

## 한국보건개발연구원 (1976~1981)

# 보건의료 정책연구의 기본틀 확립

## 연구활동

한국보건개발연구원은 비용절감형 종합보건의료 전달체계 시범사업으로 1978년 9월부터 강원도 홍천군, 경상북도 군위군, 전라북도 옥구군 등 3개 지역에서 '마을건강사업'을 실시하였다. 마을건강사업에 대한 평가결과에 의하면 주민의 보건의료서비스 접근성이 크게 제고된 것으로 나타났으며, 사업추진상의 비용-효과성과 사회적 적용 가능성도 높은 것으로 나타났다.

### 🔗 마을건강사업의 계획 및 실시

'마을건강사업' 실시 대상지역 선정기준은 일차적으로 군(郡) 단위를 기준으로 하되 지리적으로 산간·오벽지, 평야, 중간지역을 대표하는 지역이어야 하며, 사회경제적으로 낙후되었으나 향후 발전의 여지가 커야 한다는 것이었다. 보다 구체적으로는 인구 10~15만 명의 군 단위지역, 도청소재지에서 차량으로 2시간 내외 거리의 지역, 사회경제적 저개발지역, 보건의료체계 및 주민의 협조도가 높은 지역, 발전가능성이 높으면서 새마을사업이 진행되고 있는 지역 등의 조건을 충족해야 한다는 것이었다. 이와 함께 지역 행정부서 장이 지역 보건의료사업계획을 한국보건개발연구원과 사전에 협의하고, 지역 보건의료사업 수행에 있어 한국보건개발연구원의 지도를 받으며, 지역 내 행정 및 보건기관의 주요 임직원의 임명을 한국보건개발연구원과 사전 협의해야 하는 등의 조건도 부가되었다.

소정의 신청절차를 거쳐 추천된 16개 후보지역 중에서 최종적으로 산간·오벽지를 대표하는 강원도 홍천군, 평야·해안지역을 대표하는 전라북도 옥구군, 준(準)산간·내륙 평야지역을 대표하는 경상북도 군위군 등 3개 지역을 선정하였다.

이와 함께 시범사업의 결과를 비교 평가하기 위하여 대조지역으로 5개 군에서 각 2개씩 10개 면을 선정하였다. 선정된 지역은 강원도 평창군의 2개 면,

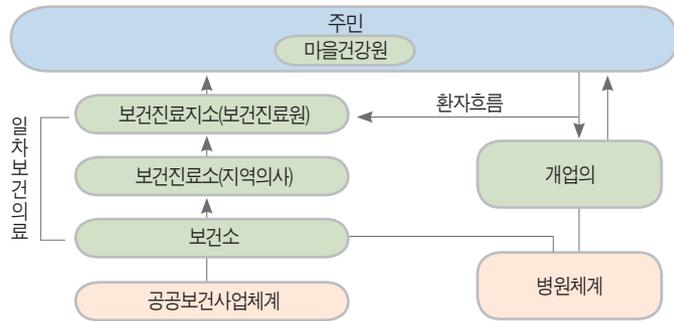


경상북도 금릉군의 2개 면, 전라북도 부안군의 2개 면, 경기도 여주군의 2개 면, 전라남도 함평군의 2개 면이었다.

시범사업지역과 대조지역을 대상으로 1976년 11~12월 기간 중 40일간에 걸쳐 1차 가구조사 및 출산력조사와 2차 이환조사를 실시하였다. 아울러 지역 내 시설조사, 인력·업무현황조사, 보건소 및 보건지소 보건요원의 업무현황조사를 실시하였다.

마을건강사업 서비스전달체계는 지역사회 자원을 최대한 활용하면서 모든 주민에게 종합보건의료서비스를 제공할 수 있도록 1·2·3차로 이어지는 3단계 체계로 개발하였다. 1단계에서는 마을 단위에서 '마을건강원'이나 보건진료보조원, 간호원, 조산원 등이 서비스를 제공하고, 2단계에서는 보건진료소의 보건진료원, 3단계에서는 보건소 등의 의사가 서비스를 제공하도록 하였다.

기존 보건의료체계를 개편한 마을건강사업 체계



이러한 3단계 체계를 바탕으로 3개 시범사업 지역의 지리적 특성을 고려하여 전달체계를 다음과 같이 구축하였다. 우선 홍천군은 제1단계 서비스전달체계로서 인구 약 천 명을 대상으로 하는 마을 단위의 마을건강원이 보건진료원의 지도하에 간단한 처치 및 예방 업무를 담당하도록 하였다. 아울러 주민조직 및 주민대표가 제공하는 기존 공공시설의 일부를 활용하여 건강상담소를 설치하고 마을건강원이 상담서비스를 제공하도록 하였다. 마을건강원에게는 한국보건개발연구원이 건강킷(kit)을 제공하였으며, 마을건강원의 능력을 벗어나는 건강문제는 보건진료원에게 의뢰하도록 하였다.

제2단계로는 지역 내 수개의 마을을 포괄하는 보건진료지소를 신설하여 보건진료원으로 하여금 서비스를 제공하도록 하였다. 새로운 인력인 보건진료원은 보건진료지소에 배치되어 보건진료지소의 운영을 책임졌으며, 마을건강원의 지도·감독과 마을건강원에 대한 보수교육을 담당하였다. 보건진료원은 경미하고 통상적인 질환의 대부분을 처리하는 한편, 필요할 경우 지역 의사에 환자를 의뢰하도록 하였다.

제3단계로는 기존 민간 개업의 또는 공의(公醫)가 서비스를 제공하도록 하였으며, 이들은 보건진료원에 대한 기술지도와 보건진료원이 의뢰하는 환자의 진료를 담당하였다. 홍천군에는 20명의 인력이 활동하였는데, 신규인력으로 보건진료원 11명과 보건소의 기능 강화를 위해 보건교육사 등 6명을 추가로 배치하였다.

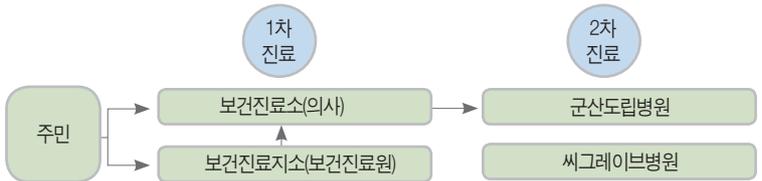
### 홍천군 마을건강사업 서비스전달체계

단계	주요 인력	시설	대상 주민(명)
제3단계	의사	보건진료소	면(10,000~30,000)
제2단계	보건진료원 보건진료보조원	보건진료지소	수개 리(2,000~3,000)
제1단계	마을건강원	마을건강상담소	리 또는 부락(1,000)

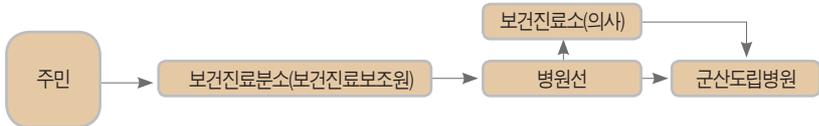
전라북도 옥구군은 19개의 유인도서를 가지고 있었기 때문에 읍지지역과 도서지역의 전달체계를 차별화하여 운영하였다. 읍지의 2개 면에 1개소의 보건진료소(의사 배치)를 설치하였으며, 보건진료소가 설치되지 않은 면에 보건진료지소(보건진료원 배치)를 설치하였다. 옥구군 지역에서는 보건진료소 또는 보건진료지소에 보건진료 보조원을 3명씩 총 27명을 배치하였다.

### 옥구군 마을건강사업 서비스전달체계

#### 읍지지역



#### 도서지역



경상북도 군위군은 마을건강사업을 위해 군지역을 3개 지역으로 구분하여 각 지역별로 1개소의 보건진료소를 설치하였으며, 각 보건진료소는 2~3개 면을 담당하도록 하였다. 각 보건진료소에 의사 1명, 보건진료 보조원 2명을 배치하였고, 보건진료소가 설치되지 않은 곳에는 보건진료지소(총 5개)를 설치하였다. 보건진료지소의 요원으로 보건진료원 1명, 보건진료보조원 2명씩을 배치하였으며, 각 면내 원격지에 보건진료분소를 1개소씩 설치하였다.



## 군위군 마을건강사업 서비스전달체계

단계	주요 인력	시설	대상 주민(명)
제3단계	의사	보건진료소	20,000~25,000
제2단계	보건진료원	보건진료지소	6,000~8,000
제1단계	조산사, 간호사	보건진료분소	2,000~3,000

### ❁ 보건진료원의 개발(Community Health Practitioner: CHP)

마을건강사업을 추진하기 위한 현장인력으로 보건진료원(CHP)제도를 새롭게 도입하였다. 보건진료원제도는 당시 지역단위 공공보건의료서비스 제공 인력 확충을 위한 혁신적인 방안으로 평가받았다.

현장 서비스 인력과 관련하여 USAID는 군(軍)에서 활용되었던 방식과 같이 위생사에게 일차진료에 대한 교육을 시킨 다음 의료보조원으로 시범사업지역에 배치할 것을 적극 권장하였다. 미국에서는 1960~1970년대에 걸쳐 다양한 비의사인력(paramedical personnels)을 개발하여 의료취약지에 배치·활용하고 있었다. 즉 간호사 면허 소지자를 대상으로 1~2년의 추가교육을 시켜 활용하거나, 의료기사(technician)를 MEDEX(Medical Extender) 혹은 의사보조원(medical assistant)으로 개발·활용했는데, 이러한 방식을 우리나라에도 권장한 것이었다.

그러나 의료보조원을 배치할 경우 향후에 무면허 의료행위 문제가 대두될 수 있으며 의료제도 운영에 혼란을 초래할 수 있다는 판단 하에 간호사를 보건진료원으로 개발·활용하기로 하였다.

보건진료원이라는 명칭을 결정하는 데 있어서도 깊은 논의가 있었다. 영문표기는 'Community Health Practitioner'로서 '지역사회 건강치료사' 혹은 '건강관리사'로 번역하는 것이 더 적합할 수 있었으나, 인력의 역할과 업무를 보다 분명히 표현하기 위해 '보건진료원'으로 명칭을 결정하였다.

보건진료원의 역할 및 기능은 4가지로 설정하였는데, 1) 건강증진 및 유지관리기능, 2) 지역사회 자원 동원 및 활용기능, 3) 지도·감독기능, 4) 행정관리기능 등이었다. 건강증진 및 유지관리기능은 12개 활동으로 세분화되었는데, 모성건강관리, 영유아건강관리, 가족계획관리, 영양관리, 보건교육, 일차진료, 환자의 조기발견·등록·추구관리·환자이송·치료, 만성질환관리, 환경위생, 정신건강관리, 치아건강, 재활, 학교보건 등이었다.

지역사회 자원 동원 및 활용기능은 보건진료소 운영 협의회 및 각종 부락모임 운영 등으로 세분화되었으며, 지도·감독 기능은 보건진료보조원과 마을건강원에 대한 지도·감독으로 구성되었다. 행정관리기능은 사업계획 수립·집행·평가, 의약품 및 물품관리, 각종 기록 유지, 서식 등록 및 관리로 세분화되었다.

보건진료원에 대한 1년 과정의 교과과정을 개발하기 위하여 자문위원회 개최, 외국의 자문관과 공동작업, 훈련내용 결정을 위한 자료수집, 해외정보수집, 기존 간호교육 과정에 대한 검토 및 연구, 교육과정 개발을 위한 연구 용역 등을 추진하였다.

특히 외국의 사례로서 미국 웨스트 버지니아 주립대학교의 '가정간호 프로그램'(Family Nurse Practitioner Program)을 벤치마킹하였으며, 훈련교재는 임상의로 구성된 태스크포스(TF)에서 태국에서 개발된 훈련교재와 하와이의 MEDEX 훈련교재를 참조로 개발하였다.

훈련과정은 1년 과정으로 이론교육(3개월), 임상실습(3개월), 현지실습(6개월) 등으로 편성되었으며, 훈련생 자격은 간호사 면허 소지자로서 4년제 대학 또는 3년제 간호전문대학 졸업자, 시범사업 지역의 도 또는 군에 거주하는 자, 타 지역에 거주하는 자 등이었다.

보건진료원은 의료법 제25조 제2항에 근거해서 시범사업지역에서 의료행위를 할 수 있었다.

## 지역사회 참여

마을건강사업의 성공적인 추진을 위해서는 지역사회의 적극적인 참여가 필수적이었다. 이를 위해 지역사회 단위의 각종 위원회 설치·운영, 마을건강원의 개발·활용, 마을 건강대동회의 조직 및 활용 등을 추진하였다.

특히 각급 행정구역 단위마다 보건위원회를 설치하였는데, 도 단위에는 도 보건협의회, 군에는 군보건운영위원회, 읍·면에는 읍·면 보건개발위원회를 설치하였다.

군보건운영위원회는 마을건강사업의 계획·추진·평가, 예산·결산 및 사업추진상황 보고 등과 함께 지역사회 주민의 의견수렴을 전담하는 대의(代議)기구의 역할을 담당하였다.



First WHO-IEA Regional Working Group on Basic Health Services



읍·면 보건개발위원회는 지역사회의 보건수요와 문제점, 지역주민의 요구사항을 검토하여 문제해결을 시도하되 스스로 해결하기 곤란한 사항은 상위기구에 의뢰하는 역할을 담당하였다.

리 개발위원회는 부락 단위의 보건문제를 협의·결정하는 가장 기본적인 지역사회 참여 기구로서 질병예방, 환경개선, 보건교육, 보건진료소의 신·개축 및 유지 등 마을 단위로 모든 보건문제를 관할하였다.

마을건강원은(Village Health Agent) 마을 단위 보건요원으로, 해당 마을 출신 중에서 마을주민들이 선정하였으며, 무보수였다. 이들은 보건의료에 대한 기초교육을 거친 후 환자의 발견, 보건에 관한 정보제공, 마을 약품함 관리, 간단한 처치, 환자의뢰 등의 역할을 담당하였으며, 보건진료원에 의하여 지도·감독을 받았다.

마을 건강대동회는 소정의 회비를 납부하는 회원제로 운영되었으며, 회원은 보건진료소와 보건소에서 무료로 일차진료를 받았으며, 입원 시 1회에 한하여 본인이 이미 납부한 회비의 10배를 보상받았다.

### **재원조달 및 경영정보 개발**

의료이용에 따르는 재정적 부담 경감을 위해 옥구지역에 대해 ‘건강유지기구’(Health Maintenance Organization: HMO)와 같은 형태의 재원조달 및 의료보장체계 시범사업을 계획하였다. 그러나 1976년 12월 「의료보험법」이 개정되어 1977년 7월부터 직장인 의료보험이 시행되면서 HMO 운영은 보류하고 농촌형 의료보험을 개발하기로 하였다.

농촌형 의료보험 시범사업은 1개 면(대야면)을 대상으로 실시되었는데, 1973년 10월에 기존 인가된 ‘옥구청십자 의료보험조합’을 옥구 군수가 인수·운영하는 것으로 정관을 개정하여 1979년 8월 9일 보건사회부장관으로부터 승인을 얻었다.

이에 따라 1979년 9월 1일부터 농촌형 의료보험사업이 시작되었는데, 1) 현직군수를 대표이사로 하는 운영체제, 2) 군 및 면 행정력을 활용한 가입과 보험료 징수, 3) 저소득 주민에 대한 보험료 반액 보조, 4) 조합 자립기반 조성을 위한 경상비 일부 보조, 5) 마을건강사업 조직의 활용 및 정액수가제 적용 등을 기반으로 하였다.

수가와 관련해서는 진료기관에 대해 정액수가제, 기타 요양기관에 대하여는 보건사회부 고시 수가를 적용하였다. 외래진료시 방문당 수가는 보건진료소 900원, 보건진료소 1,500원, 병의원 2,670원이었으며, 보험료는 주민 1인당 월 400원이었다.

국고보조는 급여비 1인 월 45원, 사무비 1인 월 25원을 포함하여 1인당 월 70원이었다. 이에 따라 한국보건개발연구원이 1979년에 지급한 국고보조금은 보험료 보조, 급여비 충당금, 경상비보조 등 1,196만 5천 원에 달하였다.

이러한 의료보험 사업의 실시결과에 의하면 마을건강사업체계 하에서의 본인부담 경감 등을 통해 지역주민의 의료접근도 향상에 크게 기여한 것으로 나타났다.

한편, 마을건강사업의 경영·관리를 위하여 경영정보체계(Management Information System: MIS)도 개발되었다. 마을건강사업은 4단계의 정보교류체계로 구성되었는데, 전체적인 경영정보체계 중에서 군과 보건소가 자원배분을 포함한 마을건강사업 및 예산 계획의 입안을 주도적으로 시행하였다.

마을건강사업 경영정보체계를 위한 자료 및 정보수집 체계로 월간보고서, 월간실적보고, 실적기록조사, 활동비용조사, 특별조사 등이 있었다. 특별조사는 가구면접조사, 우편조사, 기타 현지조사 등으로 이루어졌다. 조사내용은 사업수요, 사업수혜범위, 사업효과, 사업효율, 요원의 활동평가, 시설·기자재의 배정 및 활용 등이 포함되었다.

#### 마을건강사업 계층별 정보 교류망

