

# 환경여건변화에 따른 지역보건행정 체제와 기능의 발전방향

연세대학교 의과대학 예방의학교실

김 한 중

## I. 시작하는 말

지방자치단체 기초의회가 구성되므로써 본격적인 지방자치시대가 열리게 되었다. 대한민국 정부수립과 더불어 시행되었던 지방자치제도가 정치적 상황으로 중단되었다가 근 40년만에 비로서 현실화된 것이다. 자치적 요소가 부활되고 지방자치단체의 역할과 기능이 강화되며 정부조직과 기능이 재조정되는 지방자치가 본격적으로 실시되면 국가행정의 모든 부문이 영향을 받게 된다. 지금까지의 중앙집권적 체제로부터 지방의 자율화가 확대되고 중앙통제가 약화되는 변화를 초래할 것이다.

이러한 새로운 전환기에서 보건행정도 예외없이 지방자치의 영향을 받게 될 것이고, 특히 보건부문은 지방화와 동시에 더욱 강하게 표현될 것으로 보이는 복지부문에 대한 국민들의 욕구증대가 서로 상승작용을 일으키고 그 기능이 확대될 것으로 전망된다. 이와 동시에 전개되고 있는 노령인구의 증가와 핵가족화, 만성병 위주로의 질병구조의 전환 등은 공공보건기관의 기능전환을 필요로 하고 있다. 지방자치체가 현실화되고 있는데도 이와 관련된 지역보건행정의 재조직과 이에 따른 대안이 확정되어 있지 않고 논의조차 활발히 진행되지 않고 있다. 지역보건 발전방향에 대한 한두번의 세미나가 개최되고 지방자치체와 관련하여 약간의 연구결과도 보고되었으나 사회적 합의를 도출하지 못했고 지방자치체의 본질과 접목되지 못한 아쉬움이 있다.

이 글에서는 첫째, 지방자치체의 전개방향을 기술하고 둘째, 앞으로의 지방보건행정 체제의 대안들을 비교 검토하며 셋째, 공공보건조직의 핵심이라 할 수 있는 보건소의 기능을 제시하고 넷째, 취약지역에 설립 운영되고 있는 보건의료원(병원화 보건소)의 운영경험을 평가한 후 마지막으로 이러한 환경에서 지방보건행정의 발전을 위한 예방의학 분야 종사자들의 사회적 역할과 기여에 대해 언급하고자 한다.

## II. 지방자치체의 전개방향

### 1. 지방자치체의 개요

우리나라의 지방자치체는 1949년에 제정공포된 지방자치법에서 출발하여 그 내실이야 여하간 그 형태만은 지탱되어 왔다. 1949년에 제정된 지방자치법은 1961년 5월 군사정부에 의한 『지방자치에 관한 임시조치법』에 의해 그 자치적 요소가 거의 소멸된 형태로 오늘에 이르렀다. 지방자치단체라는 법인격은 인정하면서도 지방자치단체의 장은 주민이 선출하는 대신 중앙정부가 임명하고, 군을 기초자치단체로 하여 내무부장관과 도지사가 시·도 및 시·군 지방의회의 권한을 대행하는 등 철저한 중앙집권체제에 묶여 있었다. 따라서 지금까지의 지방자치단체는 중앙정부의 하부조직에 불과했고 지방보건행정의 경우도 내무행정 산하의 일부분으로 다루어질 수 밖에 없었다. 1988년 4월 6일 전문개정된 지방자치법에 나타난 지방자치체의 골격을 살펴보면 다음과 같다.

가. 지방자치단체의 종류

지방자치단체의 종류는 크게 종합적인 지방행정을 담당하는 일반지방자치단체와 특수목적만을 담당하게 되는 특별지방자치단체로 구분된다(표1 참조). 일반지방자치단체는 광역자치단체인 특별시와 직할시 및 도가 있고 기초자치단체인 시와 군 및 자치구(특별시와 직할시의 구에 해당)가 있다. 이러한 일반자치단체 이외에 특정한 목적 즉 교육, 과학 및 체육 등에 관한 사무를 수행하기 위해 필요한 경우 특별지방자치단체를 설치할 수 있다.

〈표 1〉 지방자치단체의 종류

|          |                               |                          |
|----------|-------------------------------|--------------------------|
| 일반지방자치단체 | 광역자치단체                        | 특별시·직할시·도                |
|          | 기초자치단체                        | 시·군·자치구(특별시와 직할시의 구에 해당) |
| 특별지방자치단체 | 특정목적을 수행하는 독립적 자치단체(교육·과학·체육) |                          |

나. 지방자치단체의 사무범위와 자치권

지방자치법 제 9 조에는 지방자치단체의 사무범위를 크게 6 가지로 구분하고 있다.

- ① 지방자치단체의 구역, 조직 및 행정관리 등에 관한 사무
- ② 주민의 복지증진에 관한 사무
- ③ 농림, 상공업 등 산업진흥에 관한 사무
- ④ 지역개발 및 주민의 생활환경시설의 설치, 관리에 관한 사무
- ⑤ 교육, 체육, 문화, 예술의 진흥에 관한 사무
- ⑥ 지역 민방위 및 소방에 관한 사무 등이다.

또한 법 제 93 조에는 지방에서 시행되는 국가사무는 원칙적으로 지방자치단체에 위임하도록 되어 있다. 이와 같이 사무범위를 광범위하게 규정함으로써 자치의 폭을 넓히려 하고 있다. 이와 관련시켜 볼 때 앞으로 검토될 지방보건행정 조직에 있어서 주민건강 증진과 관련된 보건행정의 실질적 주체는 재원의 구분없이 지방자치단체가 될 것이다.

한편 법 제 96 조에 지방자치단체의 장은 소속직원을 지휘 감독하고 법령, 조례와 규칙이 정하는 바에 의해 임면, 교육훈련, 복무 및 징계 등에 관한 사항을 처리하도록 되어 있다. 따라서 지방자치단체는 그 자체 내의 인사권과 조직권을 갖게 되어 앞서 기술한 광범위한 기능과 함께 본격적인 지방분권화시대가 전개될 것이다.

다. 지방자치단체간 업무협력

지역보건행정이 지방자치단체의 고유업무가 되더라도 지방보건행정조직 특히 보건소의 지역배치에 있어 새로운 대안을 모색해 볼 수 있는 법적근거가 있음에 유의할 필요가 있다. 법 95 조에는 지방자치단체 또는 그 장은 소관사무의 일부를 다른 지방자치단체 또는 그 장에게 위탁하여 처리하게 할 수 있도록 하였고 법 제 149 조에는 지방자치단체 조합을 설립할 수 있게 규정하고 있다. 즉 2개 이상의 지방자치단체가 특정사무의 전부 또는 일부를 공동으로 처리하기 위해 필요할 때는 규약을 정하여 지방의회의 의결을 거쳐 시·도는 내무부장관이, 시·군 및 자치구는 시·도지사의 승인을 얻어 지방자치단체 조합을 설립할 수 있다.

따라서 오래전부터 논의되어 왔던 생활권 중심의 지방보건행정조직이 구성될 수도 있고 보건의료원의 관한 구역설정이나 지역의료보험의 광역화와의 연결지어 검토해 볼 방안이 될 수 있을 것이다.

2. 지방자치단체와 중앙정부의 역할분담과 연계

지방자치단체와 중앙정부의 기능을 비교하기 위하여 법 제 11 조에 규정된 지방자치단체가 처리할 수 없는 국가사무를 열거하면 다음과 같다.

- ① 외교, 국방, 사법, 국제 등 국가의 존립에 필요한 사무
- ② 물가정책, 금융정책, 수출입정책 등 전국적으로 통일적 처리를 요하는 사무
- ③ 농림·축·수산물 및 양곡의 수급조절과 수출입 등 전국적 규모의 사무
- ④ 국가종합경제개발계획, 직할하용, 국유림, 국토종합개발계획, 지정항만, 고속국도, 일반국도, 국립공원 등 전국적 규모 또는 이와 비슷한 규모의 사무
- ⑤ 근로기준, 측량단위 등 전국적으로 기준의 통일 및 조정을 요하는 사무
- ⑥ 우편, 철도 등 전국적 규모 또는 이와 비슷한 규모의 사무
- ⑦ 고도의 기술을 요하는 검사, 시험, 연구, 항공, 기상행정, 원자력개발 등 지방자치단체의 기술 및 재능력으로 감당하기 어려운 사무 등이다.

이상에서 살펴보았듯이 국가의 존립과 관련되거나 전국적 규모의 사무로 통일적 처리를 요하는 것 이외의 업무는 지방자치단체에서 최대의 역할을 할 수 있도록 하고, 중앙정부는 각 부문의 전체적 목표를 설정하고 각 지방자치단체에서 이를 달성할 수 있도록 지원하는 것이 주 기능이라고 할 것이다. 또한 지방자치단체는 설정된 국가의 각 부문의 목표에 따라 지역특성에 맞게 구체적으로 계획, 집행할 뿐 아니라 중앙행정의 통합성을 고려하도록 되어 있다.

이러한 관점에서 볼 때 지방자치제하에서는 지방자치단체의 기본적 기능실정과 중앙정부사이에서의 행정기능 배분에서 『자율의 범위』의 운용의 미가 요구된다 하겠다. 지방자치단체는 지방마다 고유한 주민의 요청에 부응하는 지방행정의 실현이 매우 중요하지만 이러한 분화적 기능 수행의 바탕에는 국가의 행정수단의 통로의 구실과 전국적인 행정체계내에서 행정적, 사회적 응집력을 유인하는 기능도 간과해서는 안될 것이다.

중앙정부와 지방자치단체간의 연결고리는 지도, 감독, 조례 및 규칙의 승인 등 상하의 제도적 장치에 의해서도 이루어지나 재정지원과 기술지원의 두 축이 될 것이다. 한편 사회발전과 복지사회 구현에 대한 욕구는 공공부문의 개입을 더욱 필요로 하는 부문들이 있게 되는데 보건의료서비스가 그 예이다. 중앙정부의 개입은 크게 지원과 대체의 역할로 지방에서 자치적으로는 부족한 부문과 지역적 여건으로 불균형이 있는 경우 이것을 보완하는 것이 지원역할이라고 한다면 지방자치단체가 감당할 수 없는 부분을 중앙정부가 주도하는 것이 대체역할이 될 것이다.

### 3. 지방자치제 실시의 의미

지방자치제의 실시는 단순히 장과 지방의회 의원을 선출한다든가 중앙행정기관의 통제력 약화를 초래하는 것 이상의 개혁적인 의미를 갖는다. 지금까지 지방정부에 거의 전무하였던 자치적 요소의 부활은 무에서 유를 창출하는 것과 같은 것이다. 여기서 자치적 요소로는 주민지배의 원리, 주민참여의 원리, 주민협회의 원리 등을 말한다. 지금까지의 국가중심의 집권적 체제하에서는 중앙행정의 연장인 『지방행정』이 강조되었지만 지방자치제하에서는 『자치행정』이 강조된다.

현재 지방자치를 실천에 옮기기 위한 여러가지 법적, 정치적 준비작업이 진행되고 있다. 복잡한 정치상황과 이해관계에 얽혀 그 준비작업이 원활하지 못하고 갈팡질팡하는 양상을 보이고 있다. 그러나 본격적인 지방자치의 시대는 열리고 있다. 정치적, 행정적 의사결정에 보다 많은 사람이 참여하고 조력해야 할 실천적 중요성이 월등히 커질 것이다. 장차 정권의 효율성보다는 국민의 지지라는 정당성이 더욱 중요시 될 것이다.

지방자치 활성화가 갖는 의미는 분권화와 자율화의 촉진, 주민선택의 존중, 특수권력 관계적 거래의 감소, 국가와 상급기관에 의한 계층적 통제의 약화, 조직과 기능의 다양화, 행정봉사에 있어서의 경쟁성 강화, 관리의 협동화 촉진 등이다. 지방자치제하에서의 보건행정조직의 재편도 이러한 의미의 변화추세를 바탕으로 하여야 할 것이다.

### Ⅲ. 지역보건 행정체계

#### 1. 지역사업 수행의 기관적 기초

중앙정부는 지역적인 사업을 수행하기 위한 방편으로 다음의 세가지 방법으로 기관적 기초를 갖게 된다.

첫째는 지방자치단체 (또는 일반지방행정기관)로부터 분리된 직속의 일선기관을 보유하는 것으로 이를 특별지방관서라고 통칭한다 (예 : 노동부 지방사무소, 환경지청 등). 둘째는 일선기관을 지방자치단체 (또는 내무행정체계)에 부속시키되 어느정도 소속기관에 대한 독자성을 인정하여 조직과 인사권을 부여함으로써 사업상의 상급기관에 대한 기능적 연계를 강화한다 (예 : 시·도 교육위원회). 셋째는 일선기관을 지방자치단체에 완전히 소속시키는 것으로 해당 분야의 일선업무를 주관하는 중앙행정기관은 지방자치단체 (또는 일반지방행정기관)의 조직을 통해 사업을 수행하게 된다.

지금까지 일선 보건행정은 내무행정의 지휘감독하에 놓여 있는 형태로서 위의 세번째 방법에 해당된다. 이 경우 첫번째 경우처럼 독자적인 특별지방관서를 갖는 경우에 비하여 소속기관의 일선 업무에 지장을 줄 수 있다. 이러한 연유로 그동안의 보건행정이 상부조직과 하부조직간에 실질적이고도 직접적인 행정연계가 이루어지지 않았고 보건사회부 (이하 보사부)의 일선 보건행정기관에 대한 지휘 및 감독 등의 통제기능이 크게 제한되어 왔음은 여러번 지적된 바다. 즉, 보건행정을 주관하는 중앙행정기관은 보사부임에도 불구하고 시·군·구 보건소 등 공공부문의 지역보건의료전달에 대한 보사부의 관할은 일반지방행정조직을 통해서만 중계되었고, 인사권, 예산권 및 감독권은 없이 정책결정부서로서의 기술지원만 해 온 것이다.

이제 지방자치체가 실시되면 일반지방행정체계는 중앙정부는 하부기관으로서의 지방정부에서 지방자치단체로 변모하게 된다. 그동안 내무행정의 간접적 통로에 의해서 수행할 수 밖에 없었던 보사부의 입장에서는 차체에 지방청 또는 지방사무소와 같은 직할의 특별지방관서를 설치하여 소관 국가사무를 지방에서 직접 시행하고, 지방자치단체에 위임한 업무를 감독하고자 하는 기대가 있을 수 있다. 이와 같이 직속의 일선기관을 갖도록 하는 바램은 보사부 뿐만 아니라, 현재까지 내무부의 지방행정체통 조직을 빌려 국가사무를 수행해 오면서 지방기관에서의 영향력 감소로 인해 일선사업을 집행하는데 지장을 초래한 경험이 있었던 모든 중앙행정기관의 요청이기도 하다. 그러나 지방자치체의 전개방향을 볼 때 이는 실현성이 없으며 바람직하지도 않다.

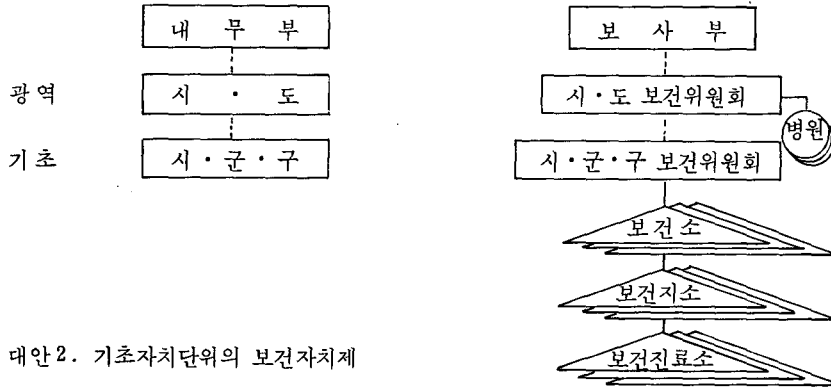
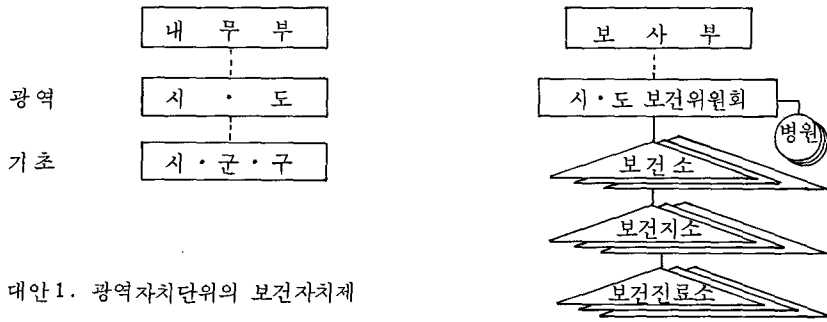
이와 같은 방안은 지방의 주요 보사기능을 국가사무로 전환하는 것으로써 중앙행정기관의 직속기관들을 지방에 확장시키는 것은 지방자치이념에 어긋날 뿐 아니라 지역적 조건에 대한 나름대로의 적응성을 배제하고 획일화된 행정을 초래하여 결국 정부의 규모만 확대될 뿐 아니라 지방에 있어서 업무처리의 종합성이 깨질 우려가 있다.

#### 2. 지방자치체 실시에 따른 지역보건행정체계의 대안

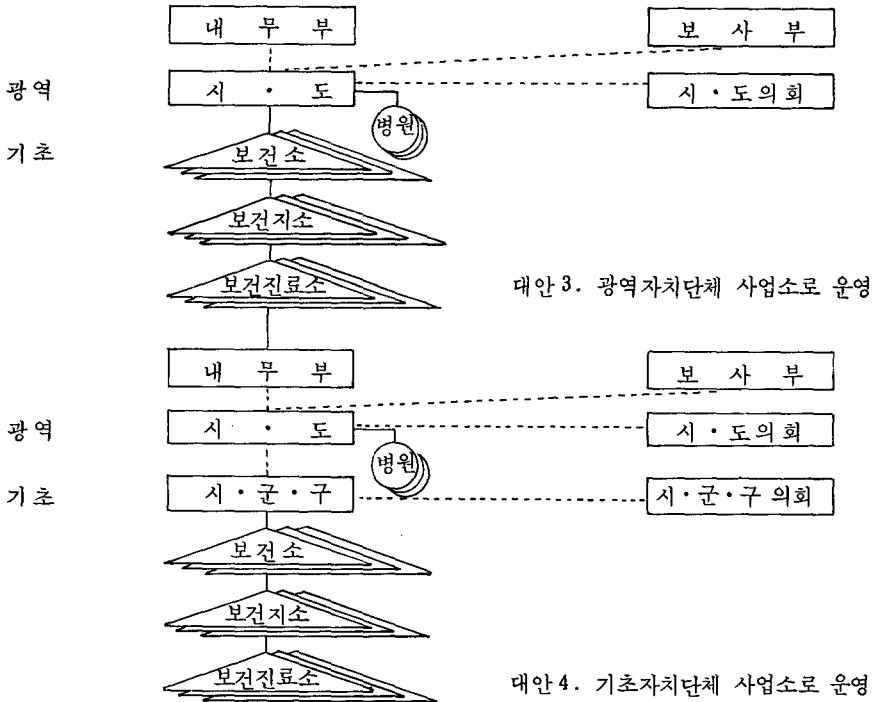
앞으로 전개될 지방화 시대에서 지역보건행정조직의 골격으로 검토될 수 있는 대안은 첫째, 보건행정업무를 전담하는 특별자치단체로 분리할 것이냐 또는 일반지방자치단체의 하부조직으로 할 것인가와 둘째, 보건사업을 담당하는 일선보건행정기관을 광역자치단체에 부속시킬 것인지 또는 기초자치단체에 부속시킬 것인지에 따라 4가지 대안을 가질 수 있다 (표 2 참조).

〈표 2〉 지역보건행정조직의 대안분류

| 설립주체   | 성격     |        |
|--------|--------|--------|
|        | 특별자치단체 | 일반자치단체 |
| 광역자치단체 | 대안 1   | 대안 3   |
| 기초자치단체 | 대안 2   | 대안 4   |



<그림 1> 보건자치제 모형



<그림 2> 일반자치단체 부속 운영대안

대안 1 과 2는 모두 보건행정 업무만을 독립적으로 수행하는 특별자치단체를 구성하되 보건소를 비롯한 일선 보건행정조직을 광역자치단체의 사업소로 하는 것이 대안 1 이고 기초자치단체의 사업소로 하는 것이 대안 2 이다. 반면 대안 3 과 4는 일반자치단체의 부속기관으로 하되 대안 3은 일선보건행정조직을 광역자치단체의 사업소로 하고 대안 4는 기초자치단체의 사업소로 하는 것이다.

### 3. 특별지방자치단체 (보건위원회) 설립방안

특별지방자치단체를 광역에 설치할 경우 시·도 보건위원회는 광역의회에서 선출된 위원으로 구성된다. 이는 시·도 보사국 기능과 조직을 흡수하고 연구소, 지방공사 시·도립병원을 운영하며 군·구·읍·면·동에 설치되는 보건소, 보건지소, 보건진료소도 광역단체의 조직이 된다. 광역과 기초단체에 모두 특별자치단체를 만드는 경우 시·도 보건위원회는 일선보건기관을 제외하고는 조직, 기능, 운영이 전자와 같으나 보건소, 보건지소, 보건진료소 등의 일선보건기관은 기초자치단체 의회에서 선출로 구성되는 시·군·구 보건위원회에 소속되게 된다. 또한 특별자치단체를 구성할 경우 시·도 또는 시·군·구 의회의 제위원회에는 보건위원회를 두지 않게 된다.

일선보건행정기관을 어느 수준에 부속시키던 간에 특별지방자치단체를 구성하는 것은 보건행정을 일반행정에서 분리 독립시키므로써 업무의 전문성을 높일 수 있고 이 분야에서 종사하는 인력이 다른 분야의 간섭 없이 보건분야의 고유업무만을 할 수 있다는 장점이 있다. 특히 지금까지 예산, 인력배정 등에 있어서 보건사업이 우선순위의 하위에 속해 불이익을 당한 뿐 아픈 경험을 가진 보건분야 전문가와 종사자들은 현재의 교육자치제와 흡사한 보건자치제에 대한 욕구가 강한 것도 사실이다. 지방자치제가 실시되더라도 일반자치단체에 속할 경우에는 지역개발사업 등에 우선순위가 밀려 지금까지 중앙집권적 체제하에서 경험했던 어려움이 지역단위에서 재판될 것으로 우려하는 것도 무리는 아니다.

그러나 일반자치단체에서 보건자치단체가 분리되는 경우 일선사업에는 유리할 수 있으나, 단체간의 유대관계가 원활하지 못할 경우 지방의 업무처리의 통일성에 위배되며 경우에 따라 법률규정에 의한 중앙통제가 강화되면 중앙행정기관의 특별지방관서로 변질될 소지가 있다. 또한 이와 같은 대안이 모색될 경우 일반행정과는 분리되는 목적세의 신설을 필요로 하게 되는데 이는 목적세를 줄여나가야 하는 앞으로의 조세정책과 어긋나는 측면이 있다. 만약 지역의료보험의 체제가 바뀌어 지방자치단체가 직접 관장하는 경우는 어느정도 그 가능성이 커진다고 할 수 있다. 보건학적으로도 국민의 건강수준에 영향을 미치는 요인으로 보건사업보다도 경제수준, 교육, 생활습관 등 환경적 요인과 삶의 질적 요소가 중요하다는 점을 고려할 때 일반지역행정과 분리된 보건자치제는 바람직하지 않을 수 있다.

### 4. 일반자치단체 부속기관으로의 운영방안

일반자치단체에 부속시켜 일선보건행정을 조직할 경우 기본적 골격은 현 제도와 동일하다. 이 경우 장단점은 앞서 언급한 보건자치제를 실시할 경우의 장단점과 서로 바뀌게 된다.

광역자치단체에 부속시킬 경우 (대안 3) 모든 시·군·구에 1개의 보건소를 각각 설치할 필요가 없어 지역특성에 따라 설치하는 융통성을 갖게 되는 것이 큰 장점이 된다. 또한 광역단위로 조직될 경우 인사교류와 승진 등 인사관리가 보건분야내에서도 원활할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 개개의 일선보건기관이 담당하는 사업지역과 위상이 일치되지 않으므로써 기초자치단체와 유기적인 협조가 소홀해질 수 있다.

기초자치단체의 사업소로 하는 경우 (대안 4)에도 앞서 지방자치단체간 업무협력에서 언급한 바와 같이 2개 이상의 지방자치단체가 보건업무를 공동으로 수행하기 위하여 지방자치단체 조합을 설립하여 사업지역의 규모를 조정할 수 있다. 따라서 대안 4를 채택하더라도 생활권 중심의 지방보건행정조직이 구성될 수 있으며 보건의료원의 관할 구역설정과 지역의료보험의 광역화와의 연결시킬 수 있다.

## 5. 대안의 선택

보건의료행정을 어느정도 자치화 할 것인가 그리고 그와 관련된 기관적 배열을 어떻게 할 것인가는 상황 적응적으로 해결해야 할 문제이다. 우선 지방의 모든 보건의료행정을 국가기능으로 흡수해 버리는 조직설계는 지방자치의 정신에 어긋나는 것으로 받아들이기 어렵고, 당장 특별지방자치단체에 일임하는 것도 현실적으로 가능하지가 않다. 물론 모든 것을 일반지방자치단체에 일임하는 것도 지방자립도 등을 고려할 때 역부족일 수 있다. 이런 상황에서 보건행정의 원활한 사업개진을 위해 중앙기관인 보건사회부에서 지방기관에 관해 조치할 수 있는 것은 우선 지방자치단체들의 보건의료행정에 대해 어느정도의 지도권을 확보하고, 위임 사무에 한해서 예산을 통해 어느정도 통제할 수 있는 법적제도를 구축하는데 있다. 물론 이렇게 허용된 중앙통제기능이 확실적인 행정의 수단으로 쓰여서는 안된다. 현실적으로 중앙의 각 부처들은 지방청 설치에 대한 욕구가 있는데, 각 부처의 지방사무소를 묶는 합동사무소가 시·도에 설치되면 보건사회부도 거기에 지방출장소 형태의 조직을 설치할 수 있을 것이다. 그러나 이러한 지방행정조직은 중앙에서부터 명령을 통해 시행되는 것보다는 지방에서부터의 수요에 따라 부응하는 결과로 신설되는 것이 바람직하다. 일의 효율을 위해 도 수준인 광역자치단체 수준까지의 보건행정구조는 국가 소속으로 하고 그 이하를 지방자치단체에 위임하는 방안도 고려할 수 있다.

장기적 안목에서 중앙행정구조와 지방행정구조의 배합은 지방에 따라 다양하게 구성되어야 할 것이다. 즉 보건의료행정체계의 다원조직제가 실현되어야 한다. 위임사무를 감당할 수 없는 지역은 그렇지 않은 지역에 비해 중앙행정의 지원을 더 받아야 할 것이고, 경우에 따라 지방자치단체간에 규약을 맺어 지방자치단체조합을 형성하여 운영할 수도 있으며, 인접한 지방자치단체 또는 민간에게 보건의료업무를 위임할 수도 있을 것이다.

## Ⅳ. 지역보건 행정조직의 발전적 기능

일선 보건행정조직은 보건소, 보건지소, 보건진료소로 구성되나 그 핵심이 보건소이고 다른 조직의 기능도 보건소의 기능이 어떻게 설정되느냐에 따라 영향을 받게 된다. 따라서 이 글에서는 보건소를 중심으로 앞으로의 기능과 역할을 다루고자 한다.

### 1. 보건소 기능전환의 필요성

보건소는 현재 보건소법상 13가지의 기능을 수행토록 되어 있으나 이를 크게 세가지로 나누어 볼 수 있다. 즉 공공보건, 환자진료, 재활기능이다. 그러나 이러한 기능은 각 지역의 보건소에 따라 다르고 특히 시대에 따른 요구도 변모된다.

그동안 보건소는 주로 급성전염병의 관리, 결핵관리, 가족계획, 영유아보건 등의 공중보건사업과 의료보호 등을 중심으로 하는 진료사업 두가지에 주력해 왔다고 할 수 있다. 이로 말미암아 결핵 유행률도 낮아졌고 가족계획사업의 성공에 기여한 바도 크다. 그러나 이제 결핵환자는 보건소에서 등록, 관리하지 않더라도 본인들이 스스로 병의원을 다니며 지속적으로 진료를 받고, 영유아 예방접종이나 가족계획 등을 지도하기 이전에 본인들이 미리 병의원에 가서 산전관리를 받을 뿐더러 의료기관에서 안전분만을 한다. 이제 공공보건 기관으로서 보건소의 역할과 기능이 바뀌어야 할 시점이 되었다.

보건소 기능전환의 필요성을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 사업대상 인구들의 인구학적 변화이다. 우리나라는 해방이후 다산다사 시기에서 출발하여 다산소사 시기를 거쳐 소산소사의 인구학적 이행을 하고 있다. 출산력은 1960년 6.0명(합계출산력)에서 급격히 감소하여 1984년에는 1.8명으로 대체출산력 수준(여성 1인당 2자녀) 이하가 되었고 최근에는 1.6명 수

준에서 정체상태에 있다. 사망력도 크게 감소하고 1990년 현재 우리나라 인구의 평균수명은 남자 67세, 여자 75세로 선진국 수준에 접근하고 있다.

출산력과 사망력의 변화에 따라 우리나라 인구구조가 변모하고 있는데, 가장 특징적인 변화는 연령별 구조이다. 출산력과 사망력의 감소로 인해 전체 인구중 0~14세 인구가 차지하는 비율은 감소하고 65세 이상의 노인인구비는 증가하는 추세이다. 특히 총 인구중 65세이상 인구비는 1960년 2.9%에서 1990년에 5.0%로 증가했고, 앞으로도 계속 증가하여 2021년에는 13.1%에 이를 전망이다.

한편 산업화와 도시화에 따른 인구의 지역분포도 변화하고 있는데, 도시인구비율이 1960년 28.0%에서 1990년 74.4%로 증가했고, 2000년에는 80%를 상회할 것으로 보인다. 이러한 인구학적 변화는 곧 보건소의 사업대상 인구특성이 달라졌음을 의미하고 따라서 보건소 기능의 전환이 요청된다.

둘째, 국민들의 질병형태가 달라졌다. 감염성 질환을 비롯한 소화기, 호흡기계질환들이 유행률에서나 사인에서 높은 비중을 차지하였던 것이 점차 만성 퇴행성질환으로 바뀌었고 사망원인에서도 순환기계 질환과 악성종양 등이 높은 비중을 차지하고 있다. 이러한 변화는 인구구조의 변화에 주 원인이 있으나 국민들의 경제수준, 위생상태의 개선 등 환경적 요인과도 관련이 있으며 특히 생활습관과도 관련이 있다. 지금까지 보건소의 주기능과 이를 수행하기 위한 내부조직은 과거의 중요했던 문제들을 해결하기 위해 만들어진 것들을 그대로 유지하고 있기 때문에 새로운 필요(need)에 적합하지 않다고 보아진다.

〈표 3〉 연도별 주요사망원인 (17대 분류)

| 순위<br>연도 | 1                      | 2             | 3                     | 4             | 5                      |
|----------|------------------------|---------------|-----------------------|---------------|------------------------|
| 1961     | 증상, 징후 및 불명확한 병태(20.4) | 호흡기계 질환(20.4) | 소화기계질환(17.3)          | 감염성질환(12.8)   | 신경계 및 감각기계 질환(11.9)    |
| 1970     | 증상, 징후 및 불명확한 병태(57.2) | 순환기계 질환(11.6) | 호흡기계질환(8.4)           | 감염성질환(7.2)    | 신생물(5.2)               |
| 1980     | 순환기계질환(33.6)           | 신생물(14.2)     | 손상 및 중독(11.2)         | 소화기계 질환(9.8)  | 증상, 징후 및 불명확한 병태(11.2) |
| 1988     | 순환기계질환(30.0)           | 신생물(18.2)     | 증상, 징후 및 불명확한병태(17.4) | 손상 및 중독(13.7) | 소화기계질환(8.4)            |

( )안은 분류가능 사인의 백분율

자료 : 김정순, 우리나라 사망원인의 변천과 전망, 한국역학회지 1989; 11(2): 155~174.

셋째, 지방자치제 실시라는 시대적 변혁과 더불어 전국민의료보험이 실시되고 있다. 지금까지의 보건소가 지방행정기관으로 사업의 선택, 기획, 예산 모두가 중앙정부에서 결정되고 사업수행만을 담당해 왔다. 그러나 지방자치가 실시되게 되면 보건소가 지방보건행정의 중추가 되게 된다. 따라서 보건사업을 지역적 특성에 따라 독자적으로 기획 수행하게 되므로 이에 대한 기능이 보장되어야 할 것이다.

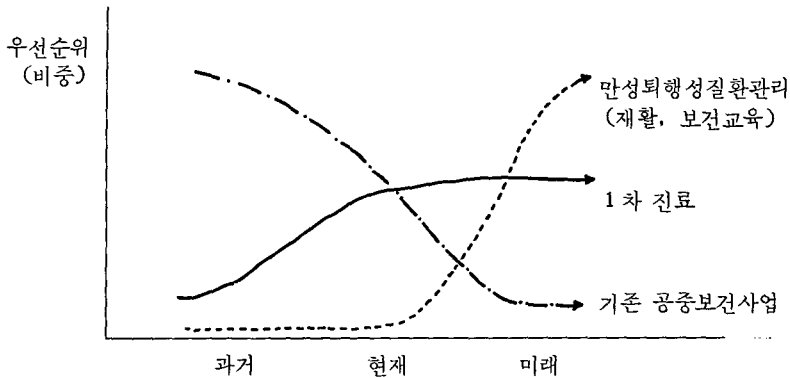
또한 의료보험은 그 적용대상이 전국민에게 확대되어 우리나라 복지체계의 핵심이 되고 있을 뿐 아니라 수요, 공급 전반에 걸친 의료체계에 엄청난 영향을 끼치고 있다. 지금까지는 지역의료보험 운영에 있어 보건소가 관여하는 기능이 미미하였으나 앞으로는 보험체계와 보건행정이 함께 가야 할 것이다.

## 2. 보건사업의 새로운 방향

1956년 보건소법 개정 이래 1989년 현재 237개의 보건소망을 확충하기에 이르렀으나 보건사업 내용은 아직도 가족계획, 모자보건, 결핵관리, 전염병 사업에 치중하고 있어 시대상황 변화에 적절히 대응하지 못하고 있는 실정이다. 앞서 검토한 인구학적 변화와 국민들의 질병형태의 변화에 적응하기 위해서는 기존 사업들의 우선순위는 점차 감소시키거나 내용을 변화시키고 만성 퇴행성질환 관리를 위한 보건교육과 재활사업



의 비중은 증가되어야 할 것이다. 보건사업의 과거와 현재, 앞으로 바람직한 방향을 그림으로 표시하면 다음과 같다.



〈그림 3〉 보건사업의 시대적 변화

지금까지 지역보건사업의 최우선순위가 주어졌던 가족계획, 모자보건과 결핵관리사업은 출산력의 감소와 전국민의료보험 이후 산전관리와 분만이 민간부분으로 옮겨지고 있는 경향에 따라 지금보다도 더 그 기능이 축소되어야 할 것이다. 의료보호사업과 의료보험이 시작된 1977년 이후 확대되기 시작한 보건지소와 보건진료소를 중심으로한 1차진료 기능은 민간부분이 농촌 벽지까지 빠르게 확대되지 않기 때문에 상당기간 중요한 기능으로 유지되어야 할 것이다. 특히 응급의료서비스와 가정방문 의료서비스와 같은 새로운 제도의 개발은 공공보건기관에서부터 실시되어야 할 것이다.

한편 앞으로 지역주민의 보건서비스 요구의 초점이 될 고혈압, 당뇨병, 암 등 만성퇴행성질환과 사고 등으로 인한 장기적 재활관리에 대한 사업비중이 커져야 할 것이며 그 구체적 내용은 다음과 같다.

첫째, 만성질환은 노령인구의 증가와 평균수명의 연장으로 그 발생과 유병률이 증가되고 있고 의학기술의 발전으로 그 수요도 급증하고 있으나 아직 그 규모도 제대로 파악하지 못하고 있고 따라서 지역단위에서의 효율적 관리방안이 제시되지 못하고 있는 실정이다. 이들 질환은 앞으로 발생이 더욱 증가할 전망이어서 그 관리의 중요성이 강조된다. 즉 그 지역의 만성질환자를 등록하고, 가정방문을 하여 간호관리를 하며 집단지도를 통해 정기적으로 교육 및 관리하는 것이 필요하다.

둘째, 그동안의 사업중 가장 성공적인 사업의 하나인 가족계획과 모자보건사업은 보건교육으로 확대되어야 할 것이다. 질병예방과 국민건강 증진을 위한 가장 효율적인 방법이 보건교육인 것은 잘 알려져 있다. 효과적인 교육방법을 계속 개발하고, 그 중에서도 특히 대상인구가 많고 성과가 큰 학교보건교육의 강화 방안도 중요한 과제 중 하나이다.

셋째, 지금까지 간과된 부분으로써 최근 공공보건기관의 기능으로 재활이 부각되고 있다. 고령화 사회에서 발생하는 문제 중 하나로 재활이 필요한 주민 중 본인의 부담능력이 없거나 또는 공공부문에서 담당해야 할 서비스를 직접하거나 특수한 기관과 연계를 갖는 지역사회 재활사업기능을 개발해야 한다.

그 밖에 정신보건사업도 지역사회 보건소 중심으로 이루어져야 할 부분이며, 건강증진 프로그램에 대한 지역단위 사업도 보건소가 중심이 되어야 할 것이다.

### 3. 지역특성에 따른 보건소 기능의 우선순위 조정

앞서 제안한 보건사업의 새로운 방향은 우리나라 전체로 볼 때 변화의 큰 흐름이다. 그러나 지역사회에 따라 대상인구 및 지역적 특성에 따라 기능이나 사업의 우선 순위가 달라질 수 있을 것이다. 현재 보건소는 소재지역 및 조직양상에 따라 대도시형 보건소, 시·군형 보건소 및 의료취약지역의 보건의료인(병원화 보

건소)으로 나뉜다. 이와 같은 분류를 기준으로 각 지역에서의 주요기능을 예시하면 다음과 같다.

가. 대도시형 보건소는 앞으로 더욱 환자진료기능은 약화되나, 예방차원의 공중보건사업과 재활기능의 활성화가 필요하다. 다른 지역사회 보건소보다 인력, 재정이 풍부하므로 새로운 보건사업을 앞서서 계획하고 실천할 수 있을 것이다.

나. 중소도시와 농촌에 위치한 시·군형 보건소는 대도시형 보건소보다는 환자의 진료기능을 어느정도 유지할 것이다. 그러나 앞으로 민간병원이 점차 중소도시 및 농촌에도 더욱 확충되고 경쟁할 정도로 많아지면 결국은 대도시형 보건소처럼 환자진료 기능은 적어질 것이며 보건교육과 만성퇴행성 질환의 조직적인 관리가 주 기능이 되어야 할 것이다.

다. 의료취약지구로 민간병원의 유치가 어려운 지역의 보건의료원은 특히 진료기능이 강화되고 있다. 이러한 특징은 상당기간 지속되리라고 판단된다. 그러나 역시 장기적 관점에서는 보건교육과 재활기능이 강화되어야 할 것이다.

〈표 4〉 지역특성에 따른 보건소의 주요기능

|        | 환자진료 | 공중보건서비스 * | 재활서비스 |
|--------|------|-----------|-------|
| 대 도시   | 약화   | 강화        | 개발    |
| 시 · 군  | 유지   | 강화        | 개발    |
| 의료취약지구 | 강화   | 강화        | 개발    |

\* 단, 기능의 변화가 필요하다.

## V. 보건의료원 (병원화 보건소)의 평가

### 1. 설립 배경

보건소의 기능은 지역의 여건에 맞추어 지역주민의 요구에 능동적으로 대처해야 하는데, 이러한 요구의 대응 중 하나가 보건의료원이다. 보건의료원은 전국민의료보험화에 따른 의료수요증가에 대비하여 민간병원 유치가 어려운 농어촌 의료취약지역의 15개군 보건소가 병원급 수준의 진료기능을 할 수 있도록 의료인력, 시설, 장비를 보강하여 병원화 한 것이다.

하부조직으로 보건사업과와 진료부를 두었는데, 보건사업과는 기존의 보건소 조직과 마찬가지로 보건행정계, 가족보건계, 예방의학계를 두어 보건행정과 공중보건 업무를 관장하며, 진료부에는 내과, 외과, 소아과, 산부인과 및 치과 등 기본 5개 진료과를 두고 해당 진료과목을 전공한 공중보건의사를 배치하고 있다. 한편 이를 지원하기 위한 부서로 원무계와 약제실, 임상병리실, 방사선실 등을 두고 해당 분야의 자격증을 소지한 약사 및 의료기사 등을 임용 배치하고 있다. 입원진료를 위한 시설로 6~12개의 입원실과 20~40개의 병상을 구비하고 있으며, 응급환자의 진료를 위하여 주야로 24시간 응급실을 운영하고 있다. 또한 병원급 수준의 진료기능을 갖고 있기 때문에 관내 의료기관으로부터 의뢰되어 오는 환자에 대한 진료를 담당하는 2차진료 기관으로서의 역할도 수행하므로써 당해 지역사회에서 중추적인 역할을 하는 종합적인 보건의료기관의 위치를 갖는다.

### 2. 투입자원 현황과 운영실적

#### 가. 인력배치 현황

1990년 7월 현재 보건의료원에 근무하는 의사인력은 총 148명이다. 이중 전문의가 66명으로 의료인력 중 전문의가 차지하는 비율은 44.6%이었다(표 5).

〈표 5〉 진료과목별, 임용조건별, 의사인력중 전문의가 차지하는 비율

| 구 분   |             | 의 사<br>(A) | 전 문 의<br>(B) | 전문의 비율<br>(B/A × 100) |
|-------|-------------|------------|--------------|-----------------------|
| 진료과목별 | 계           | 148        | 66           | 44.6                  |
|       | 내 과         | 22         | 16           | 72.7                  |
|       | 외 과         | 15         | 9            | 60.0                  |
|       | 소 아 과       | 17         | 14           | 82.4                  |
|       | 산 부 인 과     | 14         | 13           | 92.9                  |
|       | 치 과         | 16         | 0            | 0                     |
| 임용조건별 | 기 타 과       | 64         | 24           | 21.9                  |
|       | 일 반 직 의 사   | 20         | 18           | 90.0                  |
|       | 공 중 보 건 의 사 | 114        | 43           | 37.7                  |
|       | 제 약 직 의 사   | 8          | 7            | 87.5                  |
|       | 기 타 의 사     | 6          | 0            | 0                     |

자료 : 한국보건사회연구원. 보건의료원 운영실태 조사연구, 1990.

기본 4개과 중 전문의 비율이 가장 높은 진료과는 산부인과이었고, 가장 낮은 진료과는 외과이었다. 임용조건별로 보면 대부분 공중보건의사였는데, 이들 중 전문의가 차지하는 비율이 37.7%로 공중보건의의 주류는 일반의임을 알 수 있다. 또한 의사 1인당 진료지원 인력(간호직, 약무직, 의료기사직)은 1.0~2.6명으로 유사규모의 병원(4.84)에 비하여 상당히 적은 것을 알 수 있다. 따라서 인력구성에 있어 공무원 정원 외로 배치가 가능한 공중보건의사를 상당수(6~15명) 보유함에 따라 의사직의 부족보다는 진료지원인력의 부족현상을 보인다.

나. 시설 및 장비 현황

각 보건의료원은 평균 567평(435~738평)의 면적을 사용하고 있으며 6~16개의 병실에 20~40개의 병상을 보유하고 있다(표 6 참조).

〈표 6〉 보건의료원의 입원실 및 병상 현황

|   |   | 병 실 수 | 병 상 수 |     |   | 병 실 수 | 병 상 수 |
|---|---|-------|-------|-----|---|-------|-------|
| 연 | 천 | 11    | 31    | 장   | 성 | 11    | 40    |
| 화 | 천 | 6     | 30    | 청   | 송 | 10    | 30    |
| 평 | 창 | 8     | 30    | 울   | 진 | 9     | 23    |
| 청 | 양 | 10    | 30    | 울   | 릉 | 8     | 20    |
| 임 | 실 | 8     | 28    | 합   | 안 | 9     | 30    |
| 순 | 창 | 12    | 26    | 산   | 청 | 9     | 30    |
| 곡 | 성 | 8     | 30    | 총 계 |   | 146   | 148   |
| 완 | 도 | 11    | 40    | 평 균 |   | 9.7   | 29.9  |
| 구 | 례 | 16    | 30    |     |   |       |       |

자료 : 한국보건사회연구원. 보건의료원 운영실태 조사연구, 1990.

이와 같은 입원시설 외에도 응급실과 수술실, 임상병리검사실과 방사선실을 설치하고 있어 기본 4과(내과, 외과, 소아과, 산부인과)의 병원진료 시설로는 별 손색이 없다고 볼 수 있다. 보건의료원이 보유하고 있는 주요장비를 열거하면 다음 표 7과 같다.

각 과별 전문의들이 보기에는 충분하지 못하다고 볼 수도 있으나 20~40 병상 규모의 시설에서 1~2 차

〈표 7〉 병원화 보건의료의 주요 보유장비

| 주요 보유 장비   |   |                                     |
|------------|---|-------------------------------------|
| 내과         | 과 | 위내시경, 폐기능 측정기, 심전도기, 심전도 모니터        |
| 외과 (수술실)   |   | 전기수술기, 수술대, 마취기, 소생기, 수술무명등, 기브스커터기 |
| 소아과        |   | 검이검안경, phototherapy unit, 인큐베이터     |
| 산부인과 (분만실) |   | 복강경, 초음파진단기, 산과용분만대, 분만세트, 냉동치료기    |
| 치과         | 과 | 유니트, 콤프레사, 치과 X-선, 고압멸균기            |
| 방사선 검사실    |   | X-선 자동현상기, 직·간접 촬영기, 암실, 초음파 진단기    |
| 병리 검사실     |   | 원심분리기, 고압멸균기, 혈액분석기, 뇨분석기           |
| 응급실        |   | 인공호흡소생기, 심장충격소생기, 고압멸균기, 고압산소기      |
| 기타         |   | 항암제 투약기, 청력검사기, 시야측정기, ENT 유니트      |

자료 : 한국보건사회연구원. 보건의료원 운영실태 조사연구, 1990.

진료를 수행하는데 기본적인 장비는 제대로 갖추고 있다고 볼 수 있다. 오히려 보유하고 있으면서도 상당수의 장비 (11.4%)가 사용되지 않고 있다. 사용되지 않는 장비의 주요 품목은 인큐베이터, 수술대, 마취기, 심전도기, 물리치료기, 복강경, 고압산소기, 위내시경 등 수십종에 달한다 (보건사회연구원, 1990). 사용하지 않는 주 이유는 고장인 경우는 오히려 적고, 해당장비를 사용할 수 있는 진료과목이 개설되지 않은 경우, 중복구입이나 적절치 못한 구입 등인데 그 중에서도 중요한 것은 해당 장비를 이용할 전문인력이 없는 경우와 있어도 진료상 위험부담 등으로 이용을 기피하는 경향 때문이다.

### 3. 운영실적

보건의료원의 병상이용률은 평균 13%로 극히 저조하였다 (표 8). 이것은 1988년 전국 병원 평균치 71.1%에 비하면 현저하게 낮은 수준이다.

〈표 8〉 보건의료원의 병상이용률

| 병상규모    | 의료원수 | 병상이용률 (%) |
|---------|------|-----------|
| 20 ~ 28 | 4    | 24.3      |
| 30 ~ 31 | 9    | 10.9      |
| 40      | 2    | 6.7       |
| 전체      | 15   | 13.0      |

자료 : 한국보건사회연구원. 보건의료원 운영실태, 1990.

병상수가 증가할수록 병상이용률이 더욱 감소하는 현상을 보이고 있는데 이는 총입원진료량에 있어서도 비슷한 경향을 보여 계획단계에서부터 잘못된 것이 아닌가 하는 의문을 갖게 한다.

의사들의 진료생산성을 보아도 전국 의사들의 진료실적과는 상당한 차이가 있는 것을 알 수 있다 (표 9).

〈표 9〉 보건의료원 의사의 진료 생산성

|    | 총의사수 | 총진료실적 <sup>1)</sup> | 의사 1인당 평균 진료실적 |                  |
|----|------|---------------------|----------------|------------------|
|    |      |                     | 연간             | 1일 <sup>2)</sup> |
| 외래 | 148  | 561,634             | 3,794          | 13.6             |
| 입원 | 148  | 21,284              | 144            | 0.4              |

<sup>1)</sup> 외래는 외래방문횟수, 입원은 재원기간 총수로 하였음.

<sup>2)</sup> 외래는 연간실적을 280일로, 입원은 365일로 나누어 줌.

자료 : 한국보건사회연구원. 보건의료원 운영실태, 1990.

이와 같이 시설과 인력이 활용되지 못하는 이유는 그 지역의 유효수요가 없거나 또는 환자들로부터 외면당하거나 하는 데서 비롯될 수 있다. 이를 구분하기 위하여 지역내 총 유효수요중 보건의료원이 담당하고 있는 부분이 얼마나 되는지를 분석해 보면 외래는 11.7%, 입원은 2.6%에 불과하다.

〈표 10〉 보건의료원 서비스 제공률

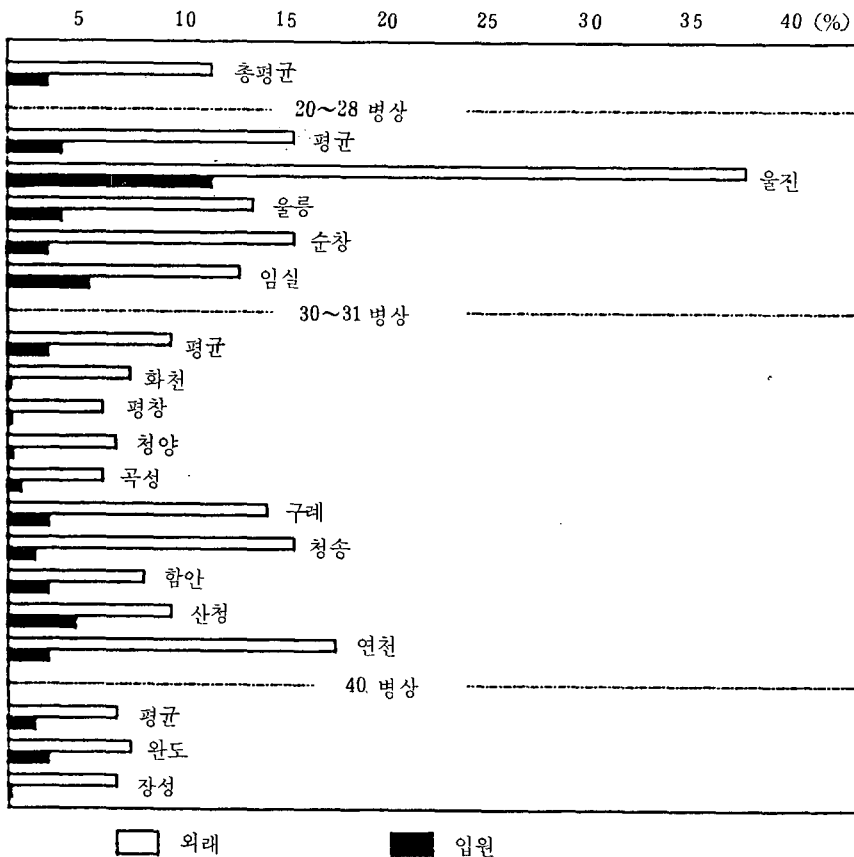
|    | 총인구     | 지역내연간총수요  | 진료실적    |          | 서비스제공률(%) |
|----|---------|-----------|---------|----------|-----------|
|    |         |           | 건수      | 내원(재원)일수 |           |
| 외래 | 845,040 | 4,791,377 | 344,501 | 561,634  | 11.7      |
| 입원 | 845,040 | 811,238   | 3,762   | 21,284   | 2.6       |

자료 : 한국보건사회연구원. 보건의료원 운영실태 조사연구, 1990.

따라서 유효수요는 충분히 있고 전국민의료보험 도입후 의료수요는 계속 증가하는 추세이나 주민들이 보건의료원보다는 다른 의료기관을 선호하기 때문이라고 해석할 수 있다.

보건의료원 서비스 제공률이 지역별로 상당한 차이를 보이고 있어(그림 4 참조) 지역특성에 따른 깊은 분석이 필요하다고 하겠다.

지역사회 진료요구도에 대한 의료원의 서비스 제공률



〈그림 4〉 병상규모별 보건의료원의 서비스 제공률

#### 4. 평가 및 향후 발전방향

아직 보건의료원의 운영실적을 올바르게 평가할 만큼 안정되어 있지 않은 초기시기이나 지금까지의 결과를 살펴볼 때 지역주민의 의료요구를 충족시키는 데는 부족한 실정이다.

보건의료원의 진료기능을 향상시키고 지역주민들의 이용을 증가시키기 위해서는 정상운영에 필요한 인력 충원과 함께 시설, 장비 및 예산지원 등에 대한 과감한 투자를 고려할 수 있다. 그러나 이러한 방법이 과연 효과적이고도 효율적인 투자인가를 먼저 생각해야 한다. 과연 투자가 증가하면 지역사회 진료요구도 충족률이 증가하고 병상이용률이 회복될 지는 다음과 같은 이유로 계속 의문이 남는다.

첫째, 지역주민들이 의료이용시 공공기관에 대한 선호도가 낮다. 즉, 그동안의 보건소, 보건지소 등의 공공보건의료기관에 대한 부정적인 인식이 누적되어 진료활동에 대한 보건기관의 신뢰도가 쉽게 개선되지 않을 것으로 보인다.

둘째, 공공기관에 근무하는 조직원들의 직무 만족도의 저하를 들 수 있다. 특별히 노동집약적인 성격이 강한 조직임을 감안할 때 조직구성원의 적절한 동기부여는 중요하다. 지금까지 조사된 결과를 보면 보건 사업과 직원에 비해 진료부 직원의 직무만족이 떨어지는데 이는 공중보건의 제도의 문제점과 연관되어 있다. 특히 공중보건의에게 정규 직급이 부여되어 있지 않음 뿐더러 소속이 불분명하고, 보수체계가 낮은 현실태는 조직원의 사기를 떨어 뜨린다. 물론 공중보건의 자신들의 근무에 임하는 태도나 성의도 문제가 된다.

셋째, 공공조직은 지역의 환경변화에 적절하게 대처하는 조직적 대응능력이 떨어진다. 이는 획일적인 행정처리와 겹겹이 있는 결재과정 등은 사업진행의 순발력과 융통성을 떨어뜨려 민간의료기관과의 경쟁에서 떨어지게 된다.

우리는 농촌지역에 설치했던 모자보건센터가 제 기능을 하지 못해 불필요한 투자와 고급 인력(예: 산부인과 전문의)이 제대로 활용되지 못했던 뼈 아픈 경험을 갖고 있다. 이러한 경험을 되풀이 하지 않기 위해서는 인력과 입원시설 등에 대한 투자를 증가시키기 보다는 현재의 조직운영 체계를 재정립하고, 이를 효과적으로 운용할 수 있는 제도적인 보완장치가 필요하다. 오히려 고도의 의료기술을 요하는 진료기능 특히 입원진료는 장기적인 안목에서 민간병원에 위임하는 방향을 모색해야 할 것이다. 그 대신 외래진료를 강화하고, 입원위주의 2차 보건의료보다는 앞으로 공공의료부문이 담당해야 할 기능을 확대하는 것이 바람직하다. 재활서비스, 응급후송서비스 등이 그것이다.

## VI. 맺는말

지방자치라는 변화는 국가의 중앙집권적 행정체제에서 각 지방자치단체가 행정의 주체가 되는 일련의 개혁이라 할 수 있다. 이는 중앙정부 입장에서는 일선조직을 갖고자 하는 의도가 당연하나 우선적으로 자치행정의 정신에 입각하여 최대한 지방자치단체의 자율성 및 자체내 사무의 통일성을 보장해 주어야 한다. 따라서 지역의 행정수요에 부응하는 중앙 행정기관들의 시·도 합동사무소를 통한 지방자치단체 사업에 대해 지도하는 것이 어느정도 현실성이 있다. 더불어 지방자치단체 조합을 형성하거나, 위임 등을 통한 다원조직체가 실현되어야 한다.

보건소는 보건사업의 핵심적인 부서요 기본단위이다. 이제 보건소의 기능은 시대의 요구에 따라 변환되어야 한다. 과거의 전염병관리 위주의 사업은 만성퇴행성질환 관리사업으로, 가족계획 및 모자보건사업은 보건교육으로 확대되고 더불어 보건소는 재활과 정신보건사업의 중심이 되어야 할 것이다. 따라서 이에 대응하는 구체적인 내부조직의 개편이 요구된다. 물론 이러한 기능은 지역사회의 여건에 따라 융통성있게 조화되어야 할 것이다.

한편 의료보험과 의료전달체계, 의료서비스의 수요와 공급은 자치단체 수준에서부터 총괄적으로 한 부서

에서 다루어져야 하며 보건소가 그 주체가 되어야 한다. 의료보험이 사회보장의 한 부분임에는 틀림없으나 보험대상이 의료서비스이고 보험행정의 주 기능은 점차 급여관리가 될 것이다. 이렇게 될 때 보험행정에서 가장 필요한 전문성은 의료에 관한 것이고 전문인으로서 의료인이 필요하고 지역단위에서 가능한 인적자원 은 보건소에 근무하는 의료인들이다.

이러한 변화와 보건소의 새로운 기능을 전망하면서 예방의학을 전공하는 우리들이 어떻게 기여할 수 있는 지를 제안하고자 한다.

첫째, 지역보건행정의 일선현장에 직접 참여하여야 한다. 지금까지 대학에서 예방의학을 전공한 사람들은 극소수를 제외하고는 거의 대학에서 활동하고 있다. 물론 아직 배출한 수도 많지 않고 지난 10여년간 의과 대학이 신설됨에 따라 그런대로 수요, 공급이 균형을 이루었다고 할 수 있다. 그러나 한 전문분야의 배출인 력이 교육기관에만 집중된다면 그 생명력을 잃게 된다. 앞서 언급한 데로 의료인이 지역보건행정의 책임을 맡아야 한다면 예방의학을 전공한 경우에만 그 전문성이 발휘될 수 있다.

둘째, 보건소장을 비롯한 지역보건사업에 종사하고 있는 기존 인력들의 재교육을 위한 교육과정을 개발하 고 그 교육을 담당하여야 한다. 앞으로 강조될 기획, 평가능력을 향상시키고 새로운 보건사업에 대한 이해 와 사업추진을 위해서는 적절한 교육훈련이 필요하다. 현재 보건진료원 훈련체계와 유사하게 각 지역별로 교육훈련 기관을 지정하여 교육을 담당하게 하거나 보건대학원의 정규과정 또는 특수과정을 통해 교육 훈련 기능을 담당할 수 있을 것이다.

셋째, 지역보건사업의 구체적 내용들을 개발, 제시하여야 한다. 아무리 지방자치제가 실시되더라도 각 지 역에서 새로운 보건사업을 개발할 능력이 없는 것이 현실이다. 중앙정부 차원에서도 창의적인 사업을 스스 로 개발할 여력이 미흡한 것으로 생각된다. 1970년대 후반부터 많은 의과대학의 예방의학교실에서도 1차 보 건의료에 대한 시범사업을 전개해 왔고 그 결과 공공보건의료 정책에 반영된 긍정적인 효과도 적지 않았다. 그러나 최근들어 이러한 노력이 많이 위축되고 있는 듯하다. 지방화시대가 열리고 보건의료 수요가 변화되 어 가고 있는 이 때에 이에 알맞는 지역보건행정조직의 재편과 서비스 모형을 개발하여 제시해야 할 책임이 우리에게 있다고 믿는다.

## 참 고 문 헌

- 경제기획원 조사통계국. 사망원인 통계, 1989.  
 김정순. 우리나라 사망원인의 변천과 전망. 한국역학회지 1989; 11(2): 155~174.  
 대한민국 정부. 『보건소법』, 1991.  
 대한민국 정부. 『지방자치법』, 1991.  
 대한의학협회. 보건의료원 현황 및 실태조사, 1990.  
 문옥륜. 지방자치하에서의 보건의료 행정조직. 의협신보, 1989. 4,5월.  
 오석홍. 지방자치제 실시와 보건행정조직. 연세대학교 인구 및 보건개발연구소. 지방자치하에서의 보건소장 재훈련 계획개발 세미나 보고서, 1989.  
 유승흠. 의료정책과 관리. 기린원, 1990.  
 한국보건사회연구원. 보건의료원 운영실태 조사연구, 1990.