

도시보건지소의 의의와 올바른 운영방안1)

이 경 수 교수(영남의대 예방의학교실)

1. 도시보건지소 시범사업 추진배경과 경과

가. 도시보건지소 설치 배경과 필요성

1) 1차 의료 중 공공의료의 비중은 전체의 12.7%에 불과

- 압도적인 우위에 있는 민간의료는 치료위주의 진료행태를 보여 만성질환 적정치료가 낮고, 질병 예방/건강증진 서비스 제공이 매우 미흡
- 이런 행태는 만성질환에 의한 사망률의 지속적 증가, 의료비 급등을 초래, 장애인과 노인의 재활서비스, 와상환자에 대한 미충족의료도 광범위하게 존재

2) 급속한 도시화에 따라 다양한 미충족 보건의료서비스 존재

- 도시화가 매우 급속히 진행되고 있고, 서울 등 몇 개의 대도시에 집중되어 나타나는 현상을 보임
 - 도시의 균형발전을 해치고 쾌적한 삶의 공간을 보장하지 못하고 오히려 주민의 삶의 질을 저하시킴.
- 취약인구의 대다수가 도시지역에 거주
 - 65세 이상 노인의 63.1%, 의료급여대상자의 62.1%, 등록장애인의 71.3% 등이 도시지역에 거주
 - 공공부문의 부족으로 인해 전체 국민 및 취약계층의 공공의료기관에 대한 접근성이 심각하게 제한을 받고 있음.

표 1. 도시와 농어촌의 취약계층 인구규모 비교

구 분	총 인구	65세이상 노인		의료급여수급권자		등록장애인	
		수	비율	수	비율	수	비율
도 시	38,854,089	2,603,898	6.7	705,719	1.8	1,197,440	3.1
농어촌	9,732,979	1,520,486	15.6	431,299	4.4	482,657	5.0
전 체	48,587,068	4,124,384	8.5	1,137,018	2.3	1,680,097	3.5

※ 자료원: 1) 통계청 (2004년 12월 31일 기준, 주민등록인구)
2) 국민건강보험공단, 의료급여과 (2004년 12월 31일 기준)
3) 보건복지부, 장애인정책과 (2004년 12월 31일 기준)

- 만성질환자의 70% 이상이 도시지역에 거주하지만 건강증진, 만성질환관리 등 보건서비스는 크게 부족함.

표 2. 도시, 농어촌지역 고혈압, 당뇨병 유병률

구 분	고혈압		당뇨병	
	유병자(명)	유병률(명/인구1,000)	유병자(명)	유병률(명/인구1,000)
도 시	1,969,447	51.7	887,584	23.3
농어촌	851,804	85.8	358,393	36.1
전 체	2,770,843	57.7	1,224,549	25.5

※ 자료원 : 1) 한국보건사회연구원, 2001년 국민건강영양평가-만성질환편-, 2002.12
2) 통계청 (2001년 12월 31일 기준, 주민등록인구)

나. 도시지역 보건기관의 인프라 부족 및 서비스의 낮은 접근성

- 농어촌 지역에 비하여 보건기관 시설인력 등 기초 인프라가 크게 부족
 - 도시지역은 농어촌에 비하여 보건소 1개소 당 평균 관할인구는 4.8배, 1인당 평균 관할인구도 8.1배 이상 높음

표 3. 도시, 농어촌 지역 보건소당 공무원 수 및 관할인구 비교

구 분	도시 ¹⁾				농어촌 ²⁾			
	평균	최대	최소	표준편차	평균	최대	최소	표준편차
관할 인구	300,731	626,439	53,647	158,866	62,588	175,542	9,245	40,603
전체 공무원수	1,058	2,252	455	634	549	695	280	91
보건기관 공무원수	42	72	26	13	70	115	51	16
전체공무원 1인당 관할인구	325	657	96	181	109	285	31	61
보건기관 1인당 관할인구	7,225	11,728	1,361	3,464	896	2,786	181	581

1) 광역시형 9개소, 인구 30만 이상 시형 7개소, 인구 30만미만 시형 4개소(도시 20개소)

2) 군형 20개소, 보건의료원형 4개소(농어촌 24개소)

※ 자료 : 한국보건산업진흥원, 제3기 지역보건의료계획 2차 현지평가(2005.1)

- 특별시를 제외한 도시지역 보건소의 최소배치기준 대비 의사의 총족률은 35%로 농어촌지역 96%에 비하여 크게 부족한 상태임.

표 4. 전문인력 최소배치기준 대비 현원 평균 총족 현황

구 분	보건소수	총족보건소	총족률
도 시 ¹⁾	20	7	35.0
농어촌 ²⁾	24	23	95.8
전 체	44	30	68.2

1) 광역시형 9개소, 인구 30만 이상 시형 7개소, 인구 30만미만 시형 4개소(도시 20개소)

2) 군형 20개소, 보건의료원형 4개소(농어촌 24개소)

※ 자료: 한국보건산업진흥원, 제3기 지역보건의료계획 2차 현지평가(2005.1)

○ 도시지역 민간의료기관의 분포가 농촌지역에 비해 양호한 것은 사실이나 도시지역에서도 의료기관 등 의료자원은 실제 수요가 필요한 계층보다는 경제적 여건이 더 나은 계층을 중심으로 분포¹⁾하고 있어 접근권은 제한되고 있다. 또한 보건기관의 경우도 비슷한 형편으로 도시지역 보건소가 농촌지역보다 오히려 노후하고 협소하여 농촌지역에 비해 더 열악하고 보건인력 1인당 담당인력도 농촌지역에 비해 더 많은 실정이다.

다. 민간보건의료부문을 포함하는 보건의료체계에서 공공부문의 거버넌스 확보

- 민간보건의료부문에 대한 최소한의 조정능력과 민간부문과의 협력체계 구축을 통한 사회안전망 확보의 측면에서의 국가의 책무를 수행하기 위하여 도시지역 공공보건기관의 확충이 반드시 필요함.
- 국가건강진단목표 달성수단으로서 도시 보건지소의 확대 절실
 - 의료취약계층에 대한 미충족 의료의 제공을 위한 공공의료 인프라의 부실로 건강진단목표를 달성하는데 큰 어려움을 겪고 있음.
 - 실제 전국의 보건소 중 68개 보건소에 대한 설문조사 결과에서도 보건지소 개설 희망 이유를 수급권자 및 의료급여 대상자에 대한 서비스 제공이 44.8%로 가장 많고 물리적 접근성 확보(43.7%), 차상위계층(27.6%)과 장애인 등 거동불능자(26.4%)에 대한 서비스가 그 다음이었음.
 - 진료형은 수급권자 및 의료급여 대상자에 대한 서비스 제공과 물리적 접근권 확보가 모두 42.9%로 가장 높았고, 통합형은 수급권자 및 의료급여 대상자에 대한 서비스 제공(56.8%)이 높았으며, 특화형은 인구밀집 및 증가가 27.3%로 가장 높았음.

표 5. 보건지소 유형별 개설 이유

단위: 수(%)

개설이유 \ 유형	진료형	통합형	특화형	계
접근권(보건의료자원)	5(23.8)	5(11.4)	1(4.6)	11(12.6)
물리적 접근권(교통, 거리)	9(42.9)	24(54.6)	5(22.7)	38(43.7)
노인	3(14.3)	5(11.4)	4(18.2)	12(13.8)
수급권자 및 의료급여	9(42.9)	25(56.8)	5(22.7)	39(44.8)
차상위계층	6(28.6)	16(36.4)	2(9.1)	24(27.6)
장애인등 거동불능자	4(19.1)	14(31.8)	5(22.7)	23(26.4)
보건사업 용이	0(0.0)	1(2.3)	1(4.6)	2(2.3)
인구밀집, 증가	1(4.8)	6(13.6)	6(27.3)	13(14.9)
개발	1(4.8)	1(2.3)	0(0.0)	2(2.3)
신규보건사업*	0(0.0)	0(0.0)	5(22.7)	5(5.8)
기타	3(14.3)	9(20.5)	2(9.1)	14(16.1)
계	21(100.0)	44(100.0)	22(100.0)	87(100.0)

1) 이철형(1996년) 등의 연구에 따르면 서울시의 경우 구의 소득수준이 높을수록 인구 10만명 당 의원수의 수는 많아지나 구의 전체인구, 의료급여대상자수, 노인인구, 등록장애인 수가 많을수록 인구 10만명 당 의원수는 오히려 적어져 민간의료기관은 주민의 의료요구와 관계없이 분포하고 있다고 보고함.

2. 도시보건지소 시범사업의 추진현황

표 6. 도시보건지소 시범사업 추진경과 및 현황

년 월	내용	비고
‘03. 2	참여정부 핵심공약사업의 하나로 선정	
‘03. 6	도시지역 보건지소 운영의 경제적 타당성 분석 연구용역 완료	연구책임자: 양봉민 교수 (서울대학교 보건대학원)
‘03. 8	도시지역 보건지소 설치 및 운영을 위한 기초연구 연구용역 완료	연구책임자: 신준호 교수 (전남대학교 의과대학)
‘04. 9	‘고령화 및 미래사회위원회’ 국정과제 대통령 보고	
‘04.12	‘05년 시범사업 예산확보	32억(국비)
‘05. 2	대통령 취임2주년 국정연설	
‘05. 6	「도시 보건지소 시범사업모형개발에 관한 연구」용역 완료	연구책임자: 조홍준 교수 (울산대학교 의과대학)
‘05. 6. 7	도시 보건지소 시범사업계획 통보 및 사업설명회 개최	- 보건복지부 대회의실 - 시범사업 실시 희망 사·구 (보건소) 참석
‘05. 7. 1	도시 시범보건지소 대상지역 선정을 위한 1차 평가회	서면평가 (25개소 평가 → 12개소 선정)
‘05. 7. 8	도시 시범보건지소 대상지역 선정을 위한 2차 평가회 <div>※ 7개 시범보건지소 선정 : 서울 노원구, 부산 북구, 대구 북구, 인천 서구, 광주 서구, 전남 목포시, 경북 구미시</div>	면접평가 (12개소 평가 → 7개소 선정)
‘05. 7. 29	시범사업 실시를 위한 정원승인 요청 (복지부 → 행자부)	보건지소별 15명 (총 105명)

표 6. (계속)

년 월	내용	비고
'05. 8	시범 지자체별 정원승인(행자부) ※ 정원승인 내용	자치단체별 인력총원 1) 보건지소장 1명 (지방의무직) 2) 6~9급 및 기능직 14명 (직 급별 정원만 승인하고, 직렬 은 자체실정에 맞게 책정)
	구 분	
	계	
	서울노원구	
	부산북구	
	대구북구	
	인천서구	
	광주서구	
'05. 10 ~ '06. 1	도시 보건지소별 개소	
	구 분	
	전남 목포, 하당 보건지소	
	서울 노원구 보건지소	
	광주 서구, 상무·금호 보건지소	
	인천 서구, 검단 보건지소	
	대구 북구, 강북 보건지소	
	경북 구미, 인동 보건지소	
'06. 1. 23 ~7. 22	「도시 보건지소 시범사업 평가 및 인력교육 방안」 연구 용역 수행	연구책임자: 이경수 교수 (영남대학교 의과대학)
	도시보건지소의 역할과 사업전략 세미나	건양대학교병원 강당 (13:30~17:30)
'06. 3. 10	도시지역 보건지소 시범사업체계 및 평가지표 개발을 위 한 워크숍	서울교육문화회관 (10:00~16:30)
'06. 3.20~21 '06. 3.27~28	도시보건지소 시범사업 인력교육	- 대전시 유성구 아드리아 호텔 - 7개 도시보건지소(90명 참석)
'06. 3. 31	도시지역 보건지소 시범사업 1차 사례발표회	영남의대
'06. 4. 27	도시지역 보건지소 시범사업 2차 사례발표회	전남대학교
'06. 5. 25	도시지역 보건지소 시범사업 중간평가대회	과천 그레이스호텔
'06. 6. 5 ~ 6. 14	도시보건지소 시범사업 관련 국외연수 (영국, 일본)	인원: 총 25명
'06. 6. 15	보건의료정책 정기 심포지움 (도시지역 보건지소 시범사업 3차 사례발표회)	건양대학교병원
'06. 6. 22	'06년 도시보건지소 시범사업지역 추가선정을 위한 서류 및 면접평가	11개 지역 신청→3개소 선정
'06. 7. 21	도시지역 보건지소 시범사업 최종평가대회	대구 J's 호텔

3. 도시보건지소 시범사업의 목적과 추진방향

가. 목적

- 1) 도시보건지소의 기능을 도시지역 보건의료서비스 취약지역 및 취약계층에 대한 서비스 제공
조직의 부족에 따른 미충족 필요(unmet needs)를 감소시키기 위한 적극적 보건의료서비스
를 제공하기 보건기관으로 설정함.
- 2) 도시 보건소 및 민간의료기관의 서비스 이용 접근성이 낮은 취약주민과 집단(장애인, 노인,
거동불편자 등)에 대한 보건의료 서비스의 접근성을 높이는 것을 우선적 역할로 설정함.

가) 핵심사업(만성질환관리, 지역사회재활보건사업, 방문보건사업, 지역사회연계사업)에 대
한 서비스 집중 제공

나) 사업대상의 확대(차상위 계층 등)는 2차년도 또는 본 사업이 시행되는 시점에서 적극적
으로 고려

다) 보건의료서비스 취약지역 주민에 대한 (지리적, 경제적, 심리적)만족도 향상

라) 시설 내 서비스와 시설 외(아웃리치) 서비스의 균형적 제공

마) 담당직원들의 적절한 업무량 배분을 통한 양질의 보건의료서비스 제공

3) 보건소 업무 과중의 해소

가) 공공의료의 양적 확충을 통하여 도시지역의 보건소가 미처 제공하지 못했거나 제공했다
라도 질적으로 문제가 있는 보건의료서비스의 양적, 질적 개선을 시키는데 중점을 둠.

나) 보건지소의 개설로 인하여 보건소 직원 1인당 업무 부담이 양적으로 감소하고, 지리적인
이동거리의 감소로 인하여 서비스의 질적 개선을 도모 → 그러나 보건지소의 설치 운영
에 의하여 보건소의 업무의 질에 영향을 미치고 변화가 나타나는 지는 평가할 과제임.

다) 도시보건지소의 경우는 인력 및 시설이 수용 가능한 정도의 서비스량이 계획되어 질적
수준이 보장되는 보건의료서비스의 제공이 이루어져야 함.

4) 민간의료부문을 포함하는 보건의료체계에서의 공공부문의 거버넌스 확보

5) 궁극적 목적은 국민건강수준의 향상과 의료비 절감이 될 것임.

나. 도시보건지소 시범사업 추진 전략과 방향

1) 포괄적인 보건사업의 추진을 견지하되 단기적으로는 취약계층을 대상으로 한 집중 보건사업 수행

가) 장기적으로는 지역주민의 평균적인 건강수준 향상(shift average approach)을 위한 지역사회 보건교육과 홍보 등을 추구하되, 시범사업 기간 동안은 고위험군 접근법(high-risk approach)을 통한 개인서비스 위주의 보건사업 개발에 집중 → 성공적인 시범사업의 수행을 통한 가시적 성과 달성을 통한 본 사업 추진의 동력 마련

나) 건강보호와 유지의 사각지대 해소에 집중: (와상, 거동불편)노인, 경증 장애인(선·후천적), 재활 또는 방문보건으로 사업효과가 큰 저소득 또는 차상위 계층 대상의 사업 수행

2) 지역사회연계(지역사회참여)를 통한 사업수행

만성질환, 재활보건을 위한 민간과의 연계(역할의 분담과 전문가 위촉과 활용 등의 적극적인 연계를 의미)와 실질적인 의사결정을 지원할 수 있는 운영위원회 구성을 통한 기존의 연계 수준보다는 한 단계 높은 지역사회참여 실현을 통한 지역 밀착형 보건지소 운영이 목적인.

가) 운영위원회에 참여하여야 할 기관: 주민대표(행정, 장애인, 여성 등), 의사회, 공단지사, 자조모임 등

나) 연계 및 참여를 통한 협력 기관: 사회복지 분야(담당), 자원봉사 조직, 공단지사, 의사회(핵심사업 관련 전문가 개인별 참여도 가능), 환자 및 보호자 자조모임, 장애인 단체, 지역사회 주민조직 등

3) 사업 대상자 및 지역주민의 건강수준 향상과 유지를 담보할 수 있는 질을 보장할 수 있는 사업체계 운영

가) 질 높은 사례관리와 방문보건 서비스 및 교육·상담의 제공을 통하여 기존 업무량의 과중으로 인하여 보건소에서 수행하기 어려웠던 서비스를 충실하게 제공함으로써 사업내용 및 서비스 강도의 측면에서 차별화되고, 대상자의 요구와 건강문제를 해결하기 위하여 맞는 서비스 제공체계 유지

나) 핵심사업 담당 팀(보건지소 내)간의 유기적인 의사소통과 지역 내 지원의 활용을 통한 네트워크를 활용하여 대상자에게 효율적인 서비스를 제공할 수 있는 운영체계를 유지를 지향함. 이를 위하여 핵심사업 관리프로그램을 추가적으로 개발하여 환자분류와 효율적인 서비스제공계획 및 평가에 활용

4) 핵심사업의 비중이 전체 인력배치와 예산의 60%의 비중을 차지하도록 사업체계 구성

가) 핵심사업 투입 자원의 조정과 업무량의 제시를 통한 최소한의 표준사업의 틀 유지

나) 핵심사업 별 관리강도(집중, 일반)에 따른 사업대상자 수 등에 대한 서비스 가이드라인 제시

4. 도시보건지소 1차년도 시범사업 주요 결과

1) 핵심사업 등록관리 대상자

가) 만성질환관리사업

2006년 2/4분기 기준 7개 시범사업지역의 보건소 만성질환관리사업 등록관리 대상자수(보건지소 실적 포함)는 경북 구미가 260명으로 가장 적었고, 서울 노원구(2006년 1/4분기)가 4,060명으로 가장 많았음.

도시보건지소 시범사업이 시작된 2006년 이후 부산 북구를 제외하고는 모두 등록관리 대상자수가 증가하였으며, 특히 전남 목포, 광주 서구, 인천 서구의 순으로 가장 증가율이 높았음.

표 7. 도시보건지소 관할 시구별 보건소 만성질환관리사업 등록관리 대상자수

연도	분기	서울 노원	부산 북구	대구 북구	인천 서구	광주 서구	전남 목포	경북 구미
2004	1	4,901	81	886	628	1,361	502	222
	2	2,347	648	1,731	626	1,372	1,449	109
	3	3,212	3,074	1,721	811	1,380	1,476	104
	4	1,593	3,180	1,504	1,036	1,575	1,480	145
2005	1	3,129	3,583	1,685	940	1,620	2,306	172
	2	3,053	3,448	1,652	1,209	1,678	2,826	158
	3	2,816	2,749	1,625	1,398	2,275	3,199	228
	4	3,764	3,398	1,625	1,418	2,296	5,390	177
2006	1	4,060	2,481	1,933	1,500	3,172	5,425	176
	2	Na.	2,481	2,482	1,849	3,460	5,498	260

나) 방문보건사업

2006년도 2/4분기 기준 7개 시범사업지역의 보건소 방문보건사업 등록관리 대상자수(보건지소 실적 포함)는 경북 구미가 870명으로 가장 적었고, 서울 노원구(2006년 1/4분기)가 19,322명으로 가장 많았음.

도시보건지소 시범사업이 시작된 2006년 이후 모두 시범사업지역 보건소의 방문보건사업 등록관리 대상자수가 증가하였으며, 특히 광주 서구, 경북 구미, 대구 북구, 전남 목포 순으로 가장 증가율이 높았음.

표 8. 도시보건지소 관할 시구별 보건소 방문보건사업 등록관리 대상자수

연도	분기	서울 노원	부산 북구	대구 북구	인천 서구	광주 서구	전남 목포	경북 구미
2004	1	17,578	3,507	267	987	496	2,509	687
	2	N/A	3,778	280	1,088	512	2,509	680
	3		3,776	288	1,157	524	2,497	689
	4		3,799	295	1,175	570	2,566	708
2005	1	18,214	4,220	524	1,899	538	2,797	330
	2	N/A	4,766	820	1,941	557	2,953	816
	3		4,775	831	2,016	604	3,506	1,359
	4		4,788	795	1,998	580	3,832	1,448
2006	1	19,322	4,754	912	1,856	1,653	3,868	753
	2	N/A	5,291	1,026	2,037	2,441	4,073	870

다) 재활보건사업

재활보건사업의 경우 7개 시범사업지역 중 3개소는 도시보건지소 시범사업을 시행하기 이전에는 등록관리실적이 없었던 보건사업임. 2006년도 2/4분기 기준 7개 시범사업지역의 보건소 재활보건사업 등록관리 대상자수(보건지소 실적 포함)는 부산북구 0명으로 가장 적었고, 서울 노원구가 2,004명으로 가장 많았음.

표 9. 도시보건지소 관할 시구별 재활보건사업 등록관리 대상자수

연도	분기	서울 노원	부산 북구	대구 북구	인천 서구	광주 서구	전남 목포	경북 구미
2004	1	813	—	—	—	—	130	87
	2	946	—	—	1	—	145	89
	3	1,007	—	—	1	—	128	88
	4	1,033	—	—	2	—	121	89
2005	1	1,143	—	—	6	—	145	90
	2	1,278	—	—	18	—	132	92
	3	1,283	—	—	22	—	145	90
	4	1,595	—	—	26	10	140	90
2006	1	1,874	—	32	81	67	596	143
	2	2,004	—	137	278	42	905	176

2) 사업대상자 만족도

가) 전체적인 만족도

7개 시범사업 도시보건지소를 이용한 응답자들(N=514) 중, 도시보건지소를 이용하면서 제공받은 서비스에 '만족'한 경우가 94.7%로 매우 높게 나타났다. 이 중 '매우 만족'한 경우는 72.7%, '약간 만족'한 경우는 22.0%로 각각 나타났다.

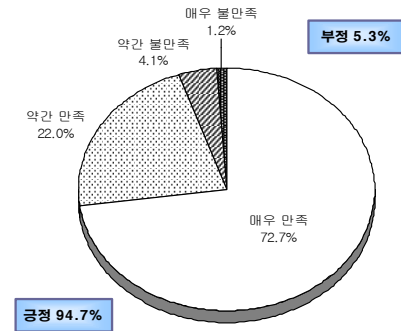


그림 1. 사업대상자의 전반적인 만족도

나) 지리적 접근성에 대한 의견

도시보건지소가 생긴 이후에 이전에 이용하던 보건소에 비해 걸리는 시간에 대해서 '시간이 줄어들었다'는 응답자는 58.8%('매우 줄어들었다' 52.7%, '약간 줄어들었다' 6.0%)이며, '예전과 비슷하다'는 응답자는 7.2%였음. 그 외에 이전에 '보건소를 이용한 적이 없는' 경우는 20.6%였으며, '방문서비스'만 받은 응답자는 12.3%로 나타났다.

다) 교통비 절감도

도시보건지소가 생긴 이후에 이 전에 이용하던 보건소를 이용하는 데에 비해 드는 교통비에 대해서 '교통비가 절약되었다'는 응답자는 52.3%('매우 절약되었다' 46.5%, '약간 절약되었다' 5.8%)이며, '예전과 비슷하다'는 응답자는 12.8%에 불과함. 그 외에 이 전에 '보건소를 이용한 적이 없는' 경우는 20.8%였으며, '방문서비스'만 받은 응답자는 12.6%였음.

라) 향후 보건지소 이용의향

전국 7개 시범 도시보건지소를 이용해 본 응답자(N=514)들의 94.4%는 '앞으로도 도시보건지소를 이용할 의향이 있거나 주위 사람들에게 이용을 권유할 의향이 있는' 것으로 나타나 도시보건지소의 유용성을 긍정적으로 평가하였음.

5. 도시보건지소 시범사업의 성과와 추진방향

가. 공공보건의료 확충의 가시적 성과물

- 계획된 여러 가지 공공의료확충 방안들 중에서 가장 가시적인 성과와 추진이 이루어지고 있는 사업 중 하나라고 할 수 있음.
- 본 사업의 계획으로 보아 도시보건지소 확충 추진이 다소 탄력을 잃을 가능성이 있어 이에 대한 추진력을 배가 시키는 것이 매우 필요한 시점임.

시범사업 기간 동안 10개 보건지소가 운영되고 있으나, 본 사업 첫째 인 2007년도에 신축 보건지소를 5개소, 2008년도에 16개소 등으로 계획되어 있어 시범운영 중인 도시보건지소의 신축이 어려운 실정임. 최소한 20여개 정도를 설치할 수 있도록 계획을 변경 추진하는 것이 확충의 추진력을 담보할 수 있는 방안이 될 것임.

나. 도시지역 공공부문의 지역보건의료체계의 완전성 향상

- 도시지역 공공부문의 지역보건의료체계를 논함에 있어 지금까지 사업수행을 위한 인프라 없다는 것이 큰 약점이었고, 또한 도시지역의 민간의료기관이 충분하므로 사업수행을 위한 공공보건기관이 불필요하고, 보건지소 등을 설치하면 비효율적 지역보건의료체계가 된다는 논리와 맞물려 표류하고 패배주의적인 인식을 확산시키는 동력을 작용하여 왔다고 볼 수 있음.
- 그러나 도시보건지소가 설치되어 시범운영되는 것이 비용-편익이 크다는 것이 일부지역의 기존의 보건분소의 운영 분석을 통하여 증명이 되었고, 도시보건지소의 경우도 취약계층의 지리적, 경제적 접근성을 크게 향상시키고 만족도를 높인 것으로 평가되어 도시보건지소의 운영이 도시의 지역보건의료체계의 효율성에 긍정적으로 기여하고 있음을 증명함과 동시에 지역보건의료체계의 완성도를 높이는 데 기여한 것으로 해석할 수 있음.

다. 주민참여의 기전 확보를 위한 주요 기관으로서의 역할 가능성

- 당초 시범사업 실시 보건지소는 지역사회의 연계를 통하여 사업의 효과를 극대화시키는 데에 중점을 두고 사업을 추진하였음.
- 현재의 규모나 강도보다 주민의 저변과 참여 강도가 확대되고 강화되어야 주민의 공공한 지지를 받는 공공보건의료 조직으로 거듭날 수 있을 것이며, 시범사업을 통하여 그 가능성을 충분히 확인하였다고 판단함.

라. 민간과의 협력체계 구축을 위한 계기

- 의사회를 중심으로 도시보건지소 설치·운영에 대한 반대를 거듭 주장하고 있는데, 시범사업지역의 일부 의사회의 경우는 매우 협력적인 입장을 취하고 있으며, 신규 보건지소 설치를 위하여 신청을 하는 지자체의 경우는 보건의료인 단체의 지원 서명까지 받아서 신청서를 제출하고 있음.
- 이는 도시보건지소에서 수행하는 사업이 지역의 보건의료기관을 포함한 유관기관의 협력 네트워크를 통하여 주민에 대한 총괄적(comprehensive) 보건의료서비스를 제공하는 데에 중점을 두고 있어 단순히 진료의 극대화를 통한 민간의료기관과의 경쟁과는 차원이 다르게

진행되고 있음을 이해하고 있는 것으로 파악됨.

- 특히 만성질환관리와 재활보건서비스 등은 민간의료기관의 전문가들과 긴밀하고도 유기적인 협력을 통하여야 만이 서비스의 지속성을 보장할 수 있고, 위험요인을 많이 가진 대상자를 우선으로 하는 질 높은 사례관리를 통한 서비스의 제공이 지역 내 보건의료인적자원의 협력 없이는 성공적이고 만족도 높은 사업을 추진하기 어렵다는 인식과 철학에 기반하고 있어 시간이 지날수록 이해의 폭이 넓어지고 협력적 관계의 형성이 가능하다고 봄.

마. 도시지역 일차보건의료서비스의 표준제시와 보건사업의 질 향상의 계기

- 현재 보건소의 만성질환관리사업 지침에는 아래의 그림 1.과 같은 지역사회 등록관리형 모형을 제시하고 있고, 평가지표들 중에서 약물치료를 제외한 대부분의 지표들이 보건소 평가지표에 포함되어 있음.
- 그러나 이러한 모형에 따라 사업이 수행되고 있는 보건소의 비율은 매우 적고, 또한 평가 지표들은 모두 결과/영향지표 또는 성과지표에 포함되어 있고, 보건소에서는 이를 최근 3년간의 결과를 평균하여 그 성과를 측정하도록 지침이 만들어져 있음.
- 보건소에서의 고혈압과 당뇨병 관리를 일부 보건소를 제외하고는 엄밀한 의미에서의 등록 관리는 잘 되지 않고 있으며, 보건소나 보건지소 내소 환자에(주로 전산등록되어 있는 환자 현황 중심으로) 대한 관리 실태 정도를 보고하고 있으며, 일부 지역을 제외하고는 민간의료기관과의 의뢰와 회송과 관련한 체계적인 사업체계를 가지고 있는 보건소는 매우 적은 실정임.
- 현재 시행 중인 도시보건지소 시범사업에서는 이러한 문제점을 극복하고, 사업대상자(주로 취약계층)에 대한 건강평가를 시행하여 등록관리함과 동시에 효율적 서비스 제공을 위한 보건지소 내의 팀 간의 지속적인 협력을 유지하도록 하고 있으며, 사회복지 정보, 공단검진 정보, 보건소 정보 등 이용 가능한 지역사회 내의 모든 정보를 수집하여 서비스 대상자에 대한 총괄적 서비스를 제공할 수 있도록 관리 프로그램을 개발·활용하고 있음.
- 이를 통하여 팀별로 제공되던 서비스 중심에서 팀간의 협력을 통한 대상자 중심의 서비스를 지속적으로 제공함으로써 서비스의 지속성과 질을 높이는 계기를 마련하고 있다고 평가하고 있음.

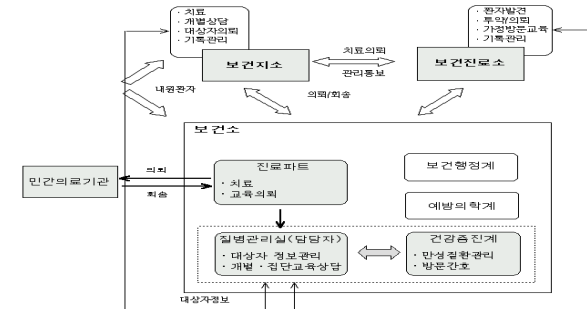


그림 2. 지역사회 등록관리형 고혈압·당뇨병 관리사업 모형

6. 도시보건지소 올바른 운영을 위한 제언

1) 초기 본 사업의 적극적 추진

- 전술 하였듯이 본 사업 1차년도인 2007년도에 도시보건지소를 시범사업을 수행하고 있는 보건지소의 수보다 적게 개소하는 것은 본 사업의 추진일정에 대한 정부의지에 대한 신뢰감을 저하시킬 수 있음.
- 그러므로 1차 년도에 최소 20개소 이상의 보건지소를 개소할 필요가 있으며, 참여정부 헌집권기간 동안에 최소 50개소 이상을 개소하여야 함.

2) 지역보건의료체계 내에서의 역할 설정

- 도시보건지소가 찾아오는 주민과 환자에 대한 서비스에 안주한다면 확대를 위한 더욱 많은 난관에 부딪칠 것임. '지역사회로 향하는 서비스, 찾아가서 발견하고 교육하고 촉진하는 역할'을 하여야 공공부문의 강점을 살림과 동시에 약점/수세적/패배주의적 입장이었던 민간을 보완하는 역할을 넘어 지역보건당국으로서 지역보건의료체계를 구축해 내고, 조정하는 조정자적 역할을 수행할 수 있을 것임.
- 이를 위하여 현재의 핵심사업을 중심으로 한 사업에 집중하고, 선택사업은 기초자치단체의 특성을 고려하여 스스로 결정하여 사업을 수행할 수 있는 가이드라인을 제시하여야 함.
- 보건소, 지역 내 공공의료기관과의 협력(의뢰와 회송, 전문가 지원 등)을 통한 사업의 량과 질을 보장하는 역할을 발휘하여야 함.
- 또한 대상지역을 잘 선정하고, 대상자를 명확히 할 필요가 있으며, 농촌지역과는 지역특성뿐만 아니라 업무의 특성과 량도 매우 상이하므로 이를 고려한 역할의 설정이 필요함.

표 10. 농어촌 보건지소와 도시지역 보건지소의 환경과 특성 비교

영역	농어촌 보건지소	도시지역 보건지소
설치 필요성	·무의면 해소 ·의료인프라 구축	·지리적 접근성 해소 ·보건인프라 구축
대상 인구의 다양성	·비교적 균질	·이질적
(예상)이용량	·적음(15~40여명)	·매우 많음(보건소 수준 예상)
서비스 요구정도	·단순함 ·요구강도는 높지 않음	·다양함 ·요구강도가 강할 것임
요구인력	·단순/보건의료분야	·보건의료분야 및 다양한 관련 전문인력
접근방법	·내소방문과 가정방문	·내소방문과 교육 홍보, 가정방문
계절적 영향	·영향이 큼(농번기 등)	·영향 없음

3) 지역주민과 시민단체의 적극적 참여와 관심

- 시범사업의 본 사업으로의 적극적 전환과 확대를 위해서는 시민단체와 지역주민이 이에 대한 관심을 가지고 도시보건지소의 확대를 주장하고 그 당위성을 홍보하는 데 동참하여야 할 것임.
- 민간의료기관의 우려와 비협조를 불식시킬 수 있는 주민과 시민단체의 참여와 관심만이 공공의료 확충을 통한 도시지역 보건의료복지 취약계층에 대한 기본 보건의료복지 서비스를 보장할 수 있을 것임. 특히 공공과 민간의료기관의 이용이 원천적으로 어려운 대상자

(차상위 계층 포함)에 대한 적극적인 발견과 서비스 제공 및 민간의료기관과의 협력에 의한 지속적인 치료와 재활이 매우 절실함.

4) 공공보건기관, 인력 간의 협력과 경험의 활용

- 사업대상자의 의뢰와 회송 등의 협력과 인적자원과 기술 지원을 위한 협력 체계 구축모형의 개발 필요함.
- 전체 공공보건기관 내에서의 도시보건지소의 역할과 기능이 확대 조정하기 위한 방안을 모색하여야 함.
- 도시보건지소의 새로운 사례의 경험과 노하우를 활용하여 농촌지역 보건지소의 역할과 기능을 재조정하는 기회로 활용할 수 있음.

5) 시범사업의 평가와 관련된 향후 추진사항

가) 사업의 내용과 범위 등을 고려하여 사업대상지역과 인구 규모를 제시하여야 할 것이며, 근무자의 직무분석을 통하여 근무자 수에 따른 집중관리 및 일반관리 대상자의 수에 대한 가이드라인을 제시할 필요가 있음.

나) **서비스 질 평가 및 경제성 평가:** 도시보건지소 운영에 대한 경제성평가와 다양한 사업을 범주화하여 비교평가 함으로써 다양한 모형의 제시를 통한 지역의 특성에 맞는 사업 모형을 제시할 필요가 있음.

다) **지역사회연계와 주민참여의 방향과 기전 재확립과 강화:** 지역사회연계를 위한 많은 시도를 하였으나, 운영위원회나 자조모임의 활성화 등은 미흡한 점이 있었다. 이에 대한 사업 추진 전략의 개발과 사업의 수행이 필요함.

라) 정량적 평가 이외에 정성적 평가

마) 보건소와 보건지소의 역할의 명료화/핵심사업지침서와 기존 지침서의 차이점/보건지소 운영매뉴얼 작성

바) 사업대상자 선정의 우선순위 설정, 사업소간 서비스 내용의 양적, 질적 편차 등을 고려할 때 도시보건지소의 사업내용과 질적 수준의 안정화가 필요할 것으로 판단되며, 도시보건지소 설치운영으로 인해 기대하였던 편익에 대한 보다 타당하고, 실증적인 평가는 지소 운영이 안정화된 이후에 가능할 것으로 판단됨.

1) 이 원고는 2006년도 한국보건행정학회 추계학술대회에서 발표한 원고를 일부 수정한 것임.