

한국보건개발연구원 (1976~1981)

보건의료 정책연구의 기본틀 확립

시대적 상황과 설립배경

한국보건개발연구원이 출범한 1970년대 중반에는 경제성장에 따른 소득수준의 향상, 영양상태의 개선, 환경개선과 개인위생 실천을 향상 등으로 1960년대에 비해 전염병의 발생이 감소하는 추세였으나, 각종 전염병의 확산이 여전히 중요한 보건문제로 남아 있었다. 결핵유병률은 1970년 4.2%에서 1975년에 3.3%로 감소하였으나 균 양성자수는 같은 기간 동안 198명(천명당)에서 207명(천명당)으로 증가하였으며, 기생충감염률은 1970년에 55.6%에서 1975년 44.0%로 감소하였으나, 여전히 높은 수준을 기록하였다.

아울러 영아사망률과 모성사망률도 매우 높았다. 1970년 영아사망률은 45명(출생아 천명당), 모성사망률은 78명(십만명당)에 이르렀다. 당시 높은 영아사망률을 기록하게 된 주된 원인의 하나는 전문의료인력 부족과 산전 관리에 대한 인식 부족으로, 1970~1975년 기간 중 농어촌지역 영아사망 중 50~70%는 우리나라의 의학기술로 예방가능하였지만 의사, 간호사, 조산사 등 전문인력의 도움을 받지 못한 데 기인한 것으로 추정되고 있다. 전문인의 도움을 받는 비율은 서울 50~60%, 지방도시 20~30%, 농어촌지역 10% 등 전반적으로 매우 낮았다.

또한 의료자원도 매우 부족한 실정이었다. 의료기관 수는 1975년 1만 1,029개에 불과하였으며, 병상당 인구수는 우리나라 736명, 일본 80명, 터키 479명, 이란 730명, 말레이시아 273명, 미국 150명, 영국 93명 등으로 선진국은 물론 우리나라와 경제수준이 비슷한 나라에 비해서도 낮은 편이었다.

의사 1인당 인구수는 2,100명으로 필리핀 2,990명, 태국 5,380명, 말레이시아 3,857명 등에 비해서는 사정이 나은 편이었으나 일본 870명, 멕시코 1,440명, 스웨덴 650명, 미국 610명, 영국 700명 등에 비해서는 매우 열악한 수준이었다. 특히 의사가 없는 읍·면이 전체의 약 25%인 500개에 달하는 등 농·어촌지역의 의사인력 부족도 심각한 문제의 하나였다.



의사 100명당 간호인력은 우리나라 100.5명, 일본은 236명, 필리핀은 131명, 태국 120명, 말레이시아 352명, 영국 267명, 미국 326명 등으로 타 개발도상국에 비해서도 낮은 수준이었다.

이에 따라 보건소 등 지역보건의료기관의 인력자원 확보도 매우 미흡하였다. 소장을 충원하지 못한 보건소 및 보건지소가 각각 65%, 48%에 달하였으며, 보건소 요원 충원율도 인구 20만 명 이상 지역 74.2%, 20만 명 이하 지역 89.0%, 군 지역 84.6% 등에 불과하였다.

이와 같은 1960년대와 1970년대 초의 열악한 보건의료 여건에도 불구하고 정부 재정 능력상의 한계로 인해 보건의료 부문에 대한 자원배분은 우선순위가 낮을 수밖에 없었다. 이에 정부는 보건의료 환경개선을 위한 재원 확충방안의 하나로 외국으로부터의 차관 도입을 적극 추진하였다.

이에 정부는 1972년 파리에서 개최된 '국제경제에 대한 원조협의체'(The International Economic Commission for Korea: IECOK) 회의에서 군립병원 설립을 위한 차관 제공을 요청하였다. 이 요청이 계기가 되어 1973년 11월 USAID 조사단이 우리나라를 방문하여 보건의료육구조사 실시, 비용절감형 보건의료체계 확립, 정부 내 보건기획 전담부서 설치 등을 건의하였다.

1974년 4~5월 USAID 자문단은 보고서를 통해 기초조사 실시, 보건의료서비스 수요 분석, 기존 보건의료 자원 분석, 시범사업의 실시 등을 제안했다. 1974년 5월 USAID 용역 연구기관인 '가족건강관리회사'(Family Health Care Incorporation)는 보고서를 통해서 보건개발을 위한 독립적 비영리 연구기관의 설립, 새로운 보건의료서비스 공급전략 및 사업 개발, 보건의료 육구 및 서비스에 관한 연구 실시 등을 건의하였으며, 정책 및 사업개발·건의, 훈련 및 기술지원 등은 새로 설립된 연구원에서 담당하도록 건의하였다.

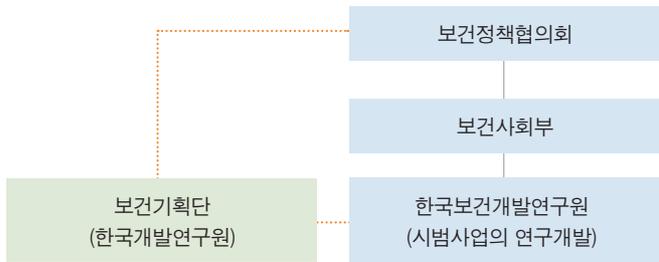
이러한 과정을 겪으면서 1974년 6월 정부차원의 보건기획(health planning) 체계 개선을 위하여 우리나라 정부와 USAID 간에 '보건기획사업 협정'이 체결되었고, 이에 따라 USAID가 보건의료육구 및 자원 조사·연구를 위한 연구비를 지원하기에 이르렀다.

또한 1974년 12월 경제기획원은 USAID에 경비절약형 보건의료서비스 전달을 위한 대안개발 및 현지실험을 위한 시범사업 자금으로 500만 불의 차관을 요청하였다.

이에 1975년 1월 USAID는 이 사업에 대한 기술 및 훈련 지원을 위하여 ‘웨스팅하우스 보건의료체계그룹’(The Westinghouse Corporation’s Health System Group)과 용역계약을 체결하여 자문관을 우리나라에 파견하였다. 이어 1975년 3~4월 우리나라 정부와 USAID 간에 차관사업서가 작성 승인되었으며, 이에 따라 제5차 경제사회발전 5개년계획 기간(1982~1986년) 동안 전국적으로 적용될 보건의료서비스 전달체계 구축 시범사업이 착수되었다.

이 사업의 최종목표는 우리나라가 감당할 수 있는 비용으로 저소득 주민에게 기초적 건강증진, 질병예방, 치료, 보건서비스를 효과적으로 제공하기 위한 과정(process)을 창출하고 제도화(institutionalize)하는 데 있었다.

USAID 보건시범사업 조직체계



이와 함께 크게 두 가지의 세부 목표가 설정되었는데, 첫째는 저소득 주민을 대상으로 한 종합적인 비용절감형 보건의료전달사업의 기획·집행·평가역량확보를 위해 「한국보건개발연구원법」을 제정하는 것이었으며, 두 번째로는 강원도 홍천군, 전라북도 옥구군, 경상북도 군위군 등 3개 군을 선정하여 ‘마을건강사업’을 실시하는 것이었다.

이러한 세부목표에 따라 1975년 12월 「한국보건개발연구원법」, 그리고 1976년 4월에 동법 시행령이 제정·공포되면서 한국보건개발연구원이 출범하게 되었다. 한국보건개발연구원의 설치된 장소는 당시 서울역 앞 정우개발 빌딩이었다. 한



한국보건개발연구원 개원식





국보건개발연구원 설립 당시 한국보건개발연구원에 대한 지도·감독과 정책 개발 조정을 위해 경제기획원에 보건정책협의회가 설치되었다. 또한 한국보건개발연구원 사업에 대해 외부평가를 실시하고 그 결과에 따라 보건정책협의회에 필요한 조치를 건의할 목적으로 한국개발연구원 내에 보건기획단이 설치되었다.