

保健診療所の業務實態와 改善方案

경북대학교 보건대학원, 대경대학¹⁾, 경상북도 보건위생과²⁾
박영희, 감 신*, 한창현, 차병준¹⁾, 김태웅²⁾, 지정애²⁾, 김병국²⁾

Performance State and Improvement Countermeasure of Primary Health Care Posts

Young-Hee Park, Sin Kam*, Chang-Hyun Han, Byung-Jun Cha¹⁾,

Tae-Woong Kim²⁾, Jung-Aie Gie²⁾, Byong-Guk Kim²⁾

Graduate School of Public Health, Kyungpook National University ; Taekyeung College¹⁾ ;

Public Health & Sanitation Division, Kyongsangbuk-Do²⁾

= ABSTRACT =

This study was performed to investigate the performance state and improvement countermeasure of Primary Health care Posts(PHPs).

The operation reports of PIIPs(1996 330 PHPs, 1999 313 PHPs) located in Kyongsangbuk-Do and data collected by self-administered questionnaire survey of 280 community health practitioners(CHPs) were analyzed.

The major results were as follows:

Population per PHP in 1999 decreased in number compared with 1996. But population of the aged increased in number.

The performance status of PHP in 1999 increased compared with 1996.

A hundred forty one community health practitioners(50.4%) replied that the fiscal standing of PHP was good. Only 1.4% replied that the fiscal standing of PHP was difficult.

For the degree of satisfaction in affairs, overall of community health practitioners felt proud.

The degree of cooperation between PHP and public health institutions was high and the degree of cooperation of between PHP and private medical institutions was high. The degree of cooperation between PHP and Health Center was significantly different by age

* 교신저자(E-mail : kamshin@kyungpook.ac.kr)

of CHP, the service period of CHP, and CHP's service period at present PHP.

Over seventy percent of CHPs replied that they had cooperative relationship with operation council, village health workers, community organization.

CHPs who drew up the paper on PHP's health activity plan were 96.4% and only 11.4% of CHPs participated drawing up the report on the second community health plan. CHPs who grasped the blood pressure and smoking status of residents over 70% were 88.2%, 63.9% respectively and the grasp rate of blood pressure for residents were significantly different according to age and educational level of CHP. CHPs received job education in addition continuous job education and participated on research program in last 3 years were 27.5%, respectively. CHPs performed the return health program for residents in last 3years were 65.4%.

Over 95% of CHPs replied that PHPs might be necessary and 53.9% of CHPs replied that the role of PHPs should be increased.

CHPS indicated that major reasons of PHPs lockout were lack of understanding for PHP and administrative convenience, CHPs were officials in special government service, governors intention of self-governing body.

CHPs suggested number of population in health need such as the aged and patients with chronic disease, opinion of residents, population size, traffic situation and network in order as evaluation criteria for PHP and suggested results of health performance, degree of relationship with residents, results of medical examination and treatment, ability for administration and affairs in order as evaluation criteria for CHP.

CHPs replied that the important countermeasures for PHPs under standard were affairs improvement of PHPs and shifting of location to health weakness area in city.

Over 50% of CHPs indicated that the most important thing for improvement of PHPs was affairs adjustment of CHP. And CHPs suggested that health programs carried out in priority at PHP were management of diabetes mellitus and hypertention, home visiting health care, health care for the aged.

The Affairs of PHP should be adjusted to satisfy community health need and health programs such as management of diabetes mellitus and hypertention, home visiting health care, health care for the aged should be activated in order that PHPs become organization reflecting value system of primary health care.

KEY WORDS : Performance state, Improvement countermeasure, Primary health care post

서론

농어촌 등 보건의료 취약 주민들에게 보건의료를 효율적으로 제공함으로써 농어촌 지역의 보건의료서비스의 질을 향상시키고 국민의

료의 형평을 제고하기 위해 1980년 12월 '농어촌 보건의료를 위한 특별조치법'(이하 농특법)이 공포되었다. 이 법에 의한 보건진료원과 보건진료소 제도는 1978년 구 소련의 Alma-ata에서 선언된 일차보건의료의 개념을 우리

나라에 도입하기 위한 제반 검토와 한국보건개발연구원(현 한국보건사회연구원의 전신)에서 수행하였던 시범사업의 평가를 받아 들였던 결과이다.

보건진료원은 도서·벽지 등 의료취약 지역 안에서 일차보건의료행위를 담당하는 일차보건의료인력으로, 1977년 시범사업을 거쳐 1981년부터 정부의 계획 아래 간호사 및 조산사 면허를 가진 자를 대상으로 24주 직무교육 후 의료취약 지구에 배치하였다. 그 후 10년간 보건진료원의 활동성과는 계속 긍정적으로 평가되어(한국보건개발연구원, 1980; 김진순, 1982; 이선자, 1984; 김정태와 황나미, 1985; 박정환 등, 1986; 송건용 등, 1988; 김희자 등, 1989; 김모임, 1991; 조원정, 1991) 왔으며, 1991년에는 보건진료원의 신분이 위촉직에서 별정직 공무원으로 변화되어 어느 정도 신분이 보장되어 안정적으로 활동하게 되었다.

보건진료원의 역할과 기능은 초기에는 농특법에 따라 일차 진료, 모자보건과 가족계획, 기타 보건사업(환경관리, 질병예방, 보건증진, 교육 및 지도, 기록 유지)이 명시되었으나, 1982년 직무조정을 거치면서 지역사회개발 및 조직, 사업 계획 수립, 지역사회 보건관리, 모자보건/가족계획, 통상질환관리, 사업운영관리, 보건정보체계의 개발 등으로 개선되었으며, 또한 보건정보체계의 확립, 일차건강관리 제공자로서의 기능 확립, 지역사회보건사업 계획수립 및 평가, 보건교육 및 연구사업이 보건진료원의 기능과 역할로 추가되기도 하였다.

그간 전국민 의료보험의 실시, 만성질환자 및 노인 인구의 증가, 소득의 증가 등의 변화는 보다 질적이며 다양한 주민의 보건의료요구를 갖게 하였으며, 이에 따라 일차보건의료의 방향 재 설정이 필요하게 되었고, 보건의료체계 개선에 대한 여러 전문가의 의견과 정책대안이 있었다. 특히, 농어촌의 경우 농촌인구의 감소, 교통의 발달, 민간 의료기관의 확충, 생산연령층의 유출로 인한 인구의 고령화 등

의 변화된 보건의료환경과 더불어 국제통화기금(IMF) 구제금융 이후의 사회적 변화로 인해 구조조정의 정책적 과제 속에서 보건진료소의 존재의 당위성 및 효율성 제고, 그리고 앞으로의 기능과 역할에 대한 논란이 있어 왔다.

그 결과 보건진료소는 1991년도에 2,038개소였던 것이 1997년도에는 2,023개소(보건복지부, 1998), 1998년 1차 구조조정시 폐쇄 및 폐쇄 예정지역이 전국적으로 212개소로서(현대정치경제연구소, 1999), 이는 보건소 0.8%, 보건지소 3.9%에 비해 높은 비율로 줄어들고 있으며, 2000년 5월 현재 대구·경북의 경우 폐쇄된 진료소와 6개월 이상 공석중인 진료소가 30개소에 이르고 있다. 또한 지방정부에 따라 향후에 추가로 축소계획이 있는가 하면, 보건진료원이 자연 감소된 지역(퇴직, 전출)이 자연 폐쇄로 직결되거나 6개월 이상 방치되어 있는 등 보건복지부의 일정한 지침이 없이 지방정부에 따라 일관성 없는 구조조정이 이루어지고 있는데, 현재 지역주민의 반발로 쉽지는 않은 실정이다.

보건진료소는 보건소 및 보건지소와 같은 보건조직으로서, 가장 최일선에 위치하는데, 보건진료소에 근무하는 보건진료원은 일차보건의료의 가장 중요한 가치체제인 자발성, 형평성의 논리에 입각하여 주민과 함께 살면서 오백지 주민에 대한 포괄적인 건강문제를 관장하고 있다. 그래서 그 지역의 주민으로 살면서 지역을 보살피는 보건조직 이상의 의미가 있기 때문에(김진순, 1994), 보건진료소와 보건진료원에 대한 구조조정과 기능 및 역할의 근본적 개혁은 과학적인 평가와 충분한 이해 속에서 합리적이고 신중하게 다루어져야 할 것이다. 또한 오랜 시간 그 지역에서 포괄적인 보건의료를 담당해 왔던 보건진료원들의 의견도 충분히 고려되어야 할 것이다.

1994년 6월에 발표된 의료보장개혁의 과제와 정책방향(의료보장개혁위원회, 1994)에서

보건진료원과 관련하여 방문보건요원화와 통합보건지소 설치에 관한 내용이 있었지만 과학적인 평가를 통한 정부의 구체적인 개혁방안이나 정책이 뚜렷하게 제시되지는 못하였다.

국민의 정부가 들어서면서 1998년에 새정치국민회의에서는 보건진료원의 업무중에서 방문보건사업의 실시를 강화하고 보건진료소가 폐지되는 지역의 보건진료원도 방문보건사업 업무를 담당토록 하는 등 보건진료원의 근본적인 개혁을 주장하였다(새정치국민회의 정책위원회, 1998). 이와 함께 1998년부터 불어닥친 국제통화기금(IMF)의 구제금융으로 인해 정부조직의 구조적 개편의 명분 하에 신분상 완전보장이 되어 있지 않은 보건진료원을 축소하려는 움직임이 있어 왔다.

이러한 주위여건의 변화에 따라 보건진료소의 보건의료환경과 업무실태 및 향후 개선방안에 대한 의견을 당사자인 보건진료원에게 알아봄으로써 보건진료소의 기능과 역할이 어떤 방향으로 나아가야 할 것인지에 대한 방향 설정에 도움이 되고자 이 연구를 시도하였다.

대상 및 방법

보건진료소의 업무실태는 경상북도 보건위생과의 협조를 얻어 각 시·군의 보건소(보건의료원 포함)에 보관되어 있는 각 진료소별 운영상황보고서 중 가장 오래된 1996년 상반기, 하반기자료와 가장 최근의 자료인 1999년 상반기, 하반기의 운영상황보고서 자료를 이용하였는데, 1996년도는 330개소, 1999년도는 313개소의 자료였다.

보건진료소의 보건의료환경 및 향후 개선에 대한 의견은 현재 경상북도에 근무중인 보건진료원 전원에게 자기 기입식 설문지를 배부하였는데, 2000년 4월 17일부터 5월 6일까지 경상북도 보건위생과의 협조를 얻어 각 시·군 보건소별로 설문지를 배부하여 각 보건진

료소에 전달하여 작성하게 하였다. 1999년 12월 313개의 보건진료소 중 2000년 5월 현재 폐소 및 공식지역 13개소를 제외한 300개소에 근무하는 보건진료원 중 설문지에 응답하지 않은 20명을 제외한 280명(93.3%)의 자료를 분석하였다.

본 연구에 사용된 설문지는 1990년 보건사회부와 한국보건사회연구원에서 만든 '보건진료원 제도개선을 위한 설문조사표'를 기초로 일반적 특성, 활동지역 특성, 근무조건을 현실정에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. 업무현황에 관한 문항은 매월 보고하는 활동상황보고서에 포함되지 않은 주요 업무에 대한 내용을 질문지에 포함시켰으며, 교육 및 보건사업, 향후 개선방향에 대한 의견 문항은 본 연구목적에 맞게 참고문헌을 토대로 작성하여 보건진료원 20명을 대상으로 사전 조사후 수정·보완하여 사용하였다. 설문지의 내용에는 보건진료원의 일반적 특성 5문항, 활동지역 특성 3문항, 근무조건 12문항, 업무현황 5문항, 교육 및 보건사업 3문항, 향후 개선 방안에 대한 의견 14 문항 등 총 42문항을 포함하였다.

수집된 자료의 분석은 SPSS/PC⁺ 통계프로그램을 이용하였다. 경상북도 보건진료소의 관할인구 및 인구규모 추이, 활동상황 추이에 대한 분석은 1996년도 330개소, 1999년 313개소의 운영상황보고서에 따른 평균과 표준편차를 구하였으며, 보건진료소 및 보건진료원별 특성에 따른 제 변수간의 관련성은 운영상황보고서 및 설문 응답자료를 이용하여 χ^2 -test로 분석하였다.

결 과

1. 보건진료소의 업무실태분석

1996년도와 1999년도의 조사대상 보건진료소의 평균 관할인구는 각각 842명과 800명으로 42명이 감소하였는데, 65세 이상 노인인구는 평균 9명 증가하였다(표 1).

표 1. 운영상황보고서에 의한 보건진료소의 관할인구 추이

(단위 : 명)

	1996년	1999년	증감
0세	2.4± 3.3	2.3± 4.4	- 0.1
1~ 4세	17.8± 21.2	16.4± 22.7	- 1.4
5~ 9세	32.8± 27.0	28.0± 27.9	- 4.8
10~19세	128.7± 80.5	106.0± 69.5	-22.7
20~39세	192.2±135.7	188.0±144.4	- 4.2
40~64세	300.5±150.3	287.6±134.6	-12.9
65세≤	165.3± 95.2	174.2± 93.9	8.9
계	841.8±433.9	799.9±415.8	-41.9

표 2. 운영상황보고서에 의한 보건진료소의 관할인구규모 추이

(단위 : 명(%))

	1996년	1999년
≤499명	53(16.1)	66(21.1)
500~999명	191(57.9)	174(55.6)
1000명≤	86(26.0)	73(23.3)
계	330(100.0)	313(100.0)

관할인구규모가 500명 미만인 보건진료소는 1996년에 53개소(16.1%)에서 1999년에는 66개소(21.1%)로 증가하였고, 500~999명인 보건진료소와 1,000명 이상인 보건진료소는 1996년도에 비해 1999년도에 감소하였다(표 2).

운영상황보고서에 의한 보건진료소의 활동 추이는 1996년에 비해 1999년에 일차진료영역은 진찰 및 투약관리가 2,310건에서 3,074건으로 765건 증가하였고, 진료

의회와 검사도 각각 26건, 531건 증가하였다. 건강증진 영역은 성인병 및 만성질환과 노인보건의 각각 동일기간에 269건과 268건 증가한 반면, 전염병관리는 13건 감소하였다. 모자보건과 결핵관리 영역은 전반적으로 변동이 없었다. 방문보건영역은 가정방문(100건)과 지역방문(11건) 모두 증가하였다(표 3).

2. 보건진료원에 대한 설문조사 결과

대상 보건진료소의 재정운영상태는 50.4%가 잘된다고 응답하였고, 현상유지가 48.2%, 운영하기 곤란하다가 1.4%였는데, 보건진료원

의 현근무지 근무연수에 따라 유의한 차이가 있었고($p<0.05$), 벽지, 도서 및 특수지역보다 도시근교에 위치한 보건진료소일수록, 관할인구규모가 많을수록, 진찰 및 투약전수가 많은 보건진료소일수록 운영이 잘된다는 응답률이 유의하게 높았다($p<0.01$)(표 4).

보건진료원의 역할과 임무에 대한 만족은 긍정이 84.2%로 가장 높았는데, 현 근무지 근무연수에 따라 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 보건진료원이 자랑스럽다는 84.9%가 긍정적으로 응답하였으며, 하는 일의 중요성과 직업적인 자율성 부여에 대한 긍정적 응답률은 각각 94.5%, 77.3%였다(표 5).

보건진료소의 보건기관과 민간의료기관과의 협조정도는 보건소, 보건요원과는 긍정적이라는 응답률이 높았고, 보건지소장, 민간의료기관과는 보통이라는 응답률이 높았다. 보건소와의 협조 정도는 연령이 높을수록, 보건진료소 및 현 근무지 근무연수가 길수록 유의하게 긍정적으로 응답하였고($p<0.05$), 보건요원과의 경우는 연령이 높을수록 유의하게 긍

표 3. 운영상황보고서에 의한 보건진료소의 활동상황 추이(년간) (단위 : 평균(건)±표준편차)

영역	1996년	1999년	증감
일차진료			
진찰 및 투약관리	2,309.5±1138.0	3,074.0±1734.9	764.5
진료의뢰	60.8± 167.6	86.3± 181.6	25.5
검사	219.8± 321.0	751.2± 940.5	531.4
건강증진관리			
학동 및 청소년건강증진	210.8± 172.5	214.2± 256.5	3.4
여성건강 및 복지	355.6± 344.8	450.0± 445.8	94.4
성인병 및 만성질환	561.2± 592.7	830.1± 707.7	268.9
노인건강	509.3± 486.8	777.0± 601.1	267.7
전염병관리	89.7± 339.1	76.4± 157.8	-13.3
정신건강	69.0± 167.5	91.5± 217.1	22.5
재활	40.1± 89.9	172.7± 318.4	132.6
일반질환 상담	1,275.4±1188.2	1,523.5±1588.4	248.1
구강보건	116.7± 261.2	120.4± 250.4	3.7
집단보건교육	169.5± 322.3	293.9± 445.1	124.4
전염병 예방접종	98.7± 126.0	189.4± 159.4	90.7
모자보건			
산전산후관리	6.3± 12.8	6.6± 12.2	0.3
분만개조	0.0± 0.1	0.0± 0.0	0.0
고위험임산부관리	1.1± 5.2	0.5± 3.1	0.6
영유아 건강관리	55.2± 70.7	56.5± 73.4	1.3
영유아 예방접종	10.0± 23.3	9.1± 32.2	0.9
가족계획지도 및 관리	17.0± 34.0	21.4± 56.7	4.4
결핵관리			
객담수집 및 의뢰	4.5± 15.4	4.3± 15.1	-0.2
X-선검진 및 의뢰	9.0± 21.2	11.1± 26.7	2.1
환자발견	0.6± 2.3	0.6± 2.2	0.0
환자관리	4.9± 14.4	6.5± 15.0	1.6
치료종결 및 퇴록	0.7± 5.7	0.6± 5.2	-0.1
방문보건			
가정방문	273.4± 288.1	373.4± 342.9	100.0
지역방문	162.0± 207.4	172.7± 227.6	10.7

정적으로 응답하였다($p<0.05$)(표 6).

보건진료원의 지역과의 협조는 운영협의회(89.5%), 마을건강원(86.4%), 지역사회조직(70.4%) 순으로 긍정적으로 협조한다고 응답하였다(표 7).

보건진료소의 사업계획서를 작성하여 보건소에 제출하는 경우가 61.8%, 작성하였으나

미제출한 경우가 34.6%, 작성하지 않았다가 3.6%였다. 그리고 제2기 지역보건의료계획서(1999-2002) 작성에는 11.4%가 참여하였다고 응답하였다(표 8).

보건진료소 사업계획서는 보건사업계획, 보건사업 대상자 파악, 인구구조파악, 보건사업 평가계획, 가정건강기록부 작성, 관할구역 지

표 4. 보건진료원과 보건진료소의 특성에 따른 보건진료소 재정운영상태

(단위 : %)

	대상수	운영이 잘됨	현상유지	운영하기 곤란함
보건진료원특성				
연령(세)				
≤34	38	50.0	50.0	-
35~44	169	49.7	48.5	1.8
45≤	73	52.1	46.6	1.4
교육정도				
전문대학 이하	221	52.5	46.2	1.4
대학교 이상	59	42.4	55.9	1.7
보건진료소 근무경력(년)				
≤10	44	45.5	50.0	4.5
11~15	111	50.5	49.5	-
16≤	125	52.0	46.4	1.6
현 근무지 근무년수(년)				
≤ 4	74	51.4	43.2	5.4*
5~ 9	57	47.4	52.6	-
10~14	83	41.0	59.0	-
15≤	66	63.6	36.4	-
보건진료소 특성				
보건지소까지 거리(km)				
≤4	76	55.3	43.4	1.3
5~9	134	50.0	49.3	0.7
10≤	70	45.7	51.4	2.9
관할구역내 의료기관				
무	247	48.2	50.2	1.6
유	33	66.7	33.3	-
지역특성				
벽지	211	46.4	52.1	1.4**
도시근교	62	62.9	37.1	-
도서 및 특수지역	7	57.1	28.6	14.3
인구수(명)				
≤499	56	28.6	66.1	5.4**
500~999	156	48.1	51.3	0.6
1000≤	68 73,526.5 -			
진찰 및 투약건수				
≤1499	34	8.8	88.2	2.9**
1500~2999	123	31.7	65.9	2.4
3000≤	123	80.5	19.5	-
계	280	50.4	48.2	1.4

* p<0.05, ** p<0.01

도작성 등의 세부 항목으로 구성되는데, 사업 계획서를 작성한 보건진료소 중 94.4%가 보건 사업계획 항목을 작성한 반면, 관할구역 지도를 작성한 보건진료소는 25.2%에 불과하였다(표 9).

보건진료원들이 주민에 대한 혈압과 흡연 여부의 파악을 70%이상 했다고 응답한 경우가 각각 88.9%, 66.6%였다. 혈압 파악률은 보건진료원의 연령(p<0.01)과 교육정도(p<0.05)에 따라 유의한 관련성이 있었다(표 10).

표 5. 보건진료원의 특성에 따른 직업적 긍지

(단위 : %)

	역할과 임무에 대한 만족			보건진료원이 자랑스러움		
	부정	보통	긍정	부정	보통	긍정
연령(세)						
≤34	5.4	16.2	78.4	2.7	13.5	83.8
35~44	7.7	8.3	83.9	7.1	10.1	82.7
45≤	4.1	8.2	87.7	2.7	6.8	90.4
교육정도						
전문대학 이하	5.9	7.8	86.3	5.0	9.1	85.8
대학교 이상	8.5	15.3	76.3	6.8	11.9	81.4
보건진료소 근무경력(년)						
≤10	7.0	4.7	88.4	9.3	9.3	81.4
11~15	5.5	15.5	79.1	4.5	12.7	82.7
16≤	7.2	5.6	87.2	4.8	7.2	88.0
현 근무지 근무년수(년)						
≤4	5.5	4.1	90.4*	4.1	9.6	86.3
5~ 9	14.0	10.5	75.4	7.0	7.0	86.0
10~14	7.3	12.2	80.5	7.3	13.4	79.3
15≤	-	10.6	89.4	3.0	7.6	89.4
계	6.5	9.4	84.2	5.4	9.7	84.9

* p<0.05

표 5 계속

(단위 : %)

	하는 일이 중요함			직업적인 자율성 부여		
	부정	보통	긍정	부정	보통	긍정
연령(세)						
≤34	-	2.7	97.3	2.7	13.5	83.8
35~44	4.2	2.4	93.5	7.1	18.5	74.4
45≤	1.4	2.7	95.9	5.5	13.7	80.8
교육정도						
전문대학 이하	3.2	2.3	94.5	6.8	17.4	75.8
대학교 이상	1.7	3.4	94.9	3.4	13.6	83.1
보건진료소 근무경력(년)						
≤10	2.3	2.3	95.3	7.0	27.9	65.1
11~15	2.7	2.7	94.5	5.5	15.5	79.1
16≤	3.2	2.4	94.4	6.4	13.6	80.0
현 근무지 근무년수(년)						
≤4	-	2.7	97.3	5.5	17.8	76.7
5~ 9	8.8	3.5	87.7	12.3	19.3	68.4
10~14	3.7	1.2	95.1	4.9	17.1	78.0
15≤	-	3.0	97.0	3.0	12.1	84.8
계	2.9	2.5	94.6	6.1	16.5	77.3

표 6. 보건진료원의 특성에 따른 보건기관과 민간의료기관과의 협조정도 (단위 : %)

	보건소			보건요원		
	부정	보통	긍정	부정	보통	긍정
연령(세)						
≤34	10.5	34.2	55.3**	2.6	47.4	50.0*
35~44	7.1	20.7	72.2	8.9	29.6	61.5
45≤	8.2	5.5	86.3	2.7	21.9	75.3
교육정도						
전문대학 이하	8.6	15.8	75.6	6.8	28.1	65.2
대학교 이상	5.1	28.8	66.1	5.1	37.3	57.6
보건진료소 근무경력(년)						
≤10	13.6	34.1	52.3**	9.1	29.5	61.4
11~15	6.3	20.7	73.0	4.5	33.3	62.2
16≤	7.2	11.2	81.6	7.2	27.2	65.6
현 근무지 근무년수(년)						
≤4	8.1	14.9	77.0*	8.1	23.0	68.9
5~9	10.5	31.6	57.9	10.5	33.3	56.1
10~14	7.2	20.5	72.3	3.6	34.9	61.4
15≤	6.1	9.1	84.8	4.5	28.8	66.7
계	7.9	18.6	73.6	6.4	30.0	63.6

* p<0.05, ** p<0.01

표 6. 계속 (단위 : %)

	보건지소장			민간의료기관		
	부정	보통	긍정	부정	보통	긍정
연령(세)						
≤34	23.7	63.2	13.2	18.4	50.0	31.6
35~44	18.9	46.7	34.3	17.2	52.7	30.2
45≤	12.3	47.9	39.5	9.6	43.8	46.6
교육정도						
전문대학 이하	18.1	47.5	34.4	14.9	48.0	37.1
대학교 이상	16.9	55.9	27.1	16.9	57.6	25.4
보건진료소 근무경력(년)						
≤10	20.5	52.3	27.3	18.2	59.1	22.7
11~15	18.9	51.4	29.7	18.0	45.9	36.0
16≤	16.0	46.4	37.6	12.0	50.4	37.6
현 근무지 근무년수(년)						
≤4	10.8	50.0	39.2	16.2	41.9	41.9
5~9	28.1	43.9	28.1	14.0	56.1	29.8
10~14	18.1	47.0	34.9	15.7	51.8	32.5
15≤	16.7	56.1	27.3	15.2	51.5	33.3
계	17.9	49.3	32.9	15.4	50.0	34.6

표 7. 보건진료원의 특성에 따른 지역과의 협조정도

(단위 : %)

	운영협의회			마을건강원			지역사회조직		
	부정	보통	긍정	부정	보통	긍정	부정	보통	긍정
연령(세)									
≤34	2.6	2.6	94.7	-	7.9	92.1	5.3	21.1	73.7
35~44	2.4	13.6	84.0	3.0	10.7	86.4	2.4	29.0	68.6
45≤	2.7	12.3	84.9	2.7	13.7	83.6	2.7	24.7	72.6
교육정도									
전문대학 이하	2.3	12.2	85.5	2.3	12.2	85.5	2.3	25.8	71.9
대학교 이상	3.4	10.2	86.4	3.4	6.8	89.8	5.1	30.5	64.4
보건진료소근무경력(년)									
≤10	6.8	11.4	81.8	6.8	4.5	88.6	2.3	31.8	65.9
11~15	0.9	11.7	87.4	-	12.6	87.4	4.5	22.5	73.0
16≤	2.4	12.0	85.6	3.2	12.0	84.8	1.6	28.8	69.6
현근무지근무년수(년)									
≤4	5.4	2.7	91.9	1.4	9.5	89.2	1.4	20.3	78.4
5~ 9	1.8	17.5	80.7	5.3	10.5	84.2	3.5	33.3	63.2
10~14	1.2	14.5	84.3	1.2	10.8	88.0	4.8	30.1	65.1
15≤	1.5	13.6	84.8	3.0	13.6	83.3	1.5	24.2	74.2
계	2.5	11.8	85.9	2.5	11.1	86.4	2.9	26.8	70.4

표 8. 보건진료원의 특성에 따른 사업계획서 작성 및 제2기 지역보건의료계획 작성참여 여부
(단위 : %)

	보건진료소 사업계획서			지역보건의료 계획서	
	작성제출	작성미제출	미작성	참여	미참여
연령(세)					
≤34	57.9	31.6	10.5	5.3	94.7
35~44	59.8	36.7	3.6	11.2	88.8
45≤	68.5	31.5	-	15.1	84.9
교육정도					
전문대학 이하	62.9	33.5	3.6	12.2	87.8
대학교 이상	57.6	39.0	3.4	8.5	91.5
보건진료소근무경력(년)					
≤10	61.4	34.1	4.5	9.1	90.9
11~15	61.3	35.1	3.6	9.0	91.0
16≤	62.4344	32.144856			
현근무지근무년수(년)					
≤4	68.9	25.7	5.4	8.1	91.9
5~ 9	66.7	26.3	7.0	10.5	89.5
10~14	54.3	44.6	1.2	12.0	88.0
15≤	59.1	39.4	1.5	15.2	84.8
계	61.8	34.6	3.6	11.4	88.6

표 9. 사업계획서를 작성한 보건진료소의 사업계획서에 포함된 항목(복수응답) (단위 : 명(%))

내용	대상수(270명)
보건사업 계획	255(94.4)
보건사업대상자 파악	215(79.6)
인구구조파악	198(73.3)
보건사업 평가 계획	119(44.1)
가정건강기록부 작성	114(42.2)
관할구역지도작성	68(25.2)

표 10. 보건진료원의 특성에 따른 주민의 혈압과 흡연여부 파악정도 (단위 : %)

	혈 압 파 악 율				흡 연 파 악 율			
	≤50%	50~69%	70~89%	90%≤	≤50%	50~69%	70~89%	90%≤
연령(세)								
≤34	7.9	26.3	34.2	31.6**	15.8	23.7	39.5	21.1
35~44	2.4	7.7	44.6	45.2	8.9	23.8	40.5	26.8
45≤	1.4	2.7	41.1	54.8	12.5	19.4	40.3	27.8
교육정도								
전문대학 이하	2.3	6.8	44.3	46.6*	10.0	21.4	43.2	25.5
대학교 이상	5.2	17.2	34.5	43.1	13.8	27.6	29.3	29.3
보건진료소근무경력(년)								
≤10	2.3	13.6	40.9	43.2	4.5	20.5	50.0	25.0
11~15	5.5	9.1	37.3	48.2	15.5	23.6	32.7	28.2
16≤	0.8	7.2	47.2	44.8	8.9	22.6	43.5	25.0
현근무지근무년수(년)								
≤4	4.1	12.2	40.5	43.2	16.2	24.3	35.1	24.3
5~9	5.3	8.8	43.9	42.1	8.9	19.6	46.4	25.0
10~14	2.4	3.3	39.8	44.6	9.6	26.5	38.6	25.3
15≤	-	-	46.2	53.8	7.7	18.5	43.1	30.8
계	2.9	9.0	42.3	45.9	10.8	22.7	40.3	26.3

* p<0.05, ** p<0.01

보건진료원이 지난 3년 동안을 기준으로 하여 보수교육의 교육에 참여한 경우는 27.5%였고, 연구사업에의 참여도 27.5%였으며, 보건진료소 운영기금으로 주민환원사업을 실시한 경우는 65.3%였다(표 11).

보건진료원들은 보건진료소가 국가입장에서는 75.0%가, 소속 시·군입장에서는 68.2%가, 관할 지역입장에서는 75.4%가 매우 필요하다고 응답하였는데, 연령에 따라 차이가 있

었고(p<0.05). 보건진료소에서의 진찰 및 투약 건수가 많을수록 소속시·군 및 관할지역 입장에서 보아 보건진료소가 매우 필요하다고 응답하였다(p<0.05)(표 12).

보건진료원들은 53.9%가 향후 보건진료소의 역할을 증대시켜야 한다고 하였으며, 현 상태로 유지해야 한다가 43.2%, 감소시켜야 한다가 2.9%였는데, 보건진료원과 보건진료소의 특성 중 유의한 변수는 없었다. 그리고 38.2%의 보건진료원은 실제적으로 향후 보건진료소

표 11. 보건진료원의 특성에 따른 보수교육외의 교육참여율, 연구사업참여율, 주민환원사업실시율
(단위 : %)

	보수교육외의 교육참여율	연구사업참여율	주민환원사업실시율
연령(세)			
≤34	23.7	26.3	63.2
35~44	28.4	29.0	62.1
45≤	27.4	24.7	74.0
교육정도			
전문대학 이하	26.7	28.5	66.1
대학교 이상	30.5	23.7	62.7
보건진료소근무경력(년)			
≤10	22.7	29.5	50.0
11~15	30.6	28.8	64.9
16≤	26.4	25.6	71.2
현근무지근무년수(년)			
≤4	24.3	31.1	56.8
5~ 9	22.8	26.3	61.4
10~14	27.7	24.1	68.7
15≤	3	4.8	28.8
계	27.5	27.5	65.4

의 역할이 증대할 것이라고 하였고, 45.0%는 현 상태로 유지될 것이다, 16.8%는 감소될 것이라고 하였는데, 보건진료원의 특성 중 보건진료소 근무경력이 길수록 현 상태로 유지될 것이라고 응답한 비율이 유의하게 높았다($p<0.01$)(표 13).

지금까지 폐쇄되었거나 폐쇄될 예정에 있는 보건진료소가 있는 이유에 대해 3순위까지 제시하도록 하여 1순위에서 3순위까지의 응답률을 합한 결과, 담당부서의 보건진료소 업무에 대한 인식부족 및 행정편의가 72.2%로 가장 많이 제시되었으며, 보건진료원의 신분법률로 보장되지 않는 별정직이어서(66.1%), 단체장의 의지(62.2%), 도시화 및 교통의 발달로 인한 대체 의료기관의 존재(40.4%), IMF로 인한 사회적 변화(34.3%), 주민의 요구도 및 이용도 저하(21.8%) 등의 순이었다(표 14).

향후 보건진료원과 보건진료소에 대한 평가기준을 3순위까지 제시하도록 하여 1순위에서 3순위까지의 응답률을 합한 결과, 보건진료원에 대한 평가기준으로는 보건사업실적

(86.1%), 주민과의 유대 정도(78.5%), 진료실적(61.5%), 행정 및 업무처리 능력(57.2%) 등의 순으로 제시하였고, 보건진료소에 대한 평가기준으로는 노인 및 만성질환자 등의 보건의료서비스 필요 대상자의 수(92.9%), 보건의료서비스 대상 주민의 의견(71.8%), 인구의 규모(55.7%), 일상생활권을 고려한 교통상황(53.2%), 타 보건의료기관의 존재 유무(25.7%) 등의 순으로 제시하였다(표 15 및 표 16).

객관적인 평가후 일정기준 이하인 보건진료소에 대한 향후 대처 방안에 대해 앞에서와 같이 3순위까지 제시하도록 하여 1순위에서 3순위까지의 응답률을 합한 결과, 현 구조 유지하면서 업무개선(75.4%), 도시의 보건의료취약지역으로의 보건진료소 위치조정(61.5%), 인근 보건진료소와 합쳐서 관할지역을 확대하고 2인 근무구조 형태로 전환하여 일차진료 및 보건사업의 업무를 복합수행(46.9%), 면단위 이하 보건진료소 위치조정(36.5%), 보건소에 소속되어 건강증진업무 및 방문간호의 역할(34.0%), 인근의 보건지소와 통합하여 보

표 12. 보건진료원과 보건진료소의 특성에 따른 보건진료소의 필요 정도

(단위 : %)

	국가				소속시군				관할지역			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
보건진료원 특성												
연령(세)												
≤34	60.5	31.6	5.3	2.6	50.0	50.0	-	-*	57.9	42.1	-	-*
35~44	74.0	21.9	2.4	1.8	67.5	28.4	3.6	0.6	76.3	20.1	2.4	1.2
45≤	84.9	12.3	2.7	-	79.5	17.8	2.7	-	82.2	16.4	1.4	-
교육정도												
전문대학 이하	76.9	18.6	3.6	0.9	70.1	26.7	2.7	0.5	76.0	21.3	1.8	0.9
대학교 이상	67.8	28.8	-	3.4	61.0	35.6	3.4	-	72.9	25.4	1.7	-
보건진료소근무경력(년)												
≤10	63.6	29.5	4.5	2.3	61.4	34.1	4.5	-	68.2	27.3	4.5	-
11~15	73.9	21.6	1.8	2.7	62.2	34.2	3.6	-	73.0	24.3	1.8	0.9
16≤	80.0	16.8	3.2	-	76.0	21.6	1.6	0.8	80.0	18.4	0.8	0.8
현근무지근무년수(년)												
≤4	70.3	25.6	2.7	1.4	66.2	32.4	-	1.4	71.6	27.0	-	1.4
5~9	73.7	17.5	7.0	1.8	63.2	31.6	5.3	-	73.7	21.1	3.5	1.8
10~14	75.9	20.5	2.4	1.2	67.5	26.5	6.0	-	73.5	22.9	3.6	-
15≤	80.3	18.2	-	1.5	75.8	24.2	-	-	83.3	16.7	-	-
보건진료소 특성												
보건진료소까지 거리(km)												
≤4	76.3	19.7	1.3	2.6	72.4	26.3	1.3	-	73.7	25.0	-	1.3
5~9	75.4	20.9	3.0	0.7	67.9	28.4	3.7	-	76.1	20.9	3.0	-
10≤	72.9	21.4	4.3	1.4	64.3	31.4	2.9	1.4	75.7	21.4	1.4	1.4
관할구역내 의료기관												
무												
무	76.1	19.8	2.8	1.2	68.8	27.9	2.8	0.4	77.7	19.8	1.6	0.8
유												
유	66.7	27.3	3.0	3.0	63.6	33.3	3.0	-	57.6	39.4	3.0	-
지역특성												
벽지												
벽지	75.4	19.9	2.8	1.9	68.2	28.0	3.8	-	74.4	22.7	2.4	0.5
도시근교												
도시근교	72.6	25.8	1.6	-	66.1	32.3	-	1.6	77.4	21.0	-	1.6
도서 및 특수지역												
도서 및 특수지역	85.7	-	14.3	-	85.7	14.3	-	-	75.7	14.3	-	-
인구수(명)												
≤499												
≤499	67.9	30.4	0.0	1.8	66.1	33.9	-	-	75.0	25.0	-	-
500~999												
500~999	76.3	17.3	4.5	1.9	67.9	27.6	3.8	0.6	74.4	21.2	3.2	1.3
1000≤												
1000≤	77.9	20.6	1.5	-	70.6	26.5	2.9	-	77.9	22.1	-	-
진찰 및 투약건수												
≤1499												
≤1499	64.7	29.4	2.9	2.9	70.6	26.5	-	2.9**	67.6	29.4	-	2.9*
1500~2999												
1500~2999	71.5	22.0	4.1	2.4	61.0	33.3	5.7	-	69.1	26.0	4.1	0.8
3000≤												
3000≤	81.3	17.1	1.6	-	74.8	24.4	0.8	-	83.7	16.3	-	-
계	75.0	20.7	2.9	1.4	68.2	28.6	2.9	0.4	75.4	22.1	1.8	0.7

* p<0.05, ** p<0.01

주 : 1=매우필요, 2=필요, 3=보통, 4=필요없음

표 13. 보건진료원과 보건진료소의 특성에 따른 향후 보건진료소의 역할 증대 정도에 대한 의견
(단위 : %)

	향후 보건진료소의 역할			실제적인 향후보건진료소의 역할		
	부정	보통	긍정	부정	보통	긍정
연령(세)						
≤34	50.0	44.7	5.3	44.7	39.5	15.8
35~44	53.3	43.2	3.6	36.7	43.8	19.5
45≤	57.5	42.5	0.0	38.4	50.7	11.0
교육정도						
전문대학 이하	51.1	46.2	2.7	37.1	47.1	15.8
대학교 이상	64.4	32.2	3.4	42.4	37.3	20.3
보건진료소근무경력(년)						
≤10	68.2	29.5	2.3	38.6	27.3	34.1**
11~15	52.3	43.2	4.5	43.2	44.1	12.6
16≤	50.4	48.0	1.6	33.6	52.0	14.4
현근무지근무년수(년)						
≤4	59.5	36.5	4.1	36.5	43.2	20.3
5~9	52.6	43.9	3.5	42.1	33.3	24.6
10~14	53.0	44.6	2.4	38.6	48.2	13.3
15≤	50.0	48.5	1.5	36.4	53.0	10.6
보건진료소 특성						
보건시소까지 거리(km)						
≤4	48.7	50.0	1.3	36.8	43.4	19.7
5~9	56.7	40.3	3.0	36.6	46.3	17.2
10≤	54.3	41.4	4.3	42.9	44.3	12.9
관할구역내의료기관						
무	55.1	42.5	2.4	38.9	44.1	17.0
유	45.5	48.5	6.1	33.3	51.5	15.2
지역특성						
벽지	55.0	41.7	3.3	38.4	42.7	19.0
도시근교	51.6	46.8	1.6	38.7	51.6	9.7
도서 및 특수지역	42.9	57.1	-	28.6	57.1	14.3
인구수(명)						
≤499	48.2	51.8	0.0	41.1	35.7	23.2
500~999	53.8	41.0	5.1	38.5	44.9	16.7
1000≤	58.8	41.2	-	35.3	52.9	11.8
진찰 및 투약건수						
≤1499	41.2	55.9	2.9	44.1	38.2	17.6
1500~2999	48.8	48.0	3.3	34.1	45.5	20.3
3000≤	62.6	35.0	2.4	40.7	46.3	13.0
계	53.9	43.2	2.9	38.2	45.0	16.8

** p<0.01

표 14. 폐쇄 또는 폐쇄예정인 보건진료소의 주된 이유

(단위 : %)

	1순위	2순위	3순위	합계
담당부서의 보건진료소 업무에 대한 인식부족 및 행정편의	17.5	30.4	24.3	72.2
보건진료원의 신분이 법률로 보장되지 않는 않는 별정직이어서	23.6	18.9	23.6	66.1
단체장의 의지	25.0	22.9	14.3	62.2
도시화 및 교통의 발달로 대체의료기관의 존재	16.1	10.7	13.2	40.0
IMF로 인한 사회적 변화	10.0	8.9	15.4	34.3
주민의 요구도 및 이용도 저하	7.5	7.5	6.8	21.8
보건진료원의 나태함	0.7	0.4	2.5	3.6
기타	-	0.4	-	0.4

표 15. 보건진료원에 대한 평가기준으로 우선되어야 할 사항

(단위 : %)

	1순위	2순위	3순위	합계
보건사업실적	38.6	31.8	15.7	86.1
주민과의 유대	40.7	22.1	15.7	78.5
진료실적	12.9	21.8	26.8	61.5
행정 및 업무처리능력	5.7	17.9	33.6	57.2
경력	1.8	6.1	8.6	16.5
학력	-	-	-	-
기타	0.4	-	-	0.4

표 16. 보건진료소에 대한 평가기준으로 우선되어야 할 사항

(단위 : %)

	1순위	2순위	3순위	합계
노인 및 만성질환 등의 서비스 필요 대상자의 수	56.8	25.0	11.1	92.9
의료서비스 대상 주민의 의견	16.1	31.1	24.6	71.8
인구의 규모	15.7	21.1	18.9	55.7
일상생활권을 고려한 교통상황	7.9	15.7	29.6	53.2
타 보건의료기관의 존재 유무	3.2	7.1	15.4	25.7
기타	0.4	-	0.4	0.8

표 17. 객관적인 평가후 일정기준 이하인 보건진료소에 대한 대처방안

(단위 : %)

	1순위	2순위	3순위	합계
현 구조 유지하면서 업무개선	47.9	14.6	12.9	75.4
도시의 의료취약지역으로의 보건진료소 위치조정	19.3	20.4	21.8	61.5
인근의 보건진료소를 합쳐서 관할지역을 확대하고 2인 근무구조 형태로 전환하여 일차진료 및 보건사업의 업무를 복합수행	15.4	15.4	16.1	46.9
면단위이하 진료소 위치 조정	3.6	20.0	12.9	36.5
보건소에 소속되어 건강증진업무 및 방문간호의 역할	7.9	12.5	13.6	34.0
인근의 보건지소와 통합하여 보건지소에 근무하면서 보건사업관련업무	3.9	11.4	12.5	27.8
시·군의 복지업무의 인력으로 전환	2.1	5.7	8.9	16.7
폐쇄한다	-	-	0.2	0.2

표 18. 보건진료원과 보건진료소의 특성에 따른 가장 필요한 보건진료소 개선 부분

(단위 : %)

	1	2	3	4	5	6	7
보건진료원 특성							
연령(세)							
≤34	5.3	-	5.3	7.9	57.9	15.8	7.9
35~44	7.7	0.6	14.2	10.7	54.4	7.1	5.3
45≤	16.4	-	12.3	9.6	45.2	8.2	8.2
교육정도							
전문대학 이하	11.3	0.5	13.1	9.5	52.9	7.2	5.4
대학교 이상	3.4	-	10.2	11.9	50.8	13.6	10.2
보건진료소근무경력(년)							
≤10	6.8	-	9.1	15.9	43.2	15.9	9.1
11~15	9.0	0.9	12.6	7.2	55.9	9.0	5.4
16≤	11.2	-	13.6	10.4	52.8	5.6	6.4
현근무지근무년수(년)							
≤4	9.5	-	17.6	10.8	45.9	10.8	5.4
5~9	8.8	1.8	7.0	15.8	47.4	8.8	10.5
10~14	9.6	-	7.2	12.0	56.6	10.8	3.6
15≤	10.6	-	18.2	1.5	59.1	3.0	7.6
보건진료소 특성							
보건지소까지 거리(km)							
≤4	9.2	1.3	15.8	17.9	47.4	13.2	5.3
5~9	10.4	-	10.4	11.9	54.5	17.5	5.2
10≤	8.6	-	12.9	8.6	54.3	5.7	10.0
관할구역내 의료기관							
무	9.3	0.4	13.0	9.7	51.8	9.3	6.5
유	12.1	-	9.1	12.1	57.6	3.0	6.1
지역특성							
벽지	8.5	0.5	13.3	10.9	52.9	9.5	4.7
도시근교	12.9	-	11.3	6.5	51.6	6.5	11.3
도서 및 특수지역	14.3	-	-	14.3	57.1	-	14.3
인구수(명)							
≤499	8.9	-	14.3	10.7	46.4	14.3	5.4
500~999	10.3	0.6	9.0	9.0	57.7	6.4	7.1
1000≤	8.8	-	19.1	11.8	45.6	8.8	5.9
진찰 및 투약건수							
≤1499	14.7	-	11.8	11.8	44.1	17.6	-
1500~2999	10.6	0.8	8.1	8.1	56.9	8.1	7.3
3000≤	7.3	-	17.1	11.4	50.4	6.5	7.3
계	9.6	0.4	12.5	10.0	52.5	8.6	6.4

주 : 1=개선이 필요없음, 2=보건진료소수의 축소, 3=보건진료소수의 확대, 4=보건진료소 위치변경, 5=보건진료원의 업무 조정, 6=보건진료원의 인사 및 평가제 도입, 7=기타

표 19. 보건진료소가 중점적으로 추진해야 할 사업

(단위 : %)

	1순위	2순위	3순위	합계
당뇨, 고혈압관리	26.4	30.0	21.4	77.8
방문보건사업	26.4	23.6	27.5	77.5
노인보건사업	28.9	27.1	18.2	74.2
보건교육	6.8	8.6	15.0	30.4
검진(환자발견사업)	5.4	5.7	11.1	22.2
진료업무확대	5.0	3.2	3.6	11.8
환경개선사업	1.1	1.8	3.2	6.1

건지소에 근무하면서 보건사업관련 업무(27.8%), 시·군의 복지업무의 인력으로 전환(16.7%) 등의 순이었다(표 17).

보건진료소와 관련되어 가장 필요한 개선 사항은 보건진료원의 업무조정(52.5%), 보건진료소수의 확대(12.5%), 보건진료소의 위치변경(10.0%), 보건진료원에 대한 인사 및 평가제 도입(8.6%), 보건진료소수의 축소(0.4%) 순이었으며, 개선이 필요하지 않다는 의견은 9.6%였다. 보건진료원의 특성과 보건진료소의 특성 중 유의한 관련이 있는 변수는 없었다(표 18).

보건진료소가 향후 중점적으로 추진해야 할 사업에 대해 앞에서와 같이 3순위까지 제시하도록 하여 1순위에서 3순위까지의 응답률을 합한 결과, 당뇨 및 고혈압관리(77.8%), 방문보건사업(77.5%), 노인보건사업(74.2%) 순으로 응답하였다(표 19).

고 찰

만성질환자 및 노인인구의 증가, 주민의 보건의료요구의 다양화 등 변화된 보건의료환경에 대하여 일차보건의료의 방향 재설정이 필요한 시점에서, 본 연구는 공공보건조직의 최말단 조직인 보건진료소의 변화된 보건의료환경 및 업무전반에 관한 실태를 파악하고, 보건진료원들의 의견을 통하여 향후 보건진료소의 개선방안을 제시하고자 하였다.

보건진료원의 연령 분포는, 김진순 등(1991)

의 연구에서는 34세 이하가 63.9%, 35-44세가 26%였는데, 본 연구에서는 35~44세가 60.4%로 평균연령이 계속적으로 증가하고 있었으며, 한 지역에 10년 이상의 장기 근무자가 53.2%였다. 보건진료원의 교육정도는 대학 이상이 21.2%였는데, 김진순 등(1991)의 연구에서 6.8%인 것과 비교하면 그동안 간호사의 전반적인 학력 상승 추세에 기인한 것으로 생각된다.

보건진료소 관할인구는 설립초기에는 농특법 시행규칙 제15조(보건진료소의 설치)를 근거로 하여 1,000명 이상 5,000명 이하를 기준으로 하였다가 1987년도에 지역주민의 보건의료서비스의 접근성을 높이기 위하여 인구규모를 조정하였는데, 읍지 지역은 500인, 도서지역은 300인 이상으로 규정하고 있다. 농촌의 인구가 감소된 것에 기인하여 보건진료소 관할지역 평균인구(행정인구가 아닌 실제인구)는 1987년 1,452명에서 1990년에는 약 994명으로 줄었고(김진순 등, 1991), 본 연구에서도 1996년 842명, 1999년도에는 800명으로 감소하였지만, 노인인구는 오히려 증가하였음을 감안하면 의료요구도가 줄었다고 보기는 어렵다. 김진순(1994)은 도서 및 오벽지의 지속적인 인구감소가 예상되나, 이 지역의 노인 및 거동 불편자를 위한 가정간호와 지속적인 추구관리 수요는 클 것이기 때문에 보건소나 보건지소에서 방문보건서비스를 제공하는 것보다 보건진료소가 가까이에서 계속적으로 제공할 수 있으므로 질적이고 지속적인 관리가 가능하다고

하였다.

보건진료소 관할구역은 노인인구의 비율이 월등하게 높으며 이들 노인인구는 일상생활권이 그 지역에 한정되어 있어 실제로 타 의료기관에서 지속적인 의료의 이용이 쉽지가 않은 실정이다. 김진순(1998)과 이명순(1999)은 노인들의 낮은 경제적 여건과 접근도를 고려할 때 보건진료소의 필요성 및 시설보강을 강조하였으며, 김화중(1994)은 이들 노인들의 건강문제나 질병은 치료가 되어 완치되는 것이 아니고 고통이 없고 더 심해지지 않도록 계속 감시하고 편안하도록 돌보는 것이 치료보다 더 중요하기 때문에 노인의 건강증진을 위하여 보건진료소는 노인에게 가장 가까운 곳에 위치하면서 계속적으로 돌보아 편안함을 도모하는 기능을 담당하는 것으로 발전방향이 설정되어야 한다고 하였다.

보건진료소의 인구규모를 행정인구가 아니라 실제 거주하는 인구를 기준으로 할 때, 1993년에 전국 보건진료소 2,042개소 중 500인 미만의 인구지역을 관할하는 보건진료소는 98%였는데(홍여신과 이인숙, 1993), 본 연구에서는 1996년 기준 16.1%, 1999년 21.1%로서 인구감소가 상당한 것으로 보인다. 그래서 설치기준이 미달된 지역에 대해서는 보건진료소의 평가 시 지역 특성과 질적 측면에서 활동내용과 복합적으로 고려하여 신중히 평가되어야 할 것이다.

보건진료소의 운영상황보고서에 의한 활동상황추이를 1996년과 1999년을 비교해 보았는데 진찰 및 투약관리, 검사, 성인병 및 만성질환, 노인건강, 가정방문 업무에서 두드러진 증가를 보이고 있어 보건진료소의 사업이 지역주민의 요구에 부응하고 있음을 시사한다고 볼 수 있다.

연간 진찰 및 투약건수의 증가와 맥락을 같이 하여 보건진료소의 재정운영상태가 50.4%에서 잘된다고 응답하였고, 현상유지가 48.2%, 운영하기 곤란하다가 1.4%였는데, 이는

입경순 등(1990)의 연구에서 운영이 잘됨 16.1%, 현상 유지 64.6%, 운영 곤란 19.3%과 비교하면 10년 전과 비교하여 운영상태가 좋아진 것으로 나타났다. 이는 그간 보건진료소에서 쓸 수 있는 약이 상품명에서 일반명으로 바뀌었고, 약의 종류도 증가 했는 등 운영여건이 좋아진 탓도 있겠지만, 최근의 구조조정과 맞물려서 구조조정을 당하지 않기 위해 보건진료원들이 긴장하고 분발한 것에 대한 영향도 배제할 수는 없다. 현대정치경제연구소(1999)의 조사에서는 보건진료소 이용자 증가 추세 현상은(보사연 실태조사, 18.4%증가) 그동안 보건진료소 사업이 지역주민에게 신뢰를 얻었고, 농어촌 주민의 소득 감소와 농어촌 인구의 고령화로 인한 의료수요 증가의 원인도 있을 것으로 보았다.

본 연구에서 보건진료소의 보건지소와의 거리가 4km 이내인 보건진료소가 27.1%였지만, 보건지소와의 거리는 보건진료소의 재정운영상태에는 영향을 주지 않은 변수로 나타났다. 그 외 영향을 주지 않은 변수는 연령, 교육정도, 보건진료소 근무경력, 관할구역 내 의료기관이었고, 재정운영상태에 영향을 준 변수로는 현 근무지 근무연수, 지역특성, 인구수, 진찰 및 투약건수였다. 김화중의 연구(1994)에서도 이와 유사하여 보건진료소의 설치장소가 4km 이내에 의료기관이 있는 곳 혹은 없는 곳 이거나, 도시 혹은 농촌이거나 간에 환자 진료건수, 방문 건수에 영향을 주지 않으므로 기존 적용되어 왔던 변수에 따른 보건진료소의 설치 혹은 폐지는 현재 농어촌 보건의료 요구에 부응하는 조치가 되지 못하고 있다고 했으며, 인구수와 인구의 연령구성비가 보건진료소 설치요구에 영향을 주는 변수로 나타났다. 보건지소와의 거리가 유의하지 않은 것은 보건진료소 이용률의 대부분을 차지하는 노인 및 장년층은 일상생활권이 그 지역 내로 국한되어 있는 경우가 대부분이기 때문인 것으로 보인다.

보건진료원의 직업적 긍지는 역할과 임무에 만족 84.2%, 보건진료원이 자랑스러움 84.9%, 하는 일이 중요함 94.6%, 직업적인 자율성 부여가 77.3%로 전반적으로 긍정적이었는데, 현 근무지 근무연수가 길수록 역할과 임무에 만족한다는 응답이 유의하게 많았다. 박정애(1984)의 연구에서 전남지역 보건진료원의 직업적 긍지는 100점 만점에 80점이었고, 김진순 등(1991)의 연구에서도 3점 만점에 2.51점이었으므로 초창기부터 직업적 긍지는 긍정적이었으며 윤석옥 등(1994)의 연구에서는 정규직화 후 직업적 긍지가 높아진 것을 볼 수 있었다.

보건진료원의 다른 기관과의 협조관계에서 보건소와의 관계는 긍정 73.6%, 부정이 7.9%였으며, 연령이 많을수록, 보건진료소 근무경력 많을수록 유의하게 긍정적인 응답을 하였다. 임경순 등(1990)의 경상북도 305개소를 대상으로 한 연구에서 보건소와의 협조 86.5%, 협조안됨 6.6%, 아주 비협조적 6.9%와 김진순 등(1991)의 전국을 대상으로 한 연구에서 최대평점 3점에 2.42점인 것과 비교해 볼 때 보건소와의 관계가 10년 전과 지금의 관계가 크게 변화되지는 않았다고 할 수 있다.

보건요원과의 협조관계는 긍정 63.6%, 부정 6.4%로 연령이 높을수록 관계가 긍정적이었고, 보건지소장과의 협조관계는 긍정 32.9%, 부정 19.7%로서 10년전의 상당히 협조 7.9%, 협조 54.8%, 협조 안됨 29.8%, 아주 비협조적 6.9%와 비교하면(임경순 등, 1990) 개선되었다고 말하기는 어렵다.

민간의료기관과의 협조정도는 긍정 34.6%, 보통 50.0%, 부정 15.4%였는데, 김진순 등(1991)의 연구에서는 최대평점 3점에 대하여 평균점수 2.09였다. 운영협의회와의 협조정도는 긍정 85.7%, 보통 11.8%, 부정 2.5%로 나타나 임경순 등(1990)의 연구에서 나타난 잘됨 12.4%, 운영은 되나 만족하지 않는다 12.4%, 있어도 좋으나 도움이 안된다 38.0%, 없는 편

이 낮다 21.3%에 비해 전반적으로 관계가 좋아진 것으로 볼 수 있다. 이는 국제통화기금(IMF)의 구제금융으로 인해 보건진료소의 구조조정이 거론되면서 보건진료소가 주민의 생각, 관심에 의해 존재여부가 결정될 수 있다는 견해가 확산됨으로서 운영협의회가 새롭게 활성화된 원인도 영향을 주었을 것으로 생각된다. 마을건강원과의 협조정도는 매우 긍정적이었으며 임경순 등(1990)의 연구에서도 이와 유사하게(도움 81.6%) 분석되었다.

보건진료원 중 36%가 보건진료소의 사업계획서를 작성하지 않았으며, 사업계획서를 작성한 보건진료원(96.4%) 중 61.8%가 보건소에 제출하였는데, 보건진료원 특성별로 유의한 변수는 없었다. 김미진(1991)은 사업계획수립이 근무지역조건과 유의한 관계가 있다고 하였는데, 이는 개인의 특성보다는 시(군)별 지도·감독에 따라 달라질 수 있다고 생각된다. 보건진료소의 사업계획서에는 보건사업계획, 보건사업대상자 파악, 인구구조파악, 보건사업 평가 계획, 가정건강기록부 작성, 관할구역지도작성 등이 포함 되어야 하는데, 현재 보건진료소가 사업계획서는 거의 작성하고 있으나 보건사업평가계획, 가정건강기록부 작성, 관할구역지도작성 등에 대한 항목은 절반 이하가 작성하고 있어, 사업계획서가 지역사회진단에 근거한 실용성 있는 계획이 되기 위한 질적 보완이 이루어 질 수 있도록 보건소에서 기술적인 지원 및 지도·감독이 필요한 것으로 생각된다.

류정숙(1996)은 현재 보건소의 업무중에서 가장 취약한 부분이 지역보건사업의 기획 및 평가 기능이라고 하였으며, 조원정과 이경자(1991)의 연구에서도 지역사회사업의 평가계획의 수행정도가 50%이하였다. 김진순(1991)은 지도감독이라 함은 행정, 교육, 그리고 조력하는 기능의 독특한 복합체이며 지도 감독자는 이를 지시하는 것 뿐만 아니라 자기의 역할을 충실히 수행할 수 있도록 가르치는 것

이며, 또한 감독은 감독자가 행정, 교육, 조력하는 과정이라고 했다. 지금까지 보건진료원의 활동이 자율성이 보장되었기 때문에 효율과 효과가 있었다고 평가되어 왔는데, 변화하는 지역 주민의 보건의료 요구에 대처하기 위해서는 자율성을 어느 정도 보장하되 보다 기술적인 지원은 강화되어야 한다고 생각한다. 지금의 가족단위의 체계적인 보건사업 실시를 위해서는 지역사회진단 및 보건사업 우선 순위 설정, 시행 등의 업무에서 과학적인 사고가 요구되며, 정보에 민감하여야 하고 좀더 체계적이고 과학적인 접근방법이 요구되기 때문이다.

지역보건의료계획서 작성 시 보건진료원 중 11.4%만이 참여한 것으로 나타났는데, 지역보건의료 계획서 작성 시 지역 현장을 제대로 파악하고 있는 보건진료원을 적절히 활용하는 것이 필요한 것으로 생각된다

보건진료원이 주민의 혈압과 흡연에 대해 어느 정도 파악하고 있는 지에 대한 질문에는 70% 이상을 파악하고 있다고 한 경우가 각각 88.9%와 66.6%로서 이것은 관할지역에서 지역사회진단에 대한 보건진료원의 활동정도의 평가지표가 될 수 있을 것이다. 연령이 많을수록, 교육정도가 낮을수록 파악률이 높았는데, 연령이 많은 보건진료원이 젊은 보건진료원보다 교육정도가 낮기 때문에 이러한 결과가 나온 것으로 해석된다.

보건진료원이 지난 3년 동안 의무적으로 받는 보수교육 이외의 교육에 참여한 지 알아본 결과 27.5%만이 있었다고 응답하였는데, 보건진료원의 교육 기회는 매우 한정되어 있어서 변화하는 시대적 요구에 부응하기 위해서는 교육의 기회가 많아져야겠고, 선별적으로 교육을 받을 수밖에 없는 경우 교육을 이수한 보건진료원이 시·군에서 전달할 수 있는 시스템이 갖추어져야 하겠으며, 시·군 보건소는 관련 프로그램을 다양화하여 교육이 업무에 효과적으로 연계될 수 있도록 조직적인 노

력을 해 주어야 할 것으로 생각된다. 팀워크를 이룰 경우 훨씬 효과적인 보건사업이 이루어질 수 있기 때문이다.

연구사업에 대해서는 27.5%가 참여경험이 있었는데, 보건진료원의 역할에는 주어진 기능이 그 지역의 보건의료보장을 위하여 합당한지 수시로 평가 연구하는 연구자의 기능이 필요하다고 생각된다. 경상북도 몇 개 시·군의 사례처럼 시·군에서 하나의 연구사업을 선정하여 보건진료소 전체가 참여하여 시·군 단위로 연구사업을 실시하는 것은 매우 바람직하며, 또한 이런 사업 활성화를 위하여 대학과 연계하거나 각 보건소에 보건관련 전문가를 통한 체계적인 시·군 단위의 다양한 연구사업 사업 실시로 보건진료원을 통한 연구활동이 활발히 이루어져서 이러한 자료를 토대로 보건진료소의 기능이 보완되고 재정비되어야 할 것이다. 보건진료원들이 가지고 있는 그 지역의 건강 정보, 거주하는 주민으로 살아가는 장점이 업무에 효과적으로 발휘될 수 있도록 전문가들과 연계하여 기술 및 지식을 연마시켜야 하며, 지역별로 필요하다고 생각하는 사업들을 구상하여 활성화하는 것이 변화하는 시대에 강조되어야 할 보건진료원의 역할이라고 생각되어진다.

보건진료소 운영기금으로 주민 환원사업은 65.4%가 실시하였다고 하였다. 보건진료소의 운영상태가 전반적으로 좋아지고 있으므로 향후 주민환원사업 실시율도 더욱 높아질 것이며, 재정자립도를 통한 자율적인 보건사업 시행이 가능한 긍정적인 사업방향이라 생각된다. 주민환원 사업의 내용에 있어서는 그간 각종검진, 방역지원, 물리치료, 예방 접종, 구충제 배부 등의 사업이 실시되었는데(현대정치경제연구소, 1999), 앞으로 전문가적인 접근을 통하여 주민보건향상에 기여하는 방향으로 계속 장려되어야 할 것이다.

보건진료원은 국민건강을 위한 보건진료소의 필요정도를 국가적인 입장(95.7%) 시·군

의 입장(96.8%), 관할지역의 입장(97.5%)에서 필요하다고 하였고, 보건진료소의 향후 역할 증대에 대한 의견에는 증대 53.9%, 현 상태로 유지해야 한다는 의견은 43.2%의 의견을 보였으며 감소해야 한다는 의견은 2.9%에 불과하여, 대다수의 보건진료원이 국민건강을 위하여 보건진료소가 필요하며 역할이 증대되어야 하는 것으로 생각하고 있었다. 실제적으로 향후 보건진료소의 역할에 대해서는 증대될 것이다가 38.3%였고, 현상태로 유지될 것이다가 45.0%였으며, 감소될 것이다가 16.8%였는데, 보건진료소 근무경력에 길수록 현 상태로 유지될 것으로 응답하였다.

이경호(1993)는 보건진료소의 비용편익 분석을 한 결과 보건진료원제도의 경제적 타당성이 입증되었고, 보건진료원의 활동으로 지역주민이 얻는 무형의 가치들은 중요성이 매우 큰 것이어서 이들을 감안한다면 비용 편익비는 훨씬 높아질 것이라고 하였다. 따라서 보건진료원제도는 결코 낭비되고 있는 제도가 아니며 성공적인 제도로서 계속 발전시킬 경우 주민의 건강수준 향상 및 국민 의료비 절감에도 크게 기여할 것이라고 시사하였다. 김화중(1994)은 보건진료소는 다 보건의료체계와는 그 목표와 접근법이 근본적으로 다른 특성을 가지고 있는데, 이는 포괄적 보건의료의 제공기능과 보건의료 수혜자인 주민이 스스로 건강권을 보장하도록 하기 위한 두 가지의 기능을 동시에 가지고 있다고 하였다.

지금까지 폐쇄 및 폐쇄 예정된 보건진료소에 대하여 보건진료원은 담당 부서의 보건진료소 업무에 대한 인식 부족 및 행정편의(72.2%), 보건진료원의 신분이 법률로 보장되지 않은 별정직이어서(66.1%), 단체장의 의지(62.2%) 등의 순으로 주된 이유를 제시하였는데, 이는 보건진료원은 현재의 구조조정에 부정적인 인식을 가지고 있음을 의미하므로 합리적인 평가에 근거한 구조조정 방안이 마련되어야 할 것으로 생각된다.

경상북도의 경우, 시·군 단위로 보았을 때 도시근교 시·군에 비해 오히려 보건의료환경이 낙후된 오지지역은 지리적인 특성상 보건진료원이 한 지역에 장기 근무하는 비율이 상대적으로 낮아 근무년수가 짧고, 젊은 연령층이 많아 보건기관 과 민간의료기관 및 지역사회와의 교류가 적고, 인구감소도 심하여서 운영상태가 상대적으로 좋지 않다. 이러한 복합적인 여러 요인으로 인해 보건진료소에 대한 지역사회에서의 인지도가 낮은 경향을 보이며, 이러한 지역 중 일부는 IMF의 사회적 위기와 맞물려 존폐문제 및 두 개의 보건진료소를 한 명의 보건진료원이 순회진료를 하는 대안 등이 제시되고 있는데, 이런 경우 최소 10Km이상이 되는 지역을 보건진료원이 혼자 관할한다는 것은 주민의 접근성을 떨어뜨리고, 포괄적인 보건사업을 실시하기에는 어려움이 따르는 근무구조형태라고 생각되어진다. 또한 벽지일 경우 인구규모가 적어 보건진료소 운영상의 어려움이 있지만 보건의료요구가 많은 노인인구 비율이 높은 보건진료소도 있을 것이다. 이런 지역의 보건진료소에 대한 존폐여부는 매우 신중하게 다루어져야 할 것이다.

반면 도시근교지역의 경우 한 지역에 10년 이상 장기근무자가 대부분이며, 연령층이 높고, 보건소와 민간의료기관, 그리고 지역사회와의 관계도 긍정적이며 보건진료소에 대한 주변의 인지도가 높고, 인구감소도 둔하여서 보건진료소 운영도 잘 되는 편이다. 본 연구에서 도시근교 운영이 잘 되는 지역은 62.9%이고 운영이 곤란한 지역은 없었다. 이러한 현상을 종합 해 볼 때 보건진료소 및 보건진료원에 대한 평가는 일차보건의료의 본래의 가치에 입각하여 개선 방안이 이루어지도록 신중함과 전문가적인 대안이 절실하다고 생각된다.

보건진료원은 향후 보건진료소에 대한 평가기준에 대해 노인 및 만성질환자 등의 보

건의료서비스 대상자수를 가장 중요하게 고려해야 한다고 했으며(92.9%), 보건의료서비스 대상 주민의 의견(71.8%), 인구의 규모(55%), 일상생활권을 고려한 교통상황(53.2%), 타 보건기관의 존재 유무(25.7%) 등의 순으로 제시하였으며, 보건진료원에 대한 평가기준으로는 보건사업실적(86.1%), 주민과의 유대정도(78.5%), 진료 실적(61.5%), 행정 및 업무 처리 능력(57.2%) 순으로 제시하였다.

관할지역에서 상주 근무해야 하는 보건진료원은 가족과 함께 그 지역에서 거주하는 경우가 대부분으로 근무 인력규모가 1명이고, 업무와 일상생활의 구분이 일정치가 않고, 인사이동이 거의 이루어지지 않는 등의 특수한 근무여건을 가지고 있기 때문에 보건진료소는 보건진료원의 개인적 성향에 따라 업무의 성과나 지역사회에서의 인지도가 매우 다르게 나타날 수 있다. 그러므로 보건진료소에 대한 평가는 여러 요인들을 고려하여 신중하게 이루어져야 한다고 생각된다. 현재 보건진료원과 보건진료소를 객관적으로 평가할 구체적인 지점이 없는 실정으로 이를 근거로한 객관적으로 인정될 수 있는 평가틀이 마련되어야 할 것으로 생각되어진다.

객관적인 평가 후 일정기준이하의 보건진료소에 대한 향후 대처 방안에 대해서 보건진료원은 현 구조 유지하면서 업무개선을 75.4%, 도시의 의료취약지역으로의 보건진료소 위치 조정 61.5%로 많이 제시하여 기존의 보건진료소 체계를 유지하면서 업무조정이나 위치조정을 하는 것이 바람직한 것으로 생각하고 있었다.

보건진료소의 가장 필요한 개선 부분으로는 보건진료원의 절반이 넘는 52.5%가 보건진료원의 업무조정을 제시하였다. 보건진료소의 업무조정에 대한 견해는 수많은 보건조직 관련 전문가들에 의해 이미 대두된 문제이고 보건진료원 자신들도 그렇게 인식을 하고 있지만 현실적인 보건진료소의 운영상의 문제를

고려할 때 기존의 진찰 및 투약을 인위적으로 축소할 수는 없는 구조를 가지고 있으며 혼자 근무하면서 포괄적인 보건활동을 완전하게 수행하기에는 여러 가지 어려움이 있다. 구체적인 접근방법에 대한 여러 전문가의 대안이 필요하다고 생각된다.

앞으로 보건진료소가 중점적으로 추진해야 되는 사업으로는 당뇨 및 고혈압 관리, 방문보건사업, 노인보건사업이라고 응답했는데, 이는 보건진료원이 현지에서 필요하다고 인식하는 역할과 정부에서 중점 추진하는 사업이 일치하며 보건사업의 추진방향에 대해 매우 긍정적인 평가를 시사한다고 하겠다. 윤수경(1996)의 전남지역을 대상으로 한 연구에서는 보건진료소가 지역주민의 보건향상을 위해 중점 추진해야 할 사업으로 노인건강관리, 환자진료, 성인병 관리, 보건교육 순으로 응답하여 부분적인 일치를 보였다.

이상의 결과, 보건진료소당 인구수는 감소되어 왔으나, 노인인구의 지속적인 증가 및 농어촌 지역의 상대적인 의료소외감이 있는 실정에서 보건진료원은 보건진료소의 존속이 반드시 필요하며 보건진료소의 역할을 증대시켜야 하는 것으로 생각하고 있었다.

초창기 1980년대 보건진료소에 대한 성공적 평가 후, 현재 보건진료소가 시대가 요구하는 위치에서 지역주민의 건강에 기여하기 위해서는 지역사회 보건의료요구에 부합하는 업무개선이 이루어져 만성질환관리사업, 방문보건사업, 노인보건사업 등이 활성화 되어야 하겠는데, 이를 위하여는 보건진료원 본인의 노력과 더불어 시·군 단위의 조직적인 기술적 지원, 여러 전문가의 적극적이고 구체적인 대안을 통하여 보완해 가야 할 것이다. 이러한 접근을 통하여 어느 보건조직보다 일차보건의료의 가치체계를 잘 반영한 조직으로 활성화되어질 것이라고 생각한다.

요 약

보건진료소의 보건의료환경 및 근무여건, 업무현황과 개선에 대한 보건진료원의 의견을 파악하여 향후 보건진료소의 발전 방안을 제시하는데 도움을 주고자 경상북도 소재 보건진료소(1996년 330개소, 1999년 313개소)의 운영상황보고서에 의한 업무 변화량을 분석하였으며, 보건진료원 280명의 설문자료를 분석하였다.

운영상황보고서에 의한 보건진료소의 관할 인구 추이는 1996년에 비해 1999년에 전반적으로 감소하였으나 노인인구는 증가하였다.

운영상황보고서에 의한 보건진료소의 업무활동상황은 1996년도에 비해 전반적으로 증가하였고, 진찰 및 투약관리, 검사, 성인병 및 만성질환관리, 노인건강, 가정방문이 특히 증가하였으며, 전염병 관리와 결핵관리에서 부분적인 감소를 보였다.

재정운영상태는 50.4%가 운영이 잘된다고 하였고, 1.4%만이 운영하기 곤란하다고 하였는데, 현 근무지 근무연수가 많을수록($p<0.05$), 그리고 도시근교일수록, 인구가 많을수록, 진찰 및 투약연수가 많을수록($p<0.01$) 운영이 잘된다고 하였다.

보건진료원의 직업적 긍지는 전반적으로 긍정적이었는데, 그 중 하는 일의 중요함이 94.6%로 가장 긍정적이었고, 역할과 임무에 대한 만족정도는 현 근무지 근무연수에 따라 차이가 있었다($p<0.05$).

보건진료원들의 보건기관과 민간의료기관과의 협조정도는 대체로 긍정적이었는데, 보건소와의 협조정도는 연령이 많을수록, 근무경력이 길수록 긍정적인 응답률이 유의하게 높았으며($p<0.01$), 현 근무지 근무연수에 따라 차이가 있었다($p<0.05$). 보건진료원들은 운영협의회, 마을건강원, 지역사회조직과도 협조적이라는 응답이 모두 70% 이상이었다.

보건진료소 사업계획서는 96.4%가 작성하

였으며, 제2기 지역보건의료계획서 작성에는 11.4%만이 참여하였다. 관할지역주민의 혈압과 흡연여부를 70% 이상 파악하고 있는 보건진료원은 각각 88.2%, 63.9%였는데, 혈압파악률은 보건진료원의 연령이 많을수록($p<0.01$), 교육정도가 전문대학 이하인 경우($p<0.05$)에서 높았다. 보건진료원의 지난 3년 동안에 보수교육의 교육 참여율, 연구사업 참여율은 각각 27.5%로 저조했으며, 보건진료소 수입으로 주민환원 사업을 실시한 경우는 65.4%였다.

보건진료원들이 생각하는 보건진료소의 필요 정도는 국가적 측면, 소속시군 측면, 관할지역 측면에서 모두 95% 이상이 매우 필요 또는 필요하다고 하였으며, 53.9%가 보건진료소의 역할이 증대되어야 한다고 하였다.

지금까지 폐쇄 및 폐쇄 예정된 보건진료소에 대하여 보건진료원은 담당 부서의 보건진료소 업무에 대한 인식부족 및 행정편의, 보건진료원의 신분이 법률로 보장되지 않은 별정직이어서, 단체장의 의지 등을 주된 이유로 제시하였다.

보건진료원은 향후 보건진료소에 대한 평가기준에 대해 노인 및 만성질환자 등의 보건의료서비스 대상자수, 주민의 의견, 인구 규모, 일상생활권을 고려한 교통상황 등의 순으로 제시하였으며, 보건진료원에 대한 평가기준으로는 보건사업실적, 주민과의 유대정도, 진료실적, 행정 및 업무처리 능력 등의 순으로 제시하였다.

객관적인 평가 후 일정기준이하의 보건진료소에 대한 향후 대처 방안에 대해서 보건진료원은 현 구조 유지하면서 업무개선, 도시의료취약지역으로의 보건진료소 위치 조정 등을 많이 제시하였다.

보건진료소의 가장 필요한 개선부문으로는 절반 이상인 52.5%가 보건진료원의 업무조정이라고 하였으며, 향후 보건진료소가 중점적으로 추진하여야 할 사업으로는 당뇨 및 고혈압 관리, 방문보건사업, 노인보건사업 등이 중

요하다고 하였다.

향후 보건진료소가 일차보건의료의 가치체계를 잘 반영하는 조직이 되기 위하여는 지역 사회 보건의료요구에 부합하는 업무개선이 이루어져야 하겠으며, 만성질환관리사업, 방문보건사업, 노인보건사업 등이 활성화 되어야 하겠다.

인용문헌

1. 김모임, 우리나라 일차보건의료사업과 보건진료원의 역할에 관한 평가 워킹, 보건진료원 활동성과 향후 활동 방향, 1991, 쪽 81-137
2. 김미진, 경기지역 보건진료원의 업무에 관한 조사연구, 석사학위논문, 중앙대학교, 1991
3. 김정태, 황나미, 농촌일차보건의료 사업 연구보고서-지도감독체계 평가, 한국인구보건연구원, 1982, 쪽 11
4. 김진순, 유호신, 김은주, 고경환, 신문정, 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구- 보건진료원제도 평가 워킹을 중심으로-, 한국보건사회연구원, 1991, 쪽 160-180, 255-269
5. 김진순, 농촌지역노인의 보건의료서비스 향상을 위한 연구, 석사학위논문, 강원대학교 경영행정대학원, 1998
6. 김진순, 보건진료원 제도의 현황과 발전방안, 한국보건행정학회 전기 학술대회 연재집, 1994
7. 김진순, 보건진료원 활동 평가 조사연구, 한국인구보건연구원, 1982, 쪽 11
8. 김화중, 농어촌 개발과 의료보장 개혁에 따른 보건진료원의 책임, 지역사회간호학회지 1994;5(2):101-108
9. 김희자, 최정자, 유제순, 충북지역 보건진료원의 직무분석 및 면단위 지역의 보건실태 조사연구, 청주대학 논문집 1989, 쪽 28-29
10. 류정숙, 한국보건소의 운영실태와 개선방향에 관한 연구, 석사학위논문, 단국대학교 행정대학원, 1996
11. 박정애, 보건진료원의 직무만족도에 관한 조사연구-전남지방을 중심으로-, 석사학위논문, 전남대학교대학원, 1984
12. 박정한, 강복수, 김화중, 정문숙, 우국현, 한국의 보건진료원 제도의 평가, 경북대학교 보건대학원, 1986, 쪽 1-81
13. 보건복지부, 보건진료소운영 관련규정, 1995, 쪽 15-40
14. 보건복지부, 일차보건의료사업계획, 1998, 쪽 1-25
15. 새정치국민회의정책위원회, 보건의료선진화 정책 보고서, 1998, 쪽 252-253, 329
16. 송건용, 김영임, 박운우, 농어촌 벽지 보건진료원 투입요인의 순효과, 한국보건연구원, 1988, 쪽 90
17. 윤석옥, 박정한, 정문숙, 보건진료원의 정규직화전과 후의 보건진료원 활동 및 보건진료소 관리 운영 체계의 비교 분석, 대한보건협회지, 1994;20(1):70-92
18. 윤수경, 보건진료소의 진료활동에 관한 조사연구, 석사학위논문, 원광대학교 행정대학원, 1996, 쪽 16
19. 의료보장개혁위원회, 의료보장개혁의 과제와 정책방향, 보건사회부, 1994
20. 이경호, 우리나라 보건진료원 제도의 경제적 분석, 박사학위논문, 서울대학교 대학원, 1993, 쪽 106
21. 이명순, 농촌노인의 보건의료서비스 실태와 발전방향, 석사학위논문, 대구대학교 사회개발대학원, 1999
22. 이선자, 보건진료원 업무활동분석, 보건학 논문집, 1984, 쪽 36, 102-108
23. 임경순, 박재용, 김정남, 보건진료원의 근무환경 및 근무여건과 이에 대한 보건진료원의 태도, 최신의학 1990;33(12):139~156
24. 조원정, 이경자, 보건진료원 직무교육 교과과정 개선을 위한 일 연구, 대한간호학회지

1991;22(2):207-225

25. 조원정. 우리 나라 일차보건의료사업과 보건진료원의 역할에 관한 평가 워십, 보건진료원의 활동성과 향후 활동 방향. 1991, 쪽 7-15, 33, 138-159
26. 한국보건개발연구원. 보건정책세미나보고서. 1980, 쪽 10-14
27. 현대정치경제연구소. 보건진료원-보건진료원의 향후 방향정립에 대하여-. 1999
28. 홍여신, 이인숙. 보건진료원제도 운영 평가에 관한 연구 -우리나라 1차보건의료 제도에 관한 재설정을 위하여-. 대한간호학회지 1993;24(4):571-572