

부산시 소지역 주민참여 건강사업의 형성과 발전 과정: 건강반송사업 이후 15년

윤 태 호¹

¹ 부산대학교

초 록

주민참여는 일차보건의료와 건강증진의 핵심 운영원리이지만, 현실 보건사업에서는 구현이 어려운 과제로 인식되고 있다. 부산시 소지역 주민참여 건강사업은 2007년 건강반송사업으로 시작하여, 2010년 건강마을사업, 2016년 마을건강센터사업으로 발전하였다. 본 연구의 목적은 부산시 주민참여 건강사업의 형성과 발전과정을 탐색하고, 우리나라 주민참여 건강사업을 활성화하는 데 경험적 근거를 제공하기 위함이다. 지난 15년간 사업수행의 경험과 관련 문헌 검토를 통해 살펴본 부산시 주민참여 건강사업의 지속적 발전 요인은, 보건사업에서 주민참여의 원칙 견지, 소통과 공감을 통한 주민참여, 지역의 특성에 기반, 지자체의 정책적 일관성과 전문적 지원조직의 존재, 사업의 근거가 되는 조례의 제정 등이었다. 한편, 해결 과제는 지자체 예산 확보의 한계, 활동 인력 고용구조의 불안정성, 지역복지사업과의 중복성 인식 등이었다. 이러한 한계에도 불구하고, 지난 15년간 소지역을 중심으로 지속적으로 수행·발전해 온 부산시 주민참여 건강사업의 경험은 주민참여에 기반한 지역보건사업을 확산하고 활성화하는 데 중요한 자산이 될 것이다.

주요 용어: 소지역, 참여, 자원협력, 건강사업, 건강형평성

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 부산시 주민참여 건강사업이 지난 15년간 어떠한 경로를 통해 중단되지 않고 지속적으로 발전되어 왔는지, 당면한 문제점들을 어떻게 극복하였으며, 해결되지 않는 한계점들은 무엇인지를 검토하여 우리나라 주민참여 건강사업을 활성화하는 데 경험적 근거를 제공하기 위하여 이 연구를 수행하였다.

새롭게 밝혀진 내용은? 건강반송사업으로부터 시작한 부산시 주민참여 건강사업이 지난 15년간 지속적으로 수행될 수 있었던 요인은, 건강반송사업으로부터 형성되어 온 소통과 공감의 주민참여에 기반한 건강사업의 일관된 수행과 이를 가능하게 한 지자체의 정책 지원, 전문적 지원조직의 운영 그리고 조례 제정을 통한 제도적 근거 마련 등이었다. 해결해야 할 과제는 지자체 자체 예산 확보의 한계, 활동 인력의 고용구조 불안정성, 지역복지사업과의 중복성 인식 등이었다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 우리나라 지역보건사업을 활성화하기 위해서는 보건사업의 효과성을 높이기 위한 수단보다는 지역의 건강 문제를 해결하기 위한 주체 형성으로서의 주민참여를 지향해야 하며, 이를 위한 정책적, 제도적 지원이 필요하다.

이 과제는 부산대학교 기본연구지원사업(2년)에 의하여 연구되었음.

- 투 고 일: 2024. 04. 30.
- 수 정 일: 2024. 06. 17.
- 게재확정일: 2024. 06. 24.

I. 서론

우리나라 읍면동 소지역을 중심으로 하는 보건사업은 “무의촌 해소”라는 정책목표를 달성하기 위하여 농촌지역의 보건지소와 보건진료소를 중심으로 발전해 왔다. 이에 따라 읍면단위 보건지소에는 공중보건의사를 의무적으로 배치하도록 하였고, 의사 배치가 어려운 도서벽오지 의료취약지역에는 간호사를 두어 기본적 의료를 제공하도록 하였다. 이에 비해 도시지역은 의료기관의 밀집도가 높다는 이유로 시군구 보건소 외에는 별도의 공중보건기관을 두지 않았다. 하지만, 국민건강보험의 전국민에 대한 확대에도 불구하고, 높은 본인부담 등으로 인한 필요의료서비스의 미충족 문제는 여전히 상당한 규모로 존재하고 있다(허순임, 김수정, 2007; 신영전, 2014). 특히, 도시지역의 일차의료는 치료 위주의 민간의료에 의존하고 있어 만성질환 관리와 질병예방·건강증진 서비스가 미흡하며, 다수의 건강취약인구의 거주에도 불구하고 공공부문의 부족으로 취약계층의 접근성 제한 등의 지적이 있었다(조홍준 외, 2005). 이에, 도시보건지소가 시범사업을 거쳐 확충되었으나, 이미 “민간의료기관이 밀집되어 있는 도시에서 진료기능 유인이 존재하는 도시보건지소는 민간의료기관과 지역 내 갈등을 유발하며, 큰 사업규모로 대지 확보가 어렵고 인력 투입(15명)이 많아 지자체의 사업참여가 저조”한 등의 이유(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2023)로 도시보건지소의 확충은 중단되었다. 이후, 진료기능을 배제한 ‘질병예방과 건강생활실천’의 기능을 수행하는 건강생활지원센터가 도시보건지소를 대체하였고, 기존 도시보건지소도 기능 전환을 요구받게 되었다.

다른 한 편, 지역보건 인프라 구축과는 별개로 소지역 중심의 프로그램을 통한 접근도 함께 있었다. 이러한 소지역 기반 프로그램은 지역 건강불평등 완화라는 목적에서 이루어졌으며, 일차보건의료(WHO, 1978)와 건강증진(WHO, 1986)의 핵심원리인 주민참여를 핵심 운영원리로 하였다. 우리나라에서 마을건강원으로 대표되는 일차보건의료에서의 주민참여의 성과는 제한적이라는 평가(김용익, 1992)가 있으나, 일차보건의료에서 주민참여의 의미는 퇴색되지 않았으며, 오타와현장으로 대표되는 건강증진에서는 주민참여를 통한 지역의 역량강화가 핵심원리로 여전히 강조되었다. 특히, 이러한 흐름은 중앙정부보다는 지자체를 중심으로 형성 및 발전되었는데, 지자체를 중심으로 한 주민참여 건강사업으로는 2007년부터 부산시 반송지역에서 건강반송만들기 사업을 진행한 것이 첫 시도라 볼 수 있으며(허현희, 2018; 허현희, 손인서, 2020), 경상남도는 진주시 사봉면 사업에서 출발하여 ‘건강플러스, 행복플러스 사업’(경상남도, 2018), 강원도는 ‘건강플러스 사업’(강원도 통합건강증진사업지원단, 2017), 경상북도는 ‘건강새마을조성사업’(경상북도, 2019), 서울시는 주민참여형 건강생태계 조성사업(서울시, 2019)을 각 지역의 특성에 맞게 주민참여 건강사업을 수행하였다. 위의 사업들은 전문가와 주민이 상호학습하고 소통하며, 주민이 중심이 되어 지역의 건강문제를 해결하는 소지역 중심의 주민참여 건강사업이라는 공통점이 있으나, 주민참여에 접근하는 방식에서는 차이가 있다. 부산시 모형은 보건소와 지역복지기관의 협력을 통한 주민참여(윤태호 외, 2023), 경상남도(김장락 외, 2015)·강원도(박웅섭 외, 2023)·경상북도(홍남수 외, 2020) 모형은 주로 주민으로 구성된 건강위원회를 중심으로 하는 주민참여, 서울시 모형은 지역 민간단체가 중심 역할을 하는 주민참여(기명 외, 2020; 이도연 외, 2022)라는 특징이 있다. 이에 대해 허현희와 손인서(2020)는 도시지역은 지역자원이 상대적으로 풍부하여 지역자원과 연계한 주민참여를 보이는 반면, 농촌지역은 지역 자원이 부족하여 사업 초기부터 주민건강위원회를 중심으로 이루어지는 경향이 있다고 하였다.

그런데, 중앙정부의 별도 지원 없이 각 시도의 실정과 필요성에 따라 시도 자체의 노력으로 수행한 이들 주민참여 모형이 공통적으로 직면하는 문제는 사업의 지속성이었다. 지자체장의 교체, 예산 확보 등의 문제로 사업이 중단되거나, 수행하는 데 어려움을 겪었다. 그런데, 쉽게 극복하기 어려운 엄연한 현실의 장벽에도 불구하고, 부산시는 지난 15년간 대도시 동단위 지역을 중심으로 주민참여 건강사업을 지속적으로 수행해오고 있으며, 사업을 수행하는 동 지역의 수가 계속 증가하고 있다. 하지만, 다른 시도의 경험이 연구 성과로 발표된 것과는 달리, 2007년부터 건강반송사업으로 시작하여 15년이 지난 지금까지 사업이 지속적으로 이어지고 있는 부산시의 주민참여 건강사업

을 체계적으로 접근하여 발표한 논문은 찾아보기 어렵다. 특히, 부산시에서 지난 15년간 어떠한 경로 또는 과정을 거쳐 사업이 중단하지 않고 지속적으로 발전되어 왔는지, 당면한 문제점들을 어떻게 극복해 왔으며, 여전히 해결되지 않는 한계점이 무엇인지를 체계적으로 검토하는 것은 우리나라의 주민참여 건강사업을 확산하고 활성화하는데 큰 시사점을 줄 것이다. 이에, 본 논문에서는 부산시의 주민참여 건강사업의 형성과 그 발전 과정을 탐색하고, 우리나라 소지역 중심의 주민참여 건강사업에의 교훈을 고찰하고자 한다.

II. 본론

1. 연구 방법

본 연구에서는 부산시의 소지역 기반 주민참여 건강사업의 발전 단계를 사업의 형태적·수행기관의 변화에 따라 3단계로 구분하였다. 첫 단계는 2007년부터 수행한 건강반송사업, 두 번째 단계는 건강마을사업(2010년~2016년), 세 번째 단계는 마을건강센터사업(2016년~)이다. 건강반송사업은 보건복지부 건강증진 중장기 연구과제인 “건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발”의 일환으로 반송지역에서 수행된 시범사업으로 2007년부터 시작하여 현재까지 계속 수행해오고 있으나, 본 고에서는 2007년부터 2009년까지의 기간을 중심으로 기술하였다. 건강마을사업은 부산시의 건강도시 브랜드사업으로 2009년 시범사업을 거쳐 2010년부터 2016년까지 수행한 사업으로 보건소에 예산을 교부하여 보건소 관할 지역 중 건강과 사회경제적 수준이 취약한 특정 동을 중심으로 이루어진 사업이다. 마을건강센터사업은 부산시 특화사업으로 건강마을사업을 수행하고 있는 동을 중심으로 2016년부터 보건소 산하에 동단위 거점기관인 마을건강센터를 설치하여 건강마을사업을 수행하도록 하였으며, 건강마을사업을 수행하지 않았던 다른 동 지역까지 마을건강센터의 확충을 통해 사업을 수행하도록 하였다.

부산시 주민참여 건강사업과 관련하여 출판된 문헌 및 미출판된 내부 문헌과 타 지역에서 수행된 사업들과 관련한 문헌들을 함께 검토하였다. 각 사업별 해당 사업의 형성 배경 및 과정, 사업의 수행 내용, 사업의 전환 과정으로 나누어 기술하여 각 사업의 발전과정과 함께 부산시 주민참여 건강사업의 전반적인 발전과정을 전체적으로 조망할 수 있도록 하였다.

2. 건강반송사업(2007~2009년)

가. 건강반송사업의 형성

건강반송사업은 보건복지부 중장기 연구과제인 “건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발”의 세부과제로 2007년부터 2009년까지 해운대구 반송지역에서 수행된 사업이다(신영전 외, 2009).

건강반송사업은 지역사회 참여연구(Community-Based Participatory Research)의 원리와 방법에 기반하였다. 지역사회 참여연구는 참여, 지역사회 구성원과 연구자들이 사업과정에서 동등하게 협력하고 상호 학습, 체계를 개발하고 지역 역량 구축, 참여자들이 그들의 삶을 통제할 수 있는 역량 강화, 연구와 활동 간의 균형을 달성하는 것을 그 특징으로 한다(Barker & Brownson, 1998; Isreal et al., 1998; Minkler, 2000). 즉, 지역사회와 함께하는 것에 강조점을 두며, 결과보다는 과정을 더 중요하게 여긴다. 지역사회 참여연구는 지역을 대상으로 여기는 전통적인 사업과 달리 지역의 사회적 맥락을 고려하고 지역과 함께 하는 접근으로, 미국 의학연구소에서는 지역사회참여연구를 공중보건 전문가들이 훈련을 받아야 할 8가지 영역 중의 하나로 권고하기도 하였다(Institute of Medicine, 2003).

우리나라 학계에서 지역사회 참여연구를 학술지를 통해 소개한 것이 2008년 이후(정민수 외, 2008; 유승현, 2009)인 점을 고려할 때, 지역사회 참여연구를 지역사회에서 실제 사업에 건강반송사업은 시대적으로도 앞서간 시도로 볼 수 있다. 건강반송사업을 시작할 당시 보건소를 중심으로 이루어진 지역보건사업이나 건강증진사업은 주로 대인 서비스 제공에 초점을 두었다. 참여와 협력이 지역보건사업에서도 강조되었지만, 실제 주민참여는 주로 보건소에서 주관하는 건강교실이나 사업에 참여하는 정도로 인식되었고, 지역자원과의 협력 역시 보건소 사업의 필요성에 따라 그때그때 연계하는 수준이었다. 즉, 지역공동체와 지역주민은 사업의 대상으로 간주되었으며, 사업의 주체로 여겨지지 않았다.

3년에 걸친 건강반송사업은 지역 간 건강불평등 제고를 목표로 지역주민의 참여와 지역 자원과의 파트너십의 운영원리에 기반하여 지역공동체와 함께 지역의 건강한 변화를 시도한 건강사업이었다. 지역의 선정 기준은 건강 수준의 취약성과 사회경제적 취약성뿐 아니라 지역의 문제해결 역량, 지역공동체성과 주민 활동의 수준, 지역의 평판 등 사회적 맥락도 같이 고려하였다. 조사 단계에서부터 지역 공동체의 자원 및 지역에서 활동하는 주민들과 같이 준비를 하였다. 아동·청소년부터 노인, 지역의 기관부터 풀뿌리 주민단체에 이르는 총 16개 집단에 대해 초점집단면접을 실시하였으며, 주민들과 같이 500가구에 걸쳐 지역사회 서베이를 실시하였다(신영전 외, 2009). 그리고, 그 결과를 지역공동체의 자원 및 주민들과 같이 토론회를 통해 공유하였다. 이렇게 지역공동체와 함께 수행한 양적, 질적조사를 통해 파악한 반송지역의 건강 관련 특성은 다음과 같다(윤태호, 2009).

- 한부모, 조손 가정 등 불안정 가구의 높은 비중
- 자연환경(대기, 수질환경)을 제외하고는 건강 비친화적 거주 환경
- 교육환경과 문화환경의 열악함
- 서비스 중복과 서비스 소외 현상의 공존
- 질병의 늦은 발견과 관리 미흡
- 필요한 서비스의 접근성 제한
- 지역보건사업은 보건소, 의료기관 등 전문기관 중심의 일이라는 인식
- 지역 주민의 높은 공동체 의식
- 건강행태에 대한 보다 근원적 문제 해결의 중요성 인식
- 지역보건사업에서 마을 일꾼들의 주체적 참여 필요성 인지

나. 건강반송사업의 수행 내용¹⁾

앞서 기술한 반송지역의 건강관련 특성에 기반하여 건강반송사업을 위한 계획을 수립하였다. 건강반송사업의 주요 사업영역은 실질적 주민참여를 위한 활동, 지역자원들과의 파트너십에 기반한 사업 운영, 건강친화적인 지역의 물리적·사회적 환경 조성, 주민참여에 기반한 혁신적 서비스 전달, 지역공동체의 건강에 대한 규범을 변화시키기 위한 활동 등으로 분류할 수 있다(신영전 외, 2009).

첫째, 실질적 주민참여를 위한 활동이다. 대상화된 주민참여가 아니라, 주민이 사업의 중심으로 설 수 있는 역량 함양을 목표로 하는 교육사업을 수행하였고, 이를 통해 주민 건강활동가를 양성하고, 주민들이 중심이 되는 다양한 건강 소모임을 만들어 운영하였다. 즉, 교육과 구체적 활동 경험을 통하여 주민들의 역량을 지속적으로 강화함으로써 주민 중심의 건강사업이 가능하도록 하였다. 양성된 건강활동가 중 역량 있는 반송지역 거주 주민을 건강코디네

1) 본 내용은 건강반송사업의 최종보고서에 해당하는 신영전 외(2009)의 “건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발” 보고서의 내용에 기반 하였음.

이티로 고용하여 각종 회의체의 간사 및 주민 건강활동의 관리자, 그리고 보건소와 주민 간의 교량적 역할을 수행하도록 하였다. 또한, 건강반송사업에서는 지역에서 영향력 있는 주민들 보다는 보통의 주민들을 중심에 두었다. 지역에서 영향력 있는 주민들은 다른 분야의 사업에도 중복적으로 참여를 하고 있는 상황이었으므로, 건강반송사업에 참여하는 주민들은 지역에 관심은 있으나 활동의 경험은 약하거나 없는 보통의 주민들이었다.

둘째, 지역자원들과의 파트너십에 기반한 사업 운영이다. 해운대구 보건소, 반송지역에 있는 4개 종합사회복지관, 반송에 거점을 둔 주민단체, 그리고 연구진이 함께 건강반송네트워크라는 이름의 협의체를 통해 사업을 공동으로 기획, 집행, 평가하였다. 이를 통해 지역을 건강하게 변화시키기 위한 주민-보건-복지-행정이 함께하는 지역의 사업으로 자리매김할 수 있었다. 또한, 건강반송네트워크의 경험을 통해 기관의 관점이 아니라 주민의 관점에서 바라볼 때 보건·복지·행정의 협력 또는 연계가 효과적으로 이루어진다는 점도 경험하게 되었다.

셋째, 지역의 물리적, 사회적 환경을 건강친화적으로 조성하는 것이다. 당시의 많은 보건소의 건강증진사업이 주로 흡연, 음주, 운동, 영양 등 건강행태를 개선하는 것을 목표로 하였으며, 주된 방식은 지식을 전달하는 교실이나 소규모의 주민들을 모아서 운영하는 프로그램들이었다. 그런데, 건강반송사업을 통해 만나본 주민들의 공통된 질문은 왜 우리 지역에서 흡연, 음주, 운동, 영양과 같은 문제가 많은가였으며, 그러한 문제를 해결하는 것이 더 중요하다는 것이었다. 이는 자연스럽게 주민들의 건강에 영향을 미치는 마을의 요인들을 해결하는 물리적·사회적 환경의 개선으로 이어졌다. 낮은 걷기실천율을 해결하기 위해서는 마을 내 걷기코스를 조성하고, 걷기 동아리를 만들어서 걷기실천을 주저하는 주민들이 함께 하도록 하였다. 운동할 수 있는 공간이 없어 운동을 하지 않는 주민들이 많으므로 마을 내 방치된 근린공원을 건강테마공원으로 조성하자는 제안을 하였고, 보건소에서 구청의 도움을 받아 실제 집행하였다. 흡연과 음주 문제의 경우, 어린이 놀이터에 담배를 피우고, 술을 마시는 어른들이 많은데 이를 금연, 금주 구역으로 지정하고, 주민자치위원회에서 지속적으로 관리하였다. 청소년 흡연 문제에 대응하기 위하여 마을청년회 야간순찰활동과 연계하여 지역 내 담배 판매업소를 방문하여 반드시 신분증을 확인한 후 담배를 판매하도록 안내하는 캠페인을 수행하였다. 지역의 외로움과 정신건강 문제를 해결하기 위하여 주민들 스스로 건강지킴이단을 만들어서 홀로 사는 어르신을 찾아가서 정서적 지지 활동을 하였다. 이러한 지역의 물리적·사회적 환경을 건강친화적으로 변화시키는 것은 주민들이 가장 선호하는 활동이었다.

넷째, 기존 보건서비스에서 벗어나는 혁신적 서비스 전달을 모색한 점이다. 주민들이 금연상담사로 활동하였고, 보건소의 방문보건사업과 사회복지관의 재가복지사업 담당자들이 함께 모여 정보를 교류하여 서비스 중복 문제와 새로 발굴된 사례에 대한 문제를 공동으로 해결하는 통합사례회의를 정례적으로 운영하였다. 이를 통해 반송지역 전체의 관점에서 건강과 사회복지의 욕구 문제를 함께 해결할 수 있었다.

다섯째, 지역공동체의 건강에 대한 규범 변화를 위한 노력이다. 지역의 주민들뿐 아니라 지역의 기관이나 단체에서 활동하는 주민들의 기본적 인식은 건강은 보건소나 의료기관 등 전문기관에서 제공하는 의료서비스인데, 의료를 모르는 주민들이 할 수 있는 것이 거의 없다라는 것이었다. 이에 비해 교육은 우리 아이들의 문제이므로 지역 주민이나 지역의 기관·단체가 중심적인 역할을 해야 한다는 인식이었다. 실제 교육과 관련해서는 “희망의 사다리”라는 협의체를 통해 지역주민과 지역의 기관·단체들이 함께 활동하고 있었다. 따라서, 건강반송사업 초기에 가장 역점을 둔 것이 바로 의료의 관점을 건강의 관점으로 인식을 전환하는 것이다. 즉, 마을이 건강해지기 위해서는 의료 외에도 많은 것들이 있음을 인식하게 하는 것이었는데, 그러한 것이 바로 건강의 사회적 요인들이었다. 주민들이 건강의 사회적 요인들에 대해 이해하게 됨으로써, 주민들이 마을의 건강을 위해 다양한 활동이 가능함을 알게 되었고, 이러한 과정을 통해 건강의 문제 역시 지역공동체에서 해결해야 하는 문제라는 지역개발적 관점으로 자연스럽게 전환하게 되었다.

표 1. 건강반송사업의 사업영역별 주요 사업 내용

사업 영역	주요 사업내용
주민참여	· 주민참여를 위한 기획 강좌 · 주민 건강활동가 양성 · 다양한 주민 건강소모임의 조직화와 활동화
지역자원 파트너십	· 건강반송네트워크 운영(보건소, 사회복지관, 주민단체, 주민건강활동가, 연구진 등)
건강증진 서비스의 혁신	· 주민건강 활동가에 의한 서비스 제공(금연상담 등) · 보건소 방문보건사업과 복지관 재가복지사업의 상호교류를 통해 서비스 중복, 소외 문제 해결 · 대인서비스 중심에서 건강영향요인 해결 중심 서비스로 변화
건강친화적 환경 조성 (물리적· 사회적 환경)	· 정례적인 마을건강 캠페인, 마을 축제 참여 · 물리적 환경 개선: 보행로 개선, 근린공원과 어린이 놀이터의 건강친화적 조성, 환경 모니터링 등 · 사회적 환경 개선: 건강소모임 활동을 통한 주민 지지
지역공동체의 규범 변화	· 건강을 지역개발의 한 요소로서 인식 · 마을건강 문제 해결의 주체는 마을과 주민이라는 인식 변화

출처: “건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발 제2권,” 신영진 외, 2009, 한양대학교산학협력단, 건강증진사업지원단.

다. 건강반송사업의 전환

건강반송사업은 2009년을 끝으로 지원이 종료되는 중앙정부 지원의 프로젝트성 사업이었다. 하지만, 건강반송사업을 수행하면서 형성된 지역주민과 지역 자원의 역량은 이 사업을 중앙정부의 지원 없이도 지속적으로 수행해야 한다는 것과 건강반송사업을 유사한 지역으로 확산시키는 공감대 형성으로 이어졌다. 그러한 고민의 시점과 맞물려 2008년 기준으로 부산시가 전국 시도단위에서 연령표준화사망률이 가장 높고, 기대수명이 가장 낮은 지역이라는 발표(통계청, 2009)가 있었다. 이는 지역사회에 큰 충격으로 다가왔고, 부산시에서 특단의 조치가 필요하다는 여론이 급물살을 타기 시작하였다. 이에, 부산시에서는 원인 파악과 정책 방안을 마련하기 위하여 『건강도시 부산 중장기 발전계획 수립』 학술용역을 수행하였고, 그 결과 부산시는 다른 시도에 비해 건강이 취약한 소지역의 비중이 높은 특징을 보인 점을 고려하여 건강반송사업 모형에 근거한 “건강마을사업”을 부산시민의 건강 수준 향상 및 건강 격차 해소를 위한 대표 사업으로 추진하기로 하였다(윤태호 외, 2010).

3. 부산시 건강마을사업(2010~2016년)

가. 건강마을사업의 형성

부산시 건강마을사업은 건강반송사업을 그 모태로 하고 있으며, 2009년 부산시 건강도시 공모사업을 거쳐, 2010년부터 9개 기초자치체의 동 지역을 중심으로 시작하였다(부산광역시, 2010). 사업의 목적은 “지역 간 건강에 영향을 미치는 건강결정 요인의 격차를 완화하여 지역 건강불평등을 해소”와 “마을공동체의 지역 참여형 보건사업 개발과 확산”이었고, 접근 전략으로는 “주민 참여와 지역자원과의 파트너십, 기획자 또는 조정자로서의 보건소”였다(부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단, 2014). 즉, 사업의 목적과 접근 전략 모두 건강반송사업의 그것을 계승·발전시켰다. 특히, 사업 신청 단계에서부터 보건소와 지역사회복지관이 함께 파트너십을 형성하여 참여하도록 하여 보건과 복지 간의 협력을 지향하였다. 건강반송사업의 경험에 근거하여 일반적 보건사업과 건강마을사업과의 차별성을 기획, 시행, 평가 단계에 걸쳐 <표 2>와 같이 정리하였고, 단계별 차별성을 사업에 최대한 반영하도록 하였다.

표 2. 주민참여 지역보건사업의 특성

	일반적 지역보건사업	주민참여 지역보건사업
기획단계		
요구도 측정	외부자에 의한 객관적 조사	주민들의 목소리를 듣고자 하는 조사 중심
계획 수립	지침에 의한 계획 수립 단기적 사업 계획 중심	주민들과 협의에 의한 계획 수립 중장기적 사업 계획 중심
사업의 대상	고위험 인구집단 중심	지역 공동체 중심
시행단계		
서비스 제공 단위	개인 단위 서비스 중심	지역 공동체 단위 서비스 중심
서비스 제공 주체	보건소 등 기관 중심	지역 공동체 주민(단체) 중심
주민 교육	보건교육 중심	건강결정요인 교육 중심
주민참여의 수준	대상화된 참여	주도적 또는 실질적 참여
지역자원 연계	명망 있는 기관과 연계 중심	지역 풀뿌리 자원들과 연계 중심
평가단계		
평가 기준	성과 중심의 평가	과정 중심의 평가
평가 주기	단기 평가 중심	중장기 평가 중심
평가의 주체	사업 담당자 또는 전문가	지역 주민과 사업 파트너 자원
평가의 관심	목표 대비 실적	지역 공동체와 주민의 주도성

출처: “부산시 건강마을 사업 기본 매뉴얼.” 부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단, 2014, 부산광역시.

나. 건강마을사업의 수행 내용²⁾

부산시 건강마을사업은 공통적으로 마을 건강활동계획의 수립, 마을의 사회적·물리적 환경 개선을 위한 활동, 다양한 건강 소모임의 조직화를 통한 건강활동, 마을 내 건강 소통과 캠페인 활동, 활동의 성과를 공유하고 평가하는 내용의 사업을 수행하였다(부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단, 2014). 각각의 사업내용에서 주민참여와 지역자원 파트너십이라는 원리가 충실히 반영하도록 하였는데, 이러한 과정들을 통해 보건소, 사회복지관 등 지역 기관 중심에서 벗어나 각 마을의 특성에 맞는 주민이 주도하는 건강공동체 활동으로 발전할 수 있도록 하였다.

마을 건강활동계획의 수립을 위하여 보건소 중심의 계획 수립 또는 보건소 등에서 필요로 하는 사업이 아니라, 마을과 주민이 필요로 하는 사업을 중심으로 활동계획을 수립하도록 하였다. 이를 위하여 계획 수립을 위한 역량강화 교육과 계획서 평가가 이루어졌다. 마을 건강활동은 몇 건의 건강서비스를 제공하였는지, 홍보물을 몇 부 배포하였는지, 주민 대상 보건교육을 몇 회, 몇 명 실시하였는지 등 기존의 단기간 실적 중심이 아니라, 주민들이 실질적으로 참여하여 마을공동체를 건강하게 변화시키기 위하여 어떤 활동을 하였는지가 중심이 되었다. 즉, 주민들이 함께 모여 활동하는 건강소모임이 얼마나 만들어졌고, 잘 운영되는지, 주민들이 중심이 되어 마을의 사회적 환경과 물리적 환경을 개선하는 활동이 얼마나 우수한지 등이 주된 평가의 관심사였다.

실제, 부산시 건강마을사업을 통해 이루어진 주민 주도적 활동들을 정리하면 <표 3>과 같다. 전통적인 보건사업에서는 잘 수행하지 않았던 대기오염, 생태 공간 조성, 주거환경 개선, 사회적 관계의 개선, 마을 안전과 관련한 활동들이 이루어졌다. 또한, 건강행태 개선 영역들에서도 단순한 실적이 아니라, 건강행태가 가능하기 위한 마을 내 장애요인들을 해결하는 데 주력하였다. 예를 들어, 보행·운동환경을 개선하기 위하여 마을 내 걷기코스 조성, 마을 내 건강위해 환경 모니터링, 주민 자발적인 상설운동교실을 운영하였고, 금연·절주 영역에서는 금연·절주 문화 조성, 청소년 술·담배 판매 압행단 활동, 알콜자조모임 등의 활동이었다. 이들 활동은 대부분이 주민들로

2) 본 내용은 부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단(2014)의 “부산시 건강마을 사업 기본 매뉴얼”에 근거하였음.

조직된 건강소모임을 통한 활동이었다. 이들 활동의 공통적인 점은 주민들이 관심 있고, 할 수 있는 활동의 영역들로 대다수가 건강의 영향요인들을 개선하는 활동들이었다는 점이다. 건강형평성의 관점에서 건강을 개선하기 위해서는 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인들을 개선하는 것이 중요한데, 주민들이 중심이 되는 활동은 건강의 사회적·물리적 요인을 개선하는 활동에 집중되었다. 거주 환경에 대한 관심은 다층적 수준에서 건강의 결정요인에 접근하는 최근 공중보건의 새로운 패러다임의 일부(Diez Roux, 2003)라는 점을 고려할 때, 주민들은 삶에서 이미 이를 체득하고 있었다. 즉, 마을 환경이 주민에게 영향을 미치는 동시에, 주민들이 마을 환경을 변화시키는 주체임을 자각하고 있는 것이다. 연말에는 보건소 및 사회복지관 담당자, 참여 주민들이 함께 모여 평가를 하고, 내년 사업에 반영토록 하는 활동이 이루어졌다. 부산시 차원에서는 건강마을사업에 참여하는 담당자, 주민 모두가 함께 하는 성과대회를 개최하여 다른 마을에서의 활동을 같이 공유하고 배우는 자리를 마련하였다.

부산시 건강마을사업을 요약하면, 건강한 주민, 건강한 환경, 건강한 관계를 통해 건강한 마을을 구현하고자 한 노력이라 할 수 있다.

표 3. 부산시 건강마을사업의 주민 주도적 활동 내용

활동 영역	활동 내용
대기오염	· 오염물질 배출 공장 모니터링 · 마을 내 폐기물 처리장 모니터링
교통·운송	· 교통약자 이동 도우미 활동
보행, 운동 환경	· 마을 내 걷기코스 조성 · 걷기 동아리 중심의 마을 내 건강위해 모니터링 · 주민 자발적 상설운동교실 운영
주거 환경	· 마을 쓰레기 치우기 · 주거환경 개선 활동
생태 공간	· 건강 공원 조성 · 마을 하천 정화 활동
금연·절주 환경	· 금연, 절주 문화 조성 · 청소년 술·담배 판매 압행단 활동 · 중독관리센터 연계 알콜자조모임
사회적 관계	· 건강지킴이 활동을 통한 소외 이웃 지지 활동 · 정례적 마을건강 캠페인 · 고독사 방지를 위한 독거노인 자조 모임
마을 안전	· 안전한 밤거리 조성 · 마을 내 위험요인 발굴과 해결

출처: “부산시 건강마을 사업 기본 매뉴얼,” 부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단, 2014, 부산광역시의 내용을 요약하여 정리함.

다. 건강마을사업의 전환

부산시 건강마을사업은 부산시 부담 전액으로 보건소를 통해 예산이 지출되는 프로그램성 사업이어서 계속해서 예산을 확보하기 어려운 구조였다. 부산시 건강마을사업은 처음부터 예산의 편성 기간을 두지 않았으나, 예산부서와 시의회 등에서는 사업 3년차에 이르는 시점부터 건강마을사업에 언제까지 부산시 예산을 편성할 것인가에 대한 문제 제기가 있었고, 이에 대한 대응이 필요하였다. 다른 한편, 부산시 건강마을사업은 지역에 거점을 확보하지 않고 수행한 프로그램 중심의 사업이었으며, 회의 공간 및 사업을 수행하는 데 필요한 공간은 보건소에서 필요에 따라 해당 지역의 협조를 통해 확보하는 방식으로 운영하였다. 이러한 방식에 대해 활동을 하는 지역 주민들의 불만이 컸었다. 특히 지역복지사업이나 도시재생사업은 지역에 거점을 확보하여 주민들이 언제나 모여 의논할 수 있는데, 건강마을사업은 그렇지 않다는 것이었다.

주민참여 건강사업을 수행할 수 있는 최소한의 예산을 지속적으로 확보하고, 주민들의 활동을 지원하기 위한 지역의 거점 공간의 확보라는 두 가지 문제를 해결하기 위한 구체적인 대안으로 제시된 것이 바로 마을건강센터의 설치·운영이었다.

4. 부산시 마을건강센터사업(2016~현재)

가. 마을건강센터의 형성

2016년 건강마을사업은 마을건강센터 사업으로 전환되면서 발전을 모색하였다(부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단, 2016). 2010년 9개 지역에서 시작한 건강마을사업은 2016년 16개 지역으로 점진적인 확대를 보였으나, 마을건강센터는 2016년 16개소에서 2023년 75개소로 급속히 확충되었다. 마을건강센터가 빠르게 확산될 수 있었던 것은 건강마을사업을 통해 검증된 사업내용들이 있었고, 마을건강센터를 부산시의 대표적인 사업으로 발전시키려는 정책 의지가 자리잡고 있었기 때문이었다. 설치 방식에서도 새로운 건물이나 시설을 확보하는 것이 아니라 기존 시설을 활용함으로써 센터 설치에 필요한 시간과 공간을 최소화하였다. 예를 들어, 소생활권 단위 지역보건기관인 건강생활지원센터의 설치를 위해서는 5명 이상의 상주인력과 일정 기준의 공간이 필요하다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2023). 그런데, 위의 인력과 시설 기준을 충족하려면 확충 속도가 더딜 수밖에 없다. 특히, 상주인력의 확보는 물론이고, 부산시와 같은 대도시는 동 지역마다 별도의 거점 공간을 확보하는 것이 매우 어려운 일이다. 따라서, 마을건강센터사업은 사업 초기부터 기존의 동 시설이나 시의 도시재생사업 차원에서 지원하는 신축 건물을 활용하는 방안을 적극 검토하였다. 그 결과 아래의 <표 4>에서 보는 바와 같이 동의 행정복지센터(동주민센터) 또는 도시재생사업으로 신축된 복합기능건물에 80% 이상의 마을건강센터가 설치되었다. 이는 마을건강센터의 설립 목적이 다양한 건강서비스의 제공보다는 주민들이 활동할 지역의 거점을 확보하는 것이 더 중요하였기 때문에 가능한 것이었다.

표 4. 부산시 마을건강센터의 설치 장소

(단위: 개, %)

장소 유형	개소수(%)	비고
행정복지센터에 설치	45(60.0)	행정복지센터 내 별도 공간 확보
복합기능건물에 설치	17(22.7)	도시재생사업을 수행하는 타 센터들과 공동 사용
지역보건기관에 설치·지정*	11(14.7)	건강생활지원센터(10) 또는 보건지소(1)
독립건물	2(2.7)	
전체	75(100.0)	

주: 2024년 4월 말 기준임.

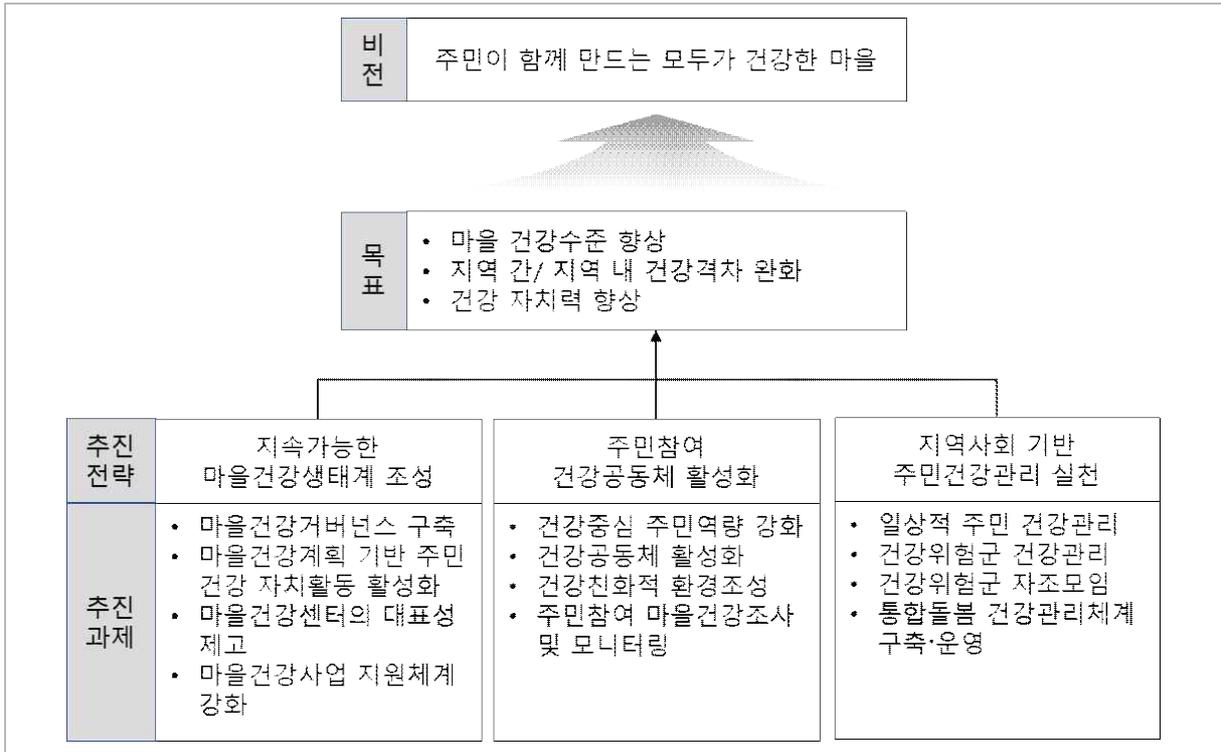
* 건강생활지원센터는 기본형과 동단위형으로 구분하는데, 부산시는 동단위형이 다수를 차지함. 보건지소에 설치된 경우는 강서구 1개소로 농촌지역에 해당함.

나. 마을건강센터사업의 수행 내용³⁾

마을건강센터는 건강반송사업과 부산시 건강마을사업의 운영원리와 사업내용을 대부분 계승하면서 보다 체계화하였으며, 그 내용은 부산광역시 마을건강센터 사업 운영 매뉴얼(윤태호 외, 2023)로 구체화하였다(그림 1).

3) 본 내용은 윤태호 윤태호 외(2023)의 “부산광역시 마을건강센터 운영 매뉴얼”에 근거하였음.

그림 1. 부산시 마을건강센터사업의 개념 틀



출처: “부산광역시 마을건강센터 운영 매뉴얼,” 윤태호 외, 2023, 부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단에서 수정·인용함.

비전은 “주민이 함께 만드는 모두가 건강한 마을”로, 총괄 목표는 “마을의 건강 수준 향상, 지역 간/지역 내 건강 격차 완화, 마을의 건강 자치력을 향상” 하는 것으로 하였다(윤태호 외, 2023). 이를 달성하기 위한 추진전략으로는 지속가능한 마을건강생태계의 조성, 주민참여 건강공동체 활동의 활성화, 지역사회 기반 주민건강관리 실천으로 하였고, 각 추진전략별 구체적인 추진과제를 설정하였다. 마을건강센터 사업이 건강반송사업 및 부산시 건강마을사업과의 가장 큰 차이점은 지역 거점 인프라를 확보한 것과 마을건강간호사와 마을건강활동가로 대표되는 전담 인력이 상주하는 것이었다. 이로 인하여 마을건강센터를 찾아오는 주민들에게 제공하는 건강관리서비스가 필요하게 되었다.

지속가능한 마을건강생태계 조성은 마을건강협의체로 대표되는 마을건강거버넌스를 운영하고, 지역자원과의 협력체계를 공고히 하며, 이를 통해 마을건강계획을 수립하도록 하는 것이 중심이다. 특히, 마을건강센터가 마을건강사업의 플랫폼으로서의 기능을 수행하고 위상을 확보하도록 하였다.

주민참여 건강공동체 활성화는 건강소모임으로 대표되는 주민 중심의 건강활동을 활성화하는 것이다. 특히, 주민 역량 강화 교육을 중요하게 다루고 있는데, 이 교육은 마을공동체의 구성원으로서 필요한 가치와 태도의 함양과 공동체 발전에 적극적으로 참여하는 능력 향상을 목표로 하는 공동체 역량 강화 교육과 주민의 자가건강관리기술을 향상하고 주민의 활동력 향상을 목표로 하는 기술 역량강화 교육으로 이루어진다. 이러한 역량강화 교육을 통해 건강소모임을 활성화하고, 건강소모임에 의한 지역의 건강친화적 환경 조성 활동이 이루어지도록 하였다. 이러한 주민들의 건강활동공간인 건강소모임이 원활하게 운영하기 위하여 건강반송사업과 건강마을사업에서의 주민건강코디네이터 역할을 마을건강활동가가 수행하도록 하였다. 마을건강활동가는 보건소와의 계약을 통해 활동시간에 따라 일정한 보수를 지급받으며, 주민들이 건강소모임을 만들고, 운영하며, 지속하는 데 필요한 업무수행과 함께 주민과 보건소 간의 소통이 원활하게 이루어지도록 교량적 역할을 담당한다.

지역사회 기반 주민건강관리 실천은 기존 건강마을사업에서는 크게 강조하지 않았던 영역으로, 마을건강센터에 마을간호사가 배치됨으로써 만들어진 것이다. 마을간호사를 통해 내소하는 주민들에게 건강관리서비스를 제공하는 것은 큰 특징은 아니다. 하지만, 단순한 서비스 제공이 아니라, 마을건강센터를 이용하는 주민들을 건강공동체 활동으로 연결시키는 활동이 마을간호사의 중요한 역할 중의 하나이며, 마을간호사를 통해 주민 건강소모임의 활동 내용이 더 풍부해지는 효과가 있었다. 뿐만 아니라, 동단위 지역에서 통합돌봄 건강관리체계를 구축하는 데 필요한 보건·복지 협력이 보다 원활하게 이루어지는 데 기여할 수 있다.

부산시 건강마을사업은 프로그램 중심의 사업이어서 특별한 법적 기반을 필요로 하지 않았으나, 동 지역 보건 인프라인 마을건강센터는 보건지소나 건강생활지원센터가 지역보건법에 기반하고 있는 것처럼, 법적 기반을 마련하는 것이 필수불가결하였다. 이를 위해 부산시에서는 “부산광역시 건강형평성 실현을 위한 조례(2019)”를 제정하여 마을건강센터의 법적 근거를 확보하였다.

동 조례는 제1조 목적에서 “건강격차 해소 및 보편적 건강 수준 향상 등 부산광역시의 건강형평성 실현에 필요한 사항을 규정함”이라고 명확히 밝히고 있어 ‘건강형평성에 대한 분명한 지향을 하고 있다. 즉, 건강반송사업과 부산시 건강마을사업에서 지향하는 건강형평성을 그대로 반영하였다. 건강형평성이라는 목적을 달성하기 위한 핵심 수단으로 제6조에 마을건강센터 설치·운영에 대한 규정을 두고 있으며, 시장이 읍면동마다 설치할 수 있도록 하였다(효율적 운영을 위하여 구청장·군수에게 사무를 위임함). 동 조례에서는 마을건강센터에서 수행할 사업으로는 “① 마을 건강관리 및 건강공동체 활성화 사업, ② 마을건강을 위한 물리적·사회적 환경 조성 사업, ③ 건강상담, 만성질환자 등록관리 등 건강서비스 제공, ④ 관련 기관 등과의 협력을 통한 건강안전망 구축, ⑤ 마을건강계획 수립을 위한 마을건강조사 및 건강지표 생산·관리, ⑥ 마을간호사, 마을건강활동가 및 주민 역량 강화 사업, ⑦ 그 밖에 시장이 필요하다고 인정하는 사업”으로 규정하고 있어 역시 건강반송사업, 부산시 건강마을사업으로 이어지고 있는 주민참여 건강사업의 핵심적 내용들을 그대로 담고 있다.

또한 동 조례에서는 마을건강센터에 상주하는 핵심 인력으로는 마을간호사와 마을건강활동가를 규정하고 있는데, 마을간호사는 “지역보건법 제10조에 따른 보건소 소속 간호사로서 주민에 대한 건강상담, 주민의 건강생활 관리 등을 위하여 마을건강센터에서 활동하는 사람”으로, 마을건강활동가는 “주민의 건강증진 및 건강형평성 실현을 위하여 마을건강센터에서 주민조직 활성화 등의 업무를 수행하는 사람”으로 정의하고 있다. 특히, 마을건강활동가에게 예산의 범위에서 활동비를 지원하도록 조례에서 규정하고 있는 점이 특징인데, 이는 건강반송사업으로부터 이어져 온 마을건강코디네이터의 활동을 제도적으로 보장한 것이다.

한편, 마을건강센터의 원활한 운영과 사업 수행을 위하여 지원 조직으로 마을건강사업을 시작할 때부터 존재하였으나 임의조직이었던 부산시 건강도시지원단(이하 “지원단”)을 공식화·제도화하였다. 지원단의 주된 기능은 마을건강센터 운영의 지원, 마을건강센터 프로그램 컨설팅 및 교육, 마을건강조사 기술지원” 등이다. 경남·경북·강원의 경우에는 국민건강증진법에 근거한 시도 통합건강증진사업지원단에서 지원조직 역할을 하는 반면, 부산에서는 별도로 지원단을 둔 것이 특징적이다. 지원단은 단장1명, 부단장 1명, 상근인력 4명으로 구성되어 있는데, 건강반송사업부터 부산시 주민참여 건강사업에 참여한 인력들이 중심을 이루고 있다. 또한, 지원단의 지원업무를 자문하기 위한 보건·복지·행정의 전문가와 현장 인력들로 구성된 자문위원회를 운영하고 있다.

이러한 부산시 마을건강센터사업의 성과를 코로나19 유행 전인 2019년부터 유행 기간인 2022년까지 주민참여 건강활동과 센터 등록·이용의 측면에서 살펴보았다(표 5 참고). 마을건강센터의 수는 2019년 58개소로 2022년 72개소 코로나19 유행 시기에도 계속 증가하였다. 주민들이 활동하는 건강소모임의 수는 2019년 235개에서 2022년 306개로 계속 증가하였으며, 건강소모임에 참여하는 주민의 수는 2019년 3,863명에서 2020년에는 3,830명으로 약간 줄었으나, 이후 지속적으로 증가하여 2022년에는 4,430명에 달하였다. 마을건강센터에 등록된 주민은 2019년 52,269명에서 2022년 106,697명으로 2배 가까이 증가하였으며, 이 중 노인등록자는 2019년 47,042명에서 2022

년 96,027명으로 2배 이상 증가하였다. 이러한 특징은 마을건강센터 이용률에서도 확인할 수 있는데, 2019년과 2022년을 비교할 때, 마을건강센터가 관할하고 있는 동의 전체 주민을 기준으로 한 전체 이용률은 5.5%에서 9.5%로, 노인인구를 기준으로 한 노인 이용률은 24.8%에서 36.2%로, 고혈압환자를 기준으로 한 고혈압환자 이용률은 9.9%에서 20.7%로, 30세 이상 당뇨병환자를 기준으로 한 당뇨병환자 이용률은 14.0%에서 27.3%로 각각 증가하였다. 즉, 코로나19 유행 기간 중 방역업무로 인해 보건소의 질병예방과 건강증진사업의 기능은 대부분 중단되었음에 불구하고, 마을건강센터의 기능은 지속적으로 유지하고 있음을 알 수 있다.

표 5. 부산시 마을건강센터사업의 주요 성과 지표(2019~2022)

성과 지표		'19년	'20년	'21년	'22년
마을건강센터 수(개)		58	68	71	72
건강공동체(개)		235	247	304	306
건강공동체 활동 주민(명)		3,863	3,830	4,258	4,430
등록자 수(명) ¹⁾		52,269	71,116	89,208	106,697
노인 등록자 수(명) ²⁾		47,042	64,004	80,287	96,027
센터 이용률 (%)	전체 이용률 ³⁾	5.5	6.7	7.9	9.5
	노인 이용률 ⁴⁾	24.8	25.9	31.9	36.2
	고혈압환자 이용률 ⁵⁾	9.9	12.9	16.4	20.7
	당뇨병환자 이용률 ⁵⁾	14.0	17.1	21.8	27.3

¹⁾ 등록자 수: 2018년 실등록자 수에 당해 신규 실등록자 수를 추가하여 산출함.

²⁾ 노인등록자 수(추정치): 전체 센터 등록자 수 중 65세 이상 노인이 90%를 차지하는 것으로 추정함. 전체 센터 등록자 수×0.9

³⁾ 전체 이용률: (당해 마을건강센터 실등록자수/마을건강센터 관할 동의 당해 12월 동별 주민등록인구수의 합)×100

⁴⁾ 노인 이용률(추정치): (당해 노인 실등록자 수/마을건강센터 관할 동의 당해 12월 65세 이상 주민등록인구수의 합)×100

⁵⁾ 고혈압/당뇨병 진단받은 주민의 센터이용률: (당해 마을건강센터가 설치된 동에서 고혈압, 당뇨병을 진단받은 주민의 센터이용률. 당해 각 질환별 마을건강센터 실등록자수의 합/2021년 기준 건강보험공단 지역의료이용통계에서 제공하는 동별, 질환별 환자수의 합)×100

출처: “부산광역시 마을건강센터 활성화 방안 TFT 1차 회의 자료,” 부산광역시 건강도시사업지원단, 2023, 부산광역시.

부산시 마을건강센터사업은 완료형이 아니라 현재 진행형이다. 건강반송사업과 마을건강사업을 통해 발생한 문제점을 지역의 자체적인 노력을 통해 극복하면서 발전시켜 왔으나, 여전히 해결하지 못한, 해결해야 할 과제들이 있다. 그 과제들을 풀어가는 것이 부산시 주민참여 건강사업에서 남겨진 숙제이기도 하며, 지금껏 그래 왔듯이 또다시 발전적 전환을 해야 할 수도 있다.

5. 부산시 주민참여 건강사업으로부터의 교훈

그렇다면, 부산시 주민참여 건강사업이 지난 15년간 중단없이 지속할 수 있었던 요인은 무엇이며, 앞으로 해결해야 할 과제는 무엇인가?

가. 지속 가능 요인

첫째, 15년간 사업의 지속성과 존폐를 둘러싼 여러 어려움이 있었음에도 불구하고, 주민참여의 원칙을 끝까지 견지하였다는 점이다. 보건사업에서 참여에 대한 시각은 두 가지로 존재한다. 하나는 목적을 위한 수단으로, 효과적인 보건사업을 위해 참여가 중요하다는 것이며, 다른 하나는 참여를 평등한 대표성과 사회정의라는 민주주의 이상으로 보는 것이다(Morgan, 2001; Wait & Nolte, 2006). 즉, “참여는 건강증진의 핵심 전략으로, 효과적인 건강증진

프로그램 개발과 수행에 필수적일 뿐 아니라, 참여 그 자체가 건강증진활동이다(유승현, 2012; Isreal et al., 1998; Baker & Brownson, 1998). 부산시 주민참여 건강사업은 보건사업을 수행하기 위한 동원 수단으로서의 주민참여보다는, 주민참여에 기반한 건강사업을 지향하였다. 이를 구현하기 위한 구체적 방안이 보통의 주민들로 이루어진 건강소모임의 구성·운영과 이를 통한 건강활동의 수행이었다. 따라서, 부산시 주민참여 건강사업에서의 성과의 핵심은 건강사업에 얼마나 많은 주민이 참석하였는가가 아니라, 자율적으로 운영되는 건강소모임이 얼마나 구성되었고, 이를 통해 주민들의 건강활동이 얼마나 다양하게 이루어졌는가에 있었다. Arnstein(1969)은 시민참여의 사다리 모형에서 파트너십, 권한이양, 시민통제를 높은 수준의 참여로 보았다. 이러한 높은 수준의 참여는 단순한 사업의 참여가 아니라, 시민들의 의사결정과정에 참여와 직접적 활동의 수행에 기반하여야 한다. 부산시 주민참여 건강사업에서의 건강소모임의 활동을 위한 마을건강계획의 수립과 건강소모임의 통한 마을건강활동을 통해 주민들의 참여 수준을 높여 나갔으며, 이들 참여 주민들이 사업을 유지·발전시키는 데 강력한 지지자가 되었다.

둘째, 주민참여를 위한 주민들과의 지속적인 소통과 공감의 노력이 있었다는 것이다. 조대엽(2014)은 민주주의 사회에서 일상적 삶의 영역을 다루는 생활정치 패러다임의 중요성을 강조하면서, 그 핵심원리로 “참여, 소통, 공감”을 강조한 바 있다. 주민참여가 단순히 보건사업을 위한 수단화, 형식화되지 않으려면 주민들과의 지속적인 소통과 공감이 필요한데, 이를 위해서는 기다림의 시간이 필요하다. 그런데, 기존의 많은 보건사업들이 단기적 성과를 내는데 급급하여 주민들의 참여가 활동으로까지 이어지는 데 필요한 시간(잠재기)을 고려하지 않는다. 즉, 투입한 자원과 시간에 비례하여 성과가 나타날 것으로 기대하는 일반적 보건사업의 기준으로는 주민참여에 기반한 사업은 주로 실패의 영역으로 인식되었다. 그리하여 보건사업에서 주민참여, 지역사회 역량강화의 중요성을 매번 강조함에도 불구하고, 실제로는 전문인력에 의한 건강서비스 제공으로의 의존성이 계속 강화된다. 건강반송사업으로부터 시작한 부산시 주민참여 건강사업은 주민참여를 통한 주민건강활동이 나타나기까지는 일정한 시간이 필요하며, 이 시간을 기다리는 것이 불필요한 과정이 아니라 필수적 과정임을 인식하였으며, 이를 사업에서 반드시 고려하도록 한 점이 특징적이다.

셋째, 주민 건강활동의 지지자이자 옹호자로서의 마을건강활동가의 역할이다. 주민건강활동가는 1970년대와 1980년대의 일차보건의료에서 시행된 마을건강원을 쉽게 떠올리게 된다. 김용익(1992)은 마을건강원에 대하여 “농촌지역에서 마을건강원의 가치가 전면적으로 부인되지 않는다. 그러나 그 역할과 선정과정에는 변화가 필요”하며, 사업 제공자 측의 요원이 아닌 주민활동의 “안내자, 지도자의 역할을 수행” 해야 함을 역설한 바 있다. 한편, 정다혜(2022)는 마을건강원이 보조적인 보건요원의 역할에 머무르는 한계에도 불구하고, 주민참여의 필요성과 경험은 이후 의료협동조합과 같은 주민운동으로 발전한 기반이 되었다고 평가하기도 하였다. 지역사회 자원이 부족한 1970년대와 1980년대의 상황에서 일차보건의료 서비스 공급의 한 축을 맡았던 마을건강원과 달리, 부산시 주민참여 건강사업에서의 주민건강활동가는 주민들의 건강증진 활동을 지원하고 조율하는 안내자와 조정자의 역할을 담당하고 있다. 이는 건강반송사업에서 주민건강활동을 지원하기 위해 제안된 마을건강 코디네이터로부터 시작되었으며, 이후 건강마을사업을 통해 반송지역뿐 아니라 다른 지역에서도 주민 중심의 건강활동을 수행하는 데 그 유효성을 확인하였고, 마을건강센터사업에서 마을건강활동가로 제도화하게 된 것이다. 마을건강활동가는 보건사업에서 보조적인 보건요원의 역할이 아니라, 주민들의 건강활동의 옹호자와 지지자로서의 역할, 주민건강활동과 보건소 사업을 이어주는 교량자로서의 역할을 담당하고 있다. 향후 마을건강활동가에 대한 보다 체계적이고 객관적 평가가 이루어져야 하겠지만, 일차보건의료에서의 마을건강원 한계를 극복하면서 건강증진의 시대에 적절한 주민참여의 방안이 될 수 있을 것이다.

넷째, 지역자원과의 협력, 특히 지역복지관과의 협력을 위한 노력이다. 특히, 부산시 주민참여 건강사업에서는 유사한 사업을 수행한 다른 지자체와는 달리 사회복지관들과의 협력을 기본 요건으로 하였다. 사회복지관은 「사회복지사업법」 제34조의 5(사회복지관의 설치 등)에 따라 지역공동체 활성화를 위한 “지역 조직화”를 “사례관리”, “서비스

스 제공"과 함께 주요 사업으로 수행하고 있어 주민건강활동을 위해서는 필수적인 협력기관이다. 이러한 사회복지관과의 협력은 건강반송사업에서 주민참여 활동을 위해 반송지역의 4개 사회복지관과 함께 네트워크를 만들어서 공동의 사업을 수행한 경험에 기반한 것이며, 이는 부산시 건강마을사업에서도 그대로 계승되었다. 부산시 주민참여 건강사업에서는 서비스전달체계로서의 보건복지 협력보다는 지역주민의 건강활동을 위한 보건복지 협력이 더 잘 작동됨을 확인하였다. 이러한 사회복지관과의 협력은 마을건강센터사업에서는 마을건강센터가 동주민센터를 중심으로 설치되고, 사회복지관이 소재하지 않는 동들이 많으며, 코로나19 유행을 통해 협력의 관계가 느슨해지는 등의 이유로 상대적으로 약화되긴 하였으나, 사회복지관은 여전히 핵심적인 협력의 파트너 기관으로 존재하고 있다. 특히, 부산시와 같이 대도시 지역에서 주민참여 건강활동 사업을 수행하기 위해서는 오랜 기간 동안 지역 조직화의 경험과 노하우를 축적해 온 사회복지관과의 협력관계가 무엇보다 중요함을 확인할 수 있었다. 특히, 사회복지관은 건강의 사회적 결정요인의 해결에 필요한 자원들을 가지고 있어 건강형평성 제고를 위한 지역보건사업을 수행하는데 가장 적절한 지역 협력기관이다.

다섯째, 광역지자체의 일관된 정책 의지와 전문적인 지원조직이다. 사업이 중단되거나 축소되는 타 지역과 달리 지난 15년간 부산시의 시정책임자인 민선 시장이 계속 바뀌었음에도 불구하고, 건강마을사업 수행 지역과 마을건강센터 설치 지역은 지속적으로 확대되었다. 이는 부산시의 사업담당 공무원들과 보건소에서 이 사업이 부산의 건강문제를 해결하기 위해서는 꼭 필요한 사업이라는 정책 의지가 있었기 때문에 가능한 것이었다. 또한, 건강반송사업에서부터 참여하여 주민참여 건강사업의 이해도가 매우 높은 현장 인력이 지원단의 상근인력으로 활동함으로써 시청과 보건소 담당자가 바뀌어도 정책적·사업적 일관성을 유지할 수 있었던 것도 중요한 요인이다. 지원단은 현재 75개 마을건강센터의 일상적 지원, 주민참여 교육프로그램의 개발과 수행, 보건소 담당자 및 마을건강센터 간호사 및 마을활동가의 역량강화, 사업수행 지침의 개발, 사업 평가 등의 업무를 맡아 수행하고 있다. 특히, 지원단은 현장인 마을건강센터와 주민 건강소모임에서 제기되는 다양한 의견들을 경청하여 시청 및 보건소 담당자들과 소통함으로써 해결 가능한 부분은 즉각적으로 해결하고, 제도적 개선이 필요한 부분은 정책의제화하는 역할을 담당하고 있다. 이는 통합건강증진사업지원단을 중심으로 지원을 해 온 경남·경북·강원 등 지자체와는 차별적인 지점이다.

마지막으로, 사업의 지속화를 위하여 건강형평성 조례를 통한 법적·제도적 근거를 마련하였다는 것이다. 주민참여 건강사업은 이미 경남·경북·강원·서울 등 여러 광역지자체에서 자체 사업으로 수행하고 있으나, 조례와 같은 법적 근거를 확보하지 못하였다. 이에 비해 부산시는 건강마을사업을 평가하면서 지속가능한 사업이 되기 위해서는 지역 거점의 확보, 주민코디네이터 활동 보장, 안정적 예산 지원이 제도적으로 보장되어야 함을 인식하였고, 이들 내용을 반영한 건강형평성 조례를 2019년에 제정하였다. 이를 통해 마을건강센터의 지위가 부산시에서 제도적으로 인정받았고, 마을건강센터를 중심으로 하여 소지역에서 주민참여 건강사업을 비교적 안정적으로 수행할 수 있었다.

나. 한계와 과제

마을건강센터사업이 건강반송사업과 부산시 마을건강사업에서 당면한 위기를 극복하면서 만들어졌으나, 여전히 해결되지 않거나 새롭게 대두되는 어려움이 있는데, 가장 주요하게는 지자체 예산에 전적으로 의존하는 재정 구조, 인력 구조의 불안정성, 복지사업과의 중복성에 대한 문제, 부산시민의 건강에 대한 실질적 기여 수준의 평가 등이다.

첫째, 부산시 조례에 근거하고 있으나, 예산적 측면에서는 지자체 자체 예산에 전액 의존하는 사업이어서 여전히 지속적·안정적 예산 확보의 어려움이 있다. 우리나라의 지역보건사업의 대부분은 중앙정부에서 예산을 편성하여 지자체 교부를 하고 있다. 이들 지역보건사업은 지역의 상황과 특성을 고려하여 수행하도록 권고하고는 있으나, 실제 현장에서는 중앙에서 내려오는 해당 사업별 지침서에서 요구하는 사업도 수행하기 바쁜 실정이다. 예컨대, 통합건강증진사업의 경우, 수행해야 할 13개 건강증진사업의 영역이 있고, 이들 사업들마다 각각의 지침서가 있어

지역의 실정에 맞는 통합화가 구조적으로 어렵다. 따라서, 지역의 건강 문제를 지역주민과 함께 실질적으로 해결하고자 하는 주민참여 건강사업을 수행하고자 하는 지자체는 중앙정부에서 교부하는 예산이 아니라, 해당 지자체 자체적으로 별도 예산을 편성하여 사업을 수행할 수밖에 없는 상황이다. 그런데, 지자체 예산부서에서는 국비 매칭 사업이 아닌 지자체 자체 예산사업에 대해서는 줄이려는 동기가 강하게 자리잡고 있다. 특히 중앙정부의 지자체 예산교부가 줄어드는 경우, 예산 삭감의 최우선 고려대상이 바로 지자체 고유 예산사업이 될 수밖에 없다. 따라서, 매년 예산 확보를 둘러싼 사업부처와 예산부처, 지자체 의회 간에 치열한 논쟁을 해야 하는 상황이 반복적으로 재현되고 있다. 더군다나, 지자체 고유사업은 3년마다 사업평가를 통해 그 사업의 지속 여부를 판단하도록 되어 있는 바, 항상 긴장을 해야 하는 상황이다.

둘째, 보건소 공무원과 마을건강센터 상주 인력의 잦은 교체 및 고용 구조의 불안전성으로 주민과의 관계가 지속적이지 않다는 점이다. 보건소 공무원의 경우에는 인력구조는 안정적이지만, 주민참여 건강사업이 보건소에서 기피하는 사업 중 하나로 인식됨으로 인해 신규 인력을 중심으로 배치되고, 인력 교체 주기도 잦다. 이에 비해 마을건강센터 상주 인력인 마을간호사와 마을건강활동가는 비정규 또는 계약 인력이 중심으로 고용 구조가 불안정하고, 계속 주민들과 활동을 하고 싶어도 1년 이상의 계약을 허용하지 않아 인력이 바뀌는 경우가 있다. 어떤 경우에는 6개월 또는 8개월 단위로 교체가 이루어지기도 한다. 마을간호사의 경우에는 시간선택임기제 등으로의 전환을 통해 고용구조를 안정화시키려는 노력이 있었으나, 지자체 총액인건비 제도에 묶여 한계가 있다. 주민들로 이루어진 마을건강활동가는 이마저도 적용이 되지 않는다. 특히, 마을건강활동가는 건강반송사업과 마을건강사업의 주민코디네이터에서 발전해 온 인력으로 주민의 관점에서 주민건강활동을 지원하고, 주민과 보건소 간의 교량 역할을 수행하는 핵심 인력이라는 점에서 더더욱 아쉬운 점이다. 이러한 인력 고용 구조의 불안전성은 지난 15년간 끊임없는 노력을 했음에도 불구하고 여전히 풀지 못하는 과제이며, 앞으로 해결해야 할 중요한 과제이기도 하다.

셋째, 찾아가는 보건복지사업과 중복적이라는 지적의 목소리가 점점 커지고 있다. 마을건강센터사업이 중앙정부에서 추진하고 있는 찾아가는 보건복지사업과 크게 다르지 않으므로, 찾아가는 보건복지사업으로 통합해야 한다는 지역 예산당국의 인식이 강하게 자리잡고 있다. 특히 지방교부금이 줄어드는 경우에는 더 강한 압력으로 작용한다. 부산시의 경우에는 75개 동에 마을건강센터가 설치·운영되고 있고, 여기에 마을간호사가 상주하고 있는데, 이 인력과 찾아가는 보건복지사업의 간호사의 업무가 중복된다는 것이다. 그런데, 찾아가는 보건복지사업과 부산시 마을건강센터사업은 중복적인 것이 아니라, 상호 보완적으로 이해해야 할 것이다. 사례발굴을 중심으로 하는 찾아가는 보건복지사업과 마을 전체의 관점에서 건강활동을 수행하는 마을건강센터사업은 모두 마을에서는 필요한 활동인 것이다. 특히, 읍면동 단위 복지기능의 강화와 함께 보건기능의 강화가 함께 이루어지는 것이 바람직하다고 볼 때, 다른 시도에서는 찾아보기 어려운 부산시의 동단위 마을건강센터사업과 동단위 찾아가는 보건복지사업 협력의 시도가 오히려 통합돌봄 등 보건복지협력체계를 구축하는 데 좋은 사례가 될 수 있을 것이다.

마지막으로, 지난 15년간 부산시 주민참여 건강사업에서 주민참여의 확대와 활성화 성과에도 불구하고, 사업의 궁극적 목표인 부산시민들의 건강 수준 향상 및 건강형평성 개선에 얼마나 기여했는가?에 대한 답을 하기는 어렵다는 점이다. 지역사회 참여와 건강과의 관련성을 검토한 Rifkin(2014)의 연구에 따르면, 대부분의 연구에서 지역사회와 참여의 표준화된 정의가 없어 둘 간의 연결을 확인하기 어려우며, 설령 연결이 있더라도 일반화하기 어렵다고 지적한 바 있다. 하지만, 취약한 소지역 수준에서는 지역사회 참여가 건강 개선에 기여하는 증거가 있음(Rifkin, 2009) 강조하기도 하였다. 소규모 취약지역을 중심으로 수행한 부산시 주민참여 건강사업과 건강 결과와의 연관성에 대한 향후 체계적이고 객관적인 평가가 필요할 것이다.

III. 결론

우리나라의 지역보건사업은 여전히 대인 서비스 중심의 생의학적 모형이 중심이며, 건강의 사회적 결정요인에 대한 접근은 여전히 취약하다. 조병희(2010)는 건강증진에서 지역중심 원리가 실증되었으며, 지역보건에서 지역사회 조직화나 구축이 항시적으로 이루어져야 함을 강조하였다. 또한, 허순임(2016)은 우리나라 건강증진의 역사적 맥락 분석을 통해 건강증진이 건강의 사회적 결정요인을 고려한 전략으로 실현되려면, “통제적 관리 중심의 공중보건, 생의학에 대한 높은 의존성, 지방행정과 중앙정부 사이의 위계적 성격, 지역사회 공동체를 통한 연대 경험의 부족 등 역사적 유산을 극복” 해야 함을 지적하였다. 그 극복은 지역 중심의 원리에 기반하여 지역사회 현장에서의 주민참여를 통한 실천적 경험의 축적과 이를 위한 건강증진의 구조·제도적 개혁이 함께 이루어질 때 가능할 것이다. 부산시 주민참여 건강사업은 건강반송사업으로 시작하여 건강마을사업을 거쳐 현재의 마을건강센터 사업으로 이어지고 있다. 부산시의 지난 15년간의 경험은 우리나라 지역보건의 취약성을 극복하는 데 중요한 교훈을 주고 있다. 그것의 핵심은 진정성 있는 실질적 주민참여의 지향이며, 이러한 주민참여를 위한 지역자원들과의 협력과 지지적 환경 및 제도의 구축이다. 즉, 보건사업의 효율성과 효과성을 높이기 위한 주민참여보다는 지역의 건강문제를 해결하는 주체 형성으로서의 주민참여가 이루어질 때 보건사업은 더 큰 가치를 가지게 될 것이다.

해마다 봄철이 되면 전국이 산불로 고통을 받고 있다. 전국에서 모인 수백 대의 소방차와 수만 명의 진압요원을 투입하여 산불 진화에 애썼지만 산불의 세력을 약화시키거나 피해를 지연시켰을 뿐, 진작 산불을 사라지게 한 것은 소리 없이 대지를 축축이 적시는 봄비였음을 우리는 알고 있다. 축각을 다투는 필수의료, 응급의료도 중요하겠지만, 국민건강의 증진에서 어쩌면 그보다 더 중요한 것은 사람들이 살고 있는 바로 그 공간에서 봄비와 같이 소리없이 묵묵히 이루어지는 평범한 사람들의 활동과 노력일 지도 모른다. 그러한 활동과 노력의 공간과 기회를 제공하는 것이 바로 부산시 주민참여 건강사업이었다. 건강반송사업으로부터 시작한 부산시 주민참여 건강사업은 건강한 주민, 건강한 환경, 건강한 관계를 지향하면서 지역 건강을 증진하기 위하여 지난 15년간의 세월을 지역의 평범한 주민들과 함께하였다. 여전히 해결해야 할 과제가 없지 않으나, 부산시에서의 주민참여 건강사업의 실천 경험은 우리나라 건강증진의 구조적 한계를 극복하고, 지역보건을 활성화하는 데 큰 기여를 할 것이라 기대한다.

윤태호는 서울대학교 보건대학원에서 보건학 석사, 동아대학교 의과대학에서 의학박사 학위를 받았다. 현재 부산대학교 의과대학에서 교수로 재직 중이며, 부산시 건강도시지원단장을 맡고 있다. 주요 관심 분야는 건강형평성, 공공의료, 지역보건이며, 현재 지역 건강격차 해절을 위한 증재사업, 부산시 마을건강센터사업, 건강형평성 정책 등을 연구하고 있다.

(E-mail: yoonth@pusan.ac.kr)

참고문헌

- 강원도, 강원도 통합건강증진사업지원단. (2017). 2017년 강원도 건강플러스 지침서. 강원도.
- 경상남도. (2018). 건강플러스 행복플러스 사업 안내 2기 신규지역 1년차. 경상남도.
- 경상북도. (2019). 건강마을 조성사업 백서. 경상북도.
- 기명, 김창오, 이요한, 이도연, 최민재, 최은희, 황민지. (2020). 2020 서울시 건강생태계 조성사업 성과평가 연구. 서울: 서울시 공공보건의료재단.
- 김용익. (1992). 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구. 보건행정학회지, 2(2), 90-111.
- 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식. (2015). 주민주도형 건강증진전략이 수반하는 가치: 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업을 중심으로. 한국보건교육건강증진학회지, 32(4), 13-23.
- 박용섭, 김준형, 김남준, 김수형. (2023). 강원도 건강플러스 마을사업의 건강주민운동으로의 발전 요인. 농촌의학·지역보건학회지, 48(3), 205-217.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2023). 2023년도 건강생활지원센터사업 안내. 보건복지부.
- 부산광역시. (2010). 건강도시 부산 공모사업 추진계획. 부산광역시.
- 부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단. (2014). 부산시 건강마을 사업 기본 매뉴얼. 부산광역시.
- 부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단. (2016). 2016년 부산광역시 마을건강센터 사업 안내. 부산광역시.
- 부산광역시 건강도시사업지원단. (2023). 부산광역시 마을건강센터 활성화 방안 TFT 1차 회의 자료. 부산광역시.
- 부산광역시 건강형평성 실현을 위한 조례, 부산광역시 조례 제6012호 (2019).
- 서울특별시. (2019). 2019년 건강생태계 조성지원사업 추진계획. 서울특별시.
- 신영전. (2014). 미충족 의료서비스 현황과 정책과제. 의료정책포럼, 12(4), 71-77.
- 신영전, 윤태호, 김명희. (2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발 제2권. 한양대학교산학협력단, 건강증진사업지원단.
- 유승현. (2009) 건강증진을 위한 지역사회 기반 참여 연구의 적용 방안. 보건교육건강증진학회지, 26(1), 141-158.
- 유승현. (2012). 지역사회 건강증진을 위한 참여: 이해와 적용. 보건교육건강증진학회지, 29(4), 57-66.
- 윤태호. (2009. 6. 30.). 건강형평성을 고려한 지역보건사업 수행의 실제-부산광역시 해운대구 반송지역을 중심으로-. 지역건강형평성 제고를 위한 지역보건사업 어떻게 할 것인가 [워크숍]. 지역보건워크숍, 양산시, 대한민국.
- 윤태호, 김진엽, 김명희, 임정훈, 정백근, 황승식. (2010). 건강도시 부산 구현 및 지역건강격차 해소를 위한 건강도시 중장기 발전계획 수립 연구용역 최종보고서. 부산광역시, 부산대학교.
- 윤태호, 김윤희, 김혜정, 배은석, 배은정, 석연실, 손지현, 이동훈, 이효영, 최민혁, 홍윤경. (2023). 부산광역시 마을건강센터 운영 매뉴얼. 부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단.
- 이도연, 김창오, 이요한, 최민재, 황민지, 허현희, 기명. (2022). 서울시 주민참여 건강생태계 조성사업의 성과와 한계. 보건사회연구, 42(1), 316-334.
- 정다혜. (2022). 주민참여로 마을의 건강을: 1970-80년대 마을건강원 활동과 보건의료에서의 주민참여 논쟁. 의사학, 31(3), 793-837.
- 정민수, 정유경, 장사랑, 조병희. (2008). 지역사회 기반 참여연구 방법론. 보건교육·건강증진학회지, 25(1), 83-104.
- 조대엽. (2014). 생활정치 패러다임과 공공성의 재구성. 현상과 인식, 38(4), 131-155.
- 조병희. (2010). 지역사회 중심 건강증진의 과거와 현재. 보건교육건강증진학회지, 27(4), 1-6.
- 조흥준, 감신, 신영전, 이재호, 김철웅, 최은정. (2005). 도시 보건지소 시범사업모형 개발에 관한 연구. 보건복지부
- 정민수, 정유경, 장사랑, 조병희. (2008). 지역사회 기반 참여연구 방법론. 보건교육건강증진학회지, 25(1), 83-104.
- 통계청. (2009. 12. 9.) 2008년 전국 및 시도 생명표 작성 결과. 통계청.

- 허순임. (2016). 우리나라 건강증진의 역사적 맥락에 관한 분석과 구조적 제약에 관한 탐색. *보건과 사회과학*, 43, 175-206.
- 허순임, 김수정. (2007). 우리나라 성인의 미충족의료 현황: 연령간의 차이를 중심으로. *보건경제와 정책연구*, 13(2), 1-16.
- 허현희, 손인서. (2020). 지역기반 주민참여 건강사업의 사례 비교 연구: 지역 맥락에 따른 연합체계 형성과 다부문 협력의 차이. *보건사회연구*, 40(1), 271-296.
- 허현희. (2018). 건강불평등 완화를 위한 지역사회 주민 참여 접근. *보건복지포럼*, (260), 62-77.
- 홍남수, 김건엽, 이경수, 김미한, 김은휘, 박민아, 이수진, 김지민. (2020). 주민참여 건강사업의 성과와 과제: 경상북도 건강마을 조성사업 참여주민의 경험. *보건정보통계학회지*, 45(2), 200-207.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224.
- Baker, E. A., & Brownson, C. A. (1998). Defining characteristics of community-based health promotion program. *Journal of Public Health Management and Practice*, 4(2), 1-9.
- Diez Roux, A. V. (2003). Residential Environments and Cardiovascular Risk. *Journal of Urban Health*, 80(4), 569-589.
- Institute of Medicine. (2003). Gebbie, K. M., Rosenstock, L., & Hernandez, L. M. (Eds.), *Who will keep the public healthy? Educating public health professionals for the 21st century*. Washington DC, National Academic Press.
- Israel, B., Schultx, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*, 19, 173-202.
- Minkler, M. (2000). Using Participatory Action Research to Bulild Healthy Communities. *Public Health Report*, 115, 191-197.
- Morgan, L.M. (2001). Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the pst Alma-Ata experience. *International Health*, 1, 31-36.
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health oucome: a review of the literature. *Health Policy and Planning*, 29, ii98-ii106.
- Wait S., & Nolte E. (2006). Public involvement policies in health: Exploring their conceptual basis. *Health Economics, Policy and Law*, 1(2), 149-162.
- World Health Organization. (1978). *Alma Ata Declaration*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

The Establishment and Development of Community Participatory Health Programs in Busan: Fifteen Years of the Healthy Bansom Project

Yoon, Taeho¹

¹ Pusan National University

| Abstract |

Community participation is a core principle of primary health care and health promotion, yet its practical implementation remains challenging. The local community participatory health project in Busan began with the Healthy Bansom Project in 2007, expanded into the Healthy Local Community Project in 2010, and further developed into the Local Community Health Center Project in 2016. This study aims to explore the establishment and development of Busan's community participatory health projects and provide insights to enhance such initiatives in South Korea. Through an analysis of 15 years of project implementation and a comprehensive review of relevant literature, key factors contributing to the sustained development of Busan's community participation health projects were identified. These include adherence to the principle of community participation, effective communication and empathy with local residents, consideration of local characteristics, consistent policy support by regional governments and professional organizations, and the enactment of supportive ordinances. Nonetheless, challenges remain to be addressed, such as limitations in securing local government budgets, instability in the employment structure of health workers, and the perception of redundancy with local social care services. Despite these challenges, the experience of the community participatory health projects in Busan over the past 15 years serves as a valuable asset for the expansion and enhancement of community participatory health initiatives in South Korea.

Keywords: Local Community, Participation, Collaboration, Health Project, Health Equity