

보건소 통합건강증진사업의 발전 방향

이주열

남서울대학교 보건행정학과

Future Directions of the Integrated Health Promotion Programs in Health Center

Ju-Yul Lee

Department of Health Administration, Namseoul University

<Abstract>

Objectives: This paper reviews the integrated health promotion program in health center to analyse the problems and to provide the future directions aiming to health promotion block grants. **Methods:** The guidebook for the integrated health promotion program published by the Minister of Health and Welfare were reviewed in this study. And also the empirical results and theoretical considerations were used in making future directions. **Results and Conclusion:** This paper suggested four improvement directions as follows; first, the legal review committee is needed to approve when the central government change the way of health promotion program in health center. Second, the required programs should be replaced by an integrated outcom evaluation indicators. Third, the central government should strengthen the capacity of local government. And finally, visiting training should be conducted each health center.

Key words: Health promotion program, Integrated, Block grants, Health center

I. 서론

우리나라 보건소의 건강증진사업은 1998년부터 시범적으로 운영되기 시작하여 2005년에 전국으로 확대되었다. 사업 명칭은 2005년 건강생활실천사업으로 시작해서 2008년 지역특화 건강행태개선사업, 2012년 건강생활실천 통합서비스사업으로 변경되었으며, 2013년부터는 통합건강증진사업으로 진행되고 있다. 통합건강증진사업은 17개 개별 사업에 지원되던 국고보조방식의 예산을 1개 사업예산으로 통합하고, 그 예산 범위에서 지방자치단체가 세부사업을 자율적으로 선정하는 것이다(Ministry of Health and Welfare, 2013). 각 사업별로 지원되던 예산을 포괄보조방식으로 지원하여 각 사업 간의 연계와 통합을 유도하려는 것이다. 그런데, 전국 보건소의 2013년 통합건강증진사업 계

획서를 분석해 보면 73.8%가 단독사업으로 기존의 사업운영 방식을 그대로 유지하고 있다(Park, 2013). 이것은 보건소가 통합건강증진사업의 목적을 충분히 이해 못하고 있다는 것을 의미한다. 새로운 보건정책을 시작할 때에는 관련 담당자를 대상으로 집중적인 홍보와 직무교육을 실시하는데, 이런 점을 고려한다면 통합건강증진사업에 대한 전국 보건소의 참여는 소극적이라고 할 수 있다.

통합건강증진사업이 보건소의 기능 활성화에 도움이 될 수 있도록 하기 위해서는 시작 초기에 제기되는 문제점들을 알아보고 개선 방안을 마련하는 것이 필요하다. 현재의 문제점을 알아보는 방법으로 설문조사, 참여관찰, 사례조사, 표적집단(focus group)면접 등이 주로 이용되지만, 새로 시작하는 국가 정책의 경우는 그 정책의 목적이나 내용이 외부로 충분히 알려지지 않은 경우가 많아서 이런 조사방

Corresponding author : Ju-Yul Lee

Department. of Health Administration, Namseoul University, 91 Daehakro, Seonghwan-eup, Cheonan-si, Choongnam, Korea
충남 천안시 서북구 성환읍 대학로 91 남서울대학교 보건행정학과

Tel: 041-580-2333 Fax: 041-580-2926 E-mail: Ljy@nsu.ac.kr

▪ 투고일: 2013.08.20

▪ 수정일: 2013.09.16

▪ 게재확정일: 2013.09.25

법으로는 문제점을 파악하는데 어려움이 있다. 통합건강증진사업의 예산 지원과 사업운영 방식은 그 동안 보건소에서 경험하지 못한 새로운 변화이기 때문에 정책평가와 관련된 분석연구는 사업결과가 정리되는 2014년 이후에 가능할 것으로 생각된다.

이 글에서는 그 동안 추진된 보건소 건강증진사업 경험에 근거하여 정책의 연계성 및 지속가능성에 초점을 두고 통합건강증진사업의 문제점과 개선 방안을 살펴보고자 한다. 연구에 사용된 자료는 보건복지부가 발간한 2013 지역사회 통합건강증진사업 안내, 학술지 논문, 학회에서 발표된 논문 등이다. 이 글의 목적은 통합건강증진사업이 예산의 통합뿐만 아니라 사업운영에서 지방자치단체의 자율성을 더 확대할 수 있는 방안을 모색하려는 것이다.

II. 통합건강증진사업의 문제점 및 개선 방안

1. 추진 과정

1) 현황

보건복지부가 2011년 12월 개최된 보건사업 통합성과대회에서 보건소 예산배정에 포괄보조금 방식 도입을 검토하고 있다고 발표하였다(Ministry of Health and Welfare, 2011). 2012년 초부터 기획재정부와 포괄보조금 방식의 예산 지원 협의가 순조롭게 진행되고, 주무 부서인 건강정책과장이 교체되면서 진행이 본격화되었다. 건강증진 포괄보조금 방식과 관련된 보건복지부의 정책 방향은 2012년 5월 한국보건교육건강증진학회와 한국농촌의학지역보건학회가 공동으로 개최한 학술대회에서 처음 발표되었다(Lee, 2012).

그 이후에 한국건강증진재단이 중심이 되어 사업안내서 개발 등의 준비과정이 진행되었으며, 7월에 전국 보건소의 건강증진사업 담당자를 대상으로 통합건강증진사업 운영에 관한 설명회가 있었다. 또한, 7월부터 전국 17개 시도 중 15개를 대상으로 각 시도별로 설명회를 개최하고 현장의 의견을 수렴하였다. 이 기간 동안 전문가 21인으로 자문단을 구성하여 32개 취약지역을 대상으로 사업계획 수립에 필요한 컨설팅을 실시하였다. 10월에 보건복지부가 개최한 시도 보건과장 및 시군구 보건소장 워크숍에서 그 동안 추

진된 통합건강증진사업의 현황과 앞으로의 계획이 구체적으로 제시되었다. 전국 보건소는 2013년 사업계획서를 2013년 2월까지 작성하여 보건복지부로 제출하였으며, 4월에 시도 통합건강증진사업지원단장을 비롯한 여러 전문가들이 모여서 제출된 사업계획서를 검토하고 그 결과를 해당 보건소에 환류 시켰다(Park, 2013).

2) 문제점

전국 보건소에서 건강증진사업을 시작한 이후 지난 8년 동안 4번이나 사업운영 방식이 변경되었다. 특히, 2012년에 건강생활실천 통합서비스사업으로 변경되고 1년도 되지 않아서 다시 새로운 사업운영 방식으로 변경되었다. 보건소 입장에서 본다면 중앙 정부의 정책을 믿고 새로운 사업을 추진하기 어려울 것이다. 통합건강증진사업은 기존에 진행했던 여러 사업의 운영방식과는 완전히 다르기 때문에 명확한 설계와 시범사업이 필요했다. 그럼에도 불구하고, 통합건강증진사업은 처음 시작할 때 명확히 설계되지 않았으며, 시범사업을 하지 않고 전국을 대상으로 진행되었다. 준비가 미흡한 상태에서 추진되어 보건복지부는 리더십을 발휘하지 못하였으며, 이런 상황에서 진행된 사업설명회와 자문단 활동은 보건소 실무담당자들의 궁금증을 충분히 해결하지 못하고 오히려 혼란을 초래하기도 하였다.

3) 개선 방안

새로운 정책을 시작하거나 추진되고 있는 정책을 일부 변경할 할 때에는 사전에 관련된 내용을 충분히 점검할 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 그 동안 보건복지부의 건강증진사업 담당 부서장이나 사무관이 교체되면 대부분의 경우에 관련된 사업운영 방식이 변경되었다. 이런 이유로 중앙에서 새로운 사업운영 방식을 제시하더라도 전국 보건소는 사업계획서의 일부 내용만 변경하고 실제 운영은 기존 방식으로 하는 경우가 많았다. 전국 보건소로부터 중앙 정부가 정책의 신뢰성을 얻기 위해서는 사업운영 방식을 변경할 때에는 신중한 접근이 필요하다. 이를 위하여 건강정책국장 직속의 건강증진사업위원회(가칭)를 설치하여 새로운 건강증진사업을 추진하거나 사업운영 방식을 변경할 때에는 반드시 심의와 승인을 받도록 하는 것이 필요하다. 이렇게 하면 사업의 지속성, 전문성, 연계 및 통합이 체계적으로 향상될 수 있을 것이다. 위원회는 법적 근거가 있어야

하며 보건소장 대표를 포함하여 10인 이내의 외부전문가로 구성하는 것이 바람직하다.

2. 세부사업 내용

1) 현황

2012년을 기준으로 보건복지부에서 전국 보건소에 지원하는 국고보조금 사업은 대략 60여개이며, 이 중에서 건강증진관리사업으로 분류되는 것은 24개로 전체 예산의 32%를 차지한다(Lee, may, 2012). 통합건강증진사업은 24개 건강증진관리사업 중에서 지역사회 건강조사, 민관협력 고혈압·당뇨병 등록관리사업, 정신보건센터운영 등과 관련된 세부사업을 제외한 17개 사업으로 구성되었다. 17개 세부사업은 보건소 건강관리, 지역사회중심재활, 보건소 건강생활실천통합서비스, 영양플러스사업, 보건소 금연클리닉, 모유수유클리닉 운영, 철분제·엽산제 지원, 구강보건실(센터) 설치운영, 어린이 구강건강관리, 노인 불소도포·스케일링, 수돗물불소화농도조정사업, 치매조기검진사업, 치매노인사례관리, 한의약건강증진허브보건소, 한의약 지역보건사업, 아토피천식 예방관리, 심뇌혈관질환 예방관리·교육 등이다.

통합건강증진사업은 17개 세부사업을 1개 사업으로 예산을 통합하고 제시된 13개 사업분야 중에서 지방자치단체가 자율적으로 사업영역을 선택하여 세부사업을 추진하도록 되어 있다. 13개 사업분야는 17개 세부사업을 국민건강증진종합계획2020의 분류방식에 따라 영역을 구분한 것이다. 13개 사업분야는 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강보건, 심뇌혈관질환 예방관리, 한의약 건강증진, 아토피천식 예방관리, 여성어린이 특화(모자보건), 치매관리, 지역사회중심재활, 방문건강관리 등이다. 그런데, 13개 사업분야 중에서 금연, 절주, 신체활동, 영양, 대사증후군 등 건강위험군에 대한 만성질환 예방 및 관리 사업, 치매검진사업등을 필수사업으로 지정하여 반드시 해당 분야에서 세부사업을 개발하도록 하였다. 필수사업 분야는 통합건강증진사업 이전부터 전국 모든 보건소에서 건강증진사업으로 추진하고 있었으며, 선택사업 분야는 제한적으로 일부 보건소에서만 추진했었다. 다만, 방문건강관리사업은 전국 모든 보건소에서 운영하였으나 필수사업에서 제외되었다.

2) 문제점

2005년 이후 학계에서는 보건소에서 금연, 절주, 신체활동, 영양 등 건강생활실천사업을 통합적으로 운영해야 한다고 제안했었고, 그 결과로 2012년 건강생활실천 통합서비스사업이 시작되었다. 보건복지부가 추진한 통합건강증진사업은 예산구조를 변경시켜서 17개 세부사업을 하나의 범위로 묶었기 때문에 그 동안 학계가 제안한 내용보다 더 발전된 것이라고 할 수 있다. 그런데 필수사업을 제시하여 예산 통합에도 불구하고 지방자치단체의 자율성을 크게 제한시켰다. 필수사업은 건강문제 우선순위가 낮거나 주민의 요구가 없더라도 추진해야 하기 때문에 보건소의 세부사업 선택권을 제한시켰다 또한, 현재 제시된 필수사업 중에서 금연, 절주, 신체활동, 영양, 만성질환 예방 및 관리 사업은 동질성이 높아서 1개의 필수사업으로 묶을 수 있음에도 불구하고 하나씩 필수사업으로 지정하여 사업을 통합해서 운영하는 데 장애가 되고 있다.

3) 개선 방안

통합건강증진사업은 준비과정이 짧아 2013년에 추진할 사업방향에만 집중되어 있고 중장기 운영계획이 제시되지 않은 상태이다. 특히, 예산 통합에 치중하여 너무 이질적인 사업내용이 하나로 묶였다. 이질적인 사업내용을 하나로 묶게 되면 초기 단계에서는 혼란만 초래할 수 있다(Lee, 2012). 이러한 문제를 해결하는데 필수사업을 적절히 활용할 수 있었다. 즉, 필수사업으로 13개 사업분야 중에서 동질성이 높은 5-6개 분야를 제시하여 필수사업 범위에서 통합과 연계가 활성화되도록 하는 것이다. 그런데, 통합건강증진사업을 더 효과적으로 운영하는 것은 필수사업을 제시하는 것보다는 사업의 성과지표를 제시하는 것이다. 중앙정부에서 우선적으로 해결하고자 하는 건강문제와 관련된 성과지표를 제시하여 사업의 방향을 이끌어 가는 것이다. 통합건강증진사업의 성과지표는 기존의 개별 성과지표로는 적합하지 않기 때문에 통합성과지표를 새로 개발해야 한다. 13개 사업분야 중에서 동질성이 강하고 통합과 연계가 가능한 사업분야별로 통합성과지표를 개발하고 그 성과지표만 제시하면 된다. 이렇게 하면 예산, 인력, 교육, 홍보의 통합적 운영뿐 만 아니라 기존의 사업 운영방식을 벗어날 수 있을 것이다.

3. 추진체계

1) 현황

보건복지부 건강정책과가 통합건강증진사업의 운영을 총괄·조정하며, 제시된 13개 사업분야의 업무를 관장하는 보건복지부의 부서는 건강증진과, 정신건강정책과, 구강생활건강과, 질병관리본부의 만성질환관리과, 한의약정책과, 출산정책과, 노인정책과, 국립재활원의 공공재활의료지원과 등이다. 한편, 광역자치단체에서 시도지사는 통합건강증진사업을 전담할 총괄부서를 별도로 구성하거나 지정하도록 되어 있다. 각 시도별로 대학에 통합건강증진사업지원단을 위탁운영하고 있다. 한국보건복지인력개발원이 통합건강증진사업과 관련된 전체 교육을 총괄하고 있으며, 한국보건복지정보개발원은 전산관리시스템을 지원하고 있다. 한국건강증진재단은 통합건강증진사업과 관련된 사업설명회, 컨설팅, 성과관리, 시도 통합건강증진사업단과 연계 활동 등의 보건소 기술지원 업무를 담당하고 있다. 통합건강증진사업을 지역사회에서 실행하는 기관은 보건소이며, 시군구청장은 통합건강증진사업을 전담할 총괄부서를 별도로 구성하거나 지정하여야 한다.

2) 문제점

통합건강증진사업을 원활히 추진하기 위해서는 업무 운영방식이 변경되어야 하고, 조직 개편이 고려되어야 한다. 이런 변화는 시도 및 시군구뿐만 아니라 보건복지부도 해당된다. 현재 보건복지부 각 부서의 사무관별로 세부사업이 나누어져 있어 각자의 업무 영역을 지키려는 경향 때문에 사업통합에 장애요인이 된다. 각 사무관별로 세부사업을 관리하는 방식을 바꾸어야 통합된 사업운영이 가능하다. 보건복지부의 관련 부서가 통합건강증진사업을 효과적으로 수행할 수 있는 조직으로 먼저 개편되어야 함에도 불구하고, 중앙 정부는 현재의 업무 운영방식과 조직을 그대로 유지하면서 시도 및 시군구의 변화만 유도하고 있다.

3) 개선 방안

통합건강증진사업에서는 보건복지부 건강정책과의 역할이 중요하다. 세부사업과 관련된 중앙의 모든 활동은 건강정책과를 통해서 지방자치단체에 전달되어야 한다. 과거처럼 각 부서 또는 사무관별로 필요한 업무내용을 개별적

으로 전달하게 되면 통합건강증진사업 운영방식에서는 혼란만 초래한다. 일차적으로 보건복지부 부서 내 또는 부서 간에 업무 조정 및 협조가 이루어져야 한다. 아울러 건강정책국장과 건강정책과장은 안전행정부의 협조를 받아서 시도 및 시군구를 직접 방문하여 중앙 정부의 정책 방향을 설명하는 노력이 필요하다. 그 동안은 주로 전국 보건소장들을 중앙으로 소집하여 정책을 설명하고, 예산, 인력, 조직과 관련된 문제들은 각 보건소별로 해결하도록 했다. 그러나 중앙 정부는 정책을 기획할 뿐만 아니라 지방자치단체가 정책을 실행할 수 있도록 지원하는 역할을 담당해야 한다. 중앙 정부는 시도 및 시군구에 예산, 인력, 조직과 관련된 업무를 지원하고, 시도는 세부사업에 대한 기획이나 기술지원 업무를 담당해야 한다.

4. 교육과정

1) 현황

전체 교육은 중앙 집합교육과 권역별 교육으로 구성되며, 교육과정은 크게 사이버과정, 역량강화교육, 신규자 교육, 경력자 보수교육, 시도 담당자 교육, 심화교육으로 구분된다. 이 중에서 경력자 보수교육을 각 시도 통합건강증진사업지원단이 담당하고, 나머지 과정은 한국보건복지인력개발원에서 담당한다. 사이버과정은 통합건강증진사업 운영지침, 사업분야 매뉴얼을 업무담당자가 상시적으로 볼 수 있다.

역량강화교육은 교육대상자를 보건소장, 중간관리자, 실무자로 나누어 진행되었는데, 중간관리자는 4월부터, 보건소장은 5월부터, 실무자는 6월부터 각각 8회씩 2박3일 과정의 중앙 집합교육으로 진행되었다. 중간관리자와 보건소장은 22시간을 이수하도록 필수교육 시간을 지정하여 의무적으로 참여하도록 하고 있으나 보건소장 교육과정에 참여하지 않은 보건소 수가 약 35개 정도였다. 심화교육은 한국보건복지인력개발원에서 기존에 운영하고 있던 교육과정으로 필요한 업무담당자가 신청할 수 있다. 한편, 시도 통합건강증진사업지원단이 담당하는 권역별 교육은 시군구의 교육수요에 맞추어 시도가 기획한다.

2) 문제점

한국보건복지인력개발원이 그 동안 여러 기관에서 산발

적으로 운영되던 교육과정을 총괄적으로 운영하게 된 것은 큰 의미가 있다. 그런데, 교육과정을 살펴보면 과거의 교육 내용 보다 발전된 부분을 찾기 어렵다. 특히, 2005년부터 5년간 실시한 건강증진 FMTP이나 방문건강관리, 감염병관리, 지역보건의료계획 등에서 다루었던 내용과 상당부분 중복된다. 통합건강증진사업에 필요한 직무 역량과 현재 업무담당자들의 부족한 역량에 대한 다양한 연구결과도 없이 기존의 직무교육 과정에 기초하여 교육이 진행되고 있다. 시도 통합건강증진사업지원단이 담당할 권역별 교육과정이 체계적으로 준비되어 있지 않다. 또한, 중앙 집합교육과 달리 권역별 교육은 통합건강증진사업지원단이 직접 교육생들로부터 참가비를 받도록 되어 있어 행정적인 번거로움과 함께 교육 참여율을 저하시킬 수 있다.

3) 개선 방안

통합건강증진사업 교육과정은 그 동안 보건소 직원들을 대상으로 실시된 여러 교육의 내용과 방법보다 한 단계 발전되어야 할 것이다. 통합건강증진사업에서는 지방자치단체의 자율성이 무엇보다 중요하기 때문에 가능한 시도가 모든 활동을 할 수 있도록 해야 한다. 모든 교육과정은 중앙 집합교육보다는 시도 단위로 진행되는 것이 바람직하다. 과거의 교육방식으로는 새로운 변화를 이끌어 낼 수 없기 때문에 교육방법도 집단교육이 아니라 소규모의 문제해결식으로 변경되어야 한다. 한국보건복지인력개발원은 각 시도가 교육과정을 원활히 진행할 수 있도록 기술지원 업무를 담당하는 것이 바람직하다.

현재 권역별 교육도 소수 보건소 직원이 교육기관을 방문할 것이 아니라 교육기관이 보건소를 직접 방문하는 현장 교육으로 변경되어야 한다. 즉, 통합건강증진사업과 관련된 보건소의 모든 업무담당자가 함께 모여서 교육을 받아야 한다. 이렇게 할 때에 보건사업의 운영 방식이 변화될 수 있으며, 필요한 내용을 토론과 실습을 통하여 구체적으로 배울 수 있다. 각 보건소별로 방문형 및 맞춤형 교육을 위해서는 시도에서 해당 지역의 4-5개 보건소별로 1개씩의 교육담당 대학을 지정해야 한다. 교육비는 100% 중앙에서 지원하고, 만약 각 보건소별로 교육이 어려울 경우에는 2-3개 보건소가 공동으로 교육과정을 운영할 수도 있을 것이다.

Ⅲ. 향후 고려해야 할 사항

1. 지방자치단체의 역량 강화에 집중

우리나라의 지역사회 건강증진사업은 중앙 정부 중심으로 진행되어 지방자치단체가 지역적 특성에 적합한 사업을 자율적으로 추진하기 어려운 상황이었다. 특히, 보건소 건강증진사업비는 국고보조금으로 지원되었다. 국고보조금은 예산의 사용범위가 미리 정해져 있어 예산을 편성할 때에 사업별로 정해진 기준을 따라야 하기 때문에 지방자치단체의 자율성은 크게 제한된다. 2007년 학술세미나에서 이러한 문제를 해결할 수 있는 방안으로 시도 건강증진기금의 필요성이 처음 제기되었고, 그 이후에 지방자치단체 건강증진기금으로 내용이 발전되었다(Lee, 2012). 한편, 2012년 12월에 보건복지부에서 국고보조금제도의 문제점을 해결하기 위한 방안으로 건강증진사업 포괄보조금을 제안하였다.

포괄보조금(block grants)은 재정자원의 효율적 배분, 지방분권 확대, 지역수요 대응성에서 성과를 거둘 수 있다는 장점 때문에 1966년 미국의 존슨 행정부가 보건분야에 도입한 이후 직업훈련, 주택, 지역개발 등의 분야로 확대되어 왔다. 그러나 정책목적, 대상사업과 관련하여 중앙정부와 지방자치단체 간에 이해관계가 충돌하거나 사업성과 부실, 예산낭비 등의 부작용이 속출할 수도 있다(Jo, 2012). 우리나라에서 포괄보조금은 분권교부세 및 국가균형발전특별회계 제도의 신설로 2005년에 처음 도입되었으며, 일반재원주의와 자주재원주의의 상충을 완화할 수 있는 대안으로 고려되고 있다(Lee, 2009). 보건분야에서는 2003년 전국 100개 건강증진시범보건소를 대상으로 금연, 절주, 운동, 영양 등의 건강생활실천사업을 지역 여건에 따라 선택적으로 1년간 운영하도록 하였다. 적합성 논쟁은 있을 수 있으나 각 지방자치단체가 정해진 예산범위 내에서 지역여건을 고려하여 사업내용을 결정하도록 하였다는 점에서 포괄보조사업의 성격으로 볼 수 있다(Lee, 2012). 2013년부터 시작된 통합건강증진사업은 예산 운영에서 포괄보조금의 장점이 충분히 실현되지 않아서 완전한 포괄보조금제도로 볼 수는 없다. 그러나, 2003년 실시된 건강증진시범보건소의 사업 방식과 비교하면 훨씬 포괄보조금의 성격이 강화되었다. 지방자치단체의 자율성을 기준으로 본다면, 통합건강증진사업은 완전한 포괄보조금이나 지방자치단체 건강증진기

금 보다 자율성이 낮다고 할 수 있다. 즉, 통합건강증진사업은 완전한 포괄보조금제도의 과도기적 사업방식으로 볼 수 있다.

완전한 포괄보조금제도는 중앙 정부가 예산과 통합성과 지표만 제시하고, 그 외의 결정권은 시도와 시군구에 넘겨 줄 때에 실현될 수 있다. 따라서 통합건강증진사업 기간 동안에 중앙 정부는 시도와 시군구가 자율성을 갖고 건강증진사업을 추진할 수 있도록 그들의 역량을 강화시켜야 한다. 이 기간 동안에는 시도와 시군구가 정책과 관련된 내용을 먼저 결정하고, 여기에 따라 필요한 지원을 중앙 정부가 담당하는 방식으로 사업을 추진해야 한다. 이것은 기존의 정책결정 과정과는 다른 접근 방법이며, 중앙 정부의 권한을 축소하고 지방자치단체의 자율성을 강화시키는 과정이다.

2. 소비자 중심의 운영방식 도입

통합건강증진사업이 지역사회 주민의 건강수준을 얼마나 향상시킬 수 있는지에 대해서는 사업안내서 어디에도 언급되어 있지 않다. 즉, 건강증진사업을 통하여 최종적으로 달성하고자 하는 국민건강 수준은 정책 설계과정에서 제외된 것이다. 통합은 목적이 아니라 수단이라는 점을 고려할 때에 수단의 효과만 강조하였을 뿐 수단이 목적 달성에 얼마나 기여할 수 있고, 목적 달성을 위해서 그 수단이 필요한 이유가 설명되지 않았다. 따라서 통합건강증진사업은 공급자 입장에서 개발된 사업방식이다. 사업안내서에 제시된 통합건강증진사업 도입 목적은 사업의 효율성 제고, 지자체의 자율성 확대, 예산운영의 실효성 및 합리성 제고 등이다. 다만, 통합건강증진사업은 지역여건과 주민 수요에 부합되도록 운영하여 주민들의 보건사업 체감도를 향상하는데 목적이 있다고 밝히고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2013). 그러나 이것은 과거의 모든 건강증진사업이 추구했던 사업목적이기 때문에 통합건강증진사업만의 특성이라고 할 수는 없다.

통합건강증진사업이 기존의 사업방식과 달리 국민 건강수준 및 보건사업 체감도 향상에 얼마나 도움이 되는지, 지역사회 주민들은 어떤 통합 사업을 기대하는지, 13개 사업분야가 어떻게 묶이는 것이 효과적으로 운영될 수 있는지에 대해서 연구를 수행하고, 그 결과를 근거로 정책을 추진했어야 했다. 통합건강증진사업은 이런 기본적인 과정을 생략하고 행정 편의나 소수 전문가의 경험에 의존하여 공

급자 입장에서 설계되었다. 특히, 필수사업을 선정한 근거가 명확하지 않다. 지역 여건과 주민 요구에 따라 포괄적으로 제시한 사업에서 자율적으로 세부사업을 결정하도록 한다는 기본 취지와 달리 필수사업을 제시하였다. 필수사업도 결국 공급자의 필요에 따라 내용이 결정되었다고 할 수 있다.

현재까지 진행된 내용을 살펴보면 지역사회 주민의 의견은 제한적으로 반영되었다. 지역사회 주민의 의견은 필수사업 결정과정에서는 전혀 고려되지 않았고, 중앙 정부가 결정한 필수사업에서 세부사업을 보건소가 결정할 때에 의견을 반영하도록 하고 있다. 앞으로 통합건강증진사업 기간 동안에는 건강서비스의 수요자인 주민들이 원하는 것을 먼저 파악하고, 그 요구에 부합되도록 모든 정책이 조정되어야 할 것이다. 통합건강증진사업 운영방식과 관련된 어떤 정책을 결정할 때는 공급자의 입장이 아니라 소비자인 지역사회 주민의 입장이 먼저 반영되어야 한다. 정책결정 과정에서뿐만 아니라 시도의 사업평가대회도 주민대표들과 함께 진행해야 한다.

IV. 결론

지역사회 건강증진사업을 활성화하기 위해서는 예산 운영과 사업결정에 지방자치단체의 자율성이 보장되어야 한다. 이러한 이유로 그 동안 건강증진 포괄보조금과 지방자치단체 건강증진기금의 필요성(Lee, 2012)이 제기되었다. 현재의 통합건강증진사업은 예산 지원방식은 포괄보조금 성격을 가지고 있지만, 사업운영 방식은 포괄보조금을 벗어나 있다. 예산 운용의 자율성을 기준으로 본다면, 통합건강증진사업은 건강증진 포괄보조금이나 지방자치단체 건강증진기금의 과도기 과정으로 볼 수 있다.

현재의 통합건강증진사업에서 개선해야 할 내용은 요약하면 다음과 같다. 첫째, 향후 보건소 건강증진사업의 운영방식을 변경하고자 할 때에는 사전에 심의위원회에서 승인을 받도록 한다. 둘째, 필수사업을 제시하는 것보다는 통합과 연계가 가능한 사업분야별로 통합성과지표를 제시하는 것이 바람직하다. 셋째, 중앙 정부는 지방자치단체의 역량을 강화시킬 수 있는 역할에 집중해야 한다. 넷째, 각 시도별로 보건소를 직접 방문하는 현장교육이 추진되어야 한

다. 이렇게 한다면, 통합건강증진사업은 완전한 포괄보조금제도로 발전할 수 있으며 지방자치단체가 자율성을 가지고 맞춤형 건강증진사업을 추진할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 중앙 정부와 지방자치단체의 공동된 노력이 필요하며, 특히 보건소는 통합건강증진사업 기간 동안 예산, 인력, 교육, 홍보 등의 건강증진사업 기초인프라를 통합시키도록 노력을 해야 할 것이다.

참고문헌

- Eom, T. H., & Jo, G. S. (2009). Analysis of the stimulative effects of decentralization block grant on the local government spending behavior. *Korean Public Policy Studies*, 18(3), 331-360.
- Jo, K. H. (2012). Some suggestions for improvements of block grant for regional development in Korea. *The Korean Journal of Local Finance*, 17(1), 41-73.
- Lee, J. W. (2009). Decentralized management of central government subsidy with block grant: The Cases of Decentralization Revenue Sharing System, National Balanced Growth Special Account, and Community Social Service Investment Program. *The Korean Journal of Local Finance*, 14(1), 57-89.
- Lee, J. Y. (2012, May). The direction of block grants for the health promotion program. Proceedings of the Spring Conference of the Korean Society for Health Education and Promotion, Seoul, Korea.
- Lee, J. Y., & Oh, E. Y. (2011). Direction of financing expansion and effective management in the health promotion fund. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare.
- Lee, J. Y. (2012). Future directions for health promotion programs in the public sector. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 29(4), 29-38.
- Park, S. H. (2013, May). The analysis and future direction of the integrated health promotion program. Proceedings of the Spring Conference of the Korean Society for Agricultural Medicine & Community Health, Seoul, Korea.
- Ministry of Health and Welfare. (2011). The 3th integrated competition for the health programs based on community. Seoul, Korea: Author.
- Ministry of Health and Welfare. (2013). The guidebook for the integrated health promotion programs based on community. Seoul, Korea: Author.