

연구보고서 2002-08

保健診療所 機能 및 財務·會計制度 改善方案

吳泳昊

金載焄 · 金鎮順

李準協 · 金秀鳳

金載焄

韓國保健社會研究院

머 리 말

1970년대 우리나라의 중요한 보건문제 중 하나는 농어촌 지역 주민들이 필요한 의료서비스를 제대로 받지 못한다는 점이었고, 그 이유 중의 하나는 농어촌 지역의 의료자원이 절대적으로 부족하다는 것이었다. 이러한 문제를 해결하기 위한 방안의 하나로 정부에서는 보건진료소제도를 도입하였다. 보건진료소가 도입된 이후 지난 20년간 보건진료소는 지역주민과 부락에 위치하여 그들의 문제를 해결하기 위한 일차적인 접촉지로서 일차보건의료의 핵심적인 역할을 수행하고 있으며, 농어촌 벽지 주민의 의료이용의 접근성을 높임으로써 의료요구 충족에 상당한 기여를 하였으며, 질병예방을 위한 주민의 보건계몽과 응급환자의 신속처리 및 후송, 추구관리, 가족의 건강문제, 청소년의 문제 및 자녀교육에 이르기까지의 상담, 학교아동의 건강관리 등 질병예방 및 일차적 치료서비스 제공을 통한 주민의 건강수준 향상에 성과가 있는 것으로 평가되고 있다.

그러나 보건진료소의 기능과 역할은 1981년 처음 보건진료소제도가 도입될 당시에 제정된 이후 거의 변함이 없이 그대로 유지되고 있으며 그리고 이에 대한 검토와 연구도 미흡했다. 지난해부터 보건진료소의 재무회계제도와 관련된 논쟁이 있는데, 몇몇 자치단체 감사에서 공공보건기관인 보건진료소의 예산회계를 민간단체인 “보건진료소운영협의회”에서 맡아서 예산편성, 예산전용, 지출, 예금과 현금관리, 결산 등의 업무를 수행하고 있는데 이것이 적법 하느냐 하는 것과 그리고 진료원의 진료활동으로 인한 진료수입을 세외 수입으로 처리해야하지 않느냐 하는 것이었다. 그 후 몇 곳의 보건소에서 보건진료소는 공공보건기관이므로 보건진료소예산을 지방재무회계규칙 방식을 따라야 한다고 주장 등 논란이 계속되어 왔었다.

농어촌 지역에서 교통수단의 발달과 인구감소 등으로 보건진료소의 역할과 기능이 다소 쇠퇴한 측면이 있지만, 보건진료소는 여전히 보건의료가 취약한

농어촌 지역주민이 주로 이용하는 보건의료기관이라는 점을 감안 할 때 보건진료소의 역할을 경시할 수 없다.

따라서 본 연구에서는 보건진료소의 기능과 역할을 잘 수행할 수 있을 뿐만 아니라 보건진료소의 생산성과 능률성을 높일 수 있도록 보건진료소 운영의 자율성의 관점에서 재정운용방식에 대한 개선방안을 제시하고자 하였으며, 그리고 보건진료소 운영의 투명성의 관점에서 보건진료소의 재정운용방식에 적합한 회계제도를 검토하여 개선방안을 제시하였다. 이 연구의 결과가 현재 우리나라 보건진료소가 안고 있는 예산회계제도에서의 문제점을 해결하고, 향후 보건진료소의 역할과 기능을 정립하는데 기여할 수 있기를 기대하며 관련학계, 전문가 및 정부관계자 등에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 당원 吳泳昊 博士 책임하에 무역위원회 金載焄 사무관, 유한대 金鎮順 教授, 高麗大 李準協 教授, 金秀奉 責任研究員에 의하여 수행되었으며, 법률적인 자문은 국민대 강구철 교수와 연세대 한건우 교수가 해주었다.

연구진들은 이 보고서를 작성함에 있어 그 동안 많은 助言과 協助를 해주신 인제대 保健大學院 金公鉉 教授, 인천대학교 옥동석 교수, 한국지방행정연구원 이삼주 박사, 한국외국어대학교 김상헌 교수에게 사의를 표하고 있다. 아울러 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 서울대학교 박현애 교수, 본 연구원 황나미 박사와 류시원 박사, 그리고 자료정리와 원고편집을 도와준 이난희 주임연구조원과 김명선 연구원에게도 사의를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 참여한 연구진들의 개인적 견해이며, 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2002年 11月
韓國保健社會研究院
院 長 朴 純 一

目次

要約	11
第1章 序論	27
第1節 研究 必要性和目的	27
第2節 研究方法 및 範圍	29
1. 研究 分析體系	29
2. 研究方法	30
第2章 保健診療所制度에 관한 論議	33
第1節 保健診療所制度	33
1. 保健診療所 設置背景	33
2. 保健診療所 組織 및 機能	35
3. 保健診療所 設置 및 管轄人口	36
4. 郡單位 保健組織과의 支援體系	37
5. 指導監督 水準	37
6. 物品供給體系	38
7. 地域社會參與 및 運營協議會	38
8. 保健診療所 財務會計制度	39
9. 運營費調達	39

第2節 向後 保健診療所 役割과 機能定立	41
1. 一次保健醫療의 宣言 背景 및 主要 內容	41
2. 保健診療員의 役割 및 機能設定 過程	44
3. 住民의 健康 實踐 및 管理 現況	49
4. 健康 行態의 變化	54
5. 現行 保健診療所 業務遂行 實態	56
6. 現行 保健診療所 機能과 運營	59
7. 保健診療所 機能改善 方向	60
第3章 豫算會計制度에 관한 理論的 考察	66
第1節 豫算會計와 財政運用制度	66
1. 豫算會計의 意義	66
2. 國家內 財政運用制度	69
3. 財政制度의 發展에 따른 豫算會計의 變化	71
第2節 地方自治團體의 導入과 地方財政構造	74
1. 地方自治團體의 導入	74
2. 地方自治團體의 豫算	75
3. 地方自治團體의 財政運用 및 會計	78
第3節 地方公共組織과 豫算會計制度	81
1. 地方公共組織의 意義	81
2. 地方公共組織의 豫算會計制度	86
3. 地方公共서비스의 發展과 財政運用方式	89

第4章 保健診療所の 收支分析	94
第1節 保健診療所の 現況	94
1. 全國 保健診療所の 現況	94
2. 標本調査對象 保健診療所の 現況	101
第2節 保健診療所 收入 및 支出 現況分析	104
1. 總收入 分析	104
2. 總支出 分析	118
3. 收支差 分析	132
4. 收入·支出 決定要因 分析	138
5. 要約	147
第5章 保健診療所 豫算會計制度의 問題點과 改善方案	160
第1節 保健診療所 豫算會計制度의 現況과 問題點	160
1. 保健診療所の 財政運營 現況과 問題點	160
2. 保健診療所の 財務會計의 現況과 問題點	165
第2節 保健診療所 豫算會計의 改善方案	170
1. 基本原則	170
2. 財政運用의 改善	172
3. 會計方式의 改善	173
第6章 要約 및 結論	176
參考文獻	189
附 錄	193

表目次

〈表 1- 1〉	母集團 및 調査對象 保健診療所	31
〈表 2- 1〉	保健診療所 運營費 支援現況	41
〈表 2- 2〉	1981年 保健診療員 職務	48
〈表 2- 3〉	1982年 保健診療員 職務	48
〈表 2- 4〉	1994年 以後 保健診療員 職務	49
〈表 2- 5〉	地域別·年齡別 分布	50
〈表 2- 6〉	主要 慢性疾患 有病率	50
〈表 2- 7〉	2週間 有病率, 活動制限 日數 및 臥病日數	51
〈表 2- 8〉	診療患者 및 治療日數 - 調査直前 2週間	51
〈表 2- 9〉	地域別 健康에 對한 個人의 評價	52
〈表 2-10〉	地域別 健康管理	52
〈表 2-11〉	健康管理	53
〈表 2-12〉	5大 死因順位別 死亡率	53
〈表 2-13〉	醫科學의 發達方向	54
〈表 2-14〉	韓國의 主要 死因의 變化 推移	55
〈表 2-15〉	地域特性別 保健診療所의 機能改善 方案	63
〈表 3- 1〉	民官共同 出資事業의 比較	85
〈表 4- 1〉	市道別 保健診療所 管轄 人口現況(I)	95
〈表 4- 2〉	市道別 保健診療所 管轄 人口現況(II)	97
〈表 4- 3〉	島嶼地域 保健診療所 管轄 人口現況	98
〈表 4- 4〉	市道別 保健診療所 管轄 區域內 人口分布 現況	100

〈表 4-5〉	市道別 保健診療所 管理 對象 里·洞 現況	101
〈表 4-6〉	調査對象 保健診療所의 地域別 特性	103
〈表 4-7〉	地域別 年度別 保健診療所 收入現況	106
〈表 4-8〉	地域別 保健診療所 收入 增加率	107
〈表 4-9〉	人口規模別 年度別 保健診療所 收入現況	109
〈表 4-10〉	人口規模別 保健診療所 收入增加率	110
〈表 4-11〉	45歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 收入現況	112
〈表 4-12〉	45歲 以上 人口比率別 保健診療所 收入增加率	114
〈表 4-13〉	65歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 收入現況	116
〈表 4-14〉	65歲 以上 人口比率別 保健診療所 收入增加率	117
〈表 4-15〉	地域別 年度別 保健診療所 支出現況	119
〈表 4-16〉	地域別 保健診療所 支出增加率	121
〈表 4-17〉	人口規模別 年度別 保健診療所 支出現況	123
〈表 4-18〉	人口規模別 保健診療所 支出增加率	125
〈表 4-19〉	45歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 支出現況	127
〈表 4-20〉	45歲 以上 人口比率別 保健診療所 支出增加率	128
〈表 4-21〉	65歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 支出現況	130
〈表 4-22〉	65歲 以上 人口比率別 保健診療所 支出增加率	131
〈表 4-23〉	地域別 年度別 保健診療所 收支差 現況	133
〈表 4-24〉	人口規模別 年度別 保健診療所 收支差 現況	134
〈表 4-25〉	45歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 收支差 現況	136
〈表 4-26〉	65歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 收支差現況	137
〈表 4-27〉	2000年 保健診療所 總收入 決定要因 分析結果	139
〈表 4-28〉	2001年 保健診療所 總收入 決定要因 分析結果	141
〈表 4-29〉	2000年 保健診療所 總支出 決定要因 分析結果	142

〈表 4-30〉	2001年 保健診療所 總支出 決定要因 分析結果	143
〈表 4-31〉	2000年 保健診療所 收支差 決定要因 分析結果	145
〈表 4-32〉	2001年 保健診療所 收支差 決定要因 分析結果	146

그림 目次

[그림 1-1]	연구의 基本틀	29
[그림 2-1]	保健診療所 機能의 變化	62

要 約

1. 研究 必要性和 目的

가. 研究의 必要性

- 우리나라는 농어촌 벽지 주민의 의료요구를 충족시키기 위하여 1977년부터 종합 보건의료 시범사업을 실시하였으며, 1981년부터 정부계획에 의하여 매년 보건진료원이 교육되어 현재 1,907개소(2001년 8월 31일)의 보건진료소가 부락단위에 설치되어 운영중에 있음.
- 지난 20년 이상 지속된 보건진료원의 활동은 농어촌 벽지 주민의 의료이용의 접근성을 높임으로써 의료요구 충족에 상당한 기여를 하였으며, 질병예방 및 일차적 치료서비스 제공을 통한 주민의 건강수준 향상에 기여한 것으로 평가되고 있음.
- 그러나 보건진료소의 기능과 역할은 1981년 처음 보건진료소제도가 도입될 당시에 제정된 것으로 거의 변함이 없이 그대로 유지되고 있으며 그리고 이에 대한 검토와 연구도 미흡했음.
- 한편 몇몇 자치단체 감사에서 공공보건기관인 보건진료소의 예산회계를 민간단체인 “보건진료소운영협의회”에서 맡아서 예산편성, 예산전용, 지출, 예금과 현금관리, 결산 등의 업무를 수행하고 있는데 이것이 적법 하느냐 하는 것과 보건진료소는 공공보건기관이므로 보건진료소예산을 지방재무회계규칙 방식을 따라야 한다고 주장 등 보건진료소 재무회계제도와 관련된 논쟁이 계속되어 왔음.
- 뿐만 아니라 예산회계제도는 조직의 능률성과 생산성에 영향을 미치는 중요한 요소임에도 불구하고, 보건진료소제도가 도입된 지 20여년이 지났지

만 보건진료소재무회계에 대한 연구가 거의 없었음.

나. 研究의 目的

- 따라서 본 연구에서는 보건진료소의 기능과 역할을 잘 수행할 수 있을 뿐만 아니라 보건진료소의 생산성과 능률성을 높일 수 있도록 보건진료소 운영의 자율성의 관점에서 재정운용방식에 대한 개선방안을 제시하고자 하며, 그리고 보건진료소 운영의 투명성의 관점에서 보건진료소의 재정운용방식에 적합한 회계제도를 검토하여 개선방안을 제시하고자 함.
- 구체적인 목적은 첫째, 급변하는 보건의료환경의 변화에 따른 보건진료소 기능과 역할을 정립하고, 둘째, 현행 보건진료소 재무회계제도, 즉, 재정운용방식과 회계방식의 문제점을 파악하고 셋째, 보건진료소의 역할과 기능을 잘 수행할 수 있는 보건진료소 재정운용방식과 회계제도에 대한 개선방안을 제시하고자 함.

2. 研究方法

본 연구에서는 보건진료소 재무회계제도 개선방안을 구상하기 위한 연구방법으로 다음 3가지 방법을 사용하였음.

가. 文獻考察

- 문헌고찰에서는 예산회계제도와 재정운용제도, 지방자치단체의 도입과 지방재정구조, 지방공공조직과 예산회계제도에 대한 이론적인 고찰과 함께 보건진료소와 보건진료소 예산회계제도와 관련된 농특법과 보건복지부 훈령인 보건진료소 관리운영규정과 그리고 지방재정법 등의 검토를 통한 행정적이고 법률적인 측면에서 보건진료소와 지방자치단체와의 관계를 파악하고자 하였음.

- 그리고 보건진료소제도 전반에 대한 이론적인 고찰을 통해 급변하는 보건 의료환경에 대응할 수 있는 보건진료소의 기능과 역할을 정립하였음.

나. 設問調査

- 우편설문조사를 통해서 수집한 조사자료분석은 보건진료소에 대한 일반적인 특성, 보건진료소 조직, 보건진료소 재무예산회계 조직과 운영에 대한 특성 파악뿐만 아니라 주로 보건진료소의 재정현황과악에 중점을 두어 분석하였음.
- 본 연구의 모집단은 2001년 7월 31일 기준으로 우리나라 전체 보건진료소 1,907개소이며, 조사대상은 전체 보건진료소의 10%정도로, 조사대상에 대한 표본추출방법은 층화계통추출방법(stratified systematic sampling method)을 사용하였음. 본 조사는 2002년 9월 16일부터 시작해서 9월 말까지 15일간 진행되었음.

다. 專門家 諮問會議

- 정책자문회의를 통해서 보건진료소 예산회계개선방안을 수립함에 있어서 필수적으로 감안하여야 함에도 불구하고 이상의 접근방법들에서 미비 되기 쉬운 점에 대하여 보건의료 전문가의 시각, 회계전문가의 시각, 지방재정법 전문가의 시각에서 검토하고자 개별적 심층면접 및 자문회의, 워크숍 등의 방법을 활용하였음.

3. 研究內容構成

- 본 연구의 내용은 크게 여섯 장으로 구성되어 있음.
- 첫 번째, 1장은 서론부분으로 연구의 필요성, 목적과 연구의 방법 및 범위

에 대한 기술을 하였음.

- 두 번째, 2장은 보건진료소제도 전반에 대한 고찰로, 보건진료소제도의 도입배경, 보건진료소의 조직과 기능, 보건진료소 설치 및 관할인구 등을 정리하였고, 다음으로 보건의료환경의 변화에 따른 향후 보건진료소의 기능과 역할을 정립하였음.
- 세 번째, 3장은 이론적인 고찰에 해당하는 부분으로 예산회계제도와 재정운용제도, 지방자치단체의 도입과 지방재정구조, 지방공공조직과 예산회계제도에 대한 이론적인 고찰과 함께 보건진료소와 보건진료소 예산회계제도와 관련된 농특법과 보건복지부 훈령인 보건진료소 관리운영규정과 그리고 지방재정법 등의 검토를 통한 행정적이고 법률적인 측면에서 보건진료소와 지방자치단체와의 관계를 파악하여 정리하였으며, 그리고 보건진료소제도 전반에 대한 이론적인 고찰을 통해 급변하는 보건의료환경에 대응할 수 있는 보건진료소의 기능과 역할을 정립하였음.
- 네 번째, 4장에서는 보건진료소의 현황과 운영실태를 조사·분석하여 총수입, 총지출, 수지차이를 지역별, 인구규모별, 45세 이상 및 65세 이상 규모별로 현황과 증가율의 분석결과를 제시하고, 다음으로 수입과 지출에 영향을 미치는 요인을 분석하여 결과를 제하고 있음.
- 다섯 번째, 5장은 보건진료소 예산회계제도의 문제점과 개선방안을 제시하는 장으로, 먼저 보건진료소의 재정운영현황과 재무회계의 현황과 문제점을 정리하였고, 앞의 연구결과에 근거하여 이러한 문제를 해결하기 위한 기본원칙을 설정한 후 재정운용측면과 회계방식측면의 개선방안을 제시하고 있음. 마지막으로 6장은 결론부분으로 본 보고서를 요약·마무리하였음.

4. 研究結果

가. 保健診療所の 現況과 收支分析

1) 地域 概要

- 190개 조사대상 보건진료소 중 농촌지역이 154개소, 도서지역이 29개소, 시 지역이 7개소였으며, 관할 인구수는 전체평균 986명, 시 지역 1,212명, 도서 지역 851명, 농촌 지역이 1,001명으로 시 지역의 관할 인구수가 가장 많았으며, 관할인구를 충족하지 못하고 있는 보건진료소는 도서지역 10.3%, 농촌지역 13.0%로 나타났음..
- 45세 이상 인구비율은 전체 54.79%, 시 지역 52.84%, 도서 지역 57.89%, 농촌 지역 54.30%였고, 65세 이상 인구비율은 전체 23.15%, 시 지역 22.81%, 도서 지역 23.34%, 농촌 지역 23.13%임.

2) 總收入 分析

－ 地域特性別 收入 現況 및 增加率

- 지역별 수입현황을 보면, 2000년과 2001년 총수입이 가장 높은 지역은 시지역으로, 각각 44,686,557원과 54,593,889원이었으며, 전체수입에서 진료수입이 각각 74.0%와 73.4%로 가장 큰 비율을 차지하였음.
- 2000년과 2001년 수입 증가율이 가장 높은 지역은 도서지역으로 31.59%였음.

－ 人口規模別 收入 現況 및 增加率

- 인구규모별 수입현황을 보면, 2000년과 2001년 모두 관할인구가 1,001~1,500명 규모의 보건진료소가 총수입이 가장 많은 것으로 나타났으며, 각각 35,103,816원과 42,783,653원이었으며, 진료수입은 관할인구가 많은 지역이 더 높았음. 수입증가율은 1,001~1,500명의 관할인구를 가진 보

건진료소가 가장 높았으며, 30.31%증가한 것으로 나타남.

3) 總支出 分析

－ 地域特性別 支出 現況 및 增加率

- 지역별 지출현황을 보면, 2000년과 2001년 총지출이 가장 높은 지역은 시지역으로, 각각 28,687,997원과 33,059,545원이었으며, 지출항목 중 운영비가 차지하는 비중이 각각 66.0%와 66.1%로 가장 높았음.
- 반면 지출 증가율은 도서지역이 27.39%로 가장 높았고, 지출 항목 중 보건사업비가 61.79%로 가장 높은 지출 증가율을 보였음.

－ 人口規模別 支出 現況 및 增加率

- 전체지출에서 운영비가 차지하는 비율이 가장 높은 보건진료소는, 2000년에는 관할인구가 1,001~1,500명인 보건진료소로 66.8%였으며, 2001년에는 1,501명 이상인 보건진료소로 58.4%였음.
- 지출증가율이 가장 높은 보건진료소는 인구규모가 1,001~1,500명인 보건진료소로 26.87%가 증가하였음.

4) 收支差 分析

－ 地域特性別 收支差

- 보건진료소의 수입과 지출의 차이는 2000년과 2001년에 각각 8,808,229원과 12,101,538원이었음. 수지차이가 가장 큰 지역은 시지역으로 시지역의 수지차는 2000년과 2001년에 각각 15,998,559원과 21,534,344원이었으며, 가장 작은 지역은 도서지역으로 각각 3,967,686원과 5,733,843원이었음.

－ 人口規模別 收支差

- 인구규모에 따른 수지차이가 가장 큰 곳은 관할인구 규모가 1,001~

1,500명인 보건진료소였으며, 2000년과 2001년 각각 13,424,243원과 16,081,464원이었으며, 가장 수지차이가 작은 곳은 관할인구규모가 가장 작은 500인 이하의 보건진료소로 각각 4,726,556원과 8,153,666원이었음.

5) 收入·支出 決定要因 分析

－ 수입결정요인

- 총수입에 가장 크게 영향을 미치는 요인은 2000년과 2001년 모두 관할 인구수가 많을수록 수입이 높아졌고, 도시의 보건진료소 수입이 농촌에 비해 많았으며, 통계적으로 유의하게 높았음.

－ 지출결정요인

- 총지출에 가장 크게 영향을 미치는 요인은 2000년과 2001년 모두 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 지출이 많아졌고, 도시의 보건진료소 지출이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 많음.

－ 수지차 결정요인

- 수지차에 가장 크게 영향을 미치는 요인으로는 2000년에는 수지차에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인이 없었으나 2001년에는 지역변수로 농촌지역이 도서지역보다 보건진료소 수지차가 높은 것으로 나타남.

나. 保健診療所 豫算會計制度의 現況과 問題點

1) 保健診療所의 財政運營現況과 問題點

가) 保健診療所의 財政運用 現況

－ 保健診療所 收入活動

- 보건진료소의 수입활동은 보건진료소 이용자가 지불한 본인부담비와 의료보험관리공단으로부터 받는 진료비 수입이 주류를 이루는데, 2000년

과 2001년 모두 전체 진료수입이 각각 74.0%인 19,012,696원과 73.4%인 23,151,292원으로 총수입에서 가장 큰 비율을 차지하였음. 지역특성별로 도시와 농촌, 도서지역 모두 진료수입이 수입항목 중 가장 높은 액수이며 수입의 대부분을 차지하였음.

- 보건진료소의 주요 수입원은 진료비에 의한 비중이 거의 대부분을 차지하고 있으며, 이와 같이 재정수입면에서 상당히 독자적인 재정기반을 가지고 있다는 사실은 정부나 지방자치단체로부터 독립적인 재정운영이 가능하다는 것을 시사함.

－ 保健診療所 支出活動

- 보건진료소의 지출활동은 진료활동을 위한 운영비가 주류를 이며, 우선 운영비의 발생원인을 보면, 의약품구입비 및 의료장비구입비, 보건사업비, 비품구입비, 시설유지비, 차량비, 난방비, 수수료 및 공공요금 등이 있음. 이상과 같은 지출활동을 항목별로 살펴보면 2000년과 2001년 모두 운영비의 평균이 각각 11,745,048원(66.0%)과 13,893,887원(66.1%)으로 총지출에서 절대적인 부분을 차지하였음. 지역특성별로 살펴보았을 때에도, 2000년과 2001년 모두 모든 지역에서 운영비가 지출의 대부분을 차지하고 있었음.
- 이러한 지출활동은 보건진료업무와 직접적으로 관련 있는 비용들로 구성된다는 점에서 독자적인 수입활동에 대응한 지출활동을 해당 지방자치단체와 독립한 재정운영의 틀 안에서 가능하게 하는 기반을 제공해 준다고 할 수 있음.

－ 豫算活動

- 보건진료소의 예산과정은 보건진료소 운영협의회는 회계연도 개시 30일 전까지 예산안을 편성하여, 협의회의장이 시장·군수 등에게 예산안 승인신청을 하게 되며, 시장·군수가 협의회 의장에게 예산안에 대해 승인통보를 하게 되면, 예산의 범위내에서 집행할 하게 되는데, 집행과정에

서 보건진료원이 회계담당자로, 운영협의회장이 회계책임자로 기능함.

- 보건진료소운영협의회의장은 불가피할 경우에 운영협의회의 의결로서 예산의 목간금액을 전용할 수 있으며, 예측할 수 없는 예산외의 지출에 충당하기 위하여 예비비를 계상할 수 있으며, 예비비를 사용하고자 하는 경우에는 미리 그 이유 및 금액을 명시한 조서를 작성하여 운영협의회의 의결을 거쳐 시장·군수 등의 승인을 얻어야 함.
- 이상과 같은 사실에서 볼 때, 보건진료소의 예산이 자치단체의 예산과는 독립된 예산편성, 예산전용, 예산집행 등의 업무를 행하며, 이는 민간단체인 “보건진료소운영협의회”에서 맡아서 하고 있다는 것을 한눈으로 알 수 있으며, 이는 결국 해당지역내의 주민건강증진이라는 보건진료소 조직의 특수성을 감안하기 때문이며, 일반지방자치단체의 하부 행정조직과는 다른 측면에서 고찰해 볼 필요가 있음을 시사해 줌.

－ 決算過程

- 보건진료소의 결산은 당해연도 운영성과와 재정상태를 명확히 파악할 수 있도록 매 회계연도말을 기준으로 실시하고 회계연도 종료 후 30일 이내에 보건진료소운영협의회의 결산결과를 시장·군수 등에게 제출하여야 함. 결산결과의 이익잉여금은 다음 회계연도의 세입으로 편성되며, 이러한 결산절차는 장부의 마감, 갱신 및 이월과 동시에 이루어짐.
- 위와 같은 보건진료소의 결산절차는 일반지방자치단체의 결산절차와 비교하면, 결산을 위한 별도의 전문적인 감사위원이 없고 지방의회와 같은 결산을 심의하는 기관이 없다는 점에서 다르며, 이는 보건진료소의 예산 및 결산업무가 비교적 단순하고 해당지역주민으로 구성된 운영협의회가 행한다는 점에서 보건진료소 재정운영의 자율성을 보장하는 취지로 보임. 그러나 재정운영의 투명성과 신뢰성을 제고한다는 차원에서 최소한 독립된 외부의 감사인이 예산집행의 타당성 및 정당성을 검토하는 절차가 필요하다고 봄.

나) 保健診療所의 財政運用 問題點

一 法的根據의 未備點

- 현행 보건진료소 재정운용에 관한 규정은 근거법인 농특법에 의거하여 보건복지부훈령인 “보건진료소관리운영규정”에서 주로 다루어지고 있음. 그러나 근거법인 농특법 제15조 3항은 보건진료소 설치기준에 관한 사항만을 언급하고 있을 뿐, 구체적인 보건진료소 관리운영에 대해서는 훈령인 동 규정에서 정하고 있음.
- 이러한 입법적 미비는 결국 보건진료소의 재정운영을 훈령인 “보건진료소관리운영규정”을 따를 것인지 아니면 일부의 주장대로 지방자치단체에 관한 일반 재무규정인 지방재정법에 따를 것인지에 대한 혼란을 야기할 수 있음.

一 財政收入의 不足

- 보건진료소는 의료취약지역내 주민의 건강증진을 위한 일차적인 보건의료조직에서 벗어나 해당지역내 포괄적인 보건의료조직으로서 지역사회가 갖고 있는 건강문제를 사정하여 보건진료원의 역할 범위에 해당되는 일차진료, 모자보건, 지역사회보건 전반에 걸쳐 직접적인 서비스를 제공하는 역할을 제대로 수행해야 함.
- 그러나 이는 현재의 단순한 진료수입만으로는 부족함. 따라서 미래의 복지국가건설을 위한 기초작업이라는 인식 하에 정부의 적극적인 지원이 요구됨.

2) 保健診療所의 財務會計의 現況과 問題點

가) 保健診療所의 財務會計 現況

一 意義 및 根據

- 보건진료소 재무회계제도는 보건진료소관리운영규정상의 독립채산성의

원칙에 의해 일반회계로부터 독립해서 자주적인 경영체로서 보건진료소를 운영하여 나가도록 하고 있음.

- 이런 독립채산성의 원칙에 대한 통제 방식으로 보건진료소 관리운영규정과 동 규정의 예산서의 “예”로서(품목별 예산과목(관·항·목)) 국가 보건사업 즉, 보건진료소 사업의 지출대상을 품목별로 분류하여 그 한계를 규정하여 통제하고 있으며, 회계절차를 규정하고 있기도 함.
- 기본적으로 농특법 제15조는 보건진료소의 설치 및 운영에 관하여 규정하고 있고, 이러한 운영과 관련하여 보건진료소관리운영규정(보건복지부훈령)제15조는 자산과 회계에 관하여는 동 규정 및 보건진료소운영협의회에관한조례에 의해 구체적으로 정할 수 있게 하고 있으며, 이러한 동 규정 및 조례에 명시되지 않은 사항은 지방자치단체재무회계규칙을 준용하도록 하고 있음.

－ 會計의 흐름

- 보건진료소의 장부조직은 기본적인 회계장부로 매일 매일의 현금변동상황을 기록·유지하는 현금출납부와 수입 및 지출활동에 관한 내역을 한눈에 보여주는 보조장부인 수입 보조부와 지출 보조부의 3가지로 구성됨. 이는 전통적으로 공공회계에서 볼 수 있는 형태로 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록함. 이 방법은 실무상 간편하며, 회계처리가 쉽기 때문에 전통적으로 선호되어 왔음.
- 보건진료소의 회계원칙을 살펴보면, 비용을 발생사실에 의해 인식·계상하고, 수익은 발생사실에 의해 인식하고 실현사실에 의해 계상하며, 자산가액은 특별한 경우를 제외하고는 취득가액에 의하도록 하고 있음. 이러한 회계원칙은 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록하기 때문에 영리조직에서 채택하고 있는 발생주의 회계인식과 복식부기방법과 비교해 볼 때 수익비용대응원칙의 부재, 고정자산회계나 감가상각회

계의 부재 등 다양한 문제점이 발생할 수 있음.

- 會計機錄 및 維持는 현금출납부는 매일 매일의 현금변동상황을 기록하여 이를 일계표형식으로 마감한 후, 수입활동과 지출활동으로 구분하여 이를 각각 수입보조부와 지출보조부에 기록하도록 함.

－ 會計責任 및 統制

- 보건진료소는 회계에 관한 독립의 업무를 담당하게 하기 위하여 회계책임자와 회계담당자를 분리하고 있으며, 회계책임자는 보건진료소운영협의회 의장이, 회계담당자는 보건진료원이 담당하고 있음. 이는 지역주민으로 구성된 운영협의회가 해당지역내의 보건진료소 회계에 관하여 참여하도록 함으로써 민주적 절차에 의한 투명하고 공정한 회계기록을 유지하고 관리하려는 목적으로 볼 수 있음.
- 보건진료원은 매월의 보건진료소 운영상황을 다음달 15일까지 법정의 서식에 의하여 관할군수에게 보고해야하고, 이를 보고 받은 군수는 반기마다 도지사를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하여야 함. 여기서 운영상황은 보건진료활동내역과 같은 고유업무뿐만 아니라 보건진료소 회계에 관한 내역을 포함하고 있음.
- 이외에도 보건복지부장관에게도 보건진료소 회계에 관하여 간접적인 통제권을 부여하는 이유는 국가가 보건진료소의 재정운영에 관하여 일부 보조비를 줄 수 있고, 조세관계법령에 의한 세제상의 지원을 주는 것과 대응하여 인정된 것으로 보임.

나) 會計方式上的 問題點

－ 會計記錄 側面에서의 問題點

- 현보건진료소의 회계기록시스템은 보건진료원이 회계담당자로서 회계기록을 유지·관리하고, 운영협의회 의장이 회계책임자로서 감독기능을 수행하는데, 그러나 진료업무가 고유업무인 보건진료원이 관련 회계기록

을 유지·관리하는 것은 회계업무를 소홀히 할 수 있다는 점 외에도 단순한 수입·지출관리 외에는 효율적인 회계관리가 불가능하다는 문제가 있음.

- 또한, 보건진료소의 재무회계방식은 일반적인 공공회계와 마찬가지로 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록하기 때문에 고정자산의 취득, 감가상각회계 등을 적용할 수 없고, 실질적인 재무상태를 알 수 없고, 마지막으로 대차평균원리에 의한 자기검증기능이 없으며, 결과적으로 회계의 투명성과 공정성의 관점에서 문제가 발생할 수 있음.

－ 會計統制側面에서 問題點

- 현재 보건진료소의 재무회계에 관한 규정은 보건진료소관리운영규정과 보건진료소운영협의회에 관한 조례가 있으며, 상기규정에 명시되지 않은 사항은 지방자치단체재무회계규칙을 준용하도록 하고 있음. 보건진료소관리운영규정이 보건진료에 관한 일반적이고 통일적인 규정인 반면, 각 운영협의회의 조례나 지방자치단체회계규칙은 해당지역의 사정에 따라 달라질 수 있음.

다. 保健診療所 豫算會計制度의 改善方案

1) 基本原則

가) 國家的인 保健醫療事業

- － 보건진료소의 설치는 단순히 해당지역의 주민복지증진이라는 자치사무를 넘어서 복지국가의 건설이라는 미래국가의 지상과제를 실현하기 위한 기초작업으로 인식되어가고 있음.
- － 보건진료소 사업은 일반 지방자치단체업무와는 별도로 의료취약지역내 주민의 보건향상을 위한 필수 불가결한 국가정책업무라고 파악할 때, 전국적

이고 통일적인 기준에 의한 업무처리가 필요한 분야라고 할 수 있음.

- 국가적인 보건의료사업으로서 보건진료소의 향후 역할과 기능은 지역의 특성에 따라 다소 차이가 있지만, 기본적인 방향은 건강증진 및 질병예방이 주요 기능이 될 것이며 지역사회중심의 재활 및 복지서비스가 새롭게 개발되어야 함.

나) 保健診療所 運營의 自律性 確保

- 보건진료소의 역할과 기능을 적절히 수행하기 위해서 보건진료소는 해당지역주민의 건강문제나 보건의료문제에 따라 예산편성 및 집행이 이루어져야 하며, 보건진료소가 안고 있는 지역적 특성, 공공성 및 자율성을 발휘할 수 있도록 해야하며, 안정적이고 지속 가능한 보건진료활동이 이루어지도록 보건진료소 운영의 자율성이 확보되어야 함.

2) 財政運用의 改善

- 지역적 특성에 따라 보건진료소의 기능과 역할은 다소 차이가 있지만, 기본적으로 독립채산제에 의한 재정활동은 관련 수지의 적법성 및 타당성을 비교적 쉽게 분석·검증할 수 있게 되어 회계의 투명성과 공정성을 달성하기가 용이해짐.
- 따라서 보건진료소의 지역별 특성에 관계없이 현행 보건진료소의 재정운용 방안인 독립채산제도를 유지하는 측면에서 재정운영 및 회계방식상의 개선안을 살펴보고자 함.

가) 法律的인 補完

- 현행 보건진료소의 관리운영에 관한 구체적인 사항을 기존의 보건복지부훈령으로 하는 것은 보건진료소 재정운영의 투명성과 공정성을 담보하기에 부족하며, 다른 한편 위헌의 주장이 제기될 수 있음.

- 이러한 문제를 해결하기 위한 방안으로는 2가지 정도를 고려할 수 있음.
 - 첫 번째 방안으로는, 제15조3항을 보건진료소의 설치기준 및 관리운영 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다고 하여 현재 보건진료소관리운영규정을 시행규칙에 포함시키는 것임.
 - 두 번째는 현재의 보건진료소관리운영규정을 형식적으로는 훈령으로 유지한 채 그 법규 명령성을 확보하는 방법으로는 제15조4항을 신설하여 「보건진료소의 관리 및 재정운영 등에 관한 사항은 보건복지부장관이 정한다」라고 하면 위의 훈령이 대법원 판례가 인정하는 법률보충규칙으로 인정받을 수 있을 것으로 사료됨.

나) 財政運營의 擴充

- 현행 보건진료소는 단순한 일차진료(Primary medical care)를 뛰어넘어 개인, 가족 및 지역사회를 위하여 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 포괄적인 보건의료를 제공함과 동시에, 지역주민의 건강을 보장하기 위하여 지역사회를 조직하고 개발하여 각종 보건의료활동에 주민이 적극적으로 참여할 수 있도록 지역사회의 개발 역할을 적극 수행하는 것으로 그 기능이 변화되었음.
- 이와 같은 기능변화에 효율적으로 대응하기 위해서는 재정활동에 있어서 변화가 요구되는데, 기존의 자체진료수입만으로는 도서지역 등 일부지역 보건소의 경우 이러한 변화된 기능에 적극적으로 대처할 수 없는 경우가 있음.
- 따라서, 중앙정부는 복지국가 건설이라는 큰 틀에서 이러한 취약한 지역의 보건진료소에 해당주민의 복지를 적극적으로 증진시킬 수 있도록 관련예산을 최대한 반영하여 보건진료소 수입활동에 있어 획기적인 개선을 기하여야 할 것임.

3) 會計方式의 改善

가) 會計機錄 시스템의 改善

- 보건진료원은 고유업무인 진료, 예방 및 보건교육 업무에 충실하도록 하고,

관리업무 특히 회계기록의 유지·관리업무에 대해 현재 보건진료소관리운영 규정에 근거하여 일부 보건진료소의 경우 업무보조원을 두고 있는바, 이들에게 보건진료원 업무보조뿐만 아니라 회계업무도 담당토록 함.

- 업무보조원에게 전문적인 회계관리교육 등을 이수하게 하여 회계의 전문성을 배양해야하며, 운영협의회는 이러한 업무보조원의 회계업무를 효과적으로 통제할 수 있는 장치를 마련하는 한편, 최소한 수년에 한 번씩은 외부의 감사인의 점검을 통해 회계기록의 투명성을 검증 받아야 함.

나) 發生主義 會計의 漸進的 導入

- 회계기록의 전문적인 유지·관리를 통해 발생주의 회계를 점진적으로 도입하도록 하여야 할 것으로 사료됨. 이러한 발생주의 회계는 정확한 수익·비용의 대응을 가능케 하며, 감가상각회계를 채택할 수 있는 여지를 두게 되어 현재 보건진료소가 보유하고 있는 고정자산을 활용하여 제공한 서비스의 원가를 계산할 수 있게 됨으로써 합리적인 경영관리를 기할 수 있게 됨.
- 이러한 발생주의 회계를 점진적으로 도입하기 위해서는 현행 보건진료원이 행하는 업무를 진료업무와 관리업무로 나누고, 고유업무인 진료업무의 영역을 단순한 일차진료를 넘어서 포괄적인 건강복지업무로 그 영역을 확장하고, 관리업무를 전담할 인력을 추가로 배치하여 보건진료업무의 내실화와 효율성을 증가시켜야 할 것임.

다) 複式簿記 시스템의 採擇

- 신뢰성과 객관성의 회계기본원칙이 유지되기 위해서는 회계기록의 검증수단이 회계절차상 또는 정부조직상 갖추어져야 한다는 측면에서 보건진료소 재무회계에 복식부기 시스템의 도입을 고려할 필요가 있음.

第 1 章 序論

第 1 節 研究 必要性和 目的

1970년대 우리나라의 중요한 보건문제 중 하나는 농어촌 지역 주민들이 필요한 의료서비스를 제대로 받지 못한다는 점이었고, 그 이유 중의 하나는 농어촌지역의 의료자원이 절대적으로 부족하다는 것이었다. 이러한 문제를 해결하기 위한 정부의 방안 중의 하나가 보건진료소제도의 도입이었다. 보건진료소가 도입된 이후 지난 20년간 보건진료원은 지역주민과 부락에 거주하면서 그들의 문제를 해결하기 위한 일차적인 접촉자(Entry Point)로서 일차보건의료의 핵심적인 역할을 수행하고 있으며, 보건진료소제도는 농어촌 벽지 주민의 의료이용의 접근성을 높임으로써 의료요구 충족에 상당한 기여를 하였으며, 질병예방을 위한 주민의 보건계몽과 응급환자의 신속처리 및 후송, 추구관리, 가족의 건강문제, 청소년의 문제 및 자녀교육에 이르기까지의 상담, 학교아동의 건강관리 등 질병예방 및 일차적 치료서비스 제공을 통한 주민의 건강수준 향상에 성과가 있는 것으로 평가되고 있다.

그러나 보건진료원이 개발될 당시와 비교할 때 지난 20년간 우리나라의 사회·경제적 여건인 인구구조, 소득 및 교육수준, 직업양상은 상당한 변화를 가져왔으며, 주민의 보건의료 이용양상, 질병양상의 변화와 전국민의료보험제도도입, 의료시설 및 보건의료 인력(공중보건역사, 진료보조원, 치과위생사 등)의 농촌지역 투입, 의약분업도입 등 보건의료환경이 급변하고 있다. 그러나 우리나라 농어촌 의료취약지역에서 보건의료의 일차적인 책임을 맡고 있는 기관이 보건진료소임에도 보건진료소의 기능과 역할은 1981년 처음 보건진료소제도가 도입될 당시에 제정된 것으로 거의 변함이 없이 그대로 유지되고 있으며 그리고 이에 대한 검토와 연구도 미흡했다

한편 지난해부터 보건진료소의 재무회계제도와 관련된 논쟁이 있어 왔는데,

몇몇 자치단체 감사에서 공공보건기관인 보건진료소의 예산회계를 민간단체인 “보건진료소운영협의회”에서 맡아서 예산편성, 예산전용, 지출, 예금과 현금관리, 결산 등의 업무를 수행하고 있는데 이것이 적법 하느냐 하는 것과 그리고 진료원의 진료활동으로 인한 진료수입을 세외 수입으로 처리해야하지 않느냐 하는 것이었다. 이러한 보건진료소 재무회계에 대한 논란에 대해 2001년 민주당의 한 의원이 보건진료소 예산제도를 수입대체경비방식으로 바꾸자는 의견을 제시하였다. 수입대체경비라 함은 지출이 직접 수입을 수반하는 경비로 세금 외에 수입이 들어왔을 때 처리하는 방식으로 예를 들어서 지방자치단체가 시설이나 용역 등의 특별한 역무를 제공하고 징수한 수입을 말하는데, 그 당시 관련전문가들이 이 사안에 대해서 검토를 한 결과 보건진료소 수입은 주민들을 진료하면서 발생한 진료수입이며 사업예산이기 때문에 수입대체경비의 직접사용 대상이 될 수 없다고 결정 났었다. 그 후 몇 곳의 보건소에서 보건진료소는 공공보건기관이므로 보건진료소예산을 지방재무회계규칙 방식을 따라야 한다고 주장 등 논란이 계속되어 왔었다.

뿐만 아니라 일반적으로 한 국가 또는 한 조직의 능률성과 생산성을 높이기 위해서 경영혁신 또는 정부에서는 개혁을 하게 되는데, 이러한 제도적 장치로 업무평가제도, 성과급제도, 인센티브제도, 총액예산제, 예산회계제도개선 등과 같은 것들을 들 수가 있다. 그 중에서 예산회계제도의 개선은 대대적인 사업에 비해서 아주 적은 예산이 소요되는 재정관리 수단을 바꾸는 것에 불과하지만 조직의 생산성을 제고할 수 있는 가장 효과적인 수단이다. 그런데 보건진료소제도가 도입 된지 20년이 지났지만 한번도 보건진료소의 재무회계에 관한 연구가 없었다.

농어촌 지역에서 교통수단의 발달과 인구감소 등으로 보건진료소의 역할과 기능이 다소 쇠퇴한 측면이 없지 않지만, 보건진료소는 여전히 보건의료가 취약한 농어촌 지역주민이 주로 이용하는 보건의료기관이라는 점을 감안 할 때 보건진료소의 역할을 경시할 수 없다.

따라서 본 연구에서는 보건진료소의 기능과 역할을 잘 수행할 수 있을 뿐만

아니라 보건진료소의 생산성과 능률성을 높일 수 있도록 보건진료소 운영의 자율성의 관점에서 재정운용방식에 대한 개선방안을 제시하고자 하며, 그리고 보건진료소 운영의 투명성의 관점에서 보건진료소의 재정운용방식에 적합한 회계제도를 검토하여 개선방안을 제시하고자 한다. 구체적인 목적을 살펴보면 첫째, 급변하는 보건의료환경의 변화에 따른 보건진료소 기능과 역할을 정립하고, 둘째, 현행 보건진료소 재무회계제도, 즉, 재정운용방식과 회계방식의 문제점을 파악하고 셋째, 보건진료소의 역할과 기능을 잘 수행할 수 있는 보건진료소 재정운용방식과 회계제도에 대한 개선방안을 제시하고자 한다.

第 2 節 研究方法 및 範圍

1. 研究 分析體系

[그림 1-1] 研究의 基本들

이론고찰 및 관련법 검토	<ul style="list-style-type: none"> - 예산회계제도의 이론적 고찰 - 공공서비스의 공급유형 - 비영리조직의 예산회계제도 - 보건진료소제도의 제도적 의의 - 보건진료소 관련법 고찰
기능 정립	- 보건진료소의 역할과 기능 정립
현황 분석	<p style="text-align: center;">보건진료소 운영실태</p> <ul style="list-style-type: none"> - 보건진료소 현황 - 보건진료소 수입분석 - 보건진료소 지출분석
문제점 도출	<ul style="list-style-type: none"> - 보건진료소 재정운용방식의 문제점 - 보건진료소 회계방식의 문제점
개선방안	보건진료소 재무예산회계제도 개선방안 제시

2. 研究方法

본 연구의 연구방법은 크게 문헌고찰, 자료분석 및 정책자문회의로 구분된다.

가. 文獻考察

문헌고찰에서는 예산회계제도와 공공서비스 공급유형 그리고 비영리조직의 예산회계제도에 대한 이론적인 고찰과 함께 보건진료소와 보건진료소 예산회계제도와 관련된 농특법(농어촌등보건의료를위한특별조치법)과 보건복지부 훈령인 보건진료소 관리운영규정과 그리고 지방재정법 등의 검토를 통한 행정적이고 법률적인 측면에서 보건진료소와 지방자치단체와의 관계를 파악하고자 한다.

그리고 보건진료소제도 전반에 대한 이론적인 고찰을 통해 급변하는 보건의료환경에 대응할 수 있는 보건진료소의 기능과 역할을 정립 할 것이다.

나. 設問調査

우편설문조사를 통해서 수집한 조사자료분석은 보건진료소에 대한 일반적인 특성, 보건진료소 조직, 보건진료소 재무예산회계 조직과 운영에 대한 특성 파악뿐만 아니라 주로 보건진료소의 재정현황파악에 중점을 두어 분석하고자 한다.

1) 調査對象 및 標本抽出

본 연구의 모집단은 2001년 7월 31일 기준으로 우리나라 전체 보건진료소 1,907개소이며, 조사대상은 전체 보건진료소의 10%정도로, 조사대상에 대한 표본추출방법은 층화계통추출방법(stratified systematic sampling method)을 사용하였다. 1단계에서는 총 보건진료소 1,907개소를 16개 시·도별로 층화 하였으며, 2단계에서는 16

개 시도별로 10%씩 체계적인 추출방법을 사용하여 표본을 선정하였다.

〈表 1-1〉 母集團 및 調査對象 保健診療所

계	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	
모집단	1,907	6	9	26	12	8	11	168	131	162	232	249	328	310	209	43
표본수	191	1	1	3	2	1	1	17	13	16	23	25	33	30	21	4

2) 調査內容 및 資料蒐集方法

본 조사의 조사내용은 자문회의를 거쳐 측정방법과 조사내용을 검토 받았으며 조사표의 구성은 보건진료소 관할 지역현황, 보건진료소와 보건진료원 현황 및 보건진료소 재정현황으로 구성되어 있다. 보건진료소 관할 지역현황으로는 위치, 관할 보건진료소 인구수, 노인인구수를 조사하며, 보건진료소와 보건진료원 현황으로는 보건진료원의 연령, 결혼상태, 면허종별, 근무경력 등을 포함하며, 마지막으로 보건진료소 재정상태로는 보건진료소의 2000년과 2001년 수입현황과 지출현황을 조사하였다.

본 조사는 2002년 9월 16일부터 시작해서 9월말까지 15일간 진행되었다. 본 조사는 연구진이 보건진료소에 직접 조사표를 발송하고, 배부된 조사표에 의거 보건진료원이 직접 조사표를 작성하였다. 작성된 조사표를 관할지역의 16개 시·도 보건과로 송부하고, 16개 시·도 보건과 담당자가 조사표의 기재내용을 확인해서 본 연구원으로 송부하였다. 조사표 작성 및 작성결과에 대한 지도감독을 위하여, 시·도 보건과 담당자에 대한 교육을 실시하고, 지도감독 체계 마련하였다.

3) 專門家 諮問會議

정책자문회의를 통해서도 보건진료소 예산회계개선방안을 수립함에 있어서

필수적으로 감안하여야 함에도 불구하고 이상의 접근방법들에서 미비되기 쉬운 점에 대하여 보건의료 전문가의 시각, 회계전문가의 시각, 지방재정법 전문가의 시각에서 검토하고자 개별적 심층면접 및 자문회의, 워크숍 등의 방법을 활용할 것이다.

第 2 章 保健診療所制度에 관한 論議

第 1 節 保健診療所制度

1. 保健診療所 設置背景

의료기술의 발달로 의료산업의 투자액은 증가되고 보건의료 인력 역시 증가되었으나 혜택인구의 확대나 건강 수준의 향상은 기대치에 크게 미치지 못하였으므로 세계적으로 고기술, 고투자로 특징지어지는 기초 보건의료전달 체계에 대한 반성과 재평가를 하게 되었고 새로운 보건의료서비스 전달체계 즉, 접근 방법이 개발되어야 한다는 문제가 강력하게 대두되기 시작했다. 특히 건강을 모든 국민의 권리로 규정하고 이의 실현을 위해 모든 국민에게 보건의료혜택이 공급될 것이 강조되었다. 이에 따라 그 동안 가진 자 또는 지리적으로 의료시설에 접근 가능한 지역 거주자만이 보건의료혜택을 향유할 수 있는 기존 의료전달체계는 갖지 않은 자, 의료 극빈자, 벽오지 거주자에게도 균등하게 보건의료서비스의 혜택을 향유할 수 있도록 개편조정해야 하므로 세계보건기구는 “모든 주민에게 건강을 이라는” 건강목표달성을 위하여 일차보건의료접근방법을 (Primary Health Care) 선언하기에 이르렀다.

WHO(세계보건기구)는 1978년 9월, 소련 알마아타에서 지구상의 모든 인류에게 사회적으로나 경제적으로 생산적인 삶을 보장하는 것을 궁극목표로 삼고 “서기 2000년까지 모든 인류에게 건강을” 목표로 내세우고 이에 접근 방안은 일차보건의료가 열쇠라는 것에 의견을 모았으며, 각 회원국에 일차보건의료를 도입하도록 권고하였다. 일차보건의료란 단순한 일차진료(Primary medical care)만을 의미하는 것이 아니고, 개인, 가족 및 지역사회를 위하여 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 서비스가 통합된 기능으로 제도적으로 주민이 보건의료체계에 처음 접하는 관문이 되며, 기술적으로는 예방과 치료가 통합된 포괄적 보건

의료를 의미하며, 여기서 “모든 인류에게 건강을”이라는 개념은 모든 알려진 질병에 대한 치료, 모든 사람에게 고도의 수준 높은 진료 그리고 아무도 질병에 걸리지 않고 불구가 되지 않게 하는 것을 뜻하는 것이 아니고 모든 사람에게 필수적이며, 기본적인 보건의료(essential health care)의 제공, 건강 수준의 향상 그리고 질병 예방에 대한 노력의 향상을 의미하는 것이며, 전 세계 모든 인구가 적어도 생산적으로 활동할 수 있고 그들이 살고 있는 지역내의 사회생활에 능동적으로 참여할 수 있는 그런 수준의 건강을 확보함을 의미한다.

당시 우리나라가 당면한 보건의료문제들로는 의료인력 및 의료시설의 대부분이 도시에 편중되어있었고 지리적으로 의료시설에 접근할 수 있는 대부분의 사람은 높은 의료비 부담 때문에 쉽게 접근하지 못하는 점등이 있었다. 제한된 의료자원(인력, 시설)으로 보다 많은 사람에게 그 혜택이 확대되어야 하므로 기존 보건의료 전달체계의 개편 및 조정은 불가피하였다. 특히 농어촌 오벽지의 주민은 의료시설에 지리적으로 접근하기 어려우므로 “모든 주민에게 건강을”이라는 관점에서 보건의료서비스 확대의 일차적인 대상이 되었다.

따라서 우리나라의 보건의료문제 해결이 시급한 농촌지역에 일차보건의료를 보건정책으로 도입하여, 농·어촌 보건문제 해결을 위하여, 기존 보건의료전달체계의 개편과 보건의료서비스의 지리적 균등확대 요구에 부응하기 위하여 새로운 보건정책으로 한·미 정부간 협정에 의거, AID차관 보건시범사업이 착수되었는데, 그 중 1976년 경남 거제도에서 시작된 시범사업이 농어촌지역주민의 일차보건의료서비스 확대를 위한 효과적인 접근방법이 입증되어 정부에 다른 농어촌 지역에 동 사업의 재현 및 확대를 건의하게 되어 1978년에는 강원도 홍천군, 전북 옥구군, 경북 군위군으로 확대하였다.

마을건강사업은 한국형 일차보건의료사업으로서 경비절약형(low cost)이며 예방과 치료서비스가 통합된 적절한 기술을 통한(appropriate technology) 양질의 서비스제공을 특성으로 하였다. 따라서 마을건강사업은 ‘저렴·양질’의 서비스 제공을 목표로 혁신적 방안의 하나인 보건진료원을 개발하는 것을 핵심으로 하였다. 이러한 시범사업을 통하여 1980년 12월 “농어촌보건의료를 위한 특별조치법”의 제정되었으며, 이를 근거로 1981년부터 전국 농어촌 의료취약지역에

보건진료소를 설치하여 보건진료원으로 하여금 근무하게 하였다. 이 법의 시행으로 오늘날 보건진료소와 보건진료원이 탄생하게 되었고, 농어촌 보건의료복지를 위한 사업이 전개되었다. 이어 1992년에는 법안의 제목에 ‘등’자를 추가하여 ‘농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법’이 개정되었고 이는 오늘날 보건진료소가 운영되고 보건진료원제도가 있는 법적 근거가 되고 있으며, 보건진료원은 1980. 12. 31 제정발효된 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법(농특법)과 그 시행령 및 시행규칙 그리고 보건진료소 운영관리지침에 의거하여 활동하고 있으며 당시부터 이들의 신분 및 보수는 취약지역을 근무지역으로 지정하여 군수가 위촉하는 신분이었으나 농특법의 개정(91.12.14)으로 정규지방별정직공무원으로 신분이 안정되게 되었다. 현재 우리나라의 보건진료소는 일차보건의료 서비스 제공에 핵심기관이라 할 수 있다.

2. 保健診療所 組織 및 機能

가. 組織

농특법 제2조 3·4항 및 제15조에 의하면 기본적인 조직으로서 보건진료소 및 보건진료원을 두고있고, 보건진료소 관리운영규정 제4조 및 제6조에 의하면 보건진료소의 업무보고 및 지역주민의 건강증진사업의 원활한 수행을 위하여 각각 업무보조원과 마을건강원을 둘 수 있다. 이밖에 보건진료소의 운용을 원활히 하기 위하여 보건진료소가 설치되어 있는 지역마다 주민으로 구성되는 보건진료소 운영협의회가 있다(농특법 제21조)

나. 機能 및 業務

보건진료소는 의사가 배치되어 있지 아니하고 계속하여 의사의 배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료취약지역안에서 설치·운영되는 보건의료시설을 말하며, 보건진료원은 이러한 보건진료소 안에서 기초적 범위의 의료행위(환자의 이송, 응급처치, 예방접종 등) 및 질병예방·가족계획 등 주민의 건강증진에 관

한 업무를 수행하는 자를 말한다. 한편, 업무보조원은 보건진료소의 업무보고를 위해 필요시 들 수 있는 자이고, 마을건강원은 자원봉사자로서 지역주민의 건강증진사업의 원활한 수행을 위하여 리·동단위에 두는 자이다. 이와 별도로 지역주민으로 구성된 보건진료소 운영협의회는 보건진료소의 운영지원 및 운영에 관한 건의를 할 수 있는 조직으로 그 구체적인 사항은 각 지방자치단체의 조례로 정하게 되어있다. 보건진료원의 업무는 의료행위와 보건업무로서 구분할 수 있는데 의료행위로서는 상병상태를 판별하기 위한 진찰 및 검사행위, 환자의 이송, 외상치료 및 응급환자에 대한 처치, 상병의 악화방지, 만성병환자의 요양치료 및 관리, 정상분만의 개조 및 가족계획, 예방접종, 의료품투여 등이 있으며 보건업무로서는 환경개선 및 영양개선에 관한 업무, 질병예방에 관한 업무, 가족계획 및 모자보건에 관한 업무, 마을건강원에 대한 교육, 기타 보건의료증진에 관한 업무 등이다.

3. 保健診療所 設置 및 管轄人口

보건진료소의 설치는 농특법 제15조 보건진료소의 설치·운영에 근거하여, 군수는 의료 취약 지역의 주민에 대한 보건 의료를 행하게 하기 위하여 보건진료소를 설치·운영하도록 하고 있다. 다만, 시·구의 관할지역 안의 도서지역에는 당해 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며 군 지역 안에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정지역의 변경 등에 의하여 시 또는 구 지역으로 편입된 때에는 보건복지부장관이 정하는 바에 의하여 당해 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영하고, 보건진료소에 보건진료원과 필요한 직원을 두도록 규정하고 있다. 그리고 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정하고 있는데, 의료취약지역을 인구 500인 이상(도서지역은 300인 이상) 5천인 미만을 기준으로 구분한 하나 또는 수 개의 이·동을 관할구역으로 하여, 주민의 의료이용이 편리한 장소에 설치토록 되어있다. 초기에 보건진료소는 인구 1,000명 이상 5,000명 미만을 기준으로 설치하였으나 1987년 이후부터는 육지는 500명, 도서는 300명 이상으로 인구수를 하향 조정하여 의료의 접근도를 높였고 경제사

회개발 5개년계획(1992~1996)에 의하면 200인 이상의 도서지역 180개에 보건진료소를 설치할 예정으로 있으며 실제 보건진료소의 평균 관할인구수는 1987년조사의 1,452명에서 2001년 7월에는 1,017명으로 줄었다.

4. 郡單位 保健組織과의 支援體系

일차보건의료사업은 군보건소, 보건지소 및 보건진료소라는 일련의 조직을 통하여 실시되고 있으면서도 그동안 조직의 성격과 요원의 신분차이 때문에 상호협력 및 팀활동이 부진했다. 보건소는 보건소법에 의해 설치되나 보건지소는 보건소의 하부조직으로 반드시 설치되는 것이 아니고 대통령령에 따라 지방자치단체장의 필요에 따라 설치할 수 있도록 하였고 보건진료소는 농특법에 따라 설치되어 조직으로서 연계될 수 있는 법적성격이 달랐었다.

또한 군보건요원은 정규직공무원인데 비해 보건지소에 근무하는 공중보건의는 신분이 모호한 상태이고 보건진료원은 군수의 위촉신분이어서 상호협력활동이 어려웠으나 1992년 4월부터는 보건진료원의 신분이 정규직공무원화하여 군단위보건조직과의 상호협력 및 팀활동이 기대되고 있다.

5. 指導監督 水準

농특법 제23조에서는 시장·군수·구청장이 보건진료소의 업무를 지도·감독하도록 되어 있고, 보건소장 또는 보건지소장은 시장·군수·구청장의 위임을 받아 보건진료원의 의료행위를 지도·감독할 수 있게 되어있다. 즉, 기본적인 지도·감독은 보건진료소를 설치·운영하고, 보건진료원을 임명하는 자치단체의 장이 하게 되어있다. 구체적인 지도·감독수단으로서 보건진료원은 매월의 보건진료소 운영상황을 일정한 서식에 의해 관할군수에게 보고해야 하고, 이러한 보고를 받은 군수는 반기마다 관할도지사를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. 보건진료원은 지정받은 근무지역에 거주하여야 하며, 시장·군수·구청장의 허가없이 근무지역을 이탈할 수 없고, 보건진료원이 업무수행을 위하여

관할지역밖으로 출장하고자 할 때에는 사전에 보건소장으로부터 출장명령을 받아야 한다.

한편, 보건진료소의 회계에 대한 책임자로 보건진료소 운영협의회의 장이 있고, 그 책임에 관하여는 “회계관계직원등의책임에관한법률”의 정하는바에 의한다. 보건진료원은 그 신분이 공무원이므로 지방공무원법에 따른 복무의무가 주어진다. 또한 보건복지부장관은 보건진료원의 자질향상을 위하여 필요하다고 인정하는 때 보건진료원의 교육을 명할 수 있다.

6. 物品供給體系

보건진료소 운영관리지침 45조에 의하면 의료장비 및 의약품의 구입은 보건진료소의 운영협의회 기금으로 구입하되 부득이한 경우를 제외하고는 보건소에 의뢰하여 일괄구입한다고 되어 있다. 따라서 보건진료소의 기본의료기구 및 의약품의 조달은 표준의료기구 및 의약품범위내에서 보건소 공급체계 혹은 자체적으로 구입하고 있다.

그러나 각종 예방접종약, 보건교육자료, 시청각자료재, 가정방문을 위한 기동력 확보 등 질병예방과 건강증진 서비스 제공에 필요한 물품공급은 그 근거구정이 분명히 못하여 도, 군마다 상당한 차이를 나타내고 있다.

7. 地域社會參與 및 運營協議會

지역사회참여는 일차보건의료사업 성패의 관건이라고 할 수 있는데 지역주민들로 구성된 보건진료소 운영협의회와 마을 건강원을 개발하여 운영하고 있다. 운영협의회는 보건진료소 설치 당시 대지의 기증이나 부락의 공공건물의 대여, 보건진료소의 비품구입과 주거환경개선에 상당한 기여를 하였으나 보건진료원의 활동이 정착되고 보건진료소가 신축되면서 더 이상의 참여에는 별 관심을 보이지 않고 있다.

서비스대상자발견 및 의뢰, 전출입 자료작성, 출생 및 사망자료작성, 환자추

구관리 등의 직무를 수행하고 있는 마을건강원활동 역시 저조한 것으로 보고 되고 있다.

보건진료소는 보건진료소 설치 지역마다 주민으로 구성된 『보건진료소운영 협의회』의 지원을 받아서 운영되고 있다. 보건진료소운영협의회는 보건진료소의 운영 지원 및 보건진료소의 운영에 관한 건의를 하고 있다. 보건진료소운영 협의회는 조직과 운영에 관하여 필요한 사항은 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.

8. 保健診療所 財務會計制度

보건진료소 재무회계제도는 보건진료소관리운영규정의 농특법 제15조 보건진료소의 설치·운영조항에 의거 독립채산성의 원칙에 의해 일반회계로부터 독립해서 자주적인 경영체로서 보건진료소를 운영하여 나가도록 규정되어 있다. 독립채산제는 재정상의 자율성과 재정의존의 탈피, 수지적합의 원칙, 자기조달의 원칙, 이익금 자기처분의 원칙 등을 그 요소로 한다. 이런 독립채산성의 원칙에 대한 통제 방식으로 보건진료소 관리운영규정과 동 규정의 예산서의 “예”로서 (품목별 예산과목(관.항.목)) 국가 보건사업 즉, 보건진료소 사업의 지출대상을 품목별로 분류하여 그 한계를 규정하여 통제하고 있으며, 회계절차를 규정하고 있기도 하다. 또한 보건진료소의 재무통제 및 사업 통제 수단으로 시장/군수의 승인에 의한 통제 시/군은 예산의 명시 이월비 계속비 등에 대한 사전승인이나 예비비 사용에 대한 사후승인 등과 같은 승인제도를 통하여 예산집행을 통제하고 있다. 이 통제의 경우 농특법 개정정신이 훼손되어서는 안 될 것이다.

보건진료소의 주 재정수입은 이용자의 의료보험료의 자부담을 부담한 수입과 의료보험관리공단으로부터 받는 보험료 수입이 주 수입원이다.

9. 運營費調達

보건진료소의 수입활동은 보건진료소 이용자의 의료보험료의 자부담을 부담

한 수입과 의료보험관리공단으로부터 받는 보험료 수입이 주류를 이룬다. 한편, 지방자치단체는 관할 보건진료소의 원활한 운영을 위하여 시설관리와 운영에 필요한 예산을 지원하게 되고, 국가 및 도는 시·군에 대하여 보건진료소의 설치비와 부대비의 일부를 보조하게 되는데 국가보조금은 그 한도가 설치비와 부대비의 2/3까지이고, 도비보조금은 설치비와 부대비의 1/3까지이다. 보건진료소의 주요 수입원은 진료비에 의한 비중이 거의 대부분을 차지할 정도로 재정수입면에서 상당히 독자적인 재정기반을 가지고 있다는 사실은 정부나 지방자치단체로부터 독립한 재정운영이 가능할 수 있음을 시사해 준다.

한편, 보건진료소의 지출활동은 진료활동을 위한 인건비 및 시설비 그리고 관리비가 주류를 이룬다. 우선 인건비의 발생원인인 인력면에서 보면, 기본인력인 보건진료원과 보건진료소운영협의회, 필요시 둘 수 있는 업무보조원 그리고 자원봉사자로서 마을건강원이 있다. 따라서 인건비와 관련하여 보건진료원)과 업무보조원의 인건비, 보건진료원의 교육비(직무교육수당, 보수교육수당)·출장비·활동장려금, 운영협의회 활동수당, 회의수당, 마을건강원의 교육비등이 있을 수 있다. 또한 운영비에서는 의약품구입비 및 의료장비구입비, 보건사업비, 비품구입비, 시설유지비, 차량비, 난방비, 수수료 및 공공요금 등이 있을 수 있다.

이상과 같은 지출활동 역시 보건진료업무와 직접적으로 관련 있는 비용들로 구성된다는 점에서 독자적인 수입활동에 대응한 지출활동을 해당 지방자치단체와 독립한 재정운영의 틀 안에서 가능할 수 있게 하는 기반을 제공해 준다고 할 수 있다.

1) 보건진료원은 지방자치단체 소속의 별정직 공무원으로 임명되기 때문에 보건진료원의 인건비는 자치단체의 일반예산에서 책정되어 있다. 다만 보건진료원의 활동장려금은 보건진료소가 자체 부담토록 되어 있다.

〈表 2-1〉 保健診療所 運營費 支援現況

구분	내역	지원비중 및 출처
자본 비용	보건진료소 신축비	국고 2/3, 지방 1/3
	부대비용	지역주민 출연
	대지비용	지역주민 출연
경상 비용	보건진료원 인건비	지방자치단체 전액
	활동장려금	보건진료소 자체부담(200,000~300,000원)
	의약품비	보건진료소 자체부담 (단 처음 설립할 때에는 설치후 2~3개월 사용분을 지자체에서 부담)
기타	운영지원금 (관리운영 예산)	지역주민 또는 국고 또는 지방 (시설관리 및 운영에 필요한 예산지원)

주: 활동장려금은 전보건의료원이 일정한 액수를 받는 것이 아니라 보건진료소 운영기금규모에 따라 지급유무와 액수가 다름.

第 2 節 向後 保健診療所 役割과 機能定立

1. 一次保健醫療의 宣言 背景 및 主要 內容

일차보건의료의 선언 배경 및 주요내용을 살펴봄으로서 보건진료소의 기능 재조정에 기초가 될 것이다.

가. 宣言 背景

세계보건기구는 모든 주민이 골고루 건강혜택을 받음으로써 건강한 생활을 할 수 있도록 1978년에 일차보건의료를 선언하고 “모든 주민에게 건강을”(Health for All) 주기 위한 접근방법으로 일차보건의료(Primary Health Care)를 건강사업에 도입할 것을 회원국에 권고하였다.

“모든 주민에게 건강을”의 의미는 건강서비스의 이용가능성만을 의미하는 것

이 아니라 개개인의 안녕 상태를 의미함으로써 사회적, 경제적으로 생산적인 삶을 영위할 수 있는 건강상태를 위하여 건강에 해를 주는 각종 요인을 제거하는 것이라고 하였다.

일차보건의료의 선언배경으로 세계보건기구는 주요 질병 및 전염병의 근절과 질병 예방을 위한 방법으로 기본 보건서비스(Basic Health Service = BHS)를 추진하도록 각 회원국에 권고하였으며, 많은 나라에서 이 사업을 지난 1970년 초까지 실시하였으나 큰 성과를 거두지 못하였으므로 1973년부터 기본 보건서비스의 문제점을 논의하기 시작했으며, 보다 효과적으로 효율적인 건강관리사업의 방법을 개발하기에 이르렀다.

따라서 세계보건기구(WHO)와 국제연합아동기금(UNICEF)이 공동으로 개최한 국제회의에서 1978년 9월에 일차보건의료를 선언하면서 다음과 같이 제시하였다. 전세계의 수억 주민들의 건강상태가 좋지 않으며 특히 개발도상국에서 심각하다. 전세계 인구의 과반수가 적절한 건강보호 혜택을 받고 있지 못함으로 건강문제의 심각성은 나라와 나라 사이 또는 같은 나라안에서도 보건의료 자원의 분배가 적당하지 않고 평등하지 않다.

더욱이 건강은 기본 인권의 하나이며 세계적인 사회 목표가 되어야 한다. 또한 ‘가진 자와 가지지 못한 자’의 격차를 없애 주고 전세계 주민이 사회적으로나 경제적으로 생산적인 생활을 능히 할 수 있는 건강을 향유할 수 있게 하기 위한 새로운 접근방법(New Approach Method)을 강조하기에 이르렀다.

나. 主要 內容

일차보건의료의 구성요소는 다음과 같다.

- 필수적인 건강관리(예방적, 증진적, 치료적, 재활)이며 특히 예방을 강조한다.
- 지역사회 모든 개인이나 가족에게 골고루 혜택을 준다.
- 주민이 거주하는 말단 지역에서부터 건강서비스가 시작된다.
- 지역사회의 전적인 지원을 받으며 지역사회 참여를 강조한다.

- 지역사회내의 자원봉사인력을 개발 활용한다.
- 국가 보건의료체계의 구성요소의 하나이다.
- 각 부문간의 협동과 접근이 필요하다.
- 일차보건의료 구성요소를 재확인하면 일차보건의료의 활동 범위는 건강 증진, 질병예방, 치료 및 재활서비스가 된다. 일차보건의료의 정의(definition)가 의미하는 주요개념은 인력, 시설 및 재정의 공정한 분배(eguitable distribution), 지역사회 참여, 예방에 초점을 둔 필수적인 건강 관리, 적절한 기술(appropriate technology)과 보건 및 보건 관련 부문간 협력(multisectoral approach)이다.
- 일차보건의료서비스를 제공하는 측면에서는 접근성(accessibility)이 지리적, 경제적, 문화적, 기능적인 측면에서 보장되고 이용자 즉, 주민은 스스로의 자립과 자가관리능력(self reliance, self care)을 기르기 위한 건강한 생활의 적극적인 실천이다.
- 지역사회에 적용되는 일차보건의료사업의 범위와 구체적인 사업내용은 지역의 건강요구(health need)에 기초하여야 하므로 지역사회 특성에 따라 차이가 크므로 일률적으로 사업 범위가 결정되어서는 안 된다. 따라서 한국 내에서도 지역에 따라 크게 도시, 농촌의 인구특성, 경제수준, 질병수준, 환경요인 및 보건자원의 차이로 인하여 중점이 되는 내용이 다름을 의미한다.
- 일차보건의료 접근을 건강관리에 적용하는 과정에서 고려될 수 있는 것은 큰 위험(high risk)이 있는 집단이나 큰 요구(greast need)가 있는 집단을 우선적으로 하여 건강관리와 사회개발접근이 적용되는 것이 강조되고 있다.
- 일차 보건의료개념에서 나타난 바와 같이 일차보건의료는 여러 해 동안 각국에서 실시된 기초보건의료사업(Basic Health Service = BHS) 결과를 평가한 후 성공과 실패의 경험을 기초로 한 것이기 때문에 기초보건의료 사업의 단순한 연장 확대만을 뜻하는 것이 아니다.

2. 保健診療員の 役割 및 機能設定 過程

가. 保健診療員の 役割

보건진료원은 사업대상을 지역사회 주민 전체를 대상으로 독자적이고 자율성을 갖고서 역할을 수행하고 있다. 또한 농특법에 의한 보건진료원의 역할은 일반적으로 지역사회 간호사의 역할보다 확대되고 전문화되어 있다고 할 수 있다.

따라서 보건진료원은 다양한 일차보건의료서비스를 지역 주민에게 제공하면서 지역내의 보건소와 보건지소로부터 멀리 떨어져 있는 지역 주민과 지역적으로는 멀리 떨어져 있지 않으나 건강요구가 있는 지역에서 독자적이고 자율적인 역할을 수행하게 되므로 이에 부합되는 역할과 구체적인 직무가 개발된 과정을 제시하고자 한다.

1) 地域社會 保健管理者 役割

보건진료원은 보건진료소가 관할하고 있는 주민에게 최적의 보건사업을 제공하기 위하여 보건진료소 사업을 조직하고 관리하는 역할을 수행한다. 관할주민의 질병조기 발견, 예방, 치료, 재활과 건강유지 및 건강증진을 위한 활동계획을 수립하여 지역사회가 그들의 건강문제를 발견하고 해결할 수 있는 능력을 갖도록 하기 위하여 보건진료소 사업의 계획, 조직, 실시, 평가를 수행한다.

2) 서비스 提供者 役割

지역사회내의 모든 생의주기(출생아부터 사망에 이르기까지의 모든 연령층의 인구)에 해당하는 개인, 가족과 지역사회가 갖고 있는 건강문제를 평가하여 보건진료원의 일차보건의료 사업 수행의 역할 범위에 해당되는 질병예방, 건강증진, 일차진료, 지역사회보건 전반에 걸쳐 직접적인 서비스를 제공하는 일은 보건진료원의 역할 중 매우 중요하고 제일 큰 비중을 차지하는 필수적인 역할이다.

3) 促進者 役割

지역주민의 건강증진사업 및 지역사회개발사업과 같은 일을 추진하는데 있어서 주민의 적극적인 참여가 필요하다. 이들이 적극적으로 참여하기 위하여는 동기부여가 요구되며 그들이 갖고 있는 보건문제와 지역의 문제가 무엇인가에 대한 관심을 갖고 해결하도록 촉진함은 물론 국가가 제공하는 각종 보건 및 지역개발사업에 적극적으로 참여하도록 촉진되어야 한다. 따라서 보건진료원은 지역사회개발 촉진자로서 주민이 적극적으로 참여하도록 노력하지 않으면 안된다.

4) 教育者 役割

지역주민은 연령, 교육수준, 가족수, 소득수준 및 가정환경 등 여러 특성을 가진 다양한 층을 이루고 있다. 그 다양한 층의 모든 사람에게 건강증진을 위한 방법을 가르칠 수 있도록 하기 위하여 활발한 자료를 수집하여 최신 정보와 지식을 갖고 있어야 한다. 왜냐하면 보건진료원은 개인, 가족, 지역사회 집단을 대상으로 보건교육을 실시하고 있다.

5) 相談 및 依賴者 役割

전문적인 지식과 기술을 기반으로 보건진료원은 지역사회주민의 건강문제에 대한 상담자로서 역할을 수행한다. 보건진료소가 관할하는 지역의 건강문제에 관한 정보를 기초로 2차의료기관 또는 3차의료기관은 물론 타기관들과 서로 정보를 주고받으며, 보건진료원의 활동범위를 벗어나는 문제들을 발견 의뢰한다. 그의 학교교사, 유관기관장(경찰지서장, 우체국장, 농협지부장, 면장, 보건지소장, 학교장)보건진료소운영협의회장 등 지역사회 주민에게 영향을 미칠 수 있는 모든 사람들과 지역의 보건문제 해결을 위하여 상담하면서 사업을 추진해 나간다.

6) 팀 活動의 中心 役割

군 관내에는 보건소, 보건지소와 같은 공공보건기관에서 보건의료 인력들이 주민을 대상으로 그들의 역할을 각각 수행하고 있다. 그러나 이들이 주민을 대상으로 각각 분리된 활동을 한다 할지라도 보건의료팀 전체가 지역주민의 건강 유지 및 증진이라는 공동목표를 향하여 활동하고 있으므로 협동적으로 활동하는 것이라 할 수 있다. 그러므로 그 모든 보건의료인력들은 의사소통을 원활히 할 수 있도록 상호존경하고 노력하여야 하는데 특히 보건진료원은 면관내 보건의료인력의 팀 활동을 원활히 하도록 주도적인 역할을 수행하여야 한다.

왜냐하면 보건진료원은 지역주민과 가장 가까이에서 활동하므로 주민의 보건요구는 물론 지역사회의 특성을 보다 과학적인 방법을 통하여 파악하고 있으므로 보건사업이 추구하는 궁극의 목표도달에 주요 역할을 할 수 있기 때문이다.

7) 評價 및 研究者 役割

필요한 보건의료활동을 결정하고 시행된 활동이 지역사회 주민에게 미친 효과가 어떻게 나타나는 지를 평가한다. 전체적으로 사업이 처음에 계획한 목적에 적절하게 도달되었는지, 혹은 그 결과가 궁극적인 목표와 일관성이 있는지를 평가하고 궁극적인 목표를 향하여 사업이 진행되도록 노력하여야 한다.

특히 보건진료원은 일정한 지역 내에서 주민의 건강문제 해결에 일차적인 책임을 지고 있기 때문에 항상 자신의 활동을 평가하고 보다 나은 활동이 되도록 연구하는 자세가 필요하다. 좀 더 구체적으로 논의한다면 보건진료원에게 주어진 직무들 중 무엇을 수행할 수 있으며 할 수 없는 것은 무엇인지를 평가하고 건강한 생활을 할 수 있도록 주민의 태도를 변화시킬 수 있는 최선의 방법은 무엇인지, 자신들이 제공한 보건서비스가 관할지역 주민에게 어떤 효과를 주었는지를 평가하고 연구하는데 큰 관심을 가져야 한다.

8) 情報蒐集 및 保存者 役割

보건진료원은 보건진료소 사업을 실시하기 위하여 진단을 통한 총체적인 자

료를 수집함은 물론 사업전개를 위하여 조사하여야 할 분야가 무엇인지에 대하여 지속적인 관심이 요구된다.

따라서 보건진료원은 부락방문, 보건소의 정기적인 회의, 보건진료소운영협의회, 마을건강원, 공식 및 비공식적인 지역사회 조직을 통하여 정보를 얻는 일을 소홀히 하여서는 안된다. 특히 일차보건의료를 적극적으로 실시하고 발전시키기 위하여 체계적이고 정확한 방법으로 자료를 수집하고 분석, 평가 및 보존하여야 한다.

나. 役割遂行을 위한 機能 및 職務 設定

이상에서 기술된 역할을 수행하기 위하여 보건진료원은 다음과 같은 기능과 직무를 수행한다. 다음에 열거된 직무 중에 어떤 직무에 얼마나 큰 비중을 둘 것인가는 보건진료소 관할지역의 일반적 특성, 주민의 건강요구 및 지역사회진단을 통하여 수집된 지역의 건강문제 해결을 위한 목표에 따라 정하여진다. 따라서 보건진료소사업의 목표와 보건진료원의 활동 내용은 보건진료소마다 다를 수 있음을 감안하면서 기능별로 최소한 다음의 직무가 수행될 수 있도록 개발하였다.

일반적으로 보건의료 인력의 기본 업무는 보건의료서비스를 제공하는 것이며 이를 위해서는 구체적으로 어떤 내용의 서비스를 어떻게 제공할 것인가에 대한 업무분석이 필요하다. 따라서 일차보건의료를 시행하기 위하여 각각의 보건의료 요원들이 무엇을 수행하고 있으며, 또한 무엇을 수행하지 못하는지를 파악함과 동시에 누가 그런 일을 수행할 것인가를 파악하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 직무분석(Task analysis)이 이루어져야 한다.

즉, 직무분석을 통하여 각 인력들의 업무가 중복되거나 빠짐이 없도록 할 수 있으며, 다른 보건요원과의 연관성이 어떤지를 파악하여 업무상의 차질이 생기지 않도록 할 수 있을 뿐 아니라 또한 규정된 직무를 수행하기 위하여 습득한 기술 및 지식의 범위를 결정할 수 있다. 정확한 직무분석이 수행되면 능력 본위 훈련과정(competency based curriculum)의 개발도 가능하다.

직무분석 과정은 지역사회 및 주민의 건강요구파악 분석 → 직무나열 → 주요직무목록 작성 → 직무분석 → 역할 및 기능 설정 → 교과과정 개발 → 지식, 기술, 태도 설정 → 능력 본위 훈련과정 혹은 모듈개발로 완성될 수 있다.

이와 같은 이론을 기초로 1981년 2.12~3.4(3주간)까지 실시되었던 보건진료원 관리요원 연수 과정에서는 현재의 보건진료원 역할 및 기능 설정의 기초가 되었던 보건진료원 직무를 3개 영역(기능)인 모자보건, 영양 및 가족계획, 진료영역, 지역사회조직, 행정 및 기타 보건사업영역을 작성하였다.

〈表 2-2〉 1981年 保健診療員 職務

기능	직무	직무요소
1. 모자보건 영양, 가족계획	6개 직무	29개 직무요소
2. 진료	3개 직무	8개 직무요소
3. 지역사회조직 행정, 기타보건사업	11개 직무	33개 직무요소

〈表 2-3〉 1982年 保健診療員 職務

기능	직무	직무요소
1. 지역사회조직 및 활동	2개 직무	8개 직무요소
2. 사업계획수립	4개 직무	15개 직무요소
3. 보건정보체계개발	1개 직무	4개 직무요소
4. 지역사회보건	9개 직무	30개 직무요소
5. 모자건강관리 및 가족계획	5개 직무	34개 직무요소
6. 통상질환관리	9개 직무	43개 직무요소
7. 사업운영관리 및 기술 지도	4개 직무	11개 직무요소

그러나 1982년에 보건진료원 직무를 재분석하여 사업계획수립, 보건정보체계 및 사업운영 기술지도를 포함한 7개 기능으로 조정·보완하였다. 그 이후 매년 수정 보완을 거쳐서 1994년에 현재 보건진료소의 역할 및 기능을 완성하였다.

〈表 2-4〉 1994年 以後 保健診療員 職務

기능	직무	직무요소
1. 지역사회조직 및 활동	2개 직무	8개 직무요소
2. 사업계획수립	4개 직무	16개 직무요소
3. 보건정보체계 개발	2개 직무	5개 직무요소
4. 지역사회보건	11개 직무	41개 직무요소
5. 모자건강관리 및 가족계획	5개 직무	32개 직무요소
6. 통상질환관리	10개 직무	51개 직무요소
7. 가정간호관리	2개 직무	7개 직무요소
8. 재활관리	1개 직무	5개 직무요소
9. 사업운영관리 및 기술지도	4개 직무	14개 직무요소

3. 住民의 健康 實踐 및 管理 現況

보건진료소 기능 개선 관련 요인은 여러 측면에서 논의할 수 있겠으나 기능 설정에 기초가 되는 인구 및 건강 관련 현황으로 제한하여 기술하고자 한다.

가. 人口 現況

1995년도에 한국보건사회연구원이 실시한 전국 규모의 가구표본조사 결과에 의하면 지역간의 차이가 큰 연령별 분포는 20~29세 및 30~39세이며 이 연령군은 활발한 경제활동인구라 할 수 있는데 시지역에서 높게 나타났다. 그러나 활발한 경제활동연령을 벗어나 장년기가 된(50~59세) 시기에는 농촌 지역이 시지역보다 2배 높게 나타났으며 60세 이상 노인인구는 시지역보다 2.5배 이상 증가하였다. 이미 알려진 바와 같이 농촌 지역의 건강요구는 장·노년층의 건강 관리에 있음을 알 수 있다.

〈表 2-5〉 地域別・年齢別 分布

(單位: %)

	시지역	군지역	계
15~19세	11.7	12.0	11.8
20~29세	24.1	14.5	22.1
30~39세	26.7	18.0	24.8
40~49세	18.7	17.4	18.4
50~59세	12.2	21.8	14.2
60~69세	6.6	16.3	8.7

자료: 한국보건사회연구원, 『한국인의 보건의식행태』, 1995.
 _____, 『국민건강 및 보건의식행태조사』, 1995.

나. 健康關聯 現況

주요 만성질환 유병률로 관절염 등은 군지역이 시지역보다 2배 이상 높았으며 심혈관계질환, 만성소화기계질환에서도 현저하게 높았다.

〈表 2-6〉 主要 慢性疾患 有病率

	전국	시지역	군지역
심혈관계질환	4.7	4.2	6.3
만성호흡기계질환	2.3	2.2	2.9
만성소화기계질환	7.8	7.3	9.6
관절염 등	5.3	4.3	8.9
당뇨	1.8	1.8	1.9
기타만성질환	3.7	3.6	4.1

자료: 한국보건사회연구원, 『한국인의 보건의식행태』, 1995.
 _____, 『국민건강 및 보건의식행태조사』, 1995.

2주간 질병유병률 및 활동제한 일수는 지난 3년간 시지역은 큰 변화가 없었으나 군지역은 특히 유병률에 있어서 현저히 높아졌으며 활동제한 일수 역시

증가 하였는데 특히 군지역의 활동제한일수가 증가한 것은 노년층 인구가 시지역보다 높기 때문으로 기인된다.

〈表 2-7〉 2週間 有病率, 活動制限 日數 및 臥病日數

	유병률			활동제한일수(일)			와병일수(일)		
	1992	1995	1999	1992	1995	1999	1992	1995	1999
전국	18.5	19.0	22.4	5.9	5.8	6.0	0.9	0.8	0.9
시부	19.8	19.5	22.0	5.8	5.7	5.8	0.8	0.7	0.8
군부	14.5	17.0	23.8	6.6	6.2	6.7	1.2	1.0	0.9

자료: 통계청, 『사회통계조사』, 각 연도.

조사직전 2주간의 진료자수 역시 지난 10년간 시지역에 비하여 군지역은 진료자수가 크게 증가한 것으로 나타났다.

〈表 2-8〉 診療患者 및 治療日數 - 調査直前 2週間

	진료자 수(천명당)				환자1인당 치료일 수			
	1989	1992	1995	1999	1989	1992	1995	1999
전국	80.9	97.1	98.5	135.0	4.5	4.7	4.7	4.8
시부	84.9	101.2	98.1	127.5	4.6	4.8	4.7	4.8
군부	70.6	84.5	99.8	165.7	4.2	4.6	4.6	5.0

자료: 통계청, 『사회통계조사』, 각 연도.

지역별 건강에 대한 개인의 의견은 시지역은 건강하지 못한 것과 나쁨을 합해서 1998년에 18.6%인 반면 군지역은 28.4%로서 시지역보다 더 높았으며 평소 건강관리를 실천하지 않는 비율도 시지역은 43.4%인 반면 군지역은 56.6%로서 높았다.

〈表 2-9〉 地域別 健康에 對한 個人的 評價

(單位: %)

	1995			1998		
	전국	시부	군부	전국	동부	읍면부
매우건강함	6.1	5.9	6.7	6.0	6.2	5.3
건강한편	37.6	36.9	40.1	38.0	38.3	37.0
보통	36.9	38.9	29.5	35.3	36.9	29.3
건강치못함	17.3	16.4	20.7	17.6	16.1	23.2
매우나쁨	2.2	1.9	3.0	3.1	2.5	5.2

자료: 통계청, 『사회통계조사』, 각 연도.
보건복지부, 『국민건강·영양조사』, 1998.

건강관련실천에 있어서 군지역 주민이 시지역보다 현저히 낮은 것은 운동실천과 식사조절이었으며 건강검진과 혈압측정 역시 시지역보다 군지역에서 실천율이 낮았다(표 2-10, 2-11 참조).

〈表 2-10〉 地域別 健康管理

(單位: %)

	1995			1999		
	전국	시부	군부	전국	시부	군부
운동	18.1	20.0	11.4	21.6	23.3	14.2
식사조절	17.4	18.5	13.5	15.4	16.1	12.7
담배, 술절제	5.3	5.2	5.6	4.5	4.4	4.9
목욕, 사우나	8.3	9.4	4.4	7.6	8.1	8.3
보약	7.6	7.0	9.8	4.5	4.2	5.8
기타	0.5	0.6	0.4	0.4	0.4	0.4
아무것도 하지 않음	42.7	39.4	55.0	46.0	43.4	56.6

자료: 통계청, 『사회통계조사』, 각 연도.

〈表 2-11〉 健康管理

(單位: %)

	시지역	군지역
건강검진		
예	36.9	33.1
아니오	63.1	66.9
계	100.0	100.0
혈압측정		
예	78.5	77.8
아니오	21.5	22.2
계	100.0	100.0

자료: 한국보건사회연구원, 전계서, 1995.

지난 3년간(1997~1999)의 우리나라 주민의 5대 사인순위별 사망률을 보면 뇌혈관질환, 심장질환, 운수사고, 위암, 간질환의 순이었다.

〈表 2-12〉 5大 死因順位別 死亡率

(單位: %)

년도	1위	2위	3위	4위	5위
1997	뇌혈관질환 (73.5)	심장질환 (35.8)	운수사고 (33.5)	간질환 (26.1)	위암 (25.6)
1998	뇌혈관질환 (74.0)	심장질환 (38.7)	운수사고 (25.7)	간질환 (24.8)	위암 (23.9)
1999	뇌혈관질환 (72.9)	심장질환 (39.1)	운수사고 (26.3)	위암 (24.0)	간질환 (23.5)

자료: 통계청, 『사망원인 통계연보』, 각 연도.

보건진료소가 설치되어 있는 군부지역 주민은 도시지역 주민보다 장·노년층 인구가 많고, 각종 만성질환의 유병률이 높으며 의료이용요구가 크다고 할 수 있다. 반면, 건강유진 및 증진을 위한 영양관리, 운동관리, 건강실천행위 등이 부족한 것으로 나타나 노인건강관리, 건강증진서비스개발, 만성질환관리 등의 요구가 크므로 이 분야의 건강 관리가 보다 새롭게 개발되어야 한다.

4. 健康 行態의 變化

가. 醫科學의 發達方向

세계보건기구에 의하여 선언된 알마아타 선언의 의미는 일차보건의료 접근의 실천을 통하여 새로운 시대에 대한 명확한 정의를 내리고 있는데 새로운 시대로는 ‘정치건강과학시대’(The New Era of Political Health Science)라고 설명하고 있다. 즉, 국민 중심의 시대에는 국가 전체(Total Body poeitic)의 진단과 치료목적이며 사회, 건강, 경제 및 정치체제가 상호관련되므로 이를 전체로 통합해서 기능하도록 하며 부문별 협력 팀에 의하여(Intersectoral team) 건강정책이 수립되어야 한다. 따라서 진정한 건강보장운동(Health for all Movement)이 국가차원에서 시행되어야 함을 시사하고 있다(Nobuhiro Maruch, 1987).

〈表 2-13〉 醫科學의 發達方向

경험 건강시대	기초과학 시대	임상과학 시대	공중보건 과학시대	정치건강 과학시대
1850	1900	1950	1975	2000
증상중심	세균-질병 중심	환자중심	지역사회중심	주민(국민)중심

자료: Nobuhiro Maruch, "General Networking in Health and Disease", *School of Health Science*, Tokyo University, 1987. Sept.

나. 韓國 主要 死因의 變化 推移

지난 20년간 우리나라 주민의 주요 사인은 만성퇴행성질환으로 변화되고 있음을 나타내고 있다. 따라서 급등하고 있는 의료비의 절감과 노령화 시대에 접어든 주민의 삶의 질을 향상시키고 건강관리의 효율과 효과를 기하기 위하여 주민의 건강관리 실천 능력을 향상시킬 뿐 아니라 만성퇴행성질환의 사전예방과 조기발견 활동이 개인, 가족 및 지역사회 차원에서 활발히 이루어져야 한다.

또한 계속 관리를 위하여 지역단위 보건의료관리체계가 공공 보건조직을 중심으로 수립되어야 하므로 보건진료소와 같은 일차접촉조직의 활성화가 필요함을 시사하고 있다.

〈表 2-14〉 韓國의 主要 死因의 變化 推移

순위	1950~1959 ¹⁾	1960~1969 ¹⁾	1970~1979 ¹⁾	1980~1989 ¹⁾	1990~1999 ²⁾
1	결핵	폐렴기관지염	악성신생물	뇌혈관질환	뇌혈관질환
2	위장관염	결핵	뇌혈관질환	병인미성	심장질환
3	뇌혈관질환	뇌혈관질환	고혈압성	악성신생물	운수사고
4	폐렴기관지염	악성신생물	사고	손상·중독	위암
5	신경계질환	위장염	호흡기계	위장관염	간질환

자료: 1) 한국보건사회연구원, 『90년대 보건의료정책의 발전 방향』, 1990.

2) 통계청, 『사망원인 통계 연보』, 1999.

다. 健康의 決定要因 및 管理 方向

캐나다는 1970년대 역학적 분석 연구를 통하여 건강의 4대 결정요인 즉, 환경, 생활양식, 보건의료전달, 인간생물학적 요소 등이 공중보건에 미치는 상대적 효과를 추정한 결과 환경과 생활양식의 두 요인이 공중보건에 미치는 효과가 2/3로 가장 크며, 보건의료전달과 인간생물학적요소는 1/3에 불과한 것으로 제시하였다(한국보건사회연구원, 1999) 미국 보건교육 후생성은 1976년에 사망원인을 분석한 결과 사망원인의 50%가 비건강적행동 즉, 생활양식의 요인이며, 환경과 생물학적 요인이 각각 20%이고 부적절한 보건의료요인이 10%에 불과한 것으로 보고하고 있다(한국보건사회연구원, 1999)

우리나라 역시 1990년대 이후로 만성질환자의 비율이 높은데 암, 뇌혈관질환, 사고, 간질환, 심장질환, 고혈압, 당뇨 등이 주요 사망원인이며 이들 7가지 상병에 의한 사망률이 전체 사망의 70%를 차지하고 있다. 따라서 선진국들은 건강관리 방향을 건강한 생활양식실천과 건강한 환경으로 개선하기 위한 건강증진 사업으로 선정하고 있다.

라. 健康서비스 需要 分析 結果

Keith W. Schnert(1981)에 의하면 미국에서 하루에 보건의료기관에서 진료를 받은 환자의 건강문제 중 80%가 일차의료에 해당되며 2차의료에 해당되는 건강문제는 15%, 그리고 나머지는 3차의료에 해당되는 것으로 보고²⁾됐다. 따라서 일차의료를 위하여 의사를 찾았던 30~40%의 환자는 방문할 필요가 없었거나 적절하지 않다고 할 수 있으며, 자가관리가 가능한 것으로 사전에 적극적인 건강 교육이 필요한 것으로 분석되고 있어서 향후 보건의료계획수립에는 생활양식을 건강하게 유지하고 환경문제에 크게 관심을 가져야 하며 스스로 건강을 실천하는 건강증진이 강조되어야 함을 재확인한다고 할 수 있다.

5. 現行 保健診療所 業務遂行 實態

가. 農特法에 의한 保健診療員 業務

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 및 동법시행령 제14조 규정에 의한 보건 진료원이 일차보건의료를 하기 위하여 주어진 보건진료원 업무는 다음과 같다.

① 의료행위

- 상병상태를 판별하기 위한 진찰, 검사행위
- 환자의 이송
- 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급처치

2) 수요측정결과

- 일차의료(80%): 년4회 이용 추정(80%의 일차의료 중 30% 이하는 보건의료인의 도움이 필요 없으므로 수요와 공급의 차는 30%가 되었음)
- 이차의료(15%): 매 10년에 1회 이용추정
- 삼차의료(5%): 특수전문치료가 필요하며 일생동안1회 정도의 이용추정

- 성병의 악화 방지를 위한 처치
 - 만성병 환자의 요양지도 및 관리
 - 정상분만시의 개조 및 가족계획을 위한 피임기구의 삽입
 - 예방접종
 - 제1호 내지 제7호의 의료행위에 따르는 의약품의 투여
- ② 보건진료원은 보건소장 또는 보건지소장의 지도 감독을 받아 제1항 각호의 의료행위 외에 다음 각 호의 업무를 수행한다.
- 환경위생 및 영양개선에 관한 업무
 - 질병예방에 관한 업무
 - 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 연구
 - 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 업무
 - 기타 주민의 건강증진에 관한 업무
- ③ 보건진료원은 제1항의 규정에 의한 의료행위를 할 때에는 보건사회부장관이 정하는 환자치료지침에 의하여야 한다.

나. 政府指針에 의한 保健診療所의 一次保健醫療事業

보건복지부가 2002년도 보건진료소의 업무강화를 위하여 시달한 「2002」 보건진료소 일차보건의료사업 안내에 의한 보건진료소의 일차보건의료사업 강화 내용과 보건진료소 중점 추진사업 내용은 다음과 같다.

1) 保健診療所의 一次保健醫療事業 強化

① 추진방향

농어촌 의료취약지역에서 기본적인 보건의료문제 해결은 물론 주민의 새로운 건강요구를 충족시킬 수 있도록 보건진료소별 세부계획을 수립하여 추진한다.

② 주요사업 내용

- 방문간호사업
- 질병예방 및 건강증진사업
- 지역사회진단 및 자원 개발·활용
- 관할 주민에 대한 만성퇴행성질환 관리
- 모자보건(가족계획관리 포함) 및 결핵예방 등 전염병관리
- 농어촌지역에 발생하는 통상질환관리 등

2) 保健診療所 重點 推進事業

① 고혈압 관리 사업

- 사업대상자 전원을 등록하고 주기적으로 대상자들의 변동상태 파악
- 대상자 발견 및 등록
- 치료 및 추구 관리
- 환자 및 주민 교육

② 당뇨병 관리 사업

- 사업대상자 전원을 등록하고 주기적으로 대상자들의 변동상태 파악
- 대상자 발견 및 등록: 노당측정, 혈당측정
- 대상자 및 주민 교육
- 대상자 발견, 대상자 관리

③ 안 보건관리 사업

- 사업대상자 전원을 등록하고 주기적으로 대상자들의 변동상태 파악
- 환자발견 및 등록: 정기적인 안압측정, 시력측정
- 치료 및 추구 관리
- 대상자 발견을 위한 검사
- 무료 개안수술 의뢰

3) 保健診療所 業務遂行 結果

- ① 그 동안 보건진료원은 보건진료소 사업을 자체적으로 계획 시행하여 왔기 때문에 우리나라 보건사업을 상향식 방법(Bottom-up)으로 했을 때 얼마나 활동의 효율과 효과를 기할 수 있는가를 시범했다고 해도 과언이 아니다. 공공보건기관의 사업시행방법은 중앙에서 내려지는 각종 계획과 목표에 따라 하향식(Top-down)방법으로 추진하고 있기 때문에 현지지역 주민의 건강 요구에 부응하지 못하는 등 사업효과에 문제가 야기되고 있는 실정이다. 그러므로 지역주민의 건강요구에 부응하고 특히 지방자치제 하에서 보건진료소가 책임과 의무를 보다 능동적으로 수행하기 위하여 상향식 방법(Bottom-up)은 계속 유지되어야 하며 자율성과 독립성 역시 보장되어야 한다.
- ② 건강행태의 변화에 기초해서 정부는 보건진료소를 일차보건의료사업의 핵심 기관으로 인식하고 일차보건의료사업 강화 지침을 시달함과 동시에 서비스 제공방법으로서 방문간호사업을 적극적으로 실시할 것을 방침으로 결정한 것은 그 동안 보건진료소가 타 공공 보건조직인 보건소 및 보건지소 보다 활발하게 시행한 사업을 뒷받침하고 있어 바람직한 조치라 할 수 있다.
- ③ 더욱이 보건진료소가 중점적으로 추진하여야 할 사업으로 고혈압, 당뇨병 및 안보건관리를 기존의 업무에 추가함으로써 질병예방 및 건강증진사업의 강화를 시도하고 있다. 보건진료소에서 제공되고 있는 일차수준의 경미하고 통상적인 진료서비스는 질병예방 및 건강증진을 위한 하나의 수단으로써 필요할 뿐 아니라 건강으로 이르는 길의 한 과정이므로 보건진료소의 주요기능 중의 하나이다.
- ④ 보건진료소는 농어촌 일차보건의료 체계의 하부구조 확립에 기여했고, 서비스 제공의 접근성 향상, 조직운영 측면에서 비용편익이 높은 조직으로 평가되고 있다.

6. 現行 保健診療所 機能과 運營

이미 기술된 바와 같이 보건진료소는 일차보건의료기관으로서 일차보건의료

서비스 제공에 핵심적인 역할을 수행하는 기관이다. 따라서 일차보건의료기관으로서 주어진 기능을 충분하게 수행하기 위해서는 기관운영 방법이 이를 뒷받침 할 수 있어야 하므로 지역 주민이 적극적으로 운영에 참여함과 동시에 기관 운영의 자율성과 독립성의 보장이 필요로 된다.

그러므로 보건진료소의 운영을 지역 주민으로 구성된 보건진료소 운영협의회에 의하여 자체적으로 운영하는데 따르는 장점은 다음과 같다. 첫째, 지역 특성에 맞고 주민이 필요로 하는 서비스 개발과 제공이 용이하도록 예산을 편성하고 집행할 수 있다. 둘째, 일반적으로 공공 보건기관의 예산편성과 집행이 경직되어 있어서 지역 특성 및 주민의 건강요구를 신속하게 충족시키지 못하는 단점을 해결할 수 있다. 셋째, 예기치 못해서 발생하는 건강문제를 행정절차로 인하여 신속하게 해결할 수 없는 문제를 극복할 수 있으며 타 사업에 전용되지 않고 건강사업에 집중적으로 예산을 투자할 수 있어서 예산 편성, 지출 및 관리의 효율과 효과를 기할 수 있을 뿐 아니라 주민의 건강향상에 기여할 수 있다. 따라서 보건진료소가 계속해서 자체적으로 운영될 때 주민의 건강요구를 충족시킬 수 있고 생산성이 높은 기관으로서의 운영이 가능하다.

7. 保健診療所 機能改善 方向

가. 機能改善을 위한 前提

보건진료소 기능개선을 위해서는 몇 가지 전제조건이 필요하다.

첫째, 일차보건의료 접근방법에 의한 서비스 제공이 서비스 접근성 보장, 비용효율성 제고, 서비스의 질적 유지가 가능하다는 것이 국내외의 보건의료분야 연구 및 현장경험에서 얻어졌으므로 일차보건의료 철학이 기초가 되어야 한다.

둘째, 주민 및 지역사회의 건강요구(need)와 건강수요(demand)에 기초하여 기능이 설정되어야 하므로 보건진료소의 기능이 획일적이지 않고 탄력적이어야 한다.

셋째, 주민 및 지역사회 스스로가 건강생활을 실천하기 위한 적극적인 참여

와 자기관리 능력을 향상시키는 자기관리운동(selfcare movement)이 실현 되도록 지원하며 주민 스스로 능력을 기르도록 한다.

넷째, 서비스 단위는 가족이 되며 개인에게 서비스를 제공하지만 그 우선순위나 접근은 가족 또는 문제가 있는 개인이 속한 가족을 기본 단위로 한다.

다섯째, 주민이 생활하면서 갖게 되는 복합적인 문제(보건의료, 복지, 환경 등)를 일차적으로 접촉하는 중요한 창구역할(entry point)이 현재보다 더욱 강화 되도록 지원한다.

나. 機能改善 方向

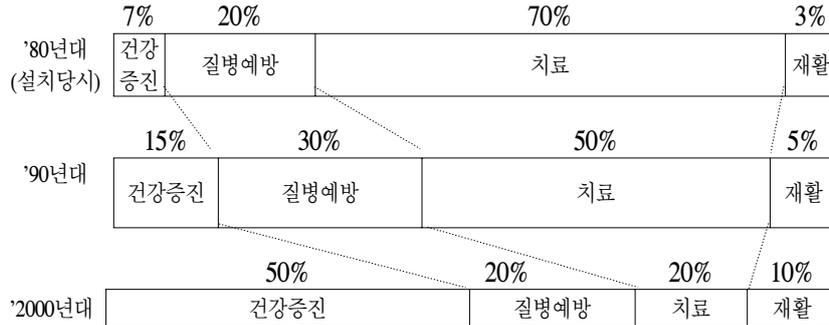
보건진료소의 기능 개선은 다음과 같은 방향으로 이루어져야 한다.

첫째, 현재 농특법에 규정된 보건진료소 업무 범위 내에서, 기능 개선 전제를 기초로 지역 특성에 따라 기능이 개선되어야 한다. 즉, 확일적으로 보건진료소 기능을 개선할 것이 아니라 농촌벽지지역, 도서지역, 도시에 편입된 지역에 따라 강조되어야 할 업무 범위가 달라질 것이다. 또한 같은 농촌벽지지역이라 하더라도 군주민의 건강요구에 따라 업무 범위는 차이가 있을 것이다. 같은 도서 지역이라 하더라도 상주 인구수, 보건소의 지원 정도(특히 환자의뢰체계 운영 정도)에 따라 차이가 있게 된다.

둘째, 더욱이 기능 개선에서 매우 민감하게 고려되는 도시에 편입된 지역의 보건진료소의 기능은 건강증진사업방향이 보다 강조되어야 한다. 도시 저소득 층 밀집지역, 공단지역 등 특수 보건관리지역 등에 따라 차이가 있게 된다. 그러나 도시에 편입된 보건진료소라 할지라도 관할 지역 주민의 생활 여건은 편입 이전의 농촌생활 여건이 크게 개선되지 않았으므로 향후 기능개선이 보다 구체적으로 분석, 검토되어야 한다.

보건진료소가 설치된 이후 기능의 변화는 다음과 같다.

[그림 2-1] 保健診療所 機能의 變化



- 1980년대 주요기능
 - 1차 수준의 통상적인 경미질환의 치료
- 1990년대 주요기능
 - 1차 수준의 치료 및 질병예방 서비스
 - 특히 질병예방 서비스로서 고혈압, 당뇨, 암조기발견 검진 및 장·노년층의 만성질환예방 및 조기발견 활발
- 2000년대 주요기능
 - 건강증진 및 질병예방이 주요기능이 될 것이며 지역사회중심의 재활 및 복지서비스가 새롭게 개발되어야 함.
 - 건강증진이 강화되어야 하는데 보건진료소에서 제공하는 건강증진에는 고혈압, 당뇨 및 관절염 등을 갖고 있는 장·노년층의 만성질환관리가 주요 내용이며 투약 및 추구관리가 포함됨.
 - 치료부분은 장·노년층의 통상적인 경미한 치료이며 응급치료 및 의뢰가 될 것이므로 축소될 수 있음.

다. 地域特性에 따른 保健診療所 機能改善 提案

1981년부터 보건진료소를 설치할 당시에는 보건소 및 보건지소로부터 멀리

떨어진 농어촌 벽지지역 주민을 위한 보건의료 서비스 제공이 주요 과제였으며, 이러한 지역을 중심으로 보건진료소가 설치되었다. 그러나 지난 20년간 농어촌 지역은 경제개발 및 지역개발계획에 따라 낙후되었던 교통·통신 및 보건 의료시설이 상당히 개선되었다. 또한 행정구역 개편에 따라 군지역이 시지역으로 편입되었고, 일부 군은 시로 승격되었다. 따라서 보건진료소의 기능이 지역 특성에 따라 일부 조정될 필요성이 대두되고 있다. 그러나 보건진료소의 설치 지역이 시로 승격되거나 도시편입지역으로서 행정구역상으로는 시지역임에도 불구하고 보건진료소가 위치한 지역은 시지역 내 마을 혹은 읍·면의 수준을 그대로 유지하고 있다(예: 부산광역시 ○○군 ○○리, 대구광역시 ○○면 ○리, 남양주시 ○○면 ○리 등) 그러므로 경제개발 및 지역개발에 따라 행정구역이 대부분 시지역으로 개편되었음에도 불구하고 실제 주민의 생활 수준은 아직까지는 크게 향상되지 않고 있음을 알 수 있다.

〈表 2-15〉 地域特性別 保健診療所の 機能改善 方案

지역특성 분류기준	<ul style="list-style-type: none"> • 행정구역상 분류: 광역시, 시(시도서), 군(군도서), 읍·면·동·리 • 교통 편의상 분류: 대중교통수단이용지역, 배편이용지역, 도보가능지역, 비대중교통수단이용지역(자가용, 헬리콥터 등) • 지역 성격상 분류: 농촌, 어촌, 오벽지, 산업공단, 광산촌 • 대상인구 특성 분류: 저소득인구밀집지역, 장·노년층인구밀집지역, 복지수혜대상인구지역 등
보건진료소 기능 개선 방안	<ul style="list-style-type: none"> • 보건진료소의 역할 및 기능 개선은 채택된 분류에 따라 일차 보건의료 사업내용 중 강화 및 축소 범위를 조정한다. • 보건진료소 설치 이후부터 새롭게 대두되고 있는 건강요구로서 만성 퇴행성질환관리, 노인 건강관리, 호스피스케어, 방문간호, 건강증진 서비스는 지역 특성에 관계없이 기본 업무로 설정하면 기능이 강화될 것이며 이를 통하여 일차보건의료 사업이 더욱 강화될 것이다. • 치료서비스는 지역 특성에 따라 조정하되 의료자원의 지리적 접근성이 낮거나 주민의 지불 능력이 부족한 지역은 현재의 치료기능을 유지 혹은 강화한다. • 질병예방 및 재활서비스는 현재 기능보다 강화하되 지역특성에 따라 구체적인 서비스 프로그램 및 서비스 제공 전략은 개발되어야 한다.

더욱이 지역개발에 따라 서비스를 이용하기 위한 지리적인 접근성은 향상된 반면 주민의 장·노년층화 및 만성퇴행성질환 유병률의 증가에 따른 기동력의 저하와 지불능력의 감소로 인하여 보건진료원의 보살핌은 더욱 필요로 되고 있다. 따라서 향후 구체적인 연구를 통한 지역특성별 보건진료소의 기능 개선 방안이 개발되어야 하며 이와 관련한 제안을 하고자 한다.

라. 住民의 健康要求 充足 및 機能 擴大에 따른 保健診療員 活用

'90년대의 경제성장과 더불어 농촌 인구의 도시유입으로 인한 도시 저소득층의 보건 문제가 심각하게 대두되었으며 이들 저소득층의 보건의료 및 복지 욕구를 충족시키기 위해서 일차보건의료 사업을 도시 지역으로 확대하고 도시 지역의 보건소 하부조직으로서 보건센터를 설치할 것을 연구 권의한 바 있다. (김진순 외, 1989.) 현재 정부는 도시지역주민의 서비스 접근성을 제고하고 평생건강관리 기반구축을 위하여 도시형 방문 보건센터를 2005년에 50개를 설치할 계획(보건복지부, 새천년 복지 비전 2010)으로 있는데 방문보건센터에 보건진료원을 추가로 배치하는 것이 타당하다.

2000년대 건강요구에 부응하기 위하여 건강증진 활동과 만성퇴행성질환관리를 포함한 생의 주기별 평생건강관리, 노인건강관리 서비스 제공이 공공 보건기관뿐 아니라 민간의료 및 복지기관에서도 제공될 필요가 있으므로 보건진료원은 이런 기관에서 활용되어야 한다. 즉, 미국에서 연구된 논문에 의하면 대부분의 장기질환자의 외래 진료는 첫 번 방문을 제외한 추후 방문에서 의사에 의한 관리보다는 간호사의 관리가 더욱 효과적이기 때문에 간호사(CHNP)에 의해 관리되어야 한다고 제시하였다. 그 예로 만성질환자의 관리에 간호사가 참여한 경우 이들 환자의 입원율이 50% 감소할 수 있었다고 보고된 바 있다(김모임, 1994)

따라서 보건진료원은 기존의 보건진료소 이외에 새롭게 설치될 도시형 방문 보건센터, 보건소 치매센터, 노인요양시설, 노인치매병원에 배치하는 것이 바람직하다.

마. 保健診療員의 活用 擴大에 따른 提言

행정자치부의 지방조직 구조조정과 관련하여 일부지역에서는 보건진료소의 폐쇄에 따라 2024개 보건진료소가 2001년 12월 현재 1906개로 감소되었으며 일부 보건진료원은 충분하게 활용되지 못하고 있다. 그러나 2000년대의 건강문제 해결의 효율과 효과를 기하기 위하여 보건진료원과 같은 전문 간호인력은 보다 적극적으로 활용되어야 한다. 그렇지 않을 경우 정부가 육성한 전문간호인력의 낭비가 크기 때문이다.

건강문제의 다양화, 인구고령화 등에 효율적이고 효과적으로 대처하고 국민 의료비를 절감시키기 위해서는 간호전문직의 활용을 극대화하는 것이 세계적인 추세이다. 미국에서는 이미 각종 전문직 간호사(NP)로서 2, 3차 의료기관에서의 환자 관리 및 가정에서의 전문간호서비스 제공이 활발하며, 의료취약지역이나 농촌지역에 일차보건의료서비스를 제공할 수 있는 의사, 간호사, 의료보조원(physicist assistant) 등의 채용을 효과적으로 하기 위하여 보수인상, 장학금 지급, 중앙과의 연계, 정기적인 보수 교육, 임용체계확립, 이직 방지를 위한 장학금 보상지원, 정기적인 평가 등을 지원하고 있다(National Health Service Corps, 1991).

일본은 고령화 사회에 효과적으로 대응하고 주민건강관리를 위하여 “간호부 등의 인재 확보 촉진에 관한 법률”을 1992년에 제정하였으며 도도 부현 간호센터 설치 등 보건 및 복지 분야 시설에 간호사 배치를 확대하고 있다.

우리나라는 이미 국가가 비용을 투자하여 육성한 전문인력으로서 그 동안 지역사회 주민의 건강관리에 크게 기여하였고, 지역주민의 건강관리 경험을 충분히 쌓은 보건진료원을 더욱 육성하여 배치지역을 확대할 필요가 있다.

第 3 章 豫算會計制度에 관한 理論的 考察

第 1 節 豫算會計와 財政運用制度

1. 豫算會計의 意義

가. 豫算會計의 概念

예산(budgeting)은 한정된 자원을 배분하고자 하는 의사결정과정이며 조직의 목표달성을 위한 계획을 수치로 표시한 것이다. 예산이란 조직이 성취하려는 임무를 효과적이고 효율적으로 수행하는데 필요한 자금을 조달하고 사용하는 데에 관한 의사결정과정이라고 볼 수 있다. 회계(accounting)는 조직의 경제적 사건을 분석, 기록, 요약, 평가, 해석하고 그 결과를 이용자에게 보고하는 기술이다. 따라서, 예산회계란 회계의 한 형태로서(Budgeting is a form of accounting) 지출을 통제하고 수익에 관한 규정을 지키기 위하여 사용되는 관리통계기법이다. 즉, 예산은 미래에 대한 계획이고 회계는 계획의 집행에 대한 기록을 기초로 하기 때문에 예산과 회계는 서로 밀접한 관계가 있다.

나. 豫算會計의 機能

예산회계는 정부단위가 법 규정을 준수하면서 예산의 순환과정에 나타난 재원의 조달과 서비스의 배분과정에 대한 재무적 정보를 제공해야한다는 회계책임(accountability)의 기능을 수행한다. 정부회계는 부정과 오류의 방지 및 적발, 효과와 효율의 증진도모, 투자를 위한 정보제공, 사회전체의 관점에서 효율적인 자원배분을 가능케 하는 정보의 제공이다. 이는 궁극적으로 재무제표를 작성하

여 국민 혹은 지역의 주민들에게 재정상태와 화폐로 표현되는 정부활동의 결과를 보고하면 정부가 어떤 일을 누구를 위해서 했는가를 간접적으로 확인할 수 있게 된다.

다. 豫算會計의 原則

예산회계는 정부나 지방자치단체 등의 일반회계를 대상으로 하므로 그 성격상 공익성을 수반하고, 따라서 일반 기업회계원칙과는 다른 제약과 원칙이 적용되고 있다. 이러한 관점에서 공공부문의 회계원칙을 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 합법성의 원칙(Compliance or Conformity Principle)이다.

공공부문의 회계는 특히 예산이 정하는 바에 따라 그 범위 내에서 회계집행하고, 또한 예산의 목적대로 집행하여야 한다. 정부나 지방자치단체 등의 경우 조세 등 세입은 반드시 법령이 정한 바에 의하여 징수 및 수납하도록 되어 있고(예산회계법 제46조), 지출의 관리, 지출원인행위 및 계약, 지출 및 수표 발행도 관계법령과 훈령이 정하는 바에 의하여야 한다.

둘째, 투명성의 원칙이다.

투명성은 재정정보뿐만 아니라 예산회계제도의 운영 자체가 투명해야 한다는 것이다. 이를 위해서는 재정정보의 내용이 엄밀하여야 하며 국민들이 알기 쉬워야 한다. 즉, “재무제표의 양식 및 과목과 회계용어는 이해하기 쉽도록 간단 명료하게 표시하여야 한다”는 원칙이다.(이귀철 외, 1998) 재정의 실상을 공개하는 측면에서 볼 때 현행 단식부기 형태의 예산회계정보는 투명성이 복식부기 제도에 비해서 떨어진다.

셋째, 효율성의 원칙(Efficiency Principle)이다.

예산회계제도의 효율성이란 예산지출의 가치를 높이는 것으로, 이를 위해서 지방자치단체는 재원을 동원하고 사용하는데 최소의 비용으로 최대의 편익을 가져올 수 있도록 재정운영방식을 개선하여야 한다

넷째, 책임성의 원칙(Accountability Principle)이다.

일반적으로 책임성이란 행위자가 그 행위에 대해서 설명 할 수 있는 능력을 말한다(윤성식·권수영, 1998). 여기서 지방정부는 이윤의 추구라는 동기를 가지고 사기업과는 달리 공공서비스를 효율적으로 제공하려는 목적을 가지고 있기 때문에 정부의 활동이나 업적을 평가할 수 있는 객관적인 척도가 존재하지 않기 때문에 자원의 획득과 사용에 있어서 책임성이 무엇보다도 중요시된다(이동규, 1991). 이러한 책임은 또한 중앙정부와 상급기관에 대한 책임뿐만 아니라 납세자인 주민에 대한 책임을 포함해야 한다. 이는 단순한 통제의 의미가 아니라 주민의 만족과 관련된 성과에 의해 책임을 지는 것을 말한다.

라. 豫算會計의 過程 및 統制

첫째, 재정활동을 위한 계획의 수립이다. 정부가 국민으로부터 재원을 조달하고 필요한 재화와 서비스를 공급하는 활동을 하기 위해서는 기간을 정하여 계획을 수립하고 체계적으로 집행하는 것이 필요하다.

둘째, 재정활동에 대한 결과보고와 국민의 욕구를 수렴하는 것이다. 정부는 지속적으로 국민의 공공에 대한 욕구를 파악하여 이를 만족시켜야 한다.

셋째, 이용가능한 자원은 한정되어 있기 때문에 반드시 예정된 계획에 따라야 하며 활동을 한 후에는 재원의 절감과 목표의 달성에 대한 철저한 평가시스템을 도입하여 자기반성이나 제3자에 의한 평가가 수반되어야 한다.

넷째, 예산회계에 대해서는 의회나 국민들이 적절하게 통제할 수 있어야 한다. 한정된 자원을 능률적으로 이용하고 국민에 대한 책임을 확보하기 위해서

는 계획을 수립하고 이에 대해 국민과의 합의를 도출하는 한편 그 결과를 평가하고 보고해야 한다.

2. 國家內 財政運用制度

가. 財政運用의 意義

1) 財政의 概念

정부는 조세, 주식과 같은 정부 보유재산의 매각, 국공채발행, 수수료 및 각종 벌과금 등을 수입으로 하여 국방, 외교, 치안 등 국가유지를 위한 기본적인 역할 외에도 경제성장을 위한 기반조성이나 사회복지확충 등 필요한 부문에 지출하며, 이러한 정부의 수입·지출활동을 재정이라고 한다. 이를 통해 자원분배의 조정, 소득의 재분배 그리고 경제안정화 등을 수행하게 된다.

2) 財政에 關한 理論

18세기 후반 근대 시민사회를 배경으로 스미스(A. Smith)를 중심으로 하는 자유주의 사상가들은 경제활동은 시장기능에 맡기고 정부의 개입을 최소화하며, 국가의 기능은 국방, 사법과 경찰 등 최소한으로 한정되고 따라서 재정의 규모도 최소화되어야 한다고 생각하였다.

19세기 중반에 이르러 빈부격차의 확대에 따른 사회문제가 심각하게 인식되면서 사회복지를 위한 정부의 기능이 강조되었다. 밀(J. S. Mill)은 국가의 기능을 이전의 고전학파가 강조한 야경국가중심에서 복지국가중심으로 전환하고 재정의 역할도 한층 확대해야 한다고 주장하였다.

20세기에 들어 1920년대말에 대공황을 겪으면서 케인즈(J. M. Keynes)는 경제안정을 위해 정부가 총수요를 관리하고 유효수요가 부족할 때는 이를 창출하는 적극적인 경제정책 운용이 필요하다고 주장하였다.

2차대전후에는 재정지출의 증가에 의한 성장위주에서 점차로 인플레이션의 억제와 경제의 안정 성장으로 경제정책의 중점이 바뀌게 되었고 이에 따라 재정이론도 단기적인 의미에서의 경기대책으로부터 장기적인 안정성장을 지향하게 되었다. 한편, 그 동안 소홀히 취급되어왔던 정부지출의 내용과 정책결정과정 등에 대한 분석이 추가되었다. 공공재를 효율적으로 공급하기 위한 공공재이론, 정책입안과정에서의 정치가와 관료들의 행위, 투표와 협상의 효율성 등의 문제를 분석하기 위한 공공선택이론 등이 발전되었다.

나. 우리나라 財政制度

우리나라 재정제도의 중심은 국회의 심의·의결로 확정되는 예산제도가 있다. 이에 는 회계연도, 예산의 성립형식, 예산내용, 예산구분, 예산과정 등이 포함된다. 한편 회계의 분류에 따라 일반예산회계와 특별예산회계로 나뉜다. 이것은 그 성립목적이 특정재정운용을 목표로 하느냐 아니면 일반적인 재정활동을 목적으로 하느냐에 따른 구분이다. 그러나 예산이라는 면에서는 동일하므로 그 편성과정, 성립형식, 집행 등 운영의 원리가 사실상 동일하다.

한편, 1961년 종전의 재정법을 대체하여 새로이 제정된 예산회계법에 의해 도입된 기금제도는 국가가 특정한 목적을 위하여 특정한 자금을 운용할 필요가 있을 때에 한하여 법률로서 특별히 설치할 수 있고, 이렇게 설치된 기금은 세입세출예산에 의하지 아니하고 운용할 수 있게 되었다.

이외에도 주요한 재정수입의 원천인 국채와 차입금, 민간경제가 투자를 기피하거나 투자효과가 상대적으로 적은 취약분야를 중심으로 이루어지는 재정투융자가 있다.

다. 財政運用의 課題

우선 자원배분의 조정을 들 수 있다. 시장경제체제 하에서 원칙적으로 시장

기능이 제대로 작동하지 않는 부분이 있으며, 이러한 시장의 실패(market failure)가 나타나는 국방, 치안, 외교 등의 서비스나 도로, 철도, 공항, 항만 등 사회간접자본시설 등에 대해서는 정부의 재정활동이 뒷받침되지 않으면 안된다. 그러나 오늘날 이러한 조정기능은 많은 부분-특히 사회간접자본시설-에서 재정의 기능이 후퇴하고 있다.

둘째, 소득의 재분배이다. 재화의 공급이 시장기구를 통해 효율적으로 이루어진다고 해도 사회구성원간의 소득분배까지 반드시 공정하게 이루어진다는 보장은 없다. 따라서 소득분배의 과정에 정부가 개입하여 이를 조정할 필요가 있다. 소득재분배를 위해서는 세입면에서 누진세율을 적용함으로써 고소득자의 세부담을 가중하고, 세출면에서 생활보호 등의 이전적지출, 의무교육에 대한 지원, 저소득계층에 대한 의료나 주택지원 등이 수행된다. 오늘날에는 이러한 재분배의 기능이 한층 강화되고 있다.

셋째, 경제안정화 기능이다. 정부는 거시경제의 운영에 있어 총수요를 조절함으로써 경제의 안정화를 도모한다. 총수요의 부족으로 경기침체와 실업이 우려되는 경우 세수를 줄여 민간수요를 크게 하거나 직접 정부지출을 늘려 부족한 총수요를 보전할 수 있고, 총수요가 과다하여 인플레이션의 우려가 있을 때에는 세수를 늘리거나 정부지출을 줄여 총수요를 억제한다.

3. 財政制度의 發展에 따른 豫算會計의 變化

가. 財政制度의 機能 變化

1) 財政制度의 發展過程

1960년대에는 경제성장을 지원하기 위한 목적으로 재정이 운용되었다. 이를 위해 성과주의 예산제도와 더불어 공기업부문의 경영합리화를 목적으로 하는 기업회계방식이 채택되었고, 재정자금운용특별회계와 경제개발특별회계가 운용

되어 경제개발사업지원의 체계성과 효율성을 높이도록 하였다. 한편, 세무행정 제도개선이 소득세 등의 세제개편을 통하여 지속적인 세수증대를 꾀하였다.

1970년대에는 안정기반 위에서 경제성장을 지속적으로 추진한다는 경제정책의 기초하에 건전재정 운용을 위한 긴축예산편성 노력이 강화되면서 예산을 수반하는 증장기 계획수립시에는 예산당국과 사전협의 하도록 제도화하는 등을 내용으로 하는 예산회계법의 개정을 통해 예산운용의 효율화를 위한 예산제도의 개편이 있었고, GNP 대비 재정규모는 일정수준을 유지하였다.

1980년대에는 1970년대의 고도성장에 따른 물가상승과 경상수지의 악화가 심각한 문제로 대두함에 따라 정부정책의 기조도 초과수요의 해소를 통한 물가안정과 국제수지 개선에 두어졌다. 따라서 인플레이션의 구조적 개선을 통한 안정기반 구축이 경제정책의 기본방향으로 됨에 따라 재정운용방식도 예산 개혁작업의 추진과 더불어 재정의 체질을 개선하는데 역점이 두어졌다.

1990년대에는 국가경쟁력강화와 성장잠재력 배양을 위한 지원의 확대가 요구되었고, 정치·사회적으로 민주화와 자율화의 흐름이 거세지면서 복지부문에 대한 수요가 급증하였다. 1995년부터 지방자치가 실시됨에 따라 지방재정확충문제가 제기되었고, 각종규제를 완화하고 정부의 생산성을 높여야 할 필요성이 제기되었다. 이를 위해 민주화·지방화 지원을 위한 재정제도 개편이 요구되었고, GNP 대비 재정규모가 크게 증가하였다.

2) 向後 財政制度의 變化樣相

1980년대 말부터 재정지출규모가 지속적으로 증가하여 재정의 큰 부담이 되고 있다. 특히 사회보장지출의 급격한 확대가 예상되고 있으므로 이에 대한 대비가 시급하다고 할 수 있다. 한편 IMF위기 이후 국가채무가 빠른 속도로 증가하고 있어 향후 재정운용의 측면에서 여러 가지 문제를 야기할 수 있다. 무엇보다 채무잔고가 상승하면 이자지출이 증가하여 여타 투자사업에 투입될 자

금이 고갈된다. 재정이 채무이자를 갚는 데만 급급하고 재정 고유사업을 제대로 수행하지 못하면 이는 결코 바람직하지 못하다.

아직도 사회간접자본에 대한 투자나 사회복지분야에 대한 지출이 선진국에 비해 낮은 실정에서 향후 재정적자폭의 확대는 불가피할 것이다. 따라서 이러한 사회공공서비스에 대한 지출은 확대하면서 그 생산성을 높이기 위한 방안이 강구되어야 할 것이다. 한편 예산제도의 효율성을 높이기 위한 제도적 장치를 마련할 필요성과 더불어 사후적 분석평가체계를 강화할 필요성도 대두되고 있다.

나. 財政制度의 發展과 豫算會計의 連繫性

앞서 언급했듯이 재정제도의 중심에는 예산제도가 자리잡고 있고, 이러한 예산을 효과적으로 통제할 수 있는 관리통제기법으로 예산회계제도가 존재하고 있다. 따라서 재정제도가 계속적으로 그 모습을 달리하면서 변화함에 따라 이를 합리적으로 통제·관리하는 예산회계제도 또한 변화될 수밖에 없다.

향후 재정지출이 가장 빠르게 증가될 것으로 전망되는 분야는 사회복지분야이다. 아직은 이 분야에 대한 지출비중이 높지 않으나 일단 지출이 되면 좀처럼 줄이기 어려운 특성이 있다. 선진국의 경우와 비교해도 향후 사회복지분야의 지출이 전체 재정지출에서 차지하는 비중은 상당할 것으로 보여, 그 효율성 및 생산성을 높일 수 있는 방안이 심도 있게 강구되어야 할 것이다. 이를 위해 예산회계제도의 사전적·사후적 평가분석체계의 강화가 요구된다고 할 수 있다.

第 2 節 地方自治團體의 導入과 地方財政構造

1. 地方自治團體의 導入

가. 地方自治團體의 意義

지방자치법의 개정과 더불어 1991년의 지방의회의 도입으로 30여년만에 도입된 지방자치제는 1995년 지방자치단체장 민선으로 확대되었고, 2002년에는 제3기 민선단체장의 시대를 열었다. 그 동안 지방자치제는 정치적으로 민주주의의 발전과 행정의 투명성 제고 등의 측면에서 그 성과가 있었고, 특히 경제적 측면에서 지방자치단체가 중앙의 통제를 받지않고 자율적으로 재정을 운용하여 경제의 효율성을 제고할 수 있었다. 반면 형평성 악화, 재정의 경기안정화 기능저해 등의 부작용도 나타나고 있다. 지방재정의 세입 및 세출구조의 변화와 지역간 재정력 격차는 해결해야할 문제로 남아있다.

나. 地方自治團體의 機能 및 役割

지방자치단체는 정치적인 면에서 주민자치를 실현함으로써 풀뿌리민주주의의 터전이 되고 행정의 주민참여를 통해 행정과정의 투명성과 예측성을 가능하게 한다. 더욱 중요한 것은 지방재정의 독자적인 운영을 통해 당해 주민의 공공재에 대한 수요를 정확히 파악하고 이를 실행함으로써 주민복지의 증진에 기여하게 된다. 또한 그 지역의 특성에 맞는 재정운용을 통해 효과적인 자원분배기능과 소득재분배기능을 수행함으로써 지역경제의 효율성을 제고시킬 수 있다.

그러나 이러한 장점에도 불구하고 지방재정의 방만한 운영, 지역간 재정력의 격차 등으로 경제의 효율성을 떨어뜨릴 수 있는 역기능도 아울러 갖고 있다.

2. 地方自治團體의 豫算

가. 地方自治團體 豫算의 概念

지방자치단체 예산은 국가 예산과 마찬가지로 공적 예산이다. 지방자치단체의 예산이란 지방정부가 한 회계연도의 목표 달성을 성취하기 위한 한정된 자원의 효율적, 효과적인 활용 계획을 수치로 표시한 것이라고 할 수 있다. 지방정부는 회계연도라는 일정 기간을 단위로 예산을 토대로 계획을 수립하고 이 계획을 통하여 구체적인 정책을 형성한다.

지방자치단체 예산은 자원 배분과 관련된 지역주민, 지방 의원, 관료, 그리고 이익집단 등 이해관계자들이 의사결정 과정을 통해 자신들의 이익을 극대화하는 일련의 정치적 과정이다. 또한 지방자치단체 예산은 지역주민 또는 지방의회의 참여 및 통제를 용이하게 하는 중요한 수단일 뿐만 아니라 지역경제를 운영하고 발전시키는 수단이 되므로 그 동태적 과정이 점차 중요시되고 있다.

나. 地方自治團體 豫算의 機能

지방자치단체 예산의 기능은 접근 방법에 따라 여러 가지로 해석이 가능하다. 윌다브스키(Aaron Wildavsky)는 행정학자이면서도 예산이 정치 과정의 중심에 위치한다고 주장하면서 정치적 기능을 강조하고 있으며(Wildavsky, 1964:4~5), 경제학자인 머스그레이브(Richard A. Musgrave & Peggy B. Musgrave) 부부는 예산의 경제적 기능을 강조하고 있다.

한편 슈크(Allen Schick)는 「‘PPB’로의 길: 예산개혁의 단계」라는 논문을 통해 행정학적인 접근 방법으로 통제(control), 관리(management), 계획(planning)이라는 예산의 세 가지 기능을 제시하고 있다.

1) 統制機能

지방자치단체 예산의 통제 기능은 예산 집행시에 부정행위를 막는 데 중점을 두는 것으로, 지역주민에 대한 지방정부의 책임성 문제로서 가령 예산편성 과정에서의 통제는 지방정부가 예산편성 지침에 따라 예산을 편성하고 예산요구서 서식 등을 준수하는 것이며, 예산집행 과정에서는 자금배정, 이용, 전용 등에 대한 각종 통제와 보고절차 등이 여기에 해당된다.

2) 管理 機能

지방자치단체 예산의 관리 기능은 일정액의 예산을 지출하여 최대한의 성과, 즉, 능률의 극대화를 가져오는 데 주요 목표를 두는 것으로, 모든 예산 절차에 적용되기는 하지만 특히 예산 편성 단계에서 매우 유용한 기능이다.

3) 計劃 機能

지방자치단체 예산의 계획 기능은 일정액의 예산을 지출하여 최대한의 효과성을 가져오는데 중점을 두는 것으로, 지방정부의 장기적 기획과 단기적 예산 편성을 유기적으로 연계시켜 좀더 효율적인 자원 배분 결정을 하도록 한다.

다. 地方自治團體 豫算의 原則

예산 원칙은 예산 운영에서 지켜야할 규범이다. 즉, 예산 원칙은 예산의 편성, 심의, 집행 및 회계검사의 모든 예산 과정에서 지켜야 할 준칙(rules)이다. 다른 한편 예산 원칙이란 예산 배분을 둘러싸고 전개되는 이해집단 간의 투쟁을 규제하기 위한 하나의 규범으로서 의미를 갖는다.

1) 豫算 公開의 原則

예산 운영의 모든 상태가 주민에게 공개되어야 한다는 원칙이다. 예산의 공

개는 예산 운영의 투명성을 확보할 뿐만 아니라, 지역주민의 정당한 요구와 비판을 받도록 한다는데 그 의미가 있다.

2) 豫算 總計主義 原則

예산 총계주의는 한 회계연도의 모든 수입을 세입으로 하고, 모든 지출을 세출로 하며, 세입과 세출은 모두 예산에 편입하여야 한다는 것을 의미한다.(지방재정법 제29조)

3) 健全 財政 運營의 原則

지방정부는 그 재정을 수지 균형의 원칙에 따라 건전하게 운영하여야 하고, 국가는 지방재정의 자주성과 건전한 운영을 조장하고 국가의 부담을 지방정부에 전가해서는 안 된다. 또한 지방정부는 그 재정을 건전하게 운영하여야 하며, 국가의 정책에 반하거나 다른 지방정부의 재정에 부당한 영향을 미치게 해서는 안 된다(지방재정법 제2조).

4) 收入金 直接 使用 禁止의 原則

지방정부의 모든 수입은 지정된 수납기관(지방금고)에 납부되어야 하며, 직접 사용할 수 없도록 되어 있다. 그러나 지출이 직접수입을 수반하는 경비로서 지방재정법 시행령 제22조에 규정된 수입대체경비는 그 수입이 확보되는 범위 내에서 직접 지출할 수 있는 예외가 있다.

5) 豫算 目的 外 使用 禁止의 原則

지방자치단체장은 세출예산에 정한 목적 외에 경비를 사용할 수 없고, 각 기관간이나 세출예산이 정한 각 장, 관, 항 상호간에 융통하여 사용할 수 없다는 것이다. 이러한 원칙에 대한 예외로서는 예산의 이용(移用), 전용(轉用), 이체(移替) 등이 있다.

라. 地方自治團體 豫算의 分類

예산의 분류란 예산의 종류와는 달리 세입과 세출의 내용을 일정한 기준에 따라 체계적으로 배열하는 것을 의미한다. 다시 말해서 예산 분류란 필요한 예산 정보를 창출하는 것을 의미한다. 이러한 예산정보는 누가, 어떤 목적으로 필요로 하는가에 따라 다양한 형태로 작성될 수 있다. 따라서 예산정보의 용도와 목적에 가장 부합하는 예산 분류를 개발하여 작성할 필요가 있다.

이와 같은 용도나 목적을 충족시키기 위해서는 다양한 유형의 예산 분류 방식을 필요로 한다. 그러나 여기에서는 현재 우리 나라에서는 가장 많이 사용되는 기능별, 경제 성장별 분류를 중심으로 살펴보고자 한다.

1) 機能別 分類

기능별 분류는 지방정부의 활동 영역별 예산 배분 현황을 보여 주는 예산 정보로, 우리 나라 지방자치단체 예산의 기능별 분류는 5개 부문, 즉, 일반행정비, 사회개발비, 경제개발비, 민방위비, 지원 및 기타 경비로 구분, 분류하고 있다

2) 經濟 性質別 分類

지방자치단체 예산이 지역경제에 미치는 영향을 분석, 평가하기 위해 예산을 경제적 성격에 의해 분류하는 방식으로, 예산의 경제 성질별 분류는 4개 부문, 즉, ① 경상예산(기본적 경비, 경상적 경비), ② 사업예산(보조사업, 자체사업) ③ 채무상환, ④ 예비비 등으로 구분, 분류하고 있다.

3. 地方自治團體의 財政運用 및 會計

가. 地方自治團體의 財政運用 過程

지방자치단체의 재정운영에서 주요내용인 예산은 다양한 형태로 운영되고 있

지만 여기에서는 우리나라에서 현재 운영되고 있는 예산의 종류를 중심으로 살펴보기로 한다.

1) 一般會計豫算(general accounting budget)

지방정부의 예산 가운데서 지역주민의 공공복리 증진을 위하여 운영하는 것으로, 통상 지방자치단체 예산은 일반회계 예산을 가리킨다.

지방정부의 일반회계예산은 그 세입을 지방세, 세외수입, 지방교부세, 보조금, 지방잉여금으로 충당하며, 그 세출은 지방정부의 일반적인 활동을 하기 위한 기본적 지출로 구성된다. 이와 같은 일반회계의 예산사업은 비분할적, 비배제적인 성질의 순수공공재 공급과 유사하기 때문에 사업의 성과에 대한 분석이 곤란할 뿐만 아니라 기업성보다 공공성이 강조되고 있다.

2) 特別會計豫算(special accounting budget)

지방정부의 예산사업 중 사업적 성격이 농후하거나 기업성이 중시되는 사업에 대하여 일반회계와 구분하여 별도의 회계를 설치, 운영하는 것이다. 그러므로 특별회계는 준공공재나 민간재와 밀접한 관련이 있고, 사업의 성과에 대한 평가가 가능하여 기업회계의 적용이 가능한 예산이다. 현행 지방자치단체 예산 관련 법령에서는 그 회계를 일반회계와 특별회계로 구분하도록 규정하고 있는데, 특별회계는 ① 공영기업이나 특정한 목적의 사업을 운영할 때, ② 특별한 자금을 보유하여 운영할 때, ③ 기타 특정한 세입을 특정한 세출로 충당함으로써 일반적인 세입, 세출과 구분하여 계상할 필요가 있을 때에 한하여 법률 또는 조례로써 설치할 수 있도록 하고 있다(지방자치법 제117조 및 지방재정법 제5조 제1항).

나. 地方自治團體의 豫算會計

일반적으로 예산회계과정은 예산의 심의, 집행 그리고 결산 및 회계검사 등

4단계로 이루어지며, 이 과정을 통해 구체적으로 재원의 배분이 이루어진다.

이러한 예산회계 과정은 다양한 참여자들이 참여하는 결정 과정이며, 또한 지방 정부가 그 목적을 달성하기 위한 수단을 선정하는 과정이다. 한편 예산 과정은 재원의 바람직한 배분 방식을 선정하는 기획 과정이며 재정계획이 수립되고 집행되는 과정이다.

이와 같은 지방정부의 예산회계과정에 대해 아래와 같이 살펴본다.

1) 豫算會計 審議

지방자치단체 예산의 심의란 지방자치단체장이 제출한 예산안에 담겨 있는 정책과 사업계획을 지방의회가 사전에 검토하고 재정규모를 확정하는 단계이다. 즉, 지방정부의 세출예산과 세입예산이 법령 및 조례가 정하는 범위 안에서 합리적 기분에 의해 편성되었는지, 그리고 경제적 현실과 관련하여 적절하게 수입이 산정되었는지를 검토하는 과정이다. 지방의회는 이와 같은 예산 심의를 통하여 지방자치단체장이 제안한 정책을 수정·보완·개정하는 정책 결정 기능을 수행하는 동시에 집행부에 대한 통제권을 행사한다(지방자치법 제35조 1항)

이러한 지방의회의 예산심의권은 단순히 예산안이라는 안전을 절차에 의해 심의·통과시키는 제도상의 권한만을 의미하는 것이 아니라, 지방의회가 지역 경제에 직접적인 영향을 미치는 주민의 조세 부담과 복지 문제 및 지역 발전과제를 결정하는 권한을 의미한다.

2) 豫算會計 執行

예산회계집행이란 지방의회에서 의결·확정된 예산에 따라 수입을 조달하고 공공경비를 지출하는 일체의 재정활동을 의미한다. 이는 단순히 예산으로 정해진 금액을 수입하고 지출하는 것만을 뜻하는 것이 아니라 수입의 조정, 수납의 통지, 수납, 예산의 배정, 지출원인행위의 실행, 지방채의 발행, 일시 차입금의 차입, 세출예산의 배정·이용·전용 그리고 계약의 체결 등을 모두 포함한다.

이러한 예산회계집행은 그 공정성의 확보와 관련하여 지방의회의 의도와 재정한계를 엄수하기 위해 지방자치법 및 지방재정법 등에서 규정된 기준에 의거하여 이루어지고 있다. 또한 예산회계집행을 통하여 지방정부의 재정활동이 구체화되므로 효율적인 예산집행이 이루어져야 하는데, 이러한 예산집행의 효율성을 판단하는 기준은 균형성, 합법성, 능률성, 일치성, 효과성 등으로 측정될 수 있을 것이다(심정근 외, 1997:267).

3) 決算 및 會計檢査

결산이란 지방정부의 한 회계연도 내의 수입과 지출의 실적을 확정적 계수로서 표현하는 행위이다. 지방정부의 예산 심의가 집행부에 대한 지방의회의 사전적 통제인데 비해 결산은 사후 통제 수단이다. 따라서 지방의회의 결산승인권은 예산심의권과 함께 지방정부에 대한 중요한 재정적 통제 수단이 된다.

지방의회는 결산의 검사·심의 과정에서 비록 위법·부당한 수입이나 지출이 기보다는 정치적·역사적 산물인 것이다. 그러나 결산검사를 통해 그 심사 결과의 감사 활용과 익년도 예산안 삼사에의 반영이 가능하므로 미래의 지방재정계획의 수립과 예산 편성에 대한 유효 적절한 수단으로 활용될 수 있다.

第 3 節 地方公共組織과 豫算會計制度

1. 地方公共組織의 意義

지방공공조직은 비영리조직의 특성과 지방공기업의 특성을 함께 가진 조직체로 인식되고 있다. 따라서 이하에서는 비영리조직과 지방공기업에 대해 살펴 지방공공조직의 특성을 고찰해 본다.

가. 非營利組織

비영리조직은 영리조직에 대응되는 개념으로 파악하여 일반적으로 설립목적이 영리추구가 아닌 조직을 일컫는다. 이는 비영리조직의 하나로 영리를 추구하는 기업에 대해 ‘비기업’(nonbusiness), ‘비영리’(nonprofit, not-for-profit) 또는 ‘공공부문’(public sector) 등 여러 가지 명칭으로 불리우고 있다.

미국회계학회(American Accounting Association: AAA)의 비영리조직 회계위원회의 보고(The report of the committee on accounting for not-for-profit organization)는 다음에 열거한 특성 중 하나가 있는 것은 비영리조직에 해당한다고 정의하고 있다³⁾

① 의도적 또는 의식적인 이윤추구 동기가 없고, ② 개인적으로 지분권을 소유하고 있지 않고, ③ 지분권이 매각 또는 교환되지 않고, ④ 자본의 출자자 또는 기증자로부터 직접적이거나 비례적인 재무적 편익이 요구되지 않은 것 등이다.

이 정의에 따르면 대개 ‘대학(college and university), 종교단체(religious organization), 병원(hospital), 자선목적의 보건복지기관(voluntary health and welfare agency), 자선단체(charitable organization), 지방자치단체를 포함한 정부기관(government)’ 등과 같은 조직이 포함된다.

나. 地方公企業

지방공기업법은 지방공기업을 “지방자치단체가 직접 설치·경영하거나 법인을 설립하여 경영하는 기업”으로 정의하고 있다 (지방공기업법 제1조). 그러나 학자에 따라 지방공기업의 포괄 범위에 대한 견해의 차이가 있다.

3) AAA, “Report of the Committee on Accounting Practice of Not-for-Profit Organization”, *The Accounting Review*, Supplement to Vol.46, 1971, p.94.

광의의 지방공기업 개념은 지방자치단체가 경영하는 모든 사업을 포함시킬 수 있지만, 협의의 개념은 사경제적인 수익성 사업을 제외한 주민복지 증진을 위한 사업으로 한정할 수 있다. 그러나 일반적으로 지방공기업은 지방자치단체가 주민복지 증진을 목적으로 경영하는 사업 가운데 기업성을 가진 사업으로 한정된다. 이 경우 박물관이나 도서관과 같이 수익성이 없는 것, 도로·공원사업과 같이 무상으로 일반 주민에게 제공되는 서비스는 제외된다. 이론적으로는 이러한 최협의의 지방공기업 개념이 타당하나, 우리 나라에서는 협의의 개념까지 포함하고 있는 것으로 보인다.

다. 地方公企業의 類型 및 發展

1) 地方直營企業

지방자치단체 또는 지방자치단체조합이 직접 그 직원과 조직을 통하여 경영하는 방식으로 일반행정기관에 적용되는 법령이 그대로 적용된다. 따라서 그 직원은 공무원이며, 예산절차도 정부예산의 특별회계와 동일하다. 과거 직접경영 방식으로 구분하던 것을 1992년에 개정된 지방공기업법에 의해 지방직영기업으로 분류한다(김중순, 1997:397).

지방공기업법의 적용을 받고 동법에 규정한 것을 제외한 것은 지방자치법 및 지방재정법 기타 관계 법령을 적용받는다. 따라서 지방직영기업은 자주적 경영의 결여, 채산성 유지 곤란, 행정구역을 초월한 업무 수행의 한계성, 책임의식의 희박, 관리 능력의 한계 등의 문제를 안고 있다.

2) 地方公社·公團

공사(公社)는 20세기 정부 부문에서 만들어진 가장 위대한 발명품이라고 인식되고 있는 공기업 형태이다(Robson, 1962: 28). 이러한 지방공사·공단은 전액

자치단체가 출자함으로써 자치단체의 소유이다. 다만, 현행 제도상 자본금의 1/2를 초과하지 아니하는 범위 안에서 자치단체 이외의 자(민간)가 출자하여 설립할 수 있기 때문에 민관(民官)이 공동 출자할 수 있는 조직은 지방공사뿐이다.

또한 지방공사·공단은 법인으로서 법적 독립체이며, 요금 수입으로 자금을 충당하기 때문에 지방정부와는 독립된 재정구조를 지닌다. 이러한 지방공사·공단의 직원은 공무원이 아니며 그 직원의 임용과 보수에 관한 규정은 자체적으로 제정한다.

3) 委託經營 方式

위탁경영 방식은 공기업경영의 효율성을 제고하기 위하여 지방자치단체가 시설을 건설·보유하지만 경영은 민간에 위탁하는 방식으로 간접경영 방식의 일종이다. 시·도립병원과 같이 지방자치단체가 보유하는 주식이나 지분의 매각 없이 공기업의 경영권만 민간에 위탁하는 경우를 말한다.

위탁경영은 경영의 전반적 사항을 위탁하는 완전위탁과 경영의 일부 사업에 한정하여 위탁하는 부분위탁으로 구분된다. 부분위탁에 적합한 사업은 수도사업의 검침이나 수금 업무 등 단순 반복 작업으로서 경영의 능률화 및 원가 절감을 위하여 계속 증가할 전망이다.

완전위탁에 적합한 사업은 레저시설, 관광사업 등 비교적 공익성이 약하거나 지역주민의 일상생활과는 거리가 멀고, 경영에 전문적인 지식을 필요로 하는 사업이다. 그러나 위탁경영의 경우에도 위탁기업의 효율적인 경영을 위하여 위탁자인 지방자치단체는 수탁자인 민간기업의 경영에 대하여 일정한 지휘·감독을 행하여야 한다.

4) 民官共同 出資 方式

민관공동 출자사업이란 지방자치단체(제1섹터)와 민간조직(제2섹터)이 공동으

로 자금을 출자하여 경영하는 방식으로 제3섹터로 알려져 있다. 즉, 자치단체와 민간 부문을 종합한 민관공동 협력 방식에 의해 서비스를 제공하는 것으로 지방공기업의 특성인 공공성과 기업성의 조화라는 측면이 특히 강조되고 있다.

이러한 방식의 등장 배경은 지방자치와 분권화의 추구로 인한 공공 수요의 증가, 정부의 실패와 재정 부담의 가중, 공공 부문의 생산성 추구 등을 꼽을 수 있다(이계식 외, 1998:203~204). 이러한 민관공동 출자 방식에 의한 경영 형태는 지방공사형과 주식회사형으로 구분되는데, 다음과 같은 경영상의 차이점이 있다.

지방공사형은 자치단체가 50% 이상의 자본금을 출자한 법인으로 농촌 지역보다는 도시 지역에서 활발하게 전개되고 있으며 사업 내용별로는 도시지역이 관광, 교통, 환경문제를 중심으로 설립된 반면, 농촌 지역은 농·수·축산을 중심으로 설립되고 있어 대조를 보이고 있다.

〈表 3-1〉 民官共同 出資事業의 比較

구분		지방공사형	주식회사형
법적 근거		주방공기업법(상법 준용)	상법
출자 방법		주식 발행	주식 발행
설립 인가		조례 제정, 행정자치부 장관 인가	행정자치부 승인(관 출자 비율 1/4 이상)
인사	사장	행정자치부 장관 승인, 단체장 임면	이사회 또는 주주총회
	이상, 감사	단체장 승인, 사장 임면	창립총회
통제	주주권	소유 주식만큼 지자체 행사	좌동(단, 관 출자 비율 1/4 이상)
	재무회계	행정자치부 예산편성 지침	기업식 운영
	공무원 파견	자치단체 소속 공무원을 공사에 파견하거나 겸임하게 할 수 있음	좌동(단, 단체장은 서류 제출 요구, 업무·회계검사, 경영지도권 행사)

주식회사형은 자치단체가 자본금의 50% 미만을 출자·출연하여 설립한 법인으로 대부분 광역자치단체 위주로 운영되고 있는데, 주로 수출입 대행, 정보 제공, 무역 알선 등과 같은 지역경제 활성화를 위한 사업들이 주종을 이루고 있다. 반면에 기초자치단체는 주로 지역 특성을 활용한 사업을 운영하고 있다.

라. 地方公共組織의 機能 및 役割

자유경제체제하에서 지방공공조직의 역할이 중요시되고 있는 것은 경제학에서 거론되는 ‘시장의 실패’(market failure)에 기인하고 있다. 즉, 국방·치안·도로 등 사회간접자본으로 투자되는 공공재(public goods)의 수요와 공급을 시장메커니즘에만 맡겨둘 수는 없고 신앙, 교육 그리고 의료 등도 그 성격상 시장에서 평가되고 수급이 자율적으로 조절되도록 일임할 수 없는 것이다. 따라서 이와 같은 ‘시장의 실패’의 일부를 보완하는 데서, 즉, 이윤추구를 목적으로 하는 기업이 창출할 수 없는 공공적 성격의 서비스를 생산하는 데서 지방공공조직의 존립 의의를 찾을 수 있다.

2. 地方公共組織의 豫算會計制度

가. 地方公共組織의 豫算會計의 特徵

지방공공조직은 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록한다. 이 방법은 실무상 간편하며, 회계처리가 쉽기 때문에 전통적으로 선호되어 왔다. 그러나 이 방법은 현금의 수지만을 단순하게 기록하기 때문에 발생주의 회계인식과 복식부기방법과 비교해 볼 때 다음과 같은 특징이 있다.

첫째, 고정자산의 취득, 감가상각회계 등을 적용할 수 없다. 즉, 이 방법에서

는 현금으로 지출하여 자산을 취득하더라도 이를 지출로 처리하여 버리기 때문에 당해 자산은 부외자산으로 관리될 뿐이다. 따라서 당해 자산대장은 회계기록과 연관을 맺지 못하며 감가상각회계도 적용될 수 없게 된다. 이에 따라 당해 고정자산 가액이 얼마인지 알 수 없을 뿐만 아니라, 당해 고정자산에 대한 감가상각을 실시하지 않기 때문에 고정자산을 활용하여 제공한 서비스의 원가를 계산할 수 없으므로 합리적인 경영관리를 기하기 어렵다.

둘째, 채권, 채무의 파악을 할 수 없기 때문에 실질적인 재무상태를 알 수 없다.

셋째, 복식부기에서와 같이 거래의 이중성을 바탕으로 한 회계기록을 할 수 없기 때문에 대차평균원리에 의한 자기검증기능이 없으며, 유도법에 의해 재무제표를 작성하는 것이 불가능하다.

넷째, 총자산에서 총부채를 차감한 잔여부분, 즉, 순자산을 파악할 수 없다.

나. 地方公共組織의 豫算會計

지방공공조직이 제공하는 재화나 서비스는 공정시장가치로 측정하기 어렵다. 또한 그 성과도 이익의 대소와 같은 단일 척도로 표시할 수 없다. 이와 같이 자원의 조달과 자원 운용의 성과 사이에 상관관계가 성립되지 않는 것이 일반적이기 때문에 자원의 조달과 운용에 대해 사전적으로 계획을 수립하게 된다. 특히 업적에 대한 계량화가 어렵기 때문에 예산을 통해 미리 달성해야 할 업적을 자원의 배분으로 구체화시킨다.

많은 회원으로 구성된 조직이나 정부단위와 같은 조직에서는 예산이 조직내에서 자원을 배분하는데 뿐만 아니라 자금의 조달에도 중요한 요소가 된다. 예를 들면, 회원조직과 정부단위의 예산은 부과되어야 할 세금·요금·회비 등의 수준과 제공되어야 할 서비스 수준 그리고 이들 두 수준간의 관계를 정하는데 핵심적인 요소이다.

이와 같이 지방공공조직의 예산제도는 다양한 자원의 조달과 효율적인 사용을 위하여 도입되고 있는 것이므로 정부를 비롯한 모든 조직은 반드시 예산을 수립하여야 하며 예산의 수립과 집행은 법령이나 규정 및 감독관청의 제약과 감독을 받는다.

영리조직에서는 자원의 적정한 배분을 통한 최대한의 이익을 달성하기 위해 예산을 활용하고 있으나, 지방공공조직의 예산활용목적은 여러 면에서 차이가 있다. 즉, 지방공공조직의 예산은 일정기간 동안의 추정지출액과 이 지출에 소요되는 자원의 조달방법 등을 명시한 재무활동계획으로서 다음과 같은 특성을 가지고 있다.

첫째, 조직의 예산은 반드시 준수해야 할 법적인 구속력을 갖는다.

둘째, 조직의 예산은 대부분 고정예산이며 1년간의 단기예산이다.

셋째, 조직의 예산은 자원의 조달과 직접적인 관련을 가진다.

다. 基金會計

지방공공조직은 당해 조직체내에서 서로 다른 목적의 수행을 위해 각각 기금을 설정하고 각 기금별로 자산, 부채, 기타 재무자원의 증감에 대한 기록을 하게 된다.

미국 정부회계위원회는 “기금이란 특별한 제한 또는 제약에 따라서 특정의 활동을 수행하고 당해 목적을 달성하기 위해 구분된 현금 및 기타 재무자원과 그 실체에 관련된 부채, 채무, 준비금, 지분 및 그 변동 등을 기록하는 자기 평균 기능을 가진 독립된 재무 또는 회계실체이다.”라고 정의하고 있다.

이와 같은 기금은 법규 등에 따라서 자원의 목적별로 구분해서 설정된 회계 실체인 동시에 재정실체이므로 각각의 기금에 대해서는 각각의 재무보고가 이루어지게 된다. 일반적으로 지방공공조직의 기금 설정은 법규나 기부자의 의도 등에 따라서 이루어지게 된다. 조직은 기금을 설정해서 목적사업을 전개함으로써 첫째, 소비, 지출행위가 임의적·자의적으로 이루어지지 않도록 하며, 둘째,

제한 법규나 정관 그리고 자원제공자의 의도 등에서 규정하고 있는 바에 따라 자원이 활용될 수 있도록 하는 기능을 수행한다. 정부기관이나 민간 비영리조직을 막론하고 일반적으로 고유 업무를 수행하기 위한 회계실체를 일반회계로, 특별한 목적을 달성하기 위한 회계실체를 특별회계로 구분하여 회계처리하고 있다.

반면, 기금회계에 대한 비판으로는 현재의 기금회계실무에서 재무제표는 전체로서 비영리 실체의 보고서가 아니고 단지 부문 내의 요약이므로 전반적인 활동·성과 및 상태를 나타내지 못한다는 것이다.

3. 地方公共서비스의 發展과 財政運用方式

가. 地方公共서비스의 意義

1) 地方 公共서비스의 概念

일반적으로 지방 공공서비스를 “지방자치단체나 지방공공기관이 생산하여 주민들에게 제공하는 서비스”로 이해하는 데, 이러한 개념 정의는 서비스의 공급 주체에 따른 구분일 뿐, 실제로 제공하고 있는 서비스의 성격이나 실태는 파악 하는데 도움이 되지 못한다.

지방 공공서비스(local public services)는 어원적으로 ‘지방’이라는 개념과 ‘공공 서비스’라는 개념이 합쳐져서 만들어진 것이다. 즉, 지방⁴⁾이라는 공간에서 생산, 제공되며 소비되는 공공 서비스⁵⁾인데, 이는 공공서비스의 성격에 지방이

4) 지방의 개념은 다음과 같다. 첫째, 지방은 주로 공간적, 지리적인 의미로 전국과 대비되는 한 국가 내 일부분의 토지를 가리킨다. 둘째, 주로 정치, 행정적 의미로, 중앙에 대하여 국가 또는 영토를 구성하는 도시 이외의 토지를 말한다. 이는 흔히 지방정치나 지방문화 등 중앙정부가 있는 수도를 제외한 여타의 지역을 의미한다. 셋째, 지역(region) 개념과 동일한 의미로 사용한다. 따라서 현실적으로 지역과 지방의 공간적 영역은 일치할지 모르지만, 지역은 기능적, 정책적 의미를 강하게 가는 반면, 지방은 정치, 행정적이며 인지적 의미를 강하게 가진다. 즉, 모든 지방은 지역일 수 있는 반면, 모든 지역은 지방이 아니다. 예를 들어 서울은 하나의 지역이기는 하지만 결코 지방이 아니기 때문이다(손희준, 1996.2).

5) 공공서비스는 일명 공공재(public goods)라고 할 수 있으며 민간재(private goods)와 구별되면서,

라는 지역적, 공간적 요소가 첨가된 개념으로 파악할 수 있다. 결국 지방 공공 서비스는 “지역주민들의 공적인 수요를 충족시키기 위하여, 지방자치단체나 이에 준하는 기관이 생산, 공급하는 서비스”로 정의할 수 있다.

2) 地方 公共서비스의 特性

지방 공공서비스는 공공재에 속해 다음과 같은 특성을 갖는다.

① 公共財的 性格

즉, 지방 공공서비스는 공공재적 특성 때문에 원활한 공급과 적절한 생산을 위해서는 정부의 개입이 필요하다. 또한 일단 정부나 민간에 의해 제공되면 누구나 집단적으로 소비할 수 있기 때문에 무임승차자(무임승차자, free-riders)의 문제가 발생하며, 이들 무임승차자들을 적절히 규제할 수 있는 규제 장치가 필요하다.

② 空間的 性格

지방 공공서비스는 지리적, 공간적 특성이 있는데, 이는 지방 공공서비스가 특정 지역을 대상으로 공급되는 것이 일반적이고, 서비스의 수혜자를 어느 정도 공간적으로 구분할 수 있기 때문이다. 따라서 시설의 위치와 관련된 입지선정(location)의 문제가 포함된다. 즉, 시설 입지는 지역주민들의 접근성(accessibility)과 공간적 효율성(locational efficiency), 서비스 배분의 형평성 등을 통해 판단해야 한다.

일반적으로 공공기관을 통하여 공급되는 재화와 서비스를 지칭한다(김동건, 1996:76). 한편 시민의 관점에서 볼 때 공공 서비스는 “시민으로부터 행정의 대행을 위탁 받은 정부가 행정의 주체인 시민에게 응당 제공해 주어야 할 행정 서비스”에 해당한다(최호준, 1986:29).

나. 地方公共서비스의 供給類型

1) 供給 關聯 要素

공공 서비스의 생산 및 공급 과정에는 세 가지 유형의 각기 다른 참여자가 있다.

첫째, 소비자(consumer)는 서비스를 직접 획득하거나 소비하는 집단이며, 둘째, 생산자(producer) 또는 공급자(supplier)는 직접 서비스를 생산하거나 생산된 서비스를 소비자에게 전달하는 기관(주로 정부, 시민의 자원봉사 조직, 민간기업, 비영리단체 혹은 소비자 자신)이며, 셋째, 서비스 제공자 또는 공급 결정자(arranger or provider)는 소비자에게 서비스를 공급할 생산자를 결정하는 기관이다.

2) 供給 類型

공공 서비스 공급 방식은 공급 주체별로 그리고 공급 유형별로 나눌 수 있는데, 먼저 참여 주체별로 살펴보면 다음과 같다.

- ① 공공 공급형은 공공 부문에서 서비스를 직접 공급하는 것으로, 국가나 지방자치단체가 직접 공급하는 형태와 공사 또는 공기업을 설치하여 간접적으로 공급하는 형태가 있다.
- ② 공공·민간 병존형은 공공 부문과 민간 부문이 동시에 서비스를 공급하는 형태로 병원, 대학, 미술관 및 복지 서비스 공급이 이에 속한다.
- ③ 공공·민간 협력형은 공·사 부문이 공동으로 특정 서비스를 공급하는 경우로, 협력, 관계에 따라 i) 사업 분담형, ii) 자금 분담형, iii) 유도형으로 구분된다. 사업 분담형은 서비스 생산 업무를 공·사가 합의하에 분담하는 것으로 예를 들어 도로, 토지 등 기반시설에 대한 정비는 공공 부문이 맡고, 건물 및 시설물의 건설은 민간 부문이 담당하는 경우 등을 들 수 있다. 자금 분담형은 공·사가 생산비용을 분담하는 것이며, 유도형은 사업 주체

는 민간 부문이지만, 공공 부문의 재정 지원을 통해 공공 서비스 공급을 유도하고 장려하는 경우이다.

- ④ 민간 위탁형은 공공 부문에서 일상적으로 하고 있는 공공 서비스 공급 업무의 일부 또는 전부를 민간 부문에 위탁하여 공급하는 유형이다.
- ⑤ 민간 공급형은 민간 부문이 사업 주체가 되어 공급하는 유형으로, 일반적으로 전력, 가스 등 지역 독점형의 공공 서비스와 항공, 도로 운송 등의 서비스가 이에 속한다.

다. 地方公共서비스의 財政運用 및 會計方式의 特徵

지방공공서비스는 앞서 언급한바와 같이 그 공급유형이 어떠한 형태를 가지느냐에 따라서 그 재정운용 및 회계방식에서 중요한 차이를 가져온다. 이는 지방공공서비스의 공급유형을 공공 공급형, 민간 공급형, 중간형이라고 대별하여 볼 때, 그 재정운용 및 회계방식상의 특징이 결정되기 때문이다.

그러나 정부나 지방자치단체가 공급하는 공공 공급형이나 민간이 공급하는 민간공급형을 불문하고 지방공공서비스의 특징이 그 공공재적 성격이라고 할 때 민간이 운영하는 사적 서비스에 비해 다음과 같은 재정운영 및 회계방식의 특징을 갖는다고 볼 수 있다.

첫째, 그 방식에 있어서 이윤추구보다는 사회적 요구에 의해 발생한 것이므로 의도적 이윤동기가 없다. 따라서 고유의 목적달성을 위한 예산의 편성이 중요하다.

둘째, 사회적 필요성이 인정되면 채산성의 유무에 크게 의존하지 않는다. 즉, 사적 서비스는 회계보고에 의해 그 계속 여부도 검토하게 되는 것이나 지방공공서비스는 회계보고와 크게 관계없이 지역주민의 필요성이 인정되면 계속 존치한다.

셋째, 사적 서비스의 자원제공자인 채권자와 투자자는 직접적인 경제적 이익

을 기대하지만, 지방공공서비스의 경우에는 경제적 이익이나 보수를 기대하지 않는다. 자원조달방법에 있어 사적서비스는 1차원적으로 시장에서 판매수익을 통하여 조달하는 회계를 하나, 지방공공서비스의 경우는 정부나 지방자치단체의 출연 또는 지역이용자의 사용료 등의 방법으로 대부분의 자원을 조달한다.

넷째, 사적서비스의 성과측정은 화폐적 측정이지만, 지방공공서비스의 경우는 화폐적 측정뿐만 아니라 질적 측정이 포함된다. 그리고 성과측정의 결과로 나타난 순이익을 사적 서비스는 외부의 지분권자에게 배분하는 회계가 필요하나 비영리법인의 경우에는 배분하지 아니하고 고유목적에 위하여 사용한다.

다섯째, 사회적 통제에 있어 사적 서비스의 경우는 자율적이고 임의적이라고 하겠으나, 지방공공서비스는 법률 또는 정관규정, 기금 및 예산통제를 통하여 엄격히 관리된다. 또한 영리기관의 경우는 주로 소득자 및 일반이해관계자에게 회계보고의 의무가 있으나, 지방공공서비스는 일반이해관계자 보다는 주무관청 및 관련부서에 보고의무가 있다.

여섯째, 사적 서비스의 회계보고는 수익목적의 달성 정도나 기업능력의 보고를 강조하지만, 지방공공서비스의 재무보고는 실현된 순이익이나 순손실보다는 제공한 서비스의 보고를 강조한다.

第4章 保健診療所の收支分析

第1節 保健診療所の現況

1. 全國 保健診療所の現況

시도별 보건진료소 관할 인구현황은 다음과 같다. 전체 개소는 1,907개이며 관할 인구수별 개소는 501~1,000인 이하를 관할하는 보건진료소가 897개로 전체의 47.1%를 차지하여 가장 높은 비율을 보였다. 또한 1,001~2,000인 이하를 관할하는 보건진료소가 516개로 27.1%를 나타내어 두 번째로 높은 비율을 보였다. 이 두 개소가 전체의 74.2%를 차지하였으며 나머지 관할 인구수별 개소는 모두 10% 미만의 비율을 차지하였다.

시도별로는 경기도가 가장 관할 인구수의 폭이 가장 넓게 나타났다. 경기지역의 관할 인구수는 적게는 300인 이하부터 많게는 20,000인 이상을 관할하는 보건진료소도 있음을 알 수 있다. 이 중 가장 높은 비율을 보이는 진료소는 1,001~2,000인 이하를 관할하는 진료소이며 다음으로는 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소이다. 나머지 진료소는 10%미만의 비율로 앞의 두 진료소 비율과는 다소 큰 차이를 보인다. 다음으로 부산은 83.3%가 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소로 이 개소에 집중적인 비율을 보여 경기와는 대조된다. 또한 부산의 전체 진료소 수는 6개로 전국에서 가장 낮은 것으로 나타났다.

인천은 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소가 38.5%, 1,001~2,000인 이하를 관할하는 진료소가 26.9%였으며 300인 이하를 관할하는 진료소도 15.4%를 차지하였다. 강원도 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소가 58.8%로 가장 높게 나타났으며 다음으로 1,001~2,000인 이하를 관할하는 진료소가 21.4%였으며 나머지 진료소는 10% 미만이었다. 충청도 앞의 지역들과 마찬가지로 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소가 가장 높은 비율인 50.6%였고 다음으로 1,001~2,000인

이하를 관할하는 진료소가 20.4%로 나타났다. 충남은 1,001~2,000인 이하를 관할하는 진료소가 가장 많은 106개로 45.7%였으며 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소는 37.1%였다.

〈表 4-1〉 市道別 保健診療所 管轄 人口現況(Ⅰ)

(2001. 7. 31 現在, 單位: 名, %)

시도별	300인 이하		301 ~ 400인		401 ~ 500인		501 ~ 1,000인		1,001 ~ 2,000인		2,001 ~ 3,000인		3,001 ~ 5,000인		5,001 ~ 10,000인		10,000 ~ 20,000인		20,001인 이상		계	
	계	비율	계	비율	계	비율	계	비율	계	비율	계	비율	계	비율	계	비율	계	비율	수	비율	수	비율
부산					1	16.7	5	83.3													6	100.0 (0.3)
대구							2	22.2	6	66.7			1	11.1							9	100.0 (0.5)
인천	4	15.4	3	11.5	2	7.7	10	38.5	7	26.9											26	100.0 (1.4)
광주	1	8.3	1	8.3			5	41.7	4	33.3	1	8.3									12	100.0 (0.6)
대전							3	37.5	5	62.5											8	100.0 (0.4)
울산			1	9.1			5	45.5	4	36.4	1	9.1									11	100.0 (0.6)
경기	9	5.4	5	3.0	5	3.0	46	27.4	70	41.7	16	9.5	7	4.2	5	3.0	4	2.4	1	0.6	168	100.0 (8.8)
강원	2	1.5	4	3.1	13	9.9	77	58.8	28	21.4	6	4.6	1	0.8							131	100.0 (6.9)
충북	13	8.0	10	6.2	22	13.6	82	50.6	33	20.4	2	1.2									162	100.0 (8.5)
충남	6	2.6	3	1.3	6	2.6	86	37.1	106	45.7	19	8.2	3	1.3	3	1.3					232	100.0 (12.2)
전북	19	7.6	20	8.0	24	9.6	140	56.2	42	16.9	3	1.2	1	0.4							249	100.0 (13.1)
전남	40	12.2	21	6.4	36	11.0	153	46.6	72	22.0	5	1.5	1	0.3							328	100.0 (17.2)
경북	7	2.3	15	4.8	41	13.2	164	52.9	74	23.9	7	2.3	2	0.6							310	100.0 (16.3)
경남	11	5.3	17	8.1	24	11.5	101	48.3	49	23.4	7	3.3									209	100.0 (11.0)
제주	2	4.3	3	6.5	3	6.5	18	39.1	16	34.8	4	8.7									46	100.0 (2.4)
계	114	6.0	103	5.4	177	9.3	897	47.1	516	27.1	71	3.7	16	0.8	8	0.4	4	0.2	1	0.1	1,907	100.0 (100.0)

전북의 진료소 중 501~1,000인 이하를 관할하는 곳은 56.2%로 가장 많았고 다음으로 1,001~2,000인 이하를 관할하는 진료소가 16.9%로 나타났다. 전남은

진료소 수가 전체의 17.2%인 328개로 시도 중 진료소 수가 가장 많았으며 그 중 46.6%인 153개가 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소로 나타나 가장 높은 비율을 차지하였고 다음으로 22.0%가 1,001~2,000인 이하를 관할하는 것으로 나타났다. 경북은 보건진료소수가 전남에 이어 두 번째로 많은 310개였고, 그 중 52.9%가 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소였고 23.9%는 1,001~2,000인 이하를 관할하는 곳이었다. 경남은 48.3%가 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소였고 다음으로 23.4%가 1,001~2,000인 이하를 관할하는 것으로 나타났다. 마지막으로 제주는 39.1%가 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소였고, 34.8%가 1,001~2,000인 이하를 관할하는 진료소인 것으로 나타났다.

이와 같이 각 시도별 보건진료소의 관할인구현황은 전체 비율 구성과 크게 다르지 않은 것을 알 수 있다. 대체로 501~1,000인 이하를 관할하는 진료소가 가장 많고 다음으로 1,001~2,000인 이하를 관할하는 진료소의 수가 많았다.

시도별 보건진료소 관할 인구현황을 관리대상 총인구수별로 살펴보면 다음과 같다. 전체 인구수는 1,850,560명이며 이 중 가장 높은 비율을 차지하는 지역은 경기로 20.1%인 372,274명을 관리하는 것을 알 수 있다. 다음으로 충남이 15.5%를 차지하여 두 번째로 관리대상 총인구수가 많은 지역으로 나타났다. 관리대상 총인구수가 가장 적은 지역은 부산으로 3,982명(0.2%)이었다.

〈表 4-2〉 市道別 保健診療所 管轄 人口現況(Ⅱ)

(2001. 7.31 現在, 單位: 名, 個所, %)

구분	관리대상 총인구수		진료소수		관리대상 평균인구수		진료소 중 최대관할인구수		진료소 중 최소관할인구수	
	인구수	비율	진료소수	비율	평균인구수	비율	인구수	비율	인구수	비율
부산	3,982	0.2	6	0.3	664	4.3	880	0.6	462	11.0
대구	13,514	0.7	9	0.5	1,501	9.8	3,091	2.2	797	19.0
인천	18,380	1.0	26	1.4	707	4.6	1,444	1.0	62	1.5
광주	11,395	0.6	12	0.6	950	6.2	2,162	1.5	343	8.2
대전	9,879	0.5	8	0.4	1,235	8.1	1,876	1.3	516	12.3
울산	12,050	0.7	11	0.6	1,095	7.2	2,600	1.8	397	9.5
경기	372,274	20.1	168	8.8	2,216	14.5	101,874	71.9	103	2.5
강원	111,320	6.0	131	6.9	850	5.6	3,008	2.1	155	3.7
충북	123,117	6.7	162	8.5	760	5.0	2,456	1.7	229	5.5
충남	286,422	15.5	232	12.2	1,235	8.1	6,011	4.2	140	3.3
전북	180,850	9.8	249	13.1	726	4.7	3,781	2.7	151	3.6
전남	245,280	13.3	328	17.2	748	4.9	3,153	2.2	115	2.7
경북	249,175	13.5	310	16.3	804	5.3	3,965	2.8	194	4.6
경남	166,607	9.0	209	11.0	797	5.2	2,801	2.0	109	2.6
제주	46,315	2.5	46	2.4	1,007	6.6	2,570	1.8	171	4.1
계·평균	1,850,560	100.0	1,907	100.0	1,017		2,487 ¹⁾		247	

주: 1) 경기가 제외된 수치임.

※ 전국 진료소 중 최대관할인구수 : 101,874인(경기도 시흥시 정왕보건진료소)

※ 전국 진료소 중 최소관할인구수 : 62인(인천시 강화군 서검보건진료소)

진료소수는 전체 1,907개 중 가장 높은 비율을 차지한 지역이 전남이었다. 전남은 진료소수가 328개로 전체의 17.2%였고 다음으로 경북이 310개인 16.3%였다. 진료소수가 가장 적은 지역은 부산이며 6개에 그쳤다.

관리대상 평균인구수는 전체 평균이 1,017명이며 관리대상 평균인구수가 가장 많은 지역은 2,216명인 경기로 나타났다. 이는 전체평균에 비해 1,000여명이 더 많은 것으로 다소 큰 차이가 있다. 다음으로는 대전의 관리대상 평균인구수가 1,235명으로 두 번째로 많은 것으로 나타났다. 관리대상 평균인구수가 가장 적은 지역은 4.3%인 부산이었다.

〈表 4-3〉 島嶼地域 保健診療所 管轄 人口現況

(2001. 7.31 現在, 單位: 名, 個所, %)

시도별 (진료소수)	보건진료소 (진료소수)	100인 이하		101 ~ 200인		201 ~ 300인		301 ~ 400인		401 ~ 500인		501 ~ 1,000인		1,001 ~ 2,000인		2,000인 이상			
		수	비율	수	비율	수	비율	수	비율	수	비율	수	비율	수	비율	수	비율		
전남	328 (100.0)	77	100.0 (17.2)	22	28.6	14	18.2	9	11.7	11	14.3	13	16.9	8	10.4				
인천	26 (100.0)	24	100.0 (92.3)	1	4.2	1	4.2	2	8.3	2	8.3	9	37.5	7	29.2				
경남	209 (100.0)	21	100.0 (10.0)	1	4.8	2	9.5	5	23.8	8	37.1	3	14.3	1	4.8	1	4.8		
전북	249 (100.0)	7	100.0 (2.8)	2	28.6	2	28.6	1	14.3			2	28.6						
경북	310 (100.0)	3	100.0 (1.0)	1	33.3							1	33.3			1	33.3		
제주	46 (100.0)	3	100.0 (6.5)	1	33.3							1	33.3	1	33.3				
계 (전국)	1,907 (100.0)	135	100.0 (7.1)	2	1.5	29	21.5	23	17.0	20	14.8	16	11.9	27	20.0	17	12.6	1	0.7

진료소 중 최대관할 인구수의 평균은 2,487명인데 이는 경기지역이 제외된 수이다. 경기의 경우 101,874명으로 다른 지역의 최대관할 인구수와는 큰 차이를 보여 전체 평균이 경기지역의 최대관할 인구수에 크게 영향을 받게되므로 전체 평균에서는 제외되었다. 경기 다음으로 최대관할 인구수가 많은 곳은 6,011명인 충남이었다. 또한 최대관할 인구수가 가장 적은 지역은 부산으로 880명에 불과하였다.

진료소 중 최소관할 인구수는 전체 평균이 247명이었고 지역별로 살펴보면 인천이 62명으로 인구수가 가장 적은 것으로 나타났고 다음으로는 경기도에 103명을 관할하는 진료소가 있는 것으로 나타났다. 최소관할 인구수가 가장 많은 지역은 대구로 797명이었다.

도서지역 보건진료소의 관할인구현황은 다음과 같다. 전체 도서지역의 보건진료소 수는 135개이며 가장 높은 비율을 보이는 관할인구수는 101~200인으로 21.5%를 나타냈다. 시도별로 살펴보았을 때 전남의 도서지역 보건진료소 수가 가장 많은 77개였고 다음으로 인천이 24개였다. 전남 도서지역의 보건진료

소 관할인구현황을 살펴보면, 101~200인을 관할하는 보건진료소수가 22개 (28.6%)로 가장 많았고 다음으로 201~300인을 관할하는 곳이 18.2%인 14개였다. 인천은 전체 24개의 진료소 중 501~1,000인을 관할하는 곳이 9개로 37.5%였고, 다음으로 1,001~2,000인을 관할하는 진료소가 7개로 29.2%였다. 전남과 비교하여 관할인구수가 많은 곳의 비율이 큰 것을 알 수 있다. 경남의 경우 21개의 도서지역 보건진료소 중 8개인 37.1%가 301~400인을 관할하고 있었으며 23.8%는 201~300인을 관할하는 것으로 나타났다.

시도별 보건진료소의 관할구역내 연령별 인구분포를 살펴보면 다음과 같다. 전체 1,872,597명 중, 가장 많은 연령대는 50~64세 사이의 인구로 19.1%였고 다음으로 65세 이상의 인구가 18.7%인 것으로 나타났다. 가장 낮은 비율을 보인 연령대는 10세 미만으로 8.5%였다. 지역별로는 부산의 경우 50~64세의 인구가 738명(18.4%)으로 가장 많았고 다음으로 30~39세의 인구가 658명(16.4%)이었다. 가장 적은 인구수의 연령대는 10세 미만으로 7.3%였다. 대구도 관할구역내에 50~64세의 인구가 가장 많은 것으로 나타났다. 가장 적은 연령대 또한 10세 미만으로 부산과 비슷한 분포를 보였다. 인천은 50~64세의 인구가 4,165명(22.3%)으로 가장 많았고 다음으로 65세 이상의 연령대가 4,149명(22.2%)를 나타냈다. 가장 적은 인구수를 보인 연령대는 10세 미만으로 6.8%인 것으로 나타났다. 광주도 가장 많은 인구수를 보이는 연령대가 50~64세로 23.3%였고, 다음으로 65세 이상이 18.4%였다. 대전 또한 가장 높은 비율인 17.7%가 50~64세인 것으로 나타났다.

〈表 4-4〉 市道別 保健診療所 管轄 區域內 人口分布 現況

(2000. 7. 31 現在, 單位 : 名, %)

구분	10세미만	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~64세	65세 이상	계
	인구수(비율)	인구수(비율)	인구수(비율)	인구수(비율)	인구수(비율)	인구수(비율)	인구수(비율)	인구수(비율)
부산	293 (7.3)	625 (15.6)	580 (14.5)	658 (16.4)	503 (12.6)	738 (18.4)	610 (15.2)	4,007 100.0 (0.2)
대구	1,401 (10.3)	1,439 (10.6)	1,954 (14.4)	2,328 (17.2)	1,715 (12.6)	2,414 (17.8)	2,320 (17.1)	13,571 100.0 (0.7)
인천	1,259 (6.8)	1,914 (10.3)	2,249 (12.1)	2,278 (12.2)	2,636 (14.1)	4,165 (22.3)	4,149 (22.2)	18,650 100.0 (1.0)
광주	696 (6.1)	1,291 (11.4)	1,775 (15.6)	1,259 (11.1)	1,605 (14.1)	2,654 (23.3)	2,092 (18.4)	11,372 100.0 (0.6)
대전	870 (8.8)	1,341 (13.6)	1,521 (15.4)	1,575 (16.0)	1,177 (12.0)	1,744 (17.7)	1,619 (16.4)	9,847 100.0 (0.5)
울산	724 (5.1)	1,876 (13.1)	2,123 (14.8)	2,323 (16.2)	1,931 (13.5)	2,580 (18.0)	2,774 (19.4)	14,331 100.0 (0.8)
경기	61,546 (15.5)	51,241 (12.9)	60,235 (15.1)	79,631 (20.0)	54,548 (13.7)	49,572 (12.5)	41,090 (10.3)	397,863 100.0 (21.2)
강원	9,663 (8.2)	14,885 (12.7)	17,016 (14.5)	16,180 (13.8)	16,562 (14.1)	22,253 (19.0)	19,710 (16.8)	117,269 100.0 (6.3)
충북	5,686 (4.6)	12,154 (9.9)	12,929 (10.6)	14,040 (11.5)	20,223 (16.5)	30,048 (24.6)	27,225 (22.3)	122,305 100.0 (6.5)
충남	22,670 (7.8)	43,333 (15.0)	38,138 (13.2)	36,706 (12.7)	37,826 (13.1)	57,449 (19.9)	52,862 (18.3)	288,984 100.0 (15.4)
전북	12,085 (6.7)	22,464 (12.4)	25,141 (13.9)	19,976 (11.0)	22,937 (12.6)	40,472 (22.3)	38,346 (21.1)	181,421 100.0 (9.7)
전남	14,994 (6.2)	30,394 (12.6)	29,394 (12.2)	25,360 (10.5)	30,188 (12.5)	57,706 (23.9)	53,037 (22.0)	241,073 100.0 (12.9)
경북	13,074 (5.3)	26,975 (10.9)	30,410 (12.3)	26,656 (10.8)	33,801 (13.7)	54,805 (22.2)	61,327 (24.8)	247,048 100.0 (13.2)
경남	9,561 (5.9)	17,680 (10.9)	20,926 (12.9)	19,936 (12.3)	23,459 (14.5)	34,403 (21.3)	35,833 (22.1)	161,798 100.0 (8.6)
제주	4,562 (10.6)	5,125 (11.9)	8,287 (19.2)	6,315 (14.7)	4,624 (10.7)	7,473 (17.4)	6,672 (15.5)	43,058 100.0 (2.3)
계	159,084 (8.5)	232,737 (12.4)	252,678 (13.5)	255,221 (13.6)	253,735 (13.5)	369,476 (19.1)	349,666 (18.7)	1,872,597 100.0 (100.0)

울산은 가장 높은 연령대인 65세 이상의 인구가 가장 많은 19.4%였다. 경기도는 가장 많은 인구가 있는 연령대가 30~39세 사이로 20.0%인 것으로 나타나 다른 지역에 비해 연령대가 다소 낮은 편임을 알 수 있었다. 또한 경기에서 가장 적은 인구수를 보이는 연령대는 65세 이상으로 다른 지역의 인구분포와 상반되는 결과를 보였다. 강원에서 가장 많은 인구수를 보이는 연령대는 50~64세로 19.0%를 차지하였다. 또한 65세 이상의 연령대의 인구수는 16.8%로 두 번째로 높은 비율을 보였다. 충청도 마찬가지로 50~64세의 인구가 가장 많은 24.6%였고, 다음으로 65세 이상의 인구가 22.3%로 두 번째로 높은 비율을 보였다.

다. 충남 또한 가장 높은 비율을 보이는 연령대는 50~64세로 19.9%이며 다음으로 65세 이상이 18.3%였다. 전북도 50~64세의 연령대가 가장 많은 22.3%, 다음으로 65세 이상의 연령대가 21.1%로 나타났고, 전남 또한 50~64세의 연령대가 가장 높은 비율을 차지하였고, 다음으로 65세 이상인 것으로 나타났다. 반면 경북과 경남의 경우 65세 이상의 인구가 가장 높은 것으로 나타났으며 제주 19.2%가 20~29세의 인구집단으로 나타나 다른 지역에 비해 낮은 연령대의 비율이 높게 나타났다. 이와 같이 시도별 보건진료소의 관할구역내 인구분포현황은 인천, 경기, 제주를 제외한 모든 지역에 걸쳐 대체로 50세 이상의 높은 연령대의 비율이 가장 높은 것으로 나타났다.

〈表 4-5〉 市道別 保健診療所 管理 對象 里·洞 現況

(2000. 7. 31 現在, 單位: 個)

구분	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계
개소수	6	9	26	12	8	11	168	131	162	232	249	328	310	209	46	1,907
리·동	13	53	83	31	32	52	836	541	877	1,292	727	1,241	945	674	75	7,472

시도별 보건진료소 관리 대상 리·동 현황은 다음과 같다. 전체 보건진료소 관리 대상 리·동은 7,472곳이며 그 중 가장 많은 리·동은 충남으로 1,292곳으로 나타났다. 다음으로 많은 곳은 전남이었으며 1,241곳으로 충남과 비슷한 수치를 보였다. 가장 적은 리·동을 관리하는 지역은 부산으로 13곳을 관리하는 것으로 나타났다.

2. 標本調査對象 保健診療所の 現況

조사대상 보건진료소는 전체 보건진료소 1906개의 10%인 190개가 추출되어 조사되었다. 지역을 시, 도서, 농촌으로 구분하여 관할 동수, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율에 대한 구성을 살펴보았다. 지역간 비교한 결과는 다음과 같다. 관할 동수는 전체평균 6.69개였고, 시 지역이 6.71개, 도서 지역이

5.03개, 농촌 지역이 7.00개로 농촌 지역의 관할 동수가 가장 많고 도서 지역이 가장 적었다. 그러나 지역간 관할 동수는 95% 신뢰도수준에서 차이가 없는 것으로 나타났다.

관할 인구수는 전체평균 986.14명이었고, 시 지역이 1212.00명, 도서 지역이 851.31명, 농촌 지역이 1001.26명으로 시 지역의 관할 인구수가 가장 많았고 도서 지역의 관할 인구수가 가장 적은 것으로 나타났다. 또한 지역간 관할 인구수는 95% 신뢰도수준에서 차이가 없는 것으로 나타났다.

45세 이상 비율은 전체 평균 54.79%였고, 시 지역이 52.84%, 도서 지역이 57.89%, 농촌 지역이 54.30%였다. 45세 이상 비율도 95% 신뢰도수준에서 지역간에 차이가 없는 것으로 나타났다. 65세 이상 비율은 전체 평균 23.15%였고, 시 지역이 22.81%, 도서 지역이 23.34%, 농촌 지역이 23.13%였다. 65세 이상 비율도 95% 신뢰도수준에서 지역간에 차이가 없는 것으로 나타났다. 조사대상은 농촌지역이 154곳으로 가장 많은 것으로 드러났으며 시 지역은 7곳에 그쳐 가장 낮게 나타났다.

또한 관할인구 충족 현황에 대해 알아본 결과 시 지역에는 미충족 지역이 없었고, 도서지역에서는 3곳인 10.3%가 관할인구 미충족 지역이었고, 농촌지역에서는 20곳인 13.0%가 관할인구 미충족 지역이었다. 아래 표의 설명과 같이 미충족 지역이란 도서지역의 경우, 관할인구가 300명 이하인 곳이며, 그 외의 지역은 관할인구가 500인 이하의 지역이다.

〈表 4-6〉 調査對象 保健診療所の 地域別 特性

		관할 동수	관할 인구수	45세 이상 비율	65세 이상 비율	미충족 지역
시	평균	6.71	1212.00	52.84	22.81	
	N/미충족 사례수	7	7	7	7	-
	표준편차/미충족비율	1.976	501.194	8.630	4.641	-
	최소값	4	712	39	16	
	최대값	9	1903	64	28	
도서	평균	5.03	851.31	57.89	23.34	
	N/미충족 사례수	29	29	29	29	3
	표준편차/미충족비율	3.006	457.558	16.138	10.971	10.3
	최소값	1	199	31	10	
	최대값	13	1700	100	57	
농촌	평균	7.00	1001.26	54.30	23.13	
	N/미충족 사례수	154	154	154	154	20
	표준편차/미충족비율	12.084	594.069	12.230	8.310	13.0
	최소값	1	263	25	0	
	최대값	152	3606	100	54	
Total	평균	6.69	986.14	54.79	23.15	
	N/미충족 사례수	190	190	190	190	23
	표준편차/미충족비율	10.962	574.066	12.800	8.628	12.1
	최소값	1	199	25	0	
	최대값	152	3606	100	57	
검정 통계치	F	.390	1.401	1.047	.012	
	Sig.	.678	.249	.353	.988	

주: 미충족 지역은 도서지역의 경우 관할인구가 300명 이하, 그 외 지역의 경우 관할인구 500명 이하인 지역을 말함.

第 2 節 保健診療所 收入 및 支出 現況分析

1. 總收入 分析

가. 地域特性別 收入 現況 및 增加率

지역특성을 시, 도서, 농촌 지역으로 구분하여 수입현황에 대하여 살펴본 결과 시의 2000년 총수입의 평균은 44,686,557원, 도서지역은 20,381,812원, 농촌지역은 27,475,453원으로 시의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다. 또한 2001년 시의 2001년 총수입의 평균은 54,593,889원, 도서지역은 26,394,587원, 농촌지역은 33,492,458원으로 2000년과 마찬가지로 시의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다. 조사대상은 농촌지역이 154곳으로 가장 많았고 시 지역은 7곳에 그쳐 가장 적게 나타났다.

수입 항목별로 살펴보면 2000년의 전체 진료수입의 평균은 19,012,696원으로 총수입의 74.0%를 차지하여 가장 큰 비율을 나타냈다. 2001년 또한 전체 진료수입의 평균이 23,151,292원으로 총수입의 73.4%를 차지하여 가장 큰 부분을 나타냈다. 2000년과 2001년 모두 진료수입 다음으로는 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서로 나타났다.

지역특성별로 살펴보았을 때, 2000년에는 시 지역 진료수입이 총수입의 대부분인 70.1%를 차지하고 있었으며 각 수입항목별로 차지하는 비율 순서는 전체 수입과 동일하였다. 도서지역의 경우도 마찬가지로 진료수입이 수입의 거의 대부분을 차지하는 77.8%인 것으로 드러났다. 농촌지역도 진료수입이 수입항목 중 가장 높은 액수이며 73.5%로 수입의 대부분을 차지하였다. 2001년에는 시 지역 진료수입이 총수입의 69.4%를 차지하고 있었으며 각 수입항목별로 차지하는 비율 순서는 전체 수입과 동일하였다. 도서지역의 경우도 마찬가지로 진료수입이 수입의 거의 대부분을 차지하는 79.0%인 것으로 드러났다. 농촌지역도 진료수입이 수입항목 중 가장 높은 액수이며 72.5%로 수입의 대부분을 차지하였다.

지역간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입을 비교해보았을 때 2000년에는 시 지역이 31,448,600원으로, 15,522,783원인 도서 지역과는 다소 큰 차이를 나타냈다. 전년도 이월금 또한 시 지역이 12,683,657원으로 가장 높았고, 도서 지역은 4,309,194원으로 가장 낮았다. 2001년도 각 항목별 액수만 다소 증가했을 뿐 같은 결과를 보였다.

각 수입 항목의 평균값이 지역특성에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 2000년과 2001년 모두 전년도 이월금과 진료수입, 총수입액은 유의미한 차이를 가지지만, 후원금과 기타수입액은 지역특성별에 따라 통계적으로는 차이가 없는 것으로 나타났다. 즉, 지역간에 전년도 이월금과 진료수입, 총수입액의 평균만이 통계적으로 차이를 보였다.

지역특성별로 2000년에서 2001년 사이의 수입 증가율에 대하여 살펴본 결과 시의 수입 증가율은 24.22%, 도서지역은 31.59%, 농촌지역은 25.24%으로 나타나 도서지역의 수입 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다.

수입 항목별로 살펴보면 기타수입 증가율이 59.88%로 가장 높은 증가율을 보였고 다음으로 이월금의 증가율이 59.18%로 나타났다. 또한 진료수입의 증가율이 25.94%로 나타났다.

각 지역의 수입증가율은, 시지역의 수입 증가율 중 기타수입의 증가율이 70.94%로 가장 높은 증가를 보였고, 다음으로 이월금 증가율이 45.73%, 진료수입 증가율은 23.11%의 증가를 보였다. 이에 반해 후원금은 100%가 감소한 것으로 나타났다. 그러나 후원금 증가율을 산출하기 위한 설문대상의 수는 1곳으로 이 수치에 큰 의미를 부여할 수는 없다. 도서지역의 수입증가율은 이월금 증가율이 49.32%로 가장 높은 증가율을 보였고 다음으로 진료수입 증가율이 35.50%, 기타수입 증가율이 19.33% 증가하였다. 이에 반하여 후원금은 52.05% 감소하였다.

〈表 4-7〉 地域別 年度別 保健診療所 收入現況

수입 지역특성	2000년					2001년					
	전년도 이월금	진료수입	후원금	기타수입	수입계	전년도 이월금	진료수입	후원금	기타수입	수입계	
평균	12,683,657	31,448,600	155,157	417,713	44,686,557	16,324,160	37,833,079	0	436,793	54,593,889	
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
시											
표준편차	10,023,237	21,725,465	410,507	578,428	26,220,545	11,204,257	23,692,598	0	561,102	30,411,834	
최소값	2,803,290	17,506,500	0	67,950	23,515,916	4,389,321	19,404,245	0	117,010	23,958,566	
최대값	33,077,500	77,941,500	1,086,100	1,656,200	90,841,201	37,045,100	86,315,220	0	1,636,100	110,495,859	
.....											
평균	4,309,194	15,522,783	203,209	394,992	20,381,812	5,260,002	20,878,051	195,414	243,417	26,394,587	
N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	
도시											
표준편차	4,728,663	8,922,496	490,562	1,025,088	13,032,557	5,417,240	14,590,019	524,029	432,028	18,505,350	
최소값	281,660	4,698,900	0	0	7,592,619	83,000	6,594,740	0	0	8,980,000	
최대값	23,472,412	47,212,200	2,400,000	5,347,422	70,789,860	23,390,000	75,604,000	2,400,000	1,663,550	99,159,000	
.....											
평균	7,877,250	19,104,619	162,303	347,587	27,475,453	9,926,058	22,912,016	172,987	428,559	33,492,458	
N	154	154	154	154	154	154	154	154	154	154	
농촌											
표준편차	9,404,454	9,725,440	394,233	777,737	16,819,368	11,572,216	10,706,898	452,691	956,744	19,639,111	
최소값	0	3,839,061	0	0	6,406,769	3,914	7,234,860	0	0	9,956,125	
최대값	67,363,000	60,968,000	2,055,000	6,713,000	130,904,000	90,748,000	68,208,000	2,400,000	6,853,100	163,947,000	
.....											
평균	7,509,730	19,012,696	168,283	357,406	27,026,833	9,449,590	23,151,292	170,037	400,604	33,186,520	
N	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	
계											
표준편차	8,987,358	10,533,276	408,705	810,177	17,160,580	11,016,798	12,287,449	455,800	884,945	20,407,130	
최소값	0	3,839,061	0	0	6,406,769	3,914	6,594,740	0	0	8,980,000	
최대값	67,363,000	77,941,500	2,400,000	6,713,000	130,904,000	90,748,000	86,315,220	2,400,000	6,853,100	163,947,000	
.....											
검정 통계치	F	3.200	6.879	.125	.061	6.264	3.749	3.042	.683	.643	5.750
	Sig.	.043	.001	.883	.941	.002	.025	.050	.506	.527	.004

농촌지역은 기타수입의 증가율이 66.47%로 가장 큰 증가를 보였고, 이월금이 61.71%, 진료수입은 24.27% 증가하였다. 후원금은 12.78%가 감소한 것으로 나타났다. 대체로 총수입의 증가율과 진료수입의 증가율이 비슷하게 나타났는데, 진료수입이 총수입의 대부분을 차지하는 항목이므로 총수입의 증가율이 진료수입의 증가율에 큰 영향을 받는 것이라 해석할 수 있다.

수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입의 증가율을 지역간 비교해보았을 때 도시 지역은 35.50%로 가장 높은 증가율을 보였고, 시 지역은 23.11% 증가하여 가장 낮은 증가율을 기록하였다. 각 수입 항목의 증가율이 지역특성별에 따라

통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 지역집단은 없었다.

〈表 4-8〉 地域別 保健診療所 收入 増加率

지역특성	수입증가율	이월금 증가율	진료수입 증가율	후원금 증가율	기타수입 증가율	총수입 증가율
시	평균	45.73	23.11	-100.00	70.94	24.22
	N	7	7	1	7	7
	표준편차	64.876	21.168	.	170.753	22.552
	최소값	-26	7	-100	-80	2
	최대값	167	69	-100	442	72
도서	평균	49.32	35.50	-52.05	19.33	31.59
	N	29	29	8	24	29
	표준편차	114.638	54.229	51.538	73.987	46.067
	최소값	-73	-18	-100	-100	-10
	최대값	382	232	0	227	198
농촌	평균	61.71	24.27	-12.78	66.47	25.24
	N	150	154	29	136	153
	표준편차	135.928	29.067	50.645	161.741	25.946
	최소값	-100	-34	-100	-100	-25
	최대값	962	220	100	829	186
계	평균	59.18	25.94	-23.34	59.88	26.17
	N	186	190	38	167	189
	표준편차	130.514	33.918	53.554	152.858	29.679
	최소값	-100	-34	-100	-100	-25
	최대값	962	232	100	829	198
검정	F	.820	1.417	2.211	1.340	.571
통계치	Sig.	.442	.245	.125	.265	.566

나. 人口規模別 收入 現況 및 増加率

인구규모를 500명 이하, 501~1,000명, 1,001~1,500명, 1,501명 이상의 네 집단으로 구분하여 수입현황에 대하여 살펴본 결과 다음과 같은 결과가 나왔다. 우선 2000년 총수입의 평균은 500명 이하의 집단이 18,382,414원, 501~1,000명

은 23,840,647원, 1,001~1,500명은 35,103,816원, 1,501명 이상은 33,148,088원으로 나타나 1,001~1,500명의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다. 2001년에는 500명 이하의 총수입 평균이 21,768,814원이며 501~1,000명이 29,740,547원, 1,001~1,500명은 42,783,653원, 1,501명 이상은 40,446,616원으로 나타나 2000년과 마찬가지로 1,001~1,500명의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다. 조사대상은 501~1,000명이 92명으로 가장 많았고, 다음으로 1,001~1,500명이 47명이었고 1,501명 이상이 24명으로 가장 적었다.

수입 항목별로 살펴보면 2000년 전체 진료수입의 평균은 19,012,696원으로 전체 수입액의 74.0%, 2001년의 전체 진료수입 평균은 73.4%인 23,151,292원으로 나타나, 2000년과 2001년 모두 총수입액에서 전체 진료수입이 차지하는 액수가 가장 큰 것을 알 수 있다. 또한 2000년과 2001년 모두 진료수입 다음으로는 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서의 비율을 보였다.

수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입을 인구규모간 비교해보았을 때 2000년은 1501명 이상인 지역이 전체의 73.5%인 23,751,097원이고, 500명 이하인 지역은 77.6%인 13,791,040원으로 나타나 수입이 가장 높은 지역과 낮은 지역간에 액수는 다소 큰 차이가 났으나 각 지역별 총수입에서 차지하는 비율은 사실상 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 2001년도 1,501명 이상의 지역은 73.0%인 28,923,250원으로, 16,485,836원으로 78.4%를 차지한 500명 이하의 지역과 액수상으로는 다소 큰 차이가 났으나 각 지역별 총수입에서 차지하는 비율은 사실상 큰 차이가 없었다. 전년도 이월금은 2000년에는 인구규모가 1,001~1,500명인 지역이 11,291,963원으로 가장 높았고, 500명 이하인 지역은 3,950,231원으로 가장 낮았다. 2001년에는 인구규모가 1,001~1,500명인 지역이 13,928,942원으로 가장 높았고, 500명 이하인 지역은 4,710,164원으로 가장 낮았다.

각 수입 항목의 평균값이 인구규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 2000년과 2001년 모두 전년도 이월금과 진료수입, 총수입액은 유의미한 차이를 가지지만, 후원금과 기타수입은 인구규모에 따라 통계적으로는 차이가 없는 것으로 나타났다. 즉, 전년도 이월금과 진료수입, 총수입액의 평균만이 인구규모간에 통계적인 차이를 보였다.

<表 4-9> 人口規模別 年度別 保健診療所 収入現況

관할지역 인구수		수입	2000년					2001년				
			전년도 이월금	진료수입	후원금	기타 수입	수입계	전년도 이월금	진료수입	후원금	기타 수입	수입계
500 이하	평균	3,950,231	13,791,040	184,815	502,934	18,382,414	4,710,164	16,485,836	225,111	251,147	21,768,814	
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	
	표준편차	4,666,702	5,194,948	513,160	1,096,061	8,747,307	5,447,842	7,558,903	557,117	403,228	11,935,538	
	최소값	78,000	4,698,900	0	0	7,777,000	21,000	6,594,740	0	0	8,980,000	
	최대값	22,022,997	26,911,150	2,400,000	5,347,422	51,047,480	22,252,280	42,250,460	2,400,000	1,229,899	64,910,858	
501 ~ 1000	평균	6,306,248	17,078,174	175,340	326,517	23,840,647	8,199,237	21,068,989	181,402	375,719	29,740,547	
	N	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	
	표준편차	7,009,907	9,129,052	419,117	857,454	13,449,038	9,095,752	10,840,248	444,277	953,075	16,721,837	
	최소값	190,520	5,595,260	0	0	8,369,000	3,914	7,427,000	0	0	9,956,125	
	최대값	49,876,927	77,941,500	2,055,000	6,713,000	90,841,201	73,548,427	86,315,220	2,052,000	6,853,100	113,075,221	
1001 ~ 1500	평균	11,291,963	23,379,484	115,789	329,351	35,103,816	13,928,942	28,109,000	88,936	474,710	42,783,653	
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	
	표준편차	12,657,767	12,426,087	308,980	529,270	23,092,564	15,431,022	12,883,971	338,740	899,827	25,899,918	
	최소값	307,000	3,839,061	0	0	6,406,769	83,000	7,153,012	0	0	9,563,531	
	최대값	67,363,000	60,968,000	1,200,000	2,843,000	130,904,000	90,748,000	68,208,000	1,800,000	4,991,000	163,947,000	
1501 이상	평균	8,720,641	23,751,097	225,436	367,039	33,148,088	10,802,397	28,923,250	223,333	519,010	40,446,616	
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	
	표준편차	8,534,335	11,545,066	423,625	732,228	15,826,949	9,202,893	14,988,865	570,451	991,778	19,220,262	
	최소값	0	10,613,000	0	0	12,933,000	187,000	12,793,280	0	0	15,980,000	
	최대값	33,077,500	48,120,000	1,200,000	3,138,594	72,680,300	37,045,100	75,604,000	2,400,000	3,544,415	99,159,000	
계	평균	7,509,730	19,012,696	168,283	357,406	27,026,833	9,449,590	23,151,292	170,037	400,604	33,186,520	
	N	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	
	표준편차	8,987,358	10,533,276	408,705	810,177	17,160,580	11,016,798	12,287,449	455,800	884,945	20,407,130	
	최소값	0	3,839,061	0	0	6,406,769	3,914	6,594,740	0	0	8,980,000	
	최대값	67,363,000	77,941,500	2,400,000	6,713,000	130,904,000	90,748,000	86,315,220	2,400,000	6,853,100	163,947,000	
검정 통계치	F	5.208	8.452	.435	.351	8.799	5.080	8.818	.753	.530	9.237	
	Sig.	.002	.000	.728	.788	.000	.002	.000	.522	.662	.000	

인구규모별로 2000년에서 2001년 사이의 수입 증가율에 대하여 살펴본 결과 500명 이하의 수입 증가율은 17.27%, 501~1,000명은 26.64%, 1,001~1,500명은 30.31%, 1,501명 이상은 26.30%가 증가한 것으로 나타나 1,001~1,500명의 인구 규모의 수입 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다.

각 인구규모의 수입증가율은, 500명 이하 집단의 이월금이 56.77%로 가장 높은 증가를 보였고, 다음으로 기타수입의 증가율이 55.69%, 진료수입이 20.03%의 증가율을 보였다. 이에 반해 후원금은 14.65%가 감소한 것으로 나타났다. 501~1,000명의 수입증가율은 이월금 증가율이 59.42%로 가장 높은 증가율을 보였고 다음으로 기타수입의 증가율이 46.81%, 진료수입의 증가율이 26.22%였

다. 이에 반하여 후원금은 18.21% 감소하였다.

〈表 4-10〉 人口規模別 保健診療所 收入增加率

수입증가율		이월금 증가율	진료수입 증가율	후원금 증가율	기타수입 증가율	총수입 증가율
인구규모	평균	56.77	20.03	-14.65	55.69	17.27
	N	27	27	6	25	27
	표준편차	134.460	25.889	42.039	144.925	22.719
	최소값	-73	-23	-100	-100	-17
	최대값	453	70	11	544	67
500 이하	평균	59.42	26.22	-18.21	46.81	26.64
	N	90	92	18	83	92
	표준편차	114.633	31.373	47.054	132.181	26.168
	최소값	-100	-24	-100	-100	-19
	최대값	646	232	50	686	198
501 ~ 1,000	평균	49.54	29.14	-44.46	56.63	30.31
	N	47	47	8	40	47
	표준편차	103.296	43.382	62.146	144.135	36.271
	최소값	-90	-24	-100	-100	-25
	최대값	405	220	50	751	186
1,001 ~ 1,500	평균	81.74	25.28	-19.27	129.35	26.30
	N	22	24	6	19	23
	표준편차	218.776	31.226	74.854	238.630	34.430
	최소값	-88	-34	-100	-70	-10
	최대값	962	127	100	829	169
1,501 이상	평균	59.18	25.94	-23.34	59.88	26.17
	N	186	190	38	167	189
	표준편차	130.514	33.918	53.554	152.858	29.679
	최소값	-100	-34	-100	-100	-25
	최대값	962	232	100	829	198
계	평균	59.18	25.94	-23.34	59.88	26.17
	N	186	190	38	167	189
검정 통계치	표준편차	130.514	33.918	53.554	152.858	29.679
	최소값	-100	-34	-100	-100	-25
	최대값	962	232	100	829	198
	F	.304	.415	.513	1.537	1.124
Sig.	.822	.743	.676	.207	.341	

인구규모가 1,001~1,500명인 곳은 기타수입의 증가율이 56.63%로 가장 큰 증가를 보였고, 이월금이 49.54%, 진료수입은 29.14% 증가하였다. 또한 후원금

은 44.46%나 감소한 것으로 나타났다. 1,501명 이상인 곳에서는 기타수입이 129.35% 증가하여 가장 큰 증가율을 보였으며, 다음으로 이월금 증가율이 81.74%로 나타났다. 이에 반해 후원금은 19.27%가 감소한 것으로 드러났다. 대체로 총수입의 증가율과 진료수입의 증가율이 비슷하게 나타났는데, 진료수입이 총수입의 대부분을 차지하는 항목이므로 총수입의 증가율이 진료수입의 증가율에 큰 영향을 받는 것이라 해석할 수 있다.

인구규모간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입의 증가율을 비교해보았을 때, 1,001~1,500명인 곳이 30.31%가 증가하여 가장 높은 증가율을 나타냈고, 500명 이하인 곳이 20.03%가 증가하여 가장 낮은 증가율을 기록하였다. 각 수입 항목의 증가율이 인구규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 인구규모집단은 없었다.

다. 45歲 以上 人口比率別 收入 現況 및 增加率

45세 이상의 인구가 전체 인구에서 차지하는 비율을 25~50%, 51~75%, 76~100%와 같이 세 집단으로 구분하여 수입 현황을 알아본 바 다음과 같은 결과가 나타났다. 45세 이상 인구가 전체 인구의 25~50%를 차지하는 곳의 2000년 총수입의 평균은 30,738,391원, 51~75%를 차지하는 곳의 총수입 평균은 25,290,680원, 76~100%를 차지하는 곳의 총수입 평균은 23,725,301원으로 나타나 25~50%의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다. 또한 2001년 총수입의 평균은 25~50%인 집단이 39,910,980원, 51~75%인 집단이 31,101,292원, 76~100%인 집단이 31,527,318원으로 나타나 2000년과 마찬가지로 25~50%의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다.

조사대상은 51~75% 집단이 114곳으로 가장 많은 것으로 드러났으며 76~100%를 차지하는 곳은 12곳에 불과하여 가장 적었다. 또한 45세 이상의 인구 비율 중 25% 미만의 비율을 갖는 곳은 한곳도 없었으므로 집단을 구분한 비율을 25%부터 시작하였다.

〈表 4-11〉 45歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 收入現況

수입		2000년					2001년				
		전년도 이월금	진료수입	후원금	기타수입	수입계	전년도 이월금	진료수입	후원금	기타수입	수입계
45세 이상 인구비율	평균	9,039,897	20,943,254	214,992	526,146	30,738,391	11,686,807	24,625,896	211,437	561,712	37,211,933
	N	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	표준편차	12,336,073	12,218,363	505,976	969,465	22,196,832	15,608,036	13,025,855	562,601	1,060,420	25,750,991
	최소값	0	3,839,061	0	0	6,406,769	83,000	6,594,740	0	0	10,241,822
	최대값	67,363,000	60,968,000	2,400,000	5,347,422	130,904,000	90,748,000	68,208,000	2,400,000	4,991,000	163,947,000
25~50%	평균	6,760,286	18,186,283	133,284	248,228	25,290,680	8,233,394	22,423,102	138,132	287,517	31,101,292
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
	표준편차	6,822,768	9,759,916	335,599	720,699	14,040,401	7,675,374	12,028,989	383,927	785,662	17,166,767
	최소값	78,000	5,595,260	0	0	7,592,619	3,914	6,740,000	0	0	8,980,000
	최대값	29,926,323	77,941,500	1,200,000	6,713,000	90,841,201	38,469,204	86,315,220	1,800,000	6,853,100	110,495,859
51~75%	평균	6,468,558	16,567,308	251,667	494,654	23,725,301	9,071,630	22,204,550	252,333	615,687	31,527,318
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	표준편차	4,174,675	6,122,182	462,441	499,603	9,465,852	6,351,576	10,808,271	463,340	583,337	13,706,120
	최소값	682,621	9,360,000	0	10,000	12,970,000	225,000	7,234,860	0	14,815	10,761,017
	최대값	12,922,050	28,763,000	1,200,000	1,211,344	41,067,000	21,640,360	43,382,132	1,200,000	1,663,550	56,379,000
76~100%	평균	7,509,730	19,012,696	168,283	357,406	27,026,833	9,449,590	23,151,292	170,037	400,604	33,186,520
	N	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	표준편차	8,987,358	10,533,276	408,705	810,177	17,160,580	11,016,798	12,287,449	455,800	884,945	20,407,130
	최소값	0	3,839,061	0	0	6,406,769	3,914	6,594,740	0	0	8,980,000
	최대값	67,363,000	77,941,500	2,400,000	6,713,000	130,904,000	90,748,000	86,315,220	2,400,000	6,853,100	163,947,000
검정	F	1.411	1.763	1.087	2.640	2.335	2.044	.694	.737	2.380	1.898
통계치	Sig.	.247	.174	.339	.074	.100	.132	.501	.480	.095	.153

수입 항목별로 살펴보면 2000년에는 진료수입의 평균이 74.0%인 19,012,696원으로 총수입에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 진료수입 다음으로는 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서로 나타났다. 인구 비율별로 살펴보면, 각 집단별로도 모두 진료수입의 비율이 가장 크고, 다음으로 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서를 보였다. 2001년 또한 진료수입의 평균이 73.4%인 23,151,292원으로 2000년과 마찬가지로 진료수입이 총수입에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 진료수입 다음으로는 2000년과 동일한 순서인 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서로 나타났다.

인구비율간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입을 비교해보았을 때, 가장 높은 액수를 보인 지역은 25~50%인 곳으로 2000년에는 72.7%인 20,943,254원, 2001년에는 71.0%인 24,625,896원이고, 액수가 가장 낮은 76~

100%인 지역은 2000년에 71.7%인 16,567,308원, 2001년에 71.2%인 22,204,550원으로 나타났다. 이와 같이 액수상으로는 지역간 진료수입에 차이가 있으나 각 집단내 진료수입이 갖는 비율에는 큰 차이가 없었다. 각 수입 항목의 평균값이 45세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 유의미한 차이를 가지는 것으로 나타나는 수입항목은 없었다.

다음으로 <표 4-12>와 같이 인구비율별로 2000년에서 2001년 사이의 수입 증가율에 대하여 살펴본 결과 25~50% 비율의 수입 증가율은 27.65%, 51~75%는 24.34%, 76~100%은 35.72%가 증가한 것으로 나타나 76~100% 집단의 수입 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다.

각 비율집단의 수입증가율을 살펴보았을 때, 인구비율이 25~50%인 집단은 이월금의 증가율이 60.45%로 가장 높은 증가를 보였고, 다음으로 기타수입의 증가율이 56.38%, 진료수입이 25.23%의 증가율을 보였다. 이에 반해 후원금은 23.02%가 감소한 것으로 나타났다. 51~75% 집단은 기타수입이 62.78%로 가장 높았고, 다음으로 이월금의 증가율이 58.96%였으며 진료수입의 증가율은 25.08%였다. 이에 반해 후원금은 26.76%가 감소한 것으로 드러났다. 인구비율이 76~100%인 곳은 이월금의 증가율이 54.94%로 가장 큰 증가를 보였고, 기타 수입이 51.24% 증가하였으며 진료수입은 37.99% 증가하였다. 또한 후원금은 0.33%가 감소한 것으로 나타났다. 대체로 총수입의 증가율과 진료수입의 증가율이 비슷하게 나타났는데, 진료수입이 총수입의 대부분을 차지하는 항목이므로 총수입의 증가율이 진료수입의 증가율에 큰 영향을 받는 것이라 해석할 수 있다.

인구비율간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입의 증가율을 비교해보았을 때, 가장 높은 증가율을 보인 지역은 76~100%인 집단으로 37.99%가 증가하였고, 51~75%인 집단은 25.08%만이 증가하여 가장 낮은 증가율을 보였다. 각 수입 항목의 증가율이 45세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 집단은 없었다.

〈表 4-12〉 45歲 以上 人口比率別 保健診療所 收入增加率

수입증가율		이월금	진료수입	후원금	기타수입	총수입
45세 이상 인구비율		증가율	증가율	증가율	증가율	증가율
25~50%	평균	60.45	25.23	-23.02	56.38	27.65
	N	60	64	13	54	63
	표준편차	146.628	41.384	60.518	158.859	37.706
	최소값	-97	-24	-100	-92	-16
	최대값	962	220	100	829	186
51~75%	평균	58.96	25.08	-26.76	62.78	24.34
	N	114	114	22	101	114
	표준편차	124.009	22.325	53.555	157.953	19.033
	최소값	-100	-24	-100	-100	-25
	최대값	646	100	50	751	80
76~100%	평균	54.94	37.99	.33	51.24	35.72
	N	12	12	3	12	12
	표준편차	114.700	68.327	.563	63.154	55.887
	최소값	-67	-34	0	0	-17
	최대값	382	232	1	227	198
계	평균	59.18	25.94	-23.34	59.88	26.17
	N	186	190	38	167	189
	표준편차	130.514	33.918	53.554	152.858	29.679
	최소값	-100	-34	-100	-100	-25
	최대값	962	232	100	829	198
검정	F	.009	.807	.326	.051	.918
통계치	Sig.	.991	.448	.724	.950	.401

라. 65歲 以上 人口比率別 收入 現況 및 增加率

65세 이상의 인구가 전체 인구에서 차지하는 비율을 0~15%, 16~30%, 31~100%와 같이 세 집단으로 구분하여 수입 현황을 알아본 바 다음과 같은 결과가 나타났다. 65세 이상 인구가 전체 인구의 0~15%를 차지하는 곳의 2000년 총수입의 평균은 26,526,081원, 16~30%를 차지하는 곳의 총수입 평균은 28,070,828원, 31~100%를 차지하는 곳의 총수입 평균은 22,952,111원으로 나타나 16~30%의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다. 2001년에는 65세 이상

인구가 전체 인구의 0~15%를 차지하는 곳의 총수입의 평균이 32,138,469원, 16~30%를 차지하는 곳의 총수입 평균이 34,327,046원, 31~100%를 차지하는 곳의 총수입 평균이 29,219,336원으로 나타나 2000년과 마찬가지로 16~30%의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다. 조사대상은 16~30% 집단이 131곳으로 가장 많은 것으로 드러났으며 0~15%인 곳과 31~100%를 차지하는 곳은 각 29곳과 30곳으로 거의 유사하게 나타났다.

수입 항목별로 살펴보면 2000년 전체 진료수입의 평균이 74.0%인 19,012,696원으로 총수입에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 진료수입 다음으로는 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서로 나타났다. 인구 비율별로 살펴보았을 때, 각 집단별로도 모두 진료수입의 비율이 가장 크고, 다음으로 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서를 보였다. 2001년에도 전체 진료수입의 평균이 23,151,292원인 73.4%로 총수입에서 가장 큰 부분을 차지하였다. 진료수입 다음으로는 2000년과 마찬가지로 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서로 나타났다. 인구 비율별로 살펴보았을 때, 각 집단별로도 모두 진료수입의 비율이 가장 크고, 다음으로 전년도 이월금, 기타수입, 후원금의 순서를 보였다.

인구비율간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입비를 비교해보았을 때, 가장 높은 액수를 보인 지역은 0~15%인 곳으로 2000년에는 76.4%인 20,384,067원, 2001년에는 75.6%인 23,954,676원이고, 액수가 가장 낮은 31~100%인 지역은 2000년에 75.6%인 16,644,330원, 2001년에 73.7%인 20,665,441원으로 나타나 액수상으로는 다소 차이가 나지만 각 집단내에서 진료수입이 차지하는 비율에는 큰 차이가 없었다. 각 수입 항목의 평균값이 65세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 유의미한 차이를 가지는 것으로 나타나는 수입항목은 없었다.

<表 4-13> 65歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 收入現況

65세 이상 인구비율	수입	2000년					2001년				
		전년도 이월금	진료수입	후원금	기타수입	수입계	전년도 이월금	진료수입	후원금	기타수입	수입계
0~15%	평균	5,423,431	20,384,067	220,276	522,514	26,526,081	7,536,299	23,954,676	191,724	455,456	32,138,469
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	
	표준편차	5,665,397	11,140,237	534,871	1,054,796	12,572,128	7,124,319	11,312,068	536,377	829,391	14,862,123
	최소값	0	4,698,900	0	0	10,194,266	83,000	6,594,740	0	0	10,241,822
	최대값	21,810,449	48,120,000	2,400,000	5,347,422	54,777,422	25,851,000	45,247,140	2,400,000	3,544,415	71,296,000
16~30%	평균	8,355,182	19,251,484	149,678	337,834	28,070,828	10,217,884	23,542,723	162,740	401,834	34,327,046
	N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	
	표준편차	10,044,083	11,025,743	378,614	801,177	19,030,092	12,231,798	12,954,377	448,607	939,683	22,358,489
	최소값	190,520	3,839,061	0	0	6,406,769	3,914	6,740,000	0	0	8,980,000
	최대값	67,363,000	77,941,500	2,055,000	6,713,000	130,904,000	90,748,000	86,315,220	2,400,000	6,853,100	163,947,000
31~100%	평균	5,834,678	16,644,330	199,269	283,270	22,952,111	7,944,219	20,665,441	180,933	342,209	29,219,336
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
	표준편차	5,718,717	7,096,867	405,662	539,921	10,994,046	7,913,470	10,021,161	416,201	689,071	15,383,420
	최소값	78,000	5,595,260	0	0	7,592,619	21,000	7,153,012	0	0	9,563,531
	최대값	26,350,993	38,216,140	1,200,000	2,543,531	52,500,384	38,469,204	47,237,410	1,200,000	3,498,412	71,442,441
계	평균	7,509,730	19,012,696	168,283	357,406	27,026,833	9,449,590	23,151,292	170,037	400,604	33,186,520
	N	190	190	190	190	190	190	190	190	190	
	표준편차	8,987,358	10,533,276	408,705	810,177	17,160,580	11,016,798	12,287,449	455,800	884,945	20,407,130
	최소값	0	3,839,061	0	0	6,406,769	3,914	6,594,740	0	0	8,980,000
	최대값	67,363,000	77,941,500	2,400,000	6,713,000	130,904,000	90,748,000	86,315,220	2,400,000	6,853,100	163,947,000
검정 통계치	F	1.900	1.038	.454	.764	1.102	1.036	.740	.058	.120	.808
	Sig.	.152	.356	.636	.467	.334	.357	.478	.944	.887	.447

인구비율별로 2000년에서 2001년 사이의 수입 증가율에 대하여 살펴본 결과 0~15% 비율의 수입 증가율은 25.04%, 16~30%는 26.60%, 31~100%는 25.40%가 증가한 것으로 나타나 16~30%의 인구규모의 수입 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다.

각 비율집단의 수입증가율은, 인구비율이 0~15%인 집단의 이월금 증가율이 67.17%로 가장 높았고, 다음으로 진료수입이 24.88%, 기타수입이 19.23%의 증가율을 보였다. 이에 반해 후원금은 52.61%가 감소한 것으로 나타났다. 16~30% 집단의 수입증가율은 기타수입이 65.99%로 가장 높았고, 다음으로 이월금의 증가율이 58.67%였고 진료수입의 증가율은 26.80%였다. 이에 반해 후원금은 11.81%가 감소한 것으로 드러났다.

〈表 4-14〉 65歳 以上 人口比率別 保健診療所 收入増加率

수입증가율		이월금	진료수입	후원금	기타수입	총수입
65세 이상 인구비율		증가율	증가율	증가율	증가율	증가율
0~15%	평균	67.17	24.88	-52.61	19.23	25.04
	N	27	29	6	23	28
	표준편차	123.268	37.619	52.230	76.467	32.988
	최소값	-88	-18	-100	-100	-16
	최대값	327	186	0	164	166
16~30%	평균	58.67	26.80	-11.81	65.99	26.60
	N	129	131	24	116	131
	표준편차	136.346	35.476	52.381	162.277	31.093
	최소값	-100	-34	-100	-100	-25
	최대값	962	232	100	829	198
31~100%	평균	54.18	23.22	-35.99	67.96	25.40
	N	30	30	8	28	30
	표준편차	113.586	21.852	53.134	158.408	18.802
	최소값	-90	-23	-100	-100	-17
	최대값	533	83	11	686	67
계	평균	59.18	25.94	-23.34	59.88	26.17
	N	186	190	38	167	189
	표준편차	130.514	33.918	53.554	152.858	29.679
	최소값	-100	-34	-100	-100	-25
	최대값	962	232	100	829	198
검정 통계치	F	.073	.152	1.743	.944	.044
	Sig.	.930	.859	.190	.391	.957

인구비율이 31~100%인 곳은 기타수입의 증가율이 67.96%로 가장 큰 증가를 보였고, 이월금이 54.18% 증가하였다. 수입계는 25.40% 증가하였고, 진료수입은 23.22% 증가하였다. 또한 후원금은 35.99%가 감소한 것으로 나타났다. 대체로 총수입의 증가율과 진료수입의 증가율이 비슷하게 나타났는데, 진료수입이 총수입의 대부분을 차지하는 항목이므로 총수입의 증가율이 진료수입의 증가율에 큰 영향을 받는 것이라 해석할 수 있다.

인구비율간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입의 증가율을 비교해보았을 때, 가장 높은 증가를 보인 지역은 16~30%인 곳으로 26.80%가 증가하였

고, 31~100%인 지역은 23.22%가 증가한 것으로 나타났다.

각 수입 항목의 증가율이 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 집단은 없었다.

2. 總支出 分析

가. 地域特性別 支出 現況 및 增加率

지역특성을 시, 도서, 농촌 지역으로 구분하여 지출현황에 대하여 살펴본 결과 2000년에는 시 지역의 총지출 평균이 28,687,997원, 도서지역이 16,414,126원, 농촌지역이 18,082,526원으로 나타나 시의 총지출 평균이 가장 높게 나타났다. 지출 항목별로 살펴보면 운영비의 평균이 66.0%인 11,745,048원으로 2000년 총지출에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 운영비 다음으로는 기타 지출, 보건사업비, 인건비의 순서로 나타났다.

2001년 또한 시의 총지출 평균이 33,059,545원, 도서지역이 20,660,744원, 농촌지역이 20,620,572원으로 시의 총지출 평균이 가장 높게 나타났다. 지출 항목별로는 전체 운영비의 평균이 66.1%인 13,893,887원으로 2001년 총지출에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 운영비 다음으로는 기타 지출, 보건사업비, 인건비의 순서로 나타났다. 조사대상은 농촌지역이 154곳으로 가장 많은 것으로 드러났으며 시 지역은 7곳에 그쳐 가장 낮게 나타났다. 지역특성별로 살펴보았을 때, 2000년과 2001년 모두 모든 지역에서 운영비가 지출의 대부분을 차지하고 있었다.

〈表 4-15〉 地域別 年度別 保健診療所 支出現況

수입 지역특성		2000년					2001년				
		인건비	운영비	보건사업비	기타	지출계	인건비	운영비	보건사업비	기타	지출계
시	평균	1,829,386	18,163,859	2,880,986	5,814,195	28,687,997	2,167,373	18,170,037	3,414,600	9,378,364	33,059,545
	N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	표준편차	1,872,539	12,189,809	2,247,178	4,262,765	18,128,235	2,370,240	12,042,597	3,150,310	7,742,791	20,649,808
	최소값	840,000	10,288,830	494,000	1,324,000	14,588,000	840,000	10,614,381	437,000	1,334,000	13,659,000
	최대값	5,965,700	45,000,620	6,737,000	13,251,000	66,908,620	7,445,500	44,099,570	9,789,850	21,498,200	73,771,870
도서	평균	974,552	10,890,750	1,478,597	3,025,695	16,414,126	1,524,681	12,267,067	2,226,776	3,959,485	20,660,744
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
	표준편차	404,093	8,988,380	2,476,718	4,100,540	10,958,540	981,738	12,555,895	3,663,851	5,031,765	15,067,808
	최소값	0	3,397,000	0	0	5,182,100	130,000	0	0	0	5,342,320
	최대값	1,820,000	49,698,130	11,001,000	16,190,000	61,539,130	6,190,000	65,405,000	18,047,000	18,750,920	80,572,000
농촌	평균	1,182,391	11,614,159	1,261,268	3,925,887	18,082,526	1,374,308	14,005,865	1,594,767	5,330,916	20,620,572
	N	154	154	154	154	154	154	154	154	154	154
	표준편차	1,114,680	6,401,480	1,602,257	5,223,190	9,357,868	1,120,958	23,850,547	2,110,776	7,663,612	12,399,408
	최소값	0	828,700	0	0	4,570,000	0	819,400	0	0	1,912,570
	최대값	7,872,000	34,768,450	11,462,380	31,882,770	57,634,240	7,994,000	294,598,760	18,190,820	48,355,000	85,600,000
계	평균	1,174,504	11,745,048	1,354,113	3,858,058	18,218,603	1,426,478	13,893,887	1,758,278	5,270,709	21,084,982
	N	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	표준편차	1,078,618	7,177,156	1,800,847	5,040,323	10,182,724	1,167,206	22,125,768	2,463,245	7,354,584	13,309,656
	최소값	0	828,700	0	0	4,570,000	0	0	0	0	1,912,570
	최대값	7,872,000	49,698,130	11,462,380	31,882,770	66,908,620	7,994,000	294,598,760	18,190,820	48,355,000	85,600,000
검정 통계치	F	1.808	3.098	2.844	.936	4.315	1.679	.209	2.485	1.567	3.004
	Sig.	.167	.047	.061	.394	.015	.189	.811	.086	.211	.052

지역간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보았을 때 2000년에 시 지역은 총지출의 64.5%를 차지하는 18,163,859원이 운영비로 지출되어, 10,890,750원으로 65.9%인 도서 지역과는 액수상 다소 큰 차이를 나타냈다. 그러나 집단내에서 운영비가 차지하는 비율상으로는 큰 차이가 없고 오히려 도서 지역의 운영비 지출비율이 더 높았다. 또한 인건비는 시 지역이 1,829,386원으로 가장 높았고, 도서 지역은 974,552원으로 가장 낮았다. 2001년의 운영비는 시 지역이 57.0%인 18,170,037원으로, 59.0%를 차지한 도서 지역의 12,267,067원과는 액수상 다소 차이를 나타냈다. 그러나 집단내 운영비가 차지하는 비율상으로는 도서 지역이 오히려 높게 나타났다. 인건비 또한 시 지역이 2,167,373원으로 가장 높았고, 농촌 지역이 1,374,308원으로 가장 낮았다.

각 지출 항목의 평균값이 지역특성에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지

는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 2000년에는 운영비와 총지출액은 유의미한 차이를 가지지만, 인건비와 보건사업비, 기타 지출액은 지역특성에 따라 통계적으로 차이가 없었다. 즉, 지역간에 운영비와 총지출액의 평균만이 통계적으로 차이를 보였다. 그러나 2001년에는 95% 신뢰도수준에서 지역간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 지출항목이 없었다.

지역특성별로 2000년에서 2001년 사이의 지출 증가율에 대하여 살펴본 결과 시의 지출 증가율은 17.99%, 도서지역은 27.39%, 농촌지역은 16.33%으로 나타나 도서지역의 지출 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다. 지출 항목별로는 보건사업비 지출 증가율이 61.79%로 가장 높은 증가율을 보였고 다음으로 기타 지출의 증가율이 57.43%로 나타났다. 또한 인건비 지출의 증가율이 38.07%, 운영비 증가율은 13.82%였다.

각 지역의 지출 증가율을 살펴보았을 때, 시 지역의 지출 증가율 중 기타지출의 증가율이 98.89%로 가장 높은 증가를 보였고, 다음으로 인건비 증가율이 18.18%, 보건사업비 증가율은 11.65, 운영비 지출 증가율은 0.22%의 증가를 보였다. 도서지역의 지출증가율은 인건비 지출 증가율이 107.26%로 가장 높은 증가율을 보였고 다음으로 보건사업비 지출 증가율이 86.64%, 기타 증가율이 45.20% 증가하였다. 운영비 증가율은 16.97%였다. 농촌지역은 보건사업비 지출의 증가율이 59.59%로 가장 큰 증가를 보였고, 기타지출 증가율이 56.82% 증가하였다. 인건비 증가율은 26.31%, 운영비 지출은 16.97%가 증가하였다. 지출항목 중 인건비의 증가율에 대하여 지역간 비교했을 때, 도서 지역은 107.26%로, 18.18%인 시 지역과는 다소 큰 차이를 나타냈다. 각 지출 항목의 증가율이 지역특성에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 인건비 지출 증가율이 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지지만, 다른 지출 항목은 모두 통계적으로 차이가 없었다. 즉, 지역간에 인건비만이 통계적으로 차이를 보였다.

〈表 4-16〉 地域別 保健診療所 支出増加率

지역특성		지출증가율	인건비 증가율	운영비 증가율	보건사업비 증가율	기타지출 증가율	총지출 증가율
시	평균		18.18	.22	11.65	98.89	17.99
	N		7	7	7	7	7
	표준편차		29.587	10.018	31.917	215.652	37.300
	최소값		-21	-18	-27	-41	-17
	최대값		65	14	61	566	91
도서	평균		107.26	16.97	86.64	45.20	27.39
	N		28	29	27	18	29
	표준편차		250.636	54.024	123.302	108.186	50.691
	최소값		-85	-100	-70	-78	-24
	최대값		900	204	405	333	198
농촌	평균		26.31	13.85	59.59	56.82	16.33
	N		153	154	146	115	154
	표준편차		77.983	77.710	151.029	143.824	38.190
	최소값		-85	-89	-100	-100	-83
	최대값		899	881	943	743	208
계	평균		38.07	13.82	61.79	57.43	18.08
	N		188	190	180	140	190
	표준편차		122.008	73.024	144.621	143.214	40.266
	최소값		-85	-100	-100	-100	-83
	최대값		900	881	943	743	208
검정	F		5.565	.147	.835	.357	.920
통계치	Sig.		.004	.863	.436	.701	.401

나. 人口規模別 支出 現況 및 増加率

인구규모를 500명 이하, 501~1,000명, 1,001~1,500명, 1,501명 이상의 네 집단으로 구분하여 지출현황에 대하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 500명 이하의 2000년 총지출의 평균은 13,655,857원, 501~1,000명은 16,235,193원, 1,001~1,500명은 21,679,572원, 1,501명 이상은 24,177,034원으로 나타나 2000년에는 1,501명 이상의 총지출 평균이 가장 높게 나타났다. 2001년에는 500명 이하의 총지출 평균이 13,615,147원, 501~1,000명은 18,805,259원, 1,001~1,500명은

26,702,188원, 1,501명 이상은 27,227,118원으로 나타나 2000년과 마찬가지로 1,501명 이상의 총지출 평균이 가장 높게 나타났다. 조사대상은 501~1,000명이 92명으로 가장 많았고, 다음으로 1,001~1,500명이 47명이었고 1,501명 이상이 24명으로 가장 적었다.

지출 항목별로 살펴보면 2000년의 전체 운영비의 평균은 66.0%인 11,745,048원으로 총지출에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 2001년 또한 전체 운영비의 평균이 66.1%인 13,893,887원으로 총지출에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 2000년과 2001년 모두 운영비 다음으로는 기타지출, 보건사업비, 인건비의 순서로 나타났다. 인구규모별로 살펴보았을 때, 각 지출 항목별로 차지하는 비율 순서는 전체 지출과 동일하였다.

인구규모간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보았을 때, 2000년에 가장 높은 액수를 보인 지역은 1,001~1,500명인 곳으로 66.8%인 19,555,151원인데 비해, 액수가 가장 낮은 500명 이하인 지역은 65.2%인 9,046,978원으로 액수상 큰 차이를 보였다. 그러나 집단내에서 운영비가 차지하는 비율에는 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 인건비는 1,501명 이상인 지역이 1,896,961원으로 가장 높았고, 501~1,000명인 지역이 1,176,940원으로 가장 낮게 나타났다. 기타지출액은 1,001~1,500명인 지역이 가장 높은 8,043,657원이었고, 500명 이하인 지역에서는 1,936,413원에 불과하였다. 2001년에 운영비가 가장 높은 지역은 1,501명 이상인 곳으로 58.4%인 15,511,903원인데 비해, 액수가 가장 낮은 500명 이하인 지역은 64.7%인 8,997,002원으로 액수상으로는 다소 큰 차이를 보였다. 보건사업비의 평균은 1,501명 이상인 지역이 가장 높은 액수인 1,972,728원이었고, 501~1,000명인 지역은 가장 낮은 액수인 999,039원으로 나타났다. 또한 인건비는 1,501명 이상인 지역이 1,576,706원으로 가장 높았고, 501~1,000명인 지역이 975,245원으로 가장 낮게 나타났다.

〈表 4-17〉 人口規模別 年度別 保健診療所 支出現況

지출 인구규모		2000년					2001년				
		인건비	운영비	보건사업비	기타	지출계	인건비	운영비	보건사업비	기타	지출계
500명 이하	평균	1,034,800	8,997,002	1,235,584	2,318,899	13,655,857	1,245,089	9,046,978	1,382,593	1,936,413	13,615,147
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	표준편차	317,269	4,342,757	1,525,296	2,736,341	4,779,962	505,131	4,865,671	1,253,565	2,393,575	5,925,948
	최소값	144,000	4,061,210	0	0	7,008,000	840,000	3,166,320	0	0	5,342,320
	최대값	1,763,600	18,754,850	7,603,100	12,221,125	28,795,200	3,129,600	19,318,470	5,873,000	10,224,530	34,265,550
501 ~ 1,000명	평균	975,245	10,396,371	999,039	3,788,692	16,235,193	1,176,940	11,630,712	1,417,736	4,744,929	18,805,259
	N	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
	표준편차	255,955	5,817,333	1,166,680	4,895,192	8,380,720	391,817	7,354,422	2,257,259	5,513,514	10,832,812
	최소값	700,000	828,700	0	0	4,977,530	450,000	819,400	0	0	1,912,570
	최대값	2,439,000	45,000,620	6,737,000	28,719,460	66,908,620	3,148,000	44,099,570	18,190,820	23,760,210	73,771,870
1,001 ~ 1,500명	평균	1,439,421	14,040,177	1,801,352	4,389,573	21,679,572	1,778,891	19,555,151	2,517,907	8,043,657	26,702,188
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
	표준편차	1,727,467	7,272,016	2,370,014	5,091,848	11,372,217	1,813,001	41,533,117	3,337,777	11,098,717	16,247,653
	최소값	0	3,397,000	0	0	4,570,000	130,000	0	0	0	7,882,470
	최대값	7,872,000	34,118,840	11,462,380	17,719,000	57,634,240	7,994,000	294,598,760	18,047,000	48,355,000	85,600,000
1,501명 이상	평균	1,576,706	15,511,903	1,972,728	4,814,634	24,177,034	1,896,961	16,935,518	1,998,727	5,606,928	27,227,118
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
	표준편차	1,650,769	10,981,871	2,463,988	7,021,503	13,710,212	1,718,392	14,451,528	1,942,509	6,432,506	15,283,451
	최소값	0	5,690,510	0	0	8,484,440	0	1,048,600	0	0	11,936,000
	최대값	6,463,000	49,698,130	11,001,000	31,882,770	61,539,130	7,445,500	65,405,000	8,977,000	29,130,820	80,572,000
계	평균	1,174,504	11,745,048	1,354,113	3,858,058	18,218,603	1,426,478	13,893,887	1,758,278	5,270,709	21,084,982
	N	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	표준편차	1,078,618	7,177,156	1,800,847	5,040,323	10,182,724	1,167,206	22,125,768	2,463,245	7,354,584	13,309,656
	최소값	0	828,700	0	0	4,570,000	0	0	0	0	1,912,570
	최대값	7,872,000	49,698,130	11,462,380	31,882,770	66,908,620	7,994,000	294,598,760	18,190,820	48,355,000	85,600,000
검정 통계치	F	3.378	6.777	3.254	1.314	8.403	4.595	1.959	2.415	4.486	9.315
	Sig.	.019	.000	.023	.271	.000	.004	.122	.068	.005	.000

각 지출 항목의 평균값이 인구규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 2000년에는 인건비와 운영비, 보건사업비, 총지출액은 유의미한 차이를 가지지만, 기타지출액은 인구규모에 따라 통계적으로는 차이가 없는 것으로 나타났다. 즉, 기타지출액을 제외한 인건비와 운영비, 보건사업비, 총지출액의 평균이 모두 인구규모간에 통계적으로 차이를 보였다. 2001년에는 인건비와 기타지출, 총지출액은 유의미한 차이를 가지지만, 운영비와 보건사업비는 인구규모에 따라 통계적으로는 차이가 없는 것으로 나타났다. 즉, 인건비와 기타지출, 총지출액의 평균만이 인구규모간에

통계적으로 차이를 보였다.

인구규모별로 2000년에서 2001년 사이의 지출 증가율에 대하여 살펴본 결과 500명 이하의 지출 증가율은 0.74%, 501~1,000명은 17.22%, 1,001~1,500명은 26.87%, 1,501명 이상은 23.68%가 증가한 것으로 나타나 1,001~1,500명의 인구 규모의 지출 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다.

각 인구규모의 지출 증가율을 살펴보았을 때, 500명 이하의 지출 증가율 중 인건비 지출 증가율이 46.55%로 가장 높은 증가를 보였고, 다음으로 보건사업비 지출의 증가율이 36.35%, 운영비 지출이 2.91%의 증가율을 보였다. 이에 반해 기타지출 증가율은 17.82%가 감소한 것으로 나타났다. 501~1,000명의 지출 증가율은 기타지출 증가율이 69.37%로 가장 높은 증가율을 보였고 다음으로 보건사업비 지출의 증가율이 59.48%, 인건비의 지출이 21.36%, 운영비 지출의 증가율이 12.15%인 것으로 나타났다. 인구규모가 1,001~1,500명인 곳은 보건사업비 지출의 증가율이 87.27%로 가장 큰 증가를 보였고, 기타지출의 증가율이 83.09% 증가하였다. 다음으로 인건비 지출의 증가율이 44.36%, 운영비의 지출이 25.87%인 것으로 나타났다. 1,501명 이상인 곳은 인건비 지출의 증가율이 82.35%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 보건사업비 지출의 증가율이 49.51%, 기타지출 증가율이 44.73%, 운영비의 지출 증가율이 8.88%인 것으로 나타났다.

인구규모간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보았을 때, 가장 높은 액수를 보인 지역은 1,501명 이상인 곳으로 15,511,903원인데 비해, 액수가 가장 낮은 500명 이하인 지역은 8,997,002원에 불과하여 다소 큰 차이를 보였다. 보건사업비의 평균은 1,501명 이상인 지역이 가장 높은 액수인 1,972,728원이었고, 501~1,000명인 지역은 가장 낮은 액수인 999,039원으로 나타났다. 또한 인건비는 1,501명 이상인 지역이 1,576,706원으로 가장 높았고, 501~1,000명인 지역이 975,245원으로 가장 낮게 나타났다.

〈表 4-18〉 人口規模別 保健診療所 支出増加率

지출증가율		인건비 증가율	운영비 증가율	보건사업비 증가율	기타지출 증가율	총지출 증가율
인구규모	평균	46.55	2.91	36.35	-17.82	.74
	N	27	27	25	19	27
	표준편차	171.903	45.675	113.307	48.516	32.201
	최소값	-30	-51	-70	-100	-45
	최대값	900	206	501	63	133
501~1,000명	평균	21.36	12.15	59.48	69.37	17.22
	N	92	92	88	69	92
	표준편차	28.423	32.852	130.073	159.990	35.980
	최소값	-44	-64	-100	-96	-83
	최대값	101	204	604	743	198
1,001~1,500명	평균	44.36	25.87	87.27	83.09	26.87
	N	46	47	44	33	47
	표준편차	130.518	132.523	189.708	153.186	44.524
	최소값	-85	-100	-67	-78	-32
	최대값	873	881	943	535	187
1,501명 이상	평균	82.35	8.88	49.51	44.73	23.68
	N	23	24	23	19	24
	표준편차	223.680	39.914	129.246	98.558	50.174
	최소값	-69	-89	-73	-83	-43
	최대값	899	115	469	254	208
계	평균	38.07	13.82	61.79	57.43	18.08
	N	188	190	180	140	190
	표준편차	122.008	73.024	144.621	143.214	40.266
	최소값	-85	-100	-100	-100	-83
	최대값	900	881	943	743	208
검정 통계치	F	1.688	.676	.773	2.380	2.652
	Sig.	.171	.568	.510	.072	.050

각 지출 항목의 평균값이 인구규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 총지출액의 평균만이 인구 규모간에 통계적으로 차이를 보였다.

다. 45歲 以上 人口比率別 支出 現況 및 增加率

45세 이상의 인구비율을 세 집단으로 구분하여 지출 현황을 알아본 바 다음과 같은 결과가 나타났다. 45세 이상 인구가 전체 인구의 25~50%를 차지하는 곳의 2000년 총지출의 평균은 19,420,170원, 51~75%를 차지하는 곳의 총지출 평균은 17,392,779원, 76~100%를 차지하는 곳의 총지출 평균은 19,655,577원으로 나타나 76~100%의 총지출 평균이 가장 높게 나타났다. 2001년에는 45세 이상 인구가 전체 인구의 25~50%를 차지하는 곳의 2001년 총지출의 평균이 23,131,668원, 51~75%를 차지하는 곳의 총지출 평균이 19,698,848원, 76~100%를 차지하는 곳의 총지출 평균이 23,337,585원으로 나타나 2000년과 마찬가지로 76~100%의 총지출 평균이 가장 높게 나타났다. 또한 인구 비율 중 25% 미만의 비율을 갖는 곳은 한곳도 없었으므로 집단을 25%부터 구분하였다.

지출 항목별로 살펴보면 2000년에는 전체 운영비의 평균이 66.0%인 11,745,048원으로 총지출에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 2001년도 운영비는 66.1%인 13,893,887원으로 운영비의 평균이 총 지출액에서 가장 큰 비율을 차지하였다. 운영비 다음으로는 기타지출, 보건사업비, 인건비의 순서로 나타났다. 인구 비율별로는, 25~50%인 집단을 제외하고는 각 집단별로도 전체의 비율과 동일한 구성을 보였다. 25~50%인 집단의 경우 인건비가 보건사업비보다 다소 높게 나타났다.

인구비율간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보았을 때, 2000년에는 가장 높은 액수를 보인 지역은 25~50%인 곳으로 12,758,315원(66.8%)이고, 액수가 가장 낮은 76~100%인 지역은 11,168,987원(62.5%)으로 차이가 그리 크지 않은 것을 알 수 있다. 또한 인건비는 25~50%인 지역이 1,521,301원으로 가장 높았고, 76~100%인 지역이 908,333원으로 가장 낮게 나타나 다소 큰 차이를 보였다. 2001년에 운영비가 가장 높은 지역은 25~50%인 곳으로 16,990,873원(67.7%)이고, 액수가 가장 낮은 51~75% 지역은 12,129,454원(65.6%)으로 나타났다. 또한 인건비는 25~50%인 지역이 1,735,907원으로 가장 높았고, 76~100%인 지역이 1,108,333원으로 가장 낮게 나타났다.

〈表 4-19〉 45歳 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 支出現況

지출 45세 이상 인구비율		2000년					2001년				
		인건비	운영비	보건 사업비	기타	지출계	인건비	운영비	보건 사업비	기타	지출계
25~ 50%	평균	1,521,301	12,758,315	1,457,915	3,549,885	19,420,170	1,735,907	16,990,873	2,104,949	5,925,794	23,131,668
	N	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	표준편차	1,622,571	7,865,172	1,898,651	4,304,304	11,223,065	1,588,317	36,254,209	3,519,537	8,549,185	14,417,461
	최소값	280,000	3,397,000	0	0	4,570,000	130,000	0	0	0	7,978,260
	최대값	7,872,000	34,768,450	9,610,000	18,149,360	57,634,240	7,894,000	294,598,760	18,190,820	48,355,000	85,600,000
51~ 75%	평균	1,007,830	11,236,835	1,270,009	3,807,836	17,392,779	1,286,252	12,129,454	1,555,002	4,799,803	19,698,848
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
	표준편차	598,430	6,898,238	1,716,504	4,752,096	9,636,553	876,566	8,168,771	1,675,237	6,297,134	12,595,246
	최소값	0	828,700	0	0	4,977,530	130,000	819,400	0	0	1,912,570
	최대값	6,616,600	49,698,130	11,462,380	28,719,460	66,908,620	7,994,000	65,405,000	9,789,850	41,522,690	80,572,000
76~ 100%	평균	908,333	11,168,987	1,599,491	5,978,766	19,655,577	1,108,333	14,138,729	1,840,487	6,250,536	23,337,585
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	표준편차	409,208	5,737,662	2,146,232	9,639,728	9,406,196	441,605	10,487,587	1,828,398	9,877,688	13,180,670
	최소값	0	4,274,580	0	0	9,171,000	0	3,194,280	0	0	7,622,218
	최대값	1,820,000	21,353,000	7,603,100	31,882,770	37,573,280	1,790,000	39,068,056	5,873,000	29,130,820	43,520,456
계	평균	1,174,504	11,745,048	1,354,113	3,858,058	18,218,603	1,426,478	13,893,887	1,758,278	5,270,709	21,084,982
	N	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	표준편차	1,078,618	7,177,156	1,800,847	5,040,323	10,182,724	1,167,206	22,125,768	2,463,245	7,354,584	13,309,656
	최소값	0	828,700	0	0	4,570,000	0	0	0	0	1,912,570
	최대값	7,872,000	49,698,130	11,462,380	31,882,770	66,908,620	7,994,000	294,598,760	18,190,820	48,355,000	85,600,000
검정	F	5.261	.962	.340	1.190	.939	3.615	.990	1.029	.591	1.556
통계치	Sig.	.006	.384	.712	.307	.393	.029	.373	.359	.555	.214

각 지출 항목의 평균값이 45세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 2000년과 2001년 모두 인건비가 95% 신뢰도수준에서 유의미한 차이를 가지는 것으로 나타났으며 다른 항목은 통계적으로 집단간 유의미한 차이를 보이지 않았다. 즉, 인구비율간에 인건비의 평균만이 통계적으로 차이를 보였다.

인구비율별로 2000년에서 2001년 사이의 지출 증가율에 대하여 살펴본 결과 25~50% 비율의 지출 증가율은 25.13%, 51~75%는 13.46%, 76~100%은 24.40%가 증가한 것으로 나타나 25~50% 집단의 지출 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다.

〈表 4-20〉 45歳 以上 人口比率別 保健診療所 支出増加率

45세 이상 인구비율		지출증가율	인건비 증가율	운영비 증가율	보건사업비 증가율	기타지출 증가율	총지출 증가율
25~50%	평균		36.02	18.87	77.17	61.89	25.13
	N		64	64	61	47	64
	표준편차		116.367	116.002	184.920	124.555	48.623
	최소값		-85	-100	-87	-83	-43
	최대값		899	881	943	535	208
51~75%	평균		40.51	9.19	54.66	58.57	13.46
	N		113	114	109	86	114
	표준편차		131.025	24.594	120.710	157.693	29.069
	최소값		-85	-48	-100	-100	-83
	최대값		900	136	604	743	108
76~100%	평균		24.84	30.80	45.67	13.38	24.40
	N		11	12	10	7	12
	표준편차		22.234	87.490	103.198	38.590	71.288
	최소값		-2	-45	-42	-57	-45
	최대값		46	206	251	59	198
계	평균		38.07	13.82	61.79	57.43	18.08
	N		188	190	180	140	190
	표준편차		122.008	73.024	144.621	143.214	40.266
	최소값		-85	-100	-100	-100	-83
	최대값		900	881	943	743	208
검정 통계치	F		.095	.704	.537	.353	1.899
	Sig.		.909	.496	.585	.703	.153

각 비율집단의 지출증가율을 살펴보았을 때, 45세 이상 인구비율이 25~50%인 집단의 지출 증가율 중 보건사업비 지출의 증가율이 77.17%로 가장 높은 증가율을 보였고, 다음으로 기타지출의 증가율이 61.89%, 운영비가 18.87%의 증가율을 보였다. 51~75% 집단의 지출증가율은 기타지출이 58.57%로 가장 높았고, 다음으로 보건사업비의 증가율이 54.66%였으며 인건비의 증가율은 40.51%인 것으로 나타났다. 운영비는 9.19%에 불과하였다. 45세 이상 인구비율이 76~100%인 곳은 보건사업비 지출의 증가율이 45.67%로 가장 큰 증가를 보였고, 운영비는 30.80%, 인건비 지출의 증가율은 24.84%, 지출계는 24.40%,

기타지출 증가율은 13.38%로 나타났다. 인구비율간 지출증가율 중 운영비를 비교해보았을 때, 지출액이 가장 증가한 지역은 76~100%인 곳으로 30.80%가 늘어난 데 비해, 51~75%인 지역은 9.19% 증가에 그쳤다.

각 지출 항목의 증가율이 45세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 집단은 없었다.

라. 65歲 以上 人口比率別 支出 現況 및 增加率

65세 이상의 인구가 전체 인구에서 차지하는 비율을 중심으로 0~15%, 16~30%, 31~100%와 같이 세 집단으로 구분하여 지출 현황을 알아본 바 다음과 같은 결과가 나타났다. 65세 이상 인구가 전체 인구의 0~15%를 차지하는 곳의 2000년 총지출의 평균은 19,355,961원, 16~30%를 차지하는 곳의 총지출 평균은 18,472,750원, 31~100%를 차지하는 곳의 총지출 평균은 16,009,383원으로 나타나 0~15%의 총지출 평균이 가장 높게 나타났다. 2001년에는 65세 이상 인구가 전체 인구의 0~15%를 차지하는 곳의 2001년 총지출의 평균은 22,532,306원, 16~30%를 차지하는 곳의 총지출 평균은 21,506,466원, 31~100%를 차지하는 곳의 총지출 평균은 17,845,421원으로 나타나 2000년과 마찬가지로 0~15%의 총지출 평균이 가장 높게 나타났다. 조사대상은 16~30% 집단이 131곳으로 가장 많은 것으로 드러났으며 0~15%인 곳과 31~100%를 차지하는 곳은 각 29곳과 30곳으로 거의 유사하게 나타났다.

지출 항목별로 살펴보면 2000년에는 전체 운영비의 평균이 66.0%인 11,745,048원으로 총지출에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 운영비 다음으로는 기타지출, 보건사업비, 인건비의 순서로 나타났다. 65세 이상 인구 비율별로 살펴보았을 때, 각 집단별로도 모두 운영비의 비율이 가장 크고, 다음으로 기타지출, 보건사업비, 인건비의 순서를 보였다. 2001년에도 전체 운영비의 평균이 66.1%인 13,893,887원으로 총지출에서 가장 큰 부분을 차지하는 것으로 드러났다. 운영비 다음으로는 기타지출, 보건사업비, 인건비의 순서로

나타났다. 65세 이상 인구 비율별로 살펴보았을 때, 각 집단별로도 모두 운영비의 비율이 가장 크고, 다음으로 기타지출, 보건사업비, 인건비의 순서를 보였다.

〈表 4-21〉 65歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 支出現況

지출 65세 이상 인구비율	2000년					2001년					
	인건비	운영비	보건사업비	기타	지출계	인건비	운영비	보건사업비	기타	지출계	
0~15%	평균	1,199,767	13,537,220	1,768,373	2,567,879	19,355,961	1,413,277	22,313,583	2,554,509	3,684,497	22,532,306
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
	표준편차	752,463	8,685,122	2,273,620	3,214,505	10,283,379	605,642	53,109,945	4,030,009	5,198,160	11,677,339
	최소값	280,000	3,397,000	70,000	0	8,967,480	130,000	0	56,000	0	7,978,260
	최대값	4,411,100	34,768,450	9,610,000	13,823,610	42,495,950	3,148,000	294,598,760	18,047,000	17,988,000	48,301,000
16~30%	평균	1,227,614	11,692,931	1,258,598	4,229,896	18,472,750	1,491,603	12,698,749	1,633,206	5,875,099	21,506,466
	N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
	표준편차	1,236,662	7,199,812	1,752,633	5,398,325	10,585,452	1,363,035	8,764,348	2,159,536	8,022,805	14,293,452
	최소값	0	828,700	0	0	4,570,000	0	819,400	0	0	1,912,570
	최대값	7,872,000	49,698,130	11,462,380	31,882,770	66,908,620	7,994,000	65,405,000	18,190,820	48,355,000	85,600,000
31~100%	평균	918,173	10,240,193	1,370,745	3,481,538	16,009,383	1,154,860	10,973,614	1,534,734	4,164,879	17,845,421
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	표준편차	314,035	4,994,214	1,470,290	4,745,620	8,044,994	317,374	6,050,431	1,483,509	5,697,548	9,656,986
	최소값	0	3,616,770	0	0	4,977,530	450,000	3,166,320	0	0	5,342,320
	최대값	1,820,000	21,353,000	7,603,100	17,719,000	35,751,250	1,980,000	26,076,000	5,873,000	23,802,262	40,697,292
계	평균	1,174,504	11,745,048	1,354,113	3,858,058	18,218,603	1,426,478	13,893,887	1,758,278	5,270,709	21,084,982
	N	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	표준편차	1,078,618	7,177,156	1,800,847	5,040,323	10,182,724	1,167,206	22,125,768	2,463,245	7,354,584	13,309,656
	최소값	0	828,700	0	0	4,570,000	0	0	0	0	1,912,570
	최대값	7,872,000	49,698,130	11,462,380	31,882,770	66,908,620	7,994,000	294,598,760	18,190,820	48,355,000	85,600,000
검정 통계치	F	1.014	1.577	.952	1.396	.927	1.018	2.595	1.823	1.463	1.127
	Sig.	.365	.209	.388	.250	.398	.363	.077	.164	.234	.326

65세 이상 인구비율간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보았을 때, 가장 높은 액수를 보인 지역은 0~15%인 곳으로 2000년에는 67.7%인 13,537,220원, 2001년에는 79.4%인 22,313,583원이고, 액수가 가장 낮은 31~100%인 지역은 2000년에 66.3%인 10,240,193원, 2001년에 64.5%인 10,973,614원으로 나타났다. 각 지출 항목의 평균값이 65세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 2000년과 2001년 모두 95% 신뢰도수준에서 유의미한 차이를 가지는 것으로 나타나는 지출항목은 없었다.

〈表 4-22〉 65歳 以上 人口比率別 保健診療所 支出増加率

65세 이상 인구비율		지출증가율	인건비 증가율	운영비 증가율	보건사업비 증가율	기타지출 증가율	총지출 증가율
0~15%	평균		50.26	34.20	60.64	72.95	21.63
	N		29	29	29	20	29
	표준편차		167.025	168.257	129.903	158.531	42.486
	최소값		-85	-100	-87	-83	-28
	최대값		899	881	469	535	187
16~30%	평균		33.98	10.06	70.98	54.63	18.22
	N		130	131	122	98	131
	표준편차		99.247	33.406	155.115	131.956	40.264
	최소값		-85	-64	-100	-96	-83
	최대값		900	204	943	633	208
31~100%	평균		44.19	10.52	24.27	55.75	14.04
	N		29	30	29	22	30
	표준편차		160.839	43.887	105.023	179.785	39.074
	최소값		-44	-45	-82	-100	-35
	최대값		873	206	501	743	133
계	평균		38.07	13.82	61.79	57.43	18.08
	N		188	190	180	140	190
	표준편차		122.008	73.024	144.621	143.214	40.266
	최소값		-85	-100	-100	-100	-83
	최대값		900	881	943	743	208
검정 통계치	F		.252	1.338	1.226	.136	.263
	Sig.		.777	.265	.296	.873	.769

인구비율별로 2000년에서 2001년 사이의 지출 증가율에 대하여 살펴본 결과 0~15% 비율의 지출 증가율은 21.63%, 16~30%는 18.22%, 31~100%는 14.04%가 증가한 것으로 나타나 0~15% 집단의 지출 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다.

각 비율집단의 지출증가율을 살펴보았을 때, 65세 이상 인구비율이 0~15% 인 집단의 지출 증가율 중 기타지출의 증가율이 72.95%로 가장 높았고, 다음으로 보건사업비 지출의 증가율이 60.64%, 인건비 지출이 50.26%, 운영비 지출이 34.20%의 증가율을 보였다. 16~30% 집단의 지출증가율은 보건사업비 지출의

증가율이 70.98%로 가장 높았고, 다음으로 기타지출의 증가율이 54.63%였다. 인건비의 증가율은 33.98%였고 운영비 지출의 증가율은 10.06%인 것으로 나타났다. 인구비율이 31~100%인 곳은 기타지출의 증가율이 55.75%로 가장 큰 증가를 보였고, 인건비가 44.19% 증가하였다. 또한 보건사업비 지출의 증가율은 24.27%, 운영비 지출의 증가율은 10.52%로 나타났다. 인구비율간 지출증가율 중 운영비를 비교해보았을 때, 지출액이 가장 증가한 지역은 0~15%인 곳으로 34.20%가 늘어난 데 비해, 16~30%인 지역은 10.06% 증가에 그쳤다.

각 지출 항목의 증가율이 65세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 집단은 없었다.

3. 收支差 分析

가. 地域特性別 收支差

수지차란 수입액에서 지출액을 감한 값으로 2000년과 2001년의 전체 수지차는 다음과 같다. 2000년의 수지차는 8,808,229원이고 2001년의 수지차는 12,101,538원으로 2001년의 수지차가 더 큰 것으로 나타났다.

각 지역을 연도별로 비교하였을 때, 시 지역은 2000년 수지차가 15,998,559원이고, 2001년의 수지차는 21,534,344원으로 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다. 도서지역 또한 3,967,686원인 2000년의 수지차에 비하여 2001년의 수지차가 5,733,843원으로 더 크게 나타났다. 농촌지역의 2000년 수지차는 9,392,926원이고, 2001년 수지차는 12,871,885원으로 마찬가지로 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다.

지역간 비교하면 2000년에는 시 지역의 수지차가 가장 컸고, 도서지역의 수지차가 가장 작았다. 2001년도 2000년과 마찬가지로 시 지역의 수지차가 가장 크고 도서지역의 수지차가 가장 작은 것으로 나타났다. 95% 신뢰도수준에서 2000년과 2001년 수지차 모두 지역간에 차이를 나타내었다.

〈表 4-23〉 地域別 年度別 保健診療所 收支差 現況

수지차		2000수지차	2001수지차
지역특성	평균	15,998,559	21,534,344
	N	7	7
	표준편차	11,157,218	16,701,580
	최소값	4,389,321	2,823,185
	최대값	37,045,100	49,724,600
시	평균	3,967,686	5,733,843
	N	29	29
	표준편차	3,828,916	6,248,972
	최소값	0	0
	최대값	13,243,295	24,308,000
도서	평균	9,392,926	12,871,885
	N	154	154
	표준편차	11,536,182	13,371,203
	최소값	-3760000	0
	최대값	90,748,000	101,610,681
농촌	평균	8,808,229	12,101,538
	N	190	190
	표준편차	10,938,312	13,014,417
	최소값	-3760000	0
	최대값	90,748,000	101,610,681
계	F	4.754	5.867
	Sig.	.010	.003

나. 人口規模別 收支差

2000년과 2001년의 전체 수지차는 다음과 같다. 2000년의 수지차는 8,808,229 원이고 2001년의 수지차는 12,101,538 원으로 2001년의 수지차가 더 큰 것으로 나타났다.

각 인구규모를 연도별로 비교하였을 때, 500명 이하 지역은 2000년 수지차가 4,726,556 원이고, 2001년의 수지차는 8,153,666 원으로 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다. 501~1,000명 이하 지역 또한 7,605,453 원인 2000년의 수지차에

비하여 2001년의 수지차가 10,935,287원으로 더 크게 나타났다. 1,001~1,500명 인 지역의 2000년 수지차는 13,424,243원이고, 2001년 수지차는 16,081,464원으로 마찬가지로 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다. 1,501명 이상인 지역의 2000년 수지차는 8,971,054원이며 2001년 수지차는 13,219,497원으로 2001년 수지차가 더 크게 나타났다.

〈表 4-24〉 人口規模別 年度別 保健診療所 收支差 現況

수지차		2000수지차	2001수지차
인구규모	평균	4,726,556	8,153,666
	N	27	27
	표준편차	5,652,113	7,211,372
	최소값	-1462830	137000
	최대값	22,252,280	30,645,308
500 이하	평균	7,605,453	10,935,287
	N	92	92
	표준편차	9,141,295	13,176,992
	최소값	-3760000	0
	최대값	73,548,427	101,610,681
501 ~ 1,000	평균	13,424,243	16,081,464
	N	47	47
	표준편차	15,365,500	15,321,565
	최소값	0	0
	최대값	90,748,000	78,347,000
1,001 ~ 1,500	평균	8,971,054	13,219,497
	N	24	24
	표준편차	8,679,850	10,915,171
	최소값	0	0
	최대값	37,045,100	49,724,600
1,501 이상	평균	8,808,229	12,101,538
	N	190	190
	표준편차	10,938,312	13,014,417
	최소값	-3760000	0
	최대값	90,748,000	101,610,681
계	평균	8,808,229	12,101,538
	N	190	190
검정 통계치	F	4.673	2.667
	Sig.	.004	.049

인구규모간 비교하면 2000년에는 1001-1500명 집단의 수지차가 가장 컸고, 500명 이하 집단의 수지차가 가장 작았다. 2001년은 1001-1500명인 집단의 수지차가 가장 크고 500명 이하 집단의 수지차가 가장 작은 것으로 나타났다. 95% 신뢰도수준에서 각 연도의 수지차가 인구규모별로 차이를 갖는가를 알아본 결과 95% 신뢰도수준에서 2000년과 2001년 수지차 모두 인구규모간에 차이를 나타내었다.

다. 45歲 以上 人口比率別 收支差

2000년과 2001년의 전체 수지차는 다음과 같다. 2000년의 수지차는 8,808,229 원이고 2001년의 수지차는 12,101,538원으로 2001년의 수지차가 더 큰 것으로 나타났다.

각 인구비율을 연도별로 비교하였을 때, 25~50% 집단은 2000년 수지차가 11,318,221원이고, 2001년의 수지차는 14,080,264원으로 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다. 51~75% 집단 또한 7,897,900원인 2000년의 수지차에 비하여 2001년의 수지차가 11,402,443원으로 더 크게 나타났다. 76~100% 집단의 2000년 수지차는 4,069,724원이고, 2001년 수지차는 8,189,733원으로 마찬가지로 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다.

인구비율간 비교하면 2000년과 2001년 모두 25~50% 집단의 수지차가 가장 컸고, 76~100% 집단의 수지차가 가장 작은 것으로 나타났다. 95% 신뢰도수준에서 2000년의 수지차만이 인구비율간에 차이를 나타내었다.

〈表 4-25〉 45歳 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 收支差 現況

수지차		2000수지차	2001수지차
45세 이상 인구비율			
25 ~ 50%	평균	11,318,221	14,080,264
	N	64	64
	표준편차	15,710,363	17,648,435
	최소값	-3760000	0
	최대값	90,748,000	101,610,681
51 ~ 75%	평균	7,897,900	11,402,443
	N	114	114
	표준편차	7,343,429	9,982,414
	최소값	-1462830	0
	최대값	34,780,229	41,730,801
76 ~ 100%	평균	4,069,724	8,189,733
	N	12	12
	표준편차	4,296,902	7,623,127
	최소값	0	0
	최대값	13,753,000	24,308,000
계	평균	8,808,229	12,101,538
	N	190	190
	표준편차	10,938,312	13,014,417
	최소값	-3760000	0
	최대값	90,748,000	101,610,681
검정 통계치	F Sig.	3.283 .040	1.453 .236

라. 65歳 以上 人口比率別 收支差

2000년과 2001년의 전체 수지차는 다음과 같다. 2000년의 수지차는 8,808,229 원이고 2001년의 수지차는 12,101,538 원으로 2001년의 수지차가 더 큰 것으로 나타났다.

각 인구비율을 연도별로 비교하였을 때, 0~15% 집단은 2000년 수지차가 7,170,120 원이고, 2001년의 수지차는 9,606,162 원으로 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다. 16~30% 집단 또한 9,598,077 원인 2000년의 수지차에 비하여

2001년의 수지차가 12,820,580원으로 더 크게 나타났다. 31~100% 집단의 2000년 수지차는 6,942,728원이고, 2001년 수지차는 11,373,915원으로 마찬가지로 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다.

인구비율간 비교하면 2000년 수지차는 16~30% 집단이 가장 크고, 31~100% 집단이 가장 작은 것으로 나타났다. 2001년 수지차는 16~30% 집단이 가장 큰 반면 0~15% 집단이 가장 작은 것으로 나타났다. 95% 신뢰도수준에서 2000년과 2001년 모두 인구비율간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다.

〈表 4-26〉 65歲 以上 人口比率別 年度別 保健診療所 收支差現況

수지차		2000수지차	2001수지차
65세 이상 인구비율			
0~15%	평균	7,170,120	9,606,162
	N	29	29
	표준편차	6,965,278	9,950,035
	최소값	0	0
	최대값	21,538,000	40,112,000
16~30%	평균	9,598,077	12,820,580
	N	131	131
	표준편차	12,254,802	14,239,058
	최소값	-3760000	0
	최대값	90,748,000	101,610,681
31~100%	평균	6,942,728	11,373,915
	N	30	30
	표준편차	7,113,442	9,501,364
	최소값	-1462830	0
	최대값	32,801,004	41,730,801
계	평균	8,808,229	12,101,538
	N	190	190
	표준편차	10,938,312	13,014,417
	최소값	-3760000	0
	최대값	90,748,000	101,610,681
검정	F	1.104	.778
통계치	Sig.	.334	.461

4. 收入·支出 決定要因 分析

가. 收入決定要因 分析

앞에서는 보건진료소 수입에 대한 기술적인 분석과 단순상관관계를 제시하였는데, 이러한 단순상관관계는 개별 독립변수들과 수입간에 존재하는 관계의 정도 및 방향을 제시해 주지만 다른 독립변수의 영향을 통제하지 않은 상태에서 산출되는 것이기 때문에 진정한 관계를 보여주는 것으로 해석할 수 없다. 따라서 다른 독립변수들의 영향을 통제한 상태에서 개별 독립변수와 보건진료소 총수입간의 관계를 살펴보기 위해서는 개별독립변수들을 종속변수인 보건진료소 수입에 집단으로 회귀시킬 필요가 있을 것이다. 이를 위하여 본 연구에서는 다중 회귀분석(multiple linear regression)을 사용하여 각 독립변수들이 보건진료소 수입에 미치는 효과를 산출하여 결과를 제시하였다.

2000년 보건진료소 총수입 결정요인 모델에는 인구학적인 변수와 사회경제적인 변수가 포함되었는데, 인구학적인 변수는 연령, 결혼상태, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율, 지역이며, 사회경제적인 변수는 근무경력이다. 이러한 변수들로 구성된 모델의 R값은 0.413이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 총수입 결정요인 모델이 적절한 것으로 나타났다.

<表 4-27> 2000年 保健診療所 總收入 決定要因 分析結果

		B	S.E.	Beta	t	Sig.
연령		-63769.013	275482.206	-.020	-.231	.817
결혼상태	미혼	-	-	-	-	-
	기혼	-6185458.037	4174657.598	-.103	-1.482	.140
근무경력		560719.783	347572.887	.140	1.613	.108
관할인구수		7465.182	2354.265	.249	3.171	.002
45세 이상 인구비율		-124771.603	136165.899	-.093	-.916	.361
65세 이상 인구비율		95069.095	195810.112	.048	.486	.628
지역	도시	15281205.679	6257516.369	.169	2.442	.016
	도서	-4476699.803	3353513.570	-.094	-1.335	.184
	농촌	-	-	-	-	-
상수		24297894.872	12814429.192	4.921	1.896	.060

주: 1) 기준변수로는 결혼상태에서는 미혼, 지역에서는 농촌지역임.

2) R=0.413

Model F=4.627(p=.000)

연령에 따른 보건진료소 총수입의 차이는 통계적으로 유의하지 않았으며, 결혼상태는 미혼을 기준변수로 하여 미혼과 기혼으로 구분하였는데 결혼상태에 따른 보건진료소 수입의 차이 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 근무경력도 보건진료소 수입에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다. 45세 이상 인구비율과 65세 이상 인구비율도 마찬가지로 보건진료소 수입에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다.

관할 인구수에 따른 보건진료소 수입은 통계적으로 유의하였으며, 지역도 보건진료소 수입에 영향을 미치는 변수였다. 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 수입에 대해 통계적으로 유의하였다.

보건진료소의 수입에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인에 대하여 다음과 같이 간략하게 정리할 수 있다. 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 수입이

높아졌고, 지역의 경우 도시의 보건진료소 수입이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 높았다.

2001년 보건진료소 총수입 결정요인 모델에는 인구학적인 변수와 사회경제적인 변수가 포함되었는데, 인구학적인 변수는 연령, 결혼상태, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율, 지역이며, 사회경제적인 변수는 근무경력이다. 이러한 변수들로 구성된 모델의 R값은 0.420이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 총수입 결정요인 모델이 적절한 것으로 나타났다.

연령에 따른 보건진료소 총수입의 차이는 통계적으로 유의하지 않았으며, 결혼상태는 미혼을 기준변수로 하여 미혼과 기혼으로 구분하였는데 결혼상태에 따른 보건진료소 수입의 차이 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 근무경력도 보건진료소 수입에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다. 45세 이상 인구비율과 65세 이상 인구비율도 마찬가지로 보건진료소 수입에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다.

관할 인구수에 따른 보건진료소 수입은 통계적으로 유의하였으며, 지역도 보건진료소 수입에 영향을 미치는 변수였다. 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 수입에 대해 통계적으로 유의하였다.

보건진료소의 수입에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인에 대하여 다음과 같이 간략하게 정리할 수 있다. 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 수입이 높아졌고, 지역의 경우 도시의 보건진료소 수입이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 높았다.

〈表 4-28〉 2001年 保健診療所 總收入 決定要因 分析結果

	B	S.E.	Beta	t	Sig.
연령	-97176.181	326621.849	-.025	-.298	.766
결혼상태					
미혼	-	-	-	-	-
기혼	-9588853.067	4949627.781	-.135	-1.937	.054
근무경력	800528.321	412095.214	.168	1.943	.054
관할인구수	9365.638	2791.303	.263	3.355	.001
45세 이상 인구비율	-74969.680	161443.304	-.047	-.464	.643
65세 이상 인구비율	85565.188	232159.680	.036	.369	.713
지역					
도시	18884659.346	7419141.841	.175	2.545	.012
도서	-3899673.371	3976049.183	-.069	-.981	.328
농촌	-	-	-	-	-
상수	26717429.618	15193259.144		1.759	.080

주: 1) 기준변수로는 결혼상태에서는 미혼, 지역에서는 농촌지역임.

2) R=0.420

Model F=4.819(p=.000)

나. 支出決定要因 分析

2000년 보건진료소 총지출 결정요인 모델에는 인구학적인 변수와 사회경제적인 변수가 포함되었는데, 인구학적인 변수는 연령, 결혼상태, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율, 지역이며, 사회경제적인 변수는 근무경력이다. 이러한 변수들로 구성된 모델의 R값은 0.405이며, 모델 적정성에 대한 통계검정 결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 총지출 결정요인 모델이 적절한 것으로 나타났다.

연령에 따른 보건진료소 총지출의 차이는 통계적으로 유의하지 않았으며, 결혼상태는 미혼을 기준변수로 하여 미혼과 기혼으로 구분하였는데 결혼상태에 따른 보건진료소 지출의 차이 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 근무경력도 보건진료소 지출에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다. 45세 이상 인구비율과 65세 이상 인구비율도 마찬가지로 보건진료소 지출에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다.

관할 인구수에 따른 보건진료소 지출은 통계적으로 유의하였으며, 지역도 보건진료소 지출에 영향을 미치는 변수였다. 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 지출에 대해 통계적으로 유의하였다.

〈表 4-29〉 2000年 保健診療所 總支出 決定要因 分析結果

		B	S.E.	Beta	t	Sig.
연령		-57261.696	164068.390	-.030	-.349	.727
결혼상태	미혼	-	-	-	-	-
	기혼	-924723.962	2486292.529	-.026	-.372	.710
근무경력		195848.417	207003.293	.082	.946	.345
관할인구수		6316.569	1402.125	.356	4.505	.000
45세 이상 인구비율		48711.717	81096.054	.061	.601	.549
65세 이상 인구비율		24747.477	116618.239	.021	.212	.832
지역	도시	9289894.097	3726776.588	.173	2.493	.014
	도서	-605384.434	1997245.412	-.021	-.303	.762
	농촌	-	-	-	-	-
상수		8813411.132	7631864.127		1.155	.250

주: 1) 기준변수로는 결혼상태에서는 미혼, 지역에서는 농촌지역임.

2) R=0.40

Model F=4.423(p=.000)

보건진료소의 지출에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인에 대하여 다음과 같이 간략하게 정리할 수 있다. 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 지출이 많아졌고, 지역의 경우 도시의 보건진료소 지출이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 많았다.

2001년 보건진료소 총지출 결정요인 모델에는 인구학적인 변수와 사회경제적인 변수가 포함되었는데, 인구학적인 변수는 연령, 결혼상태, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율, 지역이며, 사회경제적인 변수는 근무경력이다. 이러한 변수들로 구성된 모델의 R값은 0.411이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결

과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 총지출 결정요인 모델이 적절한 것으로 나타났다.

〈表 4-30〉 2001年 保健診療所 總支出 決定要因 分析結果

		B	S.E.	Beta	t	Sig.
연령		29587.684	213867.592	.012	.138	.890
결혼상태	미혼	-	-	-	-	-
	기혼	-5482850.117	3240949.679	-.118	-1.692	.092
근무경력		312937.122	269834.402	.101	1.160	.248
관할인구수		8157.816	1827.708	.352	4.463	.000
45세 이상 인구비율		44654.270	105710.904	.043	.422	.673
65세 이상 인구비율		55818.149	152015.035	.036	.367	.714
지역	도시	10631725.618	4857954.261	.151	2.189	.030
	도서	1819827.887	2603463.512	.049	.699	.485
	농촌	-	-	-	-	-
상수		7660632.175	9948341.679		.770	.442

주: 1) 기준변수로는 결혼상태에서는 미혼, 지역에서는 농촌지역임.

2) R=0.411

Model F=4.563(p=.000)

연령에 따른 보건진료소 총지출의 차이는 통계적으로 유의하지 않았으며, 결혼상태는 미혼을 기준변수로 하여 미혼과 기혼으로 구분하였는데 결혼상태에 따른 보건진료소 지출의 차이 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 근무경력도 보건진료소 지출에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다. 45세 이상 인구비율과 65세 이상 인구비율도 마찬가지로 보건진료소 지출에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다.

관할 인구수에 따른 보건진료소 지출은 통계적으로 유의하였으며, 지역도 보건진료소 지출에 영향을 미치는 변수였다. 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 지출에 대해 통계적으로 유의하였다. 보건진료소의 지출에 통계적으로 유의한 영

향을 미치는 요인에 대하여 다음과 같이 간략하게 정리할 수 있다. 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 지출이 많아졌고, 지역의 경우 도시의 보건진료소 지출이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 많았다.

다. 收支差 決定要因 分析

2000년 보건진료소의 수치차 결정요인 모델에는 인구학적인 변수와 사회경제적인 변수가 포함되었는데, 인구학적인 변수는 연령, 결혼상태, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율, 지역이며, 사회경제적인 변수는 근무경력이다. 이러한 변수들로 구성된 모델의 R값은 0.347이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 수치차 결정요인 모델이 적정한 것으로 나타났다.

연령에 따른 보건진료소의 수치차는 통계적으로 유의하지 않았으며, 결혼상태는 미혼을 기준변수로 하여 미혼과 기혼으로 구분하였는데 결혼상태에 따른 보건진료소 수치차 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 근무경력과 관할인구수도 보건진료소 수치차에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다. 45세 이상 인구비율과 65세 이상 인구비율도 마찬가지로 보건진료소의 수치차에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다. 마지막으로 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 지역도 마찬가지로 보건진료소의 수치차에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다.

따라서 2000년 보건진료소 수치차에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인은 연령, 결혼상태, 근무경력, 관할인구수, 45세 이상 인구수, 65세 이상 인구수, 지역 중에는 없는 것으로 나타났다.

<表 4-31> 2000年 保健診療所 收支差 決定要因 分析結果

	B	S.E.	Beta	t	Sig.
연령	-6507.317	181063.198	-.003	-.036	.971
결혼상태					
미혼	-	-	-	-	-
기혼	-5260734.075	2743831.865	-.138	-1.917	.057
근무경력	364871.366	228445.457	.143	1.597	.112
관할인구수	1148.613	1547.362	.060	.742	.459
45세 이상 인구비율	-173483.320	89496.282	-.203	-1.938	.054
65세 이상 인구비율	70321.618	128697.986	.055	.546	.585
지역					
도시	5991311.582	4112809.830	.104	1.457	.147
도서	-3871315.369	2204127.447	-.128	-1.756	.081
농촌	-	-	-	-	-
상수	15484483.740	8422400.716		1.838	.068

주: 1) 기준변수로는 결혼상태에서는 미혼, 지역에서는 농촌지역임.

2) R=0.347

Model F=3.085(p=.003)

2001년 보건진료소의 수치차 결정요인 모델에는 인구학적인 변수와 사회경제적인 변수가 포함되었는데, 인구학적인 변수는 연령, 결혼상태, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율, 지역이며, 사회경제적인 변수는 근무경력이다. 이러한 변수들로 구성된 모델의 R값은 0.315이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 수치차 결정요인 모델이 적정한 것으로 나타났다.

〈表 4-32〉 2001年 保健診療所 收支差 決定要因 分析結果

		B	S.E.	Beta	t	Sig.
연령		-126763.865	218194.229	-.051	-.581	.562
결혼상태	미혼	-	-	-	-	-
	기혼	-4106002.950	3306515.537	-.090	-1.242	.216
근무경력		487591.199	275293.272	.160	1.771	.078
관할인구수		1207.822	1864.683	.053	.648	.518
45세 이상 인구비율		-119623.950	107849.482	-.118	-1.109	.269
65세 이상 인구비율		29747.039	155090.367	.020	.192	.848
지역	도시	8252933.728	4956232.843	.120	1.665	.098
	도서	-5719501.258	2656132.740	-.158	-2.153	.033
	농촌	-	-	-	-	-
상수		19056797.442	10149601.070		1.878	.062

주: 1) 기준변수로는 결혼상태에서는 미혼, 지역에서는 농촌지역임.

2) R=0.315

Model F=2.474(p=.014)

연령에 따른 보건진료소의 수지차는 통계적으로 유의하지 않았으며, 결혼상태는 미혼을 기준변수로 하여 미혼과 기혼으로 구분하였는데 결혼상태에 따른 보건진료소 수지차 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 근무경력과 관할인구수도 보건진료소 수지차에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다. 45세 이상 인구비율과 65세 이상 인구비율도 마찬가지로 보건진료소의 수지차에 대하여 통계적으로 유의하지 않았다.

지역은 보건진료소 지출에 영향을 미치는 변수였다. 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 지출에 대해 통계적으로 유의하였다. 즉, 농촌지역이 도서지역보다 보건진료소 수지차가 높은 것으로 나타났다.

5. 要約

가. 地域 概要

지역을 시, 도서, 농촌으로 구분하여 관할 동수, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율에 대한 구성을 살펴본 결과, 관할 동수는 전체평균 6.69개였고, 시 지역이 6.71개, 도서 지역이 5.03개, 농촌 지역이 7.00개로 농촌 지역의 관할 동수가 가장 많았다.

관할 인구수는 전체평균 986.14명이었고, 시 지역이 1212.00명, 도서 지역이 851.31명, 농촌 지역이 1001.26명으로 시 지역의 관할 인구수가 가장 많았다.

45세 이상 비율은 전체 평균 54.79%였고, 시 지역이 52.84%, 도서 지역이 57.89%, 농촌 지역이 54.30%였고 65세 이상 비율은 전체 평균 23.15%였고, 시 지역이 22.81%, 도서 지역이 23.34%, 농촌 지역이 23.13%였다. 그러나 관할 동수, 관할 인구수, 45세 이상 비율 및 65세 이상 비율 모두 95% 신뢰도수준에서 지역간에 차이가 없는 것으로 나타났다.

조사대상은 농촌지역이 154곳으로 가장 많은 것으로 드러났으며 시 지역은 7곳에 그쳐 가장 낮게 나타났다.

또한 관할인구 층급 현황에 대해 알아본 결과 시 지역에는 미충족 지역이 없었고, 도서지역에서는 3곳인 10.3%가 관할인구 미충족 지역이었고, 농촌지역에서는 20곳인 13.0%가 관할인구 미충족 지역이었다. 미충족 지역이란 도서지역의 경우, 관할인구가 300명 이하인 곳이며, 그 외의 지역은 관할인구가 500명 이하의 지역이다.

나. 總收入 分析

1) 地域特性別 收入 現況 및 增加率

지역특성을 시, 도서, 농촌 지역으로 구분하여 수입현황에 대하여 살펴본 결

과 2000년에는 시의 총수입의 평균이 44,686,557원으로 다른 지역에 비해 가장 높게 나타났다. 또한 시의 2001년 총수입은 54,593,889원으로 2000년과 마찬가지로 시의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다.

수입 항목별로는 2000년과 2001년 모두 전체 진료수입이 각각 74.0%인 19,012,696원과 73.4%인 23,151,292원으로 총수입에서 가장 큰 비율을 차지하였다. 지역특성별로도 시와 농촌, 도서지역 모두 진료수입이 수입항목중 가장 높은 액수이며 수입의 대부분을 차지하였다.

지역간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입을 비교해보았을 때 2000년에는 시 지역이 70.1%인 31,448,600원으로, 15,522,783원(77.8%)인 도서 지역과는 액수상 다소 큰 차이를 나타냈다. 그러나 집단내에서 진료수입이 차지하는 비율을 비교했을 때, 도서 지역 진료수입의 비율이 다소 높게 나타났다. 전년도 이월금은 시 지역이 12,683,657원으로 가장 높았고, 도서 지역은 4,309,194원으로 가장 낮았다. 2001년도 각 항목별 액수만 다소 증가했을 뿐 같은 결과를 나타냈다. 각 수입 항목의 평균값은 95% 신뢰도수준에서 2000년과 2001년 모두 지역간에 전년도 이월금과 진료수입, 총수입액의 평균만이 통계적으로 차이를 보였다.

수입 증가율은 2000년에서 2001년 사이에 도서지역이 31.59%로 가장 높았던 것으로 나타났다. 수입 항목별로는 기타수입 증가율이 59.88%로 가장 높은 증가율을 보였고, 지역특성별로 보았을 때, 시 지역은 기타수입의 증가율이 70.94%로 가장 높은 증가를 보인 반면, 후원금은 100%가 감소하였다. 그러나 후원금 증가율을 산출하기 위한 설문대상의 수는 1곳으로 이 수치에 큰 의미를 부여할 수는 없다. 도서지역의 수입증가율은 이월금 증가율이 49.32%로 가장 높은 증가율을 보인 반면 후원금은 52.05% 감소하였다. 농촌지역은 기타수입의 증가율이 66.47%로 가장 큰 증가를 보인 반면 후원금은 12.78%가 감소한 것으로 나타났다.

지역간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입의 증가율을 비교해보았을 때

도서 지역이 35.50%로 가장 높은 증가율을 보였다. 각 수입항목의 증가율이 지역 특성별에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도 수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 지역집단은 없었다.

2) 人口規模別 收入 現況 및 增加率

인구규모별 수입현황에 대하여 살펴본 결과 2000년 총수입의 평균은 1,001~1,500명의 총수입 평균이 35,103,816원으로 가장 높게 나타났다. 2001년도 2000년과 마찬가지로 1,001~1,500명의 총수입 평균이 42,783,653원으로 가장 높게 나타났다.

지역간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입을 비교해보았을 때 2000년은 1,501명 이상인 지역이 23,751,097원(73.5%)으로 가장 컸고 2001년도 1,501명 이상의 지역이 28,923,250원(73.0%)으로 가장 큰 것으로 나타났다. 전년도 이월금은 2000년에 인구규모가 1,001~1,500명인 지역이 11,291,963원으로 가장 높았고, 2001년도 인구규모가 1,001~1,500명인 지역이 13,928,942원으로 가장 높았다.

각 수입 항목의 평균값이 인구규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 2000년과 2001년 모두 전년도 이월금과 진료수입, 총수입액의 평균만이 인구규모간에 통계적인 차이를 보였다.

수입증가율은 2000년에서 2001년 사이에 30.31%가 증가한 1,001~1,500명인 집단이 가장 높았던 것으로 나타났다. 인구규모별로는, 500명 이하의 수입 증가율 중 이월금의 증가율이 56.77%로 가장 높은 증가를 보인데 비해 후원금은 14.65%가 감소한 것으로 나타났다. 501~1,000명의 수입증가율은 이월금 증가율이 59.42%로 가장 높은 증가율을 보인데 비해 후원금은 18.21% 감소하였다. 인구규모가 1,001~1,500명인 곳은 기타수입의 증가율이 56.63%로 가장 큰 증가를 보인데 비해 후원금은 44.46%나 감소한 것으로 나타났다. 1,501명 이상인 곳에서는 기타수입이 129.35% 증가하여 가장 큰 증가율을 보인데 비해 후원금

은 19.27%가 감소한 것으로 드러났다.

인구규모간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입의 증가율을 비교해보았을 때, 1,001~1,500명인 곳이 30.31%가 증가하여 가장 높은 증가율을 나타냈다. 각 수입 항목의 증가율이 인구규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 인구규모집단은 없었다.

3) 45歲 以上 人口比率別 收入 現況 및 增加率

45세 이상의 인구 비율별로 수입 현황을 알아본 바 2000년에는 전체 인구의 25~50%를 차지하는 곳의 총수입의 평균이 30,738,391원으로 가장 높게 나타났다. 또한 2001년 총수입의 평균은 25~50%를 차지하는 곳의 총수입 평균이 39,910,980원으로 2000년과 마찬가지로 25~50%의 총수입 평균이 가장 높게 나타났다.

45세 이상 인구비율간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입을 비교해보았을 때, 가장 높은 액수를 보인 지역은 25~50%인 곳으로 2000년에는 72.7%인 20,943,254원, 2001년에는 71.0%인 24,625,896원이고, 액수가 가장 낮은 76~100%인 지역은 2000년에 71.7%인 16,567,308원, 2001년에 71.2%인 22,204,550원으로 나타났다. 각 수입 항목의 평균값이 45세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 유의미한 차이를 가지는 것으로 나타나는 수입항목은 없었다.

2000년에서 2001년 사이의 수입 증가율은 35.72%가 증가한 76~100% 집단의 수입 증가율이 가장 높았던 것으로 나타났다. 각 비율집단별로 살펴보았을 때, 45세 이상 인구비율이 25~50%인 집단의 수입 증가율 중 이월금의 증가율이 60.45%로 가장 높은 증가를 보인데 반해 후원금은 23.02%가 감소한 것으로 나타났다. 51~75% 집단의 수입증가율은 기타수입이 62.78%로 가장 높은데 비해 후원금은 26.76%가 감소한 것으로 드러났다. 76~100%인 곳은 이월금의 증

가율이 54.94%로 가장 큰 증가를 보인데 비해 후원금은 0.33%가 감소한 것으로 나타났다.

45세 이상 인구비율간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입의 증가율을 비교해보았을 때, 가장 높은 증가를 보인 지역은 76~100%인 곳으로 37.99%가 증가하였다. 각 수입 항목의 증가율이 45세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 집단은 없었다.

4) 65歳 以上 人口比率別 收入 現況 및 增加率

65세 이상의 인구비율별로 수입 현황을 알아본 바 16~30%인 집단의 2000년 총수입의 평균이 28,070,828원으로 가장 높게 나타났고 2001년도 2000년과 마찬가지로 16~30%인 곳이 34,327,046원으로 총수입 평균이 가장 높게 나타났다.

65세 이상 인구비율간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입비를 비교해보았을 때, 가장 높은 액수를 보인 지역은 0~15%인 곳으로 2000년에는 76.4%인 20,384,067원, 2001년에는 75.6%인 23,954,676원이고, 액수가 가장 낮은 31~100%인 지역은 2000년에 75.6%인 16,644,330원, 2001년에 73.7%인 20,665,441원으로 나타났다. 각 수입 항목의 평균값이 65세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 유의미한 차이를 가지는 것으로 나타나는 수입항목은 없었다.

수입 증가율은 2000년에서 2001년 사이에 16~30%인 집단이 26.60%가 증가하여 가장 높은 수입 증가율을 보였다. 각 비율집단별로 살펴보았을 때, 45세 이상 인구비율이 0~15%인 집단의 수입 증가율 중 이월금의 증가율이 67.17%로 가장 높는데 반해 후원금은 52.61%가 감소였고, 16~30% 집단의 수입증가율은 기타수입이 65.99%로 가장 높은 반면 후원금은 11.81%가 감소한 것으로 드러났다. 65세 이상 인구비율이 31~100%인 곳은 기타수입의 증가율이

67.96%로 가장 큰 증가를 보인 반면 후원금은 35.99%가 감소한 것으로 나타났다.

65세 이상 인구비율간 수입항목 중 가장 비중이 높은 진료수입의 증가율을 비교해보았을 때, 가장 높은 증가를 보인 지역은 16~30%인 곳으로 26.80%가 증가하였다. 각 수입 항목의 증가율이 65세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 집단은 없었다.

다. 總支出 分析

1) 地域特性別 支出 現況 및 增加率

지역특성별로 지출현황에 대하여 살펴본 결과 2000년에는 시의 총지출의 평균이 28,687,997원으로 가장 높게 나타났고 2001년도 시의 총지출 평균이 33,059,545원으로 가장 높게 나타났다. 지출 항목별로 살펴보면 2000년과 2001년 모두 운영비의 평균이 각각 11,745,048원(66.0%)과 13,893,887원(66.1%)으로 총지출에서 절대적인 부분을 차지하였다. 지역특성별로 살펴보았을 때에도, 2000년과 2001년 모두 모든 지역에서 운영비가 지출의 대부분을 차지하고 있었다.

지역간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보면, 2000년에 시 지역은 지출액의 64.5%를 차지하는 18,163,859원으로 가장 높았고, 2001년도 시 지역이 57.0%인 18,170,037원으로 가장 높게 나타났다.

각 지출 항목의 평균값이 지역특성별에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 2000년에는 운영비와 총지출액이 유의미한 차이를 가졌으나, 2001년에는 지역간에 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 지출항목이 없었다.

지출 증가율은 2000년에서 2001년 사이에 도서지역이 27.39%로 가장 높게 나타났다. 지출 항목별로 살펴보면 보건사업비 지출 증가율이 61.79%로 가장

높은 증가율을 보였다. 지역특성별로는 시 지역의 지출 증가율 중 기타지출의 증가율이 98.89%로 가장 높은 증가를 보였고, 도서지역의 지출증가율은 인건비 지출 증가율이 107.26%로 가장 높은 증가율을 보였다. 농촌지역은 보건사업비 지출의 증가율이 59.59%로 가장 큰 증가를 보였다.

각 지출 항목의 증가율이 지역특성에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 인건비 지출 증가율이 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가졌다.

2) 人口規模別 支出 現況 및 增加率

인구규모별 지출현황에 대하여 살펴본 결과 2000년 총지출의 평균은 1501명 이상이 24,177,034원으로 가장 높게 나타났다. 2001년도 2000년과 마찬가지로 1501명 이상이 27,227,118원으로 총지출 평균이 가장 높게 나타났다.

인구규모간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보았을 때, 2000년에 가장 높은 액수를 보인 지역은 1,001~1,500명인 곳으로 66.8%인 19,555,151원이었고, 2001년에 운영비가 가장 높은 지역은 1,501명 이상인 곳으로 58.4%인 15,511,903원이었다.

각 지출 항목의 평균값이 인구규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 2000년에는 인건비와 운영비, 보건사업비, 총지출액이 유의미한 차이를 가졌고, 2001년에는 인건비와 기타지출, 총지출액이 유의미한 차이를 가졌다.

2000년에서 2001년 사이의 인구규모별 지출증가율은 1,001~1,500명인 집단이 26.87%가 증가하여 가장 높은 증가율을 보였다. 인구규모별로는, 500명 이하의 지출 증가율 중 인건비 지출 증가율이 46.55%로 가장 높은 증가를 보인 반면 기타지출 증가율은 17.82%가 감소한 것으로 나타났다. 501~1,000명의 지출증가율은 기타지출 증가율이 69.37%로 가장 높은 증가율을 보였다. 인구규모가 1,001~1,500명인 곳은 보건사업비 지출의 증가율이 87.27%로 가장 큰 증가

를 보였고, 1,501명 이상인 곳은 인건비 지출의 증가율이 82.35%로 가장 높게 나타났다.

각 지출 항목의 평균값이 인구규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 총지출액의 평균만이 인구규모간에 통계적으로 차이를 보였다.

3) 45歲 以上 人口比率別 支出 現況 및 增加率

45세 이상의 인구비율에 대한 지출 현황을 알아본 바 2000년에는 76~100% 인 지역의 총지출 평균이 19,655,577원으로 가장 높았고, 2001년도 2000년과 마찬가지로 76~100%의 총지출 평균이 23,337,585원으로 가장 높게 나타났다.

인구비율간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보았을 때, 2000년에는 가장 높은 액수를 보인 지역은 25~50%인 곳으로 66.8%인 12,758,315원이었고, 2001년에 가장 높은 액수를 보인 지역 또한 25~50%인 곳으로 67.7%인 16,990,873원이었다. 각 지출 항목의 평균값이 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 2000년과 2001년 모두 인건비가 95% 신뢰도수준에서 유의미한 차이를 가지는 것으로 나타났다.

2000년에서 2001년 사이의 인구비율별 지출 증가율은 25~50% 비율인 집단의 지출 증가율이 25.13%고 가장 높게 나타났다. 각 비율집단별로 살펴보았을 때, 인구비율이 25~50%인 집단은 보건사업비 지출의 증가율이 77.17%로 가장 높은 증가를 보였고, 51~75% 집단은 기타지출이 58.57%로 가장 높았다. 인구비율이 76~100%인 곳은 보건사업비 지출의 증가율이 45.67%로 가장 큰 증가를 보였다.

인구비율간 지출증가율 중 운영비를 비교해보았을 때, 지출액이 가장 증가한 지역은 76~100%인 곳으로 30.80%가 늘어났다. 각 지출 항목의 증가율이 45세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를

가지는 집단은 없었다.

4) 65歳 以上 人口比率別 支出 現況 및 增加率

65세 이상의 인구 비율별 지출 현황을 알아본 바 2000년에는 0~15%를 차지하는 곳이 19,355,961원으로 가장 높았고, 2001년도 0~15%의 총지출 평균이 22,532,306원으로 가장 높게 나타났다.

65세 이상 인구비율간 지출항목 중 가장 비중이 높은 운영비를 비교해보았을 때, 가장 높은 액수를 보인 지역은 0~15%인 곳으로 2000년에는 67.7%인 13,537,220원, 2001년에는 79.4%인 22,313,583원이고, 액수가 가장 낮은 31~100%인 지역은 2000년에 66.3%인 10,240,193원, 2001년에 64.5%인 10,973,614원으로 나타났다.

각 지출 항목의 평균값이 65세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 2000년과 2001년 모두 95% 신뢰도 수준에서 유의미한 차이를 가지는 것으로 나타나는 지출항목은 없었다.

인구비율별 2000년에서 2001년 사이의 지출 증가율은 0~15%인 집단이 21.63%가 증가하여 가장 높게 나타났다.

각 비율집단별로 살펴보았을 때, 인구비율이 0~15%인 집단의 지출 증가율 중 기타지출의 증가율이 72.95%로 가장 높았고, 16~30% 집단의 지출증가율은 보건사업비 지출의 증가율이 70.98%로 가장 높았다. 인구비율이 31~100%인 곳은 기타지출의 증가율이 55.75%로 가장 큰 증가를 보였다. 인구비율간 지출 증가율 중 운영비를 비교해보았을 때, 지출액이 가장 증가한 지역은 0~15%인 곳으로 34.20%가 늘어났다.

각 지출 항목의 증가율이 65세 이상 인구비율에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 가지는가에 대하여 살펴보았을 때, 95% 신뢰도수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 집단은 없었다.

라. 收支差 分析

1) 地域特性格 收支差

수지차란 수입액에서 지출액을 감한 값으로 2000년과 2001년의 전체 수지차는 다음과 같다. 2000년의 수지차는 8,808,229원이고 2001년의 수지차는 12,101,538원으로 2001년의 수지차가 더 큰 것으로 나타났다.

각 지역내의 연도별로 비교하였을 때, 모든 지역에 걸쳐 2000년보다 2001년의 수지차가 더 크게 나타났다. 지역간 비교하면 2000년과 2001년 모두 시 지역의 수지차가 가장 컸고, 도서지역의 수지차가 가장 작았다. 또한 95% 신뢰도 수준에서 2000년과 2001년 수지차 모두 지역간에 차이를 나타내었다.

2) 人口規模別 收支差

각 인구규모내의 연도별로 비교하였을 때, 모든 인구규모에 걸쳐 2000년보다 2001년의 수지차가 더 컸다. 인구규모간 비교하면 2000년과 2001년 모두 1,001~1,500명 집단의 수지차가 가장 컸고, 500명 이하 집단의 수지차가 가장 작았다. 또한 각 연도의 수지차는 모두 95% 신뢰도수준에서 인구규모간에 차이를 나타내었다.

3) 45歲 以上 人口比率別 收支差

각 인구비율내의 연도별로 비교하였을 때, 모든 인구비율에 걸쳐 2000년보다 2001년의 수지차가 더 컸다. 인구비율간 비교하면 2000년과 2001년 모두 25~50% 집단의 수지차가 가장 컸고, 76~100% 집단의 수지차가 가장 작은 것으로 나타났다. 또한 95% 신뢰도수준에서 2000년 수지차만이 인구비율간에 차이를 나타내었다.

4) 65歲 以上 人口比率別 收支差

각 인구비율내의 연도별로 비교하였을 때, 모든 인구비율에 걸쳐 2000년보다 2001년의 수지차가 더 컸다. 인구비율간 비교하면 2000년 수지차는 16~30%

집단이 가장 크고, 31~100% 집단이 가장 작은 것으로 나타났다. 2001년 수지차는 16~30% 집단이 가장 큰 반면 0~15% 집단이 가장 작은 것으로 나타났다. 또한 95% 신뢰도수준에서 2000년과 2001년 모두 인구비율간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다.

마. 收入·支出 決定要因 分析

다른 독립변수들의 영향을 통제한 상태에서 개별 독립변수와 보건진료소 총수입간의 관계를 살펴보기 위해서 개별독립변수들을 종속변수인 보건진료소 수입에 집단으로 회귀시켰다. 이를 위해 사용된 방법은 다중 회귀분석(multiple linear regression)이며 각 독립변수들이 보건진료소 수입에 미치는 효과를 산출하여 결과를 제시하였다.

보건진료소 총수입과 지출, 수지차 결정요인 모델에는 인구학적 변수와 사회경제적 변수를 포함하였다. 인구학적인 변수는 연령, 결혼상태, 관할 인구수, 45세 이상 비율, 65세 이상 비율, 지역이며, 사회경제적인 변수는 근무경력이다.

1) 收入決定要因 分析

2000년 보건진료소 총수입 결정요인 모델의 R값은 0.413이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 총수입 결정요인 모델이 적절한 것으로 나타났다.

2000년 보건진료소 총수입에 영향을 미치는 요인은 관할 인구수와 지역이었다. 이 중 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 수입에 대해 통계적으로 유의하였다. 보건진료소의 수입에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인에 대하여 다음과 같이 간략하게 정리할 수 있다. 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 수입이 높아졌고, 지역의 경우 도시의 보건진료소 수입이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 높았다.

2001년 보건진료소 총수입 결정요인 모델의 R값은 0.420이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 총수입 결정요인 모델이 적정한 것으로 나타났다.

2001년 보건진료소 총수입에 영향을 미치는 요인은 관할 인구수와 지역이었다. 이 중 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 수입에 대해 통계적으로 유의하였다. 보건진료소의 수입에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인에 대하여 다음과 같이 간략하게 정리할 수 있다. 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 수입이 높아졌고, 지역의 경우 도시의 보건진료소 수입이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 높았다.

2) 支出決定要因 分析

2000년 보건진료소 총지출 결정요인 모델의 R값은 0.405이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 총지출 결정요인 모델이 적정한 것으로 나타났다.

2000년 보건진료소 총지출에 영향을 미치는 요인은 관할 인구수와 지역이었다. 이 중 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 지출에 대해 통계적으로 유의하였다. 보건진료소의 지출에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인에 대하여 다음과 같이 간략하게 정리할 수 있다. 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 지출이 많아졌고, 지역의 경우 도시의 보건진료소 지출이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 많았다.

2001년 보건진료소 총지출 결정요인 모델의 R값은 0.411이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 총지출 결정요인 모델이 적정한 것으로 나타났다.

2001년 보건진료소 총지출에 영향을 미치는 요인은 관할 인구수와 지역이었

다. 이 중 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도시와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 지출에 대해 통계적으로 유의하였다. 보건진료소의 지출에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인에 대하여 다음과 같이 간략하게 정리할 수 있다. 관할 인구수가 많을수록 보건진료소 지출이 많아졌고, 지역의 경우 도시의 보건진료소 지출이 농촌에 비해 통계적으로 유의하게 많았다.

3) 收支差 決定要因 分析

2000년 보건진료소 수지차 결정요인 모델의 R값은 0.347이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 수지차 결정요인 모델이 적정한 것으로 나타났다.

2000년 보건진료소 수지차에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인은 연령, 결혼상태, 근무경력, 관할인구수, 45세 이상 인구수, 65세 이상 인구수, 지역 중에는 없는 것으로 나타났다.

2001년 보건진료소 수지차 결정요인 모델의 R값은 0.315이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 수지차 결정요인 모델이 적정한 것으로 나타났다.

2001년 보건진료소 수지차에 영향을 미치는 요인은 지역이었다. 지역은 농촌을 기준변수로 하여 도시와 도서, 농촌으로 구분하였는데 도서와 농촌의 구분에 따라 보건진료소 수지차에 대해 통계적으로 유의하였다. 즉, 농촌지역이 도서지역보다 보건진료소 수지차가 높은 것으로 나타났다.

第 5 章 保健診療所 豫算會計制度의 問題點과 改善方案

第 1 節 保健診療所 豫算會計制度의 現況과 問題點

1. 保健診療所의 財政運營 現況과 問題點

가. 意義 및 根據

재정이란 일반적으로 정부의 수입 및 지출활동을 일컫는 것으로, 정부의 수입은 주로 조세, 국공채발행, 정부 보유재산의 매각, 수수료 및 각종 벌과금 등을 통해 발생하고, 지출은 국방, 외교, 치안 등 국가유지를 위한 기본적인 역할, 경제성장을 위한 기반조성, 사회복지확충 등 필요한 부문을 위해 발생된다. 이와 같은 재정의 개념을 보건진료소의 경우에 적용시켜보면, 수입활동은 주로 농특법 제25조에 의한 진료비와 농특법 제22조의 국가로부터 받는 일부 보조금 및 보건진료소관리운영규정 제3조에 의한 지방자치단체의 지원금이 있으며, 지출활동은 주로 시설관리에 필요한 비용과 운영에 필요한 비용으로 대별할 수 있다.

이하에서는 이러한 수입 및 지출활동의 세부내역을 살펴보고, 이에 대한 개선방안을 살펴본다. 한편, 정부나 지방자치단체의 재정운영이 예산 및 결산 관련 제 규정과 혼합되어 있는 것처럼, 보건진료소의 재정운영 또한 예산 및 결산활동과 연계되었다는 점을 고려하여 보건진료소의 예산 및 결산활동을 살펴보고 관리회계측면에서 변화의 필요성을 언급하고자 한다.

나. 收入 및 支出活動

1) 收入活動

앞서 언급한 바와 같이 보건진료소의 수입활동은 보건진료소 이용자가 지불한 본인부담비와 의료보험관리공단으로부터 받는 진료비 수입이 주류를 이룬다. 수입 항목별로 살펴보면 2000년과 2001년 모두 전체 진료수입이 각각 74.0%인 19,012,696원과 73.4%인 23,151,292원으로 총수입에서 가장 큰 비율을 차지하였다. 지역특성별로도 시와 농촌, 도서지역 모두 진료수입이 수입항목 중 가장 높은 액수이며 수입의 대부분을 차지하였다.

한편, 지방자치단체는 관할 보건진료소의 원활한 운영을 위하여 시설관리와 운영에 필요한 예산을 지원하게 되고, 국가 및 도는 시·군에 대하여 보건진료소의 설치비와 부대비의 일부를 보조하게 되는데 국가보조금은 그 한도가 설치비와 부대비의 2/3까지이고, 도비보조금은 설치비와 부대비의 1/3까지이다.

보건진료소의 주요 수입원은 진료비에 의한 비중이 거의 대부분을 차지하고 있으며, 이와 같이 재정수입면에서 상당히 독자적인 재정기반을 가지고 있다는 사실은 정부나 지방자치단체로부터 독립적인 재정운영이 가능하다는 것을 시사해 준다.

2) 支出活動

보건진료소의 지출활동은 진료활동을 위한 운영비가 주류를 이룬다. 우선 운영비의 발생원인을 보면, 의약품구입비 및 의료장비구입비, 보건사업비, 비품구입비, 시설유지비, 차량비, 난방비, 수수료 및 공공요금 등이 있다. 그 외 인건비의 발생원인인 인력면에서 보면, 보건진료소운영협의회, 필요시 둘 수 있는 업무보조원 그리고 자원봉사자로서 마을건강원이 있다. 따라서 인건비와 관련하여 업무보조원의 인건비, 보건진료원의 교육비(직무교육수

당, 보수교육수당)·출장비·활동장려금, 운영협의회 활동수당, 회의수당, 마을건강원의 교육비등이 있다.

이상과 같은 지출활동을 항목별로 살펴보면 2000년과 2001년 모두 운영비의 평균이 각각 11,745,048원(66.0%)과 13,893,887원(66.1%)으로 총지출에서 절대적인 부분을 차지하였다. 지역특성별로 살펴보았을 때에도, 2000년과 2001년 모두 모든 지역에서 운영비가 지출의 대부분을 차지하고 있었다.

이러한 지출활동은 보건진료업무와 직접적으로 관련 있는 비용들로 구성되는데 점에서 독자적인 수입활동에 대응한 지출활동을 해당 지방자치단체와 독립한 재정운영의 틀 안에서 가능하게 하는 기반을 제공해 준다고 할 수 있다.

다. 豫算 및 決算活動

1) 豫算 및 決算의 意義

예산(budgeting)은 한정된 자원을 배분하고자 하는 의사결정과정이며 조직의 목표달성을 위한 계획을 수치로 표시한 것이다. 즉, 예산이란 조직이 성취하려는 임무를 효과적이고 효율적으로 수행하는데 필요한 자금을 조달하고 사용하는 데에 관한 의사결정과정이라고 볼 수 있다. 이러한 예산활동을 통해서 공공회계는 합법성과 투명성, 효율성과 책임성의 원칙을 실현할 수 있다.

한편, 결산이란 어느 조직의 한 회계연도 내의 수입과 지출의 실적을 확정적 계수로서 표현하는 행위이다. 일반적으로 예산이 그 조직에 대한 사전적 통제인데 비해 결산은 사후 통제 수단이다. 따라서 결산은 예산과 함께 해당조직에 대한 중요한 재정적 통제 수단이 된다. 결산검사를 통해 그 심사 결과의 감사 활용과 익년도 예산에의 반영이 가능하므로 미래의 재정계획의 수립과 예산 편성에 대한 유효 적절한 수단으로 활용될 수 있다.

2) 保健診療所의 豫算過程

보건진료소 운영협의회는 회계연도 개시 30일 전까지 예산안을 편성하여, 협의회의장이 시장·군수 등에게 예산안 승인신청을 하게 된다. 시장·군수가 협의회의 의장에게 예산안에 대해 승인통보를 하게 되면, 예산의 범위내에서 집행하게 되는데, 집행과정에서 보건진료원이 회계담당자로, 운영협회의장이 회계책임자로 기능한다.

보건진료소의 예산과정은 보건소관리운영규정상의 예산서의 형식으로 성립하며, 예산이 성립하지 않는 경우에는 업무보조원의 보수와 업무활동에 필요한 기본경비, 의약품구입비, 시설유지비 등 필수 불가결한 예산을 전년도에 준하여 집행할 수 있다. 보건진료소운영협회의장은 불가피할 경우에 운영협회의회의결로서 예산의 목간금액을 전용할 수 있다.

예측할 수 없는 예산외의 지출에 충당하기 위하여 예비비를 계상할 수 있으며, 예비비를 사용하고자 하는 경우에는 미리 그 이유 및 금액을 명시한 조서를 작성하여 운영협회의의 의결을 거쳐 시장·군수 등의 승인을 얻어야 한다.

이상과 같은 사실에서 볼 때, 우리는 보건진료소의 예산이 자치단체의 예산과는 독립된 예산편성, 예산전용, 예산집행 등의 업무를 행하며, 이는 민간단체인 ‘보건진료소운영협회’에서 맡아서 하고 있다는 것을 한눈으로 알 수 있다. 이는 결국 해당지역내의 주민건강증진이라는 보건진료소 조직의 특수성을 감안하기 때문이며, 일반지방자치단체의 하부 행정조직과는 다른 측면에서 고찰해 볼 필요가 있음을 시사해 준다.

3) 保健診療所의 決算過程

보건진료소의 결산은 당해연도 운영성과와 재정상태를 명확히 파악할 수 있도록 매 회계연도말을 기준으로 실시하고 회계연도 종료 후 30일이내에 보건진료소운영협회의의 결산결과를 시장·군수 등에게 제출하여야 한다. 결산결과

이익잉여금은 다음 회계연도의 세입으로 편성한다. 이러한 결산절차는 장부의 마감, 갱신 및 이월과 동시에 이루어진다.

위와 같은 보건진료소의 결산절차는 일반지방자치단체의 결산절차와 비교하면, 결산을 위한 별도의 전문적인 감사위원이 없고 지방의회와 같은 결산을 심의하는 기관이 없다는 점에서 다르다. 이는 보건진료소의 예산 및 결산업무가 비교적 단순하고 해당지역주민으로 구성된 운영협의회가 행한다는 점에서 보건진료소 재정운영의 자율성을 보장하는 취지로 보인다. 그러나 재정운영의 투명성과 신뢰성을 제고한다는 차원에서 최소한 독립된 외부의 감사인이 예산집행의 타당성 및 정당성을 검토하는 절차가 필요하다고 본다.

라. 財政運用面에서의 問題點

1) 法的根據의 未備點

현행 보건진료소 재정운영에 관한 규정은 근거법인 농특법에 의거하여 보건복지부훈령인 “보건진료소관리운영규정”에서 주로 다루어지고 있다. 그러나 근거법인 농특법 제15조 3항은 보건진료소 설치기준에 관한 사항만을 언급하고 있을 뿐, 구체적인 보건진료소 관리운영에 대해서는 훈령인 등 규정에서 정하고 있다. 이러한 입법적 미비는 결국 보건진료소의 재정운영을 훈령인 “보건진료소관리운영규정”을 따를 것인지 아니면 일부의 주장대로 지방자치단체에 관한 일반 재무규정인 지방재정법에 따를 것인지에 대한 혼란을 야기할 수 있다.

2) 財政收入의 不足

보건진료소는 의료취약지역내 주민의 건강증진을 위한 일차적인 보건의료조직에서 벗어나 해당지역내 포괄적인 보건의료조직으로서 지역사회가 갖고 있는 건강문제를 사정하여 보건진료원의 역할 범위에 해당되는 일차진료, 모자보건, 지역사회보건 전반에 걸쳐 직접적인 서비스를 제공하는 역할을 제대로 수행해

야 한다. 그러나 이는 현재의 단순한 진료수입만으로는 부족하다. 따라서 미래의 복지국가건설을 위한 기초작업이라는 인식 하에 정부의 적극적인 지원이 요구된다.

2. 保健診療所의 財務會計의 現況과 問題點

가. 意義 및 根據

보건진료소 재무회계제도는 보건진료소관리운영규정상의 독립채산성의 원칙에 의해 일반회계로부터 독립해서 자주적인 경영체로서 보건진료소를 운영하여 나가도록 하고 있다. 독립채산제는 재정상의 자율성과 재정의존의 탈피, 수지적합의 원칙, 자기조달의 원칙, 이익금 자기처분의 원칙 등을 그 요소로 한다. 이런 독립채산성의 원칙에 대한 통제 방식으로 보건진료소 관리운영규정과 동 규정의 예산서의 “예”로서(품목별 예산과목(관·항·목)) 국가 보건사업 즉, 보건진료소 사업의 지출대상을 품목별로 분류하여 그 한계를 규정하여 통제하고 있으며, 회계절차를 규정하고 있기도 하다.

기본적으로 농특법 제15조는 보건진료소의 설치 및 운영에 관하여 규정하고 있고, 이러한 운영과 관련하여 보건진료소관리운영규정(보건복지부 훈령)제15조는 자산과 회계에 관하여는 동 규정 및 보건진료소운영협의회에관한조례에 의해 구체적으로 정할 수 있게 하고 있으며, 이러한 동 규정 및 조례에 명시되지 않은 사항은 지방자치단체재무회계규칙을 준용하도록 하고 있다.

나. 會計의 흐름

1) 帳簿組織

보건진료소관리운영규정에 의하면, 보건진료소는 기본적인 회계장부로 매일

매일의 현금변동상황을 기록·유지하는 현금출납부와 수입 및 지출활동에 관한 내역을 한눈에 보여주는 보조장부인 수입 보조부와 지출 보조부의 3가지로 구성된다.

이는 전통적으로 공공회계에서 볼 수 있는 형태로 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록한다. 이 방법은 실무상 간편하며, 회계처리가 쉽기 때문에 전통적으로 선호되어 왔다.

2) 會計의 原則

보건진료소의 회계원칙을 살펴보면, 비용을 발생사실에 의해 인식·계상하고, 수익은 발생사실에 의해 인식하고 실현사실에 의해 계상하며, 자산가액은 특별한 경우를 제외하고는 취득가액에 의하도록 하고 있다.

앞서 말한바와 같이 이러한 회계원칙은 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록하기 때문에 영리조직에서 채택하고 있는 발생주의 회계인식과 복식부기방법과 비교해 볼 때 수익비용대응원칙의 부재, 고정자산회계나 감가상각회계의 부재 등 다양한 문제점이 발생할 수 있다.

3) 會計記錄 및 維持

현금출납부는 매일 매일의 현금변동상황을 기록하여 이를 일계표형식으로 마감한 후, 수입활동과 지출활동으로 구분하여 이를 각각 수입보조부와 지출보조부에 기록한다.

수입보조부는 매일 결산되는 현금수입활동을 기록하여 매월말에 결산하며, 지출보조부 역시 매일 결산되는 현금지출활동을 기록한 후, 매월말에 결산하게 된다. 매월말에 마감되는 수입보조부 및 지출보조부는 관계장부인 현금출납부와 대사·확인을 통해 그 정확성을 검증한다.

한편, 이러한 장부는 매 회계연도별로 결산 확정시에 폐쇄하여 차기에 사용할 수 없으며, 장부의 갱신은 특별한 경우를 제외하고는 연도초에만 하도록 하고 있다. 이는 회계의 연속성보다는 회계의 안정성을 높이고 및 부정사용가능을 사전에 차단하려는 취지 하에 도입된 것으로 보인다.

다. 會計責任 및 統制

1) 會計責任

보건진료소는 회계에 관한 독립의 업무를 담당하게 하기 위하여 회계책임자와 회계담당자를 분리하고 있다. 회계책임자는 보건진료소운영협의회의장이, 회계담당자는 보건진료원이 담당하고 있다.

즉, 일차적인 회계책임자는 운영협의회의장고 보건진료원이다. 이는 지역주민으로 구성된 운영협의회가 해당지역내의 보건진료소 회계에 관하여 참여하도록 함으로써 민주적 절차에 의한 투명하고 공정한 회계기록을 유지하고 관리하려는 목적으로 볼 수 있다.

2) 會計 統制

보건진료원은 매월의 보건진료소 운영상황을 다음달 15일까지 법정의 서식에 의하여 관할군수에게 보고해야하고, 이를 보고 받은 군수는 반기마다 도지사를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. 여기서 운영상황은 보건진료활동내역과 같은 고유업무뿐만 아니라 보건진료소 회계에 관한 내역을 포함하고 있다. 즉, 보건진료소를 설치·운영하는 지방자치단체의 장은 상기의 운영상황보고를 받음으로써 일차적으로 보건진료소의 회계에 관한 통제권을 가지는 것으로 지방자치단체는 관할 보건소의 원활한 운영을 위하여 시설관리 및 운영에 필요한 예산을 지원함으로써 이에 대응하여 회계에 대한 통제권을 주는 것으로 보인다.

이외에도 보건복지부장관에게도 보건진료소 회계에 관하여 간접적인 통제권을 부여하는 이유는 국가가 보건진료소의 재정운영에 관하여 일부 보조비를 줄 수 있고, 조세관계법령에 의한 세제상의 지원을 주는 것과 대응하여 인정된 것으로 보인다.

한편, 보건진료소운영협의회는 보건진료소회계책임자이지만, 다른 한편으로는 보건진료소 회계담당자인 보건진료원에 대한 직접적인 통제권자가 될 수도 있다. 이외에도 동 운영협의회는 농특법 21조 2항에 규정된 보건진료소의 운영에 관한 건의 등을 통해 보건진료소의 전반적인 회계시스템에 대한 제언도 가능하다.

한편, 회계관계직원은 “회계관계직원등의책임에관한법률”의 정하는 바에 따라 그 책임을 지며, 이외에도 각 해당지역내의 보건진료소운영협회에관한조례 및 지방자치단체재무회계에관한규칙에 의해 그 구체적인 회계책임이 발생할 수 있다.

라. 會計方式上的 問題點

1) 會計記錄 側面에서의 問題點

현행 보건진료소의 회계기록시스템은 보건진료원이 회계담당자로서 회계기록을 유지·관리하고, 운영협회의 장이 회계책임자로서 감독기능을 수행한다. 그러나 진료업무가 고유업무인 보건진료원이 관련 회계기록을 유지·관리하는 것은 회계업무를 소홀히 할 수 있다는 점 외에도 단순한 수입·지출관리 외에는 효율적인 회계관리가 불가능하다는 문제가 있다.

또한, 보건진료소의 재무회계방식은 일반적인 공공회계와 마찬가지로 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록하기 때문에 다음과 같은 문제

점이 발생할 수 있다.

첫째, 고정자산의 취득, 감가상각회계 등을 적용할 수 없다. 즉, 이 방법에서는 현금으로 지출하여 자산을 취득하더라도 이를 지출로 처리하여 버리기 때문에 당해 자산은 부외자산으로 관리될 뿐이다. 이에 따라 당해 조직의 고정자산 가액이 얼마인지 알 수 없을 뿐만 아니라, 당해 고정자산에 대한 감가상각을 실시하지 않기 때문에 고정자산을 활용하여 제공한 서비스의 원가를 계산할 수 없으므로 합리적인 경영관리를 기하기 어렵다.

둘째, 채권, 채무의 파악을 할 수 없기 때문에 실질적인 재무상태를 알 수 없다.

셋째, 복식부기에서와 같이 거래의 이중성을 바탕으로 한 회계기록을 할 수 없기 때문에 대차평균원리에 의한 자기검증기능이 없으며, 결과적으로 회계의 투명성과 공정성의 관점에서 문제가 발생할 수 있다.

2) 會計統制側面에서 問題點

현재 보건진료소의 재무회계에 관한 규정은 보건진료소관리운영규정과 보건진료소운영협의회에 관한 조례가 있으며, 상기규정에 명시되지 않은 사항은 지방자치단체재무회계규칙을 준용하도록 하고 있다. 보건진료소관리운영규정이 보건진료에 관한 일반적이고 통일적인 규정인 반면, 각 운영협회의 조례나 지방자치단체회계규칙은 해당지역의 사정에 따라 달라질 수 있다.

재무회계에 관한 규정을 일반적으로 인정된 회계원칙에 따라 운영하는 것은 국제적인 추세이며, 이는 곧 회계의 영속성, 예측가능성 및 기간비교가능성을 높여 회계의 투명성 및 공정성을 높이는 결과를 가져오므로 가급적 통일적이고 일관된 회계기준을 갖는 것이 무엇보다도 중요하다고 볼 수 있다.

이러한 회계통제구조의 이원화 외에도 회계통제권자의 이원화에 대한 개선이 요구되고 있다.

第 2 節 保健診療所 豫算會計의 改善方案

1. 基本原則

가. 國家的인 保健醫療事業

보건진료소는 농특법상 의료취약지역내에서 해당지역주민에 대한 보건의료를 행하기 위해 설치된 지역의료보건조직이다. 농특법 제15조는 이러한 보건의료 조직을 해당지역을 관할하는 군수·시장으로 하여금 설치·운영하도록 하고 있는데, 이는 해당지역 사정을 가장 잘 아는 지방자치단체의 장으로 하여금 보건 의료조직설치의 필요성이 있는 경우에 의무적으로 설치·운영하도록 하고 있는 것이다.

즉, 보건진료소의 설치는 단순히 해당지역의 주민복지증진이라는 자치사무를 넘어서 복지국가의 건설이라는 미래국가의 지상과제를 실현하기 위한 기초작업으로 인식되어가고 있다. 따라서 비록 설치·운영 및 지도·감독기능이 일차적으로 해당 지방자치단체장에게 있다고 해도 이는 관리운영의 편의성을 위해 주어진 것이지, 이것이 바로 현행 보건진료소의 업무의 성격을 구분짓는 것은 아니다.

이는 앞서 언급한 바와 같이 보건진료소의 재정운영이 상당히 독립적이라는 점, 보건진료소의 예산 및 결산업무를 해당지역주민으로 구성된 운영협의회를 통해 민주적으로 행한다는 점에서도 다른 자치단체 업무와는 성격이 다르다는 것을 알 수 있다.

즉, 보건진료소업무는 농특법에서 보건진료소를 규정한 전반적 취지, 농특법 시행규칙 제28조에서 보건진료소 운영상황보고라인(보건진료원→군수→보건복지부장관), 현행 보건진료소 업무의 특수성, 수입 및 지출활동의 독자성을 살펴 볼 때 보건진료업무는 지방자치법 제9조의 자치업무보다는 국가적인 사무에 가깝다고 볼 수 있다. 결국, 보건진료소 사업은 일반 지방자치단체업무와는 별도로

로 의료취약지역내 주민의 보건향상을 위한 필수 불가결한 국가정책업무라고 파악할 때, 전국적이고 통일적인 기준에 의한 업무처리가 필요한 분야라고 할 수 있다.

이러한 국가적인 보건의료사업으로서 보건진료소의 향후 역할과 기능은 지역의 특성에 따라 다소 차이가 있지만, 기본적인 방향은 건강증진 및 질병예방이 주요 기능이 될 것이며 지역사회중심의 재활 및 복지서비스가 새롭게 개발되어야 한다.

나. 保健診療所 運營의 自律性 確保

보건진료소의 설치·운영 및 관리·감독권한이 해당 지방자치단체장에게 있다는 이유로 일반 지방자치단체와 동일시하려는 견해가 있으며, 이에 따라 재정 운용방식 또한 일반 지방자치단체의 회계방식에 따라야 한다는 주장이 제기되고 있는 실정이다.

보건진료소 예산회계방식을 현재의 보건진료소관리운영규정에 근거한 독립채산제방식이 아닌 일반 지방자치단체와 마찬가지로 일반회계방식이나 수입대체 경비 방식으로 운영하는 경우에는 다음과 같은 문제가 발생 가능하다. 즉, 해당 지역주민의 건강문제나 보건의료문제에 따라 예산편성 및 집행이 이루어지기 힘들고, 보건진료소가 안고 있는 지역적 특성, 공공성 및 자율성이 발휘될 여지가 적어지며, 자치단체장 및 지방의회의 정책이나 인식에 따라 예산이 편성될 수 있기 때문에 안정적이고 지속 가능한 보건진료활동이 위협받을 수 있다.

그러나 보건진료소의 역할과 기능을 적절히 수행하기 위해서 보건진료소는 해당지역주민의 건강문제나 보건의료문제에 따라 예산편성 및 집행이 이루어져야 하며, 보건진료소가 안고 있는 지역적 특성, 공공성 및 자율성을 발휘할 수 있도록 해야하며, 안정적이고 지속 가능한 보건진료활동이 이루어지도록 보건진료소 운영의 자율성이 확보되어야 한다. 따라서 보건진료소의 지역별 특성에

관계없이 현행 보건진료소의 재정운용방안인 독립채산제도를 유지하는 측면에서 재정운영 및 회계방식상의 개선안을 살펴보고자 한다.

2. 財政運用의 改善

가. 法律的인 補完

현행 보건진료소 재정운용에 관한 규정은 근거법인 농특법에 의거하여 보건복지부훈령인 “보건진료소관리운영규정”에서 주로 다루어지고 있다. 그러나 근거법인 농특법 제15조 3항은 보건진료소 설치기준에 관한 사항만을 언급하고 있을 뿐, 구체적인 보건진료소 관리운영에 대해서는 훈령인 동 규정에서 정하고 있다. 이러한 입법적 미비에 대해 일부에서는 보건진료소의 재무회계에 관한 사항은 지방재정법에 따라야 한다고 주장하고 있는 것으로 알려져 있다.

그러나 현행 보건진료소의 관리운영에 관한 구체적인 사항을 기존의 보건복지부훈령으로 하는 것은 보건진료소 재정운영의 투명성과 공정성을 담보하기에 부족하며, 다른 한편 위헌의 주장이 제기될 수 있다. 이러한 문제를 해결하기 위한 방안으로는 2가지 정도를 고려할 수 있다. 그 중 첫 번째 방안으로는, 제 15조3항을 보건진료소의 설치기준 및 관리운영 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다고 하여 현재 보건진료소관리운영규정을 시행규칙에 포함시키는 방안이다. 두 번째는 현재의 보건진료소관리운영규정을 형식적으로는 훈령으로 유지한 채 그 법규 명령성을 확보하는 방법으로는 제15조4항을 신설하여 「보건진료소의 관리 및 재정운영 등에 관한 사항은 보건복지부장관이 정한다」라고 하면 위의 훈령이 대법원 판례가 인정하는 법률보충규칙으로 인정받을 수 있을 것으로 사료된다.

나. 財政運營의 擴充

앞서 언급한바와 같이, 현행 보건진료소는 단순한 일차진료(Primary medical care)를 뛰어넘어 개인, 가족 및 지역사회를 위하여 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 포괄적인 보건의료를 제공함과 동시에, 지역주민의 건강을 보장하기 위하여 지역사회를 조직하고 개발하여 각종 보건의료활동에 주민이 적극적으로 참여할 수 있도록 지역사회의 개발 역할을 적극 수행하는 것으로 그 기능이 변화되었다.

이와 같은 기능변화에 효율적으로 대응하기 위해서는 재정활동에 있어서 변화가 요구된다. 그러나 도서지역 보건진료소를 비롯한 일부 취약 보건진료소의 경우, 기존의 자체진료수입만으로는 이러한 변화된 기능에 적극적으로 대처할 수 없다. 따라서, 중앙정부는 이러한 취약 보건진료소에 복지국가 건설이라는 큰 틀에서 해당주민의 복지를 적극적으로 증진시킬 수 있도록 관련예산을 최대한 반영하여 보건진료소 수입활동에 있어 획기적인 개선을 기하여야 할 것이다.

3. 會計方式의 改善

가. 會計記錄 시스템의 改善

현재의 보건진료원의 진료업무, 예방, 보건교육 및 관리업무 하에서는 효율적인 회계기록시스템을 유지하기 힘들다. 따라서 보건진료원은 고유업무인 진료업무에 충실하도록 하고, 관리업무 특히 회계기록의 유지·관리업무에 대해 현재 보건진료소관리운영규정상에서 임의적으로 둘 수 있는 업무보조원을 필요적으로 두게 해야한다. 또한, 업무보조원에게 전문적인 회계관리교육 등을 이수하게 하여 회계의 전문성을 배양해야하며, 운영협의회는 이러한 업무보조원의 회계업무를 효과적으로 통제할 수 있는 장치를 마련하는 한편, 최소한 수년에 한

번씩은 외부의 감사인의 점검을 통해 회계기록의 투명성을 검증 받아야 한다.

나. 發生主義 會計의 漸進的 導入

회계기록의 전문적인 유지·관리를 통해 발생주의 회계를 점진적으로 도입할 수 있다. 이러한 발생주의 회계는 정확한 수익·비용의 대응을 가능케 하며, 감가상각회계를 채택할 수 있는 여지를 두게 되어 현재 보건진료소가 보유하고 있는 고정자산을 활용하여 제공한 서비스의 원가를 계산할 수 있게 됨으로써 합리적인 경영관리를 기할 수 있게 된다. 이러한 발생주의 회계를 점진적으로 도입하기 위해서는 현행 보건진료원이 행하는 업무가 진료업무와 관리업무로 나누고, 고유업무인 진료업무의 영역을 단순한 일차진료를 넘어서 포괄적인 건강복지업무로 그 영역을 확장하고, 관리업무를 전담할 인력을 추가로 배치하여 보건진료업무의 내실화와 효율성을 증가시켜야 할 것이다.

다. 複式簿記 시스템의 採擇

한편, 보건진료소는 현금출납부, 수입보조부, 지출보조부에 의해 수입항목과 지출항목을 구분하여 단식부기의 형태로 기록하고 있다. 신뢰성과 객관성의 회계기본원칙이 유지되기 위해서는 회계기록의 검증수단이 회계절차상 또는 정부조직상 갖추어져야 한다. 각종 장부간에 계산상 하등의 유기적인 관련성이 없이 각각 독립적인 입장에서 단식으로 기록들이 행하여지는 현행 보건진료소회계에서는 이와 같은 장부조직상의 계수적인 자기검증수단이 없다. 따라서 보건진료소 재무회계에 복식부기 시스템의 도입을 고려할 필요가 있다.

라. 會計統制 側面에서의 變化

첫째, 관련법상 다원화 되어있는 통제구조의 개선이 요구된다. 보건진료소의

회계에 관한 규정은 크게 보아 보건진료소관리운영규정 및 해당보건진료소운영협회의 조례와 지방자치단체 재무회계규칙으로 대별된다. 즉, 보건복지부훈령인 보건진료소관리운영규정은 보건진료소를 하나의 전국적인 조직으로 파악하여 일관되고 지속적인 관점에서 보건진료소회계의 투명성과 예측가능성을 제고하는데 반해, 동 운영협회의 조례는 각 해당지역의 실정에 맞게 보건진료소회계에 관하여 탄력성을 부여한다. 한편, 지방자치단체재무회계규칙은 해당지역 내의 일반 행정조직을 염두에 두고 그에 맞는 회계규칙을 정함으로서 앞서의 보건관리소운영규정이나 동 조례와는 성격을 달리 할 수 있다.

보건진료소가 그 재정운용의 특색면에서 지역성과 더불어 공공성·자율성을 갖는 조직이라고 볼 때 일반행정조직을 규율하기 위해 제정된 지방자치단체 재무회계규칙을 공백규정에 무차별적으로 적용하는 것은 다시 한번 재고가 요구된다고 볼 수 있다.

둘째, 통제권자의 이원화에 대한 개선이 요구된다. 일차적으로 보건진료소를 설치·운영하는 지방자치단체의 장이 당해 보건진료소의 모든 운영상황에 관하여 관리 및 통제권을 가지는 한편, 보건복지부장관도 동 운영상황에 대한 보고를 받음으로서 간접적인 통제권을 가진다고 볼 수 있다. 앞서 언급한바와 같이 자금지원이나 세제지원 등이 국가와 각 지방자치단체를 통해 이루어진다고 볼 때, 이러한 이원적인 구조는 일면 타당성을 가질 수 있으나, 보건진료소재정운용의 특수성을 감안할 때 최소한 일반지방행정조직과는 다른 통제절차가 요구된다고 하겠다. 즉, 보건진료소의 예산회계는 자치단체의 예산회계와 독립된 예산편성, 예산전용, 지출, 예금과 현금관리, 결산 등의 업무를 행하며, 이는 민간단체인 “보건진료소운영협회”에서 맡아서 하고 있고, 보건진료소의 재정은 주로 주민들을 진료하면서 발생한 진료수입으로 운용된다는 측면에서 볼 때, 지방자치단체장의 과도한 개입은 자칫 이러한 보건진료소의 특수성을 망각할 염려가 있기 때문이다.

第 6 章 要約 및 結論

우리나라는 1977년부터 농어촌 벽지 주민의 의료요구를 충족시키기 위하여 종합 보건의료 시범사업을 실시하였으며, 1981년부터 정부계획에 의하여 매년 보건진료원을 교육하여 현재 1,907개소(2001년 8월 31일)의 보건진료소가 부락 단위에 설치되어 운영 중에 있다. 지난 20년 이상 보건진료소제도는 농어촌 벽지 주민의 의료이용의 접근성을 높임으로써 의료요구 충족에 상당한 기여를 하였으며, 질병예방 및 일차적 치료서비스 제공을 통한 주민의 건강수준 향상에 도 기여한 것으로 평가되고 있다. 그러나 보건진료소의 기능과 역할은 1981년 처음 보건진료소제도가 도입될 당시에 제정된 것으로 지금까지 거의 변함이 없이 그대로 유지되고 있으며, 이에 대한 검토와 연구도 미흡했다.

한편 몇몇 자치단체 감사에서 공공보건기관인 보건진료소의 예산회계를 민간 단체인 “보건진료소운영협의회”에서 맡아서 예산편성, 예산전용, 지출, 예금과 현금관리, 결산 등의 업무를 수행하고 있는데 이것이 적법 하느냐 하는 것과 보건진료소는 공공보건기관이므로 보건진료소예산을 지방재무회계규칙 방식을 따라야 한다고 주장하는 등 보건진료소 재무회계제도와 관련된 논쟁이 계속되어 왔다. 뿐만 아니라 예산회계제도는 조직의 능률성과 생산성에 영향을 미치는 중요한 요소임에도 불구하고, 보건진료소제도가 도입 된지 20여년이 지났지만 보건진료소재무회계에 대한 연구가 거의 없었다. 본 연구에서는 보건진료소의 기능과 역할을 잘 수행할 수 있을 뿐만 아니라 보건진료소의 생산성과 능률성을 높일 수 있도록 보건진료소 운영의 자율성의 관점에서 재정운용방식에 대한 개선방안을 제시하고자 하며, 그리고 보건진료소 운영의 투명성의 관점에서 보건진료소의 재정운용방식에 적합한 회계제도를 검토하여 개선방안을 제시하

고자 하였다.

본 연구에서 보건진료소 재무회계제도 개선방안을 구상하기 위하여 문헌고찰, 설문조사와 전문가 자문의 3가지 방법을 사용하였다. 첫째, 문헌고찰에서는 먼저 보건진료소제도 전반에 대한 이론적인 고찰을 통해 급변하는 보건의료환경에 대응할 수 있는 보건진료소의 기능과 역할을 정립하였다. 다음으로 예산회계제도와 재정운용제도, 지방자치단체의 도입과 지방재정구조, 지방공공조직과 예산회계제도에 대한 이론적인 고찰과 함께 보건진료소와 보건진료소 예산회계제도와 관련된 농특법과 보건복지부 훈령인 보건진료소 관리운영규정과 그리고 지방재정법 등의 검토를 통한 행정적이고 법률적인 측면에서 보건진료소와 지방자치단체와의 관계를 파악하고자 하였다. 둘째, 설문조사에서는 우편설문조사를 통해서 보건진료소에 대한 일반적인 특성, 보건진료소 조직, 보건진료소 재무예산회계 조직과 운영에 대한 특성 파악뿐만 아니라 주로 보건진료소의 재정현황파악에 중점을 두어 분석하였다. 본 연구의 모집단은 2001년 7월 31일 기준으로 우리나라 전체 보건진료소 1,907개소이며, 조사대상은 전체 보건진료소의 10%정도로, 조사대상에 대한 표본추출방법은 층화계통추출방법(stratified systematic sampling method)을 사용하였으며, 본 조사는 2002년 9월 16일부터 시작해서 9월말까지 15일간 진행되었다. 마지막으로, 전문가 자문을 통해서 보건진료소 예산회계개선방안을 수립함에 있어서 필수적으로 감안하여야 함에도 불구하고 이상의 접근방법들에서 미비 되기 쉬운 점에 대하여 보건의료 전문가의 시각, 회계전문가의 시각, 지방재정법 전문가의 시각에서 검토하고자 개별적 심층면접 및 자문회의, 워크숍 등의 방법을 활용하였다.

이상의 연구과정을 통하여 정리된 연구결과를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 보건진료소 기능의 기본적인 방향은 지역특성에 따라 다소 차이가 있겠지만 보건의료환경의 변화에 따라서 건강증진 및 질병예방이 주요 기능이 될 것이며 지역사회중심의 재활 및 복지서비스가 새롭게 개발되어야 한다. 구체적으로 현

재 농특법에 규정된 보건진료소 업무 범위 내에서, 기능 개선 전제를 기초로 지역 특성에 따라 기능이 개선되어야 한다. 즉, 획일적으로 보건진료소 기능을 개선할 것이 아니라 농촌벽지지역, 도서지역, 도시에 편입된 지역에 따라 강조되어야 할 업무 범위가 달라질 것이다. 또한 같은 농촌벽지 지역이라 하더라도 군주민의 건강요구에 따라 업무 범위는 차이가 있을 것이다. 같은 도서지역이라 하더라도 상주 인구수, 보건소의 지원 정도(특히 환자의퇴체계 운영 정도)에 따라 차이가 있게 된다. 뿐만 아니라, 더욱이 기능 개선에서 매우 민감하게 고려되는 도시에 편입된 지역의 보건진료소의 기능은 건강증진사업방향이 보다 강조되어야 한다. 도시 저소득층 밀집지역, 공단지역 등 특수 보건관리지역 등에 따라 기능의 차이가 있게 된다. 그러나 도시에 편입된 보건진료소라 할지라도 관할 지역 주민의 생활 여건은 편입 이전의 농촌생활 여건이 크게 개선되지 않았으므로 향후 기능개선이 보다 구체적으로 분석, 검토되어야 한다.

둘째, 예산회계제도의 이론적인 고찰의 결과에서는 지방자치단체와 지방공공조직과의 관계와 재정운용 및 회계방식측면과 행정적이고 법률적인 측면에서 보건진료소와 지방자치단체와의 관계를 살펴보았다. 먼저 자치단체와 지방공공조직과의 관계에서 보면, 지방자치단체는 정치적인 면에서 행정의 주민참여를 통해 행정과정의 투명성과 예측성을 가능케 하며 경제적인 면에서 지방재정의 독자적인 운영을 통해 그 지역의 특성에 맞게 효과적인 자원분배기능과 소득재분배기능을 수행함으로써 지역경제의 효율성을 제고시킬 수 있다. 한편, 지방공공조직은 이윤추구를 목적으로 하는 기업과 같이 창출할 수 없는 의료, 교육 등 공공적 성격의 서비스를 생산하면서도 그 재원은 사용자부담원칙에 의해 수요자인 해당지역주민의 이용료에 의존한다는 점에서 특색을 가지고 있다.

지방자치단체가 지방재정법에 정한 절차와 방식에 따라, 해당 재정운용을 수행함으로써 건전 재정과 적법성의 원칙을 실현하는 반면, 지방공공조직은 공공재를 생산하면서도 운영의 효율성과 질적 서비스의 향상에 중점을 두고 있다.

다음으로 재정운용과 회계방식 측면을 보면, 지방자치단체의 재정운영은 중앙 정부의 재정운용과 같이 일반예산과 특별예산으로 나누어 관리한다. 일반예산은 지역주민의 공공복리 증진을 위하여 운영하는 것으로 그 세입을 지방세, 세외수입, 지방교부세, 보조금, 지방잉여금으로 충당하며, 그 세출은 지방정부의 일반적인 활동을 하기 위한 기본적 지출로 구성된다. 반면, 특별예산은 예산사업 중 준공공재나 민간재와 밀접한 관련이 있고, 사업의 성과에 대한 평가가 가능하여 기업회계의 적용이 가능한 예산형태이다. 한편, 이러한 일반예산 및 특별예산을 통제하기 위한 회계방식으로 상기의 예산형태에 맞추어 일반회계 및 특별회계로 나누어 관리하고 있다. 일반적으로 예산회계과정은 예산의 심의, 집행 그리고 결산 및 회계검사 등 4단계로 이루어지며, 이 과정을 통해 구체적으로 재원의 배분이 이루어진다. 이와 같은 예산회계과정은 집행과정의 적법성 및 투명성에 초점을 맞춘 것으로 관련자원을 사용하여 생산한 공공재의 원가를 효과적으로 관리·측정하는 수단이 없는 것이 단점으로 지적되고 있다. 지방공공조직은 그 지역에 필요한 공공서비스이면서도 사업적 성격이 농후하거나 기업성이 증시되는 사업을 위하여 운영하는 것으로서 재정운용에 있어 수입은 1차적으로 해당서비스를 이용하는 이용자의 이용료로 구성하며, 부차적으로 정부나 지방자치단체의 출연에 의존한다. 지출은 해당서비스를 생산하기 위해 지출되는 통상적인 관리비 및 생산비용으로 구성된다. 회계방식에 있어서는 정부나 지방자치단체의 예산회계와 유사한 방식의 재무회계방식을 사용한다. 즉, 예산서 및 결산서 그리고 예산집행과정에서의 심의, 집행, 결산 및 회계검사의 과정을 거친다. 이와 같은 지방공공조직의 재정운용 및 회계방식은 해당지역의 수요에 맞는 특정목적의 지방공공서비스—예컨대, 의료나 교육 등—를 효율적으로 공급하려는 목적 하에 만들어진 것으로 지방자치단체의 특별회계와 같은 특성을 가진다. 보건진료소의 경우, 의료취약지역 내 주민의 포괄적 건강증진을 위한 국가 정책적 사업이라는 점 및 세입의 대부분이 진료수입에 의존하고 있

다는 점에서 볼 때, 앞서 논의한 일반 행정조직의 일반회계와 분리·취급될 필요가 많은 분야로 인식되어야 한다.

셋째, 보건진료소의 현황과 운영실태분석결과에 따르면, 190개 조사대상 보건진료소 중 농촌지역이 154개소, 도서지역이 29개소, 시 지역이 7개소였으며, 관할 인구수는 전체평균 986명, 시 지역 1,212명, 도서 지역 851명, 농촌 지역이 1001명으로 시 지역이 가장 많았으며, 관할인구를 충족하지 못한 보건진료소는 도서지역 10.3%, 농촌지역 13.0%로 나타났다. 45세 이상 인구비율은 전체 54.79%, 시 지역 52.84%, 도서 지역 57.89%, 농촌 지역 54.30%였고, 65세 이상 인구비율은 전체 23.15%, 시 지역 22.81%, 도서 지역 23.34%, 농촌 지역 23.13%이었다.

2000년과 2001년 지역특성별 수입 현황을 살펴보면, 2000년과 2001년 총수입이 가장 높은 지역은 시지역으로, 각각 44,686,557원과 54,593,889원이었으며, 전체수입에서 진료수입이 각각 74.0%와 73.4%로 가장 큰 비율을 차지하였다. 2000년과 2001년 지역특성별 수입 증가율이 가장 높은 지역은 도서지역으로 31.59%였다. 인구규모별 수입 현황 및 증가율은 2000년과 2001년 모두 관할인구가 1,001~1,500명 규모의 보건진료소가 총수입이 가장 많은 것으로 나타났으며, 각각 35,103,816원과 42,783,653원이었으며, 진료수입은 관할인구가 많은 지역이 더 높았다. 수입증가율은 1,001~1,500명의 관할인구를 가진 보건진료소가 가장 높았으며, 30.31%증가한 것으로 나타났다. 지역별 지출현황과 증가율을 보면, 2000년과 2001년 총지출이 가장 높은 지역은 시지역으로, 각각 28,687,997원과 33,059,545원이었으며, 지출항목 중 운영비가 차지하는 비중이 각각 66.0%와 66.1%으로 가장 높았고, 반면 지출 증가율은 도서지역이 27.39%로 가장 높았고, 지출 항목 중 보건사업비가 61.79%로 가장 높은 지출 증가율을 보였다. 전체지출에서 운영비가 차지하는 비율이 가장 높은 보건진료소는, 2000년에는 관할인구가 1,001~1,500명인 보건진료소로 66.8%였으며, 2001년에

는 1,501명 이상인 보건진료소로 58.4%였다. 지출증가율이 가장 높은 보건진료소는 인구규모가 1,001~1,500명인 보건진료소로 26.87%가 증가하였다. 보건진료소의 수입과 지출의 차이는 2000년과 2001년에 각각 8,808,229원과 12,101,538원이었다. 수지차이가 가장 큰 지역은 시지역으로 시지역의 수지차는 2000년과 2001년에 각각 15,998,559원과 21,534,344원이었으며, 가장 작은 지역은 도서지역으로 각각 3,967,686원과 5,733,843원이었다. 인구규모에 따른 수지차이가 가장 큰 곳은 관할인구 규모가 1,001~1,500명인 보건진료소였으며, 2000년과 2001년 각각 13,424,243원과 16,081,464원이었으며, 가장 수지차이가 작은 곳은 관할인구규모가 가장 작은 500인 이하의 보건진료소로 각각 4,726,556원과 8,153,666원이었다.

넷째, 보건진료소 예산회계제도의 현황과 문제점 분석결과에 따르면, 먼저 보건진료소의 재정운용측면에서 보면, 보건진료소의 수입활동은 보건진료소 이용자가 지불한 본인부담비와 의료보험관리공단으로부터 받는 진료비 수입이 주류를 이루는데, 2000년과 2001년 모두 전체 진료수입이 각각 74.0%인 19,012,696원과 73.4%인 23,151,292원으로 총수입에서 가장 큰 비율을 차지하였다. 지역특성별로도 시와 농촌, 도서지역 모두 진료수입이 수입항목 중 가장 높은 액수이며 수입의 대부분을 차지하였다. 보건진료소의 주요 수입원은 진료비에 의한 비중이 거의 대부분을 차지하고 있으며, 이와 같이 재정수입면에서 상당히 독자적인 재정기반을 가지고 있다는 사실은 정부나 지방자치단체로부터 독립적인 재정운영이 가능하다는 것을 시사한다. 보건진료소의 지출활동은 진료활동을 위한 운영비가 주류를 이며, 우선 운영비의 발생원인을 보면, 의약품구입비 및 의료장비구입비, 보건사업비, 비품구입비, 시설유지비, 차량비, 난방비, 수수료 및 공공요금 등이 있다. 이상과 같은 지출활동을 항목별로 살펴보면 2000년과 2001년 모두 운영비의 평균이 각각 11,745,048원(66.0%)과 13,893,887원(66.1%)으로 총지출에서 절대적인 부분을 차지하였으며, 지역특성별로 살펴보았을 때에

도, 2000년과 2001년 모두 모든 지역에서 운영비가 지출의 대부분을 차지하고 있었다. 이러한 지출활동은 보건진료업무와 직접적으로 관련 있는 비용들로 구성된다는 점에서 독자적인 수입활동에 대응한 지출활동을 해당 지방자치단체와 독립한 재정운영의 틀 안에서 가능하게 하는 기반을 제공해 준다고 할 수 있다.

보건진료소의 예산과정은 보건진료소 운영협의회는 회계연도 개시 30일 전까지 예산안을 편성하여, 협의회의장이 시장·군수 등에게 예산안 승인신청을 하게 되며, 시장·군수가 협의회 의장에게 예산안에 대해 승인통보를 하게 되면, 예산의 범위내에서 집행은 하게 되는데, 집행과정에서 보건진료원이 회계담당자로, 운영협의회장이 회계책임자로 기능한다. 보건진료소운영협의회장은 불가피할 경우에 운영협의회의 의결로서 예산의 목간금액을 전용할 수 있으며, 예측할 수 없는 예산외의 지출에 충당하기 위하여 예비비를 계상할 수 있으며, 예비비를 사용하고자 하는 경우에는 미리 그 이유 및 금액을 명시한 조서를 작성하여 운영협의회의 의결을 거쳐 시장·군수 등의 승인을 얻어야 한다. 이상과 같은 사실에서 볼 때, 보건진료소의 예산이 자치단체의 예산과는 독립된 예산 편성, 예산전용, 예산집행 등의 업무를 행하며, 이는 민간단체인 ‘보건진료소운영협의회’에서 맡아서 하고 있다는 것을 한눈으로 알 수 있으며, 이는 결국 해당지역내의 주민건강증진이라는 보건진료소 조직의 특수성을 감안하기 때문이며, 일반지방자치단체의 하부 행정조직과는 다른 측면에서 고찰해 볼 필요가 있음을 시사해 준다. 보건진료소의 결산은 당해연도 운영성과와 재정상태를 명확히 파악할 수 있도록 매 회계연도말을 기준으로 실시하고 회계연도 종료 후 30일 이내에 보건진료소운영협의회의 결산결과를 시장·군수 등에게 제출하여야 한다. 결산결과의 이익잉여금은 다음 회계연도의 세입으로 편성하며, 이러한 결산절차는 장부의 마감, 갱신 및 이월과 동시에 이루어진다.

보건진료소 재정운용의 문제점은 크게 법적 근거의 미비와 일부 지역의 재정 수입의 부족을 들 수 있다. 전자와 관련하여 보면, 현행 보건진료소 재정운용에

관한 규정은 근거법인 농특법에 의거하여 보건복지부훈령인 “보건진료소관리운영규정”에서 주로 다루어지고 있다. 그러나 근거법인 농특법 제15조 3항은 보건진료소 설치기준에 관한 사항만을 언급하고 있을 뿐, 구체적인 보건진료소 관리운영에 대해서는 훈령인 동 규정에서 정하고 있다. 이러한 입법적 미비는 결국 보건진료소의 재정운영을 훈령인 “보건진료소관리운영규정”을 따를 것인지 아니면 일부의 주장대로 지방자치단체에 관한 일반 재무규정인 지방재정법에 따를 것인지에 대한 혼란을 야기할 수 있다. 후자와 관련하여 보면, 보건진료소는 의료취약지역내 주민의 건강증진을 위한 일차적인 보건의료조직에서 벗어나 해당지역내 포괄적인 보건의료조직으로서 지역사회가 갖고 있는 건강문제를 사정하여 보건진료원의 역할 범위에 해당되는 일차진료, 모자보건, 지역사회보건 전반에 걸쳐 직접적인 서비스를 제공하는 역할을 제대로 수행해야 한다. 그러나 일부 도서지역을 비롯한 취약 지역의 보건진료소의 경우 현재의 단순한 진료수입만으로 이러한 기능과 역할을 수행하기에 재정적인 문제가 있다. 따라서 미래의 복지국가건설을 위한 기초작업이라는 인식 하에 정부의 적극적인 지원이 요구된다.

보건진료소 회계제도는 보건진료소관리운영규정상의 독립채산성의 원칙에 의해 일반회계로부터 독립해서 자주적인 경영체로서 보건진료소를 운영하여 나가도록 하고 있다. 이런 독립채산성의 원칙에 대한 통제 방식으로 보건진료소 관리운영규정과 동 규정의 예산서의 “예”로서(품목별 예산과목(관·항·목)) 국가보건사업 즉, 보건진료소 사업의 지출대상을 품목별로 분류하여 그 한계를 규정하여 통제하고 있으며, 회계절차를 규정하고 있다. 기본적으로 농특법 제15조는 보건진료소의 설치 및 운영에 관하여 규정하고 있고, 이러한 운영과 관련하여 보건진료소관리운영규정(보건복지부 훈령)제15조는 자산과 회계에 관하여는 동 규정 및 보건진료소운영협의회에관한조례에 의해 구체적으로 정할 수 있게 하고 있으며, 이러한 동 규정 및 조례에 명시되지 않은 사항은 지방자치단체재

무회계규칙을 준용하도록 하고 있다. 보건진료소의 장부조직은 기본적인 회계 장부로 매일 매일의 현금변동상황을 기록·유지하는 현금출납부와 수입 및 지출활동에 관한 내역을 한눈에 보여주는 보조장부인 수입 보조부와 지출 보조부의 3가지로 구성됨. 이는 전통적으로 공공회계에서 볼 수 있는 형태로 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록함. 이 방법은 실무상 간편하며, 회계처리가 쉽기 때문에 전통적으로 선호되어 왔음. 보건진료소의 회계원칙을 살펴보면, 비용을 발생사실에 의해 인식·계상하고, 수익은 발생사실에 의해 인식하고 실현사실에 의해 계상하며, 자산가액은 특별한 경우를 제외하고는 취득가액에 의하도록 하고 있음. 이러한 회계원칙은 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록하기 때문에 영리조직에서 채택하고 있는 발생주의 회계인식과 복식부기방법과 비교해 볼 때 수익비용대응원칙의 부재, 고정자산회계나 감가상각회계의 부재 등 다양한 문제점이 발생할 수 있다. 회계기록 및 유지와 관련하여 현금출납부는 매일 매일의 현금변동상황을 기록하여 이를 일계표형식으로 마감한 후, 수입활동과 지출활동으로 구분하여 이를 각각 수입보조부와 지출보조부에 기록하도록 하고 있다. 회계책임 및 통제와 관련하여, 보건진료소는 회계에 관한 독립의 업무를 담당하게 하기 위하여 회계책임자와 회계담당자를 분리하고 있으며, 회계책임자는 보건진료소운영협회의장이, 회계담당자는 보건진료원이 담당하고 있다. 이는 지역주민으로 구성된 운영협회가 해당지역내의 보건진료소 회계에 관하여 참여하도록 함으로써 민주적 절차에 의한 투명하고 공정한 회계 기록을 유지하고 관리하려는 목적으로 볼 수 있다. 보건진료원은 매월의 보건진료소 운영상황을 다음달 15일까지 법정의 서식에 의하여 관할군수에게 보고해야하고, 이를 보고받은 군수는 반기마다 도지사를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. 여기서 운영상황은 보건진료활동내역과 같은 고유업무뿐만

아니라 보건진료소 회계에 관한 내역을 포함하고 있으며, 이외에도 보건복지부장관에게도 보건진료소 회계에 관하여 간접적인 통제권을 부여하는 이유는 국가가 보건진료소의 재정운영에 관하여 일부 보조비를 줄 수 있고, 조세관계법령에 의한 세제상의 지원을 주는 것과 대응하여 인정된 것으로 보인다.

보건진료소 회계방식의 문제점으로는 회계기록 측면에서 찾을 수 있는데, 현 보건진료소의 회계기록시스템은 보건진료원이 회계담당자로서 회계기록을 유지·관리하고, 운영협의회의 장이 회계책임자로서 감독기능을 수행하는데, 그러나 진료업무가 고유업무인 보건진료원이 관련 회계기록을 유지·관리하는 것은 회계업무를 소홀히 할 수 있다는 점 외에도 단순한 수입·지출관리 외에는 효율적인 회계관리가 불가능하다는 문제가 있다. 또한, 보건진료소의 재무회계방식은 일반적인 공공회계와 마찬가지로 모든 거래를 현금의 수입과 지출이라는 사실에 초점을 맞추어 회계 사상을 인식하고 그 수치를 단식부기방법으로 기록하기 때문에 고정자산의 취득, 감가상각회계 등을 적용할 수 없고, 실질적인 재무상태를 알 수 없고, 마지막으로 대차평균원리에 의한 자기검증기능이 없으며, 결과적으로 회계의 투명성과 공정성의 관점에서 문제가 발생할 수 있다.

마지막으로 이상의 연구과정을 통하여 본 연구의 궁극적인 목적인 보건진료소 재정운영방식과 회계제도에 대한 개선방안은 다음과 같다. 먼저 개선방안을 제시하기 전에 기본원칙으로 보건진료소 업무는 국가적인 보건의료사업으로 인식해야 한다는 점이다. 보건진료소의 설치에 단순히 해당지역의 주민복지증진이라는 자치사무를 넘어서 복지국가의 건설이라는 미래국가의 지상과제를 실현하기 위한 기초작업으로 인식되어가고 있다. 따라서 보건진료소 사업은 일반 지방자치단체업무와는 별도로 의료취약지역 내 주민의 보건향상을 위한 필수 불가결한 국가정책업무라고 파악할 때, 전국적이고 통일적인 기준에 의한 업무처리가 필요한 분야라고 할 수 있다. 국가적인 보건의료사업으로서 보건진료소의 향후 역할과 기능은 지역의 특성에 따라 다소 차이가 있지만, 기본적인 방

향은 건강증진 및 질병예방이 주요 기능이 될 것이며 지역사회중심의 재활 및 복지서비스가 새롭게 개발되어야 한다. 두 번째 원칙은 보건진료소 운영에 자율성 확보되어야 한다는 점이다. 보건진료소의 역할과 기능을 적절히 수행하기 위해서 보건진료소는 해당지역주민의 건강문제나 보건의료문제에 따라 예산편성 및 집행이 이루어져야하며, 보건진료소가 안고 있는 지역적 특성, 공공성 및 자율성을 발휘할 수 있도록 해야하며, 안정적이고 지속 가능한 보건진료활동이 이루어지도록 보건진료소 운영의 자율성이 확보되어야 한다. 이러한 원칙을 가장 잘 준수할 수 있는 방안 중의 하나가 독립채산제 방식이라 사료된다. 즉, 지역적 특성에 따라 보건진료소의 기능과 역할은 다소 차이가 있지만, 기본적으로 독립채산제에 의한 재정활동은 관련 수지의 적법성 및 타당성을 비교적 쉽게 분석·검증할 수 있게 되어 회계의 투명성과 공정성을 달성하기가 용이해진다. 따라서 보건진료소의 지역별 특성에 관계없이 현행 보건진료소의 재정운영 방안인 독립채산제도를 유지하는 측면에서 재정운영 및 회계방식상의 개선안을 마련하고자 하였다.

먼저 현 재정운영방식의 문제점에 대한 개선 안으로 법률적인 보완이 되어야 한다. 현행 보건진료소의 관리운영에 관한 구체적인 사항을 기존의 보건복지부 훈령으로 하는 것은 보건진료소 재정운영의 투명성과 공정성을 담보하기에 부족하며, 다른 한편 위헌의 주장이 제기될 수 있다. 이러한 문제를 해결하기 위한 방안으로는 2가지 정도를 고려할 수 있는데, 첫 번째 방안으로는, 제15조3항을 보건진료소의 설치기준 및 관리운영 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다고 하여 현재 보건진료소관리운영규정을 시행규칙에 포함시키는 것이다. 두 번째 방안은 현재의 보건진료소관리운영규정을 형식적으로는 훈령으로 유지한 채 그 법규 명령성을 확보하는 방법으로는 제15조4항을 신설하여 「보건진료소의 관리 및 재정운영 등에 관한 사항은 보건복지부장관이 정한다」라고 하면 위의 훈령이 대법원 판례가 인정하는 법률보충규칙으로 인정받을 수 있을

것으로 사료된다. 두 번째 문제인 재정 취약지역 보건진료소에 대한 재정운영의 확충이 필요하다. 현행 보건진료소는 단순한 일차진료(Primary medical care)를 뛰어넘어 개인, 가족 및 지역사회를 위하여 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 포괄적인 보건의료를 제공함과 동시에, 지역주민의 건강을 보장하기 위하여 지역사회를 조직하고 개발하여 각종 보건의료활동에 주민이 적극적으로 참여할 수 있도록 지역사회의 개발 역할을 적극 수행하는 것으로 그 기능이 변화되었다. 이와 같은 기능변화에 효율적으로 대응하기 위해서는 재정활동에 있어서 변화가 요구되는데, 기존의 자체진료수입만으로는 도서지역 등 일부지역 보건소의 경우 이러한 변화된 기능에 적극적으로 대처할 수 없는 경우가 있다. 따라서, 중앙정부는 복지국가 건설이라는 큰 틀에서 이러한 취약한 지역의 보건진료소에 해당주민의 복지를 적극적으로 증진시킬 수 있도록 관련예산을 최대한 반영하여 보건진료소 수입활동에 있어 획기적인 개선을 기하여야 할 것이다.

보건진료소 회계방식의 개선과 관련하여, 먼저 회계기록 시스템의 개선이 필요하다. 보건진료원은 고유업무인 진료, 예방 및 보건교육 업무에 충실하도록 하고, 관리업무 특히 회계기록의 유지·관리업무에 대해 현재 보건진료소관리운영규정상에서 임의적으로 둘 수 있는 업무보조원을 필요적으로 두게 하여 담당토록 할 필요성이 있다. 업무보조원에게 전문적인 회계관리교육 등을 이수하게 하여 회계의 전문성을 배양해야하며, 운영협의회는 이러한 업무보조원의 회계업무를 효과적으로 통제할 수 있는 장치를 마련하는 한편, 최소한 수년에 한번 씩은 외부의 감사인의 점검을 통해 회계기록의 투명성을 검증 받도록 할 필요성이 있다. 두 번째 개선안으로 발생주의 회계의 점진적 도입을 들 수 있다. 회계기록의 전문적인 유지·관리를 통해 발생주의 회계를 점진적으로 도입하도록 하여야 할 것으로 사료된다. 이러한 발생주의 회계는 정확한 수익·비용의 대응을 가능케 하며, 감가상각회계를 채택할 수 있는 여지를 두게 되어 현재 보건

진료소가 보유하고 있는 고정자산을 활용하여 제공한 서비스의 원가를 계산할 수 있게 됨으로써 합리적인 경영관리를 기할 수 있게 된다. 이러한 발생주의 회계를 점진적으로 도입하기 위해서는 현행 보건진료원이 행하는 업무를 진료 업무와 관리업무로 나누고, 고유업무인 진료업무의 영역을 단순한 일차진료를 넘어서 포괄적인 건강복지업무로 그 영역을 확장하고, 관리업무를 전담할 인력을 추가로 배치하여 보건진료업무의 내실화와 효율성을 증가시켜야 할 것이다.

參 考 文 獻

- 강인재, 「지방재정정보와 지방정부의 회계원칙」, 『한국행정학보』, 25권 제1호: 421~439, 1992.
- _____, 「지방정부의 예산과 회계의 연계에 관한 연구」, 『한국행정학보』, 26권 제4호:1371~1389, 1992.
- _____, 「지방자치단체 회계의 현황과 발전과제」, 『행정학위크숍』, 1998.
- 기획예산위원회, 『정부부문 복식부기 회계제도 도입추진의 추진방향. 보도자료』, 1999.
- 김모임 외, 『간호교육제도와 간호인력 구조에 관한 연구』, 대학교육심의회, 1994.
- 김종순, 『지방재정론』, 서울: 삼영사, 1997.
- 김지순, 「지방자치단체의 예산회계제도 정부 방안」, 『지방행정』, 제11호, 1999.
- 김진순 외, 『보건진료원제도 운영개선에 관한 연구』, 한국보건사회연구원. 1991
- 김진순 외, 『도시1차 보건의료 사업운영 개선연구』, 한국보건사회연구원. 1989.
- 남궁근, 『행정조사방법론』, 서울: 법문사, 1998.
- 보건복지부, 『국민건강·영양조사』, 1998.
- _____, 『전국공공보건기관 주소록』, 2002.1.
- _____, 『새천년 복지비전 2010 - 생산적 복지의 구현』, 1999.12.
- _____, 『보건진료소 일차보건의료 사업안내』, 2002.

- 변종화 외, 『국민건강증진기금 사업의 운영 및 평가체계 개발』, 보건복지부·한국보건사회연구원. 1999.
- 옥동석 외, 『정부개혁의 모델』, 서울: 지샘, 1999.
- 우동기, 『세계화·지방화 시대의 지방정부 개혁과 경영전략』, 1995.
- 윤병태 외, 『행정학의 이해』, 경산: 영남대학교출판부, 1999.
- 윤성식·권수영, 『정부회계』, 서울: 법문사, 1998.
- 윤영진, 『지방예산 회계제도의 개혁과 복식부기제도』, 『지방행정』. 제11호, 1999.
- 이계식·고영선, 『아래로부터의 정부개혁』, 서울: 박영사, 1997.
- 이계식·박완규, 『지방재정개혁론』, 서울: 박영사, 1998.
- 이계식·문형표, 『정부혁신』, 서울: 한국개발연구원, 1995.
- 이규환, 『지방자치단체의 재정운용제도 개선방향』, 『행정연구』, 제5호 중앙대학교, 1995.
- 이동규, 『비영리회계: 대학회계 및 예산』, 서울: 형설출판사, 1991.
- 이수범, 『지방예산회계제도의 개혁과 복식부기제도의 도입방안』, 『지방재정』, 1999.
- 이창균, 『일본 자치단체의 복식부기 회계제도 도입을 위한 연구 및 동향』, 『지방재정』, 제18권 제5호, 1999.
- 임도빈, 『지방조직론』, 서울: 박영사, 1997.
- 장원기·김진순·박영택·이우백, 『지역단위 공공보건의료기관 기능 개선방안』, 한국보건사회연구원. 1998.
- 최진혁, 『프랑스 지방자치단체 예산회계제도에 관한 연구』, 『한국행정학보』,

제33권 제3호:337~255, 1999.

통계청, 『사회통계조사』, 1995.

_____, 『사망원인 통계연보』, 1997, 1998, 1999.

한국보건사회연구원, 『한국인의 보건의식행태』, 1995.

_____, 『90년대 보건의료정책 발전방향』, 1990.

_____, 『보건진료원 교재(III)』, 1994.

厚生省 健康 政策局, 看護課, 看護 問題研究會, 『看護婦 確保 對策의 基礎知識
'93 - 看護婦 等の 人材確保法 修條解説』,

Keith W. Sehnert, *The Medical Self-Care Movement, Past, Present, and Future, Strategies for Public Health*, Van Nostrand Reinhold Company. 1981.

Nobuhiro Maruch, *General Networking in Health and Disease*. Tokyo University, school of Health science. 1987. Sept.

National Health Services corps, Proposed Strategies for fulfilling Primary Care Professional Needs, National Advisory Council, *Us Public Health Services*. 1991.

WHO, *Primary Health Care- Alma- Ata*. WHO, Unicef, 1978.

WHO, *Nursing in Action*, WHO, Regional Publications, European Series, No.48. 1992.

附 錄

보건진료소 재무회계개선방안을 위한 조사표

안녕하십니까?

저희 연구원에서 수행하고 있는 『보건진료소 기능 및 재무회계 개선방안』 연구와 관련하여 보건진료소의 재정상태에 관한 조사를 실시하고 있습니다.

본 조사를 통하여 귀하께서 작성해 주신 자료는 보건진료소의 역할과 기능을 효율적으로 수행할 수 있는 재정운용방안을 마련하는데 귀중한 기초 자료로 활용될 것입니다. 또한 말씀해 주시는 모든 내용과 재정상태에 관한 모든 내용은 통계법에 따라 개인의 비밀이 절대 보장되며, 연구를 위한 통계자료로만 활용되오니 다소 번거로우시더라도 보건진료소의 미래를 위하여 정확하고 솔직하게 응답하여 주시기 바랍니다.

끝으로 귀 보건진료소의 무궁한 발전을 기원합니다. 감사합니다

(문의사항: 오영호: 02-380-8202/ 016-9212-9943)

주소: 서울시 은평구 불광동 산 42-14

2002. 9

한국보건사회연구원장

A	보건진료소 관할지역 현황	
번호	문 항	코 드
A1	보건진료소 위치 : ① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 광주 ⑤ 대전 ⑥ 인천 ⑦ 울산 ⑧ 경기 ⑨ 강원 ⑩ 충북 ⑪ 충남 ⑫ 전북 ⑬ 전남 ⑭ 경북 ⑮ 경남 (16) 제주도	□□
A2	① 시 지역() ② 도서지역() ③ 비 도서지역	□
A3	보건진료소 지역의 관할 인구 수: ()명 관할 동(부락) 수: ()개	
A4	관할 지역의 노령인구 수: 45세~64세 인구수: () 65세 이상 인구수: ()	
A5	조사기간: 2002년 9월 □□일 ~ □□일	
A6	보건진료소 주소: 작성자 성명: _____ 전화번호: _____	

B	보건진료소와 진료원 일반 현황	
번호	문 항	코 드
B1	보건진료원의 만 연령: ()	
B2	보건진료원의 결혼상태: ① 미혼 ② 기혼 ③ 기타	<input type="checkbox"/>
B3	보건진료원의 면허종별(소지하고 있는 모든 면허 표시) : ① 간호사 ② 조산사 ③ 양호교사 ④ 기타	<input type="checkbox"/>
B4	보건진료원 총 근무경력: ()년	
B5	보건진료소의 재정운영방법에 대한 의견 ① 현재와 같이 특별회계(독립채산제)에 의한 보건진료소 운영협의 회에 의한 자체운영이 바람직함. ② 일반회계로 지방예산에 편성하여 행정당국(보건소 또는 지방자치 단체)의 감독 하에 운영하는 것이 바람직함. ③ 기타(기술하시오):	<input type="checkbox"/>

C	귀 보건진료소의 재정상태 현황
----------	-------------------------

※ 모든 항목은 12월말 기준

구분	명목	2000년	2001년
C1. 수입	전년도 이월금		
	진료수입		
	후원금		
	기타수입		
	계		
C2. 지출	인건비		
	운영비		
	보건사업비 (보건교육홍보비 등)		
	기타		
	계		

□ 著者 略歷 □

• 吳 泳 昊

美國 Ohio 州立大學校 保健學 博士
서울大學校 保健大學院 保健學 碩士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

〈主要 著書〉

『2000年 國民保健醫療實態調查』, 保健福祉部·韓國保健社會
研究院, 2002. (共著)

『慢性疾患 實態와 管理方案』, 韓國保健社會研究院, 2001. (共著)

• 金 載 焄

延世大學校 大學院 經營學 碩士
現 貿易委員會 辯護士, 公認會計士

• 金 鎮 順

延世大學校 大學院 保健學 博士
現 유한대학 教授

• 李 準 協

日本 東京大學校 保健學 博士
現 高麗保健大學 教授

• 金 秀 鳳

오스트리아 빈 國立大 商經大 社會政策學 博士課程 修了
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

研究報告書 2002-08

保健診療所 機能 및 財務·會計制度 改善方案

A Study to Improve the Function and Financial Accounting System of
Community Health Posts

2002年 11月 日 印刷 價 6,000원

2002年 11月 日 發行

著 者 吳 泳 昊 外

發行人 朴 純 一

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 380-8000

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 대명기획

© 韓國保健社會研究院 2002

ISBN 89-8187-274-0 93510