

지역사회 현장에서의 통합건강증진사업 현황과 발전방안

김진남*, 이여울**, 오인환***†

*경희대학교 대학원 의료경영학과 시간강사, **서영대학교 보건의료행정과 조교수, ***경희대학교 의과대학 예방의학교실 교수

Current status and development strategies for community-based health promotion programs in South Korea

Jin-Nam Kim*, Yeo Wool Lee**, In-Hwan Oh***†

*Lecturer, Health Services Management, Graduate School, Kyung Hee University,

**Assistant Professor, Department of Health Care Administration, Seoyeong University Paju Campus,

***Professor, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Kyung Hee University

Objectives: This study aimed to assess the current status of the Community-Based Health Promotion Program in South Korea, focusing on workforce allocation, task efficiency, and resident satisfaction. **Methods:** The study employed a literature review to evaluate the current status of public health centers, alongside a survey assessing the perceptions of health promotion programs. to analyze workforce composition, task redundancy, and resident satisfaction. **Results:** While staffing at public health center has increased, the reliance on temporary staff has affected service consistency. Task redundancy because of overlapping directives led to inefficiencies. Although awareness of health promotion programs was high, participation and satisfaction level varied by program. For instance, mobile healthcare have shown potential but require a better outreach. **Conclusion:** To improve the program, the study proposes the introduction a specialist system to strengthen workforce professionalism, the implementation of an integrated management system to reduce redundancy, and enhanced collaboration with primary care providers to deliver comprehensive health management services. These improvements are expected to enhance the effectiveness and sustainability of health promotion efforts.

Key words: health promotion, public health centers, workforce allocation, health management strategies

I. 배경

건강증진사업은 국민의 건강을 유지·증진하고 질병 예방을 위한 핵심적인 국가 정책으로 자리 잡았다. 1986년 세계보건기구(World Health Organization [WHO])의 제1차 건강증진 국제회의에서 발표된 오타와 헌장(Ottawa Charter)은 세계 여러 나라가 건강증진을 보건정책의 중심에 두도록 이끄는 계기가 되었으며(Thompson, Watson, & Tilford, 2018), 대한민국 역시 이 흐름에 맞춰 1995년

국민건강증진법을 제정하고, 국민건강증진기금을 조성하여 건강증진사업의 재정적 기반을 마련하였다. 이후 1998년, 18개 거점 보건소를 중심으로 건강증진 시범사업을 시작하였고, 2005년에는 전국 모든 보건소로 확대되면서 국가 차원의 건강증진사업이 지역사회에 뿌리내리게 되었다 (Paek & Hong, 2017).

이와 같이 국가 차원에서 시작된 건강증진사업은 국민 건강증진종합계획과 긴밀히 연계되어 중앙정부와 지방자치단체가 협력하여 국가적 건강 목표를 달성하는 중요한

Corresponding author: In-Hwan Oh

College of Medicine, Kyung Hee University, 26, Kyungheedaero, Dongdaemun-gu, Seoul, 02447, Republic of Korea

주소: (02447) 서울시 동대문구 경희대로 26, 경희대학교 의과대학

Tel: +82-2-961-2304, E-mail: parenchyme@gmail.com

※ 이 논문은 2021년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2021S1A5A2A03061909).

• Received: September 5, 2024

• Revised: September 28, 2024

• Accepted: September 30, 2024

도구로 발전하였다. 특히, 2013년에 도입된 지역사회 통합 건강증진사업은 중앙정부의 건강증진 목표를 지역사회에 맞게 구현하는 핵심적인 역할을 하고 있다. 이 사업은 각 지방자치단체가 지역 주민들의 건강 요구를 반영한 맞춤형 서비스를 제공하도록 설계되었으며, 금연, 절주, 영양관리, 신체활동 촉진 등 다양한 건강증진 프로그램이 지역별로 효과적으로 운영되고 있다(Park, 2020).

제5차 국민건강증진종합계획(HP 2030)에서는 건강수명 연장과 건강 형평성 제고를 주요 목표로 삼고 있으며, 이를 달성하기 위해 지역사회 통합건강증진사업은 필수적인 역할을 한다. 지방자치단체는 지역보건의료계획을 통해 지역 주민에게 포괄적이고 맞춤형 건강증진 서비스를 제공하고, 중앙정부의 목표와 부합하는 사업 구조를 운영하고 있다. 보건소는 이러한 사업의 중심 기관으로서, 지역 주민의 건강 증진과 질병 예방을 위한 다양한 프로그램을 운영하며 지역 간 건강 불균형 해소에도 기여하고 있다(Lee, 2017).

그러나 건강증진사업은 중복적인 사업 운영과 인력 부족 등 몇 가지 문제점이 지적되고 있다. 중앙정부와 지방자치단체 간의 조율 부족으로 인해 비효율적으로 운영되는 경우가 있으며, 특히 인력 부족과 비정규직 중심의 인력 구조가 지속적인 사업 운영의 장애 요인으로 작용하고 있다(Choi & Kim, 2014; Seo et al., 2007). 이를 해결하기 위해 우수사례집 제작과 같은 구체적인 노력들이 진행되고 있다. 이러한 사례집을 통해 성공적인 건강증진사업 모델을 공유하고 확산시킴으로써 지역별로 맞춤형 프로그램을 도입하고, 건강증진사업의 일관성과 효율성을 높이기 위한 협력 방안들이 모색되고 있다.

본 연구에서는 지역사회 통합건강증진사업의 현황과 주민 체감도 조사 결과를 바탕으로, 사업의 문제점을 분석하고 발전 방안을 제시하고자 한다. 이를 통해 맞춤형 건강증진 서비스의 효과성을 높이고, 지역 간 건강 격차 해소를 위한 구체적인 전략을 모색할 것이다.

II. 현황

1. 지역사회 통합건강증진사업

1) 사업 의의 및 목적

지역사회 통합건강증진사업은 지역 주민의 건강 증진과

취약계층 지원을 목표로, 지방자치단체가 주도하여 지역 특성에 맞춘 맞춤형 건강 서비스를 제공하는 사업이다. 이를 통해 지역 간 건강 격차를 줄이고, 자원을 효율적으로 활용하는 방향으로 변화해 왔다. 특히, 2024년 지역사회 통합건강증진사업은 기존의 건강증진 영역에 모바일 헬스케어 추가되면서 총 14개의 사업으로 확장되었다. 이전에는 구강보건, 비만 예방관리, 신체활동, 금연 등 13개 분야로 구성되었으나, 모바일 헬스케어의 도입으로 디지털 기술을 활용한 맞춤형 건강 관리가 가능해지면서 주민들의 만성질환 예방과 생활습관 개선에 중요한 역할을 하게 되었다(Korea Health Promotion Institute [KHPI], 2023b).

이 사업의 주요 목적은 지역 주민들의 건강 수준을 향상시키고, 건강 형평성을 높이는 데 있다. 만성질환 예방과 건강생활 실천을 촉진하여 건강 불균형을 해소하는 것을 핵심 목표로 하며, 특히 취약계층을 대상으로 한 맞춤형 건강관리 프로그램을 통해 건강 격차를 줄이는 데 중점을 둔다. 이를 통해 주민들이 자발적으로 건강관리에 참여할 수 있도록 유도하고 있다.

2024년 지역사회 통합건강증진사업은 생애주기별 맞춤형 프로그램을 중심으로 운영되며, 지방자치단체의 자율성을 바탕으로 지역사회 내 건강증진 서비스를 강화하고 있다. 모바일 헬스케어 서비스는 ICT 기술을 활용하여 실시간 건강 모니터링과 개별 맞춤형 건강 상담을 제공하며, 보건소와 주민 간의 상호작용을 증대시키고 있다. 이러한 변화는 주민의 자발적인 건강생활 실천을 촉진하고, 사회회의 전반적인 건강 수준을 향상시키는데 기여하고 있다.

2) 모바일 헬스케어 사업

모바일 헬스케어 사업은 2016년 시범사업을 시작으로 현재 전국적으로 확대된 ICT 기반 건강관리 서비스이다. 이 사업은 만 19세 이상의 성인 중 건강검진 결과에서 만성질환 건강위험 요인이 1개 이상 나타난 대상자를 중심으로 맞춤형 건강관리 프로그램을 제공하며, 보건소가 주요 운영기관으로서 역할을 수행하고 있다. 초기에는 10개 보건소에서 약 1,000명을 대상으로 시작되었으나, 2018년에는 70개 보건소로 확대되었고, 2022년 기준 180개 보건소에서 약 25,000명이 서비스를 이용하고 있다(KHPI, 2023a).

이 서비스는 '채움건강'이라는 모바일 앱과 연동된 디바

이를 통해 실시간 데이터를 수집하고, 이를 바탕으로 맞춤형 건강관리를 제공하는 것이 주요 특징이다. 건강검진 결과에서 혈압, 공복혈당, 허리둘레, 중성지방, HDL-콜레스테롤 등 5개의 만성질환 건강위험 요인 중 1개 이상을 가진 대상자에게 3회의 검진(초기, 중간, 최종)을 통해 개별 맞춤형 운동, 식이, 생활습관 개선 계획을 제공하며, 이를 지속적으로 관리한다. 특히 보건소는 실시간 데이터를 바탕으로 대상자의 건강 상태를 모니터링하고, 이상 징후를 즉각 파악하여 전문가 상담과 피드백을 제공함으로써 건강 상태 개선을 유도한다(KHPI, 2023a).

보건소는 이 사업의 핵심 운영기관으로, 코디네이터, 의사, 간호사, 영양사, 운동전문가 5명의 전문인력으로 구성된 팀이 대상자의 건강을 종합적으로 관리한다. 이들은 디바이스와 연동된 '채움건강' 앱을 통해 실시간으로 데이터를 수집하고, 그에 따른 피드백을 제공하여 대상자의 자가 건강관리 능력을 강화하고 있다. 이러한 보건소의 역할은 건강 취약계층을 포함한 모든 주민에게 맞춤형 건강관리 서비스를 제공함으로써, 지역사회 내 건강 불균형 해소에도 기여하고 있다.

이 사업은 제5차 국민건강증진종합계획(HP 2030)의 목표인 건강수명 연장과 건강 형평성 제고를 달성하는 데 중요한 역할을 하고 있다. 지방자치단체는 이 사업을 통해 지역보건 의료계획을 실행하며, 지역 주민에게 맞춤형 건강증진 서비스를 제공하고 만성질환 예방 및 관리를 강화하고 있다.

결과적으로, 모바일 헬스케어 사업은 보건소를 중심으로 한 지역사회 통합건강증진사업과 긴밀히 연계되어, 국민 건강 증진과 만성질환 예방에 큰 기여를 하고 있다. 이러한 보건소 중심의 건강관리 모델은 지역사회의 건강 격차를 줄이고, 지속 가능한 건강관리 체계를 구축하는 데 중요한 역할을 수행할 것이다.

2. 통합건강증진사업 관련 보건소 현황

1) 보건소 사업 인력

2012년부터 2022년까지 보건소 전체 인력은 지속적으로 증가해 왔다. 자료에 따르면, 보건소 인력은 2012년 12,839명에서 2022년 20,351명으로 꾸준히 증가하였다. 간호사와 의료기사가 가장 큰 비중을 차지하며, 간호사는

2012년 3,183명에서 2022년 8,503명으로 크게 증가하였다. 또한, 보건교육사는 2017년 처음 1명이 배치된 후, 2022년에는 241명으로 증가하였다(Table 1).

이러한 전체 인력 현황을 바탕으로, 2022년 기준, 보건소 인력 중 간호사가 41.8%, 의료기사가 19.6%를 차지하고 있으며, 보건교육사는 전체 인력의 1.2%인 241명이 배치되어 있다. 보건교육사는 질병 예방과 건강 증진을 목표로, 지역사회 맞춤형 건강증진 프로그램을 기획하고 평가하는 중요한 역할을 맡고 있다. 특히, 지역사회 건강 요구도 진단, 보건교육 기획 및 수행, 건강증진사업 관리와 평가 등 핵심 업무를 담당하며, 사업의 전문성을 강화하는 데 기여하고 있다(Choi & Kim, 2014).

보건소에서 통합건강증진사업을 담당하는 인력을 살펴보면 다음과 같다. 2015년부터 2018년 사이, 통합건강증진 사업을 위한 보건소 인력은 소폭 증가하였다. 2015년 보건소당 평균 인력은 35명이었으나, 2018년에는 38명으로 증가하였다. 또한, 인력 대비 공무원 비율은 2015년 46.7%에서 2018년 48.0%로 다소 증가하였다(Table 2). 그러나 이러한 증가에도 불구하고, 여전히 사업의 요구를 충족하기에는 부족한 상황으로, 인력 부족 문제는 건강증진사업의 효율적인 운영에 한계를 시사하고 있다(KHPI & Korea Institute of Local Administration, 2019).

보고서에 따르면, 인력 부족은 통합건강증진사업의 효율성을 저해하는 주요 원인으로 지적되었다. 특히, 보건소 전반적인 인력 부족은 사업의 총괄 및 조정에 큰 어려움을 주고 있으며, 농촌형 보건소에서는 이러한 문제가 더욱 심각하게 나타나고 있다. 이로 인해 건강증진사업 담당자들은 과중한 업무를 처리해야 하고, 다양한 사업을 효과적으로 추진하는 데 어려움을 겪고 있다.

2) 보건소 업무 중복과 적체

「지역보건법」 제11조 제1항에 따라 보건소는 국민건강 증진과 질병 예방을 위해 다양한 역할을 수행하고 있다. 하지만 모든 보건소가 동일한 방식으로 업무를 운영하는 것은 아니다. 예를 들어, 건강증진 사업 중 금연, 절주, 신체 활동 프로그램은 지역의 특성에 따라 세분화되어 운영되며, 일부 지역에서는 방문보건사업이나 모바일 헬스케어 서비스와 같은 맞춤형 사업이 도입되고 있다(Table 3). 이러한 운영 방식은 지역사회의 필요에 맞춘 유연한 대응을

〈Table 1〉 Personnel status of public health centers (2012–2022)

| Position | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Director | 248 | 251 | 253 | 252 | 252 | 254 | 254 | 256 | 256 | 258 | 259 |
| Doctors | 108 | 101 | 101 | 103 | 103 | 108 | 99 | 104 | | | |
| Other doctors | 140 | 150 | 152 | 149 | 149 | 146 | 155 | 152 | | | |
| Public health doctors | 876 | 887 | 861 | 793 | 742 | 783 | 735 | 702 | 686 | 669 | 595 |
| General public doctors | 546 | 535 | 525 | 464 | 408 | 450 | 410 | 384 | | | |
| General staff | 64 | 70 | 70 | 68 | 64 | 65 | 68 | 64 | | | |
| Contract staff | 266 | 282 | 266 | 261 | 270 | 268 | 257 | 254 | | | |
| Dentists | 291 | 239 | 233 | 239 | 263 | 288 | 292 | 296 | 303 | 297 | 302 |
| Public health dentists | 235 | 183 | 184 | 186 | 207 | 230 | 235 | 240 | | | |
| General dentists | 56 | 56 | 49 | 53 | 56 | 58 | 57 | 56 | | | |
| Oriental medicine doctors | 333 | 281 | 295 | 305 | 297 | 305 | 304 | 305 | 300 | 253 | 247 |
| Public health oriental doctors | 267 | 223 | 246 | 251 | 243 | 250 | 247 | 246 | | | |
| General oriental doctors | 66 | 58 | 49 | 54 | 54 | 55 | 57 | 59 | | | |
| Pharmacists | 158 | 168 | 167 | 151 | 150 | 147 | 148 | 155 | 149 | 132 | 120 |
| Nurses | 3,183 | 3,305 | 3,439 | 3,701 | 3,921 | 4,135 | 4,965 | 5,949 | 7,085 | 8,377 | 8,503 |
| Nutritionists | 203 | 313 | 316 | 329 | 326 | 380 | 405 | 438 | 462 | 513 | 553 |
| Health educators | | | | | | | | 1 | 4 | 7 | 241 |
| Medical technicians | 2,432 | 2,689 | 2,766 | 2,808 | 2,888 | 2,940 | 3,081 | 3,330 | 3,494 | 3,833 | 3,983 |
| Physical therapists | 386 | 438 | 478 | 520 | 538 | 538 | 567 | 637 | | | |
| Radiologic technologists | 519 | 578 | 582 | 589 | 605 | 620 | 640 | 675 | | | |
| Clinical pathologists | 776 | 857 | 865 | 839 | 870 | 886 | 929 | 934 | | | |
| Occupational therapists | | | | | | | | 105 | | | |
| Dental hygienists | 751 | 816 | 841 | 860 | 875 | 896 | 945 | 979 | | | |
| Nurse assistants | 866 | 933 | 846 | 835 | 796 | 764 | 663 | 568 | 480 | 474 | 375 |
| Administrative staff | 1,026 | 1,030 | 1,052 | 1,075 | 1,064 | 1,140 | 1,159 | 1,208 | 1,305 | 1,542 | 1,299 |
| Public health officers | 1,850 | 1,309 | 1,354 | 1,339 | 1,385 | 1,414 | 1,438 | 1,478 | 1,532 | 1,670 | 1,528 |
| Technical staff | 1,373 | 1,331 | 1,318 | 1,334 | 1,344 | 1,436 | 1,776 | 1,966 | 2,097 | 2,193 | 2,346 |
| Total | 12,839 | 12,736 | 12,900 | 13,161 | 13,428 | 13,986 | 15,220 | 16,652 | 18,153 | 20,218 | 20,351 |

Source. Ministry of Health and Welfare (2022).

〈Table 2〉 Personnel trends for the integrated health promotion program (2015–2018)

| Year | No. of health centers | No. of personnel | Average personnel per center ¹⁾ | Civil servant ratio ²⁾ |
|------|-----------------------|------------------|--|-----------------------------------|
| 2015 | 254 | 8,898 | 35 | 46.7 |
| 2016 | 252 | 9,445 | 37 | 47.3 |
| 2017 | 254 | 9,214 | 36 | 47.9 |
| 2018 | 254 | 9,620 | 38 | 48.0 |

Notes. ¹⁾ Average number of personnel per health center

²⁾ Civil servants include: general public officials, term-limited general public officials, part-time term-limited public officials, and public health doctors

Source. Korea Health Promotion Institute & Korea Research Institute for Local Administration (2019).

<Table 3> Case studies of public health center activities

| | | Home | Daycare, kindergarten, school | Workplace | Welfare center, senior center, etc. |
|--------------------------------|--|---|---|---|---|
| Medical care | Medical care | Primary care, dental care, oriental medicine care, physical therapy | | | |
| | Health screenings | Infant and toddler health screening | School-age child health screening | General health promotion (including life transition period), national cancer screening | Senior health screening, early cancer screening |
| Health services | Maternal and child health | Health promotion for women of childbearing age, prenatal registration and management, maternal health management, maternal and newborn health management, congenital metabolic disorder screening and child management | | | |
| | Visiting health care | Home health care services | | | |
| | Oral health | Fluoride rinse and application for children | | Fluoride application and scaling for seniors | |
| | Smoking cessation and alcohol control | Smoking cessation clinic, alcohol counseling center | | | |
| | Nutrition | Nutrition plus (for pregnant women, postpartum women, and infants), healthy fruit basket and nutrition education | | Tailored nutritional management for health risk factor improvement, senior nutrition management | |
| | Physical activity (obesity management) | Physical activity program operation, obesity prevention and management | | | |
| | Other comprehensive health promotion services | Oriental medicine health promotion, atopic dermatitis and asthma prevention and management, community-based rehabilitation services, cardiovascular and cerebrovascular disease prevention and management (for adults and seniors) | | | |
| | Infectious disease and vaccination | National vaccination for children | First step clinic for healthy women (hpv vaccination) | Pneumococcal vaccination for seniors | |
| | Mental health | Mental health welfare services (including mental health, suicide prevention, addiction, etc.) | | | |
| | Dementia | Dementia care services (including dementia screening, registration, counseling, and education) | | | |
| Medical expense support | Medical treatment support for infertile couples, congenital hearing loss testing and hearing aid support, medical expense support for premature infants and infants with congenital anomalies, diagnostic support for developmental disabilities in infants and toddlers | Medical expense support for pediatric cancer patients, eye surgery support for low-income children, pregnancy and childbirth medical expense support for teenage mothers, medical expense support for patients with rare and intractable diseases | Cancer medical expense support for adults, dementia screening expense support, dementia treatment and management expense support, denture and dental implant support for seniors under medical aid, personal surgery support for seniors, knee arthroplasty surgery expense support for seniors | | |
| | | Pregnant women and infants | Children and adolescents | Adults | Seniors |

Source. KHPI (2020).

가능하게 하며, 보건소의 역할이 단순한 의료서비스 제공을 넘어서는 중요한 기능을 하고 있음을 보여준다(Yoon, 2022).

하지만, 이러한 변화를 수용하는 과정에서 보건소의 업무가 적절히 조정되지 않아, 필요에 의해 업무가 계속 추가되는 적체형 운영 방식이 문제로 지적되고 있다. 특히, 보건소는 보건복지부, 질병관리청, 행정안전부, 그리고 지방자치단체와 같은 여러 기관의 지침을 동시에 따르다 보니 각 기관의 우선순위가 다르기 때문에 일선 보건소에서는 모든 사업을 동등하게 수행해야 한다는 부담을 느낀다. 이로 인해 발생하는 비효율적인 운영은 다양한 업무가 집중되면서 과중한 부담과 더불어, 중복된 업무로 인한 혼란을 초래할 수 있다(Han & Yang, 2017).

거버넌스의 분산으로 인해 보건소가 각 기관의 요구에 따라 유사한 업무를 중복적으로 수행하는 경우도 발생하고 있다. 예를 들어 서울시에서 시행하는 '찾아가는 동 주민센터 방문건강관리사업'은 기존 보건소에서 수행하던 방문건강관리사업과 유사한 점이 많아 중복 운영되고 있다(Yang, 2021). 이러한 문제는 공공보건 서비스의 양적 확대가 필요하다는 점을 시사하지만, 효과적인 협력과 조정이 이루어지지 않는 한, 분절된 서비스 운영은 여전히 비효율적이다. 특히, 코로나19 이후 감염병 예방과 방역 업무가 늘어나면서 보건소의 기존 업무 부담이 크게 증가하였다(Gang et al., 2023; Son, Yang, & Park, 2021).

중복되고 적체된 업무 문제는 보건소 인력 및 예산 인프라의 확충이 더디게 이루어진 데 기인한다. 코로나19와 같은 공중보건 위기가 닥쳤을 때야 인프라 확충이 이루어졌으나, 여전히 인력 부족 문제는 해소되지 않았다(Lee, 2023). 보건소 직원 1인이 담당해야 하는 절대적인 업무량은 지속적으로 증가하고 있으며, 이러한 상황은 앞으로도 개선되지 않을 가능성이 크다.

Ⅲ. 건강증진사업 체감도 조사

2023년 지역사회 건강증진사업 체감도 조사는 전국 만 20세 이상 성인남녀 5,000명을 대상으로 온라인조사(CAWI)와 개별면접조사(PAPI)를 통해 진행되었다. 카드사 및 통신사 DB에서 무작위로 추출된 대상자들은 2023년 7

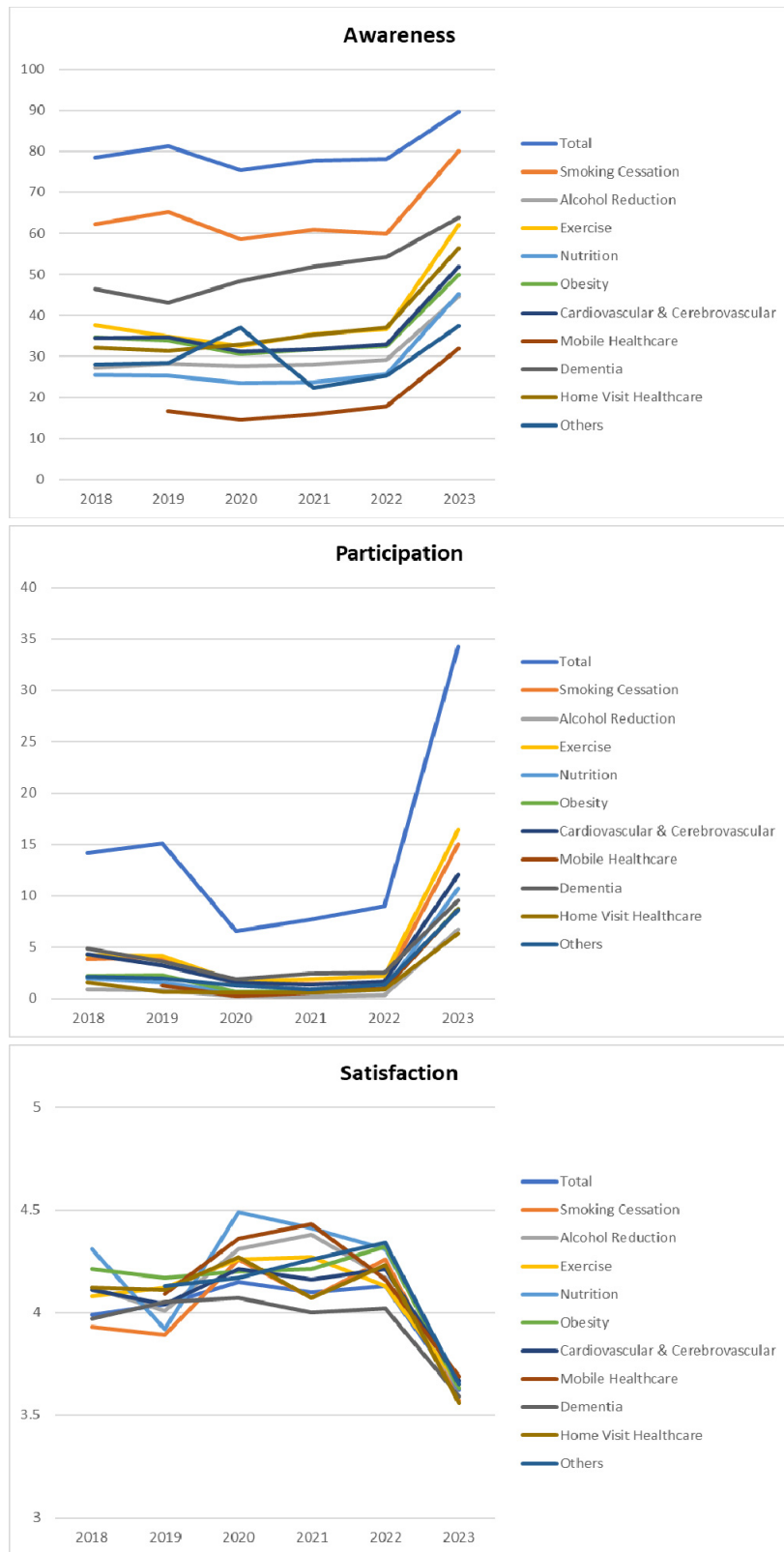
월 24일부터 8월 25일까지 한 달간 조사에 참여했으며, 95% 신뢰수준에서 최대 허용 표집오차는 $\pm 1.39\%$ 이다. 조사 결과는 성별, 연령별, 시도별 인구구성비에 맞게 가중치가 부여되었다. 조사 결과, 금연, 절주, 신체활동, 영양, 만성질환 예방 관리 등 전반적인 건강증진사업에 대한 인지도는 높았으나, 참여도와 만족도는 사업별로 차이를 보였으며, 생애주기별로도 다양한 요구와 평가가 드러났다(Oh, 2023).

첫째, 인지도의 경우 전체 건강증진사업에 대한 평균 인지도는 89.6%로 매우 높은 수준이었다. 특히 금연사업이 80.1%로 가장 높은 인지도를 기록하였고, 심뇌혈관질환 예방 관리사업이 62.1%, 운동사업이 56.2%로 뒤를 이었다. 반면, 모바일 헬스케어 사업은 31.9%로 비교적 낮은 인지도를 나타냈는데, 이는 디지털 기반의 새로운 사업에 대한 홍보가 부족한 것과 연관될 수 있다[Figure 1].

둘째, 참여도 측면에서는 전체 응답자의 34.3%가 건강증진사업에 참여한 경험이 있다고 응답하였다. 그중 운동사업에 대한 참여율이 16.4%로 가장 높았으며, 금연사업이 15%, 심뇌혈관 관리사업이 12.1%로 뒤를 이었다. 반면, 절주사업과 방문건강관리사업의 참여율은 각각 6.3%와 6.8%로 상대적으로 낮았다. 모바일 헬스케어와 같은 디지털 기반 프로그램의 참여율은 20.6%로 비교적 낮았으나, 향후 발전 가능성이 높은 사업으로 평가되었다[Figure 1].

셋째, 만족도 측면에서는 건강증진사업 전반에 대한 만족도가 평균 3.62점으로 나타났다. 특히, '모바일 헬스케어' 서비스는 3.69점으로 가장 높은 만족도를 기록했으며, 심뇌혈관 예방 관리 프로그램이 3.67점으로 뒤를 이었다. 이는 모바일 헬스케어가 실시간 모니터링과 맞춤형 건강관리 서비스를 제공하여 이용자들의 만족도가 높게 평가된 것으로 분석된다. 반면, '방문건강관리' 사업의 만족도는 3.56점으로 가장 낮은 평가를 받았다. 이는 직접적인 방문 서비스의 한계나 자원의 부족으로 인해 이용자들이 상대적으로 낮은 만족도를 보인 것으로 해석될 수 있다[Figure 1].

넷째, 생애주기별 건강증진사업에 대한 주관적 평가 결과, 여성·영유아, 아동, 청소년, 성인, 65세 이상 고령자 대상의 프로그램에 대한 다양한 요구가 확인되었다. 먼저, 여성·영유아 건강증진사업에서는 응답자의 30.74%가 임신부 및 신생아 가정방문 건강관리 프로그램을 가장 필요하다고 응답하였으며, 영유아 안전사고 및 질병 관련 응급조치 교



[Figure 1] Awareness, satisfaction, and participation in the 2018–2023 community health promotion program
 Source. Oh (2023)

육에 대한 필요성도 43.54%로 나타났다. 아동 건강증진사업에서는 응답자의 48.19%가 영양 관리 프로그램을 가장 필요하다고 평가하였다. 청소년 건강증진사업에서는 33.72%의 응답자가 정신건강 관리 프로그램이 필요하다고 응답하였다. 성인 건강증진사업에서는 운동 환경 조성이 24.29%로 가장 높았으며, 그다음으로 금연 프로그램(13.78%)과 저소득층 방문건강관리(12.63%)의 필요성이 제기되었다. 65세 이상 고령자 건강증진사업에서는 31.29%가 치매 관리 프로그램을 가장 필요하다고 응답하였고, 신체활동 프로그램이 28.43%, 운동 환경 조성이 9.70%로 나타났다.

마지막으로, 보건소 이용 및 기능에 있어 주요 결과로는, 코로나19 검사가 85.74%로 가장 높은 인지도를 기록했으며, 그 뒤를 이어 예방접종(85.24%)과 감염병 관리(77.39%)가 높은 인지도를 나타냈다. 반면, 구강보건(36.86%)과 진료(39.51%)는 상대적으로 낮은 인지도를 보였다. 보건소 이용 경험이 있는 응답자는 52.53%였으며, 이 중 코로나19 검사가 39.44%로 가장 높은 이용률을 기록했다. 예방접종(28.27%)과 감염병 관리(25.77%)도 이용률이 높았으나, 구강보건(8.14%)과 정신건강(9.67%) 사업의 이용률은 상대적으로 낮았다. 앞으로 보건소에서 강화해야 할 서비스로는 심뇌혈관 질환 관리가 30.50%로 가장 많은 수요를 보였으며, 영양·운동·비만 관리(18.43%)와 치매 예방(16.73%)이 그 뒤를 이었다.

2023년을 기준으로 건강증진사업의 인지도와 참여도는 상승했으나, 만족도는 다소 하락하여 서비스 품질 개선에 대한 요구가 증가하고 있다. 특히, 모바일 헬스케어와 같은 디지털 기반 프로그램의 발전 가능성이 크며, 이를 중심으로 한 건강증진 서비스의 개선이 필요한 시점이다.

IV. 문제점

본 연구에서는 보건소 건강증진사업의 현황을 파악한 결과, 인력 부족, 업무 중복, 그리고 주민 체감도 하락이 사업 운영을 저해하는 주요 문제로 도출되었다. 보건소 인력은 증가했으나 여전히 현장 요구를 충족하기에는 부족하며, 특히 보건교육사와 같은 핵심 인력의 비중이 낮아 사업의 전문성과 지속성을 보장하는 데 어려움이 있다. 또한, 여러 기관의 지침에 따른 업무 중복으로 인해 보건소 직원들은 과

중한 업무 부담을 겪고 있어 사업의 효율성을 저하시킨다. 한편, 건강증진사업에 대한 주민들의 인지도와 참여도는 상승했으나, 만족도는 하락하는 경향이 확인되었다. 특히 모바일 헬스케어 사업은 인지도와 참여율이 낮은 반면, 이용자의 만족도는 높아 홍보와 접근성 개선이 요구된다.

이러한 현황을 바탕으로 추가 분석을 통해 드러난 문제들은 다음과 같다. 첫째, 인력과 자원의 부족은 사업 운영의 지속성을 위협하는 주요 요인이다. 2021년과 2022년 팬데믹 동안 보건소 정규직 인력이 보강되었으나, 여전히 많은 보건소가 임시직과 계약직 인력에 의존하고 있으며, 건강증진서비스에서는 무기계약직(22.4%)과 기간제 근로자(9.7%) 비율이 높아 서비스 일관성과 전문성에 부정적인 영향을 미친다(Shin et al., 2021).

둘째, 교육의 질 문제는 인력 역량 강화에 중요한 걸림돌이다. 통합건강증진사업 담당 인력의 교육은 주로 대규모 강의식으로 이루어지며, 소규모 실습형 교육이 부족하다. 교육 이수율이 시도 평가와 예산 배분에 반영되다 보니 형식적인 교육이 우선시되고, 실질적인 역량 강화를 저해하고 있다. 사업총괄인력과 신규자, 경력자를 구분하지 않는 일괄적인 교육 방식도 정책 변화와 대상자 요구에 맞춘 교육에 한계를 드러낸다(Oh, 2015; Oh, Lee, Tak, Park, & Jin, 2014; Park, 2018).

셋째, 사업 운영 방식의 문제는 지역사회 주민의 요구와 중앙정부 정책 간의 괴리에서 비롯된다. 필수사업 선정 기준이 중앙정부에 의해 결정되다 보니, 지역사회 주민 요구와 맞지 않는 경우가 많다(Lee, 2017). 이로 인해 사업이 지역 특성과 주민 요구를 충분히 반영하지 못해, 사업의 효과성이 떨어지고 있다.

넷째, 사업 운영의 지속 가능성 문제는 매우 심각하다. 보건소 건강증진사업은 중앙정부 예산 지원에 크게 의존하고 있어, 외부 환경 변화에 민감하다. 팬데믹 동안 방역 예산에 집중되면서 만성질환 관리와 예방사업이 축소되거나 중단된 사례가 많았으며, 수도권과 비수도권 간의 예산 격차로 인해 서비스 질 차이도 발생한다. 이는 지역 간 건강 불평등을 심화시키는 요인으로 작용하고 있다(Oh, 2022).

이와 같은 문제들은 보건소 건강증진사업의 질적 향상과 지속 가능성을 저해하고 있으며, 이를 해결하기 위해서는 중앙정부와 지역 간 협력 체계 강화와 지역 주민 요구에 맞춘 맞춤형 서비스 제공이 필수적이다.

V. 발전방안

기존 논의를 종합하여, 본 연구는 보건소의 발전을 위한 세 가지 핵심 개선 방안을 제시한다.

첫째, 인력 강화 방안은 보건소의 전문 인력 부족 문제를 해결하기 위해 전문관 제도 도입을 제안하였다. 이 제도는 보건소의 건강증진사업을 담당하는 공중보건조사, 간호사, 보건교육사 등 핵심 인력이 지속적으로 전문성을 유지할 수 있도록 설계된 것이다. 보건교육사는 특히 건강증진사업의 기획 및 평가에 중요한 역할을 담당하고 있으나, 현재 그 비중이 낮아 사업의 일관성과 전문성에 한계가 발생하고 있다. 전문관 제도를 통해 보건교육사 인력의 적절한 배치와 지속적인 역량 강화를 도모할 수 있을 것이다. 해외 사례로는 독일과 영국의 공중보건 시스템이 유사한 방식으로 운영되고 있다. 독일에서는 지역사회 건강을 관리하는 Public Health Officer가 배치되어 장기적으로 지역 보건을 책임지고 있으며(Schleiermacher, 2023), 영국 역시 Public Health Specialist가 지역사회의 공공보건을 담당하고 있다(Gray & Evans, 2018). 이러한 해외 사례는 한국에서도 전문관 제도 도입을 통해 보건소 인력의 전문성을 강화할 수 있음을 시사한다.

둘째, 사업 운영의 효율성 제고는 사업 간 중복성과 비효율성 문제를 해결하기 위해 통합적 관리 체계를 구축하는 방안을 제시하였다. 보건소는 다양한 건강증진사업과 만성질환 관리 사업을 동시에 수행하고 있지만, 여러 기관의 지침을 따르면서 운영이 비효율적으로 이루어지고 있다. 이에 따라 중앙-광역-기초 보건소 간의 조직적 연계성을 강화하고, 성과 기반 평가 시스템을 도입하여 사업의 효과를 극대화하는 방안이 제시되었다. 스웨덴의 공중보건 시스템은 중앙정부와 지방자치단체가 긴밀하게 협력하여 일관된 전략 하에 운영되며, 사업 성과는 중앙에서 관리하고 평가하는 통합적 시스템을 가지고 있다(Anell, Glenngard, & Merkur, 2020). 이 사례는 한국 보건소의 운영 방식을 개선하는 데 있어 중요한 참고 자료가 될 수 있다.

셋째, 지역사회와의 연계성 강화는 일차의료기관과의 협력을 통해 지역 주민에게 포괄적이고 통합적인 건강관리를 제공하는 방안을 제안하였다. 이는 캐나다의 공중보건 시스템과 유사하다. 캐나다는 보건소와 일차의료기관 간의 긴밀한 협력 관계를 통해 지역 주민에게 예방과 진료를 아

우르는 통합적 서비스를 제공하고 있다(Public Health Agency of Canada, 2018). 이와 같은 모델은 한국의 보건소가 예방 중심으로 운영되고, 민간 의료기관이 진료 중심 역할을 맡는 상호보완적 구조를 구축하는 데 중요한 시사점을 제공한다.

VI. 결론

본 연구는 지역사회 통합건강증진사업의 운영 현황을 분석하고, 이에 따른 구체적인 개선 방안을 제시하기 위해 시작되었다. 분석 결과, 업무 중복과 주민 체감도 하락이 주요 문제로 도출되었다. 특히, 보건교육사와 같은 핵심 인력의 부족과 여러 기관의 지침에 따른 중복 업무로 인해 보건소 운영의 비효율성이 나타났다. 또한, 주민들의 만족도가 하락하고 있어 이에 대한 개선이 필요함을 확인하였다. 이러한 문제점들은 사업 운영의 지속성을 위협하는 요인으로 분석되었다. 임시직과 계약직 인력에 대한 의존으로 서비스의 전문성과 일관성이 저하되고, 교육의 질이 낮아 인력 역량 강화에 장애가 되고 있다. 또한, 중앙정부 지침과 지역 요구 간의 괴리가 사업의 효과성을 저하시키고, 예산 격차가 지역 간 건강 불평등을 심화시키는 원인으로 지적되었다.

이 문제들을 해결하기 위해, 본 연구는 전문관 제도 도입을 통한 인력 강화, 통합적 관리 체계 구축을 통한 운영 효율성 제고, 그리고 일차의료기관과의 협력을 강화하여 포괄적 건강관리 서비스를 제공할 것을 제안하였다. 이러한 방안들은 보건소가 지속 가능하고, 효과적인 맞춤형 건강증진 서비스를 제공하는 데 중요한 역할을 할 것으로 기대된다.

References

- Anell, A., Glenngard, A. H., & Merkur, S. (2020). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(4), 1-165. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Choi, S. H., & Kim, M. (2014). Analysis of the priority of roles performed by health educators in charge of health promotion programs at community health centers.

- Korean Journal of Health Education and Promotion*, 31(5), 121-133. doi: 10.14367/kjhep.2014.31. 5.121.
- Gang, J. S., Park, H. Y., Lee, S. H., Lee, J. Y., Lee, J. Y., Kim, Y. J., & Kwon, K. T. (2023). Experience and stress of public health center officials coping with the COVID-19 epidemic: Qualitative research. *Journal of Korean Association of Social Psychiatry*, 28(2), 41-49. doi: 10.61714/jkasp.2023.28.2.41.
- Gray, S. F., & Evans, D. (2018). Developing the public health workforce: Training and recognizing specialists in public health from backgrounds other than medicine: Experience in the UK. *Public Health Reviews*, 39, 1-9. doi: 10.1186/s40985-018-0091-x.
- Han, Y. R., & Yang, S. J. (2017). Actual conditions and improvement strategies regarding the nursing workforce in public health centers. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 31(3), 421-435. doi: 10.5932/JKPHN.2017.31.3.421.
- Korea Health Promotion Institute. (2020). *Making the most of public health centers in 2020*. Seoul: Author.
- Korea Health Promotion Institute. (2023a). *2023 guide to public health center mobile healthcare programs*. Seoul: Author.
- Korea Health Promotion Institute. (2023b). *2024 guidelines for community-based health promotion programs*. Seoul: Author.
- Korea Health Promotion Institute, & Korea Institute of Local Administration. (2019). *Performance analysis and improvement measures for community-based health promotion programs*. Seoul: Author.
- Lee, J. Y. (2017). Improvement directions of the community-based integrated health promotion program. *Health and Welfare Policy forum*, 246, 32-40.
- Lee, M. S. (2023). Challenges and issues of health and medical care policies regarding COVID-19 in Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 40(4), 1-19. doi: 10.14367/kjhep.2023.40.4.1.
- Ministry of Health and Welfare. (2022). Operation status of public health centers and health clinics. *KOSIS*. Accessed 2024, September 4. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11719N_001&conn_path=I2
- Oh, Y. (2015). Analysis of perceived job training and educational needs for the public health promotion program personnel. *Journal of Korean Society for School and Community Health Education*, 16(1), 93-105.
- Oh, Y. H. (2023). *2023 evaluation of the current status and awareness of community health promotion programs*. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Oh, I. H. (2022). *Policy directions and foundational data development for the 8th regional health care plan*. Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- Oh, Y., Lee, K., Tak, Y., Park, N., & Jin, S. (2014). *A study on medium and long term education system for community health promotion manpower*. Seoul: Korea Health Promotion Foundation.
- Paek, J. S., & Hong, S. A. (2017). A study on the evaluation and improvement of an integrated health promotion program in the local community. *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(7), 131-139. doi: 10.15207/JKCS.2017.8.7.131.
- Park N. (2018). *2018 Annual report of Gyeonggi integrated health promotion support center*. Suwon: Gyeonggi Province.
- Park, N. (2020). Educational needs for strengthen the core competency of the integrated health promotion in communities. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 37(2), 57-68. doi: 10.14367/kjhep.2020.37.2.57.
- Public Health Agency of Canada. (2018). *The public health system in Canada*. Ottawa: Author.
- Schleiermacher, S. (2023). Gatekeepers for the third reich: Public health officers, forced labor and the control of epidemics. In I. Borowy, & B. Harris (Eds.), *Yearbook for the History of Global Development* (pp. 147-173). Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Seo, Y. J., Jeong, A. S., Lee, J. E., Shin, J. W., & Kang, S. Y. (2007). The evaluation of networking system between health promotion and other programs at public health centers. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 24(2), 111-121.
- Shin, J. H., Kwon, G. S., Keun, H. K., Kim, G. Y., Kim, C. H., Park, K. S., . . . Lee, J. H. (2021). *Functional and systemic improvement measures for regional public health institutions (final report)*. Ministry of Health and Welfare, & Chonnam National University.
- Son, H. M., Yang, H. R., & Park, B. (2021). Experiences of public officials for the COVID-19 response in the community health center. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 32(4), 578-592. doi: 10.12799/jkachn.2021.32.4.578.
- Thompson, S. R., Watson, M. C., & Tilford, S. (2018). The Ottawa Charter 30 years on: Still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*, 56(2), 73-84. doi: 10.1080/14635240.2017.1415765.
- Yang, H. K. (2021). Nurses' perception of home visit nursing care services at the outreach community center. *The Journal of the Convergence on Culture Technology*, 7(4),

227-236. doi: 10.17703/JCCT.2021.7.4.227.

Yoon, K. J. (2022). *Restructuring the regional public health system to respond to future public health crises: Focusing on public health centers*. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs.

- | | |
|----------------|---|
| ■ Jin-Nm Kim | https://orcid.org/0000-0001-6798-6917 |
| ■ Yeo Wool Lee | https://orcid.org/0000-0002-5491-2908 |
| ■ In-Hwan Oh | https://orcid.org/0000-0002-5450-9887 |