연구보고 R409 / 1999. 12.

농어촌 의료 서비스 체계 개선방안

정 명 채 수석연구위원
최 경 환 부연구위원
김 은 순 부연구위원

한국농촌경제연구원

연구 담당

정 명 채	수석연구위원	연구총괄, 제1장, 제2장, 제4장, 제5장 집필
최 경 환	부연구위원	제3장 집필, 조사결과 정리
김 은 순	부연구위원	조사결과 분석

머 리 말

농어촌 지역주민들 모두가 질 높은 의료를 이용할 수 있는 효율적인 의료 서비스 공급 체계를 갖추기가 쉽지 않다. 우리 나라와 같이 급속한 산업발전으로 인구가 빠르게 감소하고 있는 농어촌지역에서 의료시설과 인력을 부족하지 않게 유지하기 매우 어렵기 때문이다.

그 동안 정부는 농어촌의 부족한 의료시설이나 인력을 보강하기 위해 특별 지원 정책을 상당 기간에 시행하여 왔으며, 의료기관의 지역별 균형 발전을 위한 의료 전달체계도 수립 시행해 왔다. 그러나 최근 국민의료보험의 통합과 진료권역 제한의 폐지, 농어촌특별세 재정지원에 따른 보건의료기관들의 기능 변화 등 농어촌 의료 이용 여건이 여러모로 변하였다. 따라서 이에 걸맞는 새로운 의료 서비스 공급 체계가 요구되고 있다.

이 연구에서는 이러한 농어촌사회의 변화와 의료 이용 여건 변화에 대응하면서 의료 서비스를 더욱 효율적으로 제공할 수 있는 새로운 체계를 구상하고 방안을 마련하였다.

이 연구결과가 농어촌지역의 의료여건을 개선하여 지역주민들이 양질의 의료 서비스를 더욱 편리하게 이용할 수 있는 방안을 강구하는데 활용되기를 바란다.

끝으로 자료조사에 협조해 주신 보건복지부, 조사대상지역의 각 보건기관 및 민간병원의 관계자 여러분께 감사드리며, 아울러 현지 설문조사에 응해 주신 농어촌지역 주민들께 감사드린다.

1999. 12

한국농촌경제연구원장 **강 정 일**

빈 면

차 례

제1장 서론

1. 연구의 필요성 1
2. 연구 목적 4
3. 선행연구 검토 4
4. 연구 범위와 방법 8

제2장 농어촌 의료 이용과 의료 전달체계

1. 농어촌 질병의 특성과 의료 수요의 변화 11
2. 농어촌 의료 전달체계와 의료 이용체계 15

제3장 농어촌 공공보건의료기관의 운영과 이용 실태

1. 공공보건의료기관의 조직과 기능 27
2. 공공보건의료기관 이용 실태 39
3. 공공보건의료기관에 대한 농특세 지원사업 실태 54
4. 공공보건의료기관 운영과 이용상의 문제점 56

제4장 농어촌 민간 의료기관의 기능과 이용 실태

1. 농어촌 민간 의료기관 운영 실태 63
2. 농어촌 의료 확충을 위한 민간병원 지원사업 현황 68
3. 농어촌 민간 의료기관 운영과 정부지원사업의 문제점 82

제5장 농어촌 의료 이용과 의료 서비스 공급체계 개선방안

1. 농어촌 질병의 특성에 맞는 의료시설과 이용체계 확립 88
2. 농어촌 보건의료기관의 기능 재편 방향 97
3. 농어촌 민간병원의 기능과 역할 재정립 101

제6장 요약 및 결론 105

Abstract 116

부 록

1. 의료인력 국제 비교 120
2. 농어촌 특별세 관리 특별회계(농특) 융자계획 121
3. 농가조사표 132
4. 의료기관 조사표 141

표 차 례

제1장

표 1- 1 농가조사 개황 10

제2장

표 2- 1 인구 1,000명당 연간 만성병 이환율 13
표 2- 2 주요 상병별 연간 만성병환 유병률 13
표 2- 3 의료기관 선택기준 14

제3장

표 3- 1 보건소 등의 설치기준 29
표 3- 2 보건소, 보건지소, 보건진료소 현황 29
표 3- 3 보건기관의 인력 현황 30
표 3- 4 보건소의 인력배치 기준 30
표 3- 5 보건소의 업무 32
표 3- 6 공중보건의사 제도의 변천 과정 34
표 3- 7 공중보건의사의 배치 현황 35
표 3- 8 담당 리동수별 보건진료소 분포 36
표 3- 9 관할 인구 규모별 보건진료소 분포 37
표 3-10 보건진료원의 관할구역 거주 여부 39
표 3-11 보건진료원의 거주 형태 39
표 3-12 지역의료보험 실시 전후의 소득계층별
상병 100일당 의사 방문횟수 40

표 3-13 지역별 15일간 의료 이용자 100명당
의료기관 이용 양상의 변화 40
표 3-14 지역별 의료 서비스에 대한 만족도, 1995 41
표 3-15 지역별 의료기관 도달 소요시간 42
표 3-16 지역별 의료 서비스에 대한 불만족 이유, 1995 43
표 3-17 시행 비율별 보건소의 주요 사업내용 46
표 3-18 보건소를 이용할 때 가장 좋은 점 47
표 3-19 보건소 신축 이후 좋아진 점 47
표 3-20 보건소 서비스의 민간 병의원과의 비교 47
표 3-21 보건소를 이용할 때 가장 불편한 점 48
표 3-22 보건지소를 이용할 때 가장 좋은 점 51
표 3-23 보건지소를 이용할 때 가장 불편한 점 51
표 3-24 보건진료소를 이용할 때 가장 좋은 점 53
표 3-25 보건진료소를 이용할 때 가장 불편한 점 54
표 3-26 농어촌 지역 의료 서비스 개선사업
추진 실적 및 계획 55
표 3-27 농어촌특별세의 공공의료기관 기능 보강비 지원실적 56

제4장

표 4- 1 의료인력 현황 64
표 4- 2 의료기관 현황 64
표 4- 3 의료인력 1인당 인구수 64
표 4- 4 차관병원 건립 추진단계 70
표 4- 5 차관지원내역 72
표 4- 6 농어촌발전기금 지원사업의 내역 75
표 4- 7 군 단위 의료취약지 병원 자금지원 내역 77
표 4- 8 군 단위 병원별 정부지원금 현황 78

표 4- 9 연도별 투자계획 80
표 4-10 농특융자지원 현황 81

부 표

부표 1. 의료인력의 국제비교 120
부표 2. 융자액 및 융자조건 122
부표 3. 보건기관 유형별 지원 기준금액 129
부표 4. 시도별 지원금액 및 신청액 대비 지원율 131

그림 차례

그림 2-1 농어촌 의료 전달 체계도 (1999년 이전) 18
그림 5-1 농어촌 의료 서비스 3단계 전달체계: 제1안 95
그림 5-2 농어촌 의료 서비스 2단계 전달체계: 제2안 96

제 1 장

서 론

1. 연구의 필요성

우리 나라의 의료시설과 의료인력은 교통여건이 좋고 인구가 밀집된 도시지역에 90% 이상 편중되어 있으며 교통망도 빈약하고 지역이 넓은 농어촌에는 10%도 못 되는 형편이다. 이러한 현상은 민간의료기관들이 경영여건이 취약한 농어촌지역에서의 개업을 기피하고 있기 때문이며 따라서 농어촌의 의료공급은 공공보건의료기관이 맡아 볼 수밖에 없는 상태로 지금까지 이어져 왔다. 특히 의료보험이 실시되면서 농어촌의 부족한 의료공급처 문제 해결을 위해 예방의료와 보건관리를 전담하고 있는 보건기관에 보험진료기능을 부여함으로써 시설과 장비 및 인력 부족에 따른 의료의 질적 불형평성 문제까지 수반하게 되었던 것이다. 또한 보건의료기관들은 보험진료를 통해 발생하는 수입으로 기관운영비용을 보탤수 있게 되자 본연의 보건관리와 예방의료보다는 보험진료에 치중하고 있어 질병예방과 건강관리가 소홀해지게 되었다.

우리 나라는 개업의사제도로서 의사면허를 취득했더라도 의료기관을 개설하지 않고서는 의료행위를 할 수 없게 되어 있다. 그리고 의사가 의료기관을 개설하기 위해서는 기관운영이 가능할 수 있을 만큼의 수입원이 있어야 하는데, 인구가 적은 농어촌은 의료기관 개설의 적지가 못된다. 그래서 경제개발과 도시산업 발전으로 계속되어 온 농어촌인구의 감소 문제는 농어촌 의료 발전 여건을 악화시키는 큰 요인이 된 것이다. 더욱이, 국민들은 보다 크고 시설이 좋은 종합병원을 선호하고 유명한 병원만을 기술이 좋은 곳으로 믿고 있어 의료보험 실시 이후 진료권역을 제한하는 규정을 시행하여 왔음에도 불구하고 지방병원에서는 경영난이 문제가 될 정도로 환자가 부족한데 비해 대도시의 종합병원에서는 진료를 받기 위해 몇 시간씩 대기하면서 편법까지 동원하는 사례가 허다했다.

이와 같이 취약한 농어촌의 의료여건을 개선하고 농어촌 보건의료기관이나 병원들의 시설 장비를 확충할 수 있도록 1977년부터 정부의 특별지원 사업이 추진되어 왔다. 1977년에는 국민의료보험 실시와 동시에 의료취약지 민간병원 건립지원사업이 시작되었다. 1988년에는 농어촌발전기금에서 민간병원 건립을 지원하였으며, 1994년부터 농어촌특별세 재정에서 농어촌 보건의료 지원사업을 추진하게 되었다. 이들 지원사업을 통해 농어촌 의료환경이 많이 나아지기는 했지만 아직도 개선해야 할 점이 많다.

농어촌의 공공보건의료 지원사업과 민간병원 융자지원 사업을 통해 이미 5년간 1,821억원의 막대한 재정이 투자되었다. 그러나 보건의료지원사업은 농민들의 접근도가 높고 민간의료기관이 들어설 수 없는 면 단위 보건지소와 도서, 오·벽지 보건진료소를 중심으로 그 진료 기능을 강화시켜야 하는데 오히려 민간의료기관들이 들어서 있는 군 소재지의 보건소를 병원급으로 지어 주는 사업에 집중 투자해 왔다. 그 결과 보건소의 진료기능이 강화되면서 군 소재지 병원·의

원들과의 마찰이 심해졌고 면 소재지 보건소나 도서 오지·벽지의 보건진료소는 그대로 방치하는 결과가 되었다. 또한 군 소재지 주변의 농어촌 주민들을 제외한 대부분의 농어촌 주민들은 농특세 지원의 혜택을 받지 못하고 있는 실정이다.

농어촌 취약지 민간병원 지원사업도 병원설립 이후 계속적인 인구감소와 경영여건의 악화로 대부분 경영난에 봉착해 있는 상태이다. 최근의 농특세재정 지원도 민간병원을 설립할 때 들여온 해외차관의 환차손이나 과대시설로 인한 적자를 보전해 주는 효과밖에 없었다고 평가되고 있다. 특히 농특세재정의 특별지원은 군 보건소를 병원급으로 확장시켜, 낮은 진료비로 환자를 빼앗아가도록 만들어 놓고, 민간병원의 시설을 확대하도록 지원하는 것이어서 병원의 적자 규모만 늘리는 결과가 될 수 있으며 국가적 차원에서는 이중의 설비투자가 되는 셈이다.

우리 농어촌의 보건의료 정책은 치밀한 계획하에 추진하지 않으면 의료 이용관습과 공급체계상 혼란을 겪을 수밖에 없을 것으로 보인다. 또한 이를 이용해야 하는 농어민들도 취약해지는 보건의료여건 때문에 여러 가지 불이익을 당하게 될 것이다.

그러므로 이와 같은 현실적 문제를 구체적으로 연구하고 그 해결방안을 찾는 것이 시급하게 요구되고 있다. 현행 제도상의 문제점을 살펴보고 그 대책을 마련 함으로써 예방의료나 보건관리 기능이 강화되어 근본적으로 질병발생을 억제할 수 있고 민간 병의원들의 시설이나 인력이 보강되어 보다 나은 의료를 공급할 수 있도록 하기 위한 체계적인 대책이 강구되어야 할 때이다.

2. 연구 목적

이 연구는 지금의 농어촌 보건의료 서비스 공급과 이용상에서 발생되고 있는 여러 가지 문제점들을 구체적으로 파악하고 이들의 원인분석을 통해 대안을 강구해 보고자 하였다. 우선 농어촌 질병 발생의 특성과 의료수요의 변화에 따른 보건의료 이용 실태를 살펴보고 공공보건의료체계와 민간의료체계 및 주민의 이용 체계에 기초한 현행 의료 전달체계의 문제점을 검토하는 것이다.

그 다음 농어촌지역 의료공급의 양적·질적 부족 문제를 해결하기 위해 추진되어 온 정부 특별재정에 의한 농어촌 민간 병의원 지원사업과 보건의료 지원사업의 실태와 문제점을 검토한다. 이와 같이 검토된 문제점들을 토대로 합리적인 농어촌 의료공급 체계와 이용체계를 구상코자 하였다.

특히 농어촌의 기초의료와 보건관리를 전담하고 있는 보건의료기관과 진료기능을 맡고 있는 민간 병의원을 하나의 연계된 지역 보건의료망으로 보고 상호 기능을 분담하며 협동하게 하는 새로운 의료전달체계를 구상하였다.

3. 선행연구 검토

3.1. 농어민의 의료 이용과 농어촌 보건의료에 관한 연구

농어민들의 의료 이용과 관련된 연구로는 서울대학교 보건대학원

이 농업협동조합의 연구용역을 받아 조사 연구한 "농민의 의료 이용 실태 및 농어촌 의료제도의 개선방안"(양봉민 등 1995)을 비롯하여 김진현, 김현숙(1992)의 "농어촌지역 주민의 1차 보건의료에 대한 접근도의 제고 방안" 등이었다. 특별히 농어민의 의료 이용을 주제로 한 연구는 소수이나 일반인들의 의료 이용과 관련된 연구는 많은 편이다.

농어촌 의료제도의 개선과 관련되는 연구도 한국농어촌사회연구소의 "농민건강과 보건의료"(1993)와 송건용 등의 "농어촌 벽지보건진료원 투입요인의 순효과 분석"(1988) 외에 농어촌 의료 서비스 기술지원단(1997)이 최근에 발표한 농어촌 공공보건의료기관 지원사업의 기준, 사업지침, 평가 등에 관련된 연구 몇 편 외에는 일반적인 의료제도에 관한 연구가 대부분이다. 이와 같이 농어촌 의료와 관련된 연구가 적은 것은 대부분이 도시지역 의료에 집중되어 있기 때문이다.

농어촌지역 의료 중에서도 농어촌 의료를 전담하고 있는 보건소와 보건기관과 관련된 연구가 많다. 지역보건의료계획 수립이나 보건소의 운영, 보건지소와 진료소에 관한 연구도 여러 편이 있다 (남정자 등 1997; 송건용 등 1983, 1988; 김응석 등 1996; 김수춘 등 1994; 보건사회연구원 1988). 농어촌 공공보건의료의 문제점을 상세하게 다룬 연구로는 한림대학교 사회의학연구소가 의료정책토론회 자료로 만든 "우리 나라 농어촌 공공보건의료의 개혁방안"(1995)이 있는데 문제의 핵심들을 비교적 잘 정리하고 있다. 여기에서 제기하고 있는 공공보건의료기관이 민간의료기관에 대응할 수 있는 수준으로 기술적 성장이 필요하다는 주장이나 농어촌 주민의 의료 이용의 형평성을 위해서 공공보건의료체계를 강화해야 한다는 주장들은 모두 장단점을 가지고 있다. 보건기관이 갖추어야 할 기초보건과 예방의료 등의 기능을 약화시키면서까지 확실한 좌표가 서 있지 못한 진료 업무

쪽으로 시설을 확장하고 기능을 확대한다는 것은 전체 의료 공급체계 면에서, 중복과 혼란을 초래한다. 따라서 이러한 문제점을 해결할 방안을 마련해야 한다.

이러한 연구들은 이 연구에 상당한 도움을 주었으나 결론이 정확하지 못해 의료 전달체계와 주민의 의료 이용체계를 감안하는 제도적 결정에 크게 도움이 되지 못한 아쉬움이 있었다.

3.2. 농어촌 민간병원에 관한 연구

우리 나라 농어촌의 민간 병의원은 경영여건이 매우 취약하나 이 점에 대하여 구체적으로 접근한 연구는 상당히 적어 찾아보기가 어려운 형편이었다. 일반적인 민간 병원·의원에 관한 연구나 도시지역 병원·의원 문제를 다루는 연구는 많았으나 농어촌의 문제로 시각을 돌려본 것은 적었다. 대부분의 병의원 및 의료 문제에 관한 연구에서 농어촌의 의료기관이나 시설, 인력 등이 부족하고 그로 인한 의료취약지 문제가 발생되고 있다는 점은 중간중간에서 조금씩 언급하고 있는 정도이며 이를 주제로 다룬 것은 적었다.

"군 단위 의료취약지 민간병원 경영개선 방안 연구"는 한국의료관리연구원이 한국지방병원원연합회의 용역과제로 1992년과 1998년에 각각 보고서를 낸 것이 있다. 그 이전에는 1985년과 1987년에 서울대학교 병원부설 병원연구소가 "정부지원 민간병원 운영활성화방안 연구"를 보고서로 냈고 1987년에 한국인구보건연구원에서 "의료취약지역 병원 운영개선 연구보고서"와 1990년에는 한국생산성 본부에서 "취약지 의료기관경영진단 및 지원 육성방안 연구" 보고서가 만들어졌다. 이들 연구에서는 거의 비슷하게 의료취약지 민간병원 지원사업으로 추진되고 있는 OECF 차관병원들과 농어촌발전기금으로 지어진 민간병원들의 경영상의 문제점과 해결방안을 중심으로 다루고 있다.

이들 연구는 대부분 연구의 대상이 되고 있는 취약지 민간병원 단체의 연구위촉이나 용역에 의해 수행되었기 때문이기도 하다. 이들 연구보고서가 담고 있는 내용들을 보면 외국차관으로 지어진 농어촌 취약지 병원들은 환차손으로 인한 경영압박 문제가 크다는 점과 농어촌인구 감소로 인한 경영악화 등을 다루고 있다. 의료보험 실시 이후 병원과 의원간 의료보험수가의 격차 및 공공보건기관과의 격차 문제를 다루고 적극적인 정부의 제도개선과 지원을 요구하고 있다. 대규모 도시 종합병원이나 농어촌 보건기관들과의 경합 문제가 대두되고 있으며 기능분담이라는 차원에서의 정리와 규제를 요구하고 있는 상태이다.

3.3. 우리 연구원이 수행한 관련 연구

우리 연구원에서 농어촌 보건의료와 관련된 연구를 수행한 것은 두 가지가 있었다. 하나는 농촌지역 종합개발에 관한 연구 시리즈로 "농촌의료 전달체계의 문제점과 새로운 구상"(이용만, 박수일 1984)이 있으며 또 하나는 "농어촌의 의료 전달체계 개선과 보건소 조직의 활성화 방안"(민상기, 허장 1986)에 관한 연구보고서가 있었다. 이들 보고서에서는 농어촌 의료의 중심이 되고 있는 보건의료기관을 중심으로 현행 의료 전달체계의 문제점을 검토하고 농촌정주생활권을 중심으로 진료권역을 구분하며 의료의 이용질서는 1차, 2차, 3차 기관을 그대로 준수하는 것으로 검토하고 있다. 이 연구는 의료보험 실시 이후 논란이 되었던 진료의 지역제한으로 의료자원의 적정안배라는 차원에서 문제를 다루고 있다는 점에서 한국보건사회연구원이나 보건의료전문가들의 연구와 다를 바가 없으며 다만 농촌정주생활권 개념을 도입하였다는 것이 특징이라고 볼 수 있다.

대부분의 연구에서 농어민들의 접근도가 가장 높은 면 단위 보건지소와 오벽지 및 도서지역의 보건진료소 기능을 강화시키고 사회변

화에 따른 기능변화를 다루지는 않고 있었다. 이제 농어촌 의료는 전달체계나 국민이용체계상 민간 병의원들이 개업할 수 없는 면 단위 이하의 지역을 공공보건의료기관이 전담할 수밖에 없다는 차원에서 본연의 업무인 예방의료와 보건관리 기능 외에 환자진료 기능까지 병행해야 하는 문제점을 면밀하게 검토하지 못하고 있다. 이것은 공공보건의료기관이 민간 병의원들과 경합되거나 또는 상호 보완한다는 차원에서 의료 전달체계상의 기능분담 문제를 다루어야 할 부분이다. 또한 보건소는 군청소재지의 공공의료기관이므로 보건소 자체가 민간병원·의원들과 경합되는 보험환자 진료 문제를 의료 이용체계상 어떻게 정리할 것인가를 다루어야 한다. 특히 농어촌 보건 및 의료기관 지원을 위한 농특세지원 사업이 시행된 지 5년이 지난 지금에서는 이들 기관간 기능강화 효과와 경합 문제가 새로운 양태를 보이고 있어 이를 재평가하고 새로운 틀을 짜야할 단계라고 보았다. 특히 의료보험이 통합되고 진료의 지역제한이 폐지된 상태이어서 의료 전달체계와 농어민의 의료 이용 실태와는 상당한 변화와 갭이 생겨났다. 따라서 새로운 농어촌 의료 이용 여건의 변화에 대응하는 새로운 의료 전달체계의 수립이 필요하게 되었다.

4. 연구 범위와 방법

(1) 농어촌 지역과 농어민을 중심으로 하는 의료 전달체계와 의료 이용상의 문제점 검토

○ 농어촌 지역주민과 농어민을 중심으로 연구

(2) 농어촌의 보건소와 보건지소 및 보건진료소로 이루어지는 보건의료기관과 농어촌의 민간병원(군 단위 병원협의회 회원병원과 의료취약지 병원협의회 회원병원 및 농어촌의원급 의료

기관 등) 등 농어촌에 소재하는 의료기관을 중심으로 연구

(3) 문헌조사 및 통계자료 분석

(4) 관련기관 조사

○ 대상: 농어촌 의료 지원사업 주관부서 조사, 보건복지부 보건증진국, 지역보건과, 보건정책국 보건정책과, 한국보건산업진흥원, 농어촌 민간병원협회, 전국보건진료원회 등

○ 내용: 농어촌 의료지원 사업 내용과 지원 실적 및 개선 방안 농어촌 보건과 의료정책의 내용 및 문제점

○ 방법: 설문조사

(5) 공공의료기관 조사(설문조사: 약 20개소)

○ 공공보건의료기관 운영 실태 조사

– 지역별(경기, 충남, 충북, 전북, 경남지역) 각 1개 시·군의 보건소(보건의료원 포함) 보건지소 및 보건진료소와 민간병원 1개소를 선발 조사함

○ 민간의료 기관 운영 실태 조사(농특세 지원 병원을 중심으로)

– OECF 차관병원, 농어촌발전기금 지원병원: 각 조사지역별 1개소

(6) 농가조사(이용실태와 문제점에 대한 설문조사: 약 275호)

○ 군청소재지의 보건소 및 민간 병의원 서비스 지역 가구 조사: 각 지역별 15~20호

○ 면 단위 보건지소 서비스 지역 가구 조사: 각 지역별 15~20호

○ 벽지와 도서의 보건진료소 서비스 지역 가구 조사: 각 지역별 15~20호

표 1-1. 농가조사 개황

단위: 호, 건

조사지역	농가수	보건소	보건지소	보건진료소	민간병의원
경기 가평	52	19	15	16	18
충북 단양	54	18	17	15	22
충남 태안	59	16	22	20	2
전북 진안	54	16	16	16	23
경남 남해	56	17	17	16	19
계	275	86	87	83	84

주: 조사대상농가 중 2개 이상의 의료기관을 이용한 경우 각각의 의료기관을 별도로 이용한 것으로 조사하여 중복 계산됨.

제 2 장

농어촌 의료 이용과 의료 전달체계

1. 농어촌 질병의 특성과 의료 수요의 변화

1.1. 농어촌 사회변화와 질병 발생의 특성

우리 나라의 농어촌은 1960년대 이후 급속한 산업화와 경제개발의 영향으로 심각한 변화를 겪어 왔다. 도시산업의 급속한 발전으로 농촌인구의 이농이 급격히 늘어났으며, 그로 인하여 농어촌인구가 빠르게 감소하였다. 자료에 따르면 1965년의 전국민 중 농가인구는 55.1%였으나 1997년에는 9.7%로 급격히 떨어졌으며 농촌 군부 인구도 67.6%에서 21%로 크게 줄었다. 이와 같은 농가인구의 감소는 앞으로도 계속되어 2004년에는 총인구의 5% 수준으로 낮아질 것이라는 예측이다.

한편 농어촌인구의 감소는 도시산업에 적응능력이 있는 젊은층을 중심으로 이루어져 왔으며 청소년층의 교육과 진학을 위한 이농도 큰 비중을 점하여 왔다. 결국 농어촌에는 도시적응이 어려운 노령

농민들만 남게 되었고 오히려 도시산업에서 은퇴한 노령자들의 귀농으로 60대 이상의 인구는 젊은 층에 비해 증가하여 왔다. 따라서 농어촌 인구의 노령화 속도는 도시지역에 비해 빠르게 진행되고 있다. 1970년에 60세 이상의 농가인구가 7%였던 것이 1997년에는 29%로 늘었고 절대수로도 114만명에서 134만명으로 늘어났다.

그런데 농가가구의 감소는 1965년에 2,507천호에서 1997년에 1,440천호로 인구감소 속도보다 완만하여 농가가구의 분산가족 및 핵가족화 현상이 뚜렸하게 나타났다. 그 결과 가구당 인구수가 같은 기간내에 6.31명에서 3.10명으로 줄었다. 결국 농어촌은 가족 중 젊은 세대들만 도시로 나가고 노령세대들만 남게 되어 가족이 분산된 노령가구는 점차 독거노인세대를 늘리게 되는, 그래서 이들의 건강관리 문제가 농어촌사회 문제로 부각되는 결과를 보이고 있는 것이다.

농어촌인구의 노령화는 질병발생 형태에도 크게 영향을 주는데 농어촌 질병의 대부분이 퇴행성이며 만성적인 노령질병으로 나타나는 원인이 된 것이다. 특히 농어촌 노인들은 이때까지 농업노동에 시달려왔기 때문에 강도가 높은 농업노동과 농약중독, 음주, 흡연 등에 의한 각종 질병들이 잠재해 있다가 신체기능이 약화됨으로써 발현되는 형태로 나타나게 된다.

이렇게 발생되는 만성적인 질병이환율을 보면 농어촌이 도시에 비해 2배 정도 높게 나타나고 있다. 인구 1,000명당 만성이환율이 연간 458건으로 도시의 221건에 비해 2배가 되고 연령별로 보면 60세 이상 연령층의 만성이환율은 91%에 달해 농어촌 노령 농민들의 건강관리 상태가 매우 열악한 것으로 나타났다<표 2-1>.

농어촌 질병 발생을 주요 상병별로 살펴보면 1995년에 조사된 자료에서는 소화기계 질병이 가장 많고 그 다음이 근골격계, 순환기계, 호흡기계순이었으나 이 조사에서는 순환기계 질환이 가장 많고 그 다음이 호흡기계, 근골겨계, 신경계, 소화기계로 나타났다. 이와 같이

표 2-1. 인구 1,000명당 연간 만성병 이환율

단위: 건/1,000명

연 령	농 촌	도 시	농촌/도시
0 ~ 29	98	71	1.38
30 ~ 39	309	206	1.50
40 ~ 49	615	354	1.74
50 ~ 59	904	560	1.61
60세 이상	910	798	1.14
평 균	458	221	20.7

자료: 한국보건사회연구원(1993).

표 2-2. 주요 상병별 연간 만성병환 유병률 (인구 1,000명당 이환률)

단위: %

	신경계	순환기계	호흡기계	소화기계	근골격기계	기타	계
시 부	23.9	51.9	42.8	131.7	89.4	63.5	403.2
군 부	36.7	77.0	39.5	139.5	160.0	78.5	531.2

자료: 한국보건사회연구원(1995).

최근들어 순환기계질환이 가장 많이 나타난 원인은 인구노령화와 관련되어 고혈압과 중풍 등의 질환이 증가하고 있기 때문인 것으로 나타났다.

한편 농업노동 중에 농약 사용량이 많고 비닐 하우스나 시설영농으론 밀폐된 공간내의 노동이 증가하는 등 새로운 농업노동환경의 변화에 따른 영향도 큰 것으로 보인다.

1.2. 농어촌 의료 수요의 변화

농어촌의 질병발생형태와 인구구조의 급속한 변화에 따라 의료수요도 변화하고 있다. 질병의 종류와 상태에 따라 이용하는 의료기관

이 결정되기도 하지만 경우에 따라서는 교통편이성이나 비용부담의 능력에 따라 결정되기도 한다. 질병의 종류에 따라 발생되는 의료수요를 살펴보면 현재의 농어촌 지역은 대부분의 질병이 노인성이며 만성질병이어서 장기적인 치료를 필요로 한다. 농어촌 상병 발생조사 결과 <표 2-2>에서 살펴본 바와 같이 순환기계 질병과 호흡기계 및 근골격계 질병이환율이 높은 것으로 나타나 농어촌 의료의 수요는 노인성 질환인 순환기계와 호흡기계 및 농부증 증세인 근골격계 질병이 대부분을 차지하고 있는 것이다.

노령인구의 증가와 직결되는 이러한 의료 수요는 농어촌인구의 노령화 속도가 빠를수록 변화가 빠르게 된다. 그리고 대분분의 농어촌 노인들은 노후대책을 마련하지 못한 채 경제적으로도 어려운 형편이어서 장기 진료에 대한 비용부담이 곤란하여 입원이나 고급 진료를 원치 않는 형편이다. 의료보험이 실시되기 이전에는 의료비 부담이 어려워서 약국이나 약방이용을 선호했으나 보험실시 이후는 병원이나 의원 이용률도 높아졌다. 그러나 최근 공공보건의료기관의 시설과 서비스가 향상되고 진료비는 민간 병의원에 비해 크게 낮으므로 보건기관을 선호하게 되었다. 농어촌지역 주민들이 이용하는 의료기관은 병원·의원 외에도 한방의원이나 한약방, 기타 민속치료까지 다양하지만 대부분의 경우 그 지역의 여건에 따라 선호 경향이 다르다. 교통여건에 따라 교통이 편리한 곳의 병원·의원 또는 보건소가 선호되는 지역이 있고 유명한 병원이 있어 그곳으로 몰리는 경향도

표 2-3. 의료기관 선택기준

단위: 명, %

	가까운 의료기관	친절한 의료기관	시설구비 의료기관	큰 병원	잘 아는 의료기관	무응답	계
응답자수 (비율)	267 (78.4)	8 (2.4)	59 (17.3)	4 (1.2)	1 (0.3)	1 (0.3)	340 (100.0)

있다. 농촌조사에서 전체응답자들의 아플 때 의료기관을 선정하는 기준에 대한 반응은 교통여건이 가장 주요한 기준이며(가까운 곳 78.4%), 그 다음은 시설 장비가 좋은 의료기관(17.3%), 친절한 의료기관(2.4%) 등이었다.

이와 같은 의견조사 결과를 종합해 보면 농어촌지역 의료수요는 노령화의 특성에 따른 만성퇴행성의 노인성 질병과 농부증이 중심이 되고 가까이에 있는 공공보건의료기관에 대한 1차 진료수준의 수요가 높아질 것이라는 예측을 가능하게 하고 있다.

2. 농어촌 의료 전달체계와 의료 이용체계

2.1. 의료 전달체계 수립의 필요성

'의료 전달체계(Health Care Delivery System)'는 국민 모두에게 동등한 수준의 의료를 동등한 접근도(accessibility)를 유지하면서 체계적으로 제공하려는 수단이며, 이는 제한된 의료자원을 가장 효율적으로 활용하여 국민건강의 증진을 도모하고 복지를 증진시킨다는 의미이다. 따라서 의료 전달체계는 국민 보건 의료망을 구축하기 위한 하나의 방법이다. 의료 전달체계는 진료권역 설정과 의료시설의 기본형에 따른 의료 이용 순위설정이 중심과제이다.

우리 나라는 원래 자유방임적이고 자연발생적인 의료제도를 가지고 있었기 때문에 최근까지도 민간의료기관의 설립은 개업의사제도라는 기본원칙 외에는 없었다. 즉 의사자격증이 있더라도 일정한 시설을 갖춘 의료사업의 개업신고가 없으면 의료행위를 할 수 없다는 규정뿐이었다.

전국민에게 공평하게 동질의 의료를 공급해야 한다는 의료 전달체

계수립 계획은 국민의료보험제도 도입과 함께 시작된 전국민 보건의료망 편성의 한 수단으로 도입된 것이다. 당시에 지역적으로 편재현상이 심하고 기본적으로 부족한 의료자원을 어떻게 공평하게 활용할 수 있도록 제도화하는가가 중요한 과제였기 때문이다. 따라서 이것은 전반적인 보건의료제도의 재검토를 통한 합리적인 방안이 필요했던 것이다. 이러한 의료 전달체계 확립에 관한 논의는 이미 첫 단계를 거쳐 진료지역권의 설정과 각급 의료시설의 기본형이 결정되었으며 1989년 7월 1일부터 전국에 걸쳐 3단계 의료 전달체계로 시행되었다. 이러한 진료권역의 설정과 각급 의료시설의 기본형 결정이 국민의 공평한 의료 이용권을 보장하려는 것이지만 경우에 따라서는 진료 자유를 억제하는 수단이기도 하다. 이동이 자유로운 민주사회에서 공평성을 추구하기 위해서는 권역이라는 진료지역의 통제와 의료시설의 기본형에 따른 진료질서가 요구되고 있는 것이다. 그리고 이와 같은 진료지역의 통제와 의료시설 접근의 질서요구를 통한 '공평한 의료 이용권 보장'이라는 정신에는 지역별 의료발전의 균등화와 의료기관간 균형발전이라는 장기적인 의료기반 조성의 목표가 담겨져 있는 것이다. 뿐만 아니라 의료상품의 특성상 발생될 수 있는 의료의 독점 방지와 의료시설, 인력, 장비 등의 투자낭비를 방지하려는 의미 또한 큰 것이다. 그래서 우리 나라와 같이 자유방임적이고 자연발생적인 의료제도를 중심으로 발전하여 지역간 의료시설과 의료 인력 편중이 심하고 의료자원의 공평한 이용권이 확립되기 어렵게 되어 있는 곳에서는 상당기간 강력한 의료 전달체계의 확립조치가 필요했던 것이다. 또한 국민의 의료비 낭비나 의료시설·장비의 중복투자를 막는 수준에서 진료질서의 준수라는 규정이 필요했고 그 구체적인 수단이 될 의료 전달체계의 확립은 추구될 수 있는 정책이었다.

2.2. 의료 전달체계와 의료 이용체계

2.2.1. 의료시설 기능의 분화체계

국민의 의료 이용상 형평성을 기하고 의료자원의 효율적 활용을 위하여 각 의료기관이 그 수준에 적합하게 서비스할 수 있도록 표준을 정할 필요가 있었고 그 규모와 종류에 따라 그 기능을 분담하도록 되어야 한다. 또한, 의료인력도 각자의 역할과 기능에 맞도록 교육 훈련되어 적합한 의료기관에 배치 종사토록 해야 한다는 것이다. 이러한 의미에서 기능분류를 병상규모와 의료인력, 시설 및 장비의 기본형으로 1차 의료기관, 2차 의료기관, 3차 의료기관 및 특수병원으로 규정하고 있는데 그 내용을 보면 다음과 같다.

가. 1차 의료기관: 소진료권

1차 의료기관은 주민이 보건의료 서비스에 처음 접촉하게 되는 곳이며 대부분의 질병들이 이곳에서 해결될 수 있으므로 예방과 진료가 통합된 포괄적인 보건의료 서비스를 제공하도록 그 기능을 부여한 곳이다. 1차 의료를 담당하는 기관으로는 일반의원, 특수과 의원, 보건소 및 보건지소, 보건진료소, 모자보건진료소, 조산소, 병원선 등이 있다.

모든 1차 의료기관은 외래진료만을 담당하고 입원진료는 하지 않는 것을 원칙으로 하되 도서, 벽지 등 2차 의료기관까지의 접근도가 낮은 지역은 응급입원을 위한 시설을 인정한다.

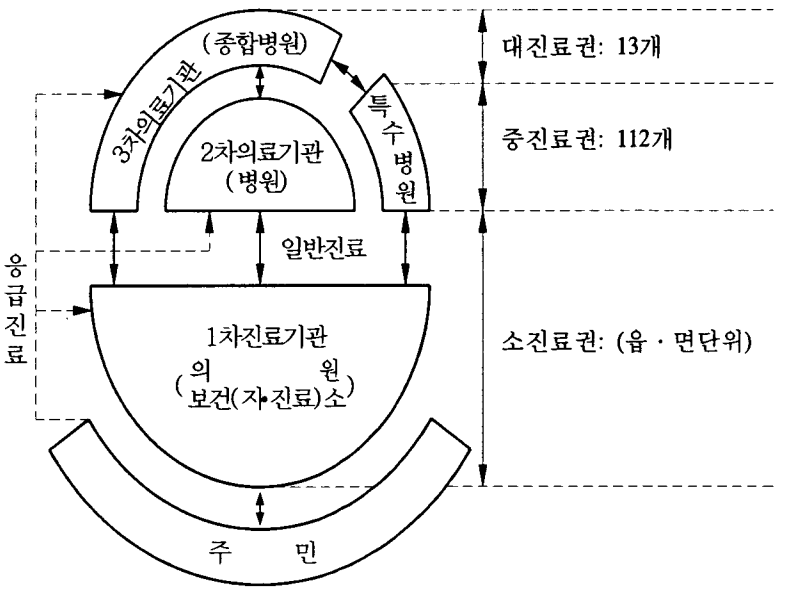
약간의 특수과 전문의를 제외한 대부분의 전문의는 병원에 근무하지 않는 것을 원칙으로 하며 만약 의원에 근무하거나 단독 개업할 시에는 일반의의 역할을 담당하도록 한다. 특수과 전문의들이 개업할 경우 도시지역에서는 가급적 공동개업을 하도록 적극 지원한다.

보건진료원이 근무하는 보건진료소는 예방보건사업을 비롯한 경미한 외래진료만을 담당하도록 하고 인근에 있는 의사의 지도와 감독을 받도록 한다. 모자보건진료소는 산전·산후관리, 분만개조 및 영유아관리를 주임무로 하고, 산부인과 및 소아과의 외래기능만을 가지도록 한다. 그러나 모자보건진료소에는 일반환자를 위해 일반의를 배치하여 일반의 의원과 같은 1차 의료기능을 가지도록 한다.

나. 2차 의료기관: 중진료권

2차 의료기관은 소속 중진료권내의 1차 의료기관에서 후송의뢰된 외래및 입원환자의 진료를 담당한다. 2차 의료기관내의 배치의 편의를 위해 규모와 진료과목수에 의해서 여러 계층으로 구분한다. 2차 의료기관에서는 각 과마다 해당과목의 전문의를 두고 전문의 수준의

그림 2-1. 농어촌 의료 전달체계도 (1999년 이전)



의료를 담당할 수 있는 시설 및 장비와 보조인력을 갖추도록 한다. 기술적으로 2차 의료기관에서 다룰 수 없거나 경제적인 측면에서 유리하다고 생각되는 의료기능이 필요한 환자는 3차의료기관으로 이송하도록 한다.

다. 3차의료기관: 대진료권

3차의료기관은 대진료권내의 중심도시에 배치하며, 1차 의료기관 또는 2차 의료기관에서 후송의뢰한 환자의 외래 및 입원진료를 특수분야별 전문의가 담당하도록 한다.

3차의료기관은 500병상 이상의 의과대학부속병원 또는 그에 준하는 시설과 인력을 갖춘 병원으로 하고 그 기본형은 700병상으로 한다. 3차의료기관은 환자진료와 더불어 본래의 역할인 고도의 의료연구와 의료인력의 교육훈련 및 개업의사의 보수교육 등의 기능도 충실히 수행함으로써 대진료권내 모든 의료기관의 구심적 역할을 담당하도록 한다.

라. 특수의원: 중대진료권

일반의원에서 진료가 어렵거나 격리 또는 장기간의 치료가 필요하며 전문적인 시설과 인력이 요구되는 질병을 별도의 특수병원을 설치하여 관리하도록 한다. 특수병원에서의 환자진료는 대진료권내의 모든 1차, 2차, 3차의료기관에서 이송된 특수질환을 가진 환자의 외래 및 입원진료를 담당한다. 특수병원의 종류는 정신병원, 결핵병원, 나병원, 재활원, 산재병원, 암센타 및 전염병병원 등으로 구분한다.

2.2.2. 진료권역 설정

의료자원의 지역편재 현상을 해소하려면 보건의료계획 수립에 지역화 개념을 도입해야 한다. 그것은 한정된 보건의료자원의 효율적

인 활용과 지역주민의 보건의료자원에 대한 공간적 접근용이도의 제고를 위해서 각 지역 특성에 맞는 보건의료계획을 수립 추진해야 되기 때문이다. 따라서 진료권의 설정은 곧 지역보건 의료계획수립의 전제조건이 되는 것이다. 진료권의 개념은 병원의 진료지역 개념에서 출발한다. 여기서 진료지역이라 함은 바람직한 최소규모의 의료기관을 운영하기에 적합한 인구를 가진 지역이라고 할 수 있다.

진료지역을 결정하는 데는 의료시설을 중심으로 결정하는 방법과 인구수를 중심으로 결정하는 방법이 있다. 의료시설을 중심으로 진료권을 구분하는 방법으로 일정 지역에 있는 의료기관이 진료할 수 있는 인구의 크기를 정하는 방법이 있다. 그러나 이 방법은 의료기관의 규모와 시설 인력장비의 수준에 따라 다르고 교통수단의 이용편이도에 따라 편차가 커지게 된다. 인구수를 중심으로 진료권을 구분하는 경우는 일정지역내에서 거주하고 있는 인구의 의료기관 이용행태를 조사하여 그 이용양상에 따라 구분하는 방법이다. 이 방법은 인구의 변동이 심한 지역이나 우리 나라의 농어촌과 같이 인구감소가 계속되고 있는 지역내에서는 그 인구 추계방법과 결과에 따라 격차가 크게 발생할 수 있는 방법이다. 대부분의 경우 의료보험제도가 시행되고 있는 나라에서는 이미 진료권과 진료체계가 확립되어 있는데 이것은 의료보험이 강제보험으로 전국민을 가입시켜 놓고 의료자원의 지역편중이나 불형평성이 커지게 되면 보험관리가 어렵게 되므로 이와 같은 진료권설정과 의료시설의 기준형 설정 등 의료 전달체계를 갖추게 되는 것이다.

우리 나라에서는 국민의료보험이 실시되면서 진료권이 설정되었고, 지금까지 여러차례 개정되었다. 정부가 만든 행정구역 위주의 57개 의료보호진료권과 한국개발연구원이 연구한 접근시간 위주의 생활진료권이 있었다. 1984년에는 보건사회부가 기획 연구한 전국 보건 의료망 편성 연구 등 수차 연구 개발하였다. 의료보험 통합 이전

에는 지역 단위 진료권은 중진료권 138개, 대진료권 14개였으며, 소진료권은 최소행정구역 단위의 1차 진료권인 시·군내의 읍·면·동이었다.

각급 진료권의 실제 운영에는 행정적인 제약이 따르기 때문에 행정구역을 중시하여 교통권·경제생활권 및 의료기관의 편재 등을 고려하여 정할 수밖에 없다. 대진료권은 시·군을 기본지역단위로 하고 도 단위 행정구역을 벗어나는 일부 시군의 교통·경제생활·의료기관 분포 등을 고려하여 구분하였다. 중진료권은 시·읍·면을 기본단위로 하고 군 단위 행정구역을 벗어나는 일부 읍·면의 교통·경제·생활·의료기관 분포 등을 고려하여 구분하였다. 소진료권은 소행정 단위(읍·면)를 중심으로 지역적 특성을 감안하여 조정하였다.

2.2.3. 의료 이용체계

이와 같이 진료권역의 설정은 진료의 지역화를 통해서 지역단위별로 의료자원을 균형배분하고 그 지역 주민에게 양질의 의료 서비스에 대한 접근성을 제고시키고자 한 것이다. 장기적으로는 이러한 지역 배분방식에 따라 지역별 의료의 균형발전을 유도할 수 있도록 하려는 것이었다. 그러나 이러한 목적에도 불구하고 의료 서비스의 권역별 지역화와 시설형태의 체계화를 구상한 의료 전달체계의 시행에는 여러 가지 어려움이 따랐다. 그것은 의료자원의 공급을 주로 민간 부문이 담당하고 있어 도시와 농촌 그리고 지역간 불균형이 심했기 때문이다.

의료자원의 지역적 편재는 인구밀도나 교통권·행정권 및 사회경제적 제반 여건에 의해 이루어진 현상이어서 이를 인위적으로 또는 제도적으로 쉽게 고치거나 바꿀 수 없는 어려운 과제였다. 뿐만 아니라 농어촌의 인구 감소가 계속되고 있는 상황에서는 농어촌지역의

의료자원 부족 문제는 점점 더 심화될 수밖에 없는 여건을 가지고 있었다. 지역에 따라서는 행정구역에 기초한 진료권과 생활권이 다르기 때문에 농어촌주민들은 해당구역을 벗어나 타진료권의 의료기관을 이용하게 되고 더욱 질 높은 의료를 받기 위해 원거리의 도시지역 의료기관을 이용하는 등 진료권 제한 규정을 불편하게 여겨 왔다.

이와 같은 실정을 진단하기 위해 진료권별 의료 이용실태에 관한 조사가 여러 차례 이루어져 왔는데 농어촌 지역은 타진료권으로의 진료행위가 가장 많은 곳으로 나타났다(황성철 등 1993: 김동규, 김은주 1994; 양봉민 등 1995).

"농민의 의료 이용실태 및 농어촌 의료제도의 개선방안" 연구 (양봉민 1995)에서 외래환자의 진료권 이용률을 조사한 결과 전체 소진료권 중에서 동일진료권내의 의료기관을 이용하는 환자수보다 타진료권의 의료기관을 이용한 환자수가 더 많은 지역이 140개, 중진료권 중에서는 58개로 나타났다. 그 다음 진료권역내에 병원급 이상의 의료기관이 없어서 타진료권에 의존하는 중진료권이 모두 19개이고 그 중에서 18개가 농어촌 지역이었다. 한편 의료기관이 있음에도 불구하고 동일 진료권 밖에 있는 의료기관을 많이 이용하고 진료권내의 의료기관을 이용하는 비율이 50% 이하인 중진료권이 58개나 되어 진료지역 구역화를 통한 의료자원의 균형화가 어려운 상태였다. 그러다가 1998년 의료보험의 지역적 통합이 법에 따라 결정됨으로써 지역제한 규정으로 작용해 오던 진료권역 구분 제도의 폐지 요구가 강하게 대두하였다. 그것은 당시 진료권역 제한 규정이 의료자원의 지역간 균형발전이나 균등배분이라는 목적보다는 행정구역별로 시행되어 온 의료보험관리의 편의성 추구를 위해 규제해 왔기 때문이다.

의료보험관리 방식을 시·군 행정구역별로 독립된 자율운영이라는 소위 조합주의 체계를 채택함으로써 시·군 의료보험조합들은 가

능한 한 모든 진료행위가 관할 구역내에서 이루어지도록 강제하게 되는 경향이 강했다. 의료기관의 지역적 편재에도 불구하고 취해졌던 이러한 강제적 지역제한은 특히 농어촌주민들에게 가장 큰 불만이었으며 따라서 지역의료보험이 통합되자 이를 강력하게 규제해야 할 명분이나 실익이 없어졌으므로 결국 구역제한 규정인 진료권역은 폐지되었다. 이제 농어촌지역뿐만 아니라 도시지역에서도 진료의 권역제한은 없어졌다.

그러면 이제 진료권역 제한제도를 주장했던 사유 즉 의료자원의 지역간 균형이 이루어졌기 때문인가? 그러나 그렇지는 않다. 다만 농어촌 지역주민들의 진료의 불편성에 대한 불만이 높았고 의료보험 조합들은 진료의 지역적 권역 제한 규정을 행정 편의상 그리고 재정 긴축의 한 수단으로 무리하게 강요해 온 것이었기 때문이라고 보인다. 결국 농어촌지역의 의료기관 시설·인력 등의 편재 문제는 아직도 남아 있는 과제이며 진료권역제도의 해체로 점점 더 지역적 의료 집중의 경향을 가지게 될 우려가 높다. 그러나 본 연구조사 결과 의료기관을 선정하게 되는 주민의 기준이 거리상 가까운 곳(78.4%)을 중요하게 생각하고 있어<표 2-3 참조>, 생활권내 의료기관 이용에 심각한 문제가 발생하지는 않을 것으로 보인다.[1]

실제로 이 조사에서 의료보험 통합으로 진료지역권이 없어진 후 이용하는 의료기관의 형태가 바뀌었는가를 조사해 본 결과 거의 변화가 없었고 한두 곳에서만 약간의 변화가 있었다고 응답하고 있다. 변화가 있는 곳은 의료보험의 통합이나 진료권역 제한의 폐지에 따른 영향이라기보다는 농특세 지원사업으로 시·군 보건소가 시설을

---

[1] 여기에서 생활권이라 함은 농촌정주생활권으로 표현되는 농촌중심도시(소도시), 소규모 농촌중심지(소도읍), 그리고 마을이라는 기본적인 3단계의 정주체계 중 3~4개 읍면 또는 1개 군에 해당하는 소생활권을 의미한다. 이에 대해서는 이용만, 박수일(1984) 참조.

잘 갖추었거나 보건의료원으로 확장되면서 다른 지역에 빼았기던 진료인구를 다시 찾아오는 효과를 보이고 있는 곳들이었다. 그러나 큰 병의 경우, 즉 수술을 한다거나 입원치료를 해야 하는 경우는 대도시의 이름 있는 병원을 찾아가는 타 지역 진료가 약간 늘었다. 이와 같이 지역 주민의 의료 이용 형태는 일반질병의 경우 대부분이 가까운 곳에서 진료를 받고, 수술을 요하거나 입원 가료해야 하는 중병의 경우에만 다른 지역의 큰 병원으로 가게 된다.

한편 농어촌 민간병원과 보건의료기관을 출입하는 외래진료 환자들의 특징을 조사해 본 결과 직업층은 농업이 가장 많고, 소득계층은 저소득층이며 연령층은 60세 이상의 노령층이 전체 외래환자의 60%이상을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 이들의 병명도 대부분이 노인성 질병이었다. 이것은 농어촌의 일반적인 사회현상과 맞물려 있는 결과이기 때문이며 지역의 특성에 따라 약간의 변화가 있을 뿐 대부분이 우리 나라 농어촌사회에 공통적인 현상이라고 할 수 있다. 결국 지역 주민의 의료 이용 체계는 노인성질병이 가장 많이 발생되고 있기 때문에 의료보험통합과 지역제한 규정의 폐지 이후에도 큰 변화 없이 가까운 보건의료기관이나 병의원을 주로 이용하고 있다는 것이다. 다만 이들 질병 중 수술을 요하거나 입원치료를 하게 되는 경우에는 대도시의 이름 있는 병원을 찾아 타 지역 진료를 택하게 된다는 것이다. 따라서 농어촌 지역주민들의 의료 이용은 일상적인 진료와 특수한 경우의 중병진료라는 구분만이 있을 뿐이다.

2.3. 농어촌 의료 이용 행태와 현행 의료 전달체계상의 문제점

지금까지 농어촌 주민의 의료 이용행태를 살펴본 결과 여러 가지 여건에 따라 다르기는 하지만 대체적으로는 일반 질병이나 경미한 진료

는 교통의 편리성과 왕복 거리에 따라 결정되고 있다. 또한 근접해 있는 의료기관이용은 진료비가 저렴한 곳을 이용하려는 경향이 있어 주로 공공보건의료기관을 이용하는 상황이다. 좀더 자세히 살펴보면 보건진료소나 보건지소, 보건소를 이용하는 사람들은 대부분이 농어촌의 저소득층이며 노령층이다. 농어촌인구의 노령화와 노령 농어민들의 노후보장 장치 미비, 그리고 노령 농업경영주의 농업소득의 취약성이 의료 이용 형태에서도 나타나고 있는 것이다. 농어촌지역에서도 민간의원이나 병원을 찾는 사람들은 중간소득층 이상이며 저소득층이 민간의료기관을 이용하는 경우는 공공보건의료기관 이용이 불편한(거리나 교통여건상) 곳의 사례에서만 나타나고 있다. 이와 같이 근거리의 저렴한 보건의료기관을 이용하는 형태의 수요는 그 지역 보건의료기관의 서비스 수준이 향상될수록 더욱 확대될 것으로 전망되며, 이러한 경향이 강해질수록 농어촌의 민간의원이나 소규모 병원의 경영압박은 심해질 것으로 예상된다.

농어촌 지역에서도 수술을 받거나 입원치료해야 하는 중병에 대해서는 오래전부터 의료 전달체계에 상관없이 도시의 큰 병원이나 유명한 병원을 찾고 있었으므로 의료 이용 형태가 2단계로 확연하게 구분되고 있었다. 경미한 질병이나 일상적인 치료는 생활권내에서 가까운 곳의 공공보건기관 또는 의원급 의료기관을 이용하고 중병의 경우는 대규모 종합병원이나 도시의 유명한 병원을 이용하는 2단계 정도의 구분만이 있을 뿐 2차 의료기관인 농어촌 중소병원을 경유하는 이용형태는 거의 없었다. 2차 의료기관인 농어촌 중소병원 이용자의 경우는 질병의 내용을 모르고 있어 처음에는 보건소나 의원급으로 가서 진료를 했는데 좀더 상세한 검사가 필요하다고 판단하여 인근의 중소병원으로 보내지는 경우가 대부분이다. 이때 처음 찾아간 보건기관이나 의원급 의료기관에서 병명이 확실하게 나오는 경우는 그 치료방법의 경중에 따라 다음의 진료기관이 결정된다. 대부분

의 경우 환자들은 도시의 유명한 병원에 가서 진료를 받고 싶어한다. 그러나 도시로의 이송 문제(절차, 비용 등)나 치료비용의 부담 때문에 지역내 중소병원을 선택하게 된다.

결국 농어촌 의료 이용형태는 2단계 방식으로 구분되어 있는데 현행 의료 전달체계는 1차 의료기관을 거처 2차 의료기관을 가고 그다음 3차 의료기관으로 가게되는 3단계 절차를 만들어 놓고 있는 것이다. 그래서 현재에도 이와 같은 3단계 절차는 거의 지켜지지 않고 있으며 더구나 진료권역이 폐지되어 일단 생활권역내 의료기관을 벗어나서 타지역 의료기관을 이용하는 경우는 2차 기관과 3차 기관을 구분하지 않고 있는 셈이다. 결국 1차 의료기관인 생활권내의 의료기관과 2~3차 의료기관인 타지역 의료기관이라는 개념으로만 적용되고 있는 셈이다. 이렇게 지켜지지도 않는 3단계 의료 전달체계는 2단계의 의료기관 이용관행을 수용하지 못하고 있어 형식적인 절차만을 요구하게 되는 문제점을 가지고 있다.

또한 의료자원의 균형배분이라는 목적의 진료권역은 폐지되었지만 의료 이용 형태에서는 그것이 살아 있다는 것이다. 그것은 자연스럽게 진료의 편이성과 비용부담 문제에 의해 생활권 지역내 진료와 타지역 진료라는 새로운 권역개념이 성립되고 있는 셈이다. 그리고 1차 진료기관과 2~3차 진료기관도 경미하고 일상적인 질병이냐 아니면 특수하고 중요한 질병이냐에 따라 자연스럽게 양분되고 있는 것이다. 이렇게 자연스럽게 이루어지고 있는 의료 이용체계를 수용하지 못하고 있는 현행 3단계 의료 전달체계는 현실성이 없다고 판단할 수 있다.

제 3 장

농어촌 공공보건의료기관의 운영과 이용 실태

1. 공공보건의료기관의 조직과 기능

공공보건의료기관은 국·공립 보건 및 의료관련 기관을 모두 포함하는 용어로써 보건행정을 맡고 있는 광역자치단체의 보건관련국·과에서부터 국공립의료기관까지 해당된다. 이 연구에서는 농어촌에 있는 보건의료기관을 중심으로 검토하고 있으므로 군 단위 보건소와 면 단위 보건지소 및 산간 오·벽지와 도서지역의 보건진료소를 포함하는 보건의료기관만을 조사대상으로 하였다. 또한 군 단위 보건의료원은 민간병원이 없는 곳의 보건지소를 확대하여 보건소 기능에 병원기능을 추가한 중규모 병원급 보건의료기관이므로 이를 보건소급 기관에 포함시키고 있다.

보건소는 1956년 보건소법이 제정되고, 동법이 1962년에 전면개정되면서 전국의 시·군·구 행정단위별로 설치되었다. 1970년에는 군

부지역의 읍·면 단위별로 보건지소 설치를 완료하였고, 1981년에는 농어촌특별조치법에 의해 의료취약지역에 보건진료소를 설치하였으며, 공중보건의사제도를 도입하였다. 이렇게 하여 '보건소(시·군·구) – 보건지소(읍·면) – 보건진료소(리)'의 보건의료체계가 구축되어 관할구역 주민들에게 기초보건의료 서비스를 제공해 왔다.

이러한 체계는 1995년 행정기관 설치법의 성격을 띠었던 보건소법이 행위법의 성격을 지닌 지역보건법으로 개정되면서 커다란 변화를 가져 왔다. 새로운 지역보건법과 이전의 보건소법의 차이점은 여러 가지가 있지만, 골자는 보건소를 지역주민의 건강 향상을 위한 중추적 건강관리기관으로 육성하겠다는 점이라고 할 수 있다(남정자 외 1996, 28-29)

공공보건의료기관은 행정체계상으로는 지방자치단체 소속으로 행정자치부의 소관이며, 업무는 보건·의료·지역보건계획·지도 등의 보건복지부 소관으로 되어 그 동안 보건업무수행에 어려움이 적지 않았다. 특히 보건의료기관의 중추 인력인 공중보건의사는 신분은 국방부 소속이고, 근무처는 행정자치부 소관이며, 수행업무는 보건복지부 소관 업무로 다원화되어 이로 인해 많은 문제가 초래되었다. 지역보건법으로 개편 이후 지역보건계획의 수립에 지방자치단체가 적극 관여하게 되면서 이러한 문제는 많이 해소되기는 하였지만 근본적으로 해소된 것은 아니다.

1998년 7월말 현재 전국에 시·군 보건소가 245개(보건의료원 17개 포함), 면(동)단위 보건지소가 1,314개, 도·서·오·벽지 보건진료소가 2,034개로 전국적인 보건의료망이 형성되어 있다<표 3-2>. 그러나 1998년 지방정부의 구조조정에 따라 보건의료기관도 일부 보건지소와 상당수의 보건진료소를 대상으로 통폐합 작업이 추진되어 1차로 162개소가 정리되었고, 다시 2차 조정이 추진될 계획으로 있으나 구체적인 내용은 밝혀지지 않은 상태이다.

공공보건의료기관의 주요 전문인력을 보면 1998년 1월 1일 현재 전체 인력은 20,069명으로서 전문분야별로는 간호사가 가장 많고 그 다음이 보건·행정직, 간호조무사 순이다. 한편, 보건기관유형별로 인력규모를 살펴보면 보건소가 평균 47.3명, 보건지소가 평균 4.9명이며 보건진료소는 보건진료원 1명이다. 의사 및 치과의사도 2,825명이나 되지만 이들 대다수는 공중보건의사들이다.

표 3-1. 보건소 등의 설치기준

	설치근거	설치기준
보건소	지역보건법 제7조 동법시행령 제7조	시·군·구별 1개소(필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 설치)
보건지소	지역보건법 제19 조 동법시행령 제8조	읍·면별 1개소 (필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 및 통합지소 설치·운영)
보건진료소	농어촌등보건의료를위한 특별조치법 제15조	리(里) 단위의 오·벽지에 설치

표 3-2. 보건소, 보건지소, 보건진료소 현황 (1998년 7월말)

단위: 개소

구 분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계
보 건 소	25	16	8	10	4	5	5	39	18	12	15	15	24	24	21	4	245
보 건 지 소	-	8	8	22	-	6	14	133	94	96	160	144	212	223	182	12	1,314
보건진료소	-	6	10	30	16	8	13	186	138	165	243	258	345	330	240	46	2,034

주: 보건소에는 17개 보건의료원이 포함됨.
자료: 보건복지부(1998).

표 3-3. 보건기관의 인력 현황

단위: 명, %

구 분		계	의사	치과의사	간호사	약사	의료기사	간 호 조무사	보건·행정직
계		20,069	1,960	845	5,436	235	2,701	3,973	4,910
전체	보 건 소	11,599	656	193	2,930	232	1,832	997	4,759
	보 건 지 소	6,439	1,304	661	472	3	869	2,976	151
	보건진료소	2,034	-	-	2,034	-	-	-	-
기관당 평균	보 건 소	47.3	2.7	0.8	12.0	0.9	7.5	4.1	19.4
	보 건 지 소	4.9	1.0	0.5	0.4	0.0	0.7	2.3	0.1
	보건진료소	1.0	-	-	1.0	-	-	-	-

주: 1998년 1월 1일 기준 (보건기관에 근무 중인 공중보건의사 2,113명 포함)
자료: 보건복지부 보건증진국(1998).

표 3-4. 보건소의 인력배치 기준

단위: 명

보건소관할 인구규모	의사	치과의사	간호사	약사	임 상 병리사	방사선사	물 리 치료사	치 과 위생사	간 호 조무사	영양사
10만명이상	2	1	10	2	4	2	1	1	2	1
10만명미만	2	1	3	1	3	2	1	1	2	1

주: 보건소 및 보건지소 보건의료 전문인력 배치기준 (보건사회부훈령제639호)

공공보건의료기관에 최소한의 전문인력을 확보하기 위한 방법으로 정부(보건사회부)에서는 '보건소 전문인력 배치기준'까지 마련하였지만 이 기준에도 미달하고 있다. 특히 치과의사, 약사 및 의료기사의 확보율이 낮은 실정이다.

1.1. 보건소(보건의료원 포함)의 조직과 기능

보건소(시 · 군)는 보건행정의 합리적 운영과 국민보건 향상 및 증진을 도모하는 일선 보건의료 행정기관으로서(보건소법 제1조) 대통령령이 정하는 바에 의하여 지방자치단체의 조례로서 설치하도록 되어 있다(동법 제2조).

따라서 보건소의 업무는 주로 국민보건증진을 위한 예방의료와 의료행정 및 가족계획 업무였으며 질병치료와 외래환자 진료업무는 본연의 업무가 아니었다. 보건기관이 진료업무를 본격적으로 담당하게 된 것은 의료보험실시 이후 농어촌지역의 의료기관 부족 문제를 해결하는 방안으로 보건소에서도 의료보험 외래환자 진료와 치료를 담당할 수 있도록 규정하면서부터이다. 보건소는 보험환자 진료수입(환자의 본인부담금)을 자체수입(운영비)으로 할 수 있는데 현재 보건소당 연간평균 2억원 정도의 현금수입을 얻고 있는 것으로 나타났다.

그 동안 보건소는 모자보건과 가족계획, 방역, 예방접종, 결핵 및 나병관리, 저렴한 진료 서비스의 제공 등 주민 전체를 대상으로 한 여러 가지 업무를 지속적으로 수행해 왔으나, 인구의 노령화와 소득수준의 향상 및 질병 양상의 변화와 함께 보건사업의 내용을 변화시킬 필요에 당면하게 되었다.

공공보건기관으로서의 보건소는 지역주민에 밀착하여 민간의료기관이 제공하지 못하는 비영리적 공공보건의료 서비스를 제공하는 것을 기본적인 임무로 한다는 점에서는 과거와 다를 바 없다. 그러나 소득수준의 향상과 전국민의료보험제도의 실시로 주민들의 건강에 대한 관심이 고조되면서 보건의료 서비스의 중추적 역할을 담당하고 있는 보건소의 역할은 크게 달라지고 있다. 그 동안의 고유 업무외에도 지역내 의료자원의 관리를 통하여 주민들에게 제공되는 의료 서

비스의 공공성과 적정한 질을 유지하도록 하며, 이러한 과정에서 보건소는 지역사회 보건의료의 기획·조정자로서 역할이 요구되고 있다. 보건소의 주요 업무내용을 관련법규상에 제시된 것을 중심으로 정리하면 <표3-5>와 같다. 기존의 업무외에 방문보건사업, 만성퇴행성질환 관리 및 지역보건의료계획기능 등이 추가되거나 강조되었다.

시·군 단위 보건소는 지방행정부의 한 조직으로서 소장의 임명권을 시장, 군수가 가지고 있다. 보건소장은 전문의사 또는 보건(행정)직이 맡을 수 있도록 되어 있으며, 규모가 큰 시·군의 보건의료원(종합병원급)만큼은 의사를 원장으로 임명하도록 규정하고 있다. 1997년 말 현재 전국의 245명의 보건소장 중 133명(54%)이 보건(행정)직으로

표 3-5. 보건소의 업무 (지역보건법 제9조)

1. 국민건강증진, 보건교육, 구강건강 및 영양개선사업
2. 전염병의 예방 관리 및 치료
3. 모자보건 및 가족계획사업
4. 노인보건사업
5. 공중위생 및 식품위생
6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항
7. 의료기사, 의무기록사 및 안경사에 대한 지도 등에 관한 사항
8. 응급의료에 관한 사항
9. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 공중보건의사, 보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 대한 사항
11. 정신보건에 관한 사항
12. 가정, 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업
13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환 등의 질병관리에 관한 사항
14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
15. 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업
16. 기타 지역주민의 보건의료와 향상 증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업

서 전문의사(112명, 45%)보다 많은 실정이다. 보건소장을 전문직이 담당하느냐 행정(보건)직이 담당하느냐에 따라 각각 장단점이 있을 것으로 판단된다. 그러나 지방자치제 실시 이후 보건소장의 임명이 군수의 선거와 정당활동 등에 영향을 받게 되므로 전문직(의사)이 임명되기는 현실적으로 더 어려운 상황이다.

또한, 보건소 인력(평균 47.3명) 중 약 20명(19.4명)을 보건·행정직이 차지하고 있어 그만큼 보건의료 기능인력의 확보가 부족하여 지역주민에 대한 의료 서비스를 효율적으로 제공하기 어려운 조직이라는 것을 짐작할 수 있다.

1.2. 보건지소의 조직과 기능

보건지소(읍, 면, 동)는 지역보건법 제19조에 근거하여 지방자치단체의 조례로 설치할 수 있다. 그러나 보건지소의 업무는 특별히 지정되어 있지 않아서 보건소의 업무를 근거로 수행되고 있는 실정인데 업무의 명확한 설정이 필요하다(장원기 등 1998, 40-41).

보건지소의 관리운영비는 보건소의 예산에 포함되어 있으며 시군 보건소의 직접 지휘 감독을 받게 되어 있다.

보건지소의 인력은 약 5명(평균 4.9명)으로 공중보건의사, 진료보조원, 보건요원, 공중보건치과의사, 치과위생사 등으로 구성되어 있다. 보건지소 인력이 5명으로 되어 있지만 실제로는 보건요원들이 보건소에 차출되고 있어 2명(작은 면) 또는 4명(큰 면)이 근무하고 있는데, 규모가 작은 면의 경우에는 공중보건의사 1명과 간호보조사 1명이 근무하고 있는 곳도 많다. 지역보건법 제12조에는 보건지소장 1인을 두되 지방의무직 또는 전문직공무원으로 임용한다고 되어 있으나 실제로는 '농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법'에 근거하여 공중보건의사가 군복무 의무기간만큼 근무하게 되어 있다.

공중보건의사는 무의촌지역의 해소와 국민의 의료균점을 통한 보

건향상을 목적으로 병역법에 의거 보충역에 편입된 의사, 치과의사, 한의사를 보건복지부장관이 계약직공무원으로 채용하여 각 시·도에 배치하며, 의무복무기간은 3년으로서 매년 4월 중 약 1/3이 교체되고 있다. 공중보건의사제도는 1956년에 시작된 위촉의사(촉탁의사) 제도에서부터 발전해 온 농어촌 의료인력 확보대책이다. 최근의 공중보건의사제도는 1978년 12월 「국민보건의료를 위한 특별조치법」의 제정으로 최초 시행되었으며, 그 동안 공중보건의사의 복무 중 신분에 관한 규정이 없었으나 1991년 12월 「농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법」으로 개정되면서 계약직공무원 신분으로 복무하게 되었다<표 3-6>.

보건지소장을 겸하기도 하는 공중보건의사는 3년 동안의 군복무기간을 대신하여 근무하는 것이므로 지역 애착이 적고 실무경험이 부족하다. 게다가 근무기간 3년동안 한 곳에서 근무하는 경우도 있

표 3-6. 공중보건의사 제도의 변천 과정

년도	주 요 내 용	관 련 법 규
1956	위촉의 제도 실시	보건소법 제정
1962	보건지소 설치	의료법
1969	전공의 파견 제도	보건소법 제7조
1972	특정의무지정의사 제도	전공의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정
1976	공중보건장학 제도	의료법 제7조
1978	공중보건의 제도	공중보건장학을 위한 특례법
1979	공중보건의사 파견 제도	국민보건의료를 위한 특별조치법 제정
1980		농어촌보건의료를 위한 특별조치법 제정
1990	지역보건의료기관 설치·운영 및 사업연계에 관한 사항	농어촌 보건의료를 위한 특별조치법 개정
1995		지역보건법 제정

지만 전체적으로 보면 연평균 1회씩 군무지를 이동하고 있어 지역주민들과 친분관계가 이루어질 때쯤이면 이동하므로 업무 생산성이 전반적으로 낮다고 할 수 있다. 또한 공중보건의사의 소속은 국방부이기 때문에 보건소장이 보건지소를 지도감독하는 데 한계가 있다.

반대로 보건지소에 근무하는 보건요원은 경험이 많은 정규직 공무원인 반면 공중보건의사들은 별정직이어서 지소장으로서의 지도력을 발휘하는데에도 어려움이 있는 실정이다.

이러한 한계를 지니고 있는 공중보건의사마저도 충분히 배치되고 있지 못한 것이 현실이다. 1998년 8월 31일 현재 전체 공중보건의사 중 61.4%(1,951명)가 각 읍면 보건지소에 전문의료인력으로 배치되어 보건지소당 약 1.5명의 공중보건의가 근무하고 있다. 그러나 최근 농어촌 주민들로부터 요구가 급증하고 있는 치과의사는 2~3개 보건지소당 1명이 배치되어 있고 한의사는 확보인력이 부족하여 아직까지 읍면 단위 보건지소에는 배치하지 못한 상태이다<표 3-7>.

표 3-7. 공중보건의사의 배치 현황

단위: 명, %

	계	의과				치과	한방
		소계	전문의	인턴수료	일반의		
계	3,177 (100.0)	2,383 (100.0)	1,191 (100.0)	273 (100.0)	919 (100.0)	784 (100.0)	10 (100.0)
보건소	463 (14.6)	325 (13.6)	209 (17.6)	45 (16.5)	71 (7.7)	129 (16.5)	9 (90.0)
보건지소	1,951 (61.4)	1,311 (55.0)	324 (27.2)	209 (76.5)	778 (84.7)	640 (81.6)	- -
기타	763 (24.0)	747 (31.4)	658 (55.2)	19 (7.0)	70 (7.6)	14 (1.9)	1 (10.0)

자료: 보건복지부, 1998. 8. 31. 현재.

1.3. 보건진료소의 조직과 기능

보건진료소는 농어촌 의료 취약지역 안에서 보건진료원으로 하여금 의료행위를 할 수 있도록 시장군수가 설치 운영하는 특수보건의료 기관이다.

1976년부터 1980년까지 지역사회의 기본적인 보건의료제공을 위한 보건시범 사업으로 보건진료원 제도를 개발, 1980년 12월, 도서 오·벽지의 1차 보건의료 강화를 위해 "농어촌보건의료를 위한 특별조치법"이 제정되었다. 이를 근거로 1981년 농어촌 의료취약지에 보건진료소가 설치되어 간호원과 조산원 면허소지자 중 6개월의 보건진료원 양성 교육을 이수한 자를 각 진료소에 1명씩 근무토록 하고 있다.

의료취약지에 설치되는 보건진료소는 인구 500인 이상(섬지역은 300인) 5,000인 이하의 하나 또는 수 개 리·동을 관할구역으로 하여 설치되었다.

의료취약지 지역주민들에게 필요한 의료 행위를 하기 위하여 보건진료소에 근무하는 보건진료원들은 의료법 제25조 무면허 의료행위 금지 규정의 예외규정으로서 무의촌의 응급의료와 주민보건관리를 위해 특별히 진료와 예방의료 등의 업무를 할 수 있다.

보건진료소의 인건비는 지방비 예산에 편성되어 지방자치단체장의 감독을 받고 있으나 운영비는 지역운영협의회(민간조직)의 지원 또는 자체수입으로 확보하여 독립적으로 운영하고 있다.

표 3-8. 담당 리동수별 보건진료소 분포

단위: 개소, %

구 분	2개 이하	3~4개	5~6개	7~8개	8개 이상	계	보건진료소당 담당평균리동수
보건진료소	370 (22.3)	536 (32.4)	443 (26.8)	184 (11.1)	123 (7.4)	(100.0)	4.5

주: 장원기 외(1998, 46)에서 재구성

보건진료소가 관할하는 리동수는 평균 4.5개인데, 8개리동 이상을 관할하는 보건진료소도 123개소(7.4%)나 되는가 하면 2개리동 이하를 관할하는 보건진료소도 370개소(22.3)에 달하고 있다.

보건진료소의 분포를 관할인구측면에서 살펴보면 행정적인 평균관할인구는 1,032명이나 실제적인 평균관할인구는 901명 수준이다. 실제관할인구기준으로 볼 때 1,000명 이하인 보건진료소는 1,190개소(72.1%)에 달하며 500명 이하인 보건진료소도 348개소(21.1%)나 된다. 이런 곳들은 이농으로 인해 인구가 크게 감소한 지역들이다. 특히 관할인구가 500명 이하인 보건진료소들은 최근 논의되고 있는 보건의료기관 구조조정 기준을 적용하면 폐쇄되어야 할 곳들이다.

보건진료소가 처음 설치될 당시에 비교하여 농어촌의 여건이 많이 변화한 것은 사실이다. 농어촌인구는 급격히 감소한 가운데 도서, 오·벽지 지역의 인구는 더욱 크게 감소하였다. 게다가 도로 증·개설과 자동차 보급률의 확대로 교통사정도 크게 개선되었다. 이러한 농어촌지역의 여건변화와 IMF 이후 지방정부의 구조조정과 맞물려 설립 요건을 갖추지 못한 보건진료소의 폐소조치가 진행중에 있다.

1차적으로 전국 2,047개의 보건진료소 중 162개소(자연감소 59, 조

표 3-9. 관할 인구 규모별 보건진료소 분포

단위: 개소, %

구 분	500명 이하	501~1,000명	1,001~1,500명	1,501~2,000명	2,001명 이상	계	평균관할 인 구
행정적 관할인구	237 (14.5)	762 (46.6)	394 (24.1)	142 (8.7)	100 (6.1)	2,034 (100.0)	1,032
실제적 관할인구	348 (21.1)	842 (51.0)	289 (17.5)	110 (6.7)	62 (3.8)	2,034 (100.0)	901

주: 장원기 등(1998, 45)를 재구성.

정 103)가 정리되었으며, 2차 구조조정작업이 내부적으로 추진 중이나 구체적인 내용은 아직 발표하지 않고 있다. 1차 구조조정과정에서 지역주민들과 농어민단체 및 간호사 단체가 크게 반발하고 있기 때문이라고 생각된다.

그러나 보건진료소의 폐소는 신중하게 접근해야 할 것으로 판단된다. 현재의 보건진료소 설치기준(관할인구가 도서지역은 300인 이상, 오·벽지지역은 500인 이상 5,000인 이하)은 농촌인구의 비중이 상대적으로 높았던 1980년에 설정된 것으로서 그 이후의 상황변화를 감안하여 결정해야 한다는 주장이 제기되고 있다. 실제로 농촌 현지조사 결과를 토대로 판단해 보면 관할인구를 기준으로 하기보다는 해당지역의 의료자원의 분포상황 및 교통망의 발달과 전망, 지역개발 정도 및 지역보건계획 등을 종합적으로 검토하여 현재 수혜를 입고 있는 주민들이 보다 나은 의료 서비스를 제공받을 수 있는 방향으로 보건진료소의 통폐합이 추진되어야 할 것으로 생각된다.

여기에 보건진료원의 근무형태도 동시에 고려해야 할 것이다. 보건진료원들의 근무형태를 보면 조사대상 보건진료원의 92.2%가 보건진료소내에서 상주하고 있다. 보건지소나 보건소의 의료인력에 비해 전문성은 떨어질지 모르나 지역주민들과 함께 생활하면서 기초적인 의료 서비스를 제공하면서 언제든지 주민들의 수요에 부응할 수 있다는 것이 해당지역 주민들에게는 가장 커다란 장점이라는 점을 감안해야 할 것이다. 이번 농어촌 현지조사에서도 이러한 점을 확인할 수 있었다. 그러나 보건진료원들은 진료소가 비좁아 평균 3명 이상의 가족은 가족과 함께 거주하기가 불편한 형편이며, 가족과 떨어져 분산가족이 되었거나 같은 동네의 살림집을 별도로 얻어 생활하는 등의 어려움도 겪고 있다. 이러한 어려움이 있어도 현지거주 규정을 지켜온 결과 주민들의 반응은 매우 좋은 편이며 주민들과 친숙한 관계를 형성하고 있는 상태이다.

표 3-10. 보건진료원의 관할구역 거주 여부

단위: 명, %

거주 여부	광역시	시	군	계
보건진료소에서 거주하며 근무	26 (89.7)	523 (87.8)	979 (94.9)	1,528 (92.2)
관할지역내에서 출퇴근	2 (6.9)	35 (5.9)	24 (2.3)	61 (3.2)
관할지역외에서 출퇴근	1 (3.5)	37 (6.2)	27 (2.6)	65 (3.9)
상주와 관할지역외에서 출퇴근 겸함	0 (0.0)	1 (0.2)	2 (0.2)	3 (0.2)
계	29 (100.0)	596 (100.0)	1,032 (100.0)	1,657 (100.0)

자료: 장원기 등(1998).

표 3-11. 보건진료원의 거주 형태

단위: 명

계	결혼상태		진료소내 거주			진료소 외거주	가족과의 거주관계	
	기혼	미혼	전가족 함께	본인만 거주	가족일부와 함께	타지역 거주 (출퇴근)	가족일부가 지역외거주	가족이 지역내 다른집에 거주
158	146	12	88	31	36	3	29	3

자료: 현지조사(1999 충청북도 지역).

2. 공공보건의료기관 이용 실태

소득 향상과 전국민 의료보험의 실시 및 이에 따른 건강에 대한 관심 고조로 국가 전체적으로 의료 이용이 증가하고 있다. 특히 전국민의료보험의 실시가 국민들의 의료 이용을 크게 증가시킨 것은 여

러 가지 조사 및 연구결과로 밝혀졌다. 그 중 한 예를 보면 농어촌지역의료보험 실시 전후의 의사 방문횟수를 조사한 결과 의료보험 도입 이전에는 상병 100일당 의사 방문횟수가 평균 5.4회이던 것이 의료보험 도입 이후에는 평균 14.6회로 3배 가까이 늘어났다<표 3-12>.

의료보험 실시와 아울러 소득증대는 국민의 건강에 대한 관심을 고조시켰고 이로 인해 의료 이용이 전반적으로 크게 증가하였는데 특히 농어촌지역의 의료 이용이 크게 증가하였다. <표 3-13>에서 보

표 3-12. 지역의료보험 실시 전후의 소득계층별 상병 100일당 의사 방문횟수

단위: 회

가구월소득	10만원 미만	10~30만원	31~50만원	51만원 이상	평균
의료보험 도입이전	2.6	4.9	4.4	11.3	5.4
의료보험 도입이후	9.1	13.4	15.5	16.2	14.6

자료: 한림대(1995, 25).

표 3-13. 지역별 15일간 의료 이용자 100명당 의료기관 이용양상의 변화

단위: %

	전 국			군 부		
	1989	1992	1995	1989	1992	1995
병·의원	40.7	48.5	48.0	37.5	46.5	50.8
치 과	1.4	2.1	5.7	0.9	2.1	4.4
한 방	3.9	4.3	4.4	4.7	4.0	4.4
보건(지)소	2.0	2.6	3.4	6.5	8.4	11.9
보건진료소	1.1	1.8	1.2	4.0	7.4	4.5
약국·방	50.5	40.1	37.3	45.6	30.9	24.2
기 타	0.7	0.6	-	0.8	0.7	-
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 한국보건사회연구원(1995)

표 3-14. 지역별 의료 서비스에 대한 만족도, 1995

단위: %

		매우만족	약간만족	보통	약간불만	매우불만	계
종합병원	전국	3.9	11.6	23.4	44.8	16.3	100.0
	시부	3.6	10.6	22.4	46.2	17.2	100.0
	군부	5.2	16.7	28.9	37.7	11.3	100.0
병 원	전국	2.1	13.3	38.8	39.1	6.7	100.0
	시부	1.9	11.7	38.5	41.0	6.9	100.0
	군부	2.7	19.1	39.8	32.6	5.8	100.0
의 원	군부	2.7	13.0	47.2	33.6	3.5	100.0
	시부	2.5	11.6	47.3	35.3	3.2	100.0
	군부	3.4	17.4	47.0	28.0	4.2	100.0

자료: 한국보건사회연구원(1998).

면 전국민 의료보험이 실시된 1989년에 비하여 1995년에는 병의원의 이용이 크게 늘어난 반면에 약국이용은 급격히 감소한 것으로 나타났다. 이러한 현상은 전국적으로나 농어촌지역으로나 대체로 비슷한 양상이었다. 그러나 농어촌지역(군부)의 경우 병원 이용률과 보건(지)소 이용률이 전국평균에 비해 크게 증가한 것으로 나타났는데 이는 농어촌지역의 경우 가장 이용하기 쉬운 곳이 보건(지)소이기 때문이라고 판단된다. 농어촌지역 주민들이 병·의원을 이용하려면 군 소재지나 인근 도시로 나가야 하는데 비해 경증의 질병들은 가까운 공공보건기관에서 치료받을 수 있기 때문이다.

그런데 위에서 살펴본 대로 의료보험 도입이 국민들의 의료 이용에 상당한 영향을 미쳤으나 1998년 10월부터 실시된 전국민의료보험 통합은 의료 이용 변화에 거의 영향을 주지 않은 것으로 이번 현지

농어촌주민 조사에서 나타났다. 즉 지역주민들의 대다수가 의료보험이 통합된 사실은 알고 있었지만 의료보험이 통합되었다고 해서 의료 이용이 크게 증가하지는 않았다. 이는 다른 측면에서 보면 의료보험이 도입된지 10여년이 경과함으로써 국민들의 의료 이용행태도 이제 정착단계에 들어선 것으로 짐작할 수 있다.

한편, 도시지역과 농어촌지역 주민들의 의료 서비스에 대한 만족도를 비교조사한 결과를 각급 의료기관별로 살펴보면 농어촌지역(군부)의 만족도가 도시지역(시부)의 만족도에 비해 전반적으로 높게 나타났다<표 3-14>. 그러나 이 결과를 그대로 받아들여 농어촌지역이 도시지역에 비해 의료환경이 좋다고 볼 수는 없다. 왜냐 하면 이는 도시와 농어촌간의 의료시설 및 인력의 지역적 편재, 의료 서비스 이용의 편의성이나 의료의 질 등이 객관적으로 평가된 결과라기보다는 조사대상자의 주관적인 관점을 취합하였기 때문이다. 그리고 이 주관적인 관점은 도농간의 비교개념이 없으며 과거와 현재의 비교개념이 작용하고 있기 때문이다. 이를 단적으로 나타내는 것이 <표 3-15, 3-16>이다.

표 3-15. 지역별 의료기관 도달 소요시간

단위: %

		계(표본수)	9분이내	10~19분	20~29분	30~59분	60분 이상
종합병원	시부	100.0 (679)	14.0	34.1	15.0	23.0	13.8
병 원	군부	100.0 (198)	0.6	8.6	12.1	33.6	45.0
의 원	시부	100.0 (1,740)	28.7	42.6	15.4	9.8	3.5
	군부	100.0 (525)	11.4	22.7	18.7	28.9	18.3
보 건 소	시부	100.0 (38)	13.6	26.6	22.3	37.6	-
보건지소	군부	100.0 (131)	30.1	34.0	15.9	17.7	2.3
보건진료소	시부	-	-	-	-	-	-
	군부	100.0 (116)	60.2	18.3	15.7	5.2	0.5

자료: 송건용 등(1993)을 재구성.

표 3-16. 지역별 의료 서비스에 대한 불만족 이유, 1995

단위: %

	지역 편재	시설 미비	불친절	비용 과다	치료 미흡	긴 대기시간			기타	계
						입원	진료	투약		
전국	5.0	6.5	18.6	13.2	20.9	3.6	28.6	3.3	0.3	100.0
시부	2.8	5.5	19.5	13.5	21.8	3.7	29.3	3.5	0.4	100.0
군부	15.2	11.1	14.4	11.7	16.8	2.9	25.5	2.4	0.2	100.0

자료: 한국보건사회연구원(1998).

<표3-15>는 도시지역과 농촌지역간의 의료 이용 접근도를 비교하고있는데, 종합병원과 병원·의원의 접근도는 도시지역이 월등히 높은 반면에 보건(지)소 접근도는 농어촌지역이 약간 높게 나타났다. 병의원은 진료가 중심이고 보건(지)소는 예방의료가 중심이라는 점을 감안하면 농어촌지역의 의료 이용이 양적으로나 질적으로 뒤떨어지고 있음을 알 수 있다. 의료자원의 불균형으로 인한 도농간의 격차 문제는 <표3-16>에서도 살펴볼 수 있다. 지역별로 의료 서비스에 대한 불만족한 이유를 조사한 결과를 보면 농어촌지역의 경우 지역편재가 가장 큰 불만이며, 그다음이 시설미비이다. 두 조사간에 시차를 감안한다고 하더라도 농어촌지역의 가장 큰 불만은 의료 서비스 자원의 부족임을 알 수 있다. 그럼에도 농어촌지역 주민의 만족도가 전반적으로 높게 나타난 것은 농어촌지역 주민들이 공공보건의료기관의 의료 서비스에 대한 기대를 당초부터 크게 갖지 않았기 때문에 만족도가 높으며, 다른 한편으로는 의료보험 도입 이후로 공공보건의료 서비스도 많이 개선된 점들이 복합적으로 작용했기 때문이라고 판단된다.

2.1. 보건소 이용 실태

앞에서 살펴본대로 지역보건법에서는 보건소의 업무를 크게 16가지로 규정하고 있다. 따라서 각 보건소별로 이러한 사업들을 수행하고 있는데 지역사정을 고려하여 추진하는 사업의 유형이나 방법이 약간씩 다르다.

우선 여기에서는 지역주민들에게 어떠한 의료 서비스가 제공되고 있는지를 살펴보기로 한다. <표 3-17>은 1998년 10월에 전국의 144개 보건소장을 대상으로 각 보건소에서 추진중인 사업을 조사한 결과를 정리한 것이다. 과거부터 보건소의 고유업무로 추진되고 있는 전염병 예방관리업무는 모든 보건소에서 추진중에 있으며 최근에 강조되고 있는 가정방문보건사업과 지역보건의료계획 수립도 모든 보건소에서 추진하고 있는 것으로 나타났다. 이에 비해 장애인보건사업은 아직 극히 일부 보건소에서만 실시하고 있는 것으로 나타났다.

또한 여기에서 알 수 있는 것은 각 보건소별로 추진되고 있는 사업들이 지방자치제 실시 이후 지자체별로 지역보건계획을 수립·시행하게 됨으로써 과거 중앙에서 획일적으로 시달·시행되던 때에 비해 지역실정에 맞는 다양한 사업들이 개발되고 있으며 앞으로도 계속 개발되어 추진될 것이라는 점이다. 이러한 과정에서 지역주민들의 요구와 편의성이 감안된다면 농어촌주민들의 의료 서비스 이용은 훨씬 좋아질 것으로 전망된다.

이러한 변화과정을 농어촌주민들은 어떻게 느끼고 있는지를 살펴보기 위하여 보건소를 이용하는 주민들을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 먼저 보건소를 이용할 때 가장 좋은 점으로는 진료비가 싸다는 응답이 가장 많았고(41.1%), 다음으로는 거리가 가까우며(28.0%), 친절한 것(22.6%)을 좋은 것으로 들었다<표 3-17>. 보건소는 1차 의료기관에 속하기 때문에 민간 병의원에 비해 훨씬 저렴하다.

또한 조사대상 5개 보건소 모두 65세 이상 노인들에게는 진료비가 무료이기 때문에 소득이 없는 노령노인들의 경우 경제성을 가장 좋은 것으로 받아들이고 있었다. 노령노인 중의 몇 사람은 보건소를 더 많이 이용하고 싶어도 미안한 생각이 들 정도라고 노인무료진료의 혜택을 표현하기도 하였다. 게다가 도로의 신·증설과 각종 교통수단의 발달로 교통여건이 많이 개선되었다고 하지만, 기동성이 떨어지는 노인들은, '가까이 있어 걸어서 갈 수도 있고 값도 싸다'는 점에서 보건소(지소, 진료소)를 선호하고 있다.

더욱이 1994년부터 농특세를 재원으로 농어촌 의료 서비스 개선사업이 추진되어 전국의 모든 농어촌지역 보건소들은 건물을 새로 지어 이전하거나 기존 건물을 전면적으로 개보수하여 새롭게 단장하였다. 건물의 신·개축과 아울러 각종 검사장비나 진료장비를 보강함으로써 제공되는 의료 서비스가 양적으로나 질적으로 많이 향상되었다. 체중기나 혈압측정기와 같은 간단한 측정기기들은 보건소 입구나 휴게공간에 설치되어 있어 누구나 쉽게 이용할 수 있도록 하고 있다.

이러한 외형적인 변화와 동시에 보건소 직원들도 과거에 비해 훨씬 친절해져 주민들이 부담없이 이용할 수 있다는 것을 알 수 있다. 조사대상 보건소 5개소 중 현재 신축중인 경기 가평군 보건소를 제외한 4개 보건소에 대하여 보건소 신축 전후의 방문환자수의 변화를 보면 단양군 보건소가 약 100% 증가하여 가장 많이 늘어났으며, 그 밖에 진안군 보건소(약 60%), 남해군 보건소(약 50%), 태안군의료원(약 30%) 등도 모두 증가한 것으로 나타나 보건소의 시설 및 장비보강이 주민들의 이용도를 크게 향상시켰음을 알 수 있다.

또한 농어촌지역 주민들은 보건소의 서비스가 민간 병의원과 비교해도 많이 좋아진 것으로 생각하고 있다. 보건소를 자주 이용하는 사람들을 대상으로 조사했기 때문에 보건소를 선호하는 경향이 강할

표 3-17. 시행 비율별 보건소의 주요 사업내용

시행비율	사 업 내 용
10% 이하	· 장애인 작업치료/교육 · 공휴일진료, 병원무료진료권 발급
10.1~20.0%	· 무료틀니시술 · 성병환자 격리수용 시설 · 무유수유아기 선발대회 · 정신보건센터/낮 병원운영, 소아정신보건센터 · 장애인무료 치과진료
20.1~30.0%	· 체력증진시설/운동처방, 건강의 전화 · 장애인 건강검진, 장애인 재활기구 대여 · 외국인근로자 건강검진
30.1~40.0%	· 보육시설 순회진료, 신생아관계법 교육 · 보건소직원 응급구조사 교육 · 정신질환요양/수용시설 관리
40.1~50.0%	· 치석제거작업, 아동비만예방교육 · 분만체조교실 · 태아교실 · 집단급식시설업무지도, 식품접객업소 · 위생관련업소 위생지도, 공중위생시설 위생관리
50.1~60.0%	· 영양상담 · 교육 · 전시회 · 정신보건 상담실
60.1~70.0%	· 보건교육실 운영 · 무료한방진료,노인체조교육 · 재가환자관리 · 장애인 방문재활간호 · 일반주민 건강검진, 주민무료진료행사 · 각종 질병의 유병률 조사
70.1~80.0%	· 건강상담실/자료실 운영, 금연사업(금연교육,금연침) · 기생충검사 및 치료 · 대량환자발생 대응책수립 · 가정방문보건위생사업 · 운전면허 적성검사
80.1~90.0%	· 성인병교육, 조기암발견사업, 순회보건교육, 아동구강검진 · 치아홈메우기 · B형간염검사와 예방접종 · 노인건강검진 · 순회진료/이동보건소 · 만성질환자 등록진료 · 홍보책자 발행 · 배부
90.1~99.9%	· 불소용액양치사업 · 보건증발급, AIDS검사 및 관리, 전염병예방을 위한 주민 홍보, 풍진예방접종, 전염원조사(어패류, 냉방기 등) · 가족계획 홍보교육 · 시술 · 물리치료실 설치 운영 · 보건통계 수집 · 정리
100%	· 장티푸스 보균자 검사, 방역소독, 인플루엔자 예방접종, 일본뇌염 예방접종 · 영유아 예방접종(간염, MMR, DPT등), 선천성대사이상검사 · 기형아예방검사 · 가정방문진료/간호 · 지역보건의료계획 수립

주: 1998년 10월에 전국의 144개 보건소를 대상으로 설문조사한 결과임.
자료: 장원기 등(1998, 33)을 재작성.

표 3-18. 보건소를 이용할 때 가장 좋은 점

항 목	빈 도 (명)	비 율 (%)
진료비가 저렴(무료 포함)	69	41.1
거리가 가까움	47	28.0
친절함	38	22.6
진료의 질이 양호	10	6.0
대기시간이 짧음	3	1.8
가정방문보건서비스의 제공	1	0.6
계	168	100.0

주: 중복 응답 포함.

표 3-19. 보건소 신축 이후 좋아진 점

항 목	빈 도 (명)	비 율 (%)
깨끗함	58	61.1
시설 및 장비 보강	32	33.7
대기시간의 단축	1	1.1
더욱 친절해짐	3	3.2
나아진 것이 없음	1	1.1
계	95	100.0

주: 중복 응답 포함.

표 3-20. 보건소 서비스의 민간 병의원과의 비교

항 목	빈 도 (명)	비 율 (%)
보건소의 의료서비스가 매우 좋아짐	9	10.6
보건소의 의료서비스가 좋아짐	60	70.5
보건소의 의료서비스가 별로임	14	16.5
보건소의 의료서비스가 나쁜 편임	1	1.7
보건소의 의료서비스가 매우 나빠짐	1	1.7
계	85	100.0

주: 무응답 미포함.

표 3-21. 보건소를 이용할 때 가장 불편한 점

항 목	빈 도 (명)	비 율 (%)
교통 불편	15	16.9
의료서비스의 질이 낮음	8	9.0
시설 및 장비 부족	2	2.2
투약일수(3일)의 짧음	2	2.2
일부 과목(치과)의 예약의 번거로움	1	1.1
진료과목이 적음	4	4.5
불편한 것 없음	57	64.0
계	89	100.0

주: 중복 응답 포함.

것이라는 점을 감안하더라도 보건소에 대하여 부정적인 견해를 가지는 사람이 거의 없다는 것은 그만큼 보건소의 서비스가 많이 좋아졌다고 볼 수 있다.

위에서 살펴본 바와 같이 농어촌지역 주민들이 보건소를 이용하는 데에 대체로 만족하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 농어촌 주민들이 보건소를 이용하면서 겪는 불편한 점을 조사한 결과에서도 잘 나타나고 있다. 중복응답을 감안하더라도, 불편한 점이 없다고 응답한 사람이 64%나 된다. 농어촌주민들이 불편하게 생각하는 것으로는 교통이 불편하고, 의료 서비스의 질이 낮으며 진료과목이 적은 것들이다. 조사 대상인 5개의 보건소 중 버스 터미널에서 도보로 10분 이내의 거리에 있는 곳은 2개소이고 3개소는 걸어서 이용하기에는 조금 먼 거리에 위치하고 있다. 이 보건소들은 건물을 신축 이전한 것이며, 이 중 1개소는 셔틀버스를 운영하여 주민들의 불편을 덜어주고 있기 때문에 교통불편을 느끼는 지역은 나머지 2개 지역의 주

민들이 대부분이다. 이들 보건소에서도 정기적으로 운영하지는 않지만 연락이 오는 경우에는 자동차로 직접 환자들을 수송하고 있으나 거동이 자유롭지 못한 노령노인들에게는 불편할 것으로 생각된다.

다음에 보건소의 시설과 장비가 많이 보강되기는 하였지만 아직도 의료 서비스의 질에 대한 불만이 제기되고 있음을 알 수 있다. 또한 진료과목이 기본적인 몇 과목에 한정되어 있어 다양한 진료를 받을 수 없는 것을 불편하게 생각하고 있었다. 최근들어 공중보건 치과의사나 공중보건한의사가 배치되고 있기는 하지만 아직 극히 일부 지역에 한정되어 있는 실정이다.

이와 같이 보건소 이용 주민들을 대상으로 조사한 결과만 보면 농어촌주민들의 불편사항이 많지 않은 것으로 이해될 수 있다. 그러나 이를 그대로 받아들이면 보건소에 대한 주민들의 만족도가 과대평가될 수 있다는 점을 유의해야 한다. 보건소들이 과거에 비해 시설과 장비가 많이 개선되기는 하였지만 농어촌주민들이 보건소에 거는 기대 자체가 제한적인 상황에서 판단한 것이라는 점을 고려할 필요가 있다. 또한 농어촌주민들이 불편하게 여기는 진료과목의 과소에 대해서도 신중하게 대처해야 할 것으로 생각된다. 공공보건기관에서는 의료보험도입 이후부터 진료를 담당하고 있는데 이 분야는 민간 병의원과 경쟁 또는 중복되고 있다는 점을 고려해야 할 것이다. 보건기관과 민간의료기관과의 선의의 경쟁은 주민들에게 값싼 의료 서비스를 제공받을 수 있도록 할 수 있는가 하면, 기능 중복으로 인한 낭비는 오히려 주민들에게 부담으로 작용할 수도 있기 때문이다.

2.2. 보건지소 이용 실태

보건지소는 민간 병의원이 개업하고 있는 일부 지역을 제외하면 읍면지역에서는 유일한 의료기관이다. 또한 지역주민들이 손쉽게 이용할 수 있는 기관이기도 하다. 설문조사에서, 보건지소를 이용하는

주민들은 가장 좋은 점으로 '거리가 가깝다', '진료비가 저렴하다', '친절하다'를 들고 있는데, 가깝고 싸기 때문에 좋다는 점은 보건소의 경우와 비슷하다. 군청 소재지나 인근도시의 의료기관을 방문하게 되면 진료비도 비싸고 왕복하려면 적어도 반나절은 소요되기 때문에 주민들의 경우에는 중병이 아닌한 가까운 보건지소를 이용하는 것으로 볼 수 있다.

보건지소 이용시 불편한 점에 대하여 살펴보면 진료시간이 짧고 공휴일에는 진료하지 않는 것과 시설 및 장비의 부족으로 의료 서비스의 질이 낮고 의사를 만나기 어려운 점을 들고 있다. 농어촌주민들은 하루시간을 효과적으로 활용하기 위하여 주로 아침시간(09:00 이전)과 저녁시간(17:00 이후)을 이용하여 보건지소를 방문하는 것으로 나타났다. 농번기가 지난 이번 현지조사기간에도 주민들이 보건지소의 업무를 시작하기 전후시간대에 집중적으로 방문하는 것을 볼 수 있었다.

다음에는 시설 및 장비부족으로 의료 서비스의 질이 낮은 점을 들고 있는데, 정도의 차이는 있지만 이러한 사정은 전국의 보건지소가 비슷하다고 할 수 있다. 대부분의 시설이 낙후되어 있고 장비도 미비한 실정이다. 이번 조사대상 5개소 중 2개소는 농어촌 의료 서비스 개선사업의 일환으로 건물을 신축 이전하기도 하였지만, 의료장비는 주민들의 요구를 수용하기에는 부족한 실정이다. 주민들은 보건지소에서 웬만한 진료는 해결할 수 있기를 요구하고 있기 때문이다. 고가의 진료장비는 활용도를 고려하여 확보 여부를 신중히 결정해야 하지만 보건지소의 인력이나 시설을 최대한 활용하기 위해서라도 기본적인 검사장비나 최소한의 진료장비를 보강할 필요가 있다.

다음에 불편한 점으로는 의사를 만나기 어렵다는 점이다. 보건지소장은 공중보건의사가 맡고 있는데 각종 회의나 개인사정 등으로 인하여 자주 자리를 비워 주민들이 불편하게 느끼고 있다. 의사가 없

는줄 모르고 방문하였다가 헛걸음을 하는 경우도 있어 시간을 이중으로 소비하기도 하는 것으로 나타났다.

표 3-22. 보건지소를 이용할 때 가장 좋은 점

항 목	빈 도 (명)	비 율 (%)
진료비가 저렴(무료 포함)	72	37.1
거리가 가까움	84	43.3
친절함	31	16.0
진료의 질이 양호	2	1.0
대기시간이 짧음	1	0.5
예방의료서비스가 좋음	2	1.0
가정방문보건서비스의 제공	2	1.0
계	194	100.0

주: 중복응답 포함.

표 3-23. 보건지소를 이용할 때 가장 불편한 점

항 목	빈 도 (명)	비 율 (%)
교통 불편	2	1.9
의료서비스의 질이 낮음	8	7.5
시설 및 장비 부족	12	11.2
일부 과목(치과)의 예약의 번거로움	1	0.9
진료과목이 적음	3	2.8
진료시간이 짧음	13	12.1
공휴일 휴진	10	9.3
의사를 만나기 어려움	11	10.3
불편한 것 없음	47	43.9
계	107	100.0

주: 중복응답 포함.

공중보건의사는 지방자치단체장의 지도감독을 받게 되어 있지만 군복무 대신에 근무하기 때문에 인사권은 국방부에 있고 근무지 이동도 빈번하여 지역주민이 요구하는 보건의료 수요를 감당 할 수 없는 상태이기 때문에 주민과의 신뢰나 유대를 높이기 어려운 실정이다.

곳에 따라서는 보건소에 거주하면서 장기간 이동없이 성실하고 친절하게 근무하여 주민들의 칭송을 받는 곳도 있었는데, 이런 곳에서는 1일 평균 60~80명의 주민이용실적을 보여 공중보건의사의 태도에 따라 격차가 매우 큼을 보여 주었다.

2.3. 보건진료소 이용 실태

보건진료소는 보건기관들 중 주민들이 가장 쉽게 이용할 수 있는 기관이다. 지리적인 여건상 읍면 보건지소도 이용하기 어려운 도서지역이나 농어촌 오·벽지 등에 설치되어 있다. 보건진료원 1명이 상주하여 장기근무를 하므로 지역주민들과 친밀한 관계를 유지하고 있다.

보건진료소를 이용하는 주민들도 진료비가 싸고 가까우며 친절한 것을 좋은 점으로 들고 있어 보건소나 보건지소를 이용하는 주민들의 선호 경향과 거의 일치하고 있다. 즉 주민들이 보건기관을 선호하는 것은 경제성, 접근성 및 친밀성때문임을 알 수 있다. 그렇지만 전체적인 경향은 비슷하다고 하더라도 구체적인 내용이나 정도는 약간씩 다르다.

보건진료소가 관할구역의 중심마을에 자리잡고 있기 때문에 대부분 걸어서도 쉽게 이용할 수 있기 때문에 접근성의 정도가 보건소나 보건지소와는 다르다고 할 수 있다. 더욱이 보건진료소도 근무시간은 정해져 있기는 하지만 근무시간외에도 방문이 가능하다는 점과 보건진료원이 상주하고 있어 언제라도 기초의료 서비스를 제공받을 곳이 가까이에 있다고 주민들은 생각하기 때문에 실제로 느끼는 거

리감은 훨씬 가깝다고 할 수 있다.

이와 같이 마을내에 있는 보건진료소를 언제든지 이용할 수 있기 때문에 해당주민들의 불만이 거의 없는 것으로 나타났다<표 3-24>. 그렇다고 주민들이 보건진료소가 제공하는 의료 서비스에 충분히 만족한다고는 할 수 없다. 보건소나 보건지소의 경우와 마찬가지로 지역주민들이 보건진료소로부터 기대하는 서비스 수준이 크지 않은 것이 더 근본적인 이유라고 할 수 있다. 보건진료소를 이용하는 주민 대다수가 불편한 점이 없다고 하지만 일부 주민들의 경우에는 보건진료소의 시설과 장비의 부족 및 서비스의 질이 낮은 점을 지적하고 있는 점에서도 짐작할 수 있다. 진료시간이 짧다는 의견과 진료원을 만나기 어렵다는 의견도 일부 제기하고 있으나 주민들이 느끼는 일반적인 현상은 아니라고 생각된다.

한편, 보건진료원의 관할구역내 상주 제도 폐지와 관련하여 진료원이 반드시 마을내에 상주해야 하는지에 대한 의견을 조사한 결과 응답자 82명 모두 마을(보건진료소)에 거주하는 것이 바람직하다고 응답했다. 수혜자인 주민들의 입장에서는 당연한 반응이라고 할 수

표 3-24. 보건진료소를 이용할 때 가장 좋은 점

항 목	빈 도 (명)	비 율 (%)
진료비가 저렴(무료 포함)	76	35.6
거리가 가까움	79	37.1
친절함	52	24.4
진료의 질이 양호	3	1.4
가정방문보건서비스의 제공	3	1.4
계	213	100.0

주: 중복응답 포함.

표 3-25. 보건진료소를 이용할 때 가장 불편한 점

항 목	빈 도 (명)	비 율 (%)
의료서비스의 질이 낮음	4	4.7
시설 및 장비 부족	5	5.8
일부 과목(치과)의 예약의 번거로움	1	1.2
진료과목이 적음	1	1.2
진료시간이 짧음	4	4.7
공휴일 휴진	1	1.2
진료원을 만나기 어려움	2	2.3
불편한 것 없음	68	79.1
계	86	100.0

주: 무응답 미포함.

있다. 이 문제에 대해서는 주민 입장과 진료원의 입장이 서로 다르므로 정밀한 검토가 요구된다. 그러나 그 방법은 현재 지역주민들이 받는 혜택이 줄어들지 않는 범위에서 강구되어야 한다.

3. 공공보건의료기관에 대한 농특세 지원사업 실태

1993년 UR 협상 타결로 어려움에 처한 농어촌을 위하여 농어촌특별세(농특세)를 신설, 향후 10년간 15조원을 농림수산업의 경쟁력 강화, 농어촌 생활환경개선 및 산업기반 확충, 농어민 후생복지증진 등 3개 분야에 집중투자하고 있는데, 농어민 후생복지증진사업 중에 농어촌 의료 서비스 개선사업이 포함되었다. 농어촌 의료 서비스 개선

사업을 추진하기 위하여 보건복지부 산하에 "농어촌 의료 서비스 기술지원단"이 설치되었다.

농어촌 의료 서비스 개선사업은 1차 의료 서비스 개선을 위하여 공공보건의료기관의 기능을 정비보강하는 동시에 방문보건, 건강진단 등 농어촌에 필요한 보건의료 서비스를 개발시행하고, 농어촌 민간병원의 노후화된 시설·장비개선을 지원함으로써 농어촌 주민에게 양질의 2차 의료 서비스를 제공하는 것을 기본방향으로 설정하였다. 그 동안의 추진실적 및 2000년도 계획은 <표3-26>과 같다.

여기에서는 공공보건의료기관에 한정해서 살펴보기로 하고 민간병의원에 관한 지원내용은 다음 장에서 살펴보기로 한다. 농어촌 공공보건의료기관에 지원된 농특세는 공공보건기관의 청사 신축·증개축과 장비확충 등에 지원되었는데 그 동안에는 주로 시설의 신축 및 증·개축에 지원되었고 장비확충에 지원된 것은 10%에도 못 미친다<표 3-27>.

시설지원내역을 보면 농어촌지역 군 보건소 건물의 신축에 주로 지원되었다. 1994-98년에 농어촌지역 보건소 144개 중 112개소가 시설지원을 받았으며, 나머지 32개소는 1999년에 지원을 받아 신축중에 있다. 이번 사업을 통해 농어촌지역 의 모든 보건소는 건물을 신축 이전하거나 증·개축하고 일부 장비도 보강함으로써 외형적으로

표 3-26. 농어촌지역 의료 서비스 개선사업 추진 실적 및 계획

단위: 억원

구 분	합 계	1994-98	1999	2000
소 계	3,982.5	3,140	496	346.5
공공의료기관 기능보강	2,081	1,800	396	285
민간의료기관 금융지원	1,501.5	1,340	110	61.5

자료: 보건복지부 내부자료.

표 3-27. 농어촌특별세의 공공의료기관 기능보강비 지원실적

단위: 개소, 억원

	시 설			장 비	계
	신축	증·개축	소계		
1994	5 (20)	12 (54)	17 (74)	16 (23)	33 (97)
1995	39 (366)	24 (83)	63 (449)	71 (55)	134 (505)
1996	47 (304)	42 (93)	89 (397)	44 (22)	133 (419)
1997	32 (330)	14 (55)	46 (385)	70 (24)	116 (408)
계	123 (1,020)	92 (285)	215 (1,305)	201 (124)	416 (1,429)

자료: 보건복지부(1998).

는 의료 서비스 제공을 위한 기본적인 골격은 갖추었다고 볼 수 있다. 농어촌 보건기관에 이렇게 집중적으로 지원한 것은 우리 나라 지역보건 의료발전사에서도 중대한 의미를 가지는 사업으로 평가되고 있는데, 전체 보건의료부문 중 10% 미만에 머물던 공공의료의 비중을 10% 이상으로 끌어올리는 역할을 하였다.

그러나 농특세 지원을 신청하기 위한 지역보건의료계획 작성이 보건소장 소관이므로 농어촌 의료 서비스 개선사업은 군 보건소 중심으로 투자될 수밖에 없는 실정이다. 이러한 상황에서는 보건지소와 보건진료소는 참여하는데 한계가 있다.

4. 공공보건의료기관 운영과 이용상의 문제점

전체 국민의 질병구조가 만성퇴행성 질환 중심으로 변하면서, 공공보건의료기관의 역할도 급성전염성질환의 예방 및 치료에 치중하던 과거와는 달리 만성질환의 관리, 재활사업으로 초점이 이동하게

되어 업무의 성격상 더많은 자원의 투여가 요구되고 있다. 특히 사회취약계층인 저소득층 주민들의 건강 문제는 단순한 질병의 문제라기보다는 복합적인 요인으로 구성되어 있으므로, 포괄적이고 효율적인 공공보건복지 서비스 제공체계가 필요한 실정이다. 그러나 보건의료기관이 이러한 특수 질병을 전문적으로 관리하고 치료하기에는 한계가 있다. 그러므로 지역내의 거점병원이나 보건의료원과의 협동진료체계가 구축될 수 있어야 하는데 이러한 협동진료체계 구축의 기반이 미흡한 실정이다. 뿐만 아니라 이러한 협조체계를 구축할 수 없도록 의료법이 규정되어 있는 것도 큰 문제이다.

4.1. 보건소

4.1.1. 보건소장의 통솔력 및 보건의료정책 수행 능력 부족

보건소는 우리나라 보건행정의 중추적인 조직으로 지역 보건의료 기획과 실천 및 정책수행기능까지 모두 가지는 자치기구이다. 따라서 보건소장의 임무는 매우 중요하다. 그런데 이 보건소를 운영하는 보건소장의 임명권이 지방자치단체장에게 있고 이들의 임면이 단체장 선거나 정당관련 활동에 영향을 받게 되어 있어 문제가 된다.

현재 대부분의 보건소장은 보건행정직 또는 일반 행정직이며 의사출신은 극히 드물다(보건의료원의 원장은 의사로 임명토록 하고 있음). 따라서 보건소에 근무하는 의사들을 지도하고 통솔하는데 어려움이 따르고 특히 지도 기능이 취약할 수밖에 없다. 또한 군복무를 대신해서 근무하고 있는 공중보건의사들은 소속도 다르고 신분도 다르므로 더욱 지도감독이 어려운 상태이다.

한편 보건소장은 그 지역내의 모든 의료기관과 보건기관간에 협동과 상호보완 등 지역보건의료 증진을 위한 계획과 수행을 맡아야 한다. 그러나 행정직 보건소장이 자기 밑의 부하직원도 통솔이 어려운

형편인데 일반 민간의료기관에게 협조를 얻고 지도감독한다는 것은 더욱 어려운 형편이다. 특히 지역의료의 중요한 질서체계인 의료 전달체계를 지키고 준수하도록 책임져야 할 임무도 보건소장에게 있다. 그러나 그 통제력이 취약하여 현재의 의료 전달체계는 형식적으로만 지켜지고 있는 상태이다.

4.1.2. 고유업무 영역의 축소

보건소의 고유업무는 위에서 논의한 지역보건의료 정책 수행외에 예방의료와 보건관리 업무가 중요하다. 그러나 의료보험 실시 이후 농어촌의 부족한 의료공급 능력을 감안하여 보건소와 지소 및 진료소에도 보험환자 진료기능을 부여하고 그 수수료(본인부담금) 수입을 기관 운영비에 활용할 수 있도록 함으로써 수익사업화된 진료업무에 치중하고 있는 상태이다. 보건소의 규모에 따라 다르기는 하지만 보통 규모의 보건소에서는 연간 평균 2억원 수준의 진료수입을 얻고 있고, 이것은 보건소 운영에 큰 보탬이 되기 때문이다. 따라서 진료업무의 증대로 본연의 보건 관리와 예방의료 업무가 취약해지고 있는 것이다. 이와 같이 지역주민의 질병예방과 보건관리가 소홀해지는 것은 질병발생 확률을 높이게 되고 그로 인해 더 많은 의료비용을 지출하게 되는 문제를 안고 있다. 뿐만 아니라 수익성 있는 진료사업에 비중이 실려 민간 병의원들과 경합하고 있는 상태에서 보건소장이 이들 경합 상대인 지역의 민간 병의원들을 지도 감독한다는 것은 불가능하게 되어 있다.

4.1.3. 민간 병의원들과의 마찰

실제로 농어촌의 군 소재지에서 보건소가 새로운 시설로 건축되고 진료장비를 갖추어 낮은 수가로 진료를 하게 되자 보건소의 외래 환자가 크게 늘어났다. 그래서 그 지역내의 민간 병원·의원 환자들이

이곳으로 진료처를 바꾸었다고 한다. 현지조사에서도 모든 지방병원들이 보건소의 보험환자 진료행위에 대해 불평하고 있고 타격이 심하다고 응답하였다. 이러한 문제는 지역내의 병의원 기능을 강화시키고 의료자원의 균형 발전을 계획 추진해야 하는 보건소가 오히려 지역내의 병의원의 발전을 막고 있다는 문제점을 보여 주는 것이다. 뿐만 아니라 지역의료의 질적 수준을 높이기 위해서는 공공보건의료기관과 민간의료기관간 협동진료체계가 수립될 수 있어야 하는데 이렇게 상호경합이나 마찰이 있는 상태에서는 협동체계 수립도 어려운 형편이다.

4.2. 보건지소

보건지소에서는 인력이 가장 중요한 문제이다. 보건지소의 인력은 보통규모의 경우 공중보건의사가 1명에 보조간호사가 1명으로 2명이 근무한다. 규모가 큰 면의 경우는 치과의사가 1명 있고 그 보조간호사가 1명 있어 모두 4명 정도가 된다. 그런데 이 기관을 대표하는 공중보건의사는 그 신분이 군인이며 3년만 의무적으로 근무하게 되어 있어 책임감이 부족하다. 선행연구 사례에서도 지적되고 있듯이 이들의 이석과 짧은 근무시간, 잦은 회의 참석과 결근 등이 지역주민의 불평이며 1년에 평균 1회씩 근무지가 바뀌는 것도 문제이다. 의료기관은 한번 만나 본 의사가 오랫동안 근무하면서 안면이 있고 신뢰가 쌓이게 되면 진료의 효과도 좋고 개인적인 건강관리도 가능하게 된다. 그러나 잦은 이동은 이러한 관계 형성을 어렵게 만들고 지역에 대한 애착을 가지기 어렵게 만든다.

보건지소도 보건소처럼 보험환자 진료와 수수료 수입을 기관운영비로 활용할 수 있도록 되어 있다. 따라서 이곳에서도 본연의 업무인 보건관리나 예방의료 등은 소홀이 취급되고 그로 인한 질병발생 확률이 높아지는 문제점이 있다.

또한 보건지소는 시설장비가 크게 부족한 상태이다. 이곳의 기능은 민간의료기관이 없는 곳이기 때문에 진료기능도 상당 부분 갖추어야 하는데 인력이 없으니 장비도 갖추기 어려운 형편이다. 그래서 결국 공중보건의사는 만나기 어렵고 진료장비도 부족한 면 단위 보건지소를 이용하는 환자수가 줄어들고 그로 인해 1차 의료기관에서 진료가 가능한 환자들도 2차 의료기관으로 가게 되는 의료비 낭비와 의료 전달체계의 문란을 초래하고 있는 상태다. 대부분의 경우 가까운 보건지소에서 진료를 받지 못하면 차를 타고 군이나 도청소재지로 나가야 하는데 기왕에 버스를 타면 군 소재지의 보건소에 가는 것보다는 인근의 시나 도청소재지의 2~3차 의료기관으로 곧장 오게 되는 관습이 있기 때문이다.

4.3. 보건진료소

보건진료소의 문제는 최근에 진행되고 있는 진료소 폐지 문제가 가장 큰 문제이다. 보건진료소는 특히 노령화된 농어촌 주민들에게 밀착되어 있고 오랫동안 근무하고 있어 친밀한 관계가 형성되어 있기 때문에 진료소의 폐쇄로 인한 주민들의 충격이 더욱 크다. 그래서 현재에도 농어민 단체나 지역주민들의 반발이 거세게 일어나고 있는 상태이다. 그런데 지금도 지방자치단체들은 구조조정을 앞세워 이를 정비할 계획을 추진하고 있어 계속적인 마찰이 예상된다.

보건진료소는 의료기관이 없고 교통여건이 열악한 취약지에 일정한 인구 이상의 부락 중심에 위치토록 하고 있는데 최근 교통여건이 좋아지고 인근에 의료기관이 들어서서 폐쇄 사유가 발생했음에도 이를 폐소하지 못하고 있는 문제도 있다. 이러한 곳에서도 폐소를 적극반대하게 되자 폐소의 기준을 지역 여건 변화는 두지 못하고 보건지료소를 지키는 보건진료원의 퇴직시 이를 보충해 주지 않는 방법으로 추진하고 있어 결국 무분별한 폐소 조치가 되고 있는 셈이다.

한편 곳에따라서는 무리한 구조조정 방법으로 보건진료원들을 감축하고 있는데 이들 조직의 반발 또한 강하다. 이들의 감축이 별도 고용대책 없이 추진되고 있기 때문이다.

또한 보건진료원에게도 보험환자 진료기능을 부여하고 그 진료수입을 운영비로 활용할 수 있도록 하고 있어 보건지소나 보건소에서 발생되고 있는 보건기관 본연의 업무소홀 문제가 동일하게 제기되고 있다.

4.4. 공공보건의료기관에 대한 농특세 재정지원사업의 문제점

의료자원이 부족한 농어촌지역의 의료공급을 위해 의료보험 실시와 함께 추진된 농어촌 보건의료기관에 대한 농어촌특별세 재정지원사업은 지금까지의 투자결과 전체 투자액의 80% 이상이 군 보건소(보건의료원 포함) 중심으로 지원되었다. 이 자금의 지원동기가 민간의료기관이 없어서 의료보험에 가입한 지역주민들이 질병발생시 찾아갈 곳이 없게 된다는 문제점을 해결하기 위해 공공의료기관인 보건기관에 보험진료를 허용하고 그 업무수행에 필요한 시설과 장비를 갖추어 주기 위한 것이었다. 그런데 민간의료기관이 없어서 보험진료가 반드시 필요한 면 단위 보건지소나 도서, 오지·벽지의 보건진료소에 대한 지원은 20%도 못 되고 대부분의 자금이 민간의료기관들이 경합되고 있는 군청 소재지의 보건소 시설과 장비 확충에 투자된 것이다. 그 결과 민간의료기관이 없어 보건지소나 보건진료원만 찾게되는 농어민들에게는 의료확충의 농특세 지원 효과나 혜택이 없고 군 보건소 주변의 읍내 비농민들에게만 혜택이 주어지는 결과가 되었다. 또한 보건소의 병원화 시설 확충으로 군청 소재지 내의 병원·의원들과 경합하고 있으며 정부가 지원 육성하고 있는 민간병원들에게 경영 압박만을 주고 있다.

그러나 이와 같은 현상은 앞으로도 계속될 전망이어서 지원규정이나 우선순위 등을 시급히 고쳐야 한다. 그런데 이러한 지원을 결정하는 기획기구나 시행조직 및 자금지원 계획서를 작성하고 제출하는 일을 모두 보건소가 담당하고 있다. 보건지소장은 군인 신분이므로 참여하기 어렵고 관심도 없으며, 보건진료소는 거의 독립적인 운영조직화되어 있어 관심도 적고 참여도 하기 어렵다. 따라서 농특세 재정의 지원계획에는 앞으로도 보건소 중심으로 계획서 제출과 지원결정이 이루어지게 될 것으로 보인다.

제 4 장

농어촌 민간의료기관의 기능과 이용 실태

1. 농어촌 민간 의료기관 운영 실태

농어촌의 민간의료기관 문제는 크게 두 가지로 정리할 수 있는데 하나는 의료기관 수효가 적다는 것, 즉 대부분 의료기관이 도시지역에 편재되어 있는 것이며, 두번째는 그나마 있는 민간 병원·의원들의 경영이 어렵다는 점이다. 이 두 가지 문제는 결국 상호연계되는 문제로 하나의 문제라고 볼 수 있다. 농어촌의 민간의료기관은 수지를 맞출 수 없고 그러기 때문에 농어촌으로 들어 오려는 의료인이 없어 농어촌의 의료기관은 더욱 부족해진다는 것이다.

1998년 현재, 농어촌지역에는 전체 의료기관의 10%가 있으며 의료인력은 전체의 6%밖에 없는 상태이다. 그러나 1986년만 해도 농어촌의 의료인력은 전체의 9%정도를 차지하였고 의료시설은 전체의 16%를 차지하고 있었다.

표 4-1. 의료인력 현황

구 분	계(A)		군 부(B)		시 부		B/A	
	1986	1997	1986	1997	1986	1997	1986	1997
의 사	20,587	47,321	1,863	2,515	18,724	44,806	9.0	5.0
치과의사	3,826	11,464	360	833	3,466	10,631	9.0	7.0
한 의 사	2,919	7,364	411	609	2,508	6,755	14.0	8.0
조 산 사	1,382	1,176	141	35	1,241	1,141	10.0	2.0
간 호 사	18,184	51,456	958	2,203	17,226	49,253	5.0	4.0
약 사	1,523	3,009	86	116	1,437	2,893	5.0	3.0
의료기사	7,650	30,565	682	2,607	6,968	27,958	8.0	8.0
간호조무사	34,697	64,841	4,264	6,003	30,433	58,838	12.0	9.0

자료: 보건복지부(1987; 1998).

표 4-2. 의료기관 현황

구 분	계(A)		군 부(B)		시 부		B/A	
	1986	1997	1986	1997	1986	1997	1986	1997
종합병원	183	262	20	16	163	246	10.0	6.0
병 원	331	505	66	97	265	408	19.0	19.0
치과병·의원	2,999	9,243	307	770	2,692	8,473	10.0	8.0
한방병·의원	2,790	6,446	407	594	2,383	5,852	14.0	9.0
의 원	8,069	15,876	1,234	1,550	6,835	14,326	15.0	9.0
부설의원	279	220	49	9	230	211	17.0	4.0
조 산 원	504	148	81	14	423	134	16.0	9.0

자료: 보건복지부(1987; 1998).

표 4-3. 의료인력 1인당 인구수

단위: 명

지역별	의사		치과의사		한의사		간호사	
	1994	1997	1994	1997	1994	1997	1994	1997
군지역 (A)	4,507	3,806	16,858	11,491	23,344	15,718	4,154	4,345
시지역 (B)	1,018	782	4,622	3,296	6,756	5,187	937	711
A/B	4.4	4.9	3.6		3.5		4.4	

자료: 보건복지부(1995); 보건복지부(1998).

1994년 의료인력 1인당 담당인구수를 비교해 보면, 농어촌은 4,507명인데 도시지역은 1,018명으로 4.4배의 차이를 보이고 있다.

그러던 것이 1997년에는 4.9배로 도농간 격차가 더 심해졌다. 그러나 전체적으로 의사수가 증가되고 농어촌인구는 줄어들고 있어 의사 1인당 농어촌인구수는 3,806명으로 1994년에 비해서는 약간 줄어든 셈이다. 의료인력 중에서도 치과의사나 한의사는 그 숫자가 의사나 간호사에 비해 더욱 적어 아직도 치과의사 1인당 농어촌인구는 11,491명이며, 한의사 1인당 농어촌인구는 15,718명이나 된다. 의료인력 1인당 인구수는 기본적인 국민의 의료접근도를 나타내는 것으로 국제적으로 비교하면, 한국은 의사의 경우, 일본이나 영국에 비슷하게 따라가고 있지만 치과의사나 간호사는 선진국에 뒤떨어진다(부표 1 참조).

그 동안 농어촌의 이농이 계속되면서 인구가 크게 감소해 왔고 도시팽창으로 도시지역이 확대되면서 의료시설이나 의료인력들이 도시 중심으로 편재되는 현상을 보여 도농간의 격차가 심화된 것이다.

우리 농어촌은 지금도 이농이 계속되고 있는 상태이어서 이러한 경향은 앞으로 더욱 커지게 되고 따라서 농어촌의 의료인력과 의료시설의 과소화 문제는 더욱 부각될 것으로 보인다. 이와 같은 농어촌 의료기관의 과소화 문제를 해결하기 위해 정부는 1978년에 의료취약지에 민간병원을 설립지원케 되었다. 이때 정부지원 병원을 설립토록 촉구한 원인은 의료보험의 실시였다.

의료보험을 통한 전국민 의료보장의 실시는 모든 국민이 의료시설에 대한 공간적 접근의 형평성을 보장받음으로써 성공할 수 있는 것이기 때문이었다. 1977년 우리 나라에 의료보험이 도입될 때 가장 우려했던 사항은 의료시설의 지역간 불균형 문제였다. 농어촌지역의 의료시설 부족현상을 그대로 놓아 두고 실시되는 의료보험은 농어촌 주민에게 실질적인 의료혜택을 주기 어려울 것이라는 점이었다. 의

료보험이 일부 도시지역 주민에게만 혜택이 돌아간다면 이는 전국민 의료보장의 기본적 취지에 배치되기 때문이다.

이와 같은 문제를 해소하기 위해서 의료취약지에 대한 의료기관 건립이 시급한 정책과제로 대두된 것이다. 의료보험제도를 농어촌지역까지 확대적용하는 것은 이러한 문제가 해결된 이후에만 가능하다고 생각되었기 때문이었다. 정부는 일차적으로 병원급 의료시설이 없는 의료취약지와 공단지역을 선정하였으며, 1978년부터 이들 지역에 24개의 병원건립을 추진하게 되었다. 정부는 이를 추진하는 과정에서 필요한 재원을 해외차관으로 추진하였으며 OECF(일본 해외협력기금)과 KFW(독일 재건은행기금)의 의료장비차관을 이용하게 되었다.

해외차관 자금외에도 시중은행 자금까지 동원해 모두 67개 병원, 6,580병상의 신설·증설을 촉진하게 되었다.

이렇게 설립된 농어촌 민간병원들은 설립 초기부터 어려움을 겪게 되었다. 우선 정부가 추진해 왔던 의료보험의 확대실시 계획이 지연되면서 농어촌의 의료수요 증가가 없었으며, 주민의 교통수단이나 장기적인 인구감소 경향 등을 고려하지 않은 입지 선정으로 경영상에 압박이 가해지게 되었다. 또한 차관자금에만 의존했던 몇 개의 병원은 환차손 발생과 자기자본 부족으로 건립 도중에 도산하게 되었으며 개원을 한 병원의 일부도 경영난으로 경영권을 양도하는 사태가 발생했다.

한 조사보고서에 따르면 1984년에 개원운영중인 차관 병원 중 77.4%가 적자로 심각한 운영난을 겪은 것으로 분석했다. 그 이후 농어촌 지역의료보험이 1988년에 확대적용되면서 의료수요가 증가하므로 경영사정이 개선되는 경향을 보였다. 농어촌에 차관병원이 증설되었어도 1986-88년까지 군 단위 지역에 병원급 의료기관이 없고 인근지역에도 병원 이용이 어려운 곳이 있었다. 정부는 계속해서 이러

한 의료취약지에 병원설립을 추진하였으며 농어촌 발전기금(당시 농어촌지역개발특별기금 42조원 중 일부)의 융자지원을 통해 이를 해결하기로 하였다. 1991년에 27개 군 단위 병원에 시설비 131.6억원, 장비비 61.6억원 등 총 193.2억원을 융자(연리 5%, 5년 거치 10년 균분상환조건)하게 되었다. 이후 군 단위의 인구 격감과 대도시 종합병원 선호 경향으로 이들 농어촌병원들은 경영압박이 계속되어 이를 감안한 융자금 거치기간 연장조치가 1차(1993. 11.)와 2차(1996. 9.)에 걸쳐 각각 3년 및 2년씩 이루어져 왔다.

1995년에는 농어촌 병원·의원의 경영개선을 위해 병상확충과 기능보강 등에 농어촌특별세 회계자금을 지원하는 것으로 결정되어 이미 5년 동안 특별융자지원이 이루어지고 있는 상태이다.

이와 같이 농어촌 병원에 대해서는 적극적인 정부의 지원이 있어 왔다. 그럼에도 불구하고 농어촌인구의 감소와 주민들의 도시 대규모 종합병원 선호 경향으로 아직도 경영여건이 개선되지 못한 상태이며, 파산위기에 놓인 병원들도 있다. 농어촌의 병원에 대해서는 그나마 정부의 지원이 어느 정도 혜택을 주었지만 농어촌지역에 개업하고 있는 의원급 민간의료기관들에 대해서는 그 지원이 소홀해 왔다. 전국의 군 단위 지역의 의원급 의료기관이 1998년 현재 모두 2,914개소이며 이 중 의원수가 1,550개소, 치과병원·의원수 770개소, 한방병원·의원은 594소나 된다. 이들 중 1999년 농특세융자대상에 들어간 의원급 의료기관은 286개소로 전체의 10% 이하인 상태이다.

그러나 실제로 농어촌지역에서 경영압박을 받고 있는 것은 의원급 의료기관들이 더 많고 그 정도도 심각한 것으로 보인다. 이들 의원급 의료기관들은 일부의 전문의원 외에는 1차진료만을 맡고 있기 때문에 지역내의 보건소나 보건지소 및 진료소에게 환자를 빼앗기게 되고 민간병원들에게도 1차진료를 빼앗기고 있는 실정이다. 농어촌의 중소규모 민간병원들은 의료 전달체계상 2차 의료기관이기는 하지만

1차 진료까지 할 수 있어 결국은 의원급 기관들과 경쟁관계가 되고 있다. 그래서 이들 의원급 의료기관들은 위로는 중소병원들에게 치이고 아래로는 보건의료기관들에게 치받치면서 경영상 어려움을 겪고 있는 상태이다.

2. 농어촌 의료 확충을 위한 민간병원 지원사업 현황

농어촌지역의 민간병원 부족 문제를 해결하고 그 기능을 활성화시켜 농어촌 의료공급 능력을 확대하고 지역주민의 의료접근성을 향상시키기 위해 정부가 정책적 지원을 한 것은 지금까지 세 가지 사업이 있었다.

첫째, 1978년부터 1980년 사이에 전국민 의료보장 확대 실시에 따른 의료수요의 급증에 대비 의료시설이 부족한 공단 및 농어촌 등 의료취약지에 67개의 민간병원을 설립지원했던 차관병원 설립사업이다.

둘째, 1988년 농어촌지역 의료보험제도 확대실시를 앞두고 의료공급여건이 갖추어지지 못한 모든 군 단위 지역에도 병원급 의료기관이 설립되어야 할 필요성이 있으므로 이를 지원하기 위해 농어촌 발전기금으로 26개 의료취약지에 병원건립을 추진한 농어촌지역개발기금 지원사업이다.

셋째, 농어촌 의료 취약지 병의원의 시설 확대와 장비 확충 등을 통한 경영 활성화를 기하고 주민들의 의료접근도를 높이며 이들에게 양질의 보건의료 서비스 제공능력을 갖출 수 있도록 지원하기 위해 농어촌 보건기관과 민간의료기관 전체를 대상으로 농어촌 발전 특별세 재정으로 1995년부터 2004년까지 10년 동안 지원키로 한 농특세

재정지원 사업이다.

이와 같이 정부가 민간의료기관을 대상으로 특별히 정책적인 지원을 하게된 것은 농어촌의 의료자원 부족과 전국민 의료보험의 원만한 실시 문제였다. 농어촌의 의료공급망을 확충하여 농어민들의 접근성을 높이고 양질의 의료를 제공할 수 있도록 하는 것이 목적이었다. 이러한 농어촌 의료 지원 정책을 사업별로 살펴보면 다음과 같다

2.1. 농어촌 의료 취약지 민간병원 설립을 위한 차관 지원사업

2.1.1. 사업의 취지와 사업의 발족

1977년 우리 나라에 의료보험이 처음 도입되었다. 이때 가장 우려했던 사항은 의료시설의 지역간 불균형이며 특히 농어촌지역의 의료시설 부족 문제였다. 이와 같은 문제를 해결하기 위해 의료취약지에 대한 의료기관 건립이 시급한 정책과제로 대두되었다. 정부에서는 1차적으로 병원급 의료시설이 없는 의료취약지와 공단지역을 선정하였으며 1978년부터 이들 지역에 대한 24개소의 병원건립을 추진하게 되었다. 그러나 당시에 정부는 재정적인 여유가 없었기 때문에 그 자금을 해외차관으로 충당키로 한 것이다. 그래서 정부의 지급보증하에 민간의료기관 신설에 대한 의료장비 차관이 제공되게 되었다. 이때 동원된 차관이 일본 해외협력기금(OECF)과 독일 재건은행기금(KFW)이었다. 그 외에도 모자라는 자금을 시중은행으로부터 지원을 받도록 조치하였다. 이렇게 되자 농어촌지역의 의료시설 부족 현상 외에도 국가 전체의 병상 공급이 절대적으로 부족한 점도 문제로 제기되었고 따라서 일부 도시지역에서도 병상부족 문제 해결을 위해 이 자금을 지원해줄 것을 요청하게 되었다. 결국 대도시 지역을 제외한 중소도시 지역에 대해서도 병원 증설시에 선별적으로 차관자금

사업연혁

○ 1977년 2월 7일 : 대통령의 공단 노동자 건강관리 대책 지시
○ 1977년 3월 17일 : 공업단지와 의료취약지 병원 설치계획 대통령 재가
○ 1978년 3월 25일 : 공업단지 및 의료취약지 병원설치 및 투융자 계획 의결(24개소 : 경제장관 협의회)
○ 1980년 12월 23일 : 민간병원 설치 및 투융자 계획 의결 (43개소 : 경제장관협의회)

과 시중은행자금을 지원받을 수 있도록 하였다. 그 결과 67개 병원, 6,580병상의 신설 · 증설이 촉진되었다.

2.1.2. 추진과정과 사업내용

1978년부터 1986년까지 공단, 의료취약지 및 의료보호진료지구 등을 대상으로 하여 67개 병원, 6,580병상을 건립하는 것이 사업목표였

표 4-4. 차관병원 건립 추진단계

추진단계	추진주체	추진내용	추진요건
1단계	보사부	사업계획 및 사업자 선정	병원설치희망자로서 시·도지사가 추천
2단계	사업자	택지확보	사업자가 자체확보
3단계	보건사회부	의료법인 설립허가	병원건립요건과 법인요건을 갖춘자
4단계	사업자	건립공사	사업자 자체책임공사
5단계	사업자 보건사회부 조달청	의료장비 설치	차관자금으로 필요 장비설치
6단계	사업자	개원	진료개시

다. 병원건립지역은 전국 25개 공업단지 중에서 12개 지역과 56개 의료취약지 중에서 12개 지역을 선정하고 기타 지역에서 43개 지역을 선정하였으며, 사업자는 병원경력 및 투자능력을 감안하여 신청자 중에서 선정하였다.

사업내용은 병원건축비 및 의료장비 구입자금을 제공하는 것으로서 건축비에 대해서는 국내 시중은행의 특별정책자금을 병상당 800~1,300만원 범위에서 3년 거치 7년 분활상환 조건으로 연리 20%에 제공하였으며, 의료장비의 구입을 위해서는 병상당 1만 달러 범위에서 7년 거치 13~18년 분활상환조건으로 연리 3.5~4.0%의 OECF차관을 제공하였다. OECF 차관은 2차에 걸쳐 제공되었는데 1차는 공업단지 및 의료취약지역 병원에 제공된 것으로서 1978년 12월에 차관협정이 체결되어 6,832백만엔이 인출되었으며, 2차는 기타 민간지역 병원에 제공된 것으로서 1981년 2월에 차관협정이 체결되어 12,440백만엔이 인출되었다.

2.1.3. 정부지원 내용

가. 융자금 알선

○ 시중은행의 자금(일반금리 적용)을 후취담보로 장기융자 알선
  - 병상당 800~1,300만원(5년거치 5년 분활상환)
  - 총지원규모: 655억원

나. 의료장비 차관제공

○ 지원규모: 병상당 1만 달러(총 6,580만 달러)
○ 차관선별 지원내용

표 4-5. 차관지원 내역

연도	차 관 선	차 관 액	차관조건	지원병원수
1978-83	일본해외경제협력기금 (OECF KO12)	4,916백만엔	7년거치 13년 분할상환(년3.5%)	21
1982-84	독일재건은행	25백만DM	10년거치 20년	3
1978-83	일본해외경제협력기금 (OECF KO12)	12,441백만엔	7년거치 18년 분할상환(년4%)	53

<건립후 정부지원>

(1) 시설비 융자금에 대한 이차보전(1978-84)

○ 은행융자금 일반이자 국고 지원

- 대상: 58개 병원
- 이차보전율: 연 2~11.5%(시중금리변동에 따라 이차보전금리 변동)
- 이차보전금액: 6,075백만원

(2) 운영비 일부 국고보조

○ 도산우려병원을 선정, 운영비 일부를 국고 보조

- 대상: 29개 병원
- 보조기준: 적자규모에 따라 차등지원(병상당 월 116~144천원)
- 총지원금액: 7,877백만원

(3) 공중보건의 배치(1983년 이후)

○ 취약지 병원 중 중소도시 및 농어촌지역 소재병원에 대하여 공중보건 전문의 배치 지원(연 647명)

- 1992. 6. 30. 현재 37개 병원에서 117명 근무

(4) 수입 의료장비에 대한 세제 혜택(1984. 12. 이후)

○ 수입의료장비에 대한 관세, 방위세 및 부가가치세를 무담보 5년 분할납부

(5) 시설비 융자금 대환 융자알선

○ 적자운영병원의 시설비(병원 건립) 시중은행 융자금에 대하여 장기저리의 농어촌개발기금으로 대환 융자 알선

<대환 배경>

(1) 1986. 7. 18. 정부지원 취약지 민간병원 운영정상화 방안 대책회의(경제기획원, 보사부)

→ 정부지원제도의 보완·개편(주요 내용: 정부알선 은행차입을 재정자금 융자로 전환)

(2) 1986. 12. 31. 농어촌지역 개발기금법(현, 농어촌발전특별조치법) 제정

→ 융자지원 근거법령 마련

(3) 1987. 10. 15. 차관지원 취약지 민간병원 은행융자금 대환 방안 협의(4부 장관 합의)

→ 정부알선 은행차입금(연 11.5%)을 농어촌지역 개발기금(현 농어촌발전기금 연 5%)으로 대환

<지원현황>

(1) 대상: 농어촌 및 인구 20만명 미만의 중소도시 소재병원 27개소

(2) 대환자금: 농어촌지역개발자금(현, 농어촌개발기금)

(3) 융자조건: 5년 거치 5년분 할상환(이율 연 5%)

총 대환지원액: 25,391백만원

2.2. 농어촌 발전기금의 농어촌병원 특별지원사업

2.2.1. 지원사업의 배경과 추진경과

1989년 전국민의료보장의 확대실시에 앞서 정부에서 가장 관심을 기울였던 사항은 모든 국민에게 양질의 의료를 이용할 수 있는 기회를 보장하여야 한다는 것이었다. 전국민의료보험을 확대 실시하기 위해서는 의료공급 여건의 조성이 선행되어야 하기 때문에, 모든 군 단위지역에도 병원급 의료기관이 설립되어야 할 필요성이 제기되었다. 그러나, 1986년 당시까지만 해도 41개의 군지역에 병원급 의료기관이 없는 의료취약지역이 존재하여 주민들의 불편이 컸다.

정부는 이러한 농어촌 의료취약지역에 거주하는 주민의 보건향상을 도모하고 전국적으로 균형된 의료공급체계를 구축하는데 사업목표를 두고 민간병원의 건립을 추진하여 왔다. 1986-88년에 군 단위지역 중 병원급 의료기관이 없고, 인근지역에도 병원이용이 어려운 26개 의료취약지역에 병원건립을 추진하였다. 우선, 현지에서 의원을 운영하고 있는 자를 대상으로 하여 희망하는 자에게 농어촌발전기금(당시 농어촌지역개발기금)의 융자지원을 통하여 병원급 의료기관으로 육성하고자 하였다.

이 사업은 1986년 9월에 최초로 의료취약지 민간병원 설립계획이 추진된 이후 수 차례 검토를 거친 후 농어촌개발기금으로 이를 추진키로 협의하게 된 것이다. 또한 이들 농어촌 민간병원의 급격한 증설로 인한 의료인력 충당을 위해 공공보건의료기관만 활용하고 있던 공중보건의사(군복무미필 의사자격증 소지자의 지역의무 근무자)를 활용할 수 있도록 조치하였다. 그 이후 근거법이 마련되고 1988년에는 27개의 병원이 건립되었으며 그 이후에도 여러 차례 사후조치가 이루어졌다.

표 4-6. 농어촌발전기금 지원사업의 내역

일 정	추 진 사 항	주요 내용
1986. 9	군단위 의료취약지 민간병원 건립계획 수립	
1986. 9	농어촌지역개발기금(현 농어촌 발전기금)운영계획 관계관회의	· 군단위 취약지 민간병원의 건립자금을 농어촌지역개발기금으로 융자하기로 협의
1986. 10	군지역 병원건립에 따른 정부지원 방안 경제장관회의 상정, 의결	· 시설 및 장비비에 대하여 농어촌개발기금 등 장기저리자금으로 융자 지원 · 공중보건의사 2인이상 배치 등 인력지원 · 법인세, 사업소세, 재산출연시 증여세, 지방세를 5년간 면세
1986. 12	농어촌지역개발기금법(현, 농어촌 발전특별조치법)제정	· 지원근거 법령 마련
1987. 3	사업자 선정	· 42개 대상지역 중 27개 지역은 정부지원 민간병원으로 건립하고 설립신청이 없는 15개소는 보건소를 병원화하기로 결정
1988. 5~ 1989. 2	병원건립	· 군단위 의료취약지 민간병원 27개소 730병상, 보건의료 15개소 450병상 건립
1993. 11	1년 거치기간 연장(3년)	· 시설비 : 당초 5년거치 10년상환에서 8년거치 10년상환으로 연장 · 장비비 : 당초 5년거치 5년상환에서 8년거치 5년상환으로 연장
1995. 5~	증축, 시설개보수 및 의료장비 구입비 추가융자지원	· 증축, 시설개보수 및 의료장비구입비를 16개소에 농특자금으로 171억 5천만원 추가 융자지원
1996. 9	2차 거치기간 연장(2년)	· 시설비 : 8년거치 10년상환에서 10년 거치 10년 상환으로 연장 · 장비비 : 8년거치 5년상환에서 10년거치 5년상환으로 연장 (금산한국, 화순중앙, 진천리라 등 3개병원은 연장대상에서 제외)

자료: 보건복지부 내부자료.

2.2.2. 정부지원

지원대상 병원 건립당시 정부는 농어촌지역개발기금(1991년 농어촌특별조치법에 의해서 농어촌발전기금으로 소관 변경)을 재원으로 26개 군 단위 병원(철원길병원을 포함할 경우 27개병원)에게 시설비 131.6억원, 장비비 61.6억원 등 총 193.2억원을 융자지원하였다. 시설비는 병원건축비 및 대지구입비 명목으로 연리 5%, 5년거치 5년 균등분할 상환조건으로 지원하였다. 병원당 평균 융자지원된 자금의 규모는 시설비 5.0억원, 장비비 2.4억원 등 총 7.4억원이다. 병원별로는 시설비가 최소 2.96억원(성주병원)에서 최대 5.5억원(대부분의 병원)까지 지원되었으며, 의료장비비는 최소 1억원(성주병원)에서 최대 2.5억원(대부분의 병원)이 지원되었다.

그 후 군 단위 병원들의 경영난을 감안하여 거치기간을 1차(1993년 11월), 2차(1996년 9월)에 걸처 각각 3년 및 2년씩 연장하여 현재 5년간 연장된 상태(금산한국, 화순중앙, 진천리라 등 3개병원은 2차 연장대상에서 제외)이다.

최근에는 병원의 병상확충 및 기능보강을 위한 재정융자계획(1995. 4)에 따라 1995년도부터 농어촌에 소재한 병원에게 농어촌특별세 회계(농특)자금을 융자지원하였다. 군 단위 병원 중에서는 16개병원에게 신증축 및 개보수비 113억원, 의료장비구입비 58.5억원으로 총 171억 5천만원을 추기 지원하였으며, 융자조건은 연리 5%, 5년거치 10년 균등분할상환이었다.

추가 지원된 융자금은 병원당 평균 10.7억원, 신증축 및 개보수비는 최소 3억원(진도한국)에서 최대 28억원(영암병원)까지 지원되었으며, 의료장비 구입비는 최소 2억원(혜성병원)에서 최대 10억원(금산한국병원)이 지원되었다. 그리하여 군 단위 병원에 지원된 자금은 건립당시 193.2억원, 추가자금 171.5억원으로 총 364.7억원이 되고 있다.

표 4-7. 군 단위 의료취약지 병원 자금지원 내역

구 분		지 원 내 용
건 립 당 시 지원금	재 원 융자조건	· 농어촌지역개발기금 (현 농어촌발전기금) · 건축비 및 대지구입비: 5년거치 10년 균등분할상 (연리 5%) · 의료장비구입비: 5년 거치 5년 균등분할상환 (연리 5%)
	지원기준	· 20병상규모: 650백만원, 30병상규모: 800백만원
	총지원금액	· 19,324 백만원 (철원길 포함시 20,624백만원)
추 가 지원금	재 원 융자조건	· 농어촌특별세회계(농특) · 신중측, 개보수비: 5년 거치 10년 균등분할상환 (연리 5.5%) · 의료장비구입비: 5년 거치 10년 균등분할상환 (연리 5.5%)
	총지원금액	· 17,150 백만원
지원금 합계		· 36,474백만원 (철원길병원 포함시 37,974백만원)

자료: 보건복지부 내부자료.

가. 인력지원

건립당시 정부는 군 단위 의료취약지 민간병원에 대해서 병원별로 개원후 5년간 공중보건의를 기본 4과(내과, 외과, 소아과, 산부인과) 중 2개과의 전문의 2인과 필요시 치과의사 1인을 배치·지원하는 것을 원칙으로 하였다. 이 원칙에 따라 개원시부터 공중보건의를 계속해서 배치, 지원하였다. 1997년말 현재 폐업이나 휴업중인 병원을 제외한 22개 병원에 공중보건의(전문의)가 병원당 평균 1~6명이 배치되어 있다.

표 4-8. 군 단위 병원별 정부지원금 현황

단위: 백만원

		병원명	지원현황				비고
			건립당시 지원액 (1986-88)	추가지원액 (1986-88)	지원금 총액	상환액	
경기	가평	영진병원	650	500	1,150		제일병원으로 변경
강원	양구	양구병원	647		647		휴업중
	횡성	대성병원	800		800		
	(철원)	(길병원)	(1,300)	(200)	(1,500)		
충북	진천	리라병원	650		650	*	폐업
	단양	단양서울	800	1,200	2,000		
충남	금산	한국병원	787	1,800	2,587	126	
	서천	서해병원	800	1,600	2,400		
전북	부안	혜성병원	800	700	1,500		
	진안	동부병원	800	1,400	2,200		
	고창	고창병원	800	1,400	2,200		
전남	화순	중앙병원	675		675	135	현 '성심' 현 '광양'
	담양	동산병원	750		750		
	진도	한국병원	800	600	1,400		
	영암	영암병원	800	3,300	4,100		
	함평	제일병원	800		800		
	광양	동산병원	738	300	1,038		
	장흥	백 병 원	800	300	1,100		
경북	영양	영양병원	650		650		
	예천	권변병원	750		750		
	청도	대남병원	800	1,500	2,300		
	성주	성주병원	396		396		
	노령	영생병원	650	300	950		
	봉화	해성병원	800	700	1,500		
경남	사천	동성병원	800		800		휴업중 현 '남해'
	남해	제중병원	800	1,200	2,000		
	고성	고성병원	781	350	1,131		
합 계			19,324 (20,624)	17,150 (17,350)	36,474 37,974)	261	

1) 상환액 중 진천리라는 폐업중이므로 상환여부 파악 불능.

2) ( )은 철원길병원 포함시 금액임.

자료: 보건복지부 내부자료.

나. 세제지원

병원 건립당시 지방자치단체의 조례개정에 의해 등록세 및 취득세 등을 5년간 비과세하도록 하였으며, 조세감면규제법 제40조 5항(의료취약지역 조세특례)과 동법 제15조 1항, 동법 시행령 제33조 4항에 의거 개원 이후 5년간 소득세·법인세를 비과세하도록 조치하였다. 소득세·법인세 감면내용으로는 병원 개설연도인 1988년과 그 다음 과세연도의 개시일로부터 3년간 소득세·법인세의 전액감면, 그리고 1992년부터 2년간 소득세·법인세를 50% 감면하는 것을 내용으로 하고 있다. 또한 1997년 하반기부터는 소득세법시행령 제12조 제15호 및 이 법률 시행규칙 제7조 제4호의 규정에 의하여 의사, 치과의사, 간호사 등 의료취약지 병원에 근무하는 의료인들의 벽지수당에 대하여 월 최고 20만원까지 비과세되도록 조치하였다.

2.3. 농어촌지역 민간병원에 대한 농특세지원사업

2.3.1. 사업의 목표와 추진방향

이 사업은 농어촌 병원의 부족병상을 확충하여 입원환자의 장기간 대기에 따른 국민의 의료 이용 불편을 해소하고 중소병원의 전문화 및 농어촌지역의 기존 노후의료시설의 기능을 보강하여 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 사업이다. 이러한 사업목적을 달성하기 위한 사업추진 방향은 다음과 같다.

첫째, 의료시설의 설치운영 능력이 있는 자에게 장기저리의 금융자금 융자를 통해 시설투자를 유도하여 부족한 의료시설을 확충토록 하는 것이다. 이때 병상을 확충하는 것은 병상이 부족한 진료권의 병상확충에만 지원할 수 있도록 하였다.

둘째, 농어촌지역 기존 의료시설의 개보수 및 노후장비를 교체하

여 기능을 보강토록 하였다.

셋째, 중소병원의 전문화에 중점 지원하여 중소병원의 기능을 강화함으로써 의료 서비스 수준을 향상시킬 수 있도록 하였다.

넷째, 부족병상을 확충한 후 예산잔액이 발생하는 경우 별도의 사업계획에 따라'기존 병원에 대하여 개보수 및 장비구입비를 융자하여 그 기능을 보강토록하였다.

2.3.2. 사업개요 및 추진현황

사업 개요

(1) 사업내용: 농어촌지역 부족병상확충, 노후 의료시설개보수 및 장비보강을 위한 장기저리 재정융자지원

○ 연리 5.5%, 5년 거치 10년 상환

(2) 사업시작 연도: 1995

(3) 사업기간: 1995-2003

(4) 총투자예정액: 3,370억원

표 4-9. 연도별 투자계획

단위: 백만원

구 분	계	1995~98	1999	2000	2001	2002	2003
개 소	1,276	428	63	196	196	196	197
금 액	337,000	129,900	14,100	48,200	48,200	48,200	48,400

자료: 보건복지부 내부자료.

추진 현황

군지역 및 인구 10만명 이하의 일반 시 지역을 대상으로 부족병상 증설, 의료기관 개보수 및 의료장비 구입용도로 지원하였다. 병상증설은 중진료권 단위로 의료시설을 증축토록 하였다. 의료기관 개보

수나 의료장비 구입대상은 융자대상 지역내에서 개업하고 있는 자에게 희망에 따라 신청하도록 하였다. 병상 확충을 위한 의료시설의 증축(병원)에는 20억원 범위에서 건축평당 200만원을 융자하고 병상이 모자라는 지역만을 대상으로 하였으며, 이에 따라 4,000여 병상이 증설되었다. 의료시설 개보수의 경우 병원급 의료 기관은 10억원 범위에서 평당 90만원을 융자하며 의원급 기관은 3천만원 이상 1억원 범위에서 평당 90만원을 융자하는 것으로 하였다. 의료장비 구입은 병원의 경우에는 5억원의 범위에서 구입가 전액을 융자하며 의원급

표 4-10. 농특융자지원 현황 (1999. 9. 27.)

단위: 억원

		계	1995	1996	1997	1998	1999
계	지 원 액	1,446.69 (190.45)	350.2	393.05	328.94 (95.04)	233.25 (64.25)	140.8 (30.8)
	의료기관수	491 (286)	41 1,823	62	179 (135)	146 (104)	63 (47)
	확충병상수	3,991		1,646	224	20	278
병상 확충	지 원 액	556.2	256.2	206	36	8	50
	의료기관수	49	20	22	3	1	3
	확충병상수	3,991	1,823	1,646	224	20	278
개보수	지 원 액	38.2 (12.2)	49	66	63.8 (7.8)	37.9 (1.9)	21.5 (2.5)
	의료기관수	61 (18)	6	14	25 (12)	10 (3)	6 (3)
장비	지 원 액	651.84 (177.89)	45	121.05	229.14 (87.24)	187.35 (62.35)	69.3 (28.3)
	의료기관수	408 (277)	15	38	166 (132)	135 (101)	54 (44)

1) ( ) 안은 의원급 의료기관에 지원한 현황임.
2) 의료기관수계는 병상확충, 개보수, 장비지원이 중복될 경우 1개 의료기관으로 계상된 실의료기관수임.

자료: 보건복지부 내부자료.

의 경우에는 3,000만원 이상 1억원의 범위에서 구입가 전액을 융자하는 것으로 하고 있다.

또한 이와 같은 기준에 따라 융자신청을 받게 되면 환경오염 방지시설과 같이 개별법에서 의무적으로 설치하도록 규정한 시설의 설치계획을 우대하도록 하였으며 소형병원을 우대하고 응급실의 신증축계획을 우대하도록 하였다.

1995년부터 지금까지 총 1,446억원이 지원되었으며, 병상확충에 556억원, 시설개보수에 238억원, 장비구입에 652억원이 배정되었다. 지원초기에는 병상확충 부분이 많았지만, 1997년부터 장비지원에 주로 자금이 배정되었다.

3. 농어촌 민간 의료기관 운영과 정부지원 사업의 문제점

3.1. 의료제도와 의료기관 운영의 문제점

현행 의료법 규정에 의하면 의료인들이 의료업을 영위하기 위해서는 개인의 명의로 의원이나 병원을 개업 운영하거나 의료법인 등 법인형태로 의료기관을 경영해야만 한다. 즉 개업을 하지 않은 경우에는 의료인 자격증을 소지했다고 하더라도 의료행위(의료업)를 할 수 없다는 것이다. 이러한 규정만으로는 의료기관의 경영여건이 비교적 유리한 도시지역으로 의료시설이 편중되고 의료인력이 집중되는 근본적인 문제를 막을 수 없는 것이다. 또한 의료기관들은 환자진료에 필요한 인력, 시설 및 장비 등 의료법상의 요건을 단독으로 마련하여야만 의료기관의 개설이 가능하다. 즉 의료인 몇 명이 집단으로 개업을 하기도 어렵게 되어 있고 단독으로 투자를 해야 한다. 그것

은 특히 전문의사의 경우 단독으로 전문의원을 개원하고 전문의 진료를 하기 위한 여건(시설, 장비, 인력 등)을 갖춘다는 것이 어렵게 되어 있다.

결국 전문의사는 전문분야 진료가 어렵게 되고 병원들도 외부 전문의사를 활용할 수 없으며 따라서 모두가 동일한 성격의 외래 및 입원환자를 취급해야 하는 기능 중복과 경합이 발생될 수밖에 없다.

이러한 문제를 완화시켜야 할 의료 전달체계가 최근에 와서는 점점 더 문란해지고 있어 1, 2차 진료기관간의 경합과 2, 3차 진료기관간의 경합이 점차 심해지고 있는 상태이다. 이러한 현상은 의료법상 의료기관을 의원, 병원 및 종합병원으로 구분하고 이를 각각 1차, 2차, 3차 의료기관으로 체계화하고 있지만 이들 각각의 기능과 역할이 모호하여 의료 이용자들이 이를 정확히 구분하지 못하고 있는 실정이기 때문이다. 더구나 의료기관들이 상호보완이나 협력하지 못하고 진료질서 개념이 없는 주민을 계도하기는커녕 환자 유치를 위해 편법까지 동원하며 경쟁을 벌이고 있기 때문이다.

대학병원을 비롯한 3차진료 기관들도 의학연구와 교육이라는 본연의 역할보다 수익증대를 위한 진료에 치중하고 있는 현상이 그 예이다. 3차기관의 진료를 받을 필요가 없는 환자들도 3차기관에 집중하고 있으며, 편법적인 외래이용을 위해 종합병원 응급실을 이용하려고 환자들로 북적대고 있는 현상이 그것이다. 한국보건사회연구원의 조사결과(1993년)에 의하면 3차진료기관을 이용하는 환자 중 입원환자의 44%와 외래환자의 64%는 1, 2차 진료기관에서도 진료가 가능한 환자였으며 3차진료기관에 오기 위해 필요한 진료의뢰서도 형식적으로 발급되고, 응급실을 통해 편법적으로 입원한 경우가 많았다.

이와 같은 현상은 대부분의 국민들이 1차와 2차 의료기관을 신뢰하지 못하고 있기 때문이다. 농어촌지역에서 도시의 대규모 종합병원만큼 규모가 있고 시설과 장비가 갖추어진 병원을 시설하고 운영

한다는 것은 불가능하다. 그러나 여러 개의 전문의원과 중소규모의 병원들이 협동하거나 집단적인 진료체계를 가질 수만 있다면 그 기능으로서는 대규모 종합병원의 서비스에 대응할 수도 있을 것이다. 그러나 제도상으로도 이러한 집단적 의료를 허용치 않고 있고 상호 협동이 이루어지지 않고 있는 상태이어서 더욱 큰 문제이다.

3.2. 사회적 · 경영외적 문제점

농어촌의 의료기관들이 경영상에 어려움을 겪게 되는 외부적인 요인들 중에 가장 중요한 것은 사회적인 변화요인이다. 특히 농어촌의 인구가 계속 감소하고 있는 것은 전체 산업사회 발전에 따른 자연적인 현상이기 때문이다. 한편 농어촌 인구의 노령화로 인한 질병발생률 증가나 의료보험 실시와 국민보건의식 수준의 향상으로 인한 의료수요의 증가 등도 경영외적 요인의 하나이다. 그러나 농어촌 주민들은 아직도 도시지역에 비해 소득수준이 낮고 건강에 대한 의식수준이 낮아 도시보다 의료 이용률이 낮다. 뿐만 아니라 진료의 경우도 비용부담 때문에 조기퇴원을 원하고 진료비 수준을 낮추게 된다. 농어촌주민들의 의료 이용은 소득이 낮은 계층과 높은 계층이 다르며 노령층과 젊은 층이 다르다. 절대다수의 저소득노인층은 지역내 낮은 수가의 의료를 이용하고 고소득층이나 젊은층은 지역외의 고급 또는 대형 의료기관 이용이 많은 편이다.

보통의 경우 농어촌 주민만이 아니라 국민들 대부분이 소규모 병의원이나 보건의료기관의 진료보다는 도시의 대규모 종합병원을 더 신뢰하고 있어 지역환자들이 도시지역으로 유출되고 있는 점도 문제이다. 한편 농어촌의 여러 가지 생활여건이 취약하여 의료인력들이 농어촌 근무를 기피하고 있는 점도 중요한 문제인데 이것은 곧 의료기관의 내부적인 문제와 연결되는 부분이다. 왜냐 하면 이렇게 농어촌의 생활여건, 근무여건이 취약하여 우수한 의료인력을 확보하기

어렵고 우수 인력이 없기 때문에 농어촌의 의료기관들이 대부분 서비스의 질이 낮다고 평가를 받게 되기 때문이다.

이렇게 농어촌의 생활여건이 취약한 문제는 교통, 통신, 문화 등 여러 가지가 있으나 그 중에서도 자녀교육 문제가 가장 큰 영향을 주는 요인으로 나타나고 있다. 대부분의 의료인들이 자녀의 교육 때문에 농어촌 근무를 기피하고 있으며 그 다음은 근무조건의 열악 문제로 급료 문제와 당직 문제, 장비의 부족 등을 들고 있다.

3.3. 내부적인 관리 문제

병원 내부상의 관리 문제로는 도시지역 병의원들에 비해 관리체계가 낙후되어 있다. 이는 도시지역의 병원들은 지역내에서의 경쟁이 심해 내부시설이나 장비 등이 잘 갖추어지고 관리방식도 계속 개선되고 있는데 비해 농어촌 병원·의원들은 경쟁이 적고 시설투자가 적어 도시에 비해 떨어지게 된다. 그리고 이러한 현상은 곧 의료기관의 경영수지로 이어지고 경영수지가 좋지 못한 농어촌 의료기관들은 더욱더 시설, 장비의 투자가 어려워지는 악순환을 겪게 되어 있다. 특히 농어촌의 중소병원들은 도시의 대규모 종합병원에 비해 시설, 장비면에서나 인력장비면에서 뒤떨어질 수밖에 없다.

그다음 농어촌 지역의 병원들은 규모확대나 시설, 장비 확충에 한계가 있다. 병상수나 시설의 규모는 그 지역 인구 규모에 맞게 갖추어져야 되므로 무한하게 늘릴 수는 없는 것이다. 따라서 병상수나 시설규모에 맞게 장비와 인력을 확보해야 하지만 일정한 장비와 시설 운영에는 기본적으로 필요한 인력이나 관리비용이 들게 된다. 따라서 시설, 장비의 현대화나 확장이 어려운 과제가 될 수밖에 없는 상태이다.

뿐만 아니라 농어촌의 의료기관들은 관련정보가 늦고 그 활용도 어려우며 따라서 도시지역 의료기관들에 비해 뒤떨어질 수밖에 없

다. 각종의 새로운 정보가 생산되는 도시에서 멀리 떨어져 있고 이를 수용하는 과정에서도 경쟁대상이 멀리 있기 때문에 개선의 필요성이 피부에 와닫지 않는다. 각종 의료제도와 내부의 경영개선에 필요한 혁신적인 정보들이 늦어 전략개발에서 떨어질 수밖에 없다.

3.4. 농어촌 특별재정지원사업 수행상의 문제점

농어촌의 부족한 의료자원을 확충하고 의료의 지역간 균형 발전을 위해 시작된 해외차관병원 설립 지원사업이나 그 이후의 농어촌발전기금 지원사업 그리고 최근에 진행중인 농특세 재정지원사업이 일련의 연계되는 농어촌 의료기관 지원사업으로서 다음과 같은 문제점들을 내포하고 있다.

우선 농어촌의 의료자원 확충을 위해 그 설립을 지원한 최초의 외국차관 지원사업은 이를 서둘러 추진하는 과정에서 건립초기부터 지역 선정이 잘못된 것이 많았다고 본다. 의료기관을 설립할 경우 그 지역의 인구변동을 예측하고 교통여건이나 경제생활권의 변동도 예측하여 적지에 적정규모로 설립해야 함에도 이를 충분히 검토하지도 못한 채 설립된 기관이 많았다. 지역선정이 아주 잘못 되었거나 경영상의 문제가 심한 의료기관들은 이미 여러 곳이 도산되거나 양도되었지만 한번 잘못 만들어진 시설은 그것을 경영하는 기법을 아무리 개발하고 개선해도 지역적 불리성을 극복하기 어렵다는 문제점을 가진다.

그 다음은 의료기관 경영능력을 고려하지 못한 설립지원이나 경영미숙에서 발생된 문제도 크다. 전문성이나 경력이 감안되지 못한채 설립목적으로만 지원되었으며 이들의 경영능력 부족으로 인한 과잉투자, 시설관리의 비효율화 등은 기본적으로 어떠한 지원이 계속되어도 경영난을 극복하기 여려운 한계를 가지게 된다.

또한 의료기관 설립자나 경영자의 영세한 재정능력도 문제가 된

다. 자본동원 능력이 부족한 경영자가 정부의 지원에만 의존하여 의료기관을 개설하고 운영한다는 것은 위험한 경영일 수밖에 없다. 따라서 설립초기의 여건조성이 못된 상태에서 발생된 재정적자가 부채로 계속 누적되는 문제는 이를 극복할 수 없는 재정동원 능력에도 문제가 있음을 보여 주는 것이다.

그 외에도 해외차관 병원의 경우는 차관자금의 환차손에 따른 경영압박 요인도 큰 문제였다. 최근에 환차(煥差)가 더욱 벌어져 연체되고 있는 의료기관의 경우는 이를 해결하기 어려운 상태였다. 이와 같은 여러 가지 정부지원 사업의 문제점들이 있는 상태에서 최근에 지원된 농어촌 특별세 재정의 지원은 민간 병의원에게만 지원되지 않고 공공보건의료기관에게도 지원되었으며 그것이 대부분 보건소를 병원급으로 확장시설하는데 투자되어 그러지 않아도 경영난을 겪고 있는 농어촌병원들의 외래환자를 빼앗아 가는 역할을 하고 있어 어려움을 더해주고 있는 형편이다.

제 5 장

농어촌 의료 이용과 의료 서비스 공급체계 개선방안

1. 농어촌 질병의 특성에 맞는 의료시설과 이용체계 확립

1.1. 농어촌 질병과 의료기관 이용의 특성

농어촌 질병의 특성은 인구노령화와 농업노동의 기계화, 화학화, 시설농업화 등에 따른 노인성 질병과 농작업사고 및 농부증 관련 질병이 주로 발생하고 있다는 것과 이러한 질병이환율이 도시에 비해 두 배정도 높다는 것이다. 따라서 농어촌지역은 인구밀도가 낮고 산재되어 있지만 1인당 의료기관이용률은 도시보다 높아질 수 있는 요인을 가지고 있다는 점이다. 그러나 이들은 대부분이 노령이고 소득이 낮아 부담이 낮은 보건의료기관이나 교통비용이 적게 드는 가까운 곳의 병의원을 이용하는 특성을 보인다. 하지만 위험한 병이나

중병진료에 대해서는 시설이 좋고 이름이 알려진 대규모 종합병원 이용을 선호하고 있다. 지방병원을 이용하는 경우, 자기의 병명을 모르고 있어 검진을 하거나 도시 종합병원 이용이 부담스러운 계층이 주가 된다.

농어촌 주민들의 지역적인 의료 이용은 교통여건에 따라 산간오벽지의 보건진료소가 가지는 독점적 기능이 있고 면 소재지의 보건지소도 자기들대로 독점적 기능을 가지고 있다. 군청소재지는 민간의원과 병원이 있고 보건소도 있어 이들간 선택의 여지가 있다. 산간오벽지의 보건진료소가 있는 곳에서 노인들의 일반진료는 진료소가 거의 전담하게 되는데 그것은 교통비용이 들지 않고 진료수가도 값싸며 특히 보건진료원이 장기근무자이어서 친숙한 관계로 형성되어 있기 때문이다. 또한 이들은 숙식을 그곳에서 하고 있기 때문에 야간에도 급한 환자를 돌볼 수 있기 때문에 더욱 친숙해진 상태이다. 면 단위의 보건지소는 보건진료소와는 다르게 공중보건의사가 근무하고 있기 때문에 공중보건의사들의 근무특성에 따라 다른 형태를 보인다.

공중보건의사들은 군복무기간만 의무적으로 근무하게 되므로 지역에 대한 애착이 적고 대부분은 보건지소에서 숙식이 가능하게 되어 있어도 출퇴근을 하며, 더 좋은 근무지를 따라 이동하는 율이 높다. 그래서 지역주민들과 안면을 익히고 친숙한 관계를 형성하기가 어렵다.

의료는 의료인을 믿는 신뢰도에 따라 그 효과가 다르므로 결국 보건지소의 진료는 크게 효과를 보기 어렵게 되어 있다. 곳에 따라서는 성의 있게 지역주민을 보살펴 이름이난 공중보건의사들도 있다. 이러한 공중보건의사는 대부분 3년 근무기간을 한 곳에서 근무하는 경우이다. 면 소재지에도 의원급 의료기관이 개업하고 있는 곳이 드물게 있다. 이러한 경우 보건지소는 민간의원과 경합하는데, 이 경우

민간의원의 서비스 수준에 따라 다르기는 하지만 오랫동안 친분관계를 맺을 수 있는 민간의원들이 유리한 입장에 서게 된다. 그러나 대부분의 경우 중류층 이상은 의원을 이용하게 되며 저소득층과 노령층은 보건지소를 이용하는 형태가 된다.

군청소재지의 보건소는 지금까지 관내 의원급 의료기관과 병원들에게 환자를 거의 빼앗겨 왔다. 특히 병원이 있는 곳에서는 보건소의 진료기능은 매우 약했었다. 그러나 1995년부터 농어촌특별세 재정지원 사업에 의해 모든 군 단위 보건소가 증축 또는 신축되고 장비를 보강함으로써 시설이 좋아지자 주민들의 이용이 늘어나고 있는 상태이다. 특히 병원 시설이 없는 지역의 보건소는 보건의료원으로 승격시켜 중규모 병원급으로 확장시켰는데 이러한 곳은 그 이용률이 크게 증가해 지역내 민간의원이나 인근병원에 영향을 크게 미치고 있는 상태이다.

생활권내 의료기관 이용은 대부분이 1차진료에 해당하는 의료이고 2차나 3차 진료에 해당하는 입원가료나 수술치료는 도시의 대규모 종합병원으로 가게 된다. 이들 지역주민들에게는 1차 진료에 해당하는 일반질병과 2~3차 진료에 해당하는 중병이 구분될 뿐 2차 의료와 3차 의료를 구분하는 기준이 서 있지 않다. 따라서 생활권내에서 치료하지 못하는 것은 대도시나 대규모 종합병원으로 가는 것을 당연시하고 있다.

1.2. 의료 이용 특성에 맞는 새로운 의료 전달체계 수립 필요

의료 전달체계를 도입한 목적은 크게 세 가지로 구분된다.

첫째, 의료자원의 균형배치로 국민의 의료 이용 편의를 높이면서 궁극적으로는 의료자원의 효율적 활용을 도모하는 것이다. 이것은 의료기관을 기능별로 구분하여 의료 이용시 단계별로 이용토록 함으

로써 고급의료기관으로 환자가 몰리는 문제를 해결하고 의료자원이 골고루 발전하도록 하자는 것이다.

둘째, 의료자원의 효율적 활용을 통하여 의료비의 상승을 억제하고 의료보험의 재정안정과 국민의 의료비 낭비를 막는 것이다. 이것은 결국 중요한 질병도 아닌 것을 처음부터 고급의료기관에서 진료를 받아 비용을 크게 들이는 낭비적 요인을 제거하는 것이다.

셋째, 이러한 의료 이용의 질서확립을 통해 장기적으로는 의료기관간 균형발전을 기하려는 것이다. 이러한 목적에서 제도화한 현행 의료 전달체계가 제대로 지켜지지 않고 있는 것은 현실성이 없는 체계를 만들었거나 이를 시행하는 방법상에 문제가 있는 것으로 보아야 한다. 현행 체계는 3단계 방식으로 1차 의료기관과 2차 및 3차의료기관을 지정하여 이를 단계적으로 이용토록 하고 있다. 그러나 조사에서도 3차진료기관 이용자의 44%가 외래환자는 64%가 1, 2차기관에서 진료할 수 있는 병인데도 불구하고 3차 의료기관으로 진료를 받은 것으로 나타났으며 농어촌 의료 이용 관행이 1차로는 생활권내 의료기관에서 진료를 받고 그 지역내에서 고치기 어려운 경우는 도시지역의 큰병원으로 가는 두 단계의 구분만이 이루어지고 있다.

이처럼 대부분의 농어촌지역 주민들이 현행 의료 전달체계를 지키지 않는 내용을 살펴보면 대부분은 이미 3차기관으로 가기전에 그 병에 대해 여러 차례 1차 기관 진료를 받아 왔기 때문이다.

대체로 농어촌에서의 질병은 지병이며 만성인 경우가 대부분이다. 농어민들은 경제적으로 부담스러우므로 보통때는 약간 아파도 참고 넘긴다. 처음에는 약국에서 약을 복용하는 정도로 참고 견디다가 더 심하면 1차로 가까운 의원이나 병원을 찾게 된다. 이때쯤은 이미 그 병이 지병이 된다. 그러다가 어떤 계기로 상태가 좋지 않아 병이 심해지게 되면 도시의 큰 종합병원으로 달려가게 된다. 따라서 이미 1차진료 기관은 거친 셈이다. 그러나 지병이 악화되어 발병한 때를

중심으로 보면 1차와 2차 기관을 건너뛴 셈이 되는 것이다. 결국 농어촌 주민들의 질병치료는 대개 생활권내에서의 치료와 타지역으로의 원거리 치료만이 구분될 뿐이다.

생활권내에 중소병원이 있는 곳에서는 1차기관을 거치지 않고 직접 병원으로 진료를 받는 경우도 있다. 그러나 이 경우는 1차 기관보다 진료비가 비싸므로 대부분의 농어민들은 이를 스스로 자제하고 있다. 이와 같은 의료 이용의 특성을 감안할 때 지역주민의 의료 이용 행태에 부합되어 편리하면서도 의료자원의 지역적 균형을 도모할 수 있는 의료 전달체계가 모색되어야 할 것이다.

1.3. 보건의료기관과 민간 의료기관이 협동하는 새로운 의료 전달체계

농어촌 주민들의 의료 이용 특성이 보건의료 기관과 민간의료기관을 구분하지 않고 각자의 경제적 사정이나 교통여건 및 질환의 경중에 따라 진료기관을 결정하는 것으로 나타났으므로 의료 전달체계에서 여러단계로 절차를 만드는 것은 불편만을 초래할 것이다. 그러나 한편 의료 이용의 절차가 전혀 없을 경우 의료비의 낭비요인이 크게 증가하고 지역간 의료자원의 균형발전도 기하기 어렵게 될 것이므로 이러한 문제가 발생되지 않도록 하면서도 주민의 의료 이용 관행을 살려줄 수 있는 효율적인 의료 전달체계가 필요하다.

우선 효과적으로 의료 이용의 편익을 제공할 수 있는 의료 전달체계는 공공보건기관과 민간의료기관이 상호보완하고 협동할 수 있도록 만들어질 필요가 있다. 민간의료기관이 들어설 수 없는 면 단위 지역이나 그 하부의 부락과 오지, 벽지, 섬에는 수익성과 관련 없이 주민의 건강을 보살펴야 할 공공보건의료기관이 1차 의료를 맡을 수 밖에 없다. 곳에따라서는 도시화되었거나 규모가 큰 면 소재지와 부락이 있는데 이런 곳에 민간의료기관이 들어서게 되면 공공의료기관

인 보건지소나 진료소는 진료 중심의 사업을 지양하고 보건관리나 예방의료 등 고유 사업 중심으로 운영방향을 바꾸어 나가는 상호 보완과 협조가 필요하다.

병원급 의료기관이 없는 곳에 보건소를 병원급으로 확대하여 보건의료원을 만드는 것는 장기적으로 이곳에 민간병원의 개업이나 민간의원급 의료기관들의 발전을 저해하는 요인이 될 수도 있다. 그러나 현재로서는 병원이 없으므로 민간의원들이 치료하기 어려운 환자를 보건의료원으로 의뢰하는 형태가 이루어져야 한다. 보다 바람직한 것은 병원급 의료기관이 없는 군지역에서 응급한 수술 환자가 발생한 경우 군내 전문의원들이 보건소에 모여 함께 시술을 할 수 있는 협동체제가 이루어질수 있어야 한다. 반대로 농어촌의 중소규모 민간병원에 진료과목 개설이 되어 있지 못한 분야를 관내의 보건의료기관에 숙련된 관련전문의사가 공중보건의사로 근무하고 있다면 그 공중보건의사가 민간병원에서 한 분야를 정기적으로 맡아 주는 정도의 협동체계가 필요하다.

이렇게 되면 민간병원은 모든 진료과목을 빠짐없이 취급할 수 있어 그 질적 수준이 향상될 수 있으며 기존의 시설을 이용할 수 있어 큰 비용이 추가되지도 않는다. 이러한 사례가 일부의 지역에서 나타나고 있었는데 'ㅈ'군에 'ㄷ병원'이 있으나 안과전문의가 없어서 안과환자가 오면 인근의 도시지역으로 치료를 의뢰할 수밖에 없었다. 그런데 군 보건소에 안과전문의가 공중보건의사로 배치되어 왔다. 그러나 보건소에는 안과 환자가 많지 않았다. 그래서 보건소 담당자와 병원측이 협의한 후 병원에 오는 안과환자수가 많지 않으므로 1주에 2일정도 오후시간의 일부를 지원해 주기로 협조가 되어 사이좋게 협동하고 있는 곳이 있었다.

또 하나의 사례로 C병원은 보건소와의 업무분담과 협조체계를 강화하기 위해 병원관내에 보건소를 건축하도록 하고 1차진료와 2차

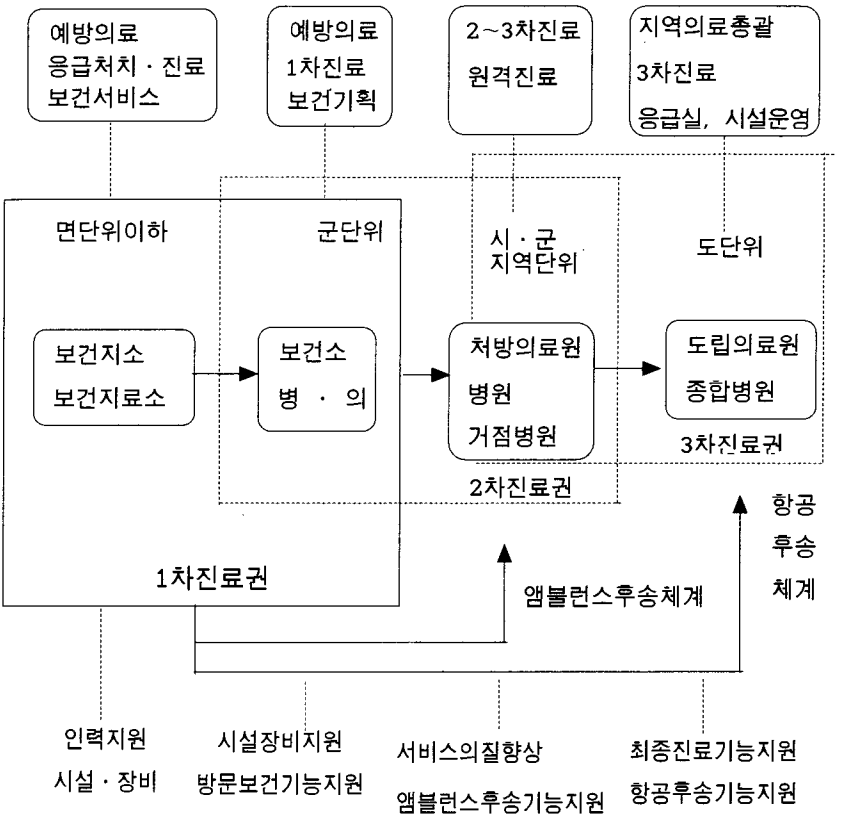
진료를 한곳에서 해결할 수 있도록 하고 있는 곳도 있다. 이와 같은 협동체계는 비단 공공보건기관과 민간병원·의원간에만 필요한 것이 아니라 의원과 의원간, 병원과 의원간에도 이와 같은 협동진료관계가 형성될 수 있다면 농어촌 의료의 질이 향상되고 이용주민들의 편익이 향상될 수 있을 것으로 보인다. 그러기 위해서는 지역보건의료기획을 담당하고 있는 보건소의 의료 전달체계 확립 계획에 이러한 방법들이 그지역 특성에 맞게 구상되어 제시될 수 있어야 하며 이를 뒷받침하기 위한 의료제도의 개선도 병행되어야 한다.

1.4. 진료질서를 중심으로 한 새로운 의료 전달체계의 구상

지금까지 시행되어 온 우리 나라 농어촌의 의료 전달체계는 근본적으로 의료보험제도 관리체계에 맞추어 왔다. 그래서 지역의료보험이 통합되기 이전에는 군 단위 의료보험조합의 관할구역을 진료권역으로 하는 권역제한이 있어 왔다. 그러던 것이 1998년의 지역의료보험통합으로 진료권역 제한은 없어지고 의료기관 이용절차를 규정하는 것만 남아 있는 상태이다. 권역제한이 없어져도 의료 이용의 절차가 있으면 의료 전달체계는 크게 영향을 받지 않는다. 왜냐 하면 의료기관의 규모와 형태가 인구밀도에 비례하여 커지고 있기 때문이다. 그런데 현행의 3단계 의료 이용 절차가 앞에서 검토한 바와 같이 잘 지켜지지 않고 그로 인한 의료비용의 낭비나 지역간 의료자원의 균형발전이 저해를 받을 우려가 있는 상태이다. 따라서 현행 전달체계가 잘 지켜지고 이를 통해 지역의료의 질이 향상될 수 있도록 다음과 같은 전달체계 보완형을 구상해 보았다.

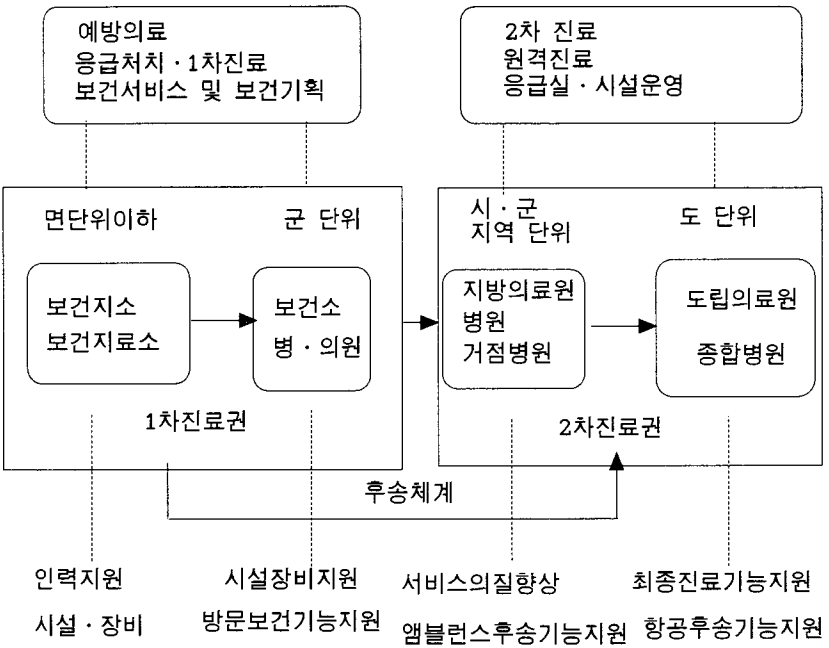
제1안은 현행 의료 전달체계 중 의료기관간 지역내의 협동진료를 강화하고 중환자의 경우 지역내 거점 병원이나 종합병원으로 후송할 수 있는 후송체계를 강화하는 안이다.

그림 5-1. 농어촌 의료 서비스 3단계 전달체계: 제1안



제2안은 현행 3단계 체계의 문제점을 중시하여 지역주민들의 의료 이용 관행에 불편이 없도록 의원급 기관과 공공보건의료기관 모두를 1차 진료기관으로 하고, 2차 진료기관은 병원급 이상으로 구분하는 방법을 강구해 보았다. 여기에서 1차 진료기관은 대부분 생활권내의 의료기관들이 해당되며 지역 범위는 군 단위가 되어 군내의 보건소(보건지소, 진료소 포함)와 의원급 의료기관이 해당된다. 따라서 2차 진료기관들은 생활권밖의 의료기관들이 해당된다. 물론 생활권외의

그림 5-2. 농어촌의 의료 서비스 2단계 전달체계: 제2안



의료기관이라도 의원급이나 보건의료기관의 경우는 1차 의료기관에 속하며 지역내에 있더라도 보건의료원이나 종합병원 및 전문병원급은 2차진료기관으로 분류된다.

진료의 질서를 지키도록 하는 것이 의료 전달체계에서의 핵심이라고 본다. 그리고 그 질서는 의료 이용의 관행이 적용될 수 있을 때 잘 준용되는 것이므로 2단계의 전달체계안이 합리적이라고 본다. 또한 의료 이용의 질서는 또한 주민들의 의료 이용 관행이나 편이성이 고려되어야 하므로 단계를 많이 만드는 것은 불편하다. 그러면서도 본래의 목적인 지역간 의료의 균형 발전과 의료비의 낭비요인제거 효과도 추구해야 한다.

제2안의 경우 생활권내 진료에서는 의료비용의 절감과 지역내 의료자원의 균형 발전을 도모할 수 있는 요소가 충분하다. 그러나 지역내의 보건소나 병의원들이 협동하고 상호보완하는 진료방식을 원활히 해야 한다. 그러지 못하는 경우, 갈등의 요인이 될 수도 있다. 이 체계는 보건소가 새로이 만들어진 지역보건법에서 강조하고 있는 지역보건의료계획 능력을 충분히 발휘하면서 본연의 업무인 보건증진 사업을 중점적으로 수행하는 것을 전제로 한 것이다. 보건소가 외래환자 치료와 수익성있는 진료사업에 치중하여 민간의료기관들과 경합하는 경우에는 이 전달체계의 준수가 어려워진다.

한편 생활권외 진료를 2차진료로 모두 묶어 버리게 되면 도시의 대규모 종합병원이나 지방의 병원들이 경합될 수밖에 없는데 이것은 3단계로 만들어 놓은 현재에도 똑같은 현상이 나타나고 있는셈이다. 결국 1차 진료를 거친 후에는 대부분 환자들이 경제사정이나 질병의 경중에 따라 대도시로 가거나 지방도시 또는 지방병원을 선택하기 때문에 2차와 3차 진료의 질서는 지켜지지 않고 있었다.

이를 과감하게 현실화시켜 두 단계로 체계화하고 지방병원들이 지역내의 전문의사들과 협동진료하는 방법을 동원해 진료과목을 늘리고 진료의 수준을 높이는 등 과감한 서비스 개선 방향으로 운영방법을 개선해 나가야 한다.

2. 농어촌 보건의료기관의 기능 재편 방향

농어촌 보건의료기관의 기능은 본래 주민의 건강관리를 위해 예방의료와 보건사업이 중심이었으나 최근 의료보험 실시 이후 모자라는 의료공급 시설과 인력을 충당하기 위해 보험환자의 진료를 맡게 된 것이다. 면 소재지의 보건지소나 산간 오·벽지 및 섬지역의 보건진

료소는 민간의료기관의 설립이 어려운 곳이기 때문에 앞으로도 계속 보험환자의 진료까지 맡아볼 수밖에 없을 것이다. 그러나 그 진료의 수준이 시설이나 장비 및 인력의 한계로 1차 진료 수준을 넘어설 수는 없기 때문에 문제가 되지 않는다. 오히려 면 단위 이하의 보건기관은 농어민 접근도를 감안하여 시설과 장비를 확충하고 인력을 지원하는 것이 필요하다.

군 단위 보건소의 경우는 그 위치가 지방자치 행정의 소재지로서 대부분 지방자치제 이후 인구가 늘어나고 있고 민간의료기관들이 운영될 수 있는 곳이어서 환자치료나 수익성 진료기능을 높일수록 민간의료기관과의 마찰이 커지는 곳이다. 의료기관간 경쟁이 필요하다고는 하지만 보건기관의 진료비가 낮고 무료봉사 수준에 가까운 서비스이기 때문에 민간의료기관들이 경쟁할 수 없는 것이다. 또한 보건소가 진료사업에 열을 올리면서 경쟁관계에 있는 민간의료기관들을 선도하여 지역내 의료 전달체계를 기획하고 이를 준수하도록 독려하는 등의 지역의료계획과 지도사업 등을 제대로 수행하기는 어렵다고 본다. 이런 점에서 앞으로 보건소의 주요 기능을 다음과 같이 설정해야 한다.

첫째, 서비스 제공 기능에서 지역보건 기획과 조정 등 지역보건의료 정책수립과 집행 기능으로 광역화시키고 지역내 의료의 균형발전을 주도하기 위한 의료 전달체계의 지도기관으로 확립시킬 필요가 있다. 보건소의 이와 같은 기능과 역할을 강화시키기 위해서는 지역보건 계획과 추진 및 성과에 대한 일괄적인 평가 시스템을 개발하여 그 실적에 따라 인센티브를 부여하는 정책추진이 필요하다. 예를 들어 의료 전달체계 수립과 그 준수 실적이 우수한 지역의 보건소에는 정부지원 사업의 우선순위를 높여 주고 지방정부로 하여금 이를 감안한 우대조치가 있을 수 있도록 하는 방법이다.

둘째, 보건소의 고유 업무인 전염병 예방과 방역, 건강관리, 예방

접종, 한방진료, 모자보건과 결핵관리 등 공공보건에 속하는 사업의 수행이다. 이러한 전통적인 사업의 관리는 철저를 기하는 면에서 강조될 수 있다.

셋째, 새로운 의료수요에 부응한 노인, 장애인 등에 대한 보건복지 서비스의 제공기능이 강화되어야 한다. 현재 보건소에서 수행중인 방문 보건 서비스는 이와 같은 기능을 가지고 있으나 인구노령화와 독거노인의 증가 추세를 보면 이 사업이 크게 확대될 수밖에 없는 상태이다.

넷째, 사회변화에 부응하여 보건의료 서비스 기능외에 복지 서비스의 기능도 포괄 수행하는 소위 종합보건복지 서비스센타로서 개편되어야 한다. 특히 농어촌의 급격한 노령화와 노인 핵가족 및 독거노인세대의 증가는 이들에 대한 보살핌이 더 폭넓고 심도있게 다루어져야 할 과제로 이어진다. 이들 노인들에 대한 건강관리서비스가 몸을 움직일 수 없게 될 때 이를 관리하고 간호하면서 운명할 때까지 돌보아 주는 소위 고령보장 서비스 단계까지 이어질 수밖에 없는 상황이 되었다. 노령세대에 대한 부양 전통이 소멸되어 가고 있고 가족제도가 붕괴된 지금의 우리사회에서 산업발전을 위해 본인의 노후대책은 세우지도 못한 채 노구가 되어버린 이들 노령세대를 위해 우리 사회는 짐을 질 수밖에 없고 이러한 역할을 맡기 위해서는 공공보건의료와 복지 서비스가 복합적으로 들어가는 것이 가장 효율적이라고 생각하기 때문이다. 결국 보건소가 장기적으로는 농어촌의 보건복지 종합사무소의 기능으로 확대되어야 하며 지역의 사회복지 사업까지 통합해야 할 것이다.

다섯째, 위와 같은 보건소의 기능과 역할 변화에 상응하는 보건소 자체의 조직 재편과 관리체계가 수립되어야 한다. 연구자에 따라서는 보건소의 책임행정기관제 또는 민영화나 민간대행 등의 주장을 하고 있지만 이는 보건소가 지방정부에 속해 있으면서 사업내용은

모두 보건복지부의 업무지시를 받는 등 행정상의 업무추진체계만 정비될 수 있다면 굳이 이와 같은 체제개혁은 필요없다고 본다. 지금까지 제시된 업무와 기능들을 원만하게 수행할 수 있으려면 인사, 행정, 재정과 업무추진체계가 상호연계되어 사업수행이 원만하게 발전할 수 있도록 하는 방법은 여러 가지 인사제도, 성과평가와 보상제도, 재정차등지원제도 등에서 동원시킬 수 있을 것이다.

보건의료기관을 민영화하는 것은 곤란하다고 본다. 농어촌 최일선의 보건과 의료사업은 수익성을 맞출 수 없는 부문이고 이를 맡아줄 기관은 공공기관일 수밖에 없기 때문이다. 뿐만아니라 예방의료나 보건복지 서비스 업무의 확장이 필요한 상황에서 이 사업을 맡아야 할 보건기관의 민영화는 복지정책의 후퇴로 이어질 가능성이 크기 때문이다.

보건소의 기능과 역할 및 사업방향이 이와 같이 확고하게 정해지면 민간의료기관과의 경합이나 수익성 진료사업으로의 집중은 막을 수 있으며 하부조직인 읍면보건지소와 보건진료소의 업무방향도 정해지게 된다. 보건지소가 지역보건 기획과 추진에 한 역할을 하도록 하기 위해서는 보건지소장인 공중보건의사 중심으로 운영되어서는 어렵다. 왜냐하면 공중보건의사는 의료인으로서의 능력은 있지만 행정수행능력은 부족하기 때문이다. 따라서 보건지소의 행정수행 능력이 강화되어야 하며 특히 노인복지 서비스가 추가될 경우는 이를 수행할 수 있는 기능이 인력이나 장비면에서 확충되어야 한다.

또한 보건지소의 공중보건의사 제도도 이제는 은퇴한 의사나 보통의사들 중에서 농어촌 현지봉사를 원하는 사람을 뽑아 정규 인력으로 임명하는 "고향의사제도"를 도입, 항구적인 의료인력으로 활용하는 방법이 시범적으로 수행될 필요가 있다. 그리고 이러한 사업이 성공적으로 수행된다면 점차적으로 그 인력을 확보해 나가는 방법도 고려해 볼 수 있다.

보건진료소의 경우는 이미 현지 주민들과의 밀착된 의료관계 속에서 보건의료사업외에 노인건강관리 기능까지 수행하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이들 간호사 출신 인력들은 특히 노인들의 건강관리나 거동불편자의 간호 및 고령보장 서비스 업무수행에 적격자들이므로 이들을 활용하여 우리 나라 농어촌의 보건의료와 복지 서비스 복합행정체계 수행의 첨병으로 활용할 수 있을 것으로 보인다.

3. 농어촌 민간병원의 기능과 역할 재정립

농어촌 민간 병의원의 기능은 자유직업으로서의 의료업이기 때문에 인위적으로 이를 고치거나 통제할 수는 없다. 그러나 정부가 재정지원이나 제도적 지원을 통해 어느 정도는 유도가 가능하다. 지금까지 농어촌 보건의료의 문제점들을 검토한 결과 의료자원의 균형발전을 위해 의료 전달체계를 만들어 어느 정도 통제해 왔으나 그 체계가 제대로 준수되지 못하고 있었다. 그 원인은 3단계의 통제방식이 농어촌주민들의 의료 이용 관행이나 편익에 부합되지 못했기 때문이었다. 따라서 이들의 관행이나 편익에 부합되도록 2단계 체계로 개편하게 된다면 군 단위를 경계로 생활권내 의원급 및 공공보건의료기관을 1차 의료기관으로 하고 생활권외의 병원급 이상의 의료기관을 2차 의료기관으로 하는 방법이 합리적이라고 보았다. 이 경우 생활권내의 1차 의료기관들은 보건기관들과의 경합이 우려되나 보건기관들의 주업무를 예방의료나 보건기획과 추진 등 지역의료정책 기능으로 집중시켜 진료기능은 민간 병의원이 없는 곳에서만 활성화시키도록 하면 점차 문제가 없어질 것으로 보인다. 그러나 2차 의료기관들의 경우에는 대도시의 대형 종합병원들과 경합하게 되므로 이를 극복하기 위한 노력이 필요하다. 의료시설과 장비확충은 물론 서비

스의 질을 높이기 위해 지역내 보건기관이나 의원급 전문기관들과의 협동진료 체계를 수립하고 서비스 개선을 추진해야 한다. 이와 같은 경쟁은 2차, 3차 진료체계가 있는 지금도 있는 일이기 때문에 전혀 새로운 과제는 아니다. 그러나 지금까지는 형식적 절차가 있어 왔지만 2단계 전달체계로 바뀌면 그 형식적 절차마저 없어져 농어촌 지역병원 이용률에 변동이 약간 있을 것으로 보인다.

한편 농어촌의 민간병원들은 그 운영 실태를 정확하게 평가하여 지역 실정에 맞지 않거나 유지 가능성이 없는 경우는 이를 선별하여 과감하게 정리할 필요가 있다. 차관도입 병원이나 농어촌발전기금 지원으로 설립된 취약지 병원들 중 과대시설 병원의 일부 잉여시설은 매각처분하거나 새로운 수요가 있는 분야로의 활용 등 정비를 유도하고 영세시설로 경영이 어려운 병원은 장기적인 수요예측에 기초하여 필수 시설을 보강해야 한다.

이와 같은 일련의 농어촌 민간병원 구조개선 사업이 앞으로 지원될 농어촌 특별세 재정지원 대상의 심사기준에 준용되어야 한다. 한편 모든 군 단위 지역내에 종합병원이나 중대규모의 병원이 각각 군마다 설립될 경우 과잉시설로 그 운영이 어려워질 것은 자명하다. 농어촌 인구의 감소와 건강수준의 향상 등으로 의료 이용률이나 수진률이 크게 증가할 이유가 없기 때문이다. 그러므로 몇 개의 군에 규모가 있고 시설이 갖추어진 병원하나 정도가 건전하게 유지될 수 있도록 유도하는 지역별 거점 병원체계가 수립되어야 할 것이다. 이러한 거점 병원 육성제도에 관한 논의는 이미 여러 곳에서 논의된 바 있기에 그 설명은 생략한다.

그 다음 농어촌 민간병원의 의료 서비스 질 향상을 위해 24시간 서비스를 강화하고 필수시설인 응급실, 수술실, 중환자실, 신생아실 등 경영수지와 관계없이 유지되어야 할 시설의 설치와 운영에 대해서는 일부의 지원도 필요하다. 또한 이들 민간병원의 경영여건 조성

을 위해 병원외래환자의 본인 부담금 제도를 조정하되 보건소와 의원급 및 병원급 기관간의 격차를 어느 정도 균등하게 조정하고 의료수가를 현실화하여 본인부담은 낮추되 보험수가는 상향조정하는 방안이 강구되어야 할 것이다.

한편 농어촌 병원·의원, 보건소 등에 우수한 의료인력을 유치할 수 있는 종합적인 인력 대책이 필요하다. 선행외국에서는 농어촌지역의 우수 의료인력을 확보하기 위해 '대학 특례입학 제도'를 활용(영국)했다고 한다. 우리 나라에도 이미 대학 특례입학 제도가 도입되어 있으므로 이 제도에서 지역내 주민의 추천을 받거나 지방자치단체의 추천으로 의과계 대학에 특례입학이 허용되고 지역장학금이나 정부의 장학금으로 공부를 지원한 후 졸업하면 고향에 돌아와 고향사람들의 건강관리를 위해 일하게 하는 '고향의사 제도'의 도입도 필요하다. 이 제도는 공중보건의사를 은퇴한 의사나 지역 또는 고향에 봉사하겠다는 의사들로 대체하는 '고향의사 제도'와 함께 병행할 경우 어느정도 인력확보에 도움이 될 수 있을 것으로 본다.

끝으로 농어촌의 질병발생의 특성에 따른 노인성 질병과 노인전문병원 또는 노인 전문병실 설치가 필요하며 농어민들의 농부증과 관련되는 전문성 질병 치료실과 물리치료실 등을 갖추어 농어촌 병원으로서의 특징과 차별성을 강화하는 것이 도시 병원이나 종합병원과의 경쟁력을 가지는 방법이다. 이러한 특성적인 질병대책을 위해 필요한 제도적 조치나 지원은 정부차원에서도 고려되어야 하며 특히 농어촌특별세 재정 지원의 우선순위 유도 방식에 포함될 수 있는 대책이라고 생각한다.

이상에서 제시한 여러 가지의 개선 방안들은 근본적인 우리 나라 의료제도의 개선을 통해서만 가능한 것도 있고 농특세 재정지원 수준에서 가능한 것도 있다. 그러나 중요한 것은 이러한 제도개선이 지역주민의 의료 이용 편익 추구와 보건증진이라는 차원에서 추진되어

야 하며 따라서 장기적으로는 우리 나라의 의료제도가 1차 의료를 중심으로 하는 가정의사제도 또는 지정의사제도로 정착되어야 한다고 본다. 모든 질병은 우선 가정의사나 지정의사에게 진료를 받고 전문의사에게 갈 것인가를 결정토록 하는 이 제도는 완전한 의료질서를 추구할 수 있는 제도이기 때문이다.

제 6 장

요약 및 결론

우리 나라의 의료시설과 의료인력은 교통여건이 좋고 인구가 밀집된 도시지역에 90% 이상이 편중되어 있고 농어촌에는 10%도 못 되는 의료시설과 인력이 분포되어 있다.

그 동안 정부는 농어촌 의료시설과 인력 부족문제 해결을 위해 1978년부터 OECF 및 KFW 차관 의료취약지 민간병원 설립을 지원했다. 이어서 1989년에도 병원이 없는 지역에 추가 설립을 위해 농어촌 발전기금 특별지원사업이 이루어졌다. 그러나 이와 같은 민간병원 설립만으로는 농어촌지역 모든 곳의 의료공급 부족문제를 근본적으로 해결할 수 없었다.

따라서 공공보건의료기관이 농어촌 의료를 공급할 수밖에 없는 상태가 지금까지 이어져 왔다. 특히 의료보험이 실시되면서 농어촌의 부족한 의료공급처 문제 해결을 위해 예방의료와 보건관리를 전담하고 있는 보건기관에 보험진료기능을 부여함으로써 시설과 장비 및 인력부족에 따른 의료의 질적 불형평성 문제까지 수반하게 되었던 것이다. 또한 보건의료기관들은 보험진료를 통해 발생하는 수입으로 기관운영비용을 보탤 수 있게 되자 본연의 보건관리와 예방의료보다는 보험진료에 치중하고 있어 질병예방과 건강관리가 소홀해지게 되

었다.

우리 나라 농어촌은 도시산업의 급속한 발전으로 인구가 급격히 줄어들고 있으며 따라서 그나마 몇 개 안되는 농어촌의 민간 병원·의원 들마저 경영이 어려운 상황이었다.

이와 같은 취약한 농어촌의 의료여건을 개선하고 농어촌 보건의료기관이나 농어촌 병원들의 시설장비를 확충할 수 있도록 1994년부터 농어촌특별세 재정에서 농어촌 보건의료 지원사업을 추진하게 되었다. 이 사업은 농어촌의 공공보건의료사업 지원과 민간병원 융자지원 사업을 통해 이미 5년 동안 1,821억원의 막대한 재정이 투자되었다. 그러나 보건의료지원사업은 농민들의 접근도가 높고 민간의료기관이 들어설 수 없는 면 단위 보건지소와 오·벽지 보건진료소를 중심으로 그 진료 기능을 강화시켜야 하는데 오히려 민간의료기관들이 들어서 있는 군 소재지의 보건소를 병원급으로 지어 주는 사업에 집중 투자해 왔다. 그 결과 보건소의 진료기능이 강화되면서 군 소재지 병원·의원들과의 마찰이 심해졌고, 군 소재지 주변의 농어촌 주민들을 제외한 대부분의 농어촌 주민들은 농특세 지원의 혜택을 받지 못하고 있는 실정이다.

농어촌 취약지 민간병원 지원사업도 민간병원을 설립할 때 들여온 해외차관의 환차손이나 과대시설로 인한 적자를 보전해 주는 효과밖에 없었다고 평가되고 있다.

이러한 상태에서 우리 농어촌의 보건의료 정책을 치밀한 계획하에 추진하지 않으면 농어촌 의료 공급체계는 더 큰 혼란을 겪을 수밖에 없을 것으로 보인다. 또한 이를 이용해야 하는 농어민들도 취약해지는 보건의료여건 때문에 여러 가지 불이익을 당하게 될 것이다.

이와 같은 현실적 문제를 해결함으로써 보건의료기관의 예방의료나 보건관리 기능이 강화되어 근본적으로 질병발생을 억제할 수 있고 민간 병의원들의 시설이나 인력이 보강되어 더 나은 의료를 제공

하기 위한 체계적인 대책이 강구되어야 할 때이다.

이 연구에서는 지금의 농어촌 보건의료 서비스 공급과 이용상에서 발생되고 있는 여러 가지 문제점들을 구체적으로 파악하고 이들의 원인분석을 통해 대안을 강구해 보고자 하였다. 우선 농어촌 질병 발생의 특성과 의료수요의 변화에 따른 보건의료 이용 실태를 살펴보고 공공보건의료체계와 민간의료체계 및 주민의 이용 체계에 기초한 현행 의료 전달체계의 문제점을 검토하는 것이다.

그 다음은 농어촌지역 의료공급의 양적·질적 부족 문제를 해결하기 위해 추진되어 온 농특세 재정의 보건의료 지원사업과 농어촌 민간 병의원 지원사업의 실태와 문제점을 검토했다.

이와 같이 검토된 문제점들을 토대로 합리적인 농어촌 의료공급 체계와 이용체계를 구상코자 하였다. 특히 농어촌의 기초의료와 보건관리를 전담하고 있는 보건의료기관과 진료기능을 맡고 있는 민간 병원·의원을 하나의 연계된 지역 보건의료망으로 보고 상호 기능을 분담하게 하는 새로운 의료 전달체계를 구상하였다.

이 연구를 위해 지역주민들의 의료 이용 체계와 이용상의 문제점 및 의료기관에 대한 의견조사를 실시했으며 관련 의료기관의 경영실태와 직원들의 의견조사도 있었다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

농어촌 의료 이용은 농어촌에서 발생되고 있는 질병의 특성에 따라 다르게 나타나고 이와 같은 질병은 농어촌사회의 사회변화 특히 인구구조의 변화와 농업경영 형태의 변화 등에 영향을 크게 받게 된다. 농어촌 질병의 특성은 농어촌 인구 노령화와 농업경영의 기계화, 화학화, 시설농업화 등의 영향으로 노인성 질환과 만성퇴행성질환, 농약중독증, 농기계사고, 농부증 등이 특징적으로 나타나고 있다.

이들의 의료 이용 형태는 경제적으로 취약한 계층이 대부분이며 노인인구가 대다수이어서 교통비가 들지 않는 가까운 곳의 값싼 진

료를 가장 많이 이용하고 있었다. 따라서 보건진료소나 보건지소 및 보건소의 이용률이 증가 추세에 있다.

그러나 대부분의 의료 이용 선호도는 이름있는 대규모 종합병원에 몰리고 있으며 그 결정은 질병의 경중에 따라 그리고 경제사정에 따라 생활권지역내 의료기관(경미한 질병)과 생활권지역외의 종합병원(중한 질병)을 선택하게 된다.

이와 같이 농어촌지역 주민들의 의료 이용 형태가 주로 질병의 경중에 따라 그리고 교통사정이나 경제적 능력에 따라 생활권역내 의료기관과 지역외의 이름있는 병원으로 나뉘어지고 있어 현행의 3단계(1차, 2차, 3차 의료) 의료 전달체계는 지켜지지도 않고 형식적으로만 남아 있는 실정이었다. 따라서 이와 같은 불합리한 의료 전달체계는 그 본래의 목적이 추구될 수 있는 범위에서 지역주민들의 의료 이용 관행에 맞게 개선될 필요가 있었다.

농어촌 주민들의 의료 이용 특성이 보건의료 기관과 민간의료기관을 구분하지 않고 각자의 경제적 사정이나 교통여건 및 질환의 경중에 따라 진료기관을 결정하는 것으로 나타났으므로 의료 전달체계에서 여러 단계로 절차를 만드는 것은 불편만을 초래할 것이다. 그러나 한편 의료 이용의 절차가 전혀 없을 경우 의료비의 낭비요인이 크게 증가하고 지역간 의료자원의 균형발전도 기하기 어렵게 될 것이므로 이러한 문제가 발생되지 않도록 하면서도 주민의 의료 이용 관행을 살려줄 수 있는 효율적인 의료 전달체계가 필요하다.

우선 효과적으로 의료 이용의 편익을 제공할 수 있는 전달체계는 보건기관과 민간의료기관이 상호보완하고 협동할 수 있도록 만들어질 필요가 있다. 민간의료기관이 들어설 수 없는 면 단위 지역이나 그 하부의 부락과 오지, 벽지, 섬에는 수익성과 관련 없이 주민의 건강을 보살펴야 할 공공보건의료기관이 1차 의료를 맡을 수밖에 없다. 곳에따라서는 도시화되었거나 규모가 큰 면 소재지와 부락이 있

는데 이런 곳에 민간의료기관이 들어서게 되면 공공의료기관인 보건지소나 진료소는 진료 중심의 사업을 지양하고 보건관리나 예방, 의료 등 비영리 사업 중심으로 운영방향을 바꾸어 나가는 상호 보완과 협조가 필요하다.

병원급 의료기관이 없는 곳에 보건소를 병원급으로 확대하여 보건의료원을 만드는 것는 장기적으로 이곳에 민간병원의 개업이나 민간의원급 의료기관들의 발전을 저해하는 요인이 될 수도 있다. 보다 바람직한 것은 병원급 의료기관이 없는 군지역에서 응급한 수술 환자가 발생한 경우 군내 전문의원들이 보건소에 모여 함께 시술을 할 수 있는 협동체제가 이루어 질 수 있어야 한다. 반대로 농어촌의 중소규모 민간병원에 진료과목 개설이 되어있지 못한 분야를 관내의 보건의료기관에 숙련된 관련전문의사가 공중보건의사로 근무하고 있다면 그 공중보건의사가 민간병원에서 한 분야를 정기적으로 맡아주는 정도의 협동체계가 필요하다.

권역제한이 없어져도 의료 이용의 절차가 있으면 의료 전달체계는 크게 영향을 받지 않는다. 왜냐 하면 의료기관의 규모와 형태가 인구밀도에 비례하여 커지고 있기 때문이다. 그런데 현행의 3단계 의료이용 절차를 중심으로 하는 현행 의료 전달체계는 앞에서 검토한 바와 같이 잘 지켜지지 않고 그로 인한 의료비용의 낭비나 지역간 의료자원의 균형발전이 저해를 받을 우려가 있는 상태이다. 따라서 진료의 질서가 잘 지켜지고 이를 통해 지역의료의 질이 향상될 수 있도록 다음과 같은 두 가지 전달체계 보완형을 구상해 보았다.

제1안은 현행 의료 전달체계 중 의료기관간 지역내의 협동진료를 강화하고 중환자의 경우 지역내 거점 병원이나 종합병원으로 후송할 수 있는 후송체계를 강화하는 안이다.

제2안은 현행 3단계 체계의 문제점을 중시하여 지역주민들의 의료이용 관행에 불편이 없도록 의원급 의료기관과 보건의료기관 모두를

1차 진료기관으로 하고 병원급 이상의 의료기관을 모두 2차 진료기관으로 구분하는 2단계 의료 전달체계이다. 여기에서 1차 진료기관이 대부분의 농어촌 지역에서는 생활권역내의 의료기관들이며 (보건소, 보건지소, 진료소, 의원급 의료기관 등) 2차 진료기관들은 생활권역 즉 군 단위를 벗어나는 지역의 의료기관들이 해당된다. 이 경우 의료 전달체계는 농어촌 주민들의 생활권이나 의료 이용의 관습에 부합되므로 진료의 질서가 쉽게 수립될 수 있을 것이다.

앞으로의 의료 전달체계 수립의 의미는 권역을 제한하거나 절차를 만드는 것 보다는 진료의 질서를 지키도록 하는 것이 의료 전달체계에서의 핵심이라고 본다. 의료 이용의 질서는 또한 주민들의 의료 이용 관행이나 편이성을 고려할 때 단계를 많이 만드는 것은 바람직하지 않다. 그러면서도 본래의 목적인 지역간 의료의 균형 발전과 의료비의 낭비요인제거 효과도 추구해야 한다. 이와 같은 전달체계를 전제로 할 때 앞으로 보건소의 주요 기능을 다음과 같이 정립해야 한다.

첫째, 서비스 제공 기능에서 지역보건 기획과 조정 등 지역보건의료 정책수립과 집행 기능으로 광역화시키고 지역내 의료의 균형발전을 주도하기 위한 의료 전달체계의 지도세력으로 확립시킬 필요가 있다. 보건소의 이와 같은 기능과 역할을 강화하기 위해서는 지역보건 계획과 추진 및 성과에 대한 일괄적인 평가 시스템을 개발하여 그 실적에 따라 인센티브를 부여하는 정책추진이 필요하다. 예를 들어 의료 전달체계 수립과 그 준수 실적이 우수한 지역의 보건소에는 정부지원 사업의 우선순위를 높여 주고 지방정부로 하여금 이를 감안한 우대조치가 있을 수 있도록 하는 방법이다.

둘째, 보건소의 고유 업무인 전염병 예방과 방역, 건강관리, 예방접종, 한방진료, 모자보건과 결핵관리 등 공공보건에 속하는 사업의 수행이다. 이러한 전통적인 사업의 관리는 철저를 기하는 면에서 강

조될 수 있다.

셋째, 새로운 의료수요에 부응한 노인, 장애인 등에 대한 보건복지 서비스의 제공기능이 강화되어야 한다. 현재 보건소에서 수행중인 방문보건서비스는 이와 같은 기능을 가지고 있으나 인구노령화와 독거노인의 증가 추세를 보면 이 사업이 크게 확대될 수밖에 없는 상태이다.

넷째, 사회변화에 부응하여 보건의료 서비스 기능 외에 복지 서비스의 기능도 포괄 수행하는 소위 '종합 보건복지 서비스 센타'로 개편되어야 한다. 특히 농어촌의 급격한 노령화와 노인 핵가족 및 독거노인세대의 증가는 이들에 대한 건강관리 서비스가 몸을 움직일 수 없게 될 때 이를 관리하고 간호하면서 운명할 때까지 돌보아 주는 소위 고령보장 서비스 단계까지 이어질 수밖에 없는 상황이 되었다. 노령세대에 대한 부양 전통이 소멸되고 있고 가족제도가 붕괴된 지금의 우리사회에서 산업발전을 위해 본인의 노후대책은 세우지도 못한 채 노구가 되어버린 이들 노령세대를 위해 우리 사회는 짐을 질 수밖에 없고 이러한 역할을 맡기 위해서는 공공보건의료와 복지 서비스가 복합적으로 들어가는 것이 가장 효율적이라고 생각하기 때문이다. 결국 보건소가 장기적으로는 농어촌의 보건복지 종합사무소의 기능으로 확대되어야 하며 지역의 사회복지 사업까지 통합해야 할 것이다.

다섯째, 위와 같은 보건소의 기능과 역할 변화에 상응하는 보건소 자체의 조직 재편과 관리체계가 수립되어야 한다. 연구자에 따라서는 보건소의 책임행정기관제 또는 민영화나 민간대행 등의 주장을 하고 있지만 이는 보건소가 지방정부에 속해 있으면서 사업내용은 모두 보건복지부의 업무지시를 받는 등 행정상의 업무추진체계만 정비될 수 있다면 굳이 이와 같은 체제개혁은 필요없다고 본다. 지금까지 제시된 업무와 기능들을 원만하게 수행할 수 있으려면 인사,

행정, 재정과 업무추진체계가 상호연계되어 사업수행이 원만하게 발전할 수 있도록 하는 방법은 여러 가지 인사제도, 성과평가와 보상제도, 재정차등지원제도 등에서 동원시킬 수 있을 것이다. 보건소의 기능과 역할 및 사업방향이 이와 같이 확고하게 정해지면 민간의료기관과의 경합이나 수익성 있는 진료사업으로의 집중은 막을 수 있으며 하부조직인 면보건지소와 보건진료소의 업무방향도 정해지게 된다.

보건지소가 지역보건 기획과 추진에 한 역할을 하도록 하기 위해서는 보건지소장인 공중보건의사 중심으로 운영되어서는 어렵다. 왜냐 하면 공중보건의사는 의료인으로서 능력은 있지만 행정수행 능력은 부족하기 때문이다. 따라서 보건지소의 행정수행 능력이 강화되어야 하며 특히 노인복지 서비스가 추가될 경우는 이를 수행할 수 있는 기능이 인력이나 장비면에서 확충되어야 한다.

또한 보건지소의 공중보건의사제도도 이제는 은퇴한 의사나 보통의사들 중에서 농어촌 현지봉사를 원하는 사람을 뽑아 정규 인력으로 임명하는 "고향의사제도"를 도입, 항구적인 의료인력으로 활용하는 방법이 시범적으로 수행될 필요가 있다. 그리고 이러한 사업이 성공적으로 수행된다면 점차적으로 그 인력을 확보해 나가는 방법도 고려해 볼 수 있다.

보건진료소의 경우는 이미 현지 주민들과의 밀착된 의료관계 속에서 보건의료사업외에 노인건강관리 기능까지 수행하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이들 간호사 출신 인력들은 특히 노인들의 건강관리나 거동불편자의 간호 및 노령서비스 업무수행에 적격자들이므로 이들을 활용하여 우리 나라 농어촌의 보건의료와 복지 서비스 복합행정체계 수행의 첨병으로 활용할 수 있을 것으로 보인다.

농어촌 민간 병의원의 기능은 자유직업으로서의 의료업이기 때문에 인위적으로 이를 고치거나 통제할 수는 없다. 그러나 정부가 재

정지원이나 제도적 지원을 통해 어느 정도는 유도가 가능하다.

지금까지 농어촌 보건의료의 문제점들을 검토한 결과 의료자원의 균형발전을 위해 의료 전달체계를 만들어 어느 정도 통제해 왔으나 그 체계가 제대로 준수되지 못하고 있었다. 그 원인은 3단계의 통제 방식이 농어촌주민들의 의료 이용 관행이나 편익에 부합되지 못했기 때문이었다. 따라서 이들의 관행이나 편익에 부합되도록 2단계 체계로 개편하게 된다면 군 단위를 경계로 지역내 의료기관을 1차 의료기관으로 하고 지역외에 의료기관을 2차 의료기관으로 하는 방법이 합리적이라고 보았다. 이 경우 지역내의 1차 의료기관들은 보건기관들과의 경합이 우려되나 보건기관들의 주업무를 예방의료나 보건기획과 추진 등 지역의료 정책 기능으로 집중시켜 진료기능은 민간 병의원이 없는 곳에서만 활성화시키도록 하면 점차 문제가 없어질 것으로 보인다.

한편 농어촌의 민간병원들은 그 운영 실태를 정확하게 평가하여 지역 실정에 맞지 않거나 유지 가능성이 없는 경우는 이를 선별하여 과감하게 정리할 필요가 있다. 차관도입 병원이나 농어촌발전기금 지원으로 설립된 취약지 병원들 중 과대시설 병원의 일부 잉여시설은 매각처분하거나 새로운 수요가 있는 분야로의 활용 등 정비를 유도하고 영세시설로 경영이 어려운 병원은 장기적인 수요예측에 기초하여 필수 시설을 보강해야 한다. 이와 같은 일련의 농어촌 민간병원 구조개선 사업이 앞으로 지원될 농어촌 특별세 재정지원 대상의 심사기준에 준용되어야 한다.

그 다음 농어촌 민간병원의 의료 서비스의 질을 높이기 위해 24시간 서비스를 강화하고 필수시설인 응급실, 수술실, 중환자실, 신생아실 등 경영수지와 관계없이 유지되어야 할 시설의 설치와 운영에 대해서는 일부의 지원도 필요하다. 또한 이들 민간병원의 경영여건 조성을 위해 병원외래환자의 본인 부담금 제도를 조정하되 보건소와

의원급 및 병원급 기관간의 격차를 어느 정도 균등하게 조정하고 의료수가를 현실화하여 본인 부담은 낮추되 보험수가는 상향조정하는 방안이 강구되어야 할 것이다.

한편 농어촌 병원·의원, 보건소 등에 우수한 의료인력을 유치할 수 있는 종합적인 인력 대책이 필요하다. 선행외국에서는 농어촌지역의 우수 의료인력을 확보하기 위해 대학특혜입학제도를 활용(영국)했다고 한다. 우리 나라에도 이미 특례입하제도가 도입되어 있으므로 이 제도에서 지역내 주민의 추천을 받거나 지방자치단체의 추천으로 의과계 대학에 특례입학이 허용되고 지역장학금이나 정부의 장학금으로 공부를 지원한 후 졸업하면 고향에 돌아와 고향사람들의 건강관리를 위해 일하게 하는 '고향의사 제도'의 도입도 필요하다. 이 제도는 공중보건의사를 은퇴한 의사나 지역 또는 고향에 봉사하겠다는 의사들로 대체하는 '고향의사·제도'와 함께 병행할 경우 어느정도 인력확보에 도움이 될 수 있을 것으로 본다.

끝으로 농어촌의 질병발생의 특성에 따른 노인성 질병과 노인전문병원 또는 노인 전문병실 설치가 필요하며 농어민들의 농부증과 관련되는 전문성 질병 치료실과 물리치료실 등을 갖추어 농어촌 병원으로서의 특징과 차별성을 강화하는 것이 도시 병원이나 종합병원과의 경쟁력을 가지는 방법이다. 이러한 특성적인 질병대책을 위해 필요한 제도적 조치나 지원은 정부차원에서도 고려되어야 하며 특히 농어촌특별세 재정 지원의 우선순위 유도 방식에 포함될 수 있는 대책이라고 생각한다.

이상에서 제시한 여러 가지의 개선 방안들은 근본적인 우리 나라 의료제도의 개선을 통해서만 가능한 것도 있고 농특세 재정지원 수준에서 가능한 것도 있다. 그러나 중요한 것은 이러한 제도개선이 지역주민의 의료 이용 편익 추구와 보건 증진이라는 차원에서 추진되어야 한다.

장기적으로는 우리 나라의 의료제도가 1차 의료를 중심으로 하는 가정의사 제도 또는 지정의사 제도로 정착되어야 한다고 본다. 모든 질병은 우선 가정의사나 지정의사에게 진료를 받고 전문의사에게 갈 것인가를 결정토록 하는 제도야말로 완전한 의료질서를 추구할 수 있는 제도이기 때문이다.

Abstract

Proposal for Improving Rural Medical Care System

In order to improve medical care system in rural and fishery areas, the Korean government began to support establishing private hospitals in poor medical care service areas, with implementing of health insurance system since 1977. In 1988, rural development fund supported establishing the private hospitals in rural areas. Since 1994, finance from the rural special tax has funded rural medical care service support program. With the help from the above support programs rural medical care environment has been improved quite a bit, however, there still remains many problems. Most of private hospitals in poor medical care service areas have faced financial problems due to decrease in rural population and aggravation of rural situations.

Current rural special tax support program has spent most of its expenditures on providing medical facilities and equipment of public health centers in county levels. Enforcing medical treatment service in public health centers has brought conflicts between private hospitals/clinics and public health centers, and support programs for rural private hospitals have only mitigated financial aggravation.

The objectives of this study are; 1) to investigate supply situation of medical care services in rural areas and discuss

difficulties of accessibility in medical care service in rural areas, and 2) to analyze the existing problems in rural medical care system and devise proper measures to supply good quality medical care service to rural residents.

Rural residents' diseases can be characterized as aging of rural population, diseases from agricultural mechanization, chemicals, and vinyl housing, which cause geriatric diseases, chronic degenerative diseases, pesticide-poisoning diseases, agro-mechanical accidents, and farmer's diseases. Because most of rural residents are aged and in low-income group, they prefer to use cheap medical care services supplied by public medical institutions in the community. Hence, demand for medical care services by primary health care posts, health sub-centers, and public health centers have been increasing.

Rural residents choose to use either public medical institutions in the region or famous hospitals outside the region, depending on seriousness of diseases, transportation situation, and their own solvencies. Therefore, the current 3 step health care delivery system is not working quite effectively.

Since most of medical facilities and medical manpower are intensively distributed in urban areas, establishing cooperative system between public medical institutions and private medical institutions in rural areas is desirable in order to supply good quality medical care services. We propose two alternatives herewith to establish the cooperative system.

Proposal 1 is to maintain the current 3 step medical delivery system and reinforce the cooperative system between medical institutions in the region, which is to reinforce cooperative medical

care service between primary health care facilities and secondary hospitals, and furthermore in cases of serious patients, to reinforce delivery system to regional central hospitals or general hospitals(tertiary hospitals).

Proposal 2 is to establish 2 step medical delivery system between primary health care facilities and secondary hospitals, in which primary health care facilities and private clinics in the region are entitled to serve primary medical care, and general hospitals nearby (outside) the region are entitled to serve secondary medical care.

It is noteworthy that all of primary health care facilities and private clinics are grouped as primary medical care institutions, and public hospitals, general hospitals and special hospital are grouped as secondary medical care institutions. Here, we suggest that proposal 2 is more desirable than proposal 1.

In 2 step medical delivery system, public medical institutions minimize medical treatment services and rather focus on prevention activities. Firstly, public medical institutions have to be main centers for planning and executing regional health care programs. Secondly, public medical institutions continue to conduct principal public health services such as control of communicable diseases, health babies, health care and nursery of women in child birth or with new born babies, and control of tuberculosis.

Thirdly, public medical institutions have to be reorganized as a 'general welfare service center'(a provisional name) which covers welfare services as well as medical care services. Fourthly, it is necessary to reorganize the current public medical institutions and

establish new management system in accordance with the changes in medical services served by the public medical institutions.

Problematic competition between private medical institutions and public medical institutions in rural areas can be settled by letting public medical institutions focus on preventive medical services and planning of regional health care policy, but conduct medical treatment services only when no private medical institutions exist in the region. Meanwhile private medical institutions in rural areas need to be evaluated of their financial status and make structural reforms.

In addition, it is important to take general measures to invite medical personnel with great expertise in rural areas. It is recommended to utilize "hometown public doctor system" out of the retired medical doctors or the currently practiced special system of college entrance for rural youth.

Researcher: Joung Myoung-Chae, Choi Kyung-Hwan, Gim Uhn-Soon
E-mail address: joungmc@kreisun.krei.re.kr

부록 1. 의료인력 국제 비교

부표 1. 의료인력 국제비교

		의사 1인당인구	치과의사 1인당인구	약사 1인당인구	간호사 1인당인구	병상당 인구
한국	1990	887	4,457	1,155	482	320
	1991	838	4,268	1,127	454	300
	1992	791	3,869	1,104	432	287
	1993	746	3,620	1,080	408	277
	1994	714	3,436	1,057	389	244
	1995	681	3,278	1,036	372	246
	1996	663	3,169	1,022	358	218
	1997	641	2,992	1,004	343	-
주요 선진국	일본 ('94)	642	1,580	1,174	145	62
	미국 ('96)	379	1,599	1,435	123[1]	242
	스웨덴 ('96)	324	995	1,465	98	179
	독일 ('96)	293	1,334	1,799	111[1]	105
	영국 ('95)	641	2,663	1,691	234[2]	223[3]
	프랑스 ('96)	340	1,467[1]	1,005	170[1]	115
	오스트리아 ('96)	360	2,125	1,928	115	109
	이탈리아 ('96)	183	1,942	1,040	183	167
	덴마크 ('95)	345	1,926	5,592	149	204[3]
	캐나다 ('96)	475	1,826	1,626	112[1]	198[4]

1) 1995년도 자료임.
2) 1988년도 자료임.
3) 1996년도 자료임.
4) 1997년도 자료임.
· 면허등록 의료인수이며 한의사 포함
·· 진료활동 의료인수임, 간호인력의 경우 국가에 따라 간호조무사 포함.

자료: OECD, OECD Health Data '97-A Software for the Comparative Analysis of 29 Health System.

부록 2. 농어촌 특별세 관리 특별회계(농특) 융자계획

1. 목적

병원의 부족병상을 확충하여 입원환자의 장기간 대기에 따른 국민의 의료 이용 불편을 해소하고, 중소병원의 전문화 및 농어촌지역의 기존 노후 의료시설의 기능을 보강하여 양질의 의료 서비스를 제공코자 함.

2. 사업추진방향

○ 의료시설의 설치 운영 능력이 있는 자에게 장기저리의 금융자금 융자를 통해 시설투자를 유도하여 부족한 의료시설을 확충토록 함 (병상 확충은 병상이 부족한 진료권의 병상 확충에 한함).

○ 농어촌지역 기존 의료시설의 개보수 및 노후 장비를 교체하여 기능을 보강함.

○ 중소병원의 전문화에 중점 지원하여 중소병원의 기능을 강화함으로써 의료 서비스 수준을 향상함.

○ 부족병상 확충후 예산집행잔액 발생시 별도의 사업계획에 따라 기존병원에 대하여 개보수 및 장비구입비를 융자하여 그 기능을 보강토록 함.

3. 융자사업계획

가. 융자조건 및 융자기준

■ 융자액 및 융자조건

부표 2. 융자액 및 융자조건

단위: 억원

구 분	농어촌특별세관리 특별회계(농 특)					
	계	병 상 확 충	개 보 수		장 비	
			병원	의원	병원	의원
융 자 액	229.7	40	40	20	79.7	50
융자조건	연리 5.5%, 5년 거치 10년 상환					

* 신청금액 따라 사업별 재원 조정.

나. 농어촌특별세관리특별회계(농특) 융자계획

■ 융자대상지역

○ 군지역(광역시의 군지역을 제외하되 인천광역시의 강화군, 옹진군은 포함한다) 및 "도농통합형태의 시설치 등에 관한 법률"에 의한 시·군통합시 중 아래 지역을 제외한 지역

※ 군 및 도농통합시중 제외지역

- 수도권: 남양주, 파주, 이천, 용인, 김포
- 도청소재지: 춘천, 창원
- 인구 30만이상의 도농통합시 지역: 평택, 천안, 익산, 포항, 마산, 진주, 용인, 여수, 김해

○ 인구 10만명 이하의 일반시지역

■ 융자대상 사업

○ 부족병상 증설

- 대상사업자: 병상이 부족한 별첨1의 중진료권 내에서 병원을 운영중인 자로서 건축법상 150평 이상의 의료시설을 증축하고자 하는 자
- 사업자 선정조건: 사업자 명의로 증축허가를 받았거나 의료시

설의 건축이 가능한 지역에 증축용 부지를 확보한 자에 한함

○ 의료기관 개보수

– 대상사업자: 융자대상지역에서 의료기관을 개설운영하고 있는 자중 개설자 명의로 소유하고 있는 의료시설을 개보수하고자 하는자

※ 건물 및 대지가 모두 개설자 명의로 등기되어 있어야 함

※ 등기부등본과 의료기관 개설 신고증 확인

– 개보수대상 건물: 신축 또는 전면 개보수후 8년이상 경과한 건물 (건축물관리대장 확인)

※ 의료용시설(병원의 경우 부대시설 포함)에 한하여 타용도(상가, 숙소 등)로 사용되는 부분은 제외(시·도지사는 개보수 면적에 타용도로 사용되는 시설물이 포함되었는지 여부 확인)

※ 의원의 경우 의료기관으로 사용된 기간이 3년이상인 건물에 한함

○ 의료장비 구입

– 대상사업자: 융자대상지역에서 의료기관을 개설운여하고 있는 자 중 필요한 의료장비를 보강하고자 하는자

– 지원대장 장비

· 병원: 품목당 1,000만원 이상의 의료장비, 다만 고가장비는 고가장비도입심의위원회의 심의결과 도입승인된 장비에 한함

· 의원: 품목당 500만원 이상의 의료장비에 한함 (CT, MRI제외, 한의원의 경우 초음파진단기, 저주파치료기, 초음파영상진단기 제외.)

■ 융자기준

○ 의료시설(병원) 증축: 20억원 범위에서 건축평당 200만원 융자.

다만, 1995년 이후 병원 신·증축을 위한 농특자금 융자총액이 30억원을 초과한 경우 초과한 금액에 대하여는 융자 제외

○ 의료시설 개보수 및 부대시설 설치

– 병원: 10억원 범위에서 평당 90만원 융자. 다만, 1995년 이후 의료시설 개보수 융자총액이 20억원을 초과한 경우 초과한 금액에 대하여는 융자 제외

– 의원: 3천만원 이상 1억원 범위에서 평당 90만원 융자. 다만 '97년도 개보수비 지원 의원은 제외

○ 의료장비 구입

– 병원: 5억원 범위에서 구입가 전액을 융자. 다만, 1995년 이후 의료장비 구입비 융자총액이 10억원을 초과한 경우 초과한 금액에 대하여는 융자 제외

– 의원: 3천만원 이상 1억원 범위에서 구입가 전액 융자. 다만 '97년도 의료장비 구입비지원 의원은 제외

※ 병원은 1억원단위 미만, 의원은 천만원단위 미만 절사

■ 융자우대

○ 환경오염 방지시설 등 개별법에서 의무적으로 설치하도록 규정한 시설의 설치

○ 소형병원 우대

○ 응급실 신·증축

○ 건축허가를 받은 자

■ 융자제외

○ 사업이 완료되었거나(준공검사를 필한 건물) 1994년 이후 재정융자를 받고 건축중인 동일건물에 대한 융자

○ 부지가 확보되지 않았거나 부지 또는 의료용 부동산이 경매, 압

류, 가압류 등 법적 문제가 있는 경우(증축, 개보수, 병원 의료 장비 구입의 경우에 한함)

○ 학교법인과 재벌계열병원(기업체 부속의원 포함)

○ 농·어촌지역 주민이용과 관련이 적은 정신병원 등 특수병원 신·증축

○ 보건복지부의 공공차관을 지원받은 병원으로서 차관원리금을 연체한 병원(의료시설을 증축하는 경우에 한함)

○ 기타 재정융자심의위원회에서 결정하는 병원

■ 융자신청 및 사실 확인

○ 재정융자를 받고자 하는 자는 소정의 융자신청서에 관계 증빙 서류를 첨부하여 시·도시자에게 신청

○ 시·도지사는 접수된 서류의 사실여부를 현지 출장 등을 통하여 확인

■ 융자대상 선정 추천

○ 시·도지사는 신청자에 대하여(지침상 제외대상 제외) 별도 시달하는 융자대상병원 선정기준에 따라 점수화하여 기능별(병상 증축, 개보수, 장비구입), 의료기관종별(병원, 의원)로 우선순위 명부(소정의 서식을 이용)를 작성 보건복지부장관에게 제출

○ 보건복지부는 전국단위의 우선순위명부를 작성한 후 예산액에 해당되는 점수의 병·의원까지를 재정융자심의위원회의 심의를 거쳐 융자추천

– 병상 신·증축의 경우 우선순위명부상 한계순위에 있는 병원에 대하여는 사업규모 전체를 인정

다. 융자실행 및 사후 관리

■ 융자실행

○ 융자취급기관은 자금취급지침에 따라 대출 실행

– 융자사업 현황 보고: 분기 익월 15일까지

– 융자금의 대출내역: 익월 5일까지

○ 신청당시의 중요사항(건축예정지, 사업자, 의료기관명칭, 종류, 사업규모 추소 등)의 변동시는 보건복지부장관의 승인을, 경미한 사항은 시·도지사의 승인을 받은 경우에 한하여 대출

■ 사후관리

○ 시 · 도지사는 당초 사업계획과 공사내용의 일치여부, 사업내용의 임의변경, 자금집행의 적정성, 사업추진 지연여부 등을 지도감독

– 융자대상 사업자에 대하여 매분기별로 1회 이상 확인 점검을 실시하고 그 결과를 반기별로 제출

– 중요사항(건축예정지, 사업자, 의료기관명칭, 종류, 사업규모의 축소 등)의 변경시에는 보건복지부장관의 승인을, 경미한 사항은 시 · 도지사의 승인을 받아 집행하도록 하되, 시 · 도지사는 승인내용을 보건복지부장관에게 보고하고 융자취급기관에도 통보

– 부당하게 융자받은 사실이 발견되거나 사업계획의 임의변경 또는 자금집행의 부적정, 공사지연 등으로 융자추천 취소 등의 사유 발생시 즉시 보고

○ 사업이 완료된 경우 사실여부를 현지확인후 관련증빙서류를 징구하고 그 결과를 보고

3. 농어촌 보건의료 서비스 기술지원 사업 지침

가. 1999년도 개선사업 추진 개요

1) 중점 추진 사항

○ 보건소 시설·장비에 대한 지역주민 이용도와 만족도를 고려하고, 주민의견서 및 관련 증빙자료 제출 등 수요자 차원의 지역 주민 요구사항 반영

○ 시설 부문의 보건지소 지원 확대와 장비 부문의 보건지소 지원 확대와 장비 부문의 방문보건차량 및 전산화 지원 확대

○ 시·도 자체 사업 지원

○ 도서 및 오·벽지 지역과 보건기관 정비계획에 따른 통합보건지소 지원

○ 신규 지원 지역과 보완 지역 구분 없이 함께 평가

○ 지역보건의료계획에 기초한 개선사업 평가, 시·도 단위 평가, 평가 항목 및 결과 공개, 중앙평가위원회 현지 확인

나. 예산배분 원칙 및 절차

1) 예산배분의 원칙

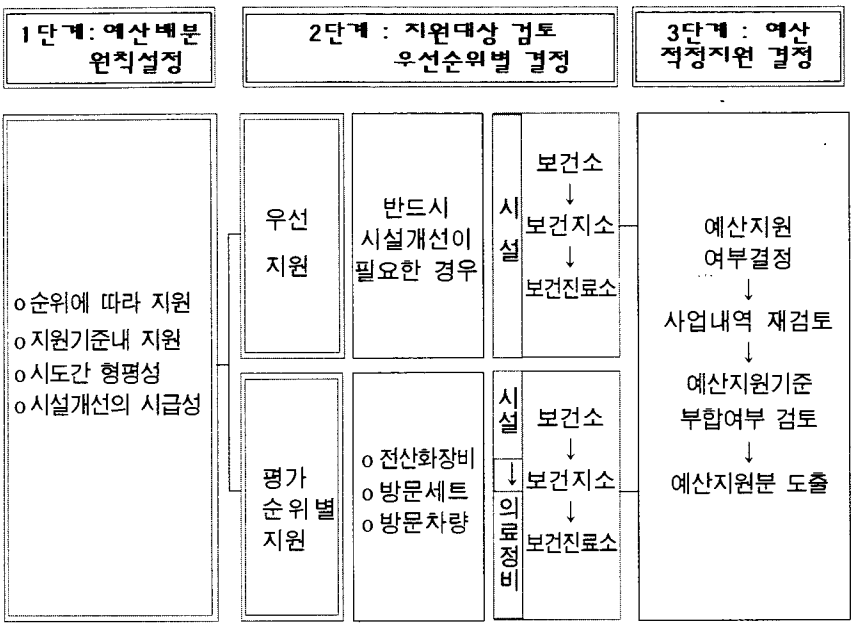
○ 형평성: 지역적으로 편중되지 않도록 하되 기존의 지원상황을 고려함

○ 객관성: 중앙평가위원단의 계획서 평가결과에 따른 순위별 지원

○ 시급성: 현재 시급히 지원을 필요로 하는 지역 및 오지·벽지·도 서지역 및 취약지역을 우선 지원

○ 현실성: 개선사업 계획의 필요성 및 실현가능성을 고려함

2) 예산배분의 기본 절차



4. 부문별 세부 지원 기준

가. 시설지원

○ 전체 예산의 85% 내외(신청액을 기준으로)를 시설 부문에 할당

○ 지금까지 지원 받지 않은 보건소, 보건의료원 우선 지원

○ 통합보건지소 우선 지원

○ 오 · 벽지, 도서 지역, 기타 취약지역 보건지소 우선 지원

○ 보건진료소는 시설이 없거나 붕괴위험이 있는 경우에 한해 지원

○ 도시정비 계획상 철거 대상에 포함된 경우나 천재지변, 건물 노후 등으로 인해 시설이 붕괴위험이 있는 경우는 우선지원

○ 지원금액 기준

나. 의료장비

○ 전체예산의 10% 범위 내에서 지원

○ 시설 개선이 완료되거나 완료예정인 지역 우선 지원

○ 보건의료원, 보건소, 통합보건지소, 보건지소 순으로 지원하며 보건진료소는 제외

○ 지방비 부담이 있는 경우 우선 지원

○ 지원하지 않은 경우

- 전체 순위 100등 밖
- 장비에 대한 기지원액 총액이 보건소당 2억 5천만원 이상 (보건의료원 4억) 초과한 경우
- 2번 이상 지원 받은 경우
- 소액의 소모성 장비를 신청한 경우

○ 지원금액 기준

부표 3. 보건기관 유형별 의료장비 지원 기준금액

구 분	지원 기준 금액	
신 규	보건의료원	1억5천만원 이하
	보건소	5,000만원 이하
	통합보건지소	2,000만원 이하
	보건지소	1,000만원 이하
	보건진료소	500만원 이하
보 완	보건의료원	7,500만원 이하
	보건소	2,500만원 이하
	통합보건소	1,000만원 이하
	보건지소	500만원 이하
	보건진료소	250만원 이하

다. 전산장비 지원

○ 지원 신청한 보건소는 모두 지원

○ 단, 사업기반시설이 미흡하거나 지방비 부담이 50% 미만인 경우, 단순 PC 구입비용인 경우 그리고 보건의료원은 제외

라. 방문보건세트

○ 지원 신청한 보건소는 모두 지원

○ 보건소, 보건지소, 보건진료소 구별없이 기지원수를 포함하여 보건소당 10세트 이내 지원

○ 지원 금액 기준: 세트당 500,000원

마. 방문보건차량

○ 지원신청한 보건소는 모두 지원

○ 보건소, 보건지소, 보건진료소 구별 없이 기지원 차량대수를 포함하여 지원한도 수 이내에서 지원

○ 지원한도 수는 보건소당 2대+통합보건지소수(기존 통합보건지소 개수, 99년 개선사업에 지원 신청한 개수는 제외)

○ 지원 금액 기준: 1대당 9,600,000원

5. 예산 배분 및 지원 선정 결과

가. 시도별 지원 내역

○ 시·군·구 부문의 경우 광역시와 제주를 제외할 경우 충청북도의 지원율이 87%로 가장 높고 다음 순위는 경상북도임(82%)

○ 지원금액으로 보면 전라남도가 99억원으로 가장 많으나 타 시도에 비하여 전남은 3배 이상 지원금액(약 310억)을 신청하여 지원율은 32%로 가장 낮음

○ 제주와 광역시를 제외할 경우 충남이 약 34억원으로 지원금액이 가장 적음

부표 4. 시도별 지원 금액 및 신청액 대비 지원율

단위: 억원

	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	대구	인천	대전	울산
신청	101	71	52	80	113	309	94	67	11	7	61	6	0.5
지원	40	43	45	34	48	99	76	41	1	6	17	-	0.5
비율	40%	61%	87%	43%	42%	32%	82%	62%	12%	91%	27%	0%	100%

○ 시·도부문에서 전라남도에 5억원을 지원함

나. 부문별 지원 내역

○ 시설 부문의 경우 보건소와 보건의료원 시설 개선 지원 16개소 138억원, 통합보건지소 5개소 31억원, 보건지소 53개소 204억원, 보건진료소 6개소 8억원을 지원함

○ 장비부문의 경우 의료장비지원액 32억원은 보건소 50개소 21억원, 보건지소 106개소 11억원, 전산화장비 보건소 70개소 32억원, 방문차량 45대분 4.3억원, 방문세트 318개분 1.6억원을 지원함

○ 시·도의 경우 의료장비 5억원을 지원

부록 3. 농가조사표

농어촌지역 보건의료 서비스 체계 개선을 위한
농가조사표

응답자 성명: _____
응답자 주소: _____도 ____군 _____면 ____ 리 _____부락
조사면담자: _____
면담일시: 1999년 월 일 .

한국농촌경제연구원
농촌발전연구부

일반개황

1. 가족사항 및 가족관계

응답자와의관계	성별	연령(만)	학력	직업	동거여부
응답자 본인					

2. 동거가족의 건강 상태

응답자와의 관계	연령	지병또는 건강상태	의료기관이용			비고
			기관명	연간 이용회수	진료비 (1회평균)	
응답자 본인						

의료일반공통조사

1. 의료보험이 '98년 10월부터 통합되었습니다. 이제 아플 때는 어느 곳의 병의원이든 마음대로 갈 수 있게 되었습니다. 의료보험 통합으로 의료기관을 이용할 때 지역제한이 없어진 것을 알고 있습니까?

   ① 예 ( ) 누구를 통해서 _____

   ② 아니오 ( )

2. 그렇지만 치료받기 위해서는 일반의원이나 보건소(지소) 등 1차 의료기관에 먼저 가보고 난 후 그곳에서 치료가 어려운 병일 경우에만 2차 의료기관인 병원이나 전문병원 또는 종합병원에 갈 수 있도록 하는 의료의 질서 규정이 있습니다. 그런 규정을 알고 있었습니까?

   ① 예 ( ) 누구를 통해서 _____

   ② 아니오 ( )

3. 의료보험이 통합되기전(1998년 10월 이전)과 통합된 이후에는 주로 어떤 의료기관을 얼마만큼 이용하였습니까?

의료기관별	1년간 이용 회수		비고
	의보통합이전	의보통합이후	
보건진료소(마을) 보건지소(읍, 면) 보건소(군, 읍) 민간의원 민간병원 도시종합병원 기타			

4. 댁에서는 보건소나 보건지소에서 예방접종을 받아보신 적이 있습니까?
   ① 없다. ( )
   ② 있다. ( ) → 있다면 총 몇회 _____

5. 댁에서는 보건소나 보건지소에서 실시하는 보건교육을 받아보신 적이 있습니까?
   ① 없다. ( )
   ② 있다. ( ) → 있다면 총 몇회 _____교육내용은_____

6. 가정을 방문하여 의료 서비스를 하고 있는 방문보건서비스제도를 알고 있습니까? 그리고 방문의료 서비스를 받아 보신 적이 있습니까?
   ① 알고 있다.( ) → 방문의료를 받아 보았다면 몇 회_____
   ② 모른다. ( ) 방문의료를 못받았다면 이유는_____

7. 댁의 가족중에 농약 중독을 경험한 적이 있습니까? 있다면 그 정도는?
   ① 머리가 아파서 몇시간쯤 쉬는 정도 ( )
   ② 해독제를 먹거나 주사를 맞는 정도 ( )
   ③ 병원에서 치료를 받는 정도 ( )
   ④ 심신장애를 받는 정도 ( )
   ⑤ 사망 ( )

8. 농약중독 치료 시 이용한 의료기관은? 만족 정도는?
   ① 보건소(지소, 진료소) ( ) ① 만족 ( )
   ② 민간의원 ( ) ② 불만족 ( )
   ③ 민간병원 ( ) 이유는_____
   ④ 종합병원 ( )

9. 사람들은 왜 가까이 있는 보건소(지소, 진료소 포함)와 의원을 두고도 멀리 있는 종합병원이나 대학병원 등의 큰 병원을 더 많이 이용하는지?

10. 선생님께서는 치료를 받으려 할 때 의료기관 선택은 어떤 기준에서 하십니까?

① 아무기관이든 가까이 있는 의료기관을 이용한다. ( )
② 아무기관이든 친절한 의료기관을 이용한다. ( )
③ 아무기관이든 시설이 있는 의료기관을 이용한다. ( )
④ 대체로 큰 병원을 이용한다. ( )
⑤ 아는 곳만 찾아간다. ( )

보건소 이용 지역

1. 댁에서는 읍내에 있는 보건소를 이용해 보신 적이 있습니까?
   예 ( ) → 지난해동안 ___회 병명은_____
   아니오( ) → 이용하지 않은 이유는_____

2. 보건소를 이용할 때 가장 불편한 점은?

3. 보건소를 이용할 때 좋은 점은?

4. 보건소 건물이 새로 지어진 이후 무엇이 좋아졌습니까?

5. 보건소의 서비스가 민간병원, 의원에 비해 좋아졌습니까?
   ① 보건소의 의료 서비스가 매우 좋아졌다. ( )
   ② 보건소의 의료 서비스가 좋아졌다. ( )
   ③ 보건소의 의료 서비스가 별로이다. ( )
   ④ 보건소의 의료 서비스가 나쁜 편이다. ( )
   ⑤ 보건소의 의료 서비스가 매우 나쁘다. ( )

보건지소 이용 지역

1. 댁에서는 보건지소를 이용해 보신 적이 있습니까?
   예 ( ) → 지난해 1년 동안___회 병명은_____
   아니오( ) → 이용하지 않은 이유는_____

2. 보건지소를 이용할 때 가장 불편한 점은?

3. 보건지소를 이용할 때 좋은 점은?

4. 이곳 보건지소는 친절합니까?
   ① 매우 친절하다. ( )
   ② 친절한 편이다. ( )
   ③ 보통이다. ( )
   ④ 불친절하다. ( )
   ⑤ 매우 불친절하다. ( )

5. 이곳 보건지소의 의사 (공중보건의사)는 만나기가 쉽습니까?
   ① 언제든지 만날 수 있다. ( )
   ② 연락하고 가면 만날 수 있다. ( )
   ③ 만나기가 쉽지 않다. ( )
   ④ 만나기가 매우 어렵다. ( )

보건진료소 이용 지역

1. 댁에서는 관내에 있는 보건진료소를 이용해 보신 적이 있습니까?
   예 ( ) → 지난해 동안___회 병명은_____
   아니오 ( ) → 이용하지 않은 이유는_____

2. 보건진료소를 이용할 때 가장 불편한 점은?

3. 보건진료소를 이용할 때 좋은 점은?

4. 보건진료소의 진료원(간호사)이 이곳에 거주하고 있습니까?
   ① 예 ( )
   - 가족원과 함께 거주 ( )
   - 혼자서 살고 있음 ( )
   ② 아니오 ( )
   - 같은 부락내에 거주 ( )
   - 같은 군, 면내에 거주 ( )
   - 도시 또는 타도에 거주 ( )

5. 진료원의 역내 거주 제도 폐지에 관한 의견은?
   ① 진료소 또는 같은 마을내에 함께 거주해야 한다. ( )
   ② 같은면 또는 구내에만 거주해도 된다. ( )
   ③ 도시에 또는 어느 곳에 있어도 상관 없다. ( )
   ④ 잘모르겠다. ( )
   ⑤ 기타_____ ( )

민간 병·의원 이용 지역

1. 댁에서는 관내에 있는 민간병원, 의원을 이용해 보신 적이 있습니까?
   ① 예 ( ) → 지난해 동안 ___ 회, 병명은 _____
   ② 아니오 ( ) → 이용하지 않은 이유는 _____

2 민간병원, 의원을 이용할 때 가장 문제점은?

3. 민간병원, 의원 이용이 좋은 점은?

4. 댁에서 이용하고 있는 병원(의원)의 의료 서비스에 만족하십니까?
   ① 매우 만족한다. ( )
   ② 만족하는 편이다. ( )
   ③ 보통이다. ( )
   ④ 만족하기 어렵다. ( )
   ⑤ 매우 불만족하다. ( )

5. 이곳의 병원(의원)은 친절합니까?
   ① 매우 친절하다. ( )
   ② 친절한 편이다. ( )
   ③ 보통이다. ( )
   ④ 불친절하다. ( )
   ⑤ 매우 불친절하다. ( )

부록 4. 의료기관 조사표

농어촌지역 보건의료 서비스 체계 개선을 위한
의료기관조사표

응답자 성명: _____
기 관 명: _____
기 관 주 소: _____도 _____군 _____면 _____ 리
조사면담자: _____
면담일시: 1999년 월 일

한국농촌경제연구원
농촌발전연구부

보건소

※ 자료협조: 임직원 현황, 보건기관 조직체계 등 일반 개황, 농특세 지원사업(시설, 장비 등) 현황

1. 보건소의 병원화 사업에 대한 견해는?

2. 보건소 시설확충 이전과 이후의 차이는(진료 환자수, 환자들의 만족도)

3. 시설 장비 등 부족한 것은?

4. 보건소 이용 주민의 특성
   - 직업층
   - 소득계층
   - 연령층
   - 특성 (가장 많이 오는 환자와 병명 등)

5. 민간 의료기관과의 경합 문제는?

6. 진료 사업 실적(1998)

사업대상	진료건수	진료인원	진 료 수 입		
			계	본인부담금	조합부담금
의료보호대상자 의료보험대상자					

7. 예방의료 보건 사업 실적

사 업 명	회 수	대상인원	사업비	비 고

8. 방문 보건 서비스 실적

사업대상	방문 횟수	대상인원	사업비	비고
거동불편자				

9. 농어촌의 의료시설이 부족하다고 생각하십니까?

① 매우 부족하다. ( )

② 약간 부족한 편이다. ( )

③ 적당하다. ( )

④ 약간 많은 편이다. ( )

⑤ 과잉상태다 ( )

10. 의료보험 제도 통합 이전과 이후의 외래 환자수 차이는 ?

11. 기타 의견

보건지소

※ 자료 협조
- 보건지소 인력 현황
- 관할구역내 인구, 진료대상 수 등

1. 보건지소의 통폐합에 관한 견해는?

2. 보건진료소 폐쇄와 진료원 인력을 이용한 지소인력강화방법에 대한 의견은?

3. 시설장비 등 부족한 것은?

4. 보건지소 이용 주민의 특성
- 직업층
- 소득계층
- 연령층
- 특성 (가장 많이 오는 환자와 병명은)

5. 민간 의료기관과의 경합 문제는?

6. 진료 사업 실적(1998)

사업대상	진료건수	진료인원	진 료 수 입		
			계	본인부담금	조합부담금
의료보호대상자 의료보험대상자					

7. 예방의료 보건 사업 실적

사 업 명	회수	대상인원	사업비	비 고

8. 방문 보건 서비스 실적

사업대상	방문 횟수	대상인원	사업비	비 고
거동불편자				

9. 농어촌 의료시설이 부족하다고 생각하십니까?

① 매우 부족하다. ( )

② 약간 부족한 편이다. ( )

③ 적당하다. ( )

④ 약간 많은 편이다. ( )

⑤ 과잉상태이다. ( )

10. 의료보험 통합 이전과 이후의 진료 환자수의 차이는?

11. 기타 의견

보건진료소

※ 자료협조
- 일반개황: 관할구역내 인구 진료대상 등

1. 보건진료소 폐쇄(구조조정) 조치에 대한 견해는?

2. 보건진료소에 대한 농특세 지원사업의 인식 정도는?

3. 시설 장비 등 부족한 것은?

4. 진료소 이용 주민의 특성
- 직업층
- 소득계층
- 연령층
- 특성 (가장 많이 오는 환자와 병명은)

5. 민간의료기관 이용자의 비율과 그들의 특성 만족도 등

6. 진료 사업 실적, 1998

사업대상	진료건수	진료인원	진 료 수 입		
			계	본인부담금	조합부담금
의료보호대상자 의료보험대상자					

7. 예방의료 보건 사업 실적

사 업 명	회수	대상인원	사업비	비 고

8. 방문 보건 서비스 실적

사업대상	방문 횟수	대상인원	사업비	비 고
거동불편자				

9. 의료보험 통합 이전과 이후의 진료환자수 차이는?

10. 기타 의견

민간 병·의원

※ 자료협조: 일반개황

1. 농특세로 민간 병의원을 지원하는 사업에 대한 견해는?

2. 현재 귀하가 근무하는 병의원의 시설규모와 지역주민 인구밀도로 보아 시설이 부족한 수준인지요?
   ① 매우 부족한 시설이다. (　　)
   ② 부족한 시설이다. (　　)
   ③ 적당한 시설이다. (　　)
   ④ 약간 많은 시설이다. (　　)
   ⑤ 과잉시설이다. (　　)

3. 가장 필요한 지원 분야는?

4. 귀하의 병의원 이용주민의 특성은?
   – 직업층
   – 소득계층
   – 연령층
   – 특성 (가장 많이 오는 환자와 병명은)

5. 의료보험 통합 이전과 이후의 방문 환자 수 변화는?

6. 농어촌의 의료시설이 부족하다고 생각하십니까?

① 매우 부족하다. ( )

② 부족한 편이다. ( )

③ 적당하다. ( )

④ 약간 많은 편이다. ( )

⑤ 과잉상태이다. ( )

7. 보건의료기관 (보건소, 지소 등)과의 경합 문제에 대한 의견은?

8. 기타 의견

참 고 문 헌

개원의협의회. 1994. 「의료 전달체계 운영상의 문제점 및 개선방안에 관한 연구」.

김동규, 김은주. 1994. 「진료권별 의료자원의 적정배분과 정책과제」. 한국보건사회연구원.

김수춘, 김은주. 1994. 「21세기를 향한 보건의료 정책과제」. 한국보건사회연구원.

김용익. 1995. "1차진료기능 강화 방안." 「의료보장개혁을 위한 의료정책방향 정책간담회 자료집」.

김응석, 한기춘, 이대희. 1996. 「보건지소 공중보건의사의 활동현황과 정책과제」. 연구보고서 96-17. 한국보건사회연구원.

김진현, 김현숙. 1992. "농어촌지역 주민의 일차보건의료에 대한 접근도의 제고 방안." 「보건협회지」 6.

김혜련, 조홍준, 강소령. 1996. 「일차의료의 현황과 발전방안」. 연구보고서 96-27. 한국보건사회연구원.

남정자, 이상호, 오영호. 1997. 「지역보건의료계획수립 및 평가를 위한 모형개발」. 정책보고서 97-06. 한국보건사회연구원.

남정자 등. 1996. 「지역보건의 정책과제와 활성화 방안」. 연구보고서 96-21. 한국보건사회연구원.

노인철 등. 1996. 「의료시장개장에 따른 의료 서비스 경쟁력 강화방안」. 연구보고서 96-28. 한국보건사회연구원.

농어촌 의료 서비스 기술지원단. 1997, 1998. 「농어촌 의료 서비스 개선사

업 계획서」.
------. 1995. 「농어촌 의료 서비스 개선사업지침」.
------. 1998. 「농어촌 공공보건 의료기관 표준설계」.
명재일, 송건용, 이윤현. 1992. 「의료 전달체계 운영평가와 진료권별 병상 수급」. 연구보고서 92-09. 한국보건사회연구원.
문옥륜. 1994. "보건소 기능의 활성화 방안." 「한국사회와 의료보장정책」. 보건과 사회 총서 1. 서울: 명경.
민상기, 허장. 1986. 「농어촌의 의료전달 체계 개선과 보건소 조직의 활성화 방안」. 연구보고 122. 한국농촌경제연구원.
박경숙, 박능후, 정미숙. 1990. 「농어촌 의료보험제도가 의료 서비스이용에 미친 효과분석」, 연구보고서 90-07. 한국보건사회연구원.
박찬용 (편저). 1998. 「사회보장발전 목표설정과 정책과제」. 한국보건사회연구원.
변종화, 김진수, 김은주. 1997. 「지역단위 건강증진사업 실태와 개선방안」. 정책보고서 97-16. 한국보건사회연구원.
보건복지부. 1998. 「보건복지백서」.
------. 1999. 「보건소 기능재정립을 위한 정책토론회」. 한국보건사회연구원.
보건복지부 보건증진국. 1986. 「21세기에 대비한 보건소 기능 활성화 계획(안)」.
보건의료정책연구소. 1992. 「의료 전달체계의 합리적인 방향 모색에 관한 연구」.
송건용, 남정자, 최정수, 김태정. 1993. 「1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사: 국민건강조사결과」. 93-04. 한국보건사회연구원
송건용, 박현애, 이순영, 김태정. 1993. 「의료 이용과 건강행위에 관한 종합분석」. 93-16. 한국보건사회연구원.
송건용 등. 1988. 「농어촌벽지보건진료원 투입요원의 순효과 분석」. 한국인구보건연구원.

아주대학교 의과대학. 1997.「농민 질병 연구」.

양봉민, 김진현, 박종원. 1995.「농민의 의료 이용 실태 및 농촌의료제도의 개선방안」. 서울대학교 보건대학원.

의료보장개혁위원회. 1994.「의료보장개혁과제와 정책방향」.

이용만, 박수일. 1984.「농촌의료 전달체계의 문제점과 새로운 구상」. R83. 한국농촌경제연구원.

임종권 등. 1992.「지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계 개선방안」. 한국보건사회연구원.

장원기 등. 1998.「지역단위 공공보건의료기관 기능 개편방안」. 정책보고서 98-15. 한국보건사회연구원.

정명채, 박대식. 1998.「국민의료보험 통합과 농어촌 적용 대책」. R381. 한국농촌경제연구원.

정영일 등. 1995.「지역사회보건 및 일차 보건의료」, 제2판. 지구문화사.

최정수 등. 1995.「한국인의 건강과 의료 이용실태: 1995년도 국민건강 및 의료 이용 실태조사」. 연구보고서 95-25. 한국보건사회연구원.

한국보건사회연구원. 1998.「한국의 보건복지지표」.

------. 1992.「의료 전달체계 운영평가와 진료권별 병상수급」.

한국보건행정학회. 1998.「보건소의 개혁방안」. 정책토론회 발표자료.

한국보건의료관리원. 1995.「1994 병원 경영분석」.

한국의료관리연구원. 1993.「군 단위 의료취약지 민간병원 경영개선방안 연구」.

------. 1997.「농어촌 의료 서비스 개선사업의 중간평가와 정책과제」.

한림대학교 사회의학연구소. 1995. 3. 17.「우리나라 농촌 공공보건의료의 개혁방안: 화천지역 시범사업의 경험에 기반하여」. 제8회 의료정책토론회 보고서.

행정자치부. 1998.「지방조직개편 추진 지침」.

황성철, 이윤형. 1993. "입원환자의 타중진료권 이용에 관한 연구."「보건사회 논문집」 13(1).

연구보고 R409
농어촌 의료 서비스 체계 개선방안

등 록 제5-10호(1979. 5. 25)
인 쇄 1999. 12. 발행 1999. 12.
발행인 강정일
발행처 한국농촌경제연구원
130-710 서울특별시 동대문구 회기동 4-102
전화 02-3299-4000 팩시밀리 02-965-6950 http://www.kreisun.krei.re.kr
인쇄처 동양문화인쇄(주) 02-737-2104

• 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유롭게 인용할 수 있습니다.
무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.
• 이 연구는 본 연구원의 공식견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.