

보건 진료원 제도 운영 평가에 관한 연구 - 우리나라 1차 보건의료 제도 방향 재설정을 위하여 -

홍 여 신*·이 인 숙*

I. 문제의 제기

일차 보건의료란 환자나 지역사회가 조직화된 보건의료를 1차적 수준에서 접하는 것이다. 그러므로 1차 보건의료의 성공적 확산은 8가지로 구성된 필수 보건의료를 원할이 제공받을 수 있다는 것과 보건의료 자원 배분의 공정성, 부분간 협조, 주민 참여의 보건의료 제공 방식을 확보하는 것으로 볼 수 있다 (TARRIMO, 1991).

그러나 1981년 "인류 모두의 건강을 위한 세계 전략"을 수용한 많은 국가들은 대형 의료 시설과 고가 장비의 무분별한 도입, 총사용 의료비의 계속적 증가등의 문제로 제한된 자원을 효율적으로 사용하지 못할 뿐만 아니라 형평성의 개념에 접근하지 못하고 있다. 또한 공공기관의 효율적 관리 미숙과 부처간 협조 미흡, 지역 주민 참여의 결여 문제는 1차 보건의료의 목표 달성을 저해하는 요인으로 평가되고 있기 때문에 해결방안 모색이 시급한 실정이다.

우리나라도 1981년부터 농어촌지역에 보건진료원을 배치하여 건강 문제 해결을 위한 1차적 접촉원의 역할을 하도록 하였다.

농특법에 의하면 보건진료원은 1000명에서 5000명 미만의 인구가 거주하는 의료취약 지역을 근무 지역으로 하여, 그 지역 내에 거주하면서 대통령령이 정하는 경미

한 의료행위를 하도록 명시되어 있다. 그러나 전국민의 료보험의 실시, 교통 수단의 발달, 주민의 종합병원 선호 사고, UR문제로 인해 더욱 감소될 농촌 인구 상황 등은 보건 진료원을 배치하기 시작한 1981년과는 사뭇 다른 사회 양상을 띄게 되었다.

또한 주민의 주된 보건의료 요구가 만성 질환 관리에 미치게 되자 공공 보건기관은 사업내용, 운영방식 및 조직체계의 전환을 모색하게 되었으며 이는 가족을 최소의 접근 단위로 하여 간호사에게 전담 지역을 배분함으로써 지역의 문제를 해결하고자 하는 통합보건 사업 활동을 의미한다.

1차 보건의료는 전 주민의 포괄적인 건강 관리를 담당한다. 그러므로 그 접근법은 개인 개별 접촉이라기 보다 가족을 단위로 고려하게 되며, 환경과의 상호 작용, 상위체제인 지역사회와의 관련성을 다룬다.

간호사 1인당 3000-5000명 지역주민의 관리가 이상적이라고 하나 현재 면 단위 보건 사업에 있어서는 1개 면을 2인의 보건요원(간호조무사)이 분담하여 1인당 평균 5876명의 인구를 관리하고 있다.

그러므로 지역 건강 관리의 성공을 위해 체계를 변경하려는 시점에서 같은 목적 하에 동일 대상에 대해 활동하고 있는 보건진료원제도의 방향 재설정은 필요하며, 이는 공공보건 조직 체계 내에서 사업을 고찰함으로써 이루어져야 한다.

* 서울대학교 간호대학

본 연구의 목적은

- 1) 현 보건 진료원 제도 운영상황 및 문제점을 검토하고
- 2) 공공보건 의료체제 내에서의 발전 방향을 모색하는데 있다.

II. 연구 방법

i. 연구 대상 및 분석 방법

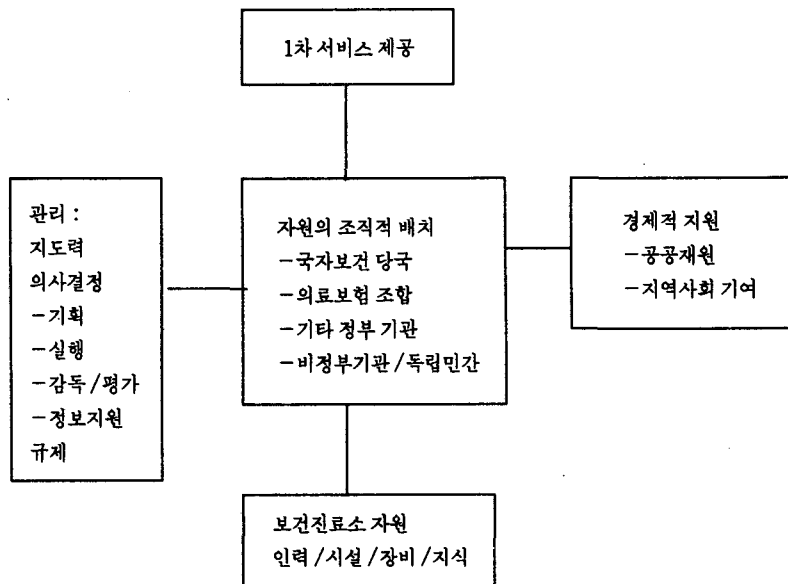
보건 진료원 사업의 현황 파악을 위하여 1994년 1월 -2월의 2개월 동안 경기도내에 위치한 Y군 16개 보건 진료소의 직무 수행 및 운영에 관한 상세 자료를 수집하여 분석하므로써 보건진료소의 자원, 조직, 제공되는 서

비스의 적합성, 경제적 지원, 관리/운영 부분을 평가한다.

그외에 보건진료소의 전반적인 양상 확인을 위해 기존 연구 문헌 및 보사 행정 부서의 내부 자료등을 검토하고 사업 방향을 재 설정하고자 한다.

2. 분석 틀

본 연구에서 방향 재 설정을 위한 분석 틀은 WHO에서 제시한 보건의료 체제의 구성요소인 보건의료 자원 개발, 자원의 조직적 배치, 보건의료제공, 경제적 지원 및 관리 측면의 상호 관계 틀(BOGDAN,1984)을 일부 수정하여 사용하였다(그림1).



〈그림 1〉 국가 하부 의료체제의 구성 요소(WHO, 1991, 수정자료)

III. 연구 결과 및 고찰

1. 보건 진료원 제도의 현황과 문제점

1) 본장에서는 보건 의료 자원의 4범주인 인력, 시설, 장비 및 물자, 보건의료 지식의 항목을 살펴보고자 한다.

(1) 인 력

보건의료 사업은 보건 요원들간의 팀 접근법에 의해 실시된다. 본장에서는 보건 진료원의 기능, 관련업무, 교육유형, 요원의 수와 배치 상태, 타 요원들과의 관계 및 인력의 대체 가능성에 대해 논하고자 한다.

가. 인적 특성

1993년 9월 현재 보건진료소의 조례상 설치 수는 2043개소이나 운영중인 곳은 2039개소이다(지역의료과, 1993). 보건진료원은 간호사 자격을 취득하고 6개월 직무교육을 받은 후 군수 위촉을 받아 배치된 인력으로서 정규 공무원이 아니었으나 1991년 12월 별정직 공무원으로 수용되어 별정직 6급(71.6%)과 별정직 7급(28.4%)으로 변경 임명 되었다. 또한 최근에 배치되는 신규 보건진료원은 간호직 7급의 발령을 받고 있다(0.3%) (보건간호사회, 1994).

김(1991)의 자료에서 채용 년도별 연령, 결혼상태, 현재 가족과의 동거 여부를 보면 해가 갈수록 젊은 연령층과 미혼 그리고 보건진료소 내에서 가족과 떨어져 거주하는 보건진료원 취업인구가 많은 것으로 나타났다.

경기도 1개군의 16개 보건진료소에 대해 조사한 결과에 의하면 <표 1>에서와 같이이지역은 전국 진료소 자료보다 45세이후 연령층이 많기때문에 평균 근무 연한은 전국 자료의 5.21에 비해 6.43년으로 길게 나타났다. 이 지역 보건진료원의 미혼자율은 전국치보다 낮는데 비해 독신거주자율이 높음은 도시와 접한 군지역이면서 가족과 분리되어 독신 거주하는 자가 많기때문으로 보인다. 보건진료원의 학력은 4년제 정규 대학 졸업자는 6.8%였다. 전문간호사로서의 자격소유 여부를보면 간호사 단독 자격은 33.6%였고 그외의 자격에는 조산사, 양호교사, 보건간호사의 자격증을 함께 소지하고 있었다.

나. 역할 및 기능, 업무

진료원의 역할과 기능은 농특법에 준해 1차 범위의 진료, 모자보건과 가족계획 및 기타 보건 사업 (환경관리, 질병예방, 보건 증진, 교육 및 지도, 기록 유지)의 3영역이 명시되었으나 1982년 직무 조정을 거치면서 지역사회 개발 및 조직, 사업 계획 수립, 지역사회 보건관리, 모자보건/가족계획, 통상질환관리, 사업운영관리, 보건정보체계 개발의 7영역으로 확대 조정되었다(김진순, 1985, 1991).

이는 법에 제시된 대로 대상 집단을 건강 문제를 가진 개인이나 가족에 국한하지 않고 전주민을 대상으로 하며, 지역사회 개발, 건강 증진/유지와 1차진료, 추후관리의 강화등 포괄적 지역사회 건강관리자로서의 역할 요구를 고려한 조치라고 본다.

업무 수행 상태는 각 연구 논문마다 다양하였으나 대부분 진료에 50%이상 치중하고 있으며, 그외에 보건 교육과 예방접종 위주의 영유아 보건사업을 수행하는 것

으로 나타나 있다<표 2>. 이는 지역주민의 인지도에도 잘 반영되어 김(1985)의 연구에 의하면 주민의 90%이상 보건진료원을 환자 간호 및 의뢰자, 응급환자 후송자, 가족계획 영유아 사업 수행자로 알고 있었고 그외에 건강교육, 환경개선, 회의참석, 마을 건강원 교육자로 그리고 43%는 지역의 건강문제를 대변하는 인력으로 인지하고 있었다.

<표 1> 보건진료원의 인적 특성 분포

(단위 : 명, %)

특성 구분	전국	1개 군
계	1627	16
연령(세)	(100.0)	(100.0)
-24	10.2	6.2
25-29	28.0	25.0
30-34	25.7	31.3
35-39	21.3	6.2
40-44	4.7	6.2
45-49	2.3	12.5
50-	7.6	12.5
결혼상태	(100.0)	(100.0)
미혼자비율	25.9	18.8
독신거주율	30.9	31.3
4년제대학 졸업자비율	6.8	
보건진료소 평균 근무경력(년)	5.21	6.43
자격증 소유 여부		(100.0)
간호사자격단 소유		33.6
간호사+조산사		5.8
간호사+양호교사		49.0
간호사+보건간호사		1.7
간호사+보건간호사		9.9
간호사+조산사+		
양호교사+보건간호사		
중 셋 이상		

자료원 : 한국 보건사회연구원 보고서, 91-12, pp207-254, 1991

〈표 2〉 보건진료원의 업무 내역별 활동 분포

(단위 : %)

업무 내역	1982	1983	1987	1988	1990
대상자 수(N)	240 (100.0)	279 (100.0)	26 (100.0)	22 (100.0)	1 (100.0)
진료업무	78.7	58.6	63.1	45.2	61.8
보건교육	-	18.8	5.8	8.1	18.8
모성보건	3.8	2.7	8.2	4.2	0.3
영유아보건	11.4	9.8	1.7	7.0	0.2
가족계획	4.1	6.3	6.2	5.2	0.2
결핵관리	2.0	2.5	1.8	-	12.9
위생관리	-	1.3	1.1	5.9	-
상담	-	-	11.0	-	-
기타	-	-	1.0	24.4	5.5

자료원 : 한국 보건 사회 연구원, 91-12, pp 107-108, 1991

다. 관련 업무 및 타요원들과의 관계

보건 진료원의 업무는 12항목으로 개정된 보건소 업무중에서 하급기관의 지도 감독, 검사, 의약지도 기능을 제외하고는 동일하다. 다만 대상 인구가 일정지역으로 국한되어 있는 점과 단독 수행자로서 사업계획에 따라 포괄적으로 각 업무를 수행한다는 점이 다르다.

1차 보건의료 사업은 보건소, 보건진료소, 보건지소라는 일련의 공공조직을 통해 실시하고 있으면서도 각 기관 설치의 법적 근거가 다르며 (보건소법, 농특법) 공무원 직급 성격상 차이때문에 협력관계를 이루며 일하기 어려운 입장이다.

보건진료원과 같은 업무를 보건소 내에서는 간호사 및 보건직 공무원, 간호조무사가 다루게 된다. 그러나 계획 부터 추후관리를 포함한 일련의 건강관리 과정을 전문인이 아닌 보건직 공무원과 간호 조무사가 담당하기에는 한계가 크며 사업의 결과 역시 질적인 측면에서 차이가 있을 수 밖에 없다. 그러나 실제 보건소 간호사의 23.3%는 진료보조 부서에 그리고 11.6%는 행정지원 부서에 배치되어 있다. 그 결과 보건소 사업운영실태 평가 자료에 의하면 변경된 보건소법에 명시된 만성질환 관리와 노인 및 장애인 관리등의 업무는 담당 인력과 부서가 없다는 이유로 전혀 운영되고 있지 못하다(국립보건원, 1994).

보건소는 조직구조상 주민의 포괄적 건강관리를 하는데 한계를 갖고있으며, 보건진료원은 포괄적 업무를 하게 되어 있으나 국한된 지역에 1차 진료를 주기능으로 할 뿐 현재 두 조직과 인력간에는 효율적 업무 연계를 갖고 있지 못하다.

보건소 간호사의 연령군은 보건 진료원과 비슷하나 평균 교육 수준은 95.4%가 전문대 졸 이하이며, 이중 23.8%는 고졸로 나타나고 있어 보건진료원 보다 수준이 낮으며 직급 또한 군수준 보건소 근무 간호사는 88.5%가 7급, 8급 간호직으로 되어있어 6급과 7급으로 구성된 보건진료원 보다 낮다. 그러나 보건소 근무 간호사는 일반직인데 비해 보건진료원은 별정직 공무원이라는 현 상황은 두 직종 구성원간 특성과 더불어 두 인력이 수평적 협조관계나 수직적 상하관계를 형성하는데 어려움을 주고있다.

보건진료원에 대한 지도 감독은 농특법 23조에 의해 군수가 보건 진료소 업무를 지도감독하며 기술적 지도는 보건소장과 보건지소장에게 위탁토록되어 있다. 그러나 보건소장중에 50%가 보건직 공무원이기 때문에 (지역의료과, 1993) 기술적 지도 감독은 거의 불가능하며 현 실정은 시, 군 보건소 행정계 행정직 혹은 보건직 공무원에게 맡겨지고 있다.

위의 점들은 보건소 수준에서 지역분담 방식의 가족 단위 통합보건사업이 시행착오를 거듭하고 있는 실정에서 업무 능력이 우수한 보건진료원은 보건소 타 요원들과의 업무 관계가 미흡하고 상호 지도 감독 기전이 없다는 이유로 공공 보건조직 체계상 업무 위치 선정이 도의 시 됨이 나타난 결과로서 향후 보건진료원의 운영 방향 재설정시 신중히 검토해야 할 부분이라 생각된다.

라. 보건 진료원 배치상태

의료 시설과의 거리가 통상 교통수단에 의해 30분 이상 소요되는 지역을 의료취약으로 지정하여 이 지역을

인구 1000-5000인 미만을 기준으로 구분하고, 주민의 의료 이용 편이도를 고려하여 보건진료소를 설치하도록 되어있다(농특법 시행령 제2조, 시행규칙 제15조). 그러나 1991년 개정법에 의하면 육지는 500인, 도서는 300인 이상으로 설치 지역 인구수를 하향 조정하여 의료의 접근도를 높이고자 하였으며, 1992-1996년 경제개발 5개년 계획에서는 이를 재 조정하여 200인 이상 도서 지역에 180개의 보건 진료소를 설치하도록 예정하고 있다. 현재 200인 미만 도서 지역과 오벽지에 설치된 보건 진료소는 15개소이다.

1987년 조사에 의하면 보건 진료소의 평균 관할 인구는 1452명 이던 것이 1990년에는 994명으로 줄고 있는 실정이다(김진순, 1991).

1993년 12월 현재 보건진료소 수는 2042개소로(표 3) 500인 미만의 인구지역을 관할하는 보건진료소는 9.8%이며 1000인 미만의 경우는 46.4%나 된다. 이렇듯 보건진료원의 관할권역(CATCHMENT AREA)이 좁다는 사실은 지역 특성과 질적 측면에서 활동 내용과 복잡적으로 고려하여 평가되어야 한다. 그러나 지역 주민의 건강 관리 부분에서 일하는 간호사가 절대 수 부족한 현상에서는 양적인 측면에서 간호사와 간호조무사가 면 단위 즉 보건지소를 중심으로 활동하고 있는 권역과 비교해 볼 수 밖에 없다. 특별시와 직할시를 제외한 나머지 지역의 보건지소수는 1284개소이며 이에 근무하고 있는 간호사와 조무사수는 3,913명이며 이중 간호사는 6.0%이다. 이 지역 인구는 22,993,406명이므로 요원 1인당 인구는 5,876명으로 추정된다. 그러므로 비 전문 의료 인력인 간호조무사면 보건요원이 1인 평균 5500인 이상을 관리한다는 점을 고려한다면 보건진료원 배치장소도 반드시 재고할 필요가 있다고 본다.

(2) 시설 및 의료장비

보건의료 시설의 위치 및 규모는 보건의료 시설 효율성에 영향을 미치며 시설에 대한 자금 출처에 따라 기능이 다양해 지는 것으로 나타나 있다(BOGDAN, 1984).

본장에서는 보건진료소의 기본 특성인 위치와 시설 및 장비를 살펴보면 이의 설립과 운영에 대한 자금조달 방식을 검토할 것이다(표 3).

가. 보건 진료소의 위치

보건진료소는 시 지역에 1%, 농촌 산간 지역에 66%, 벽지에 17%가 위치하며, 보건지소까지 평균 70.8분, 보건소까지는 평균 127분이 소요되는 곳에 보건진료소가

위치한다고 분석되어 있다(김진순, 1991). 그러나 교통수단의 발달로 거리상 원근개념이 변화되었으므로 지역 특성과 주민의 요구도를 함께 고려한 위치 타당성의 평가가 새로이 이루어져야 할 것이다.

나. 시설 및 의료 장비 기준

보건진료소의 의료 장비 기준은 농특법 시행규칙 15조 2항에 근거한다. 건평은 23평으로 진료실, 투약실, 소독실 및 숙박 시설로 구분되며, 건물의 80%는 개소시 신축된 것이다.

건물 신축 및 장비비 지원은 국비 2/3와 지방비 1/3로 이루어졌으며, 지방비는 군청과 주민의 협조로 마련된 것이다. 보수시 비용을 보건진료원이 지불한 경우는 6.6%, 보건진료원과 군청이 분담한 경우가 3.7%였으며 나머지는 군 보건소(24.2%), 운영협의회 기금(61.8%), 면사무소와 주민이 지원하였다.

이렇듯 보건진료소 시설 마련의 주체는 주민이며 운영기금 마련 및 운영 심사도 주민이 하기때문에 보건진료소의 기능 및 역할은 주민 요구에 입각하여 주민의 대변자로서의 역할에 우선 순위를 부여해야 한다.

의료 장비는 기본 진료 장비로 모든 보건진료소가 갖추고 있으며 의약품도 1981년 당시 55종에서 사용도를 감안하여 68종으로 침삭하였다. 이 부분은 주민의 치료요구가 만성질환 관리의 부분이 크다는 점에 비추어 볼 때 검사기구(예; 혈당 측정기) 및 일부 약제(예; 고혈압 관리 약제로 레절핀, 다이크로진 밖에 없기때문에 처방 곤란)의 보강이 필요하며 지역활동을 위한 교육용 기자재와 이동 장비의 마련 혹은 그 운용 비용의 지원을 고려해야 한다.

(3) 지 식

본항은 급증하는 새로운 지식에 대한 이해를 촉진하는 방안, 운영 연구의 수행 및 보건의료 체계내에 연구장려를 위한 협조 장치의 구축여부를 평가하는 측면이다.

우리나라의 공공보건의료 부분은 대학의 시범 사업이 개입된 몇몇의 연구 및 개발 사업(RESEARCH & DEVELOPMENT PROJECT)을 제외하고는 운영 연구에 대한 체계적 접근은 없는 실정이다. 보건진료원에 대한 연구는 보건진료원 교육 기관인 각 대학과 한국 보건사회 연구원을 중심으로 이루어졌다. 그러나 보건진료원은 연구 대상자로서의 역할이 주였으며 연구자로 개입한 경험은 거의 없다.

보건진료원 교육과정을 보면 현행 의료 법상 명시된 분야별 전문 간호사의 교육시간과 비교할 때 과정별 시간 배정이나 총 수업시간상 문제되지는 않는다(표 4). 그러나 1차 진료를 위주로 이루어졌던 교육내용은 주민의 요구변화에 따라 만성 질환 관리, 건강증진 프로그램, 재가환자 관리를 위한 기술 측면에서 직무수행 능력 강화를 위한 보수 교육이 상황 중심의 문제해결 접근법(예 ; 자가학습 프로그램 개발)으로 이루어짐이 바람직하다.

2) 자원의 조직적 배치

보건의료 자원들을 효과적인 상호관계에 놓이게 하고 보건의료의 전달 메카니즘을 통해 환자나 지역사회 집단들로 하여금 그 자원과 접촉할 수 있도록하기 위하여 자원의 조직적 배치는 필요하다(BOGDAN, 1984). 본 장에서는 보건진료원과 업무상 상호관계에 놓인 각 조직의 관계상 특성과 문제점을 살펴보고자 한다.

보건진료소는 이미 언급한바와 같이 업무특성상 보건소, 보건지소와의 연계체제내에서 각 인력간의 팀 활동을 해야한다. 그러나 보건 진료원의 60.3%가 공중 보건 의와의 관계 필요성을 인식하면서도 실제 환자 문제를 해결하기 위한 문외는 인근 병의원과 연계하는 것으로 나타나고 있다. 또한 보건소 간호사나 면 보건요원과도

정부 추진 사업인 모자보건, 가족계획, 결핵관리의 부분 사업에 한정된 접촉을 하고 있었다(김진순, 1991).

경기도내 16개 보건 진료소 응답자료에 의하면 환자 진료를 상담한 총12건 중 60%가 지역 병의원 의사이나 보건 간호사에게 문의하였으며 보건소장/지소장과는 25%만이 상담한 경험이 있다고 응답하였다.

<표 3> 보건진료소 자원(시설/ 장비, 경기도, 1994)

(N=16)

시설 및 장비	빈도	백분율
정부지원 건물수(개소)	16개소	100.0
평균대지면적(평)	97.52	
평균건평면적(평)	25.38	
진료사용 방수(개)		
1	8	50.0
2 이상	8	50.0
장비/설비보유 여부 : 전화	16	100.0
고압멸균 소독기	14	87.5
교육용 기자재*	10	62.5
기동장비**	13	81.25

* TV, VIDEO, O.H.P.PROJECTOR

** 승용차, 자전거, 오토바이 등

<표 4> 전문 간호사 훈련 총 교과 과정 시간 비교

(단위 : 시간)

구분	보건간호사	정신간호사	마취과간호사	가정간호사	보건진료원
이론	384	200	200	352	312
실습	120	1000	1300	248	704

자료원 : 한국보건사회 연구원보, 91-12, pp49, 1991

진료소 운영과 관련된 협의는 30%가 운영협의회 위원, 24%가 보건간호사, 42%가 행정계장과 보건소장에 게 의논한 것으로 나타나 있다.

면 보건요원과의 관계는 대부분 월 1회 미만의 비정기적 모임을 하며 목표량 사업의 정보교환 정도에 그쳐 관계는 업무상 유용치 못하다고 응답하였다. 유용치 못한 이유는 예방 접종외에는 연관된 사업이 없으며 관할 구역이 다르기 때문에 상호연계는 유익하지 못하다는 반응을 보이고 있다.

대개 보건진료소에는 평균 7명 이상으로 구성된 마을 건강원이라는 주민 조직을 갖고있으면서 이들에게 집단

/개인 지도를 통해 정보수집 및 사업에 활용하고 있는 것으로 나타나고 있다. 그러나 이들과의 만남도 30%만이 정기적 일뿐 년 수회 정도의 비정기적 모임에 그치고 있다. 그러나 사업에 유용한 협력관계이며 활동에 대한 이해가 증진된다면 보다 지역주민 참여에 유효한 기전이 될 것이라 인지되고 있었다. 이외에 보건 진료원 활동에 도움을 주는 조직은 새마을 부녀회(68.8%), 새마을지도자회 및 청년회(37.5%)와 연계 가능하다고 응답하였다.

예로 1168명 인구의 353가구를 대상으로 사업하고 있는 농촌지역의 1개 보건진료소의 연간 사업계획을 살펴 보면 <표 5>와 같다.

〈표 5〉 1개 보건진료소 연간 사업 계획(경기도, 1994)

사업내용	목표량	사업수행 방법	관련조직
1. 보건교육 - 예방접종 - 환경오염 - 마을건강원 교육 - 열성질환	1,168명	집단교육(순회) 내소자 개인교육 학교방문	보건소(예방의약계) 보건지소(가족보건계 행정계) 마을 건강원
2. 성인병관리 - 고혈압 - 당뇨 - 퇴행성 질환	600명	내소자 개인교육 집단교육 측정/상담 투약/의퇴	보건소(검사실, 진료부, 가족보건계) (통합보건사업부서) 보건지고 민간병의원 의료보험조합 건강관리협회
3. 예방접종 - 일본뇌염 - 장티브수 - 렙토스피라증 - 유행성 출혈열 - 간염 - 독감	1,168명	지역방문 (예방접종 실시)	보건소(예방의약계, 가족보건계, 행정계=기동력) 보건소
4. 환경위생		현장 집단교육	보건소(예방의약계) 군청(환경위생과) 지역조직(부인회, 청년회)
5. 구충구서			보건소(예방의약계, 행정계)
6. 노인보건		노인정방문 내소자 가정방문	보건소(예방의약계) 군청(가정복지과) 농촌지도소 건강관리 협회 적십자사
7. 모자보건		가정방문 육아지도	보건소(가족보건과)
8. 결핵관리			보건소(예방의약계) 민간병의원 진료실 의료보험조합
9. 지역사회참여			보건소(예방의약계) 민간병의원 진료실, 의료보험조합 군청(내무과) 지역조직

예로 1168명 인구의 353가구를 대상으로 사업하고 있는 농촌지역의 1개 보건진료소의 연간 사업계획을 살펴 보면 〈표 5〉와 같다.

관련조직에 제시된 바와 같이 보건소, 보건지소, 군청 내 관련기관, 농촌지도소, 적십자사, 민간병의원, 건강

관리협회, 의료보험조합, 지역주민조직 등 효율적 사업 운영을 위해 연계해야 할 조직은 다양하다. 그러나 이 사업 프로그램 사이에 협조가 이루어지지 않음에 따라 대상자는 단편적 서비스를 받을 수밖에 없고 보건의료 재원의 효율적 사용이 어려워지게 된다.

기타 정부 기관과의 관계 구축은 농촌 지도소, 가정복지과와의 사업 계획 및 기술상 지원을 고려해야 한다. 의료보험 조합과는 홍보, 정보교류, 건강 증진 프로그램 운영 등에 상호 협조해야 하며 비 정부 기관으로 검사 기능을 가진 건강 관리 협회, 적십자사(교육, 자원봉사원 제도 등)와의 적극적 관계 형성이 필요하다. 또한 사립 병원의 경우도 보건진료소의 1차의뢰 지역 병원으로 개념을 재 정립하며 환자의 치료, 교육, 결과의 환류, 보건 정보 교류, 의료 인력간의 지식 교류 등 연계 과정을 통해 상호 지원 체계로서의 방안을 고려해 보아야 한다. 이는 업무상 연계 문제, 지도감독상의 문제에 가능한

해결 방식이며, 보건진료원 제도를 공공보건 체계정비와 동시에 검토할 수 있는 기회가 되리라 생각한다.

3) 서비스 제공

보건 진료원의 활동은 1982년 직무조정을 거치면서 지역보건사업의 7개영역으로 구체화되었다. 1992년 지역의료과 자료에 의하면 보건진료원 활동실적은 아래와 같다(표 6). 보건진료원 1인당 1일 평균 활동건수는 통상진료 17.8건, 보건교육 3건, 그의 활동(보건소 목표량 사업) 0.66건으로 나타나고 있다.

<표 6> 보건 진료원의 활동 실적(1992)

(단위 : 건)

구분	계	보건교육	모성보건	영유아보건	가족계획	통상질환	결핵
1인당 평균							
연간실적	5790	803	12	126	24	4813	12
1인당 평균							
일별실적	21.4	3.0	0.04	0.5	0.08	17.8	0.04

자료원 : 보건사회부 지역의료과, 내부자료, 1993.6.

<표 7>은 16개 보건진료소 분석자료로서 1차진료부분에서 평균 1개 진료소당 1일 4.2명의 환자를 진료하였고 진료수입은 2,768원인 것으로 나타났다.

진료내용은 감기가 52.7%, 근골격계 질환이 12.4%, 소화기계 질환이 10.7% 그리고 고혈압(5.2%), 피부병, 외상(6.5%) 등이 있었으며 응급환자의 처리는 거의 없었다(0.2%). 그외의 소내 활동은 예방주사(9.1%)와 건강관리 상담(19.5%)이 대부분이었으며, 1일 상담건은 28건, 의뢰건은 0.14건 정도였다. 건강상담은 대부분 일반질환관리(고혈압, 당뇨, 결핵, 간질환)나 건강관리에 관한 것이었으며, 그외에 노인환자관리, 재활환자관리, 예방접종 및 모자보건/가족계획에 대한 상담이 주였다.

보건진료원은 지역활동 보다는 소내활동에 비중을 두어 활동량의 80%가 소내활동이었다.

KIPH(1991)에서 운영협의회 위원 150명을 대상으로 조사한 바에 의하면 보건진료원의 주요 소내 활동인 진료 업무에 대해 63.3%만이 만족하였으며, 예방보건 업무에는 57%가 만족하는 것으로 나타나 있다.

<표 7> 농촌형 보건진료소의 1개월간 평균활동 실적

('94.1.20~2.19)

활동 실적	월총계	일평균
진료(건수)	143.81	4.69
수입(원)	84912.5	2768.40
상담(의뢰 건수)	85.19(4.25)	2.08(0.14)
가정방문가구(가구수)	11.56	0.38
가정방문(일수/월)	4.94	

보건 진료소 이용자의 반응에서도 흔한 통상 질환에 대하여 이용자의 60-72% 수준에서 만족하였으며, 비노기계 질환 및 원인이 명확치 않은 질환에 대해서는 20%정도가 만족하고 있었다. 지역 의료 보험 실시 이후 보건진료소 내소 환자의 수는 시 지역은 변동이 크지 않았으며 그의 지역은 48.7%정도 환자가 오히려 늘었다고 응답하고 있다(김진순, 1991). 이는 1차 진료의 범위는 보건진료소 진료로 정착되고 있다고 보는 진료 업무에 대한 긍정적 측면으로 해석할 수 있으나 의료보험 실

시이후 급격히 증가하는 의료 수요의 여파로 도시지역은 근처 의료기관을 방문하지만 그의 지역은 진료 결과에 크게 만족하지 않으면서도 증가된 진료욕구를 보건진료소에서 충족시키는 현상 즉 일반적으로 늘어난 주민의 의료 욕구의 한 부분이 반영된 양상이라고도 볼 수 있다.

경기도내 16개 보건진료소의 지역사회 진단결과 지역에서 제시될 수 있는 문제는 <표 8>과 같다.

나타난 지역사회 문제의 해결을 위해서는 진료보다 오히려 환경관리, 지역개발, 건강인의 건강행위 형성을 위한 보건교육, 발달단계별 대처 방안, 노년관리 및 새로운 농촌현실에서 맞게되는 특유한 건강 문제에 대해 교육과 연구를 통하여 대처해 가는 노력을 기울여야 한다고 본다.

김진순(1985)의 연구 결과에 의하면 보건진료원은 지역 관리에 우선순위가 높음을 인지하고 있으나 실제 실천율은 24-42%인 것으로 나타나고 있다. 212개 보건진료소에서 3개월간 업무를 관찰한 결과 총 업무량의 70% 정도가 1차 진료, 자료 집계, 예방접종, 가족계획, 문서관리인 것으로 나타났다(김진순, 1985).

경기도내 1개 보건진료소 활동 기록 분석에 의하면 1달 평균 가정방문 건수는 19.7건으로 나타나고 있다. 또한 가정방문시 상담 내용으로는 질환관리(20.7%), 가족관계/사회 환경문제 상담(16.3%), 노인/재활(11.8%), 건강습관 관리(9.3%), 아동관리(8.6%), 물리적 환경 및 위생관리(7.1%) 등이 주였다.

질문지법에 의해 보건진료원에게 지역 방문에 대해 조사한 결과 가정방문 시기의 결정은 요구시 방문도 있으나 대부분 문제가구를 중심으로 마을단위의 계획 방문을 하는 것으로 나타나고 있었다. 또한 가정방문에 대한 주민의 반응도 87.5%가 긍정적이라고 보건진료원은 인지하고 있었으며, 주민이 원하는 서비스도 의료서비스 이외에 지역의 여러문제에 대한 상담과 보건교육이라고 응답하고 있었다.

보건진료원의 주민에 대한 집단 교육은 학교보건 교육 및 사업 홍보를 포함하여 1개 보건진료소당 1달에 14.4건으로 영유아 보건, 영양, 노인건강 관리의 내용을 주로하고 있다.

지역보건활동으로는 기생충 및 전염병 관리, 학교 보건, 하수도/변소/식수 관리, 농약관리가 비슷한 비중을 두고 다루어지고 있으며 지역활동을 위한 주민 조직으로는 마을 건강원, 부녀회, 운영협의회가 주로 역할을 담당하고 있었다. 보건진료원은 주민의 참여를 유도하

기 위해 지역조직, 모임 기회를 이용하여 사업 내용을 알리거나 주민과의 개별 접촉활동 및 방송과 지역 대표를 통해 홍보 활동을 벌이는 것으로 나타났다. 이에 대해 주민은 비교적 협조적인 반응을 보인다고 응답했다. 또한 보건진료원은 자신들의 업무가 1차적으로 환경위생 관리, 만성질환 관리, 예방접종, 보건교육이며 2차적으로 노인보건, 재활, 1차진료를 해야한다고 응답하였다.

이 결과는 같은 시기에 보건진료소의 활동기록을 분석하여 얻은 평균치와 차이가 있음을 알 수 있다. 이렇듯 같은 진료소에서 보건진료원의 응답과 서류 검토를 통해 얻은 두 자료상의 차이 점들은 이(1993)가 제시한 것과 같이 보건진료원 자질특성에 따른 차이라고 볼 수 있다. 그러므로 활동에 대한 기술적 지도감독, 상세한 업무지침, 적절한 목표량과 그에 대한 질적, 양적 평가는 사업운영상 필요하다고 본다.

보건진료원은 내소자 방문 시간이 일정치 않음 때문에 가정방문이 어렵고 개인 신변상의 안전 문제로 농특법의 규정은 다르게 공무원 근무 시간을 적용 받아 출퇴근 하기를 원한다(보건간호사회, 1994). 김(1991)의 자료에 의하면 환자의 진료소 방문 시간대 분포는 오전 9시부터 오후 6시까지 1일 방문자의 46.7%가 오며, 오전 8시부터 오후 8시까지로 확대하는 경우 1일 방문 환자의 68.4%를 보게 된다. 또한 야간에는 4.9%가 방문하는 것으로 나타나고 있다. 그러므로 이들의 근무 시간은 보건진료원의 지역방문, 야간 응급환자의 처리문제와 연관하여 고려해야 한다.

4) 관리와 경제적 지원

분석틀에서 관리는 운영을 위한 지도력, 의사결정과정, 규제를 의미한다. 지도력이란 관리를 위한 지도방식으로 구성원 모두가 의사결정과정에 참여해야 한다는 것으로 '민주'와 '참여'의 방식을 포함한 새로운 지도방식이 개발되어오고 있다(BOGDAN, 1984).

보건진료소의 운영은 보건진료소 운영협의회에 지원을 받아 이루어 진다. 운영협의회는 15인(위원장 1, 부회장 1, 감사 1, 위원 12인 이내)이내의 주민대표로 구성되며 사업계획 검토 및 예산 결산 심의등 보건진료소 운영 전반에 대해 지역사회 참여의 일방안으로 고안된 조직체이다. 그러므로 보건진료소 관리를 위한 의사 결정과정에 참여하고 보건진료소 운영 재원 조달에 관한 사항을 심의하는 운영협의회에 대해 검토하고자한다.

〈표 8〉 지역진단 결과에 따른 보건사업의 문제점 및 요구

진단결과	보건사업 요구
1. 인구구조는 0~14세 인구가 23% ; 65세 이상이 10~20%인 정지형(전형적 농촌) 혹은 중형(농촌에 일부상가 혼입지역)의 형태를 보임 -영유아, 모성, 가족계획의 사업 범위는 대상지역 전인구의 13.3~44.4%의 범위를 포함한다. -대체로 10~19세군의 인구가 차지하는 비율이 20~25%정도로 발달 단계상 청소년군에 대한 사업개입이 요청된다. -65세 이상이 10.3~29.7% 정도로 노년층의 사업 개발 요구가 있다. -경제적 취약군은 12.5%(의료보험)	-사회, 경제적 영향에 따른 인구 감소현상 -높은 노년 인구비율에 따른 노년 관리 program 요구 -보건소 관리사업에의 미흡한 영·유아 사업 program 요구 -청소년군 program 요구 -경제적 취약군에 대한 사회복지 사업 연계 program 고려
2. 생업은 농업과 일부 특용작물재배의 비닐하우스업 및 축산농가가 있다. -비닐하우스의 농약으로 인한 건강관리 문제 -축산농가(57%)에서의 폐수처리 등 환경오염문제	-농약 중독과 관련된 건강관리 프로그램
3. 물리적 환경문제 -내부 하수시설 50~59%이상 되어 있다. -하수시설 옥외 노출된 상태 -음용수에서 자가펌프 사용비율 41~96% -재래식 화장실 사용율 44% 수준 뚜껑없음	-하천 오염, 기생충증 문제 -구충구서 문제와 관련하여 관리대책 마련 -하천오염 /수인성 전염병관리 -음용수로서의 수질적합성 판정 및 음용수 관리행위 변경
4. 건강문제에 대한 사업대상 비율 -고혈압 /당뇨 환자가 전인구의 5~12%수준(식생활 /음주와 관련) -결핵환자 1% -기타만성질환 1~5.2% -가벼운 질환임에도 의료기관 이용율이 높음 -의료기관까지의 교통 불편 -월간상병율 18.9~40.7%	-만성질환의 추후관리 방안 -건강증진, 질병예방 교육, 자가 관리 program 교육 /실천 -바른 의료 이용 /의료보험 -결핵환자 집중관리

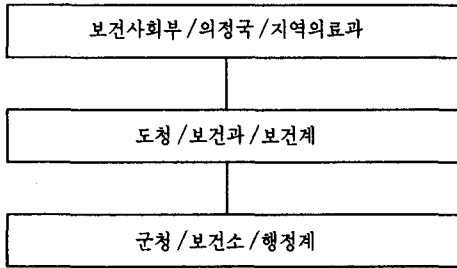
전국 보건진료소의 운영위원회 평균 위원 수는 15.8명(+17.5)으로 연간 2.8회(+2.0)모임을 갖고 모임 참석 인원 수는 15.6명으로 모임시 운영위원의 거의 전원이 참석하고 있었다(김진순, 1991). 그러나 16개 보건진료소 자료에 나타난 바에 의하면 이들의 모임은 83.9%가 거의 도움이 안된다고 보건진료원은 반응하고 있었다.

이들 모임에서 심의하는 사항은 진료소 운영의 적합성, 기획 사항 검토 및 기금 집행 결과에 대한 심사로서 이러한 진료소 운영 방식은 지역주민이 참여한 가장 바람직한 방향이라 평가할 수 있다. 그러나 보건진료원은 이 집단이 전문성 결여로 심의 기구로서 역할함이 미흡하며, 업무에 불필요한 간섭을 한다고 반응하고 있었다. 실제 1992년 4월 보건진료원이 별정직 공무원화 되면서 운영비를 심사하던 운영협의회의 기능이 유명무실해진 입장이어서 보건진료소 운영협의회의나 마찬가지로 폐지하려는 의도를 중앙 정부는 갖고 있는 실정이다.

운영협의회의 위원 선정은 회장에 당연직으로 면장을 선출하며 감사는 면 총무 계장, 그의 위원은 학교장, 리장, 지역유지, 마을건강원으로 이루어졌던 지역 주민 참여의 조직체이다. 그러므로 적정 역할이 부여되어 활성화된다면 주민 건강 증진을 위해 기여할 큰 역할을 갖고 있다고 생각되며 마을 건강원 제도와 연합하여 주민의 조직체로 정착 시킬 방안 모색이 필요하다. 또한 주민조직을 지도할 일선 공무원의 의식 변화도 필요하다고 본다.

보건진료소의 사업계획은 지역진단에 의한 정보와 보건소의 목표량사업의 할당분을 중심으로 세워진다. 사업계획에 대한 검토는 운영위원회와 지도감독기관인 보건소 행정계 혹은 가족보건계에서 이루어지게 된다. 그러나 운영위원회의 적극적 사업 요구나 보건행정계의 지도 감독이 현실적으로 불가능한 입장에서 보건진료원은 계획, 실행 및 평가를 단독 책임하에 행하고 있다.

보건진료원의 지도감독 조직은 <그림 2>와 같다.



<그림 2> 보건진료원 업무 관장 및 지도를 위한 행정 조직

군수준에서는 보건진료원의 직접적인 지도감독권이 군수에 있으며 군수는 기술적 측면에서 보건소장 및 보건 지소장에게 위임 할 수 있도록 규정되어 있다. 그러나 중앙의 행정 지시는 도청 보건과 보건계에서 군보건소 행정계로 이관되므로 실제로는 월 2회 이상의 지도 감독을 행정 직원으로부터 받게 되어 있다.

보건소장에게 받게되는 경우도 보건 소장의 50% 이상 이 비 의료인 보건직 공무원임을 감안 할때 사업에 대한 이해 및 지식 수준, 응용능력과 기술을 갖춘 지도 감독자와는 거리가 있다.

(2) 보건진료소 운영의 경제적 지원

보건진료소에 대한 국고지원 양상을 보면(지역의료과, 1993) '94년 예산안 내에서는 시설 및 장비의 지원예산이 배정된 부분은 없다. 중앙에서 지원되는 부분은 보건진료원 교육 수당, 마을건강원 보수교육비, 여비수당으로 보건진료원 1인당 년 630,000원이 잡혀있을 뿐이다. 그러므로 보건진료소 운영의 직접비용 총당은 진료소 수입으로 이루어지고 있다. 진료비는 군 보건진료소수가 조례 준칙에 따라 운영협의회 의결로서 진료비 기준을 별도로 설정할 수 있으며, 일반환자는 동일 질병, 동일처방에 대해 일회 3일분 투약이 가능하고 제 1일은 1,200원, 2일째부터는 1일당 600원이 가산된다.

만성질환자의 경우는 투약 기간을 15일 이내로 하되 약가는 타 질환과 동일하며 조산료는 8,000원으로 규정되어 있다. 그러나 의료보험 환자와 의료부조 환자의 진료비 본인 부담금은 600원이다. 이 비용에 대해 보건진료원의 94.1%가 약품비와 소모품 구입비 정도만 이진

료수입으로 가능하기 때문에 진료비를 인상해야 한다는 의견을 갖고 있다. 이렇듯 진료소 1개소당 진료 수입은 월 평균 34만원(+20만원)정도이며 이자 수입은 월평균 7,000원(+12000원), 회비 및 기부금 수입이 월평균 000원(+15만원)으로서 보건진료소 운영을 위한 자체 수입은 월 437,000원 정도였다. 또한 운영비에 대한 국비 지원은 12.6%만 이루어지고 있으며 지원받는 보건진료소의 경우도 지원금은 평균 81,000원(+93,000) 정도로 부족한 실정이다. 보건진료원의 수당은 지역 운영 상황에 따라 최고 7만원까지 받도록 되어 있으나 24.7%는 받지 못하고 있으며 받는군의 65.3%가 7만원 이하를 받고 있었다. 또한 받는 경우도 59.8%만이 정기적으로 받고 있었기 때문에 보건진료원의 보수 만족도는 '90년 현재 96.3%가 불만족한 상태에 있다가 '92년 공무원화 되면서 해소된 상태이다. 이렇듯 보건진료소 운영비가 자체 수입에 의존하고 있는 점은 보건진료원이 진료를 주요업무로 인식케 할 뿐 아니라 재정 지원이 없는 독자적 지역사회 간호사업에 지장을 초래하여 전문직으로서의 성취 동기를 약화시키고 있다.

2. 보건진료원 제도의 발전방향

1차 보건의료의 성공적 추진방안 마련을 위해 보건의료체계의 방향을 재설정한다함은 변화하는 사회, 경제적 상황 속에서 사업의 적절성과 타당성 그리고 효율성을 감안하여 주민 건강을 목표로 한 보건의료 자원의 적절한 재배치를 시도하는 과정이라 할 수 있다.

우리나라 주민의 1차 건강관리를 위해 농특법에 따라 배치한 보건진료원제도도 10여년을 지나며 상황변화에 따른 방향재설정이 필요하다는 인식하에 앞절에서는 문제점들이 검토되었다.

본절에서는 제시된 문제점에 대한 명확한 해결책을 제시하지는 못하더라도 공공 보건의료조직 체계 내에서 보건진료원 제도의 방향을 재 설정한다는 데 의의를 두고 항목별 대안을 살펴보고자 한다.

1) 자원의 방향 재설정

사회적 요구가 변화함에 따라 현장에 배치된 인력의 적절성과 타당성이 주민의 욕구에 미루어 적정한가에 대한 평가는 필수 불가결한 것이며 이러한 평가에 의한 요원의 역할 재설정을 위해 교육훈련을 강화해야 한다는 것은 인력개발의 전략상 당위로 제시되고 있다 (TARRIMO, 1984).

우리나라에서 1차 건강관리를 위한 인력으로 준비된 보건진료원은 기존의 역할이나 능력면에서 그 사회적 효능을 충분히 증명했다고 본다. 다만 현재 문제가 되는 점은 공공 보건 사업을 활성화 시키려는 취지에서 공공 조직 체계 내의 보건진료원의 배치 현황을 볼 때 대상 인구의 규모가 타 인력의 분담분에 비해 적으며 이점은 능력에 비해 효율성이 낮다고 평가되고 있다는 것이다.

이(1993)의 보건진료원 제도 경제성 분석에 의하면 비용-편익비를 높일 수 있는 가장 큰 영향 요인은 보건진료원 개인의 특성 변수였다. 연령은 20대 후반에서 30대 초반, 경력은 3-4년 수준에서 업무활동의 정점이 형성되며, 경력 84개월부터 평균 이하를 나타내기 시작하여 104개월 이후가 되면 비경제적 운영을 하고 있다고 지적 하였다.

업무내용별 성과 분석에서도 보건소 목표량 사업인 영유아 보건, 가족계획 및 모성보건은 보건진료소의 지역적 특성이 영향을 미치나 상담, 보건교육, 결핵관리는 보건진료원 개인적 특성 변수들이 영향력을 미치는 것으로 밝히고 있다.

보건진료원의 독자적 업무 부분에서 개인 특성에 따라 효율성이 좌우됨은 중시해야 할 문제이며, 이는 그들의 근무환경이 생활 환경과 분리되어 있지 않으므로써 공과 사를 구분하여 직무에 충실하기 위한 개별적 노력이 필요한 점, 새로운 정보습득이 지연되는 점, 업무관계가 조직 내에 엮여지지 못한 점 때문으로 이 점들은 업무를 위한 여건조성이나 동기 촉진의 기회를 제공하지 못했기 때문일 것이다. 그러므로 보건진료원은 잘 훈련된 간호사로서 보건소 간호사와 연계되고 면 단위 인력의 94%를 차지하는 간호조무사의 지도감독 간호사의 역할을 맡아 면수준 지역을 총괄하며 1차 건강사업을 수행해 간다면 공공 보건조직체계 정비의 전환점 제시에 일 몫을 하게 될 것이다.

이와 같은 제안은 이미 타 연구자들에 의해 부분적으로 제시된 바 있다. 김(1994)과 김(1994)은 생산성이 낮은 혹은 도시화된 지역의 보건진료소는 보건소와 보건지소의 기능 개편과 종합적으로 검토해야 한다는 의견과 이를 구체화하여 인근 보건지소와 통합하여 방문보건사업을 해야 한다는 제시를 하고 있다. 보건소와 보건진료소의 활동은 협조체제를 가져야 하며, 방문보건사업의 담당지역을 넓혀야 한다는 점, 역할 범위를 지역 특성에 맞춰 도서지역은 일차 진료기능 강화와 응급관리에 비중을 두고 그의 지역은 진료기능을 약화 혹은 삭제시키는 동시에 만성질환자, 노인, 조기퇴원자 관리를

위한 방문 간호사업에 초점을 두자는 제안은 지역 특성 및 생산성을 감안하여 구체화시키는 것이 바람직하다고 본다.

이러한 제안과 관련하여 보건소, 보건지소, 보건진료소 사업의 연계성과 의뢰, 협의 및 지도 체계의 강화, 관찰 지역의 조정등을 통합적으로 재 정비함이 우선이며, 현행 하향식 그리고 목표량 중심적인 공공보건 조직 속에 한 위치로 보건진료원 역할을 삼입하기 이전에 보건진료원의 기존 역할을 근간으로 지역 주민의 요구 특성에 맞게 탄력적으로 조절해 가는 것이 합리적인 것이다.

또한 이미 제시한 바와 같이 능력강화를 위한 보수교육은 현지 인력과 팀 접근법으로 사업을 수행해 가면서 정기적 모임을 갖고 상황 중심의 문제해결 방식을 사용하는 것이 유효하리라 생각된다. 새로운 전문지식과 정보에 계속 접근할 수 있도록 국가 단위 정보공급센터(예: 질병 감시 정보)를 중심으로 신속한 정보 전달이 이루어져야 하며 환류되는 정보의 수용이 가능한 정보 체계 구축이 필요하다고 본다.

보건진료원은 진료소 건물 보수, 주거환경개선안, 의약품 보장, 낙후된 의료가구 교체, 기동장비 교체를 건의하고 있다(한국 보건사회연구원, 1991). 그러나 시설 및 의료장비에 대한 개선 요구 부분은 국가 보건의료사업 체계에 대한 재 기획 수립 및 보건진료원 제도의 방향 설정과 확정되는 역할에 따라 결정할 수 있을 것이다.

2) 보건의료체계 조직화의 방향 재설정

보건의료체계 유형은 크게 구분하여 중앙집권화 단일화 체계와 분권화, 다원화 체계로 대별해 볼 수 있으며 이 체계는 프로그램의 조직화, 다원화, 개별화로 수준을 달리하여 그 양상을 구분해 볼 수 있다. 그러나 이 체계들 중 어느 쪽으로 지향해야 한다는 것을 객관적으로 제시하기는 어렵다. 다만 근래에 들면서 주민의 교육수준 및 민주적 요구가 증대하고 보건의료 기술의 필요조건이 축적되어진 상태에서 비용 및 효율성을 고려하여 일반적으로 보다 조직화된 보건의료체계로 바뀌어감을 볼 수 있을 뿐이다(TARRIMO, 1994).

앞서 우리나라 1개 보건진료소 사업계획을 통해서 본 바와 같이 공공 보건사업체계 내에서도 조직화시키지 못한 채 사업을 전개할 때 수행이 어려움은 물론이고 그 효과마저 지속성을 잃기 쉽다. 그러므로 이는 보건진료소의 사업계획에서 검토되기 이전에 공공과 민간의 보건의료체계, 공공기관 간의 부문간 협조 차원에서 검토되는 것이 바람직하다. 이에 본 연구진은 기존의 경직된

조직이 서비스 제공의 공백과 중복등 비효율적 조직 운영에서 탈피하여 공공 보건조직을 단순화시켜 진료부서, 건강관리부서(예방 및 보건사업) 그리고 이들에 대한 모든 행정, 지원 업무를 맡는 행정부서로 구분하여 부서 특성에 적합한 전문인력을 집중 배치할 것을 제안하며 그렇게 될 경우 군단위 공공 보건 조직인 보건소 조직 체계는 업무 수행을 중심으로 재정비될 것이며 그를 통해 외부 관련 업무 부서와 협적 관계를 맺는 것이 현재보다 용이하리라 생각한다.

3) 서비스 제공의 방향 재설정

보건의료 서비스란 크게 5부분으로 나누어 건강증진, 질병예방, 치료, 재활 및 중증장애자에 대한 사회복지적 차원의 관리로 구분한다.

지역진단자료에 의하면 5영역의 주민요구가 모두 나타나고 있으나 현재는 앞의 3영역에 주로 치중하고 있다. 그러나 치료의 경우도 보건진료소와 연계된 1차 의뢰수준의 지역의료기관이 명확하지 못하여 환자 추후 관리에 어려움을 갖고 있는 실정이다. 이는 예방과 치료 사업을 분리된 개념으로 생각하고 있는 점과 주로 민간 주도의 치료 중심적 의료체계가 공공의 조직체계와 협조적 의뢰관계여야 한다는데 인식상, 행정상 합의가 도출되지 못하는 점에서 초래된다고 본다. 실제 제한된 자원내에서 효율적인 지역보건 서비스 체계를 만들기 위해서는 검사실 및 고가장비의 공유체계 구축, 공공부분에서의 검사 대량 정도 관리 그리고 지역내 1차 의뢰수준의 병의원 확보는 필수적인 여건 형성이라 본다.

이러한 여건형성이 이루어지지 못한 가운데 수행되는 앞의 3영역 사업은 단편적이며 중복적이면서도 추후 관리의 단절을 초래하여 지역 주민의 참여나 자가 간호로 유도하는데 어려움을 겪고 있다. 또한 재활 및 시설수용 관리가 어려운 현 시점에서는 가정과 지역사회수준의 자발적 노력이 요구되기 때문에 지역사회 참여 기전에 대한 면밀한 검토와 운영방안 모색이 필요하다고 본다.

4) 관리와 경제적 지원 측면의 방향 재설정

관리란 조직의 지속성을 유지함으로써 조직의 목적을 완수할 수 있도록 하는 과학적 운영을 말한다. 이러한 관리의 과정을 개발해 가는 전략은 ① 지역사회의 참여 ② 민주적 의사 결정 과정 정착 ③ 부분간 상호활동 ④ 보건의료 관리에 관한 교육이라 보고 있다(TARRIMO, 1984).

보건진료소 관리에서 지역사회 참여나 민주적 의사결

정 과정은 이미 형식상 개발되어졌던 부분이다. 앞서 언급한 운영협의회의 마을건강원제도가 이것이다.

보건진료소 운영지침 제7조에는 주민의 건강 증진 사업의 원활한 수행을 위해 리/동단위 마을 건강원을 1명 이상 두도록 되어 있다. 이들의 자격기준은 20세 이상, 중졸이상으로 마을에서 지도적 위치에 있는 부녀봉사자로서 전달교육과 정보 수집의 역할을 할 수 있는 능력을 가진 자로 규정하고 있다.

보건진료원 관할 구역내에 마을 건강원 위촉수는 평균 6.2명이며 년간 보건진료원과의 접촉수는 11.9회인 것으로 나타나고 있다. 마을 건강원에게는 집단 혹은 개별 교육이 주어지나 마을 건강원을 통해 환자의 추후 관리나 응급처치가 이루어진 경우는 거의 없고, 주요 임무는 생정 통계 자료의 보고 및 지역 변동 확인과 환자 발견 업무였다(김진순, 1991).

정보 수집의 역할을 위해서 지역을 순회하는 직업을 가진 주민을 마을건강원으로 선정한 예가 많다. 이는 마을 건강원의 주 역할이 건강 문제에 관한 주민의 대표라고 인지할 때 부적합한 인적 특성일 수 있으며, 농촌 지역의 경우도 일용 인력을 구매하여 사용하는 현 시점에서 주민의 자원 봉사적 성격으로 이를 운영함은 문제가 있다고 본다. 또한 이제는 확산하려는 건강 지식이 가족 계획과 영유아 보전에 그치지 않기 때문에 마을 건강원의 대상 폭을 재고하여 지역사회 자생 조직의 대표 혹은 기존 공식 조직의 대표로 삼아 건강의 문제가 다른 지역 개발 안전과 동일한 위치에서 다루어져야 한다고 본다. 이러한 측면에서 운영협의회는 주요한 민의 수렴의 역할 조직체로서 대체적인 운영방안 모색이 필요하며, 지방의회 조직도 건강 문제 해결을 위한 주민 참여 조직으로 고려해야 한다고 생각한다. 이를 위해서는 지역 주민에게 보건문제 인식에 대한 새로운 시각을 갖게 하기 위한 홍보 및 교육 또한 매우 중요한 위치를 점한다고 볼 수 있다.

보건진료원의 지도감독은 보건소 활성화를 위한 조직 개편안을 고려하며 함께 다루어져야 한다. 보건진료원 업무의 지도감독권은 동일 기술직종인에 의해 이루어짐이 효과적이기 때문에 현재 지역보건사업 수행 부서에서 보건진료원의 사업계획을 지도, 평가하는 체계로 엮어짐이 바람직하다. 이는 보건소내 관련 인력과의 사이에 직급상의 문제, 기존 역할상의 문제로 갈등을 빚을 수 있기 때문에 보건진료원 중 일정 수가 군 보건소 업무조직 내로 흡수되어 지도감독 간호사로서 역할 할 때 효용성이 크다고 본다.

〈표 9〉 1개 보건진료소 연간 결산자료('90)

세 입	수입(천원)	%	세 출	지출(천원)	%
진료비	8,333	72.6	의약품 및 기자재 구입비	4,050	11.3
-의료보험	(7,246)		시설 유지 및 난방비	1,789	20.9
-의료보호	(1,007)		보건사업비	426	4.8
-조산료	()		인건비(수당)	1,010	11.3
-검사료	(80)		회의비/여비	450	5.0
이자수입	260	2.3	판공비	240	2.7
주민성금	720	6.3	예비비	961	10.8
이월금	2,163	18.8	계	8,935	100.0
계	11,478	100.0			

전체 수입 중 의약품비 35.3%
 전체 수입 중 시설유지비 15.7%
 자료원 : 강원도내 1개 보건진료소 '90년도 내부 자료임

보건진료소 운영의 경제성 문제는 조직 체계 변동에 따라 상이한 해결책이 있을 수 있다. 주민의 요구와 지역상황에 의해 현재의 위치에서 보건진료소가 운영되는 경우는 보건진료소 운영비 및 공중보건의 수당을 보건소 책임하에 지급하는 사례와 마찬가지로 보건진료소에 대한 운영비 지원은 필히 고려해야 한다.

〈표 9〉는 자체 운영이 원활한 보건진료소의 예이다. 진료소 수입의 73%는 진료수입이며 진료소 수입 중 82.3%는 의약품 구입비, 시설유지비, 수당으로 지출되고 있다. 그러므로 진료 수입이 적은 지역에서는 진료소 총수입의 15.7%를 차지하는 시설유지비의 충당이 어렵고 보건진료원의 수당 지급이 가능치 못한 실정이다. 그러므로 보건진료소의 총 예산결산에 대한 심의를 보건소 행정 부서가 실시하면서 보건진료소 운영비와 의약품비, 보건사업비에 대한 지원을 공공보건기관에서 책임지고 보건진료원은 지역보건사업에 전념토록 해야 한다.

3. 요약 및 결론

현재 우리나라 공공보건의료체계는 기능의 명확한 분화가 없고 지도감독체계상 혼선을 보이며, 서로 상호보완적 관계라기 보다는 경쟁적 관계마저 나타내고 있다. 그러므로 1차보건의료의 목표를 달성하기 위해 보건소, 보건진료소, 보건진료소의 활용 체계 강화를 위한 방안을 여러 각도에서 검토해야 한다.

지역 보건의료체계 활성화를 위해서는 1차 수준의 의뢰기관을 마련하는 일이 우선적으로 중요하다. 특히 다양한 지역주민의 요구를 수용하기 위해서는 질병예방, 건강증진 및 질병치료가 통합적으로 이루어 지는 공공보건의료 체계가 구축되어야 할 상황이므로 보건의료원 혹은 지역의 사립 병의원을 1차 의뢰 수준 병원으로 하는 지역의료체계의 개념 정립을 새롭게 확립해야함이 이슈로 대두되고 있다.

이에 대해 1차적 방안으로 오백지 주민 의료 욕구에 대처하고 있는 보건진료소를 현대대로 두고 보건진료소를 폐지하여 보건소를 대형화하는 안과 2차적으로는 보건소에 행정기능만 두고 보건진료소를 강화하여 주민진료를 전담케 하고 의뢰 체계를 확립하며, 보건진료원은 지소관할 지역주민의 포괄적인 건강관리를 맡은 팀의 1인으로 역할하는 대안을 고려해 볼 수 있다. 이 경우 보건진료원의 근무장소는 주민의 요구정도(진료요구, 예방 측면 요구)에 따라 결정되어 보건진료소의 부지소장의 입장으로 개입하거나 보건소 지도 감독 보건진료원으로 역할하는 안을 택할 수 있을 것이다.

그러나 1차 방안은 주민의 의료 이용에 대한 거리적 접근도를 낮추기 때문에 민간기관이 경제적으로 생길 경우 연계체계 구축이 어려워지고, 민간이 담당하기 어려운 공익성의 서비스를 담당할 기관이 불명확하다는 점에서 부정적 측면이 크다고 할 수 있다. 이에 비해 2차 방안은 근무인력의 정비, 보수교육, 지역병원망의 구축

등을 동시에 고려한다면 가능성이 긍정적으로 평가될 수는 대안으로 볼 수 있다. 그러므로 일차보건의료사업의 활성화라는 측면에서 보건진료원 제도도 공공보건조직 체계 내에서 재검토하여 구체적인 정책이 수립되어야 한다.

일차보건의료 사업 활성화를 위한 보건진료원 제도의 방향 재설정을 요약하면 아래와 같다.

1) 공공 보건조직은 단순화시켜 진료부서, 건강관리부서(예방 및 보건사업), 행정, 지원 업무부서로 구분하며, 부서 특성에 적합한 전문인력을 집중 배치 하여 보건소 조직 체계를 업무 수행 중심체제로 재정비하고 부처간 협력 관계를 모색해야 한다. 또한 제한된 자원내에서 효율적인 지역보건 서비스 체계를 만들기 위해 검사실 및 고가장비의 공유체계 구축, 공공부분에서의 검사 대한 정도 관리 그리고 지역내 1차 의뢰수준의 병의원 이 확보되어야 한다. 보건진료원 제도는 이러한 공공 보건 조직체계 재정비 내에서 재검토 되어야 한다.

2) 보건진료원의 근무장소는 주민의 요구정도(진료요구, 예방 측면 요구)에 따라 결정되어 보건소장의 부지소장의 입장으로 개입하거나 보건소 지도 감독 보건진료원으로 역할하는 안을 택할 수 있을 것이다.

보건진료원이 현 위치에 있으면서 사업 수행이 이루어지는 경우 사업의 주내용은 지역진단 결과에 따른 가족단위 지역 보건 사업으로 하되 진료 기능의 강화 여부는 주민의 요구, 지역 여건에 따라 설정하고, 업무의 범위는 보건진료원의 기존 역할을 근간으로 지역 주민의 요구 특성에 맞게 탄력적으로 조절해 가야 한다.

3) 지역 병의원 및 상위 체계 공공보건 기관과의 연계를 확립하여 환자 치료, 정보 교류 그리고 업무 기능 강화를 위한 계속 교육을 실시한다.

능력강화를 위한 보수교육은 현지 인력과 팀 접근법으로 사업을 수행해 가면서 정기적 모임을 갖고 상황 중심의 문제해결 방식을 사용하는 것이 유효하다.

4) 보건진료원 활동 전반에 관한 지도 감독을 위해서는 보건진료원 경력자로서 지도감독할 수 있는 사람을 보건소에 배치하여 일차적인 지도 감독자로 활용할 수 있고 또는 군보건소의 통합보건 사업 담당계의 선임 간호사가 수행하도록 한다.

5) 보건진료소의 수입은 보건소 행정 지원 부서가 특별 회계로 관리하며 물품 공급 및 운영비, 의약품비, 시설유지비를 전액 지원하고 보건진료원은 지역 보건 사업에 전념할 수 있는 여건 조성이 되어야 한다.

6) 마을건강원 조직이나 운영협의회, 지방의회 조직과 같은 주민 대표조직은 보건진료소의 사업계획, 해결 방안 모색에 참여 기회를 제공하여 주민의 요구가 지역보건 사업에 개입될 수 있도록 합당한 대안을 마련해야 한다.

참 고 문 헌

- E.TARRIMO(1991). 건강한 지역사회를 향하여, 늘원 보건문고3, 한울
- BOGDAN M.(1984). 인류 모두의 건강을 위한 국가 보건의료 체계의 방향 재설정, 늘원보건문고1, 한울
- 이경호(1993). 우리나라 보건진료원 제도의 경제성 분석, 서울대 대학원 박사 학위 논문집
- 김진순, 유호신, 김은주, 고경환, 신문정(1991). 보건진료원제도 운영 개선에 관한 연구, 한국보건사회 연구원보, 91-12
- 보건간호사회(1994). 보건소기능 및 지역사회 간호 사업 활성화 방안 토의자료, 단행본
- 보건사회부(1981). 보건진료소 관리운영 지침, 단행본
- 김진순(1985). 보건진료원의 1차진료 기술 및 직무에 관한 연구보고서, 한국 인구보건 연구원
- 국립보건원(1994). 보건소 기능 강화 및 가정간호 사업 모형 개발에 관한 연구
- 김진순(1994). 보건진료원 제도의 현황과 발전 방향, 보건행정학회 학술대회 연세집
- 김용익(1994). 보건소체계의 발전방안, 보건행정학회 학술대회 연세집
- 지역의료과(1993). 지역의료사업 현황 내부자료, 보건사회부
- 한국보건사회 연구원(1991). 우리나라 1차 보건의료 사업과 보건진료원에 관한 평가 워크샵요집
- 김의숙, 최연순, 조원정, 김조자, 오가실(1988). 보건진료원 활동분석 및 교육과정 개발 연구, 연세대학교 간호대학

— Abstract —

A Review of the Operation Community Health Practitioner System as a Reorientation of Primary Health Care

Hong, Yeo Shin* · Lee, in Sook*

In the changing social and economic conditions, reorientation of the health care system is a process of rearranging health care resources keeping in mind the appropriateness, relevancy, and efficacy of health care programs.

Also it has been recognized recently that the CHP program is in need of review for the same reasons, that is to say, the ease in which health care facilities are available, the high rate of coverage with insurance and the development of an effective transportation system.

Therefore there is a social inclination to think that there are no remote areas and to question the roles of public health facilities, health centers, health sub centers and CHP posts.

This paper was done to review problems and to propose new directions for the CHP system.

The findings of this study are as follows :

1) It is necessary that primary health care should be simplified into three parts, medical treatment, preventive care services and the organization of administration and logistics.

Also each department should be supplemented with the appropriate professional personnel in order

to develop a task oriented system.

The reorientation of the CHP system should be managed in keeping with that of other public health care systems. Therefore it is necessary to look at the CHP system problems as one aspect of the reorientation process of public health care systems, and to work to find new ways to address these problems.

2) The location of the CHP post should be decided by the needs of the community in both the medical and preventive areas.

If the people have a minimum need, the location of the CHP post should be altered and the existing roles of the CHP should be modified to allow for flexibility according to the community needs.

3) Use of the problem solving method in regular team meetings will prove to be as efficient as continuing education programs in improving job competency.

4) The supervision of CHP's activities should be made by the same type professional personnel, that is, senior CHPs or charge nurses in the public health center at the county level.

5) The operational expenses of CHP post should be supported by the administrative department of the public health center and should create working conditions that will allow the CHP to concentrate on community health service programs.

6) The organizations for community participation, working committees, community health workers and a number of the local assembly, should be activated to provide for participation in finding solutions to health related problems in the community.

* College of Nursing, Seoul National University