

農村醫療傳達體系의 새로운 模型構想*

李 容 晚

責任研究員, 農村開發室

朴 修 一

延世大 原州醫大 專任講師

I. 序 論

- II. 農村醫療傳達體系의 現況과 問題點
- III. 農村醫療傳達體系의 先行模型檢討
- IV. 農村醫療傳達體系의 新로운 模型構想
- V. 要約 및 結論

I. 序 論

최근에 農村空間을 「人間定住의 空間」으로 개발하기 위한 정책의 하나로 農村地域綜合開發의 필요성에 대한 논의가 본격화되면서 상대적으로 저발전되어 있는 農村醫療環境改善問題가 많은 정책적 관심을 모으고 있다. 農村開發에 있어서 醫療問題의 중요성은 일정한 소득수준에 이르게 되면 즐겁게 오래 살려고 하는 인간의 基本欲求 때문에 누구나 衣食住 다음으로 건강문제를 중요하게 생각하게 된다는 사실에서 쉽게 입증될 수 있다.

해방 이후 西洋醫學이 도입되기 시작한 이래 醫療施設이나 人力은 급격히 증가되고 있다. 그러나 우리나라의 醫療制度는 民間醫療部門 중심의 自由市場機能에 주로 의존하여 왔기 때문에 良質의 醫療資源의 도시집중을 불가피하게 하고 있다(安聖圭, 1982, pp. 28—31). 이러한 醫療制度의 발전 과정에서 농촌의료문제의 해결은 1차 診療 중심의 保健所組織에 크게 의존하여 왔다. 특히 1980년에는 「農漁村保健醫療를 위한 特別措置法」의 제정공포와 더불어 面所在地에 醫科大學卒業生을 軍服務 대신 公衆保健醫로 배치할 수 있게 됨으로써 1983년에는 無醫面을 일소하게 되었다. 이러한 무의면의 일소는 농촌의료 환경의 개선에 획기적인 계기로 인식되고 있다.

1960~70년대에 농촌주민들의 질병은 專門의 인 치료를 필요로 하는 질병이 급격히 증가되고 있다. 그러나 농촌보건(지)소의 의료시설이 낙후되어 있고, 公衆保健醫들의 臨床經驗이 적어 농촌주민들의 보건(지)소의 이용률은 매우 낮은 실정에 있다. 반면에 농촌지역의 2次診療機關의接近度는 90分圈이 20.5%, 120分圈이 43.6%

* 本論文은 1984년에 農村地域綜合開發研究事業의 일환으로 추진된 「農村醫療傳達體系의 問題點과 新로운 構想」의 일부를 補完 整理한 것이다.

(도시지역은 각각 97.9%, 98.8%)에 불과한 실정에 있어 농촌주민들이 2차진료를 필요로 하는 질병을 가질 경우 참고 견디다가 병이 중해지면 그제서야 도시의 의료기관을 찾게 되기 때문에 治療適期를 놓쳐 치료비도 많이 들고 치료효과도 낮아지게 된다(梁在謨, 1981, p. 2).

따라서 정부에서는 1981~82년에 國民醫療의 均霑을 도모하기 위한 시책의 일환으로 우리나라의 醫療傳達體系의 基本模型을 새로이 정립하였다. 이 모형에 의하면 농촌의료 전달체계는 현행 보건소 조직 중심의 1次醫療傳達體系를 그대로 유지하도록 계획되어 있다. 그러나 의료전문가들은 농촌주민들이 良質의 의료를 가능한 쌈값으로 이용할 수 있게 하기 위하여 2次醫療의 접근도를 높일 수 있는 정책전환이 시급한 과제라고 지적하고 있다(梁在謨, 1981, pp. 2~7).

農村醫療環境改善을 위하여 해결하여야 할 과제가 많다. 그러나 가장 중요한 문제는 현재의 1차진료 중심의 농촌의료 전달체계는 2차의료 전달체계 중심으로 개편하여 농촌의료자원을 地域特性에 맞게 適正配置하는 문제라고 할 수 있다.

따라서 본논문에서는 農村醫療傳達體系의 현황과 문제점을 분석하고 既存의 농촌의료 전달체계의 模型을 검토하여 농촌지역의 定住體系에 기초한 농촌의료 전달체계의 새로운 모형을 설정하고자 한다.

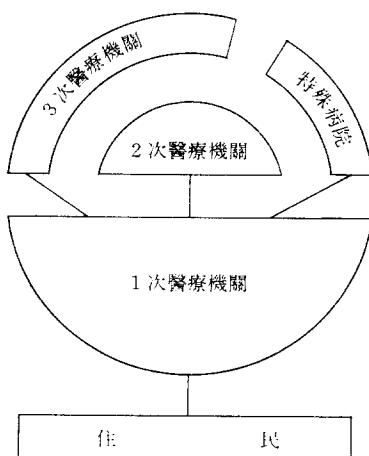
II. 農村醫療傳達體系의 現況과 問題點

1. 醫療傳達體系의 概念과 類型

醫療傳達體系를 글자 그대로 정의하면 의료를

필요로 하는 사람에게 質的 量的으로 적정한 의료를 효과적이고 효율적으로 제공하는 것과 관련된 體系 또는 制度라고 할 수 있다. 또한 醫療에 있어서 傳達이라는 특유의 용어가 포함되어 있는 것은 의료를 필요로 하는 모든 사람에게 균등하게 제공되어야 한다는 훤연성과 당위성을 내포하는 것이라고 할 수 있다. 뿐만 아니라 의료자원은 언제나 유한하므로 의료를 필요로 하는 모든 사람에게 균등하게 제공하기 위하여는 組織的이고 體系的으로 접근해야 한다는 것을 암시해 주는 의미를 갖고 있다. 우리나라의 醴療界에서 논의되고 있는 의료전달체계는 두 가지 개념으로 사용되고 있다. 즉 醴療資源의 開發 및 生產에서 適正性의 유지측면과 생산된 의료자원의 접근성을 높이기 위한 체계의 정비 또는 새로운 체계의 수립 등의 廣意의 概念과 생산된 의료자원간의 체계의 정비 및 상호 유기적인 관계의 수립 등 狹意의 개념이 그것이다(金駢舜, 1983, pp 15~17). 本論文에서 醴療傳達體系의 概念은 狹意의 개념임을 밝혀 둔다.

그림 1 우리 나라 醴療傳達體系의 基本模型



資料：安聖圭外, 1982. 「全國保健醫療網編成을 위한 調查研究報告書」, 韓國人口保健研究院, pp. 31~39.

우리 나라에 있어서 醫療傳達體系는 일반적으
로 <그림 1>과 같이 1次醫療機關, 2次醫療機關,
3次醫療機關 또는 特殊病院으로 구성된다.

1次醫療機關은 주민들이 보건의료 서비스에 맨 처음 접촉하는 의료기관으로豫防과 診療가 統合된 포괄적인 보건의료 서비스를 제공한다. 여기에는 一般醫院, 保健所 및 保健支所 등 外來診療機能마을 갖는 의료기관이 이에 속한다.

2次醫療機關은 1次의료기관에서 후송 의뢰된
外來患者 및 入院患者의 치료기능을 갖고 있으
며 病院級 醫療機關(病床 80個以上 病院)이 이에
속한다.

3次醫療機關은 500개 病床 이상의 醫科大學附屬病院 또는 그에 준하는 시설과 인력을 갖춘 병원이 이에 속한다.

특별병원은 정신병원, 결핵병원, 癲病院, 암센터 등 일반병원에서 진료가 어렵거나 격리 또는 장기간의 치료가 필요한 질병을 다루는 의료기관을 말한다.

2. 農村醫療傳達體系의 現況

農村醫療傳達體系는 1次醫療機關 중심으로 발전되어 왔으며 여기에는 의원과 보건소 계통의 의료기관이 있다. 그러나 전술한 바와 같이 농촌

의료문제는 公共醫療部門인 保健所組織의 강화에 정책적 역점이 주어져 왔기 때문에 보건소 중심의 의료전달체계가 그 중심이 되고 있다.

농촌지역의 보건소 조직체계는 <그림 2>와 같이 郡保健所, 保健支所, 保健診療所의 3가지 조직으로 구성되어 있다.

郡保健所는 郡廳所在地에 설치되어 있으며 1983년 현재 139개가 설치되어 있다. 보건소는 지역에 따라 약간의 차이가 있지만 일반적으로 保健行政係, 豫防係, 診療室로 구성되어 예방업무와 진료업무를 담당하고 있다. 의료인력은 의사 1~2명, 치과의사 2명 등 26명이다.

保健支所는 郡廳所在地 以外의 邑과 面所在地位에 설치되어 있다. 1983년 현재 전국 보건지소수는 1,303개소가 설치되어 있으며 公衆保健醫 1명 만이 배치되어 있다. 1980년 「農漁村醫療를 위한 特別措置法」에 의거 醫科大 卒業生을 군부무대신 公衆保健醫로 배치하여 1983년 11월에는 無醫面을 일소하기에 이르렀으나 財政, 人力, 施設 등이 불충분하여 地域住民의 전문적인 診療機能을 수행하기에는 제약이 있다.

保健診療所는奥地마을 및 도서지역에 간호원 경력이 있는 사람을 배치하여 간단한 질병치료 및 緊急患者를 후송시키는 기능을 하고 있다.

그림 2 保健所 組織體系

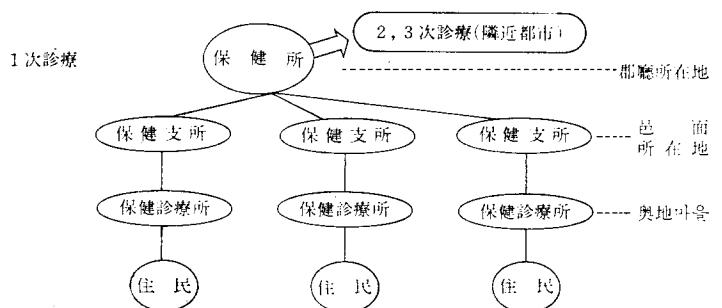


表 1 農村住民의 醫療施設利用實態, 1969~83

單位 : %

	1969 ¹⁾	1975		1976		1982		1983	
		a ²⁾	b ³⁾	a ⁴⁾	b ⁵⁾	a ⁶⁾	b ⁷⁾	a ⁸⁾	b ⁹⁾
病 醫 院	20.5	50.4	22.0	33.7	10.3	49.2	31.2	26.1	27.7
保 健(支) 所	4.4	5.5	3.1	15.3	0.7	8.5	5.2	10.1	6.5
漢 醫 院	13.4	2.9	5.4	9.5	2.5	2.5	6.4	4.6	8.3
藥 局	45.3	39.4	65.6	37.7	77.7	50.8	56.5	58.0	61.5
其 他	16.5	1.8	3.9	3.8	8.8	11.9	0.8	1.2	—
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(調査人口數)	(1,665)	(274)	(605)	(731)	(408)	(206)	(1,315)	(1,850)	(1,151)

- 1) 李永春外, 1970. “우리나라 農村住民의 傷病과 醫療에 關한 調査研究,” 「農村衛生」, 農村衛生研究所, 第3卷第1號, p. 48.
 2) 이경식, 1976. “一部 農村地域의 保健醫療施設 利用에 關한 實態調查,” 「公衆保健雜誌」第13卷第3號, p. 43.
 3) 張容泰, 1975. “一部 農漁村住民의 傷病 및 醫療利用度에 關한 調査研究,” 「豫防醫學會紙」, 第9卷第1號, p. 142.
 4) 沈慶澤外, 1977. “農村住民의 醫療機關 選擇에 關한 調査研究,” 「韓國保健問題와 對策(II)」, 韓國開發研究院保健企劃團
 5) 洪鍾寬, 1976. “農村住民의 醫療實態에 關한 調査研究,” 「순천향의보」, 第1卷第2號, p. 36.
 6) 차봉석, 1983. “農村住民의 醫療機關 利用에 關한 研究,” 「中央醫學」, 第44卷第2號, p. 102.
 7) 文顯相, 1982. 「全國家族 保健實態調查報告」, 韓國人口保健研究院, p. 89.
 8) 宋建鏞, 1983. 「農村地域保健所 組織 및 機能改善에 關한 研究」, 韓國人口保健研究院, 1983. p. 102.
 9) 徐文姬外, 1983. 「國民醫療利用과 醫療費에 關한 研究」, 韓國人口保健研究院, p. 45.

表 2 地域別 醫療要求者의 治療希望醫療施設

단위 : %

區 分	都市地域	邑 地 域	面 地 域
病 醫 院	75.4	68.9	68.6
藥 局 (房)	17.8	22.5	21.5
漢房(醫院, 藥房)	5.3	4.6	5.5
保 健(支) 所	1.3	3.8	1.4
其 他	0.1	0.2	0.3
計	100.0	100.0	100.0
(調査人口)	(3,263)	(1,599)	(5,656)

資料: 宋建鏞, 1982. 「우리나라 醫療要求 및 醫療利用에 關한 調査研究 報告」, 韓國人口保健研究院, p. 111.

1983년 말 현재 설치대상 7,060개 지역 중 1,140개 지역에 보건진료소가 설치되어 있다.

정부에서는 농촌의료환경 개선을 위하여 1984~86년까지 43,093百萬원을 투자하여 保健所組織의 施設과 人力을 확충할 계획으로 있다(경제기획원, 1984, p. 126).

3. 農村保健所組織擴充의 問題點

保健所組織의 擴充을 통하여 농촌의료문제를 해결하려는 정책적 구상은 농촌주민들의 保健(支)所의 利用과 信賴度가 매우 낮다는 데에 문

제점이 있다.

疾病治療源에는 病院, 醫院, 保健(支)所, 漢藥房, 藥局, 기타(民俗醫療 등)로 구분된다. 1969~83년까지 농촌주민들의 의료시설이용실태를 정리한 것이 <表 1>이다.

<表 1>에 의하면 동일한 연도에 조사연구되었을 경우에도 조사지역에 따라 의료시설의 이용비율에는 많은 차이를 보이고 있기 때문에 時系列의으로 비교한다는 것은 문제가 없지 않다. 그러나 이를 연구결과에 있어서 공통적으로 발견되는 사실은 정책적으로 역점을 두어 支援育成하여 온 保健(支)所의 利用率이 매우 낮다는 점이다. 농촌주민들의 保健(支)所 利用率은 1969년에 4.4%, 1975년에 3~5%, 1983년에는 6~10%에 불과하다.

한편, 地域別 醫療要求者의¹⁾ 治療希望醫療施設을 보면 <表 2>와 같이 邑 地 域이 3.8%, 面 地 域이 1.4%로 오히려 醫療接近度가 나쁜 면지역

¹⁾ 醫療要求者는 의료기관을 이용하였거나 치료를 희망하고 있는 사람을 의미한다(宋健鏞, 1982. pp. 43~51).

表 3 農촌주민이 이용한 治療源別 利用滿足度와 信賴度
단위 : %

治 療 源	利用滿足度	信 賴 度
公 共 部 門		
保 健 所	84.4	58.0
保 健 支 所	70.8	53.9
保 健 診 療 所	89.1	86.7
民 間 部 門		
病 醫 院	95.3	72.4
藥 局 (房)	94.6	73.6
漢 藥	85.2	55.5

資料：宋建鏞，1983. 「農村地域保健所 組織 및 機能改善에 關한 研究」，韓國人口保健研究院，p. 104.

에서 보건(지)소의 이용 희망이 낮다는 통계적 사실은 우리에게 시사해 주는 바가 크다.

농촌주민들의 보건(지)소에 대한 만족도와 신뢰도도 매우 낮다. <表 3>에서 治療源에 대한

滿足度와 信賴度를 보면 保健所組織의 이용은 保健診療所를 제외하고는 民間部門보다 월등히 낮으며 특히 面마다 배치되어 있는 保健支所가 가장 낮게 나타나고 있다.

이와 같이 농촌지역에서 良質의 醫療資源의 接近度가 불편하기 때문에 농촌주민들의 치료비 지출이 도시주민보다 월등히 높게 나타나고 있다. <表 4>에서 보면 농촌주민들의 罹患者數는 도시주민보다 낮다. 그러나 의료자원의 접근도가 나쁘기 때문에 참고 견디다가 병이 중해지면 병원을 찾는 경향이 많다. 이로 인하여 치료일수가 도시주민보다 많아 치료비도 더 많이 지출하게 되어 농가경제의 성장을 제약하게 된다.

따라서 상대적으로 저발전되어 있는 농촌의

表 4 都市와 農村住民의 醫療費支出 比較(15日間), 1982

區 分	單 位	地 域 別			對 比 (%)	
		大 都 市(A)	中小都市(B)	農 村(C)	C/A	C/B
治療實態	罹 患 者 數	件/1,000名	148.8	119.1	132.2	88.8
	治 療 者 數	〃	123.6	97.9	101.8	82.4
	治 療 率	%	83.1	82.2	77.0	—
	治 療 日 數	日/1人	5.58	6.33	6.55	117.4
治療費	人 口 1 人 當	원	2,164	2,093	2,275	105.1
	家 口 當	원	8,916	8,779	9,946	111.6
	罹 患 者 當	원	14,544	17,570	17,216	118.4
	治 療 者 當	원	17,511	21,375	22,353	127.7
調 査 規 模	戶	2,830	1,585	2,960	—	—

資料：文顯相外，1982. 「全國家族保健實態調查」，韓國人口保健研究院，p. 101.

表 5 農村地域에서 가장 불편한 定住生活環境

區 分	成 長 地 域 (경 기 안 성)	落 後 地 域		
		전 남 강 전	경 남 고 성	計
道 路 交 通	114(20.3)	178(34.4)	183(49.1)	361(40.5)
通 信	58(10.3)	69(13.3)	14(3.8)	83(9.3)
醫 療	177(31.5)	185(35.7)	140(37.5)	325(36.5)
教 育	49(8.7)	68(11.1)	24(6.4)	92(10.3)
文 化	164(29.9)	18(33.5)	12(3.2)	30(3.4)
計	562(100.0)	518(100.0)	373(100.0)	891(100.0)

資料：崔洋夫外，「2000年代를 향한 農村定住生活圈 發展의 基本構想」(京畿 安城(1983), 全南 康津(1982), 慶南 固城(1984)事例)，韓國農村經濟研究院。

료환경의 개선을 위하여는 1次醫療 중심의 保健所組織의 改編을 통한 效率的인 醫療傳達體系의 확립이 선행되어야 한다. 保健所組織의 改編의 필요성은 <表 5>의 3개 농촌지역에서 가장 불편한 定住生活環境 중에서 경기 안성과 전남 강진 주민들은 醫療環境을 1위로 지적하고, 경남 고성 주민들은 2위로 지적하고 있다는 사실에서 쉽게 이해될 수 있다.

III. 農村醫療傳達體系의 先行模型檢討

1960년대에 우리 나라의 保健醫療關係者들은 전국 방방곡곡에 병원을 많이 세우고 의사를 보내기만 하면 保健醫療問題의 많은 부분이 저절로 해결되리라는 생각을 하고 있었다. 그러나 1970년대에 이르러 의료자원의 도지집중과 주민들이 의료기관을 방문하게 되는 경우 醫療機關을任意로自由選擇할 수 있게 됨으로써 醫療政策의 추진에 많은 제약을 주게 되었다. 따라서當面醫療問題 解決을 위하여는 의료전달체계가 확립되어야 한다는 논의와 함께 농촌의료 전달체계 개선을 위한 示範事業과 研究가 1973년부터

활발히 진행되었다(梁在謨, 1981, pp.2-3).

1975년초에는 1차의료 전달체계 확립에 연구의 초점이 두어졌으나 1970년 후반부터는 病院 중심의 2차의료 전달체계의 확립으로 연구방향이 전환되고 있다.

본논문에서는 1973~1984년까지 示範事業 및 研究 등으로設定된 8가지 農村醫療傳達體系의 模型 가운데 3개 모형을 검토하고자 한다.

1. 模 型 I

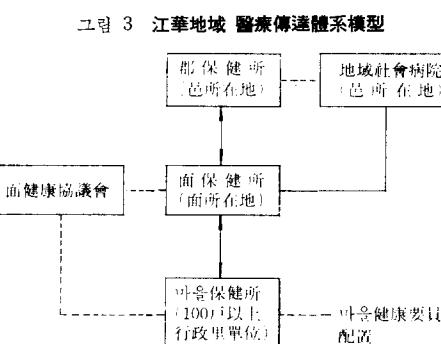
이 모형은 1974년에 延世大醫大에서 경기도 강화군에 시범사업으로 추진한 모형으로 처음부터 완전하게 구상되고 계획된 것이 아니고 사업을 시행하면서 실제적인 경험이 현지에서 쌓여감에 따라 한 단계씩 발전시켰다는 점에서 그 특징을 찾을 수 있다(延世大醫大 1979, pp.20-36). 이 모형의 구체적인 내용을 정리한 것이 <그림 3>이다.

첫째, 行政里單位(100가구 500人 규모)에는 「마을단위 보건소(Health Post)」를 두어 無報酬의 家庭健康要員을 배치하고 간단한 질병치료와 應急患者를 後送措置하고 2개월에 1회씩 가구를 방문하여 家庭健康記錄簿를 정리하도록 한다. 가정간호원은 마을부녀자들을 이용한다.

둘째, 면단위(인구 약 1萬명 규모)에는 기존 보건지소를 확충하여 포괄적인 1차 診療機能을 하도록 한다. 이를 위하여 公醫 1명, 助產員 1명, 전강간호원 1명, 多目的 보건간호원 3명을 두고 겸사실, X-선 등의 시설과 장비를 갖추도록 한다.

세째, 군청 소재지에 설치되어 있는 보건소는 그대로 존속시켜 保健豫防事業을 담당하도록 한다.

네째, 군청 소재지에는 50病床 규모의 「地域社



資料：延世大醫大豫防醫學教室, 1979, 江華地域社會保健事業(目的事業內容評價), p.23.

會病院」1棟을 신설하고 연세대 의대 의료인력의 지원과 地域社會의 開業醫들을 적극적으로 참여 시켜 운영하도록 한다.

이 모형은 우리 나라 농촌지역에 있어서 2차의료 전달체계의 확립에 지대한 공헌을 하였으나 전국적으로 이 모형을 확대시키는 데는 다음과 같은 문제점이 있다. 즉, 마을 단위에서 高等教育을 받은 婦女者들을 家庭健康要員으로 無報酬로 확보하는 데는 장기적으로 어려움이 많다. 또한 면소재지마다 이 모형에서 제시하고 있는 의료인력과 시설을 배치하는 데는 엄청난 政府投資가 소요된다는 제약이 뒤따른다. 더우기 앞으로 도로교통이 발달되고 농촌주민들의 生活圈이 확대될 수 있다는 사실을 고려할 때 면소재지마다 이 모형에서 제시하는 의료자원을 배치한다는 것은 投資의 效率性이 매우 낮을 가능성에 높다.

2. 模 型 Ⅱ

이 모형은 1972년부터 서울大 保健大學院에서 江原道와의 協約에 의하여 춘성군 일원과 춘천시민을 대상으로 실시하고 있는 示範保健事業이다. 이 사업은 처음에는 春城郡 新東面의 東內地域에서 시작하여 2년간 경험을 축적하면서 점차

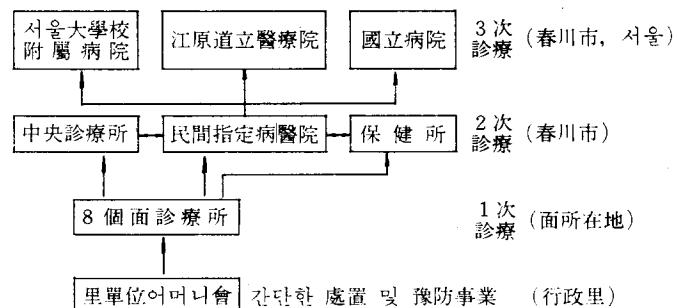
타면으로까지 확대하여 1974년에는 8개면으로 확대하였다.

1974년에는 보건사회부로부터 社團法人 地域社會醫療保險事業의 인가를 받아 第2種醫療保險事業에 착수하였으며, 1977년에는 서울대와 강원도간에 再協約을 체결하면서 春川市까지 擴大, 地方都市의 醫療資源을 주변 농촌주민들이 이용할 수 있는 새로운 모형의 醫療利用接近方法을 개발하여 추진하여 오고 있다(鄭慶均外, 1980, pp.137—142).

事業內容은豫防保健事業, 治療事業, 새마을婦女事業, 研究事業 등으로 區分 實施하고 있다.豫防保健事業은 春城郡 8개 面에서 실시하고 있으나 人力 및 財源調達의 문제점으로 1개 面은 中央診療所에서 칙영하고 7개 面은 保健所에서 수행하고 있다. 새마을婦女事業은豫防保健事業의 일환으로 의사가常住하지 않는 교통이 불편한 마을에서 마을어머니회에 1개씩의 상비약품함을 비치하여 주민에게 이용토록 하고 있다.研究事業은示範事業地域에서 주민의 건강상태, 주민의 保健의식 및 행위, 환경위생상태와 계획, 사업의 조직 및 관리 등에 대하여 서울대 의료진이 조사사업을 실시하고 있다.

이 示範事業의 醫療傳達體系는 <그림 4>와 같

그림 4 春城地域 醫療傳達體系



資料：鄭慶均外, 1980. p. 139.

表 6 인 력 현 황

의 료 보 험				중 앙 진 료 소(시범사업소)			
구 분	직 책	인 원	비 고	직 책	인 원	봉 급 차 원	비 고
임 원	대 표 이 사	1명	무 급	사 업 소 장	1명	서 울 대 학 교	서 울 대 학 교 전 임 강 사
	상 임 이 사	1	무급(시범 사업 소장 겸부)	보 건 간 호 원	1	서 울 대 학 교 보 건 대 학 원 연 구 비	
직 원	사 무 국 장	1	유 급	의 사	3	진 료 소	내과 1. 산부인과
	경 리 담 당	1	"			" (일급)	치과(주 2회 금, 토)
	판 리 담 당	1	"	조 산 원	1	진 료 소	
	잡 무 식	1	"	치 과 위 생 사	1	"	
계		6명		간 호 보 조 원	4	"	약국, 분만실, 예방보건 실, 신촌사업소
				경 리 담 당	1	"	
				평화봉사단원	1	보 건 소	
				계	13명		

자료 : 鄭慶均, 1981. p. 106.

이 간단한 처치는 예방사업과 함께 里單位의 어 머니회에서 새마을 부녀사업으로 추진하고, 1次 診療는 춘성군내의 8개 면에 있는 面保健所에서, 2次 診療는 서울대 보건대학원이 直營하는 中央診療所와, 保健所 및 民間指定病醫院에서, 3次 診療는 서울大附屬病院 및 江原道立醫療院과 각 國立病院에서 실시하도록 하고 있다.

醫療人力은 <表 6>과 같이 醫療保險에 6명, 中央診療所에 13명 등 모두 19명으로 운영되고 있다. 醫療保險人力은 無給任員 2명(代表理事, 常任理事), 有給職員 4명으로 구성되어 있으며, 不足人力은 中央診療所에서 필요할 때마다 지원 받고 있다. 계속적인 組合員의 擴大에 따라 4명 정도의 증원이 요청되나 事務費豫算의 法의 한 제한 때문에 확대를 못하고 있다. 中央診療所人力은 示範事業所長은 서울大의 專任講師가 현지에 파견되었으며 내과 및 산부인과 의사는 서울 대 학 병원과 강원도 당국에서 지원하고(월급은 진 료소에 지급) 치과의사는 서울대 학병원에서 주 2 일간(금, 토요일) 지원하고 주 4일간은 춘성군 보건소 치과의사가 근무하고 있다. 그외의 보건

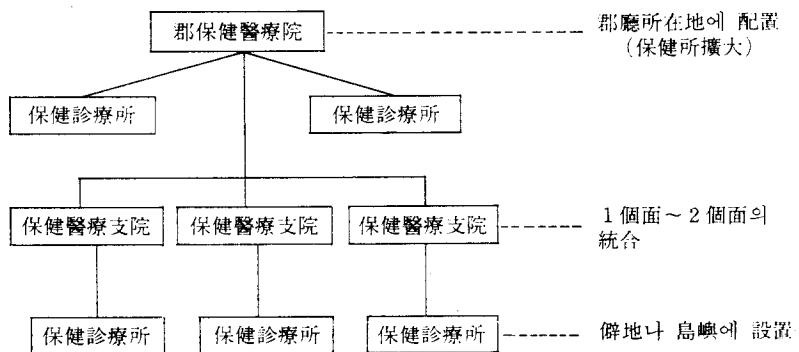
의료인력은 자체 재원으로 고용하고 있다.

그러나 郡保健所와 中央診療所가 동일한 목적과 사업을 分離 推進하고 있기 때문에 非公式의 인 차원에서 때로는 協助를, 때로는 알력을 반복해 오고 있다(서울大 保健大學院, 1981, pp. 112 ~121). 따라서 郡保健所와 中央診療所와의 사업수행을 효율적으로 추진하기 위하여는 ① 中央診療所를 郡保健所의 한 부서로 單一化하는 方案, ② 保健所와 中央診療所를 현행대로 유지시키되 사업내용만을 완전히 분리하여 서로 중복되거나 충돌되지 않도록 협조하는 방안, ③ 보건소를 中央診療所에 완전통합 운영하는 방안 등에 대한 구체적인 연구의 필요성이 지적되고 있다.

3. 模 型 III

이 모형은 1983년에 韓國人口保健研究院에서 農村保健所組織의 機能强化를 위하여 研究開發한 模型이다(宋健鏞, 1983, pp. 207~210). 保健所組織名稱을 郡保健所는 「郡保健醫療院」으로, 保健支所는 「保健醫療支院」으로 改稱하였다. 그

그림 5 模型 Ⅲ의 醫療傳達體系



資料：韓國人口保健研究院，1983。「農村地域保健所組織 및 機能改善에 관한 研究」，p. 208.

表 6 保健醫療施設의 配置事例 研究 概要

區 分		忠 北 沃 川	忠 南 洪 城	慶 南 昌 寧
邑 面 數		1邑 8個面	2邑 9個面	2邑 12個面
施設配置	保 健 醫 療 院	1個 (57,176名)	1個 (51,936)	1個 (42,766)
	支 院	1 (9,986)	5 (56,818)	7 (45,687)
	保 健 診 療 所	13 (21,716)	11 (23,323)	12 (27,248)
配 置 基 準		○沃川邑 青山面 生活圈으로 構成 ○1邑 7個面은 保健醫療院이 擔當 ○青山面에만 1개 支院 設置	○洪城邑 單一生活圈으로 構 成 ○洪城邑 隣接 4개면은 保健 醫療院이 擔當 ○6개 邑面에 5개 支院設置	○昌寧, 大邱, 馬山圈으로 生活圈構成 ○昌寧邑隣接 5개면은 保健 醫療院이 擔當 ○8개면에 7개 支院을 設置

* ()는 醫療施設別 관할 區域 人口數(1982)임.

資料：宋健鏞，1982. p. 210을 요약정리한 것임.

러나 診療體系는 현행 保健所組織과 똑같이 1次 診療機能을 부여하고 있다. 이 모형을 정리한
것이 <그림 5>이다

郡保健醫療院은 郡廳所在地에 1개소 설치하여
邑所在地 및 周邊面人口 가운데 30분이내 到達
距離에 있는 인구를 대상으로 1次診療機能을 하-
도록 한다. 機構는 院長 밑에 診療部, 豫防部,
檢査室, 行政課를 두며 현재 군보건소와 분리설
치되어 있는 母子保健센터를 豫防部에 소속되도
록 한다.

保健醫療支院은 郡內 住民生活圈을 기초로 하여 1개면 또는 2개면에 1개소를 설치하도록 하고 있다.

保健醫療院과 支院에 대한 3個地域의 配置事例 研究結果는 <表 7>과 같다

이 모형은 현행 보건소조직을 확대 개편하여 그 기능을 강화시킨다는 장점이 있는 반면 농촌 지역의 定住體系를 고려하지 않고 保健醫療支院 을 배치하고 있어 支院의 효율적인 空間的 配置 가 되지 못한다는 단점을 가지고 있다

IV. 農村醫療傳達體系의 新로운 模型構想

여기에서 구상된 模型은 農村空間의 定住體系

를 중심으로 農村醫療傳達體系의 現行模型과 先行模型의 문제점을 보완하여 1차診療 중심의 醫療傳達體系를 2차診療 중심의 醴療傳達體系로改善하는 방안을 검토한 것이다.

이 模型은 事例研究의 성격을 띠고 있기 때문에 검토되어야 할 과제가 많다. 그러나 農村醫療傳達體系樹立에 있어서 지금까지 간파되었던 農村空間의 定住體系를 고려하여 農村空間의 특성에 맞게 醴療資源을 배치할 수 있다는 점에서 저개발되어 있는 農村醫療環境改善을 위한 하나의 政策代案이 될 수 있지 않을까 생각된다.

1. 基本方向과 模型

農村定住生活圈²으로 표현되는 農村地域은 農村中心都市(小都市), 小規模 農村中心地(小都邑), 그리고 마을의 기본적인 3段階의 定住體系로 구성되어 있다. 이와 같은 農村地域의 空間的인位階秩序를 農村地域의 定住體系라고 부른다.

農村中心都市는 人口 10만 이하의 市나 邑所在地로 농촌주민의 經濟, 社會, 文化, 行政 및 政治活動을 수행하는 日常生活의 中心地로서 농촌주민들이 필요로 하는 基本需要와 각종 서비스를 제공하는 中心機能, 結節機能 및 據點機能 등을 담당하고 있다. 農村中心地(小都邑 I)는 農村中心都市를 보조하는 기능을 수행하며 인구 규모 2만 이하의 邑과 3천 이상 面으로 都市計劃法의 적용 대상이 되는 지역이다. 農村中心地는 定住區中心地라고 부르기도 하며 邑面行政單位를 기초로 할 때 中心地의 발달 정도, 背後地 마을로

그림 6 農村定住生活圈의 空間構造

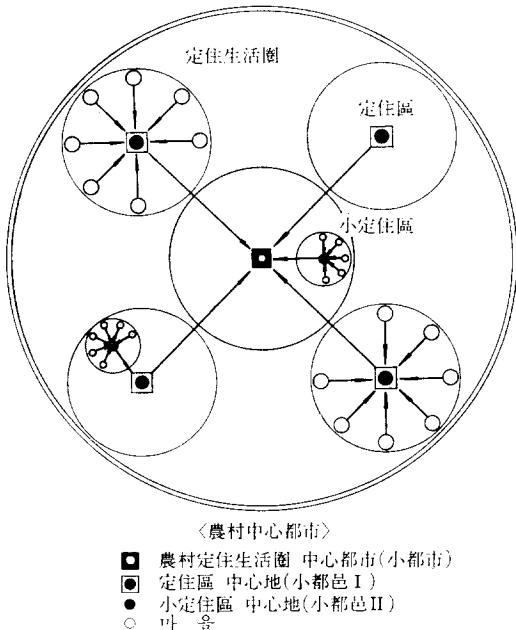


表 8 農村中心都市와 定住區 中心地現況
(3個 地域事例)

地 域	基 本 指 標			定 住 體 系	
	邑面數	人口數	中心都 市人口	中心都市	定住區 中心地
全 南 康 津	1邑 12個面	114千	34千	康津邑 (1個)	—康津區(1邑 2個面) —城田區(1個面) —兵營區(3個面) —道岩區(2個面) —馬良區(3個面)
京 織 安 城	1邑 12個面	126千	33千	安城邑 (1個)	—安城區(1邑 9個面) —竹山區(3個面)
慶 南 固 城	1邑 11個面	84千	22千	固城邑 (1個)	—固城區(1邑 5個面) —背屯區(4個面) —塘洞區(2個面)

資料：崔洋夫外, 農村定住生活圈의 事例研究, 전남강진 (1982), 경기안성 (1983), 경남고성 (1984), 韓國農村經濟研究院.

부터 中心地까지 接近度에 따라서 3~4개 邑面을 관할한다. 또한 定住中心地는 山間奧地와 같이 接近度가 나쁜 지역에서는 定住中心地에 小定住區 中心地(小都邑 II)가 나타나는 경우도 있다. 小定住區 中心地는 일반적으로 1개 面을 관할한다. 이 定住體系를 圖式化하면 <그림 6>과 같으며

² 定住生活圈은 地域住民의 1日生活圈을 의미하며 우리나라의 경우 中心都市를 基點으로 하여 반경 16km를 기준으로 설정된다. 理論的으로 설정된 定住生活圈은 155개이며 이 가운데 123개가 農村定住生活圈으로 분석되고 있다. 本論文에서는 農村定住生活圈은 行政單位 뿐만 아니라 計劃單位가 될 수 있다는 점에서 「標準農村地域」으로 정의한다. 이에 대한 구체적인 내용은 다음을 참조(崔洋夫外, 1984. pp. 23-29)

그림 7 農村醫療傳達體系 改善의 基本模型(奥地農村)

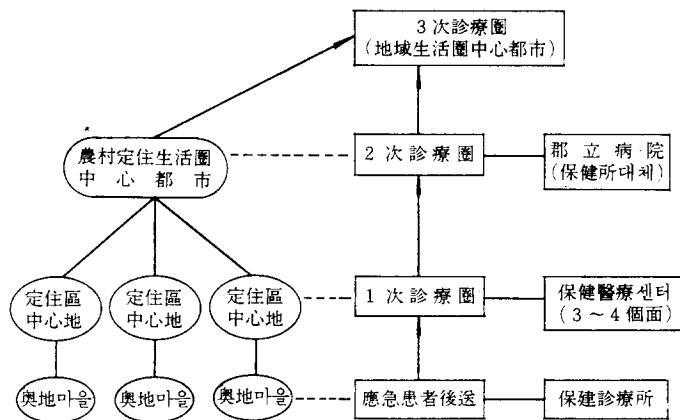


表 9 農村住民의 所得水準別 希望醫療施設, 1976

단위 : %

所得水準	保健診療所	保健支所	個人病院	道立病院	郡立病院	其 他	무 응답	計
20千원이하	6.9	12.6	16.0	8.0	41.4	5.7	9.2	100.0(87)
20~ 50	7.6	15.5	24.5	6.2	31.7	3.8	10.7	100.0(290)
50~ 80	8.1	5.8	17.9	6.6	29.1	3.1	29.5	100.0(258)
80~120	6.9	3.1	17.7	10.0	30.0	0.8	31.5	100.0(130)
120千원이상	8.8	5.3	26.3	1.8	21.1	—	36.8	100.0(57)
計	7.7	9.5	20.5	6.8	30.9	3.0	21.5	100.0(822)

* ()내는 조사자수임.

資料: 이동배, 심윤택, 1977. “一部無醫面 주민들이 원하는 醫療施設의 형태에 관한 연구”, 「忠南大醫大雜誌」, 제 4권 제 1호.

事例研究한 결과를 정리한 것이 <表 8>이다.

이상과 같이 농촌지역의 定住體系에 따라 설정된 농촌의료 전달체계의 모형과 설정배경을 다음과 같다.

첫째, 都市近郊農村은 현재와 같이 1次診療 中心의 醫療傳達體系를 그대로 유지하고 都市와 接近度가 나쁜 奧地農村은 <그림 7>과 같이 保健所組織을 改編하여 2次診療 中心의 醫療傳達體系를 확립한다.

둘째, 현재 面所在地마다 배치되어 있는 保健支所는 定住區 中心地에 統廢合하고 施設을 現代化한다.

이와 같은 農村醫療傳達體系確立의 安當性을 살펴보면 다음과 같다.

가. 郡保健所의 郡立病院化

전술한 바와 같이 農村醫療環境의 改善을 위하여 1次診療 中心의 保健所組織을 2次診療 中心으로 그機能을 강화시키는 데 있다. 奧地農村地域에 2次診療機能을 갖는 病院級 施設을 갖추어야 한다는 것은 의료전문가들의 연구결과에서도 많이 찾아볼 수 있다. 즉 농촌지역에 2次醫療의接近度를 높이고 良質의 의료를 欲하게 제공하기 위하여 奧地農村地域³ 가운데 病院建立되어 있지 않은 40個郡에 50個病床 規模의 「農村

³ 奧地農村地域(郡)은 隣近都市에 1時間내에 到達하지 못하는 地域으로 定義되어지고 있다(梁在謨, 1981. pp. 5-7).

表 10 保健支所의 立地類型別 年間診療實績(忠北 K郡事例, 1984)

단위: 名, 個所

區 分	邑 面 數	保健支所數	人 口 數		年間診療實績 ¹⁾	保健支所當 診 療 實 繢
			全 體	邑 面 當		
據點機能所在保健支所 ²⁾	7	5	67,579	13,516	16,230	3,246
一般地域所在保健支所 ²⁾	7	7	37,716	5,388	1,623	232
計 ³⁾	12	12	105,295	8,775	17,853	1,488

1) 經濟企劃院, 1984, 調查資料.

2) 서울大 環境大學校, 「槐山郡 定住生活圈開發計劃(1982—1991)」, 1982, pp. 79~81에 의거 分類

3) 保健支所가 欲는 槐山邑 除外.

病院」의 건립이 시급하다고 지적하고 있다(梁在謨, 1980, pp. 2—7). 또한 慶南 固城地域 住民의 醫療開發 需要調查에 의하면 綜合病院建設(36.5 %), 專門醫配置(15.4%)가 조사 주민의 51.9%를 차지하고 있으며(崔洋夫外, 1984, p. 368), 이와 비슷한 연구에서도 〈表 9〉과 같이 「郡立病院」의 설치 희망이 가장 높게 나타나고 있다(이동배외 1977).

특히 本論文에서 痘院級 施設을 「郡立病院」으로 그 명칭을 부여한 것은 정부와 地域住民의 적극적인 협조체계의 확립의 필요성 때문이다. 奧地農村地域(郡)에 郡立病院의 건립은 효율적인 운영이라는 측면에서 많은 어려움이 있다. 따라서 정부의 적극적인 財政支援도 중요하지만 지역주민들의 自律的인 조직을 통하여 「地域醫療基金」을 조성하고 優秀醫療人力을 유치하는 적극적인 참여가 이루어질 때 그 실효성이 더욱 높아질 것으로 전망되며 때문이다.

나. 保健支所의 統廢合

현재와 같이 公衆保健醫 1명 만으로 운영되는 保健支所를 통하여 다양해지고 專門的 治療를 필요로 하는 농촌주민들의 질병을 치료하는데는 한계가 있다. 이러한 醫療施設 여건 하에서 우수한 의료인을 사명감만을 강조하여 유치한다는 것도 무리가 아닌가 생각된다. 따라서 政策

當局에 의해서도 保健支所의 統廢合方案이 제시되고 있음을 본다(經濟企劃院, 1984, p. 126).

保健支所를 定住區 中心地에 統廢合시켜야 하는 當爲性은 〈表 9〉에서 忠北 K郡의 保健支所의 診療實績을 보면 쉽게 이해할 수 있다. 〈表 9〉에 의하면 據點機能이 높은 面所在地에 위치하고 있는 保健支所는 年間診療人口가 3,246명인데 반하여 그렇지 않은 保健支所는 연간 232명에 불과하다. 따라서 保健支所를 定住區 單位로 統廢合하는 문제는 중요한 정책 과제의 하나가 아닌가 생각된다.

이상을 종합하면 保健所組織을 改編하고 농촌 지역의 定住體系에 의거 2차진료 중심의 農村醫療傳達體系를 설정한다는 것은 현실적으로妥當性이 있음을 알 수 있다.

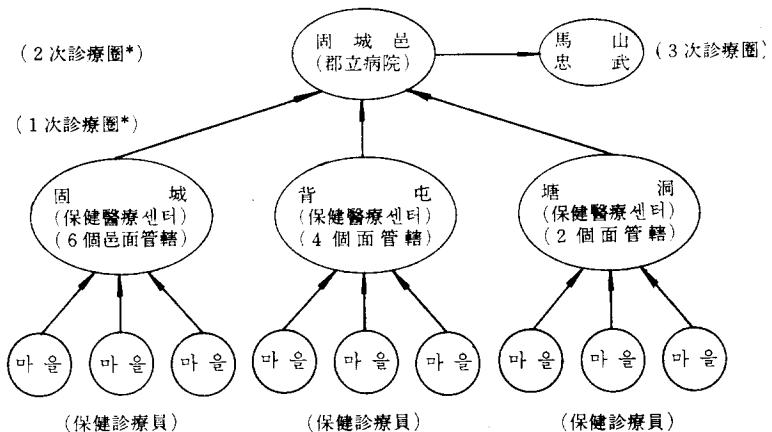
2. 農村醫療傳達體系의 事例研究

여기에서는 전술한 農村醫療傳達體系의 模型構想을 기초로 하여 慶南 固城地域의 定住體系에 따라 醫療資源을 實證配置한 事例를 정리해 보기로 한다.

가. 固城地域의 概況

固城地域은 慶南 西南部에 위치하고 있으며, 晉州市(44km), 馬山市(44km), 忠武市(24km), 三千浦市(54km)의 사이에 위치하고 있어 都市

그림 8 廉南 固城地域의 醫療傳達體系改善型 構想圖



* 農村地域의 醫療保險 擴大實施하 떠는 1,2次 診療機關을 的미함.

資料 : 崔洋夫外, 1984. p.371.

近郊農村으로 이해될 수 있다. 그러나 14개 읍면 가운데 林野率 75% 이상 읍면이 5개面이나 되고 191개의 조사 행정리 중 固城邑 到達所要時間이 1시간 이상이 40.3%나 되고 있어 奧地山村의 성격을 띠고 있는 지역이다(崔洋夫外, 1984, pp.85—91).

固城地域의 醫療機關은 1982년 말 현재 醫院이 4개가 있으며 保健支所가 11개所, 保健診療所가 8개所가 있다. 人口 1萬名當 醫師數는 1.7명(慶南道平均 2.3인)이며 病床數는 전무한 醫療落後地域이다. 固城住民의 醫療機關利用은 病院이 30.5%, 藥局이 50.9%, 漢藥房이 8.5% 保健(支)所 6.8%(保健支所 1.7%, 保健診療所 1.7% 포함) 등으로 되어 있다. 保健所組織을 利用하지 않는 이유는 醫師實力不信(29.8%), 施設未備(26.3%) 등이 가장 큰 이유로 지적되고 있다. (崔洋夫外, 1984, pp.361—362).

4. 醫療傳達體系의 設定

固城地域의 定住體系에 따라 설정된 醫療傳達體系의 改善模型은 <그림 8>과 같다.

固城地域의 中心都市인 固城邑에는 40~50개 病床規模의 「郡立病院」을 신설하고 기존 保健所機能을 흡수하여 2次診療機能을 부여한다. 郡立病院에는 基本 4科(內科, 外科, 產婦人科, 小兒科)를 설치하고 醫師들의 참여의식을 높이기 위해 의사 전원과 支援機能을 갖는 責任者로 구성되는 運營委員會를 설치하도록 한다. 특히 지역 주민들의 자율적인 조직을 통한「地域醫療基金」을 조성하는 문제를 검토하여 정부, 의료기관, 주민의 三位一體的인 支援協助體系를 確立하도록 한다.

현재 11개面所在地에 있는 保健支所는 통합하여 固城區(6개面管轄), 背屯區(4개面管轄), 塘洞區(2개面管轄)의 中心地에 각 1개소씩 총 3개소의 「保健醫療센터」를 설치하여施設을 현대화하고 1次診療機能을 부여한다. 보건의료센터에는 의사, 간호원 등을 확대 배치하고 保健豫防事業과 診療事業을並行遂行하도록 한다.

奧地마을이나 落島地域에는 현재와 같이 保健診療所를 확대하도록 하여 간단한 질병의 치료와 應急患者의 後送業務를 담당하도록 한다.

IV. 要約 및 結論

本論文은 低發展되어 있는 農村醫療環境改善을 위한 방안의 하나로 農村地域의 定住體系에 의거 農村醫療傳達體系의 模型을 구상한 것이다.

2000년대 우리 국가가 지향하는「民主福祉社會建設」이 실천 가능하기 위하여 農村空間이 「人間定住의 空間」으로 새롭게 인식되고 개발될 필요가 있다. 이를 위하여 農村開發 關聯事業이 장기적인 發展計劃에 의거 綜合的으로 개발되어야 한다. 이와 관련하여 즐겁게 오래 살고 싶어 하는 인간의 基本欲求의 충족을 위해서 醫療開發問題가 중요한 과제임에 틀림없다. 이러한 사실은 3개 지역 농촌주민들이 가장 불편한 定住生活環境施設 중 2개 지역 주민이 의료시설을 1위로 지적하고 있다는 사실에서 잘 알 수 있다.

農村醫療環境改善을 위하여 住民의 이용이 낮을 뿐만 아니라 信賴度도 낮은 保健所組織의 1次診療 中心에서 良質의 값싼 2次診療機關의 接近度를 높이기 위한 醫療傳達體系의 확립이 가장 중요한 정책 과제로 지적되고 있다. 따라서 1970년 이후부터 농촌의료 전달체계의 확립을 위한 모형개발에 대한 示範事業과 研究가 활발히 진행되어 오고 있으나 이를 정책적으로 확대하는 데는 제약이 없지 않다.

農村醫療傳達體系의 確立方案의 하나로 農村定住生活圈으로 표현되는 農村地域의 定住體系

에 의거 醫療傳達體系를 설정하는 문제가 정책적으로 검토될 필요가 있다. 장기적으로 볼 때 醫療傳達體系도 國土計劃體系 속에서 수립되고 추진되어야 한다. 定住生活圈의 대부분을 차지하고 있는 農村定住生活圈은 國土計劃의 下位計劃의 성격을 띠고 있다. 따라서 農村定住生活圈으로 설정되는 농촌지역의 定住體系에 따라 1次診療 중심의 保健所組織을 2次診療 중심의 診療體系로 擴大改編하는 문제는 低發展되어 있는 農村醫療環境改善을 위한 하나의 政策代案이 될 수 있기 때문이다.

參 考 文 獻

- 金顛舜, 1984, “醫藥傳達體系의 理論과 模型,”『醫藥傳達體系改善세미나 보고서』, 翰林大學.
 經濟企劃院, 1984, 「農漁村環境改善事業審查分析」, 經濟企劃院.
 宋健鏞外 1982, 「우리나라 醫療要求 및 醫療利用에 관한 연구」, 韓國人口保健研究院.
 _____, 1983, 「農村地域 保健所 組織 및 機能改善에 관한 연구」, 韓國人口保健研究院.
 서울保健研究院, 1981, 春城郡 地域社會保健事業의 向後 發展方向에 관한 워크샵보고서, 「保健學論集」, 서울大保健大學院, 第31호 112호.
 延世大醫大, 1979, 「江華地域 保健事業內容」, 延世大醫大 防防醫學教室.
 安聖圭, 1982, 「全國保健療網 編成을 위한 調查研究報告書」, 韓國人口保健研究院.
 李容晚, 朴修一, 1984, 「農村醫療傳達體系의 問題體과 새로운 構想」, 韓國農村經濟研究院.
 崔洋夫外, 1984, 「2000年代를 향한 固城定住生活圈開發의 基本構想」, 韓國農村經濟研究院.
 鄭慶均外, 1980, “江原道새마을 示範保健事業 評價研究,”『保健學論集』, 第30號, 서울大保健大學院.