

## 보건진료원의 정규직화 전과 후의 보건진료원 활동 및 보건진료소 관리운영체계의 비교 분석

경북대학교 대학원 보건학과  
윤석옥·정문숙

### Comparative Analysis of Community Health Practitioner's Activities and Primary Health Post Management Before and After Officialization of Community Health Practitioner

Suk Ok Yun, Moon Sook Jung

Department of Public Health, Graduate School, Kyungpook National University

#### = ABSTRACT =

To provide better health care services to the rural population, the government has made the Community Health Practitioner(CHP) a regular government official from April 1, 1992. This study was carried out to study the impact of officialization of CHP on the activities and management system of Primary Health Post(PHP).

Fifty PHPs were selected by two stage sampling, cluster and simple random, from 595 PHPs in Kyungnam and Kyungpook provinces. Data were collected by a personal interview with CHPs and review of records and reports kept in the PHPs. The study was done for the periods of January 1-March 31, 1992 (before officialization) and January 1-March 31, 1993 (after officialization).

Ninety-six percent of the CHPs wanted to become a regular government official in the hope of better job security and higher salary. The proportion of CHPs who were proud of their job was increased from 24% to 46% after officialization. Those CHPs who felt insecure for their job decreased from 30% to 10%. Monthly salary was increased by 34% from 802,600 Won to 1,076,000 Won and 90% of the CHPs were satisfied with their salary, also more CHPs responded that they have autonomy in their work planning, implementation of plan, management of the post, and evaluation of their activity.

There were no appreciable changes in such CHPs' activities as assessment of local health resources, drawing map for the catchment area, utilization of community organization, grasping the current population structure in the catchment area, keeping the family health records, individual and group health education, and school health service. However, the number of home visits was increased from 13.6 times on the average per month per CHP to 27.5 times. More mothers and children were referred to other medical facilities for the immunization and family planning services. Average number of patients of hypertension, cancer, and diabetes in three months period was decreased from 12.7 to 11.6, from 1.5 to 1.2, and 4.3 to 3.4, respectively.

Records for the patient care, drug management, and equipment were well kept but not for other records. The level of record keeping was not changed after officialization.

The proportion of PHPs which had support from the health center was increased for drug supply from 14.0% to 30.0%, for consumable commodities from 22.0% to 52.0%, for maintenance of PHP from 54.0% to 68.0%, for supply of health education materials from 34.0% to 44.0%, and supply of equipment from 54.0% to 58.0%.

Total monthly revenue of a PHP was increased by about 50,000 Won; increased by 22,000 Won in patient care and 34,700 Won in the government subsidy but decreased in the membership due and donation. However, there was no remarkable changes in the expenditure.

The proportion of PHPs which had received official notes from the health center for the purpose of guidance and supervision of the CHPs was increased from 20% to 38% during three months period and the average number of telephone call for supervision from the health center per PHP was increased from 1.8 to 2.1 times( $p < 0.01$ ). However, the proportion of PHPs that had supervisory visit and conference was reduced from 79% to 62%, and from 88% to 74%, respectively.

The proportion of CHPs who maintained a cooperative relationship with Myun Health Workers was reduced from 42% to 36%, that with the director of health center from 46% to 24%, that with the chief of public health administration section from 56% to 36%, and that with the chairman of PHP management council from 62% to 38%. Most of the CHPs (92% before and 82% after officialization) stated that the PHP management council is not helpful for the PHP. CHPs who considered the PHP management council unnecessary increased from 4% to 16%( $p < 0.05$ ).

Suggestions made by the CHPs for the improvement of CHIP program included emphasis on health education, assurance of autonomy for PHP management, increase of the kind of drugs that can be dispensed by CHPs, and appointment of an experienced CHP in the health center as the supervisor of CHPs

The results of this study revealed that the role and function of CHPs as reflected in their activities have not been changed after officialization. However, satisfaction in job security and salary was improved as well as the autonomy. Support of health center to the PHP was improved but more official notes were sent to the PHPs which required the CHPs more paper works. Number of telephone calls for supervision was increased but there was little administrative and technical guidance for the CHP activities.

## 서 론

1978년 9월 소련 알마아타에서 세계보건기구가 주최한 일차보건의료에 관한 국제회의에서 오늘날의 보건의료문제를 해결하기 위한 전략으로 일차보건의료 접근법을 채택한 후 각 나라마다 나름대로의 사업전략을 채택하여 시행하고 있다(이성우, 1978; W.H.O., 1978). 우리나라도 농어촌지역의 보건의료문제를 해결하기 위해 1차 보건의료 접근법을 채택하고 1980년 12월 「

농어촌 보건의료를 위한 특별조치법」을 제정하였다. 이 법에 의하여 1981년부터 보건진료원을 양성하여 농어촌에 배치하기 시작하여 현재 2,039명이 활동하고 있다(보건사회부, 1992). 보건진료원은 지난 10여 년간 지역주민들의 건강문제를 최일선에서 해결할 수 있는 인력으로서 지역주민의 건강육구 충족을 위한 사업제공자로서 큰 성과를 거두어 왔다고 평가되어 왔다(한국보건개발연구원, 1980; 김진순, 1982; 김희자,

1983; 이선자, 1984; 김정태 등, 1985; 송건용 등, 1988; 조원정 등, 1992). 보건진료소나 보건진료원에 대한 주민들의 수용도와 만족도도 높게 나타나 우리나라 보건진료원 제도가 의료취약 지역주민에게 비교적 양질의 보건의료서비스를 제공하고 있는 것으로 보고되었다(박정한 등, 1986; 김모임, 1991).

보건진료원은 하루 24시간 보건진료소 또는 관할지역내에 있어야 하고 신분이 보장되지 않았으나, 초기에는 다른 직장에 근무하는 간호사에 비해 보수면에서 나온 편이었다. 그러나 공공기관과 민간기관에 근무하는 간호사의 보수가 향상됨에 따라 보건진료원의 보수는 상대적으로 낮아져 사기가 떨어지게 되었다(한국인구보건연구원, 1981; 보건진료원회, 1990). 또한 보건소, 보건지소, 보건진료소를 연결하는 지원 및 지도 감독체계가 미비하여 1차 보건의료사업 추진에 애로가 많았다. 이에 정부는 1992년 4월 1일부터 보건진료원을 정규직화 공무원으로 하여 신분을 보장하고 보수를 현실화함으로써 직업에 만족감을 갖고 양질의 보건의료를 지역주민들에게 보다 더 의욕적으로 제공하도록 하였다.

지금까지 보건진료원제도가 성공적으로 운영될 수 있었던 것은 전문성, 자율성 및 독립성이 보장되었기 때문이라고 한다(김진순, 1991). 즉 보건진료소의 사업을 보건진료원이 독자적으로 계획하고, 시행하여 왔기 때문에 효율과 효과를 기할 수 있었다.

그러나 정규직 공무원화에 따른 부작용이 우려된다. 즉 공공보건기관의 사업시행 방법은 중앙에서 내려지는 각종 계획과 목표에 따라 사업수행을 하기 때문에 자율성이 약화될 가능성이 있다. 또한 공무원화로 관료주의의 특성에 따라 업무를 수행하고, 각종 규정과 규칙을 중심으로 조직을 운영함으로써 획일주의나 조직의 유연성을 저해하는 결과를 가져올 수 있고, 새로운 상황과 변화가 야기되었을 때 조직의 적응력이 약하게 되고 관료적 병폐와 불친절 등의 단점이 있을 수 있다(김진균 등, 1987; 김석희, 1990). 그러므로 보건진료원의 정규직화가 자칫 상부의 규제로 보건사업이 규격화될 가능성도 있다.

Slavitt(1978)는 직무만족은 직무의 특성이 다양한 기술을 사용할 수 있고, 업무의 한계가 명

확하며, 자율성이 있을 때 생길 수 있으며, 또한 개인의 성취감, 안정감, 성장의 원인이 된다고 하였다. 보건진료원제도가 생긴 지 10여년이 지난에 따라 연령과 경력이 많아지고 가족구성원이 늘어남에 따라 보건진료소의 생활공간부족과 자녀교육 문제 등 새로운 문제가 생겨 직업의 안정감 및 성취감과 연관된 직무만족에도 문제가 예상된다.

본 연구는 보건진료원의 정규직화가 보건진료원 활동과 보건진료소의 관리운영체계에 미친 영향을 분석함으로써 효율적인 보건진료원 활동과 보건진료소의 합리적인 관리운영을 위한 자료를 얻기 위하여 시도하였다.

이에 따른 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 정규직화 전과 후의 보건진료원의 직무만족도를 비교한다.
2. 정규직화 전과 후의 보건진료원의 활동내용을 비교한다.
3. 정규직화 전과 후의 보건진료소 지도감독체계를 비교한다.
4. 정규직화 전과 후의 타 보건의료기관 및 타보건의료인력과의 협력관계를 비교한다.
5. 정규직화 전과 후의 보건진료소의 재정, 약품, 소모품 및 장비 등의 지원체계를 비교한다.
6. 보건진료소 운영협의회의 운영상황 및 지역주민의 참여정도를 비교한다.

## 대상 및 방법

### 1) 대상

연구대상집단은 경상남도와 경상북도에 소재하는 595개의 보건진료소(경남 255개소, 경북 340개소) 중 8%에 해당하는 지역을 다음과 같은 2단계의 집락추출법과 단단확률추출법으로 선정하였다.

제 1 단계: 1개도에 5개군을 무작위로 추출하고, 각 군에서 다시 5면을 무작위로 추출하였다.

제 2 단계: 각 면에서 1개의 보건진료소를 무작위 추출하였다.

이와 같이 선정된 경남 25개와 경북 25개, 총 50개 보건진료소를 조사대상으로 하였다(그림 1).

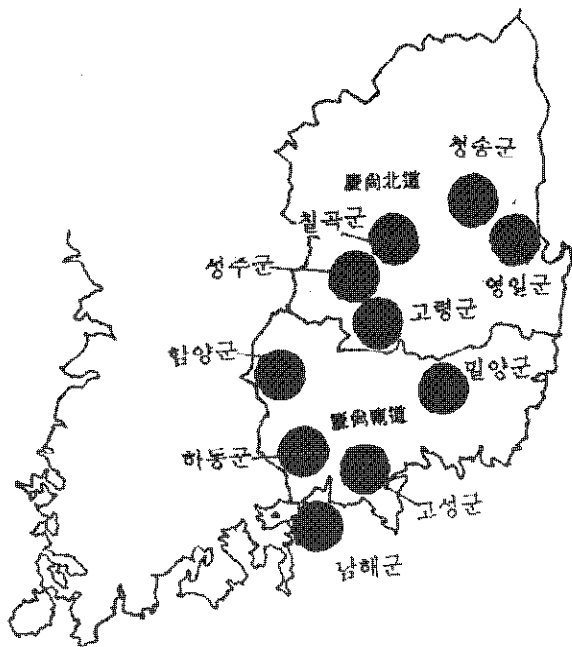


그림 1. 조사대상 지역

## 2) 자료수집방법 및 기간

자료는 연구목적에 맞추어 개발한 면접질문지를 5명의 보건의료원을 대상으로 사전조사(pre-test)를 실시한 후 수정보완한 구조화된 설문지를 이용하여 수집하였다. 설문지를 이용하여 연구대상지역을 본 연구자와 교육받은 연구원(보건의료원 직무교육과정 수료생) 2명이 각 진료소를 1차 및 2차 방문하여 면담조사하였다. 자료수집의 일관성을 유지하기 위해 1, 2차 자료수집을 동일인이 시행하였다. 자료의 신뢰성과 객관성을 높이기 위해 세번 기록 및 보고서를 검토·확인하였다.

제 1차 수집: 1992년 1월 1일부터 3월 31일까지의 자료(정규직화 이전 자료)를 1992년 8월 1일에서 8월 31일까지 1 개월간 수집하였다.

제 2차 수집: 1993년 1월 1일부터 3월 31일까지의 자료(정규직화 이후 자료)를 1993년 4월 1일에서 4월 10일 사이에 수집하였다.

## 3) 분석방법

수집된 자료는 전산통계처리하였다. 먼저 대

상자의 일반적 특성을 실수, 백분율을 구하여 기술하였다. 보건의료원의 정규직화에 따른 보건의료원의 활동과 보건의료소 관리운영체계의 변화를 보기 위해 정규직화 전과 후의 활동상황과 관리운영체계를 비교하였다. 정규직화 전과 후의 분포의 차이에 대한 통계학적 검정은 정규직화 전의 상황을 기대치로 하고 정규직화 후의 상황을 관찰치로 하여  $\chi^2$ -test for goodness of fit을 실시하였다. 평균값에 대해서는  $t$ -test로 검정하였다.

## 성 적

조사대상자들의 일반적 특성은 표 1과 같다. 조사대상 보건의료원들의 연령별, 결혼상태별, 교육정도별 분포는 경상남,북도 전체 보건의료원의 분포와 거의 비슷하였다. 그러나 보건의료원들 가운데 임상 및 보건 두 분야 모두에 근무한 경력이 있는 사람의 비율과 보건의료원으로 근무한 경력이 10년 이상 되는 사람의 비율과 남편 또는 자녀와 떨어져 사는 사람의 비율이 조사대상 보건의료원들이 좀 더 높았다. 조사대상 보건의료원들의 연령분포는 30-39세 군이 68.0%로 가장 많았으며, 20-29세 군이 12.0%, 40-49세 군이 10.0%, 50세 이상군이 10.0%였다. 결혼상태는 기혼이 전체의 82.0%로 대부분을 차지하였으며, 미혼이 16.0%였고, 사별이 2.0%였다. 기본간호교육정도는 간호전문대학 졸업자가 전체의 78.0%로 가장 많았으며, 간호학교 졸업자가 22.0%였고, 4년제 간호학과 졸업자는 없었다. 보건의료원 근무전 경력은 경력이 전혀 없는 경우가 22.0%였으며, 유경력자 중에는 임상분야가 28.0%, 보건분야가 18.0%, 유경력자 중에는 두 분야이상 근무경력이 있는 경우가 32.0%로 가장 많았다. 보건의료원 경력은 5-9년이 52.0%, 10년 이상이 26.0%, 2-4년이 14.0%, 1년 이하가 8.0%였다. 가족 동거상태는 『남편 및 자녀와 함께 생활』 하는 경우가 40.0%로 가장 많았으며, 『혼자서 생활』 하는 경우와 『남편 따로, 자녀와 함께 생활』 하는 경우가 각각 24.0%, 『남편 및 자녀와 따로, 혼자 생활』 하는 경우가 10.0%였다.

표 1. 조사대상 보건진료원과 경상남,북도지역 보건진료원의 일반적 특성

특 성	조사대상 보건진료원		경남경북지역 보건진료원	
	No.	%	No.	%
	(n=50)	(100.0)	(n=595)	(100.0)
연 령(세)				
20 - 29	6	12.0	114	19.0
30 - 39	34	68.0	381	64.0
40 - 49	5	10.0	59	10.0
50 ≤	5	10.0	41	7.0
결혼상태				
기 혼	41	82.0	474	80.0
미 혼	8	16.0	109	18.0
사 별	1	2.0	12	2.0
기본간호교육정도				
간호학교 졸업	11	22.0	121	20.3
간호전문대 졸업	39	78.0	460	77.3
간호학과 졸업	0	0.0	14	2.4
보건진료원 근무전 경력				
없 음	11	22.0	226	38.0
임상 분야	14	28.0	166	27.9
보건 분야	9	18.0	148	24.9
두 분야이상	16	32.0	5	9.2
보건진료원 경력(년)				
≤ 1	4	8.0	33	6.0
2 - 4	7	14.0	80	13.0
5 - 9	26	52.0	387	65.0
10 ≤	13	26.0	95	16.0
보건진료원의 가족 동거상태				
혼자생활 (독신, 무자녀)	12	24.0	184	30.9
남편 및 자녀와 함께 생활	20	40.0	272	45.7
남편따로, 자녀와 함께 생활	12	24.0	88	14.8
남편 및 자녀따로, 혼자생활	5	10.0	42	7.1
기 타	1	2.0	9	1.5

정규직화 이전의 보건진료원 자신들의 신분에 대한 의견은 표 2에서와 같이 『공무원화를 바란다』는 사람이 96.0%로 거의 대부분이었으며, 『그대료가 좋다』는 사람은 4.0%였다. 공무원

화를 바라는 이유 가운데 『신분보장이 될 것이므로』가 52.0%, 『보수가 좋아질 것이므로』가 40.0%, 『업무추진에 도움이 될 것이므로』가 4.0%였다.

표 2. 정규직화 전 보건진료원 자신의 신분에 대한 의견

사실의 신분에 대한 의견	보건진료원수 (n=50)	백분율 (100.0)
그대료가 좋다	2	4.0
공무원화를 바란다	48	96.0
업무추진에 도움이 될 것이므로	(2)	(4.0)
신분보장이 될 것이므로	(26)	(52.0)
보수가 좋아질 것이므로	(20)	(40.0)

정규직화 전과 후의 보건진료원의 직업적 긍지 및 만족도는 표 3과 같다. 직업적 긍지의 경우 『자랑스럽게 생각한다』라고 응답한 사람이 정규직화 전에는 24.0%에서 후에는 46.0%로 증가하였고, 『자랑스럽게 생각하지 않는다』는 사람은 16.0%에서 6.0%로 감소하였다(p<0.01). 또한 신분보장에 대한 불안감도 『항상 불안하다』는 사람이 30.0%에서 10.0%로 감소했으며, 『별로 걱정이 없다』가 34.0%에서 50.0%로 증가하였다(p<0.01).

표 3. 보건진료원 정규직화 전과 후의 직업적 긍지 및 신분보장에 대한 불안감정도별 분포

항 목	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		χ <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
직업적 긍지					
자랑스럽게 생각한다	12	24.0	23	46.0	14.6**
별로 자랑스럽지 않다	28	56.0	23	46.0	
별로 자랑스럽게 생각하지 않는다	8	16.0	3	6.0	
기 타	2	4.0	1	2.0	
신분보장에 대한 불안감					
별로 걱정이 없다	17	34.0	25	50.0	10.7**
가끔 불안한 생각이 든다	18	36.0	20	40.0	
항상 불안하다	15	30.0	5	10.0	

\*\* p<0.01

보건진료원의 정규직화 전과 후의 호봉 분포는 표 4에서와 같이 정규직화 전에는 7-9호봉이 32.0%, 10-14호봉이 28.0%였는데 정규직화 후

에는 4-6호봉이 32.0%, 7-9호봉이 36.0%, 10-14호봉이 20.0%로 4호봉에서 14호봉 사이에 88.0%로 집중되어 있으며 평균호봉이 11.6에서 8.9호봉으로 낮아졌다.

표 4. 보전진료원의 정규직화 전과 후의 호봉 분포

호 봉	정규직화 전 (n=50)		정규직화 후 (n=50)	
	No.	%	No.	%
평균호봉 <sup>1)</sup>	11.6±2.2		8.9±4.5	
1 - 3	7	14.0	3	6.0
4 - 6	7	14.0	16	32.0
7 - 9	16	32.0	18	36.0
10 - 14	14	28.0	10	20.0
15 - 19	5	10.0	3	6.0
20 -	1	2.0	0	0.0

1) 1992.1.1 - 3.31 3개월간 및 1993.1.1 - 3.31 3개월간 평균호봉임

보전진료원의 보수에 대한 만족도는 표 5에서와 같이 「만족한다」가 정규직화 전에 12.0%에서 정규직화 후에는 30.0%로 증가하였으며, 「그저 그렇다」고 응답한 경우는 44.0%에서 60.0%로 증가했고, 「만족하지 않는다」는 44.0%에서 10.0%로 감소했다(p<0.01).

표 5. 보전진료원의 정규직화 전과 후의 월평균급여 및 보수에 대한 만족도 비교

월평균급여 및 만족도	정규직화 전 (n=50)		정규직화 후 (n=50)		χ <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
월평균급여 <sup>1)</sup>	802,690원		1,076,094원		
만족한다	6	12.0	15	30.0	29.6**
그저 그렇다	22	44.0	30	60.0	
만족하지 않는다	22	44.0	5	10.0	

1) 1992.1.1 - 3.31 3개월간 및 1993.1.1 - 3.31 3개월간의 평균급여이며, 월평균 급여는 제수당을 포함한 세급공제전의 급여총액임

\*\* p<0.01

보전진료원의 일과시간 이외의 근무상태는 표 6에서와 같이 정규직화 전과 후에 있어서 50명 중 1명을 제외하고는 49명 모두가 일과시간 이외에 근무하고 있다고 했다. 일과 전과 후 모두

근무하는 경우가 57.2%와 65.3%로 가장 많았으며, 다음은 일과 종료 후에 근무하는 경우가 40.8%와 22.5%였고, 일과시작 전이 2.0%와 12.2%로 정규직화 전 보다 정규직화 후에서 일과 시작 전에 근무하는 사람의 비율이 증가하였다(p<0.01). 일과시간 이외의 근무시 업무내용은 대부분 환자진료였다(표 7).

표 6. 보전진료원의 정규직화 전과 후의 공무원 근무시간 이외 근무자 분포

근무시간대 <sup>1)</sup>	정규직화전 (n=49)		정규직화후 (n=49)		평균 근무시간 <sup>2)</sup> (분)	
	No.	%	No.	%	정규직화전	정규직화후
일과시작전	1	2.0	6	12.2	60.0±0.0	106.7±32.5**
일과종료후	20	40.8	11	22.5	145.0±19.6	163.6±19.7**
일과전과후	28	57.2	32	65.3	225.0±28.0	255.0±36.4**

1) 근무시간대에 따른 정규직화 전과 후의 차이에 대한 유의성 검정 (χ<sup>2</sup>= 27.6\*\*)

2) 1992.1.1-3.31 3개월간 및 1993.1.1-3.31 3개월간 일과시간 이외 1일 평균근무시간임 (t-test). \*\* p<0.01

표 7. 보전진료원 정규직화 전과 후의 공무원 근무시간 이외 근무시 업무내용

근무시간대 업무내용	정규직화 전 (n=49)		정규직화 후 (n=49)	
	No.	%	No.	%
일과시작 전				
진료	1	100.0	6	100.0
교육	0	0.0	0	0.0
회의	0	0.0	0	0.0
일과종료 후				
진료	18	90.0	11	100.0
교육	1	5.0	0	0.0
회의	1	5.0	0	0.0
일과 전과 후				
진료	28	100.0	32	100.0
교육	0	0.0	0	0.0
회의	0	0.0	0	0.0

업무계획의 자율성은 표 8에서와 같이 「충분히 보장되어 있다」는 사람이 28.0%에서 정규직화 후에는 44.0%로, 「어느 정도 보장되어 있다」는 사람은 68.0%에서 54.0%로 각각 증감했다(p<0.05). 업무수행의 자율성은 「충분히 보장되어 있다」의 경우가 14.0%에서 46.0%로 증가하였고, 「어느 정도 보장되어 있다」의 경우가

84.0%에서 54.0%로 감소하였다( $p<0.01$ ). 보건진료소 관리(재정)운영의 자율성의 경우는 「충분히 보장되어 있다」고 응답한 경우가 14.0%에서 34.0%로 증가하였고 「어느 정도 보장되어 있다」가 82.0%에서 62.0%로 감소하였다( $p<0.01$ ). 업무평가의 자율성은 「충분히 보장되어 있다」의 경우가 26.0%에서 58.0%로 증가하였다( $p<0.01$ ).

표 8. 보건진료원 정규직화 전과 후의 보건진료원 업무내용별 자율성 정도

업무내용별 자율성인지정도	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
업무계획					
충분히 보장되어 있다	14	28.0	22	44.0	6.5*
어느정도 보장되어 있다	34	68.0	27	54.0	
전혀 보장되지 않음	2	4.0	1	2.0	
업무수행					
충분히 보장되어 있다	7	14.0	23	46.0	42.9**
어느정도 보장되어 있다	42	84.0	27	54.0	
전혀 보장되지 않음	1	2.0	0	0.0	
관리(재정)운영					
충분히 보장되어 있다	7	14.0	17	34.0	16.7*
어느정도 보장되어 있다	41	82.0	31	62.0	
전혀 보장되지 않음	2	4.0	2	4.0	
업무평가					
충분히 보장되어 있다	13	26.0	29	58.0	26.8**
어느정도 보장되어 있다	36	72.0	20	40.0	
전혀 보장되지 않음	1	2.0	1	2.0	

\*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$

보건진료원의 업무에서 지역사회 조직개발에 관한 활동 중 지역사회 보건의료자원의 파악 정도는 표 9에서와 같이 정규직화 전의 경우 「정확하게 파악되어 있다」가 40.0%, 「부정확하게 되어 있다」가 58.0%, 「전혀 되어 있지 않다」가 2.0%였으나, 정규직화 후에는 「정확하게 파악되어 있다」가 46.0%, 「부정확하게 되어 있다」가 50.0%로 정규직화 후가 전에 비해 다소 정확하게 파악되고 있는 경향은 있으나 통계학적인 유의성은 없었다. 관할지역의 지도 작성상태도 정확하게 되어 있는 경우가 60.0%에서 56.0%로 감소했고, 부정확하게 되어 있는 경우는 32.0%에서 38.0%로 증가했고, 전혀 되어 있지

않은 경우가 8.0%에서 6.0%로 감소했으나 통계학적인 유의성은 없었다. 지역사회조직의 활용 상태는 「활용을 잘한다」는 경우가 44.0%에서 38.0%로, 「잘되지 않고 있다」는 경우가 56.0%에서 62.0%로 증가하였으나 통계학적인 유의성은 없었다.

표 9. 보건진료원 정규직화 전과 후의 지역사회 보건 의료 자원의 파악 및 지역사회조직의 활용정도

지역사회 보건의료 자원파악 및 지역 사회 조직 활용정도	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
지역사회 보건의료자원 파악정도					
정확하게 되어 있다	20	40.0	23	46.0	2.0
부정확하게 되어 있다	29	58.0	25	50.0	
전혀 되어있지 않다	1	2.0	2	4.0	
지도 작성 상태					
정확하게 되어 있다	30	60.0	28	56.0	0.9
부정확하게 되어 있다	16	32.0	19	38.0	
전혀 되어있지 않다	4	8.0	3	6.0	
지역사회조직 활용정도					
활용을 잘 한다	22	44.0	19	38.0	0.7
잘 되지 않고 있다	28	56.0	31	62.0	
전혀 되어있지 않다	0	0.0	0	0.0	

사업대상자파악 및 사업계획활동 중 대상지역의 인구구조 파악여부는 표 10에서와 같이 정규직화 전과 후에 있어서 파악 안된 경우가 각각 12.0%, 파악되어 있는 경우가 각각 88.0%로 변화가 없었다. 파악되어 있는 경우라도 최종 파악 작성년도를 보면 정규직화 전의 경우는 1984년 이전부터 작성되어 있었고, 1991년과 1992년 사이에 작성이 대부분(73.2%)을 차지했다. 보건진료소의 가정건강기록부 작성에 있어서 되어 있는 경우는 92.0%에서 98.0%로 증가했으나 통계학적 유의성은 없었다. 한편 1985년에서 1989년 사이에 기록부를 작성한 경우가 41.3%로 가장 많았으며, 정규직화 후에는 1993년에 작성한 경우가 26.6%였다.

보건사업대상자 파악상태는 표 11과 같이 정규직화 전과 후의 각 분야의 분포가 비슷했으나 특히 「성인병관리」가 66.0%에서 80.0%로, 「성병관리」가 10.0%에서 16.0%로 각각 증가했다.

가정방문 실시상황은 표 12와 같이 「정기적 계획 실시」가 24.0%에서 26.0%, 「왕진요청시

」가 26%에서 30%로 증가했으며, 『가꿈 실시』가 44%에서 38%로 감소하였으나 통계학적 유의성은 없었다. 월평균 가정방문 회수는 정규직화 후 13.6 ± 2.3회에서 27.5 ± 3.6회로 증가하였다(p<0.01).

표 10. 정규직화 전과 후의 대상지역의 인구구조 파악 및 가정건강기록부 작성

인구구조 파악 및 가정건강기록부작성	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		χ <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
인구구조 파악안됨	6	12.0	6	12.0	0.0
파악됨(비치)	44	88.0	44	88.0	
최종파악 작성연도					
84년 이전	3	6.6	0	0.0	
85 - 89년	3	6.6	3	6.6	
90년	5	11.6	4	9.3	
91년	20	44.4	5	11.6	
92년	13	28.8	22	51.2	
93년	0	0.0	9	20.9	
가정건강기록부 작성되어 있지 않음	4	8.0	1	2.0	2.5
작성되어 있음	46	92.0	49	98.0	
최종작성 연도					
84년 이전	8	17.4	3	6.0	
85 - 89년	19	41.3	10	20.3	
90년	3	6.0	7	14.3	
91년	9	19.6	5	10.3	
92년	9	15.2	11	22.5	
93년	0	0.0	13	26.6	

표 11. 보건진료원 정규직화 전과 후의 보건사업 대상자파악 및 관리

보 건 사 업	정규직화 전 <sup>1)</sup> (n=50)		정규직화 후 <sup>2)</sup> (n=50)	
	No.	%	No.	%
모성보건(임산부)	29	58.0	28	56.0
영유아보건	40	80.0	39	78.0
가족계획	30	60.0	28	56.0
결핵관리	34	68.0	29	58.0
성인병관리	33	66.0	40	80.0
성병관리	5	10.0	8	16.0
구강보건	18	36.0	17	34.0
학교보건	16	32.0	12	24.0
기 타	9	18.0	9	18.0

1) 1991.1.1 이후 자료가 파악된 경우  
2) 1992.1.1 이후 자료가 파악된 경우

표 12. 보건진료원 정규직화 전과 후의 가정방문 실시 상황

가정 방문	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		χ <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
가정방문 월평균 회수 <sup>1)</sup>	13.6±2.3		27.5±3.6 <sup>**</sup>		
정기적 계획실시	12	24.0	13	26.0	0.80
왕진 요청시만 실시	13	26.0	15	30.0	
가꿈 실시	22	44.0	19	38.0	
전혀 안한다	3	6.0	3	6.0	

1) 1992.1.1-3.31 까지 및 1993.1.1-3.31 까지의 가정 방문 월평균 회수임  
\*\* p<0.01

집단보건교육 실시현황은 『주기적 실시』가 24.0%와 16.0%, 『부정기적 실시』가 72.0%와 76.0%, 『전혀 안함』의 경우는 4.0%에서 8.0%로 증가하였으나 통계학적 유의성은 없었다. 개인별 보건교육 실시는 『진료시에 실시』한다가 정규직화 전과 후에 모두 44.0%였다. 『진료시외에 계획적 실시』하는 경우가 52.0%와 54.0%였고, 『전혀 안함』의 경우는 4.0%와 2.0%로 비슷하였다. 학교보건교육 실시는 『주기적 실시』가 정규직화 전과 후에 모두 10%였으며, 『부정기적 실시』의 경우는 44.0%에서 50.0%로 증가했고, 『전혀 안함』은 46.0%에서 40.0%로 감소하여 뚜렷한 변화는 없었다(표 13).

표 13. 보건진료원 정규직화 전과 후의 보건교육 실시 상황

종 류	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		χ <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
집단보건교육					
주기적 실시	12	24.0	8	16.0	3.4
부정기적 실시	36	72.0	38	76.0	
전혀 안함	2	4.0	4	8.0	
개인보건교육					
진료시에 실시	22	44.0	22	44.0	0.5
진료시외에 계획적 실시 <sup>1)</sup>	26	52.0	27	54.0	
전혀 안함	2	4.0	1	2.0	
학교보건교육					
주기적으로 실시	5	10.0	5	10.0	0.8
부정기적으로 실시	22	44.0	25	50.0	
전혀 안함	23	46.0	20	40.0	

1) 가정방문, 책자, 유인물 및 차트 등을 이용하여 보건교육을 실시한 경우.



모성보건관리는 표 14에서 『보건진료원이 직접 관리』 한다는 사람이 정규직화 후에는 22.0%에서 16.0%, 『타보건의료기관에 의뢰』 하는 경우가 68.0%에서 64.0%로 감소했다. 반면 전혀 하지 않는 경우가 10.0%에서 20.0%로 증가하였다( $p<0.05$ ). 가족계획은 『보건진료원이 직접 실시』 한다는 사람이 정규직화 후에 16.0%에서 4.0%로 감소하였고, 『타보건의료기관에 의뢰』 하는 사람은 66.0%에서 70.0%로 증가하였고, 『하지 않음』 이라고 답한 경우는 18.0%에서 26.0%로 증가하였다( $p<0.05$ ). 예방접종은 기본예방접종만 하는 경우가 정규직화 후에 30.0%에서 26.0%로, 『필요하다면 백신을 구입해서 접종한다』 는 사람은 14.0%에서 10.0%로 줄었으며, 『타보건의료기관에 의뢰』 한다는 사람이 56.0%에서 64.0%로 늘었으나 통계학적 유의성은 없었다.

표 14. 보건진료원 정규직화 전과 후의 모성보건(산전·분만·산후)관리, 가족계획사업 및 예방접종실시 상황

모성보건 관리, 가족계획 사업 및 예방접종 실시상황	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
<b>모성보건</b>					
보건진료원이 직접관리	11	22.0	8	16.0	6.0*
타보건의료기관에 의뢰	34	68.0	32	64.0	
하지 않음	5	10.0	10	20.0	
<b>가족계획</b>					
보건진료원이 직접실시	8	16.0	2	4.0	6.4*
타보건의료기관에 의뢰	33	66.0	35	70.0	
하지 않음	9	18.0	13	26.0	
<b>예방접종</b>					
기본예방접종만 함	15	30.0	13	26.0	1.4
필요하면 백신을 구입해서 접종	7	14.0	5	10.0	
타보건의료기관에 의뢰	28	56.0	32	64.0	

\*  $p<0.05$

표 15와 같이 3개월 동안 관리한 고혈압 평균환자수가 12.7명에서 11.6명( $p<0.05$ ), 암환자가 1.5명에서 1.2명, 당뇨병환자가 4.3명에서 3.4명으로 감소하였다( $p<0.01$ ). 또한 진료범위내 응급환자는 정규직화 전 3.3명에서 정규직화 후 2.6명으로 감소하였다( $p<0.01$ ).

표 15. 보건진료원 정규직화 전과 후에 진료한 평균 성인병 및 응급환자수

성인병 및 응급환자	정규직화전		정규직화후		t
	평균 환자수	표준편차	평균 환자수	표준편차	
<b>성인병</b>					
고혈압	12.7	1.7	11.6	1.6	3.4*
중풍	1.8	0.4	1.8	0.3	0.0
암	1.5	0.3	1.2	0.2	6.4**
당뇨병	4.3	0.9	3.4	0.5	6.3**
<b>응급환자</b>					
진료범위내 응급환자	3.3	0.5	2.6	0.4	8.2**
진료범위의 응급환자	1.1	0.3	1.2	0.3	2.1*

U) 진료환자수는 1개 진료소당 1992.1.1-3.31 및 1993.1.1-3.31의 3개월간 진료실적임

\*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$

각종 건강기록부 비치는 표 16과 같이 장비대장, 약품관리대장, 환자진료기록부는 100% 비치되어 있으나 조산기록부는 정규직화 전과 후에 각각 54.0%, 58.0%였다.

표 16. 보건진료원 정규직화 전과 후의 보건진료소 사업운영을 위한 각종 기록부 비치상황

기록부	정규직화 전		정규직화 후	
	있음	%	있음	%
장비대장	50	100.0	50	100.0
물품대장	43	86.0	42	84.0
비품관리대장	45	90.0	42	84.0
약품관리대장	50	100.0	50	100.0
환자진료기록부	50	100.0	50	100.0
조산기록부	27	54.0	29	58.0
히계기록부	47	94.0	48	96.0
활동기록부	42	84.0	45	90.0
기타기록부	27	54.0	25	50.0

보건진료소의 3개월간 월평균 수입과 지출은 표 17과 같다. 진료수입은 317,728원에서 339,025원, 국비 또는 지방비보조금이 4,800원에서 38,508원으로 늘었고, 회비 및 기부금은 19,420원에서 10,739원으로 줄어들어 월평균 수입총액이 346,413원에서 396,644원으로 늘었다. 지출은 약품구입비, 비품구입비, 유지관리비 및 기타 항목으로 구성되어 있었는데 정규직화 전의 지출총액이 280,985원, 정규직화 후가 289,460원이었다.

표 17. 보건진료원 정규직화 전과 후의 월평균 수입  
총액 및 지출총액<sup>1)</sup>

수입·지출 항목	정규직화 전		정규직화 후	
	평균	표준편차	평균	표준편차
수입항목				
진료수입	317,728	29,861	339,025	28,832
회비 및 기부금	19,420	8,729	10,739	6,935
이자수입	4,465	2,747	8,371	4,854
국비 또는 지방비보조금	4,800	1,891	38,508	11,835
계	346,413		396,644	
지출항목				
약품구입비	121,703	13,005	127,060	14,331
비품구입비	31,098	9,055	23,806	5,716
유지관리비	55,636	11,081	78,233	9,607
기타 잡비	72,549	12,648	60,362	9,997
계	280,985		289,460	

1) 1개 진료소당 1992.1.1 - 3.31 및 1993.1.1 - 3.31의 3개월간의 월평균 수입총액 및 지출총액(원)임

보건소의 지원내용은 표 18과 같다. 약품지원을 받은 보건진료소는 정규직화 전 14.0%에서 정규직화 후에는 60.0%로, 소모품지원은 22.0%에서 52.0%로, 건물유지보수지원은 54.0%에서 68.0%, 보건교육자료가 34.0%에서 44.0%로 각각 증가하였고, 장비지원은 58.0%에서 54.0%로 감소하였다.

표 18. 정규직화 전과 후의 보건소 지원을 받은 진료소 수

지 원 내 용	정규직화 전 (n=50)		정규직화 후 (n=50)	
	No.	%	No.	%
약품	7	14.0	30	60.0
소모품	11	22.0	26	52.0
장비	29	58.0	27	54.0
건물유지보수	27	54.0	34	68.0
보건교육자료	17	34.0	22	44.0

지도감독상황은 표 19와 같이 3개월 동안 지시공문이 『있었다』는 경우가 20.0%에서 38.0%로 증가하였으며(p<0.01), 평균 지시공문회수는 10.1회에서 11.1회로 증가하였다(p<0.01). 방문지도는 『있었다』가 78.0%에서 62.0%로 감소하였고(p<0.05), 방문목적은 보건진료소 운영전반에 관한 내용이 정규직화 전에는 58.0%였는데 정규

직화 후에는 42.0%였다. 방문지도가 『있었다』는 사람들이 3개월 동안 진료소 당 받은 평균 방문지도회수는 2.5회에서 1.2회로 줄었다(p<0.01). 전화지도는 『있었다』는 사람이 66.0%에서 74.0%로 나타났으며 통계학적으로 유의한 것은 아니었다. 전화지도 내용은 근무확인이 정규직화 전과 후가 46.0%와 58.0%였고, 평균 회수는 1.8회에서 2.1회로 증가했다(p<0.01). 회의소집은 『있었다』가 86.0%에서 74.0%로 감소했고(p<0.05), 소집내용도 보건진료소 운영전반에 관한 것이 정규직화 전과 후가 50.0%와 36.0%였고, 평균 회의소집 회수는 3.7회에서 1.2회로 줄었다(p<0.01).

표 19. 정규직화 전과 후의 보건진료소가 보건소로부터 받은 지도감독의 방법 및 평균회수<sup>1)</sup>

지도감독 방법	정규직화 전 (n=50)		정규직화 후 (n=50)		χ <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
지시공문					
없었다	40	80.0	31	62.0	11.1**
있었다	10	20.0	19	38.0	
평균회수(표준편차) <sup>2)</sup>	10.1	( 1.3)	11.1**	( 1.0)	
방문지도					
없었다	11	22.0	19	38.0	7.5*
있었다	39	78.0	31	62.0	
목적: 회의소집 ( 8) (16.0) ( 3) ( 6.0) 운영전반 (29) (58.0) (21) (42.0) 기강확립 ( 2) ( 4.0) ( 7) (14.0)					
평균회수(표준편차) <sup>2)</sup>	2.5	( 0.6)	1.2**	( 0.2)	
전화지도					
없었다	17	34.0	13	26.0	2.7
있었다	33	66.0	37	74.0	
내용: 진료소운영 (10) (20.0) ( 8) (16.0) 근무확인 (23) (46.0) (29) (58.0)					
평균회수(표준편차) <sup>2)</sup>	1.8	( 0.3)	2.1**	( 0.4)	
회의소집					
없었다	7	14.0	13	26.0	6.0*
있었다	43	86.0	37	74.0	
목적: 진료소운영 (25) (50.0) (18) (36.0) 행정업무 ( 9) (18.0) ( 8) (16.0) 교육 ( 9) (18.0) (11) (22.0)					
평균회수(표준편차) <sup>2)</sup>	3.7	( 1.0)	1.3**	( 0.2)	

1) 1992.1.1 - 3.31 3개월간 및 1993.1.1 - 3.31 3개월간 보건진료소별 평균회수임

2) 평균회수는 t-test함

\* p<0.05, \*\* p<0.01

공중보건역사 및 면보건요원과의 협력관계는 표 20과 같다. 공중보건역의 협력이 『있었다』는 사람이 28.0%에서 12.0%로 줄었고, 협력관계의 내용은 예방접종과 관련한 것이 16.0% 및 8.0%였으나 통계학적 유의성은 없었다. 면보건요원과의 협력이 『있었다』는 사람도 84.0%에서 72.0%로 감소하였고( $p < 0.05$ ), 그 내용은 예방접종에 관한 것이 76.0%와 64.0%였다.

표 20. 보건진료원 정규직화 전과 후의 보건지소 공중보건역 및 면보건요원과의 협력

협 력	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
공중보건역					
없었다	36	72.0	44	88.0	2.1
있었다	14	28.0	6	12.0	
예방접종	( 8)	(16.0)	( 4)	(8.0)	
환자의뢰	( 3)	( 6.0)	( 2)	(4.0)	
면 단	( 3)	( 6.0)	( 0)	(0.0)	
면보건요원					
없었다	8	16.0	14	28.0	5.4*
있었다	42	84.0	36	72.0	
예방접종	(38)	(76.0)	(32)	(64.0)	
행정업무	( 4)	( 8.0)	( 4)	( 8.0)	

1) 1992.1.1. - 3.31 및 1993.1.1. - 3.31의 3개월간 협력회수 및 내용별 대상자 분포

\*  $p < 0.05$

지역내 보건의료요원 및 관련인사와의 관계는 표 21과 같다. 보건소장과의 관계가 『좋다』는 사람이 46.0%에서 24.0%로 감소하였고, 『그저 그렇다』가 46.0%에서 62.0%였으며, 『나쁘다』는 사람이 8.0%에서 14.0%로 각각 증가하였다( $p < 0.01$ ). 보건행정계장과의 관계가 『좋다』는 사람이 56.0%에서 36.0%로 감소했고, 『그저 그렇다』가 44.0%에서 60.0%로 증가했다( $p < 0.05$ ). 또한 운영협의회회장과의 관계가 『좋다』는 사람은 62.0%에서 38.0%로 감소했으며, 『그저 그렇다』가 36.0%에서 62.0%로 증가하였다( $p < 0.01$ ). 그러나 보건소보건의료원, 면보건요원 그리고 마을건강원 등과의 관계는 정규직화 후에 특별한 변화가 없었다.

표 21. 보건진료원 정규직화 전과 후의 보건진료원과 지역내 보건의료요원 및 관련인사와의 협력관계

협력관계	정규직화전 (n=50)		정규직화후 (n=50)		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
보건소장					
좋다	23	46.0	12	24.0	10.3**
그저 그렇다	23	46.0	31	62.0	
나쁘다	4	8.0	7	14.0	
보건행정계장					
좋다	28	56.0	18	36.0	6.5*
그저 그렇다	22	44.0	30	60.0	
나쁘다	0	0.0	2	4.0	
보건소 보건의료원					
좋다	21	42.0	16	32.0	2.8
그저 그렇다	28	56.0	32	64.0	
나쁘다	1	2.0	2	4.0	
공중보건역					
좋다	10	20.0	10	20.0	0.4
그저 그렇다	37	74.0	38	76.0	
나쁘다	3	6.0	2	4.0	
면보건요원					
좋다	21	42.0	22	44.0	0.2
그저 그렇다	29	58.0	27	54.0	
나쁘다	0	0.0	1	2.0	
운영협의회 회장					
좋다	31	62.0	19	38.0	15.0**
그저 그렇다	18	36.0	31	62.0	
나쁘다	1	2.0	0	0.0	
마을건강원					
좋다	26	52.0	23	46.0	0.7
그저 그렇다	24	48.0	27	54.0	
나쁘다	0	0.0	0	0.0	

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

보건진료소 운영협의회가 보건진료소 운영에 도움을 주는 정도는 표 22와 같이 『매우 도움이 됨』이라고 응답한 사람이 4.0%에서 정규직화 후에 2.0%로, 『별로 도움이 안됨』이 60.0%에서 58.0%로, 『전혀 도움이 안됨』이 32.0%에서 24.0%로 각각 감소했고, 『운영협의회가 필요 없음』이 4.0%에서 16.0%로 증가하였다( $p < 0.01$ ). 또한 3개월간 평균 회의회수는 1.7회에서 0.9회로 줄었다( $p < 0.05$ ).

표 22. 정규직화 전과 후의 보건진료소 운영협의회회의 회수 및 진료소운영에 도움을 주는 정도

회의 회수 및 도움정도	정규직화전		정규직화후		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
3개월간 평균회의회수 (표준편차) <sup>1)</sup>	1.7	(0.5)	0.9	(0.1)*	
매우 도움이 됨	2	4.0	1	2.0	
별로 도움이 안 됨	30	60.0	29	58.0	19.5**
전혀 도움이 안 됨	16	32.0	12	24.0	
협의회가 필요없음	2	4.0	8	16.0	

1) 1992.1.1 - 3.31. 3개월간 및 1993.1.1 - 3.31  
3개월간 평균회의회수(t-test)

\* p<0.05, \*\* p<0.01

보건진료원제도 발전을 위한 건의사항은 표 23과 같이 보건진료원의 역할과 기능면에 대해서는 『보건교육 중심의 활동을 원함』이 정규직화 전과 후에 각각 44.0%, 36.0%였고, 보건진료소 운영에 대해서는 『독자적 운영을 요구함』이 정규직화 전과 후에 각각 42.0%였다. 보건소 감독에 대해서는 『보건소감독은 경력 있는 보건진료원이 하기 바람』이 10.0%에서 정규직화 후에는 26.0%로 증가하였고, 의약품 구입에 대해서는 『사용약품의 종류를 확대바람』이 각각 40.0%와 42.0%였다. 보건진료소 건물의 보수를 바라는 경우가 정규직화 전과 후에 각각 46.0%, 36.0%였으며 보건진료원 진료수가에 대해서는 『올려야 한다』는 사람이 정규직화 전에는 8.0%였는데 후에는 60.0%였다.

표 23. 보건진료원의 보건진료원제도 발전을 위한 건의사항

구 분	정규직화전		정규직화후	
	No.	%	No.	%
역할 및 기능				
보건교육중심의 활동을 원함	22	44.0	18	36.0
실제적인 보수교육내용으로 강화 요망	6	12.0	5	10.0
보건진료원 교육의 역할만 하도록 (사무업무 제외)	1	2.0	2	4.0
보건진료소 운영방법				
독자적 운영을 요구	21	42.0	21	42.0
정규직화 전 상내 운영방식이 좋다	4	8.0	1	2.0
재정난 해결요망	9	18.0	7	14.0

표 23. 계속

구 분	정규직화전		정규직화후	
	No.	%	No.	%
지도감독				
자율에 맡겨 두기를 원함	13	26.0	8	16.0
정규직화 전 상태 지도감독방식이 좋다	12	24.0	16	32.0
보건소 감독은 경력있는 보건진료원이 하기 바람	5	10.0	13	26.0
의약품 구입				
개별적 자체구입을 원함	13	26.0	11	22.0
공동구입을 원함	9	18.0	7	14.0
사용 약품의 종류를 확대바람	20	40.0	21	42.0
의료기구 구입				
개별적 자체구입을 원함	2	4.0	5	10.0
공동구입을 원함	7	14.0	5	10.0
보건소에서 무상공급 바람	22	44.0	20	40.0
보건진료소 건물				
보수요망	23	46.0	18	36.0
신속, 세설비요망	5	10.0	16	32.0
공간확대요망	12	24.0	5	10.0
진료수와 주대 부리요망	3	6.0	4	8.0
보건진료원 진료수가				
올려야 한다	4	8.0	30	60.0
내려야 한다	10	20.0	4	8.0
현재대로가 좋다	0	0.0	9	18.0

## 고 찰

1980년 보건진료원제도가 채택된 이래 1981년 3월부터 직무교육을 받고 보건진료원은 지방자치단체장인 군수의 위촉으로 임명되어 임시직으로 근무하여 왔다. 정부는 관련 기관의 오랜 연구심도 결과 1992년 4월 1일부터 보건진료원을 별정직 공무원으로 정규직화 함으로써 신분보장과 보수의 현실화를 꾀하였다. 이러한 제도개선으로 보건진료소의 관리를 체계화하고 보건진료원의 활동을 더욱 활성화하고자 하였다. 본 연구는 보건진료원을 정규직 공무원으로 한 후 그들의 직무만족도, 활동내용, 보건소의 보건진료원 지도감독 및 지원 등에 어떤 변화가 있는지를 조사하였다.

Ivancevich(1977)는 조직의 활동 수행능력을 높이기 위한 제도분석을 개인적 차원과 구조적

차원에서 분석할 수 있다고 하였다. 즉, 개인적 차원에서의 분석요소는 근무자의 일반적 특성, 능력 및 기술, 기대 및 성격 등이고, 구조적 차원에서의 분석요소는 신분체계, 지도력, 역할, 결합력, 집단구성으로 분류하였다. 본 연구에서는 개인적 차원의 분석요소로 보건진료원의 일반적 특성을, 구조적 차원의 분석요소로 보건진료원의 활동, 보건진료소 관리운영실태, 보건의료기관과의 협력관계 정도, 지원체계 등을 포함시켰다. 보건진료원의 활동내용은 지역사회조직개발, 사업계획수립, 지역사회보건관리, 모자보건 및 가족계획, 통상질환관리, 사업운영관리 및 마을건강원의 기술지도 등이며, 보건진료소 관리운영체계는 시설 및 재정관리를 포함하였다.

조사대상 보건진료원의 일반적 특성은 경상남,북도내 전체 보건진료원의 특성과 비교했을 때 연령분포, 결혼상태, 기본간호교육정도는 거의 비슷하였다. 조사대상자들 가운데 임상 및 보건 두 분야 모두에 근무한 경력이 있는 사람의 비율과 보건진료원으로 근무한 경력이 10년 이상 되는 사람의 비율과 남편 또는 자녀와 떨어져 사는 사람의 비율은 전체 보다 좀더 높았다. 그러나 전체적으로 보아 조사대상자들이 경상남,북도의 전체 보건진료원들을 대표하는 데에는 큰 무리가 없을 것으로 판단되었다.

조사대상 보건진료원의 연령분포가 30-39세 군이 68.0%, 40세 이상이 20.0%로 비교적 연령이 높은 것은 보건진료원체도가 생긴 지 13년째가 되고 5년 이상 근무한 사람이 78.0%이며, 특히 10년 이상 근무한 사람이 26.0%나 되기 때문이다. 기혼자가 82.0%로 대부분을 차지했다. 그러나 남편 또는 자녀와 떨어져 사는 사람이 34.0%나 되는 것은 자녀들의 교육 또는 남편의 직장관계로 떨어져 살아야 하기 때문이다. 이렇게 가족과 떨어져 사는 것이 보건진료원의 큰 불만요인 중의 하나이다(임경순, 1990). 그러나 이 문제는 해결하기 어렵고 앞으로 중·고등학교에 진학하는 연령에 도달하는 자녀를 가지는 사람이 늘어날 때에는 더 많은 사람들에게 불만요인이 될 가능성이 있다. 특히 보건진료원이 24시간 계속 관할지역내에 있어야 하기 때문에 해결하기 어려운 불만요인이 될 것이다.

정규직화 전 신분보장에 대해 가끔 불안한 생각이 든다와 항상 불안하다는 사람들이 66.0%를

차지했고, 95.8%가 정규직화를 원했으며, 정규직화를 바라는 중요한 이유는 신분보장까 보수위 상승을 바라는 것이었다(김진순 등, 1982; 김모임, 1983; 김진순 등, 1985; 조순자, 1987; 임경순, 1990). 또한 보건진료원의 직업적 긍지를 갖고 있는 사람도 24.0%뿐이었다. 이러한 것은 보건진료원이 군수의 위촉으로 근무하는 임시직에 불과하였고, 1980년대 초기에는 다른 기관의 간호사 보다 보수면에서 좀 더 나은 편이었지만 1980년대 후반부터는 공공기관과 민간기관의 간호사의 보수가 꾸준히 향상된 반면 보건진료원의 보수는 그렇지 못하여 사기가 떨어지게 된 것으로 생각된다(박재용, 1983; 박정환 등, 1986; 김진순 등, 1987). 정규직화 후 월 보수는 평균 약 25만원 올랐고 신분이 보장되어 이에 대한 불만은 많이 해소되었다. 그러나 정규직화될 때 호봉이 전반적으로 하향조정되어 평균 11.6에서 8.9호봉으로 떨어져 이에 대한 불만이 남아 있었다.

평균호봉이 낮아진 것은 『지방공무원 보수규정』에 의하여 보건진료원의 경력을 80% 인정했기 때문이었다. 또 면담조사시 호봉산출에 대한 근거를 알 수 없다고 불만을 나타낸 사람들이 여러 명 있었다. 그러므로 호봉산정에 대한 규정을 보건진료원들에게 정확히 설명해 주는 것도 이에 대한 불만을 줄이는 한 방법이 될 것으로 생각된다.

정규직화 후 일과시간 이외의 근무시간이 증가하였는데 이는 공무원화로 관공서 근무시간 이외 시간의 활동을 기피할 것으로 예상했던 것과는 반대 현상이었다. 이것은 공무원화 이전과 마찬가지로 보건진료원이 진료소에 거주하고 있기 때문에 시간외 근무양상에는 별 변화가 없었고 앞으로도 크게 변하지 않을 것으로 생각된다.

지금까지 보건진료원체도가 성공적으로 운영될 수 있었던 것은 전문성, 자율성 및 독립성이 보장되었기 때문이라는 보고(김진순, 1991)도 있었는데 공무원화로 상부기관에서 내려지는 각종 사업계획과 목표에 따라 사업을 수행하게 될 경우 자율성이 줄어들 것으로 예견되었다. 그러나 본 연구에서는 업무계획, 업무수행과 관리(재정) 운영, 업무평가 등에 관한 자율성 인지정도가 오히려 높게 나타났다. 자율성은 직무만족을 높

이고 개인의 성취감과 안정감을 높이며 또한 성장의 원천이 된다(Maslach, 1976; Slavitt, 1978)고 하였으므로 보건진료원들의 자율성 인지도가 높은 것은 바람직한 일이다. 이러한 현상은 보수에 대한 만족이 직무만족을 가져오고, 또한 직무만족이 자율성 인지도를 높여 준 결과라고 추측된다. 또한 보건사업 제공자의 직업적 만족은 곧 지역사회주민에게 제공되는 서비스 양은 물론, 서비스의 질에 큰 영향을 미칠 것이므로(김모임, 1991) 만족도를 높이기 위한 대책은 꾸준히 강구되어야 할 것이다.

보건수장이 보건진료원을 지도·감독하기 위해 정규직화 후에는 지시공문과 전화지도가 증가했으며, 방문지도와 회의소집은 그 회수가 감소하였다. 특히 회의소집과 보건진료원 모임의 회수를 줄여 보건진료소내 근무를 권유하고, 진료업무를 강조하여 재정적 자립을 바라는 곳이 있었다. 지시공문의 3분의 1정도는 보고를 요구하는 것으로 사무직 업무량을 증가시키고 있었다. 이러한 현상은 보건진료원이 고유업무활동이 장애요인이 될 것이므로 억제되어야 할 것이다. 또한 전화지도의 내용 중 근무를 확인하는 것이 주내용으로 보건진료원의 진료소 밖의 활동 즉, 가정방문 및 집단보건교육 등에 제한을 줄 수도 있는 것으로 생각된다.

과거에는 보건소에서 보건진료원을 지도·감독하기에는 법적 근거가 없어 어려움이 많았다. 김경태 등(1985)의 조사에 의하면 보건소장이 느끼는 지도·감독에 대한 어려움으로 제도적 근거가 없다는 36.4%, 보건소의 체제 미약이 31.2%, 예산부족 16.8%, 보건소장의 시간부족이 6.5%, 보건소장의 기동력부족 5.2%, 기타 3.9%였다. 그러나 1991년 10월에 개정된 보건소법에 의해 보건소장에게 보건진료원의 지도·감독권이 부여되어 법적 근거가 마련되었다. 지도·감독이라 함은 행정, 교육, 그리고 조력하는 기능의 독특한 복합체이다. 지도·감독자는 일을 지시하는 것 뿐 아니라 자기의 역할을 충분히 수행할 수 있도록 가르치는 것이며, 또한 감독은 감독자가 행정, 교육, 조력하는 과정이라고 했다(김진순, 1991). 보건수장의 보건진료원 지도·감독에 관한 법적 근거는 마련되었으나 아직 기술적 지도보다는 분서지시와 전화로 근무확인 등의 감독에 저충하는 것으로 나타났다. 보건진료원사업의

실을 향상시키기 위하여 전문기술적 지도와 행정적 업무지도가 필요하다. 이러한 업무들 위해 보건소에 경력이 있는 보건진료원 출신의 지도요원을 두는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

보건진료원이 일차보건의료사업을 전개하는데 있어서 우선적으로 수행해야 할 지역사회진단에 필요한 지역사회조직 개발 및 사업대상자 파악 그리고 사업계획에서 지역사회조직 활용성도가 정규직화 후 특별한 변화는 없었다. 또한 인구구조 파악과 가정건강기록부의 비치상태도 특별한 변화는 없었다. 선행 연구에서도 보건진료원이 일차보건의료사업을 전개하는데 있어서 우선적으로 수행해야 할 지역사회진단에 필요한 자료수집이 미흡하다고 했다(김의숙, 1988; 윤석옥 등, 1989; 김성혁 등, 1989; 조원정, 1991). 지역주민의 건강관리를 보다 효율적으로 수행하고 국가보건사업을 기획하는데 필요한 정보를 제공하기 위해서는 정보관리체계가 확립되어야 한다.

본 조사에서 나타난 지역사회 보건관리활동 중 가정방문사업의 증가는 정규직화 후의 긍정적인 변화로 생각된다. 그러나 군보건소의 방침에 따라 하루 중 몇 시 이후에 가정방문을 하도록 강조하는 곳과 진료를 강조하는 곳이 있어 일선 관리자의 일차보건의료사업에 대한 개념확립이 재삼 강조되었으면 한다.

보건교육을 위한 활동 중 집단보건교육, 개인 보건교육, 학교보건교육에 관한 활동도 정규직화 전과 후에 특별한 변화는 없었다. 진료중심보다는 예방중심의 보건사업을 점진적으로 유도하기 위하여 보건진료원들이 보건교육을 적극적으로 수행할 수 있는 동기를 부여하고 보건교육 자료공급 및 행정적인 지원이 있어야 할 것이다(서문숙, 1984; 윤석옥 등, 1989; 김의숙 등, 1988).

모성보건과 가족계획사업 및 예방접종 활동은 근본적으로 사업대상 인구가 줄어들고 있고, 또 소수의 사업대상인구를 위한 백신의 공급 등 지원이 원활하지 않아 타보건의료기관에 의뢰하는 경우가 증가한 것으로 생각된다.

통상진환관리 또한 정규직화 전과 후에 별다른 변화는 볼 수 없었고 고혈압, 암, 당뇨병 등의 성인병관리 사업은 보건소에서 중점관리사업으로 시행하면서 보건소 중심으로 사업을 하게

되어 보건진료소에서 오히려 정규직화 후에 줄어드는 경향을 볼 수 있다.

사업운영관리를 위한 각종 기록부 비치상황은 정규직화 전과 후에 별다른 변화는 없었다. 중앙정부와 도는 군에 대하여 보건진료소의 설치와 운영에 필요한 비용의 일부를 보조할 수 있도록 되어 있으나 원칙적으로 보건진료소는 주민에 의하여 자체적으로 운영하도록 되어 있다(보건사회부, 1992). 보건진료소에 작은 액수지만 회비, 기부금 및 정부지원금이 제공되고 있으며 보건사회부장관이 정하는 기준에 따라 군 조례로 정하는 바에 의하여 진료비를 부과하고 있다. 보건진료소 수입총액 및 지출총액을 비교해 보면 정규직화 후에 회비 및 기부금은 줄었으나 진료수입이 월 22,000원 정도 증가하였고, 정부보조금은 월평균 33,000원 정도 늘어나 월평균 총수입이 약 50,000원 늘었다. 지출액은 비슷한 양상을 보였다. 또한 약품, 소모품, 건물유지보수, 보건교육자료 등의 지원은 정규직화 전에 비해 전반적으로 늘어나 보건소의 지원이 증강화된 것으로 생각된다.

정규직화 이전에는 보건진료원의 신분으로 보건소 및 보건지소의 요원들과 답찰동이 어렵다고 했다(김진순, 1991). 그러나 정규직화 후 1년이 지난 시점에서는 보건소장, 보건행정계장 그리고 운영협의회회장과 의 관계가 좋다는 비율이 정규직화 이전보다 모두 낮아졌다. 이것은 보건소는 지도 감독을 강화하려고 하면서 지도보다는 근무확인과 같은 감독에 치중한 결과와 관련 있다고 생각된다.

「보건진료소 관리운영규정」에 의하면 보건진료소 운영협의회는 보건진료원의 복무에 관련된 모든 사항, 보수 및 여비지급 관련사항, 재무회계에 관련된 사항 등 보건진료소 운영전반에 관하여 관여하도록 규정되어 있다. 그러나 운영협의회회장이 관계가 좋다는 사람이 62.0%에서 38.0%로 낮아졌고 운영협의회가 보건진료소 운영에 도움이 된다고 응답한 사람은 1명뿐이었으며, 정규직화 후 별로 도움이 안된다고 전혀 도움이 안된다는 사람이 82.0%를 차지했다. 한국보건사회연구원(1991)의 조사에서도 운영협의회가 보건진료소 운영에 별로 도움이 안되거나 전혀 도움이 안된다고 한 것이 84.0%를 차지하였다. 이러한 결과가 나타난 것은 면접조

사과정에서 운영협의회가 주민의 참여를 위한 활동보다는 보건진료소의 재정판단에 치중하여 간섭이 많다고 보건진료원들이 언급한 것과 관련이 있을 것으로 보인다. 김진순(1991)은 보건진료소 운영협의회가 보건진료소 관할 주민의 건강과 복지문제해결을 위한 활동으로 지역사회진단, 계획, 시행, 평가 및 재계획 등에 참여하고 지역개발, 복지사업 등에 활동하도록 기능을 변화시켜야 한다고 하였다.

본 연구결과와 보건진료원들이 보건진료원제도 발전을 위해 바라는 사항들을 종합하여 간추려 보면 보건진료원의 역할 및 기능면에서는 보건교육 중심의 활동을 원하며, 보건진료소를 독자적으로 운영할 수 있기를 바라고, 보건소에 있는 감독자는 경력 있는 보건진료원이기를 바라며, 그리고 보건진료원이 사용할 수 있는 약품의 종류를 확대해 주기를 바라는 것은 세심한 연구검토가 요구된다. 또한, 의료기구는 보건소에서 무상공급하기를 바라고, 보건진료소 건물도 보수해 주기를 희망하고 있는데 이는 보건진료소 수입이 월 30,000원에 불과해 자체운영이 어려운 형편이므로 상부기관에서 해결해 주어야 할 것으로 생각된다. 보건진료원 진료수가 올리기를 원했으나 이는 농어촌 주민의 의료시혜범위의 확대차원에서 무료 또는 거의 무료로 가까운 진료서비스를 제공할 것인지, 실비차원의 진료비를 받아 보건진료소 운영에 보탬이 되도록 할 것인지는 정책적 결정사항이라고 생각한다.

## 요 약

정부는 보건진료원으로 하여금 지역주민들에게 보다 더 의욕적으로 양질의 보건의료서비스를 제공하도록 하기 위하여 1992년 4월 1일부터 보건진료원을 별정직 공무원으로 정규직화 하였다. 본 연구는 보건진료원의 정규직화가 보건진료원의 업무활동과 보건진료소의 관리운영체계에 미친 영향을 분석하기 위해 경상남도와 경상북도의 보건진료소 중 집락추출법과 단순확률추출법으로 50개소를 뽑아 보건진료원을 대상으로 직접 면담조사하고 제반기록 및 보고서에서 필요한 자료를 발췌하였다. 조사기간은 1992년 1

월 1일에서 3월 31일까지(정규직화 이전)와 1993년 1월 1일에서 3월 31일까지(정규직화 이후)였다.

보건진료원들의 96%가 정규직화를 원했는데 그 이유는 신분보장과 보수가 좋아지리라는 것이었다. 정규직화 후 보건진료원직을 자랑스럽게 생각한다는 사람이 24%에서 46%로 증가하였다. 신분보장에 대해서는 항상 불안하다는 사람이 30%에서 10%로 감소하였다. 정규직화 후 월평균 급여액은 802,600원에서 1,076,000원으로 34% 증가했으며 90%가 만족한다고 했다. 업무 내용별 자율성 인지정도는 업무계획, 업무수행, 진료소관리(재정)운영, 업무평가 영역에 대한 자율성 인지도가 정규직화 후에 증가되었다.

보건진료원의 활동내용 중 지역사회 자원파악, 지도작성상태, 지역사회조직 활용정도, 인구구조 파악정도와 가정건강기록부 작성은 정규직화 후에 특별한 변화는 없었다. 또한 집단보건교육, 개인보건교육, 학교보건교육의 실시도 정규직화 후에 변화가 없었다. 그러나 가정방문 실시현황은 1인당 월평균 13.6회에서 정규직화 후에는 27.5회로 늘었다. 모성보건 및 가족계획사업 그리고 예방접종도 정규직화 후에 타기관에 의뢰하는 것이 더 늘었다. 통상질병관리 가운데 성인병관리는 3개월 동안 1개 진료소당 평균 고혈압환자는 12.7명에서 11.6명으로, 암환자는 1.5명에서 1.2명으로, 당뇨병환자가 4.3명에서 3.4명으로 줄었다.

각종 기록부 비치상황은 장비대장, 약품관리대장, 환자진료기록부는 100% 비치되었으나 기타 기록부는 그렇지 않았고 정규직화 후에도 변화는 없었다.

보건진료소가 보건소로부터 지원을 받는 내용은 약품 14.0%에서 30%로, 소모품 22.0%에서 52.0%로, 전불유지 및 보수가 54.0%에서 68%로, 보건교육 자료가 34.0%에서 44.0%로 증가하였고, 장비는 58.0%에서 54.0%로 감소했다.

보건진료소의 월평균 수입은 진료수입이 약 22,000원 증가했고, 국비 또는 지방비 보조금이 4,800원에서 38,508원으로 증가했으나 회비 및 기부금은 줄어 총수입은 약 50,000원 증가했다. 지출총액은 큰 변동이 없었다.

보건소로부터 3개월 동안 받은 지도감독 중 시시공문을 받은 진료소가 20%에서 38%로 늘

었고, 방문지도는 79%에서 62%, 회의소집은 88%에서 74%로 감소하였다. 전화지도는 보건진료소당 평균 1.8회에서 2.1회로 늘었다( $p<0.01$ ).

면보건요원과의 협력관계가 있다고 한 보건진료원은 42%에서 36%로 감소하였다. 보건소장과의 관계가 좋다는 보건진료원이 46%에서 24%로 감소하였고, 보건행정계장과 관계가 좋다는 사람이 56%에서 36%로 감소하였다( $p<0.05$ ). 보건진료소 운영협의회 회장과의 관계가 좋다는 사람은 62%에서 38%로 감소되었고 보건진료소 운영협의회가 보건진료소에 별로 도움이 안된다고 전혀 도움이 되지 않는다는 사람이 정규직화 전과 후에 각각 92.0%, 82.0%였다. 운영협의회가 필요 없다는 사람은 정규직화 전에 4%에서 16%로 증가되었다( $p<0.05$ ).

보건진료원제도 발전을 위해 제안된 사항은 보건교육중심의 활동, 보건진료소운영의 자율성 보장, 보건소에 경험이 풍부한 보건진료원을 두어 지도감독하게 할 것과 사용하는 약품의 종류를 늘려 줄 것 등이었다.

이상의 결과로 보아 정규직화 후 보건진료원의 역할, 기능 등의 업무활동의 변화는 거의 없었으나 신분보장과 봉급에 대한 만족도는 향상이 되었고 또한 자율성도 증가하였다. 보건소의 지원은 약간 늘었으며, 지도감독체제에서 지시공문의 증가로 사무보고 업무가 많아지고, 근무확인을 위한 전화감독은 늘었으나 업무추진을 위한 행정적 지도 또는 기술적 지도는 거의 없었다.

## 참 고 문 헌

- 강영실, 강혜영, 김성혁, 김영희, 김정남, 김희자, 손인아, 신유신, 윤석옥, 윤진, 이경자, 이금연, 이명진, 이명숙, 정영, 소순자, 조원정, 최부옥, 현인숙. 전국 보건진료원 업무분석에 관한 연구. 지역사회간호학회지 1988; 1:144-177
- 김모임. 우리나라 일차보건의료사업과 보건진료원의 역할에 관한 평가 요약 -보건진료원 활동성과 향후 활동방향-. 1991, 쪽 81-137
- 김모임. 일차보건의료와 간호교육. 대한간호 1983; 22(4):23-24



- 김석희. 조직구조론. 무역경영사, 서울, 1990, 쪽 267-277
- 김의숙, 최연순, 조원정, 김조자, 오가실. 보건진료원 활동분석 및 교육과정 개발연구. 연세대학교 간호대학 간호학연구소, 1988
- 김정태, 황나미. 농촌 일차보건의료사업 연구보고서 -지도감독체계평가-. 한국인구보건연구원, 1985, 쪽 1-58
- 김조자, 전산초, 유지수, 박지원. 어차 보건진료소를 이용하고 있는 지역주민의 일차보건진료소 이용도 파악을 위한 일 연구. 대한간호 1982; 21권 2호(통권 115호)
- 김진균, 허성혁 역. 소식사회학. 풀빛, 1987, 쪽 176-180
- 김진순. 보건진료원 활동평가 조사연구. 한국인구보건연구원, 1982, 쪽 11
- 김진순. 우리나라 일차보건의료사업과 보건진료원의 역할에 관한 평가 워십 보건진료원제도 운영개선 전략-. 1991, 쪽 160-180
- 김진순, 오영애. 농촌 일차보건의료사업 연구보고서 -보건진료소 이용도 평가-. 한국인구보건연구원, 1985, 쪽 59-126
- 김진순, 오영애, 유호신. 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구 보고서 -보건진료원제도 개선의 일환으로-. 한국인구보건연구원, 1985, 쪽 2-3
- 김진순, 오영애, 유호신, 윤치근. 보건진료소 운영분석 연구. 한국인구보건연구원, 1987, 쪽 1-100
- 김희자, 최정자, 유재순. 충북지역 보건진료원의 직부분석 및 면단위 지역이 보건실태 조사연구. 청주전문대학 논문집 1989; 9:28-29
- 박재용. 일차보건의료의 강화, 제 5차 경제사회발전 5개년 계획 수정과제연구. 한국개발연구원, 1983, 쪽 302-308
- 박정환, 강복수, 김화중, 정문숙, 우극현. 한국의 보건진료원제도의 평가. 경북대학교 보건대학원, 1986, 쪽 1-81
- 법전편찬위원회. 소법전. 법전출판사, 1992, 쪽 304
- 보건사회부. 보건사회 통계연보. 1992
- 보건사회부. 보건진료소 관리운영규정. 1992
- 보건진료원회. 보건진료원의 치우개선 및 신분보장에 대한 건의. 1990
- 서문숙. 보건진료원의 역할갈등에 관한 연구. 석사학위논문, 연세대 보건대학원, 1984
- 송건용, 김영임, 박운우. 농어촌 벽지 보건진료원 투입요인의 순효과. 한국보건연구원, 1988, 쪽 90
- 수문의학연구회. 보건의료관계 법규. 수문사, 1992
- 윤석옥. 보건진료원의 역할 스트레스 소진경험 정도와 직무 만족도 간의 관계 및 직무만족도의 관련요인. 석사학위논문, 경북대학교 보건대학원, 1985
- 윤석옥, 신유선, 강영실. 보건진료원의 업무분석에 관한 연구 -경상남도 보건진료원을 대상으로-. 복음간호전문대학 논문집 1989; 5:144-148
- 이선자. 보건진료원 업무활동 분석. 보건학논문집, 1984; 36:102-108
- 이성수. 일차보건의료(WHO, UNICEF 공동보고서). 보건사회부, 1978, 쪽 38-39
- 임경순. 보건진료원의 근무환경 및 근무이전과이에 대한 보건진료원의 태도. 석사학위논문, 경북대학교 보건대학원, 1990
- 장지섭. 농촌 일차보건의료사업 연구보고서 -보건진료소 운영협의회 실태분석-. 1985, 쪽 129-156
- 소순자. 보건진료소 재정수지 및 진료량 분석. 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1987
- 조원정. 우리나라 일차보건의료사업과 보건진료원의 역할에 관한 평가 워십 -보건진료원기능 제정립 및 교육방향-. 1991, 쪽 138-159
- 조원정, 이경자. 보건진료원 직무교육 교과과정 개선을 위한 일 연구. 연세대학교 간호대학, 1992
- 한국보건개발연구원. 보건정책세미나 보고서. 1980, 쪽 10-14
- 한국보건사회연구원. 보건진료원제도 개선을 위한 설문조사 결과 보고서. 요약편, 1991, 쪽 57-73
- 한국보건사회연구원. 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구 -보건진료원제도 평가 워십을 중심으로-. 1991, 쪽 2-206
- 한국보건사회연구원. 우리나라 일차보건의료사

- 업과 보건진료원의 역할에 관한 평가 워십. 1997
- 한국인구보건연구원. 보건요원 실태조사보고서. 1981, 쪽 10
- Ivancevich JM. *Organizational behavior and performance*. Santa Monica, California, Goodyear Publishing Co. Inc., 1977
- Maslach C. *Burn-out*. *Human Behavior* 1976; 5(9):16-22
- Slavitt DB. *Nurses' satisfaction with their work situation*. *Nursing Research* 1978; 27:115
- W.H.O. *Report of the international conference on primary health care*. Alma-Ata, USSR, 1978, pp. 6-12