한국농촌간호학회지 제1권 제1호(2006)
Journal of Korean Academy of
Rural Health Nursing
Vol. 1, No. 1. 2006

주요용어 : 농어촌, 일차보건의료, 보건기관,
보건의료서비스 전달체계

〈특별기고〉

농어촌보건기관 일차보건의료 서비스 전달체계 개편안 논의의 문제와 대안

나 백 주*

Ⅰ. 서 론

약 20년 전부터 농어촌지역 보건의료 문제를 해결하기 위해 시작된 군보건소망을 중심으로 한 일차보건의료 사업은(김현숙과 김진현, 1992) 전국민의료보험제도 도입을 계기로 한껏 강조된 이후 점차 그 의미와 중요성이 약화되어 가고 있다. 특히 농어촌의료서비스 개선사업과 건강증진 사업 등 국가 주요 보건사업 투자가 보건소 등 군청 소재지 즉, 인구 밀집 지역을 중심으로 이루어지고 있는 반면 면단위 농어촌 보건지소 등은 인구의 감소와 고령화 현상이 더욱 빠른 속도로 나타나면서 이러한 고립감은 더욱 커지고 있는 실정이다.

농어촌은 시장개방의 지속과 핵가족화, 고령화 및 빈부격차의 심화(박준기, 황의식 및 문한필, 2005) 등 우리나라 사회 문제가 집중적으로 나타나고 있을 뿐 아니라 건강문제도 전체 사망률이 대도시 및 일반시에 비해 높을 뿐 아니라(김재용 등, 2001) 결핵, 암, 간질환, 사고 및 손상에 의한 사망 수준이 특히 높았으며 건강생활 습관에서도 주관적 건강수준, 건강미실천, 건강검진 미수진 수준이 도시에 비해 높은 것으로 나타났다. 이 뿐 아니라 농가소득은 도시가구 소득에 비해 그 격차가 갈수록 커지고 있으며 농가소득 가운데 보건의료비용 지출이 차지하는 비용도 지속적으로 늘어나고 있음을 보여주고 있다(나백주 등, 2006).

이러한 선행 연구는 농어촌 보건의료에 대한 투자가 꾸준히 지속되어 왔음에도 불구하고 과연 효율적인 투자였는가 하는 의구심을 갖게 한다. 최근 지방자치제도의 강화에 따라 공무원의 총액인건비제가 시행될 전망이고 이에 따라 농촌지역 일차보건의료기관에 근무하는 공무원에 대한 구조조정에 대한 우려가 높아지고 있는 실정이다. 만성병 위주의 시대 변화에 맞게 일차보건의료제도도 함께 변화가 모색되어야 하는데 일차보건의료 분야 지방공무원 제도의 필요성 및 운영 방안 개선에 대해서는 연구나 논의가 미흡하다. 이에 기존 농어촌 일차보건의료서비스 전달체계에 대한 논의를 검토하고 최근 국내외 관련 정책을 참고하여 새로운 농어촌 일차보건의료제도를 제안하고자 한다.

Ⅱ. 본 론

1. 우리나라 농어촌 일차보건의료제도 형성과정에 대한 비판적 고찰

개발된 선진국 중심의 치료 위주 보건의료체계에 문제를 제기하며 세계보건기구(WHO)에 의해 주도된 일차보건의료 전략은 인류모두에게 건강을(Health for All!)이라는 주장아래 필수 보건의료를 고르게 제공하되 지역사회 주민의 참여와 비보건의료 부서 정책과 협력이 보장되어 국가 주요 정책으로 시행되어야 함을 강조하였다(예방의학과 공중보건 편집위원회, 2002). 즉, 병원의 의료기술 발전에 의해 주도되는 의료체계는 치료비용 증가와 예방정책 소홀함을 결과하기 때문에 주민의 생활

* 건양대학교 의과대학 예방의학교실 조교수(교신저자 E-mail: skqw@konyang.ac.kr)

현장과 가까운 곳에서 질병의 초기 간단한 처치 및 예방 조치를 통한 보편적 서비스를 체계적으로 제공하는 것이 전체적인 보건의료의 효율성을 높일 수 있다는 것이다. 하지만 우리나라는 이러한 일차보건의료를 도입하면서 농촌에만 도입한 것, 예방과 진료 및 환경위생과 전염병 관리가 통합이 아닌 별개로 운영되는 등 많은 문제점을 가지고 있다. 이는 1970년도 일차보건의료가 선진국에서 시작된 이후 30년 동안 개발도상국으로 전파되는 과정에서 내용보다는 형식의 도입에 그쳤다는 비판과 일치한다(John Mcdonald, 2004).

우리나라의 공중보건체계는 일제하 경찰위생행정에 의해 규제 위주의 식민정책 일환으로 이렇다 할 지방보건의료 전달체계가 없다가 미군정에 의해 이식되어 본격화되었는데(맹광호, 1999; 문옥륜과 손명세, 2000) 당시 시급하게 요청되었던 전염병 방역 관리와 빈민 의료구호 정책이 핵심이었다. 미군정 보건행정개편의 주요 목적은 자원의 제약 하에 예방위주 보건행정이 바람직하다는 현실적 필요에 기초하였다. 이는 당시 공중보건 체계가 지역사회의 자생적 필요에 기반 하여 발전하기 보다는 통치의 행정적 편의를 위해 설립되고 운영되어왔음을 보여주는 것이다(문옥륜, 1988). 이 행정적 편의 위주 공중보건정책은 이후에도 계승되는데 1960년대 공중보건조직을 활용한 강력한 행정주도의 공중보건사업인 가족계획사업이 대표적인 사례이다. 이 가족계획사업은 행정력과 지방 공중보건조직의 협력 모델로 성공적인 결과를 이끌었지만 한편, 지역사회 주민의 보건요구가 더 강한 모자보건사업은 상대적으로 정부의 지원이 미흡하였고 출산력 감소 및 전국민의료보험의 시행에 따라 급격히 약화되었다(방숙, 1999, 2000; Hong Moon Sik & Hwang Na Mi, 1993).

1970년대 농어촌 지역 미충족 의료수요에 대응하기 위해 1,340개 보건지소 건물 신축, 무의면 해소를 위한 전공의의 6개월 파견 의무화, 의과대학생을 대상으로 한 공중보건장학생 제도 시행 노력은 그 뒤 1980년 농어촌보건의료를위한특별조치법에 이어져 공중보건의와 보건진료원 제도로 이어져 왔다. 이후 1994년부터는 농어촌특별세법에 의거 농어촌특별세 제도가 한시법으로 시행되고 농어촌특별회계법에 의거 농어촌의료서비스 개선사업이 시행되어 왔으며 2004년에는 농어촌주민의보건복지증진을위한특별법에 의거 농어촌주민의 의견을 수렴하여 체계적인 농어촌 보건복지 투자를 하도록 규정하고 있다. 하지만 이러한 일련의 농어촌 보건의료 투자는 전체적으로 하드웨어에 국한된 투자로서 이의 성과적인 운영에 관한 소프트웨어 투자는 매우 미흡하였다. 구체적인 예로 공중보건의사의 배치에 관한 적정성 평가와 이의 환류가 미미하였고 공중보건의사의 서비스 질에 대한 체계적인 평가와 이를 강화하기 위한 국가적인 노력이 미흡하였다. 농어촌의료서비스개선사업에 대한 평가도 시설 건축과 장비 지원 등 하드웨어에 대한 투자는 충실하였지만(김준영, 2003) 시설과 장비 개선에 이은 서비스 질의 향상 등 운영의 개선에 관한 투자는 미흡하였다(나백주 등, 2006).

2000년에 농어촌보건의료를위한특별조치법이 농어촌등보건의료를위한특별조치법으로 개정되었다. 이는 법의 명칭에 '등'이라는 한마디를 더 추가한 것이지만 농어촌을 지리적 측면에서만 정의하는 것에서 나아가 전체 보건의료취약지역 주민에 대해 기본적인 보건의료 서비스를 제공하겠다는 취지를 지니고 있다. 하지만 아직도 정부는 구체적으로 보건의료취약지역에 대한 공식적인 규정이 없는 상태이다. 미국은 Healthy People 2010과 별도로 Rural Healthy People 2010을 만들어 농어촌을 포함한 보건의료취약지역 주민의 보건의료 향상에 활용하고 있는 실정이지만(Larry Gamm et al., 2003) 우리나라는 그러한 노력이 전무한 상태이다.

2. 일차보건의료제도에 대한 새로운 비젼

일차보건의료는 변화하고 있다. 이는 결정적으로 세계의 고령화 및 만성병의 증가라는 환경변화에 영향 받은 결과이다. 농촌지역의 일차보건의료 접근은 주민이 살고 일하는 최말단 지역까지 필수보건의료서비스를 제공하는 기반을 만드는 성과를 거두었고 이러한 노력은 전염성 질환에 의한 사망률 및 유병률 수준을 낮추는데 영양 향상 및 경제적 발전과 더불어 중요한 영향을 미쳤다. 하지만 노인인구의 증가와 더불어 만성질환을 가진 노인들도 점점 더 많아지고 있으며 노인인구 비율이 증가하는 속도보다 그들이 질병으로 지불하는 보건의료비용이 더 빠르게 늘어나고 있다(김용익 등, 2002). 만성질환은 전염병과 달리 장기간 혹은 심지어 어린 시절부터 건강위험요소 누적이 장년 및 노년의 만성질환 발생에 영향을 미치게 되므로 질병발생 이전부터 평생에 걸쳐 해당 연령계층 특성과 위험요인 유형에 맞추어 건강위험정도를 평가(Health Risk Assessment)하고 이에 기초하여 지속적이고 포괄적인 관리를 수행하여야 한다(나백주 등,

2005). 하지만 현재 주민에게 일차보건의료체계는 질병이 발생한 다음 찾아가는 곳으로 인식되고 있으며 진료시간이 만성질환을 진찰 상담하기에는 짧아 식생활 및 운동 등 건강생활습관에 대해서도 자세한 상담과 교육을 받기 어려운 실정이다. 만성질환 치료를 받아야 하는 동기부여도 잘 되지 않아 지속적이며 포괄적인 관리가 되지 않는 경우가 많다(WHO, 2004). 이는 과거 전염병 위주 시대에 가졌던 일차보건의료 전달체계의 환자 관리 원칙과 기술이 만성병 환자들에게 통용되기 어려움을 시사하는 것이다. 일회적, 단편적, 사무적 건강관리는 지속적, 종합적(건강 생활습관 영역 포함), 우호적(문화적으로 감동 영향) 건강관리로 발전되어야 할 필요가 있다.

전통적으로 일차보건의료는 진료, 보건사업, 환경보건, 투약 등 업무 영역의 통합적 접근을 강조하여 왔다. 주민입장에서 서비스의 중복과 누락이 발생하지 않도록 하기 위해서이다. 하지만 만성병에 대한 적극 대응을 선포한 새로운 일차보건의료는 더욱 계획된 통합적 접근을 강조한다. 만성질환을 가진 환자는 증상이 없거나 여러 가지의 만성질환을 복합적으로 동시에 가지고 있는 경우가 흔하다. 더구나 만성질환의 복잡성 증가와 더불어 세부 의학의 전문성도 분화가 고도화 되었다. 하지만 특정 전문분야만을 점검 관리하게 되면 누락되는 건강영역이 생기기 쉽기 때문에 포괄적인 점검 관리와 병행해야 할 필요성이 높다. 즉, 낮은 전문성 수준의 포괄적 관리와 특정 분야에 대한 세부 전문적 관리가 적절한 주기에 따라 조화를 이루도록 하는 입체적인 관리가 강조되어야 한다(NSW Department of Health, 2005). 이외에도 생활습관과의 연관성이 밀접한 만성병에 대한 주민의 인식 및 문화를 교정하고 개선하기 위한 보건사업에 있어서도 이러한 통합적 접근은 더욱 강조되어야 한다. 이러한 새로운 일차보건의료접근은 주민이 건강문제 해결을 위한 보편적 접근성을 높이는 문제와 양질의 진료를 보장하는 질적 문제를 동시에 해결하는 유력한 수단이 될 수 있다.

이러한 일차보건의료 접근 변화는 최근 건강증진전략 시대에도 적합하다. 건강증진전략은 건강결정요인으로서 건강생활습관 등의 개선 및 대중문화, 도시계획 등도 포함한 다양한 부문간 협력을 통해 건강 환경을 조성한다. 또한 형평성 있는 건강 성취, 주민의 건강실천 행동 참여를 강조하고 있다. 이러한 건강증진 전략 원칙은 일차보건의료 전달체계 강화에 의해 높은 수준으로 구현될 수 있다. 건강증진 접근전략을 인구집단에 대한 교육적 접근으로만 이해하면 일시적인 건강행태변화만 나타나기 쉽고 또한 문화체계가 다른 노인 및 저소득계층은 건강생활습관을 쉽게 변화하지 않음으로써 건강수준 격차가 더 커질 수 있기 때문에 건강증진 메시지를 국민의 생활현장 곳곳에서 주민이 수용할 수 있는 형태로 가깝게 전달할 수 있는 일차보건의료체계의 적극적 활동에 따른 보완이 절실하다.

3. 농어촌 일차보건의료 전달체계 변화 관련 논의 현황과 문제점

과거 농어촌 일차보건의료 전달체계의 주요 논점은 주민의 접근성 해소 방안이라고 해도 과언이 아니다. 실제로 이러한 접근성 문제를 해결하기 위한 각종의 정책이 취해져 왔다. 하지만 최근 농어촌 보건의료환경이 급격히 변화하면서 농어촌 일차보건의료 전달체계의 새로운 패러다임을 정할 필요가 있다. 농어촌지역 주민의 인구감소와 노령화, 저소득계층이 차지하는 비중이 높아지는 농어촌 보건의료환경 변화는 이미 기존 연구에서 보건소, 보건지소, 보건진료소를 강화하는 방안을 다양하게 제시하게끔 하였다(홍여신과 이인숙, 1994; 김용익, 1995; 정명채, 최경환 및 김은순, 1999). 하지만 이러한 체계 변화는 당위적 차원에서 제시되었고 실제적인 기능 변화로까지 이어지지는 못하였다. 대안의 추상성 등 문제도 있지만 가장 중요한 문제는 중앙정부의 농어촌 일차보건의료 전달체계에 대한 무관심과 일선 보건기관의 안일함이라고 판단된다.

하지만 최근 농어촌 보건의료환경의 변화는 이전에 비해 훨씬 심각한 수준에서 나타나고 있다. 농어촌 지역 대부분이 과거와 달리 교통여건이 현저하게 개선되었다는 점과 면단위 민간병의원의 개원이 빠르게 증가하였다는 점 등이 현실적인 환경변화라고 한다면(나백주 등, 2006) 의치학 전문대학원제의 본격 시행에 따라 공중보건의사의 배출이 급감할 것으로 예상되는 점(문정주 등, 2005)과 노인수발보험제의 시행에 따라 농어촌 지역에도 가정 간호 서비스 등이 보편화 될 것이고 저출산 고령화가 매우 심각한 수준으로 인식되어 보편적 보건복지 서비스를 확대하고자 하는 정부의 체계적 대응이 본격화되기 시작했다는 것 등이 향후 다가올 중요한 농어촌 보건의료환경 변화로 꼽을 수 있다.

특히 정부의 보건의료분야 재정 투자가 증가할 것이라는 장기적 전망(기획예산처, 2004)과 총액인건비제, 지

방분권세제, 직속기관 설치 승인제 폐지 등 일련의 지방자치제의 강화는 향후 농어촌 보건의료기관의 경쟁력에 따라 지역마다 사업의 범위 및 활동 수준의 편차가 커질 것으로 예상된다. 이러한 환경은 지방보건의료 조직의 효율화와 경쟁력 강화를 요구할 것이며 중앙정부는 국가위임 보건사업을 중심으로 성과평가를 강화하여 국가 예산 투자의 효과성을 높이려 할 것이다. 특히 정부는 주민의 복지체감도를 높이기 위해 주민의 생활지원 서비스를 기존의 읍면동 사무소를 중심으로 연계 제공하기 위해 2007년부터 주민복지문화센터로 개편 본격적인 서비스를 준비하고 있는데 주민생활 지원 전달체계를 정비하는 이번 사업에 주민생활의 중요한 구성부분인 보건업무도 체계화 하고자 할 것이다. 최근 도시지역 보건지소 신설 움직임 등은 바로 이러한 노력의 일환으로 해석된다.

하지만 농어촌 일차보건의료 전달체계에 대한 논의는 매우 미흡하며 체계적인 대응을 하고 있지 않은 상태이다. 다만 최근 몇 가지 논의가 활성화되기 시작했지만 대부분 방문보건사업, 구강보건사업, 노인수발보험 시범사업, 보건진료원 제도 등에 대해 각각 따로 논의하고 대응을 세우고 있는 실정이다. 이러다 보니 진료, 예방, 방문 등 각 공중보건 업무가 기존의 문제점을 벗어나지 못하고 각개약진 하는 식이 되어 전체적인 업무 추진 측면에서 효율성이 의심된다. 또한 보건소 시스템을 민간의료의 시장기능에 의해 추진되지 않는 기능에만 역할을 한정함으로써 우리나라가 직면하고 있는 만성병 관리, 모자보건사업 등 현안 문제를 일차보건의료 전략으로 해결하고자 하는 의지를 보이지 않는 것도 문제이다. 우리나라의 공중보건에 대한 논의는 주로 민간부문 시장의료 영역과 정부의 공공부문 영역간의 역할 분담에 대한 논쟁이 대부분이었고 이에 따라 정부의 공공부문 영역은 시장의료 영역에서 하기 어려운 빈자에 대한 의료구호사업, 특수질병관리 사업, 위생방역사업으로 그 기능을 설정하게 되었고 이는 자연스럽게 수익성이 낮고 복잡한 기술이 필요하지 않는 일차의료 부문 그리고 의료기관 집중도가 낮은 농어촌지역에 대한 의료서비스 제공으로 이어지게 되었다(문옥륜, 1988). 하지만 이러한 잔여주의적(residualism) 접근은 정부에 의해 주도되는 공중보건사업을 흔히 질이 낮은 보건의료 서비스로 인식하게 되는 경향이 있어 결국 보건소의 지역사회 지도력을 낮추는 결과를 가져올 가능성이 높다.

4. 농어촌 일차보건의료 전달체계에 대한 새로운 대안

농어촌지역은 저출산 고령화, 양극화 문제가 집중적으로 나타나고 있어서 보건기관의 역할에 대한 기대가 크다. 하지만 보건사업과 진료, 행정이 통합되지 않고 있으며 일부 저소득계층만을 대상으로 한 보건의료서비스 제공은 지역사회 전체 주민의 건강요구를 체계적으로 돌보기에 비효율적이다. 지역사회에는 건강검진을 받지 않는 주민, 질병을 알아도 치료받으려 하지 않는 주민이 대다수를 차지하고 있는 실정이다. 따라서 진료기능과 예방기능이 분리 추진되는 현재 보건기관의 서비스 제공방식을 기능적 통합 형태로 묶는 것이 필요하다. 보건지소와 보건진료소 기능은 방문을 위주로 한 건강관리 서비스를 지역 주민의 수용성을 고려하여 제공하는 것으로 설정하고 그 내용은 건강검진 여부, 질병인지 여부, 건강위험요인 개선 여부, 지속적 만성질환 관리 여부 등을 점검, 지지, 격려하여 주민 스스로 건강관리를 원활하게 수행할 수 있도록 하는 역할을 강화하도록 한다. 한편 진료기능은 이러한 기초적인 건강관리에 따른 진료 의뢰 및 의학적 연계에 충실히 응답하도록 건강위험성 평가, 방문진료 및 순회진료를 기존 진료에 보완하는 것이 필요하다. 이러한 연계는 전 주민에 대한 보편적 일차보건의료서비스를 실질적으로 보장할 수 있는 방법이 되며 특히 소득수준이 낮은 주민 등 자립적 능력이 어려운 환자에 대해서는 빠짐없는 선택적 통합 복지 및 진료서비스를 제공할 수 있게 된다. 이를 위해서는 모든 보건지소를 이러한 주민 건강관리의 중추 기관으로 정하고 관할 지역주민의 건강검진율, 건강생활 실천율, 만성질환자 가운데 건강생활 실천자 및 지속적 관리자 비율 등으로 성과지표를 삼도록 하며 방문진료 및 방문간호는 2-3개 읍면을 대상으로 한 진료거점 보건지소, 혹은 보건소에서 2-3명의 의사로 팀을 구축하여 내소진료 및 순회, 방문 진료를 병행하도록 한다. 한편 이 진료팀의 성과지표는 만성질환 관리의 질 즉, 합병증 검사 시행율, 지속 관리율, 건강생활 실천율 등으로 하는 것이 바람직하다. 보건소의 보건행정 및 정책 기능은 더욱 강화되어야 하고 복지, 교육, 민간의료기관 등과 협력 연계를 활성화하기 위해 협력연계담당(PR, Public Relation)을 정하는 것이 바람직하다. 또한 보건소는 보건지소 등 일선에서 주민에 대한 건강관리 서비스를 제공하는 데 필요한 다양한 전문기능 예를 들어 환경검사 기능, 기초 임상검사 기능, 건강평가 기능을 우수하게 갖추어 적절히 지원하는 것이 필요하다.

일차보건의료전달체계의 변화와 혁신을 위해서는 일선 지방정부와 중앙정부의 노력이 함께 이루어져야 한다.

특히 중앙정부의 정책적 의지가 중요한 의의를 갖는데 지방정부의 자체 노력을 활성화하는 방향이어야 한다. 중앙정부는 농어촌 지역 지방정부의 보건기관 기능 개편 방향에 대한 대강의 지침을 우선 연구 제시하여야 한다. 그리고 이를 기초로 각 지방정부로 하여금 지역보건의료계획 및 농어촌의료서비스개선사업계획에 지역현실을 반영한 일차보건의료 전달체계 개편 계획을 작성 제출토록 하고 이후 계획의 방향성 및 실현 가능성을 평가하여 시설개선 등 각종 인센티브 지원에 반영토록 하는 것이 바람직하다.

Ⅲ. 맺 음 말

농어촌 일차보건의료체계는 위기이자 기회에 마주하였다. 그동안 우리나라 농어촌 보건의료를 주로 담당하였던 일차보건의료에 대한 비판적 검토를 바탕으로 성과와 한계를 분명히 하는 것이 필요하다.

전 세계적으로 만성병 위주의 시대에 일차보건의료의 기능과 역할이 다시 주목받고 있다. 그동안 정부는 농어촌 지역의 일차보건의료에 대해 하드웨어적 투자는 지속하였지만 기능과 역할에 대한 연구 고민은 미흡하였다. 급속한 도시화 및 세계경제의 활발한 교역증가와 더불어 경쟁력 낮은 농어촌의 건강문제는 경제적 어려움에 더해 더욱 심각하게 인식되고 있다. 정부는 이에 대응하기 위해 농어촌주민의보건복지증진을위한특별법을 새로 제정하고 2014년까지 농어촌특별세를 연장하는 등 다각적인 노력을 기울이고 있다. 하지만 기능적 성과 목표가 불분명하고 보건복지부에 농어촌 보건의료 정책을 총괄하는 부서나 담당을 찾아 볼 수 없다는 것 등은 그 노력의 진정성에 의구심을 갖게끔 한다.

일차보건의료는 과거 전염병 위주의 시대에만 통용되던 낡은 유물이 아니라 그 철학적 가치와 전략이 새로운 특성을 가진 만성병의 유행에 맞추어 끊임없이 진화 발전하고 있다. 그동안 일차보건의료를 둘러싼 논란은 지엽적인 측면 즉, 진료사업의 지속 여부 등 지엽적인 문제에 집중되어 있었으나 농어촌 지역사회 주민의 건강수준 향상이라는 근본적인 문제를 해결하기 위한 주요 전략적 접근으로서 교통여건의 향상, 의료기관의 증대 등 보건의료 환경 변화에 맞추어 현실적인 방법을 도출해야 한다. 중앙정부도 이에 대한 연구 및 기술지원체계를 강화해야 하고 일선 지방정부에서도 더욱 혁신적이고 효과적인 체계를 구축하기 위해 실험하고 도전해야 한다.

참 고 문 헌

기획예산처 (2004). *기획예산처의 로드맵과 2005년도 주요 업무계획*.

김준영 (2003). *농어촌특별세와 농업재정*. 한국농촌경제연구원.

김용익 (1995). 농어촌보건의료의 발전 방향. *한국영양학회지, 28*(6), 559-562.

김용익 등 (2002). *보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화 방안 연구*. 국회보건복지위원회.

김재용, 서동우, 김영미, 이윤정, 김철웅, 정영진, 정만교, 강석봉, 박준명, 윤지성 (2001) *건강증진사업의 효율성 제고를 위한 공중보건의사 활용방안 개발*. 한국보건사회연구원, 52-53.

김현숙, 김진현 (1992). 농어촌지역주민의 일차보건의료의 접근도 제고방안. *대한보건협회지, 18*(1), 50-61.

나백주 등 (2005). *미래사회대비 평생건강관리체계 구축을 위한 지역보건사업 강화방안*. 고령화및미래사회위원회.

나백주, 김철웅, 김미희, 장명화, 감신, 이석구, 이무식, 김건엽, 이중정, 황태윤, 강윤식, 유원섭 (2006). *농어촌의료서비스개선사업 10개년 추진사업 평가 및 향후 계획 정립에 관한 연구*. 건양대학교, 26-27.

나백주, 김철웅, 김미희, 장명화, 감신, 이석구, 이무식, 김건엽, 이중정, 황태윤, 강윤식, 유원섭 (2006). *농어촌의료서비스개선사업 10개년 추진사업 평가 및 향후 계획 정립에 관한 연구*. 건양대학교, 34-46.

맹광호 (1999). 한국의 공중보건 1세기. *의사학회지, 8*(2).

문옥륜 (1988). 전국민 의료보험과 도시보건소의 진료기능. *보건학논집, 41*, 92-108.

문옥륜, 손명세 (2000). *한국 보건소의 역사적 전개과정·보건소의 어제와 오늘 그리고 미래*. http://home.paran.com/chamchi/hc_histo.htm에서 2006년 9월에 인용.

문정주 등 (2005). *공중보건인력 배치 적정성 평가 및 제도 개선 방안*, 한국보건산업진흥원.

박준기, 황의식, 문한필 (2005). *저소득농가의 농가경제 실태 분석*. 한국농촌경제연구원.

방 숙 (1999, 2000). 보건사업 40년의 회고와 전망Ⅰ

Ⅱ. *지역보건의료, 3*(1), *4*(1).
예방의학과 공중보건 편집위원회 (2002). *예방의학과 공중보건,* 716-718.
정명채, 최경환, 김은순 (1999). *농어촌의료서비스 체계 개선방안.* 한국농촌경제연구원.
홍여신, 이인숙 (1994). 보건진료원제도 운영 평가에 관한 연구. *대한간호학회지, 24*(4), 568-583.
Hong Moon Sik, Hwang Na M (1993). MCH Service system in Korea and Problems of services in community, *The Journal of Korean Society for Health Education, 10*(1), 98-106.
John Mcdonald (2004). Primary Health Care: a global overview, *Primary Health Care Research and Development, 5,* 284-288.
Larry Gamm, Linnae Hutchison, Betty Dabney, Alicia Dorsey (2003). *Rural Healthy People 2010,* United States Department of Health and Human Services.
NSW Department of Health (2005). *Integrated Primary Health and Community.*
WHO (2004). *Toward Age-friendly Primary Health Care,* ISBN 92 4 159218 4, NLM Classification : WT 31.

- Abstract -

Reform of the Primary Health Care Delivery System in Rural Areas

*Na, Baeg-Ju**

Purpose: This study was done to identify strategies for the reform of the primary health care delivery system in rural areas. **Methods:** Official documents on changes in the rural health care environment were reviewed along with previous articles on reform of the health care delivery system in rural areas. **Results:** The primary health care system in rural areas of South Korea has not been well developed by the government. The government has mainly invested in hardware like facilities and equipment but, not in software like the delivery system or personnel. Nowadays every country is confronted with an aging society, which means an increase in the prevalence of chronic disease. Thus they have again become interested in primary health care delivery system. Further, characteristics of the primary health care system have changed to be more comprehensive and to focus on chronic disease. The primary health care system in rural areas should have basic health care functions and a visiting medical officer(doctor) connected with basic health care. **Conclusions:** The primary health care delivery system is the best strategy when adjusted to the characteristic of the chronic diseases that are prevalent today. Cooperation of the central government and local government is important if these changes are to be realized.

Key words : Rural health service, Primary health care, Health facilities, Health care delivery system

* Department of Preventive Medicine, Konyang University Medical School