

건강증진사업의 추진 및 조직 개발 방향

고려대학교 의과대학 예방의학교실 안 형 식

1. 서론

우리나라의 건강증진 정책은 도약기에 있다고 할 수 있다. 그동안 이루어진 몇가지 계기를 보면 1995년에 국민건강증진법이 제정되고 1997년부터 담배에 부과된 건강부담금이 지속적으로 늘어나 2005년 국민건강증진기금은 총 1조 5천억원이 되었으며, 건강부담금은 앞으로도 더 오를 예정이어서 건강증진사업을 추진할 수 있는 재원의 기반은 어느 정도 이루어지고 있다고 할 수 있다. 건강증진을 위한 정책과 사업도 강화되어 정부에서는 건강증진 기금 사업단의 설립하고 보건소에 주민건강증진센터 설립 하는 것을 비롯하여, 보건소 단위에서 시행하는 건강증진 사업의 종류도 많아졌다. 생활습관에 의한 만성질환이 많아지고 노인인구의 증가에 따라 질병예방과 의료비 절감을 위한 방편으로서 건강증진사업은 관심을 받을 것으로 생각된다.

이처럼 건강증진사업에 대한 관심이 높아지고 이전보다 활성화된 것은 사실이지만 건강증진사업에 대한 전반적인 좌표 설정과 사업의 추진방향 등에 대한 논의는 아직까지 시작의 단계라고 할 수 있다. 오히려 이에 대한 충분한 검토가 없이 사업이 진행되고 있는 측면도 있어 건강증진의 개념 및 전략, 영역과 사업의 실행을 위한 조직개발에 대한 논의가 필요한 시점이다. 오늘 발표에서는 아직은 초보단계이지만 최근들어 유리한 환경을 맞고 있는 우리나라의 건강 증진 사업의 전반적인 방향과 필요한 조직 분야에 대한 논의를 하고자 한다.

2. 우리나라 건강 증진 사업의 범위와 영역

국가가 중점적으로 추진해야할 건강증진의 영역에 관해서는 논의가 많이 있었으나 논자에 따라 설정하고 있는 영역에서 차이가 존재하고 범위에 대한 의견이 다르곤 한다. 건강증진의 개념을 어떻게 잡느냐는 점은 사업의 범위와 내용을 정하는

것과 직결된다는 점에서 중요한 점이라고 할 수 있다.

일반적으로 건강증진의 개념은 영양, 체중관리, 운동, 적당한 음주, 금연 등 건강행태변화에 초점을 둔 비교적 협의의 개념과, 이 이외에 질병위험요인의 조기발견·관리를 포함하는 광의의 건강증진으로 구분할 수 있다. 상당수 논자는 두가지 중에서 보다 광의의 범위를 채택하는데 동의하고 있다. 예를 들어 「지역사회 건강증진사업의 영역」에서 기술된 ‘질병초기에서부터 말기환자에 이르기까지 기존의 질병예방이나 의료서비스와 연계된 건강증진의 영역이 있으며, 건강, 질병, 죽음에 이르기까지 모든 단계에서 실현 가능한 건강증진 프로그램을 개발하여야 한다’라는 건강증진의 개념을 제시하고 있다. 지역사회건강증진모형개발에서도 건강증진을 ‘단순히 질병의 치료나 예방에 그치는 것이 아니라, 건강행위의 실천과 건강위험요인을 조기발견, 관리함으로써 건강을 유지·향상하기 위한 제반 수단을 강구하는 것’으로 질병의 1, 2, 3차 예방을 모두 포함하는 개념을 사용하였다.

이러한 논의가 구체화된 것은 2003년에 보건복지부에서 제정한 국민건강증진종합계획(Korea Health Plan 2010)이다. 이는 미국 보건후생성이 발간한 『Healthy People: The Surgeon General's Report On Health Promotion And Disease Prevention』과 1990년의 『Healthy People 2000』의 접근 방법과 내용을 상당부분 참조하였고, 이 보고서와 마찬가지로 건강증진의 광범위한 영역을 다루었다. 이 계획에서는 국민의 건강증진을 위하여 2010년까지 75.1세로 건강수명을 연장하는 것을 목표로 하고 있으며 건강생활실천분야, 질병예방서비스, 건강보호환경분야 등 총 19개 영역을 선정하였다.

이 계획의 특징이나 한계점은 다음과 같다.

- 1) 건강증진 계획은 목표설정에 중점을 두었다. 이 목표를 달성하기 위한 구체적인 방안은 제시되지 못하였다.
- 2) 국가의 지역단위에서 측정할 수 있는 수준이 되지 못하고 있다.
- 3) 목표 설정의 기반이 되는 우리나라의 자료를 이용하지 못하였다.

이러한 제한점에도 불구하고 건강증진 계획은 우리나라의 건강증진 정책을 이끌어 나갈 이슈와 비전을 제시하였다는 면에서는 타당해 보인다. 건강증진의 영역이 광범위하고 목표중심으로 가야한다는 점에는 동의하지만 문제는 정부에서 제시한 건강수준의 목표에 도달할 수 있는 방법이 어떤 것인가 하는 점이다.

3. 건강 증진에 대한 제약요인

건강계획에 목표의 설정에도 불구하고 현재 우리나라의 건강수준은 우리 사회가 갖고 있는 가능성에 비하여 달성 가능한 목표를 이루고 있다고 생각되지 않는다. 이러한 목표를 달성하는데 있어서 많은 제약요인이 예상되며 다음과 같이 구분하여 볼 수 있다.

1) 건강에 대한 현재의 지식과 의료의 규범

건강증진의 가능성은 기본적으로 우리사회가 갖고 있는 지식의 수준과 건강에 대한 투자 등에 의하여 제한을 받을 것이다.

(1) 건강 향상을 위한 개입수단의 효과에 대한 정보부재

여러 행태의 생활습관과 행태가 건강수준에 영향을 준다는 근거는 충분하지만 건강수준의 향상을 위하여 취할 수 있는 개입방법(intervention)중 어떤 것이 우리실정에 맞고 효과적인지가 명확하지 않다. 인구집단을 대상으로 한 보건사업의 효과평가는 방법론적으로도 어렵고 경험도 적을뿐더러 연구에 따라 결과도 상이하다.

예를 들어

- 많은 건강증진이나 예방서비스의 효과에 대하여서는 경험이 많지 않다. 보건의료분야의 주요한 개입방법을 정리하고 있는 Cochrane Systematic review에서도 공중보건, 건강증진 영역의 숫자는 의료서비스 분야에 비하여 현저히 떨어진다.

- 효과를 평가한 연구의 경우에도 그 결과는 혼재 되어있다. Fielding 등은 예방접근의 효과에 대한 방법 등을 검토하였는바 인구집단을 대상으로 한 수돗물 불소화 사업 등은 명백한 효과가 있었으나 개인을 대상으로 한 보건교육과 같은 접근방법의 효과는 명확하지 않았다. 심장 질환의 예방을 위한 여러 가지 보건교육의 방법의 효과를 검토한 연구에서도 그 결과는 상이하였다.

- 예방 의료의 경우에도 효과가 산재되어 있다. 영유아에 대한 예방접종, 자궁경부암의 집단검진 등의 효과는 명백하지만 폐암이나 매년 시행하는 건강검진의 효과

는 밝혀지지 않았다.

- 건강수준의 향상의 일환으로서 의료이용과의 관련성도 일부에서는 명확하지 않다. 의료이용과 건강 수준의 차이를 보기위한 대규모 연구인 RAND 연구에서도 무상의료이용을 한 군에서 본인부담금이 있는 군에서 성인의 경우 33% 이용이 증가하였으나 양자간의 혈압이나 시력 등 임상적인 결과물의 차이에는 별다른 차이를 발견되지 못하였다.

- 비용-효과와 같은 각 사업의 상대적인 효율성에 대한 정보가 적어 자원배치에 어려움을 겪는다.

이러한 사정 때문에 국가에서 이루어지는 사업이 표준화되지 못하고 구체적인 내용을 정하지 못하고 있다. 이러한 이유로 보건소에서 진행중인 건강증진 사업은 매우 다양하고 그 효과에 대한 의문이 제기된다. 국가에서도 자원배치의 합리적인 기준을 세우기가 어렵다.

(2) 치료중심, 개인 중심의 의료의 전통

건강이란 개인의 영역에 속하는 사유재와 공공재로서 공중보건의 영향을 받는 영역으로 나뉘어져 있다. 병원을 중심으로 하는 의학과 인구집단의 의료에 관한 우리의 보건의료 체계는 의학과 공중보건의 영역으로 나뉘어져 있고 양자간의 관계는 서로 협력과 조화보다는 분리되어 있는 경우가 많다.

- 인구집단을 대상으로 한 접근에 비하여 개인의 접근이 많다.

우리사회의 전통이 건강이란 것은 기본적으로 개인이 책임을 지는 영역으로 치부되어 왔다. 건강의 일차적인 책임은 개인이며 사회의 책임은 이차적인 것이 사회의 전통적인 관념이라고 할 수 있다.

- 예방보다는 치료부분에 치우쳐져 있다.

우리나라의 보건의료체계는 많은 자원은 병의원을 중심으로 한 의료서비스 부분에 치우쳐져 있다. 의료비 사용을 보면 건강보험 재원의 대부분은 치료분야에 사용되고 있고, 건강증진 기금의 일부도 건강보험의 일부로 제공되고 있다. 현재의 의료비의 치료의 병원 서비스와 공중보건 서비스는 현실적으로나 문화적인 면에서 통

합이 어려운 실정에 놓여져 있다.

2) 사회 및 의료 체계의 문제

(1) 공중보건분야의 취약성

지식과 문화적인 문제 이외에도 구조적이고 체계적인 문제가 건강 수준에 영향을 준다. 건강증진 문제를 담당하는 것이 정부가 되어야 한다는 점은 많은 사람이 동의하지만 우리의 건강 증진을 담당하는 보건체계가 지닌 취약성이 큰 제약점으로 작용하고 있다. 건강증진을 위한 공중 보건체계는 근래에 이르러 많은 향상이 있다고는 하지만, 공중보건 체계는 치료 영역에 비하여 조직이나 영역의 부분에서 취약한 것이 현실이다.

보건사업을 전담하는 보건소 조직이 있으나 보건소의 규모나 역량은 지역주민의 건강을 전담하여 이끌어가기에는 조직이나 인력 구성면에서 취약하다. 공중보건에 담당하는 인력은 보건소를 기준으로 약 20,000명을 넘지 않아 400,00명에 이르는 병원 분야에 비하여 적다. 인력의 질적인 면에서도 높은 수준이라고 할 수는 없다. 보건소 인력의 전문성이 낮고 특히 의사 등 건강증진 사업관련 인력은 필요한 기준의 절반에 미치고 있다.

(2) 공중 보건체계와 의료체계의 분리와 연계부족

공중보건 이외에 지역사회 건강증진사업의 주요 분야인 민간부분과의 연계와 협력면에서도 제한점을 지니고 있다. 공공 부문과 민간 부문간에는 민간의료조직과는 갈등을 빚어오는 경우가 많았고 공중 보건체계는 다른 부서나 민간의 관련조직과 적절한 리더십을 지니지 못하고 있다. 이 같은 현실은 건강증진을 위한 우리 사회의 중요 자원을 충분히 활용하지 못하는 제약요인으로 작용하고 있다.

4. 건강증진 사업의 추진 방향

이상과 같은 제약요인은 우리나라의 의료 체계의 구조적이고 문화적인 배경을 갖는 특성이기 때문에 이런 한계를 극복하는 건강증진 사업의 방향은 매우 복잡하고도 어려운 과제일 수밖에 없다. 정부 비정부 영역 어느 한 부분의 활동만이나 한두 가지 사업으로 이루어질 수 없는 부분이며 모든 개인과 지역사회 자원의 협조를 통하여 일어날 수 있는 일이다. 향후 추진 방향은 다음과 같이 정리할 수 있다.

1) 다양한 건강 결정요인에 대한 접근

건강 향상을 효과적으로 에 대한 접근은 건강의 결정요인에 대한 보다 심층적인 지식을 요구한다. 즉 생물학적, 행태, 물리 및 환경영역의 복잡한 인과관계에 대한 이해가 요구된다. 전통적으로 질병발생의 모형으로 알려진 요인-숙주-환경의 삼각형 모형은 질병예방의 중요한 모형으로 역할을 하였다. 전염병의 예방에 있어서 이 모형의 이해는 행태에 대한 접근보다도 환경에 대한 접근이 효과적이라는 사실을 보여주었다. 환경과 수질의 문제가 있었을 때 손을 씻거나 물을 끓이는 것과 같은 개인에 초점을 두는 접근보다는 상수도의 정수과정의 정비와 같은 환경적인 접근이 효과적이라는 사실이 알려져 왔다. 아울러 관심을 끄는 것은 물리적 환경이외에도 사회적인 환경과 건강과의 관련성이다. 우리나라에서도 몇몇 연구를 통하여 계층, 교육수준, 지역 등의 사회적 환경요인이 중요한 건강결정요인으로 알려지고 있다. 사업의 효과라는 면에서도 개인적 접근보다는 환경적 접근이 효과적이라는 사실을 기반으로 환경적 요인에 대한 접근이 필요하다.

2) 인구집단적 접근

지역사회내에서 건강 및 질병위험의 분포는 이분적인 것이 아니라 연속선상에 존재한다. 신체운동, 영양섭취나 혈압 등에서 위험도를 구분하는 기준은 명확하지 않으며 분포도 연속적이며, 대부분의 경우에 적은 비중의 인구집단만이 양극단에 존재하고 대부분의 인구 집단은 중앙지대에 위치한다. 작은 위험도를 가진 대다수의 인구에 대한 접근은 고위험군에 대한 접근보다 큰 효과를 낼 수 있다. 따라서 몇

명의 고위험보다는 전체 인구집단에 대한 위험도 보정 전략은 위험도의 전체 분포를 변화시켜 최대한의 효과를 얻을 수 있다. 건강증진에 있어서도 임상적 접근보다 인구집단적 접근의 효과를 인식하고 이에 대한 접근이 필요하다.

3) 근거중심의 사업 추진

현재 우리나라에서 시행하고 있는 많은 건강증진 사업의 효과와 과학적인 근거에 대한 의문이 제기되고 있으며, 국내외의 경험을 통하여 이미 알려진 과학적인 근거가 있는 사업의 경험이 효과적을 전수되고 있지 못하며 결과적으로 지역사회주민의 건강 향상에 실제적으로 기여하지 못하고 있다. 실제 현장에서 사업을 집행하는 종사자들의 지식수준은 보건의료의 학문적 발전의 속도와는 차이가 있고, 지식을 습득하는 방법도 체계적이지 못하여 이를 실제에 적용하는데 어려움을 겪고 있으며 아울러 중앙정부나 지방차원에서 이를 체계적으로 지원하지 못하고 있다. 따라서 가장 좋은 최신의 근거를 공정하고 명백하게 사용하여 합리적인 의사결정을 하기 위한 보건의료의 정책을 기획하고 실행하도록 하는 것이다.

4) 체제와 조직의 정비

다음과 같은 체제와 조직의 확충이 필요하며 구체적 내용은 이어지는 장에서 논의한다.

- (1) 건강증진 관련 보건체계의 하부구조 확충
- (2) 건강증진 활동을 위한 각 분야의 자원 개발과 연계체계 수립
- (3) 적절한 책임구조와 평가체계의 확립

5. 건강증진 사업관련 조직의 현황 2)

1) 중앙정부의 건강증진 관련 조직

건강증진사업의 수행과 관련된 중앙조직으로는 보건복지부, 재정경제부, 내무부 2) 이상이며, '건강증진사업수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할 분담체계 및 상호연계체계' 건강증진기금 연구보고서, 2001, 에서 주로 인용함

총무처, 문화관광부, 노동부, 교육인적자원부 등이 있다. 지원기관으로는 건강증진기금 사업지원단, 한국보건사회연구원 건강증진개발센터, 건강증진기금심의운용위원회 기타 민간단체 등을 들 수 있다. 중앙수준의 여러 조직 중에서 건강증진사업을 담당하는 핵심조직으로는 보건복지부 건강증진국 산하 각과이다. 보건복지부의 역할은 국민건강증진에 관한 기본시책을 수립·시행하고, 관련부처 및 민간단체와 협조연계체계를 구축하고, 건강증진프로그램의 개발·보급과 시·도 및 시·군·구 사업의 평가 및 기술지원을 수행 등 핵심적인 역할이다. 1995년 당시 건강증진을 담당하는 인원이 보건정책국에 6명밖에 되지 않았으나 현재는 주무부서로서 건강증진과를 비롯하여 인력과 조직이 보강되었다. 건강증진사업 초기부터 복지부 내에 기획, 개별 사업기획, 정책개발 및 사업평가 지도 등의 기술적 지원업무를 담당하는 전문인력이 부족하다는 것이 건강증진사업의 발전과 관련하여 문제점으로 지적되어 왔다.

건강증진개발센터는 지금까지는 주로 보건교육, 홍보자료의 개발 및 교육사업을 중점적으로 수행해 왔으며, 국가건강증진사업의 전략을 수립하고 기획·평가하는 업무를 수행한 경우는 적었던 것으로 보인다.

문화관광부는 생활체육의 진흥을 위한 계획의 수립 및 시행, 건강생활실천운동 등을 전개하는 등 관련 업무를 수행하고 있으며 교육인적자원부에서는 건강증진과 관련하여 학교급식에 관한 기본계획의 수립·지원, 보건교육, 청소년 흡연 예방사업 등을 수행하고 있다. 노동부의 건강증진 관련 업무는 보건관리자가 근로자에 대한 건강관리·보건교육 및 건강증진지도 등의 의무를 지고 있다. 산업안전보건법 등에 건강증진을 위한 법률적 토대가 마련되어 있다.

중앙부처의 과제로는 보건복지부가 건강증진사업에 대한 장기적 정책전략을 세우고, 일관성을 견지하면서 지속적으로 필요한 정책을 기획하는 건강증진업무총괄기능의 강화하여야 한다. 또 건강증진기금을 안정적으로 확충할 수 있는 기반을 마련하여야 하며 에서 지방자치단체 사업에 대한 지원의 비중을 높일 수 있어야 한다. 또한 중앙이 사업계획 및 결과에 대한 평가기준과 방법을 설정하고, 이를 평가할 수 있어야 한다. 타 부처와 중앙수준의 건강증진정책을 논의할 수 있는 부처별 역할분담 및 연계체계의 정비도 필요하다.

2) 광역자치단체의 건강증진 조직

광역자치단체 보건과의 규모는 중앙이나 기초자치단체에 비하여 작다고 할 수 있다. 작은 규모로 인하여 보건사업의 수행, 기획과 평가 등 다양한 기능을 수행하기가 어렵다. 광역 자치단체의 경우 20-40여명의 직원이 근무하고 있다.

시·도는 건강증진을 담당하는 별도의 조직이 없이 기존 보건담당부서(보건과, 가족보건계)가 건강증진업무를 담당하고 있으며, 건강증진업무를 담당하는 인력은 1-5명으로서 시·군·구의 사업에 대한 효과적인 행정지원 및 지도 감독이 어렵다고 하였다.

2001년의 경우 전체 예산은 2430억원이고 이중 일정액이 건강증진 사업예산으로 보고되었다. 전체 광역자치 단체의 예산은 보건사업의 예산액에 대한 산정기준이 지역마다 다르고, 보건사업 중 건강증진사업을 분류하는 기준 역시 달라 그 절대액수와 비율을 비교하는 것은 쉽지 않다. 시·도별 건강증진사업들의 내용은 금연, 모자보건, 가족보건, 구강보건, 운동, 영양, 노인 등 다양한 내용의 서비스들을 제공하고 있다고 한다. 그러나 상당수 기존의 보건사업들을 건강증진사업에 포함시키고 있는 것으로 나타났다. 또한, 이들 사업의 대부분이 광역자치단체가 직접 사업을 수행하기보다는 관련 사업에 대한 예산을 지급하거나 시·군·구가 수행하고 있는 사람을 광역자치단체의 사업으로 설정해 놓고 있는 경우가 대부분이었다. 구체적으로 광역자치단체의 고유기능이라 할 수 있는 건강증진사업의 기획·평가, 기술지원, 홍보물의 제작·배포, 교육훈련프로그램의 운영, 광역단위 사업의 집행은 거의 시행하지 않고 있는 것으로 보인다.

현재 광역자치단체 건강증진사업이 가지는 가장 큰 문제점은 다음과 같다. 첫째, 건강증진사업에 대한 명확한 정의와 사업지침이 체계적으로 마련되지 못하다. 둘째, 시·도 담당자들은 건강증진사업과 관련하여 조직, 인력 및 예산의 부족을 호소하고 있다. 셋째, 광역자치단체의 역할로 간주되고 있는 기획, 기술지원, 평가, 광역단위사업 등은 극히 제한적으로만 시행되고 있을 뿐만 아니라, 이 같은 역할을 수행할 만한 전문성도 확보하지 못하고 있는 것으로 나타났다. 넷째, 건강증진사업의 성격상 중요한 주민의 참여가 광역차원에서는 거의 이루어지지 않고 있었다. 이러한 상황은 현재 건강증진사업에서 광역자치단체의 역할이 대단히 취약함을 의미한다 하겠다. 이런 면에서 조직의 확보, 예산 확보, 건강증진 사업의 개발 등의 과제가

있다고 하겠다.

3) 기초자치단체의 건강증진 사업체계와 문제점

보건소는 면허를 소지한 의사, 치과의사, 한의사, 약사, 간호사, 임상병리사, 방사선사, 물리치료사 등의 전문인력과 사무직종으로 분류되는 보건직과 행정직 그 외 기능직, 별정직 등의 인력으로 구성되어 있다. 보건소의 인력구성중 보건직과 행정직은 전체 보건소 인력의 평균 30.5%, 5.7%를 각각 차지하며, 간호직 인력은 평균 27.0%, 의사는 3.7% 이었다.

보건소중 건강증진 전담조직을 보유하고 있는 보건소가 2003년의 100개 보건소 중 53%에서 2004년에는 156개 보건소 중 77%로 증가하여 건강증진사업에 대한 관심과 노력은 증가하고 있다. 보건소 건강증진사업의 개선을 위한 사항은 현재 156개 보건소가 수행하고 있는 사업을 영역별로 보면 금연 98개소, 운동 128개소, 영양 98개소, 절주 31개소로 4가지 건강생활실천사업이 균형 있게 발전되어야 한다. 2005년도에는 전국의 246개 보건소가 공통적으로 4가지 건강생활실천사업을 모두 수행하도록 할 계획이다. 156개 보건소 중 건강증진사업 전담부서를 설치, 운영 중인 보건소가 120개소에 이르고 있으나 실제 전담인력의 부족으로 사업추진에 많은 애로를 겪고 있다고 응답하고 있다. 따라서 사업운영을 위한 최소한의 인력을 확보하고 지역 내 관련기관의 가용자원을 최대한 활용할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

보건소 건강증진사업의 성패여부는 담당 실무자의 전문지식 및 기술정도에 좌우됨으로 사업실무자에 대한 외부 위탁교육 및 보건소 자체교육(보건지도, 진료소, 학교, 사업장 대상)을 강화할 필요가 있음.

보건소에서 건강증진사업에 업무시간을 할애하는 인원을 보건소 건강증진 담당인력으로 보았을 때 건강증진사업을 담당하는 인력의 수는 보건소 전체인력의 7.0%로 나타났으며, 각 보건소마다 평균 3.0명의 인력이 건강증진사업을 담당하고 있는 것으로 나타났다. 건강증진 담당인력은 1995년 1.5명, 1996년 2.0명, 1997년 2.3명으로 증가하고 있는 추세이다. 건강증진사업의 운영을 위해 신규인력의 배치 또는 기존인력의 재교육 등을 통해 보건소에 보충되어야 할 필요가 있는 인력으로는 '보건교육전문 인력(48.1%)'과 '보건간호 인력(33.6%)'이 가장 필요성 비중이 큰 것으로

나타났다. 주민 및 민간단체간의 연계·조정 능력(27.9%), 건강증진사업의 기획·평가능력(26.4%), 사업에 필요한 지식·기술(22.5%), 보건소 내 타부서 담당자와의 협력(12.4%), 주민을 대상으로 한 직접적인 서비스 제공 능력(10.9%)

사업비 중 정규직 인력의 인건비는 제외한 건강증진 사업비는 평균 4,900만원으로, 보건소 전체 예산의 약 1.5%를 차지하였다.

보건소가 실시하고 있는 건강증진사업 중에서 민간부문의 참여와 연계가 가장 많이 이루어지고 있는 사업영역은 금연(42.9%)과 암(40.5%)으로 나타났고, 민간부문의 연계가 가장 적게 이루어지고 있는 사업영역은 금주(11.8%)로 나타났다. 민간부문 중 대학은 고혈압·당뇨·영양·운동·구강사업영역에서, 병원은 암·고혈압·당뇨, 보건관련협회는 암·금연·영양, 보건분야 이외의 민간단체는 운동·금연·암 등의 사업영역과 주로 연계되어 있는 것으로 나타났다. 건강증진사업의 원활한 운영을 위해 민간부문을 활용할 경우에 경험하게 되는 어려움에 대하여 '활용할 민간부문이 부족한 것'을 가장 큰 애로사항이라고 응답하였다(43.0%). 그 다음으로는 '민간부문을 건강증진사업의 파트너로 활용하기 위한 인센티브의 부족(35.5%)', '민간부문의 건강증진사업에 대한 인식부족(16.5%)', '보건소와 민간부문간 의사소통의 어려움(5.0%)' 등의 순서로 응답하였다

건강증진 사업의 어려움에 대하여 '보건소의 건강증진사업 담당인력 및 전문인력 부족'과 '사업예산의 부족' 등을 건강증진사업의 발전을 가로막는 가장 큰 문제점인 것으로 드러났으며, 업무수행 과정의 측면에서는 '보건소의 일반업무의 과다'와 '보건소 기존 사업과의 업무중복' 등이 건강증진사업 운영에 있어서의 어려움인 것으로 나타났다

국가는 현행 보건소의 업무와 역량을 정확히 평가하여 건강증진사업 영역을 명확히 하여야 한다. 건강증진사업의 우선순위를 설정하여 필수사업은 중앙에서 지정하고(예 : 금연), 나머지 사업은 보건소가 지역적 특성에 맞는 건강생활실천사업을 선택하여 자체적으로 추진할 수 있도록 허용·지원하는 방향이 바람직할 것이다. 현재 보건소는 건강증진 담당인력이 부족하고, 사업 담당인력에 대한 보수교육이 충분히 이뤄지지 못하고 있는 상황이며 건강증진사업만을 전담하는 인력 또는 부서를 두도록 한다. 건강증진사업 담당인력의 사업수행 능력을 향상시키는 것이 중요하므로, 이들의 능력을 개발할 수 있도록 교육과 훈련을 실시해야 할 필요성이 있다. 건강

증진사업의 예산은 해당 보건소의 사업 실시율, 사업의 질적 평가율, 민간단체와의 연계사업 비중 등과 관련성이 높았다. 사업비 지원의 규모를 확대하고, 지방자치단체의 건강증진 관련 예산을 자체적으로 확보하여 사업비를 충분히 확보해야 한다. 건강생활실천사업에서 지역사회주민에 보다 가까이 접근할 수 있으려면, 보건소가 수행하고 있는 건강증진사업 중에서 지역사회에 산재하고 있는 풀뿌리 단체, 혹은 자조모임들과 공동으로 추진 또는 협력하는 사업의 비중이 증가되어야 할 것이다. 보건소가 추진하는 건강증진보건사업에서 민간단체와의 연계가 어려운 이유로 '인센티브의 부족'이 지적되었으며 향후 민간단체와의 연계사업을 더욱 장려하기 위해서는, 지자체 또는 보건소가 민간단체와 연계하여 사업을 수행할 경우, 중앙정부가 더 많은 예산을 지원되어야 한다.

4) 민간 단체의 건강증진

1998년부터 국민건강기금이 조성되면서, 정부는 건강증진사업이나 보건교육·홍보와 관련하여 전문성과 경험이 축적되어 있는 민간단체에 대하여 국민건강증진기금에서 사업비를 지원하였다. 2001년도에 건강증진기금으로 민간단체가 수행한 보건교육·홍보 및 건강증진사업의 내역을 분류한 것이다. 23개 단체에 4,982백만원을 지원하여 사업을 수행한 것을 알 수 있다.

이들 단체들을 5가지 주요 사업영역별로(금연, 절주, 구강보건, 영양, 운동) 정리하면, 금연사업은 한국건강관리협회, 한국금연운동협의회, 한국결핵협회, 한국소비자연맹, 한국담배협회, 절주사업은 대한보건협회, 영양사업은 대한영양사회, 구강보건사업은 한국구강보건협회, 운동사업은 한국운동지도협회가 각각 맡고 있다.

민간단체 본부조직에서 일하는 상근자 수는 많지 않았으며, 대부분 비상근 인력으로 조직을 운영해 나가고 있었다. 또한 대부분 행정담당 인력이 일부 상근하고 있으나, 사업은 단체의 비상근 이사(외부전문가)들이 참여하여 운영하고 있다.

건강증진사업을 담당하는 공식적인 부서가 있는 단체는 많지 않았으며, 설사 있다 할지라도 완전히 독립되어 사업을 전담하는 부서는 아니다. 이러한 부서조차 없는 조직들은 모든 건강증진사업을 전담실무자 1-2명이 총괄하고 있다. 이상을 요약하면

1) 우리나라 정부의 건강증진사업 수행역량은 조직면이나 인력수준의 면에서 취약하다는 점이다. 건강증진사업의 역사가 짧은 만큼 지방자치단체의 보건사업역량이 성숙되지 못하였다.

2) 민간부문에서의 활동은 활발하지 못하며 조직이나 전문적인 면에서 미흡한 수준이다.

3) 공공과 민간부분은 협력보다는 대립이 많았고 협력과 연계의 경험은 일천하다.

6. 건강증진 사업의 조직 개발의 방향

1) 건강증진 사업의 다양한 당사자

건강증진 사업과 관련된 분야는 정부 중심의 공중 보건체계, 병원 등 의료체계, 지역사회 등이 관여한다. 민간이 중심이 된 의료체계는 다시 병·의원 등의 의료제공자, 회사나 사업장, 대학이나 연구소 등의 기관으로 나눌 수 있다. 회사나 산업장 자체는 그 활동자체가 건강과 밀접한 관련이 있으며, 산업장의 작업조건, 산업의료서비스; 환경에의 영향 등 다양한 과정을 통하여 건강수준에 지원한다. 언론분야도 건강에 관한 정보를 제공하고 지역사회와 정부간의 연결고리를 형성한다. 학교도 학생들의 생활습관과 보건교육의 장으로서 건강증진의 역할을 수행한다. 이외에도 지역사회에는 많은 민간기관, 사회단체 종교단체 등 많은 기관이 건강증진과 관련된 활동을 수행하고 있다.

건강증진의 목표 달성을 위하여서는 그 활동이 이상의 각 분야중 어느 한 분야의 활동만으로 이루어질 수는 없다. 건강증진과 관련된 주요활동은 건강상태의 모니터링, 건강문제의 확인, 보건교육, 효과의 평가 등 다양한 노력이 있는바 이러한 각 분야의 협력과 노력이 필요하다. 사회의 다른 영역도 보다 체계적이고, 전략적인 접근을 통하여 건강증진에 기여할 수 있도록 조직화되고 조정되어야 한다. 또 건강증진을 위한 이들 활동의 상당수는 이미 각자의 영역속에서 행하여지고 있다. 예를 들면 보건교육, 질병양상의 모니터 등의 역할은 많은 조직에서 이미 행하여지고 있다.

2) 건강증진에서 정부의 역할 설정

건강증진의 일차적인 담당자는 정부라고 할 수 있다. 이는 건강이 기본적으로 공공재적인 성격을 지니는 것이기 때문이다. 개인이 건강을 위한 생활양식을 선택하는 데는 많은 요인과 상황이 작용하며, 상당부분이 개인의 조절범위를 벗어나 환경적 요인이 작용하고 있다. 생활양식과 밀접한 관련이 있는 질병을 피하고 건강을 증진하기 위해 자신들이 살아가는 방식을 변화시키는 것은 개인에게만 전적으로 달려있는 것이 아니므로, 국가는 '건강한 공공정책'을 통하여 자신이 건강을 위한 행태를 더 쉽게 선택할 수 있게끔 정책을 입안할 필요가 있다. 건강증진을 위하여서는 입법, 재정적, 경제적, 환경적 접근 등 다양한 방식을 통해 사회를 변화시킬 수 있는 건강한 공공정책이 필요하다.

3) 정부의 주역할 - 분야간 협력의 조정과 평가자

정부의 역할이 강화된다는 것이 정부의 사업수행 용량의 확대를 의미하지는 않는다. 지역주민 전체를 대상으로 하여야 하는 건강증진사업의 성격을 볼 때 정부에서 건강증진 서비스 기능을 전담하는 것은 가능하지도 않고 바람직하다고 할 수는 없다. 이보다는 건강증진과 관련된 지역사회의 당사자들의 협력을 끌어내고, 이들 간의 파트너십을 강화하여 각 분야의 역량이 개발될 수 있도록 하는 협력의 주관자로서의 역할이 바람직하다. 즉 정부와 공공부문의 역할은 직접적인 서비스의 제공이 아닌 공중보건의 책임자로서 조정과 평가를 수행하는 역할이 중심이 되어야 한다고 여겨진다. 이는 핵심적인 공중보건의 역할 즉 평가(지역사회 주민의 건강상태 파악, 건강문제 진단), 정책개발(각 분야와의 연계체계, 정책 및 보건계획 수립), 보장(규제와 입법, 인력 세부집단에 대한 서비스 제고 유도) 제시되어 있는바 건강증진 분야에서도 이를 공공부문의 중요 역할은 이에 포함된다고 할 수 있다.

4) 정부 조직의 개발 방향

앞서 살펴보았듯이 공공부문의 건강증진과 관련된 조직이나 역량은 여러 면에서 보아 취약한 형편에 있다. 건강증진 분야의 중요성을 생각할 때 정부의 역할이 강

화되고 조직은 보장되어야 한다. 그런데 조직 강화의 역점은 공공부문의 서비스 제
 공능력의 향상에 치중하기보다는, 민간기관과의 연계체계 확립, 건강상태 평가 및
 기획 등을 핵심적인 기능으로 양성하여야 한다. 이런 점에서 정부의 건강증진 사업
 의 주요 전략이 보건소에서 사업제공역량을 강화하는 것으로 이루어지는 점은,
 한계를 지니고 있다고 생각된다. 정부의 보건조직의 근간인 보건소를 중심으로 사
 업을 수행한다는 점은 일부 필요성이 인정되지만 현실적인 대안일 수 있으나, 지
 역사회 주민 전체를 대상으로 하여야 하는 건강증진 사업을 보건소에서만 전담한다
 는 것은 가능하지 않고 한계도 지니게 마련이다. 지역사회의 보건사업은 보건소를
 중심으로 다양한 민간부분과의 협력을 어떤 방법을 통하여 활성화 한다는 쪽으로
 이루어져야 한다. 인력면에서도 중앙 및 자치단체의 건강증진 인력도 보장되어야
 하며, 보건행정조직의 공식적인 인력확충이 어렵다면 별도의 지원체계나 조직을
 마련하는 것도 고려할만하다. 그러나 현재의 보건소 사업 중 가능한 부분을 핵심
 능력의 향상 방향으로 전환하는 것도 고려하여야 한다.

5) 민간부분의 조직개발과 파트너쉽 개발

정부의 역할이 중심이 되어야 하지만 건강증진사업에 있어서 다양한 민간분야의
 역할이 필요하고 이들 부문에서의 조직도 개발되어야 한다. 이에 (1) 학교 (2) 의
 료기관 (3) 사업장 (4) 언론 등 다양한 분야가 포함된다.

건강증진사업은 가족 및 직장, 지역사회, 국가 차원의 다양한 사업이 추진되어야
 하며 여러 수준에서 공공과 민간부분과 협력하는 연계체계가 수립되어야 한다. 부
 문간의 협력과 연계는 이러한 영역들 사이에서 다양한 형태로 나타날 수 있으며
 지역사회 연계활동에 특별한 관심과 노력이 필요하다.. 최근 정부가 추진하는 금연
 운동에 민간회사나 단체가 참여하거나 혹은 공공기관(중앙정부, 보건소 등)이 추진
 하는 프로그램에 전문학회나 병원이 참여하는 등의 사례는 이미 일례라고 할 수 있
 다. 또한, 자발적으로 만들어진 지역사회 조직이 병·의원이나 대학 등의 민간조직
 과 협력하는 경우도 있다. 부문간 협력은 기획과 평가가 뒷받침되어야 하며, 지속
 적으로 추진되어야 한다.

6) 적절한 책임과 평가 체계 확립

조직과 지원의 확대만이 사업의 확대에 필수적인 조건은 아니다. 건강증진 사업에 대한 적절한 책임구조를 마련하여야 하며, 책임구조는 적절한 성과 평가체계로 뒷받침된다. 전통적인 평가 제도는 환자 진료수, 보건교육 실시횟수 처럼 주로 업무량 기존의 평가 방법이었다. 이는 지역전체를 담당하는 기관으로서 보건소의 역할과는 거리가 있는 것이었다. 즉 이런 평가는 보건소에서 시행하는 사업의 효과를 판단할 수 없다는 의문을 제기한다. 즉 보건소에서 수행한 보건사업으로 주민의 건강상태의 향상정도와 같은 문제는 다루어지지 않았다. 보건소가 추구하여야 하는 목표는 보건소에서 금연 교육을 받은 인원보다는 지역주민 전체의 금연 성공률같은 주민 전체를 포괄하는 지표가 되어야 한다. 즉 지역주민 전체를 대상으로 한 보건사업의 결과에 대한 지표를 통하여 평가가 필요하다. 이의 지표는 접근성이나 과정에 대한 지표보다는 인구집단 또는 대상인구 집단을 분모로한 성과중심과 결과지향적인 것을 우선적으로 사용한다.