보건진료원제도 시행에 따른 문제점

김 진 순
(한국인구보건연구원 책임연구원)

보건의료인력 및 시설을 포함한 보건의료자원의 부족으로 대도시 주민보다 더욱 많은 문제를 안고 있는 농어촌주민의 보건의료문제를 해결하기 위하여 국가는 그동안 많은 크고 작은 정책을 개발하여 실시한바 있다. 새로운 정책을 추진하는 과정에서 예산의 한정, 전문의료인력의 부족, 시설의 불충분, 행정적지원체계의 미흡과 지역주민의 적극적인 시설이용의 부족으로 많은 노력을 투입하였지만 큰 성과를 거두지 못한 것이 농어촌 보건의료사업의 실태라고 할 수 있겠다. 그러나 제 5 차 5개년 경제사회개발계획은 복지국가 구현을 목표로 하고 있으며 그 일환으로 일차보건의료사업이 국가보건정책으로 채택되였다. 즉 일차보건의료접근방법을 통하여 농어촌보건의료문제 해결을 시도하게 되었다.

일차보건의료사업의 추진을 위하여 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법이 1980년 12월 31일자로 공포되었으며 이에 따라 보건진료원 개발, 보건진료소설치 및 보건진료소운영협의회조직등 각종 조치가 이루어졌다. 따라서 국가는 1981년부터 매년 500명씩 보건진료원을 훈련시켜 지역사회에 배치한다는 계획하에 1차년도에 365명을 훈련시켜 배치하였다. 보건진료원 개발계획은 1984년까지 계속되여 약 2,000명이 지역사회에 배치될 예정이다.

1차년도에 해당되는 1981년에 배치된 보건진료원이 현지에서 활동한지 10개월이 미처 안되는 짧은 기간이지만 배치전에 예상하지 못했던 몇가지 사항들이 적극적인 행정조치로 시정되는 노력이 엿보이기도 했다. 10개월기간에 개선된 몇가지 사항중 1982년부터 보건진료원에게 호봉제도가 도입되었고, 1982년 6월부터 의료보험혜택이 보건진료원에게 주어졌으며 보건진료소가 의료보호환자를 취급하도록 지정이 되었다는 점이다. 물론 이러한 사항들은 보건진료원이 배치되기 이전에 계획되여 배치와 동시에 실시되어야 함이 마땅하다고 할지모르나 타 보건업무 추진을 고려하면서 시정되어야함을 감안할때 신속하면서도 긍정적인 조치가 아닌가한다. 이상과 같은 국가의 끊임없는 노력과 굳은 의지에도 불구하고 한정된 예산, 보건진료원제도에 관한 홍보미흡 및 기존지방보건의료조직의 운영이 효율적이지 못한 것등으로 아직도 여러개선점이 과제로 남아있다고 보겠다. 따라서 보건진료원활용 10개월만에 대두된 문제점을 행정적측면, 지역사회참여측면, 기술지원체계측면에서 기술해 보고져 한다.

1. 행정적측면

행정적측면을 보수체계, 행정지원, 약품수급 및 의료시혜환자재정지원, 근무환경개선으로 나누어 논해보고져 한다.

가. 보수체계

1981년도에 배치된 보건진료원 365명의 평균-

연령은 29.4세이며 30세이상 보건진료원이 전체 보건진료원의 약 35%를 차지한다. 또한 만 40세 이상 60세 미만의 보건진료원이 약 20% 이상이 되고 있다. 결혼상태를 보면 미혼이 전체의 55.7%이며 기혼이 44.0%를 차지한다. 반면 경력을 보면 평균경력이 4.7년이며 5년이상 경력자가 전체의 약 40%를 차지하고 있다. 이상의 평균연령과 경력은 전문직종의 초보자수준을 훨씬 지난 중견급이상의 수준을 간접적으로 대변하고 있다. 그러나 보건진료원의 보수는 본봉 156,000원과 수당 55,000원을 합하여 211,000원이며 5호봉까지를 인정하여 주는 호봉제도로 최고의 보수를 받는 보건진료원은 261,000이 되고 있다. 즉 보건진료원의 보수는211,000~261,000이며 년 400%의 보너스가 지급되고 있다. 보건진료원의 봉급수준을 타분야 간호원의 봉급수준과 비교해 보면 다음과 같다.

보 수 참 조 표

분 야	종합병원(400병상 규모)	종합병원(200병상 규모)	시 립 병 원
초 봉	239,000~243,000	206,000~212,000	9급~7급 119,000~253,000
5년	311,000	306,000~314,000	간독급 6급
10년	427,000	411,000	253,000~361,000

주 : 1) 400병상규모 종합병원은 600%의 보너스, 야근수당 수술실, 마취과 근무수당이 빈도로 첨가됨.
2) 200병상규모 종합병원 400%의 보너스 및 기타 제수당은 400병상 규모와 유사함.
3) 시립병원은 400%보너스 200%정근수당. 가족수당 자녀수당등이 추가됨.

위에서 제시된 보수참조표에 나타난 보수는 종합병원봉급의 평균치가 아니고 어느특정병원의 봉급자료이긴 하지만 대부분 이 수준임을 감안할 때 보건진료원의 보수는 너무 낮음을 단편적으로 알 수 있다. 더욱이 보건진료원은 불충분한 근무환경, 지리적 어려움 및 역할의 중요책임을 져야하는 인력이므로 보수체계의 개선은 시급하다고 보겠다. 특히 보수체계 개선에서는 본봉의 대폭적인 인상과 기존경력을 다각적으로 인정해주고 최대한으로 근무년수를 인정해 주는 방안이 모색되어야 한다.

나. 행정지원체계

보건진료소운영을 원활히 하기 위하여는 체계적이고 정기적인 행정지원이 절실히 요구된다고 보겠다. 그러나 보건진료소운영을 위한 행정지원에 따른 역할분담이 중앙, 도단위, 군단위 조직간에 불분명한 점이다.

즉 보건진료소의 설치는 군수가 하게 되여있으며 국가(중앙) 또는 지방자치단체는 보건진료원의 인건비와 의료장비 및 1회에 한하여 의약품을 지원한다는 원칙만이 서있을 뿐이며 주민은 보건진료소운영을 지원하는 것으로 되여있다. 따라서 보건진료소 운영을 위한 행정지원으로서 기본장비, 소모품, 기록 및 보고서식의 공급이 필수적으로 뒤따라야 함에도 불구하고 이 사항에 대한 역활한계가 뚜렷이 되여 있지 않아 위 사항의 확보상태는 배우 미흡한 상태에 있다. 도 혹은 군당국의 신속하고도 합리적인 행정지원으로 많은 보건진료소가 원활히 운영되는 곳도 있지만 행정력이 미치지 못한 지역은 기본적으로 확보하여야할 물품까지 확보하지 못한 점을 들 수 있다. 더욱이 보건진료원의 활동을 질적 양적으로 평가할 수 있는 각종기록서식이 전국적으로 통일되어 있지 못한 점은 시급히 시정되어야 한다. 이와같은 문제점은 중앙단위에서 지침이 내려진 각종기록서식을 인쇄하여 배부하는데 필요한 예산확보 기능 분담이 분명하지 않은데 기인한다. 보건진료소운영에 또한 필수적인 것은 정기적이고 질적인 지도가 계속되어야 한다는 점이다. 군보건소의 보건업무에 따른 행정방향, 내용과 보건진료소운영 방향이 행정적 측면에서 연계가 이루어져야 되므로 재래식방법의 확인지도가 지양되고 운영의 효율을 기하는 방향으로 개선되어야 한다. 또한 보건진료원이 포괄적인 서비스를 주민에게 제공하기 위하여는 예방접종약 및 기타 국가에서 공급되는 물품이 보건진료소에 공급되도록 행정조치가 이루어져야 할 것이다. 첨가해서 기존 면단위 보건요원과 팀 활동이 이루어지도록 인력활용을 위한 행정조치가 동시에 고려되어야 할 것이다.

다. 약품수급 및 시혜환자재정지원

보건진료소에서 사용되는 의약품 55종은 개설당시 중앙 및 지방자치단체에서 2~3개월분(약 300,000원)을 공급하고 그 이후에는 자체적으로 구입해서 활용하게 되어있다. 이는 즉 구입방법, 구입량, 구입횟수등이 보건진료소운영 실태에 따라 매우 달라질 수 있음을 의미한다. 그동안 보건진료원이 약품을 구입하는 방법을 보면 직접 군관내 혹은 도관내 도매약국, 기타약국 혹은 제약회사를 통하여 구입하고 있으며 소수는 보건소를 통하여 또는 보건진료소 운영협의회를 통하여 구입하고 있는 실정이다. 구입방법에서 본 바와같이 보건진료원은 보건진료소 사용약품을 개인자격으로 구입하고 있기 때문에 구입단가가 매우 높아 면세기관인 보건소에서 구입하는 단가의 약 2배를 주고 구입하는 결과가 되고 있다. 보건진료소의 수입중 40~50%가 약품구입비로 지불되는 실정이므로 높은 구입단가는 보건진료소 재정확보에 저해요인이 될 것이다. 따라서 보건진료소를 보건소와 같이 면세보건의료기관으로 지정하여줄이 타당하다고 본다.

보건진료소 설치기준은 오벽지로 되어있고 지역주민과 가까운 곳으로 주민의 $\frac{2}{3}$이상이 30분이내에 도달할 수 있는 곳에 위치하는 것으로 되어있다. 따라서 보건진료원은 관할지역내의 전체인구에게 서비스 제공이 가능할 뿐아니라 생활보호대상자와 영세민에게 의료혜택을 주는 의료보호대상자에게 타보건의료기관에서 보다 용이하게 서비스를 제공할 수 있다. 의료보호대상자에게 서비스를 제공한 후 해당되는 진료비를 청구하게 되어있는데 청구된 진료비가 즉시 보건진료소로 보내지는 것이 아니고 상당기간이 지난후에 보내지게 되므로 전체보건진료소 운영에 재정적인 압박이 된다는 결과를 가져온다. 이와같이 장기간이 지난후에 진료비가 보상되는 것은 보건진료소가 의료보호환자 취급기관으로 지정된 것이 최근의 일로서 우선순위가 타보건의료기관 보다 낮기 때문이라는 것이다. 따라서 사업이 시작된지 얼마안되고 재정확보가 매우 낮은 보건진료소를 타보건기관보다 높게 우선순위를 주어 청구된 진료비가 빠른 기간내에 보상되도록 개선되어야 할 것이다.

라. 근무환경개선

농어촌보건의료를 위한 특별조치법에 의하면 보건진료소는 군수에 의하여 설치하게 되어있으며 보건진료소는 새로운 건물을 국가에서 건축하여 주는 것이 아니고 기존건물을 이용하는 것으로 되어있다. 따라서 현재 설치된 보건진료소의 형태를 보면 새마을회관, 부락회관, 사택, 민가의 방한칸 혹은 전체, 공공건물의 일부공간이용 등 다양한 형태를 갖고 있으며 크기 역시 3평~30평까지 큰차이를 보이고 있다. 따라서 문제점으로 ① 형태 및 크기에서 특히 문제가 되는 것은 협소할 경우 내소자대기 및 서비스제공에 불편을 느끼며 너무클 경우 상담분위기를 만들기 위한 부대시설이 요구되는데 이와같은 조치를 위한 지원이 충분하지 못한 점이다.

② 당초 보건진료소용으로 건축된 건물이 아니고 기존건물을 이용하기 때문에 보건진료소기능에 맞는 건물보수. 내부시설의 일부 변경, 부대시설로서 음료수공급시설, 화장실등의 설치에 필요한 조치가 이루어져야 하는데 이러한 조치가 매우 미흡한 상태에 있다.

③ 보건진료원은 지역사회에 상주하면서 보건의료서비스를 제공하게 되어있는 반면 상주할수 있도록 시설이 확보되어 있지 않은 점이다. 즉 보건진료소내에 숙식할 수 있는 시설이 갖추어짐으로서 응급환자는 물론 시간의 제한없이 보건진료원의 도움을 필요로 하는 주민에게 용이하게 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

④ 보건진료원의 활동을 촉진하고 업무처리의 안전과 신속을 기하기 위하여는 보건진료소에 전화시설은 필수적이라고 할 것이다. 따라서 보건진료소근무환경개선중 전화가설은 매우 시급한 사항이므로 이의 해결이 조속히 이루어져야 할 것이다.

⑤ 보건진료원은 관할지역내 지역주민의 보건의료요구에 도달하기 위하여 보건진료소내 및

외에서 끊임없이 활동하지 않으면 안된다. 그럼에도 불구하고 혼자활동 하면서 기동력이 없기 때문에 가정방문 등과 같은 보건진료소의 활동에서는 매우 어려움을 겪지 않을 수 없다. 더욱이 가정방문은 24시간내의 언제라도 수행되어져야 하므로 공공교통수단을 이용한다는 것은 극히 드문 일이다. 따라서 보건진료원의 가정방문 활동을 신속하고 효과적으로 수행하도록 하기 위하여는 농촌의 지리적인 여건을 감안하여 편리하고 안전성이 높은 형태의 기동력이 제공되어야 할 것이다.

2. 지역사회참여측면

일차보건의료사업을 실시하는데 있어서는 주민의 참여가 필수적이라고 할 수 있다. 주민의 적극적인 참여로 사업계획, 실시, 평가 및 재계획이 이루어져야 하며 주민의 생활향성에 대한 방안도 함께 모색되어야 함은 이미 잘 알려진 사실이라 하겠다. 더욱이 우리나라는 10년에 걸친 새마을사업의 실시경험이 있고 이를 통하여 지역주민의 계몽 및 지역개발이 이루어져있어 보건진료소 설치와 동시에 보건진료소운영협의회를 조직하게 되었다.

보건진료소운영협의회는 주민으로 구성되어 있으며 15명이내의 운영위원이 주민중에서 선출되어 보건진료소운영전반에 관하여 보건진료원과 협의하여 지원하게 되어있다. 그동안 보건진료소운영협의회가 수행한 활동을 보면 보건진료소 건물확보, 보건진료소로의 기능을 위한 건물보수비 지불등을 들 수 있다. 건물보수비로 투자된 비용은 전혀 투자되지 않은 곳으로부터 약 일백만원정도까지 넓은 폭을 나타내고 있는데 이와같은 비용은 보건진료원의 활동개시와 더불어 일시에 지급된 것이다. 그러므로 보건진료소 운영에 필요한 계속적인 비용확보가 모색되어야 하는데 이를 위한 주민의 참여가 적극적이지 못한점을 들 수 있다. 보건진료소운영협의회 운영위원은 정기적으로 회의를 소집하여 보건진료소 운영방향, 기금마련방법 재정관리 및 회원확보 방안을 검토하여야 하며 부락내 주민에게 사업소개등 보건진료소이용을 높이도록 홍보활동등을 수행하여야 하는데 이러한 사항이 매우 미흡한 실정이다. 보건진료소 운영협의회실태조사시 수집된 자료의 중간분석에 의하면 보건진료소 재정규모의 90% 이상이 진료비이며 10%정도가 찬조금 형식이었다. 또한 운영협의회 운영위원회의 소집횟수는 조직이후 6월말 현재까지 평균 3회 정도이며 회원조직은 20~30% 수준이다. 보건진료소운영을 위하여는 현행 보건진료소숫가는 낮다고 반응한 것이 조사대상운영위원의 70%나 차지하였다. 보건진료소운영의 활성화를 기하기 위하여는 조직적인 주민계몽 홍보활동이 중앙, 도 및 군단위별로 이루어져야 하며 단일숫가제인 보건진료소숫가의 조정작업이 이루어져야 한다.

3. 기술지원체계

일차보건의료사업은 지역주민에게 지리적, 경제적, 사회문화적으로 용이함을 바탕으로한 근접성을 중심으로 모든활동이 1차일문에서 제공됨을 의미한다. 따라서 일차보건의료사업의 효과와 질을 높이기 위하여는 2차 및 3차 건강관리체계가 동시에 이루어져야 하며 보건진료원 활동을 위한 기술지도가 절실히 요구된다.

보건진료원활동중 일차진료와 분만등의 영역은 확대역할이니만큼 구체적이고 깊이 있는 기술지도를 필요로 하고 있다. 보건진료원 기술지도체계를 보면 보건소장 혹은 보건지소장이 월 1~4회 정기적으로 보건진료원활동을 지도하는 것으로 되어있다. 그러나 실제적으로 위 기술지도체계는 충분히 운영되지 못하는 것으로 나타나고 있다. 기술지도를 주고 받는 방법은 직접방문을 통하여 전화를 통하여 집단으로 회의를 통하여 이루어질 수 있으며 지도내용역시 시범, 토의, 질의, 응답등을 들수 있겠다. 충분한 시간을 할애하고 구체적인 지도방법과 내용을 활용하면서 보건진료원을 지도하기에는 현존 보건

(15페이지에 계속)

의 의사를 많은 예산을 투여하여 보유하고 있었다. 그러나 그 지역사회의 건강문제의 80~90%는 노인병, 만성병 문제였고 따라서 입원실은 노인을 위한 양노원의 구실밖에 못하여 폐기하는 상태였고 의사들도 진료소를 찾아오는 만성병이나 노인병 환자의 일반적 치료 이외에는 특별한 역할이 없어 사실상 진료소의 시설은 거의 폐허化 하고 있었다.

의사 한명에게 지불하는 예산은 보건간호원 10명을 채용할수 있는 금액이었으며 그들이 하고 있는 업무 보다는 오히려 가정방문이나 보건교육등 보건간호원이 제대로 기능을 할 수 있는 분야가 더 넓은 것이었다. 그러나 지역주민이나 촌장은 아직 적어도 의사가 그 지역에 꼭 상주해야 하고 건강사업은 의사에 의해서만 제공되어야 한다고 믿고 있었고 정부에서도 보건간호원이 특별훈련을 받아 지역에서 일차보건의료를 수행하는 제안을 위험하다고 생각하고 있었으며 간호계 지도자들도 우려를 표시하고 있었다.

일본의 모든 경제나 산업 발전 또는 농촌의 정도가 미국과 비슷한 수준으로 보였으나 건강관리를 수행하는 간호원의 수준에 대한 일반 국민들의 요구도가 그만큼 늘지 않은데에 놀랐으며 또한 간호계 지도자들에게서 이러한 문제에 대하여 안일한 태도를 가지고 있는 것을 보았을 때 보건사업의 발전이나 간호계의 발전은 단지 경제력이 해결하는 것은 아니며 그 구름을 이끌어 나가는 지도자의 창의성과 바른 판단력 또한 사업을 추진하는 용기와 열의가 어떤 경제적 여건보다도 더 중요한 작용을 한다는 사실을 실감하였다. 우리나라를 둘러싸고 있는 서태평양 지역 어느 국가를 돌아보더라도 현재 우리나라의 간호계 만큼 일차보건의료사업에 직접 참여하여 진료권을 가지고 독자적인 업무를 수행할 수 있도록 준비되어 있는 국가는 거의 없다고 할 수 있다. 우리 간호계의 지도자들이 창의력과 미래를 직시할 수 있는 능력을 가지고 피땀흘려 이루어 놓은 발판을 우리는 정확한 일차보건의료사업 개념에 기반을 둔 바른 역할을 수행하고, 상호협조와 의뢰로서 진료사고를 예방하고, 좀더 지역사회 주민들에게 양질의 써비스를 제공할 수 있도록 새로운 방안을 모색하여 다져나가야 할 것이다.

이제 보건진료원이 시작된지 간신히 돐을 지냈고 앞으로 타개하여야 할 많은 문제점이 산적해 있음을 바라볼때, 스스로의 위치를 반추하거나 불만으로 그칠것이 아니라, 이 어렵게 시작된 간호원 업무에 새로운 장을 여는 획기적인 사업에 더욱 노력하여 좋은 열매가 맺도록 노력하여야 할 것이다.

(11페이지에서 계속)

소와 보건지소의 시설 및 인력이 충분하지 못하기 때문에 군관내의 민간의료시설 및 전문인력을 최대한 활용하는 기술지도체계가 재조직되어야 한다고 본다.

이상에서 기술되어진 내용은 보건진료원을 현지에 배치한후 현지출장을 통하여 발견된 비용을 중심으로 한 것이기 때문에 간혹 단편적일수 있고 또한 전체적으로 보건진료원제도가 분석되지 않았음을 첨언하면서 체계적인 연구를 통하여 문제점이 도출되고 이에 따른 해결방안이 모색되여 제도적 발전이 계속해서 이루어져야 된다고 본다.