

21세기를 위한 국민의 건강생활 개선을 위한 주요정책 과제

유한전문대학

김진순

1. 서론

불과 몇년 후 21세기를 맞이하게 될 시점에서 국민의 건강에 대한 관심은 인류가 지구상에서 존재한 이래 제일 크리라는 것은 의심의 여지가 없다.

더욱이 21세기에는 모든 인류의 최대 관심사는 건강보장과 복지(wellbeing)구현이 될 것이며, 건강보장과 복지서비스는 매우 다양하고 질적으로 높은 수준을 요구하게 될 것이다.

지금까지 국민에게 제공된 건강서비스는 국민의 건강요구에 기초하여(질병양상, 연령계층 및 소득계층별) 다양한 서비스를 제공하였다기 보다는 보건 정책결정자(planner) 및 제공자(provider)의 편의(easiness)가 우선 되었음을 인정하지 않을 수 없다.

지난 반세기 동안 정부는 국민의 건강문제를 해결하기 위해서 공공보건조직망(public health care network)확립, 인력의 확보, 각종의료 기자재확충, 새로운 보건제도의 개발(예 : 일차보건의료제도), 저소득층 주민대상 의료보호제도, 국민의 의료요구 충족을 위한 의료기관 및 병상수확충, 국민의 의료보장을 위한 전국민 의료보험제도 도입 등 많은 정책을 수립하였다.

이와 같이 도입된 보건의료정책은 국민의 기본적인 의료요구 충족과 질병관리에는 성과를 컸다고 할 수 있다.

그러나 우리나라 국민의 주요사인¹⁾은 1950년대에는 전염성질환, 1960년대, 1970년대 중반까지는 감염성질환과 만성퇴행성질환, 1980년에는 만성퇴행성질환과 교통사고, 1985년 이후 1990

년대에는 악성신생물, 뇌혈관질환, 불의의 사고, 심장병 및 고혈압성질환 등 5대 사인으로 밝혀지는 등 질병의 양상이 계속 변화되고 있다.

또한 저 출산과 장·노년층 인구의 증가, 건강수준의 향상으로 인한 평균수명의 연장, 산업 발달로 인한 교통사고를 포함한 산업재해 및 각종사고 등과 같은 사회경제적 여건과 질병양상의 변화로 주요 질병이환은 급성전염병에서 비감염성 질환으로 변화되고 있다.

따라서 질병양상과 인구구조의 변화와 소득수준 및 교육수준의 향상은 국민들로 하여금 전통적인 치료서비스 이외에 보다 많은 건강정보를 충분하고 정확하게 언제, 어디서나 받기를 원하는 쪽으로 변화되고 있다.

이와 같은 변화에 신속하게 대응하기 위해서는 우선적으로 국민 즉 소비자(consumer)의 건강요구(health need)를 기초로 하여 국민들에게 최대한의 편의(easiness)를 제공할 수 있는 건강정책으로 변화하지 않으면 안된다.

다시 한번 강조하면 Provider의 편의에서 Consumer의 편의로 변화되어야 하며, 또한 의료모델(medical model)에서 건강모델(health model)로 바뀌지 않으면 21세기의 국민의 건강한 생활은 보장되지 못할 것이다.

따라서 21세기의 삶의 질 향상을 위한 국민의 건강생활 개선을 위한 주요정책 개발은 시급하면서도 보건의료계의 합의가 필요하므로 본 워크샵은 매우 의의가 있다고 하겠다.

주요정책과제 개발을 위한 문제 제기는 다음과 같다.

첫째, 국민의 건강수준을 향상시키기 위하여 건강개념(health concept)을 기초로 한 건강관리사업(health care programme)이 어느 정도 추진

1) 한국보건사회연구원. '90년대 보건의료정책의 발전방향. 1990

되었는가?

둘째, 우리나라에서는 아직도 정책결정자나 보건의료계의 지도자적인 공급자가 의료모델을 중시하는 경향이 높은데 의료모델을 통해서 21세기의 건강문제를 해결할 수 있을 것인가?

셋째, 향후 건강한 생활을 보장하기 위한 주요 정책과제는 무엇인가?

II. 건강개념과 건강관리 프로그램 현황

1. 건강의 정의

건강이란 무엇이며, 어떤 상태를 건강하다고 표현할 수 있을까?

이와 같은 질문의 답변은 쉬우면서도 한편 매우 어렵다. 왜냐하면 인류가 존재하면서부터 건강이라는 용어는 사용되어져 왔으며, 그 동안 인류는 생명을 위협하는 질병을 퇴치하기 위하여 모든 방법을 강구하여 왔다.

또한 더욱 편안하고 안락한 생활을 위하여 여러 방법으로 건강을 추구하여 왔기 때문에 쉽게 생각할 수 있다.

세계보건기구(WHO)가 일찍이 내린 건강의 정의는 주민을 대상으로 한 보건의료서비스에 실제적으로 적용하기에는 매우 어려운 과제임에 틀림없다.

WHO에 의하여 내려진 건강의 정의는 “단지 질병이나 허약이 없는데 그치지 않고 신체적 정신적 및 사회적 안녕의 완전한 상태를 말한다”라는 건강의 정의에서 보듯이 건강을 달성한다는 것은 매우 이상적일 뿐더러 철학적이기까지도 하다.

더욱이 신체적, 정신적 및 사회적 안녕의 완전한 상태에 도달된다는 것은 매우 추상적일 뿐더러 안녕(well-being)의 완전한 상태(state of completeness)를 개발하여야 하는데 이는 커다란 하나의 도전이라고 할 수 있다.

그러나 오늘날의 건강 관점은 질병관리 모델에 의하여 지배받고 있기 때문에 건강이란 단지 질병이 없는 것으로 의료인들의 대부분이 아직까지 생각하고 있는 실정이다.

Lorenz K.Y. 등은 건강함과 질병은 2개의 독립된 차원이며, 다음과 같이 4개의 유형으로 일반화시켜서 실제 건강관리에 적용시킬 수 있다고 하였다.

즉 우리들의 어느 누구도 어느 한 유형에 영원히 속해 있으면서 일상생활을 할 수 없는 환경의 지배하에 있다. 그러므로 우리들의 일차적인 노력은 질병예방과 건강증진에 있으며, 유형 2에서 유형 1로 옮겨갈 수 있도록 하는 것이다. 그러나 건강을 향한 노력은 질병이 없는 사람에게 국한되어 있는 것이 아니라 유형별로 끊임없이 적절한 관리를 함으로써 최적의 건강상태를 유지하도록 하여야 한다.

유형 1 : 질병이 없는 건강한 상태이다.

유형 2 : 질병은 있지만 질병의 역경을 딛고서 건강을 유지하는 상태이다.

유형 3 : 뚜렷한 질병은 없으나 건강한 상태가 아니고 대부분의 사람이 여기에 속하며 긍정적이지 못한 생활양식(unhealthy life style)으로 생활하는 상태를 의미한다.

유형 4 : 건강한 상태가 아니고 질병이 있는 상태에서 만성질환에 이환되어 있으며 활발한 사회활동을 못하고 제한된 생활을 하는 상태이다.

2. 건강개념의 새로운 이해

건강개념에서 살펴본 바와 같이 세계보건기구가 정의한 건강개념은 건강 서비스를 제공하는 현장에서 적용하기란 여간 어려운 것이 아니다.

이에 세계보건기구는 모든 주민이 골고루 건강혜택을 받음으로서 건강한 생활을 할 수 있도록 1978년에 일차보건을 선언하고 “모든 주민에게 건강을(health for all)”주기 위한 접근방법으로 일차보건의료(primary health care)를 건강사업에 도입할 것을 회원국에 권고하였다.

“모든 주민에게 건강을”의 의미는 건강서비스의 이용가능성만을 의미하는 것이 아니라 개개인의 안녕 상태를 위하여 건강에 해를 주는 각종 요인을 제거하는 것이라고 하였다.

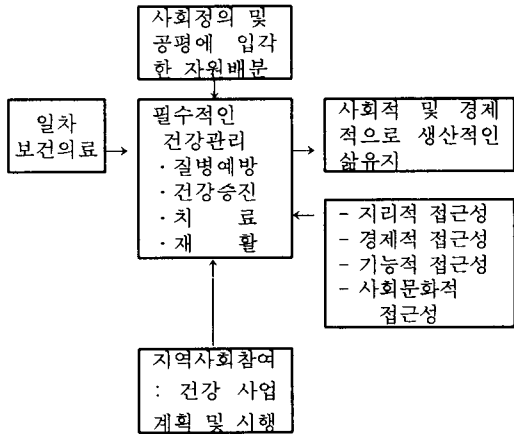
따라서 세계보건기구(WHO)와 국제연합아동기금(UNICEF)이 공동으로 1978년 9월에 개최한 국제회의에서 일차보건의료를 선언하면서 선언배경을 다음과 같이 제시하였다. 전세계의 수억 주민들의 건강상태가 좋지 않으며 특히 개발도상국에서 심각하다.

전세계 인구의 과반수가 적절한 건강보호 혜택을 받고 있지 못함으로 건강문제의 심각성은

나라와 나라 사이 또는 같은 나라안에서도 보건 의료 자원의 분배가 적당하지 않고 평등하지 않다.

더욱이 “건강은 기본 인권의 하나이며, 세계적인 사회목표”가 되어야 한다.

또한 “가진 자와 안 가진 자”의 격차를 없애 주고 전세계 주민이 사회적으로나 경제적으로 생산적인 생활을 할 수 있는 건강을 향유 할 수 있게 하기 위한 새로운 접근방법(new approach method)을 강조하기에 이르렀다.



<그림 1> 일차 보건의료의 접근방법

3. 건강사업 확대를 위하여 시행된 주요 조치

1) 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법 공포
우리나라는 시지역에 비하여 상대적으로 의료 및 건강서비스 혜택이 미치지 못하는 농어촌지역 주민의 건강문제를 보다 효과적으로 해결하고 기본적인 건강요구를 충족시키기 위해서 1980년 12월에 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법(농특법) 공포하였다.

농특법 의하여 공중보건 의사 및 보건진료원이 농어촌 오·벽지에 투입되어 지역주민의 건강서비스에 대한 접근성을 높이는데 크게 기여하였다.

그러나 농촌지역은 도시지역에 비하여 상대적으로 민간의료 시설과 의료인력의 분포가 낮아서 공공보건기관이 국민의 건강관리를 책임져야 할 위치에 있으나 공공보건기관의 시설, 인력의 양성, 질적 서비스, 건강정보 및 건강관리를 위

한 기술지원 체계 등이 미흡하여 향후 건강서비스의 질적 개선이 크게 요구되고 있다.

2) 보건소법 개정

질병양상, 인구구조 및 주민의 건강요구에 부응하기 위하여 정부는 1991년 3월 보건소법을 개정하였으며, 보건소가 설치된 이래 보건소 기능개선을 위한 개편 내용은 다음과 같다.²⁾

1975년 : 행정체신의 일환으로 보건소의 업무인 위생업무와 환경업무가 시·군·구청으로 이관되었고 진료기능이 강화됨.

1976년 : 보건소법 시행령을 개정하여 행정구역 단위로 보건소 설치

1977년 : 의료보험제도 도입과 의료보호사업 실시로 보건소의 진료기능 강화

1981년 - 1988년 : 가족보건사업 강화와 89개 모자보건센터가 보건소의 부속기구로 설치됨.

1988년 - 1989년 : 농어촌 지역의료보험제도 도입으로 의료취약 지역인 15개군 보건소를 보건의료원화(일명 병원화보건소)하여 기본 4과의 전문의 배치와 20-40개병상 확보

1991년 : 보건소법개정으로 지역보건의 기획 및 평가, 보건교육, 정신보건, 노인보건, 장애인 재활업무가 추가됨. 보건소의 허부조직으로 보건지소의 설치근거를 마련함.

1992년 : 복지부 훈령으로 전문인력 배치기준이 인구 100,000명 이상과 이하, 보건의료원으로 구분하여 마련되었음(간호사, 의료기사 및 기타 전문인력 증원)

서울시의 경우에는 22개 구 보건소중 저소득층 밀집지역이 있는 5개구 보건소에는 “지역보건과”를 신설하여 방문간호, 방문진료, 순회진료를 수행하도록 하였다.

3) 건강증진법의 공포

급성전염병에서 비감염성 만성질환으로 질병양상이 변화되므로 만성퇴행성질환의 관리와 노인인구의 건강관리는 물론 전국민의 건강향상을 위한 건강증진사업의 기틀을 마련하기 위하여 1994년에 건강증진법이 공포되었다.

2) 김진순. 보건소의 기능 및 조직의 재편성 방안. 한국농촌의학회지 1994; 19(2): 159-173

따라서 전국민을 대상으로 한 금연, 절주, 건강실천행동, 보건교육, 영양관리, 구강보건 등이 정부 및 민간차원에서 적극적으로 추진될 예정이며, 특히 공공보건기관의 기능이 대폭 개선될 것이다.

4) 의료서비스 개선을 위한 조치

의료보험제도 운영에 따른 제반 문제점을 개선하기 위하여 의료전달체계에 기초한 1차, 2차, 3차 의료기관의 지정, 의료보험급여 확대, 취약지 병원의 재정지원, 의료장비 확보, 특수진료(응급의료, 노인건강, 정신건강 등)와 가정간호 및 호스피스케어를 위한 정책개발 등이 추진 중에 있다.

III. 21세기 건강문제

21세기의 주요건강문제가 무엇이며, 의료모델(medical model)이 건강문제를 어느 정도 해결할 수 있는가를 살펴 보기 위해서 사회경제적 요인, 질병양상, 건강관련요인, 의료모델의 한계를 제시해 보고자 한다.

1. 사회경제적 요인

사회경제적 요인으로는 인구추이, 경제수준(GNP), 교육수준 등을 제시하고자 한다.

1) 인구구조추이

사망율과 출생율의 저하로 인하여 14세 이하 인구의 감소가 현저하고 65세 이상 인구는 급격한 증가가 예측되고 있다. 특히 65세 이상 인구는 평균수명의 증가로 1990년도에 5.0%에서 2,000년에 12.4%로 증가될 전망이다. 부양비 및 노령화지수가 높아질 전망이다.

2,000년에는 도시인구의 분포가 80.6%가 됨으로써 지역별(시부 및 군부) 건강문제 해결을 위한 상이한 접근이 요구될 것이다(표 2, 3)

2) 연도별 국민소득 전망

국민소득은 2000년대에는 지금의 선진국 수준에 도달하고, 2010년에는 지금의 상위 선진국 수준에 도달될 전망이다(표 1).

<표 1> 연도별 국민소득 전망

국민소득	1991	2000	2010	2020
국내총생산량(조원)	208	401	688	1,069
1인당 GNP (만원)	477	851	1,369	1,086
1인당 GNP (만원)	6,740	12,000	19,350	29,460

자료: 대학교육심의회, 간호교육제도와 간호인력 구조에 관한 연구, 1994, 쪽 49

3) 국민의 학력구성비

국민의 학력구성비가 1970년에는 고졸이상(대졸포함) 15.1%에서 1980년에는 26.6%, 1990년에는 47.6%로서 학력수준의 급격한 향상을 알 수 있다.

1995년 교육부 발표에 의하면 전문대학의 입학 정원 증원 등 대학교육의 입학 기회가 더욱 넓어질 전망이므로 2000년 이후의 대졸 학력 비율은 훨씬 높아질 전망이다.

<표 2> 시부 및 군부의 인구분포 추이

연도	(단위 : %)	
	시부	군부
1985	69.3	30.7
1990	74.0	36.0
1992	75.6	24.4
1994	77.0	23.0
1996	78.3	21.0
1998	79.5	20.5
2000	80.6	19.4

자료: 보건사회부, 보사통계연보, 제 39호, 1993

<표 3> 연도별 연령별 인구구조 추이

연도	총인구	0-14세	15-16세	65세이상
		수 (%)	수 (%)	수 (%)
1990	42,869	11,077(25.8)	29,648(69.2)	2,144(5.0)
1995	44,851	10,400(23.2)	31,908(71.1)	2,543(5.7)
2000	46,787	9,917(21.2)	33,705(72.0)	3,168(6.8)
2005	48,434	9,841(20.3)	34,636(72.0)	3,956(8.2)
2010	49,683	9,510(19.1)	35,505(71.5)	4,668(9.4)
2015	50,346	8,790(17.5)	36,146(71.8)	5,410(10.7)
2020	50,576	8,098(16.0)	36,147(71.5)	6,333(12.5)

자료: 통계청, 1991년 4월

2. 질병양상의 변화

지난 10년간 주요 사망원인의 변화로서 악성

신생물은 1983년에 전체 사인중 15.2% 차지하다가 1992년에는 20.9%로 증가하였으며, 뇌혈관질환과 불의의 사고도 계속 증가하는 경향이다. 이들 주요질환은 향후에도 주요질환으로 예측된다(표 4)

<표 4> 주요사망원인별 사망률 및 사인구조의 변동추이 (단위 : %)

사망원인	1983	1985	1990	1992
악성신생물	87.3(15.2)	85.9(15.1)	110.5(20.1)	110.9(20.9)
뇌혈관질환	81.0(14.1)	76.6(13.5)	75.7(13.8)	80.4(15.2)
불의의사고	55.0(9.6)	53.9(9.5)	68.2(12.4)	69.1(13.0)
심 방 병	56.8(9.9)	51.8(5.0)	47.7(8.7)	43.5(8.2)
만성질환간변	27.8(4.8)	28.3(9.1)	29.7(5.4)	28.6(5.4)
고혈압성질환	56.6(9.9)	48.2(8.5)	35.6(6.5)	27.5(5.2)
당 뇨 병	4.3(0.7)	6.8(1.2)	11.8(2.1)	13.5(2.5)
소 계	368.7(64.2)	351.5(61.9)	378.2(69.0)	373.5(70.4)
기 타	205.4(35.8)	216.5(38.1)	169.9(31.0)	156.7(29.6)
계	574.1(100.0)	568.5(100.0)	549.1(100.0)	530.2(100.0)

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강증진을 위한 전략 및 입법관, 공청회 보고서 94-09, 1994, 쪽 26

3. 의료모델의 한계

건강개념과 건강관리의 새로운 이해에서 이미 기술된 바와 같이 건강을 유지 증진시키기 위해서는 의료기관 중심의 의료서비스만으로는 해결될 수 없음을 알 수 있다.

지난 1세기 동안 경험적 건강관리시대→기초과학시대→임상 과학시대→공중보건 과학시대를 거쳐오게 되었다. 그러나 개인 관리수준을 벗어나 국민이 중심이 되는 건강관리시대의 중요성이 대두되기 시작했다.

더욱이 21세기의 건강문제를 해결하기 위해서는 국민이 중심이 되는 총체적인 건강관리가 중요하므로 정치적인 건강과학시대로서 건강관리의 철학이 국민(people)을 중심으로 한 "총체적 국가의 진단과 치료"가 요구됨을 예측하고 있다(표 5).

더욱이 의료모델은 환자 개인 혹은 가족을 중심으로 검사, 진단, 치료, 교육을 중시할 수밖에 없으며 질환관리를 위한(예 : 심장질환, 고혈압, 당뇨병, 전염병, 사고, 관절염, 각종 세균 및 바

이러스성 질환) 각종 의학기술의 개발과 연구에 치중할 수밖에 없다.

따라서 향후의 건강문제 해결은 다 학문적인 접근과 보건의료분야의 여러 직종이 각각 역할과 기능을 존중하면서 동반자(partner)로서의 팀 활동과 협력이 요구된다.

<표 5> 21세기를 향한 건강사업의 방향

경험적 건강시대 (Empirical Health Era)	기초과학 시대 (Basic Science Era)	임상과학 시대 (Clinical Science Era)	공중보건 과학 (Public Health Science Era)	정치적인 건강과학 시대 (Political Health Science Era)
1850년	1900년	1950년	1975년	2000년
증상중심 (Symptom)	세균 혹은 질병중심 (Bacteria or Diseases)	환자중심 (Patient)	지역사회 중심 (Community)	국민중심 (People)
증상의 경험적 진단과 치료	질병의 진단과 치료	개인 혹은 환자의 진단과 치료	지역사회의 진단과 치료	총체적 국가의 진단과 치료(Total Body Politic)
강의 권위주의적 교육	실험주의적 교육	침상옆에서의 임상교육	임상적인 대중건강 교육 지역 사회내 교육	사회적 경험 학습 사회적 경제적 이해증진 관리기술도입 정치적 개념 및 심리과정 국가건강정책 수립
역사적 고찰	기초실험을 위한 새로운 방법 개발	임상기술의 개발	지역사회 개발 측정과 기준 설정, 계획수립 기술	건강사업을 위한 사회적 경제적 지표 개발, 삶의 질을 높이는 주관적 지표, 부문간 협동 과정 개발
알려지지 않았음	필요를 느끼지 못했음	의학에 사회과학이 소개되는 보조적 역할	사회과학 과 개발된 기술이 보건학에 도입	사회학, 보건(건강)학, 경제학, 정치학이 연결되고 부문간 팀 협조가 요구됨.

자료: World Health Organization, Signpost to a New Health Era. The Magazine of the World Health Organization, July, 1979

IV. 주요정책과제

21세기의 건강문제를 해결하기 위한 주요정책과제는 건강의 정의에 기초하여 의료중심이 건강중심으로 전환되고 건강서비스가 적극적으로 개발되어야 한다. 특히 건강관련 요인에서도 기

슬된 바와 같이 건강수준에 상대적으로 효과가 큰 환경과 생활양식을 건강하게 개선하는 것이 건강달성에 관건이 될 것이다.

따라서 본 장에서는 건강생활 향상을 위하여 다음과 같은 목표, 접근방법과 정책과제를 제시해 보고자 한다.

1. 목표

- 1) 국민의 이용편의(easiness)를 극대화한다.
- 2) 건강관리의 형평성(equity)을 제고시킨다.
- 3) 불건강한 생활양식(unhealthy life style)을 건강한 생활양식(healthy lifestyle)으로 전환하도록 건강교육을 강화한다.

2. 접근방법

모든 국민에게 건강을 보장할 수 있는 가장 효과적인 접근방법으로 전 세계가 도입하고 있는 일차 보건의료(Primary Health care)를 보다 강화하고 확대한다.

3. 주요정책과제

1) 국민의 이용편의 극대화 과제

편의(easiness)³⁾ : 이용이 쉽고, 편안하며 걱정과 불안이 없는 것을 의미함.

(1) 의료인력의 의식변화와 서비스 질 향상

주민의 생활주거지에서 가장 가까운 일차의료기관은 개인의원과 일부 병원이 포함됨을 의미한다. 도시지역의 경우 주민은 30분 이내에 공공교통 수단으로 용이하게 일차의료기관에 도달할 수 있다.

그러나 가족 중에 아픈 사람이 발생했을 때 치료를 위해서, 진단을 위해서 또는 상담을 위해서 대다수 주민은 인근의료기관을 쉽게 선택하지 못하는 경향이 높다. 즉, 심리적인 편의도가 낮은 것이 현실이다.

또한 2, 3차 의료기관의 이용편의 역시 낮다.

지난 20년간 급속한 경제성장과 교육수준의 향상으로 주민의 의식수준은 매우 높아졌으며 의료서비스에 대한 만족도 수준도 높아졌으므로

3) easy의 뜻은 Longman dictionary of contemporary English에서 번역했음

더이상 의료의 특성이라고 할 수 있는 독점성과 폐쇄성이 도전을 받는 시대로 접어들었음을 인정하지 않을 수 없다.

'90년대에 들어오면서 의료인력의 업무수행과 실(malpractice)이 종종 국민들에게 공개되고 있다(예 : 수술후 부작용으로 인한 불구 및 저강상실, 치료과실로 인한 질병악화, 신생아 바뀐, 예방접종 관련과실 등).

더욱이 주민은 의료서비스를 이용하면서 편안함을 느껴야 하며 왜 건강문제가 발생했고, 어떤 처치가 이루어지고 있으며, 향후 예후는 어떻게 될 것이며, 회복 후에는 무엇을, 어떻게 관리하여야 하는지 올바르게 적절한 상담과 교육을 받는 등 주민으로서의 "일권리"가 있음에도 불구하고 발병전의 건강에 대한 불안과 걱정이 거의 해결되지 못하고 있음을 우리 모두는 쉽게 경험할 수 있으며 들어서 알고 있다.

이와 같은 현상은 의료기관과 보건기관 모두에서 나타나고 있다.

의료인력의 의식변화가 왜 있어야 하는가를 몇 가지만 요약해 보고자 한다.

- 의료인력은(각종 의사 및 간호인력) 매우 보수적이고 관료적이다.
- 의료인력은 고귀한 생명을 다루는 직업관과 윤리관을 갖고 있어야 함에도 가치관이 흔들리고 있다. 즉, 타전문직은 고도의 전문기술과 비용효율(cost-efficiency)이 강조되고 있는데 이러한 경향과 동일시되고 있다.
- 건강이 낱성되려면 의료공급자인 의료인력과 소비자인 주민은 동반자(partner)관계가 성립되어야 하는데 아직까지 수직적인 관계가 형성되고 있다.
- 의료서비스도 타 서비스 산업과 함께 소비자인 주민을 존중하고 그들의 요구가 무엇인가에 기초하여 새로운 건강관리 내용을 개발하여야 하는데 이점이 매우 미흡하다.
- 일차의료기관의 의료인력은 주민과 일차적인 접촉(first contact)을 하면서 개인의 신체적, 정신적, 사회적 및 환경적 관리를 포함하는 전인건강관리(total care)를 하여야 하며, 이를 위하여는 지속적인 의학지식 및 기술의 향상과 행동과학 및 사회과학의 지식을 쌓아야 하는데 이를 위한 동기 부여가 아직 이루어지지 못하고 있다.

주민은 의사로부터 무엇을 기대하고 있으며 의료의 질은 무엇인가를 간단히 살펴보기로 한다.

Michael Boland⁴⁾의 기사에 의하면 주민은 의사한테 다음의 사항을 원한다고 한다. “잘 들어 주는 의사”, “건강문제를 잘 판별해 주는 의사”, “매번 같은 의사를 볼 수 있는 기회를 갖는 것”이다.

또한 일차진료의사는(primary medical generalist) “주민과 최초의 접촉(first contact)”을 할 수 있도록 특별히 훈련된 의사로서 환자에게 나타나고 있는 어떤 문제라도 일차적인 결정을 할 수 있는 능력을 갖춘 의사이며, 환자와 가족에게 계속적이고, 포괄적이고, 적절한 건강관리를 해줄 수 있는 능력을 갖춘으로서 2차 및 3차 의료기관에 대한 파수꾼(gate keeper)역할을 잘 수행하는 것이다.

그러므로 일차 진료의사를 최대한 활용한다면 주민의 건강요구를 보다 효과적으로 충족시킬 수 있으며 의료비도 절감시킬 수 있음을 강조하고 있다.

일반적으로 “질”(quality)은 “목적에 적합한 것”을 의미 하지만 WHO는 건강관리의 질은 다음의 4가지 목표를 충족시켜야 한다는 것을 제안하고 있다.

- ① 형평을 달성하는 것(achieve equity)
- ② 조기사망(premature death)을 감소시키는 것
- ③ 질병과 불구의 가능성을 감소시키는 것
- ④ 자아실현(self-actualization)을 하도록 장려하는 것

4가지 목표에 대하여 구체적으로 설명할 필요는 없겠으나 의료인력이 질적인 서비스를 제공하기 위해서는 의료인 자신의 노력, 제도적인 뒷받침과 행정적 지원이 필요로 된다고 보겠다.

의식변화와 서비스 질 향상을 위한 세부과제는 다음과 같다.

① 의료인력의 계속교육강화

의사인력 및 간호인력이 소속되어 있는 전문단체는 자율적으로 회원의 의식변화와 서비스

질 향상을 위한 개혁 프로그램을 개발하여 계속 교육을 산하 소속학회를 중심으로 실시한다. 의료법에 의한 보수교육 규정을 대폭 개정하여 이론과 실기가 병행되도록 하며 교육시간도 증가시킨다.

② 국가의 의료인력 보수교육비 책정

지금까지 국가는 건강관리를 위한 제도마련, 의료체계개발, 의료시설 확충, 의료인력의 증원 등 외형적 설비 및 장치(hard ware)에는 상당한 투자를 해 왔으나 의료인력의 서비스 질 향상을 위한 보수교육비 책정은 매우 불충분하였다. 인력에게 투자하는 비용은 단시일 내에 가시적인 효과는 적으나 장기간에 걸쳐서 효과가 있는 것이며, 향후 중앙정부가 크게 관심을 가져야 할 과제임과 동시에 건강서비스를 제공하기 위하여는 필수적인 요소라고 하겠다. 일본은 21세기를 향한 의료대책의 일환으로 의료의 질적 향상과 공공보건기관의 우수인력 확보에 주력하고 있는 것으로 알려졌다.

③ 병원 및 의원의 지원과 육성

주민의 건강문제중 1차 건강문제가 70%~80%를 차지하고 있음은 이미 널리 알려진 사실이므로 현행 의료진달체계 내에서 1차 건강문제를 관리하는 의원과 병원의 역할은 매우 중요하므로 이들 기관의 육성은 절실히 요구된다. 그러므로 기술지원, 예산지원, 연구지원 등이 의료보험 단체와 전문단체로부터 이루어져야 한다.

(2) 의료인력을 위한 보상제 도입(incentive system)

현행 행위별 수가제(fee for service)하에서는 의료보험 진료수가 기준액표에 의하여 시술된 행위에 대해서만 진료비로 산정되고 있기 때문에 주민의 “알권리”에 따른 각종 상담 및 지도료는 보상되지 못하고 있다.

따라서 이점이 개선되지 않으면 주민의 의료서비스 이용편의는 크게 개선되지 못할 것이다.

① 상담료의 수가 신설

상담료의 수가는 기존의 진찰료(초진, 재진료)와 간호상담료에 포함해서 상향 조정하던가 아니면 주민에게 상담료를 차등부과하는 방법이 도입되면 의료인력에게 보상지원이 될 것이다.

4) Michael Boland. *What do people expect from their doctors.* World Health Forum, Vol. 16, 1995

또한 가정간호수가와 호스피스케어 수가도 함께 개발한다.

② 연구개발비 지원

의료보험기준에서 주민의 건강요구에 기초하여 서비스를 제공하고 질적 개선을 위하여 적극적으로 활동하는 의료인력에게 연구비 및 해외 연수기회를 제공한다.(의료보험재원에서 확보)

(3) 가정간호제도의 도입

정부는 1994-1995년에 3차 의료기관을 중심으로 한 가정간호 시범사업을 실시 중에 있으나, 인구노령화, 만성퇴행성질환 및 조기퇴원환자 관리를 위하여 2차기관 및 보건기관에서도 적극적인 개발이 요구된다.

(4) 호스피스케어의 도입

임종을 앞둔 환자 및 가족의 심리적 및 경제적 부담을 덜어 주고 편안하게 삶을 마감할 수 있게 하기 위하여 의료기관 및 비영리기관이 호스피스케어를 할 수 있도록 의료보험체계와의 연계를 모색한다.

(5) 노인 및 정신보건을 위한 인력개발 및 시설확충

정부는 노인 보건의료 문제를 해결하기 위해서 1995년에 서울에 노인치매센타를 개설하였으며, 점차 시설을 확대할 계획으로 있다. 그러나 지역사회 단위별로 주간관리센타(day care) 단기관리시설(short stay), 장기요양원(long term care)등을 설치하고 정신장애자를 위한 적극적인 지역사회 정신보건 program을 개발하고 이에 따른 새로운 인력(의사, 간호사 등)을 교육훈련한다.

(6) 병원의 전문간호사 인력 활용

질병양상이 만성화됨에 따라 간호사의 진료부문 참여가 요청될 것으로 본다. 미국의 저명한 여의사 Babara Bates의 연구에 의하면 대부분의 이런 장기질환자의 외래진료는 첫째 방문을 제외한 추후방문은 의사에 의한 관리보다 간호사에 의하여 관리된다면 입원환자의 입원율을 50% 감소시킬 수 있으며, 더욱 효과적이라 하였다.

또한 최근에 미국의 일부 간호대학은 의과대학과 협력하여 Nurse Practitioner와 Nurse Specialist 기능을 함께 할 수 있는 인력을 개발하여 의사와 경쟁관계가 아닌 협력자로서 환자 치료, 추후관리, 상담 등 환자관리에서 역할 분담을 할 수 있는 project를 개발 중에 있다.

미국은 Nurse Practitioner(NP)을 병원 및 지역사회에서 활용한지 오랜 역사를 갖고 있으나, 나목적 기능을 할 수 있는 전문적인 간호사가 새로운 건강시대에 필요하므로 준비하는 것이라 할 수 있다.

따라서 우리나라에서도 현재 배출되고 있는 가장간호사와 보건진료원에게 재교육을 시켜서 병원 외래에서 활용한다면 주치의와의 한 팀이 되어 환자와 가족에게 충분한 상담과 추후관리를 실시할 수 있으며 이와 같은 인력활용은 의사에게는 연구할 수 있는 시간과 기회를 제공할 수 있고, 환자에게는 서비스 만족도를 높여 줄 수 있으며, 의료비 인상 등을 억제하는 효과도 줄 수 있으리라 기대된다.

(7) 지역보건의료 및 복지체계 확립

21세기의 건강문제 해결은 질병예방, 건강증진, 치료 및 재활이 계속성 있게 연계되어 운영될 때 보다 효과적일 것이다. 또한 지역주민의 보건, 의료복지 요구의 만족도를 높이고 적절한 관리가 적기에 이루어져야 한다.

즉 인구 50,000 - 300,000명을 단위로 하여 체계를 확립한다.

1995년 7월을 기하여 지방자치체가 도입되었으므로 시·군·구 지역별로 의료기관, 보건기관 및 복지기관은 협력체계를 구축하도록 지원되어야 한다. 이를 위한 세부과제는 다음과 같다.

① 보건·의료 및 복지 정보체계의 구축

현재 정부의 보건의료복지 전산망 구축사업과 연계시켜 지역단위별로 활용할 수 있도록 한다.

② 보건·의료·복지기관 연계 체계

지역별로 병·의원, 한방병원, 치과병·의원, 검진센타, 약국, 보건소, 복지시설, 응급구조 및 자원봉사기관이 연계체계를 맺는다.

보건소가 중심이 되며 연계체계 구축을 위한

기준 및 행정절차를 마련하여 체계운영에 필요한 예산 뒷받침을 마련한다.

지역단위별로 체계운영을 위한 운영위원회를 지역대표, 의료 및 복지분야 전문가로 구성하여 기술지원을 하도록 한다.

일본은 보건의료복지서비스를 통합하는 시범 사업지역을 선정하여 실시 중에 있다.

2) 형평성 제고 과제

형평성(equity) : 건강잠재력을 최대한 개발하고 좋은 건강을 유지하기 위해서 연령, 소득 및 지역별로 차이가 없이 동등하고 공정한 건강서비스를 받을 기회와 권리 부여를 의미함.

세부 과제는 다음과 같다.

(1) 농어촌지역의 보건기관 기능 확대 및 인력 보강

건강관리사업 추진현황에서 제시된 바와 같이 농어촌지역의 의료시설과 인력의 배치수준은 시 지역에 비하여 매우 열악하다. 더욱이 농어촌지역의 인구 고령화는 시 지역에 비하여 높으며 만성질환의 이환율도 높다. 또한 의료기관의 지리적 접근도도 낮고 경제적인 지불능력 역시 낮다. 따라서 다음과 같은 정책과제 개발이 요구된다.

① 보건소의 건강관리기능확대와 인력보강

질병예방, 건강증진, 치료 및 재활서비스가 일차적 수준에서 충분하고 질적으로 제공될 수 있도록 의사(치과의사, 한의사 포함), 간호사, 물리치료사, 의료기사, 영양사 등의 배치와 증원이 요구된다. 더욱이 지역주민을 대상으로 다양한 건강요구에 따라 서비스를 제공하는 간호사의 증원은 시급하다. 또한 현행 조직은 새로운 건강 요구에 부응할 수 있도록 대폭적인 개편이 요구된다.

② 보건지소의 기능강화와 질 향상

보건지소는 행정구역인 면마다 설치되어 있으며 4-6명(보건지소장, 진료보조원, 보건요원 2/치과의사, 치과위생사)이 배치되어 있다. 이러한 인력구조는 인구수, 교통용이, 지역특성 및 크기에 관계없이 획일적으로 배치되어 있으므로 주민의 건강요구에 크게 부응하지 못하고 있다. 행정구역 중심이 아닌 생활권 중심으로 보건지소를 재조정하여 설치하고 자격을 갖춘 간호사

를 새롭게 배치하여 의사와 간호사에게 만성질환관리, 노인보건, 정신보건, 영양교육, 재활서비스 등에 관한 추가 교육을 실시한다.

③ 보건진료소의 설치확대와 기능 보강

현재 설치되어 있는 보건진료소는 주민의 일차접촉창구(entry point)로서 건강관리기능이 강화되도록 역할을 재조정한다. 면 단위 보건지소가 생활권 중심으로 재조정되면 폐쇄되는 보건지소의 지역에 보건진료소를 새롭게 설치하여 주민의 건강관리 접근을 높인다. 일부에서는 농촌 지역의 인구감소와 교통편의로 인하여 보건진료소 활용에 이의를 제기하면서 보건지소와 통합하고 폐쇄하는 방안도 제기되고 있다. 오히려 농촌주민의 인구고령화와 만성질환의 특성상 계속적인 관리를 위하여 가정방문 등 가정 및 지역사회 단위로 서비스제공 요구가 커지고 있으며 21세기에는 더욱 커질 전망이다. 따라서 이를 대비하기 위해서는 보건진료소 설치는 더욱 확대되어야 하며 보건진료소가 일차건강관리 조직으로 확립될 때 건강관리서비스의 경제성과 질은 더욱 높아질 수 있다. 일본은 보건소의외에 시·정·촌 보건센터를 설치하여 보건부(우리나라의 보건간호사)를 배치하였으며 이들로 하여금 주민의 건강상담, 건강교육과 건강검진 등 종합적인 업무를 제공하도록 하고 있다.

** 농특세의 지원 하에 농어촌 보건기관의 기능확대와 시설확충이 계속적으로 추진되고 있으나 특히 서비스의 질 향상을 위한 인력개발과 훈련에 농특세가 사용되어야 할 것이다.

(2) 도시지역에 1차 보건의료(PHC)사업 확대

1차보건의료는 국민의 건강달성을 위한 가장 과학적이고 실용적인 접근방법(scientific and practical approach)이므로 농촌지역에 적용되고 있는 1차보건의료가 도시지역의 보건소에도 적용되어야 한다. 특히 저소득층 주민의 건강을 위하여 보건소의 하부조직으로 보건센터 혹은 보건지소를 설치하여 저소득층주민의 건강관리가 지리적으로나 경제적으로도 접근성을 높도록 한다. 이미 도시지역의 저소득층을 위한 1차 보건의료사업이 확대적용되어야 한다는 연구결과가 정부에 건의된 바 있으며 일부 보건소는

5) 김진순 외. 도시일차보건의료사업 운영개선 연구. 한국보건사회연구원, 1989

기능개선을 추진 중에 있다.

(3) 취약계층의 건강관리 사업 개발

일반적으로 건강관리사업에서 취약계층(vulnerable groups)이라 하면 장애인, 어린이와 청소년, 여성, 노인을 의미하며 이들을 위한 특별건강관리 프로그램이 절실히 요구된다.

① 장애자를 위한 건강관리 및 재활사업개발
의료기관, 가정, 보건기관, 지역사회 각종 시설과의 연계, 주간시설확충, 직업교육강화

② 어린이와 청소년 건강관리사업개발
어린이 학대예방, 영양 및 건강평가, 건강지침, 조기발견 및 관리, 건강교육, 청소년 약물오·남용 예방, 건강교육, 성교육

③ 여성건강관리 사업 개발
생활주기(life cycle)별 여성건강요구에 따른 건강관리개발

④ 노인건강관리 사업 개발
건강한 노인 및 비건강노인별 각종 건강증진 프로그램 개발

(4) 의료보호사업의 질적 개선

전국민의 약 5%는 생활보호대상으로서 의료보호(1종, 2종) 혜택을 통하여 의료서비스를 받고 있다. 정부는 의료보호대상자의 진료를 위해서 보건기관 및 병의원을 의료보호기관으로 지정하였으며 예산지원을 하고 있다. 그러나 의료보호대상자 진료기관이 제한되어 있고, 의료보호진료를 위한 급여항목의 제한과 의료보호진료비 청구시 급여가 지연되는 등 문제점이 해결되지 않고 있다. 더욱이 의료보호대상자가 심리적으 로 느끼는 소외감과 불만족은 더욱 크다.

따라서 의료보호기관의 확대, 신속한 진료비, 급여항목의 확대와 의료보호환자의 진료카드(의료보험증)도 의료보호대상자와 같은 것으로 함으로서 소외감을 해결하고 서비스의 질을 높일 수 있어야 한다.

3) 건강한 생활양식제고 과제

건강에 해를 끼치는 건강하지 못한 생활양식(unhealthy lifestyle)은 고지방 저섬유소 식품섭취, 신체운동의 부족, 각종스트레스, 약물오·남용, 알콜섭취과다, 흡연, 물, 공기, 토질오염 및

각종사고라 할 수 있다.

따라서 건강한 생활양식으로 바꿈으로서 건강수준이 향상될 수 있으며, 세부과제는 다음과 같다.

(1) 건강증진 정책수립

건강증진법에 기초하여 공공보건기관, 학교, 산업체 및 지역사회 각종시설, 가정에서 건강에 위협을 주는 각종요인을 제거할 수 있도록 각종행정지침을 마련한다.

(2) 보건기관 및 의료기관의 건강증진 서비스 개발

보건기관은 건강증진 서비스 제공의 핵심기관이 되도록 기능을 전환한다. 즉 보건소는 일차보건의료기관으로서 대폭적인 기능개선과 확대가 이루어져야 하는데 기능확대의 일환으로 건강증진 서비스를 개인, 가족 및 지역사회를 대상으로 제공하게 된다.

의료기관은 개인 및 가족을 대상으로 한 치료서비스와 함께 잘못된 생활양식을 바꾸기 위한 상담, 교육 및 교육자료를 배포한다.

(3) 지역사회 중심 건강증진 활동진개

깨끗한 환경 만들기(물, 쓰레기, 공기, 토양 등)를 위해서 지역주민의 적극적인 참여유도, 건강생활 실천, 주민자조집단(self-help group), 지역사회내의 자원봉사 활동을 개발 활용한다.

(4) 대중매체를 통한 건강증진 홍보

건강에 위협을 줄 수 있는 각종 광고 및 선전을 금지시키고 건강한 생활양식을 실천할 수 있도록 텔레비전을 통하여 정기적으로 건강정보를 방송하고 부처간의 협력을 강화한다.

V. 결 론

보건의료분야의 실무종사자, 운영관리자, 정책결정자, 연구자 및 학자들의 대다수는 21세기의 국민의 건강수준을 향상시키기 위하여 어떤 정책이 입안되고 시행되어야 할 것인가에 대하여 쉽게 합의할 수 있으리라 생각된다.

또한 건강달성을 위한 정책개발에 필요한 전략(strategies)으로서 ①보건의료연구개발 ②정책개발과 목표설정, ③정책시행의 관리 및 모니터링, ④보건의료 정보체계확립, ⑤인력개발, ⑥민간 및 공공과 주민 및 자원봉사 분야와의 협

력과 동반자 관계, ⑦직업윤리가 더욱 강화되어야 한다는 것에도 동의할 수 있을 것이다.

따라서 우리가 쉽게 동의할 수 있고 합의할 수 있는 주요 정책이나 정책개발을 위한 전략을 실제 적용하는데 있어서 공급자 중심에서 완전히 벗어나 국민, 즉 소비자가 “주인”이 되고 “중심”이 되는 정책시행이 되어야 함을 다시 한번 강조하고 싶다.

또한 국가는 보건의료계가 지금까지 추구해 왔던 양적 위주의 서비스에서 질적 위주의 서비스 제공으로 전환시키기 위해서 인력개발과 관리 그리고 건강관리를 위한 각종 교육자료 개발과 보급에 상당한 예산을 투입하여야 하며, 단시일 내에 “가시적인 성과”를 기대해서는 안된다. 그러므로 향후 10년 동안은 새로운 건강시대를 맞이하기 위하여 의료인력의 의식변화, 의료인력의 질적 향상을 위한 제 교육 및 역할조정 그리고 소비자는 건강관리에 동반자로서 스스로 건강한 생활양식을 갖도록 “주역할”을 하고, 의료인력은 지원자(helper)라는 인식을 갖도록 동기 부여하는 기간으로 활용되어야 할 것이다. 또한 이 기간에는 각종 연구개발(research and development)사업을 시행하여 새로운 정책들을 검증하는 기간으로 삼기를 기대해 본다.

끝으로 “국민의 건강달성”이라는 하나의 목표를 향하여 각종 의료인력, 보건분야 인력 그리고 보건의료 관련 인력이 함께 활동하게 되는데 각각의 역할과 기능을 존중하면서 조화를 이루

는 “오케스트라의 팀”이라는 인식을 갖도록 노력한다면 21세기의 건강문제 해결은 보다 효율과 효과를 높일 수 있을 것이다.

참고문헌

- 김진순 외. 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1993
- _____. 공공 보건기관의 만성 퇴행성질환 관리 모델 개발 연구. 한국보건사회연구원, 1993
- _____. 도시 일차보건의료사업 운영개선 연구. 한국보건사회연구원, 1989
- 대한교육심의회. 간호교육제도의 간호인력구조에 관한 연구. 1994, 쪽 49
- 보건사회부. 보건사회통계연보. 제 39호, 1993
- 한국보건사회연구원. '90년대 보건의료정책의 발전 방향. 1990
- _____. 국민건강증진을 위한 전략 및 입법안. 공청회 보고서, 1994. 9, 쪽 94-109
- Michael Boland. *What do people expect from their doctors.* World Health Forum, Vol. 16, 1995
- World Health Organization. *Signpost to a new health era. The Magazine of the World Health Organization, July, 1979*