



일차보건의료와 보건진료원 제도

김창엽 지음



일차보건의료와 보건진료원 제도

김창엽 지음

서울대학교 보건대학원

일차보건의료와 보건진료원 제도

2011년 9월 30일 펴냄

지은이 | 김창엽

펴낸곳 | 서울대학교 보건대학원

© 김창엽

- * 이 책을 쓰는 데에는 보건진료원회의 지원을 받았습니다. 본문에 기술된 모든 내용은 지은이의 의견이며, 보건진료원회 혹은 그와 관련 있는 단체는 무관합니다.
- ** 출처를 밝히고 인용하는 것 이외에, 지은이의 동의 없이 내용의 일부 또는 전부를 복제하는 것을 금합니다.

차 례

제1장 서론	10
제2장 보건진료원 제도 도입의 배경	15
1. 제도 도입의 이론	16
2. 건강수준과 보건의료 이용	19
1) 건강수준	20
2) 의료이용	25
3. 경제사회적 환경: 급격한 산업화와 경제성장의 부작용	30
4. 정치적 상황	33
5. 사회적 보호장치의 필요성	36
제3장 정책대안의 탐색	38
1. 세계적 경향과 한국	39
1) 지역사회보건과 지역사회의학	40
2) 일차건강관리의 개념	49
3) 일차보건의료 개념의 성립과 영향	51
4) 의사가 아닌 인력의 활용	58
2. 한국에서의 대안 모색	60
1) 대안의 환경과 조건	61
2) 한국보건개발연구원의 설립과 정책대안 개발	63
3) 의사 인력의 증원과 의무 배치	66
4) 보건의료망과 의뢰체계 구축	70
5) 지역보건과 일차보건의료 전략	72
제4장 보건진료원 제도의 성립과 정착	89
1. 정책 대안의 수립과 시행	90

1) 농어촌 의료보험 실시	90
2) 공공부문 강화와 농어촌 의료전달체계의 확립	92
3) 보건의료 인력의 농어촌 배치	94
2. 보건진료원 제도의 출범	102
제5장 보건진료원 제도의 정착	110
1. 제도시행 초기의 상황	112
1) 시설	112
2) 주요 활동	115
3) 보건진료소의 재정	119
4) 보수	120
5) 행정관리와 지원, 연계관계	122
6) 지역주민의 반응과 참여	125
2. 제도의 개선과 정착	127
1) 보건진료원 배치	129
2) 시설 개선	132
3) 활동과 의료이용	133
4) 재정	137
5) 지역에서의 연계체계와 지역사회 참여	138
6) 신분과 처우, 그리고 근무조건	139
제6장 환경변화와 새로운 도전	146
1. 새로운 보건의료 환경	146
2. 보건의료서비스 체계 정비와 보건진료소	154
1) 지역보건의료체계 구상	155
2) 보건진료소의 진료 기능	159
3) 지역보건의 강화와 건강증진사업의 활성화	163
4) 농어촌 의료서비스 개선사업과 시설개선	175

5) 정부의 '구조조정'과 보건진료소	181
제7장 제도의 안정 혹은 새로운 모색	197
1. 보건진료소의 구조적 안정	197
2. 보건사업의 확대와 새로운 과제	205
3. 일반직으로의 전환: 공공보건체계의 통합	220
제8장 맺음말	225
부록 1. 설문조사 결과	234
부록 2. 활동사례	302

표 차례

표 1. 1970년대의 중요 건강지표	20
표 2. 농촌인구의 고령화 추세	22
표 3. 의사, 치과의사, 한의사가 없는 지역의 변화추이	27
표 4. 1977년 8월 31일 현재 시도별 무의지역 현황	28
표 5. 지역별 의사진찰수와 치료일수	29
표 6. 1950-1980년대의 주요 경제지표	31
표 7. 의과대학(의예과)의 수와 입학정원 증가 추이	67
표 8. 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법(전문)	97
표 9. 보건진료원 직무교육의 구성	104
표 10. 보건진료원의 이론과 임상교육을 위한 시간배정	104
표 11. 농특별 중 보건진료소와 보건진료원 관련 주요 내용 해설	106
표 12. 1981년과 1982년 배치된 보건진료원의 도별 분포	109
표 13. 제도 출범 당시의 보건진료소 시설기준	113
표 14. 보건진료원의 자격	121
표 15. 1981년 당시 병원간호사의 급여 수준	121
표 16. 1981년-1986년 보건진료원 교육생의 일반적 특성	131
표 17. 지역의료보험 실시 전후 농촌주민의 의료이용 변화	135
표 18. 15일간 의료이용자 100명당 의료이용의 변화	135
표 19. 1987년도 보건진료원 보수기준표	140
표 20. 시기별 의료기관 수의 변화 추이	147
표 21. 연도별 공공/민간 병상수와 비중의 변화추이	151
표 22. 의료기관 종류별 1일 외래환자 수 변화추이	160
표 23. 의료기관 종류별 외래환자 구성의 변화추이	161
표 24. 농어촌의료서비스개선사업 지원기관수(1994-2004)	177

표 25. 농어촌 의료서비스 개선사업의 표준시설 기준(보건진료소)	179
표 26. 2004년도 보건진료원 활동 실적	198
표 27. 의료기관별 외래 환자의 비중	206
표 28. 보건소의 연도별 신규사업 현황	207

그림 차례

그림 1. 지역사회의학을 다룬 의학교육 세미나 기념사진 (1972년)	45
그림 2. 1981년 현재 의료전달체계 구축의 방향	72
그림 3. 홍천군 마을건강원 사업 일차보건의료 전달체계 모형 예	80
그림 4. 마을건강사업을 위한 보건진료원 교재(1977년)	82
그림 5. 1981년 현재 정부의 의료보험 대상자 확대 계획	91
그림 6. 1981년 ‘보건사회’에 나타난 농어촌 의료전달체계	93
그림 7. 보건진료원 교육훈련생 모집공고(동아일보 1983년 2월 1일)	103
그림 8. 1981년 9월 17일 열린 한국인구보건연구원에서 열린 보건진료원 전국대회	105
그림 9. 보건진료원의 초기 활동 모습	117
그림 10. 보건진료소 운영협의회 정관(1983년)	127
그림 11. 일차보건의료사업지도지침과 보건진료소 관리운영지침	128
그림 12. 의료보험요양취급기관 지정서(1988년)	134
그림 13. 가족계획 대상자 카드 (1986-1990년)	136
그림 14. 1984년 대한간호협회가 펴낸 활동사례 모음	141
그림 15. 1980-2000년대 총병상수와 내원일수의 증가 추세 ..	147
그림 16. 1977년 병원투자에 대한 신문보도(매일경제신문. 1977년 4월 30일)	149
그림 17. 65세 이상 인구 비율의 변화	152
그림 18. 1990년대 초 보건진료소 내부(경기도 연천)	161
그림 19. 2004년 7월 준공된 전남 장성군 월산보건진료소 ..	177
그림 20. 새로운 양식으로 신축된 함평 대각보건진료소	178

그림 21. 남원시 서도 보건진료소의 신축 전후	180
그림 22. 충청투데이 2000년 1월 14일	195
그림 23. 청양군 청남면 왕진보건진료소가 주최한 건강걷기대회(2008년 9월 25일)	211
그림 24. 서귀포시 사계보건진료소의 건강생활실천운동 발표회(2008년 12월 23일)	211
그림 25. 맞춤형 방문건강관리 보건진료원 교육(2010년 9월 7일 가톨릭의대)	215
그림 26. 보건진료원의 일반직화를 위한 토론회 (2009년 9월 15일)	222
그림 27. 세계보건기구의 일차보건의료 보고서(2008년)	226

제1장 서론

1981년 9월 15일, 1차로 전국 257개 마을에서 24주간의 교육을 마친 보건진료원이 활동을 시작했다. 당시 한 일간 신문은 이를 다음과 같이 보도하였다.¹⁾

농어촌의 오지벽지마을 등의 의료취약지역에서 간단한 의료행위를 포함한 1차보건진료업무를 담당할 농어촌 보건진료원이 15일부터 전국 2백57개 마을에서 업무를 개시한다.

보사부는 10일 작년말 입법회의를 통과한 농어촌보건의료를 위한 특별조치법에 따라 1차로 선발, 서울대 보건대학원등에서 24주간의 교육을 마친 2백 57명의 간호원에게 보건진료원자격을 주어 전국에 배치했다.

이들은 의료취약지역에서 모자보건·가족계획등 보건예방활동과 함께 감기·가벼운외상의 치료등 간단한 진료활동까지 맡아 주민들의 건강을 돌보게 된다.

주민들은 진찰료 2백원, 1일약값 3백원이하 값싼 비용으로 이들로부터 의료혜택을 받을 수 있다.

1차로 보건진료원배치는 ▲경기 25명 ▲강원 26명 ▲충북 18명 ▲충남 23명 ▲ 전북 50명 ▲전남 42명 ▲경북 39명 ▲경남 34명등 2백57개 마을에 배치한다.

보사부는 11월중에 2차로 1백20명을 추가배치하고 오는 84년까지 초두2천명의 보건진료원을 양성 배치, 전국 농어촌의 1차보건문제를 해결할 방침이다.

“전국 농어촌의 1차보건문제”를 해결한다는 원대한 목표를 가지고 출발했지만, 보건진료원 제도가 30년이 넘게 지속될 것으로 전

1) 매일경제신문 1981년 9월 10일. 표기법은 이해할 수 있는 범위 안에서는 가능한 한 원문 그대로 둠. 이하 다른 문헌을 옮기는 경우도 같음.

망한 사람은 많지 않았다. 제도 출범의 환경이 결코 안정적이라 할 수 없었기 때문이다. 보건진료원 제도와 비슷한 정책목표를 가진 여러 가지 대안들이 제안되거나 실행되고 있었고, 제도 자체에 대한 반대도 적지 않던 상황이었다. 한 마디로, 언제 사라질지 모르는 ‘임시’와 ‘과도기’의 형편을 피하기 어려웠다.

지난 30여 년간의 환경변화는 급격하고 불안정했다. 소득 증가로 대표되는 경제적 변화는 물론이고, 의료인력의 급증과 급격한 도시화는 제도 출범 당시와는 근본적으로 다른 사회적 환경을 만들었다. 이른바 ‘무의면’은 과거의 일이 되었고, 의료기관에 대한 지리적 접근성은 30년 전과는 비교할 수 없을 정도로 개선되었다. 의료인력의 부족과 지리적 접근성만이 보건진료원 제도의 근거라면 제도의 존립근거는 대부분 해소되었다고 해도 크게 틀린 말이 아닐 것이다.

그러나 보건진료원 제도는 30여 년간의 급격한 사회, 경제, 보건학적 변화 속에서도 비교적 안정적으로 제도를 유지한 것은 물론, 부분적으로는 발전해 온 것으로 볼 수 있다. 이를 웅변하는 것이 많은 사람의 예상과 달리 보건진료소가 양적으로 크게 위축되지 않았다는 사실이다. 보건진료소 수는 1985년 1,640개에서 1995년 2,039개까지 늘어났고,²⁾ 1997년과 1998년 사이에 다소 줄어들었으나 2009년 현재 1,909개소의 보건진료소에 1,893명의 보건진료원이 배치되어 있다.³⁾ 현재 설치되어 있는 보건진료소는 가장 많은 숫자가 운영되던 때에 비해 단지 100여 개 적어졌을 뿐이다. 1980년 1,442만 명(전인구의 44.7%)에 이르던 한국의 농가인구는 2009년 311만 명(전인구의 6.4%) 수준까지 크게 줄어들었다. 이처럼 인구, 지역,

2) 보건복지부. 2000년 보건복지통계연보

3) 보건복지부. 2010년 보건복지통계연보. 이는 공식적인 정부통계로는 가장 최근의 것이다.

12 일차보건의료와 보건진료원 제도

지리적 맥락이 크게 변하였는데도 보건진료소가 여전히 중요한 기능을 수행하고 있다는 사실은 주목할 만하다. 이는 보건진료소를 단순히 보건의료체계 내부의 한 요소로만 봐서는 안 된다는 점을 시사한다. 보건의료 내부의 필요와 요구를 넘어 사회적인 요구에 부응하고 있고 긍정적인 역할을 수행하고 있다는 점이 아니면 이러한 ‘불균등 발전’의 양상을 설명하기 어렵다.

사실 보건진료원 제도가 사회적 요구를 반영한다는 것은 제도가 창설될 때부터 일관되게 유지되어 온 특성이다. 물론 보건의료를 포함한 어떤 제도도 사회적 요구와는 무관한 진공 상태에서 성립되기는 불가능하다. 그러나 보건진료원 제도만큼 정치, 경제, 산업, 지역, 의료 등의 여러 영역에 걸친 사회적 요구가 점점을 이룬 사례는 흔치 않을 것이다. 공중보건의제도도 마찬가지이지만, 보건진료원 제도의 창설이 정치적 ‘합리화(legitimatization)’의 한 과정이라는 일부의 평가는 제도의 다면성을 구성하는 한 측면일 뿐이다. 나아가, 제도가 여러 요인이 영향을 미친 결과라는 점은 객관성의 측면에서 뿐 아니라 제도에 참여하는 당사자에게도 반드시 부정적 측면만 있는 것은 아니다. 흔히 보건의료가 전문성과 전문주의에 매몰되어 있고 그 결과 대중과 유리되어 있다는 평가가 적지 않은 만큼, 제도에 영향을 미치는 다양한 요인을 이해하는 것은 보건의료와 대중의 관계를 재구성하는 데에 긍정적으로 작용할 것이다.

이상과 같은 맥락에서 이 글은 보건진료원 제도의 역사를 개괄 하되, 다음과 같은 몇 가지 관점을 기초로 삼았다.

첫째, 보건진료원 제도의 거시적 변화와 그 요인에 초점을 두었다. 따라서 아주 구체적인 정책이나 제도변화, 참여자, 변화와 결정의 요인 등은 일차적인 관심의 대상이 아니다. 그러나 이는 이러한 구체적, 미시적 변화가 중요하지 않다는 의미는 아니다.⁴⁾ 미시적 관

4) 예를 들어 보건진료원이 쓸 수 있는 약은 왜, 무슨 과정을 거쳐서

찰과 분석은 중요하며, 미시적 변화를 정확하게 해석하기 위해서도 거시적 추이를 살펴보는 것이 필요하다고 생각했기 때문이다.

둘째, 보건진료원 혹은 그 제도의 ‘외부’ 관점을 채택하였다. 이는 단순히 객관적 시각을 유지한다는 의미라기보다는, 보건진료원 제도가 자리하고 있는 범위를 넘는 더 큰 사회적 요구와 이에 대한 대응의 한 요소로 보건진료원 제도를 이해한다는 의미이다. 따라서 전반적인 사회경제적 환경 변화와 이에 따른 보건 의료체계의 변동을 중요하게 살펴보았다.⁵⁾

셋째, 제도를 중심으로 하되, 특정한 한 가지 이론으로 제도의 성립과 경과를 설명하기보다는 가능하면 다양한 요인을 살펴보고자 하였다. 세부 연구가 충분히 이루어지지 않은 상태에서 특정한 한 가지 요인이나 경로로 다양한 변화를 설명하기 어렵기 때문이다. 또한 같은 이유 때문에 충분한 근거를 가지고 설명하지 못한 부분도 있다. 그러나 무리한 비약이나 추정은 가능한 한 피했다.

넷째, 특히 기본적인 이론 틀로 ‘공공부문의 일차보건의료’를 중심에 두었다. 널리 알려져 있듯이 일차보건의료는 1970년대 말 이후 개발도상국에서 보건의료 발전의 중요한 전략으로 받아들여져 왔다. 1970년대 이후 한국에서도 보건문제를 해결하는 중요한 전략으로 논의되고 시험된 것이 일차보건의료이고, 그것과 관련된 개념이 지역보건이다. 따라서 그 이후의 논의와 실천이 어떠한 일차보건의료와 지역보건을 빼고 보건진료원 제도를 설명하기 어렵다. 이와 함께 보건진료원 제도를 설명하는 데에는 ‘공공’의 개념도 매우 중요하다. 한국의 보건의료는 1980년대 후반 이후 민간부문의 보건

정해졌는지, 그리고 언제 왜 변화하였는지 등을 추적하는 것은 매우 중요하다. 보건진료원의 진료 기능을 국가와 사회, 그리고 전문가가 어떻게 이해하였는지를 밝히는 중요한 근거가 될 수 있다.

5) 따라서 이 글이 가정하는 중요한 독자는 보건진료원이 아니라 ‘외부’ 사람이다.

14 일차보건의료와 보건진료원 제도

의료자원이 빠르게 확충되면서 민간부문이 주도하게 된다. 이는 보건의료체계가 치료 위주의 분절된 체계로 굳어졌다는 것을 의미하기도 한다. 보건진료원 제도는 중요한 공공 보건의료자원이면서 동시에 포괄적 서비스를 지향했다. 따라서 처음부터 민간부문의 성장과 갈등을 빚을 수밖에 없는 구조적 특성을 가지고 있다고 할 수 있다. 이런 관점에서 보건진료원 제도를 ‘공공’, ‘일차’, ‘보건의료’라는 3대 핵심개념을 중심으로 설명해 보고자 한다.

자료는 대부분 출간된 자료, 정부 문서, 행정자료, 연찬회와 세미나 자료, 인터넷 홈페이지 등에 의존했다. 또, 필요한 경우 정책 결정에 참여했던 공무원과 전문가를 면담하였다. 그러나 앞에서 밝힌 대로, 주로 거시적 흐름에 초점을 두었기 때문에 개인면담 자료를 근거로 기술한 부분은 매우 적다.

제2장 보건진료원 제도 도입의 배경

새로운 제도의 도입 여부와 그 제도의 내용은 매우 다양한 요인에 의하여 결정된다. 보건진료원 제도, 혹은 보건의료제도를 크게 보아 사회정책의 하나로 본다면, 각 나라에 이들 정책이 도입되는 이유에 대해서는 여러 가지 설명이 있다.⁶⁾ 가장 중요한 이유 중 하나는 정치적, 사회경제적 환경이다. 예를 들어 노인인구의 비중이 낮은 사회에서 노인을 대상으로 한 정책이 중요한 의제가 되기는 어렵다. 그러나 그렇다고 해서 환경요인만으로는 정책이나 제도가 도입되는 이유를 모두 설명할 수 없다. 따라서 환경요인과 함께 정책과 제도가 도입되는 데에 영향을 미치는 여러 요인을 체계적으로 설명하려는 노력이 필요하다. 이러한 맥락에서 여기에서는 사회정책 분야의 제도도입을 설명하는 이론을 주로 검토하고자 한다. 사회정책의 설명을 빌려오는 데에는 보건의료 제도가 크게 보아 사회정책에 속한다는 이유도 있지만, 보건의료 제도의 고유한 설명이 충분치 않다는 이유도 있다.

물론 보건진료원 제도가 이러한 설명을 적용할 수 있는 적절한 대상인지는 명확하지 않다. 이 작업은 좀 더 정교한 틀과 과정을 거쳐 이루어져야 할 일이며, 따라서 이 글의 범위를 넘는다. 다만, 보건진료원 제도를 비롯한 일반적인 보건의료 제도에서도 참고할 만한 시각이 없지 않다는 점에서 설명을 풍부하게 하는 데에 도움이 될 것이다.

6) 이하 설명 부분은 다음을 참조. 김창엽. 건강보장의 이론. 한울, 2009.

1. 제도 도입의 이론

사회정책의 도입이론들은 주로 선진국을 대상으로 한 것으로, 가장 오래 되고 대표적인 것이 산업화, 근대화가 진전됨에 따라 새로운 정책이 도입된다는 이론이다. 산업화, 근대화는 농업 노동의 감소, 도시화, 노동과 생산 수단의 분리, 도시에 집중된 노동계급의 성장 등을 불러온다. 가족과 분리되는 개인의 성장이 두드러지고 가족 관계가 느슨해지며 노인인구가 늘어난다. 이러한 변화는 구호의 필요가 발생할 때 전통적인 가족 지지와 구제 방식으로는 문제를 해결하기 어렵게 되었다는 것을 뜻한다. 또한 자본의 입장에서 도시를 중심으로 양질의 노동력을 확보해야 할 필요성이 늘어나는데, 잘 훈련되고 건강한 노동력이 생산성 향상에 필수적인 요소가 되기 때문이다.

이제 이를 농촌인구를 중심에 놓고 생각하면, 도시 노동력의 안정적인 공급과 관리를 위한 농촌인구의 안정적 관리라는 연관된 목표가 대두된다. 이는 다분히 도시에서 양질의 노동력을 확보하고 유지한다는 조건의 부수적 조건으로 볼 수 있다. 산업화가 진전됨에 따라 농촌에서는 인구의 분해가 일어나고 청장년층을 위주로 농촌 인구가 도시로 유입된다. 도시로 유입된 인구는 새로운 임금근로자의 기반이 되는데, 이들 중 대다수는 가족적으로 여전히 농촌에 기반을 두고 있고 부양의 책임을 공유한다. 따라서 여전히 농촌에 남아 있는 인구를 안정적으로 관리하는 것, 예를 들어 농촌에서 건강한 노동력을 충분한 수로 확보하고 있는 것은 도시에서 양질의 노동력을 확보하는 데에 필수적인 조건이다. 뿐만 아니라 농촌 인구의 건강수준이 나쁘거나 과도한 의료비 부담을 지게 되면 도시 임금근로자의 생계에 악영향을 주고 이는 곧 저임금의 노동력을 확보하는 데에 불리한 조건으로 작용한다. 이처럼 농촌 인구의 건강을 유지하

고 기초적인 의료서비스를 제공하는 것은 건강한 도시 임금노동자를 확보하는 데에 중요한 조건이 된다.

한편, 방향은 크게 다르지만, 맑시스트 관점에서도 산업화를 복지국가나 사회정책 도입의 중요한 요인으로 해석한다. 즉, 복지제도는 생산 비용의 일부를 사회화함으로써 자본의 축적에 기여하는 역할을 하며, 한편으로는 자본주의의 발달 과정에서 나타나는 자본가와 노동계급의 갈등을 완화시키는 역할을 한다는 것이다. 이러한 해석은 갈등 이론 혹은 계급 이론으로 제도 도입을 설명하는데, 사회운동, 노동운동, 정당 등의 집합적인 정치 행동이 복지 프로그램의 도입과 성장에 결정적인 역할을 하는 것으로 본다. 이 해석에 따르면 사회 문제는 사회적 투쟁을 통해서만 의제가 되며 사회적 투쟁에서 이긴 만큼 성취할 수 있다. 많은 유럽 국가에서 사회민주당의 힘이 클수록 복지 지출이 늘어나는 것은 이런 해석을 뒷받침하는 실증적 근거이다.

이처럼 조직화된 노동운동을 비롯한 집합적 정치 행동이 제도 성립의 요인으로 작동할 수 있다는 설명은 설득력이 있다. 그러나 주로 농어촌에 해당하는 제도를 이러한 방식으로 설명하려면 좀 더 복잡한 설명이 필요하다. 대부분의 나라에서 조직화된 노동운동이나 이를 기반으로 한 정치세력은 대체로 농촌과 농민과는 구분되고, 나아가 때로 정치적 경쟁자로 존재했기 때문이다. 뿐만 아니라 한국적 상황에서 사회정책이나 보건의료정책을 조직화된 노동운동이나 정치세력으로 설명하는 것은, 그것이 가능하다 하더라도, 아주 최근의 일이다. 따라서 특히 노동운동을 중심으로 제도도입을 설명하는 데에는 어려움이 많다. 다만, 한국적 상황에서 여러 정치세력의 관심과 경쟁이라는 관점에서 제도도입을 설명하는 것은 의미가 있다고 할 것이다.

산업화 이론은 경제성장의 수준, 사회경제적 상황과 사회 정책의

도입이 반드시 일치하지 않는다는 점에서 비판을 받는다. 예를 들어 대부분의 유럽 국가가 1880년과 1914년 사이에 사회보장에 관한 입법을 하였는데, 당시 각 나라의 사회경제적 상황은 매우 다양한 수준에 있었다는 것이 대표적인 반론이다. 노동력의 5%만 근대적인 산업 부문에 종사하고 일인당 소득이 미화 51달러에 지나지 않은 국가가 사회보장을 시작한 사례도 있다. 경제적 수준에서 최상위에 속하는 미국이 매우 낮은 수준의 사회보장제도를 가지고 있다는 점도 산업화 이론을 기각하는 반증이다. 경제적으로 후진적인 사회도 적극적으로 제도를 시행하는 경우가 적지 않다는 점 역시 이 논리를 반박하는 근거가 되고 있다.

산업화 이론보다는 다소 미시적이고 실증적이지만, 국가 간의 교류와 상호작용이 늘어나면서 확산이론(diffusion theory)으로 제도나 정책의 확대를 설명하는 경우도 있다. 국가 사이의 교류, 네트워크, 상호작용 등의 결과 일종의 ‘흉내 내기’가 일어날 수 있고, 경우에 따라서는 주변 국가와의 경쟁이 제도 도입을 촉진하기도 한다. 사회경제적 발전 과정이 서로 다른데도 인접한 여러 국가가 비슷한 시기에 비슷한 제도를 도입하는 것은 이러한 이유로 설명할 수 있다. 근대 이후 정책과 제도 분야에서 일본의 영향을 많이 받을 수밖에 없었던 한국에서는 이러한 확산이론이 제도도입을 잘 설명할 수 있는 경우가 많다.

정치적인 정당화를 위해 사회정책이 동원된다는 설명도 가능하다. 비합법적으로 집권하거나 다른 이유로 정권의 정당성이 부족할 때 사회정책을 확대하면 반대를 누르고 정치적 기반을 강화할 수 있다. 정당화라는 점에서는 같지만, 사회정책이나 사회보장은 빈곤층의 요구를 반영하는 것이므로 민주화된 정부가 그렇지 않은 정부보다 이런 맥락의 정책을 채택할 가능성이 더 높다는 주장도 가능하다.

이상에서 논의한 것에서 알 수 있듯이 한 가지 요인만으로 어떤 사회제도 도입을 설명하기는 어렵다. 국가에 따라 다양한 요인이 한꺼번에 작용하며, 특히 구체적인 상황에 따라 발전의 계기와 경로도 달라진다. 이러한 맥락에서 최근 많은 관심을 끌고 있는 이론적 경향이 역사적 제도주의(historical institutionalism)이다. 제도주의란 과거의 정책 결정과 현재 제도가 계급의 선호와 정치적 행동을 제도화(institutionalization)한다는 것으로, 일단 한 제도가 성립되고 실행되면 그 제도를 뒷받침하는 정치적 선호와 문화, 이해관계가 생기고 이것이 이후의 제도 확장을 촉진한다. 예를 들어 영국의 국가 의료제도(NHS)는 저절로 만들어진 것이 아니라, 일정한 정치사회적 환경 속에서 구체적인 정책 참여자(예를 들어 제도성립기의 보건부장관)가 주도적 역할을 해서 성취한 것이다. 일단 제도가 성립된 이후에는 오랜 기간 주어진 제도적 환경 안에서 구축된 선호와 이해관계가 다시 구조적, 문화적 유산으로 작용한다. 따라서 어느 쪽 방향이든 '제도'를 변경시키고자 하는 시도의 성패는 이러한 '경로의존성(path dependence)'에 크게 좌우될 수밖에 없다.

2. 건강수준과 보건의료 이용

어떤 보건의료 제도의 출발이 되는 환경은 건강과 질병이라는 데에 큰 이견이 없을 것이다. 질병으로 인한 고통을 덜고 건강하게 더 오래 사는 것이 자연스러운 인간의 욕망이라면, 욕망에 대한 사회적 대응으로서 보건의료 제도와 정책은 건강과 의료이용이라는 조건에 결정적으로 좌우되게 마련이다. 1970년대의 건강과 보건의료 이용의 수준이 현재와 크게 다른 것은 당연하다. 건강수준은 열악했고, 보건의료는 쉽게 접근하기 어려웠고 또 비쌌다.

1) 건강수준

1970년과 1980년의 한국인 평균수명은 각각 61.9, 65.7세로,⁷⁾ 2011년의 평균수명인 80세에 비하면 약 15년이 적다. 1982년 한 신문의 보도에 따르면 한국의 평균수명은 66.8세로, 일본의 평균수명 76세, 미국의 평균수명 73세에 “비교가 되지 않을” 정도였다.⁸⁾ 연도와 지표에 따라 약간의 차이는 있지만 1970년대 건강수준을 알 수 있는 몇 가지 지표는 표 1과 같다.

표 1. 1970년대의 중요 건강지표

	1970	1976	1979
출산율(천명당)	30.0	24.3	23.7
인구자연증가율(천명당)	21.0	17.9	17.5
조사망률(천명당)	8.5	6.6	6.2
평균수명(세)	65.0	67.4 (1976)	68.3 (추계)
유아사망률(1~4세/천명당)	45.5	38.8	32.0
모성사망률(출산 만건당)	8.3	5.6('75)	4.2

자료: 이두호. 보건 의료 취약지역에 대한 대책을 중심으로. 대한간호 1981;20(1):7.

사망원인은 전염성 질환이 매우 중요한 비중을 차지했다. 1966-1967년의 한 조사에 의하면 인구 10만 명당 사망률이 폐렴/기관지염 43.8, 결핵 35.8, 뇌혈관질환 26.1, 악성종양 25.8 등이었다.⁹⁾ 1978년 현재 영아사망률은 출생아 1,000명당 32에 이르렀고,

7) 통계청. 통계로 본 대한민국 60년의 경제·사회상 변화, 2008.

8) 동아일보. 1982년 8월 13일.

9) 문옥륜, 홍재용. 인구의 사망률, 이환율, 의료이용도 및 의료비지출에

주요 사인은 신생아 감염, 폐렴, 홍역, 위장관염 등 전염병 질환이 대다수를 차지했다.¹⁰⁾

이 당시 농어민의 건강수준은 도시지역에 비하여 더욱 열악했다. 과학적인 조사자료가 부족하여 체계적인 분석을 하기는 어렵지만, 단편적인 자료로 보더라도 건강수준의 불평등은 명확하다. 1987년 한국인구보건연구원의 조사자료를 근거로 하면, 스스로 건강하지 못하다고 인식하는 인구의 비율은 도시가 13.4%인데 비하여 읍지역은 17.7%, 면지역은 19.4%, 벽지는 19.8%로, 농촌지역과 오지로 갈수록 뚜렷하게 증가하는 양상을 보인다.¹¹⁾ 1980년 현재 농촌주민의 사망원인은 도시에 비하여 중독과 독성의 영향, 자살 등이 높은 순위를 보인다.¹²⁾ 농촌지역에서 농기계사고나 농약중독에 접할 기회가 더욱 빈번했기 때문일 것이다.

한 가지 주목할 것은 이 때 이미 청년층을 중심으로 한 농촌인구의 유출이 농촌인구의 고령화를 촉진하고 있었다는 사실이다. 노령화는 곧 전반적인 건강수준의 저하와 건강문제의 증가로 이어진다. 표 2에서 볼 수 있듯이, 1970-1980년대 노인인구의 고령화 속도는 전국적 추세에 비하여 훨씬 빠르다. 고령화가 건강문제의 양과 질에 직결된다는 점에서, 이 당시 이미 농촌사회의 고령화가 시작되었고 이는 건강과 보건의료 측면에서 가장 중요하게 고려해야 할 요소였다고 할 것이다.

관한 분석. 가족계획논집 1976:3:135-224.

10) 권이혁, 안윤옥. 우리나라 국민보건의 과거와 현재. 1980.

11) 한국인구보건연구원. 의료수요조사자료. 1987

12) 강재연 외. 1980년도 우리나라 10대 주요 사망원인에 관한 조사. 한국역학회지 1985;7(1):133-142.

표 2. 농촌인구의 고령화 추세

	1960	1970	1980	1990(예측)
60세 이상 인구비율(%), 전국		5.4	6.1	7.3
60세 이상 인구비율(%), 농가	4.7	7.9	10.5	15.3
피부양률(%)		9.7	9.9	9.0

자료: 정명채 외, 농어민연금 및 사회보험제도 연구, 43-44쪽, 한국농촌경제연구원, 1988.

일반적인 건강문제에 더하여 1970년대 이후 농어촌에서는 농어민의 특수한 건강문제가 부각되기 시작했다. 대표적인 것이 농약중독과 농부증, 비닐하우스병 등이다. 이는 농업생산 방식의 변화와 밀접하게 연관되어 있다. 1970년대 중반 이후 농업생산 방식은 기술집약적 성격이 강화되었고, 이는 농촌인구의 유출과 농산물의 상품적 성격 강화와 맞물려 있었다. 다음과 같은 농업의 변화는 당시 농촌의 건강문제가 농업 자체의 변화를 반영한다는 것을 보여준다.¹³⁾

이 무렵(1970년대) 정부는 새마을운동과 더불어 통일벼 재배 확대, 농지개량 사업, ‘농지보전 및 이용에 관한 법률’ 제정 등으로 식량증산 정책을 추진해왔다. 비록 다수확신품종 보급, 소형농기계의 보급 등과 같은 약간의 정책이 있었으나 본격적인 농업보호정책은 펴지 않았다. 더욱이 1977년 이후부터 경제기획원의 주도 아래 임금과 물가상승의 억제를 주목표로 하여 농업개방을 표방하는 농정의 급진적 방향전환이 이루어졌다. 농촌노동력 유출이 계속되어 1970년대 초부터 농촌내부에서 노동력 부족현상을 야기하고, 이로 인한 농촌 임금상승은 농업기계화를 비롯하여 영농의 근대화를 촉진시켰다. 특히 이 시기에는 군사정권이 식량증산 정책을 강력히 펼치는

13) 배영동, 한국 농업 근현대화에 따른 농촌문화의 변동, 농업사연구 2008:7(1):49-79.

가운데, 보리 파종면적 확대, 통일벼 재배 등을 권장하였다. 1969년 도부터 시행된 이중곡가제에 따라 쌀수매가를 과거보다 높이고, 통일벼를 수매의 대상으로 했다. 통일벼 도입과 상대적 미가 인상정책은 자작농 체제 아래서 빈농의 자가식량 확보와 생활안정에 상당히 기여했다(52쪽).

1970년대 후반부터는 농촌에서 농기계 임대동이 증가하기 시작했다. 경운기, 탈곡기와 같은 소형농기계를 시작으로 하여 1980년대 후반 이후 트랙터, 콤팩트, 이앙기 등과 같은 대형농기계를 가진 사람이 품삯을 받고 일을 해주는 형태가 지배적이 되었다(55쪽).

농촌에서의 농약중독 문제는 농약사용량과 밀접한 관련이 있다. 1970년대에 들어 신품종이 등장하고 식량증산 시책이 강화됨에 따라 농약사용량이 증가하면서 농약중독은 급격하게 증가하였다. 1974년-1980년에 시행된 조사를 보면 농약중독 경험률이 적게는 33.4%에서 많게는 45.6%에 이른다.¹⁴⁾ 그러나 농약중독은 단순히 농업노동과의 관련성에서 비롯된 것만은 아니다. 1981년부터 2년 동안 경상북도에서 보고된 1,618명의 농약중독환자 중 67%는 자살 목적으로 농약을 사용하였고 농약을 살포하다가 중독된 환자는 28%에 지나지 않았다.¹⁵⁾

농부증이란 농업을 직업으로 하는 농부에게 많이 나타나는 정신, 신체적 장애의 증상군을 묶어서 말한다.¹⁶⁾ 발생원인은 스트레스의 축적에 의하며, 외부적 원인으로 육체적 피로, 정신적 긴장, 영양부

14) 임현술. 농어민의 직업과 관련된 건강문제. 한국농촌의학회지 2002;27(1):7-14

15) 정종학, 조재윤. 경북지방의 농약중독에 대한 역학적 조사. 한국농촌의학회지 1983;8(1):28-34. 농약중독의 주 원인이 자살 목적이라는 사실은 농어촌 주민의 건강문제 측면에서는 단순한 중독보다 더 심각한 문제로도 볼 수 있다.

16) 임현술. 앞의 논문.

24 일차보건의료와 보건진료원 제도

족 감염과 기생충, 한랭장해 등이 축적되어 나타난다고 한다. 어깨 결림, 요통, 수족감각 둔화, 야간빈뇨, 호흡곤란, 불면증, 어지러움, 복부팽만감 등 8개 증상이 주로 나타나며 농부증은 진단하는 기준이기도 하다. 1979년에 이루어진 한 역학조사에 따르면 농부증 유병률은 30.2%에 이른다.¹⁷⁾

1965년 처음으로 우리나라에 비닐하우스 재배 방법이 보급되었고, 농업생산의 시장화 경향이 심화되면서 비닐하우스 재배농가가 급증하였다. 하우스에서 주로 일하는 농민들 사이에서 공통된 증상들을 호소하면서 ‘하우스병’이라는 이름이 붙게 되었는데, 사실 그 시작은 일본에서 명명된 것이다. 하우스병은 주로 비닐하우스에서 일하는 사람들에게 나타나는 여러 증상들을 통틀어 말하는 것으로, 1981년 경남 김해군에서 시행된 조사에 따르면 조사대상이 된 농민들은 발한(98%), 요통(92%), 현기증(86%), 두통(83%), 몸이 무겁다(81%), 호흡곤란(78%), 구토(44%) 등의 증상을 주로 호소했다.¹⁸⁾ 대다수 농민들이 적어도 3-4가지의 증상을 호소해, 의학적인 근거나 타당성과는 무관하게 농민들에게 중요한 건강문제로 받아들여졌다.

이러한 질병 이외에도 사고가 농촌 사회에서 중요한 건강문제로 대두되었다. 1980년 무렵 경북 군위군에서 약 1,000가구의 농촌주민을 조사한 결과는 전체 사고의 약 44.3%가 농기구사고이고, 농약중독과 음독사고가 10.8%, 작업으로 인한 교상(베인 상처)가 7.4%, 부적절한 작업환경에 의한 원인이 19.3% 등으로 되어 있다. 앞에서 이미 언급한 농약중독을 제외하면 농기구로 인한 사고가 압도적인

17) 남택승, 김현광, 권오형, 이정자. 한국일부 농촌주민의 건강관리에 대한 역학적 고찰 (농부증을 중심으로). 한국농촌의학회지 1980;5(1):16-27.

18) 선명훈. Vinyl House 재배자에 대한 House병의 실태조사. 한국농촌의학회지 1981;6(1):42-43.

비중을 차지한다.

이상에서 서술한 것처럼 1970년대 한국 농촌은 절대적, 상대적으로 낮은 건강수준에 더해서 새로운 건강문제에 직면해 있었다. 농약중독, 농부증, 하우스병, 농업손상 등의 건강문제가 사회적 관심을 불러 일으킬 정도로 심각한 상태에 있었다. 다음과 같은 한 일간신문의 보도는 이러한 사정을 잘 보여준다.

「하우스병」 이외에도 각종 농약중독, 가축의 오염으로 인한 피부병(브루셀라병), 경운기나 탈곡기등 농기계취급 잘못으로 인한 외상 등 소위 근대화병은 발생빈도가 점점 높아가고 있으며 특히 부녀자들 사이에선 「경운기유산」이 증가하는가 하면 새마을 공장취업등에 따라 시력이 감퇴되는 사람도 많아지고 있으나 이를 보완할 의료의 근대화는 거의 진전을 보지 못하고 있다.¹⁹⁾

아울러 특히 청년층의 유출에 따른 농촌인구의 고령화는 전반적인 건강수준의 저하는 물론 건강문제의 성격 또한 바꾸어 놓아 과거의 전염병 중심의 대책을 바꿀 수밖에 없는 환경을 맞게 된다.

2) 의료이용

열악한 건강수준과 질병상태는 당연히 의료에 대한 수요로 이어진다. 공중보건의 관점에서는 건강에 영향을 미치는 요인이 매우 다양하지만, 개인적 차원에서 질병과 건강에 대응하는 방식은 의료 서비스를 빼고는 찾기 어렵다.

의료 서비스를 이용하기 위해서는 이용할 수 있는 자원(인력, 시설 등)이 존재해야 하고, 아울러 자원에 접근할 수 있는 조건과 능

19) 매일경제신문. 1982년 7월 27일.

력이 필요하다. 이런 점에서, 질병과 손상 등 필요가 발생할 때 의료이용을 하기 위해서는 의료자원이 이용할 수 있는 범위 안에 있어야 하고, 아울러 여기에 접근할 수 있는 경제적 능력을 갖추어야 한다.

1970년대를 통틀어 한국 사회에서 의료자원의 상황을 요약하는 표현이 ‘무의촌(無醫村)’이라는 말이다. 공식적으로는 ‘무의면’ 혹은 ‘무의지역’이라고 할 수 있는 이 표현은 의사인력이 존재하지 않는 농어촌의 상황을 압축하여 표현한다. 의사인력이 의료이용을 가능하게 하는 유일한 인력이라고 할 수는 없으나, 의료이용의 전제가 되는 자원의 가용성(availability)을 나타내는 대표적인 지표임을 부인하기는 어렵다.

사실 무의촌 문제가 정부 정책의 중요한 관심사가 된 것은 정부 수립 직후부터이다. 예를 들어 한지의사제도를 계속 유지한 것도 따지고 보면 무의촌 해소대책의 하나였다.²⁰⁾ 그러나 무의촌을 없애자는 것이 본격적으로 목표가 된 것은 1970년대 초반부터라고 할 것이다. 1971년 2월 당시 여당인 공화당은 무의촌의 완전한 해소를 선거공약으로 포함하였고,²¹⁾ 보건사회부도 이어서 연내에 무의면을 해소하겠다는 정책을 내놓았다.²²⁾ 그러나 이후 1977년까지 3차에 걸친 국가경제개발계획의 진전과 무의면 해소대책의 시행에도 무의면 상주인구에는 별 변화가 없었다.²³⁾ 의사인력을 유인할 실제적인 정책수단이 거의 없었기 때문이다. 그 결과 1977년 현재, 전국 읍면

20) 한지의사제도는 일제 강점기부터 존재하던 것으로, 허가받은 지역 안에서만 의료업무를 할 수 있는 의사를 말한다. 일제 때 한지의사 시험을 치르고 자격을 받은 사람과 북한 출신 의사로 한지의사 자격을 받은 사람들이 대부분을 차지했다.

21) 매일경제신문. 1971년 2월 20일.

22) 경향신문. 1971년 4월 21일.

23) 문옥륜. 농어촌 의료보건사업의 당면과제. 한국농촌의학회지 1977;2(1):9-20.

인구의 약 30% 정도가 거주하는 지역에는 의사가 없었고, 인구 80% 정도가 거주하는 지역에는 치과의사가 없었다. 1977년 8월 31일 현재, 전국 1,336개 면 중에서 30.3%인 405개 면에 상주 의사가 없었고, 이는 지역별로 차이가 커서, 전남에서 50%, 전북에서 40%, 경남에서 32%, 충남에서 30% 지역이 의사를 확보하지 않은 상태였고, 이는 과거 15년간 전혀 향상되지 않았다.

표 3. 의사, 치과의사, 한의사가 없는 지역의 변화추이
(단위: 1,000명)

연도	읍면인구	무의사 지역 인구	%	무치과의사 지역 인구	%	무한의사지 역 인구	%
1964	19,107	5,665	29.7	15,778	49.5	2,525	13.2
1965	19,380	7,503	38.7	16,031	53.2	5,925	30.6
1966	19,397	7,551	38.9	15,894	51.2	5,459	28.2
1967	19,412	7,915	40.8	15,598	55.6	5,760	29.7
1968	19,355	6,858	35.4	15,865	56.9	5,320	27.5
1969	19,017	6,647	35.0	15,856	59.5	5,554	29.2
1970	18,507	6,365	34.4	15,215	57.6	5,255	28.4
1971	18,513	5,068	27.4	14,853	53.6	4,517	24.4
1972	18,321	5,239	28.6	14,861	63.4	4,736	25.9
1973	18,160	5,191	28.6	14,730	65.4	4,720	25.1
1974	18,262	5,625	30.8	14,608	66.3	4,954	27.1

자료: 문옥륜, 농어촌 의료보건사업의 당면과제, 한국농촌의학회지 1977;2(1):9-20.

표 4. 1977년 8월 31일 현재 시도별 무의지역 현황

	보건지소 수	의사미확보 면	%	의료지역	의사미확보 지역*	%*
경기	175	18	10.3	155	-	0
강원	92	24	26.1	74	68.1	96
충북	96	25	26.0	86	15	17.4
충남	165	49	29.7	145	29	20.0
전북	147	58	39.5	122	33	27.0
전남	211	105	49.8	144	38	26.4
경북	231	59	25.5	166	-	0
경남	208	67	32.2	157	26	15.6
제주	11	0	0	9	-	0
합계	1,336	405	30.3	1,068	147	13.8

* 원자료에 수와 백분율이 맞지 않음

자료: 문옥륜, 농어촌 의료보건사업의 당면과제, 한국농촌의학회지 1977;2(1):9-20.

의사인력만으로 보건의료 이용을 모두 보장할 수는 없다. 보건의료의 이용은 필요와 자원의 가용성, 접근성을 기본적인 전제로 한다. 즉, 건강수준과 질병, 의료자원의 분포, 물리적, 경제적 접근성의 보장 등이 동시에 영향을 미친다. 의료이용은 이러한 여러 가지 조건들이 영향을 미쳐 만들어내는 최종적인 결과이다. 쉽게 짐작할 수 있듯이 보건진료원 제도가 배태된 1970년대는 도시와 농촌을 막론하고 필요에 비하여 보건의료 이용은 충분치 못했다. 보건의료와 건강문제에 관한 전국적이고 체계적인 조사는 찾을 수 없지만, 산발적으로 시행된 조사를 통해서도 특히 농촌에서 의료의 접근성이 더욱 낮았다는 것은 명확하다. 특히 농촌 지역에 의료보험제도가 실시되기 이전에는 의료이용에 더욱 제약이 많았다.

다음 표 5에서도 볼 수 있듯이 농촌에서 의료보험을 실시하기

이전인 1983년의 의료이용 수준을 비교하면 1989년에 비하여 도농간의 차이가 더욱 크다(표 5). 1인당 치료일수보다는 의사방문수의 차이가 더 큰데, 이는 일단 치료를 시작하는 데 더 큰 어려움이 있었다는 것을 시사한다. 1986년에 시행된 다른 조사에서도 지표는 다르지만 양상은 비슷하게 나타난다.²⁴⁾ 외래이용의 경우 도시에서는 연간 1명당 7.6회의 의료이용을 하는데 비해 농촌은 6.7회였고, 입원도 도시에서 연간 100명당 1.8회인데 반해 농촌에서는 1.7회였다. 의료자원의 가용성과 의료에 대한 접근성을 나타내는 대표적인 지표인 안전분만율도 크게 다르지 않다. 1968년 도시 37.4%, 농촌 7.7%였던 시설분만율은 1977년에 도시 57.7%, 농촌 14.7%로 증가하였다.²⁵⁾ 또한 1976년 대한간호협회 조사에 따르면,²⁶⁾ 안전분만율은 서울에서 50-60% 정도이고, 지방도시에서는 20-30%, 농어촌에서는 10% 정도에 지나지 않았다.

표 5. 지역별 의사진찰수와 치료일수

	의사방문수			1인당 치료일수		
	1983	1986	1989	1983	1986	1989
계	36.2	57.5	80.9	3.9	4.5	4.5
시(A)	46.5	65.9	84.9	4.0	4.6	4.6
군(B)	19.7	42.2	70.6	3.6	4.2	4.2
A/B	2.4	1.6	1.2	1.1	1.1	1.1

자료: 경제기획원 조사통계국. 한국의 사회지표, 1989, 1990.

필요에 비하여 보건의료 이용이 적은 것은 의료자원까지의 거리

24) 유승흠 외. 우리나라 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1986;19(1):167-145

25) 신재철 외. 한국의 분만양상에 관한 연구(III). 대한산부인과학회지 1989;32(5):599-603.

26) 대한간호협회. 제4차 경제개발5개년 계획과 지역사회 건강사업 계획안 (1). 1976.

와 경제적 장애가 일차적 요인이지만, 건강과 질병에 대한 문화와 지식도 중요한 요인으로 작용한다. 1972년 조사에 따르면, 경북 금릉군과 경산군의 조사대상 2,038명 중 37%만 병원이나 조산원의 도움으로 아기를 낳았고 나머지는 자기 집에서 아기를 낳았다.²⁷⁾ 의료기관을 이용하지 않은 것은 경제적 이유가 23%였고, 51%는 부모가 그랬고 자기도 집에서 순산한 경험이 있었으므로 구태여 병원에 갈 필요를 느끼지 못했다는 것, 그리고 26%는 가족들의 반대 때문이었다. 이처럼 지리적, 경제적 장애 이외에 적절한 의료이용을 막는 문화적 장애도 동시에 존재하던 것이 당시의 상황이었다.

3. 경제사회적 환경: 급격한 산업화와 경제성장의 부작용

1970년대 후반 무렵, 한국은 제1차에서 3차에 걸친 경제개발 5개년계획을 통해 공산품을 수출하는 공업국의 외형을 갖추게 되었다. ‘자립’을 목표로 한 제1차 경제개발5개년계획(1962-66)이 끝나갈 무렵인 1966년에는 경제성장률이 무려 13.4%에 달했고, 1960년에서 1969년 사이 연평균 성장률도 4.5%라는 높은 수준이었다.²⁸⁾ 표 6에서 볼 수 있듯이, 일인당 국민소득과 경제는 높은 수준의 성장을 지속했고 낮은 실업률을 유지했다. 특히 일인당 국민소득은 1961년 90달러에서 1972년에는 306달러로, 그리고 1981년에는 1,741달러로 비약적으로 증가했다.

27) 동아일보. 1972년 11월 29일.

28) 최익한. 한국 농어촌 개발에 대한 소고. 한국농촌학회지 1977:2(1):53-64.

표 6. 1950-1980년대의 주요 경제지표

	1961	1966	1972	1981	1987
일인당 국민소득 (\$)	90	125	306	1,741	3,218
경제성장률	1.6	6.8	16.1	21.3	10.7
실업률 ^{a)}	17 ^{b)} (7)	15 (6)	10 (4)	5 (3)	4 (3)

자료: 권혁주, 한국행정에서 사회적 평등과 발전, 한국행정학보 2007:41(3):67-90.

이와 같은 경제성장의 요인과 의의, 한계를 보는 시각은 다양하다. 그러나 공업화를 주축으로 한 국가주도의 양적 성장이 많은 사회문제를 야기했다는 데에 이견을 다는 사람이 많지 않다. 여기에서 관심을 가져야 할 것은 정책이나 제도의 의제 혹은 동력이 되는 사회적 현상과 문제들이다.

이 시기의 사회현상으로 가장 두드러지는 특징은 여러 측면에서 불평등이 심화되었다는 것이다. 박정희 정부는 1970년대 중반 이후 중화학 공업 육성과 함께 재벌을 통한 경제발전 전략을 택함으로써 사회적 불균형과 불평등을 초래하였다. 경제적으로는 대규모 기업과 중소기업, 자영업, 농촌부분과의 격차가 벌어지기 시작했고, 이러한 상황에서 소득불평등의 심화는 불가피한 결과였다. 상위 20% 소득계층의 소득점유율이 1970년 41.6%에서 1978년 46.7%로 5.1% 포인트 늘어난 반면, 하위 40%의 소득점유율은 같은 기간 19.6%에서 15.5%로 4.1% 떨어졌다.²⁹⁾ 1965년에 0.344였던 소득 지니계수는 1976년에 0.391로 증가하여, 다른 개발도상국에 비해서는 양호한 수준이었지만 큰 사회적 압력에 직면할 수밖에 없었다.³⁰⁾

지역과 계층, 경제영역의 불균등 발전은 도시와 농촌의 빈곤문제

29) 앞의 논문.

30) 권혁주, 한국행정에서 사회적 평등과 발전, 한국행정학보 2007:41(3):67-90.

32 일차보건의료와 보건진료원 제도

와 직결된다. 산업화와 도시화, 정책적으로 유지된 저임금 등은 광범위한 도시빈민을 창출했고, 저임금을 유지하기 위한 저곡가 정책은 농민들 역시 빈곤의 위협에서 자유롭지 못하게 했다.

1970년 최저생계비의 61.5%였던 임금은 1980년 44.6%로 낮아졌다. 국세청 통계에 의하면 1978년 3월 말 모든 노동자 가운데 근로소득세 납부에서 제외되는 5만 원 미만의 저임금 노동자가 76.7%에 달했고, 전체노동자의 88.6%가 월 10만 원 이하의 저임금에 시달리고 있었다. 반면 노동시간은 세계에서 가장 길었다. 1970년 주당 평균 51.6시간이었던 노동시간은 1975년 잠시 줄어들었다가 1980년에는 다시 51.6시간으로 늘어났다. 이 중 제조업 분야 노동시간은 1970년 53.4시간에서 1974년 49.9시간으로 줄었다가 1980년에는 53.1시간으로 다시 늘었다. 1978년 생산직 노동자의 노동시간은 무려 월평균 252시간에 달했다.³¹⁾

농림수산업이 국민총생산에서 차지하는 비중은 1961년 45.7%에서 1979년 17.6%로 크게 감소하였고, 국민 1인당 평균소득에 대한 농촌인구 1인당 소득 비율은 1962년 83% 수준에서 1979년에는 55% 수준으로 격감하였다.³²⁾

이러한 조건에서 노동자, 농민, 빈민들의 저항과 집단행동이 거의 자연발생적으로 일어난다. 1970년 11월 일어난 평화시장 노동자 전태일의 죽음을 필두로, 집단행동으로 발전한 노동쟁의는 매년 늘어나 1975년부터 1979년 사이 연평균 109건에 이르렀다.³³⁾ 합법적인 쟁의가 가능했던 1966년부터 1971년까지 6년 동안 발생한 파업 건수 66건의 무려 7배가 넘는 수준이었다. 가장 극적인 형태의 노

31) <http://www.kdemocracy.or.kr/friend/history-70-4.asp>

32) <http://www.kdemocracy.or.kr/friend/history-70-5.asp>

33) 이원보. 한국노동운동사. 노동사회 2005년 3월호(제97호)

동쟁의는 1979년 박정희 대통령의 암살과 정권의 붕괴를 불러오는 시발점이 되었던 YH기업의 여성 노동자의 야당 당사 농성과 무력 진압이다. 이처럼 이 시기는 그 이전에 비하여 노동쟁의가 빈발하고 그 중에는 극단적인 형태의 투쟁도 적지 않았다. 저임금과 불평등에 시달리던 도시 근로자들의 전형적인 사회적 반응이라 할 것이다. 농민들도 크게 다르지 않았다. 1976년 함평고구마사건, 1979년 안동 농민회 사건(일명 오원춘 사건)에서 보듯, 조그마한 계기에서 시작 하지만 정부와 농업정책에 대한 불만은 언제라도 폭발할 가능성을 안고 있었다. 빈민들의 직접적인 행동도 있었다. 1971년에 일어난 ‘광주 대단지 사건’이 그것이다. 이 사건은 서울시의 판자촌 주민들을 지금의 성남으로 강제 이주시키는 과정에서 일어났지만, 근본적으로는 1960년대 이후 급격한 도시화와 실업, 빈곤문제가 원인이 되었다고 할 것이다.

4. 정치적 상황

앞에서 서술한 경제, 사회적 문제는 국가권력(혹은 정권)으로서 는 정치적 문제이자 해결해야 할 과제가 아닐 수 없다. 보다 적극적으로 해석하면, 1961년 군사쿠데타를 통해 집권한 박정희 정부는 집권 초기부터 정치적 정당화의 숙명을 안고 있었다. 쿠데타를 ‘혁명’으로 정당화, 제도화하고 집권을 연장하기 위해서는 물질 기반을 확충하고 대중의 지지를 얻어야 했다. 이런 배경에서 적극적으로 추진한 것이 바로 경제개발계획과 각종 사회정책, 사회복지정책이었다.³⁴⁾

박정희 정부는 군사정권 시기부터 복지와 관련된 법률을 대량으

34) 김일영. 1960년대 한국 발전국가의 형성과정. 한국정치학회보 2000:33(4):121-143.

34 일차보건의료와 보건진료원 제도

로 제정하였다. 잘 알려져 있듯이 의료보험법도 이 시기에 만들어진 것이다. 실제로 군사정권은 쿠데타 이후 1963년까지 군사원호 관련 법률과 노동법, 각 시행령을 포함하여 복지와 관련된 법률 36건을 제정한다.³⁵⁾ 그러나 복지에 대한 관심은 정권 초기에만 해당되는 것이 아니었다. 집권한 직후부터 유신정권이 붕괴할 때까지 집권의 정당성을 ‘복지국가’ 건설에서 찾았다는 주장이 있을 정도로,³⁶⁾ 복지정책은 경제성장을 보완하고 사회문제를 완화하는 핵심 대응방식이었다. 집권 초기에는 주로 법률과 제도정비 등의 수단을 썼지만, 경제성장이 궤도에 오르자 이에 수반되는 사회문제들, 예컨대 노동과 농민, 빈민 등의 문제에 주목하고 이를 해결하기 위해 보건을 포함한 사회개발의 필요성에 큰 관심을 가지게 되었다. 다음과 같은 증언은 당시 정권이 경제성장의 결과 나타난 빈곤과 이에 수반된 문제를 어떻게 보았는지 단초를 제공한다.

4차 5개년계획 최종 보고회의 이틀 전에 청와대 안보상황 보고 자리에서 정보부 판단관이 “가장 위험한 안보취약지대는 봉천동, 상계동 등의 판자촌 빈곤계층 주민들입니다. 이들은 하루 벌어 하루 먹고 사는데 일단 병에 걸리면 치명적이 되는 상황이어서 유사시엔 예측 불가하니 이들에 대한 의료보장 대책이 시급합니다”라고 건의하였다고 한다.³⁷⁾

이상과 같은 일종의 ‘정당화’ 이론과 함께 보건과 의료정책의 정치적 요인으로 흔히 지적되는 것이 북한과의 ‘체제경쟁설’이다. 여기에 해당하는 대부분의 설명은 의료보험제도 성립을 설명하려는

35) 남찬섭. 1960년대의 사회복지-2, 복지동향 2005년 10월호.

36) 허은. 박정희정권하 사회개발 전략과 쟁점. 한국사학보 2010:38:213-248.

37) 이광찬. 국민건강보장쟁취사. 69쪽. 양서원, 2009.

것이지만, 다른 보건이나 의료 문제 역시 크게 보면 이러한 정치적 고려사항의 영향을 받았다고 해도 무리는 아닐 것이다. 물론, 남한 정부가 북한과의 경쟁을 의식했다는 것은 앞에서 말한 사회문제로서의 빈곤이나 국민대중의 불만과 표리관계를 이룬다. 1인당 국민소득을 기준으로 남한이 북한을 앞질렀다고 판단한 것은 1969년이라고 하니,³⁸⁾ 경제적으로는 이 무렵에 체제경쟁이 최고조에 달했다고 볼 수 있다. 그러나 교육과 의료 등 일부 영역에서는 남한이 북한을 의식하지 않을 수 없는 상황이었다. 예컨대 북한이 ‘전면 무상의료’를 시행한다고 주장하는 것은, 앞의 증언에서도 알 수 있듯이 남한 정부에 큰 부담이 되었을 것으로 짐작된다. 이종찬의 다음과 같은 설명은 이러한 당시의 상황을 잘 드러낸다.³⁹⁾

유신 정권은 제3차 경제개발 5개년 계획부터 경제성장의 성과가 나타나면서 북한에 대해 자신감을 가졌지만, 사회주의 의료 체제의 가장 큰 장점이었던, 전국민에 대해 무상으로 의료를 제공하는 북한의 정책과 제도에 대해 콤플렉스를 가졌다. 이런 상황에서 정부는 북한에서 날아온 ‘빠라’에 큰 충격을 받았다. 그것은 아픈 아이를 등에 업은 남한의 어머니가 치료비가 없어서 울고 있는 모습을 보여주면서 ‘당신의 조국은 어디 있는가’라는 물음을 던지고 있었다. 국가 안보를 명분으로 삼았던 유신 정권의 정당성을 충분히 흔들어 놓을 수도 있는 내용이었다. 북한 사회주의 의료 제도를 다분히 의식했던 박정희 정권은 유신 체제의 정당성을 강화하기 위하여 부랴부랴 일본의 제도를 단시일 내에 베껴, 1977년부터 500명 이상 사업자의 피고용자에 한해서 의료보험을 실시했다.

38) 우승지, 남북화해와 한미동맹관계의 이해, 1969~1973.

한국정치외교사논총 2004:26(1):91-126.

39) 이종찬, 한국의료대논쟁, 21쪽, 소나무, 2000. 본문에는 이러한 설명의 근거나 참고문헌이 표시되어 있지 않다. 그러나 충분한 개연성이 있는 내용이라고 판단한다.

정치적 정당화든 체제경쟁이든, 경제성장 일변도의 정책만으로는 박정희 정권이 분출하는 사회적 압력을 견디기 어려웠다는 것이 정설이다. 보건과 의료는 이러한 상황에서 압력에 대응하는 중요한 정치적 수단이 될 수 있었다.

5. 사회적 보호장치의 필요성

1970년대 한국 사회는 급격한 경제성장과 함께 이로 인한 긍정적, 부정적 영향이 함께 나타난 시기이다. 소득이 증가하고 생활환경이 개선됨에 따라 전반적으로 삶의 질이 향상되었지만 그 과실은 모든 계층, 모든 지역에 고르게 배분되지 않았다. 권위주의적 정부가 주도하는 경제성장 전략이 강도 높게 지속됨에 따라 사회적 편익의 배분과 부담을 중심축으로 하여 사회적 갈등이 거칠게 드러나기 시작한 시기이기도 했다.

정부가 이러한 사회적 요구에 대응하여 안정적으로 정권을 관리하기 위해서는 일반 대중이 가진 생활상의 요구에 적극적으로 대응하지 않을 수 없었다. 대안으로서 정치적 민주화는 처음부터 제외되었으므로 정부의 대응은 경제사회적인 요구를 충족시키는 데에 집중되어야 했다. 경제성장의 전제로 당연한 정책적 선택이었던 저임금이 유지되기 위해서는 식량의 가격을 낮은 수준으로 유지할 수밖에 없었던 것이 대표적인 예이다. 넓게는 사회정책과 복지, 좁게는 건강과 의료정책도 이러한 맥락에서 예외가 될 수 없었다. 따라서 사회적, 경제적으로 불리한 처지에 있었던 집단과 계층에 적정 의료 서비스를 공급하고 접근성을 보장하는 것은 정치적으로 우선순위가 매우 높은 정책이었다고 할 것이다.

여기서 유념해야 할 것은 인구집단 전체의 건강수준을 향상시키

는 정책보다 각 개인의 의료 서비스를 충족시키는 것이 ‘정치·사회적 효용’이 더 크다는 사실이다. 의료 서비스는 긴급하고 각 개인에게 귀속되는 반면, 인구집단의 건강수준은 그렇지 않다. 여기에는 관련된 요인이 매우 많고, 향상된 결과를 보이기 위해서는 장기간이 필요할 뿐 아니라, 각 개인에게 배분되는 편익이 명확하지 않다. 이런 관점에서는 정책적으로 각 개인에게 의료 서비스를 공급하는 것에 더 높은 우선순위를 두는 것이 당연하다.

의료 서비스의 공급과 접근성의 보장에 핵심이 되었던 조건은 경제적으로는 낮은 소득으로 인한 구매력의 제한과 지리적으로는 의료자원의 편재로 인한 접근성의 제한이었다. 구매력이 부족한 빈곤층에게 어떻게 기본적인 의료 서비스를 제공하고, 의료자원이 부족한 농어촌지역과 벽지에서 어떻게 기초적인 접근성을 보장할 것인가가 핵심적인 과제였다고 할 수 있다.

제3장 정책대안의 탐색

보건의료 서비스를 보장하기 위하여 경제적, 지리적 장애를 줄이는 문제를 고민하는 것은 한국에서만 나타난 현상이 아니다. 1945년 2차 세계대전이 끝나고 난 후 독립한 많은 국가들은 예외 없이 경제적인 후진성을 면치 못하고 있었고, 따라서 자원의 한계 안에서 기본적인 보건의료를 어떻게 보장할 수 있는가 하는 문제가 공통된 국가적 과제였다.

그러나 많은 신생독립국이 국가 건설에 고심하고 있었지만 많은 과제는 쉽게 해결될 수 없었다. 겨우 ‘신생’이라는 딱지를 벗은 많은 개발도상국들은 여전히 빈곤 수준의 소득과 부진한 경제성장, 취약한 사회 기반시설, 낮은 건강수준과 턱없이 부족한 보건의료자원이라는 환경에서 벗어나지 못하고 있었다. 1970년대 한국은 이보다 나은 사정이었지만, 근본적인 차이는 크지 않은 상황이었다.

낮은 건강수준과 보건의료 서비스의 미비는 개발도상국을 특징짓는 가장 중요한 문제에 속한다.⁴⁰⁾ 건강수준이 낮은 것은 보건의료 서비스가 제대로 공급되지 않는 것도 영향이 있지만, 근본적으로는 빈곤을 비롯하여 영양, 위생, 교육 등 사회적 요인들이 크게 영향을 미치기 때문이다. 이러한 사회경제적 조건에서 건강수준을 향상시키기 위해서는 보건의료 서비스의 확충도 중요하지만 빈곤을 비롯한 여러 요인들을 함께 고려할 수밖에 없다. 특히 자원이 부족한(resource-poor) 상황에서 효율적인 접근전략이 무엇인가 하는 점에서 지역사회(community)가 일찍부터 주목을 받았다.

40) 2011년 현재, 주로 개발도상국을 대상으로 한 국제사회의 과제를 의미하는 유엔 MDG (Millenium Development Goals) 계획의 8가지 큰 목표 중 3가지가 보건과 직접 관계된 것일 정도이다.

1. 세계적 경향과 한국

다른 보건의료 정책도 크게 다르지 않지만, 보건의료 분야에서 새로운 정책 아이디어는 국제적 동향과 외국의 정책경험이 미치는 영향이 매우 큰 편이다. 이미 앞에서 살펴본 것과 같이 1970년대까지 한국의 보건의료 상황은 외국, 특히 개발도상국과 크게 다르지 않았다. 이런 상황에서 문제를 해결하기 위해 외국의 다양한 이론과 경험이 소개된 것, 그리고 그것들이 영향을 미친 것은 당연하다. 게다가 당시의 다른 후진국과 비슷하게 선진국에서 교육받은 많은 전문인력들이 귀국했고 외국의 원조기관이나 전문가들이 정책결정에 개입했다. 이들을 통해 서구 선진국에서 개발되고 발전하던 개념과 전략이 한국 사회에 직접 영향을 미치게 된다.

특히 놓여준 보건의료를 중심으로 볼 때, 한국에 영향을 준 것들은 지역개발, 지역사회보건과 지역사회의학, 일차보건의료, 중급(mid-level) 의료인력의 양성 등을 꼽을 수 있다. 이와 같은 세계적인 흐름은 보건의료제도와 사업에 직접적인 영향을 미친다. 당연히 보건진료원 제도 창설에도 직·간접적인 영향을 미쳤다고 할 것이다. 그러나 이러한 개념과 전략이 확산(diffusion)은 단선적으로만 일어나지 않는다.

1960-70년대 전세계적으로 수행된 보건개발의 주된 접근법은 공통적으로 지역을 기반으로 포괄적인 보건의료 서비스를 강조하는 경향이 있었다. 자원이 부족하고 사회적 역량이 부족한 개발도상국으로서는 불가피한 결과였을 것이다. 주목할 것은 지역을 기반으로 인구집단에게 서비스를 제공하고자 하는 이러한 전략이 한국 사회에 그리 낯설지 않았다는 점이다. 비슷한 전략들을 포괄하여 잠정적으로 ‘지역보건사업’이라 부를 수 있다면, 그 토양은 가족계획사업에서 온 것으로 보인다.⁴¹⁾ 가족계획이 국가사업이 된 것은 1962년

국가재건최고회의의 결정으로 가능했다.⁴²⁾ 이후 정부는 가족계획사업에 많은 투자를 했고, 대학과 연구기관의 연구와 사업도 활발하게 진행된다. 그런데 가족계획사업은 그 특성상 지역을 기반으로 할 수밖에 없었고, 개인보다는 인구집단 단위로 접근하는 것이 불가피했다. 교육, 태도와 행태변화 등의 방법론이 주로 쓰였기 때문이다. 그 이전까지 ‘보건’이 주로 전염병 관리와 보건소를 의미하는 것이었다면, 가족계획은 보건소를 넘어 지역 전체로 확대되는 계기로는 충분했을 것이다. 실제 당시 진행된 연구와 사업이 지역조사, 지역단위의 가족계획 시범사업, 어머니 교실 등이고 보면, 가족계획과 지역보건사업 사이에는 상당한 지속성이 있었던 것으로 생각할 수 있다.

1) 지역사회보건과 지역사회의학

보건이나 공중보건의 개념은 오래 된 것이다. 그러나 ‘지역사회보건(community health)’이라는 용어는 보건과 지역사회의 관련성을 생각할 때 자연스러운 것이라 하더라도,⁴³⁾ 그만큼 명확한 계기를 포함한 뚜렷한 성립과정을 찾기 어렵다. 지역사회가 강조되면서 지역사회보건은 자연스럽게 성립되었다고 할 것이다.

이와 달리 의학에서 지역사회가 부각된 것은 1950년대 이후 세계적으로 활발해진 지역개발, 그리고 이와 연관된 지역사회의학의 발전이 직접적인 계기가 되었다. 이러한 맥락에서의 지역사회의학은

41) 가족계획과 지역보건사업 사이의 지속과 단절은 좀 더 연구와 조사가 필요하다. 현재로서는 가설 수준을 벗어나지 못했다.

42) 방숙. 지역보건과 나. 권이혁(편). 보건학과 나. 260-262쪽. 신원문화사, 2008.

43) 사실 보건과 지역사회의 결합은 의미의 중첩이라는 점에서는 불필요하다고 생각할 수도 있다. 즉, 보건 자체가 지역사회를 전제로 하고 있으므로 보건에 새삼 지역사회를 붙일 필요가 없다는 것이다.

역사적으로 ‘사회의학(social medicine)’의 발전과 밀접한 관련이 있다. 보건사 학자인 로젠(Rosen)은 사회과학으로서의 의료 개념은 1848년 독일혁명 시기에 의료개혁과 관련하여 처음으로 등장하였다고 보았다.⁴⁴⁾ 피르호(Rudolf Virchow)와 살러몬(Salomon), 게링(Jules Guerin) 등은 건강문제가 사회문제(주로 산업화)의 결과로 발생한다고 보았고, 다음과 같은 관점에서 사회의학을 주장하였다.⁴⁵⁾

- 사람들의 건강은 직접적인 사회적 문제로, 사회는 그 구성원의 건강을 보호하고 보강할 의무가 있다.
- 사회적, 경제적 조건은 건강과 질병에 중요한 영향을 미치며, 이러한 연관성은 과학적으로 탐색되어야 한다.
- 위의 두 원칙을 근거로 할 때, 건강을 증진하고 질병에 대항하기 위한 조치가 취해져야 하며, 이러한 조치는 의료적인 것은 물론 사회적인 것이 포함되어야 한다.

이러한 사회의학의 전통에서 지역을 더 강조하게 된 것이 지역 사회의학(community medicine)이다. 그러나 지역사회의학은 사회의학에서 단선적으로 발전했다기보다 다양한 역사적 뿌리를 가지고 있다. 임상의학에 대한 문제의식을 포함하여 사회의학, 사회위생, 공중보건, 예방의학 등 다양한 분야와 연관성을 맺거나 겹친다. 공식적으로는 1968년 영국의 ‘Report of the Royal Commission on Medical Education’에서 처음 쓰기 시작했다고 한다.⁴⁶⁾

44) Rosen G. Approaches to a Concept of Social Medicine. A Historical Survey. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1948;26(1):7-21.

45) 피르호는 사회의학을 "질병을 유발하는 사회적 환경에 초점을 맞춘 사회과학"이라고 정의했다. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *American Journal of Public Health* 2001;91(10):1592-1601.

46) Francis H. Towards community medicine: the British experience. Bennet AE (ed). *Recent Advances in Community*

지역사회의학은 의과대학에서 하나의 명확하게 구분되는 단위로 교육이 이루어졌다는 점, 그리고 의사인력 중에서 전문인력을 구분하려고 했다는 점 등에서 지역사회보건에 비하여 비교적 명확한 경계를 가진다. 지역사회의학은 인구집단의 질병 예방과 건강증진은 물론, 지역사회 보건 의료 요구를 평가하고 일반 인구집단이나 특수집단에게 적절한 보건의료서비스를 제공하는 전문의학 분야로 정의된다.⁴⁷⁾ 서비스 제공이라는 측면에서는 환경보건, 감염병, 만성병 관리 등에 직접 참여하며, 관리의 영역에서는 지역의 보건 의료 요구 평가, 의료서비스 공급계획 수립, 시스템과 서비스의 질 평가 등을 담당한다. 영국과 캐나다를 비롯한 많은 국가에서 하나의 전문 의료 인정되며, 미국에서는 가정의학과와 병행하여 수련하는 프로그램이 많이 있다.

앞에서 이미 언급한 것과 같이, 역사적으로는 지역사회보건이 지역사회의학에 비하여 더 오래된 용어이자 개념이다. 이는 한국에서도 마찬가지여서, 1956년 연세대 의대가 고양군 보건소에서 시행한 학생교육이 지역사회보건이라는 이름으로 진행된 것만 보더라도 알 수 있다.⁴⁸⁾ 앞에서 이미 언급한 것과 같이 기본적으로 보건의료는 인구집단을 대상으로 하기 때문에 지역사회와 친화성이 높다. 따라서 지역사회보건은 지역사회의학보다 더 다양한 흐름이 합쳐진 것으로 명확한 시작 시점을 정하기 힘들다. 물론 의학보다 더 넓은 범위에서 포괄적인 접근을 강조하지만, 지역사회의학과는 개념적으로나 실천적으로나 많은 부분을 공유한다. 이는 다음에 언급할 지역사회간호도 마찬가지이다.

Medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1978.

47) Waters WE, Cliff KS. *Community Medicine: A Textbook for Nurses and Health Visitors*. London: Croom Helm, 1983.

48) 양재모. 연세의대 예방의학 발전사. 의학신문(편). 한국의학100년사. 482-486쪽. 의학출판사, 1984.

한국에서 근대적 의미의 지역사회보건(또는 지역사회의학)은 1950년대 말에 이미 그 단초가 소개되었다고 봐야 할 것이다. 1956년에 이미 연세대 의대 예방의학교실이 지역사회보건 학생실습을 시행한 것은 이미 서술한 것과 같다. 보건간호사이자 교육자인 이금전(李金田)은 1957년부터 모자보건과 위생계몽운동을 전개하고 가정간호의 중요성을 강조하였다고 한다.⁴⁹⁾ 1962년 보건소법이 제정되었고, 이는 한국에서 보건이 정책과 사업을 통해 지역사회와 연관성을 가질 수밖에 없는 실제적인 계기가 되었다. 이렇게 만들어진 토양 속에서 본격적인 지역사회 보건사업을 시도한 것은 1960년대 후반이었다. 1950년대 초 보건부에 근무한 경험을 가졌던 이화여대의 구연철은 1966년 7월 “의대생 보건반을 편성 매방학중 지역사회 보건 실습목적으로” 양주군 수동면에 파견하였고, 1967년 7월 같은 지역에 “사회학적 조사와 북부칠개리의 전세대에 대하여 가정기록부제도를 수립하여 앞으로의 지역사회 종합보건 기본 체계를 구성하였다.”⁵⁰⁾ 1970년대 초까지 지역사회 보건사업의 가능성을 탐색하면서 가구별 기록부 작성, 지역사회개발보건회 조직, 의료회관 완성 등의 기초작업이 이루어졌다.⁵¹⁾ 비슷한 시기인 1967년에는 연세대 의대가 연희동 영세민 지역에서 지역사회 보건서비스 프로그램을 시행한다.⁵²⁾ 콜롬보계획(Colombo Plan)의 하나로 ‘지역사회의학 및 의학계 협력에 관한 세미나’가 열려 인구문제, 질병상태, 의학교육제도 등이 다루어진 것도 이즈음인 1969년이다.⁵³⁾ 이때까지 주로 지역사회보건이라는 용어를 썼다는 것은 의학보다는 보건의 지역사회

49) 동아일보. 1959년 5월 31일.

50) 구연철. 이화 여자대학교 지역사회의학 사업. 한국의학교육협회(편).

제2회 한국 의학교육 세미나. 의학교육 - 지역사회 의학교육.

100-107쪽. 1972.

51) 동아일보. 1972년 2월 18일.

52) 양재모, 유승흠. 국민의료총론. 251쪽. 수문사, 1984.

53) 매일경제신문. 1969년 6월 17일.

와 같이 쓰기에 더 자연스러웠다는 것을 뜻한다.

본격적으로 지역사회보건과 지역사회의학이 시험된 것은 1970년 전후이다. 의료선교사 시블리(John R. Sibley)가 경상남도 거제군에서 지역사회보건사업(1969-77)을 시작한 이후, 연세대학교를 비롯한 여러 대학에서 지역사회 보건사업을 시행하게 된다. ‘지역사회의학’이라는 용어와 개념이 널리 퍼진 것은 교육의 영역에서 많은 의과대학에서 지역사회 교과과정을 도입하고 시범사업을 시행하게 되면서부터이다.⁵⁴⁾ 연세대학교 의과대학이 1971년 펴낸 ‘지역사회의학’이라는 번역서의 머리말에는 “우리나라의 몇 의과대학에서도 이미 지역사회 의학을 예방의학 교실 중심으로 실시”하고 있음을 밝히고 있다. 1970년 3월에는 전국 의과대학 학장들이 모여 “현대사회가 요청하고 있는 지역사회의학이 절실함에 따라” 의대 교과과정 중에 가족계획문제를 다루어야 한다는 데 합의했다.⁵⁵⁾ 또한, 1971년부터 많은 의과대학이 지역사회의학 교과목을 개설했고,⁵⁶⁾ 당시의 여러 의대의 교과과정 개편과 맞물려 정식 교과목으로 편입되었고, 지역사회의학이 (적어도 의학교육의 영역에서는) 유행처럼 퍼져나갔다. 이는 1972년 5월 1일과 2일 한국의학교육협회에서 개최한 제2회 한국의학교육세미나의 주제가 ‘지역사회의학’이었다는 데서도 잘 알 수 있다.⁵⁷⁾

54) 유승흥. 예방의학의 역사적 전개. 1997년 대한예방의학회 창립 50주년 기념 추계학술대회 연제집. 1997.

55) 동아일보. 1970년 3월 19일.

56) 동아일보. 1972년 3월 14일; 구연철 교수가 이화여대 의대가 지역사회의학 교육을 1971년 10월부터 시행할 계획이라는 것과 자세한 교육 내용을 기술하고 있다. 구연철. 지역사회 의학과 의학교육. 한국가톨릭병원협회지 1972;3(2):8-13.

57) 여기에서 다루어진 주제는 한국 의료전달제도의 문제점, 지역사회의학의 정의, 의학교육에서 지역사회의학의 역할, 지역사회 의학을 통한 임상학과 예방의학의 통합, 한국 지역사회의학의 소개 등이었다. 이 세미나에서는 전통적으로 의학은 의사를 방문하는 환자만 치료하는 데 반해, 지역사회의학은 일정한



자료: 제2회 한국 의학교육 세미나. 의학교육 - 지역사회 의학교육. 1972.

그림 1. 지역사회 의학을 다룬 의학교육 세미나 기념사진(1972년).

의과대학 교육을 중심으로 지역사회 의학이 크게 확산되었지만, 사업과 실천의 측면에서는 지역사회보건과 지역사회 의학이 거의 구분되지 않는다. 주로 대학이 주체가 되어 농어촌지역을 대상으로 다양한 시범사업을 시행했다. 1974년 현재 1-2년째 진행 중인 시범사업만 하더라도, 강원도 춘성군 신동면(서울대 보건대학원), 서울 연희동 시민아파트(연세대 의대), 양주군 수동면(이화여대), 경북 경산군 남천면(경북대 의대), 충북 옥천군 군서면(가톨릭의대), 전북 완주군 소양면(전주대수병원), 거제군(시블리 박사) 등 여러 곳이었다.⁵⁸⁾ 당시에는 대학 졸업 후(postgraduate) 보건을 전문으로 교육하는 기관이 서울대학교 보건대학원 한 곳밖에 없었으므로,⁵⁹⁾ 지역

지역인구 전체에 대하여 치료, 예방 및 건강증진을 위한 의료와 보건봉사를 추구하는 것을 목표로 한다고 보았다. 이에 따라 임상 의학과 예방 의학을 통합한 효율적인 의료사업과 의료제도를 도입하는 것을 새로운 의학교육의 목표로 제시했다.

58) 경향신문. 1974년 1월 23일.

59) 서울대 보건대학원이 1959년, 연세대 보건대학원이 1977년에

보건사업에 참여했던 개인과 기관은 의과대학을 기반으로 하는 경우가 훨씬 많았다.

의과대학이 지역보건사업의 주체가 된 경우가 많았기 때문에 지역보건사업은 전반적으로 지역사회의학의 틀에서 자유로울 수 없었다. 대부분 사업지역에서 의과대학 학생들의 교육이 이루어진 점을 고려하면, 시범사업은 아무런 차이가 없었지만 의학교육이란 점에서는 영향을 받지 않을 수 없었다. 그러나 군이 구분하자면, 지역사회의학은 어디까지나 의사를 대상으로 한 것이었고, 의학교육과 훈련을 중심으로 한 것이었다. 물론 지역사회의학은 주류 의학에 지역사회라는 관점과 치료 이외의 폭 넓은 건강관리라는 개념을 제시했다는 중요한 의의를 갖는다. 그러나 현실에서는 실제 활동을 할 수 있는 인력 양성으로 이어지지 못했다는 점에서, 결과적으로 의학과 의료 내에서 영향력 있는 대안이 되지 못했다고 할 것이다. 1977년의 한 학술논문에서 예방의학자가 피력한 다음과 같은 판단은 이와 같은 사정을 그대로 반영한다.

현 의과대학 제도하에서는 전문의 양성의과대학을 벗어나기 어려운 것으로 생각되며, 이러한 의사들을 동원하여 농촌지역 사회의료를 해결한다는 것은 무척 어려운 일이라고 생각된다. 거의 대부분이 임상을 지원하여 전문의가 되어서 도시에 살면서 경제적, 사회적 보장을 받으면서 자기 발전을 꾀하겠다고 한다면 농촌의료문제 해결은 그 수준에 적합한 사람을 택하여 별도 양성하는 것이 바람직한 것으로 생각된다.⁶⁰⁾

비정부 부문이 지역사회보건과 지역사회의학 개념에 기초하여

개교했다.

60) 이태준. 한국의 지역사회 의학 - 의료인의 의학 및 의료에 관한 의식구조, 의료체제의 기본구조 및 이를 위한 의료 전달 기능 -. 한국농촌의학회지 1977;2(1):21-24.

다양한 시도를 하는 동안, 비슷한 시기에 정부도 WHO와 UNICEF의 지원을 받아 지역보건 시범사업을 실시한다. 효율적인 보건의료 전달체계를 개발하기 위한 ‘종합보건개발사업’이 그것으로, 이는 1972년부터 1977년까지 경기도 용인군에서 진행되었다.⁶¹⁾ 이 사업은 지역 내 모든 주민이 지리적으로 접근할 수 있고 경제적으로 감당할 수 있는 보건의료전달체계 개발, 민간 보건의료기관 과 인력 활용, 지역사회참여 장려, 보건의료전달체계 제공 등의 목적을 표방했다. 구체적으로는 보건소, 보건지소 등의 공공보건조직을 개편하고 통합적인 목적의 보건요원을 개발하고자 했다. 보건소에 보건간호과를 설치하고, 면에 배치되었던 모자보건, 가족계획, 결핵관리요원 등 한 가지 목적을 가진 인력의 기능을 통합하여 한 요원이 여러 가지 활동을 할 수 있게 하였다. 이른바 ‘통합보건요원’을 개발한 것이다.

한편, 간호 분야에서는 일찍부터 ‘보건간호’라는 이름으로 지역사회와 연관된 사업을 수행하였다. 이 때 보건간호란 주로 보건소가 진행하는 보건사업을 수행하는 활동으로서의 간호를 의미했다. 따라서 이금전이 1967년에 쓴 ‘보건간호학’에는 주로 보건소나 보건지소 근무 간호사의 기능을 설명하고 있고, 상대적으로 지역사회 개념은 약했다.⁶²⁾ 보건소 업무와 연관성이 높은 가정간호, 질병예방, 건강

-
- 61) 김진순 외. 2000년을 향한 1차보건의료의 기본계획수립연구. 246-247쪽. 한국인구보건연구원, 1986. 이 보고서에는 사업이 1972년에 시작했다고 했지만, Heineman과 이동모는 다른 자료에서 사업 시작년도를 1971년으로 보고하고 있다. Heineman RH, 이동모. 용인군 종합보건개발사업. 한국보건개발연구원(편). 한국의 보건시범사업. VI-25쪽. 1977.
- 62) 이금전. 보건간호학. 2-5쪽. 대한간호협회출판부. 1967. 이 책에서는 머리말에서 보건간호의 역사를 말하면서 "1959년 보건사회부 보건과에서 보건간호지침을 편찬 발행, 1963년 전남대학교 의과대학 부속간호학교 교무과장 김옥실씨가 저술한 것이 있을 뿐이다"고 적어, 보건소와 보건간호의 관계가 밀접함을 시사하고 있다.

교육 등이 보건간호의 주요 영역으로 되어 있다. 그렇다고 지역사회 지향성이 없었던 것은 아니어서, 같은 책에서 학교보건, 산업보건간호 등을 별도의 장으로 다루고 있다.

1970년대 이전이 주로 보건간호의 형태였다면, 1960년대 말부터 활발하게 진행된 시범사업을 통하여 지역사회보건과 지역사회간호학의 개념과 전략이 결합한다. 거제도 시범사업과 서울대학교 보건대학원의 보건전문간호사(Certified Public Health Nurse: CPHN) 과정을 통해 교육을 받은 4명의 지역사회 간호사가 거제도의 지역사회 보건사업에 참여하여 사업을 개발한 것이 본격적이고 체계적인 것으로는 처음이라고 하겠다.⁶³⁾ 이후 일차보건의료 개념이 소개되면서 이경식은 일차보건의료의 포괄적 개념 속에 지역사회간호를 위치시키는 작업을 한다.⁶⁴⁾ 그러나 이때까지만 하더라도 지역사회보건, 지역사회의학, 지역사회간호가 거의 비슷한 개념과 원리, 전략을 가져서 따로 나누기 어려웠다. 특히 사업의 측면에서는 더욱 그러했다.

이처럼 한국에서는 지역사회보건의 교육과 실천에 의과대학이 주도적인 역할을 했고, 이는 당시 의과대학의 교육과 연구 기반이 풍부했기 때문이다. 그러나 결과적으로 지역사회보건과 지역사회의학의 개념은 의사들에게 국한되지 않았다. 오히려 지역사회의학은 1980년대 초에 이르면 의과대학 내에서 다소 후퇴하는 추세가 나타나고, 미국의 영향을 받아 일차의료를 강조하는 가정의학과 결합하는 양상을 보인다. 의사들에게 실제적인 효과를 발휘하기에는 구체적인 전략이 부족했고, 제도와 사업이 뒷받침되지 않았기 때문이다. 한편, 지역사회간호는 이후 간호학의 고유한 원리를 강조하면서 지역사회간호학을 제도권 내에 성공적으로 성립시킨다. 이처럼 지역사회

63) 신유선 외 편. 지역사회간호학. 38쪽. 수문사, 2004.

64) 이경식. 일차보건의료와 지역사회 간호학. 대한간호협회출판부. 1978.

회보건/지역사회의학/지역사회간호가 1980년대 이후 조금씩 다른 경로를 가게 되지만, 지역사회보건 ‘운동’은 한국 보건의료에 지역사회를 통한 전략을 소개하고 보건의료체계와 사업을 위한 유력한 대안을 제시하는 중요한 역할을 했다.

2) 일차건강관리의 개념

다양한 측면에서 드러나는 의료 서비스의 문제점을 해결하려는 또 하나의 움직임이 ‘일차건강관리’의 개념이었다. 사실 이는 ‘primary health care’를 한국어로 번역한 용어로, 뒤에서 설명할 ‘일차보건의료’와 용어상으로는 구분되지 않는다. 주로 선진국에서 오랜 기간에 걸쳐 발전해 온 이 개념은 다분히 의사들이 제공하는 기본적 의료를 의미하고, 이보다는 훨씬 넓은 범위를 가지는 이른바 세계보건기구가 말하는 ‘일차보건의료’와는 상당한 차이를 보인다.⁶⁵⁾ 1977년 당시 대한간호협회 부회장이던 김모임 교수는 일차건강관리를 “지역주민의 대부분이 그들의 대부분의 시간을 그들이 갖고 있는 건강문제의 대부분을 위하여 사용하고 건강관리 체제의 한 부분”으로 파악하였고,⁶⁶⁾ 이는 미국 보건부가 ‘primary health care’를 정의한 것을 그대로 따온 것이었다. 미국 보건부의 정의를 옮기면 다음과 같다.

65) ‘primary care’와 ‘primary health care’는 때로 같은 의미로 쓰이기도 하고 다른 의미를 가지기도 한다. 이런 혼란은 아직도 존재한다. 2011년 김모임 교수는 필자와의 면담에서 1970년대 말 한국에서 primary health care를 ‘일차보건의료’로 번역한 것을 비판했다. 이 때문에 포괄적인 건강관리가 아닌 의료가 일차보건의료의 중심을 차지하게 되었다는 것이다. 귀 기울일 만한 주장이라고 생각한다.

66) 김모임. 간호교육 초점의 변화-1차 건강관리 제공 및 감독을 위한 간호원 준비-. 대한간호 1977;16(4):68-71.

일차건강관리(primary health care)는 대부분의 사람이 대부분의 시간 동안 대부분의 건강문제를 해결하는 방식이다. 일차관리(primary care)는 주된(majority) 관리이다. 이는 일상적으로 발생하는 개인의 건강상 필요 대부분을 적절하게 충족시킬 수 있는 범위의 관리를 말한다. ... 일차건강관리는 환자가 포괄적인 보건의료체계에 진입하는 입구로서의 역할을 하여야 한다.... 일차건강관리는 환자가 필요로 하는 여러 단계의 관리를 지속적으로 보장할 수 있어야 한다.⁶⁷⁾

이러한 개념은 어떤 사회든 보건의료체계를 구성하는 데에 필수적으로 포함되어야 한다. 그러나 각 사회의 사정이 다르므로 현실에서는 누가 이를 담당할 인력이 되는지가 중요하다. “균형이 잡히고도 효과적인 건강관리를 위해서는 개인, 가족과 전 지역주민의 생활조건 개선에 도움이 될 1차 건강사업을 추진할 수 있는 전문인이 필요”하다는 데에는 이견이 별로 없으나,⁶⁸⁾ 어떤 인력이 적절한지는 각 사회의 구체적인 상황에 따라 달라질 것이었다. 명시적이진 않더라도 선진국에서는 의사 인력이 이러한 역할을 하는 것이 당연한 것으로 받아들여진 반면, 개발도상국은 의사수의 절대적 부족으로 사정이 전혀 달랐다. 이러한 사정은 한국의 관련자들도 충분히 인식하고 있었던 것으로 보인다. 한국에서는 의사가 그 역할을 하기가 곤란하므로 다른 인력, 즉 간호사가 적절한 인력이라고 인식하고 있었다.

서방에서는 1차 건강관리의 책임이 우선 1차 건강관리자에 있지만 한국과 같은 개발도상국가들에서는 의사가 현재나 미래에 1차 건강

67) U.S. Public Health Service. A Conceptual Model of Organized Primary Care and Comprehensive Community Health Services. DHEW, 1970.

68) 김모임. 앞의 글.

관리를 위한 일반인에 제공자가 되리라고 기대하는 것은 비현실적이다.⁶⁹⁾

간호계가 일차건강관리라는 이름으로 이를 주장하고 노력하였으나, 현실에서는 성공을 거두지 못하고 대신 새로운 의사인력을 양성하는 방향으로 보건의료정책(혹은 체계)이 추진되었다. 그것이 가정의제도로써, 1979년부터 법적 뒷받침을 받지 못한 채 서울대학교병원에서 전공의를 선발하여 일차진료 업무를 담당하는 가정의를 양성하기 시작하였다.⁷⁰⁾ 이처럼 일차건강관리가 의사의 또 다른 전문영역으로 낙착된 것은 이미 존재하던 전문의 중심의 의사인력체계가 직접적인 원인으로 작용한 결과라고 할 것이다. 치료 중심의 의료가 견고하게 유지되고 있는 상태에서는 일차건강관리가 지역 중심, 지속성, 포괄성 등의 가치에 관심을 갖는다고 하더라도 의료인력의 새로운 역할로까지 이어지기가 쉽지 않았다.

그러나 간호계가 주장한 일차건강관리 담당자로서의 간호사는 결과적으로 절반은 성취되었다. 비록 놓여준 벽지에 한정되긴 했지만 보건진료원이 그 역할을 하게 된 것이다.

3) 일차보건의료 개념의 성립과 영향

일차보건의료(primary health care)는 세계보건기구가 제시한 모든 인류의 건강보장을 위한 전략이자 원칙으로, 1978년 알마아타(Alma Ata) 선언을 통하여 이후 회원국들의 국내 정책에 중요한 지침으로 활용되었다. 세계보건기구가 이러한 전략을 제시하게 된 배경에는 보건의료가 모든 사람의 기본적 권리임에도 이를 충족시

69) 김모임. 앞의 글

70) 윤방부. 가정의제도와 한국의 가정의학. 의보공론 1985;3(3):74-81.

키기 위한 보건의료 자원은 크게 부족할 뿐 아니라 불평등 상황이 있다는 현실이 자리 잡고 있었다. 또한 기존의 보건의료 서비스와 그 체계가 가진 한계가 전세계적인 건강문제의 해결을 어렵게 만든다고 보았다.

쿠에토(Cueto)는 일차보건의료의 개념이 등장한 중요한 이유를 여러 측면에서 검토하였다.⁷¹⁾ 우선 1950년대 이래 국제기구와 원조 국가들의 수직적인(vertical) 공중보건사업이 많은 비판을 받았다. 대표적인 것이 성과를 낙관했던 말라리아 퇴치 프로그램이 실패했다는 것이었다. 지역보건에 대한 새로운 이론과 주장이 확산되었다는 것도 중요한 이유에 들어간다. 예를 들어 브라이언트(John Bryant)는 “세계 인구 절반 이상은 보건의료 자체에 접근하지 못한다”고 말했으며, 개발도상국에서 예방이 아닌 병원을 기초로 한 보건의료 체계의 문제를 지적하였다. 뉴웰(Kenneth W. Newell)은 엄격한 부문별 접근은 유효하지 않다고 주장했고, 존스홉킨스 대학교 국제보건분과를 설립한 테일러(Carl Taylor)는 빈곤국가에서 인도의 농촌 의료 모형을 일반화할 것을 제안하였다. 좀 더 근본적으로는 이러한 주장들의 기초에 건강과 의료, 보건에 대한 새로운 인식이 자리 잡고 있었다. 예를 들어 의학기술의 발전보다 생활수준과 영양이 수명에 더 큰 영향을 주었다는 맥퀸(Thomas McKeown)의 주장이나 건강의 결정 네 가지 결정인자(생물학적 요인, 보건의료서비스, 환경, 생활습관) 중 보건의료 서비스의 중요성은 생각보다 크지 않다는 캐나다의 라롱드(Lalonde) 보고서 등이 대표적인 것이다. 이러한 새로운 인식은 치료, 전문가, 병원, 기술 중심의 보건의료에 문제를 제기하는 계기로 작용하였다. 한편, 일차보건의료의 대두에는 변화

71) Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004;94(11):1864-1874.

된 정치적 환경도 작용하였다. 즉, 베트남전쟁과 다수 아프리카 국가들의 독립을 계기로 국제사회에 대한 미국의 헤게모니가 약화되었고, 동시에 유럽 국가를 중심으로 개발(development) 의제가 제기되었다. 1974년 유엔총회에서 채택된 개발도상국의 개발과 관련된 결의안(Declaration for the Establishment of a New International Economic Order)이 대표적인 것이다. 아울러 국제적인 민간기구나 선교단체, 중국이나 이란과 같은 몇몇 개발도상국의 경험들도 영향을 미쳤다.

이러한 배경에서 일차보건의료는 접근성, 효율성, 형평성, 수용성 등을 강조했고 다음과 같은 구체적인 내용과 접근방법을 제시하였다.⁷²⁾

일차보건의료란 실제적이고 과학적이며 사회적으로 인정되는 방법과 기술에 기초한 필수 보건의료이다. 지역 내 주민들이 모두 참여함으로써 개인과 가족들이 접근할 수 있고 비용은 지역사회나 국가가 자립과 자결 정신에 기초해 어느 발전 단계에서도 유지할 수 있도록 저렴해야 한다. 그것은 국가보건의료체계와 지역 주민의 전반적인 사회, 경제 발전의 중요한 부분이다. 국가보건의료체계의 중심기능과 주요 핵심을 이룬다. 그것은 개인, 가족, 주민이 보건의료를 제공하는 국가보건의료체계와 사람들이 실제 사는 곳에서 가장 먼저 접촉하는 곳이고 의료이용과정의 첫 단계이다.

이 개념에 따르면 일차보건의료는 “주민의 전반적인 사회, 경제 발전의 중요 부분이다.” 그것은 보건의료서비스 체계에만 기초한 제한된 접근 방식과는 달리 보건의료체계에 전혀 새로운 성격과 방향을 제시한다. 또한 그것은 지역 수준에서 개인과 주민들에게 반드시 제공해야 하는 서비스와 활동을 포함해야 하는데 최소 다음 여덟 가

72) 세계보건기구. 일차보건의료를 위한 지역보건의료체계. 한울, 1995.
내용은 일부 수정하였다.

54 일차보건의료와 보건진료원 제도

지 필수 요소를 가져야 한다.

① 중요한 보건의료 문제에 대한 교육과 그 문제의 예방과 관리, ② 식량 공급과 적절한 영양 증진, ③ 안전한 식수의 제공과 기본적인 위생관리, ④ 가족계획을 포함한 모자보건, ⑤ 주요 전염병에 대한 예방접종, ⑥ 지방 풍토병 예방과 관리, ⑦ 흔한 질병과 상해에 대한 적절한 치료, ⑧ 필수 의약품 공급

이상에서 볼 때 일차보건의료는 적절한 치료나 의뢰, 그리고 환자가 가정이나 직장으로 돌아간 후 추후관리도 중시하지만 그것은 질병에 대한 치료 이상을 의미함을 알 수 있다. 일차보건의료에 대해 흔히 하는 잘못된 생각들은 처음부터 버려야 한다. 첫째, 일차보건의료란 한 때 말라리아 관리를 별도의 조직에 위임한 것처럼 새 보건의료서비스 프로그램을 위임하는 것이 아니라 보건의료체계 모든 구성 요소를 중앙에서 통제하는 것이다. 둘째, 그것은 농촌 지역이나 도시 빈민층에만 관련되는 이류 수준의 진료가 아니다. 일차보건의료는 최선의 상태라면 도시나 농촌 지역에서 핵심적인 일류 수준의 진료가 될 수 있다. 마지막으로 일차보건의료란 의료비 전부를 개인이나 지역 주민에게 일임하는 수단이 아니다. 그와는 반대로 일차보건의료는 공통의 보건의료 목표를 추구하는 데 있어 보건의료체계 내에 보건의료인력과 보건의료기관의 책임 있는 파트너로서 개인, 주민을 참여시킨다.

조금 다른 관점에서 일차보건의료의 핵심 개념을 정리하면 세 가지 사항이 두드러진다.⁷³⁾ 첫째, 보건의료 기술의 적정성을 강조했다. 의료 엘리트주의와 사회경제 발전을 위한 도구로서의 건강 개념에 반대하고, 대중의 요구에 부합하고 과학적으로 타당하며 재정적으로 부담 가능한 기술을 주장한 것이다. 특히 질병 중심의 기술을 비판하면서, 정밀하고 고가인 장비는 빈곤층이 흔히 겪는 문제에는

73) Cueto M. 앞의 글

적절하지 않다고 본다. 개발도상국에 도시형 병원을 건설하는 것은 의존적 소비문화를 촉진하고 소수에 이익이 될 뿐이며 부족한 재정과 인력을 도시로 유출시킨다고 비판하였다. 이런 맥락에서 농촌과 빈민가에는 병원 대신 보건진료소(health post)를 세우는 것을 강조하였다. 둘째로, 엘리트주의에 반대하는 입장을 보인다. 개발도상국에서 보건의료 인력의 과도한 전문화를 반대하며 상명하복식의 위계적 관계를 비판한다. 이는 비전문(일반인) 보건요원(lay health personnel)의 훈련과 지역사회 참여를 강조하는 것으로 나타나며, 전통적 치료자(샤먼, 산파 등)와 협력할 필요가 있다고 주장한다. 셋째, 보건의료를 넘는 범위에서 개발과의 연계를 강조한다. 보건의료 활동을 따로 떨어진 단기적 개입이 아니라 생활환경과 조건을 개선하는 지속적이고 포괄적인 과정의 일부로 인식한다. 이런 관점에서 일차보건의료는 새로운 공중보건 체계이며, 여러 공공과 민간 부문(보건교육, 적절한 주거, 안전한 식수, 기본 위생 등)과 협력할 필요를 제기하였다.

한국은 세계보건기구의 선언이 있기 전에 이미 일차보건의료의 개념을 수용하고 있었다. 한국보건개발연구원이 1977년 9월 7일부터 9일까지 열린 세미나에서 정리한 일차보건의료의 개념을 보면 세계보건기구의 개념과 큰 차이를 발견하기 힘들다.⁷⁴⁾

일차 보건의료의 개념

가. 전국민을 커버하는 전체보건의료전달체계의 하부 기초보건의료 단위 및 기능으로서

나. 일정지역사회(가정, 부락, 행정리포함)내에서 보건의료요원과 주민의 적극적인 참여로 이루어지는 보건의료 활동이다.

다. 본 활동은 단위 지역사회(부락 또는 행정리)의 자주적인 활동과

74) 한국보건개발연구원. 일차 보건의료에 관한 세미나 결과보고. 8쪽, 1977. 표기는 원문에 근거함.

56 일차보건의료와 보건진료원 제도

공공보건기관으로 활동으로 구성된다.

라. 보건의료활동은 지역사회의 기본적인 보건욕구를 충족시켜야 하므로 전체보건의료활동 스펙트럼에 있어서 보다 예방면에 치중된다.

마. 일차보건의료 활동은 각종 보건의료요원(의사, 간호원, 기타 보건요원)의 협동과 비전문인인 부락 자조요원의 협력으로서 이루어지며 각 요원은 치료, 예방 및 기타 기능이 부여된다.

바. 본 사업은 전체지역사회의 발전의 일부로서 이루어짐이 바람직하다.

* 보건의료란 치료, 예방, 건강증진, 재활을 포함한 포괄적인 활동을 의미한다.

이와 같은 연속성은 세계보건기구의 일차보건의료 개념이 갑자기 돌출한 것이 아니라는 점을 나타낸다. 앞에서 언급한 한국보건개발원의 세미나에서 김주환은 세계보건기구와의 연관성 속에서 일차보건의료 논의를 다음과 같이 소개하고 있다.⁷⁵⁾

..... 세계보건기구(WHO)의 Dr. G. Emery는 일차보건의료를 『health care를 필요로 하는 사람이 제일먼저 접촉하는 보건요원에 의해서 제공되는 health care』라 하는 것이 타당하다고 하고있다. 이 health care는 고도로 개발된 국가에서는 의사에 의해서 제공되고 있을 것이고 개발도상국에서는 부락보건요원이 의해서 제공될 수도 있을 것이다.

이렇게 일차보건의료 제공자의 종류는 국가에 따라 다양하고 제공되는 서비스의 범위도 다양하다.

또 용어에 있어서도 『기초적으로 충족되어야 할 health care』라는 견지에서 『basic health care』라고 하는 사람도 있다. 1976년 세계보건기구 서태평양지역에서 개최된 Basic Health Service에 관한

75) 한국보건개발연구원. 앞의 보고서. 82쪽

세미나에서 일차보건의료라는 용어보다는 “Basic Health Care”가 더 적절하다고 하였다. 이러한 용어의 차와 더불어 그 개념에 있어서도 다소의 차이를 보이고 있는 것이 사실이다.

그러나 개념적으로나마 일차보건의료의 내용을 서비스제공자로서 파악하기로 하면 세계보건기구와 세계아동기금의 공동연구의 결과를 제28차 세계보건총회에 상정하여 승인된 『Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries』에 의하면 『Primary Health care Worker』를 『의사아닌 자로서 보건의료망 속에서 질병의 예방, 치료 및 건강증진업무에 종사하는 자』라고 하여 의사아닌 자의 치료활동의 실례와 가능성을 시사하였다.

일차보건의료가 기초적으로 충족되어야 할 Health Care이고 여기에 포함되는 예방활동이나 건강증진활동에 비의사요원들이 활용되고 있음은 이미 상식화되어 있으나 진료행위가 일차보건의료에 포함되는 것은 새로운 쟁점으로 대두될 것으로 믿는다.

여기에서 알 수 있는 것은 얼마아타 선언 이전에도 이미 세계보건기구를 통하여 일차보건의료의 개념이 논의되었다는 것, 일차보건의료를 담당할 인력으로 비의사인력을 고려하였다는 것, 그리고 이 경우 진료활동을 포함할 것인지 등이 고려와 논의의 대상이었다는 점이다. 주목할 것은 비슷한 맥락에서 세미나의 여러 토론자들이 일차보건의료를 담당할 인력, 특히 의사가 아닌 인력을 활용할 가능성을 거의 빠지 않고 언급했다는 점이다. 이는 현실에서 일차보건의료를 수행하기 위해서는 담당인력을 구상하는 것이 필수적이라는 점에서 이해할 만하다. 그러나 주민의 지역사회 참여나 다부문의 협력과 같이 추상적인 과제에 비하여 인력 문제가 좀 더 현실적인 지위를 차지했다는 것은 향후 논의에서 일차보건의료의 범위를 매우 좁게 한정시킬 가능성을 품고 있었다.

4) 의사가 아닌 인력의 활용

부족한 의사를 대신하여 다른 보건의료 인력을 활용하여 기본적인 의료수요를 충족하는 전략은 후진국에 한정된 것은 아니었다. 물론 중국이 건국 이후 시도했던 ‘맨발의 의사(bare foot doctor)’가 가장 널리 알려져 있기는 하다. 그러나 상대적으로 의사인력이 풍부한 선진국에서도 의사가 부족한 지역에서 의사가 아닌 인력을 대체 인력으로 활용하고자 했다.

중국에서 시작하여 전세계적으로 유명해진 맨발의 의사는 비전문가가 의료를 제공한 대표적인 사례이다. 지역사회 주민 중에 인력을 선발, 교육하여 간단한 일차보건의료에 종사하게 하게 한 것이 이 제도의 핵심이라 할 것이다. 당연히 도시보다 농촌에 중점을 두었고, 치료보다 예방을 강조했으며, 중국에서는 서양의학과 전통의학을 종합하는 것을 기본 개념으로 삼았다.

미국과 같이 선진국에서도 오랜 기간 농촌과 벽지 등의 지역에서는 만성적으로 의사가 부족했다. 이러한 상황에서 1960년대부터 의사를 대체하는 보건의료요원을 양성하여 배치하려는 움직임이 생겼다.⁷⁶⁾ 대표적으로 MEDEX와 의사보조인력(Physician Assistant, PA), 간호진료요원(Nurse Practitioner, NP) 제도를 꼽을 수 있다. 이들 프로그램은 단순한 인력 훈련 과정이 아니라, 지역사회와 주정부, 연방정부 수준의 보건의료 협력 모형으로 출발하였다. 제도가 필요하게 된 근본에는 당시의 정치, 사회적 환경이 자리 잡고 있는데, 1960년대 미국은 평등권, 경제적 기회추구, 개인의 사회 참여 등에 대한 요구가 강력히 제기되던 시기였다. 연방정부는 빈곤과 불

76) Cawley JF, Hooker RS, Pedersen D. Origins of the Physician

Assistant Movement in the United States. 자료:

medicine.utah.edu/upap/HistoryArchives/articles/PA_History_2011.pdf

평등 문제 해결을 우선적인 정책목표로 삼았으며, 이에 따라 공공 의료보장제도인 메디케이드(Medicare)와 메디케어(Medicaid)가 출발하였다. 그러나 이러한 배경 아래 점증하던 보건 의료 수요는 제대로 충족되지 못했다. 의학의 전문화로 전문의는 대폭 늘어난 반면, 일차진료의사의 수는 부족했고 특히 농촌과 오지에서는 의료접근성이 낮았다. 단시간 내에 의사를 양성하여 배치할 수 없었으므로 자연스럽게 의사인력을 대신할 수 있는 중급의 의료인력에 주목하게 되었다. 이러한 맥락과 맞아 떨어진 것이 베트남전 참전 경험이 있는 위생병들이었다. 이들이 귀국한 이후 많은 일자리가 새로 필요했는데 의사를 대신하는 인력을 새로 제도화함으로써 필요를 충족시킬 수 있게 된 것이다.

한국에서도 이런 방식으로 의사인력을 대체하고자 하는 구상은 오래 전부터 있었다. 예를 들어 일제강점기부터 군산을 중심으로 농촌보건에 종사하던 이영춘의 다음과 같은 의견이 이를 잘 보여준다.

그는 농촌보건사업을 실행에 옮기려면 의사보다 오히려 간호사의 역할이 더욱 중요했다고 판단했다. “보건 활동에 있어 PHN(간호사)의 역할은 의사 이상으로 중요한 것이다.” 더욱이 이영춘은 농촌에서 활동할 의료인력은 농촌에서 양성해야 한다는 지론을 지니고 있었다. “나는 우리 농촌봉사역군의 양성은 빈궁한 농민환경 속에서 실시되어야 하며 도시에서의 훈련은 백해무익하다는 것을 확신하게 되었다.” 이렇게 배출된 간호사들은 전국 각지로 퍼져나갔다.⁷⁷⁾

이 뿐 아니라 MEDEX 제도는 전문가들 사이에서 상당히 구체적으로 논의되기도 했다. 매일경제신문 1975년 11월 20일자는 1975년 11월 14일 대한보건협회가 주최한 “우리나라의 의료전달제

77) 박윤재. 한국 농촌위생과 이영춘. 2003:7(1):1-42.

도와 보건요원의 활용”이라는 공개토론회 내용을 소개하고 있다. 이 자리에서는 리처드 A. 스미스 교수(하와이 의대)가 메딕스 제도를 소개한 후 한국 학자들의 토론이 있었다.⁷⁸⁾ 박형중 서울대 보건대학원장은 의사가 모자라는 현실에서 비의사요원의 활용방안을 생각해야 하고, 이는 의료체제의 근본적 변혁을 의미하므로 전체 보건정책 속에서 다루어져 한다고 주장했다. 양재모 연세대 의대 학장은 한국의 의료인력 양성은 실패했지만 메딕스제도는 비판적이라고 하면서 의사들의 시간제 근무를 제안했다. 반면, 주영재 의사협회 조사연구위원은 의사수가 부족하지 않고 기존 인력 활용이 더 중요하다고 주장했다. 김모임 간호협회 이사는 새로운 의료전달제도가 필요하다는 것은 누구나 인정한다고 하면서, 병원 중심의 간호원의 역할을 강화시켜 지역사회에 진출시키면 보건문제 해결에 이바지할 수 있다고 주장했다. WHO 주한대표는 “많은 의료원과 시설이 이용되지 않고” 있고, “의사들이 문제를 해결하지 않으면 다음 사람들이 들어와 해결할 것”이라고 주장했다. 그러나 논의 내용을 보면 1976년까지도 의사를 대체하는 의료인력이 필요한지, 그리고 필요하다면 어떤 인력이 가능한지를 두고 전문가들 사이에서도 명확한 합의가 없었다는 것을 알 수 있다.

2. 한국에서의 대안 모색

앞에서 이미 언급한 것과 같이 1970년대 보건의료 정책의 최대 과제는 보건의료자원을 적절하게 공급하는 것과 의료이용 과정에서 경제적 장애를 최소화하는 것이었다. 이 중 후자는 1977년의 의료보험제도 창설로 이어졌다는 것이 상식에 속한다. 이에 비하여 보건의료

78) 발표 자료는 다음에 실렸다. Richard A. Smith. 메딕스. 대한보건협회지 1976;2(1):1-4.

자원의 확충은 한두 가지 정책만으로 해결될 수 있는 문제가 아니었다. 특히 농어촌과 벽오지를 비롯한 취약지의 자원 확충은 자원의 총량 증가만으로는 해결할 수 없는 문제였다. 이 때문에 취약지역에 필요한 보건의료자원을 공급할 수 있는 여러 가지 대안이 모색되었다.

주목할 것은 이 과정에서 대안의 기본 틀이 어떻게 구체화되는가 하는 점이다. 앞에서 설명한 것처럼 지역사회의학/지역사회보건, 일차건강관리, 일차보건의료 등의 개념은 지역사회를 강조하고 포괄적 접근을 추구하는 전략들이었다. 여기에서 포괄적이라 함은 보건사업에서 치료와 예방, 건강증진의 구분과 연계는 물론이고, 필요의 복잡성, 건강문제의 다양성 등을 해결하는 기본방향에 대한 것이다. 그러나 개념과 원리가 바로 정책으로 만들어질 수는 없다. 이 점에서 지역사회보건을 비롯한 개념과 원리가 현실에 적용될 수 있는가 여부는 이에 기초한 정책, 제도, 프로그램이 제대로 만들어질 수 있는가에 달려 있었다.

1) 대안의 환경과 조건

인력과 자원의 부족과 재원의 취약성 등 1970년대 후반 새로운 정책을 수립하고 집행할 조건이 매우 열악했다는 것은 앞에서 서술한 것과 같다. 뿐만 아니라 체계와 인적 역량, 관리 등에서도 많은 문제점을 안고 있었다. 1977년 열린 ‘일차보건의료에 관한 세미나’에서 결과적으로 요약하여 제시된 사항들은 이러한 문제점과 한계를 그대로 반영한다.⁷⁹⁾

가. 정부가 시행하고 있는 결핵관리, 가족계획, 모자보건 등 몇 가지

79) 한국보건개발연구원. 일차 보건의료에 관한 세미나 결과보고. 6-7쪽, 1977.

62 일차보건의료와 보건진료원 제도

사업은 상호연관성과 포괄성이 결여되어 있어, 마을단위에서 주민의 보건의료요구를 충족시키지 못하고 있다.

나. 주민들 특히 농촌주민의 보건에 대한 인식부족은 통증이나 기동장애만을 질병으로 여기는 경향이 있는데, 이와 같은 수용태도에서는 서비스 제공의 효과를 최대로 기대할 수 없으므로 주민의 태도 변화는 시급히 요구되는 문제이다.

다. 여러 가지 연구사업 또는 시범사업을 통하여 판명된 주민의 보건의료요구는 질병예방이나 보건증진사업보다도, 치료사업을 원하고 있으므로 기초적인 보건의료사업에 진료업무를 포함시킴으로써 예방 또는 건강증진사업을 촉진시킬 수 있다.

라. 현재의 면요원(간호보조원)에 대한 감독기능이 미약하며, 다목적요원화하기에는 전문적 지식수준이 낮아 다목적요원으로 활용이 힘들 것으로 믿어진다(춘성군 시범사업소).

마. 의학 및 의학기술의 급속한 발달은 주민의 보건에 대한 사고방식과 심한 괴리를 초래한 결과가 되어 주민·전문인 간의 상호접근을 난의하게 만들고 있다.

바. 보건의료 요구의 효율적인 충족을 위한 지역사회의 조직화된 참여가 없고, 의료요구 충족을 위한 의료비 지불에 있어서 재원조달제도가 마련되지 못하고 있다.

사. 여러 보건·의료단체 및 복지사업단체는 도 또는 군 수준에서 활동하고 있으며 마을단위의 활동이 부진한데다, 개별적으로 사업을 시행하므로 타기관과의 협동된 접근을 이루지 못하고 있다.

아. 마을단위 보건의료요구를 정확히 파악할 수 있는 방법이 없으며, 보건의료상태를 평가할 수 있는 구체적인 방안이 없다.

자. 중국적으로는 동일한 목적의 사업인 새마을 사업(지역사회개발 사업)과 보건의료사업이 통합되지 못하고 분리된채 진행되고 있다.

이상과 같은 상황진단은 지역사회와 필요와 요구에 대응할 지역 보건의료체계가 미비하고 인력, 재정, 정보 등에서 취약점을 가지고 있다는 것을 의미한다. 특히 주목할 것은 건강증진이나 예방, 통합적 지역사회개발 등이 규범적인 필요로 제시되지만 지역사회 주민은 치료사업의 요구를 가지고 있다고 지적한 점이다. 이 같은 상황은 주민의 현실적 요구와 규범적 접근 사이에 차이가 있다는 것으로, 당시는 물론 이후에도 보건의료사업과 정책이 안을 수밖에 없는 중요한 딜레마였다고 할 것이다. 앞에서 언급한 대로, 이는 원리가 정책으로 '변용(translation)'될 수 있는가 하는 문제였다. 지역사회 보건의 원리가 아무리 바람직하고 이상적이라 하더라도, 현실에서 실제 적용할 수 있고 수용할 수 있는 정책으로 만들어지지 않으면 본래의 의미가 퇴색하거나 왜곡될 수밖에 없다.

2) 한국보건개발연구원의 설립과 정책대안 개발

1970년대 보건의료 상황에 대응하기 위한 대안은 정부는 물론 민간부문에서도 활발하게 모색되었으나, 그 중에서도 정부의 역할이 더 중요했다는 것은 말할 필요도 없다. 이 시기 정부의 대응을 대표적으로 나타내는 것이 한국보건개발연구원이 설립과 이를 통한 정책대안의 수립이었다.

1970년대 들어 세계경기가 침체되면서 수출무역에 의존해온 경제가 큰 타격을 입게 되었고, 도시근로자와 농민들의 사회적 불만이 크게 증가했다는 것은 앞에서 이미 서술한 것과 같다. 게다가 1968년 1월 21일 북한 무장간첩의 서울 침투사건이 생기면서 남북관계

64 일차보건의료와 보건진료원 제도

가 경색되었고, 한편으로는 1972년 7.4 남북공동선언을 계기로 북의 무상의료 방식에 대응하는 보건의료 정책을 마련해야 한다는 정부 내의 요구가 커졌다.⁸⁰⁾

이러한 환경에서 보건의료 기반 확충을 위해 정부는 대한(對韓) 국제경제원조협의체에 차관을 요청했고, 이후 원조국과의 협의를 거쳐, 차관 도입 조건을 이행하는 사업의 하나로 1975년에 한국보건개발연구원을 설립하게 되었다. 구체적인 설립과정은 다음과 같다.⁸¹⁾

1972. 12. 대한(對韓)국제경제원조협의체(IECOK)⁸²⁾ 파리 회의에서 한국대표단이 군립병원 등 소요자본 차관요청
1973. 11. 상기 요청에 의거 USAID 조사단 내한 건의사항:
- ① 보건의료 수요조사
 - ② 경비절약형의 보건의료체계 확립
 - ③ 보건기획 전담부처 설치
1974. 6. 한국정부와 미국정부(미국재개발처) 간 보건기획협

80) 박형종과의 면담. 2011년 2월 21일

81) 한국보건개발연구원. KHDI 마을건강사업 현황 및 개요.

한국보건개발연구원(편). 한국의 보건시범사업. I-1쪽, 1977.

82) IECOK란 대한국제경제협의체(International Economic Consultative Organization for Korea)의 약칭이다. 한국은 1955년 8월, 어려운 경제상황에서 국제기구의 도움을 받고자 IMF에 가입하여 자동적으로 IBRD에 함께 가입하였고, 이후 IBRD 산하기구인 IDA (International Development Association, 국제개발협회), IFC (International Finance Corporation, 국제금융공사), ICSID (International Center for Settlement of Investment Disputes, 국제투자분쟁해결기구)에 차례로 가입하였다. 1962년 제1차 경제개발5개년계획 추진과 함께 처음으로 장기무이자 재원의 IDA 차관을 받기 시작하였고, 1966년에는 경제개발계획 추진에 필요한 금융/기술제공을 위해 IBRD가 주관이 되어 IECOK가 발족되었다. 여기에는 미국, 일본, 독일 등 9개 선진 국가와 IMF, UNDP 등이 참여했다.

<http://contents.archives.go.kr/next/content/listSubjectDescription.do?id=002828&pageFlag=A>

- 정 체결.
- AID지원 내용: 미화 71만 달러(3억4,080만 원)
- 1974.11. 경제기획원에 500만 달러 차관 도입요청
1975. 1. 경제기획원, 보건사회부, 미국재개발처 간에 보건개발차관 사업내용에 관한 의견조정
1975. 8. 보건개발 차관사업 최종계획서를 경제기획원에 제출
1975. 9. 한국정부(경제기획원장관)와 미국정부(미국재개발처장) 간 시범보건사업을 위한 AID개발차관협정 체결
1975. 12. 한국보건개발연구원법(법률 제2857호) 공포
1975. 4. 동법시행령 공포(대통령령 제8061호)
1976. 4. 3. 보건정책협의회 제1차 회의 개최
- ① 한국보건개발연구원 설립위원 위촉승인(박승함, 서석준, 박형종, 이종진, 장경식)
- ② 한국보건개발연구원 정관 승인
- ③ 동 초대원장에 박형종 박사 임명 승인
- ④ 사업계획 등 선행조건 수행 승인
1976. 4. 7. 초대원장에 박형종 박사 임명
1976. 4. 8. 설립위원회에서 당연직 이사를 제외한 이사 선임(권이혁, 손춘오, 이종진, 홍문화)
1976. 4.12. 법인설립허가
1976. 4.19. 개원식

한국보건개발연구원의 설립 목적은 “국민보건 전반에 관한 제도의 발전 및 이와 관련된 제 부문의 과제를 현실적이고 체계적으로 연구하게 함으로써 국가의 보건계획 및 보건정책의 수립에 기여”하기 위해서였다. 그 업무를 보면 ① 국민보건에 관한 제도의 발전을 위한 조사 연구, ② 합리적인 의료제공 체제의 수립을 위한 조사 연구 및 재평가, ③ 종합보건의료 시범사업(일정 지역 내에서 시범적으로 행하는 질병의 예방, 진단, 치료, 재활사업 및 의료보험 등에 관한 종합적인 사업을 말한다)의 실시 및 평가, ④ 장,단기 보건의

료의 수요조사 및 평가, ⑤ 지역사회 주민의 건강유지 및 향상을 위한 지원, ⑥ 종합 보건의료 시범사업에 종사하는 자의 교육 및 훈련, ⑧ 국내외 연구기관과의 정보교환, 공동연구 및 이에 대한 지원, ⑦ 국가로부터 위촉된 보건의료에 관한 조사 연구사업 등이었다. 주목할 사항은 기관 설치의 출발이 원조당국인 미국 정부의 권고였고, 이들은 보건의료 수요조사, “경비절약형의 보건의료체계 확립”, 보건기획 전담부처 설치 등을 권고했다는 점이다. 이런 맥락에서 보면, 한국보건개발연구원은 단순히 하나의 국가 연구기관이 설립된 것이라기보다는 국가적으로 보건의료의 기획기능이 시작된 계기가 되었다고 할 것이다.

한국보건개발연구원이 정부 기관으로 설립됨에 따라 국가적 차원의 보건의료 과제를 해결하는 중심 역할을 수행하게 된다. 농어촌을 비롯한 취약지의 보건의료 문제를 해결할 대안을 마련하는 데에도 중심점이 되었던 것은 물론이다.

3) 의사 인력의 증원과 의무 배치

의사인력의 불균등 분포(지역별, 분야별, 기관규모별 등)는 일차적으로는 의사 수가 부족해서 생기는 문제라는 것이 일반 국민의 시각이다. 총량 증가가 반드시 분포의 개선으로 이어지는 것은 아니지만, 농어촌 지역의 의사부족이 명백한 현상인 이상 의사 인력의 증원은 가장 유력한 정책대안이 될 수밖에 없었다.

물론 의사 수요가 증가한 데에는 1977년의 의료보험 실시가 더 강력한 요인으로 작용했을 것이다. 의료보험이 의료이용의 경제적 장애를 줄이고 이 때문에 의료이용을 크게 늘린다는 것은 명확하다. 따라서 모든 보건의료 인력을 시급하게 양성할 필요가 있었다. 이러한 인력 증원 정책에 의사가 핵심을 차지했던 것은 물론이다. “의료

보험제도의 도입과 점차적인 확대실시로 입원시설에 대한 수요가 크게 증대되어 이용률이 꾸준히 제고될 것으로 예상”했고, “의사인력도 1980년대 말에는 부족할 것으로 예상되므로 의과대학 증설을 위한 선행투자”를 정책방향으로 설정했다.⁸³⁾

표 7. 의과대학(의예과)의 수와 입학정원 증가 추이

연 도	의예과 수	입학정원(의예과)	비고(신설의대)
1970	12	1,110	
1971	14	1,250	중앙, 전북
1972	14	1,250	
1973	14	1,270	
1974	14	1,290	
1975	14	1,300	
1976	14	1,380	
1977	15	1,380	원주
1978	16	1,600	순천향
1979	18	1,940	인제, 계명
1980	19	2,090	영남
1981 [#]	22	3,330	고신, 원광, 경상
1982 [#]	23	3,116	한림
1983 [#]	23	3,522	
1984 [#]	23	3,430	
1985 [#]	26	3,074 [*]	동아, 인하, 충북
1986 [#]	28	2,978 [*]	건국, 동국
1987 [#]	28	3,018 [*]	
1988	31	2,921 [*]	아주, 단국, 울산

입학정원은 졸업정원제에 의한 확대정원이 포함된 것임

* 실제 입학자수(입학정원이 명기되어 있지 않음)

자료: 문교부(교육부). 각년도 문교통계연보(교육통계연보).

실제 1977년 이후 의과대학의 수와 입학정원은 급격하게 증가하여, 1976년 14개 대학 1,380명이던 의과대학의 입학정원은 1988년에는 31개 대학 2,921명에 이르게 된다(표 7). 의과대학의 신설이나

83) 한국개발연구원. 장기경제사회발전 1977~91년 -답신보고서-. 213-218쪽. 1977.

입학정원 증가가 실제 활동하는 의사수의 증가로 이어지기까지는 최소 6년에서 길게는 14년까지 걸리지만, 의사인력 증원 정책이 간접적으로나마 1970년대 말 이후 농어촌 의료문제를 해결하는 중요한 정책수단이었음을 부인하기 어렵다.

조금씩 양상은 다르지만 다른 의료인력의 수를 늘리는 정책도 동시에 시행되었다. 예를 들어 정부는 간호와 관련된 인력을 양성하기 위해 1966년 ‘의료보조원법’을 제정하고 간호보조원 제도를 신설한다. 단기간 내에 많은 인력을 확보하기 위하여 노력했다는 것은 1966년부터 1973년까지 국비 간호보조원을 양성하여 2년간의 의무복무를 조건으로 면허를 발급한 것에서도 알 수 있다.

의사의 수가 전체적으로 늘어난다고 해서 농어촌 지역까지 의사가 늘어나는 것은 아니다. 급격한 경제발전과 더불어 도시화가 촉진됨에 따라 도농간의 격차가 크게 벌어지는 한편 의료부문의 전문화도 진전됨으로써 의사가 농촌이나 벽지에 자발적으로 근무하도록 유도하는 것은 불가능했다. 이러한 상황에서 강제동원이나 조건부 의무봉사 방식의 다양한 의사 인력 배치 노력이 시도되었다. 사실 이는 1950년대부터 이미 시작된 것이다.

1959년부터 무의면의 해소, 보건소의 증설이라는 목표를 세워 모든 무의면에 공의(公醫)를 배치하여 해당면내에서의 의료 및 방역사업을 수행케 하며.. (중략) 1961년도부터 무의면 해소책에 따라 공의 배치가 강력히 추진되어 1961년도에 429명의 공의가, 1962년도에는 303명이 더 배치되었고, 1963년에는 남은 289개면에도 공의가 배치하기로 되어 있다.⁸⁴⁾

1962-3년에는 병역을 마치지 않은 의사들을 농어촌에 근무하게

84) 김두종. 한국의학사. 549쪽, 탐구당, 1981.

하고, 한의사에게 예방의학교육을 실시하여 무의면에 배치하기도 하였다.⁸⁵⁾ 그러나 이들 제도는 지속적인 효과를 보지 못했다. 1970년대 이후에는 주로 전문의 수련이나 군복무와 연계하여 젊은 의사들이 의무적으로 농어촌 취약지역에 근무하게 하는 제도들이 도입되었다.⁸⁶⁾ 1972년에는 전문의수련 과정 중 6개월을 주로 농어촌의 보건기관에 근무하도록 하는 전공의 파견제도가 실시되었으나, 짧은 근무기간과 인력의 순환, 전문의 시험 준비 등으로 효과적인 제도로 정착되지는 못했다. 1976년에는 의사국가고시에 불합격한 자에게 2년간 특정지역에서 근무하는 것을 조건으로 조건부 의사면허를 주는 ‘특정의무지정 의사제도’를 도입하였지만, 주민들의 신뢰가 낮아 실효를 거두지 못했다. 이어서 1977년에는 의과대학 6년간 등록금과 장학금을 지급받는 대신 졸업 후 5년간 공공 의료기관에서 근무하게 하는 ‘공중보건장학제도’가 시행되었다. 그러나 이번에는 대상자들의 호응이 크지 않아 큰 효과를 보지 못했다. 이런 과정을 거쳐 의사들이 군복무를 대신해서 농어촌에서 일정 기간 일하도록 규정한 ‘국민 보건의료를 위한 특별조치법’이 1978년 12월 제정되었다. 이 법에 따라 1979년에 최초로 의사 300명, 치과의사 304명이 ‘공중보건 의사’라는 이름으로 농어촌에 배치되었다. 1980년 12월 법이 ‘농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법’로 바뀌면서 공중보건 의사제도가 확대되었고, 1981년부터 공중보건 의사가 본격적으로 배치되기 시작했다.

이처럼 의사들이 잘 가지 않는 취약지역에 의사를 배치하기 위해 여러 가지 다양한 방안이 시도되었다. 그러나 어느 것도 근본적인 해결책이 되기는 어려웠다. 허정과 강진구의 분석과 같이 의사

85) 허정, 강진구. 우리나라 농촌지역의 보건의료봉사제공체계에 관한 고찰. 예방의학회지 1971;4(1):89-94.

86) 국회입법조사처. 공중보건의 수급 전망 및 대책. 2010.

분포의 근원에는 자유방임적인 보건의료제도의 성격이 자리 잡고 있었기 때문이다.⁸⁷⁾ 의사의 도시집중 경향은 소득과 문화적 격차에 기인한 것으로, 자유방임적 의료제도에 의하여 의료요구가 충족되는 한 강제동원이나 의무적 농촌봉사로써는 실효를 거두기 어려웠다.

4) 보건의료망과 의뢰체계 구축

일차진료인력을 확보하는 것이 중요했지만, 한 가지 인력만으로 의료수요를 충족하기는 어려웠다. 따라서 전체적인 체계로서의 보건의료망과 의뢰체계를 구상하지 않으면 안 되었다.

보건의료체계 구축을 위한 초보적인 정책은 이미 1962년 보건소법에 읍면 단위에 1개소 이상 보건지소 설치한다는 조항이 있었고, 1970년대부터는 “특히 농촌 및 도시영세민 등의 의료균점을 위하여 보건의료망의 확충과 보건의료체계 개발을 시도하였다.”⁸⁸⁾ 보건의료망이 본격적으로 체계화된 것은 1977년 의료보호와 의료보험사업이 시행되면서부터였다. 의료보호사업을 위하여 의료기관을 기능별로 구역화, 지역화하여 환자이송체계를 확립하고자 했다. 아울러 “공공보건의료부문을 대폭 강화, 확대하여 미충족 의료수요를 충당하면서 공공부문과 민간부문의 균형 있는 연결이 되도록 제도적인 장치를 마련”한다는 계획을 세웠다.

이러한 계획은 바로 이어서 ‘의료전달체계의 도입’이라는 과제로 나타나게 된다. 의료전달체계는 의료기관의 기능분담과 의료의 지역화에 따른 진료권 설정을 핵심으로 하는 것으로, 전국을 적정한 수

87) 허정, 강진구. 앞의 논문. 자유방임적인 보건의료제도가 가장 중요하긴 하지만, 그렇지 않은 국가에서도 정도는 덜하더라도 의사의 지역간 불균형은 흔히 나타나는 문제이다. 국가가 강력하게 규제하는 경우에도 다양한 이유와 방법으로 결국 도시지역에 집중되는 경향이 나타난다.

88) 보건사회부. 1981년 보건사회. 78-80쪽.

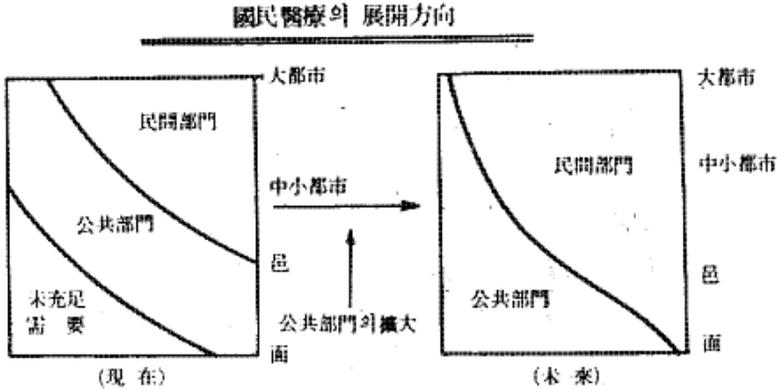
의 진료권으로 구분한 후 1차 진료는 소진료권 내에서, 2차 진료는 중진료권 내에서, 3차 진료는 대진료권에서 해결할 수 있도록 환자가 단계적으로 후송되면서 의료를 이용하는 것이 합리적이라는 생각을 기초로 한 것이었다.⁸⁹⁾ 정부는 1981년부터 1982년에 걸쳐 한국인구보건연구원으로 하여금 진료권 설정과 진료권별 적정 병상수를 추계하는 ‘전국 보건의료망 편성에 관한 연구’를 수행하게 하였다. 1차 보고서에서는 전국을 12개 대진료권으로 구분하고 대진료권 내에 104개의 중진료권을 두었으며 각 진료권별로 병상수를 추계하였다. 이것이 전국적인 의료전달체계를 처음으로 공식화한 것이었다. 그러나 정부가 만든 이런 계획은 결과적으로 큰 영향을 발휘하지 못했다. 의사인력의 배치와 비슷한 이유로 일종의 ‘시장 참여자’인 민간부문을 제대로 규율할 수 없었기 때문이다.

그렇지만 1980년 무렵까지는 보건의료망 혹은 의료전달체계가 공공과 민간을 망라한 것이었고, 지역보건기관과 민간의료기관을 함께 고려한 것이었다. 1981년판 보건사회에는 다음 그림과 같이 공공부문에서 “보건진료소를 설치하여 보건진료원을 배치하므로서 농촌형 의료전달체계가 정립”되어야 공공부문이 강화된다고 설명하고 있다.⁹⁰⁾ 비록 ‘도시형’ 의료전달체계가 민간기관을 중심으로 하는 것이었으나, 여기서도 역시 보건소를 포함하고 있어 의료전달체계의 통합성이 완전히 없어진 것은 아니었다. 그러나 정부가 설명한 이러한 보건의료망(의료전달체계)에서는 이미 보건의료와 의료는 곧 치료서비스라는 한정된 뜻으로 사용하고 있다. 의료보험과 의료보호제도의 실시, 의료자원의 확충, 의료전달체계의 확립이라는 과정을 거치면서 이른바 ‘의료’와 ‘보건’이 분리되고 이에 기초해서 공공과 민

89) 이규식, 보건소의 건강증진사업과 지역보건의료계획, 보건행정학회지 1997;7(1):1-31.

90) 보건사회부, 앞의 책, 81쪽.

간이 나누어지는 과정이 나타나게 된 셈이다.⁹¹⁾ 이후 한국의 보건의료는 이른바 ‘두 개의 길(two track)’로 가게 된다.



자료: 보건사회부. 1981년 보건사회. 80쪽.

그림 2. 1981년 현재 의료전달체계 구축의 방향.

5) 지역보건과 일차보건의료 전략

의사인력의 부족이나 시설의 미비 등 개별적인 과제를 넘어 포괄적인 대안을 제시하고자 한 것이 지역보건과 일차보건의료에 대한 논의이다. 물론 1970년대부터 본격화된 지역보건과 일차보건의

91) 의료, 보건, 보건의료 등을 개념적으로 명확하게 구분하는 것은 어렵다. 여기서는 의료는 전문의료인이 주로 기관 내에서 치료적 목적으로 제공하는 서비스를 가리키고, 보건은 의료를 포함하고 건강증진과 예방, 지역사회 등을 포괄하는 넓은 개념으로 정의하고자 한다. 물론 이런 정의는 엄밀하게 과학적인 것이 아니고 편의를 위한 잠정적인 것이다.

료의 다양한 시도를 하나의 원천에서 찾을 수는 없다. 그러나 적어도 농어촌을 중심으로 한 지역개발과 국제적으로 발전하던 지역보건개발을 위한 시도들이 중요한 영향을 미쳤다는 것은 명확하다.

한국에서 지역개발사업은 1950년대부터 주로 원조단체와 종교단체, 미국 원조당국 등에 의해서 시작되었다. 예를 들어 1954년부터 외국의 종교단체가 주관한 농촌진흥사업(Community Coordinated Development Program, CCDP)은 각도에 모범부락을 설치하여 기술, 보건, 성인교육 등 농촌문화의 향상을 도모했고, 국제연합 한국재건단과 주한민사처가 주도했던 부락봉사사업(Community Development Employment Project, CDE)에서는 농촌의 생산증진과 가계수지 개선을 위해 농민들의 자조 개선사업을 시행하였다.⁹²⁾

지역개발사업과 밀접하게 연관되어 있는 것이 1970년부터 시작된 새마을 운동이다. 새마을 운동은 1971년 시작되는데, 정부는 전국 마을에 일률적으로 시멘트를 335포대씩 나누어주고 사업을 시작하게 했다. 마을 개발위원들이 상의하여 평소 원하던 일을 하도록 했는데 농민의 반응이 예상외로 좋아서 정부가 나누어준 시멘트는 41억 원에 불과했으나 성과는 122억 원에 달했다. 이에 자극받은 정부는 1971년 겨울부터 농촌개발 사업에 본격적으로 착수하였다.⁹³⁾ 새마을운동은 비교적 단기간에 가시적인 성과를 거두었다. 새마을사업은 발전 단계에 따라 마을을 3등급으로 분류했는데, 가장 높은 수준의 마을인 ‘자립마을’의 비율이 1971년에 7%에서 1979년 97%로 높아졌다.⁹⁴⁾ 새마을운동에는 농촌통제, 마을, 농민이라는 요

92) 허은. 1950년대 후반 지역사회개발사업과 미국의 한국 농촌사회 개편구상. 한국사학보 2004;17:275-312.

93) 박섭, 이행. 근현대 한국의 국가와 농민: 새마을운동의 정치사회적 조건. 한국정치학회보 1997;31(3):47-67; 김영미. 그들의 새마을운동. 351-373쪽. 푸른역사, 2009.

94) 가장 높은 수준에 있는 자립마을이 갖추어야 하는 요건은 간선도로의 완성, 20m 미만 교량가설 완성, 지붕개량 80% 이상, 담장개량 80%

소가 골고루 고려되고 있다고 하지만, 지역개발이라는 점에서 마을 조직, 마을에서의 의사결정 메커니즘, 지도자의 통솔력 등이 중요하게 작용하였다고 볼 수 있다.⁹⁵⁾ 이런 점들은 지역보건개발의 성공 요인과 크게 다르지 않다.

1950년대 말부터 주로 외국 원조단체와 선교단체가 시작한 농촌과 지역사회 개발사업과의 연관성을 좀 더 밝혀져야 하겠지만, 비슷한 시기에 보건에 특화된 지역사회사업이 시도되기 시작했다. 그 시초는 연세대학교 의과대학 예방의학교실이 지역을 중심으로 한 보건사업으로, 1956년 경기도 고양군에서 시범보건소 사업을 실시하고 보건 시범사업과 학생 실습을 시행하였다.⁹⁶⁾ 지역 중심의 접근은 특수한 사례가 아니라 당시의 경제사회적 환경에서는 필연적인 방향이었다. “일부농촌지역을 대상으로 하는 지역사회 보건의료시범사업은 1960년대 초부터 의과대학이나 종합병원 및 기타관계기관에서 관심을 갖기 시작하였으며 1976년도 현재 전국적으로 10여개의 시범사업이 진행”되게 된다.⁹⁷⁾ 1970년대 본격적으로 시작된 보건시

이상, 농경지 수리율 85% 이상, 마을 주변의 작은 하천 정비, 회관·창고·작업장 중 둘 이상 구비, 마을 기금 100만원 이상 확보, 농외소득사업 개발 추진, 호당 소득 140원 이상 달성이라는 10가지였다.

95) 새마을운동의 연원과 경과에 좀 더 자세한 검토가 필요하지만, 그것은 이 글의 범위를 넘는다. 흥미로운 분석은 새마을운동의 토대가 일제강점기부터 비롯되었다는 주장이다. 예를 들어 김영미, 앞의 책.

96) 김일순, *거제지역보건시범사업*, 한국보건개발연구원(편), *한국의 보건시범사업*, IV-2쪽, 1977; 양재모, *연세대의 예방의학 발전사*, 의학신문(편), *한국의학100년사*, 482-486쪽, 의학출판사, 1984. 양재모와 김일순의 기록이 조금 다르다. 김일순의 글에서는 1958년으로 적고 있으나, 양재모는 “1956년부터 경기도 고양군 보건소를 중심으로 의과대학 4학년의 지역사회보건 실습을 시행”한 것으로 기록하였다. 연세대 의대 예방의학교실 연혁에도 1956년으로 기록되어 있어서, 1956년이 정확한 것으로 보인다.

http://medicine.yonsei.ac.kr/class_subject/basic_class/prev/intr_o_class/

97) 박형종, 머리말, *한국보건개발연구원(편)*, *한국의 보건시범사업*, 1977.

범사업의 효시는 1969년부터 시작된 거제건강원 사업이라 할 수 있다.⁹⁸⁾

1969년 봄에 인원을 고용하기 시작했고, 1969년 6월부터 사업지를 선택하고 땅을 구입했으며, 기숙사와 간단한 진료시설을 설비했다. 1970년 4월에는 가정방문과 아동보건 사업을 시작할 수 있을 정도로 발전했다. 1970년 6월에는 모성보건, 결핵관리 그리고 가족계획에 까지 손을 뻗힐 수가 있었다. 10월부터 간단한 진료를 시작하게 되었고, 드디어 1970년 12월 4일 정식으로 개원식을 가졌다.⁹⁹⁾

세계기독교협의회(W.C.C)의 기독교의료선교단(C.M.C)에서 실시하는 시험사업의 하나로 1969년에 선교사이자 외과의인 씨브리박사가 원장으로 거제군 3개면의 인구 약 30,000명을 대상으로 시작한 건강원사업은 한국의 무의촌주민들을 위하여 그들의 경제수준에 적합한 포괄의료를 전달할 수 있는 지역사회의료사업을 개발하는 것이 목적이었다. (중략) 사업대상지역인 3개면의 주민들을 위하여 모자보건, 가족계획, 결핵, 구강보건, 학교보건, 그리고 간단한 진료를 강조하면서 각 마을단위까지 의료시혜의 저변확대가 시도되었다는 점이다. 사업전달수단으로 수개의 벽촌마을에 까지 모자보건 이동클리닉을 운영하고 1972년에는 의료보험제도를 소규모나마 실시한 바 있다.¹⁰⁰⁾

98) 구연철이 주도한 이화여대의 수동면 사업은 1966년 7월부터 '지역사회 종합보건'을 구상하고 보건반이 현지활동을 한 것으로 되어있다. 그러나 공식적인 사업개시 시기를 1971년 11월(지역사회개발 보건위원회 발족) 혹은 1972년 3월 4일(보건지소 개설)으로 잡으면 거제도 사업이 먼저 시작한 것으로 보는 것이 좋을 것 같다. 구연철. 이화 여자대학교 지역사회의학 사업. 한국의학교육협회(편). 제2회 한국 의학교육 세미나. 의학교육 - 지역사회 의학교육. 100-101쪽. 1972.

99) 손요한(John R. Sibley). 거제도 지역사회 개발 보건원. 한국의학교육협회(편). 제2회 한국 의학교육 세미나. 의학교육 - 지역사회 의학교육. 81쪽. 1972.

100) 이경식. 거제지역보건시범사업. 한국보건개발연구원(편). 한국의

이후 1970년대는 지역보건사업의 전성기라고 할 만큼 많은 교육 기관과 의료, 연구기관이 지역보건 시범사업을 진행하였다. 이 시기에 전주예수병원이 1970년부터 1975년까지 전라북도 완주군 소양면에서 시범사업을 실시하였고, 비슷한 시기에 이화여대의 수동면 사업(1972년), 연세대 의대의 강화사업(1974년), 서울대 보건대학원의 춘성사업, 전주예수병원의 용진사업(1976년), 한국보건개발연구원이 실시한 흥천, 옥구, 군위사업(1978년) 등이 차례로 시작되었다.

보건시범사업은 다양한 영역에 걸쳐 다양한 접근전략을 가지고 진행되었으나, 당시의 상황으로 볼 때 보건의료 서비스 확충, 보건의료인력의 개발, 지역주민의 역량 향상, 채용 확충 등이 중심이 될 수밖에 없었다. 구체적인 전략과 사업은 조금씩 달랐지만, 사업과 전략은 대체로 비슷했다. 중심지에 치료 서비스를 제공할 수 있는 시설(보건원, 지소, 병원 등)을 두고, 지역사회에서는 지역사회 주민 조직, 교육, 방문활동, 환경개선 등을 병행했다. 대체로 지역사회보건이나 지역사회의학의 개념과 전략을 따랐다고 할 것이다.

보건진료원제도의 측면에서는 이 중에서 특히 보건의료 인력개발에 어떻게 접근했는가를 살펴볼 필요가 있다. 우선, 시범사업 중에 정부에 의해 진행된 한국보건개발연구원의 시범사업은 예외적인 것이다. 정부와 행정조직이 실제로 참여했기 때문이다. 이에 비하면 민간영역에서 진행된 시범사업에서 보건의료 인력개발은 기존의 인력에 새로운 기능을 부여하거나 강화하는 등 기존의 제도적 한계를 넘지 않는 수준에 머물렀던 것으로 보인다. 이는 매우 자연스러운 일로, 인력개발은 실정법의 규율을 받기 때문에 새로운 인력을 개발하거나 공식적 기능을 바꾸는 등의 시도는 불가능했을 것이다. 예를 들어 거제의 시범사업에서는 초진소 또는 분소에 보건간호사를 배치했는데, 보건간호사는 “전문직 간호원으로서 지역사회 건강에 관

하여 1년간 이론과 현지훈련을 받은 후에 특정 지역사회 주민들의 건강문제와 필요를 감정하는 기능”을 맡았다.¹⁰¹⁾ 강화의 시범사업에서는 면 단위의 “보건지소에는 새로운 역할을 가진 1인의 지역사회 의사 즉 예방 또는 공중보건사업을 계획, 지도, 감독하며 환자의 일차진료를 동시에 담당하는 의사”를 두도록 했다.¹⁰²⁾ 보건간호사의 적극적인 역할이나 지역사회의사의 개발은 전체 보건의료체계를 새롭게 편성하면서 기능을 부여한 것이긴 하나, 근본적인 기능개편이라고 하기는 어렵다. 앞에서 말한 것처럼 민간영역에서 실정법의 한계를 넘는 사업을 시도하기는 어려웠던 것으로 봐야 할 것이다.

이러한 한계를 포함하여 앞에서 언급한 여러 정책대안들을 포괄적으로 담고 있는 대표적인 사업이 ‘마을건강사업’이다. 한국보건개발연구원이 주도한 이 사업은 이후 보건진료원제도의 배경이 되었다는 점뿐만 아니라 의료보험과 보건의료제공체계 구축에도 매우 중요한 의미를 가진다. 규모도 다른 시범사업과 비교가 되지 않을 정도로 컸지만, 정부 기관이 참여해서 공적으로 진행되었기 때문에 실행력을 확보할 수 있었다. 정책에 적용될 가능성이 매우 큰 대규모 사업이었다는 점에서 이후 지역보건 개발을 위한 시범사업에서 주도적 역할을 하게 된다.¹⁰³⁾

이 사업의 개략적인 내용은 다음과 같다.¹⁰⁴⁾ 우선 이 사업은 면

101) 이경식, 앞의 글, 1977. 당시 시범사업에 참여했던 채영애의 기록도 비슷하다. 1971년 10월부터 간호사를 병원 내에서 훈련시켜 간단한 스크리닝과 치료업무를 하게 하고 건강간호사(nurse practitioner)라고 불렀다고 하나, 지역에서 단독으로 진료업무를 하게 한 것은 아니었다. 또, 1975년 5월부터는 건강간호사(communitiy health nurse practitioner) 교육을 실시하였는데, 6명의 간호사를 임상을 포함하여 1년 과정으로 교육하였다고 한다. 이 교육이 이경식이 말하는 전문직 간호원 교육이었다. 어느 쪽이든 의사를 대체하는 인력으로서의 개념은 찾아볼 수 없다. 채영애, 마을건강 돌보기, 51쪽, 221-224쪽, 수문사, 1982.

102) 김일순, 앞의 글, 1977.

103) 김일순과의 면담, 2011년 2월 15일.

104) 한국보건개발연구원, KHDI 마을건강사업 현황 및 개요.

단위 주민들에게 보다 나은 보건의료를 제공하기 위한 새로운 체계를 개발하되, 보건의료를 제공받는 개개인이나 정부에 과도한 재정적인 부담을 주지 않아야 하며, 말단 주민에게까지 보건의료가 전달, 활용되어야 한다는 데에 목표를 두었다. 이를 위하여 각 도에서 선정한 16개 군에 대한 여러 자료를 검토하여 1976년 9월 강원도 홍천군, 경상북도 군위군, 전라북도 옥구군 등 3개 지역을 시범지역으로 선택하였다. 당초 마을건강사업의 목적은 다음 세 가지로 정하였다.

첫째, 각 개인이나 집단에 대한 예방 및 치료목적의 일차진료 및 상담을 포괄하는 일차의료가 전 대상인구의 삼분의 이 이상에게 미치도록 하며,

둘째, 보건진료원과 마을건강원 같은 새로운 유형의 보건요원을 훈련하여 사업지역 내에 배치하며,

셋째, 지역주민의 참여를 돕기 위하여 지역주민들로 구성된 보건위원회를 말단행정단위까지 설치한다.

이 사업에서는 일차보건의료를 위한 통합 2-3단계체제와 의뢰체제를 제안하였는데, 사업지역인 홍천, 군위, 옥구의 모형이 조금씩 달랐다. 홍천군에서는 말단 마을단위에 마을건강원을 두고, 일차보건의료의 2단계는 보건진료원을 두어 비의사인력을 일차보건의료서비스의 첫 단계 요원으로 참여하게 한 점이 특징적이다. 보건진료원은 “경험이 많은 정규간호원 또는 기타 보건요원으로서 농어촌보건의료서비스에 관한 집중훈련을 약 1년간 추가로 받은 후 마을건강원이 의뢰한 (의사가 담당하기에는 극히) 경미한 수준의 보건의료서비스를 제공”하는데 활용하기로 계획하였다. 이에 비하여 군위군

한국보건개발연구원(편). 한국의 보건시범사업. 1977;
 한국보건개발연구원. 보건의료시범사업 - 마을건강사업을 중심으로.
 1979.

에서는 일차보건의료의 1단계는 ‘보건진료분소’의 보건진료보조원이 인구 약 1,500-2,000명을 담당하고, 2단계는 ‘보건의료원’이 있는 ‘보건진료지소’가 인구 약 5,000-10,000명을 담당하는 것으로 구상하였다. 여기서 보건진료보조원은 기존 간호보조원을 재훈련하여 배치하는 것이며, 홍천의 마을건강원과 비슷한 역할을 한다. 이와 달리 옥구는 2개 단계로, 1단계에서는 인구 1,500명당 1명씩 보건진료보조원을 배치하고, 2단계는 원격진료소(보건진료소)가 담당한다.

이러한 체계에서 보건진료원의 기능으로 규정된 것은 다음과 같다.¹⁰⁵⁾

가. 진료분야

- 1) 일차진료의 실시
- 2) 일반적인 질병의 감별진단
- 3) 문진 및 과거력 조사
- 4) 임상검사와 관리
- 5) 한정된 범위 내의 질병증상에 대한 치료
- 6) 만성질환자에 대한 규칙적인 추구조사를 포함하여 의사에 의하여 처방된 진료
- 7) 합병증 환자 또는 중증환자의 후송

나. 예방보건활동 분야

- 1) 예방접종
- 2) 산전후의 임신부 관리
- 3) 정상분만
- 4) 영양지도
- 5) 보건교육
- 6) 가족계획

105) 윤길병 외. 보건진료원교육훈련. 한국보건개발연구원(편). 보건의료시범사업. 22-23쪽.

- 7) 결핵과 성병을 주로 한 전염병 관리
- 8) 위생에 대한 주민계몽

다. 기타

- 1) 보건진료보조원과 마을건강원의 지도와 감독
- 2) 통계자료의 정확한 기록과 보고
- 3) 보건사업(봉사) 수행에 대한 평가
- 4) 보건의료관계 보급품의 관리
- 5) 지역사회조직의 지원과 참여

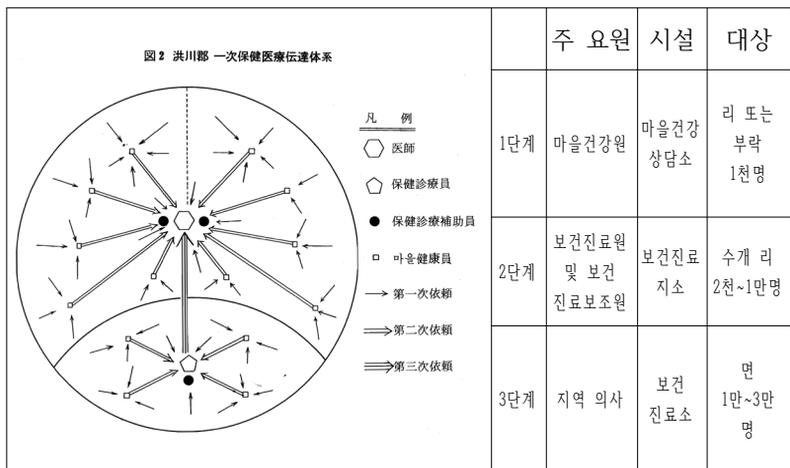


그림 3. 홍천군 마을건강원 사업 일차보건의료 전달체계 모형 예.

개별 기관 차원에서 시행하던 시범사업과 달리 유자격 간호원을 훈련하여 한정된 진료를 하게 하는 것은 이 시범사업에서 비로소 도입된 것이었다. 이러한 안이 처음부터 명확했던 것은 아니고, 모두의 동의를 받았던 것도 아니었다. 당시 한국보건개발연구원에 파견된 미국 자문관은 의사를 대신하는 인력으로 위생병 출신 남자를

활용하자는 제의를 했다고 한다.¹⁰⁶⁾ 그러나 당시 한국측은 “경제가 발전한 후에는 무의면 배치 의료요원은 자격 있는 의사로 대체되어야 함을 강조하고, 비의료인의 활용을 반대하였다.”

보건진료원은 의료기관 경력이 1년 이상인 자를 선발하여 1년간 교육하였다. 교육은 1977년 7월부터 3개월의 이론교육, 3개월이 임상실습과 6개월의 현지실습으로 구성되었는데, 병원 실습은 각 시범 지역 근접지역에 있는 후송종합병원에서 실시되었다.¹⁰⁷⁾

한편 보건진료보조원의 역할은 다음과 같다.¹⁰⁸⁾

- 가. 정상분만의 개조를 포함한 산전산후관리
- 나. 경미한 외상 및 질병의 치료
- 다. 예방접종의 실시
- 라. 영양지도 및 교육 실시
- 마. 마을건강요원 및 주민을 대상으로 환경위생을 포함한 보건교육 실시
- 바. 피임약 및 콘돔 배포 등 가족계획사업 지원
- 사. 결핵환자의 색출 및 관리
- 아. 질병 진단을 위한 검사물의 수거
- 자. 인구동태통계 및 기타 필요자료의 수집
- 차. 마을건강요원의 감독

106) 박형종. 보건교육과 나. 권이혁(편). 보건학과 나. 243-244쪽. 신원문화사, 2008; 박형종은 2011년 2월 21일 면담에서도 같은 내용을 확인해 주었다.

107) 윤길병 외. 보건진료원교육훈련. 한국보건개발연구원(편). 보건의료시범사업. 23-24쪽. 1979.

108) 윤길병 외. 보건진료보조원. 마을건강요원 및 지역사회 의사 교육훈련. 한국보건개발연구원(편). 보건의료시범사업. 64쪽. 1979.

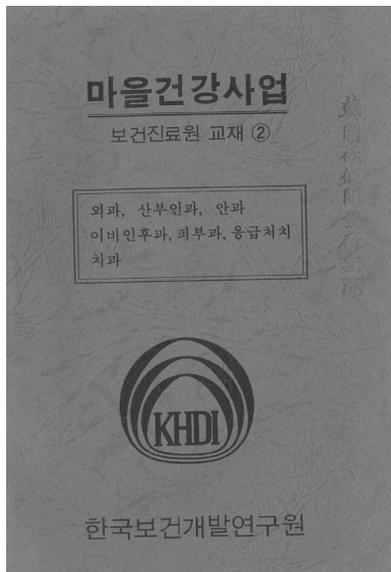


그림 4. 마을건강사업을 위한 보건진료원 교재(1977년).

이후 진행된 시범사업은 비교적 성공적인 결과를 보인 것으로 평가되고 있다. 1979년 종합적인 중간평가에 따르면, “1차보건의료요원의 업적과 비용효과등 마을건강사업(1차보건의료)을 중간 평가한 결과는 (1) 주민의 만족도 증대 (2) 적기에 적절한 치료와 예방 업무의 제공 가능 (3) 저렴한 경비 (4) 수혜인구의 증대와 지역적 균등 서비스 제공 등으로 나타나 성공적으로 보고 있다.”¹⁰⁹⁾ 이에 따라 “1982년부터 실시되는 제5차 경제발전 5개년 계획에 일차보건의료사업을 주요 보건정책의 일환으로 채택하여 국가적 차원에서 적극적으로 추진하도록 건의”하였다. 구체적으로는 “새로운 일차보건의료 인력이 제도로서 채택되어 전국으로 확대하는 방안”과 “보건진료

109) 한국보건개발연구원. 일차보건의료요원의 훈련 및 업무수행평가연찬회 결과보고. 38쪽, 1979.

원 정규 교육과정 수료자에 대한 자격부여 방안”을 건의하였다.



一次保健醫療 要員의 訓練 및 業務遂行 評價
研鑽會 參席者 一同

실제 시범사업이 실시된 현장에서도 평가는 긍정적이었다. 당시 사업지역인 옥구 군수의 평가는 다음과 같다.¹¹⁰⁾

보건소에서 의료시혜가 시작되기 전해인 76년도에는 연간 환자치료 수 570여명과 건강상담 실시자 187명에 불과하던 것이 의료시혜를 시작하던 첫해인 77년도에는 환자 치료를 위해 이용한 주민수는 2,117명에 달했으며 상담수는 400여명에 달했으나 마을건강사업이 시작된 이후 본군 대야면 보건진료소에서만도 환자치료수가 3,032명과 건강상담수 896명에 달하였고 또한 금년도에는 환자치료수만도 8천여명에 이르러 금년도 경에는 1만 5천 약 15% 정도 이용률이 높아가는 추세이며 이와 동시에 CHP 진료분소에서 평균 1일

110) 앞의 보고서, 180쪽

84 일차보건의료와 보건진료원 제도

220여명에 치료환자와 상담건수만도 연간 3천여명에 달하므로써 급격한 이용과 이제는 필요부가결한 절대 요건으로 등장함은 극히 만족스러운 일이 아닐 수 없다.

이미 지적한 것과 같이 민간부문의 시범사업과 달리 한국보건개발원의 사업은 정부에 의해 직접 수행되었다. 따라서 시범수행에 강제력이 뒷받침 되었고 다른 관련 제도의 변화를 이끌어 낼 수 있었다. 비록 시범사업이지만 새로운 인력인 보건진료원의 양성과 배치는 정부부문의 역할 없이는 불가능했을 것이다. 결과적으로 한국보건개발원의 시범사업은 보건진료원 제도의 성립에 결정적인 역할을 했다.

1970년대부터 1980년대까지 진행된 지역보건시범 사업은 보건진료원은 물론 보건소망의 구축, 보건의료인력의 개발과 기능부여, 농어촌의료보험의 실시에도 큰 영향을 미쳤다. 한국인구보건연구원은 이 당시 진행된 지역보건사업의 경험을 다음과 같이 요약하였다.¹¹¹⁾

- ① 일차보건사업의 개념이 보편화 되기 이전인 1970년 초반에 이미 병원중심의 진료사업에서 탈피하여 해당지역의 전 주민을 대상으로 하는 지역사회보건의 중요성을 인식하였다.
- ② 지역사회 보건사업은 면을 1차적 지역단위로 보고 군을 2차적 단위로 고려하는 데 대체적으로 합의되었다.
- ③ 보건의료전달체계로서 독자적 체계개발(기존의 것과 개발된 것을 포함)을 하기도 하였으나 대다수는 현존하는 공공보건체계 즉 보건

111) 한국인구보건연구원. 2000년을 향한 1차보건의료의 기본계획 수립연구. 1986.

소, 보건지소 등을 활용하였으며 이들 기관이 활성화되어야 한다는 것을 강조하였다.

④ 이미 존재하는 보건인력 즉 의사나 간호원만으로는 사업수행에 문제가 있으므로 새로운 종류의 인력인 보건진료원(Community Health Practitioner=CHP)과 마을건강원(Village Health Volunteer)등을 개발하였다.

⑤ 각 사업에서 보건의료서비스가 원활하게 제공되었고 성과도 좋았으나 재정적 자립은 매우 어려워 여러 시범사업에서 임의 의료보협제도 같은 것을 시도하였으나 활발하지 못하였다.

그러나 시범사업의 관심은 치료기능에 중점이 있었고 인력개발도 마찬가지였다. 특히 보건진료원은 기본적으로 “다른 나라에서 현재 활용하고 있는 ”Nurse practitioner"나 “Medex"와 비슷한 보건인력으로” 이해되었고,¹¹²⁾ 따라서 주요 기능도 예방보건의 영양지도, 보건교육, 가족계획, 주민계몽 등을 제외하면 대부분 진료에 해당하는 내용이었다. ‘종합보건의료서비스’를 강조하였으나 구체적인 전략은 명확하지 않았다. 이와 같은 맥락에서 당시 시범사업에 참여했던 김공현의 다음과 같은 평가는 이후 한국에서 전개된 지역보건체계 또는 일차보건의료의 성격과 관련된 매우 중요한 교훈을 던져주고 있다.¹¹³⁾ 특히 보건진료원과 진료 문제는 현재까지도 여전히 고민거리인 중요한 문제라 할 것이다.

개발된 새로운 사업을 보건소와 보건지소가 이전부터 계속 수행해 오던 사업과 통합하여 수행하는 일이 그렇게 순탄(順坦)하지 못했으

112) 윤길병 외. 보건진료원교육훈련. 한국보건개발연구원(편). 보건의료시범사업. 22쪽. 1979.

113) 김공현. 나의 인생, 나의 학문.

<http://blog.naver.com/kimkongh21c/130115878941>

다는 점을 들 수 있다. 그 당시 보건소와 보건지소 등이 수행해오던 일선의 보건사업은 가족계획사업, 모자보건사업, 결핵사업이 주류를 이루었고 이들 사업들의 관리체계는 중앙, 도, 시/군 등으로 수직적으로 이어져 있었고, 사업들 간에 횡적(橫的) 연결이 미약한 채 서로 경쟁적으로 수행되고 있었다고 말할 수 있다. 보건요원의 자격도 의사, 간호사, 간호조무사 등이 있었다. 그러나 우리가 개발하려던 사업은 소위 “종합보건의료서비스”를 체계적으로 전달하려고 하였고, 새로운 요원으로 보건진료원(community nurse practitioner)을 개발하여 수 개의 이(里) 단위에 이들이 근무하는 보건진료소를 신설하여 주민의 보건의료서비스에 대한 근접성을 높이려 계획하였었다. 그런데 지역사회 주민들의 요구(wants)는 종합보건서비스보다는 환자의 진료(medical care)에 치중해 있는데다가 보건진료원 역시 종합보건서비스의 제공보다는 새로 제공되기 시작한 진료서비스에 매달리는 경향이 자연스럽게 생겨났다. 또한 기존의 보건요원과 이 새로 개발 투입된 요원 간에 직무상 위계질서가 지켜지는 가운데 조화하고 협조하면서 사업을 수행하기가 어려웠다. 우리는 기존 요원에 대한 직무교육과 현장감독 등을 통하여 그들의 업무수행능력을 제고하려는 노력을 하였으나 상층부의 조직적 구조적 변화를 동반하지 못해 일선에서 조차 실효를 거두지 못하는 등 근본적 해결점을 찾지 못한 아쉬움이 남아 있었다.

이와 같은 진료 중심의 기능 설정은 1982년 출범하는 보건진료원 제도의 근본적 특성을 규정하게 된다. 일차보건의료나 지역사회보건의 일차진료, 그것도 취약지에서의 진료로 의미가 좁아지고, 보건진료원도 진료인력으로 규정된다. 이와 같은 이해는 1981년판 보건사회에 포함된 일차보건의료 이해에 그대로 반영되어 있다. 여기에서는 일차보건의료는 곧 취약지 일차진료에 지나지 않는다.¹¹⁴⁾

일차보건의료제도는 19세기초 영국에서 시작된 가정방문 건강요원

114) 보건사회부. 1981년 보건사회. 109-110쪽.

(Health Visitor)제도에서 그 기원을 찾을 수 있다. (중략) 한편, 미국에서는 알래스카에서 시작된 마을건강원(Village Health Aides)제도를 효시로 1950년대말의 캔터키주 아파라치아 산맥의 산간지방 석탄광과 농민의 보건의료를 위하여 활용된 Frontier Nurses가 있으며 이들은 간호원에게 조산업무교육을 실시한 후 분만을 돕게 하고 가정이나 마을 방문 시 간단한 치료를 할 수 있게 하였다.

(중략)

미 연방정부는 진료간호원(Nurse Practitioner)의 활용이 농촌지역에서 별 문제점 없이 높은 생산성을 보여주게 되자 마침내 1977년 12월 농촌보건진료소법(Rural Health Clinic Act)을 제정하기에 이르렀으며..

(중략)

이 밖에도 중공의 나족의(Barefoot Doctor) 태국의 Wechahorn (Medex) 제도등 그 내용과 방법은 다소 다르나 선후진국을 막론한 많은 국가에서 일차보건의료제도를 실시하고 있다.

이러한 이해를 바탕으로 보건사회부는 보건진료원 제도의 도입 필요성을 다음과 같이 정리했다.¹¹⁵⁾

오벽지에는 의사가 있어도 지역주민의 경제적 부담능력이 없어 의료이용율이 낮으므로 의사의 생산성이 낮고 결국은 수입이 낮으므로 의사가 부족한 현상은 계속될 것이며 이러한 현황을 그래도 방지할 수는 없으므로 새로운 의료인력의 배치를 강구하게 된 것이다.

즉 의사 아닌 자가 의사가 하는 모든 의료행위를 다할 수는 없으나 주민이 필요로 하는 의료요구중 상당한 부분을 만족시킬 수 있지 않느냐는 점이다. 간호원, 조산원 등은 오랫동안 간호교육을 받아 왔으며, 실제로 의사의 진료행위를 도와 왔으므로 일정교육을 이수시키면 의료보조인력으로서 활용할 수 있다는 점이며,

115) 보건사회부. 앞의 책. 111쪽.

또한 의사보다 적은 비용으로 환자에게 보다 많은 시간을 할애할 수 있을 뿐만 아니라 치료행위외에 예방활동에 중점을 둬으로써 주민들의 건강관리에 크게 기여할 수 있다는 점이다.

결과적으로 1970년대를 거치면서 다양하게 시도되었던 지역사회보건과 일차보건의료 활동들은 진료를 중심으로 하는 취약지 일차진료로 축소된다. 이를 담당할 인력의 이름이 당시 흔히 말하던(그리고 지금도 그렇게 자주 부르는) ‘community health practitioner (CHP)’를 직역하지 않고 보건‘진료’원으로 만들어진 것부터 뒤에 이어질 공식적인 보건진료원 제도의 운명을 예감케 하는 것이었다.¹¹⁶⁾ 물론 이는 치료 서비스 중심이 주민 요구, 치료인력을 중심으로 의료인력을 확충하고자 하는 정부의 정책방향, 그리고 지역사회보건이나 일차보건의료의 전략개발의 어려움 등이 한꺼번에 작용한 결과였다. 결과적으로 이를 계기로 지역사회를 기반으로 하는 포괄적 접근전략은 한국 보건의료의 주류에서 밀려 났고, 치료 중심의 의료체계가 자리 잡게 된다. 진료기능을 위주로 하는 보건진료원의 역할 역시 민간 의료자원의 확대에 따라 바로 구조적 취약성을 노출하는 상황을 맞는다.

116) 직역하면 ‘지역보건요원’이나 ‘지역건강요원’ 혹은 ‘지역보건사’ 정도가 비교적 본래 뜻에 가까울 것이다.

제4장 보건진료원 제도의 성립과 정착

경제·사회발전에 따라 보건의료 수요가 급증하였고, 1977년 의료보험 실시는 보건의료 서비스 공급체계의 필요성을 더욱 키워 놓았다. 취약한 농어촌의 보건의료 환경은 의료문제를 넘어 사회문제로 인식되는 수준이었다.

의료비의 조달 편의를 위해 마련된 의료보험도 대기업위주로 조직하여 보험적용자의 50%는 서울 부산 두 도시민이고 농촌주민은 1% 밖에 해당되지 않는다.

한국보건개발연구원등의 조사에 따르면 농촌의 경우 병원이 멀리 떨어져 있는데다 치료비 경감책이 이루어지지 않아 농민들은 의사의 진료를 받아야 할 질병이 생겨도 병의원을 찾는 환자는 12.7% 밖에 되지 않고 77%가 약국 약방에 의존하며 5.7%는 한의원이나 한약방을 찾고 나머지 4.6%는 자가치료등을 한다는 것이다.¹¹⁷⁾

사회적으로 해결해야 할 문제가 있는 상황에서는 정치적 환경이 조성되면 서로 경쟁하는 대안 중에서 가장 유력한 정책이 선택된다. 1970년대 말, 건강과 보건의료에서도 당시의 필요에 기초해서 여러 대안이 제시되었고 지역사회에 기초한 포괄적 접근전략이 설득력을 가진 것처럼 보였다. 그러나 여기에서 주목할 것은 당시 사회적 필요가 주로 의료(곧 진료)에 집중되었다는 점이다. 대안으로 제시되었던 지역사회보건이나 일차보건의료가 바람직한 원리를 갖추고 있다고 해도, 정책대안으로 선택되기 위해서는 구체성과 현실성을 갖추어야 하고 사회적으로 수용될 만해야 한다. 이런 점에서 당시까지 한국에서 논의하고 실천한 지역사회보건과 일차보건의료가 이런 조

117) 동아일보. 1979년 10월 15일.

건을 갖추고 있었는지 회의적이다. 그렇다면 채택되는 대안은 당초의 원리가 그대로 적용되는 것이 아니라 일부 또는 전부가 변용될 수밖에 없다.

이런 관점에서 보건진료원 제도가 도입되는 시점에서 어떤 구체적인 대안들이 논의되었는지 살펴본다. 물론 이런 대안들은 단 하나만 선택할 수 있는 것은 아니었으며, 결과적으로 여러 대안들이 복합적으로 문제해결에 기여하였다.

1. 정책 대안의 수립과 시행

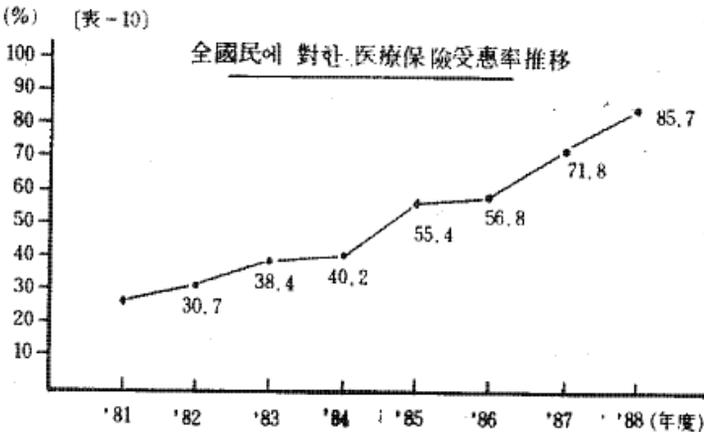
농어촌의 의료필요를 충족하고 의료의 접근성을 개선하는 데에는 원론적으로 크게 몇 가지 대안이 있을 수 있다. 하나는 수요 측면의 대안으로, 의료이용의 비용을 감소시키는 것, 더 구체적으로는 의료보장을 도입하여 경제적 장애로 인한 접근성 문제를 해결하는 것이다. 또 다른 하나는 공급 측면의 대안으로, 보건의료자원을 확충하여 서비스를 직접 공급하는 방법을 쓸 수 있다. 1980년대 한국은 두 가지 측면의 대안을 모두 검토하고 채택했다.

1) 농어촌 의료보험 실시

1977년 직장을 대상으로 한 의료보험을 실시하면서 동시에 농어민과 자영자를 위한 의료보험의 필요성이 제기되었다. 보험료 부담 능력 등의 문제로 여건이 성숙되지 않았지만, “의료보장 필요 인구 중에서도 가장 우선하여 적용되어야 할 저소득층이 많은 점을 감안할 때” 조속히 의료보장을 확대하여야 한다는 것이다.¹¹⁸⁾

118) 한국개발연구원. 장기경제사회발전 1977~91년 -답신보고서-. 220쪽. 1977.

정부는 이에 1981년 3개 군을 대상으로 최초로 시범사업을 실시하고, 1983년 6개 지역을 추가로 실시하며, 1985년부터 지역실정에 맞게 점차 확대하기로 계획을 세웠다.¹¹⁹⁾ 1991년까지는 전체 농어촌에 확대 실시한다는 계획이었다. 실무계획반의 안을 기초로 하여 보건사회부는 1982년 7월 1일부터 6개 지역을 추가하여 시범사업을 실시하고, 1985년 이후에는 2종 2종 대상자(농어민과 자영자)의 30%를 확대한다는 계획을 세웠다.¹²⁰⁾ 결과적으로 1980년대 말까지 전국민의 86%가 의료보험 대상자가 되도록 한다는 것이다. 1981년판 ‘보건사회’에 실린 아래 그림을 보면 당시 의료보험 확대 계획이 얼마나 적극적으로 추진되었는지 짐작할 수 있다.



자료. 1981년 보건사회. 보건사회부

그림 5. 1981년 현재 정부의 의료보험 대상자 확대 계획.

119) 보건의료실무계획반. 제5차 경제사회발전 5개년계획 보건·의료부문계획(최초안) 1982~1986. 79-80쪽. 1981.

120) 보건사회부. 1981년 보건사회. 183-185쪽.

2) 공공부문 강화와 농어촌 의료전달체계의 확립

앞에서 설명한 대로 1980년 무렵 정부는 농어촌에서는 공공부문을 강화하여 공공부문 중심의 의료전달체계 확립을 목표로 했다. 의료의 지역화를 위하여 생활권을 중심으로 한 의료권을 편성하고, 시도립 병원 등을 중심으로 하여 광역권역, 군지역에 소재하는 보건소, 의원 등을 묶어 시도립 병원에 연계하는 보건소진료구역, 보건소 밑에 있는 보건지소를 묶어 보건지소진료구역을 두도록 했다. 최일선에는 보건지소 밑에 보건진료소를 두어서 일차적인 진료를 담당하게끔 하는 체계였다.¹²¹⁾

이러한 체계가 작동할 수 있으려면 공공보건시설과 인력이 강화할 필요가 있었다. 이를 위한 공공의료시설 확충사업으로 정부는 “시도립 병원의 개축, 보건소의 신·증·개축 및 장비보강, 보건지소의 신축, 정신질환 요양소의 신축 및 장비보강사업을 활발히 전개”하였다.¹²²⁾ 1980년도 사업으로 총 예산 9,732백만원(지방비 2,703백만원)을 투입하여 시도립 병원 4개소를 개축 중이며, 보건소 신축 4개소, 보건소 증·개축 15개소 등의 사업을 진행하였다. 의료장비 현대화를 위해서도 총 8,354백만원(지방비 21백만원)을 투입하였다.

비록 민간부문의 시설 유치를 동시에 추진하지만 이와 같은 공공부문 강화는 전반적인 보건의료체계의 전개방향을 염두에 둔 것이었다. 즉, 농어촌지역의 경우 공공부문을 중심으로 한 의료공급체계가 여전히 가장 유력한 대안이었던 것이다.

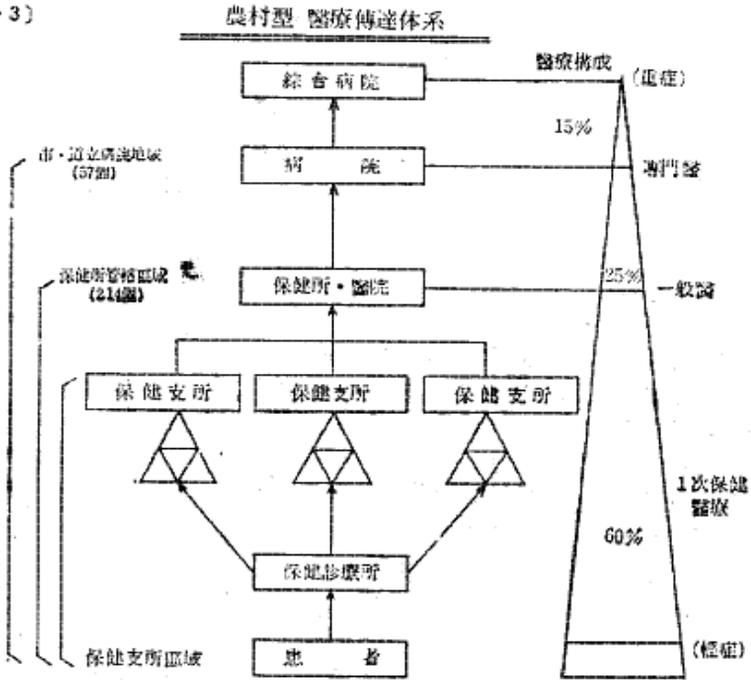
그러나 이런 구상은 오래 가지 않는다. 불과 1년 후인 1982년판 ‘보건사회’에는 농촌형 의료전달체계에 대한 내용이 빠진다. 대신

121) 보건사회부. 1981년 보건사회. 81쪽.

122) 앞의 책. 100쪽.

본격적인 체계 구상을 위하여 1981년 6월부터 전국적 차원의 보건 의료망 편성을 위한 조사연구를 착수한다고 밝히고 있다.¹²³⁾ 그 결과가 이미 앞에서 설명한 의료전달체계이다.

表-3)



자료: 보건사회부, 1981년 보건사회, 95쪽.

그림 6. 1981년 '보건사회'에 나타난 농어촌 의료전달체계.

123) 보건사회부, 1982년 보건사회, 141쪽.

3) 보건의료 인력의 농어촌 배치

정부가 직접 의료 서비스 공급을 확대하는 대표적인 정책이 의료인력의 배치였다. 1980년 5월 31일 신군부는 정치적, 사회적 불안 등 국가적 위기에 대처하여 조속히 위기를 극복하고 안정 기반을 구축한다는 명분으로 대통령 자문기구 형식으로 ‘국가보위비상대책위원회(이하 국보위)’를 출범시켰다. 같은 해 8월에는 최규하 대통령이 하야하고 전두환이 제11대 대통령으로 선출되었다. 10월 27일에는 제5공화국 헌법이 발효되면서 국회가 해산되고 국회를 대신해 입법기능을 담당하는 ‘국가보위입법회의’가 발족한다. 이는 국가보위비상대책위원회가 확대 개편된 것이었다.

당시 국보위는 위임받은 사항을 심의조정하기 위하여 상임위원회를 두었는데, 실질적인 국정은 상임위원회에서 거의 이루어졌다. 한편, 상임위원회의 사무를 분담처리하기 위하여 운영, 법사, 외무, 내무, 재무, 경제과학, 문교공보, 농수산, 상공자원, 보건사회, 교통체신, 건설, 사회정화 등 13개 분과위원회를 두었다. 이 중 보건사회위원회는 조영길(해군준장)을 위원장으로 하고, 위원에는 정동우, 조광명, 최병삼, 윤성태, 하상락, 임홍달, 최대교, 구연춘 등이 포함되었다.¹²⁴⁾ 보건사회부에서는 윤성태, 임홍달, 이동모 등의 공무원들이 파견되었다.

국보위는 안보태세 강화, 경제난국 타개, 정치발전, 사회악 일소를 통한 국가기강 확립 등의 기본목표를 실현하기 위한 명분으로 새로운 정책들을 과감하게 실행했다. 유신체제 하의 핵심세력을 포함한 공직자 숙청, 중화학공업투자 재조정, 졸업정원제와 과외금지, 출판 및 인쇄물 제한, 삼청교육 실시 등 지배구조의 재편을 위한 제반조치 등이 그것이었다. 아울러 집권을 정당화하고 지지기반을 마

124) 동아일보. 1993년 5월 2일.

련하기 위해 이른바 ‘민주복지국가론’을 내놓았다. 여기에는 “양적 성장의 그늘에 국민생활의 질적인 향상이 언제까지나 밀려나서는 안된다. 의료보험의 전면실시, 노후부양, 실업보험 등 본격적인 복지 시책이 80년대에는 실현되어야 하겠다”는 의지가 뒷받침되었다.¹²⁵⁾

이러한 맥락에서 신군부는 여러 가지 ‘혁명적’인 정책 아이디어를 찾고 있었는데, 그 과정에서 부각된 것이 여전히 고질적 문제로 남아있던 무의촌 해소대책이었다.¹²⁶⁾ 당시 보건사회부가 핵심적으로 추진했던 대책은 앞에서 서술한 바와 같이 「국민보건의료를 위한 특별조치법」에 의한 공중보건지사 제도였다. 이 제도는 군의관 입대를 못한 채 대기 중인 의사자격시험 합격자들을 조건부 예비역으로 편입, 군복무 기간만큼(3년) 무의면 보건지소에 근무시킨 다음 병역을 필한 것으로 하는 방안이었다.¹²⁷⁾ 1978년 당시, 군의관으로 입대하지 못하고 해마다 대기 중인 의사 자격 소지자는 300-400여명에 이르렀는데, 그 당시 무의면이 여전히 30%를 차지하고 있었으므로 공중보건지사 제도가 시작된 것이다. 그러나 이것만으로는 무의촌 해소와 농어촌의 점증하는 의료수요를 모두 충족할 수 없었다. 1981년 말까지도 500개가 넘는 면이 무의면으로 남아 있었으며,¹²⁸⁾ 의료수요가 증가함에 따라 ‘면’ 단위에 의사를 배치하는 것만으로 충분하다고 할 수 없게 되었다. 그나마 의사가 있는 보건지소도 의사 교체가 잦고 성의가 부족해 지역 주민들의 불신의 대상이 되고 있는 실정이었다. 게다가 국보위는 기존 면 단위 의사파견만으로는 부족하다고 인식하고 마을 단위까지 인력을 배치하는 방안을 추진

125) 경향신문. 1980년 8월 21일.

126) 이동모와의 면담. 2011년 2월 9일.

127) 동아일보. 1978년 8월 18일.

128) 매일경제신문. 1981년 12월 3일. 실제 전국 1,321개 읍면에 모두 의사가 배치된 것은 1983년 11월 28일이었고, 이 때 325명의 공중보건지가 신규로 배치되었다(경향신문. 1983년 11월 29일).

했다.¹²⁹⁾

이러한 상황에서 보건진료원 제도가 중요한 대안으로 주목을 받게 된 것이다. 실제 국보위가 출발한 2달 뒤 전두환 위원장은 “의료 시설이 과소한 농어촌지역에 대해서는 잠정적 조치로서 지금 보건개발연구원에서 개발하여 성과를 올리고 있는 보건진료원을 대량 양성하여 모든 무의촌에 파견, 농어민들의 1차진료라도 빠짐없이 받도록” 하겠다는 계획을 발표했다.¹³⁰⁾ 이를 이어서 보건사회부는 10월 15일 ‘복지국가건설에 따른 보사행정장기개선방안’을 발표하고, 의사가 부족한 도서벽지의 진료를 위해 간호원들에게 3-6개월간 교육을 실시한 뒤 진료권을 주어 1984년까지 2천명을 농어촌에 배치하기로 했다.¹³¹⁾ 10월 29일에는 ‘농어촌 벽지주민에 대한 의료시혜 확대방안’을 발표하고, 제한적인 진료권을 가진 간호원 1,996명을 1984년까지, 그리고 공중보건의와 조건의부사 1,509명을 1985년까지 파견하기로 발표했다.¹³²⁾ 진료권을 줄 간호원의 대상은 5년 이상 보건계통에 경험을 가진 일반간호원으로 3-6개월 훈련을 받은 자로 하였고, 1차로 1981년에 496명을 교육하여 파견하고 1984년까지 매년 5백명씩 모두 1,996명을 파견하기로 했다. 이러한 계획을 기본으로 하여 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법이 1980년 12월 26일 국가보위입법회의에서 통과되었다.¹³³⁾ 이 법률의 전문은 다음의 표와 같다.¹³⁴⁾

이러한 과정에서 이의나 반대가 없었던 것은 아니다. 특히 의료계와 의사단체는 제도 자체에 반대했다. 전통적으로 의사가 독점하

129) 이동모와의 면담.

130) 경향신문. 1980년 8월 21일.

131) 동아일보. 1980년 10월 16일.

132) 매일경제신문 1980년 10월 29일.

133) 동아일보. 1980년 12월 26일.

134) 법제처. 국가법령정보센터.

<http://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=7989#0000>.

던 진료권을 비록 한정된 지역이지만 다른 인력에게 허용하는 것을 찬성할 리 없었다. 당시 대한의학협회(현재의 대한의사협회 전신)는 천명기 보사부 장관과의 간담회에서 “단기교육 후 현지배치의 효용성이 적으므로 공중보건과의 장학의, 조건부 의사활용을 극대화 할 것”을 요청하는 방식으로 보건진료원 양성계획에 반대했다.¹³⁵⁾ 대한의학협회의 핵심 반대 이유는 의사들의 독점적인 진료권을 침해해서는 안 되며 아울러 의료의 질이 떨어진다는 것이었다.¹³⁶⁾ 그러나 당시 비상상황에서 국보위가 역점을 가지고 추진하는 정책을 의사단체가 강하게 반대하기는 어려웠고 실제 행동도 없었다.¹³⁷⁾

표 8. 농어촌 보건의료로 위한 특별조치법(전문)

<p>농어촌보건의료로 위한 특별조치법 [시행 1980.12.31] [법률 제3335호, 1980.12.31, 제정]</p>
<p>제1절 총칙</p>
<p>제1조 (목적) 이 법은 농어촌등 보건의료취약지역의 주민에게 보건의료로 효율적으로 제공하게 함으로써 국민의 의료균점과 보건향상에 기여함을 목적으로 한다.</p>
<p>제2조 (정의) ① 이 법에서 "공중보건이사"라 함은 공중보건업무에 종사하게 하기 위하여 병역법 제30조의 규정에 의하여 예비역장교의 병적에 편입된 의사 또는 치과의사로서 보건사회부장관으로부터 공중보건업무에 종사할 것을 명령받은 자를 말한다.</p> <p>②이 법에서 "공중보건업무"라 함은 다음 각호의 1에 해당하는 지역 또는 의료시설에서 행하는 보건의료업무를 말한다.</p> <p>1. 접적지역, 도서, 벽지 기타 대통령령으로 정하는 의료취약지역(이하 "의료</p>

135) 매일경제신문. 1980년 10월 28일.

136) 동아일보. 1981년 11월 21일.

137) 이동모와의 면담.

취약지역"이라 한다)

2. 군보건소 또는 읍면의 보건지소

3. 대통령령으로 정하는 의료시설

③이 법에서 "보건진료원"이라 함은 제17조의 규정에 의한 의료행위를 하게 하기 위하여 군수의 위촉을 받은 자를 말한다.

④이 법에서 "보건진료소"라 함은 의사가 배치되어 있지 아니하고 계속하여 의사의 배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료취약지역안에서 보건진료원으로 하여금 의료행위를 하게 하기 위하여 군수가 설치운영하는 보건의료시설을 말한다.

제2절 공중보건기사

제3조 (공중보건기사의 의무) ① 공중보건기사는 3년간 공중보건업무에 성실히 종사하여야 한다.

②공중보건기사는 공중보건업무에 종사하는 기간중에는 당해 근무지역안에 거주하여야 하며 도지사의 허가없이 그 근무지역을 이탈하여서는 아니된다.

③공중보건기사는 의료기관을 개설하거나, 영리를 목적으로 하는 사업에 종사하지 못한다.

제4조 (공중보건기사의 명단통보) 병무청장은 병역법 제30조의 규정에 의하여 예비역장교의병적에 편입된 의사 또는 치과의사의 명단을 보건사회부장관에게 통보하여야 한다.

제5조 (종사명령) ① 보건사회부장관은 제4조의 규정에 의한 명단통보를 받은 때에는 지체없이 당해 의사 또는 치과의사를 소집하여 12주이내의 직무교육을 실시한 후 근무지역 및 근무기관을 명시하여 공중보건업무에 종사할 것을 명하여야 한다.

②제1항의 직무교육기간은 제3조제1항의 규정에 의한 의무기간에 포함한다.

③제1항의 규정에 의한 직무교육에 관하여 필요한 사항은 보건사회부령으로 정한다.

제6조 (근무지역 및 기관의 변경등) 보건사회부장관은 필요하다고 인정될 때에는 공중보건기사의 근무지역 및 근무기관을 변경할 수 있다. 다만, 같은 도내의 변경은 보건사회부장관의 승인을 얻어 당해 도지사가 행한다.

제7조 (공중보건역사의 병역) ① 공중보건업무에 종사한 공중보건역사에 대하여는 병역법이 정하는 바에 의하여 보충소집에 의한 실역복무를 면제한다.
 ②보건사회부장관은 공중보건역사의 의무를 이행한 자와 불이행한 자의 명단을 병무청장에게 통보하여야 한다.

제8조 (보수등) ① 공중보건역사에 대하여는 군인보수의 한도내에서 보건사회부장관이 정하는 보수를 지급한다.
 ②공중보건역사에 대하여는 제1항의 규정에 의한 보수외에 직무수행에 소요되는 여비 등의 실비를 지급할 수 있다.

제9조 (복무) 공중보건역사의 복무에 관하여는 이 법에서 정한 것을 제외하고는 국가공무원법을 준용한다.

제10조 (복무기간의 연장) ① 보건사회부장관은 공중보건역사가 제3조제2항의 규정에 위반하여 의무기간중 통산 7일이내의 기간 근무지역을 이탈한 때에는 그 이탈기간의 5배수의 기간을 연장하여 근무할 것을 명할 수 있다.
 ②보건사회부장관은 공중보건역사가 장기입원 또는 요양등으로 1월이상 근무하지 못하는 경우에는 그 기간만큼 연장하여 근무할 것을 명할 수 있다.

제11조 (의무불이행통보) 보건사회부장관은 공중보건역사가 정당한 이유없이 의무기간중 통산 8일이상 근무지역을 이탈한 때에는 이를 의무불이행으로 보고 지체없이 그 명단을 병무청장에게 통보하여야 한다.

제12조 (자격정지) 보건사회부장관은 이 법에 의한 의무를 이행하지 아니한 공중보건역사에 대하여는 5년이내의 기간을 정하여 당해 의사 또는 치과의사의 면허자격을 정지시킬 수 있다.

제13조 (복무감독) 도지사는 공중보건역사의 복무에 관하여 그 관할구역안에 근무하는 공중보건역사를 지도감독한다.

제3절 보건진료소 및 보건진료원

제14조 (보건진료소의 설치운영) ① 군수는 의료취약지역의 주민에 대한 보건의료를 행하게 하기 위하여 보건진료소를 설치운영한다.

- ②보건진료소에는 보건진료원과 필요한 직원을 둔다.
- ③보건진료소의 설치기준은 보건사회부령으로 정한다.

제15조 (보건진료원의 자격) ① 보건진료원은 간호원·조산원 기타 대통령령으로 정하는 자격을 가진 자로서 보건사회부장관이 실시하는 24주이내의 직무교육을 받은 자이어야 한다.

- ②제1항의 직무교육에 관하여 필요한 사항은 보건사회부령으로 정한다.

제16조 (보건진료원의 위촉) ① 보건진료원은 보건소장의 추천을 받아 의료취약지역을 근무지역으로 지정하여 군수가 위촉한다.

②군수는 보건진료원이 다음 각호의 1에 해당하는 경우에는 당해 보건진료원을 해촉할 수 있다.

1. 지정받은 근무지역 밖에서 의료행위를 한 때
2. 제17조의 규정에 의한 의료행위의 범위를 넘어 의료행위를 한 때
3. 제18조의 규정에 위반하여 허가없이 10일이상 근무지역을 이탈한 때
4. 신체정신상의 이상으로 직무를 감당하지 못할만한 지장이 있을 때
5. 직무수행능력의 현저한 부족으로 근무실적이 극히 불량한 때

③제2항의 규정에 의하여 보건진료원을 해촉하고자 할 때에는 미리 보건소장의 의견을 들은 후 제19조의 규정에 의한 보건진료소운영협의회와 협의하여야 한다.

④제1항제1호 내지 제3호에 해당하는 사유로 해촉된 자는 해촉된 후 1년 이내에 보건진료원으로 위촉될 수 없다.

제17조 (보건진료원의 의료행위의 범위) 보건진료원은 의료법 제25조의 규정에 불구하고 근무지역으로 지정받은 의료취약지역안에서 대통령령이 정하는 경미한 의료행위를 할 수 있다.

제18조 (보건진료원의 거주의무) 보건진료원은 제16조제1항의 규정에 의하여 지정받은 근무지역안에서 거주하여야 하며 군수의 허가없이 그 근무지역을 이탈하여서는 아니된다.

제19조 (보건진료소운영협의회) ① 보건진료소의 운영을 원활히 하기 위하여 보건진료소가 설치되어 있는 지역마다 주민으로 구성되는 보건진료소운영협의회를 둔다.

②보건진료소운영협의회는 다음의 업무를 행한다.

1. 보건진료소운영의 지원
2. 보건진료소운영에 관한 건의
3. 제20조의 규정에 의하여 위탁받은 업무

③보건진료소운영협의회의 조직과 운영에 관하여 필요한 사항은 군의 조례로 정한다.

제20조 (업무의 위탁) 군수는 필요하다고 인정될 때에는 보건진료소에 관한 업무의 일부를 보건진료소운영협의회에 위탁할 수 있다.

제21조 (보조금) ① 국가와 도는 군에 대하여 보건진료소의 설치와 운영에 필요한 비용의 일부를 보조한다.

②제1항의 규정에 의한 국고보조금은 그 설치비와 부대비에 있어서는 그 3분의 2이내, 매년도 운영비에 있어서는 그 2분의 1이내로 하고, 도비보조금은 설치비와 부대비 및 매년도 운영비에 대하여 각각 3분의 1이내로 한다.

제22조 (보건진료원의 보수) ① 보건진료원에게 지급하는 보수의 기준은 보건사회부장관이 정하는 바에 의한다.

②보건진료원에 대하여는 직무수행에 소요되는 여비등의 실비를 지급할 수 있다.

제23조 (지도감독) ① 군수는 보건진료소의 업무를 지도·감독한다.

②군수는 보건소장 또는 보건지소장으로 하여금 보건진료원의 의료행위를 지도·감독하게 할 수 있으며, 보건소장 또는 보건지소장으로 하여금 지도·감독하게 할 수 없는 경우에는 그 지도·감독을 가까운 의료기관의 의사에게 위촉할 수 있다.

제24조 (보건진료원의 복무) 보건진료원의 복무에 관하여는 이 법에서 정한 것을 제외하고는 지방공무원법을 준용한다.

제25조 (진료비) ① 보건진료소는 보건사회부장관이 정하는 기준에 따라 군 조례로 정하는 바에 의하여 진료비를 받을 수 있다.

②제1항의 규정에 의하여 받은 진료비는 지방재정법 제72조의2의 규정에 의하여 이를 보건진료소의 운영경비에 직접 지출할 수 있다.

제4절 보칙

제26조 (시행령) 이 법 시행에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

부칙 <법률 제3335호, 1980.12.31>

- ①(시행일) 이 법은 공포한 날로부터 시행된다.
- ②(폐지법률) 국민보건의료를위한특별조치법을 폐지한다.
- ③(경과조치) 이 법 시행당시 종전의 국민보건의료를위한특별조치법에 의한 공중보건직사는 이 법에 의한 공중보건직사로 본다.

2. 보건진료원 제도의 출범

법이 발효됨에 따라 보건사회부는 1981년 1월 24주간 훈련을 받을 보건진료원 훈련생 500명을 처음으로 모집했다.¹³⁸⁾ 교육은 서울의 2개 기관과 각도 단위의 6개 교육기관에서 이루어졌고, 사전 준비로 1981년 2월 12일부터 3월 14일까지 3주간 ‘관리요원’을 훈련하였다.¹³⁹⁾ 여기에는 총 30명이 참가하였는데, 교육기관당 2명(의과대학과 간호교육기관 교수요원 각 1명), 각 도청과 행정기관의 간호감독원과 관계관 각 1명과 한국개발연구원 등 연구기관 5명 등이었다.¹⁴⁰⁾ 연수과정을 통해 교과과정 개발이 이루어졌고, 보건진료원 훈련시간표 모형과 교재가 교육실시 이전에 각 교육기관에 배포되

138) 경향신문, 1981년 1월 9일.

139) 한국보건개발연구원, 보건진료원관리요원 연수과정결과보고, 1981.

140) 교육기관은 서울대 보건대학원, 연세대, 부산대, 충남대, 전북대, 전주예수병원, 전남대, 경북대였고, 서울대 보건대학원과 전주예수병원을 제외하면 의대와 간호대(간호학과)가 공동으로 교육과정을 운영했다.

기로 하였다.

제1차 보건진료원들은 3월 30일 시작하여 24주간 교육을 받았다. 보건진료원의 24주 직무교육 과정은 시행규칙 20조(1981년 9월 5일 제정)에 이룬 교육 과정 8주, 임상실습 과정 12주, 현지실습 과정 4주로 규정되었다. 직무교육의 구성은 표 9와 같다.¹⁴¹⁾ 이러한 구성은 훈련시행 기관마다 약간씩 차이가 있었다. 서울대학교 보건대학원을 기준으로 할 때, 이론교육은 1일 7시간(토요일 4시간) 1주일에 39시간 총 312시간을 실시하였고 임상실습은 1일 8시간 12주간 총 528시간을 실시하였다. 초기의 이론과 임상교육 구성은 표 10과 같다. 임상실습은 서울대학교병원과 안양병원, 양친회병원 등에서 진행되었다.¹⁴²⁾ 4주간의 현장실습은 “보건진료원이 소속될 보건소에 배치하여 2주간 보건소내 활동에 대하여 실습을 하고 2주간은 보건진료소 개설지역에 가서 주민들과 접촉을 하면서 주민의 보건요구파악을 하고 또한 동시에 면장이나 리장을 만나서 보건진료소 개설준비를 협의”하는 과정으로 진행되었다.

**1983년도
보건진료원 교육훈련생
모 집 공 고**

1983년도 보건진료원 교육훈련생 모집을 다음과 같이
공고합니다.

1983. 1. 30.
보건사회부장관

1. 모 집 인 원 : 약 4,00명
2. 응모원서 배부 및 접수처
 - 응모원서 배부처 : 각도 보건과 또는 각군 보건소 (행정계)
 - 응모원서 접수처 : 지원자가 희망하는 지역의 도 보건과 및 군 보건소 (보건행정계)
3. 접 수 기 간 : 1983. 2. 7—2. 28 (21일간)
4. 교육훈련기간 : 1983. 4. 11—9. 24 (24주간)
5. 교육기관 및 교육과정
 - 교육기관 : 한국인구보건연구원 또는 보건사회부장관이 지정하는 대학, 중앙병원, 병원
 - 교육과정 : ○ 이론교육 과정(8주)
 - 임상실습 과정(12주)
 - 현장실습 과정(4주)
6. 응 모 자 격 : ○ 간호원 또는 조산원 면허소지자 (1983년도 간호원 국가시험 합격자 포함)
- 연월 25일과 50일 미만 (1928. 3. 10 이후 출생자)

7. 응모서 제출서류
 - 응시원서 2부
 - 응모원서 사본 (또는 간혹한 국가시험 합격증서 사본) 2부
 - 국·공립병원직원이 발령된 징계결사서 2부
 - 주민등록증 2부
8. 전 험 방 법 : 서류심사 및 면접
9. 근무 조건
 - 선발된 보건진료원은 24주간의 직무교육 이수후 해당지역 근무가 보건진료원으로 최종
 - 또는는 공채의 근무지역에 따라 월 252,700원(3호봉 기준)을 지급하며 연간 400%의 상여금 지급
10. 교육훈련중의 특전
 - 교육비는 전액 국가가 부담함
 - 교육수당 지급 : 1인당 월156,000원
11. 기 타
 - 기타 문의사항이 있을 시는 각군 보건소 행정계, 각 도청 보건과 및 보건사회부 지역의료과(599-8637, 8395)로 문의하시기 바랍니다.

그림 7. 보건진료원 교육훈련생 모집공고(동아일보 1983년 2월 1일).

141) 보건사회부. 일차보건의료사업업무처리지침. 1981년 11월.
142) 서울대학교 보건대학원30년사 1959-1988. 139-141쪽, 1989.

표 9. 보건진료원 직무교육의 구성

	구성비 (%)	훈련방법별			
		계	강의	실습	견학 및 기타
계	100.0	1,008	285	696	27
1. 이론교육	29.0	292	285		7
가. 지역사회보건		133	126		7
나. 1차보건의료영역		159	159		
2. 임상실습	52.4	52.8		528	
3. 현지실습	16.7	168		168	
가. 시범사업지역		84		84	
나. 근무예정지		84		84	
4. 예비시간	1.9	20			20

표 10. 보건진료원의 이론과 임상교육을 위한 시간배정

모자보건, 가족계획, 영양		진료		기타보건사업	
내용	시간	내용	시간	내용	시간
산전관리	17	진단(건강사정)	17	일차보건의료	16
분만관리	10	내과	50	환경위생	10
산후관리	4	외과	15	전염병관리	6
영유아관리	15	부인과	6	학교보건	4
가족계획	10	소아과	17	보건교육	6
영양	6	ENT	10	인구문제	6
		안과	6	행정관리	18
		정신과	5	현지견학	16
		피부과	10	특강평가	10
		약품작용및관리	15		
		환자관리	3		
		구강위생	4		
계	62		158		92

실습영역	기간	실습영역	기간
내과	2주	응급처치	1주
외과	1주	피부과	1주
산부인과	4주	EN/안과	1주
소아과	1주	임상병리/약국	1주

자료: 서울대학교 보건대학원사 1959-1995. 276쪽, 1996.

교육을 마친 258명의 보건진료원은 1981년 9월 17일 인구보건 연구원에서 전국대회를 갖고 “1차보건의료사업의 제공자로서 소임을 다하고 창의와 성실로 농어촌주민의 건강복지를 위해 대변자·옹호자·상담자·건설자의 기능과 역할을 다할 것을 다짐했다.”¹⁴³⁾ 여기에는 천명기 보건사회부장관, 최영철 국회보사분과위원장 및 국회보사위원 전원이 참석했다. 1기 수료생에 이어 2기 수료생 108명이 11월 17일 수료식을 마쳤다.¹⁴⁴⁾



자료: 조선일보. 1981년 9월 19일.

그림 8. 1981년 9월 17일 열린 한국인구보건연구원에서 열린 보건진료원 전국대회.

143) 매일경제신문 1981년 9월 18일자. 1기 수료생 수는 보도에 따라 다소 차이가 난다. 동아일보 11월 21일자는 263명이 수료한 것으로 보도하고 있다. 그러나 다른 통계와 비교하면 258명이 정확한 것으로 보인다.

144) 동아일보 1981년 11월 21일자.

보건진료소의 설치지역은 의사가 배치되어 있지 않고 계속하여 의사배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료취약지역(법 2조 4항)으로 정해졌는데, 이는 “의료시설과의 거리가 통상의 교통수단에 의하여 30분 이상 소요되는 지역”이었다(시행령 2조 1항). 보건진료소는 지역내 인구가 1,000명 이상 5,000명 미만의 리·동에 설치되도록 하였는데(낙도는 1,000-3,000명, 오지는 3,000-5,000명), 구체적으로는 지역내 주민 2/3 이상이 진료소에의 접근시간이 30분 이내라는 조건을 충족하도록 하였다.¹⁴⁵⁾

앞에서 이미 법의 내용을 그대로 실었지만, 여기에 당시 보건사회부 당국이 법을 해설한 내용을 그대로 인용한다. 중복된 내용이 많지만, 보건진료원 제도를 행정적으로 관리하는 데에 어떤 사항이 관심사였는지 짐작할 수 있다.

표 11. 농특법 중 보건진료소와 보건진료원 관련 주요 내용 해설¹⁴⁶⁾

<p>①보건진료소의 설치·운영 군수는 오벽지 또는 낙도 등의 의료취약주민에 대한 보건의료행위를 행하게 하기 위하여 보건진료소를 설치하고 보건진료소에는 보건진료원 및 기타 필요한 직원을 둘 수 있게 하였다.</p> <p>②보건진료원의 자격 보건진료원은 간호원, 조산원, 기타 대통령령으로 정하는 자격을 가진 자로서 보건사회부 장관이 실시하는 24주 이내의 교육을 받은 자이어야 한다. 기타 대통령령으로 정하는 자격이란 연령 또는 경력 등을 고려하고 있다.</p> <p>③보건진료원의 위촉 및 해촉 보건진료원은 군수가 보건소장으로 추천을 받아서 위촉하는데 근무지역은 오</p>

145) 보건사회부 의정국. 일차보건의료사업계획. 1981년 9월

146) 임흥달. 보건진료원 배치의 제도적 배경과 의의 및 관계법령 해석. 대한간호 1981:20(1):14-17.

벽지 등 진료취약지이다. 그리고 보건진료원에게 다음과 같은 사유가 있을 때에는 군수는 보건진료원을 해촉할 수 있게끔 하였다.

- 군수에 의하여 위촉받은 근무지역 밖에서 의료행위를 한 때
- 법령에 정하는 의료행위의 범위를 벗어난 의료행위를 한 때
- 군수에 의하여 지정받은 근무지역에서 군수의 허가 없이 10일 이상 이탈한 때
- 신체정신상의 이상으로 직무를 감당하지 못할만한 지장이 있을 때
- 직업수행능력의 현저한 부족으로 근무실적이 극히 불량한 때 등이다.

그러나 보건진료원을 해촉하고자 할 때에는 보건진료소장의 의견을 들은 후, 보건진료소운영협의회와 협의를 거치게 함으로써 의료인이 아닌 군수에 의해 자의적인 해촉을 방지하고자 하였다. 한편 보건진료원이 앞의 세 이유에 해당되는 사유로 해촉된 때에는 해촉된 후 1년 이내에는 다시 보건진료원으로 위촉될 수 없게 하였다.

④ 보건진료원의 의료행위의 범위(제17조)

보건진료원은 근무지역으로 지정받은 의료취약지역 안에서 의료법 제25조의 규정에 불구하고 대통령령이 정하는 경미한 의료행위를 할 수 있게 하였다. 경미한 의료행위를 구체적으로 정하는 것은 불가능한 일이나 정상분만의 개조, 응급환자의 처치 또는 만성병환자의 요양지도 등이 포함될 것이다.

여기서 특기할 것은 보건진료원의 의료행위로서, 첫째로, 군수에 의하여 근무지역으로 지정받은 의료취약지역 내에서 한하여 경미한 의료행위를 할 수 있는 바 이를 위반하면 군수에 의하여 보건진료원의 위촉이 해촉될 뿐만 아니라 의료법의 규정에 의한 처벌도 받게 된다. 둘째로, 대통령령이 정하는 경미한 의료행위에 한하여야 한다. 이를 위반하였을 때에도 역시 위와 같이 해촉될 뿐 아니라 의료법에 의한 처벌도 받게 된다.

⑤ 보건진료원의 거주 의무

질병이란 그 시간을 가리지 않고 발생할 수 있기 때문에 항상 보건진료원은 보건취약지역 내에 거주하며 지역주민 중 응급환자 발생시에 대비하여야 한다. 따라서 동법 제18조에서 보건진료원은 군수에 의하여 근무지역으로 지정받은 의료취약지역 내에 거주하여야 하며 군수의 허가 없이 이탈하여서는 아니된다고 규정하였다. 따라서 10일 이상 군수의 허가 없이 근무지역을 이탈하면 해촉될 뿐만 아니라 10일 미만을 이탈할 경우라 할지라도 제16조 제2

항 제5호의 규정에 의한 직무수행능력의 현저한 부족으로 근무실적이 극히 불량한 때로 보아 해촉할 수 있다.

⑥ 보건진료소 운영협의회

일차보건의료제도는 주민의 자발적이고 적극적인 참여 없이는 성공하기 어렵다. 그래서 동법 제19조에서는 주민으로 구성되는 보건진료소운영협의회를 설치하도록 하였다. 동 협의회는 보건진료소 운영의 지원, 보건진료소 운영에 대한 건의 뿐만 아니라 보건진료소 운영의 일부를 위탁받을 수 있도록 규정하였다. 보건진료소 운영협의회의 조직과 운영에 관하여 필요한 사항은 군 조례로 정한다고 규정하는 바, 그 조성은 각종 지역주민단체의 구성원이나, 군공무원 및 지역 내 의료인 등으로 구성할 예정이다.

⑦ 보건진료원의 복무

보건진료원은 군수의 지도감찰을 받게끔 규정하고 군수는 보건소장 또는 보건지소장으로 하여금 보건진료원의 의료행위를 지도, 감찰하게 하였으며, 보건소장 또는 보건지소장으로 하여금 지도, 감찰하게 할 수 없는 경우에는 그 지도감찰을 가까운 의료기관의 의사에게 위촉할 수 있게 하였다.

보건진료원들이 교육을 마치고 수료할 시점에 맞추어 보건사회부는 다음과 같은 일정으로 보건진료원이 업무를 시작하도록 추진하였다.¹⁴⁷⁾ 그러나 이러한 일정은 잘 지켜지지 않았다. 특히 내무부와의 협조가 잘되지 않았고, 도나 군과의 협조도 원활하게 진행되지 않았다. 그 결과 보건진료원이 현장에 부임했을 때에도 시설, 장비, 의약품 등을 구비할 수 없는 경우가 대부분이었다.

보건진료원들은 9월 15일경부터 257개 마을에서 업무를 개시했는데, 1차로 경기 25명, 강원 26명, 충북 18명, 충남 23명, 전북 50명, 전남 42명, 경북 39명, 경남 34명 등이 배치되었다.¹⁴⁸⁾ 그러나

147) 보건사회부 의정국. 앞의 문서.

148) 매일경제신문 1981년 9월 10일자.

초기 인력배치는 계획에 비하여 제대로 이루어지지 않은 것이었다. 정부는 당초 1981년부터 1984년까지 매년 500명씩 교육하여 배치할 계획을 수립하였으나, 제1차년도에 376명으로 124명(32.9%)이 미달했고, 2차년도에 362명으로 138명(28.1%)이 미달하였다. 이는 결과적으로 75%도 충원하지 못한 것이었다.

	주관	일정	협조
1. 보건진료소 조례준칙 시달 ○ 보건진료소 설치 ○ 보건진료소 운영협의회 ○ 보건진료소 수가	보사부	'81.9.20	내무부
2. 의료장비비 배정 ○ 보사부 -> 도 ○ 도 -> 군		10.10	
3. 의약품 구입배정	군 또는 도	9.30	
4. 일차보건의료사업 업무지침	보사부	9.20	
5. 보건진료원 환자진료지침 시달	“	10.10	KIPH
6. 보건진료원 위촉	군수	9.12- 9.30	내무부
7. 보건진료소 운영협의회 구성	주민	9.12-10.10	보건진료원

표 12. 1981년과 1982년 배치된 보건진료원의 도별 분포

연도	합계	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	대구
1981	376	46	42	20	31	68	55	67	45	2
1982	362	52	26	20	27	44	60	71	59	3
합계	738	98	98	40	58	112	115	138	104	5

자료: 김순자, 새로운 건강요원·보건 진료원, 대한간호 1984;23(1):25-35.

제5장 보건진료원 제도의 정착

1981년도에 배치된 보건진료원의 연령분포는 평균 연령 30.8세, 최소 22세, 최고 63세였고, 30세 이하가 전체의 64.5%를 차지했다.¹⁴⁹⁾ 미혼이 전체의 48.2%였으며, 경력 면에서는 평균 경력이 5.9년으로 3년 이하 경력자가 전체의 약 44.9%였다. 병원근무 경력자는 23.9%에 지나지 않았고 나머지는 보건소 경력자 30.5% 등 임상이 아닌 경력을 가지고 있었다. 간호전문대 졸업자가 전체의 91%였고, 기본간호교육 이후 어떤 교육도 받은 경험이 없는 보건진료원이 전체의 43.1%를 차지했다. 결국 처음 보건진료소로 배치된 사람들은 “젊고 임상 경험이 적은” 보건진료원이었다.

어쩌면 당연한 것일 수도 있지만, 제도는 출범했지만 보건진료원이 업무를 수행할 기본적인 여건조차 제대로 갖추어져 있지 않았다. 기본적인 시설도 갖추어지지 않아서, 보건사회부의 1981년도 9월 현재 보건진료소 설치계획에 따르면 전국 518개소 중 무려 431개소가 새마을회관에 설치되도록 되어 있을 정도였다.¹⁵⁰⁾ 처음으로 배치된 보건진료원들의 다음과 같은 경험은 다소의 차이는 있겠지만 전국적으로 크게 차이가 없는 것이었다.

보건진료원은 물론이고 보건진료소라는 개념조차 낯설던 시절, ○○최초의 보건진료소인 ○○리 보건진료소장으로 부임하는 28살의 처녀 김○○씨를 기다린 것은 2평 남짓한 남의 집 사랑채. “그래도 마을에서 제일 번듯한 집일줄 알았는데…이장님이 주선해서 남의 집 사랑채 한 칸을 빌려 가리개로 나누어 한쪽은 진료실로 쓰고 다른 한쪽에서 잠을 잤죠” 비포장 도로에 교통수단은 마을에 경운기 1대

149) 김진순 외. 보건진료원활동 평가조사연구. 14-21쪽.
한국인구보건연구원, 1982.

150) 보건사회부 의정국. 앞의 문서.

와 오토바이 1대가 전부였고 전화는 이장집에 1대밖에 없던 시절. ○○마을로 진료를 다녀오려면 만나질 이상이 걸리기 때문에 도시락을 싸들고 다녀야 했다. “그나마 쓰던 사랑채를 집 주인 아들이 장가들며 비워야 했죠. 당시 마을사람들이 자재를 구해 9평짜리 보건진료소 건물을 지어줬어요. 아마도 전국 최초가 아닐까 싶어요.”¹⁵¹⁾

1981년 8월 17일 현지실습을 하러 갔을 때 이미 군 보건소의 지도하에 운영협의회가 조직되어 있었으며 협의회에서 1가구당 2,500원을 모금하여 마을회관으로 사용하던 건물을 깨끗하게 수리하였으며 전화시설까지 갖추어 놓고 있었습니다.¹⁵²⁾

보건진료소라는 제도가 생기면서 초창기 근무자들은 너무나 열악한 환경에서 업무를 시작했다. 농어촌의 마을회관이나 개인 집 사랑채에서 안전에 대한 두려움을 안고 웅색하게 업무를 시작했고, 자신의 삶을 되돌아볼 수 있는 시간과 여건이 전혀 허락되지 않았다. 분만을 위해 24시간을 뜬눈으로 새웠던 일 (중략) 주민은 물론 그들이 애지중지 키우던 동물이 입은 커다란 상처를 40여 바늘이나 꿰매며 절렁했던 가슴을 쓸어내렸다는 이야기는 당시의 시대상을 잘 말해준다.¹⁵³⁾

제도 시행 초기에는 당연히 어느 정도의 혼란과 정착 과정이 있지만, 보건진료원 제도는 벽지 농어촌을 대상으로 했기 때문에 제도의 실질적 토대를 갖추는 데에 더 많은 어려움을 겪었다.

151) 자치안성신문 2010년 8월 6일. <http://tiny.cc/07epf>

152) 한국인구보건연구원. 보건진료원 관리요원을 위한 훈련평가 세미나결과보고서. 75쪽, 1982.

153) 농촌을 지키며 살아온 세월이 어느덧 30년. 충남도청 인터넷신문 55호, 2011년 6월 3일.

<http://news.chungnam.net/news/articleView.html?idxno=63671>.

1. 제도시행 초기의 상황

1981년에 배치된 389명의 보건진료원이 담당할 주민 수는 평균 2,768명으로 오지의 기준인 3천-5천 명의 하한선에 가까웠고, 평균 가구수는 544가구였다.¹⁵⁴⁾ 보건소와는 평균 21.8 Km 떨어져 있었다. 보건진료소의 기본적인 운영을 위해 보건사회부는 1981년에 1차보건의료사업 업무처리지침을, 그리고 1983년에는 보건진료소 관리운영지침을 만들어 배포하였다.

1) 시설

초기에 배치된 보건진료원들의 객관적인 근무조건은 열악했다.¹⁵⁵⁾ 제도 출범 당시의 시설 기준은 다음 표 13과 같다. 매 보건진료소에 50종류(80가지)의 일차보건의료사업용 기본의료장비와 29종류(55가지)의 기본시약품 1회분(2-3개월 사용 가능)을 국가가 공급하도록 했다.¹⁵⁶⁾ 그러나 기본시설부터 문제가 있었다. 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법에서는 보건진료소를 국가에서 건축해주는 것이 아니라 기존 건물을 활용하도록 되어 있었다. 따라서 앞에서 서술한 것처럼 보건진료원은 새마을회관, 마을회관, 사택, 민가의 방 한 칸 또는 전체, 공공건물의 일부 공간 등 다양한 형태의 시설에서 근무를 시작해야 했다.

154) 김진순 외. 보건진료원활동 평가조사연구. 한국인구보건연구원, 1982.

155) 김진순. 보건진료원제도 시행에 따른 문제점. 대한간호협회지 1982;21(3):8-11; 김순자. 새로운 건강요원 보건진료원. Community Health Practitioner 1984;23(1):25-35.

156) 김정태 외. 농촌일차보건의료사업 연구보고서. 5쪽. 한국인구보건연구원, 1985.

표 13. 제도 출범 당시의 보건진료소 시설기준

구 분	기 준
진료소의 면적	건평 66㎡이상
진 료 실	의료기구장·진찰등·물것·칸막이·대야 받침 대·사각병대·진료의자 각 1개이상
투 약 실	약품장 1개이상, 유발 및 유봉 각 2개 이상
소 독 실	증기소독장치 및 소독약품등 기자재와 소독용 기재·기구
통 신 시 설	보건소·보건지소 및 인접의료시설에의 환자의 뢰를 위한 전화시설
숙 식 시 설	보건진료원의 숙식에 필요한 시설

자료: 한국인구보건연구원. 보건진료원 관리요원을 위한 평가훈련 세미나 결과 보고, 44쪽, 1981.

1981년에 배치된 389명의 보건진료원이 근무하는 보건진료소의 크기는 평균 17.4평이고 진료실은 평균 7.4평 규모였다.¹⁵⁷⁾ 크기가 너무 작은 경우에는 서비스 제공에 필요한 여건이 마련되지 않을 수 있으며, 당초 보건진료소용으로 건축된 건물이 아니기 때문에 음

157) 김진순 외. 앞의 보고서.

료수 공급시설, 화장실 시설 등 필요한 시설 보수가 이루어지지 않은 경우도 많았다. 당시 내무부의 판단에 따르더라도, “시설미비. 의료장비 및 의약품 공급지연 등으로 업무활성화가 되지 못하고” 있고, “일부지역에서는 새마을회관 등이 마련되어 있지 않아 민가를 임대하여 사용함으로써 진료실, 약제실 등 기준시설의 설치가 불가능하고, 새마을회관 등이 설치되어 있는 지역에서도 대부분 활용면적이 협소하여 진료소로서의 기능발휘가 곤란”했다.¹⁵⁸⁾ 또한 “진료소를 개설한지 2-3개월이 경과되고 있으나 일부지역에서는 의료장비 및 의약품 공급이 지연되고 있어 진료에 지장이” 많았다. “수도, 난방 등 위생시설과 사무용집기 등을 갖추지 못해 업무수행에 애로를 겪고” 있었다.

농민들의 추수철이 한창이어서 진료소로 쓸 농협비료창고가 수리되지 않아 다른 곳보다 개소식이 늦어 받을 동동구르며 협의회장을 논밭까지 쫓아다니길 몇 번 하던 끝에 11월 1일 날 개소하게 되었다.

의약품의 다른 장비가 미처 도착되지 않아서 시멘트바닥위에 영성하게.....국민학생용 헌 책상과 의자를 대신 갖다놓고 약 3주일간을 진료해야 했다. 구경오는 주민들이 살림이 왜 이렇게 없느냐는 물음에 아직 장비가 많이 오지 않았다는 말을 하류에도 몇 번씩 되풀이 해야했다. 책상, 캐비닛, 침대, 처치대등 장비가 다 나오고 시멘트바닥에 장판이 깔리어지고 창문에 커튼이 드리워지고 이제 좀 정리가 되어간다 싶으니까 어느새 추워졌다.¹⁵⁹⁾

158) 작성자 미상. 보건진료소 업무활성화방안 강구필요. 1981. 그 예로 “경기도 남양주군 와부면 송촌리의 경우 동지역에 새마을회관이 없어 동마을 장ㅇㅇ가 방 2개를 월세 5만원으로 임대하여” 진료소를 설치했고, “안동군 길안면 송사리의 경우 새마을회관 20평 중 8평을 보건진료소로 사용하고 있으나 사무용 집기 등이 전혀 미비되어 업무수행에 애로”가 있다고 했다.

159) 양혜련. 나의 작은 손길로 주민건강을. 대한간호협회 신문편집운영위원회(편). 보건진료원 - 그 사랑과 고뇌의 24시 -,

또, 보건진료원은 지역사회에 상주하면서 보건의료 서비스를 제공하도록 되어 있는데, 상주할 수 있는 시설이 제대로 확보되어 있지 않았다. 진료소 내에서 거주하는 경우가 69%를 차지했고, 그나마 69%의 보건진료원이 혼자 생활하는 상황으로 전반적으로 매우 불안정한 상태였다. 보건진료원 혼자 거주하는 상황에서 안전하지 않은 주거여건에서 밤에는 불안에 떨며 생활하는 경우도 많았고, 실제로도 사고가 생기기도 했다.¹⁶⁰⁾ 전화시설 등 업무에 필요한 기본적인 통신시설이 제대로 갖추어져 있지 않은 것도 큰 문제였다. 1981년에는 70.3%의 보건진료소에 전화시설이 갖추어져 있지 않았다. 진료소 바깥의 활동을 촉진하기 위하여 스쿠터가 보급되었으나 활용도는 크지 않았다.¹⁶¹⁾ 면허, 도로 사정, 운전기술 부족과 위험성, 고장과 수리의 어려움 등이 장애요인으로 작용했기 때문이다.

그러나 당초 예상보다 긍정적인 조건도 없지 않았다. 버스 정기 운행 횟수가 하루 평균 7.6회에 달할 정도로 교통기반시설은 예상보다 미흡하지 않았으며, 관할지역 내에 의료기관이 21.4%, 보건지소가 41.6%, 약국이 34.8% 존재할 정도로 보건의료시설도 어느 정도 수준은 갖추어져 있는 환경이었다.

2) 주요 활동

초기에 배치된 보건진료원은 하루 평균 13.3시간을 활동했고 18시간까지 근무하는 사람도 있었다.¹⁶²⁾ 이들은 한 달 평균 약 181.5건의 진료, 16.5건의 모성보건, 54.2건의 영유아보건, 17.6건의 가족

84-85쪽. 1984.

160) 이동모와의 면담.

161) 김진순 외. 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서. 40쪽. 한국인구보건연구원, 1985.

162) 앞의 보고서. 36쪽.

계획 업무를 수행했고, 소화불량, 피부질환, 외상관리가 중요한 비중을 차지한 건강문제였다.¹⁶³⁾ 의뢰율은 그리 크지 않아서, 한 조사에서는 3.4%에 지나지 않았다.¹⁶⁴⁾ 또 다른 조사에서는 2일간 보건진료소 평균 이용자는 27.6명(10-87명의 범위)이었고, 방문 목적별로는 진료가 전체 이용자의 77.3%로 제일 많았다.¹⁶⁵⁾ 그 밖에 건강상담과 의뢰가 8.1%, 마을건강원 및 운영협의회위원과 협의가 3.9%, 모자보건 관리가 5.0% 등이었다.

활동은 진료소 내에서 하는 것이 92.1%로 대부분을 차지했고, 업무시간을 기준으로 할 중요한 업무는 진료업무(45.7%), 보건교육과 예방관리(15.0%), 모자보건(12.0%), 행정관리(8.5%), 가족계획(5.7%), 운영협의회(5.5%) 등의 순서였다. 적극적으로 수행하는 업무는 진찰, 환자치료, 응급처치, 상병악화 방지, 의약품 투약 등이고 수행수준이 낮은 업무는 검사, 피임기구 삽입, 영양개선 등이었다. 해당업무를 잘 수행하지 못하는 이유는 진찰에서는 지식과 기술부족, 검사는 기구부족, 환자이송과 응급처치는 사례부족이 중요한 비중을 차지했다. 의약품도 부족한 것으로 지적되었고, 정상분만은 사례가 별로 없는 것으로 조사되었다. 월평균 왕진은 5.7회, 보건활동을 위한 가정방문은 5.3회 실시하고 있었다.

-
- 163) 김진순 외. 보건진료원활동 평가조사연구. 69-77쪽.
한국인구보건연구원, 1982. 다른 조사에서도 1일 환자 수가 5-9명인 곳이 99개 보건진료소의 41.4%를 차지해 이와 비슷한 경향을 보인다.
이석민. 보건진료원의 진료환자수에 미친 요인연구. 서울대학교 석사학위논문, 1986.
- 164) 김철준. 일부지역 보건진료원의 진료내용에 관한 연구. 서울대학교 석사학위논문, 1985.
- 165) 김진순 외. 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서. 34-35쪽. 한국인구보건연구원, 1985.



자료: 대한간호협회 신문편집운영위원회(편). 보건진료원. 1984. (일부 복사)

그림 9. 보건진료원의 초기 활동 모습.

초기 보건진료원에게 무엇보다 중요한 문제는 환자를 적절히 처리하는 문제였다. 독자적인 진료경험이 크게 부족한 상황에서 교육 훈련도 충분하지 못해 환자를 적절하게 진료하는 데에 많은 어려움을 겪었다.¹⁶⁶⁾ 1984년에 출판된 보건진료원의 수기집에도 응급환자, 결핵, 난산, 외상 등을 경험한 보건진료원들의 사례가 중요한 비중을 차지한다.¹⁶⁷⁾ 다음과 같은 증언은 초기에 보건진료원이 겪었던 어려움을 그대로 나타내고 있다.¹⁶⁸⁾

166) 임상실습 시간이 부족하다는 의견이 59.9%였다. 이는 총교육기간, 이론교육, 현지실습 등에 비하여 부족하다는 응답이 상대적으로 많은 것이다. 김진순 외. 앞의 보고서. 46쪽.

167) 대한간호협회 신문편집운영위원회(편). 보건진료원 - 그 사랑과 고뇌의 24시 -, 1984.

학교를 졸업하고 바로 보건진료원을 희망했기 때문에 여러 가지 두려움과 불안한 마음으로 교육에 참여했습니다. 이론과정이 짧았으나 성의있는 가르침과 잘 짜여진 내용을 배우게 된 것은 실제로 보건진료소에서 일할 때 많은 도움이 되었습니다. 그러나 교육 기간중 가장 두려웠던 것은 분만개조와 Suture Case였는데 분만실습은 거의 Observation을 통한 교육이었기 때문에 너무 서투르고 Suture는 물론 Stich Out 도 못했었습니다. 교육기간 동안에는 정상분만 개조도 도우라고 배웠지만 막상 현지에 나가보면 특별한 경우가 아니면 거의 가정분만을 하고 자신들의 힘으로 어쩔 수 없을 때 보건진료소를 찾는 경우가 대부분이었기 때문에 참으로 암담한 경우가 많았습니다. 개조한지 며칠 지나지 않았는데 분만개조 환자가 있다는 연락을 받고 허둥지둥 달려가 보니까 산모가 몹시 괴로워하고 있었습니다. 짧은 기간동안 어깨너머로 몇번 보았던 분만실 광경이 눈앞에 떠오르고 책을 옆에 놓고 나름대로 집에서 인형으로 실습을했던 일들이 생각났습니다. 병원에서는 양수를 미리 터뜨렸기 때문에 한번도 하얀포를 쓰고 나오는 아기를 보지 못했던 터라 처음엔 너무 놀라고 당황한 나머지 온몸이 떨떨 떨려서 무엇을 어떻게 해야 좋을지 몰라 간절하게 무릎을 꿇고 기도를 했습니다.

이와 함께 근무는 대체로 보건진료소를 벗어나지 못했고, 진료업무에 한정되는 경향을 보였다.¹⁶⁹⁾ “진료에 너무 시간을 빼앗겨 할 일을 제대로 못하고 있지요. 지금은 우선 주민들의 의료욕구를 만족시켜 주는 일이 무엇보다 중요한 때지만.. (중략).. 가정건강기록부를 만들고 숨어있는 만성병 환자를 찾아내는 일, 가임여성과 피임여성을 파악하여 가족계획을 지도하는 일, 주민 하나하나의 건강문제

168) 유공임. 보건진료원 활동사례. 한국인구보건연구원. 보건진료원 관리요원을 위한 평가훈련 -세미나 결과보고서-. 75-76쪽. 1982.

169) 이선자. 보건진료원 업무활동분석. 보건학논집 1984:36:102-108: 그러나 보건진료원들은 처음부터 지역 보건활동에 상당한 의의를 두고 있었고, 실제 활동의 의지도 강했던 것으로 보인다. 앞에서 언급한 1984년의 사례집에는 가정방문, 모자보건 계몽, 보건위생교육, 보건사업 등의 설명과 활동을 소개하고 있다.

를 상담하고 평가하여 대책을 세워주는 일, 건강증진을 위한 교육 등이 보건진료원이 해야 할 일”이라는 말에서도 알 수 있듯이 진료와 다른 업무의 배분은 초기부터 긴장관계에 있었다.¹⁷⁰⁾ 이는 보건진료원의 근무조건과 주민의 요구와 기대를 고려했을 피할 수 없는 상황이었다. 이처럼 지역사회 전체로 활동을 확대해 나가기보다 보건진료소 공간을 중심으로 할 수밖에 없는 보건진료소 기능의 구조적 요인이 이후에도 보건진료원의 기능과 역할 확대를 제약하는 요인으로 작용한다.

3) 보건진료소의 재정

보건진료소 설치를 계획하는 단계에서 보건사회부 의정국은 “국비, 지방비에서는 보건진료원 인건비, 의료장비비 등을 지원하고 주민은 약품, 운영비 등을 부담”하는 것으로 원칙을 정했다.¹⁷¹⁾ 1인당 인건비는 주민 부담 5만원을 포함해서 327,000원으로 예상했고, 의료장비비는 개소당 100만원, 약품비는 개소당 월 163,000원으로 잡았다. 주민들로부터 재원을 확보하는 방안으로는 당초에는 진료시 본인부담, 전액 기금부담, 보험방식의 절충안 등이 검토되었으나 결국 이용자 본인이 부담하는 것으로 결정되었다.

제도 출범 후 1981년과 1983년 기간에 보건진료소의 수입과 지출은 대체로 월평균수입이 269,386원, 지출이 215,163원 수준이었다.¹⁷²⁾ 보건진료소 간에 수입과 지출의 편차가 상당히 커서 월수입은 80,000-750,000원의 범위에, 그리고 지출은 50,000-750,000원의 범위에 있었다. 수입의 90%는 진료수입으로 비중이 절대적이었

170) 조선일보. 1981년 12월 27일.

171) 보건사회부 의정국. 일차보건의료사업계획. 1981년 9월.

172) 김진순 외. 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서. 한국인구보건연구원, 1985.

으며, 지출은 의약품 구입이 53.6%, 공공요금 10.8%, 수용비 6.8%, 여비와 교육비 9.4%, 자산취득비 5.1% 등이었다.

4) 보수

보건진료원의 신분은 초기에는 해당 지역의 군수가 위촉하는 형식의 촉탁이었다.¹⁷³⁾ 1981년 임용 당시 신분은 보건직 공무원 간호기사보에 준하며 보수는 오백지 근무인 점을 감안해 간호기사에 준한 수준으로 정했다. 외형상으로는 보수가 유리한 것처럼 보였으나, 경력에 비해 보수수준은 낮았다. 1981년 조사로는 1-3년의 경력자가 30.8%, 4-6년 경력자가 25.4%에 이른다.¹⁷⁴⁾ 이들이 가진 자격도 표 14에서 보듯이 조산원과 양호교사의 자격을 동시에 가진 사람들이 많았다. 평균 연령과 경력, 자격 면에서 전문직종의 초보자 수준을 훨씬 지난 경우가 많았지만, 보건진료원의 보수는 제도 시작당시에 본봉 15만 6,000원과 수당 5만 5,000원을 합쳐 21만 1,000원이었으며, 5호봉까지 인정하여 주는 호봉제도로 최고의 보수를 받는 보건진료원은 26만 1,000원에 지나지 않았다. 이 수준은 표 15에서 볼 수 있듯이, 타분야 간호원의 봉급수준과 비교하여 대단히 낮은 것이었다. 보건진료원에게는 운영협의회 기금에서 월 5만원의 수당(인건비)을 지급하도록 규정하였으나, 처음 배치된 보건진료원 중 수당을 받는 사람은 전체의 19.8%에 지나지 않았다.¹⁷⁵⁾ 이러한 이유 때문에 보수에 대한 불만이 컸고, 보너스를 제외하고 30-50만원 수준의 봉급을 받을 것을 기대했다.¹⁷⁶⁾

173) 동아일보. 1981년 11월 21일.

174) 김진순 외. 보건진료원활동 평가조사연구. 19쪽, 한국인구보건연구원, 1982.

175) 김진순 외. 앞의 보고서. 104-106쪽, 한국인구보건연구원, 1982.

176) 김진순 외. 앞의 보고서. 59쪽.

표 14. 보건진료원의 자격

자격	수	%	1차 배치		2차 배치	
			수	%	수	%
간호원, 조산원	43	16.3	34	18.2	9	11.5
간호원	78	29.5	52	28.0	26	33.3
간호원(+양호교사 자격) 5(3)	5(3)	1.9	1	0.5	4	5.2
간호원, 교련교사(+양호교사)	4(2)	1.6	4	2.2	0	0
간호원, 양호교사, 보조간호원	9	3.4	4	3.2	5	6.4
간호원, 양호교사	120	45.5	88	47.3	32	41.0
간호원, 보조간호원	5	1.9	3	1.6	2	2.6
합계	264	100.0	186	100.0	78	100.0

자료: 김순자. 새로운 건강요원·보건 진료원. 대한간호 1984;23(1):25-35.

표 15. 1981년 당시 병원간호사의 급여 수준

	종합병원(400병상 규모)	종합병원(200병상 규모)	시립병원
초봉	239,000~243,000	206,000~212,000	9급~7급 119,000~253,000
5년	311,000	306,000~314,000	감독급 6급 253,000~361,000
10년	427,000	414,000	

자료: 김순자. 새로운 건강요원·보건 진료원. 대한간호 1984;23(1):25-35.

낮은 보수는 상당 기간 개선되지 않는다. 1981년부터 1989년까지 공무원은 급여가 280% 인상된 데에 비하여 보건진료원은 31% 인상에 그쳤으며, 연간 급여총액이 간호기사의 50%에 지나지 않았다.¹⁷⁷⁾

177) 동아일보. 1990년 2월 20일.

5) 행정관리와 지원, 연계관계

보건진료소는 보건진료원 혼자 근무하면서도 행정관리의 부담이 과도하다는 지적을 받았다. 행정관리와 정보관리를 위한 문서와 서식은 다음과 같이 37종 이상의 다양한 문서와 서식을 관리해야 했다.¹⁷⁸⁾

- 서비스 제공에 관련된 서식(14종)
진료기록부, 조산기록부, Loop 시술대장, 예방접종대장, 산전관리기록부, 가족계획상담대장, Tb 등록대장, 영유아등록대장, 환자의뢰서, 의료시혜처방전, 1차 무료진료대장, 가정건강기록부, 처방전, 의료보험청구서
- 운영기금관련서식(5종)
현금출납부, 수입보조부, 지출보조부, 입금출금전표, 총계정원장
- 운영협의회 관련서식(2종)
운영협의회 회의록, 임원명단
- 보건진료원활동 관련서식(4종)
보건진료원 일지, 보건진료소 순회지도부, 보건진료소 운영상황보고, 향정신성의약품기록대장
- 행정 및 기타 관련서식(12종)
약품수불부, 약품대장, 의료기구대장, 소모품대장, 시외통화대장, 영수증철, 소독약품배정대장, 비품대장, 출장명령부, 문서발송 및 접수대장, 문서보존기록대장, 불임자녀대장

그러나 이와 같은 여러 종류의 문서와 서식을 관리하는 것은 어

178) 김진순 외. 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서. 42-44쪽. 한국인구보건연구원, 1985.

렵고 시간이 많이 든다. 따라서 초기부터 문서의 수를 줄이고, 서식을 정부가 인쇄하여 공급하며, 관리를 위한 지침이 마련되어야 한다는 주장이 많았다.

보건진료소의 설치는 군수가 하게 되어 있으며, 국가 또는 지방자치단체는 보건진료원의 인건비와 의료장비 및 의약품을 지원한다는 원칙만 있고, 주민은 보건진료소 운영을 지원하는 것으로 되어 있었다. 따라서 보건진료소 운영을 위한 행정지원상 역할분담이 중앙과 도, 군 단위 조직 간에 분명하지 않았다. 보건진료소 운영을 위한 기본 장비, 소모품, 기록 및 보고서 서식의 공급이 필수적임에도 이에 대한 역할이 뚜렷하지 않아 물품 확보가 매우 미흡한 상태였다. 경우에 따라 신속하고 합리적으로 보건진료소가 원활히 운영되는 곳도 있는가 하면, 행정력이 미치지 못한 지역은 기본적으로 갖추어야 할 물품조차 확보하지 못하기도 하였다.¹⁷⁹⁾

혼자 근무하고 활동한다는 것은 지식과 경험의 많고 적음을 떠나 매우 어려운 일이다. 상급기관의 지도와 감독, 그리고 기술지원과 환류가 매우 중요한 것은 그 때문이다. 이런 측면에서 보건진료원의 일차적 관계는 보건소와 형성되어야 한다. 보건소의 지도, 감독이 필요할 수밖에 없었으나, 대부분 거리가 멀어 원활하지 못했고, 경우에 따라서는 사업을 이해하지 못해 비협조적인 경우도 있었다. 따라서 전반적으로 지도감독 기능은 미흡했다.¹⁸⁰⁾

지도감독 기능 중에서도 특히 중요한 것은 기술적 지도이다. 선발과 직무교육 기간을 거쳐 파견된 보건진료원들은 실제 업무에서 직무 훈련만으로 부족하며 추가적 보수교육과 체계화된 보건진료원용 교재가 필요하다고 한 경우가 많았다. 보건진료원 활동 중에서

179) 동아일보 1981월 11일 21일자.

180) 김진순 외. 보건진료원활동 평가조사연구. 108쪽, 한국인구보건연구원, 1982.

특히, 일차진료와 분만관리 영역 등에 대해서는 상세한 기술지도 필요성이 제기되었다.¹⁸¹⁾ 환자진료지침이 있었지만 이것으로 충분할 수 없었다. 보건진료원 기술지도체계에는 보건소장 혹은 보건지소장이 월 1에서 4회 정기적으로 보건진료원 활동을 지도하는 것으로 되어 있으나 실제로 충분히 운영되지 못하였고, 의사가 직접 방문하여 교육을 하도록 하기에는 의사 1인에 대한 예산 부담이 컸다.

또 다른 중요한 문제는 지역에서 다른 보건기관이나 인력과 적절한 협조관계를 맺고 역할 분담을 하는 일이었다. 그러나 리 단위에서 근무하는 보건진료원은 면단위 보건지소에 배치된 공중보건의사나 보건요원과 연계관계가 명확하게 규정되어 있지 않았다. 1985년 조사에 따르면, 보건진료원의 41.7%가 공중보건의사와 업무협의를 하고 있었으며, 1983년도에 배치된 보건진료원이 1981년도에 배치된 보건진료원보다 더 많이 업무를 협의하는 것으로 나타났다.¹⁸²⁾ 33.3%의 보건진료원이 공중보건의사에게 환자를 의뢰하고 있었으나, 업무협조에 대한 필요성은 크게 느끼지 않는 상태였다. 협조체계가 원활하지 않고, 보건지소가 별 도움이 되지 않으며, 지역주민이 보건지소를 별로 신뢰하지 않는다는 것 등이 중요한 이유였다. 농어촌지역 보건의료체계 전체로 보면 보건진료원과 지소의 공중보건의사 사이에는 어떤 방식이든 연계관계가 수립되어야 했으나, 초기부터 이러한 관계는 원활하지 않았다. 이후 체계적인 연계를 할 여건은 계속 악화되고, 모호한 역할 분담을 극복하지 못한다. 가장 중요한 이유는 보건진료원이 지속적으로 한 자리에서 근무하면서 경험을 쌓는데 비하여 공중보건의사는 계속 단기 순환근무를 했기

181) 유공임. 보건진료원 활동사례. 대한간호협회지 1982;21(3):16-18.

임상 영역의 기술지도는 매우 중요하다. 현장에서 교육과 모니터링, 환류가 중요하나 체계적인 조치는 없었다. 이런 일은 환자진료의 질(quality)을 유지하고 향상하는 데에 핵심적인 방법이다.

182) 김진순 외. 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서.

38쪽. 한국인구보건연구원, 1985.

때문이다. 보건진료원은 초보 의사의 의학적 '권위'와 전문성을 신뢰하고 받아들이기 어려웠고, 공중보건학자는 의사의 독점적 권한을 강조하면서 진료 영역에서의 보건진료원의 역할과 경험을 인정하지 않으려는 경향이 강했다.

6) 지역주민의 반응과 참여

초기 평가에서 주민들은 보건진료원의 활동에 매우 만족하다는 반응을 보였다. 1981년에 처음 배치되어 활동하던 보건진료원의 활동은 지역 주민 92.7%가 매우 도움이 된다고 답할 정도로 주민들의 만족도가 높았다.¹⁸³⁾ 대인관계, 진료업무, 예방보건업무 등도 대체로 만족스러운 수준이었다. 그러나 보건진료원의 업무가 별로 바쁘지는 않으며, 휴일 없이 근무해 주기를 바라는 주민이 31.5%에 이를 정도로 요구수준이 높았다.¹⁸⁴⁾ 이와 같은 반응은 주민들이 일단 보건진료원의 활동에 비교적 만족하지만 동시에 아주 높은 기대와 요구를 갖고 있었다는 것을 뜻한다. 주민들의 높은 기대와 업무 요구는 보건진료원에게는 직접적인 부담으로 작용했다. 지역주민과의 관계 역시 이런 부담의 연장선 위에 있었다고 할 것이다.

지역사회의 반응을 대변하는 것이 제도로 정해진 운영협의회이다. 초기에 운영협의회는 공식적인 틀은 갖추었으나 운영은 제대로 되지 않았다. 1981년 활동을 시작한 보건진료소의 94.2%가 운영협의회를 조직했으나, 활발하게 운영되는 곳은 13.6%에 그쳤고 33.7%는 운영이 안 되고 46.9%는 활동이 부진했다.¹⁸⁵⁾ 이는 지침상 운영협의회 회장이 하도록 되어 있는 보건진료소 재정관리를 대부분

183) 김진순 외. 보건진료원활동 평가조사연구. 137쪽.

한국인구보건연구원, 1982.

184) 앞의 보고서. 142쪽.

185) 앞의 보고서. 100-102쪽.

(62.8%) 보건진료원에 맡긴 것에서도 알 수 있다. 그러나 운영협의회가 단시간 내에 활발한 활동을 할 수 있을 것으로 기대하는 것은 애당초 비현실적인 것이었다. 주민의 지역사회 참여를 위한 태도와 규범, 역량은 매우 오랜 기간에 걸쳐 형성되는 것이며, 보건분야만 특별한 수준으로 성취되기도 힘들다.¹⁸⁶⁾ 이런 점에서 지역사회 주민 참여, 구체적으로는 운영협의회 활동의 활성화는 그 자체로 보건진료원의 중요한 활동목표가 되어야 했다. 물론 이런 활동은 조직 운영에만 그치지 않고 지역보건사업과 밀접한 관계를 가지는 것이다.

지역사회 주민참여의 또 다른 기전이 마을건강원 제도이다. 일반인을 뽑아 약간의 훈련을 거친 후 지역사회를 기반으로 활동하게 하는 이 제도는 일차보건의료에서 말하는 'village health worker'의 한국판이었다. 마을건강원은 대표적인 비전문가(lay person) 보건요원으로, 지역사회가 자발적으로 보건개발에 참여하고 지역사회주민의 역량을 개발하기 위한 핵심 전략이었다.¹⁸⁷⁾ 민간과 정부가 시도한 여러 보건시범사업에서도 마을건강원은 다양한 방식으로 시도되었다.¹⁸⁸⁾

186) 보건진료원 제도 시행 이전에 이미 여러 시범사업에서 지역사회 주민참여를 시도하였다. 그러나 시범사업에서의 경험과 평가가 보건진료원 제도 시행 후의 제도 운영에 크게 반영된 것 같지는 않다. 특히 앞으로도 진지하게 고려하여야 할 것은 보건분야 지역사회 참여가 전반적인 지역참여 혹은 지역의 민주주의적 거버넌스와 어떤 관계를 맺는가 하는 문제이다. 그렇다고 전반적인 참여수준이 높아야 보건분야 주민참여도 가능하다고 속단할 필요는 없다. 이렇게 될 경우 모든 분야에서 참여는 전반적인 수준이 먼저 올라가야 한다는 '환원주의적' 오류에 빠지게 된다. 오히려 '부분'과 '전체'과 긴장관계를 가지고 서로 영향을 미치면서 발전하는 것이 아닐까 한다.

187) 전세계적으로 비전문가 보건요원으로 가장 잘 알려져 있는 것은 '맨발의 의사'와 '전통 산파(traditional birth attendant)'이다.

188) 한규호 외. 마을건강원 활용방안에 관한 연구. 11쪽.
한국인구보건연구원, 1987. 마을건강원이라는 용어는 1977-1980년 한국보건개발연구원이 시범사업을 시행하면서 사용한 것이 최초라고 한다. 그 이전에 연세대 강화사업에서 '가정건강요원', 이화여대 수동면 사업에서 '마을보건임원', 예수병원 용진·고산사업에서 '마을건강요원' 등의 용어를 사용했다.

이러한 맥락에서 정부는 보건진료원 제도 시행 후 보건진료소가 관리하는 “행정리 단위에 최소한 1명씩의 마을건강원을 선발하여 훈련, 배치하는 것을 목표로 1985년과 1986년 각각 6,000명 그리고 1987년에 3,000명” 총 15,000명을 훈련하였다.¹⁸⁹⁾ 1987년 조사를 보면, 마을건강원은 보건교육 연 7.9회, 예방접종과 홍보 3.4회, 응급세트 사용 6개월간 9.8회 등 비교적 활발한 활동을 하고 있었다. 마을건강원들은 기존의 정부보건 사업에 해당하는

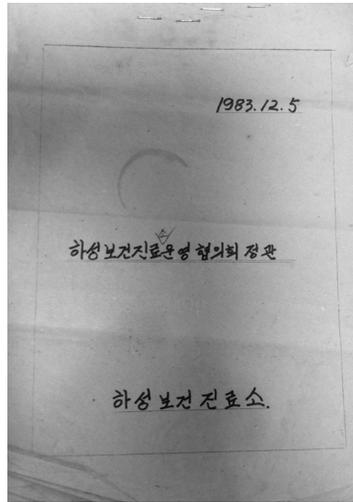


그림 10. 보건진료소 운영협의회 정관(1983년).

모성건강관리, 가족계획 등에는 활동할 필요성이 별로 없고, 전염병 관리, 성인병관리, 노인건강관리, 환경위생관리 등에는 활동의 필요성이 크다고 인식했다.¹⁹⁰⁾ 그러나 이 시기 마을건강원은 전반적으로 지역에서 막 활동을 시작한 시기로, 기본적인 체계를 구축하는 것이 급선무였다. 보건진료원과의 관계와 지도감독, 이들의 교육훈련, 물자의 보급과 지원, 경제적 보상 등이 과제로 남아 있던 상태였다.

2. 제도의 개선과 정착

앞에서 이미 지적한 것이지만, 1980년대 한국 보건의료는 보건

189) 앞의 보고서. 10쪽.

190) 이명숙 외. 마을건강원 역할 및 업무내용에 관한 고찰. 한국보건간호학회지 1992;7(1):1-16.

의료 서비스 공급을 확대하는 것에 초점이 맞추어졌다. 1977년에 직장을 대상으로 한 의료보험이 시작되고, 이어서 1988년 1월부터 농어촌의 지역의료보험, 그리고 1989년 7월부터 도시를 대상으로 한 지역의료보험이 시행된 것을 고려하면 이와 같은 서비스 확충을 위한 기반확대에 정책의 초점이 맞추어진 것은 당연하다 할 것이다. 이와 같은 배경에서 보건진료소와 보건진료소는 특히 자원이 취약한 농어촌지역의 서비스 확충을 위한 핵심 정책 중 하나였으며, 1980년대 내내 빠른 속도로 확대되는 양상을 보인다.

1980년대 말까지 보건진료소의 업무와 활동은 점점 더 틀을 잡아 가게 된다. 주민들의 반응이 좋았으므로 당초 계획대로 보건진료원을 배치했다. 아울러 시설과 장비 투자가 이루어졌고, 적어도 행정적으로는 업무절차가 자리를 잡게 된다.

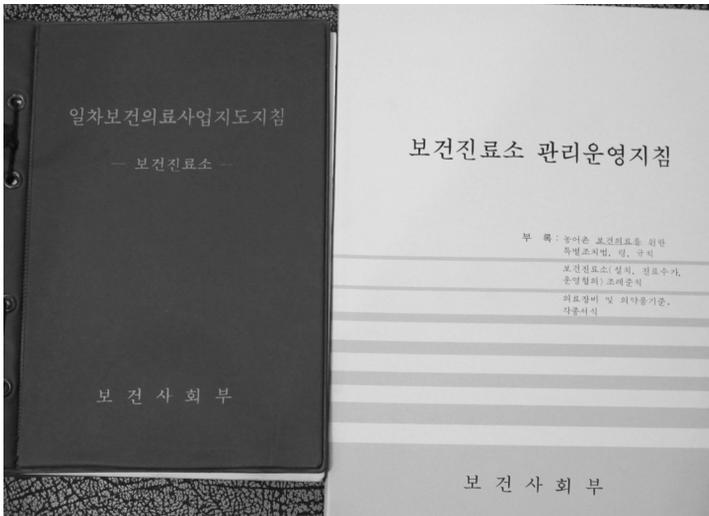


그림 11. 일차보건의료사업지도지침과 보건진료소 관리운영지침.

첫 해 배치된 보건진료원의 활동에 주민들이 높은 만족도를 보였다는 것을 앞에서 이미 설명한 것과 같다. 보건진료원이 활동을 시작한 이후 3-4년간의 기간이 지난 후의 평가에서도 주민들의 반응은 대체로 긍정적이었다.¹⁹¹⁾ 보건진료원의 치료와 처치기술에 대해 주민들의 반응은 보통 이상이라는 반응이 93.2%였고, 30분 이내에 보건진료소에 도달할 수 있으며 치료비가 싸다는 것이 보건진료소 이용자의 반응이었다. 그러나 이와 동시에 교정해야 할 필요가 있는 여러 가지 문제점도 드러났다. 환자의뢰체계의 구축, 운영협의회의 운영의 개선과 효율화, 보건소의 기술적 행정적 지원 확충, 시설 개선, 보건진료원의 보수 인상과 퇴직금 지급, 내부관리의 간소화, 효율화, 보조인력 배치와 운영비 지원 등이 그것이다.¹⁹²⁾

1) 보건진료원 배치

1981년에 시작하여 1986년 6월말까지 5년 만에 당초 목표인 약 2,000개의 보건진료소 설치가 끝났다. 1986년 6월말 현재 1,947명이 활동 중인데, 경북이 333명, 전남이 322명, 전북이 259명, 경남이 249명 등의 분포를 보인다.¹⁹³⁾ 미혼자의 비율이 늘어났으며, 무경력자가 1985년 37.3%, 1986년 50.4% 등으로 급증하는 추세를 보였다.

보건진료원 배치는 일단 완료되었으나 인력의 수급은 여전히 불안했다. 낮은 처우와 열악한 근무조건 때문에 근무를 그만 둔 보건

191) 김진순 외. 2000년을 향한 1차보건의료의 기본계획수립연구. 52쪽.

한국인구보건연구원, 1986.

192) 김진순 외. 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서. 101-103쪽. 한국인구보건연구원, 1985.

193) 김진순 외. 2000년을 향한 1차보건의료의 기본계획수립연구. 38쪽. 한국인구보건연구원, 1986.

진료원이 많았기 때문이다. 1986년까지 연간 이직률이 6.8-10.0%에 달했고,¹⁹⁴⁾ 1987년 이후 1991년까지도 연간이직률이 6.1-8.9%에 이르렀다.¹⁹⁵⁾ 일부 지역이긴 하지만 윤순옥의 연구에서는 1981년에서 1987년 사이의 이직률이 앞의 조사보다 훨씬 더 높은 18%에 이르는 것으로 나타났다.¹⁹⁶⁾ 1987년부터 결원을 보충하기 위한 교육이 3개 직무교육기관(연세대 간호대, 경북대 보건대학원, 예수간호전문대학)에서 진행되어 1991년까지 718명을 훈련시켰다.

불안정한 인력 수급에 따른 불안을 완화하기 위하여 공중보건장학제도가 간호대학에도 도입된다. 이 제도는 당초 의사를 확보할 목적으로 시행된 것으로, 1983년 2월 보건사회부는 새해 업무보고를 통하여 우수한 보건진료원 배출을 위해 간호대학 장학제도를 신설한다고 발표했다.¹⁹⁷⁾ 구체적으로 “공중보건간호장학생제도를 실시하여 100명을 선발하여 장학금을 지급”하는 계획을 세웠고,¹⁹⁸⁾ 이에 따라 1984년에 134명을 뽑았다.¹⁹⁹⁾

194) 김진순 외. 앞의 보고서. 35쪽.

195) 김진순 외. 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구. 20쪽.
한국보건사회연구원, 1991.

196) 윤순옥. 보건진료원의 이직률에 대한 코호트 조사. 경북대학교 석사학위논문, 1987.

197) 동아일보. 1983년 2월 12일.

198) 보건사회부. 1984년 보건사회백서. 38쪽.

199) 보건사회부. 1985년 보건사회백서. 158쪽.

표 16. 1981년-1986년 보건진료원 교육생의 일반적 특성

특성 \ 교육년도		(단위 : %)					
		1981년	1982년	1983년	1984년	1985년	1986년
연령 (세)							
-	24	36.3	38.4	24.5	21.7	44.1	58.6
	25 - 29	33.7	38.1	43.6	32.2	22.4	22.2
	30 - 34	10.9	12.2	16.1	26.7	19.6	12.9
	35 - 39	2.6	4.1	3.9	3.8	5.3	2.8
	40 - 44	5.9	4.3	5.0	3.9	4.5	0.7
	45 - 49	5.0	5.5	2.7	6.1	2.1	1.3
	50 +	5.6	7.1	4.2	5.6	2.0	1.5
(평균)		(29.4)	(30.3)	(29.4)	(30.9)	(28.0)	(25.8)
결혼상태							
미	혼	55.8	47.5	39.9	38.0	60.8	73.5
결	혼	44.2	52.5	60.1	62.0	39.2	26.5
경력							
	무	21.4	15.2	20.1	18.3	37.3	50.4
	~ 3년	24.0	27.2	22.4	25.6	18.4	22.9
4	~ 6년	14.5	29.8	31.2	21.7	18.5	16.6
7	~ 9년	25.5	10.3	15.2	16.1	11.9	6.3
10	년 이상	14.5	17.5	11.1	18.3	13.9	3.8
(평균 (년))		(4.7)	(5.9)	(5.0)	(5.4)	(4.0)	(2.3)
계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)		(365)	(360)	(391)	(363)	(390)	(428)

자료: 김진순 외, 2000년을 향한 1차보건의료의 기본계획수립연구, 37쪽, 한국인구보건연구원, 1986.

보건진료소 설치기준은 제도 시작 채 2년이 지나지 않은 1984년에 완화되었다. 인구수는 적더라도 대상인구의 서비스 접근성을 높일 필요성이 대두되어, 설치기준이 500인 이상의 지역으로 군수

가 필요하다고 하는 지역과 통상적인 교통수단에 의하여 30분 이상 소요되는 지역으로 변경된 것이다.²⁰⁰⁾

2) 시설 개선

취약한 공공보건의료 시설과 인력은 당시 지방행정의 주무부처인 내무부와 보건의료 업무를 담당하던 보건사회부의 중요한 관심사였다. 이 때문에 정부는 공중보건의사와 보건진료원을 배치하는 한편, 공공보건시설에 투자를 대폭 강화했다. 특히 초기에 새마을회관을 쓰거나 민가를 임대해 운영하던 보건진료소의 신축이 중요한 과제였다.

1983년의 보건사회부 업무계획에 따르면 보건소 4개, 보건지소 30개, 보건진료소 500개를 신축하는 것으로 되어 있다.²⁰¹⁾ 이는 1984년에도 지속되는데, 이 해에 보건소 4개, 보건지소 99개, 보건진료소 750개를 신축한다는 계획을 세웠다.²⁰²⁾ 공공보건기관에 대한 시설투자는 1990년대 초까지 계속되었지만, 특히 1984년에서 1986년까지가 투자가 집중적으로 이루어졌던 시기이다. 1983년 11월 1일 당시 김정례 보건사회부 장관은 국회답변을 통해 “84년부터 86년까지 보건소 45개소, 보건지소 827개소, 진료소 1천 5백개소를 신축하겠다”고 밝혔다.²⁰³⁾ 1982년과 1989년 사이에 1,997개소의 보건진료소가 신축되었고, 3,580건의 의료장비가 보강되었다.²⁰⁴⁾

200) 보건사회부. 1985년 보건사회백서. 158쪽. 1987년에 조정된 것으로 기록한 다른 문헌도 있다. 예를 들어 다음 자료가 그렇다. 김진순 외. 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구. 28-29쪽, 한국보건사회연구원, 1991.

201) 동아일보. 1983년 2월 12일.

202) 매일경제신문. 1983년 9월 27일.

203) 매일경제신문. 1983년 11월 2일.

204) 보건사회부. 1990년 보건사회백서. 129쪽.

시설에 대한 정부의 투자가 지속적으로 이루어진 결과 1980년대 후반기에 이르면 대부분 보건진료소가 신축건물에서 업무를 수행하게 된다. 1986년 시점에서 전국적으로 신축된 보건진료소가 79%였고, 기존 건물을 이용하는 곳이 21%였다.²⁰⁵⁾ 지역별로는 제주의 71.4%, 충남의 47.2%가 기존 건물을 사용하고 있어서 다른 지역보다 상대적으로 신축이 더디게 진행되었다. 많은 보건진료소가 신축하여 독립적인 시설을 갖추게 되었지만, 시설상태는 그리 좋은 평가를 받지 못했다. 27.9%의 보건진료원이 시설상태에 긍정적이었고, 25.4%는 부정적이었다.

3) 활동과 의료이용

보건진료소가 본격적으로 기능하기 시작하면서 농어촌 지역의 의료서비스 수요를 충족시키는 데 큰 역할을 하게 된다. 1985년도에 보건진료소가 소재하는 지역주민을 대상으로 조사한 결과, 전체의 48.8%가 보건진료소를 이용하였다.²⁰⁶⁾ 그러나 1985-1986년의 1일 평균 서비스 제공건수는 12.1-16.9건의 범위에 있어 초기와 별 차이를 보이지 않는다. 다른 조사에서는 1985년 1년 동안 보건진료소 이용자가 평균 2,410명으로 1일 평균 약 8.4명으로 나타났다.²⁰⁷⁾ 조사방법에 따라 약간씩 차이를 보이지만 이 역시 크게 차이가 나는 숫자는 아니다. 1990년 조사에서도 결과는 비슷해서 월 평균 방문환자 수는 197명 수준이었다.²⁰⁸⁾

205) 김성혁 외. 보건진료원의 업무분석에 관한 연구. 지역사회간호학회지 1989;1:174-175.

206) 김진순 외. 2000년을 향한 1차보건의료의 기본계획수립연구. 53쪽. 한국인구보건연구원, 1986.

207) 김성혁 외. 보건진료원의 업무분석에 관한 연구. 지역사회간호학회지 1989;1:174-175.

208) 김진순 외. 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구. 31쪽.

의약품은 처음 55가지에서 1985년 1월 68가지로 늘어나면서 결핵관리 사업을 위한 결핵약품, 예방접종 약품, 항생제주사 중 부작용이 적은 주사약, 농약중독시의 해독제 등이 추가되었다.²⁰⁹⁾ 약품의 종류는 2002년 2월 117종까지 늘어난다.²¹⁰⁾

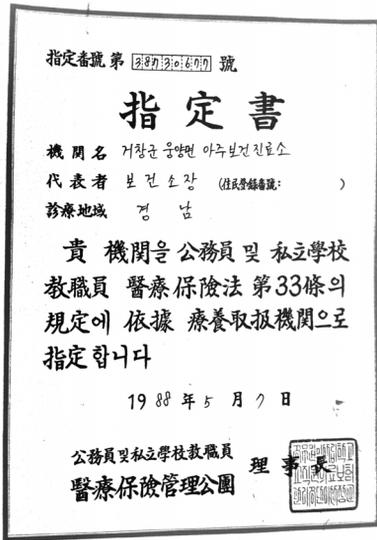


그림 12. 의료보험요양취급기관 지정서(1988년).

이 시기에 보건진료소의 변화에 반드시 고려해야 할 환경변화가 지역의료보험의 실시이다. 1988년 1월에 농어촌주민이, 1989년 7월부터는 도시자영자가 의료보험 적용 대상이 되었다. 의료보험의 실시에 따라 농어촌과 도시를 불문하고 의료이용이 크게 늘었다. 다음 표에서 볼 수 있듯이 의료보험 실시 이후 병의원과 보건기관 이용은 60% 이상 크게 늘어난다. 보건진료소가 따로 구분되어 있지는

않지만 보건기관의 이용은 더 크게 늘어났다.

그러나 표 18에서 보이는 기관별 비중을 보면, 보건진료소의 비중은 1992년에는 1989년에 비하여 크게 늘어났으나 1995년에는 1989년보다 약간 높은 수준으로 감소한다. 군부에서 병의원이 차지

한국보건사회연구원, 1991.
 209) 김진순 외. 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서. 40쪽. 한국인구보건연구원, 1985.
 210) 보건복지부. 농어촌 주민 보건진료소 이용 편리해져(보도자료). 2002년 1월 31일.

하는 비중이 크게 늘어난 것으로 보아, 1992년에서 1995년 사이 특히 민간 병의원의 수가 크게 늘어난 것이 중요한 이유로 보인다.

표 17. 지역의료보험 실시 전후 농촌주민의 의료이용 변화²¹¹⁾

단위 : 회/인/연

구 분	의 료 보 험		$\frac{B-A}{A} \times 100$
	실시전(%) (A)	실시후(%) (B)	
병·의원	1.2(19.7)	2.0(34.5)	+66.7
보건기관	0.4(6.6)	0.7(12.0)	+75.0
한의원	0.3(4.9)	0.3(5.2)	-
약 국	4.2(68.8)	2.8(48.3)	-33.3
계	6.1(100.0)	5.8(100.0)	- 4.9

표 18. 15일간 의료이용자 100명당 의료이용의 변화

단위 : %

	전 국			군 부		
	1989	1992	1995	1989	1992	1995
병·의원	40.7	48.5	48.0	37.5	46.5	50.8
치 과	1.4	2.1	5.7	0.9	2.1	4.4
한 방	3.9	4.3	4.4	4.7	4.0	4.4
보건(지)소	2.0	2.6	3.4	6.5	8.4	11.9
보건진료소	1.1	1.8	1.2	4.0	7.4	4.5
약국·방	50.5	40.1	37.3	45.6	30.9	24.2
기 타	0.7	0.6	-	0.8	0.7	-
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 한국보건사회연구원. 한국인의 건강과 의료 이용실태. 1995.

보건진료소가 생기고 난 후 초기의 성과는 비교적 긍정적으로 평가된다. 의료이용 측면에서 1981년에는 보건진료원 배치지역과

211) Kim IS, et al. Impact of regional health insurance on the utilization of medical care by the rural population of Korea. *Yonsei Medical Journal* 1986;27(2):138-146.

4) 재정

보건진료소 재정의 가장 중요한 부분은 역시 정부의 재정지원이었다. 1986년 현재 정부가 지원하는 보건진료소 재정은 인건비(국고와 지방비 각 50%), 의약품/의료장비/기동장비(국고 2/3, 지방비 1/3), 교육수당과 교육비(전액 국고), 신축비(국고 2/3, 지방비 1/3) 등이었다.²¹³⁾ 보건진료소 운영지원금은 1개소당 418만 6천원에 이른다. 문제는 운영비와 여비로, 보건진료소는 이들 경비를 모두 자체 부담해야 했고, 이는 국고로 지원하는 보건진료소와 현저히 차이가 나는 것이었다. 자체 재정 수입에 크게 의존할 수밖에 없는 환경이었던 셈이다.

1983년 보건사회부는 보건진료소의 재정 수입이 매우 취약하다는 판단 아래 수가를 1,100원(3일 기준)에서 1,600원으로 인상하고, 조산료는 3,000원에서 5,000원으로 인상했다. 이러한 결정 뒤에는 보건진료소 수가가 지나치게 싸서 보건진료소의 운영이 부실해진다는 판단이 있었다.²¹⁴⁾ 1986년 경북지역 69개 보건진료소중 기록이 잘 된 22개소의 회계장부를 분석한 결과 환자당 평균 진료수입은 959원이었고, 서비스 건당 비용은 585원, 인건비를 포함한 건당 비용은 1,841원으로 나타나 진료수가가 비용에 비해서도 낮았다.²¹⁵⁾ 낮은 수가로 인한 재정수입의 취약성은 “의약품의 적기구입과 진료원 활동을 제한하고, 자율적 운영능력의 상실을 초래하며, 조산료의 경우 지나친 저가로 소극적인 진료와 이로 인한 주민 불만을 야기”했다.

213) 보건사회부 지역의료과. 지역의료사업현황. 1986.

214) 보건사회부. 보건진료소 설치운영에 따른 수가조례준칙 개정(안) 협의공문(참고자료). 1983년 2월.

215) 김모임. 보건진료원 활동성과와 향후 활용방안. 연세논총 1992;28(1):297-315.

보건진료소의 월평균수입은 1984년 221,678원, 1985년 268,901원, 1986년 257,302 등으로 크게 변동이 없었다.²¹⁶⁾ 이는 앞서 기술한 1982-3년의 수입 수준과 큰 차이가 없는 것으로, 자체적인 수입이 여전히 불안정하다는 것을 나타낸다. 특히 도서지역의 재정상태가 열악했다. 이에 따라 보건사회부는 1988년부터 도서지역, 광산지역, 수복지역 등 52개 보건진료소에 국고로 월 10만원의 운영비를 지원하기 시작했고 1989년부터는 88개소를 늘렸다

의료보험 실시는 보건진료소의 재정에도 영향을 미쳤다 1988년 1월부터보건진료소가 지역의료보험 지정기관이 되면서 보건진료소의 수입은 크게 늘어나게 된다 1990년 농촌과 벽지 보건진료소의 월평균 수입은 각각 약 42만원과 53만원에 이르렀다. 그러나 이때도 12.6%의 보건진료소는 국비와 군비를 포함해서 운영비를 지원받았다.

5) 지역에서의 연계체계와 지역사회 참여

1990년 무렵에도 보건소와 보건지소 등 다른 보건기관과의 연계관계는 충분히 체계를 갖추지 못한 것으로 보인다. 물품공급체계도 여전히 미흡했다. “군단위 공공보건조직이 활동하는 목표가 질병예방, 치료, 재활 및 건강증진서비스의 제공을 통한 주민의 건강수준향상에 있음에도 불구하고 현행조직의 성격과 인력의 신분이 다르기 때문에 지원체계가 조직되고 운영되기에는 행정적 제약”이 컸다고 할 수 있다.²¹⁷⁾

지역사회 참여는 대체로 크게 발전하지 못한 상태가 지속된

216) 김진순 외. 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구. 36쪽.
한국보건사회연구원, 1991.

217) 앞의 보고서, 31쪽.

다.²¹⁸⁾ 우선 지역사회 참여의 가장 기본적인 틀이라고 할 수 있는 운영협의회가 내실을 갖추지 못하고 부진한 활동을 극복하지 못했다. 1990년 조사에서 운영협의회가 도움이 된다고 한 응답이 전체의 16%에 지나지 않았고, 더구나 보건진료소 신축이 완료되고 보건진료원의 활동이 정착됨에 따라 더 이상의 참여에는 큰 관심이 없는 상태로 남아 있었다. 아울러 지역사회 참여의 또 하나의 축인 마을건강원도 활동이 그리 활발하지 못했다. 1990년 조사에서 보건진료소당 평균 6.2명의 마을건강원이 위촉되어 있는 상태였으나, 회의 참석인원이 평균 4.8명, 연간 회의횟수는 평균 11.9회 정도로, 활발하게 운영되고 있다고 보기 어려웠다.²¹⁹⁾

6) 신분과 처우, 그리고 근무조건

보건진료원 제도가 1980년대 말까지 점차 정착되어 갔지만, 보수수준은 크게 개선되지 않았다. 1981년부터 1989년까지 공무원은 급여가 280% 인상된 데에 비하여 보건진료원은 31% 인상에 그쳤으며, 연간 급여총액이 간호기사의 50%에 지나지 않았다.²²⁰⁾ 운영협의회 수당은 1986년까지도 전혀 못 받는 경우가 전체의 50.8%를 차지했고, 6-9만원이 18.1%, 9만원 이상은 1.6%였다.²²¹⁾ 그나마 1990년 조사에서는 수당을 받는 경우가 75.3%로 크게 늘어났고, 평균 수당액은 61,000원 수준이었다.²²²⁾ 그렇지만 기본적인 급여가

218) 앞의 보고서, 38-39쪽.

219) 몇몇 조사에서 마을건강원의 업무량을 제시하고 있으나 이것만으로는 참여 정도와 활성화 수준을 알기는 어렵다.

220) 동아일보. 1990년 2월 20일.

221) 김성혁 외. 보건진료원의 업무분석에 관한 연구. 지역사회간호학회지 1989;1:174-175.

222) 김진순 외. 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구. 30쪽. 한국보건사회연구원, 1991.

상대적으로 열악한 수준이었고, 그 결과 1990년 조사에서 전체 보건진료원의 96%가 보수수준에 불만을 나타낼 정도였다.

표 19. 1987년도 보건진료원 보수기준표

분		지역수당	
호봉	금액	급지별	지급액
1	184,700원	병지	120,000원
2	194,700원	을지	90,000원
3	204,700원	갑지	75,000원

- * 1. 호봉간 승급시 인상액 10,000원
- 2. 위촉시 경력 산정은 공무원 또는 군인, 국공립 병원 경력은 80%, 보건진료원 경력은 100%, 기타 종합병원 근무경력은 50%가 인정됨
- 3. 수당의 급지는 병지는 도서지구, 을지는 접적지구, 수복지구, 광산지구, 오백지지구, 갑지는 일부 오백지지구를 말한다.

전반적인 근무여건도 여전히 열악했다. 김모임이 1980년대의 조사를 종합한 결과를 보면, 보건진료원의 근무는 사실상 24시간 계속된 것으로 나타난다.²²³⁾ 1984년 조사를 보면, 환자 진료의 약 70%가 근무시간인 오전 9:00시부터 오후 6:00시 사이에 이루어지나, 비근무시간과 야간에도 전체 진료의 1/3이 이루어졌다. 1988년 조사도 비슷해서 보건진료원의 활동시간이 주로 오전 5시부터 자정까지 흩어져 있었고 근무시간과 비근무시간을 구별할 수 없었다. 또 다른 연구에서는 보건진료원이 매일 8시간 이상 근무하고 있으며 토요일도 다른 요일과 같이 근무하는 경향이 있다고 보고했다. 그야

223) 김모임. 보건진료원 활동성과와 향후 활용방안. 연세논총 1992:28(1):297-315.

말로 ‘24시간 대기’의 근무형태가 대부분이었다.

보수와 신분을 빼면 대체로 직업적 만족도는 높은 편이었지만, 이것을 근무여건이 괜찮다는 근거로 삼기에는 곤란하다. 이러한 상황에서 보건진료원 스스로 문제를 해결하려는 움직임이 생기는 것은 당연하다고 할 것이다. 첫 번째로 나타난 것이 보건진료원 조직을 결성하는 일이었다. 1984년 각 도별로 보건진료원회를 결성하였고(회원 1,479명), 이어서 1985년 2월 8일 보건진료원회 발기총회를

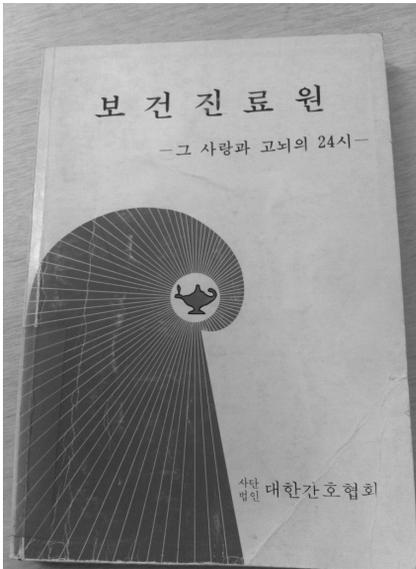


그림 14. 1984년 대한간호협회가 펴낸 활동사례 모음.

를 개최했다.²²⁴⁾ 초대 회장은 박옥동 경기도 남양주군 조안면 송천보건진료소장이 선출된다. 조금 다른 차원이지만, 간호계가 보건진료원을 지원하는 활동도 없지 않았다.²²⁵⁾ 1982년 대한간호협회가 보건진료소를 방문·지도하는 사업을 펼쳤으며, 참고도서와 일반도서를 보내자는 사업도 있었다. 앞에서 언급한 것처럼 1984년에는 보건진료원의 활동경험을 모아 사례집을 펴내기도 했다.

그러나 보건진료원이 활동을 하는 데에는 이런 조건과 외부 지원, 자조적 노력 이외에도 훨씬 많은 요인들이 작용했다. 지역주민들의 요구와 기대가 불러오는

224) 이꽃메. 한국 보건진료원 제도의 시작. 한국농촌간호학회지 2009;4(1):31-40; 보건진료원회의 연혁에는 조직이 만들어진 때가 1980년으로 되어 있다.

225) 이꽃메. 앞의 논문.

부담감, 행정부서의 이해부족, 여건과 생활환경 미비, 업무수행 과정에서 나타나는 갈등 등이 그것이다.²²⁶⁾ 그 결과로 나타난 것이 앞에서 이미 언급한 것과 같은 보건진료원의 높은 이직률이었다. 예를 들어 1987년의 한 연구에서 분석한 것을 보면, 1981년에서 1987년 사이에 전라남북도와 경상남북도에서 임용된 보건진료원 1,456명 중 265명이 이직했다.²²⁷⁾ 이는 전체 보건진료원의 18%에 이를 정도로 높은 수준이다. 이직자 265명 중에는 임용 후 의무복무 기간(2년) 이전에 이직한 사람이 53.2%를 차지할 정도여서, 보건진료원 근무의 만족도가 낮았음을 간접적으로 보여준다. 이직은 근무경험이 쌓일수록 줄어들어서 근무시작 31개월 이후부터는 이직률이 뚜렷하게 감소했다.

보수와 다른 근무조건이 중요했지만 또 다른 중요한 문제는 보건진료원의 신분 문제였다. 특히 신분은 보건진료원 직책의 안정성과 직접 관련되어 있었고, 다른 보건인력 또는 보건기관과의 관계에서도 제약요인이 되었던 것을 부인하기 어렵다. 보건진료원의 신분은 초기에는 해당 지역의 군수가 위촉하는 형식의 촉탁 신분이었다.²²⁸⁾ 1981년 임용 당시 신분은 보건직 공무원 간호기사보에 준하며 보수는 오백지 근무인 점을 감안해 간호기사에 준한 수준이었다. 제도 시행 5년이 지날 무렵인 1987년 1월부터 공무원 연금은 적용을 받게 되었으나, 그 이후에도 근본적인 신분과 보수에 대한 불만은 점점 커졌다. 이에 따라 보건진료원들은 정부에 직접 신분의 변경을 요구하게 된다. 보건진료원회는 1990년 2월 20일 보건사회부에 건의문을 내고, “가장 열악한 근무조건 속에서 오백지 주민들의 1차진료를 담당하는 보건진료원을... 정식 공무원으로 임용해 처우

226) 윤순옥. 보건진료원의 이직률에 대한 코호트 조사. 경북대학교 석사학위논문, 1987.

227) 앞의 논문.

228) 동아일보. 1981년 11월 21일.

의 불평등이 없도록” 해달라고 요구했다.²²⁹⁾ 보건진료원의 요구는 당사자들에게는 매우 절실한 요구였고, 적극적인 행동으로 1990년 6월 보건진료원 학술대회를 개최하고 “보건진료원의 위상정립과 현안해결”을 요구하려고 했다. 이 과정에서 정부의 압력으로 학술대회 자체가 철회됨에 따라 임원 중 한 명이 자살을 기도하는 사건이 발생하기도 한다.²³⁰⁾

이러한 움직임이 영향을 미쳤겠지만, 1990년 8월 정부와 여당은 공중보건 의사와 보건진료원에게 공무원 신분을 보장하기로 하고 농어촌보건의료를 위한 특별조치법 개정안을 마련하기로 논의하였다.²³¹⁾ 공중보건 의사와 보건진료원의 신분을 정규직 공무원으로 하는 농특법 개정안은 1991년 10월 24일 국무회의에서 의결된다.²³²⁾ 이에 따라 보건진료원은 1992년 4월 1일부터 경력이 5년 미만은 별정직 7급, 5년 이상은 별정직 6급으로 임용되었다.

정규직이 된 약 1년 후에 조사된 것에 따르면, 정규직이 된 후 월 보수는 평균 약 25만원이 올랐고 신분이 보장되어 불만이 줄어들었다. 그러나 정규직이 되는 것과 동시에 호봉이 전반적으로 하향산정되어 평균 11.6호봉에서 8.9호봉으로 떨어졌고 이로 인한 불만이 남게 된다.²³³⁾ 평균 호봉이 낮아진 것은 ‘지방공무원 보수규정’에 따라 보건진료원 경력을 80%만 인정했기 때문이었다. 정규직이 된 후 근무시간은 줄지 않았지만, 업무의 자율성 인지 정도는 오히려 높아졌다.²³⁴⁾ 보건소장의 지시공문과 전화지도, 사무보고 등이 늘어

229) 동아일보. 1990년 2월 20일.

230) 동아일보. 1990년 6월 18일.

231) 매일경제신문. 1990년 8월 4일.

232) 동아일보. 1991년 10월 24일.

233) 윤석옥, 정문숙. 보건진료원의 정규직화 전과 후의 보건진료원 활동 및 보건진료소 관리운영체계의 분석. 한국농촌의학회지 1994;19(2):141-158.

234) 정규직이 되면 보건소의 지도감독이 강화되어 업무의 자율성이 줄어들지 않을까 하는 우려가 있었다.

났으며, 방문지도와 회의소집은 줄었다. 사업 중에는 특징적으로 방문보건사업이 늘어났다.

공무원으로서의 신분이 좀 더 안정되는 1990년대 초반은 보건진료원 제도가 어느 정도 정착된 시기라고 해도 좋을 것이다. 물론 그 때까지도 근무의 여건은 여전히 좋지 않았다. 객관적인 조건이 아니라 보건진료원 업무의 특성과 보람에서 직업적 만족을 찾아야 하는 상황은 그 후로도 계속된다. 그러나 제도가 정착했다는 것은 신분이나 근무여건 이상을 의미한다. 무엇보다, 지역주민들로부터 좋은 평가를 받고 이들의 만족도가 높았음은 물론, 의료자원이 부족한 농어촌 취약지에서 일차의료(primary care)를 제공하는 중요한 역할을 수행했다. 이는 보건진료원 제도가 사회적으로 ‘승인’되었고, 따라서 국가보건의료체계를 구성하는 한 요소로 안정적으로 편입되었음을 의미한다. 이와 더불어 1980년대 초반의 심각한 보건의료인력 부족을 빠른 속도로 완화시킨 것은 전적으로 보건진료원 제도가 기여한 결과라 할 것이다.²³⁵⁾

그러나 신분을 포함하여 제도가 ‘안정화’된다는 것은 한편으로는 보건진료원 제도가 그 때까지 만들어진 경로(path)에 더 강하게 묶이게 되었다는 점을 뜻한다.²³⁶⁾ 안정은 보건진료원이 더 많은 이해관계를 가지게 되었다는 뜻이기도 하지만, 보건진료원의 기능과 역할이 불안정한 형평 단계를 지나 ‘고착’되어가는 것을 의미하기도 했다. 어느 사회 어느 영역이든 안정 이후에는 더 이상 기능과 역할을 활발하게 논의하지 않고, 새로운 체계와 기능을 시도하는 동력이 떨어지며, 변화는 점증적(incremental) 속성을 넘어서기 어렵다. 보

235) 의사인력의 양성에는 긴 시간이 소요된다. 전문과목 수련과 군복무를 고려하면 계획수립시점부터 인력이 활동하는 기간까지 최장 13-14년이 걸릴 수 있다. 이에 비해 보건진료원은 계획 수립 1년 만에 실제 활동에 배치되는 신속성을 발휘했다.

236) 여기서 경로란 기능과 역할, 규범, 상호관계, 이해관계 등 기존의 틀을 말한다.

건진료원 제도가 안정화되는 경로에는 핵심적으로 진료와 지역사회를 기반으로 한 보건사업 간의 긴장과 갈등이 잠복해 있었다. 1989년부터 시작된 전국민의료보험은 보건의료자원의 급속한 확대와 민간화를 불러왔고, 이제 보건의료체계, 보건의료 서비스의 제공과 이용은 민간부문과 치료 중심의 보건의료가 압도적 우위를 차지하게 된다. 보건진료원 제도로서는 이제 막 안정화를 이룬 시점에서, 따라서 채 새로운 모색을 하기도 전에, 급속하게 팽창하는 민간부문과의 갈등이 격화되는 시기를 맞을 형편이었다. 안정화 경향의 핵심에 보건진료원의 진료기능이 있다면, 확장하는 민간부문과 충돌하는 것은 피할 수 없었다. 그렇다고 안정화되는 경로는, 경로의존성(path dependence)이라는 말이 의미하듯이, 새로운 대안을 찾는 것도 쉽지 않게 만들었다. 특히 진료는 지역주민들의 요구에 무관하게 ‘경로’를 바꿀 수 있는 기능이 아니었다.

제6장 환경변화와 새로운 도전

1980년대 말까지 한국 보건의료의 핵심과제는 양적인 측면에서 기본적인 보건의료자원을 확충하는 일이었다. 1990년대 이후 이것이 어느 정도 수준에 이른 후에는 보건의료자원을 기반으로 하여 생산되고 공급되는 보건의료의 내용과 질, 그리고 이를 연결하는 ‘체계’로 관심이 옮겨간다.

한편으로는 보건의료에 직접 영향을 미치는 새로운 사회경제적 환경이 만들어졌고, 보건의료의 조건 역시 크게 바뀌었다. 노인인구는 더욱 가파르게 증가하고, 질병과 사망의 양상은 근본적으로 바뀌었다. 의료인력과 시설은 민간부문 중심으로 빠른 속도로 증가하여 ‘시장적’ 특징을 뚜렷하게 나타내게 된다. 한국의 보건의료는 불과 10여년 만에 1980년대 초와는 근본적으로 다른 변화를 요구받게 된 것이다.

1. 새로운 보건의료 환경

1985년 보건의료정책의 주요 관심이 의료자원의 효율적 활용, 보건소와 보건지소 육성, 농어촌 보건의료 수준 향상 등이었다면,²³⁷⁾ 1991년이 되면 주요 관심사는 의료전달체계의 정착, 지역 특성에 맞는 보건의료기관 육성, 공공보건의료기관의 기능보강, 보건교육 등으로 옮겨간다.²³⁸⁾ 물론 1991년 보건사회백서에도 “취약 지역에 대한 보건의료 서비스 제공”과 같은 표현이 남아 있지만, 이미 상황이 바뀌었다는 것은 “농어촌지역 주민의 보건의료서비스 향상에 내실을” 추구한다는 데서도 알 수 있다(176쪽).

237) 보건사회부. 1985년 보건사회백서.

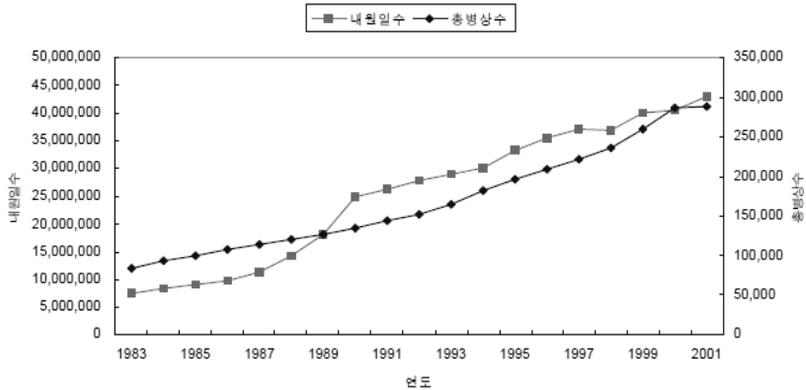
238) 보건사회부. 1991년 보건사회백서.

이러한 변화는 근본적으로는 그 사이에 보건의로 환경이 급속하게 바뀌었다는 데서 연유한다. 우선 1980년대 말까지 보건의로자원 이 전반적으로 크게 확대되었다. 의사면허등록자 수는 1980년(22,564명)에서 1985년(29,596명)까지 5년 사이에 약 7천명이 늘어났으나, 1985년과 1990년(42,554명) 사이에는 증가속도가 거의 2배에 이른다.²³⁹⁾ 의료기관의 증가도 다음 표에서 보듯이 1980년대 내내 크게 증가하였다. 특히 종합병원의 폭발적인 증가가 두드러진다.

표 20. 시기별 의료기관 수의 변화 추이

연도	종합병원	병원	의원
1975	37	133	6,087
1980	82	240	6,344
1985	183	317	8,069
1990	228	328	10,935

자료: 보건사회부, 1991년 보건사회통계연보, 106쪽.



자료: 한국보건산업진흥원, 병상자원관리정책개발을 위한 공청회, 2003.

그림 15. 1980-2000년대 총병상수와 내원일수의 증가 추세.

239) 보건사회부, 앞의 자료, 145쪽.

비록 불평등 정도는 크게 줄어들지 않지만, 실제 농어촌지역의 의료자원도 눈에 띄게 늘어난다. 의사인력만 하더라도 1990년에는 의사협회 등록의사의 5.4%인 1,591명이 농촌에서 활동하고 있었으나, 2001년에는 2,968명으로 늘어났다.²⁴⁰⁾ 이는 10년 만에 거의 두 배로 늘어난 것으로, 전체 의사 수에서 차지하는 비중도 거의 같은 수준을 유지했다. 인구가 줄고 생활환경이 열악한 농촌 지역의 의사 수 비중이 줄지 않았다는 것은 농촌지역에도 어느 정도까지는 의료 자원의 확충이 이루어졌다는 것을 뜻한다.

보건의료 환경변화의 또 다른 원인, 나아가 근본적 원인은 의료 보험이었다. 1989년 전국민의료보험을 달성함에 따라 의료수요와 의료이용은 폭발적으로 증가하게 된다. 의료보험은 당연히 경제적인 측면에서 접근성을 향상시키는 데 결정적인 기여를 했지만, 또 다른 측면에서는 ‘치료중심적’이라는 한국 보건의료의 특성이 굳어지는 데에도 결정적인 역할을 했다. 의료보험은 일차적으로 치료서비스를 보장하기 위한 것이고, 따라서 건강과 보건을 위한 다른 대안이 충분히 성숙되지 않은 가운데에 의료보험의 실시는 곧 치료 서비스의 확대와 발전을 뜻하는 것이었다.

의료보험의 시작과 확대는 보건의료자원의 양과 구성에 직접적인 영향을 미쳤다. 앞에서 이미 본 것과 마찬가지로, 1980년대 의료시설이 크게 증가한 것은 의료보험이 직접 영향을 미친 것으로 보아야 한다. “정부는 전국민의료보장 확대 시행을 앞두고 의료 취약지 해소를 위하여 1978년부터 1985년까지 공공차관(OECF 174억엔, KFW 25백만마르크)을 도입하여 67개 민간병원을 건립하였고 1986년부터 1988년 동안에 군단위 지역 중 병원이 없고 인근지역의 병원접근이 어려운 26개 군단위 의료취약지에 병원을 건립한 바 있다. 또한 1991년부터 1993년까지 은행융자금을 매년 1,000억원을 확보하여 병

240) 대한의사협회. 2007 전국 회원실태 조사보고서. 32-33쪽. 2008.

원 신·증축비의 50%를 자부담하는 병원에 용자지원을 하여 1991년도 6,000병상, 1992년도 7,000병상, 1993년도 7,000병상 등 3년간 총 20,000병상을 증설했다.²⁴¹⁾

의료보험의 확대와 민간에 의존한 자원(특히 병원)의 확충방식은 한국보건 의료의 성격을 민간주도형으로 고착시켰다. 다음 표에서도 알 수 있듯이 1975년 46.3%의 비중을 차지했던 공공병상은 1980년 31.5%로 급격하게 떨어지고 1990년에는 19.7%까지 감소한다. 민간부문이 보건 의료공급을 주도하게 되었다는 것은 단순히 더 많은 보건 의료공급을 제공했다는 의미를 넘어서 민간부문의 보건 의료료가 질적으로 더 낫다는 것으로 바뀐다. 양이 질로 바뀌는 이른바 ‘양질전환’이 일어난 것이다. 과거 보건 의료 공급의 중심적인 기능을 수행하던 시도립병원은 이미 1970년대 말에 이르러 평균병상이용률이

241) 2005년 보건복지백서. 346쪽.



그림 16. 1977년 병원투자에 대한 신문보도 (매일경제신문, 1977년 4월 30일).

더 낮다는 것으로 바뀐다. 양이 질로 바뀌는 이른바 ‘양질전환’이 일어난 것이다. 과거 보건 의료 공급의 중심적인 기능을 수행하던 시도립병원은 이미 1970년대 말에 이르러 평균병상이용률이

45.4%(1977년) 밖에 되지 않을 정도로 운영이 부실해졌다.²⁴²⁾ 전문 인력이 제대로 확보되지 않고, 시설투자가 미흡했기 때문이다. “시도립병원은 대부분 해방이전에 건립된 것이어서 30년 이상 된 낡은 설비를 그대로 쓰고” 있고, “수원도립병원의 경우는 50년 전에 건립된 후 지금까지 한번도 시설개선이 없어 150여 병상 중 3분의 1인 50병상만 가동되고 나머지 1백개 병상은 그래도 버려져 있는 실정”이었다. 양과 질 모두 민간이 보건의료공급을 주도하게 됨에 따라 공공부문과 민간부문의 관계도 달라진다. 공공부문은 이제 민간부문이 하지 않거나 할 수 없는 기능을 수행하는 것으로 방향을 정립하게 된다. “상호 기능적으로 보완적 관련성이 없이 공공부문은 민간부문과 경쟁관계에 있는 실정이며 부문적으로 민간부문이 맡기 어려운 의료취약인구인 저소득주민과 농어촌 지역주민의 의료서비스를 제공”하는 것이 정부의 기본적 인식이었다.²⁴³⁾

242) 동아일보. 1977년 3월 24일. 같은 기사에 다음과 같은 내용도 보인다. “서울을 비롯한 대도시 일반 종합병원들이 초만원을 이루며 병실난에 허덕이는 것과는 달리병원 이용의 불균형현상이 두드러지고 있다.” “당국은 예산부족을 이유로 전혀 시도립병원에 손을 대지 않고 있어 해방당시만 해도 의료체제의 중추적 역할을 해오던 시도립병원들이 점점 국민들로부터 외면당하고 있다.”

243) 보건사회부. 1990년 보건사회백서. 116쪽.

표 21. 연도별 공공/민간 병상수와 비중의 변화추이

연 도	공공부문	민간부문	계
1949	2,905(75.1)	963(24.9)	3,868(100)
1960	6,335(63.7)	3,616(36.3)	9,951(100)
1966	6,207(47.8)	6,684(52.2)	12,981(100)
1970	7,157(43.3)	9,381(56.7)	16,538(100)
1975	9,855(46.3)	11,434(53.7)	21,289(100)
1980	11,988(31.5)	26,108(68.5)	38,096(100)
1985	14,757(19.8)	59,608(80.2)	74,365(100)
1990	19,637(19.7)	80,206(80.3)	99,843(100)
1995	20,040(13.3)	130,592(86.7)	150,632(100)
2000	35,044(15.5)	191,712(84.5)	226,756(100)

* 주 : 결핵, 정신 병상을 제외한 일반 병상만 비교

- 자료 : 1) 조병희, 한국외사의 위기와 생존전략, 1949
 2) 한국병원사, 병의원경영, 1960, 1966, 1970
 3) 대한병원협회, 전국의원병원현황, 1975
 4) 보건복지통계연보, 1980, 1985, 1990, 1995
 5) 보건복지부 국정감사자료, 2000

자료: 이신호 외, 병상자원정책개발연구, 한국보건산업진흥원, 2003.

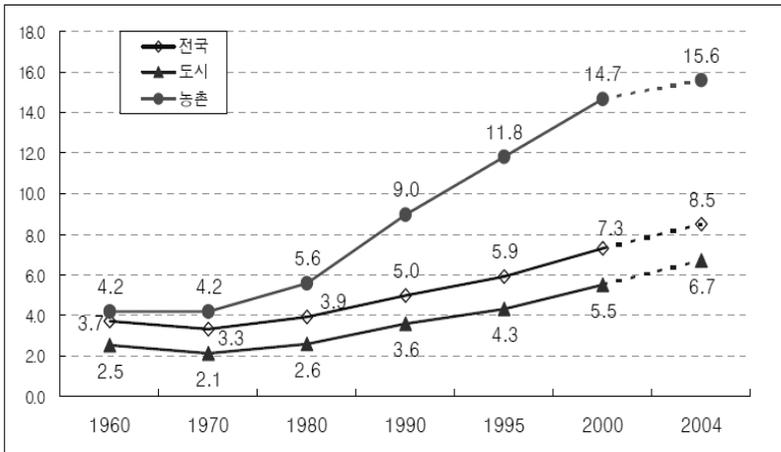
1990년대 들어 확연하게 나타난 현상이 인구의 노령화이다. 65세 이상 인구 비율은 1970년 3.1%에서 1980년에는 3.8%로 증가하는 정도였으나, 1990년에는 5.1%로 증가하고 2000년에는 7.2%에 이른다.²⁴⁴⁾ 고령화지수 역시 1970년 7.2에서 1990년 20.0, 2000년 34.3으로 급증한다. 이러한 노인인구의 증가는 당연히 사회적, 정책적 압력으로 나타난다. 정부가 1990년에 노인복지를 전담하는 노인복지과를 신설하고 국무총리를 위원장으로 하는 노인복지대책위원회를 설치한 것에서도 사회적 압력의 강도를 알 수 있다.²⁴⁵⁾ 노령

244) 통계청, 장래인구추계, 2006.

245) 보건사회부, 1991년 보건사회백서, 318쪽.

화가 보건의료에 어떤 영향을 미치는지는 새삼 말할 것도 없다. 건강문제의 전반적인 변화와 보건의료 수요의 성격변화가 필연적으로 수반된다.

이 시기 농촌 인구의 노령화는 전반적인 추세에 비해서도 더욱 두드러졌다. 다음 그림에서 볼 수 있듯이, 농촌 인구의 노령화는 1980년 이후 특히 더 가파르다. 굳이 따로 제시할 것도 없이, 노령화는 건강문제의 변화, 그리고 보건의료 필요의 변화를 초래한다. 노인의 만성질환과 일상생활 기능장애가 이제 농어촌의 핵심 보건의료 문제가 되었다.



자료: 통계청, 인구주택총조사, 각년도; 통계청, 주민등록인구통계, 2004.

그림 17. 65세 이상 인구 비율의 변화.

농어촌만 놓고 보면, 이 시기에 도시화와 농어촌 인구감소가 급속하게 진행되었다는 현상을 빼놓을 수 없다. 1960년부터 2000년 기간에 전체 인구는 연평균 1.5%씩 증가하였는데, 도시는 연평균

4.2% 증가하였으나 농촌은 연평균 1.6%씩 감소하였다. 농촌인구의 감소 추세는 1985~1990년(연평균 4.5% 감소) 기간에 정점에 이른다.²⁴⁶⁾ 급격한 농촌인구 감소는 적정 수준 이하로 인구가 줄어들고 이로 인한 문제가 발생하는 이른바 ‘과소화’ 현상을 초래했다. 농촌 지역의 과소화는 농업생산활동 위축과 농지자원의 유희화를 초래하고, 초등학교 폐쇄, 소매기능 약화, 지역경제와 지역사회 기능의 약화를 불러온다.²⁴⁷⁾ 이러한 과소화 현상은 매우 빠르게 진행되었다. 1980-1990년 기간 중에 과소지역 면 수는 24%에서 53%로 증가하고, 인구를 기준으로 하면 17%에서 40%로 증가하였다.

충남권의 4개 부락에 대한 장기간(1985-2001)의 사례조사에 의하면 1985-1997년 사이에 4개 마을의 총인구는 778명에서 401명으로 감소했다. 4개 마을의 연평균 인구 감소율은 근교마을이 3.7%, 평야마을이 4.8%, 중간마을이 5.5%, 산간마을이 9.1%로 나타나 도시에서 멀어질수록 인구 과소화의 경향이 높아지는 것을 알 수 있다. (중략) 초등학교가 폐쇄되고, 소매기능이 약화되는 등 지역경제와 지역사회기능이 약화되고 있다. 인구가 적정 수준에서 유지되지 못함으로 인해서 시장, 학교, 병·의원, 약국 등과 같이 지역사회 유지에 필수적인 공공서비스 시설들이 축소 또는 소멸되고 있는 것이다.²⁴⁸⁾

이상에서 서술한 것처럼 1990년대 농어촌은 급격한 사회경제적 변화를 경험했지만, 이러한 추세적 변동과 보건 의료 환경의 변화는 농어촌 지역의 보건 의료 서비스 또는 보건 의료 체계에 서로 다른 방향으로 작용했다. 민간 의료 기관의 양적 증가는 공공부문의 역할을

246) 박대식, 박경철. 농촌 지역사회의 변화 동향과 전망. 20쪽.

247) 정기환 외. 농촌 인구 과소화지역의 유형별 특성과 대책. 7-8쪽.

한국농촌경제연구원. 1999.

248) 이정환(편). 농업전망 2000. 130-131쪽. 한국농촌경제연구원, 2000.

위축시켰는가 하면, 포괄적 보건사업의 수요 증가는 반대로 공공부문의 기능이 확대될 가능성을 제공했다. 보건의료자원의 급속한 증가는 농어촌 지역까지 자원이 확충될 수 있는 기반이 되었지만, 노령화와 과소화는 많은 농촌 지역사회를 경제적 규모에 이르기 어려운 상황으로 만들어 놓았다. 특히 민간부문으로서는 ‘시장성’을 장담할 수 없게 되면서, 결과적으로 농어촌 지역에서 민간부문이 위축될 가능성도 열어 놓게 된다. 민간부문이 확장의 동력을 잃어버린다는 것은 곧 공공부문이 기능할 공간이 남는다는 뜻이다.

2. 보건의료서비스 체계 정비와 보건진료소

앞에서 서술한 대로 일차적인 자원확충이 진전됨에 따라, 이들 개별 자원을 어떻게 하나의 체계로 만들 것인가 하는 것으로 관심이 옮겨 갔다. 체계에 관심이 커진 직접적인 이유는 1989년의 의료보험 전면 실시였다. 즉, 의료보험의 효율적인 운영을 위해서는 의료이용의 경로를 효과적으로 관리할 필요가 있었고, 이는 의료기관의 기능에 따른 단계적 진료체계와 후송, 회송체계의 확립을 필요로 했다.²⁴⁹⁾ 이렇게 해서 만들어진 것이 8개 대진료권과 140개 중진료권으로 이루어지는 진료권 설정과 3차 진료기관의 직접 진료를 제한하는 진료체계 구축을 핵심으로 하는 이른바 ‘의료전달체계’였다.²⁵⁰⁾ 당시 논의된 의료전달체계의 구상은 의료를 지역화하고, 의료기관 사이에 기능을 분담하고 연계시키며, 진료권과 의료보험 관리체계를 효율적으로 연계하고, 의료제도의 개선을 함께 추진한다는

249) 보건사회부. 1990년 보건사회백서. 118-123쪽.

250) ‘의료전달체계’라는 용어는 정확한 것이라고 보기 어렵다. 이는 ‘health care delivery system’이라는 용어를 옮긴 것으로 짐작되는데, 환자로서는 의료이용체계나 진료체계, 의료제공자로서는 의료제공체계가 더 정확한 용어가 아닌가 한다.

것이였다. 주목할 것은 이러한 방향에서 의료기관의 기능 분담, 지역화, 공공과 민간기관 사이의 역할 분담, 진료권별 의료기관의 적정 배치 등의 정책방안이 자연스럽게 논의되었다는 점이다.

이미 이때는 민간부문이 상당히 확대된 시기였다. 따라서 1960년대 이후 취약지역의 보건의료 문제를 해결하기 위하여 개발된 지역보건이나 일차보건의료의 개념과 전략, 실천은 전반적인 체계 속에서 크게 축소된다. 내용은 치료 기능에 한정되고 지역은 '지역의료사업' 혹은 '취약지역'에 제한되었다. 다시 말해 지역보건체계는 전국적인 진료망 혹은 의료전달체계의 한 가지 하위요소로 축소된 것이나 다름없게 되었다. 보건진료소는 이러한 맥락에서 의료전달체계의 가장 일선에 존재하는 '의료기관'으로서의 역할을 더 강하게 요구받게 된다.

1) 지역보건의료체계 구상

이 과정에서 의료서비스와 지역보건, 일차보건의료 등을 통합하는 하나의 체계를 구축하려는 시도가 없었던 것은 아니다. 그것이 '일차보건의료에 기초한 지역보건의료체계'의 전략이였다. 그러나 결과적으로 이러한 전략은 전체적인 보건의료체계에 전면적으로 적용되지 못한다.

일차보건의료 개념이 소개된 이후 실제 국가보건의료에 적용하는 과정에서 일차보건의료는 여러 가지 도전에 직면하게 된다. 우선 일차보건의료 사업들이 지속적이지 못하고 효율성이 떨어진다는 점이 제기되었다. 이는 일차보건의료가 전염병이나 가족계획, 모자보건 등 특정 과제를 중심으로 '수직적(vertical)' 형태로 진행되는 데에서 생긴 문제였다.²⁵¹⁾ 이러한 접근은 효율적이고 측정이 쉽다는 점에서 단기적인 성공을 거둘 수 있지만 지속성이 떨어졌다. 또한

지방 분권화가 성공적으로 수행되지 못하는 경우, 일선에 있는 지역 보건 당국과 담당자가 권한과 예산을 충분히 갖지 못하고 지역사정에 맞는 사업을 진행하기 어려웠다. 특히 주목을 받은 것은 자체충족적인 지역보건의료체계를 기획하고 운영할 수 있는 보건당국의 권한과 치료 서비스의 중심이 되는 병원 서비스의 관리 권한이었다. 이러한 맥락에서 지역을 단위로 보건사업과 일차의료 서비스 그리고 첫 번째 의뢰 병원으로서 지방병원 기능을 통합하는 체계가 대안으로 대두된다. 이것이 이른바 ‘일차보건의료에 기초한 지역보건의료체계(District Health Systems based on Primary Health Care, DHS)’ 전략이다.²⁵²⁾

한국에서는 1989년부터 세계보건기구가 지원하는 가운데 지역보건의료체계 전략을 기초로 경기도 연천(서울대 의대), 강원도 화천(한림대 의대), 전남 곡성(전남대 의대), 대구시(영남대 의대) 등에서 시범사업이 실시되었다. 기존전략에서 출발한 것이지만 이 사업들의 특징은 지역보건 당국과 ‘일차의뢰병원’을 통합적으로 운영하

251) 사실 일차보건의료가 수직적 형태가 되었다는 것은 그 사이 일차보건의료 전략이 바뀌었기 때문이다. 즉, 얼마마타 선언 당시의 일차보건의료는 포괄적 접근을 지향했으나, 그 이후 보건사업의 효율성과 실행가능성, 평가의 용이성 등을 강조하면서 ‘선택적 일차보건의료(selective PHC)’라는 전략이 개발된다. 이는 몇 가지 필수적인 보건사업에 초점을 맞추고 별도의 체계를 구축하여 단기간 내에 효과를 거두는 것을 목표로 한다. 모자보건, 결핵관리, 전염병관리 등이 이 때 채택된 대표적인 프로그램들이다. 선택적 일차보건의료에 비교하여 당초의 접근을 ‘포괄적 일차보건의료(comprehensive PHC)’라고 부른다.

252) 김용익. 지역의료체계의 개념에 의한 우리나라 의료조직체계 개편방안에 관한 연구. 병원연구 1987;11:45-58; 강복수. 일차보건의료에 기초한 지역보건의료체계. 영남대학학술지 1988;5(1):1-7; Shin YS, et al. *The Role of Hospital at the First Referral Level for Attaining Health for All*. Institute of Hospital Services, Seoul National University, 1989; 이정애. 일차보건의료에 기초한 지역보건의료체계 연구개발사업. 공공보건의료 기능활성화를 위한 지역보건의료체계 확대방안 워크샵 자료집. 1993.

면서 보건기획과 관리, 치료 서비스, 보건사업을 통합하고자 한 것이다. 사업에서는 지역(district)을 중소도시와 시, 군으로 설정하였고, 이는 기획능력을 갖춘 최소의 단위로 인구가 5만-30만 정도의 지역을 택했기 때문이다. 기본전략으로 농촌지역에서는 ‘보건의료원’(일차의뢰병원)을 두고 그 하부단위로 보건지소와 보건진료소라는 조직체계를 가지도록 했다. 보건의료원은 보건기획과 관리의 행정기능과 일차의뢰병원의 기능을 통합한 형태이다. 또한 보건지소와 보건진료소에 기술적 지원(technical support), 행정적 지원(administrative support), 교육훈련(education and training) 제공 등의 기능을 수행하였다. 또한 이러한 기능을 촉진하기 위하여 부문간 협력(intersectoral collaboration)과 지역사회 주민참여(community participation), 보건사업조정(programme coordination)의 3대 요소가 주요 조건으로 제시되었다.

지역보건의료체계 전략이 보건지소와 보건진료소의 위상을 직접 바꾸지는 않았다. 보건지소와 보건진료소의 관계를 재설정하지 않았으며, 보건소가 보건의료원으로 이름은 바뀌었지만 과거부터 있던 보건당국으로서의 관리 기능은 크게 달라지지 않았기 때문이다. 그러나 보건의료원이 되면서 일차의뢰병원의 역할을 강조함으로써 진료 측면에서는 의뢰관계와 기술적 지원이 크게 강화되었다. 또한 보건의료원과 보건지소/진료소 사이에 기술과 행정지원의 기능이 강조되었으므로, 적어도 지역단위에서는 단계별 기능과 역할 분담이 체계화되는 효과를 발휘했다. 지역의료체계의 틀 속에서 보건지소와 진료소를 포괄하는 통합적 체계에 대한 관심이 커졌고, 과거에 지적되었던 보건기관 간의 역할분담과 연계관계를 강화하려고 했다.

비슷한 시기에 시작되었고 지역보건의료체계 전략과 연관된 정책이 이른바 ‘병원화 보건소’ 사업이다. 정부는 1988년과 1989년에 걸쳐 보건의료 시설이 다른 지역에 비해 상대적으로 취약한 농촌지

역을 선택하여 기존의 보건소에 진료서비스 제공을 강화하고자 보건소를 ‘병원화’하는 사업을 실시했다. 이 사업 결과 모두 15개 보건소가 ‘보건의료원’으로 개편되었고 새로운 형태의 시설과 조직을 가지게 되었다. 기존의 보건소는 주로 보건행정과 예방보건사업을 실시하며 자체의 병상을 가지고 있지 않으나, 보건의료원은 기존의 보건소 기능에 더해서 자체의 병상을 가지게 된 것이다. 그러나 보건의료원은 처음부터 진료기능에 초점이 맞추어진 것으로, 전체 지역보건체계의 구축이라는 목표는 상대적으로 약했다. 시작부터 병원 기능의 보완을 강조했기 때문에 1986년 당시 병원이 없던 41개 군 중 농어촌발전기금으로 민간병원을 신설할 수 없었던, 즉 민간을 보완한다는 의미에서, 15개 군에 설치한 것이었다.²⁵³⁾ 따라서 외형은 지역보건의료체계에서 말하는 일차의뢰병원과 비슷하나, 지역보건의료체계 전체의 구성은 약할 수밖에 없었다.

지역보건의료체계 개념이 제시되고 일부 지역에서 시범사업도 진행되었지만, 1990년대 중반 이후 시범사업은 체계 전체에 대한 사업보다는 만성병관리, 방문보건, 정신보건 등 개별 사업으로 전환한다. 정부의 병원화 보건소 정책으로 만들어진 보건의료원들이 이 전략을 적극적으로 수용했다는 증거도 없다. 이것은 일차보건의료에 기초한 지역보건의료체계 전략이 (더 진전된 개념을 제시했지만) 이전의 일차보건의료에 버금가는 하나의 체계로서 한국에 제대로 뿌리내리지 못했다는 것을 뜻한다. 이 전략이 기대한 만큼의 충분한 성과를 거두기 어려웠던 가장 중요한 이유는, 앞에서 설명했듯이 보건의료체계의 민간우위적 성격이 급격하게 강화된 데에서 찾을 수 있다. 전반적으로 의료자원의 공급이 확대되면서 농촌지역에서도 민간 의료기관이 크게 늘어났고, 그 결과 일차의뢰병원의 위상이 약화

253) 나백주 외. 보건의료원 운영 평가 및 발전 방안 연구. 건강증진기금사업단·보건복지부, 2007.

되는 한편 보건당국의 지도력도 제대로 발휘되기 어렵게 되었다. 특히 공공부문의 일차의료병원이 지역에 새로 들어선 민간병원들과 경쟁자 관계가 되면서 지역보건의료체계 전략 전체가 지역에서 지도적 위치를 잃을 수밖에 없었다. 그 결과 지역보건의료체계는 공공기관만의 것이 되었고, 보건사업을 제외하면 지역 전체를 포괄하면서 ‘권위’를 가진 중심으로서의 기능을 발휘하지 못한다.

지역보건의료체계 전략이 당초 목표를 제대로 달성하지 못하고 위축되면서, 이후 한국에서는 일차보건의료와 관련된 논의와 시도가 사실상 사라지게 된다. 2008년 세계보건기구가 세계보건보고서를 통해 일차보건의료를 다시 논의할 때까지 일차보건의료는 한국 사회, 한국의 보건의료와는 무관한 것이 되었다. 결국, 민간이 압도적 우위를 차지하는 한국의 보건의료에서 일차보건의료 논의가 완전히 주변화 됨으로써 지역을 기반으로 하는 포괄적 보건의료체계는 더 이상 논의하기 힘들게 된 것이다. 물론 이런 사정은 한국에서만 나타났던 것은 아니다. 다른 나라에서도 일차보건의료나 지역사회보건의 국가 차원에서 건강문제를 해결하는 핵심 전략으로 뿌리를 내리지 못했다.

2) 보건진료소의 진료 기능

보건진료소의 진료량은 1990년대 내내 꾸준히 증가했다. 1990년 1일 9.8명이던 외래환자 수는 1999년에 14.4명에 이른다. 같은 기간 동안 농어촌의 인구가 감소했다는 것을 고려하면 이는 매우 큰 증가라고 할 수 있다. 물론 전체 의료이용에서 차지하는 비중은 1990년대 후반으로 갈수록 다소 줄어드는 경향을 보이고 2000년에는 상당히 떨어진다(표 22). 그러나 보건지소와의 격차는 갈수록 줄었고 2002년에는 앞지르기도 했다.

이처럼 (적어도 진료실적이 줄지 않거나) 오히려 늘어난 것은 농촌인구의 고령화와 만성병 증가가 크게 영향을 미친 결과일 것이다. 아울러, 민간기관이 증가했는데도 일차의료 제공자로서의 보건진료소의 역할이 여전히 중요했다는 것을 뜻한다. 1998-1999년 실적을 보면, 호흡기 질환의 경우 보건진료소가 위치한 지역주민의 66.2% (실인원수 기준)가 보건진료소를 이용해서 보건지소의 59.7%보다 높다. 고혈압은 39.9%로 보건지소의 67%보다 낮았으나, 당뇨병은 해당 지역 주민이 보건진료소를 이용하는 비율이 1.9%에 지나지 않았다.²⁵⁴⁾ 이러한 통계는 적어도 위치하는 지역 내에서는 보건진료소가 지역의 통상적인 진료 수요를 해결하는 일차적인 기관으로서의 기능을 하고 있음을 나타낸다.

표 22. 의료기관 종류별 1일 외래환자 수 변화추이

(단위: 명)

기관종류	1990	1992	1994	1996	1999	2002
종합병원	494.1	563.8	586.0	652.4	713.2	740.7
병원	135.3	129.3	132.1	126.8	110.4	110.4
치과병원	209.2	261.8	198.6	204.1	103.6	79.6
한방병원	94.2	93.1	92.3	96.7	99.3	86.3
의원	63.2	56.0	58.5	58.3	57.5	61.2
치과의원	20.6	20.6	18.2	17.4	15.9	16.4
한의원	9.8	11.0	13.2	17.6	17.6	22.5
보건의료원	135.9	135.9	120.6	123.6	111.8	99.8
보건소	82.2	105.5	97.3	143.0	107.8	76.8
보건지소	29.1	22.4	20.0	21.3	25.3	16.2
보건진료소	9.8	9.0	10.9	13.4	14.4	12.4
조산원	1.5	1.7	1.6	1.5	0.3	1.0
전체	44.3	41.0	41.5	43.0	42.7	45.6

자료: 도세록 외, 의료이용 환자의 상병변화 및 특성분석, 96쪽, 한국보건사회연구원, 2004.

254) 김재용 외, 건강증진사업의 효율성 제고를 위한 공중보건 의사 활용방안 개발, 69-71쪽, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2001.

표 23. 의료기관 종류별 외래환자 구성의 변화추이

(단위: %)

의료기관종류	1990	1992	1994	1996	1999	2002
종합병원	10.4	11.6	11.4	12.3	11.4	9.8
병원	4.3	4.0	4.3	4.2	3.9	4.1
치과병원	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.4
한방병원	0.3	0.4	0.5	0.5	0.7	0.6
의원	64.1	61.2	61.8	59.3	62.3	65.0
치과의원	10.0	12.1	10.8	10.2	9.5	8.6
한의원	3.2	4.0	5.3	7.1	6.9	8.5
보건의료원	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
보건소	1.9	2.3	1.9	2.2	1.5	0.8
보건지소	3.5	2.5	2.0	1.9	1.9	1.0
보건진료소	1.9	1.6	1.7	1.9	1.6	1.1
조산원	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
모자보건센터		0.0				
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 도세록 외, 의료이용 환자의 상병변화 및 특성분석, 94쪽, 한국보건사회연구원, 2004.



그림 18. 1990년대 초 보건진료소 내부(경기도 연천).

전반적으로는 진료 기능이 활발했지만, 보건진료소의 진료는 지역에 따라 편차가 매우 컸다. 지역의 사회경제적 상황, 교통, 의료기관의 증가 등에 따라 일부 보건진료소의 진료기능은 크게 축소되었다. 이에 따라 어떤 지역에서는 보건진료소 자체를 없애려는 시도도 나타난다. 이는 지역보건체계의 구축 혹은 '합리화'라는 명분과 밀접한 관련이 있다. 보건복지부의 방침을 옮긴 연합뉴스의 보도를 옮기면 다음과 같다.²⁵⁵⁾

올해부터 농어촌의 보건지소와 보건진료소가 대형으로 통합추진된다. 보건복지부는 28일 농어민 감소 등 농어촌의 환경변화로 운영의 효율성이 떨어지는 면단위 보건지소와 마을단위 보건진료소를 지역별로 묶어 통합보건지소로 통폐합해나가기로 했다. 복지부의 이같은 통폐합 방침은 농어촌 인구의 지속적인 감소로 인구 비중이 향후 20여년간 국민의 10% 수준 내외로 낮아질 것으로 전망되는 데다 교통의 발달로 종전처럼 면단위로 보건지소를 운영할 필요성이 줄고 있기 때문이다. 현재 전국에는 면단위별로 1천3백3곳의 보건지소와 함께 오지마을 2천45곳에 보건진료소가 운영되고 있다.

복지부는 이에 따라 진료실적이 떨어지는 보건지소를 폐지하고 인근 교통요지에 보건지소 2-3곳과 보건진료소 1-2곳을 통합한 형태의 통합보건지소를 설치해나가기로 했다. 복지부는 이같은 보건소 체계 개편방안을 확정 전국 10개도에 시달하고 연내 도별로 2개 이상의 통합보건지소를 설치하도록 했다. 통합보건지소는 시설기준면에서 종전의 보건지소 60평보다 1백10평이 늘어난 1백70평으로 대폭 늘려 보건지소가 1차 의료기관으로서의 기능을 다할수 있도록 했다. 특히 진료인력은 ▲의사 치과의사 각 1명 ▲간호사 및 간호조무사 2명 ▲통합보건요원 2명 등 6명에서 크게 늘려 의사정원을 1명 추가하고 간호사 등 진료보조인력을 10-11명을 두는 등 전체 인력을 3배 가까이로 늘리기로 했다.

복지부는 보건지소와 보건진료소의 통합추진을 계기로 앞으로 보

255) 연합뉴스. 1995년 2월 27일.

건진소는 환자진료 및 주민보건관리 이외에 가정을 직접 찾아가 필요한 보건서비스를 제공하는 방문진료 활동을 실시하도록 했다. 복지부는 이를 위해 휴대용 검사장비를 보건진소에 공급, 방문보건사업이 효율적으로 실시되도록 지원해줄 계획이다. 복지부는 특히 올해 설치되는 통합보건진소에는 우선적으로 방문보건사업의 실시를 위한 진료차량을 배정해 관내 농어민에 대한 방문진료 활동이 활성화되도록 유도키로 했다. 복지부 관계자는 "면단위로 설치된 보건진소 등 농어촌 공공의료기관을 중심지역별로 통폐합하면 진료능력이 배가돼 농어민들에게 내실있는 1차 진료서비스를 제공할 수 있게 된다"고 설명했다.

1990년대 중반은 보건진료소의 기능설정의 측면에서 큰 변화의 시기였다. 지역별로 진료기능의 필요성이 달라지고, 국가적으로는 지역보건체계의 정비와 건강증진이 중요한 과제가 되었다. 보건진료소가 본격적인 도전을 맞게 된 것이다.

3) 지역보건의 강화와 건강증진사업의 활성화

이미 서술한 대로, 1990년대 중반은 한국의 공공보건의료체계가 새로운 모습을 갖추게 되는 시기이다. 법의 개정과 새로운 법의 제정이 반드시 시대적 필요를 그대로 따르는 것은 아니지만, 법의 변화는 구체적인 현실을 반영하는 중요한 지표임을 부인할 수 없다. 1995년을 전후하여 보건소법이 지역보건법으로 개정되었고, 국민건강증진법과 정신보건법이 연이어 제정된다. 이러한 법의 제·개정은 한국 보건의료체계의 그전까지의 구조적, 경향적 변화를 명확하게 반영한 것인 동시에 정책적 의지를 담은 것이기도 하다.

앞에서 이미 설명한 것과 같이, 전국민의료보험 실시를 계기로 민간부문 중심으로 의료서비스 공급체계가 갖추어지고, 공공부문은

새롭게 대두되는 정책과제 중 민간부문이 해결하기 어려운 영역을 중심으로 기능과 체계를 정비하게 된다. 이러한 과정은 사실상 '의료'와 '보건'을 구분하는 것이었고, 동시에 '공공'과 '민간'의 역할 분담을 더 명확히 하는 것이었다. 의료보험과 이에 기초한 의료전달체계 구축이 의료를 다룬 것이었다면, 보건의 여전히 1962년의 보건소법 체계에 묶여 있었다. 분리가 진행될수록 각각의 영역은 완결된 자기 체계를 지향하는 법이다.

지역보건법은 행정기관설치법의 성격을 띤던 보건소법을 행위법의 성격을 갖도록 바꾼 것이었다. 이 법은 보건의료 환경의 변화는 물론, 당시 새롭게 시작된 지방자치제를 배경으로 하고 있다. 즉, 지방분권이라는 새로운 상황에서 지역보건활동에 기본이 되는 사항을 정하고 지역보건의 행정과 관리에 필요한 기본적 요소를 정하려고 한 것이다. 아울러, 현실적으로는 "지방자치제 실시 하에서 보건부문이 상대적으로 위축되지 않고 활성화될 수 있는 여건을 조성하는" 목적이 있었다.²⁵⁶⁾ 결국 핵심은 보건소를 지역주민의 건강향상을 위한 지역 중심기관으로 만들고자 하는 것이었다. 구체적으로는 지역보건법은 보건소법에서 진전된 몇 가지 사항을 가지고 있었다. 즉, ① 지방자치단체가 종합적인 지역보건의료계획을 수립하고 추진하게 하고, ② 보건소 업무에 건강평가, 건강증진 등의 국민건강증진사업, 가정과 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업, 만성퇴행성질환의 관리 등을 추가했으며, ③ 보건소 업무를 의료기관 등에 위탁하거나 의료인에게 대행하게 할 수 있게 한 점 등이 그것이다.²⁵⁷⁾

지역보건법의 의의는 여러 가지이지만, 가장 중요한 것은 모든

256) 남정자 외. 지역보건의 정책과제와 활성화 방안. 2쪽.

한국보건사회연구원, 1996.

257) 앞의 보고서. 2-3쪽.

보건소로 하여금 지역단위의 포괄적 기획 기능을 하도록 요구하였다는 점이다. 사실, 지역보건의료계획은 지역보건법이 제정되기 1년 전인 1994년 농어촌 의료서비스 개선사업에 지역의료계획이 연계되기 시작하면서부터 시작되었다. 즉, 농어촌 공공의료기관 기능보강을 위한 자금을 지원하면서 각 지자체(보건소)가 작성한 지역보건의료계획을 정부가 평가한 후 선별 지원하는 방식을 취한 것이다. 지자체로서는 상당한 규모의 지원이었으므로 각 지자체 보건소가 처음으로 지역보건의료계획을 수립하게 된다. 이후 지역보건법에 규정이 명문화되면서 지역보건의료계획 수립이 본격화되었다. 경과가 어떻든 자체적으로 보건의료계획을 수립하게 되었다는 것은, 각 지방자치단체가 기획기능을 발휘해야 하고 지역보건체계를 구상해야 한다는 것을 의미했다. 이러한 과제를 통해 지역보건인력과 지방자치단체, 나아가 주민들은 직접, 간접으로 영향을 받을 수밖에 없었다.²⁵⁸⁾

지역보건의료계획이 기대한 것은 단기간 내에 성취될 수 있는 목표는 아니었다. 보건소 내부적으로는 전문성과 경험이 부족했으나, 무엇보다 지역단위 보건기획이 현실에서 실제적으로 작동되는 것이 되기까지는 많은 시간이 필요했다. 사실 이는 현재까지도 완전히 충족되지 않은 미완의 과제이다. 이러한 상황 속에서도 보건소는 법에 의해 그리고 정부의 지원자금을 먼저 확보하기 위해 최선의 지역보건계획을 수립하여야 했다. 미리 준비된 역량이 부족했기 때문에 이 과정에서 많은 보건소들이 외부 자원(대학 등)의 지원을 받았다. 법에 정해진 의무를 충족하는 것에 급급하여 요식행위에 그친 경우도 적지 않았다. 그러나 보건소는 이 과정을 통하여 지역의 상

258) 예를 들어 지역보건의료계획에서는 주민 참여를 의무화하고 있었다. 처음에는 형식적으로 운영될 수밖에 없었으나, 장기적으로는 주민들도 영향을 받은 것을 부정하기 어렵다.

향을 좀 더 정확하게 파악하고, 내부 역량을 강화하였으며, 초보적이지만 통합적 시각과 지역보건'체계'라는 관점에서 사업계획을 수립하는 경향이 강화되었다는 것은 부인하기 어렵다.

길게 보면 지역보건법의 시행은 보건진료소가 지역보건의료체계에 더욱 통합되는 방향으로 작용했다. 느리지만 지역의 기획기능이 강화됨에 따라, 보건진료소의 자체 기능은 물론 다른 기관과의 상호관계에 대한 논의와 구상이 진전될 수밖에 없었다. 외형적으로는 당장 큰 차이를 불러 왔다고 하기 어려우나, 보건진료소 역시 지역단위 보건기획의 한 요소가 된 것이다.

지역보건법과 함께 특히 내용적으로 공공보건의료체계의 핵심을 차지하게 된 것이 건강증진사업이었다. 생활양식과 주요 건강문제의 급격한 변화는 보건사업의 새로운 접근을 불가피하게 만들었다. 과거부터 예방의 중요성은 강조되어 왔지만, 새로운 건강과 보건환경에서는 건강증진사업이 중요한 보건사업의 하나로 등장했다. 사회적 관심과 정책적 대응의 필요성을 반영하여 1995년에 국민건강증진법이 제정되었고, 이 법에 근거하여 건강증진기금이 조성되어 1998년부터 건강증진사업 운영에 재원을 조달할 수 있게 되었다. 정부 중앙조직에 건강증진 전담 조직(보건증진국, 건강증진과)이 만들어진 것도 같은 해인 1998년이다.

건강증진은 본질적으로 치료와는 구분되며, 여러 분야를 포괄하고, 지역사회 지향적이라는 특성을 가진다. 이러한 건강증진이 새롭게 공식적인 보건사업이 됨에 따라 당연히 공공보건기관의 역할이 중요하게 부각되었다. 국민건강증진법 자체가 국가와 지방자치단체가 지역사회보건사업을 적극적으로 추진하도록 규정하고 있었다. 새로운 법체계에서 각 지방자치단체의 보건소가 지역사회 건강증진의 중심기관 역할을 부여받았던 것은 당연하다. 보건소 중심의 건강증진사업은 국민건강증진법이 제정된 이래 초기도입 단계로 1998년 9

월부터 전국 18개 건강증진 거점보건소에서 2001년 6월까지 시범 사업이 운영되었다. 2002년 10월에 100개 보건소, 2004년에는 156개 보건소로 사업이 확대되었고, 2005년부터는 전국 모든 보건소에서 건강증진기금지원을 받아 건강생활실천사업을 실시하고 있다.²⁵⁹⁾

오래 동안 보건의료 행정과 수직적 보건사업(가족계획, 결핵관리, 모자보건 등)을 기초로 발전해 온 보건소가 새로운 기능을 즉시 수행한다는 것은 현실적으로 기대하기 어려웠다. 따라서 보건소가 건강증진사업을 수행하는 과정에서는 다양한 문제점이 드러났다. 예를 들어 지역별 특성이 고려되지 못하고, 업무운영에 비효율이 발생하고 포괄적인 건강관리가 이루어지지 않으며, 민간부문과의 연계가 부족하다는 것이다.²⁶⁰⁾ 이러한 문제점은 보건소를 중심으로 한 지역 건강증진 사업의 모형이 제대로 개발되어 있지 않거나, 혹 있다 하더라도 보건소가 그것을 수행할 여건을 갖추고 있지 못한 데서 비롯되는 것이었다. 무엇보다 중앙정부와 광역자치단체의 전략과 기술 지원이 중요했으나, 보건소의 취약한 상황을 보완해 줄 수준에 이르지 못한 상태였다. 또한 건강증진사업의 특성상 일률적인 지침을 제시하기 어렵고 각 지역별 상황에 따라 유연하게 접근할 수밖에 없으나, 이에 필요한 보건소의 기획과 전략개발 역량은 아직 충분하게 개발되지 못한 상태였다. 1995년 지역보건법에서 보건소의 업무를 새롭게 정해 놓았지만, 보건소 업무의 평가와 표준화 노력은 1990년대 후반에서야 나타난다. 즉, 1998년 상반기 중 우선 15개 보건소 업무를 재평가하고 표준화의 시안을 마련하였으며, 3년 계획으로 이를 완성하여 보건소 업무에 적용할 계획이었다.²⁶¹⁾ 따라서 이 시

259) 이주열. 보건소 건강증진사업의 과거와 미래.

보건교육·건강증진학회지 2007;24(2):135-48.

260) 앞의 논문.

261) 보건복지부. 1998년 보건복지백서. 185쪽. 여기에서 정부는 “보건소의 기존업무와 신규업무를 재평가하여 사업을 표준화하고, 지침서를 개발함으로써 전환기에 처한 지역 보건사업을 지원할

기 지방자치단체와 보건소는 건강증진의 중요성과 사업개발의 필요성을 인식하기는 했으나 구체적인 실천을 하는 수준에는 이르지 못한 경우가 많았다.

이런 상황에서 보건소보다 더 일선 보건기관인 보건지소나 보건진료소가 건강증진사업에 적극적인 역할을 할 것을 기대하기는 어려웠다. 전체 지역 차원에서도 이들 기관까지 포괄하여 체계적으로 사업을 기획하고 수행하는 역량을 갖추지 못한 상태였다. 사업을 수행하는 경우에도 지역 건강증진의 핵심이라 할 수 있는 지역단위 사업보다는 기관을 중심으로 한 사업형태에 머물렀다. 그 결과 보건진료소의 건강증진사업 역시 한정된 범위에 머물렀고, 방식과 내용도 부분적인 차원을 벗어나기 어려웠다. 특히 근무 여건상 지역 전체를 대상으로 한 사업을 하기에는 근본적인 어려움이 따랐고, 민간 부문과의 협조를 통한 통합적인 접근도 현실적으로는 가능하지 않은 경우가 많았다. 따라서 보건진료소에서의 건강증진 사업은 기존 환자관리와 연계된 방식으로, 보건진료소 내부에서, 간단한 교육 프로그램 위주로 수행되는 경향이 강했다.

이러한 경향은 실증적인 자료로도 뒷받침된다. 2001년 현재 전국 보건진료소가 수행하는 건강증진업무는 고혈압과 당뇨병을 비롯한 만성병 예방과 관리를 위한 보건교육, 각종 운동교실, 금연, 금주, 영양 프로그램 등이었다.²⁶²⁾ 보건진료원들은 대부분 고혈압과 당뇨병 관리를 위한 보건교육을 실시하고 있다고 응답하였고, 개인별 일대일 교육을 주로 하고 교육 대신에 건강정보지를 제공하는 진료소도 소수 있었다. 교육대상자는 투약관리를 받고 있는 환자보다 대다수로 건강한 주민까지는 포괄하지 못하고 있다. 보건진료원들은

필요성이 매우 크다”고 배경을 설명하고 있다.

262) 송미숙 외. 농·어촌 오벽지 보건진료소의 건강증진사업 활성화 방안.

79-81쪽, 아주대학교 의과대학 간호학부·보건복지부, 2001.

주민들의 반응이 대부분 긍정적이라고 응답하였다. 운동 프로그램은 골다공증 예방운동, 요실금 예방운동, 노인손발체조 에어로빅 등으로, 가장 많은 것은 노인을 대상으로 하는 손발체조 프로그램이었다. 매일 운영하는 곳은 적었고 대부분이 월 1-2회 정도로 운영하고 있는 상황이었다. 보건진료원이 스스로 평가한 주민의 반응은 대부분이 '그저 그렇다'여서 그리 높은 수준은 아니었다. 한편, 금연교실, 금주교실, 영양교실 등은 이들 프로그램이 전문적인 것이어서 매우 적은 보건진료소에서만 운영하고 있었다, 대부분 건강증진 프로그램은 보건진료원이 혼자 운영하는 실정므로, 사용하고 있는 프로그램의 질에 대해서도 충분히 검증할 여력이 없고, 프로그램을 운영하기 위해 자원봉사자나 전문가를 활용하지 못하고 있었다.

요컨대 보건진료소의 건강증진사업은 (보건소도 마찬가지이지만) 내소자와 일부 목표집단을 중심으로 한 것이었다. 또한 개략적인 방향만 있는 상태에서, 외부로부터 기술지도, 지침, 충분한 근거(evidence)를 가진 프로그램도 제공되지 않은 상태였다. 따라서 충분히 잘 개발된 건강증진 프로그램이나 지역 전체를 대상으로 하는 지역사회 건강증진의 전략을 수행하기에는 역부족이었다고 할 것이다. 법에는 주민과 지역사회의 개념이 들어 있었지만, 특히 국가정책 차원에서 건강증진이 보건소, 보건지소, 보건진료소를 아우르는 구체적인 전략으로 발전하기에는 시간을 더 기다려야 했다.

건강증진사업과 비슷한 시기에 확대되기 시작한 사업이 방문보건사업이다. 이전부터 방문사업은 많은 보건소에서 자연스럽게 수행되어 온 것이지만, 방문보건사업의 법적 근거가 만들어진 것은 지역보건법이었다. 1998년 7월 정부조직 개편시 보건복지부 사무분장 규정 중 지역보건과의 업무로 방문간호사업이 규정되었고, 1999년 2월 경제위기 극복을 위한 조치로 공공근로사업이 실시되면서 전국 보건소와 복지관에 방문간호사를 배치하고 방문간호사업을 실시했

다.²⁶³⁾ 보건소를 중심으로 시작된 방문보건사업은 당초 긍정적인 기능을 할 것이라는 기대가 많았으나, 이 역시 충분한 효과와 가치를 가지는 사업이 되기에는 아직 미흡한 점이 많았다. 전담인력의 부족, 방문보건을 담당하는 인력을 위한 교육과 훈련 프로그램의 미흡, 방문보건 서비스의 질 문제 등이 제기되었다.²⁶⁴⁾ 그러나 다른 무엇보다 방문보건사업의 서비스 내용과 모델이 명확하지 않았던 것이 큰 문제점이었다고 할 것이다.

보건진료소의 방문보건 업무도 비슷한 배경에서 자연스럽게 발전되었다. 보건진료소에서 기다리는 것이 아니라 필요한 주민에게 찾아가서 필요한 서비스를 제공한다는 것은 농어촌의 여건에서 당연한 요구였다. 다음과 같은 한 보건진료원의 경험은 일부에게만 해당되는 한정된 것이라 하기는 어렵다.²⁶⁵⁾

“주민들이 거리가 멀어 방문하기 힘들게 가장 안타깝습니다”

○소장은 버스이용도 어렵고 걸어서 30분이상이 걸리는 보건진료소 방문의 어려움을 겪고 있는 주민을 위해 방문보건진료에도 남다른 열과 성을 다하고 있다.

매월 6,7일은 ○○리 고혈압 당뇨환자관리를 비롯 11,12일 ○○2리, 13,14일 ○○3리, 15,16일 ○○1리, 19,20일 기업체환자관리, 독거노인 방문관리 등 ○소장의 한달간 환자관리는 달력이 빼곡할 정도로 바쁘게 하루하루를 보내고 있다.

“보통 나이가 65세 이상인 어르신들이 많다보니 혈압, 당뇨, 관절은 모르고 지나가시더라고요. 그래서 특화사업으로 중점관리해 어르신들의 건강을 체크해드리고 있습니다”

○소장에게는 특별한 지도가 하나 있다. 각 부락별로 마을지도를

263) 박헌열. 보건소 중심의 방문간호사업 추진방향. 경기도 보건진료원 보수교육 교재. 1999.

264) 김조자 외. 보건소 방문보건인력의 방문보건 업무수행 실태 조사. 한국보건간호학회지 2004;18(1):178-186.

265) 파주타임스. 2005년 8월 31일.

만들어 환자이름과 전화번호를 기입한 이 지도는 어디 누구라고 얘기만 하면 금방 찾아나설 수 있을 정도로 정교하게 그려져 있다.

“이제는 환자이름을 거의 다 외우고 있어 찾아가는 보건진료가 어렵지 않습니다. 또 저에게는 특별한 지도도 하나 있고요.”

○○○ 소장은 나가서 주민들과 부딪히면 문제가 보인다고 말한다. 그제 5년간 한 지역에서 보건진료를 펼친 ○소장의 노하우인 것 같다.

그러나 보건진료원의 근무여건은 방문보건을 공식적인 사업으로 하기에는 제약이 많았다. 무엇보다 인력의 제약으로 일상적인 보건진료소 운영이 지장을 받기 쉬웠기 때문이다. 보건진료소를 '비우는' 일은 가장 빈번한 민원 사항이었다. 아래의 사례는 방문보건과 직접 관련된 것은 아니지만, 보건소의 방문보건사업이 처해 있는 열악한 조건을 잘 나타낸다.

지금 보건진료소·보건지소에 근무하는 이탈, 주민이 기다리는 시간, 이런 것은 저희들이 수시로 감독을 하고 있습니다. 그래서 저희들이 근무감독을 하고 또한 거기의 휴가라든가 연가 이런 회의불참에 대해서도 저희들이 감독을 해서 진료소를 비워놓고 환자들이 대기할 수 있는 시간이 안 된다고 저희들이 많이 제압을 했습니다. 예를 들어서 개인적으로 어떤 휴가를 간다든지 연가를 간다 하더라도 거기 환자가 거기 와서 불편하게 기다리고 있는 시간이라든지 좀 비워놓고 가서 환자가 그 진료소를 찾아와서 허탕치는 일이 없도록 저희들이 관계공무원 또 저희들이 직접 나가서도 관리를 하고 있고 지도감독을 하고 있습니다. 앞으로도 이러한 행위가 없도록 철저히 단속해서 감독을 하겠습니다.²⁶⁶⁾

농촌에서 가장 저렴한 비용으로 편리하게 이용할 수 있는 마을보건진료소가 진료공백 발생으로 인한 민원이 잇달아 제기돼 대책 마련이 시급하다. 최근 ○○면 ○○마을 진료소가 소장의 병가로 지난

266) 논산시의회 본회의 회의록. 1998년 12월 2일.

20일부터 27일까지 진료를 못함에 따라 마을주민들이 불편을 호소하고 나선 것. 또 진료소장들이 회의 참석이나 휴가로 하루만 진료소 문을 닫아도 마을주민들로부터 불평의 소리가 끊이지 않아 대체인력 마련 등의 조치가 하루 빨리 시행돼야 한다는 소리가 높다.

진료소를 이용하는 마을주민들은 “일하다 다치면 옷갈아 입을 필요도 없이 진료소를 찾으면 되고 간단한 질병을 앓아도 아침 저녁으로 시간 날 때 손쉽게 찾을 수 있어 진료소는 꼭 필요하다”고 한결같이 말하고 있다. 특히 농번기철에는 진료소가 문을 닫아 읍에 있는 병원이나 가까운 보건소에 갔다오면 하루가 다 가버려 진료소가 더 절실한데 문을 닫아서야 되겠느냐고 불만을 토로하고 있다.

해남 진료소협회 대표를 맡고 있는 ○○○씨(○○○○마을 진료소장)는 “현재 해남에는 18개소의 마을진료소가 운영되고 있는데 여기에 근무하는 소장들이 일년에 한번도 아프지 않는다는 보장도 없고 회의나 여름 휴가 등으로 자리를 비워야 할 때는 부득불 진료를 못하고 있다며 진료공백에 대한 대책이 시급히 마련돼야 할 것”이라고 이야기하고 있다.

일선에서 근무하는 진료소장들은 진료공백에 대한 대비책으로 진료소장급의 인력을 한명 더 확보하여 평상시에는 군보건소 등에 근무하다가 결원이 생기는 진료소를 전담케 하는 방안과, 가까운 진료소나 보건지소에서 파견나와 격일제근무를 하는 방안, 그리고 보건소에서 간호원을 파견하여 간단한 진료라도 하게 하는 방안 등을 제시하고 있다.

하지만 보건소 보건행정 담당자는 1년에 2~3천만원의 예산이 소요되는 진료소장급의 대체인력은 지금 당장 확보하기가 어렵고 마을진료소도 독립채산제로 운영되고 있어 자기진료소 비워놓고 다른 진료소 일을 할 수도 없는 형편이라 한다. 또 격일제근무를 했을 때 진료소장들이 서로 비교돼서 주민들이 좀 더 친절한 소장으로 바뀌달라는 민원이 발생한 예가 있어 이 또한 선뜻 시행하기 어렵다고 말하고 있다.²⁶⁷⁾

이러한 상황에서 방문보건사업은 상당 기간 업무표준이 없었고

267) 해남신문. 2002년 7월 5일

지침이 없는 상태에서 진행되었다. 2000년대 초에 조사된 자료에 따르면 진료와 상담에 비하여 가정방문 횟수는 1988년에 비하여 ‘현저히’ 적었다.²⁶⁸⁾ 비슷한 시기인 2000년 무렵 방문보건사업을 시행하고 있는 보건진료소의 평균 대상환자수는 38명 규모였고, 주로 고혈압, 당뇨병, 관절염, 정신질환, 뇌졸중 등이 대상이 되었다.²⁶⁹⁾ 월 평균 방문횟수는 1.5회, 실시하는 서비스는 간호평가가 93.1%로 대부분이었고, 상담 34.9%, 일상생활 지원이 22.4%를 차지했다.

진료기능 위주의 기능은 큰 변화가 없는 가운데에서도 일부 보건진료소는 일차진료의 필요성이 크게 줄었고, 건강증진과 방문보건 등 새로운 보건사업에 대한 요구가 점차 커지고 있었던 것이 1990년대 중반 이후 보건진료소를 둘러싼 기본적 환경이었다. 새로운 환경과 지역보건의료체계의 부정합성이 점차 더 심화되었고, 이에 따라 2000년을 전후하여 보건소를 중심으로 지역의 공공보건의료체계를 개편 혹은 강화하려는 요구가 나타난다.²⁷⁰⁾ 이는 1998년 경제위기 이후 시도된 정부의 행정개혁 움직임과 맞물려 있으나, 크게는 지역사회 주민의 요구 증대와 다양화, 질병구조의 변화, 보건소의 역할변화에 대한 요구, 공공조직의 효율성에 대한 강조 등이 환경으로 작용했다. 보건소의 문제인식은 “건강증진, 노인건강관리, 구강보건, 방문보건사업, 만성질환관리, 재활사업, 통합적 보건복지 사업 등 보건소의 새로운 사업 내용이 충분히 개발되지 않고 이에 따른 보건소, 지소, 진료소 인력과 조직이 정비되지 못하고” 있다는 것이

268) 이정렬, 유태임. 보건진료소 정보시스템을 이용한 보건진료원의 업무분석. 한국보건간호학회지 2003;17(1):26-34. 이 논문이 지적한 것과 같이 1990년대에는 업무분석 연구가 거의 이루어지지 않았기 때문에 2000년대 초의 자료를 대신 인용한다.

269) 한경희. 보건진료소 방문간호사업의 질 평가에 관한 연구. 19쪽. 순천향대 석사학위논문, 2001.

270) 충북 옥천군 보건소. 건강증진사업의 효율성 제고를 위한 사업 구조개편 계획 (안). 2000.

었다. 인력관리, 지원의 미흡, 직종간 갈등구조, 지도력 부재 등도 지적되었으나, 근본적으로는 조직개편의 필요성이 강하게 제기되었다. 즉, 이미 배치되어 있는 인력의 적절한 활용을 위해 조직개편이 필요하고, 이는 읍면 지역의 공중보건의사, 통합보건요원, 리 지역의 보건진료원을 대상으로 하는 것이었다.

그러나 지역보건의료체계를 강화 혹은 개편하려는 시도는 뚜렷한 성과를 거두지 못하고 2000년대 후반까지 지속된다. 시도→보건소→보건지소→보건진료소로 이어지는 지역보건의료사업 수행체계가 하나의 시스템으로서 원활하게 작동하기는 어려웠다.²⁷¹⁾ 여기에는 여러 가지 이유가 있을 수 있으나, 법 규정의 미비, 평가 체계의 미흡, 지방자치단체의 기획 능력 부족, 지역사회 자원과 인프라 부족 등이 중요하게 작용했다.

무엇보다 중요한 것은 1980년대 말이 되면 이미 지역보건체계는 민간부문은 뺀, 공공부문만의 체계를 의미하게 되었다는 점이다. 앞서 적은 것처럼, 이러한 구분은 공공-민간, 치료-비치료의 구도를 전제한 것이었다, 이러한 구도에서는 공공부문의 진료기능이 부수적인 것이고, 민간 부문과 갈등을 유발하는 것 이상의 의미를 가지기 어렵다. 그러나 달리 생각하면, 지역보건의료체계를 구상하던 이 시기야말로 지역을 기반으로 한 포괄적 보건의료서비스와 그것이 가능한 체계구축을 시도해 볼 수 있었던 좋은 기회였다고도 할 수 있다. 이러한 새로운 구상과 시도가 필요했다는 것은 공공이 민간에 비하여 우위에 서야 한다는 식의 단순한 논리 때문이 아니다. 새롭게 제기되는 건강문제들은 치료와 건강증진, 예방을 명확하게 구분할 수 있는 방식이 아니라 한꺼번에 복합적으로 혹은 연속적으로 적용되는 방식으로 대응할 수밖에 없다.²⁷²⁾ 따라서 치료와 비치료를

271) 이상영, 천재영. 지역보건의료정책의 현황과 개선방안. 47-48쪽.
한국보건사회연구원, 2010.

나누고 각각의 전문적인 의료서비스를 구분하는 방식으로는 효과가 떨어지고 효율이 줄어드는 것이 당연하다. 더구나 여기에 지역사회라는 요소가 더 추가되어야 한다면, 지역보건의료체계는 이러한 요소를 모두 포함한 것이 되어야 한다. 그런 점에서 이 시기 지역보건의료체계는 다시 지역사회보건과 일차보건의료의 전략을 고민해야 할 시점이었다고 할 것이다.

4) 농어촌 의료서비스 개선사업과 시설개선

우루과이 라운드가 타결된 이후 농업과 농민의 사회경제적 환경이 악화될 수 있다는 우려가 커졌고, 이에 농어업의 경쟁력 강화, 농어촌 생활환경 개선, 농어민 후생복지 확충 등의 과제가 제기되었다. 정부는 1994년 7월 1일부터 10년간 한시적으로 농어촌특별세를 부과하여 이에 필요한 재원을 확충하였다.²⁷³⁾ 이러한 배경에서 농특세를 재원으로 하여 실시된 사업의 하나가 바로 ‘농어촌의료서비스 개선사업’이었다.

정부는 1994년부터 1998년까지 농특세에서 4,785억 원을 농어촌보건의료 기능강화사업으로 지원하기로 계획했고, 2000년까지 공공보건의료 기관에만 모두 2,220억 원을 지원하였다.²⁷⁴⁾ 아울러 농어촌 민간 병·의원 기능강화 지원사업(5년간 총 3,370억 원)을 함께 추진하였다. 초기 사업은 대부분 군소재지의 보건소를 병원급으로 확대하는 시설과 장비지원에 집중되었고 농어민의 의료접근도가 높은 면단위 이하의 지역은 순차적으로 지원이 이루어졌다.

272) 예를 들어 다리 관절이 불편한 노인 고혈압 환자가 담배를 피우고 비만이려면 고혈압 치료와 건강증진, 재활 등이 한꺼번에 필요하다.

273) ‘농특세’는 2004년 다시 10년간 연장되었다.

274) 정명채 외. 공공보건의료기관 투자평가사업. 1-2쪽, 보건복지부·한국농촌경제연구원, 2000.

자원투입의 규모도 컸지만, 특기할 만한 것은 공공보건의료시설의 개선이 새로운 사업방식과 방향으로 진행되었다는 점이다. 지역보건의료계획과 연계한 방식은 앞에서 이미 설명한 것과 같다. 뿐만 아니라 내용적으로도 이 사업은 새로운 시설의 개념을 제시하고 사업과의 연계를 강조하였다, 1998년의 ‘농어촌 의료서비스 개선사업 계획서 작성지침’은 공공보건의료기관의 개선 방향을 다음과 같이 제시하고 있다.²⁷⁵⁾

- 권위적이고 정형적인 관공서의 이미지를 탈피하고 주민에게 친근감 있는 외관을 갖추어 주민의 친화도를 높이고, 업무의 능률화, 이용자의 편의성 등을 고려한 충분한 공간확보와 효율적인 실 배치로 기능적이고 효율성이 높은 내부 공간을 확보
- 시설개선사업의 목표: 전염병 등 질병관리 서비스 중심시설에서 건강증진과 질병예방을 포함하는 포괄적인 보건의료서비스 제공시설로 개편되되 획일적이고 노후화된 시설을 주민에게 미래지향적이고 전국 공공보건의료기관의 통일된 이미지를 갖는 시설로 만들.
- 질병구조의 변화, 주민의 보건의료 요구나 선호 등의 변화에 대처하여 새로운 보건의료서비스의 개발, 기존 업무의 질적 향상, 원거리 주민에 대한 보건의료 서비스확대 등에 필요한 장비를 확보
- 장비개선의 목표: 보건의료서비스의 질 제고, 방문보건차량보급과 방문보건사업 활성화, 전산 및 네트워크 장비 지원으로 지역보건 정보체계를 구축.

이러한 계획에 따라 2004년까지 모두 144개의 보건소, 1,271개의 보건지소, 1,899개의 보건진료소가 지원을 받았다. 이 중 보건진료소의 신축 개소수는 165개에 이른다(표 24 참조).

표 24. 농어촌의료서비스개선사업 지원기관수(1994-2004)

275) 정명채 외. 앞의 보고서. 10-11쪽.

(단위 : 개소)

기관유형	2004년 대상기관 수(T)	시설개선 개소수 (A)	시설개 선율(A /T)*100	신축개 소수 (B)	신축률 (B/A) *100	의료장비	방문보건 세트	전산장비	방문보건 사업용 차량	진료소PC
보건소	144	136 ¹⁾	93.7	82	60.3	132	93	143	144	-
보건지소	1,271	392	30.8	362	92.3	273	246	-	20	-
보건진료소	1,899	178	9.4	165	92.7	-	395	-	-	1,103
기타(시도)	9	1				3	-	9	-	-

1) 출장소 포함, 제주시보건소, 고양시 일산구보건소 포함

※ * : 2003년 12월 말 현재 신축지원결정 개소수임.

※ 2개년도 이상에 걸쳐 지원된 경우는 1개소로 산정

자료: 나백주 외. 농어촌의료서비스개선 10개년 추진사업 평가 및 향후계획 정
립. 건양대학교·보건복지부 건강증진기금사업지원단, 2006.



그림 19. 2004년 7월 준공된 전남 장성군 월산보건진료소.



그림 20. 새로운 양식으로 신축된 함평 대각보건진료소.

표 25. 농어촌 의료서비스 개선사업의 표준시설 기준(보건진료소)²⁷⁶⁾

① 면적산정기준

- 보건진료소는 한 가구가 생활할 수 있는 공간과 최소한도의 진찰공간으로 구성함.
- 진찰실은 보건소와 같은 3.3m x 5.4m를 기본으로 하였음
- 진료소의 홀을 확장하여 대기공간을 겸할 수 있도록 하였으며, 대기공간은 주민교육을 고려하여 주민 일인당 1.8㎡를 기준으로 20명의 동시교육이 가능하도록 면적을 산정하였음
- 보일러실은 보건진료소 및 숙소난방용 보일러를 설치하는 장소일 뿐 아니라 외부 보관용 물품(예를 들어, 화단정리기구등)을 보관하는 장소로 다목적으로 활용하는 것을 전제로 면적을 산정하였으며 관리를 고려하여 숙소에 포함시킴
- 숙소는 도시지역 서민주택 규모를 기준으로 면적을 산정하였으며 방 2개와 거실, 주방(식당겸용), 욕실(다용도실 겸용) 등을 설치하였음

② 각 실별 용도 및 면적

실 명	면적(㎡)			비 고
	실수	단위면적(㎡)	면적계(㎡)	
가. 진료활동				
계			59.58	
1) 진찰실	1	17.82	17.82	3.3m x 5.4m, 일반적 진찰
2) 대기공간	1	35.64	35.64	대기실 및 주민교육장소로 이용 고려
3) 화장실	1	3.24	3.24	1.8m x 1.8m, 남·녀 미분리
4) 현관	1	2.88	2.88	1.2m x 2.4m
나. 숙소				
계			56.43	
1) 안방	1	13.86	13.86	3.3m x 4.2m
2) 방	1	8.91	8.91	2.7m x 3.3m
3) 거실	1	16.2	16.2	3.6m x 4.5m
4) 식당 및 주방	1	8.10	8.10	3.0m x 2.7m
5) 화장실	1	4.86	4.86	1.8m x 2.7m
6) 현관	1	1.80	1.80	1.2m x 1.5m
7) 보일러실	1	2.7	2.7	1.8m x 1.5m
총면적			116.01㎡(35.09평)	

주 : 1) 면적계획에서 제시된 면적은 실제 계획시 약 15%의 범위 내에서 증감이 있을 수 있음
2) 규모가 적기 때문에 공용면적은 순면적에 포함하는 것으로 고려하였음.

276) 보건복지부 농어촌의료서비스기술지원단. 2001년 농어촌의료서비스개선사업지침.

① 개선 전



② 개선 후



자료: 나백주 외. 앞의 보고서. 101쪽.

그림 21. 남원시 서도 보건진료소의 신축 전후.

보건진료소의 신증축과 시설개선은 적어도 외형적으로는 민간의료기관의 긴장을 불러일으킬 정도로 괄목할 만했다. 과거의 공공기관이 가진 선입관과 한계를 불식시키자는 사업의 목표가 어느 정도 달성되었다고 할 것이다. 이 사업은 2004년에 1차 연장되어 현재까지 계속되고 있고 보건소, 보건지소, 보건진료소의 수준을 한 단계 향상시키는 데 결정적으로 기여했다. 그러나 아쉬운 것은 개선사업이 시설과 장비 등 '하드웨어'에 치우쳤다는 점이다. 보건의료 서비스 개선에는 시설뿐 아니라, 체계(system), 인력, 사업개발 등이 모두 필요하다. 특히 인력과 사업개발은 서비스의 질에 직접 관련되는 핵심적인 요소이다. 아쉽게도 이러한 요소들은 개선사업에 포함되지 못했다.

이처럼 외형적으로 보건진료소가 개선되었다고 해도 그것만으로 사회경제적 환경, 농촌사회의 변화, 보건의료 환경 변화 등의 외부 조건에 대응할 만한 충분한 조건을 갖춘 것이라 할 수 없었다. 사회경제적 조건의 변화와 보건의료의 양적 확대, 농어촌 사회의 변화와 주민 건강문제의 이동, 의료와 보건의 긴장 등 환경변화가 누적되고, 이는 1998년 경제위기와 정부조직 개편을 계기로 한꺼번에 터져 나온다,

5) 정부의 '구조조정'과 보건진료소

보건진료소의 구조조정은 1998년 경제위기와 정부 조직개편이 직접적인 계기가 되었으나, 사실 1990년대 중반에 이미 예정된 것이라 해도 크게 틀리지 않는다. 지방행정을 관장하던 중앙부처는 이때 이미 변화된 환경 속에서 보건진료소의 존속에 관심을 가지고 축소하는 방향을 정했다.²⁷⁷⁾ 특히 1994년 11월에는 내무부 지시로 전국 시도가 대대적인 조직진단을 실시하고 정비계획을 수립, 보고

하였다.²⁷⁸⁾ 이 때, 광역자치단체가 계획한 것으로 언론에 보도된 보건진료소 폐지도 중앙정부의 방침에 의한 것이었다.²⁷⁹⁾ 그러나 지역 주민들은 보건진료소의 존속을 강력하게 원했고, 일부 보건진료소를 없애겠다는 방침은 주민들의 큰 반발을 불러왔다.²⁸⁰⁾ 특히 1994년 11월 조직진단에 따른 보건진료소 폐지 문제가 알려지자 주민들의 반발과 민원이 빗발쳤다. 지방자치단체는 주민들의 요구와 중앙정부의 정책기조 사이에 모호한 입장을 취하는 경우가 많았지만 적극적인 반대 의견도 적지 않았다. 인구수 대비 인력과 같은 효율성의 논리만 내세우기 힘든데다가 지역 주민의 요구를 무시하기도 어려웠기 때문이었다. 이에 조직진단과 보건진료소 정비를 추진한 내무부도 일선에 시달한 공문을 통하여 “보건진료소 조직진단실시지침에 의해 실시한 자체조직진단결과의 후속조치는 상기의 지도, 감독기능 보강과 관련하여 진료소폐지 인력상계 이외에는 주민불편야기, 민원

277) 예를 들어 내무부는 1994년 3월 감사관 명의로 각 지방자치단체에 공문을 보내 보건진료소 배치를 재검토할 것을 지시했다. “청주시 보건소 산하 2개 보건진료소의 연간 진료실적이 500-1,000건(1일 5-3건) 정도로 지출되는 예산에 비하여 효율성이 낮다고” 지적하면서, “진료대상인구의 일정이하 지역은 상설진료소 설치 대신 차량을 이용한 순회진료제 채택이 바람직”하다고 권고하였다. 내무부. 일선 보건진료소 존속여부 검토. 문서번호 조사 16808-57. 1994년 3월.

278) 내무부. 보건진료소 조직진단실시지침. 1994년 11월 2일.

279) 경인일보. 1994년 12월 20일. “경기도는 도시지역 개발 등으로 진료기능이 감소하거나 주민이용이 저조한 보건진료소 40개소를 폐지하기로 했다. (중략) 도내 19개 시군 2백 16개소의 보건진료소 중 시흥시와 가평, 양평, 안성, 강화군에 있는 진료소를 각각 1개소씩 폐지하고 고양시는 4개소, 포천군은 3개소를 폐지하는 등 모두 12개소를 폐지할 방침이다. 또 법정기준에 미달되거나 운영상태가 부실한 연천군 3개소, 강화군 13개소를 인접 보건지소와 통합하고, 파주군 6개소와 연천군 2개소, 포천군 4개소의 보건진료소는 기동순환진료로 체제를 전환한다.”

280) 앞에서 언급한 경기도의 보건진료소 폐지 조치를 두고 포천군의 한 주민이 신문투고를 통하여 “정부가 이용률 저조를 내세우고 있지만 부녀자 노인들이 지키는 농어촌에서 도시와 같은 높은 이용률을 기대하는 것 자체가 난센스”라고 하면서 “농어촌의 현실을 모르는 탁상행정”이라고 비판하고 있다. 동아일보. 1994년 12월 27일.

발생 등 부작용을 감안 장기적으로 추진”하는 것으로 후퇴했다.²⁸¹⁾

그 사이 조직과 체계의 측면에서 다소 진전된 것이 있지만, 사실 이것은 정책당국이 의도한 것이었다고 보기는 어렵다. 그것은 다름 아니라 보건진료원의 지도와 감독을 위한 별도인력의 배치문제였다. 즉, 보건진료소 업무의 체계화를 위하여 보건소 내에 도(보건과)와 시군(보건소)에 보건진료소 운영지도 전담지도감독관 제도를 신설하자는 제안이 있었던 것이다.²⁸²⁾ 여기에는 보건의료의 감독과 일반적 감독이 이원화되어 있고, 실질적인 지도감독이 “근무기강 차원에서” 이루어지고 있으며, 감독공무원의 잦은 인사로 보건진료원의 질적 향상을 위한 지도가 이루어지지 못하고 있다는 점 등이 중요한 이유로 작용했다. 처음에는 중앙과 지방자치단체가 정원확보의 어려움과 체계상의 불합리성, 보건진료원 제도 자체의 축소 가능성 등의 이유 때문에 반대 의견을 제기했다. 내무부는 앞에서 설명한 보건진료소 조직진단과 정비계획에 따라 잉여인력을 지도감독 요원으로 활용하고자 했으나, 보건진료소의 정비계획이 민원과 불만을 불러일으키면서 계획이 달라졌다. 즉, 15개 이상 보건진료소 설치 시군의 보건소와 도 본청에 보건진료원을 배치(정원은 기존의 자체 정원으로 충원)하는 것으로 결정되었다.²⁸³⁾

1994년에 민원만 발생시키면서 진정되었던 보건진료소의 폐지 문제는 1998년 다시 불거진다. 경제위기 상황에서 집권한 김대중 정부는 경제위기를 극복하는 조치의 하나로 정부조직 개편을 시도했다.²⁸⁴⁾ 이 때 정부조직 개편의 기본원칙 중 하나가 이른바 '작은

281) 내무부. 보건진료소 지도·감독기능보강지침시달. 1994년 12월 28일.

282) 보건진료원회. 보건진료소운영활성화를 위한 개선계획. 1994년 8월.

283) 내무부. 보건진료소 지도·감독기능보강지침시달. 1994년 12월 28일.

284) 당시 경제위기 상황에서 차관을 제공한 세계은행은 차관을 받는 대부분 나라에 ‘구조조정 프로그램(structural adjustment program)’을 요구한다. 이것은 흔히 1단계의 단기적인 거시경제 안정화(통화의 평가절하, 가격 자유화, 긴축재정)와 2단계의

정부'론으로, 사실 이 논리는 이미 김영삼 정부 때부터 시작된 것이었다. 더 멀리는 영국의 대처 정부와 미국의 레이건 행정부 시기부터 비롯된 신공공관리(new public management)의 논리가 한국에 영향을 미친 것이었다. 이러한 배경에서 시작한 정부조직 개편은 각 지역 보건진료소의 존폐에 직접 영향을 미쳤다. 조금 길지만, 언론매체가 보도한 당시의 상황을 먼저 살펴보자. 지역적으로는 비슷하지만, 앞의 기사는 1998년에 그리고 뒤의 기사는 2002년의 것으로 시점이 조금 다르다.

방화보건진료소는 다른 보건진료소와 같이 84년 문을 열었다. 84년 농촌의 복지 향상을 위한 『농촌특별조치법』에 의해 만들어진 것. 방화마을은 진주시와 하동군을 사이에 둔 사각지대로 교통이 좋지 못한 곳에 위치해 있다. 병원이라는 말만 들어도 주눅이 들고 어렵기만 한 마음은 제쳐두고라도 방화마을 주민들이 병원에 한 번 가려면 하루 4번 밖에 안 다니는 버스를 타야 한다. 이런 번거로움 때문에 마을 주민들에게 보건진료소는 적지 않은 위안이 되어 주었던 곳이다. 그런데 지난 9월 초, 방화보건진료소가 문을 닫고 말았다. 공무원에 대한 구조조정 계획에 따라 '이용률이 낮다'는 이유가 그것. 연내에 10%의 공무원을 감축해야 했던 지방자치단체가 10%의 군살빼기 1순위로 별정직에 속했던 산간오지의 보건진료소에 칼을 든 것이다. 이에 따라 방화보건진료소 뿐아니라 전국 2,080여 개 보건진료소 중 162개의 보건진료소가 9월 10일 문을 닫았고, 앞으로 그 수는 늘어날 전망이다.²⁸⁵⁾

구조조정(무역자유화, 민영화, 은행의 탈규제화, 조세개혁 등)으로 이루어진다. 사회보장과 복지, 보건의료 등 사회안전망 분야에서는 정부지출을 줄이고 국가보조금을 축소하며, 민영화를 추진하는 것 등이 포함된다. 김창엽 외. IBRD는 우리에게 무엇을 요구하는가? 복지동향 1998:2(11월호):33-37.

285) 조라정. 농촌 보건진료소폐쇄에 대한 이의제기. 월간참여사회. 1998년 11월호.

보건진료소는 한 사람의 간호사가 24시간 상주하면서 운영을 한다. 이들은 대부분 15년 이상씩 근무를 한 사람들로 대상지역 주민들의 건강을 거의 피고 있다고 해도 과언이 아닐 만큼 주민들과 밀접하게 관련을 맺고 있다. 특히 24시간 상주를 원칙으로 하고 있기 때문에 바쁜 농사철에는 저녁 늦게나 새벽에도 진료를 해 왔다. 이런 농촌보건진료소는 농기계로 인한 크고 작은 외상에서부터 신경통, 관절염, 당뇨 등 퇴행성 만성질환의 환자관리까지, 때로는 엄마 없는 아이들의 놀이터로, 자식을 멀리 도시로 내보낸 노인들의 위안처로 이용되었던 것이다. 농촌 지역의 유일한 복지혜택에 다름아니었다.

또 의료보험카드만 있으면 1,000원 안팎의 싼 진료비로 진료를 받을 수 있어 어려운 농민들의 가계살림에도 적잖은 보탬이 되기도 했다. 특히 농촌은 노인들이 많기 때문에 위급한 상황이 발생하더라도 응급처치가 가능했다. 그래서 이 지역 노인들은 “보건진료소 불빛만 봐도 든든하다”고 보건진료소 폐쇄조치에 아쉬움을 표했다.

이런 보건진료소의 운영에 예산이 많이 드는 것도 아니다. 별정직 공무원 1인의 임금이 전부. 보건진료소 운영비는 의료보험조합에서 2/3, 그리고 치료를 받는 환자 자신이 1/3 책임지게 되어 있다. 그럼에도 불구하고 제일 먼저 보건진료소에 칼을 대는 점에 대해 적지 않은 사람들이 아쉬움을 감추지 못했다. 서울대 의과대학 김창엽 교수는 “공무원 구조조정이 지방자치단체 내에서 주민들의 필요성을 중심으로 각 부서가 면밀히 검토했다기보다는 ‘힘없는 부서’가 밀려나는 식의 조직 개편이 되지 않았나”라고 생각한다며 “앞으로 있을 2차 지방조직 개편에서는 주민들의 필요를 중심으로 진정 불필요한 기능은 잘라내고 필요한 기능이 무엇인지 조정할 수 있는 철학이 정립되어야 하겠고, 또 중앙정부가 복지나 보건 측면에서 국민의 시각으로 바라봤을 때 필요한 최소한의 지침을 마련하고 구조조정에 들어가야 할 것”이라 주장한다.

하동군 성천보건진료소 소장 김영림 씨(37세)도 “사용회수가 낮다는 이유로, 그것도 별정직이라는 이유로 보건진료소를 없앴다는 것은 문제가 많다. 특히 ‘복지’ 부분에 구조조정이라는 칼을 대었다는 점은 주민의 복지를 위한 지역행정이라 했을 때 앞뒤가 맞지 않

는 이야기다. 정작 중요한 것이 무엇인지 간과된 결정"이라고 말한다.

지역 주민들 역시 반대의 목소리는 한결같다. “이제 죽으라는 소리나 다름없어. 병원은 무슨 병원. 이러다 아프면 죽는 거지.” 몇 번의 탄원서를 군청에 제출해 보았지만 소용이 없게 되자 자포자기의 심정으로 내뱉는 이곳 주민들의 말이다.

“제발 좀 다시 복구되도록 해 주이소.” 누구보다 보건진료소가 각별하게 생각되는 정금수 할머니(64세)의 간곡한 부탁이다. 3~4년 전 당뇨합병증으로 도저히 가망없을 것 같던 할머니가 이제는 농사일도 거뜬히 해내게 된 데는 보건진료소가 단단히 한몫을 했다고 이야기한다. “눈도 가고, 귀도 가고 형편이 없었어. 기운이 없어 걸음도 제대로 못 걸었는데 이렇게 좋아졌어.” 그에게 운동노트를 만들어 매일 5시 보건진료소를 찾게 하고 당뇨체크를 하게 한 보건진료소 덕분에 할머니의 병세는 호전되었다고 한다. 이처럼 조금만 관심을 가지고 관리를 하면 얼마든지 좋아질 수 있는데 그냥 방치되고 있어 고생하는 경우가 허다하다. 방화보건진료소장이 특히 헌신적이었다기보다는 보건소 자체가 주민들에게 필요한 것이었기에 이런 일이 가능했던 것이 아니었을까.

“초등학교의 경우 50명 이상만 되어도 양호실을 의무적으로 만들게 되어 있는데 500명 이상이 되는 주민들에게 보건진료소는 과분한 게 절대 아닙니다.” 현재 각 500여 명의 주민을 포괄하고 있는 보건진료소를 없애버린 것은 옳지 않다는 김영림 씨의 주장이다.

이제 방화마을과 같이 복지혜택과는 거리가 멀어져 버린 산간오지의 주민들. 비록 힘없고 뺨없는 그들이지만 세금을 내고 있는 한 사람의 국민으로서 최소한의 복지혜택을 누릴 권리가 있음에도, 단 하나밖에 없는 의료혜택을 빼앗아가는 정부가 원망스럽기만 하다.

보건복지부의 한 관계자는 “면 단위 보건진소를 더욱더 강화하는 방향으로 의료서비스를 확충시켜나갈 계획”이라 말하지만 그들이 느끼는 소외감은 적지 않다. 르완다나 소말리아, 인도에 비유하는 것은 지나친 비약일까? 이들 나라에 IMF구조조정 프로그램이 실시된 이후 행해졌던 긴축재정과 의료, 교육 등 복지단체에 대한 투자 감소로 사회복지단체가 대거 민영화되었거나 문을 닫았다고 한다.

이로 인해 야기되었던 혼란과 재앙은 돌이킬 수 없는 것이다. 우리 정부 역시 공무원에 대한 구조조정과 의료단체에 대한 민영화 계획을 발표한 바 있다. 대부분 약품을 수입에 의존하고 있는 현재 보건 진료소 등 사회의료시설이 통폐합되고 민영화되었을 때 결과는 불 보듯 뻔하다.

지난 5월 보건복지부에서 한국갤럽에 의뢰, 전국 성인남녀 1,536명을 대상으로 「보건복지정책에 대한 국민여론조사」를 실시한 바 있다. 그 결과 10명 중 9명인 89.7%가 '경제수준에 비해 사회보장 수준이 낮다'고 응답했고 6명 이상인 62.6%가 '경제가 어려울 때일수록 복지에 대한 투자를 늘려야 한다'고 응답했다. 굳이 설문조사 결과를 거론하지 않더라도 우리 정부가 IMF구조조정 계획 속에 최후 마지노선으로 지켜야 할 것이 무엇인지, 국민이 진정으로 필요로 하는 부분이 무엇인지 신중한 결정을 내려야 할 때다.²⁸⁶⁾

정부조직 개편의 큰 흐름 속에서 행정자치부는 행정개혁과 이에 따른 지방조직개편을 추진하였다. 작은 정부는 당시 구제금융을 제공했던 세계은행이나 국제통화기금의 권고이자, 세계적으로 유행하던 신공공관리론에 기초한 정부조직 개편의 핵심이기도 했다. 행자부는 지방자치법과 이에 근거를 둔 「지방자치단체의 행정기구와 정원기준 등에 관한 규정」(대통령령)에 근거하여 각 지방자치단체에 1998년 「지방조직개편 추진지침」(1998년 6월 18일)과 「보완지침」(1998년 7월 14일)을 시달했다. 여기에는 1998년부터 2002년까지 5년간 자치단체 공무원 총 정원의 30%인 8만7천명을 감축하기로 목표를 정하고 우선 1998년에 10%선인 3만명 정도를 감축하기로 되어 있었다.²⁸⁷⁾ 당시 지방자치단체의 인력관리는 6년간 인구, 면

286) 주간동아 319호. 2002년 1월 24일.

http://www.donga.com/docs/magazine/weekly_donga/news319/wd319ee010.html

287) 서순복, 지방자치단체 조직개편에 대한 평가, 한국지방자치연구 2002;3(1):61-88.

적, 산하기관수(행정구, 읍면동), 일반회계 총결산액 등을 변수로 하여 산정한 자치단체별 표준정원 범위 내에서 운용하도록 하고 있었는데, 지방공무원 감축기준(비율)은 그동안 자치단체별 표준정원 대비 현재 정원 운용 상황과 자치단체의 재정력(자체수입 대비 인건비 비율) 등을 고려하여 최저 10%에서 최고 15%까지의 범위 내에서 차등 감축하도록 했다.

지방조직개편 추진지침에는 보건소의 개편 방향으로 ① 주민이 용률이 낮고 민간 병, 의원 등 보건의료기관이 중복되는 지역은 적극 정비(보건지소, 보건진료소도 같은 맥락에서 검토), ② 의료·진료 기능 중 위탁가능기능 위탁 검토(보건의료원도 보건의 행정수요에 맞게 축소 또는 개편), ③ 지방공사의료원이 있는 시·도의 보건소는 존폐 검토 또는 기능 재정립 후 축소 등의 내용을 담고 있었다. 보건소와 더불어 공공의료기관 개편의 중심에 서 있는 지방공사의료원 역시 중장기 전략으로 민영화와 민간위탁을 추진하는 것으로 개편방향을 설정하였다. 주목할 것은 민간 병의원과 중복되는 보건의료기관을 적극적으로 줄이라는 지침이었다. 이러한 방향은 공공보건의료기관의 기능을 기본적으로 민간이 담당하지 않는 기능으로 한정하고 있음을 보여준다. 또한 보건의료의 성격을 고려하지 않고 시장화, 민영화라는 방향을 설정하고 있었다는 것을 나타낸다.

보건기관의 축소 방침에 정부 전체가 통일된 의견을 가졌던 것은 아니다. 특히 보건진료소와 관련된 부처인 보건복지부는 다른 입장을 나타냈다. 보건복지부는 1995년 보건소법이 지역보건법으로 개편된 이후 보건소의 역할이 단순한 국가보건사업, 피동적인 1차 보건의료사업을 하는 기관에서 탈피하여 전체 지역주민들을 위한 평생건강관리를 담당하는 기관으로 탈바꿈하고 있다는 것을 기본 논리로 내세웠다. 이에 따라 보건소의 기능개선을 위한 추진전략으로 ① 보건소 기술 지원과 교육·훈련 체계를 개발하여 보건소 활성화

화 지원, ② 지역보건의료계획의 심사·평가를 강화하고 보조금과 연계하여 보건사업을 진행하는 것 등을 제시했다. 행정자치부의 축소 지향적인 공공의료기관 구조조정에 반대하는 입장을 보인 것이다.²⁸⁸⁾ 정부조직 개편의 과정에서 보건복지부가 이러한 논리를 내세운 것은 충분히 이해할 수 있는 반응이다. 그러나 결과적으로 사상 초유의 대규모 정부조직 개편의 와중에서 공공보건의료기관의 기능은 민간부문과는 완전히 나누어지게 된다. 공공부문이 민간부문의 활동을 보완한다는 이른바 '보완론'이 이후 공공보건의료기관의 핵심 패러다임으로 굳어진다.

'구조조정'은 중앙정부가 주도하고 지방정부는 수동적 입장에 있는 가운데, 막상 지방자치단체에서는 다양한 편법과 부작용이 속출했다.²⁸⁹⁾ 일하는 방식이나 운영시스템의 변화가 이루어지지 못한 것은 차후 문제였다. 구조조정의 모양새만 갖추고 사실상 뒤로는 불필요한 조직(예: 시설관리공단)을 신설, 퇴직대상자를 전직시키거나 별도정원으로 관리하거나, 새로운 자리를 만들어 기존 공무원을 전직시키는 경우가 빈발했다. 읍·면·동사무소 1곳 당 평균 6명에 이르는 감축대상 인원도 퇴출되는 대신 모두 시·군·구청으로 자리만 옮기고 것으로 끝났다. 특히 구조조정 대상을 선정하는 데에는 지방자치단체 내부의 권력관계가 크게 작용했고, 기능직, 하위직 중심으로 중앙정부가 정한 인원을 채우는 방식으로 진행되었다. 김대중 정부 출범 후 3년 동안 감축된 지방공무원 49,506명 가운데 6급 이상은 9,296명으로 전체의 18.8%에 지나지 않았다고 한다. 나머지는 7급 이하와 기능직의 몫이었다.

이런 상황에서 이미 행정자치부의 지침이 있는데다가 지역정치

288) 참여연대 사회복지위원회. 공공의료기관 구조조정의 경과와 현황. 복지동향 2호, 1998년 11월.

289) 이창원. 우리나라 정부기구 개편에 대한 비판적 고찰: 김대중 정부 3년을 중심으로. 한국행정연구 2001;10(2):128-151.

에서도 약자의 입장에 있을 수밖에 없었던 보건진료소가 구조조정의 주 대상으로 떠오른다, 1998년 7월 25일 한 보건진료원이 하이텔(통신망) 큰마을에 올린 다음과 같은 글은 당시의 분위기를 잘 전해준다.²⁹⁰⁾

무분별한 말단 공무원 감축에 대한 이의를 청와대 사이트에 제기한 후 답변(?)이 올라왔다. 정부는 방향만 잡아주고, 구체적인 개편문제는 해당 자치단체가 결정할 사항이라는 것이었다. 물론 정부에서 어느 도, 어느 군, 어느 부서에 소속되어 있는 누구 누구를 자르라고 할 수는 없겠지만, 일반적으로 공무원의 30 %에 해당하는 인원을 감축하되 그 내용은 자치단체에서 알아서 하라고 한다면 과연 어떤 답이 나올 것이라고 생각하는가? 그 답은 뻔하다.

정부에서 먹기 싫은 육, 자치단체라도 먹고 싶을까? 정부는 감축되는 공무원들이 비난이 두려워 각 지방의 행정수요를 고려하라는 말로 자치단체에 넘기고, 자치 단체는 민원이나 해당 공무원의 원망이 두려워 일률적인 30 % 감원을 고집한다. 그러면서 자치단체는 말한다. '봐라, 우리 당신들만 감원하는 것이 아니고 어느 분야 어떤 사람도 모두 공평하게 감원한다. 그러니 군말하지 말라.' (중략)

이런 형편일 때 일반 국민이 가장 민감하게 느끼는 분야가 복지 분야일 것이다. 처음 새로운 정부가 출범할 때 복지 분야는 더 확충하겠다고 약속했다. 농어촌 복지에는 더더욱 신경쓴다고 했다. 그런데 지금 하는 공무원 인원감축은 그런 방향이 전혀 없다. 그냥 인원수 줄이기에 급급할 뿐이다.

보건진료소의 통폐합 얘기는 지금까지도 구체적인 방향이 알려지지 않고 있다. 상부에서 구체적인 계획을 다 세우고, 어느 날 갑자기 터트릴 심산인 듯하다. 현재 뉴스 보도 등을 통해서 알음알음 알게

290) 공무원 인원감축, 원칙이 있는가?
<http://blog.paran.com/hitelplaza/878437>

된 주민들이 진료소에 들렀을 때 그 소식을 물어 온다. 진료소 통폐합 얘기가 있던데 어떻게 되어 간대요? 대답해줄 말이 없다. 군보건소에서는 민원이 발생하지 않도록 잘 말하라고 하지만 어떻게 잘하는 대답인지 나도 모르겠다. 우리 진료소는 통폐합에 전혀 해당되지 않는다고 말했다가 어느 날 갑자기 통폐합 되면 그 때 발생하는 민원은 어떻게 감당할 것이며, 통폐합 될 지도 모른다는 얘기를 하면 구체적인 안이 나오기도 전에 술렁이는 분위기를 어떻게 가라앉힐 것인가?

세 사람이 근무하다가 한 사람이 줄어 두 사람이 되는 것과, 또한 사람이 근무하다 그 한 사람이 그만두어 기관 자체가 없어지는 것은 그 차이가 클 수밖에 없다. 그 차이가 큰 만큼 정책결정에 신중해야 하고, 현재의 시설과 인력을 이용할 수 있는 좀 더 나은 정책 대안을 내놓아야 한다. 하지만 지금은 그런 대안도 전혀 없이 언론을 통해 보도된 내용으로 말만 무성할 뿐이다. 현재 점점 더 무게를 실어가는 얘기가 2,030여개의 진료소 중에 700 여개만 남기고 모두 통폐합한다는 보건복지부의 안이라는 내용이다. 이 안으로 추진된다면 보건진료소의 66%가 없어진다는 결론이 나온다. 그럼 1,300 여개의 보건진료소가 있던 마을에서 거주하는 주민은 어떻게 할 것이며, 거기에서 발생하는 민원은 어떻게 할 것인가? 해당 공무원(보건진료원)이 주민들에게 설명을 제대로 하지 않아서 민원이 발생했다고 보건진료원에게만 불이익을 줄 것인가?

보건진료원은 92년4월에 겨우 별정직 공무원이 되었다. 그 전에는 비공무원이라 그래서 신분보장도 제대로 받지 못하고 급여가 너무 적었다. 공무원이 된지 이제 6년 3개월째... 급여가 조금 늘어나는 대신, 일거리는 엄청나게 늘었고 제약도 심해진게 사실이다. 요즘은 위에서 부터 내려오는 사업 목표 채우기에 바쁜 보건요원들처럼 되어가는 경향이 강해 어떤 방향으로든 전환이 필요한 시기가 된 것만은 사실이다. 보건진료소가 처음 생길 때 정부에서는 건물을 세워주고 의료장비를 지원해 줬을 뿐이다. 보건진료소가 들어선 땅은 마을 사람이 희사한 논밭이기도 했고, 노인들이 모여 앉아 쉬던 정자

나무 자리이기도 했다. 또한 집집마다 얼마씩 추렴해 최초의 운영자금을 지원해주기도 했다. 주민들이 무상으로 100 여평 혹은 그 이상의 땅을 내 놓거나, 푼돈이라도 보탠 것은 자기들의 건강에 조금이라도 도움이 되어 달라는 바람이 있었기 때문일거다. 그런데 그 사람들과 그 바람은 그대로 있는데, 아니 오히려 더 나이들어 더 많은 의료인의 손길을 필요로 하는데, 보건진료원의 인건비를 절약하기 위해 보건진료소를 통폐합한다면 농어촌에 살고 있는 노인들이 느낄 소외감이나 분노가 얼마만큼 일지 생각해 봤는가? 그래도 꼭 보건진료원을 감축해야 한다 해도 현재의 보건진료소를 모두 없애고 일을 추진해서는 안된다. 현재의 보건진료소를 농어촌 보건의료를 담당할 새로운 센터로 개발해야 한다.

보건진료소는 자체 운영을 기본으로 한다. 주민들을 진료하고 받은 진료비를 모아서 약 사고, 전기 전화 쓰고, 겨울에 난방 등 운영비를 충당한다. 가끔씩 내주는 의료장비, 혹은 전산장비, 그리고 몇 년에 한번씩 있는 시설 보수에 자치단체의 예산을 사용하긴 하지만, 다른 기관에서 쓰는 예산에 비하면 정말 보잘것없다. 내가 지금 근무하는 보건진료소에 온지 3년 반이 지나는 동안 시설에 대한 투자는 전혀 없었다. 비가 오면 지붕에서 빗물이 몇 군데서 툭툭 떨어진다. 이런 열악한 환경에서 근무한 것이 어제 오늘의 일만은 아니다. 그런데 이제 통폐합 얘기가 나오고, 우리의 의견은 전혀 반영되지 않는 현실을 보면서 어느 정치가가 말한 토사구팽이란 말이 저절로 생각남은 나 혼자만의 생각일까? 현재의 공무원 감축은 원칙이 없다. 정말 필요하고 끝까지 지켜져야 할 가치 기준이 없다. 눈에 보이는 숫자 줄이기에 급급할 뿐, 무엇이 중요하고 무엇이 가치있는 행정인지 알지 못하는 청맹과니 정책으로 변하고 있다.

보건진료원의 반발과 주민들의 불만 때문에 당초 계획보다는 줄었지만, 결국 1998년 1차 구조조정에서 총 2,023개 보건진료소의 10.5%에 해당하는 212개소의 보건진료소가 없어졌다. 물론 보건진료소만 구조조정의 대상이 된 것은 아니었다. 시도와 시군구 전체

정원 중 최소한 10% 이상이 줄었고, 행정기구도 시도의 경우 총 49국 91과(평균 3국 6과), 시군구의 경우 총 126국 934과(시구의 경우 평균 1국 3과, 군의 경우 5과)가 감축되었다. 지방의회 사무기구도 개편되었으며, 시군과 읍면 출장소 42개소, 농촌지도소와 농촌지소 571개소, 보건진료소 212개소와 시도사업소 43개와 시군구 사업소 125개가 폐지되었으며, 읍면동 기능의 축소조정이 이루어졌다.²⁹¹⁾

1차 정부조직 개편이 미흡하다는 여론에 따라 김대중 정부는 다시 2차 개편작업을 시작했고 1999년 5월에 확정 발표했다. 그사이 1차 구조조정 과정에서 보건진료소 감축에 대한 여론은 좋지 못했고, 농어민의 건강을 도외시하는 탁상행정이라는 비판이 쏟아졌다.²⁹²⁾ 그러나 지방자치단체에서 보건진료소의 추가적인 구조조정은 현실적인 문제였다.

현재 우리군 보건진료소가 13개소에 진료소 진료원수는 12명으로 1명(백석)이 결원상태에 있습니다. 지난해 10월 1단계 조직개편시 보건진료원 정원 2명만 줄었을 뿐 보건진료소 직제를 폐지한 곳은 없습니다. 다만, 백석진료소에서 근무하던 진료원이 99년 1월 12일자로 일신상의 이유로 의원면직을 하게 되어 6개월여간 공석중임을 알려드리며, 아울러 주민들의 의료시혜를 도모하기 위하여 농서보건지소에서 주 2회 이상 방문진료를 하여 당해 주민이 불편이 없도록 배려하고 있음을 말씀드립니다. 의원님들께서 지역보건 의료사업에 많은 관심과 걱정을 해주시고 계십니다마는 진료소 설치목적은 농어촌등보건진료를위한특별조치법(1981년 3월 31일)에서와 같이 오지지역과 의료기관이 원거리에 소재한 지역을 중심으로 취약지 안에서 설치하여 대통령령이 정하는 경미한 의료행위를 행할 수 있도록 규정되어 있습니다. 그러나 요즘은 교통, 통신, 병의원시설이 지

291) 김병욱. 지방자치단체의 조직개편 결산. 자치행정 1998:127:55-65.

292) 경향신문. 1998년 9월 10일

역마다 잘 갖추어져 있고 주민의식과 생활이 향상된 만큼 진료소의 이용율이 저조한 보건진료소에 대하여는 그 존치성이 없다고 판단되어 부득이 주민들의 의료시혜가 적은 곳 2개소를 선정하여 금년 2단계 구조조정에 포함하여 폐지함이 불가피한 실정임을 알려드립니다. 현재 보건소에서 그간의 진료실적과 지역여건 등을 조사한 자료를 참고하여 7월중에 구조조정 세부계획을 작성하여 상세히 설명드릴 계획이오니 이점 널리 양해하여 주시기 바랍니다.²⁹³⁾

특히 2차 정부조직 개편은 예상보다 훨씬 폭이 좁아져 자치단체도 '조직 불변, 인원 감축'쪽으로 방향을 잡고 있어 1차 개편 때 (18% 감축)보다 강도 높은 인력 구조조정을 예상했다.²⁹⁴⁾ 그러나 결과적으로 지방자치단체의 공공보건의료기관은 2차 정부조직 개편에서 전국적인 큰 영향은 받지 않았다.

구조조정 결과 여러 가지 부작용과 문제점이 나타났다. 경기도 내의 상황을 취재한 기사를 보면 주먹구구식의 구조조정이 잘 나타나 있다.²⁹⁵⁾

8일 대한간호협회 보건진료원회 경기지부 자료에 따르면 지난해 말 도내 보건진료원은 모두 168곳으로 지난 98년의 187곳에 비해 19곳 감소했다. 특히 보건진료원 가운데도 9곳은 근무 간호사가 없이 비어 있고, 1곳은 인근 진료원에 근무하는 간호사가 가끔 찾고 있어 사실상 29곳이 감소한 셈이다.

보건진료원이 폐쇄된 뒤 해당 농촌지역 노인 환자들은 불편한 교통과 경제적 어려움, 불편한 거동 등을 이유로 인근 공공의료기관이나 민간 병·의원 찾기를 포기, 만성질환자가 크게 늘어나는 등 문제점을 드러내고 있다. 최근 안성과 이천 등 일부 시·군에서는 해당 지역 주민들의 반발과 함께 이 같은 문제점을 인식, 한동안 운영을

293) 여주군의회 77회(임시회) 회의록. 1999년 6월 25일.

294) 매일신문. 1999년 4월 13일.

295) 연합뉴스. 2001년 3월 8일

중단했던 보건진료원의 문을 최근 다시 열었다.

보건진료원이 감소하고 있는 것은 지방자치단체의 무분별한 구조조정과 농촌지역의 도시화로 의료 서비스망이 확대됐기 때문이다. (중략) 그러나 자치단체들은 구조조정의 일환으로 보건진료원을 폐쇄하거나 간호사가정년퇴임한 보건진료원에 후임 간호사를 배치하지 않는 방법으로 보건진료원을 줄여나가고 있는 것으로 나타났다. 한 보건진료원 근무 간호사는 "보건진료원의 설치 목적은 진료가 아닌 질병 예방과 농촌 주민들의 건강관리"라며 "구조조정 명목을 내세워 보건진료원을 무분별하게 폐쇄하는 것은 고령화되고 있는 농촌실정을 무시하는 전형적인 탁상행정"이라고 지적했다.

보건진료원 구조조정 잘못 빈축

서산지역 요일별 순번근무등 파행운영 주민건강 외면

<p>【해산】해당지역 주민들의 반발에도 불구하고 진료소를 그대로 둔 채 진료원들을 줄인 서산시가 민원이 급증하자 감축된 지역의 인근지역에 근무하는 진료원들을 요일별로 순번을 정해 근무케 하는등 파행운영을 하고 있어 빈축을 사고 있다.</p> <p>시는 지난해 1차 조직개편을 통해 해미면 기지리와 음암면 문암리, 지역면 신성리를 3개 지역에 근무하는 보건진료원을 감축키로 결정하고, 진료원들은 별정직이라는 이유로</p>	<p>일반직의 경우 2년의 유예기간이 주어졌음에도 1년간의 유예기간을 거친 뒤 지난해 말자로 퇴직처리했다.</p> <p>이에대해 시 관계자는 "당초 보건진료원의 감축기준이 교통이 좋고 가까운 거리에 병·의원이 개설돼 있어 다른 지역에 비해 진료성적이 떨어지는 이들 3개 진료소를 선정. 줄이기로 했다"고 밝혔다.</p> <p>그러나 진료원들은 "이반위에 있는 보건진료소에서의 진료업무는 전체적으로 볼때 20%도 안되는 극</p>	<p>히 작은 부분이 불과하다"고 지적하고 "해당지역의 노령으로 인한 거동 불편자나 만성질환자들을 보살피는 일이 더 중요한 위치를 차지한다"고 반문했다.</p> <p>실제 각 지역의 진료원들이 보살피야 하는 거동불편 노인이나 임환자, 퇴행성 관절염환자, 정신질환자 등 만성질환자는 지역에 따라 많게는 80여명, 평균 60명을 웃돌고 있는 것으로 알려졌다.</p> <p>또 진료원들은 매주 목요일을 만성환자를 위한 가정방문을 하는 날</p>
---	---	---

(文鼎報기자)

그림 22. 충청투데이 2000년 1월 14일.

충분히 예상할 수 있듯이 보건진료원들은 구조조정에 매우 부정적인 반응을 보였다. 보건진료소가 폐쇄되는 이유는 주로 “담당 부서의 인식부족과 행정편의”, “보건진료원의 신분이 법률적으로 보장되지 않는 별정직이어서”, “단체장의 의지” 등을 중요한 이유로 꼽았다.²⁹⁶⁾ 이러한 이유가 보건의료 자원배치, 의료 필요나 수요, 접

근성 등의 문제가 아니라 모두 행정적이거나 넓은 의미의 정치적인 것들이라는 점을 주목해야 한다. 즉, 보건진료소의 폐쇄가 사회적 필요나 보건의료 측면의 문제 때문이 아니라고 인식하고 있는 것이다. 향후 이 문제에 대처하는 당사자들의 대응방식을 결정한다는 점에서 보건진료원의 인식은 매우 중요한 의미를 가진다.

296) 박영희 외. 보건진료소의 업무실태와 개선방안. 한국농촌의학회지 2000;25(2):353-377.

제7장 제도의 안정 혹은 새로운 모색

2000년 전후 구조조정이라는 시기를 넘긴 후에도 보건진료소를 둘러싼 객관적인 조건은 크게 바뀌지 않았다. 농촌지역의 과소화가 더욱 심해지고 의료기관은 더욱 증가했다. 교통 사정이 좋아짐에 따라 접근성은 향상되었다. 한편, 농어촌에 거주하는 주민은 더욱 고령화되고 단독 가구가 증가하였으며, 빈곤화되었다. 농촌은 1980년대 후반에 ‘고령화 사회’로 진입하였고, 2000년 현재 이미 ‘고령사회’ 단계에 접어들었다. 그 결과 농촌지역은 2010년도에 ‘초고령화 사회’로 진입할 것으로 전망되었다.²⁹⁷⁾ 농촌은 고령화 사회에서 고령사회로 이행하는데 10년 밖에 걸리지 않았을 정도이다.

이러한 상황에서 보건진료소를 비롯한 공공 보건의료기관은 새로운 기능으로 전환하거나 이와 관련된 역할을 강화할 수밖에 없는 상황에 직면한다. 보건의료 환경이 변화하였음은 물론이고, 정부의 공공보건정책이 또한 그렇게 방향을 설정했기 때문이다. 그렇다고 전통적인 기능을 아예 포기할 수도 없는 형편이라는 점에서 딜레마가 적지 않았다. 노인인구의 증가와 농어촌 지역사회의 과소화는 일차진료의 접근성 문제를 여전히 중요한 것으로 남겨놓았기 때문이다. 보건기관 중에서도 보건진료소에서 이러한 ‘이중적 부담(double burden)’이 가장 뚜렷하게 나타난다.

1. 보건진료소의 구조적 안정

2000년대 이후 보건진료소 수는 뚜렷한 증감의 추세를 보이지

297) 김경덕. 농촌지역 인구가동: 실태·요인·전망. 33쪽.
한국농촌경제연구원, 2003.

않는다. 2000년 1,906개소에서 2002년 1,891개로 줄었으나, 2006년에는 1,911개로 늘어났고, 2009년 현재 1,909개가 운영 중이다.²⁹⁸⁾ 업무는 여전히 일차진료의 비중이 컸다. 2004년의 실적을 보면, 일차진료가 연간 활동실적의 59.7%를 차지한다.²⁹⁹⁾ 건강증진과 방문사업도 있지만 일차진료에 비할 바는 아니다.

표 26. 2004년도 보건진료원 활동 실적

구 분	계	건강증진 관 리	1차진료	모자보건	결핵관리	방문사업	고혈압 관 리	당뇨병	암 보건관리
연간활동 실적(%)	44,218,554 (100.0)	11,786,850 (26.7)	26,402,779 (59.7)	144,486 (0.3)	144,523 (0.3)	2,133,897 (4.8)	2,644,157 (6.0)	840,351 (1.9)	121,511 (0.3)
보건진료원 1인당 평균	23,381	6,233	13,962	76	76	1,128	1,398	444	64
보건진료원* 1인당 1일 실적 평균	86.6	23.1	51.7	0.3	0.3	4.2	5.2	1.6	0.2

※ 주 : 연간 근무일수 270일, 보건진료원 1,863명(1,888개소)기준으로 적용함.
자료: 보건복지부. 2004년 보건복지백서. 407쪽.

1998년의 구조조정으로 폐쇄된 보건진료소 중 일부는 지역주민의 요구 때문에 다시 개설된다. 악화되는 농어촌 상황이 보건진료소의 추가적인 폐쇄를 막는 것은 물론, 일부 지역에서는 농어촌 의료서비스 개선사업의 영향 등으로 보건진료소 수가 다시 늘어났다.

천안시 광덕면 보산원 보건진료소가 1998년 업무 중단 후 8년만에 다시 문을 열고 농촌지역 주민들에게 의료서비스를 제공하게 됐다.

298) 보건복지부. 2010년 보건복지통계연보. 145쪽.

299) 진료실적이 다른 자료와 산출방법이 달라 직접 비교하기는 어렵다. 보건진료원 1인당 1일 진료실적이 51.7건이라는 것은 다른 곳에서 인용한 '환자조사'에 근거한 실적의 4배가 넘는다.

천안시는 23일 광덕면 보산원리에서 지역주민 등 100여명이 참석한 가운데 보산원 보건진료소 개소식 행사를 가졌다.

광덕면 보산원리 90-3번지에 기존 시설을 리모델링하여 새롭게 문을 연 보산원 보건진료소는 부지 231㎡(70평) 건축면적 73㎡(22평)규모에 일반 진료실, 약제실, 진료원 숙소 등의 시설을 갖추고 있다. 1983년에 건립되어 지역주민의 건강을 돕는 1차 진료 시설로 역할을 다해 왔던 보산원 보건진료소는 1998년 보건인력 구조조정에 따라 업무를 중단해 왔었다. 하지만 주민의 요구와 농촌지역 1차 의료기관으로서의 필요성이 제기돼 이번에 시설을 개·보수하고 문을 열게 된 것이다.³⁰⁰⁾

IMF 이후 지난 4년간 중단됐던 보건진료원 직무교육 대상자 모집이 올해부터 재개되면서 보건진료소 부활 움직임이 구체화되고 있다. 보건복지부는 20일 농어촌등 보건의료를 위한 특별 조치법 제16조에 의해 올해 보건진료원 직무교육 대상자 26명을 오는 3월 11일(월)까지 모집한다고 밝혔다. 보건진료원 직무교육 대상자 모집은 IMF 이후 정부와 지방자치단체가 구조조정을 통해 효율성을 극대화시키겠다고 무분별하게 보건진료소를 폐소하면서 지난 1998년부터 지난해까지 4년간 잠정적으로 중단됐었다.

(중략)

올해 모집하는 보건진료원 직무교육 대상자 26명을 시·도별로 보면 전라남도가 8명으로 가장 많으며, 전라북도 5명, 경상남도 4명, 강원도·충청남도·충청북도 각 3명 순이다. 복지부 관계자는 "지난해 지자체와 협의해 올해 필요인원을 선발하게 됐다"며 "지자체에서 필요인력을 요청해 올 경우 내년에도 직무교육 대상자 모집을 계속해 나가겠다"고 말했다.

(중략)

올해 8명을 선발하는 전남의 경우 현재 공석중인 신안군과 진도군에 보건진료원을 각각 2명과 1명을 배치할 예정이며 해남군과도 협의해 보건진료소 2곳을 부활시킬 계획이다. 전북의 경우 5명을 선

300) 대전일보. 2006년 1월 26일.

말해 이미 폐소된 군산시, 김제시, 정읍시, 고창군, 완주군에 보건진료소 1곳씩을 재설치할 예정이다. 충남도 공석중인 서천군 소재 보건진료소 2곳에 보건진료원을 재배치시키고 청양군에 보건진료소 1곳을 추가 설치할 계획이다.³⁰¹⁾

2000년대 이후에도 상당수 지역에 의료자원이 없다는 점에서 보건진료소가 기능할 만한 공간은 충분한 것처럼 보일 수도 있다. 2005년 4월 현재 전국 1,414개 읍면 중 59.5%인 840개 읍면에 병의원 또는 약국이 없는 것으로 나타났다.³⁰²⁾ 그 중 556개 지역은 의료기관과 약국 모두가 없다. 의료자원의 편재가 이렇게 심한 상황에서 전반적인 자원공급만을 기준으로 보건진료소의 폐지를 거론하기는 어려울 것이다. 이상에서 설명한 조건들이 2000년대 보건진료소를 둘러싼 환경을 적어도 겉으로는 상대적인 안정기로 보이게 한다.

그러나 사회경제적 환경과 보건의료의 상황이 변화하는 만큼 보건진료소의 일차진료 기능도 점점 더 논란을 불러일으키게 되었다. 민간의료기관이 늘어나고 취약지에서도 보건소의 기능이 보장되고 있는 상황에서 당연히 있을 수 있는 논란이다. 그러나 보건진료소를 둘러싼 상황은 그렇게 단선적인 것이 아니다. 중앙정부-지방자치단체-주민으로 이어지는 정치적 역동이 서로 다른 방향으로 작동하고 있고, 이해당사자들의 압력도 복잡하게 얽혀 있다.

새삼스러운 것은 아니지만, 외형상으로는 주로 의사단체를 중심으로 보건진료소 축소 요구가 계속되고 있다. 그 배경에는 “시군 내에 의원이 200개가 넘는 곳도 있는데 보건진료소가 무슨 필요가 있느냐”는 논리가 주로 작용한다.³⁰³⁾ 의료기관의 수나 보건진료소 이

301) 간호신문. 2002년 2월 28일.

302) 세계일보. 2005년 6월 6일.

303) 메디게이트뉴스. 2009년 11월 16일.

용자 수만 놓고 보면 이는 당연한 문제제기일 수 있다. 물론 의사단체가 문제제기를 하는 배경에는 농어촌 민간기관들의 이해관계가 걸려 있지만, 제3자가 보기에는 민간 의원이 충분하고 남기까지 하는데 보건진료소가 왜 필요한가 하는 논리가 설득력을 가진다. 중앙정부의 문제의식은 역시 효율성 논리를 많이 따르지만 구체적인 사안에서는 부처에 따라 나뉜다. 재정 당국은 효율성 논리를 바탕으로 자원의 배분 혹은 재배분을 스스로의 역할로 자임하기 때문에 지역의 인구감소에 따른 보건의료자원의 재배치에 관심이 많다. 이에 비해 보건당국은 상대적으로 보건진료소의 잠재적 활용도에 관심이 많고 보건진료소 존속에도 우호적이다. 농어촌 정책 차원에서 복지를 강화해야 한다는 요구도 중앙정부의 기본 정책방향에 영향을 미치는 중요한 요인이다. 이러한 상충되는 요구와 필요 때문이기도 하겠지만, 결과적으로 2000년 이후에는 중앙정부 차원에서 보건진료소의 폐지나 축소문제를 공식적인 정책방향으로 제시하지는 않고 있다. 요컨대 보건진료소의 존폐 문제는 이미 인구의 감소나 의료기관의 증가, 정부조직의 효율성 등의 논리만으로 결정할 수 없는 문제가 되어 있다.

그 결과 2000년대의 보건진료소의 존폐문제는 주로 '지역정치'의 차원에서 진행되는 양상을 보인다.³⁰⁴⁾ 2000년대 이후 일부 지역에서 벌어지는 논란은 지방자치단체와 의회(특히 지역 정치인), 그리고 주민 사이에서 벌어지는 복잡한 정치적, 사회적 역동을 반영하는 것이다.³⁰⁵⁾

304) 여기에서 정치는 넓은 의미의 정치로, 제도적 정당이나 정치인의 행동만을 의미하지 않는다. 그보다는 다양한 당사자들 사이에서 일어나는 이해관계를 둘러싼 갈등의 표출과 조정, 타협과정을 모두 가리키는 말이다.

305) 김포뉴스. 2008년 6월 22일.

지난 6월 11일 입법예고된 김포시 행정기구 설치 조례 일부개정안에 포함돼 있는 고촌면 보건진료소 폐지안이 뜨거운 쟁점으로 부상하고 있다. 의료혜택이 미치지 못하는 벽지에 보건소 분소 형식으로 설립, 운영되는 본래 취지에 비추어볼 때 이미 상당 부분 도시화가 진행된 고촌면 일대는 보건진료소 존립 의미를 상실해 버렸다는 게시의 입장. 하지만 고촌면 향산리, 풍곡리, 태리 주민들의 반응은 다르다. 1970년도부터 그린벨트 규제로 재산권 행사제약은 물론 각종 기반시설 부족으로 고통받아온 주민들에게 그나마 보건진료소 운영이 위안이 되어왔다는 것이다.

시에서 주장하는 진료소 폐지안의 근거로 작용하는 도시화 진행은 서울로 나가는 관문인 신곡리 일대에 해당되는 것이며 보건진료소 혜택을 받아온 향산, 풍곡, 태리 주민들에게 직접적 관련이 없다는 주장이다. 급기야는 고촌면 이장단협의회와 (회장 조달휘)와 향산 보건진료소 운영협의회(이하 운영협의회, 회장 박영철)에서 시청에 입법예고안에 대한 주민 의견서를 접수시켰다. 특히 보건진료소 혜택권역의 주민들로 구성되어 있는 운영협의회는 4백여 주민들의 서명을 받은 의견서를 주민 의견과 함께 강경구 시장에게 발송하였으며 향후 시청의 처리방안을 예의주시하고 있다.

한편 시청과 주민간의 갈등과는 별도로 조직개편안의 최종 결정권을 가지고 있는 시의회의 반응도 주목된다. 해당 지역구 의원인 정왕룡 시의원은 자신이 운영하는 블로그에 올린 의정일기를 통해 ‘작년 10월 임시회 당시 보건진료소 이전 부지방안을 의회에 제출하여 공유재산 심의까지 받은 집행부가 일년도 안돼 아예 폐지안을 내놓은 것은 행정의 일관성 결여라는 비판으로부터 자유로울 수 없다’는 입장을 밝혔다. 또한 이영우 의원은 95회 임시회 특별위원회 석상에서 조직개편안을 주도하고 있는 행정과 직원들을 향해 ‘보건진료소 문제에 대한 모범답안을 7월 정례회까지 제시해줄 것’을 요구해 만일 이 사안이 그대로 강행될시 시의회 통과과정이 만만치 않을 것임을 내비치기도 했다. 7월 1일부터 시작되는 정례회에 시 집행부에서 수정안을 내놓을지 아니면 예고된 안을 그대로 상정할 것인가

지 여부와 시의회 심의과정에서 조직개편안 처리방안을 놓고 벌써부터 시청주변에 긴장감이 돌고 있다.

지방자치단체로서는 주로 예산과 인력운용과 주민의 복지요구가 상충된다는 점에서 어려운 정책결정을 요구받고 있고, 지역주민과 그 이해관계를 대변하는 지역정치는 보건진료소를 비롯한 공공보건기관의 유지와 확대를 요구하는 것이 일반적으로 나타나는 현상이다. 이러한 긴장 속에서 실제 보건진료소에 연관된 의사결정은 매우 ‘미시적’ 차원에서 지역정치의 문제가 되고 있다.

지역정치가 진행되는 중에도 또 다른 맥락에서는 지역보건의료를 강화하는 조치들이 계속되었다. 대표적인 것이 시설과 장비가 보강되어 적어도 구조 측면에서는 공공보건기관이 크게 개선되었다는 점이다. 농어촌의료서비스 개선사업에 따라 농어촌특별세 지원이 계속되어, 보건진료소는 1994년부터 2008년까지 모두 647억원(국고기준)이 지원되었다.³⁰⁶⁾ 735개 보건진료소의 시설이 개선되었고, 또한 395개 보건진료소의 장비가 보강되었다. 한편, 보건진료원의 근무조건도 다소 개선되어, 그동안 많은 보건진료원이 개선을 요구하던 거주 제한 규정이 2007년 3월 완화되었다. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법이 개정되어 보건진료원의 거주지역이 일상생활과 통상적 경제활동에 필요하다고 시장·군수가 정하는 일상 생활권역으로 확대된 것이다.

지역에서 보건진료소를 둘러싼 논란은 심화된 측면이 있지만, 그럼에도 오래 동안 보건진료소와 연관된 과제였던 지역사회 주민참여는 크게 발전된 모습을 보이지 못한다. 오히려 보건진료소의 구조적 기반을 흔들 만큼 문제제기가 이어지고 있다. 대표적인 것이 운영협의회의 기능과 역할 문제이다. 예를 들어 2005년 감사원이 ‘공

306) 보건복지부. 2008년 보건복지백서. 534쪽.

공보건의료시스템 운영실태’ 감사를 통하여 운영협의회 폐지를 권고한 적이 있고,³⁰⁷⁾ 지역에서도 운영협의회가 유명무실하다는 비판이 지속적으로 제기되었다.³⁰⁸⁾

○ 의원은 이들 협의회 중 상당수가 회의를 1년에 1~3회 정도 개최하는 게 고작인데다 그나마 정작 중요한 주민 보건복지 향상문제는 비중 있게 다루이지 않는 등 요식행위에 그치고 있다고 주장했다. 또 협의회마다 회계결산과 업무내용을 견제하기 위한 감사위원을 선출해 놓고는 있지만 제 역할을 하지 못하고 있으며, 일부 위원 중에는 자신이 위원으로 선임된 사실조차 모르는 등 형식적으로 운영되고 있다.³⁰⁹⁾

조금 맥락은 다르지만, 이 기간 동안 공공보건기관을 비롯한 ‘공공의료 강화’ 논리가 사회적 지지를 얻게 되었다는 것을 주목할 필요가 있다. 1987년의 정치적 민주화 이후 노동자, 농민의 발언권이 커지고 시민운동도 활성화되었다는 것은 잘 알려진 사실이다. 보건 의료 영역에서도 보건의료 단체는 물론 다른 사회·시민단체들도 공공의료의 확대 혹은 보건의료의 공공성 강화를 적극 주장하게 된다.³¹⁰⁾ 이는 취약계층의 건강과 의료보장, 보건과 의료의 형평성,

307) 보건진료소운영협의회 회원게시판. 2005년 9월 26일. 운영협의회 폐지 문제는 보건진료원의 수당과 재정운영의 문제와 직결된다. 즉, 운영협의회가 폐지되면 보건진료소의 재정 운영이 독립적 형태에서 지방재정에 귀속되는 형태로 바뀐다.

308) 여주타임즈. 2010년 12월 2일.

309) 충청투데이. 2002년 12월 6일.

310) 1993-4년 무렵에는 공공医료를 지원하자는 취지로 뜻을 가진 의사들을 보건소로 보내자는 운동이 벌어지기도 했다. 다음은 1994년 당시 컴퓨터 통신망에 올라온 글이다.

- 제목 : 참신한 보건소장을 찾습니다.
- 이상적인 보건의료의 구성은 공공이 주도하고 민간이 도와주는 형태여야 한다고 알려져 있습니다. 다른 의료선진국의 경우에도 예외는 아니고 또 그렇게 되는 것이 세계적인 추세이기도 합니다. 하지만 우리나라의 의료는 이와는 정반대로 공공보다는 민간주도

사회 안전망 강화 등을 지향하는 흐름이 공공부문 강화라는 요구를 만들어낸 것이었다. 특히 1990년대 말의 경제위기와 이에 따른 사회적 위기는 ‘공공의료 강화론’이 지지를 받게 된 중요한 계기로 작용했다. 보건진료소 역시 농어민과 농촌 취약계층을 보호하는 기능을 한다는 점에서 확충 또는 개선의 범위에 포함되어 있다. 이러한 우호적 사회 환경은 공공보건체계가 후퇴하는 것을 견제하는 데에 일정한 역할을 했고, 지금까지도 어느 정도는 그렇다고 할 수 있다.

2. 보건사업의 확대와 새로운 과제

2000년대 이후에도 보건진료소의 일차진료 기능은 기본적으로 큰 변화가 없다. 2009년 환자조사 결과에 따르면, 보건진료소 1일 평균 외래 환자는 12.5명으로 2002년의 12.4명과 거의 변동이 없다.³¹¹⁾ 전체적으로 비중은 점점 더 줄고 있지만(표 27 참조), 하루 평균 환자 수로 볼 때 보건진료소의 기능에서 진료가 여전히 중요하다는 것을 알 수 있다.

구성되어 있습니다. 우리나라의 복잡하고 다양한 의료문제의 근원은 바로 여기에 있습니다.

앞으로 우리나라도 의료에 있어 공공부문의 역할이 증대되어야 합니다.

특히 공립병원이나 보건소의 역할은 매우 중요합니다.

최근에 젊은 의사들을 중심으로 이런 부분에 관심을 가진 사람들이 생겨나고 있습니다. 공공의료 예를 들면 보건소장 등에 진출해서 의의있는 삶을 살겠다고 자원하는 의사들이 늘어나고 있습니다.

이런 사람들의 장래가 매우 긍정적인 상황들이 생겨나고 있습니다.

노쇠한 보건소장들이 몇 년사이에 대거 은퇴할 것으로 보이며,

지방자치제 등으로 사회에서의 보건소장의 위치 또한 높아지고

있습니다. 마음만 먹으면 젊은 의사들이 보건소장으로 열심히 일할 수 있는 여건이 마련되고 있습니다.

보건소장으로 지역주민 그리고 환자들을 위해 보람있는 삶을 살고 싶어하는 의사를 찾습니다. 의사로서의 삶으로도 조금도 손해보지 않는 건강한 선택이 될 것입니다.

311) 손창균 외. 2009년도 환자조사. 보건복지부·한국보건사회연구원, 2010.

표 27. 의료기관별 외래 환자의 비중

(단위: %)

	1990년	1994년	1999년	1999년	2002년	2005년	2008년	2009년
총 계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
종합병원	10.4	11.4	12.3	11.4	9.8	10.6	11.0	12.1
병원	4.3	4.3	4.2	3.9	4.1	4.7	6.2	7.0
치과병원	0.1	0.1	0.2	0.2	0.4	0.5	0.6	0.6
한방병원	0.3	0.5	0.5	0.7	0.6	0.5	0.4	0.5
의원	64.1	61.8	59.3	62.3	65.0	62.0	59.4	55.8
치과의원	10.0	10.8	10.2	9.5	8.6	8.4	8.7	8.3
한의원	3.2	5.3	7.1	6.9	8.5	10.1	10.8	12.8
보건의료원	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
보건소	1.9	1.9	2.2	1.5	0.8	1.1	1.0	1.0
보건지소	3.5	2.0	1.9	1.9	1.0	1.0	0.8	0.9
보건진료소	1.9	1.7	1.9	1.6	1.1	1.1	1.0	0.9
조산원	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

자료: 손창균 외. 2009년도 환자조사. 보건복지부·한국보건사회연구원, 2010.

그러나 보건의료 환경변화와 이에 따른 공공보건기관의 전반적인 기능 변화는 보건진료소의 기능에도 중요한 영향을 줄 수밖에 없다. 상대적으로 진료기능보다는 건강증진과 방문보건 등 지역사회를 기반으로 하는 사업을 확대하는 것이 불가피했다. 보건진료원들도 물론 이러한 사실을 잘 인식하고 있었다. 2000년 조사에 따르면 보건진료원들은 보건진료소가 중점적으로 추진해야 할 사업으로 당뇨, 고혈압관리, 만성질환관리, 방문보건사업, 노인보건사업 등을 가장 먼저 꼽았다.³¹²⁾ 이에 비해 검진, 진료업무 확대, 환경개선 등은 우선순위가 매우 낮았다. 인식뿐 아니라 실제 업무도 과거에 비해서

312) 박영희 외. 보건진료소의 업무실태와 개선방안. 한국농촌의학회지 2000;25(2):353-377; 최영희 의원실. 보건진료원의 근무여건 및 의식에 관한 설문조사. 2001.

지역사회 활동이 늘어났다.³¹³⁾

전반적 환경 변화에 따라 2000년 이후 보건소는 엄청난 수의 새로운 사업을 시행하게 된다. 이는 지방자치단체 자체의 필요도 있었지만, 중앙 정부가 추진한 각종 사업의 수가 그만큼 많아졌기 때문이다. 한 보건소가 조사한 것에 따르면 보건소에서 시행하는 보건사업은 1990년대 13개에서 2006년 52개로 늘어났다.³¹⁴⁾ 이처럼 보건소가 수행해야 할 사업의 수가 빠르게 늘어난 것은 그만큼 공공보건기관이 요구받는 기능이 그 이전과는 근본적으로 변화했음을 나타낸다.

표 28. 보건소의 연도별 신규사업 현황

2000년 신규사업	2005년 신규사업	2006년 신규사업
10개	11개	8개
아동조기시력검진 건강증진 저소득 암검진 구강검진 영양관리 이동목욕 미숙아·희귀난치질환 B형 수직 감염 응급의료정보시스템	노인주간재활 안전 자살예방 알코올 중독 아동 정신 금연 클리닉 암 관리 성장 발달 야간 진료 도시보건지소 건강증진센터	불임시술 지원 산후 도우미 비만 운동 절주 저출산 재가 암 호스피스

자료: 신호성 외. 공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안. 196쪽. 한국보건사회연구원, 2008.

한편, 정부는 2005년 ‘공공보건의료 확충 종합대책(안)’을 마련하고 공공보건의료의 역할 정립, 공공보건의료체계 정비, 공공보건의료

313) 고일선 외. 보건진료원 업무현황 및 업무향상활동. 간호행정학회지 2005;11(4):361-369.

314) 신호성 외. 공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안. 196쪽. 한국보건사회연구원, 2008.

연계 강화, 공공보건의료의 서비스 수준 제고, 건강증진 강화를 통한 평생건강관리서비스 제공 등의 정책방향을 제시하였다.³¹⁵⁾ 여기에서 보건진료소에 해당하는 핵심 방향은 연계강화와 건강증진이라 할 수 있다. 비록 계획이라는 이름을 달고 있지만, 이 종합대책은 정부와 사회가 공공보건의료의 방향을 어디로 잡고 있는지를 나타내는 대표적인 근거이다. 여기에서도 보건기관이 요구받는 기능의 핵심은 진료라기보다는 건강증진을 비롯한 보건사업이라는 것을 알 수 있다.

보건진료소가 수행하는 보건사업 중 건강증진사업은 중요성이 계속 커져왔고 지금도 커지는 대표적인 사업이다. 보건진료소의 건강증진사업은 보건소 사업과 불가분의 관계에 있으므로, 사업의 요구는 보건소의 건강증진사업이 확대되어 온 경과에서 쉽게 알 수 있다.

1999년 12개소의 건강증진거점보건소 시범사업으로부터 본격적으로 시작된 보건소 건강증진사업은 2002년도에는 사업 영역을 금연, 운동, 영양, 절주의 건강생활실천사업 4개 분야로 정하여 100개 보건소로 확대되었고, 2004년에는 156개 보건소, 2005년에는 246개 보건소로 확대되었다.³¹⁶⁾ 2002년에 최초로 건강증진에 대한 국가 계획인 ‘국민건강증진종합계획 2010(Health Plan 2010)’이 수립되어, 국민건강증진위원회 구성 운영, 도시 보건지소 설치, 보건소 건강생활 실천사업의 추진을 중점과제로 제시하였고, 39개의 세부 추진사업과, 40개의 목표를 설정하였다. 한편, 건강증진사업을 지원하기 위해 2005년에는 시도별로 건강증진사업지원단이 만들어져 사업을 지원하기 시작했다.³¹⁷⁾

2008년부터는 보건소 건강증진사업이 지역특화 건강행태 개선사업으로 변경된다. 그동안 보건소 건강증진 사업이 교육과 홍보 위주

315) 공공보건의료 확충 종합대책안. 관계부처 대책 수립팀. 2005년 12월.

316) 보건복지부. 2006년 건강생활실천사업 안내. 7쪽.

317) 건강증진사업지원단은 2011년부터 한국건강증진재단으로 개편되었다.

의 단절된 영역별 사업, 금연사업과의 중복, 사업대상 선정의 근거 미약, 지자체의 사업의지와 무관한 일률적 예산지원, 지역사회 프로그램과의 연계 부족 등의 문제점을 드러낸 것으로 평가되었기 때문이다. 이에 따라 보건복지부는 전국적으로 보건소 건강증진사업의 방향을 건강행태 위험인구 중심의 접근방식, 결과중심의 평가, 예산 차등지원 등을 특징으로 하는 지역특화 건강행태 개선사업으로 변경하였다.³¹⁸⁾ 그 결과 보건소별로 운동, 영양, 절주, 비만 등의 프로그램이 주로 시행되었고, 방법으로는 반복교육 37.2%, 1회성 교육 35.2%, 캠페인 27.6%, 언론 홍보 32.5%, 전광판 홍보 23.0% 등으로 나타났다.

보건소의 건강증진 사업 확대에 따라 보건진료소도 건강증진 업무에 더 많은 관심과 비중을 두게 된 것으로 보인다. 2006년 충남 일부 보건진료소의 업무분석에 따르면 건강증진관리는 전체 업무의 41%를 차지해 일차진료의 비중과 거의 같다.³¹⁹⁾ 중요한 건강증진 업무는 만성병 관리를 위한 보건교육, 운동교실, 금연·금주·영양 교실 등이다.

사례 1.³²⁰⁾

지난 86년 7월 1일자로 발령을 받아 올해로 20년째 공직생활을 하고 있는 이 소장은 노인건강체조와 금연사업에도 열정을 보이고 있다.

초현대식 시설을 갖춘 보건진료소 한편에는 건강증진실을 따로 마

318) 보건복지부. 2009년 보건복지백서. 653-655쪽. 2010.

319) 임방원. 충남 도시권과 비도시권 진료소간 질병별 차이 및 건강증진사업 분석. 52-54쪽. 한남대학교 석사학위논문, 2006.
여기에는 보건교육이 포함되어 건강증진 업무의 비중이 다소 크게 파악된 것으로 보인다.

320) 오마이뉴스. 2007년 8월 27일.

련해 농촌주민들이 밤이면 이곳에 모여 건강체조를 3년째 해오고 있다. 요즘에도 고추농사로 파김치가 된 몸이지만 대수보건진료소 관내 주민 40여 명이 매일 경쾌한 음악에 맞춰 생동감 넘치는 에너지를 얻고 있다.

진료소 자체예산으로 유니폼은 물론 생활체조강사를 지원해 알차게 운영하고 있다. 대수 보건진료소에서 부안군 보건소의 지원을 받아 실시되는 한방무료진료도 문전성시를 이루고 있다. 보건진료소를 찾는 농촌주민들을 대상으로 한 내원환자 진료와 거동 불능·불편자를 위한 방문보건사업은 기본이다.

사례 2.³²¹⁾

서귀포시 서부보건소 사계보건진료소(진료소장 김영순)는 지난 23일 지역 주민을 위해 2008년도 건강증진프로그램을 운영한 결과 발표회를 가짐으로써 주민 스스로 운동의 필요성과 지역주민의 화합을 다지는 계기를 마련했다.

이날 행사에서는 기공, 새천년건강체조, 댄스스포츠 그리고 오름 등 반과 건강체조 실천 사례발표를 했으며 체조동호회를 비롯한 다양한 프로그램에 지난 1년동안 지역주민 3200명이 참여하는 등 높은 호응도와 주민 참여도를 이끌어낸 성과를 얻었다.

2008년 사계보건진료소의 건강생활실천 프로그램 운영 추진 상황을 보면 △기공체조 및 새천년건강체조 교실운영 97회/3208명 △댄스 교실운영 32회/747명 △건강걷기대회 1회/320명 △오름 동호회 운영 5회/265명 △그 외에는 ▲용해경로당, 산방복지회관 준공 시, 찬조시연 ▲도민 생활 체육대회 출전/단체상 및 금메달 ▲여성건강체조 경진대회 출전 우수상 등 동호회를 중심으로 활발한 사업 운영으로 주민들의 건강증진 및 건강생활실천에 주력했다.

321) 미디어제주. 2008년 12월 26일.



그림 23. 청양군 청남면 왕진보건진료소가 주최한 건강걷기대회(2008년 9월 25일).



그림 24. 서귀포시 사계보건진료소의 건강생활실천운동 발표회(2008년 12월 23일).

그러나 건강증진 업무에 따르는 어려움은 그 이전 시기와 비교하여 크게 나아지지 않았다. 지역주민의 건강수준과 요구도를 파악하는 것이 미흡하고, 건강증진 업무의 지식과 전문성이 부족하며, 진료 중심의 업무 수행으로 건강증진에 충분한 시간을 내기가 어려운 점 등이 여전히 한계로 작용한다.³²²⁾ 아울러 건강증진 프로그램이 충분히 개발되어 있지 않고, 교육매체나 사무기기 등 보건진료소의 열악한 업무환경도 중요한 문제점이다.

그러나 긍정적인 변화도 발견된다. 지역단위 건강증진 사업의 확산에 따른 결과이지만, 지역사회 자원을 좀 더 적극적으로 활용하려는 움직임이 나타나고 있는 것이다. 대표적인 것이 마을건강원의 참여가 늘어났다는 것이다. 예를 들어 일부 지방자치단체는 “마을건강원을 건강생활실천지도자로 위촉하여 보건소 사업을 홍보하고 운동, 영양, 금연, 절주, 비만 등 건강생활실천사업 각 분야의 최신 건강지식을 함양하도록 하여 건강생활실천 지도자로 활용”하고자 한다.³²³⁾ 각 보건진료소 단위에서도 마을건강원이 건강증진 사업에 참여하는 사례가 상당하다.³²⁴⁾ 지역의 건강증진 프로그램 일부를 담당하게 하거나 일과 시간 이후 건강증진 시설을 운영하는 등의 활동에 참여한다.

건강증진과 아울러 2000년대 보건진료소의 사업을 특징짓는 또 하나의 사업이 방문보건 혹은 방문건강관리이다. 방문보건은 경제위기 상황인 1999년 2월 공공근로사업의 하나로 임시사업으로 처음 도입되었다가 2001년 표준지침을 개발, 보급하고 242개 보건소에 정규인력이 배치되면서 정식으로 시작되었다.³²⁵⁾ 그러나 방문보건사업은 사업의 공식화 여부에 상관없이 1990년대 초부터 특히 취약계

322) 임방원. 앞의 논문. 47-48쪽.

323) 충남도청 인터넷뉴스. 2009년 11월 26일.

324) 보건진료원회 회장과의 전화통화.

325) 보건복지부 보건정책팀. 맞춤형 방문건강관리사업 추진계획(안). 2007.

층과 지역에서 중요한 사업의 방법으로 수행되어 온 것이다.

인구가 줄어들고 노령화 하면서 농어촌 지역에서 방문 서비스 제공은 보건진료원에게 가장 많이 요구되는 서비스이자 종래의 일차진료를 대신하는 핵심적 기능으로 받아들여졌다. 보건진료원은 2006년 현재 16.7%의 시간을 방문보건에 쓰는 것으로 나타났고, 대상자는 기초생활수급권자, 독거노인, 65세 이상 노인, 노부부 세대 등이었다.³²⁶⁾ 한 명의 보건진료원이 평균 71가구를 방문보건사업 대상으로 하고 있었고, 대상자들은 의사 진료(31.8%), 혈압이나 혈당 측정(전체의 46%), 보건교육(48.3%), 질병관리 교육(55.7%), 의약품 제공(24.6%), 가사지원(30.6%) 등을 필요로 했다. 보건소나 보건지소에 비해 의사 진찰이나 전문간호, 약품 제공 등의 필요는 적고, 혈압/혈당측정, 보건교육, 질병관리, 가사지원 등의 필요는 더 크다.

그러나 이때까지도 보건진료소에서 수행하는 방문보건의 여건은 그리 좋다고 할 수 없었다. 우선 별도의 지원이 없어 보건진료원 각자의 사업이 필요한 비용을 부담해야 하는 경우가 적지 않았다. 예를 들어 교통비나 유류비 등을 지원받는 경우가 6.4% 밖에 되지 않았다, 이에 비하여 업무는 구체적 업무분장이 잘 되어 있지 않고, 서류가 지나치게 많고 복잡하며, 예산과 인력, 필요 장비(예를 들어 고지혈증 측정기나 노트북, 재활에 필요한 장비 등)가 부족했다. 또한 행정적 지원도 더 강화될 필요가 있었고, 사업에 따른 유, 무형의 보상도 부족하다는 평가가 많았다.³²⁷⁾

이러한 상황에서 2007년 정부는 ‘맞춤형 방문건강관리사업’을 도입한다. 일반적인 사업배경과 목표 이외에 구체적인 사업의 배경은 명확하지 않으나, ‘맞춤형’이라는 표현은 대상집단을 명확하게

326) 장현숙 외. 방문보건사업 모니터링 및 활성화 방안 개발.

한국보건산업진흥원. 건강증진사업단, 2006.

327) 장현숙. 앞의 보고서; 박영순. 방문보건사업 담당자의 직무만족도에 관한 연구. 공주대학교 석사학위논문, 2005.

정한 효율적 프로그램을 시행해야 한다는 당시의 보건복지정책 전반의 기조와 무관하지 않은 것으로 보인다. 실제 이 사업은 2007년 3월 비정규직 인력이 각 시군구보건소에 배치됨으로써 시작되었다. 맞춤형 방문건강관리 사업은 “취약계층 가족 및 가구원 개인의 생애주기별 건강 위험요인 및 질환에 대한 자가관리 능력향상을 돕는 포괄적인 사업을 수행하는” 것을 목표로, 간호사, 물리치료사, 영양사 등의 보건전문 인력을 방문보건요원으로 활용했다.³²⁸⁾ 전체 체계에는 보건진료소도 포함되었고, 이에 따라 보건진료원도 인력에 포함된다. 대상자는 기존의 사업과 별 차이가 없었으나 다음과 같이 순위를 명확하게 한 것이 차이였다.³²⁹⁾

- ① 1 순위: 기초생활보장수급자 중 65세이상 장애인, 독거노인 및 노인부부세대
- ② 2 순위: 1 순위 대상자에 포함되지 않은 기초생활보장 수급자
- ③ 3 순위: 차상위계층 중 65세 이상 장애인, 독거노인 및 노인부부세대, 임산부, 영유아, 결혼이민자 가구, 노인돌보미 바우처사업-중증장애인 활동보조사업-산모도우미 대상자, 농어촌 지역 임산부·영유아, 보건소내 타 부서 및 지역사회기관에서 의뢰한 건강문제가 있는 대상자
- ④ 4 순위: 시설 및 미인가 시설 거주주민(노숙자쉼터, 복지시설 등)
- ⑤ 5 순위: 위 순위 대상자에 포함되지 않은 취약계층 주민
- ⑥ 6 순위: 1~5 순위에 속하지 않은 일반 주민

328) 보건복지부. 2007년 맞춤형 방문건강관리사업 기본지침서. 2007.

329) 보건복지가족부. 2007년 보건복지가족백서. 564쪽.



그림 25. 맞춤형 방문건강관리 보건진료원 교육(2010년 9월 7일 가톨릭의대).

공공보건체계를 통한 방문사업은 노인인구의 증가가 기본적인 동인이지만, 장기요양보험 실시라는 제도적 변화와도 관계가 깊다. 2008년 7월 1일부터 장기요양보험이 시행됨에 따라 등급외 판정을 받은 대상자 등 허약노인이 장기요양상태에 넘어가지 않도록 조기에 방지하는 예방 프로그램이 필요하게 되었고, 정부는 방문건강관리사업이 부분적으로 이 역할을 할 수 있을 것으로 기대하였다.³³⁰⁾

이 사업은 무엇보다 중앙정부의 지침이 있었고 사업량을 계량적으로 측정할 수 있었다는 점에서 한국의 보건사업에서 특별한 의미를 갖는다. 사업실적이 구체적인 수치로 측정될 뿐 아니라, 보건진료소가 보건소의 사업수행에 연결되는 체계를 더 긴밀하게 갖추지 않을 수 없게 된다. 그런 점에서 이 사업으로 인해 보건진료소가 지역의 공공보건체계에 더 긴밀하게 ‘통합’되는 계기가 되었다고 할 것이다.

330) 보건복지가족부. 2009년도 맞춤형 방문건강관리사업 안내. 3-4쪽.

이상에서 살려 본 것과 같이 넓은 의미의 건강증진과 방문보건 사업은 보건진료소가 새로운 환경에서 더욱 비중을 키워 가야 할 업무이자 사업으로 자리를 잡아 나가고 있다. 그러나 공공보건체계 전반에 걸친 문제가 이 과정에서 드러나지 않을 수 없다. 여기에는 지역보건체계 내부 참여자뿐 아니라 중앙정부도 영향을 미치고 있다.³³¹⁾ 우선 지역보건사업의 구조적 문제들이 나타난다. 현재 지역 보건사업의 구조에서는 사업의 우선순위와 목표를 합리적으로 설정하기 어렵다. 중앙정부의 지침이 영향을 미치게 되고, 특히 평가와 예산이 수반되는 사업인 경우에는 실적의 압박에서 자유로울 수 없다. 무엇보다 심각한 것은 대부분의 업무가 중앙에서 하달하는 방식으로 진행되어 정작 지역의 우선순위를 제대로 반영하기 어려운 경우가 적지 않다는 점이다. 지방자치단체장이나 지방의회, 보건소장의 관심사에 따라 진료기능, 보건사업, 행정 등의 기능 중 어떤 ‘실적’에 중점을 둘지 달라지는 경우도 적지 않다. 또 다른 구조적 문제는 지역보건기관이 모든 사업의 최종 수행자 역할을 하고 있고, 이에 따라 매우 다양하고 때로 조화되지 않는 사업을 동시에 수행한다는 점이다. 앞에서 이미 지적한 것처럼, 일선 기관으로서는 모두 담당하기 버거운 정도로 많은 종류의 사업에 다양한 방식의 사업이 요구되지만 모든 사업에 제대로 대처하기는 어렵다. 이런 상황에서는 보건진료소 역시 하달식의 사업을 모두 수행하기 어렵고 지역의 필요에 제대로 대응할 수 있는 여력을 확보하기도 어렵다. 뿐만 아니라 보건진료소가 한정된 인력과 미미한 예산으로 지역의 요구에 바탕을 둔 포괄적인 접근을 하기는 무리일 것이다.

331) 이신호 외. 노인장기요양보험제도 도입에 따른 보건기관 기능개편방안. 55-61쪽. 한국보건산업진흥원·건강증진사업단, 2007; 이수진 외. 건강투자활성화를 위한 공공보건기관 역할재정립 및 전달체계 개편방안 연구. 54-55쪽. 한국보건산업진흥원·건강증진사업단, 2008.

보건진료소가 다른 보건기관, 특히 보건소와의 관계에서 연계와 통합, 지원이 충분히 이루어지지 않고 있다는 것도 자주 제기되는 문제에 속한다. 2000년 조사에 따르면 시군구 단위의 지역보건의료 계획 작성에 참여하는 보건진료소가 전체의 11.4%에 지나지 않았고, 보건진료소의 사업계획서를 작성하여 제출한 경우도 61.8%에 그쳤다.³³²⁾ 계획서의 작성과 제출이 보건소나 보건소와 연계를 모두 반영한 지표일 수는 없으나, 이는 보건진료소 활동이 여전히 시군구의 보건의료체계와 활동에 통합적이지 않다는 것을 간접적으로 보여 준다. 보건진료소가 보건소 사업에 참여할 때 보건소의 지침이나 기술적 지원이 충분하지 않다는 것도 중요한 지적이다. 보건소의 사업지침 자체가 통합적 서비스 제공에 적절하지 않고, 대상자의 우선순위가 명확하지 않으며, 대상자의 특성이 충분하게 고려되지 않고 있다.³³³⁾ 아울러 주민참여 방안과 세부 전략이 미흡하고, 예산이 없거나 획일적으로 배정되며, 추후관리와 환류 과정이 미흡하다는 것 등의 문제도 있다.

사업의 종류에 관계없이 지역행정과 지역보건의료체계의 틀 안에서 사업을 운영하는 과정에서 보건진료소가 겪는 실제적인 어려움도 크다. 이런 ‘미시적’ 어려움은 단순히 제도적 틀로만 극복하기 힘들고, 공공조직 운영의 개선은 물론 문화와 지역사회의 규범에 이르기까지 민주적 거버넌스가 확립되어야 풀릴 수 있는 것들이 많다. 다음 인용은 비록 소설적 허구가 많이 섞여 있겠지만, 이와 같은 어려움을 충실하게 반영하고 있다고 해도 무방할 것이다.³³⁴⁾

332) 박영희 외. 보건진료소의 업무실태와 개선방안. 한국농촌의학회지 2000;25(2):353-377.

333) 석은숙. 농어촌지역의 보건사업 기능 강화 방안 토론편자료. 2007년 한국농촌간호학회 추계학술대회 연제집. 143-146쪽, 2007.

334) 주영선. 아웃. 79-80쪽. 문학수첩, 2008.

어떠한 경우에도 내 무능력과 무관심으로 노인 체조가 중단되었다는 여지를 남겨서는 안 되었다. 나는 내 지갑을 열어 밥을 살 것이었다.

시 보건소의 노인 체조 담당자는 수천만 원의 예산을 받고도 보건진료소로는 일 원 한 푼 내려 보내지 않았다. 분명 사업보고서에는 있는 예산이었음에도, 이 사업의 프로젝트를 맡은 예방의학 교수 강사료와 그쪽 진행비로도 모자라는 판이라고 지레 죽는 소리였다. 시 재정은 어려웠고 점점 시민들의 눈치를 봐야 하는 관리들은 “변해야 산다”라며 아래 직원들을 들볶았고 그 직원들은 무엇을 어떻게 변화시켜야 하는지도 모르는 채 얼렁뚱땅 사업을 만들어 냈다. 그리고 어느 자치단체에서 시행한 사업이 시신을 좀 받았다, 하면 도 전체, 아니, 나라 전체의 유사 기관에서 빼껴 먹는 사업이 시작되었다. ‘노인 체조’는 그즈음 이쪽 분야에서 유행한 사업이었다. 노인 체조는 동사무소까지 번져 나가 그쪽 공무원들이 책상에 앉아 기안만 하면 예산이 나왔다. 공무원들은 전문 강사를 초청하여 체조 교실을 연 다음 그 실적을 올렸지만 우리는 예산 한 푼 없이 사비를 털어 간식을 사 줘 가며 직접 마을회관이나 노인회관에서 체조를 가르쳐야 했다. 실적은 시 보건소 쪽이 가져갔다.

그러나 일차보건의료의 시각으로 보자면 현재의 보건사업에는 더 중요한 문제가 있다. 그것은 대부분 보건사업이 내소자 위주의 방식에 치우쳤고 지금도 그렇다는 점이다. 방문건강관리사업은 조금 다르지만, 이를 제외한 나머지 사업은 현재 구조로서는 내소자 중심의 사업을 피하기 어렵다. 특히 건강증진의 경우 지역사회 중심성이 매우 중요한데도, 보건진료소의 여건상 충분한 지역사회사업이 되는 것에는 한계가 있다. 내소자 중심의 사업에서 벗어나는 것은 단순히 활동과 사업장소가 보건진료소를 벗어난다는 것 이상을 뜻한다. 장소를 이동하는 것을 넘어서 사업의 목표와 범위, 주체와 참여자, 사업방식, 보건진료원의 역할이 지역(주민) 전체를 대상으로 하는 것이 ‘지역을 기반으로 한다(community based)’는 말의 진정한 의미

이다. 이 때 보건진료원은 서비스 제공자 역할을 넘어 사업의 조직자와 촉진자 역할을 수행해야 한다. 그러나 지역으로 나가는 ‘원심형’ 사업에서 더 나아가 지역사회 자원을 활용하는 ‘촉진자’ 역할을 하는 것은 많은 어려움을 가지고 있다. 이러한 상황이 보건진료소 하나에 그치지 않고 모든 보건의료기관에 보편적인 것이라 하더라도, 이것이 보건진료소가 당면한 중요한 도전이자 과제라는 사실에는 변함이 없다.

한편, 노인인구가 늘어나고 이들의 요양 필요성이 커짐에 따라 장기요양도 보건진료소의 새로운 기능으로 부각되고 있다. 일부 지방자치단체에서는 보건진료소를 아예 장기요양시설로 바꾼다는 계획도 세웠다.³³⁵⁾

경기도가 농·어촌지역에 산재한 보건진료소를 치매나 중풍에 걸린 노인들을 위한 전문요양시설로 바꾼다. (중략) 경기도는 12일 오는 7월부터 노인장기요양보험 제도가 시행되면서 보건진료소를 연차적으로 노인 전문 요양기관으로 전환해 나갈 계획이라고 밝혔다. 보건진료소에는 간호사와 진료보조원 등 전문의료인력이 이미 배치돼 있고 기존 시설을 활용할 수 있어 전문요양소로 바꾸더라도 투자비가 크게 들지 않는 장점이 있다.

도는 이에 따라 7월부터 도내 162개 보건진료소를 연차적으로 노인 장기요양기관으로 전환하기로 했다. 경기도 관계자는 "한꺼번에 다 바꿀 수는 없어 예산 상황을 보며 연 5~10개씩 바꿔나갈 것"이라고 말했다. 보건진료소를 요양기관으로 전환하면 치매·중풍노인들에게 제공할 각종 서비스와 관련한 비용을 보험으로 청구, 충당할 수 있어 별도의 예산지원 없이도 운영할 수 있게 된다. 이미 경기도에서는 광주시 만선리·분원리·산성리·오포읍, 남양주시 청학동, 화성시 매향리 등 6곳에 설치된 보건진료소를 지난 2006년부터 노인요양시설로 전환해 시설당 10~15명씩 노인들을 수용하고 있다.

335) 조선일보. 2008년 3월 13일.

그러나 요양 서비스는 보건의료 서비스와 연계가 강하지만 구분되는 성격을 가지고 있다. 따라서 완전히 통합된 서비스를 제공하는 것은 어려울 것이며, 따라서 보건진료원과 보건진료소의 기능을 완전히 전환하거나 통합하는 것은 가능하지 않을 것이다.

3. 일반직으로의 전환: 공공보건체계로의 통합

1998년에 시행된 한 조사에서는 보건진료원들의 일반직화 요구는 그리 크지 않았다.³³⁶⁾ 그러나 2000년 이후 일반직화 요구는 매우 커졌다. 직접적인 계기는 1998년의 구조조정이었던 것으로 보인다. 2000년 한 조사에서 볼 수 있듯이,³³⁷⁾ 구조조정 시기 보건진료소 폐지의 중요한 이유가 보건진료원의 신분이 별정직으로 안정적이지 않다는 것이었다. 이에 따라 2001년 국회 최영희 의원실이 조사한 것에 따르면 보건진료원의 일반직 요구는 이미 상당한 크기에 달했다.³³⁸⁾ 이후 보건진료원들은 간헐적으로 일반직으로의 신분전환을 요구했다.

“「농어촌보건의료를 위한 특별조치법」 제 17조 제1항에서 ‘보건진료원은 지방공무원으로 하며, 보건소장의 추천을 받아 시장·군수 또는 구청장이 근무지역을 지정하여 임용한다.’고 규정하고 있는데, 이들은 지방공무원이기는 하나 신분보장이 되지 않는 별정직공무원으로 임용되고 있는 실정이다”라고 지적하였다. “따라서 공무원의 구조조정 애

336) 장원기 외. 지역단위 공공보건의료기관 기능 개편방안. 244쪽.
한국보건사회연구원, 1998

337) 박영희 외. 보건진료소의 업무실태와 개선방안. 한국농촌의학회지 2000;25(2):353-377.

338) 최영희 의원실. 보건진료원의 근무여건 및 의식에 관한 설문조사. 2001.

기만 흘러나오면 자신들을 구조조정의 1순위로 인식하고 있어 신분의 “별정직이라는 이유로 승진의 기회가 제한되어 있으며, 휴직·전보·전직·명예퇴직제도 대우수당 등 일반직 공무원이 받고 있는 혜택은 누리지 못하고 있는 실정”이라며 이들의 부당한 대우에 대해서도 개선을 요구하였다.

과거에도 사회복지전문요원, 아동복지지도원, 여성복지상담원 등 사회복지관련 별정직 공무원이 1999년 일반직(사회복지직)으로 일제히 전환된 경우가 있었기 때문에 보건진료원의 일반직화는 문제될 것이 없는 것으로 보여진다.

별정직 보건진료원의 모집은 지방자치단체장이 특별채용 형태로 임용하도록 되어있어 신규 모집시 객관적인 평가보다는 자치단체장의 이해와 관련된 대상자가 채용되는 인사상의 문제점이 발생할 가능성이 높게 된다. 따라서 일반직 전환을 통해 보건진료소 업무수행에 필요한 다양한 평가기준을 적용한 공채 형태로 임용할 때 인사비리의 문제점을 해결하고 실력 있는 보건진료원을 모집할 수 있을 것이다.

그러나 행정안전부는 별정직은 일반직으로 충원이 어려운 경우 등 불가피한 경우에 한해 제한적·예외적으로 운영되는 것이므로 사회복지직렬 별정직의 일반직 전환은 정원관리규정상 위배된다고 밝히고 있다.

한 번 임용됨으로서 그 지역을 벗어나지 못하고 언제 퇴직당할지 모르는 불안감에서 하루하루를 살아가는 농어촌 지역의 나이팅게일 보건진료원의 일반직화를 촉구한다.³³⁹⁾

보건진료원이 일반직으로 전환해야 하다는 논리 중 중요한 것을 보면 다음과 같다.³⁴⁰⁾ 첫째, 농어촌에서 공공보건의료를 담당하고 있는 공무원들의 전문성을 제고할 수 있다는 논리이다. 이는 농어촌 보건소의 소속 공무원들을 직렬구조와 기능을 정비하여 지방정부의

339) 이명수 의원 국정감사 보도자료. 2009년 10월 7일.

340) 손계순. 보건진료원의 근무여건에 관한 사례와 일반직 전환에 대한 의견. ‘별정직 보건진료원 일반직화 되어야 합니다’ 관련 여·야 합동공청회 자료집. 2010.

보건의료 업무에 대한 전문성을 강화하여야 한다는 것으로, 보건진료원이 일반직이 되어야 보건진료원과 보건소 근무 간호사·조산사들을 통합적으로 관리할 체계를 갖출 수 있다는 논리를 펴고 있다. 둘째, 우수한 인력 확보를 위해 필요하다는 것으로, 불안정한 신분인 별정직으로서로는 앞으로 양질의 인력을 충원하기 어렵다는 주장이다. 이는 최근 들어 간호사 인력이 수도권의 대형병원으로 집중되면서 지방과 처우가 좋지 않은 분야에서 간호사를 구하기 어렵다는 상황과 연결되어 있다. 셋째, 보건진료원들의 신분 불안 해소와 사기 진작을 위해 필요하다는 것이다. 별정직 보건진료원은 보건지소 통폐합이나 보건진료소 폐소, 보건기관 기능개편 등 외부적 요인에 매우 취약하고, 승진, 휴직, 소청, 전보, 전직, 명예퇴직제도 대우수당 등 일반직 공무원들이 받는 혜택을 받지 못하고 있다.



그림 26. 보건진료원의 일반직화를 위한 토론회 (2009년 9월 15일).

이러한 맥락에서 2010년 보건진료원회가 정부에 건의한 내용을 요약하면 다음과 같다.³⁴¹⁾

- 저희 보건진료원회에서는 농·어촌 보건의료 취약지역에서 별정직으로 근무하는 보건진료원들을 일반적으로 전환하여 신분안정과 근무의욕을 향상시키고자 보건복지가족부와 행정안전부에 지속적인 건의와 협조를 요청해 왔습니다.
- 보건진료원은 지방공무원 신분으로(농특법17조) 보수체계가 일반직과 동일하여 일반직 전환에 따른 법적 제한이나 예산증가 요인이 없으므로 일반직 전환에 대한 직접적인 장애요인은 없습니다.
- 일반적으로 전환하여 신분에 대한 불안감 해소와 안정화를 도모해주시길 간곡히 건의 드리는 바입니다.

이러한 과정을 거쳐 2011년 8월 보건진료직렬을 신설하는 방식으로 일반직으로 전환하기로 확정되었다.

지방 별정직 보건진료원과 기능직 공무원을 일반직으로 전환할 수 있는 제도적 근거조항이 마련됐다. 행정안전부는 16일 기능직공무원 일반직 전환, 지방별정직 보건진료원의 일반직 전환 등을 주 내용으로 하는 ‘지방공무원 임용령’ 개정안이 국무회의를 통과했다고 밝혔다.

(중략)

보건진료직렬을 신설해 별정직 보건진료원의 일반직 전환을 위한 근거를 마련했다. 보건진료원이란 공중보건이 없는 농·어촌 의료 취약지역에서 근무하는 별정직 공무원으로 응급처치, 만성병 환자 지원, 질병 예방 등의 업무를 수행하고 있으나 승진·명예퇴직·소청 등이 제외되는 등 신분상 제약이 있었다. 하지만 앞으로는 자치단체 별로 전환여부 및 임용직급 등을 확정된 후 경력경쟁임용시험을 거

341) 보건진료원회. 별정직 보건진료원의 ‘일반직화’ 건의. ‘별정직 보건진료원 일반직화 되어야 합니다’ 관련 여·야 합동공청회 자료집. 47쪽, 2010.

224 일차보건의료와 보건진료원 제도

쳐 일반직으로 임용된다.³⁴²⁾

일반직화는 보건진료원 제도의 일대 전기가 될 것이 분명해 보인다. 신분이 더 안정적이 되고 일부 처우가 개선될 것은 명확하게 예측되는 것이지만,³⁴³⁾ 지역보건체계의 구성과 운용에 어떤 영향을 미칠지는 아직 불확실하다. 가장 쉽게 예측되는 것은 보건진료소의 설치와 보건진료원의 운용에 훨씬 더 유연성이 커질 것이라는 점이다.

342) 공감코리아. 2011년 8월 17일

343) 이 문제는 2011년 9월 현재 불확실한 점이 많다.

제8장 맺음말

지금까지 일차보건의료와 지역보건이라는 틀을 중심에 놓고 보건의료진료소와 보건진료원이 변화해 온 과정을 살펴보았다. 보건진료원 제도의 기원은 분명 일차보건의료와 지역보건이었지만, 그 후 지속된 제도의 내용은 한국 사회와 보건의료정책의 요구에 따른 ‘농어촌 취약지역의 일차진료’를 주기능으로 한 것이었다. 지난 30년간 보건진료원은 여러 가지 불리한 조건을 감수하면서 이런 요구에 부응해 충실하게 기능을 수행해 왔다. 열악한 근무환경과 조건을 고려하면 한국 보건의료에서 가장 가치 있고 성공적인 정책실험이었다고 해도 크게 틀리지 않을 것이다.

제도 시행 30년이 지난 현재의 변화된 환경에서도 보건진료원의 기본적 기능이 농어촌 취약지역의 일차진료라는 점은 변함이 없다. 문제는 이런 기능이 사회경제적 여건변화, 그리고 보건의료 환경과 점점 더 간극을 벌려가고 있다는 점이다. 이런 상황에서 보건진료원 제도는 이제부터 기존의 기능과 사회적으로 새롭게 요구되는 역할 사이에서 본격적인 갈등을 경험할 가능성이 크다.

2008년 세계보건기구는 세계적인 보건문제를 해결하기 위해서는 일차보건의료의 개념과 전략을 되살려야 한다고 하고 새로운 상황에서 일차보건의료의 방향을 제시했다.³⁴⁴⁾ 세계보건기구가 일차보건의료를 부활해야 한다는 주장을 하는 데에는 현재의 보건의료체계가 다음과 같은 다섯 가지의 문제점을 가지고 있다고 판단했기 때문이다.

① 필요와 반대인 보건의료 공급(inverse care): 필요가 크지 않은

344) World Health Organization. *Primary Health Care: Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization; 2008.

사람들이 대부분의 의료자원을 소비하고, 필요가 매우 큰 사람들은 아주 작은 부분을 소비함.

② 가난에 빠지게 하는 의료(impoverishing care): 지나친 의료비 지출로 많은 사람들이 가난에 빠짐.

③ 통합성이 없고 쪼개진 서비스(fragmented and fragmenting care): 보건의료가 전문화되고 세분화되어 환자 중심의 전체적인 접근이 어려워지고 지속성이 없음.

④ 안전하지 못한 서비스(unsafe care): 안전과 위생을 보장해주지 못하는 열악한 시스템 때문에 병원 감염이 증가하고 약물의 부작용이 늘어남.

⑤ 잘못된 방향설정(misdirected care): 치료 중심의 의료자원 분배로 인해 예방이 소홀히 취급됨.

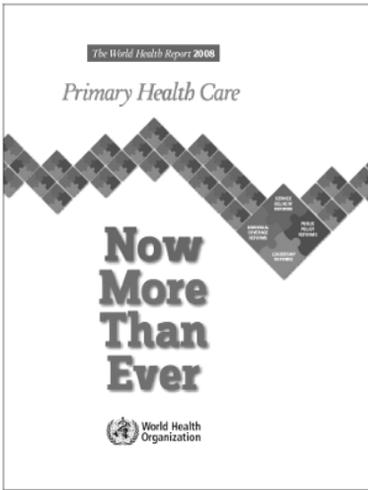


그림 27. 세계보건기구의 일차보건의료 보고서(2008년).

구와 기대에 부응하여 보건의료 서비스를 일차의료 중심으로 재설정하며, 동시에 변화하는 요구에 적절하게 대응하고 좋은 결과를 산출

이러한 문제점을 극복하기 위해서는 세계보건기구는 ‘새로운’ 일차보건의료 전략을 주창하고 다음과 같은 네 가지 개혁을 추진해야 한다고 주장했다.

① 서비스의 보편적 적용(universal coverage reforms): 건강의 불평등을 줄이고 사회 정의를 달성하기 위해서는 모든 사람에게 충분한 보건의료를 적절한 비용 부담으로 제공해야 함.

② 서비스 제공체계(service delivery reforms): 사람들의 요

할 수 있어야 함.

- ③ 공공정책의 개혁(public policy reforms): 일차의료를 중심으로 두고 공중보건 활동을 통합하며, 모든 영역의 공공정책에 건강을 중요한 가치로 두어 건강한 공동체를 만들어야 함.
- ④ 지도력(leadership reforms): 보건의료체계가 매우 복잡하므로 명령과 규제, 방임에서 탈피하여 참여와 협상에 기초한 지도력이 필요함.

이처럼 세계보건기구가 주장한 새로운 일차보건의료 전략은 과거의 일차보건의료와 비슷한 점도 있지만 다른 점이 더 많다. 비판적으로 보자면, 새로운 일차보건의료의 개념이 명확하지 않고, 포괄적인 일차보건의료를 내세우고 있으나 실제로는 치료 중심의 ‘의료’에 치우쳐 있다. 특히 후자의 문제는 심각하다. 비록 명시적으로 의료(medical care)에 한정하지는 않지만 개념과 용어에서부터 암묵적으로 이를 전제하는 것으로 보인다. 의료공급의 측면에서도 지역사회나 일반인(lay people), 역량개발(empowerment), 상향식 접근(bottom-up approach) 등은 약하고 대신 치료 중심의 ‘일차의료팀(primary care team)’이나 ‘일차의료망(primary care network)’ 등을 핵심 개념으로 제시한다. 이러한 접근은 전세계적으로 변화된 환경(의학기술 발전, 전문 인력 증가, 치료 서비스의 확충 등)을 반영하여 일부 불가피한 면도 있지만, 자원이 극히 제약되어 있는 환경(저개발 국가나 지역)의 문제를 회피하는 것이다. 뿐만 아니라 보건과 건강의 전략을 사회개발이나 인간보장(human security) 등으로 폭 넓게 보는 것이 아니라 주로 치료서비스 위주로 좁히는 접근이라 할 수 있다. 따라서 세계보건기구가 비록 일차보건의료의 개념을 다시 내세웠지만, 민간 부문이 주도하는 치료위주의 보건의료체계를 대체할 만한 방향과 전략을 제시하고 있는 것으로 보기는 어렵다.

그렇지만 세계보건기구의 일차보건의료 전략은 전세계적으로 보

건의료와 그 체계에 새로운 논의를 불러일으키는 계기가 되었다. 유감스럽게도 한국에서는 논의가 거의 없었다고 해도, 세계보건기구의 시도는 현재 보건의료 흐름을 주도하고 있는 전문화된 치료중심의 의료에 근본적 문제를 제기한 것이었다. 세계보건기구의 개념은 논란을 부르고 다시 검토가 필요한 여러 한계를 가지고 있으나, 새로운 보건의료체계의 가능성과 필요성을 제기했다는 것만으로도 중요한 의의를 가진다. 한국에서도 이와 같은 맥락에서 장기적으로 보건의료체계를 어떤 방향으로 변화시켜 나갈지 구상하고 논의하는 것이 반드시 필요하다. 특히, 한국 사회에서 농어촌의 특별한 상황변화를 고려하면 농어촌의 보건의료체계를 재구성하는 논의를 시작해야 할 것이다. 그런 점에서 보건진료소를 포함한 지역보건의료체계의 재구축(또는 재생)이야말로 큰 잠재력을 가진 대안이다.

보건의료체계의 장기구상에서 가장 중요한 고려사항 중 하나는 그 체계 안에서 보건의료 공급의 내용(service-mix)을 어떻게 구성할 것인가 하는 문제이다. 특히 전통적으로 가장 큰 문제였던 치료 서비스와 다른 서비스(예방, 건강증진, 재활, 요양 등)의 관계를 어떻게 구분하고 통합할 지가 중요하다. 우선 고려할 것은 치료 서비스의 높은 우선순위 문제이다. 세계보건기구의 일차보건의료 전략에도 반영되어 있듯이, 현실적으로 지역사회 주민들이 요구하는 치료 서비스의 우선순위는 매우 높다. 보건의료체계가 치료 서비스 중심으로 편성되는 것은 이것이 매우 강한 사회적, 정치적 토대를 가지고 있기 때문이다. 이러한 상황에서 치료 서비스와 다른 서비스를 분리하게 되면 이들이 불균등하게 발전한다는 것이 명확하다. 또 다른 문제는 공공부문과 민간부문의 기능과 역할 분담이다. 민간부문은 주로 치료 서비스에 집중할 가능성이 높는데, 민간 중심의 공급체계에서는 보건의료 서비스 공급의 '무정부성'을 피하기 어렵다. 이는 민간공급자의 팽창과 확대, 이로 인한 경쟁의 격화를 불러 온

다. 이러한 상황에서는 민간 중심의 치료, 공공 중심의 비치료적 서비스라는 구도를 깨기가 점점 더 어려워진다.

이런 관점에서 전형적인 ‘무정부적 경쟁’ 상태에 있는 한국의 보건의료체계에서 치료 서비스의 압도적 우위와 민간부문을 중심으로 하는 보건의료 서비스 공급체계의 특성을 짧은 시간 안에 바꾸기는 힘들어 보인다. 다른 개입이 없다면 오히려 그러한 특성이 더 강화될 가능성이 크다. 따라서 다른 조건이 그대로라면, 보건진료원 제도는 민간 의료제공자의 더욱 격렬한 공격을 받을 것이 명확하다. 구조적이고 제도적인 틀은 물론, 어느 조직에나 있을 수 있는 부수적인 현상들(개인적 부정, 제도 운영의 부작용 등)도 계속 비판의 대상이 될 것으로 예상된다.³⁴⁵⁾ 주민들의 요구가 여전히 강하기 때문에 진료기능이 단기간 내에 급격하게 위축될 것 같지는 않지만, 전반적으로 ‘축소지향적’ 경향을 보일 것은 분명하다.

그러나 진료기능이 감소한다 하더라도 곧 기능 전체의 위축으로 이어질 것 같지는 않다. 농어촌의 복지와 보건의료 수요가 여전히 강력하게 남아 있을 것이기 때문이다. 이 때문에 보건진료소의 기능을 예방, 건강증진, 방문보건 서비스 등으로 개편하자고 하는 것은 더 이상 새삼스러운 제안이 아니다. 예를 들어 대표적인 제안이 보건진료소를 “보건지소(가칭 주민건강센터)의 분소 형태로” 기능을 전환하여 주민건강관리 기능, 다른 보건기관과 연계된 진료와 보건 사업을 담당하게 하자는 것이다.³⁴⁶⁾ 보건진료소를 주민건강센터로

345) 예를 들어 다음과 같은 보도들이다. 서울신문. 2007년 2월 22일.

346) 이수진 외. 건강투자활성화를 위한 공공보건기관 역할재정립 및 전달체계 개편방안 연구. 203쪽. 한국보건산업진흥원·건강증진사업단, 2008. 좀 더 구체적으로는 교통여건 등을 고려하여 관할 지역을 특수 오벽지와 일반 오벽지로 나누어, 특수 오벽지는 기존의 보건진료소처럼 보건진료원이 상시 근무하는 고정형 주민건강센터분소로 유지하고 교통여건이 발달한 일반 오벽지는 순회형 주민건강센터분소로 운영하자는 제안이다.

개편하고 순회형과 상주형의 두 가지로 나누자는 김태일의 제안도 이와 비슷하다.³⁴⁷⁾ 조재국이 제안한 것은 보건진료소가 건강증진과 재활, 만성질환관리, 노인보건 등을 주로 담당하게 하고, 보건진료원의 소속을 보건소로 하여 통합적 서비스를 제공하는 방문건강관리 사업 요원으로서의 역할을 강화하자는 것이다.³⁴⁸⁾ 또한, “기존의 보건지소에 보건진료원을 배치하여 보건요원과 팀 활동을 통하여 건강증진과 예방서비스를 강화한 일차보건의료 서비스의 핵심인력으로 활용”하자는 의견도 있다.³⁴⁹⁾ 조금 다른 것은 보건진료소를 근본적으로 재배치하자는 제안이다. 즉, 공공 중심의 보건·복지통합 전달 체계가 견고하게 구축되어야 하는 농어촌의 특성상, 읍면에 설치된 보건지소 및 보건진료소를 각 읍면사무소(주민생활복지문화센터) 내

347) 김태일. 보건진료소 기능개편에 대한 연구. 한국보건행정학회 2010년 후기 학술대회 연제집. 구체적인 내용은 다음과 같다. “향후 보건진료소의 기능 개편은 보건진료소만을 대상으로 존폐 여부 등을 결정하는 것보다는 보건소, 보건지소, 보건진료소라는 지역보건 전달체계 전체 틀 안에서 공공의 지역보건의료 역할이라는 차원에서 이루어지는 것이 필요하다. 이런 측면에서 볼 때, 보건지소는 (가칭) 주민건강센터로 명칭을 바꾸고 진료 및 지역주민 건강증진 활동을 하는 것이 필요하며 보건진료소는 주민건강센터의 분소 형태로 유지해서 주민건강센터(보건지소)와 유기적인 관계 하에 보건의료 기능을 수행하도록 하는 것이 적절한 것으로 판단된다. 보건진료소를 주민건강센터로 개편할 경우, 이의 형태는 순회형과 상주형의 두 형태로 분리하여 운영하는 것이 바람직하다. 상주형은 현행의 보건지소와 마찬가지로 보건진료원이 상주하며 지역주민의 일차진료 및 기타 건강증진 기능을 수행하는 것으로서 민간의료기관 접근성이 취약한 산간오지 혹은 도서벽지 지역에 필요한 형태이다. 순회형은 민간의료기관 접근성이 향상된 지역의 운형 형태로서, 계속 보건진료원이 상주하는 대신에 날짜를 지정해서(가령 일주일에 이틀 정도) 의료진(의사/치과의사, 간호사, 영양사, 운동처방사 또는 물리치료사, 치과위생사, 요양보호사 등)이 방문하여 진료 및 건강증진 관리 서비스를 제공하는 것이다.”

348) 조재국. 보건·의료정책의 선진화 방안. 한국농촌경제연구원(편). 농촌복지정책의 문제와 과제. 60쪽. 2007.

349) 김진순. 별정직 보건진료원의 “일반직화 어떻게 할 것인가”에 대한 지정토론. 2009년 9월 15일.

에 별도 조직인 ‘건강센터’로 재배치하고 주된 업무는 ‘방문 건강관리’ 및 ‘건강동네 만들기’ 등의 업무를 담당하게 하자는 것이다.³⁵⁰⁾

그러나 이러한 제안들과 비교해서 2000년 조사결과를 보면 보건진료원들의 의견은 이와 미묘한 차이를 보인다.³⁵¹⁾ 일정 기준 이하의 보건진료소를 처리하는 방식은 “현 구조를 유지하면서 업무를 개선하는 것”, “도시의 의료취약 지역으로 보건진료소 위치를 조정”, “인근의 보건진료소를 합쳐서 관할지역을 확대하고 2인 근무구조 형태로 전환하여 일차진료 및 보건사업의 업무를 복합수행” 등의 순서로 선호도가 높았다. 이들 응답은 앞에서 열거한 다른 제안에 비하여 현재 수행하고 있는 업무구조와 연속성이 높은 방안들이다. 실제 현업에 종사하고 있는 만큼 보건진료원들의 의견이 당연히 좀 더 ‘보수적’이라고 할 수 있다.

그러나 어떤 종류의 기능개편에서도 일차진료 기능을 없애는 것을 쉽게 대안으로 선택하기는 어려울 것이다. 한국의 일차보건의료와 지역보건의 역사가 말하는 것처럼 일반 국민의 요구는 여전히 진료를 중심으로 형성되어 있다. 그것이 옳은 것이든 왜곡된 것이든 일차진료는 주민들의 생활상의 요구이고 이는 상당 기간 지속될 것으로 보인다. 노인인구의 비중이 더욱 커지는 상황을 고려할 때 진료기능의 요구는 줄어들지 않고 오히려 늘어날 가능성도 크다. 나아가 건강증진이나 방문보건, 보건교육, 장기요양 등의 사업은 기초적인 진료와 통합적으로 접근하는 것이 효과와 효율이 높다는 것이 정설이다. 그렇다면, 보건진료소에서 진료 기능을 일률적으로 없애거나 제한하는 것은 현실적이지도 바람직하지도 않은 방향이 된다.

350) 정순관 외. 전남 농어촌지역 복지전달체계 개선방안. 리전인포 189호. 전남발전연구원, 2009.

351) 박영희 외. 보건진료소의 업무실태와 개선방안. 한국농촌의학회지 2000;25(2):353-377. 다소 오래된 조사이긴 하지만, 현재도 크게 차이가 없을 것으로 생각한다.

좀 더 적극적으로 새로운 체계를 구상할 수도 있다. 농어촌은 앞으로도 축소가 계속될 것이고, 적절한 규모의 시장이 만들어지는 더욱 어려울 것이다. 이는 분명 농촌의 사회경제적 위기를 가중 시키겠지만 복지와 보건체계는 새로운 기회를 맞을 수도 있다. 그것은 시장이 제대로 작동하지 못하는 공간에 생기게 될 새로운 복지·보건체계의 가능성이다. 보건만 두고 본다면 다른 변화가 없더라도 공공부문이 어떤 방식으로든 강화될 수밖에 없다. 그러나 농어촌에 필요한 통합적 보건의료체계는 공공과 민간이 분리되고, 치료와 비치료 서비스가 분리되는 것이 아니다. 한편, 농어촌의 조건을 고려할 때 민간부문의 의료 서비스 제공은 외연을 크게 넓히지 못할 것이 틀림없다. 그렇다면 농어촌의 보건의료는 공공 일차보건의료체계를 기반으로 다시 구축할 수 있는 가능성이 그만큼 더 커진다. 여기서 일차보건의료는 새삼 혁신적 개념이 아니다. 삶의 터전에 바탕을 두고, 주민들의 민주적 거버넌스를 통해, 충분히 효과적이고 효율적으로 수행되는, 통합적이고 포괄적인 보건+의료 서비스를 말한다. 보건진료소는 이러한 미래 전망 속에서 공공 일차보건의료의 핵심으로 기능할 수 있는 기회를 얻을 수 있을 것이다. 좀 더 구체적으로는, 재구축된 공공 일차보건의료체계의 요소로서 기능하는 보건진료소는 다음 몇 가지 요건을 갖추어야 한다.

첫째, 진료와 예방, 건강증진, 지역사회 활동 등을 통합적으로 수행한다. 통합성은 단순히 원칙이 아니라 현실에 적용되어야 하며, 이를 위한 필수 요건은 팀(team) 혹은 집단(group)으로 활동하는 구조를 만들어야 한다는 것이다.

둘째, 지역사회 변화의 촉진자로서 중요한 역할을 한다. 보건사업은 지역으로 나가고 주민의 집을 방문하는 수준을 넘어, 지역 전체의 긍정적 변화를 이끌어 내야 할 것이다.

셋째, 지역보건체계의 한 구성요소로서, 연계와 조정, 기능분담의 주체가 된다. 지역보건의료체계는 개별 구성요소의 활동과 역량을 넘어, 하나의 체계로 작동하여야 한다.

당연한 말이지만, 환경변화에 부응하여 시대와 사회가 요청하는 역할을 제대로 할 수 있는가는 객관적인 조건뿐 아니라 당사자들의 노력에도 달려 있다.

부록 1. 설문조사 결과

I. 조사방법

보건진료원 제도 시행부터 현재의 구체적 내용을 기록하기 위하여 설문조사를 진행하였다. 설문은 온라인과 오프라인 동시에 진행하였다. 2011년 6-7월 한국보건복지인력개발원에서 보수 교육을 받은 경기, 인천, 강원, 경남, 울산, 부산, 충북의 보건진료원은 설문지를 이용하였고, 그 외 지역에서는 이메일을 통한 온라인 설문을 실시하였다.

설문은 보건진료원 개인에 대한 일반 사항, 보건진료소의 시설과 지역 현황, 근무 여건, 지역사회 일차보건의료 활동, 보건진료원 활동에 대한 자기 평가 항목으로 구성하였다.

2011년 현재 전체 보건진료원 1,865명 모두에게 조사하는 것을 목표로 하였다. 회수된 설문지는 모두 955부로, 이메일이 504부, 직접 작성한 것이 451부이다. 설문지 전문은 부록으로 첨부한다.

설문 내용 중 보건진료소의 시설과 지역 현황, 근무 여건, 지역사회 일차보건의료 활동 수행 내용은 시행 초기인 1980년대, 정착기인 1990년대, 새로운 모색의 단계인 2000년대로, 각각 10년 단위로 구분하여 질문하였다. 이는 전반적인 조건과 보건진료원을 둘러싼 제도적 환경 등이 변화하여 시기별로 상황이 달라졌을 것이라고 생각했기 때문이다.

II. 유의사항

이 조사는 전적으로 응답자의 기억과 판단에 의존한 것이다. 또한 전체 보건진료원의 약 절반이 응답한 것으로, 응답한 사람과 응

답하지 않은 사람의 특성에 차이가 있는 경우 결과는 전체 보건진료원을 정확하게 대표하지 못할 수도 있다. 결과를 해석할 때에는 이러한 사항들을 감안하여야 하며, 따라서 정확한 정보라기보다는 참고용으로 삼는 것이 타당할 것이다.

Ⅲ. 1980년대의 현황

1. 보건진료소 현황

보건진료소에 대해서 1980년대 근무지역, 2개 이상의 보건진료소를 관장했는지의 여부, 월 평균 진료건수, 보건진료원 내 주민을 대상으로 한 교육 장소 유무, 건강증진실 유무, 보건진료소 소유의 이동 수단 유무, 보건진료소 장비나 물품 구입시 비용 마련 방법을 조사하였다.

설문을 통해 보건진료원 제도의 시행과 정착기인 1980년대 근무지역을 조사하였다. 응답자 중 가장 많은 인원이 근무한 지역은 경남이었고 다음은 전북이었다.

표 1. 1980년대 근무지역

	빈도	%
경남	126	13.2
전북	94	9.8
강원	76	8.0
충남	72	7.5
충북	72	7.5
전남	71	7.4
경기	61	6.4
경북	55	5.8
제주	12	1.3
광주	5	.5
부산	5	.5
울산	5	.5
인천	4	.4
대구	3	.3
대전	1	.1
합계	662	69.3

응답자의 약 93%는 보건진료소 1개소를 담당하였으며, 담당 주민은 500명 이상 1,000명 미만이 절반가량으로 가장 많았다. 응답자 647명의 21명(3.2%)은 2,000명 이상의 주민을 담당했던 것으로 응답하였다.

표 2. 담당 보건진료소 수

	빈도	%
2개 이상 담당	47	7.5
1개소 담당	577	92.5
합계	624	100.0

표 3. 담당 주민 수

	빈도	%
500명 미만	86	13.3
500명-1,000명	359	55.5
1,000명-1,500명	140	21.6
1,500명-2,000명	41	6.3
2,000명이상	21	3.2
합계	647	100.0

진료건수를 보면, 월평균 100건 이상 200건 미만의 진료를 한 보건진료원의 수가 가장 많았고, 그 다음으로 200건 이상 300건 미만의 진료를 하였으며, 300건 이상의 진료를 한 보건진료원도 전체 응답자의 20%에 달한다. 월 근무일수를 감안하면 이러한 응답은 당시 수행된 다른 조사의 결과(하루 평균 10명 내외)와 크게 다르지 않은 것으로 보인다.

표 4. 월 평균 진료(건)

	빈도	%
100건 미만	53	8.2
200건 미만	278	43.0
300건 미만	198	30.6
300건 이상	118	18.2
합계	647	100.0

표 5-7은 1980년 당시 보건진료소의 시설과 이동 수단 보유 여부를 나타낸다. 보건진료원의 역할 중 하나는 지역 주민을 대상으로 건강관리, 질병예방 등에 대한 교육을 하는 것이다. 이를 위한 세미나 나실이나 회의실 등의 공간이 있는지를 조사한 결과 전체 응답자의 94.8%는 교육을 위한 공간이 없다고 응답하였다.

표 6은 진료의 목적이나 특별한 행사가 아니라도 지역주민들이 수시로 찾을 수 있는 건강증진실이 보건진료소 내에 있는지를 물어본 결과이다. 전체 응답의 88.3%는 건강증진실이 없었다고 답하였으나, 11.7%는 당시 이미 건강증진실이 있었다고 응답하였다.

표 7은 가정방문을 위해 구비된 보건진료소 소유의 이동수단이 있는지에 대한 응답이다. 보건진료원 개인이 소유한 차량이나 오토바이는 제외하였다. 결측치를 제외한 응답의 1/4 정도가 이동수단을 가진 것으로 응답하였다.

표 5. 교육공간 설치 여부

	빈도	%
있다	33	5.2
없다	602	94.8
합계	635	100.0

표 6. 건강증진실 설치 여부

	빈도	%
있다	75	11.7
없다	564	88.3
합계	639	100.0

표 7. 이동수단 보유 여부

	빈도	%
있다	164	25.9
없다	468	74.1
합계	632	100.0

1980년대는 보건진료소 장비나 물품이 필요한 때 대부분의 보건

진료소가 예산으로 부담했다. 그 밖에 지자체 예산을 지원받거나 지자체와 보건진료소 공동 예산을 사용하는 경우도 있었으나 비중은 매우 적다.

표 8. 필요한 장비나 물품 비용을 마련하는 방법

	빈도	%
보건진료소 예산부담	494	77.8
지자체 예산	47	4.9
3,5	46	4.8
보건진료원 개인 부담	12	1.3
1,5	7	.7
2,5	7	.7
1,3,5	4	.4
지역주민 부담	4	.4
2,3	4	.4
1,2,5	2	.2
2,3,5	2	.2
1,2	1	.1
1,2,3,4,5	1	.1
1,2,3,5	1	.1
1,3	1	.1
1,4	1	.1
3,4,5	1	.1
합계	635	100.0

* 1: 보건진료원 개인이 부담, 2: 지역주민들이 부담, 3: 지자체 예산으로 부담, 4: 기업 정치인 등의 기부금 활용, 5: 보건진료소 예산 부담

2. 근무 여건

여기서는 보건진료소를 둘러싸고 있는 지방행정 기관, 주민 조직, 지역 의료기관, 보건진료원회 등과의 관계를 살펴보았다.

표 9는 시·군으로부터 보건진료소 운영에 대한 특별 지원금 혹은 추가 예산 편성을 받은 경험이 있는지에 대한 조사이다. 응답자의 14.9%만 추가 예산 편성의 경험이 있다고 응답하였다.

표 9. 별도(추가) 예산지원 경험 여부

	빈도	%
있다	96	14.9
없다	547	85.1
합계	643	100.0

보건진료소와 시·군과의 업무협약과 협력관계를 묻는 질문에 전체의 30.1%는 우호적이라고 답하였으나, 7.7%가 비협조적이라 응답하였고 나머지 62.1%는 보통이라고 답하였다.

표 10. 시군과의 협력관계

	빈도	%
우호적	195	30.1
보통	402	62.1
비협조적	50	7.7
합계	647	100.0

다음은 운영협의회 회의를 통해 지역주민과의 관계와 지역주민 참여를 간접적으로 확인하고자 한 문항이다. 전체 응답자의 87.4%는 운영협의회 회의를 정기적으로 한다고 대답하였으나 12.5%는 운영협의회 회의가 비정기적이었다고 응답하였다. 표 12는 실제 지역주민이 운영협의회에 적극적으로 관심을 가지고 참여하는지의 여부를 보건진료원에게 물어본 결과이다. 적극적으로 참여한다고 응답한

보건진료원이 47.9%, 보통이라고 대답한 보건진료원이 43.1%였다.

표 11. 운영협의회 정기적 개최 여부

	빈도	%
정기적	566	87.4
비정기적	81	12.5
합계	647	100.0

표 12. 운영협의회 주민 참여 정도

	빈도	%
적극적	310	47.9
보통	279	43.1
무관심	58	9.0
합계	647	100.0

표 13은 보건진료소와 보건소, 보건지소, 시군 내 의료기관과의 공동사업 경험을 조사한 결과이다. 각각의 기관과 공동사업을 진행한 경험이 있는 보건지소는 32.9%, 11.6%, 19.1%로 보건소와의 공동사업 경험이 가장 많았다. 보건지소보다 오히려 민간기관과의 공동사업 경험이 더 많은 것은 주목할 만하다.

표 13. 다른 보건의료기관과의 협력 경험

	보건소 공동사업 경험		보건지소 공동사업 경험		민간 기관과 공동사업 경험	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	211	32.9	74	11.6	122	19.1
없다	430	67.1	565	88.4	518	80.9
합계	641	100.0	639	100.0	640	100.0

표 14는 보건진료원과 보건진료원회의 관계를 보여주는 결과이다. 보건진료원회 전체 행사에 참석한 경험이 있는지, 혹은 집행부 경험이 있는지를 통해 보건진료원회에 대한 소속감을 조사하였다. 1980년대에 보건진료원회 총회 등 전체 공식 행사에 참가한 경험이 있는 보건진료원은 전체 응답자의 86.7%였으며, 보건진료원회 집행부 경험이 있는 사람은 전체의 12.9%였다.

표 14. 보건진료원회와의 관계

	보건진료원회 행사 참가 여부		보건진료원 집행부 경험	
	빈도	%	빈도	%
있다	561	86.7	83	12.9
없다	86	13.3	558	87.1
합계	647	100.0	641	100.0

전체 응답자 중 80년대 보건진료원 활동을 하면서 느낀 문제점이나 대안을 보건진료원회에 제기한 경험이 있는 사람은 20.7%였다. 보건진료원 활동에 대한 불편과 개선이 필요한 사항을 문제제기할 곳이 있었는가 하는 질문에는 전체의 52.2%가 있다고 응답하였다.

표 15. 보건진료원 활동 관련 문제제기 경험

	문제제기 경험		개선 건의할 곳 유무	
	빈도	%	빈도	%
있다	133	20.7	329	52.2
없다	511	79.3	301	47.8
합계	644	100.0	630	100.0

불편과 개선 필요사항을 제기할 곳이 있다면 어디였는가를 묻는 질문에 가장 높은 빈도의 응답은 보건진료원회였다. 1980년대 보건진료원 활동과 관련한 불편이 있을 때 개선이 필요한 사항을 제기하는 곳은 보건진료원회, 보건소, 지역주민, 지자체 순이었다.

표 16. 불편과 개선 제기 대상

	빈도	%
보건진료원회	123	31.1
보건소	102	25.8
지역주민	51	12.9
지자체	30	7.6
1,3,4	21	5.3
1,4	13	3.3
보건복지부	9	2.3
1,2,3,4	8	2.0
3,4	8	2.0
1,2,3	4	1.0
1,2	3	0.8
1,2,4	3	0.8
2,3	3	0.8
기타	3	0.8
1,2,3,4,6,7	2	0.5
1,3	2	0.5
2,3,4,	2	0.5
2,4	2	0.5
기타 조합	7	1.7
합계	396	100.0

* 1: 보건진료원회, 2: 시·군 등 지자체, 3: 운영협의회 등 지역주민, 4: 보건소, 5: 지역의 민간의료기관, 6: 보건복지부, 7: 기타.

1980년대 당시 본봉과 수당을 포함한 보수가 시기별 물가, 타 직종과의 비교 등을 고려할 때 적절한지를 질문하였다. 당시 보건진

료원의 보수가 충분하다는 응답은 전체의 14.6%에 지나지 않았다. 한편, 신분에 대한 만족도는 보수에 대한 만족도보다 상대적으로 높게 나타났다. 전체 응답의 24.1%가 보건진료원 신분인 지역에서 일차보건의료 기능을 수행하는 것을 뒷받침할 수 있는 수준이었다고 응답하였다. 충분히 뒷받침하지 못한다는 응답은 보수보다 오히려 높아서 전체의 43.8%를 차지하였다.

표 17. 보건진료원 보수와 신분 만족도

	보수 만족도		신분 만족도	
	빈도	%	빈도	%
충분하다	93	14.6	146	24.1
보통	308	48.5	195	32.1
부족하다	234	36.9	266	43.8
합계	635	100.0	607	100.0

1980년대 시행 초기 보건진료소로부터 가장 가까운 의료시설이 대중교통을 이용하여 몇 분 거리에 있는지를 조사한 결과는 표 18과 같다. 가장 가까운 의료시설이 30분 이내의 거리에 위치하는 경우가 가장 많았고, 그 다음은 1시간 이상의 거리였으며 10분 이내 거리에 존재하는 경우는 전체의 10.4%였다.

표 18. 가장 가까운 의료시설까지의 소요시간

	빈도	%
10분 이내	66	10.4
30분 이내	328	51.7
1시간 이상	240	37.9
합계	634	100.0

한편 보건진료소에서 가장 가까운 도시는 대중교통으로 몇 분 거리에 있는가 하는 질문에, 1시간 이상이라는 응답이 전체의 58.1%로 가장 많았다. 그 다음으로 30분 이내가 많았으며, 3시간 이상도 7.2%에 달하였다.

표 19. 가까운 도시

	빈도	%
10분 이내	23	3.6
30분 이내	197	31.0
1시간 이상	369	58.1
3시간 이상	46	7.2
합계	635	100.0

보건진료소의 숙식시설이 보건진료원 업무를 충분히 뒷받침하는 조건인가 하는 질문에 뒷받침하기 어려운 수준으로 열악하다는 답변이 66.1%를 차지하였고, 충분히 만족한다는 응답은 9.8%에 지나지 않았다.

표 20. 숙식시설 평가

	빈도	%
충분하다	62	9.8
보통이다	147	23.2
부족하다	419	66.1
출퇴근	6	0.9
합계	634	100.0

3. 지역사회 일차보건의료 활동

보건진료원 제도의 시행 초기 위생관리 교육, 농약사용 교육, 영양교육의 시행 여부를 조사하였다. 연 1회 이상 위생관리 교육을 시행한 보건진료원이 응답자의 80.4%였다. 농약사용 교육은 응답자의 72.4%, 식습관과 영양에 대한 교육은 응답자의 79.5%가 주민들을 대상으로 연 1회 이상 실시하였다고 응답하였다.

표 21. 위생관리, 농약사용, 영양 교육 실태

	위생관리 교육		농약사용 교육		영양교육	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
한다	517	80.4	464	72.4	507	79.5
안한다	126	19.6	177	27.6	130	20.4
합계	643	100.0	641	100.0	637	100.0

전염병 예방, 고혈압 등의 만성질환 예방교육, 운동과 생활습관에 대한 교육을 연 1회 이상 실시하였는지에 대한 조사이다. 전염병 교육을 실시한 보건진료원은 89.7%, 만성질환 교육은 87.7%, 생활습관 교육은 78.6%가 시행한 것으로 응답하였다.

표 22. 전염병, 만성질환, 생활습관 교육 실태

	전염병 교육		만성질환 교육		생활습관 교육	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	575	89.7	562	87.7	504	78.6
없다	66	10.3	79	12.3	137	21.4
합계	641	100.0	641	100.0	641	100.0

보건진료원이 자신의 담당 지역에 있는 학교에서 보건교육을 연 1회 이상 실시한 적이 있는가 하는 질문에서 응답자의 66.4%가 실시한 경험이 있다고 응답하였다. 보건진료원 제도가 시행 초기였음에도 불구하고 관할 지역 내 학교와 연계하여 사업을 실시한 보건진료원이 2/3가량이었음을 보여준다.

개인 건강상담은 응답자의 94.5%가 실시한 경험이 있다고 답했다. 또 모자보건사업은 응답자의 85.1%가 실시한 경험이 있다고 응답하였다.

표 23. 학교 보건교육, 개인 건강상담, 모자보건사업 실태

	학교보건교육		개인 건강상담		모자보건사업	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	424	66.4	604	94.5	548	85.1
없다	215	33.6	35	5.5	96	14.9
합계	639	100.0	639	100.0	644	100.0

가정방문(왕진) 진료의 실시 여부와 주기를 알기 위한 질문에서, 응답자의 53.3%가 정기적으로 실시했다고 응답하였고 46.5%는 필요시 실시한다고 응답하였다. 응답자의 37.8%는 주 1회 왕진을 시행했다고 응답하였고, 2회는 27.1%였으며, 주 3회 이상 왕진을 실시한 응답자 35.1%에 달하였다.

표 24. 가정 방문(왕진) 여부와 횟수

	가정방문 진료		왕진 평균횟수		
	빈도	%		빈도	%
정기적 실시	343	53.3	주 1회	238	37.8
필요시 실시	299	46.5	주 2회	171	27.1
하지 않음	1	.2	주 3회 이상	221	35.1
합계	643	100.0	합계	630	100.0

방문간호시 지역주민들이 호소하는 질환이 주로 무엇인가 하는 질문에서 가장 높은 빈도로 나타난 것은 관절염이었으며, 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 암, 결핵 순으로 나타났다. 왕진 내용은 교육과 상담의 비중이 가장 높았으며 투약관리, 진단과 치료, 욕창 등 외상처리, 검사 등의 순이었다. 건강상담은 만성질환에 대한 상담이 가장 많았으며, 감기 등의 경증 질환, 노인건강, 전염병과 여성건강 상담이 그 뒤를 이었다.

한편 일차진료 행위 중 가장 많은 것은 투약이었고 진찰, 병력 조사 기록, 만성질환 관리가 그 뒤를 이었다. 이를 종합해보면 보건진료원 제도 시행 초기 보건진료원들의 주된 업무는 질환에 대한 상담과 투약, 진료 행위였음을 알 수 있다.

표 25는 스스로가 판단하기에 지역주민들이 필요로 하는 일차진료를 충분히 제공했는지에 대한 응답이다. 응답자의 33.4%가 보통이라는 응답을 하였고, 매우 그렇다는 긍정적인 대답이 26.9%였다. 충분하지 않다는 응답은 전체의 5.8%에 불과하여, 1980년대 일차진료에 대한 자기평가는 대체로 긍정적임을 알 수 있다.

표 25. 일차의료의 충분성

	빈도	%
매우 그렇다	256	40.6
보통이다	319	50.6
아니다	55	8.7
합계	630	100.0

보수교육이 일차진료 기능향상에 충분히 도움이 되는가 하는 질문에 매우 그렇다와 보통이라는 응답이 대부분을 차지하였다. 보수교육이 일차진료 기능향상에 도움이 되지 않는다는 응답은 전체의 3.8%에 불과하다.

표 26. 보수교육의 유용성

	보수교육의 유용성	
	빈도	%
매우 그렇다	315	49.3
보통	300	46.9
아니다	24	3.8
합계	639	100.0

일차진료 수행을 위한 임상지식과 경험이 풍부한가 하는 질문에 그렇지 않다고 대답한 응답은 전체의 19.5%였으며, 62.5%가 보통이라고 응답하였다. 건강상담을 위한 지식과 경험이 풍부한지 묻는 질문에는 12.5%가 그렇지 않다고 대답하였고, 건강증진 사업을 위한 지식과 경험이 풍부한가 하는 질문에는 15.5%가 그렇지 않다고 대답하였다. 임상지식, 건강상담을 위한 지식, 건강증진 사업 관련 지식과 경험 중 임상지식이 부족하다고 답한 수가 가장 많았다.

표 27. 임상지식, 건강상담 지식, 건강증진사업의 지식과 경험정도

	임상지식		건강지식		건강증진사업 지식	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
풍부하다	115	18.0	121	18.9	106	16.6
보통	400	62.5	440	68.6	434	67.9
아니다	125	19.5	80	12.5	99	15.5
합계	640	100.0	641	100.0	639	100.0

지역사회의 건강수준 향상을 위해 지역사업계획을 연 1회 이상 세우는지를 묻는 질문에 그렇다고 대답한 비율이 74.6%였다. 4명 중 1명은 지역사업 계획을 세우지 않는 것으로 나타났다. 한편, 보건진료소 활동을 홍보하고 더 많은 주민의 참여를 독려할 수 있도록 지역사회 조직을 파악하고 찾아내는 활동을 하는 보건진료원은 68.9%로 나타났다.

표 28. 연 1회 이상 지역계획수립과 지역조직 확대노력 여부

	지역사업계획		지역조직 확대노력	
	빈도	%	빈도	%
그렇다	475	74.6	440	68.9
아니다	162	25.4	198	31.0
합계	637	100.0	639	100.0

관할 지역의 보건정보 수집을 위해 직접 조사를 실시한 적이 있는가 하는 질문에 그렇다고 응답한 수가 81.2%였다.

표 29. 보건정보 수집 경험

	빈도	%
있다	519	81.2
없다	118	18.5
합계	639	100

당뇨 교실, 체조 교실 등 건강증진사업을 실시했는지를 조사한 결과, 자주 하거나 가끔 하는 경우가 전체의 60% 가량을 차지하였다. 반면 건강증진 사업을 하지 않는다는 응답이 38.1%로 나타났다.

표 30. 건강증진사업 시행 여부

	빈도	%
자주	179	28.2
가끔	214	33.7
하지 않음	242	38.1
합계	635	100.0

지역주민과의 관계 향상을 위해 보건진료원 업무와 무관한 일을 기획하거나 참여한 적이 있는가 하는 질문에 참여하지 않았다는 응답은 전체의 8.3%에 불과하였다. 거의 대부분이 마을 행사에 참여하거나 봉사활동 등을 기획함으로써 지역주민과의 원활한 관계 향상을 위해 애쓴 것으로 나타났다.

표 31. 마을일 참석

	빈도	%
매번 참석	264	41.5
가끔 참석	319	50.2
불참	53	8.3
합계	636	100.0

IV. 1990년대의 상황

1. 보건진료소 현황

본 설문에 응답한 보건진료원의 1990년대 근무 지역은 1980년대 근무 지역과 크게 달라지지 않았으나, 1980년대 근무지역을 표시한 표1과 비교하면 지역간 이동이 일부 있었던 것으로 나타난다.

표 32. 1990년대 근무지역

	빈도	%
경남	164	19.6
전북	115	13.7
충북	113	13.5
강원	102	12.2
경기	101	12.1
전남	78	9.3
충남	73	8.7
경북	48	5.7
제주	16	1.9
인천	8	1.0
광주	6	0.7
울산	6	0.7
부산	4	0.5
대전	2	0.2
대구	1	0.1
합계	837	100.0

설문에 응답한 보건진료원의 90.3%는 1990년대 보건진료소 한 군데를 담당하고 있었다. 80년대에 2개소 이상을 담당한 보건진료

원이 7.5%였던 것과 비교하면, 2개소 이상을 담당하는 보건진료원은 9.7%로 증가하였다.

표 33. 담당 보건진료소 수

	빈도	%
2개 이상 담당	76	9.7
1개소 담당	706	90.3
합계	782	100.0

1990년대 담당한 주민 수를 묻는 질문에, 가장 많은 보건진료원이 500명 이상 1,000명 미만의 주민을 담당하였다고 응답했다. 그 다음으로 1,000명 이상 1,500명 미만을 담당하는 경우와 500명 미만을 담당하는 경우가 비슷한 수준으로 많았다. 담당하는 주민수의 분포는 1980년대와 비교하여 500명 미만이 약간 늘어났고, 1,000명 이상은 줄어들었다.

표 34. 담당 주민 수

	빈도	%
500명 미만	134	16.6
500명-1000명	457	56.5
1000명-1500명	149	18.4
1500명-2000명	40	4.9
2000명 이상	29	3.6
합계	809	100.0

보건진료원 1인의 월 평균 진료건수는 지역에 따라 편차가 큰 것으로 나타났다. 100건 미만을 담당하는 보건진료원은 전

체 응답자의 5.8%였으며, 100건 이상 200건 미만, 200건 이상 300건 미만, 300건 이상의 구간에 골고루 분포함을 알 수 있다. 1980년대와 비교하면 300건 이상 진료하는 보건진료원의 비중이 증가하였다.

표 35. 월 평균 진료(건)

	빈도	유효 %
100건 미만	47	5.8
200건 미만	315	38.7
300건 미만	270	33.2
300건 이상	181	22.3
합계	813	100.0

1990년대 보건진료소 환경 중 보건진료소 내의 교육공간, 건강증진실, 이동수단의 여부를 조사하였다. 교육 공간과 건강증진실은 1980년대와 비교하여 있다는 응답이 증가하였고, 이동수단 여부에 대해서는 오히려 있다는 응답이 감소하였다.

교육공간은 5.2%, 건강증진실은 11.7%가 있다고 대답한 1980년대에 비해 1990년대에는 각각의 응답이 7.6%, 20.6%로 증가하였다. 특히 건강증진실은 교육공간에 비해 증가폭이 더 크다.

표 36. 교육공간, 건강증진실, 이동수단 여부

	교육공간 여부		건강증진실 여부		이동수단 여부	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	61	7.6	165	20.6	77	9.6
없다	744	92.4	636	79.4	724	90.4
합계	805	100.0	801	100.0	801	100.0

보건진료소에 장비나 물품이 필요한 경우 어떻게 마련하는지를 묻은 질문에는 1980년대와 동일하게 보건진료소 예산으로 마련한다는 응답이 69.4%로 가장 높았고, 그 비중도 증가하였다. 그 다음으로는 보건진료소 예산과 지자체 예산을 동시에 활용한다는 응답이 높았다.

표 37. 필요한 장비나 물품 비용을 마련하는 방법

	빈도	%
보건진료소 예산부담	663	82.7
3,5	69	8.6
지자체 예산	33	4.1
1,5	12	1.5
1,3,5	5	0.6
2,5	5	0.6
보건진료원 개인 부담	4	0.5
2,3	2	0.2
3,4	2	0.2
기타조합	6	0.7
지역주민 부담	1	0.1
합계	802	100.0

* 1: 보건진료원 개인이 부담, 2: 지역주민들이 부담, 3: 지자체 예산으로 부담, 4: 기업 정치인 등의 기부금 활용, 5: 보건진료소 예산 부담.

2. 근무 여건

1990년대 시·군으로부터 보건진료소 운영을 위한 추가 예산 편성 경험이 있는가 하는 질문에 18.2%가 그렇다고 응답하였다. 이는 1980년대 보건진료소 운영을 위한 추가 예산 편성의 경험이 있다는 10.1%보다 증가한 수치이다.

표 38. 별도(추가) 예산지원 경험 여부

	빈도	%
있다	174	21.4
없다	640	78.6
합계	814	100.0

시·군과 업무 협의와 협력관계를 묻는 질문에서 비협조적이라고 응답한 비율은 80년대 5.2%에서 3.8%로 감소하였으며, 대체로 우호적이거나 보통이라는 답변을 하였다.

표 39. 시군과의 협력관계

	빈도	%
우호적	240	29.5
보통	537	66.1
비협조적	36	4.4
합계	813	100.0

설문에 응답한 보건진료원의 91.2%가 운영협의회 회의를 정기적으로 시행하였다고 기록하고 있다. 표 11과 비교하면 1980년대 운영협의회를 정기적으로 개최한 보건진료소가 87.4%였던 점에 비해 1990년대에는 그 수가 더 증가했음을 알 수 있다.

표 40. 운영협의회 정기적 개최 여부

	빈도	%
정기적	743	91.2
비정기적	72	8.8
합계	815	100.0

표 41은 운영협의회의 주민 참여 정도를 나타낸다. 운영협의회에 대한 주민들의 참여 정도를 적극적, 보통, 무관심으로 구분하였다. 보통이라는 응답이 가장 많았으며, 적극적이라는 응답은 1980년대와 비교하여 약간 감소한 45.9%로 나타났다.

표 41. 운영협의회 주민 참여 정도

	빈도	%
적극적	374	45.9
보통	375	46.1
무관심	65	8.0
합계	814	100.0

1980년대와 비교하여, 보건진료소와 보건소, 보건지소간 공동사업뿐 아니라 민간 의료기관과의 공동사업도 증가하였다. 보건진료소와 보건소와의 공동사업 경험이 가장 높은 54.3%를 나타내고 있고, 민간기관과의 공동사업 경험은 24.5%의 응답을 보인다. 1980년대와 마찬가지로 보건지소와의 공동사업보다 민간기관과의 공동사업 경험이 여전히 더 높은 것을 볼 수 있다.

표 42. 다른 보건의료기관과의 협력 경험

	보건소 공동사업 경험		보건지소 공동사업 경험		민간기관과 공동사업	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	415	51.3	141	17.5	198	24.5
없다	394	48.7	665	82.5	611	75.5
합계	809	100	806	100	809	100

보건진료원회에 참석한 경험이 있는지를 묻는 질문에, 참석 경험이 없다는 응답이 감소하여 7.1%로 나타났다. 또 보건진료원 집행부 경험이 없는 보건진료원이 80년대 558명에서 657명으로 증가하였는데, 전체 비중으로 따지면 집행부 등 적극적으로 참여한 경험이 없는 보건진료원의 비중이 줄어든 것이다.

표 43. 보건진료원회와의 관계

	보건진료원회 행사 참가 여부		보건진료원 집행부 경험	
	빈도	%	빈도	%
있다	756	92.9	152	18.8
없다	58	7.1	657	81.2
합계	814	100.0	809	100.0

보건진료원 활동에 대한 문제제기 경험이 있는가하는 질문에 그런 경험이 없다는 응답이 1990년대보다 증가하였으나, 개선할 곳이 있는가 하는 질문에 있다는 응답은 더 증가하였다.

표 44. 보건진료원 활동 관련 문제제기 경험

	문제제기 경험		개선 제기할 곳 있는지	
	빈도	%	빈도	%
있다	236	29.1	497	62.4
없다	575	70.9	299	37.6
합계	811	100.0	796	100.0

보건진료원 활동과 관련된 불편과 개선 필요 사항을 제기할 곳으로 가장 많이 꼽은 곳이 보건진료원회로 34.5%를 차지하였으며,

그 다음으로 보건소, 지자체, 지역주민 순이었다. 그 수가 조금씩 달라지기는 하였으나, 1980년대와 비교했을 때 큰 변동은 없었다.

표 45. 불편과 개선 제기 대상

	빈도	%
보건진료원회	189	34.5
보건소	128	23.4
지자체	53	9.7
지역주민	51	9.3
1,3,4	29	5.3
1,4	23	4.2
1,2,3,4	12	2.2
1,2,4	8	1.5
보건복지부	8	1.5
1,2	6	1.1
2,3,4	6	1.1
1,2,3	5	0.9
3,4	5	0.9
1,3	4	0.7
2,3	3	0.5
2,4	3	0.5
1,2,3,4,6	2	0.4
1,2,3,4,6,7	2	0.4
민간의료	2	0.4
기타	2	0.4
기타 조합	7	1.3
합계	548	100.0

* 1: 보건진료원회, 2: 시·군 등 지자체, 3: 운영협의회 등 지역 주민, 4: 보건소, 5: 지역의 민간의료기관, 6: 보건복지부, 7: 기타.

본봉과 수당을 포함한 보수 만족도를 묻는 질문에, 보수가 낮은 편이라는 응답은 15.3%로 1980년대에 비해 감소하였다. 신분에 대한 만족도는 낮은 편이라는 응답이 34.0%로, 보수에 대해 불만족하는 비중보다 신분에 불만족하는 비중이 여전히 더 높은 것으로 나타났다.

표 46. 보건진료원 보수와 신분 만족도

	보수 만족도		신분 만족도	
	빈도	%	빈도	%
충분하다	85	10.6	211	27.2
보통	593	74.1	301	38.8
부족하다	122	15.3	264	34.0
합계	800	100.0	776	100.0

보건진료소에서 대중교통을 이용해 접근 가능한 의료시설까지의 소요시간은 1980년대에 비해 전체적으로 짧아졌다. 10분 이내라는 응답은 15.2%로 80년대에 비해 증가하였으며, 1시간 이상이라는 응답도 18.0%로 80년대에 비해 감소하였다. 민간 의료기관의 증가와 시기가 맞물려 있음을 알 수 있다.

표 47. 가장 가까운 의료시설까지의 소요시간

	빈도	%
10분 이내	122	15.2
30분 이내	535	66.8
1시간 이상	144	18.0
합계	801	100.0

보건진료소에서 가까운 도시까지의 소요시간도 1980년대보다 전체적으로 짧아졌음을 알 수 있다. 1시간 이상 3시간 미만이 50.7%로 가장 많았고, 30분 이내라는 응답은 40.9%로 두 번째로 높았다.

표 48. 가까운 도시

	빈도	%
10분 이내	42	5.2
30분 이내	328	40.9
1시간 이상	407	50.7
3시간 이상	25	3.1
합계	802	100.0

보건진료소의 숙식시설이 보건진료원 업무 수행을 충분히 뒷받침하는지에 대한 응답은 1980년대에 비해 약간 개선되었지만 크기는 미미하다. 응답자의 절반가량인 53.5%가 부족하다고 응답하였으며, 충분하다는 응답은 12.2%였다.

표 49. 숙식시설 평가

	빈도	%
충분하다	98	12.2
보통이다	261	32.6
부족하다	427	53.3
출퇴근	15	1.9
합계	801	100.0

3. 지역사회 일차보건의료 활동

지역사회에서 시행하고 있는 보건교육에 관한 응답이다. 해당 교육 내용의 시행 여부를 묻는 질문에 위생관리 교육은 68.9%, 농약사용 교육은 65.7%, 영양교육은 89.9%로 각각 응답하였다.

위생관리 교육, 농약사용 교육은 1980년대와 비교할 때 그 비중이 감소하였으나 영양과 식습관 교육은 비중이 증가하였다. 또한 전염병, 만성질환, 생활습관 교육도 모두 비중이 증가하였음을 알 수 있다.

이는 보건진료소를 둘러싼 지역의 요구가 달라지고 지역주민의 요구가 달라지는 점을 반영한 결과라 볼 수 있다.

표 50. 위생관리, 농약사용, 영양 교육 실태

	위생관리 교육		농약사용 교육		영양교육	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
한다	563	68.9	537	65.7	733	89.9
안한다	254	31.1	280	34.3	81	9.9
합계	817	100.0	817	100.0	815	100.0

표 51. 전염병, 만성질환, 생활습관 교육 실태

	전염병 교육		만성질환 교육		생활습관 교육	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	767	93.8	784	96.0	758	93.0
없다	50	6.1	33	4.0	57	7.0
합계	818	100.0	817	100.0	815	100.0

1980년대와 비교하여 가장 두드러지는 특징은 모자보건사업의 감소이다. 모자보건사업을 연 1회 이상 시행한 보건진료원은 1980년대 85.1%에서 1990년대 57.9%로 감소하였다. 한편 관할 지역 내 학교에서 보건교육을 시행한 보건진료원의 수는 1980년대보다 감소하였다. 그러나 개인 건강상담을 시행하는 수는 96.9%로, 1990년대 거의 모든 보건진료원이 시행하고 있는 것으로 응답하였다.

표 52. 학교 보건교육, 개인 건강상담, 모자보건사업 실태

	학교 보건교육		개인 건강상담		모자보건사업	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	442	54.4	789	96.9	471	57.9
없다	371	45.6	25	3.1	343	42.1
합계	813	100.0	814	100.0	814	100.0

1980년대에 비해 정기적으로 가정방문 진료를 실시하는 보건진료원의 비율이 증가하였다. 1980년대에는 절반가량의 보건진료원이 필요시 방문하였으나, 1990년대에는 61.7%의 보건진료원이 정기적으로 방문진료를 실시한다고 응답하였다. 이는 보건진료원 제도가 정착되어 가면서 보건진료원의 일상적 업무 또한 계획적으로 시행되는 단면이라 볼 수 있다.

주당 평균 왕진 횟수의 분포는 1980년대와 비교하여 크게 달라지지 않았다. 주 1회, 2회, 3회 이상 왕진한다는 응답이 각각 30% 정도로 골고루 분포하고 있다.

표 53. 가정 방문(왕진) 여부와 횟수

	가정 방문진료			왕진 평균 횟수	
	빈도	%		빈도	%
정기적 실시	504	61.7	주 1회	281	34.8
필요시	309	37.8	주 2회	261	32.3
안한다	4	.5	주 3회 이상	265	32.8
합계	817	100	합계	807	100.0

방문간호시, 지역주민들이 호소하는 질환이 무엇인지에 대한 질문에서 가장 높은 빈도로 나타난 것은 1980년대와 마찬가지로 관절염이었으며, 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 암이 다음을 차지하였다. 1980년대에 비해 정신질환과 치매의 수가 증가하였으며 결핵은 그 수가 감소하였다.

왕진 내용은 투약 관리의 비중이 가장 높았으며 교육과 상담이 그 뒤를 이었다. 1980년대에 비해 투약관리의 수가 증가하였으며, 이어서 진단과 치료, 검사, 욕창 등 외상처치의 순이었다.

건강상담 내용은 만성질환에 대한 상담이 가장 많았으며 그 다음이 노인건강에 대한 의뢰였다. 경증 질환, 전염병과 여성건강, 재활 등이 그 뒤를 이었다.

일차진료 행위 중 보건진료원이 가장 많이 수행하는 것은 투약 행위이고 만성질환관리, 진찰, 병력조사와 기록, 검사와 의뢰가 그 뒤를 이었다.

종합하면 80년대에 비해 노인성 질환에 대한 요구가 증가하였으며 건강 상담의 내용도 이를 따라가는 것으로 나타났다. 왕진과 일차진료에 있어서는 예방교육이나 재활보다 진찰, 투약 등의 진료행위가 증가하였음을 알 수 있다.

지역주민들이 필요로 하는 일차진료를 충분히 제공하는지를 묻

는 질문에 아니라고 대답한 비율은 5.3%로, 1980년대에 비해 감소하였다. 매우 그렇다는 응답도 같이 감소하여 보통이라는 응답의 비중이 커졌다.

표 54. 일차의료의 충분성

	빈도	%
매우 그렇다	269	33.3
보통이다	495	61.3
아니다	43	5.3
합계	808	100

정기적으로 시행되는 보수교육이 일차진료 기능향상에 충분히 도움이 되는지에 대해서 3.1%를 제외하고 ‘매우 도움이 된다’, ‘도움이 된다’로 응답하였다. 이는 1980년대와 비슷한 수준이며 보건진료원을 대상으로 한 보수교육이 효과적으로 이루어졌음을 짐작할 수 있다.

표 55. 보수교육의 유용성과 임상지식 정도

	보수교육의 유용성	
	빈도	%
매우 그렇다	392	48.0
보통	399	48.9
아니다	25	3.1
합계	816	100.0

스스로가 판단하기에 지역주민을 대상으로 한 일차진료 수행을 위하여 임상 지식이 풍부한가를 질문하였다. 보통이라고 응답한 수가 69.9%였으나, 특이한 점은 임상지식이 풍부하지 않다는 응답이

전체의 9.4%로, 1980년대에 비해 크게 감소하였음을 알 수 있다. 건강지식과 건강증진 사업 지식이 풍부한지를 질문한 결과도 위의 임상지식을 물어본 결과와 크게 다르지 않았다. 두 가지 영역 모두 보통이라는 응답이 가장 많았으나, 1980년대에 비해서 매우 풍부하다는 응답이 증가하였고, 지식과 경험이 부족하다는 답변이 크게 감소하였다.

표 56. 건강지식과 건강증진 사업 지식 정도

	임상지식		건강지식		건강증진사업과 경험	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
풍부하다	169	20.7	212	26.0	200	24.5
보통	569	69.8	570	69.9	577	70.7
아니다	77	9.4	34	4.2	39	4.8
합계	815	100.0	816	100.0	816	100.0

지역사회 건강수준 향상을 위해 지역사업계획을 수립하는지에 대한 응답에서 그렇다는 답변이 1980년대에 비해 증가하였고, 지역조직을 발굴하여 확대하려는 노력을 한다는 응답도 증가하였다.

이는 1980년대와 비교할 때, 왕진사업이 증가한 결과와 동일한 맥락으로 해석할 수 있다. 1980년대에 비해 안정적으로 보건진료원 사업이 이루어지고, 이에 따라 지역사업계획도 정기적으로 마련하는 것으로 볼 수 있다.

표 57. 연 1회 이상 지역계획수립과 지역조직 확대노력 여부

	지역사업계획		지역조직 확대노력	
	빈도	%	빈도	%
그렇다	716	88.4	637	78.5
아니다	94	11.6	174	21.5
합계	810	100.0	811	100.0

지역사회 건강증진을 목적으로 보건 정보를 수집한 경험이 있는가 하는 질문에 그렇다는 응답이 증가하였다. 응답자의 86.8%가 보건정보를 정기적으로 수집한다고 응답하였다.

표 58. 보건정보 수집 경험

	빈도	%
있다	704	86.8
없다	107	13.2
합계	811	100.0

1990년대에 비해서 건강증진 사업을 하지 않는다는 응답이 크게 줄었다. 1990년대에는 전체 유효 응답의 87.2%가 자주, 혹은 가끔 당뇨 교실, 체조 교실 등의 건강증진 사업을 실시하는 것으로 나타났다. 보건진료원 제도가 안정되고 정착되면서 보건진료소 사업의 폭이 넓어지는 것으로 해석할 수 있다.

표 59. 건강증진 사업 시행 여부

	빈도	%
자주	329	40.6
가끔	378	46.6
하지 않음	104	12.8
합계	811	100.0

지역주민과의 관계에서는 보건진료원 업무와 무관한 일이라든가 지역주민과의 관계를 위해 새로운 일을 기획하거나 마을 잔치 등에 참석하는 보건진료원이 대부분인 것으로 나타났다. 마을 일에 참석하지 않는다는 응답자는 4.3%에 불과하였으며, 응답자수도 1980년대 53명에서 35명으로 줄어들었다.

표 60. 마을일 참석

	빈도	%
매번 참석	349	43.1
가끔 참석	426	52.6
불참	35	4.3
합계	810	100.0

V. 2000년대 상황

1. 보건진료소 현황

본 연구의 설문조사에 참여한 보건진료원 955명 가운데 여성은 904명, 남성은 25명으로 각각 94.7%, 2.6%를 차지하는 것으로 나타났다.

연령대별로 구분하면 20대는 여성 6명, 30대는 여성 43명, 남성 2명이었으며 40대는 여성 393명 남성 11명, 50대는 여성 449명 남성 11명으로 전체에서 가장 높은 비율을 차지하였다. 60세 이상 보건진료원도 전체 13명으로, 여성이 12명 남성이 1명이었다.

표 61. 보건진료원의 연령 분포

	빈도	%
20대	6	0.6
30대	45	4.8
40대	404	43.5
50대	460	49.6
60대 이상	13	1.4
합계	955	100.0

설문에 응답한 조사자는 면허 취득 이후 20년 이상 30년 미만인 보건진료원이 전체의 56.6%로 가장 많았다. 그 다음으로 30년 이상인 보건진료원이 33.0%로 높았으며 20년 미만, 10년 미만이고 뒤를 이었다.

표 62. 면허 보유 기간

	빈도	%
10년 미만	11	1.2
20년 미만	83	9.2
30년 미만	508	56.6
40년 미만	296	33.0
합계	898	100.0

보건진료원 경력기간은 20년 이상 30년 미만인 경우가 가장 많았으며, 비율도 73.2%로 매우 높았다. 10년 이상 20년 미만인 경우는 13.5%로 두 번째로 높았다.

표 63. 보건진료원 경력

	빈도	%
10년 미만	75	8.3
20년 미만	122	13.5
30년 미만	663	73.2
40년 미만	46	5.1
합계	906	100.0

보건진료원 중 가장 많은 수가 간호전문대학을 졸업한 것으로 나타났다. 다음이 4년제 간호대학이며 간호와 보건의료 관련대학, 간호기술고등학교 순으로 조사되었다. 간호전문대학을 졸업한 경우

가 69.7%였고, 4년제 간호 대학은 18.4%였으며 간호기술고등학교는 3.4%로 가장 낮았다.

표 64. 최종 간호교육기관

	빈도	%
간호기술고등학교	31	3.4
간호전문대학	638	69.7
4년제 간호대학	168	18.4
간호·보건의료 관련대학	78	8.5
합계	915	100.0

2000년대 근무지역은 표 65에서 제시한 것과 같다. 이는 1980년대, 1990년대와 비교하여 근무지역은 광역시도 수준에서 크게 변화하지 않았음을 알 수 있다.

표 65. 2000년대 근무지역

	빈도	%
경남	180	19.1
전북	135	14.3
충북	131	13.9
경기	121	12.8
강원	114	12.1
전남	86	9.1
충남	79	8.4
경북	43	4.6
제주	17	1.8
인천	15	1.6
울산	10	1.1
부산	5	0.5
광주	4	0.4
대전	3	0.3
대구	1	0.1
합계	944	100.0

2개 이상의 보건진료소를 담당하는 보건진료원의 수는 1980년대 부터 조금씩 늘어, 2000년대에는 전체의 12.4%가 2개소 이상의 보건진료소를 담당하고 있는 것으로 나타났다.

표 66. 담당 보건진료소 수

	빈도	%
2개 이상 담당	114	12.4
1개소 담당	804	87.6
합계	918	100.0

보건진료원 1인이 담당하는 지역주민의 수는 1990년대와 크게 차이가 없다. 57%의 보건진료원이 500-1,000명의 지역주민을 담당하고 있으며, 1,000명 이상 1,500명 미만을 담당하는 보건진료원이 16.8%, 500명 미만을 담당하는 보건진료원이 15.4%로 그 뒤를 잇고 있다.

표 67. 담당 주민수

	빈도	%
500명 미만	145	15.4
500명-1000명	536	57.0
1000명-1500명	158	16.8
1500명-2000명	54	5.7
2000명 이상	48	5.1
합계	941	100.0

보건진료원 1인이 담당하는 월 평균 진료건수를 묻는 질문에 300건 이상이라는 응답이 36.4%로 가장 많았다. 이전과 비교하면, 300건 이상의 진료를 하는 보건진료원의 수가 꾸준히 증가하였으며

전체적으로 진료건수도 증가하였음을 알 수 있다. 월 평균 100건 미만의 진료를 하는 보건진료원의 수는 5.4%에 불과하였다.

표 68. 월 평균 진료(건)

	빈도	%
100건 미만	51	5.4
200건 미만	323	34.2
300건 미만	344	36.4
300건 이상	227	24.0
합계	955	100.0

2000년대 들어 보건진료소의 환경이 크게 개선된 것을 알 수 있다. 1990년대까지 보건진료소에 교육공간, 건강증진실이 있는 곳은 각각 전체의 7.6%, 20.6%였으나 2000년대에는 각각 23.1%, 72.1%로 크게 증가하였다.

특히 진료 목적이나 특별한 행사가 아니라도 지역주민들이 수시로 찾을 수 있는 공간인 건강증진실이 있는 보건진료소가 크게 늘었다. 그러나 보건진료소 내에 여러 명의 지역주민을 모아서 교육할 수 있는 세미나실, 회의실 등의 공간은 여전히 부족한 것으로 되어 있다. 특히 이동수단은 대부분이 확보하지 못하고 있다.

표 69. 교육공간, 건강증진실, 이동수단 여부

	교육공간 여부		건강증진실 여부		이동수단 여부	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	217	23.1	674	72.1	51	5.5
없다	723	76.9	261	27.9	884	94.5
합계	940	100.0	935	100.0	935	100.0

보건진료소에 필요한 장비나 물품이 있을 때 비용을 마련하는 방법은 1990년대부터 안정화된 것으로 보인다. 보건진료소 자체 예산, 보건진료소와 지자체 예산의 조합, 지자체 예산을 사용하는 경우가 거의 대부분이다. 그 비중도 1990년대에 비해서 더 증가하였으며 현재는 대부분의 경우 보건진료소 자체 예산으로 장비나 물품을 구입하는 것으로 나타났다.

표 70. 필요한 장비나 물품 비용을 마련하는 방법

	빈도	%
보건진료소 예산부담	748	80.0
3,5	108	11.6
지자체 예산	35	3.7
1,5	14	1.5
2,5	7	0.7
1,3,5	4	0.4
4,5	4	0.4
보건진료원 개인부담	3	0.3
3,4,5	3	0.3
지역주민 부담	1	0.1
기업, 정치인의 기부금	1	0.1
기타 조합	7	0.7
합계	935	100.0

*1: 보건진료원 개인이 부담, 2: 지역주민들이 부담, 3: 지자체 예산으로 부담, 4: 기업 정치인 등의 기부금 활용, 5: 보건진료소 예산 부담.

2. 근무 여건

보건진료소 운영을 위하여 시·군으로부터 추가 예산을 지원받은 경험은 꾸준히 증가하여 2000년대에는 22.5%로 조사되었다.

표 72에 제시한 시·군간 협력관계에서도 보건진료소와 지자체간

의 관계를 볼 수 있다. 시·군과 업무 협의와 협력관계에 대한 질문에 4.5%를 제외하고 우호적이거나 보통이라고 응답하였다.

보건진료원회가 안정적으로 운영되면서 지자체와의 행정적 협력 관계도 긴밀해지고 이로 인해 추가 예산 편성 등의 지원을 받는 경험도 증가한 것으로 해석할 수 있다.

표 71. 별도(추가) 예산지원 경험 여부

	빈도	%
있다	212	22.5
없다	730	77.5
합계	942	100.0

표 72. 시군과의 협력관계

	빈도	%
우호적	326	34.5
보통	577	61.0
비협조적	43	4.5
합계	946	100.0

운영협의회 회의를 정기적으로 시행한다고 응답한 수는 전체의 92.8%로 1980년대, 90년대에 비해서 꾸준히 증가하였다. 주민의 참여정도는 적극적이라는 응답이 전체의 52.3%로, 이 또한 전에 비해 증가하였다.

표 73. 운영협의회 정기적 개최 여부

	빈도	%
정기적	876	92.8
비정기적	68	7.2
합계	944	100.0

표 74. 운영협의회 주민 참여 정도

	빈도	%
적극적	496	52.3
보통	372	39.2
무관심	80	8.4
합계	948	100.0

다른 보건의료기관과의 협력관계는 90년대에 보인 양상이 더 뚜렷하게 나타난다. 시행 초기에 비해서 보건소, 보건지소와의 공동사업 경험은 크게 증가하여 2000년대에는 보건소와 공동사업 경험이 있는 보건진료소가 76.2%, 보건지소와 공동사업 경험이 있는 보건진료소가 27.6%였다. 한편 민간 의료기관과 지역사회 건강증진을 위해 간담회나 공동사업 등을 논의한 경험은 있다는 응답이 35.2%, 없다는 응답이 64.8%였다.

1980년대, 1990년대에서 볼 수 있었던 특징과 마찬가지로 공공기관인 보건지소보다 민간 의료기관과의 공동사업 논의가 여전히 더 높게 나타나고 있음을 알 수 있다.

표 75. 다른 보건의료기관과의 협력

	보건소 공동사업 경험		보건지소 공동사업 경험		민간 기관과 공동사업 경험	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	721	76.2	260	27.6	333	35.2
없다	225	23.8	683	72.4	613	64.8
합계	946	100.0	943	100.0	946	100.0

보건진료원회 전체 행사에 참가한 경험이 있는 경우는 전체의 92.8%, 집행부 경험이 있는 경우는 21.4%로 증가하였다. 보건진료

원 제도가 운영된 지 30여 년을 맞으면서 보건진료원회와 보건진료원의 관계가 더 긴밀해진 것으로 해석할 수 있다. 대부분의 보건진료원이 보건진료원회 전체 행사에 참석한 경험이 있으며, 운영된 시간이 길어짐과 동시에 보건진료원회 집행부 경험이 있는 보건진료원 회원도 증가하였다.

표 76. 보건진료원회와의 관계

	보건진료원회 행사 참가 여부		보건진료원 집행부 경험	
	빈도	%	빈도	%
있다	881	92.8	202	21.4
없다	68	7.2	742	78.6
합계	949	100.0	944	100.0

보건진료원 활동과 관련한 문제제기 경험이 있는 보건진료원의 수가 33.1%로 증가하였다. 또, 개선방향과 대안을 제기할 공간이 있다는 응답도 72.1%로 이전에 비해 크게 증가하였다. 이전과 비교하면 문제제기의 공간이 더 복합적으로 변화함을 볼 수 있다. 이는 보건진료원의 활동과 다양한 공간과 유기적으로 결합하여 운영됨을 엿볼 수 있는 결과이다. 보건진료원회뿐 아니라 보건소, 지자체, 지역주민, 또 동시에 문제점과 개선 필요 사항을 지적한다는 응답이 압도적으로 많았다.

표 77. 보건진료원 활동 관련 문제제기 경험

	문제제기 경험		개선 제기할 곳 유무	
	빈도	%	빈도	%
있다	313	33.1	669	72.1
없다	632	66.9	259	27.9
합계	945	100.0	928	100.0

표 78. 불편과 개선 제기 대상

	빈도	%
보건진료원회	247	35.7
보건소	139	20.1
지자체	61	8.8
지역주민	54	7.8
1,3,4	35	5.1
1,4	34	4.9
1,2,3,4	17	2.5
3,4	12	1.7
보건복지부	12	1.7
1,2,4	10	1.4
1,3	9	1.3
2,3,4	8	1.2
기타	8	1.2
1,2	7	1.0
1,2,3	7	1.0
2,3	7	1.0
2,4	4	0.6
1,6	3	0.4
1,2,3,4,6	2	0.3
민간의료	2	0.3
기타 조합	13	1.9
합계	691	100.0

*1: 보건진료원회, 2: 시·군 등 지자체, 3: 운영협의회 등 지역주민, 4: 보건소, 5: 지역의 민간의료기관, 6: 보건복지부, 7: 기타.

2000년대 보건진료원의 보수와 신분에 대한 만족도는, 이전에 비해 크게 개선되지는 않았다. 다만 긍정적인 답변이 이전에 비해 조금 더 증가하였으나 보수 만족도나 신분 만족도가 낮다는 응답은 변동이 없었다.

표 79. 보건진료원 보수와 신분 만족도

	보수 만족도		신분만족도	
	빈도	%	빈도	%
좋은편	143	15.3	299	32.1
보통	677	72.4	342	36.7
낮은편	115	12.3	290	31.1
합계	935	100.0	931	100.0

보건진료소에서 대중교통으로 접근 가능한 가장 가까운 거리의 의료시설에 대한 질문을 한 결과, 시대의 흐름에 따라 의료시설과의 거리가 매우 가까워졌음을 알 수 있다. 2000년대에는 전체 응답의 90.6%가 1시간 미만에 민간 의료기관에 도착이 가능하다고 응답하였다.

표 80. 가장 가까운 의료시설까지의 소요시간

	빈도	%
10분 이내	252	27.1
30분 이내	591	63.5
1시간 이상	87	9.4
합계	930	100.0

보건진료소에서 가장 가까운 도시는 대중교통으로 몇 분 거리에 있는가하는 질문에 30분 이내라는 응답이 가장 많았다. 복합시의 경우, 시소재지와의 소요 시간을 물었는데, 30분 이내 도착한다는 응답이 48.5%, 1시간이상 3시간 미만이라 응답한 경우가 41.7%였다. 80년대부터 민간 의료기관에 도착하는데 걸리는 시간, 도시에 도착하는데 걸리는 시간이 점차 단축되어왔음을 알 수 있다.

표 81. 가까운 도시

	빈도	%
10분 이내	77	8.3
30분 이내	452	48.5
1시간 이상	389	41.7
3시간 이상	14	1.5
합계	932	100.0

보건진료소의 숙식시설에 대한 질문에서, 특징적으로 출퇴근하는 보건진료원의 수가 15.7%로 증가하였다. 또, 2000년대 보건진료소 증개축이 활발하게 이루어지면서 보건진료소의 숙식시설에 대한 긍정적인 평가도 80년대, 90년대에 비해 늘어났다.

표 82. 숙식시설 평가

	빈도	%
충분하다	300	32.2
보통이다	309	33.2
부족하다	176	18.9
출퇴근	146	15.7
합계	931	100.0

3. 지역사회 일차보건의료 활동

지역주민을 대상으로 한 교육은 지역주민의 요구와 시대상을 반영한다. 이전 시기와 비교하면, 2000년대에는 영양과 식습관 교육, 전염병 교육, 만성질환 교육, 생활습관 교육의 비중이 크게 늘었다. 반면 위생관리 교육이나 농약사용 교육은 이전에 비해서 감소하였다.

표 83. 위생관리, 농약사용, 영양교육 실태

	위생관리 교육		농약사용 교육		영양교육	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
한다	399	42.5	424	45.2	890	94.9
안한다	539	57.5	514	54.8	47	5.0
합계	938	100.0	938	100.0	938	100.0

한편, 학교보건 교육에 참가한 보건진료원의 수는 급격하게 감소하여 2000년대 학교보건 교육에 참가한 적이 없는 보건진료원이 전체의 73.6%를 차지했다. 이는 지역사회 교육기관에 보건교사가 배치된 영향과 복합적으로 작용하였음을 추측할 수 있다. 한편 개인 건강상담 교육은 90년대부터 급증하여, 2000년대에도 대부분의 보건진료원이 교육을 하고 있음을 알 수 있다. 모자보건사업은 90년대부터 감소하기 시작하여, 2000년대에는 29.3%의 보건진료원이 가족계획·분만과 관련한 모자보건사업을 시행한 것으로 나타났다.

표 84. 전염병, 만성질환, 생활습관 교육 실태

	전염병 교육		만성질환교육		생활습관 교육	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	880	93.6	929	98.8	922	98.1
없다	60	6.4	11	1.2	18	1.9
합계	940	100.0	940	100.0	940	100.0

표 85. 학교 보건교육, 개인 건강상담, 모자보건 사업 실태

	학교보건교육		개인 건강상담		모자보건사업	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
있다	246	26.4	912	96.9	274	29.3
없다	686	73.6	29	3.1	660	70.7
합계	932	100.0	941	100.0	934	100.0

가정방문 진료를 정기적으로 실시하는 보건진료원의 수는 점차 증가하여 2000년대 65.1%가 정기적으로 실시한다고 응답하였다. 한편 왕진의 경우는 이전과 마찬가지로 주 1,2,3회 이상에 골고루 응답하였으나, 주 3회 이상 왕진한다는 응답이 90년대에 비해 증가하였다. 이는 노인 환자의 증가로 거동 불편자가 증가하여 보건진료원이 직접 방문해야하는 경우가 증가했기 때문으로 해석할 수 있다.

표 86. 가정방문(왕진) 여부와 횟수

	가정방문 진료		왕진 평균횟수		
	빈도	%	빈도	%	
정기적 실시	612	65.1	주 1회	344	36.9
필요시	319	33.9	주 2회	257	27.6
안한다	9	1.0	주 3회 이상	330	35.4
합계	940	100.0	합계	931	100.0

80년대, 90년대에는 방문간호사 지역주민들이 호소하는 질환에서 관절염의 비중이 압도적으로 높았다. 그러나 2000년대에는 고혈압 환자가 관절염만큼 증가하였고, 당뇨도 이전에 비해 증가하였다. 치매의 비중이 상당히 높아진 것과 결핵의 비중이 점차 낮아지는 것도 특징이다.

왕진 내용은 교육과 상담, 투약관리, 진단과 치료, 검사, 욕창 등 외상처치의 순으로 나타났다. 교육·상담과 투약관리의 비중이 높은 것은 보건진료원 제도 시행 초기부터 변하지 않고 나타나는 특성이 다.

건강상담의 내용은 만성질환이 압도적으로 높았고, 2000년대 들어 노인건강에 대한 상담 비중이 크게 높아졌다. 그 뒤로 경증질환, 전염병과 여성건강에 대한 상담 요구가 높았다.

일차진료 행위는 투약 행위와 만성 질환 관리가 비슷한 수준으로 가장 높았으며, 진찰, 병력 조사와 기록, 검사와 의뢰가 그 뒤를 이었다.

2000년대 농촌 인구의 구성 변화로 인해 노인건강과 질환 관리에 대한 요구가 상당히 높아졌으며, 이것이 실제 보건진료원의 업무 수행에도 반영되었음을 볼 수 있다.

지역주민이 필요로 하는 일차진료를 충분히 제공하는지를 묻는 질문에, 보통이라는 응답이 56.2%, 매우 그렇다는 응답이 35.3%, 아니다는 답변이 8.4%였다. 보수 교육이 일차진료 기능 향상에 도움이 되는가하는 질문에는 매우 그렇다 55.0%, 보통이다 39.2%로 나타나, 이전에 비해서 더 많은 보건진료원이 보수교육의 효과를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다.

표 87. 일차의료의 충분성과 보수교육 유용성

	일차의료충분성		보수교육유용성	
	빈도	%	빈도	%
매우 그렇다	328	35.3	516	55.0
보통이다	522	56.2	368	39.2
아니다	78	8.4	54	5.8
합계	929	100.0	938	100.0

효과적인 일차진료의 수행을 위해 임상지식이 풍부한가를 묻는 질문에는 보통이라는 응답이 66.7%로 가장 많았다. 매우 풍부하다는 응답은 24.8%로 나타났으며 임상지식이 풍부하지 않다는 응답은 8.4%로 이전과 비교하여 가장 낮은 수준이다. 건강상담을 위한 지식과 경험이 보통이거나 풍부하다고 응답한 경우가 95.6%로 대부분을 차지하였으며 건강증진 사업을 위한 지식과 경험이 풍부하

다고 응답한 경우도 95.5%였다. 이는 90년대와 유사한 결과로, 80년대에서 90년대로 넘어오면서 응답의 양상이 변화하였고, 90년대와 2000년대의 응답은 유사한 것을 볼 수 있다.

표 88. 임상지식, 건강상담 지식, 건강증진사업의 지식과 경험정도

	임상지식		건강지식		건강증진사업과 경험	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
풍부하다	232	24.8	330	35.2	333	35.6
보통	624	66.7	566	60.4	561	59.9
아니다	79	8.4	41	4.4	42	4.5
합계	935	100.0	937	100.0	936	100.0

지역사업계획을 연 1회 이상 세운다는 응답이 전체의 92.3%로, 보건진료원 제도 시행초기부터 꾸준히 증가해왔음을 알 수 있다. 보건진료소 활동을 홍보하고 더 많은 주민의 참여와 독려를 도와줄 지역사회 조직을 파악하고 찾아내는 활동을 한다고 응답한 보건진료원은 전체의 80.8%로, 이 또한 제도 시행 초기에 비해 상당히 증가하였다. 보건진료소 업무가 안정화됨과 동시에 보건진료원이 지역주민과 밀접해짐으로써 다양한 방식의 접근을 통해 노력하고 있음을 알 수 있다.

한편 지역사회의 보건정보 수집을 위해 직접 조사한 경험이 있는가 하는 질문에는 84.5%가 그렇다고 응답하였는데, 이는 이전보다 감소한 수치이다.

표 89. 연 1회 이상 지역계획수립과 지역조직 확대노력 여부

	지역사업계획 연간수립		지역조직 확대노력	
	빈도	%	빈도	%
그렇다	864	92.3	758	80.8
아니다	72	7.7	180	19.2
합계	936	100.0	938	100.0

표 90. 보건정보 수집 경험

	빈도	%
있다	791	84.5
없다	145	15.5
합계	936	100.0

당뇨 교실, 체조 교실 등 건강증진을 위한 사업을 자주 혹은 가끔 한다는 응답이 94.4%를 차지한다. 보건진료원 제도 시행 초기에는 건강증진 사업을 하지 않는다는 응답이 상당히 많았으나, 보건진료원 제도가 발전하면서 지역사회에서 건강증진 사업을 시행하는 보건진료소가 크게 증가하였다.

표 91. 건강증진사업 시행 여부

	빈도	%
자주	567	60.6
가끔	317	33.9
하지 않음	52	5.6
합계	936	100.0

2000년대에는 이전과 비교하여 마을일에 매번 혹은 가끔 참석하는 보건진료원의 수가 더 많아졌다. 참석하지 않는다는 수는 전체

응답의 3.8%에 불과하였는데, 이는 제도 시행 초기와 비교하여 상당히 적은 수이다. 제도가 시행된 지 30년인 지금도 많은 보건진료원들이 지역주민과의 관계 향상을 위해 보건진료소 업무와 무관한 일을 기획하거나 참여하고 있음을 알 수 있다.

표 92. 마을일 참석

	빈도	%
매번 참석	429	46.0
가끔 참석	468	50.2
불참	35	3.8
합계	932	100.0

보건진료원의 역사 및 현황 연구를 위한 설문 조사

안녕하십니까. 보건진료원의 역사 및 현황 연구를 위한 조사에 참여해 주셔서 감사합니다.

저희는 현재 보건진료원 30주년을 맞아 보건진료원의 과거와 현재를 기록하는 연구를 수행하고 있습니다. 이 연구는 보건진료원으로 직접 활동하신 여러분들의 생생한 증언을 기록으로 남기고, 이를 통해 한국 보건의료역사에서 보건진료원이 수행한 역할과 성과를 평가하는 것을 목적으로 합니다.

본 조사는 보건진료원의 활동의 과거 및 현재를 기록하기 위해서 실제 보건진료원으로 활동하고 계시는 선생님들을 대상으로 수행하며, 소요 시간은 20여분 내외로 예상됩니다.

보건진료원은 한국 보건의료 역사에서 매우 중요한 역할을 수행했음에도 불구하고 그 기록이 충분하지 않은 것이 현실입니다. 바쁘시겠지만 선생님 한분 한분의 응답이 보건진료원의 역사를 기록하는 매우 소중한 자료가기에, 가능한 구체적인 응답을 부탁드립니다. 특히 설문의 마지막에는 보건진료원의 경험을 서술식으로 기술하기를 부탁드립니다. 이를 정리하여 본 연구를 포함하는 책자에 실어 발간할 예정입니다.

모든 응답은 익명으로 처리하며 보건진료원의 역사 및 현황파악을 위한 연구 목적으로만 사용될 것입니다.

응답해주신 결과는 보다 신뢰성 있는 연구결과를 얻는데 많은 도움이 될 것입니다. 바쁘심에도 불구하고 협조해주셔서 진심으로 감사드립니다.

※ 설문지는 jhpark1112@gmail.com 로 회신 부탁드립니다.

2011. 6.

연구책임자: 김창엽 (서울대학교 보건대학원)

□ 일반사항

3번 문항을 제외한 모든 문항은 다음 표의 오른쪽 응답 란에 문항에 해당하는 번호를 기입하여 주시기 바랍니다.

문항구분	선택지		응답
1. 귀하의 성별 에 해당하는 번호를 기입하여 주십시오.	① 여성 ② 남성		
2. 다음 중 해당하는 연령 의 번호를 기입해주시십시오.	① 20~29세 ② 30~39세 ③ 40~49세 ④ 50~59세 ⑤ 60세 이상		
3. 간호사 면허 취득연도와 보건진료원 최초 발령연도 를 기입하여 주십시오.	간호사 면허 취득연도	보건진료원 최초발령연도	/
	()년	()년	
4. 다음 중 최종 간호교육 을 받은 곳의 번호를 기입하여 주십시오.	① 간호 기술 고등학교 ② 간호전문대학(3년제) ③ 4년제 간호학과 ④ 간호 및 보건의료 관련 대학원		
5. 보건진료원으로 활동하기 전, 다음과 같은 근무경험 이 있습니까? 있다면 각각의 경력기간 은 얼마입니까?	① 의원, 병원 등 임상에서 실제 환자를 보는 업무		()년
	② 보건소근무, 학교보건교사 등 지역사회 보건업무		()년
	③ 위의 두가지 모두		()년
	④ 대학, 학교, 연구소, 공직 등 정책 연구 및 실행 업무		()년
	⑤ 보건진료원 이전에는 경력이 없음		

□ 보건진료소에 관한 사항

아래는 보건 진료소의 여건에 대한 조사문항입니다. 보건진료원 제도가 약 30여년 운영되면서 보건진료원 관련현황이 연도에 따라 달라졌을 것입니다. 따라서 모든 문항에서 시기별로 구분하여 해당하는 번호를 기입하여 주시기 바랍니다.

문항구분	선택지	답안		
		1980~1989년 년도	1990~1999년 년도	2000년~ 현재
1. 시기별 근무지역 의 번호를 골라 기입해 주십시오. (이동이 없으면 동일한 번호, 이동이 있다면 시기별 해당 번호를 기입해 주십시오.)	① 부산 ② 대구 ③ 인천 ④ 광주 ⑤ 대전 ⑥ 울산 ⑦ 경기 ⑧ 강원 ⑨ 충북 ⑩ 충남 ⑪ 전북 ⑫ 전남 ⑬ 경북 ⑭ 경남 ⑮ 제주			
2. 해당 시기에 선생님께서는 2개소 이상의 보건진료소를 관장 하며 업무를 수행하십니까? 그렇다면, 해당 시기에 ① 그렇다 .를 기입해 주십시오.	① 그렇다 ② 아니다(1개소만 담당)			
3. 각 시기별로 선생님께서 담당하신 주민 수 는 대략 얼마 정도입니까? (2개소 이상의 보건진료소를 관장한 경우, 해당 지역 전체를 포괄하여 대답해 주십시오.)	① 500명 미만 ② 500명-1000명 ③ 1000명-1500명 ④ 1500명-2000명 ⑤ 2000명 이상			
4. 가정 방문을 제외하고, 각 시기별로 선생님	① 100건 미만 ② 200건 미만			

<p>께서 담당하신 월 평균 진료 건수는 대략 얼마 정도입니까? (2개소 이상의 보건진료소를 관장한 경우, 해당 지역 전체를 포괄하여 대답해 주십시오.)</p>	<p>③ 300건 미만 ④ 300건 이상</p>			
<p>5. 여러명의 지역주민을 모아서 교육할 수 있는 강당, 세미나실, 회의실 등의 공간이 보건진료소에 있습니까?</p>	<p>① 있다. ② 없다.</p>			
<p>6. 진료의 목적이나 특별한 행사가 아니라도 지역주민들이 수시로 찾을 수 있는 건강 증진실이 보건진료소에 있습니까?</p>	<p>① 있다. ② 없다.</p>			
<p>7. 방문 진료를 위해 구비된 보건진료소 소유의 이동 수단이 있습니까? (단, 이때 보건진료원 개인 소유의 차량, 오토바이 등은 제외)</p>	<p>① 있다. ② 없다.</p>			
<p>8. 보건진료소의 장비나 물품이 필요한 경우, 비용은 주로 어떻게 마련하셨습니까? (중복 체크 가능)</p>	<p>① 보건진료원 개인이 부담 ② 관할 지역주민들이 부담 ③ 지자체예산으로 부담 ④ 기업, 정치인 등의 기부금 활용 ⑤ 보건진료소 예산부담</p>			

□ 근무 여건

아래는 보건 진료소와 기타 기관간 협력관계 등을 포함한 근무 환경전반에 대한 조사문항입니다. 아래 질문 또한 모든 문항에서는 시기별로 구분하여 해당하는 번호를 기입하여 주시기 바랍니다.

문항구분	선택지	답안		
		1980~ 1989 년도	1990~ 1999 년도	2000년 ~ 현재
1. 사·군으로부터 보건진료소 운영에 관한특별 지원금 혹은 추가 예산편성 을 받은 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			
2. 사·군과의 업무 협의 및 협력 관계는 다음 중 어디에 해당합니까?	① 우호적이다. ② 보통이다. ③ 비협조적이다.			
3. 운영협의회 회의 를 정기적으로 실시하고 있습니까?	① 그렇다. ② 아니다.			
4. 지역 주민 들은 운영협의회에 적극적으로 관심을 가지고 참여 하는 편입니까?	① 적극적으로 참여한다. ② 보통이다. ③ 무관심하다.			
5. 보건소와 공동으로 사업 을 연 1회 이상 시행한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			
6. 보건지소와 공동으로 사업 을 연 1회 이상 시행한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			
7. 사·군내 의료기관과 지역사회건강 증진 을위해 간담회, 공동사업 등의 논의를 한적이 있습니까?	① 그렇다. ② 아니다.			

<p>8. 보건진료원회 총회 등 보건진료원회의 전체 공식행사에 참가한 적이 있습니까?</p>	<p>① 있다. ② 없다.</p>			
<p>9. 보건진료원회에서 집행부 등의 직책을 맡은 경험이 있습니까?</p>	<p>① 있다. ② 없다.</p>			
<p>10. 작은 부분이라도 보건진료원 활동을 하면서 느낀 문제점이나 대안을 보건진료원회에 제기한 적이 있습니까? (인터넷 댓글, 전화, 편지 등)</p>	<p>① 있다. ② 없다.</p>			
<p>11. 보건진료원 활동과 관련하여 느끼는 불편 및 개선 필요사항을 제기할 곳이 있습니까?</p>	<p>① 있다. ② 없다.</p>			
<p>11-1. 있다면, 어디입니까?</p>	<p>① 보건진료원회 ② 사 군등 지자체 ③ 운영협의회 등 지역주민 ④ 보건소 ⑤ 지역의 민간의료기관 ⑥ 보건복지부 ⑦ 기타</p>			
<p>12. 보건진료원의 보수(본봉과 수당을 포함)가 시기별 물가, 타 직종과의 비교 등을 고려할 때 적절하다고 생각하십니까?</p>	<p>① 보수가 좋은 편이다. ② 그저 그런 편이다. ③ 보수가 낮은 편이다.</p>			
<p>13. 보건진료원의 신분(현재는 지방 별정직 공무원이며, 일반직 공무원으로 전환하는 논의가 진행중)은 지역에서 일차보건의료기능 수행을 충분히 뒷받침하는 조건이라고 생각하십니까?</p>	<p>① 충분히 뒷받침한다. ② 보통이다. ③ 뒷받침하기 부족하다.</p>			

<p>14. 보건진료소로부터 가장 가까운 의료 시설은 대중 교통을 이용하여 몇 분 거리에 있습니까? (시대별로 변화했다면, 각각 소요 시간을 기입하여 주십시오.)</p>	<p>① 10분 이내 ② 30분 이내 ③ 1시간 이상</p>			
<p>15. 보건진료소의 숙식 시설은 보건진료원 업무를 충분히 뒷받침하는 조건이었습니까?</p>	<p>① 충분하다. ② 보통이다. ③ 부족하다. ④ 보건진료소에서 숙식하지 않는다.</p>			
<p>16. 보건진료소에서 가장 가까운 도시는 대중 교통을 이용하여 몇 분 거리에 있습니까? (복합시의 경우, 시 소재지와의 소요 시간을 의미합니다. 시대별로 변화했다면, 각각 소요 시간을 기입하여 주십시오.)</p>	<p>① 10분 이내 ② 30분 이내 ③ 1시간 이상 ④ 3시간 이상</p>			

□ 지역사회 일차보건의료 활동

아래는 보건 진료소의 일차 보건의료 활동에 대한 조사문항입니다. 아래 질문 또한, 모든 문항을 시기별로 구분하여 해당하는 번호를 기입하여 주시기 바랍니다.(예시: 학교 보건교육을 80년대에는 진행하지 않다가 현재 진행하는 경우, 해당하는 시기에 각각의 번호를 기입)

문항구분	선택지	답안		
		1980~1989년도	1990~1999년도	2000년~현재
1. 변소, 우물 등 위생관리 교육 을 연 1회 이상 한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			
2. 농약 의 보관 및 사용에 대한 교육을 연 1회 이상 한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			
3. 식습관 및 영양 에 대한 교육을 연 1회 이상 한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			
4. 전염병 예방 에 대한 교육을 연 1회 이상 한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			
5. 고혈압, 뇌졸중같은 만성 질환 예방 을 위한 교육을 연 1회 이상 한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다			
6. 운동, 생활 습관 등에 대한 교육을 연 1회 이상 한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다			
7. 담당 지역에 있는 학교에서 보건 교육 을 연 1회 이상 실시한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			

8. 담당 지역 주민과 개인적인 건강 상담 을 정기적으로 실시한 적이 있습니까?	① 한다. ② 안한다.			
9. 가족 계획 및 분만과 관련한 모자보건사업 을 실시한 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.			
10. 가정 방문(왕진 진료)을 실시하십니까?	① 정기적으로 실시한다. ② 필요시 한다. ③ 하지 않는다.			
11. 가정 방문(왕진 진료)은 1주일에 평균 몇 회 정도를 시행하십니까?	① 주 1회 ② 주 2회 ③ 주 3회 이상			
12. 방문 간호시, 지역 주민(환자)들이 호소하는 질환 은 주로 어떤 것입니까? (복수응답가능)	① 암 ② 당뇨 ③ 고혈압 ④ 관절염 ⑤ 정신질환 ⑥ 치매 ⑦ 뇌졸중 ⑧ 결핵 ⑨ 기타(서술)			
13. 방문 간호 활동(왕진)의 내용 은 주로 어떤 것입니까? (복수응답가능)	① 진단 및 진료 ② 검사 ③ 투약관리 ④ 교육 및 상담 ⑤ 욕창등 외상처치 ⑥ 가족계획 ⑦ 재활교육 및 연계 ⑧ 산전산후관리 ⑨ 영유아 건강관리 ⑩ 기타(서술)			
14. 지역 주민의 건강상담 은 주로 어떤 것입니까? (복수응답가능)	① 감기 등 경증질환 ② 성인병, 만성질환관리 ③ 전염병관리, 여성건강 ④ 아동 및 청소년건강 ⑤ 노인건강관리 ⑥ 정신질환 ⑦ 외상 후 재활치료 ⑧ 구강보건 등 ⑨ 기타(서술)			

<p>15. 일차 진료 중 주로 하는 진료 행위는 어떤 것입니까? (복수응답가능)</p>	<p>① 병력 조사 및 기록 ② 진찰 행위 ③ 임상검사 ④ 투약 행위 ⑤ 예방 접종 ⑥ 검사 및 진료의뢰 ⑦ 만성질환자관리 ⑧ 기타(서술)</p>			
<p>16. 선생님께서 판단하시기에, 현재 지역 주민들이 필요로하는 일차 진료를 충분히 제공하고 있다고 생각하십니까? 시기별로 응답해주세요.</p>	<p>① 매우 그렇다. ② 보통이다. ③ 아니다.</p>			
<p>17. 선생님께서 판단하시기에, 보수 교육이 일차진료 기능 향상에 충분히 도움이 된다고 생각하십니까? 시기별로 응답해주세요.</p>	<p>① 매우 그렇다. ② 보통이다. ③ 아니다.</p>			
<p>18. 선생님께서 판단하시기에, 일차 진료 수행을 위한 임상적 지식 및 경험이 풍부하다고 생각하십니까? 시기별로 응답해주세요.</p>	<p>① 매우 그렇다. ② 보통이다. ③ 아니다.</p>			
<p>19. 선생님께서 판단하시기에, 건강 상담을 위한 지식 및 경험이 풍부하다고 생각하십니까? 시기별로 응답해주세요.</p>	<p>① 매우 그렇다. ② 보통이다. ③ 아니다.</p>			
<p>20. 선생님께서 판단하시기에, 건강 증진 사업을 위한 지식 및 경험이 풍부하다고 생각하십니까? 시기별로 응답해주세요.</p>	<p>① 매우 그렇다. ② 보통이다. ③ 아니다.</p>			
<p>21. 지역 사회의 건강 수준 향상을 위해 지역 사업 계획을 연 1회 이상 세우십니까?</p>	<p>① 그렇다. ② 아니다.</p>			

<p>22. 보건진료소 활동을 홍보하고 더 많은 주민의 참여 및 독려를 도와줄 지역사회 조직을 파악하고 찾아내는 활동을 하십니까?</p>	<p>① 그렇다. ② 아니다.</p>			
<p>23. 담당 지역의 보건정보 수집을 위해 직접 조사를 한 적이 있습니까?</p>	<p>① 있다. ② 없다.</p>			
<p>24. 당뇨 교실, 체조 교실 등 건강 증진을 위한 사업을 실시하고 있습니까?</p>	<p>① 자주 한다. ② 가끔 한다. ③ 하지 않는다.</p>			
<p>25. 지역 주민과의 관계 향상을 위해 보건진료원 업무와 무관한 일을 기획 혹은 참여한 적이 있습니까?(마을 잔치같은 행사 참여, 봉사 등)</p>	<p>① 매번 참석한다. ② 가끔 참석한다. ③ 참석하지 않는다.</p>			

□ 보건진료원 활동에 대한 자기평가

아래는 보건 진료원 선생님들 스스로의 활동에 관한 자기평가입니다. 개별 문항에 대한 만족도를 시기별로 구분하여 4점 척도 점수로 기입하여 주시기 바랍니다.(4점 척도는 ‘그렇다’ 4점, ‘그런 편이다’ 3점, ‘그렇지 않은 편이다’ 2점, ‘그렇지 않다’ 1점으로 점수가 높을수록 긍정적인 평가의 의미함.)

문항구분	답안	
	초창기	현재
	‘그렇다’ 4점 ‘그런 편이다’ 3점 ‘그렇지 않은 편이다’ 2점 ‘그렇지 않다’ 1점	‘그렇다’ 4점 ‘그런 편이다’ 3점 ‘그렇지 않은 편이다’ 2점 ‘그렇지 않다’ 1점
1. 나는 훌륭한 리더이다.		
2. 나는 업무에서 책임을 맡으면, 일을 효율적으로 처리한다.		
3. 나는 업무에서 리더의 책임을 맡고 싶지 않다.		
4. 좋은 의사 결정을 내리는 것이 나의 장점 중 하나이다.		
5. 문제를 해결하는 동안, 나는 문제 해결을 위한 다양한 대안을 모색할 수 있다.		
6. 유연성(융통성)이 나의 장점 중 하나이다.		
7. 보건진료원 활동 중 문제가 발생할 때 종종 나는 문제를 해결하기 위한 창의적인 능력을 발휘한다.		
8. 나의 융통성은 보건진료원 활동 중 발생하는 문제를 해결하는데 도움이 된다.		
9. 대부분의 마을 사람들은 나를 리더로 인식한다.		

10. 보건진료원으로서 나의 전문적이고 기술적인 능력에 대해서 자부심을 가지고 있다.		
11. 나는 유능한 보건 진료원이다.		
12. 나는 진료 시점에 문제를 정확하게 파악하고 빠르게 적절한 해결 방법을 찾는다.		
13. 나는 복잡한 상황에서도 지식과 기술을 성공적으로 적용하는 유능한 보건 진료원이라고 생각한다.		
14. 일반적으로, 나는 동료 보건진료원들 만큼 내 업무를 잘 수행한다.		
15. 일반적으로, 나는 보건진료소에 출근하는 것이 즐겁다.		
16. 보건진료원 활동은 충분한 가치와 보상이 있는 직업이다.		
17. 나는 보건진료원이 되기 전에 기대했던 것만큼 나의 직업에 현재 만족한다.		
18. 나는 보건진료원으로 직업을 택한 것을 후회한다.		
19. 나는 내가 보건진료원 업무를 창의적으로 처리하는 것에 대해 만족한다.		
20. 나는 직업으로서의 보건진료원에 대해 생각했던 것만큼 만족하지 않는다.		
21. 나는 불가피하게 보건진료원에 묶여있다.		
22. 나는 보건진료원이라는 직업에 나의 인생을 헌신하고 싶다.		
23. 나는 타인의 감정에 쉽게 동감할 수 없다.		
24. 나는 환자로부터 감정적으로 멀어지고 싶다.		
25. 나는 보건진료원으로서 환자를 이해하고 동감한다고 생각한다.		
26. 나는 마을사람들과 감정적으로 긴밀해 지기를 원하지 않는다.		

<p>① 보건진료원의 근무 여건에 관한 일화나 경험 중 위의 항목에서 빠진 부분이 있으면 추가로 기록하여 주십시오. 급여, 거주, 출퇴근, 신분, 시설, 주민과의 관계, 시설의 위치, 생활 전반에서 즐거웠던, 두려웠던, 모든 경험 그리고 당시 가장 해결하기 곤란했던 문제 등의 경험을 남겨주시기를 부탁드립니다. 선생님의 경험은 보건진료원 30주년 기념 책 발간의 한 부분으로 포함될 예정이며, 익명의 투고를 원하시는 경우 오른쪽 란에 체크해 주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 익명요망</p>
<p>② 가정 방문과 관련된 경험이나 사건 중 추가할 부분이 있으면 기록하여 주십시오. 선생님의 경험은 보건진료원 30주년 기념 책 발간의 한 부분으로 포함될 예정이며, 익명의 투고를 원하시는 경우 오른쪽 란에 체크해 주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 익명요망</p>
<p>③ 일차진료 일화나 경험 중 위에서 언급하지 못한 부분이 있으면 추가로 기록하여 주십시오. 선생님의 경험은 보건진료원 30주년 기념 책 발간의 한 부분으로 포함될 예정이며, 익명의 투고를 원하시는 경우 오른쪽 란에 체크해 주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 익명요망</p>
<p>④ 보건진료원 선생님들께서 지역 주민과의 소통, 교류를 위해 많은 노력을 하신 것으로 알고 있습니다. 그러나 기록으로 남아 있는 자료가 없어 매우 안타깝습니다. 이번 경험을 통해 선생님들의 소중한 경험을 기록으로 남겨 두고자 합니다. 지역 주민과의 소통, 교류, 협력을 위해 하신 활동의 경험 혹은 일화를 기록하여 주십시오. 선생님의 경험은 보건진료원 30주년 기념 책 발간의 한 부분으로 포함될 예정이며, 익명의 투고를 원하시는 경우 오른쪽 란에 체크해 주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 익명요망</p>
<p>⑤ 본 설문은 보건진료원 선생님들의 소중한 경험을 역사의 기록으로 남기기 위해 진행하고 있습니다. 위의 문항들에서 충분히 담지 못한 부분 중 추가로 기술하실 부분을 적어주시기 바랍니다. 형식, 분량에 상관없이 일화, 경험담 등을 자유롭게 기술해 주십시오. 선생님의 경험은 보건진료원 30주년 기념 책 발간의 한 부분으로 포함될 예정이며, 익명의 투고를 원하시는 경우 오른쪽 란에 체크해 주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 익명요망</p>

오랜 시간 고생 많으셨습니다.

선생님의 소중한 경험을 보건진료원 30년 역사를 기록하는데
용하겠습니다. 감사합니다.

부록 2. 활동사례

1. 설문조사에서 서술형으로 작성된 사례와 경험담을 정리한 것입니다.
2. 직접 성명을 기록하는 등의 특별한 표기가 있는 경우를 제외하고는 전부 익명으로 처리하였습니다.
3. 맞춤법, 띄어쓰기 등은 이해가 쉽게 일부 고친 것을 빼면 작성자의 표현을 가급적 그대로 옮겼습니다.
4. 동일한 내용이거나 반복적인 내용의 일화는 중복 게재하지 않았습니다.

1. 보건진료원 근무 여건의 일화나 경험

1.

임상경험이 없이 바로 배치받았던 시골에서 외모는 남자인데 생식기는 여자와 비슷한 모양을 가진 아이 부모의 눈물을 보고 교육받았던 병원의 소아과 선생님께 편지를 드리고 답을 얻어 3시간도 더 걸리는 도시의 병원에서 '여성가성반음양'(이제는 정확한 병명도 아련하다)이란 진단을 받고 온전한 여성으로 살 수 있게 수술을 받게 했던일, 진료원 초기 임종을 앞둔 많은 환자들과의 만남은 호스피스 교육의 필요성을 느끼게 했고, 가끔 농약을 마시고 자살을 시도한 주민과의 만남, 진료원초기 의료시설이 절대적으로 부족했던 시골마을에서 능력이상의 자질을 요구했던 많은 일들이 스쳐지나간다. 가끔 초심으로 돌아가야 한다는 생각을 해본다. 진료소 조차 없어 셋방살이를 했던 그때 일에서 느끼는 보람이 얼마나 컸던가.

2.

저는 82년에 처음 보건진료원에 입문하여 90년도 초까지 근무하고

보건소로 자리를 옮겨 근무하다가 2008년부터 다시 보건진료소 계약직으로 근무하고 있습니다.

그동안 보건소 보건행정과, 사회복지업무를 하였던 경력을 더하여 초창기 보건진료원에 경력에 훨씬 업그레이드 되어 현재의 진료소지역 주민들로부터 많은 호응을 받으며 잘 근무하고 있습니다. 하지만 계약직의 신분으로 근무하다보니 보수나 대우가 현저히 차이가 나 아무래도 활동하는데 위축될 수밖에 없습니다 사기진작 차원으로 이번 일반직화에 따라 저희 퇴직 나이 이전의 모든 계약직들도 함께 일반직화에 동참할 수 있도록 최선의 노력을 해 주실 것을 소망합니다

3.

대학을 졸업하고 꽃다운 인생의 젊을 시절을 보건진료소에 헌신한 삶이 어느덧 25년의 세월이 흘렀습니다. 이곳에서 결혼하고 애들 낳고 모든 열정을 진료소에 쏟아 부으며 사는 삶이 어느덧 중년이 되었네요. 보람과 허무함이 교차합니다.

4.

초창기 진료소생활이 열악하여(1986-2005년이전) 온 가족이 환절기면 감기로 고생하고 겨울엔 춥고 여름엔 찜통 같은 좁은 방에서 생활하며 아이들에겐 만성비염을 지금도 앓고 살게 되었습니다. 그래도 잘 자람에 미안함과 고마움이....

5.

지금엔 진료소가 신축되어 좋은 환경에서 근무하게 되어 감사하지요.

6.

어느덧 30주년의 역사가 만들어 집에 감개무량하고 무에서 유를 만들어낸 보건진료원 선생님들 같습니다. 앞으로도 더욱 주민들께

없어서는 안 되는 꼭 필요한 진료소로 계속 유지되며 무궁한 발전이 계속되길 소망합니다. 오늘도 주민들은 진료소가 가장 보배라고 합니다. 감사합니다...

7.

독감접종 후 일반적인 체도 상승으로 잠시간의 현기증으로 마음 긴장 할 때도 있었음. 안정과 찬물 수건으로 순간에 응급처치로 좋아 졌지만 이럴 때 조금은 두려움이 남아 있었음.

8.

1)가정형편은 어렵지만 공부를 잘해 전주로 고등학교를 가기로 한 남자아이가 있었다. 마침 저희 아이들도 초등학교를 전주로 전학한 상태라서 거처를 우리집에서 함께하기로 함.1년간 생활비 받지 않고 돌보아준일도 있었으며,

2)눈이 많이 와 빙판길인 날. 한밤중에 독거노인이신 응급환자가 발생, 교통편이 없어서 저희화물차로 나는 우리아이를 업고 남편은 조심스럽게 운전, 무사히 응급실도착, 치료 마친후 집으로 돌아왔다. 온가족이 출동하여 후송한 일을 나는 잊어버렸다. 지금도 그때 큰 수고해주어서 고맙다고 계속 말씀하신다.

3)갑자기 동네가 큰소리로 고함지르고 두려움에 떠는 소리가 들려서 밖으로 나와보니 동네청년이 칼을 가지고 다니며 평소에 비위를 건드린자에게 죽인다하며 진료소운영협의회장 집으로 향해 가는길, 뒤 따라가보니 이미 그분을 땅에 넘어뜨리고 칼로 죽인다며 실랑이중이었다. 제가 기질을 발휘하여 칼을 뺏어 감추고 도망, 너도 죽인다며 나까지 몰고다녔다. 어느정도 시간이 흘러 잠잠해진 후 이유를 물었더니 인생살기 싫다 하며 하소연, 끝내 그 청년은 짧은 생을 교통사고로 마감했다.

9.

육지에서 거주하면서 근무를 잘하고 있던 어느날 다른지역 진료원

이 고위층 줄을 데고 우리지역 에 들어오면서 섬으로 발령을 받아야 하지만 섬으로 보낼수 없어 육지 근무자를 순위 먹여 진료실적이 없다는 이유로 1순위 2순위 먹여서 6개월씩 돌릴때 우리들의 우정과 서로를 미워하고 항상 피해의식에 있었던일

10.

1.환자가 가정에서 사망시 환자 사망진단서를 요구할 때 매우 난처했습니다.

2.진료소 거주때 밤에는 잠옷한번 못입어보고 잘 때..

3.진료소 거주때 한밤중에 문 두들길때 매우 두렵고 힘들었음.

4.대체적으로 진료소가 마을에서 동 떨어져 있음.

5.보건소에서 많은 실적을 요구할 때(진료소 실적은 중복처리된다고 실적 못 올리고)

6. 인격적 보호를 받기 위해서는 하루 빨리 일반직이 되어야 한다고 생각함.

11.

지방자치제가 시행되면서 단체장 선거에 공무원들이 개입되어 개인이 일신상의 영화를 위해 보건진료원(소)이 이용당하는 경우가 많다. 선거에서 자유로울 수 있는 법적. 제도적 장치가 가동되지 않아(혹은 사문화된 관례로) 진료원 제도 자체가 위태로와진 사태를 직면한 경우가 있다.

또한 공무원 품위유지를 소홀히 하여 집단으로 매도당한 경우와, 일을 하고 싶어 하지 않는 자가 앞서서 일하는 이를 모함하고 적극적으로 잡아 내리는 사례가 아직도 남아 있음을 가슴 아프게 생각한다.

12.

1988년 10월에 결혼과 함께 순창군 금과면 목동보건진료소에 첫 발령을 받았습니다. 신혼여행에서 돌아와 곧바로 업무에 복귀하기

위해 보건소에 갔더니 담당자께서 “목동보건진료소에서 작년에 연탄가스중독으로 전임 진료소장 어머니께서 돌아가셨으니 보일러실 입구를 청테이프로 막아야 합니다.”라고 하셔서 깜짝 놀랐습니다. 놀란 마음을 진정하며 보건진료소로 향했습니다.

사고 후 어떤 조치를 해 놓았을까? 무척이나 궁금했습니다. 하지만 보건진료소에 도착한 우리부부는 기가 막혔습니다. 사망사고 후 관에서 해 놓은 것은 아무것도 없었기 때문이었습니다. 신랑과 함께 연탄보일러실을 청소하고 내부와 연결된 문을 청테이프로 꼼꼼하게 막았습니다. 그날밤 보일러를 가동시키고 잠을 자다가 결국 우리부부도 연탄가스에 중독이 되어 10분만에 달려온 보건소 앰블런스를 타고 읍내 병원에서 입원치료를 받게 되었습니다. 보건소 담당자는 얼굴이 사색이 되어 우리부부를 제대로 쳐다보질 못하더군요.

연탄가스는 보일러실 문이 아닌 안방 천정으로 들어왔던 것으로 판명이 나와 보건소에서 서둘러 보일러실을 수리(건물 밖으로 보일러실을 뺀)해 주었으며, 연탄가스중독이 심한 저는 2개월 동안 치료 후 바로 업무에 복귀했습니다.

아무런 보상도 없이..... 그때를 생각하면 너무도 분한 마음이 들어 괴롭습니다.

13.

첫 근무지가 섬이었다. 발전기로 전기를 생산하던 그 곳 밤에 뱃사람들의 싸움으로 상처를 꿰매는데 손전등 빛으로 무서워 떨며 치료하던 그 때가 설문지 작성 중 살포시 떠오른다. 맛있는 굴 김장김치를 겨우내 감당해 주시던 인순이 엄마 24년이 지난 지금 소식이 궁금하고 보고 싶다. 그 곳이 가끔 그림다.

14.

첫발령을 받았던 마을에서 여러 가지 일들이 생각난다.

시골에는 일년내내 번갈아 가면서 발농사를 하느라 집에 사람이

있는 날이 별로 없어서 아이들끼리 햇빛아래 타도록 놀던 때였으니까.. 하교후 그아이들을 진료소로 모아서 같이 놀아주고 보모처럼 피아노도 치게 하고 ..동네어른들은 진료소장이 유치원장노릇까지 해줘서 고맙다고 했으니 지금은 까마득한 옛날 얘기가 되어버렸다. 지금 조손가정이나 한부모자녀들은 아동센터를 통해서 저녁 식사후 귀가하니 옛날처럼 친구들과간에 어울려 다니는 친근감이 덜한것 같아서 아쉽다.

15.

어느날은 혼자서 공부하던 여학생이 농가에 물건을 훔치러 들어온 도둑에게 몸을 망친일이 발생해서 그아이에 엄마와 많은 상담을 하고 잘못되지 않도록 정신적인 지지감을 주느라 계속 관찰하고 지내왔던일도 생각난다. 몇년전까지 관사에서 생활하는 것이 법이었던 관계로 항상 가정방문을 할때는 어린 아들의 손을 잡고 집집마다 가정방문을 다녔던일. 외진 길이었지만 어린 아이에게 의지하여 다니는 연약한 나를 본적도 있고 정작 큰일을 만날때는 한밤중에도 혼자 달려나가는 용맹성도 보였던 진료원이라는 직책.. 나는 이길을 가는게 즐겁다.

16.

하루는 한달월급을 책상서랍에 놓고 진료를 하던중 내가 불쌍하게 여기고 있던 학생에게 모든 것을 잃어버렸던 일도 있었고, 그것으로 나쁜 감정이 생기지도 않는 특별한 마음상태를 경험하기도 했던 나의 직업.. 사무업무로 경험할 수 없는 일들이 너무나 많아서 감사하다.

17.

처음 발령을 받은 곳은 섬이었는데 전기가 들어오지 않아 연탄보일러였다. 전임자가 연탄가스를 마셔서 날이 밝아도 문이 열려 있지 않은것을 이상하게 여긴 이웃주민이 창문을 깨고 들어와 살았

다는 말을 듣고 공사를 다시해서 새는 곳을 막았다는 말을 들었는데도 깊은 잠을 자지 못했던 기억이 난다. 그후 육지로 발령을 받아 나왔는데 큰길 바로 옆에 위치했고 방범창이 없어 무서워서 한 동안 또 불안한 날을 보냈던 기억도 있다. 세월이 지나 주민들 파악이 다 되면서 목소리만 듣고도 누군지 알게 됐을때는 무서운 생각이 없어지지만 3번의 인사이동이 있었는데 그럴때마다 낯선 사 람들에 대한 두려움이 있다.

18.

1.1986년 나의 연고지와 전혀 상관없이 섬으로 발령을 받고 갔는데 그 당시에 2번이나 밤손님이 숙소로 들어왔는데 한번은 소리를 지르자 바로 도망갔고 2번째는 주방까지 들어와 안방으로 들어오 려고 하자 실랑이를 하면서 내가 진료소 밖으로 나가려고 몸싸움을 하게 되고 위험을 느낌나머지 내가 유리창을 깨면서 도망치려 하자 도둑이 겁을 먹고 오히려 도망감. 당시 면사무소와 파출소, 인근초등학교 선생님들이 나의 수호신이 되어서 지켜주었음

2.1989년 첫아이 출산을 위해 출산휴가를 하고 진료소 숙소로 돌아왔는데 언제부터 언제까지 출산휴가라는 안내문이 도둑으로 하여금 마음 놓고 진료소에 들어와서 물건을 훔칠 수 있게 만들었 음. 결혼반지등 패물을 모두 도둑맞음.

3.어느날 갑자기 사전준비도 없이 발령장을 받고 주민들께 감사와 떠난다는 인사를 하자 아쉽고 서운하다고 주민잔치를 열어 공로패 를 수여해주었고 주민들 차량으로 부임지까지 이사를 하게 도와주 었음

19.

1980년대 주민들이 근무시간 개념이 없어 시도 때도 없이(밤12시, 새벽4시 응급이 아닌 감기로) 진료소를 방문하고, 전기도 없는 마 을회관에서 촛불을 켜고 환자를 보고 촛불이 넘어져 소중하게 여 기던 라디오를 태워먹던 시절 어찌 잇을 수가 있으랴!

20.

정신질환자가 가정방문하는 집마다 따라다니고 진료소 몇 미터 앞에 앉아서 나만 쳐다보고 있어 정신과 전문의와 상담하고, 파출소 등의 도움을 요청하던 일

21.

1. 주거의무에 묶여 3자녀를 90년대 고등학교 기숙사(교실을 개조해 2층 침대 30개를 넣어둔 창 고같은)에서 3년씩을 다니게 한 것이 가장 가슴아팠다. 같은 시 인데도 교통편이 없고 길이 너무 험하고 아이는 늦게 마치고 일찍 가야하므로 등학교를 시킬수 없는 형편이었음.

2. 구조조정이 있을 때마다 거론이 되어 가슴아팠다.

3. 별정직이 되기전까지 월 급여가 너무 형편없어서 혼자 기본 생활하기도 힘들었다

4. 밤에 술먹고와서 (진료소와는 관련된 것이 아무것도 없는데도) 행패부리는데 옆집아저씨 전화로 좀 와달래도 그 사람은 어떻게 할 수 없다며 와주지도 않던 일.

22.

출퇴근 제한, 농어촌 지역으로 시간 제한 없이 진료, 혼자 근무하므로 연가 병가 사용 할 수 없음, 그리고 지역 이동이 이루어지지 않는 점들이 우리를 힘들게 한다.(특히 도서에 근무하는 진료원에게는 고립에 대한 두려움 등이 견디기 힘들) 하지만 주민들과의 관계나 능동성 있게 일을 추진할 수 있는 점이 진료소의 매력이라고 할 수 있다.

23.

보건진료소 상주 근무 중 너무 이른 방문에 힘들었고.. 개인생활이 없음이 아쉬웠다. 항상 감시하는 기분으로 인해..자유롭지 못했고 또한 열악한 환경은 근무하는 나만 힘들 뿐 보건소나 지자체는 무

관심했다.. 아이들 학교 보내기도 힘들어서 내가 왜 보건진료원을 했나 자책도 많이했다...지금이야 그 전에 비하면 많이 좋아 졌지만 아직도 신분의 불확실성 때문에 보건소 일반직들과 보이지 않는 차별이 있는 것 같다. 어려움도 힘들어도 세월에 많이 희석 되었지만 앞으로의 발전을 위해 정책적으로 많이 지원되어 좀 더 좋은 진료소가 되길바란다 .

24.

병원과 보건소를 근무하면서 보건진료원이 너무나 좋아보여 보건진료원이 됐다. 주민과 가족같이 지내기위해 모든 가구의 대소사는 무조건 다녔던 것 같다. 밤낮으로 어려운 일 생겨 부르면 ‘예’ 하고 달려가본것이 20년이 넘었다. 어려운 여건 속에서도 시골에서 고생하는 노모들이 너무 가슴시리게 딱해서 8년간을 무의식환자를 돌본것도 내 생의 큰 자랑거리고 흐뭇하다. 신랑의 도움도 너무 컸다.

25.

보건진료소의 허술한 시설 보수자이고, 지역 주민의 문제 해결사이고, 온갖 굶은일도 마다않고 도와주고 격려해준 남편이 아니면 서울에서 태어나 대학까지 서울에서 나와 시골 이 먼구석에서 버티질 못했을 것이다. 50이 넘은 나이에 동네 초상이 나면 늙으신 노인들 힘드시다고 손수 상여를 맨것이 20년이 넘었다. 한번도 거르질않아 소장 남편같은 사람은 이세상에 없다고 칭찬한다.

짧은 인생가운데 하나님보시기에 조금이라도 흐뭇하셨으면 그것으로 나도 기쁘다.

10여년전 중학생인 아들이 자랑스런 부모님이 있으면 손을 들라해서 우리 작은아들이 어찌나 엄마자랑을 했나 자랑스런 부모님 상도 받았다. 참 즐겁고 고마운 일이다. 무엇보다도 내 관할 부락의 전주민의 동의하에 감사패를 3번이나 받은것이 그 어떤 상보다 고맙고 즐거운일이다.

26.

예나 지금이나 주로 혼자 있는 시간이 많다 보니 위험 상황에 노출되기 쉬워 그 부분이 어렵습니다. 지금은 바쁜 일철에 혼자 진료소에 있는 경우와 밤에 남자들만 진료 받으러 오는 경우. 옛날엔 가정방문하고 오다가 모르는 사람을 만나면 무서워 무조건 뛰어서 외진 산길을 돌아왔던 기억이 나네요

27.

80년대 눈이 펄펄 내린 밤 .산길을 걸어 산모가 무사히 분만하여 기쁨을 만끽하고 밤길의 두려움도 잊은채 걸었던일 ..

밤새 산모와 씨름하다가 태반이 끝내 안나와 병원에 후송 했던일

..

남의 뒷 자석 오토바이를 타다가 떨어졌던일 ..

소중한 기억이다.

28.

보건진료소 건물 신축시 마을회관에서 6개월을 가족과 같이 살면서 화장실이 회관 옆의 도로변에 있어서 사용시 많이 불편해서 변비가 생겼습니다. 그리고 건물 건축하는 업자, 보건소 담당자와의 의사소통의 어려움이 많았습니다.

29.

1인 근무제에 따른 어려움이 제일 크다고 봅니다. 욕심이겠으나 할 수 만 있다면 2명 근무조직이 되었으면 합니다.

보건사업 추진시 팀플레이가 됩니다. 혼자 계획하고 진행하기 어렵고 단출해지는 단점이 있습니다. 안전환경에 도움이 됩니다. 개인적인 연가 활용이 가능합니다.

다양한 교육프로그램의 참여가 가능합니다.

30.

초년생 시절 진정한 마음으로 다가서면 조금 부족한 면이 있다 해도 최선을 다하는 모습에서 진료원으로서의 역할과 위치를 잡아갈거라 생각하며 하늘이 나에게 주신일이라 다짐하고 단조롭고 조용한 시골 생활을 무던히 살아냈던 것 같다. 근무지에서 나를 지도자가 되어가고 있음을 실감할 때 더 큰 책임감과 보람을 느끼게 되었다. 20년 한 우물을 판다는 것이 쉬운 일은 아니지만 나를 지탱해 주는 가족, 주민들의 따뜻한 마음속에 힘을 얻으며 살았다. 이제 변화하는 보건진료원의 위상을 다시 재정비하는 시점이 온 것 같다. 진료소 인사이동을 계기로, 신분전환의 변화속에서 보건진료원으로서의 정체성을 다시 재정립하고 보건진료원 생활의 후반기를 더욱 성숙하고 세련되게 자신과 가족, 이웃안에서 아름답고 기쁜 생활을 하기위해 필요한 역량을 기르고 나누며 살아가야 할 것이다.

31.

초창기에 미스로 섬에서 근무할 때 취객의 난동이나 신변의 위험으로 혼자 근무를 못하고 할머니를 모시고 생활해야 하는 생활이 힘들었던 기억이 납니다.

현재는 거주 의무 때문에 자녀교육을 함에 있어 너무나 어려움이 있습니다.

진료소 지역에 가까운 학교를 마을 주민들도 가까운 시지역으로 보내는데 보건진료원은 거주지역의 의무 때문에 자녀의 불편을 감수하면서도 포기해야하는 경우가 많습니다.

자녀교육 부분에서라도 자유가 있었으면 하는 바램입니다.

부모로 인해 자녀의 미래를 자꾸 억압하는 것 같아서 속상할때가 많습니다. 시골 지역의 학교가 문제가 있어서만이 아니라 자녀가 다른 지역의 학교를 원할 때 절충점을 찾지 못하는 경우가 종종 있기 때문입니다.

32.

진료소에 근무한지도 벌써 20년이 훌쩍 넘어섰다 진료소라는 의미도 모른채 언니의 권유로 들어와 뿌리를 내리고 여기서 나의 인생의 황금기 같은 시절을 보냈던 것 같다. 일년, 이년 못 버티고 금방 그만둘 것 같았던 그런 시간들이 어느새 23년을 바라보고 있으니까??

간호사가 진료를 할 수 있다는 매리트도 있었지만 아름다운 농촌에서 순수한 분들의 맘을 읽을 수 있고 나를 필요로 하는 곳에 근무할 수 있다는 자부심을 가지고 들어섰지만 현실적인 근무환경은 너무도 열악하였기에 사표를 쓰고 찍고 쓰기를 여러번 그러한 기나긴 시간속에서의 외로움 고독감을 이겨내고 이제는 내 친정같은 진료소 생활에 적셔있다.

33.

그당시 1985년도의 진료소는 어렵פות이 생각해 본다
전기도 없고 수도물도 없어서 매일주말마다 빨래감을 가지고 다니고 연탄을 매일 선착장에서 열장씩 날라서 난방을 해결해야하고 금방이라고 쓸어질 것 같은 오두막집같은 진료소의 생활...눈물짓기를 여러번 그런날을 이겨낼 수 있었기에 지금의 내가 있지 않을까도 생각해 보며 그 어려웠던 시절의 마음으로 초심을 잃지 않고 매일 만나는 어르신들의 아픔과 고통을 같이 할 수 있다는 마음으로 어르신들을 대하고 싶고 그분들은 통해서 나의 매리의 삶을 배우고 있지 않은가 생각이 든다

34.

1990년대 처음 발령을 받고 가슴이 두근거리는 증상이 6개월간 갔습니다. 혼자 있으면서 시간 제한이 없는 관계로 저녁이고 새벽이고 아무 때나 찾아오시는 환자로 인해 순간순간 놀라 생긴 훈장, 이제는 그런 일도 추억입니다. 주위 사람들에게 저의 작은 힘이라도 보탬이 되고자 선택한 길인데 별정이라는 처지 때문에 겪

어야 했던 마음고생 심했던 구조조정 과정 주민과 소신 있는 분들에 의해 무사히 넘어 갔지만 그 시간을 돌이켜보면 마음이 아려웁니다. 그래도 최선을 다 해서 살았던 부분이 우리에게 도움을 주었다는 생각입니다.

35.

출퇴근이 자유롭지 못할 그때는 20여평의 진료소에 방 하나 였는데 아이들3명과 남편 5식구가 살았는데 남편은 아이들 학교 보내고 출근하고 그리고 야근시 환자보러 가야할시에도 든든한 기동력과 보호자가 되어 주었다 지금은 45평의 진료소에 넓은 방이 있지만 아이들도 다 커서 나가고 남편도 나는 진료소에서 20분정도 거리에서 출퇴근하고 있다. 거주 의무 때문에 맘 조아리며 근무했던 날들이 모든 즐거움과 보람을 삼키게 했던 지난날들 이었습니다.

36.

혼자 거주할 공간밖에 안되어 가족이 살 수도 없거니와 사생활 보장도 안되는 진료소 건물안에서만 거주해야하는 좀 아쉬운 날들이 있습니다.

감독해야하는 보건소장님 생각에 좀 여유도 가질 수 있었지만 섬이 있는곳이라 누군가 가야 할 때엔 누가 더 오래 건물안에 살았느냐를 잣대로 재야하는 웃지못할 많은 사연이 언30년이 다 되어 간답니다.

37.

밤새워 두려우면서도 안그런척 산모를 도와 분만을 보기도하고 임종하는 어른들과 밤을 새며 정이 들기도 하며 이젠 그때 젊었던 분들과 함께 노년을 이야기 해야하는 퇴직을 앞둔 공무원이란 보이지 않는 이름표를 달게 되었네요.

38.

1. 구조조정 당시 진료소를 지키겠다고 이장님을 비롯 마을 주민들이 각 마을마다 버스5대를 이용해 군청광장에서 농성을 하셨고, 그 선동자가 진료원이라는 비난도 있었지만 결국 그일로 인해 진료소 폐쇄는 안되었고, 그후 보건진료원의 위상도 높아져서 지금은 주민과 지자체의 호응도 상당히 좋아졌다.

2. 겨울 농한기 동안에 할머니 열분과 한글공부를 5년동안 했다, 책상보다 옆드려 쓰는게 편하다고 다리를 뺏고 킁킁대면서도, 영뚱한 받아쓰기를 해놓고 서로 깔깔 박장대소를 하기도 했다. 마지막날 생전처를 편지를 소장님께 쓰겠다고 쓴 편지를 서로 감동으로 주고 받았고, 세분정도는 지금 교회에서 성경책을 줄줄읽고, 한분은 경노당 총무를 신나게 맡고 계신다.

3.가족과 떨어져 살다보니 예전 허술한 진료소 창문주위에 그림자가 서성이고, 창문까지 열리는 소등으로 경찰까지 출동 했었다.그 두려움으로 한동안 불안감에 힘들었었다.

39.

처음 발령받고 섬으로 갔을 때 보일러시설도 안되어 있고 도시까지 나오는데 7시간 가량이 걸리는 열악한 곳으로 갔다. 이장님이 돌팔이 의료행위에 약까지 팔고 있는 최악의 곳이어서 마음고생이 심해 지금도 거기 생각을 하면 그때 당장 그만두고 다른 직업을 찾아보지 않은 나의 정보부족과 무능함에 내가 놀랄 정도이다. 참는 게 능사가 아닌데 그땐 아마 순진했던지 바보였던지 둘 중 하나였을 것이다.

40.

1. 거주문제로 인해 분만및 입원시 항상 죄인아닌 죄인으로써의 불안감은 진료원 당사자가 아니면 절대 못 느껴볼 감정일거라 생각 합니다

2. 거주문제는 오히려 일상적인 나태함에 빠져버리는 오류가!? 저

로써는 경험을 했습니다만...

41.

진료소 신축 에 관해서 각 시군에 따라 다르겠지만 저희 지역은 부지선정에서 부터 모든 일체를 진료원이 진료 업무를 하면서 처리 하기가 너무 힘이 들었습니다. 담당 업무 직원이 전반적인 처리를 해주었으면 합니다.

42.

보건진료원 거주 의무 기간에 제일 해보고 싶었던것은 섹시한 잠옷 한번 입어 본것이 소원이었다. 새벽에 갑자기 진료소에 들이닥쳐 담벼락도 없는 안방유리창에서 문을 두드리고 빨리 진료해달라고 소리치고 밤중에 경운기로 오셔서 클락션을 마구 놀리면 바로 나가야 하기 때문에 항상 평상시 옷을 입고 자야하기 때문에 불편했음.

43.

보건진료원은 보건소의 제일 하부조직인 관계로 지도점검등 제약 요소가 있어서 병원의 의사와 간호사사이처럼 주종관계이다. 창의적으로 할 수 없고 판에 박듯 다른 진료원과 같아야 이곳에서 오래간다.

주민과의 관계는 제 가치관에 따라 주민중심으로 하려해도 관료제가 관철되는 이곳에선 눈에 띄는 행위는 자살행위임을 지난 세월이 말해준다.

전산업무 서류등으로 사실 진료보다 일반행정업무를 능숙하게 잘하는것이 더 현실적이지 않나 여겨지고 보건진료원만의 장점 특성이 중요시 되지 않고 있다 안타깝게도....

44.

다른 지역은 거주 의무가 풀렸는데 여긴 지금까지도 거주 의무 때문에 가족과 떨어져 있어 가족 간의 화목에 어려움이 많고 한번

씩 집에 갈려면 주위 사람들 눈치 보기 급급하고 숨어 버리고 싶고 이로 인하여 나 자신도 많이 위축되어 정신적으로 몹시 힘들어 이게 사람 사는 짓인가 매일 가슴앓이 하며 산 세월이 너무 길어 보건진료원이라는 게 너무 싫고 가족의 생계를 책임지고 있어 그만 둘 수도 없는 상황이어서 너무 고통스러움. - 민주주의 국가에서 인간의 가장 기본인 주거의 자유가 박탈돼 있음.

45.

이번에 일반직화로 전환이 되면 회계업무를 보건의료원(보건소)으로 일괄 이관되어 현장업무에 전념할 수 있기를 바랍니다.

출퇴근을 자율로 해주기를 바랍니다. 현재는 응급의료체계가 잘 되어 있어서 야간 거주 필요성도 감소되었고 진료원 개인측면에서 부부 직장문제, 자녀교육문제등 희생하는 부분이 너무 큼니다. 대가를 지급받으며 봉사하는 직업을 가지고 있어서 늘 너무 감사하다고 생각합니다.

진료원으로서 감사하고 만족합니다.

46.

1. 보건진료원의 거주 의무조항으로 인하여 이른 아침과 늦은 밤 등에도 확인하는 등 공무원들의 비인격적인 자세에 시달릴 때가 있었다.

2. 별정직 신분이 되면서 구조 조정 등의 문제가 발생되면 어김없이 보건진료원이 거론되면서 각종 설문지등이 주어질 때의 상황이 보건진료원을 슬프게 했다.

3. 경력이 있는 보건진료원에 별정직 6급이 주어지자 공무원 조직에서는 지나친 관심과 함께 비난하는 상황이 되었다.(시샘하는 상황)

47.

1. 대통령선거가 있었던 해에 “우리 동네 대통령은 소장님이다”고 말씀하시는 주민들의 말씀을 듣고 고마움과 함께 최선을 다하여

주민들을 섬겨야겠다는 각오를 하게 되었다.

2. 기초생활수급자께서 보건진료원을 믿고 몇 년 동안 통장을 맡겨놓고 생활하셨던 어르신이 계셨다.

3. 연탄을 사용했던 열악한 시절 주말이면 연탄 갈어 주겠다고 자청 하시던 주민덕분에 추위를 견딜수 있었던 추억이 있다.

48.

그 지역에 살고있는 사람중 바르지 못해 옳은 방향으로 이끌어 갈려고 할때 끈임없이 공무원이라는 신분을 이용해 민원을 제기하고 일을 할 수없도록 할때 우리를 대변할 아무곳이 없었다. 공무원은 민원을 계속 제기하면 목이 나간다는 사람들의 생각을 바꾸어 줬으면 하는 바람과 그 지역의 지도자적 위치에서 주민들의 귀감으로 살아가는 증인으로 살아갈수 있도록 진료원의 신분이 확실하게 되기를 바란다.

49.

1. 예를 들어 주민 누구와 친하게 지낸다던가 하면 시기하는 분도 있고 한분 한분을 대할 때 적당한 간격과 친밀함 유지가 어렵다.

2. 특히 여름철, 일하러 가기 전 진료받는다고 아침 5,6시에 깨우는 사람이 있다(아직도 자느냐고 하면서..... 이해는 하지만 부시시한 모습으로 나오는 내자신이 좀.....)

3. 휴일이나 휴가중에도 집에 있으면 진료를 해야한다
(병원에 입원했을때 보고서 때문에 진료소에 외출했는데 진료를 받겠다고 오는 사람도 있었다)

4. 어느 밤 9시경 유리에 찢려 진료 받으러 온 사람이 있었다. 어느분과 술을 먹다 시비가 생겨 탄 사람이 맥주병으로 찢렸다고 한다. 그뒤에 또 한사람이 깨진 유리병을 들고 쫓아오고 있었다 죽이겠다고 진료소에는 나 혼자. 어떡해야하나....

창문으로 피신시키고 그 사람이 간뒤에 치료도 하고 했지만 지금 생각해도

50.

보건진료소의 신축과 관련하여 많은 어려움이 있었다.

첫 번째는 부지를 매입해야 신축할 수 있는 예산을 받을 수 있다는 군 기준으로 보건진료소 관할 지역의 적당한 곳을 보건소장과 협의 후 매입하는 과정에서 매수자가 땅을 팔지 않으려하는 문제와 좀 더 좋은 가격에 팔기 위해 실랑이를 많이 벌였다. 밤늦게까지 매수자의 맘을 돌리기 위해 갖은 애를 썼던 부분이 기억에 생생하다. 특히 우리군은 진료소에서 땅을 직접 매입하고 그 땅을 군에 기부를 해야 신축할 수 있는 여건이 되기에 그 우선순위에 들어가기 위해 노력했다. 그 노력은 일차진료 및 보건사업만이 아니라 우리의 전문영역이 아닌 땅을 매입하고 기부하는 과정을 진행하기에는 상상할 수 없는 어려움이 있었다.

두 번째는 신축과정에서 건물이 지어지는 것을 관망하기보다 내가 살아야 할 집이라는 주인의식을 가지고 건물 짓는 것에 많은 관심을 가지고 지켜보며 의견을 나누었 던 것 같다.

이렇게 많은 애를 쓰며 보건진료소 신축을 위해 우리는 힘을 쓰고 그 결과 좀 더 관심을 기울인 진료소장들은 좀 더 빠르게 쾌적한 공간을 마련하여 주민만족에 힘을 기울이지 않았나 생각한다.

51.

첫 발령지가 위도라는 섬이었는데 섬 꼭대기에 있어서 무섭기도 하고 가스통도 직접 옮기고 기름통도 힘들게 옮겨야 해서 불편하기도 하고 전과자들이 수두룩한 선원들이 해코지하지 않을까 별벌 떨었던 기억이 납니다.

그래도 1년 6개월을 무사히 보냈고 아름답게 펼쳐졌던 바다를 혼자 바라보며 노래도 부르고 일기도 썼던 기억이 이제는 아름답게 느껴집니다.

52.

1. 거주 의무가 없어지고 일상생활권역에 묶여 아직도 자녀교육

으로 인한 출퇴근시 상부기관이 나 지자체로부터 많은 간섭을 받고있는 시군이 있어 갈등의 요인으로 개선요망

- 일반직화시 이모든 문제가 해결되었으면 합니다.

2. 일반직화가 되면 회계업무가 보건지소처럼 상부기관으로 이관 관리했으면 합니다.

3. 초임발령시 응급환자에대한 대처로 2차적 합병증을 예방할수 있어서 자긍심 증진

53.

보건진료원 발령당시 임시직의 신분엔 낮은 보수와 거주 의무, 혼자서 근무하는 어려움 등이 보건진료원 이직을 생각하게 했다. 그러나 시대의 변화에 맞춰 별정직으로 정규직 신분 전환과 거주 의무의 일상생활 권역으로의 확대, 보수의 현실화, 보건진료소의 시설 현대화 등으로 인해 최근에는 보건진료원으로서의 직무만족도가 평균 이상으로 인식되어진다.

54.

자녀교육으로 인접 시에서 출.퇴근을 하던 중 수시로 상부기관의 거주 의무 체크와 감사, 90년대 후반 지소. 진료소 통.폐합 검토 등은 엄청난 스트레스 요인이었다.

55.

1983년 10월 발령받고 현지에 부임해왔는데 마을회관을 보수하여 아주 허름한 장소였다. 저녁엔 쥐가 들어와서 방안찬장까지 기어 다니는데 엄청 무서웠다. 생각해낸 것이 손으로 수건을 감고 쥐를 잡아 마당으로 던졌던 일화가 생각나서 빙 그래 웃음이 나온다. 새벽이면 4시에 할머니들께서 오셔서 대문을 어찌나 세게 내리치는지 나간다고 소리 쳐도 청각장애로 들리지 않는지 더 세게 두드린다. 그래서 생각해낸 것이 할머니 분 들 보다 더 일찍 일어나서 대문을 열어놓고 누워 있는 게 더 낫았다. 다른 공무원들은 일반

직이라 월급과 보너스도 굉장이 많이 받는데 보건진료원 들은 보너스도 없고 40만원도 못된월급을 11년이나 받고 주민들만 위해 최선을 다해서 일했는데 어느날 갑자기 IMF가 다가와 신분도 위태롭고 군수님께서 별정직이라는 신분이라고 진료소를 폐쇄조치를 취해버려 너무나 심적으로 고통을 받았으나 도에서 진료소를 폐쇄한 군은 인센티브를 삭감한다고 하니 다시 살리는 방향으로 가서 진료소를 근무할 수 있었다. 아무것도 모르고 오직 주민만 위해 밤과 낮이 없고 휴일도 없고 사생활이 없이 24시간근무 했고 지금 생각하면 힘들었지만 진료소에서 감옥생활 같았던 그때가 그리워집니다. 꼭18년을 진료소에서 상주했습니다.

56.

시도 때도 없이 찾는 주민들 때문에 항상 긴장 상태이다
 군대간 아들을 면회하러 가서 강원도에 머무를 때 갑자기 휴대폰으로 전화가 빗발쳤다.
 주민 한분이 다리 골절상을 입었나 보다. 급할때 어찌면 좋을지 우리 주민은 일거수 일투족을 부족한 내게 물어 행동 하곤 한다. 그렇지만 난 이 주민들을 너무 사랑한다. 하나도 성가 시지 않으니까.....

57.

1. 1984년 10월 병원근무를 그만두고 청송 주왕산 아래 상의진료소로 근무지를 옮겼다. 관광지라 밤낮없이 사람들이 많았다. 처녀 시절이라 밤이 되면 진료소에 찾아오는 사람들이 무서웠다. 그래서 운영협의회를 열어 저녁에 약이 필요한 사람은 여성을 대동해 내소해야한다는 조항을 만들고, 혼자 올 경우 창문으로 약을 전해 준다는 법 아닌 법을 만들어 시행에 들어갔다. 어느 저녁 할아버지 할머니 두 분이 내소하셨다. 소문을 듣고 같이 오셨다고 하신다. 미안한 마음에 다음엔 혼자 오셔도 된다고 말씀드렸더니 굳이 아니라고 하신다.

2. 아가씨 시절, 어느 아침 일찍 일어나 진료소 밖에 나갔더니, 주민들 몇 분이 웅성거리고 계셨다. 무슨 일이 있느냐고 했더니, 담 밑의 오토바이를 보라고 한다. 아무 생각 없이 왜 오토바이가 여기 있느냐, 누구 것이냐? 고 물었다. 잠시 조용해지더니 소장님 모르는 일이나고 한다. 모른다고 했더니 그제서야 면 파출소 모순경 것이란다. 말인즉, 모순경이 어제 저녁 진료소 소장과 함께 밤을 보냈다면 자기들끼리 웅성거리고 있었던 것이었다. 나중에 파출소로 전화해 내용을 알아보니, 늦게까지 순찰하다 오토바이가 고장이 나서 그래도 진료소가 관공서라고 안전할 것 같아 담 밑에 두고 갔다는 것이었다.

58.

대학을 마치고 임상경험도 없이 첫 발령을 섬으로 받았는데, 그 당시 연탄을 난방으로 사용했는데 연탄가스로 인해 죽을 고비를 넘겼다. 그래도 그때 하느님 덕분에 겨우 일어나서 환기시키고 해서 살 수 있었다. 그래도 다른 동료에 비해 나는 여건이 더 좋았다. 섬에서 전기도 들어오고 물도 쓸 수 있었으니까 나의 친구는 밤이면 전기가 끊어지고 물도 길러서 먹고 지냈다. 한밤중에 서로 전화 통화를 하면서 어려운 환경을 이겨냈었다. 그때 섬을 벗어나야지 하고 전남에서 전북으로 옮겼다. 지금 생각해도 섬에서 나오기를 잘 한 것 같다.

59.

거주의무의 여건 때문에 자녀교육의 어려움과 가족간의 갈등문제가 발생할시 마을주민들에게 어쩔수 없이 노출되는 약점과 상시 거주하여야 한다는 주민들의 여론으로 휴일에도 자유롭게 움직일 수 없는 불편함과 마을주민들과의 사소한 감점대립에서도 약자가 되어야만 하는 문제점이 있습니다.

60.

1. 점심식사후에 나른한 초여름 오후시간이었다.

진료소 밖 주차장에 트럭이 한 대 주차하더니 40대 정도된 머리를 뽀뽀이한 남자분이 명함크기의 메모지를 보여주더니 물건을 사란다. 생활용품 몇가지를..교도소에서 출소한지 얼마 안되단 말을 여러번 하고 또하면서...등에서 잠시 식은땀이 났다. 빨리빨리 좋게 말해서 잘 돌려보내는 수밖에...진땀이 났다.

그 일이 있은후로 낮에 환자가 없는 동안 진료실에 있기가 무섭고 낮선 사람이나 차를 보면 움츠려들고 방어태세를 먼저 갖게된다. 그리고 가족이 외출했을때 무섭단 생각이 생겨났다.

무인카메라나,췌콤설치를 심각하게 생각한 계기가 되었다.

2. 아이들이 취학할 시기가 되니 학교생활이 아주 불편했다.

교통이 불편하니 버스통학도 힘들었고 중.고생이 되니 야간자율학습후에 집에 돌아오기가 만만치 않았고, 더구나 폭설이라도 내리면 겨울은 악몽이었다.

61.

2001년도에 큰 교통사고로 2달여 병원에 입원한 적이 있는데 사직할 것을 권고 받은 적이 있다

62.

제주특별자치도의 동쪽해안을 통과하며 제주에 엄청난 피해를 주었고 이 때문에 제주 전체를 특별재난지역으로 선포케한 2007년 9월 제11호 태풍 “나리”때의 일이다. 지역주민들은 이와같은 기상 특보시엔 대부분 물(육지)으로 나가지만 공무원 신분인 보건진료원은 이 날 대한민국 최남단 섬인 마라도의 마라보건진료소 책임자인 소장으로서 정위치에서 비상근무하게 되어 태풍의 활동모습을 몸소 겪었다. 그야말로 제주도 남쪽 먼바다에서 일렁이는 집채만한 파도와 시간당 100mmm 안팎의 폭우, 중심부근 최대풍속 40m/s의 강도로서 강의 세력의 태풍으로, 하루 최대 강수량

267.5mm의 1959년 태풍 사라의 기록을 훌쩍 넘긴 유례없는 폭우를 동반하였다.

약간의 큰 비에도 바닥으로부터 물이 침투되곤 하던 진료소가 배수호가 거의 없어 여러 가지 방법을 동원하여 물을빨아내본다고는 하지만 나리태풍엔 엄두가 안나고 더욱 감당을 못하였지요. 먼저 소내 전기의료장비,비품들이 침수될까 침상위에 올려놓고, 걸어뒀다 손쳐도 덜컹이는 현관문이 금방 큰 바람땀에 파손되며 태풍이 집으로 왈각 몰려와 뒤집혀 버릴 것만 같았던 그 순간 3 ~ 5시간 남짓 태풍맛이에 베테랑이신 현지인들도 스트레스 먹는데, 이제는 담대한 마음으로 회상을 하건만 태평양바다 한 가운데서 나리태풍과의 맞섬(?) 정말 장난이 아니었고 혼쫓났다고나 할까요?

다음 날 마을 어르신님(2011년 현직리장) 내소하셔서 소장 죽어버렸나 했다고 그러시더군요(썩썩한 웃음)

이렇게 부름받아 사명따라 사는 삶이 귀하다고 생각이 되어지네요..... 그 후 같은 날 당시 서귀포시 남부보건소장님께서 동정파악 내용의 전화를 주셨고

나리태풍 여파로는 그 즉시 또는 나중에 조사된 바에 의하면 다행히 마라도엔 인명피해 없었지만 쓰레기 소각장이며 어느 팬션의 지붕이 벗겨지며 날아가는 등 피해를 속출했다고 하는데 -덤으로 사는 삶-

63.

1983년10월에 첫 발령지에서 기억이 생생합니다. 먼저 나는 신작로 길을, 완행버스에 몸을 싣고 얼떨결에 건물도 없는 보건진료소 마을에 도착해서 보니 전에 마을부녀회에서 구판장으로 사용하던 허름한 건물, 바닥은 흙이고 ,문은 미닫이, 물도 없고 연탄아궁이 하나 딸랑 있는, 방은 그야말로 나 혼자 누우면 딱 맞는 크기에 , 우물은 50m 떨어진 두레박 공동 샘을 이용해야했습니다.

외롭고, 불안한 앞날이 엄습해 오는 것 만 같았지요. 처음 환자 진료 후에는 저녁 내내 잠도 못자고 꼬박 날을 세운 경험이, 처음으

로 분만환자를 보러 눈 덮인 산골마을에서 사내아이를 받고 두려움과, 기쁨을 느껴본 일들이 주마등처럼 스쳐갑니다. 지금은 그때에 비하면 천국이지요. 봉사정신과사명감으로 버티다보니 오늘에 내가 있는 존재하게 되었습니다.

64.

보건진료소 신축 이전에 마을회관으로 이사를 가서 진료를 보면서 생활했던 기억이 나네요. 거의 모든 진료소들한테 해당되는 부분 일겁니다.

65.

진료소 신축한지 7년정도 된, 보건진료소에 올해 발령을 받았는데, 건물이 부실공사 였는지, 바닥이 내려앉고 문이 내려앉아 아귀가 맞지 않았다. 창틀이며 출입문 고장 등 여기저기 고칠곳이 많았는데, 진료소에 기존에 있던 잔고가 부족했다. 심하게 고장난 부위만 고치는데도 거의 50만원이상 필요했는데, 잔고가 부족해서 개인 돈으로 고칠 수 밖에 없었다. 컴퓨터는 고장이 나서 외상으로 구입했는데, 진료소에 환자가 많지 않아서 몇 달째 외상값을 갚지 못하고 있다. 환자를 많이 봐야 수입이 늘어나는데, 생각만큼 많이 늘지 않아서 고민이다. 감기환자가 별로 없는 여름철에는 더욱 운영에 어려움을 느낀다.

66.

고혈압 환자를 많이 유치하라고 다른 진료소 소장님들이 말씀하시는데, 고혈압 환자들이 대부분 병원에서 약을 처방받고 계셨다. 혈압약 외에 진료소에서는 쓸 수 없는 고지혈증약,골다공증약,심장약,관절염약(진료소에서 쓸수 없는 성분)등을 같이 처방받고 계시는 분들이 많아서 혈압약만 진료소에서 처방받으라고 하기도 곤란한 입장이다.

보건소는 질병치료 목적이 아닌 질병예방이 주된 사업이라고 들었

는데, 진료소는 예외인 것 같은 생각이 들었다. 병원처럼 환자가 많아서, 진료소 운영비가 많아야 많은 사업도 하고, 다른 부수적인 일도 할 수 있는데, 우선은 돈이 없으니 대상자에게 약을 사라고 구걸이라도 해야 하는 건지, 건강보험은 재정이 바닥이라고 하는데, 나는 환자가 약을 많이 처방받아야 실적도 올릴 수 있고 외상 값도 값을 수 있다는 생각을 하니 기분이 씁쓸하다.

요즘은 진료소에 있던 기존의 시설이나 기구들이 고장이 안나기를 기도하고 있다. 농촌지역의 인구수는 급감하는데, 내가 언제까지 보건진료원을 할 수 있을지 걱정이 앞선다.

67.

초창기 보건진료원은 24시간 시골 벽.오지에서 상주 근무를 하며 지냈습니다.

당시 신분은 시장, 군수 위촉직으로 일반 9급 상당에 준하는 기본 급여(저임금)외 수당도 못 받으며, 신분보상이 없었다. 3자녀 6식구 가장으로 생활비도 되지 않았지만, 하고 싶은 일 봉사의 정신으로 산간지역 더 어려운 이웃들과 함께하는 즐거움으로 일하였습니다.

68.

도시에서 편하게 살다가 맨 처음 시골 마을회관으로 들어갔을 때, 가장 힘든 것은 화장실과 득실거리는 파리와 모기떼였다. 그것은 어떻게 손 쓸 수도 없는 문제였다. 밥상을 차려 놓으면 새까맣게 파리떼가 몰려오고 방안 천장 위에도 벽에도 온통 새까맣게 파리가 붙어 있었다. 모기도 수시로 달려 들어 피부는 가려움과 흉터 투성이가 되었다. 정말이지 모든 것이 짜증나고 울고만 싶었다. 얼마나 내가 편한 생활에 익숙해져 있었던가 나를 돌아볼 여유도 없었다. 되돌아보면 거의 30년이 다 되어가는 세월이다. 나는 그때 20대의 아이 하나 딸린 새댁이었다. 남편과도 의도하지 않게 갑자기 떨어져 지내게 되었고, 도시로부터 떨어져 온 직장은 불편함과

어려움 투성이었다. 하지만 내가 무엇 하러 왔는가, 그들의 어려움을 이해하고 하나 되어 살아가게 되었고 점차 그들과 동화되어 갔다. 마을 주민들은 모두 정을 듬뿍 안고, 생일이나 제사를 지낼 때마다 가족처럼 초대하곤 했다. 부엌이며 난방시설도 모두 엉망이었던 그 시절을 이겨내고 하나 둘씩 진료소가 지어져 가고 그런대로 모양을 갖춘 새 건물이 지어졌다. 이제 그때 새로 지어져 좋기만 했던 건물도 헐고 더 넓게 최신 건물에 각종 물리치료 시설을 갖춘 진료소에 입주하게 되니 이제 이곳이 도시의 아파트보다 좋으니 세월이 나를 가르친 것인지 내가 변한 것인지 알 수 없다.

69.

보건진료원으로서 만족한다. 그래도 곤란한 문제를 하나 말하라고 한다면, 제삼자, 그러니까 일반 시민들은 보건진료원이라는 직업을 아주 편하다고 말한다. 적막하고 한가하고 건조한 곳으로 인식하고 있는 분들이 분명 있다. 물론 진료원들이 이미지관리에 최선을 다하지 않은 점도 있다. 하지만 혼자 근무, 시골 근무라는 왜소한 그림이 그려지는 등의 환경요인도 분명 있다고 본다. 공무원이라는 직업이 상종가를 치고 있는 이때, 전문직이라고 할 수 있는 보건진료원의 업무능력 평가가 일정부분 저평가되어 있음을 인식하고 시정될 점이라고 생각한다.

70.

현재 보건진료소 건물의 노후화, 그리고 신축부지 구입에 대한 부담감이 크다. 운영이 조 a부족한 진료소에서는 자체 신축건물부지(약 200평) 구입하기가 어렵다. 시에서는 진료소기금으로 구입하려지만 여유가 안되는 진료소는 힘들다. 그리고 시,군간의 근무지 이동제한이 있다. 출신고향이나 연고지 이동을 원하지만 경력이 짧고 젊은 진료원을 시군에서는 원한다.

초창기 보건진료소 사업이 시작될 때 여러모로 힘든 과정을 거치고 보건진료소 사업이 정착되도록 애쓴 초창기 진료원들은 나이가

많은 관계로 시군이동간 불이익을 당한다.

단지 경력이 높고 나이가 많은 관계로 면접에서부터 제외시키고 시순에서는 젊은 진료원을 선출한다. 초창기부터 문화적인 소외에 시달리고 지금도 오지지역에서 많은 불편을 감수하며 근무하는 진료원들에게 일반직 전환이후에는 근무지이동의 유연성이 있었으면 한다.

71.

1986년 7월 20일

보건진료원 6개월간의 직무교육을 마치고, 발령받아 첫월급을 받던날

보건소 회의를 마치고 진료소에 들어가고자 직행버스를 타고 면소재지에서 내려버스를 기다리고 있는데 아차~ 직행버스에 지갑을 놓고 내린 것이다.(지금 생각하면 많지않던 첫월급인데) 면소재지 택시를 잡아타고 이미 목적지를 향해 떠난 직행버스를 뒤를 택시 비상감빡이를 켜고 달리다가 목적지를 거의 도착할즈음의 직행버스를 택시를 세워놓고 정신없이 버스안에 올라 앉던자리를 살펴보니 지갑이 없었다. 앉던자리 옆좌석 남자가 앉아있길래 “일어나보세요” 해서 보니 남자가 지갑을 깔고 앉아 있었다. “어머 여겼다” 직행버스기사님한테는 담배값이라도 하시라면 10,000원 건네주고 타고왔던 택시를 타고 다시 버스를 기다려서 진료소에 왔던 철없던 추억이 새삼 떠오른다.

72.

30년! 정말 긴 시간이었네요 !

우리가 생각하고 평가하는 우리의 모습과, 주변에 있는 의료인들이 바라보는 보건진료원이라는 위상에 있어서 얼마만큼의 괴리가 있는지도 궁금하네요. 결국 시대의 산물로 만들어져서 시간이 흐르면 점차 사라질(인력보강 안되고 일반직전환 가능 등 여건변화로 인해) 직종으로 여겨지는 건 아닌지

초창기의 어려움들은 잊혀지고 현재 보여지는 모습으로만 평가되고 있는 시점에서 우리의 30년 역사를 정리할 수 있어 의미가 큼니다.

73.

어느 새벽3시 급히 부르는 소리에 나가보니 앞집 딸이었다. 엄마가 숨을 못쉬고 답답해 하신다고 급히 불렀다. 가보니 의식을 잃으셨다. 일단 119를 부르고 심폐소생을 시행했다. 30분정도가 소요되는 거리인데 119가 도착할 무렵엔 의식이 돌아오셨고 병원으로 이송했다.

급성 심근경색이셨고 병원에서 수술을 하신후 회복되었고 그후 2번을 더 수술하신후 몇 년이 지난 지금도 건강하게 잘 지내시고 계신다.

병원에서 그날 적절한 응급처치가 없었다면 이세상 사람이 안됐을 꺼라고 의사선생님께서 말씀하셨다면서 볼때마다 고맙단 인사를 하는 소리 들을때 보람을 느낀다.

74.

25년 전 하루 버스 2대가 다니며, 비포장 길의 보건진료소는 너무나 낙후되어 있었던 곳 이었다. 논농사가 주가 된 지역이라서 돼지고기와 술이 이분들의 힘이 원천이 되어 고혈압환자가 많았고, 신경통, 관절치료를 위해 스테로이드계 약을 누구나 손쉽게 구해 복용하고 있어서 약물의 오남용을 교육하여 해결하는데 많은 시간이 흘러야 했었습니다.

위장계 질환으로 어려움을 겪는 분들을 방문하기위해 자전거를 타고, 오토바이를 타고 비포장 길을 달리다 빗길에서는 미끄러 넘어지기도 하였지만 희생 봉사하는 마음으로 즐겁게 일했던 것 같습니다. 논농사시절엔 밭으로, 논으로 함께 나가 일도 도와드리며, 벼와 보리를 거두어 드릴때 함께 했던 추억이 떠오릅니다. 주민들과 똑 같아져야 딸처럼 믿고 따르실 거라 생각하며 열심히 일손도

돕고 각 가정을 방문하여 진료소를 홍보하며, 건강상담과 가정사 상담등을 하다가는 시간가는 줄도 모르고...

진료소에 독서실을 마련하여 책을 읽게하고, 일요일엔 애향단을 조직하여 마을 대청소를 하고, 구충제를 규칙적으로 복용할 수 있도록 도우며, 뱀에 물려 오신분의 응급처치와 연탄가스로 죽어가는 분들을 살린 일, 뇌졸중으로 쓰러진 분을 구급차에 태워 수술 받게하여 살린 일, 벌에 쏘여 쇼크상태로 대소변을 봐버린 분을 씻어 구급차를 태워 보낸 일, 암으로 사망하기 전 환자를 밤샘하여 돌보는 일...

그때는 월급의 많고 적음에 관여하지 않고 오직 희생, 봉사, 사랑으로 힘들었지만 즐겁게 일했던 것 같습니다. 이제는 장성한 아들의 마을 친구들에겐 아들과 똑같이 가르치고 먹을 것을 준비하여 나누어 주며 제가 베풀고 사랑을 드려야 될 분들이 많았던 것 같습니다. 그당시엔 병원으로 의뢰하는 것이 힘들어 손가락 외상 환자를 꿰매며 예쁘게 흉터없이 나아지길 기도하며, 혹시나 약 처방후엔 부작용은 없을까 염려되어 먼 길 마다하지 않고 가정으로 가서 직접 확인도 하며 온 정성과 마음을 다해 일했던 것 같습니다. 이제는 규칙적인 건강검진을 통해 병을 발견하고 조기 치료할 수 있도록 도우며, 만성질환자와 거동불편 노인들을 오후시간엔 찾아다니며 진료하며, 상담하며, 독거노인의 안부를 살피고 있습니다. 만성질환의 관리를 돕기위해 고혈압, 당뇨, 관절염, 신경통, 치매 예방 교육 등 수시로 교육을 통해 주민들의 생활습관이 바뀌어지기를 바라며, 건강걷기를 올해까지 4회, 요가교육을 7번째 주 2회씩하며, 건강박수와 건강체조교육, 스트레칭을 통해 건강을 유지관리할 수 있도록 돕고 있습니다.

진료소에 들어와 많은 추억을 남기고 큰 어려움없이 지내게해주신 주님께 감사드릴 뿐입니다.

75.

1991년 대학교를 졸업하고 보건진료원 직무교육을 마친뒤 첫발령

지 전남 신안군. 2시간 30분 배를 타고 도착한 인구 100여명의 섬이었습니다.

어쩌면 바다라는, 섬이라는 곳을 어렸을 적 동경의 대상으로 생각하지 않았을지...

아니면 바다나 섬을 여행지의 하나라고만 생각하지 않았을지 모르겠어요.

머나먼 바다에 홀로 남겨졌다는 느낌을 지울 수가 없었는데 인계인수도 제대로 이루어지지 않고, 약품도 부족하고, 통장에 잔고도 부족한 곳에서의 첫출발이란 참 힘들었던 것 같습니다. 더군다나 생각했던 것과는 달리 신분도 안정되지 않은 촉탁직에 급여도 말할수 없을만큼 적고...

하지만 주민들을 위해 일해보겠다는 그 열정이 있었기에 그 모든 어려움을 이겨내고 이제는 이 자리에 당당하게 서있는게 아닌가 하는 마음을 가져 봅니다.

정말 열심히 일했고 앞으로도 더 많은것들을 적용해 가며 열심히 일하겠다는 마음가짐을 30주년을 맞아 새롭게 또 다집니다.

76.

보건진료원으로 근무하면서 가장 기억에 남는 일은 정말 돌팔이 의사가 될 뻔했던 진료이다. 밤시간에 지역주민이 깨진 유리병에 오른 손목부근을 4~5cm를 찢려서 방문했는데, 이웃 주민과 술을 좀 잡수신 상태로 같이 오셔서 막무가내로 봉합해주기를 요구하는데, 깨끗이 씻은 상처부위가 피한방울 없이 깨끗한 상태이다. 상처 깊이로 보아 혹시 인대나 신경을 건드리지 않았을까 의심이 가는데 환자는 야간 당직병원에 가 보시라는 권유를 듣지 않고, 이 정도도 봉합 못하냐고 마냥 고집을 부려 겨우 달래서 보냈더니, 그 후에 들려오는 소식이 그날 밤 야간 당직병원에서 급히 구급차로 천안 순천향대병원에 실려가 응급으로 수혈과 인대접합수술을 받고 입원했다고 하니, 만약 진료시에 상황판단을 잘못했었으면 어찌 되었을까하며 아찔했었다.

그 당시엔 의료보험제도 초기라서 보험료를 연체하던 외상환자가 의료보험 혜택을 못 받는다고 사정하면 5~6cm정도의 상처도 봉합 시술 하던 시기라서, 하마터면 큰 실수를 할 뻔했던 일이 두고두고 교훈이 되어 이제까지 큰 의료사고없이 보건진료원으로 농촌사람들과 더불어 살고 있습니다.

77.

1991년 11월 겨울 새벽 5시 전임지에서 이사온지 6개월이 지난 초겨울 희미한 가로등불 밑에 술을 먹고 밖에서 자다가 동사직전의 주민을 리어커에 싣고 가족들이 근심어린 눈빛으로 나만 의지하며 살려내라는 듯 기다리고 있었다. 리어커에 실린채로 혈압을 재고 솔직히 정확히 맥박도 잡히지 상태에서 호흡이 있는지 없는지도 모르는채 담요로 보온을 하고 개인승용차로 읍내 종합병원으로 향했다. 새벽의 안개 자욱한길을 남편이 운전하고 보호자와 환자는 뒤에 타고 30여분후 병원에 도착하니 이미 사망한 상태란다. 그때 진료원인 저는 임신 4개월인 상태 119도 없고 장례식장도 없던 시절 다시 시신을 승용차에 싣고 앞에서 눈 딱 감고 고인의 집에까지 모셔다 드렸다.

진료원생활 20여년동안 응급환자란 환자는 모두 진료소를 거쳐가고 밤에 환자후송하는 일이 제일 어려웠다. 가다가 또 차안에서 돌아가실까봐 겁이 난다.

119가 있어도 119보다 먼저 생각나는 곳이 보건진료소란다. 제가 가서 제일 먼저 하는일이 119부르고 구급차 올때까지 응급처치 정말 식은땀난다.

78.

1990년 군별 이동이 있고 진료소로 이사를 했는데 그해 겨울 연탄 보일러 고장으로 방안에 물이 새고 다시 보일러공사를 해야 했는데 진료소 운영비가 없어 사비로 부담하고 보건소에서는 지원해주지 않았다. 이삿짐을 밖에 내 놓고 눈이 와서 가구가 비틀어지

고 1년도 안된 아기하고 일주일을 여관잠을 자야했다.

아이들이 학교에 들어간 후 교육문제로 출퇴근을 했었는데 마을주민들에게 양해를 얻었는데도 불구하고 시보건소에서 출퇴근 문제를 거론하며 민원이 생기면 그만두게 될 수도 있다고 하며 힘들게 한 적도 있었다.

79.

저는 진료소에서 개인집이 16Km 정도 떨어진 곳에서 근무하고 있습니다. 행정구역상 시가 다른 곳이구요. 몇 년전 일인데요. 그당시 전 거리가 가깝고 그당시 보건소장님이 간호사출신이셨는데 민원 없이 출퇴근해도 된다고 해서 출퇴근하고 있었습니다. 그러던 어느날 시 감사계에서 갑자기 오더니 제가 아무날 거주를 하지 않고 출퇴근했다며 확인서를 요구했습니다. 그 뿐만이 아니고 동네에 다니면서 소장이 출퇴근하느냐며 주민들에게 묻고 이장님댁에 가서는 확인서를 써달라고까지 요구하였다고 합니다. 그러자 동네 이장님왈 119도 교대하면서 근무하는데 여자혼자 어떻게 하루종일 근무하라고 하느냐 그리고 우리소장님은 토요일에도 격주로 근무를 해준다고 하면서 시청내 다른 직원들은 토요일에 근무나 하느냐 우리소장에게 이일로 인해 불이익을 주다면 우리 운영협의회에서 쫓아가겠다고 항변을 하자 그럼그렇게 써 달라고 했다는 겁니다. 저는 그때 저녁에 근무했던 증빙자료를 컴퓨터기록을 근거로 증빙자료를 제출했고 저는 아무 문제없이 일은 끝났습니다. 그 후 그 감사계 직원은 다른 부서로 이동이 되었고 모든 것이 잘 끝났습니다. 저는 그이장님을 항상 잊지 못하고 주민에게 감사할 뿐입니다만 일반직화가 진작 되었더라면 이런일은 없었을 것으로 생각되어 씩스럽습니다. 근무 외적인 것으로 스트레스 받아야 하는것이 답답했습니다.

80.

관내에 거주하는 베트남, 캄보디아에서 온 다문화가정의 주부들에

게 한글 가르치기를 한 적이 있다. 아직 이십대 초반의 새내기 주부라 막내 여동생 같아서 가르치면서도 재미있고 그녀들의 순수한 모습에 힘든지도 모르고 화이트보드를 들고 다니며 한집에 모여서 약 삼 개월을 가르치다 시내 사회복지센터에 연계하여 그들이 동네에 들어와 가르치기로 한 적이 있었는데 집안의 일정한 교재가 없어서 주로 주방의 살림도구들을 이용해 가르치며 깔깔깔 웃곤 하던 그때의 추억이 보람도 있었고 한때의 추억으로 떠 오르곤 한다.

지금은 큰아이가 자라서 유치원에 다니는 집도 있지만 임신을 한 상태로 교통이 불편하여 시내에 복지센터를 이용하지 못하는 그녀들에게 조금이라도 빨리 남편과 시부모님과 의사소통에 도움을 주고자 시작했던 일인데 지금은 자연스럽게 대화를 하는 그녀들을 보면 내 마음이 그저 흐뭇하다.

81.

초임발령지에서 있었던 일이다. 24시간 상주였던 그때에 남편과 떨어져 있었던 상황에서 밤이 되는 것이 무엇보다 두려웠었다. 밤사이 응급환자가 발생하면 어떻하나 하는 불안감뿐만 아니라, 외떨어져 있었던 지리적인 여건 때문에 밤새 잠을 못자고 설쳤던 일이 다반사였다. 전등을 끄면 행여나 누군가 침입하지 않을까하는 염려 때문에 다시 불을 켜다가, 불을 켜면 인기척이 있어서 괴한이 들어올지도 모른다는 생각에 다시 끄고, 이렇게 밤새 끄고 켜기를 반복하며 편한 잠 한번 자보지 못한 그 시절이 주마등처럼 스친다. 그 당시 밤마다 내 머리맡엔 손만 뻗으면 닿을만한 곳에 전화기, 전화번호부책, 몽둥이, 가스총, 후레쉬가 늘 진열되어 있었다.

82.

일반직으로 전환하는 시점에 24년간의 보건진료원생활이 주마등처럼 머릿속을 스칩니다. 가정방문을 하면서 즐거웠던 날들, 노인관

광때는 어김없이 주민이 되어 못먹는 술도 한잔 마시고 관광버스 춤도 추면서 다니던 일, 결혼전에는 외진장소에 자리잡은 건물 때문에 무서워서 떨던 일, 진료소를 옮기고 결혼후에는 뒷집, 옆집이 진료소에 나란히 있어 부부싸움 한번 크게 못하고 마음 졸이던 날 이런 것들이 그당시에는 아주 힘들었지만 지금 생각하니 조그만 추억이 되었습니다. 진료소비품을 성공한 주민중에서 회사해주기도 했고 걷기 및 체조등 운동교실운영은 주민과의 친밀감을 더 심어 주었고 지금도 가끔 365일 24시간 보건진료소를 지켜주길 바라는 주민의 욕심에 힘들때도 있지만 진료소에 대한 인식이 많이 달라졌습니다.

하지만 아직도 거주제한이 완화되기는 했어도 출퇴근문제를 가지고 인사나 업무에서 완전히 자유로워진 것이 아닌 점이 아쉽습니다.

83.

1981년 9월 초임 발령 받고 이 지역에 들어 온지가 엇그제 같은데 벌써 30년이라니 정말 감회가 깊다. 학교 졸업하고 보건소에서 4년 근무하다 보건진료원제도가 생겨 단지 급여가(당시 봉급이 2배) 많다는 이유로 진료원을 시작하게 되었다. 결혼하여 혼자 진료소에 들어와 주말, 월말부부로 살면서 임신중독증으로 사경을 헤맸고 미숙아(1.1kg)로 태어난 딸아이가 지금 30살이다.

정말 어려웠던 일 두려웠던 일들이 얼마나 많았었는데 잘 기억나지가 않는다.

숙식 할 데가 없어서 그 작은 마을회관을 합판으로 칸을 막아 벽을 만들고 진료실과 방으로 사용하면서 아이를 키우던 생각을 하면 지금 같으면 도저히 버티지도 못했을 것 같다. 가장 힘든 것은 화장실 없이 마을공동화장실 사용이 가장 어려웠고 전화기는 마을 이장집에 1대만 있었다. 그러한 곳에서 만2년을 살고 진료소 신축을 해서 들어왔을 때는 천국에 들어온 기분이었다. 젊은 새댁들은 싱크대 구경을 하러 진료소에 오기도 했다. 하지만 몇 년이 지난

다음에는 진료소가 가장 초라한집이 되었다 약을 조제할 때도 아이를 얹고 하고 방문진료 할 때는 아이손을 잡고 데리고 다녔다.

84.

한 밤중이나 새벽녘에 발걸음소리나 경운기소리가 나면 놀라서 벌떡 일어나 깊은 잠을 잘 수도 없었다. 그리고 언제 어느 때 누가 위급하게 문을 두드릴지 몰라 잠옷을 입고 자본적이 한번도 없었다.

주민들의 생활 수준은 매우 낮았었고 비위생적이고 왜 그리도 응급환자도 많았는지 다 이송하고 의뢰하고 했지만 그때는 어떻게 그러한 일들을 처리했는지 무서움도 두려움도 없이 닥친대로 일을 처리했다. 지금 생각하면 병원경력도 없었는데 어떻게 다 처리했는지 감회가 크다.

고부간의 갈등, 부부갈등, 자녀 진학문제, 여러 가지 문제등을 상담하여 좋은 결과를 보았을 때 정말 마음이 뿌듯했고 정말 많은 애기를 들어 주었다. 신뢰와 믿음을 주는 것이 가장 중요하다는 생각을 한다.

지금은 강산이 세 번이나 바뀌어 환경변화로 진료위주에서 질병예방과 건강증진쪽으로 일을 하고 있으니 더욱 주민과의 관계가 더욱 돈독해지고 내 나이 반 이상을 살아온 이곳! 내 청춘을 다 바친 이곳은 제2의 고향이 되었다.

그래서 난 주민들과 약속을 했다. 앞으로 정년으로 남은 3여년을 나의 모든 열정과 도전, 신뢰, 경험, 능력을 다 쏟고 나가겠다고 약속을 했다. 떠나고 난 다음에 항상 좋은 기억으로 남는 사람, 고마웠던 사람, 항상 생각나는 사람으로 기억되어지고 싶다.

85.

82년 11월에 초임발령을 받아 임지에 도착한날 저녁 엄마와 많이 울었던 기억이 난다. 자식을 낳아 이런 첩첩산골짜기에 버려두고 어떻게 가냐고--동회관 앞집에 방을 얻어 군불을 때주시는 주인아

주머니의 도움을 받으며 내 생애 첫 직장이자 타향살이가 시작되었다. 굽이굽이 산모랑지를 넘어 1시간이 넘도록 덜컹거리는 버스를 타고 오는데 팔이 아플 정도로 손잡이를 꼭 잡았던 것 같다. 동회관에 칸막이를 만들어 진료소를 만들고 장작난로를 설치했고 전화나 방문용 이동기구나 자가용은 더더욱 없었으며 발이 아프도록 걸어다니며 지역방문을 했었는데...그렇게 1여년의 세월이 흐르고 신축된 새 건물에 입주하며 진료소의 면모가 바뀌고 점점 업무도 익숙해지며 지금에 이른 것 같다.

돌아보면 웃음이 절로 나며 어떻게 그 시간들을 잘 헤쳐 나왔는지 내 자신이 기특하게 여겨질때도 있다. 1시간 걸리던 거리가 지금은 20분으로 단축되고 도로포장도 너무 잘 되어있어서 격세지감을 느낀다.

86.

주민과의관계: 학교졸업후 첫발령을 받았을때는 주민들에게 다가가고싶고 잘해주고싶은마음은 굴뚝같았으나 지역주민들의 정서와 그들의 삶을 잘 이해하지못하고 인생경험이 부족해서 그들과 호흡할수 없어서 그들과 섞이는데 부담스럽고 업무보다는 관계에서 리더쉽발휘를 못해서 일하는게 즐겁게 느껴지지 못했으나 나이가 이제 40대후반이고 한지역에서 20년을 함께 살다보니 주민들의 마음을 이해하고 그들의 장.단점을 잘 활용하여서 지역사회의 건강문제를 정신. 육체.사회적인건강문제까지 함께 계획하고 건강관리를 하게 되어 주민들과 함께하는것 자체가 행복하고 사회에서 꼭 필요한사람으로 자리매김할 수 있도록 좋은 직업이 있어 자부심을 갖고 감사하면서 할 수 있는 한 그들을 위하여 가족같이 사랑하며 살고싶다.

87.

보건진료원 이사를 맡았을 때 일이다. IMF 2년 전일이라고 생각되는데 의사인 보건소장님께서 의협의 의견을 받아들여 28개인 보건

진료소를 절반가량 없앨 계획을 세우고 대표인 나에게 계획을 세워오라고 하셨다. 그날 저녁 도 담당자와 의논하는 한편, 보건진료원 회의, 운영협의회장 회의를 소집했다. 운영협의회장님들은 주민에게 꼭 필요한 보건진료소를 없앨 수 없다며 운영협의회장 대표들이 시장님을 방문하여 건의하였고 시장님의 결단으로 보건진료소 통폐합문제는 해결되었다. 이 후에도 몇 번 더 보건진료소를 줄이려는 시도가 있었지만 운영협의회장님들과 보건진료원들이 합심하여 시장님, 국회의원, 시의원님들을 설득하여 무산시킬 수 있었다. 이 과정에서 보건소장님의 회유와 협박이 있었고 그럴듯한 미끼에 마음이 흔들리기도 했지만 주민을 위해 가장 좋은 방향으로 결정하자는 생각으로 꾸준히 밀고 나갔다.

이후 그 보건소장님은 개인적인 문제로 보건소를 떠나셨고 IMF를 맞으며 다른 곳에서 보건진료소 통폐합 문제가 제기되었을 때 우리가 겪었던 경험을 들려주며 해결방안을 찾도록 도와줄 수 있었다. 그리고 우리 시는 의료기관 인접지역 위주로 4군데 보건진료소를 축소시키는 것으로 마무리됐다.

88.

일반직화가 되면 출 퇴근시 거주 의무가 없어지기를 바랍니다. 요즘에는 병의원이 가까이 있어 응급 상황 시 병원으로 바로 갑니다. 진료소는 거의 일차 진료만 하고 있습니다. 자녀교육으로 어쩔 수 없이 다녀야 하는데 상부기관으로부터 제약을 받고 있습니다. 회계 상황도 일반직 화 되면 상부기관에서 관리해주었으면 합니다

89.

1984년 11월에 발령받아 근무를 시작하면서 마을에 알콜중독자가 있어 부모를 설득하여 치료를 받게하려 했으나 여의치 않았고 거의 20년이란 세월이 지난뒤 전문병원에 입원하여 1개월 뒤 외출을 나와 진료소장이 자기 엄마와 짜고 입원시켰다고 무기를 소지하고 마을회관에서 어쩌다 만나면 서슴치않고 욕설과 근무를 못하게 하

겠다고 소리를 지르고...

혼자서 근무하는 이곳에서 거의 2년을 무서움과 두려움속에서 살았습니다. 그와중에 한낮에 조금떨어진 마을에 보건교육을 다녀오니 진료소 이중창문이 깨져 있고 돈이 없어진 일이 생겼지요. 범인은 그사람의 중2학년 아들이었습니다. 물론 경찰이와서 수고하셨습니다. 협의회장께서 지구대에 연락을 했으니 망정이지 112에 신고를 했었다면 지금 이곳에 근무하지 못했겠지요. 알콜중독자인 아버지는 제게 매달렸습니다. 아들을 용서 해 달라고... 그 뒤로 알콜중독자인 그 사람은 태도가 바뀌어 예전같이 지내고 있습니다. 여전히 술마시고.. 그 사건뒤로 캡스 설치하고 지내고 있습니다. 이곳은 출퇴근이 없이 근무중이거든요. (112에 신고하면 신고하는 순간부터 녹음이되어 범인이 잡히면 반드시 법에따라 형을 받아야한답니다)

90.

특정한 일부 사람들의 특성으로 말을 함부로 하는 경우로 마음이 아픈 경우가 있었다. 예를 들면 지역 행사 참여를 강요하고, 응하지 않으면 심한 욕설을 하여 사기를 떨어뜨리고 비참함을 느끼게 하는 경험이 있다.

91.

나는 공무원으로 임명받아 직업으로 주민을 만나지만 주민은 나에게 마음으로 정을 준다. 주민에게 받는 조건없는 사랑과 신뢰가 나로 하여금 그들에게 감사와 애정을 갖게 한다. 근무하다 첫 아이를 낳았을 때 본인들의 아이인양 기뻐하고 좋아하고 돌봐주셨다. 나의 신분은 진료소장이지만 그들과 함께 하루 하루를 살며 아이들을 키우며 그들의 삶을 지켜 보았다. 얼굴만 봐도 동네 또는 소문만으로도 그들의 얼굴에 비치는 삶의 희노애락을 읽어낼 수 있다. 그들의 삶에 불행이 닥칠 때 함께 울었고 기쁠 때 함께 좋아했다. 가장 슬플 때는 아무래도 그들이 이세상을 떠날때이다.

돌아가신 어르신을 생각하며 혼자서 흘리는 이별의 눈물 아직도 내 마음속에는 계시지만 이 세상 사람이 아닌 그들을 생각할 때 마음이 아프고 그립다. 그리고 살아서 더 잘해주지 못했던 죄인만이 아는 그 마음을 갖게 된다.

92.

제가 근무하는 이곳은 육지에서 배로 한시간 넘게 걸리는 섬 진료소입니다. 주민은 340명 정도이며 평균연령이 70대입니다. 그러므로,노년기 어르신들만이 살고 계시므로 함께 생활하지 못하는 자녀들이 부모님을 건강체크하고 돌봐주기를 원하시며 부모님께 전화연락이 되지 않으면 수시로 진료소에 안부를 묻습니다. 주민들 또한 진료소에 대한 여러 가지 기대치가 높으며 때로는,전열기구를 고쳐주기도 원하시며 텔레비전 세탁기 휴대폰 오작동 ,보일러 고장등 젊은층이 없는 섬마을이므로 진료원이 때로는 만능 엔터테이너가 되어야 할 정도로 주민들 건강관리뿐만 아니라 소소한 여러가지를 해결해주시기를 바라며 글을 쓸수 없는 분들도 많으므로 자녀에게 우편물을 부치기 위하여 컴퓨터로 주소 적어주기 또한,각종 세금문의 사항등 종합민원실이 될 때도 있으며 근무시간은 아침9시부터이나 해가 긴 여름에는 시간을 잘 지키지 않으시며 저녁8시 까지 문을 열어 두어야하는 실정이며 어르신들이 시계를 잘 못보시는 분들도 있으시므로 시간개념이 크게 없으시고 어떤경우에는 아침 6시부터 전화하시며 진료원이 볼때는 응급상황이 아니나 본인들이 생각할때는 응급으로 생각하시며 섬 진료소의 진료원은 출 퇴근 시간없이 숙소에서 생활하므로 섬에 있는 동안에는 항상 대기 상태임으로 근무시간이 끝나도 항상 긴장감을 늦출수가 없는 마음이며 오지의 진료소는 다 마찬가지로겠지만 표시도 안나는 자질구레한 일들이 많습니다 그러므로,좀더 진료원으로써 사명감과 보람,직업의 안정감을 위해서라도 빠른 시일내에 보건진료원의 정규직 일반직화로 사기진작이 되어야 한다고 보며 젊은이가 없는 농어촌 마을의 진료원들은 꼭 진료원 업무뿐만이 아니라 어

르신들이 다양한 분야에 많은 의지와 도움을 요구하고 있으며 보건진료원은 시골마을에 없어서는 안되는 꼭 필요한 사람들이라는 생각을 합니다. 감사합니다

93.

1. 처음 시작할 때는 남편의 직장(농촌에 있었음)과 육아의 문제(직접 내손으로 키우고 싶었음)로 인해 보건진료원을 택했기 때문에 오래하고 싶은 생각이 없어 늘 그만둘 이유만 찾았으니,진료원으로서의 사업에 정열을 가질 수가 없었다.
2. 아이들이 커감에 따라 교육문제가 심각해서 9년 4개월 만에 퇴직을 결심했다.
3. 사회에 나와서 12년을 다른 일들을 해봤는데 만족할 만한 일이 없었고 ,아이들도 대학에 진학하게 되자 다시 복직을 결심했다.
4. 40대 후반이 되어 복직을 하면서는 세상 보는 눈이 달라졌고, 진료원으로서 진정으로 잘하고 싶은 열정을 가지게 되었다.
5. 우리나라에서 가장 멀고 열악한 환경의 섬에 가게 되었지만, 들뜨고 기쁜 마음으로 갈 수 있었고, 1년 동안 몸은 힘들었어도 즐겁고 행복한 마음으로 일을 하게 되었다.
6. 열정이 없었을 때는 모든게 부정적으로 생각되었지만, 진정으로 하고 싶을때 하니까 시설이 조금 열악하고, 집과 멀리 떨어져 있어도 힘들다고 생각되지 않았다.
7. 민원인과 가장 가까이에서 일하며 행동 하나하나가 공무원을 대표한다고 생각하고,가장 힘없고 불쌍한 농,어촌 주민들을 위하여 최선을 다 할 생각이다.

94.

우리의 가장 어려웠던 문제는 보건진료소 통폐합이었습니다. 90년대 중후반은 정말 살얼음판을 걸어온 것 같습니다. 의사였던 보건소장님께서 우리지역 의사회의 의견을 많이 받아들여 보건진료소 통폐합에 적극적이셔서 너무 힘들었는데 보건진료소에서 건강증진

실을 운영하여 지역주민들에게 더 나은 서비스를 제공하고 지역의 국회의원과 시장님 등 여러분들께 우리의 활동사항과 필요성을 적극적으로 홍보하여 헤쳐 나왔습니다.

95.

우선 보건진료원의 신분이 공무원이긴 하지만 별정직으로서 농어촌 특별법으로 혼자 근무하고 상주하면서 공휴일에도 특히 도서지역에 근무하는 저희들로서는 개인적인 생활보다 언제든지 찾아오는 주민들을 외면할 수 없어 진료를 해주다 보면 근무시간외에 밖으로 나가거나 외출을 하지않은 이상은 언제나 긴장된 상태에서 쉬는날에도 충분히 휴식을 취하지 못하는 것이 현실이다보니 독자적으로 모든일을 다 해결하고 업무적으로 어려움이 있어도 실지로 도움을 얻어 만족할 수 있는 근무조건이 아니고 먼저 사명감과 봉사정신이 우선시 되어야 주민들의 눈높이에 맞추어서 나 자신이 먼저 다가가서 맞추어 나갈 때 힘은 들어도 한편으로는 주민들의 건강이 나로 인해 조금이라도 힘이 되고 위로가 되고 나를 필요로 하는 주민들을 생각할 때 이제는 보건진료소에 근무하는 한사람으로서 보람있고 가치있는 일이 아닌가 생각합니다. 무엇보다 아쉬운점은 빨리 일반직화 되어서 어느정도 일정기간 근무하면 서로 교대로 육지와 근무할 수 있는 순환근무가 제도화되어서 바람직한 근무여건과 책임과 의무가 따른 반면 권리도 누릴수 있는 신분이 되었으면 하는 바람입니다.

96.

정말 세월이 우수같이 빠름을 실감합니다. 어느새 30여년 가까운 세월을 시골에서 젊은 청춘을 불살랐던 기억들이 주마등처럼 뇌리를 스칩니다. 초창기 환경이 열악할때 아이들은 초등학교전 식구 네명이 좁은 방에서 기거하며 숙소에서 생활하였는데 콘크리트 벽이 갈라져 그틈새로 연탄가스가 스며들어 뚫도 되지 않은 딸아이가 며칠에 걸쳐 한번씩 경련을 일으키곤 하였는데 그원인이 연탄

가스 중독이었습니다. 그런데도 까마득히 연탄가스 중독은 꿈에도 의심을 하지 못한 상황에서 여러날은 보내는중 어느날 온식구가 연탄가스에 중독되어 야밤에 119구급차를 불러 병원 응급실에 실려가기도 하였습니다.

그때 남편이 둘도 지나지 않은 딸을 포기해야 할지도 모르는 상황이 오면 받아들여야 된다고하는 심각한 상황에 까지 이르기도 했습니다. 다행히 딸아이가 지금은 커서 어엿한 숙녀가 되었지만 지금도 지난날들을 돌이켜보면 감회가 새롭기도 하고 눈물어린 날들이 많았음을 가슴저리게 합니다.

97.

보건진료원의 거주 문제 때문에 마음 고생을 많이 하고 있습니다. 타 시 군은 거주 의무 부분이 개정되고 나서 행정구역내,30분이내,1시간이내 라는 생활권역권으로 개정이 되었지만 고창군은 여전히 생활권역을 예전법대로 진료소 관할구역내로 거주지를 제한하고 있어서 출퇴근을 군내 읍으로 하고 있는 저는 언제나 바늘방석에 앉아있는 듯 고통스럽습니다.법개정이 생활권역으로 되어서 정말 기뻐했는데 가슴이 아픕니다.자녀 학업문제 때문에 최소한 읍에서는 생활해야만 하기 때문에 진료소에서 거주할 수도 없고 언제까지 복무점검때마다 가슴졸이며 살아야 하는지 정말 막막합니다.일반 공무원 신분으로 이렇게 거주제한을 받으며 살아가고 있다는 사실이 슬픕니다.최소한 군내로는 거주제한을 허용해줘야 한다고 생각합니다.

98.

12년전 위암 판정받고 수술하러 아들집에 가셨는데 1주일후 다시 내려왔다. 돈이 없어 수술을 할 수 없고 간병인도 문제였다. 지역 목사님과 상의하여 부족한 병원비 30만원을 보태주고 수술후 경과가 좋았고 지금까지 건강하게 사신다. 그해 감사표시로 김장배추 10포기를 받았다.집사님 감사합니다.

99.

처음 발령을 받아 사명감과 열정을 가지고 주민을 위해 최선을 다했다. 아낌없이 주고 주민들과 하나가 되려고 노력했고 그렇게 했었다. 그러다보니 지역에서 문제가 생겼을 때 난 역시 이방인이고 주민들은 그들에 이익을 위한 하나가 된다는 사실을 알았다 절친하게 지냈고 내 입장에서 이해 할 사람들이 결정적일 때에는 주민들편에서 하나가 될 때 많은 것을 느끼고 배웠다. 좋은 경험을 바탕으로 지금은 적절한 선에서 주민들과 거리를 두면서 자리를 지키는 것이 주민과 나 자신을 위한 길이라 생각한다.

100.

우리진료원이 운영협의위원들에게 협조를 받는적도 있지만 자기들의 진료소라고 생각하고 진료소운영을 자기소유물로 생각하는 운영협의회장이있어 근무하기가 가장 힘든적이 있었다. 그리고 운영협의회장이 결재권이 있는현실에서 운영협의회장을 주민들이 뽑는 현실이지만 운영협의회장이 폭력전과가 있는사람이나 등 결격사유로 법적인근거가 있어야 된다고 봅니다.

101.

78세 남자 독거 노인을 김장김치도 담가주고 명절에는 각종 과일 및 선물도 챙겨 주고 성심성의껏 챙겨주다가 한명절은 바빠서 챙겨주지 못했더니 몇일있다가 시청 및 보사부에 전화 해 불친절하고 있지도 않은 거짓말을 한노인을 보면서, 업무외의 인간적인 친절은 차라리 안하는 것이 낫지 않을까 하는 생각이 들었을때, 우리는 영원히 주민과 하나가 될 수 없는 이방인이라는 생각으로 가슴아파 했던 일. 은혜를 원수로 갚는 일을 당했을 때의 그 심적인 고통은 말로 표현하기도 힘들었음. 우리는 항상 베풀어야 하고 베풀지 못했을때는 지탄을 받아야하니 이러한 직업이 또 있을까 너무 복 받은 직업일까요,??? 우리도 받고 싶는데, 충전이 되어야지만 베풀 수도 있는데 말이죠. 우리는 어디서 충전을 받나요???

102.

진료소 초창기때 섬에서 근무할 때, 밤중에 사람을 노리고 진료소 내부를 침입한 적이 있음. 마치 육지 출장중이어서 별일이 없었지만 그 후로 진료소에서 혼자 근무하는 신변안전에 대해 항상 염려가 되고, 문 잠그고 확인하는 습관이 강박적 남음.

103.

시설의 위치 - 타 보건진료소가 옆 동네(1.2km거리)에 있어 보건진료소 통 . 폐합, 구조조정, 신축 등의 문제로 남모를 어려움을 서로 겪었음.

104.

1. 첫월급이 너무 적었던 기억(1991)
2. 미스때 출 퇴근 한다고 민원이 야기 되었을 때의 두려움 (1994~1997)
3. 첫 직장에 친정 엄마가 오셔서 이런 두메 산골에 어떻게 혼자 있느냐며 걱정하신 일(1991)

105.

주민과의 관계가 제일 힘든것같습니다. 모범답안이 있었으면 하는 생각이 들기도 합니다. 관공서 직원이라는이유로 너무만만하고 쉽게 생각하는 것 같습니다 특하면 마음에 안들면 보건소로 전화하고 어느장단에 맞춰야할지 모르겠습니다.

106.

거주 의무 때문에 결혼하고 21년동안 주말 부부로 살아 왔습니다. 남편과 가깝게 지내지 못하고 떨어져 살며 혼자 아이를 키워야 하는 생활이 힘들었습니다. 내가 이렇게 힘들게 살면서 왜 이일을 하는지 하는 회한이 들 때도 있습니다. 하지만 저로 인해 도움을 받고 필요로 하는 주민들로 인해 만족감을 찾고 자부심을 갖고 일

하고 있습니다.

107.

저는 갓 졸업하고 진료소 초창기에 도서지역에서 10년간 근무를 했었는데요 지금도 생각하면 아찔합니다. 관할 지역의 주민이 2,000명정도 되는 지역이었는데 환자도 많았을 뿐 아니라 산모도 있고 응급환자도 많아서 거의 24시간을 근무하다시피 했었는데 진료소를 비울 수가 없어서 휴가는 한 번도 받아 본 적이 없고 신분보장도 없었는데 밤이고 새벽이고 위급한 산모며 연탄가스 중독된 사람 농약 먹은 사람 등등 응급환자를 배에 태우고 왔다 갔다 했습니다. 폭풍주의보가 내리면 정규적인 여객선은 출항을 안 해서 주민들과 피난민처럼 좁디 좁은 개인 배 사선을 타고 섬으로 들어가곤 했습니다. 어린 마음에 공포와 두려움이 많았는데도 어디 하소연 할 때도 없었고 참고 근무를 했는데 그 지역을 나올 때 쯤에는 공황장애(폐쇄공포증)가 생겨 사람 많은 버스나 지하철이나 엘리베이터 등은 탈 수가 없어서 많은 어려움을 겪었습니다. 저를 시작으로 주변지역의 도서 지역에도 선생님들이 배치 받아서 근무를 했는데 그 선생님들도 고생이 이만저만이 아니었습니다. 지금은 도서 지역에 퇴직을 하신 연장자 선생님들이 계약직으로 근무를 하고 있어서 얼마나 다행인지 모르겠습니다. 나름대로 신앙의 힘으로 보람 된 일이라고 자부하며 근무했었는데 20대에 혼자서 근무하기에는 너무 벅찬 근무였습니다.

108.

1984년도 대학 졸업 후 처음 발령 받아 간 곳은 아주 깊은 산골짜기였다.

진료소 건물이 신축되지 않아 그 당시 동장님 배려로 동장님 안방을 기거하며 아랫방에서 약을 지어 주민들에게 전달되었고(2년정도) 가정별로 전화가 없어 (마을대표로 동장님집에만 설치되어 있어) 주민 찾는 전화가 오면 방송을 대신 한 적이 있었다.

109.

1. 응급상황이 발생시 혼자 판단하고 혼자해결해야하는경우라든지, 심한출혈환자 발생하여 응급처치시 보조자없이 지혈해야한다든지. 상대하기 곤란한 (만취상태주민)주민있을시 응대곤란등.특히 상주하기 때문에 밤에 만취주민곤란
2. 진료원자신이 몸이 아프거나(교통사고로 몸이 아파도 편안마음으로 입원할 수 없었음) 집안에 일이 있어도 제대로 연가를 낼수 없음.(대리근무자가 없으므로)

110.

오지벽지 근무하면서 20대 중반에 폭설로 인하여 산부인과에 가지 못하는 산모를 위해 눈길을 걸어서 분만을 도왔던게 2건이 있었어요 너무도 어려운사람이라 본인부담금 마저도 내지 못하는 상황이었고 논밭에 일하다 외상 골절 자상 등등 봉합수술은 너무도 많이 했고 밤에 물린사람도 뱀독을 빼줘 살려주었으며 벌에 쏘인 사람 강심제 까지 놓아가며 내 불이익도 감수하며 생명을 살려 보겠다고 한적이 많았습니다. 어린나이에 너무도 철이 들어 버려 토요일도 일요일도 반납하면서 오토바이에 몸을 맡긴체 너무나 식사때를 놓친적이 많았습니다.젊은 시절엔 내가 아닌 타인으로 살았습니다. 모든것들이 서류도 수기로 해야 했고 밤이나 낮이나 응급환자는 넘쳐났어요... 밤이면 무섭고 외롭고 했던시절 ...

지금 많은 세월이 흘렀지만 아직도 우리는 출퇴근을 할 수 없어 아이들과 떨어져 보내야 하는 여가시간도 가질 수 없고 촌 사람이 되었습니다. 그래도 주민들은 나에게 의지를 하는 모습에 힘이되기도 합니다. 원한는것은 출퇴근에서 벗어나 내 활력소에 도움이 되는 주민들에게 좀더 열중할수 있게 힘이 되는 신명나는 일이 이루어 졌으면 합니다.

111.

흑산도에서 근무할때는 물이 부족해서 바닷물을 길어다가 사용했

있습니다. 식수는 2주만에 오는 화물선편에 실어와서 먹었구요, 빨래는 엄두도 못내서 2주만에 목포로 나올때 모든 빨래를 배낭에 가지고 나왔다가 다시 가지고 가곤 했지요. 아가씨의 몸으로 들어갔기 때문에 부모님들의 걱정이 많았지만 신앙생활하며 이겨내곤 했는데 조금만 친절하게 대했다하면 바로 사랑고백이 이어지곤 했습니다. 한밤이건 주말이건간에 시도때도 없이 무조건 오시는 손님들 때문에 잠시도 쉴틈이 없었고 이 때문에 속상한 일도 참 많았는데 아무리 설명을 해도 소용없는 일은 바로 이 일입니다. 폭풍주의보가 내린중에도 배만 뜨면 출근을 해야하는 목숨을 건 직장생활이 바로 보건진료원입니다. 폭풍을 뚫고 와서 멀미가 나서 죽겠어도 짐도 풀지 못한채 물 한잔 먹을 사이도 없이 오는 환자 30명씩 보고 있어야하구요..

그래도 힘든일만 있었던것은 아니지요...이 집 저 집서 식사하자고 불러주시는 통에 집에서 밥해먹을일 거의 없었구요, 생선은 정말 입에서 냄새나게 많이 먹어봤고요, 떠나올때 한 폰 두 폰씩 쥐어주며 눈물바람하시던일을 생각하면 지금도 마음이 뜨겁습니다.

이 작은 종이에 그 많은 일들을 어떻게 다 적을 수 있겠습니까마는 지겹지만 그리운 옛날이네요

112.

내일에 자긍심을 가지고 열심히 일 하며 진료원 생활을 하고 있다. 주민께서 자기가 죽으면 가라는 말씀에 가슴이 찡하기도 했다. 일차진료 및 주민의 가족역할을 해왔다. 일부에서 순환보직을 진료원에게 말하는데 우린 순환보직시 변화된 업무가 아닌 기존역할을 그대로 한다. 바뀌는게 있다면 주민과 진료원뿐인 걸.. 전체 주민의 습성을 알려면 기나긴 시간이 필요하며 주민이 가슴을 떠놓고 다가서기는 진료원보다 더 긴시간이 필요한데 즉 득보다는 실이 더 많은데 일부 지자체 공무원들과 의원 단체장들의 사고가 가끔 진료원들을 힘들게 하고 있다

113.

한 진료소에서 7년간을 근무하는 동안에 진료소 침수를 두 번 경험했는데, 침수당일에만 지역주민이나 관계기관에서 관심과 협조가 있을 뿐 진료소에 거주한다는것 때문인지 원상복구 할때까지 오로지 나 혼자만의 복구를 위해 불철주야로 참으로 슬픈고 아픈 기억이 있습니다.

구호물품은 관공서라는 이유로 주었다가 다시 빼앗가기도 했답니다. 복구는 개인이 알아서 하라고하고 구호물품은 관공서라서 안되고 우리의 피해는 어디서 보상받나요. 침수시 결혼예물반지도 다 잊어버리고, 개인적인 가전제품들.....지금은 개선된 환경에서 근무하고 있습니다

114.

가장 해결하기 곤란했던 문제는 지역주민 2분께서 노골적으로 골탕 먹이기 위해서 쉬는 날, 교육이 있는 날 자리를 비웠을 시에 민원을 제기하고 마을에서 나쁜 쪽으로 여론을 형성하여 해결하는데 약 4년이 걸렸습니다.

현재 가장 어려운 문제는 자녀들이 중학교 다니기에 이곳의 여건이 너무 열악하여 읍 단위 중학교로 나갔는데 저희 지역은 보건진료소 관할지역으로 생활권이 묶여 있어서 자녀 교육과 가정생활에 어려움이 있다.

115.

즐거웠던 일

- 자체 보건사업(건강생활실천 운동노래교실)을 운영하면서 생방송에 출연했던 일

- 주민들과 자체 보건사업을 펼치면서 많은 보람을 느꼈고, 3년째 강사를 쓰지 않고 직접 자격증을 취득하여 주민들에게 건강체조, 레크댄스, 포크댄스를 지도하며, 그들과 동호회를 조직하여 자원봉사센터와 연계한 단체 자원봉사활동이 즐겁고 보람 있었습니다.

- 지금(농번기)은 개인 봉사활동으로 주민들을 위해 밤 시간을 내어 1시간씩 야간 운동교실을 직접 운영하고 있습니다.

어려움

- 주민들과 자체 보건사업의 일환으로 운동교실을 운영하는데 마땅한 장소가 없어서 개인 창고 및 농협창고, 교회 등을 빌려서 운동교실을 운영하느라 어려움이 많았고 지금도 마찬가지임.

II. 가정 방문 경험

1.

십년 세월의 한결같은 자리

일주일에 한번 만나는 거동불능의 김 할머니 늘 저를 보면 이 세상에서 제일 반가운 사람을 만난 양 힘없는 미소를 지으며 말씀 또한 더듬으십니다.

10년 전 그 무서운 중풍을 맞고 수술과 입원 그리고 재활이라는 역경을 겪었지만 지금 현재 마음대로 반듯이 누워서 자 보지 못하고, 제일 잘 할 수 있는 일은 쪼그리고 앉아 있는 자세 10년을 하 루같이도 그 자리에서 그 집을, 아니 방을 지키고 있는 것입니다.

무더운 여름날은 배의 겹쳐진 부위에서 진물과 냄새 추운 날은 혈액순환이 잘 되지 않아 엉덩이와 발목에 욕창이 발생하여도 김씨 할머니는 장하시게 잘 견디시고 계십니다.

방에서만 생활하고 움직일 수 없으니 또한 기억력도 희미해지며 모든면이 의존적으로 많이 변화되고 며느님이 밖에서 일하느라 집을 비운 사이 대변을 보시고 여기저기에 묻히시어 온 집안이 냄새로 가득 방문자가 할 수 있는 일, 깨끗이 치우고 엉덩이 깨끗이 닦아드리고 혈령한 바지하나 갈아 입혀드리고 오면 보호자분 들은 꼭 전화를 주십니다.

효자효부와 생활을 할 수 있어 김 할머니는 행복하십니다.

올해는 사회복지관의 목욕차는 김 할머니의 오그라드는 몸을 조금 이나마 부드럽게 할 수 있는 계기가 되었고 서산시의 미용봉사는 김 할머니를 예쁜 모습으로 변모시켰으며 시 보건소의 지원 특히 욕창 패드의 효과는 한마디로 놀라움 이였습니다.

이와 같이 많은 분들의 정성으로 김 할머니는 답답함과 힘들 삶에도 불구하고 하루하루를 충실히 살고 계십니다.

올해는 우리 건강한 사람들이 사는 삶의 100배는 힘든 삶을 장하게 사시는 김 할머니께 장한상을 드리자고 시장님께 말씀을 드리 봐야겠습니다.

2.

13년전 어느 쌀쌀한 초겨울에 어느때와 마찬가지로 반찬거리를 준비해서 두 아이들만 사는 집을 방문했습니다.아버지는 교도소에 어머니는 두아이(중3여자아이,중1남자아이)를 낳두고 가출을 했지요.일주일에 한번씩 반찬준비해서 방문했었는데...큰아이가 갑자기 울면서 어젯밤에 손을 묶인채 성폭행을 당했다는겁니다.덜컥겁이나 지서에 연락하고 조사받은뒤 진료소로 데려왔습니다.곧 방학이어서 근 한달간 우리집 아이들과같이 (또래) 지내다가 면에 있는 사회복지사와 상의하여 복지시설로 보냈습니다.지금은 어엿한 사회의일원으로 열심히 살아가고 있습니다.

3.

삶의 마지막을 걷고 있는 이를 가정방문하게 되는 경우는 할아버지가 많았던 것 같다. 아마도 할머니들은 적어도 진료소장에게 할아버지를 부탁한다. 마지막을 요란하게 하게 하는 할아버지는 적어도 평생을 할머니 속을 썩혀 왔으면서 뭐 그리 당당한지 화도 잘 내신다. 말을 들어드리고 부탁하는 것을 해드리고 투약, 상담 등을 해드리면 고마워서 어쩔 줄을 모른다. 할아버지를 간호하며 할머니께 받았던 따뜻한 차 한 잔, 떡국 한 그릇 등등 그것도 모자라 진료소 앞마당 풀도 메주고, 밭갈아 직접 심어주셨던 풋거리

등 그 대접을 나는 잊지 못한다.

4.

독거노인들을 방문하다보면, 정말로 짐승처럼 사시는 분들이 있다.(특히 할아버지)

사회에 있으면서 여성단체 활동을 했는데, 독거노인과 소년소녀 가장들을 월1회 방문하여 청소,목욕,빨래,김치담가주기 등 봉사활동을 했던 경험이 있다.그 경험들을 살려 지금도 가정방문중에 약간의 시간을 내서 청소와 밥을 해주고 오곤 한다.

섬에 있을 때는 독거노인들 심부름(시계 고쳐다주기, 농협통장정리, 장보기)도 자주 하고,도시로 볼 일을 보러갈 때는 운전기사 역할도 마다하지 않았다.

농번기에는 아침 7시부터 왕진을 다니고, 오후에도 퇴근시간이 정해져 있지 않은게 내가 만든 현실이다. 그들의 입장을 보면 원칙을 내세우기가 미안하니까~~~

5.

전국민의료보험이 안되던 시절에 우리지역의 70대 노인께서 폐농양으로 입원을 하셨습니다. 기하학적(?)으로 늘어나는 병원비를 감당하지 못하고 퇴원을 시켜주지 않으면 7층 병실에서 뛰어 내리시겠다며 의료진을 위협하시며 퇴원하셨는데 히포크라테스의 후예이신 주치의선생님께서 처방을 해주셔서 그것에 의거하여 그 환자분은 3주정도의 치료를 받으셔서 완치되었습니다.

일요일에도 하루에 두 번씩 방문하여 처방대로 주사처치를 하면서 조금은 힘들었는데 완치된 모습에 제가 너무 고맙고 보건의료소를 믿고 처방하여 주사약을 주신 병원측에도 감사했습니다.

6.

혼자 근무하다보면 일차진료하고 다시 가정방문을 해서 여러가지 상담 및 질환등을 설명하는것과 혈압 및 당뇨등 일정한 계획속

에 반복되는 업무가 한계에 부딪혀 보다 효율적이고도 실질적인 도움이 되지 못하는 현실이 근무하는데 어려움과 안타까움이 들 때가 있다. 또한 배를 타고 여러 마을로 떨어져 있는 부락을 방문 할때가 무엇보다 어려움이 따르지만 무엇보다도 필요시 언제든지 가정방문할수 있는 통로가 되어 있지 못한 여러가지 문제점등을 지원해 주고 활성화될수 있는 방안이 주어진다면 보다 더 즐거움과 만족을 줄 수 있는 질적인 서비스가 제공될 수 있으며 한사람이 많은 업무를 맡기보다는 분담해서 맞춤형 가정방문을 할 수 있는 최소한 두사람이 근무할 수 있는 제도가 마련된다면 보건의료소에 근무하는 한사람으로서 보다 더 발전할 수 있는 계기가 되리라 생각한다.

7.

15년전일이다. “강아지가 밥을 먹지 않고 피똥을 싸다 죽을것 같다.” 하여 왕진 갔다. 정말 개는 늘어져 있어서 죽을것 같았다. 시어머니가 동물병원에서 치료하는 모습을 보고 나도 개 다리에 포도당을 꽂고 주사주고 한후 개는 살아났다. 그후 소문듣고 온 주인들이 염소와 개 주사를 부탁했다. 정말 신기하게 나왔고 그러나 계속하면 동물치료소가 될것 같아 하지 않았다. 지금은 동물병원으로 보낸다.

8.

정신보건사업과 관련하여 재가정신질환자를 방문했을 때 관리대상자가 난폭한 행동을 보일 때 생명의 위협을 느낀 적이 있음.

9.

1. 93세 할머니 다리를 한밤중에 비포장길 30분을 오토바이 뒤에 타고 가서 30초 전구아래서 30바늘정도 꿰매드린 일 (1992)
2. 거동불능 치매노인 욕창드레싱 및 머리깎아 드리기, 이동목욕시켜 드린 일(2002~2004)

3. 거동불편 독거할머니 천정의 쥐 쫓아 드린일(2006)
4. 가족이 출타한 시간에 임종한 할머니 방문 갔다가 사후처치해 드린일(2004)

10.

회계관련 : 일반직으로 전환이 되면 운영협의회가 해산이 되고 회계 부분이 보건소로 일관 업무 이관이 되었으면 합니다. 진료원은 본연의 업무에만 충실할 수 있게끔요.

출퇴근 : 거주 의무는 없어졌지만 그와 관련해서 공문으로 내용 하달 받은 것이 없어요. 대부분 진료소장님들이 진료소에서 거주를 하고 있으신데요. 시간외 수당은 안 줄려고하고 다른 보건소나 지소 등과 비교를 하면서 은근히 압력을 하는데 근무한 만큼에 타당한 보수는 받는 게 당연하다고 생각합니다. 근무여건이 다르고 근무도 하지 않는 직원 비교를 하는 것은 부당합니다.

11.

그당시 50cc 오토바이가 있어 가정방문하는데 유용하게 사용하였으나 휘발유 기름 넣고 가정방문 한번 갔다오면 기름이 다되어 다시 갈 수가 없어 곤란한 적이 많아 고생하였다. 나중에 그곳을 떠날 때 쯤 누군가가 이야기 해줘서 알게 되었는데 동네 청소년들이 밤사이 타고 돌아 다녀 기름이 소비 되었다고 하였다.(개인적으로 기름 구입했는데...)

12.

지역주민과 밀착하게 생활하다보니 가정에서 간단하게 할 수 있는 문제도 무조건 방문의뢰하고 보건진료원이 할수 없는 단계는 병원 진료를 권유해도 막무가내로 요구할 때.

13.

연고지가 없는 사람을 모아 돌봐주는 사람이 이곳에 있었는데 근

12년넘게 10명을 가정방문을해 돌봐줘서 사망때까지 욕창및 골절 피부염 고혈압관리로 방문하여 혈압 혈당 체크 관리 해주고 거동 불편자 휠체어 제공및 기저귀 제공 등. 너무도 제자신이 뿌듯했던 일입니다.

와상 상태로 계시던 할머니 두 분을 일주일에 한번씩, 보호자가 계시거나 계시지 않거나 계속 방문하여 돌봐드렸었는데 손톱깎고, 발톱깎고, 이런저런 검사하고 나면 온 몸에서 소변냄새가 진동을 해서 옷을 전부 갈아입었던 기억이 납니다.

진료소에 오지 못할 이유도 없이 다만 귀찮다는 이유로 방문을 청한 후 돈 얼마로 댓가를 지불하려 하시는 분들이 있는데 그런 분들에 비하면 이런 분들을 돌봐드리는 일은 참으로 보람된 일이었어요.

당뇨합병증으로 집에 계시던 할아버지께는 면도해드리고 틀니 닦아드리고 했었는데 나중에 치매까지 발병하여, 제가 결혼후에 방문하니까 못 알아보시고 예전 사람보다 지금 사람이 더 이쁘다고 하시는 통에 많이 웃었던 기억이 납니다.

14.

오랜 이야기입니다. 분만 환자를 보러 주민의 오토바이에 몸을 싣고 심야에 가정 방문을 하였지요. 산통을 호소하는 산모를 진찰하고 새벽 2시에 분만 하겠다 했는데 정확히 2시에 분만 이쁜아이 받아들고 뒷치닥거리하고 새벽4시에 진료소로 왔지요. 그뒤 저에게 붙여진 수식어 하나 영한소장님....

1980년대 가정 분만으로 가정방문을 해서 아기를 6명을 받은 경험이 있는데 그때는 아들선호 현상이 두드러져서 제가 받은 아이는 모두 남아 였고 저 역시 아들만 둘이 있어서 딸만 셋인 분이 아들 낳는 방법을 상담을 해 와서 제가 입었던 임복과 우리 애들 유아용품들을 드렸더니 셋째딸을 낳은 후 8년만에 임신이 되었는데 분만 시 병원에 가서 분만을 하라고 했더니 다시 딸이면 집으로 돌아올 수 없을 것 같다며 소장님이 아기를 받아 달라고 해서

받았는데 아들이었어요.

그후 그분은 너무 고맙다며 가족계획으로 복강경 시술을 받겠다고 해서 병원으로 모시고가서 복강경 수술을 받고 온 날 그분 남편에게 불려가서 누구허락 받고 불임수술을 했냐며 야단을 쳐서 무릎 꿇고 앉아서 빈 기억이 있네요.

15.

지금으로부터 24-25년전에 스쿠터와 관련 있었던 재미나는 추억들을 함께 나누고자 한다. 첫 발령지로 미개척지인 지역에 보건진료소 개소를 하고, 사명감에 불타는 열정의 마음으로 근무를 하면서 항상 함께하였던 가정방문용으로 제공되었던 스쿠터(49cc) 주민들이 가정방문을 요구 하면 언제든지 스쿠터를 타고 가정방문을 갔었다. 지금은 모든 선생님들이 차량으로 가정방문을 하고 이동을 하지만 그 당시엔 유일한 수단이 스쿠터였기에 시장을 보러가던지, 면소재지에 가더라도 스쿠터는 늘 나의 발이 되어주었다. 하얀 십자마크가 새겨져있는 헬멧을 쓰고 겨울엔 바람을 막기 위해 땀복과 두터운 방한복으로 무장을 하여도 가슴에 파고드는 찬바람을 맞으며 겨울을 났고, 여름엔 시원하기 그지없는 고마운 물건이었다.

그 스쿠터가 추운 한겨울에는 어김없이 곤란함을 겪게 되었는데 당시에는 포장도로가 없고 대부분의 도로, 농로가 진흙길이었으므로 겨울에 땅이 밤새 얼었다가 낮이 되면서 녹게 되면 진흙이 바퀴사이에 끼어서 바퀴가 돌지를 않고 진흙속에서 빠져나오질 못하기가 일쑤였다.

그것을 막대기를 주워서 파내고 안 되면 끌고 오기도 하였다. 눈 두렁길을 지나가다가 넘어져 눈에 빠지기도 하였고, 강아지가 갑자기 뛰어 들어오는 바람에 강아지를 피하려다 자갈길에 넘어져서 다친 적도 있었고 여름에 반바지를 입고 타다가 마후라(뜨거운 쇠불이)에 화상을 입어 한참동안 고생을 하기도 하였던 생각들이 떠오른다. 지금 생각해보니 참 재미있었던 추억으로 여겨진다.

16.

거동불편자 가정방문시 그 지역 경로당을 순회 방문하여 카세트
를 가지고 가 어르신들을 위한 건강박수 및 손유희, 간단한 율동,
노래 등을 부르며 흥겨운 시간을 갖도록 한일이 기억에 남습니다.
앞으로도 어르신들께 웃음과 건강, 행복을 선물하는 경로당 순회
방문 신바람건강운동교실을 계속 운영할 생각입니다.

17.

1. 점심시간에 노부부가 살고 계시는 집을 방문. 반찬종류는 젓갈,
고추장, 간장, 등 영양섭취를 위한 식단이 아니고 목숨을 연명하기
위한 식사였다. 빨래는 수복하고 방안정리는 엉망이며 어디서부터
정리를 할 줄 몰랐다. 그러나 한 가지씩 정리하며 개인위생관리에
대하여 자세하게 교육을 해드렸다. 하지만 얼마나 오래지속될지는
모르지만 자주 가정방문을 통해서 삶의 질을 조금이나마 향상시키
고자합니다.

2. 젊은 여성의 다급한목소리 전화 한통을 받았다. 30분전에 혼자
사시는 시댁에 다녀왔는데 집에 전화 안받아요. 가봐달라는 부탁
에 방문, 겨울찬바람에 그 집주위에는 대나무숲이라서 더욱 스산
하고 바람소리도 무섭게 들렸다.방문을 열자마자 방바닥에 엎어져
숨을 거둔뒤였고 안면은 방바닥이 뜨거워 빨갱게 데이고 머리카락
은 풀어져있으며. 틀니는 튀어 나옴 공포영화 한 장면이었다. 급
한마음에 앞집 총각 ,아줌마 호출하니 나보다 더 무서워, 방안에
들어오지 못하고 밖에서 아들에게연락함. 장농에서 깨끗한 옷으로
갈아입히며 수족거두고 이웃아줌마께서 부탁하고 집으로 걸어오는
내발걸음이 어찌나 무겁고 힘든지 지쳤지만 한편 보건의료원을 선
택하기를 아주 잘했다고 나에게 격려의 박수를 보냈다.

18.

산아제한을 하던 시기라 지금 돌아보면 나와 같은 또래인 엄마들
에게 아이들 둘만 있으면 피임수술을 권장하러 다녔던 때 이야기

다. 우리는 지역주민들과 어울려 살아야 하는 이유로 가능하면 수술을 권하지 못하고 면사무소에서 산아제한업무를 하러 올라오는 직원들을 안내하는 정도만 하고 있었다. 많은 구박도 받고 마음들도 상하고 어려웠던 업무들 중에 하나였다.

딸만 많고 아들하나 있는 집에 또 딸이 태어나서 이름도 못짓고 누워있는 나이든 엄마와 연약한 아이를 보러 갔다. 불쌍해서 아이 이름을 예쁘게 만들어 주자고 의논하고 나의 이름을 가운데 넣어서 지어주었다. 그 얘기를 듣고 같은 시기에 태어난 여자아이들 둘도 내게 이름을 지어 달라고 하여 내이름이 들어간 아이들 이름을 셋이나 지어주게된 기쁨도 있었다.

이제 그 아이들이 아이들 엄마가 되어 있겠다.

19.

업무가 점점 많아져서 우리집 아이들을 방치하다시피 다녔던 일들..

내 아이에겐 미안한 일들도 많고 후회할 일도 많았지만 내삶에 소중한 부분들을 지역에 쏟아 부은 열정이 있어서 아마도 나는 끝까지 이길을 가게 되지 않을까.. 생각한다. 어느 지역을 가든, 어느 곳을 가든 나는 그곳에 풀이 되어있고 돌이 되어있는 것 같다. 어느 어르신을 만나도 어린 아이를 만나도 친근한 내 가족처럼 편안하게 다가갈 수 있는 권당에 모습으로 그들속에 섞여 사는 사람이 되어있는 나를 보기에~

20.

1990년 초기 - 서울에 있는 대그룹임원이셨는데 퇴임하고 70세 넘으신 노부부가 목장 별장에 살고 계셨는데 주치의처럼 가정방문 요청이 있어서 방문할 때마다 점심식사를 정성껏 준비해서 꼭 먹을 수 있게 해 주셨음. 우리 두 아이 돌때 돌 반지까지 해 주셨고 보건진료소에 대하여 참 좋은 제도라고 항상 감사하다고 말씀을 해 주셨음.

21.

1980년대 산을 넘어, 물을 건너, 들을 지나 보통 1-2시간씩 걸어서 목적인 마을을 도착하여 가정방문을 하고 캄캄한 밤이 되어 돌아와서 지쳐 쓰러져 있으면 문을 두드리며 나를 힘들게 하던 주민들이 야속하게 느껴졌던 때도 많았다.

22.

분만으로 산모와 밤새워 진통을 같이 느껴며 건강한 아이를 낳았을 때의 기쁨, 회음부 절개부위를 방바닥에서, 후레쉬 불빛으로, 불소독 시키면서 봉합할 때의 애타던 심정.

23.

80년대 나도 승용차가 없었고 산골 오지라 마을마다 하루 버스 2번(학생 등 하교시간에 맞추어 있음)있는 마을들인데 보건 교육은 해야겠고해서 저녁 버스에 환등기, 스트린등을 신고 동장집에가서(마을회관도 없었을 때고 버스운전사도 동네에서 하루밤 묵고 다음날 아침 출발) 밤에 보건교육하고 그 집에서 자고 다음날을 동네 주민들 혈압 당뇨측정. 질환상담, 거동불편자 가정방문등을 하고 다니던 때가 있었음.

24.

혼자사시는 할아버지택엘 갔는데 장애도 다니시는 분인데 한칸짜리 방안엔 온갖 구차한 가재도구가 어지럽게 널려있고 야쿠르트 밥 반찬 과자등등 먹을 것과 먹은 찌꺼기 빈 봉지등등 온갖것이 발디딜 틈고 없고 모든 물건들은 곰팡이가(옷장이며 찬장등)퍼있고 도저히 들어갈 엄두가 안나는데 방문 입구에 파란색 물통이 두개가 덮여있어 열었더니 구더기가 덕지덕지 깨알같이고물고물거리는데 구역질에 징그러움에 완전 공포였다. 딸들도 간식사가지고 더러 오고 했다는데. 자녀가 5명있어 입소조건에 안되는 걸 부탁하여 종교단체무료시설(의료보호라)에 입소시킴

25.

우리는 전인간호를 실천하는 간호사이다. 전인간호란 인간을 돌볼 때 질병만 보는 것이 아니라 산재해있는 환자 가족의 관계든지 환경이나 생각의 틀이나 주변사람과의 관계와 질병의 양상과 환자 자신의 심인적 표현까지를 모두 통괄하는 것이다. 가정방문하여 환자를 대할때에 우리는 이 모든 사항들을 파악했고 생각하면서 상담을 하고 교육을 시킨다. 여느 요양보호사나 간병인이 환자를 대할때와는 차원이틀린다고 난 자부한다.

그래서 상담을 통해 질병을 치료하기도하고 힘과 용기를 주고 가족과의 갈등을 해소시키기도한다. 고부간의 갈등은 오전엔 잠없으신 시모의 하소연으로 만나절 ,오후엔 며느리의 분한마음을 토해내라 만나절.. 우리의 일과가 표면상으론 두명이지만 내면상으론 하루 댜종일 진땀난 하루이다. 해결의 실마리를안고 돌아가는 뒷모습으로 우린 행복해요,,

짧은 상담으로 자살하려는 자를 설득할수없듯이 우린 끊임없이 돌보는 자들이예요. 수고와 헌신을 아끼지않는 모두 천사인 진료원들 사랑해요...

26.

가정방문 대상자중 어머니는 와상환자로 누워 계시고 아들은 정신질환을 가지고 있는 분이었습니다. 가정방문을 가서 어머니의 욕창을 치료하지만 아들은 자신의 방에서 중얼거리기만 하고 나와 보질 않고 있었습니다. 그래서 제가 가면 먼저 그동안 잘 지냈는지 인사를 하는데, 그러면 방안에서 “예”하고 대답만합니다. 그러던 어느 날 어머니의 욕창치료를 하고 아들의 방문을 열어봤는데 방바닥에는 누드잡지가 있고 유선방송의 텔레비전에선 여자속옷 광고를 하는 화면이 나오고 있어서 많이 당황했었습니다. 그 후로는 지역주민과 동행하여 방문을 하게 되었지만 그 가정이 지역 주민들과의 교류도 적어 같이 가실 분이 없어 두려워하며 가정방문을 하던 기억이 있습니다.

보건정보시스템의 자료입력이 가정방문, 지역방문시 활용 가능한 프로그램이 필요합니다. 진료업무는 보건진료소 소내에서만 가능해도 되지만 기타 보건사업 건강사정설문지등을 가정방문이나 지역방문하여 조사할 때 직접 입력 가능 했으면 합니다.

가정방문 사업을 하다보면 폭설이나 야간 방문요청이 있을 때 재해의 위험성을 느낄 때가 가끔 있습니다. 특히 노약자분이 내원하면 모셔다 드려야 하는데 가끔 안전상의 문제가 생기지 않을까 걱정되는 부분이 있습니다.

독거어르신들은 가정 방문시 기본적인 의료 행위외 많은 시간을 곁에 남아 이야기 하고 관심을 가져 주시길 원하십니다. 자녀들과 떨어져 계시다 보니 정이 그립고 사람이 그리워....

27.

경증의 초기치매노인의 맥 방문시 노인은 들에 가시고 빈집의 부엌에선 연기가 문밖으로 새어나오고 있었다 가스렌지에 음식물을 올려놓고 잊어버렸던 것이다 화재 날 뻔했던날이었다

호스피스 교육을 받던 중에 말기암 투병으로 힘들어하신 어르신을 방문길에 장미 한묶음을 가지고 간적이 있었다. 어찌나 감격을 하시던지 돌아가신 지8년이 지났어도 그분이 선하다. 그 후 할머니는 신축진료소 준공식 때 사위를 통해 마당에 심을 주목나무를 많이 기증하셨다. 가족같은 맘으로 지금도 좋은관계를 맺고 있다.

28.

1990년대 즈음 가정방문 사업의 기초자료인 건강기록부를 작성하기 위해서 비가 개인 오후 오토바이를 끌고 새로운 도로를 형성하기 위해 황토흙길로 조성된 도로를 오토바이를 타고 들어가 나오지 못하고 오후 반나절을 오토바이를 킁킁되면서 바퀴에 낀흙을 나뭇가지를 주어 털어내면서 석양이 되어서야 그길을 빠져나와 주민집에 들어갔는데 너무 힘이 들어 진료소로 돌아갈 엄두도 내지 못하고 있는데 주민께서 오토바이를 깨끗이 씻어서 본인의 트럭에

실어 놓은걸 보고 눈물이 핑돌았던 교통편이 불편하고 힘들었던 1990년대 보건사업시절이 떠오르는군요.

29.

중풍으로 십년 넘게 누워 계신 할아버지 댁에 일주일에 한번씩 찾아가서 목욕봉사도 하고 면도도 해드리고 욕창 치료도 하고 ...3년 정도 열심히 간호해드렸는데 하늘나라로 가셨다. 지금 생각해보면 못할 것 같은데 그땐 의욕에 넘쳐서 잘 했던거 같다.

30.

알코올중독자큰아버지와 같이사는 아이의 학대를 알고 아동센터에 신고했다가 아이의 큰아버지에게 맞아 죽을뻔했던일^^
정작 일이 터지니 앞뒤 분간못하는 아이의 큰아버지에게 해를 당할까봐 동네에서도 쉬쉬..아이도 입을 다물고 주민등록도 말소된 알코올중독자를 어디도 의뢰할데가없고 당사자만 데려다 말소를 풀라니 맞아 죽게 생겼고... 지금은 아이를 여러사람이 힘을합쳐 체육중학교 기숙사에입학 큰아버지와 분리하는데 성공했습니다.

31.

진료원을 시작하여 3년쯤 지났을 때 일이다. 소동마을 이장님의 따님이 뇌염을 앓고 난 후 후유증으로 간질로 대 발작을 자주 일으키는 13세 소녀였다. 15일이상 밥도 못먹고 배는 팽만이되었으며 간질 발작을 더 자주 일으켜서 몹시 나쁜 상태였다. 청진 상에는 장운동이 거의 들리지 않았다. 가을철에 감을 따서 너무 많이 먹었다는 이야기를 듣고, 관장 500CC을 해 주었다. 대변을 본 뒤 소녀의 증상이 좋아졌다. 그 후 관장으로 생명의 은인이라고 고맙다는 인사를 들었다.

지금은 간질 약 복용으로 간질 발작도 많이 횡수가 줄었고 집안 일을 잘 도와주면 지낸다.

32.

1987년 진료소 교통수단이라고는 이륜차 밖에 없는 시대에 새벽 2시에 전화벨이 울렸다. 다급한 목소리로 배가 너무 아파 견딜수 없고 진료소 갈수가 없다고 하여 이륜차시동을 걸어 가정방문 해 보니 고열과 땀으로 뒤범벅되어 있어 진찰해보니 급성 맹장인것같아 영업용 택시를 불러(구급차를 부르면 소요시간50분 , 영업용택시20분)1시간 소요되는 종합병원을 갔는데 조금만 늦었으면 복막염으로 진행됐을텐데 제시간에 도착해 수술을 잘하심.

33.

초창기 근무(1986년)시 50cc 스쿠터로 비포장 도로인 마을길을 돌아 가정방문을 가면서 수도 없이 넘어져서 지금은 무릎에 흉터가 가득합니다, 하지만 뿌듯하고 행복한 흔적인 듯 합니다.

가정방문을 하여 혈압재고 먹는약 주고 오는 것으로 요구하는것이 아니고 링겔이라도 한 대 나누어야하지 않나 하는 염원에 매번 현실적으로 갈등하고 있다.

34.

섬에서의 가정방문은 차가 없어서 걸어 다녀야 했지만 즐거운 시간이었습니다.

멸치와 꼴뚜기를 고르고 있으면 함께 앉아서 이것저것 얘기를 나누고 하나씩 먹기도 하고 한주머니씩 싸주시기도 하고 몇천원이라도 가정방문 나와줘서 고맙다고 호주머니에 넣어주시면 싫다고 안된다고 도로 내드리면 적어서 그러냐고 화내시던 할머니, 어쩔 수 없이 받아와서 다음에 음료수를 사가면 또 좋아하시던 외로우신 분들. 밥을 못먹고 누워계신 독거노인 할머니에게 어설픈 죽을 쑤어드리면 마음으로 받아드셨던 분들. 지금은 형식적인 안부만을 묻고 돌아올 때가 많아서 다시금 첫발령지에서의 순수함을 되찾고 싶어집니다.

35.

고혈압환자가 의식을 잃고 쓰러졌다는 연락을 받고 급히 왕진하였을 때 CPR과 더불어 신속한 응급처치로 인하여 깨어났을 때 보건진료원으로 일을 할 수 있다는 것에 감사함을 느꼈다. 사고로 경추손상으로 전신마비가된 환자를 정기적으로 방문하여 간호해드렸던 기억이 가장 기억에 남는다. 지금은 돌아가셨지만 그 가족들과 친분이 생겨서 지금도 여전히 잘지내고 있다. 나는 별일이 아니라고 생각하며 한 일이지만, 그분들께서는 방문을 통해 돌보아드린 것들을 아주 크고 고맙게 받아들이는걸 보면서, 나의 작은 방문이 그분들에게는 아주 크고 고마운 일이구나 싶었다. 지금도 여전히 나의 방문을 기다리는 노인분들을 보면서 내 존재가 이 분들에게 얼마나 큰 것인지 생각해보게 되고 조금 귀찮고 힘들어도 방문은 계속해서 이루어져야겠구나 싶다.

36.

진료소운영과 방문간호 병행은 어려움이 있다. 진료소 부재로 인한 민원발생과 제공할 수 있는 서비스의 한계 등의 어려움이 있다. 하지만 방문대상자들은 방문시 더 만족하며 대상자의 건강기능이 향상됨을 볼 수 있다.

37.

1983년 막 발령받고 진료소를 왔는데 그때는 의료보험이 적용 안되던 되라 주민 아드님이 막 결혼하여 딸을 보았는데 교통사고를 나서 눈을 팔아서 치료하고 상처가 치유가 덜 되서 주사약은 병원에서 가져왔는데 날마다 주사 놓아 주고 상처치료를 부탁하여 날마다 걸어 다니면서 치료 해 주었는데 장애는 조금있지만 학원차를 임대로 생활하고있으니 주민께서 고마워할 때 마다 마음이 흐뭇해집니다. 치료대금은 한 푼도 받지 않았었습니다.

38.

몇 년전 근무력증을 앓고 있는 50대 후반 여성분을 주기적으로 방문 할 때의 일이다. 자의로는 조금도 움직일 수 없는 이 환자를 간호 하는 사람은 정신지체 27살 청년이었다. 문을 열고 들어가면 이불이 덮어져 있어 사망 ?.잠시 별 생각이 이불을 들쳐 보면 눈만 멀뚱거리고 있어 왜이러고 있냐 물어보면 파리 때문이라다. 그야말로 공기반 파리 반이다. 내 업무는 진료고 뭐고 파리채부터 들고 파리 소탕 작전부터 펼쳐야만 했다. 파리 사체를 치우려면 청소를 해야 했으며 주방에 말라 비틀어진 그릇을 씻고 밥 솥의 썩은 감자를 없애고 밥을 지어야 했다. 그러다 종교 단체의 도움을 받아 지금의 요양원으로 보내져 나머지 여생을 편히 계시다가 돌아 가셨다. 그때는 지금의 재가나 요양시설이 얼마나 절실 하게 필요성을 느껴졌었는지?

39.

몇 년 전 겨울, 한창 바쁜 시간에 도유리 경로당에서 전화가 왔다. 지금 김할머니가 식은땀 흘리고 벌벌 떨고 있다는 것이었다. 진료소에 내소한 분들이 많이 계셔 당장 갈 수가 없어 우선 설탕물 한 그릇 먹이고 누워계시라고 하고는 내소자들 모두 보내고 5시쯤 콩두유를 한박스 사서 경로당에 갔더니 모두 저녁 지으러 집으로 가고 아무도 안계셨다. 김할머니집을 찾아 갔더니 집 벽에 갈라진 틈마다 흰 연기가 새어나오고 있었다. 사람을 불러도 대답이 없어 부엌문을 열어보니 아궁이에 불이 타고 있었고 할머니는 바닥에 누워계셨다. 미동이 없기에 가까이 가 가만히 보고 있는데 누워서 발로 장작을 밀어 넣는게 아닌가. 잠시 놀란 마음을 쓸어내리고 장작을 모두 아궁이에 넣고 부축해서 방으로 옮겼다. 방안은 썰렁하고 틈마다 연기가 나와 자욱했다. 우선 가져온 베지밀을 하나 드렸더니 잘 드신다. 바람이 너무 들어와 추워서 문 앞에 칠 담요라도 없냐고 했더니 아들이 이사하고 커튼을 가져다 준게 있다며 박스 2개를 가리키신다. 고추 끈에 커튼을 끼워 문 앞에 쳤더니

그래도 바람이 들어왔다. 하나 더 끼워 이중으로 커튼을 치고 나니 좀 나아졌다. 바닥 역시 차가웠다. 전기장판은 고장이 나 있었고 방안을 둘러보니 원룸 아닌 원룸이었다. 슈퍼에서 파는 씹잠통에 물을 떠다 놓았고, 플라스틱통에 밥을 퍼놓았고, 요강도 뚜껑 없이 놓여 있고..... 안되겠다 싶어 아들집에 연락하자고 했더니 안된다고 하신다. 이웃집 남할머니께 도움을 청했다. 남할머니 아들에게 전화해 김할머니 아들에게 연락했다. 한참 후 둘째 며느님에게서 전화가 왔다. 이곳 형편을 이야기하고 전화를 끊었다. 남할머니께 자주 들리 보시라고 부탁드리고 나오니 캄캄한 밤이다. 다음날 남할머니께 전화해 김할머니 잘 있느냐고 했더니, 어제 저녁녘에 둘째 아들이 와서 모셔갔다고 하신다.(김할머니는 현재 치매를 앓고 계신다)

40.

섬에서 근무하는 한 밤중 아주머니께서 아기를 낳으려고 하니 왕진을 나오라는 것이다. 어둠을 뚫고 겨우 도착했는데 둘째를 분만 중인 아주머니! 실습에서 배운 대로 최선을 다해 무사히 분만할 수 있었다. 난 그 곳에서 근무하면서 이런 경험을 두 번이나 했다. 지금 그 아이들이 벌써 24살이 되었다. 정말 감회가 새롭다.

41.

주민들이 가정방문의 편리성을 악용하는 사례가 있는데 본인이 진료소를 충분히 방문할 수 있는여건에도 불구하고 왕진을 수시로 요구하여 다른 업무상의 진행에 불편함이 있습니다.

85년도 이웃집에 초산인 산모를 저녁10시쯤까지 분만개조를 하고 밤새 걱정이 되어서 잠도 못자고, 그 때 분만개조비가 5천원 의료보험이 되지 않던 시절 산부인과에 못가고 진료소장이 받아달라고 통 사정을 하니 어디서 용기가 났던지, 아님 당연히 도와야 된다는 책임감이었는지 지금은 당연히 하지 않을 일을 그 고생을 하고 그래도 그 아이가 학교 갈때까지 잘 커가고 있는가도 걱정인 반면

대견스럽고 관심이 가고 이후 10년이 지나고 20년이 지나고 지금도 가끔 만나면 그때 얘기 하고 벌써 그아이는 대학을 졸업하고 직장생활을 잘하고 있습니다. 진료소 생활이니까 가능한 얘가지요.

42.

막상 왕진을 가면 내가 해줄수 있는 부분이 너무 미약한경우가 많다. 119불러서 시내 병원으로 보낼 수밖에...

지붕에서 떨어져 거동불능한 분을 계속 (1달) 방문 진료한 적이 있는데(1990년)

그 뒤로 그분은 나를 볼 때마다 은혜를 갚고 싶다고 말씀하십니다.

43.

가정방문시에 본소 직원들은 차량이 구비되어 출장시에 사용하고 있으나, 보건진료소는 시.군에 따라서 차량유지비가 지급 되고 있는데도 있지만, 대부분 진료소에서는 개인차를 이용하고 있고, 유지관리비도 개인적으로 지출되어 형평성에 어긋난다고 생각합니다.

44.

초창기 오토바이를 못타을때 추운 겨울날 눈보라 치던날에 지역 주민 오토바이 뒤에 타고 가서 왕진갔던 기억이 스쳐가네요. 지금은 1종보통 면허증 소지자로 맞춤형 가정방문건강관리사업 열심히 운전하면서 일차진료 업무 수행중이지만.....

45.

1989년 겨울 눈 내리는 늦은 저녁 빨갛 주우러 산에서 넘어진 할머니의 방문 진료를 가다 살인 눈 때문에 도랑에 빠져 다친 적도 있지요. 내 몸의 상처보다 할머니 걱정애 불평 없이 이웃주민과 군불 넣어 드리고 파스 붙이고 간호 해드렸는데, 지금은 고인이 되신 할머니 무척 고생하시는 삶을 살았지만 정이 많으신 분이였지요.

46.

초창기 보건진료원은 일차진료 외에도 산과 진료도 해야 했다. 하지만 경험은 부족했고 해야 할 일은 막중했다. 더구나 교통이 불편한 지역이어서 위험상황에 닥쳤을 때는 도움받기도 어려웠다. 섬에 근무했을 때의 일이다. 하루는 산모가 있으니 와 달라는 요청이 왔다. 가서 보니 어떤 분이 출산을 도와주려다 아무리 애를 써도 아이가 안 나오니 나를 부른 것이었다. 아이의 다리 하나가 산도 밖으로 나와 있는데 얼마나 시간이 흘렀는지 피가 통하지 않아 다리 색깔이 짙은 자주색이 되어 있었다. 급한 상황이라 팔을 걸어 부치고 아이가 나올 수 있게 하려는데 아무리 애를 써도 꿈쩍도 하지 않는다. 아이의 다리를 잡아 당겨도 밀어 넣으려 해도 요지부동이었다. 그러다가 주사를 놓고 온 힘을 다해서 아이는 무사히 나왔는데 얼마나 힘을 썼던지 왕진가방을 들 힘마저 없었다. 나중에 아이가 자라서 엄마와 함께 오곤 할 때면 그 모습이 얼마나 예쁘고 귀여운지 볼 때마다 감회가 남달랐다.

47.

인사발령후 새로운 임지에서 한달이 채 못될 때였다. 8월 여름 장대비가 억수같이 퍼 붓는날. 동네에 사시는 86세 할머니가(청각장애) 진료소에 오셔서 아들이 술먹고 넘어져서 사흘째 못일어난다고 우리집쯤 가자는 말씀이었다.

참고로 80대 노모와 단둘이 살고 있는 60대 아들이다. 집을 몰라 몇가지의 약을 챙겨 할머니와 내 차로 동행하였다. 차에서 내리자마자 이미 비에 옷이 다 젖어버렸다. 할머니 집은 동네에서도 산꼭대기 집이었다.

집에 도착해보니 내 발을 어디다 디뎌야 좋은지 모를정도로 심한 악취와 함께 환경이 말아니었다. 방에 누워있는 아들을 보니 넘어질때의 충격과 상처로 천장을 쳐다보며 반듯이 누워있었다. 아저씨의 이름을 부르니 눈만 굴리고 의식은 있어보였다. 누워있는 아들이 짬해 밥을 먹였는지 입가에는 밥알이 거품처럼 품어지고

붙어있었다. 일단 119에 신고해놓고 아저씨를 보니 온몸에 오줌과 똥으로 범벅이 되어 있었다. 흑 골절상이 있을지도 몰라 아저씨 옷을 가위로 자르고 새옷을 입힐려고 보니 몸안에서 구더기가 생겨 내 눈을 의심했다. 상처난 자리에 오물과 섞여 구더기가 생긴 거였다. 일회용장갑이라도 가져올걸 슬리퍼라도 가져올걸...나와 동행했던 이웃아주머니는 그 광경을 보고 욕을 하며 나가버렸다. 마음을 가다듬고 다시 생각했다. 이 사람은 사람이 아니고 이 사람의 몸은 예수님의 몸이다 라고 생각생각 또 생각하며 옷을 벗기고 걸레를 수차례 빨아다 몸을 닦았다. 그러던중 비가 많이 와서 119도 빨리 오지 않고 도중에 수차례 집을 찾는 전화가 왔다. 그리고 거의 마치고 새옷을 입히고 나니 119가 집에 들어왔다. 그 전상황을 모르는 그 분들은 신발을 벗지도 않고 집안으로 들어가 아저씨를 들것에 옮기고(집까지 차량진입불가) 그때 막 도착한 아저씨 큰 사위와 함께 병원으로 갔다.

그 후 며칠동안 난 밥을 거의 먹지 못했다. 오랫동안 보건의료원 일을 하면서 이렇게 험한 상황은 처음이었다. 지금도 그 때 생각을 하면 그 아저씨는 병원치료후 6개월동안 요양병원에 계시다 얼마전 집으로 오셨는데 처음에는 술을 드시지 않더니 다시 또 술이 취해 아무데서나 (길바닥) 잠을 잔다. 동네에서는 아예 그런 사람 하지만 희망도 꿈도 의지도 그 무엇도 없이 하루하루 살아가는 그 아저씨가 난 불쌍하다. 저런 사람도 제대로 사람노릇하고 대접받고 살수는 없을까...

그때 그일은 좀처럼 잊혀지지 않는 일이다.

48.

가정방문을 통해 임종 전 환자를 밤샘을 해가며 살피고, 가족 분들을 위로하며 출상준비를 했던일, 부모님과 같은 분들을 보내드려야 할 때, 슬픔을 참아가며 의연하게 행했던 것은 스스로가지역의 리더라 생각하며 이분들을 도와야겠다는 신념하나로 일했기 때문이 아닌가 생각해 본다.

49.

1. 첫 발령 후 얼마 안되었을 때(1990년대) 주민 중 한분이 복통을 호소 하셨어요. 촉진을 해보니 분명 맹장염인 것 같은데 하루 한번 오가는 배는 이미 떠났고, 환자분은 식은땀을 흘리며 통증을 호소 하시고... 응급처치를(5% D.W 주사) 하고 나서 해군 경비정을 불러 한밤중 거의 3시간을 달려 목포 병원에 입원 시키고 수술을 받게 했던때가 생각납니다. 다행히 복막염까지 가는 것은 막았고 일주일뒤 건강하게 퇴원하셨는데 그분은 지금쯤 어떻게 살고 계실까요?

2. 육지로 발령나서 얼마 안있다가 운영협의회장님이 뱀에 물리셨어요. 소독된 나이프로 가르고 입으로 독을 빼낸 뒤 택시를 불러 읍내 병원으로 보내드렸는데 잘 치료하고 퇴원하셔서 덕분에 생명을 구했다며 씨암탉 한마디 잡아주셨던 그때가 생각납니다.

3. 베트남에서 온 결혼이주여성이 있습니다. 아기를 곧 출산할 때가 되었는데도 출산 준비물을 아무것도 갖추지 않아서 저희 아이들 썼던 기저귀며 옷들을 가져다 줘서 무사히 출산시켰던 때가 생각납니다. 지금은 그 아이가 자라서 유치원에 다니고 그 이주여성은 저희 아이들에게 베트남말로 된 이야기책을 읽어주곤 합니다.

50.

1988년 4월 14일 새벽에 진료소에 할머니가 방문하여 며느리가 둘째아이를 해산할 기미가 보인다고 가정분만하려하니 가정방문하여 분만을 도와달라고 요구하시기에, 가서 산모상태를 진찰해보니 급히 분만도구를 소독하여 분만을 준비해야 될 상황이라 서둘러야만 했다. 그 당시엔 교통수단이 오토바이도 동네에 몇 대 안될 정도로 읍내에 나가기가 불편했던 시절이었다. 물론 버스 첫차는 오전7시나 되어야 있어서 별다른 방법없이 조산원 노릇을 할 수 밖에...

그리고 산모와 같이 땀을 흘리며 수고한 결과 둘째 아들을 순산하였다.

할머니에게 필히 소염작용이 있는 쑥뜸질을 하여 산후조리에 신경 쓰시고, 산모와 아기의 건강이 빨리 회복되도록 조언을 하고 집에 돌아오면서, 종합병원에서 신생아실 근무한 경험과 보건진료원 직 무교육시 조산소 실습을 한 경험 때문에 처음이지만 그래도 담대하게 감당한 것 같아 얼마나 감사했는지요. 오벽지에서 보건의료 서비스를 할 사람이 보건진료원 밖에 없다는 부담감은 항상 느끼며 지금까지 지내고 있습니다.

51.

재가암환자 욕창처치를 위해 가정방문중 주민으로부터 전화를 받았는데 복통 설사환자를 모시고 진료소에 왔다는 전화가 와서 잠시 기다려줄것을 말했더니 연거푸 계속전화가 와서 급하다는 거예요. 왜그러냐고 물었더니 사실은 개구리 알을 소주에 타서 주민들이 회관에서 마셨는데 구토복통 설사를해서 모시고왔노라고 하길래 그걸 진료소에오면 어떻게해 하면서 빨리 119를 부르라고 응대를해주고 진료소에 가서 그 마을회관으로 전화를해보고 상황을 보니 십여명이 그런상황이더군요. 참고로 그때가 경칩정도 되었을 때입니다. 그리고 잠시후 또119차가와서 그마을을 문길레 저도 그회관으로 가보니 개구리 알이 아니고 두꺼비알을 단체로 마신거였어요. 저는 재빠르게 보건소에 신고하고 환자들은 이미 119차와서 다 후송을 했는데 나중에 경찰이 와서 두꺼비알을 가져다준 사람을 찾더군요. 저는 말할 수 없었죠. 그날저녁 저희 시 두 종합병원을 다니며 입원을 시키고 주민들 관리해주며 있는데 방송국에서 취재가 나왔어요. 협의회장님만 남겨두고 저는 차에 숨어있어야만 했어요. 그날저녁 9시뉴스에 대대적으로 나왔답니다. 그 후부터 누가 색다른걸 먹었다는 소리만 들어도 놀라고 긴장을 합니다. 노인이 많은지라 2-3일씩 입원후 완쾌됨

52.

다음,다뇨,다식의 주된 증상이 없는데 혈당의 수치가 당뇨 환자라

고 할 수 없는 정도의 수치로 6개월 정도 이어지는걸 발견하고 병원진료를 권했는데 신장암이 발견된 분과의 이야기다.

자신의 질병이 자신이 이길수 없는 암이라는 사실에 인정하기 싫어 예전처럼 똑같이 바둑을 즐기고 장기를 즐기며 사시던 분이 자존심상한다는 그 한마디 말을 하시며 부인에게도 보이지 않던 눈물을 보이시며 조금이라도 더 살고 싶다고 솔직하니 표현하시느 그 모습에 함께 울었던 나의 모습이 가끔은 생각난답니다.

53.

육지에서도 오지인 근무지에서 있었던 일이다. 동네 할머니가 걱정되어 30분 이상을 걸어서 기본적인 검진을 하고, 상처를 치료하고, 교육과 함께 주의사항을 주고 나오는데, 뒤쪽에서 그분의 아들 내외가 수근대는 소리가 들렸다. 아내가 뭘 물어본다고 말을 하자 남편이 하는 말“저런 것이 뭘 알아”라고 말하는 소리가 들려왔다. 순간 너무나 큰 절망감에 내가 이일을 계속해야 하는가 하는 말할 수 없는 자괴감이 들면서 돌아오는 내내 발걸음이 무거웠다. 한동안 일에 손에 잡히지 않았지만, 그 일을 계기로 구체적이고 실질적인 도움을 주기위해 어떻게 해야 할까를 고민하게 되었고, 계속하여 책을 놓지 않도록 만들어준 잇을 수 없는 중요한 사건이 되었다.

54.

진통을 한다고 방문요청을 받고 가서보니 내리 딸만 낳았던 부인은 5번째 아이를 낳으면서 혹 또 딸 일까봐 아무준비도 하지 않고 있었다.참으로 안쓰러웠다.그런데 아들을 받았다.그의 남편은 속으로 얼마나 좋으면서도 크게 표현하지 않고 나의 지시를 잘 따라 주었다. 그 다음날 갓난아기의 옷1벌과 아기 엽는 띠를 선물했던 그아이가 커서 벌써 장가를 갔다.

55.

신부님께서 전화하셔서 찾아갔는데 40대 남자가 오막살이 집에서 혼자 사는데 알콜 중독, 흡연, 하반신 마비, 한쪽 다리 무릎 아래 절단, 수십 개의 욕창, 비위생적인 생활환경으로 냄새가 이루 말할 수 없었다. 거기에 수급자여서 나온 생계보조비를 노리고 놀러 온 도박꾼도 있었다. 내 관할지역도 아니어서 거절하고 싶었지만 그럴 수 없다 해서 주2회 방문하게 되었다. 처음에 욕창치료를 시작하자 스스로 방 청소를 했고 우여곡절 끝에 1년여 방문으로 욕창은 치료되었다. 또 그 집 기둥에 순찰함을 달아 경찰들이 자주 방문하게 하니 도박꾼들은 오지 않게 되었다. 생계보조비를 모으게 하고 일정액이 모이자 후원회를 조직하고 모금하여 작은 집을 지어 주었고 냉장고 세탁기 주방시설 실내화장실 등 스스로 생활할 근거를 마련해 주었다. 끝까지 심하게 피우던 담배로 인한 인후암으로 돌아가시게 되었지만 그 아저씨는 돌아가시던 55세까지 집을 가꾸고 생활비를 절약하여 조카들의 학비를 도와주는 등 인간적인 삶을 사시다 가셨다.

그리고 그 지역은 보건진료소와 상당한 거리가 있음에도 불구하고 보건진료소를 꾸준히 이용하였으며 후원회원들 역시 보건진료소에 일이 있을 때면 항상 도움을 주었다.

Ⅲ. 일차진료 일화와 경험

1.

15년 전 급한 전화 한통을 받았다. 어머님 갑자기 힘없고 기침 심하며 숨쉬기 힘들어하기에 빨리 와달라는 아들의 얘기였다. 내소 한분이 계시고 빨래를 삶고 있는 중이라 약10분정도 지체 한 후 급하게 집으로 향하여 방안 문을 열자마자 “어머님이 숨을 안 쉬어요”. 확인해본즉 조금전에 운명하신거예요. 만일 진료를 위하여 주사처치를 했다면 오비이락이 될 뻔 한 아찔한 순간이었다. 친척

본의 도움으로 수족 거두워 드리고 놀랜 가슴을 안고 진료소로 왔다. 평상시 인자하신 할머니이셨는데 건강하게 오래 사셨으면 하는 아쉬움이 가득했다.

2.

1980년도 시절 아침일찍 불려서 산모집에 가보면 예정날짜가 아닌데 간밤에 토사광란이 나서 갑자기 아기를 받았던 일.

모내기철에 모심으로 논에 들어가다 유리조각에 찢려 발바닥을 겁도 없이 13cm정도 꿰매고 그때는 병원에 가라고 해도 안가고 버스시간도 2시간씩 기다리고 하던시절이다.

3.

1990년대에 당뇨말기 환자인데 발관리를 못하여 절단해야하는 위기인데 본인이 그냥 퇴원했습니다. 그 추운겨울에 매일 3개월을 방문하여 완전히 완치시켰습니다.

돌아가실 때 성한 발을 가지고 가셨다고 가족들이 기뻐하시던 모습이 지금도 어제같습니다.

4.

일차진료기관인 보건진료소가 설치되던 시기에는 좋지않은 질병이 많았다. 많은 아이들을 양육하는 가난한집에 간질증상으로 약을 복용하는 가장이 있었고.. 그약을 끊으면 안되는 당위성을 말하며 약복용과 진료일자를 맞추고 있는지 일일이 찾아가서 확인하고 또 확인하고 그 병에 정확한 진단을 해주는 병원을 찾아주고 투약을 관리하고.. 가난이 되물림 되는 아픔을 보며 아빠가 건강하게 있어 주는 것 만으로 힘이 될 것 같은 집을 끊임없이 방문하던일, 지금은 세대가 너무 많이 변했다. 시골에도 부부갈등을 넘어서지 못하고 아이들을 남기고 떠나가는 엄마, 아빠가 많아서 조손가정,편부모가정이 많아졌다.그뿐 아니라 다문화 결혼으로 인한 다문화가정에 자녀들 교육문제등..도 심각하다. 부부가 언어소통이 자유롭지

못하다 보니 아이들이 언어를 따라가지 못하게 되는(대개 말을 못하는) 슬픈 현실이 또 생겨나기 시작하는 것이다. 질병양상도 많이 달라져서 만성질환이 너무 많아져서 주기적으로 혈압약투약을 관리하는 일이 일상이 되어 버린것 같다. 일차진료에 치중했던 업무가 이제는 건강증진을 위한 교육과 운동교실운영, 만성질환 투약 관리, 조손가정위생관리등.. 업무의 방향이 많이 달라져간다. 그럼에도 대부분 지역주민들이 원하는 것은 여전히 아프면 주사를 원하고 공무원퇴근시간과 관계없이 그분들이 필요로하는 저녁시간에 진료를 위해 진료소에 있어달라는 민원을 끊임없이 제기하고 있는걸 보면 고정관념이 바뀌는데는 세대가 필요한 것일까.. 의기소침해질때도 있다.

5.

1986년 부임초기에 섬에 발령을 받고 가서 한 달도 되지 않아 집에서 출산을 하신분이 태반이 나오지 않는다고 하여 방문요청이 있어서 가보니, 모두들 당황하고 어쩔 줄 몰라 하고 있다가 글러브를 끼고 태반을 쪽 잡아당기자 어렵지 않게 쑥 하고 태반이 나오. 산모도 건강하고 아가도 건강하고 그래서 흐뭇한 마음으로 산모가 먹을 음식을 같이 먹었음. 그 후로 모두들 도와주어서 진료소생활이 힘들지 않았음

6.

1980년대 배꼽에서 계속 고름과 피가 나온다는 말에 배꼽을 벌려보니 그 속에 보리가시가 박혀 있던 일. 아기가 소죽 솔두껍을 밟은 것이 미끄러져 소죽솔에 빠져 앞가슴을 제외한 등, 팔, 다리에 2도 화상을 입었는데 형편도 어려워 병원에 갈 생각도 않고 진료소만 의지하여 날마다 걸어서 왕진을 다니면서 마음 아파하며 최선을 다하여 치유되던 모습을 보면서 눈물을 흘리던 일.

7.

가끔 발생하는 응급상황에서 농약으로 인한 자살, 술로 인한 자해를 하는 경우가 있는데 이때 제가 응급처치를 해서 생명을 살렸을 때는 보람도 크지만 119가 올 때까지 인공호흡을 하면서 농약으로 인한 구토 등 육체적으로 넘 힘들 때도 있고 더욱이 사망사고가 생기면 경찰에 사건경위서등을 쓰기도 하고 환자를 보내야하는 정신적인 스트레스가 너무 클때가 가끔 있었습니다.

8.

같은 약재를 가지고 30여년을 일차진료 하고 있지만 약 잘 짓는다는 말을 많이 듣는다. 각자의 신체적 특성이나 약리에 대해 잘 적용하기 때문이라 생각한다.

9.

면단위에 사시는 올해 93세 된 할아버지는 오래전부터 7km 되는 이 진료소를 방문하여 간간히진료를 받으셨다. 관할지역도 아니라 그 먼거리를 자전거를 타고 때론, 땀별에 때론 눈을 말아가면서 오시는 길이라 내맘이 여간 불편한게 아니다. 가까운곳을 이용하시라 해도 빵하나라도 애들주라면서 정스럽게 오시는 할아버지. 총기는 좋으시지만 꼭 막힌 청각 때문에 전화는 너무힘들고, 마주보는 대화가 얼마디에 한마디정도 통할정도로 소리를 지르고 손짓 발짓 해야하는 형편이다.한동안 뜸하시던 할아버지가 작년부터 정말 예쁜꽃이라고 진료소 마당에 직접오셔서 심어주신다. 올해도 150여포기 백일홍을 할아버지와 땀을 뺀뺀 흘리며 심었다. 직접 심어주고 싶다고 하셔서 차로 모시고 와 꽃을 심고, 주고받는 대화는 안되니까 할아버지 인생살이 얘기에 고개를 끄덕이며 맞장구를 쳐주다가 물김치 한통,간식거리 담아 모셔다 드렸는데 참으로 감사함이다.

10.

섬에 근무하면서 잘하면 일주일에 한번 도시로 나오고 날씨가 안 좋으면 2-3주에 한번씩 바깥세상으로 나올 수 있었는데 동네 주민들은 그것도 자주 나간다고 생각하고 진료소에 항상 있기를 바랬다. 그걸 처음엔 이해를 못했는데 돌팔이 동네 이장이 의료사고를 내서 영아가 사망한 사고가 있는 후 동네 분들의 심정을 이해할 수 있었다. 내가 있었더라면 그런 일이 안 일어났을 수도 있었을 거라는 생각이 들었기 때문이다. 지금도 그 생각을 하면 안타깝다.

11.

보건지소에선 주사를 놔주지않아 관할지역이 아니더라도 주변에서 와서 주사및 진료를 요구하는경우가 많아 관할지역의 의미가 적고 진료소 없는 주민들과의 마찰등이 생긴 경우.

12.

초기 발령지가 섬지역이었는데 늦은 오후에 조산아를 분만받아 인공호흡을 하며 지켜보다가 다음날 아침 병원선으로 육지로 후송하여 입원시킨 일. 3도화상으로 위급한 여학생을 안정시키며 후송한 일, 등등이 기억에 납니다.

13.

1. 초창기 분만을 도왔던 시절 산꼭대기에 분만환자가 있다고 하여 1시간여를 걸어서 분만을 도왔던 경험.... 면소재지에 있던 택시 기사는 면에 분만환자가 있으면 어김없이 찾아와 도움을 청하여 분만을 도왔던 경험이 있습니다.

2. 마을에 소가 상처를 입었는데 진료를 부탁하였습니다.(그냥 꿰매주면 됩니다.??)

14.

벌에 쏘여 의식불명 상태로 진료소에 온사람이 있었다. 다른사람

에게 119부르라고하고 바이탈체크했는데 혈압이 많이 떨어진 상태였다. 가지고 있는 약으로 처치하고 좀 있으니 깨어났다. 며칠뒤에 고맙다며 리어카에 쌀을 싣고왔다 허리는 구부러져 힘드신데..... 지금도 그분을 보면 죄송하고, 고맙다.

15.

거동이 불편하신 어르신들이 응급으로 치료를 요하나 보건진료소에서 진료가 어려운 상태인 경우며 119를 연계하기에는 애매한 상황일 때 개인차량으로 환자분을 모시고 인근 병원 응급실을 가던 일 아마도 근무시간외의 일들이 많이 있었던 것 같다.

16.

2007년 7월 17일 집에서 휴일을 보내고 있는데 주민이 전화가 왔다. 벌에 쏘여서 부종있고 가렵고 어지럽고 구토가 나온다고 해서 진료소에 오시라고 하고 나는 차로 진료소에 갔다. 주민께서는 몹시힘들어 하고 계셨다. 처치 후 1시간정도 지난 후 집으로 모셔다 드리고 왔는데 멀리 서울에 있는 따님께서 전화가 와서 고맙다고 말했다. 벌에 알레르기가 있는 주민들은 정말응급으로 처치를 해야한다. 벌 알레르기로 여러분이 힘들어 하는 것을 목격했기 때문이다.

17.

혈압이 높으셔서 끊임없이 병원의뢰를 권하고 투약관리 및 혈압관리를 권해보았지만 한번 투약 하면 죽을때까지 복용해야 한다는 번거러움을 호소하시다가 결국 뇌출혈로 쓰러지셨다. 쓸데없는 고집과 무지 때문에 아직도 한참을 더 사셔도 될 분이 특히 6.25전쟁때 나라를 위해 헌신 하셨던 용사께서 몇 년을 식물인간으로 사시다가 돌아가셔야만 했다. 이 할아버지를 보면서 조금 더 적극적으로 교육하고 의뢰해보지 않았을까 회의가 들기도 하였다.

18.

바람이 불면 섬은 육지와는 차단이 된다. 아저씨께서 다른 부위도 아닌 얼굴을 상처를 입고 진료소에 방문했는데 정말 어쩔 수 없는 선택을 할 수밖에 없었다. 경험도 없이 봉합을 그것도 다른 부위도 아닌 얼굴을 한다는 것은 손이 떨리고 온몸이 땀으로 목욕을 했다. 지금 생각해도 아찔하다. 30바늘은 꽤맨 것 같다. 하지만 아저씨는 정말 고맙다고 하면서 그 후로 나를 많이 지지해주고 도와 주셨다.

19.

학교를 졸업하고 임상경험도 없이 10월 말에 낙도로 발령받아 갔 습니다. 그곳은 김을 하는 고장으로 김공장에서 일하는 일꾼들이 많았습니다. 하루는 손가락을 다쳐 왔는데 봉합술을 해야할 상황 이 되었습니다. 봉합술은 직접 실습한번도 하지 않았고 눈으로 본 것이 전부였는데....

상황은 그 일꾼의 손가락에 바늘을 찔렀는데 아~ 글썸!! 바늘이 그 만 튕겨져나와버리고 말았습니다. 얼마나 손가락이 두꺼웠던지 바 늘은 들어가지도 않았습니다. 처음으로 하는 봉합술도 긴장했거니 와 그 일꾼의 손이 너무 두꺼워 제가 떨림반, 두려움반으로 긴장 을 얼마나 했던지 손까지 떨면서 한 거울에 땀을 뺄뺄 흘렸던지 옆에 있던 주인아저씨왈 “소장님 보다 내가 더 불안해 죽것소!! 소 장님이 어떻게 될까봐!! 괜찮으니까 천천히 하쇼!!” 이 말씀이 고 마우면서도 얼마나 부끄럽기도 하고 창피하기도 했던지.....

지금요??

지금이야 당근 문제 없죠!! 그때 이후로 팔 힘을 얼마나 길렀던지 군 전직원 워크샵갔때 레크레이션시간에 여성 팔시름 대회가 있 었는데 그때 제가 1등 먹었어요!! ㅋㅋㅋㅋㅋㅋ

20.

진료 초창기에 무릎관절통이 있는 중년 아저씨께서 항생제를 달라

하시는데 저는 관절통에는 항생제를 투여하는 것이 아니라며 소염진통제를 주었더니 역정을 내시며 달라는대로 주면될것이지 하시는데도 설명하고 이해를 시키고 해서 이후는 항생제를 찾지 않았답니다.

21.

약 25년전 쯤 중증 화상환자였던 독거노인 할머니이신데 병원에 입원하시라고 해도 병원에 안가셔서..... 입원하시면 돈도 들고 시집간 딸이 병원에 와서 간호해야하고 고생스럽다고 한사코 입원을 안하시고 진료소만 의지를 해서 왕진 및 드레싱 해드리러 1~2개월 정도 가정방문 다니느라.....

초기 증상이 심했을때는 아침, 저녁 하루에 꼭 2회 방문진료를 해가면서 합병증 생길까봐 염려해가며 무척 고생했던 경험이 아련히 나네요. 하지만 보건진료원의 직업보다도 환자를 돌보아야 한다는 간호사로서의 사명감 때문에 독거노인 할머니를 돌볼수 있었고 지금도 생각하면 보건진료원으로서 자부심을 느껴봅니다.

보건진료원의 역할은 진료도 있지만 이차 진료기관으로 가야 할 때 나침반의 구실을 하는 역할도 중요하다고 생각한다. 한 번은 배가 아프다고 온 아이 중에 충수돌기염이 의심되어 의뢰를 했는데 바로 가지 않았더라면 생명을 잃을 뻔 했으며 부모가 찾아와 고맙다고 인사를 했다. 어찌 그 한 가지 뿐이겠는가. 수없이 많은 사람들이 사고로 찢기고 올 때 나는 수술실에 근무한 경험을 살려 봉합을 해 주고 상처를 치료해 주었다. 경운기에 배를 다친 분도 바로 이송을 하여 생명을 구했다. 병원에 도착하여 검사를 해보니 내장출혈이 심했던 것이다. 농촌이다 보니 무수한 사람들이 주변에서 쉽게 찾을 수 있는 농약에 노출되어 술기운에 마셔버린 농약 중독사고 때마다 나는 응급실 간호사 노릇을 수없이 해야 했다. 정말 죽고 싶어서 마신 것이 아니라 '나의 고통을 알아달라' '나를 도와 달라'는 외침으로 듣고 그들을 살렸다. 위세척을 하는 곳은 내가 주로 사용하는 욕실이었다. 위세척관에서 나온 라면가닥, 밥

풀이 나의 비위를 상하게 했고, 때로는 주먹으로 내 배를 가격하는 어이없는 일을 당하기도 했다. 수많은 사람을 살렸지만 그들 중 일부는 살려내지 못하고 떠나보냈다. 이 모든 것이 우연이 아니었다고 생각한다. 이 모든 일들이 그들과의 인연으로 내가 해야만 할 일이었다.

22.

그때 당시도 여름날로 기억된다. 아침 10시가 좀 넘어올까? 산간 지역 외탄집.

30대초반의 젊은아주머니가 집근처 염소를 매러갔다가 무슨독충에 물렸는지 한동네 사는 시집작은아버지가 아기를 업고 오토바이에 아주머니를 태워 진료소의 방문했을때는 머리끝에서 발끝까지 온통 두드러기로 소름이 끼킬정도였다.

지금은 오랜경험으로 병원으로 의뢰했겠지만 그때는 겁 없이 환자를 진료했다.

진료소에서 안되겠다고 병원으로 가시라고 하면 중간에 어떻게 될 것만 같아서 겁없이 진료소에서 쓸 수 있는 두드러기주사를 놓는 순간 환자가 얼굴이 하얗게 되더니만 침대에 힘없이 쓰러지는거다.

순간 등에서 식은땀이 줄줄 흘렀지만 보호자나 다른환자들 앞에서 당황하는 모습을 보이면 안될 것 같아서 편안하고 태연한모습으로 당당하게 행동했다. 아무일도 없는것처럼 환자를 편안하게 침대에 안정시키면서 정신을 잃지 않도록 계속 관찰하니 1시간지나 서서히 두드러기가 약해지면서 환자도 서서히 정신이 드는듯하였다.

4-5시간 안정을 취하니 환자도 두드러기가 거짓말처럼 없어지고 걸어서 돌아가는 환자를 보면서 여러생각에 휩쌓였던 수십년전 기억이 지금도 아찔하다.

23.

시골이라서 근무시간이 지난시간에도 진료를 보는 경우가 종종 있

다. 어느해였던가 못자리를 할 무렵이었는데 저녁 6시 반쯤 전화가 왔다. 밭에서 일하다가 철사로 찢렸는데 다리가 부어서 진료소를 갈수가 없으니 방문을 해달라는 요청이었다.

대수롭지 않게 생각하고 약간의 드레싱할것과 약을 챙겨서 방문을 했는데 생각했던것 보다 상태가 심각해 보였다. 철사로 찢린지 채 30분도 안됐다고 하는데 다리한쪽이 퉁퉁 부어오르고 열감이 느껴지는 것이 파상풍이 예상되었다.

병원에 안가지겠다 환자를 급히 병원이송을 했는데 한달가까이 입원치료를 받고 다리절단위기까지 갔다가 퇴원하셨다. 이런경험들이 오랫동안 진료소를 벗어날 수 없게 만드나 보다. 보람있는 일을 할수 있음에 항상 감사하다.

24.

특수시책 사업 중 하나로 치매예방교실 겸 한글교실을 운영하고 있습니다.

별써 2년째인데 62세부터 84세까지 꽤 고령이신 분들이 일주일에 두 번씩 꼬박꼬박 보건진료소에 오셔서 한글을 익히시고 이야기책을 읽으십니다. 처음에는 ㄱ, ㄴ 도 잘 안되시던 분들이 지금은 본인들의 일기를 쓰실 정도가 되었습니다.

얼마전에는 [나는 나는 자라서 무엇이 될까?]라는 주제로 이야기 나누기를 하였는데 처음 어머님들의 반응은 “아이고 옛날에 공부를 했어야 머시(무엇이 의 전라도 사투리) 될란가 생각을 했것제 암것도 모르고 여적 살아부렀소!”였습니다.

하지만 이것저것 이야기 나누시던 어머님들이 한분 한분 공책에 써나가신 어렸을적 꿈은 “나는 차칸 사람이 되고 시펄다.”, “나는 커서 카수가 되고 싶었다.”, “나는 의사 선생님이 대서 사람들을 치료해주고 시펄다.”, “나는 선생님이 되고 싶었다.”, “나는 공부를 해서 무시받고 싶지 않았다.”, “나는 개론(결혼)해서 잘 살고 싶었다.” 등등이었습니다.

참 살아온 세월을 되짚어 보는 그런 시간이었던 것 같고 어머님들

의 회한을 풀어내는 그런 시간이었던 것 같아서 참 의미있는 수업 시간이었습니다. 어머님들의 일기장을 살펴보면 깨도 심고 콩도 심고 약도 하고 고추도 따고 등등등 1년의 농사 이야기가 다 들어 있습니다.

기회가 되면 어머님들 수학여행도 보내드리고 다큐멘터리 영화로도 제작해보고 싶은 그런 꿈을 가지고 있으며 여태껏 수업해온 자료들을 모아 전시하고 싶다는 그런 생각과 어머님들이 쓰신 일기를 책으로 내고 싶다는 마음도 먹고 있습니다.

어머님들은 어머님들대로 수업시간을 기다리시고 저는 저대로 수업에 충실하고자 혼자서 이것저것을 기획해보곤 한답니다.

25.

복통을 호소하시던 할머니께서 500원 어치 약만 달라고 그렇게 때를 쓰셨는데 겨우 설득하여 맹장염 수술을 받을 수 있게 했을 때 그제서야 고맙다고 두손을 잡고 놓아주시지 않던 할머니 시간을 더 지체하였더라면 복막염이 될 상태였다.

넘어져 상처가 나서 치료를 하러 가면 상처에 고운흙을 발라놓고 치료를 거부 하시던 할머니, 그 옛날에는 왜 그리도 개에 많이들 물렸는지 개에 물리면 그 물린 개의 털을 잘라 그집의 된장을 섞어 개어 상처에 바르고 치료를 거부하시던 할머니들...

양봉을 치던 그 젊은 청년은 실수로 칼을 잘못 짚어 손바닥 전체가 깊은 열상으로 출혈이 심하고 무서웠지만 응급처치 후 병원으로 이송하려고 지혈목적으로 상처를 처치했었는데 지혈이 되고나니 병원을 가지 않겠다고 해서 얼마나 가슴을 졸였는지 지금 같으면 그런 응급처치도 잘하지 못하고 덜덜 떨었을 것 같은 생각이 든다.

26.

83년 늦봄 즈음으로 기억되어지는 어느날 저녁(9시정도) 숙소앞에 경운기 소리가 났고 다급한 목소리로 산모가 진통을 호소하고 있

는데 빨리 가자고 재촉했다. 캄캄한 밤길에 20여분을 경운기로 달려 후레쉬를 비추며 강물을 건너(너무 무서워 울뻐했다)10여분을 걸어 드디어 밤나무골이라는 곳에 도착했고 산모의 비명이 들렸다. 밤새워 산모와 시름하여 새벽녘에 드터 애기울음소리가 터졌다 ㅎ... 이웃아저씨의 경운기를 얻어타고 새벽바람을 맞으며 진료소로 돌아오는 길은 표현 못할 기쁨과 감사,안도감으로 가득했고 내 생애에 잊지 못할 즐거운 기억으로 남아있다.

지금쯤 그 아이(청년)는 어떻게 살아가고 있는지 문득 궁금해진다

27.

가을철에 벌에 쏘여 오신 아주머니가 있었다. 보통은 항히스타민제 주사만 하는데 그날은 웬일인지 평소와 다르게 포도당을 주사하며 상태를 관찰하였다. 10분가량 지나 기도폐쇄증상이 나타났으나 다행히 정맥이 확보되어 있어서 덱사메타손 등을 대량 주사할 수 있었고 얼마 후 호흡이 정상으로 돌아왔다. 지금도 119와 통화하는 한편, 최고속도로 병원까지 쏘았을 때의 시간을 계산하며 보호자와 의논해 신속히 응급처치를 했을 때의 긴장이 느껴진다. 그리고 만약의 사태가 있었을 때를 생각하면 간담이 서늘해지고 후회도 된다. 그러나 적정한 수준의 진료와 과잉진료는 명확히 구분되어지는 게 아니다. 또 다시 그런 상황이 온다고 해도 한 생명을 잃기보다는 역시 응급처치를 할 것 같다.

28.

하루 중 같은 증상으로 중복 진료를 하는 경우가 종종 있는 듯하다. 병원이나 의원을 다녀오신 후 같은 날 진료를 받으시는 경우도 있다.

예를 들어 주사를 맞지 않았다고 하시거나, 시원찮다고 하시면서

29.

1. 1986년도에 전국민의료보험이 실시되기 전에 조산업무를 연10

회 정도 했었다. 탯줄을 뽕뽕 감고 나오는 태아를 겁 없이 받은 적이 있었는데, 지금 생각해보면 정말 아찔할 정도다. 삼신할매가 많이 도와 주신게 아니었는지~~~

2. 둘째아이를 출산한지 보름도 되지 않았는데(출산휴가 1달을 다 써서 근무를 함) 표고버섯을 재배하던 곳에서 참나무에 발등이 찢어진 환자를 10cm이상 봉합하고 낫더니 내허리가 펴지질 않았다.(3월이었는데 눈이 많이 왔었고, 환자는 읍내병원으로 가라해도 끝까지 가지 않아,수술실 근무경력으로 봉합에 조금 자신이 있던 차에 무리를 함) 그 후로 능담주(뱀술) 까지 마셔가며 조심을 했지만 지금도 허리가 아프다.

30.

80년대 말 어느 주민이 혈레벌떡 달려와서 아이가 물에 빠졌으니 도와달라고 했습니다. 들어보니 사고 후 시간이 많이 흐른 뒤였습니다. 도착해 보니 아이의 호흡과 맥박은 없어 심폐소생술을 실시했습니다. 이미 항문도 열려 있어 사망이 확실하지만 그렇다고 아무 조치도 하지 않을 수 없었습니다.

그런데 옆에 있던 젊은 사람이 물에 빠진 사람은 건져서 재(벗질을 불에 태운 후 남은 재)속에 묻어 놓으면 살아난다는 등 황당한 이야기를 했습니다.

의학적 상식이 없었던 그 시절 우리의 주민에 대한 보건교육이 너무도 절실함을 느꼈던 경험이었습니다.

31.

너무나 오랜세월이 지나 이제 기억조차 희미해져 가는 사건이 되고 있습니다만 기억을 되살려보면 어느날 언덕배기 산전에서 경운기로 밭을 갈던 아저씨가 코너를 돌아야 하는데 힘이부쳐 넘어지면서 경운기의 날카로운 기계 날이 아저씨다리에서 회전을 해버려 다리의 살이 너덜너덜, 피가 범벅이 되었습니다.

급히 119구급차를 호출하고 들것으로 사람을 실어 평지에 환자를

누이고 생리식염수로 환부를 씻은후 붕대로 압박 지혈후 환자를 후송했던일.지금도 아저씨의 다리는 훈장처럼 한쪽다리의 종아리가 상처자국과 함께 성한다리의 1/2굵기 수준으로 생활하고 계심. 또 중앙고속도로가 개통후 얼마되지 않아 마을앞 고속도로에서 몇중 추돌 교통사고가 났는데 가보니 환자는 의식이 오라가락 널부러져 있어서 환자의 주머니에서 연락처를 발견해서 가족에게 연락해 수습을 도와준 사건등 크고 작은 사건들이 수도없이 많았습니다.

32.

섬에 근무할 때 일이다. 80세 할머니가 넘어져서 가슴을 다쳤는데 진료소 약을 잡수시는데 재방문이 없으셔서 가정방문 했는데 진료소약이 효능이 없어 이런 방법으로 나왔다고 하신다.

“본인대변을 소주에 담가서 3-4일후에 발효시켜 마시면 된다고”

그래서 좋아졌다고. 과연 그럴까 기생충 감염에는 걸리지 않을까?

6 .25.때 많이 썼던 방법이란다. 한참 보건교육으로 다시는 않겠다고 약속했다.

33.

첫발령 신입1개월차 추석다음날 비상근무시 복통 및 구토, 소화불량으로 내소한 20대 미혼여성의 진단을 맹장염으로 내려 수술이 가능한 타사로 의뢰하자 보호자가 음식먹고 체했는데 영똥하게 맹장염이라고 한다며 거세게 항의했지만 후에 정말로 병원에 가서 맹장수술하고 고맙다고 한일 (1991년)

34.

초창기 군내에 산부인과가 없던 시절 분만 건에 관한 이야기입니다

병원에서 조산원으로 근무한 경력이 있어 관할지역 분만은 거의 받았던 시절입니다. 잘 갖추어진 병원에서 일하다 막상 가정분만을 하려니 불편한 점이 많았지요. 한건은 아침부터 수축이 와 시

간마다 방문체크를 하였습니다. 태동 및 심음은 정상이나 촉진 상태는 약간 작은 것 같고 진행속도가 느려 자세히 설명 후 저녁에 인근 시내 산부인과로 호송하였습니다. 보호자가 남들은 다 잘 받아주더니 밤에 받기 싫어 보내는 거 아니냐고 불만스런 표정였습니다.

의사에게 진료기록부를 보고 진행정도를 설명하니 기록부를 보자며 조산원이라고 물으시더군요. 이 정도면 직접 받기 왜 왔냐는 의사말씀에(보호자 앞에서) 느낌이 정상적이 아닌 것 같다고 했습니다. 다음날 보호자에게 확인해보니 정상분만을 했고 애기는 약간 작지만 호흡이 별로라고 인큐베이터에 있다고 하더군요. 그리고 며칠 후 사망을 했습니다.

만약 제가 느린 진행이라도 받았다면 보건진료소에서 분만해 아이를 잃었다고 하지 않았을까요? 지금 생각해도 아찔했던 기억입니다.

35.

만취상태에서 소를 잡다가(농촌에선 주민들이 소를 잡아 먹기도 했습니다.) 소의 뒷발에 치여서 내장이 파열된 사람을 육지로 후송하였는데 그 사람보다 후송하는 제가 더 죽을뻔했습니다. 해경은 잘 오지 않아서(절차가 복잡하더라구요) 여선에 사람을 싣고 가다 보니 어찌나 멀미가 심하게 나는지요. 그 환자분은 그 험한 상황에서도 의식은 붙잡고 계셨었는데 목포의 큰 병원 응급실에 도착해서 “000씨 병원에 왔으니 안심하세요” 하는 순간 의식을 잃어버리셨고 머지 않아 사망하셨습니다. 생각해보면 정말 안타깝습니다.

36.

섬에 있는 초등학교로 부임온 부부교사의 하나뿐인 외아들이 부임 온지 한달도 못되어 아이들과 놀다가 바닷물에 빠져 숨졌습니다. 섬 아이들은 수영도 잘하고 섬생활에 익숙한데 이 아이는 그렇지 못하였던가봐요. 울지도 못하던 여선생님의 모습이 눈에 밝힙니다.

IV. 지역 주민과의 소통, 교류, 협력

1.

18년전 밤 12시경, 성격이 괴팍한 청년이 음주 후 오토바이에 3명 태우고 집으로 돌아오다가 교통사고를 당해 원광대학병원응급실로 후송, 연락받고 택시로 보호자보다 혼자 먼저 응급실 도착,환자상태 위중한상태로 보임, 각종검사를 따라다니며 해주고 수납할 돈이 없었지만 마침 친구의 도움으로 극적으로 해결. 밤샘을 하고나니 피곤이 밀려왔지만 여전히 근무에 충실하게 임함, 현재는 2명 중 회복 후 재교통사고로 사망, 또 다른 한명은 지병으로 사망함. 생존하시는 분은 항상 고마워하며 죽을 때까지 잊지 않겠다고 지금도 하심

2. 45세 남자 심근경색으로 전조증상 조기 발견하여 응급실로 후송, 의사선생님께서 5분만 늦었으면 사망 했을거예요. 현재는 교통사고로 지체장애인이며 당뇨 심근경색재발을 막기 위한 약물복용중이지만 담배, 술 과다하게 피우고 마신다. 교육을 적극적인관리로 행복한 삶을 살면 어떨까 하는 안타까운 심정이다. 어머니는 요양병원에서 18년째 요양치료중이다. 혼자서 일상생활 유지.

2.

직전근무지에서 주민건강증진을 위해 열심히 일하면서 5년을 함께했다. 어르신들 20여명과 부녀회10여명. 시골에 가족관계가 주민건강증진활동을 위해서는 오히려 득이 되지 못했다. 시부모님과 며느리, 사돈, 친척이 되는 관계라 운동이 원활하지 못하면 남탓을 하게 되는 이유로.. 이런 불편한 마음을 풀고 활성화 시켜 보려고 많이 노력하였는데, 함께 여행을 하면 좋겠다는 생각이 들어서 대회에 참석하며 모아둔 비용으로 무료여행을 하면서 시설에서 봉사활동과 기부금까지 드리고 돌아왔다. 그후로 우리는 더욱 사랑이 깊어지고 행사장운영에 까지 한몫을 하는 계기가 되었다. 자신을 자랑스럽게 여기는 마음과 서로를 인정하는 배려심이 더욱 깊어진

여행을 한번은 시도해볼만했다. 벽을 허무는데 성공한 여행이었으니까~

3.

다른 공무원들과 달리 보건 진료원은 마을 주민과 같이 생활하는 직업이다. 그렇다 보니 업무적이 아닌 개인적인 일에도 관심을 갖고 모든 대소사를 일일이 챙겨야 한다. 마을의 모든 행사 (경로잔치, 마을 관광, 동네 부역행사)일정도 알고 있어야 업무에 도움이 되어 기억을 해야 한다. 요즘에는 장례예식장에서 장례를 치르지만 집에서 장례를 모셨던 몇 년전까지도 근무 마치고 초상집에 가서 밤 늦도록 도와 드리고 오기도 했다. 보건진료원에게 지역사회는 단순한 일터가 아닌 가족과 같은 존재이다.

4.

1. 보건진료소는 사랑방이다. 어르신들의 자식자랑도 하고, 이웃의 어느 할머니와 언쟁이 있어도 진료소에 와서 한참 이야기를 한다. 왜냐하면 진료소에 와서 이야기 하면 소문이 나지 않으면서 스트레스 해소가 되니까.

2. 지역주민들과의 관계는 항상 어렵다. 어느날 젊은 엄마가 약을 지으려고 왔는데 잘 모르는 게 있어서 설명을 자세하게 해드렸더니 고맙다고 인사를 하고 갔는데 얼마 후 언니 된다는 사람이 당신이 뭔데 내 동생을 가르치냐고 한 대 때릴 기세로 달려와 인터넷에 올리겠다고 막무가내~ 무엇을 인터넷에 올린다는 말인지~ 무조건 사과하라네요. 그래서 무조건 사과하고~ 그 날 맥주 한잔 마시고 분하고 허탈한 마음을 달랬음. 요즘은 지역토박이가 아닌 좀 어려운 분들이 시골에 와서 사는 경우가 종종 있는데 자격지심이 있는지 무슨 말을 해도 공격적이고 피해의식이 있는 것 같다. 그래서 특히 외지에서 온 젊은 사람들에게는 지나친 친절은 금물이고 꼭 필요한 설명만 할 것 이라고 나름 결론내림

5.

어버이날 찾아오는 자녀가 있는 어르신과 그렇지 못한 어르신들을 보면서 어버이날 전후로 제 나름 어버이날 행사로 자장면 파티를 시작했는데 지금은 동네분들 다 모시고 자장면 파티를 합니다. 맛있게 드시고 즐거워 하십니다. 진료소를 퇴직해도 이 행사는 계속 하고 싶고 메뉴도 격상 시키고 싶네요

6.

1980년대 초창기 보건진료소의 활성화, 고리채타파, 장학사업, 보건사업의 지속적인 유지, 환경위생사업을 위해 전주예수병원 보건과의 도움을 받아 실험을 만들어 주민들을 교육시키고, 출자금을 받고, 대출업무까지 밤낮가리지 않고 하던 일, 지금은 오래전 진료소와 분리되어 어엿한 실험으로 성장하여 지역사회에 도움을 주고 있는 모습을 보며 뿌듯하기도 하다.

7.

우리 주민들과 함께 한다. 저녁에 주민들이 잠들 시간이면 우리도 초저녁이지만 잠을 자고 새벽에 주민들과 경운기 소리에 잠을 깬다. 이제 주민과 함께한 시간이 25년이 넘어 의원이 면단위까지 들어왔다. 하지만 지금도 주민들의 곁을 지키는 우리가 있어 농어촌의 노령화에 우리가 적극 필요하지 않을까 생각한다.

8.

제가 근무하는 곳은 농산어촌으로 부녀자들의 문맹률이 높아 본인의 이름을 쓰지 못하는 분이 많이 계셔 관공서나 은행의 업무를 볼 때 불편하다는 말씀을 들을 때마다 안타까웠습니다. 그러던 중에 서너 분의 어르신이 혼자서 한글 공부를 한다는 소식을 접하고 저의 아이들이 유치원 다닐 때 사용하던 교재와 그림동화책을 드려 공부할 수 있도록 격려해 드렸는데, 마침 군공공도서관에서 한글 선생님이 마을까지 오서 공부방을 여는 프로그램이 있다는 소

식을 접하고 공공도서관 담당자와 관장님께 제가 책임지고 인원 모집을 하겠으니 우리 보건진료소 마을에 오셔서 공부방을 열어 달라고 요청하여 2년째 한글 공부방 운영을 하고 있습니다. 이 일을 계기로 처음엔 부끄러워 서로 눈치만 보시면서 거절하더니 15명-20명 정도가 모여 공부를 하면서 주민들 간의 화합도 되며, 제가 당신들의 불편한 맘을 잘 알고 공부방을 열어 주었다고 항상 고맙다고 한답니다.

장학간호사로 임상 경험도 없이 섬에서 근무를 시작해서 지금까지 지역사회에서 주민과 지내오면서 너무 힘든적도 있지만 생각하면 아름다운 추억처럼 너무 가슴 뿌듯합니다.

9.

저는 지역주민의 삶의 질이 높아지기를 항상 꿈꿔왔기 때문에 건강증진의 중요성을 강조하면서 사업을 수행해 왔습니다. 지역적 여건상, 교통의 불편 때문에 취미생활이나 운동시설등이 부족하기 때문에 대상자의 건강상태와 흥미를 느끼는 부분에 맞게 요가, 운동, 레크레이션, 보건교육 등 경로당과 회관을 이용해 실시하면서 각종 행사에도 나가 추억을 만들어 가고 있습니다.

요즘은 사회복지 사업이 잘 되고 있어서 연계사업으로 전환하기도 하지만 제가 할 수 있는 부분은 지역주민과의 유대감 증진을 위해서도 수행하고 있으며 무엇보다도 가정방문 사업을 열심히 하여 주민의 문제들을 찾아내려고 노력하고 있습니다. 나이가 들수록 체력의 저하를 느끼는 부분 때문에 가끔은 방문사업에 게으름을 피우고 싶을 때도 있지만 그래도 저를 기다리는 주민을 생각하며 힘을 내서 열심히 일하고 싶습니다.

10.

서술을 하라 하면 참으로 어렵다는 생각이듭니다.

자녀와 이웃들과 벽을 두고 사시는 달힌 마음에 어르신이 계십니다. 처음 방문하니 난 아무것도 받을 필요가 없고 병원도 안가고

회관도 안가고 한다고 하십니다. 혈압 재는 것도 거부합니다. 다음에 다시 오겠다고 웃으면서 인사하고 진료소 홍보물을 놓고 귀소 2차땀 무조건 손부터 잡고 웃으면서 아주머니가 보고 싶고 궁금했어요 합니다 2차땀 강한 거부감은 없었지만 그래도 또 거절합니다 또 오겠습니다 하고 귀소 3차방문시 손을 잡고 웃으면서 저번보다 얼굴이 밝아지고 이뻐지셨어요 이번엔 혈압 한번만 재보시면 좋겠어요. 혈압만이라고 하니 거부 하지 못하고 대줍니다. 이시간부터 조금씩 질문을 합니다. 그래서 다음엔 거부하지 않고 이어집니다. 어르신들은 속에 응얼이가 많습니다. 앉아서 손을 잡고 하시는 이야기 반응을 보이며 들어 주기만 해도 아주 좋아 하십니다.

11.

진료소근무를 한곳에서 20여년을 할수있었다(지방자치장과 주민들의 의배려로) 너무 감사한 생각에 개인적으로 보답하고자 큰 잔치를 베풀었다(일명 진료소20주년 기념잔치). 다과와 음식제공은 물론이고 동별노래자랑,장기,등 상품까지 내걸고 성대히 치루었다. 많은 사람의 격려와 칭찬이있었다. 나는 기분이 정말 좋았다~ 그런데 구경하신 자치장님께서 관내 모든 진료소에도 이 행사를 시키시는 바람에 동료들의 원성을 받았다. 그이후로는 새로운 일 만들기는 안하려고 한다.

12.

5년전 요가 자격증을 공부를 해서 마을 주민들에게 계속적인 운동으로 유연성 근력을 높이고자 요가를 시작하여 매주 월,금요일 11시는 마을회관에서 요가를 하고있다. 5년을 쉬지 않고 요가 교실을 운영하는 나의 비법을 소개한다.

누구나 스트레칭이나 요가나 체조를 할 수 있지만 주민들에게 신뢰감을 주기 위해 자격증을 따서 접근했다. 요가시간을 60분간을 잘지킨다. 교육이 있다든지 연가가 있으면 꼭 요가팀에게 연락을 하고 미리 비우는 시간을 홍보한다. 소장님은 시간을 잘 엄수 한

다는 것을 알게 한다. 요가복을 사주어서 예쁜 요가복으로 자긍심을 주었다. 가장 좋은것은 요가팀 멤버가 서로 느끼는 운동의 효능감과 열심히 하시는 열의에 칭찬을 해준다. 출석을 혈압. 당뇨 측정으로 체크하며 연말에는 작은 선물로 빠지지 않은 회원에게 보상을 해준다. 논이나 밭에서 일하다 머리감고 씻고 뛰어오시어 요가 매트를 깔고 앉아 기다리시는 마을 요가 회원님의 열의에 항상 감사드린다. 참고로 요가 회원의 연령은 70세-86세이시다.와우

13.

80세 여자 어르신께서 아침일찍 진료소에 오셔서 소장님 큰일 나 따고 하셔서 무슨일이냐고 물으니 할머니가 30년전에 재혼하셨는데 지금 영세민통장에서 남편이 난 큰딸이 사업에 부도가 나서 할머니 통장에서 한달에 한번씩 8만원씩 빠져 나가는데 할머니가 유방암으로 해남에서화순전대병원까지 영세민급여에서 약값 교통비까지 해야 하는데 걱정을 태산같이 하셔서 면사무소 영세민담당자와 의논끝에 기존에 있는 통장을 없애버리고 농협직원에게 사정 이야기하고 통장을 새로 발급받아 본인 아니면 돈을 찾을수 없도록 해결해주자 너무 고마워서 눈물을 흘리고가심.

14.

처음 근무지에 낯설고 두려움에 힘들었지만 주민들의 단체행사나 가정마다의 애경사시 찾아다니며 얼굴을 익히고 서로의 보이지 않는 담을 허물어 점차 주민들의 경계가 풀어지면서 진료소 하는 일에 적극 협조하게 되었다.

15.

결혼식을 빼고 조문, 지역행사 ,경로잔치는 빠지지 않고 참석합니다

16.

1. 모든 진료원 선생님들이 하시겠지만 경로잔치 마을잔치등에 주민과 같이 음식도 만들고 설거지도 한다.
2. 마을의 경조사, 찬조금 모금등에 동참한다

17.

시간적인 여유가 있다면 장황하게 여러 파트에 글을 남기고 싶지만 월보 기보 상반기보고와 맞물려 초조한 시간이다. 우리보건소에서 한방장수건강마을이란 프로그램으로 강사비용을 지급해주면서 관할마을의 주민을 대상으로 기공체조를 만 22개월째 진행을 해오면서 마을단위의 노인계층보다는 젊은 부녀들을 위한 스트레칭이나 운동이 될 수 있을 좋겠다는 생각으로 관내 3개마을내 원하는 주민을 대상으로 사업진행을 마을회관에서 주민들이 많이 참석할수 있는 저녁시간을 이용하여 한여름에는 오후8시30분 여름이전과 가을 겨울은 7시 8시 이런식으로 주민과 함께 해왔다. 처음엔 남자도 20명되었고 65세이상 어르신들도 참여율이 높았지만 시간이 지나면서 어르신들께는 별다른 변화를 느끼지 못하시고 남자들은 여성과 함께한다는것, 집안의 아저씨요 시아버지요 작은아버지라는 관계를 벗어나지 못하고 모두 운동을 그만두고 지금은 30대 후반에서 60대중반의 30여명이 열심히 운동을 하면서 2년이 지나면 스스로 배운 동작을 갖고 운동을 해야 하는 상황인데 다수의견이 강사가 계속 유지되는 운동이어야 한다고 주장을 하시면서 회비를 내서 일부보조를 해줄테니 계속 이어가자고 하신다. 정말 상상도 못할 발전이다. 얼마전의 상식이어도 진료소에서는 뭐든지 무료로 제공해준다는 생각을 하였던 분들이 이렇게 달라진 것이다. 저 역시 일주에 2번씩 10시가 넘어야 집에 가지만 불평하지 않고 늘 기쁜 마음으로 함께해서 이제는 마을의 일원처럼 생활을 하게 되었고 행사가 있으면 빠짐없이 참석하여 이장님이나 마을건강원 주민들과 가족처럼 생활하다보니 보건소에서 인력동원을 요청할 때 거절하지않고 참여해줄만큼 좋은 관계가 되었다. 정말 보

건진료원이라는 직업이기에 가능하고 무엇보다 나를 위해서가 아니라 주민들한테 필요한 것이라면 많은 희생을 해왔기에 진료소도 지으면서 관사도 따로 지을수있도록 운영협의회에서 허락해주어 올해 진료소 기능 40평과 관사20평의 건물을 짓는데 많은 도움을 주셔서 너무나 감사하여 몇 자 적어보았다.

18.

지역주민과의 소통은 운영협의회와 마을건강원의 조직에서 비롯되는 것 같다. 보건진료소의 장점이기도 한 회계의 독립적인 기능으로 인해 관할지역의 건강문제를 함께 고민하며 그 지역의 요구와 주민의 참여가 자연스럽게 연계가 되고 있다. 또한 그 지역에 상주를 하고 있기에 어느 가정에 어떠한 슬픔과 기쁨이 있으며 그 감정을 서로 나누고 함께 살아가는 공동체로 유기적 관계를 유지해 나가고 있다.

19.

주민들을 진심으로 대하고 여름철 중복과 말복은 삼계탕값을 이장님께 드려서 주민과 같이 복을 현명하게 보내며 주민들의 애경사에는 몇 번이고 빠지지 않습니다. 그리고 노인당에는 명절에 두 번 5만원과 야유회가면 3만원 매년 보냅니다. 마을 주민들을 위해 건강보험관리 공단에서 운영하는요가와 군보건소에서 운영하는 주민체조에 함께 참석합니다.

20.

경로당 준공식이나 마을 총회에서 주민과 똑같이 음식도 나르고 웃도 놀며 즐거운 시간을 갖곤 한다. 또한 주민들의 길, 흥사를 함께 하며 즐거움이나 슬픔을 나누기도 한다. 진료 뿐 아니라 주민의 정신 건강을 위해 가정사 이야기 들어 주다 냄비를 태운적도 적지 않지만...물론 할머니들의 살아 있는 인생사는 내가 배워야 할 부분도 많아 감사 할때가 많다.

21.

면민체육대회때는 남편까지 선수로 출전도 하고, 가족이 동원하여 경로잔치도 열어드리고 해서 지역주민과 가까워지고 마을에서 여행을 갈 때는 함께 동행함. 애경사시 참석.

22.

90년대초반인가요, 개인적으로는 관광이 흔하지 않던 시절 마을 부녀회에서 서울 롯데월드에 관광가서 마을 주민들과 함께 어울려서 놀고 왔던 것이 지금 문득 생각이 납니다. 이후 주민들과 더 가까워진 것 같고, 시집살이 등 개인적인 고민도 틀어놓고 얘기하고 함께 눈물 흘려 주었던 생각도 납니다. 세월이 흘러 그분들 모두 잘 계시는지도 궁금합니다.

23.

주민 애경사시에 경비가 사비로 지출되고 있어 예산과목에 판공비나 다른 목으로 설정되기를 원합니다.

24.

이것은 가장 쉬운 일인 것 같으면서도 어려운 일이었다. 처음에는 도시여자처럼 생긴 나를 거만하게 생각하고 말을 만들어 내기 일쑤였던 그들이었지만 이제는 모두 내가 없으면 못 산다고 말을 하신다. 진정으로 그들을 대하고 진정으로 그들을 위해 일하는 모습을 보여주니 그들이 나를 알아주는 것이다. 어떤 경우에는 남편과 함께 온 동네 주민을 초대하여 식사를 대접하기도 하고 간식도 챙겨주고 부식도 챙겨준다. 그들도 야채, 곡식 할 것 없이 모든 것을 가져온다. 그들은 내 가족이고 친척이 되었다.

25.

20대 초반의 어린 나이에 교육 후 지역으로 나가 나이 드신 어르신들과의 친분을 쌓기가 힘들었는데요, 마침 농번기에는 환자도

별로 없고(워낙 바빠서 일손이 모자란 관계로) 해서 아예 모를 심는 논으로 가서 주민들과 함께 모심고 -모심다가 환자 오면 그대로 가서 진료하고 다시 와서 또 모심고 - 주민과 하나 되는 생활을 했습니다. 덕분에 주민들을 더 잘 이해하면서 파악도 하게 되고 감정적으로 가까워지는 소중한 계기가 되었지요. 벼가 익어서 추수할 때는 또 낫을 들고 일하면서 주민의 한사람이 되어있는 자신을 발견합니다. 다시는 오지 않을 그 시절에 흘린 눈물마저 돌이켜보니 아름답기만 해요.

26.

수년전일이다. 가정방문을 다닐때보면 집안에 오래되고 낡은 영정사진이 방안에 걸려있는걸 볼 수 있었다.현실적으로 맞지않은 사진을 보고 개인적으로 알고있던 사진작가와 협력하여 진료소마당에서 영정사진을 찍어 드린 적이 있다. 물론 무료였고 각각 액자에 넣어서 받아 보실 때 흐뭇해 하시던 어르신들 모습이 문득 생각이 난다. 급하게 잊고거리만 걸치게 한 채로...

27.

마을 이장님 중에 성격이 과격하고 비협조적인 분이 계셨는데, 가정방문 시 함께 가정방문을 하도록 하여 진료소에서 하는 업무를 소개하고, 가정방문을 통해 건강문제를 해결하는 것을 보고나서 가장 적극적으로 도움 주시게 되었던 일

28.

동사무소 회의 시작 전에 건강박수시간을 통해 건강을 챙겨드리고, 마을 애경사에 참석하여 건강식품관리 등에 대해 알려드리고 기타 보건교육을 함으로써 주민들과 협력 교류하는데 도움이 되었던 것 같습니다.

대체의학에 대한 관심이 많으셔서 대체의학분야의 외부강사를 초빙하여 주민들에게 교육을 시켜드림으로 주민과의 소통을 도왔던

것 같습니다.

29.

운영협의회. 마을건강원 운영활성화를 위해 전국 우수 보건진료소 및 보건소 등 선진지 견학을 해마다 실시하여 좋은 반응을 얻었음. 진료소에서 선진지 견학을 실시한 것은 첫 사례라서 다른 진료소에서 벤치마킹하여 선진지 견학을 많이 실시하게 되었음.

보건진료소 소식지를 만들어 관내 기관 및 유지 및 마을 이장, 부녀회장, 노인회장 등에게 발송하여 보건소식과 진료소 사업 홍보 및 마을의 유래 등 다양한 내용으로 구성하여 분기별로 보냈음.

마을건강원 발맞사지 봉사팀을 만들어 마을회관마다 방문하여 어르신들에게 정기적으로 발맞사지 봉사를 하였음

보건진료소 홈페이지를 만들어 보건진료소 소식 및 보건정보 등을 공유하는 장이 되었음

30.

마을건강원 활동이 참 잘되고 있었다. 마을건강원 모임을 계모임 처럼 운영을 하였다. 매월 회비를 모으고 그 회비로 여러 가지 일들을 했다. 명절이면 떡이나 내의등을 전달하였고 겨울철이면 목욕사업을 꾸준히 하였다. 목욕탕에 모시고가서 일대일로 목욕을 시켜드리고 새로산 내의를 갈아 입혀 드리고 식당에 모시고 가서 점심을 대접하고 집에까지 모셔다 드리고 나면 멀리 있는 자식보다 진료소장님이 제일이라고 하시며 참 좋아하셨다. 생전 처음으로 목욕탕에 가본 사람도 있었다. 목욕탕에 가면 때가 많은 것이 창피하다고 부분 목욕을 미리하고 오신할머니가 생각한다.

처음 시작할 때는 몇 명 되지 않았는데 하다 보니 점점 숫자가 늘어나 감당하기 어려울 때가 많았고 안전 신경쓰느라 항상 파김치가 되었다. 하지만 그렇게 좋아하시고 깨끗하게 예뻐지신 모습을 보면 그 피로가 싹 가셨다.

31.

건강증진 목적으로 마을체조교실이 활성화되기 시작하면서 운동을 좋아하던터라 운동지도를 시작했다. 하다보니 각종 행사에 참가하게 되고 각종축제행사에 출전을 여러번하여 마을회관 진열장에 즐비하게 상장을 진열했다. 낮에는 일하고 저녁이면 그렇게 피곤할텐데도 운동을 하고 나면 피로가 싹 가신다고 밤이면 모두 모여 연습을 하였다. 한번 두 번 행사에 나가다보니 그렇게 대회에 참가하는 것을 그렇게들 좋아하셨다. 전문적으로 자격을 갖추어 지도하려고 노력하다보니 운동관련 자격증만 3가지나 취득을 하게 되었다.(생활체조여가지도자 1급, 노인운동지도사1급, 기공체조강사자격3급) 많은 도움이 되었고 즐거웠다.

32.

반상회 참석. 마을 부인회참석.

동네 대동회의(매월 정월 대보름날)참석 및 찬조금 출연.

경로당 방문--간식제공해드림....경로당 카페트 제공...경로회 관광시 의약품준비해서 동승.

각지역의 교회를 통한 교류.

33.

한방보건사업의 일환으로 60세 이상 주민 30여명이 주 2회 인근 교회에 모여 보건소에서 보내준 강사에게 기공체조를 배웠다. 복식호흡부터 시작한 기공체조로 60세 이상 주민들의 건강이 눈에 띄게 좋아졌고 한방진료, 건강검진 등 보건소의 지원도 늘어났다. 3년 가량 지나자 어르신들의 실력도 많이 좋아져서 시 전체 보건진료소 주최로 열리는 독거노인건강증진한마당 행사에 나가게 되었다. 전원 생활한복을 갖추어 입고 시장님 이하 많은 내빈들과 주민들 앞에서 기공체조를 시연하자, 시장님께서서는 리듬이 빠르고 동작이 큰 생활체조보다도 동작도 느리고 보기에 조금은 재미없는 기공체조를 어르신들을 위한 좋은 운동이라며 칭찬해주셨다. 어르

신들도 처음으로 TV에 나온 자신들의 모습을 신기해했다. 말하기 좋아하는 사람들은 ‘여기서는 죽기도 힘들다. 운동하지, 검사해주지, 침놔주지, 그러니 어떻게 죽어?’ 농담삼아 이야기한다. 그래서인지 이번에 시에서 보건복지부지정 장수마을로 이 마을이 추천되었다. 이번이 없는 한 장수마을로 지정될 것 같다.

34.

4년전 뜨거운 여름날 저녁에 부부싸움을 하던 아저씨의 다급한 목소리의 전화가 왔습니다. 혈압약을 본인 고집대로 먹다 말다 하던 아줌마가 싸움도중 갑자기 쓰러졌다는겁니다. 순간 뇌졸중이다 생각하고 혈압계와 청진기를 지참하고 차를 몰았습니다...

차속에서도 계속 구토하고..비상등을 켜고 달렸습니다. 읍내까지는 빨리가도 30분.. CT촬영후 대학병원으로 후송하고 늦게 진료소로 돌아왔습니다.전에 음독 자살을 시도했던 아줌마라서 걱정...왼쪽팔과 다리가 마비되었지만 늘 걷기운동과 영양지도 긍정적인 마음을 갖도록 일주일에 한번씩 방문하면서 한달에 한번씩 외출을 약속.. 힘들지만 외출하여 구경도하고 맛있는 것도 먹고...시장이가고 ..그날을 늘 기다린답니다... 토요일아니면 일요일에 동행해야 하므로 힘들때도 있지만 즐겁게 동행합니다... 그분의 동서와 함께(협의 회장사모님) 요즈음엔 가사도우미가 집안일 도와주시고 진료소에 모시고와 놀다가시기도 하신답니다.

35.

농한기 때 지속적으로 경로당을 방문하여 꾸준한 체조나 연중 행사로 나들이

36.

섬에 있을 때의 일인데, 자자일촌 이였음에도 주민들 간에 서로 투서를 하면서 앙숙으로 지내는 이들이 많은걸 보니 마음이 아팠다. 남자들 끼리 의가 상하면 여자들도 같이 원수가 된다.

부녀회장의 도움을 받아 저녁식사 후에 주 2회씩 회관에 모여 포크댄스와 노래를 지도했는데, 포크댄스가 짝을 바꿔가며 추는 춤이라 원수지간인 여자들도 할 수 없이 손을 잡고 춤을 추게 되어 그 모습을 본 이장님이 너무 좋아 하셨다. 약 2개월간 진행하다가 내가 임지를 옮기게 되어 안타까웠지만, 그 후로 그들의 사이가 조금은 나아졌다고 하니 가슴 뿌듯했다.

37.

저는 지역에서 소외노인을 대상으로 하는 사업을 많이 했습니다. 대학원에서 사회복지학을 전공하면서 사회복지와 의료를 통합시켜 서비스를 제공하고자 하는 꿈을 실현시키고 싶었습니다.

소외노인들을 위한 입욕사업, 부식지원사업, 노인위한잔치, 나들이사업 등을 정기적으로 하다보니 자연스럽게 주민과의 소통은 기본이고 지역사회에 있는 자원봉사자들과의 지속적인 교류가 필요하여 15년 정도를 계속하여 1회/년 자원봉사자연찬회를 개최하고 있습니다. 처음에는 참석인원이 적고 분위기도 서먹했는데 이제는 그 곳에 초대되는 게 자랑일 정도로 활성화가 되었습니다.

38.

예산 산골에서 근무할때다.

다리를 화상입었는데 치료가 더디자 할머니들은 한사코 돼지껍데기를 붙치고 배추잎으로 감싸라고 하신다. 진료소 존재가 무색할 정도로. 그러나 서울새댁은 한참후에 진료소에 방문했다. 소장님을 믿는게 나올것 같다고.....

39.

섬 할머니들께 염색을 해드리기로 작정을 하고 방송을 하였던니 쭈뼛거리며 몇분이 오셨습니다. 염색약 하나를 사면 두명을 해드릴수가 있었고 다행히 아는 후배가 염색약을 싸게 공급해주어서 한달에 한번은 약 6-7명씩 염색을 하였습니다.

일화를 소개하자면, 그 날은 마침 보건소에서 관계자가 무슨 점검인가 오신다고 하는 날이었습니다. 그래서 일부러 그 날을 염색하는 날로 잡고 입소문을 퍼뜨렸더니 할머니들이 진료소 가득 오셨지요. 그 분이 와서 보니 할머니들은 가득 계시고 진료원은 바쁜 거 같고 그때마침 밖에 “닭똥거름”을 하는 시기여서 숨이 통하는 모든 곳에는 이상한 냄새로 진동을 했습니다. 그 분은 이러한 환경적인 괴로움을 견디지 못한채 가볍게 점검을 마친 후 바로 복귀하셨다는....

40.

2007년 보건진료소 관할지역 주민의 운동생활화를 위한 ‘1530운동’ 발대식을 계기로 마을별 젊고 핵심적인 다섯분의 팀장을 만들어서 운동생활화를 추진하였다.

동네 야산 등산로로 밤이면 전등과 녹음기를 가지고 가서 걷기와 체조를 반복하면서 마을별 팀웍을 위해 등산로 팔각정에서 간단한 식사와 다과로 운동에 대한 관심과 흥미를 유도하였고. 더 나아가면민 체육대회에 출전, 지역민들의 운동 시 불편해소를 위해 주위의 한국전력시험연구소에 찾아가 가로등 설치를 부탁드려 2년 만에 5,000만원을 들여 가로등 10개를 설치하여 가로등 점등식을 계기로 마을의 작은 야산의 우리들의 운동로가 되었다.

41.

인터넷 신문(오마이뉴스, sbs 충남도정신문, 세종뉴스) 시민기자로 활동하며 지역축제 및 특산품 홍보, 보건진료소 홈페이지 운영하여 자체 보건사업 후기작성 및 동영상, 사진 등의 자료를 공유, 자체 보건사업 사례집을 출판하여 지역 주민과 보건사업 담당자들에게 배부, 군수 및 지역 주민들로부터 고맙다는 인사를 받아서 기뻐했습니다.

V. 기타

1.

1987년 섬에 근무 당시 보건진료소를 신축하게 되었고 진료소 울타리 넘어에는 초등학교가 있었음. 초등학교 선생님들이 신축진료소로 이사 할 수 있도록 동네 리어카를 빌려다가 약품과 물품들을 운반해주고 섬에 근무한다는 동료애로 교장선생님을 비롯하여 초등학교와 울타리를 트고 항상 관심을 가지고 안전을 지켜주었음. 점심식사는 급식실 아주머니가 식사를 울타리 넘어로 넘겨주기까지~혼자 근무하다보니 항상 안전에 취약하고 두려울 때가 많은데~ 혼자서 근무하는 보건진료소는 지금은 더 무섭다

2.

오늘은 금요일 가정으로 돌아가는 날입니다. 오벽지(특히 도서)에 근무하는 진료원들이 기다리던 날입니다. 일주일에 한번 보는 가족들의 희생이 없었다면 우리가 오벽지를 지킬수 없었을 것입니다. 우리 진료원 선생님들과 그의 가족들에게 큰 박수를 보내고 싶습니다. 승용차가 갈수 있는 진료소는 그래도 낮지 않을까요 도서에 근무하시는 선생님의 수고에 복지부 장관상이라도 전부 추천하고 싶습니다. 그분들은 한달에 두 번 아니면 한번 나옵니다. 여자의 몸으로 얼마나 힘들겠습니까? 저는 육지에 근무하지만 육지에 자리가 나오면 도서에 오래 근무하신 분부터 이동하게 하면 어떨까요? 저에 바램입니다.

3.

저희가 혼자 근무한다고 해서 흑자는 남 눈치 볼 것도 없고 자기 마음대로 하니까 생각하는 분들이 있으리라 생각합니다. 하지만 저의 업무가 항상 소외된 지역에서 나이 들고 질병으로 고통받는 분들이 많기 때문에 발로 뛰고 보건진료원 스스로 자신을 채찍질 하면서 자기관리를 잘해야만 진정한 직업인으로 보람도 느끼고 더

불어 지역주민들에게도 좋은 평을 들으며 지역사회에서 자기자리 매김을 할 수 있다고 생각합니다. 지금까지 이런 마음들로 노력하고 희생하여 왔기에 오늘의 인정받는 보건진료원이 있다고 생각합니다.

4.

손주 손녀만 있는 할머니가 계셨습니다. 그들은 멀리 떨어져 살고 할머니 혼자 사시다 보니 저를 아주 많이 의지 하셨고 병원 입원하고 수술하고 부식 주식거리까지도 의지 하고 하고 싶은 이야기만 있으셔도 전화해서 오라고 하시는 분입니다.

수술 하시고 진료소에서 친정 엄마와 같이 주무시고 가시고 목욕도 친정 엄마랑 셋이서 가고 머리카락 정리 하려고 해도 전화 하시고 물론 아프실땐 두말 할 필요도 없구요 방문 한지 며칠 안 지났는데도 왜 이리 오랜만에 오느냐고 눈치 합니다.

때론 지나치다 싶을 정도지만 그래도 의지 할 곳이 없으셔서 그러시겠지 또한 나를 필요로 하시는 분이 계실 때 비로소 내가 존재한다는 걸 생각합니다.

5.

마을회관에서 석유곤로 피워놓고 추위를 이겨내던 그때엔 마을 공동전화 하나 있어서 진료소장님 전화 왔습니다. 앰프 방송 듣고서 달려가서 전화 받던 그 시절도 추억입니다. 얼마쯤 가서 우물물 길어다가 대야에 크레졸 소독수에 사용한 유리주사기 드레싱 기구들 담가두고 고압소독기에 소독하고 알콜램프가 필요했던 그때는 간직한 추억입니다. 저의 서울 병원 경력이 주민들에게겐 상당한 신뢰조건이 되기도 하고 저의 신분앞엔 남녀노소 가리지 않는 이야기거리는 부담되기도 했던 가족상담이 더 시골에 머물게 했던 일감이 되기도했구요 크고 작은 가정일로 자존감이 떨어진 분들의 부모와 같이 때로는 형제 자매와 같이, 딸처럼, 주민들의 사랑과 신뢰 속에서 공무원 이기전 사람냄새, 땀냄새 풀풀 풍기는 보건진료

소장 이란 이름이 생명만큼 존귀합니다.

6.

진료소에 근무하다보면 같은 동네사람이 되어서 모든 행사나 애경사에 참여를 안할 수가 없게된다. 그래서 개인적인 너무 오랜시간 같이 지내다보니 장,단점을 다 알게되어 미운사람, 고운사람이 생기고 나의 사생활이 없어지게 되어 불편한 점도 있다. 고령화가 급속한 시골에 있다보니 또래와의 단절이있게 되고 생각하는 것이나 외모도 나이보다 더 들어보인다는 말을 많이 듣는다.

7.

젊은 후배들에게는 추천하고 싶지 않은 직업이라는 개인적인 견해를 가지고 있다. 자녀 교육 때문에 이산가족이 되어 생활하는 것도 다반사고 고독한 직업이랄 수 있다. 자녀양육이 어느 정도 끝난 중년세대와 노후에 부부가 전원생활을 하고 싶어 하는 분에게 어울리는 직업이라는 생각이 든다. 정년을 연장해서 나이드신 분들이 오래 근무할 수 있는 여건이 되길 희망해본다.

8.

우리마을회관에 집없이 사시는 분께서 1990년경 고향을 찾아오셔서 등지를 만들어 지내셨다. 약 2년동안 그곳에서 생활보호대상자로 지내셨다. 성실히 인사도 잘하시고 주민을 도우시며, 마을 주민의 많은 도움으로 지내시는중 어느날 아침 8시도 못되어서 이장님이 저를 찾으셨다. 아저씨께서 이상하시다며 다급한 목소리로 연락이 와서 가방을 들고 뛰어 가보니 의식이 없이 누워 계시며 혈압도 거의 잡히지 않고 호흡은 매우 약했다. 동공은 약간의 리플렉스가 보였다. 급한 나머지 면거즈을 대고 인공호흡과 심폐소생술을 10분정도 했다.그러나 그분은 돌아 가셨다. 그후 거지 할아버지에게 입을 대고 인공호흡을 한것을 본 주민들은 가끔 말씀 하신다. 그때일을.... 우리 가 할 일인데

9.

진료원 초창기에 선배님들의 말씀이 늘 마음속에 있습니다.

우리 진료원들은 예쁜 잠옷이 필요 없다고, 어느때나 주민이 부르
면 달려나갈 준비로 대기하고 있어야 된다고....

살면서 그 말씀이 정말 그렇구나고 공감 했습니다. 많은 세월이
지난 지금 생각해보면 그분들의 아름다운 희생이 있었기에 오늘날
의 진료소가 있을수 있게 되었다고 생각합니다.

10.

일부 진료원 쌤들께서 일반직으로 전환을 반대하여 너무나 힘들
었고 개인적인 욕심만 내세워 정말 속상 했습니다. 주민들께서 제
의견을 너무 존중해줘서 진료원으로 보람을 많이 느끼고 행복했습
니다 감사합니다

11.

어느 덧 30년 이라는 세월, 웃지 못할 애환들이 생각난다. 십여년
전 새벽 2시에 급히 전화 벨이 울렸다. 평소의 응급 상황이라고
판단한 나는 용수철처럼 일어나 전화를 받았다. 도저히 잠이 안와
서 그러는데 수면제 좀 달라는 전화 였다. 그 분은 그날 밤 폭 주
무셨지만 나와 우리 가족은 온 밤을 지세워야만 했다.

12.

지난해 우리 진료소구역에서 보건소 주관 노인 체조 대회가 개최
되었다. 6개월간 노인들이 열심히 연습을 했건만 전혀 경험도 없
고 너무 노령이시라 우리 주민은 입상은 꿈도 꾸지 말라고 가르치
는 강사조차 포기를 해버렸다.

하지만 우리 사전에 포기란 없었다. 출전 며칠 전부터 강사도 없
이 최선을 다해 연습을 한 결과 관중 2000여명이 모인 곳에서 2
등이라는 쾌거를 올려 우리 지역 노인들의 평생 잊지 못할 추억이
만들어 졌다.

13.

최근에 할아버지 한분이 나를 안타깝게 하고 계시다. 젊은 시절에 동네 지나다니는 불쌍한 사람을 데려다가 먹이고 입히고 재워주기 까지 하시면서 사셨다는 예의 바른 할아버지께서 치매를 앓고 계시다. 사흘이 멀다하고 멀리 까지 배회를 하셔서 온 동네를 발각 뒤집어 놓기도 하시는 할아버지, 지난 주에도 타군에 가서 찾아왔을 정도로 우리를 힘들게 하지만 좋아 지시는 기미가 없으셔서 더욱 안타깝다.

하회탈 같이 웃음이 아름다우신 할아버지 약 잘 드시고 진행이 늦혀지시기를 이 소장이 간절히 기도 합니다.

14.

보건진료원으로 근무를 하면서 지금까지 주말부부로 살고 있다. 우리에게 직장이 도시와는 거리가 있는 곳에 있다 보니 20년 넘게 이렇게 살고 있다. 아이들이 한참 공부할 시기에는 문화적 소외로 고민도 많이 하고, 아이들과도 생이별을 하고 살았다. 세월이 흘러 진료소 건물이 좋아지고, 모든 게 좋아졌지만, 혼자 근무하고 혼자서 모든 것을 해결해야 하는 외로운 직장이다.

15.

저는 개인적으로 가장 무섭고 징그러운 것이 하나 있습니다. 바로 그 “뱀”이라는 존재...

시골 청정지역의 상징이라고들 말씀하지만, 가정방문시 거의 항상 마주치는 그 스트레스는 이루 말할수 없습니다. 여러번 논 가운데로 곤두박질(자전거,오토바이로 방문시에)쳤으며, 진료소 신축 이전, 건물이 낡아 지붕에서 비가 온 집안에 떨어져 수리하는중에 뱀껍질이 많이 나왔고.. 어느날은...방에서 TV 시청중 제 등 뒤에 떨어져 기절한 적도 있습니다..(거의 죽음을 맛보았습니다)

그래도 보건진료소를 근무하면서 사명감과 보람된것들이 그보다 더 많아 1989년부터 지금까지 근무 하고 있습니다.. 오늘도, 저를

기다려 주시는 반가운 어르신들 뵙기위해 방문 나갑니다..설렘과...

^^**두려움으로... ^^

16.

가정방문 중 밤중 요청시 두려웠다.두근거림과 긴장감으로

보통 급작스런 응급상황이지만 특히 외상으로 설상가상 바람불때 후송길도 복잡하고 밤샘간호도 힘겨웠다. 전기불도 없는데 후래쉬 불로 봉합을 해야했고 한밤중 파도속에 배를 타고 옆 동네 해산을 하러 가야 했고,휴가철 갑작스런 바다의 싱싱한 어패류 섭취로 설사환자를 밤샘간호하고 피로도 풀지 못한 채 다시 근무를 해야 하고 교대할 사람도 해줄 사람도 없이 여름을 보내야 했다. 한번은 방문시 개에 물리기도 했다. 참 많은 일들이 나뿐만 아니라 이것뿐만이 아닐것이다.

17.

별정직 공무원이면서 해외연수나 선진지견학에서 소외된다. 혼자 근무하는 지역이라서 민원발생을 우려해서 그런다지만 이제는 그런 고정관념에서 벗어나 우대받길 원한다.

18.

1986년 7월 발령 받고 그해여름 우리군에 특히나 발령받은 진료소지역에 엄청난 수해가 났다. 90세가 넘는 할아버지는 이지역에서 평생 살았지만 이런 물난리는 처음이라고 했다. 동네 산중턱에 올라가보니 논도 도로도 어디가 어딘지 그냥 흙탕물바다였다. 나뭇가지만 살짝 물위에 떠있을 뿐이었다. 도로도 끊기고 버스도 끊기고. 전기도 끊기고. 전화도 불통이고 물나리에 물도없고.. 이런 와중에 산중턱에서 바라보니 동네입구에 한무리의 사람들이 몰려오고 있는것이였다.

진료소에 오는 응급환자가 분명했다. 미리 진료소에 도착해서 가운을 입고 앉아 있자니 관할지역주민도 아닌 이웃에서 그 물속에

어느통로로 이웃동네에 진입을 했는지 농약중독환자였다. 발령받은지 한달도 안됐고 나이도 어리고 경험도 없는 나에게 농약중독환자라니... 그렇다고 도로가 끊긴상황에서 병원에 가라고 할수도 없는상황이다... 전화도 안되고... 그때만 해도 가정집 아래 채에서 회관에서 진료를 하던때라 주인집아저씨가 의사선생님이 되어 응급처치를 하고있고 나는 부끄럽지만 간호사가 된 입장이 되었다. 임시로 하고있는 진료소는 이웃동네 주민들 일행하면 동네주민들로 불난집이 따로없다. 한참을 응급처치를 한후에야 일행은 돌아갔다. 한참후에 진료소는 응급약품도 배달되었고, 부락민들은 헬기로 온갖 생필품(라면.이불.옷가지.... 기타등등)이 배달되었다. 그리고도 한동안을 물없이 지내야 되는 진료소생활은 정말 지옥이었다. 지내고 나서 보면 진료소생활이라는게 정말 고생이 많았다.

19.

초창기 보건진료원들의 대다수가 젊은 여성이다 보니 산골 오지에 혼자서 근무하기에 너무 열악한 환경이라 무엇보다 신변보호가 큰 문제였고, 어쩌다 모임을 가면 어느 지역에서 어떤 문제가 있었다 더라는 카더라 ~~ 통신이 심심찮게 들리곤 했지요. 세 들어 사는 문간방이 보호 장치가 없어서 밤에 흉기든 사람으로부터 위협을 받기도 했구요. 비상벨을 설치해서 이장님 댁과 연결하기도 하고 그마저도 미덥지 않으니 자신의 몸은 스스로 챙길 수밖에 없었습니다. 그런 시절을 견디고 지역주민과 하나 되어 함께해온 모든 보건진료원선생님들을 사랑합니다.

보건진료원 파이팅 !!!!!

20.

진료소 설치 20주년 행사를 운영협의회와 마을건강원들과 함께 진행하였음. 초등학교에서 주민들을 모시고 줄넘기 대회와 건강체조 경연대회를 함께 하였음. 초등학교 전교생이 참가하는 줄넘기 대

회와 체조경연대회 시상도 하고 어른 줄넘기 대회와 마을건강원들이 건강체조 찬조출연도 하고 어르신들에게 운영협의회에서 식사대접도 하고 보건사업 홍보도 하고 행운권 추첨도 하고 축제 한마당이 되었음.

21.

저는 1986.7~2003.12까지 전북 부안군 변산면 격포보건진료소에서 활동하고 2004.1~현재는 정읍시 천원보건진료소에서 근무하고 있습니다. 전 근무지는 유원지여서 사시사철 각계각층의 관광객들이 왕래하는 곳이라 24시간 긴장태세로 주말, 공휴일도 제대로 쉴 수 없었고 유원지여서 여름철 더욱 관광객이 모여들기에 남다른 책임감으로 휴가 한 번 내지 못한 채 17년 6개월을 지내왔습니다. 여름철이면 민박촌, 캠프장, 모텔방까지 찾아가서 환자의 상병을 확인하고 응급조치하며 후송했고, 진료소는 초등학교 맞은편이라 아침7시부터 학생들이 찾아와 가족을 챙기는 일은 포기해야 했으며, 근무시간, 휴일과 상관없이 응급 관광객이 찾아오면 때때로 진료뿐 아니라 밤을 지새며 환자의 지친심신에 안정과 휴식을 도모했고 바다에 빠져 찢긴 몸으로 오신 분에게는 진료하기에 앞서 씻기고, 마른 옷을 내어 주며 진료 후에는 편히 쉬어갈 수 있도록 휴식처를 제공하는 등 응급처치와 일차진료, 대민서비스에 만전을 기했습니다. 지역 주민들께는 부모형제처럼 대하며 거동불능·불편자를 방문간호하고 인근 의료기관에 후송하여서는 보호자가 되어 살피며 자녀와의 사이에 가교역할을 했습니다. 한마디로 말한다면 초창기에는 의료에 대한 의존도가 높았고 응급처치, 진료, 방문간호, 가족계획, 위생관리, 전염병 예방 업무를 주로 했으며 2004년 자리를 옮긴 후에는 맞춤형방문간호와 건강증진 및 만성병관리 업무를 활발히 추진하고 있습니다. 구체적으로 말씀드리기엔 너무 내용이 길어질 것 같아 접습니다. 아마 많은 분들이 좋은 내용 보여줬을거라 믿으며... 저는 다만 유원지에서 남다른 사명감으로 보건진료소 이상의 역할을 다했다고 말씀드리고 싶습니다. 저는 밤

의 고요함을 이곳으로 옮겨서 알게 되었습니다.

저에게 있어 보건진료소는 나의 존재를 확인하며 실현시키는 곳으로, 내 삶의 전부입니다. 보건진료소 사랑합니다.

22.

가장 먼 섬(가거도)에 있을 때의 추억이다. 짝수날에만 여객선이 오는데, 짝수 날만 되면 풍랑 주의보가 발효되어 2달 동안 섬에 갇히게 되었다. 그곳에는 12개의 기관이 있는데, 모든 기관장들이 집엘 갈 수 가 없으니 휴일 마다 모여 부득불 단합대회를 하지 않을 수 없어서 잊을 수 없는 추억거리를 많이 만들었다.

칠흑같이 어둔 밤에 몽돌해수욕장에서 밤바다에 뛰어든 일, 몽돌 밑에 숯을 달궈 삼겹살과 장어등을 구워먹고, 누워서 은하수를 바라보며 노래경합을 벌이던 일, 등대에 가서 막잡은 생선으로 회에다 어죽까지 끓여서 밤새 포식했던 일, 방파제의 추억등등 어찌 다 나열 할 수 있으랴~~~

학교여선생님과 우체국 여직원이 있어서 나도 같이 할 수 있는 추억이 되었으니, 그때 그시절 같이 그 섬에 근무했던 분들은 절대로 잊을 수 없는 추억이라며 행복해한다.

23.

80년대 말 겨울, 아주 매서운 추위에 온 세상이 퐁퐁 언 새벽이었습니다.

새벽 2시30분쯤 전화벨이 울렸습니다. 동네 할머니의 다급한 목소리가 들렸어요. 김**씨가 계속 토하다 쓰러졌는데 빨리 와보라는. 어쩐지 기분이 언짢아 상황을 여쭙봤더니 언제부터 그랬는지 정확하게 아는 사람이 없었습니다. 부인이 잠을 자다 깨어 남편이 없어 밖에 나와서 보니 토하고 계시니 옆집 할머니를 모셔왔다고 하시더군요. 할머니 생각에는 체하신 것 같라며 손발을 모두 사혈하고 된장을 물에 풀어 드시게 하고도 효과가 없으니까 보건진료소에 전화하셨다고 하시기에 저도 모르게 호통을 쳤습니다.

제가 가는 것보다 환자를 빨리 병원으로 모시고 가는 것이 급하니 빨리 그 옆집 차에 태워 대학병원에 모시고 가시라고요. 결국 그 환자분은 돌아가셨습니다. 병원에 도착하기도 전에 운명하셨다며 무지함을 한탄하셨습니다.

일분일초를 다투는 심근경색증인 줄 모르고 엉뚱하게 시간을 낭비한 결과가 돌이킬 수 없는 결과가 되었습니다.

24.

저는 어디에서 누구를 만나든지 간호사로서 가장 좋은 직종은 보건진료원이라고 말합니다. 맡은 지역에서 열심히 일을 하면 그 수익으로 주민환원사업을 할 수 있어 정말 좋습니다.

요즈음은 소외노인 뿐만 아니라 주민들의 건강증진을 위한 체조교실, 주민건강검진(국민건강보험공단에서 실시하는 건강진단 시 보건진료소에서 복부초음파, 갑상선검진, 폐CT등 항목 추가) 등도 실시하여 온 주민들이 보건진료소의 혜택을 받을 수 있도록 노력하고 있습니다.

25.

60~80대 어르신들 스포츠댄스 교실을 6년정도 하였는데 생각 나는데로 두서 없이 몇자 적습니다. 처음에는 군사업 프로그램으로 발표회 목표를 두고 시작하였습니다. 수는 채워야 시작이 되는 상황이라 자발적으로가 아니라 못이겨서 할 수 없이 나오신 분이 많으셨고 거의 농사일을 하시는 분들이시라 바쁘셔서 빠지는 경우도 많았고 가르쳐드리면 다음 모일땐 다 까먹고 오셔서 똑같은 동작을 또 하고, 또 하고, 수백번도 했을 걸요?

그렇게 해서 배우셔서 진도가 나간다 싶으면 “나 도저히 못하겠다.” “짜꿍이 못해서 안할란다.” “사정이 생겨서 못하겠다.” 등등 이럴때면 여간 속도 끓기도 하였습니다. 이왕 시작한 것, 이제까지 모두들 고생한 것이 아까워 중도에 포기할 수 없다하여, 하는 수 없이 하실분 다시 물색해서 부탁하고 부탁하여 처음부터 다시 가

르쳐 드리는 일이 한두번이 아니었습니다.

발표회는 눈앞에 다가오고, 안되겠다 싶어 얼마 안남기고 낮에도, 밤에도 모여서 연습하고, 틀렸다고 웃고, 못한다고 서로 타박하고, 어찌다가 안틀리고 할때는 서로 박수치며 그렇게도 좋을까요?

주르르 흐르는 땀 닦아가며, 다른 팀에 기죽는 싫으신가 관절통증, 허리통증 이겨내시며 나중에는 깡으로 연습하시는 어르신들! 평생 일만 하시다가 어느새 허리는 굽으셨고 댄스복을 입은 모습이 어색한 듯 하면서도 “내가 언제 입어보냐”며 수줍은 듯, 마냥 아이처럼 좋아하시며 들뜬 어르신들!

“내 평생 무대에 나가 출세했다.”하시며 이제 죽어도 여한이 없다 하시는 분들 중에 안타깝게도 작년에 운명을 하신 분도 계십니다. 무대의 짧은 몇 분의 순간을 위해 그토록 땀방울을 흘리며 준비해 왔고, 도저히 못할 것 같은 것을 드디어 해냈다는 성취감은 그분들의 힘든 시간을 보상하기에 충분하였습니다.

어르신들과 무대에 나갈 때마다 느끼는 것이지만 ‘모든 일은 하고자 하는 목표가 있고, 열정이 있으면 이루지 못할 것이 없다’라는 평범한 진리를 깨닫곤 했습니다.

체조교실을 하면서 주민들과 부대끼며 어느새 정도 많이 들었고, “요거 하면서 그 아픈 다리가 덜 아파졌다”, “허리가 펴진 것 같다”라는 말은 백마디 칭찬보다 듣기가 좋았습니다. 아마도 그 몇마디 말의 마력은 우여곡절 많은 6년을 지탱케 한 분명한 이유인 것 같습니다.

26.

초창기 도서 지역에 근무할 때 잊지 못 할 너무 고마운 분이 계셔서 소개합니다. 산모가 진통이 온다고 해서 가정방문을 했는데 정신지체에다 노산이었는데 도저히 감당이 안되서 육지 병원으로 이송을 하게 되었습니다. 개인 병원에 미리 전화를 하고 사선에 산모를 태우고 옮기게 되었는데 시간이 새벽2시쯤 이었습니다. 배타고 한참을 가는데 갑자기 총소리가 나서 깜짝 놀랐습니다. 초소에서

새벽에 배소리가 나니깐 총을 쏜 것이였습니다. 그 와중에 배는 물살에 다른 데로 떠가고 있었고 한참을 헤매다가 등대를 보고서 항구에 닿을 수 있었습니다. 근데 병원에서 사람이 안 나와 있어서 얼마나 난감했는지 산모는 계속 변이 마렵다고 그러고 급한 마음에 주변을 돌아 다니다가 어떤 분한테 사정애기를 했더니 자기 자가용으로 병원까지 데려다 주겠다고 해서 그 분의 도움으로 병원까지 갈 수 있었습니다. 개인 병원에서 진찰한 결과 이미 태아가 태변을 싸서 어렵다고 큰 병원으로 옮겨 주었습니다. 병원 복도에서 기다리는 동안 산모는 무사히 분만을 하였고 아침에 배를 타고 진료소에 온 일이 있었는데 그 때 그 고마운 분은 정말 하늘이 보내 준 천사였다고 생각됩니다. 정황이 없어서 고맙다는 인사도 제대로 못드렸는데 평생 잊지 못할 고마우신 분...그 때 도와주셔서 너무 너무 고맙습니다.

27.

80년대에 민물고기를 주민들이 즐겨 먹어 지역 의료기관과 연계하여 무료로 간디스토마 검사해주고 반응이 나타나는 주민에게 약을 복용토록 한 지난 이야기가 새롭게 와 닿네요.

여성건강(질염)문제로 고민하던 50대 부인이 창피하다고 말을 못하고 있다가 병이 깊어지자 진료소에 찾아와 상담하고 진료해드리니 고마워 하셨습니다.

두번째 근무지는 바닷가였는데 콜레라가 발생하여 사전 검사를 받아야지 배를 탈 수 있었다. 담당자와 나는 한사람이라도 더 검사하기 위하여 나룻배를 타고 건너가 검사하려 하였으나 밀물 때문에 쉽게 돌아오지도 못하고 온몸이 얼어 버려 지금도 추위가 오면 고생하고 있다.

28.

저는 섬지역에서 근무하다 이젠 육지로 나와 근무하고 있지만 섬지역에서 근무하는 보건진료원들의 처우 개선을 강력하게 건의하

고 싶습니다. 물론 이곳이 건의를 받아주는곳은 아니지만 제 생각이 그렇다는 말이지요. 섬지역에서 근무하다보면 배시간이 맞지 않아 월요일 아침 제 시간에 출근을 못하게되는 진료소가 많습니다. 그래서 보건소에서는 주일날 출근을 하라고 하지요. 그리고는 월요일 9시에 전화를 돌려 진료소에서 받는지 안 받는지 확인을 합니다. 정말 말이 좋아서 진료소장이고 목구멍이 포도청이라 죽어라 참고 있다고 생각합니다. 섬지역에 근무하는 진료원에게는 출퇴근으로 목줄을 죄려하지 말았으면 좋겠습니다. 섬지역에서 근무해본 사람은 그 말 못할 고통을 알것입니다. 아이가 아파도 제때에 병원엘 갈수가 있나(아이가 아프면 꼭 바람이 불어 주의보가 발령됨), 경조사에 참석하여 사람구실을 할 수가 있나, 부부간에 사랑을 나눌수가 있나, 어디 구경하며 볼 곳이 있나(좋은 풍광도 하루이틀입니다), 놀 곳이 있나, 감옥아닌 감옥이 바로 그곳입니다. 그나마 주말에라도 도회지로 나오면 가족과 지내야 하는데 그 시간도 쪼개서 미리 출근을 하지 않는다고 하니, 주일부터 슬슬 바람이라도 불면 섬지역 진료원들의 애간장은 타서 없어집니다. 육지로 나오면 하라는 일도 많고, 불시에 점검도 오고, 정말 힘들지만 출퇴근 걱정 없어서 정말 살것 같습니다. 어떻게 거기서 살았는지 모르겠습니다. 제 남편은 다시 섬으로 간다고 하면 이혼할 것 같다고 웃으며 말했습니다.

형식에 상관없이 적으라고 하니까 두서없이 몇자 기술하였습니다. 수고에 감사드립니다.

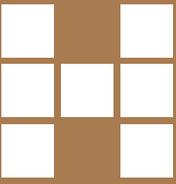
29.

1981년부터 1999년 3월까지 진료원으로 근무하다 2009년 6월부터 지방전임 계약직으로 근무하고 있습니다. 진료원으로 근무하는 동안에 젊은 혈기로 새로운 일을 하지 않으면 평생 후회가 될 것 같아 용기를 내어 퇴직하고 간호사의 다른 분야에서 많은 경험을 했고 그 경험들이 다시 진료원으로 활동하는데 많은 도움이 되고 있습니다. 그런데 계약직으로 복직하고 보니 정규직이 그렇게 부

러울 수가 없네요. 계약기간이 지나면 다시 재계약 문제로 노심초사 한답니다. 전국적으로 계약직이 26명 정도 되는 것 같은데 이번 보건진료원직이 신설되면서 우리 계약직도 같이 갈수 있도록 힘 좀 써주세요. 부탁드립니다.

30.

부부갈등으로 인해 누구한테 하소연할 길 없는 답답한 가슴을 부여잡고 보건진료소에 찾아와 한나절 동안 토해내고 말이 날까 두려움 없이 가벼운 발걸음으로, 일상으로 돌아가는 주민들을 바라볼 때는 직업을 떠나 가족 같은 마음이다. 세탁기가 고장 났다고, 우리 강아지가 아프다고, 편지가 왔는데 무슨 내용이냐고, 급하게 팩스를 보내야하는데 방법이 없느냐고, 대학교 등록금 고지서를 출력해야 하는데 집에 프린터기가 없다고, 주민등록증 복사해서 어디로 좀 보내달라고. 자녀에게 전화 좀 걸어달라고, 고부간의 갈등을 거품처럼 뿜어내는 하소연과 소소한 생활민원의 해결사 역할은 표시도 없고 수치로 환산할 수도 없는 보건진료소장들의 빼놓을 수 없는 역할이다.



SNU  **Health**

서울대학교 보건대학원