

제도의 성과와 사회적 배태성:

베트남 북부 남러이와 남부 미호아 마을보건소 비교 연구*

백 용 훈**

요약

이 논문은 한 국가에서 동일한 복지 제도가 실행됨에도 불구하고 그 성과는 각 지방마다 왜 다르게 나타나는가를 사회·문화적인 관점에서 이해하는 데 목적을 두고 있다. 이를 규명하기 위하여 본 연구는 베트남 북부 홍강델타와 남부 메콩강델타에 각각 위치한 두 농촌 마을(남러이(Nam Loi Commune), 미호아(My Hoa Commune))을 사례로 선정하여 사회·문화적 맥락에 따른 공동체적 특성이 마을 내 위치한 보건소의 운영 및 성과에 어떠한 영향을 주는가를 비교 분석했다.

분석 결과를 요약하면, 두 마을보건소는 그 운영 방식에 있어서 차이를 보여주었다. 북부 남러이 보건소는 예방적 의료서비스 사업 및 프로그램을, 반면에 남부 미호아 보건소는 진료 및 치료 위주의 서비스를 제공하고 있었다. 이러한 차이가 나타나게 된 원인은 보건소 시설이나 운영상의 정책 등과 같은 제도적이고 정책적인 역량의 문제가 아니라 바로 주민들과의 연계 및 협력 수준이 중요한 변수였다. 그리고 그 근원은 마을 내 거주하는 주민들 간에 맺어진 공동체적 결속으로부터 비롯된 것이었다. 즉, 공식의 의료서비스 제도인 마을보건소는 해당 지방의 비공식적인 요소들에 배태

* 이 논문을 읽고 논평해주신 익명의 심사위원들께 감사의 말씀을 전합니다. 이 논문은 백용훈(2015a)의 박사학위논문 가운데 일부 내용을 요약 및 수정한 것입니다. 이 논문을 위한 현지조사는 한국동남아학회의 2012년도 한-아세안학술교류사업의 지원을 받아 수행되었음.

** (사)한국동남아연구소, beakyh@hanmail.net

(embedded)되어 그 성과가 달라질 수 있다.

주제어: 베트남, 홍강델타, 메콩강델타, 사회적 배태성, 의료서비스,
마을보건소

I. 머리말

국가의 제도는 해당 사회의 구성원들이 오랫동안 유지해오고 있는 전통, 가치, 그리고 문화와 결코 무관하지 않다(Scott 1998). 자본주의가 만들어낸 수렴화 현상 속에서 모든 것이 효율적인 가치 하에 획일화 및 합리화되고 있지만, 그럼에도 불구하고 어느 사회에서나 적용될 수 있는 동일한 제도는 존재하지 않는다. 제도가 해당 사회의 전통 및 문화적 맥락과 얼마나 부합하는가에 따라서 그 성과 또한 달라질 수 있다(Putnam 1993). 본 연구는 바로 이러한 관점, 즉 제도의 사회적 배태성(embeddedness)에 대한 궁금증에서부터 출발하며, 그러한 메커니즘을 의료서비스 부문을 통해 자세히 규명해보고자 한다.

이 논문에서 제기하는 근본적인 연구 질문은 다음과 같다. 공식 영역에서 국가 복지 제도의 성과, 그 중에서도 의료서비스 제도 중의 하나인 마을보건소는 해당 마을의 사회·문화적 환경과 어떠한 연관성을 가지는가. 이 논문은 베트남을 조사 대상 국가로 선정하여 지난 1975년 재통일과 1986년 도이머이(Đổi Mới) 개혁개방 정책을 통해 이루어진 보건의료 분야의 개혁이 현재 어떠한 결과를 가져다주었는가에 대한 사례를 검토해보고자 한다.

본 연구에서 관심을 가지는 대상 국가인 베트남의 사회 정책 및 의료서비스 부문에 대한 그동안의 선행된 연구들은 제도의 설계와 사

회경제적 요인에만 중점을 둔 분석이 많았다(Priwizer 2012). 이러한 경향의 연구들은 복지 부문에 대해서 시장 개방을 통한 근대성의 개념에 입각한 측면에만 주목해왔을 뿐 그 속에서 실제 어떤 일이 발생하고 있는가에 대한 경험적인 관찰과 분석은 제대로 실천하지 못했다. 본 연구는 복지 부문에 대한 학문적 관심에 있어서 이상과 같은 기존 연구의 한계를 드러내고 국가의 공식 영역과 개인 및 공동체의 비공식 영역 간의 상호작용에 주목하여 의료서비스 제도의 성과를 탐구해보고자 한다.

정리하면, 본 연구는 의료서비스가 해당 사회에서 어떠한 의미를 가지고 있고 그 성과는 어떻게 나타나는가를 사회·문화적인 맥락을 통해 풀어내려고 하는 작업이다. 더 구체적으로는 비공식 영역의 전통 및 문화적 기제들 그리고 그에 따른 공동체적 특성들이 공식 의료서비스 부문의 실행 및 그 성과에 어떠한 영향을 주는가에 대해서 현지조사를 통한 경험적 연구와 구체적인 사례를 통해 검증해보고자 한다. 이를 위하여 본 논문은 한 국가, 즉 복지 제도는 동일하지만 지역적 수준에서 서로 다른 사회·문화적 특성을 보유하고 있는 베트남 북부와 남부의 마을을 사례로 선정하여 비교 연구를 실시하고자 한다.

II. 이론적 논의와 분석틀

1. 사회적 배태성(social embeddedness)

배태성(embeddedness)에 대한 논의는 그 분석 수준에 따라서 크게 거시적 수준과 미시적 수준으로 구분된다. 거시적 수준의 연구들은

시장이나 제도가 정치, 경제, 그리고 문화와 어떻게 상호작용을 하면서 등장하고 발전하는가에 대한 분석(Zelizer 1983; 1988; Dobbin 1994; Fligstein 1996)을 중심으로 진행되어 왔고, 미시적 수준의 연구들은 개개인의 행위자들 사이의 관계가 시장에서의 거래 혹은 경제적 행위에 어떠한 영향을 주는가에 대한 구조적인 관점의 분석(Baker 1992; Burt 1992; Granovetter 1973; 1985; Podolny and Baron 1997; Uzzi 1999)에 주목하였다.

제도들이 사회적 체계에 의해 어떠한 영향을 받고 있는가는 사회 이론의 고전적인 질문들 가운데 하나이다. 특히 본 논문의 이론적 배경이 되는 사회적 배태성(social embeddedness)은 그라노베터(Granovetter 1973)에 의해 알려진 개념으로써, 그에 따르면 제도들은 현재 진행 중인 사회적 관계의 제약을 너무 많이 받고 있다는 점을 강조한다. 행위자는 사회적 맥락과 동떨어진 상태로 원자화되어 행동하지도 않고, 특정 사회 범주 속에서의 규범에 맹목적으로 집착하지도 않는다. 개인은 오히려 구체적이고 현존하는 사회관계의 체계에 배태되어 있다는 것이다(Granovetter 1985, 481-487).

이처럼 사회적 배태성은 거시와 미시적 수준의 접점을 연결하는 다층적인 접근을 중심으로 개인 수준, 그리고 보다 상위에 해당하는 국가 등이 서로 어떻게 상호작용하는가에 관심을 둔다. 이때 개인은 자율적인 행위자가 아니라 어떠한 사회나 제도의 맥락에 위치하느냐에 따라 서로 다른 행위의 유형을 갖는다(Park and Subramanian 2012). 그리고 이러한 관점을 바탕으로 미시적인 현상과 거시적인 성과의 상호 연관성에 주목한 대표적인 연구들이 있다.

제임스 스캇(Scott 1998)은 Seeing Like A State(이하, 『국가처럼 보기』)에서 국가는 왜 ‘떠돌아다니는 사람들’을 적(敵)으로 보는가에 대한 흥미로운 문제를 제기하며 국가의 강압성과 획일성을 강하

게 비판한 바 있다. 그는 어떤 국가의 경우 효율적인 통치를 위해서 다양한 주민들의 의견을 묵살하는데, 이러한 정부의 권위주의적인 통치는 실제로 인간의 복지에 치명적인 위협이 될 수 있다는 사실을 구체적인 사례를 통해 제시하고 있다. 즉, 국가가 개인 행위자들과의 상호작용을 고려하지 않고 제도를 계획하고 실행할 경우 그 성과는 의도치 않게 부정적인 결과로 이어질 수 있다는 것이다.

스캇은 국가의 획일적인 계획과 그에 따른 제도의 실행이 각 지방 혹은 마을마다 간직해오고 있는 독특한 역사, 맥락, 규범, 경작 패턴, 친족 관계, 그리고 경제 행위와 같은 사회적 조건과 비공식 제도를 간과할 수 있다는 점을 강조한다. 이와 유사한 맥락에서 오스트롬(Ostrom 2010) 역시 목초지나 물 공급과 같은 공공재를 관리하기 위한 협력적인 시도들이 왜 어디서는 성공하고 다른 곳에서는 실패하는가를 탐구한 바 있다. 이러한 문제의 핵심에는 바로 공동체적 중요성이 강조되는데, 특히 기존에 축적된 사회자본의 양과 집단적 협력의 문제가 관건이라 할 수 있다.

또한, 류석춘(Lew 2013)은 한국의 성공적인 발전 경험을 사례로 미시적인 현상과 거시적인 성과의 상호 연관성을 문화적이고 도덕적인 맥락을 중심으로 체계적으로 규명해왔다. 즉, 국가의 거시적이고 공식적인 발전 정책이 한국의 문화적 유산인 유교와 정서적 연결망 등에 기초한 비공식 집단과 어떠한 상호 작용을 통해서 경제발전을 이룰 수 있었는가에 대해서 그 경로를 분석하였다. 위의 연구들이 공통으로 주장하고 강조하는 바는 공적 제도나 사적 제도가 실제로는 서로 얽혀 상호 의존적으로 존재함에도 불구하고, 정부의 공식적인 역할에만 주목하는 것은 비공식적이고 사회문화적인 차원의 중요성을 간과해버리는 오류를 범할 수 있다는 것이다.

이상과 같은 선행연구들을 바탕으로 본 논문은 거시적 수준의 제

도적 환경이 어떻게 미시적 수준의 행위자들의 규범 및 사회적 조건들과 조응하여 서로 다른 성과를 보여주는가를 경험적인 연구 방법을 통해 규명해보고자 한다. 이 때 거시적 수준의 제도는 보건의료 시스템, 그 중에서도 농촌에 위치한 마을보건소에 주목하고자 한다. 마을 내 거주하는 개인 및 다양한 공동체 구성원들이 그들과 가장 근접한 곳에 위치해 있는 마을보건소와 어떻게 상호작용하고 있는가를 면밀히 관찰하고 파악해보기 위해서이다.

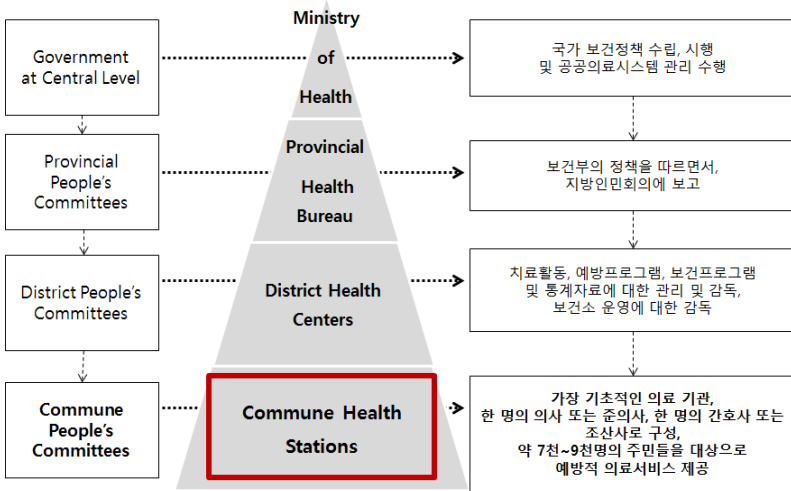
2. 베트남 보건의료 체계와 마을보건소

베트남의 보건의료 체계는 총 네 단계로 구성되어 있다. 먼저, 가장 상층부에는 보건부(Ministry of Health)가 국가 보건정책의 수립, 시행 및 공공의료시스템 관리를 수행하며, 지방의료기관(중앙 병원과 외국인 투자병원)과 의과대학을 감독한다. 그 하위 단계의 성급 보건부서(Provincial Health Bureau)는 상층부에 있는 보건부의 정책을 따르면서 성 인민위원회(Provincial People's Committee)에게 보고해야 할 의무를 가지고 있다. 다음으로, 성급 보건부서의 하위에 있는 현급 보건센터(District Health Centers)는 치료 활동, 예방프로그램, 보건프로그램 및 통계자료에 대한 관리 및 감독의 책임을 가지고 있으며, 지역 내 보건소 운영을 감독한다.

제일 하층부에 있는 싸(Xã, 마을) 보건소(Commune Health Stations)는 베트남 공적 의료체계에 있어서 가장 기초적이고 중요한 의료기관이다. 각각의 보건소는 일반적으로 한 명의 의사 또는 준의사 그리고 한 명의 간호사 또는 조산사로 구성되고 각 보건소에서는 약 7천명에서 9천명의 주민들 대상으로 의료서비스를 제공하고 있다(한국 보건산업진흥원 2013). 아래의 <그림 1>은 베트남의 보건의료 시스

템의 구조를 정리한 것이다.

〈그림 1〉 베트남 보건의료 체계의 구조



출처: Luu(2008, 39)를 바탕으로 필자가 재작성하였음

베트남은 이상과 같은 보건의료 체계의 구조 하에 국가가 운영하는 보건 네트워크를 효과적으로 유지 및 강화해나가고 있다. 1975년 베트남의 재통일 이후 베트남 보건부는 보건의료 서비스를 구축하고 전달하는 데 수많은 시도를 해왔고 그 중에서도 전인민의 건강관리를 위하여 전국적인 보건소 네트워크 구축에 집중하였다. 그 결과 남부 지방으로 마을보건소가 급속히 확대되었다(홍석표·김지혜 2012). 그리고 1980년대 후반 도이머이 개혁개방 정책 이후 정부는 각 싸(xã, commune, 社)마다 존재하는 마을보건소(trạm y tế xã, Commune Health Stations)를 중심으로 예방적 보건의료 서비스(preventive health services)를 제공하는데 집중하면서 공공부문의 의료서비스를 개선해나가고 있다(Luu 2008, 38-39).

또한, 베트남 정부는 의료 부문의 형평성을 고려하여 보건소를 기반으로 의료시스템을 확립시켜 나갔다. 특히, 농촌 등에 거주하는 가난한 계층의 사람들은 값비싼 의료시설보다는 마을보건소를 통한 공공 의료시스템을 더욱 선호하였다. 자문, 질병 치료, 가족계획, 그리고 위생 및 건강증진을 포함한 기초적인(primary) 보건의료 서비스가 마을보건소를 통해 제공되기 때문이다. 예방 및 치료적 보호와 관련하여 마을보건소는 베트남 사람들이 가장 처음으로 접촉할 수 있는 의료시스템인 것이다(Priwitzer 2012, 106-109).

그런데, 베트남에서 공적 보건의료 시스템에 대한 몇몇 연구들은 모든 제도적 권한이 중앙(국가)보다는 지방 수준(local level)의 영향을 보다 강하게 받는다고 분석한 바 있다(Birt 1990). 또한, 보건의료의 시장화에 대한 방식, 즉 탈중앙화의 과정은 아래에서부터 위로(bottom-up) 발생했다. 1986년 도이머이 이후 악화된 재정 상황으로 인하여 1989년부터 베트남 정부는 마을보건소에 대한 재정적 지원을 감소시키는데, 이때 정부는 지방 수준에서 이러한 어려움을 스스로 타개해 나갈 것을 권고하였다. 그리고 보건 의료의 공급은 공동체나 친족 같은 사적 제도에 보다 의지하면서 가족, 공동체 및 자조적 집단을 포함한 다양한 행위자들에 의한 공급을 통해 이루어졌다는 점을 강조한다(Priwitzer 2012, 4). 따라서 공식-비공식 영역 간의 상호작용을 보다 면밀히 파악해볼 필요가 있다.

3. 비교 분석 전략(차이법)

배태성과 보건의료 체계에 대한 논의를 바탕으로 본 논문은 차이법(Mill 1970)을 적용한 분석 전략을 활용하여 비교 연구를 실시하고자 한다. 아래의 <표 1>은 북부 홍강 델타와 남부 메콩강 델타 지

방에서 관찰가능한 변수들을 차이법의 비교 분석틀에 적용하여 정리한 것이다. 한 국가 내에서 동일한 복지 제도와 보건의료 시스템을 가지고 있으면서 1인당 GDP, 농림수산업 생산량, 그리고 인구 성장률 등의 사회·경제적 배경이 유사한 북부와 남부의 두 지방에서 만약 마을보건소의 성과에 차이가 발견된다면 그것은 사회·문화적 환경, 즉 해당 사회에서 유지되어 오고 있는 구성원들의 규범 및 사회적 맥락과 어떠한 연관성을 가지는 것인지에 대해서 인과적으로 검증하고 추론해볼 수 있다.

〈표 1〉 비교 분석틀(차이법)

차이법		대조	북부 홍강델타	남부 메콩강델타	
원인 변수 (x)	제도, 사회, 경제적 변수	복지 제도	동일	한 국가 내에서 복지 제도와 보건의료 시스템의 제도적인 조건은 동일함 (이론적 논의에 제시하였음)	
		보건의료 시스템	동일		
		1인당 GDP(\$)	유사		
		농림수산업 생산량	유사		
		인구 성장률 (%)	유사		
	사회, 문화적 변수	지리적 환경	차이	토양의 비옥도에 따라 양호한 토지에 대규모 단위의 인구 집중	풍부한 농경지를 바탕으로 자유로운 이동 및 경작이 가능
		주거형태		대가족, 마을 공동체 중심의 집단적 주거형태	핵가족 중심의 분산적 주거형태
		전통적 자치조직		향약, 딘 발달	향약, 딘 미발달
		사회적 관계		친족, 촌락 공동체 중심의 폐쇄적인 형태의 강한 연결망	촌락, 1차 집단의 범위를 넘어선 개방적인 형태의 약한 연결망
	설명되는 현상 (y)	마을보건소의 성과	-	-	-

출처: 사회, 문화적 변수 - Hickey 1964; Do Thai Dong 1991; 하순 1994, 1997, 2000; 유인선 1999; 최병욱 2000; 한도현 2000, 2003; 왕혜숙 외 2011(의 연구를 요약하여 정리하였음).

원인변수로서 활용될 사회·경제적 변수는 보건의로 시스템¹⁾, 1인당 GDP, 농림수산업 생산량, 인구 성장률이다. 해당 지방의 경제적 수준 및 인구 규모는 의료서비스 재정 및 시설 등에 대한 성과를 측정하는 데 있어서 중요한 변수이기 때문이다. 따라서 사회·경제적 수준이 유사한 남북부 지방을 선정하여 조사를 진행하였다. 그리고 또 다른 원인 변수 가운데 사회·문화적 변수, 즉 지리적 환경, 주거 형태, 전통적 자치조직, 사회적 관계 등에 대한 남북부 두 지역 간의 차이는 이미 여러 선행 연구들을 통해서 확인된 바 있다(하순 1994; 2000; 왕혜숙 외 2011; 백용훈 2015b). 이 연구들은 전통적으로 지리적 환경과 생태적 조건에 대응하는 과정을 통해 베트남 남북부가 각각 서로 다른 사회생활의 조직 방식을 가지게 되었고 그러한 특성이 현대사회의 관계적 양상에서도 여전히 관찰되고 있다고 설명한다.

남북부 두 지방의 특성을 살펴보면, 북부 홍강델타 지방은 지형의 고저 차이로 인한 토양의 비옥도에 따라 양호한 토지에 인구가 집중되면서 자연스럽게 촌락이 구성될 수 있었다. 이러한 유형의 촌락사회는 촌락 개별 단위로 대가족, 친족 중심의 폐쇄적인 네트워크를 지향하게 만들었다. 여기에 향약과 딘(dinh, 亭)은 주민들 간의 사회적 관계를 유지시켜주고 마을 공동체를 유지 및 강화시켜주는 기능을 함으로써 촌락 단위의 공동체적 특성이 공고히 유지될 수 있었다. 반면, 남부 메콩델타의 자연적 환경은 풍부한 농경지를 바탕으로 자유로운 이동을 통하여 새로운 땅에 농토를 개척하면서 생활할 수 있었기 때문에 북부처럼 대규모 인구가 밀집된 촌락 단위가 형성될 필요

1) 한 국가 내에서 실행되는 의료서비스의 제도적인 조건은 동일하다. 따라서 본 연구에서 베트남 보건의로 시스템은 상수로 취급하고, 마을보건소에 대한 조사를 통해 그 효과성만을 다루고자 한다.

가 없었다. 따라서 가족이나 친족관계뿐만 아니라 2차적 관계에 있어서 개방적인 성향을 띠게 되었다. 이상과 같은 특성들은 현대 사회에서도 여전히 관찰되고 있다. 북부 홍강델타에 거주하는 사람들의 사회적 관계는 친족 및 촌락 공동체 중심의 폐쇄적인 형태의 강한 연결망을, 반면 남부 메콩강델타의 경우 촌락 및 1차 집단의 범위를 넘어서 개방적인 형태의 약한 연결망을 기반으로 공동체적 결속을 유지하고 있다. 본 연구는 이상과 같은 남북부의 서로 다른 사회·문화적인 맥락의 차이가 마을보건소의 성과에 어떠한 영향을 주고 있는가를 파악하고 그 인과성을 검증해보고자 한다.

Ⅲ. 연구방법 및 측정

1. 조사 대상 지방의 선정

앞서 분석틀에서 제시한 다양한 변수들을 기준으로 본 연구자는 각 지방의 홈페이지와 베트남 통계청에 공시되어 있는 통계 지표들을 참고하여 조사 대상 지방을 선정하였다. 베트남 농촌 지방의 행정구역은 일반적으로 ‘성’(tỉnh, Province, 省)(제1급 행정구) - ‘현’(huyện, district, 縣)(제2급 행정구) - ‘싸’(xã, commune, 社)(제3급 행정구)의 단위로 이어진다. 현재 베트남에는 제1급 행정구에 해당하는 성 하부의 행정 조직 단위에 대한 사회 및 경제적 특성을 체계적으로 확인할 수 있는 공식적인 통계자료들이 존재하지 않는다.²⁾ 따

2) 물론 성 하부에 존재하는 현(huyện, District, 縣)이나 싸(xã, Rural Commune, 社) 단위의 인민위원회를 직접 방문하거나 성에서 발행하는 통계연감을 통해 각 현과 싸의 사회경제적 지표에 대한 자료를 참고할 수는 있겠지만 공신력이 낮고 측정 결과가 일정하지 않다.

라서 베트남 통계청에서 제시하는 성에 대한 자료들을 참고하여 북부 홍강델타와 남부 메콩강델타에 각각 위치한 총 21개의 성들 가운데 북부 남딘성(tỉnh Nam Định, Nam Dinh Province)과 남부 동탑성(tỉnh Đồng Tháp, Dong Thap Province)을 1차적으로 선정하였다.

현지조사 시기(2013년 8월)를 기준으로 가장 최근에 발간된 2011년의 베트남 통계청 자료에 따르면, 북부 남딘성과 남부 동탑성의 1인당 GDP는 각각 약 905달러(US\$)와 약 886달러(US\$)로서 서로 비슷한 경제적 수준을 보여주었다. 인구는 남딘성이 약 1백8십3만명, 동탑성이 약 1백6십7만명으로, 남딘성이 약 16만명 정도가 더 많았다. 반면에, 면적은 남딘성이 1,651km², 동탑성이 3,377km²로서 동탑성이 두 배 정도 넓다. 두 지방의 농림수산업 생산량은 2011년 기준으로 약 45억동(VND³⁾) 정도로 비슷한 수준을 보여주었다.

인구성장률 역시 북부 남딘성이 0.19% 그리고 남부 동탑성이 0.22%로서 서로 유사한 수준을 보여주었다. 인구 유입률은 북부 남딘성이 6.1%, 남부 동탑성이 5.8%로 유사했지만, 유출률은 북부 남딘성이 7.4%, 남부 동탑성이 11.1%로서 차이를 보여주었다. 베트남 통계청에서 매년 출간되는 통계연감에 따르면, 인구 유출률은 베트남 북부 홍강델타에 비해 남부 메콩강델타 지방에서 높게 나타났다.⁴⁾ 그 이유는 남부 메콩강델타 지방에 거주하는 젊은 여성 인구가 한국을 비롯하여 대만 등으로 결혼 이주를 많이 하고 있기 때문이다(최호립 2015, 148). 북부 남딘성과 남부 동탑성의 사회경제적 통계 지표는 아래의 <표 2>와 같다.

3) VND는 베트남 화폐단위 동(đồng)을 의미한다. 2016년 2월 기준 1US\$는 약 22,000VND이다.

4) 2011년 베트남 통계청 자료에 따르면, 홍강델타와 메콩강델타의 평균 인구유입률은 각각 4.5%와 3.1%, 평균 인구유출률은 각각 3.6%와 9.6%이다(출처: https://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tab id=774, 검색일: 2015. 12. 30).

〈표 2〉 베트남 전체 및 조사 대상 지방의 사회경제적 특성

2011년	1인당 GDP (\$)	인구 (천명)	면적 (km ²)	농림 수산업 생산량 (1억 VND)	인구 성장률 (%)	인구 유입률 (%)	인구 유출률 (%)
베트남	1,540.00	87,840.0	330,957.6	-	1.04	10.4	10.4
북부 남딘성 (Nam Định Province)	905.66	1,833.5	1,651.4	45.88	0.19	6.1	7.4
남부 동탑성 (Đông Tháp Province)	886.79	1,673.2	3,377.0	45.92	0.22	5.8	11.1

출처: 베트남 통계청, 각 성(province)급 인민위원회 및 World Databank, Vietnam⁵⁾

다음으로 본 연구자는 각 성 내에 위치해 있는 백여 개 이상의 ‘싸’들 가운데 어디에서 조사를 수행할 것인가를 고민하지 않을 수 없었다. 연구자는 우선 해당 성에 속해 있는 각 싸를 직접 방문하여 마을의 상황과 주변 경관을 살펴보고, 다음과 같은 기준에 따라 구체적인 조사 대상 지방 마을, 즉 북부 남러이싸와 남부 미호아싸를 선정하였다. 첫째, 남북부 두 조사 대상 지방은 모두 주변에 논과 밭 그리고 강 주변에 위치한 농촌 마을이다.⁶⁾ 둘째, 남북부 두 조사 대상 지방의 마을은 남딘성과 동탑성의 중심으로부터 유사한 거리, 즉 각각 약 25km와 약 30km 떨어진 곳에 위치해있다. 셋째, 베트남은 사회주의 국가이기 때문에 연구조사에 대한 일정한 절차가 필요하다. 따라서 해당 마을의 행정 기관 대표와 공산당 간부가 조사를 허가해주는 마을을 선정하였다. 베트남의 행정구역 단위에 따른 구체적인 조사 대상 지방의 명칭은 아래의 <표 3>에 정리하였다.

5) 베트남 통계청(<https://www.gso.gov.vn>),

남딘성 인민위원회(<http://namdinh.gov.vn/Gioithieu/default.aspx>),

동탑성 인민위원회(https://dongthap.gov.vn/wps/wcm/connect/DTP/sitinternet/sitchinhquyen/sitton_gquan/sitadieukientunhien/20130501+vi+tri+dia+ly),

World Databank, Vietnam(<http://data.worldbank.org/country/vietnam>), (이상 검색일: 2014. 10. 15)

6) 남북부 두 조사 대상 지방이 농촌 마을이라는 점은 <표 4> 응답 가구의 특성 가운데 주요 소득원에서도 확인할 수 있다.

<표 3> 조사 대상 지방의 명칭

구분	행정 지방 단위	성 (tỉnh, province, 省)	현 (huyện, district, 縣)	싸 (xã, commune, 社)
북부	홍강델타 (Đồng Bằng Sông Hồng)	남딘 (Nam Định)	남쪽 (Nam Trục)	남러이 (Nam Lợi)
남부	메콩강델타 (Đồng Bằng Sông Cửu Long)	동탑 (Đồng Tháp)	탑므어이 (Tháp Mười)	미호아 (Mỹ Hòa)

주) 성(tỉnh)>현(huyện)>싸(xã)의 순으로 갈수록 하부 단위의 행정 구역을 의미한다.

2. 자료 수집의 구성

의료서비스 제도의 성과에 대한 지표들은 보건소가 해당 마을의 주민들에게 제공하는 보건의료 업무의 양상을 확인하기 위한 것이다. 단, 어떤 단일한 지표도 제도적 성공을 완벽히 파악해낼 수는 없을 것이고, 어느 한 차원에서의 성공이 다른 차원에서는 전혀 연관이 없을 수도 있다(Putnam 1993, 74). 따라서 본 연구에서 의료서비스 제도의 성과에 대한 측정 방법들은 결코 완벽하지 않을 것이다. 하지만, 이러한 문제는 제도의 운영 실태와 지역 주민들의 평가를 모두 측정하여 파악함으로써 극복할 수 있다고 판단된다.

따라서 본 연구의 자료 수집은 제도를 실행하는 기관인 보건소와 그것을 제공받는 지역 주민들의 평가가 일치하는지, 제도의 성과에 대한 ‘객관적’인 측정치들이 자신이 거주하는 마을의 보건소에 대한 주민들의 견해와 부합하는지를 상호 균형적으로 파악하는 것에 중점을 두었다. 물론, 이를 규명하는 것 역시 쉽지 않다. 하지만, 보건소에서 운영 실태, 보건소가 운영하는 프로그램 및 서비스의 수준, 보건소와 지방 정부 간 그리고 보건소와 마을주민들의 협력에 대한 측정 자료들은 제도의 성과와 주민들의 견해에 대한 간극을 채워줄 수 있

을 것이다.

이상과 같은 내용은 양적 및 질적 방법을 병행한 연구방법을 통해 자료를 수집하여 측정하였다. 설문조사를 통한 양적 자료는 반구조화된 설문지를 이용하여 보건소의 운영 실태 및 마을 주민들의 보건소 이용 실태를 측정하기 위한 것이다. 그리고 면접 조사를 통한 질적 자료는 양적 자료의 정보를 보다 더 구체적인 설명으로 뒷받침해 줄 수 있다. 즉, 인터뷰와 참여관찰은 베트남 남북부에서 보건소의 운영 방식과 마을 주민들과의 연계 및 협력 등에 대한 구체적인 사례를 파악하는 데 도움이 된다.

앞서 언급한 바와 같이 마을보건소의 성과는 보건소 측과 주민들의 입장을 상호 균형적으로 파악하기 위하여 두 부문으로 나누어서 조사를 진행하였다. 하나는 마을보건소의 운영 실태에 관한 것이고, 다른 하나는 마을 주민들의 보건소 이용 실태에 관한 것이다. 먼저 마을보건소의 운영 실태에 관한 조사는 각 싸에 하나의 마을보건소만 운영되고 있기 때문에 북부 남리어싸와 남부 미호아싸의 보건소장에게 반구조화된 설문지를 배포하였고 이를 회수하여 운영 실태를 확인해보았다. 그리고 설문조사를 마친 후에는 미리 준비된 질문지를 바탕으로 심층 면접을 통해 질적 자료를 수집하였다.

다음으로 마을주민들의 보건소 이용 실태에 대한 양적 자료는 베트남 북부 남리어싸와 남부 미호아싸에서 각각 150가구씩 총 300가구를 대상으로 설문지를 배포 및 회수하여 수집하였다. 설문 응답자는 해당 가구의 상황을 가장 잘 파악하고 있는 1인, 즉 가구주 혹은 가구주의 남편/아내이다. 설문지는 거주 형태, 소득 수준, 주요 소득원 등 응답 가구의 특성과 응답 가구에 속한 모든 가구원의 성별)과

7) 조사에 성공한 전체 300가구에서 15세 이상의 가구 구성원은 총 1,185명이다. 이 가운데 남성은 606명(북부 남리어 283명, 남부 미호아 323명), 여성은 579명(북부 남리

나이⁸⁾ 등을 파악할 수 있는 문항으로 구성하였다. 조사에 성공한 가구(원)의 현황은 아래의 <표 4>와 같다.

<표 4> 응답 가구의 특성

가구수 (%)		북부 남러이	남부 미호아	전체
가구당 평균 가구원수(명)		3.8	4.1	4.0
전체 가구		150 (50.0)	150 (50.0)	300 (100.0)
세대별 구성	1인 가구	8 (5.3)	3 (2.0)	11 (3.7)
	1세대 가구	26 (17.3)	5 (3.3)	31 (10.3)
	2세대 가구	94 (62.7)	116 (77.3)	210 (70.0)
	3세대 이상 가구	22 (14.7)	26 (17.3)	48 (16.0)
근로 소득 수준 ⁹⁾	0~2백만동	53 (35.3)	27 (18.0)	80 (26.7)
	2~5백만동	35 (23.3)	48 (32.0)	83 (27.7)
	5백~1천만동	38 (25.3)	44 (29.3)	82 (27.3)
	1천~2천만동	16 (10.7)	23 (15.3)	39 (13.0)
	2천만동이상	8 (5.3)	8 (5.3)	16 (5.3)
평균 금액		약 \$320 (680만동(VND))	약 \$350 (730만동(VND))	약\$335 (705만동(VND))

이 285명, 남부 미호아 294명)이다. 이를 정리하면 아래의 <표 5>와 같다.

<표 5> 응답 가구 구성원들의 성별

가구구성원수 (%)		북부 남러이	남부 미호아	전체
성별	남성	283 (49.8)	323 (52.4)	606 (51.1)
	여성	285 (50.2)	294 (47.6)	579 (48.9)
전체		568 (100.0)	617 (100.0)	1,185 (100.0)

8) <표 6> 응답 가구 구성원들의 연령

가구구성원수 (%)		북부 남러이	남부 미호아	전체
나이	15세 미만	62 (10.9)	114 (18.6)	176 (14.9)
	15세 이상~ 20세 미만	42 (7.4)	59 (9.6)	101 (8.6)
	20대	103 (18.1)	127 (20.7)	230 (19.5)
	30대	99 (17.4)	85 (13.9)	184 (15.6)
	40대	53 (9.3)	113 (18.4)	166 (14.1)
	50대	82 (14.4)	62 (10.1)	144 (12.2)
	60대	70 (12.3)	42 (6.9)	112 (9.5)
70대 이상		57 (10.0)	11 (1.8)	68 (5.8)
전체		568 (100.0)	613 (100.0)	1,181 (100.0)

주) 결측값: 미호아 - 4명(무응답)

주요 소득원	농,어업	86 (57.3)	44 (29.3)	130 (43.3)
	공업	3 (2.0)	0 (0.0)	3 (1.0)
	판매,서비스업	6 (4.0)	36 (24.0)	42 (14.0)
	사회서비스 (의료, 교육 등)	5 (3.3)	7 (4.7)	12 (4.0)
	근로노동	8 (5.3)	14 (9.3)	22 (7.3)
	비정규자유노동	27 (18.0)	36 (24.0)	63 (21.0)
	군대, 공안	0 (0.0)	2 (1.3)	2 (0.7)
	기관 간부	9 (6.0)	9 (6.0)	18 (6.0)
	무직	6 (4.0)	2 (1.3)	8 (2.7)

가구별 특징을 살펴보면, 조사에 성공한 전체 300가구의 가구당 평균 가구원수는 북부 남리어가 3.8인, 남부 미호아가 4.1인이다. 함께 거주하고 있는 세대별 구성을 살펴보면, 북부 남리어와 남부 미호아의 1인 가구의 비중은 각각 5.3%와 2.0%, 1세대 가구의 비중은 17.3%와 3.3%, 2세대 가구의 비중은 62.7%와 77.3%, 그리고 3세대 이상 가구의 비중은 14.7%와 17.3%로서 북부 남리어와 남부 미호아 모두 2세대 가구의 비중이 가장 많은 것으로 나타났다.

다음으로, 가구의 경제활동과 관련된 가구의 소득 수준에 대해서 살펴보면, 조사에 성공한 전체 가구의 가구당 월평균 소득은 7백5만동(7,050,000VND, 약 US\$335)이고, 이 가운데 북부 남리어와 남부 미호아의 가구당 월평균 소득은 각각 6백8십만동(6,800,000VND, 약 US\$320) 그리고 7백3십만동(7,300,000VND, 약 US\$350)으로서 남부가 북부에 비해 50만동(약 US\$30)정도 많은 것으로 측정되어 서로 비슷한 수준을 보여주고 있다.

9) 북부와 남부의 근로소득수준(단위: 백만동)에 대한 기술통계값은 아래와 같다.

북부: 최솟값 0.0, 최댓값 103.30, 평균: 6.56, 표준편차: 10.144

남부: 최솟값 0.0, 최댓값 56.60, 평균: 6.21, 표준편차: 6.917

전체: 최솟값 0.0, 최댓값: 103.30, 평균: 6.39, 표준편차: 8.676

가구별 소득의 주요 원천이 되는 직업은 북부 남리어에서는 농, 어업(57.3%)과 비정규자유노동(18.0%)이 그리고 남부 미호아에서는 농, 어업(29.3%), 비정규자유노동(24.0%), 판매 및 서비스업(24.0%)이 많은 비중을 차지하고 있다. 남부 미호아 지역의 가구는 농, 어업에 주로 종사하면서 농산물이나 수공예품들을 직접 판매하는 소규모 상점을 겸하는 경우가 많았기 때문에 농, 어업과 판매 및 서비스업의 비중이 유사한 것으로 이해할 수 있다.

그리고 질적 자료는 미리 작성한 질문지를 바탕으로 심층면접을 통해 북부 남리어와 남부미호아 보건소장 그리고 해당 지방에 거주하는 주민들 각각 5명씩, 총 10명의 가구주(혹은 가구주의 남편/아내)로부터 수집하였다. 정보제공자들의 개인적 특징은 아래의 <표 7>과 같다.

<표 7> 정보제공자들의 개인적 특성

지역	순서	이름	성별	출생년도	출생지(성, tỉnh)	직업	월평균소득(동, VND)
북부 남리어	1	Bá(바)	여	1960	Nam Định(북부)	농업	3,000,000
	2	Kho(코)	남	1942	Nam Định(북부)	무직	0
	3	Lãng(랑)	남	1930	Nam Định(북부)	무직	0
	4	Quang(광)	남	1976	Nam Định(북부)	농업	3,500,000
	5	Đào(다오)	남	1950	Nam Định(북부)	농업	2,600,000
남부 미호아	1	Hương(후영)	여	1983	Đồng Tháp(남부)	농업	2,000,000
	2	An(안)	남	1981	Đồng Tháp(남부)	노동자	4,000,000
	3	Tiên(띠엔)	여	1981	Đồng Tháp(남부)	여성회간부	무응답
	4	Hạnh(하인)	여	1974	Đồng Tháp(남부)	회계	4,500,000
	5	Đưng(등)	남	1984	Đồng Tháp(남부)	자영업	4,000,000

(1) 마을보건소의 운영 실태(활성화) 측정

실제 보건소가 어떻게 운영되고 있는가를 파악하기 위해서 본 연구자는 우선 베트남 보건부가 보건소를 평가하는 기준 항목들을 검토해보았다.¹⁰⁾ 베트남 보건부는 10개의 대항목과 총 50개의 세부 항목으로 구성된 국가 의료 지표에 의거하여 마을보건소의 운영 상황을 채점 및 평가하고 있었다. 10개의 대항목은 ① 주민들에 대한 보건의료 업무 수행 및 지도(3점), ② 의료 인력(10점), ③ 보건소 사회간접시설(11점), ④ 의료 설비와 약품(9점), ⑤ 재정(10점), ⑥ 예방 의료 및 환경 위생(17점), ⑦ 진료, 치료 및 전통(동양) 의학(14점), ⑧ 부모-어린이 건강 관리(13점), ⑨ 인구-가족 계획(9점), ⑩ 건강 교육(4점)으로 구성되어 있고 이를 모두 합한 총점은 100점이다.

이상과 같은 항목들에 대한 평가 점수는 각 보건소의 운영 상황을 파악하고 그 성과를 검증하기 위한 객관적인 지표로서 활용할 수 있다. 하지만, 이 평가 자료는 보건부와 인민위원회에서 직접 조사하여 국가에서 관리하고 있었기 때문에 접근이 불가능했다. 따라서 10개의 대항목 가운데 본 연구자가 직접 수집할 수 있는 자료, 즉 보건소의 설립 시기, 운영 상황(운영 시간, 시설, 의사 수 및 병상 수 등), 보건소의 재정(예산), 그리고 보건소 사업을 파악하기 위한 설문지를 직접 작성하여 보건소장과의 면담을 통해 자료를 수집하였다. 설문지는 세계은행(World Bank)이 1997년에 베트남에서 실시했던 설문조사(Vietnam-Demographic and Health Survey 1997)의 문항을 참고하였다.¹¹⁾ 그리고 여기에 본 연구에서 주목하고 있는 마을 주민들과

10) 출처: 베트남 보건부장관 결정 문건(4667/QĐ-BYT, 2014/11/7)(<http://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyet-dinh-4667-QD-BYT-2014-Bo-tieu-chi-quoc-gia-ve-y-te-xa-giai-doan-den-2020-258367.aspx>, 검색일: 2015.12.17).

11) 출처: <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1517/download/25086>(검색일: 2015.12.17).

의 연계(협력 수준, 의료 조직 등)에 대한 문항을 추가하였다. 마을보건소의 운영 실태에 대한 구체적인 설문 문항의 구성은 아래의 <표 8>과 같다.

<표 8> 설문 문항의 구성: 마을보건소의 운영 실태

구분	설문 문항 내용
설립 시기	보건소의 설립 시기
보건소 운영 상황	운영 시간, 환자 수, 병상 수, 보건소 직원 수, 보건소시설, 보건소에서 제공 중인 의료서비스 항목과 비용 등
재정	보건소의 재정 상황 및 국가보조 (예산, 타기관으로부터의 원조 및 기금 등)
보건소 사업	건강 교실, 건강 증진 프로그램 운영 여부, 마을 주민들에게 서비스를 계획 중인 사업의 내용과 성과 등
마을주민들과의 연계	마을주민들과 보건소를 연결하는 조직, 네트워크 유무, 의료 조직 활동 및 자원봉사

또한, 운영 실태 조사 후에는 보건소 소장과의 인터뷰를 통해 구체적인 사례에 대한 질적 자료를 수집하였다. 그리고 베트남 보건소에 대한 전반적인 운영 상황을 파악하기 위하여 베트남 통계청에 공시되어 있는 지방별 의료 수준에 대한 자료를 참고하였다.

질적 연구를 통해 분석되어야 할 핵심은 주로 마을보건소의 활성화를 위해서 주민들의 협력이나 참여활동이 어떠한지 그리고 마을주민들을 위하여 보건소가 어떠한 노력을 기울이고 어떠한 사업에 집중하고 있는지에 대한 것이다. 따라서 마을보건소의 활성화를 위해서 주민들의 협력이나 참여활동, 그리고 보건소가 마을주민들을 위하여 어떠한 사업을 실행해왔는가에 대해서 파악하기 위한 내용에 초점을 맞추어 인터뷰 질문을 구성하였다. 질문의 내용은 구체적이기보다는 개방적인 질문을 통해 인터뷰 대상자의 자유로운 서술을

이끌어낼 수 있도록 구성하였다.

(2) 마을 주민들의 보건소 이용 실태

마을 주민들의 보건소 이용 실태에 대한 조사는 크게 두 부분, 즉 참여도와 만족도로 구분하였다. 참여도는 마을보건소를 위하여 주민들이 도움을 제공한 경험이 있는지 그리고 만족도는 주민들의 보건소 이용 정도, 치료와 의료 장비 및 약품에 대한 만족도, 의료서비스와 진료 비용의 수준, 보건소의 중요성에 대하여 반구조화된 설문 문항을 바탕으로 설문조사와 인터뷰를 실시하였다. 인터뷰는 가구 구성원들이 평소 보건소를 얼마나 자주 이용했는지, 보건소를 방문한 목적이나 이유는 무엇이었는지, 보건소는 만족할만한 수준이었는지, 그리고 보건소에 대한 의견이나 건의사항에 중점을 두고 인터뷰 질문을 구성하였다. 마을 주민들의 보건소 이용 실태에 대한 구체적인 설문 문항은 아래의 <표 9>와 같다.

<표 9> 설문 문항의 구성: 마을주민들의 보건소 이용 실태

구분		설문 문항
참여도	마을 보건소를 위한 주민들의 참여	가족 구성원들이 마을보건소에 도움을 제공한 경험이 있는가? 아니오 1 / 예 2
		가족 구성원들이 마을보건소의 활동이나 일에 참여한 경험이 있는가? 아니오 1 / 예 2
		가족 구성원들이 마을보건소에서 자원봉사자로 활동한 경험이 있는가? 아니오 1 / 예 2
만족도	마을 주민들의 보건소 이용도	지난 1년 동안 가구 구성원들이 마을보건소를 이용했던 경험이 있는가? 아니오 1 / 예 2
		지난 1년 동안 가구 구성원 중에서 마을보건소를 이용한 사람은 누구인가? (복수선택) 가구주 1 / 가구주의 부인(남편) 2 / 가구주의 부모 3 / 가구주의 자녀 4 / 친척 5 / 기타 6
		마을보건소를 얼마나 자주 이용했는가? 1년에 몇 번/6개월에 몇 번/1개월에 몇 번/1주일에 몇 번/ 거의 매일

치료와 의료장비, 약품	마을보건소의 치료 서비스에 대해서 만족하는가? 매우불만족 1 / 대체로불만족 2 / 보통 3 / 대체로만족 4 / 매우만족 5
	의료 장비와 약품은 만족할만한 수준인가? 매우불만족 1 / 대체로불만족 2 / 보통 3 / 대체로만족 4 / 매우만족 5
의료 서비스와 비용의 수준	마을보건소의 의료서비스 수준은 어느 정도라고 생각하는가? 매우낮음 1 / 대체로낮음 2 / 보통 3 / 대체로높음 4 / 매우높음 5
	치료받았을 때의 비용은 어느 수준인가? 매우저렴 1 / 대체로저렴 2 / 보통 3 / 대체로비쌌 4 / 매우비쌌 5
보건소의 중요성	마을주민들의 건강관리 및 증진을 위하여 보건소의 역할이 중요하다고 생각하는가? 아니오 1 / 예 2

IV. 마을보건소의 운영 양상과 주민들의 보건소 이용 실태: 북부 남리어싸와 남부 미호아싸의 사례

1. 마을보건소의 운영 실태

(1) 마을보건소의 설립 시기

각 싸, 즉 남리어와 미호아에서는 각각 하나의 보건소가 설립되어 운영 중이었다. 북부 남리어 보건소는 남리어싸 인민위원회(Ủy Ban Nhân Dân Xã Nam Lợi)의 맞은편에 위치해 있었다. 외관상으로 보기에 남리어보건소는 과연 보건소가 맞느냐는 생각이 들 정도로 상당히 낙후된 모습이었다. 보건소 앞의 도로는 포장되어 있지 않은 흙길이었으며, 정문은 녹이 슬어 있을 정도로 낡은 상태였다. 하지만, 보건소 안과 밖의 분위기는 달랐다. 보건소 안에 들어서자 오토바이가 여러 대 세워져 있었고 간호사와 보조원 등 직원 2~3명과 마을 주민들이 건강 관련 이야기를 나누고 있었다. 보건소의 건물은 군데군데 금이 가 있고 페인트칠도 많이 벗겨져 있었지만, 그럼에도 불구하고

고 기본적인 시설은 갖추어져 있었다. 보건소의 벽에는 건강, 가족 계획, 어린이 질병 예방과 관련된 포스터들이 부착되어 있었다.

한편, 남부 미호아 보건소는 미호아 시장(Chợ Mỹ Hòa)에서 약 100미터 정도 떨어진 곳에 있었다. 남부 미호아 보건소는 규모가 작았지만, 외관은 상당히 깨끗했고 보건소로 향하는 도로는 왕복 2차 선으로 포장되어 있었다. 보건소 내부는 오밀조밀하게 다양한 시설이 갖추어져 있었다. 미호아 보건소 역시 보건소 건물 벽에 건강과 관련된 다양한 포스터들이 부착되어 있었다. 대부분 HIV/AIDS 예방과 관련된 내용이었다. 북부 남리어 보건소와 비교하면 시설 면에서 청결하고 쾌적했다. 연구자가 미호아 보건소를 찾아갔을 당시에는 오전 시간이었는데 보건소에는 방문객이 없었고 의사 한 명이 보건소를 지키고 있을 뿐이었다.

외관을 통해 느껴졌던 두 마을보건소의 차이는 나중에 보건소장과의 면담을 통해서 수궁할 수 있었다. 북부 남리어 보건소와 남부 미호아 보건소가 설립된 시기는 각각 1965년과 1998년으로 서로 차이가 있었다. 이러한 배경은 1975년 북베트남에 의한 재통일 이후 전국적인 보건소 네트워크를 구축하기 위하여 남부 지방에 보건소를 새로 설립하거나 민간 병원 가운데 일부를 보건소로 재건하는 개혁을 단행했기 때문이다. 조사 대상 지방과 조사에 참여한 보건소명 그리고 설립년도는 아래의 <표 10>과 같다.

<표 10> 지방별 마을보건소의 설립 시기

구분	북부 남리어	남부 미호아
보건소명	남리어짜 보건소 (Trạm Y Tế Xã Nam Lợi)	미호아짜 보건소 (Trạm Y Tế Xã Mỹ Hòa)
설립년도	1965	1998

(2) 보건소의 운영 상황

먼저, 보건소의 운영 시간은 북부 남리어와 남부 미호아 보건소 모두 하루 평균 8시간, 즉 오전 8시부터 오후 4시까지 운영하고 있었다. 하지만, 두 보건소 모두 마을에서 응급 환자가 있을 경우에 보건소장에게 연락을 하면 언제든지 기본적인 응급처치를 받을 수 있었다. 보건소의 의료시설 가운데 병상수와 출산용 침대수는 두 보건소가 서로 달랐다. 인구 천 명당 병상수는 북부 남리어가 0.52개, 남부 미호아가 0.20개, 그리고 인구 천 명당 출산용 침대수는 북부 남리어가 0.10개, 남부 미호아가 0.28개의 수준이었다.

다음으로 인구 천 명당 의사를 포함한 직원 수의 경우 북부 남리어는 0.83명, 남부 미호아는 0.95명이었다. 두 보건소 가운데 인구 천 명당 직원 수는 남리어가 더 적었다. 남리어 보건소에는 의사(보건소장) 1명, 의사보조 2명, 간호사 1명, 산과 1명, 약사 1명, 자발적 자원 봉사자 2명 (이상 총 8명)이 근무하고 있었고, 미호아 보건소에는 의사(보건소장) 1명, 의사보조 5명, 산과 1명, 약사 2명, 가족계획 상담사 1명 (이상 총 10명)이 근무하고 있었다. 이상과 같은 내용을 보건소별로 각각 정리하면 아래의 <표 11>과 같다.

<표 11> 마을보건소별 운영 시간, 진료 병상수, 출산용 침대수

구분	북부 남리어 보건소	남부 미호아 보건소
하루 평균 운영시간	8시간	8시간
인구 천 명당 병상수 (개)	0.52	0.20
인구 천 명당 출산용 침대수 (개)	0.10	0.28
인구 천 명당 직원수 (명)	0.83	0.95

다음은 각 보건소에서 제공하고 있는 의료서비스 항목이다. 의료서비스 항목은 총 17개, 즉 산부인과, 자궁 내 피임기구 삽입, 출산 전

관리, 낙태수술, 출산에 대한 건강관리 및 자문, 불임(난임)치료, 가족계획, 백신접종, 어린이 건강진료, 영양교육, 말라리아 치료, HIV/AIDS 관리, 정기 검진, 간단한 수술, 안과, 치과, 그리고 동양의학으로 구분했다. 이러한 항목은 1997년 세계은행(World Bank)에서 베트남의 의료서비스 수준에 대해 조사한 자료를 1차적으로 참고했고, 현재 베트남 농촌지방에서 성행하고 있는 질병(말라리아) 및 필수적인 진료(출산 관련, 어린이 건강 진료, HIV/AIDS 관리)를 추가하였다.

의료서비스 항목의 경우 북부 남러이 보건소는 산부인과, 가족계획, 어린이 건강진료, 정기 검진, 말라리아 치료 등 다섯 개의 항목에 대해서 그리고 남부 미호아 보건소는 산부인과, 가족계획, 어린이 건강진료, HIV/AIDS 관리, 정기 검진, 간단한 수술 등 여섯 가지 항목에 대한 의료서비스를 제공하고 있었다. 즉, 두 보건소는 모두 산부인과, 가족계획, 어린이 건강진료, 정기 검진과 같은 기초적인 의료서비스를 제공하고 있었다.

다음으로 보건소에서 보유 중인 약품의 목록 역시 1997년 세계은행(World Bank)이 베트남의 의료서비스 수준에 대해 조사한 자료를 참고하여 작성하였고, 해당 약품이 현재 보건소에 구비되어 있는지의 여부를 체크하는 방식으로 응답을 구하였다. 약품의 종류는 총 19개, 즉 암피실린(Ampicillin) 250mg 알약(베트남 제품), 페니실린(Penicillin) 400000UI 알약(베트남 제품), 해열·진통제(Paracetamol)이 10알 들어있는 1묶음(베트남 제품), 결핵 치료용 Rifampicin 450mg 알약, 결핵 치료용 Rimifon(lonazaid)(베트남 생산, 150mg 100병), ORESOL(탈수 치료제 소금), 인슐린 주사(당뇨병 치료) 국제 단위 400, 한 병에 250알이 있는 0.05g 철분 알약(빈혈 치료), 비타민 A 50,000 알약(국제 단위), 항생제 주사, 먹는 항생제, 먹는

피임약, 피임 주사, 홍역 백신, 말라리아 제1 예방 백신(Chloroquine, Artesunat, CV8, Primaquin), 말라리아 제2 예방 백신(Artemisin, Artesunat IM, Quinin IM), 항 고혈압 약물, 콘돔 그리고 안전한 성관계에 대한 팜플렛과 포스터로 구분하였다.

약품 보유 현황의 결과를 살펴보면, 결핵 치료용 약, 빈혈 치료용 철분 알약, 그리고 안전한 성관계에 대한 팜플렛, 포스터의 경우 북부 남리어와 남부 미호아 보건소가 모두 보유하고 있었다. 그리고 피임주사와 말라리아 제 1, 2 예방 백신의 경우에는 북부 남리어 보건소만 보유하고 있을 뿐 남부 미호아 보건소는 보유하고 있지 않았다. 이상과 같은 제공 가능한 의료서비스 및 약품의 합계를 북부와 남부의 보건소별로 각각 정리하면 아래의 <표 12>와 같다.

<표 12> 마을보건소에서 제공 가능한 의료서비스 및 약품의 합계¹²⁾

구분	북부 남리어 보건소	남부 미호아 보건소
의료서비스 (총 17개 항목)	5개 (산부인과, 가족계획, 어린이 건강진료, 정기 검진, 말라리아 치료)	6개 (산부인과, 가족계획, 어린이 건강진료, HIV/AIDS 관리, 정기 검진, 간단한 수술)
약품 (총 19개 항목)	9개 (결핵 치료용, 인슐린 주사, 철분 알약, 항생제 주사, 피임 주사, 말라리아 예방 백신, 안전한 성관계 포스터)	8개 (암피실린, 페니실린, 해열·진통제, 결핵 치료용, 철분 알약, 항생제 주사, 안전한 성관계 포스터)

(3) 보건소의 재정

예산은 보건소가 얼마나 잘 운영되고 있는가를 확인해볼 수 있는 중요한 변수 중 하나이다. 한 해 예산이 얼마이고 그것이 어디에 그

12) 구체적인 의료서비스 항목과 약품의 품목 역시 중요하지만 마을보건소에서 의료서비스와 약품을 얼마나 다양하게 제공하는가가 본 연구의 주요 관심이므로 합계에 대해서만 표로 정리하였다.

리고 어떻게 사용되고 있는가에 따라서 보건소의 운영 성과가 달라질 수 있기 때문이다. 앞서 언급했듯이 보건소의 예산은 의료를 담당하는 인력과 지방 인구 규모 및 사업 성과와 계획에 따라 책정된다. 2013년 기준 각 보건소의 재정 상황을 인구 천 명을 기준으로 확인해 보면, 북부 남리어는 약 2백7만동(약 US\$98.7), 남부 미호아는 약 1백6십1만동(약 US\$76.7)이었다. 즉, 인구 천 명당 기준으로 살펴보면 미호아에 비해 남리어가 더 많은 예산으로 보건소를 운영하고 있었다.

한편, 지방 단체로부터의 원조는 북부 남리어가 7백만동(약 US\$330), 남부 미호아가 3백1십9만동(약 US\$150)으로서 미호아에 비해 남리어가 두 배 이상 많았다. 지방 단체로부터의 원조는 마을의 사회조직으로부터 비롯된 것이므로 보건소와 이들 사회조직 간에 어떠한 연계와 협력이 이루어지고 있는가를 보다 구체적으로 확인해볼 필요가 있다. 그리고 두 보건소는 모두 해외기관으로부터 기금이나 원조를 받고 있지 않았다. 이상과 같은 재정 상황을 북부와 남부의 보건소별로 각각 정리하면 아래의 <표 13>과 같다.

<표 13> 마을보건소별 재정 상황(2013년)

(단위: 동(VND), 1\$=약 22,000동)

구분	북부 남리어 보건소	남부 미호아 보건소
인구 천 명 당 예산	2,073,200 (약 US\$98.7)	1,611,700 (약 US\$76.7)
지방 단체로부터의 원조	7,000,000 (약 US\$330.0)	3,190,000 (약 US\$150.0)
해외기관으로부터의 기금, 원조	0	0

그런데 앞서 언급했듯이, 보건부의 평가는 예산을 기반으로 주민들에게 예방적 의료서비스를 얼마나 효과적으로 제공하고 있는가에 중점을 두고 있다. 그리고 위의 표에서 확인해본 바와 같이 인구 천

명당 예산은 남리어 보건소가 미호아 보건소보다 더 많은 수준을 보여주었다. 그렇다면, 정해진 예산의 범위 내에서 보건소가 주민들을 위해 의료 건강 정보를 제공하는지, 건강증진 프로그램을 운영하는지, 계획 중인 사업 및 프로그램은 무엇인지, 그리고 과거에 시행했던 건강검진 사업 및 프로그램은 어떠한 것들인지를 파악해볼 필요가 있다. 예산이 많음에도 불구하고 사업을 시행하지 않는 경우가 있을 수 있고, 예산이 적음에도 불구하고 활발한 프로그램을 통해서 주민들에게 의료서비스를 제공할 수 있기 때문이다.

(4) 보건소의 사업

보건소의 사업을 살펴보면, 북부 남리어 보건소는 일주일에 2~3회 주민들에게 의료 및 건강관리에 대한 정보를 제공하고 있었고, 한 달에 3~4회 건강증진 프로그램을 실시하고 있었다. 예를 들면, 남리어 보건소는 마을 단위로 HIV와 같은 질병 예방, 가족 계획, 그리고 위생 관리에 대한 교육이나 선전 등을 실시하거나 주민들의 가구를 직접 방문하여 건강에 대해 상담을 해주는 프로그램을 운영하고 있었다. 그리고 건강증진 프로그램을 통해서 고령자를 위한 건강관리 자문 등의 구체적인 성과를 보여주었다.

뿐만 아니라, 남리어 보건소는 고령자, 부녀자, 5세 이하의 아동들을 위한 건강관리를 위하여 의료서비스를 제공하기 위한 계획을 수립하고 있었다. 과거에 시행했던 건강검진 사업 및 프로그램의 경우 남리어 보건소는 2013년 7월부터 12월까지 어린이 135명과 고령자 172명을 대상으로 예방접종을, 5세 이하의 어린이를 가진 어머니 527명과 15세 이상 49세 이하의 여성 748명을 대상으로 건강검진을 실시한 사례가 있었다.

남부 미호아 보건소는 북부 남리어 보건소에 비해 상대적으로 활

말하지 못한 사업 및 프로그램 운영 성과를 보여주었다. 우선, 미호아 보건소는 마을 주민들에게 의료 건강 정보를 제공해주지 않았다. 다만 미호아 보건소는 HIV 예방을 위한 결사체를 결성하여 3개월에 한 번씩 건강증진 프로그램을 운영하고 있었다. 특히, 미호아 보건소는 조사 당시 계획 중인 사업이 전혀 없었다. 하지만, 과거에 건강증진 사업 및 프로그램을 시행한 경험이 있었는데, 미호아 보건소는 2012년 9월부터 2013년 3월까지 1,300명의 학생들을 대상으로 예방접종을, 86명의 노인 및 장애인의 건강 관리를 위한 프로그램을 실시했던 경험이 있었다. 북부 남러이 보건소와 남부 미호아 보건소의 사업 및 프로그램을 정리하면 아래의 <표 14>와 같다.

<표 14> 마을보건소별 사업 및 프로그램

구분	북부 남러이 보건소	남부 미호아 보건소
의료 건강 정보 제공 여부	제공함	제공안함
빈도	일주일에 몇 번	-
건강증진 프로그램 운영 여부	한 달에 몇 번	6개월에 몇 번
구체적 성과	고령자를 위한 건강관리 자문	3개월에 한 번씩 HIV 예방 결사체 결성
계획 중인 사업 및 프로그램	고령자, 부녀자, 5세 이하 아동들을 위한 건강관리	없음
과거에 시행했던 건강검진 사업 및 프로그램	2013년 7월 ~ 12월	2012년 9월 ~ 2013년 3월
	어린이(135명), 고령자(172명) 대상 예방접종	학생(1,300명) 대상 예방접종
	5세 이하의 어린이를 가진 어머니(527명), 15세 이상 49세 이하의 여성 진료(748명)	노인, 장애인 건강 관리(86명)

(5) 마을 주민들과의 연계

보건소와 마을 주민들의 연계는 마을보건소와 주민들 간의 소통 채널 및 방식 그리고 네트워크 및 의료조직이 어떻게 구성되어 있는가를 중심으로 파악해보았다. 북부 남러이 보건소는 모두 주민들과의 소통 채널을 가지고 있었는데, 주로 환자들과의 대화를 통해서 의견을 수렴하고 있었다. 그리고 이러한 방식을 통해서 마을 주민들의 건강상태를 파악하고 있었다. 반면, 남부 미호아 보건소는 국가의 공식적인 통계자료를 참고할 뿐 주민들과의 직접적인 소통을 통해서 건강상태를 파악하고 있지 않았다. 이상과 같은 두 마을보건소와 주민들 간의 소통 채널 및 방식은 아래의 <표 15>와 같다.

<표 15> 마을보건소와 주민들의 소통 채널 및 방식

구분	북부 남러이 보건소	남부 미호아 보건소
소통 채널	있음	없음
방식	환자들과의 대화를 통해서	없음 (국가의 공식 통계 자료 활용)
주민들의 건강상태 파악 여부	파악하고 있음	파악하지 않음

한편, 마을보건소와 주민들 간의 네트워크 그리고 주민들로 구성된 보건소의 의료 조직에 대한 성과는 각각 주민들의 의견이 어떠한 방식으로 수렴되고 있는지 그리고 보건소가 사업을 실시할 때 주민들을 동원할 수 있는 채널로서 보건소와 주민들 간에 어떻게 협력이 이루어지는가를 통해서 확인해볼 수 있다.

주민들 간의 네트워크는 북부 남러이 보건소와 남부 미호아 보건소 간에 서로 다른 양상을 보여주었다. 먼저, 마을 주민들의 건의사항을 얼마나 자주 조사하여 수용하고 있는가에 대한 질문(전혀 안함(1)~자주(5)까지의 척도)에 대해 남러이 보건소는 거의 자주 수용하

고 있었다. 그리고 남러이 보건소에서는 보건소장과 마을 주민들 간에 6개월에 3~4번 정도 정기적으로 만나서 건강과 관련된 정보를 교류하고 있었다. 또한, 남러이 보건소는 주민들과 네트워크를 구축하고 있었는데, 구체적으로 마을의 대표를 통해서 보건소가 필요한 때 주민들의 도움을 제공받거나 반대로 마을에 긴급한 일이 발생할 때 보건소에 즉각 연락을 취할 수 있는 채널이 구성되어 있었다.

반면에 남부 미호아 보건소는 마을 주민들의 건의사항을 전혀 수용하지 않고 있었다. 그리고 미호아 보건소의 경우 보건소장과 마을 사람들 간에 정기적으로 만나지 않았고 보건소와 주민들 간에 네트워크도 구축되어 있지 않았다. 이상과 같이 마을보건소와 주민들 간의 네트워크는 남부 미호아 보건소에 비해 북부 남러이 보건소에서 훨씬 잘 유지되고 있었다. 그 결과를 정리하면 아래의 <표 16>과 같다.

<표 16> 마을보건소와 주민들 간의 네트워크

구분	북부 남러이 보건소	남부 미호아 보건소
주민들의 건의사항 수용 정도 (전혀안함(1)~자주(5))	거의 자주 (4)	전혀 안함 (1)
보건소장과 마을주민들의 정기적 만남 여부	만남	만나지 않음
빈도	6개월에 몇 번	-
마을보건소와 주민들과의 네트워크 구축	있음	없음
방식	마을의 대표를 통해서	-

2. 마을 주민들의 보건소 이용 실태

마을 주민들의 보건소 이용 실태는 양적 및 질적 자료를 함께 분석하여 그 맥락에 대한 이해를 높이고자 한다. 양적 자료로는 드러나지

않는 마을 주민들의 주관적인 생각이나 견해를 질적 자료를 통해 면밀히 파악해보기 위해서이다.

(1) 마을 주민들의 참여도

마을 주민들의 참여도는 설문지 문항 가운데 보건소에 도움을 제공한 경험이 있는지(아니오: 1, 예: 2), 보건소 활동에 참여한 경험이 있는지(아니오: 1, 예: 2), 그리고 보건소를 위하여 자원봉사를 한 경험이 있는지(아니오: 1, 예: 2)의 여부에 대한 응답을 기준으로 확인해보았다. 즉, 이 세 문항에 대한 응답값을 합산하여 ‘참여도’(최솟값: 3, 최댓값: 6)라는 새로운 변수를 만들었고, 이에 대한 두 마을 간의 차이를 확인하였다. 아래의 <표 17>은 두 마을의 평균값의 차이를 검정한 것이다.

<표 17> 마을보건소에 대한 주민들의 참여도 [t 검정¹³⁾]

(N) 평균 [표준편차]	전체	북부 남리어		남부 미호아	t
참여도 (최솟값: 3, 최댓값: 6)	(300) 3.34 [0.66]	(150) 3.47 [0.65]	>	(150) 3.22 [0.64]	3.297***

주) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

분석 결과를 자세히 살펴보면, 평균값이 최솟값에 가까운 낮은 수준이지만 그럼에도 불구하고 북부와 남부 두 마을 간에 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 마을주민들의 참여도(북부 남리어 3.47 > 남부 미호아 3.22)는 북부가 남부에 비해 높은 평균값을 보여주었고 통계적으로 유의미한 것으로 확인하였다(p<0.001).

13) 두 표본집단의 특성의 차이를 검정하기 위한 t검정은 Levene의 등분산 검정을 실시한 후에 평균의 동일성에 대한 t값을 통해서 분석 결과가 유의미한가를 확인해보았다. 아래의 t검정들 역시 같은 방식으로 통계분석을 실시하였다.

즉, 남부 미호아에 비해 북부 남러이 마을 주민들이 보건소에 더 많은 도움을 제공하고 보건소 활동에 더 적극적으로 참여하고 있었다. 그리고 이러한 사실은 아래와 같이 북부 남러이 보건소장의 진술에서도 확인할 수 있었다.

“우리 남러이 마을 주민들은 공동 규칙에 따른 건강 진단 및 진료 활동에 대해서 적극적으로 많은 요구를 하고 있고, 보건소는 주민들의 의견에 최대한 응하고 있습니다.”¹⁴⁾

(2) 주관적 인식: 마을 주민들의 만족도

한편, 주민들이 보건소의 활동에 적극적으로 참여하더라도 보건소에 대한 개인의 주관적인 인식은 다양할 수 있다. 따라서 주민들의 보건소 이용도, 치료와 의료 장비 및 약품에 대한 만족도, 그리고 의료서비스와 비용의 수준에 대한 만족도를 설문조사 및 면접 조사를 통해 확인해보았다.

① 마을 주민들의 보건소 이용도

먼저 마을 주민들의 보건소 이용도는 보건소를 이용한 경험의 유무와 얼마나 자주 이용했는지에 대한 응답을 구하였고 그 빈도를 살펴해보았다. 아래의 <표 18>은 본 조사에 참여한 총 300가구 중에서 지난 1년 동안 보건소를 이용한 경험이 있는지, 이용했다면 얼마나 자주 이용했는지에 대한 평균값을 기준으로 북부 남러이와 남부 미호아 마을의 차이를 정리한 것이다.

14) 남러이 보건소장 Väy(필자의 인터뷰, 2014년 2월 13일 북부 남러이 보건소)

<표 18> 마을 주민들의 보건소 이용도 [t 검정]

(N) 평균 [표준편차]	전체	북부 남리어		남부 미호아	t
보건소 이용 경험 (1: 아니오, 2: 예)	(300) 1.58 [0.49]	(150) 1.59 [0.49]	=	(150) 1.58 [0.49]	0.117
보건소 이용 경험이 있는 경우 얼마나 자주 ¹⁵⁾ (1: 1년에 몇 번, 2: 6개월에 몇 번, 3: 한 달에 몇 번, 4: 일주일에 몇 번, 5: 2-3일에 몇 번)	(300) 7.96 [14.07]	(87) 4.21 [4.85]	<	(86) 11.75 [18.64]	-3.654* **

주 1) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

지난 1년 동안 보건소를 이용한 경험의 유무에 대한 응답의 평균 값은 북부 남리어(1.59)와 남부 미호아(1.58)가 유사한 수준이었고, 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 확인하였다. 그렇다면, 지난 1년 동안 보건소를 이용한 경험이 있었다고 응답한 가구는 과연 얼마나 자주 보건소를 방문했을까. 조사에 참여한 북부 남리어와 남부 미호아 각각 150가구 중에서 지난 1년 동안 보건소를 이용한 경험이 있었다고 응답한 가구는 북부와 남부 각각 87가구와 86가구이다. 남부(11.75)의 가구가 북부(4.21)에 비해서 보건소를 더 자주 방문한 것으로 확인하였고, 이러한 분석 결과는 통계적으로도 유의미한 것으로 나타났다(p<0.001).

보건소의 이용도에 대한 해석은 다양할 수 있지만 위와 같은 통계

15) 얼마나 자주 이용했는가에 대한 분석은 1→1, 2→2, 3→12, 4→48, 5→96으로 재코딩하여 평균값을 비교하였다. 재코딩 방법은 1년을 기준으로 그 빈도를 곱한 것이다. 예를 들면, ‘6개월에 몇 번’은 ‘1년에 몇 번’의 두 배에 해당하므로 2 (1 x 2 = 2)로 재코딩하였다. ‘한 달에 몇 번’은 ‘1년에 몇 번’의 12배에 해당하므로 12 (1 x 12 = 12)로 재코딩하였다.

지표를 액면 그대로 해석할 경우 실제 주민들이 보건소를 어떻게 이용하고 있는가에 대해서 제대로 포착할 수 없는 한계가 있다. 아래의 진술이 그러한 사실을 확인시켜준다. 남부 미호아 사람들은 치료나 진료 혹은 약품을 처방받기 위한 목적으로서 보건소를 자주 이용하고 있었다.

“주민들은 주로 농민들이니까 농약 때문에 건강이 안 좋아지면 보건소에 약을 타러 갑니다.”¹⁶⁾

“보건소에는 주로 감기나 가벼운 증상이 있을 경우에 가서 약을 처방받아서 와요.”¹⁷⁾

반면, 북부 남리어에서는 주민들이 정기적인 건강검진을 통해서 자신이 필요한 서비스를 제공받거나 보건소에 굳이 찾아가지 않더라도 의사나 간호사한테 이야기를 하면 직접 집으로 찾아와서 진료를 해주는 경우가 있었다.

“보건소에서 정기적으로 건강검진이나 예방접종을 해주니까 안심되고 참 좋아요.”¹⁸⁾

“내가 나이가 많아서 보건소에 직접 못 가는데 아이들이 보건소에 이야기를 해서 부탁하면 집까지 와서 진찰을 해주고 가요. 다 아는 사람들이니까 그렇게 해줘요.”¹⁹⁾

이상과 같은 주민들의 진술은 단순히 주민들이 보건소를 더 자주 이용한다고 해서 보건소가 더 잘 운영되고 있는 것으로 이해할 수는

16) Hương(필자의 인터뷰, 2014년 1월 21일 남부 미호아)

17) An(필자의 인터뷰, 2014년 1월 23일 남부 미호아)

18) Bá(필자의 인터뷰, 2014년 2월 15일 북부 남리어)

19) Kho(필자의 인터뷰, 2014년 2월 15일 북부 남리어)

없다는 점을 보여준다. 북부 남리어에 비해 남부 미호아 주민들은 자신이 필요할 때 의료서비스를 받기 위한 목적으로 보건소를 이용하고 있었고, 이러한 상황이 보건소의 이용도에 대한 차이로 이어질 수 있는 것이다.

② 치료와 의료 장비 및 약품에 대한 만족도

다음으로 치료와 의료 장비 및 약품에 대한 만족도는 마을 주민들이 보건소를 방문했을 때 치료와 장비 및 약품에 대해서 각각 얼마나 만족하는가에 대한 응답을 구하였다. 아래의 <표 19>는 치료와 의료 장비 및 약품에 대한 만족도(최솟값 1 ~ 최댓값 5)의 평균값을 구한 것이고, 이를 기준으로 북부와 남부의 차이를 확인해보았다.

<표 19> 치료와 의료 장비 및 약품에 대한 만족도 [t 검정]

(N) 평균 [표준편차]	전체	북부 남리어		남부 미호아	t
치료 (1: 매우 불만 ~ 5: 매우 만족)	(173) 3.72 [0.70]	(87) 3.76 [0.68]	≐	(86) 3.70 [0.72]	0.746
의료 장비 및 약품 (1: 매우 불만 ~ 5: 매우 만족)	(173) 3.23 [0.91]	(87) 3.10 [0.92]	≐	(86) 3.36 [0.89]	-1.877

주 1) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

보건소를 방문한 경험이 있는 북부 남리어와 남부 미호아의 응답 가구 각각 87가구와 86가구 가운데 보건소에서 받은 치료에 대한 만족도(매우 불만 1 ~ 매우 만족 5)는 북부 남리어(3.76)와 남부 미호아(3.70) 모두 유사한 수준의 평균값을 보여주었고, 통계적으로도 유의미하지 않은 분석 결과를 보여주었다. 또한, 의료 장비 및 약품에 대한 만족도(매우 불만 1 ~ 매우 만족 5) 역시 북부 남리어(3.10)와 남부

미호아(3.36)가 유사한 수준의 평균값을 보여주었고, 통계적으로도 유의미하지 않았다.

앞서 보건소의 운영에 대한 실태 조사에서 진료 중인 의료서비스 항목과 보유 중인 약품의 종류는 두 보건소 모두 적은 수준이었다. 진료 중인 의료서비스의 경우 총 17개의 항목 가운데 북부 남리어 보건소는 5개, 남부 미호아 보건소는 6개 항목만, 그리고 약품의 경우에도 총 19개 항목 가운데 북부 남리어 보건소는 9개, 남부 미호아 보건소는 8개 항목만을 보유하고 있었다. 그럼에도 불구하고 두 마을 주민들은 치료와 의료 장비 및 약품에 대해서 크게 불만을 보이지 않고 있다(평균 3점 이상).

마을보건소장의 진술에 따르면 보건소를 이용하는 주민들이 치료를 받고자 하는 질병이나 구입하기를 원하는 약품은 특정 항목에 한정되어 있기 때문에 다양한 약품을 보유하고 있더라도 마을 주민들이 필요로 하지 않는 경우가 많았다(북부 남리어 보건소장, 남부 미호아 보건소장). 즉, 보건소는 주민들이 정말로 필요로 하는 산부인과 그리고 어린이 건강 진료 등에 필요한 의료 장비나 약품들을 구비하고 있기 때문에 북부 남리어와 남부 미호아 마을 주민들은 모두 치료와 의료 장비 및 약품에 대해서 크게 불만이 없는 것으로 이해할 수 있다.

③ 의료서비스와 비용의 수준에 대한 만족도

다음으로, 마을 주민들은 보건소의 의료서비스 수준과 치료 시 비용의 수준에 대해서 얼마나 만족하고 있는가를 파악해보았다. 아래의 <표 20>은 각각의 항목에 대한 만족도 및 의견(최솟값 1 ~ 최댓값 5)의 평균값을 구한 것이고, 이를 기준으로 북부와 남부의 차이를 확인해보았다.

〈표 20〉 서비스 수준 및 비용의 수준에 대한 만족도 [t 검정]

(N) 평균 [표준편차]	전체	북부 남리어		남부 미호아	t
의료서비스 수준 (1: 매우 불만 ~ 5: 매우 만족)	(173) 3.14 [0.54]	(87) 3.02 [0.48]	<	(86) 3.27 [0.57]	-3.073**
비용의 수준 (1: 매우 불만 ~ 5: 매우 만족)	(169) 2.20 [0.98]	(83) 2.83 [0.54]	>	(86) 1.59 [0.91]	10.795***

주 1) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

보건소를 방문한 경험이 있는 북부와 남부의 응답가구 각각 87가구와 86가구 가운데 보건소의 의료서비스 수준(매우 불만 1 ~ 매우 만족 5)에 대해서는 남부 미호아(3.27)의 평균값이 북부 남리어(3.02)에 비해 다소 높았고, 통계적으로도 유의미한 결과를 보여주었다($p < 0.01$). 다음으로 치료 시 비용의 수준(매우 저렴 1 ~ 매우 비쌌 5)은 북부 남리어(2.83)가 남부 미호아(1.59)에 비해 더 높은 평균값을 보여주었고, 통계적으로도 유의미한 결과를 보여주었다($p < 0.001$).²⁰⁾ 남부 미호아에 비해 북부 남리어 보건소가 다양한 의료서비스 사업과 프로그램을 지속적으로 실시해오고 있음에도 불구하고 의료서비스 수준에 대한 만족도는 북부 남리어에서 더 낮았다. 그렇다면, 북부 남리어 보건소의 의료서비스의 수준이 더 낮아서 만족도가 낮은 것일까.

의료서비스 수준에 대한 만족도는 보건소를 방문한 경험이 있는 사람들로부터 응답을 구한 것이기 때문에 그 이유에 대한 주민들의 구체적인 진술을 확인해볼 필요가 있다. 남부 미호아에 거주하는 한 여성의 진술에 따르면, 깨끗하고 잘 관리된 보건소에서 치료를 받고

20) 비용의 수준에 대해서는 북부 남리어에서 무응답이 네 사례가 측정되었기 때문에 결측으로 처리하였다.

있다는 인식을 바탕으로 의료서비스 수준과 치료 시 비용의 수준에 대해서 만족하고 있었다.

“여기 보건소는 깨끗해요. 보건소의 시설이나 환경에 대해서 만족해요. 기본적인 진료나 치료를 해주지만 아무래도 마을(xã)보건소는 한계가 있어요.”²¹⁾

하지만, 또 다른 한 주민은 보건소보다는 병원을 더 선호한다는 의견을 제시하였다. 주로 진료나 치료의 목적으로 보건소를 이용하고 있는 남부 미호아 주민들은 마을보건소가 현재 자신이 거주하는 마을에 있는 유일한 의료기관이기 때문에 그 수준에 대해서 만족하는 것일 뿐 마을 내 더 좋은 의료시설이나 병원이 새로 건립되길 바란다는 의견을 제시하였다.

“보건소는 주민들에게 기본적인 진료나 약 처방 그리고 주사만 줘요. 보건소는 더 이상 발전할 수 없을 것 같아요. 아무래도 병원이 생기면 더 좋겠죠. 지금도 병원에 가면 훨씬 더 좋은 약이 있겠지만 너무 비싸서 갈 엄두가 안나요.”²²⁾

반면 북부 남리어 주민들의 진술은 남부와 서로 대조적인 차이를 보여준다. 보건소 이외에 다른 의료기관이 마을에 건립되기를 바라는 의견보다는 현재 마을 내 보건소에 설비나 의료 장비와 인력이 보완된다면 주민들이 보건소를 더 많이 이용할 것이라고 진술하였다.

“설비나 의료 장비, 예를 들면 x-ray, 초음파 시설 등을 보완하면, 주

21) Tiên(필자의 인터뷰, 2014년 1월 24일 남부 미호아)

22) Hạnh(필자의 인터뷰, 2014년 1월 24일 남부 미호아)

민들이 보건소에 더 많이 갈 거예요. 그리고 보건소에 숙직하는 사람이 더 많이 있으면 밤에 위급한 상황이 있을 때 편리할 것 같아요.”²³⁾

이상과 같이 양적 자료로 측정된 의료서비스 수준에 대한 만족도는 남부 미호아에 비해 북부 남리어가 더 낮았지만 그것은 자신의 마을 내에 위치한 보건소가 더 잘 운영되기를 바라는 북부 주민들의 관심과 애정이 담겨 있는 것으로 이해할 수 있다. 반면, 남부 주민들은 자신이 거주하는 마을 내에 위치한 보건소의 운영에 대한 관심보다는 자신이 더 나은 서비스를 제공받기를 바라는 주관적인 생각이 더 강했다.

④ 마을보건소의 중요성에 대한 인식

이상과 같은 보건소에 대한 만족도의 차이는 마을 주민들의 건강 증진을 위해서 보건소의 역할이 얼마나 중요하다고 생각하는가에 대한 주민들의 인식을 통해서 더욱 확실히 드러난다. 아래의 <표 21>은 마을보건소의 역할이 중요한가에 대한 응답(아니오: 1, 예: 2)의 평균값을 구한 것이고, 이를 기준으로 두 마을 간의 차이를 확인해보았다.

<표 21> 마을보건소의 중요성에 대한 주민들의 인식 [t 검정]

(N) 평균 [표준편차]	전체	북부 남리어		남부 미호아	t
마을보건소의 중요성 (1: 아니오, 2: 예)	(300) 1.74 [0.44]	(150) 1.84 [0.36]	>	(150) 1.64 [0.48]	4.203***

주 1) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

23) Lång(필자의 인터뷰, 2014년 2월 16일 북부 남리어)

마을보건소의 중요성에 대해 응답한 총 300가구의 분석 결과를 살펴보면, 북부 남리어(1.84)가 남부 미호아(1.64)에 비해 높은 평균값을 보여주었고, 이러한 분석 결과는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($p < 0.001$). 즉, 남부 미호아에 비해 북부 남리어 마을 주민들이 주민들의 건강을 증진시키는데 있어서 마을보건소가 중요한 역할을 한다고 인식하고 있었다.

이러한 결과는 주민들의 진술에서 더 구체적으로 확인할 수 있었다. 북부 남리어 주민들은 보건소가 아이들과 임신부 등에게 예방접종 및 건강관리에 대한 선전을 해주기 때문에 더 잘 운영되기를 바라고 있었고 그에 따라 주민들은 보건소에 적극적으로 의견을 제시하고 있었다. 또한, 보건소는 주민들의 건의사항을 받아들이고 개선하기 위하여 노력하는 모습을 보여주었다.

“솔직히 말해서 보건소는 장비가 많이 부족하지만, 노인들이나 아이들이 아플 때 약을 타서 먹을 수 있으니 안심입니다. 앞으로 보건소가 발전하고 더 많은 의사와 간호사들이 오기를 바랍니다.”²⁴⁾

“주민들은 보건소가 개선되는데 관심이 많아요. 마을에서 의료 시설은 여기 밖에 없으니까. 주민들이 충고도 해주고 편지도 자주 보내는 편인데, 그러한 건의사항에 대해서 보건소는 잘 수용해줍니다.”²⁵⁾

반면 남부 미호아의 한 주민은 보건소의 진료가 전문적이지 못하다는 점에 대해 불만을 표시했고 보건소의 발전에 대해서 부정적이었다. 보건소가 개선되기를 바라거나 중요하다는 의견보다는 전문적인 진료가 가능한 병원의 필요성을 더욱 강조했다. 이러한 진술은 북부 남리어 주민들의 보건소에 대한 인식과 비교해볼 때 상반된 면모

24) Quang(필자의 인터뷰, 2014년 2월 16일 북부 남리어)

25) Đào(필자의 인터뷰, 2014년 2월 16일 북부 남리어)

를 여실히 보여준다.

“마을보건소는 주민들에게 기본 응급 처치만 해줄 수 있어요. 전문적인 진료는 못해요. 장비도 많이 부족하고 예산 상황도 어려운 것으로 알고 있어서 발전할 가능성이 없다고 생각해요. 병원이 생기면 좋겠어요.”²⁶⁾

V. 마을보건소의 성과: 주민들과의 상호작용을 중심으로

앞서 4장에서 제시한 보건소의 운영 실태 및 마을 주민들의 보건소 이용 실태에 대한 분석 결과는 어떻게 이해할 수 있을까. 본 연구의 분석틀인 차이법에 의거하여 북부 남리어와 남부 미호아 보건소 간에 드러난 차이를 확인해보자. 먼저, 보건소의 운영 실태의 경우 보건소의 재정, 보건소의 사업, 그리고 주민들과의 연계는 남부 미호아에 비해 북부 남리어 보건소에서 더 나은 양상을 보여주었다. 다음으로, 주민들의 보건소 이용 실태의 경우 주민들의 참여도, 비용의 수준, 보건소의 중요성에 대한 인식은 남부 미호아에 비해 북부 남리어에서, 보건소 이용도, 의료서비스 수준은 북부 남리어에 비해 남부 미호아 보건소에서 더 나은 수준을 보여주었다.

북부 남리어와 남부 미호아 보건소 간에 차이를 보여준 이상의 변수들은 보건소장과의 인터뷰 내용에서도 여실히 드러났다. 그리고 두 마을의 보건소장은 보건소의 성과를 직접적으로 파악할 수 있는 보건부의 평가 점수, 채점 기준 그리고 운영 메커니즘에 대해 자세히 진술하였다. 북부 남리어 보건소장에 따르면, 남리어 보건소는 보건

26) Dùmng(필자의 인터뷰, 2014년 1월 25일 남부 미호아)

부로부터 표창장을 받은 경험이 있었다. 보건소가 우수한 평가를 받은 이유는 주민들과의 협력을 바탕으로 영유아부터 노인층까지 마을 주민들 모두에게 정기적인 건강검진 및 예방검사를 실시하고 있기 때문이었다. 예를 들면, 보건소는 6개월에 한 번씩 6세 이하의 아이들에게 신체검사를 실시하거나 매년 특정일을 지정하여 비타민 A 그리고 회충약을 제공하고 있었다. 그리고 여성들에게는 매년 2~3차례 여성 질환 관련 상담을 해주고 있었고 매년 10월 1일(노인의 날)에 노인층을 대상으로 정기 검진을 실시하고 있었다. 뿐만 아니라, 군대와 협조하여 매년 17세 남자 아이들의 신체검사도 실시하고 있었다.²⁷⁾ 다시 말해서, 남리어 보건소는 남성과 여성, 노인들과 아이들을 막론하고 거의 모든 주민들에게 건강검진을 실시하는 등의 의료서비스를 제공하고 있었다. 바로 이와 같은 보건소 본래의 기능인 기초적이고 예방적인 의료서비스를 마을 주민들에게 충실히 제공해주고 있었기 때문에 남리어 보건소는 보건부 평가 기준에 의거한 채점에서 총점 87점이라는 높은 점수를 받을 수 있었다.

반면, 남부 미호아 보건소는 해외 기관, 예를 들면 유니세프(UNICEF)와의 연계 프로그램을 진행하고 있었지만 보건소가 자체적으로 사업을 계획하여 주민들에게 의료서비스를 제공하고 있지는 않았다. 따라서 기초의료시설과 사회간접시설 등에 대해서만 가점을 받았고 예방적 의료서비스나 교육 등에 대해서는 감점을 받았기 때문에 보건부 평가 기준에 의거한 점수는 55점으로 낮은 수준이었다. 미호아 보건소장의 진술에 따르면, 보건소는 마을 주민들의 건강 상태나 건의사항에 대한 정보를 직접 파악하고 있지 않았다. 정보 수집은 미호아싸 인민위원회(Ủy Ban Nhân Dân Xã Mỹ Hòa)를 통해서 이루어졌는데, 인민위원회 간부가 3개월에 한 차례씩 개별 가구와

27) 남리어 보건소장 Vây(필자의 인터뷰, 2014년 2월 13일 북부 남리어 보건소)

다양한 사회조직들의 대표를 만나서 마을보건소의 서비스, 진료, 약품 등에 대한 의견이나 개선점을 수집하고 그 자료를 정리해서 보건소에 전달해주는 방식으로 진행되고 있었다.²⁸⁾ 즉, 남부 미호아 보건소는 외부 기관과의 연계를 통해서만 보건소 사업을 실시할 뿐 주민들을 위해서 적극적으로 사업을 계획하거나 의료 프로그램을 실시하지 않았다. 또한, 주민들 역시 자신이 필요한 경우 치료나 진료의 목적으로 보건소를 이용하고 있었다.

한편, 북부 남러이 보건소가 남부 미호아 보건소에 비해 보건부로부터 더 높은 점수를 받았음에도 불구하고 주민들의 보건소 이용도와 만족도는 오히려 남부 미호아 보건소에서 더 높은 것으로 나타났다. 그렇다면, 보건부의 평가가 잘못된 것인가. 실제 북부 남러이 보건소의 운영 성과는 남부에 비해 좋지 못한 것인가. 이러한 상충된 결과를 이해하기 위해서는 보건소장이 진술한 보건소의 운영 상황을 다시 이해할 필요가 있다.

북부 남러이와 남부 미호아 보건소장이 진술했듯이 두 보건소는 그 운영에 있어서 차이를 보여주었다. 북부 남러이 보건소는 예방적 의료서비스에, 남부 미호아 보건소는 진료 및 치료 서비스에 집중하고 있다. 이러한 두 보건소의 기능의 차이는 북부 남러이에 비해 남부 미호아 주민들이 보건소를 더 자주 이용하고 있다는 분석 결과(표 18 참고)와 연관될 수 있다. 실제 남부 미호아에서는 개별적으로 보건소를 방문하여 약을 처방 받아가는 주민들이 많았다. 이러한 양상은 남부 미호아 보건소가 과거에 민간 병원이었기 때문에 주민들의 보건소에 대한 인식이 북부 남러이와는 근본적으로 다를 수 있다는 것을 의미한다. 그리도 북부 남러이에 비해 마을 내부의 공동체적 성향이 약한 남부 미호아 주민들은 보건소에서 실시하는 사업이나 프

28) 미호아 보건소장 Sáú(필자의 인터뷰, 2014년 1월 22일 남부 미호아 보건소)

로그래에 적극적으로 참여하지 않으면서 자신이 아프거나 필요할 때만 개별적으로 보건소를 이용하기 때문에 이용도에 있어서 두 마을 간에 차이가 있는 것으로 이해할 수 있다.

또한, 의료서비스의 수준에 대한 만족도는 남부 미호아 주민들이 북부 남리어에 비해 더 높은 수준을 보여주었는데, 이러한 결과는 두 마을보건소에 대한 주민들의 인식의 차이에서 비롯된 것이었다. 북부 남리어 주민들은 마을에 예방적 의료서비스를 실시해주는 보건소가 진정 필요하다고 느끼고 애착이 많았기 때문에 그만큼 개선되기를 바라는 뜻에서 불만이 많았다. 반면, 남부 미호아 주민들은 자신의 마을에서 유일한 의료기관인 보건소를 진료나 치료의 목적으로 이용하고 있었기 때문에 만족도는 높았지만 병원과 같은 더 좋은 수준의 의료 시설이 생길 경우에 언제든지 옮겨갈 준비가 되어 있는 것으로 이해할 수 있다.

이상과 같은 점으로 미루어 볼 때 보건소의 성과는 보건소 역량의 문제만으로 평가될 수 없다는 사실을 확인할 수 있다. 남부 미호아 보건소의 운영 방식은 주민들과 직접 소통하는 북부 남리어 보건소의 모습과는 분명 차이가 있었다. 보건소의 운영적 측면에서 볼 때 마을보건소의 주된 기능인 예방적 의료서비스 사업은 주민들과의 소통 및 네트워크 하에 북부 남리어에서 훨씬 더 활성화되어 운영되고 있었고 마을 주민들의 참여 역시 남부 미호아에 비해 북부 마을 주민들이 더욱 적극적이었다. 즉, 북부 남리어와 남부 미호아 마을 주민들의 사회적 특성으로부터 말미암은 주민들과의 연계 및 협력의 수준이 마을보건소의 기능과 역할에 각각 서로 다른 영향을 주고 있는 것이다.

남북부 주민들의 공동체적 수준의 차이는 선행 연구들을 통해서도 이해가능하다. 한 선행 연구에 따르면, 베트남 북부는 마을 단위로

강한 연대의 폐쇄적인 연결망을 보유하고 있는 반면 남부는 마을의 범위에 관계없이 약한 연대의 개방적인 연결망이 상대적으로 더욱 발달해 있다는 것을 강조한다(왕혜숙 외 2011). 또한, 또 다른 연구(백용훈 2015b)에서 북부 홍강델타는 부자로 연결된 강한 가족주의적 특성 하에 가족 단위의 집단성이 강할 뿐만 아니라 자신이 거주하는 마을 주민들과의 닫힌 연결망을 바탕으로 강한 친밀성을 보여주었다. 반면에 남부 메콩강델타는 가족 개별성원의 개별성이 강했고 자신이 거주하는 마을 단위에 관계없이 열린 연결망을 바탕으로 북부에 비해 개방적인 특성을 관찰할 수 있다. 이상과 같은 각 마을보건소와 주민들의 상호작용은 아래의 <표 22>에 정리하였다.

<표 22> 종합 정리: 마을보건소와 주민들의 상호작용

	북부 남러이	남부 미호아
보건부 평가 점수 (2013년 기준)	상대적으로 높음	상대적으로 낮음
마을보건소 운영 양상	마을 주민들에게 예방적 의료서비스 사업 및 프로그램 제공	개별적으로 방문하는 마을 주민들에게 진료 및 치료 위주의 의료서비스 제공
마을 주민들의 관심, 참여 수준	주민들의 참여 의식 강함	주민들의 참여 의식 약함
사회·문화적 맥락에 따른 공동체적 성향	가족 단위의 집단성 및 마을 내 주민들 간의 폐쇄적인 강한 연대	가족 개별성원의 개별성 및 마을의 범위를 능가하는 개방적인 약한 연대

VI. 맺음말

본 논문의 근본적인 문제제기는 복지 제도의 성과가 과연 사회·문화적 환경의 맥락에 따라 다르게 나타나는가에 관한 것이다. 이를

규명하기 위하여 본 연구는 복지 제도는 동일하지만 지역적 수준에서 서로 다른 사회·문화적 변수를 보유하고 있는 베트남 남북부 농촌 지방을 사례로 비교 연구를 실시하였다.

결과적으로 남북부 두 마을보건소는 그 운영 방식에 있어서 차이를 보여주었다. 북부 남리어 보건소는 예방적 의료 서비스 사업 및 프로그램을, 반면에 남부 미호아 보건소는 진료 및 치료 위주의 서비스를 제공하고 있었다. 베트남 보건소의 주된 기능과 역할이 기초적인 의료 시설 및 마을 주민들에게 예방적인 의료서비스를 제공하는 것이라는 점을 고려해볼 때 북부 남리어 보건소가 남부 미호아 보건소에 비해 더 나은 성과를 보여주었다.

의료 복지나 정책에 대한 기존 연구들은 대부분 재정 혹은 의료시설 및 서비스의 객관적인 수준으로만 그 성과를 평가한다(Nguyen Thi Bich Thua 2008; Tran Thi Mai Oanh et al. 2009; Tran Van Tien et al. 2011). 그리고 그것을 제공받는 개개인의 상황이나 맥락에 대한 이해보다는 그것을 제공하는 측면의 입장에서만 그 내용을 분석하고 규명한다. 이러한 기존 연구들과 달리 본 연구에서 주목한 바는 보건소의 운영 및 그 성과를 해당 지방에 거주하는 주민들과의 상호작용을 통해 고려해보았다는 점이다.

본 연구를 통해서 새롭게 규명되고 발견된 점은 제도적 성과가 서로 다른 원인이 보건소 시설이나 운영상의 정책 등과 같은 제도적이고 정책적인 역량의 문제가 아니라, 바로 주민들과의 연계 및 협력 수준이라는 것이다. 북부 남리어와 남부 미호아 보건소의 운영 상황에 대해 탐구해본 결과 의료 서비스나 진료 가능한 항목과 약품 등과 같은 의료서비스 수준도 물론 중요하지만, 그 이면에 존재하는 보건소와 주민들과의 협력, 즉 보건소 사업에 대한 주민들의 참여 의식, 의견, 그리고 관심 등이 의료서비스의 제도적 성과를 보여주는 데 있

어서 더욱 중요한 변수였다.

이상과 같이 공식 의료서비스 제도인 마을보건소는 해당 지방의 사회·문화적인 맥락에 따른 비공식적인 요소에 배태되어 그 성과가 다르게 나타날 수 있다. 북부 남리어와 남부 미호아의 사례는 실질적인 정책들이 해당 지방의 역사, 맥락, 규범 등을 고려하지 않은 채 입안된다면 성공할 가능성이 낮아질 수 있다는 함의를 제공해준다. 그리고 주민들과의 상호작용을 통한 마을보건소의 운영 성과에 대한 탐구는 표면적으로 관찰되는 의료서비스 자체의 수준 이외에도 마을 주민들 및 사회조직들이 보건소와 상호 협력하고자 하는 근원적 동기에 대한 이해가 더 중요한 문제일 수 있음을 보여주었다. 본 연구는 사회적 맥락이 제도의 효과성에 중요한 영향을 미친다는 점을 설명하였지만 그 근원으로서 공동체의 속성에 대한 탐구는 면밀히 분석하지 못했다는 점이 한계로 남아 있다. 해당 사회의 구성원들이 상호 맺고 있는 사회적 관계 및 구조에 대한 자세한 탐구는 후속 연구를 통해 보완하고자 한다.

투 고 일: 2015년 12월 30일

심사완료일: 2016년 01월 21일

게재확정일: 2016년 02월 22일

참고문헌

백용훈. 2015a. “복지 혼합의 사회·문화적 배태성: 베트남 북부와 남부 농촌 마을의 보건소와 비공식 복지 비교 연구.” 연세대학교 박사 학위 논문.

- _____. 2015b. “사회자본과 비공식 공동체 복지: 북부 홍강델타와 남부 메콩강델타 농촌 마을의 사례.” 『동남아시아연구』 25(3): 169-218.
- 왕혜숙 · 백용훈 · 류석춘. 2011. “베트남 북부와 남부의 사회자본 비교: 베트남의 이탈리아 해석에 대한 도전.” 『동남아시아연구』 21(3): 43-103.
- 유인선. 1999. “베트남인의 남진과 남부문화의 형성.” 『동방학지』 105: 331-394.
- 최병욱. 2000. “19세기 전반 베트남의 소수민족 정책: 남부의 상황을 중심으로.” 『동남아시아연구』 9: 127-163.
- 최호림. 2015. “국제결혼에서 귀환까지: 베트남 여성의 한국행 결혼이주 경험에 관한 연구.” 『동아연구』 34(1): 143-182.
- 하순. 1994. “베트남의 가족제도와 베트남인의 사회적 행위.” 『외대논총』 12: 387-401.
- _____. 1997. “베트남 전통사회의 종교와 마을 공동체.” 『외대논총』 16: 371-395.
- _____. 2000. “메콩델타: 역동적인 문화와 역사의 세계.” 『국제지역연구』 4(2): 81-112.
- 한국보건산업진흥원. 2013. “베트남 보건의료시스템.”
<https://www.khidi.or.kr/board/view?linkId=101922&menuId=MENU00094>(검색일: 2015. 5. 2).
- 한도현. 2000. “시장 경제 도입 이후 베트남의 도시화와 도시문제.” 『동남아시아연구』 10: 67-94.
- _____. 2003. “향약의 조직원리와 지역가치: 베트남 모짜까(xa Mo Trach)의 사례.” 『동남아시아연구』 13(2): 287-322.
- 홍석표 · 김지혜. 2012. “아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책 연구 보고서.” 2012-51. 서울: 한국보건사회연구원.
- Baker, Wayne E. 1992. “The Social Structure of A National Securities Market.” *American Journal of Sociology* 89: 775-811.

- Birt, Christopher. 1990. "Establishment of Primary Health Care in Vietnam." *British Journal of General Practice* 40(337): 341-4.
- Burt, Ronald. 1992. *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dobbin, Frank. 1994. *Forging Industrial Policy: The United States, Britain, and France in the Railway Age*. New York: Cambridge University Press.
- Do Thai Dong. 1991. "Modification of the Traditional Family in the South of Vietnam." R. Liljestrom and T. Lai, eds. *Sociological Studies on the Vietnamese Family*. Hanoi: Social Sciences Publishing House.
- Fligstein, Neil. 1996. "Markets as Politics: A Political-Cultural Approach to Market Institutions." *American Sociological Review* 61(4): 656-673.
- Granovetter, Mark. 1973. "The Strength of Weak Ties." *American Journal of Sociology* 78(6): 1360-1380.
- _____. 1985. "Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness." *American Journal of Sociology* 91(3): 481-510.
- Hickey, Gerald Cannon. 1964. *Village in Vietnam*. New Haven and London: Yale University Press.
- Lew, Seok-Choon. 2013. *The Korean Economic Developmental Path: Confucian Tradition, Affective Network*. New York: Palgrave Macmillan.
- Luu, Ngoc Hoat. 2008. "Moving the Mountain: Renovating Medical Education in an Changing Vietnam." Doctoral Thesis. Amsterdam: University of Amsterdam.
<http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/12992/5/6955.pdf>(검색일: 2016. 1. 10).
- Mill, John Stuart. 1970. "Two Methods of Comparison." in Amatai Etzioni

- and Frederic L. Du Bow, eds. *Comparative Perspectives: Theories and Methods*. Boston: Little, Brown.
- Nguyen Thi Bich Thuan, Curt Lofgren, Lars Lindholm and Nguyen Thi Kim Chuc. 2008. "Choice of Healthcare Provider Following Reform in Vietnam." *BMC Health Serv Res*, 8: 162.
- Ostrom, Elinor. 2010. "Beyond Markets and States: Polycentric Governance of Complex Economic Systems." *American Economic Review* 100(3): 641-72.
- Park, Chan-ung · S. V. Subramanian. 2012. "Voluntary Association Membership and Social Cleavages: A Micro - Macro Link in Generalized Trust." *Social Forces*. 90(4): 1183-1205.
- Podolny, Joel M. · James N. Baron. 1997. "Resources and Relationships: Social Networks and Mobility in the Workplace." *American Sociological Review* 62: 673-693.
- Priwizer, Kerstin. 2012. *The Vietnamese Health Care System in Change: A Policy Network Analysis of a Southeast Asian Welfare Regime*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Putnam, Robert. 1993. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Scott, James. 1998. *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven, CT, USA: Yale University Press.
- Tran Van Tien, Hoang Thi Phuong, Inke Mathauer and Nguyen Thi Kim Phuong. 2011. "A Health Financing Review of Viet Nam with a Focus on Social Health Insurance." World Health Organization. http://www.who.int/health_financing/documents/oasis_f_11-vietnam.pdf(검색일: 2016. 1. 20).
- Tran Thi Mai Oanh, Tran Van Tien, Duong Huy Luong, Khuong Anh Tuan,

Nguyen Khanh Phuong, Le Quang Cuong, Amy Taye, Gilbert Kombe, and Saul Helfenbein. 2009. *Assessing Provincial Health Systems in Vietnam: Lessons from Two Provinces*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.

Uzzi, Brian. 1999. "Embeddedness in the Making of Financial Capital: How Social Relations and Networks Benefit Firms Seeking Financing." *American Sociological Review* 64: 481-505.

Zelizer, Viviana. 1983. *Morals and Markets: The Development of Life Insurance in the United States*. New Brunswick: Transaction Books.

_____. 1988. "Beyond the Polemics of Market: Establishing a Theoretical and Empirical Agenda." *Sociological Forum* 3: 614-634.

Abstract

The Performance of Healthcare Service and Social
Embeddedness:
A Comparative Study between Nam Loi Commune in Northern and
My Hoa Commune in Southern Vietnam

BEAK, Yong Hun
Korean Institute of Southeast Asian Studies

This paper aims to understand how the performance of welfare institutions can be relevant to its social and cultural environment and focuses on how reforms in the healthcare sector have led to the current situation in Vietnam by comparing Hong River Delta (Nam Loi Commune) in North and Mekong River Delta (My Hoa Commune) in South of the country. For example, it explores how the characteristics of traditional and cultural arrangements affect the performance of welfare institutions, especially in the formal healthcare service sector. Formal welfare defines the achievement of preventive healthcare service system by commune health stations.

Commune health stations in North and South show the differences in its operations. Nam Loi commune health station in North supplies preventive health services and programs to their residents and the

people actively participate in them. It enables the stations to provide better and effective preventive medical service. However, My Hoa commune health station in South provides corrective treatment services to the residents. Because the people react differently to healthcare services and visit the stations only when necessary, which hinder the stations to plan and implement preventive medical services persistently. The reason for this difference between the two regions is directly derived from the level of coordination and cooperation with residents, not from the institutional or political capacity such as public health facilities and operational policy.

Keywords: Vietnam, Red River Delta, Mekong River Delta, social embeddedness, healthcare service, commune health station