문민정부를 맞이 하였고 우리나라 각 곳에서는 민주화에 걸맞는 개혁의 소리가 높아가고 있다. 정부는 이러한 추세에 패를 같이 하면서 각 분야에 대한 개혁을 추진하고 있다.

1994년 초부터 6월 말일까지 농어촌 발전위원회가 농어촌 발전 대책 및 농정개혁 추진방안을, 의료보장 개혁위원회가 의료보장개혁의 과제와 정책방향을 작성하여 대통령에게 제안하였다. 정부는 강력한 의지를 가지고 관련 분야의 자발적인 참여를 기초로 이를 추진하고자 노력하고 있다. 여기에 농어촌 벽오지의 일차보건진료원을 주도하고 있는 보건진료원도 예외일 수 없다.

보건진료원은 1970년대의 우리나라 정치, 경제, 사회 및 보건진료 여건을 고려하여 개발된 인력으로서 의사가 없는 벽오지에 의사의 진료를 대행하는 형식으로 출발하였다. 다시말하면 의사가 근무하는 병원, 의원, 보건지소, 보건소가 4km이내에 없는 곳을 무의촌으로 정하고 여기에 보건진료소를 개설한 것이다. 그러나 현재에는 농어촌의 발전으로 벽오지나 무의촌

이 1970년대의 상황과는 많이 달라졌고 농어민의 보건진료에 대한 요구도 진료위주에서 질적인 의료보장으로 변화하고 있다. 이러한 상황에서 농어촌 발전위원회나 의료보장 개혁위원회는 농어촌 보건진료의 발전방향을 모색하기에 이르렀다. 그러나 여기에서 보건진료원에 의한 벽오지 농어촌의 발전방향은 거의 논의가 없었으며 의료보장 개혁위원회에서 제시한 "의료보장 개혁의 과제와 정책방향" 보고서에는 보건진료원을 방문보건사업요원으로 전환한다는 내용만 제시 되었을 뿐이다.

이에 본 연구는 현재 우리나라 사회가 요구하는 보건진료원의 책임을 제시하기 위하여 첫째, 농어촌 발전 대책 및 농정개혁 추진방안과 의료보장 개혁의 과제와 정책방향에서 제안되었던 농어촌 보건진료와 관련된 부분을 분석하고 둘째, 이러한 상황에서 벽오지 보건진료 보장을 위한 보건진료소의 기능을 관련 자료와 1개도의 215개 보건진료소의 업적을 기초로 분석하였다.

II. 농어촌 보건진료 추진방향 분석

농어촌 발전대책 및 농정개혁추진방안과 의료보장 개혁의 과제와 정책방향에서 제시된 농어촌 보건진료 추진방향은 군단위 보건소를 비롯한 공공 보건진료기

* 1994년도 전국보건진료원 학술대회 발표 논문.

** 서울대학교 보건대학원.

관과 민간의료를 집중적으로 육성하는 것이었다.

농어촌 발전대책 및 농정개혁추진방안 중 농어촌지역 의료서비스 개선 및 의료보험제도 개선에는 크게 4가지 부분의 내용이 제시되었다. 첫째는 보건소등 공공 보건 의료기관의 진료기능을 대폭 보강, 둘째는 농어촌 병원의 진료수준을 대도시 수준으로 향상, 셋째는 농어촌지역에 건립운영하고 있는 일반 병원에 대하여는 필요시 의료 인력과 특별 금융지원을 통하여 병원 운영 활성화, 넷째는 농어민의 의료보험료 부담 경감 추진등이다. 이상의 네가지 중에 보건진료소 사업과 직접 관련되어 있는 것은 첫째, “보건소등 공공 보건의료 기관의 진료기능을 대폭 보강”이라는 항목이다. 여기에는 농어촌 노인의 건강증진을 위한 방문 순회진료와 건강진단, 물리치료 등의 서비스 확대를 내용으로 하고 있다. 그러나 보건진료소에 대한 언급이 없어 구체적으로 발전방향을 알 수 없다. 다만 보건진료소도 공공보건의료 기관의 하나이므로 농어촌 발전대책의 일환으로 좋아질 것이라고 생각해 볼 수 있다. 그리고 노인의 건강증진을 위하여 보건소의 진료기능을 보강하는 것과 더불어 보건진료소는 노인에게 가장 가까운 곳에 위치하면서 계속적으로 돌보아 편안함을 도모하는 기능을 담당하는 것으로 발전방향이 설정되어야 할 것이다. 왜냐하면 노인들의 건강문제나 질병은 치료가 되어 근치되는 것이 아니므로 고통이 없고 더 심해지지 않도록 계속 감시하고 편안하도록 돌보는 것이 치료보다 더 중요하기 때문이다.

의료보장 개혁의 과제와 정책방향에 제시된 내용 중 보건진료소 사업과 관련된 보건소와 보건지소의 사업방향을 보면 첫째, 전염병 관리위주의 사업체제에서 만성질환 관리체제로 전환한다. 둘째, 성인병 검진등 보건소 예방사업을 확대한다. 1995년부터 지역조합의 가입자에게도 성인병 검진사업을 실시하고 보건교육의 확대 및 건강증진 프로그램의 개발 등 보건 예방사업을 강화한다. 셋째, 보건소의 기능강화 및 조직개편에 관한 사항은 1995년 상반기까지 관제법규를 정비하고, 1995년 하반기에 실시한다. 보건소는 대도시형, 중소도시형, 도농통합지역형, 농어촌 1형, 농어촌 2형으로 하고 지역보건의료계획, 예방활동, 방문보건, 외래진료 등의 기능을 보강하고 농촌2형에서는 입원진료기능을 하도록 하는 방안을 제시하였다. 그리고 보건소 인력은 지방 의무직 공채제도와 지방간호직 공채제도를 도입하고 특히 지방간호직은 보건소

의 보건간호사 및 방문간호사로 임용한다는 것으로 제안하고 있다. 보건지소는 농촌의 경우 2-3개를 통합하여 대형화하고 폐쇄된 보건지소는 이동진료소, 탁아시설, 노인정으로 활용한다는 제안을 하고 있으며, 보건진료소의 개편으로는 “보건진료원을 방문보건사업요원으로 전환한다”고 제시 하였다.

이상과 같이 농어촌 발전대책과 의료보장 개혁방안 중 보건진료소와 관련된 부분을 검토한 결과 보건진료소에 관한 발전방향은 구체적으로 논의하지 않았음을 알 수 있다. 그러므로 보건진료소 사업을 주도하는 보건진료원은 물론 이에 관련된 학계의 학자들은 보건진료소 사업의 기능과 보건진료원의 책임을 농어촌 발전방향 및 농정추진 계획과 의료보장개혁의 과제와 정책방향에 걸맞도록 제안해야 한다고 본다.

Ⅲ. 보건진료소의 기능 분석

보건진료소의 기능은 1981년 보건진료소가 만들어 질 당시에 진료위주의 것에서 14년이 지난 현재에는 그 모습이 매우 달라졌다. 이는 벽오지 주민의 보건의료요구가 변화하면서 이에 부응하는 방향으로 사업이 발전되었기 때문이다. 다시말하면 보건진료소가 개설 될 당시의 벽오지 주민들은 개설되기 이전부터 치료를 못하고 있었던 질병이 누적되었다가 이를 치료받기 위하여 보건진료소를 주로 이용하였다. 그러나 이제는 그 요구가 충족되어 치료요구보다는 사회경제적인 수준이 높아짐에 따라 질적인 건강생활보장을 요구하기에 이르렀다. 보건진료소는 이러한 욕구를 충족시키기 위한 의료 보장은 물론 건강생활 보장까지도 포괄하는 방향으로 변화하고 있다. 이를 구체적으로 농어촌의 보건의료요구 변화와 보건의료사업 여건변화를 기초로 제시하고자 한다.

1. 농어촌 보건의료요구

1) 인구의 변화

농어촌의 인구는 인구수가 현저하게 감소하고 고령화 되었다. <표 1>에서 보는 바와 같이 1980년 우리나라 인구가 38,124천명인 것에 비하여 농촌인구는 15,997천명으로 전체인구의 42%이었으나 1990년에는 전체인구 42,869천명에 비하여 11,102천명으로 전체인구의 34.3%이다. 그리고 농가 인구는 농촌인구의 감소에 비하여 더 줄어 들고 있음을 알 수 있다. 이는

농촌인구가 대도시로의 이동과 농촌지역이 도시화 되는 것에 의해서 앞으로도 계속되는 현상이라 할 수 있다. 농어촌의 인구가 감소하는 현상이 주는 보건의료에 대한 의미보다는 농어촌 인구의 노령화가 주는 의미가 심각하다고 볼 수 있다. 연령별 농가 인구의 구성비는 1980년에 60세 이상의 인구비가 10.5%인 것에 비하여 1993년에는 23.4%로 증가하였다. 그리고 50세 이상 인구의 비도 1980년보다 1993년에 증가하고 있는 것에 비하여 생산 연령층인 20-49세의 연령층이나 19세 이하의 젊은 연령층과 어린 연령층의 인구가 감소하고 있음을 알 수 있다<표 2 참조>. 농어

촌이 발전하여 살기 좋아질수록 노인인구가 많아질 것으로 본다.

이상의 결과로 보아 농촌의 도시화로 인한 인구의 감소는 연구의 질적변화를 가져오지 않지만 인구의 이동에 의한 인구의 감소는 젊은 연령층이 도시로 이동하고 있어 인구구성비에 영향을 주고 있다. 특히 보건진료소가 위치한 벽오지 지역과 같은 곳은 군단위보다 젊은 연령층이 더욱 감소하여 노인 연령층만 남게되어 있다. 그러므로 군단위보다 보건의료 요구가 많을 뿐아니라 만성퇴행성 질환의 요구가 대부분이므로 의사의 치료보다는 간호사의 돌봄이 더욱 필요한 곳이다.

<표 1> 연도별 농촌 및 농가 인구 추이

연도별	인 구			구 성 비	
	총 인 구	농 촌 인 구	농 가 인 구	농 촌 인 구	농 가 인 구
1965	28,705천명	-	15,812천명	-	55.1%
1970	32,241	18,173천명	14,422	56.4%	44.7%
1975	35,281	17,910	13,244	50.8	37.5
1980	38,124	15,997	10,827	42.0	28.4
1985	40,806	14,006	8,521	34.3	20.9
1990	42,869	11,102	6,661	25.9	15.5
1991	43,268	-	6,068	-	14.0
1992	43,663	-	5,707	-	13.1
1993	44,056	-	5,407	-	12.3

자료원 : 농협중앙회 조사부

<표 2> 연도별 농가 인구 구성비 추이

연 도 별	농가인구 (천 명)	구 성 비 (%)				
		13세 이하	14-19세	20-29세	50-59세	60세 이상
1965	15,812	-	-	-	-	-
1970	14,422	43.5	10.4	30.5	7.7	7.9
1975	13,244	36.1	15.0	31.7	5.4	8.8
1980	10,827	29.8	15.6	34.2	9.9	10.5
1985	8,521	24.8	14.9	33.3	13.2	13.8
1990	6,661	20.6	11.0	33.9	16.7	17.8
1991	6,068	19.4	10.8	30.9	18.5	23.4
1992	5,707	18.2	10.1	31.4	18.6	21.7
1993	5,407	17.2	9.7	31.1	18.6	23.4

자료원 : 농협중앙회 조사부

2) 생활수준 향상 및 보건위생 실천정도

농어촌의 소득수준향상, 농업의 기계화, 교통의 발달, 교육수준향상 등의 변수에 따라 생활 수준이 매우 높아졌다. 이의 예로 가전제품 및 문화 용품 보유상황을 보면 단적으로 이를 증명하고 있다<표 3 참조>. 1983년에

냉장고 보유율이 38.3%에서 1988년에는 87.1%이었고 전화는 29.4%에서 85.3%로 칼라 텔레비전은 16.5%에서 65.5%로 되었다. 이상의 결과로 보아 농어촌의 생활 수준은 현격하게 향상되었음을 알 수 있다. 그리고 보건위생의식도 높아져 있음을 알 수 있다<표 4 참조>.

〈표 3〉 가전제품 및 문화 용품 보유상황 단위 : %

품 목	1983년	1988년	구입희망
냉 장 고	38.3	87.1	9.9
세 탁 기	7.4	21.5	39.6
전 기 밥 솥	57.8	90.9	1.3
가 스 렌 지	18.2	76.1	12.6
전 화	29.4	85.3	7.5
녹 음 기	43.8	73.0	1.7
칼 라TV	16.5	65.5	17.0
비 디 오	1.7	6.5	21.0
카 메 라	6.8	19.4	13.0
선 풍 기	60.7	89.9	1.2
오 토 바 이	12.0	28.3	8.4
피 아 노	0.5	1.1	7.1
자동차(세레포함)	1.0	3.5	21.6

자료원 : 농가생활 양식변화에 관한 조사연구, 농협중앙회 조사부, 1988.

〈표 4〉 보건위생 실천 정도

구 분	구충약 정기복용	주 변 환경소독	변 상비약 비치	정 기 의료보험 가입
평 균	29.2	52.4	70.6	11.1
합 령 국졸	22.2	47.7	64.3	8.7
대졸	47.4	78.9	94.7	10.5

자료원 : 농가생활 양식변화에 관한 조사연구, 농협중앙회 조사부, 1988.

주변 환경소독을 하고 있는 농가가 52%이었고 상비약을 비치하고 있는 농가도 70.6%이었다.

이상의 결과로 보아 농어촌 주민들은 질적인 생활을 향상시켜가고 있음을 알 수 있다. 이와 궤를 같이하여 농어촌 주민의 의료 보장에 대한 요구는 여기에서 논의를 할 필요가 없을 정도로 팽대되고 있음을 보건 의료 분야에 전문가들은 모두 알고 있다. 보건 의료 기관의 도시집중, 지역 의료보험의 재정적 취약성, 농어촌 공공보건의료의 침체 등으로 보건의료요구가 충족되지 못하여 나타난 현상이라고 할 수 있다. 1994년 의료보장개혁 위원회에서 제시한 공공보건의료의 보장과 의료보험의 균형적인 운영이 농어촌 보건의료 요구를 충족시켜가기를 기대하면서 의료 보장 개혁위원회에서 논의가 불충분했던 보건진료소의 기능을 제시해 보고자 한다.

2. 보건진료소의 기능

보건의료 기관이 기본적으로 해야 할 기능은 크게 두가

지이다. 첫째는 인간의 질병을 관리하고 건강을 증진하기 위한 최고의 지식으로 인구의 건강을 적정화하는 것이며, 두번째는 인구의 적정한 건강을 성취하기 위한 보건의료 사업을 필요로 하는 모든 사람에게 평등하게 제공하여 인구의 차이를 최소화하는 것이다. 이러한 논리는 보건의료계의 상식이다. 이를 위하여 각각의 보건의료기관이 담당해야 하는 기능은 다르다. 예를들면 3차의료기관은 인간 개인의 질병을 치료하는 기능을 수행하므로써 인구의 건강을 적정화하는데 기여하고 보건소는 지역의 보건의료가 인구의 요구에 적절하게 제공되도록 하는 기능을 담당하므로써 인구의 차이를 최소화하는 것이다. 최일선 보건의료기관으로 갈수록 기능이 분화되지 않고 포괄적으로 보건의료를 제공하는 것에 비하여 3차 병원일수록 그 기관 안에서 까지도 그 기능이 세분화되어 있다. 이는 최일선 보건의료기관일수록 건강 문제자체가 여러가지로 복합적이면서 각 문제가 심화되지 않은 간단한 문제를 다루게 되기 때문이다.

보건진료소는 우리나라 보건의료기관 중에 가장 최일선에 위치하고 있으며 지역의 주민과 같이 살면서 그지역의 보건의료를 관장하고 있다. 이는 마치 인체의 말초혈관에서 동맥과 정맥이 만나면서 그 기능이 자연스럽게 통합분화되는 것과 비슷한 양상이다. 보건진료소는 보건의료 제공과 보건의료 수혜의 두가지 기능을 동시에 감당하게 된다. 하나는 벽오지에 보건의료를 제공하여 주민의 질병을 관리하고 건강을 증진시키므로써 그 지역주민의 건강을 적정화하는 동시에 보건의료를 필요로 하는 주민에게 평등하게 이를 제공하여 보건의료에 대한 인구의 차이를 최소화하는 기능을 갖고 있다. 다른 하나는 벽오지에 보건의료가 지역주민의 건강을 적정화하고 보건의료에 대한 인구의 차이를 최소화하는 것으로 제공되도록 하는 수혜자의 입장에서의 파수군기능을 감당해야 한다. 보건진료소는 주민의 것이며 그들 스스로의 건강권을 보장하기 위하여 만들어진 것이다. 그러므로 지역주민의 필요에 의하여 설치되고 폐지되는 것이 합리적인 것이다.

보건진료소의 기능을 한마디로 말하면 “지역주민의 질병관리와 건강을 증진시키기 위한 일차보건의료를 평등하게 제공하는 포괄적 보건의료 제공기능과 농어촌 지역의 의료보장을 위한 수혜자 입장으로서의 파수군 기능을 갖는다. 이를 구체적으로 보면 다음과 같다.

1) 포괄적 보건의료 제공기능

보건진료소는 그 지역의 보건의료의 중심체로서의 기능을 감당한다. 이 기능에 대하여 기존의 수많은 연구들은

매우 바람직하다고 결론 지었고 이견이 없다. 그러나 이 기능을 감당하기 위한 보건진료소 사업내용을 무엇으로 하는가에 대하여 여러가지 제안이 있다. 1994년 의료보장개혁위원회에서 논의되었던 공공 보건 의료 체계의 논의도 그동안 제안되었던 자료를 근간으로 제시된 것을 알 수 있다. 특히 보건진료원의 방문 보건사업요원화라는 제안은 “농어촌지역 방문보건사업 체계 개발”이라는 보고서에 제시되었다. 방문보건 사업은 공공보건인력이 가정방문을 통해 서비스를 제공하기 위한 사업체계를 말한다. 방문보건사업의 범위는 통합보건사업과 가정간호사업의 영역을 포괄한다. 방문보건사업의 종류에는 결핵관리, 예방접종, 가족계획, 보건교육, 학교보건, 구강보건, 모자보건, 영유아 건강관리, 고혈압, 당뇨병, 노인건강, 재활건강, 정신보건, 퇴원환자, 중앙환자, 임종환자, 특수장치관리이다.

방문보건사업에서 제시하는 사업범위와 종류를 보면 기존의 보건진료소 사업에서 실시해온 것들이다. 다만 어느정도 비중을 가지고 방문보건 사업을 실시해 왔으며 실시한 사업의 결과를 어느정도 보고했는가에 따라 다르게 나타난 것이다. 여기에는 정부의 통합보건사업과 보건진료소 사업의 관장부서가 다르기 때문에 나타나는 문제임을 알 수 있다. 최일선에서

서 제공되는 사업은 포괄적으로 제공되는 데 이를 관장하는 정부조직은 여러군데이므로 이로 인한 시간과 노력의 낭비가 문제이다. 예를 들면 결핵환자인 노인을 방문하여 사업을 제공한 한가지의 일이 세가지로 보고해야 하는 것이다. 하나는 결핵환자의 일차진료라는 차원에서 보건사회부 지역의료과에 보고하고, 둘째는 결핵관리라는 차원으로 보건사회부 생활보건의과의 통합보건사업으로 보고하고, 셋째는 결핵환자인 노인을 방문했다는 차원으로 방문보건사업으로 보고해야 한다. 이는 지역주민에게 어느정도 사업을 충실하게 제공하고 있는지가 아니라 행정놀음을 하고 있는 셈이다. 이러한 행정 놀음 때문에 보건진료소가 통합보건사업을 기피하는 것처럼 혹은 방문보건사업을 하지 않는 것으로 보여지고 있다.

보건진료소의 기능은 기존의 일차 진료 사업에 통합보건 사업과 가정간호 사업을 합친 방문보건사업을 첨가하는 것으로 한다. 이의 구체적인 내용은 일차진료, 결핵관리, 예방접종, 영유아, 가족계획, 보건교육, 학교보건, 구강보건, 모자보건, 고혈압, 당뇨병, 노인건강, 재활보건, 정신보건, 퇴원환자 관리, 중앙환자, 임종환자, 특수장치환자를 가정방문을 통하여 혹은 보건진료소에서 제공한다<그림 1 참조>.

사업의 범위		보건진료소 사업 범위																일차진료
		방문 보건 사업의 범위																
		통합 보건 사업의 범위																
		가정 간 호 사 업 의 범 위																
사업의 종류		결핵관리	예방접종	가족계획	보건교육	학교보건	구강보건	모자보건	영유아	고혈압	당뇨병	노인건강	재활보건	정신보건	퇴원환자	중앙환자	임종환자	특수장치
보건사업대상자		D. 방문이 필요하지 않은 대상자																
	방문이 필요한 대상자	C. 방문보건사업의 확대 발전																
		B. 방문보건사업의 시행																
		A. 현재의 방문 수준																

<그림 1>. 보건진료소 사업 범위

참조 : 농촌지역 방문보건사업 체계 개발, 1993. p.5를 기초로 한 보건진료소 사업범위.

2) 보건의료의 파수군 기능

보건진료소는 그 지역 주민이 주체가 되어 운영되는 곳이다. 이는 보건의료 수혜자인 주민이 스스로의 건강권을 보장하도록 하기 위한 기관으로서 보건의료의 문지기 기능을 감당해야 한다. 보건진료소 내부에서 제공되는 보건의료사업의 발전은 물론 보건진료소 관할 범위 밖에 있는 보건의료 기관들과의 연계를 통하여 지역주민의 질병관리 및 건강증진이 이루어지도록 그 소임을 다해야 한다. 예를들면 그 지역 전체가 전염병이 발생하지 않도록 지역에 들어오는 전염병을 막고 발생시 적절한 의료기관에 의뢰하는 등의 문지기의 기능을 잘 해야한다. 그리고 지역주민을 똑똑하

게 만들어 스스로 건강을 지키는 문지기가 되어 그 지역의 건강권이 확보되도록 해야한다. 건강권은 내가 지키려고 할 때에야 비로소 보장되는 것이다. 이를 위하여 보건진료소가 그 지역의 파수군의 기능을 다 해야 한다.

3. 보건진료소의 조직

보건진료소가 일차진료사업을 기초로 한 방문보건사업의 기능을 수행하기 위하여 농촌지역 방문보건 사업 체계 개발에서 제안한 조직을 그대로 수용하는 것이 바람직하다고 본다. 그 내용을 보면 <그림 2>와 같다.

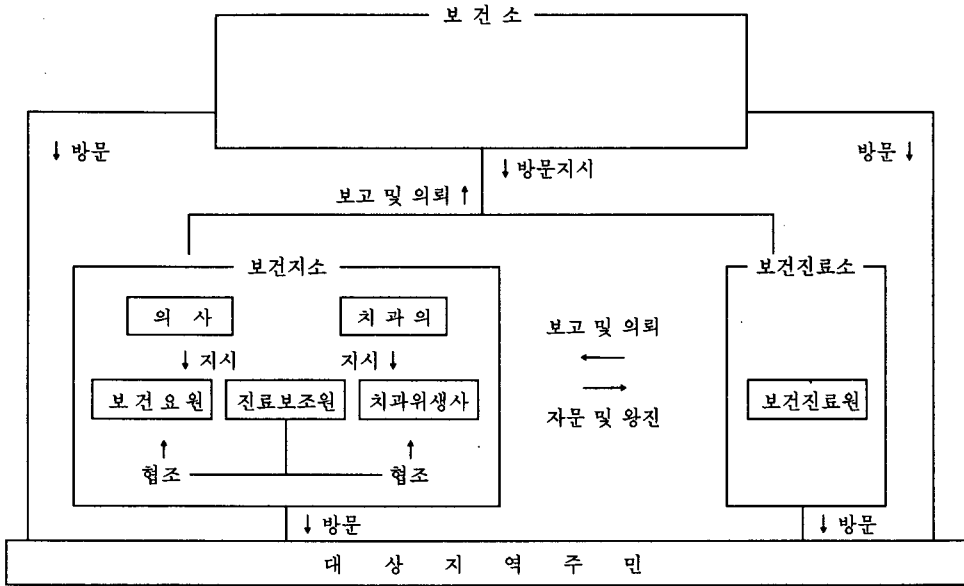


그림 2. 보건진료소 사업체계 모형

자료원 : 농촌지역 방문보건사업 체계 개발, 1993, p.33.

4. 보건진료소의 설치

보건진료소의 설치 1980년 당시에는 의사가 없는 벽오지로 하였다. 그러나 1994년 현재는 농어촌 사회의 변화로 그동안 보건 진료소의 설치 기준을 바꾸어야 하는 상황에 이르렀다. 이는 주민의 보건의료 요구가 진료요구 이외의 것으로 다양화되었고 농어촌인구의 고령화로 인구 1인당 의료요구가 많아지는 등

여러가지 변수에 의하여 보건의료 요구가 달라졌기 때문이다. 보건진료소에 대한 보건의료 요구가 어떤 것에 의하여 영향을 받고 있는지를 파악하기 위하여 일개도에 위치한 215개 보건진료소의 1993년말 현재 4km이내에 의료기관의 존재 여부, 관할 인구 수, 보건진료소의 위치(도시 혹은 농어촌)등의 변수와 진료건 수, 보건 교육건 수, 방문건 수와의 상관관계를 분석한 결과 관할인구수 이외에는 서로 상관관계가 없

었다. 다시말하면 보건진료소의 설치장소가 4km 이내에 의료기관이 있는 곳 혹은 없는 곳, 또는 없거나 혹은 도시 혹은 농촌이거나 간에 환자진료 건수, 방문 건수에 영향주지 않는다는 것이다. 그러므로 기존에 적용하여 왔던 변수에 따른 보건진료소의 설치 혹은

폐지는 현재의 농어촌 보건의료 요구에 부응하는 조치가 되지 못함을 알 수 있다. 오히려 인구수와 인구의 연령 구성비가 보건진료소의 설치요구에 영향주는 변수라고 할 수 있다(표 5, 표 6 참조).

<표 5> 도시 보건진료소 활동에 영향하는 제 변수간의 상관관계

	인구수	진료건수	건강증진건수	방문건수	병원	의원	보건소	보건지소
인 구 수	1.0000							
진 료 건 수	.0153	1.0000						
건 강 증 진 건 수	-.0934	.6312	1.0000					
방 문 건 수	.2967	.4807	.1373	1.0000				
병 원	-.1582	.8460*	.3150	.6191	1.0000			
의 원	-.0046	.3701	.5551	.2118	-.0263	1.0000		
보 건 소	-.3741	.5342	-.0930	.5626	.8577*	-.1522	1.0000	
보 건 지 소	-.0398	.5571	.2455	.3419	.4149	.5918	.3204	1.0000

* P<.01

<표 6> 농어촌 보건진료소 활동에 영향하는 제 변수간의 상관관계

	인구수	진료건수	건강증진건수	방문건수	병원	의원	보건소	보건지소
인 구 수	1.0000							
진 료 건 수	.3083**	1.0000						
건 강 증 진 건 수	-.0953	.5673**	1.0000					
방 문 건 수	.0934	.0580	-.1778	1.0000				
병 원	-.1835	-.1502	.0630	.1456	1.0000			
의 원	-.2115*	-.0760	-.0461	-.1235	-.5143**	1.0000		
보 건 소	-.0642	-.0759	-.0818	-.0451	.4237**	.0923	1.0000	
보 건 지 소	-.0720	-.0835	.0162	-.1111	.2613**	.2811**	.1031	1.0000

*P<.01, **P<.001

IV. 보건진료원의 책임

보건진료소는 보건진료원에 의하여 영향을 가장 크게 받는다. 보건진료원은 보건진료소가 그 지역의 포괄적 보건의료 제공과 주민을 위한 보건의료의 파수꾼 기능을 다하도록 책임을 가져야 한다. 이를 위하여 보건진료소에서 일차진료 사업을 중심으로 한 포괄적 보건의료 제공하고 방문보건 사업요원으로서 방문보건사업도 추진해야 한다. 이를 위한 보건진료원의 책임과 이 책임을 다하기 위한 조치들을 정리하면 다음과 같다.

1) 보건진료소에 주어진 기능이 그 지역의 보건의료 보장을 위하여 합당한지 수시로 평가연구하여 보건진료소의 바람직한 기능을 설정한다. 보건진료소가 위치한 지역의 보건의료요구는 보건진료원이 가장 잘

알고 있다. 그러므로 이들에게 가장 적절한 보건진료소의 기능을 연구하여 제안할 뿐아니라 정부의 정책에 반영이 되도록 노력한다.

2) 그 지역에서 요구되는 포괄적보건의료의 대부분은 보건진료원에 의하여 제공된다. 제공되는 포괄적 보건의료의 질적보장을 위하여 보건진료원의 지도 감독체계가 확립되어야 한다. 여기에는 무엇보다도 오랜동안 보건진료원의 경험을 가진 보건진료원을 지도 감독자로 하여 군단위와 도단위에 배치하는 것이다.

3) 보건진료원은 포괄적 보건의료에 대한 지식과 기술을 보건의료의 발전과 주민의 요구에 걸맞도록 연마해야 한다. 이를 위하여 정기적이고 지속적인 보수교육이 형식적인 것에서 벗어나 실질적으로 보건진료원의 지식과 기술이 연마되도록 이루어져야 한다.

4) 보건진료원은 보건진료소가 그 지역의 보건의료

에 대한 파수군의 기능을 다하도록 해야 한다. 이를 위하여 운영협의회는 물론 지역사회 각종회의에 직접 간접적으로 참여하여 그 지역 주민의 한사람인 동시에 보건의료에 대한 의사결정 주도자로서 책임을 다해야 한다. 그 지역의 보건의료 문제는 물론 개인의 건강문제까지도 보건진료원의 책임범위에 있을 뿐 아니라 농어촌의 정치·경제·사회 전반의 문제도 보건진료원이 참여하여 주민과 더불어 해결해야 한다. 이러한 책임을 다하기 위하여 보건진료원은 지역사회의 각종활동에 참여하여 좋은 영향을 미치려고 노력하고 있다.

이상의 보건진료소에 대한 보건진료원의 책임을 다하기 위해서는 무엇보다도 군단위와 도단위에 보건진료원의 지도 감독자를 보건진료원 중에 가장 경험이 많고 능력이 있는 사람으로 배치하여 지도감독체계를 구축하는 것이 무엇보다도 중요하다. 벽오지의 보건의료 보장은 보건진료원의 책임이 충실히 이행될 때 이루어지게 된다는 것을 확신한다.

참 고 문 헌

- 의료보장개혁위원회(1994). 의료보장개혁의 과제와 정책방향, 6, 보건사회부.
- 농어촌 발전위원회(1994). 농어촌발전대책 및 농정개혁추진방안, 6, 농림수산부.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1993). 농촌지역 방문보건사업 체계 개발, 12.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1993). 만성퇴행성 질환 관리사업 개발, 12.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1993). 포괄적 보건의료 서비스 제공을 위한 보건지소 모형 개발, 12.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1993). 영유아 관리사업 체계 개발, 12.
- 농협중앙회 조사부(1988). 농가 생활양식변화에 관한 조사연구.
- 농협중앙회 조사부(1993). 농촌사회의 노령화와 농협의 대응.
- 대한간호협회 보건진료원회(1993). 새로운 건강관리체계와 보건진료원, 10.
- 김의숙 외(1988). 보건진료원 활동분석 및 교육과정 개발연구, 연세대학교 간호대학.
- 한국보건사회연구원(1991). 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구.
- 윤석옥(1993). 보건진료원의 정규직화 전과 후의 보

건의료원 활동 및 보건진료소 관리 운영 체계의 비교 분석, 경북대학교 대학원 박사학위 논문.

양봉민 역(1994). 위기의 보건의료: 일차보건의료에 의한 제도개혁, 나남출판.

Starfield Barbara(1992). Primary Care : Concept, evaluation and Policy, Oxford University Press.

—Abstract—

Key concept : responsibility of community health practitioner, rural community development.

The role and responsibility of community health practitioner based on the rural community development and the reform of health care system

Kim, HwaJoong*

This study was conducted by community survey of 215 community health practitioner's posts and literature review of official documents. The result was as follows :

1. The role and responsibility of community health practitioner's post must be studied by the community health practitioner and the community health leader, and on the basement of community health needs, community development plan, and reform of health care system.
2. Comprehensive health care of community is very important role and responsibility of community health practitioners. However, it was supervised by the senior community health practitioner in provincial government.
3. The community health practitioner must be trained by formal inservice educational program focused on comprehensive health care.
4. The community health practitioner must be the health guider and health leader as the member of community.

* School of Public Health, Seoul National University.