

## 한국농촌의 社會經濟的 변화와 保健醫療體系

서울대학교 사회과학대학 인류학과

韓 栢 福

### 서 론

농촌사회를 포함한 한국의 전체사회가 지난 1세기 동안 급격한 정치·사회·경제의 변화를 경험하였다. 19세기 말에 외세의 압력과 내부질서의 혼란으로 전통적인 양조사회가 무너지고, 1910년의 한일합방 이후 1945년의 해방에 이르기까지 일본의 식민지 지배를 받았으며, 1950년의 한국전쟁은 정치와 사회경제적 구조를 혼란시켜 무질서의 상태로 이끌어 갔다. 그러나 1960년대 초부터 군사정권은 정치적 독재 속에서도 경제발전계획을 수립하여 실천에 옮김으로써 1970년대 말까지 급속한 산업화와 경제성장을 이룩하였다. 1980년대에 들어와서는 초기부터 정치적인 혼란을 경험하였고 경제성장도 둔화되는 경향을 나타냈다.

이러한 정치·경제·사회의 복잡한 변화과정속에서 한국의 보건의료체계도 구조적인 변화의 과정을 겪어왔다. 전통적 신분의 계급사회와 일제식민지 시대에는 국가통제체제로 일관되었고, 해방 이후 1970년대까지는 자본제적 의료기업체계가 지배적이었다. 1970년대 후반부터 시범사업으로 시작해서 현재 전국적으로 시행되고 있는 1차보건의료체계는 주로 농촌지역 사람들을 대상으로 개발된 것이지만, 여기에도 문제점은 상당히 많은 것으로 평가된다.

보건의료체계는 거시적인 관점과 미시적인 관점에서 볼 때 각기 다르게 해석될 수 있다. 지역수준의 미시적인 관점에서 보면 보건의료 부문의 내적인 조직과 기능 및 보건의료 서비스의 공급과 이용은 잘 파악될 수 있는 장점을 가지는 반면에, 국가수준의 정치체제와 사회계급 및 경제구조와

관련된 보건의료체계의 연계를 파악하기 어려운 단점을 또한 가지고 있다. 그래서 필자는 보건의학자가 아닌 사회과학도의 한 사람으로서 우선 거시적인 관점에서 국가권력에 의한 보건의료통제를 사회계급 및 정치체제와 관련시켜 살펴본 다음, 보건의료기관의 이용추구를 위한 기업체적 특성을 정치경제와 관련시켜 보고, 국민의 요구와 사회적 압력에 따라 국가의 보건의료정책이 어떻게 다르게 나타나는가를 역사적으로 검토해 보기로 하겠다. 아울러 현행 1차보건의료체계의 현황과 문제점 및 농촌보건의료체계 개편을 위한 방향과 전략을 모색해 보기로 하겠다.

자료의 출처는 기존의 문헌자료와 2차적 자료를 주로 이용하였다. 특히 전통적 신분의 계급사회에서 볼 수 있는 보건의료체계는 의학사의 문헌(三木 1963; 김두중 1966)에 의존하였고, 일제식민지 시대의 국가통제체제 및 현대 산업사회의 자본제적 의료기업체계는 조병희(Cho 1988)의 논문을 주로 참조하고, 1차보건의료체제의 현황과 문제점 농촌보건의료체계 개편의 방향과 전략은 연하청(Yeon 1981), 황인정(Whang 1986), 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 및 서울대학교병원 부설 병원연구소 연찬회보고서(1988)에서 기본 아이디어와 자료를 활용하였음을 밝혀둔다.

### 전통적 신분사회와 식민지시대의 국가통제체제

20세기 이전 조선시대의 전통사회는 전자본제적 농업사회인 동시에 엄격한 신분제에 기초한 계급사회였다. 토지는 법률상 국가가 소유하고 왕실과

국가에 복무하는 고급관리 또는 양반들에게 봉급으로 분배하여 주고, 그들이 농민 또는 노비를 시켜 소작의 형식으로 토지를 경작하게 하였다. 따라서 정치·경제·사회의 권력과 지위를 정악한 최상층의 계급은 왕족과 양반(문반·무반)이었고, 중간층의 계급은 실용적인 지식과 기술을 가진中人이었으며, 하층의 계급은 농업·상업·수공업 등에 종사하는 평민과 노비·백정 등의 천민이었다.

이러한 계급구조에 따라 보건의료 서비스의 공급과 그 혜택이 각 계급에 다르게 나타났다. 당시 의료부문의 주요 내용은 한의와 한약에 의한 것이었지만, 왕실에는 內醫院·侍藥廳·產室廳 등의 특수 의료기관들이 있어서 왕족들은 국내 최고의 의약혜택을 받았다. 높은 관직을 가진 양반들도 典醫監을 비롯한 여러 의료기관 및 官醫 또는 중인 출신의 醫員들의 의약혜택을 누릴 수 있었다. 중인 계급에는 세습적인 의원들이 포함되어 있으므로 그들의 의료혜택은 活人署·惠民署·기타 지방 의료기관을 통해 충분한 편의를 향유할 수 있었다. 그러나 농민을 비롯하여 국민의 대부분을 포함하는 평민계급과 전민계급 사람들은 민간에 전통적으로 이어져 내려오는 民間療法에 의존하거나 巫覡의 주술종교적인 병긔행사에 의존할 수 밖에 없었다.

이처럼 전문적인 의료혜택은 소수의 지배계급과 국가관리들만이 누릴 수 있었고 다수의 피지배계급 농민들은 전문적인 의료혜택을 받지 못하였다. 뿐만 아니라 전술한 의료기관들의 설립과 의료인 양성 및 고용도 국가에 의해서 통제되었다. 따라서 중인계급에 속한 전문의료인들은 그들의 사회적 시위와 경제적 조건에 있어서는 평민보다 높았지만 양반보다는 낮고 정치적인 권력도 가지지 못하였다.

조선조 말에 제국주의 열강의 외세압력과 더불어 국내의 사회분열과 계급구조의 붕괴 및 농민 운동 등은 국력을 약화시켰고, 일본의 제국주의적 침략이 한국을 식민지화하였다. 한일합방 이후 일본이 한국에 식민지 지배체제를 구축하기 위한 작업으로 가장 먼저 착수한 것이 토지조사사업과 행정제도를 개편하는 작업이었다. 특히 일본의 식민주의는 직접통치의 성격을 띠고 있었기 때문

에 국가의 중앙집권적인 관료체계를 확립하여 중앙정부의 권력을 강화하는 동시에 경찰력을 강화하여 정치·경제·사회의 모든 부문과 보건의료 부문에 이르기까지 통제력을 행사하는 것이 급선무였다. 식민통치에서 정치적 사회사상적 탄압을 강행한 것은 말할 것도 없고, 경제적 착취의 면에서도 농민에게 쌀 증신을 강요하고 더 많은 쌀을 일본에 수출하는 것이 목표였다. 그러한 목표를 달성하기 위해 그들은 소작제도를 강화하고 지주와 마름을 통해 높은 소작료를 징수하도록 했으며, 신품종·농약·비료·농기구·수리시설 등 새로운 기술을 지주에게 공급하여 그것을 농민들에게 강매하였다. 그 결과로 1919년부터 1939년까지 20년 동안에 쌀생산량은 2배로 늘어났고, 일본으로 가져간 쌀수출량은 3.8배로 증가하였다. 그럼에도 불구하고 농민들은 식량부족과 영양실조로 고통을 겪었다. 자기들이 생산한 쌀은 모두 빼앗기고 그 대신 만주에서 가져온 잡곡과 콩깨묵까지 먹어야만 했기 때문이다. 부채와 빈곤이 극도에 이른 소작농민들 중에 일부는 자진해서 만주와 러시아 등지로 도망하였고, 다른 일부의 농민들은 일본의 식민정부에 의해 강제로 집단이주 되었다.

보건의료정책에 식민지통제와 경찰력이 개입한 것도 정치·경제·사회의 측면과 같은 맥락에서 이루어졌다. 국민보건의료의 증진이라는 명목은 생산을 극대화하고 식민지경제를 효율적으로 운영하기 위한 정책에서 나온 것이다. 특히 전염병의 만연은 사회와 경제의 안정을 위협하는 주요 장애요인이라고 판단한 일본의 식민정부는 초기부터 공립병원을 설립하고 의료경찰조직을 운영함으로써 보건의료부문에 깊이 관여하였다. 보건위생과 전염병통제는 경찰이 담당하였다. 경찰조직은 매우 치밀하였기 때문에 가장 멀리 떨어진 낙도와 산간벽지에 이르기까지 전국에 손이 미치지 않는 곳이 없었다.

의료경찰은 소위 법정전염병이라고 하는 콜레라, 적리, 장티푸스, 파라티푸스, 천연두, 성홍열, 디프테리아, 뇌척수막염 등의 환자발견과 격리 또는 보건당국에 보고하는 일과 검역·예방접종·위생·청결 등의 모든 업무를 담당하였다. 특히 농촌사람들은 병원과 의사에게 접근할 수 있는 경제적 능력을 갖지 못하고 지리적으로 의료기관

과 멀리 떨어져 있었기 때문에 그러한 질병에 걸려도 의사의 진단에 의해서 확인되는 것이 아니라 의료경찰과 그들의 하수인 또는 마을의 구장에 의해서 발견되고 격리되었다.

일제식민지 시대에는 이처럼 주로 도시에 사는 일본인들과 소수의 부자 한국인들만 보건의료혜택을 받을 수 있었고 의료서비스를 모든 국민들에게 확대하는 것은 너무나 비용이 많이 들기 때문에 의료경찰을 활용하는 것이 더 효과적인 매카니즘이라고 판단하였다. 그리고 환자에게 의료서비스를 제공하기 보다는 격리시키는 강압적인 방법을 쓰는 데에 경찰력을 동원하는 것이 유리하다고 판단하였다. 그래서 의사들은 공립병원을 찾은 일본인과 부자 한국인 환자들만 치료하는데에 의료활동을 국한시키게 되었고 지역사회 주민들로부터는 완전히 고립되었다. 식민정부가 설치한 공립병원들은 모두가 식민정부의 정치경제적 이해관계가 집중된 도청소재지가 주요 항구와 철도역 등 도시지역과 농산품 공산품의 집산지에 있었다. 농어촌지역과 산간지대의 무의촌에 의사를 공급한다는 명목으로 限地醫師 면허제도가 있었지만, 그러한 의사의 자질은 매우 낮아서 양질의 의료서비스를 제공할 수 없었다.

### 현대산업사회의 자본제적 의료기업체계

일본의 제국주의 식민지가 끝나면서부터 한국에는 새로 미국의 영향력이 강하게 작용하였다. 보건의료부문에서도 일반의에 전문의 개념이 도입되었고, 공공부문에 민간부문을 지향하는 의료공급체계가 도입되었다. 보건의료부문에 대한 국가의 역할과 영향력은 전시대보다는 감소되었으며, 보건행정의 관할권도 경찰에서 전문부서인 보건사회부로 이관되었다. 국가는 더 이상 공립병원 설립과 운영의 확장에 투자하지 않았고 사립병원 설립과 운영을 권장하였다. 의사가 아닌 다른 의약업자들, 예컨대 한의약·약방·순회약업자들도 크게 증가하였다. 이에 따라 의사들의 보건의료서비스 공급의 독점이 위협을 받게 되었으며, 환자들도 의사의 값비싼 의도서비스와 권

위주의적 태도에 대하여 불만을 표시하고 의사와 국가에 모두 비판을 가하기 시작하였다. 말하자면 국가·의사·환자 사이의 관계가 불안하게 되었으며, 그들 상호간에 갈등의 양상이 나타났다. 이런 상황은 공업화와 경제성장이 상당한 정도로 진전된 1970년대까지 계속되었다.

이상과 같은 보건의료체계의 변화는 그 당시의 정치·경제·사회 사정과 밀접하게 관련되어 있다. 해방 후 농민과 지주간에 계급갈등이 심화됨에 따라서 미군정은 일본인 지주들로부터 몰수한 귀속농지를 농민들에게 분배해 주었고, 새로 수립된 한국정부도 토지개혁을 실시함으로써 지주계급을 해체시키고 사회의 내적인 계급구조를 변화시켰다. 이에 따라 지주계급이 몰락하고 새로운 산업자본가가 등장하게 되었다. 다시 말하면 토지자본이 상업자본과 산업자본으로 변형된 것이다. 이들 새로운 자본가들은 관료들과 결탁하여 성장하였다. 정치적 특혜와 그로 인한 외국의 원조 및 원료수입과 생산품의 수출 기회가 특정한 자본가들에게 돌아감으로써 1950년대에는 자산의 소유와 투자가 상업의 축적에 기여하였고, 1960년대 이후에는 제조업을 비롯한 산업의 축적에 기여하였다. 반면에 새로운 농업기술과 영농자금 등 농업생산을 증진시키는 방안은 도외시되고 미국의 잉여농산물을 수입함으로써 농민들의 쌀값이 생산비에 못미치는 수준으로 하락하였다.

그러한 정치경제적 구조의 변화는 국가로 하여금 보건의료부문을 소홀하게 하는 계기가 되었다. 1950년대와 1960년대 초까지는 제조업 부문의 산업이 발달되지 못하고 경제가 침체되었기 때문에 정권을 새로 잡은 군사정부는 장기경제발전계획의 수립과 시행에 온갖 희생을 바친 나머지, 국민들의 보건의료에 대한 요구를 도외시하고 그에 대한 투자도 시도할 수가 없었다. 보건의료부문의 정책에 국가가 관심을 기울였다면 그것은 어디까지나 경제성장과 산업화에 직접 관련된 부문이었을 것이다. 예컨대 공장노동자의 사고나 질병으로 노동력이 손실되지 않도록 그들을 치료해주고 보상해주기 위한 산업재해보험을 1963년에 실시하고 기업수가 그 비용을 지불하도록 하였다. 이에 따라

공장노동자들은 의료정책의 면에서 농민에 대해 상대적으로 더 많은 혜택을 받았다고 볼 수 있다. 그러나 농민들이 1970년대 이후 화학비료와 농약 및 농기계를 더 많이 사용함으로써 발생하는 질병과 중독 및 사고의 피해를 보호하거나 보상하는 어떤 보건의료정책도 마련되지 않았다.

결국 보건의료부문에 대한 국가의 통제능력이 감소하고 공립병원이 쇠퇴하는 반면에 사립병원과 의원들이 급속하게 증가하여 과잉상태에 이르렀다. 거기에는 의사 아닌 다른 의약업자들까지 급격하게 증가함으로써 보건의료 서비스의 시장은 완전히 사유경쟁의 상태로 변화하였다. 각종의 약방은 일차적으로 지역사회주민들과 밀착되어 있는데다가 의사의 처방 없이 약을 조제할 뿐만 아니라 질병에 대한 의료상담까지 하기 때문에, 환자들은 비용이 적게 드는 의사 아닌 의약업자들에게 의존하는 비용이 점점 더 커지게 되었다. 뿐만 아니라 이동식 순회의약업자들까지 도시와 농촌지역으로 침투함으로써 사립병의원들과 치열한 경쟁관계를 형성하였다.

이런 상황에서 의사들은 단순한 보건의료부문의 전문사일 뿐만 아니라 사실의료기관의 설립자이며 소유자인 동시에 이윤을 추구하는 경영자의 역할까지도 수행하게 되었다. 의사의 반수 가량은 자신의 의원을 개업하여 자영하는 형태를 취하였고 나머지는 종합병원에 고용되었다. 의사들 자신이 설립한 사실종합병원은 각종 전문의사들을 고용하고 의료서비스의 생산과 공급에 필요한 일체의 인력과 시설 및 자본을 가진 자본제적 의료기업의 성격을 띠게 되었다.

종합병원과 개인병의원들은 환자유치의 경쟁을 벌였을 뿐만 아니라, 한의사와 한약방·양약방·이동식 순회의약업자들과도 경쟁하게 됨으로써 보건의료서비스의 생산과 공급에 있어서 자본제적 자유경쟁 시장체제를 더욱 확대시켰다. 그리하여 현대산업사회에서 한국의 보건의료체계는 해방전에 지배적이었던 국가통제체계의 틀을 벗어던지고 자본제적 의료기업체제로 탈바꿈을 하였다. 환자들은 물론 어떤 병의원이나 의약업자를 선택하든지 자유로운 입장이 되었다. 그러나 이 선택의

자유는 어디까지나 자본주의체제에서 비용을 지불할 수 있는 능력의 범위안에서만 향유될 수 있는 것이다. 그 비용을 지불할 능력이 없는 농촌의 주민들과 도시의 빈민들은 선택의 자유를 향유한다는 것이 도저히 불가능한 실정이다. 더구나 다양한 보건의료 기관들이 대부분 도시에만 집중되어 있기 때문에 농어촌지역과 산간시내의 주민들은 접근에 어려움이 따른다. 1960년대와 1970년대의 경제성장에서 얻은 과실의 분배에서 혜택을 받지 못한 농어민들과 도시의 빈민들은 계급간의 소득불균형에 불만을 품고 그들의 생활조건 개선을 위하여 국가에 압력을 가하기 시작했다. 이런 상황에서 국가의 정책위기를 극복하고 자유경쟁시장의 원리에 기초를 둔 보건의료서비스 제공의 경쟁을 감소시키기 위한 대안으로 제기된 전략이 바로 국가가 다시 보건의료부문에 적극적으로 개입하고 보건의료체계를 통제하는 국민의료보험제도와 빈민층을 위한 의료보호제도 및 농촌지역의 1차 보건의료체계이다.

## 1차보건의료체계의 현황과 문제점

보건의료부문에 국가가 다시 개입하여 전개한 사업들 중에서 필자는 1977년에 입법하여 시행되고 있는 국민의료보험제도 및 의료보호사업에 관해서는 간단히 언급하고 1975년 한미차관협정에 의해서 농촌지역 주민들을 위하여 계획 실시되고 있는 1차보건의료체계의 현황과 문제점을 주로 다루기로 하겠다.

국민의료보험은 기본적으로 고용주와 피고용자가 보험료를 반씩 부담하고 국가는 공무원의 보험료와 보험운영비만을 부담하도록 되어 있다. 그러나 국가는 국민의료보험을 관료적으로 통제하고 보험금에 대해서도 통제권을 갖도록 되어 있다. 보험의 대상도 처음에는 보험료를 지불할 능력이 있는 대기업의 근로자와 중간계급 및 공무원에 한정시켰다. 그리고 빈민층에게는 무료로 의료보호사업을 실시하였다. 그러나 농민과 소규모 영세기업체의 근로자들은 의료보호 혜택을 받기에는 소득수준이 높고 보험료를 지불하기에는

어려운 형편이었기 때문에 국민의료보험과 의료 보호 대상에서 제외되었다. 그래서 국가는 점진적으로 국민의료보험의 대상과 혜택의 범위를 확대시켜 나가고 있다.

한국의 1차보건의료사업은 1975년 한미 양국정부간의 차관협정에 의해서 제안되고, 1976년에 설립된 한국보건개발원이 기본계획을 수립하여 1977년부터 1980년까지 3년 동안 흥천군·군위군·옥구군의 3개 지역에서 시범사업을 실시한 뒤에 전국 농촌지역에 확대 실시되고 있다. 1차보건의료체계의 특징은 군보건소와 면보건지소의 보건의료서비스를 마을건강사업에까지 유기적으로 연결시키는 것이다. 그리고 의사가 아닌 보건요원을 훈련시켜 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이다. 이것은 저소득 농촌지역 주민들에게 값싼 비용으로 통합된 보건의료서비스를 제공한다는 기본원칙과 일치되는 것이다. 보건의료서비스의 내용은 각종 검사와 예방접종, 전염병예방, 기생충통제, 가족계획, 모자보건, 영양관리, 보건교육 등을 포함하는 예방적 서비스와 외래환자의 진단, 처방, 투약 등을 포함하는 치료적 서비스를 모두 포함한다.

1985년 현재로 전국의 모든 군에 139개의 보건소와 모든 면에 1303개의 보건지소가 설치되어 운영되고 있었는데, 어려운 문제는 양질의 인력을 공급하는 것이었다. 자질을 충분히 갖춘 의사들은 식회·경제·문화적인 이유로 농촌지역에서 봉사하기를 꺼리기 때문이다. 그래서 실제로 농촌의 보건소나 보건지소에 근무하는 것은 공중보건의사·한지의사 또는 계약의사들이다. 따라서 그들의 의욕과 사명감·동기화가 약하고 또 의과대학을 갓 졸업한 경험부족한 의사들이기 때문에 서비스의 질이 낮은 것도 문제점으로 지적된다. 지역사회보건요원으로 지방출신여성들을 선발하여 6개월 동안 간호원 훈련을 시킨 다음, 그 지역사회에 배치하고 복무기관을 의무적으로 최소한 2년으로 규정하였다.

보건소와 보건지소에 근무하는 이들 공중보건의사와 지역사회보건 간호원들은 대부분 다른 사립병원의원에서 일하는 의사나 간호원들에 비하여

자질이 낮고 경험이 부족하며 사명감과 의욕·동기화가 낮은 뿐만 아니라, 관료주의적이고 권위주의적 태도로 농촌사람들을 대하기 때문에 농촌의 주민들도 보건소나 보건지소의 의사와 보건요원들에 대하여 진실성을 의심하게 되고 만족스러운 반응을 나타내지 않는다. 더구나 보건소와 보건지소가 제공하는 서비스는 대부분 가족계획·모자보건·결핵관리·환경위생·보건교육 등 예방적 서비스에 한정되어 있기 때문에, 농촌주민들은 질병을 치료하기 위해서 보건소에 가기보다는 읍이나 도시에 있는 사립병원을 찾는 경우가 더 많다. 이러한 요인들이 1차보건의료사업의 성공적인 시행에 장애가 되는 악순환을 조성하고 있다.

현재 각 군보건소에는 의사와 수명의 간호원, 소수의 기술요원, 행정요원들이 배치되어 있고, 면보건소에는 의사 한명과 간호원 세명이 배치되어 있는데, 간호원들의 책임한계가 그동안 여러번에매하게 변동되었다. 처음에는 각자가 가족계획, 모자보건, 결핵관리를 담당하면서 상부기관으로부터 할당된 목표를 달성하는데 온갖 노력을 기울였다. 그러다가 일부 보건지소에서는 관찰구역을 3명의 간호원들이 분담하여 3가지 업무를 한꺼번에 처리하는 방식을 택하기도 하였다. 그들은 기술적으로 군보건소의 명령과 지시를 받지만, 면사무소에 있기 때문에 면장의 감독을 받기도 하고 때로는 면직원 취급을 당하기도 하였다. 대부분의 면보건지소에는 공중보건의사가 배치되어 지소장의 역할을 하지만, 한지의사나 계약의사가 지소장을 맡고 있는 곳에서는 실제로 그들이 자기의 개인 진료업무에만 열중하고 보건지소에 배치된 보건간호원들의 활동에는 돌봐줄 의무를 느끼지 않는 경우가 많았다.

1차보건의료체계의 또 한가지 문제로 지적될 수 있는 것은 보건소·보건지소·보건진료소·마을건강원에 이르기까지의 조직과 기능의 면에서 수직적인 연계와, 군청·면사무소 등 행정기관들과의 수평적 연계가 애매모호하다는 점이다. 이들 상호간의 업무한계와 지시 감독 체계가 명사되어 있음에도 불구하고 시행에 있어서는 경우에 따라

해석이 각기 다르며 상호간에 협조가 잘 이루어지지 않으며 갈등의 양상을 나타내는 사례가 많다. 실제로 필자는 한 의과대학의 지역사회의료사업의 실천과정에서 보건소와 군행정당국 간에 갈등이 심화되어 지역사회보건의료사업이 성공적으로 이루어지지 못하고 있음을 확인한 경험을 가진 바 있다(Han and Chun, 1985 참조). 그 밖에도 보건소·모자보건센터·보건지소·보건진료소등의 공공보건의료부문과 병원·의원·한의원(한방)·약국 등의 민간보건의료부문사이에 기능적 연계가 잘 이루어지지 못하고 있는 것도 1차보건의료체계의 문제점으로 지적될 수 있다.

### 농촌보건의료체계 개편의 방향과 전략

필자는 전문적인 보건의학도가 아닌 사회과학도로서 농촌보건의료체계의 구체적인 개편방안을 제시하기보다는 그 방향과 전략의 원칙만을 논의할 수 밖에 없다. 우선 농촌보건의료체계 개편의 전제로 제시할 수 있는 것은 지금까지 앞에서 살펴본 것처럼 우선 보건의료서비스의 제공과정이 정치·행정·경제·사회·심리·환경 등 여러가지 요인들의 상호관계에 의해서 크게 영향을 받는다는 것이다. 예를 들면 국가와 보건의료기관(의원)·환자(주민) 사이에서 나타나는 권력의 역학관계는 보건의료서비스의 전달체계를 규정하는 정치적 요인으로 작용한다. 농민들의 단결과 보건의료문제에 대한 정치적 발언은 의사단체의 정치적 발언과 비교해 볼때 너무나 약한 것이 사실이다. 관료적이고 권위주의적인 행정과 의사결정과정 및 결정권의 소재도 농촌보건의료체계에 심대한 영향을 미친다. 농민들의 소득수준과 농산물가격, 보건요원들에 대한 태도와 신뢰도, 보건의료에 대한 인지와 관행 등 경제, 사회, 심리적 요인들은 기존의 농촌보건의료 서비스를 추구하는 양상에 영향을 미친다. 의료서비스가 요구됨에도 불구하고 적시에 진료를 받지 않는 이유 중에는 경제적 제약과 지리적 거리도 포함되지만, 병이 심해져서 위급한 지경에 이를 때까지 병의원을 찾지 않는 농민들의 질병에 대한 인식과 보건교

육도 중요한 요인이다.

농촌보건의료사업은 인력과 자금 및 시설의 면에서 국가의 개입이 극대화되는 것만으로 성공할 수 없다. 농촌주민들이 스스로 주도권을 가지고 적극적으로 반응할 수 있도록 정치·경제·사회생활·교육 등의 기반을 조성해 주지 않으면, 정부의 개입과 보건의료진의 노력도 그 비용에 비추어 효과를 높일 수 없다. 농촌의 보건의료 대상인구에 맞도록 간호원을 포함한 지역사회보건요원의 수를 증가시켜서 농촌주민들에게 간단한 의료서비스를 제공하는 것은 바람직하지만, 그것은 어디까지나 의사의 정규보건의료서비스가 농촌인구의 요구에 맞도록 충분히 확대될때까지의 잠정적인 조치라는 것은 분명하다.

1차보건의료체계를 성공적으로 활용하기 위해서는 공공보건의료부문과 민간보건의료부문 사이에 밀접한 연계가 이루어져야 한다. 공공보건의료부문 안에서도 보건소와 보건지소 및 보건진료소 간의 수직적 연계가 갈등과 모순 없이 이루어져야 하고, 각 단위의 기능이 전문화되고 강화되는 한편, 필요한 기능은 추가적으로 적절하게 개발되어야 한다. 보건의료부문 특히 공공보건의료부문과 행정기관의 수평적 연계로 업무의 한계와 지시 감독 체계가 갈등과 모순 없이 이루어져야 한다.

농촌주민들이 공공보건의료기관을 찾아가기 꺼리는 주요 원인이 보건의료서비스의 낮은 신뢰도와 의사를 비롯한 보건요원들의 관료적이고 권위주의적인 태도에 있으므로, 특히 공중보건의사와 보건간호원들을 배치하기 전에 그들의 특별 오리엔테이션 프로그램을 개발할 필요가 있다. 그 프로그램에서 중점을 두어야 할 사항은 외유과 사명감을 갖도록 동기를 부여하는 것이다. 그 대신 의료시설과 도구 등 그들의 작업환경을 개선해 주어야 하며, 정부는 이를 위해 충분한 재정지원을 해야 할 것이다. 이와 더불어 농촌지역사회의 보건의료서비스를 효율적으로 활용하기 위해서는 농촌주민들로 하여금 자조정신을 높여 주민참여를 유도하는 지역사회조직의 강화가 요구된다.

이상과 같은 농촌보건의료사업과 체계의 개편은

기본적으로 21세기의 미래지향적인 방향에서 강구되어야 할 것이다. 농어촌지역 의료보협조합의 실시로 확대될 다양한 보건의료서비스의 수요를 충분히 수용할 수 있고, 현존하는 농촌보건의료 서비스를 일차적으로 보강해 나가면서 단계적으로 확대시키는 방향이 바람직할 것이다. 특히 한국의 농어촌에서 미래에 수용될 보건의료서비스를 고려할 때, 기존의 보건소와 보건지소 및 민간보건의료부문의 서비스를 강화하여 응급치료, 성인병, 정신건강 등의 추가적인 서비스를 미리 대비할 필요가 있을 것으로 생각된다.

### References

- 1) 김두종 : 한국의학사, 서울 : 탐구당, 1966
- 2) 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 및 서울대학교병원부설 병원연구소 1988, 지역의료체계 개념에 의한 의료체계의 개선방안 연찬회 보고서.
- 3) 三木榮 · 朝鮮醫學史 及 疾病史, 大阪 : 富士精版 1963
- 4) Cho B H : *The State and Physicians in South Korea, 1910-85 : An Analysis of Professionalization*. Unpublished Ph.D. dissertation. University of Wisconsin-Madison. 1988
- 5) Han S B and K S Chun : *Community Health Program, Midwife, and Villagers Felt Need In Rural Korea : Toward A Systemic Integration. Final Report of the WHO Project ID No.83021, 1985*
- 6) Whang I J : *Social Development in Action : The Korean Experience*. Seoul : Korea Development Institute 1986
- 7) Yeon H C : *Primary Health Care in Korea : An Approach to Evaluation*. Seoul : Korea Development Institute 1981

### =ABSTRACT=

#### Socio-economic Change and Health Care System in Rural Korea

Sang-Bok Han

Dept. of Antropology,

Seoul National University, Korea

During the last half a century the Korean rural society have experienced drastic changes : the retreat of Japan from the colonial interference and suppression in 1945, the Korean war and disorder in the 1950s, the implementation of the first and second five-year economic development plans in the 1960s, the ambitious implementation of the new village movement called *Saemaul Undong* to modernize the traditionally stagnant rural village in the 1970s, and socioeconomic and political turmoil in the 1980s. In this complex process of change the rural health care system in Korea was gradually reformed. This paper reviews the socioeconomic change and the basis of the changing structure of the health care system in rural Korea, on the basis of the existing literature and secondary data. Thus this is not a research paper but a review article in its nature. After reviewing the past and present situation, the directions and strategies for the reformation of the rural health care system are suggested.