

농어촌의료서비스개선사업 10개년평가와 향후 추진방향

나백주¹⁾, 김철웅²⁾, 김미희²⁾, 장명화²⁾, 박선희³⁾, 김건엽¹⁾, 이무식¹⁾

건양의대 예방의학교실¹⁾, 한국보건산업진흥원²⁾, 서울대 보건대학원³⁾

1. 농어촌의료서비스개선사업 평가 연구의 개요

1) 농어촌의료서비스개선사업의 배경

농어촌의료서비스개선사업은 우루과이라운드 협상 타결이후 수입농산물의 증대로 인한 국내 농가 소득의 정체 및 도·농간 소득격차 우려에 따른 농림수산업의 경쟁력강화와 농어촌생활환경개선 및 농어민의 후생복지를 위하여 설립된 농어촌특별세(이하 '농특세')에 기반하고 있다.

1994년부터 10년 시한으로 시행되어 오던 농특세는 도하개발아젠다(DDA) 농업협상과 세계무역기구(WTO) 쌀 개방 재협상 등으로 타격이 예상되는 농업 부문에 대한 지원을 계속

하기 위해 10년간 더 연장되었다. 이에 따라 농어촌의료서비스개선사업도 10년 더 연장되었다.

농어촌의료서비스개선사업을 추진할 당시에는 도시와 농촌간의 질병 및 의료이용 격차가 컸으며 이를 담당할 농어민 건강관리의 중추적 기관인 보건소에 대한 농어민의 신뢰가 낮았다. 또한 건물은 협소하고 공무원의 사기가 낮았다. 이에 농어촌보건기관의 시설 및 장비를 보강함으로써 양질의 1,2차 의료서비스를 제공하고 지역주민의 접근성을 높여 도시·농촌간 의료서비스의 질적 격차를 감소하는 것이 목적이었다(보건복지부, 농어촌의료서비스 개선사업지침, 1995).

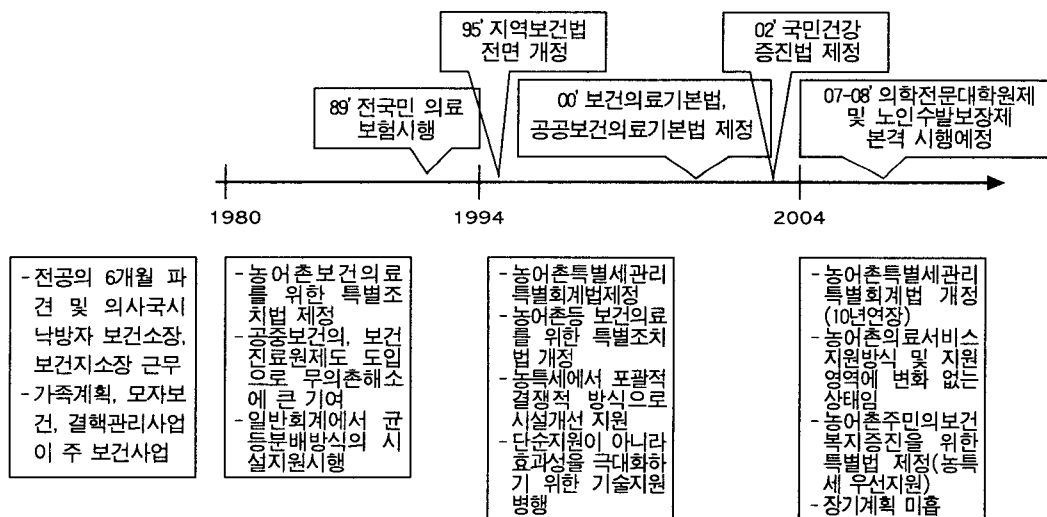


그림 1. 농어촌특별세에 기초한 농어촌의료서비스 개선사업 정책환경 변화

2 농어촌의료서비스개선사업 10개년평가와 향후 추진방향

한편 시설 및 장비 개선사업을 통해 구체적으로 주민에게 친근감 있는 외관을 갖추어 친화도를 높이고, 업무 효율화 및 이용자 편의성을 확보하고자 하였다. 시설개편의 내용도 질병관리 중심에서 건강증진과 질병예방을 포함하는 포괄적인 서비스 제공이 용이하도록 하였고 장비도 질병구조의 변화 및 주민의 요구, 선호에 대처하여 새로운 보건의료서비스 개발, 기존업무의 질적 향상, 원거리 주민의 서비스 확대에 부응하도록 개선이 추진되었다. 이외에도 농어촌의료서비스 개선계획 및 지역보건의료계획 작성을 유도하였고 이의 평가를 통해 대상자를 선정하였다. 이렇게 대상자로 선정되면 포괄적으로 지원을 하여 업무추진에 탄력을 받도록 하였다. 한편 이러한 사업 추진이 지역보건기관의 인력확충 및 조직개편에도 긍정적 영향을 미칠 수 있을 것이라고 판단하였다(정명채, 공공보건의료기관 투자사업 평가, 2000).

2) 농어촌의료서비스개선사업 10개년 평가의 의의

그 동안 농특세의 사용 및 그 효과에 대해서는 많은 논란이 있어왔다. 즉, 농특세는 우루과이라운드에 대한 농어민의 반발을 무마하기 위해 체계적인 계획 없이 시작했었기 때문에 충분한 효과를 보지 못했다는 비판도 있고(조선일보, 2003.6.6) 향후 사용계획에 있어서도 임기응변적인 대책이 아니라 충분한 현실고려와 효율적 운영 기준 및 엄격한 사후관리가 필요하다는 주장이 있다(임형백 등, 농어촌구조개선의 발전방향, 2004). 하지만 농특세의 일부 자본으로 시행한 농어촌의료서비스개선사업에 대해서는 그 의미나 효과 혹은 향후 투자방향에 대해 이렇다 할 논의가 부족했다.

농어촌의료서비스 개선사업에 대해 그동안 몇 가지 평가가 있었지만 개선 보건소에 대해서만 효과평가를 시행하여 미개선 보건소와의 비교 분석이 되지 않아 객관성을 확보하는데 미흡하였으며 진료실적 등의 성과과약도 단기

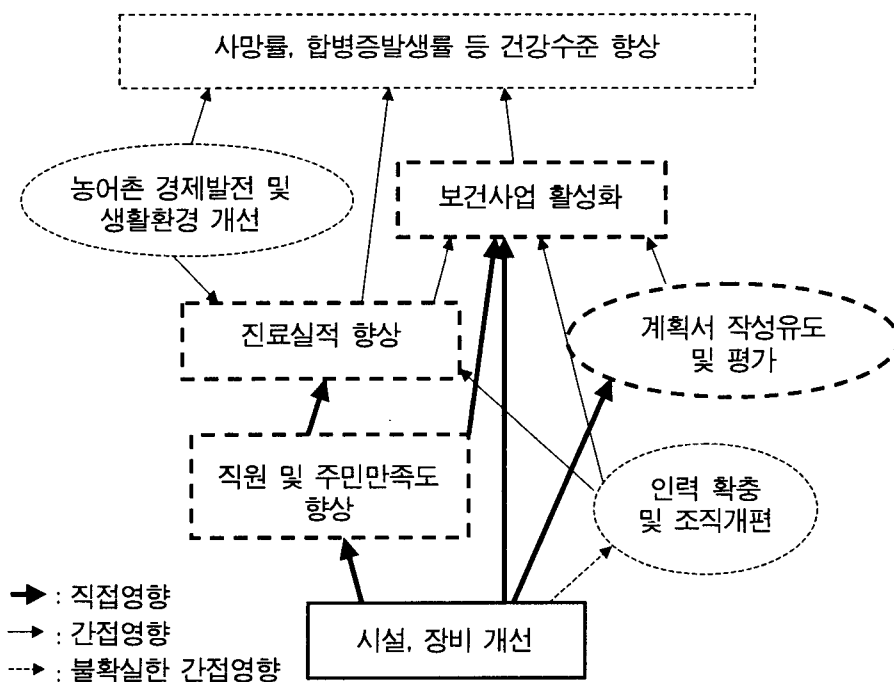


그림 2. 농어촌의료서비스 개선사업의 목표 위계 모식도

적 변화 파악에 그치는 등 제한이 있었다.

또한 그동안 농어촌의료서비스 개선사업의 투자방향 제언도 대부분 바람직한 농어촌보건의료서비스 전달체계에 대한 방향제시가 미흡하였으며 향후 연장된 10년에 대한 투자도 별다른 논의 없이 현 투자방식이 지속되는 경향이 있어 그동안 농어촌의료서비스 개선사업의 효과에 대해 체계적인 검토 및 이에 기초한 바람직한 투자방향 정립을 위해 본 연구가 시

작되었다.

3) 농어촌의료서비스개선사업 10개년 평가 연구의 흐름

그 동안 농어촌의료서비스개선사업 투자에 대한 평가를 통해 성과와 한계를 분석하고 새로운 농어촌보건의료환경의 특성을 파악하여 새로운 투자방향을 이끌어 내는 것이 본 연구의 진행 방향이다.

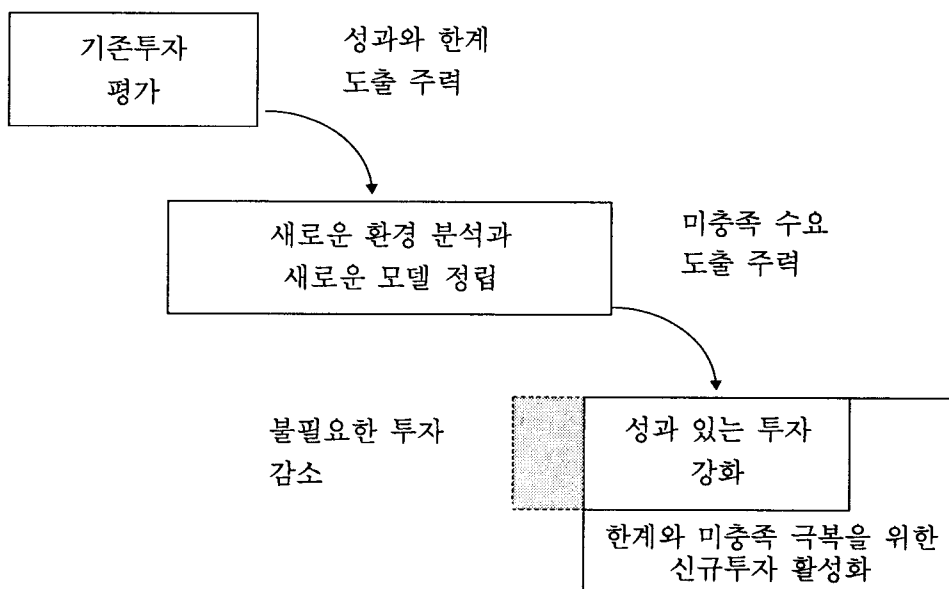


그림 3. 연구 흐름

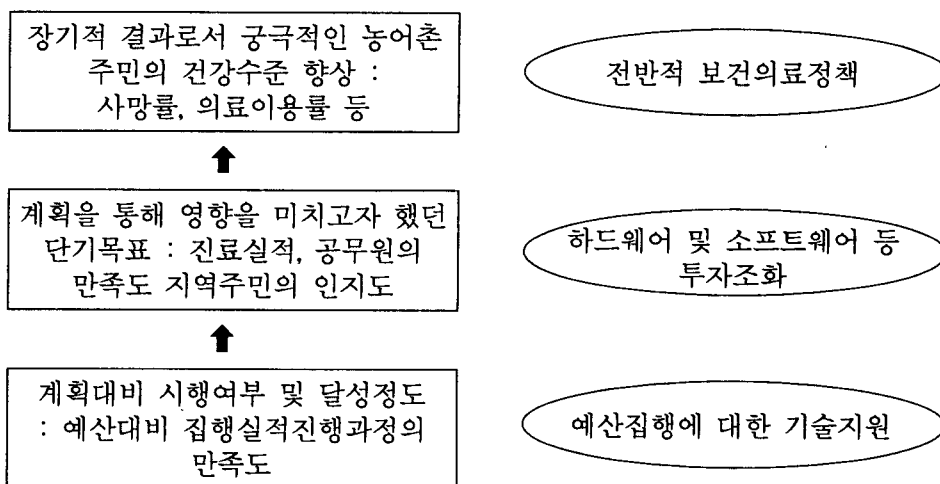


그림 4. 연구의 계층화 개요

4 농어촌의료서비스개선사업 10개년평가와 향후 추진방향

	시설/장비 활용도 및 만족도 등 결과평가	기술지원 및 경쟁력 향상 등 개선사업 과정 평가	투자의 충분성 및 기획투자 여부 등 구조 평가
지역주민			
보건공무원			

그림 5. 단기목표 효과평가 개요

기존 투자에 대한 성과와 한계를 분석하는 효과 평가는 크게 계획 대비 집행실적 평가와 진료실적 등 단기영향 평가 그리고 사망률 등 궁극적 건강결과 평가로 나누어 시행하고 그 과정에서 집행실적 평가에는 예산집행에 대한 사업시행부서의 기술지원체계를, 단기영향 평가에는 투자 지도 및 감독부서의 투자 조정을, 그리고 궁극적 건강결과 평가에는 정책부서의 보건정책을 점검하는 연구가 이루어지도록 하였다.

단기목표에 대한 효과평가는 중요부분으로 크게 구조, 과정, 결과로 나누어 평가의 정밀함을 강조하였다. 또한 평가의 객관성을 높이기 위해 지역주민에 대한 무작위 전화설문조사를 실시하였고 각 년차별 진료실적과 보건사업 현지평가 결과를 활용하였다.

이외에도 장기목표에 대한 효과평가를 위해서 기존 정부에서 발간된 각종 통계자료를 다양하게 망라하여 농어촌 주민의 건강관련 지표를 정리하였으며 최근 농어촌 관련 정부의 주요 정책들을 검토하여 정리하였다.

2. 농어촌의료서비스개선사업 평가 연구 주요 내용

1) 농어촌의료서비스개선사업의 집행실적
최근 시행된 연구로 '농어촌특별세와 농업 재정'이라는 2003년도에 한국농촌경제연구원 에서 낸 연구보고서에는 농어촌의료서비스개선사업이 계획대비 집행 실적이 우수한 사업으로 평가되어 있으며 집행실적은 83.2%에 이른다. 농특세에서 투자되는 기타(유통개선, 농어민연금 등) 사업들은 예산확보는 적기에 이루어졌는데도 사업지연, 계획변경, 예산과다 확보, 지원대상자 감소, 훈련실적저조 등 사유로 불용액이 많이 발생하였다. 결과적으로 복지분야에서 농어촌의료서비스개선사업이 차지하는 비중이 계획에서는 26.3%였으나 10년동안 실제 집행실적으로 따지면 36.6%를 차지하고 있어서 충실한 사업진행이 된 것으로 평가할 수 있다. 또한 같은 연구보고서에서 향후 농특세 투자는 이전과 달리 농어촌경쟁력강화를 위한 하드웨어투자보다는 보건복지 등 소

표 1. 농어촌의료서비스 개선사업 지원기관수(1994-2004) (단위 : 개소)

기관유형	2004년 대상기관수 (T)	시설개선 개소수 (A)	시설개선율(A/T) *100	신축 개소수* (B)	신축률 (B/A) *100	의료 장비	방문 보건 세트	전산 장비	방문보건 사업용 차량	진료소 PC
보건소	144	136 ¹⁾	93.1	82	60.3	132	93	143	144	-
보건지소	1,271	392	30.8	362	92.3	273	246	-	20	-
보건진료소	1,899	178	9.4	165	92.7	-	395	-	-	1,103
기타(시도)	9	1				3	-	9	-	-

1) 출장소 포함, 제주시보건소, 고양시 일산구보건소 포함

* : 2003년 12월 말 현재 신축지원결정 개소수임.

※ 2개년도 이상에 걸쳐 지원된 경우는 1개소로 산정

※ 자료원 : 농어촌보건기관시설·장비부분 표준모형 개선방안 개발, 2005

소프트웨어투자에 더욱 비중을 두어야 한다고 분석하였고 특히 농어촌의료서비스개선사업 지원 투자가 가지는 의미를 중요하게 보고 건 강한 농촌사회 조성을 위한 기반사업으로서 시한없이 계속되어야 할 투자로 분류하였다 (김준영, 농어촌특별세와 농업재정, 한국농업 경제연구원, 2003).

연도별로 개선사업 투자액을 살펴본 결과 투자 초기의 높은 투자액은 전체적으로 점차 감소하다가 최근 다시 약간 상승하는 경향을 보였다.

개선사업 실적은 전체 대상지역에서 시설개선은 신축이 이루어진 보건기관의 비율로 보았을 때, 보건소는 약 60%, 보건지소는 전체 30%정도의 시설개선이 이루어졌다. 보건진료소는 10% 이내의 시설개선이 이루어졌고 대부분 신축지원 되었다. 의료장비, 전산장비, 방문보건사업용 차량의 지원은 보건소의 지원 비율이 높았고 보건지소는 방문보건사업용 차량의 지원이 거의 가지 않았다.

신축에 투자된 액수는 총액이 2천8백억원 정도이고 증개축에 투자된 액수는 5백억원 정도

로 차이가 크다. 과거 증개축을 이유로 투자받았던 보건소도 최근 새로운 사업 영역을 수행할 공간 부족과 혁신적인 보건소 이미지 재창출 등을 이유로 신축 신청을 하고 있는 추세이다.

2) 농어촌의료서비스개선사업의 단기목표 달성 평가

이와 관련한 기존의 평가는 일부 있었지만 단편적이었고 제한이 있었다. 기존 평가는 크게 나누어 사업추진 주체가 시행한 내부평가와 외부 전문가가 평가한 외부 평가로 나누어 볼 수 있고 다음의 표에 요약 정리되어 있다.

본 연구는 비 내소자 일반 주민을 포함하여 조사하였고 농특 대상 지역 전체를 대상으로 소장 및 담당자의 의견을 조사하는 등 성과평가의 객관성을 향상하는데 역점을 두었다. 특히 기존 평가가 특정시점의 단기적인 실적 변

표 2. 농어촌의료서비스 개선사업에 대한 내부평가 결과 요약

연구	특징	평가
농어촌 의료서비스 개선사업의 중간평가와 정책과제 (1997)	과정평가	- 내소자 주민만족도: 만족도 향상 및 신뢰도 향상, 보건소에 대한 인식 개선, 재이용의사 증가 - 직원 만족도: 서비스 개발의욕증가, 업무능력향상, 서비스 질 향상 - 직원 업무의 증가, 주민의 보건소 이용률 증가
농어촌의료서비스 개선사업의 중간평가(시설개선사업) (1998)	보건소시설개선 전후사진비교	- 내부 실의 동선의 합리화로 효율성증대 - 지역주민의 인식을 전환하는 계기 - 새로운 시설의 외양이 시군자체단체장의 투자의욕고취
1차 공공보건의료 시설에 대한 거주 후 평가 모델 구축 적용(2001)	시설물에 대한 거주 후 평가	- 내소자 및 직원 대상 만족도 조사 - 건물성능평가, 사업과정평가, 관리운영평가 실시 - 건물성능 향상, 실 및 장비활용도 향상, 통합사무실 구축으로 업무의 효율성과 부서간 협조증진 기여, 직원의 업무몰입도 증대 - 지방자치단체의 관심과 투자 증대를 가져옴

표 3. 농어촌의료서비스 개선사업에 대한 외부평가 결과 요약

연구	특징	평가
농어촌 의료서비스 체계 개선방안 (1999)	농어촌 공공의료 기관의 운영과 이용실태에서 지원사업을 평가함	- 보건소 개선으로 의료서비스의 양적, 질적 향상 - 직원의 친절도 향상, 보건소 이용 주민의 증가, 만족도 증가 - 외형적인 의료서비스 제공 기본 골격을 갖추게 되었음
공공보건의료기관 투자사업평가 (2000)	외부평가	- 개선전후 단기 진료실적 비교 시행 - 필요성과 타당성이 충분하고 투자효과를 상당부분 거둠 - 사업추진절차의 공정하게 이루어 졌으나 사업관리가 경직되어 있고 사후 활용 모니터링이 미흡하다고 평가함
농어촌의료서비스 개선사업에 대한 보건소 공무원의 만족도(1998)	미실시, 추진 중, 완료 보건소별 직원만족도조사	- 일부지역 보건소 공무원 대상 조사 - 개선사업이 완료된 보건소의 만족도가 미실시, 추진 중 보건소에 비해 높음 - 공무원의 개발의욕, 업무능률, 질, 사업량의 향상 - 주민이용률의 증가, 제공의료서비스 향상

표 4. 이전 연구와 본 연구의 차이점 정리

	기존 성과 평가	본 연구의 특징
평가시기의 문제	투자 초기의 중간평가	투자 후반기 성과 평가
평가대상의 문제	내소자 주민대상 평가 개선 보건소 혹은 일부 지역 보건기관 공무원 대상 평가	보건소 인근 일반 주민(비내소자 포함) 추가 조사 전체 농특지역 보건기관 소장 및 담당공무원 대상 평가
평가방법의 문제	일시적 진료 및 사업 실적 향상 평가 보건사업 및 계획서 평가 제외	장기적 진료 실적 변동 추이 관찰 평가 보건사업 현지평가 및 계획서 평가 결과 분석
시설평가기준의 문제	증개축을 포함한 개선사업 전반	보건기관 신축(이전신축 포함) 여부*
기타	기존 농어촌보건의료서비스 전달체계에서 투자방향 제시	새로운 농어촌 보건의료서비스 모델 제시

* : 보건소 시설 증개축은 건축 측면에서 보았을 때 공간배치 등 평면계획에서 비효율적이고 건물의 이음매에서 하자가 발생할 가능성이 높아 유지보수비용이 많이 들고 건강증진사업 등 신규사업에 효과적으로 대응하지 못함. 실제 2005년 개선사업지침서에서는 증개축 보건소의 신축을 권고하고 있음.

화만을 살핀데 반해 본 연구는 약 10년의 전체적 변화를 추적 관찰하여 변화경향을 명백히 하였다. 또한 진료실적 외에도 보건사업의 향상 경향을 지역보건의료계획 서류평가 및 현지평가 결과를 참조하여 검토함으로써 단기적 목표 전반에 대한 효과평가를 시행하였다. 본 연구의 특징을 기존 연구와 대비시켜 간략히 정리한 것은 다음 표와 같다.

가. 농어촌 주민대상 개선사업 인지, 만족관련 전화설문 결과

농어촌 의료서비스개선사업으로 보건소 건물을 신축한 지역(이하 개선지역)과 그렇지 않은 지역의 주민(이하 미 개선지역)을 대상으로, 공공보건의료기관 이용률 및 개선사업 인식도, 서비스 만족도를 조사하였다. 개선지역과 미개선지역의 리스트를 사전에 조사전문기관에 보내주고 이 가운데서 개선지역 10개, 미 개선지역 10개 총 20개 지역을 무작위 확률군집표본 추출하도록 하였다. 보건소가 소재한 지역 주민 가운데 40~75세 주민 1023명(개선지역 511명, 미 개선지역 512명)을 다시 무작

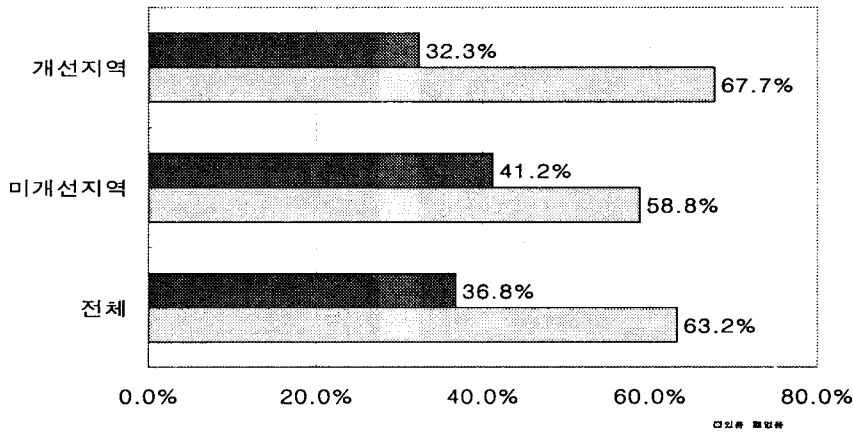


그림 6. 개선여부 별 보건소 이요 경험차이

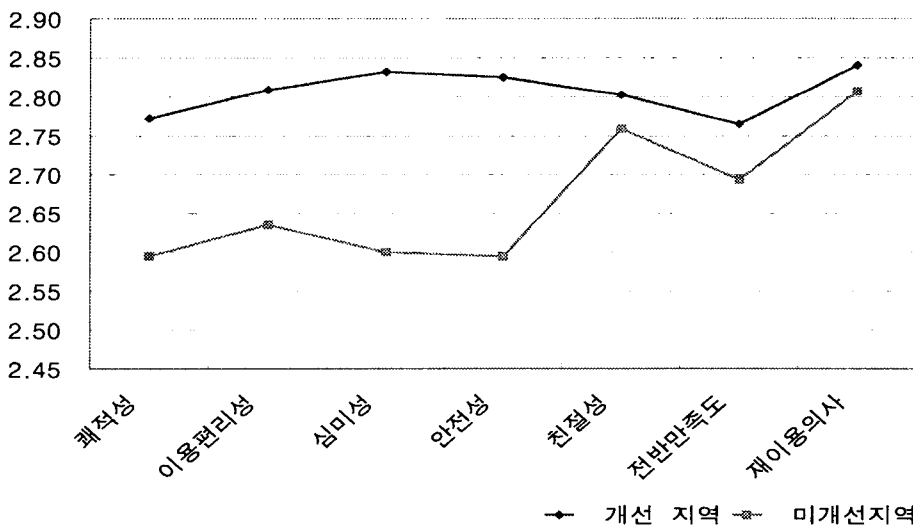


그림 7. 보건소 시설서비스 질 및 만족도

위로 추출하여 11월 9일~12일까지 전화설문조사 수행하였다(전문조사기관(겔럽)에서 수행).

보건소를 이용한 경험이 있는 경우는 전체 63.2%로 나타났다. 개선지역의 경우 67.7%로 미개선지역의 58.8%보다 높은 이용률을 보였으며 이는 통계적으로도 유의한 차이가 있었다.

개선지역 주민만을 대상으로 보건소의 시설을 이용하는데 있어 느끼는 보건기관 이용에 따른 만족도의 질적 수준을 조사한 결과 쾌적성, 이용편리성, 심미성, 안전성 모두 개선지역의 주민이 미 개선지역의 주민에 비해 만족도가 높았으며 통계적으로도 유의하였다. 그러나 친절성, 전반적인 만족도 및 재이용의사의 경우 개선지역의 주민이 미 개선지역의 주민에 비해 더 높았으나 통계적으로는 유의한 차이는 없었다.

개선 후 보건소에 대해 주위사람들의 평판이 좋아졌다고 응답한 경우가 86.1%, 변함없음 11.7%, 나빠짐 2.2%로 나타났다. 개선하기 이전과 비교하였을 때 보건소를 이용하기가 편리하였는가에 대한 질문은 보다 편리해졌다가 89.3%, 불편해졌다가 7.7%, 변함없음이 9.1%로 나타났다.

전체 설문조사자료를 대상으로 보건소 이용에 영향을 미치는 요인 특성을 자세히 파악하기 위하여 주민의 사회 인구학적 특성 및 보건소의 개선여부를 독립변수로 하고 보건소 이용여부를 종속변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 수행한 결과는 아래 수식과 같다. 각각의 회귀계수는 모두 통계적으로 유의하였다.

$$\log \frac{p}{(1-p)} = -1.102 + 0.207sex + 0.566age + 0.391reform - 0.197center + 0.121hospital$$

- 독립변수 : 성별(sex: 남자 1, 여자 2), 연령(age), 개선여부(reform : 미개선 0, 개선 1), 보건소까지 소요시간(center), 인근병의원까지 소요시간(hospital)
- 종속변수 : 보건소 이용여부(이용 1, 비이용 0)

나. 농어촌지역 보건기관 진료실적 조사 결과 지역보건의료계획을 통해 보고되는 각 보건기관의 연인원 진료실적을 입력하여 도시(개선사업 비지원대상)지역, 농촌(개선사업 지원대상)지역으로 나누고 농촌지역은 다시 개선사업이 이루어진 지역과 미개선지역으로 나누어 보건소별 평균 진료실적을 비교하였다.

전국적으로 1997년 IMF를 경과하면서 도시농촌 모두 보건소 연인원 진료실적이 증가하다가 1999년을 지나면서 다시 감소하는 경향을 보인다. 하지만 농촌지역만 따로 살펴본 결과 개선지역은 1999년의 감소경향이 보이지 않고 미개선지역에 비해 연인원 진료실적이 꾸준히 증가하는 경향을 보이고 있었다.

다. 제3기 지역보건의료계획 서류평가 및 현지평가 결과 비교

제3기 지역보건의료계획에 대한 서류평가 및 현지평가 결과를 농어촌지역(지원대상)과 도시지역(비지원대상)으로 나누고 또한 농어촌지역도 개선지역(신축, 이전신축)과 미개선지역으로 나누어 비교 검토하였다.

서류평가 점수를 비롯한 전체적인 점수가 농촌(지원대상)지역이 높았다. 이는 개선사업 대상지역 선정에 서류평가 점수가 반영된다는 현실적 여건이 도시지역과의 계획작성 과정의 노력차이를 만들어내는 것으로 보인다.

현지평가 점수는 먼저 구조영역과 만족도를 측정된 결과영역에서 개선지역이 가장 높는데 특히 시설 등 구조영역내의 세부 항목으로 기본환경점수는 뚜렷하게 높았다. 하지만 보건사업 수행 등 과정점수는 개선지역이 미개선지역에 비해 낮은 경향을 보였다.

라. 농어촌대상지역 소장 및 담당자 대상 설문조사 결과

설문지는 보건소장용과 개선사업 담당자용으로 나누어 144개 전체 농어촌개선사업대상지역으로 보내어 설문조사를 시행하였고 101개의 설문지를 회수하여 70.1%의 응답율을 보

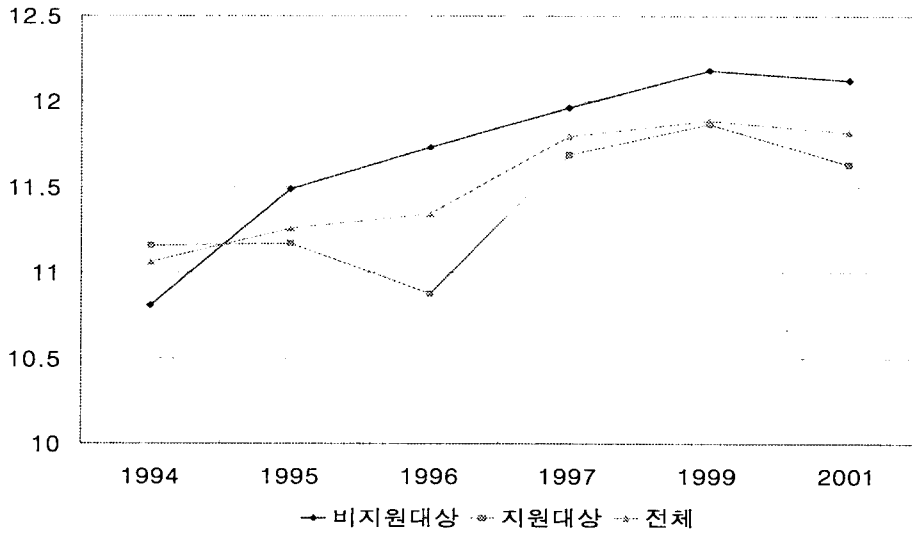


그림 8. 도시지역(비지원대상)과 농촌지역(지원대상) 보건소의 연인원 진료실적 비교

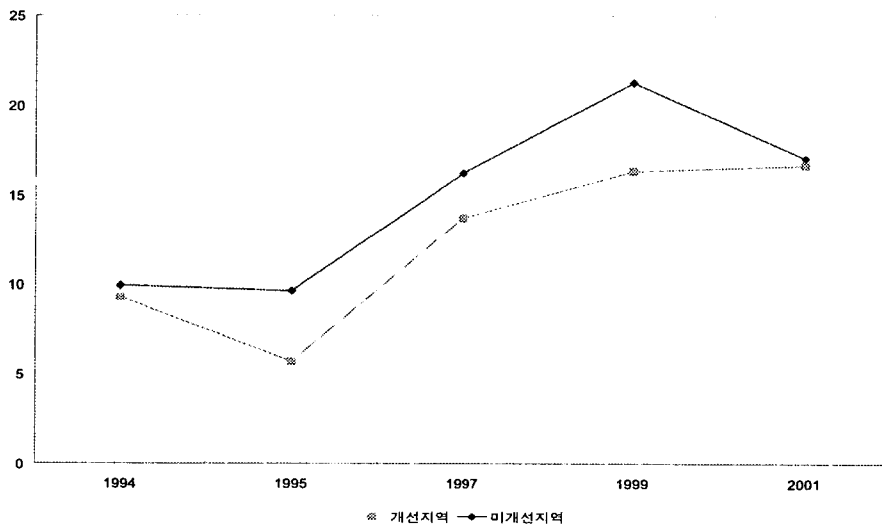


그림 9. 개선지역과 미개선지역 보건소의 연인원 진료실적 비교

표 6. 보건기관 대상 지역보건의료계획 서류평가 및 현지평가 결과

영역	비지원대상	지원대상		전체
		총	개선지역	
서류평가	82.5	84.3	84.1	84.7
현지평가 구조	51.8	52.5	53.8	51.0
현지평가 과정	56.6	61.4	60.7	62.2
현지평가 결과	57.8	66.4	66.5	66.2

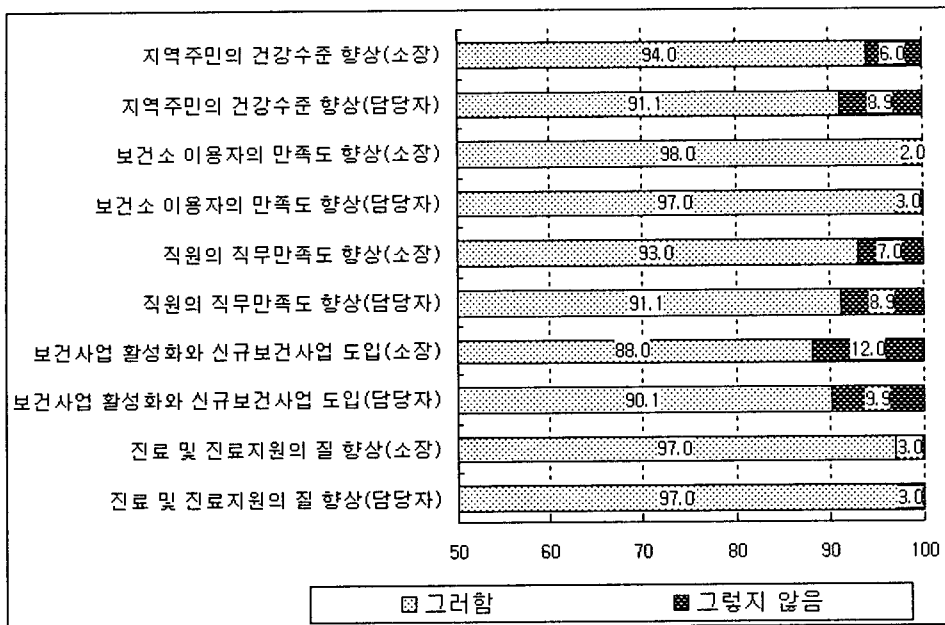


그림 10. 보건기관 공무원이 응답한 농어촌의료서비스 개선사업의 효과

였다. 보건기관의 신축에 따른 보건소 직원의 만족도에 대한 문제와 개선사업 진행과정의 문제점에 대한 사항에 대해 조사를 시행하였다.

보건소장과 개선사업 담당자들에게 '지역주민의 건강수준 향상', '보건소 이용자의 만족도 향상', '직원의 직무 만족도 향상', '보건사업 활성화와 신규보건사업 도입', '진료 및 진료지원의 질 향상' 각각에 대하여 개선사업의 지원이 효과가 있었는지를 조사한 결과, 응답자들의 대부분은 언급한 모든 항목에서 개선사업이 효과가 있었다고 응답하였다.

농어촌의료서비스개선사업이 보건소의 기획능력 향상을 가져왔는지에 대하여 조사를 실시한 결과, 보건소장과 개선사업 담당자들은 각각 65.9%와 65.0%가 지속적으로 기획능력 향상에 효과가 있었다고 응답하였고, 나머지는 부정적인 의견으로 초기에는 향상되었으나 점차 형식화 되어 효과가 약해졌다고 응답하였다.

또한 보건소장에게 개선사업의 지원이 보건소 인력 확충이나 팀제 도입 등 조직구조개선에 영향을 미쳤는지를 조사한 결과, 보건소장

97명중 41명(42.3%)이 정원의 인력확충에 효과가 있었다고 응답하였고, 36명(37.5%)이 조직구조개선에 효과가 있었다고 응답하였다. 그러나 정원내 인력 확충에 효과가 있었다고 응답한 사람은 97명 중 22명(22.7%)에 그쳐 현재의 개선사업 지원만으로는 보건소의 조직 구조를 개선하는 데 효과가 제한적인 것을 알 수 있었다.

농어촌의료서비스개선사업의 효과를 파악하기 위하여 보건소장들에게 개선사업 지원의 효과가 가장 큰 보건사업이 무엇인지를 조사한 결과 보건소장들은 진료와 건강증진, 방문 보건사업이 개선사업의 효과가 가장 컸다고 응답하였다.

신축에 따른 의의는 보건기관의 평수가 늘었을 뿐 아니라 대중교통과의 연계성, 지역 관공서와의 인접성, 노약자 및 거동불편자의 편의성 등에서 양호성이 증가하였다고 응답하였다.

이외에도 건물의 외관이미지 및 내부환경 등에 대해서도 개선지역이 모두 현저하게 만족도가 높았다.

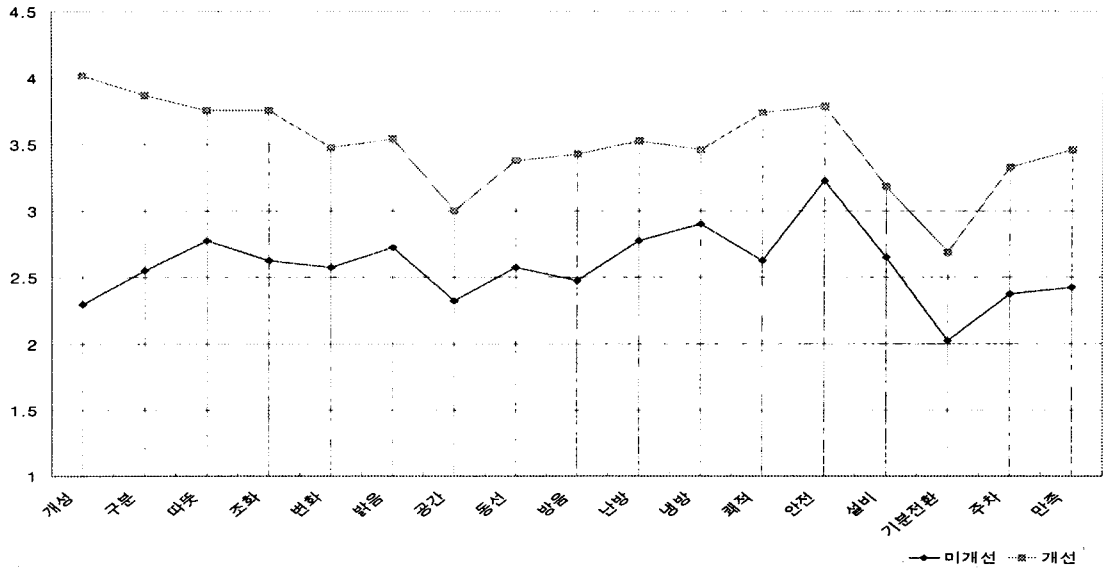


그림 11. 보건기관 시설의 외관이미지 및 내부환경에 대한 만족도 결과 비교

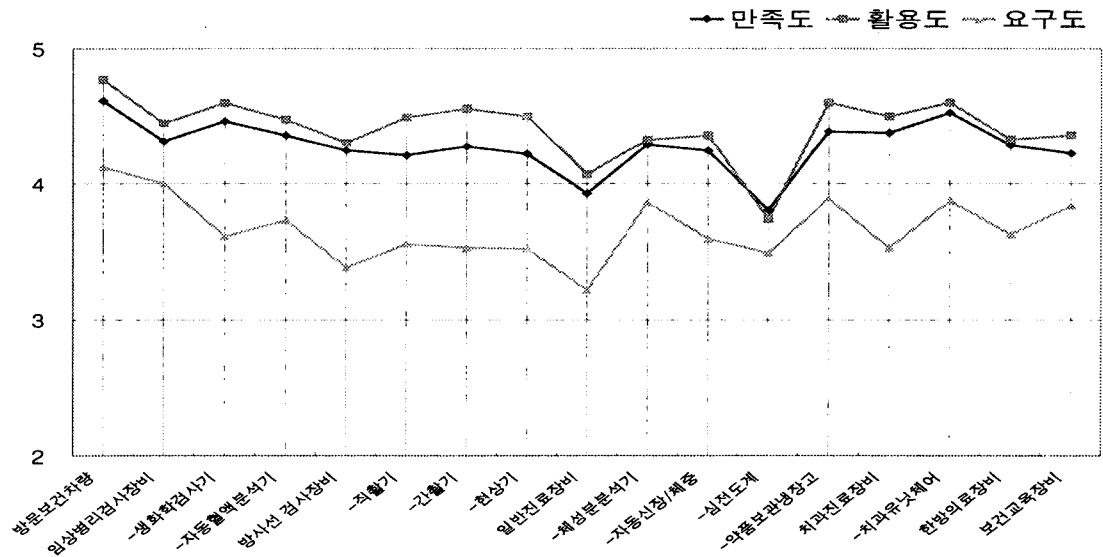


그림 12. 장비지원항목에 대한 만족도, 활용도, 요구도

장비에 대해서는 개선사업에 의한 구비율이 높은 방문보건차량, 치과유닛케어, 방사선 검사장비에 대해서 만족도, 활용도 모두 가장 높은 비율을 보였으며 심전도계, 일반진료장비의 경우 만족도, 활용도, 요구도 모두 낮은 비율을 보였다.

병원선에 대한 투자 만족도 및 문제점 조사는 병원선이 투자되어 있는 경남, 전남, 충남 보건위생과 담당자와 인터뷰를 시행하였다. 또한 병원선에 관한 기존 보고서와 논문을 참고하였다. 인터뷰 결과 병원선에 대한 주민의 만족도는 매우 높으며 꾸준히 활용되고 있어 도

서 벽지 주민의 의료욕구 충족에 기여하고 있는 것으로 나타났다. 하지만 기후가 불량하거나 배의 수리와 관련한 일정이 있으면 출항하지 못하므로 원치않는 휴무일이 많아 효율성이 위협을 받으며 또한 배의 운항과 관련한 기름값 등 운영비의 부담이 상당히 크다고 하였다. 또한 현행 일차진료 위주의 병원선 운영은 그 효과성에 한계가 있어 지역주민의 의료요구 파악을 위한 기초 통계조사, 일선 지역 보건기관 직원 및 주민 대상 보건 교육, 건강검진 시행 그리고 정기적으로 안과, 이비인후과, 비뇨기과 등 특수 전문 진료과목의 진료 등을 시행하여 지역주민의 의료 요구에 적극적으로 부응하는 프로그램을 운영하지 못하는 문제가 있었다.

보건의료원에 대한 투자 만족도 및 문제점 조사는 11명의 보건의료원장을 대상으로 지문이 없는 설문지를 통해 질적 인터뷰 형태로 진행하였다. 모두 농어촌의료서비스개선사업이 보건의료원의 발전에 기여하였다는 응답을 하였다. 하지만 지역내 병원급 의료기관으로서 진료기능을 충실히 할 수 있도록 전문의사를 고용할 수 있어야 하며 기존의 공중보건의로는 제약이 있어 이에 대한 별도 지원이 있어야 함을 지적하였다. 또한 진단을 위한 전문 의료장비의 부족도 문제였으며 지역에 요양병원이 들어오기 어려운 조건에서 일부 병상을 노인요양병상으로 전환하는 것을 고민하고 있었고 이에 따른 지원이 있어야 함을 지적하고 있었다. 그리고 지방재정자립도가 가장 낮은 형편에서 예산지원의 형평성을 달리해야 함을 지적하고 있었다. 보건의료원은 보건소와 달리 전문의 외래진료기능 및 입원기능, 그리고 응급실(혹은 야간진료) 기능이 있으므로 지역의 이러한 요구에 부응한 내용이 지역보건의료계획에 반영될 수 있도록 지침이 변경되면 좋겠다는 의견이 대부분이었다. 이외에 병원경영에 따른 운영비 지원이 어렵고 한편 전문직 인력뿐 아니라 일반 행정직에 대해서도 현실적인 지원과 모니터링이 필요하다는 의견이었다.

마. 농어촌의료서비스개선사업 투자 방식에 대한 보건기관 공무원의 의견 조사 결과 농어촌의료서비스개선사업의 대상 선정기준은 경쟁방식에 입각한 보건의료사업 추진의지를 중심으로 투자대상이 선정되어 차등지원 및 집중 투자되고 있다. 이에 보건소장들에게 현재의 경쟁방식이 개선사업 지원대상 선정에 효과적이라고 생각하는지를 물어본 결과, 100명중 64명(64.0%)이 '매우 그렇다' 또는 '그렇다'고 응답하였다. 그러나 36명(36.0%)은 '전혀 그렇지 않다' 또는 '그렇지 않다'고 응답하여 현재의 경쟁방식에 부정적인 의견도 다수 있음을 알 수 있었다.

농어촌의료서비스개선사업의 대상 선정기준에 경쟁방식을 도입하여 효과적이었다는 긍정적인 평가와 더불어 정작 낙후된 지역이면서 경쟁력이 떨어지는 지역에 대해서는 투자가 미흡하여 문제가 있다는 지적이 있다. 이에 대한 보건소장들의 의견을 조사한 결과, 100명 중 88명(88.0%)이 '매우 그렇다' 또는 '그렇다'고 응답하여, 보건소장들도 낙후지역에 대한 투자가 미흡하다는 문제의식을 함께 하는 것으로 나타났다.

현재의 개선사업 지원분야는 하드웨어에 집중되어 있어, 인력, 교육훈련, 보건통계 산출 등 소프트웨어에 대한 지원이 신규로 이루어져야 한다는 문제제기가 있어 이에 대한 보건소장의 의견을 조사한 결과, 99명 중 91명(91.0%)이 소프트웨어 지원의 필요성에 동의하였고, 그 이유로는 총정원제 실시로 인하여 보건소 직원이 감소하고 있고, 현재 보건소에는 대부분 공보의가 배치되어 있는데 향후 공보의 공급에 문제가 발생할 수 있으며, 현재 보건사업 수행을 위한 전문 인력을 확보하기 어렵기 때문이라고 답하였다.

3) 장기목표 관련 평가-미충족 수요를 중심으로

도시와 농촌간 의료서비스 격차를 완화하여 농어촌 주민의 건강수준을 향상한다는 장기적

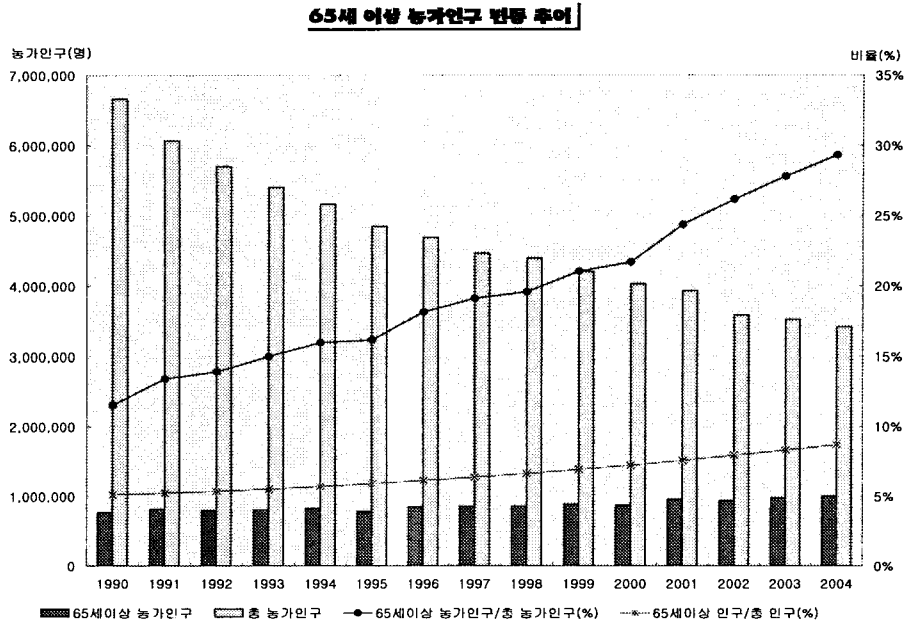


그림 13. 65세 이상 농가인구 변동 추이

자료원 : 통계청(농업기본통계조사)

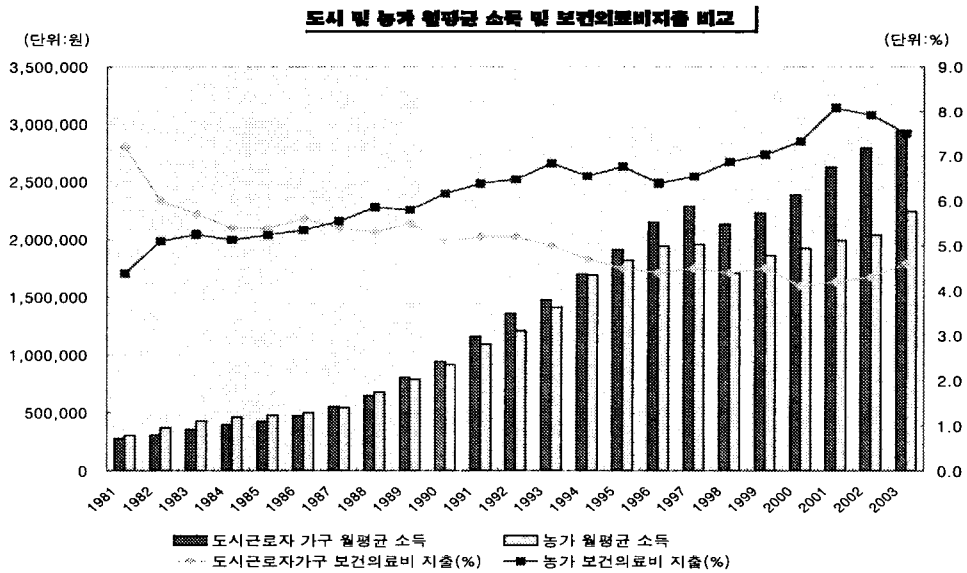


그림 14. 도시 및 농가 월평균 소득 및 보건의료비 지출 비율 변동 추이

자료원 : 통계청(도시가계연보, 농가경제통계)

목표는 과연 달성되었는가에 대해 점검해 보는 것은 개선사업의 평가에서 또 다른 의의를 갖는다.

가. 농어촌주민의 인구학적 특성 변화

농가 인구변화의 가장 큰 특징은 농가 인구 감소와 노령화이다. 특히 우리나라는 세계에서 유래를 찾기 어려운 빠른 고령화 속도를 보여 주고 있는데 농가는 그보다 더욱 빠른 노령화

속도를 보이고 있다.

농가의 월평균소득은 꾸준히 증가하는 경향을 보이지만 도시근로자 가구 월평균 소득과의 비교에서는 격차가 더욱 커지는 방향을 보이고 있으며 고령화에 따른 만성질환의 증가 등으로 인해 보건의료비 지출 비율 또한 늘어나는 양상을 보이고 있는 실정이다. 이러한 빈곤화 경향은 한편 농어촌 지역의 의료급여 대상자가 차지하는 비율이 도시에 비해 매우 높은 경향을 보이는 것과 무관하지 않다.

나. 농어촌주민의 건강수준 변화

농촌지역의 건강습관에 대해서는 연령보정을 한 후에도 전반적으로 불건강하다고 인지하는 비율이 대도시 등에 비해 농촌에서 유의

하게 높은 경향을 보였다. 고위험 음주나 흡연은 농촌이 도시에 비해 더 높은 경향을 보이지만 연령을 보정하였을 경우 유의한 차이는 보이지 않았으며 하지만 규칙적 운동을 실천하지 않는 행태 및 건강검진 미수진 행태의 지역별 연령 보정 위험도는 농촌지역이 도시에 비해 유의하게 높음을 보여주고 있다.

주요 사인별로 연령표준화사망률을 구해 군지역과 군외지역으로 나누어 비교 분석한 결과 전체 사망률은 감소경향이었지만 1998년 이후 감소경향이 감소되었고 한편 군지역이 가장 높았으며 사인별로 살펴보면 대도시 지역은 심근경색증, 자살, 자궁경부암 등으로 인한 사인이 높은 것으로 나타났고 군지역은 교통사고, 외상, 살해, 전체 암, 폐암, 결핵, 폐기

표 7. 전반적 건강수준 및 건강행태와의 지역별 성별 연관성

변 수		남자	여자
스스로 불건강하다고 인지하는 위험비			
지역	대도시	1.00**	1.00**
	중소도시	1.23(0.98-1.55)	0.96(0.80-1.16)
	읍·면지역	1.79(1.41-2.26)	1.58(1.31-1.91)
흡연 행태 위험비			
지역	대도시	1.00	1.00
	중소도시	1.02(0.85-1.23)	1.02(0.77-1.36)
	읍·면지역	1.08(0.87-1.34)	1.13(0.84-1.53)
고위험 음주 행태 위험비			
지역	대도시	1.00	1.00
	중소도시	0.97(0.83-1.14)	0.94(0.72-1.24)
	읍·면지역	0.87(0.72-1.04)	1.03(0.73-1.45)
규칙적 운동 실천 안하는 행태 위험비			
지역	대도시	1.00**	1.00**
	중소도시	0.95(0.76-1.19)	0.94(0.76-1.17)
	읍·면지역	1.67(1.24-2.24)	1.89(1.39-2.56)
건강검진 미수진 행태 위험비			
지역	대도시	1.00	1.00*
	중소도시	0.86(0.72-1.03)	1.00(0.85-1.18)
	읍·면지역	1.00(0.81-1.23)	1.28(1.04-1.56)

주 : * : p<0.05, ** : p<0.01

자료 : 보건복지부 2001 국민건강영양조사(김창엽, 2004)

표 7. 전반적 건강수준 및 건강행태와의 지역별 성별 연관성

군지역의 사망률 비교 경향	사인명
군의 지역보다 높으며 지속 상승 경향	자궁경부암, 폐암, 모든 손상, 결핵
군의 지역보다 높으며 지속 감소 경향	간질환, 교통사고, 살해
군의 지역보다 높지 않으며 지속 상승 경향	심근경색, 당뇨, 자살
군의 지역보다 높지 않으며 지속 하강 경향	심장질환, 뇌졸중, 폐렴

중, 간질환 등이 높았으며 지역간 차이가 별로 없는 사인으로는 뇌졸중, 심장질환, 당뇨병, 폐렴 등이었다. 하지만 당뇨병, 뇌졸중으로 인한 사망은 우리나라 OECD 가입국에 비해 매우 높은 편이다.

다. 농어촌 지역 의료기관 공급 및 의료이용 변화 경향

전국적으로 의료기관의 수는 꾸준히 증가하고 있는 것으로 나타났으며 의료기관당 인구수 역시 꾸준히 감소하고 있는 것으로 나타났다. 의료기관 수의 증가는 주로 수도권에서 나타나고 있는 것으로 나타나고 있지만 군지역에 개원하는 의원, 치과의원, 한의원의 증가도 꾸준하여 군지역 인구수 감소와 더불어 의료

기관 1개소당 담당 인구수가 시부와 거의 같은 수준으로 되는 현상이 2003년부터 나타나고 있다.

하지만 종합병원 1개소당 관할 인구수는 시부에 비해 군부가 아직도 많은 수준이었다. 특히 2005년 8월 보건복지부의 발표에 의하면 전국적으로 총 50개의 응급의료 진료권에 대해 응급의료센터의 적정배치 여부를 살펴본 결과 특별시·광역시의 경우 적정개소수 38개보다 21개나 많은 59개소가 현재 지정되어 있는 상태였고 반면 지방 응급의료진료권은 18개 진료권은 응급의료센터가 아예 없는 상태였다.

또한 한국보건산업진흥원의 장기요양병상 수급현황에 대한 분석에서 광역시 이상 지역은 4,385병상, 시지역은 5,667병상, 군지역은

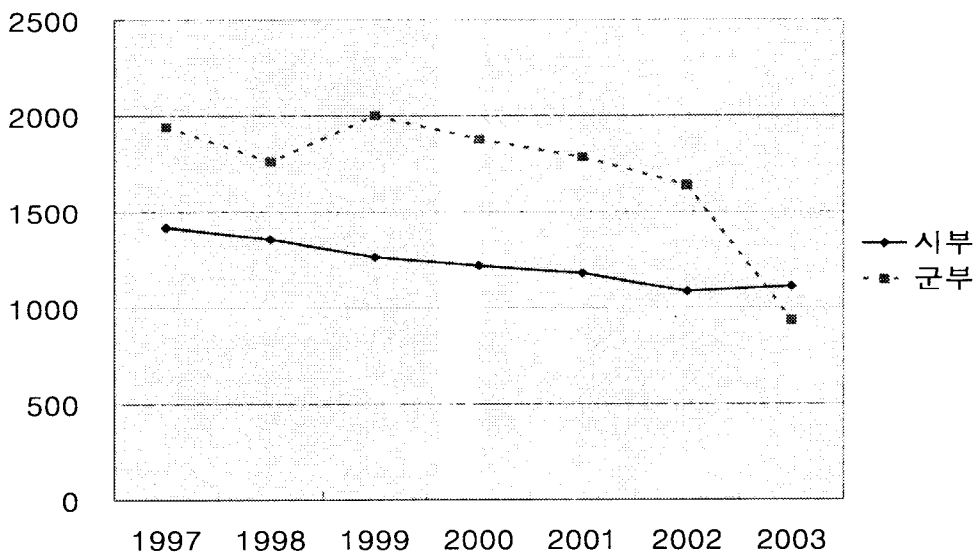


그림 15. 연도별 전체 의원급 의료기관 1개소당 인구수 현황

자료원 : 보건복지통계연보, 통계청 주민등록인구통계

16 농어촌의료서비스개선사업 10개년평가와 향후 추진방향

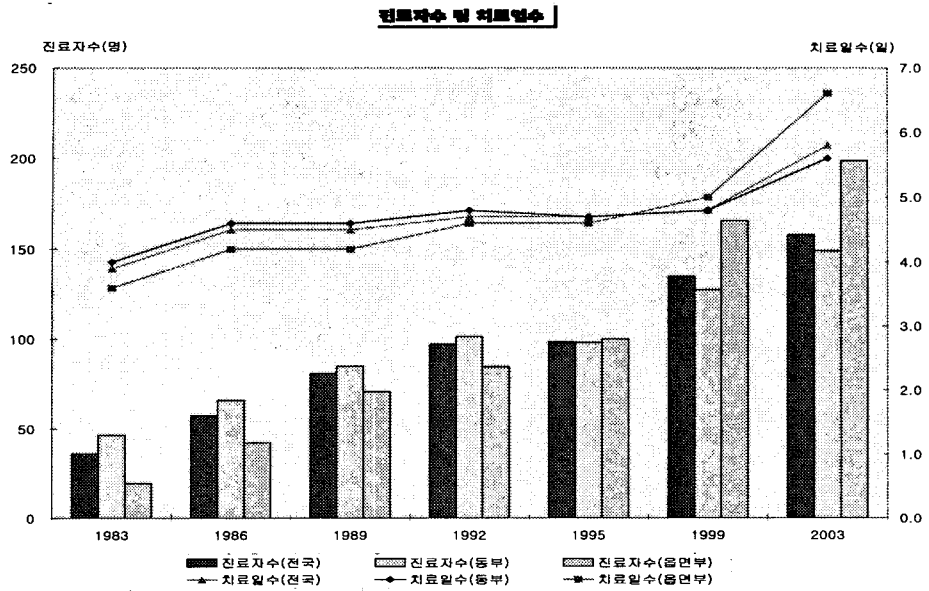


그림 16. 동부와 읍면부 진료자수 및 치료일수 변화 추이

자료원 : 통계청, '사회통계조사보고서' 각년도

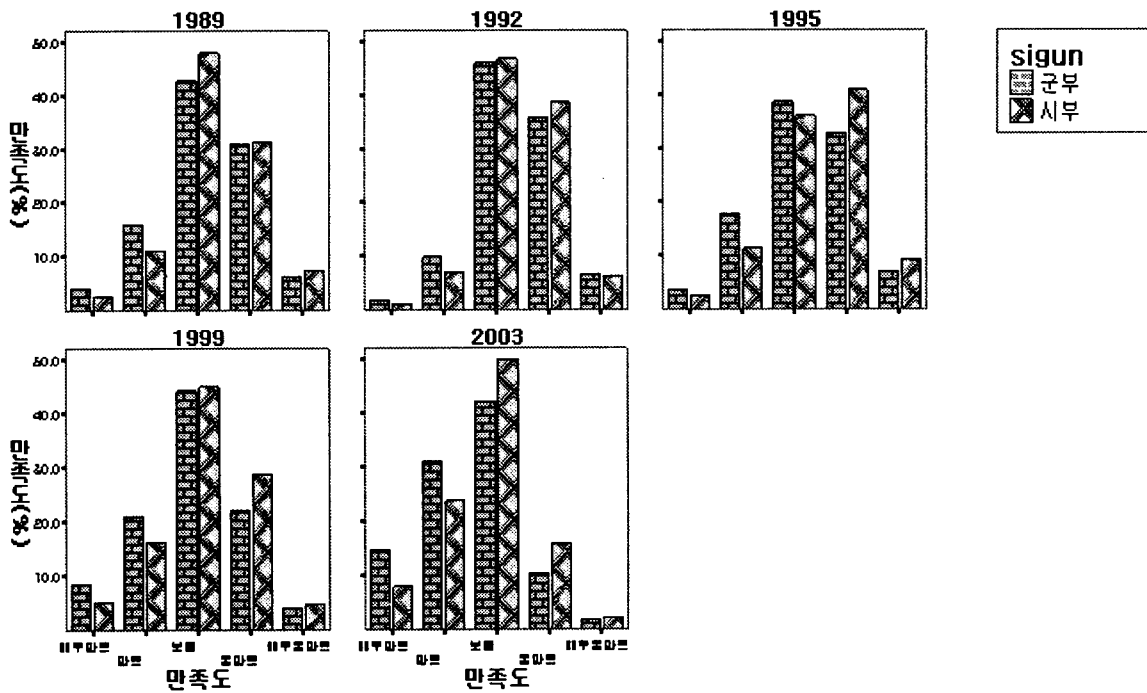


그림 17. 연도별 시, 군별 의료이용 만족도 변화 추이

자료원 : 통계청(사회통계조사보고서)

1,439병상이 부족한 상태로 나타났다. 비교를 위해 편의상 2001년도 각 구지역, 시지역, 군지역 총인구로 나누어 인구 1만명당 부족병상수로 나타낸 결과 시지역과 군지역이 구지역에 비해 더 요양병상이 부족한 것으로 나타났다.

통계청의 사회통계조사보고서에 따르면 우리나라 국민의 의료서비스에 대한 만족도는 꾸준히 향상되는 양상을 보이고 있으며 특히 농촌 지역 주민들의 만족도가 도시 지역 주민들의 만족도보다 높은 양상을 보이고 있다.

전체적으로 국민이 병의원의 의료서비스에 불만을 느끼는 이유를 군부와 시부로 나누어 살펴본 결과 1989년과 1992년만 하더라도 군부 지역주민의 의료서비스 불만족 가운데 주된 이유는 의료서비스의 지역편재와 시설의 낙후

및 미비였었고 이는 시부 지역주민들의 불만족 이유에 비해 현저히 높은 차이를 나타내었다. 하지만 여전히 이러한 문제는 군부와 시부의 차이를 남기고 있지만 이전에 비해 차이폭은 크게 줄어든 양상을 보이고 있다. 반면 치료미흡과 비용과다가 불만족의 주된 이유로 늘어나는 추세를 보이고 있었다.

한편 보건기관의 의료이용이 주요 질환별로 어느 정도의 비중을 차지하고 있는가를 비교한 김재용의 보고에 의하면 다빈도호흡기 질환과 고혈압의 경우 자체 보건기관의 이용률이 높은 편이지만 당뇨의 경우는 자체 보건기관 이용률이 낮아지고 특히 보건진료소는 21% 정도에 미치지 못하고 있어 만성병 관리의 제한적인 여건을 보여주고 있다.

이외에도 건강보험자료를 기반으로 한 지역

표 9. 연도별 시군별 의료이용 불만 이유 변화

	1989	1992	1995	1999	2003
군부					
불친절	21.5	20.6	14.4	11.6	13.4
시설미비	12.8	17.8	11.1	8.7	5.4
지역편재	33.8	27.6	15.2	9.6	4.3
치료미흡	11.5	14.6	16.8	17.85	22.7
긴 대기시간			30.8	25.7	17.3
짧은진료시간			9.35	7.2	
비용과다	19.1	18.6	11.7	20.1	27.5
과잉진료					1.8
기타	1.3	0.9	0.2	0.5	0.3
시부					
불친절	35	35.6	19.5	13.45	13.9
시설미비	5.3	9.1	5.5	4.9	1.9
지역편재	3.3	5.9	2.8	3	1.9
치료미흡	17.7	22.8	21.8	18.25	22.1
긴 대기시간			36.5	27.4	18.4
짧은진료시간			11.3	7.2	
비용과다	36.9	24.5	13.5	22.95	32.2
과잉진료					1.9
기타	1.8	2	0.4	0.55	0.3

자료원 : 통계청(사회통계조사보고서)

표 10. 보건지소 및 보건진료소 관할 지역주민의 주요상병 실이용자수를 통해 살펴본 외래 이용양상¹⁾²⁾

기관종별	다빈도호흡기질환	본태성고혈압	당뇨병
[보건지소]			
종합병원	7,630 (1.7)	10,084 (7.1)	4,323 (14.7)
병 원	9,434 (2.1)	4,376 (3.1)	1,559 (5.3)
의 원	149,492 (33.7)	24,212 (17.1)	11,360 (38.5)
보 건 소	12,427 (2.8)	8,025 (5.7)	1,554 (5.3)
보건지소	265,171 (59.7)	95,017 (67.0)	10,707 (36.3)
합계/평균	444,154 (100.0)	141,714 (100.0)	29,503 (100.0)
충 족 륜 ³⁾	(62.5)	(72.7)	(41.6)
[보건진료소]			
종합병원	5,659(1.4)	6,086 (10.1)	2,503 (19.2)
병 원	6,568(1.7)	2,755 (4.6)	945 (7.3)
의 원	94,286(23.7)	13,408 (22.2)	6,835 (52.5)
보 건 소	6,293(1.6)	4,390 (7.3)	1,038 (8.0)
보건지소	21,733(5.5)	9,626 (15.9)	1,440 (11.1)
보건진료소	263,137(66.2)	24,114 (39.9)	250 (1.9)
합계/평균	397,676 (100.0)	60,379 (100.0)	13,011 (100.0)
충 족 륜 ³⁾	(73.2)	(63.2)	(21.0)

주: 1) 관찰기관 중에 주상병이 다빈도호흡기질환, 본태성고혈압, 당뇨으로 청구된 모든 사람
 2) 기관종별로 계산된 이용자의 실인원수 합계이므로 중복을 고려하면 전체 실인원수보다 클 것임.
 3) 충족률은 항목별 합계 중에서 보건기관(보건소/지소/진료소) 이용이 차지하는 비중임.

자료원 : 김재용 등, 건강증진사업의 효율성제고를 위한 공중보건의사 활용방안 개발, 2001

사회 주민의 고혈압 적정관리를 산출 결과에서 농촌지역은 도시지역과 마찬가지로 고혈압 관리가 제대로 이루어지지 않는다는 보고(임부들 등, 2003)가 있었고 논산시에서 농촌지역 고혈압 주민의 1년간 추적조사 결과 고혈압 교육과 상담 등 체계적인 관리가 미흡한 수준이었다(이무식 등, 2004). 또한 공중보건의사의 고혈압 관리에 대한 지식 및 태도에 대한 조사 연구에서도 고혈압환자에 대한 문진 및 이학적 진찰과정, 검사수행도 측면에서 시급한 개선이 있어야 함을 지적하고 있는 등(송윤미 등, 1996) 농촌지역 만성질환 관리의 질적 측면도 많은 문제점이 있음을 보여주었다.

4) 농어촌 보건의료환경변화와 이에 따른 투자 방향 정립
 가. 농어촌 보건의료환경변화
 보건의료 외적인 측면으로 쌀시장 개방과 자유무역 협정 등 경제 환경의 변화에 따라 농촌의 경쟁력 강화가 더욱 강조되고 있으며 농업에 종사하는 인구는 더욱 줄어들어 현재 수준의 절반이 될 것으로 예상하고 있다(김준영, 2003).
 우리나라는 도로 연장 및 포장율이 매우 빠르게 성장하는 양상을 보이고 있다. 대도시에 비해 지방은 도로 포장율이 아직도 격차가 있는 것으로 나타나고 있지만 도로 연장 및 포장은 매우 가파른 상승을 보이고 있음을 알 수 있다.

표 11. 도로 연장길이 및 포장율 변화 실태

연도	고속 국도		일반국도		특별광역시도		지방도		시,군도	
	연장	포장율	연장	포장율	연장	포장율	연장	포장율	연장	포장율
1981	1,245,200	100	12,247,019	55	9,403,061	62	10,013,157	11	17,427,971	13
1985	1,415,400	100	12,241,229	74	10,017,843	71	10,166,799	29	18,422,862	30
1989	1,550,770	100	12,190,199	86	12,385,856	80	10,557,731	57	19,795,975	48
1993	1,602,400	100	12,057,120	98	13,336,361	86	10,656,258	86	23,643,695	76
1997	1,889,121	100	12,458,868	98	17,243,288	91	17,089,013	74	36,288,091	56
2001	2,636,630	100	14,253,657	97	17,809,827	94	15,704,120	78	40,992,177	60
2004	2,922,950	100	14,245,892	97	17,370,783	99	17,475,610	78	48,262,558	59

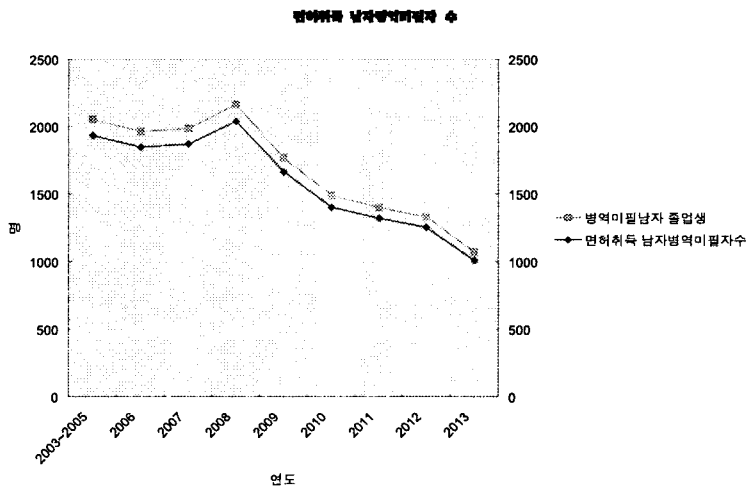


그림 18. 의과 공중보건의 배출 예상 추이

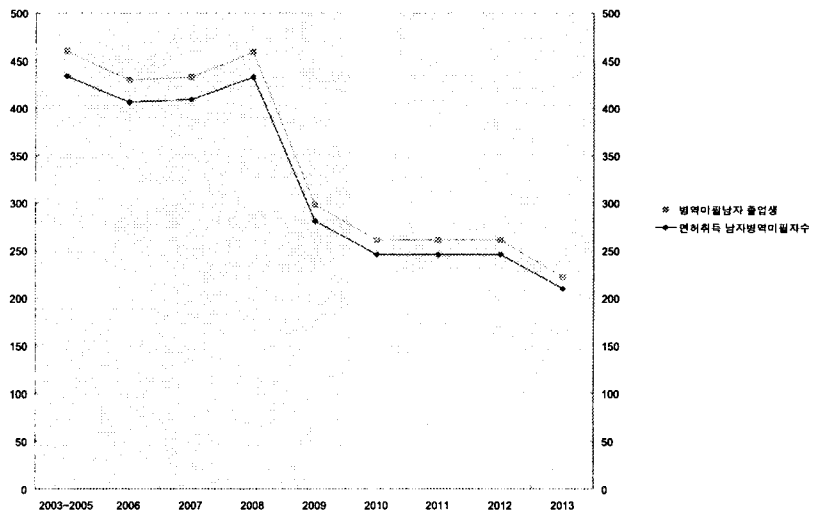


그림 19. 치과 공중보건의 배출 예상 추이

우리나라 농촌의료서비스의 대부분은 실제로 공중보건의에 의존하고 있는 바가 매우 큰 데 현재 의과대학의 의학전문대학원으로의 전환이 본격적으로 진행되고 있어 이에 따라 공중보건의사의 배출이 급감할 것으로 예상된다. 한국보건산업진흥원의 내부 분석 자료(2005)에 의하면 2008년부터 급감하기 시작하여 2011년에는 현재의 절반수준만 배출이 되어 공중보건의사의 수급에 큰 장애를 초래할 전망이다. 특히 치과 공중보건의사의 감소가 더욱 빠르게 나타날 것으로 예상하고 있다.

최근 '농어촌주민의보건복지증진을위한특별법'이 제정(2004.01.29)되어 정부는 농어촌주민의 인간다운 삶 보장을 목적으로 농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 시책을 강화하고 있지만 취지에 맞는 농어촌 보건의료에 대한 포괄적인 계획 수립은 미흡한 상태이다.

또한 고령화 시대를 맞아 2008년부터 노인수발보험제도의 본격적 도입을 앞두고 현재 시범사업이 진행 중이지만 공공보건기관이 주를 이루고 있는 농어촌지역의 경우 서비스 전달체계 개선 및 지원체계 개발을 위한 정책적 노력은 없는 상태이다.

한편 보건의료행정에도 지방분권의 강화와 더불어 큰 변화가 불어오고 있다. 총액인건비 제도의 시행 및 직속기관 설치 승인제 폐지 등 지방자치법 시행령 개정에 따른 조직관리 지침 변화(행정자치부, 2005.04.07), 지방양여금

제도의 폐지 및 분권교부세의 신설 등이 그것이다. 이는 중앙정부의 강력한 보건의료 업무 추진 Guideline이 없는 상태에서 경쟁력이 떨어지는 지방보건의료행정에 큰 위기로인으로 작용하고 있다.

나. 향후 농어촌의료서비스개선사업 추진 방향 제안

투자성과는 계승하면서도 미흡한 투자영역은 이를 극복하는 투자와 변화된 환경에 의해 새로운 투자를 요구하는 영역에 대해서는 신규투자를 확대하는 것이 필요하다.

그리고 농어촌 보건의료환경변화에 맞는 투자 전략이 필요하므로 기존 투자전략의 장단점을 파악하고 각각 장점은 계승하고 단점은 보완하는 전략 수립이 필요하다. 세부적인 내용은 표 12, 표 13, 표 14에 간략히 정리하였다.

이와 같은 농어촌의료서비스개선사업 방향을 크게 다음 두가지로 나누어 정립하였다.

- ① 농어촌 보건의료서비스 전달체계 개편 및 이에 따른 투자영역 세분화
- ② 농어촌의료서비스 개선 사업 투자 방법 등 변화를 통해 효율성 및 효과성 증대 추진

1) 농어촌 보건의료서비스 전달체계 개편

농어촌 보건의료 시스템은 과거 무의면 해소를 중심으로 한 치료서비스 공급이 주된 목적이었다면 향후에는 만성병 예방을 위한 건

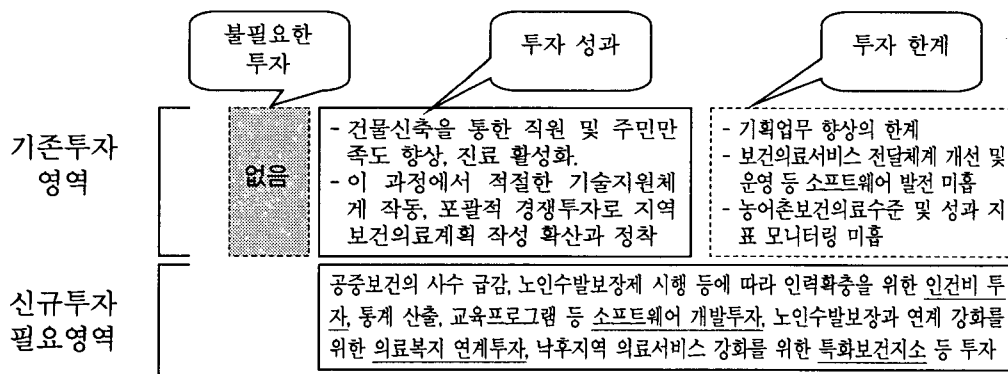


그림 20. 투자 성과 및 한계와 신규투자 영역 개요

표 12. 농어촌의료서비스 성과 계승 투자 전략 개요

기존 투자의 장점	계승 전략
<ul style="list-style-type: none"> - 시설투자를 통해 농어촌 보건기관의 인식개선과 만족도 향상, 이용도 증가 - 경쟁위주의 투자를 통해 보건기관의 능력 향상에 기여 - 시설표준화 등 투자과정 관리에 따른 투자집행 및 모니터링의 기술지원체계 정립 - 지역보건의료계획 작성 확산과 정착 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건의료전달체계 개선을 조건으로 시설 투자 지속 - 경쟁위주 시설투자 지속을 통해 빠른 전달체계 개선 완성 - 기술지원 체계 강화 - 내실있는 지역보건의료계획 작성 유도

표 13. 농어촌의료서비스 한계 극복 투자 전략 개요

기존 투자의 장점	계승 전략
<ul style="list-style-type: none"> - 보건의료전달체계 개선 및 운영안 개발 등 소프트웨어 투자가 미흡하였음 - 경쟁위주 투자로 형평성 투자 및 기획 투자가 미흡하였음 - 농어촌보건의료수준 및 투자 성과지표에 대한 모니터링 미흡하였음 	<ul style="list-style-type: none"> - 소프트웨어 투자 활성화 - 형평성 투자 및 기획투자 연구 - 중앙부처 내 농어촌보건의료 전담부서 설치 및 농특법에서 기술지원단 법률화

표 14. 농어촌의료서비스 환경변화에 대응한 투자 전략 개요

농어촌 보건의료환경 변화	신규 투자 전략
<ul style="list-style-type: none"> - 교통통신의 발달 - 건강증진사업의 시행 및 강화 - 노인수발 보장제도의 시행 - 공공보건의료의 강화 - WTO 시행 등 농산물 개방과 구조조정 및 도농소득격차 심화 - 저출산고령화의 급진전 - 공중보건 의사 공급 급감 - 지방분권제도 활성화 - 농어촌주민보건복지증진법 제정 	<ul style="list-style-type: none"> - 농어촌 의료 소외지역이 줄어들음에 따라 새로운 보건의료전달체계 수립 필요. 모바일 혹은 원격의료에 대한 정보체계 활성화 - 평생건강관리 및 건강마을 필요성 대두 - 의료복지 시설투자와의 연계 - 지방의료원 등 거점병원과의 연계 - 농어촌의료서비스개선투자의 지속 및 강화, 도서지역 등 의료소외지역 투자 강화 - 새로운 예방위주 방문보건프로그램 개발 및 활성화 - 인건비를 신규 투자로 포함할 필요 증대 - 전문인력최소배치기준 등 투자 모니터링 강화 - 농어촌 복지 투자 및 생활여건개선 투자와 연계투자 활성화

강검진 및 건강생활습관개선 등 예방 시스템 체계를 강화할 위주로 하면서 필수적 치료서비스에 대해서 표준적 양질의 진료를 활성화하

도록 시스템이 전환되도록 하여야 한다. 현재 농어촌 보건소 및 보건지소는 일반 민간의료기관과 큰 차이가 없는 진료를 시행하

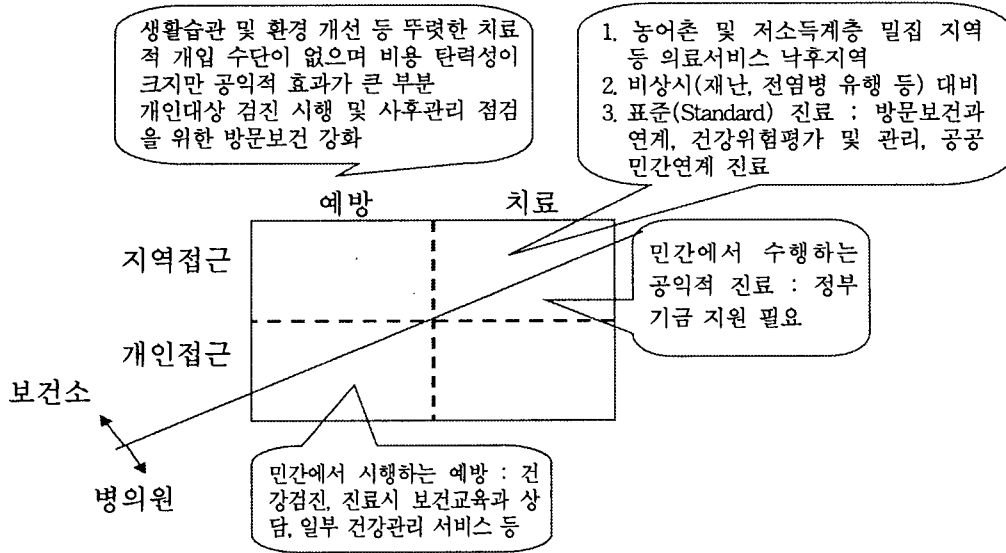


그림 21. 농어촌지역 보건기관 기능 개편 개념도

표 15. 농어촌 표준진료 개념

기존 전통 진료		표준(Standard) 진료
진료초점	환자가 호소하는 통증 등 현재의 문제 진단 및 해결	⇒ 건강위험요소 전반에 대한 점검 및 평가와 상담
진료관행	투약 등 시술 위주로 5분 미만의 짧은 진료 시간	⇒ 상담 및 교육 등 최소 20분 정도의 긴 진료시간
주 대상 질환	감기, 골관절염, 고혈압	⇒ 마찬가지로 대상 질환이지만 해당 질환 발생을 유발하는 흡연, 농작업, 투약 순응도, 건강검진 여부와 후속관리 등 건강생활습관 전반을 대상 질환에 포함
진료지원	임상병리검사, 엑스선 검사	⇒ 임상병리검사, 엑스선 검사 외에도 방문보건팀, 농작업환경측정기사, 사회복지사 등도 포함
질병관리	진료실에서 이루어짐	⇒ 가정 및 농작업장의 방문을 통한 생활현장에서의 질병관리 강조
병원 진료와 의 후송 연계	소견서를 통한 환자 책임 연계	⇒ 보건소 방문보건팀 책임하에 공공병원 등 지역 거점 병원과의 긴밀한 연계 강화

고 있다. 이는 내소자의 현재 통증에 대한 투약 위주의 진료이고 또한 일반 민간의료기관과 다름없는 짧은 진료시간을 보이고 있어 이의 변화가 시급하다. 중앙정부는 표준진료 지침을 개발하고 정기적 평가를 통해 시행을 적극 유도하며 각종 교육을 강화하도록 한다.

또한 교통 및 지역 보건의료환경을 고려하

여 현재의 보건지소에 일괄적으로 모두 의사 1명이 배치되는 모델 보다는 각 보건지소는 방문보건거점 기관으로 전환하고 의사는 예약식 순회진료로 각 보건지소를 방문하며 지역적 중심 보건지소를 선정 고정식 지속 진료서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 특히 현재의 보건소 관리의사는 내소진료

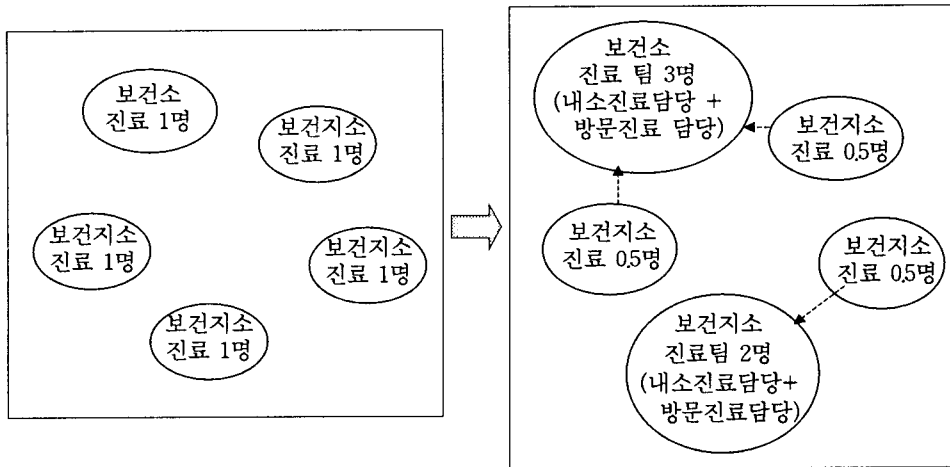


그림 22. 농어촌 보건기관 활용 진료시스템 변경

에 중점을 두고 진료를 수행하고 있지만 미래의 역할은 공공보건과 간호수발, 병의원 진료를 기능적으로 연계하여 건강수준에 맞는 양질의 진료가 제공되도록 하는 기능에 강조를 두어야 한다.

또한 농어촌에 미흡한 전문과목(비뇨기과, 안과, 이비인후과 등) 진료는 지방의료원 및 국립대병원에서의 1-2개월 단위의 순회진료를 시행하는 방안을 추진하는 것이 바람직하다.

이외에도 교통여건 및 일차의료의사의 접근성, 경제적 수준 등을 고려하여 의료소외지역에 대한 재정의가 필요하며 의료소외지역으로 정해지면 최소한도로 제공되어야 할 의료서비스 제공기준을 강화하여야 한다. 또한 의료서비스 제공 모델도 확립적으로 정하기 보다는 각각 모듈화하여 지역의 여건에 따라 다양한 형태로 나타날 수 있도록 할 필요가 있다. 예를 들어 같은 보건의료원이라도 지역여건에 맞게 진료과목의 일부 혹은 급성병상 및 요양병상의 운영 등을 선택적으로 운영하도록 하고 보건지소도 도서지역에 위치해 있을 경우 특정 진료과목의 배치 혹은 입원 기능의 부여 등이 가능하도록 다양한 모델을 만드는 것이 필요하다.

기존의 방문보건사업은 일회적이고 치료위주의 방문이 위주였지만 새로운 방문보건사업

은 건강위험요소를 중심으로 지속적이고 종합적인 건강관리가 이루어질 수 있도록 전환될 필요가 있다. 방문보건요원이 예방적 질병관리나 건강관리 외에 거동불능이나 욕창 등에 대한 수발보장도 병행해서 제공하는 다목적 서비스(Multi Purpose Service)를 제공하는 것이 타당하다. 다만 사회복지사 및 간병도우미 등과 함께 팀을 구성하고 때로는 주민의 건강여건에 따라 사회복지사, 심리치료사, 물리치료사, 의사로 팀 구성을 다양화 할 수 있도록 보건소에서 이러한 지원 체계를 구축할 필요가 있다. 한편 주간보호센터, 지역사회재활센터를 보건소에 설치하여 경증치매, 초기장애 등을 적극 찾아내어 합병증 예방 등과 연계되도록 서비스를 제공한다.

이러한 농어촌 방문보건사업을 강화하기 위해서는 보건진료소의 보건진료원과 보건지소의 방문보건요원 및 진료보조요원 등의 협력적 팀접근을 구축하여 일정한 지역을 담당하는 방문보건사업체계를 빠짐없이 짜도록 하는 것이 필요하다. 이는 향후 예상되는 노인수발 보험제도의 시행에 따라 지역내의 간호수발요 구자에 대한 서비스 제공체계를 구축하는 측면에서도 매우 중요하다. 이때 보건진료소도 예약식 순환진료제도로 바꾸고 동시에 앞서 언급한 방문진료와 연계하여 질환자들에 대한

표 16. 방문보건사업의 새로운 모델 제안

기존 방문보건사업		새로운 방문보건사업	
대상자	기초생활보장수급자 + 차상위계층	⇒	전 지역 주민
가구 건강 평가	거동 불능 등 현재 장애 문제 파악	⇒	흡연 등 생활습관과 안전 문제 등 미래에 발생할 문제의 위험성 평가
서비스	투약, 욕창관리 등 직접 서비스 위주	⇒	투약순응도, 생활습관 개선여부, 적절한 의료이용 여부 등 건강관리 서비스 위주 동시에 필요한 대상자에게는 복약지도, 욕창관리 등 직접서비스 제공
팀 구성	간호사 1인의 단독 순회 서비스 위주	⇒	의사, 물리치료사, 사회복지사 등으로 팀 구성
방문주기 등 대상자 선정 방식	건강문제 보다는 경제적 형편 등 복지문제의 우선순위에 의해 선택	⇒	건강문제를 가장 높은 우선순위
건강관리 계획 수립	욕창관리, 투약 등 방문보건 담당자의 능력에 맞춘 계획 및 서비스 제공	⇒	방문보건대상자의 건강수준에 맞춘 다양한 전문인력의 팀 서비스 접근
사업의 주 목표	대상자 등록 후 투약 등 정기적 관리	⇒	대상자의 건강생활 실천 여부 및 만성질환자의 적절한 의료이용 여부 관리 → 지역의원급 의료기관과 협력 관계 보건소 낮병동 및 재활센터와 연계하여 적극적 장애 및 치매 예방

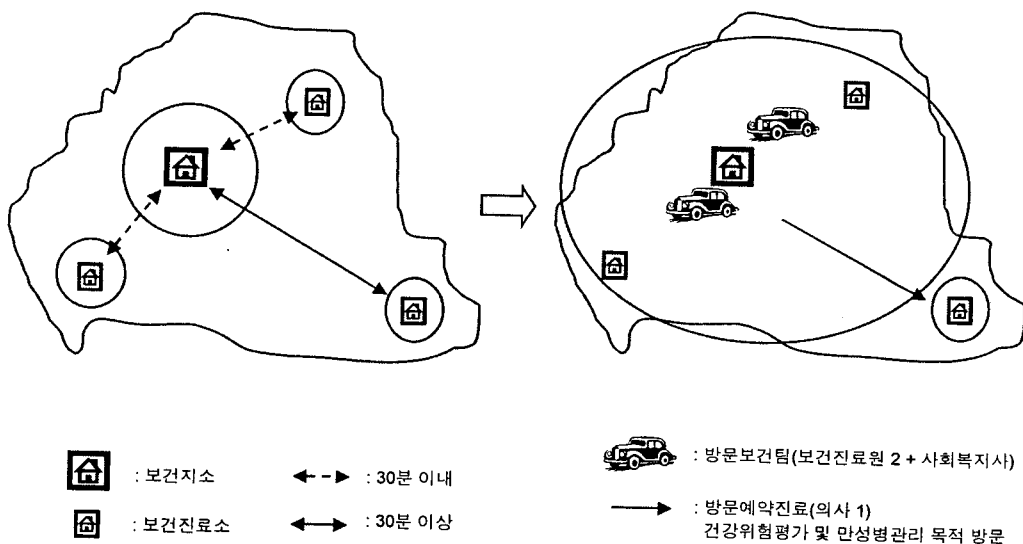


그림 23. 운영변화 도해 예시

의사 진료를 강화하도록 하는 조치도 매우 필요하다. 한편 농어촌 지역내 보육시설 및 농공단지나 농어업에 종사하는 청장년의 건강관리와 지역내 장애인 시설 등 취약계층도 방문보건대상 영역에 포함시키는 것이 필요하다.

이러한 방문보건 및 방문진료를 지원하기 위해 보건소는 노인건강평가팀을 구축하여 치매 등 장애에 대한 초기 진단 및 Care plan 작성과 사후관리를 체계적으로 시행할 수 있는 시스템을 구축하도록 하는 것이 필요하다. 이러한 노인건강평가를 체계적으로 수행하고 적절한 시점에 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 하기 위해서는 노인의 내과, 정신과, 재활의학과 등 문제를 종합적으로 진단하고 협동적 치료가 될 수 있도록 보건소 관리의사의 위상을 정부가 공식화하고 약 1-2년간 병원과 지역사회에서 수련시키고 1-2달간 호주 등 선진외국을 견학하게 하는 수련 프로그램을 만들어 육성하여 2008년경 본격 시행이 예상되는 노인수발보험제도를 충분히 대응하도록 하여야 한다.

따라서 현행 건강보험공단을 중심으로 시행 중인 노인수발보험제도 시범사업에 덧붙이거나 혹은 별도로 농촌지역의 공공보건기관을 활용한 노인수발보험대상자 건강관리 시범사업을 추진하여 수발보험 대상자의 Care plan 작성 및 체계적인 연계와 직접적인 간호서비스 제공 등의 노력을 시범사업하여야 하고 동시에 보건소 관리의사의 노인병 등에 대한 Care plan 작성 및 치료 모니터링 전담을 위한 수련 프로그램 작성과 시범운영 등을 농어촌 의료서비스개선사업의 특화사업으로 추진하는 것이 바람직하다.

한편 중앙정부에서 지방정부의 서비스 제공에 따른 문제를 기술적으로 지원하기 위해 기술지원체계를 강화하고 농어촌지역의 보건의료에 관한 정책 판단 및 지원을 강화할 수 있도록 전담 부서를 설치하는 것이 바람직하겠다.

2) 농어촌의료서비스개선사업 투자 방법 개편
우리나라가 가지고 있는 경쟁위주의 포괄적 투자 방식은 몇가지 문제를 가지고 있는 것도 사실이지만 성공적으로 공무원들의 동기부여를 이끌어내었고 계획의 집행능력과 이에 따른 효율성을 높여왔다. 하지만 지역의 필요도 측정에 대한 정교한 도구의 제공과 이에 따른 형평성있는 투자 방법은 향후 더욱 체계적인 개발과 활용이 요구된다. 미국의 경우 의료취약지수(Index of Medical Underservice, IMU)를 활용한 의료취약지역(Medically Underserved Areas, MUAs)과 의료취약인구(Medically Underserved Populations, MUPs)개념을 적용하여 보건소(Community Health Centers)에 대한 연방정부 재원배분의 기준으로 활용하고 있는데 이러한 사례 등을 적극 검토하는 것도 좋은 방법이 될 것이다.

농어촌의료서비스개선사업에서 소프트웨어 투자는 인건비, 프로그램 및 교재 개발비, 교육과 평가에 들어가는 비용 등을 들 수 있다. 이외에도 보건통계 산출 및 시범사업 운영 등에 투자되는 비용도 모두 소프트웨어 투자라 할 수 있다. 기존 농어촌의료서비스개선사업은 소프트웨어에 대한 고민이 미흡하였다는 점을 들 수 있다. 특히 향후 공중보건학의 공급이 어려울 것으로 예상되고 공무원 총액예산제의 시행 등으로 인해 보건기관 공무원 인력 확보 및 유지에 비상이 걸린 상태에서 이에 대한 체계적인 연구와 대책 수립은 매우 시급한 과제라 할 수 있다. 은퇴한 보건의료인력의 재취업 및 지역 의사회 등 보건의료직능단체와의 협력 연계 강화를 통한 인력확보 방안도 필요하지만 중앙정부 차원에서 인구수 및 보건의료취약지수 등에 기초하여 소요인력수 산출 기준을 정밀하게 개발하고 이에 대한 지원대책을 현실화 하는 것이 중요하다.

한편 농어촌지역 보건기관 공무원의 계획기능과 평가기능을 강화하고자 하는 기존의 노력은 실질적인 기여도가 높았으나 점차 형식화한 측면이 강했다. 따라서 보건기관 공무

원의 경쟁력에 대한 실행적 개념을 정의하고 이를 강화하기 위한 구체적인 교육과 평가를 강화하는 것이 필요하다. 현재 거론되는 보건기관 공무원의 중요한 경쟁력은 지역의 각종 보건통계산출 능력 즉, 예를 들어 비슷한 규모의 지자체와의 비교를 통해 인구대비 전체 보건기관 공무원 수, 전문직 인력확보율, 예산확보율, 지역내 의료기관의 공급 현황(소지역별, 휴일 및 심야 시간대별, 전문과목별 등) 파악, 지역 내 주민의 의료이용 현황 및 불편사항 파악, 의료이용량과 질의 평가 등을 잘 할 수 있도록 하는 것 등이 있다. 지역 내 보건기관 공무원의 경쟁력과 능력에 관한 현장에 있는 보건기관 공무원의 요구사항을 조사하고 이를 연구하여 교육, 확산하는 체계적인 노력 등이 필요하다.

참고문헌

1. 건설교통부. 국토이용에 관한 연차보고서. 2004
2. 건설교통부. 교통안전연차보고서. 2003
3. 경제기획원. 사회통계조사. 1983~2003
4. 김영길, 박재용, 감신, 한창현, 차병준. 농어촌의료서비스개선사업에 대한 보건소 공무원의 인식도. 한국농촌의학회지 1998;23(2): 175-192
5. 김용익 등. 보건의료시장개방에 대비한 보건 의료체계 공공성 강화방안 연구. 국회, 2002
6. 김재용 등. 건강증진사업의 효율성 제고를 위한 공중보건조사 활용방안 개발. 보건복지부, 2001
7. 김준영. 농어촌특별세와 농업재정. 한국농업경제연구원, 2003
8. 김창엽. 사회계층과 전반적 건강수준 및 건강행태. 보건복지포럼, 2004년 6월
9. 나백주 등. 미래사회대비 평생건강관리체계 구축을 위한 지역보건사업 강화 방안. 고령화및미래사회위원회, 2005
10. 농림부. 농업통계연보. 2004
11. 보건복지부. 국민건강영양조사. 2001
12. 보건복지부. 보건복지백서. 2004
13. 보건복지부. 보건복지통계연보. 2004
14. 보건복지부. 농어촌의료서비스기술지원단. 농어촌의료서비스 개선사업 중간평가. 한국보건의료관리연구원, 1997
15. 보건복지부. 보도자료, 2005.8
16. 보건복지부 농어촌보건복지기획단. 농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 제1차 농어촌 보건복지 기본계획('05~' 09). 2005.6.
17. 이무식 등. 지역사회의학실습보고서. 건양 의대, 2004
18. 이신호, 김철웅, 김미희, 장명화. 농어촌 보건기관 시설, 장비부문 표준모형 개선방안 개발. 한국보건산업진흥원, 2005
19. 이인숙, 진영란. 지역사회 고혈압 관리사업의 방향 재설정. 지역사회간호학회지 2004; 15(2):385-396
20. 이지전 등. 미래사회대비 평생건강관리체계 구축을 위한 노인보건사업 강화방안. 고령화 및 미래사회위원회, 2005
21. 임부돌 등. 도시와 농촌지역 고혈압 환자의 의료기관 이용 형태 비교. 한국농촌의학회지 2003;28(1):17-32
22. 임형백, 조중구. 농어촌구조개선의 발전 방향. 한국농업교육학회지 2004;36(3):17-32
23. 통계청. 농업기본통계조사. 1990~2004
24. 통계청. 사회통계조사보고서. 1983~2003
25. 장원기. 우리나라 보건소의 현황과 문제점- 발표자료. 한국보건사회연구원, 1999
26. 정명채, 최경환, 김은순. 농어촌의료서비스 체계 개선방안. 한국농촌경제연구원, 1999
27. 정명채, 최경환, 김은순. 공공보건의료기관 투자사업 평가. 한국농촌경제연구원, 2000
28. 조선일보 기사. "농특세 징수연장 논란: 9년간 12조 거둬 어디 썼나?", 2003.06.06
29. 조선일보 기사. "농특세 징수연장 논란: 농어촌 살릴 청사진 마련돼야", 2003.06.06
30. 한국보건산업진흥원. 요양병상 추계자료. 2004년 12월말기준

31. 행정자치부. 주민등록인구통계. 2003
32. Brennan ME, clare PH. The relationship between mortality and two indicators of morbidity. J Epide Comm Health 1980;34(2):134-138
33. D.P. Forster. Mortality, Morbidity, and Resource Allocation. Lancet 1977;1:997-998
34. E. G. KNOX. Principles of allocation of health care resources. J Epid Comm health 1978;32(1):3-9
35. Mays N. Measuring morbidity for resource allocation. Br Med J 1987;19:703-706
36. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Planned Approach to Community Health
37. Powell MA Jr. Territorial justice and RAWP, Health Policy. jun:18(1) 1991
38. Robyn McDermott, Improving Equity and Efficiency in the Bush: A need based method for health care resource in remote community. Aust J. rural health, vol 3, 72-79, 1995
39. Robert Pamalon et al, The selection of needs indicators for regional resource allocation in the fields of health and social services in Quebec, Soc. 49. Sci. Med. Vol 42, No.6: 909-922, 1996
40. Thomas C. Ricketts, III, Rural Health in the United States, Oxford University Press