韓 國 保 健 看 護 學 會 誌
Journal of Korean Public Health Nursing
Volume 32. No. 1, 5 - 18, April 2018

http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2018.32.1.5
중심단어 : 방문건강관리, 간호사

우리나라 방문건강관리사업의 과거, 현재와 미래

이건아* · 양숙자** · 우은효***

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 방문건강관리사업은 보건소 중심의 방문건강전문인력들이 가정방문을 하여 건강관리서비스를 제공하는 것으로, 저소득층의 재가 급·만성질환자의 빠른 회복과 그 가족의 돌봄 능력 향상, 재활의욕 고취를 위하여 1990년 서울시 5개 시범보건소에 지역보건과를 신설하고 방문간호사업과 이동진료를 전담토록하면서 시작되었다(The Seoul Institute, 1995). 당시 방문간호사업의 법적 근거는 1995년 12월, 공공보건의료체계 정비 및 공공보건의료의 역할확대를 위해 개정된 구 보건소법인 지역보건법(제9조 제12호 "가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업") 개정을 통하여 마련되었다. 일부 지방자치단체에서 보건소를 통하여 부분적으로 시행되었던 방문간호사업은 외환위기 이후 노인·저소득층 등 의료사각지대에 있는 지역주민의 건강관리 및 실업 여성 전문직 인력의 고용 창출을 위한 공공근로사업의 일환으로 1999년부터 2000년까지 한시적 확대 시행되었으며, 2001년 전국 보건소의 정규인력을 통한 방문보건사업이 전면 시행되었으나 인력부족 등으로 명맥만 유지되다 2003년 '대도시 방문보건사업'이 시범적으로 시행되었다(Ministry of Health and Welfare [MHW] & Korea Health Promotion Institute [KHPI], 2018). 이후 방문건강관리사업은 2007년 지역사회 취약계층의 건강형평성 보장 및 취약계층의 평생건강관리를 위하여 생애주기별 특성에 맞는 건강생활실천 및 질병 예방프로그램, 만성질환자 등의 건강관리서비스를 통합서비스(one-stop-service)관점에서 간호-의료-복지 제반 요구를 충족시키는 '맞춤형 방문건강관리사업' 독립적 사업으로 시행되었다(MHW, 2007). 2013년 지방자치단체 주도의 '지역사회 통합건강증진사업'에 포함되어 시행되고 있으며(Chung-Ang University Industry Academic Cooperation Foundation [CAUIACF], 2014), 2014년부터는 '지역사회 통합건강증진사업'뿐만 아니라 시범적으로 시행된 '읍면동 복지허브화 사업', '찾아가는 동주민센터사업'에 포함되어 지역주민 밀착형의 다양한 형태의 방문건강관리사업으로 실시되고 있다. 이와 같이 현재의 방문

* 대한간호협회 보건간호사회 정책위원
** 이화여자대학교 간호대학 교수(교신저자 E-mail: yangsj@ewha.ac.kr)
*** 이화여자대학교 간호대학 석사과정생
• Received: 25 March 2018 • Revised: 5 April 2018 • Accepted: 23 April 2018
• *Address reprint requests to: Yang, Sook-Ja*
College of Nursing, Ewha Womans university
Ewhayeodae-gil 52, Seodaemun-gu, Seoul, Republic of Korea
Tel: 82-2-3277-4652 Fax: 82-2-2-3277-2850 E-mail: yangsj@ewha.ac.kr

건강관리사업은 1990년 방문간호사업으로 시작하여, 점차 사업범위 및 담당인력의 확대 등에 따라 방문보건사업, 맞춤형 방문건강관리사업, 그리고 방문건강관리사업으로 변천되었다.

개인 환자 중심의 건강문제에 초점을 둔 서비스를 제공하는 병원과 지역사회 중심의 가정간호사업과 비교하여, 방문건강관리사업은 가족, 집단 및 지역사회를 대상으로 1, 2, 3차 예방을 포괄하며 질병예방, 건강 유지 및 증진관리에 초점을 둠에 따라, 건강증진과 질병예방을 위한 방문 지도 및 교육, 합병증 예방을 위한 주기적 추구 관리에 있다(MHW, 2002). 이에 따라 방문건강관리사업은 건강형평성 제고와 취약계층 건강수명 연장을 위하여 건강관리서비스 도움이 필요한 보건, 사회, 경제, 문화적 취약계층의 건강인식 재고, 자기건강관리 능력 향상, 건강상태 유지 및 개선을 목적으로 실시되며, 대상자의 건강문제를 포괄적·적극적으로 파악하여 건강관리서비스를 제공 및 연계하고 있다(MHW & KHPI, 2018). 연구결과에 의하면 방문건강관리사업은 의료접근성이 취약한 대상자에게 건강관리 전문 인력이 보건의료를 전달함으로써 서비스의 지속성, 효율성 및 질적 효과를 보장하고(The Visiting Nurse Association in Korea〔VNAK〕, 2013) 대상자의 건강행태 및 건강관리의 개선, 건강수준의 향상(MHW & Korea Health Promotion Foundation〔KHPF〕, 2011), 자가건강관리능력의 증가와(Jeju National University〔JNU〕, 2013) 더불어 조기입원 최소화를 통한 의료비 절감(Kim, Lee, Lee, Shin, & Lee, 2010) 등 긍정적 결과를 보이는 것으로 보고되었다.

그러나 방문간호사업, 방문보건사업, 맞춤형 방문건강관리사업, 지역사회 통합건강증진사업 등으로 방문건강관리사업이 실시됨에 따라 사업 추진체계 및 운영상의 변화, 전문 인력의 고용문제 불만 제기 등 방문건강관리사업의 내외적으로 여러 변화가 일어났다(CAUIACF, 2014). 이러한 변화 속에 방문건강관리사업의 효율성, 사업운영체계의 효과성 등에 대한 검토가 필요하였으며 서비스의 질을 높이고, 사업 효과를 높이기 위한 방문건강관리사업의 개선안이 요구되었다. 이에 지금까지 시행된 우리나라 방문건강관리사업의 변화과정 및 성과에 대한 분석을 바탕으로 저 출산 및 고령화의 가속화, 보편적 건강권에 대한 요구 증가 등 사회 환경 및 건강관리서비스 요구 변화를 고려한 방문건강관리사업의 향후 방향을 제시하고자 한다. 이를 통하여 지역사회 주민의 건강형평성 제고 및 건강수명 연장을 위한 방문건강관리사업 활성화의 정책적 시사점을 모색하고자 한다.

2. 연구 방법

본 연구는 우리나라 방문건강관리사업의 변화과정 및 성과를 분석함으로써 방문건강관리사업의 향후 방향을 제시하고자 하며, 문헌고찰과 자료 분석을 통해 결과를 도출한 종설연구이다. 국내외 전자 데이터베이스, Google scholar, 정부기관의 사이트 검색을 통해 방문건강관리사업에 대한 자료를 수집하였다. 검색한 전자 데이터베이스는 DBpia, RISS, KISS, Google scholar 등으로, "방문건강관리", "방문간호", "visiting nursing", "visiting nurse"를 검색어로 하여 방문건강관리사업의 연혁, 조직, 인력, 사업대상, 내용 및 방법 등에 관한 학술지 논문을 포함하였다. 이외 법제처, 보건복지부 등 정부기관의 사이트 검색을 통하여 지역보건법, 국민건강증진법, 보건의료기본법, 공공보건의료에 관한 법률 등 방문건강관리사업 관련 주요 법령, 보건복지부 등 정부의 주요 정책보고서 및 통계자료를 수집하였다. 수집된 자료에 대한 비판적 검토 및 종합적 분석을 통하여 방문건강관리사업의 변화과정 및 성과 그리고 향후 방향에 대한 개선안을 도출하였다.

우리나라 방문건강관리사업의 시대별 변화는 방문건강관리사업의 추진배경, 사업범위 및 운영체계 등의 발전과정에 따라 '도입기', '시범 사업기', '전국 확대기', '다양한 유형기'의 4단계로 기술하였으며, 방문건강관리사업의 각 단계는 사업추진배경, 사업추진체계, 인력, 사업대상, 내용 및 방법 등을 기준으로 분석하였다. 또한 1990년부터 2018년까지 발표된 보고서 및 논문, 통계자료 등을 바탕으로 국내외 방문건강관리사업의 효과를 분석하였다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 방문건강관리사업의 연혁

우리나라 방문건강관리사업의 변천은 방문건강관리

사업의 발전과정에 따라 4단계로 구분하였으며, 일부 지방자치단체에서 시범적으로 시행하고 공공근로사업의 일환으로 한시적으로 시행되었던 '방문건강관리사업의 도입기(1990년-2002년)', 대도시에서 방문보건사업이 시범적으로 시행되었던 '방문건강관리사업의 시범 사업기(2003년-2006년)', 전국적으로 맞춤형 방문건강관리사업이 실시되었던 '방문건강관리사업의 전국 확대기(2007년-2012년)', 지역사회 통합건강증진사업 뿐만 아니라, 읍면동 복지허브(hub)화 사업, 찾아가는 동주민센터사업 등 지역주민 밀착형 복지 사업과 함께 시행되는 '방문건강관리사업의 다양한 유형기(2013년-2018년)'로 기술하였다(Figure 1 & 2).

1) 방문건강관리사업의 도입기

방문건강관리사업의 도입기는 1990년부터 2002년으로, 만성질환자의 급격한 증가로 인한 건강상태 개선 및 건강행태 증진을 위하여 공공보건기관 보건인력의 가정방문을 통한 포괄적·지속적 건강관리의 필요성이 강조됨에 따라 방문건강관리사업은 일부 지자체에서 부분적, 한시적으로 실시되었다. 1990년 시행된 방문간호사업은 서울특별시 등 일부 지방자치단체의 자체 특수사업으로, 생활보호대상자 및 저소득층을 대상으로 실시되었다. 건강상의 문제가 없는 가정은 건강진단, 보건교육, 지역사회 자원 연계 등 예방적 차원의 서비스를 정기적 또는 부정기적으로 제공하며, 만성질환자, 조기퇴원환자, 기타의료서비스가 필요한 가구원이 있는 가정은 대상자 상태에 따른 가정간호계획에 따라 가정간호, 방문진료, 보건교육, 지역사회 자원연계 등 치료적 서비스를 제공하였다(The Seoul Institute, 1995).

당시 사업수행인력은 보건소의 기존 소수의 간호사를 중심으로, 간호사 1인의 1달 동안 대상자 방문횟수는 평균 약 99.5회이었으며, 인력부족으로 극히 일부 대상자들에게 서비스가 제공되었을 뿐만 아니라 양질의 서비스를 제공하기에는 매우 제한적인 여건이었다(The Seoul Institute, 1995). 일부 지자체에서 부분적으로 시행된 방문간호사업은 사업의 비전, 사업추진체계, 인력의 역량강화 체계 등이 전반적으로 미흡하였으며, 보건소마다 사업에 대한 정의, 조직구조, 범위 및 서비스의 접근방법이 다름에 따라 방문간호사업에 대한 전문인력의 부족, 관리자 및 담당자의 인식 부족, 기록의 미비, 효율적 관리 미흡 등 한계가 제시되었다(Ko et al.,2002; Yun et al., 1995).

방문간호사업에 대한 보건복지부 담당조직이 정해지고 외환위기로 실업인구가 증가하게 됨에 따라 1999년 공공근로사업의 일환으로 전국 242개 보건소에서 노인, 저소득계층 및 차상위계층 등 의료사각지대 대상자를 대상으로 방문간호사업이 한시적으로 실시되었다(MHW, 2002). 저소득계층과 차상위계층 대상의 보건의료서비스 제공과 더불어 지역사회 사정과 임부, 산모, 신생아 및 영유아, 치매환자 등 건강위험집단 발견에 초점을 맞추어 서비스를 제공하였다(Ko et al., 2002). 당시 사업운영체계는 보건지소와 보건진료소를 포함하여 보건소에서 임시직 신규 채용된 공공근로 방문간호사 3,188

Figure 1. The History of Home Visiting Healthcare Services based on the Public Health Centers in Korea

명을 포함한 사업수행인력으로 방문간호서비스 대상자에 대한 직접 서비스 제공 수행 및 관리하였으며, 권역별 구성된 5개 간호대학협의체에서 방문간호사업의 전담인력 역량강화를 위한 교육이 이루어졌다(MHW, 2002; VNAK, 2013).

당시 간호사 1인의 1일 방문가구 수는 평균 4.5가구이었으며, 제공된 방문간호서비스는 사정 및 진단, 교육 및 상담, 환자 관리 및 증상관리 순으로 나타났다(Ko et al., 2002). 2001년 이후 보건소 방문간호사업지침 및 평가체계 개발 및 보급, 보건소의 방문간호사 1명에 대한 가정전문간호사 위탁교육 지원 등이 이루어지면서 방문건강관리사업의 기반 구축, 서비스 질 제고 등의 성과는 달성하였으나(MHW, 2002) 2001년 공공근로사업의 한시적 지원이 종료되고 보건소당 정규 인력 2-3명을 통해 방문간호사업이 수행됨에 따라 사업수행인력 부족, 사업에 대한 비전 부재 등으로 방문간호사업은 방문진료 시 간호사가 동반 방문하는 형태의 소극적 방식으로 운영되었고 지역주민의 요구를 충족시키지는 못한 것으로 나타났다(VNAK, 2013).

2) 방문건강관리사업의 시범 사업기

방문건강관리사업의 시범 사업기는 2003년부터 2006년으로, 공공보건의료의 기능 강화, 지역주민의 건강권 및 복지 요구 증대, 수요자 중심의 평생건강관리체계가

구분	도입		시범사업	전국확대	다양한 유형
	1990	1999	2003	2007	2013
	· 서울 시범 방문간호사업	· 공공근로 방문간호사업	· 대도시 방문보건사업	· 맞춤형 방문건강관리사업	· 통합건강증진사업 내 방문건강관리사업 · 읍면동 복지허브화 및 서울시 찾아가는 동주민센터 내 방문건강관리서비스
조직	· 1991년 5개구 보건소 지역보건과 설치 시작 (성동, 중랑, 도봉, 구로, 관악)	· 전국 242개 보건소	· 대도시 75개 중 14개 보건소 선정 서울(4), 부산(3), 대구(2), 인천(2), 대전, 광주, 울산	· 전국 251개 보건소	· 전국 253개 보건소 · 전국 읍면동 및 서울시 전구 확대 예정
인력	· 보건소 간호사	· 한시적으로 총 3,188명 간호사 채용	· 보건소당 4-9명 간호사 비정규직 신규 채용 · 보건소당 방문간호사 평균 9.3명 근무 (비정규직 68.3%) · 가정전문간호사를 신규 인력의 50%이상 확보 규정화 · 의사, 영양사, 사회복지사 등은 보건소 기존 인력 활용	· 전문인력 비정규직으로 신규 채용 2,000명(2007년) 2,700명(2009년) 2,750명(2011년)	· 2018년 전국 보건소 153명 정원 확보 (지자체 예산) · 2020년까지 찾아가는 동주민센터 사업 내 3,500명 점진적 채용 계획
지원기관		· 권역별 5개 간호대학협의체	· 한국보건산업진흥원	· 한국건강증진개발원 -권역별 위탁교육기관 · 한국보건복지정보개발원	· 한국건강증진개발원 -시도통합기술지원단 · 한국보건복지인력개발원 · 한국보건복지정보개발원

Figure 2. The Changes of Manpower and Performance System of Home Visiting Healthcare Services based on the Public Health Centers in Korea

강화됨에 따라 방문건강관리사업은 대도시방문보건사업으로 시범 운영되었다(MHW, 2007). 2003년 14개 보건소에서 시범 운영된 대도시 방문보건사업은 65세 이상 노인, 기초생활수급권자, 차상위계층 등 의료취약계층을 대상으로 실시되었다. 대상자 중심의 가정방문 간호서비스를 강화하여 환자에 대한 직접 간호, 교육, 문제 해결을 위한 사례관리 중심의 적극적 건강관리를 제공하였으며, 취약계층 밀집지역은 '지역담당제'로 방문보건인력을 1인 이상을 배치하여 집중관리하는 방식의 서비스를 제공하였다(VNAK, 2013). 당시 한국보건사업진흥원에서 전담인력 교육, 모니터링 및 평가 실시 등 행정적·기술적 제반사항 지원, 평가위원회 및 자문위원회 운영을 담당하였다(Korea Health Industry Development Institute〔KHIDI〕, 2005). 사업수행인력으로 71명이 비정규직으로 충원되어 보건소당 평균 방문간호사 9.3명, 의사 0.2명, 영양사 0.3명, 사회복지사 0.1명, 물리치료사 0.2명으로 구성되었으며 간호사와 물리치료사는 정규직 인력의 2배 이상을 비정규직 인력으로, 의사, 영양사, 사회복지사 등은 보건소의 기존 인력을 활용하였다(VNAK, 2013).

당시 간호사 1인의 1달 동안 대상자 방문횟수는 평균 약 97.2회이었으며, 제공된 방문보건서비스는 질병관리·복약지도·합병증 예방 및 조기발견·일상생활활동 격려에 대한 교육 및 상담 지도가 가장 높은 것으로 나타났다. 대도시 방문보건사업은 사업수행 인력 채용에 대한 예산 지원이 이루어짐에 따라 인력중심 사업인 방문건강관리사업의 효율을 도모하였으며, 2003년 방문보건활동기록지, 보건복지서비스 연계기록지 등 방문보건기록 서식 개발, 방문보건 군분류 체계 보완 등을 통하여 방문보건사업의 서비스 질 관리 강화를 위해 노력한 사업으로 평가되었다(KHIDI, 2005). 그러나 2005년 이후 대도시방문보건 시범사업의 예산이 지방자치단체로 이양됨에 따라 기존 대도시방문보건 시범사업의 틀을 유지하는 것은 어렵게 되었다(VNAK, 2013).

3) 방문건강관리사업의 전국 확대기

방문건강관리사업의 전국 확대기는 2007년부터 2012년으로, 취약계층의 건강수준 향상 및 건강형평성 제고를 위하여 방문건강관리사업은 '찾아가는 보건소'라는 표어의 맞춤형 방문건강관리사업으로 실시되었다(MHW, 2007). 2007년 전국 251개 보건소에서 시행된 맞춤형 방문건강관리사업은 전 지역주민을 사업대상으로, 방문보건 요구가 높은 저소득 고위험 가족에게 우선순위를 두어 단계적으로 서비스 대상을 확대하도록 시행되었다. 우선순위 1순위는 기초생활보장수급자 중 만성질환자, 노인, 장애인, 임산부, 영유아, 다문화가족 등 건강위험군, 2순위는 차상위계층 중 건강위험군, 3순위는 1-2순위를 제외한 다문화가족, 지역아동센터의 빈곤아동, 소규모사업장 등 건강관리자 없는 미인가 집단주거시설 거주자, 4순위는 지역주민 중 보건소 내 타부서 및 관련기관, 지역사회 기관에서 건강문제가 있어 의뢰한 대상자로 설정하였다. 대상자의 건강문제 중증도와 요구도에 따라 집중관리군, 정기관리군, 자기역량 지원군으로 분류하여 분류군에 따라 방문주기가 계획되었으며, 만성질환자, 허약노인, 산모, 신생아, 영유아, 다문화 및 위기가족, 재가암대상자, 재가장애인 등 대상자 유형에 따라 질환 관리, 합병증 예방, 자기건강관리 교육, 가족구성원 스트레스관리 등 대상자 맞춤형 건강관리 서비스를 제공하였다(MHW & KHPF, 2011). 당시 사업수행체계는 한국건강증진재단에서 사업 홍보, 정보시스템 모니터링 등 행정적·기술적 제반사항 지원, 권역교육기관 위탁 운영을 통하여 맞춤형 방문건강관리사업 인력 교육 및 현장지도를 수행하였다. 간호사, 물리치료사, 영양사, 치위생사, 사회복지사 등으로 구성된 맞춤형 방문건강관리사업 전담인력은 2007년 약 2,000명 비정규직 신규채용을 시작으로 2011년 약 2,750명까지 확대되었으며, 이중 간호사가 핵심인력으로 약 90%정도 차지하였다(CAUIACF, 2014). 2007년 시작된 맞춤형 방문건강관리사업은 2008년 재가암환자관리사업, 지역사회중심재활사업, 방문구강서비스가 맞춤형 방문건강관리사업에 부분적으로 통합 운영되었으며, 2010년 집중관리서비스의 확대 실시, 2012년 북한이탈주민 건강관리사업의 전국적 확대 실시가 이루어졌다(MHW & KHPF, 2011).

당시 전담인력 1인당 대상자수는 평균 약 450.1가구였으며, 맞춤형 방문건강관리사업을 통한 취약계층의 관리율은 2007년 19.4%에서 2010년 25.4%까지 증가된 것으로 나타났다(Seoul National University〔SNU〕, 2011). 방문건강관리사업의 도입기, 시범 사업기를 거쳐 방문건강관리사업의 전국 확대기인 맞춤형

방문건강관리사업은 현장인력 및 전문가 의견수렴, 경제성 평가 등을 통한 근거중심의 사업대상, 내용 및 방법 선정, 구체화된 서식과 지침의 개발, 다양한 평가체계(지속투약률, 이용자만족도 등), 정보관리시스템 구축 등 사업을 체계적으로 추진하였다(CAUIACF, 2014). 더불어 맞춤형 방문건강관리사업의 운영도 사업목적에 맞게 원칙적으로 운영되어 취약계층 주민의 건강관리를 위해 찾아가는 사업, 전문가의 전인적 건강관리사업, 가시적 성과를 내는 사업으로 평가되었다(In-Ha University Industry Academic Cooperation Foundation [IHUIACF], 2016).

4) 방문건강관리사업의 다양한 유형기

방문건강관리사업의 다양한 유형기는 2013년부터 2018년까지로, 2013년 보건소 건강증진 국고보조사업 17개를 1개의 지역사회 통합건강증진사업으로 통합하여 지역여건과 특성을 고려하고 지역주민의 수요에 맞게 추진하게 됨에 따라 방문건강관리사업은 지역사회 통합건강증진사업에 포함되어 운영되었고, 더불어 2014년부터 국민의 복지 체감도를 제고하고 복지사각지대를 해소하기 위한 읍면동 복지허브화 시범사업, 지역특성에 맞춰 주민 중심의 복지체계 조성을 목표로 복지전달체계를 개편한 서울시의 찾아가는 동주민센터 시범사업에도 포함되어 실시되었다.

방문건강관리사업은 지역사회 통합건강증진사업으로 통합하여 포괄적 운영함에 따라 사업간 유기적 연계한 사업 설계가 가능하나, 재원배분 및 사업운영도 지자체 자율적으로 진행됨에 따라 방문건강관리사업은 필수가 아닌 선택사업으로 전락되었다(CAUIACF, 2014). 지역사회 통합건강증진사업의 방문건강관리사업은 건강관리서비스 이용이 어려운 사회·문화·경제적 건강취약계층을 대상으로, 맞춤형 방문건강관리사업과 동일한 우선순위를 두어 단계적으로 서비스 대상을 확대하였으며 맞춤형 건강관리사업과 유사한 대상자 군분류 체계와 유형에 따른 건강관리서비스를 제공하고 있다. 지역사회 통합건강증진사업의 방문건강관리사업 수행체계는 시·도 통합건강증진사업지원단 운영을 통하여 통합건강증진 시·도 정책방향 설정, 사업 모니터링 등을 수행하고 있으며, 한국건강증진개발원에서 사업 성과관리, 사업 모델개발 및 우수사례 보급 등 기술적 제반사항 지원, 한국보건복지인력개발원에서 전담인력의 교육 및 훈련을 수행하고 있다.

방문건강관리사업은 2013년 지역사회 통합건강증진사업에 포함되면서 보건소 내외 자원 연계가 강화되었다. 반면, 방문건강관리사업이 통합건강증진사업 내 선택사업으로 포함됨에 따라 보건소마다 방문건강관리서비스의 범위와 형태가 상이하며 방문건강관리만의 평가지표가 따로 제시되어있지 않은 경우가 많았으며, 방문건강관리 전담인력의 타 업무 차출로 인해 사업의 양적인 측면에서 등록가구수, 방문횟수 등 방문건강관리사업실적의 감소, 사업의 질적인 측면에서 집중사례관리가구 감소, 방문주기 증가 등 문제점이 드러났다(IHUIACF, 2016). 2018년부터는 지역사회 통합건강증진사업으로부터 별도 예산사업으로 분리되어 운영되고 있다(MHW & KHPI, 2018).

국민 중심의 맞춤형 복지전달체계 개편을 위한 보건복지부의 동 주민센터의 복지기능보강 지침에 따라 2014년 전국 15개소의 읍면동 복지허브화 시범사업과 서울특별시 13개구의 찾아가는 동주민센터 시범사업이 실시되었다(MHW, 2017; The Seoul city, 2017). 읍면동 복지허브화는 읍·면·동 기능을 지역복지의 중심기관으로 변화시켜 복지 체감도 제고 및 복지사각지대 해소를 위하여 국민기초생활수급대상자, 차상위계층, 기타 복지사각지대 대상자에게 찾아가는 복지상담, 복지사각지대 발굴·지원, 통합사례관리, 지역자원 발굴 및 연계 서비스가 제공된다. 찾아가는 복지상담 및 통합사례관리는 초기상담을 통해 안전, 건강, 일상생활유지, 가족관계, 사회적 관계, 경제, 교육, 고용, 생활환경, 법률 및 권익보장의 10개 주요문제 영역에 맞춰 사례관리, 사후관리, 자원관리가 이루어진다. 통합사례관리사, 방문간호사, 정신보건사회복지사, 직업상담사 등으로 구성된 읍·면·동의 맞춤형 복지 전담팀에서 맞춤형 복지사업을 수행하며, 2018년까지 전국 읍·면·동 3,502개소로 확대될 예정이다(MHW, 2017). 찾아가는 동주민센터는 지역사회보장 증진과 주민자치 실현을 목표로 주민을 찾아가는 복지·건강, 주민을 위한 통합서비스 등을 실행과제로 하여, 방문건강관리서비스는 65세, 70세 도래한 모든 노인 대상의 보편적인 건강관리서비스를 제공하는 어르신 방문건강관리와 모든 출산가정의 산모 및 신생아를 대상으로 임산부·영유아 방문건강관리로 제

공된다. 동 조직모형은 행정직, 사회복지직, 방문간호사 등으로 구성되어 방문간호사를 동에 배치하여 주민 건강권 확보 및 예방적 접근을 강화하였으며, 2018년까지 서울특별시 25개 자치구로 확대하여 2,574명을 인력 충원할 예정이다(The Seoul city, 2017).

읍면동 복지허브화 사업과 찾아가는 동주민센터 사업은 지역단위로 복지행정을 강화하여 접근성과 전문성, 민·관 협력의 증가를 전략으로 한다는 점에서 유사하나, 찾아가는 동주민센터 사업은 마을공동체 구축 전략을 포괄하여 방문간호사, 복지플래너 등 충원되는 인력의 영역도 다양하고 규모가 크다는 점에서 차이가 있다(Lee, 2016). 읍면동 복지허브화 사업 참여 보건소와 미참여 보건소의 실적을 비교 분석한 결과, 건강상태 및 건강행태 지표 간에 차이가 없었으나, 찾아가는 동주민센터 사업 참여 보건소와 미참여 보건소의 실적을 비교 분석한 결과 참여 보건소의 혈압, 당뇨 등 건강상태와 운동실천율, 음주율 등 건강행태 지표가 통계적으로 유의하게 향상됨에 따라 기존의 통합건강증진사업의 방문건강관리서비스 외 별도의 인력을 충원하여 보완적으로 방문건강관리사업을 진행한 결과, 긍정적 효과가 나타난 것으로 사료된다(IHUIACF, 2016).

2. 방문건강관리사업의 성과

1990년부터 2018년까지의 우리나라 방문건강관리사업의 효과를 분석한 결과, 방문건강관리사업은 지역주민의 건강행태 및 건강관리 개선, 지역주민의 자가건강관리능력 증가, 지역사회 내 포괄적인 건강관리 기반체계 구축 등의 성과를 달성한 것으로 나타났다. 지역주민의 건강행태 중 금연, 규칙적 운동 실천 등이 향상된 것으로 나타났으며, 고혈압 관리, 당뇨병 관리 등 지역주민의 건강관리가 개선된 것으로 나타났다(Hyoung & Jang, 2011; Jang, 2014; Ko et al., 2007; VNAK, 2013). 방문건강관리사업의 지속적 교육 및 상담을 바탕으로 건강지식 및 자기관리 자신감 등 지역주민의 자가건강관리 능력이 향상된 것으로 확인되었다(JNU, 2013; Park, Kim, Park, Kim, & Shin, 2010). 또한 가족 지지체계, 사회적 지지체계가 미흡한 취약계층 국민들을 주기적으로 찾아가 건강문제 해결 및 건강행태 개선을 비롯하여 정서적 지지, 지역사회 자원연계 등 포괄적인 건강관리를 제공함으로써 건강불평등 해소를 위한 사회안전망뿐만 아니라 인간적 감성(human touch) 있는 지역사회 내 포괄적인 건강관리 기반체계를 구축하였다(MHW & KHPF, 2012).

1) 지역주민의 건강행태 및 건강관리 개선

지역주민의 건강행태 및 건강관리 개선의 경우, 보건복지부 발표 자료에 따르면 방문건강관리사업 대상자의 성인 남여흡연율은 2008년 15.4%에서 2011년 10.8%로 4%가량 감소, 규칙적 운동 실천율은 2008년 21.7%에서 2011년 42.2%로 20%이상 증가하는 등 방문건강관리사업을 통해 지역주민의 건강행태가 긍정적으로 변화되었음을 확인할 수 있었다. 또한 방문건강관리사업을 통한 고혈압관리사업의 실적 중 지속투약률은 2008년 66.3%(334,970명)에서 2011년 86.3%(581,856명), 혈압조절률은 2008년 56.6%(285,876명)에서 2011년 68.7%(463,356명)로 12-20%가량 향상된 것으로 나타났으며, 방문건강관리사업을 통한 당뇨관리사업의 실적에서도 혈당조절률은 2008년 51.5%(94,124명)에서 2011년 60.1%(150,675명), 당화혈색소조절률은 2008년 44.9%(18,128명)에서 2011년 53.4%(26,953명)로 9%가량 향상된 것으로 나타나 지역주민의 건강관리가 개선되었음을 확인할 수 있었다(VNAK, 2013). 우리나라와 유사한 국외 방문건강관리사업에 대한 체계적 문헌고찰연구에서도(Health Quality Ontario, 2013; Munns, Watts, Hegney, & Walker, 2016; Tappenden, Campbell, Rawdin, Wong, & Kalita, 2012) 방문건강관리사업을 통하여 사망률 및 입원률 감소 등의 건강수준 향상, 옷입기, 목욕 등 일상생활 활동수준 개선, 건강관련 삶의 질 증가 등 지역주민의 건강행태 및 건강관리가 개선된 것으로 나타났다.

2) 지역주민의 자가건강관리능력 증가

지역주민의 자가건강관리능력의 경우, 2010년부터 2012년까지 매년의 보건복지부 통계자료에 따르면 방문건강관리사업의 서비스 등록 전과 비교하여, 고혈압 집중관리 대상자는 고혈압에 대한 지식 및 태도, 영양관리와 자가관리 자신감, 당뇨병 집중관리 대상자는 투약이행, 혈당 자가 측정, 당뇨병에 대한 지식 및 태도, 영

양관리, 발관리와 자기관리 자신감, 재가암 집중관리 대상자는 투약이행, 영양관리, 뇌졸중 집중관리 대상자는 자가관리 자신감 등 항목의 점수가 통계적으로 유의하게 나타남에 따라, 지역주민의 자가건강관리능력이 방문건강관리사업을 통하여 향상된 것을 확인할 수 있었다(JNU, 2013). 지역주민의 자가건강관리능력에 대한 국외의 체계적 문헌고찰연구결과, 방문건강관리사업을 통하여 신생아 및 영유아를 대상으로 건강행위에 대한 부모의 태도, 부모의 건강행위 신념 향상 등(Munns et al., 2016) 우리나라의 방문건강관리사업과 유사하게 지역주민의 자가건강관리능력이 개선된 것으로 나타났다.

3) 인간적 감성 있는 지역사회 내 포괄적인 건강관리 기반체계 구축

방문건강관리사업이 인간적 감성을 포함한 지역사회 내 포괄적인 건강관리 기반체계를 구축하였음은 방문건강관리사업의 만족도 조사 결과 등을 통하여 확인할 수 있다. 구체적으로 2008년부터 2012년까지 매년 방문건강관리사업 대상자를 대상으로 시행했던 만족도 조사 결과(MHW & KHPF, 2012), 대상자의 95% 내외(93.1-96.8%)가 방문건강관리사업은 '필요하다'고 응답한 것으로 나타났으며, 특히 방문건강관리사업의 서비스 등록 기간이 길수록 방문건강관리사업은 '필요하다'고 응답한 것으로 나타났다. 방문건강관리사업에 대한 종합만족도도 2008년 77.4점(100점 만점)에서 2012년 85.2점(100점 만점)으로 매년 지속적 상승되는 것으로 나타나, 방문건강관리사업이 건강불평등 해소를 위한 사회안전망으로서의 건강관리 기반체계임을 확인할 수 있었다(MHW & KHPF, 2012). 또한 보건복지부 통계자료에 따르면 방문건강관리사업의 서비스 등록 전과 비교하여, 허약노인 집중관리 대상자는 건강문제를 비롯하여 가족과 교류, 친구와 교류, 외출기회 등 사회적 관계도 통계적으로 유의하게 향상되는 것으로 나타나, 가족 지지체계, 사회적 지지체계가 미흡한 독거노인, 위기가정 등 취약계층에게 건강문제 뿐만 아니라 정서적, 사회적 문제까지 도움을 주는, 포괄적인 건강관리가 이루어짐을 확인할 수 있었다(MHW & KHPF, 2012).

4) 사업의 경제적 타당성 입증

비용최소화 분석, 비용-편익분석 등의 방법으로 우리나라 방문건강관리사업의 경제성을 분석한 결과, 2004년부터 2011년까지 발행된 5편의 연구가 확인되었으며, 연구결과에 의하면 우리나라의 방문건강관리사업은 경제적 타당성이 입증된 국가보건의료사업으로 나타났다(Kim et al., 2010; Ko & Lee, 2011; Lee, 2004; KHIDI, 2008; SNU, 2011).

비용최소화분석을 통한 방문건강관리사업의 경제성 평가연구결과, 서울 5개구 보건소의 만성질환노인 252명을 대상으로 지역사회 만성질환을 가진 저소득 노인을 위한 유사서비스(보건소 방문간호서비스, 의원급 외래서비스, 병원중심 가정간호, 노인요양시설)의 경제성 비교 시 방문건강관리사업이 가장 경제성 높은 서비스로 나타났다(Lee, 2004). 비용편익분석을 통한 방문건강관리사업의 경제성 평가연구결과 중 고혈압, 당뇨 사례관리대상자 1,028명을 대상으로 추계된 편익-비용비는 1.27(KHIDI, 2008), 1년간 방문건강관리사업의 서비스 등록자 1,008,837명을 대상으로 추계된 편익-비용비는 9.16(Kim et al., 2010), 일개 보건소에서 18개월 이상 방문건강관리사업의 서비스를 받은 고혈압 환자 391명을 대상으로 추계된 비용-편익비는 입원율 0-15%감소 시 2.82-2.84(Ko & Lee, 2011)로 나타나 방문건강관리사업의 경제적 타당성이 입증되었다. 더불어 4년간 방문건강사업의 서비스 등록된 2,316,847명(19세 이상 1,364,738명과 65세 이상 952,109명)을 대상으로 추계된 비용-편익비는 3.60으로(19세 이상의 경우 3.85, 65세 이상의 경우 5.34) 65세 이상 대상 방문건강관리사업의 비용-편익비가 더 높게 나타났으며, 방문건강관리사업의 경제적 파급효과는 전체 산업 평균과 비교하여 취업유발효과 6.0배, 고용유발효과 7.6배로 나타나 방문건강관리사업을 통하여 국민건강 증진과 더불어 실업률 감소와 고용 확대라는 부가적 경제적 이익도 얻을 수 있는 것으로 확인되었다(SNU, 2011). 그러나 국외 방문건강관리사업의 비용효과에 대한 체계적 문헌고찰연구에서는 모든 방문건강관리사업이 비용 효과적인 것은 아니며(Burns et al., 2001), 고령, 단독 질환자 등 사업 대상에 따라 경제성 평가 결과가 달라질 수 있는 것으로 나타나(Tappenden et al., 2012), 우리나라 방문건강관리사업의 경제성평가 시 모든 연구에서 비용효과가 있는 것으로 보고된 국내

방문건강관리사업의 결과와는 차이가 있었다.

3. 방문건강관리사업의 발전방안

향후 빈곤, 질병, 장애, 고령 등 다양한 위험요인에 의한 건강형평성 문제, 만성질환 위주의 질병구조 변화에 따라 사전예방적 건강관리 필요성 증대, 인구노령화와 평균수명 연장에 따라 노인인구의 생활기능 향상과 삶의 질 유지를 위한 전문 인력의 사례관리 중요성 부각 등에 따른 방문건강관리서비스의 수요는 계속적으로 증가될 것이다. 이에 향후 국민의 건강수준 향상과 건강형평성 제고를 위한 우리나라 방문건강관리사업의 발전방안은 다음과 같다.

첫째, 국민의 건강수준 향상과 건강형평성 제고 측면에서 방문건강관리사업은 국가 보건의료제도의 목표달성을 위해 반드시 필수사업으로 실시되어야 한다. 저출산 및 고령화의 가속화, 만성질환의 증대, 의료비 지출은 기하급수적으로 증가될 것으로 예상되며 요양시설 중심의 현 시스템은 유지하기 어려울 것으로 판단된다(IHUIACF, 2016). 이에 지역사회 내 포괄적 건강관리 기반체계인 방문건강관리사업을 통하여 비용효과성 확보(Kim et al., 2010; Ko & Lee, 2011; Lee, 2004; KHIDI, 2008; SNU, 2011), 지역주민의 건강행태 및 건강관리 개선(Jang, 2014; VNAK, 2013), 지역주민의 자가건강관리능력 향상(JNU, 2013)을 추구해야할 것이다. 또한 접근성의 불형평성, 사회적·지리적·경제적 이유의 기회박탈, 성별, 장애 등 결과로 인한 건강상태의 차이에서 파생되는 건강불평등은 방문건강관리사업을 통해 건강형평성 확보로 변화시킬 수 있다. 인구학적 변화, 가족구조의 변화, 사회적 양극화 심화 등에 따라 방문건강관리사업의 수요 및 필요성은 높아져 가고 있으며 대도시 방문보건사업, 맞춤형 방문건강관리사업 등으로 우리나라 방문건강관리사업의 효과는 증명되었다(Kim et al., 2010; VNAK, 2013; JNU, 2013). 우리나라 국가보건정책에서 방문건강관리사업은 향후 예상되는 인구·사회학적 환경변화 대응 및 건강한 사회 환경 조성에 필수적인 공공보건사업으로 인식되어야 할 것이다.

둘째, 우리나라 방문건강관리사업 대상은 취약계층을 포함한 전 국민으로 확대해야 한다. 만성질환 유병률 증가, 건강수명 연장, 공공보건의료의 건강관리서비스에 대한 기대 수준 증가 등 보건사회 환경 및 건강관리서비스 요구 변화(Nam, 2016)에 따라 보편적 건강권을 바탕으로, 전 국민 대상의 방문건강관리사업 실시를 고려할 수 있을 것이다. 국외 방문건강관리사업을 분석한 결과에 의하면 노인, 취약계층, 만성질환자 등 건강취약계층으로 사업대상을 한정한 사례도 있었지만 전 국민을 대상으로 제공하는 경향이 높아지고 있으며, 방문건강관리서비스 유형에 따라, 이용자의 경제적 수준에 따라 비용을 지불하는 경우도 있는 것으로 확인되었다(Health Quality Ontario, 2013; IHUIACF, 2016). 우리나라 방문건강관리사업의 사업대상범위도 맞춤형 방문건강관리사업의 경우 우선순위에 따른 서비스제공이 선행되었지만 취약계층에서 지역주민으로 사업대상범위가 확대되는 등 전 국민을 대상으로 제공하는 경향이 높아지고 있다. 다만 전 국민 대상의 방문건강관리사업 시행 시, 취약계층에 대한 방문건강관리서비스는 국가가 제공하고 이외 일반 지역사회 주민에게는 방문건강관리서비스를 제공하되 상한선이 있는 본인부담금 지불토록 하는 등 국민의 건강수준 향상과 건강형평성 제고 모두를 취할 수 있는 사업방향 모색이 필요할 것이다.

셋째, 지역단위에서 시행되는 다양한 유형의 방문건강관리사업을 관리하는 보건소 내 조직이 필요하다. 현재 공공 방문건강관리서비스를 제공하고 있는 사업은 서울시 찾아가는 동주민센터사업, 보건복지부 읍면동 복지허브화사업, 의료급여 사례관리, 건강보험 사례관리, 보건소의 지역사회 통합건강증진사업 등 다양한 유형으로 실시되고 있다. 다양한 유형의 방문건강관리서비스가 시행됨에 따라 서비스 수혜대상이 중복되는 경우도 있으며 그에 따라 서비스의 효과도 미비하게 나타나기도 한다(VNAK, 2013). 따라서 지역단위의 보건소 내 방문건강관리서비스의 원활한 운영, 지원, 평가 등 관리를 위하여 보건소 내 조직구성이 필요하며, 각 서비스 조직의 정착 및 안정화를 위한 지침 개발, 보건소 유형별 사업 모형 개발 등 사업의 질 향상을 위한 전문가로 구성된 방문건강관리사업지원단 운영도 필요할 것으로 사료된다. 더불어 방문건강관리사업은 단순 건강관련 재화를 나눠주는 사업이 아닌 지역주민의 자기건강관리능력을 키워주는 사업으로 전담인력의 고용안정화가 사업의 효과 및 성패에 지대한 영향을 미칠 수

있다(VNAK, 2013). 그러나 1999년부터 현재까지 18년간 방문건강관리 전담인력을 비정규직 또는 비공무원으로 고용되어 왔으므로 이에 대한 개선방안이 시급히 마련되어야 할 것이다. 우선 방문건강관리서비스를 제공하는 전문 인력이 책임감을 갖고 안정적으로 일할 수 있도록, 지역보건법 개정을 통해 방문건강전담공무원의 법제화가 이루어져야 하며, 업무성과 효율화를 위한 성과별 인센티브제 도입, 형평성 있는 임금체계 등 고용방안이 마련되어야 할 것이며 간호사, 물리치료사 등 면허 및 자격증을 소지한 전문 인력을 채용하여야 하며, 현장관리훈련프로그램(field management training program), 심장질환, 고혈압, 당뇨병 등 대상자 맞춤형 건강관리에 대한 전문적 지식에 대한 심화교육 등을 통한 전담인력의 역량강화체계도 구축되어야 할 것이다. 지역단위에서 시행되는 다양한 유형의 방문건강관리사업을 관리하는 보건소 내 조직구성 및 방문건강관리사업 인력고용 안정화를 통해 방문건강관리서비스의 질 향상을 제고할 수 있을 것이다.

Ⅲ. 결론 및 제언

방문건강관리사업은 질병을 치유하는 것보다는 보건의료전문 인력이 직접 대상자와 그 가족을 방문하여 건강관리 및 질병에 대한 교육 및 심리적 지지를 제공하며, 지역사회 내에서 자가건강관리가 가능할 수 있도록 역량을 발달시켜 건강수준을 향상시키고, 건강과 안녕에 대한 이해를 향상시키는 것이 그 목적이라 할 수 있다(IHUIACF, 2016). 우리나라의 방문건강관리사업은 1990년 도입기를 시작으로 시범 사업기, 전국 확대기를 지나 2018년 현재 다양한 유형기를 거치면서 취약계층의 건강관리를 위한 가장 기본적이고 필수적인 접근이자 보건, 사회, 경제, 문화적 취약계층대상을 전문 인력이 직접 방문하는 지역밀착형 공공보건사업의 틀로, 지역사회 내 포괄적인 건강관리 기반체계로 인식되었다는 점에서 의미가 있다. 또한 건강위험요인, 건강문제관리, 자가건강관리능력 향상에 초점을 둔 대상자 맞춤형 건강관리서비스 관점에서 간호, 의료, 복지 등의 제반 문제를 종합적으로 관리하는 수요자 중심의 맞춤형 통합건강관리서비스 제공으로 발전하였다는 점에서 그 의의가 있을 것이다. 향후 빈곤, 질병 등 다양한 위험요인에 의한 건강형평성 문제, 만성질환 위주의 질병구조 변화에 따른 사전예방적 건강관리 필요성 증대 등으로 인한 방문건강관리서비스의 수요는 계속적으로 증가될 것이다. 이에 국민의 건강수준 향상과 건강형평성 제고를 위한 우리나라 방문건강관리사업의 발전방안으로, 우리나라 방문건강관리사업은 취약계층을 포함한 전 국민을 사업대상으로 확대하여 공공보건사업의 필수사업으로 실시되어야 하며, 지역 단위에서 다양한 방문건강관리사업을 관리하는 보건소 내 조직이 구성되어야 하고 방문건강관리 전담 인력의 공무원화가 이루어져야 할 것이다. 본 연구는 우리나라 방문건강관리사업의 변화과정 및 성과에 대한 분석을 바탕으로 사회 환경 및 건강관리서비스 요구 변화 등을 고려한 우리나라 방문건강관리사업의 발전방안을 제언하였으며 이를 통하여 지역사회 주민의 건강형평성 제고 및 건강수명 연장을 위한 방문건강관리사업 활성화의 정책적 시사점을 모색하였다는 점에서 그 의의가 있다.

References

Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., & Wright, C. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment, 5*(15), 1-139. https://doi.org/10.3310/hta5150

Chung-Ang University Industry Academic Cooperation Foundation (CAUIACF). (2014, November). *Developing strategies for improving the efficiency of home visiting program*(Issue Brief No. policy 14-18). Sejong: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.khealth.or.kr/b/10/948?s=ALL&q=%EB%B0%A9%EB%AC%B8%EA%B1%B4%EA%B0%95

Health Quality Ontario. (2013). In-home care for optimizing chronic disease management in the community: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment*

Series, 13(5), 1-65. Retrieved April 20, 2018, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=In-home+care+for+optimizing+chronic+disease+management+in+the+community%3A+an+evidence-based+analysis

Hyoung, H. K., & Jang, H. S. (2011). The comparison of health status and health behavior among hypertension group, DM group, and hypertension DM group for the aged provided with customized home care service by visiting nurses. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 22*(1), 11-21. https://doi.org/10.12799/jkachn.2011.22.1.11

In-Ha University Industry Academic Cooperation Foundation (IHUIACF). (2016). *The development of vulnerable classes health management services model on integrated community health promotion program.* Seoul: Korea Health Promotion Institute Press.

Jang, H. S. (2014). The effect of case management for clients with hypertension in home visiting health services. *Journal of Korean Public Health Nursing, 28*(2), 258-269. http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2014.28.2.258

Jeju National University (JNU). (2013). *2012 Yearbook of home visiting healthcare service.* Sejong: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.khealth.or.kr/kps/publish/view?menuId=MENU00888&page_no=B2017001&pageNum=1&siteId=&srch_text=2012%EB%85%84+%EB%B0%A9%EB%AC%B8%EA%B1%B4%EA%B0%95%EA%B4%80%EB%A6%AC%EC%82%AC%EC%97%85+%EC%97%B0%EB%B3%B4&srch_cate=&srch_type=ALL&str_clft_cd_list=&str_clft_cd_type_list=&board_idx=7765

Kim, J., Lee, T., Lee, J., Shin, S., & Lee, E. (2010). A cost benefit analysis of individual home visiting health care. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 21*(3), 362-373. https://doi.org/10.12799/jkachn.2010.21.3.362

Ko, I. S., Kim, C. J., Lee, T. W., Lee, K. J., Kim, E. S., Ma, H. Y., & Lee, Y. S. (2002). Evaluation of government assisted visiting nursing services of health center in 2000. *Journal of Korean Academy of Nursing, 32*(3), 344-354. https://doi.org/10.4040/jkan.2002.32.3.344

Ko, I. S., Kim, G. S., Lim, M. H., Lee, K. J., Lee, T. W., Park, H. S., Lee, H. S., Kim, E. Y., Chung, S. K., & Choi, J. M. (2007). Effects of health education on the knowledge and self-care of hypertension for visiting nursing clients. *Journal of Korean Public Health Nursing, 21*(2), 134-145.

Ko, Y., & Lee, I. S. (2011). Cost-benefit analysis of home visiting care for vulnerable populations with hypertension. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 22*(4), 438-450. https://doi.org/10.12799/jkachn.2011.22.4.438

Korea Health Industry Development Institute (KHIDI). (2005, December). *Evaluation of home visiting healthcare program at urban areas in 2003-2004*(Issue Brief No. private-elderly public health-2005-83). Gwacheon: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.ndsl.kr/ndsl/search/detail/report/reportSearchResultDetail.do?cn=TRKO201100002620

Korea Health Industry Development Institute (KHIDI). (2008, February). *Development for evaluation system of customized home health care program*(Issue Brief No. policy-public health-2008). Gwacheon: Ministry of

Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.ndsl.kr/ndsl/search/detail/report/reportSearchResultDetail.do?cn=TRKO201600012881

Lee, H. J. (2016). The characteristics and issues in the reform of welfare delivery system in Seoul. *Seoul Economic Bulletin, 131*(2), 12-19. Retrieved April 20, 2018, from https://www.si.re.kr/economic?booknumbering=21290

Lee, T. W. (2004). Economic evaluation of visiting nurse services for the low-income elderly with long-term care needs. *Journal of Korean Academy of Nursing, 34*(1), 191-201. https://doi.org/10.4040/jkan.2004.34.1.191

Ministry of Health and Welfare (MHW). (2002). *Annual report on health and welfare in 2001.* Gwacheon: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=335425&page=1

Ministry of Health and Welfare (MHW). (2007). *Annual report on health and welfare in 2006.* Seoul: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=336195&page=1

Ministry of Health and Welfare (MHW). (2017). *A manual of customized welfare system of Eup, Myeon and Dong areas in 2017.* Sejong: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=338384&page=1

Ministry of Health and Welfare (MHW) & Korea Health Promotion Foundation (KHPF). (2011). *Health promotion service guideline on a public health center in 2011.* Seoul: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, http://www.khealth.or.kr/b/60?&di=&bf=&bi=3249&page=0&SRCH_TYPE=ALL&SRCH_TEXT=2011%EB%85%84

Ministry of Health and Welfare (MHW) & Korea Health Promotion Foundation (KHPF). (2012). *Satisfaction survey report on home visiting healthcare service in 2012.* Sejong: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.khealth.or.kr/kps/publish/view?menuId=MENU00888&page_no=B2017001&pageNum=1&siteId=&srch_text=2012%EB%85%84%EB%8F%84+%EB%B0%A9%EB%AC%B8%EA%B1%B4%EA%B0%95%EA%B4%80%EB%A6%AC%EC%82%AC%EC%97%85+%EB%A7%8C%EC%A1%B1%EB%8F%84+%EC%A1%B0%EC%82%AC+%EB%B3%B4%EA%B3%A0%EC%84%9C&srch_cate=&srch_type=ALL&str_clft_cd_list=&str_clft_cd_type_list=&board_idx=6509

Ministry of Health and Welfare (MHW) & Korea Health Promotion Institute (KHPI). (2018). *Integrated community health promotion program in 2018: Home visiting healthcare.* Sejong: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.khealth.or.kr/kps/publish/view?menuId=MENU00890&page_no=B2017003&pageNum=1&siteId=&srch_text=2018%EB%85%84+%EC%A7%80%EC%97%AD%EC%82%AC%ED%9A%8C+%ED%86%B5%ED%95%A9%EA%B1%B4%EA%B0%95%EC%A6%9D%EC%A7%84%EC%82%AC%EC%97%85+%EC%95%88%EB%82%B4%28%EC%B4%9D%EA%B4%84%29&srch_cate=&srch_type=ALL&str_clft_cd_list=&str_clft_cd

_type_list=&board_idx=10049

Munns, A., Watts, R., Hegney, D., & Walker, R. (2016). Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs: a comprehensive systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports, 14*(10), 167-208. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003166

Nam, H. K., (2016). A research on the health care and the demand for visiting health care services for vulnerable children in comparison with non-vulnerable children in a region. *Journal of Korean Public Health Nursing, 30*(3), 556-569. http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.3.556

Park, K. M., Kim, C., Park, M. H., Kim, H. R., & Shin, A. M. (2010). Effects of home visiting care program for patients with diabetes mellitus provided by public health center. *Journal of Korean Public Health Nursing, 24*(1), 71-81.

Seoul National University (SNU). (2011, December). *Effects of customized home visiting healthcare program on health promotion and employment*(Issue Brief No. policy 11-18). Seoul: Ministry of Health and Welfare Press. Retrieved April 20, 2018, from http://www.khealth.or.kr/b/10/831?s=ALL&q=%EB%B0%A9%EB%AC%B8%EA%B1%B4%EA%B0%95

Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R., & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technology Assessment, 16*(20), 1-72. http://doi.org/10.3310/hta16200

The Seoul city. (2017). *Manual of 'Neighborhood Community Service Center' program: version 1.* Seoul: The Seoul City Press.

The Seoul Institute. (1995, December). *Home-based service provision for the elderly in Seoul* (Issue Brief No. SDI-95-R-30). Seoul: The Seoul City Press. Retrieved April 20, 2018, from http://opengov.seoul.go.kr/research/6415330

The Visiting Nurse Association in Korea (VNAK). (2013). *Understanding and prospect of home visiting healthcare service*. Seoul: The Visiting Nurse Association in Korea.

Yun, S. N., Lee, I. S., Hyun, H. J., You, I. J., Kim, J. N., & Bae, J. H. (1995). A study for quality assurance of visiting nurses service of a public health center. *Journal of Korean Community Nursing, 6*(2), 275-285.

ABSTRACT

Past, Present, and Future of Home Visiting Healthcare Services based on Public Health Centers in Korea

Lee, Guna (Policy Commissioner, Public Health Nurses Association, Korean Nurses Association)
Yang, Sook-Ja (Professor, College of Nursing, Ewha Womans University)
Woo, Eunhyo (Master's Student, College of Nursing, Ewha Womans University)

Purpose: We present improvements to the Korean home visiting healthcare service based on analysis of Korean home visiting healthcare services considering recent sociodemographic changes and demands for healthcare services. **Methods:** This is a review study in which the results are derived through a literature review and data analysis. We collected data through a search of electronic databases, Google Scholar, and governmental websites. **Results:** Changes in Korean home visiting healthcare services are classified into four stages: 'introduction (1990 - 2000)', 'pilot project (2003-2006)', 'nationwide expansion (2007 - 2012)', 'various types (2013 - 2018)'. Korean home visiting healthcare service based on public health centers has achieved outcomes such as improved health behavior and health management, increased health management ability, and establishment of comprehensive healthcare infrastructure. **Conclusion:** In the future, the demand for home visiting healthcare service will increase steadily because of deepening social polarization, rapid aging of the population, and increases in chronic diseases. To improve health management and health equity, we suggest that Korean home visiting healthcare service will expand to all the people as a core public health service. It is necessary to establish a management team for various types of home visiting healthcare service in the public health center.

Key words : Home health nursing, Public health nurses