

1차보건의료와 바람직한 정책방향

인제대학교 보건대학원
박형중 · 김공현

<Abstract>

Primary Health Care and Desirable Policy Directions in Korea

Hyung Jong Park, Kong Hyun Kim

Graduate School of Public Health, Inje University, Pusan, Korea

The World Health Organization and its member states, in 1978, declared that primary health care is a key to attain the goal of Health for All by the year 2000. As a member state of WHO, the Republic of Korea has participated in the declaration of ALMA-ATA and committed to put national efforts for developing and implementing primary health care approach with the spirit and content of this Declaration.

Since 1978, to translate the spirit of the Declaration into realization, Korean government has developed a new category of health manpower such as Community Health Practitioners serving people living in remote rural areas and Village Health Workers serving voluntarily their own village, strengthened the function of Health Centers and Health Subcenters through their reorientation and improved the infrastructure by their new construction or renovation.

While primary health care is viewed as an essential health care in Korea, there are some circles who follow a narrow definition in referring to the health care at the periphery of a health system, which is erroneous. Considering that PHC is accepted as the best alternative approach to health care to solve problems that modern health systems are facing, we propose the followings as desirable health policy directions which might translate the perspective into action at the national level after reviewing past and current PHC approach in Korea :

1. To improve the equity through the reduction of gaps between those who have access to health care and those who have not.
2. To reinforce multisectoral approach and intersectoral coordination through the re-establishment of the National Health Council or establishment of equivalent organization at the central level,
3. To strengthen community participation through local people's empowerment by leadership training, changing planning process from the top-down approach to bottom-up and giving the priority to human resources rather than technology,
4. To reinforce the Ministry of Health and Social Affairs through upgrading its role and function to coordinate Ministries which involve human welfare policies, and creating a Division which is in charge of PHC in the Ministry.

I. 문제의 제기

1. 현대의료 및 의료기술의 문제점

현대 세계는 물론 특히 우리나라는 모든 부문이 급변하고 있다. 보건의료부문도 다른 어떤 부문에 못지 않게 크게 변화하고 있어서 이에 대하여 계속적으로 주의를 기울이지 않는 한 현상을 그릇 판단할 소지도 없지 않다.

현대 의학과 의료기술은 눈부시게 발전하고 있어서 얼마전 까지 상상 또는 이론으로나 있을 수 있었던 일이 오늘날에는 눈앞의 현실로 나타나고 있다. 심장을 비롯한 장기의 이식으로 예전에는 불치의 질병으로 간주하던 질병도 치료되고 있으며 각종 현대 의료기기는 죽어가는 생명을 기계적으로 연명시키고 있음은 우리나라의 웅만한 종합병원에 가도 흔히 볼 수 있다. 이러한 견지에서 생각한다면 현대 의학과 의료기술은 신화를 창조하고 있다고 하여도 과언이 아니다.

그럼에도 불구하고 어떤 사람들은 아직도 불치의 질병에 걸려 고통과 슬픔을 안고 있으며 때로는 이로 인하여 가산을 탕진한 후 그렇게 귀중히 여기던 생명을 잃는 경우와 인간 스스로 만든 사고 때문에 불구가 되거나 생명을 잃기도 하고 혹은 의료 서비스를 이용하기만 하면 능히 회복될 수 있는 질병인데도 개인이 감당하기 어려운 정도의 높은 의료비 때문에 치료를 제때에 원하는 장소에서 필요한 만큼 이용하지 못하는 사람들이 아직도 있다는 것은 부인할 수 없는 현실이다.

실로 신화를 창조하는 듯한 의학과 의료기술이 존재하는 현대에서 앞에서 설명한 사실들이 병존하고 있다는 것은 아이러니컬 하다고 아니할 수 없다. 그렇다면 보건의료부문에서 이같은 야누스적 현상이 발생하는 원인은 무엇인가?

먼저 고도로 발전된 의학과 기술이 보건의료체계의 방향을 오도하는 경향 즉, 많은 사람들의 건강증진보다는 의료비를 지불할 수 있는 일부 사람들의 질병치료를 지향하고 있다는 점을 들 수 있겠다.¹⁾

그 다음은 인간의 질병양상이 과거에 흔했던 전염성이 강했던 급성 전염병은 발생이나 유병이 점점 줄어들고 있는 반면에 전염이 안되는 만성 퇴행성 질병의 발생이나 유병이 우세하고 이러한

질병은 치료의 기간이 길고 방법이 어려울 뿐만 아니라, 어느 것은 아직도 치료법이 없어서 원상회복이 안된채 그 질병을 안고 죽어가야 하는 고질적인 것도 있음에도 현대의료제도는 변화되고 있는 질병양상에 적절하게 대응하지 못하고 있기 때문이다.

그리고 인간의 건강은 질병의 예방, 치료 또는 재활 서비스만으로 유지, 증진되는 것이 아니라 인간이 처하고 있는 사회적, 경제적, 물리적 환경의 영향을 크게 받고 있으며 오늘날 현대인이 앓고 있는 질병은 대부분이 보건의료부문이 아닌 다른 부문의 영향에 의해 발생되고 있음에도 보건의료제도는 보건의료 서비스의 생산이나 제공에만 집착하고 관련 부문과의 협의나 조정을 안하고 있기 때문이다.

또 하나는 인간의 건강은 상품처럼 구매할 수 있는 것이 아님은 물론이고 타인이 강제로 줄 수 있는 것도 아니다. 개인이나 가정 더 나아가서는 한 지역사회가 스스로의 건강에 능동적으로 책임을 지고 자기의 힘으로 지키고 향상시킬 때 성취되는 것이다. 그럼에도 불구하고 아직도 보건의료 전문가가 이 체계의 중심이 되어 서비스를 일방적으로 제공하는 스타일을 유지하고 있기 때문이다.

마지막으로 엄청난 개발비가 소요되는 물론 차세대 기술이 조기에 출현하고 있어서 그 수명이 극히 짧은 현대의 의료기술(예 : 초음파, CT MRI 등)을 이용하는 자는 그 엄청난 개발비와 대체비, 유지비 및 이용료를 포함한 비용을 부담할 수 있지 않으면 개발된 의료기술을 이용할 수 없게 되어 있기 때문이다.

2. 문제해결을 향한 대안

오늘날 우리가 당면하고 있는 이상에서 언급한 보건의료부문이 가진 문제점을 어떻게 해결할 수 있을까?

최근 건강은 모든사람이 마땅히 누려야 할 기본권의 하나로 소위 건강권이 널리 인정되고 있다. 인간이 인간다운 삶을 영위함에 있어서 반드시 필요한 것을 국제노동기구가 말하는 대로 기본요구(basic needs)라 한다면 건강도 의식주와 함께 이 범주에 속한다. 바꾸어 말한다면 건강이란 인간이 인간다운 삶을 영위함에 있어서 필수적 요건의 하나이므로 사람이면 누구나, 언제나, 어디서든지, 어떤 형편에서도 기필코 향유하여야 함을 뜻한다.

세계보건기구(WHO)는 창설 30주년인 1978년에 전 회원국과 관련 국제기구들이 참석하는 1차 보건의료에 관한 국제회의를 개최하고, 알마아타 선언을 채택한 바 있다. 전문과 10개항으로 구성된 이 선언은 현대 보건의료부문이 가진 문제점을 근본적으로 해결하려는 전 세계적인 노력이란 점에서 획기적인 것이라 할 수 있다. 그 주요내용을 갖추려 보면 다음과 같다.²⁾

- 1) 세계보건기구가 정의한 건강의 개념을 재확인하면서 그 같은 건강은 인간의 기본권의 하나이며 최선의 건강수준을 달성하는 것이 사회적 목표 가운데 가장 중요한 것 중의 하나이다.
- 2) 국가에 따라 또는 같은 국가 내의 지역에 따라 국민의 건강상태상 불평등이 존재하고 있으나 이러한 불평등은 정치적, 사회적, 경제적으로 수용할 수 없기 때문에 모든 국가의 관심사가 되고 있다.
- 3) 신국제경제질서에 기반을 둔 경제사회 개발은 만인건강의 완전한 달성과 개발국과 개발도상국간의 보건상태의 격차를 축소함에 있어서 기본적으로 중요하다. 또한 국민의 건강증진과 보호는 지속적인 경제사회 개발에 필수적이며 생활의 질 향상과 세계평화에 기여한다.

- 4) 국민은 자신들의 보건의료의 계획과 집행에 개인적 또는 집단적으로 참여할 권리와 의무가 있다.
 - 5) 정부는 국민의 건강에 대한 책임이 있으며 이러한 책임은 충분한 건강과 사회적 조치를 마련함으로써 감당될 수 있다. 각국정부, 국제기관 그리고 전세계 공동체의 주요한 사회적 목표의 하나는 서기 2000년 까지 전 세계의 사람들이 사회적으로나 경제적으로 생산적 삶을 영위할 수 있을 정도의 건강수준에 이르도록 하는 것이다. 1차보건의료는 사회정의의 정신을 가지고 발전의 일부로서 이 목표를 달성케 하는 관건이다.
 - 6) 1차보건의료란 무엇인가를 정의하고(1차보건의료에 대한 자세한 기술은 II항을 참조)
 - 7) 모든 정부는 국가의 종합보건체계의 일환으로서 1차보건의료를 착수하고 유지시킬 행동에 대한 정책, 전략 및 계획을 수립하여야 한다.
 - 8) 모든 국가들은 동반자 정신으로 상호 협동하여야 하고 모든 사람들에게 1차보건의료를 보장하도록 봉사하여야 한다.
 - 9) 서기 2000년까지 전세계 모든 사람들의 건강이 수용될 수 있는 수준에 도달하려면 세계의 자원이 보다 완전하게 또 보다 유용하게 쓰여져야 한다.
- 선언의 6항과 7항의 내용인 1차보건의료와 그 접근방법에 대하여 좀더 자세히 알아보기로 한다.

II. 1차보건의료와 그 접근방법

1. 일차보건의료의 개념

알마아타 국제회의에서 내린 1차보건의료의 정의는 대단히 길고 복잡하여 간단히 몇자로 요약하기가 어렵다. 이를 몇가지로 나누어 설명하면 1) 1차보건의료는 실천적이고 과학적이며 건전하고 사회적으로 수용 가능한 방법과 기술에 기초를 둔 필수적 관리(essential care)이다. 2) 이러한 방법과 기술은 특정한 지역사회에 살고 있는 개인이나 가정 모두가 그들의 완전한 참여를 통하여 그 지역사회나 국가가 자조 및 자결정신으로 그들의 각 발전 단계에서 지불할 수 있는 비용으로 접근이 가능하여야 한다. 3) 이러한 1차보건의료는 국가보건의료체계의 중심 기능이며 주요한 축점으로서 보건의료체계는 물론 그 지역사회의 전반적인 사회경제발전에 통합된 한 부분이다. 4) 1차보건의료는 개인, 가정, 지역사회가 국가보건의료체계와 접촉하는 최초의 수준으로 건강관리를 국민이 생활하며 일하고 있는 장소에 가능한 한 접근시키는 것이며 지속적인 보건관리 과정의 제1차 요소이다.²⁾

이상에서 강조된 점을 간추려 말하자면 1차보건의료는 필수적 건강관리로써 여기에 동원되는 방법과 기술은 자립, 자결정신에 입각한 지역사회의 참여가 가능하고 그 비용의 지불이 가능한 것이어야 하며 국가보건의료체계상 중요한 기능을 감당하면서도 축점이 되는 부분이고 최말단에 보다 역점을 두고 있다고 하겠다.

2. 1차보건의료 접근방법

이같은 특성을 지닌 1차보건의료는 그 내용, 수준 또는 집행면에서 각국의 경제, 사회, 문화 및 정치적 특성이 반영되면서 발전하는 것이지만 적어도 다음과 같은 접근방법을 취하여야 한다.²⁾

- 1) 해당 지역사회의 주요한 보건의료상의 문제를 겨냥하여 증진, 예방, 치료 및 재활 서비스를 통합하여 제공하여야 하며 지역에서 최소한 다음과 같은 서비스나 활동을 하여야 한다.
 - (1) 우수한 보건의료문제와 그 문제를 예방하고 관리할 수 있는 방법에 대한 교육
 - (2) 식량의 공급과 적절한 영양의 증진
 - (3) 안전수의 충분한 공급과 기초 환경위생
 - (4) 가족계획을 포함한 모자보건의 관리
 - (5) 주요 전염병에 대한 예방접종
 - (6) 지방 풍토병의 예방과 관리
 - (7) 흔한 질병과 상해에 대한 적절한 치료
 - (8) 필수 의약품에 대한 대책
- 2) 보건의료부문은 물론이고 모든 관련부문과 국가 및 지역사회개발의 여러 국면 특히 농업, 축산업, 식량, 산업, 교육, 주택, 공공사업, 통신 및 기타 부문들이 관여하여야 하며 이들 관여하는 모든 부문들의 노력은 조정되어야 한다.
- 3) 지역사회와 개인의 자립(self-reliance)과 1차보건의료의 계획, 조직, 운영 및 통제에 지방이나 국가의 이용가능한 모든 자원을 이용함으로써 최대한의 참여가 요구되는 물론 이것들이 조정되어야 하고 적절한 교육을 통하여 참여할 지역사회의 능력을 개발하여야 한다.
- 4) 최말단에 또는 일선에 역점을 두지만 이 말단이나 일선은 기능상으로 상호 지원하는 통합된 의료체계에 의하여 떠 받쳐져 모든 사람에 대한 종합건강관리를 점진적으로 개선하여야 하며 요구가 높은 사람들에게 우선 순위를 보다 높게 두어야 한다.
- 5) 의사, 간호사, 조산사, 의료기사 및 지역사회보건요원등이 보건의료팀을 이루어 일할 수 있도록 각 보건의료 인력이 사회적으로 기술적으로 적절하게 훈련되어야 한다.

이상에서 설명한 바와 같이 1차보건의료 접근방법은 여러가지 요소를 가지고 있으나 그것은 보건의료에 관한 철학이며 이를 성취하는 전략임을 알 수 있다. 이를 요약하면 모든 서비스나 활동은 주민의 요구에 기초를 두고 출발하여야 하는 것이며(needs orientation), 해당 지역사회가 자립과 자결정신에 입각하여 사업의 계획, 조직, 운영 및 평가에 참여하는 것이며(community participation), 인간의 건강에 영향을 미치는 모든 부문이 관여하고 각 부문의 노력이 통합 조정되어야 하고(intersectoral coordination), 지역사회나 국가의 자원이 최대한 이용되어야 하며(maximum utilization of resources), 보건의료 요원은 단독이 아니라 한팀을 이루어 일하여야 하는 것(team work)으로 요약할 수 있다.

3. 잘못된 해석

이와같은 1차보건의료 접근방법을 비록 기존의 보건의료체계와는 다른 대안적인 접근방법으로 생각하여도 1차보건의료를 협의로 정의하고 내포된 여러 요소중 일부에만 초점을 둘 경우 잘못

해석할 수도 있다. 잘못된 해석의 유형을 몇가지로 나누어 보면 먼저 1차보건의료를 새로운 서어비스 프로그램으로 해석하고 이해하는 것을 들 수 있다.¹⁾ 그러나 기왕의 기본보건서어비스(basic health serices)와는 다르다. 물론 1차보건의료도 8가지 서어비스 또는 활동을 지적하고 있으나 어떤 특정한 서어비스에 초점이 있는 것이거나 그러한 서어비스의 제공이 곧 1차보건의료는 아니다. 오히려 모든 국민의 건강이 사회적으로 경제적으로 생산적 삶을 영위할 수 있는 수준에 이르게 하려고 할 경우 보건의료체계가 어떻게 방향을 재설정하여(reorientation) 어떻게 그 방향으로 나가야 할 것인가를 지시하고 있는 것으로 생각하여야 할 것이다.

다음은 1차보건의료와 그 접근방법을 지역사회보건의료요원과 동일시하거나 공식적인 보건의료체계가 수행하는 것과는 관계없이 지역사회가 주체가 되어 수행되는 보건사업이라고 보면서 농어촌이나 도시 저소득층에게나 적합한 2류(second-class) 관리이거나 기껏해야 도시나 농촌에서의 1차적 관리의 필수적인 것을 의미하는 것으로 생각할 수 있다는 것이다.³⁾ 이러한 생각은 1차보건의료가 지역사회보건의료요원이나 중급보건의료요원의 훈련과 배치를 강조한데서 비롯될 수 있으며 더우기 최말단 또는 일선에 즉 국민과 보건의료체계가 최초로 접촉하는 수준에 역점을 둠으로 부터 연유할 수 있다. 그러나 1차보건의료는 이러한 요원이 최말단에서 일하는 것만을 강조한 것만이 아니고 지금까지 보건의료체계가 전문보건의료인 중심으로 운영되어 오고 주민과 거리를 둔 중앙이나 대형 의료시설 중심으로 기능을 발휘하던 것에 대한 보충이지 그러한 요원을 훈련 배치하는 것이 곧 1차보건의료는 아니다. 1차보건의료 접근방법은 의뢰체계를 강조하며 최말단과 각 상위 수준의 상호지원을 강조하고 있음을 알아야 할 것이다.

또 다른 하나는 1차보건의료는 보건의료에 대한 모든 짐을 지역사회나 개인에게 떠 맡기는 것이라고 해석할 수도 있다.³⁾ 이러한 해석은 1차보건의료가 지역사회참여와 지역사회의 모든 자원을 최대한 이용하게 하여야 한다는 점을 강조하는데서 올 수 있다. 그러나 여기에서 간과하여서 안될 것은 지역사회에 속한 각 개인이 자립, 자결정신으로 보건의료체계의 계획, 조직, 운영, 심지어 통제에 이르기까지 관여하면서 모든 보건의료기관과 동반자가 될 것을 강조한 것임을 주목하여야 한다.

III. 우리나라에서의 1차보건의료

1. 과거와 현재

우리나라도 세계보건기구(WHO)의 일 회원국으로써 1978년 알마아타에서 개최된 1차보건의료에 관한 국제회의에 보건사회부장관을 비롯하여 몇몇 분이 정부대표로써 참석하여(참석국가수 : 134개국) 다른 국가의 대표들과 함께 앞에서 설명한 '알마아타 선언'을 지지하고 1차보건의료를 발전시킬 것을 공약한 바 있다.

세계보건기구가 1차보건의료에 관한 국제회의를 소집하던 1978년의 전후는 우리나라의 4차 경제개발계획기간에 속하였다. 1977년부터 시작되는 이 4차 경제개발계획은 우리나라의 보건의료면에서는 획기적이라고 할 수 있다. 왜냐하면 우리정부가 보건의료연구(health services research)에 국가재정을 투입하기 시작하였고 보건의료연구를 전담하는 연구기관 즉 한국보건개발연구원(현 한국보건사회연구원)을 특별법을 제정하여 설립 운영하기 시작하였기 때문이다.

정부는 4차 경제개발계획 기간(1977-1981)중에 당시 보건의료면에서 낙후된 지역이었던 농어촌의 보건의료를 향상시키고져 농어촌의 특성을 대표할 수 있는 수개의 군지역을 대상으로 “저렴양질의 종합보건의료전달체계모형”을 개발하고 개발된 모형의 전국적 확대적용을 위한 준비체제를 확립하기 위한 시범사업을 전개하기로 계획하였고 다음과 같은 사업전개의 원칙을 채택하였다.⁴⁾

- 주민의 보건에 대한 필요와 요구에 기초할 것
- 가용자원(인력, 시설)의 극대화를 기할 것
- 예방과 치료사업을 통합할 것
- 저소득층이 부담 가능한 경비절약 방안을 모색할 것
- 환자 후송체제를 확립할 것
- 국민의 적극적인 참여를 유도할 것
- 부락단위 보건사업과 새마을사업을 연계 추진할 것
- 공공부문 투자효율의 극대화를 기할 것 등이다.

정부는 이러한 원칙하에 시범사업을 계획, 집행하기 위하여 전문한 한국보건개발연구원을 1976년 4월에 설립하여 1977-1980년間に 3개군(홍천군, 옥구군, 군위군)에서 인구 30만명을 대상으로 소위 “마을 건강사업”을 실시하였다.

한국보건개발연구원은 이러한 시범사업실시 과정의 하나로 얼마아타선언이 있기 1년전인 1977년 9월 “1차보건의료에 관한 전국세미나”를 개최하여 우리나라에서의 1차보건의료에 관한 개념을 다음과 같이 정립하였다.⁵⁾

- (1) 전국민을 대상으로 하는 보건의료전달체계의 하부 기초보건의료 단위 및 기능이다.
- (2) 일정 지역사회(가정, 부락, 행정리 포함)내에서 보건의료요원과 주민의 적극적인 참여로 이루어지는 보건의료활동이다.
- (3) 1차보건의료 활동은 지역사회의 자주적인 활동과 공공 보건의료기관의 활동으로 구성된다.
- (4) 1차보건의료 활동은 지역사회의 기본적 보건의료 욕구를 충족시켜야 하므로 전체 보건의료 스펙트럼에서 예방측면에 보다 치중한다.
- (5) 1차보건의료 활동은 각종 보건의료요원(의사, 간호사, 기타 보건의료요원)의 협동과 부락의 자원요원의 협동으로 이루어지며 각 요원은 치료, 예방 및 기타 기능이 부여된다.
- (6) 1차보건의료의 활동은 전체 지역사회 개발계획의 일부로서 이루어짐이 바람직하다.

한편 정부는 한국보건개발연구원의 설립과 동시에 한국개발연구원내에 보건기획단을 두어 한국보건개발연구원이 실시하고 있는 종합보건의료 시범사업에 대한 평가를 하도록 장치하였으며 중앙에 경제기획원장관을 위원장으로 하고 보건사회부장관(부위원장), 내무부장관, 문교부장관 및 보건의료계 지도자를 위원으로 한 보건정책협의회를 설치하여 국가적 차원에서 보건정책사항을 검토 협의하게 하였다. 동시에 도 단위에는 도지사를 위원장으로 하고 관련 국장, 보건관계전문인을 위원으로 한 도 보건협의회를 군 단위에는 군수를 위원장으로 하고 군내 각 기관장을 위원으로 한 군 보건운영위원회를 각각 구성하여 운영하게 하였다.⁶⁾

그러나 정부는 한국보건개발연구원의 시범사업 결과를 수용하는 과정에서 시범사업의 일부에 지나지 않는 소위 “새로운 유형의 중간층 보건인력”인 보건진료원(community health practitioner)과 이들이 근무하는 부락단위에 설치되는 보건진료소를 부각시켰다.

뿐만 아니라 1982-1986년에 시행된 제5차 경제사회발전 5개년계획의 보건의료계획(당초)에서는

“1차보건의료는 보건지소보다 하위부락인 농어촌 오벽지 자연부락에 보건진료소를 설치하여 일 정기간 교육을 받은 간호원을 보건진료원으로 양성, 배치, 농어촌 주민에 대한 예방보건활동 및 경미한 환자에 대한 진료를 담당하도록 하는 제도”라고 정의하였다.”

그러나 1983년에 발표된 제5차 경제사회발전 5개년계획의 보건사회부문 수정계획(1984-1986)에서는 위에서 말한 1차보건의료의 정의를 약간 수정하였다. 즉 보건진료원제도는 농촌에서 1차 보건의료 사업의 추진을 위한 하나의 접근방안임을 천명하면서 보건소 및 보건지소를 1차보건의 료사업 조직에 포함시켰다. 그와 함께 대도시지역의 저소득 주민을 대상으로 예방과 진료에 이르는 포괄적인 보건의료서비스의 제공과 지역사회와의 연계 수행을 목표로 하는 도시지역 보건의료 서비스의 적정 모형개발을 위한 시범사업을 실시하여 최종 평가한 후 전국확대실시를 검토할 것을 계획하였다.⁹⁾

정부당국의 1차보건의료에 대한 시각이나 정책은 이 같은 범주를 크게 벗어나지 못한채 이후 계속 답습되고 특히 1989년 7월 전국민의료보험제도가 실시되면서 부터 정부와 의료계는 물론이고 학계에서조차 그렇게 인구에 회자하던 1차보건의료 및 접근방법에 관한 논의가 거의 자취를 감추고 있는 실정이다.

2. 우리나라 1차보건의료에 대한 비판

세계보건기구와 전회원국이 “서기 2000년까지 모든 사람을 건강하게”란 목표와 이 목표를 달성할 수 있는 열쇠는 1차보건의료라고 공포하고 각 국가및 관련 국제기구들이 노력해온지 13년이 되는 현 시점에서 우리나라에서 추진되어온 1차보건의료를 어떻게 평가할 수 있을까?

결론부터 말한다면 초창기에는 그런대로 1차보건의료 및 그 접근방법을 발전시키려고 노력하였으나 전체로 보아 이를 협의로 정의하고 일부 요소만 강조하다가 최근에는 오히려 초창기보다 후퇴한 듯한 인상을 받게하고 있다고 하겠다.

4차 5개년계획 수립 당시 정부가 채택한 종합보건의료 시범사업 원칙은 관련 부문간 조정 원칙이 결여되기는 하였으나 중앙에 설치된 보건정책협의회 및 보건기획단에 의하여 건강과 관련되는 부문간의 조정이 가능하였던 점을 감안한다면 1차보건의료와 그 접근방법이 가진 철학과 전략에 상당히 접근하고 있었던 것으로 평가할 수 있다.

그러나 1977년 9월에 개최되었던 “1차보건의료에 관한 전국세미나”에서 채택한 1차보건의료의 개념부터 1차보건의료를 협의로 해석하여 최말단 지역수준의 활동으로 축소시키고 지역사회사업과 공공사업으로 구분하여 지방적 사업(local programme)으로 전략시키고 말았다.

특히 제5차 5개년 계획에서 1차보건의료란 “보건진료원을 양성하여 농어촌 오지의 부락단위에 배치하여 이들이 농어촌 주민에게 예방보건활동 및 경미한 환자에 대한 진료를 담당하는 제도”라고 정의함으로써 1차보건의료를 중간층보건의료인력의 최말단에서의 활동만을 뜻하는 것으로 풀이 하였다. 비록 제5차 5개년 수정계획에서 당초계획의 1차보건의료개념을 시정하여 그 수준을 군단위 보건소까지 확대시켰으나, 중앙수준까지는 미치지 못하였고 부문간 조정은 보건정책협의회를 해체하여 보다 후퇴시켰으며 지역사회참여를 강조하기 위하여 보건진료소 마다 운영협의회를 구성 하고 부락마다 1명씩의 마을건강원을 훈련 배치하였으나 그들의 활동성과는 별무하다고 하여도 큰 잘못은 아닐 것이다.

생각하는 각도에 따라서 혹자는 세계보건기구가 1차보건의료와 그 접근방법을 주창한다고 하여 “그것을 그대로 도입할 필요가 있겠는가?”고 반문할 수도 있다.

우리나라의 보건의료제도가 전술한 바 현대의료제도와 의료기술이 가진 문제점을 다 해결하였거나 1차보건의료 접근방법보다 더 좋은 대안이 있어 이를 채택하고 있다면 앞에서 말한 반문은 뜻이 있는 질문이 될 것이다. 그러나 우리나라 보건의료체계는 아직도 1차보건의료보다 더 좋은 대안을 갖지 못한다. 전통적인 보건의료체계가 가진 문제점을 그대로 안고 있으면서 최근에는 더욱 악화되고 있는 실정이다. 국민 일반의 건강에 대한 인식이나 지식이 다른나라에 비하여 높다고 할 수 없고 안전식수의 공급은 위험수준에 이르러 큰 사회문제가 되고 있으며 인구당 자동차 사고건수는 세계에서 으뜸이며 산업장 근로자 및 농촌 주민의 직업병 역시 안심할 수 없는 상태에 와 있음을 누구도 부인할 수 없을 것이다.

1989년 7월 이후 우리나라는 전국민이 의료보험이나 의료보호에 의해 의료보장을 받고 있다고 하나 적용인구가 가장 많은 지역의료보험은 재정안정이 안되어 불안하고 급여는 치료위주이어서 건강증진과는 거리가 멀며 환자는 대형병원에 집중하고 있어서 일부 의료자원의 유희현상이 있는데다가 민간부문 의료기관들은 각각 독립된 주체로 활동하고 상호 연계가 안되어 의료전달체계면에서도 전통적 보건의료체계가 가진 문제들을 그대로 안고 있다.

현시점에서 우리는 다시 한번 ‘알마아타 선언’에 귀를 기울이면서 어떻게 하여야 우리의 발전 단계에서 모든 국민을 사회적으로 경제적으로 생산적 삶을 영위하게 하여 국가발전에 공헌하게 할 수 있을 것인가를 질문하고 여기에 대하여 올바르게 응답하여야 할 것으로 생각한다.

IV. 바람직한 정책방향

1차보건의료의 개념 가운데는 현대 보건의료분야에서 특히 추구되어야 할 가치를 밝히는 철학적 요소가 있는가 하면 이러한 요소들이 성취될 수 있는 방안을 제시하는 전략적 요소가 들어있다. 추구되어야 할 가치는 1) 모든 사람에게 의한 공평한 건강의 향유(equity) 2) 건강이란 전체 발전에 통합된 부분(integral part of overall development) 3) 보다 나은 건강의 성취는 국민 자신들에 의한 적극적 참여가 요구된다(involved by people)등으로 표현할 수 있다. 이 같은 가치를 실현하기 위한 전략은 (1) 보건의료제도의 상용한 변화(change in health care system) (2) 관련 제부문간의 조정된 행동(intersectoral action for health) (3) 사회와 건강에 대한 개인적 및 집단적 차원에서의 책임있는 행동(individual and collective responsibility for health)등을 제안하고 있다.”

위에서 설명된 1차보건의료 및 그 접근방법의 철학과 전략에 기초를 둔 바람직한 보건의료계는 적어도 다음에 열거한 조건들을 갖추어야 할 것으로 논의되고 있다.”

- 1) 형평의 원칙하에 모든 국민이 보건의료에 대한 접근성과 이용성이 동일하여야 하며 자신의 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 의사결정에 책임있게 참여할 수 있어야 한다.
- 2) 보건의료부문의 요소는 물론이고 상호관련이 있는 제 부문의 요소들을 포괄할 수 있어야 한다.
- 3) 보건의료체계는 개인과 처음으로 접촉하는 때와 장소에서 1차보건의료의 필수서비스를 제공할 수 있어야 한다.
- 4) 최말단 수준에서는 1차보건의료사업이 우선순위가 높은 사업의 하나로 추진될 수 있도록

지원할 수 있어야 한다.

- 5) 중간수준에서는 최말단에서 의뢰될 수 있는 보다 기술적인 보건의료문제를 다루고 지역사회와 지역사회 보건의료요원을 계속 훈련하고 지도하는데 요구되는 기술적, 전문적 관리를 제공할 수 있어야 한다.
- 6) 중앙에서는 보건계획 및 관리기술을 제공할 수 있어야 하고 보다 전문적인 관리, 전문요원에 대한 훈련, 물자공급 및 재정지원등을 할 수 있어야 한다.
- 7) 전체계를 통하여 각 수준에서 그리고 다른 부문에서 의뢰되어 오는 문제를 적절하게 협의, 조정할 수 있어야 한다.

우리나라의 보건의료체계를 1차보건의료에 기초를 둔 바람직한 보건의료체제로 변화시키기 위하여서는 어떠한 정책적 고려가 필요한가?

1. 형평성의 제고

형평(equity)은 범미주보건기구(PAHO)의 활동계획에 의하면 효율 및 효과와 함께 보건의료서비스체계가 갖추어야 할 3대 질적요소 가운데 하나이다.¹⁰⁾ 효율과 효과는 체계내적인 것이나 형평은 체계외적인 것으로 체계가 외적관계를 가질때 치우치지 않고 공정한 것을 의미한다. 이를 보건의료와 관련하여 말한다면 보건의료를 획득할 수 있는 능력여하에 따라 어떤 차이가 있어서는 안된다는 것으로 해석 할 수 있다. 바꾸어 말하면 만일 보건의료체계가 형평성을 가진다면 주어진 일련의 보건의료문제에 관해서 각 인구집단이 가질 수 있는 개연성이 동등하여야 한다는 것이다.

대체로 보건의료의 이용은 연령, 성, 교육정도, 경제수준, 거주지역 등 인구학적, 사회경제적 특성과 거주지역에 영향을 받는 것으로 인정되고 있다. 공평한 보건의료체계는 이용자의 속성이 어떠한 보건의료를 이용할 필요가 있을 경우에는 차별이 없이 이용할 수 있게 하여야 한다. 특히 저소득층이나 교육수준이 낮은층, 농촌주민등 사회경제적 여건이 상대적으로 열악하거나 속칭 의료취약지역 거주 국민들이 불이익을 받지 않도록 대책을 세워야 한다.

우리나라는 전국민이 의료보험이나 의료보호에 의하여 의료보장을 받고 있어서 외형상 전국민의 보건의료에 대한 접근성과 이용성이 동등하다고 말하고 있다. 그러나 실제로 몇가지 점에서 그렇지 않다.

첫째, 의료보험급여시 본인일부부담율이 높아 저소득층은 의료이용상 어려움이 있을 것으로 판단된다. '90년의 의료보험 급여비율은 64.5%에 지나지 않고 외래환자에 대한 급여비율은 55.9%에 그쳐서 본인일부부담율이 전체로 보아 35.5%, 외래는 44.1%나 되는 것으로 나타났다.

¹¹⁾

둘째, 의료보험법 10조 2항 6호 및 동 시행령 제4조 3항에 의하면 1년 이상 보험료를 체납한 자는 피보험자의 자격을 상실하고 상실후 1년정도는 피보험자가 될 수 없게 되어 있어 국민가운데는 의료보험의 적용을 받을 수 없는 경우가 있을 수 있게 되어있다.

셋째, 의료보호는 진료비가 책정된 예산을 상회하여 진료비 지급이 적기에 되지 않는 등 제도 시행상 어려움이 있어서 이용자의 불만이 있는 것으로 보고되고 있다.

또한 각 나라가 겪고 있는 보건의료체계의 문제점의 하나인 의료자원의 도시편제도 아직도 해

결되지 못한 해묵은 난점은 주지의 사실이다. 이러한 점들을 미루어 볼 때 보건의료체계의 공평성을 보다 높일 수 있는 정책적 배려가 있어야 할 것으로 생각한다.

2. 다부문간 협력적 접근방법(multisectoral approach)의 시행

앞에서 언급하였지만 사람의 건강은 보건의료서비스의 이용만으로 유지 증진되는 것이 아니다. 더우기 의료기관에 의한 질병의 치료는 극히 일부분에 지나지 않고 건강면에서 보면 후속조치에 불과하다. 인간의 건강은 인간이 처한 사회적, 경제적, 물리적 환경의 영향을 직접 또는 간접으로 받고 있으므로 인간의 건강은 이러한 관련 제부문이 조정된 노력을 경주할 수 있는 방안이 도출되어 시행되지 않는 한 유지 및 증진이 어렵게 되어 있다.

실례로써 최근에 발생했던 한 공장에서 배출한 산업폐수로 인하여 발생한 낙동강을 수원으로 하는 대구시 상수도의 페놀(phenol) 오염사건을 거론할 수 있다. 이 사건으로 인한 주민의 건강장애에 관련되는 부문을 열거하면 산업과 기술면에서 상공부문, 노동과 그 복지면에서 노동부문, 국토관리면에서 건설부문, 수질관리면에서 환경부문, 치료면에서 보건의료부문, 상수도 관리면에서 해당 지방관서등이 있다. 상수도의 페놀 오염으로 인한 주민의 건강장애를 원천적으로 일으키지 않게 한다는 것을 전제로 할 경우 보건의료부문이 단독으로 취할 수 있는 대책은 거의 전무하다고 할 수 있다. 오히려 산업과 기술을 담당하는 상공부문이나 낙동강을 치수하는 건설부문 또는 수질을 관리하는 환경부문의 역할이 더 선행적이며 효과도 크다고 할 수 있다. 보건의료부문이 할 수 있는 역할은 오염식수를 음용한후 건강장애가 있는 환자를 치료하고 의료보험을 통하여 진료비를 부담하는 것이 전부이고 타부문에 의해 폐수의 유출을 원천적으로 막지 못하는 한 반복적으로 환자치료를 할 수 밖에 도리가 없을 것이다.

산업의 발달과 생산성 향상에 필수적인 산업장 근로자의 건강증진, 그리고 최근 물의를 일으키고 있는 직업병도 위의 예와 크게 다를 바가 없다.

이런 일련의 사건은 지금의 보건의료체계가 다른 관련부문과 협의 조정하는 기전(mechanism)을 가지고 다부문간 협력적 접근방법을 취하지 않으면 체계의 궁극적 목표인 국민의 건강향상을 성취할 수 없을 것이 너무도 명백함을 단적으로 보여주고 있다.

국민의 건강향상 및 증진을 위한 다부문간 협력적 접근을 위한 기전의 하나로 세계보건기구는 국가보건협의회(national health council)¹²⁾와 이 고위급 위원회를 지원하는 기구로 국가보건개발기구*(national health development network)¹³⁾를 설립하여 운영하도록 권고하고 있다.

과거 우리나라에서는 한국보건개발연구원법에 의거 관계 장관 및 보건의료계 원로들을 위원으로 한 보건정책협의회가 구성되어 있었고 이를 지원하는 보건기획단과 시범사업과 관련하여 결정된 정책을 집행하는 한국보건개발연구원이 있었다. 그러나 동법의 개정시에 이를 각각 해체하고 한국보건개발연구원만을 한국보건사회연구원으로 개칭하여 존속시키고 있다.

이 시점에서 다시 전기의 보건정책협의회를 부활시키거나 이와 유사한 기능을 가진 중앙협의회를 설치하여 관련분야간의 조정기능을 보강할 필요가 있고 동 협의회의 정책결정을 지원하기 위하여 한국보건사회연구원의 조직과 기능을 강화하여 협의회의 의사결정에 필요한 정보를 제공하게 하고 결정사항을 집행하며 그 결과를 평가하여 환류하게 하는 것이 필요할 것으로 생각한다.

3. 지역사회참여의 강화

만성 퇴행성 질병, 직업병, 환경오염으로 인한 질병들의 발생과 유병이 높은 오늘날의 보건의료문제는 전문가 또는 전문기관이 주도하는 서어비스의 제공만으로는 지속적 보편적 해결이 어렵다. 오히려 개인과 가정 그리고 한 지역사회가 건강에 대하여 스스로 책임을 가지고 건강관리에 필요한 행동을 실천하여 행동화 함으로서 해결이 가능하다. 이렇게 하기 위하여서는 지역사회가 자기들의 보건의료문제를 해결하기 위한 보건의료사업의 계획, 실시 및 평가등 일련의 과정마다 적극 개입하여 의사결정의 이니셔티브를 가져야 한다.

이러한 사회의 참여는 “입으로만 말해서(lip services)” 또는 구색을 갖추기 위한 수사로 끝나서는 실효를 기대할 수 없다. 실제로 지역사회를 조직화하고 그 조직이 살아서 계속 움직이게 하는 운영기술을 함양시키는 구체적 조치가 취해져야 한다. 특히 사업시행에 필요한 경비를 정부예산으로 조달할 경우 해당 사회의 자립, 자조활동을 저해하지 않으면서도 효과적으로 수행될 수 있는 방안이 강구되어야 한다. 그러한 방안의 하나로 현행 국고보조금의 사업별 또는 사업목표량별 지원방법을 인구를 기초로 하는 방법으로서의 전환을 예로 들 수 있다.

다음은 보건기획접근면에서 하향식(top-down)보다는 상향식(bottom-up)이 강조되어야 한다. 현재까지 우리나라에서 보건의료사업을 계획, 시행하는 과정을 살펴보면 중앙에서 전문가들이 계획하고 결정한 것을 일선기관은 그대로 시행하기만 하였다. 그 결과 사업내용은 지역의 요구나 특성보다는 전문가의 견해를 반영한 것이 되었고 양자간에 격차가 있을 경우 서어비스의 이용율은 떨어져 자원의 유희와 낭비의 원인이 되기도 하였다. 이러한 점을 감안할 때 지역의 요구에 기초하고 그 실정에 알맞는 사업을 계획 추진할 필요가 절실하다 할 수 있다. 이를 위하여 각급 지방자치단체 및 지역의 보건기획능력을 시급히 배양시켜 보건기획의 지방화가 이루어져 각종사업이 전국적 획일성보다는 지역주민의 요구에 기초하여 이를 충족시킬 수 있도록 다양성이 강조되어야 할 것이다.

또한 기술보다 사람을 우선하는 정책을 세워야 한다. 지금까지 보건의료계획 수립시에 보건의료서어비스를 전달하는 기술의 확보 및 확대에 주력하여 전문인력, 시설, 장비를 주대상으로 삼아왔다. 그러나 현대보건의료기술은 국민의 건강상태나 상황을 획기적으로 개선하지 못하고 있다. 오히려 사람들의 나쁜 건강의료행태를 변화시키도록 그리고 생활양식을 바꾸도록 지역사회에 동기를 부여하는 방법이 더 효과적이라고 할 수 있다. 따라서 건강과 관련한 인간적 요소(human factors)의 무한한 잠재력을 현실화 시킬 방안을 강구하여야 할 것이다.

4. 보건사회부의 강화

보건사회부는 국민의 건강관리와 후생복지를 실현하기 위하여 보건의료와 사회보장, 공적부조, 사회복지, 위생, 가족계획, 모자보건, 부녀아동에 관한 업무를 관장하는 정부의 중앙부서로 장, 차관을 비롯하여 2실 8국 34과 7담당관 및 보좌관등으로 구성되어 업무를 수행하고 있다.

세계 어느나라에서든 보건부(Ministry of Health)는 정도의 차이는 있으나 대부분이 “약한 부서”에 속한다. 그 결과 관리능력이 취약하고 다른 관련 사회부문과의 연계가 불충분하며 경제적 지원도 빈약하다.

보건사회부가 1차보건의료에 기초를 둔 바람직한 보건의료체계를 통하여 국민의 건강관리를 실현하기 위해서는 우선 조직면에서 다음의 두가지 사항이 이루어져야 한다.

1) 보건사회부의 위상 상황

건강에 관련되는 부문간의 조정을 보다 효율적으로 수행하기 위하여 보건사회부의 정부내 위상이 현재보다 훨씬 향상되어야 한다. 이러한 상황은 최근 급상승하고 있는 국민의 건강에 대한 기대에 부응하기 위하여 국가가 취하여야 할 조치일 것이며 인간이 건강을 삶의 목적으로 삼고 있고 동시에 스스로의 삶의 질을 향상시키는 수단으로 간주하고 있다는 점에서 그 타당성을 찾을 수 있다.

특히 상호 경쟁적인 관련 부문과의 조정시에 필연적으로 일어나는 갈등과 이해의 상충을 원만히 해결하기 위하여서는 조정자의 위치가 상대적으로 향상되어 있어야 한다는 것은 누구도 부인할 수 없을 것이다. 현재 우리 정부는 경제부문과 통일부문에 부총리를 두고 관련정책을 조정하고 있으나 복지부문에 보건의료를 포함한 국민복지정책을 조정하게 하는 부서를 신설하는 것이 복지국가 건설이란 국가의 목표 실현면에서나 국민의 요구도로 보아 걸맞은 것으로 생각된다.

2) 보건사회부 1차보건의료 관장조직 개편

현재 우리나라에서 1차보건의료 업무는 보건사회부 의정국 지역의료과의 한 계가 관장하고 있어서 정부의 1차보건의료에 대한 우선순위를 말해주고 있다. 1차보건의료를 관장하는 조직을 보건부내에 설치하는 방법을 몇가지 설명하면 다음과 같다.¹⁴⁾

첫째 방법은 우리나라의 경우와 같이 1차보건의료사업을 집행하는 과내에 한 계를 설치하는 방법으로 이것은 기존 조직의 변화와 투자등의 최소화를 기할 수 있는 장점이 있으나 정책적 지원이 없이 설치되었기 때문에 타 부서에 의하여 무시되는 경향이 있어서 독자적 정책수립등 업무 수행상 어려움이 많게 된다.

두번째는 새로운 과를 설치하는 방법이 있다. 새로 설치된 과는 1차보건의료활동을 가시화하고 계속적으로 추진하고 그 발전에 분명하게 책임을 지는 잇점이 있으나 관련 타 과와의 업무 조정상 문제가 발생할 소지가 있는데다가 타 과들이 1차보건의료에 대하여 관심을 갖지 않게 하는 단점이 있다.

셋째는 새로운 실을 설치하는 방법이다. 이 방법은 자원의 분배에 있어서나 최고위 의사결정 과정에서 1차보건의료가 큰 목소리를 낼 수 있는 장점이 있으나 타 부문의 저항을 일으킬 수 있는 가능성이 있다.

위에 열거한 방법 가운데 첫째번 방법은 우리가 경험한대로 너무나 위상이 낮아서 1차보건의료에 관한 정책수립이나 사업의 지도 감독상 어려움이 많아 바람직하지 않은 것 같다. 세번째 방법은 우리 정부의 실정으로보아 실현성이 없을 것으로 사료된다. 따라서 우리나라에서 1차보건의료 전략을 실현하기 위하여서는 정부내에서 이를 관장하는 조직으로 최소한 기존의 과 수준의 전담 과를 신설하여야 할 것으로 생각된다.

V. 결 어

세계보건기구와 전 회원국은 1978년에 “서기 2,000년 까지 만인 건강”이란 스로건을 내걸고 1

차보건의료야말로 이를 달성하는 관건이라고 제창하였다. 우리나라도 WHO의 회원국으로써 알마타 선언을 지지하면서 1차보건의료의 발전에 국가적 노력을 경주할 것을 공약하였다.

지난 10여년 동안 우리나라는 지금까지 보건의료면에서 불이익을 받아오던 농어촌 주민을 위하여 오백지에 2,000명이 넘는 보건진료원을 배치하고 15,000명의 마을건강원을 훈련하였으며 보건소, 보건지소를 다수 신축 또는 개축하고 의료장비를 보강하는 등 여러가지 보건의료활동을 펼쳐 왔다.

그러나 우리나라에서는 1차보건의료를 협의로 정의하면서 그 요소의 일부에 초점을 맞추어 해석하려는 경향이 많았다고 여겨진다. 1차보건의료는 현대의학과 의료가 지닌 문제점을 해결할 열쇠로 전세계 보건의료인이 찾은 대안임을 감안하여 오늘날 우리의 보건의료체계가 가진 문제의 해결을 향한 대안으로 이를 재조명하고 이를 실현하기 위한 최소한의 정책방향을 제시하였다.

우리 사회에 지난 몇년전에 못지 않게 1차보건의료 및 그 접근방법에 관한 폭넓은 논의가 다시 일어서 이에 대한 올바른 이해가 형성됨과 동시에 이것이 실현됨으로써 모든 국민이 사회적으로 경제적으로 생산적 삶을 영위하며 국가발전에 공헌할 수 있게 되기를 기대해보고자 한다.

* The National Health Development Network can be defined as a set of mechanisms through which the institutional and human resources available within a country can be mobilized and coordinated to support planning, implementation, monitoring, manpower development and health research in order to achieve Health for All.

1. Kleczkowski, BM. Elling, RH. Smith, DL. : Health system support for primary health care, WHO, Geneva, 1984
2. WHO, UNICEF : Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978
3. Hollnsteiner, MR. : The participatory imperative in primary health care, children assignment, 1982 Vol. 59/60, PP. 35-56
4. 보건 및 사회보장 실무 계획반 : 제4차 경제개발 5개년 계획 보건 및 사회보장 부문계획, 보건사회부, 1976
5. 한국보건개발연구원 : 1차보건의료에 관한 세미나 보고서, 한국보건개발연구원, 1977
6. 한국보건개발연구원 : 보건시범사업종합평가보고서, 한국보건개발연구원, 1980
7. 보건의료 및 사회보장 계획반 : 제5차 경제사회발전 5개년 계획 보건의료 및 사회보장부문계획, 보건사회부, 1981
8. 보건사회부 : 제5차 경제사회발전 5개년계획 보건사회부문 수정계획, 보건사회부, 1983
9. WHO(SHS/IAH/84.1) : Organization of primary health care in communities, WHO, Geneva, 1984
10. Pan American Health Organization : Health for All by the Year 2,000, plan of action for implementation of regional strategies, PAHO, Washinton D.C., 1982
11. 의료보험연합회 : '90 의료보험진료실적분석, 의보련 제35호 p.11,
12. WHO(SHS/81.1) : National Health Council, WHO, Geneva, 1981
13. WHO(SHS/83.2) : Report of Interregional Consultation on National Health Development Networks, WHO, Geneva, 1983
14. WHO(WHO Offset Publication No. 82) : Strengthening ministries of health for primary health care, WHO, Geneva, 1984

○본 논문은 1989년도 인제연구장학재단의 연구비 보조에 의한 것임.