

지역보건의료계획 수립과정에서의 시민참여 : 건강 격차 해소방안을 위한 시민원탁회의 결과를 중심으로

이수진¹, 홍남수^{2*}, 김건엽², 류동희³, 배상근⁴, 김지민¹
¹대구광역시 공공보건의료지원단 협력지원팀, ²경북대학교 예방의학교실,
³대구가톨릭대학교 예방의학교실, ⁴칠곡경북대학교병원 공공보건의료사업실

Citizen Participation in the Process of Establishing the Community Health Plan: Based on the results of roundtable discussions to Resolve the Health Disparity

Su-Jin Lee¹, Nam-Soo Hong^{2*}, Keon-Yeop Kim²,
Dong Hee Ryu³, Sang Geun Bae⁴, Ji-Min Kim¹

¹Cooperation Support Team, Daegu Public Health Policy Institute,

²Department of Preventive Medicine, Kyungpook National University,

³Department of Preventive Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine,

⁴Public Health and Medicine Office, Chilgok Kyungpook National University Medical Center

요약 본 연구는 지역보건의료계획 수립과정에서 시민들이 생각하는 건강문제와 보건 서비스 요구도를 정확히 파악하고 이를 대구광역시의 중장기 보건 의료 종합계획 수립에 반영하고자 함을 목적으로 하였다. 시민참여단을 구성하여 2차례의 시민원탁회의를 실시하였으며, 시민원탁회의는 고객여정지도, DVDM (Definition, Value, Difficulty, Method) Map, 페르소나 기반 시나리오법을 통해 진행하였다. 시민들은 건강수준 향상을 위한 방안으로 보건 서비스 접근성 확대, 소생활권 중심 보건 서비스, 정신건강 서비스 확대, 건강 친화적 환경조성, 환경오염 개선, 사회적 건강개선을 제안하였으며, 건강 격차를 줄이는 방안으로는 건강 취약계층의 소통 향상 및 사회적 환경조성, 보건의료에 대한 접근성 향상, 쾌적한 물리적 공간, 사회적 역할 수행이 필요하다고 하였다. 본 연구 결과는 기존의 설문조사를 통한 주민요구도 조사와 달리 실제 주민들의 생각과 요구를 상세히 파악할 수 있었다는 점에서 의의가 있으며, 향후 지역보건사업의 기획과 수행 과정에서 주민참여 수준의 단계를 평가하고, 보다 다양한 시민들의 의견을 적용할 수 있도록 주민참여 제도화 기반 수립을 위한 추가적인 연구가 필요할 것이다.

Abstract The purpose of this study was to identify citizens' needs and what they perceive the health-related problems are so public opinion can be reflected in the Daegu Community Health Plan. A citizen participation group was organized, and two roundtable discussions were held in June and July 2018. The number of participants in the first and second round was 40 and 44, respectively. Customer itinerary guidance, DVDM (Definition, Value, Difficulty, and Method) Map, and Persona-based scenario method were used for the roundtable discussions. The measures to improve the health status proposed by the citizens included expanding access to health services, establishing health services centered on small-living areas, expanding mental health services, creating health-friendly environments, resolving environmental problems, and improving social health. In addition, enhancing communication and creating harmonized environments, improving access to healthcare, generating pleasant physical environments, and assigning social roles for vulnerable individuals were brought up as the means to resolve health disparities. The strength of the present study lies in the fact that, unlike survey methods, the citizens' exact needs were identified by sharing their thoughts. Moreover, it was proven that practical measures would be needed to implement citizen participation in planning health-related projects.

Keywords : Community Health Plan, Citizen Participation, Roundtable Discussion, Citizen Participation Group, Health Disparity

본 논문은 대구광역시 연구과제로 수행되었음.

*Corresponding Author : Nam-Soo Hong(Kyungpook National Univ.)

email: kusmac25@knu.ac.kr

Received January 28, 2021

Revised March 2, 2021

Accepted May 7, 2021

Published May 31, 2021

1. 서론

보건 분야에서 지역사회 참여원칙은 알마아타 선언, 오타와 헌장 등에서 지속해서 강조되었다. 알마아타 선언에서는 “인간의 건강을 증진하고 보호하는 것은 경제·사회 발전 지속에 핵심적이며 삶의 질 향상과 세계 평화에 기여한다. 인간은 건강관련 서비스에 대한 계획과 실행에 대해 개인적으로나 집단적으로 참여할 권리와 의무가 있다[1]”라고 하였으며, 오타와 헌장에서는 “건강증진은 건강수준을 향상하기 위한 우선순위의 결정, 의사결정과 실행과 같은 구체적이고 효과적인 지역사회 활동을 통해 가능하다. 이러한 과정의 핵심에는 지역사회의 역량 강화가 있다”라고 하였다[1]. 이는 신 공중보건과 건강증진에서 인구집단의 건강수준 향상을 위한 전략적 요소로써 지역사회 개발과 역량 강화를 강조하는 의미라고 할 수 있다.

지역사회에서 특정 질병으로 인한 유병률이 아무리 높게 발생하고 건강수준의 격차가 존재할지라도, 주민들이 문제의 심각성을 체감하지 못한다면 보건사업을 통한 문제 해결에는 장애가 있을 수밖에 없다. 따라서 현황분석 수행 시, 객관적인 건강지표의 수집도 필요하지만, 평소 주민이 중요하게 여기는 가치나 관심을 파악하는 과정이 필요하다. 주민으로부터 수집된 자료는 보건사업 기획에 있어 해결하여야 하는 건강문제의 우선순위 결정에 활용될 뿐만 아니라, 자료수집 과정을 통하여 보건사업 기획에 주민참여를 독려하는 효과도 거둘 수 있다[2]. 더불어, 지역의 건강문제를 파악하고 해결하기 위해서는 지역 주민들이 생각하는 건강에 대한 가치나 관심으로부터 지역 보건 발전을 위한 기본 동력을 얻을 수 있으며, 지역사회와 주민이 전문가가 문제를 해결해 주어야 할 대상이 아니라 건강문제를 해결할 주체로 인지하는 비판적 성찰의 과정이 될 수도 있다[3].

지역보건의료계획은 지역사회 건강에 대한 구체적인 전략계획으로 정의할 수 있는데, 건강한 지역사회를 만들기 위한 목표설정, 우선순위 개발, 보건사업 계획 관련 자료수집 및 활용의 과정을 포함한다[4]. 지역보건의료계획의 시초는 처음으로 지역 단위 자원배분계획을 마련했다는 점에서 1982년 의료전달 체계의 정립을 위해 일차적으로 시도된 지역보건사업계획으로 볼 수 있으나, 초기에는 중앙정부 단위에서 지역단위로 진료권의 재설정과 진료권별 병상 수의 추계에 초점을 두었기 때문에 엄격한 의미에서는 지역보건의료계획이라 보기 어려웠다[5]. 이후 지방의회 구성을 전후로 보건의료 환경 변화에 대처

하고 지방자치제 시행에 준비하기 위하여, 보건소 기능 활성화 및 지역보건행정체계 발전 방안으로써 지역보건의료계획 수립이 논의되었다. 이후 보건소법이 전면 개정되는 과정에서 보건소 업무에 지역보건의 기획 및 평가가 추가되었으나 여전히 각종 보건정책의 계획 수립은 중앙정부에 집중되었고, 보건소는 피동적으로 집행하는 상의하달 방식에 머물러 법의 실효성은 미미하였다[6].

보건소의 지역보건의료계획이 본격적으로 도입된 것은 1994년 농어촌특별세가 신설되고 그 재원의 일부로 농어촌의료서비스 개선사업을 시작하면서 부터이다. 농어촌의료서비스 개선사업은 농어민의 후생복지증진사업의 일환으로, 농어촌 공공보건의료기관의 기능을 보강하여 1차 보건의료서비스를 개선하고 양질의 2차 의료서비스를 제공하기 위하여 농어촌 민간의료기관 금융지원 실시를 포함하였다. 농어촌의료서비스 개선사업에서 주목해야 할 점은 투자대상선정과정에서 있다. 종래의 지역별 균등투자방식이 아닌 자치단체 간 경쟁원리를 도입하여 관심과 능력이 있는 지역에만 재정적 지원을 하는 차등 지원방식을 채택하고, 사업에 대한 관심과 능력은 보건소가 작성한 지역보건의료계획 평가 결과를 근거로 판단하기로 한 것이다. 보건소가 지역보건의료계획을 수립하여 제출하면, 보건복지부는 이를 평가하여 계획이 제대로 수립된 지역에 대해서만 지원을 하겠다는 계획을 발표함에 따라 농어촌 지역 보건소는 사상 처음으로 지역보건의료계획서를 작성하게 되었다[7]. 당시의 지역보건의료계획은 지역사회진단 및 장기투자계획, 지방보건의료조직개편방안, 민간의료시설과의 기능분담 및 연계방안을 주요 내용으로, 제출 전 지역 내 공청회 등을 거쳐 지역사회 의견이 충분히 반영되도록 하는 등 지역보건의료계획의 요건을 두루 갖추고 있다. 이때는 농어촌의료서비스 개선사업의 지원을 받고자 하는 지역에 국한하여 1년 단위로 작성되어 지역의 중장기 전략계획이라고 보기에는 한계가 있으나, 지역 보건소가 처음으로 수립한 지역 단위의 보건의료계획이라는 점에서 의의가 있다[8].

지방자치 시대가 본격적으로 열리고, 1995년 보건소법을 지역보건법으로 전면 개정하면서 농촌 지역뿐만 아니라 도시지역을 포함한 모든 보건소에서 지역보건의료계획 수립이 의무화되었다. 이는 기존에 중앙으로부터 시달되어 오던 일률적인 계획 및 사업수행을 지양하고 지역에 적합한 계획을 수립·시행함으로써 자치단체의 참여와 책임을 강조하였고, 동시에 지역 실정에 맞는 종합적인 보건의료계획을 수립하고 이를 추진함으로써 주민들에게 예측 가능한 보건행정을 제시하기 위함이었다. 또

한, 보건의료기관의 기획능력을 향상할 수 있다는 부수적인 목적이 있다[5]. 지방자치단체는 4년마다 지역보건의료계획을 수립하게 되어있어 2020년 현재는 제7기 지역보건의료계획이 시행되고 있다.

최근까지 지역보건의료계획에서 주민의 관심을 파악하는 방법은 주로 보건 분야와 관련된 설문조사를 통하거나 전화인터뷰를 통한 단면적인 정보를 수집하는 내용이 대부분이었다. 이는 주민들의 가치나 관심사를 반영한 요구를 맥락적으로 파악하기 어렵고, 보건분야의 관점을 벗어나지 못하는 설문문항이라는 점에서 한계가 존재한다[9]. 주민참여가 현실적으로 운영 가능한 목적 및 수단이 되기 위해서는 지역보건의료계획 단계에서부터 다양한 지역 주민의 요구와 의견이 수렴되어 반영될 수 있어야 하며, 이를 위해서는 다양한 주민참여 통로가 개설되고 운영할 필요가 있다.

이에 제7기 대구광역시 지역보건의료계획 수립과정에서는 주민참여 통로 개설 및 운영의 목적으로 시민참여단을 구성하고, 시민참여 중심 원탁회의를 개최하였다. 본 연구에서는 대구시민들이 생각하는 건강문제와 보건서비스 요구도를 정확히 파악하여 이를 중장기적인 보건의료 종합계획 수립에 반영하고자 함을 목적으로 하였다.

2. 연구 방법

2.1 연구 참여자 및 자료수집

본 연구에서 사용한 자료는 시민참여단을 중심으로 한 시민원탁회의의 결과이다. 시민참여단은 제7기 대구광역시 지역보건의료계획 수립 시 실제 시민들이 생각하는 건강문제에 대한 의견을 수렴하기 위하여 구성하였다.

연구 참여자는 대구광역시에 거주하는 시민이며, 모집단의 성향을 대표하기 위하여 성별, 연령을 고려하여 8개 구군 보건소를 이용하는 시민을 추천받아 선정하였다. 그 외 시민단체 관련 종사자와 취약계층에 대한 이해도가 높은 복지·여성·노인·다문화 관련 종사자의 참여 의사를 조사하되, 특정 계층만을 대표하는 의견이 주가 되지 않도록 최소한의 인원으로 구성하였다(Table 1). 시민원탁회의는 2018년 6월과 7월 대구광역시 공익활동지원센터에서 각 3시간씩 진행되었으며, 1차에는 40명, 2차에는 44명이 참여하였다. 테이블마다 최대 8명의 시민과 시민들의 의견을 이끌어내고 정리해주는 퍼실리테이터(facilitator) 1명으로 구성하였다.

Table 1. Characteristics of participants

Category		N(%)	
		1st round	2nd round
Sex	Male	14 (35.0)	8 (18.2)
	Female	26 (65.0)	36 (81.8)
Age (years)	20-29	2 (5.0)	0 (0.0)
	30-39	5 (12.5)	3 (6.8)
	40-49	9 (22.5)	8 (18.2)
	50-59	16 (40.0)	19 (43.2)
	60-69	6 (15.0)	11 (25.0)
	≥70	2 (5.0)	3 (6.8)
Region (County/District)	Jung-gu	4 (10.0)	4 (9.1)
	Dong-gu	4 (10.0)	5 (11.4)
	Seo-gu	4 (10.0)	5 (11.4)
	Nam-gu	4 (10.0)	6 (13.6)
	Buk-gu	6 (15.0)	8 (18.2)
	Suseong-gu	6 (15.0)	6 (13.6)
	Dalseo-gu	6 (15.0)	5 (11.4)
	Dalseong-gun	6 (15.0)	5 (11.4)
Field of occupation	Citizen	35 (87.5)	38 (86.4)
	Social welfare	1 (2.5)	1 (2.3)
	Women's right	1 (2.5)	1 (2.3)
	Elderly-related	1 (2.5)	0 (0.0)
	Multi-cultural	1 (2.5)	1 (2.3)
	Others	2 (5.0)	3 (6.8)
All		40 (100.0)	44 (100.0)

2.2 시민원탁회의의 내용 및 자료 분석 방법

시민원탁회의의 진행 과정과 질문지는 4차례의 연구진탁회의를 거쳐 구성하였다. 제7기 지역보건의료계획 기본방향은 보건의료서비스 접근성 강화 및 건강 격차 해소도모를 위한 방안을 모색하는 것이 큰 방향 중 하나였으며, 지역사회 현황분석 기술 시 지역의 건강수준, 지역사회의 주민의 관심 등을 포함할 것을 권장하였다. 이에, 본 연구의 진행은 “대구시 건강수준을 어떻게 높일까?”, “대구시 건강 격차를 어떻게 줄일까?”를 주제로 진행하였다.

2.2.1 대구광역시 지역보건의료계획 시민참여단 1차 원탁회의

1차 시민참여단 원탁회의의 진행방법은 Yoo와 Suh[10]의 선행연구를 참고하였다. 우선, 참여자들은 고객여정지도(Customer Journey Map)로 본인의 건강여정지도를 그려보고, 6개 조로 나누어 DVDM(Definition, Value,

Difficulty, Method) Map에 따라서 조별로 건강이 무엇인지(define), 건강이 어떤 가치를 가지는지(value)에 대해 조별로 토론함으로써 참여자가 건강에 관한 생각을 정리할 수 있도록 하였다. 이후 건강을 증진하는 데 어려운 점(difficulty)에 대해 토의하고 그 어려움을 해결할 방안을 조별 토의를 통해서 제시했다. 조별로 모든 참여자를 대상으로 조별 토론을 통해서 도출한 어려운 점과 해결방법을 발표하였고, 모든 조의 발표가 끝난 후에 참가자들이 지역보건의료계획에 반영되어야 할 좋은 방안이라고 동의하는 의견에 1인당 2개씩 투표를 하였다. 그리고 2표 이상 받은 의견을 뽑았고, 2표 이상 받은 의견을 연구진에서 6개 카테고리로 묶었다(Fig 1).

고객여정지도는 대상자의 행동, 경험을 체계적으로 묘사하여 시각화한 그래프를 지칭하는 도구이다. 대상자의 행동, 경험은 접점(Touch point)을 바탕으로 구성되며, 개인의 상황이나 경험을 시간 순서에 따라 나누고 그에 따른 감정을 지도에 표현하도록 한다[11]. 본 연구에서는 건강을 주제로 건강여정지도를 그리고 시민들의 다양한 건강 경험을 동일한 시각언어로 비교하였다.



Fig. 1. The 1st round of the roundtable discussion: Using Customer Journey Map and DVDM Map

DVDM Map은 질문법을 가시화한 지도이다. 정의질문(Definition)은 주제 또는 쟁점이 되는 개념을 명확히 하기 위한 질문이다. 이 질문은 주제로 삼고 있는 '질문'에 대하여 서로 인식하고 있는 공통점과 차이점을 밝혀 준다. 가치질문(Value)은 주제 또는 쟁점이 되는 개념이 어떤 의미와 가치를 지니는지를 확인하고 공유하게 한

다. 난관 질문(Difficulty)은 주제로 삼고 있는 '질문'이 중요함을 알지만, 막상 그것을 행하기가 쉽지 않은데, 쉽지 않은 이유를 찾아가는 과정이다. 해법 질문(Method)은 주제로 삼고 있는 '질문'에 대한 정의를 확인하고, 그 중요성과 실행의 어려움을 탐색한 결과 이를 개선하는데 필요한 방법과 수단을 찾아 정리하는 마지막 단계이다. 이 단계에 나오는 아이디어들은 개인 또는 조직 차원의 방법, 단기 또는 장기적인 처방 등이 다양하게 혼재하여 도출된다[12]. 본 연구에서는 DVDM Map을 통하여 건강수준 향상의 정의, 가치, 어려움, 그리고 건강수준 향상 방법에 대한 불확정적인 개념을 명확히 하고 이에 대한 탐색하였다.

2.2.2 대구광역시 지역보건의료계획 시민참여단 2차 원탁회의

2차 시민참여단 원탁회의에서는 Yoo와 Suh[10]의 선행연구를 참고하여 건강 격차 없는 대구의 모습 기획을 위한 시민 특성 분석에 페르소나-기반 시나리오 기법(Persona-based Scenario Method)을 사용하였다. 시민들이 '건강 격차'에 대하여 평소 생각해볼 기회가 거의 없다고 판단하여 자유롭게 건강 격차를 줄이는 방법을 상상해보는 것으로 하였다.

페르소나(Persona)란 관심 있는 목표 집단 안에 있는 여러 가지 유형들을 나타내는 가상의 인물을 의미한다. 페르소나와 이를 설계하고 계획한 대상 간의 상호 작용을 유기적인 내용으로 구성한 것이 시나리오로, 미래 상황을 가정하여 대상의 경험을 짐작할 수 있게 하는 이야기이다. 이는 관련된 아이디어를 보다 명확하고 구체적으로 정리하여 대상에게 사용될 모습을 구상할 수 있게 한다. 시나리오의 형식은 페르소나의 관점에서 작성하는 것이 일반적이다[13]. 본 연구에서는 낮은 건강수준의 취약 계층을 상상하여 페르소나 프로필을 최대한 상세하게 작성하되, 욕구와 불편에 대해 중점적으로 작성하도록 하였다.

이를 토대로 취약계층도 건강하게 살 수 있는 대구는 어떤 모습인지 상상하여 각자 발표하고 조별 토론을 통해서 건강 격차 없는 대구를 위해서 필요한 방안을 제시하도록 하였다. 조별 토론을 통해서 조별로 2~3개의 의견을 제시하였고 이를 연구진 회의를 통해서 비슷한 의견끼리 범주화하였다(Fig 2).

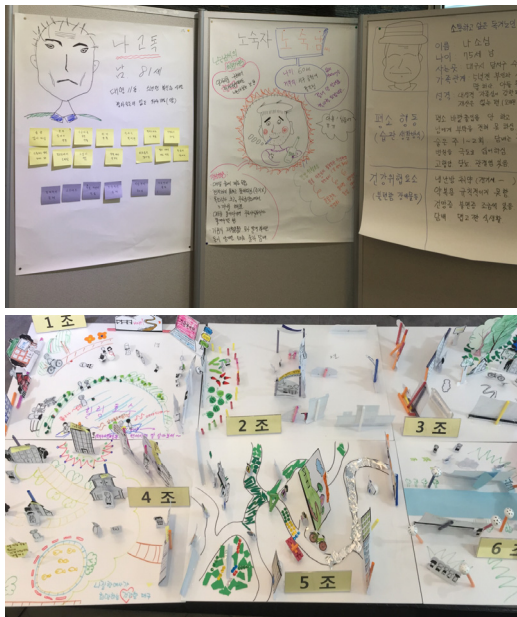


Fig. 2. The 2nd round of the roundtable discussion: Using Persona-based Scenario Method

3. 연구 결과

3.1 1차 시민참여단 원탁회의의 결과

1차 시민참여단 원탁회의의 결과는 다음과 같다. 시민들은 건강을 유지할 수 없게 만드는 장애물로 운동 부족, 건강하지 않은 식단, 음주 등 건강행태 개선의 어려움이나 보건의료서비스에 대한 접근성 제한뿐만 아니라, 외로움, 정서적 불안, 사회적 관계, 환경오염, 물리적 환경 등 포괄적인 건강결정요인에 대해서 이야기하였다. 이러한 문제점을 바탕으로 대구시민들의 건강수준을 향상하기 위한 여러 가지 아이디어들을 모았다. 이 중 최종 우선순위 투표에서 2표 이상의 공감을 얻은 아이디어를 6가지 측면에서 정리하였다(Table 2).

3.2 2차 시민참여단 원탁회의의 결과

3.2.1 시민참여단이 생각하는 건강취약계층의 특징

시민들은 건강수준이 낮은 취약계층에 대한 특징으로 독거, 외로움(갈 곳이 없음), 무직, 대인관계의 어려움, 삶의 즐거움이 없음, 내성적인 성격, 노인, 만성병, 술, 담배, 운동 부족, 영양실조 등을 꼽았다.

3.2.2 시민참여단이 생각하는 건강 격차 해소방안

대구시의 건강 격차를 줄이고 취약계층의 건강수준을 향상하기 위해서 시민들이 상상하는 대구의 모습은 Table 3과 같으며, 보건 분야의 노력만으로는 해결이 어려운 내용이 대부분이었다. 건강 격차 해소방안으로는 소통, 어울릴 수 있는 환경조성, 보건의료에 대한 접근성 향상, 쾌적한 물리적 공간, 사회적 역할 등이 언급되었다.

4. 고찰

시민들은 건강수준 향상을 위해 앞으로 4년간 시 보건 당국이 해야 할 일로 보건 서비스 접근성 확대, 소생활권(마을, 동네) 중심 보건 서비스, 정신건강 서비스 확대, 건강 친화적 환경조성, 환경오염 개선, 사회적 건강개선이 라고 제안하였으며, 건강 격차를 줄이기 위해서는 건강 취약계층의 소통개선과 어울릴 수 있는 환경조성, 보건의료에 대한 접근성 향상, 쾌적한 물리적 공간, 사회적 역할 수행이 필요하다고 하였다.

보건 영역에서 주민참여는 지역사회의 필요나 요구, 보건 서비스 이용 장애 요인 등을 파악할 수 있게 하고 보건사업에 대한 신뢰도를 높이며 주민 스스로 주인의식을 가지게 하여 사업의 수용도를 높이는 등 다양한 경로로 지역 주민의 건강개선에 이바지하는 것으로 알려져 있다. 또한, 건강수준 향상을 위해서 지역사회 역량 강화의 중요성이 대두되면서 주민참여는 보건사업의 기본 원칙이자 핵심적인 운영전략으로 강조됐다[1]. 하지만 주민참여는 수사적 표현에 그치거나 구색을 갖추는 정도로 이루어지는 경우가 많았으며 실제로 보건사업의 기획과 의사결정과정에서 주민들이 제대로 개입할 기회는 거의 없었던 것이 사실이다. 세계보건기구에서 의미 있는 참여는 자신에게 직접 영향을 미칠 수 있는 결정에 참여할 권리를 주는 것이라고 정의하였지만[14] 현재까지 보건사업에서 주민참여는 설문조사 등을 통해서 시민의 의견을 듣거나 단순히 정보를 제공하는 것과 같이 영향력이 낮은 수준에 그치고 있다. 지역보건의료계획 수립과정에서도 주민참여가 형식적으로 이루어져 왔다는 비판이 지속해서 제기되었고[9], Jang[15]의 연구에서도 지역보건의료계획의 주민참여는 제도 시행과정에서 개선됐지만 여전히 미흡하다고 하였다.

Table 2. Results of the 1st roundtable discussion involving citizens: How to improve citizens' health status?

Category	Difficulties (problems) in healthcare management	Measures to improve citizens' health status	
		Opinions	votes
Expanding access to health services	Lack of health-related education and programs	Activate the Daegu Citizen Health Support Center	2
	Low access to health information	Mobile applications from Public Health Centers	4
	Accessibility issues regarding healthcare services	Enhance accessibility by establishing adequate medical delivery system	3
	Low access to health-related program among office workers	Evening or weekend health programs	3
Establishing health services centered on small living areas (villages, neighborhoods)	Restricted access to health services	Establish small-sized Public Health Centers	3
	want the people living alone to eat in the village	Establish shared kitchen/local kitchen	3
	Want to learn sports in town	Health/sports instructors who are well aware about the community	2
	Need someone nearby to help people manage health status	Neighborhood health manager	2
Expanding mental health services	There is no place to open your mind	Operate a mental counseling center within a Public Health Center	3
	Lack of access to psychiatric counseling and treatments	Free mental counseling	2
	Difficult to control mind	Shelters for individuals with mental problems	2
	There is no place to consult about conflicts and stress in family, work, and etc.	Counseling centers run by public institutions	3
Creating health-friendly environments	Lack of facilities to exercise	Creating health staircases	3
	Driving results in insufficient physical activity and is not good for the environment as well	Activate use of public transportations	5
Resolving environmental problems	Environmental pollution problems	Solve environmental problems	5
		Provide facial masks to protect from fine dusts	2
Improving social health	Loneliness	Friend Matching Program	4
	Solitary deaths of the elderly living alone	Prevention services for solitary death of the elderly living alone	2

Table 3. Results of the 2nd roundtable discussion involving citizens: - what are the means that can resolve health disparities?

Category	Opinions
Enhancing communication and creating harmonized environments	<ul style="list-style-type: none"> o Spaces where socially segregated vulnerable groups can communicate o Public facilities for the vulnerable individuals can reside together o Facilities that can be easily accessed by the vulnerable o Cultural and sport facilities for the vulnerable o Neighbors who can be your conversation partners
Improving access to healthcare	<ul style="list-style-type: none"> o Visiting health services o Health consultation centers o Clinics systematically linked to general hospitals
Generating pleasant physical environments	<ul style="list-style-type: none"> o Parks or trails with good accessibility o Cultural centers
Assigning social roles	<ul style="list-style-type: none"> o co-working places o Lifelong learning spaces o small works, job training supports

대구광역시와 본 연구진은 제7기 지역보건의료계획을 수립하면서 앞으로의 보건사업 계획과 수행과정의 '시민참여'를 중요한 보건정책의 방향성으로 설정하였다. 지역의 건강문제는 전문가와 보건소 중심의 보건의료서비스 제공만으로는 개선이 어려우며, 결국 시민들의 건강문제에 대한 인식과 적극적인 참여가 전제되어야 해결할 수 있다고 판단했기 때문이다. 이에 형식적인 시민참여의 방식이 아니라, 시민들이 의사결정과정에 실질적인 영향을 미칠 수 있는 높은 수준의 참여를 위한 방안을 고민하였다. 대구광역시에서는 시민건강관리 기본 조례에 시민참여단의 구성을 명시하고 있으나, 이들 집단의 활동은 형식적으로 운영되는 시민건강위원회 참여에만 그치고 있었다. 본 연구에서는 대구광역시에서 민선 6기부터 지역 현안과 관련한 시민과의 소통의 일환으로 진행되고 있던 원탁회의의 형식을 빌려, 시민참여단 대상 원탁회의를 진행함으로써 지역의 건강문제에 대한 시민들의 의견을 청취하고 계획의 수립과 실행에 권한을 가지고 참여할 수 있도록 하였다. 또, 피동적인 시민건강위원회의 참여만을 벗어나, 시민참여단의 지속적인 지역보건의료계획 수립과정 모니터링 참여와 실질적 의사결정과정에의 참여를 위하여 지역보건의료계획에서의 시민참여단 구성을 제도화하려고도 하였다.

시민들은 보건 서비스에 대한 시간적, 공간적 접근성의 문제로 건강관련 정보 획득이나 건강 프로그램 이용의 어려움을 호소하고, 문제 개선의 필요성을 언급하였다. 통계청의 조사에서도 많은 국민들이 보건의료 및 건강관리 서비스가 확대되어야 한다고 생각하는 것으로 나타났다[16]. 보건소의 업무가 감염병 관리, 가족계획, 취약계층 진료 중심에서 건강증진 및 예방관리 사업으로 전환되면서 통합건강증진사업, 만성질환관리, 정신보건 등의 공중보건사업에 많은 인력과 예산을 투입하고 있다. 지역보건의료정보 시스템을 활용하여 보건소의 업무영역을 분석한 결과 보건사업이 41.6%로 가장 큰 비중을 차지하였으며, 그 비중은 점점 커지고 있는 추세이다[17]. 하지만 시민들의 보건소의 보건사업에 대한 인식이나 체감도는 낮은 편이며, 2019년 지역사회 건강조사 결과 대구에서 1년 동안 보건소 등 지역보건기관을 이용한 적이 있는 사람의 비율은 18.2%에 불과했다. 연간 보건기관 이용률은 서울, 부산, 대구와 같은 대도시에서 낮게 나타나고 전남(36.8%), 경남(33.1%), 전북(33.0%), 강원(32.8%) 등 농어촌 지역이 많은 광역단체에서 높게 나타나 도시 지역의 보건 서비스 접근성이 더 떨어지는 것을 확인할 수 있다[18]. 건강에 대한 국민들의 관심이 증가

하면서 보건 서비스에 대한 요구는 증가하고 있지만, 보건 서비스에 대한 접근성 향상을 위한 서비스 확대 및 효율적 전달 체계에 대한 방안 강구를 위한 노력은 미미한 실정이다.

시민들은 보건 서비스 전달체계를 개선하기 위해서 생활권(마을, 동네) 중심의 보건 서비스 제공이 필요하다고 하였다. 실제로 시군구당 1개소로 배치된 현재 보건소의 인력 및 인프라를 포함하는 자원 문제, 사업 진행 방식 주민의 건강을 밀접하게 관리하고 지역 내 자원을 연계하여 보건 서비스를 제공하기 어려운 상황이다. 보건소에서 제공하는 서비스는 주로 보건소 인근에 거주하는 주민들을 대상으로 이루어져 보건 서비스의 혜택이 보건기관 인근 지역 주민에 국한된다는 비판을 받아왔다[19]. 특히 도시지역은 읍면 단위 보건지소와 보건진료소가 있는 농촌 지역과 달리 동(洞) 단위의 보건조직이 충분하지 않아 보건 서비스에 대한 접근성이 더 취약하다. 이를 극복하기 위한 노력으로 도시보건지소나 건강생활지원센터와 같은 보건소 산하의 동 단위 보건조직을 설립하여 지역밀착형 건강증진 서비스 제공체계를 구축하려 하고 있으나 현재 이들 시설은 전국에 50여 개에 그칠 뿐 아니라 확산 속도도 빠르지 않아 충분한 서비스를 제공하기에 역부족이다[19].

보건복지부는 복지 분야의 사회복지전달체계 문제점을 해소하기 위해 동 단위 중심의 서비스 제공을 계획하고 이를 위하여 동(洞)주민센터 복지 허브화 사업을 추진하고 있다. 동주민센터를 복지서비스 제공의 중추 기관으로 설정하고 이를 중심으로 대시민 접근성을 강화하여 복지 체감도 증진을 도모하고 있다[20]. 행정 분야에서도 마을, 읍면동 등 주민의 실제 생활권을 단위로 공공서비스 플랫폼을 만들어 민·관이 함께 기획하고 생산, 전달하는 주민 자치형 공공서비스 구축 사업을 추진하고 있다. 따라서 보건 분야에서도 읍면동 단위에서 주민에 대한 직접서비스를 제공하는 보건소 하부기관을 확충하여 생활권 중심의 보건 서비스 제공체계를 갖추어야 주민센터 기반의 행정-보건-복지서비스 연계가 가능할 것이다. 여러 연구에서도 향후 보건소는 기획과 평가, 예산 확보 등에 집중하고 주민에 대한 직접서비스는 건강생활지원센터와 같은 하부기관에서 수행해야 하며 이를 위한 읍면동 단위 보건기관 설치가 필요하다고 하였다[19-22]. 대구광역시와 연구진은 시민들의 의견을 반영하여 생활권 중심 보건 서비스 제공체계를 통한 보건 서비스 접근성 강화를 위해서 이번 지역보건의료계획의 중장기전략의 하나로 '다분야 간 협력을 통한 지역밀착형 건강관

리체계 구축'을 제시하고 첫 번째 추진과제를 '구석구석 찾아가는 생활터(소생활권) 중심 보건·복지 서비스'로 설정하였다. 세부사업으로 소생활권 지역보건기관을 확충하고 마을 단위 보건·복지 연계사업 시행을 계획하였다.

시민들은 건강한 삶을 위해서 정신 건강서비스를 확대하여야 한다고도 이야기하였다. 사회가 복잡해지고 산업화가 진행되면서 경쟁이 심해지고 사람들 간의 사회적 연대가 무너져 스트레스, 우울 등 정신건강이 중요한 건강문제로 대두되었다. 우리나라? 18세 이상 성인의 주요 17개 정신질환 평생 유병률은 25.4%에 달하는 것으로 보고되었고, 연령표준화 자살 사망률은 표준인구 10만 명당 24.7명으로 전체 OECD 회원국 중 가장 높았으며, OECD 평균 11.5명에 비해서도 2배 이상 높아[16] 우리나라 국민들의 정신건강 수준이 취약함을 알 수 있다. 이전에는 정신건강 문제를 개인의 나약함이나 의지 부족 또는 독특한 기질 정도로 생각하였지만, 지금은 상담이나 치료가 필요한 중요한 건강문제라고 인식하게 되었다. 국립건강정신센터의 자료에 의하면 '누구나 정신질환에 걸릴 수 있다'라고 생각하는 사람이 83.8%, 정신건강 문제가 생기면 전문적인 도움을 받아야 한다고 생각하는 사람이 72.8%[23]로 나타나 정신건강에 대한 부정적이고 왜곡된 인식이 많이 개선되고 있음을 확인할 수 있다. 본 연구에서 확인된 바와 같이 시민들이 정신건강 서비스의 필요성을 인식하고 있는 것은, 의학적·사회적 도움이 필요한 정도의 정신 건강문제에 많은 사람들이 노출되어 있음을 일반 시민들도 인식하고 있을 뿐 아니라 정신건강이 사회·문화·경제적 측면에서 우리 사회에 미치는 영향력에 대해 우려하고 있음을 반영하는 것으로 해석할 수 있다. 우리나라는 1995년 정신보건법을 제정한 이래 1998년부터 정신건강복지센터 운영·확대하여 현재는 광역정신건강복지센터 16개소, 기초정신건강복지센터 239개소가 개설되어 정신건강 서비스를 제공하고 있다. 이외에도 중독관리통합지원센터 운영, 정신재활시설 운영, 자살 예방 사업 등 다양한 정신건강 사업을 추진하고 있다[24]. 하지만 정신건강 문제 경험 시 정신건강 전문가와 상담을 해본 적이 있다는 사람은 22.2% 정도로 다른 선진국에 비해 낮은 수준을 보였으며, 정신건강 복지센터에서 제공하는 서비스를 인지하고 있는 사람은 21.4% 정도에 불과하였다[23]. 정신 건강서비스 필요성에 대한 시민 인식 정도가 커지고, 관련 서비스에 대한 수요는 증가하고 있지만 정신 건강서비스 인프라는 여전히 물리적 접근성이 낮고 서비스 전달체계가 파편화되어 있어 양질의 서비스는 제한적으로 제공되고 있으며

로 많은 시민들이 정신 건강서비스에 대한 확대를 요구하는 것으로 생각된다. 대구광역시와 연구진은 제7기 지역보건의료계획에 자살 예방 및 정신건강 증진 서비스 강화를 추진과제로 설정하고 세부사업으로 증중 정신질환자 지역사회 통합, 정신건강 지역사회서비스 강화, 자살 예방 환경 및 맞춤형 자살 예방 서비스 지원을 계획하였다.

시민들은 건강문제를 단순히 개인에 대한 보건 서비스의 문제로만 인식하지는 않았다. 시민들의 건강향상을 위해서는 보건 분야뿐만 아니라 대중교통 개선, 환경오염 개선, 외로움과 사회적 건강 등 포괄적인 건강요인에 대한 개선이 필요하다고 하였다. 또한, 건강 격차를 줄이기 위해서 취약계층에게 필요한 것을 논의했던 2차 원탁회의에서도 시민들은 보건 분야의 활동보다는 소통이나 어울릴 수 있는 환경, 쾌적한 물리적 공간, 사회적 역할 수행 등을 이야기하면서 그들의 전반적인 삶의 조건을 개선하는 것이 필요함을 강조하였다. 세계보건기구도 얼마 아타 선언과 오타와 헌장에서 건강 수준 향상을 위해서 건강에 영향을 미치는 정치적 요인, 경제적 요인, 사회적 요인, 문화적 요인, 환경적 요인, 행태적 요인 등을 개선해야 한다고 하였다. 건강 수준은 단순히 보건의료영역의 문제가 아니라 개인을 둘러싸고 있는 전체적인 삶의 환경이나 조건의 결과라고 할 수 있기 때문이다. 같은 맥락에서 건강불평등의 감소 역시 보건의료영역에 국한되어 있는 문제가 아니라, 사회 전반에 걸친 문제로 인식하고 보건 영역 외의 분야에서 형평성을 끌어내는 것이 중요하다[1, 14]. 따라서 시민들의 건강수준을 향상시키고 건강 격차를 줄이기 위해서는 다양한 분야와의 연계 및 협력을 통해 해당 분야의 활동이 전체의 건강증진에 도움이 되도록 하는 것이 필요할 것이다.

시민들은 독거노인의 외로움과 고독사 문제를 이야기하면서 사회적 건강의 중요성에도 많은 공감을 표현하였다. 사회적 건강에 관한 관심의 증가는 집단 중심의 전통적 가치의 변화나 공동체 의식의 상실, 스마트 기기의 보급, 1인 가구의 증가 등 현대 사회의 급속한 변화와 관련되어 있다. 2015년 인구주택 총조사 결과, 1인 가구가 전체의 27.2%를 차지해 사상 처음으로 전체 가구 유형 중 가장 높은 비율을 차지하였다[26]. 증가하는 1인 가구 비율이 말해주듯 우리 사회는 공동체와 연대 중심의 사회에서 개인 중심의 사회로 변화하면서 가족이나 지역사회의 지지체계가 무너지고 사회적 단절이 가속화되고 있다. 특히 노인들은 전통적인 가족 중심의 부양 체계가 급속히 붕괴되면서 외로움, 고립감, 우울 등 심각한 사회

적, 정신적 건강문제가 직면하게 되었다. 독거노인은 가족과 동거하는 노인에 비해 가족으로부터의 경제 사회적 지원도 약하고, 지역사회 관계망이 적어 공적 서비스에 대한 정보 접근도 어려워 더욱더 빈곤에 취약하게 된다. 우리나라의 65세 이상 1인 가구는 2017년 기준 134만 7천 가구에서 2047년에는 405만 1천 가구로 3배 정도 증가할 것으로 예상하여[27] 독거노인의 건강문제가 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 노인들에게서 사회적 관계망과 대인관계는 성공적인 노화에 중요한 요인이며, 단체 활동 등의 사회적 참여와 사회적 지지는 노인의 건강수준에도 많은 영향을 미치는 것으로 알려져[28] 독거노인들의 건강문제 해결을 위해서는 다양한 지역사회 자원과의 연계를 통해서 그들의 사회적 고립을 해결하는데 많은 관심을 가져야 할 것이다.

이 연구의 제한점은 다음과 같다. 우선, 연구 결과를 일반화하기 어렵다. 지역, 연령, 성별 등을 고려하여 모집단을 대표할 수 있는 집단이 참여할 수 있도록 노력하였지만, 연구 참여자들이 시민 전체의 의견을 제대로 반영하지 못할 수 있다. 원활한 회의 진행을 평일 낮 시간대에 진행되어 많은 인원의 시민참여가 어려웠으며 특히 남성의 참여가 부족했다. 이러한 제한점에도 불구하고 이번 연구는 기존에 보건관련 설문조사 등에 국한된 주민요구도 조사 방법을 벗어나, 주민들의 관심과 생각을 심도있게 탐구함은 물론 시민들에게 더 많은 권한을 부여하면서 지역보건의료계획 수립과 수행과정에 참여할 수 있도록 시도하였다는 점에서 의미가 있다. 이번 연구에서 시민참여단 원탁회의란 숙의적 과정(deliberative process)을 통해 시민들이 생각하는 건강문제와 사업에 대한 요구도를 파악하였고 보건관련 설문조사를 중심으로 한 기존의 주민요구도 조사 방법은 시민들의 관심이나 생각을 제대로 반영하기에는 제한점이 많다는 사실을 확인하였다. 향후 지역보건사업의 기획과 수행과정에서 주민참여 수준의 단계를 평가하고, 보다 다양한 시민들의 의견을 적용할 수 있도록 주민참여 제도화 기반 수립을 위한 추가적인 연구가 필요할 것이다.

References

- [1] World Health Organization. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care [Internet]. World Health Organization, [cited 1978 September 6], Available From: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
- [2] World Health Organization. Total Population and Housing Survey Results [Internet]. World Health Organization, [cited 1986 November 21], Available From: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (accessed Aug. 20. 2020)
- [3] S. S. Bae, Bae, Health service planning(3rd edition), pp.438, Gyeochuk, pp.44-48, 2016
- [4] Freire P, paulo, Pedagogy of the Oppressed(30th edition), p.232, Bloomsbury Academic, 2000, p.140-146.
- [5] Myers, S. Stoto, M. (2006). Criteria for assessing the usefulness of community health assessments: a literature review. Santa Monica: RAND Corporation.
- [6] Korea Health Promotion Institute, "Our local health guide, Regional Health Planning Process", *Health Promotion General*, Vol.3, No.12, pp.8-10, 2013.
- [7] Y. I. Kim, "UR settlement and Rural Health Care Measures", *Journal of agricultural medicine & community health*, Vol.19, No.1, pp.59-66, 1994.
- [8] Rural Medical Service Technical Support Group, Guidelines for Improvement of Medical Services in Rural Areas, p.123, Ministry of Health and Welfare, 1995, pp.44-60
- [9] S. H. Lee, H. G. Lee, Y. W. Kang, D. H. Kim, S. W. Kim, J. J. Moon, Regional Health and Medical Planning Implementation Report in 2010, Research report, Korea Health Industry Promotion Agency, Korea, pp.62-82, 2011.
- [10] S. O. Kim, K. Y. Song, "The Impacts of Community Participation on Regional Health Planning Process", *Health Policy and Mangemnet*, Vol.8, No.1, pp.112-134, 1998. <https://scienceon.kisti.re.kr/srch/selectPORSrchArticle.do?cn=JAKO199811919933160>
- [11] H. W. Yoo, C. J. Suh, "A Study on Establishing Official Development Assistance Strategy in the Mongolia Healthcare System by Applying the Service Design Methodology", *Journal of Integrated Design Research*, Vol.15, No.3, pp.73-84, 2016. DOI : <http://dx.doi.org/10.21195/jidr.2016.15.3.007>
- [12] Y. S. Kim, J. H. Lee, "Study on the Customer's Experience in Insa-Dong through Customer Journey Map from the Perspective of User Experience(UX)". *Journal of Communication Design*, Vol.61, No.0, pp.320-329, 2017. <https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiOrteView.kci?sereArticleSearchBean.artid=ART002277848>
- [13] Kaner, S, Lind, L, Toldi, C, Fisk, S, Berger, D, Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making, p.408, Koofa Books, 2017, p.100-110.
- [14] K. M. Song, "Wayfinding Planning in Public Space

- Using Persona-based Scenario Method”, Journal of the Urban Design Institute of Korea Urban Design, Vol.10, No.1, pp.21-34, 2009.
<http://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE02171970>
- [14] World Health Organization, Human rights and gender equality in health sector strategies: how to assess policy coherence, pp.149, World Health Organization, 2011, pp.80-95
- [15] M. W. Jang, Effects of Local Health Planning, Ph.D dissertation, Seoul National University, Korea, pp.10-11, 2014.
- [16] Statistics Korea. Social Survey Results Press Release in 2017 [Internet]. Statistics Korea, [cited 2017 November 7], Available From: <http://kostat.go.kr> (accessed Aug. 31. 2020)
- [17] N. S. Hong, J. H. Lee, C. J. Y. Hong, K. S. Kwon, “Standard work classification system of public health center”, Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.36, No.4, pp.23-29, 2019
 DOI : <http://doi.org/10.14367/kjhep.2019.36.4.23>
- [18] Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2008-2019 Community Health Survey Brief Summary, p.65, Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2020, pp.
- [19] K. S. Kwon, J. Jekarl, C. H. Kim, C. W. Kim, Y.M. Kim, A Study on the Basic Model of Health Promotion Pilot Project for Small Life Area, p.409, Korea Health Promotion Institute, 2019, pp.88-91
- [20] K. S. Kwon, J. H. Lee, C. H. Kim, N. S. Hong, J. Y. Hong, A Study on the Standard Business Classification System of Regional Health and Medical Institutions, Research report, Korea, pp.163-183.
- [21] J. Yim, “Conceptual Reconstruction and Challenges of Public Health Care”, Public Health Affairs, Vol.1, No.1, pp.109-127, 2017.
 DOI : <https://doi.org/10.29339/pha.1.1.109>
- [22] S. J. Lee, S. K. K. S. Park, B. G. Jeong, J. Yim, Study on Reestablishment of the Role of Public Healthcare Institutions and Ways to Reorganize the Delivery System of Healthcare Service to Vitalize Healthcare Investment, Research report, Korea Health Industry Development Institute, Korea, pp.168-175.
<https://scienceon.kisti.re.kr/commons/util/originalView.do?cn=TRKO200900000202&dbt=TRKO&rn>
- [23] C. Lee, National Mental Health Statistics_4th Pilot Study, Research report, National Center for Mental Health, Korea, pp.35-40
- [24] Ministry of Health and Welfare, Research report, Mental Health Project Guide in 2020, Ministry of Health and Welfare, Korea, pp.40-60
- [25] J. A. Jeon, “The Current State of Korean Mental Health Service Delivery System”, Health and welfare policy forum, Vol.282, pp.30-42, 2020.
<http://www.riss.kr/link?id=A106871646>
- [26] Statistics Korea. Total Population and Housing Survey Results [Internet]. Statistics Korea, [cited 2016 September 7], Available From: <http://kostat.go.kr> (accessed Aug. 31. 2020)
- [27] H. E. Park, E. H. Jang, S. K. Hong, “The influence of satisfaction with interpersonal relationships and social support on subjective health status among the elderly people living alone”, Social Science Research Review, Vol.36, No.2, pp.1-21, 2020.
<https://www.dbpia.co.kr/Journal/articleDetail?nodeId=NODE09350058>
- [28] Y. J. Lee, “Influence of Self-Rated Health Status, Self-Efficacy and Social Support on Health Behavior in Urban Elderly People Living Alone”. The Journal of the Convergence on Culture Technology, Vol.4, No.2, pp.81-87, 2018.
 DOI: <https://doi.org/10.17703/JCCT.2018.4.2.81>

이 수 진(Su-Jin Lee)

[정회원]



- 2015년 8월 : 경북대학교 보건대학원 보건관리학과 (보건학석사)
- 2019년 8월 : 경북대학교 대학원 보건학과 (보건학박사)
- 2013년 3월 ~ 2020년 7월 : 경북대학교 예방의학교실 연구원
- 2020년 8월 ~ 현재 : 대구광역시 공공보건의료지원단 책임연구원

<관심분야>

공공의료, 시민참여, 건강불평등

홍 남 수(Nam-Soo Hong)

[정회원]



- 2017년 2월 : 영남대학교 대학원 의학과(의학박사)
- 2013년 3월 ~ 2018년 4월 : 경북대학교 의학전문대학원 예방의학 교실 조교수
- 2018년 4월 ~ 현재 : 경북대학교 의학전문대학원 예방의학 교실 부교수

<관심분야>

지역사회의학, 예방의학

김 건 엽(Keon-Yeop Kim)

[종신회원]



- 2003년 2월 : 경북대학교 의과대학 예방의학교실(의학박사)
- 2003년 5월 ~ 2007년 2월 : 건양 의대 교수
- 2007년 3월 ~ 2009년 2월 : 충남 의대 교수
- 2009년 3월 ~ 현재 : 경북의대 교수

<관심분야>

건강도시, 건강증진, 지역사회의학, 만성질환관리

김 지 민(Ji-Min Kim)

[정회원]



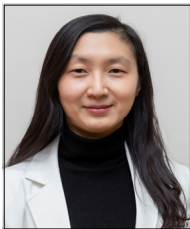
- 2017년 8월 : 경북대학교 보건대학원 보건관리학과 (보건학석사)
- 2020년 2월 : 경북대학교 대학원 보건학과 (보건학박사과정 수료)
- 2017년 3월 ~ 2020년 7월 : 경북대학교 예방의학교실 연구원
- 2020년 8월 ~ 현재 : 대구광역시 공공보건의료지원단 연구원

<관심분야>

공공의료, 시민참여

류 동 희(Dong-Hee Ryu)

[정회원]



- 2016년 2월 : 경북대학교 의과대학 예방의학교실(의학박사)
- 2017년 3월 ~ 2019년 2월 : 경북대병원 임상강사
- 2019년 3월 ~ 2019년 9월 : 경북대병원 임상교수

- 2019년 10월 ~ 현재 : 대구가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 조교수

<관심분야>

의료정책, 건강형평성

배 상 근(Bae, Sang-Geun)

[정회원]



- 20016년 2월 : 경북대학교 의과대학 예방의학교실(의학박사)
- 2016년 5월 ~ 현재 : 경북대병원 임상강사
- 2016년 5월 ~ 2017년 7월 : 계명대학교 의과대학 예방의학교실 조교수

- 2016년 5월 ~ 현재 : 칠곡경북대병원 공공보건의료사업실 임상교수

<관심분야>

질병관리, 공공보건정책