

〈증설〉

보건소 건강증진사업의 과거와 미래

이주열†

남서울대학교

〈목 차〉

- | | |
|--------------------|-------------------|
| I. 서론 | III. 향후 고려해야 할 내용 |
| II. 보건소 건강증진사업의 과거 | IV. 맺음말 |

I. 서론

세계보건기구는 건강증진을 새로운 공중보건으로 표현하고 있으며, 1986년 오타와 선언 이후 5차례의 국제회의를 통해 건강증진을 보건의료와 건강수준을 향상할 수 있는 새로운 대안으로 제시하고 있다. 우리나라에서도 변화된 환경에 효과적으로 대처하기 위해 다양한 모색을 시도하였으며 건강증진을 지역사회 보건사업의 활성화 방안으로 제시하고 있다. 이러한 결과로 1995년에 국민건강증진법이 제정되어 국가적 차원에서 건강증진 정책과 사업을 강화할 수 있는 제도적 기틀이 마련되었다. 특히, 법에 근거하여 건강증진기금이 조성되어 1998년부터 건강증진사업 운영에 필요한 재원이 되고 있다.

건강증진은 건강에 유익한 생활양식 및 환경 변화, 예방서비스의 개선을 통해 건강잠재력을

함양하고 건강위험 요인을 감소하려는 데 목적이 있다(변종화 외, 1994). 건강증진은 건강관리에 대한 새로운 변화로 인식되며, 개인이나 지역사회가 가지고 있는 건강잠재력을 최대한 이끌어 내도록 역량을 강화하는 사업으로 간주된다(변종화 등, 1999). 따라서 건강증진은 보건사업에 대한 새로운 패러다임의 변화이며 이러한 변화에 부응하기 위한 일선 보건조직의 노력이 요구된다(이주열 등, 1999). 국민건강증진법에서도 국가와 지방자치단체가 국민들의 건강을 증진하는 지역사회 보건사업을 적극적으로 추진하도록 규정하고 있다. 지역사회 건강증진사업은 주민의 건강 향상을 위하여 1차 예방에 초점을 둔 건강관리 서비스가 주요 활동으로 이는 지역사회의 참여와 지역적 접근을 필요로 하는 활동이다. 따라서 시·군·구 지역단위의 유일한 공공 보건기관으로 예방보건서비스 기능을 주요 업무로 담당하고 있는 보건소를 중심

† 교신저자 : 이주열

충청남도 천안시 성환읍 매주리 21번지 남서울대학교 (우 : 330-800)
전화번호: 041-580-2333, E-mail: ljy@nsu.ac.kr

으로 활성화하는 것이 바람직하다(이주열과 김창보, 2000).

보건소 건강증진사업은 국민건강증진법이 제정된 이래 초기 도입단계로 1998년 9월부터 전국 18개 건강증진거점보건소에서 2001년 6월까지 시범사업이 운영되었다. 그 이후 발전단계로 2002년 10월부터는 100개 보건소로 2004년에는 156개 보건소로 사업이 확대되어 2005년부터는 전국 모든 보건소에서 건강증진기금 지원을 받아 건강생활실천사업을 실시하고 있다. 그러나 양적인 측면의 활성화와 달리 지역사회 건강증진사업의 수행주체인 보건소에서는 여전히 사업방향 설정에 어려움을 겪고 있다. 건강증진에 대한 이해부족, 현실여건 미흡, 제도적 지원 미흡 등 많은 이유가 있겠지만 근본적인 이유는 그 동안 건강증진사업 운영을 위해 필요한 다양한 논의와 점검이 충분하지 못했기 때문이다(이주열과 이윤석, 2003).

이 글은 그 동안 보건소 중심으로 추진된 건강증진사업의 내용을 살펴보고, 향후 보건소에서 사업을 추진할 때 고려해야 할 운영방법을 제시하는데 목적이 있다. 지나온 과거를 돌아보는 것은 앞으로 해쳐 나가야 할 미래를 준비하는 과정이기 때문이다. 그 동안 보건소를 중심으로 추진된 건강증진사업의 경험을 통해서 앞으로 사업에서 고려해야 할 소중한 교훈을 얻을 수 있기 때문이다.

II. 보건소 건강증진사업의 과거

1. 도입기

우리나라에서 건강증진 관련 사업들이 체계적으로 추진되기 시작한 것은 1995년 국민건강

증진법이 제정된 이후부터다. 1996년에 국가 건강증진 목표와 전략이 발표되었고, 1998년 9월부터 건강증진거점보건소를 운영하였다. 시범사업은 1998년 9월에 9개 보건소를 시작으로 1999년에 9개 보건소가 추가되었다(보건복지부, 2001). 건강증진사업을 시작하면서 ‘시범보건소’라는 명칭을 사용하지 않고 ‘거점보건소’를 사용한 것은 향후 사업의 전국 확산을 염두에 둔 것이었다. 즉, 건강증진사업을 전국으로 확산할 경우 각 지역별 건강증진 사업운영에 대한 기술지원을 건강증진거점보건소로 지정된 보건소에서 담당하도록 할 계획이었다.

건강증진사업을 추진하는 초기과정에서 대두된 과제 중의 하나는 기존 보건사업과 관계를 설정하는 것이었다. 조직, 인력에는 변화가 없는 상태에서 사업비만 지원되었기 때문에 보건소에서 건강증진이라는 새로운 영역을 감당하기에는 어려움이 있었다. 이러한 이유로 18개 건강증진거점보건소의 시범사업 내용은 고혈압 예방, 뇌졸중 예방, 학교보건, 구강보건 등 기존의 질병관리사업과 관련되었다. 또한, 사업담당자들이 건강증진에 대해서 구체적으로 이해하지 못하고 사업계획서를 제출한 것으로 생각된다. 왜냐하면, 건강증진과 관련된 전국 보건소의 담당자 및 소장 교육이 2000년 3월부터 시작되었기 때문이다. 보건복지부에서도 시범사업을 체계적으로 운영하기 위해 기술지원단 운영을 1999년부터 연세대 간호대학에 위탁하였다. 건강증진거점보건소 기술지원단의 활동으로 가장 큰 변화는 시범사업 보건소 담당자에 대한 교육훈련이 강화되었다. 이러한 노력으로 1999년 하반기부터 기존 보건사업과 차별화되는 건강생활실천사업(금연, 운동, 영양 등)이 부분적으로 보완되었다.

18개 건강증진거점보건소에서는 협력 대학을 지정하여 관련 전문가들의 참여를 유도하여,

2000년부터는 전국 보건소로 건강증진사업의 필요성과 구체적인 사업방법이 많이 확산되었다. 다양한 관련 전문가들의 참여는 많은 장점이 있지만 서로 다른 방법론의 적용으로 일선 담당자 입장에게 혼란을 주는 단점도 있다. 우리나라의 경우 건강증진에 관한 이론이 정립된 후 사업이 시작된 것이 아니라 시범사업을 하면서 이론적 내용이 본격적으로 소개되었기 때문에 초기사업은 체계적으로 진행되지 못하였다. 이런 상황에서 여러 전공분야 전문가들의 참여는 보건소 입장에서는 단점으로 작용하였다.

건강증진과 관련하여 초기부터 가장 큰 역할을 담당한 곳은 한국보건사회연구원이다. 특히, 건강증진 관련 이론을 국내에 소개하여 국민건강

증진법을 제정하고 보건소 시범사업의 방향을 구체화시키는데 기여하였다. 그러나 건강증진거점보건소 운영에서는 초기에 소개되었던 건강증진 이론이 현장에 적용되지 못한 아쉬움이 있다. 학계의 노력에도 불구하고 보건소 사업담당자에게는 큰 도움이 되지 못 했는데, 현장에서 필요한 것은 학술적인 내용보다는 사업방법과 관련된 실제적인 사례였기 때문이다. 도입기는 보건소에 건강증진사업이 시범적으로 시작되었던 1998년 10월부터 2001년 12월까지로 새로운 사업을 어떻게 운영할 것인가를 고민한 시기였다. 사업방향에 대한 뚜렷한 이정표가 없는 상태에서 보건소가 임의적으로 건강증진사업 내용을 선정하여 혼란을 경험한 시기였다.

<표 1> 건강증진거점보건소의 사업내용

시범사업 지역	사업명
서울 강북구	건강관리 회원 프로그램
서울 은평구	뇌졸중 예방
부산 기장군	노인보건/구강보건
광주 서구	초등학교 중심 자기건강관리
울산 중구	암등록관리/건강생활실천
경기도 구리시	뇌졸중예방
경기도 광주군	지역사회 보건조직 네트워크 구축을 통한 여성건강관리
충북 단양군	질병위험요인발견/건강생활실천/구강보건
충북 옥천군	뇌졸중예방
충남 천안시	고혈압예방/구강보건
충남 서산시	고혈압/당뇨병관리
전북 진안군	고혈압예방/구강보건/금연
전북 남원시	고혈압예방
전남 고흥군	고혈압예방
전남 곡성군	뇌졸중예방
경북 구미시	고혈압예방/구강보건/금연
경북 경주시	학교보건/장애인 건강관리/보완대체의학
경남 창원시	학교보건/구강보건

자료: 건강증진거점보건소기술지원평가단 사업종합보고서, 보건복지부, 2001

2. 발전기-초기

제2기(2002년 10월부터 2003년 12월) 보건소 건강증진시범사업이 진행된 14개월을 발전기-초기로 분류할 수 있다. 18개 건강증진거점보건소 시범사업이 2001년에 종료된 후에 2002년 10월까지 보건소 건강증진사업은 정체되었다. 사업비 지원이 중단되어 거점보건소에서도 더 이상 사업을 진행되지 못하였다. 다만, 전국 보건소에 금연사업비로 소규모(약 3백만원) 예산이 지원되어 교육홍보 중심의 금연사업이 유지되었다.

2002년 10월부터 2003년 12월까지 전국 100개 보건소를 시범보건소로 선정하여 금연, 절주, 운동, 영양 등 4대 건강생활실천사업을 지역 여건에 따라 선택적으로 운영하도록 하였다. 이것이 제2기 시범사업시기로 보건소 건강증진사업의 영역을 4대 건강생활실천사업으로 한정하였다. 이러한 이유로 각 보건소에서는 기존 보건사업과 차별화되는 별도의 사업영역으로 건강증진사업을 이해하게 되었다. 기존 사업과

의 연계부분은 상대적으로 소홀히 다루어졌으며, 각 보건소에서는 건강증진 담당자를 지정하여 담당자 중심으로 4대 건강생활실천사업을 운영하였다. 제2기 시범사업(14개월)기간 동안 100개 보건소가 추진했던 건강생활실천사업의 내용을 살펴보면 운동 60개소, 금연 54개소, 영양 50개소, 절주 14개소 등이었다. 한편, 4대 건강생활실천사업이 추진된 정도를 보건소별로 보면, 1개 사업만 46개소, 2개 사업 35개소, 3개 사업 8개소, 4개 사업 11개소 등이었다(표2 참고).

발전기-초기에는 건강증진기금사업지원단에서 보건소 건강증진사업 평가업무를 담당하였다. 지원단에서는 보건소 건강증진사업을 4개(금연, 절주, 운동, 영양) 분과로 각 분야의 전문가가 사업결과 평가 및 기술을 지원하였다. 참여한 평가위원의 대다수는 보건소 건강증진사업 전문가이기 보다는 건강생활실천 각 영역의 전문가나 보건분야의 원로였다. 건강증진거점보건소 기술지원단에 참여했던 대다수의 교수는 제외되었다.

<표 2> 2002-2003년 보건소 건강생활실천사업 운영 현황(100개소)

수행 사업 수	사업 내용	보건소 수
4개	금연, 영양, 운동, 절주	11
3개	금연, 영양, 운동	6
	금연, 영양, 절주	1
2개	금연, 운동	12
	금연, 영양	6
	금연, 절주	1
	영양, 운동	16
	운동, 절주	1
1개	금연	18
	운동	15
	영양	11
	절주	2

자료: 건강증진기금사업지원단, 2004 자료를 참고로 재구성 하였음.

3. 발전기-중기

2004년부터 전국 156개 보건소로 건강증진사업이 확대되었는데, 이때부터 전국 모든 보건소로 사업이 확대되는 2005년까지 12개월을 발전기-중기로 볼 수 있다. 시범사업기는 아니며 제2기 시범사업의 확산기로 볼 수 있다. 발전기-중기에는 156개 보건소에서 4대 건강생활실천 모든 영역의 사업을 추진하도록 했다. 즉, 금연, 절주, 운동, 영양 등을 건강증진 필수사업으로 운영하게 했다. 이런 중앙의 지침과 상관없이 보건소에서는 1-2개 영역을 사업으로 선정하여 운영했다. 4개 모든 영역을 사업으로 추진한 보건소는 25개소에 불과했다. 보건소별로 4대 건강생활실천 영역을 수행한 내용을 살펴보면, 운동 128개소, 금연 98개소, 영양 98개소, 절주 31개소 등이었다(표3 참고).

발전기-중기는 사업 참여 보건소는 늘어났지만, 발전기-초기와 사업내용을 비교하면 크게 달라진 것은 없다. 이시기를 거치면서 보건소

건강증진사업은 개별화된 4대 건강생활실천사업으로 더욱 고착되었다. 보건복지부에서 발간한 사업안내서는 금연, 운동, 영양, 절주 등으로 구성되어 있었으며, 보건소 건강증진사업 운영과 관련된 포괄적인 접근방법은 제시되지 못했다.

한편, 2004년 10월부터 10개 보건소에서 금연클리닉 시범사업을 실시했다. 금연클리닉은 건강생활실천사업에 포함된 금연사업과 구분되는 사업으로 흡연자를 대상으로 6개월간 행동요법과 약물요법을 무료로 제공하였다(이주열 외, 2004). 4대 건강생활실천사업 이외의 새로운 보건소 건강증진사업이 시작된 것이다. 2004년 12월에는 '건강증진기금사업지원단'이 확대 개편되어 '건강증진사업지원단'으로 변경되었다.

발전기-중기 동안 156개 보건소에서 추진한 4대 건강생활실천사업의 세부내용을 살펴보면 <표4>와 같다. 금연사업은 다른 사업과 달리 다양한 방법으로 시도되었으나 절주사업은 미약하였다. 각 보건소별로 다소 차이는 있었지만

<표 3> 2004년 보건소 건강생활실천사업 운영 현황(156개소)

수행 사업 수	사업 내용	보건소 수
4개	금연, 영양, 운동, 절주	25
3개	금연, 영양, 운동	29
	금연, 영양, 절주	2
	금연, 운동, 절주	2
2개	금연, 운동	21
	금연, 영양	7
	금연, 절주	1
	영양, 운동	30
1개	금연	12
	운동	21
	영양	5
	절주	2

자료: 황인경 외, 2004 자료를 참고로 재구성 하였음

<표 4> 보건소 건강생활실천사업 주요 내용

영역	사업 내용
금연	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 학교 흡연예방교육 ◦ 사업장 금연교육 ◦ 금연지도자 교육 ◦ 금연도우미 교육 ◦ 금연홍보물 배부 ◦ 금연건물 지정 ◦ 청소년 담배판매 모니터링 ◦ 금연자료 대여 ◦ 니코틴 의존도 측정 ◦ 금연보조제 지원 ◦ 청소년/성인 금연교실 ◦ 금연캠프 ◦ 금연 시범학교 운영 ◦ 금연상담실 운영 ◦ 가두 금연캠페인 ◦ 자료 전시/게시 ◦ 지역 언론매체에 금연자료 제공 ◦ 금연 포스터/글짓기/웅변 대회
운동	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 비만교실 ◦ 비만캠프 ◦ 노인체조 운동 프로그램 ◦ 성인여성 운동프로그램 ◦ 성인남성 운동프로그램 ◦ 근로자 운동프로그램 ◦ 운동처방 프로그램 ◦ 당뇨환자 운동교실 ◦ 고혈압 환자 운동교실 ◦ 관절염 환자 운동교실 ◦ 골다공증/노실금 예방 운동프로그램
영양	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 어린이 비만캠프 ◦ 비만아 등록관리 ◦ 임산부 영양교실 ◦ 비만성인 영양교실 ◦ 고혈압/당뇨 영양교실 ◦ 영양교육 ◦ 고지혈증/골다공증 영양교실 ◦ 영양상담 ◦ 영양정보 제공 ◦ 홍보 및 캠페인
절주	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 캠페인 ◦ 청소년/성인 절주교육 ◦ 홍보물 배부 ◦ 자료 전시/게시 ◦ 절주 지도자 교육

자료: 이주열 외, 지역단위 건강증진사업 추진체계 구축, 건강증진기금사업지원단, p24, 2004

대부분의 경우 교육 및 홍보 중심으로 사업이 진행되었다.

4. 발전기-후기

2005년부터 전국 모든 보건소에서 4대 건강생활실천사업을 실시하였는데, 이때부터 현재까지를 발전기-후기로 볼 수 있다. 이 시기에는 보건소 건강증진사업 운영을 체계화하기 '건강증진사업지원단'을 적극 활용하고 있으며, 사업담당자에 교육(건강증진 FMTP)을 중앙집체 교육과 권역별 교육으로 나누어 실시하고 있다. 4대 건강생활실천사업의 모든 영역을 필수사업과 선택사업으로 나누어 각 보건소에서 실시하도록 하고 있다. 2005년에는 보건소 영양사업을

강화하기 위한 시범사업으로 취약계층 임산부 및 영유아 영양보충 사업을 시작하였으며, 기술지원 업무를 한국보건산업진흥원에서 담당하고 있다. 또한, 한방건강증진 허브보건소 사업을 2005년에 시작하게 되었다.

2004년 10월부터 3개월간 시범사업으로 운영되었던 금연클리닉 사업이 전국 모든 보건소로 확대되었다. 금연클리닉의 운영은 상담이 새로운 건강증진서비스로 보건소에 도입되는 중요한 의미를 갖는다. 집단중심의 보건교육 활동이 외에 개인중심의 상담활동이 건강증진서비스로 정착하게 되는 것이다. 상담인력으로 금연상담사를 각 보건소에서 일용적으로 채용하고 금연상담실을 설치하게 된다.

한편, 2005년부터 2006년까지 20개 보건소에

서 주민건강증진센터 시범사업을 실시하였다. 주민건강증진센터에서는 운동, 영양, 절주, 스트레스 등에 대한 개별 상담을 실시한다. 즉, 금연클리닉과 유사한 방법으로 개인중심의 건강증진서비스를 제공하도록 하였다. 그러나 이 사업은 2년간 시범사업이후 사업비를 확보하지 못하여 확산되지 못하고 종료되었다. 다만, 시범사업에 참여한 20개중 일부 보건소에서는 건강생활실천사업비를 활용하여 부분적으로 운영하고 있다. 2006년에는 노인건강증진허브보건소 시범사업과 비만클리닉 시범사업을 시작하였다. 발전기-중기까지만 하더라도 보건소 건강증진사업은 4대 건강생활실천사업 중심으로 비교적 제한되었는데, 2005년 이후 다양한 시범사업이 진행 중이다. 금연클리닉을 제외하면 아직은 시범사업 단계로 소수 보건소가 참여하고 있다.

5. 발전과정에 나타난 문제점

보건소 건강증진사업과 관련하여 제기된 문제점(보건복지부, 2001; 이주열, 2001; 이명순, 2002; 감신, 2004; 배상수, 2007)들은 사업방법, 인력, 조직, 예산, 교육 등과 관련하여 다양하다. 이런 문제점들은 사업 초기부터 관련 전문가들로부터 계속 지적되어 일부 내용은 최근에 상당부분 개선되었다. 그러나 우리나라 보건소 건강증진사업 발전과정에서 나타난 문제점들을 정리한다는 의미에서 이 글에서는 현재 시점에서 판단하지 않았다. 그 동안 보건소 건강증진사업 발전과정에서 제기된 문제점들을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 건강증진에 대한 이해 부족으로 건강증진사업을 막연하게 생각하여 기존 보건사업을 운영하던 방법으로 사업을 추진하였다. 이런 이유로 개인의 건강 행태변화 중심으로 사업이

치중되어 건강에 영향을 미치는 환경변화에 대한 접근 즉, 생태학적 접근은 미흡하였다.

둘째, 건강증진사업 추진과정에서 지역별 특성이 고려되지 못하였다. 또한, 중장기계획에 근거하여 사업이 체계적으로 추진되지 못하고 현실적으로 가능한 사업 중심으로 진행되었다. 이런 이유로 매년 교육 및 홍보와 관련된 동일한 사업이 반복되었다. 2006년에 작성된 제4기 지역보건의료계획에 지역별 중장기 건강증진사업계획서를 포함하도록 하였으나 대부분 중앙에서 제시한 사업 중심으로 계획서가 작성되었다.

셋째, 금연, 운동, 영양, 절주 등 건강생활실천사업을 개별영역으로 나누어 추진함에 따라 업무 운영에 비효율이 발생하고 포괄적인 건강관리 접근이 되지 못하였다. 특히, 보건복지부에서 통합적으로 업무가 조정되지 못한 채 개별사업 단위로 업무지침이 시달되어 일선 보건소 담당자가 업무를 처리하는데 많은 애로점이 있다. 왜냐하면, 중앙에서는 각 영역별 담당자가 필요한 지침을 시달하지만, 일선 보건소에서는 담당자 1-2명이 모든 업무를 감당하기 때문이다.

넷째, 사업 수행주체인 일선 보건소의 인력구성, 업무 형태, 예산, 행정체계 등을 고려하지 않은 채 중앙정부 중심으로 건강증진사업이 추진되었다. 특히, 중앙정부에서 직접 보건소와 사업을 추진해 16개 시도의 역할이 제한되었다. 보건소와 시도가 긴밀하게 사업을 추진해야 함에도 불구하고 정책결정권이 중앙에 집중되어 시도의 역할이 미약하였다. 2005년부터 16개 시도에 건강증진사업지원단이 운영되고 있지만 일부 지역을 제외하면 역할이 미흡한 실정이다.

다섯째, 보건소에서만 건강증진사업을 하는 것으로 잘못 이해하여 민간부문을 적극적으로 참여시키지 못하였다. 간혹 민간단체와 연계할

동의 중요성은 인식하였지만 실제 연계활동은 미흡하였다. 지역주민 참여를 유도하는 중요한 수단이 되는 건강생활실천위원회의 운영이 대부분 보건소에서 형식적으로 운영되었다. 이런 이유로 건강증진사업은 지역사회 보건사업으로 확대되지 못하고 보건소의 개별 사업으로 축소되었다.

Ⅲ. 향후 고려해야 할 내용

1. 운영 방향

보건소 건강증진사업은 크게 두 측면에서 접근되고 있다. 하나는 포괄적 지역사회 역량강화 즉, 특정 질환에 위협이 있는 인구집단에 초점을 두기 보다는 전체 지역사회 주민을 대상으로 하는 건강생활실천분위기 조성사업이며, 다른 하나는 개인단위로 구체적인 건강증진 서비스를 제공하는 사업이다. 건강증진 활동은 건강생활실천분위기 조성사업은 교육, 홍보 중심으로 이루어지며, 건강증진서비스사업은 상담과 의료서비스 중심으로 이루어진다. 건강생활실천사업은 1998년부터 추진되었던 사업으로 금연, 절주, 운동, 영양 등을 중심으로 진행되고 있다. 이와 달리 개인 단위로 접근하는 건강증진서비스사업은 2005년부터 전국 보건소에서 운영되고 있는 금연클리닉과 2005-2006년 20개 보건소에서 시범 운영된 주민건강증진센터가 대표적이다. 이러한 사업은 상담을 통한 행동요법뿐만 아니라 약물요법이나 치료서비스가 연계되어 있다. 앞으로도 보건소 건강증진사업은 건강생활실천분위기 조성사업과 건강증진서비스사업이 동시에 추진될 것으로 예상된다. 이와 같이 추진될 경우 사업운영에서 고려해야 할 점

근방법은 다음과 같다.

1) 장(settings) 중심의 접근방법

1986년 오타와에서 거행된 세계보건기구의 건강증진에 관한 국제회의에서는 '건강증진에 관한 오타와 헌장'을 채택하여 공표하였을 뿐만 아니라 실천 방법으로 '건강을 위한 장(settings for health) 이론'을 소개하였다. 전통적 보건 접근방법은 건강상 문제가 되는 어떤 특정한 문제를 중심으로 이것들이 건강에 얼마나 해로운가에 관한 정보를 유통시켜 개인들이 스스로 생활습관을 변화시켜 그 문제를 해결하도록 하는 것이다. 이러한 방법은 개인의 행동에 영향을 주는 구조적 환경은 변화시키지 않은 채 개인의 행동만을 변화시키려는 접근 방법이다. 그러나 '건강을 위한 장 이론'은 어떤 인구 집단의 건강문제는 특정한 사회 환경, 개인이 속한 집단, 집단과 관련되는 개인의 여러 요인 등이 상호작용하여 일어나는 결과로 본다. 장은 어떤 특정한 인구 집단이 생활하고 일하며 서비스를 이용하는 물리적 환경이 되는 지역은 물론이고 거기에 존재하는 지역사회와 모든 조직체와 그들의 활동까지 포함한다. 장(settings) 중심의 접근방법에서 개입 대상은 개인이 아니라 사회체계가 된다. 따라서 구체적 개입을 고려할 때는 사회체계가 처한 현재의 상황 및 변화되어야 할 방향에 대한 폭 넓은 이해가 필요하다. 똑 같은 개입이라고 하더라도 장(settings)에 따라서 개입의 내용, 방법, 절차, 결과가 다르게 되기 때문이다. 개입 대상은 처음부터 한 조직체 전부일 필요는 없다. 현실 여건을 고려하여 개입 대상을 결정하게 되는데, 당장 조직체 전부가 아니고 일부분을 대상으로 개입하더라도 장기적으로 연결고리를 찾아서 전체에 영향을 미칠 수 있도록 해야 한다.

기존 질병관리사업 운영방법과 건강증진사업이 차별화되는 부분은 개인 중심의 접근 방법 뿐만 아니라 개인의 건강행위 변화와 관련된 지역사회 활동을 강화하거나 제도적 규제를 통하여 건강생활 분위기를 조성하는 것이다. 그동안 우리나라 보건소의 건강증진사업은 개인 중심의 접근 방법으로 건강증진사업을 추진하였기 때문에 지역사회 활동 및 제도적 접근은 제한되었다. 현실적으로 보건소가 주택, 환경, 제도, 법률 등의 제반 공공정책과 업무 연계를 갖는다는 것은 쉽지 않다. 이러한 현실적 제약으로 우리나라 보건소의 건강증진사업은 주민들의 건강생활실천을 유도하여 건강의 잠재력을 향상시키는 사업이 주된 과제로 다루어졌다.

2) 개인중심의 접근 방법

새로운 사업을 운영하는 방법은 두 가지가 있는데, 기존 사업과 별개의 것으로 간주하여 새롭게 추가하는 방법과 기존 사업을 발전적으로 확대하는 방법이 있다. 금연사업을 운영하는 방법으로 기존 보건사업과 별개로 사업대상자를 선정해서 운영하는 것과 기존 보건사업과 연계해서 운영하는 것이 있다. 후자의 경우 고혈압 또는 방문보건 사업대상자 중에서 흡연자를 파악하여 이들에게 금연사업을 실시하는 방법이다. 즉, 기존 사업의 범위를 확대하고 기존 사업대상자를 중심으로 새로운 사업을 실시하는 것이다.

개인을 대상으로 하는 건강증진사업은 기존의 보건사업과 연계된 사업이며 기존의 질병예방 및 질병관리 사업에 대한 질적인 접근이다. 우리나라 보건소는 질병예방 및 보건교육 중심으로 그 동안 사업을 추진해 왔으며 이러한 과정에서 건강증진서비스가 각 사업영역에서 이미 상당부분 이루어지고 있기 때문에 기존 사

업과 차별화 되는 별도의 사업영역으로 건강증진 범위를 규정할 수는 없다. 개인을 대상으로 하는 보건소의 건강증진사업은 별도의 새로운 사업영역으로 이해되기 보다는 기존 보건교육 사업을 활성화하기 위한 새로운 접근방법으로 이해되어야 한다.

2. 운영 방법

1) 지원중심의 보건소 역할

보건소는 지원중심으로 사업에 참여해야 한다. 앞에서 개인중심의 건강증진사업은 기존 사업과 연계된다고 했는데, 실제 사업운영 전략은 기존의 고혈압, 당뇨관리 등의 질병관리 사업과는 분명히 차별화 된다. 질병관리 사업은 대상자를 확인하고 지속적으로 관리하는 방법으로 서비스를 제공한다. 일단 대상자로 선정되어 서비스를 받게 되면 질병이 완치되기 전까지는 보건소에서 계속해서 관리해야 하므로 제한된 자원으로 사업대상자를 확대하는 것은 현실적으로 어려워 제한된 범위의 주민이 사업대상자가 된다. 그러나 건강증진사업은 주민 스스로가 건강관리를 할 수 있도록 지원하는 방법으로 접근하기 때문에 초창기에는 보건소가 서비스를 제공하거나 교육홍보 등을 통하여 분위기를 조성하지만 최종적으로는 주민이 중심이 되어 사업을 진행되게 된다. 지역주민 및 지역단체가 중심이 되어 진행하도록 하고 보건소에서는 행정적, 재정적으로 지원하도록 하는 역할을 담당하게 된다. 이 과정에서 지역주민 단체, 보건지소 및 보건진료소의 참여가 활발히 이루어져야 한다. 이를 위해서 주민대표 중심으로 건강생활 실천협의회를 구성하고 지역사회의 지도급 인사를 건강생활지도자로 위촉한 후 교육을 실시하여 지역사회 건강생활 실천운동의 리더가 될

있도록 하는 것이 바람직하다. 특히 보건지소 및 진료소가 있는 경우 이들의 참여가 절대적으로 필요하기 때문에 사업비의 일부를 지원하는 것이 바람직하다. 이렇게 해야 지역 전체 주민을 대상으로 사업이 가능하고 주민 스스로 자기건강을 관리할 수 있는 능력을 키울 수 있다.

한편, 보건소는 집행과정의 조정 및 감독, 결과의 보고 및 관련 정보의 통합 등을 통해 확고한 조정기전을 확보하여 지역사회 내에서 건강증진사업을 연계·조정·통합적으로 실천하는 것이 효율적인 방법이라고 할 수 있다. 보건소장은 건강증진 업무의 위탁·대행에 따른 제반 업무의 내용 및 범위 등 세부사항을 자치단체의 조례로 제정하여 구체화해야 하며, 변화된 보건행정의 방향에 대하여 지방자치단체 및 보건소 내부직원, 그리고 지역사회에 대해 보다 적극적인 이해와 설득이 필요하다.

2) 포괄적 접근

현재 보건소 건강증진사업은 단일사업으로 축소되어 운영되고 있으며, 접근방법에서도 대단히 제한적이다. 특히 건강증진사업을 개별적인 금연, 영양, 절주, 운동 사업으로 생각하는 경향이 강하다. 금연, 영양, 절주, 운동 등의 사업은 건강생활실천 유도를 위한 하나의 수단으로서 추진하는 사업내용이며 궁극적으로는 이런 사업을 통하여 지역주민이 자기건강관리 능력을 키우도록 하는 것이다. 건강증진사업에서 추구하는 변화의 단위(units of change)는 금연, 영양, 절주, 운동 등이 하나로 묶인 건강생활이기 때문에 개별사업으로 진행하는 것은 바람직하지 않다. 즉, 각 사업별로 사업대상자를 다르게 발굴할 것이 아니라 특정 대상자에게 필요한 건강생활과 관련된 서비스를 함께 제공해야 한다. 건강증진사업의 내용이 다양하면서도 집

중화되어야 한다. 건강증진의 가장 큰 특징 중의 하나는 포괄적인 사업운영 방법이라 할 수 있다.

건강증진사업은 개인의 건강행위 변화를 유도하기 위해서 여러 차원의 다양한 접근방법을 사용하게 된다. 그런데 사업 세부전략이 단순히 다양화하는 것만으로 건강행위 변화를 유도할 수는 없다. 사업 세부전략은 다양화와 집중화가 동시에 추구되어야 한다. 즉, 여러 차원의 집중화된 사업이 진행될 때 사업이 효과를 얻을 수 있다. 개인, 가족 및 직장, 지역사회, 국가 차원의 다양한 사업이 추진되어야 하며, 이들 사업은 개인의 행위변화로 집중화되어야 한다. 금연사업의 경우 개인 차원의 사업은 특정 흡연자를 대상으로 하는 금연교육, 가족 및 직장 차원의 사업은 특정 흡연자 가족 및 직장 동료를 대상으로 금연도우미 교육, 지역사회 차원의 사업은 특정 흡연자가 금연의지를 키울 수 있도록 하는 금연분위기 조성사업, 국가 차원의 사업은 금연구역 확대 등 금연 환경 구축사업이 동시에 추진되어야 한다. 서로 다른 성격의 다양한 사업이 추진되는 것 같지만 이러한 사업들의 목적은 특정 흡연자의 금연실천을 유도하고 지속시키기 위해서 추진된다. 즉, 사업이 특정 흡연자 중심으로 집중화되어 있다.

3) 민간단체 활용

지역사회에서 건강과 관련된 일은 보건소나 의료기관이 담당해야 한다고 인식되어 있다. 그러나 이러한 시각은 전염병시대에는 의학적 접근에 의한 건강관리가 가장 과학적이고 효과적이었기 때문에 문제가 되지 않았으나 질병구조가 바뀐 지금에도 적절한 접근전략이 되지 못한다. 오늘날 만성질환 시대에는 질병의 원인이 명확히 밝혀져 있지 않기 때문에 더욱 다양한

지역사회의 참여와 접근의 요구되고 있다. 민간단체를 활용하여 건강증진사업을 추진할 경우 i) 보건소의 부족한 시설 및 인력문제를 극복할 수 있고, ii) 보건소 직원들에게 선의의 경쟁을 유발할 수 있고, iii) 주민들에게 전문서비스를 제공할 수 있고, iv) 공공조직의 경직성과 비효율성을 완화할 수 있는 효과가 있다. 그런데, 민간단체의 활용은 많은 장점을 가지고 있으나 실제 보건사업에 적용하는 데는 극복해야 할 장애요인이 많다. 특히, 의사 결정자들의 과감한 권한이양, 견해와 전략의 조정, 새로운 참여자들에 대한 문호개방, 다양한 조직문화에 대한 이해, 영역갈등에 대한 조정, 불필요한 경쟁의 지양, 적절한 기술의 제공과 습득 등에 대한 고려가 필수적이다.

민간단체는 보건소 조직과 비교하여 운영에 탄력성이 높다. 따라서 이들 단체와 연계활동을 강화할 경우 보건소의 인력이나 활동범위의 한계를 극복할 수 있다. 그런데 민간단체를 활용하기 위해서는 위탁업무를 위한 예산이 확보되어야 한다. 일부에서는 민간단체에 위탁업무 수행을 의뢰하는 것에 대해서 호의적으로 생각하지 않는데 업무만 위탁하여 예산을 지원하는 것이 아니라 i) 사업운영 지침, ii) 사후 평가 지표 등을 함께 제공하여 보건소가 필요한 사업을 수행하도록 유도하여야 한다. 또한, 민간단체에 사업을 위탁한 후에 보건소 사업담당자는 정기적으로 사업운영 과정을 확인하고 최종 결과보고를 받도록 한다. 지역의 주민단체는 활동 인력이나 조직체계가 미흡하기 때문에 사업을 위탁하고자 할 경우 사업수행 능력을 신중히 평가하여야 한다. 또한, 이런 단체의 경우 회계 결산이나 업무보고에 대한 능력이 결여되어 있는 경우가 많다. 따라서 이런 경우는 위탁업무로 사업을 추진하는 것 보다는 보건소가

주관하는 사업에 참여를 유도하여 실제 활동은 주민단체가 중심이 되어서 하고, 사업비 등 행정적인 업무는 보건소에서 담당하는 것이 바람직하다. 민간단체와 연계 활동 방법은 특정한 원칙이 있는 것이 아니라 사업수행의 효과성, 업무 추진의 효율성을 고려하여 보건소에서 결정하면 된다.

4) 보건소 단위로 인력 및 조직문제 해결

보건소 단위로 인력문제 해결방안이 모색되어야 한다. 효과적인 건강증진사업을 수행하는데 장애요인으로 지적되는 사항 중의 하나는 전문 인력의 부족이다. 건강증진사업이 새로운 방법론적 접근이라고 하더라도 실제 지역사회에서는 신규 사업적 성격의 활동이 증가하게 되며, 기존 보건인력만으로 감당하기 어려운 점이 있다. 따라서 운동, 영양, 보건교육 등의 전문 인력의 필요성이 제기 된다. 그런데, 보건의료 인력의 증원은 현실적으로 제약되고 있으며 이런 문제는 보건소 단위에서 해결하기 어려우며 자치단체 혹은 중앙 정부에서 해결해야 할 정책과제이다. 지역사회 건강증진 사업의 활성화를 위해서 선결되어야 할 문제임은 분명하지만 막연히 중앙에서 문제를 해결해야 된다는 사고에서 벗어나 보건소 단위에서 실현 가능한 방법을 모색할 수밖에 없다. 결국, 필요한 전문 인력 문제는 지역사회의 자원봉사 인력을 활용, 시간제 인력 활용, 기존 인력의 재교육 등을 통해서 해결하는 것이 바람직하다. 현재 건강증진 담당인력은 79%가 간호사로 되어 있는데(이원영 외, 2004), 건강에 대한 요구가 다양화되고 건강결정 요인이 의료외적인 것에서 출발하고 있다는 점을 고려할 때 장기적으로 다양한 전문 인력 채용이 고려되어야 한다.

한편, 보건소에 건강증진 업무를 담당하는 별

도 조직을 만드는 것도 중요하지만 부서별로 업무를 조정하여 각 부서별 기능 및 특성에 적합한 건강증진사업을 개발하는 것이 우선되어야 한다. 건강증진담당자가 지정되어 있다면, 주요 역할은 기존 보건사업과 연계된 건강증진사업을 개발하고 각 사업 담당자와 협의하여 사업이 원활히 수행되도록 지원하는 것이다. 즉, 보건소 건강증진사업은 개별적으로 4대 건강생활실천사업을 추진하는 것이 아니라 기존의 모든 보건사업에서 4대 건강생활실천사업이 포괄적으로 접근되도록 해야 한다.

5) 지역사회 연계 활동

보건소가 지역사회 건강증진사업의 중심체가 되는 것은 바람직하지만 보건소만으로 사업을 추진할 수는 없다. 따라서 보건소가 효과적, 효율적으로 건강증진사업을 추진하기 위해서는 지역사회 자원을 연계시키는 과정이 필요하다. 보건소가 중심이 되어 사회의 다양한 단체와 더불어 사업을 수행하고 이 과정에서 주민 및 지역단체의 참여가 이루어지도록 해야 한다. 이를 위해서 보건소 건강증진 담당자는 지역사회 연계활동에 특별한 노력이 필요하다. 지역사회 건강증진사업의 바람직한 모형은 보건소를 비롯한 지방자치단체의 행정기관이 중심 역할을 담당하면서 관련 공공기관, 민간기관, 주민단체 등의 협력과 지원을 받으면서 사업을 추진하는 것이다. 또한, 지역주민 대표로 구성된 건강생활실천협의회를 적극 활용하여 다양한 의견을 청취하고 필요한 경우 도움을 요청하도록 한다.

IV. 맺 음 말

우리나라 보건소의 건강증진사업 발전단계를 사업 확산을 기준으로 분류하면, 도입기(1998년 10월부터 2001년 12월), 발전기-초기(2002년 10월부터 2003년 12월), 발전기-중기(2004년), 발전기-후기(2005년부터 현재까지)로 나눌 수 있다. 1998년 이후 활발하게 사업이 진행되었으나 여전히 미완성으로 진행되고 있다. 양적으로 본다면 18개 보건소에서 100개, 156개 보건소를 거쳐 2005년 전국 모든 보건소로 사업이 확산되었다. 그러나 아쉬운 점은 도입기의 여러 경험들이 발전기로 넘어가는 과정에서 단절되었다는 점이다. 특히, 3년 동안의 건강증진거점보건소 경험이 발전기에 충분히 확산되지 못한 점이다. 이런 이유로 보건소 건강증진사업은 기존 보건사업과 구별되는 4대 건강생활실천사업으로 자리매김하게 되었다. 발전기(2002년)부터는 금연, 절주, 운동, 영양 등을 필수영역과 선택영역으로 구분해서 사업을 추진하였다. 이에 따라 보건소 건강증진사업은 개별 건강생활실천 영역으로 고착되었고, 이런 사업방법은 오늘날에는 건강증진이 추구하는 목적을 달성하는데 장애요인이 되고 있다. 개별 단위로 접근할 것이 아니라 포괄적으로 접근해야 하며, 보건소의 모든 사업에 건강생활실천 영역이 접목되어야 한다. 이점은 향후 보건소 건강증진사업에서 우선적으로 개선해야 할 과제이다.

예산, 조직, 사업내용 등을 고려하면 보건소 건강증진사업은 지난 10여 년 동안 크게 발전하였다. 이와 달리 사업운영 방법에서는 여전히 미흡한 상태이다. 보건소 건강증진사업이 발전기를 마감하고 정착기로 진입하기 위해서는 지원중심의 보건소 역할, 포괄적 접근, 민간단체 활용, 보건소 단위로 인력 및 조직문제 해결,

지역사회 연계 활동 등 앞에서 제시한 운영 방법들이 충분히 고려되어야 한다. 보건소 건강증진사업이 목적으로 하는 건강지향의 지역사회를 만들기 위해서는 건강과 관련된 지역사회의 역량을 강화시키는 것이 중요하다. 금연, 절주, 운동, 영양 등의 개별 사업을 추진하는 것이 건강증진사업의 목적이 될 수는 없다. 이런 활동을 통하여 지역사회에 건강생활실천분위기를 조성하고 지역 주민들이 스스로 건강관리를 할 수 있도록 유도하는 것이다. 이 과정에서 건강증진서비스가 필요한 경우 제공하게 된다. 이런 점에서 본다면 우리나라 보건소의 건강증진사업은 좀 더 체계화되어야 하는 과제를 가지고 있다.

참고문헌

감신, 보건소 건강증진사업의 방향과 주요 전략, 천안시 보건소 건강생활실천평가대회 자료집, 2004.

변종화, 이순영, 정기혜. 건강증진시범 보건소 운영을 위한 기술지원 연구, 한국보건사회연구원, 1994.

배상수, 보건소의 건강증진사업 추진체계의 문제와 개선방향, 대한보건협회 토론회 자료집, 7-36, 2007.

서미경 외, 건강증진정책의 평가 및 실천방향, 한국보건사회연구원, 2006.

이명순, 지역수준의 건강증진사업의 활성화 방안: 질적 수준의 향상, 한국건강증진학회 춘계학술대회 자료집, 25-46, 2002.

이주열 외, 건강증진사업담당자 교육훈련 교재, 한국보건사회연구원, 1999.

이주열, 김창보. 지역사회 건강증진사업 활성화 방안, 건강증진학회지 2(1):3-12, 2000.

이주열, 건강증진사업의 확산 방안, 지역보건연구회 건강증진세미나 자료집, 59-68, 2001.

이주열 외, 지역사회 건강증진사업 운영 지침서, 한국보건사회연구원, 2001.

이주열, 이윤석, 보건소의 건강증진사업 운영방향, 건강증진학회지 5(1):12-27, 2003.

이주열 외, 지역단위 건강증진사업 추진체계 구축, 건강증진기금사업지원단, 2004.

이주열 외, 금연클리닉 시범사업 평가결과, 남서울대학교, 2004

이원영 외, 차세대 건강증진을 위한 공공보건의료 인프라 확충방안, 보건복지부, 2004.

보건복지부, 건강증진거점보건소기술지원평가단 사업종합보고서, 2001.

건강증진거점보건소기술지원평가단; 보건소 건강증진 프로그램안내서, 2001.

건강증진거점보건소기술지원평가단; 보건소 건강증진사업 운영방안, 2001.

건강증진기금사업지원단, 보건소 건강증진사업 평가결과, 2004

황인경 외. 보건소 건강생활실천사업 내용의 표준화 및 평가지표 개발, 건강증진기금사업지원단, 2004.

Bracht N, Kingsbury L.. Health Promotion at the Community Level. Newbury Park: Sage. 1984

Breckon DJ, Harvey JR, Lancaster RB. Community Health Education, Setting, Roles and Skill. Rockvill: Aspen. 1989.

Chechoway, B. Community participation for health promotion: Prescription for public policy. Wellness Perspectives: Research, Theory and Practice, 1989;6(1):18-26.

Dhillon HS, Philip L. Health Promotion and Community Action for Health in Developing Countries. PP 5-6, Geneva: WHO. 1994

Miner, K.J. & Ward, S.E. Ecological health promotion: The promise of empowerment deuction. Journal of Health Education, 1992;23(7):429-432

<ABSTRACT>

The past and future of health promotion program in health center

Ju-Yul Lee

Dept. of Health Administration, Namseoul University

This paper reviews the past of community-based health promotion program through public health center to suggest the direction of future. The Minister of Health and Welfare has implemented health promotion demonstration programs at 18 public health centers in September 1998. Health promotion programs were spread nationwide in 2005. Now, 251 public health centers have performed health promotion programs. Health promotion includes both actions towards changing determinants, within the more immediate control of individuals, including individual health behavior, and those factors largely outside the control of individuals, including social, economic and environmental conditions. Direction of health promotion programs in public health is divided into two categories: creating environment for healthy lifestyle and health promotion services. The result of this paper will be able to act as a guide for future operation plan in health center.