보건행정학회지 : 제 7 권 제 1 호
Korean J. of Health Policy & Administration
Vol.7, No.1, 1-31, May 1997

보건소의 건강증진사업과 지역보건의료계획

연세대학교 보건행정학과
이 규 식

〈Abstract〉

Health Promotion Strategies under Regional Health Planning

Lee, Kyu Sik

Department of Health Administration, Yonsei University

In many people's minds, health promotion is simply a more modern term covering roughly the same field as disease prevention or life style related reduction of the risk factors of chronic disease. A review of the modern literature of health promotion make it clear that there is more to this term than what is involved in functioning as a synonym for disease prevention. Therefore, in order to reach a clear understanding of what health promotion is, this study suggest the concept of the health balance model. Health balance is represented in terms of an equilibrium between physical, social, and life-style-related health challenges on the one hand and health potential on the other hand. Thus, health promotion strategies encompasses both the reduction of health challenges and the strengthening of health potential. Many elements of reducing health challenge are mainly related to the regulation laws. Aspects of strengthening of health potential are related to activities of health center. Therefore, health promotion strategies at a community level should be included in regional health planning which is implemented by health center.

Key words : Health promotion, Health planning, Regional planning

Ⅰ. 머리말

주민들의 건강증진에 대한 보건소의 관심은 오래 전부터 가져왔다고 하겠다. 특히 1974년 캐나다의 보건부장관 Lalonde에 의해 건강을 결정 짓는 데는 보건의료서비스의 제공 이외에도 인간 생태, 환경, 생활양식과 같은 요소가 중요한 역할을 한다는 건강장의 개념이 'A New Perspective on the Health of Canadians'이라는 보고서에 수록되면서 보건의료서비스 외의 다른 요인에 의해서도 관심을 기울여 왔다. 보건경제학자들은 Lalonde의 건강장 개념이 나오기 이전인 1969년 Auster 등이 건강생산함수 개념에 의거하여 건강수준 향상에는 의료서비스의 제공보다는 금연이나 교육수준의 향상을 통한 생활 양식의 변화가 보다 큰 영향을 미친다는 것을 발표하였다. 이와 같은 보건분야 연구자들의 연구 결과는 오늘날 인구구조가 노령구조로 변천하고 상병구조가 만성 질환 중심으로 바뀌면서 더욱 현실적인 타당성을 인정받게 되었다.

항생제의 일반화로 세균성 질환과 같은 급성 질환은 완치가 가능한데다 평균수명이 연장되어 노령화가 이루어짐에 따라 인간을 위협하는 주요 질병으로 만성 질환이 대두 되었다. 그런데 만성 질환은 현재의 의학 지식으로는 발병 원인이나 발병 시기를 알 수 없고 완치도 어려운 것으로 알려져 있다. 다만 이러한 만성 질환은 사람들의 생활 양식과 결부되어 있다는 점이 밝혀져 인간의 건강 수준 향상을 위해서는 보건의료서비스의 제공도 중요하겠지만 사람들의 생활양식을 건강행태를 유지하는 방향으로 전환시키는 것이 보다 중요한 방법이라는 생각에서 건강증진사업이 각국에서 제기되고 있다.

우리 나라도 이러한 세계적 추세에 부응하여 1995년 1월 5일 법률 제4914호로 국민건강증진법을 제정·공포하였고, 그 해 9월 1일자로 국민건강증진법 시행령을 제정하여 건강증진사업을 전개할 수 있는 법적 기반을 마련하였다. 국민건강증진법 제4조는 지방자치단체장은 주민의 건강증진에 관한 복지부의 기본 시책에 따라 지역 실정에 맞는 세부 계획 수립을 규정하고 있다. 그리고 동법 제19조는 지방자치 단체장은 보건소장으로 하여금 (1)보건교육 및 건강상담 (2)영양관리 (3)구강건강관리 (4)질병의 조기 발견을 위한 검진 및 처방 (5)지역 사회의 보건문제에 관한 조사·연구 (6) 기타 건강 교실의 운영 등 건강 증진 사업에 관한 사항이라는 구체적 사업을 실시할 것을 규정하고 있다.

한편 국민건강증진법 시행령이 제정 공포된 1995년 9월에 보건복지부는 보건소법 개정법률안을 정기국회에 제출하여 지역보건법으로 명칭을 바꾸고 동법 3조에 지방자치단체의 장은 관할 지역내 지역보건의료 수준을 바람직한 상태로 유도하기 위한 종합적인 지역보건의료계획을 수립할 것을 규정하고 있다. 그리고 지역보건의료계획에는 관할 지역내 보건의료 관련 사항에 대한 각종 통계의 수집 및 정리,

관할 지역내 주민의 보건의료 수요 파악 및 측정, 수요를 충족시킬 장단기 공급 대책 또는 유도 대책을 포함시킬 것을 규정하고 있다. 동법 제 9조는 보건소의 업무로 15가지를 규정하고 있는데 주요 내용으로는 지역보건의료계획의 수립, 집행을 위시하여 국민 건강증진과 영양 개선, 정신보건, 구강보건 등 국민건강증진법 제19조에 규정한 사업 내용을 포괄적으로 담고 있다.

따라서 보건소 단위에서 지역 건강증진사업의 전개는 국민건강증진법의 사업 내용을 지역보건의료계획 속에 포함시켜 포괄적으로 전개하는 것이 타당하다는 전제하에서 본 고에서는 먼저 지역보건의료계획에 대하여 살펴보고 이어 보건소 단위의 건강증진사업 계획을 검토해 보기로 한다.

2. 지역 계획의 필요성

우리 나라는 과거 보릿고개를 단기간에 극복하기 위해서 소위 압축 성장전략이라는 국가 관리 방식을 택하였다. 이러한 전략하에서는 중앙집권적인 권력체계가 보다 효율적이었으며 국민생활과 관련된 모든 정책도 중앙 정부가 주도하는 방식이었다. 즉 지난날의 국가 관리 전략은 높은 실업률과 빈곤을 극복하기 위해 성장 속도가 높은 분야를 전략적으로 발전시키고 이 여력으로 다른 분야도 이끌어 가는 불균형 성장을 통한 소위 펌퍼 효과의 유도였다. 그리고 각 경제 주체들의 적극적인 국가 개발에의 참여 동기를 부여하기 위해 개인의 소득에 부과되는 직접세의 비중을 낮게 하는 등의 경제적 이기심을 부추기는 측면도 있었다.

보건의료와 관련해서는 과거의 압축 성장 하에서는 중앙에서 모든 계획을 수립하고 이를 달성키 위해 지역별로 목표량을 설정하여 하달한 후 이 목표를 제대로 달성했는지를 평가하여 목표 대 실적이 우수한 지역을 포상하는 방식의 전략이었다. 그리고 경제 제1주의 정책으로 인하여 보건 의료분야 사업에 대한 투자로 경제에 주름살이 주어지는 것을 피하도록 하였을 뿐만 아니라 경제 성장에 도움이 된다고 판단된 가족계획과 같은 사업에 많은 비중을 두는 식의 방식이었다.

그런데 21세기를 목전에 둔 오늘은 과거와는 다른 여러 가지 측면에서의 환경 변화에 직면하고 있다. 첫째는 과거 절대빈곤의 저개발 수준이었을 당시는 선진국들의 기술이나 제도를 모방하는 것이 보다 성장을 가속화 시킬 수 있었다. 이러한 모방의 시절에는 강력한 중앙 정부에 의한 개발독재가 성과가 있을지 모르나 오늘날에 이르러서는 모방만으로는 선진국 대열에 진입하는 데 한계가 있다. 따라서 창의력을 통한 발전이 모색되어야 하는 단계에 이르게 되었고 창의력을 유도키 위해서는 민주화가 요구되고 또한 지방자치와 같은 분권화가 요구된다. 둘째는 경제 성장의 결과로 교육, 환경, 교통, 사회복지, 보

건의료 등에서 주민들의 욕구가 다양해졌으며, 이에 대한 해결을 중앙 정부 차원에서 강구하기가 매우 어렵다는 점을 인식하게 되었다. 셋째는 교육, 환경, 교통, 사회복지, 보건의료와 같은 국민 생활의 질과 관련되는 분야에서 개선 없이는 국가 발전의 주체자인 국민들이 발전에의 인센티브가 없어 능력을 충분히 계발(啓發)하기 어려워 21세기에 세계의 중심 국가로 진입할 수 없다는 점이다.

이와 같이 변화된 환경에서 지방 정부가 주민들의 다양한 욕구(needs)를 충족시키기 위해서는 먼저 주민의 욕구를 정확히 파악할 필요가 있으며 이러한 욕구 파악(need assessment)을 토대로 그 충족의 우선 순위를 정하고 충족의 수단이나 방법을 계획성 있게 수립하는 지역 단위의 계획이 필요하다고 하겠다. 다행히 정부는 이러한 환경 변화를 인식하고 변화된 환경에 지방자치 단체가 능동적으로 대처할 수 있도록 지역 단위의 보건의료계획을 수립하고 집행토록 유도하고 있다.

3. 지역보건의료계획 수립의 현황

지역 단위의 보건의료 계획이 필요하게 된 배경은 앞서 살펴 본 바와 같이 경제 성장으로 다양해진 주민의 니드를 중앙에서 획일적이고 하향식 방식으로 대처해서는 제대로 충족시킬 수 없기 때문에 지역 단위별로 이를 파악하며 충족시키는 것이 효율적이라 판단하였기 때문이라 하겠다. 그러나 지역 단위 보건의료계획은 우리 나라만이 실시된 것이 아니라 선진국인 미국이나 일본의 경우에도 지역의료계획의 사례를 볼 수 있는 바 먼저 이들 국가들의 사례와 함께 우리 나라의 지역계획의 현황을 살펴 보기로 한다.

3. 1 미국의 지역보건의료계획

미국의 지역보건의료계획은 그 역사가 세계 제 2차 대전 직후인 1946년 Hill-Burton법(the Hospital Survey and Construction Act)의 제정으로 거슬러 올라갈 수 있다. 그 이후 지금까지를 대략 3기로 구분할 수 있다(Feldstein의 regulation 및 Bice의 planning에 관한 시대 구분을 토대로 하여 필자 나름의 시대 구분을 하였음. Bice 1988, Feldstein 1993).

가. 제 1 기 : 1945~1967

이 기간 중에는 주로 연방 정부의 지원 하에 지역간 병상수의 적정 분포를 유도하고 또한 지역간 및 의료 기관간의 의료서비스의 질적 차이를 없애기 위한 노력에 지역보건의료계획의 초점이 놓여 있었다고 하겠다. 지역간 병상수의 적정 분포를 유도하기 위해 제정된 Hill-Burton법은 각 지역별로 병원 시

설 실태와 병원 건립의 필요도를 조사하여 인구수 기준으로 병상수가 부족한 지역에 대해 연방정부의 자금을 배분(단 : 지역의 matching funds 조달을 전제)함으로써 농촌이나 경제적으로 취약한 지역에서의 병상 부족 문제 해결에 기여하였으며 이것이 오늘날 지역보건의료계획의 효시가 되었다고 할 수 있겠다.

그 후 1965년에는 The Regional Medical Program Act를 제정하여 56개 지역에 Regional Advisory Groups(RAGs)를 설치하고 지역간의 의료서비스 질의 차이를 극복하기 위해 연방자금의 사용계획을 입안하여 보건의료서비스의 조화와 통합을 제고시키도록 하였다(Hyman 1982). 그런데 이 RAGs는 당초 심장병, 암, 뇌졸증에 관한 대통령 위원회로 출발하여 보고서 제출을 완료한 후 이 위원회는 발전된 의학기술이 지역 사회에까지 전달될 수 있게 지역 센타의 설립을 계획하고 지역 사회 의사는 의과 대학, 연구 기관, 병원간의 지역적 협력을 통해 계속 교육을 받음으로서 새로운 지식을 습득할 수 있도록 연구와 훈련 기능을 수행토록 하였다.

나. 제 2 기 : 1967~1980년대

제 2 차 대전이후 1967년 이전까지의 Hill-Burton계획은 주로 지역 단위의 병상수 분포에, 그리고 RAGs는 세 가지 질병으로 출발하여 지역내 의사들의 연구와 훈련을 통한 기술 향상이라는 단일 프로그램에 초점이 주어졌다. 따라서 지금까지 지역 단위로 종합적이고도 포괄적인 지역보건의료계획을 수립할 수 있는 기구가 없다는 문제가 제기되자 미 연방의회는 1967년 the Partnership for Health Act(일명 : the Comprehensive Health Planning Act)를 제정하여 주 및 지방 단위로 종합적이고도 포괄적인 계획을 수립할 수 있는 자발적인 보건 의료 계획 기구의 설립을 제안하여 실행하게 되었다. 이 법에 의해 주(州) 단위로는 CHPa라는 기구를 설립하고 CHPa의 우산아래 지방 단위는 CHPb라는 기구를 설립하였다. 이 기구는 주 및 지방 정부의 자문기구 성격을 지녔는데 주로 주민들의 현재 및 미래의 필요도를 예측하여 이에 대처키 위한 지역 단위 계획의 수립과 함께 지역내 의료 기관간의 중복투자를 방지하는데 활동의 초점을 두었다. 그러나 CHP 기구는 자문 기구의 성격을 지녀 지역보건의료계획 수립에 효과적으로 대처하지 못한 문제가 제기되었다. 1974년 The National Health Planning and Resources Development Act (일명 : Health System Agency 法으로 불림)를 제정하여 과거의 세 가지 프로그램들을 단일의 새로운 프로그램 속에 합쳤다. 1974년법에 의해 설립된 HSA도 주(州)단위 기구로 HSAa를 지방 단위 기구로 HSAb를 설립하여 주(州) 및 지역 단위 보건의료 계획에서 보건의료 체계의 효과와 효율성을 개선하기 위한 7가지 측면(coordination, integration, comprehensiveness, continuity, uniform cost accounting, quality of care, use of less expensive

care)과 추가적으로 취약 계층에 대한 의료서비스 제공, 가용 서비스의 효율적 활용을 위한 교육, 건강에 영향을 미치는 요인에 관련된 정책 권고를 통한 질병 예방의 3가지 측면을 다루도록 하였다. 1979년에는 수정 법안을 내어 정신 보건서비스의 제공, 보건의료 분야에서의 경쟁 강화, 불필요한 서비스나 중복적 서비스의 제거를 통한 비용 억제를 추가적 업무로 하였다(Hyman 1982). 그리고 HSA법에서는 지역계획을 위해 진료권 설정을 규정하였으며, 진료권은 인구 50~300만 명을 기준으로 하되 가능하면 미국의 표본 통계 조사 지역구(Selected Metropolitan Statistical Areas = SMSAs)와 일치하도록 하였다(Hyman 1982). HSA는 자기 지역내의 업무 내용은 전술한 바와 같이 13가지 측면을 중심으로 주민들의 보건 문제를 진단하고 필요도를 평가하여 이를 충족시키는 데 부족한 자원에 대해 진단하고 연방 정부 자금 사용을 검토 승인하고, 지역내 의료기관들 간의 과다 경쟁에 의한 중복 투자를 방지하기 위해 고가 장비 도입에 관해서는 필요 면장(Certificate of Needs)을 발급하는 것을 주 기능으로 하였다.

미국은 제2기에 들어와서 HSA法이 제정됨으로써 본격적인 지역 보건의료 계획이 이루어졌다고 하겠다.

다. 제 3 기 : 1980년대 이후

HSA法에 의해 지역 단위로 진료권을 설정하여 HSA기구를 설립하고 주민들의 Needs를 조사하고 이를 중심으로 CON을 발급하는 데 엄청난 재정 소요가 이루어졌다. 레이건 행정부하에서는 HSA에 투입된 재정소요에 비해 그 결과가 그렇게 만족스럽지 못하다는 비판이 제기됨(Salloway 1982)에 따라 연방 의회는 1986년 HAS에 대한 재정지원을 중단하게 되었고 이로 인하여 각 주의 HSA는 그 기능이 미약해졌으며 많은 주에서는 CON 발급마저도 중단하여 미국은 정부의 계획 없는 자유시장 체계에 들어서고 있다고 하겠다.

1980년대에 들어와서 정부의 계획이 중단된데에는 일반경제 분야에서 정부의 규제가 오히려 비효율을 초래한다는 규제의 경제이론들이 등장하고 보건경제분야에서도 CON 발급과 같은 정부의 간섭이 의료분야의 비효율을 초래한다는 이론들이 등장(이규식 1996)함에 따른 것이라 볼 수 있다. 즉 1930년대의 경제공황이후 정부가 재정 및 금융정책을 통해 간섭을 시작한 이후 독과점규제를 위해 간섭이 이루어지면서 정부 규제가 광범위 하게 이루어지자 다시 규제의 역효과가 나타났다. 이러한 역효과를 정부규제에 대한 경제 분석이 이루어지면서 규제에 따른 비효율을 다루는 논문들에 의해 입증되기 시작하였다. 이러한 규제의 역기능문제는 결국 시장기능을 회복시켜야 한다는 논리가 등장하면서 시장의 재발견(Samuelson and Nordhous 1992)과 같은 표현이 등장하는 것과 이론적 맥락을 같이 하여 미국에서

의 지역의료계획이 점차 활기를 잃어갔다고 하겠다.

3. 2 일본의 지역보건의료계획

미국은 의료분야에 대한 정부의 개입이 없는 가운데 자유시장 원리에 입각하여 보건의료 체계가 운영되었던 관계로 의료 자원의 지역적 편재 문제가 제기되어 이를 시정하기 위해 의료의 지역화 개념이 민간 분야에서 시작하였으며 지역 보건의료계획도 민간의 자발적 기구로 출발하여 연방 정부의 지원을 받는 HSA로 변신하였다가 다시 정부의 개입이 점차 약화되어 시장원리에 의한 자원 배분으로 돌아온 반면 일본은 전혀 다른 배경으로 지역보건의료계획이 출발하였다고 하겠다.

일본에서 지역보건의료계획이 등장된 배경은 첫째, 병원이 의료법의 규정에 의거하여 허가제로 되어 있어 정부 개입의 여지가 있었으며, 둘째는 병·의원의 분포가 지역적으로 편재되어 이를 시정할 필요성이 있었고, 셋째는 인구 구조는 고령화되어 특정기능병원 등이 요구되는데 의료 기관간의 기능 연계가 제대로 안되어 효율적인 자원 이용이 어려웠기 때문에 국민들에게 적절한 의료서비스를 제공하기 위해서는 지역 단위의 의료계획을 할 필요성이 대두되었다(일본 후생성 1995). 이제 일본의 지역 보건의료계획의 과정을 살펴보면 다음과 같다(일본 후생성 1993, 1995).

가. 지역 보건의료 계획의 연혁

1) 제 1 차 지역 의료 계획의 작성

1984년(소화 59년) 4월 본격적인 고령화 사회가 도래함에 따라 의료 수요가 증대하고 또한 의학 기술의 진보와 질병 구조의 변화로 수요가 다양해 질 것이므로 이에 대응하기 위해 의료 자원을 효율적으로 활용하고 국민들에게 적정한 서비스를 제공하기 위해서는 지역 실정에 맞는 의료 체계 확립이 필요함을 인식하여 지역 의료 계획 문제가 제기되었다. 이에 1985년(소화 60년) 12월에는 지역의료계획을 내용으로 하는 의료법 개정안이 의회를 통과하고 1986년 8월에 시행령이 마련되어 1988년 2월을 시작으로 1988년 3월까지 전 지방자치단체에 확산되어 지역 의료 계획이 완성되었다. 법에는 지방자치단체는 적어도 5년마다 의료 계획을 재검토하게 하여 필요한 것이 있으면 의료계획을 변경할 수 있게 하였다.

2) 제 2 차 지역의료계획의 작성

1985년에 지역의료계획을 명시한 의료법 개정안이 1992년(평성 4년)에 다시 개정되어 의료계획에는 의료 제공의 이념을 규정하도록 하고, 의료 기관들의 기능을 체계화하기 위하여 특정 기능 병원 및 요양형 병상군을 규정하도록 하며, 의료에 관련되는 적절한 정보제공 규정을 정비하는 것을 골자로 하였다.

3) 지역 보건법의 제정

급격한 인구의 고령화와 출산율의 저하, 질병구조의 변화, 지역 주민 Needs의 다양화에 대응하여 서비스를 제공받는 주민의 입장을 중시하여 지역보건에 대한 새로운 체계를 수립할 필요성이 제기되었다. 이러한 필요성에 부응하여 1994년(평성 6년) 6월에 지역보건법(지역보건대책 강화를 위한 관계 법률의 정비에 관한 법률안) 이 의회에서 통과 되었다(일본 후생통계협회 1995). 이 법에서는 중앙정부와 지방자치단체의 역할과 책임을 구분하였다.

먼저 시・정・촌에 대해서는 필요한 인력 확보와 시설 정비 등의 업무를 부여 하였고, 도・도・부・현의 책임으로는 필요 인력 확보, 시설 정비, 조사 연구, 시・정・촌의 지원 업무로 하였으며, 중앙정부 역할로는 인력 양성, 정보 수집, 조사 연구, 지방자치단체의 지원 등으로 하였다. 그리고 1997년(평성 9년) 부터는 중앙의 업무를 지방으로 이양시키는 권한 이행이 이루어졌다.

의료법에 의거한 지역의료계획은 주로 병상계획과 관련되었으나 지역보건법은 지역단위의 보건사업에 대한 지방자치단체의 역할이 규정되었다. 최근에는 지역의료계획과 지역보건법을 접목시켜 「지역보건 의료계획」을 작성하기에 이르렀다. 물론 지역보건법이 제정되기 이전인 1990년(평성 2년) 부터 도・도・부・현단위로 작성되는『지역의료계획』의 착실한 추진을 도모하기 위하여 임의적 기재사항의 일부로서의 일상생활권인 2차 의료권에 따른 지역특성을 고려한 보다 상세한 구체적 시책을 담은 「지역 보건의료 계획」을 작성, 추진하였다(일본 후생통계협회 1995). 여기에서는 의료계획의 임의적 기제사항을 모두 기제토록 하고 있다. 1995년 4월 현재 46개 도・도・부・현에서 「지역 보건의료 계획」이 작성, 발표 되고 있다(일본 후생통계협회 1995).

나. 의료계획의 내용

1) 현황 분석 : 의료계획서의 기재 내용

의료계획의 현황 분석이란 의료 계획서의 기재 내용으로 필요한 기재 사항, 임의적 기재사항이 있다. 먼저 필요한 기재사항에는 계획 작성에서 요구되는 사항으로 첫째, 지역 특성의 파악. 둘째, 의료 수급의 현상 파악. 셋째, 진료권의 설정. 넷째, 필요 병상수의 산정이 있어야 한다.

임의적 기재 사항이란 계획 작성에서 실시할 상황을 기술하는 것으로 첫째, 계획의 방침과 목적의 결정. 둘째, 보건의료의 현상 파악. 셋째, 보건의료의 문제점 발견, 추출. 넷째, 지역 의료 계획에서 채택하는 과제의 규명. 다섯째, 과제 해결을 위한 대안을 검토하는 것으로 되어 있다.

2) 지역보건의료계획 작성

지역보건의료계획서 작성을 위해서는 지방 자치 단체(都・道・府・縣)는 전문적・과학적 지식을

최대로 활용, 감안하기 위해 진료 또는 조제에 관한 학식이 있는 사람으로 구성된 단체의 의견을 듣고 지방 자치 단체 산하 의료심의회의 견해를 청취할 것을 원칙으로 하고 있다. 그리고 보건의료 시책을 종합적으로 추진하기 위해 공중 위생, 약사, 사회 복지 등의 의료와 밀접한 관련을 맺는 시책과 연계토록 하고 있다.

다. 일본 지역보건의료계획의 특징

지역의료계획은 보건소가 중심이 되어 작성하는 것이 아니라 都·道·府·縣 단위의 지방 자치 단체가 작성하는 것이 특징이며 적정 병상수의 계획에 초점이 되어 있으나 지역보건법의 제정으로 보건소가 설치된 지역에서는 보건소에 대해 지역보건의 광역적·전문적·기술적 거점 기능을 강화시켜 보건·의료·복지를 연계 시키는 중심 지역으로 활용하고 있다. 『의료계획』은 인구구조 변화 및 상병구조 변화로 인해 급성 질환을 위한 병상수요는 줄어드는데 반해 요양병원, 노인병원, 간호양로원 등의 수요는 늘어남으로 일반 병상을 줄이고 대신 요양형 병상은 늘여야 하는 데 초점을 두었으나 『지역 보건의료계획』은 『의료계획』의 필요성에 더하여 보건사업까지를 포함시키는 계획으로 하여 모든 都·道·府·縣단위로 매 5년에 1회씩 『지역의료계획서』를 발간케하고 있다.

3. 3 한국의 지역보건의료계획

우리 나라는 미국이나 일본과는 다른 배경에서 지역보건의료계획이 시작되었다. 미국의 경우는 지역에 따른 병원이나 병상수의 편재로 병원이나 병상 부족 지역에 대한 연방 정부의 재정 지원을 목표로 지역보건의료계획이 출발하였으며 일본은 반대로 일반 병상은 과잉되었지만 인구 노령화에 대비한 요양형 병상이나 특정 기능 병상이 부족하여 이에 대처하기 위해 지역의료계획이 마련되었다.

우리 나라는 1982년 의료 전달 체계를 정립하기 위해 지역 계획이 1차 시도되었으며 이때는 주로 진료권의 설정과 진료권별 병상수의 추계에 초점이 주어졌다. 그러나 1994년 농특세의 신설과, 이에 근거한 농어촌 의료서비스 개선사업을 추진하기 위한 전략의 일환으로 농어촌 보건소 중심의 지역보건의료계획이 이루어졌고 이어 보건소법이 지역보건법으로 개정되면서 지역보건의료계획이 법적 뒷받침을 받는 단계로 되었다.

가. 1982년 지역의료계획

1977년부터 의료보험이 도입되면서 사회보험 제도하에서의 의료 체계는 종래와는 달라야한다는 문제가 보건의료 분야에서 제기되었다. 즉 종래는 모든 의료비를 개인이 직접 조달하였기 때문에 국가가 개인의 의료 이용 행위에 어떤 간섭도 할 수 없었지만 사회 보험하에서 의료비가 공동 조달됨에 따라 의료

수요가 급격히 늘어났고, 그리고 농어촌이나 중소도시에 거주하는 주민들은 대도시 지역과 같은 이용 기회를 요구하게 되어 이러한 변화에 대처하기 위해서는 의료 공급 및 이용 체계상의 변화가 있어야 할 것이라는 문제가 제기 되었다. 이러한 문제는 바로 의료전달체계의 도입이라는 과제로 압축되어 표출되었고 전달체계는 그 요지가 첫째는 의료기관의 기능분담이고, 둘째는 의료의 지역화에 따른 진료권 설정으로써 전국을 적정수의 진료권으로 구분한 후 1차 진료는 소 진료권내에서, 2차 진료는 중 진료권내에서, 3차 진료는 대 진료권으로 환자가 단계적으로 후송되면서 의료를 이용하는 것이 합리적이라는 생각이 제시되었다. 이에 정부는 진료권을 어떻게 설정하고 구획을 정할 것인지, 그러할 경우 진료권별로 병상수는 균형되게 분포되어야 하지 않느냐는 시각에서 1981년 한국인구보건연구원으로 하여금 진료권 설정과 진료권별 적정 병상수를 추계하는 전국 보건의료망 편성에 관한 연구를 수행케 하여 1982년에 전국 보건의료망 편성을 위한 조사연구 보고서라는 제1차 보고서가 발간되었는데 이것이 우리 나라의 지역보건의료계획의 첫 출발이라 하겠다. 1차 보고서는 전국을 12개 대 진료권으로 구분하고 대진료권 내에는 104개의 중 진료권을 두는 것으로 하여 진료권별 병상수를 추계하였다. 1982년 1차 보고서가 나오자 진료권 구획에 불만을 갖는 지역의 반발로 1984년 보완 연구보고서가 나왔으며, 이 보완 연구보고서를 토대로 병상수가 필요 병상수보다 많은 대도시 지역은 병상수 제한을 위한 의료기관 개설 허가 제한지역으로 고시되고 부족한 지역에 대해서는 장려 정책이 이루어지는 등의 조치가 따랐다. 그러나 전달 체계는 의료 보험 미 적용자가 국민의 50%를 넘어서고 있었기 때문에 실시되지 못하였다.

전국민의료보험의 개막을 목전에 둔 1987년에는 2차 연구가 실시되어 전국을 13개 대 진료권과 135개 중 진료권으로 구분하였으나, 1989년 7월 전국민이 의료보험에 적용을 받게되자 진료권은 다시 조정되어 대 진료권은 시·도 단위로 중 진료권은 시·군을 중심으로 140개로 하여 의료전달체계가 실시되었으며 소진료권은 적용하지 않았다.

그러나 1982년의 지역의료계획은 중앙정부단위에서 연구하여 지역단위로 병상을 균점 배치하기 위한 시도로 이루어졌기 때문에 엄격한 의미에서의 지역의료계획이라 보기 어렵다. 즉 지역의료계획이라 하면 지방 정부 또는 지방의 계획기구가 자기 지역 주민의 필요도를 감안하여 지역단위로 계획을 수립하는 것으로 볼 때 1982년의 의료계획은 지역의료계획으로 보기 어려운 점이 있다. 그러나 우리 나라에서 처음으로 지역단위의 자원배치계획을 마련했다는 데에서 의미를 찾을 수 있으며, 또 1982년의 이러한 시도가 현재의 지역의료계획을 계획할 수 있는 계기로 작용했다는데서 1982년 계획을 지역보건의료계획의 범주에 넣기로 하였다.

나. 1994년 제2차 지역보건의료계획

1994년의 지역 보건의료 계획은 1차와는 전혀 다른 배경하에 실시되었으며 그 범위도 제한적으로 농어촌에 한정되었다. UR이 완전 타결되고 1995년부터 WTO 체제의 출범이 예고되면서 농어민들의 불만을 무마하기 위해 농어촌 발전을 위한 특별세가 신설되고 그 재원의 일부가 농어촌 의료서비스 개선사업을 위해 사용키로 정부가 발표하였다. 즉 농어촌 의료서비스 개선을 위해 1994~98년까지 5년간 1,415억원을 농어촌 공공의료기관 기능 보강을 위해, 3,370억원은 농어촌 민간의료기관 금융지원을 위해 사용토록 하였다. 농어촌 공공의료기관 기능 보강을 위한 자금은 종래와는 달리 농어촌지역 보건소가 지역보건의료계획을 수립하여 제출하면 보건복지부에서는 이를 평가하여 지역계획이 제대로 수립된 지역에 대해서만 자금 지원을 하겠다는 계획을 발표함에 따라 농어촌 지역 보건소는 사상 처음으로 지역보건의료계획서를 작성하는 등의 노력이 이루어졌다. 그 이후 1995년에는 보건소법을 개정함으로써 이제 모든 보건소는 지역 보건의료 계획의 수립이 의무화되기에 이르렀다. 따라서 1994년부터 우리 나라의 지역보건의료계획은 본격적으로 이루어졌다고 평가할 수 있겠다.

다. 지역 보건의료 계획의 주요 내용

1994년과 1995년에 걸쳐 보건복지부 산하의 농어촌 의료서비스 기술지원단에서 지역계획을 위한 지침서를 작성하여 각 보건소에 하달한 지역 보건의료 계획의 주요 내용을 보면 다음과 같다

1) 지역 계획의 달성 목표

지역 보건의료 계획에는 지역 계획의 일반 목적, 구체적 달성 목표, 기대 효과를 제시하도록 하고 있다. 일반 목적을 명시하는 예시로 "삶의 질 향상을 위한 예방, 치료, 재활, 건강 증진서비스를 지방 자치 정부의 주도하에 생애에 걸쳐 지속적이며 포괄적으로 제공하는 지역관리 체계 구성"이라는 표현을 하고 있다.

구체적 달성 목표는 지역에 따라 특색있게 설정하는데 기본적인 지역 보건의료의 체제 정비, 지역의 보건의료서비스 향상, 지역내 보건의료복지사업의 통합·조정·연계 등이 하나의 예시로 제시되고 있다.

기대 효과는 만약 일반 목적이나 구체적 달성 목표가 전술한 바와 같다면 지역간 계층간 형평성 제고와 포괄적 서비스 제공으로 주민 삶의 질 향상으로 표기할 수 있을 것으로 예시하고 있다.

2) 지역 현황과 보건 의료 수요 전망

여기에는 지역의 지리적 현황, 인구 구조, 의료 기관 현황, 경제 현황, 주민의 의료 이용 및 상병 구조 등을 먼저 밝히고 보건 의료 수요 전망과 관련하여서는 보건 의료 수요 및 건강 수준, 질병 발생 양상, 보건 의식 및 행태 등을 분석하도록 하고 있다.

이와 함께 장래 인력이나 시설과 같은 의료자원의 공급에 대한 추계도 하도록 요구하고 있으며, 지역사회진단을 통해 질적 분석도 동시에 실시하도록 하고 있다.

3) 공공 보건의료의 발전 방향

먼저 공공보건의료체계의 발전 방향으로 기능 및 역할에 대한 발전 방향, 민간 의료기관과의 역할 분담, 지역 사회 참여도 제고 방안을 기술토록 하고 있다. 그리고 공공 의료기관으로서 보건소, 보건지소, 보건진료소의 역할과 사업 계획, 보건소와 민간 의료기관과의 연계를 진료분야, 방문보건분야, 건강관리분야로 나누어서 분석 제시토록 하고 있다.

4) 지역보건사업의 향후 발전 방향

지역보건사업은 한편에서는 사업 대상자인 사람을 기준으로 서비스 내용을 분류하며 다른 한편에서는 서비스 자체의 특성을 기준으로 분류하여 발전 방향을 제시토록 하고 있다. 먼저 사람을 기준으로 한 분류는 생애 주기에 따른 보건 사업으로 모성→영유아→학생→성인→노인보건사업으로 발전 방향의 제시를 명기하고 있다. 그리고 서비스 자체의 특성에 따른 분류로는 구강보건, 급만성 전염병 관리, 의약품 관리, 정신보건, 재활, 만성 퇴행성 질환 관리, 방문보건사업 및 기타 사업으로 구분하여 발전 방향의 제시를 요구하고 있다.

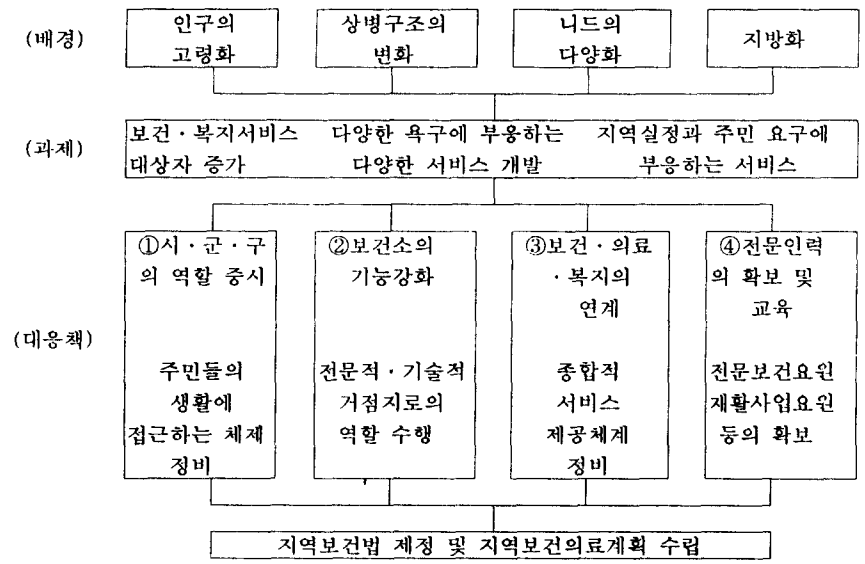
4. 지역 계획의 종합적 개념과 운영 전략

지역보건의료계획의 종합적 개념과 운영 전략은 다음 〈그림 1〉에서와 같이 요약 정리할 수 있겠다. 즉 지역보건의료계획이 나온 배경으로는 비록 농특 자금의 배정을 위해 출발했지만 1995년 지역보건법이 제정되는 배경은 인구의 고령화, 상병 구조 변화, 주민 니드의 다양화와 지방 자치 시대의 전개에 있다고 하겠다. 이러한 환경 하에서 지역의 보건의료면에서의 과제는 보건·복지서비스를 필요로 하는 대상자의 증가, 다양한 욕구에 부응하는 다양한 서비스를 여하히 개발하느냐 문제, 특히 지역 실정과 주민의 요구에 부응하는 서비스의 개발이 과제가 될 것이다. 이러한 과제에 대응하기 위해서는 먼저 시·군·구라는 지방 자치 단체의 역할이 주민 생활에 접근하는 체제로의 정비가 이루어져야 할 것이다. 다음으로는 보건소가 그 지역내 전문적, 기술적 거점지로서의 역할을 수행할 수 있도록 되어야 한다. 보건소가 전개해야 할 사업은 지역보건법 제9조에 나오는 15가지를 중심으로 함에 있어서 보건소가 민간 의료기관이나 민간 보건관계 단체 보다 전문성이나 기술 수준이 낮아서는 안 될 것이다. 만약 특정 분야는 민간 보건관련 기관이 전문성이 있을 경우 이들을 자문 형식으로 활용하거나 아니면 다른 여러 가지 방

법을 활용하여 보건소를 중심으로 지역의 자원이 집결될 수 있도록 하여야 할 것이다.

세번째 대응책으로는 보건·의료·복지서비스를 종합화시킴으로서 주민의 건강관리를 기해야 할 것이다. 네번째는 전문 인력의 확보 및 교육이 중요하다. 종래까지 보건소가 소홀히 해왔던 재활 분야 등에 대해서는 전문적인 물리치료사나 작업치료사를 확보토록 하여야 한다. 그리고 종래 보건소가 하지 않았던 건강증진 관련 사업의 경우도 전문 인력으로서의 보건교육사와 같은 인력을 국가 단위에서 개발하여 보건소에서 확보하는 것이 중요하나, 이것이 여의치 않을 경우 보건소 단위로 이 분야 전문인사를 초빙하여 기존보건 요원을 특별 교육시키는 것도 방법의 하나가 될 것이다. 그리고 과거에는 보건소가 중앙에서 하달하는 목표량을 달성하는 단순 집행 방식으로 사업을 전개하다보니 보건소 요원이 자율적으로 계획을 수립하고 이를 실행하는 방법에 대해서는 매우 취약하였다. 이를 보완하기 위해서 보건소 단위로 전문 인사를 초빙하여 보건 요원을 재 교육하는 방법을 강구해 보아야 한다. 이러한 교육이 1개 보건소 단위로는 예산상의 문제 등으로 인하여 어려울 경우 인근의 몇 개 보건소가 공동으로 보건 요원에 대해 보건기획과 평가 교육 프로그램을 마련하는 것도 생각해 볼 수 있는 대안이다.

이러한 대응 전략이 마련된다면 지역 계획의 수립은 물론 집행도 원활하게 이루어져 주민들의 건강수준이 보다 향상될 수 있을 것이다.



〈그림 1〉 지역 계획의 종합적 개념도

주 :이 개념도는 일본의 지역보건대책총합연구(후생과학연구에 수록)에서 제시된 것을 참고·조정하였음

5. 건강증진의 개념과 전략

5. 1 건강증진의 개념

건강증진의 개념은 1974년 캐나다의 Lalonde에 의해 제기된 건강장 개념에서 가장 먼저 찾아 볼 수 있다. 그러나 건강증진개념의 발전에 보다 결정적인 계기는 1978년 Alma Ata에서 열린 primary health care에 관한 WHO선언으로 서기 2000년까지 지구상의 모든 사람들에게 사회적으로 경제적으로 생산적인 삶을 보장하는 건강 수준을 이루자는 것에서 찾을 수 있겠다. 이 Alma Ata선언은 primary health care와 건강증진의 상호 연계적인 측면을 보여주었다(WHO 1978).

1978년 Alma Ata선언을 토대로 하여 세계보건기구는 2000년까지 모든 사람의 건강을 위한 세계적인 전략을 개발하기 시작하였고 1979년 세계보건기구 총회에 의해 이 전략들이 채택됨으로써 1980년대 건강 증진개념에 대한 발전의 초석이 되었다. 이 전략에서의 중요한 내용은 건강 목표를 체계화하여 구체적 목표를 국제적 수준, 국가적 수준, 지역적 수준으로 명기하라는 것이다(WHO 1951a, 1982). 이미 Lalonde 보고서는 건강 증진의 목표는 기간 개념과 양적 개념이 있어야 함을 언급하였다. 이후 건강증진을 위한 목표 설정은 여러 수준의 수많은 정부뿐만 아니라 국제기구에 의해서도 채택되어 왔다. 건강증진을 위한 목표 설정의 예는 수 없이 볼 수 있는 바 미국은 1979년 US Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention(US DHEW 1979)에서 Healthy People을 목표로 설정하였으며, 1980년에 발간된 자매편 Promoting Health, Preventing Disease (US DHHS 1980)에서는 Objectives for the Nation을 목표로 설정하였었다. 1985년 WHO 유럽 사무소는 '모든 사람의 건강을 위한 38가지 목표'를 제시했으면(WHO 1985), 1988년 오스트랄리아에서 발간된 Health For All Austrarians에서는 특정 인구 계층별로 질병과 사망원인, 위험 요인을 명기하고 건강을 위한 목표를 설정하였다(The Health Targets and Implementation Committee 1988).

건강증진의 가장 혁신적인 전략은 건강에의 장애 요인에 대응하여 개발되었는데 가장 큰 장애의 하나가 개인은 자신이 속한 사회적 연결망에서의 지원이 없이는 자신의 행동 양식을 변경시키려 하지 않는다는 점이다. 따라서 건강증진을 위해서는 지역사회활동을 강화하거나 지원적인 사회 환경의 조성등이 필요하다는 견해가 대두된다.

다른 장애적 요소는 건강증진의 목표와 국가의 다른 공공정책이 건강이라는 측면에서 상호 모순을 일으키는 것으로 예컨대 담배 판매세와 주류 판매세인 것이다. 이러한 모순은 공공 정책이 건강 중심적일

경우에만 해결 가능하다.

이상과 같은 문제들에 직면하여 처음으로 건강증진의 필수적 요소들을 찾아내기 위한 국제회의가 1986년 캐나다의 Ottawa에서 열려 The Ottawa Charter for Health Promotion을 발간하기에 이르렀다. Ottawa 헌장에서 제시된 건강 증진을 위한 5가지 주 요소를 보면 다음과 같다. 첫째, 건강에 이로운 공공정책을 수립할 것, 둘째, 건강 증진에 도움을 주는 지원 환경(supportive environments)을 구축할 것. 셋째, 건강 증진을 위해 지역 사회 활동을 강화할 것. 넷째, 건강을 잘 관리할 수 있는 개인 기술을 개발할 것. 다섯째, 기존의 보건의료서비스 제도를 개혁할 것으로 되어 있다.

Ottawa 헌장에서는 위에 제시된 5가지 요소 외에 3가지의 건강 증진을 위한 과정에 대한 방법들을 포함하고 있다. 첫째는 건강증진에 대한 제창(advocacy)으로서 건강에 대한 대중의 관심을 불러 일으키고, 보건의료 수요를 충족시킬 수 있는 건전한 보건정책을 수립해야 한다는 강력한 촉구가 필요하다는 것이다. 특히 건강과 관련되는 정치적 언명이나 공약을 분명히하고 건강에 유해한 생산물이나 건강에 유해한 자원 고갈에 대해서는 압력을 가하는 정책이 필요하다는 것이다. 둘째는 개인으로 하여금 자신의 건강을 관리하는데 대한 능력을 부여(enabling)하는 것으로서, 자신의 최대 건강잠재력을 달성할 수 있게 건강에 관한 정보, 기술, 건강 관련 선택에 대한 기회 제공 등이 있어야 한다는 것이다. 셋째는 건강에 관련된 중재(mediation)로서 건강을 추구하는데 있어서 사회내의 다른 이해 집단들이 있으며 서로의 이해로 조정하여야 한다는 것이다.

비록 Ottawa 헌장이 건강 증진과 관련하여 개념이나 실천 전략을 분명히 하고는 있으나 사람에 따라 또는 지역에 따라 개념을 달리하고 기본 가정 등에서 비판이 제기되기도 한다.

5. 2 건강증진을 위한 전략

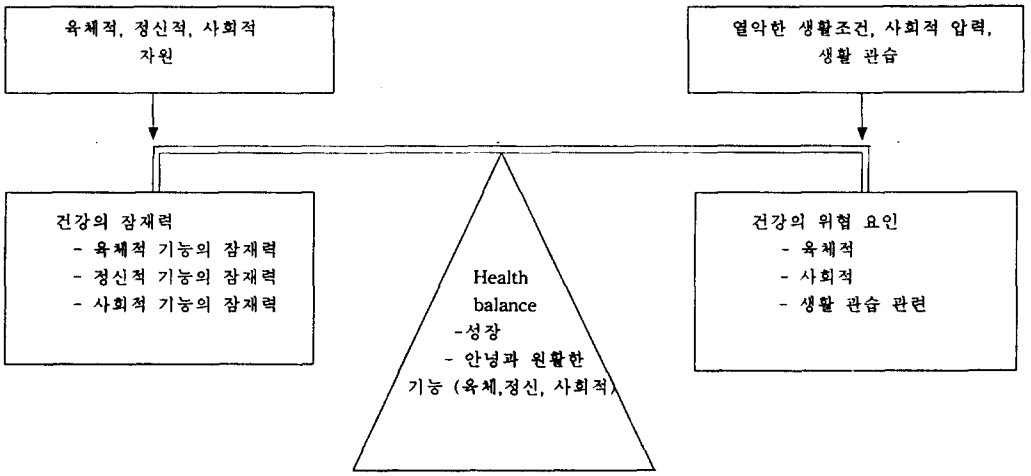
건강증진사업은 나라마다 처한 환경을 중심으로 개념도 약간씩 달리하며 사업 과제도 달라진다고 하겠다. 예컨데 미국에서는 Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives 라는 보고서를 발간하여 건강증진사업을 국가보건사업의 중심으로 하여 첫째, 예방 가능한 사망과 불구의 감소로 건강한 삶의 연장과 삶의 질 향상. 둘째, 한 사회를 살아가는 사람들간의 건강에 관련된 불평등 완화. 셋째, 모든 국민의 예방보건서비스에 대한 접근 방법을 들고 있다. 이러한 이념에 따라 미국은 건강증진, 건강 보호, 보건예방서비스, 감시 체계 및 자료관리 등을 주요 사업 분야로 하고 있다.

일본의 경우도 건강 증진을 주요 사업으로 택하되 국민 각자가 자기 건강은 스스로 지킨다는 자각을

이념으로하여 건강 가꾸기 운동을 전개하여 먼저 건강 진단 제도의 충실, 시·정·촌 보건센타의 정비, 시·정·촌 보건 요원의 배치 등 기초적인 정비를 토대로 하여 영양, 운동, 휴식의 세가지를 건강 증진의 기본 요소로 하여 사업 과제를 설정하고 있다.

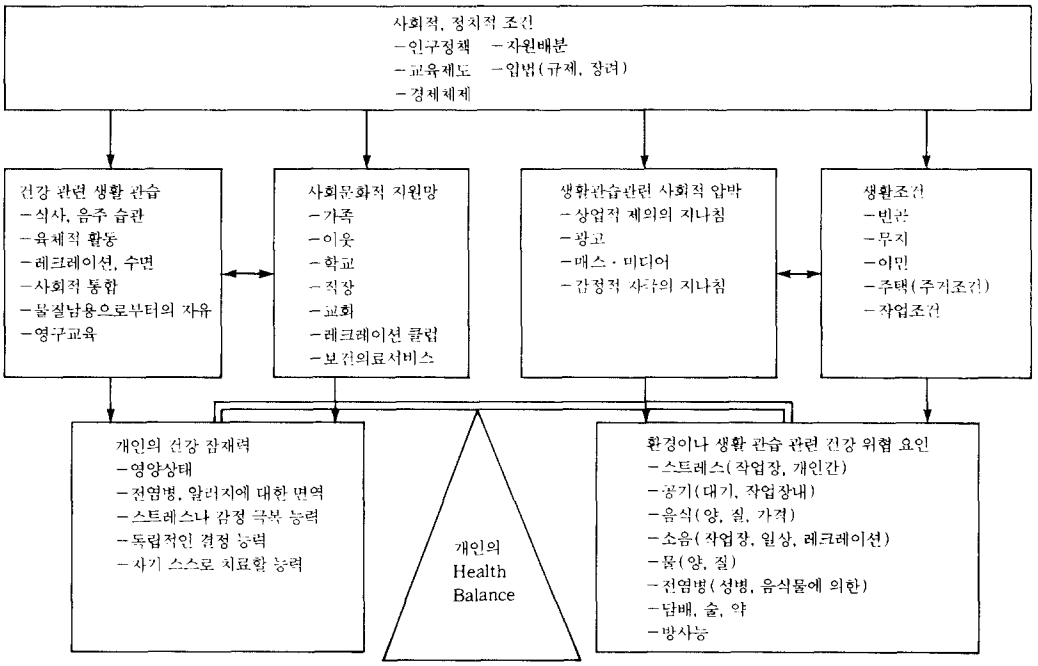
이제 건강 증진을 위한 보건소 단위의 사업 과제를 찾기 위해 이 논문은 Noack(1987)에 의해 제시된 health-balance model을 토대로 하기로 한다. Noack은 WHO가 정의한 건강 개념인 육체적, 정신적, 사회적 안녕을 이루는 것이 단순히 정태적인 것으로 기능이나 예후(prognosis)와 같은 중요한 측면이 제외된 문제를 극복하기 위하여 health-balance개념을 제시하고 있다. Noack에 의하면 생명이란 끊임없이 변화하는 환경에 적응하는 인간에 있어서 수 많은 상호 작용하는 하위 체계를 갖춘 자기 제어체계로 볼 수 있고 건강이란 매우 균형된 생명의 표현이라는 것이다. Noack은 건강이란 조건 하에서 이를 파괴하려는 요소와 이를 바로 잡으려는 요소 간에 일정하게 유지되는 동적 균형상태를 표현하기 위해 'health-balance'라는 용어를 제시하였다. 건강을 파괴하려는 요소를 보면 물리적 요소(예:기온변화, 식량 결핍 등), 생물학적 요소(예:전염병 매체, 알러지 등), 혹은 정신적 요소(예:개인간 감정충돌)가 있으며, 건강을 바로 잡으려는 요소로는 생리학적, 정신적, 사회적 자원을 기초로 하고 있다. Noack의 개념은 1986년 Ottawa헌장에서 이야기하는 건강 개념인 건강이란 삶의 목적이 아니라 일생생활을 위한 자원으로 파악하고 있는 것과 일치하고 있다. 즉 건강이란 육체적인 능력뿐 아니라 사회적, 개인적인 자원을 강조하는 적극적 개념이라 하겠다(Abelin 1991).

〈그림 2〉는 Health balance를 구성하는 기본 요소를 제시한 것으로 health balance란 한 측면에는 건강의 잠재력을 키울 수 있는 육체적, 정신적, 사회적 자원 즉 자생력(自生力)을 놓고, 다른 한 측면에는 건강을 위협하는 생활조건, 사회적 압력, 생활관습등 건강 위협요인을 놓아 양자간에 균형을 이루는 상태를 뜻하고 있다. 기본요소를 토대로 health balance에 영향을 미치는 요인을 정리하면 〈그림 3〉과 같다. 먼저 건강을 위협하는 요인에는 결핍으로 인한 것과 풍요 내지는 너무 과잉되어 일어나는 것이 있다. 결핍과 관련된 건강 위협 요인을 보면 과거에는 빈곤과 불량한 위생상태였었다. 물론 오늘날에도 개발도상국가에서는 빈곤과 불량한 위생이 건강을 위협하는 중요한 요소가 되겠지만 우리 나라와 같은 개발국가는 주로 작업장과 관련하여 작업장 내의 먼지, 화학물질, 소음, 야근과 같은 조건들이 건강 위협 요소가 된다고 하겠다. 풍부 내지 과잉과 관련된 건강 위협 요소로는 에너지의 과잉 섭취로 인한 비만, 높은 콜레스테롤에 기인하는 심·혈관질환 문제, 흡연이나 음주에 관련되는 건강문제 등이 여기에 속한다고 하겠다. 산업화로 육체적 활동의 과다는 더이상 건강 위협요소는 되지 않지만 단조로움이나 권태, 자아충족 기회의 결핍 이런 것들이 난폭이나 약물 등의 중독을 결과시켜 건강을 위협한다고



〈그림 2〉 Health-Balance Model : 기본요소들

자료 : Abelin(1991)



〈그림 3〉 Health-Balance Model의 기본모형과 영향요인

자료 : Abelin(1991)

하겠다. 또한 상업적인 생산물이나 서비스의 과잉소비와 관련된 생활 관습은 인간생태나 건강을 고려하기보다는 오히려 완전 고용이나 시장 경제의 번영이 보다 강조되어 건강을 위협하는 요소가 될 수 있다. 그러한 사례는 냉장고 등에서 발생되는 프레온가스로 인한 오존층 파괴, 석유나 석탄 사용 등에 기인하는 탄산가스 발생으로 인한 지구 온난화 등을 들 수 있겠다.

건강을 증진시키거나 건강 잠재력을 제고시키는 요인들도 생리의학적 측면과 심리·사회적 측면의 두가지로 나누어 살펴 볼 수 있다. 먼저 생리의학적 측면을 보면 건강위협요소에 대한 저항력을 길러 주는 것으로써 좋은 영양상태, 신체적 건강, 면역성으로서 좋은 생활관습에서 연유되는 것이다. 건강 관련 생활관습에 영향을 미치는 요소는 여러 가지인데 개인 차원에서 건강과 관련된 정보, 동기, 기술이 가장 명백하게 중요한 요소로 알려져 있으며 여기에는 문화적, 사회적, 경제적, 작업상의 조건은 물론 정치적 조건도 불가결의 요소라 하겠다.

건강 잠재력을 확대시키는 심리·사회적 측면을 보면 스트레스, 사회적 고립, 사회 적응 등을 포함하는 심리, 사회적 건강 위협 요소를 극복하는데 필요한 능력이나 기술이 여기에 속한다 하겠다. Antonovsky(1980)는 'sense of coherence'의 개념을 제시하여 정서적인 건강을 유지하는 힘을 이해하도록 했다. 그는 세가지 차원에서 응집력의 개념을 규정하여 이것을 건강증진을 향한 의미 있는 단계를 위한 기초로 삼았다. 첫째 요소는 이해(comprehensibility)또는 인간내면이나 외부환경으로부터 오는 혼동이나 위협적 자극을 배열하고 구조화하여 분명히 하는 능력으로 지각력을 만들어 주는 것이다. 둘째 요소는 관리력(manageability) 또는 자극에 의해 요구되는 수요를 충족시키기에 적절한 자원의 처분력으로 여기에서 자원은 본인의 통제하에 있는 것은 물론 배우자, 친구, 동료와 같은 사람의 통제하에 있는 것도 포함될 수 있다. 세번째 요소는 의미(meaningfulness) 또는 스트레스적 상황에 의해 부여되는 건강 위협에서의 태도로 스트레스 사건을 위협으로 볼 수 있으면 이를 잘 통제하여 정서적 순화를 할 수 있게 된다는 것이다.

과거에는 사회가 강한 응집을 통해 사회 구성원들로 하여금 발전시키게 하는 중요한 통로가 되었었다. 오늘날에는 종교적 믿음이 약해지고 생태적 위협이나 핵위협이 개인의 통제 범위를 벗어나며 응집력을 발전시킬 사전적 조건이 약화되었다. 그리하여 너무나 많은 사람들이 건강을 바람직한 가치로 볼 수 없는 수동적인 생활을 하게 되고 건강 위협 요소와 싸울 자원이 약화되었기 때문에 개인에게만 문제를 맡겨 두어서는 어렵고 사회적 그리고 정치적 수준에서 이러한 상황을 변화시키는 노력으로써 사회문화적 지원 망의 구축이 필요하다는 것이다.

이상의 health balance model을 토대로 한 건강증진사업 전략은 [표1]과 같이 제시될 수 있다. 사

업전략을 사회조직의 관점에서 개인차원, 지역사회차원 그리고 사회활동차원에서 보면 사회활동차원에서는 주로 건강 관련 입법활동이 되며 여기에서는 더 이상 설명을 생략키로 한다. 건강증진전략은 개인차원과 지역사회차원에서 건강 위협 요인을 감소시키는 접근책이 그리고 건강 잠재력 측면에서는 이를 확대 제고시키는 접근책이 제시되어 있다. 먼저 건강 위협 요인의 제거를 위한 물리적 환경 측면에서 보면 작업장 환경을 위해 개인 차원에서는 산업 위생을 철저히 하며 지역사회 차원에서는 산업 보건 서비스 제공을 하는 것으로 되어 있다. 그리고 주택과 관련해서는 개인 차원에서는 건강 유지가 가능한 주택의 질을 찾도록 하고 지역사회 차원에서는 주택 건립시 보건 위생적 측면이 고려되었는지 검사를 철저히 하는 등으로 되어 있다. [표1]에서 제시된 개인 및 지역사회 차원의 전략이 모두 보건소에서 할 수 있는 건강증진을 위한 과제들이라 하겠다.

6. 보건소의 건강 증진사업 과제

6. 1 보건소의 사업 영역 확장

지금까지 우리 나라 보건소에서 전개해 온 보건사업은 주로 [표1]의 건강 잠재력 측면에서 주민의 건강 상태의 변화를 유도하는 질병 예방을 위한 예방 접종, 고혈압 관리, 영유아 관리, 구강관리, 모성보건, 노인보건 등에 그 초점이 놓여 있었다. 따라서 앞으로 보건소가 주민의 건강 증진을 위해서 전개해야 할 사업 과제는 먼저 건강 위협 요인의 감소를 위한 활동과 건강 잠재력 제고 측면에서 생각해 볼 수 있겠다.

건강 위협 요인의 감소를 위한 활동은 규제적 측면이 많아 지금까지 보건소에서 크게 다루지 않았던 사업 내용이지만 앞으로 보건소가 해당 관련 기관과 협의하여 이 부분에도 노력을 할 필요가 있겠다. 예컨대 작업장 환경을 위한 산업 보건서비스는 현재 노동부의 지방노동사무소 중심으로 전개되고 있고 산업보건을 위한 별도 체계를 구축하고 있으나 지방노동사무소 보다는 보건소가 더욱 주민과 가깝게 분포되어 있으므로 지방노동사무소와 보건소가 유기적 관계를 맺어 지역내 작업장의 보건위생문제도 생각해 볼 수 있는 과제 중의 하나다. 그리고 주택 환경을 위한 주택 검사는 각 시·구·군의 주택과에서 하고 있는데 주택과의 검사 항목에 보건 관련 항목을 넣도록 하여 건강 위협 요인을 감소시키도록 하는 노력이 필요하리라 본다. 음식물의 질과 관련하여 보건복지부산하 식품 의약품 안전관리 본부가 설립되고 지방청이 설치되어 있으나 시·구·군 단위의 하부 조직이 없기 때문에 위생과에서 일선 업무를 맡고 있다. 위생과는 보건소와 같이 동일한 지방자치단체장 산하에 있기 때문에 건강과 관련한 문제는 사전

〈표 1〉 건강 증진 전략의 요소

구 분	개 인	지 역 사 회	사 회 활 동
건강 위협 측면 : 건강 위해 요소의 감소를 위한 접근			
1. 물리적 환경			
- 작업장	산업위생	산업보건서비스	산업보건 입법
- 주거지	주거의 질	주택검사	주거관련 입법
- 음식물의 질	Food-handling	음식물관리	음식물관리 입법
2. 생활조건	Self-help	Self-help action	표준 이하 생활 조건 제거를 위한 입법(주거보조금제도 등)
3. 생활관습	태도변화	사회적 압력(예:흡연제한)	공급조절입법(조세, 보조금, 광고나 판매금지 등)
건강 잠재력 측면 : 건강 잠재력을 제고시키기 위한 접근			
1. 건강상태	건강 증진과 질병예방	지역사회프로그램 (예방접종, 고혈압 관리, 불소화 등)	예방보건서비스를 위한 재정조달과 진료비지불 입법
2. 생활관습	보건교육 (학교, 성인교육)	지역사회 중심 건강캠페인 (학교, 작업장, 식당 등)	건강한 생산물의 생산 지원 입법
3. 심리 · 사회	기술훈련 (스트레스 관리, 대인간 관리)	사회지원망의 강화 (가족, 이웃, 교회, 작업장 등)	스트레스가 될 생활 및 작업조건 제거 입법

자료 : Abelin(1991)

협의하여 건강 위협 요인을 감소시킬 수 있으리라 보인다(위생과가 보건소에 설치되어 있는 일부 지방자치단체는 큰 문제가 없겠음). 생활 조건과 관련하여서는 보건소가 특별한 활동을 하기는 어려워 보인다. 생활 관습의 변화는 건강 잠재력 측면과 같이 다룰 수 있는 과제이다. 이상에서 볼 때 건강위협요인의 감소를 위해서 보건소가 독자적으로 할 수 있는 과제는 생활 관습 변화를 위한 사회적 압력의 동원과 같은 과제를 제외하고는 거의 없는 것 같다.

따라서 우리 나라의 현실에서 보건소가 노동부 지방사무소와 업무 연계를 한다는 것도 쉽지 않으며 다만 주택과나 위생과와는 어느 정도 협력을 할 수 있을 것으로 보인다. 그렇다 하더라도 보건소는 주택이나 음식물과 관련된 업무를 주도적으로 전개하기 어렵기 때문에 결국 보건소는 건강 증진과 관련하여 건강 잠재력 제고 측면에서의 업무가 주된 과제가 될 것이다.

건강 잠재력 제고를 위한 건강증진사업 과제는 기존의 보건소가 하고 있는 건강 상태의 개선이라는 사업내용을 그대로 존속시키되 현재 보건소가 거의 하지 않고 있는 생활 관습 변화를 유도하기 위한 보건 교육과 지역사회 중심의 건강 캠페인 전개 등이 있으며 심리, 사회적 측면에서 스트레스 관리나 대인관계에 관한 기술 훈련이나, 지역 자원 지원망을 강화시키는 등의 활동이 필요하다.

6. 2 일본의 건강가꾸기 사업의 사례

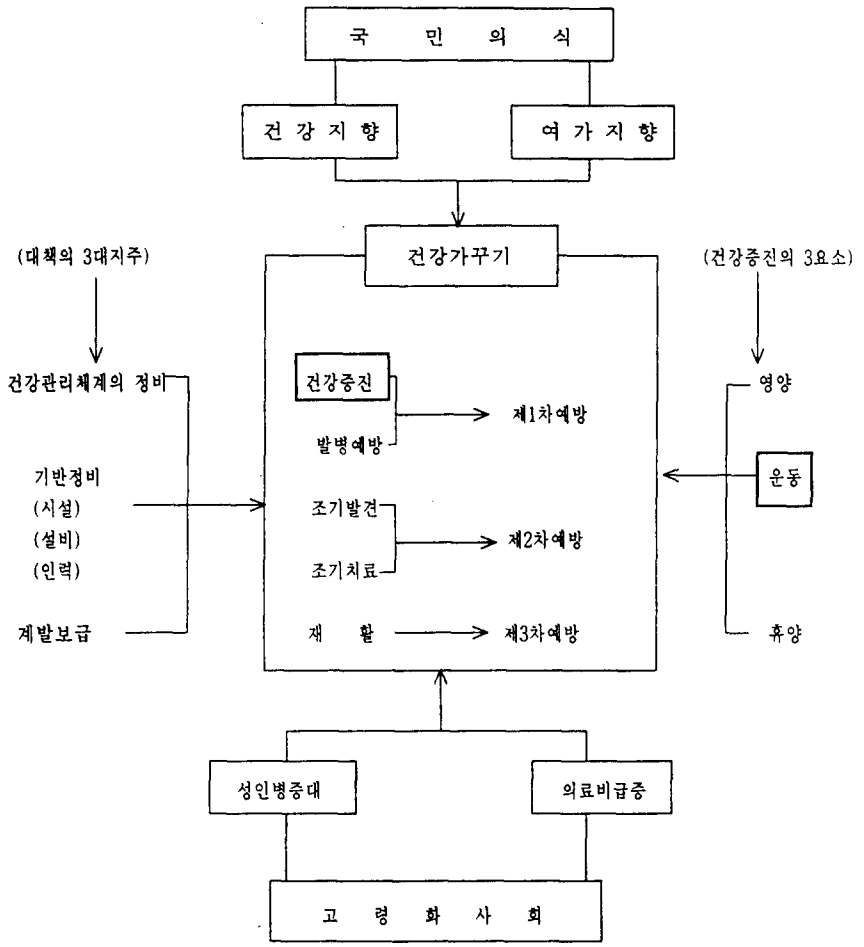
일본도 과거에는 건강 증진과 관련하여 건강 상태에 관련된 사업인 예방 접종이나 영유아 관리, 모성보건, 노인보건 등의 사업을 주로 하였으나 1978년 후생성이 「국민 건강가꾸기 사업」의 전개를 선언하고 1988년 제 2차 「건강 가꾸기 사업」을 시작함으로써 건강 잠재력 제고를 위한 사업으로 보건소 사업의 방향이 전환되었다고 볼 수 있다. 일본의 사업모형이 우리 나라의 보건소 건강증진사업 전개에 참고가 될 것으로 보여 이를 살펴 보기로 한다.

일본에서 「건강가꾸기 사업」은 [그림 4]와 같은 모형하에서 1차 예방, 2차 예방, 3차 예방을 주사업 대상으로 하되 이를 위한 관리 체계를 위한 기반 정비[시설, 설비, 인력확보]와 관리체계의 계발보급(啓發普及)과 건강증진을 위한 운동, 영양, 휴양의 측면이 있다.

이러한 모형 아래서 일본 요코하마시의 건강가꾸기 사업을 예시하면 [그림5]와 같다. 요코하마시에서는 12개 분야로 나누어 사업을 전개하는데 종래의 보건 사업이었던 질병예방, 건강검진, 지역 의료의 정비는 물론 여기에 추가하여 고령자를 위한 지역 보건·복지 추진, 식품보건, 환경위생, 소비생활 안정, 지역활동진흥, 체육, 레크레이션, 사회교육, 시민문화의 진흥, 청소년의 건전 육성 등 일상 생활의 거의 전부분을 망라하고 있다. 이를 위한 인력으로는 보건지도원 이외에 식생활 개선 추진원, 노인복지

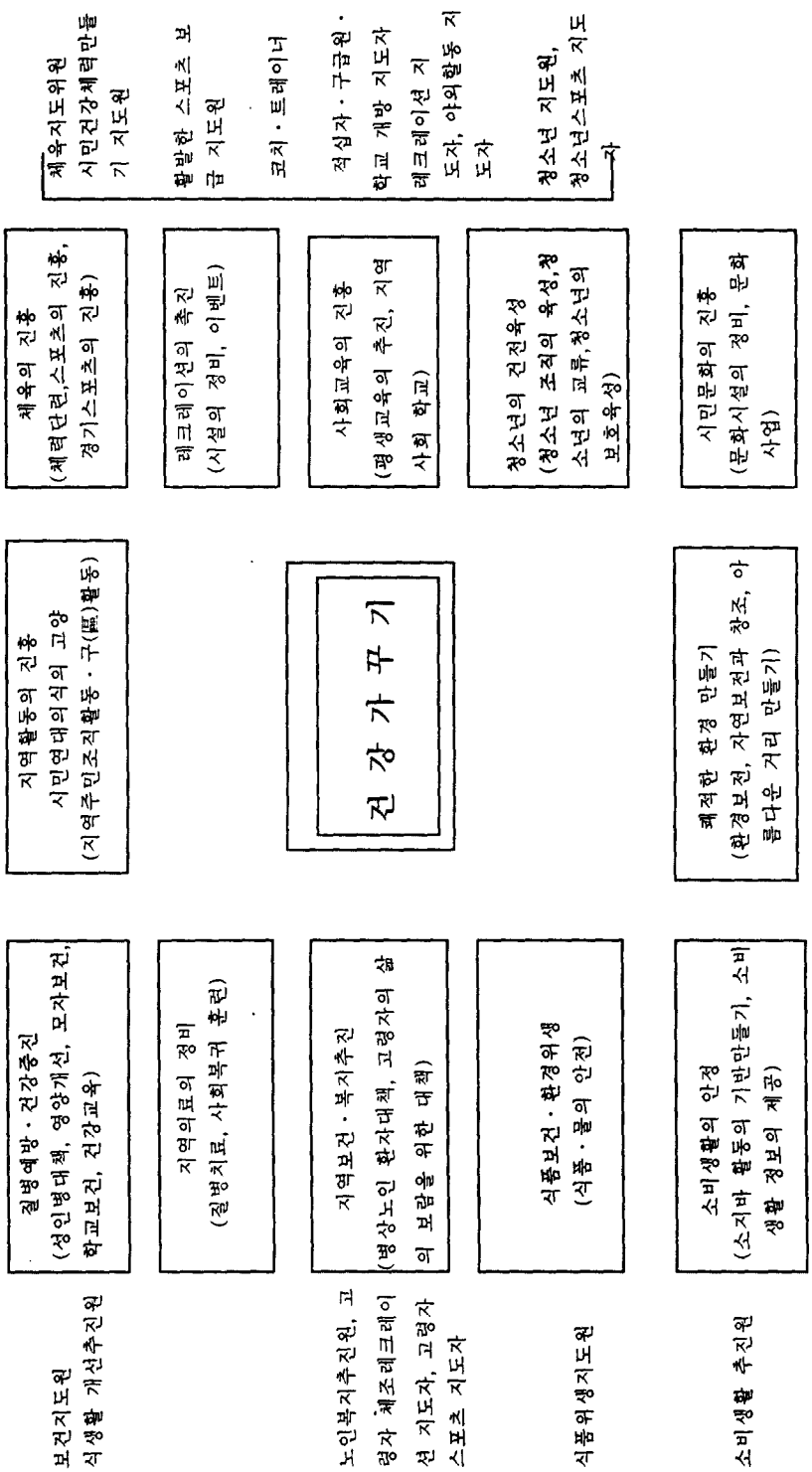
추진원, 레크레이션지도자, 스포츠지도자, 식품위생지도원, 소비생활추진원, 청소년 지도원 등의 다양한 분야의 전문 인력을 확보하고 있다.

또 다른 도시로 하찌노베 보건소와 관할 시·촌 (市·村) 마을에서의 건강가꾸기 사업을 생활 주기를 중심으로 정리해보면 (표2)와 같다. 유유아(乳幼兒)기에는 가정 방문을 통해 이유식 상담, 유아 건강 상담, 발달 상담 등이 주요 사업 내용이 되고 청소년기에는 금연 교실, 소아성인병 예방대책, 사춘기 교실이 마련되고 있다. 성인을 위해서는 호흡 교실, 금연실, 난치병 상담, 정신건강 등의 프로그램을 전개하고 있고, 노인을 위해서는 재택 요양 간호 교실 등이 있다. 그리고 단체 조합의 육성으로 모자 보건 추진원, 보건협력원, 당뇨병 환자회, 건강가꾸기 추진 협의회 등이 활동하고 있다.



〈그림 4〉 제2차 국민건강가꾸기 대책의 배경과 의의

자료 : 日本, 후생통계협회, 국민위생의 동향, 1994년 제41권 제9호



〈그림 5〉 요코하마시의 건강가꾸기 관련사업

〈표 2〉 하찌노베(八戶) 보건소 및 관할 시·촌 마을 사업의 개요

라이클싸이클	유유아(乳幼兒)	청소년	성 인	노 인
보건소	사업 내용 ○가정방문 ○신생아방문(조사원에게 의뢰) ○유유아(乳幼兒) 건강상담 ○이유식 상담 ○치료교육 상담 세미나 활동 ○유아건강상담 ○충치 예방 교실 ○3세아동 건강진단 ○소아비만 예방교실	○소아성인병 예방대책 사업 ○사춘기 교실 ○금연교실 ○건강한 레이디스를 위한 세미나 활동	○호급교실(폐기능 저하자) ○에이즈상담 ○금연실 사업 ○정신장애통원환자 Rehabilitaion (사회복지요법)사업 ○정신장애 사회복귀 상담지도 사업(Day Care) ○난치병 상담 ○정신건강만들기 정신장애자 가족 간담회 ○난치병 환자 대책 Care 지원사업(교류회, 연수회등) ○구급법 등 강습사업 ○일반건강관리 ○골수은행 ○결핵환자 관리검진 ○결핵환자 가족검진 ○정신장애자가족회 ○정신장애자 회복자 클럽 ○식생활 개선 추진 연락 협의회 ○정신장애자 소규모 공동작업소 ○보건소 보건복지서비스 조정추진회의	○노인정신 보건 상담지도 사업 (상담, 간호교실, 예방강습회 재택Care) ○병상 노인 환자의 치과 검진 사업 ○재택 요양 간호교실 ○치매성 노인을 보호하는 가족모임 ○노인정신보건 연락협의회
	단체조합의 육성 ○새로 이사온 어머니를 위한 교실			
	건강가꾸기 회의 ○건강도민 운동 지역 실천 회의			
시·촌·마을	사업 내용 ○가정방문 ○유유아(乳幼兒)의 건강상담 및 진단 ○소아 성인병 예방교육(검진,교실) ○이유식 교실 ○1년 6개월 아동의 건강진단 ○발달 상담 ○모자 영양교실 ○각종 예방접종 ○건강만들기 ○건강축제대회		○임산부건강진단 ○어머니교실 ○부모의 교실 ○금연운동 ○정신장애자 가족간담회	○종합정밀 건강진단 ○간호교실 ○기본 건강진단 ○각종 암 검진 ○외부노동자 검진 ○성인병 예방교실 ○생활습관 개선지도 사업 ○건강증진 교실 ○건강강좌 ○기능회복 훈련교실 ○영양교실 ○Rehabilitation(사회복귀요법) 방문
	단체조합의 육성 ○모자보건추진원 ○보건협력원 ○식생활개선추진원 ○생활개선그룹 ○당뇨병 환자회 ○장애자 가족회 ○자원봉사회			
	건강가꾸기 추진협의회 ○건강가꾸기 추진 협의회 ○공동보건계획회의			

6. 3 보건소의 건강증진사업과제

가. 건강증진 사업의 모형 확립

우리 나라 보건소가 건강증진사업을 전개코자 함에 있어서 가장 우선되는 과제는 건강증진에 대한 개념 정립과 사업 모형의 설정이 있어야 하겠다. 앞에서 제시한 (표1)과 같이 건강 위협요인 제거와 건강 잠재력 제고를 모두 사업 대상으로 할 것인지 그리고 건강 잠재력 제고에 있어서도 일본은 비록 이념적 모형은 1차 예방, 2차 예방, 3차 예방으로 하나 건강가꾸기사업의 주내용은 건강 증진에 두어 운동, 영양, 휴양을 위한 사업 내용들이 주로 개발되고 있다. 우리 나라도 보건소 사업 전반을 건강 증진 대상으로 할지 아니면 보건소의 기존 사업과 별개로 건강 증진이라는 새로운 사업을 전개할 것인가를 중심으로 사업도형을 확립해야 한다. 우리 나라의 국민건강증진법은 전자의 개념인 보건소의 기존 사업을 모두 대상으로 하면서 건강 잠재력 제고를 위한 각종 과제들이 추가되는 방식을 암시하고 있다. 그렇다면 그러한 모형을 빨리 확립하여 이를 보건소에 하달하여 보건소로 하여금 건강 증진에 대한 실천 전략이 수립 되도록 해야 한다.

나. 건강증진사업의 내용

건강 증진 사업의 내용은 일본 요코하마시의 건강 가꾸기 사업을 참고한다면 좋은 프로그램이 이루어질 수 있을 것이다. 먼저 1차 예방에 속하는 예방 활동, 2차 예방에 속하는 건강 검진 및 조기 치료, 3차 예방에 속하는 재활 사업이 포함되어야 한다. 지금까지 우리 나라의 보건 사업에서 건강 검진과 재활 사업이 다른 보건 사업에 비해 상대적으로 취약했던 것이 사실이다. 이제는 건강 검진과 재활 사업의 활성화에도 보건소가 유의해야 할 것이다.

그리고 노인들을 위한 지역 보건·복지를 추진하여 고령자의 삶의 보람을 일깨우는 프로그램 개발도 중요하다고 생각된다. 생활 관습을 바꾸기 위한 프로그램으로 보건소가 성인들에 대한 건강 교실을 개설하는 등의 프로그램도 중요하지만 사회지원망을 구축하는 의미에서 지역 주민 활동을 조직화 시키는 것도 중요하다. 지역 주민 활동 조직화는 보건 교육의 효율성을 제고시키지만 동류 집단이 모여 같이 운동을 하는 등으로 지도를 해줌으로 체력 증진과 같은 프로그램이 자연스럽게 이루어질 수 있다. 우리 나라 사람들은 아직도 레크레이션에 그렇게 익숙치 않다. 레크레이션 이라면 등산이나 가고 여름철에 바닷가로 가는 정도로 인식되고 있다. 특히 노년층에서의 레크레이션을 촉진시킬 수 있는 프로그램 개발도 중요하다. 구체적인 프로그램들을 여기서 일일이 열거하기는 어렵고 각 보건소가 대체적인 지침만 받으면 얼마든지 자기 지역 실정에 맞는 프로그램을 개발하리라 여겨진다.

그런데 프로그램 개발도 지역특성에 맞게 각 보건소가 개발하되 Ottawa 헌장이 제시하는 개인 기술

개발, 지역 사회 활동 강화, 지원 환경 구축, 건강에 이로운 공공정책, 기존 보건 제도의 개혁과 같은 5가지 요소는 반드시 고려되어야 할 것이다. 물론 5가지 요소는 중앙정부차원에서 해야 할 역할과 지방자치단체가 해야할 역할이 구분되어야 할 것이다.

일본의 지역보건법이 중앙정부, 도·도·부·현, 그리고 시·정·촌의 역할과 책임을 구분한 것은 우리에게도 시사하는 바가 크다고 하겠다. 기존 보건제도 개혁, 건강에 이로운 공공정책 개발, 개인기술 개발과 같은 요소를 지방 정부가 담당하기는 쉽지 않을 것으로 여겨진다. 이러한 국가 전체적 차원에서 개발되어야할 내용들을 중앙의 책임으로 하고 지방자치 단체는 지역사회 활동, 지역사회 자원환경 마련, 개발된 개인 기술의 지역 특성에 맞는 응용 등의 측면에서의 노력이 요구되어 진다고 하겠다.

그리고 중앙에서는 지방에서 독자적으로 할 수 있는 일까지 일일이 간섭하여 사업을 획일화 시키지 않도록 하는 노력을 해야 한다. 어느 한 지역이 어떤 프로그램이 잘 된다고 이것이 다른 지역에도 그대로 적용될 수 없다. 중앙 정부는 전체적인 모형만 제시하고 각 보건소가 지역 보건의료 계획을 작성하면서 지역 실정에 맞는 프로그램을 개발토록 유도해야 한다. 그런데 지방 자치 단체 보건소는 건강 증진 사업에 대한 개념이 명확하지 않기 때문에 당장 구체적인 사업 프로그램 마련이 쉽지 않을 것이다. 따라서 중앙 정부는 보건소 요원들에 대한 이러한 방면의 교육을 시킬 필요가 있다.

다. 사업기반의 마련

여기서 얘기하는 건강 증진 사업 기반은 시설, 장비, 인력을 갖추는 일이다. 아무리 좋은 프로그램을 개발한다 해도 시설이 없거나 필요한 장비가 없고, 전문 인력이 없으면 프로그램 설계로만 그치게 되어 주민들의 건강 증진과는 전혀 별개가 된다. 따라서 건강 증진과 관련하여 재활 서비스도 받을 수 있는 시설이 갖추어지고, 장비가 있어야 하며, 재활 서비스를 제공할 수 있는 물리치료사나 작업치료사가 확보되어야 한다.

체육이나 레크레이션을 위해서는 역시 적절한 시설과 장비가 있어야 한다. 이를 위해서 스포츠센터와 같은 시설을 갖추면 좋겠으나 현재의 보건소 재정으로는 어려울 것이다. 그런데 시 지역은 많은 지역이 체육관 등을 갖추고 있어서 이를 잘 활용한다면 주민들의 체력 증진과 레크레이션을 즐길 수 있는 장소로 활용 가능할 것이다. 일본은 都·道·府·縣의 지방 자치 단체가 주민을 위한 스포츠 센터와 유사한 건강 증진 센터를 건립 운영하고 있다. 우리 나라도 장기적 시각에서 지방 자치 단체가 스포츠 센터와 유사한 주민 건강 증진 센터를 갖는 것도 검토되어야 한다. 체육이나 레크레이션을 위해 보건소나 지방 자치 단체가 전문 인력을 확보하기는 어려울 것이다. 그렇다면 지역내에 이 분야에 전문성을 갖는 사람을 찾아내 자원 봉사나 시간제로 활용하는 방안도 검토되어야 한다.

앞에서 열거한 사업기반마련은 지역 보건소가 하기에는 한계점이 있는 요소가 많다. 예컨데 인력 확보의 경우 직제 개편을 시·도나 중앙에서 인정하지 않는다면 물리치료사와 같은 전문인력 확보는 불가능하다. 따라서 중앙 정부가 사업 기반 마련에 앞장을 서 주어야 한다. 그리고 사업 예산의 확보는 더욱 더 중앙의 역할이 없이는 불가능한 요소라 하겠다. 물론 지역 주민 건강 증진 사업이기 때문에 예산의 대종은 지방 자치 단체가 조달해야만 한다. 그런데 지역에 따라서 여유있는 지역이 있겠으나 대부분의 지역들이 예산상의 제약으로 인하여 현재는 지방 자치 단체들의 투자 우선 순위에서 건강 증진 사업은 뒤로 밀리는 것 같다. 예산 확보를 위해서는 지방 자치 단체장의 인식 전환이 제일 중요하다고 하겠다. 그러나 지방자치 단체장의 관심만으로는 충분한 재원 확보가 어렵기 때문에 새로운 재원을 중앙 정부가 세법을 개정 하여서라도 찾아 주어야 한다. 가장 좋은 세원은 건강 유해 생산물에 대한 조세 징수라 하겠다. 지방 자치 단체가 건강유해 생산물에 조세 징수를 할 수 있도록 중앙 정부가 노력해야 한다. 담배에 대해, 술에 대해, 기타 건강유해 생산물에 대한 조세를 지방 자치 단체에서 징수 한다면 지방 재정이 증대되어 좋고, 다른 한 측면에서는 그러한 생산물의 소비를 억제할 수 있어 건강 잠재력 제고를 위해서도 좋은 효과를 얻을 수 있다.

향후 2-3년간은 농어촌 보건소 지역에 대해서는 농어촌 보건 의료 서비스 개선을 위한 농특세 재원도 하나의 자금원이 될 것이다. 현재까지는 농어촌 보건 의료 서비스 개선 사업이 보건(지)소의 증축, 개보수 중심으로 이루어져 왔다. 그런데 이 증·개축, 보수를 위한 자금 지원이 지역 보건의료 계획을 토대로 하고 있는데 지역 보건의료 계획에서 제시되는 내용들은 시설과 큰 관련이 없다. 따라서 앞으로는 시설의 증·개축, 보수 중심으로 자금을 지원하는 방식에서 벗어나 지역 보건의료 계획서에서 밝힌 보건 사업들을 추진하는데 농특세 자금을 지원하는 방향으로 전환되어야 할 것이며, 이렇게 될 경우 농특세 자금도 당분간은 건강 증진 사업의 재원이 될 것이다. 그리고 국민건강 증진법에 의해 조성될 자금의 사용은 중앙 정부가 전부 하기보다는 지역 보건의료 계획서를 토대로 각 보건소에 배분한다면 건강 증진 사업이 매우 활성화될 수 있을 것으로 여겨진다.

보건소 요원에 대한 교육 방법도 전면적으로 재검토 되어져야 한다. 지금까지는 보건소 요원 교육은 주로 복지부 산하 국립보건원에서 했으나 이제는 이러한 생각을 과감히 버리고 시·도에서도 교육을 시키고 보건과학대학이나 보건대학원 등에 위탁시켜 교육시키는 것도 고려되어야 한다. 국립보건원 훈련부의 교육 시설 용량으로 일시에 전국 보건소의 보건요원에 대한 건강증진사업에 대한 교육을 시킨다는 것은 거의 불가능하다. 1회에 겨우 40-50명을 교육시키다 보면 전체 보건요원들에 대해 교육이 끝나기도 전에 사회환경이 변해 버려 교육의 실효가 없어진다. 따라서 중앙인 국립보건원 훈련부에서는 시. 도

의 교육요원을 교육시키고 이들이 지방 단위로 교육을 맡게하는 방법이 검토되어져야 한다. 또한 중앙에서는 시·도 또는 대학에서의 위탁 교육이 부실해지지 않도록 시·도 교육관이나 대학의 교수들에 대해 기본 모형에 대한 지침을 알려주고 감독을 하는 차원의 역할이 필요하다고 하겠다.

6. 4 지역보건의료 계획과 연계

건강 증진 사업의 모형이 기존의 보건소 사업 내용에 건강 잠재력 제고를 위한 각종 과제들이 추가되는 경우 보건소의 사업 내용이 모두 건강 증진 사업이 되는 것과 다를 바 없다. 그러할 경우 보건소 단위로 수립키로 되어 있는 지역 보건의료 계획은 보건소 단위의 건강 증진 계획이라 해도 다를 바가 없다. 그리고 지역보건법에서 다루게 될 사업 내용의 상당 부분이 국민건강증진법의 사업 내용이 되고 있다. 그 뿐만 아니라 지역보건의료계획의 지침서에서도 지역 보건의료 계획의 일반 목적의 하나로 "삶의 질 향상을 위한 예방, 치료, 재활, 건강 증진서비스를 지방자치 정부의 주도하에 생애에 걸쳐……" 식으로 표현하고 있다. 따라서 건강 증진 사업은 지역 보건의료 계획과 결부시켜 수립되어야만 보건소 단위의 건강 증진 사업이 실효를 거둘 수 있다. 특히 건강증진을 위한 사업요원이 주로 보건소의 보건요원임을 감안할 때 중앙 단위 차원에서 본다면 건강증진사업이 보건국의 주요 사업으로 인식 될 수 있지만 지방의 실천 주체의 입장에서는 건강증진사업이 지역 보건의료 계획속에 포함되어야만 보건소가 원활하게 모든 보건사업을 추진 할 수 있다.

그런데 현실로는 지역보건의료계획과 건강증진사업이 별개인양 다루고 있는 문제가 있다. 지역보건법에서 지역보건의료계획서를 요구하고, 건강증진법에서 건강증진계획서를 요구한다고 보건복지부마저도 지역보건의료계획서와 건강증진사업계획서를 별도로 보건소에 제출토록 요구하고 있어 지방자치단체로 하여금 업무의 가중은 고사하고 건강증진사업은 보건소의 고유 업무와는 다른 것인양 인식시키는 우를 범하고 있다.

지역보건의료계획에서 다루는 보건사업의 대상자나 건강증진의 사업대상자가 동일하고, 사업요원이 동일하며, 지역보건의료계획을 수립 실천하는 궁극의 목표가 주민들의 건강을 유지 증진시키는데 있다는 점을 인식한다면 건강증진사업은 별도의 계획서를 요구할 것이 아니라 지역보건의료계획서에 포함시켜 보건소의 사업들이 원활하게 추진되도록 유의해야 할 것이다. 따라서 지역보건 의료계획에는 기존의 보건사업에 더하여 지역실정에 따라 건강 잠재력을 높힐 수 있는 프로그램들인 질병예방, 건강검진, 식품보건, 환경위생, 지역사회체육, 지역사회 레크레이션, 청소년의 건전육성, 생활안정 등이 포함되도록 해야 할 것이다. 중요한 과제는 지역사회보건사업을 종전의 공중보건사업과 어떻게 연계하여 발전시

키느냐에 있다. 지역사회보건사업이 주민이 중심이 되어 주민이 참여하여 보건기획을 수립하고 평가할 수 있도록 보건소가 어떻게 주도해 나아가야 하는 것은 새로운 쟁점이다. 이를 위해 건강증진법에 의한 건강생활실천협의회나 지역보건법에 의한 지역보건자문위원회를 활용하여 지역사회의 건강문제를 도출하고 주민들의 참여를 유도할 수 있는 지방자치단체의 노력이 요구된다고 하겠다.

7. 결론

우리는 지난날의 경제 성장의 여력으로 인해 국민들의 욕구는 다양해졌다. 이렇게 다양해진 욕구를 이제는 지난날의 중앙 집권적인 상의하달 방식으로는 충족 불가능하다. 그리고 1995년 지방자치단체장을 주민이 직접 선출하는 것을 계기로 본격적인 지방 자치 시대가 열리게 되었다. 지난날에는 부족한 재원으로 주민들의 보건 사업을 방역이나 가족계획 중심으로 전개하였기 때문에 중앙에서 목표량을 하달하고, 그 목표량의 성취도를 중심으로 지방 보건소의 활동을 평가해도 주민들의 불만이 있을 수 없었다. 그러나 오늘날 다양한 욕구는 주로 주민들의 생활과 결부되어 나타나기 때문에 보건의료 분야도 과거와 같은 방식으로 사업을 전개해서는 안된다는 시각에서 보건소법이 개정되어 이 법을 토대로 하여 각 보건소는 자기 관할 지역에 대한 보건의료 계획을 작성케 되어 있다. 이러한 지역 보건의료 계획의 작성은 지방 자치 시대에 맞는 정책 변화로 볼 수 있다.

지역보건법으로의 법 개정에 앞서 정부는 국민건강증진법을 제정·공포하여 보건소의 중요 업무의 하나로 건강 증진 사업이 제시되었다. 건강 증진의 개념을 이론적으로 고찰할 때 보건소가 종래에 전개해 온 사업 내용들도 건강 잠재력 제고라는 측면에서 모두 건강 증진의 테두리 속에 들어 올 수 있다고 하겠다. 그런데 과거 보건소의 사업들은 건강 잠재력 제고 측면에서 볼 때 몇 가지 도외시 한 것이 있었기 때문에 국민건강증진법 제정을 계기로 제외되었던 사업들을 보건소 사업으로 추가하여 건강 증진 사업을 전개할 필요가 있다고 하겠다. 이러한 사업 기본 모형은 중앙 정부가 확정지워야 할 것이다. 이러한 사업의 기본 모형이 확정된다면 보건소는 지역 보건의료 계획 속에 건강 증진을 위한 구체적인 프로그램들을 포함시켜야 할 것이다. 건강 증진사업이 지역 보건의료 계획에 포함되어 보건소가 포괄적인 보건사업을 전개할 때 주민들의 건강 증진도 이루어 질 것이다.

참 고 문 헌

김수춘 외 (1990).「국민건강실천운동의 모형개발에 관한 연구」, 한국보건사회연구원

보건복지부, 농어촌 의료서비스 기술지원단(1995).「'96 농어촌 의료서비스 개선사업 지침」

보건사회부 (1984).「전국보건의료망 편성을 위한 조사 연구」

이규식(1996). "의료 분야의 규제와 경쟁,"「보건경제연구」, 제2권 : 42-64

정영일, 남은우, 남철현, 김종인.「지역사회 보건 및 1차보건의료」, 지구문화사. 1992

한국인구보건연구원.「전국보건의료망 편성을 위한 조사 연구 보고서」. 1982

西垣克 外.「健康管理概論」. 醫歯藥 出版株式會社, 東京, 1995

日本 横浜健康 づくり 檢討會.「横浜市 健康 づくり 檢討會 報告書」. 1992

日本 八戶 保健所.「健康增進指導事業報告書」. 1995

日本厚生統計協會.「國民衛生の 動向」. 第 41 卷, 第 9 號. 1994

日本厚生統計協會.「國民衛生の 動向」, 第 42 卷, 第 9 號. 1995

日本厚生省 老人保健福祉局.「老人保健福祉計劃 핸드북」, 中央法規出版. 1993

日本厚生省 健康政策局計劃課.「醫療計劃, 地域保健醫療計劃 必携」. 1995

Abelin T. Health promotion, in Oxford Textbook of Public Health, edited by W W. Holland, R. Detels and G. Knox(2nd ed.), 1991 ; 3 : 557-589.

Antonovsky A. Health, stress and coping, Jossey-Bass, California, 1980

Antonovsky A. Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well ; Jossey-Bass, California, 1987

Auster R., I. Leveson and D. Sarachek. The production of health, an exploratory study, The Journal of Human Resources, 1969 ; 4(4) : 411-436.

Bice TW. Health services planning and regulation, in Introduction to Health Services, edited by SJ Williams and PR. Torrens(3rd ed.), Delmar Publishers Inc., 1988

Feldstein PJ. Health care economics, 4th. ed., Delmar Publishers Inc., 1993

Hyman HH. Health planning : a systematic approach, An Aspen Publication. 1982

Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. A Working Document, Information Canada, Ottawa, 1974

Noack H. Concepts of health and health promotion in Measurement in Health Promotion and Protection, edited by T. Abelin, Z. Brzezinski and V. D. L, Carstarirs, WHO European series, No. 22, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1987 ; 5-28

Ottawa Chater for Health Promotion. Health promotion. 1986

Salloway JC. Health care delivery systems, Westview Press. 1982

Samuelson PA, W. Nordhous. Economics, 14th. ed., McGraw-Hill. 1992

The Health Targets Implementation Committee. Health for all australians. Report to the Australian Health Ministers'Advisory Council and the Australian Health Ministers' Conference, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1988

US DHEW. Healthy people. the surgeon general's report on health promotion and disease prevention, US Government Printing Office, Washington DC. 1979

US DHHS. Promoting health, preventing disease, objectives for the nation, US Government Printing office, Washington DC, 1980

WHO. Alma-ata 1978. primary health care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata USSR, 6-12 September 1978, WHO Geneva, 1978

WHO. Global strategy for health for all by the year 2000, WHO Geneva, 1981a

WHO. Development of Indicators for monitoring progress towards health for all by the Year 2000. 'Health for All Series No. 4, WHO. Geneva, 1981b

WHO. Plan of action for implementing the global strategy for health for all. WHO, Geneva, 1982

WHO. Target for health for all. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985