hpm 보건행정학회지 2016;26(4):265–270 | ISSN 1225-4266
Health Policy and Management Vol.26 No.4, 265-270
https://doi.org/10.4332/KJHPA.2016.26.4.265

ORIGINAL ARTICLE

지역사회기반 공중보건정책 강화방안

김동현

한림대학교 의과대학 사회의학교실

Strategy for Strengthening Community-Based Public Health Policy

Dong-Hyun Kim

Department of Social and Preventive Medicine, Hallym University College of Medicine, Chuncheon, Korea

Public health system for more prevention-oriented health promotion rather than hospital-based curative service, focusing population rather than individual, and comprehensive health management in the local community strongly needs to be constructed to solve major issues on efficiencies and equity problems which Korean healthcare system is facing nowadays. Public health promotes and protects the health of people and the communities where they live, learn, work, and play. Medical care tries to cure those who have diseases, but public health tries not to become ill and not to be injured. Debates on how we build or rebuild public health system, which is contrasted with medical care system, are needed in Korea, focusing how needs for healthy community and right to health are fulfilled. Public health specialists for practising population health at local community level should be systematically recruited, the function of public health centers should be strengthened, and new government organization should be established for place-based health management.

Keywords: Public health system; Public health specialists; Healthcare system; Population health

서 론

인구구조의 급속한 고령화와 맞물려 주요 만성질환으로 인한 질병부담 급증과 이로 인한 의료비 상승은 우리나라 보건의료체계의 지속을 위해 조속히 해결해야 할 너무나도 시급한 국가적 과제가 되고 있다. 지금과 같은 치료중심 의료자원의 배분과 이로 인한 고비용구조는 우리나라 보건의료체계(healthcare system)의 효율성(efficiency)에 현실적 의문을 제기한다고 볼 수 있다. 한편 지난 20여 년 한국사회가 직면하고 있는 양극화 경향은 국민들의 건강수준에도 결정적 영향을 미치고 있다. 즉 지역 간, 계층 간, 그리고 연령군 간 건강수준의 양극화가 점점 심화되어 가고 있는 우리의 현실은 왜 건강이 모두에게 보장(health for all)되어야 하는 도덕적 가치가 있는지에 대해 근본적 의문을 제기하고 있다고 할 수 있다.

그런데 이와 같이 효율성과 형평성(equity)에서 큰 문제를 안고 있는 우리나라 보건의료체계를 보다 효율적으로, 그리고 건강격차를 해소할 수 있는 방향으로 발전시켜 나가기 위해서는 치료보다는 예방으로, 개인보다는 인구집단 중심으로, 그리고 지역사회(community)에 기반한 포괄적 건강관리가 가능한 공중보건체계(public health system)의 구축이 무엇보다 필요하다. 그런데 우리나라의 보건의료체계는 개인을 대상으로 한 의료서비스 제공을 중심으로 구성되어 있고, 이마저도 지역사회기반 일차의료를 전제하지 않고, (대형)병원 중심의 왜곡된 의료이용체계를 갖고 있다[1]. 반면, 지역사회에서 지역주민의 건강과 이를 결정하는 광범위한 건강결정요인을 관리하는 공중보건학적 접근을 가능하게 하는 인적, 물적 인프라는 매우 취약하다 할 수 있다. 1980년부터 2000년 20년간 미국의 심장병 사망 감소의 절반은 임상적 개입이 아니라 지역사회기반 예방보건사업를 통해서 가능했다는 최근의 연구보고[2]에 비추어 볼 때, 거의 전적으로 임상의료에 치중된 우리나라 보건의료자원의 배분이 얼마나 적절하지 않은지 알 수 있다. 나아가 최근 메르스 사태와 같은 공중보건위기상황에서 드러난 우리나라 보건의료체

Correspondence to: Dong-Hyun Kim
Department of Social and Preventive Medicine, Hallym University College of Medicine, 1 Hallimdaehak-gil, Chuncheon 24252, Korea
Tel: +82-33-248-2664, Fax: +82-33-256-1675, E-mail: dhkims@hallym.ac.kr
Received: December 15, 2016 / **Revised:** December 23, 2016 /
Accepted after revision: December 23, 2016

© Korean Academy of Health Policy and Management
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

계의 문제는 왜 지역사회기반 공중보건 인프라 강화가 국가 건강정책수립에서 무엇보다 주요한 기능과 역할을 담당해야 하는지 근본적 성찰의 필요성을 다시금 제기했다고 할 수 있다.

이 연구에서는 지역사회 중심으로 지역의 건강문제를 풀어나갈 전략을 수립하고, 지역 간 건강격차를 해소하여 국민 전체의 건강수준을 향상시키기 위해 지역사회기반 공중보건정책 수립의 중요성과 필요성을 기술하고, 우리나라 공중보건 인프라 구축을 위한 몇 가지 제안을 하고자 한다.

지역사회건강과 인구집단건강전략

1. 지역사회건강이란?

다양한 차원의 공동체를 의미하는 community는 공중보건 영역에서는 주로 이웃마을(neighbourhood)이나 행정단위(administrative unit)와 같이 지리적 구분에 기반한 지역사회라는 개념으로 사용되고 있다[3]. 이러한 의미에서 '지역'이란 일종의 '위험의 공간(space of risk)'으로서[4], 공간에 속한 '인구집단의 건강수준(population health)'은 공간을 통해 작동하는 여러 가지 건강 결정요인(health determinants)들에 의해 다양한 방식으로 영향을 받고 있다고 할 수 있다. 즉 지역주민의 삶의 질과 건강수준은 보건의료환경 외에 지역의 물리적 환경(기후, 환경오염 정도, 상하수도와 도로 등 도시기반시설, 공원 등)이나 사회경제적 환경(일자리, 생활필수품에 대한 접근성, 교육환경, 지방행정의 지역지원 정도, 법과 관습 및 문화적 차이 등)에 영향을 받는다[5]. 따라서 지역사회건강(community health)은 인구집단대상 질병예방과 건강증진을 위한 공중보건정책수립의 가장 핵심적인 영역의 하나라 할 수 있다.

지역사회기반 공중보건정책 수립을 위해서는 지역사회가 주도적으로 지역의 건강수준을 주기적으로 평가하고, 지역주민의 건강을 향상시킬 수 있는 지역보건사업을 기획하고, 집행하고, 그리고 이를 평가할 수 있는 체계적인 기반이 마련되어야 한다. 아울러 지역 간 건강행태 및 건강수준에서 차이가 존재하는지, 존재한다면 이러한 차이를 만든 요인이 무엇인지에 대한 보다 심층적인 지역사회 건강연구가 필요하다.

우리나라에서 주요 사망원인의 하나인 심장질환 사망률의 지역격차를 살펴보면[6], 2015년 광역지자체별 연령표준화 심장질환 사망률은 남녀 모두 경상도 지역에서 높게 나타났다. 남성의 경우 인구 10만 명당 심장질환 사망률은 경남이 64.9명으로 가장 높고, 이 수치는 제주의 32.1명보다 2.0배 높다. 경남에 이어 부산, 대구, 울산, 경북 등이 높게 관찰된다. 여성은 가장 높은 지역이 울산(35.8명)이었고, 가장 낮은 제주(14.5)에 비해 2.5배 높고, 기타 경상도 지역이 모두 높게 관찰되고 있다. 이를 광역지자체 내 시군구별 5개년(2010-2014) 평균 연간 연령표준화 사망률을 보면(Figure 1), 가장 낮은 서울의 한 기초지자체와 부산의 가장 높은 기초지자체와의 격차는 3.4배에 달하고 있다. 이와 같이 거의 모든 주관적, 객관적 건강결과에서 관찰되는 지역 간 격차는 지역사회 건강수준에 영향을 미치는 구성원의 사회경제적 수준, 건강위험요인들의 분포와 그

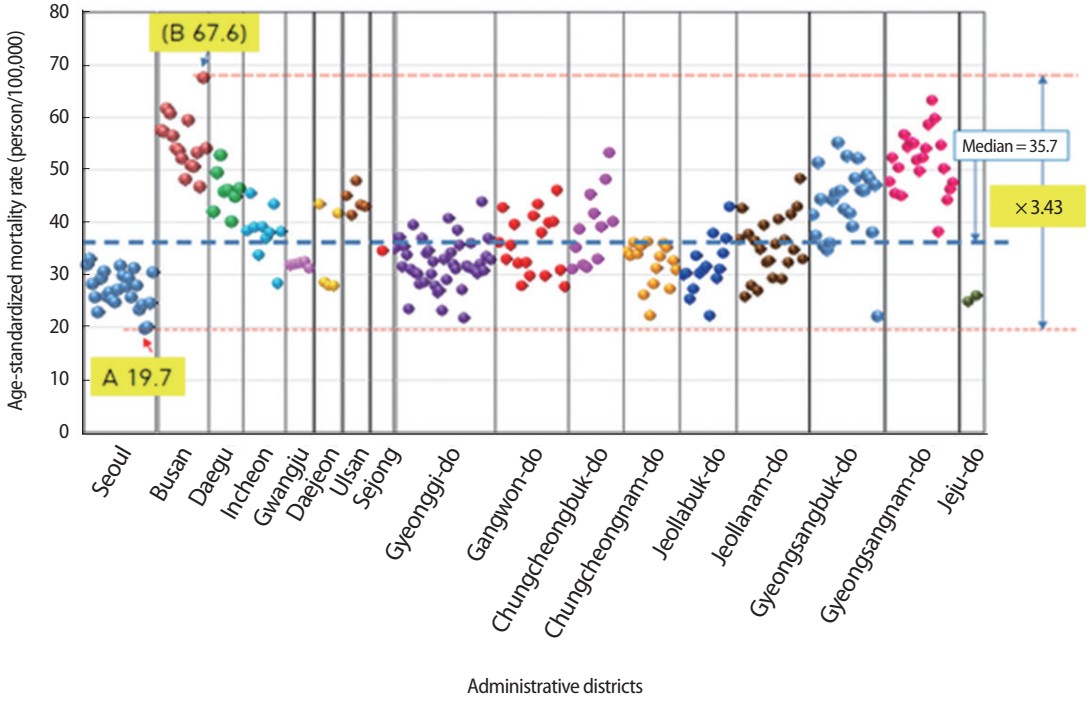

Figure 1. Age-standardized mortality rate due to heart disease according to administrative districts in Korea, 2010-2014.

결정요인, 의료기관에의 접근성을 포함한 사회적 자원, 그리고 사회적 지지체계 및 문화적 요인들이 지역별로 불평등하게 분포하는 데 따른 복합적 요인이 작용한 결과로 추정된다.

2. 공중보건사업에서의 개인주의와 고위험군 접근전략의 한계

20세기 들어서 만성질환시대가 전개됨에 따라 공중보건연구는 개개인의 형태와 관련된 질병 발생위험요인을 찾아내는 데 열중하게 되고(web of causation), 결과적으로 건강과 질병예방을 위한 전략 또한 개인행태에 초점을 맞춘 개인주의(individualism)에 빠져 있다고 할 수 있다[7,8]. 예를 들어 개인수준에서 관찰된 위험요인과 질병과의 관련성을 규명하고자 한 분석역학연구에서 암과 같은 주요 만성질환의 위험요인으로 big four, 즉 흡연, 음주, 운동, 영양 등이 지적된 바 있고[9], 이를 근거로 이들 질환의 예방 또한 고위험 개인에 초점을 맞춘 행태교정 중심의 보건사업전략이 주를 이루게 되었다.

이는 주요 비감염성질환(non-communicable disease, NCD) 발병에 흡연, 음주, 운동, 영양 등 생활습관요인이 직/간접적으로 크게 관여하고 있음이 보고되어 왔고, 따라서 생활습관교정을 포함한 포괄적 건강증진사업을 통해 일차예방적 접근을 모색하는 것이 이들 질병의 사회경제적 부담을 획기적으로 경감시키는 효율적인 질병관리전략이 될 것이라고 기대되어 왔다. 그런데 NCD 관리에서 일차예방적 접근이 갖는 잠재적 효과에도 불구하고, 우리나라에서 이들 주요 만성질환의 발생률, 유병률, 그리고 사망률을 실제적으로 감소시킬 수 있는 효과적인 보건사업내용이 무엇이어야 하는지에 대한 명료한 근거가 아직 불충분한 실정이다. 즉 우리나라 국민에서 어떠한 요인에 대하여 개입하는 것이 NCD 예방효과가 상대적으로 클 것인지, 구체적으로 어떠한 보건사업이 만성질환 예방에 효과적일지, 우리나라의 사회, 의료환경하에서 어떤 접근방식이 효과적일지, 그리고 이들 보건사업을 통해 기대할 수 있는 만성질환 부담의 경감 정도는 어떠할지에 대한 과학적 근거를 창출하는 실증적 연구는 제한적이라 할 수 있다.

이러한 여건에서 개개인의 건강행태의 변화에 초점을 맞춘 보건사업에서는 그러한 행태를 지속하는 개인을 탓하게 되고(blaming the victim), 보다 근원적으로 한 사회에서 그러한 행태를 유발하고, 지속시키는 근본적인 사회적 결정요인이 간과될 수 있다. 즉 한 사회 구성원들에게서 관찰되는 대부분 건강행태는 불건강의 주 원인(causes)이라기보다 그러한 행태를 결정지우는 사회적인 요인(cause of causes)의 결과일 수 있다는 인식의 전환이 필요하다. 따라서 공중보건에서의 핵심적인 질문은 "왜 이 개인이 아프고, 건강행태가 이러한가?"가 아니고, "왜 이 (그 개인이 속한) 인구집단에서는 질병을 일으키는 위험요인의 분포가 이럴까?" 그리고 "이러한 위험요인의 분포를 결정지우는 사회구조적이고, 문화적인 요인이 무엇일까?"가 되어야 한다. 물론 이러한 사회적 맥락의 강조가 행위 주체인 개인의 책임과 자율성을 부정하는 것은 아니다. 그렇지만 지역보건사업에서 행태교정을 강조해야 한다는 건 처음부터 건강한 선택이 가능한 구조와 맥락을 만들어 내지 못했다는 걸 드러내는 것에 지나지 않는다고 할 수 있다[10]. 오히려 개인이 놓인 사회구조적 맥락에 대한 이해를 통해야 개개인의 생활습관과 행태교정을 위한 일차예방적 접근전략이 실효성을 가질 수 있다고 할 수 있다.

고위험집단 대상 행태교정전략과 대비되는 인구집단전략은 집단을 중시하는 공중보건학적 전통에 기반한 접근으로, 전체 인구집단에서 위험요인의 분포를 바꾸어 질병부담을 줄이고자 한다[11]. 이러한 분포이동에 따른 사회적 영향은 클 것으로 기대할 수 있고, 사회가치관과 행위규범의 변화에 기반하기에 문화적으로 수용 가능하고, 지속적으로 운영 가능하다. 따라서 한 지역사회에 속해 있는 개개인이 어떻게, 그리고 왜 이러한 위험행위에 노출되고, 질병에 이환되는지에 대해 파악할 수 있어야, 보다 근원적인 접근이 가능하고, 효과적인 보건사업을 전개해 나갈 수 있다. 이를 위해 지역주민 개개인과 그들이 속한 지역사회와 집단의 역사적이고, 문화적인, 그리고 사회경제적인 맥락에 대한 이해가 필요하다. 이러한 이해는 공중보건에서 인구집단건강에 대한 전망(population health perspective)을 보다 분명히 할 것을 요구하고 있다.

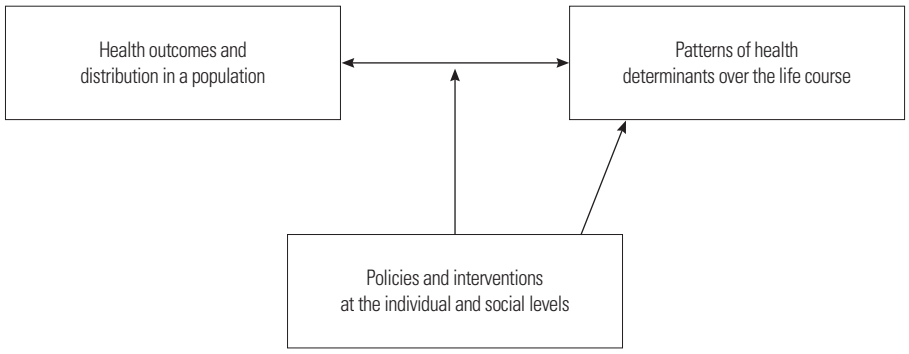

Figure 2. Population health model. The field of population health investigates each of these components and their interactions. Reprinted from Kindig et al. Am J Public Health 2003;93(3):380-383 [12].

3. 인구집단건강 전망

건강과 질병문제를 생의학적 모델에서 나아가 공중보건학적 관점으로 이해하는 것은 인간이 생물학적 존재임과 동시에 사회적 존재이기에 필요하다. 공중보건이 전체 보건의료 타 분야와 가장 분명히 구분되는 점이 바로 건강과 질병을 단지 생물학적 문제로 이해하는 선을 넘어서서 개인과 집단이 처해진 사회적 조건에 주목한다는 점에 있다고 할 수 있다. 이러한 관점의 차이에 따라 건강과 질병문제의 해결을 위한 방향과 내용이 달라진다. 즉 공중보건학적 패러다임에서는 보건사업의 접근전략은 사회현상적 맥락에 대한 이해와 인구집단건강(population health)을 향한 전망에 기반해 마련될 수 있다.

인구집단에서의 건강결과와 이의 분포로 정의될 수 있는 인구집단건강에서는 많은 건강 결정요인이 집단수준(group)에서 영향을 미치고[12], 따라서 집단 간 건강격차가 개인 간 건강차이 못지않게 중요한 의미를 가진다고 보고 있다(Figure 2). 즉 질병과 건강문제에 대한 인식을 개체(case)에 두는 게 아니고, 그 개인이 속한 해당 집단에서의 율(case rate)에 두고, 파악하는 것이다. 예를 들어 한국사회의 자살문제를 개개인의 자살위험행위가 아니라, 한국사회의 높은 자살률에 두고 조망하면 이를 초래한 사회구조적 결정요인에 대한 파악이 필요하게 되고, 자살예방을 위한 정책적 접근방향이 달라질 수 있다. 결과적으로 인구집단건강에서는 건강과 관련된 환경(environment)과 구조(system)의 영향을 개인이 아니라 집단 자체의 건강에 미치는 영향력으로 다루고 있다.

여기서 인구집단은 개개인의 단순 합을 넘어서는 것이고, 집합적인 유기체(collective organism)로 볼 수 있고, 따라서 한 사회를 구성하는 개개인이 건강해지면 결과적으로 전체 집단이 건강(health in the population)해진다는 관점을 넘어서서, 그 집단 자체의 건강(health of the population)이 보다 중요하고[13], 이러한 건강한 사회집단이 개개인을 돌볼 수 있어야 한다고 할 수 있다(caring society) [14]. 나아가 인구집단건강에 기반한 공중보건사업에서는 지역 간 그리고 지역 내 소집단 간 회피 가능한 격차를 해소함으로써 전체 집단의 건강수준의 향상을 목표로 한다.

지역 간 건강수준 및 행태의 변이를 기술하고, 그 원인을 탐색하는 것은 '인구집단전략'의 관점에서 큰 의미를 가지고 있다[11]. 이런 인식하에서 인구집단이 그 자체로 관심의 단위가 된다면 건강을 위한 개입 또한 그 인구집단 자체의 사회구조적 특성에 주목해 이루어져야 하고[12], 이러한 인식에 근거한 접근이야말로 공중보건이 건강과 질병관리를 위해 취할 수 있는 전략 마련의 기본 토대라 할 수 있다. 예를 들어 20세기 역학 위험요인연구의 가장 큰 성과의 하나로 거론되는 흡연에 대한 대응전략도 그 지역사회에서 담배가 생산되고, 광고되고, 배포되는 사회구조적 맥락에 대한 이해를 할 수 있어야, 집단 전체의 건강을 위해 가장 효율적인 인구집단기반 금연전략 마련이 가능하다 할 수 있다.

이러한 집합적이고, 맥락적인 요인들의 영향을 평가하기 위해서는 개인수준이 아닌 집단 자체를 단위로 하는 사업과 사업 평가기반이 마련되어야 하고[12], 이러한 의미에서 지역은 집단건강수준과 그 관련 요인들의 집합, 그리고 이들의 상호 관련성을 가장 직접적으로 관찰할 수 있는 현장이라 할 수 있다. 따라서 지역보건사업은 (지역)인구집단을 표적으로, 건강증진 및 질병예방의 구체적인 전략수립을 가능하게 하는, 광범위한 지역 특성요인과 지역주민의 건강수준과의 인과적 관련성을 파악하고, 이를 기반으로 보건사업을 전개하는 새로운 접근전략의 마련과 이를 가능하게 하는 정책적 접근을 요구하고 있다.

지역사회기반 공중보건정책 강화방안

공중보건은 사람들이 살고, 배우고, 일하며 즐기는 지역사회에서 건강을 증진하고 보호하고자 한다. 의료는 아픈 사람을 치료하지만, 공중보건은 무엇보다 건강한 사람이 아프지 않도록, 상해를 당하지 않도록 예방을 위해 노력한다[15]. 공중보건의 이러한 역할을 강화하여 한국사회가 안고 있는 건강과 질병문제를 전향적으로 풀어가기 위해서는 의료체계와 대비되는 '공중보건체계'의 구성 또는 재구성 논의가 필요하다. 이의 출발은 '지역사회'와 '인구집단'에서 지역주민이 필요로 하는 건강과 건강권에의 요구를 어떻게 충족시켜나갈 것인지를 중심으로 전개될 필요가 있다. 이러한 인구집단건강의 관점에서 지역사회기반 공중보건정책 강화방안으로 검토되어야 할 과제를 인력과 조직의 측면에서 검토해 보면 다음과 같다.

1. 지역사회 공중보건 전문인력의 체계적 양성과정 신설

무엇보다 사람이 중요하다. 지역사회기반 공중보건 전문가(public health professionals)는 지역사회 건강문제에 대한 인식과 해결을 현장(예를 들어 지역, 학교, 그리고 직장 포함)을 중심으로 풀어나가고, 지역현장에서 인구집단 대상 공중보건학적 프로그램을 구상, 실천하고, 이의 효과를 지속적으로 평가해 나가는 전문인력을 말한다. 우리나라는 불행히도 이러한 인력을 양성하는 체계적인 교육양성시스템이 부재하다. 보건의료체계를 책임지는 주요 직종의 하나인 의료인을 양성하는 의과대학에서도 지역사회와 공중보건 영역에서 활동할 전문의료인을 교육하는 과정은 부실하기 짝이 없다. 이는 공공의료를 담당하는 의과대학 하나 새로이 신설한다고 해서 결코 해결되는 문제가 아니다. 지역사회와 공중보건에 대한 깊은 이해와 소명감 없이 임상술기만 습득한 의료인을 기계적으로 지역에 배치한다고 지역주민의 건강이 관리될 수 없다. 개인과 집단의 건강문제 해결에 있어 의학적 접근과 공중보건학적 접근이 어떠한 관련성이 있는지, 지역사회에서 일차의료를 활성화하여 지역사회기반 주민건강관리는 어떻게 통합적으로 구현될 수 있는지 하는 내용들이 모든 의과대학의 교육과정에서 체계적으로 다루어져야 한다. 이러한 기본교육과정을 거쳐야 공중보건을 전담할 전문의료

Figure 3. Core competencies in the education program for community-based public health professionals in Korea, 2016.

인력이 안정적으로 배출될 수 있다. 우리나라의 취약한 공중보건 구조하에서 하부 보건사업 수행조직이라 할 수 있는 보건소에 근무하는 인력도 의료서비스 제공에 따른 전문직역 중심으로 선발되어 공중보건 전문가로서의 자기 정체성은 찾아보기 어렵다. 이러한 양질(qualified)의 공중보건전문가 없이는 지역사회에서 인구집단 건강 관점하에서 공중보건사업을 제대로 펼쳐 나가기 어렵다.

공중보건 영역에 종사하는 의사인력에 국한해 볼 때, 현재 우리나라에는 전국 254개 보건소와 1,500개 보건지소에 정규직 의사 약 1,000명과 공중보건의사 약 3,000명이 근무하고 있다. 과거 농촌을 중심으로 의료서비스가 부족한 현실을 타개하기 위해 도입된 공중보건의 제도는 사실상 지역사회 공중보건사업의 효율적 수행과 공중보건 전문인력 역량강화와는 무관한 단순 진료서비스 제공자로 역할을 해 왔고, 이제 그 수명을 다한 것으로 보인다. 정규직 의료인력도 open market하에서 아무런 사전 질적 역량 검증과정 없이 지역보건사업 영역에 진입하여 상당 기간은 공중보건사업에서 공중보건 전문의료인(public health physician)으로서 역할을 제대로 수행해 내기 어려운 실정이었다 할 수 있다.

따라서 기존 및 신규 공중보건전문가를 양성할 단기, 중장기 계획에 기반한 체계적 교육과정의 신설이 필요하다. 단기적으로는 공중보건전문가를 집중 육성할 수 있는 정부와 관련 학계가 주도하는 최소 2년 과정의 연수교육과정을 신설하여 현재 현장에 일하는 지역보건사업인력을 대상으로 공중보건과 지역보건사업에 대한 이론과 실무를 재교육하고, 새로이 진입하고자 하는 인력에 대한 필수 교육과정의 개발이 필요하다. 이를 담당할 정부조직(가칭, 공중보건연수원)을 신설하여 교육생에 대한 전적인 지원업무를 담당하게 하도록 해야 한다. 참고로 2016년 대한예방의학회는 보건소장협의회와 공동으로 6개월 과정의 지역사회 공중보건리더 양성 집중 교육과정을 진행한 바 있다(Figure 3). 이에는 공중보건사업이 지역현장에서 다부문적 협력(multi-sectoral collaboration)을 기반으로 전개되고, 지역주민의 건강을 결정하는 광범위한 사회적 결정요인을 다루고, 모든 정책에서 건강이 중심이 되는 인구집단건강을 위한 전략적 접근을 가능하게 하는 인적 핵심역량의 강화를 주 교육내용으로 하고 있다. 캐나다의 경우에도 이와 유사하게 7개의 핵심역량과 36가지의 세분화된 과제를 구성하여 공중보건전문가 양성에 활용하고 있다[16]. 보다 장기적으로 의과대학과 공중보건 관련 학과 출신에 대한 인증 수련을 통해 양질의 공중보건전문가 경력과정(career path)의 도입을 적극 검토해야 한다. 아울러 중앙 및 지방정부는 이들이 지역사회 보건사업 영역에서 제 역할을 할 수 있도록 공적 공중보건체계 조직구성과 여건 마련을 위해 체계적인 지원을 하여야 한다.

2. 지역 보건소의 조직 위상 강화와 기능 개편 및 새로운 공중보건 전담 정부조직 신설

우리나라 250여 기초지자체의 지역보건소는 지역사회기반 공중보건사업을 수행할 공적 조직이라 할 수 있다. 이들 조직이 지역주민을 대상으로 일상적인 질병예방과 건강증진사업을 보다 효율적으로 수행하고, 다양한 형태로 다가올 미래의 공중보건 위기상황에서 지역단위 현장 컨트롤 타워 역할을 실제적으로 해내기 위해서는 현 보건소의 조직의 위상을 강화해야 하고, 그 기능과 역할을 전면 개편해야 한다.

보건소 조직의 위상 강화는 지역보건사업의 조정자로서의 질적으로 우수한 공중보건전문가가 지역현장에서 전문적인 역량을 발휘할 수 있도록 보건소를 관할하는 중앙 및 지방 정부 부처의 조정이 필요하다. 이를 위해 중앙정부는 지자체 단위 보건소에 권한을 이양해야 하고, 이를 감당할 수 있는 예산과 인력 그리고 조직을 갖

출 수 있도록 지원하여야 한다. 무엇보다 보건소에 역량 있는 공중보건 전문인력이 근무할 수 있도록 인력 충원 및 양성과정에 대한 개편이 필요하다.

이를 기반으로 보건소는 감염병 예방관리를 위한 방역사업뿐 아니라 통상적인 지역사회건강을 위한 건강증진사업을 위해서도 지역 소재 민간의료기관을 포함한 유관기관의 참여를 이끌어내고, 이들이 지역사회건강에 기여할 수 있게끔 하는 조정자로서의 역할을 할 수 있어야 한다[17]. 나아가 보건소가 지역사회기반 건강관리(place-based health care)를 실제적으로 총괄할 수 있도록 해당 지역 내 학교보건, 환경보건, 그리고 직장보건을 통합관리할 수 있는 법적, 제도적 구조 개편이 필요하다.

이를 위해 현재 중앙정부와 지방정부의 건강정책 관련 부서와 질병관리본부 등에 산재되어 있는 공중보건정책 수립과 지역보건사업을 실질적으로, 그리고 전문적으로 총괄할 수 있는 공중보건 전담 정부조직의 구성이 필요하다. 이는 지금과 같은 의료서비스 제공 중심의 국가보건의료체계를 지양하고, 예방과 공중보건 중심의 지역사회기반 건강관리체계를 구축하고, 운영해 나간다는 차원에서 지엽적인 개편보다는 전적으로 새로운 건강가치를 지향하는 정부조직을 만들어 나간다는 차원에서 접근해 나가야 한다(예를 들어 질병관리본부 조직 격상을 통한 확대 개편 또는 공중보건청의 신설 등). 이러한 정부조직은 첫째, 공중보건 정책수립과 지역보건사업 집행의 통합적 설계, 운영, 그리고 평가가 가능한 전문적인 조직, 둘째, 중앙정책당국–광역단위 건강관리조직 및 지역단위 보건소와 보건지소 간 수직적, 수평적 통합(vertical and horizontal integration)을 통한 인적·물적 자원의 유기적 흐름과 협력이 가능한 유동적인 조직, 셋째, 지역보건사업의 수행에 있어 지역주민의 참여와 주도성을 보장하여 민주적 거버넌스를 실현해 낼 수 있는 열린 조직을 지향하여야 한다.

결 론

NCD의 증가와 급속한 고령화가 맞물러 효율성과 형평성에서 큰 도전에 직면하고 있는 우리나라 보건의료체계를 보다 효율적으로, 그리고 건강격차를 해소할 수 있는 방향으로 발전시켜 나가기 위해서는 치료보다는 예방으로, 개인보다는 인구집단 중심으로, 그리고 지역사회에 기반한 포괄적 건강관리가 가능한 공중보건체계의 구축이 무엇보다 필요하다. 이의 출발은 '지역사회'와 '인구집단'에서 지역주민이 필요로 하는 건강과 건강권에의 요구를 어떻게 충족시켜나갈 것인지를 중심으로 전개될 필요가 있다. 인구집단에서의 건강결과와 이의 분포로 정의될 수 있는 인구집단건강에서는 많은 건강결정요인이 집단수준(group)에서 영향을 미치고, 따라서 집단 간 건강격차가 개인 간 건강차이 못지않게 중요한 의미를 가진다고 보고 있다. 따라서 지역보건사업은 (지역)인구집단을 표적으로 광범위한 지역 특성요인과 지역주민의 건강수준과의 인과적 관련성을 파악하고, 이를 기반으로 보건사업을 전개하는 새로운 접근전략 마련과 이를 가능하게 하는 정책적 접근을 요구하고 있다. 이를 위해 지역사회에서 인구집단건강 향상을 위해 실천할 공중보건전문가를 체계적으로 양성해야하고, 이들이 활동할 수 있는 지역단위 공중보건 현장조직의 위상을 강화하고, 지역 보건소가 지역사회기반 건강관리를 실제적으로 총괄할 수 있도록 보건소의 기능에 대한 전면적 개편이 필요하다.

REFERENCES

1. Kim YS, Choi YJ. The ecology of medical care in Korea. J Korean Med Sci 2016;31(11):1684-1688. DOI: https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.11.1684.
2. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med 2007;356(23):2388-2398. DOI: https://doi.org/10.1056/nejmsa053935.
3. Thurston M. Key themes in public health. New York (NY): Routledge; 2014.
4. Curtis S. Health and Inequality: geographical perspectives. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2004.
5. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? Soc Sci Med 2002;55(1):125-139. DOI: https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00214-3.
6. Statistics Korea. Korea statistical information service. Daejeon: Statistics Korea; 2015.
7. Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. Am J Public Health 1996;86(5):678-683. DOI: https://doi.org/10.2105/ajph.86.5.678.
8. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? Soc Sci Med 1994;39(7):887-903. DOI: https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-x.
9. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. J Natl Cancer Inst 1981;66(6):1191-1308.
10. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. Am J Public Health 2010;100(4):590-595. DOI: https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652.
11. Rose G, Marmot MG, Khaw KT. Rose's strategy of preventive medicine. updated ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
12. Kindig D, Stoddart G. What is population health? Am J Public Health 2003;93(3):380-383. DOI: https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.380.
13. Reidpath DD. Population health: more than the sum of the parts? J Epidemiol Community Health 2005;59(10):877-880. DOI: https://doi.org/10.1136/jech.2005.036046.
14. Health Canada. Strategies for population health: investing in the health of Canadians. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health; 1994.
15. American Public Health Association. What is public health [Internet]. Washington (DC): American Public Health Association [cited 2016 Dec 10]. Available from: https://www.apha.org/what-is-public-health.
16. Public Health Agency of Canada. Core competencies for public health in Canada: release 1.0 [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2008 [cited 2016 Dec 10]. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf.
17. Na BJ, Kim DH. Improving capability of local public hospital and health center against newly emerging infectious diseases after Middle East respiratory syndrome epidemic in Korea. J Korean Med Assoc 2015;58(8):700-705. DOI: https://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.8.700.