

도시 저소득층주민을 위한 일차보건의료 활성화 방안

한 명 화 (목포과학대학 간호과)

목 차

I. 서론	참고문헌
II. 본론	영문초록
III. 결론	

I. 서 론

WHO의 "서기 2000년까지 모든 인류에게 건강을" 위해 일차보건의료 건강전략이 처음 개발되었을 때, 농촌지역의 건강문제가 도시지역의 문제보다 더 긴급하다고 가정한 이유는 농촌지역의 보건의료서비스가 도시에 비해 상대적으로 소외되어 있다는 점이었다. 현재에도 농촌지역의 의료서비스는 도시지역보다 상대적으로 소외되어 있기 때문에 일차보건의료사업의 필요성은 계속 존재한다.

그러나 전세계적으로 도시인구의 성장률과 이 성장이 일어나는 조건으로 인해 도시 주민의 보건문제를 해결하기 위한 긴급한 활동이 필요하다는 것을 인식하고 전 인구의 75%가 도시에 거주하게 된 현 시점에서 도시지역 주민에 대한 일차보건의료사업의 필요성은 증대되고 있다.

이것은 모든 국민에게 건강유지에 필요한 서비스를 제공한다는 일차보건의료의 정신에서 당연한 문제이지만 보다 현실적인 문제로는 농촌의 빈민이 더 이상 농촌에 거주하지 못하고 대량으로 도시로 이주해 도시의 저변부를 구성하고 있으며 이들에 대한 적절한 보건의

료 서비스의 제공이 시급하게 필요한 점을 들 수 있다. 그러나 도시의 사회경제적 구조와 보건의료구조는 농촌과는 매우 상이하므로 이러한 조건들이 도시에서의 보건사업에 보다 많은 어려움을 주고 있는 것도 사실이다.

일차보건의료사업이 보건의료사업중에서 가장 중요시 되는 이유는 전체 인구중 보건 예방사업이 차지하는 비중이 높고, 질병의 조기 진단 및 예방은 적은 비용을 투입하여 큰 효과를 기대할 수 있는 사업이기 때문이다. 이와같은 일차보건의료사업은 누구나 쉽게 이용할 수 있는 접근성이 있어야한다. 그러나 정부는 일차보건의료서비스를 시설이 부족한 농·어촌지역을 대상으로 일차보건의료사업을 시행하여 왔으나, 극히 제한된 보건의료서비스로 지역주민으로부터 호응을 받지 못하고 진료서비스와 후송체계가 미비하여 성공적이지 못한 것도 사실이다(송건용, 1996).

그러나 도시 인구의 상당수는 경제성장의 혜택을 누리지 못하고 기존 형성된 영세지역이나 도시주변에 새로이 형성되는 영세지역에 집단 거주함으로써 과밀하고 불량한 주거환경과 지나친 육체노동, 저소득으로 인하여 보건관리 측면에서 여러 가지 문제들이 있는 것

으로 보고되고 있다. 이러한 보건문제들을 해결하고 건강을 향상시키기 위해서는 빈곤을 줄이고 사회경제적인 생활수준을 향상시키는 것이 무엇보다 중요하다. 따라서 도시 저소득층지역주민을 위한 일차보건의료서비스의 적용은 매우 시급하다.

이에 본 논문에서는 도시주민들과 도시저소득층의 특성과 건강문제를 고찰하고 이를 해결하기 위한 방안으로 공공부문인 도시 보건소의 적극적인 일차보건의료사업의 수행을 위한 정책을 제안하는 것을 그 목적으로 한다

II. 본 론

1) 도시주민의 특성과 건강문제

도시주민의 건강은 도시생활의 물리적, 경제적, 사회적, 문화적 측면들의 영향을 크게 받는다. 즉 인구가 동, 산업화, 건축과 물리적 환경과 사회조직의 변화와 같은 과정을 통하여 도시민들의 건강에 영향을 미친다. 건강은 또한 특정한 도시의 기후, 지형, 인구밀도, 주택단지, 경제활동의 특성, 소득분배, 운송체계와 여가와 휴양을 위한 기회에 따라 달라진다(WHO, 1995).

도시는 농촌보다 많은 사람들이 모여 생활하고 인구밀도도 높다. 도시화의 진행과 함께 지역공간도 확대되어 가지만 인구증가 속도가 공간 증속도를 앞지르기 때문에 도시는 농촌보다 상대적으로 인구밀도가 높다.

도시의 인구구성은 이질적인데 역사적으로 볼 때 도시는 상업이나 행정의 중심지로 시작되고 있는데, 이때 여러 지역에서부터 각기 다른 문화를 가진 사람들이 모이게 된다. 또한 도시는 여러 가지 기능을 골고루 가지고 있어 산업구조가 분화된 모습을 보여준다. 시장은 커지고 분업은 촉진된다. 다양한 직종이 생기고 교육수준이나 소득이 다른 다양한 계층의 인구집단들이 생겨나게 된다.

도시는 농촌보다 비공식 부문(informal sector)에 종사하는 인구의 비율이 상대적으로 높다. 비공식 부문이란 취업이 경쟁적이지만 일단 취업하면 신분과 소득이 보장되는 공식부분과는 달리, 취업은 쉽지만 장래가 불확실한 고용구조를 제공하고 있는 부문이다. 비공식 부문 종사자는 소득이 안정되어 있지 않으며 불황이 닥치게 될 경우 실직할 우려가 높다(문창진, 1997).

우리나라 도시의 인구집중은 지난 20년간 공업화중심의 경제계획과 도시중심의 개발로 인해 농촌에서 도시를 향한 인구가동현상이 대량으로 발생하였으며, 지역간 불균형 성장과 함께 사회계층간의 불균형 현상이 야기되었다. 이는 한정된 고용자원으로 국민총생산의 극대화와 수출 제일주의정책을 추진하기 위해서는 부득이 경제적 효율성이 높은 지역을 우선적으로 개발하지 않을 수 없었던 이유에서 파생된 문제인 것이다. 60년대 이후의 농촌 영세민의 도시유입으로 특정지위지는 우리나라의 도시화 과정에서 이들 유입인구는 안정적 취업기회를 부여받지 못한채, 주로 소규모 영세상인, 행상, 잡역노동자 등 비정규직업에 종사하게 됨에 따라 도시빈민층을 형성하게 되었다. 과잉 도시화 문제는 수질과 대기의 오염, 열악한 주거환경, 쓰레기와 소음 등의 도시적 문제는 바로 공중보건의 문제가 된다.

농경사회와 달리 산업사회는 이동성을 그 특성으로 한다. 지리적으로는 물론 사회적으로도 지위의 상승 또는 하강 이동이 빈번하다. 이러한 사회구조 속에서는 이동에 편리한 인구집단이 도시로 집중하게 마련이다.

취업기회는 대부분 젊은 층에게 주어지며 따라서 도시는 다른 연령층에 비하여 노동 가능한 젊은 층이 비대한 인구구조를 갖게된다.

이러한 인구구조가 보건에 미치는 영향은 노동 연령층이 집중되어 있기 때문에 노동조건과 연관되는 보건문제가 심각하게 발생한다. 공장근로자의 경우 열악한 공장, 작업환경으로 인한 산업재해와 직업병의 문제가 주요 보건문제가 된다. 사무관리직의 경우도 성취동기와 경쟁을 요구하는 산업 사회적 특성은 이들로 하여금 많은 정신적인 부담과 스트레스를 갖게 만들고 이것은 질환으로 연결된다. 한국인의 40대 사망률이 괄목할만하게 높다는 보고는 이러한 사회구조와 관련이 깊다.

여성들의 경우 가임 연령층에 해당하는 인구가 집중되어 있기 때문에 이들에 대한 모성과 영유아 보건서비스가 절대적으로 필요하게 된다. 그러나 근로 여성 특히 도시 저소득층 주부들의 이중노동(가사노동과 직장노동)은 모성보호라는 측면에서 큰 장애요인이 되고 있다(고대 지역사회보건개발위원회, 1992).

도시 건강문제의 범위가 어느 정도이고, 도시 거주자 집단 사이에서 이 문제가 나타나는 빈도가 얼마나 다른가는 알려져 있지 않지만, 연구결과를 보면 성인이

될 때까지 살아있는 어린이에 대한 대응위험도(odds)와 노인이 될 때까지 살아있는 사람에 대한 대응위험도가 영양실조, 부적절한 거주지, 영양불량, 오염, 빈약한 대중교통수단과 경제적 빈곤으로 인한 심리적, 사회적 스트레스에 직면하는 도시 거주자들 사이에서 더 크다는 것을 분명하게 알 수 있다(WHO, 1995).

도시의 가족구조는 핵가족을 주로 구성하는데 그 이유는 대가족보다는 핵가족이 보다 이동하기 쉬운 형태이며 산업화에 따른 핵가족화 현상은 스스로 문제해결을 해야하는 부담을 갖게 된다. 더욱이 도시생활의 익명성과 개인주의적 성향은 외부인에게 도움을 얻기도 힘들게 만든다.

도시는 인구의 공간적 이동이 상대적으로 자주 일어나는데 정도의 차이는 있지만, 도시형 지역사회의 경우 외부로부터 진입한 인구의 비율이 높은데다가 진입한 인구의 경우도 또다른 도시지역으로 거주지를 옮기는 경우가 많다. 공업도시, 관광도시, 교육도시의 경우, 빈번한 인구가동이 예상된다. 또, 도시는 산업구조가 복잡하고 각 산업부문별로 노동시장구조가 다원화되어 있기 때문에 고용이 안정적이지 못하여 일자리를 따라 거주지역을 옮기는 경향이 생긴다.

따라서 농촌과 같은 안정된 인구를 대상으로 생정통계자료를 수집하고, 계획을 세우고, 건강관리 프로그램을 시행한다는 것이 불가능하다. 동일한 인구를 대상으로 보건사업을 진행한다는 것은 현재로서는 어렵다. 따라서 도시에서는 문제 중심적 접근을 할 수밖에 없다. 주민구성은 바뀌어도 거주지역에 따라 생활정도가 비슷한 주민들이 새로 전입되는 경향을 보일 것이기 때문에 비슷한 보건문제를 갖는 것으로 가정할 수 있다(고대 지역사회보건개발위원회, 1992).

2) 저소득과 건강문제

도시는 빈부격차가 극단적으로 흔해지는 곳이다. 빈곤이 불건강의 원인이 되고 불건강이 다시 빈곤을 강화한다는 고전적인 명제도 있지만 빈곤은 생활전반에서 건강에 부정적인 요인이 된다.

도시 저소득층의 첫 번째 구성요소는 농촌의 경우와 같이 생활능력이 없거나 생계에 미치지 못하는 저소득을 갖는 생활보호가구들이다. 도시 저소득층의 두 번째 구성요소는 1960-1970년대에 도시로 이입해온 영세

농민출신 이입민들로서 이들이 차지하는 비율은 약 60%로 추정된다(최일섭외, 1995). 대도시 저소득층에 대한 여러 조사결과들을 비교해보면, 농촌을 출신지로 하는 가구의 비율이 1979년의 서울시 조사에서는 63.9%(안해균외, 1979), 1981년의 한국개발연구원의 조사에서는 60.6%(서상목외, 1989), 1989년의 한국산업경제 연구원의 조사에서는 52.7%(최일섭등, 1989)로 각각 보고되고 있다.

도시 저소득층을 구성하는 세번째 구성요소는 낮은 중산층에 속해 있던 가구가 가구주의 사망, 가구의 질병, 사업의 실패, 실직등 불의의 사고로 인해 빚을 지게 되거나 가세가 기울어 살고 있던 집을 팔거나 전세금을 빼내 영세민으로 전락한 가구들이다(최일섭등, 1995).

한국 도시빈민지역의 특성을 보면, 서구사회가 겪은 산업화 초기에 나타났던 original slum의 주민들처럼 빈민지역의 생활관습에 젖지 않은 도시 이주 영세농민의 성격이 강하다는 것이다. 이들은 도시에 적응할 수 있는 능력도 다소 있으며, 대단히 강한 의욕과 성취동기를 가지고 있는 생산적 노동층이라는 것이다. 그러나 아직도 이들에 대해 산업노동자로서 일할 수 있는 충분한 취업의 기회를 제공하지 못하고 있기 때문에, 대부분이 벗어날 수 없는 어려운 여건에 있으며, 상승이동의 열망과 빈민지역에서의 탈피가 좌절되어 있고, 상당수는 도시생활에 적응하지 못하는 낙오자 집단이 되어가고 있는 것이다.

더욱이 가계소득중 가구주가 차지하는 소득이 80% 정도에 불과해 부인의 취업이 불가피한 생활구조를 갖는다. 주부가 취업시 탁아시설의 미비로 인한 어려움도 크다. 이러한 저소득층일수록 노동시간이 길어 가족이 함께 모이는 시간은 늦은 밤 밖에 없다. 가족의 성원이 아플 경우 직장에 매여 있기 때문에 환자를 적극적으로 보호하기 어려워진다.

그러므로 전문의료인의 도움이 필수적이지만 도시 저소득층의 활동이 저녁 늦게까지 계속되기 때문에 이들이 접근할 수 있는 의료기관이 매우 제한되고 양질의 서비스를 얻기 어려워진다. 주민들은 심각한 급성질환의 경우가 아니면 병의원을 이용하기 어려우며, 보건소도 가격이 저렴하고 실제 저소득층이 많이 이용하고 있지만 주간에만 운영되기 때문에 접근성은 제한되어

있다.

이러한 사회경제적 조건들은 도시보건사업의 필요성 뿐만이 아니고 그 방향까지도 제시해주고 있다. 그러나 주민의 일상생활에서의 보건문제는 일차보건의료사업적인 접근이 필요하다. 상업적으로 운영되는 병·의원이 주민의 건강욕구를 능동적으로 충족시켜준다고 보기 어려우며 보건소도 그 관료주의적 운영방식으로 효율성이 낮다. 이것은 보건의료조직이 주민속에 적극적으로 파고 들어야 할 필요성을 말해 준다. 다만 도시의 지역적 특성에 맞게 보건조직이 융통성있게 만들어져야 할 것이다(고대 지역사회보건개발위원회, 1992).

① 높은 사망률

사회계층적 지위가 사망률과 반비례관계에 있음은 이미 잘 알려진 사실이다. 사회계층을 직업에 의거 5등급으로 분류한 영국의 보건통계는 성별에 관계없이 비숙련노동자의 경우가 가장 높은 사망률을 기록하고 있음을 보여주고 있다. 계급적 지위가 낮은 저소득층의 경우 사망률이 높다는 사실은 비단 성인 연령군(15~64세)의 경우뿐만 아니라, 유아 및 아동연령군(1~14세), 영아(1세 미만), 심지어는 태아의 경우에도 나타나고 있어 직업에 의한 사회계층적 위치가 얼마나 건강과 심각히 연결되어 있는가를 보여주고 있다. 특히 최하위계급인 비숙련 육체근로자의 경우 차상위계급인 제4계급(숙련 육체근로자)과 비교할 때에도 사망률은 엄청나게 높게 나타나고 있다.

또한 직업계급상 최하위계급인 비숙련근로자는 여타 계급에 비하여 두배 이상 높은 사고·중독 사망률을 보이고 있는데, 이는 이들이 사고나 중독의 위험에 무방비상태로 노출되어 있음을 의미한다(문창진, 1997).

한국의 경우 노동부의 통계에 의하면 1994년 산업재해로 인한 사망자는 2,678명으로 1975년 1,060명에 비해 3배 가까이 증가하였다. 특수 육체근로자인 광부의 경우는 산업재해율이 높아 광부의 100당 1명이 매년 죽고, 8명이 매년 다치는 것으로 나타났다(노동부, 1995). 비숙련근로계급의 열악한 근로여건 및 생활환경은 결국 높은 사망률을 초래함으로써 평균 수명을 감축시키는 결과로 생존율은 가장 낮게 나타나고 있다(문창진, 1997).

② 높은 상병률

한편 저소득층의 열악한 사회경제적 조건은 잦은 이환과 만성질환으로 진행된다. 보건사회부의 「96년도 생활보호대상 현황분석」에 의하면 전국의 거택보호자 가구의 가구중 건강상태에 있는 가구수는 30.2%에 불과하며, 나머지는 불구·폐질, 심신장애자 등으로 고통을 겪고 있는 것으로 나타나고 있다. 또, 가구원의 경우에도 37.2%만이 건강한 상태로 나타났다. 이는 76.9%가 건강하다고 응답한 일반인의 경우와 매우 대조적이다(한국보건사회연구원, 1996).

저소득층의 건강상태에 대한 조사결과는 법적 영세민의 특성에 의하여 영향을 받을 수 있으므로 일반화하기 어려운 점이 있다. 그러나 저소득층이 고소득층에 비하여 상대적으로 건강하지 못하다고 느끼는 영향이 큰 것으로 나타나고 있다. 한국보건사회연구원의 '92년 조사에 의하면 저소득층이 건강하다고 느끼는 비율은 49%인 반면, 고소득층은 53%로 나타나고 있다. 평소 건강상태를 보아도 고소득층은 67%가 건강하다고 응답한 반면, 저소득층은 56%의 낮은 응답률을 보이고 있다(문창진, 1997).

의료보호대상자의 의료이용양상에 관한 연구(강복수, 1991)에서 보면 만성질환 이환율은 의료보호 대상자에서 123, 의료보험대상자가 73으로 의료보호대상자가 훨씬 높았는데 이를 표준화하면 각각 87, 57로 나타나 의료보호 대상자와 의료보험 대상자의 만성 이환율은 뚜렷한 차이가 있다고 말할 수 있다. 도시 저소득층, 즉 의료보호대상자의 경우 영양 및 환경 상태가 좋지 못한 상태에서 생계유지를 위한 정신적 육체적 과로로 인한 건강의 저하로 인해 이환의 기회가 증대되며 의료이용에 대한 경제적 장벽에 의해 의료이용이 쉽지 않아 더욱 이환 가능성이 높아진다. 일단 건강이 악화되거나 질병에 이환되면, 그로인해 한편으로는 경제활동에 제한을 받아 가계수입이 줄어들고 다른 한편으로는 의료비 지출로 인해 가계지출의 증가를 가져온다. 결국 질병의 처음 원인이었던 저소득상태에 다시 빠져들 수밖에 없어 악순환이 계속된다.

③ 낮은 의료요구 충족률

의료요구충족률을 측정하는 방법에는 여러 가지가 있지만 그 중 단순한 척도중의 하나는 진료를 받았거나

진료가 필요하다고 생각되는 경우 중 어떤 형태로든지 치료를 받아 본 적이 있느냐 하는 것이다.

한국개발연구원(1981)에서 측정한 저소득층의 의료 요구도는 52%로서 이는 "가구원 중 병원에 갈만큼 중한 환자가 있느냐?" 라는 질문에 그렇다고 응답한 가구의 비율이다. 그러나 그와 같은 환자 실제 병·의원을 이용한 비율은 20.8%에 불과하여 낮은 의료충족 현상을 보이고 있다. 이러한 저소득층의 의료요구 충족 수준은 도시인의 평균 의료현상을 보이고 있다. 이러한 저소득층의 의료요구 충족수준은 도시인의 평균 의료요구 충족률 78%와 비교해 볼 때 현저히 저조한 형편이다(송건용외, 1983). 한편 의료요구 충족률은 상병의 치유율로 표현되기도 한다. 15일간 유병자중 조사 당시 시점에서 유병자를 제외한 나머지 인원은 치유된 것으로 간주할 경우 상병치유율의 간이추계가 가능하다. 서울 동작구 사당 2동 무허가정착촌을 대상으로 한 조사에 의하면 병치유율은 5.1%에 불과하다. 이렇듯 낮은 상병치유율은 저소득층의 상병내용이 기능성 위장병, 기타 위십이지장장애, 신경통, 어지러움증, 신경성 신체증상, 기타 신경계질환, 고혈압, 요통, 복통 등의 만성질환으로서 증상이 지속적이기 때문에 이를 완화시키기 위하여 계속적인 의료요구가 뒤따를 수밖에 없기 때문인 것으로 분석되고 있다(김록호, 1985).

의료보호대상자에서 만성질환 이환자의 25.7%는 의료를 이용하지 않았는데 비해 의료보험대상자의 미치료율은 7.1%로 의료보호대상자는 만성질환에 이환될 경우 상당수에서 아예 의료기관을 이용하지 않고 있는 것으로 나타났다. 의료보호대상자에서 이렇게 급성질환으로 인한 의료기관의 이용이 약국에 치우치고 만성질환인 경우는 미치료율이 상당히 높다는 것은 의료보호제도에서 병의원 이용의 유용성과 접근성에 문제가 있음을 의미한다. 급성질환 이환자의 경우 의료기관을 1차로 이용한 이유로 병원, 의원 및 약국 모두에서 지리적 접근 용이성이 가장 중요한 이유였다. 이는 Andersen (1975)이 의료서비스에 대한 필요를 충족시키는 요인으로 지역변수중 의료기관과의 거리가 중요하다고 주장한 것과 일치하며 오가 의료근접도가 의료이용에 미치는 영향중 교통 편이도가 외래 방문의 수에 큰 영향을 준다고 주장한 것과도 일치되는 소견이었다.

Dutton(1986)과 Fossett등(1989)의 연구에서 지

적한 것처럼 특히 도시의 의료보호대상자에서 지리적 접근성이 더욱 중요한 이유는 이들이 의료기관을 이용할 경우 대중교통수단을 이용할 가능성이 더욱 높고 의료이용을 위해 근로시간을 희생하기가 의료보험대상자에 비해 일반적으로 더 어렵기 때문이다(김복연, 1991).

그러나 저소득층의 낮은 의료요구충족률은 전국민의 의료보험 이후 많이 개선되어 가고 있다. 한국보건사회연구원 '92년 조사에 의하면 저소득층의 의료요구충족률은 84.2%로서 상위소득계층의 93.5%와 비교하여 큰 격차를 보이고 있지는 않다. 저소득층의 낮은 의료요구충족률을 보다 체계적으로 분석하기 위하여는 세가지 측면에서 그들의 특성을 살펴볼 필요가 있다.

첫째, 저소득층의 개인적 속성이 그들의 의료요구를 소화시키지 못하게 된다는 점이다. 평소 건강요구에 대한 우선 순위가 낮은 점, 인체를 단순한 소모품으로 인식하는 점, 증세의 표현능력이 부족한 점, 의료에 대한 지식수준이 낮은 점 등이 질병행위(illness behavior)의 표출을 억제하는 이유에 해당된다.

저소득층의 경우 질병행위로의 이행이 제대로 이루어지지 못하고 있는 현상은 저소득층의 낮은 의료이용수준에서 엿볼 수 있다. 춘천시민을 대상으로 한 한달선등(1986)의 연구내용이나 송건용등(1983)의 연구내용은 생활수준이 낮을수록 의료이용수준도 낮아지고 있음을 보여주고 있다.

둘째, 문화적 속성이다. 공동체적 결속력이 상대적으로 강한점, 비전문적 상담역을 구하기가 손쉬운 점, 환자역할(sick-role)에 대한 가족성원의 지지가 약하여 가사나 부양의 의무를 면제받기가 힘든 점 등이 저소득층의 낮은 의료요구충족률의 원인으로 제시될 수 있다.

셋째, 저소득층의 사회구조적 특성이다. 보조생계수단이 부족한 점, 의료 서비스의 접근성이 낮은 점, 공적 부조방식의 의료보장에 의존하고 있는 점, 건강의 1차적 목적이 생계유지를 위한 노동력 보존에 있는 점, 진료권 주장을 위한 지원세력이 조직화되어 있지 못한 점, 의료시장에 있어 종속적 위치에 놓여 있는 점 등이 저소득층의 의료요구가 제대로 충족되지 않는 이면에 자리잡고 있는 사회구조적 배경이라 할 수 있겠다(문창진, 1997).

3) 도시 일차 보건의료사업

도시형 사회는 그 크기나 구조가 일정하지 않기 때문에 일반화하기 곤란한데 다만 지역공동체의 규모가 클수록 그리고 구성이 이질적일수록 도시성이 더 강하게 나타나는 것으로 지적되고 있다(정영일등, 1992).

그리고 도시의 인구는 앞으로도 계속 증가될 전망이며 그에따른 여러 가지 보건관련 문제를 포함한 여러 문제가 앞으로는 계속 증가될 전망이다. 이외에도 농촌 지역에 비해 도시형 지역사회는 민간의료기관이 잘 발달 되어있으며 순수 의료기관이외에도 보건의료서비스를 제공하는 각종 사회단체가 다양하게 활동하고 있는 실정이다. 이런 점들을 감안해보면 농촌보다 도시에서 다양한 주민의 요구에 대한 보건소기능의 수행이 어려우며 도시보건소의 기능 혹은 도시보건사업을 간략하게 정리하기는 매우 어려울 것이다.

보건소는 보건사업의 핵심적인 일선 행정조직이며 일차보건의료 시행기관이다. 보건소는 질병의 치료 및 예방등 직접적인 서비스 제공뿐만 아니라 민간의료서비스 공급의 조정, 지역내 의료전달체계의 세부계획수립 및 관리, 의료보장업무의 지도, 감독등을 통해 지역주민의 건강을 증진시키고 유지시키는 총체적인 기능을 가져야 하는데 현재 과연 그 기능을 제대로 수행하고 있는지 많은 의문이 제기된다(김한중, 1991). 특히 농촌보다 도시에서 다양한 주민의 요구에 대한 보건소기능의 수행이 어려운 것으로 알려지고 있다.

지금까지 보건소는 현재 법적으로 전국민의 일차보건의료를 담당하고 있는 유일한 공공기관으로 설치 관내의 지리적 특성, 인구수 및 인구구성, 사회경제적 특성을 고려하지 않고 각 시,군,구에 설치되어 있다. 또한 경제적 수준이 낮을수록 보건소 사업의 요구가 많음에도 불구하고 지역의 경제수준에 관계없이 보건소가 설치되어있다. 보건소의 이용상태는 보건소가 제공하는 사업 즉 가족계획, 산전, 산중, 산후관리, 영유아 관리, 전염병관리 사업을 필요로하는 지역주민중 도시지역인 경우에는 저소득층 주민이 주로 이용하고 있다. 그러나 제공되는 사업의 깊이와 범위가 한정되고 이용자의 편의가 고려되지 않음이 지적되고 있다. 현존 보건소의 이러한 문제를 해결하기 위해서는 그 지역사회의 건강 문제를 사정하고 이에 부응하는 보건사업이 계획, 수행, 평가되어야 할 것이며 또한 이러한 과정에 보건사

업 이용자인 주민의 참여가 필수적이어야 한다(김화중외, 1995).

보건소 사업의 실시 현황을 보면 보건소의 관장업무 중 빈도가 높은 업무로는 보건에 관한 실험 및 검사, 의약지도, 모자보건 및 가족계획, 전염병 관리, 보건지도, 보건진료소 지도감독과 보건사업의 기획 및 평가로 나타났으며 노인보건, 정신보건, 장애자 재활, 의료사업 및 보건 향상, 증진에 관한 사항의 수행빈도는 저조한 것으로 나타났다(보건간호사회, 1994).

우리나라인구의 75%가 도시지역에 거주하고 있음에도 불구하고, 도시지역 보건소의 위상과 기능이 농촌지역의 보건소에 비해 상대적으로 취약한 실정이다. 즉 진료적 측면에서 시지역 보건소를 상용치료원으로 이용하는 주민의 비율이 0.5%에 지나지 않고 있는 실정이다(송건용, 1993).

공공부문에서 운영되고 있는 보건소에 대한 이용률이 저조하다는 것은 부적절한 의료서비스의 시설 및 인력과 물자등 의료자원의 낭비를 가져오는 문제라 할 수 있다. 이와 같은 이유는 지리적인 접근성, 공공서비스에 대한 낮은 신뢰도, 보건소 기능에 관한 홍보부족, 민간부문의 의료기관에 대한 높은 의존성등의 요인 때문인 것으로 파악되고 있다(Bong-min Yang, Jong-in Kim, 1991).

공공기관은 국민보건면에서 국민들의 요구와는 별도로 국가발전을 위한 차원에서 전문가들이 필요하다고 인정하는 사업중심으로 추진하여 그 효과도 매우 지대한 것으로 평가되고 있으나, 반면에 지역주민들의 요구를 충족시키지 못하여 지역주민들의 이해와 협조를 얻지 못하고 있는 것으로 평가되고 있는 실정이다(김한중, 1991). 그러나 민간의료기관은 주로 질병의 치료에 편중되고 있어서 국민의 건강을 효율적으로 관리하기 위해서는, 종합적이고 지속적인 건강관리를 해줄 수 있는 체계를 필요로하며, 그 역할의 수행은 특수한 경우를 제외하고는 공공기관에서 맡아야 할 것이다. 그러므로 보건소가 지역주민이 호응하고 참여하는 보건의료기관이 되기 위해서는 지금까지의 국가 주요시책 위주의 사업은 물론이고 지역주민의 요구를 충족시킬 수 있는 사업의 개발 및 수행에 힘써야 할 것으로 생각된다. 지금까지 보건소는 가족계획사업, 급·만성전염성질환관리사업, 모자보건사업, 일차진료사업, 의약감시사업, 결핵

사업 등과 같은 공중보건사업과 일부분의 진료를 주로 담당해 왔고, 대부분의 진료는 민간부분에 크게 의존함으로써 예방보건활동과 진료 서비스부분이 구분되어 관리되었다고 할 수 있다. 그러나 전국민 의료보험의 실시와 의료전달체계의 확립, 급격한 질병양상의 변화로 인하여 공공부분의 적극적인 의료서비스 제공의 강도가 불가피하게 됨으로써 보건기관 기능변화의 필요성이 대두되었다. 따라서 보건소는 보건행정당국으로서의 역할과 보건의료서비스 제공자로서의 역할을 동시에 수행하여야 하며, 예방사업과 치료사업의 접목을 통한 기능 강화방안으로 일차보건의료사업이 적극적으로 시행되어야 한다.

일차보건의료가 도시에서 시행되기 어려운 점의 하나는 도시에는 병·의원 등의 의료자원이 너무 많은 점이다. 보건업무와 의료업무가 명확히 구분되지 않는 일차보건의료의 영역에서는 일차보건사업이 자칫 의사들의 반발을 불러 일으킬 소지가 있으며 현실적으로도 도시의 보건소가 그 업무영역을 순수한 보건분야에서 탈피하지 못하고 있는데서 이러한 문제의 소지를 알 수 있다. 그런데 일차보건의료가 단지 기존의 진료중심적인 병·의원체계를 보완하는 것이 아니라 국민건강관리에서의 형평성 제고를 위한 새로운 전략임을 상기할 때 보건조직의 측면에서도 새로운 접근이 필요하다. 이러한 접근으로 제시된 것이 보건소 조직의 활성화, 지역사회 참여유도, 민간의료기관과의 연계구축, 그리고 보건의료 관리체계활성화 등이다(이규식, 1985).

우리의 도시 보건의료체계는 지난 30-40년동안 치료를 강조해온 결과 예방, 주민건강관리 서비스는 소홀히 해왔지만 앞으로는 인류모두의 건강이라는 전략선상에서 도시보건의료체계의 방향을 건강증진, 일차보건의료로 전환하는 것이 가장 좋은 길일 것 같다.

보건소는 첫째 단계의 보건의료(primary level of care)를 제공하는데 유용하지만 규모와 서비스 그리고 기술이 제한되어 있고, 보통 일과 시간중에만 이용할 수 있다. 보통 보건소에서 제공하는 서비스로는 지역의 보건의료요구를 충족시키지도 못하고, 기본 보건의료기술이 발전하고 지역주민들의 지식과 정보가 증가함에 따라 증대되는 의료 요구도 수용하지 못한다(WHO, 1995).

① 보건소 조직

도시에는 많은 병의원이 있으나 병의원의 서비스는 환자 치료에 그 기능이 한정되어있어 도시민들의 건강증진과 질병예방에 적극적인 역할을 하지 못하고 있다.

일차보건의료서비스를 제공하는 보건소는 보건소 설치 기준에 따라 1개 보건소가 담당하고 있는 인구 수는 대도시의 경우에는 10만-80만, 중소도시의 경우 5만-40만, 군단위에서는 5만-50만에 이른다. 특히 도시지역의 보건소가 담당하는 인구가 지나치게 많으므로 주민전체의 건강관리에 대한 효율성을 제고하기 어렵다.

또한 보건소 활동에서 가장 취약한 것중의 하나는 주민에 대한 체계적인 건강관리를 하지 못하고 있다는 점이다. 이것은 보건소의 관할 인구가 지나치게 크고 도시민들의 특성인 잦은 이동등의 도시의 사회구조적인 문제가 원인으로 생각된다.

현재 우리나라 보건소 조직은 그때 그때 필요하다고 인정되는 사업을 실시하기 위하여 조직을 설정하고 이 조직에 필요한 여러 전문인력을 배치하게 되며 이 인력을 가동시키기 위하여 사업의 목표량을 달성하는 방법을 택하고 있다. 이러한 조직은 그 조직내에 여러 인력이 배치되어 있으므로 이들 인력에 대한 지도 감독을 통하여 질적인 사업을 성취하기는 매우 어려우며 양적인 목표량 달성위주의 외형적인 사업을 추진할 수밖에 없다. 사업의 질적수준이 떨어지면서 보건인력의 사업에 대한 만족감이 낮고 동기부여가 결여되어 근무의욕이 저하됨으로 보건소의 조직목표를 성취하는데 장애요인이 되고 있다.

그러므로 공공보건의료 조직인 보건소의 사업은 인력의 극대화를 통한 사업성취라는 방향으로 전환해야 한다. 즉 동일 전문직 집단의 인력이 같은 조직내에서 사업을 수행하고 이 업무에 대한 감시와 지도감독은 동일전문직에 의해 계속 이루어지도록 하는 체계에 의해 사업이 성취도도록 해야한다(김화중, 1995).

② 지역사회 참여

농촌에서는 마을 건강원과 같은 조직을 지역사회 참여의 방안으로 활용하였다. 그러나 도시는 농촌과 사회구조가 다르기 때문에 다른 접근을 해야한다. 도시에서는 새마을 부녀회원이나 통장이 주민을 모두 알지 못

한다. 나아가 이들은 동의 행정편의를 위하여 임명되고 활용될 뿐 주민이 대표자로서 갖는 대표성이 거의 없다. 따라서 이들은 주민의 대표라기보다는 말 그대로 자원봉사자로서 기능할 뿐인데 이들이 보건문제에 의식화되지 않고는 활발한 활동을 기대하기 어렵다. 도시 보건소에서는 적극적으로 관할구역내 교회나 사회단체, 대학생등의 봉사자원을 파악하여 지역사회주민조직으로 활용하도록 해야할 것이다.

③ 의료기관과의 연계

보건소는 건강문제를 판단해주고 보건의료를 제공하며 필요시 적절한 의료기관을 이용할 수 있도록 도와주는 책임을 갖는다. 더욱이 우리나라와 같은 자유기업형 보건의료전달체계를 운영하는 경우에 보건소가 보건의료소비자측면에서 도움을 주고 주민들이 포괄적인 보건의료를 적정기관에서 적절히 받을 수 있도록 지역건강의 중심처로서 기능을 해야한다.

일차보건의료 조직과 민간 의료기관과의 연계구축에는 그 당위성에는 모두 동의하고 있으나 적절한 방법이 모색되고 있지 않다. 현재 보건소와 인근 의원간에는 보건소가 발행한 정판이나 난관수술 쿠폰을 가진 환자를 의원에서 시술을 대행하는 것과 의원이 자발적으로 유료 예방접종을 시행하는 정도에 그치고 있다. 이것은 사실상 1차보건 개념에 충실한 연계라고 하기 어렵다. 흔히 이러한 연계가 어려운 이유로 병의원이 진료중심적이고 의사들의 의식이 보건사업을 경시하거나 적대시한다는 점이 제시된다. 그러나 의사의 의식이 진료중심적임은 현재의 의료체계 여건상 필연적이고 이를 단시간 내에 변화시키기도 어려운 이상 이러한 조건을 인정하고 이들을 보다 큰 구도하에서 일차보건 사업에 참여시켜 진료전문가로서 역할을 하도록 해야 할 것이다.

④ 보건의료 관리체계

보건의료 관리체계의 활성화는 보건정보 관리체계의 확립과 보건의료인력 관리체제로 나누어 볼 수 있다. 일차보건의료에 필요한 보건정보는 기본적으로 주민등록부와 연계되어 시행되어야 한다. 주민등록부가 전산화되어있는 상황에서 모성보건, 영유아보건, 노인보건 등의 사업대상자를 색출해내는 것은 정부기관간의 협

조만으로 수월하게 이루어 질 수 있다. 이를 근거로 보건정보 데이터베이스를 구축하고 건강관리가 우선적으로 필요한 계층부터 보건요원이나 자원봉사자의 가정방문으로 부가적으로 필요한 보건정보를 수집하여 활용하는 것이 좋을 것이다. 보건의료인력 관리체계는 이보다 어려움이 많다. 자유개업이 용인되는 현실에서 이들의 활동을 규제하는 것이 어렵기 때문이다. 그러나 이 문제도 앞서 지적한 민간의료기관과의 연계방안의 측면에서 장기적으로 추진하는 것이 좋을 것이다. 개업의사 약사들이 지역사회 보건문제 해결에 능동적으로 참여하게 될 때 이들에 대한 효율적 관리도 가능하게 될 것이다.

⑤ 보건과 복지사업 정책의 현황과 과제

보건부문의 경우 전염병 예방 및 관리, 가족계획과 모자보전이 공공보건의 주를 이루어 왔으나, 공공성이 강조되는 새로운 보건수요에 대한 대응이 요구되는 상황으로 변화하게 되었다. 보건의료환경의 전반적인 변화속에서 공공보건의료서비스 전달체계를 담당하고 있는 보건소의 새로운 위상정립에 대한 논의가 활발해지고 있다.

복지부문의 경우 국민자에 대한 구호의 의미로서의 생활보호사업이 공공복지의 대부분을 차지해 왔으나, 이젠 소득수준의 향상에 따라 제기되는 국민의 다양한 복지수요에 대한 대응이 요청되고 있다. 공공부조를 중심으로 한 소극적인 국가의 복지정책으로부터 국민의 전반적인 삶의 질 향상이라는 적극적인 국가의 복지정책이 요구되고 있다(한국보건사회연구원, 1997).

노인인구의 증가, 복잡한 사회환경으로 인한 장애발생의 증가, 가족해체, 여성의 사회참여확대는 보건과 복지서비스에 대한 수요가 증가한다는 점에서 보건과 복지사업의 연계가 필요하다.

III. 결 론

본 연구에서는 도시 저소득층의 건강관리를 위해 도시보건소의 일차보건의료사업의 적극적인 수행을 위해 도시주민과 도시저소득층특성과 건강문제, 도시보건소의 기능과 조직을 고찰하였다. 이러한 고찰을 바탕으로 도시저소득층을 위한 도시보건소의 적극적인 일차보건

의료사업을 위한 정책을 제안하고자 한다

1) 보건소 기능의 확대 또는 동단위 보건조직 설치

전반적 보건의료환경의 변화는 보건소의 역할의 변화를 요구한다. 이에 따라 보건소는 공공성이 높아 민간기관이 담당하기 힘든 보건의료서비스에 집중하고, 민간부문에 보완관계 설정을 통해 지역사회보건의료의 기획 조정자 역할을 담당해야 하며 병원의 부담을 덜어주고 보건의료서비스를 받지 못하거나 필요한 만큼 받지 못하는 도시주민들에게 양질의 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 확대 또는 동단위의 보건조직이 설치되어야한다.

또한 도시 저소득층이 보건의료서비스를 이용할 수 있도록 보건소의 업무시간을 연장하여 저소득층이 하루 일과를 끝내고도 보건의료서비스를 받을 수 있도록 접근성을 높여야 한다.

2) 산업장의 보건관리의 감시기능

도시근로자의 경우 열악한 공장의 작업환경으로 인한 산업재해, 직업병 문제, 사무관리직의 경우 성취동기와 경쟁을 요구하는 산업 사회적 특성은 이들로 하여금 많은 정신적인 부담과 스트레스를 갖게 만들고 이것은 질환으로 연결된다.

노동조건과 연관되는 보건문제가 심각하게 발생하므로 근로자들이 보건문제에 대해 인근산업장의 보건과 감시기능이 필요하다.

3)적극적인 방문간호사업

가족의 의사결정은 전적으로 그 가족성원에 의하여 이루어지므로 보건사업은 가족중심으로 이루어져야 한다. 전문화된 보건요원, 가정간호사조직, 자원봉사집단과 연계하여 직접 주민을 상대할 수 있는 기전이 필요하며 사업내용은 방문간호, 환자관리, 보건교육, 건강관련 문제점 의뢰, 건강진단, 건강상담등이다.

4) 지역 특성에따라 융통성있는 문제중심적인 접근방법

도시에서는 문제 중심적 접근을 해야한다. 주민구성은 바뀌어도 거주지역에 따라 생활정도가 비슷한 주민들이 새로 전입되는 경향을 보일 것이기 때문에 비슷한 보건문제를 갖는 것으로 가정하여 지역특성에 따른

문제중심적인 접근을 해야한다.

5) 도시적 특성에 맞는 보건의료조직과 사업

도시적 특성에 맞는 보건의료조직이 주민속에 적극적으로 파고 들어야 한다. 방법은 지리적인 접근성을 높이고, 보건소 기능에 대한 적극적인 홍보, 공공서비스에대한 주민들의 신뢰도를 높이기 위해 양질의 진료서비스를 제공하고 주민들의 신뢰를 높이기 위한 방안으로 주변 대학부속병원과 연계하여 대학부속병원의 의사들이 파트타임으로 진료할 수 있는 방법을 찾아볼 수있겠다.

6) 보건과 복지업무의 연계

한국보건사회연구원의 보건복지사무소의 시범사업이 효과적임이 증명은 되지 않았지만 저소득층의 건강과 복지는 상호밀접한 관계가 있으므로 보건과 복지를 함께 관리하는 것이 효율적이라고 제안한다.

7) 지역사회 참여

도시에는 자원봉사의 자원이 많다. 도시 보건소에서 적극적으로 도시의 교회나 대학생, 청소년들의 사회봉사활동과 연계하여 그 지역의 주민조직으로 활용할 수있으리라고 생각한다.

8) 의료기관과의 연계구축

대학부속병원과 민간의료기관의 보건 의료인력들이 일상적인 업무활동중에 지장을 주지 않는 범위내에서 일차보건의료에 참여하는 방안을 모색하는 것이 필요할 것이다. 주민을 위한 정기적인 보건교육 프로그램에 강사로, 파트타임 진료의사로 순환적으로 참여시키며 지역사회주민과 민간의료기관, 대학부속병원과의 연계도 이루어지리라 생각된다.

9) 보건의료 관리체계의 활성화

전산화된 주민등록부를 이용하여 모성보건, 영유아보건, 노인보건등의 사업대상자를 색출해내서 이를 근거로 보건정보 데이터베이스를 구축하고 건강관리가 우선적으로 필요한 계층부터 보건요원이나 자원봉사자의 가정방문으로 부가적으로 필요한 보건정보를 수집하여 활용하는 것이 좋을 것이다.

보건의료인력 관리는 관할지역의 보건의료인력들로 구성된 지역보건 협의회와 같은 것을 구성하여 개업의사, 약사들이 지역사회 보건문제 해결에 능동적으로 참여하게 될 때 이들에 대한 효율적 관리도 가능해지게 될 것이다.

참고문헌

강혜규, 이현송(1997), 시범보건복지사무소의 운영평가 및 개선방안, 한국보건사회연구원, 12-13

강복수, 이경수, 김창윤, 김석범, 사공준, 정종학(1991), 도시영세지역 주민의 상병양상과 의료이용행태, 영남의대 학술지 제8권 1호

고려대학교 지역사회개발위원회(1992), 도시농촌별 일차보건의료의 접근, 246-255

김주환, 문옥륜(1992), 의료체계의 정책분석론(일본에서의 실증적 탐구), 의학출판사

김록호(1985), 도시무허가정착지의 일차보건의료모형 개발을 위한 조사연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문

김복연(1991), 의료보호대상자의 의료이용양상, 영남대학교 대학원 석사학위 논문

김한중(1991), 환경여건 변화에 따른 지역보건 행정체계와 기능의 발전방향, 대한예방의학회, 춘계학술심포지움 발표논문

김화중, 윤순녕(1995), 지역사회간호학, 수문사, 320

문창진(1997), 보건의료사회학, 신광출판사, 158-164

서상목외(1981), 빈곤의 실태와 영세민 대책, 한국개발연구원

송건용, 박현애, 이영순, 김태정(1993), 의료이용과 건강행위에 관한 종합분석, 보건사회연구원

송건용, (1996), 건강보장선진화를 위한 지역보건사업 활성화 방안, 한국보건사회연구원, 한림대학교 사회의학연구소 주최 정책토론회 자료

송건용·김홍숙(1983), 우리나라의료요구 및 의료이용에 관한 조사 연구보고, 한국인구보건연구원

송건용, 남정자, 최정수, 김태정(1993), 1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사-국민건강조사결과-한국보건사회연구원

안해균외(1979), 저소득시민의 생활실태에 관한 기초

조사와 정책방향에 관한 연구, 한국사회복지연구소 이규식(1984), 도시일차보건의료 전략의 기본방향과 그 과제, 한국인구보건연구원편, 도시일차보건의료자문회의 보고서

정영일, 남철현외 2인(1998), 지역사회보건 및 일차보건의료, 지구문화사, 16-18

보건간호사회(1994), 보건소 기능 및 지역사회간호사업 활성화 방안 연찬회 그룹토의 참고자료

보건사회연구원(1996), 한국인의 건강과 의료이용실태

보건복지부(1996), 생활보호대상자 현황분석

최일섭, 홍두순, 이달곤(1989), 서울시 저소득층 실태 파악과 대책수립에 관한 연구, 한국산업경제연구원

최일섭, 최성재(1995), 사회문제와 사회복지, 나남출판, 98-99

Andersen, R. , and Newman, J.F. (1975), Social and individual determinants of medical care utilization in the United States, MMFR, 51:95-124

Bong min Yang, Jongin Kim(1991), Cost-Effectiveness analysis of MCH Programs in Korea: Paper Prepared for Asia Pacific Academic Consortium of Public Health, Bangkok, December 6th.

Dutton, D.(1986), Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. Soc Sci Med, 23:72-726

Fossett., J.W. and Peterson, J. A.(1989), Physician supply and medicaid participation. Med Care, 27:386-396

WHO(1995), The Urban Health Crisis
The Role of Health centres in the development of Urban Health Systems

ABSTRACT

Strategies to Activate Primary Health Care for Low-income Population in Urban Area

Myung Hwa Han (Dept. of Nursing, Mokpo Science College)

Poverty directly affects health and well-being. The poor population has a higher rate of chronic illness, higher infant morbidity and mortality rates, shorter life expectancy, more complex health problems, and greater physical limitations resulting from chronic disease.

In order to activate primary health care for the poverty in urban area the following measures should be taken :

1. Health center must be expanded or establish subhealth center.
2. Health center must monitor neighbour's workplace's health management for their working population.
3. Health centers must do active home visiting nursing care for the urban-poor.
4. Health center must carry out flexible problem -centered practice according to the area.
5. For the urban-poor's health care must have organization of the health center & practice according to community's characteristics.
6. Public health care must be closely connected with welfare.
7. For the health care of the urban-poor must demand active community participation.
8. Health center is closely connected with Community hospital.
9. Active management of public health resource system is demanded.