

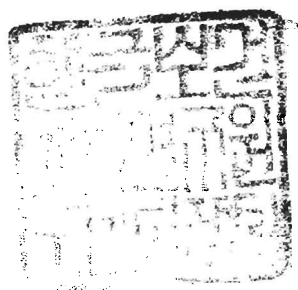
地方自治化에 따른
保健所機能 및 行政體系改善 研究

1992

林 鍾 權
金 惠 蓮
張 東 鉉
金 興 植



韓國保健社會研究院



머 리 말

最近 우리나라는 高度의 經濟成長으로 國民生活의 基本需要가 충족됨에 따라 生活의 質的인 向上을 追求하는 福祉社會具現政策이 크게 부각되고 있다. 그 중에서도 國民健康福祉에 대한 需要가 증대됨에 따라 醫療保險 및 醫療保護와 같은 醫療保障策이 전국적으로 확대 실시되었고, 保健醫療의 均霑을 실현하기 위하여 公共保健醫療機關의 활성화에 부단한 노력이 지속되어 왔다.

한편 1991년 地方自治制의 실시로 지역주민의 保健醫療에 대한 需要增加와 時代的 環境變化에 따른 疾病發生樣相의 變化에 對應할 수 있도록 地域社會의 核心的인 公共保健醫療機關인 보건소의 機能과 行政體系가 개선되어야 한다는 지적이 강하게 擡頭되고 있다.

當院에서는 1983年과 1988年에 農村·都市保健所의 組織 및 機能改善에 관한 연구를 실시한 바 있으며, 政府에서는 이러한 研究結果를 토대로 保健所의 機能強化에 역점을 두고 여러가지 諸般措置를 취해왔다. 그러나 현재의 保健所 組織과 機能으로는 최근 保健醫療環境 變化에 따라 증가하고 있는 慢性退行性疾患 등 오늘날의 건강문제에 效果的으로 對應하기가 어렵고, 地方化 時代를 맞이하여 다양하게 表出될 것으로 보이는 地域住民들의 保健醫療欲求를 效率的으로 충족시키는데도 限界에 이를 것으로 예상되며, 특히 地方保健事業이 內務行政의 일환으로 취급되어 保健行政體系가 二元化的 構造를 이루고 있어 效率的인 보건소의 업무수행에 障礙要因이 되고 있는 실정이다.

따라서 本 研究는 地方自治制 실시에 따른 地方分權化의 추세는 물론 保健醫療環境 變化에 부응할 수 있는 保健行政體系의 대안모색과 함께 保健所の 組織 및 機能에 대한 改善方案을 講究하는데 중점을 두고 遂行하였다.

本 研究의 결과가 증양은 물론 지역에서 地方化 時代에 부응한 地方保健行政體系의 定立과 지역유형에 적합한 保健所の 組織 및 機能設定에 도움이 되

기를 기대하며, 본 연구를 위해 諮問과 많은 도움을 주신 문옥륜, 이규식 교수, 미국 지방보건부 책임자인 조정현 박사와 資料蒐集과 改善方案을 조언해주신 각 시·도 保健課長 및 現地 保健所의 關係官 여러분들께 깊은 감사를 드린다.

끝으로 本 研究結果는 연구진의 意見으로 당원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

1992年 12月

韓國保健社會研究院長

池 達 顯

目 次

머 리 말

第 1 章 緒 論	1
1.1. 研究背景	1
1.2. 研究目的	2
1.3. 調查研究方法	3
1.3.1. 調查研究의 特性	3
1.3.2. 研究方法	4
1.3.3. 調查內容	7
第 2 章 保健所의 發展過程과 環境與件 變化	9
2.1. 保健所의 發展過程과 分布	9
2.1.1. 保健所의 發展過程	9
2.1.2. 保健所의 分布	11
2.2. 環境與件의 變化	14
2.2.1. 社會·經濟的 與件變化	14
2.2.2. 人口構造의 變化	16
2.2.3. 疾病樣相의 變化	17
2.2.4. 醫療資源의 分布	19
2.2.5. 地方自治制의 導入	21
第 3 章 保健所의 組織과 機能現況	30
3.1. 保健所 組織構造의 特性	31

3.1.1. 保健所の 組織構造	31
3.1.2. 組織 및 職務에 대한 意識行態	40
3.2. 保健所 運營을 위한 投入要素	49
3.2.1. 人 力	50
3.2.2. 施設, 機資材	62
3.2.3. 豫 算	70
3.3. 保健所の 機能 및 業務活動	74
3.3.1. 保健所の 機能	74
3.3.2. 保健所 業務活動의 現況과 問題點	80
3.3.3. 保健所 利用患者의 特性分析	94
3.3.4. 保健事業의 企劃 및 評價	108
3.3.5. 自體開發 및 重點事業 現況	110
第 4 章 保健支所 및 保健診療所の 運營實態와 改善方案	113
4.1. 保健支所	113
4.1.1. 現況分析	114
4.1.2. 保健支所 改善方案	126
4.2. 保健診療所	137
4.2.1. 現況分析	137
4.2.2. 保健診療所 改善方案	142
第 5 章 外國의 保健所 組織 및 機能考察	148
5.1. 日本의 保健行政體系와 保健所 組織 및 機能	148
5.1.1. 日本의 保健醫療制度의 基本 特徵	148
5.1.2. 保健所	151

5.2. 美國의 地方保健組織과 機能	166
5.2.1. 美國의 保健醫療制度의 基本 特徵	166
5.2.2. 地方保健部	167
5.2.3. 이웃 보건소	182
5.3. 英國의 地方保健組織과 機能	184
5.3.1. 英國의 保健醫療制度의 基本 特徵	184
5.3.2. 地方保健서비스의 構成과 機能	186
5.3.3. 保健所	191
5.4. 外國事例 考察을 통한 敎訓	194
第 6 章 地方自治制 實施에 따른 保健行政體系의 改善方向	196
6.1. 保健行政體系의 改編方向	196
6.2. 現行 保健行政體系의 問題點	199
6.3. 既存 改編案의 檢討와 評價	208
6.3.1. 既存 改編案의 檢討	208
6.3.2. 既存 改編案의 評價	212
6.4. 保健行政體系의 改善方案	218
6.4.1. 基本原則	218
6.4.2. 基本方向	224
6.4.3. 改編案의 內容	225
第 7 章 地方自治制 實施에 따른 保健所 組織 및 機能의 發展方向	229
7.1. 保健所의 發展方向	229
7.2. 保健所 發展模型 設計의 基本前提 및 基本骨格	231
7.2.1. 保健所 發展模型 設計의 基本前提	231

7.2.2. 保健所 發展模型의 基本骨格	232
7.3. 保健所의 機能 및 役割模型	232
7.4. 保健所의 組織模型	237
第 8 章 要約 및 結論	242
8.1. 要 約	242
8.2. 結論 및 政策的 提言	259
< 參考文獻 >	265
< 附 錄 >	271
1. 附錄表	273
2. 調查票 6種	303

표 목 차

표 1-1. 조사대상기관 및 조사대상자	5
표 1-2. 보건소 조사의 대상 및 응답현황	5
표 2-1. 시.도의 행정구역별 보건소 분포	12
표 2-2. 관할 인구규모별 보건소 분포	13
표 2-3. 연도별 1인당 국민총생산	14
표 2-4. 적령기 아동 취학율	15
표 2-5. 우리나라 주요 인구동태지표의 연도별 추이	16
표 2-6. 연도별 주요 사망원인	18
표 2-7. 의료자원의 지역별 분포현황, 1990	19
표 2-8. 1990년 보건소 및 보건지소의 의사인력 배치현황	20
표 2-9. 지역의료보험의 보건기관 이용율	20
표 2-10. 우리나라 자치단체별 지방재정 자립도, 1990년	24
표 2-11. 지방자치단체 예산의 재원별 구성, 1991년	24
표 2-12. 보건부문 사업비의 국고보조금에 대한 지방비 부담율, 1991년	25
표 3-1. 조사대상 보건소의 분류(조직편제기준)	31
표 3-2. 보건소의 조직구조에 대한 인식	41
표 3-3. 지역별 보건소의 인사관리에 대한 인식	42
표 3-4. 지역별 직책에 대한 만족여부	43
표 3-5. 지역별 직무교육 수강에 대한 태도	44
표 3-6. 본청과의 업무협조도에 관한 인식	45

표 3-7. 지방자치제 실시가 보건소 사업에 미치는 영향에 대한 인식	47
표 3-8. 지역별 지방자치단체장 및 지방의원들의 보건사업에 대한 관심도	48
표 3-9. 지역별 향후 보건소 조직기능의 변화양상에 대한 인식	49
표 3-10. 보건소 전문인력 배치 기준	51
표 3-11. 보건소 인력수가 사업수행에 적절한지에 대한 인식	52
표 3-12. 지역별 현 인력 분포	52
표 3-13. 직종별 인력현황	54
표 3-14. 전문인력의 해당업무 적정배치에 대한 인식	55
표 3-15. 면허 및 자격소지 전문인력의 배치 분포	57
표 3-16. 보건소 업무별 의사 배치율	59
표 3-17. 보건소장의 일반적 특성	60
표 3-18. 보건소 시설이 사업수행에 적합한지에 대한 인식	62
표 3-19. 향후 시설변경계획 유무 및 변경내역별 분포	63
표 3-20. 시설변경 이유	63
표 3-21. 보건소 시설물의 일반적 현황	64
표 3-22. 주요업무별 사무실 유무 및 적정여부에 대한 응답 현황	65
표 3-23. 현 보유기자재의 적정여부에 대한 인식	68
표 3-24. 기자재 종류별 보유수량에 대해 적정하다고 응답한 비율 분포	69
표 3-25. '92년 사업예산의 사업수행에 적절한지에 대한 인식	71
표 3-26. 보건소 예산의 재원별 분포	71
표 3-27. 관내주민 1인당 투입된 보건소 예산액	72

표 3-28. 본청 예산대 보건소 예산의 점유비율 분포	72
표 3-29. 예산내역 항목별 비율 분포	73
표 3-30. 보건소의 우선순위 사업분포	78
표 3-31. 지역별 지방의원들의 보건사업 요구율	79
표 3-32. 보건소 진료 의사수	83
표 3-33. 보건소 진료서비스의 제공현황	83
표 3-34. 보건소 진료환자의 의료보장 형태별 분포	85
표 3-35. 지역별 보건소 치과진료서비스 제공여부	86
표 3-36. 지역별 보건소 보건교육 프로그램 수행여부	91
표 3-37. 지역별 보건소 노인보건, 가정간호 성인병 관리, 물리치료 프로그램 수행여부	94
표 3-38. 보건소 이용환자의 의료비 지불방식별 분포	97
표 3-39. 지역별 보건소 이용환자의 성별 연령군별 분포	98
표 3-40. 보건소 이용환자의 연령군별 분포	98
표 3-41. 보건소 이용환자의 성별 10대 질병(56분류 기준)의 양상	100
표 3-42. 보건소 이용환자의 연령군별 10대 질병의 양상	101
표 3-43. 지역별 보건소 이용환자의 5대 질병(56분류 기준) 양상 ...	104
표 3-44. 보건소 이용환자의 성별 연령별 상병 분포(17대분류)	105
표 3-45. 보건소 이용환자의 계절별 상병 분포(17대분류)	107
표 3-46. 현재의 사업별 목표량 제도와 평가방법에 대한 인식	109
표 3-47. 자체개발 및 중점사업별 실시율	111
표 4-1. 공공보건의료인력 배치 현황	118
표 4-2. 읍.면 보건소의 근무장소	119

표 4-3.	공중보건의의 업무중 가장 많은 비중을 차지하는 업무와 가장 중요하게 생각하는 업무에 대한 의견	123
표 4-4.	보건소당 1일 평균 이용환자수 분포	124
표 4-5.	보건지소 활성화 방안에 대한 보건소장의 의견	127
표 4-6.	연도별 보건진료소 설치 및 보건진료원 양성 현황	139
표 4-7.	시·도별 보건진료소 설치 및 보건진료원 배치 현황	139
표 4-8.	보건의료원의 업무내역별 활동 비율	140
표 4-9.	보건진료소 1개소당 월평균 사업실적	141
표 4-10.	보건진료소 활성화 방안에 대한 보건소장의 의견	143
표 5-1.	일본의 보건소 유형별 분포	152
표 5-2.	일본의 보건소 유형별 업무운영의 예	164
표 5-3.	미국의 지방보건부의 재정 구성 사례	173

그림 목 차

그림 3-1. 기본형 보건소 조직	32
그림 3-2. 일반형 I 보건소 조직	32
그림 3-3. 일반형 II 보건소 조직	33
그림 3-4. 일반형 III 보건소 조직	33
그림 3-5. 직할시형 I 보건소 조직	34
그림 3-6. 직할시형 II 보건소 조직	34
그림 3-7. 특별시형 I 보건소 조직	35
그림 3-8. 특별시형 II 보건소 조직	35
그림 3-9. 군지역 보건의료원 조직	36
그림 4-1. 현행 보건지소 조직체계	131
그림 4-2. 기존 보건지소 조직체계 개선안 예	132
그림 4-3. 보건지소 조직체계 개선안	134
그림 5-1. 일본의 보건행정체계	150
그림 5-2. 미국의 소규모 County의 보건조직체계 일례	170
그림 5-3. 1991년 4월이후의 영국 국민보건제도(NHS) 조직	187
그림 6-1. 지방자치제 하에서의 보건행정체계 개편방향	198
그림 6-2. 개편안 1	209
그림 6-3. 개편안 2	211
그림 6-4. 개편안 3	213
그림 6-5. 집권과 분권의 조화점	222
그림 6-6. 보건행정체계(안)	225
그림 7-1. 인구 10만명 이하의 시.군 보건소의 조직모형(기본형) ...	239

그림 7-2. 인구 10만명 이상의 중도시 보건소의 조직모형	240
그림 7-3. 대도시 보건소의 조직모형(특별시, 직할시)	240
그림 7-4. 보건의료원의 조직모형	241

부록표 목차

표 1. 보건소 사업별 업무수행상태와 향후 조정필요성에 대한 견해 ...	275
표 2. 지역별 보건소의 월평균 서비스 실적(1991년)	279
표 3. 지역별 보건소 서비스실적의 구성비(1991년)	280
표 4. 지역별 인구 1,000명당 보건소 월평균 서비스 실적 (1991년)	281
표 5. 보건소 서비스 실적(평균)	282
표 6. 보건소 서비스 실적 구성비	284
표 7. 보건소 서비스의 변화 양상	285
표 8. 보건소 이용환자의 성별, 연령별 분포	287
표 9. 보건소 이용환자의 성별 상병분포	288
표 10. 보건소별 5대 질병(56분류 기준)의 양상	290
표 11. 보건소 이용환자의 상병 분포(17대분류)	291
표 12. 보건지소 1개소당 월간 일반진료 환자건수(연인원) 분포	293
표 13. 보건지소 1개소당 월간 치과진료 환자건수(연인원) 분포	294
표 14. 보건진료소 1개소당 월평균 사업실적 분포	295
표 15. 읍·면 보건의료 인력	297

第1章 緒 論

1.1. 研究背景

우리나라는 1960년대 이후 高度의 經濟成長을 이룩하였고 그 結果 국민 생활의 基本需要가 충족됨에 따라 국민들의 健康에 대한 욕구가 한층 增大되고 있어 政府에서는 국민들의 健康福祉 向上을 목적으로 여러가지 政策을 추진해오고 있다. 예를들면 醫療保障制度 및 農漁村 保健醫療施設의 확충 등 健康權을 보장하기 위한 政府의 정책적 노력도 이러한 맥락에서 중요한 의미를 가지며, 이렇게 볼때 우리나라 保健政策은 과거 수동적이고 미온적인 모습에서 오늘날 능동적이고 미래지향적인 모습으로 변모해가고 있다.¹⁾

1956년 처음으로 法律的 근거에 의해 설립된 保健所로부터 오늘날에 이르기까지 보건소의 발전과정을 고찰해 볼 때 그간 적지않은 발전을 거듭해 온 것은 사실이나, 이러한 발전에도 불구하고 時代的 環境變化와 점증하고 있는 국민들의 健康欲求에 비추어 볼 때 보건소가 지역사회 公共保健醫療機關으로서 기능과 역할을 다하기에는 미흡한 실정이다.

우리나라 人口構造의 변화는 老齡人口의 증가로 慢性退行性 疾患의 증가와 노인층의 醫療利用 급증 등이 예상되고, 生産年齡層 人口의 도시집중화로 지역간 疾病發生樣相의 변화와 산업사회로의 발전과 함께 산업재해, 공해, 환경오염 등 健康에 악영향을 미치는 危險要因이 증가함에 따라 보건소의 기능에 대한 재검토가 요구되어 왔다. 따라서 보건사회부에서는 1991년에 保健所法을 改定하여 이를 수용할 수 있는 법적기틀을 마련하였지만 보건소가 이를 效率的으로 수행하기에는 제반여건상 미흡한 실정에 있다.

1) 박상봉, 문창진, 우리나라 보건의료체계의 발달과정과 현황, 한국보건사회연구원, 1990, p.9.

지금까지의 保健所 機能은 주로 급성전염병 예방, 가족계획, 결핵 등 公衆 保健事業과 1次診療事業 위주로 발전하여 왔기 때문에 최근 疾病發生樣相의 변화에 따라 증가하고 있는 慢性退行性 疾患 등 오늘날의 건강문제에 效果的으로 對應하지 못하고 있으며, 地方化 時代를 맞이하여 다양하게 表出될 것으로 보이는 지역주민들의 保健醫療欲求를 效率的으로 충족시키는데도 현재의 보건소 조직과 기능으로서는 감당하기가 어려울 것으로 예상된다.

또한 지금까지 지방보건사업이 內務行政의 일환으로 취급되어 保健行政體系가 二元的 構造를 이루고 있어 地方保健行政體系의 발전을 저해하여 왔다. 이에 따라 保健所가 독자적으로 그 지역의 특성과 주민의 요구에 副應하는 보건의료서비스를 計劃, 提供할 수 있는 능력을 갖지 못한 실정이어서 一線에서의 보건의료사업은 그 대부분이 중앙으로부터 주어지는 업무를 집행하는 수동적인 기능을 가지고 있을 뿐이었다. 그러나 地方自治制의 실시와 保健醫療環境與件 변화에 따라 이제부터는 保健所가 명실공히 地方保健行政의 중추적인 조직으로서 지역주민의 保健醫療欲求를 效果的으로 충족시켜줄 수 있도록 合理的인 保健行政體系의 확립과 함께 보건소의 조직 및 기능에 있어 혁신적인 개선이 있어야 할 것이다.

따라서 본 研究에서는 社會與件의 변화에 效果的으로 대응할 수 있는 地方保健行政體系의 代案을 제시하고 保健所 組織 및 機能의 改善方案을 模索코자 한다.

1.2. 研究目的

본 研究의 目的은 연구배경에서 제시된 바와 같이 地方自治制 실시에 따른 地方分權化의 추세는 물론 保健醫療環境 變化에 부응할 수 있는 保健行政體系의 대안모색과 함께 保健所의 組織 및 機能에 대한 改善方案을 강구하기 위한 것으로 그 구체적인 目的은 다음과 같다.

첫째, 보건소의 現況分析을 통하여 운영상 問題點을 도출하고 그 改善方案을 모색한다.

둘째, 地方自治制 실시에 따른 합리적인 保健行政體系의 改善代案을 제시한다.

셋째, 保健醫療環境 與件變化에 효과적으로 대응할 수 있는 보건소의 機能과 役割을 재정립하고 組織 및 機能의 발전모형을 개발한다.

1.3. 調查研究 方法

1.3.1. 調查研究의 特性

保健所 機能 改善 方案에 대해서는 보건소가 설립되어온 지난 30년 이래 개선안이 산발적으로 제시되어 오고 있으나 이를 수용할 與件이 성숙된 것은 1988년 4월 地方自治法의 全面改正에 따라 정부조직과 기능이 재조정되는 지방자치 시대가 열리게 됨에 따라 地方行政機構의 改編에 대한 論議가 활발히 대두되고 보건행정계 내외의 변화에 대응한 공공 보건기관 기능 轉換에 대한 요구가 높아가고 있기 때문이다. 본 조사는 이러한 요구에 부응하기 위하여 다음과 같이 多角度로 자료를 수집하여 지역 보건행정의 再組織과 이에 대한 代案의 사회적 合意를 도출하는데 필요한 기초자료를 제시하고자 하였다.

첫째, 기존 보건소기능 조사분석에서 해오던 단순한 實態調査와 概括的인 정책방향 제시를 止揚하고 지방자치화 시대에 부합한 구체적인 개선방안을 제시하고자 하였다.

둘째, 이를 위해 市·郡·區 보건소에 대한 機關調査와 保健所長에 대한 조사, 各 業務 擔當係長 및 實務者에 대한 面接調査를 全國單位나 標本 單位로 실시하고, 아울러 상위 행정체계인 市·道 保健課長에 대한 面接調査를 심도있

게 실시하였다.

셋째, 보건소기능 및 보건행정체계 개선에 관한 既存의 論議, 행정실무진의 改革案들을 수집 정리하였다.

넷째, 기존 보건소 진료서비스의 이용 현황을 파악하기 위하여 保健所 診療部門 利用者에 대한 분석을 포함하였다.

다섯째, 우리나라 보건소 기능 설정에 영향을 미친 美國, 日本과 英國의 보건소 기능과 보건행정체계를 제시함으로서 향후 우리나라 보건소 기능의 方向設定에 參考가 되도록하였다.

1.3.2. 研究方法

본 연구는 크게 문헌고찰과 현지 및 우편조사를 통하여 다음과 같이 이루어 졌다.

1) 문헌고찰

가. 기존연구 문헌고찰과 기존의 보건조직 및 체계에 관한 개편안 검토
나. 관련행정자료 수집분석

다. 일본, 미국, 영국의 보건행정체계와 지방보건조직에 관한 국내외
문헌고찰

2) 郵便 및 現地調査

가. 郵便調査

① 保健所 機關調査

전국 265개 시·군 보건소 전체를 우편조사 대상으로 하였다. 보건지소, 보건진료소에 대한 사항은 이 조사에 포함 하였다. 최종적으로 215개 보건소의 응답결과가 분석되었다. 조사대상 보건소의 지역별 분포를 보면 다음과 같다.

표 1-1. 조사대상기관 및 조사대상자

조사방법	기관조사	개인조사
우편조사	전국 보건소: 215개 보건소	전국 보건소장: 215명
현지조사	13개소 보건소 1. 서비스 실적 (3개년도) 2. 의료인력조사 3. 계(과)별 업무조사	13개 보건소 1. 일반진료환자 : 9,372명 2. 전국 시,도 보건과장 13명

* 수치는 조사별 최종 수집, 분석된 대상수임.

② 保健所長 調査

전국 265개 시·군 보건소장 전체를 우편조사 대상으로 하였으며 최종적으로 215명의 보건소장의 응답결과가 분석되었다.

표 1-2. 보건소조사의 대상 및 응답현황

	설치 보건소수	보건소 조사 응답수(응답율)	보건소장 조사 응답수(응답율)
대도시	56	44 (78.6%)	46 (82.1%)
중소도시	73	63 (86.3%)	62 (84.9%)
농어촌	136	108 (79.4%)	107 (78.7%)
계	265	215 (81.1%)	215 (81.1%)

나. 現地調査

① 保健所 機關調査

전국 보건소의 지역의 地理的 特性, 人口規模, 開發水準, 保健所類型 (보건의료원, 모자보건센터 부설 등)의 지역특성 選定基準에 따라 특성이 偏在되지 않도록 고루 선정하여 추출된 13개 지역에서 연구자가 직접 다음 사항을 면접조사 또는 자료수집하였다. 13개 현지조사 지역은 다음과 같다.

〈현지조사 보건소 : 13개소〉

서울특별시	도봉구, 영등포구
부산직할시	동래구
광주직할시	동구
경기도	수원시 권선구
강원도	동해시
충청북도	영동군
충청남도	청양군
전라북도	장수군
전라남도	순천시, 영광군
경상북도	문경군
경상남도	창원시

- 보건소의 각 係別 업무 세부내용과 문제점에 대한 담당계장 및 직원에 대한 면접조사
- 1991년 7월, 1991년 10월, 1992년 1월, 1992년 4월의 4계절의 1주 내지 2주간²⁾의 一般診療 患者차트 조사
- 보건소 세부 업무별 實績 (1990년 1월1일-1992년 6월30일) 조사
- 1990년 1월 1일-1992년 6월 30일 기간중의 醫療人力 조사

② 保健所長 調査

보건소 조사와 동일하게 13개 지역에 대해서는 현지 면접조사를 실시 하였다.

③ 市·道 保健課長 調査

15개 시·도 보건과장을 대상으로 연구자가 직접 면접조사를 실시하였다. 이중 서울특별시, 전라북도를 제외한 13개 지역에서 보건과장의 의견이 수집되었다.

- 2) 보건소의 진료실적을 고려하여 각 계절별로 1주간 환자가 300명 이상인 경우에는 1주간의, 1주간 진료실적이 300명 미만인 경우에는 2주간의 진료환자를 조사 대상으로 하였다.

1.3.3. 調査内容

조사표별 주요 내용은 다음과 같다(부록: 조사표 참조).

1) 保健所 機關調査

① 지역현황

- 인구현황
- 사회, 보건현황
- 지역특성 변수
- 의료기관 분포

② 保健所(保健醫療院) 組織, 人力 현황

- 보건소(保健醫療院) 운영 조직
- 보건소(保健醫療院) 부서별 업무분장 내역
- 인력현황
- 사업별 전문인력 배치

③ 保健所(保健醫療院) 施設 및 機資材 현황

④ 保健所(保健醫療院) 事業현황

- 1991년도 예산
- 1991년도 진료비 청구 건수(지역, 직장의료보험, 의료보호별)
- 사업실적 변화 추이
- 사업별 수행 정도와 향후 조정 필요성에 대한 견해
- 적정 전문인력수에 대한 견해
- 의뢰체계 설정여부
- 업무 전산화 정도
- 보건소 홍보 및 마케팅 실태
- 모자보건센터 설치 보건소의 분만실적 및 모자보건센터 운영방침

⑥ 郡地域 保健支所, 保健診療所 實績 및 設置현황

⑦ 保健醫療院 患者實績, 收入·支出 현황 및 보건의료원의 特殊事業

2) 保健所長 調査

- ① 일반사항 (자격, 연령, 교육배경, 경력)
- ② 보건소(보건의료원) 조직, 관리에 대한 의견
- ③ 지방자치화에 따른 보건소기능 개선에 관한 의견
- ④ 보건소가 수행해야 할 우선사업에 대한 의견
- ⑤ 군지역 보건지소, 보건진료소 활성화 방안에 대한 의견

3) 市·道 保健課長 調査

- ① 시·도의 보건사업 계획과 수립에 있어서의 현행 문제점과 개선방안
- ② 시·군 보건사업 평가에 대한 현행 문제점과 개선방안
- ③ 보건소 업무의 지도감독에 대한 현행 문제점과 개선방안
- ④ 시·도 보건과의 조직 및 기능에 대한 현행 문제점과 개선방안
- ⑤ 보건직 공무원의 인사관리상의 현행 문제점과 개선방안
- ⑥ 중앙(보건사회부)과의 행정체계상의 현행 문제점과 개선방안
- ⑦ 시·도 자체 특수시책 및 특수사업의 성과에 대한 현행 문제점과 개선 방안
- ⑧ 보건소 운영 제반의 문제점과 개선방안: 보건소 행정체계 및 조직, 보건소 기능, 전문인력 수급 및 보사부 확충계획, 재정자립도가 낮은 지역의 보건소 운영, 동일 생활권내의 2개 보건소 운영, 보건소 장직급 상향조정안에 대한 견해

4) 保健所 診療 部門 利用患者 調査

- ① 환자의 이용시기
- ② 환자의 성, 연령
- ③ 환자의 의료비 지불방식
- ④ 환자의 질병명 (56분류)

第 2 章 保健所の 發展過程과 環境與件 變化

組織은 주위의 環境變化에 適應하고 能動的으로 대처해 나감으로써 그 存在의 價値를 인정받게 되는 것이며, 그렇지 못할 경우에 그 組織은 淘汰되거나 存立意義를 상실하게 되는 것이다.

그동안 우리나라의 保健所 組織은 사회여건 變化에 對應하여 效果的으로 發展·變化해오지 못했던 관계로 현재의 保健所 機能과 役割로서는 그간 급속하게 變化되어 온 社會와 保健醫療 環境의 變化를 受容하는데 限界에 직면하고 있다. 이에 保健醫療 內외의 環境變化를 分析 照明하여 社會與件의 變化에 適應할 수 있는 保健所의 機能과 役割을 定立할 필요가 있다.

2.1. 保健所の 發展過程과 分布

2.1.1. 保健所の 發展過程

保健行政의 合理的인 運營과 國民保健의 向上을 목적으로 設立된 保健所가 오늘에 있기까지 發達해온 過程을 考察해 보면 다음과 같다.

우리나라의 保健所事業은 解放以後에 美 軍政이 실시되면서 시작되었다. 1945년 9월 軍政法令 제 1호를 公布하여 豫防保健事業 중심의 보건사업을 시작하였으며, 1946년 10월 서울에 模範保健所가 설립되어 組織을 갖춘 보건소의 始初가 되었고, 1947년 7월 政府樹立에 따라 國立中央保健所 職制가 公布되었다.

1948년 模範保健所를 國立中央保健所로 승격하였으나 1950년 6.25로 거의 파괴되었고, 1951년 1월 慶南道立保健所로 이동하여 釜山市內의 保健所事業을 담당하였다.

1951년 9월 國民醫療法이 制定되면서 보건소의 組織이 擴大 되었으며, 收復이 후 서울로 복귀하여 救護와 保健事業을 遂行하였다. 6.25 동란중 UN의 원조로 전국에 500개소의 保健診療所가 설치되어 時代的 요청에 따른 一次醫療惠澤과 防疫行政 및 救護行政을 하였다.

都市地域 保健所 事業보다 앞서 실시된 農村地域 보건소사업의 嚆矢³⁾는 1935년에 全羅北道 개정에 設立된 農村衛生研究所 事業으로 1948년 이영춘 박사가 중심이되어 이 사업을 확대하였는데 2개소의 綜合病院과 7개소의 診療所를 설치하여 農村住民을 대상으로 地域保健事業과 각종 調查研究事業 및 訓練事業 등을 하였다.

1953년에는 15개의 保健所와 471개의 保健診療所가 設立되었고, 1955년에는 16개보건소, 515개 保健診療所로 늘어나 防疫行政과 救護行政을 주로 遂行 하였다.

1956년 12월에는 보건소의 設置와 運營에 관한것과 市, 道立 保健所組織을 골자로한 保健所法이 최초로 制定 公布되었으며, 1958년 6월에는 大統領令 제 1378호로 保健所法 施行令을 公布하여 보건소의 法的根據를 마련하였으나 명실상부한 保健所組織은 갖추지 못하였다.

1961년7월 法律 제659호로 구법령 정리에 의한 特別措置法 公布에 따라 舊 保健所法이 전면 改正 되었으며, 1962년 9월에 法律 제1169호에 따라 保健所 設置主體, 業務條項, 運營主體를 市·道에서 市·郡으로 移管토록 하였고, 13가지 保健所業務를 規定하므로서 현재 보건소업무의 母體가 되었다.

1975년에는 서정쇄신의 일환으로 衛生業務와 環境業務가 分離되고, 診療機能이 강화되었으며, 1976년에는 保健所法 施行令을 大統領令 제 8087호로 制定하여 人口의 都市集中에 따라 人口比例(행정구역단위)로 보건소를 設置토록 하였다.

3) 이종학, 보건행정과 보건소 활동, 1962, P.7

1977년에는 醫療保護와 醫療保險의 實施로 保健所의 診療機能이 더욱 활성화 되었고, 1982년부터 公衆保健醫療機關의 現代化 事業이 推進되었다.

1988-1989년에는 醫療脆弱地域의 郡保健所를 病院化하는 사업을 전개하여 15개소의 醫療院化 保健所가 設立되었다.

1991년 3월에는 保健所法을 改正하여 보건지소의 設置根據를 마련하였고, 時代的 環境變化에 따라 保健所業務를 補完하여 再規定 하였다.

1992년 7월에는 保社部 訓令 제 639호로 專門人力 配置基準를 定하므로써 보건소 서비스의 質的變化를 기대할 수 있는 契機를 만들었다.

이와같이 보건소의 發達過程은 時代的 環境變化에 따른 것으로 보건소의 組織과 機能은 地方自治制가 실시되고 점차 定着되어 감에 따라 더 중요한 役割을 擔當하여야 할 것이다. 따라서 地域을 中心으로 地域與件에 適合한 核心的인 綜合保健醫療機關으로 그 기능을 다할 수 있도록 繼續的인 發展이 있어야 할 것이다.

2.1.2. 保健所의 分布

보건소의 設置에 관한것은 保健所法 제 2조와 保健所法 施行令 제 2조에 行政區域 단위인 區, 市, 郡 별로 1개소를 설치토록 하고있다.

'92년 10월 31일현재 보건소의 施設을 갖추고 運營되고있는 保健所數는 <表 2-1>에 나타난 바와같이 全體 267개소로 區保健所 69개소, 市保健所 62개소, 郡保健所 136개소이고, 郡保健所에는 醫療院化 保健所 15개소가 包含되어 있다. '86년도 區保健所 42개소, 市保健所 46개소, 郡保健所 139개소에 비해 증가한 것으로 이러한 變化현상은 人口의 增加와 都市集中에 起因한 것으로 分析된다.

또한 同一 行政區域內 2개 보건소가 있는 지역은 30개 지역으로 이는 보건소의 設置를 行政區域單位에 따라 하기 때문에 市, 郡의 生活圈이 同一한데도 市와 郡에 보건소를 設置한 것으로 重複投資로 因한 豫算의 浪費와 管轄 住民의 利用不便 等の 問題가 있을 것으로 思料된다. 따라서 市, 道 및 中央에서는 이에대한 妥當性調査를 통해 統, 廢合 또는 自己管内로의 移轉 等 效率的인 運營이 되도록 調整하는 것이 바람직할 것이다.

表 2-1. 市, 道の 行政區域別 保健所 分布

(단위: 개소)

시	도	구	시	군	계	*동일행정구역내 2개소가 있는지역
서	울	22	-	-	22	-
부	산	12	-	-	12	-
대	구	7	-	-	7	-
인	천	6	-	-	6	-
광	주	4	-	-	4	-
대	전	5	-	-	5	-
경	기	6	16	17(1)	39	3
강	원	-	7	15(2)	22	3
충	북	-	3	10	13	3
충	남	-	5	15(1)	20	2
전	북	2	5	13(2)	20	2
전	남	-	6	21(4)	27	3
경	북	-	10	24(3)	34	9
경	남	5	8	19(2)	32	5
제	주	-	2	2	4	-
계		69	62	136(15)	267	30

자료: '92.10.31현재 시, 도 보건과를 통해 파악한 자료임

()의 숫자는 의료원화된 보건소수임

* 동일 행정구역내에 2개보건소가 중복설치된 지역수(예: 평택시내에 평택시 보건소와 평택군 보건소가 있는경우)

보건소가 設置되어 있는 行政區域單位인 區, 市, 郡의 管轄 人口規模에 따른 보건소數 分布를 <表 2-2>에서 보면 5-10萬 未滿인 지역이 全體의 41.9%로 가장 많고, 區지역은 40萬 以上이 34.8%, 市, 郡지역은 5-10萬 未滿地域이 각각 46.8%, 58.1%로 가장 높은 分布이다.

따라서 現행 보건소 設置基準은 管轄人口, 面積, 地域特性 등을 考慮하지 않고 行政區域單位로 비슷한 類型의 보건소를 設置토록 하고있어 地域與件에 適合한 事業遂行을 할 수 있는 人力, 施設, 機資材 등의 與件이 未備된 보건소가 있는 것으로 생각된다.

表 2-2. 管轄 人口規模別 保健所 分布

(단위: %)

인 구	구	시	군	계
5만 미만	0.0	6.5	17.6	10.5
5만이상-10만미만	5.8	46.8	58.1	41.9
10 - 15	2.9	14.5	19.9	14.2
15 - 20	8.7	9.7	4.4	6.7
20 - 25	10.1	9.7	-	4.9
25 - 30	13.0	4.8	-	4.5
30 - 35	14.5	4.8	-	4.9
35 - 40	10.1	0.0	-	2.6
40만 이상	34.8	3.2	-	9.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(69)	(62)	(136)	(267)

* 시지역중 구로 분구된 지역은 구에 포함

N: '92.10.31 현재 시설을 갖추고 운영되고 있는 보건소수

2.2. 環境與件的 變化

2.2.1. 社會·經濟的 與件的 變化

우리나라는 그동안 6차에 걸친 經濟社會發展 5個年 計劃의 성공으로 國民所得水準의 향상과 함께 제반 사회적 여건도 많이 변하고 있다.

1961年 국민 1인당 GNP는 83달러에 불과했으나, 제6차 경제사회발전 5個年 計劃(1986-1991)의 마지막 연도인 1991年 1인당 GNP가 6,498달러선으로 되었고(표 2-3 참조), 제7차 5개년 계획기간중 10,000달러선으로, 2000년에는 17,000달러가 될 것으로 예측하고 있다. 都市와 農村간의 소득격차도 차차 개선되어 1990年 도시가구의 평균소득액이 943천원, 농촌이 919천원으로 별 차이가 없다.⁴⁾

표 2-3. 1인당 국민총생산

연도	1인당 GNP(경상달러)
1971	189
1976	803
1981	1,734
1986	2,505
1990	5,569
1991*	6,498

자료: 통계청, 한국의 사회지표, 1991.

* 한국은행, 동아일보, 1992.3.28.

한편 1990年 醫療비 지출⁵⁾에 있어서는 절대액으로나 비율로 보아 농촌가구가 도시가구보다 높아 가구소득중 6% 정도를 지출하고 있는데 비해 도시가구

4) 통계청, 한국의 사회지표, 1991.

5) 상계서

는 5% 정도를 지출하고 있다. 이러한 경제적 변화는 국민의 질적인 保健醫療 서비스 요구에 영향을 미치게 될 것으로 公共保健醫療體系가 제공하는 서비스의 질적개선이 중요한 과제로 대두된다. 또한 産業化가 초래한 환경오염으로 인하여 야기되는 건강문제와 도시화, 산업화의 급진전으로 나타나는 精神保健問題 등의 관리를 위하여 보건소의 役割과 機能의 변화가 요구된다.

經濟發展과 産業化는 國民生活水準의 향상과 더불어 사회적 여건도 많은變化를 가져왔다. 教育水準은 국민의 教育熱과 함께 매우 높아 해당 적령기 아동중 취학율이 1990년에 중학교의 경우 99.3%였고, 고등학교가 98.3%였다(표 2-4 참조). 이처럼 국민생활수준 및 교육수준이 향상됨에 따라 국민의 意識構造가 크게 變化되었으며, 건강에 대한 깊은 관심과 함께 醫療福祉에 대한 欲求가 增大되고 있다.

표 2-4. 적령기 아동 취학율

연도	국민학교	중학교	고등학교
1966	96.6	42.3	27.5
1970	102.4	57.0	30.5
1975	103.2	74.2	43.6
1980	101.0	94.6	68.5
1985	102.0	99.1	86.4
1990	100.9	99.3	98.3

자료: 통계청, 한국의 사회지표, 1991.

全國民 醫療保險의 실시로 醫療利用率이 증가되고 있고, 이에 따라 醫療費의 支出이 증대되고 있어 도시 저소득층과 특히 醫療機關이 적은 농어촌 지역 醫療利用에 어려움이 가중되고 있다. 이러한 계층의 醫療서비스를 위하여 公共保健機關의 診療機能이 強化되어야 한다.

2.2.2. 人口構造의 變化

우리나라의 人口增加率은 1960年 3%의 높은 水準이었으나, 1970년에는 2.0%, 1980年 1.67%, 1985年 1.02%, 1990년에는 0.98%로 계속적인 減少趨勢를 보이고 있다(표 2-5 참조). 이러한 人口增加率의 감소는 주로 政府家族計劃事業에 의한 出生率低下에 기인된 것으로 1960年 合計出生率은 6.0名에서 급격히 감소하여 1985년에는 1.7名으로 대체출산력 수준 이하가 되었고, 1990년에는 1.6名 수준에서 정체상태에 머무르고 있다. 사망력도 크게 減少하여 1985年 평균수명이 남자 65세, 여자 73세였으나, 1990년에는 남자 67세, 여자 75세로 연장되었고, 2000년에 가서는 남자 71세, 여자 77세로 선진국 수준에 이를 전망이다.⁶⁾

표 2-5. 우리나라 주요 인구동태지표의 연도별 추이

구 분	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2010	2021
총인구(천명)	25,012	32,241	38,124	40,806	42,869	44,851	46,789	49,683	50,586
인구증가율(%)	3.0	2.04	1.67	1.02	0.98	0.93	0.81	0.41	0.03
합계출산율(명)	6.0	4.5	2.7	1.7	1.6				
인구구조(%)									
0-14	42.3	42.5	34.0	30.2	25.8	23.2	21.2	19.1	15.8
15-64	54.8	54.4	62.2	65.6	69.2	71.1	72.0	71.5	71.1
65이상	2.9	3.1	3.8	4.3	5.0	5.7	6.8	9.4	13.1
부양비(%)	82.6	83.9	60.7	52.5	44.5	40.6	38.8	39.9	40.6
도시/농촌인구비(%)									
도시	28.0	41.2	57.3		74.4		78.3		
농촌	72.0	58.8	42.7		25.6		21.7		

자료: 1) 통계청, 장래인구추계, 1991.

2) 통계청, 한국의 사회지표, 1991, (합계출산율)

3) 한국보건사회연구원, 2000년대를 향한 인구정책구상, 1991.
(인구구조, 도시·농촌인구비)

6) 통계청, 장래인구추계(1990-2021), 1991.

出産力과 死亡力の 감소는 人口構造에 영향을 미쳐 1960年 42.3%에 달하던 14세 이하의 幼年人口比率이 1985年 30.2%, 1990年에는 25.8%로 현저히 減少된 반면, 65세 이상의 老人人口比率은 增加하는 추세로 1960年 2.9%에서 1990年에 5.0%로 증가했고 앞으로도 계속 증가하여 2000年에 6.8%, 2021年에는 13.1%에 이를 것으로 전망되고 있다. 이와같은 人口의 老齡化는 각종 成人病과 慢性退行性 疾患의 증가를 가져오게 되어 老人層의 醫療利用 급증 등이 예상된다.

한편, 産業化와 都市化에 따라 도시와 농촌의 人口比率은 1960年에 28:72로 농촌人口가 절대적이었으나, 1990年에는 74:26으로 역전되었고, 2000年에 都市人口比率이 78.3%에 이를 것으로 보인다. 都市로 流入되는 人口는 대부분이 젊은 出産年齡層으로 농촌에는 老人人口가 많을 것을 예상할 수 있다. 이러한 人口學的 變化는 보건소가 慢性病 및 老人疾患에 대한 관리대책을 세울 것을 示唆하고 있을 뿐만 아니라 醫療機關이 적은 농촌지역에서의 保健所 機能轉換이 요청되는 것이다.

2.2.3. 疾病樣相의 變化

1960年代에는 感染性疾患을 비롯한 호흡기, 소화기계질환이 有病率에서나 死因에서 높은 比重을 차지하였던 것이 1980年代에 들어서는 慢性退行性疾患으로 이행하였고, 死亡原因에서도 순환기계질환, 악성신생물, 손상 및 중독이 높은 比重을 차지하고 있다(표 2-6 참조).

표 2-6. 연도별 주요 사망원인(17대 분류)

연도 \ 순위	1	2	3	4	5
1961 ¹⁾	증상. 징후 및 불명확한병태 (20.4)	호흡기계질환 (20.4)	소화기계질환 (17.3)	감염성질환 (12.8)	신경계 및 감각기계질환 (11.9)
1970 ¹⁾	증상. 징후 및 불명확한병태 (57.2)	순환기계질환 (11.6)	호흡기계질환 (8.4)	감염성질환 (7.2)	신생물 (5.2)
1980 ¹⁾	순환기계질환 (33.6)	신생물 (14.2)	손상 및 중독 (11.2)	소화기계질환 (9.8)	증상. 징후 및 불명확한병태 (8.4)
1988 ²⁾	순환기계질환 (30.3)	신생물 (18.2)	증상. 징후 및 불명확한병태 (17.4)	손상 및 중독 (13.7)	소화기계질환 (8.4)
1990 ²⁾	순환기계질환 (29.9)	신생물 (20.1)	손상 및 중독 (15.4)	증상. 징후 및 불명확한병태 (13.3)	소화기계질환 (8.1)

()안은 분류가능 사인의 백분율

자료: 1) 김정순, 우리나라 사망원인의 변천과 전망, 한국역학회지, 1989;11(2)

2) 통계청, 한국의 사회지표, 1991.

이와같은 疾病樣相의 變化를 勘案할때 앞으로 관상동맥경화성 심장질환, 교통사고 등 사고사, 각종 慢性退行性 疾患이 주요한 死因이 되리라는 것은 분명하다. 이에 따라 急性傳染病管理, 결핵관리, 모자보건, 가족계획 등 지금까지 역점을 두어온 公衆保健事業의 우선순위는 점차 감소시키거나 내용을 變化시키고 고혈압 조기검진프로그램과 만성질환관리프로그램 등 豫防과 健康増進을 주로하는 개인보건서비스 프로그램의 개발과 사고를 대비한 應急醫療體系, 노인진료, 정신장애 및 재활사업 등에 우선순위가 주어져야 할 것이다.

2.2.4. 醫療資源의 分布

우리나라 醫療은 自由企業型的 民間의료가 발전하게 되어 民間主導型的 醫療傳達體系로 발전하여 왔다. 특히 1970年代 후반부터는 국민생활수준의 향상과 함께 醫療保險의 실시로 국민들의 醫療需要가 급증함에 따라 自由企業型的 民間의료의 발전이 한층 촉진되었다.

이러한 自由放任의 의료체계하에서의 民間의료부문은 우리나라의 의료자원을 확대시키는데 크게 寄與하였지만 의료자원의 지역적 不均衡을 초래하는 병폐를 가져오게 되었다. 즉 자유경쟁적 시장구조하에서 醫療의 인적, 물적자원의 需要度가 높고 人口가 밀집한 都市에 집중하게 됨으로써 시장성이 열악한 농어촌지역이나 저소득계층의 의료로 외면한 상태여서 농어촌지역 주민의 의료이용에 많은 問題點을 露呈시켜 왔다. 1990年 12월말 현재 의료자원의 지역별 분포현황을 보면 전체의료기관의 89.8%와 병상의 85.5%가 도시지역에 편재해 있으며, 醫療人力의 경우 醫療機關 從事者를 기준으로 全體 醫療人力의 91.7%가 도시지역에 근무하고 있었다(표 2-7 참조).

표 2-7. 의료자원의 지역별 분포현황, 1990

구 분	계	시 부	군 부
인 구(천명)	43,499(100.0)	32,378(74.4)	11,121(25.6)
의료기관(개소)	21,701(100.0)	19,495(89.8)	2,206(10.2)
병 상(개)	134,176(100.0)	114,777(85.5)	19,399(14.5)
의료인력(명)	136,405(100.0)	125,021(91.7)	11,384 (8.3)

자료: 1) 통계청, 1990 인구주택총조사 속보, 1991. (인구)
2) 보건사회부, 보건사회통계연보, 1991.

政府는 保健醫療의 지역적인 不均衡을 解消하기 위한 방안으로 保健所와 보건지소에 의사인력을 배치 診療業務를 담당토록 하고 있다. 보건소와 보건지

소에 근무하는 의사의 88%(표 2-8 참조)가 공중보건의사이며, 이들 공중보건의사들의 대부분이 診療經驗이 별로 없는 일반의사들이어서 지역주민들의 이들에 대한 신뢰도가 낮은 것으로 평가되고 있다. 또한 이들의 대부분이 의무적인 복무로 근무의 충실성, 진료의 계속성 등에 문제가 있음이 지적되고 있다.

표 2-8. 1990년 보건소 및 보건지소의 의사인력 배치현황

(단위: 명)

구 분	계		보 건 소		보건지소
	관리의사	공중보건의	관리의사	공중보건의	공중보건의
의 사	265	1,884	265	452	1,432
치과의사	35	1,332	35	144	1,188

자료: 보건사회부, 보건사회통계연보, 1991.

지역의료보험 가입자들의 보건기관 이용율을 보면 1989년과 1990년에 시지역에서 0.6%와 0.5%로 극히 저조했고 군지역에서는 1989년에 26.2%였으나 1990년에는 23.1%로 감소현상을 나타내고 있는데, 이는 보건의료기관에서 제공하는 의료서비스에 대한 지역주민들의 신뢰도가 낮아진 것으로 보여진다(표 2-9 참조).

표 2-9. 지역의료보험의 보건기관 이용율

연도	계	시지역	군지역
1989	16.7	0.6	26.2
1990	7.7	0.5	23.1

자료: '89, '90 의료보험통계연보, 의료보험연합회

전국민 의료보험실시와 생활수준 향상으로 지역사회 주민들의 의료수요가 급증하는 추세이다. 현재 의료자원의 도시지역 편중은 지역간 의료이용의 형평성을 저해하는 요인이 되고 있다. 이에 의료자원이 취약한 농어촌 주민들이 신뢰할 수 있는 적절한 양과 질의 의료서비스 공급을 위하여 보건소 및 보건지소의 診療機能을 확대 강화시켜야 할 것이다.

2.2.5. 地方自治制의 導入

本章에서는 地方自治制度 도입에 따른 政治, 社會 변화의 전반적인 상황과 保健行政部門에 미칠 일반적인 영향을 개괄적으로 정리해 보고자 하였다.

우리나라는 정부수립 이후 1949년 地方自治法이 제정되어 명목상은 地方自治團體라는 地方行政機構와 地方公務員이 유지되어 왔으나 中央執權의인 官治 행정 아래 지방자치가 留保되어 오다가 1988년 地方自治法의 全面的 改正으로 地方自治團體의 역할과 권한을 강화시키는 법적 기반이 마련되었고 1991년부터 地方議會議員이 選出되어 地方議會가 구성되면서 지방자치가 본격화 되고 있다.⁷⁾

改正된 地方自治法은 행정사무중 국가의 존립과 관련되거나 전국적 통일을 기하는 것은 中央政府의 소관으로 규정하고 있으나 住民福祉 增進에 관한 사무를 중심으로 상당한 권한이 地方自治團體로 대폭 移讓되고 있다.⁸⁾ 현 시점에서 볼때 公共保健部門의 保健行政體系도 中央執權의인 委任業務에서 상당

7) 자치단체장의 직선 등 핵심적인 규정의 시행이 잠정적으로 유보되어 있기는 함.

8) 지방자치법(1988.4.6 전면개정 공포), 제9조 2항 및 제 135조

부분이 地方政府와 지역사회중심의 自律性和 民主性에 기반을 둔 지방분권의 인 행정체제로 조속히 개편되어야 할 계제에 있다.

이와 더불어 지난 30년간에 社會·經濟 環境의 변화와 1990년 後半부터 시작된 사회전반에 걸친 民主化, 社會의 多樣化, 高度化로 인하여 국민의 보건과 복지서비스에 대한 요구가 급격히 표출되고 있으며, 여기에 보건소 설립이래 지역보건행정을 관장하여 온 보건계 内部的 變革에 대한 요구가 加勢하여 保健行政體系의 體質的인 轉換을 요구하고 있다.

이러한 요구에 대응하여 地方自治團體의 행정기능이 확대되게 되는데, 지방자치단체의 행정기능 강화현상은 日本을 비롯한 先進國家 전반에서 볼 수 있다. 즉 지방자치가 발달되면 保健, 福祉 등의 사회적 기능과 教育文化機能은 지방자치단체의 기능으로 特化하여 나가며 國家와 地方이라는 구분에서 보면 地方이 修行하거나 分擔하는 기능이 많아진다. 적어도 先進 福祉國家의 구조에서 국가와 지방과의 기능분담은 지방의 比重이 크다.⁹⁾ 地方自治에 바탕을 둔 지방행정의 특징을 ①住民의 經濟的·社會的 生活圈과 일치하는 地域의 요청에 입각하여 실시하는 행정 ②국가행정이 기능별·분야별 행정인데 비하여 지방행정은 綜合行政 ③지방주민의 福祉 增進과 관련된 保健과 衛生, 生活保護, 社會福祉 등의 生活行政 ④住民參與에 따른 民主行政 ⑤지방위임사무와 자치사무를 독자적으로 집행하는 自治行政으로 보고 있어¹⁰⁾ 지방자치화에 따라 保健 등 福祉分野의 地方行政需要가 계속 증가될 것으로 보인다. 이에 따라 地域開發, 環境, 保健, 社會厚生 등의 기능에 대하여는 정책수립을 제외한 실제집행 기능은 지방으로 과감히 이행되어야 할 것으로 여겨지고 있다.¹¹⁾

9) 김기욱 譯, 현대지방자치의 기능과 역할(本田 弘 著), 1991, pp.8-9.

10) 정세욱, 지방행정학, 법문사. 1992, pp.21-24, p.71.

11) 노기성, “지방자치제 실시에 따른 재정규모의 변동과 정부기능 배분”, 송대희·노기성 편, 지방자치제 실시에 따른 중앙·지방재정기능의 재정립, 한국개발연구원, 1992, pp.30-40.

또한 보건의료는 특성상 專門性을 요구하는 부문이므로 公共責任이 증가할 수록 지방자치단체의 역할이 증가하는 것으로 받아들여 지고 있다.¹²⁾ 2000년 대의 우리나라 지방행정기능의 변화에 관한 의견조사¹³⁾에서도 16개 領域의 지방행정부문중 기능이 가장 많이 확대될 분야로써 保健衛生分野가 商工行政分野와 함께 두드러지게 지적되고 있는 것으로 나타났다.

1) 우리나라의 興件

지방자치의 실시는 中央執權的인 政府構造에서 地方分權的인 정부로의 移行을 의미하는데, 지방분권화는 지방자치단체가 보다 자율적인 의사결정을 함으로써 행정의 능률을 꾀하고 경제적 효율을 증대시켜 地域發展과 厚生이 증대될 때 정당화될 수 있다.

地方分權化를 위해서는 국가의 역할이 상당부분 지방자치단체로 移管하게 되므로 地方行政機構의 補強, 중앙정부와 지방자치단체간의 財源 및 稅源의 합리적인 配分, 지방재정의 확충을 위한 財源의 地方移讓이 따라야 한다.¹⁴⁾ 기능이양은 국가재정의 지방이양과 지방자치단체의 행정수행 능력을 감안하여 점진적이고 단계적으로 추진하여야 하며, 오늘날 교통·통신 기술의 발달과 情報化에 따른 集中化의 효율 추구 경향, 都市와 農村의 財政力の 격차로 인한 자치단체에 대한 國庫 補助金의 증가에 따른 中央政府의 역할이 증대하고 행정의 廣域化에 따라 世界的으로 대두된 新中央執權化 趨勢도 충분히 고려되어야 할 것으로 論議되고 있다.¹⁵⁾

12) 문옥륜, “지방자치하에서의 보건의료행정체계”, 보건행정학회지, 1989, p. 55.

13) 한국지방행정연구원, 2000년대를 향한 지방행정좌표, 1986, p. 46.

14) 정해방, 국가와 지방자치단체간의 합리적재원배분 방안, 나라경제 8호, 1991, pp. 28-31.

15) 김공박, 지방자치 준비현황과 향후발전방향, 나라경제 8호, 1991, p. 26

16) 정세옥, 전계서, 1992, p. 96-99

가. 地方財政

지방자치제는 財政의 自立이 뒷받침되어야 진정한 정착이 가능하다고 볼 수 있다. 지방자치제도의 실시를 위하여 정부는 '地方讓與金 제도'를 도입하고 담배소비세, 전화세, 토지초과이득세, 주세의 전부 또는 일부를 國稅에서 地方稅로 조정하여 지방재정의 확충을 기하고 있다. 우리나라의 지방재정현황을 보면 1990년도 전체 租稅收入에서 地方稅가 차지하는 比重은 19%이며, 地方財源 중에서 地方稅가 차지하는 비중은 40%, 地方財政自立度는 64.5%로써¹⁷⁾

표 2-10. 우리나라 자치단체별 지방재정자립도(%), 1990년

서울	직할시	도	시	군	평균
98.7	85.2	46.2	69.2	28.5	64.8

표 2-11. 지방자치단체 예산의 재원별 구성, 1991년

(일반회계 예산 기준)

	총액(10억원)	구성비율(%)
계	17,118	100.0
지방세	6,608	38.6
세외수입	3,332	19.5
지방교부세	2,834	16.6
지방양여금	557	3.2
조정교부금	778	4.5
보조금	3,009	17.6
· 국고보조	2,214	12.9
· 시,도비 보조	795	4.6

자료: 내무부, 지방재정년감, 1991, p.194-195

17) 김진표, 지방화시대의 지방재정확충 방안, 나라경제 8호, 1991, pp 32-34.

표 2-12. 보건부문 사업비의 국고보조금에 대한 지방비 부담 비율, 1991년

	총사업비 (천원)	국고보조액 비율(%)	지방비부담액 비율(%)
보건행정	51,679,281	65.1%	34.9%
위생	1,313,693	100.0	-
의료사업	178,525,425	72.8	27.2
약무행정	40,357	52.0	48.0
나병관리	2,019,703	61.1	38.9
모자보건	1,710,801	70.9	29.1
의료행정	36,920,506	73.0	67.0
결핵관리	84,854	58.9	41.1
가족계획	53,500	85.6	14.4

자료: 내무부, 지방재정년감, 1991, p.194-195

總量指標上으로는 先進國에 비하여는 떨어지지만 결코 낮은 수준은 아니나 大都市와 기타 地域간의 격차가 심하며, 行政需要에 비하여 財政力이 빈약하기 때문에 地方交付稅와 國庫補助金이 점하는 비율이 높은 것이 문제가 된다 (표 2-10, 표 2-11 참조).

지방재정의 自主性이 보장되지 않을 때에는 중앙정부의 交付金과 補助金を 받아 自治事務를 처리하게 됨으로써 地方分權의인 제도 여하에 불구하고 中央 執權化 경향을 초래하게 된다. 그것은 국가로부터 재정적 지원을 통하여 감독을 받게 되기 때문이며 그만큼 자치단체의 기능이 제한됨을 의미한다.¹⁸⁾

나. 地方自治制 實施가 保健醫療에 미칠 影響

지방자치제의 실시가 보건의료부문에 미칠 영향은 반드시 바람직한 방향에서만 나타나지만은 않을 것이며 與件에 따라 相反된 결과를 나타낼 것이다. 바람직한 방향에서는 중앙집권의 경우에는 全國적으로 劃一化된 公

18) 정세욱, 전거서, 1992, pp.193-194

공서비스가 공급되지만 지방자치의 경우에는 團體長の 直選, 地方議會 등을 통하여 住民參與의 체질이 마련됨으로써 보다 정확하고 민감하게 지역주민의 需要에 상응하는 公共福祉서비스를 공급할 수 있고, 또한 자치제를 실시하면 公職者가 선거에 의해 선출되고 지방자치단체간에 競爭의 원리가 도입되어 組織의 硬直性和 官僚化가 줄어들음으로써 효율성이 진작될 수 있는 점 등을 들 수 있다. 지방자치화에 따른 弊害로는 지방공무원의 經驗과 資質이 부족할 경우 정책결정 능력의 결여로 公共部門의 자율성이 저해되며, 지방재정이 압박을 받는 지역에서는 公共財의 過小供給으로 지방보건행정이 위축될 여지가 많은 점을 들 수 있다.¹⁹⁾

지방자치제가 保健醫療 部門에 미칠 영향은 자치제 본래의 성격에 비추어 보면 發展的인 방향으로 나갈 수 있겠으나 지방자치제의 展開에 따라 지방보건행정의 發展與否를 보는 視覺은 지방자치의 傳統과 經驗이 없는 우리의 현실에서 肯定的이기 보다는 否定的인 시각에서 보건행정이 위축될 것이라는 견해도 많다. 또한 지방자치의 실시가 保健行政의 後進性을 극복하는데 도움이 되지 않고 지방보건행정의 위축을 補完하기 위하여 中央政府의 支援과 統制로 효과가 상쇄되어 현상유지를 할 가능성이 크다는 견해도 지배적이다.²⁰⁾

이러한 否定的인 시각에 내재된 이유는 첫째, 지방자치제 아래서 중앙정부로부터의 지원이나 통제가 줄어들 경우에 市, 道 또는 市·郡의 일반행정에서 지역경제 우위의 풍토가 조성될 수 있어 保健의 우선순위가 떨어질 수 있다. 둘째, 지방자치를 실시하기 위한 법적 장치는 구비되어 있으나 지방자치에 대한 법령중 자치단체장 직선의 留保로 결정기능은 국가가 담당하고 지방자치단

19) 이계식, 지자체 실시의 경제적 의의, 나라경제 8호, 1991, p.20-23

20) 문옥륜, 지방자치시대의 보건행정, 90년대 보건의료정책의 발전방향, 한국보건사회연구원, 1990, pp.131-133.

체는 다만 국가의 승인을 받은 사항을 집행하는데 그치고 있어 지방자치법의 고유사무 범위가 광범위함에도 불구하고 다분히 형식에 그치고 행정기능은 아직도 중앙정부에 過偏重되어 있으며 국가의 감독, 감사를 받고 재정지원, 기술지원을 받도록 되어 있다. 셋째, 보건부문의 지방자치의 성공을 제약하는 조건들, 즉 정부조직의 硬直性, 權力中心的 行政行態와 專門人力 確保의 부족, 中央執權 아래 굳어진 지방 공무원의 中央依存的인 성향으로 인한 독자적 企劃 能力과 자율적 처리 능력의 부족이 民間部門과의 競爭力을 없게 만들며 자율적인 정책수행을 阻害할 수 있다는²¹⁾점 때문이다.

2) 保健醫療 行政의 世界的 傾向

先進諸國의 例를 보면 健康, 醫療에 관한 전반적인 기획과 지도 기능은 中央政府가 담당하고 구체적인 실시기능은 地方自治團體가 담당하고 있다. 保健部門에 있어 국가관여의 강화는 보건에 대한 책임이 個人에서 社會·國家에 있다는 관념이 普遍化되면서 나타난 현상이다. 프랑스의 경우는 保健社會部의 하급행정기관인 「보건사회지역사무소」를 道수준의 保健社會局에 설치하고 諮問機關로 「道保健委員會」를 두고 있다. 美國은 地方自治團體가 保健에 관한 서비스를 거의 전담하고 있다.

西유럽의 경우를 보면 生活保護 기능도 점차 地方自治團體로 부터 中央政府로 이행되고 있다. 즉 新中央執權化 傾向에 따라 國家가 國民의 最低生活(National Minimun)을 책임진다는 사회적 認識下에 자치단체가 생활보호 행정을 수행하더라도 그 財源은 國家가 부담하는 것이 일반적이며 National Minimun의 관점에서 지방자치단체에 대하여 국가가 기본 행정서비스를 요청하고 있다.

21) 오석홍, "지방자치제 실시와 보건행정조직", 지방자치하에서의 보건소장 재훈련 계획개발 세미나 보고서, 1989, p.17, 34.

22) 김안제, 지역개발과 지방자치 행정, 대명출판사, 1988, pp.773-778.

環境, 衛生 行政도 先進國에서는 生活의 質을 가장 중요시 하기 때문에 環境汚染防止는 여러 部處를 통괄하여 지휘, 감독하는 상위부처수준의 環境省을 두고 있으며, 지방자치단체도 環境保護와 環境汚染防止를 위한 汚物處理, 環境汚染規制, 食品規制, 營業規制를 강화하고 있다.

또한 保健醫療 行政도 一般行政과 마찬가지로 지방자치단체가 행정기능을 효율적으로 운영하기 위하여 行政技術의 향상, 經營의 合理化, 관리부문의 축소에 의한 組織改善, 처리의 共同化, 民間委託 등을 통하여 효율을 기하고 있는 것이 공통적인 추세이다.

3) 地方行政의 廣域化 傾向

세계적으로 現代行政은 廣域化 추세를 보이고 있으며 지방행정이 미치는空間은 사회·경제의 발전에 따라 偏狹한 行政區域을 초월하여 발생하는 새로운 行政需要에 적극적으로 대처해 나가기 위하여 계속 확대되고 있는 추세이다. 능률적인 자치행정의 요구에 적합한 行政單位는 적정한 人口規模와 自主的인 財源調達單位와 行政量을 가진 區域으로 최소의 經費로 최대의 行政效果를 올릴 수 있는 구역을 정함을 의미한다.

우리나라에서도 1960년 이래 廣域行政의 필요성이 주장되기 시작하였고 행정구역개편이 논의되고 있는데 그 이유로는 첫째, 社會 및 經濟 圈域의 확대이다. 전통적인 지방행정구역은 農村人口의 減少, 都市化, 교통 통신의 발달로 인한 공동생활권의 확대로 새로운 國土 空間에 맞도록 개편되어야 할 필요가 높아 졌다. 둘째, 大都市와 背後都市, 都市와 農村간의 行政 및 財政 능력의 격차를 완화시켜 행정서비스의 均質化와 주민복지의 平準化를 기하기 위하여는 廣域行政이 촉진된다는 점이다.

이러한 추세에 반하여 현재 우리나라의 保健所는 基礎自治團體의 행정구역에 따라 설치되어 있기 때문에 住民의 生活圈, 관할 人口規模로 볼 때 重複設置의 낭비가 발생하고 있다. 地方政府間 이해대립을 조정하고, 地方行政력을 향상시키기 위한 行政技術 및 知識을 높이기 위하여는 保健所 行政區域은 地方自治團體間的 協議會 설치를 통한 一般行政區域의 변경과 병행하여 조정하나, 診療圈을 중심으로 별도 保健行政區域의 설치를 통하여 구역을 통합, 확대 조정해 나가야 하는 것도 새로운 과제의 하나이다.

第 3 章 保健所の組織과 機能現況

地方自治制 실시에 따라 국민들의 社會福祉서비스에 대한 要求가 크게 擴大될 것으로 보인다.

社會福祉部門 가운데 가장 중요한 것이 保健醫療에 관한 機能이며, 이에 관한 機能은 地方自治團體의 중요한 業務로서 福祉國家의 理念에 따라 그 機能의 내용과 범위는 점차 擴大 多樣化되어 가고 있다. 국민의 一次 保健醫療를 담당하고 있는 公共部門의 組織은 保健醫療機關으로서 그 機能과 役割의 중요성이 강조되고 있으나, 현행의 保健醫療機關 機能으로서는 급속하게 변화되고 있는 社會와 保健醫療環境의 변화를 受容하는데 限界에 이르고 있어 이의 改善이 要求되고 있는 것이다.

保健所는 保健行政의 合理的인 運營과 國民保健의 향상 및 증진을 위하여 (保健所법 제1조), 大統領令이 정하는 基準에 따라 당해 지방자치단체의 條例로 정하도록 되어 있고(保健所법 제2조), 保健所법 제2조 및 同法 施行令 第2條에 의거 市·郡·區의 行政單位別로 1개소씩의 保健所를 설치하도록 되어 있다. 1992年 현재 전국에 265개의 保健所가 設置되어 運營중이며, 3개 保健所는 설치중에 있다.

公共保健醫療 組織에는 保健所를 비롯하여 보건지소, 보건진료소, 모자보건센터 등이 있으며, 일부 醫療脆弱 郡地域에는 보건소 대신 보건의료원이 설치되어 있다.

여기에서는 보건소의 조직과 기능에 관한 제반사항을 파악하고자 전국 보건소장에 대한 설문조사, 보건소 운영실태조사 및 관련 참고자료를 이용하여 保健所の 組織構造, 投入要素, 機能 및 業務活動, 事業實績 등을 중심으로 分析하였다.

3.1. 保健所 組織構造의 特性

3.1.1. 保健所의 組織構造

保健所는 「保健所法」을 근거로 당해 地方自治團體의 條例에 의하여 設置하도록 되어 있고²⁷⁾, 運營에 있어서도 地方自治團體長의 지휘, 감독을 받아 運營되고 있으며, 組織編制上으로는 市·郡·區의 事業所의 位置에 있다.

保健所의 業務를 效果의으로 수행하기 위하여는 業務의 內容이나 性格에 따라 이를 分擔해야할 下部組織이 필요하며, 이러한 下部組織과 그 分擔業務를 規定해 놓은 것이 “保健所 職制規則”과 “事務分擔規則”이다. 이와같이 地方自治團體의 自治法規에 의하여 保健所의 職制나 事務分擔이 정해지기 때문에 地方自治團體(市·郡·區)마다 약간씩 그 내용이 相異할 수도 있다.

1) 職 制

保健所의 職制編制를 중심으로 하여 調査對象 保健所를 구분하면 다음과 같은 9가지로 세분이 된다(표 3-1 참조).

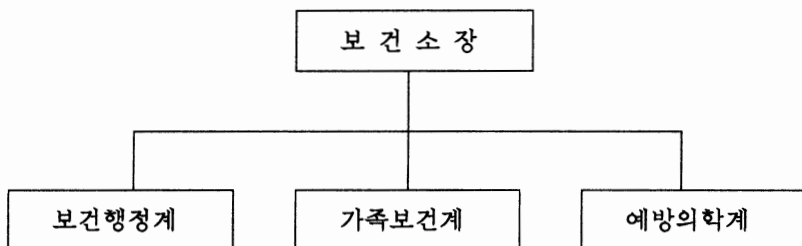
표 3-1. 조사대상 보건소의 분류(조직편제 기준)
(단위: 개소, %)

구 분	지 역 수			계 (%)
	시	군	구	
기본형	30	29	4	63 (33.5)
일반형Ⅰ	2	39	2	43 (22.9)
일반형Ⅱ	6	5	6	17 (9.0)
일반형Ⅲ	1	5	-	6 (3.2)
직할시형Ⅰ	1	1	17	19 (10.1)
직할시형Ⅱ	-	-	8	8 (4.2)
특별시형Ⅰ	-	-	14	14 (7.4)
특별시형Ⅱ	-	-	5	5 (2.6)
보건의료원형	-	13	-	13 (6.9)
계	40	92	56	188(100.0)

* 27개 보건소는 보건소 설치조례, 보건소 직제규칙에 관한 자료 미입수로 제외하였음.

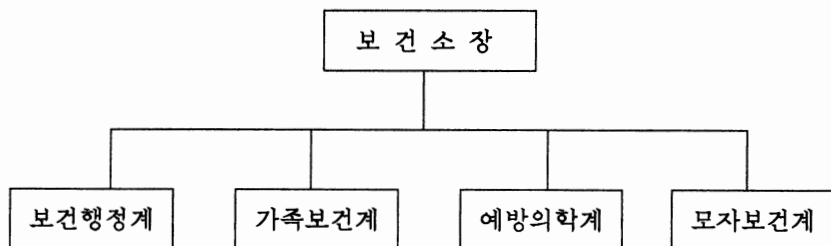
23) 保健所法 第2條

基本的으로 保健所는 保健行政係, 家族保健係와 豫防醫藥係의 3개 係組織으로 이루어져 있다. 이를 基本型이라 볼 수 있는데, 30개의 시보건소, 29개의 군보건소, 4개의 구보건소 등 63개(33.5%)가 이 類型에 속하고 있다(그림 3-1).

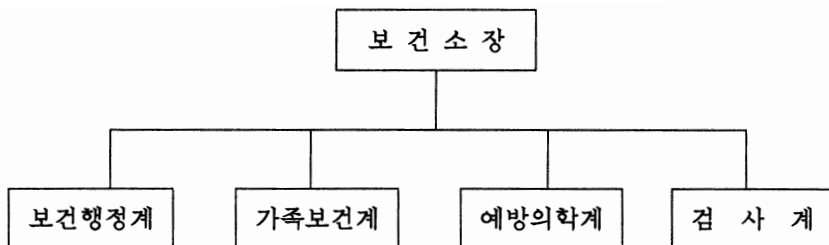


<그림 3-1> 기본형 보건소 조직

保健所의 機能이 확대되면서 係組織이 세분되기 시작하여 4개의 계조직으로 이루어진 보건소는 다음과 같은 두가지로 구분이 되고 있다. 즉, 위의 세가지 기본 계조직 이외에 모자보건계를 가진 보건소와 검사계를 가진 보건소가 그것이다. 전자를 일반형 I로, 후자를 일반형 II 보건소로 구분하면 각각 43개(23%), 17개(9%) 보건소가 이에 해당된다(그림 3-2, 3-3).

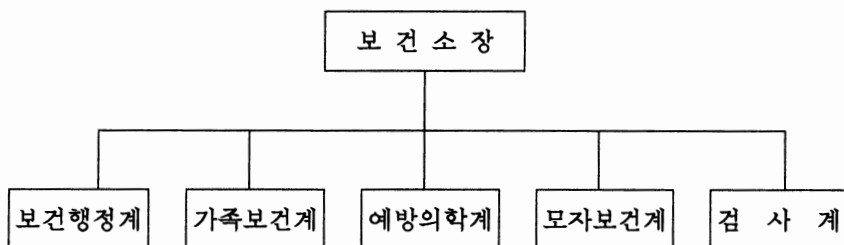


<그림 3-2> 일반형 I 보건소 조직



〈그림 3-3〉 일반형 II 보건소 조직

기본형(그림 3-1)과 동일한 유형에 속하나 모자보건계와 검사계를 동시에 가지고 있어 5개의 係組織으로 이루어진 類型을 일반형 III으로 부를 수 있는데, 6개(3%)의 보건소가 있다(그림 3-4).

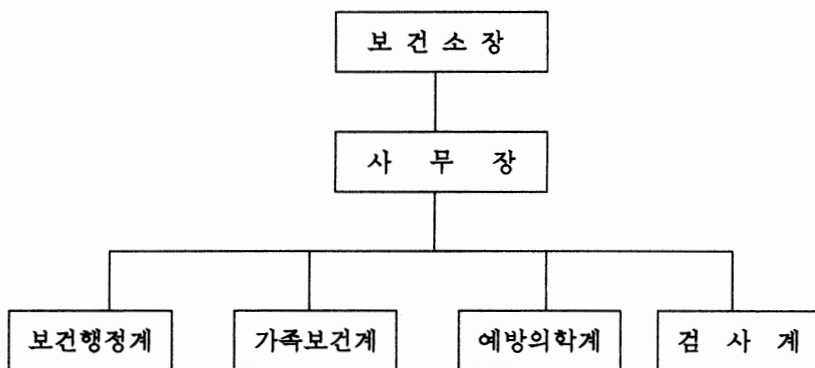


〈그림 3-4〉 일반형 III 보건소 조직

직할시의 경우에는 두가지 類型으로 나눌 수 있는데, 그 하나는 1개의 課組織(서무과장 또는 사무장) 아래 基本型의 3개 係組織(보건행정계, 가족보건계, 예방의학계)으로 이루어진 保健所와 사무장 아래 기본형의 3개 係組織 이외에 검사계가 추가되어 4개의 계조직으로 구성된 보건소이다. 전자를 직할시형 I, 후자를 직할시형 II로 분류하면 이에 속하고 있는 保健所는 각각 19개(10%), 8개(4%)였다(그림 3-5, 3-6).

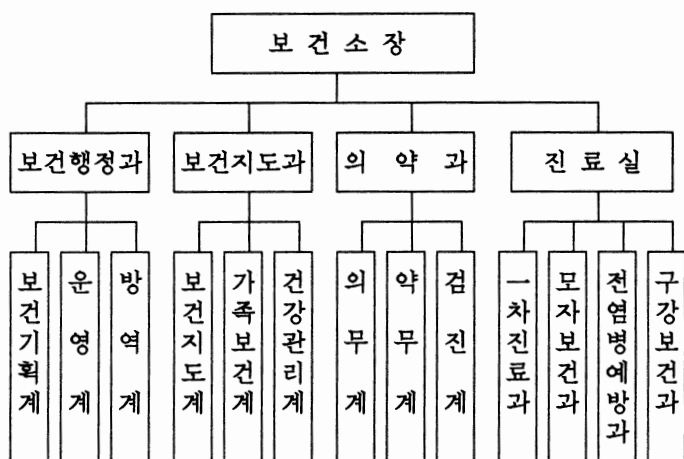


〈그림 3-5〉 직할시형 I 보건소 조직

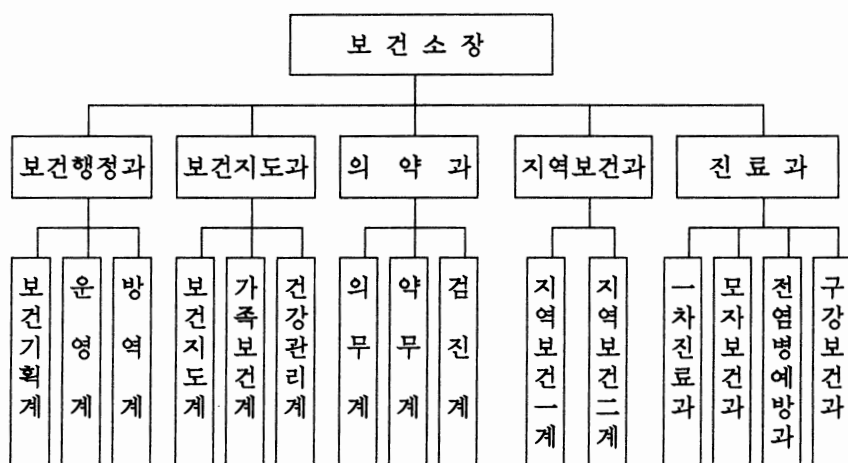


〈그림 3-6〉 직할시형 II 보건소 조직

保健所 組織중 가장 큰 것은 서울특별시 保健所로서, 이는 두가지 類型으로 나눌 수 있다. 그 하나는 保健行政課, 保健指導課, 醫藥課의 3개 課와 診療室로 구성되어 있으며(그림 3-7), 저소득층 주민에 대하여 移動診療 및 訪問看護事業을 실시하고 있는 지역에는 地域保健課가 추가되어 4개 課와 診療室로 구성되어 있다(그림 3-8). 전자를 特別市型 I, 후자를 特別市型 II 保健소로 구분하였다.

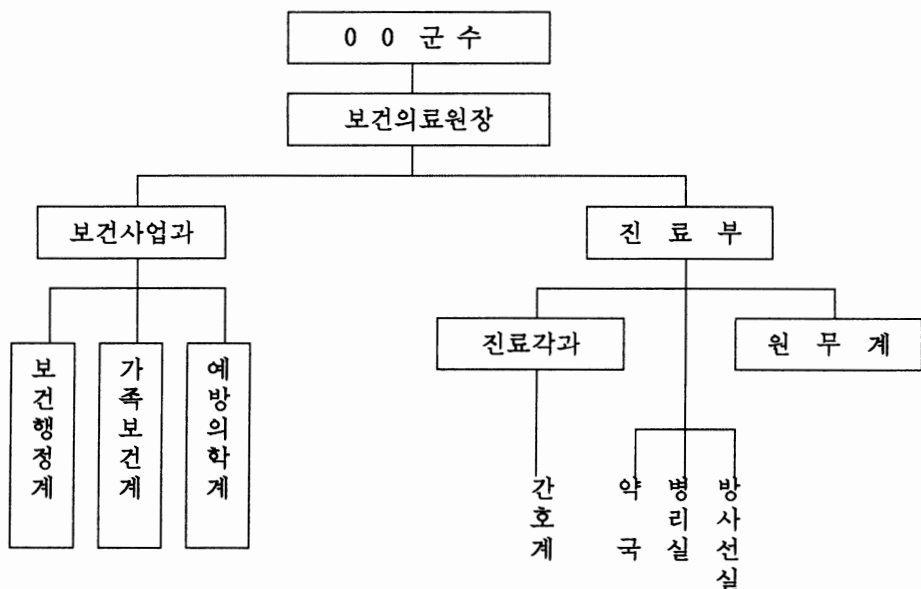


〈그림 3-7〉 특별시형 I 보건소 조직



〈그림 3-8〉 특별시형 II 보건소 조직

마지막으로 醫療脆弱地域에 設立되어 있는 郡 保健醫療院으로서 그 組織은 보건사업과와 진료부로 구성되어 있는데 보건사업과 소속하에 보건행정계, 가조보건계와 예방의학계가 있고, 診療部에는 診療 各 科와 병리실, 방사선실, 약제실과 간호계 및 원무계가 있다. 따라서 보건의료원은 일반 시·군·구 보건소의 기능에 診療機能을 크게 강화시킨 組織이다(그림 3-9).



〈그림 3-9〉 군지역 보건의료원 조직

이상에서 살펴본 바를 要約하면 <표 3-1>에서 提示된 바와 같이 機能的으로 본 市·郡·區 保健所 類型에 組織編制를 기준으로 분류할 경우 基本型, 一般型 (Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ형), 直轄市型 (Ⅰ, Ⅱ형), 特別市型 (Ⅰ, Ⅱ형) 및 保健醫療院型 등 9개의 類型으로 구분된다.

보건소의 組織編制는 特別市型和 課組織(또는 사무장)으로 되어 있는 직할시형 및 保健醫療院을 제외하고는 都市型和 農村型の 구별이 분명치 않을 뿐만 아니라 상당수의 농촌 보건소는 中小都市 보건소보다 그 규모가 크고 인력도 많다. 이와같은 현상은 保健所 設置基準이 그 지역의 인구수나 특성을 감안하여 설치하도록 되어 있는 것이 아니고 市·郡·區의 行政單位別로 1개소씩 설치하도록 되어 있는 데서 기인되는 것으로 볼 수 있겠다. 그리고 서울特別市の 保健所 組織이 타지역에 비해 큰 차이를 보이고 있는 것은 이 지역의 人口가 많다는 것 이외에도 타지역과는 달리 서울시의 監督管轄이 內務部가 아닌 總理室 직속으로 되어 있기 때문일 것이다.

2) 事務分掌

다음은 기본형에 속하는 보건소와 特別市型(Ⅰ) 보건소의 業務分掌內容을 제시한 것이다. 1991년 保健所法 改定으로 보완된 보건소의 業務를 서울시에서는 保健所 職制規則과 事務分擔規則을 改定하여 보건소의 업무를 추가 보완하였으나, 대부분의 타지역 保健所에서는 아직 그렇지 못한 관계로 보건소의 業務內容에 차이가 있다.

< 基本型 보건소 >

○ 보건행정계:

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ① 문서수발 및 공인관리 | ② 당직근무 수명 및 소내의 복무단속 |
| ③ 예산운영 및 전도금관리 | ④ 의료장비 및 차량관리 |
| ⑤ 비품 및 소모품관리 | ⑥ 일반환자 및 치과진료 |
| ⑦ 나병, 성병환자관리 및 예방에 관한 사항 | |
| ⑧ 진단서 및 제증명 발급 | ⑨ 진료비 및 기타수가의 징수 |
| ⑩ 기생충관리 | 11 보건지소 및 진료소의 지도감독 |
| 12 각종 보건통계 | 13 소내 타계에 속하지 아니하는 사항 |

○ 가족보건계

- ① 모자보건 및 가족계획사업 추진 ② 국민영양실태조사 및 연구
- ③ 학교보건 및 산업보건 ④ 국민보건향상과 건강증진
- ⑤ 영유아 및 예방접종에 관한 사항

○ 예방의약계:

- ① 방역대책 및 수립 ② 방역약품 및 기재관리
- ③ 급성전염병환자관리 및 진료에 관한 사항
- ④ 급·만성 전염병에 관한 사항 ⑤ 음료수 소독관리
- ⑥ 위생 해충구제사업
- ⑦ 의료법에 의한 허가, 등록, 개설신고 처리 및 지도
- ⑧ 약사법에 의한 등록, 신고, 처리 및 지도
- ⑨ 마약 및 마약사범단속과 앵속경작 단속
- ⑩ 무허가 및 부정의약품자 단속, 고발 ⑪ 식중독에 관한 사항
- ⑫ 전염병 예방접종지도, 계몽 및 교육 ⑬ 결핵환자관리 및 예방

< 特別市型(Ⅰ) 보건소 >

○ 보건행정과

- ① 지역보건기획, 평가 및 통계 등에 관한 사항
- ② 문서, 예산, 인사에 관한 사항
- ③ 진료비 징수 및 진단서 발급업무에 관한 사항
- ④ 방역대책수립 및 시행에 관한 사항
- ⑤ 급성전염병 예방에 관한 사항
- ⑥ 소내 다른 과에 속하지 아니하는 사항

○ 보건지도과:

- ① 국민보건향상을 위한 교육 및 계몽에 관한 사항
- ② 모자보건과 가족계획에 관한 사항

- ③ 성인병 예방과 관리에 관한 사항
- ④ 주민의 영양개선에 관한 사항 ⑤ 만성전염병 예방에 관한 사항
- ⑥ 예방접종계획 수립에 관한 사항 ⑦ 이동진료에 관한 사항
- ⑧ 방문간호에 관한 사항

○ 의약과:

- ① 의료법, 의료기사법 등의 시행에 관한 사항
- ② 약사법 등의 시행에 관한 사항
- ③ 유해화학물질 관리법 시행에 관한 사항
- ④ 보건에 관한 실험, 검사에 관한 사항

○ 진료실

- ① 1차진료 ② 모자보건 ③ 전염병예방 ⑤ 구강보건

3) 保健所 組織 및 運營上의 問題點

保健所 組織上의 문제점으로는 保健所 組織이 그 지역의 人口 및 특성에 따라 차이를 두어야 하는데도 불구하고 行政區域 단위로 비슷한 組織類型을 갖도록 되어 있어 效果的인 保健事業 수행에 커다란 장애요인이 되고 있으며, 또한 保健醫療院을 제외하고 일반 시·군·구 保健所 組織은 보건행정 規制 중심의 조직체제로 이루어져 진료업무 수행에 적절히 대응치 못하고 있는 실정이다.²⁴⁾

보건소 조직운영에 있어서의 問題點으로는 소속公務員의 人事權과 財政運營은 地方自治團體를 통하여 내무부의 監督을 받고 業務上의 指導 監督은 보건사회부에서 받는 二元的 조직체계하에서 이루어지고 있어 效果的인 보건사업 전개가 원활히 수행되지 못한다는 점이 가장 큰 問題點으로 指適되고 있다.

24) 문옥륜, 우리나라 보건소 기능 활성화 방안의 모색, 보건학논집, 1992.6

또한 保健所 業務를 총괄 관장하는 보건소장의 權限이 전국 市·郡·區 보건소마다 심한 차이가 있고 보건소장의 관할하에 결정되어야 할 주요업무가 上位 行政家인 地方自治團體長에 의해 결정되는 불합리가 상존하고 있는 형편이다²⁵⁾

3.1.2. 組織 및 職務에 대한 意識行態

保健所의 主機能은 지역주민의 健康管理을 위한 保健醫療서비스를 産出하는데 있으며, 이러한 서비스의 대부분이 保健所長을 비롯하여 職員들의 人間行爲와 관련된 것으로 人間要素가 많이 작용하고 있다. 특히 保健所長은 組織의 管理責任者로서 그의 意識은 組織의 目標을 달성하는데 크게 영향을 미치게 되는 것이다.

따라서 여기에서는 保健所 업무를 總括 管掌하는 保健所長을 對象으로 保健所의 組織 및 職務와 관련된 意識行態調査 結果를 중심으로 保健所長들이 認識하고 있는 保健所의 組織構造 및 管理, 그리고 地方自治制 실시가 保健事業에 미치는 영향 등에 관하여 分析하였다.

여기에서의 分析方法은 주로 各 問項을 5点 尺度化하여 分析하였다.

1) 組織構造에 대한 認識

보건소의 조직구조에 대한 보건소장들의 일반적인 認識狀態를 把握하기 위한 設問으로서 “귀 보건소의 현재조직은 업무를 능률적으로 수행할 수 있도록 되어 있습니까?”와 “보건소의 조직구분은 그 업무를 수행하는 기능별로 잘 분류되어 있습니까?”라는 두 質問에 대한 應答結果는 <表 3-2>에서 볼 수 있듯이 두 問項 모두 肯定的인 應答率(28.8%, 30.7%)보다는 否定的인 應答率(36.8%, 36.7%)이 높게 나타났다. 地域別로 보면 <問項 1>의 경우 大都市

25) 문옥륜, 전게서, 1992

에서는 肯定的 應答率이 31.1%로 否定的인 應答率의 28.8%보다 다소 높았으나, 中小都市와 郡部에서는 否定的인 應答率이 각각 35.0%, 41.1%로서 肯定的인 應答率(25.4%, 29.9%)보다 더 높게 나타났다. <問項 2>에 있어서는 否定的인 應答率이 大都市 33.3%, 中小都市 34.9%, 郡部 36.7%로 3지역 모두 肯定的인 應答率(大都市 28.9%, 中小都市 30.2%, 郡部 31.7%)보다 높았다.

표 3-2. 보건소의 조직구조에 대한 인식

구 분	전 체	대도시	중소도시	군 부
계 (N)	100.0 (215)	100.0 (45)	100.0 (63)	100.0 (107)
<u>보건소조직의 업무 능률성에 대한 인식</u>				
확실히 그렇다	1.4	-	1.6	1.9
그렇다	27.4	31.1	23.8	28.0
그저그렇다	34.4	40.0	39.7	29.0
그렇지않다	32.1	24.4	30.2	36.4
확실히 그렇지않다	4.7	4.4	4.8	4.7
<u>보건소 조직구분의 양호성에 대한 인식</u>				
확실히 그렇다	3.7	-	4.8	4.7
그렇다	27.0	28.9	25.4	27.0
그저그렇다	32.5	37.8	34.9	32.5
그렇지않다	33.0	24.4	33.3	33.0
확실히 그렇지않다	3.7	8.9	1.6	3.7

두 問項 모두 전체적으로 否定的인 應答率이 높다는 것은 保健所의 組織構造 改善점이 있음을 示唆하는 것으로 볼 수 있다.

〈問項 1〉에서 대도시의 경우 肯定的인 應答率이 否定的인 應答率보다 다소 높게 나타난 것은 1991년 서울시 보건소의 職制改編이 이루어진데 緣由된 것으로 간주된다.

2) 保健所의 人事管理에 대한 認識

保健行政에 있어서 가장 중요한 要素라 할 수 있는 保健所의 人事管理에 대하여 保健所長들이 어떻게 認識을 하고 있는지 파악하기 위하여 “보건소의 인력에 대한 상부의 人事관리는 합리적입니까?”라는 設問을 제시하였다. 이에 대한 評價는 〈表 3-3〉에서 보듯이 肯定的인 應答率(9.3%)보다는 否定的인 應答率(58.4%)이 월등하게 높아 人事行政上 問題가 많음을 직감할 수 있다. 이는 保健所長이 所內 職員에 대한 人事權이 없는 管理責任者로서 人事에 관한 所長의 意見反影이 제대로 이루어지지 못하고 있음을 의미하는 것으로 실제 보건소의 人事權이 地方自治團體長(시장, 군수, 구청장)에게 있고, 또 人事業務가 本廳에서 이루어지고 있다는 점을 勘案하면 수긍이 가는 일이다.

표 3-3. 지역별 보건소의 인사관리에 대한 인식

구 분	전 체	대도시	중소도시	군 부
확실히 그렇다	-	-	-	-
그렇다	9.3	2.3	7.9	13.1
그저그렇다	32.2	45.5	23.8	31.8
그렇지않다	43.0	40.9	50.8	39.3
확실히 그렇지않다	15.4	11.4	17.5	15.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(214)	(44)	(63)	(107)

3) 職務에 대한 滿足度

職務滿足은 한 개인이 職務에 대하여 가지고 있는 態度로서, 이는 價値判斷의 입장에서보나 精神.身體的 健康에 미치는 效果에서 볼 때 組織運營上 매우 중요시되는 要素이며, 특히 保健所長의 職務滿足 與否는 保健事業 수행에 크게 영향을 미친다고 할 수 있다.

保健所長들의 職務滿足度를 파악하기 위하여 그 分析變數로 現 職責에 대한 滿足與否를 調査 分析하였다. 이의 設問으로서 “귀하는 현재의 保健所長이라는 직책에 만족하십니까?”라는 質問에 대하여 應答結果는 <表 3-4>에서 볼 수 있듯이 否定的인 應答率(16.8%)보다 肯定的인 應答率(50.0%)이 크게 높은 것으로 나타났으며, 이러한 肯定的인 반응은 大都市와 郡部에서 더욱 높게 나타났다.

표 3-4. 지역별 직책에 대한 만족여부

구 분	전 체	대도시	중소도시	군 부
확실히 그렇다	5.6	6.7	6.3	4.7
그렇다	44.4	46.7	33.3	50.0
그저그렇다	33.2	28.9	42.9	29.2
그렇지않다	13.1	8.9	14.3	14.2
확실히 그렇지않다	3.7	8.9	3.2	1.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(214)	(45)	(63)	(106)

이와같은 保健所長들의 職責에 대한 높은 滿足度는 沈滯되어 있는 保健所를 活性化 시키는데 크게 寄與할 것으로 사료된다. 따라서 此際에 이들의 士氣를 북돋우고 업무능률을 보다 높이기 위하여 保健所長의 職級을 5級에서 4級으로 上向 調整이 이루어져야 할 것이다.

4) 職務教育에 대한 態度

保健所長들의 業務와 관련된 職務教育의 必要性 與否를 파악하기 위하여 提示된 設問으로 “귀하가 맡은 업무를 수행하는데 전문지식, 기술에 관한 교육을 더 받아야 겠다고 생각하십니까?”라는 質問에 대한 應答結果는 <表 3-5>에서 나타난 바와 같이 과반수 이상인 59.8%가 肯定的인 반응을 보이고 있다. 이러한 肯定的인 반응은 地方自治制 실시에 따라 그간 中央에서 관장 하였던 業務의 상당부분이 地方으로 이관될 것에 대비, 이의 수행에 필요한 지식과 기술을 얻고자 하는데서 오는 結果라고 볼 수 있을 것 같다.

표 3-5. 지역별 직무교육 수강에 대한 태도

구 분	전 체	대도시	중소도시	군 부
확실히 그렇다	11.2	4.4	14.3	12.3
그렇다	48.6	44.4	49.2	50.0
그저그렇다	19.6	17.8	22.2	18.9
그렇지않다	19.2	33.3	12.7	17.0
확실히 그렇지않다	1.4	-	1.6	1.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(214)	(45)	(63)	(106)

5) 本廳과의 業務協助도에 관한 認識

保健所는 地方自治團體의 소속기관이기 때문에 保健所의 事業遂行은 本廳의 여러 室課의 협조가 필연적으로 要求되는 것이다. 보건소와 본청과의 업무협조가 어떠한가를 保健所長의 評價를 기초로 간접적으로 파악하기 위한 設問으로 “본청과의 업무협조는 잘 이루어지고 있습니까?”라는 質問을 제시하였다. 應答結果는 <表 3-6>에서 보듯이 否定보다는 肯定的인 應答率(50.2%)이 현저히 높은 것으로 나타났으며, 이는 本廳의 각 室課와 원만한 意思疏通으로 業務協助가 비교적 잘 이루어지고 있음을 짐작할 수 있다.

표 3-6. 본청과의 업무협조도에 관한 인식(본청의 업무협조 평가)

구 분	전 체	대도시	중소도시	군 부
확실히 그렇다	6.0	4.4	4.8	7.5
그렇다	44.2	42.2	34.9	50.5
그저그렇다	38.6	40.0	49.2	31.8
그렇지않다	9.8	13.3	11.1	7.5
확실히 그렇지않다	1.4	-	-	2.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(215)	(45)	(63)	(107)

本廳의 각 室課간 業務協助도는 市部에서보다는 郡部에서 더 높은 것으로 나타났다.

6) 地方自治制 實施가 保健所 事業에 미치는 영향에 대한 認識

地方自治制가 실시됨에 따라 이제까지 保健社會部가 管掌해 오던 保健行政 業務中 상당부분이 地方自治團體로 移讓될 뿐만아니라 지역주민의 保健醫療要求 充足에 있어 보건소에 거는 期待가 增大될 것이기 때문에 保健所의 업무는 한층 加重될 것으로 전망된다. 이에 따라 보건소가 지역주민의 福祉行政에 대한 期待에 副應하여 보건의료 요구를 충족시키고자 함에 있어 地域社會 公共保健醫療機關으로서의 役割과 機能은 한층 중요시되고 있으며, 이와같은 時代的 요청에 副應하여 保健所가 그 役割과 機能을 다하기 위하여는 現行의 組織과 機能이 改善되어야 할 것이다.

여기에서는 지방자치제 실시후 地域保健事業의 變化樣相을 파악하기 위하여 그 分析變數로 보건소 업무개선의 필요성 여부, 업무수행에 대한 도움여부, 民願業務의 增加 與否, 對民事業 遂行의 難易度, 保健所 組織과 機能改善의 필요성 與否 등을 調査 分析하였다.

가. 地方自治制 實施와 保健所 事業과의 關係

地方自治制 실시가 保健所 事業에 미치는 영향 與否에 대한 調查結果는 <表 3-7>와 같다.

“지방자치제 실시로 보건소의 서비스 내용이 많이 개선되어야 한다고 생각하십니까?”라는 질문에 대한 應答結果에서 肯定的 應答率이 절대다수인 84.2%로서 현행의 서비스 내용이 대폭 改善되어야 함을 示唆하고 있다. 이는 保健所의 서비스 내용이 주로 가족계획, 모자보건, 결핵관리, 전염병 예방 등에 한정되어 있는데서 나타난 결과라고 볼 수 있을 것 같다.

地方自治制 實施가 保健事業 수행에 도움이 되고 있는지에 대한 應答結果에서 否定的인 應答率(21.9%)보다 肯定的인 應答率(38.6%)이 더 높게 나타났으며, 이러한 肯定的인 應答率은 대도시에서 더 높아 48.9%에 이르고 있다. 지방자치제 실시가 보건사업을 수행하는데 도움이 된다고 한 것은 지방의회가 예산심의에서 보건사업 예산을 거의 삭감하지 않고 보건소의 요구대로 승인을 해주고 있는데서 이런 결과가 나온 것으로 생각된다.

지방자치제 실시후 民願業務의 增加 與否에 대한 應答結果는 肯定的인 應答率이 40.9%, 부정적인 응답율이 25.6%로서 地方自治制 실시후 주민들의 保健所 利用이 증가하고 있는 것으로 나타났다. 또한 對民業務 수행의 難易度에서 “대민업무 수행이 지방자치제 실시전보다 더 어려워졌다”는 긍정적인 응답율(47.4%)이 부정적인 응답율(29.3%)보다 월등히 높게 나타나고 있는데, 이는 地方自治制 실시후 주민들이 다양한 保健醫療서비스를 요구하고 있음을 示唆한 것이다.

地方自治制 실시에 따라 保健所 組織 및 機能改善의 必要性 與否에 대한 응답결과는 肯定的인 應答率이 89.8%로서 保健所長의 절대다수가 改善의 필요성을 指摘하고 있으며, 이러한 傾向은 특히 中小都市와 郡部에서 더욱 강하게 나타났다. 이는 現行의 保健所 組織과 기능으로서의 保健環境 與件의 變化에 충분히 對應할 수 없다는 데서 나온 指摘이라고 사료된다.

표 3-7. 지방자치제 실시가 보건소사업에 미치는 영향에 대한 인식

구 분	확실히 그렇다	그렇다	그저 그렇다	그렇지 않다	확실히 않다	계 (N)
<u>보건소 업무개선의 필요성 여부</u>						
전체	28.4	55.8	8.8	6.5	0.5	100.0(215)
대도시	17.3	64.4	8.9	6.7	2.2	100.0 (45)
중소도시	30.2	57.1	9.5	3.2	-	100.0 (63)
군부	31.8	51.4	8.4	8.4	-	100.0(107)
<u>업무수행에 대한 도움여부</u>						
전체	4.2	34.4	39.5	20.5	1.4	100.0(215)
대도시	2.2	46.7	24.4	24.4	2.2	100.0 (45)
중소도시	4.8	33.3	49.2	12.7	-	100.0 (63)
군부	4.7	29.9	40.2	23.4	1.9	100.0(107)
<u>민원증가 여부</u>						
전체	6.5	34.4	33.5	24.2	1.4	100.0(215)
대도시	6.7	37.8	24.4	28.9	2.2	100.0 (45)
중소도시	6.3	31.7	41.3	19.0	1.6	100.0 (63)
군부	6.5	34.6	32.7	25.2	0.9	100.0(107)
<u>대민업무수행의 난이도</u>						
전체	5.1	42.3	23.3	28.8	0.5	100.0(215)
대도시	8.9	28.9	20.0	42.2	-	100.0 (45)
중소도시	6.3	38.1	36.5	19.0	-	100.0 (63)
군부	2.8	50.5	16.8	29.0	0.9	100.0(107)
<u>보건소의 조직기능 개선에 대한 인식</u>						
전체	42.8	47.0	3.7	5.1	1.4	100.0(215)
대도시	22.2	62.2	6.7	6.7	2.2	100.0 (45)
중소도시	46.0	46.0	3.2	3.2	1.6	100.0 (63)
군부	49.5	41.1	2.8	5.6	0.9	100.0(107)

나. 地方自治團體長 및 地方議會議員들의 保健醫療事業에 대한 關心度
 保健所는 編制上 지방자치단체의 소속기관으로 保健所長은 地方自治團體長의 직접적인 指揮 監督을 받아 保健行政업무를 수행하고 있다.

따라서 本廳(시.군.구청) 내의 室課와 동일하게 人事, 豫算, 事務處理 등 諸側面에서 條例, 規則 등 地方自治法規의 적용을 받게 되므로 보건소의 獨自性이 확보되어 있지 않다. 그러므로 지방자치단체장과 지방의회의원들의 보건소에 대한 關心度 여하에 따라 保健醫療事業의 活性化 정도에 많은 영향을 받게 된다.

지방자치단체장(시.군.구청장) 및 지방의회의원들의 保健事業에 대한 관심도를 파악하기 위한 設問으로서 “지방자치단체장 및 지방의회의원들의 보건사업에 대한 관심도는 어떠합니까?”라는 질문에 대한 응답결과는 <表 3-8>에서 볼 수 있듯이 지방자치단체장과 지방의회의원 모두 肯定的인 應答率이 否定的인 應答率(17.7%, 12.6%)보다 높아 각각 32.6%와 54.9%로 보건사업에 대한 관심도가 높은 것으로 나타났으며, 특히 지방의회의원에서 더 높았다. 이와같은 結果로 미루어 볼 때 지역보건의료사업은 지방의회 출범에 따라 크게 活性化 될 것으로 보여진다.

표 3-8. 지역별 지방자치단체장 및 지방의원들의 보건소 사업에 대한 관심도

구 분	전 체	대도시	중소도시	군 부
계 (N)	100.0 (215)	100.0 (45)	100.0 (63)	100.0 (107)
<u>지방자치단체장</u>				
매우 높다	8.4	15.6	11.1	3.7
높다	24.2	20.0	19.0	29.0
보통이다	49.8	51.1	46.0	51.4
낮다	16.3	13.3	23.8	13.1
매우 낮다	1.4	-	-	2.8
<u>지방의회의원</u>				
매우 높다	9.8	20.0	9.5	5.6
높다	45.1	53.3	39.7	44.9
보통이다	32.6	17.8	34.9	37.4
낮다	11.2	8.9	15.9	9.3
매우 낮다	1.4	-	-	2.8

다. 지방자치화에 따른 향후 保健所 組織과 機能의 變化樣相에 대한 認識

〈表 3-9〉은 “지방자치제 실시에 따라 귀 보건소의 조직과 업무기능이 앞으로 어떻게 변화되리라고 생각하십니까?”라는 질문에 응답결과로서 應答者의 절대다수인 81.9%가 “점차 확대 개선될 것이다”라는 반응을 보이고 있다.

保健事業은 다른 地方事業에 비하여 可視的인 事業이 아니기 때문에 地方自治制 실시로 더 萎縮될 것이 아니겠는가 하는 우려도 있었으나, 一線 保健所 長들의 견해는 그렇지 않다. 이는 주민들의 保健福祉에 대한 要求가 增大되고 있고 또한 지방의회의원들의 保健事業에 대한 관심도가 높기 때문에 이러한 結果가 나타난 것으로 풀이된다.

표 3-9. 지역별 향후 보건소 조직기능의 변화양상에 대한 인식

구 분	전 체	대도시	중소도시	군 부
점차 확대개선될 것이다	81.9	77.8	81.0	84.1
변화가 없을것이다	15.3	17.8	19.0	12.1
점차 축소(위축)될 것이다	2.8	4.4	-	3.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(215)	(45)	(63)	(107)

3.2. 保健所 運營을 위한 投入要素

보건소 運營에 投入된 諸般 要素들의 分布를 地域 보건소 類型別로 分析하기 위해 조사표가 回收된 215개 보건소를 行政區域 單位와 管轄 人口規模를 기준으로 하여 區分하였다.

類型化를 위한 지역구분은 서울特別市와 直轄市, 그리고 都市地域中 人口가 20萬 以上인 地域은 中都市, 20萬 未滿은 小都市, 郡 地域中 人口가 10萬 以上은 郡(A), 10萬 未滿은 郡(B)로 하고, 醫院化된 보건소 지역은 醫院으로 하여 모두 7개지역의 보건소로 類型化 하였다.

3.2.1. 人 力

보건소 組織은 國民의 健康管理과 增進을 위해 設立된 公共機關으로 設立 目的에 나타나 있듯이 專門性이 要求되는 機關이다. 따라서 그 專門性을 圓滑히 遂行하기 위해서 優秀한 專門人力의 確保는 必需的인 組織與件이라 하겠다.

보건소 構成人力의 職種은 免許를 所持하는 醫師, 齒科醫師, 漢醫師, 藥師, 看護師, 臨床病理士, 放射線士, 營養士, 物理治療士, 衛生士, 齒科衛生士 등 10여종이 넘는 專門分野의 人力과 事務職種으로 保健職과 行政職 그외 技能職, 別定職 등으로 構成되어 있다.

이렇게 多様な 職種의 專門人力을 地域與件에 適合한 保健醫療事業을 遂行하기 위해 適正數, 適正比로 充員한다는 것은 現행 보건소 組織與件上 어려운 課題로 指摘된다. 이는 人事行政이 地方自治團體를 통한 內務部의 監督下에 있기 때문인 것으로 생각된다.

保健人力計劃(Health Manpower Planning)의 定意는 規定하는 學者에 따라 달라진다. Timothy Baker에 의하면 保健人力 計劃을 保健 俸任을 위한 將來의 經濟的 有效需要를 充足시키나 過剩되지 않는 充分한 保健要員을 確保코저 企圖하는 過程이 保健人力計劃이라 하였다. 이에 비추어 볼때 保健社會部에서는 지금까지 보건소 및 보건지소의 公務員 定員이 內務部令인 地方自治團體의 地方公務員 基準에 關한 規則에 따르던 것을 保社部 訓令 제 639호 (1992.5.27)로 專門人力 配置基準을 <表 3-10>과 같이 公布 하므로써 進一步

한 保健人力計劃의 하나로 보건소 專門人力 確保를 위한 큰 變化의 契機를 만들었다

表 3-10. 保健所 專門人力 配置基準

(단위: 명)

구분	의사	치과 의사	간호사	약사	임상 병리사	방사 선사	물리 치료사	치과 위생사	간호 조무사	영양사
인구 10만이상	2	1	10	2	4	2	1	1	2	1
인구 10만미만	2	1	9	1	3	2	1	1	2	1

그러나 本 基準이 보건소 專門人力 確保에 一助할 것으로는 思料되지만 需要充足을 위한 供給計劃이라고는 볼 수 없다. 예로 本 基準에 나타난 바와 같이 人口 10萬名을 基準으로 看護師, 藥師, 臨床病理士에 한해 1名을 增員하는 것으로 되어 있는데 보건소의 機能的 特性이 對民 서비스機關이므로 서비스의 內容과, 施設의 位置, 地域住民의 보건소에 대한 認識度 등 여러 變數에 따라 보건소 利用者數에 큰 差異가 있음은 물론 이용자의 特性도 달라서 該當分野의 專門人力數와 構成比가 地域에 따라 調整되어야 할 것이다.

또한 本 基準에 따라 施行하는 過程에 있어 任用基準 및 與件의 未備와 지역에서 人事管理 主務部署인 內務部와의 協議 등이 問題點으로 指摘되고 있다. 따라서 地方自治制가 定着되면 本 基準을 土臺로 市·道 保健課에서는 地域與件에 적합한 專門人力 定員 條例를 自體的으로 定하여야 할 것이다.

보건소장을 對象으로 “현재 보건소의 인력은 사업수행에 적정합니까?”라는 設問의 應答分布를 <表 3-11>에서 보면 현재 보건소의 人力數가 適正하다고 肯定的으로 응답한 보건소는 전체 17.7%에 不遇하고, 그렇지 않다고 否定的인 應答率은 61.9%이다. 지역별로 보면 서울을 除外한 全地域 대부분의 보건소가 人力이 不足함을 示唆하고 있다.

表 3-11. 保健所 人力數가 事業遂行에 適正한지에 對한 인식

구분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
확실히그렇다	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.5
그렇다	22.2	18.5	10.0	7.0	11.5	27.1	9.1	17.2
그저 그렇다	55.6	14.8	25.0	18.6	30.8	8.6	27.3	20.5
그렇지 않다	16.7	51.9	40.0	62.8	57.7	50.0	45.5	49.8
확실히 그렇지 않다	5.6	14.8	25.0	11.6	0.0	12.9	18.2	12.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(18)	(27)	(20)	(43)	(26)	(70)	(11)	(215)

N = 응답한 보건소수

보건소의 現 人力數 分布를 <表 3-12>에서 보면 40名 未滿인 곳이 全體 59.6%로 가장 많고, 地域別로 서울지역은 全 保健所가 60名 以上이고, 보건소 當 平均 78.4名으로 他地域의 倍가되며 小都市 지역은 30.7名으로 가장 적은 수의 人力이 있는 것으로 나타났다. 定員의 平均 人力數는 서울이 83.1명으로 가장 많고 醫療院 49.4명, 直轄市 45.8名の 順이고, 小都市가 29.6名으로 가장 적은 數의 人力이 있으며, 平均 現員數對 定員數를 比較해 보면 서울은 定員數가 많은 反面 他地域은 現員數가 많은것으로 나타났다.

表 3-12. 地域別 現 人力 分布

(단위: %)

현 인력수	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
- 39명	0.0	29.6	42.9	90.5	68.0	80.0	0.0	59.6
40 - 59	0.0	62.9	47.7	9.5	32.0	18.6	53.9	25.5
60 - 79	70.6	7.4	9.5	0.0	0.0	1.4	46.1	10.3
80명 이상	29.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
현원평균(명)	78.4	46.0	42.1	30.7	35.7	32.9	57.8	40.4
정원평균(명)	83.1	45.8	41.5	29.6	35.0	32.6	49.4	39.9

N: 응답한 보건소수

現 人力의 職種別 分布를 <表 3-13>에서 보면 醫務職의 경우 없는곳은 전체 23.6%로 대부분 小都市와 郡地域인 것으로 나타났고, 1-2名 있는 지역이 63.0%로 가장높은 分布이다. 또한 平均人員數는 전체적으로 1.4名이고, 서울은 3.4名, 直轄市 2.4名, 醫療院 2.2名の 順으로 나타났다.

看護職의 경우는 5-9명 있는 보건소가 전체 41.3%로 가장많고 10-14名이 31.7%로 다음 順이고, 地域別 平均 人員數는 서울이 28.5명, 直轄市 12.5名, 醫療院 11.9名, 中都市 11.6名の 順으로 나타났다.

藥務職이 있는 곳은 전체 40.4%이고, 地域別로 보면 서울은 全 保健所가 있는 반면 郡地域은 대부분 없는 것으로 나타나 지역간 큰 差異가 있음을 볼 수 있다. 이는 勤務條件이 劣惡한 地域에서의 專門人力 確保가 어렵다는 사실을 端的으로 알 수 있어, 이의 改善策의 하나로 지역에 따라 專門人力 確保를 위해 特別手當支給 等の 報償(Incentive)制度를 導入하는 것이 바람직하다.

保健職은 보건소의 事務業務를 擔當하는 人力과 臨床病理士, 放射線士, 看護助務士 등과 같은 專門人力도 包含되어 있어 보건소 인력중 높은 構成比를 차지하는 職種이다. 平均 人員數를 보면 전체는 14.6名이고, 서울이 17.2名으로 가장 많고 醫療院 16.4名, 中都市 16.0名の 順으로 나타났다. 그러나 일부지역에서 무자격자가 保健職으로 任用되어 臨床病理檢査 등과 같은 專門分野의 業務를 하는 事例가 있어 이러한 일이 없도록 任用에 따른 資格基準을 規定上 名文化 해야 할 것이다.

보건소의 行政業務를 맡고있는 行政職은 주로 保健行政系(課) 所屬으로 豫算, 施設, 機資材管理 業務를 주로 擔當하고 있으며, 保健行政係長도 行政職이 주로 맡고 있다. 일부 直轄市의 경우 事業課長(지방 5급) 職責을 行政職이 單一職種으로 맡고 있는데, 이는 보건소의 專門性和 보건직 人事停滯에 비추어 볼 때 보건직으로 轉換하는 것이 바람직한 實情으로, 現 保健所의 人事管理가 內務部의 影響力下에 있어 自律的인 管理가 안되고 있음을 端的으로 나

타내는 것이라 하겠다. 行政職의 전체 平均 人力數는 2.7名이고, 서울이 6.8名, 醫療院 3.8名, 直轄市 2.9名の 順으로 나타났다.

表 3-13. 職種別 人力 現況

(단위: %)

구 분	서울시 (N=17)	직할시 (N=26)	중도시 (N=21)	소도시 (N=41)	군(A) (N=23)	군(B) (N=68)	의료원 (N=12)	계 (N=208)
의무직								
없다	0.0	0.0	4.8	12.2	21.7	55.9	0.0	23.6
1-2명	61.7	50.0	90.4	83.0	65.2	41.2	91.6	63.0
3-4명	5.9	50.0	4.8	4.9	13.0	3.0	0.0	10.5
5명이상	29.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	2.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
평균(명)	3.4	2.4	1.4	1.1	1.2	0.6	2.2	1.4
간호직								
-4명	0.0	0.0	0.0	36.6	0.0	5.9	0.0	9.1
5-9명	0.0	19.2	14.3	48.8	56.5	61.8	25.0	41.3
10-14명	0.0	50.0	76.2	12.2	39.1	23.5	58.3	31.7
15-19명	0.0	26.9	9.5	2.4	0.0	4.4	16.7	7.2
20-29명	76.5	3.8	0.0	0.0	4.3	4.4	0.0	8.7
30명이상	23.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
평균(명)	28.5	12.5	11.6	6.4	9.5	8.8	11.9	10.9
약무직								
없다	0.0	15.4	38.1	68.3	78.3	88.2	50.0	59.6
있다	100.0	84.6	61.9	31.7	31.7	11.8	50.0	40.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
보건직평균 인력수(명)	17.2	14.8	16.0	14.1	14.3	13.4	16.4	14.6
행정직평균 인력수(명)	6.8	2.9	2.0	2.1	2.0	2.1	3.8	2.7

免許 및 資格을 所持하고 있는 專門人力의 分布와 關聯하여 保健所長에게 “專門人力이 該當業務에 適正 配置되어 있느냐?”의 設問에 對한 應答率 分布를 <表 3-14>에서 보면 그렇다고 肯定的인 應答率은 전체 33.5%이고, 地域別로 보아도 큰 차이는 없으나 否定的 應答率이 小都市와 醫療院 地域에서 比較的 높은 分布를 보였다.

表 3-14. 專門人力의 該當業務 適正配置에 대한 인식

(단위: %)

구분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
확실히그렇다	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	4.3	0.0	1.9
그렇다	27.8	33.3	15.0	30.2	38.5	37.1	18.2	31.6
그저 그렇다	44.4	18.5	40.0	18.6	26.9	25.7	36.4	27.0
그렇지 않다	16.7	37.0	30.0	46.5	34.6	28.6	36.4	33.5
확실히그렇지 않다	11.1	11.1	10.0	4.7	0.0	4.3	9.1	6.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(18)	(18)	(27)	(20)	(43)	(26)	(70)	(11)	(215)

免許 및 資格을 所持한 專門人力의 分布를 <表 3-15>에서 보면 管理醫師의 경우 專門醫 資格을 所持한 專門醫가 1名 以上 있는 보건소는 全體 19.8%이고 지역별로는 서울이 82.4%로 가장 많고, 小都市, 군(A), 군(B) 地域의 보건소는 90% 以上이 專門醫가 없는 것으로 나타나 地域間 큰차이를 볼 수 있다.

一般醫師가 없는 곳은 全體 44.3%이고 지역별로는 醫療院地域이 100% 없으며 군(B)도 67.6%가 없는 것으로 나타났는데, 이는 公衆保健醫師가 배치된 것이 때문인 것으로 分析된다.

農·漁村 등 보건의료를 위한 特別措置法(법률 4430호, 1991.12.14)에 따라 醫療脆弱 地域에 배치토록 되어있는 公衆保健醫師의 배치는 90%이상인 本法에 따라 農·漁村 地域에 배치된 것을 볼 수 있으며, 公衆保健醫師중 專門醫 資格을 所持한 醫師는 8.0%에 不遇하였다.

齒科醫師의 경우 一般 齒科醫師는 全體 83.1%가 없다고 應答하였고 지역별로는 서울을 제외한 전지역의 率이 높았고, 公衆保健 齒科醫師는 郡지역에 주로 配置되 있는 것으로 나타났다.

藥師의 경우 있다고 응답한 率은 全體 35.7%이고 지역별로는 서울과 直轄市가 各各 100%와 92.6%로 가장높은 配置率을 보인 반면 郡地域은 매우 낮은 分布이고 醫院은 半數程度가 配置되있는 것으로 나타났다. 이와같이 藥師人力的 부족은 약사가 아닌 다른 保健要員에 의하여 調劑 및 處方이 이루어지게 되는 결과를 빚음으로서 藥禍의 危險性을 恒時 內包하고 있다. 또한 醫師. 藥師 等の 專門人력을 제대로 확보하지 못해 業務遂行의 專門性을 살리지 못하는 것은 보건소가 民間部門과 競爭할 수 없는 位置에 있다는 것으로 指摘된다. 따라서 人力數의 適正與否를 論하기 앞서 필요한 專門人력을 확보할 수 있는 實行possible 制度的 補完이 있어야 할 것이다.

臨床病理士는 檢査業務의 核心 専門인력으로 全 地域이 배치하고 있는것으로 나타났으며 保健所當 平均 2.4名이 배치되어 있다. 서울지역과 他地域과는 큰 差異를 보이고 있어 檢査業務量에 比例한 人力數의 分布가 아니고 地域特性에 의한 것이라면 이의 改善이 要求된다. 放射線士의 경우도 대부분의 보건소가 配置하고 있으며 平均人力도 서울시가 3.5名으로 他地域에 비해 倍가 넘는 數値를 보였다.

齒科衛生士는 배치한곳이 全體 70.4%이고, 中都市 以下地域에서 配置率이 높게 나타났다. 營養士와 物理治療士를 배치한 지역은 各各 11.3%, 13.7%에 不過하고 서울시는 1개 地域도 없는 것으로 나타났으며, 衛生士는 전체 34.4%가 있는것으로 나타났다. 이와같이 免許 및 資格을 所持한 專門人력의 配置分布를 볼때 未洽하다는 것과 地域間 큰 差異가 있다는것을 알수있어, 保健社에서 발표한 專門人力 配置基準에 따른 人力 만이라도 優先 配置토록 與件造成이 時急히 要求된다.

또한 地域保健醫療 서비스의 質的, 量的 均衡을 위해서는 專門人力의 配置가 均衡을 이루어야 할 것이며, 이를위해 전문인력이 保健所勤務를 忌避하지 않도록 勤務條件을 改善해야 할 것이다.

表 3-15. 免許 및 資格所持 專門人力의 配置分布

(단위: %)

구 분	서울시 (N=17)	직합시 (N=27)	중도시 (N=21)	소도시 (N=42)	군(A) (N=25)	군(B) (N=68)	의료원 (N=12)	계 (N=212)
관리의사 전문의								
없다	17.6	59.3	81.0	90.5	92.0	100.0	41.7	80.2
1명	29.4	29.6	19.0	9.5	8.0	0.0	58.3	14.2
2명	41.2	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7
3명이상	11.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
관리의사 일반의								
없다	0.0	22.2	33.3	38.1	28.0	67.6	100.0	44.3
1-2명	47.0	74.0	66.7	61.9	72.0	32.4	0.0	51.0
3명이상	53.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7
공중보건 전문의								
배치율	0.0	0.0	0.0	4.8	8.0	2.9	100.0	8.0
공중보건 일반의								
배치율	0.0	0.0	9.5	28.6	92.0	89.9	100.0	52.6
일반 치과의								
배치율	100.0	18.5	9.5	2.4	12.0	10.1	8.3	16.9
공중보건 치과의								
배치율	0.0	0.0	4.8	11.9	52.0	60.9	100.0	34.3
약사 배치율	100.0	92.6	57.1	23.8	12.0	4.3	50.0	35.7
임상병리사								
1-2명	0.0	55.5	38.1	80.5	62.5	81.2	41.7	63.2
3-4	20.0	40.7	61.9	17.1	37.5	18.8	50.0	29.7
5명이상	80.0	3.7	0.0	2.4	0.0	0.0	8.3	7.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
평균(명)	5.3	2.6	2.9	2.0	2.2	1.9	2.9	2.4

Σ 100

표 3-15 (계속)

구 분	서울시 (N=17)	직할시 (N=27)	중도시 (N=21)	소도시 (N=42)	군(A) (N=25)	군(B) (N=68)	의료원 (N=12)	계 (N=212)
방사선사								
1-2명	0.0	85.2	100.0	97.6	100.0	98.6	83.3	88.3
3명이상	100.0	14.8	0.0	2.4	0.0	1.4	16.7	11.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
평균(명)	3.5	1.9	1.4	1.2	1.2	1.2	1.7	1.5
치과위생사								
배치율	0.0	11.1	76.2	71.4	96.0	94.2	100.0	70.4
물리치료사								
배치율	0.0	22.2	9.5	12.2	4.0	14.5	41.7	13.7
영양사배치율	0.0	14.8	19.0	19.0	8.0	2.9	33.3	11.3
위생사배치율	11.8	33.3	38.1	33.3	52.0	33.8	33.3	34.4

N: 응답한 보건소수

醫師人力과 關聯된 업무(일반 진료업무 제외)에 醫師가 배치되어 있는지의 與否를 <表 3-16>에서 보면 齒科診療의 경우 서울시와 醫療院 지역은 100% 齒科醫師가 배치되어 있고, 直轄市와 中都市 小都市는 20% 未滿으로 配置率이 매우 낮은 分布를 보였다. 結核管理는 43.0%의 보건소가 醫師를 배치하고 있으며 서울과 直轄市는 各各 94.1%, 70.4%로 높은 分布인 反面 그外 地域은 40% 未滿으로 나타났다. 豫防接種業務에는 全地域이 10% 内外로 낮은 분포를 보였고, 性病診療에는 74.4%가 배치하고 있는것으로 나타났다.

各 保健所가 대부분 新規事業으로 遂行하고 있는 老人保健, 家庭看護事業, 成人病管理事業에는 各各 16.3%, 9.6%, 23.4%로 낮은 分布이고 母子保健事業에도 23.4%에 不過하였다. 따라서 보건소 診療서비스에 對한 주민의 信賴度를 提高하고 良質의 診療서비스를 提供하기 위해서는 해당 專門分野에는 醫師人力을 배치하는 것이 보건소 機能 活性化의 基本일 것이다.

表 3-16.

保健所 業務別 醫師 配置率

(단위: %)

구 분	서울시 (N=17)	직할시 (N=27)	중도시 (N=21)	소도시 (N=42)	군(A) (N=25)	군(B) (N=69)	의료원 (N=13)	계 (N=214)
치과진료	100.0	18.5	14.3	11.9	64.0	73.9	100.0	51.4
결핵관리	94.1	70.4	38.1	35.7	28.0	34.8	23.1	43.0
예방접종	17.6	18.5	19.0	7.1	8.0	8.7	0.0	11.2
성병관리	100.0	70.4	85.7	69.0	72.0	72.5	53.8	73.8
노인보건	29.4	33.3	9.5	14.3	12.0	13.0	7.7	16.8
가정간호	29.4	29.6	0.0	7.1	4.0	5.8	0.0	10.3
성인병관리	35.3	37.0	19.0	21.4	20.0	23.2	7.7	23.8
모자보건	88.2	20.2	9.5	7.1	28.0	17.4	0.0	21.5

N: 응답한 보건소수

保健所의 業務를 責任지고 있는 保健所長의 力量은 보건소 活性化에 큰 變數로 指摘된다. 특히 地方自治制가 실시됨에 따라 對內的 업무 外에도 對外的 業務는 보건소 活性化에 間接적으로 影響을 미친다고 하겠다.

이러한 責任을 지고있는 보건소장의 一般的 特性을 <表 3-17>에서 보면 職列은 응답자의 59.3%가 保健職으로 半數以上을 차지하고 있고, 서울과 醫療院 地域을 除外한 全地域에서 특히 郡地域에서 높은 分布로 나타났다.

職級은 서울시, 直轄市 一部(부산), 醫療院 地域은 모두 地方 4級이고, 그外 地域은 地方 5級으로 職級體系가 地域間에 二元化 되어있다. 年齡은 50代層이 62.9%로 가장 많고, 平均年齡은 51.3歲이며, 中都市, 小都市, 醫療院 地域에서 40代의 年齡構造를 보이고 있다. 이들이 所持하고 있는 免許 및 資格의 分布는 專門醫師 24.2%, 衛生士 23.7%, 一般醫師 14.9%의 順이고, 없다고 응답한 率は 21.9%이다.

보건소에 勤務한 平均期間은 全體 15.0年이고, 지역별로는 서울시가 17.9年, 郡(B) 17.4年, 郡(A) 16.9年の 順이다. 또한 保健所長 平均 受任期間은 전체 6.2年이고, 지역별로는 直轄市가 7.0年, 中都市 6.6年, 서울시 6.5年の 順으로 나타났다.

表 3-17.

保健所長の 一般的 特性

(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
직 렬								
의무직	100.0	74.1	60.0	34.9	3.8	14.5	100.0	40.7
보건직	0.0	25.9	40.0	65.1	96.2	85.5	0.0	59.3
계(N)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(18)	(27)	(20)	(43)	(26)	(69)	(11)	(214)
직 급								
4 급	100.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	17.8
5 급	0.0	66.7	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	82.2
계(N)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(18)	(27)	(20)	(43)	(26)	(69)	(11)	(214)
연 령								
30-39	0.0	0.0	30.0	26.1	0.0	8.9	54.6	13.8
40-49	11.8	18.5	20.0	14.3	16.0	11.8	9.1	14.3
50-59	76.5	59.2	40.0	54.8	80.0	73.5	18.2	62.9
60세이상	11.8	22.2	10.0	4.8	4.0	5.9	18.2	9.0
계(N)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(17)	(27)	(20)	(42)	(25)	(68)	(11)	(210)
평 균(세)	55.6	54.7	47.7	47.6	54.4	52.3	43.2	51.3
면허, 자격								
없 다	0.0	3.7	20.0	25.6	30.8	32.9	0.0	21.9
전문의사	61.1	18.5	45.0	30.2	3.8	12.9	36.4	24.2
일반의사	38.9	51.9	10.0	4.7	0.0	0.0	63.6	14.9
약 사	0.0	3.7	5.0	2.3	0.0	0.0	0.0	1.4
위 생 사	0.0	14.8	10.0	20.9	42.3	35.7	0.0	23.7
의료기사	0.0	7.4	10.0	16.3	23.1	18.6	0.0	14.0
계(N)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(18)	(27)	(20)	(43)	(26)	(70)	(11)	(215)
평균 보건소 근무기간(년)								
	17.9	13.4	10.7	12.6	16.9	17.4	9.4	15.0
평균 보건소장 수임기간(년)								
	6.5	7.0	6.6	5.3	5.7	6.3	6.4	6.2

N: 응답한 보건소수

職級을 볼때 모두 같은 勤務與件下에서 地域間 差等이 있는 것은 士氣低下, 人事停滯 等の 保健人力管理上 問題點으로 指摘이 된다. 따라서 이의 關聯部處에서는 積極的인 努力을 통해 平準化해 나가야 할 것이다.

現在 進行되고 있는 각종의 環境變化, 예를들면 地方分權化와 民營化, 對外 開放化와 競爭化 等과 같은 작은 政府를 지향하는 要因과 社會民主化의 進行에 따른 국민의 社會福祉에 대한 慾求 強化要因, 그리고 人口統計的, 産業構造的, 職業構造的 變化樣相은 政府의 公共人力 管理方向에 대한 根本的 檢討를 要求하고 있다. 行政環境變化가 이와같이 수많은 多 變數的 要因에 의하여 일어나고 있다는 점에서 公共人事管理制度의 전반적 檢討와 政策改善이 필요한 시점이다. 특히 보건소에 勤務하는 人力은 대부분 專門人力으로 優秀한 전문 人력을 確保할 수 있는 具體적이고 實行 가능한 制度的 裝置가 시급히 要請되고 있는 실정을 勘案할때 현재 內務部에서 一括 管理하고있는 人事管理를 부분적으로 地方政府에 權限을 委任하는것이 바람직하다.

또한 召命意識을 가지고 滅私奉公하는 專門人力에 대한 勤務與件 改善, 즉 報酬體系의 現實化, 昇進할 수 있는 上位職級 確保, 地域間 職級の 平準化, 地域 與件 및 成果에 따른 報償(Incentive)制度 導入 등의 실현을 위한 地方自治團體의 노력이 요구된다.

아울러 부분적인 보건소인력의 官僚的 勤務行態, 無事安逸과 消極的態度 等과 같은 勤務姿勢도 改善해 나가야 할 것이다.

3.2.2. 施設 및 機資材

1) 施設

지역 주민에게 保健醫療 서비스를 提供하는 보건소 施設의 適合한 具備條件은 첫째, 대부분의 지역주민이 이용하기에 便利한 場所에 위치해야 하며, 둘째, 서비스를 提供하는 空間의 面積이 狹小하지 않고, 셋째, 시설의 内部構造가 公衆保健學的으로 設計되어야 하며, 넷째, 施設周圍의 環境이 清潔한것 等이라 하겠다. 따라서 이러한 條件의 具備는 주민의 보건소 利用率을 提高하는 要因中の 하나라고 하겠다.

施設物에 대해 전체적으로 “현재의 보건소 시설이 사업을 수행하는데 적정한지?”를 保健所長에게 조사한 設問의 응답분포를 <表 3-18>에서 보면 전체의 28.0%만이 肯定的인 응답을 하였고, 34.0%는 그저그렇다고 답하여 많은 보건소가 施設에 대해 改善해야함을 示唆하고 있다. 지역별 肯定的인 應答率은 郡(A), 醫院院, 서울시가 各各 42.3%, 36.4%, 33.3%의 順이고, 直轄市가 7.4%로 가장낮은 분포이다.

表 3-18. 保健所 施設이 事業遂行에 적정한지에 對한 인식

(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
확실히그렇다	0.0	0.0	5.0	0.0	3.8	7.1	0.0	3.3
그렇다	33.3	7.4	15.0	25.6	38.5	24.3	36.4	24.7
그저그렇다	33.3	37.0	30.0	39.5	19.2	37.1	27.3	34.0
그렇지않다	33.3	37.0	40.0	34.9	38.5	27.1	36.4	33.5
확실히그렇지 않다	0.0	18.5	10.0	0.0	0.0	4.3	0.0	4.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(18)	(27)	(20)	(43)	(26)	(70)	(11)	(215)

N: 응답한 보건소수

關聯하여 向後 보건소 施設에 대한 變更計劃 有無와 變更內譯을 <表 3-19>에서 보면, 응답한 206개 보건소중 向後 變更計劃이 있다고한 보건소는 전체 44.2%로 現 場所에 増築, 他場所에 新築이 各各 18.0%이고, 지역별로는 서울시, 直轄市, 醫療院 지역이 높은 분포로 나타났다.

表 3-19. 向後 施設變更計劃 有無 및 變更內譯別 分布 (단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
계획이없다	37.5	28.0	61.9	61.5	75.0	63.8	25.0	55.8
증 축	0.0	8.0	4.8	20.5	12.5	20.3	75.0	18.0
개 축	0.0	12.0	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0	1.9
현장소에신축	0.0	16.0	4.8	0.0	0.0	1.4	0.0	2.9
타장소에신축	50.0	28.0	23.8	12.8	12.5	13.0	0.0	18.0
타건물로이전	12.5	8.0	4.8	2.6	0.0	1.4	0.0	3.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(16)	(25)	(21)	(39)	(24)	(69)	(12)	(206)

N: 응답한 보건소수

또한 變更計劃에 대해 理由內容을 응답한 80개보건소의 이유별 분포를 <表 3-20>에서 보면 현재의 보건소 面積이 狹小하고, 앞으로 늘어나는 서비스 需要에 對處하기 위하여가 66.3%로 가장 많고, 現 建物이 賃貸建物이라서와 位置가 不適合하여서가 各各 7.5%, 施設의 構造가 不適合하여서 5.0%의 順으로 나타났다.

표 3-20. 施設變更 理由 (단위: %)

구 분	%	(N)
협 소 하 다	66.3	(53)
임대건물이다	7.5	(6)
위치가 부적합하다	7.5	(6)
구조가 부적합하다	5.0	(4)
신청사로 이전	5.0	(4)
시설이 노후	3.8	(3)
기 타	5.0	(4)
계	100.0	(80)

N: 응답한 보건소수

현재 사용하고 있는 보건소 施設에 대한 一般的 現況을 <表 3-21>에서 보면 施設 所在의 경우 本廳(구, 시, 군청) 建物內에 있는곳이 전체 5.1%로 서울과 直轄市가 대부분이고, 本廳內에 있지만 獨立建物인 곳이 12.6%, 그외는 別途 獨立建物로 되어 있다.

또한 “보건소의 현위치가 지역주민에게 서비스를 제공하는데 적합한지?”에 대한 응답분포는 全體의 34.1%가 適合하고, 21.3%가 不適合한 것으로 答하였으며, 지역별로는 醫療院과 小都市지역의 41.7%, 40.5%가 適合하다고 答하였고, 直轄市의 34.6%는 不適合한 것으로 答하였다.

보건소 施設物 建坪의 平均面積은 全體 972.5m²(약 294坪)이고, 서울이 1329.9m²(약 402坪)로 가장 넓고, 다음은 中都市로 1125.7m², 郡(B) 941.7m²의 順이고 直轄市가 884.9m²로 가장 狹小한 것으로 나타났다.

表 3-21. 保健所 施設物의 一般的 現況

(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
<u>보건소건물의 소재</u>								
본청내 있다	23.5	19.2	0.0	2.4	4.0	0.0	0.0	5.1
본청내별도건물	41.2	7.7	9.5	9.5	20.0	10.0	0.0	12.6
독립 별도건물	35.3	73.1	90.5	88.1	76.0	90.0	100.0	82.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(17)	(26)	(21)	(42)	(25)	(70)	(13)	(214)
<u>보건소위치의 적합여부</u>								
적 합	35.3	26.9	33.3	40.5	29.2	33.3	41.7	34.1
보 통	41.2	38.5	52.4	38.1	54.2	46.4	41.7	44.5
부 적 합	23.5	34.6	14.3	21.4	16.7	20.3	16.7	21.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(17)	(26)	(21)	(42)	(24)	(69)	(12)	(211)
<u>건평의 평균면적(m²)</u>								
	1329.9	884.9	1125.7	905.4	910.6	941.7	-	972.5

N: 응답한 보건소수

보건소의 業務를 內容別로 구분하여 區分된 業務를 遂行하고 있는 各 室의 有無와 있는경우 面積의 크기가 業務遂行에 있어 適正한지에 대한 응답분포를 <表 3-22>에서 보면 一般診療室은 전체의 26.2%만이 適正하다고 答하였고, 地域間에는 큰 差異가 없으며, 齒科診療室은 없는곳이 43.7%이고, 地域間에는 直轄市, 中都市, 小都市에서 75% 以上이 없는것으로 나타났다.

病理検査室과 X-Ray室은 各各 23.4%, 27.1%가 適正하다고 答하였고, 病理検査室의 경우 直轄市에서는 61.5%가 狹小한 것으로 나타났으며, 藥劑室은 없는곳이 전체의 10.4%이고, 21.4%가 適正하다고 答하였으며 直轄市の 53.8%가 狹小한 것으로 答하였다.

豫防接種室은 없는곳이 全體의 16.7%이고, 適正한 곳은 24.0%이다. 또한 一部地域의 보건소에서 遂行하고 있는 物理治療業務를 위한 室이 있는 地域은 응답한 190개 保健所中 17.9%만이 있는것으로 나타났으며, 保健教育室이 있는곳은 61.8% 이다.

表 3-22. 주요 業務別 事務室 有無 및 適正與否에 對한 應答 現況
(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	계
일반진료실							
적 정	20.0	30.8	22.2	30.0	28.0	23.9	26.2
보 통	53.3	30.8	55.6	57.5	48.0	46.3	48.2
협 소	26.7	38.5	22.2	12.5	24.0	29.9	25.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(15)	(26)	(18)	(40)	(25)	(67)	(191)
치과진료실							
적 정	31.3	3.8	4.8	7.3	24.0	27.9	17.8
보 통	43.8	7.7	4.8	9.8	40.0	39.7	25.9
협 소	25.0	3.8	9.5	7.3	8.0	19.1	12.7
없 다	0.0	84.6	81.0	75.6	28.0	13.2	43.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(16)	(26)	(21)	(41)	(25)	(68)	(197)

표 3-22. (계속)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	계
<u>병리검사실</u>							
적 정	6.7	23.1	22.2	25.0	20.0	27.9	23.4
보 통	73.3	15.4	44.4	40.0	52.0	30.9	38.0
협 소	20.0	61.5	33.3	35.0	28.0	41.2	38.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(15)	(26)	(18)	(40)	(25)	(68)	(192)
<u>X-Ray 실</u>							
적 정	20.0	26.9	22.2	27.5	32.0	27.9	27.1
보 통	53.3	34.6	50.0	55.0	44.0	48.5	47.9
협 소	26.7	38.5	27.8	17.5	24.0	23.5	25.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(15)	(26)	(18)	(40)	(25)	(68)	(192)
<u>약 제 실</u>							
적 정	26.7	26.9	22.2	25.0	16.0	17.6	21.4
보 통	60.0	15.4	44.4	30.0	32.0	41.2	35.9
협 소	13.3	53.8	27.8	35.0	28.0	29.4	32.3
없 다	0.0	3.8	5.6	10.0	24.0	11.8	10.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(15)	(26)	(18)	(40)	(25)	(68)	(192)
<u>예방접종실</u>							
적 정	31.3	23.1	16.7	38.5	24.0	16.2	24.0
보 통	31.3	26.9	66.7	23.1	28.0	38.2	34.4
협 소	37.5	42.3	11.1	35.9	12.0	17.6	25.0
없 다	0.0	7.7	5.6	2.6	36.0	27.9	16.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(16)	(26)	(18)	(39)	(25)	(68)	(192)
<u>물리치료실</u>							
적 정	0.0	4.0	5.6	15.0	0.0	9.0	7.4
보 통	0.0	0.0	0.0	5.0	4.2	11.9	5.8
협 소	0.0	12.0	5.6	5.0	8.3	1.5	4.7
없 다	100.0	84.0	88.9	75.0	87.5	77.6	82.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(16)	(25)	(18)	(40)	(24)	(67)	(190)
<u>보건교육실</u>							
적 정	23.5	12.0	11.1	25.6	12.5	25.0	20.4
보 통	17.6	0.0	44.4	28.2	37.5	33.8	28.3
협 소	29.4	12.0	11.1	7.7	16.7	11.8	13.1
없 다	29.4	76.0	33.3	38.5	33.3	29.4	38.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(17)	(25)	(18)	(39)	(24)	(68)	(191)

N: 응답한 보건소수(의료원화 보건소는 제외)

以上과 같이 施設에 대한 現況과 設問에 대한 意見을 종합해 볼때 많은 보건소들이 보건소 施設로서 갖추어야 할 條件을 갖추지 못하고 있는 것으로 判斷된다. 특히 보건소가 地域의 綜合保健醫療機關으로 中樞的 役割을 堪當하기 위한 專門性이 考慮된 시설이 아니라 政府의 한 組織으로 一般 官公署와 같은 施設을 確保하고 있는 實情이다. 따라서 向後 시설을 改善할 때에는 專門性을 考慮하여 앞서 言及한 具備條件을 完備하기 위한 專門家의 諮問을 통해 改善하는것이 바람직하다.

2) 機 資 材

보건소에서 使用하는 機資材는 事務用을 除外하고 診療用으로부터 保健教育用에 이르기까지 300여種에 가까운 많은 種類의 機資材를 保有하고 있다. 그러나 保健社會部가 定한 保健所 保有 標準裝備 品目外에 地域에 따라 追加로 保有하고 있는 機資材가 많은 實情이다. 그 예로 초음파진단기의 경우 都市保健所를 對象으로 조사된 資料²⁶⁾에 의하면 조사된 115개 都市保健所中 23.5%(27개소)의 보건소가 保有하고 있고, 保有하고 있는 27개 保健所中 本 機資材 保有에 따른 效果有無에 對한 設問에 응답한 25개 보건소의 92.0%가 效果가 있다고 答하였으며, 保有하고 있지 않은 86개 보건소중 83.7%가 必要하면서도 保有하고 있지 못한 것으로 나타났다.

高價의 機資材 保有與否는 優先的으로 豫算의 뒷받침이 있어야 하겠지만 地域間에 相異한 變數 즉 保健所長의 職列 및 個人的 能力과 地方自治團體長 또는 地方議會 議員들의 認識에 따라 左右될 것이다.

保健所長을 대상으로 현재 保有하고 있는 機資材는 사업수행에 適正한지?를 조사한 設問의 응답분포를 <表 3-23>에서 보면 전체의 29.5%가 適正하다고 肯定的인 答을 하였고, 지역별로는 서울시와 의료원 지역에서는 否定的인 應答

26) 임종권 외, 도시보건소 모자보건사업 운영개선연구, 한국보건사회연구원, 1991, P.41-42.

率이 0%인 反面 그外地域은 20-40%였으며, 전체적으로는 26.1%의 보건소가 否定的인 應答率을 보였다.

表 3-23. 現 保有機資材의 適正與否에 對한 認識

(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
확실히그렇다	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.5
그렇다	66.7	18.5	25.0	25.6	36.0	24.3	27.3	29.0
그저그렇다	33.3	37.0	35.0	44.2	40.0	50.0	72.7	44.4
그렇지않다	0.0	37.0	40.0	30.2	24.0	20.0	0.0	23.8
확실히그렇지 않다	0.0	7.4	0.0	0.0	0.0	4.3	0.0	2.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(18)	(27)	(20)	(43)	(25)	(70)	(11)	(214)

N: 응답한 보건소수

保健所의 主要 機資材를 用途別로 구분하여 保有하고 있는 機資材가 該當業務를 遂行하는데 適正한지?에 대한 설문의 應答分布를 <表 3-24>에서 보면 一般 診療機資材의 경우 전체의 75.1%가 適正하다고 答하였고, 지역별 順위는 中都市, 小都市, 直轄市の 順으로 나타난 反面 郡(B)와 醫療院 地域이 各各 61.2%, 66.7%로 가장낮은 分布를 보였다. 또한 齒科診療를 하지않는 보건소를 除外한 지역의 齒科 機資材에 대해 適正하다고한 應答率은 68.5%로 나타났다.

檢査用 機資材에 대한 適正 應答率은 전체의 54.2%로 타 機資材에 비해 가장낮은 比率을 보였다. 이는 檢査用 機資材의 種類가 많고 기자재의 老朽와 現代化된 機器의 普及에 따른 것으로 해석된다. 그러나 보건소의 檢査業務量이 每年 增加하고 있는 점을 勘案할때 老朽된 檢査機器의 交替는 물론 現代化된 機器의 보급이 요구되며, 放射線機資材의 適正率은 전체의 74.6%이고, 郡(B)와 醫療院地域이 各各 58.2%, 53.8%로 가장낮은 分포를 보였다.

保健教育용 기자재의 適正率은 전체의 61.7%로 보건교육의 必要성과 重要性이 점차 增大되는 此際에 이에대한 확보가 요구된다.

保社部 標準裝備 品目외의 機資材 確保는 보건소의 機能과 직접적인 聯關有無 및 그 程度를 판단하고, 지역의 特殊性과 이용자의 特性을 把握한후 購入하는것이 바람직할 것이다.

表 3-24. 機資材 種類別 保有數量에對해 適正하다고 應答한 比率分布
(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
일반진료기자재	78.6 (N=14)	80.0 (N=25)	94.7 (N=19)	85.0 (N=40)	79.2 (N=24)	61.2 (N=67)	66.7 (N=12)	75.1 (N=201)
치과진료기자재	68.8 (N=16)	80.0 (N=5)	50.0 (N=4)	77.8 (N=9)	77.8 (N=18)	61.0 (N=59)	84.6 (N=13)	68.5 (N=124)
검사용기자재	56.3 (N=16)	65.2 (N=23)	63.2 (N=19)	55.0 (N=40)	66.7 (N=24)	41.8 (N=67)	58.3 (N=12)	54.2 (N=201)
방사선기자재	87.5 (N=16)	83.3 (N=24)	95.0 (N=20)	85.4 (N=41)	79.2 (N=24)	58.2 (N=67)	53.8 (N=13)	74.6 (N=205)
보건교육용기자재	60.0 (N=15)	66.7 (N=24)	82.4 (N=17)	64.9 (N=37)	63.6 (N=22)	52.4 (N=63)	60.0 (N=10)	61.7 (N=188)

N: 응답한 보건소수(비해당 보건소 제외)

本 調査에 나타난 追加所要 主要 機資材의 品目を 羅列하면 診療機資材의 경우 심전도기, 초음파진단기, 고압멸균소독기, 검안검이경, 진찰대 등이고, 齒科診療機資材는 X-Ray 자동현상기, 치과유니트셀, 콤퓨레샤, 초음파치석제거기, 아말감 혼합기, 잇몸치료기 등이다. 또한 檢査機資材로는 ELISA 검사기, 간염자동희석기, CO2 Incubator, 뇨자동분석기, 생화학자동분석기, 혈구자동분석기, 초음파세척기, 수질분석기, AIDS 검사기 등이고, 放射線機資材는 자동현상기, 직, 간찰영기, 이동 X-Ray기 등이다. 保健教育용 기자재로는 영사기, 스크린, OHP, VTR, TV, Slide 등인 것으로 나타났다.

보건소가 지역의 綜合保健醫療機關으로서 充分한 役割을 遂行하고, 民間機關과의 競爭力 強化를 위해서는 機資材의 適正普及은 물론 老朽된 機資材의 交替, 現代化된 機資材의 普及, 消費性 資材의 圓滑한 供給 등이 並行되어야 할 것이다.

3.2.3. 豫 算

보건소 運營에 投入된 要素中 豫算은 保健所組織의 生産性, 즉 보건의료서비스의 質과 量에 큰 영향을 미치는 要素라 하겠으며, 현재 보건소의 豫算은 人力管理와 함께 內務部の 影響力下에 있어 自律的 確保가 어려운 실정이다.

보건소장을 對象으로 “‘92년도 예산의 규모가 사업수행에 적당한지?”를 조사한 設問의 應答分布를 <表 3-25>에서 보면 전체의 29.4%가 否定的인 應答을 하였고, 30.3%는 肯定的인 것으로 나타났다. 지역별 否定的 應答率은 의료원 지역이 54.5%로 가장 높고, 郡(B), 郡(A) 地域이 각각 35.7%, 32.0%로 다음 順이고, 서울이 5.6%로 가장 낮았다.

보건소 豫算의 財源은 補助金인 國費, 市 道費와 自體豫算인 市.郡.區費로 되어있다. 保健所法 제 9조에 國家와 市.道는 보건소운영에 필요한 費用의 一部를 補助하도록 되어있는데 設置費와 附帶費는 3분의2 以內로하고, 每年度 運營費에 있어서는 그 2분의1 以內로 한다고 되어 있다. 本 調査에 응답한 보건소중 豫算의 財源別 분포를 把握하기 위해 지역 類型別로 5개소의 보건소를 選定하였다.

表 3-25. '92年度 事業豫算의 事業遂行에 適正한지에 對한 認識
(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
확실히그렇다	0.0	3.7	5.0	0.0	0.0	4.3	0.0	2.3
그렇다	72.2	25.9	35.0	25.6	24.0	21.4	9.1	28.0
그저그렇다	22.2	48.1	40.0	48.8	44.0	35.7	36.4	40.2
그렇지않다	5.6	18.5	15.0	23.3	32.0	35.7	54.5	27.1
확실히그렇지않다	0.0	3.7	5.0	2.3	0.0	2.9	0.0	2.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(18)	(27)	(20)	(43)	(25)	(70)	(11)	(214)

N: 응답한 보건소수

<表 3-26>에 나타난 보건소의 財源別 분포를 보면 國費의 占有比率은 郡(B) 지역이 8.1%로 가장높고, 郡(A), 醫院地域이 各各 5.1%, 3.9%로 다음順이고, 直轄市가 0.5%로 가장 낮았다. 또한 市.道費는 전체가 1% 内外이고 서울시와 直轄市는 없는것으로 나타났다.

表 3-26. 保健所 豫算의 財源別 分布*
(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원
국 비	1.3	0.5	1.6	1.4	5.1	8.1	3.8
市.도비	0.0	0.0	1.3	1.0	1.9	0.9	0.5
市.군.구비	98.7	99.5	97.1	97.6	93.0	91.0	95.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* 각 지역별로 5개 보건소에 대한 비율분포임

國庫支援 豫算의 內譯을 順位別로 보면 첫째, 가족계획요원 시술권장비, 둘째, 임산부 영유아 건강진단비, 셋째, 공중보건의 진료활동비, 네째, 마을건강원 교육여비 및 강사수당, 다섯째, 건물 신.증축비 및 장비 구입비 등인 것으로 나타났다.

本 資料를 통해 管内住民 1人當 投入된 平均 豫算額의 分布를 <表 3-27>에
서 보면 의료원 지역이 1人當 33,245원으로 가장 많고, 郡(B) 21,949원, 郡(A)
10,441원의 順이고 直轄市가 2,890원으로 가장 적은 金額인 것으로 나타났다.

보건소 豫算이 本廳(시.군.구청)의 全體豫算中 차지하는 平均比率을 <表
3-28>에서 보면 의료원 지역이 4.5%로 가장 높고, 직할시 3.2%, 군(B) 2.8%의
順이고 소도시가 2.0%로 가장 낮은 占有比率을 보였다.

表 3-27. 管内住民 1人當 投入된 保健所 豫算額

지역구분	1인당 예산액
서울시	3,757원
직할시	2,890
중도시	3,303
소도시	8,334
군(A)	10,441
군(B)	21,949
의료원	33,245

表 3-28. 本廳 豫算對 保健所 豫算의 占有比率分布

지역구분	% (N)
서울시	2.5 (12)
직할시	3.2 (19)
중도시	2.1 (10)
소도시	2.0 (33)
군(A)	2.5 (19)
군(B)	2.8 (57)
의료원	4.5 (10)

N: 응답한 보건소수

豫算內譯을 項目別로 보면 <表 3-29>에 나타난 바와같이 人件費가 차지하는
比率은 最下 中都市의 40.0%에서 最高 서울시의 66.7%까지이고, 경상사업비는

최하 13.0%에서 최고 30.0%인 것으로 나타났다. 이는 硬直性經費의 比重이 높아 보건소 本來의 目的事業을 效果的으로 遂行하기 어려운 것으로 指摘된다.

表 3-29. 豫算內譯 項目別 比率分布

(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
인건비	66.7	52.0	40.0	48.8	52.2	55.7	50.0	52.6
관서운영비	5.5	16.0	15.0	16.3	17.4	17.1	16.7	15.6
기본경상비	5.5	4.0	10.0	9.3	8.7	5.7	8.3	7.1
경상사업비	16.7	24.0	30.0	18.6	13.0	14.3	16.7	18.0
기타경비	5.5	4.0	5.0	7.0	8.7	7.1	8.3	6.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(18)	(25)	(20)	(43)	(23)	(70)	(12)	(211)

N: 응답한 보건소수

보건소의 生産性 提高를 위해 增額投資된 豫算의 成果는 특히 保健醫療事業에 있어 他 事業에 비해 視覺的, 時間的으로 적고 길다는 短點이 있어 財源確保가 어려운 실정이고, 특히 地方自治制가 실시되어도 自治團體의 財政은 계속 脆弱할 것이므로 保健事業에 대해서는 國庫支援을 충실하게 계속하되 보건소의 機能改編을 推進할 수 있는 방향으로 國庫 補助方式을 再檢討하는 것이 必要하다. 또한 보건소법 제8조에는 手數料와 診療費를 徵收토록 되어 있어 收入源이 있으나, 이는 보건소운영에 再投資되지 못하고 있으므로 이에 대한 개선이 요구되며, 무엇보다도 지역적 不均衡없이 보건소의 機能이 活性化 될 수 있는 豫算이 確保되도록 地方自治團體에서 獨自的인 財源의 確保를 위한 努力이 있어야 할 것이다.

3.3. 保健所の機能 및 業務活動

우리나라 保健所の 설치목적은 保健所法 第1條에서 明示하고 있는 바와 같이 保健行政의 合理的인 운영과 국민보건의 向上 및 増進을 도모코자 하는데 있다.

따라서 保健所가 이러한 目的을 달성하기 위하여 어떠한 機能을 갖고 있으며, 이러한 保健所の 機能을 발휘하기 위한 業務活動에는 어떠한 것이 있는가? 保健所の 業務遂行 狀態는 어떠한가? 그리고 보건소가 지역주민에게 우선적으로 제공되어야 할 業務內容은 무엇이며, 地方議會에서 요구한 保健事業은 어떤 것들이 있는가?에 대하여 把握하는 것은 向後 保健所の 發展方向 설정이나 정책수립에 있어 매우 有用한 資料를 제공하게 될 것이다.

따라서 여기에서는 우리나라 現行 保健所法에 규정된 保健所 업무를 중심으로 保健所の 機能을 分析 고찰하고 보건소 운영실태 및 보건소장에 대한 設問 調査를 통하여 保健所の 業務活動 전반에 대한 事項을 調査 分析하였다.

3.3.1. 保健所の機能

우리나라 保健所는 保健所の 설치목적이나 保健所法에 規定된 保健所業務로 볼 때 地域社會의 公衆보건을 담당하는 專門機關으로서 지역주민의 健康向上을 위한 保健行政 및 健康管理서비스 機能을 갖고 있다.

保健所の 機能은 1962년 保健所法을 改定하면서 13個項의 업무를 보건소법 제4조에 구체적으로 規定하여 보건소의 업무수행범위를 마련하였다. 이와같은 기존의 保健所 業務는 지난 30년간 이렇다 할 큰 변화가 없었는데 이는 急變하는 社會와 保健醫療 環境에 적절하게 대응하지 못하여 왔음을 의미하는 것이다. 그러던 중 1991년 3월 保健所法이 改定되어 保健所の 業務를 시대적 변화에 맞추어 보완하기에 이르렀는데 그 業務內容(보건소법 제6조, 1991)을

보면 (1) 傳染病 및 疾病의 豫防·管理와 診療에 관한 사항 (2) 保健統計 및 保健醫療情報의 管理 (3) 地域保健의 企劃 및 評價 (4) 保健教育 (5) 營養의 改善, 食品衛生 및 公衆衛生 (6) 學校保健에 대한 協助 (7) 保健에 관한 實驗 또는 檢査에 관한 사항 (8) 口腔保健·精神保健·老人保健 및 障礙人的 再活 (9) 모자보건 및 가족계획 (10) 보건지소·보건진료소의 및 업무에 대한 지도·감독 (11) 醫藥에 대한 指導 (12) 기타 의료사업 및 국민보건의 향상·증진에 관한 사항 등이다.

保健所法 改定으로 추가된 保健所의 機能으로는 地域保健의 企劃 및 評價, 精神保健·老人保健 및 障礙人的 再活, 保健支所·保健診療所의 직위 및 업무에 대한 지도·감독 등이며, 既存의 機能 中 삭제된 業務로는 産業保健, 特殊地方 病의 研究, 公醫의 指導 등이다.

또한 변경된 內容은 보건사상의 계몽을 보건교육으로, 보건통계를 보건통계 및 보건의료정보의 관리로, 그리고 環境衛生을 公衆衛生 등으로 기존의 내용이 변경되었다.

保健所法에 明示된 保健所業務는 事業對象을 중심으로 볼때 크게 두가지로 分類할 수 있다. 하나는 地域이나 住民을 대상으로 직접 보건서비스를 제공하는 業務로써 이에 속하는 業務로는 (1) 전염병 및 질병의 예방과 진료 (2) 保健教育과 學校保健 (3) 영양개선, 식품위생 및 공중위생 (4) 保健에 관한 實驗과 그 檢査 (5) 口腔保健·精神保健·老人保健·障礙者 再活 (6) 母子保健과 家族計劃 기타 國民保健向上과 增進에 관한 業務 등이며, 다른 하나는 그 지역의 保健醫療에 관한 研究·지도·감독, 保健醫療의 관리를 위한 行政·規制의인 業務로 (1) 保健統計 및 保健醫療 情報管理 (2) 地域保健의 企劃 및 評價 (3) 보건지소, 보건진료소 지도·감독 (4) 醫藥指導 등이 이에 속하는 業務이다.

1) 保健所 業務遂行狀態

保健法 改定에 따른 보건소의 事業別 業務遂行狀態와 向後 業務調整의 필요성에 대한 保健所側의 견해를 분석한 결과는 <부록표 1>과 같다. 보건소 업무중에서 “적극적으로 수행하는 일”이 가장 높은 업무는 ‘임상병리검사’로서 전체 보건소의 96.2%가 응답하였고, 이는 도시(대도시 97.6%, 중소도시 92.2%)와 농촌(98.1%)간에 별 차이가 없이 높은 수준이었다. 그 다음으로는 ‘결핵관리’가 91.4%(대도시 95.2%, 중소도시 82.8%, 농촌 95.2%), ‘질병예방관리(예방접종, 방역소독 등)’가 89.9%(대도시 90.5%, 중소도시 93.3%, 농촌 87.6%), ‘모자보건’이 87.5%(대도시 95.2%, 중소도시 85.7%, 농촌 85.4%), ‘성병 및 AIDS 관리’가 86.1%(대도시 95.1%, 중소도시 82.3%, 농촌 84.8%)의 순서였다. 이에 비하여 ‘거의 수행하지 않거나’ 또는 ‘전혀 수행하지 않는 일’이 가장 높은 업무는 ‘암등록관리’로서 74%(대도시 93.9%, 중소도시 85.4%, 농촌 59.6%)였고 그 다음으로는 ‘영양개선’, ‘식품위생’, ‘공중위생’이 56%(대도시 73.5%, 중소도시 50.8%, 농촌 51.9%), ‘가정간호사업’이 27.8%(대도시 10%, 중소도시 36.2%, 농촌 30.2%), ‘지역보건사업의 기획평가’가 22.7%(대도시 21.6%, 중소도시 29.1%, 농촌 19.4%), ‘노인보건관리’가 20%(대도시 17.5%, 중소도시 22.8%, 농촌 19.4%)의 순서였다. 대체로 保健所 法이 개정됨에 따라 신규로 추가된 업무에 대한 수행정도가 낮게 나타나고 있는데 이는 이들 신규업무에 대한 구체적인 세부사업 수행지침이 아직 개발되지 못했을 뿐만 아니라 업무담당인력에 대한 교육이 제대로 실시되지 못했고 또한 신규사업의 도입시기가 짧은데 그 원인이 있을 것으로 해석된다.

그러나 이들 신규업무는 앞으로 필요한 사업으로서 ‘확대 강화시켜야 한다’는 보건소의 응답비율이 비교적 높아 가정간호사업이 69.4%(대도시 82.1%, 중소도시 58.9%, 농촌 70.5%), 성인병관리가 67.7%(대도시 68.4%, 중소도시 62.5%, 농촌 70.2%), 노인보건관리가 65.7%(대도시 74.4%, 중소도시 63.6%, 농촌 63.2%), 그리고 암환자등록관리가 62.9%(대도시 58.6%, 중소도시 54.9%,

농촌 69.6%)로 나타나 向後 保健所의 優先順位 事業으로 부각될 것이 예상된다.

既存의 業務 중 '확대 강화시켜야 한다'는 응답율이 가장 높은 業務로는 '임상병리검사'로서 78.7%(대도시 70%, 중소도시 78.8%, 농촌 82.3%)였고 그 다음으로는 '보건교육'이 70.6%(대도시 71.8%, 중소도시 72.9%, 농촌 68.8%), '성병 및 AIDS관리'가 66.2%(대도시 58.5%, 중소도시 72.9%, 농촌 65.3%)의 순서였고 '보건지소 및 보건진료소' 관리(농촌지역에 해당)가 62.8%였다.

2) 保健所의 優先順位事業

保健所長들이 지역특성 등 제반여건을 감안하여 向後 보건소에서 우선적으로 遂行되어야 한다고 提示한 業務를 보면 <表 3-30>과 같다. 診療事業의 확대강화가 51.5%로 제일 많았고 그 다음으로는 老人健康 및 慢性退行性疾患管理로 45.4%, 保健教育이 38.9%, 전염병 및 질병예방관리(예방접종, 방역소독)가 33.8%, 가정간호사업이 25.8%로서 保健所長들은 12가지 보건소 업무중 이들 5가지 업무에 대하여 보다 큰 比重을 두고 있다.

지역별로 보면, 診療事業의 경우 대도시와 군부에서는 각각 65%와 51%로 1순위였으나, 중소도시에서는 42.9%로 3순위였고, 이는 의료기관이 많은 대도시에서 그 比率이 제일 높았다. 노인건강 및 만성퇴행성 질환관리 사업은 3지역 모두 2순위로 각각 37.5%, 46.2%, 48%로서 郡部에서 비교적 높은 비율이었다. 保健教育에 있어서는 大都市와 郡部에서 각각 35.0%와 35.3%로 3순위인데 비해 中小都市에서는 1순위(48.2%)로 두 지역보다 상당히 높은 水準이었다.

가정간호사업의 경우 大都市와 郡部에서는 4순위로 각각 25.0%와 30.4%였으나, 中小都市에서는 7순위(17.9%)로 두 지역에 비해 상당히 낮은 水準이었다. 전염병 및 질병예방관리(예방접종, 방역소독)사업은 大都市에서 保健教育과 같이 3순위(35%)였고, 中小都市에서는 4순위(41.1%), 郡部에서는 5순위(29.4%)다.

표 3-30. 보건소의 우선순위 사업분포

사 업 명	전 체 (N=198)	대도시 (N=40)	중소도시 (N=56)	군 부 (N=102)
노인건강 및 만성퇴행성 질환관리	45.4 (90)	37.5 (15)	46.2 (26)	48.0 (49)
가정간호사업	25.8 (51)	25.0 (10)	17.9 (10)	30.4 (31)
보건교육	38.9 (77)	35.0 (14)	48.2 (27)	35.3 (36)
결핵, 성병관리	11.1 (22)	12.5 (5)	8.9 (5)	11.8 (12)
물리치료 및 재활사업	18.2 (36)	20.0 (8)	10.7 (6)	21.6 (22)
모자보건사업	18.7 (37)	20.0 (8)	25.0 (14)	14.7 (15)
진료사업	51.5(102)	65.0 (26)	42.9 (24)	51.0 (52)
검사기능강화	13.1 (26)	7.5 (3)	16.1 (9)	13.7 (14)
전염병 및 질병예방관리 (예방접종, 방역소독)	33.8 (67)	35.0 (14)	41.1 (23)	29.4 (30)
환경, 식품위생	8.1 (16)	7.5 (3)	7.1 (4)	8.8 (9)
기 타	5.1 (10)	-	1.8 (1)	8.8 (9)

* 무응답 17명 제외

지역별로 사업의 우선 순위를 정리해 보면 大都市에서는 1순위가 진료사업 (65%), 2순위 노인건강 및 만성퇴행성질환 관리사업(37.5%), 3순위 보건교육과 전염병 및 질병예방관리사업(각각 35.0%), 4순위 가정간호사업(25.0%), 5순위 물리치료 및 재활사업과 모자보건사업(각각 20.0%)이었고, 中小都市에서는 1순위가 보건교육(48.2%), 2순위 노인건강 및 만성퇴행성질환 관리사업 (37.5%), 3순위 진료사업(42.9%), 4순위 전염병 및 질병예방 관리사업 (41.1%), 5순위가 모자보건사업(25.0%)이었으며, 郡部에서의 1순위는 진료사업(51.0%), 2순위 노인건강 및 만성퇴행성 질환관리사업(48.0%), 3순위 보건교육(35.3%), 4순위 가정간호사업(30.4%), 5순위가 전염병 및 질병예방관리사업(29.4%)이었다.

이상에서 나타난 바와 같이 5가지 우선순위사업중 中小都市의 가정간호사업과 郡部の 모자보건사업을 제외하고는 지역간에 우선순위 사업은 별차이가 없음이 발견된다.

3) 地方議會에서의 保健醫療事業 要求實態

地方自治制가 실시된 이후 地方議會가 保健所에 대하여 保健醫療事業에 관한 要求 유무를 보면 전체 조사대상 215개 保健所중 75.8%에 해당하는 163個 보건소가 地方議會로부터 한가지 이상의 요구를 받은 것으로 나타나 地方議會議員들의 지역보건사업에 대한 관심도가 비교적 높음을 示唆하고 있다. 地方議會에서 要求한 사업내용을 보면 <表 3-31>에서 나타난 바와같이 疾病豫防서비스(방역소독, 예방접종) 강화가 58.6%로 제일 높았고, 그 다음으로는 診療서비스 改善으로 44.4%, 보건소의 시설 및 기자재 확충이 20.2%, 전문인력확보 및 직원들의 친절이 16.7%의 순서였다. 地方議會에서 要求한 내용중 시설 및 기자재 확충과 전문인력확보에 대한 요구율이 높은 것으로 보아 앞으로 보건소가 전문인력을 확보하거나 시설, 장비등을 확충하는데 있어 이에 소요될 예산확보는 무난할 것으로 사료된다.

표 3-31. 지역별 지방의원들의 보건사업 요구율

구 분	전 체 (N=163)		대도시 (N=35)		중소도시 (N=40)		군 부 (N=81)	
	빈도 백분율		빈도 백분율		빈도 백분율		빈도 백분율	
보건소 업무개선	10	6.2	2	5.9	3	6.4	5	6.2
진료서비스 개선	72	44.4	11	32.4	11	23.4	50	61.7
예방서비스 강화 (방역소독, 접종)	95	58.6	23	67.6	37	78.7	35	43.2
전문인력확보 및 친절	27	16.7	3	8.6	8	17.0	16	19.8
시설 및 기자재확충	33	20.2	8	22.9	2	4.3	23	28.4
의약 및 식품위생	11	6.7	-	-	5	10.6	6	7.4
지도감독철저								
보건소 홍보강화	3	1.8	1	2.9	2	4.3	-	-
예산관리 철저	10	6.1	3	8.6	1	2.1	6	7.4
기 타	10	6.1	2	5.7	3	6.4	5	6.2

* 지방의회의 요구가 없는 50개 보건소, 무응답 2개 보건소 제외

지역별로 보면 대도시와 중소도시에서는 질병예방서비스에 대한 要求度가 제일 높아 각각 67.6%와 78.7%인데 반해 郡部에서는 진료서비스 개선으로 61.7%였다. 大都市와 中小都市에서 그 다음으로 要求度가 높은 것은 診療서비스 改善으로 大都市에서 32.4%, 中小都市에서 23.4%였으나, 郡部에서는 질병예방서비스 강화로 43.2%였다. 시설 및 기자재 확충에 대한 要求度가 大都市와 郡部에서 세번째로 높아 각각 22.9%와 28.4%였으나, 中小都市에서는 이와는 달리 전문인력확보 및 직원들의 친절로 17.0%였다. 한편 의약품 및 식품위생에 대한 지도감독을 철저히 하라는 요구가 대도시에서는 전혀 없는데 반해 中小都市에서 10.6%, 郡部에서는 7.4%에 이르고 있어 이들 지역 의원들의 의약 및 식품위생에 대한 관심이 대도시지역에 비하여 높음을 알 수 있다.

이상에서 나타난 결과로 미루어 볼때 특히 지금까지 脆弱했던 보건소의 診療機能은 地方議會가 높은 관심을 가지고 있기 때문에 점차 改善될 것으로 보여진다.

3.3.2. 保健所 業務活動의 現況과 問題點

本 研究에서는 保健所の 業務現況을 파악하기 위하여 보건소의 업무중 既存의 업무를 중심으로 業務實績을 분석하였으며, 現行制度의 限界, 人力問題, 사업수행상 현지에서 제기되는 문제와 이의 解決方向에 관하여는 현지에서 수렴한 意見을 취합하여 제시하고자 한다.

1) 分析資料

가. 事業實績

保健所の 業務活動 現況을 파악하기 위해 본 연구에서는 전국보건소에 대한 郵便調査를 통하여 1991년도 사업별 실적을 전국적으로 조사하였

다. 또한 최근의 사업의 변화추이를 세부적으로 보기 위하여 전국에서 지역적으로 偏在되지 않도록 大都市, 中小都市, 農村, 保健醫療院化 保健所중에서 선정한 13개 현지조사 보건소에서 1990년, 1991년, 1992년(1월-6월)의 3개년도에 걸쳐 세부사업별 실적을 수집하였다.

나. 業務修行上의 問題點

13개의 현지조사 보건소에서는 보건소의 업무별로 制度, 人力, 사업 운영상의 諸般 問題點에 대하여 事業擔當者, 事業係長, 保健所長의 의견을 심층적으로 조사하여 현지의 문제들을 수렴하고자 하였다.

2) 보건소 업무의 特性

보건소의 업무는 대부분 法定委任事業으로 中央執權의인 체제에서 거의 同一한 업무를 수행하고 있다. 示範研究事業을 수행하는 몇몇 지역이 특수 사업을 운영하고 있고, 기구와 조직을 개편한 서울특별시가 訪問看護事業을 가지고 있으며 道에 따라 일부 특수시책사업을 展開하고 있다. 최근에 와서 지방자치제 도입의 영향에 힘입어 보건소장 개인의 관심과 역량에 따라 일부 보건소에서 자체적으로 사업을 개발하여 수행하고 있기는 하나 人的, 物的 支援이 따르지 못하여 아직까지는 이들 특수사업이 보건소 업무수행에 있어 전체적으로 커다란 변화를 초래하지 못하고 있다.

보건소업무는 그 종류가 매우 複雜多樣하여 對人 서비스, 보건행정업무, 방역 및 검사시험 등의 서비스, 타기관 또는 團體 依頼서비스의 관리업무 등이 있다. 진료, 가족계획, 모자보건, 결핵관리, 성병관리, 나병관리는 對人서비스이며, 보건증발급 및 제증명발급은 보건행정서비스이다. 방역 및 검사 시험 등은 서비스 단위가 업무에 따라 다르다. 예를 들면 연막소독은 소독면적이나 소독횟수로 실적이 산출되며 보건소에 따라서는 전문용역업체에 소독활

등을 위탁하고 있고 농촌지역의 경우에는 지역이 광범위하여 面事務所에 위임하고 관리업무만을 수행하고 있는 등 업무종류와 지역여건에 따라서 업무수행방식에 차이가 있다. 기생충관리는 실제로 건강관리협회에서 수행하고 있으며, 醫藥監視는 현재 專門團體에서 자체적으로 수행하며 문제발생시에만 보건소가 지도, 감독하도록 되어 있다. 보건교육 및 건강상담활동 등은 서비스단위를 교육횟수나 피교육자수, 교육자료배부수 등으로 각각 다르게 산출할 수 있다. 또한 서비스당 필요한 投入時間도 서비스의 性格과 質에 따라 多樣하기 때문에 서비스의 실적을 통해 업무활동을 파악하는데는 업무의 量的인 평가라는 측면에서도 제한점이 따른다. 이제까지 보건소의 대다수 사업이 내실을 이루어 오지 못하여 왔던 원인의 하나가 보건소 업무를 양적인 목표량 달성 중심으로 평가하여 왔기 때문으로 보고 있다.

3) 業務別 現況 및 問題點

가. 一般診療業務

1989년 7월부터 全國民醫療保險 실시로 의료보험전달체계에서 보건소가 1次 의료기관으로 정해짐에 따라 의료보험환자의 보건소 이용이 증가하고 있는데 1992년부터 조직개편을 통해 의사인력을 충원한 서울시를 제외한 市地域에서는 거의 共通의으로 진료의사가 1명-2명(대체로 기타 대도시는 2명, 중소도시는 1명) 배치되어 있어 진료인력이 부족한 실정이다(표 3-32 참조). 최근에는 보건소에 老人性 慢性患者가 증가추세에 있으며 無料巡迴診療·長期臥病患者 방문사업도 시도하고 있는데, 의사인력이 출장·교육사업에 관여할 경우 진료공백이 생기므로 의사인력이 진료사업 이외에 타 보건사업의 質的인 관리를 위하여 1次 보건팀으로 관여할 수 있는 與件이 주어지지 않고 있다.

표 3-32. 보건소 진료의사수* (평균치)

	전국	대도시			중소 도시	농 촌	
		소계	서울	기타 대도시		보건 의료원	일반군
일반진료의사	2.5	2.8	4.3	1.8	1.1	8.5	2.5
치과진료의사	.5	.5	1.0	.2	.1	1.3	.7

* 보건소 근무 공중보건과의사 인력이 포함되었으며 의무직 보건소장은 진료 인력에서 제외함.

〈부록표 2〉에서 보건소의 진료서비스 이용자를 보면 전국적으로는 月平均 3,336건으로 1日 平均 133건인데 保健醫療院은 월등히 많고 지역별로는 大都市, 農村, 中小都市 順으로 환자가 많았다. 일반진료업무가 보건소의 7종의 대인서비스중에서 차지하는 비율을 〈부록표 3〉에서 보면 전국적으로는 57.9%로 보건소업무중 진료가 차지하는 비중은 매우 큰것으로 나타나고 있다.

표 3-33. 보건소 진료서비스의 제공현황

	(단위 : 건수)				
	계	대도시	중소도시	농 촌	
				보건의료원	일반군
일반진료서비스					
A. 인구 1,000명당 월간 진료이용수	42.8	12.0	19.4	269.0	37.7
B. 보건소 의사 ¹⁾ 1인당 1일 진료실적	58.8	65.9	77.4	67.5	43.5
치과진료서비스					
A. 인구 1,000명당 월간 치과진료이용수	2.5	.3	.3	7.4	4.4
B. 보건소 치과의사 1인당 1일 진료실적 ²⁾	7.1	4.5	1.2	12.7	12.0

1) 보건소내 관리의사, 공중보건의사가 포함되었으며 의무직 보건소장은 제외함.

2) 치과의사 또는 공중보건치과의사가 배치된 보건소에서만 산출함.

<부록표 4>에서 人口 1,000명당 月平均 診療利用件數를 보면 保健醫療院이 월등히 많고 一般地域에서는 農村, 中小都市, 大都市 順으로 나타나 농촌지역에서는 진료를 받기 위해 보건소를 이용하는 인구의 비율이 높은 것을 볼 수 있다. 이러한 결과는 1989년도 國民健康調査의 의료이용자 治療源別 분포에서 市地域에서는 보건소 0.5%, 郡地域에서는 보건소(지소)가 6.4%를 차지하여 농촌지역에서는 보건소가 진료기관으로 어느정도 활용되고 있다는 결과와도 부합되고 있다.

<표 3-33>에서 보건소의 診療實績을 보건소의 의사인력(공중보건의 포함)수로 나누어 보면 醫師 1人當 1日 58.8件을 진료하고 있는 것으로 나타났다. 중소도시 보건소에서 타지역 보건소보다 진료량이 다소 많았으나 지역에 따라 큰 차이가 나타나지 않고 있다.

진료환자의 醫療保障狀態別 구성을 진료비 청구건수의 구성비로 본 결과 地域醫療保險 34.1%, 職場醫療保險 37.6%, 醫療保護 28.3%로 보험환자가 전체의 71.7%를 차지하고 있다(표 3-34 참조). 전국민의료보험 실시 이후 보건소에서 보험환자가 70% 내외를 차지하고 있다고 볼 수 있다(표 3-38의 보건소 진료환자 의료보장수혜 유형 참조). 1990년 진료실적을 기준으로 볼때 의료보험환자는 1992년도에는 2.7배로 크게 증가하고 있으며, 의료보호환자는 상대적으로 1990년에 비해 1991년도, 1992년도에 계속 감소하고 있다(부록표 5-7 참조).

표 3-34. 보건소 진료환자의 의료보장형태별 분포(진료비 청구건수의 구성비)

	계	대도시	중소도시	농 촌	
	(N=207)	(N=42)	(N=60)	보건의료원 (N=13)	일반군 (N=92)
일반진료					
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
지역의료보험	34.1	28.9	29.1	39.0	37.4
직장의료보험	37.6	40.8	36.6	38.5	35.6
의료보호	28.3	30.3	34.3	22.5	27.1
치과진료					
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
지역의료보험	39.1	31.7	32.7	35.9	41.9
직장의료보험	35.0	30.6	48.1	33.9	35.1
의료보호	25.8	37.7	19.1	29.9	23.0

이와같이 보건소에 보험환자가 많은 것은 의료보험인구의 증가와 함께 保健機關의 낮은 醫療酬價(定額制)가 患者誘引의 要因으로 작용하였기 때문으로 보인다.

일반진료업무를 수행하는데 제기되고 있는 문제점으로는 지역별로 보건소 진료에 대한 요구도와 진료내용이 다름에도 불구하고 市와 郡地域의 실정을 감안하지 않고 劃一的인 진료사업을 실시하고 있어 지역에 따라서는 의사인력의 부족이 초래되고 있으며, 지역별로 특성있는 진료사업의 전개가 불가능하게 되어 있다. 특히 보건소가 公共機關으로서 民間에서 다루기 어려운 再活, 精神保健, 障礙者管理, 老人疾患, 應急患者관리 등의 特殊부문을 취급할 업무도 내지 못하고 있어 민간부문과 역할의 차이가 없는 실정이다. 진료업무관리도 진료비 청구, 접수, 납입고지서 발급 등의 電算化가 이루어지고 있지 않아 서비스 고유업무보다 부수업무에 할애하는 시간이 많은 실정으로 진료부문부터 업무전산화가 이루어져야 할 것으로 보인다.

나. 齒科診療 業務

치과진료업무는 치과의사를 확보하지 못한 지역이 있어 업무자체가 없는 보건소도 많다(표 3-35 참조). 따라서 같은 보건소내에서도 치과의사가 확보된 기간중에는 치과업무가 운영되며 치과의사가 확보되지 못한 기간에는 업무가 중단되고 있다. 특히 중소도시는 1990년 6월이후 公衆保健齒科醫師가 배치되지 않고 있으며 一般齒科醫師는 높은 보수로 인하여 현실적으로 채용이 어려운 실정이다. 농촌지역에서는 공중보건치과의사가 치과진료를 맡고 있다.

〈부록표 2〉에서 보건소의 치과서비스 이용자를 보면 전국적으로는 月平均 192件으로 1日 平均 7.7件이며 지역별로는 일반군지역 보건소가 가장 많고 중소도시가 가장 적었다. 중소도시의 경우 치과의사의 미확보로 진료자체가 없는 곳이 많기 때문이다. 〈부록표 4〉에서 人口 1,000명당 月平均 齒科診療

표 3-35. 지역별 보건소 치과진료서비스 제공여부

	전 국	대도시	중소도시	농 촌	
				보건의료원	일반군
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
치과진료 있음	123(57.5)	22(51.2)	13(20.3)	13(100.0)	75(79.8)
치과진료 없음	91(42.5)	21(48.8)	51(79.7)	- (-)	19(20.2)

* N : 보건소수

利用件數를 보면 전국적으로는 2.5건이나 농촌지역에서는 의료원 7.4건, 일반군 보건소 4.4건으로 일반진료와 마찬가지로 보건소를 治療源으로 택하는 인구비율이 높은 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-33〉에서 보건소의 치과의사인력(공중보건치과의 포함)수로 나누어 보면 1人當 1日 7.1名을 진료하는 것으로 나타났다. 농촌지역 보건소에서 진료량이 도시지역 보건소에 비하여 많았다. 〈표 3-34〉에서 진료비청구건수를 통해 치과진료환자의 구성을 보면 지역의료보험 39.1%, 직장의료보험 35.5%, 의료보호 25.8%로 의료보험환자의 비율이 높게 나타났다.

치과진료업무를 수행하는데 제기되고 있는 가장 큰 문제점은 치과의사인력의 확보이다. 인력의 미확보로 치과업무가 없는 곳이 상당수 됨을 감안할 때 특히 일반치과의사의 확보가 어려운 중소도시지역에 공중보건치과의가 배치될 수 있도록 공중보건의 배치기준이 조정되어야 할 것이다.

다. 母子保健 및 家族計劃 業務

모자보건업무는 妊産婦를 위한 모성관리업무와 영유아를 위한 예방접종과 영유아 건강관리 업무가 모두 포함된다. 〈부록표 3〉을 보면 7가지 보건소 대인서비스중 진료서비스 다음으로 모자보건서비스가 차지하는 비중이 높으며 특히 도시지역에서 높은 것으로 나타나고 있다. 그러나 현지조사지역에서 1990년부터의 事業實績 推移를 보면 모자보건, 예방접종은 1990년에 비하여 1991년, 1992년에 약간 감소하는 경향을 보였다(부록표 7 참조).

가족계획이 차지하는 비중은 〈부록표 3〉을 보면 보건소의 7가지 對人 서비스 업무중에서 7.6%를 차지하고 있다. 〈부록표 5~7〉에서 현지조사 보건소의 실적변화를 보면 전체서비스 중에서 가족계획이 차지하는 비중이 낮아지고 있으며, 1990년도 대비 1991년, 1992년 실적도 낮아지고 있음을 볼 수 있다.

〈부록표 4〉를 보면 가족계획, 모자보건 사업은 中央에서 人口比例로 주어지는 目標量의 영향으로 人口 1,000名當 서비스 利用率로 환산하여 보았을 때 도시, 농촌 지역간의 서비스 이용량에 차이를 나타내지 않았다.

모자보건사업과 가족계획사업의 문제점으로 제시된 내용을 종합해 보면 과거 목표량에 의한 관습적인 업무계획수립과 실적위주의 업무추진방식에서 탈피하여 업무내용도 산업장의 가족계획, 성교육과 인공임신중절에 대한 교육 및 관리 프로그램 등으로 새롭게 개발되어야 하며 이를 위하여는 專門擔當人力의 확보, 담당인력에 대한 專門教育 強化의 필요성 등 전반적인 사향의 개선이 요구되고 있다. 세부업무 수행상의 문제로는 모자보건에서는 임신부·영유아 신고, 모자보건수첩관리의 효율화와 民間病院과의 연계를 위한 業務電算化, 健康診斷事業의 내실화가 필요하며 가족계획에서는 不妊施術者의 부작용관리와 진료기관의 확대 등 사업의 質的 관리를 위한 장치의 필요가 현지에서 겪는 문제로 지적되었다.

라. 急·慢性 傳染病管理 業務

급·만성 전염병관리 업무는 公共保健機關이 반드시 수행하여야 할 중요한 업무이다. 보건소에서 수행하는 전염병관리 업무는 방역을 통한 전염병관리업무 외에는 결핵관리업무, 성병관리 업무에 치중되어 있다. 이외 癩病管理도 있으나 대상자가 한정되어 있으며 직접관리를 하기보다는 나협회, 나병원과의 연계 역할을 하고 있는 정도이다.

우리나라는 結核有病率이 1.8%로 높고 아직까지 전염성 陽性환자수가 많은 실정이라서 보건소에서 관할지역내 환자를 전원 등록하여 관리하도록 되어 있는데 보건소의 결핵관리업무는 비교적 잘 정착된 사업의 하나로 그 내용은 X-선 촬영, 객담검사, BCG 접종, 결핵환자 치료·투약으로 결핵업무는 <부록표 3>에서 보는 바와 같이 7개 부문의 대인서비스중 12.8%를 차지하여 보건소 업무중에서 차지하는 비중이 아직까지 매우 높은 것으로 나타나고 있다.

공공보건기관인 보건소의 주요기능의 하나가 性病管理이다. 보건소는 성병

27) 5세 이상 인구의 결핵 유병율임, 보건사회부, 보건사회통계연보, 1991, pp.12-13.

치료기관으로 지정되어 特殊職業女性을 등록하여 定期的으로 성병에 관한 검진을 실시하고 있다. 성병관리가 차지하는 비중은 <부록표 3>에서 보면 보건소 7개 부문업무중 0.9%에 불과하지만 대도시, 중소도시 지역에서는 성병관리의 비중이 높다. 보건소 환자조사 결과도 시지역 보건소환자중 성병환자가 차지하는 비율이 높게 나타나고 있다(표 3-43, 부록표 10 참조).

보건소 결핵업무수행상의 문제점으로는 전문담당인력 부족으로 환자의 조기 발견, 예방과 환자관리가 부진한 상태이며 아직까지 목표량이 부과되고 있어 지역에 따라서는 실적이 과다하게 책정되며 실적위주의 업무추진으로 인하여 사업의 질적인 관리를 기하지 못하고 있는 점 등이 지적되고 있다.

결핵을 포함한 급만성 전염병관리와 방역업무, 의약지도 감시를 서울시를 제외한 지역에서는 豫防醫藥係에서 전부 관장하고 있기 때문에 專門性 부족과 인력부족으로 업무를 내실있게 수행하기가 어렵고 급만성전염병관리업무를 지원하는 검사실 인력도 부족한 지역이 많은 실정이다. 이를 해결하기 위하여 예방의약계가 防疫係, 檢査係, 醫藥係로 분리되어 업무의 전문화를 꾀하여야 한다는 견해가 오래전부터 제시되어 오고 있다. 또한 전염병 발생시 대처하기 위한 급성전염병 모니터망은 비상근무 등의 관습적이고 형식적인 대책에 그치고 있어 보건소 단위로 현지에서 적용가능한 실질적인 급성전염병관리대책이 세워져야 할 것이다.

마. 寄生蟲管理

기생충관리 업무는 健康管理協會에서 檢便을 실시하고 비용을 시, 군에서 부담하고 있어 협회의 업무를 행정기관이 지원, 보조하는 역할을 하는데 그치고 있어 업무실적으로는 보건소실적중 상당부분을 차지하나 현재 형식적으로 실적을 채우는 경우가 많아 유명무실한 사업이라고 볼 수 있다. 현실적으로 기생충 感染率이 떨어지고 국민 개개인의 위생수준의 향상으로 국가적인 사업으로 전개할 당위성이 없어지고 있다. 그러므로 지역여건상 기생충

관리가 필요한 지역에서 특수지방사업으로 실시하고 기타 지역에서는 건강관리협회가 독자적으로 사업을 실시하도록 하며 주민에 대한 기생충 검사업무는 폐지하여야 할 것이다.

바. 防疫業務

방역업무는 연막소독, 분무소독과 예방접종 업무로 대별된다. 연막소독은 소독차량에 의한 소독으로 氣候條件, 車輛速度에 의해 소독효과의 문제가 크고 불완전연소된 물질이 공해를 유발하여 연막소독 폐지문제가 계속 제기되어 오고 있다. 특히 도시지역에서는 소독차량의 교통정체 효과, 소독인부의 채용과 관리에서도 현실적으로 어려운 점이 따르고 있어 효과에 비해 예산낭비가 많은 사업으로 알려져 있다. 분무소독의 경우도 정화조, 우물, 간이상수도, 쓰레기장을 소독하도록 되어 있으나 농촌지역의 경우 지역이 광범위하여 현실적으로 제한된 인력으로 소독관리를 효과적으로 실시하는 데는 많은 한계가 있다. 또한 給水施設의 주관이 市·郡 社會課로 되어 있어 업무의 二元化가 초래되어 능률적인 업무추진이 어려운 것으로 파악되고 있다. 다음은 1개시의 예로써 보건소 경상사업예산중 방역소독비가 차지하는 비중이 높은 것을 볼 때 그 효과에 대한 전면적인 검토와 연막소독의 폐지를 고려하여야 할 것으로 본다.

방역소독예산 실례: 수원시 권선구 보건소(1992년)

- 방역소독인부 인건비	12,900,000 원
- 연막소독용 경유 및 휘발유 구입	6,800,000 원
- 방역소독용 소모품 구입	600,000 원
- 방역약품구입(살균제, 살충제, 우물소독약)	5,255,000 원
- 연막소독기 유지비(차량휴대용)	1,600,000 원
- 야간차량 연막소독 인부급식	1,500,000 원
- 방역소독용 차량 연막기 구입	2,000,000 원
- 방역 소독장비 관리인부 인건비	3,679,200 원
- 방역소독 인부 작업피복비	124,500 원
계: 34,458,700 원	
(경상사업비 총액의 5.7%에 해당)	

사. 保健教育事業

보건예방업무에서 보건교육은 중요한 요소로서 慢性退行性疾患이 증가하고 生活樣式이 건강에 미치는 영향에 대한 사실들이 밝혀져 감에 따라 더욱 필요성이 증대되고 있다. 改正된 保健所法 6조 4항에는 보건교육업무가 보건소업무로 명시되고 있으나 보건소의 係別業務分掌에는 舊保健所法에 명시된 학교보건사업이 가족보건계의 업무로 구분되어 있을 뿐이며, 보건교육을 관장하는 부서가 따로 없고 담당자가 없어 현 보건소 체제에서는 독립적인 사업추진을 할 수 없는 실정으로 각 계별로 산발적으로 교육 및 홍보를 함으로써 교육자의 專門性의 缺如로 효과를 거두지 못하고 있다. <표 3-36>에서 보건교육프로그램을 가지고 있는 보건소는 전국적으로 89%로 나타났으나 보건교육업무가 보건소전체 업무에서 차지하는 비중은 현지조사 결과 <부록표 5-7>에서 보는 바와 같이 극히 미미한 것으로 나타나고 있다.

표 3-36. 지역별 보건소 보건교육프로그램 제공여부

	전 국	대도시	중소도시	농 촌	
				보건의료원	일반군
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
있음	188(89.1)	37(88.1)	50(79.4)	12(92.3)	89(95.7)
없음	23(10.9)	5(11.9)	13(20.6)	1(7.7)	4(4.3)

* N : 보건소수

경기도 「연천군 保健醫療院」에서는 전국에서 유일하게 1992년부터 保健教育係를 新設하여 주민의 慢性病管理를 위한 보건교육사업과 보건소 직원 및 읍면 보건인력의 自體 研修 및 教育, 教育資料 製作과 保健醫療情報管理 業務를 다루도록 하고 있다. 보건소가 보건교육활동을 추진하기 위해서는 보건교육 전문인력의 확보 또는 담당자에 대한 교육훈련과 보건교육 전담부서의 新設이

필요하며, 일선에서 보건교육업무에 활용할 수 있는 專門的인 教材와 視聽覺 教育資料가 中央部署次元에서 개발 보급되어야 할 것이다.

아. 醫藥指導 業務

醫藥監視는 1992년부터 관련시행규칙(1992.5.8 보사부 훈령)의 개정으로 職能團體의 自律監視制度로 藥師會, 醫師會 등의 전문단체에 권한이 위임되었으며 보건소는 3개월에 한번씩 보고를 받고 문제가 야기되었을 경우에만 감시하도록 되어 있다. 이러한 자율감시제도의 운용은 형식적인 감시에 그치고 있는 실정이며 보건소 자체가 의약감시를 할 수 있는 관련업무에 관한 경험자나 전문인력이 부족하고, 의약업무가 多樣化(의사, 약사, 치과기공사, 안경점, 의료용구점 등)되어 지도에 한계가 있어 의약감시를 효과적으로 수행하기가 어려운실정이다.

현재의 의료기관 행정처분제도(업무정지)는 지역주민에게 불편을 초래되고 있으므로 과징금 제도로 전환이 필요하다는 것이 현지실무자의 다수 의견이었다. 우리나라의 현실에서는 자율감시제도의 규제효과가 낮으므로 보건소 의사, 약사, 감시요원의 교육훈련을 강화하고 의약계를 신설하여 감시체제를 강화할 필요가 있으며 長期的으로는 업종별 완전자율 감시체제로 전환하여 전문단체의 자체정화기능을 강화하도록 조정하는 방향으로 나가야 할 것이라는 견해가 제시되고 있다.

자. 新規業務의 遂行現況

人口의 老齡化, 急性傳染病의 급속한 감소에 따라 慢性退行性疾患으로 인한 건강문제가 큰 비중을 차지하게 되면서 21세기에 예측되는 가장 큰 문제는 先進國과 마찬가지로 노인성치매, 기능 불능의 뇌혈관성질환 등과 같이 장기적인 의료와 간호가 필요한 환자수가 증가할 것으로 보인다. 따라서 우리는 노인들에게 社會科學的인 방법을 현명하게 이용하여 費用效果的인 保

健醫療組織을 제공하느냐가 앞으로의 중요한 과제가 되고 있으며,²⁸⁾ 이러한 맥락에서 보건소가 수행하여야 할 역할을 조정해 나가야 할 것이다. 현재까지 보건소의 업무는 앞에서 제시한 바와 같이 과거부터 수행해 오던 업무 範疇에서 크게 달라지지 않고 있다. 1991년 보건소법이 개정되면서 보건소 업무에 保健教育, 精神保健, 老人保健, 障礙人 再活 業務가 추가되었으나 이에 수반된 시행규칙이나 지방자치단체 관련규칙이 개정되지 않고 보건소의 업무 분장에도 반영되지 않고 있어 본격적으로 이들 신규사업이 이루어지지 않고 있다.

<표 3-37>은 현재까지 지역여건에 따라 부분적으로 이루어지고 있는 老人保健, 家庭看護, 成人病管理, 物理治療室 운영 프로그램을 부분적으로나마 도입한 보건소를 파악한 것이다. 그러나 중앙에서 사업에 대한 지침이나 예산 등의 지원과 현보건소의 기존 조직체계의 변화가 없는 상황에서 신규프로그램을 적극적으로 추진하지 못하고 있으며 사업의 適用對象이 地域住民 전체를 대상으로 확대되지 않고 부분적으로 실시되고 있으며, 人力의 擴充 또는 再配置나 구체적인 施行計劃의 未備로 아직까지는 초보적인 단계에 머무르고 있는 것으로 나타나고 있다.

서울시는 기구개편을 통해 5개 區에 地域保健課를 신설하고 있으며 市 전체에서 訪問看護事業을 시도하고 있다. 그러나 사업대상자와 업무한계가 아직까지 충분히 개발되어 있지 않아 업무가 모호하고 지역내 보건기관과 지역병원 및 지방정부와의 연계와 역할 등의 체계가 명확히 설정되어 있지 않아 사업수행면에서 많은 문제점이 제기되고 있다.

28) Pinto, Francis J., 기술의 발전과 보건의료, 21세기를 향한 보건의료 세미나, 보건의료정책연구소, 1991, pp.8-9.

29) 藤野施郎, 21세기의 보건의료, 21세기를 향한 보건의료 세미나, 보건의료정책연구소, 1991, p.5.

표 3-37. 지역별 보건소 노인보건, 가정간호, 성인병관리, 물리치료 프로그램수행 여부

	전 국	대도시	중소도시	농 촌	
				보건의료원	일반군
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
노인보건					
있음	110(51.6)	25(58.1)	28(43.3)	6(46.2)	51(54.8)
없음	103(48.4)	18(41.9)	36(56.3)	7(53.8)	42(45.2)
가정간호					
있음	108(50.9)	31(73.8)	26(40.6)	5(38.5)	46(49.5)
없음	104(49.1)	11(26.2)	38(59.4)	8(61.5)	47(50.5)
성인병관리					
있음	137(64.3)	21(48.8)	38(59.4)	10(76.9)	68(73.1)
없음	76(35.7)	22(51.2)	26(12.2)	3(23.1)	25(26.9)
물리치료					
있음	39(18.3)	6(14.0)	10(15.6)	6(46.2)	17(18.3)
없음	174(81.7)	37(86.0)	54(84.4)	7(53.8)	76(81.7)

* N : 보건소수

3.3.3. 保健所 利用患者의 特性分析

앞 章의 內容에서 본바와 같이 보건소 利用患者중에서 診療서비스 이용자의 비율이 높으며 특히 의료기관이 脆弱한 郡地域保健所는 진료서비스의 比重이 다른 서비스에 비하여 매우 높다.³⁰⁾ 그러나 이제까지 保健支所 진료환자의 傷病樣相에 대하여는 全國規模로 조사가 되었으나 保健所 來院患者에 대한 傷病樣相은 일부 국한된 지역을 대상으로 한 연구가 있을 뿐이며, 全

30) 송건용 외, 보건소와 보건진료소의 보건의료서비스 공급방안연구, 1988, pp.15-16.

國 國民健康調査에서는 家口調査에서 나타난 환자를 대상으로 보건소, 보건지소 이용자 비율을 산출하고 있을 뿐이어서 보건소 내원환자의 상병구조를 전국적으로 조사한 最近의 자료는 거의 없는 상태이다. 또한 醫療保險費 請求資料가 이용 가능하나 아직까지 보건소 진료환자를 별도로 구분하여 분석한 자료는 없다.

보건소 내원환자는 보건소 관할지역의 人口, 社會學的 特性, 地理的 위치에 따른 주변의 醫療機關 분포, 지역의 特殊 與件에 따른 보건소 자체의 운영방침 등에 따라 내원환자의 특성이 相異할 수 있는 반면, 보건소가 1次 診療를 취급하고 진료인력이 1次 진료인력이며 진료시설에도 큰 차이가 없이 전국적으로 類似하고 주로 低所得層과 老人層이 활용한다는 점에서는 일반적인 공통점도 가질 것으로 기대할 수 있다.

본 연구는 제한된 지역이기는 하나 전국적으로 골고루 분포되도록 有意 抽出한 13개 지역의 보건소 一般診療서비스 利用患者를 분석한 것으로 그 결과는 다음과 같다.

1) 分析資料

본 연구에서는 향후 보건소의 기능중의 중요부분인 診療機能의 조정에 필요한 기초자료의 일환으로 보건소를 내원하는 일반진료서비스 이용환자를 조사 분석하였다. 자료는 13개의 현지조사 보건소에 특정기간동안 내원한 진료환자의 차-트에서 患者의 ①性別 ②年齡 ③ 醫療費 支拂 方式別 患者의 區分 ④診療時期 ⑤傷病名을 뽑아낸 것이다. 분석대상 진료환자의 標本抽出은 春夏秋冬 계절별 傷病의 종류와 罹患率의 變動을 고려하여 1992년 4월, 1991년 7월, 1991년 10월, 1992년 1월의 진료환자를 대상으로 각각 春, 夏, 秋, 冬으로 선정하였으며, 각 계절별로 해당달의 첫 1週 또는 첫 2週間の 기간중의 날짜에 보건소 일반환자 진료 차-트 또는 診療臺帳에 기록된 내용을

분석기준으로 하였다.

기간의 구분은 보건소 내원자 수가 동일기간일 경우에는 엄청난 차이를 나타내기 때문에 조사의 便宜와 분석가능한 資料數의 確保 등을 고려하여 1週間の 보건소 내원환자수가 200人 未滿인 보건소에서는 2週間을, 200人 以上인 보건소에서는 1週間을 조사대상기간으로 조정하였다.

13개 조사지역의 總分析 對象 患者數는 9,372명으로 보건소에 따라 환자수에 차이가 많아 전남 순천시보건소는 총 86명에 불과하였고 보건의료원화된 청양군보건소는 1,962명으로 보건소 진료서비스 이용환자수에 격차가 심하였다(표 3-38 참조).

2) 保健所 利用者의 特性

가. 醫療費 支拂 方式別 保健所 患者 分布

<표 3-38>에서 13개 지역 보건소 환자의 醫療保障受惠形態를 의료비지불 방식에 따라 구분하여 보면 전체적으로는 의료보험 환자가 가장 많고 그 다음이 의료보호 환자이며 일반 및 기타는 아주 적다. 전국민 의료보험 適用以後 보건소 내원환자는 의료보험환자가 많아져서 의료보호환자 중심에서 변화하고 있으며 一般患者가 거의 없는 것으로 나타나고 있다. 그러나 보건소별로는 차이가 많아 大都市의 A보건소는 老人診療를 별도 프로그램으로 定期的으로 수행하고 있어 노인진료의 비율이 전체에서 20.3%나 차지하고 있으며, 中小都市인 F 보건소는 전적으로 의료보호 환자만을 취급하고 있고, 중소도시중 E 보건소는 주로 성병환자(의료보호 5종)를 중심으로 취급하고 있어 地域與件에 따라 보건소에서 진료를 받는 환자의 類型이 달라지는 것을 볼 수 있다.

표 3-38. 보건소 이용 환자의 의료비 지불방식별 분포 (단위: %)

보건소	의료보호	의료보험	일반	기타	계 (N)
대도시 A	35.0	65.0	-	-	100.0 (800)
B	39.3	40.4	-	20.3	100.0 (893)
C	22.5	77.5	-	-	100.0 (787)
D	67.1	32.9	-	-	100.0 (844)
중도시 E	73.2	26.8	-	-	100.0 (332)
F	100.0	-	-	-	100.0 (86)
G	41.2	58.8	-	-	100.0 (243)
소도시 H	25.6	73.6	.8	-	100.0 (800)
농 촌 I	10.6	86.0	3.4	-	100.0 (1,141)
J	21.3	73.9	4.8	-	100.0 (1,962)
K	14.5	82.9	2.6	-	100.0 (726)
L	42.8	57.2	-	-	100.0 (334)
M	26.4	73.6	-	-	100.0 (424)
계	31.0	65.4	1.7	1.9	100.0 (9,372)

나. 保健所 利用患者의 性別, 年齡別 分布

보건소 이용환자의 성별, 연령별 분포를 보면 <부록표 8>과 같다. 전체적으로 女子환자의 비율이 55.5%로 男子에 비해 다소 많고, 女子에서 老人患者의 비율이 다소 높다. 0-14세의 小兒期 환자가 11.2%, 15-44세의 靑壯年期 환자가 27.1%, 45-64세의 中年期 환자가 32.0%, 65세 이상의 老年期 환자가 29.7%로서 一般人口의 年齡構造에 비하여³¹⁾ 노인환자의 비중이 매우 높은 것으로 나타나고 있다. 대도시, 중소도시, 농촌 지역별로 보건소 이용환자의 성별, 연령군별 분포를 보면 <표 3-39>과 같다.

31) 1991년 연령군별 인구 구성비율은 0-14세 25.3%, 15-64세 69.6%, 65세 이상 5.1%이다(통계청, 한국통계연감, 1991).

표 3-39. 지역별 보건소 이용환자의 성별 연령군별 분포

연령	대도시		중소도시		농 촌	
	남	여	남	여	남	여
계 (N)	100.0 (1,505)	100.0 (1,798)	100.0 (592)	100.0 (866)	100.0 (2,058)	100.0 (2,521)
0- 4	6.2	2.8	4.4	3.5	6.8	4.9
5-14	8.2	5.7	9.1	4.2	6.9	4.9
15-44	30.4	24.7	37.2	34.8	23.4	24.7
45-64	25.0	27.8	19.6	24.7	36.7	40.8
65+	30.2	39.0	29.7	32.9	26.1	24.7

<표 3-40>은 보건소 이용환자의 연령분포를 나타낸 것인데 보건소에 따라 큰 차이를 보인다. 대도시인 C 보건소와 중소도시인 G 보건소는 0-14세의 小兒환자 비중이 각각 33.5%, 30.8%로 타보건소에 비해 비교적 높고 訪問看護事業을 도입하여 老人患者를 위한 家庭看護 프로그램을 갖고 있는 서울지역의 A, B 보건소와 강원도의 H 보건소는 노인환자의 비중이 40% 이상으로 높았다.

표 3-40. 보건소 이용환자의 연령군별 분포

보건소	0-4	5-14	15-44	45-64	65+	계 (N)
대도시 A	.8	2.8	22.5	33.9	40.1	100.0 (800)
B	.8	1.6	28.5	21.2	48.0	100.0 (892)
C	16.1	17.4	20.5	24.9	21.1	100.0 (787)
D	.5	6.6	37.6	26.4	28.9	100.0 (844)
중도시 E	.3	.9	73.5	13.0	12.3	100.0 (332)
F	-	3.5	81.4	4.7	10.5	100.0 (86)
G	15.6	15.2	28.0	16.5	24.7	100.0 (243)
소도시 H	2.3	5.9	17.4	30.4	44.1	100.0 (799)
농 촌 I	1.0	2.4	18.1	41.2	37.4	100.0 (1,141)
J	10.8	6.6	24.7	39.6	18.3	100.0 (1,962)
K	3.9	8.5	27.8	35.7	24.1	100.0 (726)
L	2.4	7.5	32.6	38.0	19.5	100.0 (334)
M	1.2	5.2	24.8	36.6	32.3	100.0 (424)
계	5.0	6.2	27.1	32.0	29.7	100.0 (9,370)

다. 保健所 利用患者의 傷病構造

본 연구에서는 13개 보건소 이용환자의 傷病構造를 파악하는데 있어 患者數의 제약으로 999詳細分類를 묶어서 56分類와 17大分類에 의해 분류하여 보았다. 56분류에 의한 보건소 환자의 상병구조의 분포를 보면 <부록표 9>와 같다. 이를 疾病의 頻度가 높은 順으로 10位까지 나열한 결과는 <표 3-41>과 같다. 전체적으로는 上氣道의 질환(상기도 감염, 편도염 등)이 가장 많았고, 筋骨格系 및 結合組織의 질환(신경통, 요통, 퇴행성 관절염 등)이 두번째로 많았으며, 消化器系의 기타 부위질환(급만성 위장관염, 간질환, 위궤양, 과민성대장염, 일반 소화장애 등)이 세번째로 많았다. 呼吸器系의 기타 질환(급성기관지염, 폐질환, 천식, 만성기관지염 등)이 네번째였고, 性病(임질, 매독, 비임균성 요도염)이 다섯번째로 많았다. 女子에서는 高血壓性疾患이 다섯번째로 나타났다. 男子와 女子의 性別 차이는 크게 나타나지 않았다.

年齡群별로 56分類에 의한 10大 傷病樣相을 보면 <표 3-42>와 같다. 0-14歲의 年齡層에서는 上氣道의 질환이 58.5%, 呼吸器系의 기타 질환 18.3%를 차지하여 두 질환군의 합이 76.8%를 차지하였다. 14-44歲의 年齡層에서는 性病이 22.7%로 가장 많고, 그 다음이 上氣道 질환으로 21.5%, 消化器系의 기타 부위의 질환이 15.0%로 이들 세 질환군이 전체 질환에서 59.2%를 차지하고 있다.

45-64歲 年齡層에서는 筋骨格系 및 結合組織의 질환 20.2%, 消化器系의 기타 부위질환 19.7%, 上氣道 질환 17.4%, 呼吸器系 질환 11.2%로 이들 4개 질환군이 전체 질환에서 68.5%를 차지하고 있다. 65歲 以上の 老人에서는 筋骨格系 및 結合組織의 질환 33.4%, 上氣道 질환 14.0%, 呼吸器系疾患 12.9%, 高血壓性疾患이 11.8%으로 이들이 전체 질환에서 72.1%를 차지하고 있다.

표 3-41. 보건소 이용환자의 성별 10대질병 (56분류 기준)의 양상

전 체 (N=9, 372)			남 (N=4, 155)			여 (N=5, 185)		
질	병	%	질	병	%	질	병	%
1.	상기도의질환(31)·····	22.0%	1.	상기도의질환(31)·····	21.6%	1.	상기도의질환(31)·····	22.4%
2.	근골격계 및 결합 조직의 질환 (43)·····	17.7	2.	소화기계의 기타 부위 질환 (34)·····	14.8	2.	근골격계 및 결합 조직의 질환 (43)·····	20.0
3.	소화기계의 기타 부위 질환(34)·····	14.2	3.	근골격계 및 결합 조직의 질환 (43)·····	14.8	3.	소화기계의 기타 부위 질환 (34)·····	13.6
4.	호흡기계의 기타 질환(32)·····	11.6	4.	호흡기계의 기타 질환(32)·····	12.8	4.	호흡기계의 기타 질환(32)·····	10.6
5.	성병(06)·····	6.7	5.	성병(06)·····	9.4	5.	고혈압성 질환(26)....	6.8
6.	고혈압성 질환(26)·····	6.5	6.	고혈압성 질환(26)·····	6.1	6.	성병(06)·····	4.5
7.	내분비 대사질환(18)··	3.5	7.	내분비 대사질환(18)··	3.4	7.	내분비 대사질환(18)··	3.6
8.	피부 및 피하조직의 질환(42)·····	3.2	8.	피부 및 피하조직의 질환(42)·····	3.2	8.	피부 및 피하조직의 질환(42)·····	3.1
9.	신경계 질환 (22)·····	2.5	9.	신경계 질환 (22)·····	2.6	9.	여성 생식기 질환(37)··	2.6
10.	탈구, 염좌 및 과긴장(48)·····	2.0	10.	기타손상, 외상의 조기 합병증(55)·····	2.0	10.	신경계 질환(22)·····	2.4

* ()내 숫자는 56기본 상병분류의 분류기호임.

표 3-42. 보건소 이용환자의 연령군별 10대 질병 (56분류 기준)의 양상

0 - 14세 (N=1,049)			15 - 44세		
질	병	%	질	병	%
1. 상기도 질환(31)		58.5%	1. 성	병(06)	 22.7%
2. 호흡기계의 기타 질환(32)		18.3	2. 상기도 질환(31)	.....	21.5
3. 소화기계의 기타 부위 질환(34)		5.6	3. 소화기계의 기타 부위 질환(34)	.....	15.0
4. 피부 및 피하조직 의 질환(42)		4.6	4. 호흡기계의 기타 질환(32)	.....	7.8
5. 신경계 질환(22)		4.0	5. 근 골격계 및 결합 조직의 질환(43)	.....	4.7
6. 기타 손상, 외상의 조기 합병증(55)		1.5	6. 피부 및 피하조직 의 질환(42)	.....	4.6
7. 장관 감염증(01)		0.9	7. 신경계 질환(22)	.....	4.2
8. 눈 및 그 부속기 의 이상(23)		0.9	8. 여성 생식기 질환(37)	.....	4.2
9. 근 골격계 및 결합 조직의 질환(43)		0.8	9. 기타 손상, 외상의 조기 합병증(55)	.....	2.0
10. 개방창상 및 혈관 손상(50)		0.7	10. 내분비 및 대사질환 면역 장애(18)	.....	2.0

표 3-42. <계속>

45 - 64세 (N=2,997)			65세 이상 (N=2,785)		
질	병	%	질	병	%
1. 근 골격계 및 결합 조직의 질환(43)		20.2%	1. 근 골격계 및 결합 조직의 질환(43)	.....	33.4%
2. 소화기계의 기타 부위 질환 (34)		19.9	2. 상기도 질환(31)	.....	14.0
3. 상기도 질환(31)		17.4	3. 호흡기계의 기타 질환(32)	.....	12.9
4. 호흡기계의 기타 질환(32)		11.2	4. 고혈압성 질환(26)	.....	11.8
5. 고혈압성 질환(26)		7.8	5. 소화기계의 기타 부위 질환(34)	.....	10.4
6. 내분비 대사질환(18)	...	4.6	6. 내분비 대사질환(18)	...	5.1
7. 탈구, 염좌 및 과긴장(48)		3.4	7. 피부 및 피하조직의 질환(42)	.....	2.1
8. 피부 및 피하조직의 질환(42)		2.4	8. 탈구, 염좌 및 과긴장(48)	.....	1.5
9. 기타 손상, 외상의 조기 합병증(55)		1.8	9. 기타 손상, 외상의 조기 합병증(55)	.....	1.5
10. 신경계 질환(22)		1.6	10. 결핵(02)	.....	1.5

〈표 3-43〉에서 대도시, 중소도시, 농촌 지역별로 보건소환자의 傷病構造를 보면, 上氣道 질환, 筋骨格系 및 結合組織의 질환이 首位를 점하는 것은 대도시이나 대도시 및 중소도시 지역에서는 高血壓性 질환과 性病이 차지하는 비율이 농촌에 비해 높은 반면 농촌에서는 生活環境의 영향으로 皮膚 및 皮下組織의 질환(접촉성 피부염, 습진, 홍반증, 아토피성 피부염 등) 환자의 頻도가 높은 것으로 나타나고 있다.

이러한 보건소 利用患者의 疾病構造의 차이는 〈표 3-43〉 및 〈부록표 10〉에서 보는 바와 같이 보건소마다 地域與件에 따라 來院 환자에 차이가 있기 때문인 것으로 보인다. 중소도시의 E보건소, F보건소, G보건소에서 性病患者가 各各 1位, 2位, 2位를 점하고 있으며, H보건소는 物理治療室의 운영, 婦人癌 檢診, 保健教育 사업 등을 운영하고 있는 경우로써 이러한 일반인 및 노인을 위한 프로그램이 환자의 誘引策이 되어 老人性 질환인 高血壓性 疾病患者의 비율이 높게 나타난 것으로 보여진다. 농촌지역의 L보건소, K보건소에서는 皮膚 및 皮下組織의 질환이 각각 4위, 5위로 首位에 포함되어 있다.

〈부록표 11〉은 보건소 진료환자의 傷病分布를 17分流에 의해 보건소별로 본 자료이다. 患者頻도가 높은 순서대로 보면 呼吸器系의 질환(VII)이 33.7%, 筋骨格系 및 結合組織의 질환(VII)이 17.1%, 消化器系 질환(IX)이 14.3%였으며 性病이 포함된 感染性 및 寄生蟲 질환(I)이 8.3%, 循環期系 질환(VII)이 7.4%의 順으로 나타났다. 이 결과를 一般人口를 家口訪問하여 면접조사한 1989년도 조사 결과의 罹患構造와 비교해 보면 감염성 및 기생충 질환(I)이 아주 높은 편이며, 당뇨병이 포함된 內分泌, 營養 代謝疾患 및 免疫障礙(III)와 고혈압이 포함된 순환기계 질환(VII), 피부 및 피하조직의 질환(XII), 근골격계 및 결합조직의 질환(XIII)이 높은 편이고 호흡기계의 질환(VII)은 낮은 편이다.

표 3-43. 지역별 보건소 이용환자의 5대 질병 (56분류 기준)의 양상

대도시 보건소 (N=3,324)	중소도시 보건소 (N=1,461)	농촌 보건소 (N=4,587)
1. 상기도 질환 23.2%	1. 상기도 질환 40.0%	1. 근 골격계 및 결합 조직의 질환 20.3%
2. 근 골격계 및 결합 조직의 질환 15.7%	2. 성병 22.9%	2. 소화기계의 기타 부위 질환 17.4%
3. 소화기계의 기타 부위 질환 13.4%	3. 근 골격계 및 결합 조직의 질환 14.1%	3. 상기도 질환 15.6%
4. 호흡기계의 기타 질환 10.7%	4. 고혈압성 질환 ... 6.3%	4. 호흡기계의 기타 질환 14.4%
5. 고혈압 질환 10.3%	5. 소화기계의 기타 부위 질환 5.7%	5. 피부 및 피하조직 의 질환 4.5%

표 3-44. 보건소 이용환자의 성별 연령별 상병 분포 (17 대분류)

(단위: %)

	0 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 +	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
계 (N)	100.0 (259)	100.0 (203)	100.0 (320)	100.0 (263)	100.0 (1,159)	100.0 (1,368)	100.0 (1,249)	100.0 (1,742)	100.0 (1,168)	100.0 (1,609)
I. 감염성 및 기생충 질환	3.1	1.5	1.9	1.1	33.0	17.8	4.3	1.4	2.8	1.1
II. 신생물	-	-	-	-	.1	.4	.2	.3	.3	.2
III. 내분비 영양, 대사 질환, 면역장애	-	-	-	-	1.9	2.0	5.4	4.1	4.5	5.5
IV. 혈액 및 조혈기의 질환	-	-	-	-	.3	.2	.4	.5	.3	.1
V. 정신장애	-	-	-	-	.3	.1	-	.1	.1	.1
VI. 신경계 및 감각계 질환	.8	2.0	7.5	9.1	5.3	4.9	2.6	2.4	1.8	1.6
VII. 순환기계 질환	.8	.5	.3	.4	3.0	1.5	8.0	9.7	13.3	12.9
VIII. 호흡기계 질환	80.7	84.7	71.6	73.0	24.6	33.0	29.4	27.9	29.1	25.4
IX. 소화기계 질환	8.5	4.4	5.6	4.6	14.2	16.2	21.9	18.6	12.2	9.3
X. 비뇨생식기계의 질환	.4	.5	-	1.9	2.0	8.8	1.0	2.5	.1	.6
XI. 임신 분만 및 산욕의 합병증	-	-	-	-	-	.4	-	.1	-	-
XII. 피부 및 피하조직의 질환	4.6	3.0	4.4	6.1	4.7	4.5	2.6	2.4	1.9	2.2
XIII. 근 골격계 및 결합조직의 질환	.4	-	1.3	1.1	4.7	4.5	17.8	21.8	28.6	36.7
XIV. 선천이상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XV. 주산기에 관련된 일정한 병태	.8	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI. 증상, 징후 및 불명확한 상태	-	-	1.3	.8	1.2	1.2	1.2	1.8	1.3	1.5
XVII. 손상 및 중독	-	2.5	6.3	1.9	4.5	4.5	5.2	6.6	3.7	2.7

보건소 환자를 性別 年齡別로 17大分類로 보면 <표 3-44>과 같다.

年齡群別로 1989년 국민건강조사의 一般人口의 罹患構造와 비교해 보면³²⁾ 0-4歲에서는 보건소 환자에서 감염성 및 기생충 질환(I), 피부 및 피하조직의 질환(XII), 소화기계 질환(IX)이 다소 높았고, 5-14歲에서는 一般人口의 傷病構造와 유사하였다. 그러나 15-44歲 年齡群에서는 보건소 환자에서 감염성 및 기생충 질환(I), 비뇨생식기계의 질환(X)이 매우 높고 상대적으로 다른 질병분류에 해당되는 질환이 다소 낮았다. 이것은 結核 및 性病에 대한 公共保健서비스의 필요에 따라 특히 都市地域에서는 보건소가 이들 서비스에 상당한 비중을 두고 있기 때문으로 보인다. 45-64歲의 中年層에서는 내분비, 영양 대사질환 및 면역장애(III)와 순환기계 질환(VII)이 뚜렷하게 높으며 감염성 및 기생충 질환(I), 소화기계 질환(IX), 피부 및 피하조직의 질환(XII)이 다소 높은 것으로 나타났다. 65歲 以上の 老年層에서는 내분비, 영양 대사질환 및 면역장애(III), 호흡기계의 질환(VII), 근골격계 및 결합조직의 질환(XIII)이 다소 높은 것으로 나타났다.

일반적으로 傷病實態는 季節別로 變動이 심하여 상병조사자료도 계절에 치우치지 않도록 冬節, 夏節 2회 또는 春, 夏, 秋, 冬 사계절 조사하는 것이 가장 理想的인 것으로 보고 있다. 본 조사가 전국의 대표성을 가지는 표본조사의 성격을 갖고 있지는 않지만 보건소 이용환자의 계절적인 차이를 보기 위하여 4계절에 걸쳐 진료자료를 분석한 결과 <표 3-45>에서 보는 바와 같이 夏節期에는 감염성 및 기생충성질환(I)과 소화기계 질환(IX), 피부 및 피하조직의 질환(XII)이 다소 높고, 秋·冬節期에는 호흡기계질환(VII)이 높은 것으로 나타나고 있다.

32) 송건용 외, 1989년도 국민건강조사, 1990, pp 75-77.

표 3-45. 보건소 이용환자의 계절별 상병분포 (17 대분류)

	계	춘	하	추	동
계 (N)	100.0 (9,372)	100.0 (2,577)	100.0 (2,385)	100.0 (2,124)	100.0 (2,286)
I. 감염성 및 기생충 질환	8.3	5.4	10.1	9.5	8.5
II. 신생물	.2	.1	.4	.3	.2
III. 내분비 영양, 대사 질환 면역장애	3.5	3.6	4.0	3.1	3.4
IV. 혈액 및 조혈기의 질환	.3	.3	.1	.2	.5
V. 정신장애	.1	-	.1	.1	.2
VI. 신경계 및 감각계 질환	3.2	3.4	3.9	1.5	3.9
VII. 순환기계 질환	7.4	7.6	6.8	8.3	7.0
VIII. 호흡기계 질환	33.7	32.5	29.7	37.0	36.1
IX. 소화기계 질환	14.3	11.6	15.4	15.5	15.0
X. 비뇨생식기계의 질환	2.3	1.4	3.4	2.1	2.4
XI. 임신 분만 및 산욕의 합병증	.1	-	.0	.1	.1
XII. 피부 및 피하조직의 질환	3.1	2.1	4.9	2.7	2.8
XIII. 근 골격계 및 결합조직의 질환	17.7	26.8	14.8	13.2	14.7
XIV. 선천이상	-	-	-	-	-
XV. 주산기에 관련된 일정한 병태	.0	.0	.1	.0	-
XVI. 증상, 징후 및 불명확한 상태	1.3	1.1	1.5	1.0	1.6
XVII. 손상 및 중독	4.4	4.1	4.7	5.3	3.5

이와같은 결과를 종합해 보면 보건소가 性病, 結核 서비스를 가지고 있으므로 비교적 低所得層, 老人層이 많이 이용하고 있어 보건소 환자에서 일반인구에 비해 감염성 질환자, 근골격계 및 결합조직의 질환의 비율이 높으며, 보건소가 1次 진료기관이기 때문에 症勢가 輕微한 傷病과 慢性疾患인 피부병, 만성 신경통, 골관절염, 당뇨병, 고혈압 환자의 비율이 높은 것으로 보인다.

3.3.4. 保健事業의 企劃 및 評價

地方自治制 실시에 따라 地域住民의 보건소에 대한 期待와 保健醫療慾求는 한층 增大될 것으로 보여지며 이러한 지역주민의 보건의료욕구를 充足시키기 위해서는 保健所의 多樣的 保健業務를 效果的으로 遂行할 수 있도록 專門的인 企劃, 評價의 機能이 있어야 한다. 따라서 새로 改正된 보건소법 6조 3항에는 기획, 평가의 기능이 보장되어 있지만 현재 自律的으로 企劃 및 評價가 이루어지고있는 지역은 없는 實情으로 보건소의 機能中 가장 脆弱한 부분인 것으로 指摘되고 있다.

本 研究의 一環으로 각 市,道 保健課長을 대상으로한 面接調査에서 意見으로 提示된 내용의 대부분이 保健課 自體에 企劃, 評價를 전담할 수 있는 부서가 없고, 專門人力이 없는 실정으로 보건소에서의 이에 대한 업무수행은 期待할 수 없다는 것이다.

현재 하고 있는 것은 事業別로 中央에서 一律的으로 주어진 事業指針에 따라 사업을 展開하고 있으며, 月報, 期報 등을 통해 주어진 目標量에 대한 事業進度 實績을 報告하여 中央에서는 統計的 資料로 處理하고 있다. 그러나 家族計劃事業과 같이 國家施策事業 만이 事業成果 提高를 위한 施實策의 一環으로 評價基準을 만들어 市,道單位 別로 評價하고 있는 實情이다.

또한 保社部에서 計劃한 事項을 地方保健官署에서 執行하는데는 그지역의 實情에 맞지않는 경우가 종종있다. 이는 中央의 指針이 劃一的이어서 地方의 다양한 保健醫療要求가 반영되어 있지 않아 現 企劃上에 問題點으로 指摘되고 있다.

현재 部分的으로 實施하고 있는 目標量制度에 대해 保健所長을 대상으로“현재의 사업별 목표량제도와 평가방법에 대하여 어떻게 생각하십니까?”라는 設問에 대한 응답분포를 <表 3-46>에서 보면 ‘현행 그대로가 좋다’가 전체

7.2%에 不過하고, 그外 보건소는 이에 對한 改善을 要求하고 있으며, 既存의 모든것을 廢止하고 새로운 方法을 開發하여 실시하기를 원하는 率이 40.9%로 가장높게 나타났다.

表 3-46. 現在의 事業別目標量制度와 評價方法에 對한 認識

(단위: %)

구 분	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A)	군(B)	의료원	계
현행그대로가 좋다	7.1	11.1	5.0	2.4	12.0	7.1	9.1	7.2
부분적으로폐지 개정하여 지속	21.4	25.9	15.0	41.5	28.0	30.0	18.2	28.8
모든것을 개정 하여 실시	14.3	25.9	35.0	22.0	12.0	22.9	36.4	23.1
모두 폐지하고 새로운방법개발	57.1	37.0	45.0	34.1	48.0	40.0	36.4	40.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(14)	(27)	(20)	(41)	(25)	(70)	(11)	(208)

N: 응답한 보건소수

多様な 보건소의 業務를 管掌하여 企劃, 執行, 評價하려면 專門인 知識과 技術이 필요하다. 이러한 업무를 遂行하기 위해서는 市, 道 保健課에 擔當部署의 増設과 專門人力을 確保하고, 管轄 보건소에서 業務를 遂行 할 수 있도록 職責, 職種別로 訓練 및 敎育이 實施되어야 할것이다. 또한 보건소에서 自律的으로 企劃 및 評價 能力을 遂行 할 수 있도록 組織 및 人力의 擴充과 市, 道 保健課에서 이를 指導, 監督할 수 있는 體系의 樹立이 並行되어야 할 것이다.

3.3.5. 自體開發 및 重點事業 現況

새로 改正된 保健所法(법률 제 4355호, '91.3.8)상에 나타난 보건소의 업무는 과거 傳染病管理, 公衆保健事業, 1次診療事業 등에 비해 시대적 환경변화에 對應한 것으로 解析된다.

현재의 보건소 組織과 機能은 舊法의 업무를 遂行하기 위한 것으로 새로운 업무를 효율적으로 수행하기는 未洽한 실정이다. 그러나 急變하는 時代的 環境變化와 지방자치제의 실시, 주민의 健康에 대한 欲求増大 등이 보건소의 기능변화를 要求함에 따라 시·도에서는 自體의로 사업을 開發하여 施行하게 되었고, 보건소에서도 그에 따르거나 獨自의로 사업을 開發하여 실시하기에 이르렀다.

本 調査와 함께 시·도 保健課長을 대상으로 面接調査한 자료에 의하면 자체적으로 개발하였거나 重點의로 施行하고 있는 사업으로 첫째, 家庭看護事業, 둘째, 物理治療室 運營, 셋째, 巡廻診療의 順으로 나타났고, 그 외 특수전염병관리, 예방접종사업 등을 일부 지역에서 하는것으로 나타났다. 그러나 사업대상이 老人, 低所得層, 國家有功者 등 醫療保護對象者에 局限하고 있고, 이러한 사업이 全 市·道の 保健所에서 실시하고 있는것이 아니라 1-2個 보건소에서 示範的으로 하고 있는 실정이다.

조사한 215개 보건소중 자체개발사업이 없다고 응답한 69(32.1%)個 보건소를 除外한 146個 보건소의 調査資料를 <表 3-47>에서 보면 가장많은 보건소에서 실시하고 있는 사업의 順位는 특수전염병관리사업이 全體의 28.1%로 가장 많으나 자체개발사업이라기 보다는 重點事業으로 事業內容은 일본뇌염, 풍진, 렵스토피라, 간염, 장티프스 등의 특수전염병을 重點管理하기 위해 예방접종을 실시하는 것으로 解析된다. 다음 順은 家庭看護事業으로 26.7%의 보건소가 시행하고 있으며 사업내용은 在家老人, 低所得層을 主 對象으로 간호사가

主軸이되어 대상가구를 訪問하여 서비스를 提供하는 사업이다. 그러나 의사 인력의 부족으로 專門인 서비스가 提供되지 못하고 있고, 민간의료기관과의 連繫體系가 없는 것이 문제점으로 指摘되고 있다. 그 다음은 巡廻診療事業이 18.5%, 모자보건사업 17.8%, 물리치료실 운영 9.6%의 順으로 나타났다.

순회진료사업은 低所得層 密集地域에 移動診療班을 정기적으로 巡廻하는 사업이고, 모자보건사업은 婦人癌檢査, 分娩 事後管理, 妊娠婦를 對象으로한 보건교육 등이다. 물리치료실 운영은 이용자의 대부분이 老人層으로 이용자의 呼應度가 매우 높은것으로 나타났으며,³³⁾ 전문인력 배치기준에도 물리치료실을 운영토록 되어있으나 專門人力, 機資材, 施設의 확보가 어려운것 등이 문제점으로 指摘되고 있다.

成人病管理를 하는 곳은 7個所로 가장 적고, 기타의 사업은 보건업무 電算化, 水質管理, 간질환자 관리, 한방시범사업, 老人을 위한 齒科診療실 운영 등인 것으로 나타났다.

表 3-47. 自體開發 및 重點事業別 實施率

구 분	%	(N)
특수전염병 관리	28.1	41
가정간호사업	26.7	39
순회진료사업	18.5	27
모자보건사업	17.8	26
물리치료실운영	9.6	14
성인병관리	4.8	7
기 타	20.5	30

N: 자체개발 및 중점사업이 있다고한 146개 보건소중 해당설문에 응답한 보건소수

33) 김정숙 외, 보건소내 물리치료실 운영의 체계화 방안, 대한물리치료사 학회지, 제13권 제1호, 1992.

보건소의 사업수행 與件이 劣惡함에도 能動的으로 對民 서비스를 開發하여 遂行하는 것은 높이 評價되어야 할 것이며, 사업에 대한 주민의 呼應度가 높은점을 勘案하여 積極的인 支援策이 中央은 물론 자치단체에서도 講究되어야 할 것이다. 또한 新 保健所法上에 새로 名文化된 업무, 즉 精神保健, 老人保健, 障礙人的 再活 等の 업무도 效率的으로 遂行할 수 있도록 업무지침의 樹立 및 與件造成 等 實施方案이 講究되어야 할 것이다.

第 4章 保健支所 및 保健診療所の 運營實態와 改善方案

農·漁村 地域에는 保健所外에 保健支所, 保健診療所가 설치되어 있고 保健要員이 邑·面에 배치되어 있으며 1992년에는 이들이 모두 定規職화 되어³⁴⁾ 적지 않은 규모의 정규직 人力資源이 公共部門에 투입되어 있다. 그러나 이들 읍·면 인력간의 體系的인 면모를 갖추지 못하고 업무역할도 처음 투입 당시에 크게 변화되지 않았기 때문에 인력자원의 量的인 팽창에 수반된 成果를 가져오지 못하고 있으며 지역주민과 시대가 요구하는 보건의료서비스를 제공하지 못하고 있으며 公共投資된 施設의 活用度가 낮은 실정이다. 따라서 이들을 하나의 一元화된 體系로 再組織하고 機能을 정립하여 人的資源을 효율적으로 활용함으로써 地域 保健醫療 水準을 발전시키는 방안이 조속히 마련되고 추진되어야 할 것이다.

본 연구는 이러한 관점에서 保健支所, 保健診療所, 邑·面保健要員의 조직과 기능이 여하히 개편되는 것이 바람직 할 것인가에 관한 代案을 모색하고자 한다. 이를 위해 본 연구는 첫째, 현행 보건지소, 보건진료소의 成果 및 實態와 問題點을 간략히 파악하고 둘째, 그동안 개진되어 온 보건지소, 보건진료소 改善案을 검토하여 끝으로, 보건지소, 보건진료소의 改編方向 및 機能修行方案을 구체적으로 제시하고자 한다.

4.1. 保健支所

34) 보건요원은 1981년 7월 부터 지방공무원으로 정규직화 되었으며 공중보건의, 보건진료원, 진료보조원, 치과위생사 1992년부터 정규직화 되었음.

보건지소는 保健所法(1991.3.8.全文改正) 제 4조 및 동법 시행령 제 6조에 의거 읍·면 단위에 설치되어 있는 公共部門의 一次 보건의료기관이다. 보건지소의 설치는 1962년 醫療法에 一般開業醫 및 限地醫를 公醫로 축락하는 조항을 삽입한 후 1969년 부터 설치되기 시작하였다. 그러나 그동안 각종 임시적인 措置³⁵⁾에도 불구하고 醫師 配置가 제대로 이루어지지 않다가 1978년 12월 도시농촌간의 의료자원의 不均衡을 해소하기 위해 제정된 ‘國民保健醫療을 위한 特別措置法’에 의거 처음으로 公衆保健醫가 보건지소에 배치되게 되었다. 그후 이법은 1980년 12월 農·漁村 保健醫療을 위한 特別措置法(이하 ‘농특법’이라 함)으로 전환되었고 이법에 근거하여 농·어촌지역에 공중보건의와 보건진료원이 본격적으로 배치되게 되었다.

1991년 12월에는 농·어촌특별조치법의 改正으로 1992년 4월부터는 보건진료원이 6월부터는 공중보건의가 專門職 公務員이 되었으며, 地方自治制가 도입됨에 따라³⁶⁾ 지역보건 행정체계 전반이 改編의 대상으로 부상되고 있어 지역 보건사업의 興件이 새롭게 변화하게 되었다.

현재 보건지소는 보건소법에 의거 地方自治團體의 條例로 농촌지역의 읍·면에 1개소씩 1992년도 6월 현재 1,304개가 설치, 운영되고 있다.

4.1.1. 現況分析

- 35) 1972년 전공의의 6개월간 농·어촌 파견제도, 1976년 의사면허 국가시험 탈락자에서 조건부로 의사면허를 주어 농·어촌에 파견한 특정의무 지정 의사제, 1978년 공중보건 장학제 등이 있다.
- 36) 1988년 4월 지방자치법 개정에 따라 지방자치제 재개를 위한 법적 기반이 조성되었고, 1991년 3월 및 7월에 기초와 광역 지방의회의원 선거를 통한 지방의회의 구성으로 지방자치제가 재개됨.

1) 保健支所 組織體系

보건지소와 관련된 法規는 세가지가 있다. 첫째, 保健所法 및 施行令에 근거하여 마련된 지방자치단체인 郡의 ‘保健所 및 保健支所 設置運營條例’가 있다. 둘째, 보건지소 의사배치의 근거가 되는 ‘農·漁村等保健醫療을 위한 特別措置法’과 同法 施行令 및 施行規則이 있다. 이 법은 軍義務를 대신하여 보건지소에 근무하는 공중보건의의 義務, 身分, 配置, 服務, 報酬, 職務敎育에 관한 사항을 규정하고 있다. 셋째, 保健支所運營에 관한 규정으로 ‘保健支所 運營支援 協議會 條例準則’이 있다. 이는 보건지소운동을 위한 협의회의 目的 및 機能, 構成, 活動事項을 규정하고 있다.

그러나 이들 법이나 準則들은 보건지소를 보건소의 下部組織으로 두고 있을 뿐이며 보건지소 역할수행과 관련하여 보건지소 位相을 수립할 수 있는 구체적인 지소설립 目的과 職制規程, 업무분장, 보건지소 人力에 관한 내용이 명시되어 있지 않다. 또한 改正된 保健所法 施行令 제 7호는 보건지소에 保健支所長을 두도록 하고 있으나 아직까지 보건지소에는 지소장이 法的으로 임명되어 있지 않으며³⁷⁾ 지소근무 공중보건의 중 선임자가 대행하고 있어 기관의 長이 없는 셈이므로 보건지소 운영의 구심점이 없으며, 지소인력의 관리와 운영에 책임소재가 불분명한 상태이다. 지소에 대한 會計管理는 보건지소 운영 협의회의 간사인 면사무소의 총무계장이나 면직원이 수행하기 때문에 공중보건의가 직접 책임을 지는 입장이 아니어서 보건지소를 책임있게 운영한다는 의식을 갖기가 어려운 것이 현실이다.

郡守는 보건지소 設置權限만 가질 뿐 공중보건의에 대한 복무감독권 및 처

37) 강원도 정선군 사북면, 삼척군 동부면에는 공중보건의가 아닌 일반의가 지소장으로써 법정지소화되어 있으나 기타지역은 지소장을 공중보건의가 대행하고 있다.

별권이 보건사회부 장관에게 있으므로 지소근무 공중보건의에 대한 관심이 결여되어 있다.³⁸⁾

현재까지 ‘保健所 및 保健支所 設置運營條例’에 규정되어 있는 보건지소의 업무는 다음과 같다.

- ① 모자보건 및 가족계획사업
- ② 보건교육
- ③ 예방접종
- ④ 결핵, 나병, 성병 등 전염성의 예방과 진료
- ⑤ 보건통계의 자료수집
- ⑥ 일반 및 치과진료
- ⑦ 기타 군수가 위임하는 사항

위와 같은 보건지소의 업무내용은 支所 고유의 농·어촌 지역사회의 一次保健醫療機關으로서 역할수행의 指針이 되기에는 부족한 측면이 많다. 즉 지역사회의 건강문제 진단, 농촌지역의 특정 질환(만성질환, 농작업성 질환, 지방풍토병 등), 환경위생 개선, 환자의 依賴活動, 住民參與 및 受容역할, 지역사회 관련기관과의 有機的인 連繫體系 등 지역사회 고유의 보건문제들에 대응하기 위한 업무내용이 缺如되어 있으며, 改正된 보건소법의 보건소 업무내용

38) 공중보건의 임명배치 및 처벌권 규정

	권한 소재	관련법규
-공중보건의 임명 -도단위근무지역지정 -도내배치 및 근무지변경 -복무감독권 -처벌권(면허정지 등)	보사부장관 보사부장관 도지사(군수) 도지사(군수) 보사부장관	농특법 제 5조 농특법 제 6조 농특법 제 6조 및 근무지지정에 관한 예규 농특법 제 14조 농특법 제 10조, 13조

과 부합된 보건지소 업무내용이 개발되어 있지 않다.

보건지소 업무중에서 예방서비스와 진료서비스의 수행체계가 분리되어 있다. 예방보건서비스는 읍면보건요원을 통해서, 일부는 郡廳의 衛生係를 통해서 실시되며, 보건지소에 常勤하는 공중보건의와 보조인력은 진료업무에만 관여하고 있다. 이 부분은 인력측면에서 구체적으로 살펴 보았다.

2) 人力

1992년 6월 현재 보건지소에는 2,308명의 公衆保健一般醫와 公衆保健齒科醫가 배치되어 있고 보조인력으로 각지소마다 診療補助員과 齒科衛生士가 1명씩 배치되어 규모면에서 볼때도 농·어촌지역에서 보건지소가 차지하는 비중은 막중하다고 할 수 있다(표 4-1 참조).

보건지소 단위로 투입되어 있는 인력은 보건지소에 근무인력인 공중보건 일반의 1-2명, 공중보건치과의 1명, 진료보조원 1명, 치과위생사 1명이 배치되어 있으며 면보건요원(보건직)이 면사무소나 보건지소에서 근무하고 있는데 이들은 전부 定規職化 되어 있다³⁹⁾. 읍·면인력 전체규모는 보건진료원까지 합하면 1개군당 평균 71명 에 달한다 (부록표 15 참조).

39) 공중보건의 : 전문직 공무원 5급

(공중보건치과의 수급상 지소에 공중보건치과의가 전부 배치되어 있지는 않음.)

진료보조원 : 간호조무사 자격자로 지방공무원 9급

치과위생사 : 치위생사 자격자로 지방공무원 8급

읍·면보건요원 : 간호조무사 또는 간호사자격자로 지방공무원 8-9급
(92년 부터 신규채용자는 국가기술자격법의 개정으로
간호사 자격자로 변경됨)

보건지소가 一次 보건의료기관으로 역할을 수행하는데 야기되는 문제점을 지소에 소속된 인력구성원의 특성별로 보면 다음과 같다.

표 4-1. 공공보건의료인력 배치 현황

(1992. 6. 현재)

	공 중 보 건 의			보건진료원
	계	의사	치과의사	
계	3,975	2,819	1,156	2,039
보건소	518	410	108	-
보건지소	2,308	1,293	1,015	-
보건진료원	-	-	-	2,039
기타 의료기관	1,149	1,116	33	-

자료: 보건사회부, 보건사회백서, 1992, p 159.

첫째, 농어촌 지역에 의사인력의 需給과 充員이 어려운 실정에서 농특법에 의거 배치된 보건지소 공중보건의는 배치의 經緯가 自發的 支援이 아니라 軍服務에 준하여 강제로 충원되어 限時的으로 근무 하게 되어 있기 때문에 근무에 대한 적극적인 動機賦與가 되어 있지 않다. 또한 보건지소에서 농촌지역에 적합한 1次 보건의료를 제공하기에는 臨床修鍊經驗의 부족으로 인한 진료능력의 취약, 공중보건의 職務訓練過程의 不充實, 지소관리 운영과 지역사회 보건사업 진단능력의 부족, 의과대학 교육과정상 예방보건적 觀點이 도외시되고 치료중심적이고 專門醫 수련중심의 교육배경 등⁴⁰⁾ 으로 인하여 농어촌 1次 보건의료를 담당하는 保健支所長의 역할을 수행하는데는 무리가 있다.

40) 임지혁, 공중보건의사 교육과정의 문제점, 경공협 월보, 32호, 1992, pp 15-17.

41) 박정환 외, 보건지소 공중보건 일반의사의 업무수행정도과 수련개선방안, 예방의학회지, 19(2), 1986, pp 199-200.

둘째, 보건지소에서 상근하는 공중보건의, 진료보조원, 치과위생사는 정규직화되면서 보건소소속의 직원이 되었고 읍·면보건요원은 해당 읍·면에 소속된 보건직 직원으로 복무에 대한 지휘감독 체계가 인력간에도 나누어져 있어 인력간의 갈등의 소지를 야기하고 있다. 읍·면의 보건지소단위 인력으로 되어 있는 보건요원은 각 읍·면의 人口規模에 따라 1-3명씩 배치되어 보건소의 각종 보건사업 전반을 담당하도록 되어 있다. 즉, 보건지소의 運營條例에 포함된 보건지소의 업무중 예방 보건업무는 거의 전적으로 읍·면보건요원이 수행하고 있다. 保健要員의 服務監督은 읍·면장이, 업무에 대한 指導監督은 보건소에서 담당하고 있으며 보건지소 업무지침상으로는 보건지소를 지원, 협조하고 지소장의 지도를 받도록 형식적으로 되어 있기는 하다. 그러나 공중보건의가 보건요원을 정식으로 감독, 지도 할 수 있는 권한이 없기 때문에 실질적인 지도 협조체계가 확립되어 있지 않아 支所長業務를 代行하고 있는 공중보건의와의 업무상 연계는 거의 전무한 상황이다.

본 연구결과 면보건요원의 근무장소는 66%의 군지역이 面事務所, 34%의 군지역이 保健支所로 나타나 면보건요원이 면사무소에 근무하는 군지역이 월등 많은 것으로 나타나고 있다(표 4-2 참조). 면보건요원이 보건지소에 근무하는 경우에도 업무연계체계가 확립되어 있지않기 때문에 소속이 다른 인력이 한 건물을 사용하는 경우에 초래되는 갈등이 빚어져 왔었다.

표 4-2. 읍·면 보건요원의 근무장소

	계(N*)	읍·면사무소	보건지소	보건소	기타
읍 요원	100.0(91)	87.9	-	7.7	4.4
면 요원	100.0(101)	66.3	33.7	-	-

* N : 응답 보건소수

3) 保健支所 後送, 支援體系

지역의료보험 실시이후 診療圈別 醫療傳達體系가 도입되고 患者後送體系가 마련되었으나 공중보건의는 단지 診療依頼書와 意見書를 발급할 뿐 보건지소가 일정한 2,3次 의료기관과 후송체계를 맺고 환자의 依頼와 逆依頼(feed back)가 이루어지는 채널을 갖고 있지 않기 때문에 보건지소환자는 자기판단에 따라 임의로 2,3次 의료기관을 이용하고 있다.

고려대 여주군 지역사회 保健示範事業⁴²⁾에서 사업기간중에 지역병원이 보건지소 및 보건진료소와 後送體系를 가지고 의뢰환자를 받고 후송환자의 진료결과와 검진결과를 現地에 還流하는 地域醫療連繫體系를 示範적으로 운영하면서, 동시에 보건지소 공중보건의와 보건진료원의 技術的인 補修教育을 시도하였던 바, 여주군 지역의 공중보건의와 보건진료원에게 높은 호응을 얻었던 실례에 비추어 볼때 일선보건의료 인력의 患者後送체널의 확보, 지속적인 補修教育의 실질적인 運用에 대한 要求度는 상당히 높다고 볼 수 있다.

4) 保健醫療서비스의 提供과 利用程度

보건지소는 1980년 농특법 제정이후 13년이 경과되는 동안 공중보건의 제도 및 보건지소의 강화가 보건지소에 대한 많은 비판에도 불구하고 농어촌지역에 醫療傳達體系와 醫療保障制度를 실시할 수 있게 한 실질적인 基盤이 되었으며⁴³⁾ 無醫村 해소와 전국민 의료보험의 일선창구로서 부분적인 成果는 거

- 42) 고려대 여주군 시범사업기간중 월 1회 보건지소 공중보건의에게 월 1회, 보건진료원에게 월 1회의 교육을 실시하였음. (차철환 외, 지역보건사업평가, 고려대학교 지역사회 보건개발위원회, 1988, PP 93-94.)
- 43) 신영수, 의료서비스의 수급과 정부의 역할, 한국보건행정학회 춘계세미나 보고서, 1991, p 12

두었다 그러나 傳染病管理, 1次診療 등의 기본 保健需要가 충족되지 않았던 시대에서 慢性退行性 질환관리, 健康增進을 위한 保健敎育이 필요하게 된 현재의 지역보건사업의 요구에 비추어 볼 때는 그 역할을 기대하기가 힘든 실정이다. 아직까지 예방보건사업 수행은 지원여건이 형성되어 있지 않기도 하지만 대부분의 공중보건의사들의 업무가 診療業務에만 한정되어 있고 豫防保健業務는 도외시하여 오고 있다.

<표 4-3>의 공중보건의에 대한 설문조사 결과를 보면 현재까지 공중보건의들이 자신의 업무를 診療 중심으로 받아 들이고 있다는 것을 알 수 있는데, 자신들이 수행하여야 할 업무로써 豫防事業, 포괄적인 保健事業 전반이 중요하다는 認識은 가지고 있는 것으로 보이고 있어 공중보건의들이 보건지소에서 근무하면서 지소의 역할이 診療外에도 豫防 및 保健事業에 있어야 함을 인식하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 服務에 대한 消極的인 動機賦與, 선임자와 同僚의 진료업무에 국한된 業務行態가 準據가 되는 상황에서 支援體系 없이 革新的이고 自發的으로 예방보건사업을 受容하기를 기대하기는 어렵다고 본다.

보건지소의 공중보건의가 예방업무에 관여하도록 하기 위해서는 공중보건의가 정규직화된 계기에 보건지소를 機關單位化하여 行政能力(행정인력, 사무장비 등)을 갖추도록 하고 구체적인 業務指針의 開發과 業務評價制의 도입, 支援體系의 確立 등이 선행적으로 구비되어야 할 것이다.

1985년부터 현재까지 몇몇 자료를 통해 保健支所의 利用患者數를 보면 환자가 크게 증가하는 추이를 보이고 있다(표 4-4 참조, 부록표 12, 13 참조). 이것은 보건지소가 어느정도 놓여준 지역에서 정착되었기 때문이기도 하고, 전국민의료보험 실시에 따라 의료이용이 증가하였고 보건지소의 낮은 酬價가

이를 더욱 뒷받침하였기 때문에 나타난 결과로 보인다.

그러나 1일 來院患者數가 10명 이하인 지소가 1990년도 全國調查結果에서 20%, 20명 以下인 지소는 64%정도이며 ⁴⁴⁾, 1990년의 一部地域조사는 일반진료를 위한 내원환자가 20명 以下인 지소가 44%로 나타났음을 볼 때 ⁴⁵⁾ 주변의 醫療機關分布, 지소의 立地條件에 따라서는 지소의 活用度가 낮은 곳이 상당수 있다는 것을 알 수 있어 이러한 지소의 統廢合의 필요와 아울러 진료기능 외의 예방보건기능의 적극적 개발과 수행이 필요함을 시사한다고 하겠다. 한편 지소의 환자수 증가는 지소의 공중보건의의 업무활동 영역을 진료에 더욱 국한시키는 중요한 요인이 되고 있기도 함으로 향후 보건지소의 역할을 조정하는데 있어서는 이용환자수에 영향을 미치는 요인 즉, 醫療酬價 등의 요인에 대한 재조정도 병행되어야 할 것이다.

보건지소가 실시하는 일반화된 保健活動으로는 1년에 1회 정도 관할 지역 國民學校의 體質檢査가 있을 뿐 기타 예방보건사업에 관여하는 공중보건의는 소수인 것으로 알려져 있다. 최근 들어 보건지소 공중보건의들이 자체적으로 學校口腔保健事業, 머릿니 救濟事業, 高血壓管理 등의 예방보건사업의 개발과 참여를 권장하는 추세가 일부에서 이루어지고 있는 정도이다.

보건지소가 이와같이 진료중심으로 운영되고 있음에도 지역주민의 치료원에서 보건지소가 차지하는 비중은 매우 낮은 것으로 파악되고 있다. 주민을 대상으로 한 1989년 국민건강조사결과⁴⁶⁾ 에서 郡地域 의료이용자의 治療源을

44) 박성식, 전국보건지소 실태 및 보건지소운영지원협의회에 관한조사보고서, 대한공중보건의사협회의지, 5호, 1991, pp 36-37.

45) 전북공보의 협의회, 전북공중보건의사 생활실태조사보고서, 대한공중보건의사협회의지, 5호, 1991, p 61.

46) 송건용 외, 1989년도 국민건강조사, 한국보건사회연구원, 1990, p 22.

보면 病醫院이 37.8%, 藥局(房)이 45.4%를 차지하는데 반하여 保健所와 支所는 6.4%, 保健診療所가 4.0%로 보건기관 이용이 低調한 것으로 나타나고 있다. 이것은 농촌주민의 醫療文化가 아직도 약국이나 非公式的인 部門에 뿌리 내리고 있는 점^{47), 48)}에도 원인이 있으나 보건지소 근무 공중보건인들의 勤務態度, 공중보건의 교체시의 空席으로 인한 기관의 업무 連續性的의 缺如, 보건지소의 未治한 施設과 裝備 등이 농촌지역주민의 보건지소에 대한 否定的인 認識과 評價를 초래하여 治療源을 선택하는 과정에서 영향을 미쳤기 때문으로 여겨진다.

표 4-3. 공중보건의의 업무중 가장 많은 비중을 차지하는 업무와 가장 중요하게 생각하는 업무에 대한 의견

	업무수행비중	업무중요도에 대한 의견
1. 진료업무	99.0 %	43.0 %
2. 예방업무	.2	29.0
3. 보건교육	-	13.0
4. 보건지소 관리업무	.3	.2
5. 연구조사(학술 및 역학조사)	-	.7
6. 1-5의 업무 전부	.2	14.0
7. 기 타	.5	.6
(N)	(602)	(602)

자료: 박성식, 전국보건지소 실태 및 보건지소운영지원협의회에 관한 조사보고서, 대한공중보건의사협회지, 5호, 1991, pp 36-37.

47) 차철환 외, 지역사회 보건사업평가, 고려대학교 보건개발위원회, 1988, p 83.

48) 김종호, 농촌지역 의료체계의 비공식부문, 대한공중보건의학회지, 2(1), 1988 PP 274-280.

표 4-4. 보건지소당 1일 평균 이용환자수 분포

	1985 ¹⁾	1988 ²⁾		1990 ³⁾		본조사(1991) ⁴⁾	
	일반진료	일반진료	치과진료	일반진료	치과진료	일반진료	치과진료
계 (N)	100.0 (501)	100.0 (571)	100.0 (532)	100.0 (567)	100.0 (259)	100.0 (85*)	100.0 (83*)
5명이하	88.0	6.0	8.5	4.4	21.4	3.5	27.7
6-10명		21.3	24.7	16.1	44.4	11.2	48.2
11-20명		40.0	52.5	43.3	30.8	21.2	22.9
21-30명	12.0	18.7	13.1	19.8	3.0	18.8	1.2
30명이상		13.9	1.2	16.5	0.4	44.7	--
평균		5.2	--	--	--	32.3	7.8

* 조사대상 보건소수

- 1) 남철현 외, 보건지소 보건서비스 향상을 위한 조사연구, 한국보건사회연구원, 1986
- 2) 정태기, 전국보건지소 실태조사보고서, 대한공중보건학회지, 2권 1호, 1988, P 304.
- 3) 박성식, 전국보건지소 실태 및 보건지소운영지원협의회에 관한 조사보고서, 대한공중보건학회지, 5호, 1991, P 39.
- 4) 1992년 조사결과로 1) - 3)의 조사대상이 공중보건의 임에 반해 본조사는 보건소 기관단위로 조사된 자료로 군지역 보건지소 환자총수를 해당군 보건지소수로 나누어 산출하였음.

5) 保健支所 運營支援協議會

보건지소 운영지원협의회의 설립취지는 '보건지소 운영지원협의회 설치조례'에 준하여 보건지소의 효율적인 관리운영을 지원하는 것을 목적으로 지소의 獨立採算制 운영을 지원, 관리하기 위해 마련된 제도이다. 그 기능은

- 1) 지소 시설의 維持管理에 관한 사항
- 2) 豫防保健活動의 支援 및 住民啓蒙에 관한 사항
- 3) 기타 주민보건 향상을 위하여 郡守, 保健所長 또는 支所長이 지

원을 요청하는 사항을 協議, 支援하도록 되어 있으며 매년도 보건지소 豫算案을 편성하고 決算報告를 하며 豫算支出을 의결하도록 되어 있다. 그러나 거의 모든 지역에서 협의회가 이루어지지 않고 제대로 운영되지 않기 때문에 실제로는 보건지소의 회계처리, 결산은 지소근무 인력이나 보건소에서 처리하고 있다.⁴⁹⁾ 조례준칙상 협의회 승인을 거치게 되어 있는데 협의회가 보건지소의 운영지원 역할보다는 협의회 회장인 面長을 대표로 하는 일선행정조직이 藥品購入 등의 지소 업무에 관여 함으로서 조직운영에 있어서 自律性이 제약되어 보건지소 공중보건의와 마찰이 빈번하게 빚어지고 있는 실정이다.

협의회는 읍면장이 회장이 되고 부회장 1인, 보건지소장과 8인 이내의 위원으로 구성되며 郡守가 위촉하도록 되어 있다. 실제로 협의회 構成員은 학교장, 지서장, 단위농협장, 이장 등의 公務員과 官邊의 주민대표들이다. 협의회는 定例會議을 분기별로 1회 개최하고 필요시에는 임시회의를 소집할 수 있다. 실태조사에서 나타난 보건지소 공중보건의들의 협의회에 대한 視覺을 보면 응답자의 5.6% 만이 협의회가 도움을 주고 있다는 의견을 가졌고, 38.5%가 있으나 마나 하다고 하였으며, 도움을 주지 못하는 이유로는 행정상의 절차 복잡, 재정 운영에 대한 지나친 간섭, 幹事의 월권행위, 협의회장의 보건의료에 관한 專門性 缺如 등을 들고 있다. 이에 대한 개선책으로 현지 공중보건의의 42%가 협의회 폐지를 원하였으며, 61%가 예산집행권을 보건지소장에게 부여할 필요를 제기하고 있다. 즉 협의회를 존속할 경우에는 경비지출을 지소장이 집행하고 사후 협의나 승인을 받는 방법을 택하기를 원하고 있다.⁵⁰⁾ 다른 조사에서도 협의회 협조관계가 잘된다는 경우는 6.5%, 보통 46.5%, 잘 안된다 36.0%로 지소 공중보건의와 협의회와의 관계가 원활하지 못한 것으로 나타

49) 보건지소의 회계처리는 42.4%가 간호조무사 및 치과의생사가 31.1%, 면회계담당이 31.1%, 면총무계장이 8.1%, 보건지소장이 5.8% 담당하는 것으로 조사되었음. (박성식, 전계서, 1991. p 55.)

50) 박성식, 전계서, 1991, pp 53-54.

나고 있다.⁵¹⁾ 공중보건의사의 신분이 公務員이 된 현시점에서 보건지소장 대행자에게 보다 자율적인 권한을 부여하여 보건지소 운영에 대한 책임감을 갖도록 하기 위해서는 유명무실한 협의회를 폐지하거나 운영방식의 대폭적인 개선이 있어야 할 것이다.

4.1.2. 保健支所 改善方案

1) 保健所長의 見解

본 연구에서 일선보건사업과 직접 접촉하는 保健所長이 생각하는 보건지소의 활성화 방안에 대하여 主觀式 문항을 통하여 전국 군지역 보건소장의 의견을 수렴하였는데 그 결과는 <표 4-5>와 같다. 보건지소 배치인력과 조직측면에서는 첫째로 보건지소에 專門人力의 適定配置와 人力擴充을 통한 능력있는 인력의 확보, 公衆保健醫 資質向上을 위한 대책의 필요가 가장 많이 지적되고 있다. 둘째로는 邑面 要員의 지소배치를 통해 支所長의 지휘 감독하에 1次 보건사업수행을 할 수 있도록 되어야 함이 지적되고 있다. 다음으로는 보건지소 職制規程의 制定과 支所長 제도의 확립이 우선적으로 이루어져야 함이 지적되고 있다.

운영 측면에서는 運營支援協議會의 폐지 및 축소를 우선적으로 들고 있으며, 군보건소의 직접운영, 재정지원의 확충, 사무장제도의 도입 順으로 의견이 나타났다. 보건지소가 수행하여야 할 業務修行 領域으로는 포괄적인 예방보건과 一次 診療서비스 전반, 保健敎育, 보건지소 중심의 일선지역 보건기획 및 관리를 강화하여야 한다는 의견과 함께 老人保健, 成人病管理 등 새로운 업무수행 필요성이 많이 제시되어 기존의 보건지소업무가 진료중심으로 치우쳐

51) 전북공보의 협의회, 전게서, 1991, p 65.

표 4-5. 보건지소 활성화 방안에 대한 보건소장의 의견

(N=107)

배치인력과 조직측면	응답수	응답율*
· 전문인력의 적정배치, 인력확충 (공채인력 배치등)	68	63.6%
· 읍·면요원 지소배치	37	34.6
· 보건지소 직제규정의 제정과 지소장제도 확립	22	20.6
· 보건지소에 사무장 또는 행정전담요원 배치	15	14.0
· 보건소 또는 지방자치단체가 직접 운영, 지원	14	13.1
· 검사시설 보완 및 시설장비 보강	14	13.1
· 공보의 배치의 재조정 및 근무태세 개선 (공백기간 문제, 면 간의 형평배치 문제 등)	7	6.5
운영측면		
· 운영협의회 폐지 및 축소	36	33.6
· 보건소 또는 지방자치단체가 직접 운영, 지원	36	33.6
· 재정지원의 확충(국고지원금 증액 운영비 지원 등)	16	15.0
· 완전 독자운영 체제로 전환	11	10.3
· 현행대로 읍·면장의 지도, 감독 및 집행의 읍·면체제 강화	10	9.3
· 사무장제 도입	7	6.5
· 지소장 책임하에 지소운영	6	5.6
· 보건지소 정원 및 직제규정 확립, 시행	4	3.7
· 공보의 보수 현실화	3	2.8
· 진료실적별 공보의 진료수당 지급	2	1.9
· 운영협의회 활성화	1	0.9
· 보건지소 통합운영(1개 지소에서 3개면 관장 등)	1	0.9
· 진료비 청구방식의 개선	1	0.9
· 기타(진료수가 현실화, 지소별 사업전개 등)	8	7.5

*군지역 보건소장 107명중 해당의견을 제시한 소장의 비율(%)

표 4-5. <계속>

(N=107)

업무수행 범위, 영역 측면	응답수	응답율*
· 포괄적인 예방 및 보건, 1차 진료서비스 기관으로 육성	31	30.0%
· 예방사업, 결핵관리· 모자보건· 가족계획 업무수행	22	20.6
· 보건교육 및 홍보업무 강화	17	15.9
· 보건지소를 중심으로 한 읍·면 보건의료체계 수립	6	5.6
· 진료업무 강화	3	2.8
· 만성퇴행성 질환 치료	3	2.8
· 방문진료사업 강화	3	2.8
· 검사업무 수행	2	1.9
· 식품위생 및 환경위생업무 추가	2	1.9
· 각종 건강상담	2	1.9
· 농업성 질환에 대한 대응	2	1.9
· 진료소기능 흡수 내지 연계	2	1.9
· 지역특성에 따라 자체업무 수립 시행	2	1.9
· 지방병 (풍토병)관리	1	0.9
· 기타	5	4.7

*군 지역 보건소장 107명중 해당의견을 제시한 소장의 비율(%)

있는 데에서 轉換하여야 한다는 견해가 지배적인 것으로 나타나 있다.

2) 既存 研究의 政策建議 事項

그간 보건지소에 공중보건의 배치를 통하여 농어촌지역에 의료인력을 확보한 이후 13년이 경과되어 오는 동안 露畧된 문제점과 이를 해결하기 위한

개선안 들은 크게 다음의 3가지로 대별될 수 있다.

- ① 공중보건의 職務教育, 補修教育의 개선, 강화와 중앙 및 보건소의 지원체제 강화와 교육메뉴얼의 開發普及
- ② 보건지소운영협의회의 개선
- ③ 읍면보건인력간의 連繫 운영체계 확립
- ④ 보건소 개편안에 포함된 保健支所 組織體系의 개편을 통한 보건지소의 위상 정립

등이다. ① - ③에 대한 概括的인 論議는 현황문제점 제시에 수반되어 있으므로 여기서는 ④의 보건지소 개편방안에 대해서만 별도로 다루어 보았다.

i) 改編案 I

이 方案은 공중보건의 側의 提案內容⁵²⁾으로 보건소를 포함한 보건지소의 조직과 운영의 경직성, 요원의 자질 미흡, 시설, 장비의 노후로 인한 진료여건의 미흡 등으로 진료기능은 물론 보건예방기능까지도 주민의 요구에 대응하지 못하여 이용이 저조한 상황에서 보건지소의 개선방향은 ①지소운영의 自律性 부여와 지역사회의 적극적 참여 유도 ② 공중보건의에 대한 지휘감독체계의 개선과 복무기강의 확립 ③ 公共保健機關間, 公共과 民間機關間의 有機的 연계성 강화를 들고 있으며 다음과 같이 보건지소 개선방안을 제시하고 있다.

첫째, '邑面保健支所' → '邑面保健醫療支院'으로 명칭 변경

둘째, 지소장의 收入·支出 결정에 대한 자율 권한 확대

세째, 보건지소에 대한 運營費 지원폭의 강화

넷째, 공중보건의 임명, 복무감독에 군수의 관여 강화와 공중보건의 임명과

52) 전국공중보건의학회, 농어촌 보건의료기반 확충방안, 전국공중보건의학회지, 1(1), 1987, pp 74-83.

복무감독 처벌에 대한 郡守의 關與와 權限 強化

다섯째, 공중보건의 복무기강의 확립과 成果給 수당지급제 도입

여섯째, 공중보건의 실무훈련의 內實化와 인턴수료자 충원

일곱째, 의료기관과의 접근도를 고려한 生活圈 중심의 보건의료지원 설치

(기존지소, 진료소의 통폐합 운영을 통한 인적, 물적 자원의 효율적 활용)

이 개선방안은 提議者의 특성상 공중보건의의 복무와 직무교육에 대한 사항을 구체적으로 포함하고 있으며 특히 일선지방행정부서장의 자율적인 권한을 강조하고 있어 향후 지방자치의 폭이 넓어지는 시대에 부응하면서 공중보건의 제도운영에 수용할 가치가 높은 개선대안으로 보여진다.

ii) 改編案 II

이 방안의 주요골자는 보건지소가 시한부 근무자인 공중보건의에 의해 운영되어 있는 인력상의 문제의 조정과 1次 보건의료기관으로의 역할을 수행하기 위해 요구되는 지소의 인력, 시설 확충안으로 그 내용은

첫째, 현보건지소의 法定支所化 : 支所長(지방직 공무원)의 任命과 支所의 독립된 機關化

둘째, 보건지소에 檢査施設, 裝備의 구비와 臨床病理技士, 放射線技士 배치와 진료보조원의 看護士化

셋째, 行政要員의 배치

넷째, 보건지소 인력의 정규직화를 통한 업무 책임감 부여

다섯째, 운영지원협의회 폐지

여섯째, 보건지소 강화에 소요되는 國庫補助의 대폭 확대

이 案은 보건지소의 대폭적인 人力, 施設의 새로운 투입을 통한 진료, 검사기능의 강화를 골자로 하고 있는데 현실적으로 볼때 많은 보건지소가 주변 의료기관과의 거리가 멀지 않고⁵⁹⁾ 교통의 발달로 지소 이용율이 낮은 실정

과, 국고지원금은 집행상의 융통성이 제한되고 지역특성에 따른 경비의 조정이 곤란하여⁵³⁾ 지방자치화에 따라 국고지원금이 불가피한 사업이외에는 축소 조정되는 것이 바람직하다는 견해⁵⁴⁾가 보편화되고 있는 점 등을 감안할 때 이 방안은 대폭적인 수정 없이는 수용하기 어려운 점이 있다.

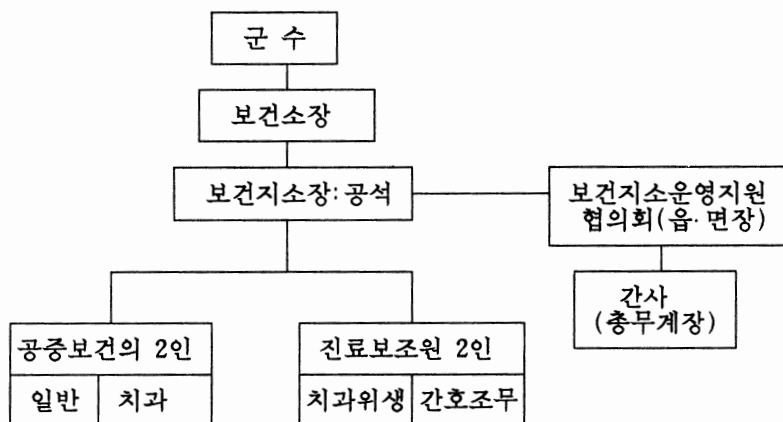


그림 4-1. 현행 보건지소 조직체계

53) 1990년 조사 결과 보건지소에서 가까운 의원급 이상의 의료기관까지 통상 교통수단을 이용한 소요시간이 30분 이상 소요되는 곳에 위치한 보건지소는 18% (병원급의료기관과 30분 이상의 거리에 있는 지소는 40 %)에 불과하다. 박성식, 전계서, 1991, p 38.

54) 이삼주, 지방재정통계의 개선방안, 한국지방행정연구원, 1992, pp 34-50.

55) 정해방, 국가와 지방자치단체간의 합리적 재원 배분 방안, 나라경제, 8호, 1991, pp 30-31.

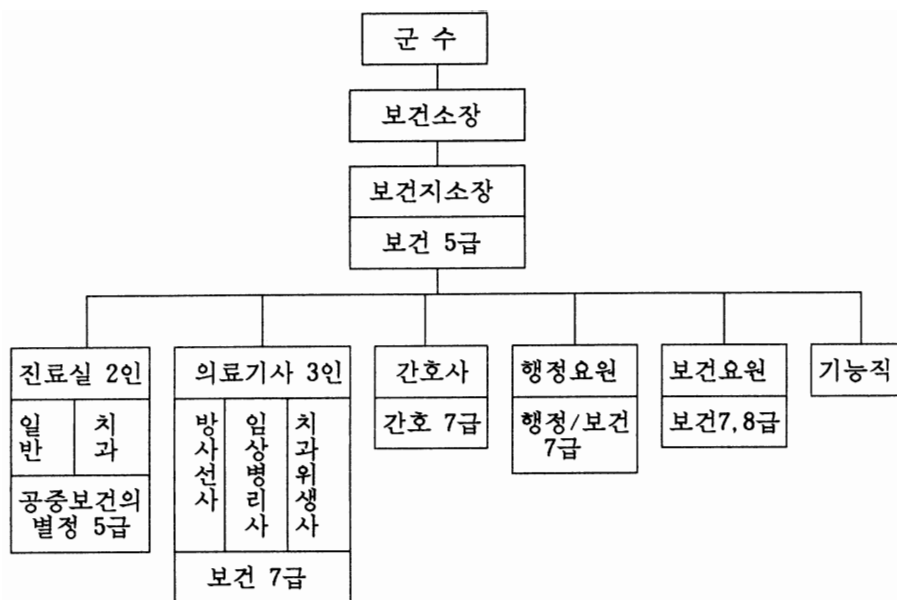


그림 4-2 . 기존 보건지소 조직체계 개선안 예 ㉞

3) 保健支所 改編方案

一線 實務者의 의견과 기존 연구의 改善案을 검토하고 본 연구에서 제기한 지방화시대의 보건소 조직체계와 기능의 개편방안에 부합한 保健支所 改編方案을 다음의 기본 방향에 바탕을 두고 제시하고자 한다.

보건지소 개편의 기본 방향은 ①보건지소의 역할을 기존의 진료위주에서 豫防保健事業까지 擴大하며 최말단 일선 豫防保健센터로서 組織化함으로서 지역예방보건사업의 획기적 발전을 기할 수 있도록 재조정하며 公共保健資源의

56) 강원도 도청 보건과, 보건소, 보건지소 개편안

운영체계를 정립한다. ② 보건지소가 관장하는 예방보건사업은 기존의 보건요원이 수행하는 전통적인 예방보건사업(결핵관리, 예방접종, 가족계획 등)에서 변화하고 있는 지역의 요구를 충족시킬 수 있도록 慢性退行性疾患管理까지 확대한다. ③ 보건지소 서비스의 質的 향상과 보건행정관리 능력의 향상을 꾀하기 위하여는 현 보건지소 조직의 확대가 수반되므로 지소이용율, 지리적 입지 여건에 따른 의료접근도를 평가하여 읍면행정단위로 설치된 保健支所와 일부 診療所를 統廢合하여 生活圈 중심으로 집중 설치하여 公共投資된 人力, 施設의 低活用을 최소화 한다. ④ 장비의 高額化, 專門化, 의료소비자의 고급선호 경향에 비추어 볼때 지소의 진단검사능력 확보방향은 보건소 또는 지역병원 검사실과의 연계체널을 통하여 지소의 檢査依頼를 迅速하고 효율적으로 처리할 수 있는 방향에서 해결하며 지소 자체가 개별적으로 장비와 인력을 구비하는 방법은 止揚한다.

위의 기본 방향에 따라 保健支所의 改編方案을 제기하면 다음과 같다.

(그림 4-3참조)

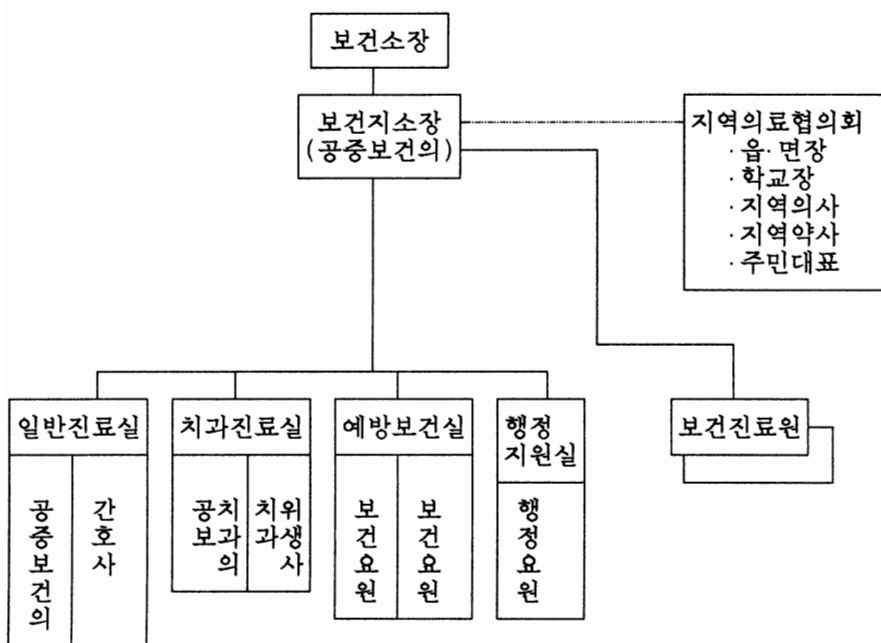
가. 保健支所 運營體系 改善

첫째, 기존방향 ①과 관련하여 보건지소의 공중보건의 중 先任者 또는 一般醫에게 支所長 職位를 정식 부여하여 보건지소운영과 업무수행을 책임지도록 하며 읍면보건요원과 보건진료원의 지휘, 통솔권한을 부여한다.

둘째, 運營支援協議會를 '地域醫療協議會'로 構成員과 役割을 개편하여 地域保健醫療資源과 지역주민간의 有機的인 연계 기전을 구축한다. 기존의 협의회의 지소운영관리 권한은 지소장과 보건소에 移讓한다.

셋째, 보건지소에 기관 운영, 지소의 대외적인 서비스 수행을 지원할 行政要員(행정직 또는 보건직의 6급, 7급)을 배치하여 보건지소의 企劃 및 行政能力을 부여한다.

그림 4-3. 보건지소 조직체계 개선안



- 특징: 1. 운영지원 협의회 대신 ‘지역의료협의회’를 두어 지역주민과 보건 의료관련자와의 유기적인 지원, 협조 기전을 마련한다.
 2. 보건지소장은 진료실의 공중보건의 중 임명한다.
 3. 보건지소운영관리를 위하여 행정요원을 배치한다.
 4. 읍면보건요원을 지소에 배치한다.
 5. 관내 보건진료원을 지휘, 감독하여 예방보건사업, 가정간호사업인력으로 활용한다.
 6. 진료간호사, 보건요원 신규임용자는 간호사로 채용하여 단계적으로 인력의 자질을 향상시킨다.

이를 위하여는 地方自治團體條例와 內務部의 관련 規程 및 農漁村等保健醫療을 위한 特別措置法 施行令과 施行規則 改正, 보건요원의 지소배치, 공중보건의의 배치전 직무훈련, 임용후 군지역단위의 직무교육(지역진단, 보건기관운영관리, 지역 Orientation), 근무기간중 補修敎育의 改善 및 強化, 業務指針書 및 敎育메뉴얼의 개발이 병행 추진되어야 한다.

나. 保健支所의 機能 轉換 : 업무 領域의 확대와 서비스개발

보건지소가 수행해야 할 업무는 다음과 같다.

- 慢性退行性疾患 管理

대상질환 : 高血壓, 糖尿病, 子宮癌 진단 등

업무내용 : 대상자 발견, 집단검진, 등록, 추구관리, 1次적인 서비스,
재활서비스, 환자의퇴

수행 방법 : 보건교육, 건강상담, 가정방문 간호

- 지역 특성에 따른 보건지소별 사업 우선순위에 따른 사업개발

<예> 농작업성 질환, 기생충관리, 환경위생 관리 등

- 學校保健事業 지원

- 지역내 精神保健事業 (환자발견, 상담, 專門機關과의 연결)

- 지역사회 건강진단과 地方特殊疾患에 관한 조사연구

보건지소가 위와같은 업무능력을 갖추기 위해서는 中央政府와 地方(道) 政府 차원에서 ①공중보건의를 비롯한 지소인력 전체에 대한 직무교육의 실시, 특히 공중보건의의 1次 진료능력을 높이기 위한 臨床訓練, 研修의 강화와 標準 診療 指針書의 개발 보급 ②상기사업을 示範的으로 실시하고 있는 지역의 事例研究 ③業務指針書의 개발 ④지역 예방보건 및 건강증진 프로그램의 模型開發 ⑤弘報敎育資料의 개발 배포 등에 대한 細部方案의 수립과 정책적인 지원이 병행되어야 한다.

다. 地域病院과 醫療傳達 體系의 確立

지역병원(관할시, 군내 또는 인근 타 관할지역의 병원)과 契約을 통해 환자의 依賴와 逆依賴, 檢査依賴, 읍면보건인력에 대한 技術支援, 補修教育 체널을 실질적으로 확보한다. 또한 이러한 체널확보를 통해 읍면지역내 應急患者依賴에 1次적인 책임을 맡는다.

라. 保健支所 業務 電算化를 통한 行政力 향상

보건지소 업무의 電算化는 일부 공중보건의 사이에 自發的으로 부분적으로 개발되어 있고 일부지역에서는 大學의 示範事業으로 실시되었던 經驗이 있으므로 이를 적극 수용하여 保健所 電算化 사업과 병행하여 保健支所 업무의 電算化를 추진하여 지역주민의 건강관리와 환자관리, 회계관리, 주민 보건교육 등에 활용하여야 주민의 건강관리에 혁신적인 향상을 이룰 수 있을 것이다.

4.2. 保健診療所

保健診療所는 1976년 韓國保健開發研究院이 당시 無醫村 지역의 보건의료 문제를 해결하기 위한 示範事業으로 保健診療員을 양성 배치한데서 출발되었으며, 정부에서 保健診療員制度를 채택하여 1981년 부터 ‘農漁村 保健醫療特別措置法’에 근거하여 面以下 部落單位에 전국적으로 설치되기 시작하였다(표 4-6 참조).

1992년 6월말 현재 전국에 2,039개소의 保健診療所가 설치되어 保健診療員이 배치되어 있으며(표 4-7 참조), 1992년 4월 부터 이들이 經歷에 따라 地方公務員 6-7급으로 정규직화 됨으로써 보건진료원 제도가 정착단계에 이르고 있으나 農漁村의 社會與件의 급격한 변화에 따라 보건진료원의 역할 轉換에 대한 論議가 강하게 제기되고 있다.

4.2.1 現況 分析

1) 與件變化에 따른 새로운 業務開發의 必要

보건진료원 제도가 채택될 당시의 농어촌 지역의 保健醫療環境이 급속히 변화되어 보건진료소에 대한 기대가 변화되었으므로 보건진료소의 機能과 組織도 탄력적으로 변화 대응하여야 하나 현재까지는 診療위주로 업무를 수행하고 있다.

農漁村 지역의 保健醫療環境의 변화는,

- 疾病樣相의 변화
- 농촌인구의 絶對減少와 人口의 老齡化
- 교통의 발달로 인한 도시중심의 醫療의 地域化
- 보건의료자원의 증가에 따른 醫療脆弱地의 減少

- 전국민 醫療保險 適用
- 地方自治制의 實施에 따른 주민의 福祉需要 증가

이에 따라 진료소의 기능은 첫째, 1次 진료위주에서 慢性退行性 질환의 관리와 豫防中心의 활동으로 변화하여야 할 것이다. 둘째, 醫療接近度가 높은 지역 즉, 도시 인접지역, 보건소 인접지역과 대상인구가 300인 以下인 지역(島嶼지역은 제외)은 진료소운영의 妥當性 평가를 거쳐 診療所間 또는 支所와의 統廢合 조정이 있어야 할 것이다.

2) 邑·面 公共保健醫療 人力과의 業務連繫 未備

保健診療員과 보건지소 公衆保健醫가 정규직 신분을 가지기 전까지는 동일 인구를 대상으로 1次 보건의료 업무를 수행하는 公共保健 인력인 보건지소, 보건진료소 인력과 읍·면 보건요원간에 업무상 連繫될 수 있는 法的 근거가 다르고 身分 또한 다르기 때문에 相互協力 체계의 定立 및 팀 활동이 어려웠다.

농특법 15조 및 23조에는 郡守가 보건진료소를 설치, 운영하며 보건소장과 보건지소장이 보건진료원의 指揮·監督하도록 되어 있는데 실제적으로 보건진료소 업무를 관장하고 있는 곳은 保健行政系(일부 군은 가족보건계)이며 郡地域 보건소장의 대부분이 醫務職이 아닌 保健職이기 때문에 보건진료원에 대한 技術인 지도감독에는 한계가 있다.

保健所長이 느끼는 보건진료원 지도 감독에 대한 問題點을 조사한 내용을 보면 '제도적 근거가 없다'가 36.4%, '보건소의 체제미약'이 31.2%, '예산부족'이 16.8%, 기타 15.6%로써 현지에서 실제적인 읍·면 보건인력의 지도감독에 어려움이 있음을 나타내고 있다.⁵⁷⁾

표 4-6. 년도별 보건진료소 설치 및 보건진료원 양성현황

	계	연 도										
		'81	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89	'90	'91
보건 진료소 설치수(개소)	2,039	396	356	388	170	330	360	38	-	-	-	1
보건 진료원 양성인력수(명)	3,035	396	356	388	363	390	415	178	144	125	146	134

자료: 보건사회부, 보건사회백서, 1992, p 161.

표 4-7. 시·도별 보건진료소 설치 및 보건진료원 배치현황
('92.6월말 현재)

시·도별	보건진료소 설치	보건진료원 배치
계	2,039개소	2,039명
부 산	4	4
인 천	2	2
광 주	16	16
대 전	8	8
경 기	216	216
강 원	142	142
충 북	165	165
충 남	242	242
전 북	261	261
전 남	345	345
경 북	340	340
경 남	253	253
제 주	45	45

자료: 보건사회부, 보건사회백서, 1992, p 161.

- 57) 김정태 외, 농촌 일차보건의료사업 연구보고서, 한국인구보건연구원, 1985, p. 43

3) 診療中心의 業務遂行

보건진료소의 설치 以後 오벽지지역 주민의 醫療接近度를 높이는데 진료소가 큰 역할을 하여 왔으나 진료소에 배치된 보건진료원의 업무는 진료원 배치 초기부터 현재까지 질병예방, 치료, 재활과 건강증진서비스 중에서 診療業務에 치우쳐 있다 (표 4-8, 부록표 14 참조).

표 4-8. 보건진료원의 업무내역별 활동비율

(단위: %)

업무내역	조사연도				
	1982 ¹⁾	1983 ²⁾	1987 ³⁾	1988 ⁴⁾	1991 ⁵⁾
진료업무	78.7	58.6	63.1	45.2	71.7
보건교육	-	18.8	5.8	8.1	18.6
모성보건	3.8	2.7	8.2	4.2	0.5
영유아보건, 예방접종	11.4	9.8	1.7	7.0	5.0
가족계획	4.1	6.3	6.2	5.2	1.0
결핵관리	2.0	2.5	1.8	-	0.8
환경위생관리	-	1.3	1.1	5.9	-
기타*	-	-	12.0	24.4	2.4
합 계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* 기타: 구강보건상담, 건강상담, 환자의뢰 등

자료: 1) 박승자, 보건진료원의 환자의뢰 활동에 관한 실태조사, 서울대 보건대학원, 1983. (전국보건진료원 240명)

2) 김진순, 한국의 일차보건의료사업 추진에 있어서 보건진료원의 업무수행에 관한 분석적 연구, 1984. (전국 보건진료원 279명)

3) 강복수, 일차보건진료에 기초한 지역보건의료체제, 영남의대학보지, 5(1), 1988. (경북지역 보건진료원 26명)

4) 차경미, 영일군 보건진료원의 활동계획을 위한 기초조사, 중앙의학, 53(1), 1988. (경북지역 보건진료원 22명)

5) 보건사회부, 보건사회백서, 1992, p 162. (1991년 전국 보건진료소 사업실적에서 산출)

본 연구에 全國 郡地域 보건소의 보건진료소당 月平均 事業實績을 보면 환자진료가 月 284.5件(1日 平均 11.4件)이며 保健教育, 영유아관리, 상담, 가족계획 등의 豫防業務는 月 110.4件(1일 평균 4.9건)으로 診療業務가 72.0%를 차지하는 것으로 나타나고 있다(표 4-9 참조)

표 4-9. 보건진료소 1개소 당 월평균 사업실적

	사업실적	%
계	394.9	100.0
진료부문		
환자진료(연인원)	284.5	72.0
예방부문		
보건교육	70.9	17.9
모성보건	2.0	0.5
영유아보건, 예방접종	21.2	5.4
가족계획	3.9	1.0
결핵관리	2.6	0.7
구강보건상담	8.2	2.1
위생업무	1.6	0.4

4) 保健診療所の 運營

보건진료소의 운영은 거의 독립적이며 자율적으로 운영되어 왔다. 농특법 제 21조에 의거하여 지방자치단체의 준칙인 '保健診療所 設置 및 管理運營條例'에 운영협회의 설치운영을 규정하고 있다. 운영협회의 기능은 진료소의 운영지원과 운영에 관한 건의, 진료소 회계감사, 보건진료원의 服務에 관련된 사항 등 진료소 운영전반에 관여하도록 되어 있다. 농특법 제 22조에 의하면 국가와 道는 郡에 대하여 보건진료소 運營費와 附帶費의 일부를 보조하도록 되어 있다. 이 경우 國庫補助金은 설치비와 부대비의 3분의 2以內로 하고 道費補助金은 설치비와 부대비의 3분의 1以內로 한다고 되어 있다.

실제로 보건진료소의 운영상태를 보면 1990년도 보건진료소의 운영비 조달방법은 道마다 다소 차이가 있으나 전체수입중 診療費 收入이 78.0%-88.9%, 국고 및 지방비 지원금이 0.4%-8.6% 였고, 지역별로는 島嶼地域이 운영비 자체 재원조달이 어려운 곳으로 나타났다.⁵⁸⁾ 따라서 현행 보건진료소 설치운영 체제를 유지하는 경우에 보건진료원이 진료활동에 치우치지 않고 건강증진 및 질병예방을 위한 교육과 지역사회 활동을 보다 강화하기 위해서는 보건진료소 운영비의 확보를 위한 追加 財源의 지원이 필요하다.

보건진료소 運營協議會에 대한 보건진료원의 태도를 조사한 결과⁵⁹⁾ 를 보면 협의회는 보건진료소 운영에 도움을 준다고 응답한 경우가 16.0% 였고, 64.4%가 별로 도움이 안된다. 19.5%가 전혀 도움이 안된다는 의견을 가진 것으로 나타나고 있어 운영협의회에 대해 否定的인 視覺을 가진 견해가 많음을 알 수 있다. 보건진료원의 신분이 정규직화 된 단계에서 보건진료소 운영협의회는 진료소 운영에 직접 관여하기 보다는 支援機構로써 기능이 변화되어야 할 것으로 보인다.

4.2.2. 保健診療所 改善 方案

1) 保健所長의 見解

본 연구에서 일선보건사업을 지휘 총괄하는 保健所長이 생각하는 보건진료소 活性化 方案에 대하여 주관식 문항을 통하여 수렴한 결과는 표 4-10과 같다. 보건진료소 組織 및 運營 측면에서는 ① 운영비의 지원 확대 필요 ② 군보건소에서 직접 진료소 관리 운영 ③ 운영협의회 폐지 또는 기능 재정비 ④ 보조인력의 확보로 소외 활동여건을 만들어 예방보건업무를 수행하게 하여야 한다는 의견 ⑤ 보건진료소의 시설, 환경 개선 ⑥ 보건진료소의 기

58) 김진순 외, 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구, 1991, pp 36-37

59) 김진순 외, 전게서, 1991, p 38, p 251.

표 4-10. 보건진료소 활성화 방안에 대한 보건소장의 의견

(N=107)

보건진료소 조직·운영 측면	응답수	응답율*
· 재정지원 확대 (국고 지원 확대 등)	43	40.2
· 군 보건소에서 진료소 운영, 관리	35	32.7
· 운영협의회 개편(폐지 또는 기능 축소)	34	31.8
· 보조인력 채용을 통한 소외 서비스 활동추진	21	19.6%
· 시설, 환경개선 (숙소독립 등)	9	8.4
· 보건지소에서 관할 (지소의 기능보강을 통한 지소와의 업무연계 등)	6	5.6
· 시설비 국고지원 확대	5	4.7
· 보건소 사업과의 연계를 통한 기술지원	5	4.7
· 진료범위 확대, 진료사용약품 확대	4	3.8
· 진료원 책임하에 독립 운영	4	3.7
· 보건진료원 직제, 지침서 등의 확립, 시달 을 통한 책임운영 실시	4	3.7
· 관리운영 방식 개선 (예산, 관리운영의 효율화)	3	2.8
· 진료수가 현실화	3	2.8
· 마을건강원의 활성화를 통한 지역보건 모니터링망 구축	2	1.9
· 보건소에 진료소 전담인력 배치, 공석진료소 보충	2	1.9
· 시설보수비의 군·읍면 공동부담	2	1.9
· 진료수입의 군 세입화	2	1.9
· 1차 지도감독 읍·면장 관리 2차 지도감독 군수체계 확립	2	1.9
· 운영협의회 강화	2	1.9
· 특별회계법에 의한 운영	2	1.9

*군지역 보건소장 107명중 해당의견을 제시한 소장의 비율(%)

표 4-10. <계속>

(N=107)

보건진료소 업무 수행범위, 영역	응답수	응답율*
· 현지출장, 보건교육 상담으로 조정	24	22.4
· 예방사업, 가족계획, 모자보건중심 실시	22	20.6
· 진료기능 강화	9	8.4
· 가정간호사업 실시	8	7.5
· 포괄적 1차 보건의료 제공	7	6.5
· 진료사용 약품 확대	6	5.6
· 성인병, 노인관리 중점	4	3.7
· 환경 및 영양개선	1	0.9
· 기타	14	13.1

*군지역 보건소장 107명중 해당의견을 제시한 소장의 비율(%)

능보강을 통해 보건진료소에서 진료소 관할 및 지도 및 감독 ⑦ 보건진료원 직제 및 지침 확립을 통한 책임운영 강화 등의 順으로 意見이 개진되고 있다. 이외에 마을건강원의 활성화를 통한 지역내 保健모니터링망을 구축, 보건소내에 보건진료원을 전담할 선임진료원 배치 등의 의견이 제기되었다. 즉 보건진료소의 운영을 보건소가 직접 관장하며, 재정지원 확대가 필요하다는 것이 보건소장측의 주요 견해로 나타나고 있다.

보건진료소가 수행하여야 할 업무수행 領域으로는 ① 保健教育·相談 ② 豫防保健事業 ③ 診療機能 強化 ④ 家庭看護事業 ⑤ 포괄적인 1次保健業務 ⑥ 成人病, 老人管理 ⑦ 環境 및 營養改善 順으로 의견이 제시되어 보다 건강증진 및 예방업무 활동을 확대할 필요가 있다는 견해를 나타내고 있다.

2) 기존 研究의 政策 建議事項

기존의 보건진료원에 대한 연구는 거의 看護學界에서 이루어져 왔기 때문에 보건진료원의 업무성과에 대한 평가와 제도개선에 관한 사항은 보건진료원 편에서 있어 객관성이 결여된 부분이 있으나 최근의 보건진료원 제도개선에 관하여 공통적으로 제시되고 있는 논의는 다음과 같다.

- ① 보건진료소가 Entry Point가 되는 健康管理體系 확립
- ② 보건진료원의 기능을 치료중심의 활동에서 앞으로는 疾病早期發見, 健康增進, 再活 등의 豫防保健活動으로 기능 변화 필요
- ③ 老人人口의 一次건강관리담당자, 慢性疾患 환자관리담당자로 활용
- ④ ①-③을 위하여 진료원 직무교육은 1次 진료영역 위주에서 건강증진사업 영역의 확대와 이에 따른 새로운 業務指針書의 개발 필요
- ⑤ 공무원화에 따라 自律性 보장장치의 필요

3) 保健診療所 改編方案

본 연구에서는 一線 實務者의 의견과 기존 연구의 개선안을 검토하고 특히 읍·면 보건인력간의 地域保健運營 管理體系가 통합 조정될 수 있는 방향에서 보건진료소의 개편방안을 제시하고자 한다.

그 기본방향은 ① 1次보건의로 활동의 質的인 관리를 위하여 依賴체계를 확립 ② 군보건소와 보건지소 기능보완을 통해 보건소, 보건지소를 구심점으로 주민건강관리 사업계획의 共同樹立과 보건의료프로그램 共同運營 추진 ③ 보건진료소에 국한된 보건진료원의 활동장소를 1차보건의료 전반관리자로서 病院, 保健所, 保健支所, 老人療養所 등으로 확대

위의 기본방향에 따라 보건진료원의 개편방안을 제시하면 다음과 같다.

가. 保健診療所 運營體系

첫째, 보건지소 개편방안에서 제시한 바와 같이 읍·면지역 단위의 보건의료 인력은 保健支所를 구심점으로 재편성하여 보건진료소는 部落單位의 一種의 保健支所의 分所역할을 하도록 하고 보건지소장의 지휘, 감독을 받도록 개편하여 地域擔當制로 豫防保健事業과 家庭看護事業을 共同으로 수행하도록 한다. 이 경우 보건진료소가 보건지소와 동일 生活圈으로 인접되어 있는 곳은 지소와 통합하여 운영하며, 진료원의 역할은 보다 예방사업에 주력되어야 할 것이다(도표 4-3 참조).

둘째, 보건진료소 운영협의회는 진료원의 정규직화에 따라 기존 기능의 의미가 희석되고 있고 보건지소 운영지원협의회의 구성원과 중복되고 있으므로 폐지하고, 保健支所 單位의 '地域醫療協議會'에 통합되어야 할 것이다.

셋째, 보건지소, 보건진료소가 지역병원과 契約하여 실질적인 依賴體系를 수립한다. 依賴에는 환자의 의뢰와 逆依賴, 檢査依賴, 정기적 補修敎育과 技術指導 등이 포함되며, 地域病院은 住民生活圈 중심으로 인접병원 우선원칙보다는 대학병원등 병원의 規模, 人的資源과 臨床訓練能力에 대한 평가에 따라 선정되어야 할 것이다.

나. 保健診療員의 機能 轉換

보건진료원이 개발 수행해야 할 업무영역으로는 보건지소 인력과 공동의 업무활동을 전개할 경우 앞장의 보건지소 기능전환 내용과 동일하며, 이를 위

해 선행되어야 할 사항들도 공통적이라고 볼 수 있다.

이외에 보건진료원 활용방안의 일환으로 보건진료원의 활동영역을 보건진료소에서 나아가 保健所, 保健支所, 長期疾患 患者管理施設, 産業場의 1次健康管理 施設까지 확대할 수 있는 제도수립의 추진을 통하여 이미 양성된 보건진료원이 활용되어야 할 것이다

다. 島嶼地域의 保健診療員 配置 擴大

7차 경제사회개발 5개년 계획인 ‘島嶼地域의 醫療接近度를 제고하기 위한 200人 以上 島嶼地域 保健診療所 설치’를 적극 추진한다. 단 인력확보의 어려움을 해결하기 위해서는 현지 주민을 養成하여 배치하고, 진료소의 원활한 운영을 위하여 도서지역에는 국고 및 지방비 재원을 우선적으로 배정하여야 할 것이다.

라. 마을健康員의 活性化

지역주민의 참여는 共同體 意識이 있는 部落單位에서 마을건강원을 활성화시켜 보건진료원과 連繫될 수 있도록 하며, 이들을 활용하여 地域의 保健모니터링網을 구축한다.

第 5 章 外國의 保健所 組織 및 機能 考察

各國의 保健所의 組織과 機能은 各國의 政治的, 經濟的, 社會文化的 要因에 따라 다르게 발달한 保健醫療體系에 따라 國家마다 相異한 形態를 가지기 때문에 保健所란 조직이 定型化되어 있지 않다.

‘保健所’의 意味는 일반적으로 입원환자에게 의료서비스를 제공하는 병원과 구분하여 通院서비스(ambulatory care)를 제공하는 기관으로서 설립목적, 기능, 인력구성과 관리방식이 국가마다 다르며 한 국가내에서도 다양한 형태를 가지고 있다.⁶⁰⁾

本 報告書에서는 우리나라의 보건소 성장에 큰 영향을 미쳐온 美國과 日本, 아울러 國民保健制度(National Health Service)를 가지고 豫防을 포함한 포괄적인 보건의료서비스를 국가가 보장하고 있는 英國의 보건소의 기능과 조직에 대한 내용과 보건소제도에 영향을 미친 보건의료제도에 대한 내용을 간략히 보고자 하였다.

5.1. 日本의 保健行政體系와 保健所 組織 및 機能

5.1.1. 日本의 保健醫療制度의 基本 特徵

日本은 1991년 人口가 1억 2천 4백만명이며 平均壽命이 세계에서 가장 높고, 65歲 以上 人口가 12.6%를 차지하는 국가이다.⁶¹⁾ 행정구역은 47개의 都,

60) Roemer, Milton I. *Evaluation of Community Health Centers*, Public Health Papers 48, WHO Geneva, 1978, pp 7-11.

61) 厚生統計協會, 國民衛生의 動向, 39권 9호, 1992, pp 36-37, p 73.

道, 府, 縣과 3,268개의 市, 町, 村 으로 나누어져 있으며, 地方政府의 長은 直接選舉에 의해 選出되어진다. 그러나 국가정책은 주로 中央執權化되어 있으며, 이는 民族의 同質性和 함께 일본사회를 극단적으로 劃一化 하고 凝集力있게 하는 결과를 낳았다.

醫療서비스의 供給이 民間에 치우쳐 있으나 厚生省은 公共豫防 健康事業의 수행에 항상 적극적으로 介入하였으며 地方政府의 保健部署나 環境 및 豫防保健에 책임이 있는 850개의 건강센터 시스템을 통한 밀접한 통제를 계속해 왔다.⁶²⁾ 중앙정부는 縣에 강한 영향력을 가지고 있고 縣의 보건부서장의 1/2 이상을 후생성이 임명한다.

健康診斷과 家庭看護 分野가 정부 補助시스템으로 시작되어 후생성이 일정한 허가요건을 갖추면 전체 費用의 1/3 정도를 보조해 주고 그 나머지는 縣과 市, 町, 村 에서 균등하게 보조하고 있다. 따라서 건강예방정책이 健康診斷에 집중되어 있는 경향을 낳고 그 결과 건강진단이 일반화되어서 모든 일본인이 一年에 平均 1回 정도의 건강진단을 받고 있는 것으로 나타나고 있다.

또하나의 일본 보건행정의 특징은 縣(縣)의 보건과의 課長은 醫師 및 一般行政家이며 縣의 醫師課長은 中央과 地方의 인사교류에 의한 전원 중앙정부(후생성)출신이다. 보건과 밑의 16개 계장도 인사교류에 의하여 中央과 地方에 交流勤務한다. 경우에 따라서는 縣의 公務員이 政策決定 教育課程을 研修하기 위하여 중앙정부에 職責을 가지고 정책결정에 關與 할 수가 있다. 중앙과 지방의 인사교류는 정보교류는 물론, 서비스 시스템의 效率의인 기능을 높이는데 기여 하고 있다.

62)의료보험연합회, 외국의료보험제도의 경험과 교훈. 1990, pp 192-253

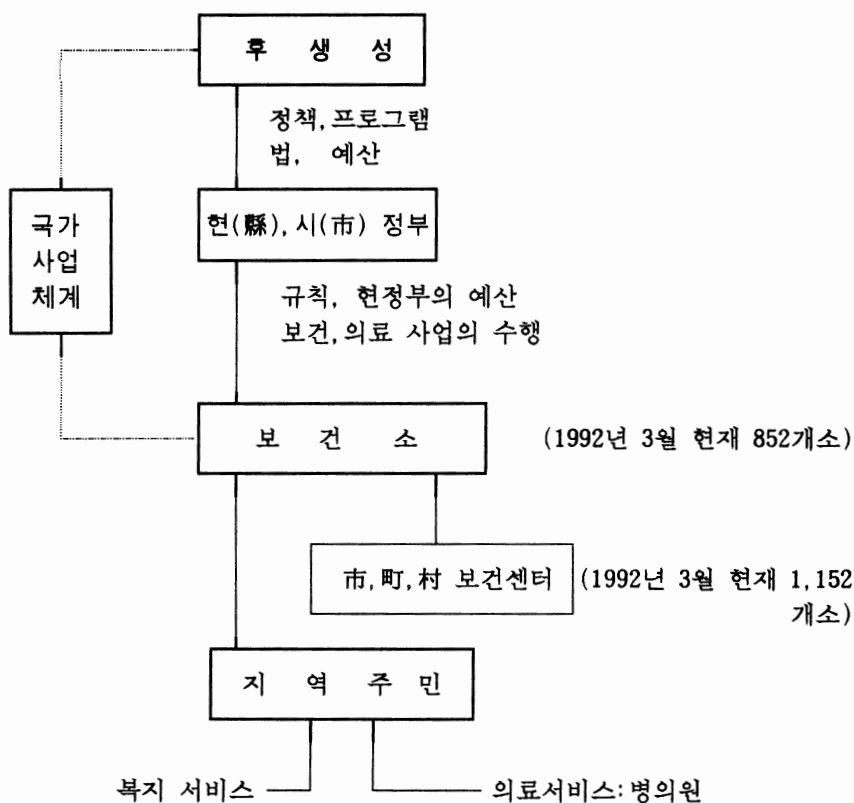


그림 5-1. 日本의 保健行政 體系⁶³⁾

63) Japan International Cooperation Agency, *National Health Administration in Japan, Vol I: Health Administration and Organization*, 1992, p 39, p 45.)

5.1.2. 保健所

1937년 保健所法이 制定되어 일선 보건행정기관으로 37개의 보건소가 설립되었고 1947년 보건소법을 全面 改正하여 보건소가 지역내의 보건에 관한 사업의 관리, 감독기능을 갖도록 하여 오늘날과 같은 보건소 체제를 마련하였다.

1) 保健所 類型

보건소의 설치는 47개 都道府縣, 32개 대도시(政令市), 23개 東京 特別區가 주체가 되어 1992년 3월 현재 전국에 852개의 보건소(都道府縣에 636, 大都市 163, 特別區 53)가 있으며⁶⁴⁾, 평균 管轄人口는 145,000명(최소 9,970명, 최대 157,000명)으로 地域에 따라 5가지 形態로 구분하고 다시 人口規模에 따라 5단계로 나누어 全國적으로 15가지 類型으로 구분되며(표 5-1 참조), 각 유형별로 業務運營의 기준이 시달 되고 있다(표 5-2 참조).

도시형(U 형) : 도시보건소

중간형(UR 형) : 도시와 농촌의 중간형 보건소

농어촌형(R 형) : 농촌보건소

광역형(L 형) : 인구가 희박한 오벽지 보건소

지소형(S 형) : 인구 30,000명 이하의 보건소

64) 厚生統計協會, 전게서, 1992, p 16.

표 5-1. 일본 보건소의 유형별 분포

구분	U형	UR형	R형	L형	S형	계
I (인구 250천명 이상)	74	48	-	-	-	122
II (인구 175-250천명)	67	42	17	-	-	126
III (인구 125-175천명)	76	14	57	-	-	147
IV (인구 75-125천명)	58	-	154	18	-	230
V (인구 30- 75천명)	23	-	66	95	-	184
S 형	-	-	-	-	39	39
계	298	104	294	113	39	848

2) 保健所の 設備 및 機資材

設備 : (1) 보건지도 및 서비스실..... 결핵실, 모자보건실, 고혈압및 위장암
과 같은 성인병실, 정신보건실, 구강보건실, 집단지도실

(2) X-ray 검사실..... X-ray 촬영기(직접촬영기, scanning),
X-ray 사진 보관실, 암실 등

(3) 임상병리검사실

(4) 행정사무실

(5) 회의실 강의실, 회의실, 전시실 등

(6) 영양 전시실(요리실)

機資材 : (1) X-ray 기구..... Mobile-type 진단기, Fixed-type진단기,
Layer Radiographic Apparatus

(2) Electrocardiogram

(3) Retinoscope, retinocamera

- (4) Sphygmometer
- (5) 치과기구
- (6) 현미경, centrifuge
- (7) 소독기구
- (8) 차량
- (9) 영양지도를 위한 Mobile kitchen vehicle
- (10) 암발견을 위한 이동 X-ray 차량

3) 日本 保健所の 組織⁶⁵⁾

일본의 보건소 조직은 여러가지 형태를 취하고 있는데 가장 일반적인 보건소의 조직은 아래 표와 같다. 보건소에 따라서는 優生保護相談所와 生活科學센터를 설치하여 보건소직원이 업무를 竝行하여 수행하고 있으며, 보건소를 지원하는 附屬機關으로 保健所運營協議會, 結核診斷協議會, 營養相談所가 설치되어 있다. 보건소운영협의회는 관내 관계행정기관, 의료관계단체, 학교, 사회복지시설의 代表者와 專門家로 구성되는데 대도시 보건소에는 보건소 구역마다 설치되어 있지 않고 전체 대도시에 1개의 운영협의회가 共同으로 운영된다.

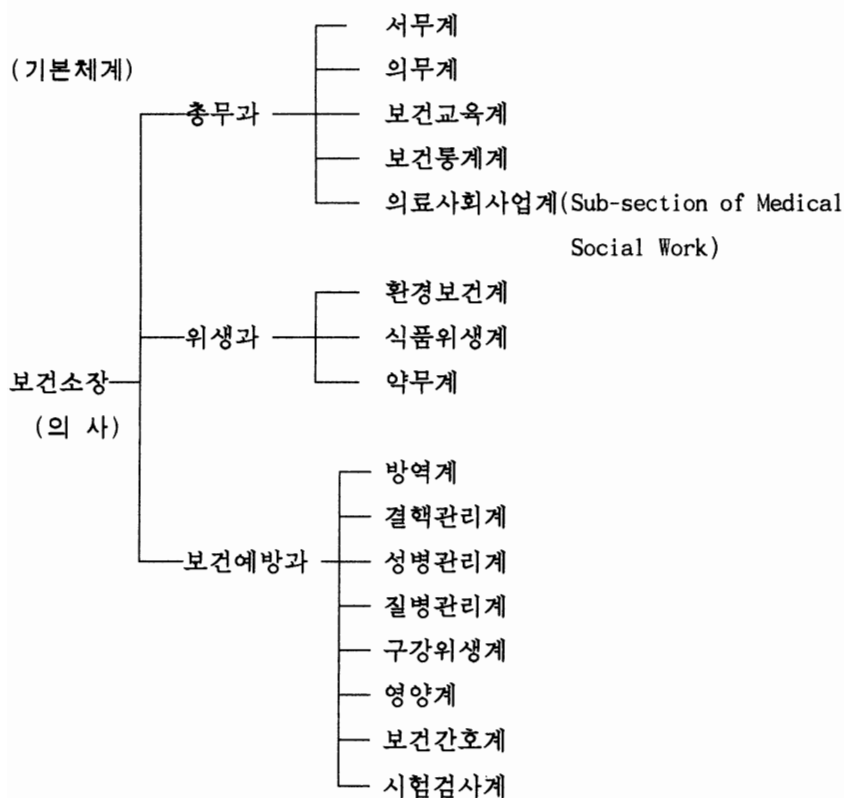
4) 保健所の 人力과 組織體系

人力:

- | | |
|-----------|--------------------------------------|
| (1) 의사 | (14) Sanitary engineering instructor |
| (2) 치과 의사 | (15) 보건통계사 |
| (3) 약사 | (16) Card-keeper |
| (4) 수의사 | (17) 보건교육사 |
| (5) 보건간호사 | (18) 의료사회사업요원 |

65) 西正美, 保健所 概論ノート, 일본공중위생협회, 1991, pp 63-69.

- | | |
|------------|--------------|
| (6) 임상간호사 | (19) 정신보건상담사 |
| (7) 조산사 | (20) 전염병관리사 |
| (8) 방사선기사 | (21) 결핵관리요원 |
| (9) 관리영양사 | (22) 행정요원 |
| (10) 영양사 | (23) 보안요원 |
| (11) 치과위생사 | (24) 운전기사 |
| (12) 병리기사 | (25) 식품위생감시원 |
| (13) 물리치료사 | (26) 食肉검사원 |



日本の保健所組織은 地方自治團體에 따라 다소 차이가 있는데
다음의 5가지 類型이 있다.

- a) 소 장
 - 총무과
 - 위생과
 - 보건예방과

- b) 소 장
 - 총무과
 - 위생과
 - 예방과
 - 보건간호과(실)

- c) 소 장
 - 총무과
 - 위생과
 - 예방과
 - 보급과

- d) 소 장
 - 총무과
 - 환경위생과
 - 식품위생과
 - 예방과
 - 보건간호과(실)

- e) 소 장
 - 총무과
 - 위생과
 - 공해과(실)
 - 검사와(실)
 - 예방과
 - 보건간호과(실)

5) 日本 保健所の 機能

일본의 보건소법 제 2조에 명시된 보건소의 기능은

1. 보건사상의 보급 및 향상에 관한 사항
2. 인구동태통계에 관한 사항
3. 영양개선 및 식품위생에 관한 사항
4. 주택, 상하수도, 폐기물의 처리, 청소, 기타 환경위생에 관한 사항
5. 보건간호부에 관한 사항
6. 공공 의료사업의 향상과 증진에 관한 사항
7. 모성, 영유아, 노인보건에 관한 사항
8. 치과위생에 관한 사항
9. 보건관리에 필요한 시험, 검사에 관한 사항
10. 정신보건에 관한 사항
11. 결핵, 성병, 전염병, 기타 질병의 예방에 관한 사항
12. 기타 지방의 공중보건의 향상과 증진에 관한 사항

으로 보건소의 주요기능은 다음과 같다.

(1) 健康診断

(2) 保健豫防業務

- 보건교육
- 결핵관리(예방)
- 정신보건 상담 및 증진
- 모자보건
- 구강위생
- 성병예방
- 고혈압, 위암 등의 성인병 관리
- 가정방문
- 영양지도 및 증진

* 보건소에서 제공되는 서비스는 전부 무료이다.

** 보건소에서 직접 치료서비스는 수행하지 않고 예방보건업무만을 수행하고 있다. 결핵치료, 정신질환치료, 성병진료, 신체장애자 치료등은 관련법에 의거하여 公費(public funds)를 지불하는 관리 역할만 수행한다.

< 保健所 豫防保健 프로그램의 例>

母子保健:

(1) 母性保健

A. 사춘기보건

- 성교육
- 건전모성 육성 프로그램 : 사춘기 보건 전화 상담, 사춘기 강좌 등
- 혼전학급, 신혼학급

B. 임신부 보건

- 임부교실, 모친학급
- 임부건강진단 : 모자보건수첩의 건강검진 쿠폰을 통하여 임신중 2회 의료기관에서 건강진단을 받으며 경비는 公費로 부담한다.
- B형 간염예방 대책
- 산후건강진단: 의료기관에 의뢰
- 임신부 방문지도
- 임신중독증 등의 영양간호 : 저소득층 임신부의 임신중독증, 임신부 당뇨증 환자는 일부경비를 公費로 보조받도록 한다.

(2) 영유아 保健

A. 신생아 보건

- 방문지도

- 미숙아 양육의료
- B형 간염 예방대책

B. 영아보건

- 건강진단 : 의료기관에 위탁(18개월과 만3세의 영유아에 대한 건강검진), 생후 3-6개월에 1회, 생후 9-11개월에 1회의 건강검진비용을 정부가 부담)
- 특수건강진단, 건강상담 : 신경아세포종 조기발견 대책, 신체기능 장애아동 진찰, 상담, 발육지도
- 육아교실

C. 아동보건

- 1년 6개월 아동 건강진단
- 3세아 건강진단
- 아동정신발달 상담
- 소아천식 교실 등

D. 기타

- 지체부자유아, 시각 및 청각장애아, 언어장애아에 대한 의료비지급
- 신체장애아의 보장구 지급
- 소아만성특정질환의 치료연구

(3) 學齡期兒童

- 학교보건과의 연계
- 결핵아동 관리

(4) 靑少年保健

- 성년건강조사

(5) 成人保健, 老人保健

A. 순환기계 질환관리

- 순환기질환 관리
- 순환기질환 등록

B. 암검진

- 위암검진
- 자궁암 검진
- 기타 암 검진
- 암 등록관리

C. 당뇨병관리 및 보건지도

D. 노인정신위생 상담

E. 노인보건조사사업

F. 노인보건연락 협의회

G. 노인보건강좌 및 가정간호 개호(介護)강습회

(6) 健康増進對策

A. 영양개선 : 보건소에 1-2명의 영양사가 배치되어

- ① 영양지도 및 임상적인 지침 제공 (임부, 수유부, 영아, 미취학 아동, 만성병 및 성인병환자 대상)

- ② 영양교육 (시범조리, 토론 등을 통한)

- ③ 영양지도 이동서비스

- ④ 단체급식지도(병원, 학교, 복지기관 등)

- ⑤ 영양조사 실시

- 지역 영양개선 : 영양조사, 영양교실, 영양지도 차량의 순회지도, 식생활 개선 추진협의회

- 집단급식지도

- 조리사 지도

B. 건강 가꾸기 추진사업

- 비만예방교실

- 고혈압 관리교실

- 영양개선 교실

- 건강교육

(2) 試驗檢査業務(Health laboratory services)

(3) 傳染病 疾患管理

전염병(특히, 법정 전염병 및 quarantinable diseases) 발생시 관리

(4) 食品衛生指導 및 環境衛生管理

- 식품 및 환경위생에 관련된 사업소나 기관의 인허가 및 업소등록관리
(이미용업소, 호텔, 여관, 영화관, 음식점, 목욕탕 등)
- 식품제조 및 환경위생에 관련된 사업소의 위생에 관한 기술업무
(night soil, 쓰레기, 상하수의 위생에 대한 현지도 감독 등)

담당: Sanitation inspector, Environmental sanitation inspector,
Environmental sanitation instructor, Meat inspector 등이 관리

(5) 醫藥管理

- 의약업소 인허가
- 의약업소의 medical care 에 대한 기준관리 등
- 약국, 제조업소 인허가 및 관리
- 조산소, massage 업소, public nursing 관리

(6) 關聯機關의 보건프로그램 지도 감독

市, 井, 村의 보건프로그램에 대한 행정적 기술적 지도 및 감독, 지방
교육청을 통한 국민학교 및 중학교의 학교보건 프로그램과의 연계,
개인업체의 보건업무를 지도 감독한다.

(7) 自願團體의 保健事業 支援管理

(8) 生政統計業務

- 매월 縣(prefectural)의 보건과에 생정통계, 전염병 데이터를 제표,
정리하여 보낸다.
- notifiable diseases 환자발생은 지역의 의사가 보건소에 보고하며
縣의 보건과에 보내져서 매달 厚生省에 보고하도록 되어있음.

* 담당: health statistician, cardkeeper

6) 保健所の 豫算

- 보건소는 地方政府와 國家의 財政支援을 받는다.
 - 국고지원금은 2가지 범주임.
 - i) 보건소법에 근거한 보건소 subsidy
 - ii) 다른 관련법에 근거한 project subsidy
 - 정부는 보건소 운영비를 정기 또는 비정기적으로 지원할 책임이 있다.
 - 보건소가 새로 신축되는 경우 국가가 건축비와 장비비의 1/2을 지원하고 운영비의 1/3을 보조하고 지방정부가 나머지를 충당한다.
- (1987년 국고 지원금은 US \$ 170 million)

7) 保健所の 課題 및 展望

- 다가오는 高齢者 사회로 인하여 질병구조는 전염병에서 만성질환으로 전환되었다.
- 지역보건사업에 있어서는 精神疾患者를 위한 서비스가 가장 중요한 문제가 되고 있으며 동시에 효율적이고 효과적인 보건의료 공급체계의 확립이 중요하게 되어 가고 있다.

(1) 老齡者를 위한 보건서비스

‘노인을 위한 保健醫療法(Law of Health and Medical Services for Aged)’이 제정된 이래 보건소는 이들에 대한 서비스를 수행하기 위해 장비를 보강하고 있으며 인력도 충원하고 있다(예: public health nurses). 노인성 치매가 가장 심각한 문제로서 병원치료 뿐 아니라 보건소가 역할을 할 수 있는 사회적인 지원책도 요청되고 있다.

(2) 精神保健

정신질환 치료는 공공비용으로 제공됨. 정신보건법의 개정에 따라 입원

서비스의 질적 관리, 재활 등이 더욱 개발되고 있다. 보건소는 정신보건센터와 협동으로 정신질환자를 지역사회내에서 치료 받도록 하고 있다.

(3) 地域醫療 計劃

의료시스템에 대한 재평가가 진행중이며 첫단계로 1985년 의료법을 개정하여 의료의 체계적인 공급을 위한 지역의료계획(Plan)을 세우고 있다.

8) 關聯機關

(1) Local Health Laboratories

보건소 검사실에서 할 수 없는 고도의 기술적인 검사업무를 통하여 보건소를 지원하고 있다. 1990년 3월 현재 47개가 縣,市에 설치되어 있다.

(2) 福祉事務所

복지사무소는 의료가 필요한 대상에게 보건소와 협력하여 혜택을 주고 있다.(예: 복지사무소는 보건소와 협력하여 public funds를 결핵환자 치료에 배분하고 있음.)

1990년 6월 현재 전국에 1,179개의 복지사무소가 설치되어 있음.

(3) 兒童相談所

1948년 아동복지법에 근거하여 설립되어 모든 縣과 市는 의무적으로 Child Guidance Center를 설치하도록 되어 있음. 1991년 5월 현재 전국에 171개소가 있음.

주요 기능은 가정, 학교, 보건소, 병원에서 의뢰된 아동에게

- ① 아동과 부모에게 정신적, 심리적, 사회적 상태에 따라서 상담, 심리요법을 제공
- ②필요한 아동에게 보호나 훈련 제공(탁아소와는 별도)
- ③센터에 부설된 임시 보호시설에 필요한 아동의 임시 보호와 관찰

(4) 精神衛生센터

1965년 정신보건법이 개정되면서 Mental Health Center는 법적으로 폐쇄되었고 현재는 자원기관(voluntary basis)으로 있음.

후생성 산하의 국립정신보건연구소에서 기술적으로 지원하고 있으며 1991년 6월 현재 전국에 44개소가 있음.

(5) 母子保健센터

설립초기에는 의료취약지역에서 시설분만을 유도하고 가족계획사업에 공헌하였으나 근래에는 보건교육기능을 위주로 기능을 전환하였으며 일부 지역에서는 지역보건소(Community Health Center)로 변경됨.

모자보건에 대한 각종 상담 및 지도와 육아지도를 수행하고 있으며 1990년 3월 현재 전국 市, 町, 村에 576개소가 설치되어 있음.

(6) 市, 町, 村 保健센터

1978년부터 市, 町, 村 이 일차수준의 건강상담, 건강검진(1차진료, 검사), 보건교육, 지역사회 자원조직 지원을 위하여 보건간호사(保健婦)를 배치한 地域保健센터로 1992년 3월 현재 전국적으로 1,152개소가 있음.

표 5-2. 일본의 보건소 유형별 업무운영의 예

	도시(U)형 보건소	중간(UR)형 보건소	농촌(R)형 보건소	광역(L)형 보건소
건강상담	1. 건강상담(영양지도 포함)의 실시, 가능한한 관내 의료기관 및 단체활동에 위임 2. 중점대상은 중소기업, 저소득층 3. 질병의 치료상담, 정신보건상담 등 건강상담 강화	도시형과 농촌형의 방침을 지역실정을 고려하여 운용	1. 건강상담, 소외상담 강화 2. 농·어촌, 산촌 등의 지역의 특유한 질병을 고려한 건강상담 실시 3. 질병치료상담, 정신보건 상담 등을 정기적으로 실시	1. 소내 건강상담은 최소로 하고 소외 건강상담강화 2. 의료기관 및 관련단체의 의료활동과 연결하여 이동 보건소 활동 강화
집단검진	1. 집단검진 실시는 관내 보건의료기관 및 단체에 위탁 2. 중점대상은 중소기업, 저소득층	上同	1. 지역의료기관과 관련 단체의 상황에 따라 집단검진 실시 분담 2. 농·어촌, 산촌의 특유한 질병 대책을 고려하여 다각적인 집단검진 실시	1. 집단 검진실시의 중심이 되는 의료기관 및 단체와의 공동활동 강화 2. 농·어촌, 산촌의 지역특성에 맞는 질병대책과 의료혜택을 받지 못하는 지역에 대한 활동 강화
보건간호 활동	1. 일반지역의 보건간호활동은 보건소가 주체 2. 대상은 중소기업과 저소득층에 중점을 둠	上同	1. 시정촌의 지역의료보험과 보건시설 등과의 공동계획에 기초하여 지역활동 계획 2. 상황에 따라 보건소 보건간호사의 지역주체제 실시	1. R형에 준함 2. 보건소의 보건간호사의 주체제를 원칙으로 함
환경위생 및 식품위생의 지도, 감독	1. 공중위생 관계자의 영업시설, 급식시설 등의 감시, 지도 2. 공해 및 주거위생에 관하여 대책강화	上同	간이상수도 및 농·어촌, 산촌의 특수질병과 해충제거 대책 등 강화	1. 주거를 중심으로 생활환경의 개선대책 강화 2. R형에 준함
	* 관광지에 관해서는 R형에 준함			

표 5-2. <계속>

	도시(U)형 보건소	중간(UR)형 보건소	농촌(R)형 보건소	광역(L)형 보건소
시험검사	1. 식품위생 환경위생 업무의 과학화를 위한 설비 및 인원 강화	上同	일선 시험검사설비의 표준화	R형에 준함 의료관계자의 편의 도모
	*인구 50만을 단위로 하는 블록별로 시험검사 설비의 집중화 하여 이용에 효율도모			
地球조직 활동에 대한 지도	도시에 집중된 의료, 복지, 산업체, 문화시설 등 사회자원과의 연계 지도 강화	上同	1. 시정촌 또는 부락단위의 地球 조직 활동 추진	1. 부락단위의 地球조직 활동 추진 2. R형의 2에 준함
영양지도	1. 개별지도는 의료기관, 단체 등의 활동에 위임 2. 부인단체, 청소년단체, 학부모 모 임을 대상으로 영양지식의 보급 과 계몽 실시 3. 중소기업자, 저소득층 중점지도 4. 급식시설에 대한 식품위생, 환경 위생 감시와 병행하여 영양지도 실시 5. 학교급식 지도 강화	上同	1. 소외의 개별지도 강화 2. 지방특유의 영양결핍 내지는 질병에 관련한 영양지도 실시 3. 부인단체 등과의 연결, 地球조직 의 육성 4. 생활개량보급원, 농업개량보급원 과 연계 식생활개선 활동 추진 5. 학교급식, 농번기 협동취사 지도 강화 6. 학교급식에 영양사 배치 장려 7. 동절기의 식품가공, 저장 지도	1. 영양지도 차량을 활용 2. 건강상담, 집단검진에 영양상담을 병행 실시 3. 가정방문 지도 4. 부락단위의 地球조직을 육성 5. 계획재배에 의한 자가 농산물을 통해 다양한 식품섭취 유도 6. 학교급식 실시 지도, 지원 7. 농번기 협동취사, 협동가공 지도

5.2. 美國의 地方保健 組織과 機能

5.2.1. 美國의 保健醫療制度的 基本 特徵

美國은 1989년도 人口가 2억 4천 8백만명으로 65歲 以上 人口가 12.5%를 차지하는⁶⁶⁾ 高齡化 社會이다. 多民族의 聯邦國家이며 多元主義 國家로서 各州마다 다양한 社會保障 및 醫療制度를 가진 地方分權的인 特性을 강하게 내포하고 있는 국가이다. 또한 資本主義와 民主主義의 발달에 따라 民間部門의 역할이 큰 사회적 제도, 개인주의 전통에 바탕을 둔 自由放任主義, 開業醫들의 지속적인 公共保健事業과 政府關與의 反對 등의 사회문화적 배경으로 인하여 다른 先進國家와는 달리 全國的으로 同一하고 傳統이 확립된 진정한 의미의 국가 보건정책이란 존재하지 않는다.

건국 이래 보건의료 서비스에 대한 책임과 권한에 관한 사항들은 州와 地方政府의 고유권한으로 여겨져 왔다. 따라서 일정한 公共保健 組織과 體系를 갖고 있지 않다. 지역(州)에 따라 커다란 차이가 있으며 같은 州내에서도 County마다 양상이 다양하여 ^{67), 68), 69)} 미국의 보건의료제도를 一般化하기에는 항상 많은 예외사항과 위험이 뒤따른다.

66) UN, Demographic Yearbook 1991.

67) Jonas, Steven, *An Introduction to the U.S. Health Care System*, 3rd edition, Springer Publication Company, New York, 1992, pp 85, 102-105.

68) Stephen J.W., Paul R.T., *Introduction to Health Services*, 3rd edition, John Wiley & Sons Publication, Inc. 1988, PP 85-86.

69) Hanlon, J.J. *Principles of Public Health Administration*, 5th edition, C.V. Mosby Company, 1969, pp 215-221.

미국에서 公共保健서비스는 전통적으로 豫防業務에 치우쳐 있고, 公共保健組織이 직접 치료등의 진료서비스를 제공하는 것은 일부 사회의 貧民階層, 小數民族에게 국한되어 있다.⁷⁰⁾ 미국의 醫療保障制度의 특징은 전국민을 대상으로 하는 公的인 제도가 없으며 任意加入에 의한 現物給與 제도로 국민의 보건의료를 해결하고 있다. 근로자와 자영자를 대상으로 하는 HMOs 등의 民間保險 외에 미국의 醫療保障制度는 聯邦정부가 65세 이상의 老人과 身體障礙者를 대상으로 하는 Medicare 제도와, 州政府가 운영하는 우리나라의 醫療保護 제도와 유사한 低所得層을 대상으로 하는 Medicaid 제도가 있다. 그러나 Medicaid 酬價가 낮기 때문에 의사들이 Medicaid환자를 기피하는 傾向이 있어 미국은 아직도 수백만 低所得層의 의료접근이 어려운 실정이다.⁷¹⁾

5.2.2. 地方保健部 (Local Health Department : LHD)

1) 地方保健部の 類型(Pattern)

美國의 지방보건부의 유형은 크게 다음의 3가지로 구분된다. (i) Full service 型: 주로 都市地域의 LHD는 이웃 보건소(Community health center)를 운영 또는 지원하며 직접 지역보건사업을 企劃, 調整하고 지역보건소를 통해 주로 貧民들에게 通院서비스, 健康相談을 제공하며, 病院서비스와의 연결 역할을 한다. (ii) General entry level 型: 주로 農村地域의 LHD 유형으로 LHD는 다른 기관에 依頼를 통하여 相談과 病院서비스를 받도록 연계 역할을 한다. (iii) Categorical and Screening Services 型: LHD가 특정한 일부 機能, 즉 齒科, 兒童保健서비스, 母性保健서비스, 家族計劃 등의

70) 의료보험연합회, 외국의료보장제도의 경험과 교훈, 1990, p. 37.

71) 최근에는 Medicaid 수가가 비현실적으로 낮기 때문에 빈곤층이 의료혜택을 볼 수 있도록 각 주(州)마다 Medicaid 수가를 올리기 시작하는 추세이다.

‘categorical’ 서비스를 실시하고 기존의 서비스 조직과 연계를 통하여 健康 檢診 및 보건의료서비스를 받도록 하는 형태이다.⁷²⁾

2) 地方保健部の 行政體系

公共部門에서 住民에게 직접서비스를 주는 것은 County 의 地方政府 단계이다. 지방정부는 선거에 의하여 선출되거나 임명되는 行政首班(County Executive)이나⁷³⁾ 地方議會⁷⁴⁾가 지역보건조직을 갖추게 된다. 이방식도 2가지가 있다. 즉 County Health Department를 직접 운영하는 방식도 있고, 조직법에 의해 地方保健委員會(Local Board of Health, City Board of Health)를 두어서 여기서 별도로 County Health Department를 운영하는 방식이 있다. 지방보건위원회는 입법 및 정책결정 기능을 갖고 지방보건과의 責任者⁷⁵⁾를 임명한다(그림 5-2 참조).

規則을 발포하고 실제의 일을 하는 것은 地方保健部이며, 대방침에 대하여는 州保健委員會의로 부터 기준이 제시되는 경우가 많다. 지방보건위원회의

72) Miller, C. Arden & Moos, Merry-K., Local Health Department: Fifteen Case Studies, American Public Health Association, 1981, pp 15-16.

73) 입법과 행정권한이 행정부에 있는 County의 경우

74) 행정권과 입법권이 분리 되어 입법기능이 County 의회에 있는 County 의 경우

75) 지방보건과의 책임자는 지역마다 명칭이 상이하여 Public Health Coordinator, Director of Health, City Health Officer, County Health Officer, Commissioner of (Public) Health 등으로 불리운다. 또한 District Health Center는 Center의 장이 있는 경우도 있고 없는 경우도 있다. 이들의 자격도 지역마다 달라 의사가 될 수도 있고 비의사 보건전문가일 수도 있다.

임무는 지방의 醫師會라든가 地方住民의 의견을 행정에 반영시키도록 중개 역할을 한다.

County Health Department는 지역의 보건행정과 서비스를 제공하는 역할을 직접 수행하기도 하고⁷⁶⁾ 人口規模, 地域의 特性을 고려하여 County 밑의 市, 邑, 面 (City, Town, Township, borough등)지역을 몇개 묶어 Region이나 District로 구분하여 Regional Health Center(RHC) 또는 District Health Center(DHC)를 둔다. 이 보건행정구역은 一般의 地方行政區域과 반드시 일치하지는 않는다. 이것은 최저 인구 5만명 이상으로 어느 정도의 財政力을 갖춘 구역이기 때문이다. 그러나 오늘날에는 County 나, 시(City)와 County를 단위로 한 지역이 많아지고 있다.

市와 인접한 County지역의 보건행정을 共同的 保健委員會에서 관리하는 경우도 있다. 이것은 우리나라의 보건소가 市, 郡, 區에 행정단위로 일률적으로 설치되어 있는 것과는 다른 점으로 지역특성에 따라 보건소가 지방행정 단위의 여러 단계로 多層的으로 설치 되어 있으며 구역이 統合되어 있기도 하다.

3) 地方保健部の 人力(Staffing)

지방보건부의 人力構成은 지역의 특성에 따라 달리 구성되는데 대개 의사 또는 MPH, DrPH 등의 상당한 수준의 보건전문가인 長(Director)밑에 公衆保健專門醫醫師, 專門醫, 齒科醫, Nurse practioner, 看護員, 環境衛生 監視員, 環境衛生技士 및 事務員이 있고, 그 밖에 모자보건을 위하여는 助産員이 있는데, 時間制(part-time)로 비상근 임상가를 계약에 의해 고용하는 경우가 많아

76) 이러한 경우 보건소는 지방보건부의 건물 자체를 가리킴.

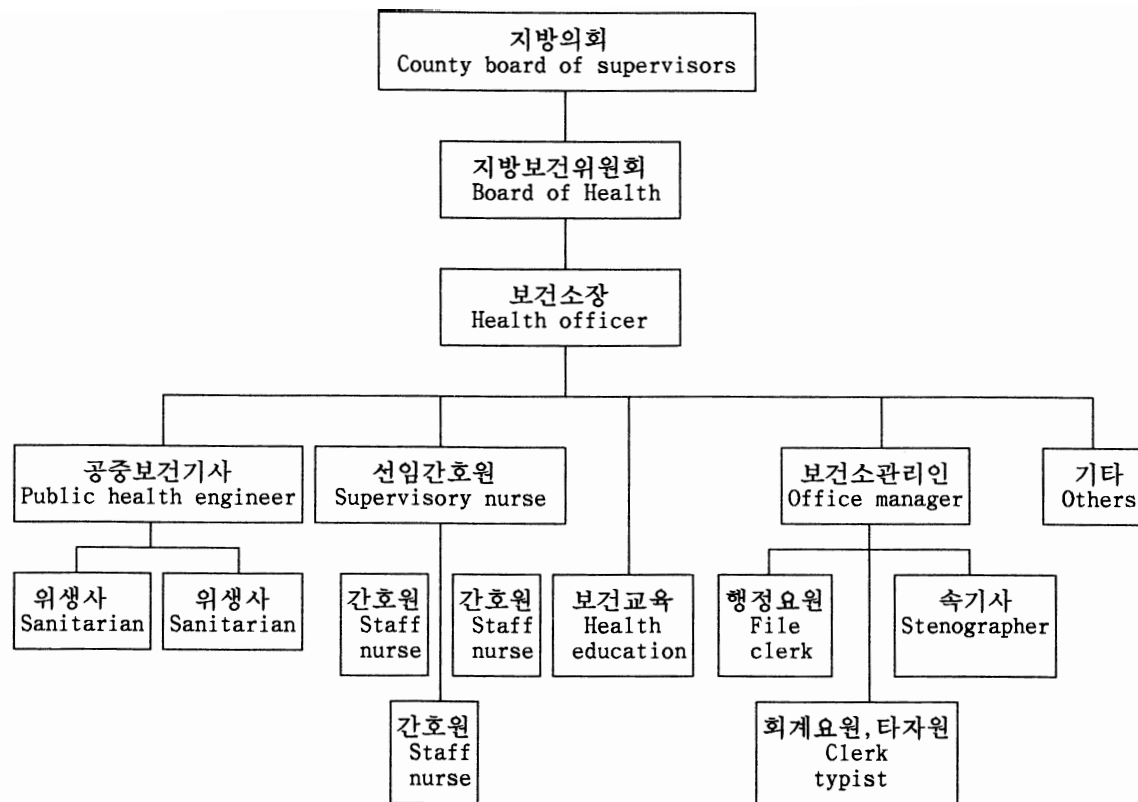


그림 5-2. 미국의 소규모 County의 보건조직 체계 一例

져 가고 있는 추세이다.⁷⁷⁾ 15개 지방보건부를 사례연구한 報告⁷⁸⁾에 따르면 LHD는 일반적으로 많은 수의 常勤醫師와 齒科醫師를 雇傭하고 있다. 예를 들면 Maricopa County의 LHD는 30명의 상근 전문의사를 고용하고 있고, Cincinnati는 80명의 의사를 고용하고 있으며 이중 16명이 상근의사로 되어 있다. Denver지역은 시립병원의사까지 포함하여 162여명의 상근의사를 고용하고 있으며 Seattle-King지역은 24명의 치과의사를 고용하고 있다. 이들 LHD의 醫師水準은 상당히 높아서 지역의 民間醫師가 어떤 專門領域에 대하여 LHD의 전문의사에게 患者를 依頼하기도 한다. Nurse practioner는 모든 지방보건부에서 고용하고 있는데 그 활용수준은 지역에 따라 차이가 많으며 상담을 위해 의사와 연계되어 있는 것이 특징이다. 看護員은 전통적인 예방보건업무와 가정방문 등에 주로 관여하고 있다.

1979년 조사에 의하면 미국의 全國的으로는 LHD의 平均人力은 35명인데 지역에 따라 차이가 많아 數名에서, 인구가 많은 지역은 數百名의 인력을 갖추고 있다. 대체로 1/3이 行政 및 支援部署에, 1/3이 看護人力, 1/4이 統計士이며 醫師人力은 30명당 한명꼴로 고용되어 있다.

4) 地方保健部の 機能

보건기획가들은 당초에는 英國과 같이 보건소를 地方의 豫防保健서비스와 民間 一般醫 事務室의 통합된 형태를 구상하였으나 민간의료의 팽창때문에 실현되지 못하였으며 민간부문에서는 治療서비스에 주력하고 있다.⁷⁹⁾ 또한 미국은 多元化된 사회이기 때문에 LHD의 명칭과 조직, 업무내용, 운영방식

77) Hanlon, J. J., 전게서, 1969, pp 219-220.

78) Miller, C. Arden & Moos, merry-K., 전게서, 1981, pp 30-31.

79) Roemer, Milton I., 전게서, 1978, p 19.

도 지역마다 차이가 많다. LHD는 지역에 따라 組織의 規模나 人力, 프로그램, 財政에 엄청난 차이가 있다. LHD가 病院이나 保健所, 保健支所, 이웃보건소를 직접 運營하거나 支援하기도 하고 일정한 公共 地方保健組織이 없는 州도 있다. 미국에서 LHD는 지역내의 여러 自願團體, 福祉機關, 警察, 市民團體, 지역병원, 開業醫 및 관련인사들과 밀접하게 연계되어 있기 때문에 이들 전체가 지역주민의 보건문제 해결에 관여되어 있다. 또한 보건업무가 LHD 외에도 病院의 貧民프로그램, 精神保健 서비스 기관, 上水道 공급기관, 쓰레기 처리기관, 환경오염 관리기관 등으로 기능이 분리되어 있으면서 상호 밀접하게 연계되어 있으며 많은 부문이 民間에서 다루어지기도 한다.

LHD의 주요기능은 지역의사회와 개업의들의 반대에 부딪혀 민간의사들이 일반적으로 기피하는 豫防接種, 環境監視, 結核管理, 母子保健, 學校保健, 性病管理, 慢性病 管理와 檢診, 家庭看護, 家族計劃, 通院서비스, public health laboratory, 醫療監視 등으로 빈곤가정등의 特定 對象이나 特定 疾病만을 취급하기 때문에 'categorical program'으로 일컬어 지기도 한다.

1975년 學校保健事業을 제외한 전체 통원서비스(ambulatory personal health services)중 지방보건당국이 제공한 서비스는 3% 未滿을 차지하는 것으로 나타나고 있다.

1960년 현재 미국에는 1,557개의 지방보건과(LHD)가 全人口의 94.4%에 이르는 2,425지역을 맡고 있다. LHD가 없는 지역은 전국적으로 647개 지역이 있다. 또한 州保健課(State District Health Units)에서 직접 지역보건조직을 가지고 있는 지방은 자체 LHD의 프로그램이 극히 적다.

Miller 등의 연구 ⑧ 를 보면 1979년 LHD 財政의 60%는 地方政府에서, 20%

는 州政府에서, 9%는 聯邦政府에서 調達되는 것으로 파악되고 있다. 1981년에는 각각 44%, 27%, 15%로 나머지 14%는 其他財源으로 충당되었는데 그 이후 연방정부의 지원은 減少되는 추세이다.

표 5-3. 미국의 지방보건부 財政 構成 事例

LHD 名	年度	財 源				
		地方	州政府	聯邦政府	收入	기타
Appalachia II District	FY 1977	18.9%	19.6%	54.4%	7.1	-
Cortland County	FY 1978	27.8	23.4	14.8	34.0	-
Craven County	FY 1978	39.1	40.4	0	20.5	.02
Denver Department Health & Hospital	FY 1978	23.6	6.7	13.5	56.2	-
Detroit	1978-79	48.5	8.9	41.5	-	.01
Lane County	1978-79	57.0		32.9*	10.1	-
Memphis-Shelby	1977-78	60.3		26.5*	13.3	-

* 연방정부 및 주정부 지원금의 합계

FY : 회계년도

자료 : Miller, C. Arden & Moos, Merry-K., Local Health Department: Fifteen Case Studies, American Public Health Association, 1981.

80) Jonas, Steven, 전게서, 1986, pp 360-362.

미국 公衆保健協會가 선정한 LHD의 細部的인 서비스와 機能을 최근의 情報⁸¹⁾를 토대로 보면 다음과 같으며 LHD에 따라 프로그램이 달리 선택되고 있다. 최근에는 많은 LHD가 컴퓨터에 의한 보건정보관리체계(HMIS)를 적용하여 대상자관리, 환자진료, 예약서비스, 회계 등을 포함한 보건의료서비스 관리체계에 혁신을 가져오고 있는 추세이다.⁸²⁾

(1) 保健關聯 情報의 記錄과 分析

- 出生, 死亡, 結婚, 離婚, 특정 疾病發生의 기록과 분석
- 특정 慢性病患者, 障礙者의 登錄
- 각종 질병으로 인한 障礙者의 有病率 조사
- 병의원, nursing services, 保險者, 산업체로 부터 傷病자료 수집, 분석
- 보건의료인력의 數와 資格파악
- 주민의 保健醫療要求(need)의 週期的 평가

(2) 保健教育 및 情報서비스

- 현존하는 保健問題에 대한 주민의 認識 촉구
- 보건사업의 개발을 위한 敎育部署, 市民團體, 기타 地域 自願團體와의 협력
- 傳染病 환자 가족, Child Health Conference 프로그램의 어머니, 당뇨병 환자들에 대한 保健看護員의 保健指導
- 食品취급자, 당뇨병 환자, 지역주민에 대한 강의,코스 조직
- 保健教育 弘報(신문, 잡지, 팜프렛, 영화, 라디오,TV를 통하여)
- LHD 직원교육 研修

81) 1992년 9월 내한한 조정현박사(미국 New Jersey 주의 Camden County에서 Public Health Coordinator로 재직) 의 자문을 근거로 함.

82) Miller, C.Arden & Moos, Merry-K., 전게서, 1981.

(3) 監督 및 規制

- 職業病, 事故 豫防
- 전염병 媒介體(인체, 동물)관리
- 住宅 規制
- 병원, Nursing homes, 기타 보건기관 감시
(교육, 규제, 검사, 자격관리, 법적 규제 등을 통하여)

(4) 環境保健管理

- 食品衛生
- 施設衛生 :수영장, 캠프장 등
- 環境公害管理⁸³⁾
 - 대기오염
 - 소음공해
 - 수질오염:지하수, 지표수, 산업폐수, 가정하수 오염
 - 쓰레기처리
 - 위해쓰레기 처리
 - 소음공해관리

(5) 母子保健

- 兒童에 대한 구강보건 및 불소 도포, ,장애아 등을 위한 진단 및 치료서비스 지원
- 영유아보건 모임, 보건간호사의 家庭訪問을 통한 지도 및 서비스 제공
- 아동의 X-ray 검사, 혈액검사
- School based youth service : 학교건강진단을 통한 환자발견 등
- 肢體障礙兒, 心腸疾患兒 등의 발견을 위한 진단 지원

83) 환경공해관리는 현대사회의 요구에 따라 점점 세분되어 가는 추세이며
州정부에 환경부가 생기면서 County 에서도 보건부의 업무에서 환경
부서로 이관되어 가는 경향이 있다.

- 아동기의 납중독관리 (Childhood lead poisoning)
- Public health obstetrics : 産婦人科를 갈 형편이 되지 않는 빈곤층의 妊産婦를 병원과 계약하여 진료를 받게 하며 방문간호를 제공.
- * 보건부(보건소)에서는 과거에는 분만개조를 실시하였으나 취급하지 않고 있음.

(6) 家族計劃

직접 국가사업으로 관장하지는 않으나 Planned parenthood Federation에서 가족계획사업을 하도록 지원

(7) 傳染病管理

- 법정전염병에 대한 예방접종(영유아 대상)
- 법정전염병에 대한 보고, 추구관리
- 전염병에 대한 역학조사

(8) 性病, 結核, 狂犬病管理

(9) AIDS, HIV 管理

(10) 慢性疾患管理

- 고혈압, 당뇨, 암환자의 集團檢診과 登録管理
Health Services for Old Adult에 대한 Total health assessment 실시
- 成人 口腔保健
- 營養

(11) 1次 診療의 提供

都市地域을 관할하는 보건부(보건소)나 季節的인 外國勞動者가 일시 거주하는 특수한 지역 등에서는 빈곤층, 의료보험 비혜택자를 대상으로

주로 가정의학 전공자 또는 일반의(때로 내과, 소아과, 산부인과 의사도 있음)가 full-time고용의 또는 계약에 의한 시간제 위탁의가 1차 진료를 限定的으로 제공한다.

(12) 의료기관 운영⁸⁴⁾ 과 檢査室의 운영⁸⁵⁾

- health center나 클리닉 운영
- 일반병원, 특수병원 운영

(13) 調整機能

- 地域保健要求(need)를 해결하기 위한 조정 역할
- 관련기관 및 부서의 보건업무의 重複 調整과 효율적 行政管理를 위한 조치
- 상수도 공급, 쓰레기 및 폐기물 처리, 대기오염, 주택, 도시계획, 병원설립, 지역규제 등 지역보건에 영향을 미치는 업무에 관여
- 기 타 : 빈곤대책 (poverty mangement)
法的 서비스 (legal services)

84) 최근들어 결핵병원, 시립병원 등은 운영비 절감, 환자의 감소로 인해 폐쇄하거나 민간에 이양하는 추세이다.

85) 과거에는 Environmental Laboratory와 Clinical Laboratory를 운영하였으나 지속적인 고가장비의 구입과 전문인력 확보등에서 비용효과가 낮아 현재는 대부분 전국적인 network를 가지고 있는 민간 Laboratory 회사와 계약을 맺어 활용하고 있고, 보건부(보건소)의 Laboratory를 폐쇄하여 가는 추세이다.

LHD 조직과 기능의 例 :

(I) Appalachia II District Health Department

프로그램 :

- 프로그램 기획 및 관리
- 간호
- 성인 진료
- 환경위생
- 치과진료
- 모자보건 및 Epidemiology
- Social work
- Public information
- 영양
- 성병관리
- 가정보건서비스
- 건강전화제도(Health Line)

(II) Cincinnati Health Department

프로그램 : 1차 보건 프로그램

- 방문간호
- 환경서비스
- Pharmacy
- Laboratory
- 특별사업

(III) Contra Costa County Health Department and County Medical Services

조직 :

- 보
건
부
- Home Health Services : 진료서비스, 가정간호서비스
 - Public Health Medical Services : 전염병관리, 실험실, 건강검진, 응급진료, 가족계획, WIC(임산부, 영유아 보충급식프로그램)
 - Community Health Services : 아동건강검진, 만성병관리, 학교보건 상담, 구강보건교육
 - Environmental Health Services : 환경보건서비스, Vector control, 수질, 쓰레기 및 일반위생관리
 - General Administration functions

의료부 : 장애아동서비스, 아동보건 및 장애인프로그램, 알코올중독증, 재활서비스에 관여하며 County의 장애인위원회 등의 프로그램 조직과 연계 역할을 한다.

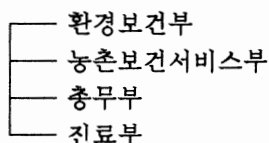
86) Miller, C.Arden & Moos, Merry-K., 전계서, 1981, pp 41-496.

프로그램 :

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| - 가족계획 | - Adult screening |
| - Healthy Older Adult Program | - Alternate birth care |
| - Home health visits | - 성병관리 |
| - 결핵검진 | - 예방접종 |

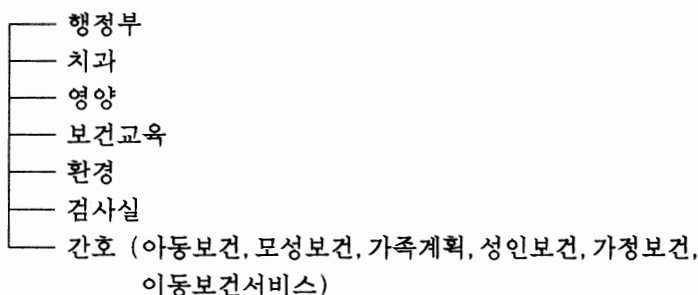
(IV) Cortland County Health Department

조직 :



(V) Craven County Health Department

조직 :



(VI) Denver Health and Hospitals

병원과 한 체제로 조직되어 있으며 Community services, Medical affairs, Operation & finance 의 3 parts로 나누어져 있다. 조직의 구성을 예를 통해 보면 Community services에 속하고, 정신병프로그램은 의료부에 속하는데 동일 長 밑에 속해 있어 다른 부서간의 조정과 협조를 할 수 있도록 개방적이고 중복적으로 조직이 짜여져 있다.

조직 :

- Community services: 이웃보건소 프로그램(영양, 의료사회서비스, 지역사회간호), 정신보건프로그램, 프로그램평가
- Operation & flinance: 예산, 인력관리, 병리검사실·방사선실·약국 등의 설비 유지관리
- Medical affairs: 병원업무, 응급진료, 전통적인 예방보건업무 (질병관리, 환경보건, Well-baby clinics, 보건교육 등)

(VII) Detroit Health Department

조직 :

- Community Health Services: 집단보건업무, 전염병관리, 보건교육, 영양, 보건간호, 알코올·약물중독자관리
- Environmental Health Services: 식품관리, 위생, 아동기 납중독 관리
- Personal Health Services: 구강보건, 성병관리, 가정 1차 진료망

(VIII) Lane County Department of Community Health
and Social Services: Division of Health

조직 :

- 보건부 : 급만성질환관리, 예방보건, 만성병관리, 모자보건
- 정신보건부
- 환경보건부
- 의료사회서비스부
- 직업훈련부

(IX) Maricopa County Department of Health Services

조직 :

- 모자보건부
- 질병관리부
- 알코올 중독자관리부
- 치과부
- 영양부
- 생정통계부

(X) Memphis-Shelby County Health Department

조직 :

- Personal Health부: 진료, 영양, 검사, 이웃보건소 관리 등)
- 전염병관리부
- 간호부
- 환경부
- 총무부
- 이동서비스: 가족계획, 성인 multiphasic 검진 프로그램

(XI) Multnomah County Department of Human Services

조직 :

- Central Services
- 정신보건
- Direct Health
- 치과
- Epidemiological Health Sanitation
- Project Health
- Special Services

프로그램 :

- Well-baby clinic - 가족계획
- 성병관리 - 결핵관리
- 1차 진료와의 연결 - 예방접종
- 의뢰 - 아동 및 청소년 프로젝트
- 방문 (모자보건, 만성병이, 전염병)
- 교도소 보건서비스

(XII) Newark Department of Health and Welfare : Division of Health

조직 :

- Public Welfare
- Environmental Inspection
- Health : 10 categorical services (진료, 검사, 보건교육, 보건간호, 성병관리, 아동보건, 생정통계, 전염병관리, 결핵관리, 치과)

(XⅢ) Seattle-King County Department of Public Health

프로그램 :

- | | |
|------------|--------------|
| - 가족계획 | - 성병관리 |
| - 결핵관리 | - 모자보건 |
| - Day Care | - 아동 및 청소년보건 |
| - 노인보건 | - 교도소보건 |
| - 이동보건서비스 | - 치과 |

5.2.3. 이웃 保健所(Neighborhood and Community Health Centers(Clinics):

NHC)^{87), 88)}

NHC는 미국에서 1960년대 後半부터 1970년대 初半에 발달된 통원보건서비스를 위주로 하는 非營利 民間機關으로 상근의사의 배치, 多目的 保健要員 팀(Team approach), 정책결정과 운영에 지역사회의 參與 등의 개념을 바탕으로 貧困階層과 이민집단에게 가족중심의 계속적이고 포괄적으로 治療를 포함한 보건서비스를 제공하는 기관이다. NHC는 1980년 대에 와서는 政府의 지원 부족으로 인하여 미국의 보건서비스에서 주요한 부분을 차지하지는 못하였으나 지역 보건센터의 체계로서 지역의 1次 保健管理模型의 개념정립에 중요한 공헌을 하였다.

NHC는 지방보건부의 관리하에 있거나 연결되어 있으면서 다양한 組織과 規模, 다양한 財政支援處(聯邦政府, 州政府, 기타 지역사회에서 재정지원), 다양한 프로그램으로 센터별로 커다란 차이가 있다. 그러나 여러 NHC의 共通點은 의료혜택을 거의 받지 못하는 도시의 빈민층과 移民小數民族 집단거주자

87) Janas, Steven, *Health Care Delivery in the United States*, 3rd edition, Springer Publishing Company, New York, 1986, pp 146-156.

88) Jonas, Steven, *An Introduction to the U.S. Health Care System*, 3rd edition, 1992, pp 35-37.

가 치료를 받을 곳을 찾지 못하여 병원의 應急室을 점유하는 부작용을 해소시키기 위하여 일차진료를 제공할 목적으로 설치되었고, 진료기능을 보강하기 위하여 集團 開業施設을 활용하거나 時間制로 開業醫를 고용하고 간호원, 사회사업요원, 보건요원, 진료간호원, 때로는 法律家 등의 다방면의 보건인력팀이 공동으로 일하면서 치료를 포함한 豫防事業, 再活事業과 빈곤계층의 社會經濟的 再活을 위한 개발 프로그램을 포괄적으로 제공했다는 것이다. 또한 NHC에서는 전공분야 대학생 등의 자원봉사자가 중요한 역할을 하는 것도 특성이 다. 1970년 초에는 전국에 약 200개의 NHC가 번성하였으나 1974년에는 높은 운영비로 인하여 150개로 줄었다.

NHC의 프로그램은 (1)성인진료 (2)모성보건 (3)가족계획 (4)부인과진료 (5)소아과 진료 (6)치과진료 (7)언어치료 (8)청각,시력 검사 (9)의료 사회서비스 (10)정신보건서비스 (11)보건교육 (12)영양상담 (13)검사 (14)X-ray 등이다.

1970년 중반에 나타난 Community Health Centers(CHC) 프로그램은 NHC와 같이 非營利 民間이 운영하거나 병원에서 운영하는 事業所로 NHC의 지역사회 개발기능과는 달리 훨씬 축소된 기능을 가지고 있다. 1980년 초에 CHC가 전국의 도시와 농촌에 약 800 개가 설립되어 주로 低所得層을 대상으로 서비스를 제공하고 있으며 1983년에는 530개의 연방정부의 지원을 받는 CHC에서 450만명에게 혜택을 주었다. CHC는 주로 1차 보건을 수행하고 있으며 HUD (U.S.department of Housing and Urban Development), 연방정부 등에서 재정 지원을 받으며 제 3자 支拂方式 및 sliding scale방식(굴신법)에 의해 지불되는 민간의 재원에 의하여 지원되고 있다.

5.3. 英國의 地方保健組織과 機能

5.3.1. 英國의 保健醫療制度의 基本 特徵

英國은 1988년 人口가 5천 7백만이며 65歲 以上 人口가 15.6%를 차지하는⁸⁹⁾ 高齡化社會이다. 英國에서 醫療서비스가 公的 部門에 의해 提起되기 시작한 것은 1848년 保健法 (Public Health Act)이 통과된 때 부터라고 할 수 있다.⁹⁰⁾ 이 법에 의해 영국에서는 처음으로 보건의료제도가 單一化된 統制下에 들어가게 되었으며 의료서비스의 最低水準을 정하게 되었다.

그러나 醫療保障制度의 근본적 개혁안은 1942년의 Beveridge報告書의 綜合的이고 包括的인 國民醫療制度(NHS)의 설립계획에 의해 이루어졌다. 이법은 1946년에 제정되어 1948년 부터 운영되기 시작하였다.

英國에서는 公的인 醫療保險制度가 없는 대신에 國民保健制度(NHS)가 필요한 의료를 전체 국민에게 보장하고 있다. 이 제도는 醫療供給의 社會化의 대표적인 예로 전체 국민에게 無料로 포괄적 保健診療서비스를 國家의 豫算으로 제공하는 것이다.

1979년 이후 대처 行政府의 保守主義的 정책에 따라 NHS도 市場原理를 도입하여 내용도 많이 변화되었다. 1989년 患者白書(White paper for patients)의 개혁에서는 醫療供給者와 購買者를 명확히 分離하여 地方保健 當局(RHA, DHA)은 병원과 계약을 맺고, 병원은 'NHS TRUSTS'로 되어 독립적으로 운

89) UN, Demographic Yearbook 1991.

90) 의료보험연합회, 전게서, 1989, pp 158-184.

영하도록 하여 경제적 효율을 제고하도록 하였다.⁹¹⁾

최근 들어 지역사회의료(Community Care)가 강조되고 NHS 운영 효율화에 따라 地方保健當局, 地區保健當局, 家庭醫 委員會도 운영기구를 축소하여 운영하고 있으며, 病院醫療는 억제하고 基礎保健事業과 對人 社會福祉서비스에 역점을 두고 있다. 즉 종래의 NHS가 國營醫療事業으로서 財政難에 처한 대응책으로 국가보장형의 복지국가로 부터 지역밀착형인 커뮤니티 주체형의 복지사회를 지향하여 개편되는 추세이며 農·漁民과 低所得層의 의료보장을 위해 지방에 公共醫療施設을 늘리는 방향으로 변화하고 있다. 또한 지역사회에 존재하는 民間團體, 自願奉仕 활동을 크게 존중하면서 복지의 多元主義的 접근을 꾀하고 있는 것이 최근의 경향이다. 한편, 高所得者에게는 非保險으로 의료기관의 자유로운 이용을 허용하고 있는 추세이다.

1989년 改革에서는 특히 老齡者, 精神病者, 心身障礙者에 대한 지역 수준의 必要(need)를 규명하고 地域保健診療(Community Health Care)로 전환하여 해결하려는 경향이 강조되고 있다.⁹²⁾

1991년에는 'NHS 커뮤니티 케어 法案'에 편입된 커뮤니티 케어 重視의 路線에 따라 官僚的인 병원행정 체계를 止揚하고 병원시설의 효과적 이용을 강조하는 한편 지역 밀착형의 커뮤니티 케어에 대한 豫算支出이 증가하고 있으며 地區管理팀(DMT) → 地區保健當局(DHA) → 地方保健當局(RHA) → 보건사회보장부(DHSS) → 의 순서로 운영 조직을 체계화 하였고 가능한한 지방조직의 自律性을 강화하여 一線地域의 要求(need)를 계획에 反映하도록 하였다.⁹³⁾

91) Culyer, A.J., et al, *Competition in Health Care : Rofroming the NHS*, Macmillan Press Ltd, 1990, P.1-11.

92) 1989년 '환자백서(Working For Patients)'의 지방진료 계획의 주요 내용임
Culyer, A.J. & et al., 전게서, 1990, P.6.

93) 한국보건사회연구원, 최근 외국의 사회보장, 1992, pp 253-309.

英國의 保健企劃에서 보건의료의 주요 관심사는 첫째 豫防措置로써 임신과 출산, 직업보건, 알콜중독증, 방문보건, 예방접종과 상수의 불소화, 물리치료 등이며 둘째는 지역사회의 支援를 통한 균형된 보건의료를 調整管理 하는데 있다.⁹⁴⁾

英國에서는 地域醫療에서 一般醫와 共同으로 1次 保健醫療팀으로 일하는 保健訪問員(Health Visitors), 地域看護員(District Nurses), 助産員이 증가하고 있다. 보건방문원은 가정의 보건교육과 예방진료, 신체아동의 조기발견 등 가족의 전반적인 건강관리와 상담을 수행한다. 지역간호원은 환자의 가정이나 병원외에서의 기술적인 간호진료를 담당하는 동시에 보건교육과 예방진료의 기능을 맡고 있다. 조산원과 일반의는 家庭分娩 産母의 出産前·後 치료를 맡고 産前기간중의 상담과 지원을 한다.

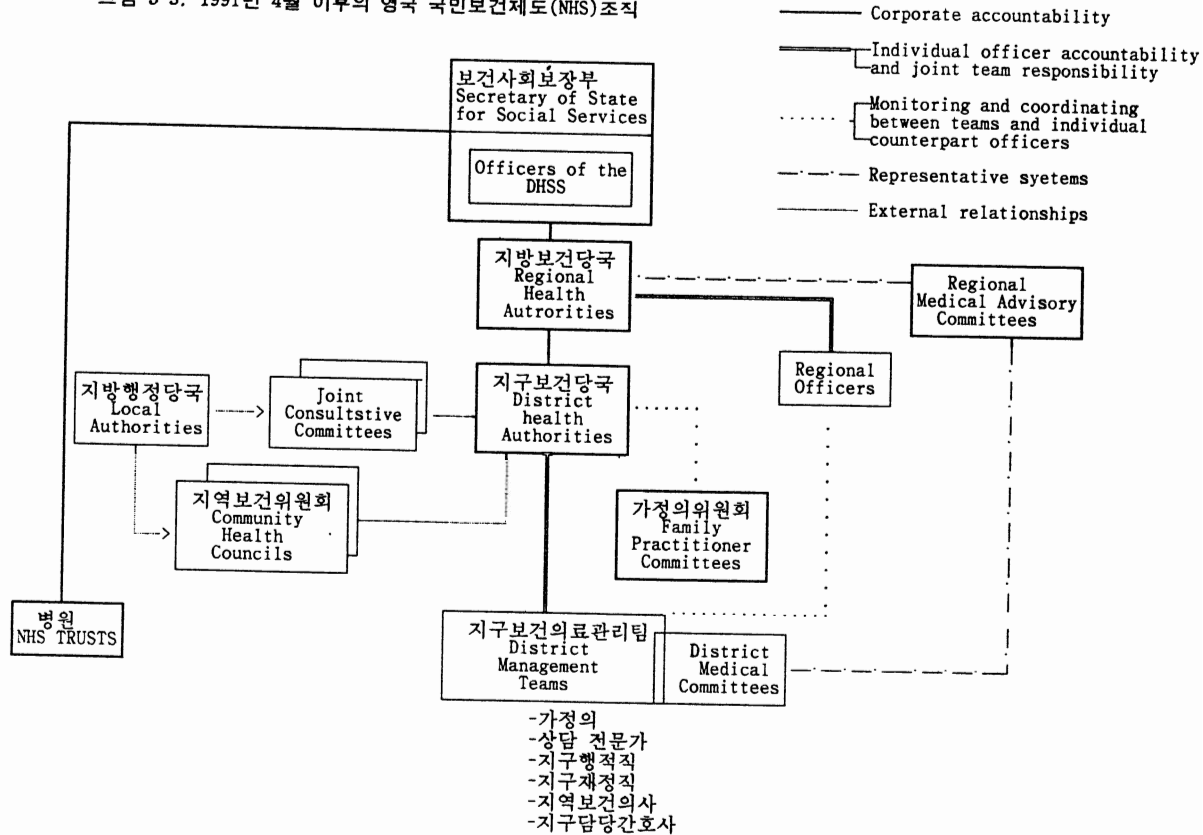
5.3.2. 地方保健서비스의 構成과 機能

1974년 이래 NHS제도는 3部門(病院서비스, 家庭醫 서비스, 地域社會 保健 서비스)으로 각각 운영되고 있던 것을 부문 간의 조정을 목적으로 관리기구를 개편, 단일된 행정구조로 統合하였다. 새로운 NHS의 基礎單位는 小地域(District)으로서 인구는 10-80만, 평균 약 25만명 정도로 구성된 지역사회이다. 1982년 재편성되어 전국에 192개의 소지역이 있다.

통합된 보건서비스를 직접 담당하는 곳은 地方保健當局(Regional Health Authority:RHA와 그 하위의 地區保健當局(District Health Authority:DHA)으

94) WHO, *Health Services in Europe*, 3rd Edition, Vol 2 : *Country Reviews and Statistics*, 1981, pp 208-219.

그림 5-3. 1991년 4월 이후의 영국 국민보건제도(NHS)조직



Source: 1) Allop, Judith, Health Policy and the National Health Service, Longman Group Limited, 1984, p 130.

2) WHO, Health Services in Europe, 3rd ed. 1981, p 220.

로 지역내의 모든 건강서비스 계획을 검토하고 醫療購買者로서 醫療供給者들에 대한 價格 및 質에 대한 情報, 醫療裝備 使用料 대한 정보를 수집하여 간접적으로 운영을 통제하며 지역내의 건강관리에 관하여 큰 자율권을 갖는다.

英國의 보건행정체계 흐름을 보면 <그림 5-3>과 같으며,^{95), 96)} RHA보건서비스의 대표적인 예로 Oxfordshire RHA를 보면 다음과 같다.⁹⁷⁾

<Oxfordshire RHA 保健 서비스 현황>

○ Oxford RHA에서의 4가지 保健서비스 主題

- 健康 獲得
- 費用 效果性
- 소비자의 感應性(의사선택의 자유, 치료방법 선택의 자유)
- 質 改善(효율성, 질)

○ Oxford RHA의 6개 우선순위 서비스

- Coronary heart disease
- Strokes
- Cancers
- Accidents
- Health of the Elderly
- Mental Health Services

95) Allsop, Judy, *Health Policy and the National Health Service*, Longman Group Ltd, 1984, p 62.

96) WHO, *전계서*, 1981, p 220.

97) Oxford RHA, *The Health of the People, The Oxford Region 1991*, 1991.

○ 장차 5년간 集中 考慮 事項

- 1次 진료와 2次 진료를 어떻게 통합할 것인가
- 가정에서의 晝間診療(day care operation)를 증가 시킬 것인가
- 一般病院(acute hospital)의 배치
- 의료기술의 발달에 대한 대처
- 老齡人口의 증가와 같은 人口統計的인 압박
- 病院에서 地域으로 담당부문 이전

○ 人的資源 戰略 樹立

○ 1989년 患者白書를 통한 改革 이후 다음과 같은 역할 증대

- Trustees의 근로자들에 대한 급여 전략
- 인적자원 개발 전략
- 병원이나 지역단위의 의료인력 需給정책 諮問 또는 訓練

○ 1次 진료는 지역 보건센터 또는 가정에서 실시하고, 2次 진료는 병원에서 실시

○ 1次 保健醫療

- GP, 가정방문 간호사, 지역 간호사 등이 담당
- Oxfordshire에는 11개 지방병원(Community Hospital)이 있으며 (각 도시마다 1개씩), 주로 모자보건, 가정 간호를 담당한다.

<診療의 종류>

Chiropothy

Health Visting

District Nursing

Psychotherapist

Occupational Therapist --> Rehabilitation

Doctor worring Child

○ Oxford District Health Authority 에는 8개의 운영 단위가 있다.

- John Radcliffe Hospital
- Radcliffe Infirmary
- Community Unit
- Churchill Hospital
- Horton Unit
- Mental Illness
- Mental Health
- Nuffield Orthopaedic Centre

○ 財源은 90%는 Oxford RHA 에서, 10%는 다른 지역(계약)에서 충당

地區保健當局에는 일반적으로 16명이 근무하는데 4명은 地方政府가 임명하고 12명은 地方保健當局(Regional Health Authority:RHA)이 임명한다. RHA 임명자는 病原專門家(Hospital Consultant) 1명, 일반의 1명, 간호원(또는 조산원이나 보건방문원) 1명, 지역내 의과대학의 대표 1명으로 구성된다.

지구보건당국(DHA)은 기능 수행을 위하여 地區保健管理팀(District Management Team:DMT)을 구성하는데 이들은 보통 1명의 行政職, 1명의 看護職, 1명의 會計職 등 4명의 관리와 2명을 臨床醫(1명의 일반의, 1명의 병원전문가)로 구성된다. 이들의 업무는 ①醫療의 必要(need) ②보건사업 우선순위 결정 ③병원과의 계약으로 그 결정은 합의에 의해 자율적인 결정에 의해 이루어지며, 관할 지역내 일반의의 반대에 부딪히는 사항은 기각되므로 DHA의 一般醫는 관할 지역내의 일반의의 의견을 대표하는 역할을 하는 것이 일반적이

다. 地域마다 보건업무의 기획과 관리방식에 다양한 차이가 있는 것이 특징이다.⁹⁸⁾

5.3.3. 保健所

커뮤니티 케어의 핵심이 되는 NHS시설이 地域保健當局이 설치한 保健所(Health Centre)로 불리는 一般醫의 共同診療所(집단개업시설)이다.

1) 保健所の 發展科程

1920년 Dawson 경이 제기한 1次診療와 豫防서비스를 一元化하여 組織化한 1次 保健所の 개념을 1935년 修正하여 런던에 'Pioneer Health Centre'라는 이름으로 Peckham 지역에 開設한 것이 시초이다. 이 보건소의 기능은 治療에 대해서는 극히 부분적으로 다루고 주로 健康増進 部門의 기능을 강조하였다. 이러한 보건소가 1939년에는 世界的으로 주목을 받기도하였으나 國民保健制度(NHS)의 體系에 연결이 되어 있지 못하여 1950년에는 閉鎖되기도 하였다.

NHS의 당초 계획은 一般醫와 地域保健當局의 豫防서비스를 수행하는 인력으로 구성된 1次 保健診療所の network를 조성하는 것이었다. 1958년 까지도 일부 지역보건당국이 이러한 保健所를 소수 세웠을 뿐이며 一般醫의 참여를 유도하는데 성공하지 못하였다. 지역보건당국이 설립한 보건소는 초창기에는 財政不足, 地方保健當局의 관심부족, 一般醫들의 반대에 부딪혀 부진한 상

98) Bwtler, J.R. and Vaile, M.S.B., *Health and Health Services: An Introduction to Health Care in Britain*, Routledge & Kegan Paul plc, London, 1984, PP 99-110.

태에 놓여 있었다.

그러나 Health Centre가 본격적으로 보급된 것은 그 설치와 운영이 NHS의 의무로 규정된 再編成法 制定後의 1960년 中半 以後이다. NHS 계획의 일환으로 지구보건당국은 NHS법 제 21조에 의거하여 보건대신의 승인을 얻어 보건소를 설치하고 운영할 의무를 지게 되었다. 지역사회 보건서비스를 강화할 필요성을 절감한 지방보건당국의 적극적 관심과 一般醫들의 집단 개업에 대한 관심고조로 보건소 설립이 적극 추진되었다.

1960년대 와서는 새로운 국면으로 접어들어 一般醫의 집단이 조직화된 보건체계에서 일하게 되었고 1966년에는 25%의 一般醫만이 개인적으로 개업을 하고 있다. 그 결과 一般醫들이 手術空間으로 보건소를 빌리는 것이 보편화되어 1968년에는 93개 보건소가 지역보건당국에 의해 운영 되었고 69개 보건소가 건설 중이며 67개 보건소가 계획 단계에 있게 되었다. 평균적으로 이러한 보건소에는 5.7명의 의사들의 독립된 診療相談室이 있으며 많은 보건소가 검사실, X-ray장비, 기타 병원 장비를 갖추고 있다. 그후 診療와 豫防保健서비스를 같이 다루는 1次 保健診療所 類型의 보건소가 영국에 급속하게 퍼져 나갔다.⁹⁹⁾

一般醫와 地區域保健當局과의 관계에 의구심을 품었던 英國醫師會는 1次 保健醫는 경제적으로 이익이 있다면 장차 타분야의 專門家와 긴밀하게 일하고 建物과 機資材를 활용하여 集團開業을 하게 될 것이라고 보고 있다. 또한, 의사, 간호원, 보건방문원(health visitor), 사회사업요원(social workers)등의 업무 분포에도 커다란 변화가 야기되고 있다.

99) Roemer, Milton I., 전제서, WHO, 1972, pp 17-18.

英國에서 家庭醫는 75% 정도가 保健當局과 계약에 의해 단독 혹은 그룹으로 지역보건센터(Health Center)에서 근무하면서 NHS환자들의 1次 診療者가 된다. 家庭醫는 모든 종류의 질병을 진료하면서 환자와 다른 기관간의 연결 역할을 한다.

2) 保健所의 機能

保健所는 人口 2-3만명당 설립되어 있으며, 1977년에서 그 수가 733개소였다. 보건소는 의료서비스와 사회복지 서비스를 포괄적으로 連繫시킨 곳으로 여기서는 의사가 공동책임을 경영계약 (복수의사의 파트너쉽)을 맺고, 지역 의료를 담당하는 보건방문원(Health Visitors), 지역간호사(Home Nurse), 홈헬프(Home Help: 일상생활을 도와주는 요원), 사회사업가 등이 주요 구성원이 되어, 지역주민의 의료와 건강관리 특히 노인의 지역사회내의 간호와 관리를 종합적으로 실시하는 것을 목표로 하고 있다.

일반적으로 保健所의 主要 機能은

- 진료서비스 : 일반진료, 치과진료, 안과진료, 약제서비스 등 병원 외래 진료
- 전염병의 예방과 관리 : 예방접종(DPT, 홍역, 결핵, 풍진등)
- 모자보건 : 산전, 산후관리(약95%의 분만이 병원에서 이루어짐)
- 노인보건 : 노인은 지역간호원(district nurse)과 일반의의 주요 사업 대상자임.
- 보건교육
- 가족계획
- 환경공해관리 : 일반적으로 지방정부의 환경보건 공무원이 관리하며 지구보건당국이 고용한 의사가 환경보건의 의료적 측면에 관한 상담을 수행함.

- 언어교정, 청력검사
- 물리요법
- 작업치료
- 응급진료
- 기타 사회적 서비스 제공

등으로 런던 시의회가 설치한 대표적인 'Woodberry Down 보건소'의 서비스 내용을 보면 ①一般醫 및 齒科醫 部門 ②學校保健部門 ③영유아 보건부문 ④妊婦 보건부문 ⑤직업훈련(remedial exercises) 및 아동지도 부문이다.

5.4. 外國事例 考察을 통한 敎訓

以上の 日本, 美國, 英國의 3개 先進國의 保健所 組織과 機能을 통하여 보건의료제도가 시대적 요청에 따라 變身하여야 하는 우리의 상황에서 우리가 향후 公共保健醫療 조직을 확충할 때 고려하여야 할 要素는 다음과 같다.

첫째, 上記 3개국의 先進國들은 人口의 老齡化 추세에 따라 公共地方保健 組織에서 障礙者管理, 成人保健, 老人保健, 健康診斷 등의 프로그램을 운영하고 있으며 그 외에 精神保健프로그램, 生政統計 등이 주요업무에 포함되어 있다. 보건소 人力중에는 社會事業要員(social workers)이 상주하고 있어 社會福祉서비스를 제공하고 있으며, 福祉關聯 機關과 긴밀하게 연결되어 있다. 보건조직의 운영에는 保健情報管理體系(HMIS)를 도입하여 업무에 혁신을 기하고 있다.

둘째, 이들 3개 國家들이 보건의료 人力과 組織의 효율적 운용을 위하여 보건소 자체 인력을 충원하기 보다는 契約職이나 時間制 臨時職등의 專門家

위탁제도를 활용하여 診療 및 기타 專門의 서비스를 수행하며, 지역의 人的資源과 有機的인 연결 장치를 통하여 조직의 肥大化를 止揚하고 있다.

셋째, 의료기술과 장비의 발전에 따른 高價 醫療裝備과 검사 및 실험장비에 대한 수요를 충족시키고, 고가장비의 활용 측면을 고려하여 보건소의 검사실은 기본기능을 갖추는 정도이거나 폐쇄하는 추세이며 정부의 他 專門機關 또는 民間關係機關의 施設, 人力을 활용하는 추세이다.

넷째, 보건의료 행정과 서비스는 지역사회와 가장 밀접한 지역의 擔當者와 말단 地方政府에 가능한 큰 權限과 自律權을 부여하며, 상위의 政府나 中央은 原則的 제도의 제시와 間接的인 統制를 하고 있다.

第 6 章 地方自治制 實施에 따른 保健行政體系의 改善方向

金 興 植

(한국지방행정연구원 책임연구원)

6.1. 保健行政體系 改編方向

우리나라는 1988년 4월 法律 제4004호로 公布되고 동년 5월부터 施行된 改正 地方自治法에 의하여 지방자치제의 再開를 위한 법적 기반이 마련되었고, 1991년 4월 및 7월에는 각각 基礎 및 廣域地方議會가 구성됨으로써 1960년대 이후 유보조향을 담고 헌법속에 동면해 온 우리나라의 지방자치제는 바로 본격적인 再出帆의 첫단계에 접어들었다. 물론 현재의 지방자치제는 지방의회와 함께 지방자치제의 두 근간 중의 하나라 할 수 있는 自治團體長의 住民直選이 아직까지 실시되지 않고 있다는 점에서 매우 제한적인 것이라 할 수 있겠으나, 금명간 자치단체장이 민선되는 것을 계기로 명실상부한 지방자치제로 발전될 것으로 전망되어진다.¹⁾

이와같이 전망해 볼때, 그 동안 경제발전을 도모하기 위하여 구축·유지된 능률지향의 中央執權的 국가행정체계는 自律性과 民主性에 기반을 둔 地方分權的 행정체계로의 개편이 절실히 요구되는데, 그 중에서도 保健行政體系가 주요 改編對象으로 부상하고 있다. 개정된 지방자치법 제9조와 동 시행령을 보면, 행정사무 중 국가의 存立과 관련되거나 全國的 統一을 기하는 것은 중앙정부의 소관으로 규정하고 있으나 社會福祉事務를 비롯한 保健行政事務는

- 1) 현행 지방자치법상 지방자치단체장 선거는 1992년 6월 30일이내에 실시하도록 되어 있으나(부칙 제2조), 복잡한 정치상황과 이해관계에 얽혀 실현되지 못하였으며 연내 실시여부 또한 아직 불투명한 실정이다. 그럼에도 불구하고 자치단체장의 주민직선은 이미 돌이키기 어려운 추세에 있는바, 가까운 시일내에 실시될 것으로 기대가 된다.

지방자치단체의 固有事務로 명시되어 있다.²⁾ 따라서 과거의 중앙집권적 체제 하에서 구축된 현행 보건행정체계는 우리가 현재 맞이하고 있는 地方化 시대에 걸맞게 개편되어야 할 필요성이 절실하다 하겠는 바, 여기서는 지방자치제 하에서의 보건행정체계가 여하히 개편되는 것이 바람직하겠는가에 대한 論議를 展開하고자 한다.

지적할 것은 지방자치제하에서의 바람직한 보건행정체계는 지방자치제 실시에 따른 地方分權化의 추세는 물론, 그간 있어온 保健行政與件의 변화에도 충분히 副應할 수 있도록 추진되어야 한다는 사실이다. 예컨대, 소득수준의 향상 및 인구의 老齡化 등으로 인하여 이미 상당수의 急性 傳染病들은 감소한 반면, 高血壓, 糖尿病 등과 같은 慢性退行性 질환이나 老人性 질환은 현재 점증하고 있고 앞으로도 계속 증가할 것으로 예상되는 바, 이와 같은 보건행정여건의 변화는 만성퇴행성 질환의 관리를 위한 個人的 保健醫療서비스의 기능강화를 요구하게 하며 이를 위한 보건행정체계의 육성발전을 필요로 하고있다.³⁾

그러나 급성 전염병의 관리, 결핵관리, 가족계획 등 주로 公衆保健事業에 중점을 두어 구축된 現行 보건행정체계로는 이같은 보건행정여건의 변화에 충분히 對應할 수 없다는 것이 현실이다. 따라서 지방자치제 하에서의 보건행정체계의 개편은 지방화 시대에 합당해야 할 뿐만 아니라 그간 있어온 보건행정여건의 변화에도 효율적으로 대처할 수 있도록 추진되어야 할 것이며, 그래야만 지방자치제 실시에 따른 보건행정체계의 개편이 궁극적으로 헌법 제36조

2) 그 예들로 보건진료기관의 운영·설치, 전염병 및 기타 질병의 예방과 방역, 주민의 복지증진에 관한 사무(지방자치법제9조 2항)중 주민보건향상을 위한 종합계획 및 지원, 의료보호 진료지구의 설정(지방자치법시행령) 등을 들 수 있다.

3) 유승훈(1990) 「의료정책과 관리」 (기린원: 서울) p.200; 김한중(1992) “환경여건 변화에 따른 지역보건행정 체계와 기능의 발전방향” 보건의료 발전을 위한 워크샵, 경기도.

및 지방자치법 제8조가 각각 천명하고 있는 국민의 健康權 保障과 住民의 편의 및 복리증진에 이바지할 수 있게 되는 것이다.

이상의 논의에 입각하여 본 연구는 지방화 시대에 합당할 뿐만 아니라 최근의 보건행정여건 변화에도 충분히 부응할 수 있는 보건행정체계의 대안을 모색하고자 한다. 이를 위해서 수행함에 있어 본 연구는 첫째, 현행 보건행정체계의 실태와 문제점을 살펴보고, 둘째 그동안 政府内外에서 개진되어 온 여러가지 보건행정체계의 개편안들을 檢討·評價하고, 다음에는 바람직한 보건행정체계를 설계함에 있어 최대한 지켜야 할 基本原則과 方向을 설정하고, 끝으로 이들에 입각하여 地方分權의이면서도 效率의이라고 생각되는 보건행정체계를 구체적으로 제시하고자 한다(그림 6-1 참조).

여기서 ‘효율적인’ 보건행정체계라 함은 보건행정여건의 변화에 효과적으로 대처할 수 있는 보건행정체계를 뜻하는 바, 短期的으로는 그간 있어 왔던 보건행정여건의 변화, 長期的으로는 앞으로의 변화추세에도 부응할 수 있는 보건행정체계의 육성발전을 포함하고 있다.

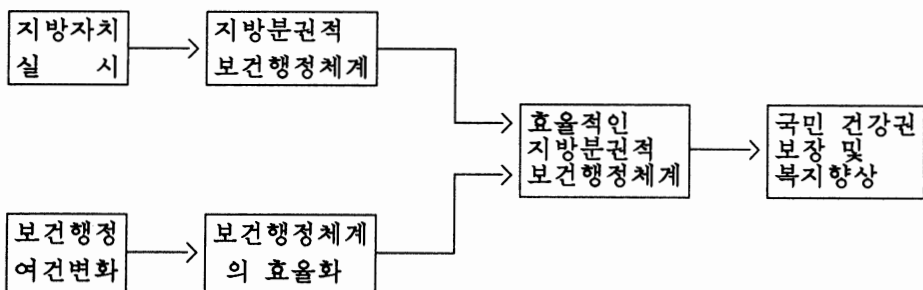


그림 6-1. 지방자치제 하에서의 보건행정체계 개편방향

6.2. 現行 保健行政體系의 問題點

여기에서는 현행 보건행정체제와 관련하여 나타난 여러가지 문제점들을 지적할 수 있는데, 이들은 1) 二元的 조직체제, 2) 專門性의 미흡, 3) 上部下達式의 수직적 업무수행체제, 4) 廣域수준의 보건행정기능 취약, 5) 住民參與 미흡, 6) 環境변화에 대한 보건행정의 對應 未洽으로 요약될 수 있다. 이들을 항목별로 구체화시키면 다음과 같다.

1) 二元的 組織體系

앞서 언급하였듯이, 현행 보건행정조직체제는 보건행정을 주관하는 중앙행정기관이 保社部임에도 불구하고 일선 보건행정기관은 內務部(지방자치단체)소속하에 있는 이원적 조직체제로 되어있다. 이와 같은 이원적 조직체제에 대하여 그 동안 여러 문제점들이 제기되었는데, 그 중에서도 정책결정기관과 집행기관이 구조적으로 상호절단되어 있어 한 체계로서의 기능적 連繫가 부족할 뿐아니라, 일선 보건행정기관에 대한 보사부의 통제력이 크게 제한되어 업무수행상 차질을 빚고 있다는 점이 특히 많이 지적되고 있다.⁴⁾ 구체적으로 현행 보건행정조직체제가 이원화되어 있어 정책결정기관(보사부)의 정책의도가 정확하게 집행기관(지방자치단체)으로 연결되기가 어려우며, 정책의 실시결과 발생하는 문제점이나 평가의 결과가 다시 정책결정기관으로 還流(feedback)되는데에도 그 연결이 미흡하다는 것이다. 또한 보건사업을 집행하는 일선 행정기관의 人事, 財政, 統制 및 指導監督을 보사부가 아닌 내무부(지방자치단체)가 관장하고 있기 때문에 업무수행에 대한 정책결정기관의 통제력이 약화되어 있으며, 그 결과 본래의 정책의도와 다르게 집행이 되어도

4) 문옥륜 (1989) "지방자치하에서의 보건의료행정체제" 「지방자치제와 보건의료행정체제」 한국보건행정학회 제2회 학술세미나, p. 46; 한국보건사회연구원 (1988), 전거서, p. 163. 전건작 (1990), 전거논문, p. 23.

효과적인 통제와 감독이 매우 어려운 상태에 있다는 것이다.

이원적 조직체계와 관련하여 제기되는 또 다른 문제는 일선 보건행정기관인 보건소가 지방자치단체에 소속되어 있음으로써 生活圈에 관계없이 일반 지방행정단위별로 설치되어 있는 바, 시·군의 생활권이 동일한데도 시와 군에 따로 보건소를 설치하는 重複投資로 인한 낭비가 발생하고 있다는 것이다. 아울러 일선 보건행정기관이 지방자치단체에 속해 있기 때문에 지역의 보건행정 활성화 정도는 관내행정의 책임자인 시·군·구청장의 보건사업에 대한 관심 정도에 따라 심한 지역간 차이가 있으며, 이같은 격차는 앞으로 자치단체장의 주민직선이 실시될 경우 더욱 심화될 것으로 예상되는 바, 이에 대한 적절한 대책이 시급히 마련되어야 한다는 주장이 여러 곳에서 제기되고 있는 실정이다.⁵⁾

2) 專門性的의 未洽

보건의료서비스는 과학적 기술을 토대로 하는 고도의 전문적 서비스인 동시에, 주민 각자의 개별화된 욕구를 충족시켜야 하는 대인서비스라는 이중적 특성을 지니고 있다. 따라서 보건의료서비스는 專門人力에 대한 의존도가 높고, 주민 각자의 건강상태에 따라 제공되는 서비스의 종류가 多樣할 뿐 아니라 豫防을 목적으로 하는 서비스가 있는가하면, 治療를 목적으로 하는 서비스가 존재하는 등 서비스의 성격도 다양하다. 또한 보건의료서비스는 生産과 消費가 동시에 진행되기 때문에 저축이 불가능할 뿐아니라, 의사와 환자간의 1:1의 대응관계에서 이루어지는 경우가 많음으로써 대량생산이 가능하지 않기 때문에 勞動集約性(labor intensiveness)이 강한 서비스이다.⁶⁾

이와 같은 특성으로 인하여 보건행정은 다양하고 적정한 수의 전문인력을

5) 정인홍·박용치 (1989) “보건의료 및 사회보장 행정조직의 개편에 관한 연구” 「지역복지정책」 제5집.

6) 문옥륜 외 (1991) 「한국의료보험론」 (신광출판사: 서울), p.22.

확보하여야만 제대로 수행될 수 있는 것이다. 그러나 현행 보건행정체계는 일선 보건행정기관에 전문인력을 확보함에 있어 적지 않은 문제점으로 지적되고 있으며, 이는 앞서 논의한 보건행정조직체계의 이원화에서 비롯된 것으로 보고 있다.⁷⁾ 즉 보건행정의 주무부서가 保社部임에도 불구하고 일선 보건행정기관이 內務部(地方自治團體)의 일반적 지방행정에 편입되어 있기 때문에 그 같은 문제가 발생하고 있다는 것이다.

무엇보다도, 일선 보건행정기관이 일반 지방행정계통에 소속되어 있어 보건업무의 전문성이 잘 인정되지 못하고 있고,⁸⁾ 설사 인정되고 있다하더라도 보사국, 보건과, 보건소 등의 보건행정기관은 공식적으로 다른 내무부서와 대등한 지위에 놓여 있음에도 불구하고 실질적인 권력관계에서 항상 劣勢에 있기 때문에 전문인력의 확충에 필요로 하는 財源을 마련하는데에 많은 애로가 있다.

또한 일반 지방행정기관의 인사관리관행(순환보직)상 보건행정 담당자들은 다년간의 업무수행을 통하여 전문성을 축적하는데에도 한계가 있으며,⁹⁾ 더욱이 이러한 循環補職의 원칙에 따라 보건행정에 경험이 없는 문외한이 보건행정기관에 보직되는 사례가 많기 때문에 내부적으로 전문인력을 육성하는 것도 매우 어려운 실정이다. 아울러, 보건의료계통계 전문직공무원은 법상 내무부(지방자치단체) 소속 공무원이지만 실제 인사운영에 있어서는 일반행정계통에 의하여 상당히 소외되어 있기 때문에 經歷發展의 기회가 극히 제한되어 있으

7) 김광웅·강신택·오석홍(1977) “공공의료전달체계의 개선방향” 박종기·민재성 「한국의 보건문제와 대책(II)」, 한국개발연구원; 문옥륜 (1988) 전제 논문, p. 48.

8) 박동서 (1990.8) “바깥사회에 뒤처지는 공무원의 전문성” 「지방자치」, p. 45.

9) 예컨대, 도시보건소에 근무하는 공무원들 중 공무원 근무경력이 5년이상인 자는 76.2%인데 반하여, 현 직책의 근무경력이 5년이상인 자는 27.2%에 불과하다. 한국보건사회연구원 (1988) 「2000년대를 향한 도시보건소의 조직 및 기능개선연구」, p. 59.

며,¹⁰⁾ 이에 발생하는 그들의 빈번한 離職과 轉職으로 인하여 일선보건조직은 대민서비스기관으로서의 전문성을 제대로 살리지 못하고 있는 실정이다.

3) 上部下達式的 垂直的 業務遂行體系

전술한 바와 같이, 현행 보건행정수행체계는 중앙행정기관인 보사부가 대부분의 政策決定 및 企劃을 담당하고 지방자치단체는 보사부의 지침에 따라 보건행정업무를 집행하는 상부하달식의 수직적인 형태로 되어 있다. 이러한 업무수행체계의 근본적인 문제점은 보건의료정책에 관한 거의 모든 결정이 중앙부서인 보사부에 의해서 이루어지게 되어있어, 지방자치단체에는 그 地域의 特性과 狀況 그리고 지역주민의 欲求를 고려하여 적절한 보건의료정책을 獨自적으로 개발·시행할 여지가 거의 없다는 것이다.

주지하는 바와 같이, 지방자치단체는 중앙정부와 달리 가장 近距離에서 지역주민과 日常的으로 접촉하고 있음으로써 지역주민과의 관계가 밀접할 뿐 아니라 그들의 실태를 가장 현실적으로 정확하게 파악할 수 있다. 따라서 보건의료정책은 가급적 지역주민의 생활주변과 가까운 지방자치단체에서 수립집행되어야만, 住民接近이 容易하고 주민의 慾求와 지역특성을 충분히 고려한 현

-
- 10) 예컨대, 직무환경과 관련하여 보건의료 담당공무원들은 승진기회의 희박을 가장 높은 불만요인으로 지적하고 있다. 한국보건사회연구원 (1988) 전개 연구보고서, p.261. 아울러, 시·도의 보건사회국장은 공식적으로 서기관 또는 보건기정으로 보하도록 되어 있으나, 실제 인사운영상에서는 일반직 공무원인 서기관이 임명되는 것이 오랜 불문률로 되어 있다. 따라서 보건의료 담당공무원이 국장급으로 승진되는 것은 거의 불가능한 상태이다. 현재 15개 시·도중 충남도를 제외한 모든 보건사회국장은 일반직 공무원이다. 생각컨대, 보건행정조직에의 일반직 배속에 대하여는 일반직 배속이 보건행정의 전문성 확립을 저해하는 문제점도 있는 반면, 여타 행정과의 연계강화로 행정의 종합 효율화에 기여하는 긍정적인 측면도 있는만큼 논란이 예상되나, 문제는 이에 따른 보건의료직 공무원들의 사기저하, 그리고 그로 인한 조직의 침체가 우려되는 바, 이에 대한 적절한 해소책이 강구되어야 할 것으로 사료된다.

장 접근성이 있는 정책수립과 집행이 가능할 것이다.¹¹⁾ 그러나, 현행 보건행정업무수행체계는 중앙부서인 보사부가 정책을 결정하고 지방자치단체는 중앙행정기관이 정한 획일적인 정책지침에 따라 이를 단순히 집행하는 수동적인 기능을 가지고 있을 뿐이다. 특히 보사부가 하달한 정책의 내용은 지방자치단체의 지역특성을 감안하지 않고 일률적으로 정한 것이기 때문에 지역에 따라 多樣하게 표출되는 保健醫療欲求를 충족하기에는 한계가 있다. 더욱이 현행 보건행정수행체계는 과거의 중앙집권적 체제하에서 마련된 것으로서 지방자치제가 본격화됨에 따라 지방분권적 행정이 요구되고 地域單位의 보건의료 수요가 증대되어가는 현 시점에서는 더 이상 바람직한 업무수행체계로 볼 수 없는 바, 지방화 시대에 합당한 새로운 보건행정수행체계의 확립이 절실히 요구된다 하겠다.

4) 廣域水準의 保健行政機能 脆弱

우리나라의 행정계층구조는 중앙정부와 기초자치단체인 시·군·구의 중간에 광역자치단체인 市·道를 두고 있는 중층제로 되어있다. 원칙적으로 시·도는 넓은 지역에 걸쳐 통일적인 처리를 요하는 사무 또는 기초자치단체의 재정적·행정적 능력으로써 수행할 수 없는 대규모의 사업 및 고도의 기술을 요하는 사무 그리고 기초자치단체간의 행정능력 격차를 조정하는 사무 등을 처리하고, 아울러 중앙정부와 기초자치단체간의 연락·조정 등의 사무를 수행하도록 되어 있다.¹²⁾

한편 보건의료사업과 관련하여 시·도가 수행하도록 공식화되어 있는 주요 기능은 앞서 본 바와 같이 광역자치단체로서 손색이 없을 정도로 매우 포괄적인 내용을 담고 있다. 그러나 그러한 공식적인 사무규정에도 불구하고 시·도

11) Curtis, Sarah (1989) The Geography of Public Welfare Provision
Routledge: London and New York, pp.42-44.

12) 지방자치법 제10조 1항.

가 실질적으로 수행하는 기능은 중앙정부와 기초자치단체의 중간 위치에 서서 前者의 지시와 계획을 후자에게 전달하고, 다시 後者の 업무실적을 전자에게 보고하는 연락·조정과 같은 소극적인 사무에 제한되어 있는 실정이다.¹³⁾

이와같은 문제는 현행 보건행정수행체계상 중앙행정기관(보사부)이 보건의료에 관한 대부분의 정책결정 및 기획을 담당하고, 기초자치단체 소속의 보건소가 그에 대한 집행기능을 수행하고 있음으로써 중간자치단체인 시·도는 사무연락 이외에 별로 큰 사무가 없다는 데에서 기인되는 것으로, 다른 한편으로는 시·도내에서의 보건의료사업에 대한 關心과 豫算, 人力 등의 실질적인 支援이 미흡한 까닭에 시·도 수준의 보건행정기능이 공식적으로는 포괄적으로 되어 있다하더라도 실제로는 현재와 같이 연락조정 등의 소극적인 사무수행에 그치고 있는 것이다.

이러한 맥락에서 市·道の 保健行政機能 脆弱性은 현행 보건행정수행체계의 상부하달식 구조에서 파생된 문제인 동시에, 시·도의 보건행정에 투입되는 人的·物的 資源의 미흡으로 야기된 당연한 결과라 하겠으며, 따라서 시·도 수준에서의 보건행정능력을 육성발전시킬 수 있는 대책의 마련이 시급히 요청된다. 특히, 현재 광역적인 보건행정수요가 날로 증대되고 있고 앞으로도 계속 증대되리라고 전망되어 지는 바, 이에 상응하여 광역자치단체인 시·도의 보건행정기능은 한층 더 강화되어야할 필요성이 대두되고 있다.

또한 막대한 投資財源을 필요로 하는 보건의료기관을 각 기초자치단체별로 설치·운영하는 것보다 광역자치단체가 설치·운영하는 것이 規模의 經濟(economy of scale)면에서 더 효율적이기 때문에¹⁴⁾ 앞으로의 보건행정은 시·도 중심으로 이루질 수 있도록 필요한 제도적 장치가 마련되는 것이 요청된다 하겠다.

13) 최창호 (1988) 「지방자치제도론」 (삼영사: 서울), p.168.

14) 신원형 (1991) “광역행정의 효과적인 추진방안” 「지방행정」 11월, p.84.

5) 住民參與 未裕

보건의료서비스는 對民서비스의 일종으로서 그 결정 및 집행과정에 주민참여가 보장될 때 제대로 이루어질 수 있는 것이며, 특히 보건의료사업의 직접적인 대상자인 주민들이 경제적으로나 지리·문화적으로 용이하게 보건의료서비스를 접할 수 있도록 하자는 일차 보건의료사업의 경우에는 더욱 그러한 것이다. 주민참여는 정책결정과 집행과정에서 주민의 의사와 요구사항을 표출시켜 보건행정이 주민의 욕구와 기대에 보다 정확하고 민감하게 반응하면서 수행되도록 촉진하며, 또한 이를 통하여 책임있는 보건행정의 확보에 기여한다.¹⁵⁾ 즉 주민참여는 보다 정확한 보건의료 욕구의 파악이나 적절한 보건의료정책의 수립 및 집행을 가능하게 해주며, 나아가서 보건의료서비스의 效果性과 責任性을 증대시키는데에도 기여하게 된다는 것이다. 이러한 관점에서 볼 때, 보건행정에는 주민참여가 반드시 보장되어야 하며, 이에 상응하여 보건행정체계는 주민참여를 도모하는 방향으로 구성되어야 한다.

그럼에도 불구하고 현행 보건행정체계 특히 업무수행체계는 주민참여를 원활히 수용할 수 있게 구성되어 있지 않다. 무엇보다도 현행 보건행정수행체계는 上部下達式的 垂直的인 형태로 되어 있어 주민의사가 정책결정기관에 전달되기까지는 적게는 2단계, 많게는 5-6단계를 거쳐야 할 정도로 복잡하여 정책결정과정에서의 주민참여는 극히 제한되어 있는 실정이다.¹⁶⁾

또한 執行過程에 있어 주민참여의 제도화를 시도한 수동, 강화, 음성사업 등 지역보건의료사업들이 1970대 後半부터 여러 곳에서 실시되어 왔으나, 이러한 사업들에서의 주민참여는 극히 형식적인 수준에 그쳤다는 평가가 일반적이다. 실제로도 주민참여의 기간조직이라고 할 수 있는 마을건강원 조직은

15) McNeil, C.F. (1954) "Community Organization for Social Welfare" Social Work Year Book, New York: American Association of Social Worker, p.123.

16) 한국지방행정연구원 (1988) "지방자치제 실시에 따른 지방정부의 사회 복지기능에 관한 연구" pp.23-207.

관련사업이 종결된 후에는 해체되는 것이 보통이었고, 존속되었다 하더라도 이는 일선 보건행정기관의 民間諮問機關내지 補助機關으로서 그 건의내용이 행정기관을 구속할 수 없기 때문에 실질적인 기능을 발휘하는데는 많은 제약이 따르고 있다.¹⁷⁾ 물론 이러한 상황은 지역주민 대표기관인 地方議會가 새로이 출범함으로써 상당히 변화되었을 것으로 생각될 수 있으나, 아직까지는 보건행정에 관한 대부분의 정책결정 및 기획권한이 중앙행정기관에 집중되어 있기 때문에 그 효과는 제한적으로 나타나고 있는 형편이다.

그러나 앞으로 상부하달식의 현행 보건행정수행체계가 지방자치제 이념에 맞게 지방분권적으로 개편된다면 지방의회를 통한 주민참여는 실질적이고도 효과적인 것으로 발전될 수 있는 바, 이에 거는 기대가 사뭇 크다고 하겠다.

6) 環境變化에 대한 保健行政의 對應未治

그간 급속한 産業化, 所得 및 教育水準의 향상으로 인하여 人口構造, 疾病形態 등이 현저하게 변화되어 왔으며, 앞으로도 그러한 변화추세는 계속될 것으로 전망되어 진다. 다른 무엇보다도, 多産多死에서 小産小死로의 인구학적 移行으로 인구의 年齡別 構造에 커다란 변화가 있었다. 특히 老齡人口比의 증가가 가장 현저하게 나타났는데, 총인구 중 65세이상 인구비는 1960년 2.9%에서 1990년에 5.0%로 증가했고, 앞으로도 계속 증가하여 2021년에는 13.1% 달할 것으로 예상된다.

반면에 出産力은 1960년 6.0명에서 급속히 감소하여 1984년에는 1.8명으로 대체출산력 수준(여성 1인당 2자녀) 이하로 떨어졌고 최근에는 1.6명 수준에서 정체되어 있는 상태이다.¹⁸⁾ 이러한 인구학적 변화와 더불어 국민의 질병형

17) 김용익·김종호·안문영·이종구(1990) “지역보건사업과 주민참여” 「90년대 보건의료정책의 발전방향」, 한국보건사회연구원; 김용익(1992) “보건의료 주민참여의 재정의와 전략” 한국보건행정학회 하계학술대회 발표논문.

18) 김한중(1992) 전계발표논문, p.19.

태가 상당히 변모되었는 바, 그 중에서도 특히 急性傳染病, 寄生虫疾患, 肺結核 등의 感染性疾患에서 癌, 糖尿病, 高血壓 등의 慢性退行性疾患으로의 질병 형태 변화가 가장 두드러지게 나타나고 있다.¹⁹⁾

이와같은 여건변화는 만성 퇴행성질환의 관리를 위한 개인적 보건의료서비스의 기능강화를 요구하게 하며 이에 적합한 보건행정체계의 육성발전을 필요로 하고있다. 그러나 현행 보건행정체계는 급성전염병관리, 결핵관리, 모자보건, 가족계획 등 주로 과거에 필요로 했던 公衆保健事業에 중점을 두어 짜여진 것으로서 아직까지도 그 형태를 거의 그대로 유지하고 있기 때문에 새로이 필요시 되고 있는 개인적 보건의료서비스의 기능을 수행하는데 적합하지 못한 것이 현실이다.

따라서 현행 보건행정체계는 개인적 보건의료서비스의 기능이 강화될 수 있는 방향으로 개편되어야 하는 바, 우선적으로 개인적 보건의료서비스의 기능을 효과적으로 수행할 適正知識(right knowledge)을 갖춘 適正 數(right number)의 전문인력이 일선 보건행정기관에 확보·활용될 수 있도록 조직개편하는 것이 가장 시급하다. 만성퇴행성질환의 관리를 위한 개인적 보건의료서비스는 공중보건의료서비스보다 서비스 單位當 人力需要量이 많고, 보다 專門的인 지식이 요구되기 때문에 일선 보건행정기관에 적정지식을 갖춘 적정수의 전문인력이 확보되지 않는 한, 주민들에게의 실질적인 개인적 보건의료서비스 제공은 불가능한 것이다.

이러한 차원에서 현행 보건행정체계는 전문인력의 확보가 원활히 이루어질 수 있도록 再編成되어야만 그 동안 및 앞으로의 여건변화에 충분히 대응할 수 있게 될 것으로, 이는 앞서 지적한 전문성의 확보문제와 연결시켜 반드시 풀어야 할 우리의 주요 課題인 것이다.

19) 유승훈 (1990) "90년대 사회경제적 여건과 건강관리과제" 「'90년대 보건의료정책의 발전방향」 한국보건사회연구원, pp. 77-80.

6.3. 既存 改編案의 檢討와 評價

6.3.1. 既存 改編案의 檢討

지난 10여년 가까이 현행 보건행정체계가 봉착하고 있는 문제점들의 지적과 함께 동 행정체계의 개선에 관한 많은 論議가 있어 왔으며, 특히 지방자치제의 본격적인 실시에 즈음하여 保社部와 地方自治團體의 역할 및 관계를 어떻게 재설정할 것인가에 대한 논의가 활발히 진행되어 왔다. 이들 논의에서 그 동안 개진되어 온 개편안들을 살펴보면 대체로 다음과 같은 세가지로 要約될 수 있다.²⁰⁾

1) 改編案 I

첫번째 개편안은 중앙과 지방의 모든 보건사회행정조직을 재조정하자는 것으로서 그간 정부내외에서 개진되어 온 개편안들 중 가장 광범위하고 극단적인 내용을 담고 있다. 이 개편안은 보건의료를 포함한 모든 보건사회업무를 보사부가 統括해야 한다는 것을 전제로 보건사회행정조직, 감독, 인사, 관리운영 등을 保社部에 완전 一元化하자는 주장이다. 즉 중앙에서는 현재 보사부, 보건처, 노동부, 환경처 등 여러부처에 분산되어 있는 보건사회업무를 보사부로 하여금 모두 관장케 하고, 지방에서는 시·도의 보건사회조직, 보

20) 그간 정부내외에서 제시되어온 개편안들은 매우 다양하여 세가지 이상으로 세분화시킬 수 있겠으나, 여기에서는 위와 같이 셋으로 분류하여 기존 개편안들의 내용을 검토하고자 한다. 그 이유는 이들 세가지에 현행 보건행정체계의 개선을 둘러싼 주요 논점들이 그대로 반영되어 있고, 다른 한편으로는 세세한 내용의 차이에 따라 기존 개편안들을 세분화하여 검토하는 것은 본 연구에 별로 보탬이 되지 않기 때문이다. 그리고 보사부에서 나온 개편안들 중 외청(사회보장청)설치방안은 보건의료보다 사회복지분야에 관련된 것이기 때문에 여기에서는 이에 대한 검토를 생략하였다.

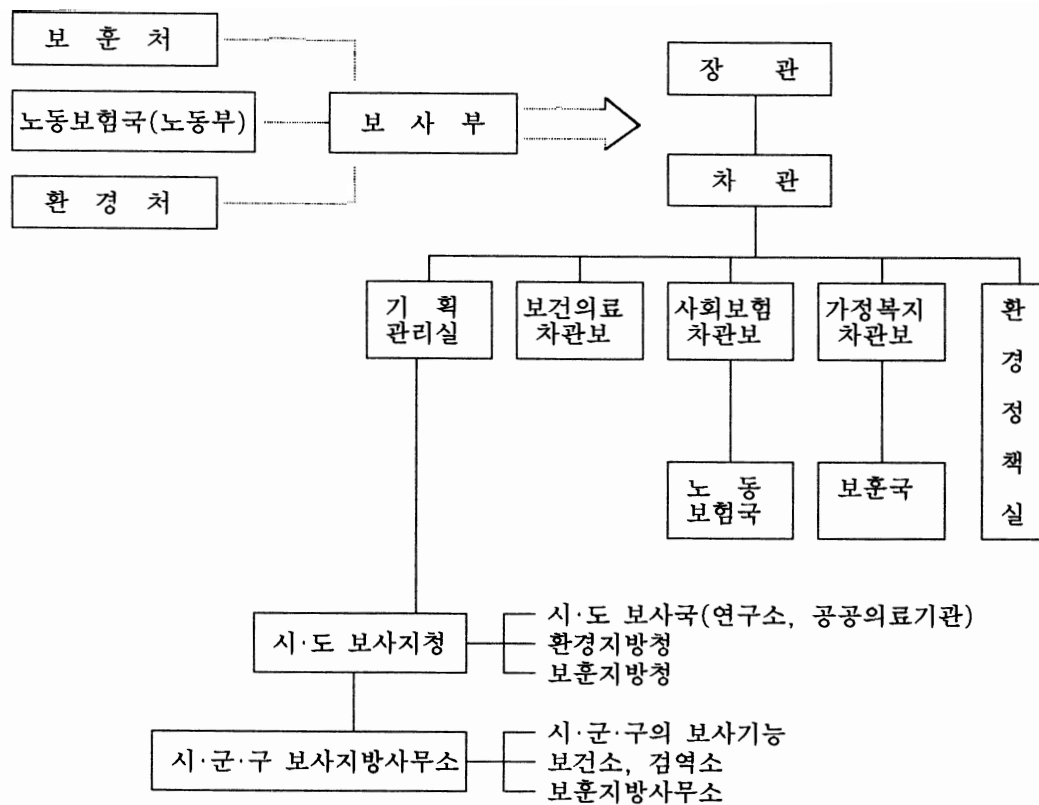


그림 6-2. 개편안 1

훈지청, 노동지청 및 환경지청의 보건사회기능을 保社部 산하의 市·道 保社支廳과 市·郡·區의 保社地方事務所를 신설하여 이들로 하여금 담당케 한다는 것이다.

이러한 개편안이 관철될 경우, 현행 보건행정체계에는 커다란 변화가 있을 것으로 예상되는데, 특히 주목할 것은 지방자치단체의 보건사회업무가 전부 국가사무로 전환되고 이는 보사부 산하의 특별지방행정관서가 직접 집행함으로써, 지방자치단체의 보건의료 및 사회복지기능은 사실상 소멸될 것이라는 점이다(그림 6-2 참조).

2) 改編案 II

두번째 개편안은 현재 市·道에 있는 保健社會局과 家庭福祉局을 市·도에서 분리, 保社部 傘下의 特別地方行政官署로 재편성하자는 내용을 담고 있다. 이 개편안은 현재 여러 중앙부처에 산재되어 있는 보건사회조직과 지방에 있는 특별행정관서인 보훈지청, 환경지청 및 노동지청의 조직을 그대로 유지한다는 점에서 첫번째 개편안과 구별된다. 그러나 이 개편안은 보사부 산하의 특별지방행정관서로서 市·도에 보사지청, 市·군·구에 보사지방사무소를 설치하고 이들이 직접 지방자치단체의 보건사회기능을 대행한다는 점에서는 첫번째 개편안과 동일하다. 따라서 이 代案에 따르는 경우 중앙정부 수준에서의 조직 및 기능개편은 없을 것이나, 지방에서는 커다란 변화가 있을 것인 바, 첫번째 경우와 마찬가지로 지방자치단체의 보건의료 및 사회복지기능은 사실상 없어지게 될 것이다(그림 6-3 참조).

3) 改編案 III

세번째 개편안은 현행 지방교육위원회의 조직과 유사한 保社部 관할의 特別地方自治團體를 市·도 및 市·군·구에 설치·운영하는 ‘保健社會自治制’를 도입하는 방안이다. 이 개편안에 따르면 市·道 保社委員會는 市·道 議會

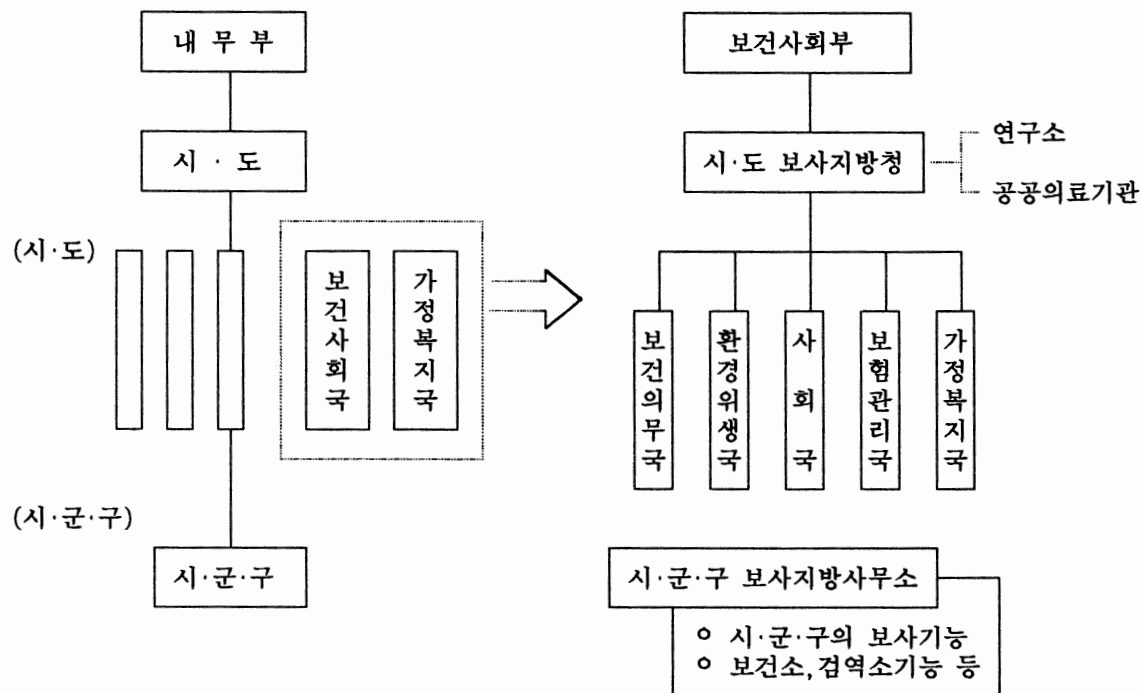


그림 6-3. 개편안 2

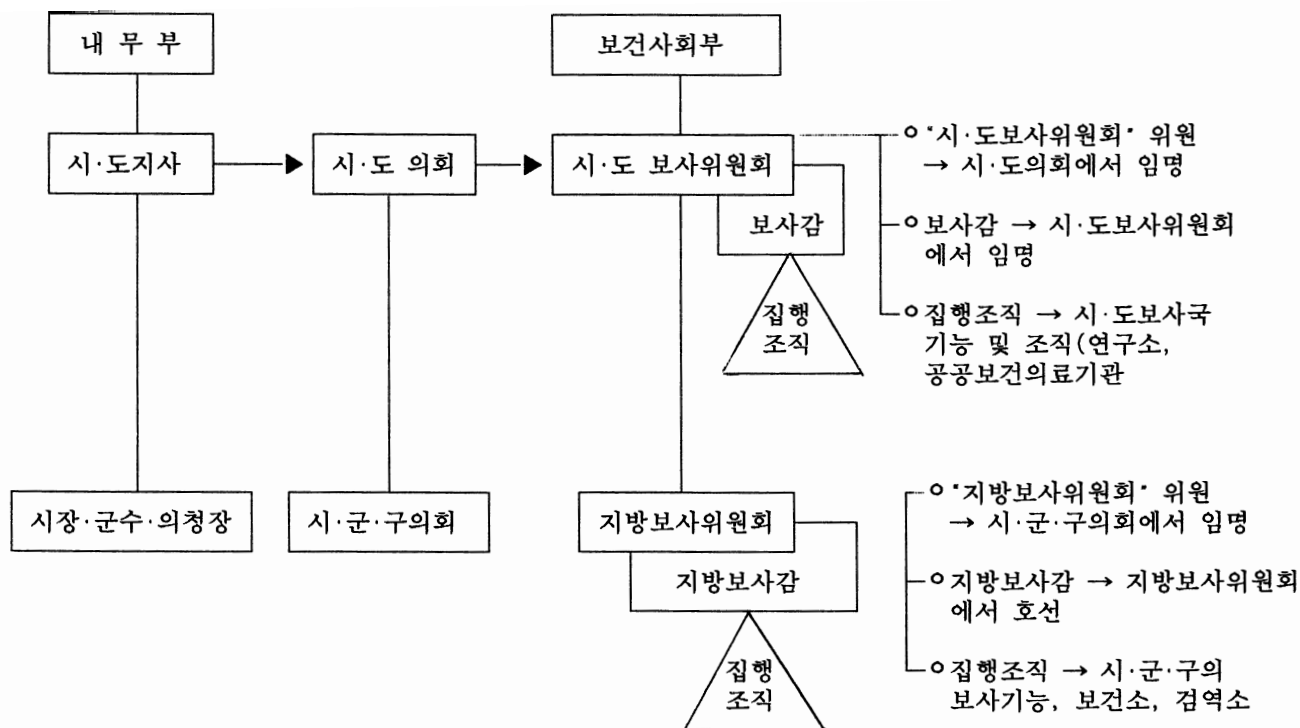
에서 선출된 委員들로 구성하고, 그들 중 보사위원회가 호선한 保社監이 집행조직을 지휘·감독하며, 집행조직은 현하 시·도의 보건사회국, 가정복지국, 보건환경연구소, 지방공사의료원 등의 조직을 흡수하여 보건의료 및 사회복지업무를 집행하게 되어있다. 아울러 市·郡·區에는 地方保社委員會를 신설하도록 되어 있는데, 그 조직 및 기능은 시·도의 보사위원회와 유사하며, 위원회에서 선출되는 지방보사감이 시·군·구의 보건사회기능과 보건소 및 검역소의 기능을 흡수한 집행조직을 지휘·감독하게 되어 있다.

결론으로 보사감과 지방보사감은 지방의회, 보사위원회 그리고 보사부장관에 의해서 조정과 통제를 받게 되어있다. 이 개편안은 지방자치제의 이념에 상당히 부합하는 조직설계라고 하겠으며, 이러한 점에서 앞서 검토한 개편안들과는 다르다. 그러나 이 개편안에 따르는 경우에도 보건사회전담의 특별자치단체가 신설됨으로써 일반 지방자치단체의 보건사회기능은 사실상 소멸될 것으로 보아야 하겠다(그림 6-4 참조).

6.3.2. 既存 改編案의 評價

위에서 검토한 개편안들은 공히 현재 지방자치단체에 소속되어 있는 일선 보건행정기관을 그로부터 分離·獨立시켜 보사부 소속의 특별지방행정관서나 특별지방자치단체로 재편성해야 한다는 내용을 골자로 하고 있다. 이러한 방향의 조직개편은 다양한 이유에 근거를 두고 그간 개진되어 왔는데, 이들을 살펴보면 다음과 같다.

1) 보건의료업무는 專門의 성질을 갖고 있는 반면 지방자치단체(내무부)의 업무는 一般行政의 특성을 띠고 있어 兩者가 동일기관에 통합되어 있어서는 곤란하다.



<그림 6-4> 개편안 3

2) 보건의료업무는 專門化되어야 하는데, 이는 지방자치단체(내무부)의 인사관리관행(循環補職)에 잘 맞지 않는다. 즉 순환보직의 원칙으로 말미암아 保健醫療 擔當公務員들은 다년간의 업무수행을 통하여 전문성을 축적하는데에 한계가 있으며, 더욱이 보건의료업무에 경험이 없는 문외한이 보건행정기관에 보직되는 사례가 많기 때문에 서비스 專門化가 이루어 질 수 없다는 것이다.

3) 보건행정기관이 地方自治團體(內務部)의 일반행정계통에 편입되어 있어 보건의료 담당공무원들의 昇進機會不足, 士氣低下 그리고 自矜心不足 등과 같은 문제들이 발생하고 있다.

4) 지방자치제의 실시에 따라 地域單位의 보건의료업무가 급격히 늘어날 것인데, 현재의 지방조직으로는 이러한 行政需要의 증대를 수용하기 어려우며 따라서 독립행정기관의 신설이 필요하다.

5) 보건의료에 관한 政策樹立은 보사부가 맡고 執行은 보사부 직속기관이 아닌 지방자치단체가 담당하고 있기 때문에 정책결정부서와 집행부서간의 연계가 부족하고 보건의료업무의 집행에 대한 정책결정기관의 統制力이 약화되어 있다. 더욱이 지방자치제가 본격화됨으로써 지방자치단체의 位相이 강화되는 경우 정책결정기관인 보사부의 통제력은 더 약화될 것으로 전망되는 바, 이를 방지하기 위해서는 지방에 보사부 직속의 일선 보건행정기관이 설치되어야 한다.

이상의 논의에서 볼때, 지방자치단체로부터 일선 보건행정기관의 분리를 주장하는 위의 개편안들은 어느정도 타당한 것으로 여겨진다. 그러나 이같은 방향의 조직개편에 따른 경우 득보다는 실이 클것으로 예상되는 바, 상당한 정도의 수정이 없이는 수용하기가 곤란하다. 그 이유를 살펴보면 다음과 같다.

가) 지방자치제가 막 再開된 이때 지방에 중앙부서의 직속기관인 市·道도 保健社會廳이나 지청을 설치하여 지방자치단체의 보건의료기능을 국가기능으로 흡수한다는 것은 지방화 시대에 逆行되는 조직개편안이다. 주지하다시피 특별지방행정관서는 그가 속해 있는 중앙행정기관의 구체적인 지시에 따라 행정을 수행할 뿐, 주민참여나 주민에 대한 행정책임 등 지역주민으로부터의 民主的 統制가 지방자치단체의 경우에 비하여 원활치 못하다. 아울러 특별지방행정관서는 地方的 與件에 대한 對應性이 부족하고 全國的인 劃一化의 행정을 펼칠 위험이 있다. 이러한 관점에서 보았을 때, 특별지방행정관서의 신설은 지방에 보다 많은 권한을 줌으로써 주민의 의사와 지역특성이 행정에 반영될 수 있게 하자는 地方自治制의 理念에 위배되는 개편안으로 받아들여 이기가 어렵다.

나) 一線 보건행정업무를 特別地方行政官署에 일임할 경우 앞에서 현행 보건행정체계의 문제점으로 지적한 주민참여의 부족뿐만 아니라 상부하달식의 업무수행체계에서 파생되는 폐단은 더욱 악화될 것이다. 즉 특별지방행정관서가 설치되면 현행 상부하달식의 업무수행체계는 더욱 鞏固해져 주민접근이 용이하고 지역주민의 욕구와 지역특성을 충분히 고려한 보건의료정책의 수립과 집행이 더욱 어렵게 된다는 것이다. 그러므로 지방자치가 본격화됨에 따라 地方分權形 행정이 요구되고 地域單位의 保健醫療需要가 증대되어가는 현 시점에서 일선 보건행정기관을 지방자치단체로부터 분리시켜 보사부 직속의 특별지방행정관서로 재편성한다는 것은 바람직하지 못하다.

다) 특별지방행정관서의 설치는 地方行政의 綜合性を 저해할 것인데, 이는 곧 행정간의 重複을 야기하고 나아가서는 상충적인 행정수행을 초래할 것이다. 뿐만 아니라 특별지방행정관서의 설치에 결과적으로 정부의 규모를 확대시킨다. 더욱이 현재 특별지방행정관서가 무려 7천여개 기관에 달하고

있는 바,²¹⁾ 이같은 현 상황에서 또 다른 특별지방행정관서의 설치의 정당화 되기가 어렵다.

라) 일선 보건행정기관이 지방자치단체에 소속되어 있을 경우 一般 地方行政組織의 協助를 확보하기가 용이하며 최저한 그 影響力을 등에 업고 업무추진을 원활히 할 수 있다. 반면에 일선 보건행정기관이 지방자치단체로부터 분리·독립될 경우 일반 지방행정조직의 協助와 行政의 便宜제공을 받기가 어렵게 되므로 보건의료업무는 효율적으로 수행될 수 없으며, 이에 일선 보건행정기관은 지방자치단체로부터 분리되어서는 곤란하다.

한편 일선 보건의료업무를 특별지방행정관서에 맡겨 지방자치단체로부터 분리시켜도 양자간의 수평적인 협조관계를 유지할 수 있기 때문에 업무수행에는 별 지장이 없다는 주장이 있다. 그러나 이것은 현실적으로 타당성이 결여된 주장이다. 그 이유를 살펴보면, ① 우리의 전통적인 行政文化는 上下 또는 垂直的인 기관관계에만 친숙하고 法規中心의이기 때문에 능동적인 대외기관관계를 개척하는데 인색하다. ② 지방행정기관은 資源不足으로 말미암아 법률에서 직접적으로 요구하지 않는 대외협조관계에는 대개 불성실하며, 설령 그러한 협조관계가 규정되어 있더라도 대외협조의 여력이 없는 경우가 보통이다. ③ 지방기관의 공무원들은 기관간의 協助關係設定이 지니는 중요성에 대한 인식이 부족하기 때문에 대외기관관계에 대하여 消極的인 태도를 보이고 있으며, 公式的인 對外接觸을 法律的으로 그리고 權力的으로 理解하고 있는 것이 보통이다. 이것은 기관간의 협조관계가 不實한 한 원인이다. ④ 중앙행정기관간의 政策調整失敗는 하급지방기관간의 협력을 어렵게하고 있다 ⑤ 행정과정에 대한 국민의 참여능력이 충분히 성숙되어 있지 않기 때문에 지방

21) 이은재 (1990, 11) “지방화시대의 중앙직할기관, 특별지방행정관서를 존치시킬 것인가” 『지방자치』, p.123.

행정기관간의 협조와 활동조정을 外在的으로 자극하고 촉진하지 못하고 있는 실정이다.²²⁾

마) 일반행정과 분리된 特別自治制의 필요성 내지 效用은 여러가지가 있겠지만 크게 두가지를 들 수 있다. 첫째는 일반행정과 분리된 특별자치제의 도입이 업무의 專門化에 기여한다는 것이며, 두번째는 정치적 中立性을 보장한다는 것이다.²³⁾ 이들은 특별자치제의 도입여부를 가늠하는 핵심적인 기준인 동시에, 그것이 실현되었을 경우 기대되는 긍정적인 효과인 것이다. 이러한 관점에서 볼 때, 보사자치제의 도입은 교육자치제와는 달리 현실적 타당성이 결여된다.

주지하는 바와 같이, 교육행정과 보건행정은 공히 일반행정과 다른 전문성을 요구하는 분야이다. 그러나 정치적 중립의 필요성 면에서는 교육행정과 보건행정은 동일하지가 않다. 교육행정에는 교육이 특정한 정권이나 개인을 위한 정치적 이념을 주입하거나 黨利黨略에 이용되지 않도록 하는 교육의 정치적 중립성 보장을 위해서 교육자치가 절실히 요망되며, 이는 교육목표와 내용을 설정하고 교육활동을 지원하는데 일반행정으로부터 분리·독립된 교육행정체계를 유지함으로써 정치적 중립성을 보장하려는 것이다.

이와 반하여 보건행정은 일반행정과 독립된 특별자치단체가 필요할 정도로 고도의 정치적 중립성을 요하는 분야가 아니며, 이 때문에 보사자치제의 도입은 현실적인 측면에서 타당하지 않다.

아울러 보사자치제를 도입함으로써 얻을 수 있는 肯定的인 효과는 專門性이 신장된다는 점을 들 수 있지만, 보건행정을 일반행정으로부터 분리·독립하는 데서 오는 否定的인 효과는 앞서 지적한 바와 같이 다양하고 심각한 것들이

22) 오석홍 (1989) “지방자치실시와 보건의료체계의 진로” 한국보건행정학회, 제2회 학술세미나, pp.18-19.

23) 한국행정학회 (1991) 「지방자치와 교육자치의 연계강화방안」 p.49.

다. 게다가 특별자치단체는 법률에 의한 중앙통제가 강화될 경우 중앙행정기관의 특별지방행정관서와 같이 변질될 위험이 있다. 이러한 점에서도 보사자치제는 바람직하지 않은 것으로 사료된다.

6.4. 保健行政體系의 改善方案

앞에서 지적한 바와 같이, 기존 개편안들은 공히 지방자치단체의 보건 의료기능을 소멸 또는 약화시키려는 쪽으로 그 기본방향을 설정해 놓고 있어, 이들이 실현되는 경우에 기대되는 효과는 肯定的인 면보다 否定的인 면이 더 클 것으로 예상된다. 따라서 현행 보건행정체계의 문제점들을 是正하기 위해서는 既存 改編案들과는 다른 組織設計가 필요하며, 이는 반드시 효율적이면서도 지방화 시대에 걸맞는 보건행정체계가 되어야 한다. 이러한 맥락에서 여기서는 지방화 시대에 합당하면서도 그간 및 앞으로의 여건변화에 효율적으로 대응할 수 있는 보건행정체계를 제시하고자 한다. 먼저 그같은 보건행정 체계를 마련함에 있어 반드시 고려되어야 할 基本原則과 方向에 대하여 기술하기로 한다.

6.4.1. 基本原則

바람직한 보건행정체계를 마련함에 있어 반드시 고려되어야 할 기본원칙은 (1) 地域特性의 원칙, (2) 接近容易性の 원칙, (3) 서비스 專門化의 원칙, (4) 住民參與의 원칙, (5) 政策決定部署와 執行部署의 結連 원칙, (6) 特別地方自治制의 留保 원칙, (7) 廣域自治團體 중심의 원칙이다. 이들을 항목별로 살펴보면 다음과 같다.

1) 地域特性의 原則

住民들의 保健醫療欲求는 그들이 거주하는 지역의 사회적, 경제적 또는 지리적 특성에 따라 다르게 나타나는 것이 일반적인 현상이다. 주민들의 보건의료욕구는 도시지역과 농촌지역간에 차이가 있음은 물론이고 지방간이나 동일 행정구역내의 지역간에서도 그 차이점을 발견할 수 있다.²⁴⁾ 그러므로 보건행정체계는 地域特性에 따라 多樣하게 표출되는 보건의료욕구에 합당한 정책수립과 집행이 가능하도록 설계되어서 지역에 적절한 보건의료서비스가 제공될 수 있게해야 한다.

2) 接近容易性의 原則

접근용이성은 주민들이 보건의료서비스를 필요로 한 때에 便利한 곳에서 해당서비스를 제공 받을 수 있는가하는 문제로서 주민들과 보건행정기관간의 상호연결 정도를 의미한다. 접근용이성은 보건행정업무의 成敗與否에 커다란 영향을 주는데, 그 이유는 주민들이 보건의료서비스를 원하지만 제공의 장소를 모른다거나 설사 알고 있다 하더라도 그 장소가 원거리에 있어 이를 제공받지 못한다면 보건행정기관은 기능적으로 무기력한 것과 다름이 없으며, 또한 서비스제공의 시기가 늦어진다면 주민들의 健康問題는 그 만큼 더 惡化되어서 서비스의 효과가 低下되거나 그들의 再活에 逆機能을 초래할 수 있기 때문이다.²⁵⁾ 따라서 보건행정기관의 기능이 제대로 수행되고 서비스제공의 효과가 극대화되게 하기 위해서는 주민들의 서비스기관에 대한 접근이 용이하고 適時에 이루어질 수 있도록 保健行政體系가 構築되어야 한다.

3) 서비스 專門化의 原則

앞에서 상술한 바와 같이, 保健行政에는 서비스의 專門化가 반드시 이루어져야 하는데, 이를 위해서는 보건의료에 관한 과학적이고 전문적 지식

24) 유승훈 (1990) 「의료정책과 관리」 제17장, 제18장.

25) 문옥륜 (1989) 전개논문, p. 43.

을 겸비한 人力을 서비스기관에 확보·유지해야 하는 동시에, 그들의 전문성이 최대한으로 활용될 수 있는 여건이 마련되어야 한다. 이러한 맥락에서 이상적인 보건행정체계는 보건의료 전문인력이 서비스기관에 확보·유지될 수 있고 업무수행에 있어 그들의 전문성이 충분히 발휘될 수 있도록 구성된 것이라 하겠다.

4) 住民參與의 原則

이미 지적한 바와 같이 보건의료에 관한 정책결정과 사업집행에는 주민참여가 필요하다. 주민참여는 정책결정과 사업집행과정에서 주민의 意思와 要求事項을 표출시켜 보건행정이 주민의 欲求와 期待에 보다 敏感하게 반응하면서 수행되도록 하며, 나아가서는 責任있는 행정을 확보하는데에 기여한다. 이와 더불어 주민참여는 보건의료에 이용가능한 자원이 보다 용이하게 조달될 수 있도록 하며, 보건의료에 대한 행정기관의 단편적이고 일방적인 정책결정과 사업집행을 방지하고 전문가의 惰性(mannerism)에서 오는 불성실한 서비스의 제공을 예방할 수 있게 한다.²⁶⁾ 이러한 관점에서 보건행정체계는 주민참여가 도모되고 보장될 수 있게 조직되는 것이 理想的이라 하겠다.

5) 政策決定部署와 執行部署의 結連 原則

정책결정부서와 집행부서는 가급적 결련된 관계에 있는 것이 바람직하다. 정책결정부서와 집행부서가 구조적으로 분리되어 있을 경우, 전자의 정책의도 및 후자의 집행결과는 각각 후자에게 전달되는 과정이나 전자에게 환류되는 과정에서 왜곡될 소지가 있다. 뿐만 아니라 집행부서에 대한 정책결정부서의 통제 및 감독이 효과적으로 수행될 수 없으며, 逆으로는 집행부서의 능력과 분위기를 감안한 정책결정 및 기획이 이루어지기가 어렵다. 정책결정부서와 집행부서가 서로 結連되지 않음으로써 발생하는 이러한 문제점들

26) 서상목·최일섭·김상균 (1988) 전계서, pp. 27-28.

은 정책실패의 근본적인 원인으로 수 많은 研究들에서 지적되고 있는 바,²⁷⁾ 효과적인 정책수립 및 집행을 위해서는 정책결정부서와 집행부서는 가급적 結連되어 있어야 하며, 따라서 보건행정체제도 그같은 방향으로 짜여지는 것이 요망된다.

6) 特別地方自治制의 留保 原則

지방행정에 있어서는 綜合行政의 실현이라는 것이 가장 중요한 조건이 되는 것이기 때문에, 종합적 기능을 수행하는 일반 지방자치단체에 의하여 지방수준의 모든 행정이 처리되는 것을 원칙으로 하고, 列外的으로 특히 필요한 경우에만 특별지방자치단체의 설립이 인정되는 것이다.²⁸⁾ 여기서 '열외적으로 특히 필요한 경우'란 특수전문분야의 기능과 정치적으로 민감한 기능을 동시에 가지고 있는 경우를 의미하는 바, 지적한 두가지 조건들 중 하나라도 결여되어 있을 경우에는 특별지방자치단체의 설립이 정당화될 수 없는 것이다. 이와 관련하여 문제가 되는 것은 바로 보건자치제의 도입이다. 이미 앞에서 상술한 바와 같이, 보건행정은 특별자치제의 도입이 필요할 정도로의 정치적 중립성이 요망되는 기능이 아니므로 지방행정의 종합성을 저해하면서까지 교육자치제와 흡사한 특별지방자치단체를 설치하는 것은 현실적으로 타당하다고 볼 수 없다. 따라서 새로운 보건행정체계를 구상함에 있어 특별지방자치제의 도입은 유보되어야 한다.

7) 廣域自治團體 중심의 原則

위의 기본원칙(1, 4)과 기존 개편안들에 대한 평가결과에 비추어 볼 때, 보건의료업무는 지방자치단체에 의하여 수행됨이 바람직하다. 그러나 보

27) Bardach, Eugene (1977) The Implementation Game Cambridge: MIT Press; Dunsire, Andrew (1978) Implementation in a Bureaucracy Oxford: Martin Robertson; Van Horn, Carl (1979) Policy Implementation in the Federal System Lexington: Heath.

28) 손재식 (1982) 「지방행정개론」 (박영사: 서울), p.14.

건행정을 지방자치단체 중심의 체계로 하는 경우에도 문제는 남는다. 즉 기초자치단체 중심의 체계로 할 것이냐 아니면 광역자치단체 중심의 체계로 할 것이냐 하는 문제이다. 여기서 어느 類型의 체계를 선택할 것인가를 결정함에 있어 반드시 감안해야 할 점은 과도한 分權化가 총체적인 보건행정성과를 고려할 때 바람직하지 못할 수 있다는 사실이다.²⁹⁾ <그림 6-5>에서 볼 수 있듯이 지방분권화의 정도가 클수록 행정의 民主·自主性은 伸張되지만 效率性은 低下되고, 반대로 地方分權化(또는 중앙집권화)의 정도가 작아(커)질수록 행정의 效率性은 伸張되지만 民主·自主性은 低下된다.

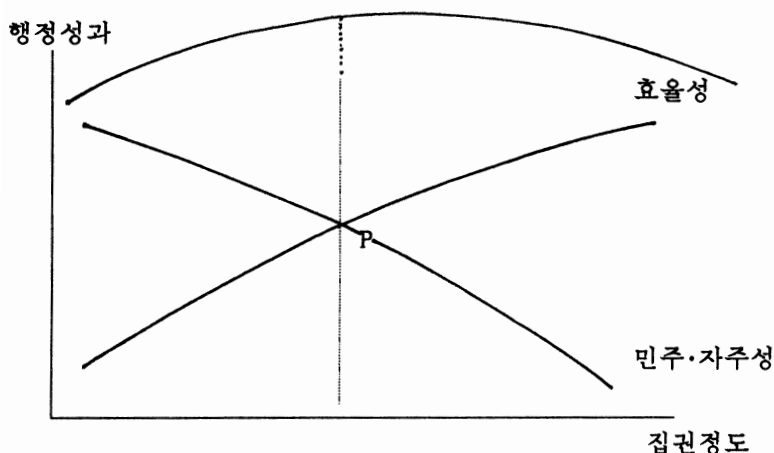


그림 6-5. 집권과 분권의 조화점

따라서 새로운 보건행정체계에 있어서의 지방분권화 정도는 보건행정의 효율성과 민주·자주성이 조화·균형됨으로써 총체적인 行政成果를 極大化시킬 수 있는 점 P의 수준에서 이루어지는 것이 가장 이상적이라 하겠으며, 이러한 맥락에서 지나친 지방분권화를 전제로 하는 기초자치단체 중심의 보건행정체계 보다는 광역자치단체 중심의 보건행정체계가 더 바람직하다 할 수 있겠다.

29) 최창호 (1989) 전거서, p. 48.

예컨대, 기초자치단체 중심으로 보건행정체계가 구축될 경우 인사운영상 승진 및 전보기회의 축소로 인하여 보건의료담당 공무원의 士氣가 저하되기 때문에 보건행정의 침체가 우려되며, 다른 한편으로는 보건의료업무의 효율적 수행에 있어서 필수적인 전문인력의 확보가 어렵게 됨으로써 현재 및 앞으로 절실히 요망되고 있는 보건행정의 專門化가 이루어질 수 없다.

아울러 정책결정부서와 집행부서의 結連은 기초자치단체의 企劃能力과 財政能力을 감안할 때 기초자치단체 중심의 보건행정체계에서는 실현되기가 불가능하며, 또한 오래전부터 필요로 해 왔던 생활권 중심의 보건행정기관망의 구축도 기초자치단체 중심의 보건행정체계 하에서는 현실적으로 불가능하기 때문에³⁰⁾ 서비스기관에 대한 주민들의 접근용이성을 제고하는데는 한계가 있다.

이와 반하여 광역자치단체 중심의 보건행정체계 하에서는 광역자치단위의 탄력적인 人事運營으로 보건의료담당 공무원들의 사기진작에 기여할 수 있으며, 이에 보건행정의 활성화 및 전문인력의 확보를 가능하게 한다. 이와 더불어 기초자치단체보다는 광역자치단체에 재정능력 및 기획능력을 육성할 수 있는 여지가 많기 때문에 정책결정부서와 집행부서의 결련은 전자보다는 후자 중심의 보건행정체계에서 실현될 가능성이 한층 더 높다.

끝으로 보건행정체계가 광역자치단체 중심으로 되어 있을 경우 일선 보건행정기관은 광역자치단체의 소속으로서 기초자치단체의 행정단위에 구애받지 않고 生活圈에 따라 지역에 배치될 수 있기 때문에 서비스기관에 대한 주민들의 接近容易性을 도모할 수 있다.

- 30) 현행 지방자치법에는 보건소를 포함한 기초자치단체의 사업소들이 생활권 중심으로 배치될 수 있는 법적 기반이 마련되어 있다. 그러나 이는 지방자치법 제95조와 제149조에 각각 명시된 사무위탁처리 및 지방자치단체의 조합설립과 관련된 것인 바, 과거의 경험에 비추어 볼때 그같은 조항들이 활발히 활용될 수 있을 것으로 기대되지 않는다. 예컨대, 우리나라에서 지금까지 기초자치단체조합 설립의 예는 1970년에 경기도내의 시·군이 설립한 전용행정통신망조합 이외에는 전무하며, 이것도 현재에는 해산된 상태에 있다. 신원형 (1991.11) “광역행정의 효과적인 추진 방안” 『지방행정』, 86, p.

이상의 논의를 요약해 보건대, 廣域自治團體 중심의 보건행정체계는 앞에서 제시한 기본원칙(1, 4)에 크게 배치되지 않으면서도 기본원칙 (2, 3, 5)을 충실히 따를 수 있다는 점에서 기초자치단체 중심의 보건행정체계보다 더 바람직한 조직설계라 하겠다. 즉 광역자치단체 중심의 보건행정체계는 지나친 중앙집권과 무리한 지방분권의 중간에 위치한 것으로서 보건행정의 效率性과 民主·自主性을 조화·균형케 하여 총체적인 행정성과를 극대화시킬 수 있는 조직체계라는 것이다. 이같은 맥락에서 새로운 보건행정체계의 구상은 廣域自治團體의 중심으로 추진되어야 한다.

6.4.2. 基本方向

본 연구는 기존 개편안들에 대한 평가의 결과와 더불어 위에서 제시한 기본원칙을 토대로 다음과 같은 기본방향을 정하고 그에 따라 새로운 보건행정체계의 구상을 전개하고자 한다.

1) 새로운 保健行政體系를 구상함에 있어 보사자치제의 도입은 기존 개편안들의 평가결과(5)와 기본원칙(6)에 근거하여 고려대상에서 제외한다.

2) 새로운 보건행정체계를 구상함에 있어 지방자치단체와 분리·독립된 특별지방행정관서의 설치에 기존 개편안들의 평가결과(1, 2, 3, (1, 4)에 근거하여 고려대상에서 제외한다.

3) 새로운 보건행정체계는 기본원칙(1, 2, 3, 4, 5)를 감안하고 기본원칙(7)에 근거하여 廣域自治團體 중심으로 구축한다.

4) 기본방향 (3)에서 제시한 보건행정체계의 효율성을 극대화하기 위하여 광역자치단체 내의 보건행정조직을 改編·強化한다.

6.4.3. 改編案의 內容

앞에서 기술한 기본방향에 따라 <그림 6-6>과 같은 보건행정체계를 제안한다. 본 연구가 제안하는 보건행정체계의 주요 특징은 (1) 現下 기초자치단체에 편입되어 있는 일선보건행정기관인 保健所 또는 保健醫療院, 保健支所 및 保健診療所를 광역자치단체의 소속으로 전환한다. (2) 현하 광역자치단체 내에 있는 保健社會局의 조직 중 保健課를 保健局으로 확대·개편하고 그 아래에 保健行政課, 防疫課, 醫藥課, 家族保健課 그리고 再活課를 두며, 보건국에의 일반직 공무원의 배속은 존치하나 局長 만큼은 보건의료 전문직으로 단일 職制化한다. (3) 醫療保險, 醫療保護 등과 같이 再分配的(redistributive) 성격이 강한 사무를 제외한 모든 分配的(distributive) 보건의료사무는 광역자치단체의 固有事務로 전환하는 것을 원칙으로 한다. 이상의 특징을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

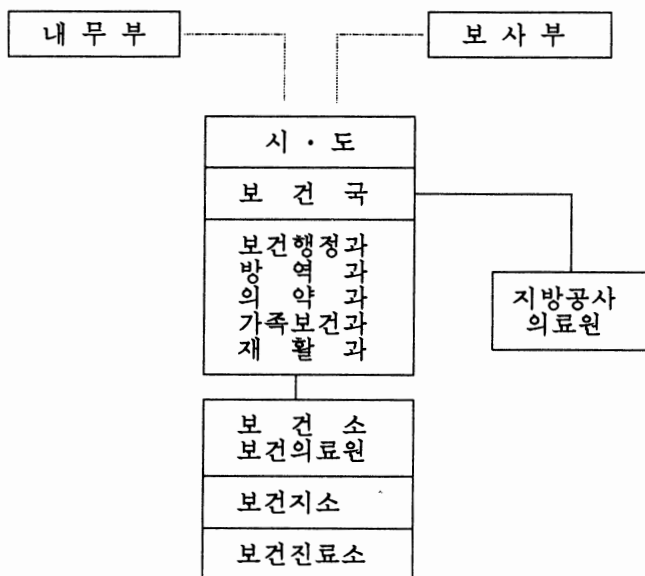


그림 6-6. 보건행정체계(안)

1) 一線保健行政機關

앞에서 지적한 바와 같이 현행 보건행정체계 하에서는 일선보건행정기관이 기초자치단체에 소속되어 있음으로써 효율적인 보건의료업무의 수행에 많은 어려움이 있다. 이를 극복하기 위하여 일선보건행정기관을 광역자치단체의 소속으로 전환하였는 바, 이에 대한 指揮·監督權 및 人事權은 해당 광역자치단체장이 관할하고 保社部の 技術指導와 監督을 받는다. 일선보건행정기관의 數, 位置 및 内部組織은 지역의 특성과 필요에 따라 광역자치단체가 융통성 있게 결정할 수 있도록 하며, 이러한 體系轉換을 뒷 받침하기 위해서는 현행 保健所法이 改正되어야 하겠다.

끝으로 일선보건행정기관의 기능은 市·道の 保健局과 中央政府의 保社部 各 아래 각각 保健局이 企劃·決定한 광역자치단체의 보건의료업무 및 국가사무를 관할지역의 특성에 맞추어 집행하는 것을 원칙으로 한다.

2) 保健局

보건의료업무의 전문화를 촉진하기 위하여 광역자치단체 소속의 保健醫療 專門行政機構인 보건국을 신설한다. 보건국은 현재의 보건사회국 조직 중 보건과를 확대·개편한 것으로서 그 아래에 보건행정과, 방역과, 의약과, 가족보건과 그리고 재활과를 둔다. 보건소, 보건의료원 등 일선보건행정기관은 보건국 직속의 일선집행기관으로 하는 바, 보건국은 이들의 사업계획 및 집행과 기관운영에 관하여 지휘·감독한다. 그리고 보건국의 人的構成은 현재의 보건사회국과 같이 전문직과 일반직을 혼성하여 편성할 수 있는 것을 원칙으로 한다. 단 보건의료의 전문성을 고려하여 일반직을 보건행정기관에 배치할 때에는 반드시 보건의료에 관한 소정의 기본교육을 이수케 하며, 아울러 保健局長은 保健醫療 專門職으로 보하도록 규정한다.

보건행정기관에 非專門職인 일반직이 배속된데 따르는 문제점을 해소하기 위하여는 複數職을 폐지하고 보건의료직으로 통일하는 것이 가장 바람직하겠으나, 이와 관련하여 지적할 것은 복수직제가 전문성을 저해한다는 단점이 있음에도 불구하고 일반행정과 有機的 協助내지는 綜合行政과 연계성 강화라는 긍정적 측면도 동시에 가지고 있다는 점이며,³⁰ 따라서 무조건 보건의료 전문직으로의 일원화에는 무리가 있다. 하지만 보건의료 공무원의 충수적인 보건국장 만큼은 보건의료 전문직으로 단일화하는 것이 필요하다고 본다.

그 이유는 첫째, 일반행정과 보건행정의 연계가 반드시 보건국장을 통하여만 이루어지는 것은 아니며, 둘째, 보건의료 전문직인 보건국장이 장기재임함으로써 보다 전문성에 입각한 보건행정의 장기적 발전대책이 지속적으로 강구될 수 있는 것이며, 셋째, 이를 통하여 보건의료직 공무원의 사기진작을 통한 보건행정의 효율증대 등을 기대할 수 있기 때문이다. 그러나 여타직의 複數직제는 일반행정과의 有機的 연계를 도모하기 위하여 필요한 한도 내에서 앞에서 제시한 바와 같이 인정되는 것이 바람직하다고 생각된다.

3) 事務

본 연구가 제안하고 있는 광역자치단체 중심의 보건행정체계 하에서는 보건의료사무가 지방자치단체의 사무라는 것을 전제로 하고 있으며, 이러한 전제는 현행 지방자치법 제9조 및 동시행령에 명시되어 있는 사무규정과도

31) 보건의료 전문직과 일반직의 혼성구성에 따르는 장단점은 다음과 같이 비교될 수 있다.

- (장점) 1. 통합관리
 2. 타부서와의 업무협조 용이로 보건행정 효율화에 기여
 3. 일반행정의 일환으로서 보건행정을 수행함으로써 행정의 종합효율성 제고
 4. 보건행정의 고립화 방지
- (단점) 1. 보건행정의 전문화에 저해
 2. 일반직과 보건의료직의 갈등 및 이질감 상존
 3. 보건의료 공무원의 사기저하
 4. 일반직의 빈번한 보직이동으로 보건행정의 장기적 발전저해

일치하는 것이다. 그러나 보건의료사무 대부분은 공중위생법, 전염병예방법, 의료법, 약사법, 식품위생법 등의 개별법률에 의하여 국가사무화되어 있는 실정인 바,³²⁾ 이에 대한 개선이 마련되지 않는 한 아무리 현행 보건행정체계가 지방분권적으로 개편된다 하더라도 표면상의 개편에 그칠 뿐 실질적인 성과는 기대할 수 없다.

따라서 이같은 문제의 해결이 선행되어야만 광역자치단체 중심의 보건행정체계가 실질적인 효과를 얻을 수 있는데, 보건의료사무 중 再分配的 성격이 농후한 의료보험, 의료보호 등은 중앙정부가, 예방, 방역, 보건교육 등과 같이 所得再分配的 효과가 현저하지 않은 사무는 지방자치단체가 독자적으로 기획·처리하는 것이 바람직하다. 그 이유는 재분배적 사무의 경우 ① 이해당사자간의 갈등 및 반발에 대한 통제가 필요하며 ② 지역경제발전에 부정적인 효과를 가져오기 때문에³³⁾ 지방의 정책결정자들이 그와 같은 사무의 수행에 대하여 소극적일 우려가 있기 때문인 반면, 分配的 사무의 경우에는 상대적으로 덜 그러하기 때문이다. 이러한 맥락에서 본 연구는 지방자치단체 즉 광역자치단체가 분배적 사무를 企劃·處理하는 것을 광역자치단체 중심의 보건행정체계 하에서의 사무배분 원칙으로 제시하였으며, 이러한 사무배분이 실현될 수 있게 하기 위해서는 법적 개정이 시급히 마련되어야 하겠다.

32) 윤배중 (1992) "지역보건을 위한 자치단체의 역할" 「지역보건발전을 위한 세미나」 경기도, P. 43.

33) 즉 재분배적 사업은 지역경제성장에 가용될 수 있는 자원을 고갈시킬 뿐만 아니라 조세부담을 가중시킴으로써 새로운 자본이나 생산적 노동력(productive labor)의 유입을 저해하는 한편, 기존의 자본 및 노동력의 지역밖으로의 유출을 조장하는 동시에 다른 지역의 빈민마저 관할지역으로 유인함으로써 지역경제성장을 저해한다는 것이다. 이에 대한 자세한 논의는 Peterson (1981) City Limits Chicago: University of Chicago Press.

第 7 章 地方自治制 實施에 따른 保健所 組織 및 機能의 發展方向

政府에서는 제4차 경제사회발전 5개년 계획부터 保健醫療를 사회개발부문의 일환으로 그 중요성을 인정하고 長期發展構想을 수립하여 2000년대를 향한 長期發展 目標로서 合理的인 保健醫療서비스의 확충에 의한 效率性과 公益性的 提高와 保健醫療서비스 均霑化를 위한 資源의 合理的인 配置를 強調한 바 있다.

이러한 政府의 長期發展構想을 合理的이고 效率的으로 실현시키기 위하여는 地域社會의 核心的인 公共保健醫療機關인 보건소의 組織 및 機能이 合理的으로 改善·強化되어야 할 것이다.

우리나라 保健所는 1962年 保健所法の 改定에 의하여 보건소의 운영 주체를 종래의 시·도에서 시·군으로 전환하고 보건소의 업무가 규정된 것으로 그동안 급속하게 變化되어 온 우리나라 社會·經濟와 保健醫療 環境의 變化에도 保健所의 機能과 役割에는 거의 변화가 없었으며, 그 組織에 있어서도 큰 발전을 보지 못하므로써 地域保健醫療를 담당하고 있는 公共保健醫療組織으로서의 機能과 役割을 수행하는데 限界가 있을 뿐 아니라 새로이 擡頭되고 있는 保健醫療 要求를 受容하는데도 많은 어려움이 따르고 있는 실정이다.

따라서 여기에서는 向後 保健所가 社會的 與件變化에 副應하여 地域住民의 건강관리를 위한 핵심적인 公共保健醫療組織으로서 그 機能과 役割을 충실히 수행할 수 있도록 保健所의 機能과 役割을 再定立하고 그 發展模型을 開發 提示코자 한다.

7.1. 保健所의 發展方向

保健所의 發展方向을 設定하는 데는 國家保健醫療의 目標 및 長期發展 計劃이나 保健所의 設置目的에 符合되어야 하고, 地域社會住民의 健康을 위한

保健所의 役割과 機能이 충분히 發揮될 수 있어야 하며, 社會的 與件變化와 保健醫療環境 變化에 效率的으로 對應할 수 있는 方向을 模索해야 할 것이다.

따라서 保健所의 發展을 위한 模型開發의 基本方向을 設定함에 있어 고려되어야 할 內容(事項)은 다음과 같다.

첫째, 國家保健醫療의 궁극적인 目標은 국민건강수준의 향상에 있으므로 국민 누구에게나 良質의 包括的 保健醫療를 필요시에 쉽게 利用할 수 있도록 해야 한다. 保健所의 設置目的이 地域社會를 대상으로 合理的인 保健行政의 運營과 保健醫療서비스의 均霑 提供을 통하여 國民健康의 向上을 위한 國家保健醫療의 目標達成을 실현코자 하는 것이다.

이러한 관점에서 볼 때 保健所의 發展方向 設定이나 模型開發은 위의 國家保健醫療의 目標達成이 용이하도록 하고 國家保健醫療의 長期發展計劃을 실현시키는데 寄與할 수 있어야 한다.

둘째, 急變하는 社會·經濟·政治·文化와 保健醫療環境의 變化에 能動的으로 對處할 수 있어야 한다.

셋째, 保健所에서 提供하는 保健醫療서비스로는 健康增進, 疾病豫防, 治療, 再活 등의 包括的인 서비스를 提供하도록 하기 위해서 그 機能을 擴大 強化시켜야 한다.

넷째, 地域保健에 대한 企劃 및 評價機能을 強化시켜 地域住民의 要求에 신속히 對應할 수 있도록 해야 한다.

다섯째, 疾病樣相의 變化에 따라 慢性退行性 疾患, 老人性疾患 등이 증가추세에 있으므로 이의 管理를 強化시켜야 한다.

여섯째, 應急醫療서비스, 家庭訪問醫療서비스, 精神疾患 管理를 위한 機能이 強化되어야 한다.

7.2. 保健所 發展模型設計의 基本 前提 및 基本骨格

7.2.1. 保健所 發展模型 設計의 基本前提

保健所 發展模型을 設計하는데 있어서 다음과 같은 狀況變化를 前提로 한 것이다.

첫째, 地方自治制가 活性化됨에 따라 地域社會 中心의 自律的이고 民主的인 行政體系가 確立되어 地域住民의 政治 및 地方行政에의 참여가 활발해지고, 保健福祉서비스에 대한 要求가 증폭될 것이다.

둘째, 國民所得의 增加와 教育水準의 向上으로 國民들의 健康에 대한 關心 및 權利意識이 높아져 保健醫療에 대한 要求와 期待가 增大될 것이다.

셋째, 國家經濟發展에도 불구하고 所得隔差에서 오는 相對的 貧困階層은 계속 常存하게 될 것이며, 이들에 대한 社會福祉 問題는 社會問題로 政治的인 關心事가 될 것이다.

넷째, 産業化의 副産物로 나타나는 産業災害, 각종 公害, 環境汚染 등 健康에 악영향을 미치는 社會的 危險要因이 增大될 것이다.

다섯째, 産業化와 都市化의 加速으로 深化되는 生活競爭, 自動車 증가에 의한 교통의 혼잡 등으로 精神疾患과 事故는 增加될 것이다.

여섯째, 所得水準의 향상과 保健醫療의 發展으로 平均수명이 연장되고, 이로 인하여 나타나는 人口의 老齡化는 심각한 社會問題로 擡頭될 것이다.

일곱째, 人口構造의 變化에 의한 疾病行態의 變化로 癌, 高血壓, 糖尿病, 순환기계질환 등과 같은 慢性退行性 疾患, 老人性 疾患 등이 增加될 것으로 예상되는 바, 이러한 疾病管理에 대한 社會的 負擔이 增大될 것이다.

여기에서 提示된 保健所의 發展模型은 向後 保健所의 發展目標로서 組織이나 機能으로 볼 때 一時에 이루어질 수는 없다. 따라서 向後 이를 실현토록 하기 위한 段階的인 計劃을 수립하여 實踐에 옮길 수 있는 구체적인 方案들이 模索되어야 할 것이다.

7.2.2. 保健所 發展模型의 基本骨格

새로 開發되는 保健所의 發展模型은 앞에서 提示한 保健所의 發展方向을 主要指針으로 하여 急變해가는 주변여건에 적절히 對應할 수 있도록 하였으며, 保健所가 명실공히 地域社會 保健問題 解決의 中心機關이 되도록 그 組織 및 機能을 強化하도록 하였고, 다양한 프로그램을 開發하여 環境變化에 대비한 적극적인 保健醫療서비스 機能을 갖도록 設計하였다.

또한 地域住民의 健康管理을 위하여 名實上符한 包括的인 保健醫療서비스의 機能을 發揮할 수 있도록 豫防增進事業 機能을 強化하되 일차적 醫療要求를 충족시킬 수 있도록 保健所의 診療 및 檢査機能을 補強하였다. 그리고 地方自治制 實施로 地域單位 中心의 自律的인 行政運營體系가 定着됨과 함께 地方議會를 통한 住民의 地方行政에 參與活動이 활발해질 것으로 期待되며, 保健行政에의 參與度도 높아질 것으로 보인다. 따라서 保健所에 地域保健協議體를 구성, 地域의 保健問題를 협의, 조정하고, 保健所의 運營 및 活動을 側面支援하도록 하였다.

保健所 組織은 주민의 생활권을 고려한 區.市.郡.을 單位로 保健所를 설치 운영하되 人口 및 地域特性에 따라 基本型, 中都市型, 大都市型和 保健의료원으로 구분하고 基本型の 組織으로는 保健行政課, 保健指導課, 診療室 등 2개 課에 1室을 두되, 지역의 크기에 따라 차이를 두도록 하였다.

7.3. 保健所의 機能 및 役割模型

保健所의 機能 및 役割模型은 앞에서 提示한 保健所의 基本발전방향과 발전모형의 基本骨格을 토대로 하고 본 연구결과에서 나타난 問題點 改善을 중심으로 設計하였다. 保健所의 業務內容과 事業對象에 따라 保健行政機能, 保健指導機能, 健康管理機能, 診療 및 檢査機能 등으로 크게 분류하고, 이들 機能에 대하여 다음과 같이 세부기능으로 분류하였다.

7.3.1. 保健行政機能

1) 庶務 人事 財務管理

保健所の 건물·시설관리, 각종 公文書의 발송·접수, 物資調達, 보건소내의 人事行政, 그리고 保健所の 예산수립 및 집행 등의 업무로 이러한 기능들은 모두 보건소 운영을 위하여 필수적으로 요구되는 機能이다.

2) 地域保健企劃 및 事業評價

地方自治制가 實施됨에 따라 地方分權의 保健行政이 強化될 것이므로 地域單位를 중심으로 한 保健事業의 企劃과 評價業務는 중요한 보건소의 機能 이 될 것이다.

3) 保健統計 및 保健醫療情報の 管理業務

保健所の 機能가운데 가장 먼저 활성화되어야 할 機能은 保健統計, 情報管理과 電算化 機能으로 效果的인 保健管理情報體系가 구축될 경우 國家 또는 地域單位의 保健企劃과 事業遂行 및 評價 등에 有用한 情報提供으로 事業의 活性化와 効率化를 기할 수 있을 것이다.

4) 醫藥指導

地域내의 醫療기관 및 藥局을 대상으로 지도감독을 위주로 한 業務로 서비스보다는 감독과 통제적인 성격을 띠고 있어 行政機能에 포함시켰다.

5) 防疫

방역업무의 대부분이 주민에 대한 직접적인 서비스 제공보다는 주로 환경을 대상으로 한 간접적인 서비스이기 때문에 행정기능에 포함시켰다.

6) 食品衛生 및 公衆衛生業務

이 業務는 주로 위생업소의 종사자들에 대한 건강진단과 보건증을 발급하는 것이 主要業務이므로 保健行政機能에 포함시켰다.

7) 保健協議會 운영과 관련된 業務

地方自治制가 실시됨에 따라 地域住民이 중요한 보건문제에 대하여 意思決定權을 갖게 될 것이므로 地域單位 보건의료협의회의 구성운영은 불가피할 것으로 예견되며, 이 協議會의 운영과 관련된 업무는 보건행정의 主要業務의 하나가 될 것이다.

7.3.2. 保健指導機能

1) 保健敎育

保健水準 向上은 健康行動의 변화에서 비롯되고 있으며, 保健敎育은 이러한 변화를 誘導하는데 가장 중요한 要素일 뿐만 아니라, 住民의 保健意識水準을 높이는데 있어 필수적인 要素로 여겨지고 있다. 따라서 地域住民 또는 集團을 對象으로 健康生活을 誘導하기 위한 효과적인 敎育方法을 계속 개발하여 적극적으로 실시하여야 할 것이다.

2) 母子保健 및 家族計劃

최근 우리나라의 母性死亡率은 出生 10萬名當 30名, 영아사망율은 出生 1千名當 12名 이상으로 推定되고 있어 母性死亡率과 영아사망율이 각각 10 以下の水準을 보이고 있는 선진국들과는 현저한 차이를 보이고 있으므로 모자보건사업은 확대·강화되어야 할 것이며, 가족계획사업은 모자보건 차원에서 보건敎育으로 확대되어야 할 것이다.

3) 訪問看護서비스

訪問看護業務는 외국의 경우 오래전부터 實施되어온 제도로써 가족들의 직장진출 또는 단독세대노인 등으로 돌봐줄 사람이 없는 만성병의 罹患老人 등을 대상으로 訪問看護師가 診療서비스를 提供하는 것으로 保健所의 業務로 필요한 제도이다.

4) 營養指導管理

妊産婦, 영유아 및 特殊集團에 대한 營養指導가 필요하며, 食生活 改善을 위한 營養調査를 실시하여야 한다.

5) 學校保健

학교보건사업중 보건소에서 협조해야 할 사업활동은 保健教育, 예방접종, 健康檢診 등으로 학교측에서의 지원요청시에는 적극적으로 지원하여야 할 것이다.

7.3.3. 健康管理機能

1) 疾病豫防

전염병 예방을 위한 예방접종 및 간염 등에 대한 집단검진 등이 주활동으로 앞으로도 계속적으로 추진되어야 할 보건소의 주요사업이다.

2) 成人病 豫防管理

成人病 管理는 만성퇴행성 질환에 속하는 癌, 糖尿病, 高血壓 등에 대한 예방관리가 주업무로 이러한 患者들은 등록관리하고 가정방문을 통하여 간호관리를 하며, 조기발견·조기치료를 위한 집단검진활동과 집단지도, 그리고 전문의료기관과의 연계체계를 갖추어야 할 것이다.

3) 性病豫防管理

최근 세계적으로 문제가 되고 있는 AIDS, 임질, 매독 등의 性病罹患率は 빈번한 국제적인 교류와 성의 개방풍조로 인하여 계속 증가될 추세이므로 危險集團에 대한 철저한 관리가 필요하며, 특히 이들 疾患은 登録制와 集團檢診을 통한 早期發見, 早期治療로 그 확산을 막아야 할 것이다.

4) 老人保健

老人人口 증가와 疾病樣相의 變化 등으로 인하여 老人保健의 比重이 점증되고 있으므로 保健所의 기능중에 在家老人診療 프로그램의 담당, 老人健康檢診의 定期的 實施, 地域社會 중심의 在家診療事業을 실시함으로써 보건의료비를 절감하고 患者와 家族의 經濟的, 心理的인 부담감을 줄일 수 있다.

5) 精神保健

産業化와 都市化의 加速化로 인한 심화되는 생활경쟁 등으로 精神保健의 需要가 계속 증가될 것으로 豫想된다. 따라서 이를 관리하기 위한 보건소의 역할정립 및 프로그램의 개발과 전문의료기관과의 연계기능이 보건소의 중요한 업무가 될 것이다.

6) 障礙者 再活서비스

再活이 필요한 주민중 본인의 부담능력이 없거나 또는 公共部門에서 담당해야 할 對象者를 사업대상으로 單獨 또는 關係機關과 協力하여 再活서비스를 제공하도록 한다.

7) 藥物中毒管理

최근 약물남용자와 알콜중독자가 증가하는 추세에 있고 앞으로도 계속 증가할 전망이어서 상담실 운영, 상담전화운영, 약물정보센터 운영 등을 통한 예방기능을 보건소에서 담당해야 할 것이다.

7.3.4. 診療機能

우리나라 保健所는 예방보건서비스 기능 위주로 성장해 왔기 때문에 診療機能은 매우 취약하여 지역주민의 要求와 期待에 未洽한 상태였다.

保健所는 地域住民의 健康向上을 위하여 설치된 지역사회의 公共保健醫療기관으로 그 役割과 機能을 다하기 위하여는 豫防과 診療를 包括하는 保健醫療서비스를 제공해야 할 것이다. 그러기 위해서는 一次診療機能이 強化되어야 하고, 서비스의 질이 개선되어야 한다. 또한 保健所는 민간의료기관이 脆弱한 老人診療, 精神疾患, 再活서비스 등의 機能을 수행하여야 할 것이다.

7.3.5. 檢査機能

國民들의 健康意識이 높아지고 醫療需要가 증가됨에 따라 개인별 健康診斷, 集團檢診, 그리고 診療 등을 위한 檢査서비스의 需要와 檢査施設이 미비한 민간의료기관에서의 檢査의뢰는 증가할 것으로 예측되며, 이러한 檢査서비스의 要求를 충족시키기 위하여는 기존의 保健所 檢査施設, 人力, 裝備 등을 補強함으로써 地域住民 및 민간의료기관 누구나 필요할 때 쉽게 이용할 수 있도록 檢査機能(병리검사, 방사선검사)을 強化시켜야 할 것이다.

7.4. 保健所の 組織模型

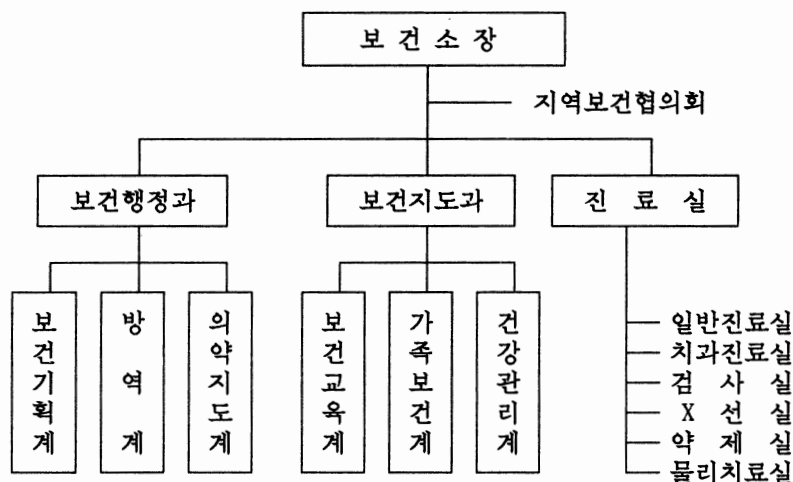
保健所の 組織模型은 保健所の 發展方向을 基本指針으로 하여 위에서提示한 保健所の 機能 및 役割模型을 기초로 地域住民의 豫防的, 治療的, 再活的, 그리고 健康增進의 管理를 包括하는 一次保健醫療를 수행하도록 設計하였다. 이러한 보건소의 기능과 역할은 保健醫療環境의 與件變化에 副應할 수 있도록 설계된 것으로 現在의 보건소 조직을 크게 改編·強化하도록 하였다.

새로 設定한 保健所의 組織과 機能을 지역적인 특성이나 人口規模에 적합하도록 設計되어야 하기 때문에 보건소의 조직모형을 지역적 특성이나 人口規模에 따라 基本型, 中都市型, 大都市型 등 3개 型으로 구분하여 設計하였다.

새로 만든 保健所의 基本型은 인구 10만명 이하의 市·郡에 적합한 模型으로서 中都市型이나 大都市型은 모두가 이 基本型을 바탕으로 하여 地域特性에 적합하도록 誘導된 組織模型이다. 保健所의 組織模型을 설계함에 있어 먼저 고려된 사항은 地方自治制의 실시에 따른 環境的인 與件變化로서 이에 따라 地域사회중심의 自律的이고 民主化된 保健行政體系로 전환될 것이고 이로 인하여 주민들의 地域사회 保健行政 및 政策樹立에 참여가 활발해 질 것으로 예상된다.

따라서 保健所의 組織模型 설계는 住民參與를 전제로 지역보건문제에 대한 協議 調整과 함께 保健所의 事業活動을 측면 지원하게 될 地域社會保健協議會를 설치 운영토록 하였으며, 이 協議會는 地域住民의 代表, 보건의료기관 대표, 학교 및 기타기관의 대표들로 구성될 것이다.

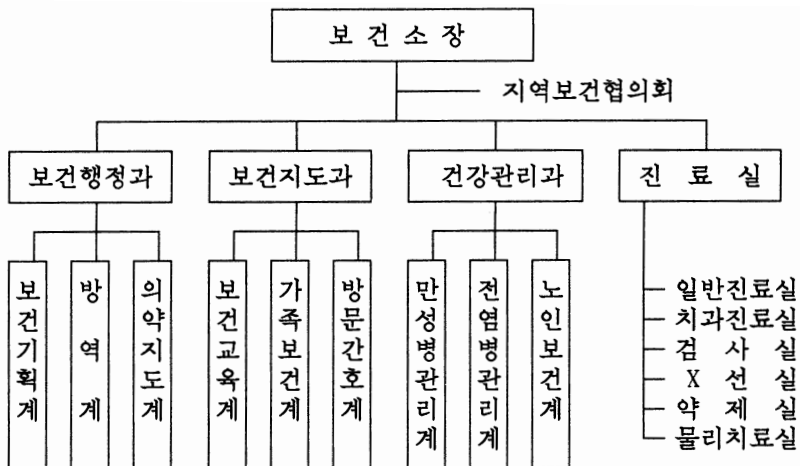
基本型의 保健所 組織은 保健所의 기능과 역할모형에 따라 3개 부문(2과 1실)으로 분류하고 현재의 係水準의 組織을 課水準으로 확대 강화하였고, 특히 보건소가 자체적으로 지역보건에 관한 계획을 수립하여 집행하고 이를 평가할 수 있도록 保健行政課 내에 保健企劃係를 두도록 하였으며, 訪問看護事業의 중요성을 감안하여 訪問看護業務를 保健指導課內的 家族保健係에서 담당하도록 하였고, 成人病管理, 老人保健, 精神保健, 障礙者 再活業務, 慢性傳染病豫防, 예방접종업무를 담당할 수 있도록 健康管理係를 保健指導課 내에 두도록 하였다(그림 7-1).



〈그림 7-1〉 인구 10만명 이하의 시·군 보건소의 조직모형(기본형)

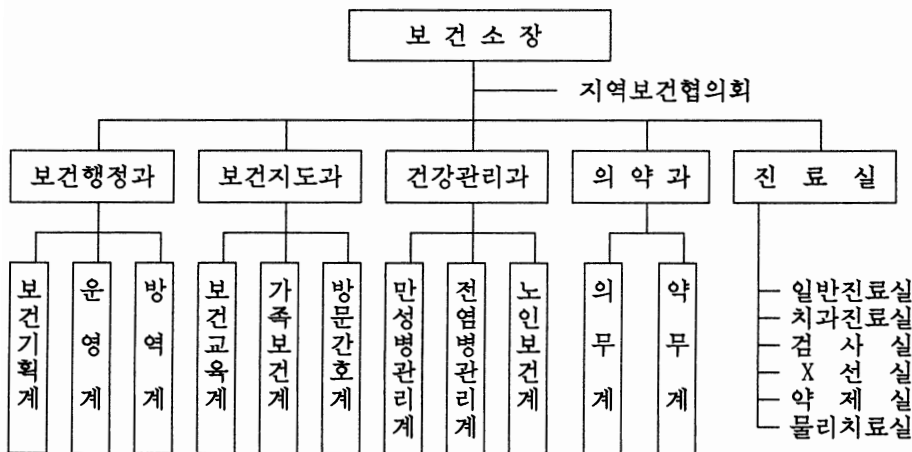
그리고 保健의 診療機能을 強化하기 위하여 診療室을 課水準으로 격상시키고 그 밑에 일반진료실, 치과실을 두어 一次診療業務를 수행토록 하였다.

中都市型 保健所의 組織模型에서는 基本模型에 健康管理課를 추가하여 3課 1室 9個의 係를 두도록 하였다. 健康管理課를 추가한 것은 앞으로 지역주민의 保健서비스 要求의 초점이 될 慢性退行性 疾患, 再活, 老人健康, 그리고 慢性傳染病 豫防 등에 대한 서비스 제공과 체계적인 관리를 強化시키기 위해서였다(그림 7-2).



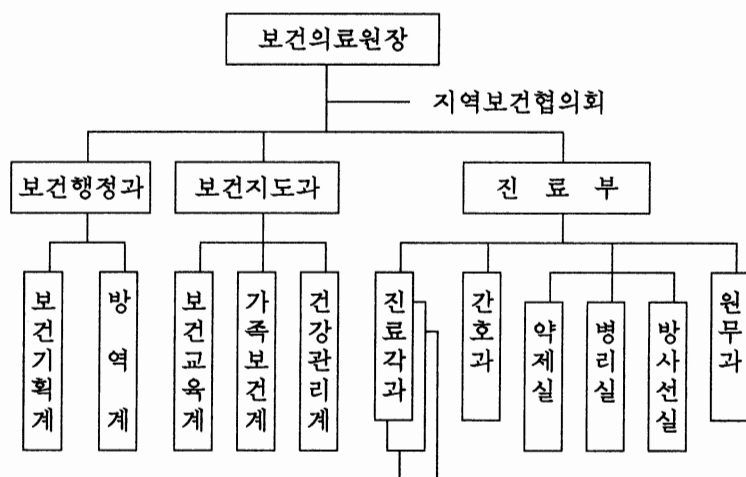
〈그림 7-2〉 인구 10만명 이상의 중도시 보건소의 조직모형

大都市型 保健所の 組織模型은 〈그림 7-3〉에서 보듯이 醫藥課가 추가되어 있는데, 이는 地域特性으로 보아 醫藥管理의 重要性이 다른 地域에 비하여 매우 크기때문에 課로 격상시켰고 그 밑에 醫務係와 藥務係를 두어 醫藥에 관한 業務를 담당토록 하였다.



〈그림 7-3〉 대도시 보건소의 조직모형(특별시, 직할시)

保健醫療院의 組織模型은 사업부서의 경우 일반 보건소의 基本模型과 같게 하고, 診療部에 있어서는 원무계를 원무과로, 간호계를 간호과로 승격시킨 것이 現在의 組織과 차이점이다(그림 7-4).



〈그림 7-4〉 보건의료원의 조직모형

第8章 要約 및 結論

8.1. 要約

이 研究는 1991년부터 재개된 地方自治制와 社會的·保健醫療的 環境 與件變化에 對應할 수 있는 새로운 保健醫療體系의 代案과 保健所 組織 機能의 改善方案을 模索하는데 主眼點을 두고 있다.

따라서 이 研究에서는 관련문헌 및 기존자료를 통하여 保健所의 發展過程 및 分布現況과 保健所의 環境與件 變化를 考察하고, 保健行政體系의 改善代案을 模索했으며, 全國 保健所를 對象으로 保健所의 인력, 시설, 기자재, 예산 등의 投入要素, 保健所의 組織構造, 保健所長의 意識行態와 保健所의 機能 및 業務活動의 現況 등을 調查 分析하였다.

이 研究의 主要結果를 要約하면 다음과 같다.

1. 環境與件的 變化

(1) 우리나라는 경제사회발전 계획의 성공으로 국민 1인당 GNP가 1961년의 83「달러」에서 1991년 6,498「달러」로 증가하였으며, 2000년에는 선진국수준인 17,000「달러」가 될 것으로 예측하고 있다. 도시와 농촌간의 소득격차도 개선되어 1990년 도시가구의 평균소득액이 943천원, 농촌이 919천원으로 별 차이가 없었다.

1966년의 고등학교 취학율이 27.5%에서 1990년 98.3%로 대폭 신장 해당 적령기 아동의 대부분이 취학하고 있는 것으로 나타났다.

(2) 국민생활수준의 향상과 의료기술의 발달로 평균수명은 1985년 남녀 각각 65세와 73세였으나, 1990년에는 남녀 각각 67세, 75세로 연장되었고, 2000년에 가서는 남자 71세, 여자 77세로 선진국 수준에 이를 전망이다.

1985년의 14세이하의 유년인구비율이 42.3%에서 1990년에는 25.8%로 현저히 감소된 반면, 65세 이상의 노인인구비는 1960년 2.9%에서 1990년에 5.0%로 증가했고, 2000년에는 6.8%로 증가될 전망이다.

(3) 산업화와 도시화에 따라 도시와 농촌의 인구비는 1960년에 28:72였으나, 1990년에는 74:26으로 역전되었고, 2000년에는 도시인구비율이 78.3%로 증가하여 도시인구에 대한 정책비중이 한층 높아질 것으로 전망된다.

(4) 1960년대에는 감염성질환이 유병율에서나 사인에서 높은 비중을 차지하였으나, 1980년대에 들어서는 만성퇴행성 질환으로 이행하여 사망원인에서도 순환기계질환, 악성신생물 등이 높은 비중을 차지하고 있다.

(5) 1990년 전체의료기관의 89.8%와 병상의 85.6%가 도시지역에 편재해 있으며, 의료인력의 91.7%가 도시지역에 근무하고 있다.

보건소와 보건지소에 근무하는 의사의 88%가 공중보건의사이며, 이들의 대부분이 진료경험이 별로 없는 의사들이어서 주민들의 신뢰도가 낮은 것으로 평가되고 있다.

지역의료보험 가입자들의 보건기관 이용율은 1989년과 1990년에 도시지역에서 각각 0.6%와 0.5%로 극히 저조했고, 군지역에서는 각각 26.2%와 23.1%였다.

2. 보건소의 조직구조

(1) 보건소는 지방자치단체의 조례에 의하여 설치, 운영되고 있으며, 보건소장은 지방자치단체장의 지휘, 감독을 받아 보건소의 업무를 관장하고 있기 때문에 보건소는 조직편제상으로 시·군·구의 사업소의 위치에 있다.

(2) 보건소의 유형을 조직편제를 중심으로 하여 분류해 보면, 기본형, 일반형(3가지 유형으로 구분됨), 직할시형(2가지 유형으로 구분됨), 특별시형(2가지 유형으로 구분됨), 보건의료원 등 9개의 유형으로 구분된다.

보건소의 조직편제는 특별시형과 과조직으로 되어 있는 직할시형 및 보건의료원을 제외하고는 도시형과 농촌형의 구별이 분명치 않다.

(3) 보건소는 사무분장을 위하여 서울시의 경우 보건행정과, 보건지도과, 의약과의 3개 과(5개 보건소에서는 지역보건과가 있음)와 진료실을 두어 소내의 보건행정업무와 진료업무를 담당하도록 되어 있다. 일부 직할시에서는 과 밑에 계를 두어 소내업무를 분장하고 있으나, 대부분의 시·군·구의 보건소에는 3개 계(보건행정계, 가족보건계, 예방의약계)를 두어 업무를 분장시키고 있다.

(4) 보건소의 인사, 예산 등에 관한 권한은 모두 지방자치단체장(시·군·구청장)에게 있고, 보건소장은 보건소의 운영에 있어 지방자치단체장의 지휘, 감독을 받도록 되어 있어 보건소장의 독자성이나 자율성은 인정되지 않고 있다.

3. 保健所長들의 意識行態

(1) 보건소장들은 보건소의 組織構造가 업무수행에 적절하지 못한 것으로 認識하고 있어 보건소의 組織構造上 개선점이 있음을 시사하고 있다.

보건소장들은 保健所의 人事行政이 합리적으로 이루어지지 않고 있다는 생각을 하고 있어 人事行政上 문제가 있음이 지적되고 있다.

현직책에 대한 보건소장들의 만족도는 높았으며, 대도시와 군부에서 만족도가 더 높았다.

본청(시.군.구청)과의 業務協助는 비교적 잘 이루어지고 있었으며, 특히 郡部에서의 協助度는 都市地域에서보다 더 높았다.

(2) 보건소장들은 地方自治制 실시에 따라 保健所의 서비스 내용이 많이 改善되어야 한다고 생각하고 있었다.

地方自治制 실시가 保健事業에 도움이 된다는 보건소장의 비율이 높았고 大都市에서 그 비율은 더 높았다

민원업무는 地方自治制 실시후 더 증가하는 것으로 나타났고, 대민업무 수행에 있어서는 더 어려워졌다는 보건소장들의 견해가 지배적이었다.

地方自治制 실시에 따라 保健所의 組織 및 機能이 개선되어야 한다는 의견을 제시한 보건소장이 월등하게 많았다.

(3) 地方自治制長(시.군.구청장)과 지방의회의원들의 地域保健事業에 대한 관심도가 높은 편이었고, 그중에서 지방의회의원들의 관심도가 더 높았다.

地方自治制 실시에 따라 保健所의 組織과 業務機能이 점차 확대 개선될 것이라는 견해가 81.9%로 절대다수였으며, 이러한 보건소장들의 견해는 郡部에서 더 높게 나타났다.

4. 保健所 運營을 위한 投入要素

(1) 現行 보건소의 設置는 管轄人口, 面積, 地域特性 등을 考慮하지 않고 行政區域單位別로 1개소를 設置토록 되어있으며, '92년10월현재 267개소의 보건소가 運營되고 있다. 그중 30개의 行政區域내에는 市, 郡 保健所가 重複設置 되어있다.

(2) 管轄 人口規模에 따른 保健所數 분포는 區保健所의 경우 40萬 以上 인 보건소가 34.8%, 市와 郡은 5-10萬 未滿인 보건소가 各各 46.8%, 58.1%로 가장 많았다.

(3) 현재 보건소 人力數의 適正與否에 대해 61.9%에 該當하는 保健所長이 否定的으로 答하였고, 서울은 22.3%로 他地域과 큰차이를 보여 서울을 除外한 많은 지역의 보건소가 人力不足을 示唆하고 있고, 보건소의 平均 現員數는 서울이 78.4명으로 가장 많고, 小都市가 29.6명으로 가장 적게 나타났다.

(4) 專門人力(의사, 약사, 간호사 등)이 該當業務에 適正配置되어 있느냐?의 設問에 전체 保健所長의 33.5%가 肯定的으로 答하였고, 郡지역에서 比較的 높게 나타나 公衆保健醫師의 配置에 따른 것으로 解析된다.

(5) 免許 및 資格所持 專門人力의 分布는 醫師의 경우 區, 市地域에서는 管理醫師의 比率이 높고, 郡地域은 公衆保健醫師의 比率이 높아 政策的인 結果로 解析되며, 專門醫資格 所持 醫師의 分布는 서울시, 직할시, 의료원지역에 주로 있고, 齒科醫師도 같은 樣相을 보이고 있으나 直轄市, 中都市, 小都市의 配置率이 극히 低調한 것으로 나타났으며, 藥師의 配置率은 서울시와 직할시가 높은 반면 外地域은 50%以下인 것으로 나타났다. 또한 專門人力 配置基準에 새로 포함된 物理治療士, 營養士의 配置率은 10%에 不過 하였다.

(6) 保健所長の 一般的 特性으로 職列은 醫務職이 조사된 214개보건소의 40.7%(전국치는 42.8%)이고, 職級은 서울시, 부산시, 의료원지역은 4級이고 그外 地域은 5級으로 職級體系가 二元化 되어있다. 保健所長職을 맡은 平均期間은 6.2年으로 地域間 차이가 없는것으로 나타났다.

(7) 현재의 施設이 事業遂行에 適正한지?에 대한 保健所長の 應答率은 28.0%가 肯定的인 答을 하였고, 施設이 不適合하여 앞으로 施設을 變更할 計劃이 있는 보건소는 44.2%로 나타났다. 현 보건소의 位置가 地域住民이 利用하기에 適合한 곳에 있느냐?의 응답으로 34.1%는 適合하다, 21.3%는 不適合다고 答하였다.

(8) 현재 保有하고 있는 機資材가 事業遂行에 適正한지?에 대한 保健所長の 應答率은 29.5%가 肯定的이고, 26.1%는 否定的으로 나타났다.

(9) 保有하고 있는 機資材를 種類別로 區分하여 保有數量에 대한 適正率을 보면 一般診療機資材는 75.1%, 齒科機資材 68.5%, 檢査用機資材 54.2%, 放射線機資材 74.6%, 保健教育用機資材 61.7%로 檢査用機資材에 對한 適正率이 가장 낮았다.

(10) '92年度 보건소 豫算이 事業遂行에 適正한지?에 대한 保健所長の 應答率은 30.3%가 肯定的으로 答하였고, 서울시가 72.2%로 가장높고 中都市가 40.4%로 다음 順이다.

(11) 本廳(구, 시, 군)豫算對 保健所豫算의 占有比率은 醫療院 地域이 4.5%로 가장높고, 小都市가 2.0%로 가장 낮았다.

(12) 豫算 內譯別 構成比는 人件費가 52.6%로 가장많이 점유하고 있고, 經常事業費는 18.0%에 不過한 것으로 나타났다.

5. 보건소의 기능 및 업무수행실태

(1) 보건소의 기능은 1962년 보건소법의 개정시에 설정된 업무로 지난 30년간 이렇다 할 큰 변화가 없이 유지되어 오다가 1991년 3월 보건소법이 개정되어 보건소의 업무를 시대적 변화에 맞추어 보완했다.

보건소법 개정으로 추가된 보건소의 기능으로는 지역보건의 기획 및 평가, 정신보건·노인보건 및 장애인의 재활, 보건지소·진료소의 직원 및 업무에 대한 지도·감독 등이며, 기존의 기능중 삭제된 업무로는 산업보건, 특수지방병의 연구, 공의의 지도 등이다.

(2) 보건소의 업무중 적극적으로 수행하는 업무로는 임상병리검사(96.2%), 결핵관리(91.4%), 질병예방관리(89.9%), 모자보건(87.%), 성병 및 AIDS관리(86.1%) 등이었다.

보건소의 업무중 거의 수행하지 않거나 또는 전혀 수행하지 않는 업무는 암환자 등록관리(74%), 영양개선·식품위생·공중위생(56%), 가정간호사업(27.8%), 지역보건사업의 기획평가(22.7%), 노인보건관리 20%) 등이었다.

보건소의 사업중 앞으로 확대 강화시켜야 한다는 업무는 가정간호사업(69.4%), 성인병관리(67.7%), 노인보건관리(65.7%), 암환자 등록관리(62.9%) 등이었다.

(3) 향후 보건소의 우선순위 사업으로는 진료사업의 확대강화(51.5%), 노인건강 및 만성퇴행성 질환관리(45.4%), 보건교육(38.9%), 예방접종, 방역소독(33.8%), 가정간호사업(25.8%)의 순서였다.

(4) 지방의회에서 보건소에 요구한 보건의료사업으로는 질병예방서비스(방역소독, 예방접종) 강화가 58.6%, 진료서비스 개선 44.4%, 보건소의 시설 및 기자재 확충 20.2%, 전문인력확보 및 직원들의 친절 16.7%의 순서였다.

6. 保健所 業務活動의 現況과 問題點

(1) 診療業務: 보건소당 1日 平均 診療實績은 일반진료가 133件, 齒科 診療가 7.7件으로 이를 진료의사 1人當 實적으로 환산하면 일반진료가 58.8 件, 치과진료가 7.1件으로 나타났다. 지역별로는 保健醫療院의 진료실적이 越 等 높았으며 일반지역에서는 도시지역 보건소의 診療量이 많았는데 이를 人口 1,000名當 진료이용으로 算出하여 보면 農村地域에서 보건소 이용자의 比率이 월등 높은 것으로 나타나고 있어 農村地域에서는 都市地域에 比해 보건소가 地域內의 진료기관으로서의 역할이 보다 큰 것으로 파악되었다.

(2) 既存의 豫防保健業務: 1990年, 1991年, 1992年의 業務實績을 볼때 母子保健과 家族計劃 業務는 다소 줄어드는 趨勢인데 이것은 目標量 中心의 사업수행방식으로 因하여 人口減少에 따라 目標量이 減少된 데 基因하는 것으로 보인다. 보건소 豫防業務 中에서 기생충관리, 방역업무, 의약지도 업무는 업무 수행의 부분적 廢止 및 改善에 대한 現地의 要求가 큰 것으로 把握되었다.

(3) 새로운 豫防保健業務: 보건교육업무는 보건소 業務에서 차지하는 比重은 아직까지 아주 微微하지만 敎育回數로 볼때 업무가 크게 늘어나고 있는 것으로 나타났다. 노인보건, 가정간호, 성인병관리, 물리치료 등의 新規 프로그램은 보건소에 따라 部分的으로 실시되고 있으며 現 保健所 體系內에서 사업을 遂行하는데 있어 조직, 인력, 예산, 사업기획 수립 등에서 제약요인이 많아 사업대상자가 한정되어 있으며 프로그램도 내용상 지역주민의 要求를 充足시키기에는 不足한 면모가 많은 것으로 보여 아직까지는 効果적으로 실시하지 못하고 있는 것으로 파악되었다.

7. 保健所 診療患者의 特性和 傷病構造

(1) 患者 類型: 13개 현지조사 보건소의 診療患者 總 9,372名の 診療차-트를 分析한 결과 保險患者가 65.4%, 醫療保護 患者가 31.0%로 보험환자가 차지하는 比重이 크며, 患者의 年齡別 構成比를 보면 65歲 이상의 老人層이 29.7%를 차지하여 보건소에는 老人患者와 低所得層患者의 이용이 높은 것으로 나타났다. 그러나 보건소 이용환자의 醫療保障 種別과 연령층은 보건소가 입지한 지역의 與件과 보건소의 方針에 따라 보건소별로 차이가 많은 것으로 나타나고 있다.

(2) 患者의 傷病構造: 56질병분류에 의한 보건소의 환자 傷病分布를 보면 상병의 頻度가 높은 順位로 볼때 上氣道の 질환이 가장 높았고, 筋骨格系 및 結合組織의 질환이 두번째로 높았으며, 그 다음으로는 消化器系의 기타 부위질환, 呼吸器系의 기타 질환, 性病 順으로 頻度가 높게 나타났다. 年齡群別로는 0-14歲 연령층에서는 上氣道の 질환이 가장 많았으며, 14-44歲의 연령층에서는 性病이 가장 많았고, 45-64歲 연령층에서는 筋骨格系 및 結合組織의 질환이 많았다. 65歲 이상의 노인에서는 근골격계 및 결합조직의 질환, 상기도 질환, 호흡기계질환, 高血壓性 疾患이 전체 질환에서 72.1%를 차지하였다. 대도시, 중소도시, 농촌 지역별로 보건소환자의 傷病構造를 보면, 상기도 질환, 근골격계 및 결합조직의 질환이 首位를 占하는 것은 大同小異 하나 도시지역에서는 고혈압성 질환과 성병이 차지하는 比率이 農村에 비해 높은 반면 농촌에서는 生活環境의 影響으로 皮膚 및 皮下組織의 질환 患者의 頻度가 높은 것으로 나타났다. 이와같은 결과를 종합해 보면 보건소에는 비교적 低所得層, 老人層이 많이 이용하고 있으며 보건소 이용환자에서 감염성 질환자, 근골격계 및 결합조직의 질환의 비율이 높고, 보건소가 1次 診療機關이기 때문에 증세가 輕微한 傷病과 慢性疾患인 피부병, 만성 신경통, 골관절염, 당뇨병, 고혈압 환자의 비율이 높은 것으로 보인다.

8. 保健支所, 保健診療所の 運營實態와 問題點

(1) 保健支所の 人力: 保健支所에는 1992年 6월부터 定規職化된 公衆保健一般의, 公衆保健齒科醫, 診療補助員, 齒科衛生士가 배치되어 있고, 33.7%의 지역에서는 面保健要員이 支所에 근무하고 있으며 보건진료원을 포함한 읍면의 公共 보건의료인력은 1個郡當 平均 71名에 이르고 있다. 그러나 이들 공공인력들이 하나의 질서있는 체계로서 組織되어 있지 않고, 같은 주민을 대상으로 보건의료사업을 수행하면서도 役割의 구분이나 업무상의 연계가 없이 제각기 업무를 수행하고 있는 상태이다.

(2) 公衆保健醫의 業務活動: 公衆保健醫의 업무는 거의 진료에 국한되어 있는데 전국민의료보험 실시 이후 보건지소의 환자진료수가 증가하고 있다. 本調査에서 일반진료건수는 1日 平均 32.3件, 치과진료건수는 7.8件으로 나타났으며 1日 일반진료환자수가 10件 未滿인 支所가 14.7%나 되는 것으로 보여 지소의 活用이 낮은 지역이 많은 것으로 파악되었다.

(3) 保健支所 活性化를 爲한 保健所長의 見解: 보건지소의 活性化 方案에 대하여 전국 郡지역 보건소장의 意見을 수렴한 결과 첫째 보건지소의 公衆保健醫 資質向上을 위한 대책의 필요와 진료인력의 지소인력의 公開發用을 통한 能力있는 인력의 確保가 가장 많이 지적되었고, 둘째로는 邑面 要員의 지소배치를 통해 支所長의 지휘 감독하에 1次 보건사업수행을 할 수 있도록 되어야 함이 지적되었으며, 다음으로는 보건지소 職制規程의 制定과 支所長制度의 확립이 優先的으로 이루어져야 함이 지적되고 있다. 운영 측면에서는 運營支援協會의 廢止 및 縮小를 우선적으로 들고 있으며, 군보건소의 직접운영, 재정지원의 확충, 사무장제도의 도입 順으로 의견이 나타났다. 보건지소가 수행하여야 할 업무수행 領域으로는 包括的인 예방보건과 일차 진료서비스 전

반, 보건교육, 보건의료체계의 관리를 수행하여야 한다는 의견과 함께 노인 보건, 성인병관리 등 새로운업무수행 필요성이 많이 제시되어 기존의 보건지소업무가 진료중심으로 치우쳐 있는 데에서 轉換하여야 한다는 견해가 지배적인 것으로 나타났다.

(4) 保健診療員の業務活動 : 保健診療所に 배치된 보건진료원의 업무활동은 1991年 전국 實績으로 보면 진료업무가 72%, 예방보건활동은 28%으로, 1日 平均 진료실적은 11.4件 예방보건업무는 1日 平均 4.9件으로 진료업무에 치우쳐 있는 것으로 나타났다.

(5) 保健診療所 活性化를 위한 保健所長の 見解 : 보건진료소의活性化 方案에 대한 전국 郡지역 보건소장의 意見を 수렴한 결과 보건진료소 조직 및 운영 측면에서는 운영비의 지원 확대, 郡保健所에서 직접 진료소 管理運營, 運營協會의 廢止 또는 機能 再整備, 보건지소의 機能補強을 통해 보건지소에서 진료소 관할과 지도 및 감독, 보건진료원 職制 및 指針 確立을 통한 책임운영 강화, 마을건강원의 活性化를 통한 지역내 보건모니터링망을 構築 등의 의견이 개진되었으며 보건진료소가 遂行하여야 할 업무수행 領域으로는 보건교육·상담, 예방보건사업, 가정간호사업, 성인병, 노인관리, 환경 및 영양개선 등의 包括的인 1次保健業務와 건강증진 및 예방업무 活動을 擴大할 必要가 있다는 見解를 나타냈다.

9. 地方自治制 실시에 따른 保健行政體系의 改善方向

1991년부터 재개된 지방자치제와 그간의 보건의료 환경변화 및 앞으로의 변화추세는 현행 보건행정체계에 근본적인 체질변화를 요구하고 있다. 현행 보건행정체계는 과거의 중앙집권체제 하에서 마련되었고, 주로 과거에 필요로 했던

급성전염병예방, 가족계획 등의 공중보건사업에 중점을 두어 구축된 것으로서 현재 우리가 맞이하고 있는 지방화 시대에 합당한 기능을 수행하는 데 상당한 한계가 있을 뿐아니라, 새로이 대두되고 있는 보건의료욕구를 효율적으로 충족시키는 데도 많은 어려움이 따르고 있는 실정이다. 이러한 맥락에서 본 연구는 지방자치제의 실시에 따른 지방분권화의 추세는 물론 그간 있어온 보건의료환경변화 및 앞으로의 변화추세에 충분히 부응할 수 있는 새로운 보건행정체계의 대안을 모색해 보았다. 먼저 현행 보건행정체계가 당면하고 있는 문제점들을 살펴보았는 바, 이를 요약하면 다음과 같다.

(1) 現行 保健行政組織體系가 二元化되어 있어 정책결정기관(보사부)의 政策意圖가 정확하게 집행기관(지방자치단체)으로 연결되기가 어려우며, 政策의 실시결과 발생하는 問題點이나 評價의 결과가 다시 政策決定機關으로 환류되는데도 그 連結이 未洽하다. 또한 保健事業을 집행하는 일선 행정기관의 人事, 財政, 統制 및 指導監督은 보사부가 아닌 內務部(지방자치단체)가 관장하고 있기 때문에 업무수행에 대한 정책결정기관의 통제력이 약화되어 있으며, 그 결과 본래의 정책의도와 다르게 집행이 되어도 效果的인 통제와 감독이 매우 어려운 상태에 있다.

(2) 일선 保健行政機關이 일반 地方行政系統에 소속되어 있어 보건업무의 專門性이 잘 인정되지 못하고 있고, 설사 인정되고 있다하더라도 保社局, 保健課, 保健所 등의 保健行政機關은 공식적으로 다른 內務部署와 대등한 지위에 놓여 있음에도 불구하고 실질적인 權力關係에서 항상 열세에 있기 때문에 전문인력의 확충에 필요로 하는 財源을 마련하는데에 많은 애로가 있다. 또한 일반 地方行政機關의 인사관리관행(순환보직)상 보건행정담당자들은 다년간의 업무수행을 통하여 專門性을 축적하는데에도 限界가 있으며, 더욱이 이러한 순환보직의 원칙에 따라 保健行政에 경험이 없는 문외한이 保健行政機關에 보직되는 사례가 많기 때문에 내부적으로 전문인력을 육성하는 것도 매우 어려운 실정이다.

(3) 現行 保健行政業務遂行體系는 상부하달식의 수직적인 형태로 되어있어, 중앙부서인 保社部가 정책을 결정하고 地方自治團體는 中央行政機關이 정한 획일적인 정책지침에 따라 이를 단순히 집행하는 수동적인 기능을 가지고 있을 뿐이다. 특히 보사부가 하달한 政策의 내용은 地方自治團體의 지역특성을 감안하지 않고 일률적으로 정한 것이기 때문에 지역에 따라 다양하게 표출되는 보건의료욕구를 충족하기에는 한계가 있다.

(4) 廣域의 保健行政需要가 날로 증대됨에 따라 廣域自治團體인 市·道の 보건행정기능은 강화되어야할 필요성이 대두되고 있음에도 불구하고, 시·도가 실질적으로 수행하는 기능은 中央政府와 基礎自治團體의 중간 위치에 서서 전자의 지시와 계획을 후자에게 전달하고, 다시 후자의 업무실적을 전자에게 보고하는 連絡·調整과 같은 소극적인 事務에 제한되어 있는 실정이다.

(5) 現行 保健行政體系 특히 業務遂行體系는 주민참여를 원활히 수용할 수 있게 구성되어 있지 않다. 무엇보다도 現行 保健行政遂行體系는 상부하달식의 수직적인 형태로 되어 있어 주민의사가 政策決定機關에 전달되기까지는 적게는 2단계, 많게는 5-6단계를 거쳐야 할 정도로 복잡하여 政策決定過程에서의 주민참여는 극히 제한되어 있는 실정이다.

(6) 그간의 與件變化는 慢性 退行性疾患의 관리를 위한 개인적 보건의료서비스의 機能強化를 요구하게 하며 이에 적합한 保健行政體系의 육성발전을 필요로 하고있다. 그러나 現행 보건행정체계는 급성전염병관리, 결핵관리, 모자보건, 가족계획 등 주로 과거에 필요로 했던 公衆保健事業에 중점을 두어 짜여진 것으로서 아직까지도 그 형태를 거의 그대로 유지하고 있기 때문에 새로이 필요시 되고 있는 개인적 보건의료서비스의 기능을 수행하는 데 적합하지 못하다.

(7) 이와 같은 문제점들을 시정하기 위하여 본 연구는 그 동안 政府内外에서 開陳되어온 改編案들을 檢討·評價하고, 그 평가결과를 통하여 본 연구에서는 다음의 基本原則들인 ① 지역특성의 원칙 ② 접근용이성의 원칙 ③ 서비스 전문화의 원칙 ④ 주민참여의 원칙 ⑤ 정책결정부서와 집행부서의 결련 원칙 ⑥ 특별지방자치제의 유보 원칙 ⑦ 광역자치단체 중심의 원칙을 토대로 새로운 保健行政體系의 구상을 전개하였다. 본 연구가 제안하는 보건행정체계의 주요 내용을 요약하면,

첫째 새로운 保健行政體系를 구상함에 있어 地方化 時代에 역행하는 요소는 배제하였다. 따라서 본 연구가 제시하는 改編案에는 지방에 중앙부서 산하의 特別地方官署를 설치하여 保健醫療機能을 국가기능으로 흡수해 버리는 내용은 담고 있지 않다.

둘째, 새로운 保健行政體系를 구상함에 있어 地方自治團體와 分離·獨立된 特別自治團體의 도입은 고려대상에서 제외시켜는 바, 그 이유는 保健行政에서는 특별자치제의 도입이 필요할 정도로의 政治的 中立性이 요망되지 않으므로 敎育自治制와 흡사한 特別地方自治團體를 설치하는 것은 현실적으로 타당하지 않기 때문이며, 다른 한편으로는 특별자치제를 도입함으로써 얻을 수 있는 긍정적인 효과는 전문성이 신장된다는 점을 들 수 있지만, 保健行政을 一般行政으로부터 분리·獨立하는 데서 오는 否定的인 效果는 다양하고 매우 심각한 것들이기 때문이다.

셋째, 본 연구는 廣域自治團體 中心의 保健行政體系를 제시하였다. 이는 지나친 中央執權과 무리한 地方分權의 중간에 위치한 것으로서 保健行政의 效率性과 民主·自主性을 調和·均衡케 하여 총체적인 行政成果를 극대화시킬 수 있는 체계라는 점에서 제안된 것이다.

넷째, 본 연구가 제시한 保健行政體系를 확립하고 그의 效率性을 極大化하기 위하여 다음과 같은 세가지 개혁을 제안하였다. ① 현하 基礎自治團體에 편입되어 있는 일선보건행정기관인 보건소, 보건의료원 등을 廣域自治團體의 소속으로

전환한다. ② 현하 광역자치단체 내에 있는 保健社會局의 조직 중 保健課를 保健局으로 확대·개편하고 그 아래에 보건행정과, 방역과, 의약과, 가족보건과 그리고 재활과를 두며, 保健局에의 一般職 公務員의 배속은 존치하나 局長 만큼은 보건의료 전문직으로 단일 직제화한다. ③ 의료보험, 의료보호 등과 같이 재분배적(redistributive) 성격이 강한 사무를 제외한 모든 分配的(distributive) 보건의료사무는 광역자치단체의 고유사무로 전환한다.

10. 地方自治化에 따른 保健所의 發展模型

(1) 基本方向

첫째, 國家保健醫療의 궁극적인 目標은 國民健康水準의 향상에 있으므로 국민 누구에게나 良質의 包括的 保健醫療을 필요시에 쉽게 이용할 수 있도록 해야 하는 것으로 保健所의 發展模型은 이러한 保健醫療의 目標達成이 용이하도록 해야 하고, 국가보건의료의 長期發展計劃에 부합되어야 한다.

둘째, 향후 社會, 經濟, 政治, 文化的 여건변화와 保健醫療環境의 여건변화에 能動的으로 대응할 수 있어야 한다.

셋째, 保健所에서 제공하는 보건의료서비스로는 健康增進, 疾病豫防, 診療, 再活 등의 포괄적인 서비스를 제공하도록 하기 위해서 그 機能을 확대 강화시켜야 한다.

넷째, 地域保健의 企劃 및 評價機能을 강화시켜 地域住民의 요구에 신속히 대응할 수 있도록 해야 한다.

다섯째, 疾病樣相의 변화에 따라 慢性退行性 疾患, 老人性 疾患 등이 증가추세에 있으므로 이의 管理를 強化시켜야 한다.

여섯째, 應急醫療서비스, 家庭訪問醫療서비스, 精神疾患 등의 관리를 위한 機能이 강화되어야 한다.

(2) 基本骨格

保健所の發展模型은 위의 基本方向을 主要指針으로 하여 急速히 변화하는 주변여건에 적절히 對應할 수 있도록 保健所の 組織과 機能을 강화하였다.

機能에 있어서는 慢性退行性 疾患 등 成人病 관리를 위한 개인적 보건의료 서비스 기능과 保健教育을 중심으로 한 健康増進의 서비스 機能을 강화하였다. 또한 再活, 精神疾患 등의 관리기능도 추가하였다. 그리고 포괄적인 보건의료서비스의 기능을 발휘할 수 있도록 保健所の 診療와 検査機能을 보강하였다. 그리고 地方自治制 재개로 地域中心의 自律的인 행정운영체계가 정착될 것이고, 지역주민의 保健行政에의 참여활동이 활발해 질 것이므로 주민들의 保健事業에 대한 적극적인 參與와 협조를 유도하고 支援體系를 구축하기 위하여 地域保健協議會를 組織·運營하도록 하였다.

保健所 組織은 주민의 생활권을 고려한 區·市·郡을 單位로 保健所를 설치 운영하되, 人口 및 地域特性에 따라 基本型, 中都市型, 大都市型과 保健醫院으로 구분하고 基本型の 組織으로는 保健行政課, 保健指導課, 診療室 등 2개 課에 1室을 두되 지역의 크기에 따라 차이를 두도록 하였다.

(3) 保健所の 機能 및 役割模型

保健所の 業務內容과 事業對象에 따라 保健行政機能, 保健指導機能, 健康管理機能, 診療 및 検査機能 등으로 분류하고, 이들 機能에 대하여 각각의 業務를 부여하였다.

- ① 保健行政: 庶務·人事·財務管理, 地域保健企劃 및 事業評價, 保健統計 및 보건의료정보의 管理, 醫藥指導, 防疫, 食品衛生 및 公衆衛生, 保健協議會 운영과 관련된 業務

- ② 保健指導: 保健教育, 母子保健 및 家族計劃, 訪問看護서비스, 영양지도관리, 學校保健
- ③ 保健管理: 疾病豫防, 成人病 豫防管理, 性病豫防管理, 老人保健, 精神保健, 障礙者 再活서비스, 藥物中毒管理
- ④ 診療機能: 一次診療, 齒科診療, 老人診療, 물리치료실 운영, 再活서비스
- ⑤ 檢査機能: 病理檢査, 實驗檢査, 방사선검사

(4) 保健所의 組織模型

保健所의 組織은 保健所의 機能과 役割에 부합될 수 있도록 현재의 係單位 조직구성에서 課單位의 조직구성으로 擴大 改編하도록 하였다.

保健所 組織模型은 지역특성 및 인구규모에 따라 基本型, 中都市型, 大都市型, 保健醫療院型 등 4개 類型으로 구분하여 設計하였다.

保健所 組織의 基本模型은 인구 10만명 이하의 市·郡에 해당되는 模型으로 保健行政, 保健指導, 診療室 등 2課 1室, 6개의 係로 조직되어 있고, 中都市型의 保健所 組織은 保健行政, 保健指導, 保健管理, 診療室 등 3課 1室, 9개의 係로 組織되어 있으며, 大都市型의 組織模型은 保健行政, 保健指導, 健康管理, 醫藥, 診療室 등 4課 1室, 11개의 係로 組織되어 있다.

保健醫療院의 組織模型은 保健行政, 保健指導, 診療室 등 2課 1部로 事業部署에 5개 係, 診療부에 원무과, 간호과, 진료각과, 약제실, 檢査室로 조직되어 있다.

8.2. 結論 및 政策的 提言

1. 結論

最近 國民所得水準의 향상과 地方自治制가 재개됨으로 인하여 健康福祉에 대한 欲求가 상승하고 있으며 앞으로 이러한 경향은 더욱 두드러질 것으로 예견된다.

政府는 이러한 국민들의 健康福祉欲求를 충족시키기 위한 수단으로써 전국 민의료보험의 실시를 통하여 醫療利用에 소요되는 경제적 부담을 경감시켜 줌으로써 醫療利用을 용이하게 하고 있다.

그러나 진정한 의미의 健康福祉는 건강회복을 위한 治療인 서비스보다는 豫防保健서비스의 機能을 強化함으로써 국민들의 健康을 維持 向上시키는 일이다. 이러한 관점에서 볼 때 地域社會의 유일한 公共保健醫療機關인 保健所의 役割과 機能은 매우 중요시되고 있는 것이다.

그러나 지금까지의 研究結果에 의하면, 保健所는 조직구조 및 관리상의 문제와 人力, 施設 등의 부족으로 地域住民들의 健康管理을 위한 公共保健醫療機關으로서 그 역할이 매우 미흡한 것으로 평가되고 있다. 이는 그동안 주변의 보건환경여건이 급변하고 있는데도 保健所의 組織이나 機能에는 별다른 큰 변화없이 오늘에 이르고 있다는 데서 그 이유를 찾아볼 수 있을 것이다.

앞으로 先進國 水準으로의 경제, 사회, 정치적 발전과 지방자치제의 정착으로 국민들의 복지욕구가 한층 증대될 것이며, 人口의 老齡化에 따른 질병구조의 변화로 국민들의 保健醫療 要求에도 많은 변화가 예상되고 있다.

따라서 이러한 環境與件의 變化와 國民들의 健康福祉 欲求에 對應하기 위해서는 保健所의 組織과 機能改善이 필수적으로 요망되고 있는 것이다.

2. 政策的 提言

이 研究에서 나타난 內容을 中心으로 하여 앞으로 保健所의 發展對策을 樹立하는데 考慮되어야 할 主要事項을 다음과 같이 提言코저 한다.

(1) 保健所의 企劃·評價機能 強化

현재 保健所의 業務중에서 가장 脆弱한 부분이 地域保健事業의 企劃 및 評價機能으로 지역에서 다양하게 표출되는 保健醫療要求를 자체적으로 해결하는데는 한계가 있다.

따라서 지역주민의 保健管理를 담당하고 있는 保健所가 地域住民의 要求에 적절하고 신속하게 對應할 수 있도록 하기 위해서는 地域保健醫療事業에 대한 企劃 및 評價機能이 強化되어야 한다. 이를 위해서는 地域保健計劃의 樹立, 執行, 評價에 이르는 전 과정을 보건소가 독자적으로 수행할 수 있도록 조직 보완과 전문인력의 배치 또는 양성을 위한 방안이 강구되어야 한다.

(2) 保健所의 獨自性 確保

保健所는 組織編制上 지방자치단체(시·군·구청)의 산하기관으로 되어 있다. 따라서 保健所 人事, 豫算, 事務處理 등에 관한 權限은 모두 地方自治團體長(시·군·구청장)에게 있고, 보건소장은 保健所의 運營에 있어서도 지방자치단체장의 지도감독을 받도록 되어 있어 保健所長의 獨自性이나 自律性은 인정되지 않고 있다.

그러므로 地方自治團體長의 보건의료사업에 대한 관심도 여하에 따라 保健醫療事業의 活性化 정도에 심한 차이가 있게 되며, 保健醫療事業을 담당하는 관련 公務員의 士氣도 심한 차이가 있게 된다.

保健所는 지역주민에 대한 保健醫療의 提供이라는 특수성을 갖고 있기 때문에 保健所 運營責任者인 보건소장에게 獨自性和 自律性이 부여되어야 함에도

그렇지 못하여 業務遂行上 여러가지 어려움이 있고 또한 保健所 發展에도 지장을 초래하고 있다.

이러한 문제점을 해결하는 방안으로 保健所의 인사에 관하여는 보건소장에게 委任을 하도록 하고, 豫算에 관하여는 保健所 運營費의 特別會計化 하며, 事務處理에 관해서는 地方自治團體長의 權限을 대폭 保健所長에게 委任토록 함으로써 保健所의 獨自性과 自律性이 확보될 수 있을 것이다.

(3) 保健所의 位置強化

1991년 地方自治制의 실시로 地方分權化에 따른 業務의 대폭 移讓과 行政의 自律化, 그리고 地域住民의 행정참여의식 및 복지욕구의 增大 등이 예상되고 있다. 이러한 環境與件變化에 부응하여 保健所가 地域住民의 保健醫療 要求를 충족시키기 위하여는 保健所의 조직 및 기능이 확대 강화되고 運營의 自律性이 보장되어야 할 것이다. 즉 保健所가 지역주민의 건강관리를 위한 公共保健醫療機關으로서 他機關과 대등한 입장에서 相互 協助關係를 維持하면서 效率의으로 업무를 수행하기 위해서는 組織強化에 따른 職制改編으로 보건소장 및 직원들의 職級을 上向調整함으로써 保健所가 對內外的으로 強化된 위치에서 지방자치단체 산하의 독립된 사업소로서 自律的인 運營이 보장되어야 할 것이다.

(4) 保健所 運營을 위한 投入要素 支援強化

지방보건의료체계의 핵심기관인 보건소가 민간의료기관의 취약부분을 보완하고, 서비스의 양적, 질적개선을 위해 전문인력, 시설, 기자재, 예산 등의 투입이 강화되어야 하며, 현행 보건의료업무를 수행하는 행정체계의 이원화에 따라 인력, 예산에 대한 자율적 확보가 어려운 실정이므로 지방자치단체의 자율권 강화를 위한 법적, 제도적 장치가 보완되어야 할 것이다.

(5) 新規業務의 活性化

1991년 保健所法 改正으로 새로 추가된 保健所의 機能은 地域保健의 企劃 및 評價, 精神保健, 老人保健, 障礙者 再活, 보건지소·보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도감독 등으로 이들 업무는 保健醫療環境의 變化에 부응할 수 있도록 補完되었는데, 一線 保健所에서의 業務遂行 狀態는 脆弱한 것으로 나타나고 있어 이의 원활한 維持 方案이 模索되어야 하겠다.

이들 業務遂行이 기존업무에 비하여 저조한 것은 事業遂行에 대한 세부지침이 아직 개발되지 못했고, 또한 담당인력에 대한 보수교육이 제대로 시행되지 못하고 있는데 그 원인이 있는 것으로 볼 수 있을 것이다. 현재의 保健所 업무중 補強되어야 할 業務와 현재는 잘 수행되지 않고 있지만 앞으로 관심을 두고 開發되어야 할 業務는 다음과 같다.

○ 補強되어야 할 業務

- 診療: 일반진료, 치과진료, 응급처치, 물리치료
- 檢査: 병리검사, X-선 검사, 민간의료기관의 검사 대행
- 保健教育: 對人教育, 집단교육, 홍보매체 개발
- 老人保健서비스의 강화
- 地域保健의 企劃·評價: 지역단위 보건의료계획 및 사업평가
- 保健所서비스 및 정보관리의 전산화

○ 開發되어야 할 業務

- 慢性退行性 疾患管理: 고혈압, 당뇨병, 암환자, 관절염, 요통 등
- 再活서비스: 장애자관리 및 특수기관과의 연계, 각종 사고
- 精神疾患管理: 상담, 치료, 특수기관과의 연계
- 방문간호서비스의 강화
- 저소득층 주민에 대한 집중환자관리서비스

(6) 保健所 組織의 改編

保健所가 명실공히 지역사회 保健問題 해결의 중심기관으로 지역주민을 위한 保健醫療의 센터기능을 원활히 수행하기 위해서는 조직기구도 이에 걸맞게 확대 개편되어야 한다. 조직을 개편하는데 있어서는 지역의 특성이나 인구규모에 적합하도록 설계되어야 하기 때문에 이를 고려하여 基本型, 中都市型, 大都市型형, 그리고 保健醫療院의 4개 유형으로 구분하였으며, 여기에서는 基本型에 관해서만 제시하도록 한다.

保健所の 基本型은 인구 10만명 이하의 시 또는 군에 해당하는 模型으로 보건소장 밑에 (1) 보건행정과 (2) 보건지도과 (3) 진료실 등 2과 1실을 두도록 하였다. 보건행정과에는 보건기획계, 방역계, 의약지도계의 3개 계를, 보건지도과 밑에 보건교육계, 가족보건계, 건강관리계 등 3개의 계를, 그리고 진료실내에는 일반진료 및 치과진료실, 검사실, X-선실, 약제실, 물리치료실 등을 두도록 하였다.

(7) 保健支所, 診療所 組織의 改編

보건지소, 보건진료소, 읍면요원을 一線 公共保健組織으로 再編成하여 현재의 진료업무 위주에서 벗어나서 保健支所를 중심으로 주민의 健康管理과 慢性退行性疾患管理를 포함한 新規豫防保健事業을 수행하도록 일선 보건인력을 배치한다. 이를 위하여 보건지소의 공중보건의를 法定 保健支所長으로 임명하며, 읍면보건요원을 보건지소에 배치하여 보건지소장의 지휘, 통솔하에 두고, 보건진료소를 보건지소의 分院으로 두어 업무 연계를 가지게 하거나 지역여건에 따라 일부진료원은 지소에 근무하게 하여 예방등의 지역보건업무를 共同으로 추진하도록 한다. 地方化시대의 展開에 따라 기존의 運營協議會는 폐지하고 地域住民과 地域醫療資源들이 自律的으로 支援, 參與할 수 있는 地域醫療協議會를 설치, 발전시킨다.

이와 병행하여 첫째, 보건지소를 대민서비스기관으로의 역할을 지원하기 위하여는 行政要員을 지소에 배치하고 둘째, 지소장 역할을 수행할 공중보건 의에 대한 職務教育과 補修教育을 지역사회보건업무 중심으로 개편하고 강화 한다. 셋째, 보건지소와 보건진료소의 업무내용은 지역특성에 따라 요구되는 업무, 만성퇴행성질환자의 관리, 보건교육, 기초건강진단 영역의 업무로 확대 한다. 넷째, 中央政府와 地方政府가 人力, 豫算, 組織 측면에서 邑面의 公共 保健組織을 支援할 수 있는 體制로 전환하고 依賴體系를 실질적으로 확립하 며, 일부지역의 示範프로그램의 경험을 적극 受容하며 구체적인 業務指針書, 敎育메뉴얼, 프로그램모델, 邑面人力의 보수교육 내용을 開發 普及하여 地域 保健人力을 지원하도록 한다.

參考文獻

▷ 한국문헌◁

- 김공박, 「지방자치 준비 현황과 향후 발전방향」, 『나라경제』 8호, 1991.
- 김광웅·강진택·오석홍, 「공공의료전달체계의 개선방향」, 박종기·민재성(編) 한국의 보건문제와 대책(II)』, 1988.
- 김기옥 譯, 『현대지방자치의 기능과 역할(本田 弘 著)』, 1991.
- 김안제, 『지역개발과 지방자치 행정』, 대명출판사, 1988.
- 김용익·김종호·안문영·이종구, 「지역보건사업과 주민참여」, 『'90년대 보건 의료정책의 발전방향』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 김용익, 「보건의료 주민참여의 재정의와 전략」, 『한국보건행정학회 하계학술 대회발표논문』, 1992.
- 김정숙 외, 「보건소내 물리치료실 운영의 체계화 방안」, 『대한물리치료사 학회지』 13(1), 1992.
- 김정순 외, 「포괄적 보건의료사업을 위한 보건소 모형개발」, 『보건학논집』 42호, 1989.
- 김정태 외, 『농촌 일차보건의료사업 연구보고서』, 한국인구보건연구원, 1985.
- 김종호, 「농촌지역 의료체계의 비공식부문」, 『대한공중보건의학회지』 2(1), 1988.
- 김진순 외, 『보건진료원제도 운영개선에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1991.
- _____, 『한국의 일차보건의료사업 추진에 있어서 보건진료원의 업무수행에 관한 분석적 연구』, 한국인구보건연구원, 1984.
- 김진표, 「지방화시대의 지방재정확충 방안」, 『나라경제』 8호, 1991.
- 김한중, 「환경여건 변화에 따른 지역보건행정체계와 기능의 발전방향」, 『보건

- 의료발전을 위한 워크샷』, 경기도, 1990.
- 남철현 외, 『보건지소 보건서비스 향상을 위한 조사연구』, 한국인구보건연구원, 1986.
- 노기성, 「지방자치제 실시에 따른 재정규모의 변동과 정부기능 배분」, 송대희·노기성 편, 『지방자치제 실시에 따른 중앙·지방재정기능의 재정립』, 한국개발연구원, 1992, pp 30-40.
- 문옥륜, 「우리나라 보건소기능 활성화방안의 모색」, 『보건학 논집』, 45호, 1992.
- _____, 「지방자치시대의 보건행정」, 『'90년대 보건의료정책의 발전방향』, 한국보건사회연구원, 1990.
- _____, 「지방자치하에서의 보건의료행정체계」, 『보건행정학회 제 2회 학술세미나』, 1989.
- _____, 『한국의료보험론』, 신광출판사, 서울, 1991.
- 박동서, 「바깥사회에 뒤쳐지는 공무원의 전문성」, 『지방자치』 1990. 8.
- 박성식, 「전국보건지소 실태 및 보건지소운영지원협의회에 관한 조사보고서」, 『대한공중보건의사협의회지』, 5호, 1991.
- 박정한 외, 「보건지소 공중보건의 일반의사의 업무수행정도과 수련개선방안」, 『예방의학회지』, 19(2), 1986.
- 변종화 외, 『보건의료원 운영실태조사연구』, 한국보건사회연구원, 1990.
- _____, 『2000년대를 향한 도시보건소의 조직 및 기능개선연구』, 한국인구보건연구원, 1988.
- 보건사회부, 『보건사회백서』, 1992.
- _____, 『보건사회통계연보』, 1991.
- 서상목·최일섭·김상균, 『사회복지 전달체계의 개선과 전문인력 활용방안』, 한국개발연구원, 1988.
- 손재식, 『지방행정개론』, 박영사, 1982.
- 송건용 외, 『농촌보건소 조직 및 기능개선에 관한 연구』, 한국인구보건연구원, 1983.

- _____, 『보건소와 보건진료소의 보건의료서비스 공급방안연구』, 한국인구보건연구원, 1988.
- _____, 『1989년 국민건강조사』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 송희준, 「공무원 생애주기의 인적자본적 인사관리 정책방향」, 『한국행정연구』, 1(2), 1992.
- 신영수, 「의료서비스의 수급과 정부의 역할」, 『한국보건행정학회 춘계세미나 보고서』, 1991.
- 신원형, 「광역행정의 효과적인 추진방향」, 『지방행정』, 1991.11.
- 오석홍, 「지방자치제 실시와 보건행정조직」, 『지방자치하에서의 보건소장 재훈련 계획 개발 세미나 보고서』, 1989.
- 유승흠, 「'90년대 사회경제적 여건과 건강관리과제」, 『'90년대 보건의료정책의 발전방향』, 한국보건사회연구원, 1990.
- _____, 『의료정책과 관리』, 기린원, 1990.
- 윤배중, 「지역보건을 위한 자치단체의 역할」, 『지역보건발전을 위한 세미나』, 경기도, 1992.
- 의료보험연합회, 『외국의료보험제도의 경험과 교훈』, 1990.
- _____, 『주요국가 의료보장』, 1989.
- 이계식, 「지자체 실시의 경제적 의의」, 『나라경제』 8호, 1991.
- 이삼주, 『지방재정통계의 개선방안』, 한국지방행정연구원, 1992, pp 34-50.
- 이은재, 「지방화시대의 중앙직할기관, 특별지방행정관서를 존치시킬 것인가」, 『지방자치』, 1990.
- 이종학, 『보건행정과 보건소 활동』, 1962.
- 임종권 외, 『도시보건소 모자보건사업 운영개선연구』, 한국보건사회연구원, 1991.
- 임지혁, 「공중보건의사 교육과정의 문제점」, 『경공협 월보』, 32호, 1992.
- 전국공중보건의학회, 「농어촌 보건의료기반 확충방안」, 『전국공중보건의학회지』, 1(1), 1987.

- _____, 「전북공중보건의사 생활실태조사보고서」, 『대한공중보건
의사협회지』, 5호, 1991.
- 정세욱, 『지방행정학』, 법문사, 1992.
- 정인홍·박용치, 「보건의료 및 사회보장 행정조직의 개편에 관한 연구」, 『지역
복지정책』 제5집, 1989.
- 정태기, 「전국보건지소 실태조사보고서」, 『대한공중보건의학회지』, 2(1), 1988.
- 정해방, 「국가와 지방자치단체간의 합리적 자원배분 방안」, 『나라경제』
8호, 1991.
- 차철환 외, 『지역보건사업평가』, 고려대학교 지역사회 보건개발위원회, 1988.
- 최창호, 『지방자치제도론』, 삼영사, 1988.
- 통계청, 『한국의 사회지표』, 1991.
- _____, 『한국통계연감』, 1991.
- 한국보건사회연구원, 『최근 외국의 사회보장』, 1992.
- 한국지방행정연구원, 『2000년대를 향한 지방행정좌표』, 1986.
- _____, 『지방자치제 실시에 따른 지방정부의 사회복지 기능에
관한 연구』, 1988.
- 한국행정학회, 『지방자치와 교육자치의 연계강화방안』, 1991.
- Pinto, Francis J., 「기술의 발전과 보건의료」, 『21세기를 향한 보건의료세
미나』, 보건의료정책연구소, 1991.
- 藤野施郎, 「21세기의 보건의료」, 『21세기를 향한 보건의료 세미나』, 보건의료
정책연구소, 1991.

▷일본문헌◁

- 厚生統計協會, 『國民衛生の動向』 39권 9호, 1992.
- 西正美, 『保健所 概論ノート』, 日本公衆衛生協會, 1991.

▷외국문헌◁

- Allsop, Judy. *Health Policy and the National Health Service*, Longman Group Ltd, 1984.
- Bardach, Eugene. *The Implementation Game*, Cambridge: MIT Press, 1977.
- Bwtler, J.R. and Vaile, M.S.B. *Health and Health Services: An Introduction to Health Care in Britain*, Routledge & Kegan Paul plc, London, 1984.
- Carl, Van Horn. *Policy Implementation in the Federal System*, Lexington: Heath, 1979.
- Culyer, A.J., et al. *Competition in Health Care : Rofroming the NHS*, Macmillan Press Ltd, 1990.
- Curtis, Sarah. *The Geology of Public Welfare Provision*, Routledge, London and New York, 1989.
- Dunsire, andrew. *Implementation in a Bureaucrecy*, Oxford, Martin Robertson, 1978.
- Japan International Cooperation Agency. *National Health Administration in Japan, Vol I: Health Administraion and Organization*, 1992.
- John J. Hanlon. *Principles of Public Helath Administration*, 5th edition, C.V. Mosby Company, 1969.
- Jonas, Steven. *An Introductuon to the U.S. Health Care System*, 3rd edition, Springer Publication Company, New York, 1992.
- _____. *Health Care Delivery in the United States*, 3rd edition, Springer Publishing Company, New York, 1986.
- McNeil, C.F. *Community Organization for Social Welfare, Social Work Year Book*, New York: American Association of Social Worker, 1954.

- Miller, C. Arden & Moos, Merry-K. *Local Health Department: Fifteen Case Studies*, American Public Health Association, 1981.
- Oxford RHA. *The Health of the People, The Oxford Region 1991*, 1991.
- Roemer, Milton I. *Evaluation of Community Health Centers*, WHO Public Health Papers No.48, WHO Geneva, 1972.
- Stepohen J.W., Paul R.T. *Introduction to Health Services*, 3rd edition, John Wiley & Sons Publication, Inc., 1988.
- UN. *Demographic Yearbook 1991*.
- WHO. *Health Services in Europe*, 3rd Edition, Vol 2 : *Country Reviews and Statistics*, 1981.

附 錄

1. 附 錄 表

2. 調 查 票

〈 附 錄 1 〉

附 錄 表

부록표 1. 보건소 사업별 업무수행상태와 향후 조정 필요성에 대한 견해

업무 및 지역	표본 보건소수	수 행 상 태				사업특성상 향후 조정필요성에 대한 견해		
		적극적 수행	소극적 수행	거의 수행않음	비수행	반드시 확충, 신설	현행 유지	축소, 폐지

<u>가족계획</u>								
전체	100.0(208)	62.5	36.5	1.0	-	11.2	70.4	18.4
대도시	100.0 (41)	75.6	24.4	-	-	10.0	60.0	30.0
중소도시	100.0 (63)	65.1	34.9	-	-	8.2	80.3	11.5
농촌	100.0(104)	55.8	42.3	1.9	-	13.7	68.4	17.9
<u>모자보건</u>								
전체	100.0(208)	87.5	12.0	.5	-	55.6	39.3	5.1
대도시	100.0 (42)	95.2	4.8	-	-	60.0	37.5	2.5
중소도시	100.0 (63)	85.7	14.3	-	-	66.1	32.3	1.6
농촌	100.0(103)	85.4	13.6	1.0	-	46.8	44.7	8.5
<u>결핵관리</u>								
전체	100.0(210)	91.4	7.6	1.0	-	35.1	61.9	3.1
대도시	100.0 (42)	95.2	4.8	-	-	29.3	63.4	7.3
중소도시	100.0 (64)	82.8	14.1	3.1	-	33.3	63.3	3.3
농촌	100.0(104)	95.2	4.8	-	-	38.7	60.2	1.1
<u>성병 및 AIDS관리</u>								
전체	100.0(208)	86.1	13.5	.5	-	66.2	31.8	2.1
대도시	100.0 (41)	95.1	4.9	-	-	58.5	36.6	4.9
중소도시	100.0 (62)	82.3	16.1	1.6	-	72.9	25.4	1.7
농촌	100.0(105)	84.8	15.2	-	-	65.3	33.7	1.1
<u>나병관리</u>								
전체	100.0(207)	50.7	29.5	19.8	-	6.7	70.5	22.8
대도시	100.0 (40)	17.5	20.0	62.5	-	2.7	29.7	67.6
중소도시	100.0 (62)	46.8	37.1	16.1	-	3.3	81.7	15.0
농촌	100.0(105)	65.7	28.6	5.7	-	10.4	79.2	10.4

부록표 1. <계속>

업무 및 지역	표본 보건소수	수 행 상 태				사업특성상 향후 조정필요성에 대한 견해		
		적극적 수행	소극적 수행	거의 수행않음	비수행	반드시 확충, 신설	현행 유지	축소, 폐지

<u>기생충관리</u>								
전체	100.0(208)	44.2	46.2	9.6	-	11.1	38.4	50.5
대도시	100.0 (41)	26.8	51.2	22.0	-	15.4	35.9	48.7
중소도시	100.0 (64)	37.5	53.1	9.4	-	6.8	37.3	55.9
농촌	100.0(103)	55.3	39.8	4.9	-	12.0	40.2	47.8
<u>임상병리검사</u>								
전체	100.0(197)	96.2	3.8	-	-	78.7	21.3	-
대도시	100.0 (40)	97.6	2.4	-	-	70.0	30.0	-
중소도시	100.0 (61)	92.2	7.8	-	-	78.7	21.3	-
농촌	100.0 (96)	98.1	1.9	-	-	82.3	17.7	-
<u>영양개선, 식품위생 및 공중위생</u>								
전체	100.0(209)	26.8	17.2	31.1	24.9	54.1	31.5	14.4
대도시	100.0 (42)	16.7	9.5	33.0	40.5	37.5	33.3	29.2
중소도시	100.0 (63)	23.8	25.4	27.0	23.8	54.2	31.3	14.6
농촌	100.0(104)	32.7	15.4	32.7	19.2	59.5	31.1	9.5
<u>학교보건</u>								
전체	100.0(194)	44.8	42.3	10.3	2.6	52.0	38.6	9.4
대도시	100.0 (37)	29.7	56.8	10.8	2.7	27.3	57.6	15.2
중소도시	100.0 (61)	52.5	36.1	9.8	1.6	52.7	38.2	9.1
농촌	100.0 (96)	45.8	40.6	10.4	3.1	61.4	31.3	7.2
<u>의료보호업무</u>								
전체	100.0(190)	67.9	21.1	11.1	-	42.4	54.1	3.5
대도시	100.0(129)	80.0	20.0	-	-	44.7	52.6	2.6
중소도시	100.0 (40)	61.8	23.6	14.5	-	38.8	55.1	6.1
농촌	100.0 (21)	66.3	20.0	13.7	-	43.4	54.2	2.4

부록표 1. <계속>

업무 및 지역	표본 보건소수	수 행 상 태				사업특성상 향후 조정필요성에 대한 견해		
		적극적 수행	소극적 수행	거의 수행않음	비수행	반드시 확충, 신설	현행 유지	축소, 폐지
<u>질병예방관리</u>								
전체	100.0(195)	89.9	10.1	-	-	43.6	53.8	2.6
대도시	100.0 (41)	90.5	9.5	-	-	31.7	65.9	2.4
중소도시	100.0 (59)	93.3	6.7	-	-	50.8	45.8	3.4
농촌	100.0 (95)	87.6	12.4	-	-	44.2	53.7	2.1
<u>보건교육</u>								
전체	100.0(210)	64.3	33.3	2.4	-	70.6	28.9	.5
대도시	100.0 (41)	68.3	31.7	-	-	71.8	28.2	-
중소도시	100.0 (64)	60.9	32.8	6.3	-	72.9	25.4	1.7
농촌	100.0(105)	64.8	34.3	1.0	-	68.8	31.3	-
<u>구강보건관리</u>								
전체	100.0(181)	44.0	36.3	19.7	-	56.4	41.4	2.2
대도시	100.0 (36)	43.2	27.0	29.7	-	55.6	41.7	2.8
중소도시	100.0 (54)	23.6	30.9	45.5	-	59.3	37.0	3.7
농촌	100.0 (91)	55.4	42.6	2.0	-	54.9	44.0	1.1
<u>노인보건관리</u>								
전체	100.0(195)	40.0	40.0	20.0	-	65.7	27.1	7.2
대도시	100.0 (40)	47.5	35.0	17.5	-	74.4	20.5	5.1
중소도시	100.0 (57)	35.1	42.1	22.8	-	63.6	29.1	7.3
농촌	100.0 (98)	39.8	40.8	19.4	-	63.2	28.7	8.0
<u>성인병관리: 고혈압, 당뇨병</u>								
전체	100.0(201)	55.7	31.8	12.4	-	67.6	28.7	3.7
대도시	100.0 (40)	50.0	35.0	15.0	-	68.4	28.9	2.6
중소도시	100.0 (58)	44.8	32.8	22.4	-	62.5	32.1	5.4
농촌	100.0(103)	64.1	30.1	5.8	-	70.2	26.6	3.2

부록표 2. 지역별 보건소의 월평균 서비스실적 (1991년)

	전국 (N=206)	대도시 (N=41)	중소도시 (N=59)	농 촌		F-value
				일반군보건소 (N=93)	보건의료원 (N=13)	
일반진료 실인원	933	986	720	739	3,130	38.9****
연인원	3,336	3,610	2,152	2,425	13,864	60.5****
치과진료 실인원	113	71	28	181	164	18.0****
연인원	192	127	40	303	362	24.1****
모자보건	965	2,049	833	653	320	11.8****
가족계획	439	1,023	437	222	155	8.9***
결핵관리	737	1,289	779	466	636	6.2***
성병관리	52	104	69	23	16	14.9****
나병관리	37	36	38	38	33	.2
기생충관리	2,747	7,036	2,951	3,450	3,237	11.4****

****, ***, **, * 는 각각 0.01%, 0.1%, 1%, 5% 수준에서 유의적임을 나타냄.

부록표 3. 지역별 보건소 서비스실적의 구성비¹⁾ (1991년)

	전국 (N=206)	대도시 (N=41)	중소도시 (N=59)	농 촌	
				보건의료원 (N=13)	일반군지역 (N=93)
계	100.0 (5,758)	100.0 (8,238)	100.0 (4,348)	100.0 (5,583)	100.0 (8,238)
일반진료 ²⁾	57.9	43.8	49.5	90.1	58.7
치과진료 ²⁾	3.3	1.5	.9	2.4	7.3
모자보건	16.8	24.9	19.2	2.1	15.8
가족계획	7.6	12.4	10.1	1.0	5.4
결핵관리	12.8	15.6	17.9	4.1	11.3
성병관리	.9	1.3	1.6	.1	.6
나병관리	.6	.4	.9	.2	.9

1) <부록표 2> 에서 기생충관리를 제외한 보건소 사업실적의 구성 비율(proportion)임.

(기생충관리서비스는 보건소에서 직접수행 하지 않고 건강관리 협회에서 실시하기 때문에 제외함)

2) 건수 기준

부록표 4. 지역별 인구 1,000명당 보건소 월평균 서비스 실적 (1991년)

	계 (N=200)	대도시 (N=39)	중소도시 (N=59)	군지역		F-value
				보건의료원 (N=13)	일반군 (N=89)	
일반진료						
실인원	11.6	3.0	6.5	63.5	11.2	110.6****
연인원	42.8	12.0	19.4	269.0	37.7	96.3****
치과진료						
실인원	1.4	.1	.2	3.6	2.5	27.4****
연인원	2.5	.3	.3	7.4	4.4	33.1****
모자보건	6.7	5.3	5.3	6.2	8.5	1.8
가족계획	3.1	2.7	3.6	2.9	3.0	.1
결핵관리	6.1	3.6	6.6	12.3	6.2	1.8
성병관리	.3	.4	.5	.3	.3	1.7
나병관리	.4	.1	.4	.7	.5	12.3****
기생충관리	32.3	1.5	25.1	63.8	46.7	19.8****

****, ***, **, * 는 각각 0.01%, 0.1%, 1%, 5% 수준에서 유의적임을 나타냄.

부록표 5. 보건소 서비스 실적(평균)*
(13개 현지조사 보건소 1990년-1992년)

서비스	내용	실 적		
		1990년1-12월	1991년1-12월	1992년1-6월
일반진료		15,851	15,546	7,671
의료보호		7,385	6,030	2,196
의료보험		4,183	5,425	3,072
일반		3,474	3,341	1,837
기타		759	750	567
치과진료		2,830	2,401	850
의료보호		556	432	177
의료보험		2,057	1,817	727
일반		269	113	168
기타		44	61	6
모자보건		17,492	17,203	7,604
임산부등록		827	390	190
영유아등록		2,736	2,718	1,856
임부건강진단		260	211	95
영유아건강진단		433	265	118
산전관리		1,410	1,298	562
산후관리		802	761	389
영유아관리		11,022	11,560	4,395
예방접종		22,956	21,420	7,024
DPT		7,577	7,090	3,422
Polio		9,570	8,921	2,684
DT		3,535	3,262	3,213
MMR		2,274	2,194	918
가족계획		11,747	8,470	4,142
약재기구공급		9,306	6,723	3,221
피임기구삽입		1,127	857	442
불임시술		712	475	252
불임시술의뢰		777	534	291
상담		12,781	5,689	2,691

* 각개별서비스내용별로 서비스가 수행되고 있는 보건소만을 기준으로 1개 보건소의 평균실적을 산출함. 따라서 어느 서비스의 수치는 하위의 개별서비스의 합과 차이가 있을 수 있음.(예를 들면 모자보건서비스는 하위의 개별서비스의 합과 다소 차이가 있음.)

부록표 5. <계속>

서비스	내용	실 적		
		1990년1-12월	1991년1-12월	1992년1-6월
방역				
	연막소독(회수, Km ²)	783	928	446
	분무기소독	1,405	1,207	255
	보균자색출	5,336	6,872	3,578
	간염접종	30,938	25,101	8,411
	장티푸스접종	5,776	5,222	2,848
	콜레라접종	1,139	-	-
	기타접종:			
	· 일본뇌염	86,593	107,712	34,632
	· Leptospirosis	2,632	2,059	5,483
	· 유행성출혈열	-	382	9,384
	보건교육(교육회수)	201	231	163
	위생관리: 검사(식품, 수질)	391	168	3,750
	기생충관리	6,017	7,053	3,768
	검사	5,855	6,930	3,750
	투약	175	145	34
	결핵관리	16,829	16,603	8,185
	X-선 촬영	5,089	5,837	3,151
	객담검사	2,543	2,148	958
	BCG접종	7,949	7,773	3,581
	치료, 투약	1,343	835	495
	성병관리	11,047	12,593	5,282
	검사인원	8,590	10,013	4,296
	치료, 투약	2,486	2,579	986
	나병관리	1,199	385	211

* 앞과 同一

부록표 6. 보건소 서비스 실적 구성비 (%)*
(13개 현지조사 보건소 평균치, 1990년-1992년)

서비스 내용	실 적		
	1990년	1991년	1992년
계 (총실적**)	100.0 (100, 152)	100.0 (94, 852)	100.0 (41, 132)
일반진료	15.8	16.4	18.6
치과진료	2.8	2.5	2.1
모자보건	17.5	18.1	18.5
예방접종	22.9	22.6	17.1
가족계획	11.7	8.9	10.1
보건교육(교육회수)	.2	.2	.4
결핵관리	16.8	17.5	19.9
성병관리	11.0	13.3	12.8
나병관리	1.2	.4	.5

* <부록표 5> 에서 기생충관리를 제외한 보건소 사업실적의 구성비율 (proportion)임.

** 방역사업, 위생관리, 기생충검사는 서비스 단위문제, 수행기관 등의 문제가 있어 실적에서 제외하고 서비스실적의 구성비(proportion)를 구함.

부록표 7. 보건소 서비스의 변화양상

(13개 현지조사 보건소 평균치, 1990년 기준 1991년 및 1992년도 실적)

서비스 내용	실 적		
	1990년	1991년	1992년 ¹⁾
일반진료	100	96	93
의료보호	100	87	79
의료보험	100	183	274
일반	100	69	446
기타	100	66	96
치과진료 ²⁾	100	33	40
의료보호	100	49	44
의료보험	100	65	54
일반	100	27	54
기타	100	31	29
모자보건	100	96	83
임산부등록	100	98	98
영유아등록	100	95	97
임부건강진단	100	86	89
영유아건강진단	100	81	87
산전관리	100	94	87
산후관리	100	114	112
영유아관리	100	105	81
예방접종	100	98	66
DPT	100	100	98
Polio	100	98	59
DT	100	92	⁴⁾
MMR	100	102	87
가족계획 ³⁾	100	81	82
약재기구공급	100	85	85
피임기구삽입	100	80	89
불임시술	100	60	62
불임시술의뢰	100	56	59
상담	100	78	81

1) 1992년 1-6월 실적의 2배를 1990년 연간 실적으로 비교한 것임.

2) 치과진료는 치과서비스가 수행되고 있는 보건소만을 기준으로 산출함.

3) 가족계획 전체실적은 상담을 제외한 기타 사업실적을 기준으로 함.

4) DT예방접종은 1992년도 1-6월 기간중 실시되지 않음.

부록표 7. <계속>

서비스	내용	실 적		
		1990년	1991년	1992년 1)
방역				
	연막소독(회수, Km ²)	100	119	114
	분무기소독	100	85	36
	보균자색출	100	129	134
	간염접종	100	81	54
	장티푸스접종	100	90	99
	기타접종:			
	· 일본뇌염	100	124	80
	· Leptospirosis	100	78	417
	보건교육(교육회수)	100	175	239
	기생충관리	100	107	119
	검사	100	118	128
	투약	100	83	39
	결핵관리	100	108	100
	X-선 촬영	100	126	124
	객담검사	100	90	78
	BCG접종	100	104	88
	치료, 투약	100	87	94
	성병관리	100	109	92
	검사인원	100	110	95
	치료, 투약	100	131	111
	나병관리	100	32	35

부록표 8. 보건소 이용환자의 성별 연령별 분포

	계		남		여	
계	100.0		100.0		100.0	
(N)	(9,340)		(4,155)		(5,185)	
0-4	4.9	11.2	6.2	13.9	3.9	9.0
5-9	3.8		5.0		2.9	
10-14	2.4		2.7		2.2	
15-19	2.4	27.1	2.8	27.9	2.0	26.4
20-24	4.7		5.0		4.5	
25-29	5.1		5.9		4.6	
30-34	5.4		5.1		5.7	
35-39	4.8		4.5		5.0	
40-44	4.7		4.6		4.7	
45-49	6.1	32.0	6.2	30.1	6.1	33.6
50-54	8.6		8.6		8.6	
55-59	8.7		8.2		9.1	
60-64	8.6		7.1		9.8	
65-69	10.8	29.7	10.1	28.1	11.3	31.0
70-74	9.7		9.3		10.1	
75+	9.2		8.7		9.7	

부록표 9. 보건소 이용환자의 성별 상병분포 (56 대분류)

(단위:‰)

상병분류	계	남	여
계 (N)	1,000 (9,342)	1,000 (4,155)	1,000 (5,287)
01 장관감염병	2	3	2
02 결핵	10	13	7
03 기타 세균성 질환	1	1	0
04 비루스 질환	1	2	1
05 리켓치아병 및 기타 절지동물매개 질환	-	-	-
06 성병	67	94	45
07 기타 감염성 및 기생충성 질환과 그후유증	2	4	1
08 구순, 구강 및 인두의 악성 신생물	0	0	0
09 소화기 및 복막의 악성 신생물	1	0	1
10 호흡기 및 흉곽내장기의 악성 신생물	0	0	0
11 뼈, 결합조직, 피부 및 유방의 악성 신생물	0	-	1
12 비뇨생식기계의 악성 신생물	0	0	0
13 기타 및 상세불명 부위의 악성 신생물	0	0	0
14 림프 및 조혈조직의 악성 신생물	-	-	-
15 양성 신생물	0	-	0
16 상피내암종	0	-	0
17 기타 및 상세불명의 신생물	-	-	-
18 내분비 및 대사질환, 면역 장애	35	34	36
19 영양결핍증	-	-	-
20 혈액 및 조혈장기의 질환	3	3	3
21 정신장애	1	1	1
22 신경계질환	25	26	24
23 눈 및 그 부속기의 이상	5	6	4
24 귀 및 유양돌기의 질환	3	2	3
25 류마티열 및 류마티심질환	2	2	3
26 고혈압성 질환	65	61	68
27 허혈성 심질환	2	3	2
28 폐순환 질환 및 기타 형의 심질환	1	1	1
29 뇌혈관 질환	2	1	3
30 순환기계의 기타 질환	1	2	1

부록표 9. <계속>

(단위:‰)

상병분류	계	남	여
31 상기도 질환	220	216	224
32 호흡기계의 기타 질환	116	128	106
33 구강, 타액선 및 하악의 질환	1	1	2
34 소화기계의 기타 부위의 질환	142	148	136
35 요로계질환	7	7	8
36 남성 생식기질환	2	2	1
37 여성 생식기질환	15	0	26
38 유산	-	-	-
39 직접 산과적 원인	0	-	0
40 간접 산과적 원인	-	-	-
41 정산분만	1	-	1
42 피부 및 피하조직의 질환	32	32	31
43 근 골격계 및 결합조직의 질환	177	148	200
44 선천적 이상	-	-	-
45 주산기에 기원되는 어떤 상태	0	0	0
46 징후, 증상 및 불명확한 상태	13	12	14
47 골절	1	3	0
48 탈구, 염좌 및 과긴장	20	15	24
49 두개내 및 내부손상	0	-	0
50 개방창상 및 혈관손상	1	1	1
51 입구를 통하여 들어간 이물의 영향	0	-	0
52 화상	1	1	1
53 중독 및 독성 영향	1	1	0
54 내과 및 외과적 가료의 합병증	0	0	0
55 기타손상, 외상의 조기 합병증	17	20	15
56 손상, 중독, 독성 영향 및 기타외적 원인의 후유증	2	2	2

주: 0: 0.05% 미만
 -: 환자수 없음

부록표 10. 보건소별 5대 질병 (56분류 기준)의 양상

보건소	1 위	2 위	3 위	4 위	5 위
대도시					
A(N=800)	호흡기계의 기타 질환	소화기계 기타 부위 질환	고혈압성 질환	기타 손상, 외상 의 조기합병증	근 골격계 및 결합조직 질환
B(N=893)	근 골격계 및 결합조직 질환	성 병	상기도의 질환	기타	고혈압성 질환
C(N=787)	상기도 질환	소화기계 기타 부위 질환	호흡기계의 기타 질환	부위 질환	내분비 및 대사 질환, 면역장애
D(N=844)	상기도 질환	신경계 질환	근 골격계 및 결합조직 질환	소화기계 기타 부위 질환	고혈압성 질환
중도시					
E(N=332)	성 병	상기도 질환	근 골격계 및 결합조직 질환	소화기계 기타 부위 질환	*
F(N= 86)	여성 생식기 질환	성 병	*	*	*
G(N= 43)	상기도 질환	성 병	근 골격계 및 결합조직 질환	*	*
소도시					
H(N=800)	상기도 질환	근 골격계 및 결합조직 질환	고혈압성 질환	호흡기계의 기타 질환	소화기계 기타 부위 질환
농촌					
I(N=1,141)	근 골격계 및 결합조직 질환	상기도 질환	호흡기계의 기타 질환	소화기계 기타 부위 질환	결핵
J(N=1,962)	소화기계 기타 부위 질환	호흡기계의 기타 질환	상기도 질환	탈구, 염좌 및 과긴장	근 골격계 및 결합조직 질환
K(N= 726)	근 골격계 및 결합조직 질환	상기도 질환	호흡기계의 기타 질환	소화기계 기타 부위 질환	피부 및 피하 조직 질환
L(N= 334)	근 골격계 및 결합조직 질환	상기도 질환	소화기계 기타 부위 질환	피부 및 피하 조직 질환	호흡기계의 기타 질환
M(N= 424)	상기도 질환	소화기계 기타 부위 질환	근 골격계 및 결합조직 질환	성 병	호흡기계의 기타 질환

* : N<20

부록표 11. 보건소 이용환자의 상병 분포 (17 대분류)

(단위: %)

	계	대 도시							중 도시		
		A	B	C	D	E	F	G			
	계 (N)	100.0 (9,372)	100.0 (800)	100.0 (893)	100.0 (787)	100.0 (844)	100.0 (332)	100.0 (243)			
I. 감염성 및 기생충 질환	8.3	4.1	21.2	2.9	3.2	63.9	37.2	15.2			
II. 신생물	.2	.1	-	.4	-	-	-	-			
III. 내분비 영양, 대사 질환, 면역장애	3.5	5.4	5.9	7.1	7.7	-	-	-			
IV. 혈액 및 조혈기의 질환	.3	-	-	.1	.1	-	-	-			
V. 정신장애	.1	-	-	-	-	.6	2.3	-			
VI. 신경계 및 감각계 질환	3.2	1.3	-	.9	14.8	-	-	-			
VII. 순환기계 질환	7.4	19.8	8.6	5.2	12.2	2.7	2.3	-			
VIII. 호흡기계 질환	33.7	29.9	16.2	61.0	31.3	17.8	7.0	75.3			
IX. 소화기계 질환	14.3	17.8	13.3	11.7	10.9	4.8	2.3	3.3			
X. 비뇨생식계의 질환	1.9	0.9	.2	-	.1	-	-	-			
XI. 임신 분만 및 산욕의 합병증	.1	-	-	-	-	-	-	-			
XII. 피부 및 피하조직의 질환	3.1	.3	.4	2.2	5.7	.9	-	.8			
XIII. 근 골격계 및 결합조직의 질환	17.1	7.4	31.9	8.1	13.5	9.0	4.7	5.3			
XIV. 선천이상	-	-	-	-	-	-	-	-			
XV. 주산기에 관련된 일정한 병태	.0	-	-	-	-	-	-	-			
XVI. 증상, 징후 및 불명확한 상태	1.2	1.6	2.1	-	.2	.3	-	-			
XVII. 손상 및 중독	4.4	11.6	-	.4	.2	-	-	-			

부록표 11. <계속>

	소 도 시		농 촌					(단위: %)	
	H	I	J	K	L	M			
계 (N)	100.0 (800)	100.0 (1,141)	100.0 (1,962)	100.0 (726)	100.0 (334)	100.0 (424)			
I. 감염성 및 기생충 질환	7.0	3.9	3.4	1.8	3.3	8.0			
II. 신생물	-	-	.8	.1	-	.5			
III. 내분비 영양, 대사 질환 면역장애	.5	-	4.6	1.0	3.6	.2			
IV. 혈액 및 조혈기의 질환	-	1.8	-	.1	-	.5			
V. 정신장애	-	-	.1	.1	.6	.2			
VI. 신경계 및 감각계 질환	3.4	.7	1.9	4.3	14.1	2.1			
VII. 순환기계 질환	10.1	3.0	6.7	4.5	2.4	3.8			
VIII. 호흡기계 질환	50.6	32.6	27.0	32.6	24.3	36.6			
IX. 소화기계 질환	7.1	10.4	24.5	12.1	16.5	16.0			
X. 비노생식계의 질환	-	1.0	5.4	5.5	3.0	1.2			
XI. 임신 분만 및 산욕의 합병증	-	-	.3	.1	-	-			
XII. 피부 및 피하조직의 질환	1.4	1.8	3.3	5.8	10.8	10.4			
XIII. 근 골격계 및 결합조직의 질환	19.9	44.8	6.5	24.0	18.0	14.2			
XIV. 선천이상	-	-	-	-	-	-			
XV. 주산기에 관련된 일정한 병태	-	-	.2	-	-	-			
XVI. 증상, 징후 및 불명확한 상태	-	-	2.0	2.9	1.8	5.0			
XVII. 손상 및 중독	-	-	13.4	5.0	1.8	1.4			

부록표 12. 보건지소 1개소당 월간 일반진료 환자건수 (연인원)*분포

	표본 보건소수	%
계	85	100.0
- 199	7	8.2
200 - 399	20	23.5
400 - 559	15	17.6
600 - 799	6	7.1
800 - 999	9	10.6
1,000 - 1,199	8	9.4
1,200 - 1,399	4	4.7
1,400 - 1,599	6	7.1
1,600 - 1,799	4	4.7
1,800 +	6	7.1
.....		
범위: 최대-최소	69-2,486	
Mean (SD)	806.5(565.9)	
Median	602.4	

* 보건소 관내 전체 보건지소 일반진료 환자수를 공중보건 일반의가 1명 이상 배치된 보건지소수로 나누어 산출함.

부록표 13. 보건지소 1개소 당 월간 치과진료 환자수(연인원)* 분포

	표본 보건소수	%
계	83	100.0
- 49	4	4.8
50 - 99	8	9.6
100 - 149	20	24.1
150 - 199	19	22.9
200 - 249	12	14.5
250 - 299	10	12.0
300 - 349	5	6.0
350 +	5	6.0
.....		
범위: 최대-최소	21-614	
Mean (SD)	198.1(110.6)	
Median	181.2	

* 보건소 관내 전체 보건지소 치과진료 환자수를 공중보건
치과의가 배치된 보건지소수로 나누어 산출함.

부록표 14. 보건진료소 1개소당 월평균 사업실적* 분포

표본 보건소수 %			
진료:			
계	97	100.0	
- 99	5	5.2	
100 - 99	28	28.9	범위(최대-최소): 39-911
200 - 299	24	24.7	Mean (SD) : 284.5(154.4)
300 - 399	21	21.6	Median : 252.0
400 - 499	11	11.3	
500 +	8	8.2	
보건교육:			
계	96	100.0	
- 19	13	13.1	
20 - 39	13	13.1	범위(최대-최소): 0-406
40 - 59	22	22.2	Mean (SD) : 70.9(57.2)
60 - 79	17	17.2	Median : 59.6
80 - 99	11	11.1	
100 - 199	17	17.2	
200 +	3	3.0	
모성보건:			
계	94	100.0	
.00 - 0.99	26	27.6	
1.00 - 1.99	33	35.1	범위(최대-최소): 0-17
2.00 - 2.99	24	25.5	Mean (SD) : 1.97(2.21)
3.00 - 3.99	3	3.2	Median : 1.45
4.00 - 4.99	3	3.2	
5.00 +	5	5.3	
영유아보건 및 예방접종:			
계	97	100.0	
.00 - 4.99	14	14.4	
5.00 - 9.99	13	13.4	범위(최대-최소): 0-156
10.00 - 14.99	14	14.4	Mean (SD) : 21.2(21.1)
15.00 - 19.99	16	16.5	Median : 17.6
20.00 - 29.99	20	20.6	
30.00 - 39.99	11	10.3	
40.00 +	9	9.3	

*보건소 관내 전체 보건진료소 사업별 실적을 관내 보건진료소 수로 나누어 산출함.

부록표 14. <계속>

표본 보건소수 %			
가족계획:			
계	95	100.0	
.00 - .99	13	13.7	
1.00 - 1.99	18	18.9	
2.00 - 2.99	15	15.8	범위(최대-최소): 0-20
3.00 - 3.99	11	11.6	Mean (SD) : 3.9(3.4)
4.00 - 4.99	11	11.6	Median : 3.4
5.00 - 5.99	10	10.5	
6.00 - 9.99	13	13.7	
10.00 +	4	4.2	
결핵관리			
계	21	22.1	
.00 - .99	20	21.1	
1.00 - 1.99	26	27.4	범위(최대-최소): 0-14
2.00 - 2.99	14	14.7	Mean (SD) : 2.6(2.2)
3.00 - 3.99	5	5.3	Median : 2.3
4.00 - 4.99	9	9.5	
5.00 +			
구강보건상담:			
계	95	100.0	
.00 - 2.99	17	17.9	범위(최대-최소): 0-48
3.00 - 5.99	26	27.4	Mean (SD) : 8.2(7.4)
6.00 - 8.99	23	24.2	Median : 6.3
9.00 -11.99	10	10.5	
12.00 +	19	20.0	
위생업무			
계	96	100.0	
.00	40	41.7	
.01 - .49	17	17.7	범위(최대-최소): 0-29
.50 - .99	12	12.5	Mean (SD) : 1.6(4.1)
1.00 - 1.49	7	7.3	Median : .3
1.50 - 1.99	6	6.3	
2.00 +	14	14.6	

*보건소 관내 전체 보건진료소 사업별 실적을 관내
보건진료소 수로 나누어 산출함.

부록표 15. 읍·면 보건의료 인력

지 역	공중보건 일반의	공중보건 치과의	진료 보조원	치과 위생사	읍·면 요원	보건 진료원	계
경기도							
양주군	10	5	7	5	13	5	45
남양주군	5	2	3	3	*	4	*
여주군	10	6	8	7	14	13	58
평택군	10	5	8	9	17	11	60
화성군	6	9	6	10	32	19	82
파주군	20	9	10	11	*	11	*
광주군	5	2	5	3	9	11	35
연천군	11	5	7	5	14	8	50
포천군	15	8	12	10	20	10	75
가평군	9	3	5	4	6	16	43
양평군	12	6	10	6	14	16	64
이천군	9	6	9	8	21	16	69
용인군	*	*	*	*	*	*	*
안성군	11	8	9	8	26	16	78
김포군	7	5	6	7	16	11	52
강화군	*	*	*	*	*	*	*
옹진군	*	*	*	*	*	*	*
강원도							
춘천군	7	6	6	7	19	14	59
홍천군	*	*	*	*	*	*	*
횡성군	14	7	8	7	16	8	60
원주군	11	6	7	7	19	7	57
영월군	11	5	7	5	15	9	5
평창군	7	6	7	7	15	16	58
정선군	6	5	6	6	16	15	54
철원군	6	5	5	5	11	7	39
화천군	4	3	4	4	10	6	31
양구군	4	4	4	4	9	3	28
인제군	5	4	5	5	9	7	35
고성군	4	3	4	4	8	9	32
양양군	5	4	5	5	12	6	37
명주군	6	6	5	6	16	10	49
삼척군	7	6	7	6	11	6	43

부록표 15. <계속>

지 역	공중보건 일반의	공중보건 치과의	진료 보조원	치과 위생사	읍·면 요원	보건 진료원	계
충청북도							
청원군	14	11	14	14	28	23	104
보은군	9	8	9	9	20	15	70
옥천군	8	6	8	8	17	21	68
영동군	10	8	9	9	20	17	73
진천군	6	4	6	6	14	8	44
괴산군	11	9	11	11	18	18	78
음성군	8	6	8	8	16	18	64
증원군	12	10	12	10	25	16	85
제천	11	6	8	8	13	11	57
단양군	*	*	*	*	*	*	*
충청남도							
금산군	*	*	*	*	*	*	*
연기군	5	5	6	6	14	7	43
공주군	11	10	11	11	26	18	87
논산군	13	11	13	13	33	26	109
부여군	15	13	15	15	37	21	116
서천군	11	9	11	11	27	17	86
보령군	*	*	*	*	*	*	*
청양군	9	8	9	9	20	12	67
홍성군	10	9	10	9	25	14	77
예산군	11	9	11	11	25	16	83
서산군	10	8	10	10	20	15	73
태안군	8	7	8	7	14	14	58
당진군	7	9	11	11	24	17	79
아산군	9	10	11	11	23	15	79
천원군	12	10	12	12	24	17	87
전라북도							
완주군	11	9	11	11	25	24	91
진안군	10	10	10	10	21	15	76
무주군	5	5	5	5	12	10	42
장수군	5	5	6	4	14	12	46
임실군	11	9	11	11	24	23	89

부록표 15. <계속>

지 역	공중보건 일반의	공중보건 치과의	진료 보조원	치과 위생사	읍·면 요원	보건 진료원	계
전라북도							
남원군	16	12	15	12	35	22	112
순창군	10	9	10	10	22	17	78
정읍군	17	14	14	14	34	24	117
고창군	15	11	26	26	28	16	122
부안군	*	*	*	*	*	*	*
김제군	18	9	13	9	35	22	106
옥구군	13	8	9	8	22	25	85
익산군	16	13	14	14	30	28	115
전라남도							
담양군	11	10	11	11	23	14	80
곡성군	11	9	10	10	19	13	72
구례군	7	7	7	7	12	14	54
광양군	6	6	6	6	8	13	45
여천군	10	9	13	6	12	28	78
승주군	*	*	*	*	*	*	*
고흥군	*	*	*	*	*	*	*
보성군	*	*	*	*	*	*	*
화순군	12	11	12	12	25	14	86
장흥군	*	*	*	*	*	*	*
강진군	*	*	*	*	*	*	*
해남군	13	13	13	13	15	18	85
영암군	*	*	*	*	*	*	*
무안군	*	*	*	*	*	*	*
나주군	11	8	10	8	26	16	79
함평군	7	7	7	6	17	17	61
영광군	8	7	8	7	23	15	68
장성군	*	*	*	*	*	*	*
완도군	11	11	11	11	20	18	82
진도군	*	*	*	*	*	*	*
신안군	13	13	13	13	24	24	100

부록표 15. <계속>

지 역	공중보건 일반의	공중보건 치과의	진료 보조원	치과 위생사	읍·면 요원	보건 진료원	계
경상북도							
달성군	9	7	9	8	19	10	62
군위군	7	5	7	7	15	10	51
의성군	17	14	17	15	30	22	115
안동군	14	11	14	13	30	25	107
청송군	10	7	12	2	18	14	63
영양군	5	4	5	5	8	8	35
영덕군	11	6	8	8	15	13	61
영일군	15	11	14	12	28	23	103
경주군	*	*	*	*	*	*	*
영천군	11	9	11	11	22	13	77
경산군	*	*	*	*	*	*	*
청도군	*	*	*	*	*	*	*
고령군	8	6	7	7	14	12	54
성주군	9	7	9	8	19	13	65
칠곡군	*	*	*	*	*	*	*
금릉군	*	*	*	*	*	*	*
선산군	12	6	7	7	17	12	61
상주군	20	15	18	15	27	24	119
문경군	11	7	9	9	17	13	66
예천군	11	9	11	11	26	19	87
영풍군	*	*	*	*	*	*	*
봉화군	8	8	8	8	17	14	63
울진군	7	6	7	7	20	15	62
울릉군	*	*	*	*	*	*	*

부록표 15. <계속>

지 역	공중보건 일반의	공중보건 치과의	진료 보조원	치과 위생사	읍·면 요원	보건 진료원	계
경상남도							
진양군	*	*	*	*	*	*	*
의령군	10	3	10	3	25	12	63
함안군	9	9	9	9	18	8	62
창녕군	13	11	13	11	30	18	96
밀양군	*	*	*	*	*	*	*
양산군	12	10	11	10	28	6	77
울산군	14	9	14	9	25	12	83
김해군	*	*	*	*	*	*	*
창원군	*	*	*	*	*	*	*
통영군	14	6	4	5	15	18	62
거제군	11	8	8	8	20	13	68
고성군	13	9	13	11	31	15	92
사천군	7	5	6	5	17	11	51
남해군	15	8	9	9	19	15	75
하동군	*	*	*	*	*	*	*
산청군	10	5	10	5	22	15	67
함양군	*	*	*	*	*	*	*
거창군	11	9	11	11	28	18	88
합천군	*	*	*	*	*	*	*
제주도							
북제주군	*	*	*	*	*	*	*
남제주군	*	*	*	*	*	*	*
전국평균*	10.2	7.7	9.4	8.6	20.0	14.7	70.7

* 무응답

** 전국조사에서 자료회수된 조사표중 무응답을 제외하고 산출한 평균치임.

〈 附 錄 2 〉

調 査 票

I 지방자치제 실시에 따른 보건소 기능개선연구를 위한 조사표
(기관조사)

II 보건소장에 대한 설문조사표

III 보건소 현지조사표 : - 진료환자 상병조사표
- 보건소 사업실적조사표
- 보건소 사업관리·운영상의 제반문제점

IV 시, 도 보건과장에 대한 설문조사표

“지방자치제 실시에 따른 보건소 기능개선 연구”를 위한 조사

보건소장님께

안녕하십니까?

지역주민의 보건의료 및 건강증진을 위해 얼마나 수고가 많으십니까?
소장님의 노고에 감사와 격려를 보내오며 부탁의 말씀을 드립니다

저의 연구원에서는 보건사회부의 요청에 따라 “지방자치제 실시에 따른 보건소 기능개선연구”를 하게 되었습니다.

소장님께서도 잘아시는 바와같이 보건소법이 제정되어 보건소가 지역주민의 보건의료를 맡아온지 30년이 된 지금 많은 업적도 있는 반면 많은 개선점도 있는 것으로 나타나 있으며, 특히 지방자치제가 실시됨에 따라 보건소의 행정체계와 지역특성에 적합한 조직 및 기능개선이 절실히 요구되는 실정입니다.

따라서 본 조사는 보건소의 행정체계와 조직 및 기능 개선을 위한 정책자료로서 활용될 것이오니 소장님께서 매우 바쁘시더라도 조사표를 빠짐없이 작성토록 하셔서 보내주시면 대단히 감사하겠습니다

보내주신 자료는 단지 통계적으로 처리되어 본연구조사 목적이외에는 사용되지 아니할 것입니다. 본 자료를 통해 좋은 연구를 하도록 노력할 것을 약속드리며 소장님과 보건소의 무궁한 발전을 기원합니다.

조사표 보내실곳: 서울특별시 은평구 불광동 산 42-14
한국보건사회연구원 보건연구실
“지방자치제 실시에 따른 보건소 기능개선” 연구실

조사에 관한 문의처: 보건사회부 의정국 지역의료과
전화번호 503-7552, 7553
한국보건사회연구원 보건연구실
전화번호 355-8003-7(교환 305, 306번)

보 건 사 회 부
한국보건사회연구원

보건소 운영실태 조사표

_____ 시, 도 (_____ 시, 군, 구 보건소(보건의료원))

작성자: 보건행정계장(보건사업과장) _____ (인)

확인자: 보건소장(의료원장) _____ (인)

***** 작성요령 *****

보건행정계장님의 주관하에 관련부서의 주무 과(계)장님과 협의 하셔서 작성하여 주시고, 보건소에 자료가 없는 문항은 본청 해당과(사회과, 위생과, 통계과 등)에 문의 하셔서 한문항도 빠짐없이 작성하여 주시면 감사하겠습니다.

* 문항 V-3, 4, 5 번과 VI- 2번은 반드시 보건소장님의 의견을 적어 주십시오.

- ** 첨부자료: 1. 귀 보건소의 설치조례 사본 1부
2. 귀 보건소의 직제규칙 사본 1부
3. 귀보건소장 위임전결규정 사본 1부
4. '92년도 보건소 사업계획 보고서 1부
5. 보건소장에 대한 설문조사표

I. 지역 현황

1. 인구현황 (1990년 인구 센서스 결과)

1) 연령계층별 인구수

연령	계	남	여
0 - 4세			
5 - 9			
10 - 14			
15 - 19			
20 - 29			
30 - 49			
50 - 64			
65세 이상			
계			

2) 가구수: _____ 가구

3) 면적 : _____ Km (농경지: _____ Km, 임야: _____ Km)

4) 인구밀도: _____ 명/Km

5) 인구증가율: _____ %

6) 행정구역: _____ 개 동, 읍, 면 _____ 개 통, 리

2. 사회, 보건 현황

1) 생활보호대상자(시설보호자는 제외)

	계	자활보호	거택보호	의료부조
가구수(가구)				
대상자수(명)				
총인구에 대한 비율 (%)	%	%	%	%

2) 식품 및 환경위생업소

구 분	업소수	구 분	업소수
전문 음식점		호텔	
유흥 음식점		여관	
대중 음식점		여인숙	
다방			

3) 지역내 교육기관 현황(시설수):

대학교 _____
 전문대학 _____
 고등학교 _____
 중학교 _____
 국민학교 _____

3. 지역특성

귀 지역의 특성에 해당되는 사항을 다음중에서 골라 모두 v표 하시오.

1) 지역구분 :

- ___ 1 대도시
- ___ 2 중도시(인구 30만 이상)
- ___ 3 소도시(인구 30만 미만)
- ___ 4 군지역

2) 보건소의 유형 :

- ___ 1 일반 보건소
- ___ 2 보건의료원
- ___ 3 모자보건센터 부설 보건소

3) 지역의 주요산업 :

- ___ 1 공업지역(공단이 조성되어 있다)
- ___ 2 신공업지역(신산업지역 또는 예정지역이다)
- ___ 3 농업지역
- ___ 4 어업지역
- ___ 5 광업지역
- ___ 6 상업, 교역지역
- ___ 6 관광지역

4)(근지역의 경우만 답하시오.)주변지역의 특성:

- ☐ 1 관내에 도시가 있다
- ☐ 2 대도시와 경계하고 있다
- ☐ 3 도청소재지와 경계하고 있다
- ☐ 4 중소도시와 경계하고 있다
- ☐ 5 오백지이다
- ☐ 6 유인도 섬이 있다
- ☐ 7 주변지역과의 교통중심지역이다

5)지역의 인구변동사항 :

- ☐ 1 인구유동이 심한 지역이다
- ☐ 2 인구가 매년 증가하고 있다
- ☐ 3 인구가 매년 감소하고 있다
- ☐ 4 주야간의 인구이동이 심하다

6)지역의 기타 특성 :

- ☐ 1 보건소가 타 관내(시, 구)에 있다
- ☐ 2 군주둔지역 또는 주변지역이다
- ☐ 3 위탁업소, 유흥업소가 많다
- ☐ 4 아파트가 대단위로 형성되어 있는 곳이다
- ☐ 5 기 타 지역의 특수성: _____

7) (공단이 있는 보건소에 한함) 공단지역내 업체수 및 종사자수

사업장(20인이상)수: _____ 개업체

총 근로자수 : _____ 명

4. 관내 보건의료기관 분포 (1992년 6월 1일 현재)

*전문의원수는 표방과목으로 구분하여 기관수를 기재할 것.

(2개 이상의 진료과목이 있는 의원은 중복되지 않도록 1개소로 셀 것)

구분	개소수 및 병상수
종합병원	_____ 개소 (총 _____ 병상)
병 원	_____ 개소 (총 _____ 병상)
전문의원	_____ 개소
일반의원	_____ 개소
치과의원	_____ 개소
한의원, 한약방	_____ 개소
조산원	_____ 개소
약국	_____ 개소

II. 보건소(보건의료원)현황

1. 보건소(보건의료원)운영 조직 (기구표)

*보건소기구표와 업무분장내역은 보건소설치조례, 보건소직제규칙의 해당 내용을 별첨자료로 첨부 제시할것

2. 보건소(보건의료원) 부서별 업무분장 내역

3. 인력현황

1) 보건소(보건의료원) 전체 인력수 : 총 _____ 명

직종	정현원		직종							성 별	
직급	정원	현원	의무	행정	보건	간호	약무	기능	기타	남자	여자
계											
4급											
5급											
6급											
7급											
8급											
9급											
별정직											
기능											
기타											
임시직											

2) 보건소(보건의료원)내 전문인력의 소지 면허구분별 인력분포

구 분	인원수	구 분	인원수
의무직 보건소장	명	간호사	명
관리 의사 전문의	명	간호조무사	명
일반의	명	임상병리사	
공중보건 전문의	명	치과위생사	명
일반의	명	방사선사	명
일반치과의사	명	영양사	명
공중보건치과의사	명	물리치료사	명
한의사	명	위생사	명
약 사		기타()	명

FTE

의사, 간호사, 간호조무사, 영양사, 방사선사, 물리치료사, 위생사, 기타

4. 사업별 전문인력 배치분포

* 단 1인이 2가지 이상의 업무를 겸직할 경우 주 업무란에 인원수를 재
하고, 부수적인 업무란에는 ()속에 인원수를 구분하여 표시하여 주십시오.

<예>일반의 1인이 일반진료업무를 주로 맡고 성병진료업무를 부수적으로
맡고 있는 경우 일반진료란에는 '1'을, 성병관리란에는 '(1)'로 적으시오.

업 무 구 분	업무여부		계	전문 의사	일반 의사	치과 의사	간호 사	간호 조무사	병리 기사	물리 치료사	보건 직
	수행	비수행									
일반진료업무											
치과진료업무											
결핵진료업무											
예방접종업무											
성병진료업무											
병리검사업무											
X-ray검진업무											
보건교육업무											
노인보건업무											
가정간호사업											
물리치료업무											
성인병관리											
(고혈압, 당뇨등)											
모자보건업무											
가족계획업무											
방역업무											
기타: _____											

실인원수 계											

111. 보건소(보건의료원) 시설 및 기자재 현황

1. 보건소(보건의료원) 시설

1) 보건소(보건의료원) 건물의 소재지(해당사항에 있는데로 v표 하시오.)

- ☐ 1 본청(시, 군, 구)과 같은건물에 있다
☐ 2 본청과 같이 있지만 건물은 별도이다
☐ 3 본청과 떨어져 별도 건물에 있다
☐ 4 보건사업과와 의료원이 떨어져 있다
☐ 5 보건소와 모자보건센터가 떨어져 있다
☐ 6 기타()

2) 귀 보건소는 관할지역내에 있습니까?

- ☐ 1 그렇다 ☐ 2 아니다

3) (보건의료원지역은 응답하지 마시오.) 보건소 시설의 면적 및 각실의 면적이 업무수행에 적정한지를 해당난에 o표하여주시고, 해당실이 없으면 면적란에 X표 하십시오)

시설구분	면적(m)	면적크기의 적정도		
		적정하다	보통이다	협소하여 업무에 지장이 있다
보건소전체건평				
각실의 면적 일반진료실 치과진료실 병리검사실 X-선 실 약제실 예방접종실 물리치료실 보건교육실 환자격리실 민원대기실				

4) 현 보건소의 위치가 지역주민에게 보건의료 서비스를 제공하는데 어느정도 적합합니까?

- ☐ 1 적합하다 ☐ 2 보통이다 ☐ 3 부적합 하다

5) 향후 시설변경 계획유무 및 변경내역

- ☐ 1 계획이 없다 ☐ 2 증축을 할 계획이다
☐ 3 개축을 할 계획이다 ☐ 4 동일 위치에 신축할 계획이다
☐ 5 다른장소의 건물로 이전할 계획이다
☐ 6 다른장소에 신축할 계획이다

6) 위 설문에서 2-6항에 기재한 경우 그 이유를 간단히 기록하여 주십시오.

이유:

2. 보건소 기자재

- 1) 현재 귀 보건소에서 보유하고 있는 각종 기자재로 사업을 수행하는데 어느정도 적정한지의 여부와 부족한경우 구입해야할 기자재가 있으면 기자재명과 용도를 기재하여 주십시오.

용도별 기자재 구분	적합 여부		부족한경우 구입해야 할 기자재명과 용도	
	적 합	부 족	기자재명	용 도
일반진료 기자재				
치과진료 기자재				
검사용 기자재				
방사선 기자재				
보건교육용 기자재				
기 타				

2)귀 보건소에서 '92년도에 새로 구매하고자 자체 예산에 책정이 된 기자재 중 50만원 이상의 기자재가 있으면 기재하여 주십시오.

기자재명	금액	수량	용 도

IV. 보건소(보건의료원) 예산현황

1. 본청(시, 군, 구) 예산총액 (추경예산도 포함할 것)

- 1) 1992년도 전체 예산(보건소 예산포함): 총액 _____ 원
 2) 재정자립도(1992년도) : _____ %

2. 보건소(보건의료원) 예산

1) 1992년도 보건소 세입예산 (추경예산 포함)

구 분		예 산(원)	비 율(%)
* 총 액			100.0 %
국 비			%
지방비	시, 도 비		%
	시, 군, 구 비		%

2) 1992년도 보건소 세출예산 (추경예산 포함)

내 역	예 산 (원)	비 율(%)
계		100.0 %
인 건 비		%
관 서 운 영 비		%
기 본 경 상 비		%
경 상 사 업 비		%
기 타 경 비		%
보건지소 운영비		%
보건진료소 운영비		%

3. 1991년도, 1992년도 국비지원 사업내역별 예산액

국비지원 사업명	예산액(원)	비율 (%)
계		100.0 %

V. 보건소(보건의료원) 사업 현황

1. 1991년도 사업실적

실적단위: 명수, 회수, 건수

사업내용	실 적	사업내용	실 적
1. 일반진료	/	9. 기생충관리	
2. 치과진료	/	10. 의약업무	
3. 가족계획	/	11. 학교보건	
4. 모자보건	/	12. 급성전염병 관리	
5. 방 역		13. 보건교육	
6. 결핵관리		14. 민원업무	
7. 성병관리		15. 기타업무	
8. 나병관리			

* 진료실적은 실인원 수/ 연인원수를 모두 기재 하십시오

2. 1991년도 사업실적중 진료사업의 경우 진료비청구 기관별로 청구 건수를 기재하여 주십시오.

청구 기관 구분	청 구 건 수	
	일 반	치과
지역 의료보험		
직장 의료보험(공,교포함)		
의료 보호(부조포함)		

3. 지난 1990년부터 현재까지 사업 실적의 변화양상 추이를
 볼때 해당되는 난에 v표를 해 주십시오.

* 보건소장님께서 주무계장과 협의하여 직접 작성하여 주십시오.

사업구분	사업실적의 변화 정도		
	매년증가	변화없음	* 매년감소
1. 일반진료 2. 치과진료 3. 급성전염병관리 사업 4. 만성전염병관리 사업 5. 가족계획 6. 모자보건사업 7. 보건교육, 홍보 8. 방역사업 9. 위생관리 10. 성병관리 11. 건강검진 12. 진단서 발급 13. 의약지도 14. 기타 새로추가된 사업 또는 행사 _____ _____			

4. 현행 보건소(보건의료원)의 관련업무중 다음업무의 수행여부와 각각의 업무에 대한 향후 조정필요성에 대한 의견을 해당 란에 v표 해 주십시오.

* 보건소장님께서 주무계장과 협의하여 직접 작성하여 주십시오.

업 무 내 용	수행여부			보건소 업무상 조정필요성에 대한 견해		
	적극적으로 수행	소극적으로 수행	거의 수행하지 않음	반드시 확충	현행대로 유지	필요 없음
1 가족계획						
2 모자보건						
3 결핵관리						
4 기생충관리						
5 나병관리						
6 급성전염병관리 및 모니터링						
7 임상병리검사						
8 영양관리						
9 보건교육						
10 식품위생						
11 환경위생						
12 산업보건						
13 학교보건						
14 구강보건관리						
15 성병관리(AIDS 등)						
16 노인보건관리						
17 성인병 관리 (고혈압, 당뇨병)						
18 암등록 관리						
19 가정방문간호사업						
20 특수지방병 관리						
21 의약지도						
22 보건통계						
23 의료보호업무						
24 지역보건사업 분석, 평가						
25 보건지소, 진료소 의 조직관리						
26 기타 _____						
27 기타 _____						

5. 4번에서 제시된 향후 보건소의 업무를 수행하기 위하여는 귀보건소에 전문인력이 최소 몇명정도 확보하여야 되는지를 전무인력별로 직종 및 인원수를 열거하여 주십시오.

구 분	현원(A)	필요인력(B)	증감 (A-B) +증 △감
1 의 사			
2 치과의사			
3 약사			
4 간호사			
5 간호조무사			
6 방사선사			
7 임상병리사			
8 치과위생사			
9 영양사			
10 물리치료사			
11 의무기록사			
12 기타: _____			
계			

6. 귀 보건소는 진료환자의 의뢰를 위하여 민간 병의원이나 타병원과 연계체계가 되어 있습니까?

☐ 1. 되어 있다.

연계되어 있는 병의원 명과
연계내용을 기재하여 주십시오.

병의원명	연계내용

☐ 2. 되어 있지 않다.

연계체계가 필요하다면 어떤
기관이 왜 필요한지를 기재
하여 주십시오.

기관명	이 유

7. 1992년 1월-5월 까지의 기간동안 귀 보건소를 찾아온 환자중 치료가
어려워 민간의료기관이나 타 기관으로 의뢰한 경우가 있었습니까?

- ☐ 1 있다. ☐ 2. 없다.

의뢰서를 발급하여 보낸 환자수 : _____ 건
구두로 의뢰한 환자수 : _____ 건

총 177건

8. 귀 보건소(보건의료원)의 업무처리는 어느정도 전산화 되어 있습니까?

- ☐ 1 전혀 안되어 있다---(☐ 1 컴퓨터가 있다 ☐ 2 컴퓨터가 없다)
☐ 2 일부분만 되어 있다
☐ 3 대부분 되어 있다
☐ 4 모두 되어 있다

9. 전산처리가 되고 있는 사업내용과 문제점을 기재하여 주십시오

사 업 내 용	문 제 점

10. 보건소(보건의료원) 홍보현황

1) 귀 보건소(보건의료원)에서는 보건소의 이용안내, 예방접종 등의 일부
보건소의 사업에 관하여 책자, 리후렐, 기타 홍보물을 배포하거나 방송,
신문, 잡지 등을 통해 보건소의 업무를 알린 적이 있습니까?

- ☐ 1 없다
☐ 2 있다

2) (10-1 문항에서 2에 응답한 경우) 있다면 어떤 방법을 통하여 홍보를 하셨습니까?
(있는데로 v표 하시오.)

- ☐ 1 책자 ☐ 2 리플렛 ☐ 3 방송 ☐ 4 잡지 ☐ 5 신문
☐ 6 기타(어떤 방법: _____)

3) (10-1 문항에서 2에 응답한 경우) 홍보의 내용은 무엇이었습니까?
(있는데로 v표 하시오.)

- ☐ 1 보건소 이용 전반에 관한 안내
☐ 2 예방접종에 관한 안내
☐ 3 모자보건센터 이용에 관한 안내
☐ 4 기타(내용: _____

_____)

4) (10-1 문항에서 2에 응답한 경우) 배포 대상은 누구였습니까?
(있는데로 v표 하시오.)

- ☐ 1 관할지역주민 전체
☐ 2 보건소 이용자
☐ 3 관할지역내 영유아
☐ 4 기타(구체적으로: _____)

11. 1992년도 보건소 사업계획 및 사업예산에 대한 기초 지방자치단체 의원의
심사과정에서 축소, 삭제 또는 삭감된 사항이 있으면 기재하여 주십시오

당 초 계 획		변경내역 및 사유 (축소, 삭제, 삭감 등)
사업명	예산(원)	

****모자보건센터가 설치되지 않은 도시지역 보건소는 조사종료****

VI. 모자보건센터가 설치된 보건소의 경우 응답하여 주십시오.
(보건소장님께서 답하여 주십시오)

1. 1991년도 귀 센터의 분만건수는 몇건입니까? _____ 건

2. (분만실적이 저조한 경우) 앞으로 센터가 계속 운영되기를 원하십니까? 아니면 다른용도로 활용되기를 원하십니까? (해당되는곳에 V 표 하시고 그사유 또는 대체활용 방법을 기재하여 주십시오)

향후 계획	사유 및 대체활용 방법
☐ 1 계속 운영되기를 원한다 ☐ 2 운영을 중단하고 다른용도로 활용하는것을 원한다 ☐ 3 폐쇄하기를 원한다	

****도시지역 보건소는 조사 종료****

VII. 군지역의 경우 응답하여 주십시오.

1. 보건진료소수 : _____ 개소
2. 보건지소수 : _____ 개소
3. 읍, 면의 보건의료 인력분포

	현원(명)
보건지소 공중보건일반의 공중보건치과의 진료보조원 치과위생사	
읍면보건직 간호조무사 간 호 사	
보건진료소 보건진료원	

4. 읍, 면 보건요원(보건직)은 주로 어디에 배치되어 근무하고 있습니까?

- 1) 읍요원 ☐ 1 읍사무소 ☐ 2 보건소 ☐ 3 기타(어디: _____)
- 2) 면요원 ☐ 1 면사무소 ☐ 2 보건지소 ☐ 3 기타(어디: _____)

5. 귀군내의 보건지소 전체의 총 환자 진료실적(1991 년도)

일반진료 실적: _____

치과진료 실적: _____

6. 귀군내의 보건진료소의 총사업실적(1991 년도)

	1991년도 실적
환자진료 보건교육 모성보건 영유아보건, 영유아 예방접종 기타 예방접종 가족계획 결핵관리 가족계획 구강보건 위생업무	

****보건의료원이 설치되지 않은 군지역은 조사 종료****

VIII. 보건의료원 설치지역의 경우 응답하시오.

1. 보험종별 보건의료원의 환자현황 (1991년도)

단위: 실인원수

공교	직장	지역	의료보호	일반	계

2. 외래, 입원별 진료환자수 (1990년도, 1991년도)

	외래환자수		입원환자수	
	실인원	연인원	실인원	연인원
1990년도				
1991년도				

3. 보건의료원 총 지출 및 수입현황 (1990년도, 1991년도)

	총지출 (천원)	총수입 (천원)
1990년도 1991년도		

4. 귀 보건의료원에서 진료사업 이외에 자체적으로 개발하여 실시하고 있는 사업(예: 교육프로그램, 이동진료사업, 건강진단사업, 자매결연 등)이 있으면 내용, 사업수행방법, 실적, 대상자의 호응도 등을 구체적으로 적어 주십시오.

***조사종료**

- 끝까지 작성해 주셔서 대단히 감사합니다. -

보건소장에 대한 설문조사

_____시, 도 _____시, 군, 구 보건소(보건의료원)

본 설문서는 “지방자치제 실시에 따른 보건소 기능개선연구”의 일환으로
보건소장님의 의견을 수렴하기 위한 조사입니다.

보건소장님께서서는 반드시 작성하여 주시기 바라며, 조사표 작성에 있어 한
문항도 빠짐없이 작성하여 주시면 감사하겠습니다.

보 건 사 회 부
한 국 보 건 사 회 연 구 원

* 보건의료원 설치지역은 보건의료원장님이 응답하여 주십시오.

I. 일반적 사항

1. 소장님(의료위원장)의 직렬은 무엇입니까?

1) 의무직 2) 보건직 3) 기타(_____)

2. 직급은 무엇입니까?

1) 4급 2) 5급

3. 연령(만나이): _____세

4. 성별: 1) 남 2) 여

5. 면허 및 자격

1) 의사(① 일반의 ② 전문의(_____ 전문의))

2) 약사

3) 기타(자격: _____)

6. 경력

1) 공무원 근무기간: 총 _____년 _____개월

2) 보건소 근무기간: 총 _____년 _____개월

3) 현직책 수임기간: 총 _____년 _____개월

Ⅱ. 보건소(보건의료원) 조직, 관리에 관한 의견

1. 다음 각 설문에 대한 귀하의 의견을 해당란에 ○표하여 주십시오.

설 문 내 용	1 확실히 그렇다	2 그렇다	3 그저 그렇다	4 그렇지 않다	5 확실히 그렇지않다
1) 귀보건소의 조직은 업무를 능률적으로 수행할 수 있도록 되어 있습니까?					
2) 귀보건소의 조직구분은 그 업무를 수행하는 기능별로 잘 분류되어 있습니까?					
3) 현재 인력수는 사업수행을 하는데 적정합니까?					
4) 전문인력이 해당업무에 적정 배치되어 있습니까?					
5) 현재의 시설은 사업수행을 하는데 적정합니까?					
6) 현재의 기자재는 사업수행을 하는데 적정합니까?					
7) 금년도 예산은 사업수행을 하는데 적정합니까?					
8) 전년도에 비해 금년도 사업예산을 확보하는데 어려움이 더 있었습니까?					
9) 본청과의 업무협조는 잘 이루어지고 있습니까?					
10) 보사부의 사업지침(방침)이 귀보건소에서는 잘 수행되고 있습니까?					

설 문 내 용	1 확실히 그렇다	2 그렇다	3 그저 그렇다	4 그렇지 않다	5 확실히 그렇지않다
11) 지방자치제 실시로 보건소의 서비스내용이 많이 개성 되어야 한다고 생각하십니까?					
12) 지방자치제 실시는 보건소 업무수행에 많은 도움이 된다고 생각하십니까?					
13) 지방자치제 실시에 따라 지역주민의 보건소에 대한 민원이 증가하였습니까?					
14) 지방자치제 실시에 따라 대민업무수행이 전보다 더 어려워졌습니까?					
15) 귀보건소의 인력에 대한 상부의 인사관리는 합리적입니까?					
16) 귀하가 맡은 업무를 수행하는데 전문적지식 기술에 관한 교육을 더 받아야겠다고 생각하십니까?					
17) 귀하는 현재의 보건소장이라는 직책에 만족하십니까?					
18) 지방자치제 실시에 따라 보건소의 조직과 기능이 개선되어야 한다고 생각하십니까?					
19) 귀하는 중앙 및 시, 도의 간섭(제재)으로 자율적인 사업의 전개가 어렵다고 생각하십니까?					

Ⅲ. 지방자치화에 따른 보건소 기능개선에 관한 의견

1. 지방자치단체장(구청장, 시장, 군수)의 보건소 사업에 대한 관심도는 어떠합니까?
☐1) 매우높다 ☐2) 높다 ☐3) 보통이다 ☐4) 낮다 ☐5) 매우낮다
2. 지방의회 의원들의 보건소 사업에 대한 관심도는 어떠합니까?
☐1) 매우높다 ☐2) 높다 ☐3) 보통이다 ☐4) 낮다 ☐5) 매우낮다
3. 지방자치제 실시후 귀 보건소에 대해 지방의회 의원들의 어떤요구가 있었습니까?

☐1) 있었다 ☐2) 없었다

→ 어떤 요구사항인지 그 내용과 조치결과를 기재하여 주십시오.

4. 지방자치제 실시에 따라 귀 보건소의 조직과 업무기능이 앞으로 어떻게 변화되리라고 생각하십니까?
☐1) 점차 확대될 것이다
☐2) 변화 없을것이다
☐3) 점차 축소될 것이다
5. 지역특성과 지역주민의 요구에 따라 귀 보건소 자체적(보사부, 시·도의 지시업무가 아닌 것)으로 계획하여 예산을 확보하여 주민에게 서비스를 제공하고 있는 사업이 있으면 그 사업의 시작시기, 사업내용, 사업의 성과, 사업수행상의 문제점 등을 구체적으로 기재하여 주십시오.
 - 1) 사업명:
 - 2) 사업시작시기:
 - 3) 사업예산:
 - 4) 사업내용:
 - 5) 사업성과 및 문제점:

6. 귀 지역의 특성으로 볼 때 앞으로 지역주민에게 우선적으로 제공되어야 할 사업이 있으면 우선순위별로 3가지만 기재하여 주십시오.

가.

나.

다.

7. 지방자치제 실시에 따라 앞으로 보건소의 행정체계, 업무(기능), 조직을 어떤 방향으로 개편해 가는 것이 좋을지 고견을 기재하여 주십시오(구체적으로 기재하여 주시고, 지면이 부족하면 첨부하여 주십시오).

가. 행정체계:

나. 업무(기능):

다. 조직:

8. 현재의 사업별 목표량제도와 평가방법에 대하여 어떻게 생각하십니까?

☐1. 현행 그대로 실시되는 것이 좋겠다.

☐2. 부분적으로 폐지하고 일부는 개정하여 지속적으로 실시되는 것이 좋겠다

☐3. 모든 목표량 산정기준과 평가방법을 개정하여 실시되는 것이 좋겠다

☐4. 목표량 제도를 폐지하고 새로운 사업평가방법이 개발되어야 한다.

* 시지역 보건소의 경우는 조사 종료.

Ⅳ. 군지역 보건소(보건의료원)의 경우 답하여 주십시오.

1. 보건소장님께서서는 보건지소의 활성화를 위해 우선적으로 어떤 문제점들이 해결되어야 하며, 그 해결방안은 무엇이라고 생각하시는지에 대한 의견을 다음 사항별로 제시하여 주십시오.

가. 보건지소 배치인력과 조직측면:

나. 보건지소 운영측면:

다. 업무수행범위, 영역측면:

라. 지역사회, 대학교와의 연계지원체계 구축측면:

마. 기타:

2. 보건소장님께서서는 보건진료소의 활성화를 위해 우선적으로 어떤 문제점들이 해결되어야 하며, 그 해결방안은 무엇이라고 생각하시는지에 대한 의견을 다음 사항별로 제시하여 주십시오.

가. 보건진료소 지원조직측면:

나. 보건진료소 운영측면:

다. 업무수행 범위, 영역측면:

라. 지역사회, 보건지소, 기타 유관기관과의 연계지원체계 구축측면:

마. 기타

*** 군지역중 보건의료원이 설치되지 않은 지역은 조사 종료.**

V. 보건의료원이 설치된 군지역의 경우에 대하여 주십시오.

1. 현행 보건의료원의 조직운영에 있어서 다음의 사항에 대한 귀하의 의견은? (해당란에 ○표 하십시오.)

구 분	아주 심각하다	심각하다	잘 모르겠다	별문제 없다	전혀 문제없다
1. 보건의료원 조직구조의 불합리					
2. 의료인력의 부족					
3. 의료인력의 불안정 (공중보건의 신분)					
4. 의사보수의 비현실성으로 인한 전문의 인력유치의 어려움					
5. 진료부 전문과목의 확대에 대한 필요성					
6. 필수장비의 부족					
7. 물품, 의약품 등의 공급관리의 부적절					
8. 의료전문기사의 부족					
9. 예산운영의 경직					
10. 진료위주의 운영으로 인한 보건사업의 위축					
11. 의료원 지원으로 인한 군재정의 압박					

2. 위에서 제시된 문제점 외에 조직운영상 심각하게 문제되고 있는 사항이 있다면 무엇인지 열거하여 주십시오.
3. 보건의료원의 장기적인 운영의 합리화와 발전을 위하여 보건의료원이 안고 있는 문제의 해결방안과 보건의료원이 나가야 할 방향에 대한 견해를 적어 주십시오.

*** 끝까지 응답해 주셔서 대단히 감사합니다. ***

보건소 진료환자 상병조사표
(보건의료원 지역은 제외)

작성요령: 1991년 7월, 10월과 1992년 1월, 4월의 4계절에 진료한 환자의 진료 Chart
중에서 각각의 계절별로 2주간씩의 환자진료건수를 기재하여 주십시오.

(__ 장증 __ 장)

일련 번호	진료시기 (년/월)	만연령	성별		환자분류			질병명*	비 고**
			남	여	의료보호	의료보험	일반		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									

* 질 명: 질병명 또는 999분류기호를 적고 진단이 불확실할 경우에는 질병계통명 또는 증상을 적으시오.

** 비 고: 환자의 특별한 사항, 질병분류곤란사유 등 참고사항을 기록할 것.

보건소(보건의료원) 사업실적 현황 (1990년, 1991년, 1992년)

(단위: 명수, 회수, 건수)

서비스 내용		실적			
		계	1990년 1-12월	1991년 1-12월	1992년 1-6월
일반 진료	의료보호 의료보험 일반 기타				
치과 진료	의료보호 의료보험 일반 기타				
모자 보건	임산부등록 영유아등록 임부건강진단 영유아건강진단 산전관리 산후관리 분만개조 영유아관리 예방접종: DPT Polio DT MMR 수두				
가족 계획	약재기구공급 피임기구삽입 불임시술 불임시술의뢰 상담				
방역	연막소독(회수, Km ²) 분무기소독 보균자색출 간염접종 장티푸스접종 콜레라접종 기타접종: 일본뇌염 Leptospirosis 유행성출혈열				

*진료에 종사한 의사수: _____명, 의사공석기간: 1. 없음 2. 있음(____주)
 치과진료에 종사한 의사수: _____명, 치과의사공석기간: 1. 없음 2. 있음(____주)

분문가 및사관지?

(단위:명수, 회수, 건수)

서비스 내용 계		실 적			
		계	1990년 1-12월	1991년 1-12월	1992년 1-6월
보건 교육	강연, 교육회수 연참석인원 각종교육자료 배포회수				
위생	업소지도 검사(식품, 수질) 시정조치건수				
기생충 관리	검사 투약				
결핵 관리	X-선 촬영 객담검사 BCG접종 치료, 투약				
성병 관리	검사인원 치료, 투약				
건강 검진	대상자: _____ _____ _____				
의약 지도					
기타 업무 실적					

보건소사업 관리운영상의 제반 문제점

※ 귀 보건소의 다음의 사업에 대하여 업무수행상 제기되고 있는 문제점을 담당계장이 적으시고 해결방안에 대한 의견을 적어 주십시오.

1. 진료 (일반, 치과) 사업

	문 제 점	해 결 방 안
1) 관련법 및 제도상		
2) 담당인력상		
3) 사업수행상		
4) 기 타		

1.1. (소도시나 군지역의 경우 답변하십시오.)

귀 지역의 주민들은 주로 어느 도시로 2차, 3차 진료를 받으러 가고 있습니까?

_____ , _____

2. 모자보건 및 가족계획사업

	문 제 점	해 결 방 안
1)관련법 및 제도상		
2)담당인력상		
3)사업수행상		
4) 기 타		

3. 방역사업

	문 제 점	해 결 방 안
1)관련법 및 제도상		
2)담당인력상		
3)사업수행상		
4) 기 타		

4. 급, 만성 전염병관리 사업

	문 제 점	해 결 방 안
1)관련법 및 제도상		
2)담당인력상		
3)사업수행상		
4) 기 타		

5. 보건교육 사업

	문 제 점	해 결 방 안
1)관련법 및 제도상		
2)담당인력상		
3)사업수행상		
4) 기 타		

6. 의약지도

	문 제 점	해 결 방 안
1) 관련법 및 제도상		
2) 담당인력상		
3) 사업수행상		
4) 기 타		

7. 기타 사업 (사업명을 기재하시고 상기의 순으로 기재하여 주십시오)

사업명: _____

	문 제 점	해 결 방 안
1) 관련법 및 제도상		
2) 담당인력상		
3) 사업수행상		
4) 기 타		

시,도 보건과장에 대한 설문조사표

- 지방자치제 실시에 따른 보건소 기능개선 -

지역명 : _____ 시,도

보 건 사 회 부
한국보건사회연구원

시,도 보건과장에 대한 설문조사

-지방자치제 실시에 따른 보건소 기능개선-

1. 일반적 사항

1.연령 : 만 _____ 세

2. 학력 : ☐ 1) 고졸 ☐ 2) 전문대졸 ☐ 3) 대졸 ☐ 4) 대학원 이상

3. 직렬 : ☐ 1) 의무직 ☐ 2) 보건직 ☐ 3) 행정직 ☐ 4) 기타()

4. 소지 면허, 자격 : ☐ 1)전문의사 ☐ 2)일반의사 ☐ 3)약사

☐ 4) 기타(_____)

5. 경력 :

공무원 근무경력 : 총 년 개월

보건계통(보건과, 보건소)근무경력: 총 년 개월

현직 수입경력: 총 년 개월

11. 지방자치제의 실시와 정착에 따라 지방정부의 역할이 증대될 것으로 예측되는바, 중앙의 기능(사업계획수립, 지도, 감독 등)이 시,도로 이관될 추세에 비추어 시,도 보건과의 역할과 기능에 대하여 담하여 주십시오.

1. 보건사업의 계획수립

가. 문제점:

나. 개선방안:

2. 시, 군 보건사업의 평가

가. 문제점:

나. 개선방안:

3. 보건소 업무 지도, 감독

가. 문제점:

나. 개선방안:

4. 시, 도 보건과의 조직 및 기능

가. 문제점:

나. 개선방안:

5. 시,도청 유관부서와의 업무연계 및 통합(의료보장, 환경, 위생, 가정복지 업무 등)

가. 문제점:

나. 개선방안:

III. 보건직 공무원의 인사관리

가. 문제점:

나. 개선방안:

IV. 보건사회부(중앙) 와의 행정 체계상의 문제점과 개선방안

가. 문제점:

나. 개선방안:

V. 시, 도 자체의 특수시책 및 특수사업의 문제점과 성과 및 개선방안

1. 사업명
 2. 사업수행상의 문제점
 3. 사업의 성과 및 개선방안
- 순으로 각 사업별로 기재

--	--

VI. 보건소 운영상의 제반 문제점과 개선방안

1. 보건소의 행정체계와 조직

가. 문제점:

나. 개선방안:

2. 보건소의 기능

가. 문제점:

나. 개선방안:

3. 보건소의 진료기능 강화문제

- ☐ 1) 모든 보건소에서 대체로 진료기능을 강화해야 한다.
☐ 2) 일부 보건소에서는 진료기능을 강화하고 일부 보건소에서는 축소 해야 한다.
☐ 3) 기타 의견 (_____)

3.1. 위와 같이 생각하시는 이유는?

4. 전문인력 수급

가. 문제점:

나. 개선방안:

VII. 금년 7월부터 실시계획인 전문인력 확충계획(보사부 발표)

가. 문제점:

나. 개선방안:

VIII. 재정자립도가 낮은 지역의 보건소 운영

가. 문제점:

나. 개선방안:

IX. 동일 행정구역내 2개 보건소가 있는 지역의 보건소 운영

가. 문제점:

나. 개선방안:

X. 보건소장 직급 상향 조정안에 대한 의견

- ☐ 1) 모든 보건소에서 보건소장 직급을 상향조정하는 것이 좋겠다.
☐ 2) 지역에 따라 보건소장의 직급에 차이를 두는 것이 좋겠다.
☐ 3) 보건소장의 직급은 현행 그대로 두는 것이 좋겠다.
☐ 4) 기타 의견 (_____)

X- 1. 위와 같이 생각하시는 이유는?

첨부자료:1)직제규칙 사본 1부

2)담당관 및 실과 규칙 사본 1부

3)보건소 조직 및 기능 개선안 사본 1부

**** 끝까지 작성해 주셔서 대단히 감사합니다. ****

地方自治化에 따른
保健所 機能 및 行政體系改善 研究

1992年 12月 日 印刷

1992年 12月 日 發行

發行人 池 達 顯

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 산42-14

電話 355-8003~7

印刷處 大明文化社

電話 263-1292~3

273-1292

정 오 표

페이지	줄	오	정
113	15	修行	遂行
116	8	전염성	전염병
126	16	修行	遂行
138	16	保健行政系	保健行政係
169	19	專門醫醫師	專門醫師
177	11	폐기물	폐기물
181	12	만성벼이	만성병
184	9	國民醫療制度(NHS)	國民保健制度(NHS)
190	3	病原	病院
191	6	科程	過程
198	5	수행함에 있어	삭제
201	16	보건의료계통계	보건의료계통
224	16	평가결과(1.2.3(1.4)에 근거하여	평가결과(1.2.3.4)와 기 본원칙(1.4)에 근거하여
239	1	保健의	保健所의
263	5	大都市型형	大都市型