

좌 절 의 현 실

김 해 경
구 리 시 보 건 소

1. 머리말

우리 나라의 보건소는 8.15해방 이후 미군정에 의해 도입되어 예방보건중심의 미국식 보건소형으로 발전되어 왔다. 1949년의 대한민국정부 수립 이후에도 자유방임식 보건의료정책과 민간 의료기관 중심의 의료체계 육성으로 인하여 보건소를 비롯한 공공의료기관에 대한 투자가 미약하였다. 따라서 현재의 보건소가 과연 지역보건의 중심체로서 지역보건을 총괄하고 조정하며 지역주민의 건강증진을 위하여 예방, 치료, 재활을 포함하는 포괄적인 보건의료서비스를 제공할 수 있을지 상당히 의심스러운 실정에 놓여 있다.

개혁의 시대를 맞이하여 사회 각 분야에서 그 동안의 구태의연한 모습에서 벗어나 혁신을 이루고자 하는 움직임이 거세게 일어나고 있다. 공공보건의료기관의 핵심이라 할 수 있는 보건소도 거듭 태어나지 않으면 안된다는 공감대가 형성되고 있다. 그동안 여러 경로를 통해 관계자들이 계속 주장해오던 내용들을 모두 수렴하고 정리하여 혁신의 주체가 누구여야 하며, 그 방향은 어떠해야 하는지, 그 구체적인 내용으로 무엇을 담아야 하는지에 대해 토론하고, 결정하여 변화를 실현시켜야 될 시점에 와 있다.

변화하기 위해서는 현실을 파악하는 것이 선행되어야 한다. 따라서 1956년도의 보건

소법 제정 이후 지난 40여년간의 보건소의 변천과정과 주변의 환경 변화를 살펴보고 환경변화에 적절히 대응할 수 없는 보건소의 현실과 문제점에 대해 알아보고자 한다.

2. 보건소의 변천과정

일반의에 의한 1차의료서비스와 조직화된 예방서비스를 통합시킨 시설로서의 보건소 개념은 1920년 영국의 도우슨 위원회(Dawson committee)에 의하여 최초로 제안되었다. 이른바 Dawson Report의 보건소 구상은 지역사회 주민의 건강유지와 향상을 위하여 전국적인 규모로 보건소를 설립하여 예방, 치료, 재활, 나아가서는 건강증진까지를 포함한 포괄적인 일차보건의료의 기능을 부여하여 각 지역의 보건행정 당국이 보건소를 관리하는 것이었다. 그러나 1차 세계대전이 종료된 1920년대에는 강한 보수주의의 물결로 인하여 통합보건소에 대한 제안들이 채택되지 못하였다. 실질적인 의미에서 최초의 보건소 설립은 록펠러 재단의 지원으로 1926년 스리랑카에서 이루어졌다. 이곳에서는 진료서비스가 제공되지 않고 모자보건, 예방접종, 조산업무, 보건교육, 환경위생등의 순수한 예방보건서비스만 제공하였다. 1930년대의 세계적인 불경기 및 2차 세계대전후에야 비로소 예방과 치료서비스를 제공하는 통합보건소의 개념이 자유세계에 널리 받아들여졌다. 특히 인도의 경우, 1946년 요셉 보어 경의 주도아래 작성된 보건조사 및 기획위원회의 보고서는 전국민을 대상으로 통합보건의료서비스를 제공하는 보건소안을 제안하였다. 이와 동일한 형태의 보건소 계획이 네덜란드로부터 독립한 인도네시아와, 프랑스의 지배에서 벗어난 인도차이나 국가들에 의하여 받아들여졌다. 라틴아메리카의 경우 대다수의 국가들에서 미국의 영향아래 순수 예방중심의 보건소가 설립되어 운영되어 왔으나 1950년대 중반에 이르러서야 보건소 기능이 통합보건사업으로 전환되었다. 특이한 사실은 2차 대전후 미국의 지배하에 있던 필리핀, 일본, 한국 그리고 그리스에서는 주로 예방보건사업 기능을 가진 보건소가 발달하였던 점이다. 그러나 최근 미국에서도 가족중심 예방서비스와 치료서비스를 제공하는 통합보건시설을 운영해 오는데 등 현재의 세계적인 흐름은 보건소 기능이 예방보건사업과 치료사업이 통합된 방향으로 나아가고 있는 경향을 보이고 있다.

우리 나라의 보건소 및 그와 관련된 공공보건의료의 역사적 변천과정을 요약해보면 다음과 같다.

이조시대	:	전형사 전의를감 내의원 활인서 해민서	의약, 제사, 음선 일반의료행정, 의사고시 왕실의료 전담 전염병환자 치료 일반서민 구료사업
1894(갑오경장)	:	내부위생국	보건업무 전반
1895.4.17	:	내부위생국	의무과, 위생과 분과 위생과 - 종두, 질병예방 의무과 - 의약사업무, 약품 및 매약
1895.5.10	:	경무청총무국	위생경찰업무 지방병연구
1902.7	:	경무청	임시위생원 설치운영
1904.5	:	위생청결소	서울의 청소업무
1905.4	:	지방국위생과	위생국 폐지
1908.1	:	위생국(의무과, 위생과)	지방국위생과 승격
1910.9	:	조선총독부 경찰국위생과	보건위생업무
1945.9.24	:	위생국	미군정법령 제1호
1945.10.27	:	보건후생국	미군정법령 제18호
1945.11.7	:	도청 보건후생국	미군정법령 제25호
1946.3.29	:	보건후생부	미군정법령 제64호(15국47과)
1946.10	:	모범보건소(서울)	최초의 보건소
1947.6	:	보건후생부	과도정부수립후 기구 축소 (6국)
1948	:	국립중앙보건소로 승격	
1948.8.15	:	사회부	보건후생부가 사회부로 개편 (보건국:의무과, 보건과, 약무과,

			방역과, 한방과, 간호사업과)
1949.7.25	:	보건부	사회부에서 독립(3국11과)
1951.9	:	국민의료법 제정	
1953	:	15개의 보건소와 471개의 보건진료소 설치	
1955	:	16개의 보건소와 515개의 보건진료소 설치	
1955.2.17	:	보건사회부	보건부 + 사회부
1956.12.3	:	보건소법 제정	법률 제406호 시도립 보건소 직제 완성
1958.6	:	보건소법 시행령 공포	
1962.9.24	:	구 보건소법 전면개정	법률 제1160호 시,군,구에 보건소 설치규정 마련과 보건소 업무 13 가지 규정
1976.1.1	:	보건소 업무 중 위생업무와 환경업무의 사회과 이관	
1976	:	보건소법 시행령 공포	보건소의 설치 기준 마련 (시,군,구)
1980	:	농어촌보건의료를 위한 특별조치법 제정 공포 공중보건의 보건진료원 배치	
1988-1989	:	의료취약지역 군보건소의 병원화 사업 추진(15개 보건의 료원설립)	
1991.3.8	:	보건소법 개정	법률 제4355호 보건지소 설치 근거 마련 및 보건소 업무 보완
1992.7	:	보건소 및 보건지소 보건의료 전문인력 배치기준(보사부 훈령 제639호)	

일제시대의 우리 나라 보건행정은 경찰행정의 일부로 수행되었다. 현대적 의미의 보건소의 도입은 해방후 미군정에 의해서 였는데 치료서비스보다는 예방보건 중심의 보건소 형태로 발전되어졌다. 이렇게 예방보건사업 중심의 보건소 제도가 이식되게 된 것은 두 가지 큰 의미를 갖는다. 그 하나는 공공보건제도의 뿌리가 취약한 점령지의 주민에 대하여 치료서비스 보다는 예방보건사업을 실시하는 것이 자원의 제약상 더욱

바람직하며 인도주의적이었다는 점이다. 그 다음으로는 미국식 보건조직체계를 심는 것이 전승국인 미국의 정치, 경제, 사회적 지배 이데올로기를 확산하는데 유리하다는 판단에서 시작된 것으로 볼 수 있다.

대한민국 정부수립 이후 보건문제는 정부의 정책 우선과제가 아니었으며 또한 공공 부문은 민간부문이 맡지 않는 부문을 보완한다거나 예방기능을 담당하고, 민간부문은 진료기능을 담당한다는 자유방임형 민간의료부문 우선 정책에 의거해 공공의료부문에 대한 투자나 기능 확대가 이루어지지 않았으므로 공공의료부문은 갈수록 축소되어 왔다.

1956년 보건소법이 제정된 후 1962년에 개정되어 13종의 업무가 규정된 이후에도 30여년간 전혀 변화가 없다가 1991년에 가서야 업무가 보완되었다는 사실에서도 우리는 정부의 공공의료부문에 대한 관심의 결여를 엿볼 수 있다.

한편, 그간에 전혀 변화가 없었던 것은 아니었다. 우선 보건소의 설치 현황을 살펴 보면 1962년 보건소 법의 개정으로 시,군,구 보건소 설치 규정이 마련된 이후 급속하게 숫자가 증가했음을 알 수 있다(표 1참조). 사업면에서는 1950년대의 우리나라 보건사업은 급성전염병 관리와 의료구호에 치중하였고 1960년대와 70년대에 들어와서는 경제 개발의 일환으로 가족계획사업이 활발하게 추진되었다. 그 결과 정확한 통계는 없으나 급성전염병 발생률은 현저히 떨어진 것으로 추정되며 인구증가율도 대폭 둔화되는 효과를 거두었다. 그러나 1980년대 이후 보건소를 둘러싼 환경과 질병양상이 급격하게 변화되고 있으며 현재의 보건소의 여건으로 이러한 상황에 효과적으로 대처할 수 있을 것인가 생각해 본다면 상당히 비관적이고 현재의 보건소 상황은 총체적인 위기 상황이라고 밖에 진단할 수 없다.

3. 보건소를 둘러싼 환경의 변화

환경의 변화에 적응하여 변하지 않는 조직은 살아남을 수 없다. 보건소 역시 주변의 환경 변화에 민감하게 반응하고 발전하지 않으면 안된다고 생각한다. 변하기 위한 출발점으로써 주변의 여건 변화에 대해 살펴보고자 한다.

표 1. 보건소의 연도별 증가추세

(단위: 개소)

연도	보건소	보건지소	모자보건센터	보건진료소
1952	17			
1953	15	471	-	-
1955	16	515	-	-
1960	80	-	-	-
1965	189	-	-	-
1970	198	1,354	-	-
1975	198	1,338	-	-
1980	214	1,321	-	-
1985	225	1,303	89	2,000
1987	227	1,315	89	2,038
1989	249	1,315	-	2,038
1991	268	1,329	87	2,038
1992	269	1,331	-	2,039
1993	271			

먼저 우리 나라의 인구구조 변화를 살펴보면, 1960년의 전형적인 피라밋형에서 2000년에는 중형의 인구구성을 보이고 이후 선진국형인 항아리형으로 될 것이 예상된다. 이러한 변화는 노령인구의 상대적, 절대적 증가를 의미 하는데, 이에 따라 만성퇴행성 질환의 증가와 노인층의 의료 이용 급증 등이 예상된다. 한편 도시-농촌 인구비는 1980년에 57:43이던것이 2000년에는 77:23으로 변화될 것으로 예상되는데, 특히 공업화에 따라 생산연령층이 도시로 유입되고 농촌에는 노령인구가 대부분일 것을 예상할 수 있다. 이러한 변화는 근원적으로 보건소가 만성병 및 노인질환에 대한 대책을 세울 것을 요구할 뿐만 아니라 특히 빈민들의 유입이 많은 도시지역에서 보건소의 역할을 재정립하도록 하는 단초가 되고 있다.

경제여건의 변화를 살펴보면, 한국의 경제수준은 제6차 경제사회발전 5개년 계획(1986-1991)을 마감하면서 1인당 GNP가 5,000달러선으로 되었고, 1993년에는 7,400달러로 세계 제15위에 이르렀으며 제7차 5개년 계획 기간중 10,000달러선으로, 2,000년에는

17,000달러가 될 것으로 예상된다. 도시, 농촌간의 소득 격차도 차차 개선되어 그리 크지 않을 것으로 생각되며, 의료비 지출에 있어서는 벌써 비슷한 수준을 보이고 있다. 이러한 변화는 국민의 요구를 의료의 접근성 보장으로부터 의료의 질 보장으로 그 중심이 옮겨가게 하는데 지대한 영향을 미치게 될 것이다. 그러므로 민간의료부문이 제공하는 보건의료서비스의 질과 보건소 체계가 제공하는 보건의료서비스의 질을 여하히 관리할 것인가가 보건소의 과제로 대두된다. 한편으로 경제발전에 부수되어 나타난 대기오염, 토양오염, 수질오염 등 각종 오염으로 인한 건강문제와 산업장에서의 건강관리 문제에 대한 보건소의 적절한 역할과 기능을 숙고해야 할 시점이다.

질병양상의 변화 또한 확연하다. 전국 표본 면접조사 결과에 따르면 호흡기계, 소화기계, 근골격계 질환이 전체의 2/3에 달하고 있다. 전체적으로 만성질환이 증가하고 있으며 치과질환, 본태성 고혈압, 위궤양의 빈도가 증가하였다. 주요 사인의 변화를 살펴보면 1950년대에는 감염성 질환이 주요 사인이다가 1960년대에서 1970년대 중반까지는 감염성질환에서 만성퇴행성 질환으로 이행하였고, 1980년대에 들어서는 만성퇴행성질환과 교통사고가 주요 사인으로 되었다. 앞으로 만성폐쇄성 폐질환, 관상동맥 경화성 질환이 주요 사인이 되리라는 것은 분명하다. 이에 따른 보건소 사업내용의 개편이 요청된다 하겠다.

4. 보건소의 현황과 문제점

1) 보건소의 지휘체계

보건소는 보사부와 내무부의 이원적 지휘 감독 체계하에 놓여 있다. 내무부 관료인 기초 지방자치단체장은 보건업무에 무지하고 보건사업에 대한 관심도 적을뿐더러 주민의 건강증진을 위하여 장기적인 비전을 가지고 보건정책을 수립할 능력이 없는 실정이다. 또한 보건소가 왜 자기 관할하에 있어야 하는지, 왜 필요한지에 대해서도 의구심을 가지고 있는 것 같다. 보사부 역시 보건소가 조직체계상 하부기관이 아니라는 이유로 책임감을 전혀 못느끼고 있고 문제를 해결해주고자 하는 의지도 없는 것 같이 보인다. 보사부와 일선 보건소와의 협의의 장이 부족하여 보사부는 일선의 실정에 대해 매우 어둡고 그 결과 사업계획을 수립할 때도 탁상공론에 치우쳐 있다는 인상이다. 이처럼 보

건소에 대해서는 아무도 주인의식을 느끼지 않으니 보건소에 종사하고 있는 우리들은 정말 누구를 믿고 의지해야 한단 말인가?

2) 정부의 정책의지 결여

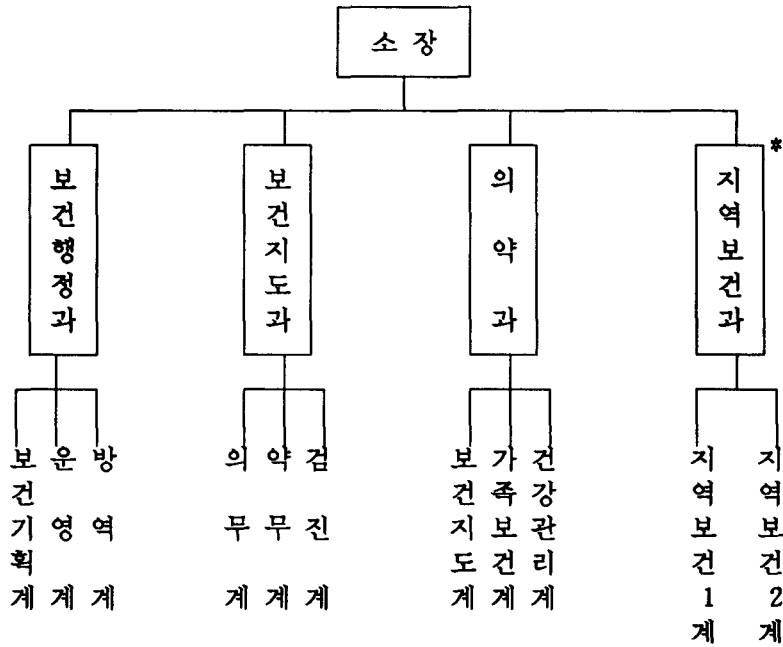
지금까지 보건의료 부문이 정부의 정책 우선순위였던 적은 한번도 없었다. 더욱이 보건정책중에서 공공의료부문이 중요 비중을 차지했던 적도 역시 없었다. 따라서 공공부문이 민간부문과 경쟁할 수 있을 정도로 지원을 받았던 적도 물론 없었다. 그런 상황에서 어떻게 공공부문의 경쟁력을 이야기하고 효율성을 논할수 있단 말인가? 게다가 복지분야에 어떻게 효율성의 개념을 적용시킬수 있는지 묻고 싶다. 저소득계층이 민간 의료기관에서 조금도 차별받지 않고 양질의 의료혜택을 받을수 있겠는가? 치료기능에 만 치우친 민간의료기관의 속성상 예방과 재활, 건강증진까지 포함하는 양질의 포괄적인 서어비스를 제공할 수 있는지도 덧붙여 묻고 싶다.

3) 조직 및 기구

현재 우리 나라의 보건소 조직은 서울특별시의 대도시형(그림1 참조)과 그밖의 시,군,구의 유형(그림2 참조)으로 단순화되어 있다.

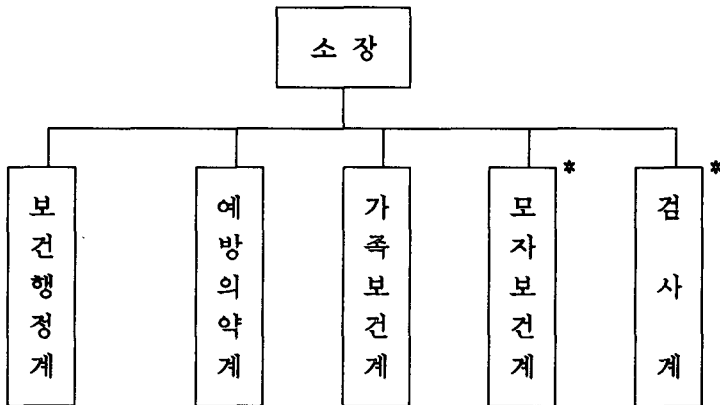
따라서 다양한 지역의 특성을 반영하지 못하고 있다. 또한 어느 유형의 보건소 조직에서도 진료실이 직제화 되어있지 않은데 이로 인해 진료의사들이 보직도 없이 단순히 관리의사라는 형태로 근무하고 있다. 조직내에서 직위없이 근무하는 것 처럼 취약한 것은 없다. 이로인해 진료실의 기능은 더욱 위축되었던 것이고 우수인력 확보에도 큰 장애요인으로 작용하고 있다.

만성질환의 증가로 예방,치료,재활, 및 건강증진을 포함하는 포괄적서비스제공의 필요성이 증대되고 있으나 현재의 이러한 조직형태로는 그러한 요구를 도저히 담아낼수 없다. 현재는 기초자치단체장이 판단하여 조직을 개편할 수 있는 권한도 없으며 중앙의 승인을 받아야 하므로 중앙부처인 보사부에서 의지를 가지고 노력해 주기를 바랄수 밖에 없는 실정이다.



* : 구에 따라 미설치된 곳도 있다.

그림 1. 서울특별시 보건소 조직



* : 지역에 따라 설치 여부가 다르다.

그림 2. 시. 군. 구 보건소 조직

4) 인력

보건소에는 다양한 직종의 인력들이 근무하고 있다. 대표적으로 의사, 간호사, 간호조무사, 약사, 임상병리사, 방사선사, 보건행정요원, 운전기사등인데 양적 부족도 문제이지만 가장 큰 문제는 질에 있다. 보건소장만 하더라도 50%이상이 보건직 공무원이고 의사보건소장이라 하더라도 지역보건을 이끌고 나갈수 있는 역량을 갖춘 사람이 얼마나 될지 상당히 의심스럽다. 관리의사들의 경우에도 양질의 1차진료를 담당할 수 있는 가정의학 전문의 정도의 인력을 확보하는 것이 바람직하다. 보건간호사들의 경우 일반 병의원과 달리 단순히 의사의 지시에 의한 간호만을 담당하는 것이 아니고 주민 건강증진을 위하여 재량과 창의성을 가지고 처리하여야 할 업무가 많으므로 식견과 능력을 갖춘 우수 인력이 필요하다. 방사선사나 임상병리사의 경우 보건소 정원규칙에 묶여 증원을 하기가 거의 불가능한 상태이며 앞으로 보건소의 기능으로 지역사회 검사센터의 기능이 추가된다고 가정한다면 지금의 수와 질을 가지고는 도저히 감당할 수 없는 실정이다. 또한 앞으로 보건소의 기능으로 시급히 보강되어야 할 것이 영양이나 운동과 같은 건강증진사업인데 이를 담당할 영양사, 물리치료사, 운동처방사등의 새로운 직종에 대한 인력개발이 시급하다. 또한 중요한 것은 이러한 인력들에 대한 인력관리의 효율성을 기하기 위해서는 보건소장의 인사권 확보가 필수적인데 현재는 그렇지 못한 실정이다.

5) 시설

1988년도에 보건사회부에서 조사한 보건소및 보건지소의 건물현황에서 도출된 문제점은 첫째, 시설의 노후화 및 고유시설 미확보 -1970년 이전에 건립된 보건소가 27개소, 보건지소가 145개소, 고유시설 미확보 (임차등) 보건소가 33개소, 보건지소가 58개소 둘째, 소요면적 부족: 250평이하 보건소가 116개소, 75평이하 보건지소는 전부 해당, 45평이하 보건지소가 538개소 셋째, 보유시설의 기능이 진료활동에 부적합 보건(지)소 및 소재위치가 부적정한 보건(지)소의 산재 등이 지적되고 있다. 1994년 현재의 상황도 별반 다르지 않으리라 생각된다.

한편 보건소 신축시 평당 건축비용을 책정할 때 현실적인 단가를 적용하는 문제와 부실공사로 인해 신축한지 얼마안되어 벽이 갈라진다거나 비가 새는 일이 없도록 철저히 공사감독을 하는 문제도 짚고 넘어가야 한다.

또한 고려해야 할것은 앞으로 보건소에 추가될 기능에 대비한 새로운 시설을 확보하

는 문제이다. 예를들어 영양교육 및 조리실, 체력측정 및 운동처방실, 장애인 재활시설, 비만, 금연교실, 고혈압·당뇨 등의 특수클리닉실, 자료실등의 시설을 확보해야 하는데 이어 대한 구체적인 방안이 마련되어 있지 않다.

6) 장비

보건소의 장비는 아직도 민간부문에 비해 떨어진다고 보아야겠다. 한편, 앞으로 보건소 기능이 보강될 것을 가정한다면 새로운 장비가 많이 필요하다. 진료장비도 내시경이나 초음파등이 보강되어야 하겠고 보건교육을 위한 시청각 장비, 건강증진사업을 위한 장비 예를들면 조리기구, 물리치료장비, 작업치료장비, 장애자 재활을 위한 장비, 운동처방 및 치료를 위한 장비 등이 보강되어야 한다. 그러나 현재 보건소 표준 장비 목록에는 이러한 장비들이 빠져있으므로 향후 필요장비의 재검토후 목록에 추가하는 조치가 필요한 실정이다.

7) 예산

보건소의 예산권은 기초지방자치단체장이 가지고 있기 때문에 지방자치단체의 정책 우선순위와 단체장의 관심도 여하에 의거하여 많은 차이가 날 수 있다. 대체적으로 자치체의 전 예산중 보건예산의 비율은 미미하고 보건예산의 구성비를 살펴보면 인건비 등이 차지하는 비중이 크며 순수 사업비의 비중 역시 미미한 실정이다.

참고로 구리시 보건소의 예를 들어보기로 하겠다. 1994년도 구리시 일반회계총산액 71,978,388(천원)중 보건소 예산액은 896,212(천원)으로 1.25%에 달하고 있고 보건소 예산구성비율을 살펴보면 인건비가 54%, 행정관리비가 8%, 사업비가 38%를 차지하고 있다.

8) 기능

보건소의 업무는 1962년 보건소법 제4조에 13종으로 규정된 후 30여년간의 보건 및 사회,경제적 여건의 눈부신 변화에도 불구하고 전혀 바뀌지 않다가 1991년 3월에 법의 일부가 개정되면서 전면 개편되었다. 그러나 문제는 업무를 구체화 할 수 있는 후속조치가 전혀 없다는 점이다. 즉, 업무수행의 근거가 될 법적 뒷받침도 없고 업무지침서도 전혀 개발되어 있지 않다. 보건소법 제6조에 규정된 업무를 나열해 보면 다음과 같다.

- 가) 전염병 및 질병의 예방 관리와 진료에 관한 사항
- 나) 보건 통계 및 보건의료 정보의 관리
- 다) 지역보건의 기획 및 평가
- 라) 보건교육
- 마) 영양의 개선, 식품위생 및 공중위생
- 바) 학교보건에 대한 협조
- 사) 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
- 아) 구강보건, 정신보건, 노인보건 및 장애인의 재활
- 자) 모자보건 및 가족계획
- 차) 보건지소, 보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도 감독
- 카) 의,약에 대한 지도
- 타) 기타 의료사업 및 국민보건의 향상, 증진에 관한 사항

1962년도에 규정된 업무중 삭제된 것은 환경위생과 산업보건에 관한 사항, 특수지방 병의 연구에 관한 사항과 공의의 지도에 관한 사항이고 새로 추가된 업무는 보건의료 정보의 관리, 지역보건의 기획 및 평가, 정신보건, 노인보건, 장애인의 재활과, 보건지소, 보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도 감독업무이다.

법개정으로 삭제된 업무들은 중요하지 않다거나 보건소에서 수행할 필요가 없는 업무라기 보다는 업무를 구체화하기 위한 법적 뒷받침이나 실제적인 내용 프로그램이 만들어지지 않았기 때문에 사문화된 규정으로 판단되어 제외되었다고 보는 것이 더 타당 하겠다. 새로이 개편된 업무에도 이러한 경우가 되풀이 될 수 있다. 후속 지원조치나 보건소 자체의 프로그램 개발이 이루어지지 않으면 역시 얼마가지 않아 이 조항들도 사문화될 것이고 앞으로의 법개정시 또 삭제되지 않는다고 누가 장담할 것인가?

새로이 추가된 업무중에서 획기적인 사항으로는 지역보건의 기획 및 평가업무의 신설이라 할 수 있는데 지방자치시대를 맞고 있는 우리 나라로서는 시급히 개발되어야 할 업무로 판단되어진다. 이웃나라 일본에서는 이미 의료법에 의거하여 도도부현과 시정촌에서 지역의 실정에 근거를 둔 자체 지역보건의료계획을 수립하고 있고 이에 의거한 체계적인 보건사업을 전개하고 있다.

기존 업무에 대해서는 제로 베이스에서 다시 검토하고 새로이 추가된 업무에 대해서는 시급하게 그 내용을 개발할 필요가 있다.

9) 보건소 직원들의 의식과 행태

시대가 변화하고 있다. 세계 경제석학들은 미래의 기업과 국가의 승패는 사람에게 달려있다고 이구동성으로 말하고 있다. 과거에는 천연자원과 자본을 가진 나라가 우위에 설수 있었으나 이제는 기술과 사람이 경쟁력을 결정하는데 핵심적인 요소가 된다고 한다. 그렇다면 보건소의 미래상도 그 직원들에 달려 있다고 볼 수 있는데 그들은 무엇을 생각하며 행동하고 있을까?

그들은 자신들이 지역주민의 건강증진을 위해 일하는 사람들이라는 사명감을 느끼는지? 주민들의 건강을 성취하기 위한 방책을 세우기 위해 열심히 노력하고 있는지? 혹시 주민을 위한 보건소로 다시 태어나기 위한 전체 발전적 시야에서 문제점을 파악하고 대안 수립을 하는것이 아니라 직종간의 파워게임이나 이기주의적인 시각에서 문제 접근을 하거나 않는지?

그들의 부정적 측면에 대해 공격하기 전에 그들에게 동기부여를 하고 성취감을 느끼게 해주었는지에 대해 묻고 싶다. 그들에게 목표를 제시하고 수단을 제시했는지에 대해 묻고 싶다. 보사부는 책임이 없단 말인가? 그러나 변화의 주체는 일차적으로 당사자이어야 한다. 각자 자신의 입장에서 책임을 통감하고 변화의 노력을 해야겠다.

4. 희망의 단초

위기상황은 위험과 기회라는 두 가지 면을 가지고 있다고 한다. 현재 보건소의 상황이 매우 비관적이고 침체되어 있다고 하나 희망이 없는것은 아니다. 보건소 조직은 시, 군, 구 단위로 전국에 분포하고 있고 읍,면,리까지 보건지소, 보건진료소가 설치되어 있는 광범위한 조직이다. 이 조직이 충실한 내용을 담는다고 가정한다면 국민건강증진을 위한 조직으로서 무한한 가능성을 지니고 있다.

이러한 점을 인식하고 열악한 상황하에서도 보건소가 진정으로 주민의 건강을 위한 조직으로 다시 태어나지 않으면 안된다는 생각을 가지고 지방보건행정에 종사하는 공직자들 중에서 변화를 이루고자 하는 산발적인 움직임들이 존재해왔다. 그동안 보사부를 위시한 중앙부처에 문제해결을 위해 수차 건의도 해 보았으나 해결을 위한 적극적인 조치가 없어 중앙에 대한 불신감과 좌절감만 증폭되어왔다.

중앙이 변하지 않으면 지방이 먼저 변하겠다는 지방의 논리로써 젊은 보건소장들을 중심으로 지역보건의료발전을 위한 모임이 구성되어 발전 목표 수립, 해결방안등을 논의하고 있으며 그와 연결된 사항으로 작년에는 예방의학 학회에 참여하여 학회관계자들과의 공동작업을 통해서 지역보건의료의 발전 방향을 모색하고 있다.

또한 요즘은 지역보건의료의 중요성을 인식하고 직접 종사함으로써 발전에 기여하고자 하는 젊고 유능한 의사들도 점차 늘고 있는데 이들을 받아들일 수 없는 현재의 불합리한 여건에 대해서도 의론이 분분한 실정이다.

개혁을 지향하는 정부정책과 맞물려 지역보건의료 종사자들 내부에서도 이래서는 안 되겠다는 점을 자각하고 있으며 경기도의 경우 1994년 4월19일에 자체의 지역보건의료 발전을 위한 토론회등을 통해 발전 방향을 모색하기도 하였고, 경기도의 모 보건소들의 경우 지방화 시대를 맞이한 지역보건기획 및 평가능력 개발과 건강증진을 위한 새로운 보건사업 및 체계개발을 위해 외부 전문가에게 용역의뢰 하는 등 자구 노력을 하고 있다.1980년 농특법의 제정이후 보건지소에 배치되어 무의촌을 해결하고 공공의료발전에 나름대로 많은 기여를 하고 있는 공중보건의들도 최근 새로운 자세를 가질것을 다짐하고 있다.

예방의학 학회에서도 이러한 움직임에 동조하고 적극적으로 지원해주는 분들도 나타나 매우 고무되고 있는 분위기이다.

그런데 보건소를 둘러싼 최근의 논의들중에 대단히 우려되는 부분들이 있어 지적하고자 한다. 첫째, 보건소는 전국에 분포된 광범위한 조직으로서 충실한 내용만 담는다면 국민의 건강을 획기적으로 증진시킬수 있는 잠재력을 갖춘 조직이다. 그러나 보사부는 지금까지 보건소를 수준미달의 형편없는 조직으로 전락시켜 왔다.이에 더하여 사명감과 의욕을 갖춘 보건소장들의 희생적인 개혁요구들을 수용하지 않고 있으며 보건소의 기능활성화를 위한 구체적인 방안에 대한 비전을 제시하지 않고 있다. 둘째, 보건소에 대해 비판적인 견해를 가진 의료보장개혁위원회를 위시한 학자, 소비자, 언론인들이 보건소의 비판적인 현재 모습만에만 주목하고 있음을 말하고 싶다. 보건소의 잠재력을 보고 또 보건소를 변화시키려 하는 주체 세력들의 노력에도 주목해 주기를 바란다. 보건소가 이지경에까지 이르게 된 원인에 대해 숙고하시어 다시 그러한 잘못을 범하지 않도록 강력하게 지원해 주기를 간절히 바란다.

5. 맺음말

변화와 개혁의 시점에서 개혁의 주체적 역할을 수행해야 하는 것은 물론 공직자들이요, 또한 가장 큰 개혁의 대상도 공직자이다.

국가의 업무인 복지행정서비스는 국민들의 경제 및 문화수준에 따라 적절하게 발전했어야 했다. 그러나 오늘의 지방보건행정의 모습은 다른 행정의 발전과도 비교가 되지 않을 뿐더러 미래의 보건행정수요를 감당하기 위한 조직으로서는 더더욱 형편 없는 수준임을 지적하지 않을 수 없다. 이러한 상황에까지 이르게 된 원인은 다음과 같이 요약될 수 있겠다.

첫째, 지방보건행정 담당자들이 그동안 무사안일한 자세로 상급부처나 상관들의 눈치나 살피며 자신의 업무에 대한 연찬에 게을렀을 뿐 아니라 책임의식이 없었기 때문이다.

둘째, 보사부가 중앙부처로서 지방보건행정의 발전 목표를 제시하고 지원을 아끼지 않았어야 했음에도 불구하고 무관심과 소극적 대처로 일관함으로써 보건행정의 후진성을 초래시켰기 때문이다.

셋째, 국민의 건강을 증진시키기 위한 장기적인 안목에서 국가 보건의료체계에 대해 연구하며 그 체계내에서 지방보건행정이 점해야 할 위치에 대한 비전을 제시하고 발전방향에 대한 이론적인 틀을 마련해야 할 학자들이 책임을 다하지 못했기 때문이다.

이제 21세기를 맞이한 공공보건의료의 발전을 기원하면서 일부 보건관계공직자들이 지방 보건행정 개혁을 이루고자한 굳은 결의문을 인용하면서 끝맺고자 한다.

하나, 지방보건행정 조직내의 모든 공직자는 한마음으로 자기 개혁적인 자성을 통하여 개혁에의 적극적 동참을 선언함과 동시에 즉각 이를 실행하자.

하나, 보건사회부는 그동안의 소극적인 행정행태에서 과감히 탈피하여 지방보건행정에 대한 책임감을 느끼고 권한과 책임을 과감히 지방에 이양하는 등 미래지향적인 지방보건행정의 발전 방향에 대한 비전을 제시하라.

하나, 의료보장개혁위원회는 공공보건의료 강화의 필요성을 인식하여 이를 중요한 과제로 삼고 국민을 위한 의료보장제도가 성립되도록 공공보건의료 발전안을 제시하라.

참 고 문 헌

1. 문옥륜. 전국민 의료보험과 도시 보건소의 진료기능, 1987
2. 한국인구보건연구원. 2,000년을 향한 도시 보건소의 발전 방향에 관한 세미나 자료,1987
3. 한국인구보건연구원. 2,000년대를 향한 도시 보건소의 조직 및 기능개선 연구, 1987 유왕근. 보건소의 조직, 기능에 대한 고찰 및 강화방안에 관한 연구, 1989
4. 성주군보건소. 공공의료(보건소 중심)의 현황과 전망,1993
5. 김정순. 역학원론,신광출판사,1990
6. 보건사회부. 보건소.보건지소의 건물현황자료,1988
7. 유승흠. 90년대 사회경제적 여건과 건강관리 과제,1990
8. 보건사회연구원. 90년대 보건의료정책의 발전방향,1990
9. 보건사회부. 보건사회통계연보,1993
10. 경기도 보건관계 공직자의 지방 보건행정 개혁을 위한 결의문,1994