

일차보건의료와 간호교육

김 모 임 박사
(대한간호협회장)

일차보건의료와 간호교육을 논하기위해 1) 일차보건의료의 위치가 등장하게 된 배경부터 잠깐 살펴보고 2) 일차보건의료의 실체와 3) 이를 위해 어떤 인력이 요청되는가 파악하고 4) 일차보건의료사업과 간호인력의 참여 전망을 예측하고 그리고 5) 이를 기반으로 간호교육의 방향을 정립해야 되리라고 본다.

1. 일차보건의료사업 배경

우리나라 (ROK)의 경우 그동안 수차례에 걸친 경제개발계획의 성공적인 추진으로 급속한 경제성장과 기술개발을 이룩하였지만 복지국가를 실현하기 위하여는 아직도 빈부격차의 해소, 건강한 국민생활의 보장등 해결하여야 할 많은 문제가 남아있다.

이중 특히 경제성장에 수반하여 국민보건의료 수요는 계속 증대되고 있으나 이를 골고루 효율적으로 충족시켜주지 못하고 있는 실정이다. 이러한 현상은 우리나라에서만 국한된것이 아니라 대부분의 개발도상국가는 물론 선진국에서도 중요한 사회문제의 하나가 되고 있다.

이렇게 국민보건의료 문제가 중요한 사회문제 내지는 정치 문제화 하고 있는 이유로는 여러가지 복합적인 요인이 있겠으나 근본적으로 의료산업이 전근대적 체제나 운영에서 탈피하지 못하기 때문이다.

즉, 건강은 질병을 퇴치함으로써 얻을 수 있다는 가정아래, 병원중심의 의료에 막대한 투자를 해왔다. 그 결과 국민보건의료는 없고 국민의료가 있어 상당한 부분이 의사 위주로 이루어지고 있고 더욱이 시장기능에 맡겨진 의료사업이 시장성이 있는 도시에 집중함으로써 도시에 한집 건너 의원이 있고 종합병원이 집중됨으로써 도농간의 보건의료자원 불균등 분포를 자아냈으며, 농촌의 보건의료자원은 그나마도 이용률이 낮아 유휴화 내지는 낭비를 초래하는 구조적 모순을 가져왔다. 따라서 건강증진, 질병예방등 보건사업이 극히 낙후되어 있어 막대한 투자에 비해 국민의 건강수준은 향상되지 않고 있는 실정이다. 이것 또한 우리나라에서만 찾아볼 수 있는 특수한 요인이 아니라 우리와 같은 개발도상국과 선진국에서도 찾아볼 수 있는 요인으로써 세계가 같은 질환을 앓고 있다 할 수 있다.

1978년 소련 Alma Ata에서 열린 International Conference on Primary Health Care는 WHO와 UNICEF가 이던 세계적 현실을 직시하고 20세기동안 우리가 믿어 왔던 발전과 건강(보건)에 대해 새로운 차원의 사고(New thinking)을 불러 넣어보자는 의지의 표현이라고 생각할 수 있다.

이 불러넣어 보자는 새로운 사고는 혁명적 개념으로 "the need for equity and justice, for popular participation and a fair distribution of resources"를 말한다.

이 글은 서울대보건대학원이 보사부·WHO의 후원으로 83년 8월 16~27일까지 2주간 개최한 「일차보건의료와 간호교육과정 조정」에 관한 연찬회에서 행한 주제강연의 내용임 (편집자주)

즉, 국민의 건강이란 특수한 새로운 고도의 기술의 적용의 결과로 얻어질 수 있다는것을 크게 바꾸어 국민건강은 그런 의학적 기술 적용이나 특수질환 퇴치활동 보다는 인간생활 환경의 개선과 모든 종류에 있어 국민교육과 기본건강관리를 통해 크게 좌우된다는 사고이다.

이 Alma Ata 회의에서는 따라서, "Health for all by the year 2000" 표어를 내걸고 이를 성취하기 위해 모든 회원 국가는 일차보건의료를 국가정책으로 채택하기도 결의하기에 이르렀다.

그래서 지금 많은 나라가 일차보건의료(Primary Health Care)라는 깃발을 내걸고 이 깃발 아래서 사업을 추진하고 있지만, 일차보건의료의 개혁적 개념과 철학을 바로 이해하고 있는것 같지 않다. 따라서 많은 일차보건의료사업이 제제도에 오르지 못하고 있는 상태이다.

그래도 다 Alma Ata의 노력의 결과로 경제발전이나 의학기술 적용만 하던 국민건강 수준을 향상시킬 수 있다는 생각에 틀어 생겨 "positive health measure"가 중요함을 인식하기 시작했는데 그 의의가 있다고 본다.

나라마다 같은 깃발을 내걸고도 같은 내용의 사업이 되지 못하는 이유가 여러가지 있을 수 있겠지만 첫째 일차보건의료라는 어휘자체의 정의가 모호하다는데 있다. 따라서 나라마다 primary health care라는 깃발을 내걸고, 그 나라가 선호하는 사업을 선호하는 방법으로 추진하게 허용하고 있다고 하겠다. 많은 다양성과 해석의 차이를 가져왔고 이결과 PHC의 다른 수준의 발전을 기대할 수 밖에 없게 되었다. 그러나 어휘정의의 모호성이 PHC사업수준 및 내용의 다양성의 주범은 아니라고 생각한다. 실질적 주범은 각국이 얼마나 순수하게 성실하게 PHC 사업을 추진하는 정부 의도의 다른 수준이라고 생각한다.

Dr. Oscar Gish는 각국이 집행하고 있는 PHC 사업을 국가 보건의료 사업체제와의 통합여부를 기준으로 분류해 보았다. 국가보건의료사업체제와 통합된 예로는 홍콩 또는 모잠비크등을 들고 있으며 단편적인 "프로젝트"형태로 추진되고 있는 곳은 Guatemala Pakistan을 예로 들고 있다.

일차보건의료 사업에 단편적이고 일시적인 사업으로, 보통 국가보건의료체계와는 다른 것은 지역사회 자원봉사대에 의해 제공되는 저렴한 보건의료사업으로 간주한다. 이런 단편적이고 유타된 일차보건의료사업은 가난한 사람들을 위한 2등 보건의료사업이 일차보건의료사업이라는 잘못된 전제와 인상을 받게 했다. 이런 전제는 Alma Ata에서 추구한 일차보건의료사업이 갖는 철학과 이념을 완전 망각한 것으로 2000년대까지 모든 사람에게 기본건강관리를 제공하자는 목적달성의 새로운 저해요인으로 등장하고 있다

2. 그러면 일차보건의료(Primary Health Care)는 어떤 것인가?

많은 일차보건의료에 대한 자료 가운데 WHO 주최로 1982. 5. 4~5. 10에 열렸던 서태평양지역 간호비학장회의에서 간호교육자에 의해 정의된 내용을 소개하고자 한다.

- 간호교육자들은 일차보건의료 기초는 인류가 개인으로나 집단으로 갖는 건강권, 사회정의 및 사회형평, 그리고 자조의 신념 위에 둔다.

- 일차보건의료의 당국적 목표는 보편개발을 통해 인류의 삶의 질 향상에 있다. 이를 위해 저소득 비혜택층 인구와 질병위험에 놓여 있는 계층을 강조한다.

- 일차보건의료가 갖는 특성(characteristics)은 다음과 같이 정의한다.

- ① 지역주민, 가족 및 개인들이 그들의 건강에 영향을 미칠 수 있는 모든 의사결정에 참여한다. 즉 그들의 필요충족을 위한 기획, 전달과 평가과정에 참여한다. 이렇게 참여하는 이유는 건강에 관한 사업의 타당성, 접근성, 수용성 및 활용성을 보장하기 위함이다.

- ② 건강과 개발계획, 사업집행 및 결과평가에 있어 각 부문간 상호작용 내지는 협조한다.

- ③ 전주민에게 주어져야하며, 형평하게 주어져야 한다는 원칙에 어긋남없이 지역상태에 합당하고 수용할 수 있는 과학적으로 건전한 기술을 선택 적용하고 사용한다.

- ④ 지역주민에게 일차보건의료를 제공하는데

필요한 기술적 행정적 지원을 얻기 위해 다양한 보건의료 인력의 조합을 이루어 활용한다.

- 일차보건의료를 제공하는 기본환경은, 지역사회이며, 국가적 보건의료사업 전달망의 발달조직이다. 이는 발달조직에 최전선 병원도 포함한다.

- 일차보건의료는 2등의료가 아니며 보건의료 사업의 기본이다. 따라서 지역사회 수준에서 건강증진, 질병예방과 주민다수가 갖고 있는 질병치료 사업을 강조한다.

- 일차보건의료사업의 초점(focus)은 다음과 같다.

- 1) 인류의 기본건강 요구를 충족함으로 국민 건강 향상을 도모한다.

- 2) 일부 인구층을 위한 사업이 아니라 전인구를 위한 사업이다.

- 3) 전통적 의료사업에서 보는 확대식 피동적 사업이 아니라; "Reach-out" 하는 능동적 활동(Action)을 하는 사업이다.

- 4) 효과와 효율을 제고하는 자원의 활동의 극대화를 기하는 사업이다.

- 일차보건의료의 관심(concern)은 다음에 둔다. 지역주민의 자결(self-determination)과 자신(self-reliance)의 원칙안에서 스스로의 건강을 위해 교육된 결단을 내릴 수 있는 지식과 정보제공을 강조하는데 있다.

이상 제시한 두가지 자료를 기반으로 해서 우리가 쉽게 파악할 수 있는 것은 일차보건의료(primary health care)를 제공하기 위해, 우리는 많은 변화를 가져와야 한다는 것이다.

즉 이제는 치료위주의 의료라는 전통적 개념에 안주해 있을 것이 아니라, 건강증진, 질병예방 및 기본의료를 중점으로 하는 새로운 개념을 내실화하는 노력이 필요함을 쉽게 알 수 있다.

최근 70년대말 강화군민을 대상으로 시행된 보건의료 필요 및 수요측정 연구결과에 의하면 조사 당시를 기점으로 지난 2주일간의 급성질환 발생율은(incidence rate) 11.6%이며 조사시의 만성질환의 기간유병율(period prevalence rate)은 23.4%이고 손상의 경우가 1.35%이며, 수술을

받거나 입원한 경우는 약 1% 정도이다.

인구 10,000명인 면의 경우 약 2,500명이 2주간 의료수요(demand)가 있는 것으로 나타났다. 이 의료분제 해결을 위한 의료서비스 수준에 관한 조사결과를 보면 그림 1과 그림 2와 같다.

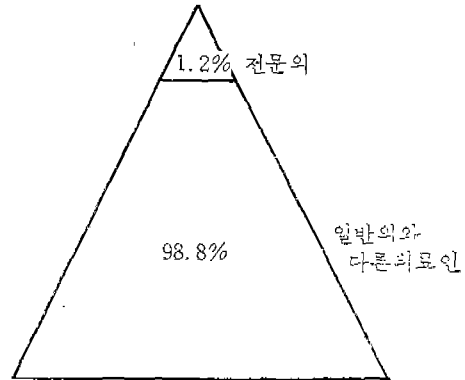


그림 1. 급성질환

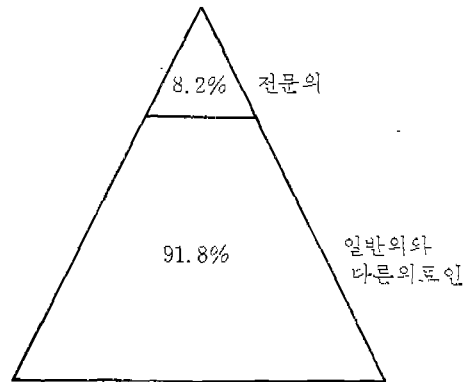


그림 2. 만성질환

이 결과로 미루어 보면, 수요의 대부분은 전문의가 아닌 일반의와 의사 아닌 의료인에 의하여 처리될 수 있으며, 2차진료 기관으로 후송 의료되어야 하는 질병은 전체 질병 중 5~10% 정도

라는 결론을 내렸다.

그러므로 전통적 병원위주의 의료사업의 5~10%의 주민의 의료요구를 위해 존재해온 PHC 사업은 나머지 90~95%의 주민의 건강요구를 충족하기 위함이다. 따라서 이런사업은 많은 투자가 필요한 시설(병원)이 필요없다. 그리고 많은 연구결과 보건의료시설을 방문하는 대부분의 PHC client들은 의사가 아닌 일정한 교육훈련을 받은 의료인력에 의하여 수요를 충족시킬 수 있으며 일부만이 의사의 전문적인 진료가 필요하다고 지적하고 있다. 그리고 WHO와 UNICEF의 공동연구 결과인 「Alternative Approach to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries」에 의하면 “Primary Health Care Worker”를 의사아닌 자로서 보건의료망 속에 질병의 예방, 치료 및 건강증진 업무에 종사하는 자라고 하고 의사 아닌자의 치료활동의 실리와 가능성을 시사하고 있다.

3. 이런 일차보건의료 서비스를 제공할 수 있는 인력을 우리는 가지고 있는가?

불행하게도 보건의료 인력 가운데 일차보건의

료를 제공하기 위해 준비된 인력은 없다. 미국의 PHC분야에서 저명한 여의사 Barbara Bates의 슬회를 예로 들고자 한다: “의학계나 간호학계나 똑같이 같은 분제와 같은 필레마에 빠져 있다(간호학계가 다소 낮기는 하지만) 국민의 건강문제가 병원, 입원실이 아니라 병원의태나 왕태가 가능한 보건의료기관에서 접렝되고 있는데 반하여, 우리 의학이나 간호학의 교육은 병원 입원환자들 위한 것이었다. 이 역설적인 현상이 곧 우리의 문제이며 필레마이다.”

이런현상은 우리나라 의학계와 간호학계에서는 미국에 비해 더하년 더했지 조금도 나은 것이 없다. PHC는 입원실에서 제공되는 서비스가 아니라 주로 의태나 왕태가 가능한 보건의료기관에서 제공될 수 있기 때문이다.

우리가 잘 알다시피 보건의료 인력의 교육배경과 지역사회 건강요구와 서비스 실태와는 엄청난 gap이 있다(참조 그림 3).

국민이 건강으로 이르게 하는 사업을 트로 표시하면 이과대학이나 간호대학에서 교육하고 있는 내용은 ▽형으로 국민요구와 교육의 현실은 서로 도치되어 있는 실태이다. 따라서 건강으로 이르는 길의 사업은 저변의 교육경험이 의학에

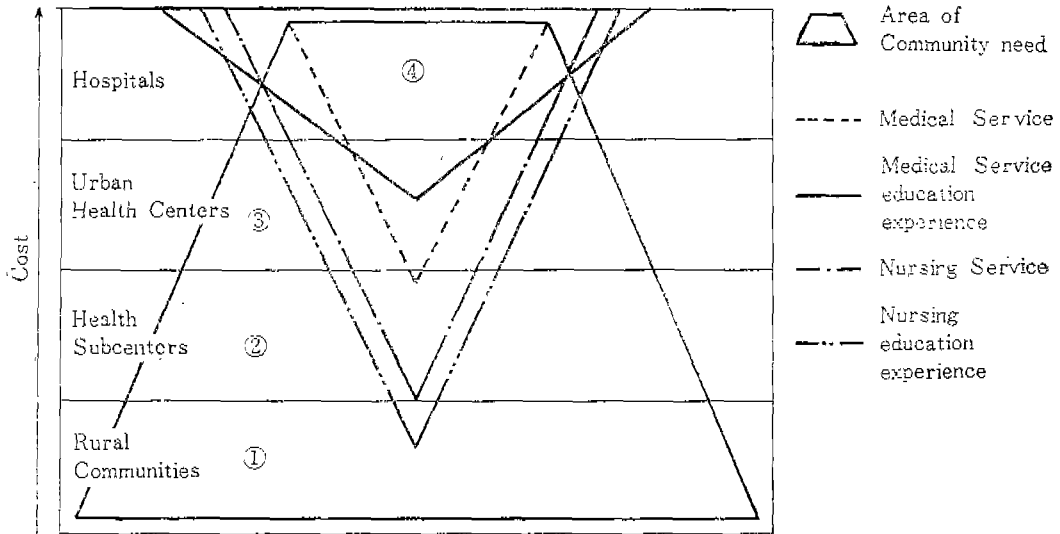


그림 3.

저도 간호학에서 큰 비중을 두어 주어지고 있지 않으며 이런 현상은 간호학 보다는 의학교육에서 더 심각하다고 본다.

따라서 현 의료인 특히 의사나 간호원들이 PHC를 책임 운영하기 위해서는 보수교육이 없어 활용할 수 있지 못한 실정이다. 이렇기 때문에 일차보건의료를 제공하기 위해 준비된 인력은 없다고 할 수 있으며 그러므로 우리는 PHC Worker를 준비해야 하는 과제가 있다.

4. 왜 우리나라에서는 간호원을 PHC Worker로 활용하는가?

우리나라는 1980년 12월 31일 「농어촌 보건의료를 위한 특별조치법」(법령 3,335호)을 제정 발표하고 동법에서 PHC Worker의 명칭을 “보건진료원”으로 정하고 그 자격을 간호원, 조산원, 기타 대통령령으로 정하는 자격을 가진 자로서 보건사회부 장관이 실시하는 24주 이내의 직무교육을 받은 자라고 정의하고 있다(동특별조치법 제3절 제5조).

이런 정부정책이 나오기까지는 많은 논란의 소용돌이가 있었다. 의사 사회에서는 의사의 영역으로만 인식되고 있는 일차진료까지 포함된 PHC를 어떻게 간호원이 담당해야 하는가? 마땅히 의사가 해야한다고 하고, 약사사회에서의 이야기는 국민의 일차진료의 60~70%는 그동안 우리가 담당했는데 마땅히 약사로 하여금 약국에서 진단하고 처방하고 약을 팔수 있게라도 해야 한다고 주장했고 아직도 주장하는 이가 있다. 이런 사고에는 상당한 모순이 있다. 즉 PHC=PMC(Primary Medical Care)와 동일시하기 때문에 그런 생각을 할 수 있는 것 같다. 일차보건의료는 일차진료가 아님을 명백히 인식해야 한다.

또한 우리나라의 경우 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법의 제19조에 보건진료원의 주요기능을 요약하면 다음과 같다.

1) 치료사업

- 일차보건의료기관(예 보건진료소)에서와

가정방문을 통해 일차진료를 제공한다.

- 가장 흔한 일반질환을 확인한다.
- 일반병력을 수집한다.
- 신체검진을 한다.
- 정의된 질환에 한하여 치료한다.
- 이외의 질환으로 효율적으로 의뢰한다.

2) 예방사업

- 예방접종을 실시한다.
- 산전산후 관리를 한다.
- 분만개조 한다.
- 영양지도를 한다.
- 가족계획 서비스를 제공한다.
- 보건교육을 한다.
- 결핵, 장질부사, 성병 등의 전염병관리를 한다.
- 환경위생교육을 한다.

3) 교유훈련 및 지역사회 개발사업

- 지역보건 사업을 위한 보조인력이나 자원 봉사자를 교육하고 감독한다.
- 이들의 보건사업 성취도를 평가한다.
- 지역사회개발을 위한 여러기관의 활동을 지원하고 참여한다.
- 정보를 정확을 기하여 기록하고 보고한다.

이상에서 알 수 있듯이 진료기능은 일차보건의료 제공자의 주기능의 한부분에 지나지 않는다. 그러나 항간에는 이 부분의 기능이 일차보건의료 제공자의 기능의 전부인 것 처럼 생각하는 경향이 있다. PHC를 일차진료라고 잘못 파악하고 있는 사람 가운데는 PHC사업은 누가 할 수 있는냐는 문제에 관해 다양한 생각을 가지고 있는 것을 본다.

우리나라는 국민교육 수준이 높으며 정부는 5차 경제 및 사회개발 기간중 농촌지역부터 중학교까지 의무교육화 할 계획이다. 이런 나라에서 일차보건의료 제공자를 중학교 나온 인력으로 단기과정을 거쳐 활용하여 예산절약을 도모하는 사람도 있다. 문제는 이런 인력에 의한 교육과 권고가 과연 주민들이 잘 받아들여 행위변화

를 가져올 수 있을지 극히 의심스럽다. 행위 변화 이론에 비추어 볼 때 이런 인력이 그 지역의 지도자도 될 수 없으므로 Reference group에도 소속될 수 없다. 이런 인력이 PHCW의 기능을 다하려면 단기과정으로 부족하여 장기과정의 교육이 필요하므로 오히려 예산투자가 커진다는 것도 함께 감안해야 할 것이다.

차계의 약사의 활용문제에 대해서 짚고 넘어가고자 한다. 약사가 일차보건의료 제공자가 되어야 한다는 변의 하나는 의원이 없는 곳에도 약국은 있어 약사가 있다는 것이다. 현실적으로 의원은 대도시 집중이며, 약국은 이에 비해 지방으로 분산되어 있다는 것은 사실이다. 그러나 보건의료소가 들어가는 면 또는 Ⅱ 단위에 있는 약국은 극소수이며, 돈이 있고 배양능력이 있는 읍지역에 집중분포 되어 있으며 이 지역에는 한 두개의 의원이 함께 있다.

의료보험조합 시범지역 약국 지정현황(82.11.30 현재) 자료에 의하면 6개지역에 125개 지정 약국 중 면단위에 소재하고 있는 약국은 15개로 1.2%에 지나지 않는다. 약국은 약사들이 주장하는 것보다 현실적으로 주민근접도가 낮게 분포되어 있다.

이런 분포형태는 의원과 약국이 공동으로 갖고있는 특성이다. 뿐만아니라 약국과 의원은 질병 증상이 나타난 후 이증상을 가지고 찾아오는 대상을 상대로 영리를 목적으로 개업을 하고 있기 때문에 영리가 생길수 있는 지역에 사업체를 가질 수 밖에 없다고 본다.

여기서 국민보건의료를 염려하는 한 의사 출신의 보건학 학자의 말을 인용하고자 한다. PHC는 영리를 목적으로 하는 약국에서는 올바른 이루어질 수 없으며 대중치료만 조장하고 국민을 약의 남용에서 헤어나지 못하게 하는 결과를 초래할 것이라는 것이다. 영리를 목적으로 하는 사업이 비영리를 추구하려는 것은 현실적으로 어느 사회에서도 실현 불가능하며, 영리를 추구할 합법적 기회만 제공하는 격이 된다는 것이다. 최고 지성으로 자타가 인정하는 의원이 의료보험 부담정구 문제를 보아도 짐작할 수 있

는 일이다.

흔히 고등학교 졸업후 의사는 6년, 약사는 4년, 간호원은 3년 또는 4년 교육을 받음으로 간호원보다 약사가 약사보다 의사가 일차보건의료를 맡아야 국민을 저질의료에서 보호할 수 있다고 한다. 문제는 몇년은 공부했느냐가 아니라 무엇을 할 수 있게 교육되었느냐가 판단의 기준이 되어야 할 것으로 생각한다.

더욱이 over education도 under education도 질을 보장할 수 없음을 알아야 한다.

적재적소하여 투자효율과 효과를 높여야 한다. 즉 적재적소가 인력활용의 기본이 되어야 할 것이다.

그러면 우리가 가지고 있는 보건의료인력중 일차보건의료 제공자로서의 기능을 수행하기 위해서는 필요로 되는 기능을 위해 무엇을 공부했는지 몇가지 과제를 검토해 보자.

일차보건의료 제공자의 기능영역에 따라 요청되는 교과 내용과 의대, 간호대, 약대가 이 내용을 어느정도 교육하고 있는지 간략하게 선택적으로 요약하면 표 1과 같다.

이상의 표는 기존인력 중에는 간호원이 일차보건의료 제공자가 이수해야 할 내용과정을 가장 많이 이수했으며 따라서 단기보수 교육과정을 통해 인력개발 투자를 경제하면서 수급할 수 있는 기존인력은 간호원임을 알 수 있다.

특조법이 규정한 활동을 위해 기존인력활용과 새로운 인력양성을 생각해 볼 수 있다. 과연 효율적인지 잠깐 생각해 보자(참조 표2).

일차보건의료를 위해서 기존 간호원을 활용할 때 교육기간이 짧고 단기간내 활용이 가능하나 새로운 인력은 4년후에나 활용 가능하며 의사를 활용할때는 간호원의 경우보다 긴 기간의 표현 관리적면의 훈련이 필요하고 의학 교육과정중의 익숙한 질병 및 기인중심 치료 경향을 쉽게 탈피할 수 있겠는 가가 문제이며 간호원에 비해 저투자가 많이된 인력으로 일차보건의료사업의 성격이나 내용으로 보아 비싼 인력이다.

의사의 경우 일차보건의료를 통해 6년간 수련해온 치료기술을 배운 만큼 발휘할 수 없으므로

표 1. 의대, 간호대, 약대별 PHC 수행을 위해 요청되는 주요교육과정 비교

보건진료원의 기능영역	PHC수행을 위해 요청되는 주요교육과정	의 대	간 호 대	약 대
1. 치 료	① 인체의 생리 및 해부병리 ② 임상치료 과목(내과, 소아과, 산부인과 등) ③ 약리와 약학 ④ 진단 및 사정 ⑤ 병리학	필 이상 -인상과목 151학점 -해부생리 10학점 -약 학	다소 미흡 -인상과목 55학점 -해부생리 8학점 -약학 3학점	전혀 미흡 -인상과목 강의없음 -해부생리 3학점 -약학 102학점
2. 예 방	① 미생물, 면역학 ② 모자보건 ③ 영양학 ④ 인구 및 가족계획 ⑤ 보건교육 ⑥ 전염병학 ⑦ 환경위생 ⑧ 지역사회외학 or 간호학 ⑨ 통계학 ⑩ 역 학	저의 미흡 10.5학점 사회외학 1학점 예방외학 9학점 (환경 위생학포함)	다소 미흡 12.33학점 ⑧ 지역사회 간호 -3학점 ④ 2학점 ⑨ 2학점 ⑥+⑩ 3학점 ⑤ 3학점 ② 3학점	아주 미흡 5학점 공중보건학 4학점 을 환경 위생학 1학점 제외하고는 교육되지 않음.
3. 행 정	① 보건행정 및 법규 ② 행정 및 관리원론 ③ 조직 행위론	없 음	① 3학점 ② 3학점	없 음
4. 훈련 및 교육	① 교육학(원리, 과정심리 평가) ② 의사소통 ③ 행위 변화론	① > 없 음 ② >	① 6학점~14학점 ② 2학점	① 없 음
5. 지역사회 개발	① 지역사회론 ② 연구방법 ③ Counseling and guidance	③ > 없 음 ① > ② >	③ 2학점 ① 2학점 간호연구 3학점	① 없 음
인간·가족 사회·이해	대학 과정중 교양과목 ① 종교학 개론 ② 인류학 ③ 철 학 ④ 사회학	③ 1학점	③ 2~3학점 ④ 2~3학점	④ 3학점

※ ○속의 번호는 앞의 교육과정과 동일함.

사업에서 얻은 직업적 불만을 야기시킬 수 있으며 이런 불만은 직업에 대한 열정을 경감할 수도 있다.

새로운 인력양성을 위해서는 막대한 예산이 긴급히 요청되는 동시에 이 인력을 양성할 시설 및 인력수요가 문제가 된다. 의사의 경우 일차 보건의료를 하고져 지망할 수 있는 가용 의사 인력이 현재 없으므로 일차건강관리가 그들에게 특별히 매력적일 수 있는 조건의 형성이 필요하다.

간호원은 기존 건강 인력으로 건강사업을 위한 인력구조 질서에 큰 기여가 요청되지 않는다. 일차건강 관리를 위한 새로운 인력을 양성했을 때 의사와 간호원의 역할, 기능 활동이 새로운 인력이 새로운 건강사업 전달체계에 도입되기에 분명히 정의되어 새로운 인력구조의 질서를 마련하여야 한다. 그러나 새로운 인력의 직업적 성장과 발전을 도모할 시에는 건강인력의 안정된 질서구조는 계속 거대할 수 없다고 본다.

표 2. 일차 보건 의료들 위한 인력 대안

인력변 특 성	의 사	간 호 원	새 로 운 인 력
1) 교육성격 및 기간	단기 보수 교육 6년+단기	단기 보수 교육 3(4)년+단기	4년제 학사과정
2) 주요보수 교육내용	Expressive Function 건강유지, 증진 보호를 위한	Instrumental Function 질병치료를 위한	Expressive+Instrumental+ General Education
3) 자 격	Underemployment (치료기능을 배운 만큼 발 휘할 수 있는 기회가 없음)	Employment	Employment
4) 직업만족 및 성취도	기대키 어려움	기대함	기대함
5) 진출 투자액	적 음	아주적음	아주کم(시설투자 고려)
6) 인력사용 가능시기	단기간후	단기간후	3~4년후
7) 가용유틸 인력원	없 음	다수있음 투자된 유틸 인력의 제활 용으로 경제성을 높인다.	

간호원은 오랫동안 의사의 치료 행위를 도와왔다. 지역주민은 의사 부재시, 의사의 공석시에도 일부 치료를 간호원에 의해 받는데 익숙하여 왔다.

간호원이 치료의 상당부분에 참여해 온 것은 사회적 현실이었으나 합법적, 공식화하지 않았을 뿐이다. 따라서 간호원에 의한 일차건강관리 의료사업이 치료행위에 대한 지역사회 주민의 저항은 감소(일부 지식층)할 것이다. 따라서 새로운 형태의 인력 도입보다 쉽게 건강사업전달 체제에 흡수할 수 있는 장점이 있다.

이상의 제특성과 현실성을 고려할 때 일차보건의료로는 기존인력을 재훈련하여 기용하는 것이 시간 또는 재정적으로 경제적이며 기존인력 중 간호원의 재훈련 기용이 교육적 배경이나 시간도 재정적, 경제성이나 행정관리적 가능성으로 보아 가장 타당하다고 생각한다.

미국 하와이대학교의 Health Manpower Development Institute의 Dr. Richard A. Smith가 우리나라 일차보건의료사업을 위한 인력으로서도 간호인력을 교육 활용하는 것이 좋겠다는 제의를 하였다.

태국 마히들대학 보건대학원에서는 1973년부터 보건간호원-건강간호사(PHN-NP)를 배출하여 왔고 77년도까지 약 102명을 배출 하였으며

태국정부 요청에 의하여 1978년부터 1982년까지 1,400명의 PHN-NP를 배출시킬 계획이다.

이 정책에 따라 정부는 1981년~1984년까지 2,000명의 간호원-보건진료원을 양성 배출하여 우선 농어촌에서 주민을 위한 일차보건의료사업을 추진하고 있다.

5. 일차보건의료 제공자로서의 보건진료원(간호원)의 활동은 어떻게 평가되고 있는가?

정부수립 이래 무의촌 해결을 위해 각종수단과 방법을 동원하여 의사를 농어촌에 보내는 정책을 펴왔다.

그 예로 조건부 의사, 한지의사, 공중보건 장학의등을 들 수 있다.

그러나 한결같이 그 동안의 실적은 부진하고 결국은 실패한 것으로 평가되었다. 이러한 상황을 직시하고 1976년 부터 실시한 한국보건 개발원이 일차보건의료 개념을 도입한 보건의료 시범사업의 고무적인 결과와 1978년 일차보건의료를 주장한 Alma Ata 세계선언에 힘입어 1980년도 부터 의사아닌 의료인으로 하여금 일차보건의료의 주역을 담당케 하는 국가적인 사업이 시작되게 되었다. 이 사업을 뒷받침하기 위하여 “농

어촌 주민을 위한 보건의료 특조법"이 제정되고 이에 따라 현재까지 750명의 간호원이 보건진료원이라는 이름으로 재훈련 파견되어 농어촌 주민을 위한 일차보건의료사업을 담당하고 있다.

이들의 활동과 사업성고가 특조법과 그 시행령에 규정함대로 단순한 진료기능이 아닌 보건예방사업은 소홀히하지 않은 지역사회 간호원의 활동과 사업을 전개하고 지역사회개발요원으로 기여하며 이제도가 종래의 구원적 시혜적인 보건의료가 아니라 주민이 스스로 자신의 건강권을 찾고 유지하고 향상시키는 주민으로 바뀌어 지는데 있다.

그동안 한국인구보건연구원에서 보건진료원의 활동에 관한 연구결과(82)에 의하면 다음과 같은 확신을 얻게하고 있다.

보건진료원에 의해서 제공되는 일차보건의료사업은

첫째, 주민에 의한, 주민을 위한, 주민과 함께 기획 운영되는 건강사업이다. 그동안 의료는 돈 있는 자가 상품으로 사거나 제공자(의사)등의 일방적 시혜 즉 은혜배움을 기다리는 것이 주민이었다. 보건진료원이 머물어 일하는 시설을 설치하는 최초의 투자비용을 정부나 시혜차원에서 기다리는 것이 아니라 부락주민이 스스로 거출하여 우리의 보건진료소를 우리 스스로 만든다는 지역사회 움직임이 유도하고 있다(참조 표 3)

표 3. 보건진료소 설치를 위한 최초 투자비용 확보 방법

방 법	%
부락주민이 스스로 거출	54.0
보건진료소 수입으로 거출	2.0
기 타	32.0
무응답	12.0

82년 KIPH 자료(보건진료원 활동평가 조사연구)

둘째, 국민이 원하는 그리고 필요로 되는 사업을 제공한다. 전통적인 우리나라의 농어촌은 남성우위 풍토가 강함으로 의사가 아닌 간호원의 서비스를 주민이 원치 않는다. 따라서 큰 효과를 기대할 수 없는 사업이 될 것이라고 여론이 팽배했었다. 그러나 실시 후 그 실상은 그여

론과는 반대 현상이며 오히려 남자의사가 주민 공중보건의 보다 보건진료원을 월등히 선호하고 잘 수용하고 있었다(참조 표 4, 표5).

표 4. 보건진료원이 제공하는 서비스에 대한 만족도

내 용	진 료	예방보건
매우 만족	63.3%	57.3%
조금 만족	32.7%	30.0%
보 통	3.3%	9.3%
거의 만족하지 못함	—	0.7%
전혀 만족하지 못함	0.7%	0.7%
무 응답	—	2.0%

(82년 KIPH)

표 5. 보건진료원·공중 보건에 대한 주민의 반응

내 용	보건진료소 (CHP)	보건지소(공중보건의)
매우 도움이 된다	92.7%	6.3% 매우 좋다
조금 도움이 된다	6.0%	45.7% 좋은편
보통이다	1.3%	34.6% 그저 그렇다
거의 도움이 안된다	—	11.8% 별로 좋지않다
전혀 도움이 안된다	—	1.6% 아주 나쁘다

(82년 KIPH 자료)

공중보건의가 매우 도움이 된다는 주민이 6.3%에 불과하나 보건진료원은 92.7%에 달하고 있고 보건진료원의 서비스를 "만족한다, 매우 만족한다"가 진료면에서 96% 보건예방면에서 87%에 달하고 있다.

셋째, 일차보건의료를 위한 보건진료소가 보건 의료망의 말단 Entry Point의 기능을 하고 있다.

보건진료소가 일차보건의료의 60%~70%가 대증상—매약, 자가치료현상을 교정하고 있다.

표 6에 보면 지역주민의 치료 및 건강상담을 위한 첫방문 장소로서 보건진료소를 찾는율이 93.3%에 달하고 있다. 약방은 2.0%에 지나지 않고 있다. 이런 현상은 질환의 조기발견과 약의 남용을 방지할 수 있는 조점이며 따라서 주민의 경제적 부담을 덜것은 물론 국가적 부담도 줄게 할 수 있다. 보건진료소가 그 기능을 못할 때는 다시 약방자가 처방이나 의원의 첫방문 기관으로서의 방문 및 활용율이 높아질 것이다.

넷째, 보건진료원이 제공하는 서비스는 의사

표 6. 지역주민의 치료 및 건강 상담을 위한 첫방문 장소

장 소	%
보건 진료소	93.3 건
보건소	—
보건지소	—
의 원	4.7
약 방	2.0
한약방	—

(82년 KIPH 자료)

나 약사나 혹은 일반대중이 오해하고 있는 일차진료가 아니다.

일차보건의료(Primary Health Care)를 일반적으로 Primary Medical Care(일차진료)와 혼동하여 의사가 마땅히 해야한다고 생각한다. 그러나 WHO가 정의한 그리고 우리나라 농어촌 주민을 위한 보건의료 특조법에 따르면, 포괄적인 기본건강관리 사업이다. 우리나라의 보건진료원은 일차진료를 포함한 다양한 활동을 펴고 있다(참조 표 7). 이는 무척 다행한 일이다. 대한의 학협회가 1982년에 실시한 공중보건의 전국 보건지소의 진료실적 분석 결과에 의하면 평균 1일 환자 5.2명의 일차진료를 하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이에 비하면 보건진료원은 1일 6명이상의 일차진료를 제공하며 이 진료업무는 활동의 46.1%에 해당되고 있다. 이들은 진료사업의에 모성보건, 영유아보건, 가족계획, 학교 보건등의 다양한 사업을 전개하고 있다.

다섯째, 우리나라 일차보건의료 사업은 적재적소로 사업의 효과를 높이고 있다.

표 7. 사업 영역별 활동량(월평균 건수와 비율) (보건진료소 1개소당)

영 역	월평균건수	%
진 료	181.5건	46.1
모성보건	16.5	4.2
영유아보건	54.2	13.8
가족계획	17.6	4.5
학교보건	123.7	31.4
계	393.5건	100.0%

(82년 KIPH 자료)

표 8. 업무 만족도

구 분	만 족	보 통	불만족
보건진료원(보건진료소)	22.6%	74.8%	2.6%
* 공중보건의(보건지소)	35.6%	35.4%	30.0%

82년 KIPH 자료

* 83년 KMA 자료(공중보건의 실태조사 보고)

사업의 효과는 앞에 언급한 주민의 반응이 그 한척도가 되며 제공자(종사자)의 업무 만족도가 다른 하나는 척도가 될 수 있다. 업무에 만족하는 데 서비스질과 좋은 결과를 기대할수 있기 때문이다. 표 8에 의하면 보건진료원의 보건진료소에서 업무에 만족하지 못하는 수가 2.6%에 불과하나 공중보건의의 보건지소에서 업무에 불만하는 수는 30.0%에 달하고 있음이 말해주고 있다.

표 9. 시범지역 보건진료소, 지소, 보건소의 비용편익 분석

구 분	방문 1회당 평균진료비	재정자립도
의사중심 보건소	1,062원	17.6%
* 공중보건의 중심 보건지소	1,667원	
보건진료원 중심 보건진료소	391원	25.4%

80년 KDI 자료

* 83년 KMA 자료

여섯째, 보건의료사업이 효율(경제성)을 높이고 있다.

적재적소의 인력배치는 사업의 질과 효과를 높이는 동시에 투자의 극대화를 통해 효율(즉 경제성)을 높이는데 있다. 표 9 시범지역 보건진료소, 지소, 보건소의 비용편익 분석에 의하면, 방문 1회당 평균 진료비는 의사중심의 보건소에서는 1,062원, 공중보건의 중심의 보건지소에서는 1,667원인데 비해 보건진료원 중심의 보건진료소에서는 391원으로 분석되었으며, 재정자립도도 의사중심의 보건소는 17.6%이며 보건진료원 중심의 보건진료소는 25.4%로서 보건진료원 중심의 보건진료소 운영이 얼마나 경제적이고 효율적인 가를 증명하고 있다.

일곱째, 간호원에 의한 일차보건사업의 우수성과 양질성은 대한간호협회 60주년 기념강연에 이어 열거한 바, 있듯이 최근 20년동안 국내의적

으로 행해진 많은 연구에 의하여 인정받고 있다.

몇가지 예에 의하면, 母子의 산전, 분만, 산 후, 생후의 일반관리에 있어서 産科 resident와 간호원—조산원이라는 인력을 비교하여 연구한 결과 간호원—조산원에 의해 관리를 받은 군에서는 미숙아율, 신생아 사망율, 저체중아 출산율이 상당히 저하되고, 이상 증상이 없는 분만이 많았으며, 상당한 경비 절감을 가져왔다는 것이다. 즉 산모의 산전, 후 및 분만관리를 간호원—조산원에 의해 주어졌을때 양질—저렴한 관리를 할 수 있다는 것을 증명하고 있다.

일차보건의료분야에 있어서는 의사와 일차보건의료에 종사하는 간호원(Nurse practitioner)에 의해 제공된 환자관리가 내용이나 과정면에서 별차이 없었으며, 오히려 N.P.의 경우는 많은 보건교육과 가정생활에 필요한 자문과 협조가 제공되고 있음이 밝혀졌으며, 만성병 환자관리에 간호원이 참여한 경우 이들 환자의 입원율을 50% 감소할 수 있었다는 결과도 있다.

간호원이 일차보건의료 인력으로서의 우수성을 증명하는 예는 이밖에도 많이 있다. 그래서 미국의 거의 의사로 구성된 graduate medical education national committee가 1980년도에 비 보건성 장관에게 제출한 보고서에는 “간호원이 제공한 primary health care는 care의 질이 우수하고 뿐만 아니라 환자들이 잘 받아들이며, 여러기관에서 경비절약을 가져왔다”고 하고 “많은 간호원(Nurse practitioner)을 일차보건의료 주역으로의 양성이 미국 국민의 양질의 건강관리를 위해 필요하다”고 보고했다.

이는 미국의 간호뿐만 아니라 우리나라의 경우도 마찬가지로, 일차보건의료부문에 보건진료원에 의해 주어진 일차진료가 의사의 것과 질적으로 별 차이가 없으며 오히려 경제적인을 한국보건개발원과 한국개발원 연구에서 밝혀졌다.

6. 일차보건의료부문에서의 간호원의 활동 전망

국내뿐만 아니라 국제적으로 일차보건의료의

주역으로는 간호원이 적재임이 인정되고 있으며 이부문에 종사하고 있는 간호원들이 최선을 다하는한 간호원의 일차보건의료부문 활동요구와 기대는 지속적으로 증대될 것을 쉽게 전망할 수 있다.

첫째, 일차보건의료가 보건의료 전달체계의 기반으로 확고하게 정립될 것이다. (즉 National Health Care System의 Entry Point로 정착될 것이다) 보건경제학상 이질만이 효율과 효과를 함께 기할 수 있는 길이기 때문이다. 앞서 지적한 바와 같이 1차보건의료사업을 단기 project type으로 제공될 때 국민위화감만 조성하기 때문이다.

따라서 보건의료 전달체계 확립과 더불어 일차보건의료사업의 비중이 커질 것이다.

둘째, 도시지역으로 일차보건의료사업이 확대 될 것이다. 이는 보건의료 전달체계의 기반으로 확립되기 이전에도 농어촌 주민 못지않게 어려운 실정에 도시영세민이 살고있다. 그리고 우리나라 사회가 고도산업화 및 공업화 그리고 근대화 추구함에 따라 농촌이 차지하는 비율은 점차 감소하고 도시인구가 증대하게 마련이며 이에 따라 도시 영세민의 비중이 커지게 된다. 따라서 도시 영세민의 건강권 보장을 위해서 일차보건의료사업이 농어촌에만 머물어 있을수 없게 된다.

이미 정부는 이를 지시하고 수정중에 있는 제 5차 경제사회발전 5개년계획에 도시영세지역에 일차보건의료사업 도입방안 모색을 정책과제로 삼고있다.

셋째, 노령인구의 증대로 노령인구의 일차보건의료 요구가 대두 증대 된다.

인구구조 변천은 평균 수명의 연장에 따라 불가피한 상황이다. 즉 노령인구가 점차 증대될 예정이다. 1980년은 인구의 3.8%(1백 45만 6천명)가 2000년이 되면 6.0%로 2백 99만 3천명으로 증가되고 2050년에는 총인구의 16.1%로 9백 88만 6천명이 될 것으로 예상되고 있다. 이에 따라 노인인구의 보건의료문제와 노후사회 보장등 노인복지에 대한 사회정책이 절실히 요청된다. 노인인구의 보건의료문제도 효과와 효율을 제고 하기 위하여 간호원의 폭넓은 참여가 요청될 것

으로 본다. 즉 앞에 오는 2000년대의 일차보건의료 대상은 지금 주요 대상으로 되어있는 농어촌 주민에서 도시 영세민으로 그리고 영유 및 모성 인구에서 노령 인구로 변모될 것으로 예상된다.

넷째, 급성에서 만성질환 및 장기질환으로 질병양상이 변모해짐에 따라 간호원의 진료부분 참여가 더욱 증대될 것이다.

많은 만성 및 장기질환의 효율적 관리를 위하여 간호원의 진료부분 참여는 불가피하게 될 것이다. 미국의 저명한 여의사 Babara Bates의 증언과 연구에 의하면 대부분의 이런 장기질환 환자의 외래진료는 첫번방문을 제외한 추후방문은 의사에 의해 관리되는 것보다 간호원에 의해 관리되어야 한다고 했다. 이유는 간호원에 의해 능히 관리될 수 있으며 나아가 간호원이 관리할 때 보다 효과적이기 때문이라는 것이다. 그 예로 만성병 환자관리에 간호원이 참여한 경우 이들 환자의 입원율을 50% 감소할 수 있었다는 것이며 더욱이 만성노인 환자를 위해 가정내 또는 Nursing home에서 간호원을 주역으로 기용하고 필요에 따라 의사의 지원을 받게하는 제도를 채택했을 때 만성노인 환자의 입원빈도가 낮아지고 입원기간도 현저하게 단축할 수 있었다고 한다.

다섯째, 지역사회에서 기관내의 일차보건의료 사업으로 확대될 것이다.

기관의료사업은 가장 비싼 사업이다. 이 기관 의료사업이 주는 국민과 국가의 부담을 줄이는 일이 불가피하게 된다. 그래서 병원의 문턱을 낮추어 국민의료의 형평과 정의의 부각해야 한다. 이르기 위해서는 기관의료사업의 경제적 효과를 강구할 수 밖에 없으며, 현재와 같이 방만한 운영관리를 지속할 수 없을 것이다. 운영관리의 최대의 비용은 인건비이다. 이를 효율적으로 집행하기 위해서 병원내에도 적재적소의 인사업이 적용되어야 할 것이다. 따라서 병원외태에서 간호원의 활동이 멀지 않다. 미국의 KAISER 병원을 예로들면 외태에 N-P가 의사와 team이 되어 Ambulatory Care를 제공해 주고 있다. 이런 현상은 일반개인 의원에도 파급되어 N-P와 동업 형태의 의사개업의 유형이 대두될 것으로 본다.

여섯째, 또 새로운 건강과학 분야의 지식과 기술의 발달은 의료인력의 기능과 역할에 변화를 동반하게 마련이며, 지금까지의 변화 추세는 간호원의 일차보건의료 부분의 참여극대화를 쉽게 전망할 수 있게 하고있다. 이러한 현상은 잠정적인 것이 아니며 발전에 부수된 변화로 발전이 가속화 할수록 변화도 가속화될 것이며 영원히 지속될 것으로 생각된다. 이는 이 발전과 변화의 방향을 되돌릴 아무런 여건도 조건도 지금은 찾아볼 수 없기 때문이다. 이런 추세의 주인이냐? 종이냐? 하는 문제는 이런 도전을 감당할 수 있는 우리의 능력에 달려 있다.

7. 앞으로 간호교육의 방향

아는 것이 힘ियो, 기술이 힘이다. 능력은 교육의 소산이다. 오늘도 WHO의 이경식박사의 도움으로 간호교육 과정에 일차보건의료를 수행할 수 있는 간호인력을 양성을 할 수 있는 과정으로 개선되기 위한 노력이 진행중에 있다. 인력은 하루아침에 만들어 지는것이 아님으로 우리는 오랜동안 입원환자 관리 위주의 간호교육 현실을 반성하고 정비하고 국민의 오늘과 내일의 요구에 부응하는 간호교육이 되도록 노력해야 한다.

국민건강관리의 초석이 될 일차보건의료 제공자의 지속적 확보를 위해 간호교육 과정의 개선은 보다 시급한 과제이다.

정부는 일차보건의료 제공자를 마련하기 위해 간호원—조산원을 국고예산을 들여 일정기간 교육 훈련하고 있다. 이런 인력조달방법은 간호교육 기관에서 일차보건의료를 담당할 수 있는 간호인력을 배출할때 까지의 잠정적 조치어야 한다. 이에 투자되는 국고를 일차보건의료를 더욱 확대하는데 필요한 재원으로 활용하여 2000년대까지는 국민 모두에게 기본건강 관리를 받을 수 있는길에 보탬이 되어야 하겠다.

다시한번 이런 Workshop에서 간호가 국민을 위한 간호로 적극 기여하고 발전할 수 있는 이정표가 되는 간호교육과정 개선이 마련 되기를 간곡히 희망한다. ☞