

## 한국 보건진료원 제도의 시작

이 꽃 메<sup>1)</sup>

### I. 서 론

한국에서 보건진료원 제도가 시작된 것은 1980년 12월 31일 '농어촌 보건의료를 위한 특별조치법'이 법률 제 3335호로 제정 및 시행되면서부터이다. 이 법에 근거하여 보건진료원이 모집, 선발, 훈련, 파견되었으며 전국 각지에 보건진료소가 설치되었다. 이후 '농어촌 보건의료를 위한 특별조치법'은 1991년 '농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법'으로 명칭이 변경되는 등 13회의 개정을 거치면서 보건진료원과 보건진료소를 규정하는 법률로 유지되고 있다. 2007년 말 현재 전국 1,911개 보건진료소에서 1,878명의 보건진료원이 활동하고 있다.(보건복지가족부, 2008) 그러나 법이 제정, 시행되어 보건진료원 제도가 정식으로 시작된 지 햇수로 30년이 되는 2009년 현재까지 보건진료원 제도가 어떻게 시작되었는지를 본격적으로 밝힌 연구는 없었다.

본 연구에서는 '농어촌 보건의료를 위한 특별조치법'(이하 본 논문에서 농특법이라고 줄여서 칭함)이 제정 및 시행되면서 보건진료원제도가 시작된 1980년을 전후로 이 제도가 시작된 배경과 과정을 밝혀내고 분석하고자 한다. 이러한 연구는 특히 보건진료원제도의 시작에 영향을 미친 요인에 대한 깊이 있는 이해를 가능하게 하고, 이는 보건진료원 제도의 과거와 현재에 대한 이해를 통하여 앞으로 보건진료원과 보건진료소가 어떠한 변화를 겪을 것이며, 보건진료원제도가 시작된 지 30년이 지나면서 이를 둘러싼 내외적 환경이 급격히 변화한 21세

기에 바람직한 변화를 위하여 어떤 준비를 해야 할지에 대한 해안을 넓혀줄 것이다.

### II. 연구 방법

본 연구는 당시 일차문헌을 중심으로 시간의 흐름에 따라 보건진료원제도가 형성되고 정착되어 가는 과정을 구성해 나가는 역사학 연구 방법으로 수행하였다. 연구 전반에 걸쳐 일차문헌으로는 간협신보 및 기타 신문의 기사를 주로 분석하였고, 농특법과 이후 관계된 법규 등을 통하여 초창기 모습을 살펴보았다.

본 연구의 구성은 먼저 농특법이 제정되던 1980년 한국의 사회경제적 상황과 보건의료 상황을 간단히 살펴보겠다. 그리고 1970년대 말 한국의 보건의료자원에 대한 지리적 접근성 문제를 해결하기 위하여 1977년에 시작된 시범사업의 배경과 그 시행을 살펴보겠다. 그리고 1980년 제정된 농특법, 이어서 제정된 '시행령'과 '시행규칙'의 주요 내용을 통하여 보건진료원 제도의 골격을 살펴보고 이들 법규가 시행되는 과정을 살펴보겠다. 기타 1984년 전달된 '보건진료소 관리운영지침' 등을 통하여 보건진료원 제도가 구체적으로 한국에서 자리잡아가는 과정을 살펴보겠다.

### III. 연구 결과

#### 1. 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법 제정 당시의

1) 상지대학교 보건과학대학 부교수(교신저자 E-mail: yime@sangji.ac.kr)

## 한국 사회

### 1) 1980년의 사회경제적 상황

1980년 한국의 사회경제와 보건의료 상황을 아래 표 1에서 살펴보았다. 당시 한국의 총 인구는 38,124천명, 인구밀도는 제곱킬로미터 당 385.1명이었다. 식량작물 재배면적은 1,982천ha, 주식인 쌀 생산량은 3,550천 metric ton이었다. 보건의료 측면에서 평균수명은 65.8세로 한국전쟁 이후 지속적으로 증가한 것이었지만, 평균수명이 79세를 넘어 80세를 향해가고 있는 오늘날의 관점에서 볼 때, 보건의료 수준이 좋지 않았음을 알 수 있다. 특히 보건의료 자원의 전반적인 부족이 두드러지는데, 의약사수의 총계는 53,565명으로 인구 만 명당 의약사수에 있어서는 14.1명에 불과하였다. 준의료활동 종사자수에 있어서는 115,233명으로 인구 만 명당에 있어서는 30.2명 수준이었다. 보건의료 시설의 양적 부족도 뚜렷하여 인구 만 명당 병상수가 7.1개 불과하였다. 한국의 국민총생산대비 보건의료비용 지출은 1985년에 이미 5.58%로, 이미 평균수명으로 대표되는 건강수준에 비하여 높은 보건의료비용 지출 규모의 문제는 당시에도 나타나고 있었다는 것을 알 수 있다.

### 2. 보건진료원 시범사업 시행

#### 1) 시범사업 시행 배경

1970년대 말 한국의 보건의료 수준은 한국전쟁 이후 지속적으로 성장한 결과였지만, 치료의학 중심의 의료체

계의 심화, 의료비 양등, 도시 농촌 간 의료 불균등이라는 심각한 문제점을 안고 진행된 것이었다. 그중 의료자원에의 접근성 문제를 중심으로 볼 때 의료시설 및 의료인력의 도시집중, 의료인력 구조의 불균형, 의뢰체계의 미비 등 많은 문제점이 있었다. 그중 한국 정부는 특히 무의촌 해소라는 문제에 대해서 1970년대 중반 이후 확고한 의지를 가지고 이의 해결을 추진하였고, 특히 최소의 비용을 들여 효과적으로 무의촌을 해소할 수 있는 방안을 찾고 있었다(대한간호협회, 1997).

당시 말 한국에서 의료자원에의 접근성이 제한된 인구 집단은 크게 두 가지로 분류되었다. 첫째는 경제적 접근성이 제한된 서민층이었고 둘째는 지리적 접근성이 제한된 벽오지 주민이었다. 경제적 접근성 문제에 대한 해결책으로 1977년 의료보호사업이 시작되었다. 정부에서는 의료보호사업에 대하여 “서민층 복지향상과 국민총화에 획기적인 기여”를 했다고 평가하였다(간협신보, 1977.3.10).

두 번째 문제인 지리적 접근성 제한에 대한 해결책으로 먼저 등장했던 것은 지역중심지에 종합병원을 건설하는 안이었다. 1976년 박정희 대통령은 “지리적으로 멀리 떨어져 있어 의료보호제도의 혜택을 받기가 사실상 어려운 벽지주민을 위해 군소재지 등 지역중심지에 연차적으로 종합병원을 건설토록 하라”고 지시하였다. 이러한 대통령 지시에 대하여 당시 정부에서 갖고 있던 해결책 공단 중심지와 원격지 등 취약지역에 25개 정도의 종합병원을 짓는 것이었다(간협신보, 1977.3.10). 그러나 갑자기 종합병원을 다수 건설하는 것은 재원과 인력 확보 측면에서 모두 심각한 제한점을 안고 있었다. 따라서 경

<표 1> 1980년 한국의 사회경제 및 보건의료 상황(\*통계청, 1999; \*\*문옥륜, 2001)

	한국	비고
총인구*	38,124천	단위: 명
인구증가율*	1.57%	단위: %
인구밀도*	385.1	단위: 명/km <sup>2</sup>
식량작물 재배면적*	1,982천	단위: ha
쌀 생산량*	3,550천	단위: M/T
수산물 어획량*	2,410천	단위: M/T
평균수명*	65.8	단위: 년
의약사수*	53,565	의사, 치과의사, 한의사, 약사 합
인구만 명당의약사수*	14.1	
준의료활동 종사자수*	115,233	조산사, 간호사, 의료기사, 의료조무사 합
인구 만 명당 준의료활동 종사자수*	30.2	
병의원**	6,666	
병원**	341	
인구 만 명당 병상수**	7.1	
총인구대비 연 입원환자 비율**	22.2	
국민총생산대비 보건지출비율**	5.58	1985년

제적 부담은 최소화하면서 의료자원에의 지리적 접근성을 보장할 방법이 필요했다.

경제적 부담은 최소화하면서 의료자원의 접근성 문제를 해결하는 방안을 구체적으로 제시한 곳은 대한간호협회로써, 대한간호협회는 일차보건의료개념을 적극적으로 도입하여 정책적으로 반영하고자 하는 준비를 하고 있었다. 대한간호협회가 1976년 4월 8일에 열린 당시 여당이었던 공화당 정책심의위원회와 의학협회를 비롯한 의료단체의 연석회의에서 '지역사회 건강사업을 위한 계획안'을 발표하면서 무의촌 의료문제 해결을 위한 일차보건의료 실시 주장이 본격화되었다(대한간호협회, 1997). 대한간호협회는 정부의 건강사업의 균점화 및 효율화라는 기본 정책에 대한 해결방안으로 ① 건강사업수준의 구분 ② 건강사업 행정체계 확립 ③ 건강인력의 교육제도 개선 등을 제시하였다. 특히 전국 의료시혜 대상지역을 일차건강사업(60%), 이차건강사업(25%), 전문의료와 특수건강사업(15%)으로 대별, 각각 지역사회간호사 및 간호조무사(보건지소), 일반의 및 간호사(병의원 및 보건소), 전문의(종합병원 및 특수병원)로 하여금 담당케 하도록 하고 이를 위한 인력조정방안 모형으로 대상인구 만~1만5천에 간호사 소요인원 7,736명과 간호조무사 소요인원 1,736명을 내용으로 하는 모형을 발표하여 참석자의 주목을 받았다. 간호협회는 이 계획이 효과적으로 수행되면 건강사업의 균점, 유희여성인력의 개발, 국가경제발전을 위한 저변확대 등 일석삼조의 효과를 얻을 수 있다고 주장하였고, 참석자들은 이 계획에 각별한 관심을 표명하였다(의학신보, 1976.4.12).

대한간호협회에서는 이어서 정부의 경제개발계획과 간호사를 활용한 일차보건의료사업의 정책화를 결합한 '제4차 경제개발 5개년계획과 지역사회 건강사업 계획안(1)'을 마련하였다. 계획안은 다음과 같은 다섯 가지 기본 원칙에 바탕을 두었다. "고가의 의료사업이 아니라 건강사업을 기대한다. 건강사업은 국가의 시혜가 아니라 국민이 마땅히 누려야 할 권리이다. 건강사업은 기술을 받는 자 측에서 볼 때만 있는 자만이 구입할 수 있는 특권층 상품이 아니다. 건강사업은 병의 유무와 관계없이 개인, 가족, 지역사회가 중심이 되어 스스로 얻는 사업이다". 이렇게 일차보건의료의 기본 철학을 그대로 받아들인 대한간호협회 계획안의 골자는 이원화된 행정체계의 보건사회부로의 일원화, 지역사회 공공보건행정을 간호사를 중심으로 예방에 중점을 둘 것, 그리고 치료의 경우 모든 면 단위에서 일차 진료는 건강간호사를 중심으

로 한 간호 인력이 담당하고, 이차 진료는 원칙적으로 병원이 담당하는 것 등이었다(김영태, 1976).

이후로도 간호사에 의한 일차보건의료사업의 제도화를 위한 대한간호협회의 노력은 계속되었다. 대한간호협회에서는 1977년 정기총회에서 8개항 건의문 중 네 가지를 일차보건의료의 실시와 관련된 내용으로 하였고, 그것은 각각 "일차보건의료의 당위성", "간호 인력의 적극 활용의 필요성", "일차보건의료를 위한 적절한 교육의 필요성", "일차보건의료원 양성을 위한 장학금 제도" 등이었다. 1978년 총회에서는 일차보건의료 실시 확대를 건의하였다(대한간호협회, 1997). 그 외에 대한간호협회에서는 간호사에 의한 일차보건의료사업의 효율성을 주장하기 위하여 한국보건사회연구원이 주최한 각종 행사에 참여하기도 하였고, 일차보건의료실시 건의를 위해 보사부와 국보위 정책입안자와 긴밀히 협조하여 1979년 국보위에서 국가정책으로 채택하도록 꾸준한 활동을 폈다(대한간호협회, 1993). 또한 일차보건의료의 전면적 실시에 대비하여 '무의지역 주민 건강증진을 위해 자원근무할 회원 실태조사'를 실행하기도 하였다(간협신보, 1980.5.15).

정부에서는 최소의 비용으로 효과적인 무의촌 해소 방안으로 간호사를 중심으로 한 일차보건의료를 생각했고, 대한간호협회에서는 국민 건강의 향상과 간호사 수급문제의 해결, 간호직 진료업무의 확대라는 점에서 이를 환영하였다. 한편, 1978년 알마아타 선언에 따라 '모든 이에게 건강을'이라는 세계보건기구(WHO)의 모토 또한 국내 무의촌 해소에 큰 자극으로 작용하였다(대한간호협회, 1997).

## 2) 시범사업의 실시

일차보건의료 개념을 적용한 보건진료원이라는 개념을 직접 실무에서 적용하는 것은 시범사업으로 시작되었다. 1976년 한국 정부는 '한국보건개발연구원(Korea Health Development Institute, KHDI)을 설립하였고, 연구원에서는 대한간호협회에 '보건진료원으로서 간호원 및 간호보조원의 일차 진료 분야의 활동 가능영역과 소요보충훈련'이라는 연구를 요청하였다. 대한간호협회에서는 11월 최종보고서를 제출하였다(대한간호협회, 1997).

이듬해인 1977년 한국보건개발연구원이 주관하여 의료전달체계모형에 대한 연구로써(간협신보, 1977.6.23) 보건진료원 훈련배치활용계획이 정부 보건정책협의회를 통과하였다. 이 계획은 종합보건의료시범지역 내의 무의지역 및 도서벽지에 단기임상훈련을 이수한 보건진료원

을 양성, 배치하여 단기적으로는 지역사회 보건진료를 충족시키며, 장기적으로는 저렴한 보건의료 전달체계를 완성하자는데 그 목적을 두었다. 이 계획에서는 유자격 유경험 간호사 및 조산사를 선발하여 단기 과정의 임상 훈련을 이수시켜 의사의 직접감독 하에 주민의 기초진단(신체검사 포함), 후송환자 결정, 응급처치 및 경미한 치료 등을 실시하도록 규정하였다(간협신보, 1977.1.8). 사업에 필요한 자금은 미국 국제개발처(Agency for International Development, AID) 차관으로 해결하였다(간협신보, 1981.10.1).

보건진료원은 3단계를 통하여 선발하였는데, 첫째, 3년제 간호학교 또는 간호대학 졸업한 간호사로 1년 이상 의료기관에서 근무한 경력자를 지역별로 모집하고, 둘째, 군 보건운영위원회에서 추천하여, 셋째, 한국보건개발연구원 이 최종 선발하였다. 3단계 선발 과정을 거쳐 7월 1일에는 강원 홍천군, 경북 군위군, 전북 옥구군에서 활동할 보건진료원 25명을 발령하고 5일부터 교육을 실시하였다. 이들에 대한 교육은 이론 12주, 병원실습 12주, 현지실습 24주 등 모두 48주로 구성하였으며(간협신보, 1977.6.23), 이론교육은 한국보건개발연구원에서, 임상교육은 춘천도립의료원, 군산도립병원, 군산개정병원에서 실시하였다. 이들 25명은 강원도 홍천군에 11명, 경북 군위군에 9명, 전북 옥구군에 5명이 배치 발령받았다(간협신보, 1978.2.9).

시범사업 당시 보건진료원의 임무와 역할은 다음과 같다.

- 가장 보편적인 질병의 색출
- 일반적인 병력조사 및 신체검사
- 흔히 요구되는 병리검사신청 및 실시
- 규정된 범위 내에서 예방 및 치료
- 의사지시에 따른 치료
- 양성환자의 질병상태 관찰 또는 개업의에 후송
- 지역사회 보건증진 위한 계몽사업
- 해당기록 보존

이들 시범사업지역에서는 일차보건의료사업을 3단계로 나누어 1단계로는 리단위 주민 4백-1천명을 대상으로 마을건강원이, 2단계로는 3-5개리 주민 2-5천명을 대상으로 보건진료소에서 보건진료원이 펼쳤으며, 일차진료는 1-3개면 1-2만 주민을 대상으로 보건진료소, 보건지소에서 의사들이 진료를 맡았다(간협신보, 1980.6.12).

시범사업 중간평가 결과, 간호사가 일차건강사업을 효

과적으로 수행하고 있는 것으로 나타나 벽오지 주민을 위한 일차건강사업에 간호사를 적극 활용해야 한다는 여론이 확산되었고(간협신보, 1980.5.29), 실제 시범지역에서 주민 1인당 연간 의료인 방문 수는 시범사업 전인 1976년 0.939회에서 1979년에는 1.757회로 증가하였다(간협신보, 1980.6.12). 이 시범사업은 1980년 정부가 전격적으로 국가보위비상대책위원회에서 일차보건의료사업을 국가정책으로 채택하고 이를 실천하는 방안으로 '농어촌보건의료를 위한 특별조치법'을 제정, 공포함으로써 전국적인 확대, 실시를 보게 되었고, 새로 보건진료원제도가 탄생하게 되었다(대한간호협회, 1997).

### 3) 간호사 일차 진료권 시비

보건의료자원 중에서 특히 의사가 부족한 당시에 간호사의 일차 진료권 요구와 정부의 일부 간호사에 대한 일차 진료권 인정은 의사단체의 시비를 불렀다. 직접적인 발단이 된 사건은 경상북도에서 1977년 1월 일차보건의료 시범지역 이외의 보건지소에 47명의 간호사를 배치하여 일차 진료를 허용한 것이었다. 이에 대하여 일부 의료계에서는 "현행 의료법상 의사가 아니면 진료업무를 담당할 수 없도록 엄격히 규제하고 있음에도 이를 도외시함으로써 불법 의료행위를 하도록 허용한 것"으로 지적하면서 개선을 촉구하였다(의사신문, 1977.1.27). 보건사회부는 "의사가 배치되지 않은 보건지소의 경우는 인근지역 개업 의사를 촉탁의사로 위촉하여 지역주민의 진료를 담당"하도록 하는 조치로 이전의 결정을 반복하였다(의사신문, 1977.1.31). 그 외에 시범사업지역 등에서 간호사의 일차 진료권 허용을 둘러싸고 간호협회와 의사협회의 공방은 계속되었지만, 당시 우리나라 정책 최고책임자인 대통령의 무의촌 해소에 대한 집념이 컸다. 1977년 2월 박정희 대통령은 보건사회부를 순시하면서 "장기 근무한 간호원을 일정기간 강습시켜 지소장으로 임명해 간단한 치료는 시킬 수도 있다"는 견해를 피력하였다(중앙일보, 1977.2.8). 그리고 1980년 국보위에서 '농어촌 보건의료를 위한 특별조치법'이 통과를 보게 됨으로써 간호사의 일차 진료권에 관한 논란은 일단락되었다.

이후에도 의사단체 측에서는 보건진료원의 진료권을 문제 삼았다. 1987년에는 대한의학협회 총회에서 결의문을 통하여 보건진료원의 진료활동을 불법행위로 규정하고 보건진료원제도 폐지를 촉구하기도 하였다(간협신보, 1987.4.30).

### 3. 보건진료원 제도의 시작

#### 1) 농어촌보건의료를 위한 특별조치법의 제정

일차보건의료 개념을 적용한 보건진료원 시범사업에 대한 긍정적인 평가는 이후 제도화를 향하여 진행되었다. 1980년 한국보건개발연구원에서는 농어촌지역의 비효율적인 의료전달체계를 개발하기 위해 보건진료원을 대폭 활용해야 한다는 제안을 하였고(간협신보, 1980.6.5), 1980년 보사부장관은 제23차 세계보건총회에서 “한국정부는 그동안 한국보건개발연구원에서 한국 실정에 맞는 기초보건사업(Primary Health Care)을 개발하여왔으며 금년 내에 이를 평가 분석하여 연차적으로 전국 오지, 벽지에서 이를 확대할 계획”이라고 각국 정부대표에게 천명하였다(간협신보, 1980.5.29).

1980년 10월 16일 보건사회부가 확정 발표한 보사행정 장기계획에서는 간호사를 도서벽지에 파견, 진료권을 줌으로써 의료전달체계를 확립하는 것을 포함하였다. 즉, 경환자는 보건지소에서, 중증환자는 보건소와 일반의 원급에서, 중환자는 전문의나 종합병원에서 치료를 받도록 하는 3차의료전달체계를 마련하고, 의료혜택을 받지 못하는 도서벽지주민을 위해 간호사를 3-6개월간 소정의 교육을 시켜 벽지에 배치, 경미한 질환에 대한 진료활동을 펴고자 하는 계획을 세웠다. 이를 위하여 일차적으로 이듬해인 1981년에는 496명을 교육파견하고 1982, 1983, 1984년에 각 500명씩 파견하여 1984년까지 총 1,996년을 벽지에 파견하는 것으로 계획을 세웠다(간협신보, 1980.10.23). 이의 실행을 위하여 1980년 12월 26일 ‘농어촌 보건의료를 위한 특별조치법’이 국가보위비상대책위원회 입법회의 본회의를 통과, 확정되었다. 이 법은 무의촌 해소를 위한 최선의 방안으로 우리나라 보건의료 역사상 획기적인 것이었으며, 간호계로서는 임상중심의 간호영역을 지역사회로 확장하면서, 간호행위를 일부 진료행위까지로 확대하는데 중요한 계기가 된 조치이기도 했다(간호협회, 1997).

농어촌 보건의료를 위한 특별조치법(이하 농특법)의 목적은 “농어촌등 보건의료취약지역의 주민에게 보건의료를 효율적으로 제공하게 함으로서 국민의 의료균점과 보건향상에 기여함”으로 정의되었다. 농특법 2조 4항에서는 보건진료소에 대하여 “의사가 배치되어 있지 아니하고 계속해서 의사의 배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료취약지역 안에서 보건진료원으로 하여금 의료행위를 하게 하기 위하여 군수가 설치 운영하는 보건의료시설”이라고

규정하였다. 농특법에서 규정한 주요 내용은 첫째, 군(軍) 소요에 충당하고 남는 의사 또는 치과의사를 실역복무에 갈음하여 일정기간 도서, 벽지 등 무의지역에서 보건의료업무에 의무적으로 종사함으로써 의료혜택의 균점을 도모하려는 목적으로 1978년 제정된 ‘국민보건의료를 위한 특별조치법’을 폐지하고 동법의 규정내용을 흡수, 통합한 것이고, 둘째, 군수가 보건의료취약지역의 주민에 대한 보건의료를 행하게 하기 위하여 보건진료소를 설치, 운영하도록 하고 셋째, 보건진료원은 간호사나 조산사 자격을 가진 자로서 24주 이내의 직무교육을 받은 자중에서 군수가 위촉하도록 했으며, 넷째, 보건진료원은 의료법 규정에도 불구하고 경미한 의료행위를 할 수 있도록 한 것 등이었다. 당시 의료법 25조에서 의료인은 면허된 의료행위만 하도록 하였고, 간호사는 “상병자 또는 해산부의 요양상의 간호 또는 진료의 보조에 종사함을 임무로 한다”고 규정되어 있었다(보건복지가족부, 1975). 기타 보건진료원은 지정받은 근무지역 안에서 거주하도록 하였으며, 보건진료소 설치 지역 주민으로 구성되는 보건진료소운영협의회에서 보건진료소 운영 지원, 보건진료소 운영에 관한 건의 등을 하도록 규정하였다(보건복지가족부, 1980). 이 보건진료소운영협의회는 일차보건의료개념에서 주민참여의 원칙을 고수하기 위한 것이라고 할 수 있다.

이듬해 제정된 농특법 시행령에서는 의료취약지역을 “의료시설과의 거리가 통상의 교통수단에 의하여 30분 이상 소요되는 지역”으로 자세히 규정하였다. 그 외에 보건진료원에게 부여하는 “경미한 의료행위”와 기타 수행해야 할 업무를 규정하였고, 규정에 의한 의료행위를 할 때는 보건사회부장관이 정하는 환자 진료지침에 의하도록 하였다(보건복지가족부, 1981a). 농특법 시행령에서 규정한 보건진료원에게 부여된 의료행위는 다음과 같다.

1. 상병 상태를 판별하기 위한 진찰, 검사행위
2. 환자의 이송
3. 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급처치
4. 상병의 악화 방지를 위한 처치
5. 만성병 환자의 요양지도 및 관리
6. 정상 분만 시의 개조 및 가족계획을 위한 피임기구의 삽입
7. 예방접종
8. 제 1호 내지 제7호의 의료행위에 따르는 의약품의

투여

그 외의 업무는 다음과 같은 다섯 가지로 규정되었다.

1. 환경위생 및 영양개선에 관한 업무
2. 질병예방에 관한 업무
3. 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 업무
4. 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 업무
5. 기타 주민의 보건의료증진에 관한 업무

시행규칙에서는 더욱 자세한 사항을 결정하였다(보건복지가족부, 1981b). 보건진료소는 인구 1천인 이상 5천인 미만을 기준으로 관할구역을 정하여 주민의 의료이용이 편한 장소에 설치하도록 하였다. 보건진료소의 시설은 건평 66제곱미터 이상으로 하고, 진료실, 투약실, 소독실, 통신시설, 숙식시설을 갖추도록 하였으며, 갖추어야 할 의료장비기준도 정하였다. 또한 24주간의 보건진료원 직무교육은 이론 8주, 임상실습 12주, 현지실습 4주 등으로 세분화되었고 직무교육은 한국인구보건연구원, 대학병원, 종합병원에서 하도록 하였다.

보건진료소의 실제 운영을 결정하는 운영협의회에 관한 규정을 초기에는 각 진료소운영협의회별로 정했는데, 보통 회원은 100인 이내였고, 그중 12인 이내의 운영위원으로 운영위원회를 구성하였다. 보건사회부는 보건진료소 관리운영지침을 정하여 1984년부터 시행하도록 했는데, 주요 내용은 리, 동단위로 중졸 이상 20세 이상의 지도적 위치에 있는 부녀자를 마을건강원으로 1인 이상 두어 주민건강증진사업의 원활한 수행을 도모한 것이었다.

## 2) 보건진료원 선발, 훈련과 배치

1981년 시작된 보건진료원 모집은 간호사와 조산사를 대상으로 시작되었는데, 인기가 좋아서 지원자가 500명을 훨씬 웃돌았다(간협신보, 1981.1.15; 간협신보, 1981.2.12).

1981년 3월 전국 8개 교육기관에서 6개월 과정의 보건진료원 교육이 시작되었다(간협신보, 1981.4.2). 9월 17일에는 보건진료원 직무교육 이수자를 대상으로 제1차 보건진료원 전국대회가 열렸다. 주최는 한국인구보건연구원과 대한간호협회 공동이었으며, 그 목적은 “지역주민의 일차건강관리자로서 직무교육을 이수한 보건진료원들에게 투철한 사명감과 높은 자부심을 갖게 하기 위해”,

“지역주민의 일차보건 건강관리자인 보건진료원들과 행정가, 정책수립자 사이에 깊은 이해를 갖게 하기 위해”, “지역사회와 국가, 국민 모두에게 보건진료원 제도에 깊은 이해와 관심을 갖게 하며 스스로 적극적인 참여를 하게 하기 위해서” 등 세 가지로 요약되었다(대한간호협회, 1982a; 대한간호협회, 2001). 1981년 10월 1기로 259명의 보건진료원이 전국 각 지역에 배치되었다. 이들 초대 보건진료원에 대하여 주민들은 상당한 기대를 갖고 있었고, 근무 지역의 학교에서 학교 보건사업을 위하여 보건진료원을 “꼭 붙잡아두겠다”고 하기도 하였으며, 보건진료원 자신도 스스로에 대하여 “국가와 지역사회를 위해 우리 간호사가 해야 할 바를 찾고 희생과 봉사로 임해야겠다는 사명감을 띠고 시작 했습니다”고 표현하기도 하였다(간협신보, 1981.10.1). 초기 보건진료원은 연령이 매우 다양하였으며, 진료소가 지어지지 않아 면출장소를 이용하거나 새마을회관 등에 통신시설도 갖추어지지 않은 진료소를 설치하고 숙소는 별도로 정하기도 하였고, 마을 주민이 기금을 마련해 짓기도 하였으며(간협신보, 1981.10.1), 심지어는 주민 개인집 안이나(손계순, 2009) 누에 잠실을 개조하여 진료를 시작하기도 하였다(보건진료원회 경남지회, 2000). 급여는 월 20만원 정도였으며 교통이 불편한 지역에 거주하며 숙식을 자체적으로 해결해야 하는데도 불구하고 벽지수당, 기술수당, 교통비, 활동비 등이 지급되지 않아 문제점으로 지적되기도 하였다(간협신보, 1981.10.1).

이러한 보건진료원제도는 이미 시작 초기에 긍정적인 평가를 받아, 1982년 나온 연구보고서에서는 주민 95% 이상이 보건진료원이 제공하는 일차보건의료서비스에 대해 만족하고 있다고 하였다(간협신보, 1983.1.20).

## 3) 보건진료원 제도의 정착

이후 한국 정부는 일차보건의료 개념을 적용한 보건진료원 제도를 긍정적으로 평가하고 제도를 보완하는 장치를 마련해 나갔다. 1983년 전두환 대통령은 임시국회 국정연설을 통해 “의료취약지역 주민을 위해 보건진료원을 계속 양성 배치하고, 보건의료시설의 평준화를 도모해 나가겠다”고 밝혔다(간협신보, 1983.1.27) 또한 보건사회부장관은 스위스 제네바에서 개최된 제36회 세계보건기구(WHO) 총회에서 기조연설을 통해 “2000년까지 전 인류의 건강달성이라는 WHO 목표달성을 위해 한국정부는 모든 국민이 균등하게 양질의 의료를 받을 수 있도록 하는 일차보건의료를 기반으로 하는 보건의료전달

체계를 확립하는데 노력하고 있다"고 밝혔다(간협신보, 1983.5.12).

먼저, 보건진료원 배치를 따라가지 못하고 있던 보건진료소에 대한 건축 지원이 이루어졌다. 정부는 보건진료소 신축계획을 세우고, 건물 모델을 도시형, 농어촌형, 산간형으로 개발해 발표하였다(간협신보, 1983.6.2).

보건진료원을 확보하기 위해서 1983년에는 '공중보건장학을 위한 특례법'을 개정하였다. 1977년 제정된 '공중보건장학을 위한 특례법'은 무의촌 해소를 위한 의료요원을 확보하기 위하여 의과대학생 및 치과대학생을 대상으로 하였는데(보건복지가족부, 1977), 1983년 법을 개정하여 간호학생에게도 장학금을 지급할 수 있도록 하였고, 장학금을 지급받은 학생은 2-5년간 공중보건업무에 종사하도록 하였다(보건복지가족부, 1983).

1984년에는 보건진료소의 조직, 재무회계, 보수, 여비, 문서관리 등에 관한 기준을 정하여 보건진료소 업무의 합리적 운영을 도모함을 목적으로 하는 보건진료소 관리운영지침이 시행되었다(보건사회부, 1985) 보건진료소 운영협의회는 관할지역내 주민을 회원으로 구성하되, 각 리·동에서 선출된 100인 이내의 회원으로 구성되는 총회와 12인 이내의 운영위원으로 구성되는 운영위원회를 두도록 하였으며, 임원으로는 회장, 부회장, 운영위원, 감사 등을 두도록 하였고 협의회 사무를 처리하기 위하여 사무장 1인을 둘 수 있도록 하였다. 총회 및 운영위원회의 의결은 출석구성원 과반수의 찬성으로 이루어지도록 했으며, 협의회에서는 진료수입, 회원의 회비, 보조금, 찬조금, 성금 등으로 기금을 설치하여 보건진료소 운영을 지원할 수 있게 하였다.

주민건강증진사업의 원활한 수행을 위하여 리·동단위 마을건강원 1명 이상을 두도록 하였는데, 마을건강원의 자격은 중졸 이상 학력의 20세 이상 부녀자로 마을에서 지도적인 위치에 있는 자원봉사자로 하였다.

그 외에도 보건진료원의 근무 조건에 관한 자세한 사항도 정하였다. 보건진료원은 최초 위촉지에서 2년 이상 근무하되, 1년 이상 근무했을 때는 근무 군지역 다른 보건진료소에 위촉받을 수 있게 하였고, 2년 이상 근무했을 때 현 근무 도의 다른 군 보건진료소에 위촉받을 수 있도록 하였다. 그렇지만 배우자 직장이 소재하는 지역으로의 위촉과 전 가족의 이동으로 가족이 거주하는 지역으로의 위촉에 대하여는 예외로 하였다. 또한 직무교육기간 중 퇴학하거나 직무교육 이수 후 6개월 이내에 보건진료원으로 근무하지 않은 경우에는 교육수당 전액

을 반납하도록 하였고, 2년을 채우지 못하고 그만둘 경우에는 산정된 직무교육수당을 반납하도록 하였다. 보건진료원은 매일의 근무상황을 보건진료원 활동일지에 기록하도록 하고, 정년은 60세로 정하였다. 보건진료원은 보건진료소 관할지역 내에 거주할 의무가 있다고 명시하였다. 휴가를 받고자 할 때에는 사전에 협의회장 동의를 얻어 사유를 명시한 휴가원을 군수에게 제출하고 허가를 받도록 했으며, 질병 등 부득이한 사유로 관할지역 밖으로 출타하고자 할 때에는 운영협의회장 및 보건소장으로부터 사전허가를 받도록 하였고, 보건소장 또는 협의회장은 주민 보건의료상 긴급을 요한다고 인정할 때에는 휴일근무를 명할 수 있도록 하였다. 보건진료원이 업무수행을 위하여 관할지역 밖으로 출장하고자 할 때에는 사전에 보건소장으로부터 출장명령서를 받도록 하였다. 1년에 1회 이상 업무와 관련된 학식, 기술, 활동능력 배양을 위하여 교육훈련을 받도록 하였고, 교육훈련은 한국연구보건연구원 등에서 실시하도록 하였다.

보건진료소 수가가 정했는데, 진료수가를 약가 포함 첫 1일은 600원, 2일째부터는 1일 500원씩 가산하도록 하였고, 조산료는 1회 5천원으로 하였다.

1982년부터는 보사부 예규 제428호로 보건진료원보수지급기준을 정하였다. 보건진료원의 본봉은 1호봉 164,700원에서 20호봉 354,700원으로 구분되어 있었으며, 68,000원의 수당이 있었고, 연간 4회 본봉의 100%에 달하는 상여금이 있었다(보건사회부, 1985). 본봉과 수당 외에 운영위원회의 결정에 따라 7만원 이내(도시지역은 12만원)의 수당보조금을 지급할 수 있도록 하였고, 여비와 출장여비를 지급할 수 있도록 하였다. 보건진료소의 재정은 운영협의회 명의로 금융기관에 정기예금으로 예치하여 관리함을 원칙으로 하였고, 현금의 보관한도액은 5만원으로 하되 견고한 금고에 보관하도록 하였다.

보건진료소에서 사용할 수 있는 80종의 의료장비의 종류와 규격도 정했으며, 55종의 의약품기준도 정하였다. 이 의료장비와 의약품은 운영협의회 기금으로 구입하되 보건소에 의뢰하여 일괄 구입하도록 하였다. 감사는 매년 초 1회의 정기 감사와 필요한 경우 특별감사로 구분하였고, 예산 집행, 회계처리, 기타 보건진료소 운영에 관한 주요 사항을 감사하도록 하였다(보건사회부, 1985).

1981년 10월 259명의 보건진료원이 배치되면서 시작된 보건진료원 제도는 이후 급격하게 확대되어 1983년

초에는 859명으로 늘어났으며(간협신보, 1983.5.12), 1984년 4월말 기준으로 전국 보건진료소는 모두 1,254개였으며, 보건진료원은 950명이 배치되었고, 304명이 결원인 상태였다(간협신보, 1984.7.5). 보건진료소는 계속 늘어났고, 직무교육을 마친 보건진료원이 추가 배치되면서 결원은 점차 줄어들어 1985년 전국 보건진료소는 1,404개소, 보건진료원은 1,246명 배치되었다(간협신보, 1985.3.21). 1986년 보건진료소는 1,664개소, 보건진료원은 1,567명이었다(간협신보, 1986.4.24)

보건진료원제도가 정착되는 과정에는 대한간호협회와 같은 민간단체의 도움도 있었다. 1982년 대한간호협회 운영위원회와 지부 임직원이 중심이 되어 보건진료소 제반 사업에 대한 지도와 격려를 위해 현지 보건진료원을 방문하는 지도사업이 실시되었다(대한간호협회, 1982b). 또한 보건진료원에게 참고도서와 일반도서를 보내는 사업도 시작되었다(대한간호협회, 1993). 대한간호협회는 보건진료원의 성공적 활동사례를 모아 책으로 엮기도 하였다(간협신보, 1984.3.15).

보건진료원제도의 정착을 단적으로 보여주는 것은 보건진료원회의 결성이다. 보건진료원은 1984년 각 도별로 보건진료원회를 결성하였으며 당시 회원은 총 1,479명이었다. 1985년 2월 8일에는 보건진료원 발기총회를 개최하였고 초대회장은 박옥동 경기도 남양주군 조안면 송천보건진료소장이 선출되었다(대한간호협회, 2001, 간협신보, 1987.1.22).

1985년 전국 보건진료원을 대상으로 한 조사에서 보건진료원의 실태를 알 수 있다. 조사에 의하면 보건진료원의 평균연령은 35.2세였고, 기혼이 78.7%, 미혼이 21.3%로 기혼이 월등히 많았으며, 학력은 간호전문대학 졸업자가 65.3%였다. 직무내용별 수행정도에 있어서는 환자투약 및 처치, 기초진료범위 외의 환자의뢰, 보건진료소운영협의회 운영 직무수행 등이 다른 직무에 비해 수행률이 높은 것으로 나타났다. 그에 비하여, 이상분만의 감별, 보건요원 지도, 보건사업평가계획의 수립, 자궁내 장치시술 직무수행이 낮은 것으로 나타났다(김진순, 1984). 4개 도 4개 군 63개 보건진료소를 대상으로 한 보건진료원의 보건의료서비스 공급에 관한 연구에서는 1차 진료서비스 수행이 가장 높으며 다음이 가족계획서비스, 지역사회건강관리, 모자보건서비스의 순으로 나타났다. 전체 서비스 중 예방보건서비스의 비율은 22.1%로 진료서비스에 비하여 수행수준이 훨씬 낮았다(김영임, 1988).

#### IV. 결론 및 제언

1980년 농어촌보건의료를 위한 특별조치법이 제정, 시행되면서 시작된 보건진료원제도는 보건의료자원에의 지리적 접근성 문제를 경제적으로 해결하고자 하는 한국 정부의 의지와 일차보건의료의 개념을 적용한 간호사의 영역 설정을 주장한 대한간호협회의 움직임이 주요 동인으로 작용하여 이루어진 것이었다. 이후 보건진료원제도는 정부와 지역사회, 대한간호협회의 다양한 지원을 받으며 자리 잡아 나갔다.

보건진료원제도가 시작되고 30년이 흐른 지금, 제도 시작 당시 강력한 뒷받침 논리로 작용했던 보건의료자원의 접근성 문제는 상당히 해결되었다. 보건진료원제도 시작 당시 이를 필요로 하는 사회경제적 배경이 변화한 21세기 한국에서 본 제도가 존속되고 발전되기 위해서는 변화된 사회경제적 배경에 발맞춘 보건진료원 제도의 필요성에 대한 논리와, 보건진료원 내부의 변화가 필요하다. 이를 위하여 보건진료원 자신의 논리 개발과 변화뿐 아니라, 정부, 지역사회, 간호전문직 등으로부터의 지원이 힘이 될 것이며, 각 지원 논리의 합의점에서 앞으로 보건진료원제도의 미래가 그려질 것이다.

#### 참 고 문 헌

- 건강사업 일선기수에 모든 뒷받침을 (1977.1.13). 간협신보.
- 건강취약지 해소 열쇠 쥔 간호원 (1980.6.12). 간협신보.
- 군소제지에 종합병원 설립 (1977.3.10). 간협신보.
- 김영임 (1988). 보건진료원의 보건의료서비스 공급에 관한 관련요인 분석. *대한간호학회지*, 18(2), 153-161.
- 김영태 (1976). 관련인사로부터 들어본다 본회 지역사회 건강사업계획안(1). *대한간호*, 1976(11,12), 8
- 김진순 (1984). 일차보건의료사업에 있어서 보건진료원의 업무수행에 관한 분석적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 대한간호협회 (1982). 대한간호협회 이사회 1982. 11. 27 회의록. 미출판물.
- 대한간호협회 (1982). 대한간호협회 이사회 1982.6.20 회의록. 미출판물.
- 대한간호협회 (1993). 대한간호협회 창립 70주년 기념



대회 보고서. 서울: 대한간호협회.  
 대한간호협회 (1997). 대한간호협회 70년사. 서울: 대한간호협회.  
 대한간호협회 (2001). 한국간호 100년. 서울: 대한간호협회.  
 문옥륜 (2001). 북한의 보건의료제도. 서울: 아주남북한보건의료연구소.  
 벽오지에 간호인력 활용해야 (1980.5.29). 간협신보.  
 보건교육자료 개발사업에 중점 (1987.1.22). 간협신보.  
 보건복지가족부 (1975.12.31). 의료법. <http://www.law.go.kr/LSW/HstLsTrmSc.do?menuId=1&p1=1&query=#liBgcolor0>에서 2009.5.20 검색  
 보건복지가족부 (1977.1.1). 공중보건장학을 위한 특별법. <http://www.law.go.kr/LSW/HstLsTrmSc.do?menuId=1&query=%EB%86%8D%EC%96%B4%EC%B4%8C%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EC%9D%98%EB%A3%8C%EB%A5%BC%20%EC%9C%84%ED%95%9C%20%ED%8A%B9%EB%B3%84%EC%A1%B0%EC%B9%98%EB%B2%95%20%EC%8B%9C%ED%96%89%EA%B7%9C%EC%B9%99#liBgcolor7>에서 2009.5.20 검색  
 보건복지가족부 (1980.12.31). 농어촌보건의료를 위한 특별조치법. <http://www.law.go.kr/LSW/HstLsTrmSc.do?menuId=1&p1=1&query=#liBgcolor26>에서 2009.5.20 검색.  
 보건복지가족부 (1981.6.11). 농어촌보건의료를 위한 특별조치법 시행령. <http://www.law.go.kr/LSW/HstLsTrmSc.do?menuId=1&p1=1&query=#liBgcolor0>에서 2009.5.20 검색.  
 보건복지가족부 (1981.9.5). 농어촌보건의료를 위한 특별조치법 시행규칙. <http://www.law.go.kr/LSW/HstLsTrmSc.do?menuId=1&query=#liBgcolor6>에서 2009.5.20 검색.  
 보건복지가족부 (1983.12.20). 공중보건장학을 위한 특별법. <http://www.law.go.kr/LSW/HstLsTrmSc.do?menuId=1&query=%EB%86%8D%EC%96%B4%EC%B4%8C%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EC%9D%98%EB%A3%8C%EB%A5%BC%20%EC%9C%84%ED%95%9C%20%ED%8A%B9%EB%B3%84%EC%A1%B0%EC%B9%98%EB%B2%95%20%EC%8B%9C%ED%96%89>

[%EA%B7%9C%EC%B9%99#liBgcolor6](http://www.law.go.kr/LSW/HstLsTrmSc.do?menuId=1&p1=1&query=#liBgcolor6)에서 2009.5.20 검색.  
 보건복지가족부 (2008). 2007년도 통계연보. 서울: 보건복지가족부.  
 보건사회부 (1985). 보건진료소 관리운영지침. 서울: 보건사회부.  
 보건진료원 내년에 현지투입 (1982.2.9). 간협신보.  
 보건진료원 29명 발령 (1977.6.23). 간협신보.  
 보건진료원 진료활동은 특조법에 근거 (1987.4.30). 간협신보.  
 보건진료원 활용계획 확정 (1977.1.8). 간협신보.  
 보건진료원회 경남지회 (2000). 보건진료소 25시 II. 경남: 대한간호협회 보건진료원회 경남지회.  
 손계순 (2009). 경남도 거창군 자산보건진료소 손계순 보건진료소장 정리 미술관물.  
 통계청 (1999). 남북한 경제사회상 비교. 대전: 통계청.  
 우리는 자랑스러운 보건진료원 (1981.10.1). 간협신보.  
 일차보건의료를 기반으로 생활권중심 전달체계 개발 (1983.5.12). 간협신보.  
 일차진료 간호원희망자 첫교육 (1977.10.13). 간협신보.

- Abstract -

## Beginnings of the Community Health Practitioner (CHP) System in Republic of Korea

Yi, Ggodme<sup>1)</sup>

**Purpose:** This research was done to identify and analyze the beginnings of the community health practitioner system in the Republic of Korea (ROK) around 1980. **Method:** Primary sources were collected and analyzed, mainly newspapers around 1980, the act for health service for rural areas, and other relative publications. **Results:** The government of the ROK was trying to solve the problem of doctorless villages and regarded the introduction of primary health care (PHC) services using

1) Associate Professor, Department of Nursing, Sangji University

registered nurses (RNs) to be an economic solution to this problem. The Korean Nurses' Association presented 'a plan for community health service' to the government party and medical association in 1976. In this plan, RNs would provide primary care at the sub-county (myun) level, and hospital would provide secondary care. The Korean Public Health Development Research Center was awarded the project 'RNs and nurse aids as CHP for primary care service and their training'. In 1977, 25 RNs began to work as PHC in 3 areas, and interim findings showed that RNs were very capable of doing PHC. The Ministry of Health and Welfare announced long term plans for health and welfare administration including a

tertiary health care delivery system. RNs after training were posted to rural areas with no medical services to do medical treatment for mild cases. The Act for health services for rural areas was enacted on December 31, 1980. Enforcement Ordinance and Enforcement Regulations were enacted in 1981. In 1981, 257 CHP were selected, trained, and deployed. In 1983, the president of the ROK announced continuation of the CHP system for residents of medically vulnerable areas. The number of CHP increased from 257 in 1981 to 2038 in 1989.

**Key words** : Primary health care, Rural health, Community health nursing