

제 2 주제

지역 사회 보건 사업

보건복지부 지역의료과장 박 윤 영
경기도 의정부시 보건소장 이 흥 재
대구광역시 중구 보건소 가족보건계장 김 화 선

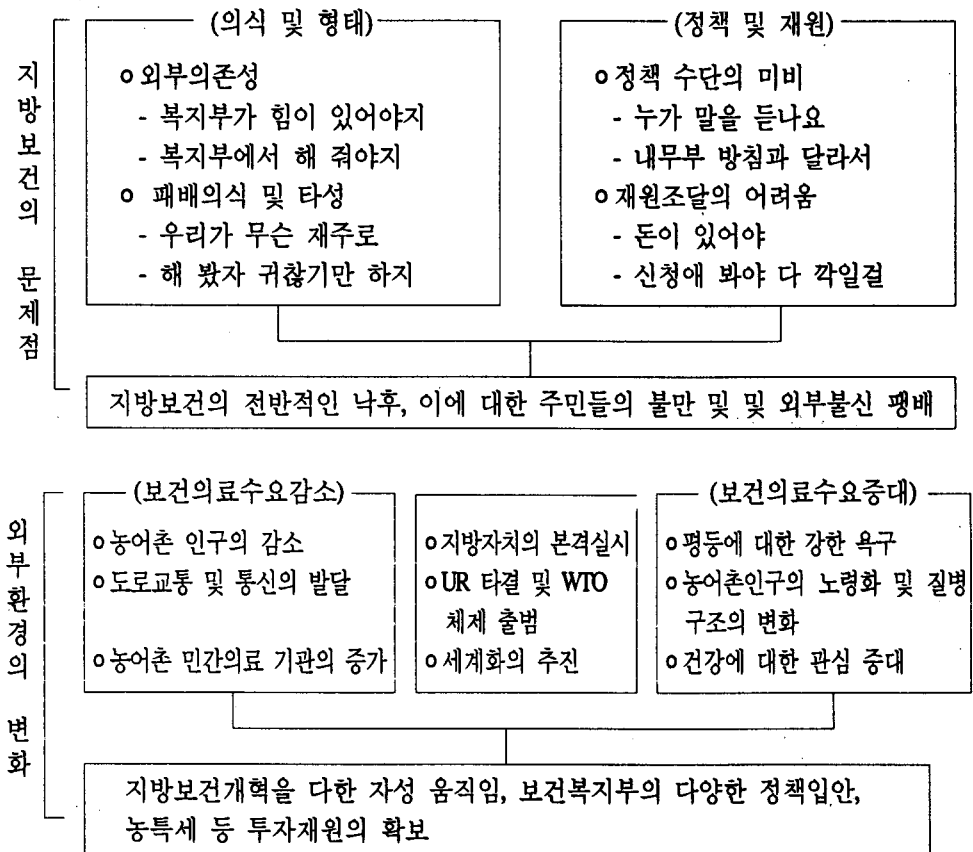
지역보건사업

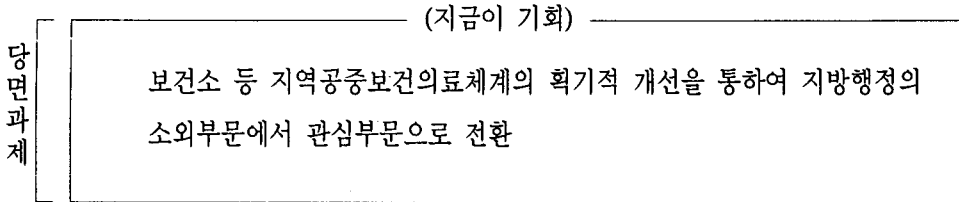
- 지역보건사업체계의 개편추진 -

박 윤 형
보건복지부 지역의료과장

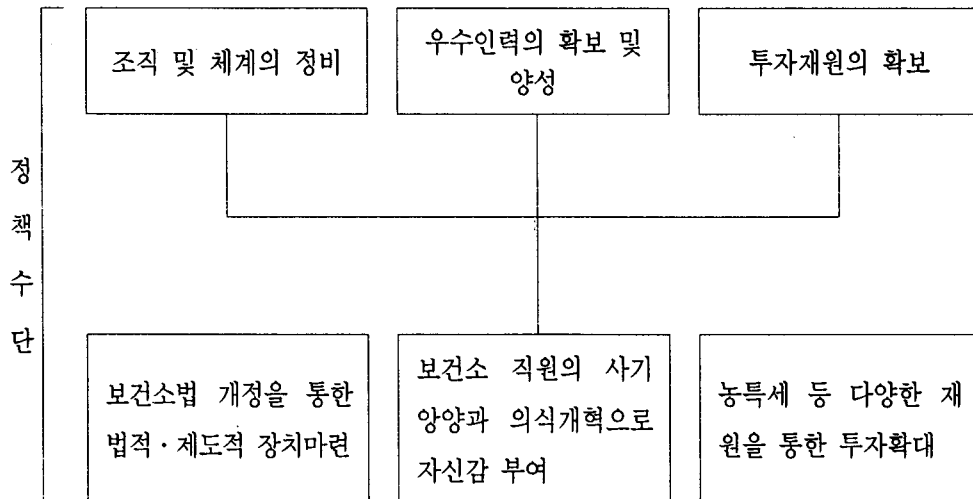
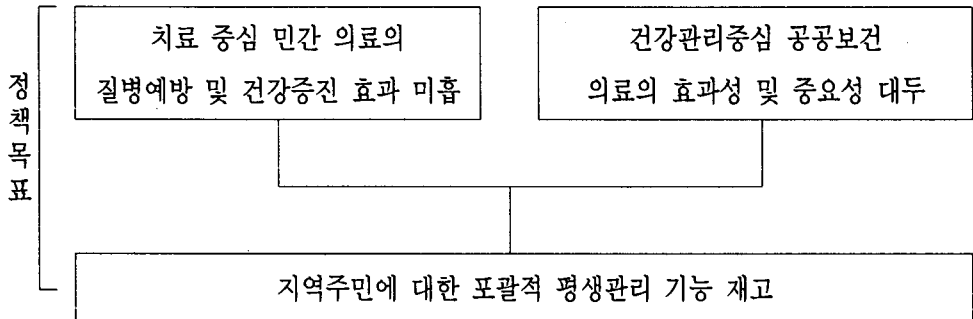
1. 추진배경 및 방향

가. 추진배경





나. 추진방향



추진전략	<ul style="list-style-type: none"> ○ 지역설정에 맞는 다양한 조직모형과 사업개발 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 교육훈련과 보건소 전산화로 업무능력 향상과 자신감 부여 ○ CIP 개발로 일체감 조성 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 자치단체간 경쟁 방식 도입 - 개혁에 대한 열의와 능력이 있는 단체에만 지원하는 차등지원방식 채택
------	---	--	---

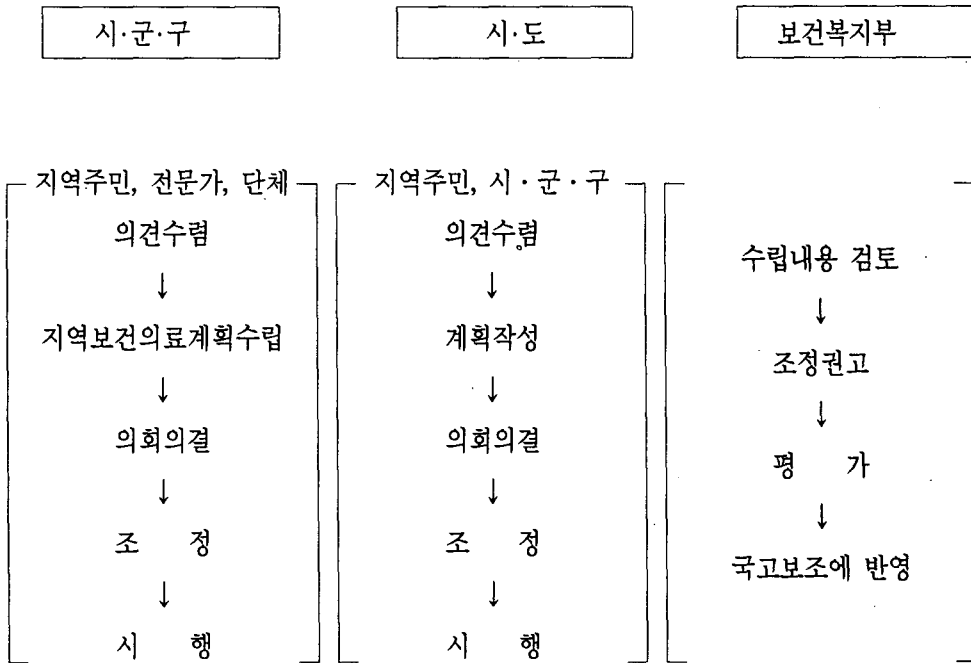
2. 지역보건법의 주요내용



가. 기관별 보건의로 행정에 관한 책무(법 제 2조)

- 국 가
 - 지역 보건의로에 관한 조사·연구
 - 정보의 수집·정리 및 활용
 - 인력의 양성 및 자질향상
 - 시·도 및 시·군·구에 대한 기술적·재정적 지원 시책강구
- 시·도
 - 보건시책 추진을 위한 조사·연구
 - 인력확보 및 자질향상
 - 시·군·구에 대한 기술적·재정적 지원
- 시·군·구
 - 보건소 등 지역 보건의로 기관의 설치·운영
 - 인력확보, 자질향상

나. 지역의료 계획의 수립·평가(제 3조~제 6조)



- 지역보건 의료계획의 내용(안 제 4조)
 - ① 보건의료 수요 측정
 - ② 보건의료에 관한 장·단기 공급대책
 - ③ 인력·조직·재정 등 보건의료 자원의 조달 및 관리
 - ④ 보건의료의 전달체계
 - ⑤ 지역 보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리

다. 보건소의 업무정리(안 제 9조)

- 국민건강증진, 보건교육, 구강건강 및 영양 개선사업
- 전염병의 예방·관리 및 진료

- 모자보건 및 가족계획 사업
- 노인보건사업
- 공중위생 및 식품위생
- 의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항
- 의료기사, 의무기록사 및 안경사에 대한 지도 등에 관한 사항
- 응급의료에 관한 사항
- 농·어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법에 의한 공중보건의사, 보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 관한 사항
- 약사에 관한 사항과 마약·향정신성 의약품의 관리에 관한 사항
- 정신보건에 관한 사항
- 가정·사회복지시설 등에 방문하여 행하는 보건의료 사업
- 지역주민에 대한 진료·건강진단 및 만성퇴행성질환 등의 질병관리에 관한 사항
- 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
- 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업
- 기타 지역주민의 보건의료의 향상, 증진 및 이데 연구 등에 관한 사항

라. 보건소의 행정관리 개선(안 제 11조, 제 12조, 제 17조)

- 보건소의 전문인력 배치 의무화 → 보건복지부 장관이 실태조사, 시정권고
- 보건소 조직기준
- 보건소 간의 인사교류 - 지방공무원법 제 30조의 2 제 2항
- 교육훈련
- 수입대체 경비제도의 도입 및 회계사무의 간소화

마. 보건소 시설과 표시(안 제 15조, 제 16조)

- 보건복지부 장관이 정하는 시설·장비를 갖추도록 함(표준설계, 표준장비 근거)
- 보건복지부 장관이 정하는 표시(CIP 개발 중 : 로고, 심벌마크 등)

바. 보건사업의 조정·승인(안 제 18조)

- 대상 : 보건교육, 건강진단, 예방접종, 순회진료
- 방법
 - 보건교육 → 결과제출
 - 건강진단, 예방접종, 순회진료 → 사전승인

사. 보고와 지도·감독(안 제 20조)

- 보건소의 설치운영에 관한 보고
 - 보건소의 지도·감독
- } 보건복지부 장관

아. 권한의 위임과 업무의 대행(안 제 18조)

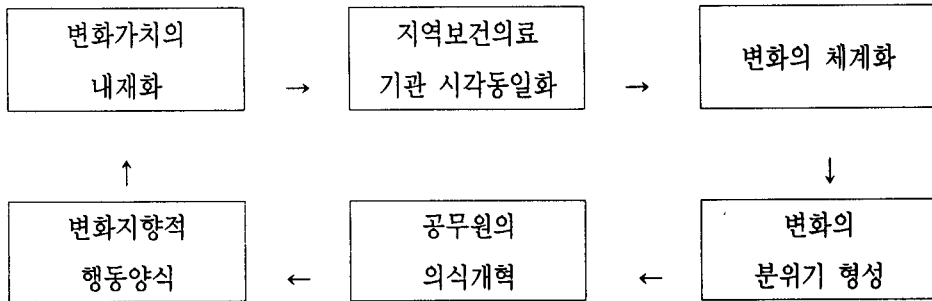
- 업무의 일부를 의료기관·기타 보건의료 관련기관·단체에 위탁 → 비용보조
- 보건소의 지도·감독 의료인에게 업무를 대행 → 실비를 변상

3. 보건소 CIP의 개발

CIP(Corporate Identity Program)

- CIP는 조직구성원의 사고방식과 체계를 개혁·통합하고 이를 통하여 행동양식을 변화시키는 전략으로서
- 이념동일화(MI;Mind Identity), 행동양식 동일화(BI;Behavior Identity), 시각 이미지 동일화(VI;Visual Identity)로 구성
- CIP는 본래 기업에서 많이 사용하는 경영전략으로 최근 삼성·LG 등이 구사한 사례가 있음

통합표시 프로그램 도입을 통한 이미지 개선과정



● CIP 개발범위

- 기본체계 : 심벌마크, 로고타입, 전용색상, 서체
- 응용체계 : 안내표지, 그림문자, 차량, 장비, 깃발, 인쇄물, 옷

4. 보건소 표준모형 및 설계도서개발

● 보건의료기관 기준면적

(단위 : 평)

보건소		보건지소		보건진료소
통합시	군지역	통합지소	일반지소	
468 이상	365 이상	190 이상	102 이상	35 이상

● 보건소 표준모형 및 설계 도서 개발보급

지역보건사업의 문제점

이 홍 재
의정부시 보건소장

1. 서 론

우리나라의 보건소는 1952년부터 설치되기 시작했으며, 1956년에 보건소법이 제정되었고 1962년에 전면 개정되면서 시군구에 보건소의 설치규정과 13가지의 업무가 명시되었다. 이 당시의 보건소의 주요업무는 그 시대의 가장 큰 보건문제였던 급·만성전염병을 관리하는 것으로 주민들의 신뢰를 받는 기관이었다고 생각된다.

그러나 근래에 들어서는 공공보건기관들에 대한 주민의 인식이 좋지 못하여 싸구려 의료기관 혹은 못사는 사람만이 이용하는 곳, 또는 나와는 별 상관이 없고 있으나마나 한 기관 등으로 치부되고 있으며, 심지어는 90년경 어느 광역자치 단체장은 ‘보건소가 뭐 필요하나? 없애 버리고 서비스 업무는 민간 의료기관 등에 넘기고 단순한 관리업무만 시청이나 구청에서 인수하는 것을 검토해 보라’는 거의 보건소의 사형선고 직전까지 간 예가 있다. 이 때가 보건기관에 대한 중요성을 인식하고 있는 이들에게는 상당한 위기감까지 느끼게 했으며, 보건기관에 근무하고 있던 여러 사람들에게도 분발을 촉구하는 계기가 되었던 것이 사실이다.

그러면, 민간의료기관이 대부분인 우리나라 보건의료 시스템에서 거의 유일한 공공보건사업의 추진기관인 보건소가 왜 주민들의 외면을 받고 이러한 상태까지 오게 되었는지 지역보건 관리자로 일해 오면서 느낀 문제점들을 몇 가지 지적해 보고자 한다.

2. 우리나라 보건기관이 안고있는 문제점들

1) 공공보건 서비스 내용의 취약성

우리나라 현재의 주요 보건문제들은 당연히 만성퇴행성질환들이며, 주민들 또한 만성

퇴행성 질환들에 관심이 많고 여기에 대한 보건의료 서비스의 욕구가 강하다. 그러나 지금까지 보건기관을 통한 주요사업들은 예방접종, 가족계획, 결핵 및 성병관리, 방역소독, 일차진료 등이 거의 전부로 20~30년 전 사업이 그대로 유지되고 있으며 노령화, 질병양상의 변화 등에 거의 대응을 못해 왔다. 지금의 주민들은 과거처럼 장티프스나 콜레라, 이질, 일본뇌염 등 급성전염병에 대해서 크게 우려하거나 두려워하지 않으며, 암이나 중풍, 고혈압, 당뇨병, 심장질환 등 주위사람들이 많이 이환되고 그로 인해 고통을 겪고 있는 질병들을 걱정하며 이들 질병에 대한 보건사업을 요구하고 있으나, 보건기관에서는 고혈압과 당뇨병 내원자에 대한 간단한 검사와 투약을 하거나 영세민 일부에 대해서 아주 기본적인 몇 가지 검사를 해주는 성인병 검진사업이 전부이다. 따라서 주민의 욕구를 충족시켜주지 못하는 보건기관이 주민들로부터 외면받는 것은 당연한 현상이다.

최근 경기도에서 위암검진 시범사업을 시작했으며 여기에도 질적인 문제가 있으나 그나마 사망원인 중 첫 번째인 암에 대한 사업을 처음 시도한다는 면에서 매우 고무적인 현상이라고 생각된다.

2) 기존의 보건사업의 질적 수준의 취약성

보건소에서 추진하고 있는 현재의 사업들도 여러가지 문제들을 내포하고 있다. 예를 들면, 대부분의 보건소에서 하고 있는 예방접종의 경우 거의 의사의 개입이 없이 이루어지고 있으며, 특히 학교나 마을에 나가서 하는 집단접종의 경우 짧은 시간 안에 많은 사람에게 주사를 놓으면서 사전에 진찰을 하지 않거나 문진도 거의 형식적인 경우가 대부분이다. 또 부작용이 많이 발생하는 장티프스나 비시지 같은 예방주사는 일부 요원들이 부작용발생으로 인한 민원을 우려해서 실제 필요용량보다 적게 접종하는 경우도 있다. 방문보건사업의 경우도 처음 시작하면서 지역사회진단을 하도록 요구하였고 농촌지역에서는 지역내의 전가구를 방문하도록 지시된 곳이 있는데 나중에 결과를 보면 실제 보건요원들이 제대로 가정방문해서 조사하는 것이 거의 불가능한 정도의 실적을 거둔 곳도 있었으나, 그곳의 보건요원이 가정방문은 하지 않고 전화로 몇 가지만 물어보고 나머지는 자신이 적당히 기록했던 예도 있다.

대부분의 보건소 관리의사들은 일반의로 경험이 부족하거나 나이가 많아 진료능력이

떨어지는 곳이 많으며 정기적인 보수교육이 필요하지만 충분한 교육을 받고 있지 못하며 민간의료기관과 보건기관의 진료지침이 서로 달라서 민원인의 불만과 항의를 받게 되는 경우도 종종 있다.

현재까지의 대부분의 보건사업들은 복지부에서 국가적인 사업목표를 설정한 후 시도로 목표를 쪼개어 내려보내고 다시 시도는 기초자치단체로 인구비례에 의해 쪼개어 내려보냄으로써 지역특성이 고려되지 못하고 일률적으로 사업이 시행되며, 각 지역의 특수시책도 대부분 홍보용 사업이거나 사업목표, 사업대상의 고려, 비용효과의 검토 등이 없이 즉흥적으로 결정되고 추진되어 왔다.

3) 지역보건문제 해결능력의 부재

명실상부한 지방자치체의 실시로 인하여 지역내의 보건문제들을 파악하고 그 문제들을 해결하기 위한 사업을 개발하고 수행하면서 결과에 대한 평가도 할 수 있는 능력이 지방 보건기관에 요구되고 있다. 그러나 현재의 대부분의 보건기관들은 이러한 보건기획능력이 매우 떨어지며 기초자치단체내의 여러가지 기본적인 보건정보의 수집조차도 매우 어렵고 그것을 분석하여 문제를 도출하고 해결능력을 갖게 하기까지는 보건인력들에 대한 전문적이고 많은 교육훈련이 필요하며 각종 보건관련 정보의 이용이 쉽도록 제도개선이 필요하다. 지역보건법에서 보건기관이 관련단체에 정보를 요구할 수 있고 특별한 사유가 없는 한 응하도록 한 것은 바람직하다고 생각되나 의료보험연합회 등의 관련기관에 모든 자치단체가 각자 따로 정보를 요구하기 보다는 복지부에서 각 자치단체에 기본적으로 필요한 정보를 일괄 생산하여 보내주는 것이 보다 타당하리라 본다.

4) 보건기관 근무인력들의 문제들

보건기관에는 의사, 간호사, 약사, 간호조무사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 치과 의사, 치위생사 등 많은 보건관련 전문인력들이 일하고 있다. 보건사업은 이들의 협조와 팀웍이 요구되지만 직종간의 갈등이 매우 심하다. 일반 의료기관은 각자의 업무한계가 분명하여 한 자리를 놓고 직종간의 경쟁적인 갈등이 거의 없으나 행정조직은 상위 직급을 놓고 승진이 가능한 직종간의 갈등이 매우 심한 편이다. 이러한 갈등이 서로 선의의 경쟁을 통해 긍정적인 쪽으로 작용을 하게 되면 바람직하다고 할 수 있으나 오히려

려 근무분위기를 해치고 업무협조와 직원간의 팀웍을 해치는 경우가 대부분이다.

의정부시 보건소의 직급별 정원 현황

직종별	직급별	정 원	정 원 내 용
합 계		39	
일반직	4급	1	의무·보건 1
	5급	2	의무2
	6급	5	행정·보건1, 간호·보건1, 약무·보건1, 약무1, 의료기술
	7급	13	보건3, 간호5, 의료기술4, 보건·간호1
	8급	12	보건3, 간호4, 간호·보건1, 행정·보건1, 의료기술·보건3
	9급	1	보건1
기능직	8등급	1	난방1
	9등급	1	운전1
	10등급	3	운전1, 간호보조1, 방호1

또한 보건기관에서는 전문직종의 자리가 직급이 높아질수록 매우 적어져 상당히 심한 피라미드 구조를 갖고 있으며, 따라서 승진기회가 매우 적고 일반행정직에 비해 승진이 매우 늦은 편이다. 동기유발이 인력관리에 있어서 중요한 요소이며 특히 보수와 인사(즉 승진)가 매우 효과적인 방법이지만 공무원의 경우 보수는 정해져 있고 승진마저 상위 직급의 자리가 남아 승진이 가능하므로 개인의 업무능력이나 사업실적이 승진에 크게 반영되지 못하는 실정이다. 따라서 어느 보건소에서는 열심히 일하는 직원이 오래도록 상위직급에 자리가 나지 않아서 승진을 못하고 있고, 다른 보건소에서는 경력이 오래되지도 않았으며 일도 열심히 하지 않는데 자리가 쉽게 나서 빨리 승진하는 경우가 생기게 된다.

이러한 이유들과 함께 매년 반복되는 똑같은 업무는 보건기관의 인력들을 타성에 젖게 한다. 보건사업의 주요내용들이 별 변화없이 매년 같으므로 같은 자리에 오래 근무한 사람들은 자기개발을 소홀히 하게 되며 단순히 사업실적만 중요시 하는 행정기관의 특성상 형식적인 업무처리를 조장하게 하는 면이 있다.

또 다른 문제는 대부분의 보건인력들은 자격증 소지자들로 거의 대다수가 특별채용으로 공무원이 된다. 현재까지 특별채용은 제한경쟁을 하기 보다는 그때 그때 자리가 날 때마다 한 명씩 주로 면접만으로 채용을 해 왔으며 이러한 특별채용에 있어서 채용여부의 가장 중요한 요소는 소위 말하는 백이다. 이렇게 백으로 들어온 인력들은 승진에 있어서 자기의 능력에 의지하기 보다는 백에 계속 의지하려 하고 열심히 일하고자 하지 않는 것은 당연하다 하겠다.

의정부시의 1996년도 예산현황

(단위 : 천원)

과 목	예 산 액	백 분 율
의정부시 총 예산	241,671,121	100.0
특별회계	148,669,561	61.5
일반회계	93,001,560	38.5
보건소 총 예산	1,841,087	100.0(일반회계의 2%)
경상예산	1,228,223	66.7
인건비	673,214	36.6
기준경비	246,157	13.4
관서운영비	29,230	1.6
경상적경비	279,622	15.2
사업예산	612,864	33.3
국비보조사업	29,052	1.6
(국비보조금)	11,434	0.6
도비보조사업	88,597	4.8
(도비보조금)	51,745	2.8
자체사업	495,215	26.9

5) 부족한 예산

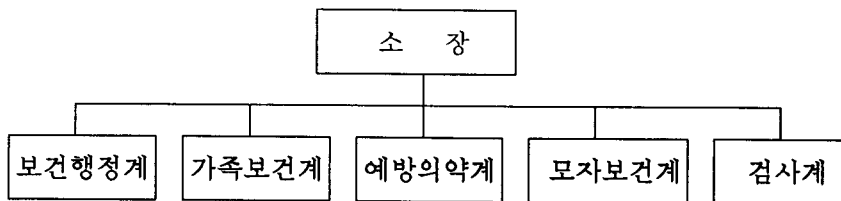
의정부시의 96년도 총예산은 2,416억 7,100만원으로 이중 일반회계는 930억 1백만원이

며, 보건소의 예산은 18억 4,100만원으로 일반회계만 고려해도 총예산의 2%에 불과하다. 그나마 이중 인건비 6억 7,300만원을 포함하여 경상예산이 12억 2,800만원이고, 사업 예산은 6억 1,300만원밖에 안되며 이 중에는 유료예방접종 약품구입비가 4억 9,500만원이고 나머지는 장비나 방역소독약, 무료예방접종 약품구입비 등이다. 매년 보건사업에 필요한 예산을 많이 요구해도 전체 예산중에서 보건위생비의 비율을 미리 정해놓고 그 기준에 맞추어 삭감하므로, 특히 많은 예산이 필요한 신규사업은 국도비의 보조금 없이는 예산확보가 매우 어렵다. 더구나 자치단체의 의회가 생기고 자치단체장이 선거로 선출되면서 금방 선전효과가 나는 가시적인 사업은 예산확보가 비교적 쉬우나 표와 별로 상관없는 사업은 예산확보가 더 어려워 졌다.

그러나 보건사업은 대주민 직접 서비스가 많고 주민들의 지지를 받기 좋은 사업으로 지방자치체의 실시는 점차 보건기관의 예산확보에 도움이 되는 쪽으로 작용하고 있다.

6) 보건소 조직의 경직성

대부분의 보건소가 갖추고 있는 기본골격은 소장밑에 보건행정계, 가족보건계, 예방의약계 3개계가 있으며 일부 보건소에 모자보건계 또는 건강증진계, 검사계 등이 있으며 특별시와 광역시, 통합시의 보건소 등은 지역에 따라 다른 형태를 갖고 있다. 이러한 조직형태는 과거 20~30년간 기본골격에 변화가 거의 없었으며, 가족계획 업무와 방역업무를 위주로 하는 조직으로 현재까지 이어져 오고 있다. 일부 다양한 조직형태도 최근의 일로 이러한 조직의 변화는 지역에서 필요로 하는 새로운 사업의 개발이나 주요업무의 변화에 기인했다기 보다 행정구역의 개편이나 정치적인 이유로 일률적인 개편이 있었을 뿐이다.



중소도시나 농촌보건소의 일반적인 조직구조

보건소가 이상적인 조직구조를 갖추려면 먼저 그 지역에서 필요한 보건사업을 결정하고 그 사업에 필요한 인력을 산정한 후 이들을 효율적으로 관리하고 사업을 추진할 수 있는 조직을 그려나가야 한다. 지방자치체의 실시 이후 지역별로 부분적인 조직개편이 가능해 졌으나 대부분 기존계의 업무조정을 통한 명칭변경이나 조직의 축소만이 이루어졌으며, 바람직한 형태의 조직개편은 거의 없아도 과언이 아니다.

특히, 건강증진법, 지역보건법 등에 의하여 건강증진사업, 보건기획, 지역 정신보건사업 등 새로운 업무를 추진해야 하지만 이러한 사업을 위해 신규 전문인력을 확보하는 것은 매우 어려운 실정이다. 지방자치법에 의해 자치단체의 총정원을 늘리려면 내무부장관의 승인을 받아야 하며, 내무부에서는 인건비 부담의 증가, 보건사업에 대한 인식부족 등으로 증원을 쉽게 허용하지 않고 있다. 일부 자치단체에서는 필요한 전문인력을 정원확보가 힘드므로 임시직으로 채용해서 사업추진을 하고 있으나 낮은 보수와 신분보장의 불확실성으로 이직이 잦으며 내무부나 시도에서는 이러한 임시직도 줄이도록 지시하고 있다. 그 뿐만 아니라 약사처럼 기존의 전문인력도 낮은 보수나 승진가능성이 적어 제대로 확보하지 못하고 있는 곳이 매우 많다.

새로운 사업의 추진은 고사하고 기존의 사업을 제대로 추진하기 위해서도 중소도시의 보건사업인력은 상대적으로 매우 적은 편이다. 예를 들어 특별시의 경우 인구 40~50만 명에 보건사업인력이 90여명 내외이고 가평군 같은 농촌지역의 경우 인구 6만여명에 공중보건의를 포함하여 80여명이 일하고 있으나 인구 28만 명인 의정부시처럼 대부분의 중소도시는 30~40명 밖에 되지 않는다. 따라서 사업인력이 상대적으로 매우 부족하며 보건지소나, 보건진료소 같은 하부조직이 없어 보건소의 주요 이용자들은 보건소의 인근 주민들이며 변두리의 저소득층이나 거동이 불편한 노인들은 보건기관을 이용하고 싶어도 쉽게 이용하지 못하고 있다.

7) 중앙부처의 무관심

우리나라의 공공보건의료가 이처럼 취약하게 된 것은 보건정책을 결정하는 중앙부처의 무관심이 중요한 원인중의 하나라고 할 수 있다. 주요 보건문제의 변화에 따라 국가 보건사업도 새로운 보건문제에 초점을 맞추어 조사연구하고 해결방안을 모색하며 효과

적인 사업개발을 위해 노력해야 하나 복지부의 보건관련 주요업무는 큰 변화 없이 이어져 오고 있다. 최근에 건강증진법과 지역보건법의 제정 등 변화의 조짐이 보이고 있으나 일선 사업수행기관인 보건소가 효율적으로 업무를 추진할 수 있도록 전문인력의 확보방안 모색과 기존인력에 대한 전문적인 보수교육, 국가사업에 대한 보조금 지원의 확대, 새로운 보건사업의 개발과 보급 등이 필요하다.

지방자치체가 실시됐음에도 세원의 상당부분을 국가가 갖고 있으면서 지방자치단체가 부담하기 어려운 보건관련 예산의 지원에 인색하며 더구나 주민건강을 담보로 거두어들이는 담배세를 먼저 지방으로 이양하여 보건소에서 금연운동을 적극적으로 추진하기 어렵게 만들어 놓았다.

의정부시의 경우 국가에서 지원되는 보조비는 보건소 총예산의 0.6%에 불과한 1,140만원 뿐이며, 이 사업비는 가족계획, 선천성대사이상 검사, 임산부영유아 건강진단, 무료 예방접종 등을 위한 것으로 중앙정부가 지방의 보건사업에 얼마나 무관심한지 보여주고 있다.

3. 개선방안

이상과 같은 여러가지 불합리한 점들을 바로잡고 지방보건기관이 지역주민의 건강을 지키고 향상시킬 수 있는 신뢰받는 기관으로 자리잡기 위해서는 올바른 역할과 기능을 가져야 한다.

먼저, 보건소가 지역보건 관리기관으로써의 권한과 능력을 갖추어야 한다. 지역내의 적절한 보건의료 수요와 공급을 조정할 수 있어야 하며, 관할지역의 보건문제를 파악하고 문제해결을 위한 사업을 계획하고 추진하며 평가도 할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 지역보건법에 명시된 지역보건의료 심의위원회 같은 기구에서 지역내에서 필요한 병상수 이상으로 의료기관이 집중될 때 이를 제한 할 수 있어야 하며, 보건 기획능력을 갖기 위해 관련된 보건정보들이 보건소에 제공되도록 함은 물론 기존인력에 대한 전문적인 보수교육과 우수인력의 확보방안이 있어야 한다.

또한, 보건기관이 지역주민이 필요로 하나 민간의료기관 등을 통하여 받지 못하는 다

양한 보건 서비스를 제공할 수 있어야 한다. 즉, 모체내에서부터 무덤까지 각 연령별로 건강을 지킬수 있도록 도와주는 평생건강관리 서비스와 자기의 건강에 대하여 의문이 있거나 도움이 필요할 때 연락할 수 있는 보건정보 센터의 운영과 만성퇴행성질환의 발생을 줄이고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 건강증진사업, 보건의료 서비스가 필요하나 소외되어 있는 계층을 찾아가서 돌봐 주는 방문보건 서비스, 정신질환자의 사회복귀를 돕는 지역정신보건사업, 치매 등 노인질환자들을 위한 노인보건사업, 암과 고혈압, 당뇨병등 쉽게 치료가 안되고 사망율이 높은 질병들의 등록관리사업 등, 보건기관을 통하여 서비스 할 수 있는 다양한 사업들이 개발되고 제공되어야 한다.

이러한 사업들을 제대로 수행하려면 기존의 보건조직을 새롭게 개편해야 한다. 규제나 행정적인 관리 또는 지원부서는 한 곳으로 합치고, 보건 서비스를 제공하는 부서는 기존의 계선조직을 팀조직으로 바꾸어 각 실별로 공동책임하에 사업을 추진하도록 하는 것이 필요하다. 또한 도시지역에도 보건지소나 분소를 설치하여 주민 모두가 쉽게 보건 서비스를 이용할 수 있어야 한다.

사업의 질적향상과 신규사업들을 위해 전문인력을 확보하기 쉽도록 정원승인의 권한이 지방으로 이양되어야 하며 기존 인력들에 대한 체계적인 보수교육 프로그램의 개발은 물론, 전문직종의 효율적인 인사관리를 위해서 인근 자치단체간에 특수직렬 인사교류협의체를 구성하여 운영할 필요가 있다.

암, 고혈압 등 국민건강에 상당한 위해를 끼치는 질병들에 대한 사업들을 국가의 보건사업으로 추진하고 이러한 사업을 지역의 최일선에서 수행해 나가는 지방보건기관에 대해 국가나 광역지방자치단체의 적극적인 예산지원이 필요하다. 과거에 보건소운영비 지원이나 장비구입을 위한 지원이 있었으나, 농특세가 생긴 후로 도시지역 보건소에는 지원이 거의 중단되었으며 비교적 큰 액수로 지원이 되는 농특세도 대부분이 시설장비 위주이고 사업개발부문에 대한 투자는 미미하다. 투자결과를 쉽게 확인할 수 있는 시설장비의 보조보다는 국가적인 보건정책 목표를 설정하고 그것을 달성하기 위한 세부사업을 개발하여 그 사업추진을 위한 보조금을 지방보건기관에 좀 더 많이 지원함으로써 지방보건사업이 활발해 지도록 유도하고 자본투자에 속하는 시설장비는 자치단체에서 더 부담해 가도록 정책을 바꿀 필요가 있다.

4. 결 론

보건기관들이 문제가 많다는 것은 어제 오늘의 일이 아니며 그 동안 많은 관계전문가들이 지적해 온 바이다. 그러나 최근까지도 이러한 지적과 개선요구가 거의 반영되지 않았다. 이는 보건에 관련된 모든 사람들이 보건기관의 올바른 역할정립에 소극적이었기 때문이라고 생각된다. 보건기관이 정말로 국민의 건강을 지키고 증진시킬 수 있는 기관이 되려면 먼저, 보건기관의 종사자들의 인식과 자세가 바뀌어야 한다. 아무리 훌륭한 시설과 장비가 있고 많은 예산이 지원되도 사업을 직접 수행하는 사람들이 개인의 이익에만 관심이 있고 봉사자세가 결여되어 있다면 보건사업이 기대하는 효과를 얻을 수가 없을 뿐더러 계속 국민들의 외면을 받을 것이기 때문이다. 보건인력들의 인식전환과 함께 필요한 것이 학계와 관련단체, 보건의료인 모두의 공동노력이다. 이러한 공동의 노력만이 보건기관에 대한 그릇된 인식을 바로잡고 잘못된 보건정책을 바로잡는 지름길이 될 것이기 때문이다.

지금부터 향후 몇 년간이 보건기관에 있어서 매우 중요한 시기라고 생각된다. 다행히 90년대 들어서 지방보건조직 내에서 변화의 기미가 보이기 시작했으며, 건강증진법 제정과 지역보건법 전면개정, 복지부 일부부서에서 기존사업에 대한 전면적인 검토작업이 이루어지고 있고, 건강증진 시범보건소의 지정, 보건복지사무소와 지역정신보건센터의 시범운영 등 긍정적인 변화들이 나타나고 있다. 이러한 변화가 성공적으로 귀결되고 우리나라 보건수준이 선진국 못지않게 향상되는 계기가 되기를 기대한다.

도시지역 통합 보건사업의 실제

- 대구 광역시 중구를 중심으로 -

김 화 선

대구시 중구 보건소 가족보건계장

1. 서 론

통합 보건사업은 가정 간호사업보다는 한층 포괄적 개념으로서 간호사들의 확대된 역할과 기능을 요구하는 업무인데 대구시 중구의 경우 소외 계층인 저소득층 시민을 대상으로 건강사정을 실시하여 그들의 건강요구도를 파악하고 가용인력과 장비를 활용하여 주민에게 필요한 간단한 치료, 간호, 보건교육, 진료의뢰, 애로점 등을 연계처리하여 “주민이 최대한 삶을 누릴 수 있도록 도와주는 사업”이다.

현대 사회에 와서 사망률의 감소와 평균수명의 연장으로 노인인구의 증가는 국민 건강관리 정책에 중요 변수로 작용하게 되었으며 노인인구의 60% 이상이 장기간의 간호를 요구하는 질병 형태인 동시에 대다수의 환자들은 종전의 대가족 제도에서 핵가족화됨에 따라 노인들이 혼자 힘으로 보건의료기관을 찾아야 하는 실정이며 만성 질환자나 장애인수의 급증으로 자가 치료 및 요양을 거쳐야 하는 경우가 많아 병원 또는 가정에서 관리방법을 해결토록 해야 했다. 이런 문제점들을 해결하기 위한 방안으로 통합보건사업에 대한 필요성이 한층 요구된다 하겠다.

2. 현 황

가. 기본현황

○대구시 중구 총인구수 : 116,271

- 총 생활 보호 대상자수 : 1,017세대/1,742명
- 통합보건 관리자수 : 653세대/1,175명
- 통합보건 요원수 : 6명
- 통합보건 추진 내용 : 방문진료, 간호, 각종검사, 보건교육, 영양교육, 2차 진료의뢰, 유방암검진, 건강습관개선, 위생관리 등

나. 연도별 추진 현황

(저소득층만 우선 관리)

구 분	'92	'93	'94	'95	'96(9월 30일 현재)	비 고
관리 지역	거동 불편 불능자(전동)	1개동	4개동	7개동	9개동	
관리 인원	71명	147	488/904	647/1,271	653/1,175	
담당 요원수	2	2	4	5	6	
방문진료·간호	259/449	782/2,882	364/5,214	5,359/6,035	4,148/5,634	
각종 검사	270	170	2497	1831	548	
2차진료의뢰	9	9	9	37	15	
보건 교육	419	4,586	5,612	8,056	6,421	
사 업 비	.	.	.	8,302,000	10,860,000	

다. 대구시 중구 보건소 직원 현황

구 분	직군 및 직렬							
	계	의무직	약무직	보건직	간호직	의료직	행정직	기능직
인 원 수	54	4	1	16	15	6	2	10

라. 간호사 1인당 담당인구수

구 분	대구광역시 1인당 담당인구수	대구시 중구 1인당 담당인구수(통합보건 6명)	비 고
인 구 수	25,076	19,378	

관리지역과 인원, 통합 보건요원수를 보면 1992년에 사업을 시작하면서 1994년까지는 요원들이 기존 업무와 통합보건 업무를 이중 부담하면서도 꾸준히 사업을 추진했으며 향후 관리지역 및 인원은 계속 증가할 것으로 예상된다. 현시점에서 인력확충은 곤란하여 부득이 관내 9개동만을 추진하기에 이르렀으나 1997년은 전지역으로 확대 실시할 계획중에 있으며 각종 검사항목은 1992년 간염, 뇨검사, 혈압측정만을 실시해 오다 점차 그 검사 항목을 늘여 1996년 현재는 간염, 간 기능 검사, 뇨검사, 혈당, 혈액형, 혈색소, 성병, 혈압측정, X선 촬영, 객담 검사 등을 실시하고 있다.

또, 2차 진료의뢰는 2차 진료의뢰 보조비 확보로 환자의 입원비, 검사비, 투약비 등을 보조해 주고 있으며 예산상의 내역으로는 환자 위생용품 및 소모품, 검사시약, 영양제, 통합보건 기자재 구입, 2차 진료보조비, 업무추진 여비 등이 있다.

3. 문제점

(1) 사회적 특성 및 보건 행정력의 限界性

대구광역시에서 중심구에 위치하고 있으나 貧富의 格差가 심하고 老齡人口가 급속히 증가하고 있어, 관내 전지역을 대상으로 실시해야 할 실정에 있으나, 보건소 조직, 인력, 예산의 한계로 일부지역을 대상으로 실시중이며 尙後 사업범위와 대상자수는 계속 증가할 것으로 예상되나 인력 및 장비 擴充 등 제약요인이 많아 사업추진 애로점이 많다.

(2) 사회복지 사업과 보건사업과의 유기성 결여

대다수 관리대상자는 유질환자로 이들에 대한 최소 생계비 지원 및 개인 건강을 함께 보전하는 정책의 전환이 필요하나 현 시점에서 짧은 기간 해결이 어려울 것으로 예상되며 동사무소에 사회복지요원이 배치되어 있으나 보건사업에는 실제 도움을 줄 수 없는 제도적 불합리로 인하여 복지행정과 보건행정과의 유기적관계 정립이 요구된다고 볼 수 있다.

(3) 보건기관과 주민과의 근접성 결여

보건소의 외곽지 위치로 노선버스 이용의 불편, 진료기능의 상대적 상실등 주민들의 보건소 이용을 기피하고 타 의료기관을 이용함으로써 저소득층의 경제적 부담을 가중시키는 요인이 됨.

(4) 事業支援 및 行政支援 體系의 未洽

현 통합 보건사업을 가족보건계에서 추진하고 있으나 同係의 업무가 가족계획 업무만을 전담하는 것으로 認識되어 있으며, 통합 보건사업에 대한 보건인력 擴充의 當爲性 確保 및 각 支援體系의 未備로 주민들의 건강욕구와 보건사업 추진과의 괴리현상이 발생하고 있음.

(5) 2차 진료비 지급시 병원과의 협조체계 미흡으로 이용자의 불편을 초래한다.

(6) 응급환자 발생시 응급의료 체계의 미확립

4. 개선방안

가. 행정적 측면

진료기능에서 예방기능으로 보건행정의 방향전환 추진이 필요하겠으며 그 방안을 개략해 보면,

- 보건소 이용의 활성화를 위한 시내버스 노선 조정
- 일용 간호사 채용 - 통합보건요원으로 활용
- 필요예산 및 행정지원 강화
 - 출장비, 급식비, 의료비, 차량 등 필요 경비 및 장비 지원 擴大
- 사회복지요원의 통합 보건업무 지원체계 확립
- 보건요원들의 實務教育 強化
- 규정업무 등 진정한 福祉機關으로서의 홍보기능 강화
- 구인·구직창구와 통합 보건사업 대상자와의 電算體系 確立
 - 구직을 통한 실질적 再活意志 同期賦與

- 초등학교 性 教育 講座 開設 등 통합 보건사업 領域擴大 추진
- 보건분소 설치 운영 - ex) 남산 4동사무소, 대백프라자, 동아쇼핑, 대구백화점 분소 등

나. 제도적 측면

- 공중보건의 配置 추진 - 보건분소 배치 및 통합 보건사업 활용
- 2차 진료비 보조시 병원과의 協助體系 確立으로 이용자의 便益제공 추진
- 통합 보건사업 全擔部署(통합보건사업계) 設置 運營
 - 사회복지 요원과 통합 보건요원의 통합관리 체계확립
- 저소득 주민의 의료비 및 最低生計費 지원확대
- 응급의료 체계확립을 위한 타 기관단체(119, 129)와의 협조체계 강화

其他 支授體系 確立

- 요구르트 배달원을 지역 보건 모니터 要員으로 活用
- 관리대상자의 安否確因을 위한 제도적 장치 마련
- 가족結緣事業 확대추진을 통한 소외계층의 사회흡수 방안 마련
- 의료장비 확충(통합 보건사업용) 등 다양한 지원방안 강구 대책이 필요하나 무엇보다도 기관장의 확고한 實踐意志 確保해야함은 재고의 여지가 없다고 하겠다.

5. 결 언

올바른 철학과 업무의 필요성 및 중요성을 깨닫고 보건행정이 나아갈 바를 다시 연구하고 바람직한 정신적 자세로 업무 수행에 임하여야 할 것으로 판단되며 보건소를 찾아오는 주민들에 대한 보건 서비스도 중요하지만 보다 국가의 보호를 필요로 하는 저소득층 주민들을 찾아가서 가족의 포괄적인 건강문제 즉 적절한 건강수준 유지(Optimal Level Of Health)를 위한 자신의 건강관리 능력과 질병예방으로 자신의 질병을 관리할 수 있도록 해 주며 재활의욕을 향상시키기 위해 통합 보건사업을 보다 충실히 내실있게 실천하여 참봉사 행정구현을 통한 보다 나은 “주민의 삶의 질 향상”을 위해 최선의 노력을 경주하여야 하겠다.