
지역사회 중심의 건강증진사업 효율화를 위한 성과분석 및 개선방안



공 동 연 구 진

김정숙(한국지방행정연구원 부연구위원)

김봉균(한국지방행정연구원 부연구위원)

김한해(한국건강증진개발원 전문위원)

장경화(한국건강증진개발원 선임전문원)

김윤구(한국건강증진개발원 선임전문원)

연구 요약

1. 연구의 배경 및 목적

연구의 배경 및 목적

- 건강증진사업은 지역별 특성에 따른 대상자 중심의 통합서비스로서, 각 지역의 보건소를 중심으로 여성·영유아, 아동, 청소년, 성인, 고령자 등 전 국민을 대상으로 13개 사업 영역에서 이루어지고 있음
- 본 연구는 기존 개별사업지원 방식에서 2013년 포괄보조금 방식으로 변경된 건강증진사업의 운영체계 및 성과분석을 통해 사업의 효율성을 제고하기 위한 개선방안을 마련하는 것을 목적으로 함

2. 운영체계·사례분석 및 성과분석

운영체계

- 인력 및 예산 현황을 살펴볼 때, 특·광역시·도, 시·군·구 유형, 7대 지자체 유형에 따른 편차가 발견됨
 - 인력의 경우 보건소 당 인력이 가장 많은 지역은 충남, 서울이며, 보건소 당 인력이 가장 적은 지역은 세종, 강원, 경북임. 인력 대비 공무원 비율이 높은 지역은 부산, 충남, 서울이며, 인력 대비 공무원 비율이 낮은 지역은 인천, 대구, 제주임
 - 시·군·구 중 보건소당 인력과 공무원 비율이 가장 많은 유형은 구 유형이며, 가장 적은 유형은 군 유형임
 - 7대 지자체 유형 중 보건소 당 인력이 가장 많은 지역은 1유형, 2유형, 3유형이며, 보건소 당 인력이 가장 적은 지역은 7유형, 6유형임. 인력

대비 공무원 비율이 높은 지역은 1유형, 6유형이며, 낮은 지역은 3유형, 4유형임

- 이러한 현황을 종합하면, 서울특별시 자치구에 해당하는 1유형은 보건소 당 인력과 인력 대비 공무원이 모두 높은 비율을 보였고, 이에 비해 군 단위인 6유형과 7유형은 보건소 당 인력은 적으나 인력 대비 공무원 비율은 그리 낮지 않았음
- 예산의 경우 보건소 당 예산이 가장 많은 지역은 세종, 광주, 충남이며, 적은 지역은 제주, 충북임. 사업 예산 중 지방비 비율이 가장 높은 지역은 세종, 충남이며 낮은 지역은 서울, 강원임. 전체 예산 대비 인건비 비율이 가장 높은 지역은 부산, 인천이며 낮은 지역은 경기, 울산, 세종임
- 시·군·구 중 보건소 당 예산이 가장 많은 지역은 시 유형이며, 지방비 비율이 낮고 사업 대비 인건비 비율이 높은 유형은 구 유형임
- 7대 지자체 유형 중 보건소 당 예산이 많은 지역은 4유형, 1유형이고, 적은 지역은 2유형, 3유형임. 사업 예산 중 지방비 비율이 가장 높은 지역은 1유형, 5유형이고, 낮은 지역은 3유형, 7유형임.
- 서울특별시 자치구인 1유형의 경우 보건소 당 예산이 높은 편이며, 지방비 비율 역시 높아 비교적 사업에 필요한 예산을 적절히 확보하거나 투입하고 있으나, 기타 특광역시 자치구인 2유형은 보건소 당 예산이 적고, 인구가 5만 미만인 군으로 정의된 7유형은 지방비 비율이 낮아 사업에 필요한 예산이 부족하거나 자체적으로 필요한 예산을 투입하지 못한 현황이라 해석할 수 있음

사례분석

- 6개 보건소 사례를 분석한 결과 전반적으로 보건소의 사업 인력 부족 문제가 지속되고 있음
 - 특정 사업에 한하는 것이 아니라, 보건소 전체 인력이 부족한 상황이다 보니 건강증진사업의 경우에도 한 명의 담당자가 2개 이상의 사업을 실

- 시하는 경우가 많고, 건강증진사업 총괄·조정 담당자가 2개 이상 사업을 함께 수행하는 경우도 존재함
- 보건소에서 추진하는 사업의 경우, 보건소 인력과 상관없이 필수적으로 수행되는 사업 영역이 정해져있기 때문에, 상대적으로 보건소 인력이 부족한 농촌형이 더 심각한 인력 부족 문제를 겪고 있음
- 전담 조직 및 인력을 구축하는데 어려움을 겪고 있음
- 건강증진사업은 13개 사업을 아우르는 큰 규모의 사업으로, 사실상 보건소에서 이뤄지는 시민 대상 프로그램과 대부분 연관됨
 - 이러한 사업 특성 상 건강증진사업은 13개 영역의 사업을 총괄하거나 조정하는 전담 조직이나 인력을 필수적으로 설계해야 하지만, 보건소의 고질적인 인력 부족 문제로 인해 어려움을 겪고 있음
 - 전담 조직이나 인력이 마련된다 하더라도 조직 부서들을 넘나드는 업무이다 보니 원활한 소통과 업무 협의가 쉽지 않음
- 사업 전담 인력 대비 공무원의 비율이 부족함
- 건강증진사업 인력 충원 시 공무원이 필요할 때에도 비공무원이 충원되는 경우가 많아 이들의 업무 부담이 강화됨
- 시·도 건강증진사업 지원단의 지속성에 한계가 있음
- 시·도 건강증진사업단은 시·군·구 보건소가 수행하는 사업의 계획, 실행, 평가 등에 관한 자문 및 컨설팅을 수행함
 - 시·군·구 보건소에서는 실질적으로 사업에 대한 자문을 받을 수 있는 여건이 부족하기 때문에 지원단의 지속적인 자문 및 컨설팅에 대한 요구가 높음
 - 지원단은 민간 지위의 전문가로 구성되었고, 1년 단위로 위탁 형식으로 지원단 업무를 수행하기 때문에 지속성이 보장되지 않음
- 지역별 편차가 크기 때문에 평가의 차등화 필요
- 비슷한 규모와 여건에 따라 지역별로 차등화하여 평가를 진행하는 방안이 필요함

□ 성과분석

- 특·광역시·도의 경우, 건강증진사업의 사업예산과 64세 이하 성인들의 건강증진사업에 대한 체감도(인지도, 평가도, 참여도 및 만족도) 사이에 어떠한 관계를 가지고 있는지에 대하여 살펴봄
 - 예산규모는 절주사업 및 치매사업에 대한 인지도, 그리고 심뇌사업에 대한 참여도와 유의한 양의 상관관계를 가지는 것으로 나타남
- 시·군·구의 경우, 건강증진사업의 사업예산과 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들 사이에 어떠한 관계를 가지고 있는지에 대하여 살펴봄
 - 예산규모는 혈당 인지율과 유의한 양의 상관관계를 가지는 것으로 나타남
- 이러한 결과와 관련하여 세부 지역(특·광역시·도의 경우 특·광역시와 도 그리고 시·군·구의 경우 시와 군과 구)에 따른 이질성은 존재하지 않는 것으로 나타남
- 체감도 조사에서에서 유의성이 나타난 치매사업과 심뇌사업, 그리고 핵심성과지표 중 유의성이 나타난 혈당 인지율 모두 중장년층을 대상으로 만성질환의 예방 및 관리를 목표로 한다는 점에서 공통점이 있음
- 따라서 본 연구의 성과분석 결과는 지금까지의 건강증진사업이 다른 영역들에 비하여 중장년층을 대상으로 한 만성질환의 예방 및 관리에 상대적으로 더 유효한 효과를 거두어 왔음을 나타냄
- 이러한 결과는 다른 집단에 비하여 중장년층의 경우 상대적으로 건강상태에 대한 관심이 높고(함선옥 외, 2017) 보건소의 이용 빈도가 높은 사실을(박언아, 최성용, 2019) 반영한 것으로 볼 수 있음

3. 개선방안

1) 단기적 차원

조직 및 설계 차원

- 보건소 행정수요에 맞는 인력 배치 방안을 모색할 필요가 있음. 보건정책 분야의 특성을 감안하여 지자체 면적, 보건정책 프로그램 대상자 수, 사회경제적 특성 등에 따른 인력 지원이 필요함
- 기초 지자체 차원에서 건강증진사업의 통합성 강화를 위해 건강증진사업 기획 전담부서 마련 등을 고려할 필요가 있음

인사 운용 차원

- 건강증진사업 전담 인력의 동기를 강화하기 위해 전문관 제도를 도입하여 관련 전문성과 경험을 쌓아 사업의 성과를 제고할 수 있도록 함

사업 수행 차원

- 보건소 이용이 높은 인구집단에 대한 건강증진사업을 강화할 필요가 있음. 보건소 프로그램 대상자들을 검토하여 실제 이용자들에 대한 사업을 강화하고 민간이나 공공기관을 통한 서비스 제공이 효과적일 경우 민간위탁도 고려해야 함
- 중간지원단의 지속성을 강화하기 위해 지속적인 보건정책을 수행하는 기관의 하위조직으로서 정식화할 것이 요구됨
- 평가주기 조정, 지자체별 여건을 고려한 평가방식, 사업별 성과측정을 위한 핵심성과지표의 개선 등을 통해 평가제도를 개선함
- 건강증진사업 관련 사업별 예산 데이터와 개인 수준의 데이터를 구축하여 사업의 성과관리를 고도화할 필요가 있음. 건강보험공단 및 민간병

원의 이용자료가 통합적으로 구축된다면 건강증진사업뿐만 아니라 대부분의 보건정책 사업에서 효과적으로 활용될 것임

2) 중장기적 차원

조직 및 설계 차원

- 중앙-광역-기초 보건소 간 조직 연계성과 사업의 통합성을 고려한 보건복지부 조직 재편 및 기초 단위의 인력 지원이 필요함

인사 운용 차원

- 보건소 전체 인력 대비 공무원 비율을 향상하거나 건강증진사업 전담 인력을 확보할 필요가 있음. 보건소 내 비공무원이 담당해야 할 업무와 공무원이 담당할 업무를 면밀히 검토하여 인력을 충원하고, 중장기적 사업 기획력 확보를 위해 건강증진사업 전담 인력을 확보해야 함

사업 수행 차원

- 생애주기별 사업 재편을 통해 건강증진사업의 효과를 제고할 필요가 있음. 개별 사업을 중심으로 진행하다보면 사업의 분절화 문제가 심화됨. 따라서 생애주기별 사업 재편을 통해 대상자들에게 통합된 서비스를 제공해야 함

차 례

제1장 서론	3
제1절 연구의 필요성 및 목적	3
1. 연구의 필요성	3
2. 연구의 목적	5
제2절 연구의 범위 및 방법	6
1. 연구의 범위	6
2. 연구의 방법 및 체계	7
제2장 건강증진사업 현황	11
제1절 건강증진사업이란	11
1. 사업 개요	11
제2절 건강증진사업의 운영현황	14
1. 추진체계	14
2. 운영현황	16
3. 사업 평가 및 인지도·체감도 조사	20
제3장 이론적 검토	28
제1절 건강증진사업 운영체계 및 사례분석	28
1. 건강증진사업의 운영체계	28
2. 건강증진사업의 사례분석	31
제2절 건강증진사업 성과분석	35
1. 건강증진사업의 성과분석	35
2. 건강증진사업 성과 분석틀	41
제4장 건강증진사업 성과에 관한 실증분석	47



제1절 건강증진사업 운영체계 분석	47
1. 인력 현황	47
2. 예산 현황	56
3. 운영사례 분석	66
제2절 건강증진사업 성과분석	84
1. 특·광역시·도 차원의 성과분석	84
2. 시·군·구 차원의 성과분석	95
제5장 건강증진사업 운영 및 성과관리 개선방안	110
제1절 단기적 차원	110
1. 조직 및 설계 차원의 개선방안	110
2. 인사 운용 차원의 개선방안	111
3. 사업 수행 차원의 개선방안	112
제2절 중장기적 차원	115
1. 조직 및 설계 차원의 개선방안	115
2. 인사 운용 차원의 개선방안	117
3. 사업 수행 차원의 개선방안	118
제6장 결론	122
제1절 연구의 요약	122
1. 연구의 배경 및 목적	122
2. 운영체계·사례분석 및 성과분석	122
3. 개선방안	126
제2절 연구의 시사점 및 한계	128





1. 연구의 시사점	128
2. 연구의 한계	129
【참고문헌】	131
【부록】	135

표 차례

한국지방행정연구원

<표 2-1> 건강증진사업의 특성	11
<표 2-2> 건강증진사업의 구성	12
<표 2-3> 보건소 현황: 특·광역시·도 및 7대 유형별 17	
<표 2-4> 2013~2019년 지역사회 통합건강증진 공무원 및 비공무원 추이	18
<표 2-5> 2013~2019년 지역사회 통합건강증진 국비 및 지방비 편성 추이	19
<표 2-6> 연도별 사업구성 형태 추이	20
<표 2-7> 건강증진사업 평가 개요	22
<표 2-8> 건강증진사업 정성평가 지표	23
<표 2-9> 건강증진사업 정량평가 지표	24
<표 3-1> 심층면접 실시 대상	34
<표 3-2> 보건의료 성과 관련 선행연구 비교	37
<표 4-1> 2015~2018년 통합건강증진 인력 추이 - 특 광역시·시도별	49
<표 4-2> 2015~2018년 통합건강증진 인력 추이 - 사 군구별	52
<표 4-3> 2015~2018년 통합건강증진 인력 추이 - 유형 별 분류	55
<표 4-4> 2015~2018년 지역사회 통합건강증진 예산 추이 - 특광역시·시도별	58
<표 4-5> 2015~2018년 통합건강증진 예산 추이 - 사 군구별	61





<표 4-6> 2015~2018년 통합건강증진 예산 추이 - 유형별	64
<표 4-7> 6개 보건소별 사업 현황 및 보건행정 수요 68	
<표 4-8> 6개 보건소 운영 사례 요약	83
<표 4-9> 특·광역시·도 차원의 분석에 대한 기술통계 량	85
<표 4-10> 평가도 및 만족도에 대한 회귀분석결과	91
<표 4-11> 인지도 및 참여도에 대한 회귀분석결과 92	
<표 4-12> 평가도 및 만족도에 대한 회귀분석결과: 특· 광역시에 따른 이질성	93
<표 4-13> 인지도 및 참여도에 대한 회귀분석결과: 특· 광역시에 따른 이질성	95
<표 4-14> 시·군·구 차원의 분석에 대한 기술통계량	98
<표 4-15> 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들에 대한 회귀분석결과	104
<표 4-16> 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들에 대한 회귀분석결과: 시·군·구에 따른 이질성	106
<표 4-17> 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들에 대한 회귀분석결과: 전년도 예산 효과	107

그림 차례

한국지방행정연구원

<그림 1-1> 연구의 체계 및 방법	8
<그림 2-1> 건강증진사업의 추진체계	15
<그림 3-1> 사례 선정 도식화	32
<그림 4-1> 평가도 및 만족도와 예산 추이	87
<그림 4-2> 사업 별 인지도와 예산 추이	89
<그림 4-3> 사업 별 참여도와 예산 추이	90
<그림 4-4> 사업 별 참여도와 보건소 예산 추이	101



지역사회 중심의 건강증진사업 효율화를 위한 성과분석 및 개선방안





제 1

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구의 범위 및 방법

KRILA

제 1 장

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

□ 건강증진사업 흐름

- 경제발전과 사회 진보에 따라 삶의 질 및 건강에 대한 요구 수준이 높아짐
 - 정부 차원에서 시민들의 삶의 질과 건강을 향상할 수 있는 제반 사회적 환경과 구조를 마련하고자 노력함
 - 시민들의 건강 수준은 사회경제적 환경 전반에 중대한 영향을 미치는 요인으로, 보건의료정책 부문에서 지속적으로 핵심 정책 영역을 차지하고 있음
- 우리나라는 1995년 국민건강증진법 제정, 1997년 건강증진기금의 신설·운용을 통해 법적·재정적 기반을 마련하였음
 - 국민건강증진법에 따라 국가(보건복지부), 지방자치단체의 건강증진 지원 역할을 명시하였고, 담배사업자의 부담금으로 조성되는 국민건강기금을 마련하여 국민건강증진사업에 소요되는 예산을 마련함
- 지역사회를 중심으로 한 건강증진사업(추후 건강증진사업으로 통칭)은 공공민간을 아우르는 전달체계를 통해 유아동, 청소년, 성인, 노인, 임산부 등을 대상으로 13가지 영역의 사업이 수행되고 있음
 - 지역 단위에서 보건소를 중심으로 건강증진사업이 이뤄지고 있으며, 모든 시민들을 대상으로 금연, 절주, 영양, 신체활동 등 다양한 영역의 건강증진사업이 수행되고 있음
 - 현재 건강증진사업은 보건소(보건지소, 보건진료소)나 보건의료원을 중

심으로 이뤄지고 있고, 다양한 영역의 건강증진사업이 학교, 민간단체, 민간의료기관, 사업장 등을 통해 추진되고 있음

- 국민건강증진기금의 누적 금액이 증가함에 따라 건강증진에 연관된 공공 또는 민간 모두 건강증진사업에 참여하고 있음(배상수, 2007)¹⁾

□ 지방분권과 지역사회 건강증진사업

○ 지방분권 강화로 인한 지자체 차원의 건강증진사업 요구 강화

- 건강증진사업은 여타의 보건소에서 수행하는 보건정책과 마찬가지로 국가 사무로 분류되어 추진되어 옴. 대부분 지자체에서 자율적으로 사업을 수행하기보다는 건강증진법·지역보건법과 중앙정부의 지침에 의거하여 시행되고 있음
- 지방자치법 개정이 이루어진다면, 지방분권 강화 추세로 인해 지자체 차원의 건강증진사업에 대한 요구가 강화될 것으로 판단됨
- 현행 건강증진사업의 운영체계와 성과를 분석함으로써 향후 지자체 차원의 건강증진사업 전략을 고려하는데 활용할 수 있음

□ 건강증진사업의 의의

○ 건강증진사업은 기존에 지자체 차원에서 이루어졌던 건강증진사업들이 사업운영 방식·사업 내용·규모·운영 면에서 정부의 지침에 따른 top-down 및 분절적 방식으로 이루어졌다는 비판에 직면하여, 이러한 한계를 극복하기 위한 대안으로 새롭게 제시됨(한국건강증진개발원, 2017)

○ 지역사회 건강증진사업은 지역별 특성에 따른 대상자 중심의 통합서비스로서, 각 지역의 보건소를 중심으로 이루어지던 17개 건강증진사업을 통합하여 운영하고 있음

1) 본 연구에서 건강증진사업은 정부의 예산과 인력을 통해 수행되는 사업에 한함

- 2013년 건강증진사업이 도입된 이후 지자체 단위에서 지역사회 특성과 주민의 요구가 반영된 프로그램 및 서비스 등을 기획·추진해 옴

□ 건강증진사업의 한계

- 건강증진사업이 통합되어 수행된 지 7년 차에 접어들었으나, 사업의 효과를 제대로 측정하거나, 사업의 문제점을 진단하고 개선하는 노력은 미진한 수준임
- 특히, 건강증진사업은 과도한 필수사업 지정, 사업 대상과 목적의 불분명함, 중앙정부의 각 사업부서 간 업무조정 미흡함 등의 문제를 비판받아 왔음(이주열, 2017)
- 이러한 현황은 성과 달성에의 어려움, 지자체의 여건에 따른 자율적 사업수행의 장애로 작용함

2. 연구의 목적

□ 건강증진사업의 운영체계 및 성과분석을 통한 개선방안 도출

- 현행 건강증진사업의 운영체계와 성과를 분석하고 지자체 건강증진사업 활성화를 위한 개선방안을 도출하는 것을 연구의 목적으로 함
 - 각 시·군·구 보건소 차원에서 이뤄지는 건강증진사업 운영 현황을 지역 특성에 따라 체계적으로 분석하는 연구가 부족함. 건강증진사업이 시행되었으나, 매년 이뤄지는 평가 이외에는 성과를 파악하는 제도 및 연구는 미진한 상황임
 - 따라서 건강증진사업에 연관된 건강 관련 주요 지표들을 통해 사업의 성과를 분석하여 시사점을 도출하는 한편, 각 시·군·구 보건소의 건강증진사업 운영 현황을 진단하여 향후 개선방안을 마련하고자 함

제2절 연구의 범위 및 방법

1. 연구의 범위

공간범위

- 대한민국 전역: 현재 건강증진사업이 시·도(광역자치단체)와 시·군·구(기초자치단체) 전체 차원에서 이루어지고 있기 때문에 전국 시·도(광역자치단체), 시·군·구(기초자치단체)를 대상으로 함

기간범위

- 2015년~2018년 기준: 건강증진사업 관련 자료가 구축되기 시작한 2015년부터 2018년까지를 연구기간으로 정함

대상범위

- 분석대상은 2015년부터 2018년까지 각 시·군·구 보건소 256(단, 2016년은 255)²⁾곳에서 수행한 건강증진사업임
 - 건강증진사업은 13개 분야는 금연, 음주폐해예방(절주), 신체활동, 영양, 비만예방관리, 구강보건, 심뇌혈관질환예방관리, 한의약건강증진, 아토피·천식 예방관리, 여성어린이특화, 치매관리, 지역사회중심재활, 방문건강관리로 구성됨
- 건강증진사업 운영체계 및 사례분석의 경우 시·군·구(기초자치단체) 보건소 전체를 대상으로 인력과 예산 현황을 파악한 후 전체 보건소 중 6

2) 2019년 현재 전국 보건소는 254개이나, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 입력 기준으로는 256개로 계산됨. 이는 2016년 원미구·오정구·소사구 등 3개 구 보건소가 통합된 부천시 보건소를 여전히 분리하여 입력·관리하고 있기 때문임.

개 지역을 선정하여 조사함

- 지역사회 건강증진사업의 성과분석은 사업에 대한 인식 수준과 건강지표의 두 가지 차원으로 구분하여 진행함. 인식 측면에서는 지역사회 건강증진사업 현황에 대한 평가도, 인지도, 참여도 및 만족도를 분석하고, 건강지표 측면에서는 건강증진사업의 핵심성과지표 대상이 되는 건강지표들에 대하여 분석함
 - 인식 지표의 경우, 특광역시도 단위로 조사되었기 때문에 특광역시도를 대상으로 하며, 건강지표의 경우, 시·군·구(기초자치단체)를 대상으로 함

내용범위

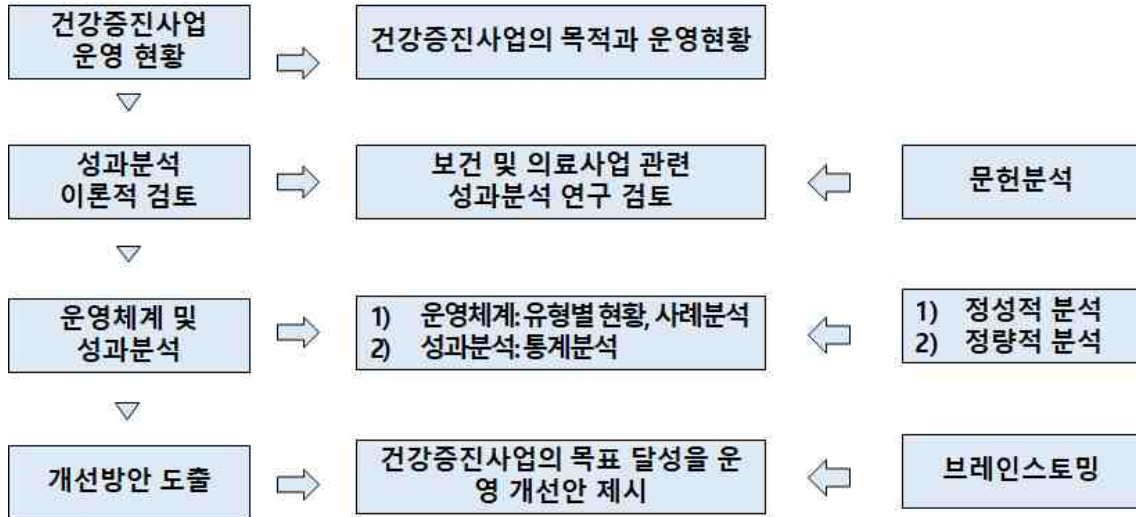
- 시·도(광역시자치단체), 시·군·구(기초자치단체) 건강증진사업의 현황(운영체계, 성과)을 정리하고 문제점을 진단한 후 개선방안을 제시함

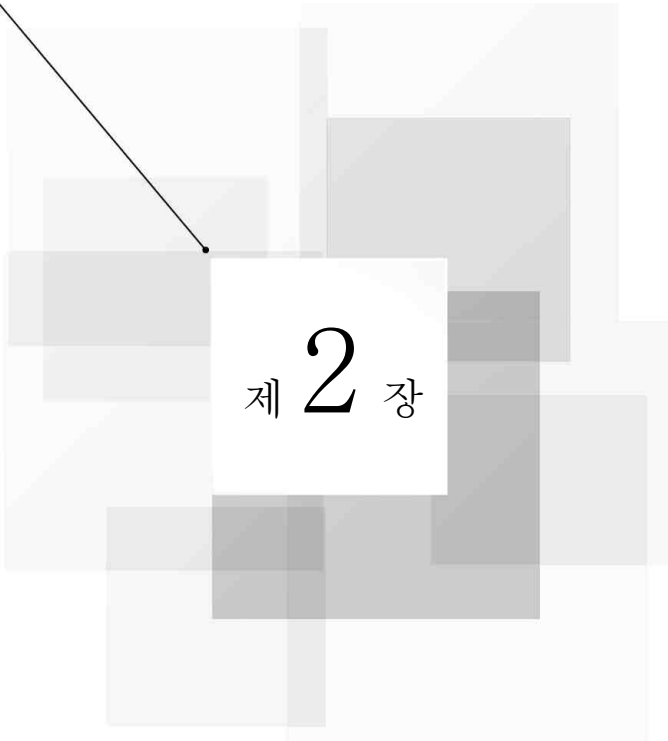
2. 연구의 방법 및 체계

논리적 구성 및 분석방법

- 연구내용의 논리적 구성 및 적정 분석방법을 활용함
 - 전체 연구내용은 건강증진사업 운영 현황, 이론적 검토, 운영 체계 및 성과분석, 개선방안으로 구성되며, 각각 문헌분석, 정량·정성적 분석, 브레인스토밍의 방법을 활용함

<그림 1-1> 연구의 체계 및 방법





제 2 장

건강증진사업 현황

제1절 건강증진사업이란

제2절 건강증진사업의 운영현황

KRILA

제 2 장

건강증진사업 현황

제1절 건강증진사업이란

1. 사업 개요

□ 사업 배경 및 구성

- 지역사회 건강증진사업은 지자체가 지역주민들을 대상으로 건강생활실천, 만성질환 예방, 취약계층 건강관리 등을 목적으로 지역사회의 특성과 주민들의 요구를 반영하여 프로그램 및 서비스를 기획·제공하는 사업임
- 보건복지부는 개별 사업단위로 분류되어 시행되던 지자체의 각종 건강증진 사업을 2013년부터 하나의 사업인 건강증진사업으로 통합함
- 통합된 건강증진사업은 지역의 특성과 요구에 따라 진행할 수 있기 때문에 기존의 사업방식보다 지방분권적이며, 보건소 내외의 사업들 간 통합·연계가 가능함

<표 2-1> 건강증진사업의 특성

기존 국고보조사업	⇒	지역사회 건강증진사업
사업내용 및 방법 지정 지침		사업범위 및 원칙 중심 지침
중앙집중식·하향식		지방분권식·상향식
지역여건에 무방한 사업		지역여건과 연계된 사업
산출 중심의 사업 평가		과정, 성과 중심의 평가
분절적 사업수행으로 비효율		보건소 내외 사업 통합·연계 활성화

*출처: 2019년 지역사회 건강증진사업 안내

- 특히 건강증진사업은 각 사업별로 분리된 구조에서 예산의 통합 및 포괄보조금 형식으로 전환되어 행정비용의 절감과 재정 운용의 자율성을 증진시킬 수 있음
 - 포괄보조금(block grant)은 "사용 범위와 지출 재량 면에서 보조를 받는 주체에 일정 수준의 포괄성과 정책적 자율성이 보장되는 보조금"을 의미함(김익두, 2013; 1)
 - 지역에서는 통합된 예산 범위 내에서 보건복지부가 제시하는 13가지 사업들 중 지역사회의 특성과 주민들의 요구에 맞는 개별사업을 선택하여 추진함

<표 2-2> 건강증진사업의 구성

2012년도 예산			2019년도 예산
단위 사업	세부사업	내역사업(17개)	지역사회 건강증진사업
건강 증진 사업	보건소 방문건강관리 사업(보조)	1. 방문건강관리 2. 지역사회중심재활사업	⇒ 1. 금연 사업 2. 절주 사업 3. 신체활동 사업 4. 영양 사업 5. 비만 사업 6. 구강 사업 7. 심뇌혈관 예방 사업 8. 한의약 건강증진 사업 9. 아토피 천식 예방관리 사업 10. 여성어린이 특화사업 (모자보건) 11. 치매관리 12. 지역사회중심 재활사업 13. 방문건강관리 * 제시된 사업 중 자율적 선택
	보건소 건강생활실천 통합서비스	3. 보건소건강생활실천통합서비스	
영양 개선 사업	영양플러스사업	4. 영양플러스사업	
금연 사업	국가금연지원 서비스	5. 보건소 금연클리닉 운영지원	
모자 보건 사업	산모건강관리	6. 가임기여성건강증진지원 7. 임산부아동건강관리	
취약 계층 의료비 지원	구강건강관리	8. 구강보건실(센터) 설치·운영 9. 어린이구강건강관리 10. 노인·구강건강관리	
	노인건강관리	11. 치매예방관리(치매조기검진사업) 12. 치매예방관리(치매노인사례관리)	
구강 보건 사업	수돗물불소농도조정 지자체 보조	13. 수돗물불소농도조정 지자체 보조	
한방 지역 보건	한의약건강증진 지자체보조	14. 한의약건강증진Hub보건소 사업 15. 한의약 지역보건사업	
성인 병 예방 관리	아토피천식 예방관리	16. 아토피천식 예방관리	
	심뇌혈관질환 예방관리 지자체 보조	17. 심뇌혈관질환 예방관리·교육홍보사업	

*출처: 김익두(2013; 1)

제2절 건강증진사업의 운영현황

1. 추진체계

- 건강증진사업은 중앙(보건복지부), 지자체, 한국건강증진개발원 및 시도 건강증진사업지원단에 의해 추진됨
- 보건복지부는 중앙 정책 방향을 제시하고 지역 차원에서 이뤄지는 사업에 대한 총괄조정을 수행함
- 시·군·구(기초자치단체)는 건강증진사업의 주체로서 사업을 운영함
 - 시·군·구(기초자치단체) 보건소가 건강증진사업의 직접적인 사업주체로서, 각 지역별 보건환경 현황에 따라 건강증진사업 기획, 수행, 평가 대응 등 일련의 절차를 수행함
- 시·도(광역자치단체)는 건강증진사업 중간지원단을 구성·운영하고 시·군·구(기초자치단체)에 예산을 배정하는 등 지자체의 사업 시행을 지원하는 역할을 담당함
- 한국건강증진개발원은 중앙의 정책 방향 수립 및 사업 성과관리, 사업 운영 총괄지원 등을 담당하며, 시·군·구(기초자치단체)의 사업평가를 주관함
 - 한국건강증진개발원은 「국민건강증진법」 제5조 3항에 의거, 지역보건사업의 원활한 추진을 위한 지원 역할로서 건강증진사업의 성과를 관리하고, 정부 정책수행 지원 및 지자체(보건소)에서 효율적·안정적으로 사업을 운영할 수 있도록 다양한 기술지원을 수행함
- 시·도 건강증진사업지원단은 시·군·구(기초자치단체)에서 이뤄지는 건강증진사업의 정책 방향을 설정하고 지원함

- 구체적으로 각 시·군·구(기초자치단체)의 사업 평가를 진행하는 것은 물론, 시·군·구(기초자치단체) 보건소에서 제출한 건강증진사업 계획서를 토대로 컨설팅을 진행하여 향후 사업 수행 방향에 대하여 조언함

<그림 2-1> 건강증진사업의 추진체계



2. 운영현황

□ 개요

- 현재 건강증진사업은 각 시·군·구(기초자치단체) 보건소를 중심으로 이뤄지기 때문에, 사업의 계획, 실행, 평가 단위 역시 각 시·군·구(기초자치단체) 보건소 단위에서 이뤄짐³⁾
- 시·군·구 보건소는 대체로 기초자치단체와 일치하나, 수원시, 성남시, 안양시, 부천시, 안산시, 고양시, 남양주시, 청주시, 천안시, 창원시의 경우 인구 및 면적을 고려하여 복수의 보건소가 운영되고 있음
- 시·군·구 보건소는 전국에 256개(단, 2016년 255개) 운영되고 있음
 - 특광역시 경우 자치구 당 1개씩 운영되고 있기 때문에 서울의 경우 25개 자치구와 동일한 수이며, 세종특별자치시의 경우 1개의 보건소가 운영되고 있음
 - 시·군·구는 지자체의 규모와 특성에 따라 7대 유형으로 구분할 수 있음
 - 7대 기초지자체 유형은 인구, 경제 및 산업, 지역 특성 등에 따라 다음과 같이 분류됨
 - 1유형: 특별시 자치구, 2유형: 광역시 자치구, 3유형: 인구 50만 이상 시, 4유형: 인구 50만미만 시, 5유형: 도농복합시, 6유형: 인구 5만 이상 군, 7유형: 인구 5만 미만 군

3) 보건소(보건지소)는 1차급(의원급) 진료, 보건의료원은 2차급(병원급) 진료를 수행한다는 점에서 차이를 지님. 본 연구에서는 보건소와 보건의료원을 통칭하여 보건소로 정의함

<표 2-3> 보건소 현황: 특·광역시·도 및 7대 유형별

특·광역시·도	개소	7대 유형	개소
전국	256(255)	전국	256(255)
서울	25	1유형 (서울자치구)	25
부산	16		
대구	8		
인천	10	2유형 (광역시자치구)	45
광주	5		
대전	5		
울산	5	3유형 (인구 50만 이상)	32
세종	1		
경기	46(45)		
강원	18	4유형 (인구 50만 미만)	25
충북	14		
충남	16		
전북	14	5유형 (도농복합형)	47
전남	22		
경북	25		
경남	20	6유형 (인구 5만 이상 군)	41
제주	6		
		7유형 (인구 5만 미만 군)	41

□ 인력 현황

- 다음은 2013년부터 2019년까지 건강증진사업 인력 현황임. 전체 인력은 2013년 9,188명에서 2019년 8,829명으로 약간 감소함
- 공무원이 비공무원의 수보다 약간 많으나, 그 차이는 근소함⁴⁾
- 지난 2013년 전체 인력 수 9,188명에서 2019년 8,829명으로 상당수 감소하였으며, 공무원과 비공무원의 비율은 점차 50%에 근접하게 조정됨
 - 전체 인력의 감소는 공무원의 증가폭보다 비공무원의 감소폭이 컸기 때문임

4) 비공무원은 무기계약자, 기간제근로자, 외주인력, 단시간근로자로 구성됨

<표 2-4> 2013~2019년 지역사회 통합건강증진 공무원 및 비공무원 추이

(단위 : 명, %)

구분	전체	공무원	비공무원
	인력 수	인력 수 (비율)	인력 수 (비율)
2013년	9,188	3,868 (42.1)	5,320 (57.9)
2014년	8,371	3,481 (41.6)	4,890 (58.4)
2015년	8,898	4,157 (46.7)	4,741 (53.3)
2016년	9,445	4,465 (47.3)	4,980 (52.7)
2017년	9,214	4,416 (47.9)	4,798 (52.1)
2018년	9,620	4,618 (48.0)	5,002 (52.0)
2019년	8,829	4,496 (50.9)	4,333 (49.1)

*출처: 한국건강증진개발원(2019b; 6)

□ 예산 현황

- 건강증진사업에 투입된 예산 추이는 다음과 같음. 2013년 1,932억 여원에서 2019년 2,215억 여원으로 증가하였고, 국비에 비해 지방비의 비율이 좀 더 높아짐
- 지역별 건강증진사업 예산의 차이는 인구 및 사업 규모의 영향도 있지만, 사업 대비 지방비 매칭의 능력과도 연관됨. 지자체에 재정자립도가 높고 재정 여건이 높은 경우 지방비를 투입하여 사업에 배정함
 - 이로 인해 재정자립도가 낮고 재정 여건이 좋지 않은 기초지자체의 경우 건강증진사업의 필요성과 별개로 낮은 사업비를 배정할 가능성이 높음

<표 2-5> 2013~2019년 지역사회 통합건강증진 국비 및 지방비 편성 추이

(단위 : 백만원, %)

구분	전체	국비	지방비
	예산액	예산액 (비율)	예산액 (비율)
2013년	193,208	89,602 (46.4)	103,606 (53.6)
2014년	219,475	95,179 (43.4)	124,296 (56.6)
2015년	219,455	96,633 (44.0)	122,822 (56.0)
2016년	190,921	81,729 (42.8)	109,191 (57.2)
2017년	197,073	81,626 (41.4)	115,447 (58.6)
2018년	207,313	90,089 (43.5)	117,224 (56.5)
2019년	221,597	92,453 (41.7)	129,144 (58.3)

*출처: 한국건강증진개발원(2019b: 31)

□ 사업 현황

○ 연도별 건강증진사업 구성 현황을 살펴보면 2013년에서 2019년으로 갈수록 통합사업 비율이 점차 늘어나고 있는 반면 단독사업 비율은 줄어들고 있음

- 통합사업: 사업별로 사업영역을 2개 이상 통합하여 기획한 사업
- 단독사업: 사업별로 사업영역을 1개로 구성하여 기획한 사업
- 공통사업: 비공무원 교육비, 공통 운영비, 공통 홍보·캠페인 등으로 기획한 사업

○ 이는 통합건강증진 사업의 특성상 대상자와 사업내용이 연계되어 이루어지기 때문으로 해석됨

- 금연, 절주, 비만, 영양, 신체활동 등 건강증진사업의 사업영역들의 경우 전 생애주기에 걸친 대상자에 해당하는 사업들이며, 비만·영양·신체

활동과 같이 사업들이 연계되어 이루어지는 경우가 많기 때문에 통합 사업이 점차 늘어나는 것으로 판단됨

- 공통사업에 해당하는 홍보 및 캠페인 등의 경우 개별 사업에 국한되지 않고 공통으로 진행하는 것이 효율적이기 때문에 공통사업이 증가하는 것 또한 건강증진사업의 효과를 증진시킬 수 있는 상황으로 보여짐

<표 2-6> 연도별 사업구성 형태 추이

(단위 : 개, %)

구분	전체	사업구성 형태별 현황		
		통합사업 (비율)	단독사업 (비율)	공통사업 (비율)
2013년	1,940	899 (46.3)	1,016 (52.4)	25 (1.3)
2014년	1,587	837 (52.7)	685 (43.2)	65 (4.1)
2015년	1,620	1,013 (62.5)	496 (30.6)	111 (6.9)
2016년	1,555	1,032 (66.3)	416 (26.8)	107 (6.9)
2017년	1,528	1,062 (69.5)	371 (24.3)	95 (6.2)
2018년	1,463	1,043 (71.3)	357 (24.4)	63 (4.3)

※ 출처 : 한국건강증진개발원(2019b; 42)

3. 사업 평가 및 인지도·체감도 조사

1) 사업 평가

평가방향 및 목적

- 건강증진사업의 평가는 사업 전반에 대한 체계적 관리와 발전을 위해 수행되며 자율적 사업수행에 대한 사업 주체들의 책임성을 제고하는 방향으로 이루어짐
 - 평가는 단순 산출실적을 확인하는 차원을 넘어서 사업기획·운영·평가·환류 전반과정에 대한 성과를 점검하고 관리하는 체계로 운영함
 - 사업 주체들이 지역 여건과 특성을 고려하여 건강증진사업을 자율적으로 기획하고 운영할 수 있는 책임성을 제고하도록 사업수행 및 환류 방안을 마련함
- 건강증진사업 평가의 목적은 시·군·구 건강증진사업의 성과를 파악하고, 이를 활용하여 효과적·효율적인 건강증진사업을 수행할 수 있도록 지원하는데 있음

□ 평가개요

- 건강증진사업의 평가는 다음과 같이 이루어짐
 - 매년 광역자치단체가 평가주체로 관할 시·군·구 단위를 평가하며, 정성평가는 해당 년도 12월부터 다음 해 2월까지, 정량평가는 다음 해 2월에 진행됨
 - 평가지표는 정성평가(80)와 정량평가(20)로 이루어지며, 각각의 배점은 아래의 <표 2-7>와 같음

<표 2-7> 건강증진사업 평가 개요

구분	내용	
시행주체	광역자치단체	
평가대상	관할 시·군·구	
평가주기	1년(매년 실시)	
평가지표	정성평가	12월 ~ 다음 해 2월
	정량평가	다음 해 2월
평가지표	정성평가	-계획: 성과지표(목표) 및 사업내용의 적절성 -운영: 사업운영의 충실성 -성과: 목표 달성도 및 예산집행의 충실성 -우수사례
	정량평가	-핵심성과지표·자체성과지표 목표달성률 -예산집행률
평가배점	계획 25, 운영 30, 성과 25, 우수사례 20	
	정성평가(80)	-광역자치단체에서 자체 개발한 지표 적용 가능 -계획서, 결과보고서, 필요 시 기타 증빙자료 서면평가 실시
	정량평가(20)	-시·군·구에서 자율적으로 수립한 핵심성과지표 및 자체성과지표 목표달성률 점수화 - 예산집행률 점수화
평가활용	-시·군·구 역량강화 지원 -우수사례 공유·확산을 위해 성과대회 개최 및 우수사례집 발간	

※ 출처 : 한국건강증진개발원(2019a)

평가지표 내용

- 건강증진사업에 대한 정성평가는 해당년도 사업계획서와 결과보고서를 토대로 사업계획, 운영, 결과 전 과정에 대한 질적 평가 방식으로 이루어짐

<표 2-8> 건강증진사업 평가지표

영역	평가지표	배점	평가자료
계획 (정성 25)	1. 지역현황과 연계성 있는 성과지표(목표)를 선정하였는가?	12	계획서
	2. 사업목표에 맞는 사업내용을 계획하였는가?	10	계획서
	3. 사업목표치는 합리적으로 수립하였는가?	3	계획서
운영 (정성 30)	4. 내부자원과 소통·협력하여 사업을 운영하였는가?	5	결과보고서
	5. 지역사회 자원과의 연계협력을 적극적으로 추진하였는가?	10	결과보고서
	6. 사업계획에 맞추어 사업을 충실히 운영하였는가?	15	계획서 결과보고서
성과 (정량 20 정성 5)	7. 계획한 목표치를 달성하였는가?	20	계획서 결과보고서
	8. 계획된 예산을 충실히 집행하였는가? 5	5	계획서 결과보고서
우수사례 (정성 20)	9. 우수사례(사업 중 대표 사례 1개 선정)	20	결과보고서
총계(정성 80, 정량 20)		100	

※ 출처 : 한국건강증진개발원(2019a; 34)

- 건강증진사업에 대한 정량평가는 건강생활 실천과 만성질환 예방관리 분야 16개 핵심성과지표를 대상으로 실시함
 - 핵심성과지표는 지자체에서 궁극적으로 변화시키고자 하는 지역의 건강지표로, 지자체에서는 지역 여건과 특성에 따라 16개 지표들 중 자율적으로 선정함

<표 2-9> 건강증진사업 핵심성과지표(2019년 기준)

건강생활 실천	만성질환 예방관리
① 성인 남자 현재흡연율 ② 현재 흡연자의 금연시도율 ③ 현재 비흡연자의 직장실내 간접흡연 노출율 ④ 월간 음주율 ⑤ 고위험 음주율 ⑥ 영양표시 독해율 ⑦ 5일 이상 아침식사 실천율 ⑧ 걷기 실천율 ⑨ 유산소 신체활동 실천율 ⑩ 비만 유병률 ⑪ 모유수유 실천율 ⑫ 어제 점심식사 후 칫솔질 실천율	⑬ 혈압 인지율 ⑭ 혈당 인지율 ⑮ 1년후 300일 이상 고혈압 투약순응률 ⑯ 1년후 300일 이상 당뇨 투약순응률

※ 출처 : 한국건강증진개발원(2019a; 143~147)

2) 체감도 조사

조사대상 및 방법

- 보건복지부는 건강증진사업이 통합된 2013년부터 매년 전국 만20세 이상 성인 남녀 10,000여명을 대상으로 「지역사회 건강증진사업 현황평가 및 체감도 조사」를 실시하여 사업의 발전방향을 모색하는데 기초자료로 활용하여 음(보건복지부-한국보건사회연구원, 2015; 2016; 2017; 2018c)
- 이 조사는 전국 만20세 이상 성인 남녀를 모집단으로, 성별, 연령, 지역에 따라 할당하는 비례할당표본추출법을 활용함
 - 비례할당표본추출법은 모집단의 특성을 반영하는 할당요인에 따라 모집단을 부분집단으로 나누고, 각 부분집단별 모집단 비율과 표본의 구성 비율을 유사하게 선정하는 방식임

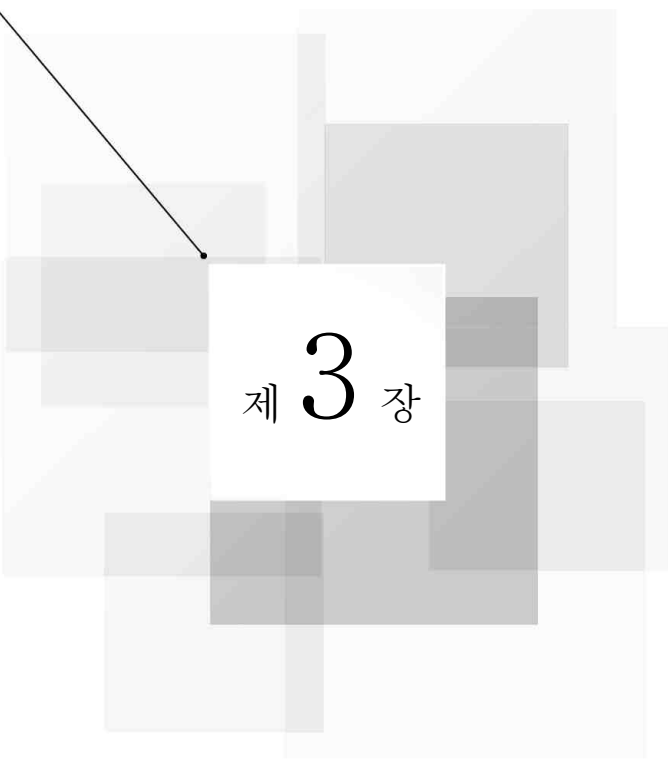
□ 지역사회 건강증진사업 체감도의 정의 및 조사문항

○ 지역사회 건강증진사업 체감도는 1) 공급자로부터 지역사회 건강증진사업 서비스를 직간접적으로 접한 지역사회 주민이 사업을 인지하고 지역사회 전반에 미치는 영향을 평가하는 과정과, 2) 공급자로부터 직접 서비스를 제공받은 수혜자가 사업을 인지하고 사업에 직접 참여함으로써 서비스의 만족 수준을 평가하는 과정으로, 다음과 같은 세부영역으로 구성됨(보건복지부·한국보건사회연구원 2017)

- 홍보·캠페인 → 지역사회 건강증진사업 인지도
- 생애주기별로 해당사업에 대한 지역사회 편익 → 지역사회 건강증진사업 현황 평가도
- 직접서비스 이용 → 지역사회 건강증진사업 참여도
- 서비스 이용에 따른 결과 평가 → 지역사회 건강증진사업 서비스 만족도

○ 건강증진사업 체감도 조사 문항은 건강증진사업 영역별 인지도, 참여도, 참여 요인, 만족도, 사업 참여 후 건강수준 변화, 생애주기별 건강증진사업에 대한 주관적 평가, 주관적 건강수준, 보건소 이용 및 기능 등으로 구성됨⁵⁾

5) 2018년 지역사회 건강증진사업 체감도 조사 기준



제 3 장

이론적 검토

제1절 건강증진사업 운영체계 및 사례분석

제2절 건강증진사업 성과분석

KRILIA

제 3 장

이론적 검토

제1절 건강증진사업 운영체계 및 사례분석

1. 건강증진사업의 운영체계

운영 체계

- 본 연구에서는 건강증진사업의 성과가 사업의 운영체계와 밀접하게 연관되었음을 가정하고, 운영 체계 분석을 수행하고자 함
- 학술적으로 특정 프로그램 및 정책의 운영체계는 ‘거버넌스’ 관련 연구와 밀접하게 연관됨
 - 거버넌스는 국정관리, 협치, 조정양식 등의 개념과 유사하게 쓰이고 있음
 - 황순기(2013; 142)는 보건의료 거버넌스를 “정부와 시민사회, 그리고 시장이 함께 어우러짐 속에 그 공통의 문제를 해결하는데 권위적인 방법이나 가격기제가 아닌 구성원의 협의와 공조를 사용하는 문제해결과 의견조정 방식”으로 정의함
 - 거버넌스를 다룬 다양한 선행연구에서는 거버넌스 개념 안에 조직 구조, 운영 과정, 책임의 내용을 포괄적으로 다루고 있음(Daft, 1989; Rhodes, 1996; Hirst, 2000).
- 한편 보건의료 정책 및 거버넌스에 관한 선행연구에서는 거버넌스를 사회적 자본, 지방정부의 역량, 민간과 정부 간 파트너십으로 구성하기도 함(고재경, 2008)
 - 지역 보건의료 거버넌스는 지방정부 분권화를 통해 지역의 특성 및 보건의료 수요에 따라 지역주민에게 보건의료서비스를 공급하는 것을 목적으로 하며, 지방정부, 지역의료계, 지역주민, 지역시민단체로 구성됨

(황순기, 2013)

- 동 연구에서는 정책의 주체가 지방정부, 민간, 시민이지만, 실질적으로 지방정부의 실행 및 역량이 중요한 의미를 갖는다는 점에서 위와 같은 구성요소를 제시함
- 본 연구는 보건의료 정책 내 건강증진사업의 성과와 개선방안을 다루는 것을 연구 목적으로 삼기 때문에 큰 틀에서 보건의료 거버넌스에 대한 접근이 필요함. 다만, 건강증진사업 전반을 대상으로 거버넌스라는 개념을 차용하기에는 논의가 광범위해지기 때문에 ‘건강증진사업 운영 체계’를 분석하는 데에 한정함

□ 운영 체계 분석의 개요

- 건강증진사업 운영 체계는 사업의 조직, 인력, 예산 등의 부문을 특·광역시·도, 시·군·구 유형, 7대 기초지자체 유형에 따라 구분하여 분석함
- 기초지자체 보건소의 담당 조직, 인력, 예산은 운영 체계에서 중요한 측면임
- 대다수 정책 및 프로그램의 운영 체계의 분석에 있어서 담당 조직의 인력 및 예산은 기본적인 요소로 다루어지고 있음
- 따라서 건강증진사업의 현황을 살펴볼 때, 전반적인 추진체계 및 현황, 보건소별 예산·인력 현황을 주된 요소로 살펴봄. 예를 들어 보건소당 인력, 전체 인력 중 공무원 비율, 보건소당 예산, 지방비 비율 등이 이에 해당함
- 건강증진사업은 각 보건소별로 독립적으로 수행되기 때문에, 보건소별 인력·예산 현황을 살펴볼 필요가 있음. 단, 256곳의 보건소를 개별적으로 살펴보는 것은 물리적으로 불가능하기 때문에, 특·광역시·도, 시·군·구 유형, 7대 기초지자체 유형에 따라 인력·예산 상 공무원 비율, 지방비 비율 등을 파악함

- 보건의료 성과 관련 선행연구들에서 지역적 특성을 주된 영향요인으로 다루고 있음. 7대 기초지자체 유형은 지자체 수준(시, 군, 자치구), 인구 수(50만 이상, 50만 미만, 5만 이상, 5만 미만 등), 산업 특성(도농복합) 등 다양한 지역적 특성을 판단하여 분류한 기준이기 때문에 이러한 유형이 지역적 특성 측면을 대체할 수 있음

□ 운영 체계 분석틀

- 운영 체계 분석은 시·군·구 보건소를 대상으로 건강증진사업을 전담하는 인력과 편성된 예산을 3단계에 따라 수행함. 1단계는 특·광역시·도에 따른 비교·분석이고, 2단계는 시·군·구 유형에 따른 비교·분석이며, 3단계는 7대 기초지자체 유형에 따른 비교·분석임
- 1단계 비교·분석의 경우 현재 건강증진사업의 인력·예산과 평가가 특·광역시·도 하위의 기초지자체를 대상으로 하여 이루어지기 때문에 운영 체계 현황을 살펴보는데 의의가 있음
- 2, 3단계 비교·분석의 경우 지역적 특성에 따라 건강증진사업의 현황을 살펴본다는 점에서 의미있음
 - 인구나 사업 대상자 규모에 따라 사업 운영 측면에서 영향을 받을 수 있기 때문에 지역적 특성을 담은 시·군·구 유형과 7대 유형을 분석의 기준으로 삼는 것은 건강증진사업의 현실을 보여주는 데 의의가 있음
- 7대 기초지자체 유형은 인구, 경제 및 산업, 지역 특성 등에 따라 다음과 같이 분류됨
 - 1유형: 특별시 자치구, 2유형: 광역시 자치구, 3유형: 인구 50만 이상 시, 4유형: 인구 50만미만 시, 5유형: 도농복합시, 6유형: 인구 5만 이상 군, 7유형: 인구 5만 미만 군

2. 건강증진사업의 사례분석

□ 운영 사례 분석의 개요

- 건강증진사업 운영 사례는 전체 시·군·구 보건소 중 지역 특성과 보건소 운영 역량에 따라 지역을 선정하여 분석함
 - 보건소의 경우 대도시, 도농복합, 농촌 등 지역 특성에 따라 건강증진사업 대상자, 외부자원, 인력, 예산 등이 현저히 다르기 때문에 이에 따라 지역을 구분하여 선정함
 - 통합건강증진 운영 사례에서 조사할 내용은 전담 조직 및 인력 현황, 추진체계, 평가제도 등 사업 운영에 영향을 미칠 수 있는 현황들을 포함

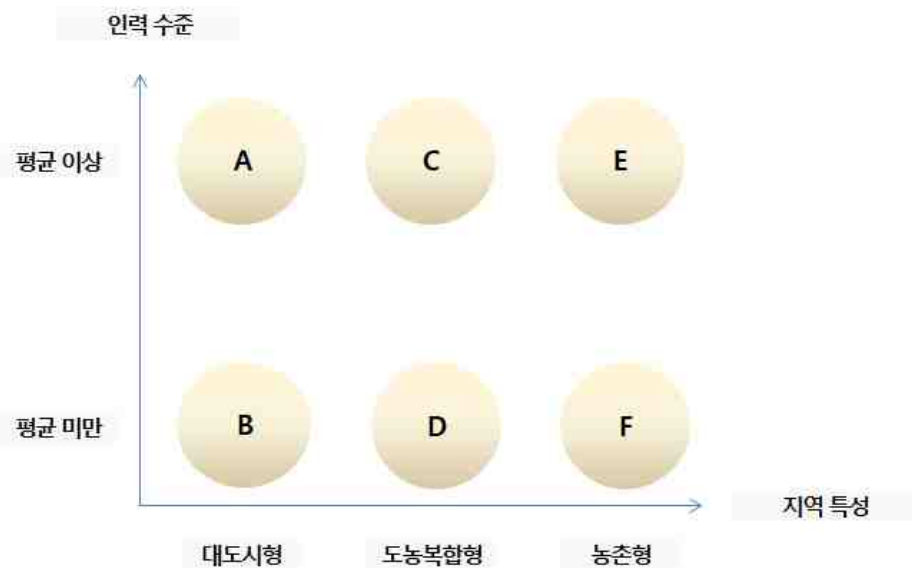
□ 건강증진사업 운영 사례 분석틀

- 운영 체계와 달리 운영 사례는 건강증진사업의 운영 현황을 정성적으로 살펴보며 각 시·군·구 보건소의 특수성을 도출한다는 데에 의의가 있음
- 운영 사례 선정을 위해 지역 특성과 인력 수준의 두 가지 기준을 활용함.
 - 첫째, 시·군·구 보건소 업무의 특수성을 설명할 수 있는 요소인 대도시, 도농복합, 농촌이라는 지역 특성을 첫 번째 기준으로 활용함
 - 건강증진사업은 지역의 주민들을 대상으로 13개 영역의 건강증진사업을 추진하기 때문에 지역의 보건 수준에 따라 사업의 규모와 내용이 달라질 수밖에 없음
 - 일반적으로 지역의 보건 수준은 인구, 재정 여건, 산업 등 사회경제적 여건에 의해 영향을 받으며, 이러한 현황을 반영한 분류 기준으로 대도시, 도농복합, 농촌을 주로 활용함
 - 둘째, 시·군·구 보건소 역량을 대표할 수 있는 요소인 보건소 당 인력 수

준을 두 번째 기준으로 활용함

- 보건소 당 인력의 경우 지자체의 기준인건비, 내부 인력배치의 우선순위, 지자체 예산 등과 관련되며 보건소의 역량을 대표하는 중요한 요인임

<그림 3-1> 사례 선정 도식화



□ 사례 분석 방법

- 선정된 6개 보건소의 운영 현황은 FGI(Focus Group Interview)와 심층면접을 통해 분석함
- FGI는 정성조사(Qualitative Research)의 한 가지 방법으로, 조사 진행자(moderator)가 보통 7~8명의 조사 대상자들을 한 장소에 모이게 한 후, 비체계적이고 자연스러운 분위기에서 조사목적과 관련된 토론을 함으로써 자료를 수집함
- 심층면접은 목적을 가진 연구자와 대상자의 대화를 의미함. 면접을 통

- 해 얻어지는 자료들은 대상자의 실제 경험인 경우가 많기에 연구자는 현장감을 간접적으로 체험할 수 있음
- 면접의 종류로는 면접의 구조화 정도에 따라 구조화 면접, 반구조화 면접, 비구조화 면접이 있음
 - 구조화 면접: 연구자가 할 질문 내용과 형식, 개수가 정해져 있는 면접. 이는 면접보다는 설문 조사에 가깝기에 일반화 하기는 쉬우나 질적 연구로서의 가치는 떨어짐
 - 반구조화 면접은 질문의 형식이 틀로서 정해져 있고 후속 질문은 연구자의 재량에 맡기는 면접을 의미함. 후속 질문은 대상자의 대답에 따라 다르게 할 수 있기에 유동적인 면접 방식임
 - 본 연구에서는 각 시·군·구 보건소에서 보건소장, 사업을 전담하고 있는 건강증진사업 팀장 및 담당자, 시·도 건강증진사업 지원단을 대상으로 FGI 및 심층면접을 실시하여 건강증진사업 수행 과정 전반에 대한 현황 파악 및 애로사항을 분석함
 - 건강증진사업에 대한 조직 및 업무 설계, 인사 운영, 사업 운영, 전달체계 및 외부자원 현황, 건강증진사업 평가 전반 등을 심층 분석함
 - 건강증진사업 운영체계가 실제 건강증진 성과에 미치는 효과에 관한 심층분석을 실시함
 - 각 시·군·구 보건소 건강증진사업 담당자들을 대상으로 심층면접한 결과를 토대로 향후 사업의 운영 및 제도 개선방안을 도출함
 - 2013년 건강증진사업 통합 후 전반적인 운영 제도에 대한 의견 청취를 통해 향후 제도 개선방안 검토
 - 보건복지부, 각 시·군·구 보건소, 시·도 건강증진사업 지원단, 한국건강증진개발원 등 건강증진사업 추진체계 전반에 해당하는 운영 개선방안 도출

□ 건강증진사업 심층면접 대상

- 건강증진사업 심층면접 대상은 앞서 시·군·구 보건소 유형화를 통해 분류된 보건소들 중 대도시형, 도농복합형, 농촌형에 해당하는 지역인 A 보건소, B 보건소, C 보건소, D 보건소, E 보건소, F 보건소로 선정함
- 각 보건소 유형별 심층면접 대상자 현황은 아래와 같음

<표 3-1> 심층면접 실시 대상

보건소	유형 (7대 유형)	대상자		
		직급	명	
A 보건소	대도시형 (1~4유형)	현재 건강증진 담당자	1명	
		전임 건강증진 담당자	1명	
B 보건소		건강증진팀장	1명	
		건강증진 담당자	1명	
C 보건소		도농복합형 (5유형)	건강증진과장	1명
			건강증진팀장	1명
D 보건소	건강증진 담당자		1명	
	E 보건소		보건소장	1명
건강증진팀장			1명	
F 보건소		건강증진팀장	1명	
		방문관리팀장	1명	
		건강예방팀장	1명	

제2절 건강증진사업 성과분석

1. 건강증진사업의 성과분석

□ 성과관리 개요

- 건강증진사업의 궁극적인 목표는 지역사회의 건강수준을 향상하고 건강격차를 해소하는 것임. 이러한 목표를 달성하기 위해 성과관리 지표를 선정하고, 각 시·군·구 보건소에서 자율적으로 성과지표를 선정하여 달성할 수 있도록 계획 단계에서부터 목표관리를 시행함
- 매년 각 시·군·구 보건소에서 수행하는 건강증진사업을 평가함. 평가지표는 크게 정성평가와 정량평가로 구성됨
 - 중앙 지표는 계획(25), 운영(30), 성과(25) 및 우수사례(20)로 분류되며, 총 100점 배점임. 이 중 정성지표는 80점, 정량지표는 20점으로 정성지표의 비중이 더 높음
 - 각 시·군·구 보건소의 사업 평가는 향후 건강증진사업 발전을 위한 환류 및 담당자 역량강화를 위한 지원의 근거로 활용됨
 - 특히 우수한 시·군·구 보건소의 경우 보건복지부 주최 성과대회에서 포상의 기회가 있으며, 전반적으로 국고보조금 재원배분의 근거로 활용됨
- 이처럼 건강증진사업 평가는 사업의 체계적 성과관리와 자발적 발전을 목적으로 수행되기 때문에 단순히 산출을 기반으로 한 정량평가만이 아닌, 성과평가 전 과정인 사업기획·운영·평가·환류에 대한 성과를 점검하고 관리함. 성과평가 결과를 통해 지자체 단위에서 건강증진사업을 자율적으로 기획하고 운영하며, 예산편성 및 집행에 관한 책임성 수준을 높일 수 있음
- 건강증진사업의 궁극적인 목표가 건강수준을 향상시키는 것이기 때문에 지역사회 건강수준과 관련한 핵심지표를 성과지표로 삼은 건강증진

사업 정량평가는 성과관리에서 중요한 위치를 차지함

- 하지만 이제까지 시·군·구 보건소의 건강증진사업이 달성한 성과를 정의하고, 성과 정도를 측정한 경험은 미진한 상황이며, 건강증진사업을 다루는 연구에서도 건강증진사업의 성과를 연구 주제로 삼아 경험적 연구를 시행한 사례는 찾아보기 힘들

□ 보건의료 성과 관련 선행연구 검토

- 보건의료 관련 성과분석에 관한 선행연구들을 검토하여 건강증진사업의 성과를 정의하고 성과지표를 도출하도록 함
- 보건의료의 성과 관련 선행연구들에서는 흔히 성과를 대표할 수 있는 성과지표들을 선정하고 이의 변동을 통해 성과 향상을 분석해 왔음
- 보건의료 정책, 전달체계, 프로그램의 성과를 살펴보는 연구에서 성과를 측정하는 지표로 다뤄졌던 것은 주·객관적 건강 수준과 시스템의 성과효과임
- 주관적 건강 수준의 경우 지역 주민들에게 자신의 건강 상태를 묻는 인식 문항을 주로 활용하였으며(Reijneveld, 1998; 윤기찬 & 김순양, 2010; 이은우, 2015), 객관적 건강 수준으로는 평균기대수명, 영아사망률, 1인당 국민의료비, 건강 관련 통합 지표 등을 활용함(한국보건사회연구원, 2018a; Hogg et al., 2009). 시스템의 성과효과를 다룬 경우 의료접근, 환자중심성, 효율성 등 시스템 자체의 효과를 살펴봄(Leu, 1986; Hardley, 1988; Filmer & Pritchett, 1999; 한국보건사회연구원, 2018b)
- 보건의료의 성과 관련 선행연구에서는 건강 수준에 영향을 미치는 요인을 공공의료체계, 지역환경적 특성, 사회경제적 특성, 개인의 특성으로 보고 있음(오영호, 2007; Blaxter, 2003; Sloggett & Joshi, 1994; Cutler, Lleras-Muney, Tom Vogl, 2008; Reijneveld, 1998)

- 이제까지의 연구 흐름을 살펴보면, 이러한 네 가지 특성들 중 한 가지에 초점을 맞춰 영향요인을 살펴보았으나, 후기로 갈수록 둘 이상의 요인이 결합된 효과로서 다뤄지는 경우가 많음
- 최근에 와서는 보건의료의 성과가 공공의료체계, 지역환경적 특성, 사회경제적 특성, 개인의 특성 모두에 의해 복합적인 영향을 받는 것으로 다뤄지고 있음

<표 3-2> 보건의료 성과 관련 선행연구 비교

연구자	연구내용	설명변수	종속변수	활용지표
Blaxter (2003)	사회환경적 요인이 개인의 건강 수준에 중대한 영향을 미침	사회환경적 요인	개인의 건강 수준	-
Sloggett & Joshi (1994)	개인적 특성이 빈곤 지역 주민들의 사망률에 영향을 미침	개인적 특성	주민 사망률	객관적 지표
Cutler, Lleras-Muney, & Tom Vogl (2008)	가구의 사회경제적 수준(교육, 자산, 사회계층, 인종)이 건강에 미치는 영향	가구의 사회경제적 수준(교육, 자산, 사회계층, 인종)	가구 구성원의 건강 (성인 이전, 성인)	객관적 지표
Humphreys & Carr-Hill (1991)	영국: 지역수준 변화	지역수준 변화	주관적 건강 수준	주관적 건강 수준
Reijneveld (1998)	네덜란드: 지역수준 변화	지역수준 변화	주관적 건강 수준	주관적 건강 수준
Jones & Duncan (1995)	지역에 따른 개인의 주관적 건강상태	지역 특성	주관적 건강 수준	주관적 건강 수준
Subramanian 외 (2001)	지역에 따른 개인의 주관적 건강상태	지역 특성 (1인당 중위소득)	주관적 건강 수준	주관적 건강 수준

연구자	연구내용	설명변수	종속변수	활용지표
Blakely et al. (2002)	사회경제적 요인(개인 및 지역)이 주관적 건강 수준에 미치는 영향	사회경제적 요인 (지역의 소득불평등/개인의 평균소득)	주관적 건강 수준	주관적 건강 수준
Takano & Nakamura (2001)	사회경제적 요인이 지역사회 건강에 미치는 영향	사회경제적 요인 (교육, 실업, 소득, 의료자원)	객관적 지역 건강 수준 (사망률, 이환율, 기대수명)	객관적 지역 건강 수준
이은우 (2015)	도시와 농촌 간 주관적 건강 수준 차이	도시와 농촌 수준/개인 수준	주관적 건강 수준	주관적 건강 수준
Pelzman (1987)	사회경제적 요인이 건강에 미치는 영향	국가 수준 사회경제적 요인(평균소득, 소득분배의 평등성, 정책)	객관적 건강 수준 (사망률)	객관적 건강 수준
Leu (1986)	개인적 특성과 국가 정책이 건강에 미치는 영향	개인 특성(소득, 학력)/정책(공공보건의료비)	객관적 건강 수준 (사망률)	객관적 건강 수준
Filmer & Pritchett (1999)	국가 차원의 정책과 개인의 의료 소비가 건강에 미치는 영향	의료서비스 공급, 개인의 의료서비스 소비, 추가적 비용 공급	객관적 건강 수준	객관적 건강 수준

건강증진사업 성과 및 영향요인

- 건강증진사업은 국민의 건강수준을 높이기 위해 국가 차원에서 설계하여 수행하는 대표적인 정책 프로그램으로, 각 시·군·구 보건소에서 공통적으로 수행하고 있음
- 보건의료 관련 선행연구에서 살펴본 바와 같이, 건강증진사업의 성과는

건강증진과 관련한 주관적 건강 수준과 객관적 건강 수준의 두 가지를 측정하여 살펴봄

- 주관적 건강 수준의 경우 대부분 설문조사나 이를 통해 도출된 지표를 통해 측정하여 분석할 수 있음(Leu, 1986; Filmer & Pritchett, 1999; 이은우, 2015; 한국보건사회연구원, 2018b)
 - 객관적 건강 수준의 경우 많은 연구에서 사망률, 이환율, 기대수명 등 다양한 건강 관련 지표들을 측정하여 분석하였으며(Blakely et al., 2002; Humphreys & Carr-Hill, 1991; Jones & Duncan, 1995; Reijneveld, 1998; Subramanian et al., 2001; 윤기찬 & 김순양, 2010; 이은우, 2015), 본 연구에서는 건강증진 수준을 나타낼 수 있는 고혈압 유병률(인지율), 비만율, 흡연율 등 핵심성과지표를 통해 파악할 수 있음
- 또한 보건의료 관련 선행연구를 통해 파악할 수 있듯이 건강증진사업의 영향요인으로 개인적 특성, 지역적 특성, 정책 등을 들 수 있음
- 개인의 건강 수준이 개인·사회환경·정책의 통합적 효과를 통해 형성된다는 점을 고려할 때 건강증진사업이 대상자인 주민들의 개인적 특성과 함께 지역의 사회환경적 특성이 복합적인 영향을 미친다고 볼 수 있음
 - 또한 정책 프로그램인 건강증진사업의 효과에 중대한 영향을 줄 수 있는 운영체계 특성(건강증진사업 전담 조직, 인력, 예산 등)을 함께 고려할 수도 있음
 - 전체 시·군·구 보건소에서 공통적으로 건강증진사업을 수행한다는 점을 고려할 때 위와 같은 운영체계 특성의 차이가 사업의 효과에 중대한 영향요인일 것으로 판단됨
- 주관적 건강 수준 및 사업에 대한 평가와 관련하여, 보건복지부는 2013년부터 특·광역시·도에 거주하는 20세 이상 성인을 대상으로 지역에서 이루어지고 있는 건강증진사업에 대한 인지도, 평가도, 참여도 및 만족도에 대한 설문조사를 매년 실시하고 있음(한국보건사회연구원, 2015)

- 또한 객관적 건강 수준과 관련하여 각 시·군·구는 건강증진사업을 통해 중점을 두고 지향하거나 궁극적으로 변화시키고자 하는 핵심성과지표를 설정할 수 있는데, 2019년의 경우 선택할 수 있는 핵심성과지표는 총 16개로 ①성인 남자 현재 흡연율, ②흡연자의 금연시도율, ③비흡연자의 직장실내 간접흡연 노출률, ④월간 음주율, ⑤고위험 음주율, ⑥영양표시 독해율, ⑦5일 이상 아침식사 실천율, ⑧걷기 실천율, ⑨유산소 신체활동 실천율, ⑩비만유병률, ⑪모유수유 실천율, ⑫어제점심식사 후 칫솔질 실천율, ⑬혈압 인지율, ⑭혈당 인지율, ⑮1년 후 300일 이상 고혈압 투약 순응률, ⑯1년 후 300일 이상 당뇨 투약 순응률을 포함하고 있음
- 건강증진사업은 각 시·군·구에 있는 보건소를 중심으로 수행되고 있기 때문에, 성과분석 또한 시·군·구 수준에서 이루어지는 것이 바람직하나, 앞서 언급한 것과 같이 건강증진사업에 대한 체감도 조사 결과는 특·광역시·도 수준에서만 이용 가능
- 따라서 본 연구에서는 건강증진사업의 성과분석이 이루어지는 지리적 단위를 두 개로 나누어 특·광역시·도에 대한 성과지표는 체감도 조사를 통한 사업의 인지도, 평가도, 참여도 및 만족도를, 그리고 시·군·구에 대한 성과지표는 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들(위의 16개 지표)에 대한 값을 각각 사용하였음

2. 건강증진사업 성과 분석틀

□ 데이터 및 실증 모델

- 건강증진사업의 성과분석을 위해 한국건강증진개발원이 보유한 예산, 인력, 핵심성과지표 대상이 되는 지표들에 대한 데이터, 보건복지부가 실시한 「지역사회 건강증진사업 현황 평가 및 체감도 조사」 결과, 마지막으로 통계청과 행정안전부의 지방재정365에서 발표하는 지방자치단체 별 인구수와 재정관련 데이터를(재정자립도와 자체사업비중) 이용하였음
- 건강증진사업의 예산 및 인력 관련 데이터는 2015부터 2018년까지의 데이터로, 예산 데이터는 각 지방자치단체의 보건소가 사업별로 얼마를 지출하였는지를 보여주고 있고, 인력 데이터는 보건소에 근무하고 있는 직원의 직종(예: 기간제근로자, 일반직공무원 등)과 직군(예: 간호사, 의사 등), 그리고 건강증진사업에서 어떤 분야의 업무를 주로 맡고 있는지 등에 대한 정보를 담고 있음
- 특·광역시·도 수준의 성과분석에 있어서 성과지표로 사용되는 체감도 조사결과는 2013년부터 특·광역시·도에 거주하는 20세 이상 성인을 대상으로 보건소 및 지역사회에서 제공하는 여성·영유아 건강증진, 아동 건강증진, 청소년 건강증진, 성인 건강증진, 그리고 고령자 건강증진 프로그램에 대한 인지도, 평가도, 참여도 및 만족도에 대하여 조사한 결과를 담고 있음
 - 체감도 조사는 20세 이상 성인을 대상으로 수행되었으나, 조사에 참여한 응답자의 대부분(약 83~84%)이 64세 이하 성인인 점을 감안하여, 본 연구에서는 64세 이하 성인의 응답 결과만을 성과지표로 이용함
 - 그리고 본 연구에서 이용 가능한 예산 및 인력 관련 데이터가 2015~2018년 자료임을 감안하여, 체감도 조사 결과도 2015~2018년의 자료를 이용하였음

- 시·군·구 수준의 경우, 성과지표로 사용되는 핵심성과지표 대상 지표들에 대한 데이터는 2014~2018년 사이에 앞서 언급한 16개 지표들의 시·군·구별 표준화율⁶⁾ 값을 이용함
 - 16개 지표들 중, ‘유산소 신체활동 실천율’에 대한 데이터는 지역사회건강조사에서 발표되지 않아 활용할 수 없었고, ‘비만 유병률’에 대한 데이터는 2018년도에만 이용 가능하며, ‘모유수유 실천율’에 대한 데이터는 조율만 존재하는 한편, ‘혈압 인지율’과 ‘혈당 인지율’에 대한 2015년도 데이터는 존재하지 않음
 - 특·광역시·도 분석과 마찬가지로 예산 및 인력 관련 데이터가 2015~2018년에만 이용 가능함으로 핵심성과지표 대상이 되는 지표들 역시 2015~2018년의 데이터만을 이용하였고, ‘모유수유 실천율’에 대해서는 표준화율이 없으므로 조율을 사용하였으며, 단년도만 존재하는 ‘비만 유병률’은 아래 설명되어있는 고정효과모형(Fixed effects model)에는 포함되지 않음
 - 즉, 시·군·구 수준의 성과분석에 있어서 ‘유산소 신체활동 실천율’과 ‘비만 유병률’을 제외한 14개 지표들의 값을 성과지표로 사용함
- 본 연구에 이용되는 데이터는 2015~2018년 사이 동일한 특·광역시·도 및 시·군·구를 대상으로 조사하였기 때문에 특·광역시·도 및 시·군·구 수준의 패널데이터(Panel data)임
- 특·광역시·도는 17개 지역으로 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주 그리고 세종을 포함함

6) 각 지표들마다 조율(crude rate)과 표준화율(adjusted rate)에 대한 정보가 모두 존재함. 조율은 실제 전체 인구에서 질병이 발생한 비율을 나타내고 표준화율은 가상으로 선정한 표준인구를 기준으로 발생한 질병의 비율을 나타냄. 즉 표준화율은 실제 해당 집단의 질병 비율이 아닌 가상의 비율인데 2개 이상의 상이한 집단에 대한 질병 발생 비율을 비교할 경우 이용가능함

- 시·군·구의 경우 229개 지역으로 행정구를 가지고 있는 자치단체들은 행정구의 평균값을 이용하여 해당 자치단체의 데이터 값을 대체하였고, 제주시와 서귀포시는 분석에서 제외하였음⁷⁾
- 패널데이터의 속성을 이용한 고정효과모형(Fixed effects model)을 이용하여 건강증진사업에 투입된 예산이 성과지표(설문조사 결과와 핵심성
과지표 대상이 되는 지표들의 값)에 미치는 효과를 추정하였음
- 고정효과모형을 통해 시간에 따라 변하지 않는 특·광역시·도 및 시·군·구의 특성들을 통제할 수 있음⁸⁾
- 구체적으로는 다음의 식을 추정함

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{Budget}_{it} + \beta_2 X_{it} + \gamma_i + \delta_t + (t \times \delta_t) + \varepsilon_{it} \quad - (1)$$

- i 는 특·광역시·도 혹은 시·군·구, t 는 해당연도를 의미하며, Y_{it} 는 성과지표, Budget_{it} 는 건강증진사업에 투입된 총 사업예산, X_{it} 는 성과지표에 영향을 미치는 특·광역시·도 및 시·군·구 특성으로 보건소의 정규직 비율, 보건소의 의사 및 간호사 비율, 5세 이하 인구 비율, 65세 이상 인구 비율, 재정자립도 그리고 자체사업비중을 포함하고, γ_i 는 특·광역시·도 고정효과, δ_t 는 연도더미 변수, $t \times \delta_t$ 는 특·광역시·도 및 시·군·구 별 시간추세, 그리고 ε_{it} 는 오차항을 각각 나타냄

- 특·광역시·도에 대한 분석에 있어 성과지표는 5점 척도로⁹⁾ 측정된 사업

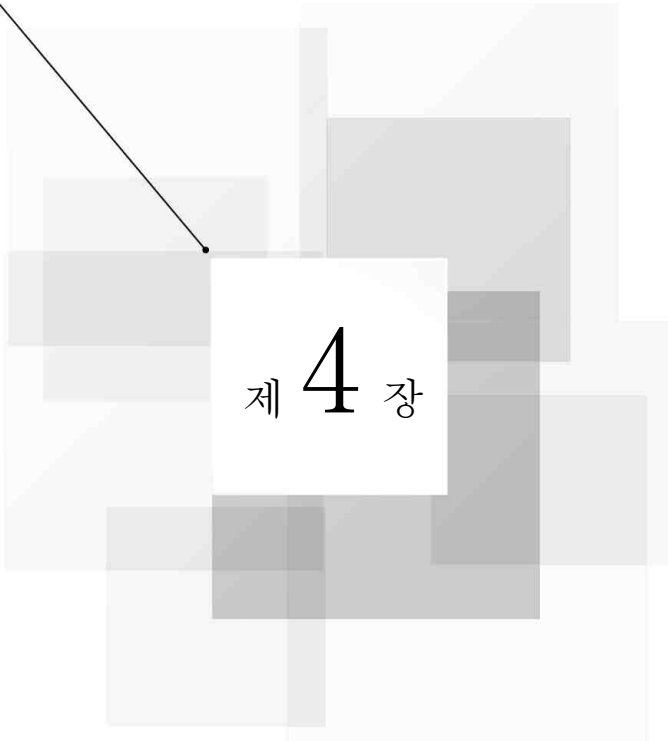
7) 행정구를 가지고 있는 자치단체들은 수원시, 성남시, 안양시, 부천시, 평택시, 안산시, 고양시, 용인시, 청주시, 천안시, 포항시, 구미시 그리고 창원시임. 제주시와 서귀포시는 제주도가 제주특별자치도로 개편된 이후 행정시로 전환되었기 때문에 재정자립도 및 자체사업비중 등의 데이터를 행정안전부로부터 입수할 수 없으므로 분석에서 제외하였음.
8) 지역 특성의 예로는 지역의 위치나 건강에 영향을 미치는 지역 특유의 문화 등이 있음
9) 평가도의 경우 '1-매우 잘하고 있음', '2-대체로 잘하고 있음', '3-보통임', '4-별로 잘 못하고 있음', '5-매우 잘못하고 있음'으로 측정

의 전반적인 평가도와 만족도, 그리고 세부사업들에 대하여 들어본 적이 있거나 참여한 경험 있는 비율을 나타낸 인지도와 참여도를 포함¹⁰⁾

- 시·군·구에 대한 분석의 경우 성과지표들은 각각 백분율(%)로 나타냈으며, 이 중 ‘남자 현재흡연율’, ‘흡연자의 직장실내 간접흡연 노출률’, ‘월간 음주율’ 그리고 ‘고위험 음주율’은 낮을수록 더 좋은 상태를 나타내며, 나머지 성과지표들은 높을수록 더 좋은 상태를 나타냄
- 건강증진사업에 투입된 예산의 경우 한국건강증진개발원의 원 데이터에는 예산이 사업별로 나타나 있지만, 사업 분류가 매년 변경되었기 때문에 (예: OO구의 2016년의 사업 분류는 ‘심뇌혈관질환예방사업’, ‘구강보건사업’, ‘치매예방관리사업’이지만 2017년에는 ‘여성영유아건강관리’, ‘아동청소년건강관리’, ‘성인건강관리’임) 사업별 예산이 아닌 총예산을 이용하였음¹¹⁾
- 특·광역시·도 분석의 경우 인구규모를 가중치로 이용하여 결과를 추정하였고, 특·광역시·도와 시·군·구 분석 모두에 있어서 robust standard error는 특·광역시·도 수준에서 clustered 되었음

10) 세부사업은 금연사업(금연사업, 금연클리닉, 금연상담전화, 흡연예방), 절주사업(절주교육·홍보, 고위험음주자), 운동사업(운동·영양·건강식단·비만예방교육), 심뇌사업(고혈압 및 당뇨병이 있는 대상자 확인 및 전화 상담, 질환관리 교육), 기타사업(산모·어린이 건강관리사업, 한의약 건강증진사업, 아토피·천식관리사업, 장애인 재활사업, 취약계층 방문건강관리사업)으로 분류. 2016-2018년 설문조사의 경우 운동, 영양 그리고 비만프로그램에 대하여 따로 분리해서 값을 발표했는데 2015년 결과에 맞추어 3지표에 대한 평균값을 이용해 운동사업으로 통합

11) 본 연구에서 이용한 총예산은 예산액에 집행률을 반영한 실제 집행 총예산임. 표본기간 동안의 평균 예산집행률은 약 97%임



제 4 장

건강증진사업 성과에 관한 실증분석

제1절 건강증진사업 운영체계 분석

제2절 건강증진사업 운영사례 분석

제3절 건강증진사업 성과분석

KRILA

제 4 장

건강증진사업 성과에 관한 실증분석

제1절 건강증진사업 운영체계 분석

1. 인력 현황

□ 특·광역시·도별 인력 현황

- 다음은 2015년부터 2018년까지 각 보건소를 특·광역시·도 단위로 종합하여 건강증진사업의 인력 현황을 살펴본 결과임
- 전국적으로 살펴볼 때 건강증진사업 인력은 점차 증가하고 있음. 다만, 2017년의 경우 전해에 비해 감소했으나, 2018년에는 2016년에 비해 인력 수가 증가함
- 특·광역시·도 중에서 건강증진사업 인력이 가장 많은 지역은 경기도이고, 다음으로 서울, 경북, 충남 순으로 많으며, 이러한 현황은 2015년부터 2018년까지 지속됨
- 보건소 당 인력이 가장 많은 지역은 충남·인천(2015년), 충남(2016년), 서울(2017년~2018년)임. 다음으로 많은 지역은 서울-대구-광주(2015년), 서울-대구-광주(2017년), 인천-대전(2017년), 인천-대전(2018년)순임
- 보건소 당 인력이 가장 적은 지역은 제주(2015년~2018년), 세종(2016년)임. 다음으로 적은 지역은 세종(2015년, 2017년~2018년), 강원(2015년~2018년), 경북(2016년, 2018년), 충북(2017년~2018년) 순임
- 보건소 당 인력의 경우 몇몇 시·도 및 특·광역시를 제외하고는 대부분이 전국의 평균치를 상회하고 있음. 특히 서울특별시의 경우 지난 4년간 인력이 가장 많은 지역 중 하나임
- 보건소 인력의 경우 공무원과 비공무원으로 구성되어 있고, 공무원의

경우 비공무원의 사업까지 전담하거나 총괄하는 역할을 담당하기 때문에 공무원의 비율이 높은 지역이 업무 부담이 적다고 해석할 수 있음

- 특·광역시·도 중에서 인력 대비 공무원 비율이 높은 지역은 부산(2015년~2018년), 충남(2015년~2018년), 서울(2015년), 경남(2016년, 2018년)임
- 특·광역시·도 중에서 인력 대비 공무원 비율이 낮은 지역은 인천(2015년), 대구(2016년), 제주(2017년~2018년)임
- 인력 대비 공무원 비율의 경우 전국적으로 2015년 46.7%에서 2018년 48%로 증가하였지만 50%수준에는 미치지 못하고 있음. 인력 대비 공무원의 비율은 보건소 인력과 달리, 특·광역시·도에 따라 명확히 구분되지 않고 다양하게 혼합됨. 다만, 서울의 경우 보건소 인력과 인력 대비 공무원 비율이 모두 높은 지역에 해당함. 또한 제주의 경우 보건소 인력과 인력 대비 공무원 비율 모두 낮은 지역임

<표 4-1> 2015~2018년 통합건강증진 인력 추이 - 특광역시도별

(단위: 개소, 명, %)

구분	2015년				2016년				2017년				2018년			
	보건 소 수	인력 수	보건소 당 인력 수 ¹²⁾	인력 대비 공무원 ¹³⁾ 비율	보건 소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율	보건 소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율	보건 소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율
전국	254	8,898	35	46.7	252	9,445	37	47.3	254	9,214	36	47.9	254	9,620	38	48.0
서울	25	1,086	43	51.9	25	1,186	47	52.4	25	1,215	49	55.9	25	1,301	52	55.5
부산	16	506	32	63.2	16	560	35	68.0	16	593	37	65.8	16	565	35	69.4
대구	8	329	41	36.8	8	356	45	36.8	8	322	40	38.2	8	332	42	39.2
인천	10	436	44	35.6	10	405	41	38.0	10	452	45	37.8	10	450	45	38.7
광주	5	205	41	47.8	5	227	45	46.3	5	200	40	45.0	5	204	41	46.6
대전	5	159	32	39.0	5	185	37	38.9	5	208	42	37.5	5	221	44	37.6
울산	5	182	36	41.2	5	196	39	38.3	5	198	40	39.9	5	184	37	42.9
세종	1	28	28	42.9	1	28	28	39.3	1	25	25	44.0	1	36	36	50.0
경기	44	1,481	34	41.9	42	1,683	40	43.1	44	1,583	36	44.9	44	1,552	35	46.5
강원	18	562	31	41.8	18	548	30	39.1	18	556	31	42.4	18	598	33	42.0
충북	14	461	33	46.0	14	464	33	43.8	14	430	31	40.0	14	433	31	40.2

구분	2015년				2016년				2017년				2018년			
	보건 소 수	인력 수	보건소 당 인력 수 ¹²⁾	인력 대비 공무원 ¹³⁾ 비율	보건 소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율	보건 소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율	보건 소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율
충남	16	709	44	62.2	16	782	49	63.3	16	646	40	55.9	16	674	42	55.8
전북	14	504	36	44.2	14	468	33	38.2	14	486	35	45.9	14	583	42	48.0
전남	22	654	30	44.6	22	727	33	48.8	22	721	33	48.1	22	749	34	41.5
경북	25	765	31	42.4	25	788	32	41.1	25	813	33	43.4	25	818	33	41.6
경남	20	672	34	51.5	20	673	34	52.6	20	656	33	53.7	20	741	37	56.5
제주	6	159	27	35.8	6	169	28	39.1	6	110	18	36.4	6	179	30	29.6

12) 보건소당 인력 수 : 광역 지자체 내 보건소 평균 인력 수

13) 공무원 : 일반직공무원, 일반임기제공무원, 시간선택제임기제공무원, 공중보건의사

□ 시·군·구별 인력 현황

- 2015년부터 2018년까지 각 보건소의 인력을 시·군·구 유형에 따라 구분하여 살펴봄
- 시·군·구 중 보건소가 가장 많은 유형은 군으로 82개소가 있으며, 다음으로 시(77개소), 구(69개소) 순임
- 2015년부터 2016년까지 시·군·구 중 사업 인력이 가장 많은 유형은 시 유형이며, 2,903명에서 3,112명으로 증가함. 2017년부터 2018년까지 사업 인력이 가장 많은 유형은 구 유형으로 3,003명에서 3,085명으로 1년간 약 80여명 증가함. 반면 군 유형은 2015년부터 2018년까지 2,442명에서 2,522명으로 3년 간 약 80여명 증가함
- 보건소 당 인력이 가장 많은 지역은 구 유형으로 2015년 보건소 당 40명에서 2018년 45명으로 지속적으로 증가함. 다음으로 보건소 당 인력이 많은 유형은 시 유형으로 2015년 38명에서 2018년 39명으로 약간 증가함
- 이에 비해 군 유형은 보건소당 인력이 가장 적은 유형으로 2015년 30명에서 2018년 31명으로 약간 증가함
- 시·군·구 유형 중 인력 대비 공무원비율이 가장 높은 지역은 구 지역으로 2015년 49.3%에서 2017년 51.7%로 증가하다가 2018년에 44.7%로 낮아짐. 이에 비해 시 유형은 2015년 41.9%에서 2018년 45.5%로 증가하였고, 군 유형은 2015년 45.9%에서 2018년 45.4%로 약간 감소하였음
- 전반적인 현황을 살펴볼 때 구 유형이 보건소 당 인력수가 높고 인력대비 공무원 비율이 높은 편이어서 다른 지자체 유형에 비해 양호한 수준을 보이고 있음¹⁴⁾

14) 2018년 인력 대비 공무원 비율이 급감했기 때문에 향후 공무원 비율 관리가 요구됨

<표 4-2> 2015~2018년 통합건강증진 인력 추이 - 시군구별

(단위: 개소, 명, %)

구분	2015년				2016년				2017년				2018년			
	보건소 수	인력 수	보건소 당 인력 수 ¹⁵⁾	인력 대비 공무원 ¹⁶⁾ 비율	보건소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율	보건소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율	보건소 수	인력 수	보건소 당 인력 수	인력 대비 공무원 비율
시	77	2,903	38	41.9	77	3,112	40	44.6	77	2,900	38	45.1	77	3,028	39	45.5
군	82	2,442	30	45.9	82	2,495	30	45.2	82	2,415	29	45.5	82	2,522	31	45.4
구 ¹⁷⁾	69	2,733	40	49.3	69	2,926	42	50.6	69	3,003	44	51.7	69	3,085	45	44.7

15) 보건소당 인력 수 : 광역 지자체 내 보건소 평균 인력 수

16) 공무원 : 일반직공무원, 일반임기제공무원, 시간선택제임기제공무원, 공중보건의사

17) 행정구를 포함하고 있는 자치구의 경우 해당 행정구의 평균값을 이용하여 계산하였음. 행정구를 포함하고 있는 자치구는 수원시, 성남시, 안양시, 부천시, 평택시, 안산시, 고양시, 용인시, 청주시, 천안시, 포항시, 구미시, 창원시, 제주시임.

□ 7대 유형별 인력 현황

- 다음은 2015년부터 2018년까지 각 보건소를 지자체 7대 유형별로 종합하여 건강증진사업의 인력 현황을 살펴본 결과임
- 7대 유형 중에서 건강증진사업 인력이 가장 많은 지역은 5유형(도농복합형, 2015년), 2유형(광역시치구, 2016년~2017년)이고, 다음으로 6유형(인구 5만 이상 군, 2015년~2018년)임
- 7대 유형 중에서 건강증진사업 인력이 가장 적은 지역은 4유형(인구 50만 미만, 2015년~2017년)임. 다음으로 1유형(서울자치구, 2015년), 7유형(인구 5만 미만 군, 2016년~2017년)임
- 보건소 당 인력이 가장 많은 지역은 1유형(서울자치구, 2015년~2018년)과 5유형(도농복합형, 2018년)임. 다음으로 2유형(광역시치구, 2015년~2017년)과 3유형(인구 50만 이상, 2015~2017년)임
- 보건소 당 인력이 가장 적은 지역은 7유형(인구 5만 미만 군, 2015년~2018년)임. 다음으로 6유형(인구 5만 이상 군, 2015~2018년)임
- 2015년부터 2018년까지 보건소 당 인력 수는 평균 35~38명인데, 6유형과 7유형의 보건소 당 인력수의 경우 평균을 크게 하회하고 있음. 또한 2017년에는 4유형과 5유형도 평균에 비해 낮은 인력을 보이고 있음. 이는 특·광역 자치구인 1유형·2유형에 비해 4~7유형의 보건소 당 인력의 편차가 점차 심화되었음을 의미함
- 7대 유형 중에서 인력 대비 공무원비율이 높은 지역은 1유형(서울자치구, 2016년~2017년), 6유형(인구 5만 이상 군, 2015년~2017년)이고, 7유형(인구 5만 미만 군)은 2015년 높았다가 점차 낮아짐
- 이에 비해 인력 대비 공무원비율이 낮은 지역은 3유형(인구 50만 이상, 2015년~2018년)임. 다음으로 4유형(인구 50만 미만, 2018년), 5유형(도농복합형, 2015년), 7유형(인구 5만 미만 군, 2016년~2017년)임

- 인력 대비 공무원비율 역시 각 유형별로 평균을 상회하는 지역과 그렇지 않은 지역으로 고착화된 특징을 지님
 - 1유형과 6유형은 평균보다 높고, 3유형, 5유형, 7유형은 평균보다 낮음

<표 4-3> 2015~2018년 통합건강증진 인력 추이 - 유형별 분류

(단위: 개소, 명, %)

구분	2015년				2016년				2017년				2018년			
	보건 소 수	인력 수	보건 소 당 인력 수	공무 원 비율	보건 소 수	인력 수	보건 소 당 인력 수	공무 원 비율	보건 소 수	인력 수	보건 소 당 인력 수	공무 원 비율	보건 소 수	인력 수	보건 소 당 인력 수	공무 원 비율
전국	256	8,898	35	46.7	255	9,445	37	47.3	256	9,214	36	47.9	256	9,620	38	48.0
1유형 (서울자치구)	25	1,086	43	51.9	25	1,186	47	52.4	25	1,215	49	55.9	25	1,301	41	55.5
2유형 (광역시자치구)	45	1,675	37	46.6	45	1,776	39	48.3	45	1,813	40	47.9	45	1,811	40	49.3
3유형 (50만 이상)	32	1,177	37	38.0	31	1,295	42	40.2	33	1,279	39	43.2	32	1,220	38	44.4
4유형 (50만 미만)	25	825	33	45.9	25	950	38	47.9	25	776	31	48.5	25	841	34	45.2
5유형 (도농복합형)	47	1,693	36	44.2	47	1,766	38	47.1	46	1,598	35	46.6	47	1,949	41	45.2
6유형 (5만 이상 군)	41	1,312	32	49.5	41	1,403	34	49.5	41	1,320	32	48.5	41	1,375	34	49.9
7유형 (5만 미만 군)	41	1,130	28	52.2	41	1,069	26	45.5	41	1,213	30	45.9	41	1,123	27	45.9

2. 예산 현황

□ 특·광역시·도별 예산 현황

- 건강증진사업에 투입된 전체 예산은 2015년 2,194억 여원에서 2018년 2,073억 여원으로 감소하였음
- 특·광역시·도 중에서 건강증진사업 예산이 가장 많은 지역은 경기이고 (2015년~2018년), 다음으로 서울(2015년~2018년)임.
- 특·광역시·도 중에서 건강증진사업 예산이 가장 적은 지역은 제주와 충북임.
- 보건소 당 예산을 살펴보면, 예산이 가장 많은 지역은 세종(2015년~2018년)이고, 다음으로 광주(2015년), 충남(2016년~2018년)임
- 보건소 당 예산이 가장 적은 지역은 제주(2015년~2016년)와 충북(2018년)임
- 지방비 비율은 건강증진사업에 투입되는 국비, 시·도비, 시·군·구비 중 시·도비와 시·군·구비의 비율로 보통 국비:지방비 비율을 50:50으로 하는 지방자치단체 경상보조 사업 특성상 지방비 비율이 50% 이상이라는 것은 건강증진사업 예산을 투입할 지방의 여건(주민의 수요, 지자체 노력) 등이 마련되어 있음을 의미
 - 건강증진사업 예산 중 지방비 비율이 가장 높은 지역은 세종(2015년~2018년)과 충남(2015년~2018년)으로 대략 62%~72.6% 비중을 차지함
 - 건강증진사업 예산 중 지방비 비율이 가장 낮은 지역은 서울(2015년~2018년), 강원(2016년), 광주(2017년)으로 대략 50% 수준임
- 전체 예산 대비 인건비 비율이 가장 높은 지역은 부산(2015년~2018년, 약 58~66%)이며, 다음으로 인천(2015년, 54.7%), 광주(2017년, 58.4%),

제주(2016년~2017년, 약 57~58%)가 높은 비율을 보임

- 이에 비해 전체 예산 대비 인건비 비율이 가장 낮은 지역은 경기(2015년~2016년, 32.2%, 34.4%)이며, 다음으로 울산(2015년~2018년, 약 34~36%)과 세종(2016년, 36.5%)임
- 전체 예산 대비 인건비 비율이 높은 것은 그만큼 사업비 비율이 낮음을 의미하기 때문에 건강증진사업을 수행하기에 유리한 조건이 아니라고 판단할 수 있음
 - 제주의 경우 전체 예산 대비 인건비 비율이 상대적으로 높고 보건소 당 예산이 상대적으로 낮아 지역의 사업비가 부족한 여건임을 알 수 있음

<표 4-4> 2015~2018년 지역사회 통합건강증진 예산 추이 - 특광역시도별

구분	2015년				2016년				2017년				2018년			
	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)
전국	219,455	864	56.0	45.1	190,921	758	57.2	47.0	198,085	780	58.6	47.1	207,313	816	54.8	46.1
서울	20,997	840	50.1	49.0	17,993	720	50.8	48.2	18,117	725	51.7	50.4	20,273	811	52.8	47.4
부산	14,257	891	55.7	58.9	12,068	754	55.8	64.6	11,794	737	54.9	66.9	12,408	776	51.9	58.4
대구	7,643	955	55.0	47.6	6,506	813	55.3	53.3	6,546	818	55.3	52.4	6,777	847	50.5	55.2
인천	9,767	977	55.7	54.7	8,035	803	55.3	55.0	8,503	850	57.6	55.4	8,791	879	53.4	54.9
광주	5,042	1,008	51.2	53.7	4,189	838	51.5	56.7	4,257	851	51.4	58.4	4,545	909	50.0	52.0
대전	4,327	865	54.6	48.6	4,062	812	56.9	52.6	4,115	823	57.4	55.6	3,864	773	51.8	43.9
울산	934	934	69.2	37.6	5,504	1,101	71.3	36.5	5,829	1,166	72.6	34.9	5,568	1,114	66.5	34.0
세종	5,963	1,193	61.4	32.6	760	760	59.2	39.7	649	649	57.5	53.0	843	843	59.6	42.3
경기	37,741	858	58.4	32.2	34,221	815	61.2	34.4	35,651	810	62.8	36.1	39,102	889	57.4	39.7
강원	14,541	808	53.6	50.7	11,414	634	50.0	56.0	12,934	719	55.7	53.0	13,522	751	52.1	48.8

제4장 건강증진사업 성과에 관한 실증분석

구분	2015년				2016년				2017년				2018년			
	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)
충북	10,220	730	50.7	47.3	8,843	632	51.8	51.7	9,074	648	52.4	53.3	9,543	682	52.5	51.9
충남	15,850	991	63.1	38.3	13,433	840	63.2	40.8	14,560	910	65.9	39.8	14,623	914	59.1	39.1
전북	13,180	941	57.5	43.6	11,349	811	58.2	45.7	11,621	830	59.3	45.2	11,664	833	54.4	45.3
전남	16,404	746	52.0	53.0	14,855	675	55.2	48.3	16,129	733	57.4	48.4	15,891	722	53.1	48.3
경북	20,418	817	54.0	46.5	18,384	735	56.7	47.9	18,402	736	55.9	47.4	19,278	771	54.0	45.7
경남	18,042	902	58.4	41.1	15,639	782	59.5	45.0	16,037	802	60.7	41.6	16,244	812	56.1	41.9
제주	4,129	688	57.9	53.1	3,667	611	60.0	57.8	3,868	645	61.8	58.4	4,375	729	56.1	54.3

□ 시·군·구별 예산 현황

- 다음은 2015년부터 2018년까지 사업 예산을 시·군·구 유형에 따라 구분하여 살펴봄
- 시·군·구 중 보건소 당 예산이 가장 많은 지역은 시 유형으로 2015년 보건소 당 약 10억원에서 2018년 약 8억 9천만원으로 감소함. 다음으로 예산이 많은 지역은 구 유형으로 2015년 약 9억 3천만원에서 2018년 약 8억 4천만원으로 감소함. 반면 군 유형의 경우에는 2015년 약 7억 3천만원에서 2018년 약 8억 9천만원으로 증가함
- 건강증진사업 예산 중 지방비 비율이 가장 높은 지역은 시 유형으로 2015년 57%에서 2018년 57.1%로 약간 증가하였음. 군 유형은 역시 2015년 53.2%에서 2018년 53.3%로 소폭 증가한 반면 구 유형의 경우 2015년 52.9%에서 2018년 52.8%로 소폭 감소함
- 전체 예산 대비 인건비 비율이 가장 높은 지역은 구 유형으로 2015년 54.4%에서 2018년 53.9%로 약간 감소하였음. 군 유형은 2015년 47.5%에서 2018년 47.6%로 소폭 증가하였고 시 유형의 경우 2015년 44%에서 2018년 43.7%로 소폭 감소함
- 이러한 결과를 볼 때 구 유형이 지방비 비율이 낮고 사업 대비 인건비 비율이 높기 때문에 다른 지역에 비해 상대적으로 자율적으로 사업을 수행하기 어려운 여건임을 알 수 있음

<표 4-5> 2015~2018년 지역사회 통합건강증진 예산 추이 - 시군구별

(단위: 억원, %)

구분	2015년				2016년				2017년				2018년			
	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지방 비 (비 율)	인건 비 (비 율)
시	779	10.4	57.0	44.0	692	9.0	57.1	43.8	713	9.3	57.1	44.0	688	8.9	57.1	43.7
군	599	7.3	53.2	47.5	526	6.4	53.3	47.6	540	6.6	53.3	47.4	733	8.9	53.3	47.6
구 ¹⁸⁾	642	9.3	52.9	54.4	537	7.7	52.8	54.5	545	7.9	52.8	53.8	582	8.4	52.8	53.9

18) 행정구를 포함하고 있는 자치구의 경우 해당 행정구의 평균값을 이용하여 계산하였음. 행정구를 포함하고 있는 자치구는 수원시, 성남시, 안양시, 부천시, 평택시, 안산시, 고양시, 용인시, 청주시, 천안시, 포항시, 구미시, 창원시, 제주시임.

□ 7대 유형별 예산 현황

- 다음은 지자체 7대 유형에 따라 건강증진사업의 예산 현황을 살펴봄
- 7대 유형 중 건강증진사업 예산이 가장 많은 지역은 5유형(도농복합형)이고, 그 다음은 4유형(인구 50만 미만)임
- 7대 유형 중 건강증진사업 예산이 가장 적은 지역은 2유형(기타 특광역시 자치구)이고, 다음은 3유형(인구 50만 이상)임
- 보건소 당 예산을 살펴보면, 예산이 가장 많은 지역은 4유형(인구 50만 미만, 2015년~2018년)이고, 다음은 1유형(서울특별시 자치구, 2015년~2018년)임
- 보건소 당 예산이 가장 적은 지역은 2유형(기타 특광역시 자치구, 2015년~2018년)이고, 다음은 3유형(인구 50만 이상, 2015년, 2017년), 7유형(인구 5만 미만 군, 2016년, 2018년)임
- 건강증진사업 예산 중 지방비 비율이 가장 높은 지역은 1유형(서울특별시 자치구, 2015년~2018년)이고 다음은 5유형(도농복합형, 2015년~2018년)임
- 건강증진사업 예산 중 지방비 비율이 가장 낮은 지역은 3유형(인구 50만 이상, 2015년~2018년)이고, 다음은 7유형(인구 5만 미만 군, 2015년~2018년)임
- 서울특별시 자치구인 1유형의 경우 보건소 당 예산이 높은 편이며, 지방비 비율 역시 높아 비교적 사업에 필요한 예산을 적절히 확보하거나 투입하고 있음을 알 수 있음
- 이에 비해 기타 특광역시 자치구인 2유형은 보건소 당 예산이 적고, 인구 5만 미만 군인 7유형은 지방비 비율이 낮아 사업에 필요한 예산이 부족하거나 자체적으로 필요한 예산을 투입하지 못한 현황이라 해석할 수 있음

- 전체 예산 대비 인건비 비율이 가장 높은 지역은 2유형(기타 특·광역시 자치구, 2015년~2016년, 2018년, 약 60~65%), 5유형(도농복합형, 2018년, 63.8%), 7유형(인구 5만 미만 군, 2018년, 63.7%)임
- 이에 비해 전체 예산 대비 인건비 비율이 가장 낮은 지역은 3유형(인구 50만 이상, 2015년~2018년, 약 35~55%)이며, 다음은 4유형(인구 50만 미만, 2015년~2018년, 약 39~58%)
- 이러한 결과를 볼 때 2유형, 5유형, 7유형이 건강증진사업 예산에서 사업비 비중이 낮음을 알 수 있음
 - 2유형, 5유형, 7유형의 경우 보건소당 예산이 적고, 지방비 비율도 낮은 편이며, 전체 예산 대비 인건비 비율도 높아 다른 지역에 비해 상대적으로 사업비가 부족한 여건임을 알 수 있음

<표 4-6> 2015~2018년 통합건강증진 예산 추이 - 유형별

(단위: 백만원)

구분	2015				2016				2017				2018			
	합계	보건 소당 예산	지 방 비 (비 율)	인 건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지 방 비 (비 율)	인 건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지 방 비 (비 율)	인 건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지 방 비 (비 율)	인 건 비 (비 율)
전국	219,455	857	56	45.1	190,921	749	57.2	47	197,073	770	55.9	53.7	207,313	810	56.5	63.1
1유형 (서울특 별시 자치구)	30,977	1,239	62.1	49	28,232	1,129	64.9	48.2	30,183	1,207	59.9	60.6	31,340	1,254	64.3	63
2유형 (기타 특·광역 시 자치구)	20,071	446	55.2	52.4	17,896	398	57.6	56.1	17,614	391	56.2	52.6	19,802	440	55.4	71.8
3유형 (50만 이상)	20,997	656	50.1	35.1	17,993	580	50.8	35.9	18,144	567	51.3	51.2	20,273	634	53.7	55.4

제4장 건강증진사업 성과에 관한 실증분석

구분	2015				2016				2017				2018			
	합계	보건 소당 예산	지 방 비 (비 율)	인 건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지 방 비 (비 율)	인 건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지 방 비 (비 율)	인 건 비 (비 율)	합계	보건 소당 예산	지 방 비 (비 율)	인 건 비 (비 율)
4유형 (50만 미만)	43,140	1,726	55.7	39.3	36,508	1,460	55.8	42.8	37,086	1,483	54.5	58.1	38,749	1,550	54	58.2
5유형 (도농복 합형)	45,106	960	57.9	45.9	38,523	820	58.1	48.8	40,294	857	58.1	53	42,446	903	58.2	63.8
6유형 (5만 이상 군)	31,860	777	55.2	43.9	28,111	686	57.5	43.7	29,214	713	56.8	45.5	29,834	728	54.5	61.9
7유형 (5만 미만 군)	27,304	666	52.1	46.2	23,657	577	52.9	49.2	24,539	599	54	54.7	24,870	607	53.5	63.7

제2절 건강증진사업 운영사례 분석

1. 건강증진사업 운영사례 분석

□ 6개 보건소 사례 분석

- 6개 보건소 건강증진사업 담당자, 팀장, 보건소장 등을 대상으로 운영 사례를 분석하여 정리함
- 6개 보건소별 행정수요를 분석한 결과는 아래의 표와 같음
 - 지자체 유형, 지역보건 유형, 인구, 고령인구비율, 고위험음주율, 비만율, 중증장애인 등 현황이 보건소의 건강증진사업 운영에 영향을 미칠 수 있음
- 특·광역시 자치구에 해당하는 A 보건소와 B 보건소는 분류 상 대도시 형에 해당하지만, 인구 규모 상 편차가 크고 보건행정 수요의 경우 인구 규모와 별개인 상황임
 - B 보건소의 경우 약 6만여명이나 A 보건소의 경우 약 44만에 달해 B 보건소의 7배 정도 수준임. 그러나 B 보건소는 보건행정 수요에 해당하는 고령인구비율, 고위험음주율, 비만율이 A 보건소에 비해 높은 수준임 (중증장애인 수 제외)
 - 특히 고령인구비율의 경우, A 보건소와 B 보건소의 차이가 크며, B 보건소의 고령인구비율이 다른 보건소와 비교할 때에도 높은 수준임
 - 건강증진사업의 각 영역마다 노인을 대상으로 서비스를 공급하기 때문에 노인의 비율은 사업 수요에서 중요한 요인임
- 도농복합형에 해당하는 C 보건소와 D 보건소의 경우 비교적 유사한 인구 규모를 보이며 보건행정 수요 역시 비만율을 제외하고는 비슷한 수준을 보임
 - 주민등록인구의 경우 C 보건소와 D 보건소의 경우 각각 약 34만, 31만

의 인구 규모로 비슷한 수준이며, 고령인구비율의 경우 13.72%, 12.21%, 고위험음주율의 경우 22.8%, 18.5%, 중증장애인 수의 경우 5,213명, 5,789명으로 비교적 유사한 수준임

- 비만율의 경우 C 보건소 37%, D 보건소 29.8%로 비교적 큰 편차를 보임
- 농촌형에 해당하는 E 보건소와 F 보건소의 경우 군 단위 보건소로 유사한 인구 규모를 보이나 보건행정 수요에서는 비교적 큰 차이를 보임
 - 주민등록인구의 경우 E 보건소와 F 보건소의 경우 각각 약 5만, 4만의 인구 규모로 비슷한 수준이며, 비만율의 경우 각각 35.6%, 35.3%로 유사함
 - 이에 비해 고령인구비율은 각각 33.47%, 26.63%로 6.84%p의 차이를 보임. 또한 고위험음주율의 경우 15.4%, 22.9%, 중증장애인 수 2,649명, 1,290명으로 큰 편차를 보임
- 6개 보건소의 인구 규모와 보건행정 수요를 살펴본 결과, 특·광역시 내에도 인구 규모의 편차가 매우 큰 상황임을 알 수 있으며, 보건행정 수요의 경우 각 유형(대도시형, 도농복합형, 농촌형)에 따른 일관된 패턴은 나타나지 않는 것을 확인할 수 있음

<표 4-7> 6개 보건소별 사업 현황 및 보건행정 수요

(2018년 기준)

보건소	지자체 유형	통합 인력 및 예산						보건행정 수요				
		전담 팀	총 인원	공무원 비율	총 예산 (백만원)	인건비 비율	지방비 비율	주민등록 인구	고령인 구비율	고위험 음주율	비만율	중증장애인 수
A	대도시형	유	44	43.2	1,000	52.3	50.0	439,489	12.95	14.5	28.4	7,832
B		유	29	62.1	676	63.9	56.3	66,233	20.01	19.4	35.3	1,639
C	도농복합형	무	56	51.8	1,273	68.9	63.4	344,070	13.72	22.8	37	5,313
D		유	38	52.6	1,504	61.7	67.2	312,822	12.21	18.5	29.8	5,789
E	농촌형	유	41	65.9	1,066	33.9	63.4	53,922	33.47	15.4	35.6	2,649
F		유	33	27.3	827	66.2	50.0	46,726	26.63	22.9	35.3	1,290

□ A 보건소 사례

- 광역시 자치구 보건소 중 하나인 A 보건소는 약 43만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있으며, 현재 전담팀의 팀장과 담당자 1인이 건강증진사업의 총괄을 담당하고 있음
 - 다만, 팀장의 경우 방문관리와 건강증진사업의 총괄을 모두 맡고 있어 업무 분야가 광범위함
 - 건강증진사업을 담당하는 팀은 총 7팀으로, 전체 인력은 44명임. 이 중 공무원은 전체 43.2%로 절반에 못 미침
- A 보건소는 면담 시 조직 및 인력 관련 사항 중 가장 심각한 문제로 전체 인력 중 공무원 비율 부족을 들었음
 - 전체 인원 중 비공무원의 비율이 늘어날 경우 이들을 관리하는 업무량이 증가되는 것은 물론, 기본적인 업무의 제반 인프라 부족, 책임 부족 등의 문제가 심각함
 - 예를 들어, 무기계약직이나 기간제근로자를 채용할 경우, 건강증진사업에서 자산취득을 할 수 없기 때문에 책상, 컴퓨터 등 비품을 구매할 수 없고, 이러한 인력은 기본 인력에 포함하지 않기 때문에 적절한 공간도 마련되지 못함
 - 건강증진사업의 경우 인건비와 사업비만 지원 가능

(정규직 인원 증가 필요) “정규직이 필요한 업무가 많지만, 기간제 직원을 총원하는 경우가 많기 때문에 업무 부담을 점점 증가하는 실정입니다.”

- 시·도 중간지원단과 관련하여 계획서 작성 시 자문이 필요하다고 밝힘
 - 현재 보건소에서 작성한 계획서에 대한 자문을 받고 계획 중 일부를 수정하고 있으나, 성과목표 설정이 중요하기 때문에 계획서 작성 시 컨설

팅을 받는 것이 더 바람직하다고 설명함

- 평가제도에서 지역사회건강조사 결과가 발표된 이후 계획서를 작성할 수 있도록 일정 조정이 필요함
 - 보건소에서 계획서를 작성하고 난 후, 7월에 지역사회건강조사 결과가 발표되기 때문에 이 결과를 보고 계획서 상 핵심성과지표를 수정하는 상황이 발생함
- A 지역의 경우 외부자원이 풍부하고 이미 상당 부분 활용되기 때문에, 새롭게 발굴하는 것보다는 기존의 외부자원을 활용하는 수준에 머무름
 - 관내에 대학교, 체육회, 국민건강보험공단, 건강관리협회, 행정복지센터, 지역(한)의사회 등 외부자원이 풍부하고 일정 수준 활용되고 있음

B 보건소 사례

- 광역시 자치구 보건소 중 하나인 B 보건소는 약 6만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있으며, 현재 전담팀이 있으나, 건강증진팀장과 전담팀원 1명의 과소팀으로 운영되고 있음
- 건강증진사업 전담자는 13개 영역의 각 개별 사업 담당자와 수시로 계획·실행·평가 등을 논의해야하기 때문에, 이외의 개별 업무 영역을 가지기보다 건강증진사업 전담 업무만을 맡는 것이 적절하다고 판단됨. 그러나 B 보건소의 경우 건강증진사업 전담팀원이 사업 총괄 역할뿐만 아니라 건강행태와 심뇌혈관 사업도 병행하고 있어 업무량 과중이 심함

(전담부서 필요성) “건강증진사업을 취합하고 평가를 준비하는 담당자도 본인 고유의 사업이 있고, (사업이 방대하다보니) 각 단위사업에 대해 세세히 파악하기 어렵습니다. 통합사업이 제대로 이루어지려면 사업별 자세한 정보를 파악하고, 이를 총괄 및 조정할 수 있는 여력이 있어야 하는데, 현재는 인력난(정규직 차원)이 있다보니 잘 안 되고 있습니다.”

- B 보건소는 면담 시 조직 및 인력 관련 사항 중 가장 심각한 문제로 인력 부족 및 결원 미충원, 전체 인력 중 공무원 비율 부족 등을 들었음
- B 보건소에서는 현재 29명의 인력이 건강증진사업을 수행하고 있으며, 이 중 공무원의 비율은 62.1%의 수준임. 보건소 대부분 여성 공무원의 비율이 높다는 점을 감안할 때, 출산 및 육아로 인한 휴가 인원이 있어 결원이 상시적으로 존재함. 그러나 결원이 있어도 제때 충원이 되지 않아 인력 부족이 해결되지 않음
- 또한 전체 인력 중 비공무원이 많을 경우 공무원들이 기안 작성, 비공무원 인사 관리 등 건강증진사업 이외에도 부가적인 업무들이 많기 때문에 실질적인 업무량이 늘어나는 현상이 지속됨. 특히 비공무원들의 경우 사업에 대한 책임과 권한을 갖지 못해 그만큼 공무원의 부담이 커질 수 밖에 없음

(비공무원 비율) “공무직(비공무원)은 업무시간이나 범위에 한계가 있어서 어려운 점이 있어요. 근로기준법이나 계약상의 문제 때문에 추가적인 업무 요구가 어려워요. 그런데 보건소 일이 그렇게 업무시간 안에 딱 끝나는 게 없잖아요. 신체활동같은 것만 봐도 요즘은 퇴근시간 이후에 프로그램을 하는데, 그러면 그분들은 퇴근해 버리고 우리가 남아서 해야 해요.”

- 보건소 인력 충원은 총액인건비제로 인한 제한이 있으며, 그마저도 본청 내 우선순위에서 밀려나 필요한 만큼의 인력 충원이 요원함
- B 보건소의 사업 수행 현황 관련, 선택과 집중 전략 구사의 어려움, 사업의 분절화 등의 문제가 있다고 답함
 - 건강증진사업이 2013년 통합한 데에는 지역 상황에 따라 선택과 집중 전략을 구사하여 사업을 효과적으로 수행한다는 의의도 있었으나, 실제 지역 보건소들의 경우 13개 영역이 모두 필요한 사업이기 때문에 어느 하나 제외하기 어려워 선택과 집중 전략을 구사하기 어렵다고 답함
 - 또한 보건소에서 수행하는 치매안심센터, 방문관리, 심뇌혈관 등의 사업이 동일한 대상자들에게 분절화되어 이루어짐. 따라서 이러한 사업의 대상자들에게 보건소의 서로 다른 사업이 통합되어 수행될 것이 요구됨
- 건강증진사업의 특성 상 외부자원의 연계 없이 사업을 독자적으로 수행하기 어려우나, 지역 자체에 외부자원이 열악하기 때문에 어려움이 크다고 답함
 - 현재 B 보건소의 경우 기업이 유일하게 하나 있어, 보건소의 모든 사업이 이 기업과 연계하고 있음
 - 동일한 광역시 내에서도 지역자원(병원, 대학, 기업체 등)의 편차가 존재해 외부자원 연계가 쉽지 않고, 이러한 상황이 평가결과에도 연관됨¹⁹⁾

(외부자원 편차) “□□ 보건소는 같은 광역시 안에 있더라도 신도시 개발이 되면서 경제적 자립도 높고, 기부채납으로 인해 경제적으로 풍족하기 때문에 기반시설 구축(예를 들어 건강증진센터 등)과 인력 수급에서 차이가 많이 납니다. 이런 지자체와 비교하는 것은 불가능합니다.”

- 기타 건강증진사업 관련 제도에 대해 중간지원단의 지속성 및 수시 지원, 지자체별 차별화 비교 등의 의견을 제시함
 - 중간지원단의 경우 연 2회 정도 계획서 수립과 중간평가 후 컨설팅을 받지만, 수시적인 자문의 필요에도 불구하고 현실적으로 이러한 지원이 어려움
 - 또한 중간지원단 소속 연구원이 자주는 아니더라도 변경이 있기도 하여 지속적으로 전문적인 연구원들이 지원할 수 있는 방안이 필요함
 - 평가제도의 경우 다른 지자체와 보건행정 수요, 사업 인력 및 예산 등 모든 여건이 다르기 때문에 동일하게 평가받는 것은 공정하지 않다고 판단함

19) 평가지표 중 사업운영의 충실성 내에 내·외부 자원과 연계·협력하였는가에 대한 정성지표가 전체 100점 중 10점을 차지함

(지원단의 지속성) “계획서 수립부터 중간지원단의 자문을 구해야 하지만 현실적인 어려움으로 그렇게 하지 못합니다.”

“한 번 만나려면 차 타고 2시간 이상 나갔다가 돌아와야 하는데... 자주는 못 봅니다.”

“지원단을 구성하는 사람들이 대학 교수나 그 아래 있는 대학원생 들인데... 실질적으로 지원단 업무에 많이 기여하기는 어려운 여건입니다.”

□ C 보건소 사례

- 도농복합형 보건소 중 하나인 C 보건소는 약 34만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있으며, 현재 전담팀 없이 담당자 1명으로 구성됨
- 건강증진사업 담당자의 경우 사업의 총괄·조정·평가 대응 등을 담당하는 것은 물론, 다른 고유 사업을 수행하고 있음. 특히 C 보건소의 경우 사업 대부분 건강증진과에 속해 있으나 모자보건과 한의학 사업의 경우, 별도 부서에 속해 있어 사업 협의의 경우 타 과와의 업무 협력이 필요함. 이러한 상황이다 보니 담당자는 건강증진사업 전체에 대한 총괄·조정보다는 계획서와 평가에 대한 총괄·취합 역할을 수행함
- C 보건소는 면담 시 조직 및 인력 관련 사항 중 가장 심각한 문제로 전체 인력 중 공무원 비율 부족, 통합사업 경험 기간 부족 등을 들었음
 - 공무원 비율 부족 문제는 앞서 C 보건소와 마찬가지로 중요한 조직·인력 상의 문제임. C 보건소의 경우 전체 사업 인력 56명 중 공무원이 29명으로 51.8% 수준임. C 보건소 담당자의 경우 전체 인력 대비 비공무원의 비율이 높을수록 업무에 어려움이 있다고 밝힘. 사업 인력이 필요할 경우 채용하지 않을 수는 없지만, 될 수 있으면 공무원을 채용하는

것이 책임을 가지고 사업을 수행하는데 더 나은 조건이라고 설명함. 그러나 보통의 경우 사업 인력이 필요할 때 비공무원을 충원하는 것이 더 쉽기 때문에 비공무원의 비율이 늘어날 가능성이 높음

- C 보건소 담당자는 통합사업 경험이 최소 2년 이상은 필요하지만, 이를 채우지 못할 때가 있다고 답함. 통합사업의 경우 단일 사업이 아니고 여타 사업과 연계하여 기획함은 물론 평가 대응의 난이도가 높기 때문에 최소 2년 이상은 사업을 담당해야 업무를 제대로 수행할 수 있음
- C 보건소의 사업 수행 현황 관련, 선택과 집중 전략 구사의 어려움, 사업의 연계 및 재편 등의 문제가 있다고 답함
 - C 보건소 담당자는 한국건강증진개발원이나 보건복지부에서 13개 사업에 대한 선택과 집중을 요구하고 있지만, 예산상에서 차별화 이외에 아예 사업을 제외하거나 하는 선택을 하기는 어렵다고 설명함. 즉, 건강증진사업이라는 것이 개인의 건강 증진을 위해 통합적으로 이뤄지는 사업이다 보니, 어느 하나를 제외하는 것이 불가능함
 - C 보건소에서는 보건사업 대상자들을 생애주기별로 재편하는 방안이 필요하다고 보고 있지만, 실질적으로 영양, 비만, 신체활동 등 사업별 연계도 필요하기 때문에 현재의 통합 방식의 관리가 여전히 필요하다는 의견임
- 시·도 중간지원단으로부터 지금보다 더 긴밀한 지원이 필요하다고 밝힘
 - 시·도 중간지원단으로부터 정기적으로 컨설팅을 받지만, 시 단위에 중간지원단을 설립하여 상시적으로 연계하며 지원을 받는 방안이 효과적이라고 봄
 - 또한 시·도 중간지원단이 지속적으로 운영되게 하기 위해 전문가(교수) 개인의 구성보다는 조직화(조직 안정화) 또는 민관협력 등의 방식으로 구성할 필요가 있음. 이런 차원에서 센터와 같은 형태로 운영되는 것이 효과적이라고 밝힘

- 또한 시·도 중간지원단에 인센티브나 좀 더 나은 보수가 주어져야 더 효과적인 자문이 이뤄진다는 의견을 제시함

○ 외부자원의 연계

- 건강증진사업 특성 상 보건소뿐만 아니라 읍면동, 통/반장, 관련 민간단체와의 연계를 통해 사업을 수행할 필요가 있음. 현재 C 시에서는 노인회, 장애인단체, 어린이집 연합회, 시민모임 등과 연계하여 사업을 수행하고 있음
- 건강증진사업의 경우 건강보험공단과 사업이 유사하게 이뤄지고 있는데, 적절하게 역할을 나눠서 진행하고 있음. 예를 들어 노인정 사업의 경우 보건소에서는 건강교육 위주로 진행하고, 건강보험공단에서는 레크레이션과 같은 신체활동 위주로 실시하고 있음

○ 건강증진사업 평가제도와 관련하여 사업의 지속성을 높이기 위한 평가방안이 필요하다는 답함

- 건강증진사업은 지속성이 중요한 사업인데, 이를 지킬 수 있는 우수사례 발굴 방안이 필요함. 현재의 평가방안에서는 지속성 있는 우수사례를 개발하여 이를 전파하는 방안으로 순환되기는 어려움

□ D 보건소 사례

○ 도농복합형 보건소 중 하나인 D 보건소는 약 31만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있으며, 현재 전담팀의 팀장과 담당자 1인이 건강증진사업의 총괄을 담당하고 있음

- 사업 담당자의 경우 통합사업 총괄과 절주 사업을 담당하고 있고, 통합사업과 관련된 주민자치 분야와의 연계 업무를 전담하고 있음

○ D 보건소는 면담 시 중간지원단의 추가적 지원, 지역사회 건강조사의 대표성, 우수사례의 지속성 등에 관한 의견을 제시함

- 시·도 중간지원단은 연 2회 정기적인 컨설팅 및 자문을 실시하고 있음

- 나, 지역별 사업 발굴에 대한 아이디어나 조언이 필요함. 예를 들어, E 지역에서는 중간지원단장이 타 과제를 통해 경로당 싱크대 지원 사업을 실시하여, 건강증진사업에 대한 아이디어를 제공함
- 이 사업은 경로당의 싱크대가 노인들의 체형에 맞지 않고 불편하기 때문에, 대상자에게 맞게 교체해주는 사업임

□ E 보건소 사례

- 농촌형 보건소 중 하나인 E 보건소는 약 5만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있으며, 현재 건강증진팀이 사업의 총괄담당 조직임
 - 건강증진사업 담당자 1명이 계획서나 평가서를 취합하는 역할을 담당하고 다른 지역과 마찬가지로 13개 사업 분야가 타 팀에 나뉘어 진행되고 있음
- E 보건소는 면담 시 조직 및 인력 운영에서 역삼각형 인력 구조, 지역 보건소의 자율권 부족 등이 심각한 문제라고 밝힘
 - 보건복지부의 경우 많은 인력이 사업별로 다수의 조직(과)으로 정책을 수행하고 있으나, 보건소들의 경우 실질적인 정책 집행 주체로서 사업별로 진행하다보니 인력 부족이 심각함
 - 그러나 이러한 인력 부족 문제를 해결하고, 지역의 상황에 따라 보건정책을 수행하려고 해도 인력 및 사업 수행 과정에서 지역의 자율권이 부족함
 - 특히 보건소의 사업 중 사회복지 분야와 연계해서 수행해야 하는 사업들이 있지만, 이러한 칸막이를 넘기가 어려움
- E 보건소는 사업 운영 면에서 13개 사업 분야를 모두 진행하고 있고, 고령인구비율이 높은 지역이다 보니 심뇌혈관 사업이나 신체활동사업 등이 예산과 프로그램 면에서 많은 비중을 차지하고 있음
 - 농촌이라 면적이 넓고 노인들이 많다보니 다른 도시나 도농복합지역에

비해 프로그램 한번 다녀오는 데에도 업무량 부담이 심각함

(고령화로 인한 노인 비율 증가) “이제 우리 군 노인 비율이 30%가 넘었어요. 그거는 노인 대상 사업이 보통 많아진 것이 아니라는 뜻입니다. 그런데 예산과 인력을 이에 맞게 주는 게 아니라, 총액인건비 그거에 따라 줍니다.”

(면적에 따른 물리적 거리) “경로당 사업 한번 나가려면, 면 단위가 멀리 떨어져 있으니까 솔직히 하루에 3군데 가는 것도 벅차요. 근데 가면 대상자가 3~4명이래요. 그러면 다닐 곳은 많은데, 대상자 숫자는 작으니까 우리는 하루 종일 다녀도 도시 지역에서 한 번에 몇 십 명씩 하는 거랑 비교가 안 되는 거예요.”

- 시·도 중간지원단이 지속적으로 운영되기 위해 독립적인 조직기구가 부담된다면, 현재 중앙 차원의 지원조직(한국건강증진개발원)이나 지역별 연관조직(예: 보건환경연구원) 하위의 조직기구를 운영하는 방안도 고려할 필요가 있음
- 공공기관이나 법인조직으로 구성하는 것이 필요하지만, 현실적으로 어렵다면 한국건강증진개발원 하위 지원(컨설팅) 조직을 신설하거나 광역 단위 유사기능 조직을 설치하는 등의 방안도 대안이 될 수 있다고 설명함

(지원단 정식화 방안) “(지원단을 안정적으로 운영하기 위해서는) 공공기관이나 법인으로 조직화하는 것이 필요하지만 현실적으로 어렵고, 시도마다 보건소 교육훈련센터를 구축하자는 의견이 도출되기도 했지만 이것도 쉽지 않습니다. 너무 소규모 조직이기 때문에 실제로 구축하기는 어렵습니다. 규모가 커진 후에는 연구소와 연계하여 조직을 창설하는 방법이 대안이 될 수 있습니다.”

- 건강증진사업을 현재 예산/행정 차원의 통합에서 향후 사업 차원에서의 통합으로 점차 발전시킬 필요가 있음
 - 현재 사업은 예산/행정 운영의 통합이기 때문에 운영상에서 효율성이 늘긴 했으나 진정한 의미의 사업 통합이 아님. 이를 위해서는 보건소에서 필요한 사업을 수행할 수 있도록 국가 차원의 지원과 지방(보건소) 차원의 자율권이 필요하고 사업선정과 운영 차원에서 지자체에게 판단을 맡기는 방향으로 개선 필요
- 평가가 일괄적으로 이뤄지고 있으나, 지역별 편차가 크기 때문에 평가 균을 나눠 진행하는 방안 필요
 - 도시와 농촌, 보건의료원과 보건소의 각각 형태에 따라 지역 여건에 맞는 보건서비스 제공 필요. 이를 현실화하기 위해서는 현재의 일률화된 평가에서 벗어나 지역 여건을 고려한 평가 방식 필요

(지역별 평가) “지역 여건에 맞게 평가했으면 좋겠어요. 비슷한 지역이 같이 평가를 받았으면 좋겠어요. 우리랑 어디 대도시 보건소랑 똑같이 평가받는 것은 불리한 것 같아요”

□ F 보건소 사례

- 농촌형 보건소 중 하나인 F 보건소는 약 4만여 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있으며, 현재 통합건강증진팀이 사업의 총괄 담당 조직이며, 팀장 1인이 사업의 총괄조정 역할을 전담하고 있음
- F 보건소의 경우 건강증진사업의 총괄 조직이 행정계에서 건강증진계로 변경되면서 사업의 안착 문제가 발생하여 2017년 별도의 통합건강증진 TF팀을 구성하여 운영하였으며, 현재까지 TF팀을 통해 사업을 협의함

(전담팀 필요성) “우리 보건소는 건강증진사업을 총괄하는 부서가 OO계에서 △△계로 바뀌는 과정에서 사업을 하는데 문제점이 생겼어요. 그래서 이 문제를 해결하기 위해 별도로 TF팀을 구성해서 사업을 총괄하고 전담하게 했는데, 전후를 비교하면 특히 핵심지표 선정하는 것과 타 부서와의 협조 부분이 많이 개선되었어요.”

- F 보건소는 면담 시 조직 및 인력 운영에서 고질적인 인력 부족, 공무원 비율의 문제를 제기함
- 보건소의 고질적인 인력 부족으로 인해 본청에 인력을 요청하더라도, 시도와 행정안전부의 심의를 거쳐야만 인력 충원이 가능하고, 본청의

- 인력도 고려해야하기 때문에 보건소 인력의 충원만을 요청할 경우 본청 인원이 감소되는 문제가 발생함. 따라서 보건소 인력충원이 원활하지 않음. 이와 같은 문제는 국정과제에 포함된 치매안심센터 내 인력충원에도 동일하게 존재함
- 면담 시 담당자는 공무원이 필요하지만, 상대적으로 인력 충원이 쉬운 비공무원의 인력이 먼저 충원되어 공무원의 업무 부담이 점점 증가하고 있다고 설명함. 예를 들어 비공무원의 경우 ‘행복이음시스템’에 직접 접속할 권한이 주어지지 않아, 공무원이 본인 업무가 아니어도 자료를 입력해야 하는 상황이 반복되고 있고, 주말에 사업·행사가 있을 때에도 복무규정에 따라 근무를 시키기 어려운 조건도 존재함
- 또한 사업 운영 측면에서는 예산 부족 문제, 타 과와 연계의 어려움 등을 들었음
- 담당자는 현재 F 지역에 건강증진사업 예산이 4억 9천여만원인데, 이중 인건비 비중이 매우 높아 별도의 사업비를 책정할 수 있는 여력이 부족하다고 설명함. 현재 건강증진사업의 사업비 부족으로 인해, 부족한 사업비 대부분을 지자체 예산으로 책정함
 - 보건소 업무 중 복지부서와 연계가 필요할 때가 있는데, 제도적으로 뒷받침할 수 있는 여건이 부족함. 예를 들어 사회복지 관련 부서 업무 중 독거노인관리 업무에 건강관리 관련 항목이 추가되어 진행된다면 원활할 것이라 판단되는데, 이는 보건복지부 차원에서 지침을 명문화해서 정리해야 함
- 시·도 중간지원단에서 조례제정 지원을 추가적으로 시행했으면 함
- ‘건강플러스 사업’의 경우 건강증진사업 예산 내에서 지원할 수 있도록 지침을 만들었으나, 지자체 예산을 지원할 시에는 별도의 조례가 필요함. 이를 제정하는 방법과 필요 정보에 관한 컨설팅이 요구됨
- 평가제도 관련 건강증진 관련 지표 미비, 지역에 따른 평가, 건강증진사업과 지역사회 보건의료계획 양식 이원화 등의 문제를 제기함

- 건강증진 관련 지표의 경우 만 18세 이상 성인을 기준으로 조사하기 때문에 아동이나 청소년 관련 지표가 없어 ‘어린이/청소년’ 비만율을 성과 지표로 삼고 싶어도 불가능함
- 또한 지역별로 인구 규모, 지역 면적, 공무원 인력, 사업 예산 등에서 편차가 있기 때문에 이를 고려한 평가가 이루어졌으면 함
- 보건소마다 건강증진사업과 지역사회 보건의료계획을 작성하는데, 양식이 이원화되다보니, 비슷한 내용의 계획서라 하더라도 개별적으로 준비하여 보고해야 함. 두 계획 간 양식의 일원화가 필요함

<표 4-8> 6개 보건소 운영 사례 요약

보건소	A	B	C	D	E	F
	대도시형		도농복합형		농촌형	
조직 및 인력 운용	- 전담팀 0/담당자 1명 - 전체 인력 중 공무원 비율 부족	- 전담팀 0/담당자 겸 전담팀원 1명 - 인력 부족 및 결원 미충원 - 전체 인력 중 공무원 비율 부족	- 전담팀 X/담당자 1명 - 전체 인력 중 공무원 비율 부족 - 통합사업 경험 부족	- 전담팀 0/담당자 1명	- 전담팀 0/담당자 1명 - 역삼각형 인력 구조 - 지역 보건소의 자율권 부족	- 전담팀 0/담당자 1명 - 고질적 인력 부족 - 전체 인력 중 공무원 비율 부족
사업 수행	-	- 선택과 집중 전략 구사의 어려움 - 사업 중복	- 선택과 집중 전략 구사의 어려움 - 사업의 연계 및 재편의 어려움	-	- 농촌형의 경우 업무 부담 심화	- 사업비 예산 부족 - 타 과와 연계 어려움 (보건복지부 차원의 연계 노력 필요)
중간지원 단	- 계획서 작성 시 지문 필요	- 중간지원단의 지속성 및 수시 지원	- 상시적이고 긴밀한 지원 필요	- 지역별 사업발굴 아이디어 지원	- 중간지원단 조직화 필요	- 조례 제정 지원
평가제도	- 평가일정 조장 통계결과 발표 후 계획 수립	- 지역 특성에 따라 차등 비교	- 사업의 지속성 고려	- 지역사회 건강조사 결과의 대표성 확보 필요 - 우수사례 지속성 확보	- 지역 특성에 따라 차등 비교	- 건강증진 관련 지표 미비(어린이청소년 지표 없음) - 지역 특성에 따라 차등 비교
기타	-	- 지역별 외부지원 편차	-	-	- 현재 예산행정 차원의 통합을 사업 차원의 통합으로 발전	- 건강증진사업과 지역사회 보건이료계획 양식 일원화

제3절 건강증진사업 성과분석

1. 특·광역시·도 차원의 성과분석

□ 주요 변수 현황

- <표 4-9>은 특·광역시·도 차원의 성과분석에 사용된 변수들의 평균 및 표준편차를 나타내고 있음
 - 전체 특·광역시·도뿐 아니라 특·광역시와 도별로도 변수들의 평균 및 표준편차를 나타내었음
- 평가도의 경우, 평균 점수가 3.09로 건강증진사업에 대하여 ‘보통’수준의 평가를 하고 있으며 특·광역시(3.04)보다 도(3.13)에 거주하는 응답자들이 약간 더 호의적인 평가를 하고 있음
- 만족도의 경우, 평균 점수가 4.01로 건강증진사업에 참여한 경험이 있는 응답자들은 대체적으로 사업에 대하여 만족하고 있는 것으로 나타났으며, 평가도와 마찬가지로 광역시(3.98)보다 도(4.04)에 거주하는 응답자들의 만족도가 약간 더 높은 것으로 나타남
- 인지도의 경우, 금연사업에 대한 인지도가 67.58%로 다른 사업들에 비하여 훨씬 높은 인지도를 나타내고 있으며, 심뇌사업(38.15%), 치매사업(37.10%), 운동사업(34.70%) 등은 비슷한 수준의 인지도를 나타내고 있음
- 참여도 역시 금연사업에 대한 참여도가 3.48%로 가장 높게 나타난 반면, 운동사업에 대한 참여도는 2.35%로 심뇌사업과 치매사업에 대한 참여도보다(각각 1.73% 와 1.76%) 더 높게 나타나, 인지도와는 다른 결과를 나타내고 있음
- 광역시의 응답자와 도의 응답자를 분리해서 살펴볼 경우, 도의 응답자들이 각각의 사업들에 대하여 더 높은 인지도와 참여도를 보이고 있음

- 2015-2018년 건강증진사업에 평균 약 1,165억원이 투입되었으며, 특·광역시(약 760억원)보다 도(약 1,526억원)의 예산규모가 약 두 배 정도 많은 것으로 나타남
- 보건소 인력 중, 정규직 비율과 의사 및 간호사의 비율은 각각 37.31%와 63.54%이고 특·광역시에 비해 도에서 이들 비율이 더 높게 나타남
- 전체 인구에서 5세 이하 인구와 65세 이상 인구가 차지하는 비율은 평균 약 5.23%와 14.49%로, 5세 이하 인구비율은 특·광역시가 더 높은 수준을 나타내는 반면 65세 이상 인구비율은 도가 더 높은 수준을 나타내고 있음
- 한편 재정자립도의 경우 특·광역시가 도보다 두 배 이상 더 높은 수준을 보이고 있으며, 자체사업비중 역시 더 높은 비중을 나타내고 있음
- 이상의 기술통계량 결과를 종합해 보면 도 지역에 거주하는 응답자들이 특·광역시에 거주하는 응답자들 보다 건강증진사업에 대하여 더 호의적인 평가를 내리고 있고, 적극적인 참여를 하고 있으며 이들에 대한 예산 또한 더 많이 투입되고 있음을 알 수 있음

<표 4-9> 특·광역시·도 차원의 분석에 대한 기술통계량

분류	구분	변수	전체	특·광역시	도
성과지표	사업전체	평가도	3.091 (0.093)	3.044 (0.074)	3.133 (0.088)
		만족도	4.009 (0.173)	3.976 (0.187)	4.038 (0.157)
	금연사업	인지도	67.576 (6.043)	65.104 (5.861)	69.774 (5.378)
		참여도	3.477 (1.192)	2.808 (0.794)	4.071 (1.178)
	절주사업	인지도	30.817 (5.043)	28.175 (4.020)	33.165 (4.724)
		참여도	0.730 (0.542)	0.562 (0.279)	0.840 (0.641)

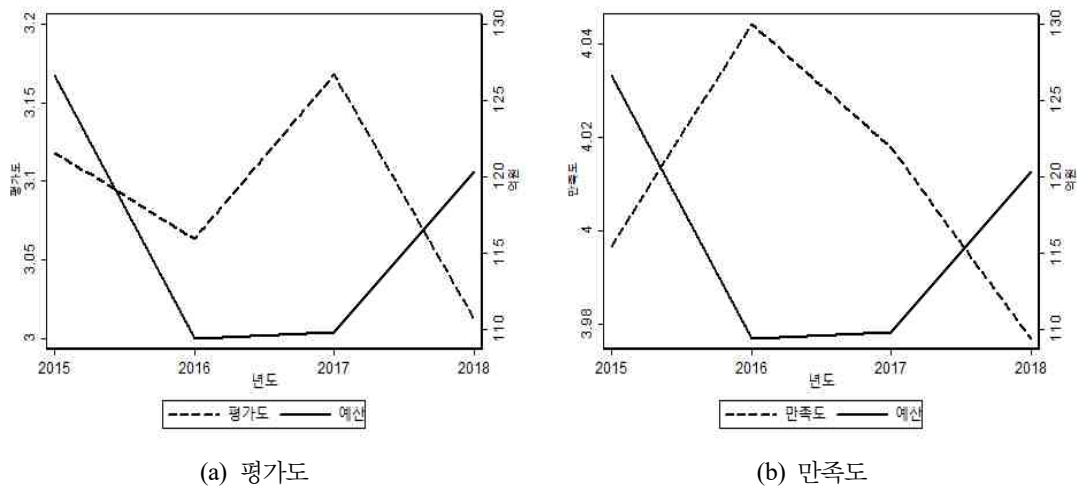
분류	구분	변수	전체	특·광역시	도
	운동사업	인지도	34.699 (5.481)	31.543 (4.111)	37.505 (5.032)
		참여도	2.346 (1.084)	1.778 (0.793)	2.850 (1.066)
	심뇌사업	인지도	38.149 (9.467)	35.545 (9.156)	40.464 (9.252)
		참여도	1.730 (0.813)	1.367 (0.628)	2.052 (0.830)
	치매사업	인지도	37.104 (4.890)	34.256 (3.668)	39.636 (4.455)
		참여도	1.763 (0.974)	1.435 (0.802)	2.053 (1.030)
	기타사업	인지도	33.450 (4.208)	30.741 (2.858)	35.859 (3.980)
		참여도	2.144 (0.932)	1.968 (1.108)	2.300 (0.722)
설명변수		예산	116.551 (80.081)	76.033 (52.687)	152.567 (83.560)
특·광역시· 도 특성	인력	정규직 비율	0.373 (0.054)	0.356 (0.054)	0.389 (0.050)
		보건소 의사, 간호사 비율	0.635 (0.044)	0.631 (0.049)	0.640 (0.039)
	인구	5세 이하 인구 비율	0.052 (0.009)	0.054 (0.012)	0.050 (0.005)
		65세 이상 인구 비율	0.145 (0.033)	0.122 (0.021)	0.165 (0.029)
	재정상태	재정자립도	49.569 (17.229)	62.900 (10.734)	37.719 (12.621)
		자체사업비 중	37.890 (6.563)	39.653 (6.548)	36.322 (6.253)
표본 수			68	32	36

*주: 괄호 안의 숫자는 표준편차를 나타냄. 성인을 대상으로 한 평가도, 만족도, 인지도, 참여도 결과임. 평가도와 만족도는 5점 척도로 측정되었음. 1-매우 못하고 있다 (전혀 만족하지 않는다)~5-매우 잘하고 있다(매우 만족한다). '금연사업'은 금연사업, 금연클리닉, 금연상담전화, 흡연예방 프로그램을, '절주사업'은 절주교육·홍보, 고위험음주자 상담 프로그램을, '운동사업'은 운동·영양·건강식단·비만예방교육 프로그램을, '심뇌사업'은 건강검진 결과에 따라 고혈압 및 당뇨병이 있는 대상자 확인 및 전화 상담, 질환관리 교육 프로그램을, '기타사업'은 산모·어린이 건강관리사업, 한의약 건강증진사업, 아토피·천식관리사업, 장애인 재활사업, 취약계층 방문건강관리사업을 각각 포함. '특·광역시'는 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산 그리고 세종을 포함하고 '도'는 이외의 지역을 포함.

□ 성과지표와 예산 추세

- 건강증진사업에 대한 평가도, 만족도, 인지도 및 참여도의 변화가 건강증진사업 예산의 변화와 어떠한 관계를 갖는지를 <그림 4-1>~<그림 4-3>에 그래프로 나타냄
- <그림 4-1>~<그림 4-3>는 성과지표와 예산 사이에 눈으로 관찰할 수 있는 패턴이 존재하는지의 여부만을 판단하기 위한 것으로, 예산이 성과지표에 미치는 영향을 나타내지는 않는다는 사실을 유념할 필요가 있음
- <그림 4-1>에 나타난 것과 같이 사업에 대한 전반적인 평가도의 경우 2015년부터 2017년까지 예산과 같은 추세를 보이고 있으나, 2017년에서 2018년 사이에는 반대의 추세를 나타내고 있으며, 만족도의 경우에는 모든 연도에 있어서 예산과 반대의 추세를 나타내고 있음

<그림 4-1> 평가도 및 만족도와 예산 추이

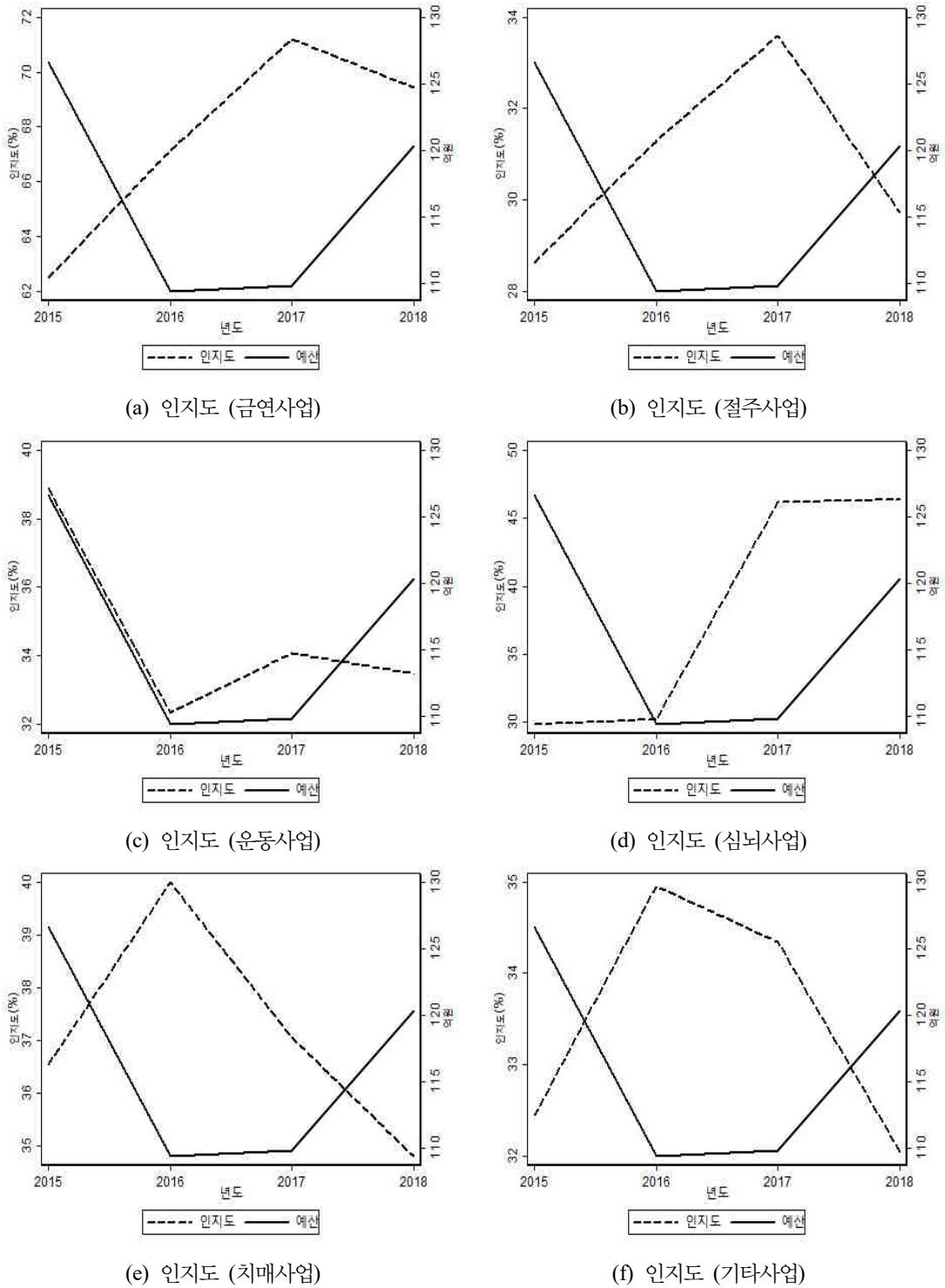


- <그림 4-2>에 나타난 사업별 인지도의 경우, 치매사업과 기타사업이 모든 연도에 걸쳐 예산과 반대의 추세를 보이고 있는 반면, 나머지 사업

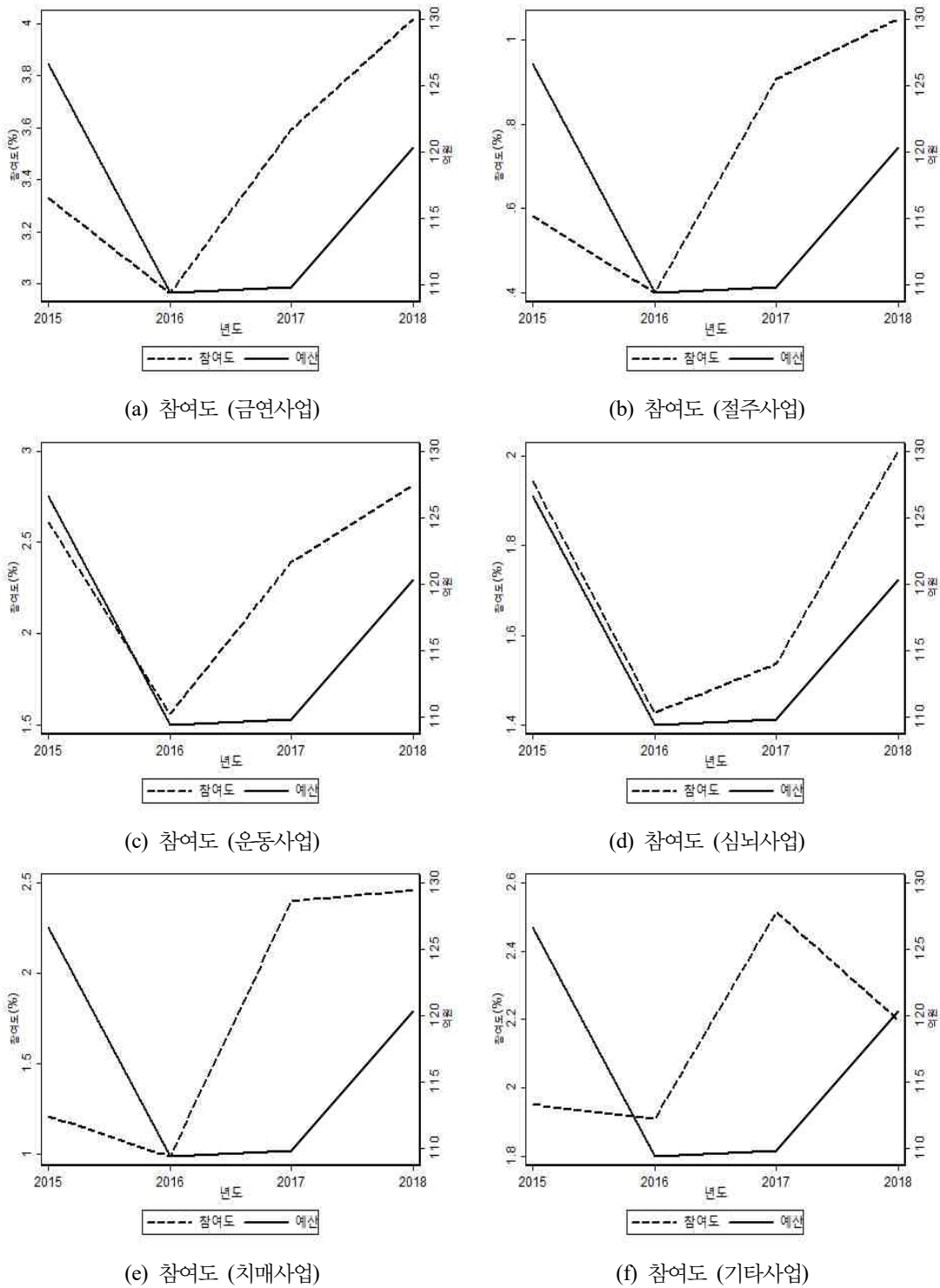
들은 예산과 동일한 추세와 반대의 추세를 동시에 나타내고 있음

- <그림 4-3>에 나타난 사업별 참여도의 경우, 기타사업을 제외한 모든 사업들이 예산과 같은 추세를 보이고 있으며, 특히 심뇌사업에 대한 참여도의 추세 변화가 예산의 추세 변화와 유사함을 볼 수 있음
- 이상의 성과지표 추세와 예산 추세를 살펴본 결과, 몇몇 경우를 제외하고는 두 변수 사이에 뚜렷한 상관관계를 발견할 수 없었음

<그림 4-2> 사업 별 인지도와 예산 추이



<그림 4-3> 사업 별 참여도와 예산 추이



□ 회귀분석 결과

- 앞서 그래프로 살펴본 성과지표와 예산 사이의 관계는 성과지표에 영향을 미치는 다른 요소들을 통제하지 않은 결과이기 때문에 두 변수 사이의 상관관계를 더욱 체계적으로 분석하기 위해 3장 2절에서 언급한 식 (1)을 추정하였음
- 종속변수인 만족도, 참여도, 인지도 그리고 참여도의 측정 척도가 각각 다르기 때문에 이들 변수들과 설명변수인 건강증진사업 예산을 표준화²⁰⁾ 한 값들을 추정에 이용하였음
- 평가도와 만족도에 대한 결과가 <표 4-10>에 나타나 있는데 두 변수 모두 건강증진사업의 예산과 유의한 상관관계를 가지지 않는 것으로 나타남

<표 4-10> 평가도 및 만족도에 대한 회귀분석결과

	(1)	(2)
	평가도	만족도
예산	0.347 (0.654)	-1.760 (1.739)
N	68	68
R ²	0.967	0.627

*주: 괄호에 특·광역시·도 수준에서 clustered 된 robust standard error를 표시. * p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01.

- <표 4-11>의 패널 A에는 사업별 인지도에 대한 결과가 나타나 있고, 패널 B에는 사업별 참여도에 대한 결과가 나타나 있음
- 패널 A의 경우 절주사업과 치매사업에 대하여 예산의 계수 값이 각각 5% 수준과 1% 수준에서 통계적으로 유의한 값을 갖는 것으로 나타나 건강증진사업에 대한 예산이 증가하면 절주사업과 치매사업에 대한 응

20) 개별 관측치에서 표본평균을 뺀 값을 표준편차로 나누어 평균이 0이고 표준편차가 1인 표준점수 이용

답자들의 인지수준도 향상됨을 보여주고 있음

- 반면 예산의 변화와 금연사업, 운동사업, 그리고 심뇌사업에 대한 인지도 사이에는 유의한 관계가 존재하지 않는 것으로 나타남
- 패널 B의 경우 심뇌사업에 대한 예산의 계수 값이 1% 수준에서 통계적으로 유의한 양의 값을 갖는 것으로 나타났는데, 이러한 결과는 앞서 살펴본 <그림 4-3>의 (d)를 반영하는 결과로 볼 수 있음
- 패널 B에 나타난 다른 사업들에 대한 참여도는 건강증진사업의 예산과는 유의한 관계를 갖지 않는 것으로 나타남

<표 4-11> 인지도 및 참여도에 대한 회귀분석결과

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	금연사업	절주사업	운동사업	심뇌사업	치매사업	기타사업
패널 A-인지도						
예산	-0.390 (1.307)	1.579** (0.594)	0.399 (0.731)	-0.270 (0.314)	1.218* (0.660)	1.239 (0.808)
N	68	68	68	68	68	68
R ²	0.943	0.946	0.930	0.974	0.937	0.935
패널 B-참여도						
예산	-0.108 (1.391)	1.882 (1.748)	0.937 (0.759)	2.634*** (0.844)	-1.067 (0.693)	0.594 (0.972)
N	68	58	68	68	68	68
R ²	0.877	0.689	0.815	0.758	0.934	0.793

*주: '금연사업'은 금연사업, 금연클리닉, 금연상담전화, 흡연예방 프로그램을, '절주사업'은 절주교육·홍보, 고위험음주자 상담 프로그램을, '운동사업'은 운동·영양·건강식단·비만예방교육 프로그램을, '심뇌사업'은 고혈압 및 당뇨병이 있는 대상자 확인 및 전화 상담, 질환관리 교육 프로그램을, '기타사업'은 산모·어린이 건강관리사업, 한의약 건강증진사업, 아토피·천식관리사업, 장애인 재활사업, 취약계층 방문건강관리사업을 각각 포함. 괄호에 특·광역시·도 수준에서 clustered 된 robust standard error를 표시. * p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01.

- 도시와 비도시의 보건소 및 지역사회 환경이 상이하기 때문에 건강증진사업 예산이 건강사업의 만족도 등에 미치는 영향 또한 도시와 비도시에 따라 다를 가능성이 존재함

- 이러한 이질성을 살펴보기 위하여 지역을 특·광역시와 도로 나누어 다음의 식을 추정함

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{Budget}_{it} + \beta_2 (\text{Budget}_{it} \times \text{Metro}_i) + \beta_3 X_{it} + \gamma_i + \delta_t + (t \times \delta_t) + \varepsilon_{it} \quad - (2)$$

- Metro_i 는 특·광역시에 대한 터미변수로 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산 그리고 세종에 대하여 1의 값을 가지고, 나머지 지역은 0의 값을 가지는 변수를 나타내며, 다른 변수들의 정의는 식 (1)과 동일함

- 식 (2)에서 β_1 은 성과지표에 대한 도의 예산효과를 나타내는 파라미터이고, β_2 은 특·광역시의 예산효과가 도의 예산효과에 비해 추가적으로 얼마나 더 존재하는지를 보여주는 파라미터임
- 평가도와 만족도에 대하여 식 (2)를 추정한 결과가 <표 4-12>에 나타나 있는데, 예산에 대한 계수 값 뿐 아니라 예산과 특·광역시의 터미변수를 곱한 변수의 계수 값 또한 유의하게 나타나지 않아서, 두 지역 간 이질성이 존재하지 않는 것으로 나타남

<표 4-12> 평가도 및 만족도에 대한 회귀분석결과: 특·광역시에 따른 이질성

	(1)	(2)
	평가도	만족도
예산	0.342 (0.616)	-0.304 (0.327)
(예산*특광역시)	0.005 (0.052)	-0.267 (0.205)
N	68	68
R ²	0.967	0.640

*주: 괄호에 특·광역시·도 수준에서 clustered 된 robust standard error를 표시. * p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01.

- <표 4-11>와 마찬가지로 <표 4-13>의 패널 A에 인지도에 대한 결과가 나타나 있는데 금연사업의 경우, 예산의 계수 값은 여전히 통계적으로 유의하지 않은 값을 나타내고 있지만, 교차항에 대한 계수 값은 1% 수준에서 통계적으로 유의한 음의 값을 보이고 있음
- 기타사업의 경우에는 예산의 계수 값과 교차항의 계수 값 모두 통계적으로 유의한 값을 보이고 있으나 각각의 계수 값은 서로 반대의 부호를 나타내고 있음
- 절주사업과 치매사업의 경우, 예산의 계수 값은 여전히 통계적으로 유의한 값을 보이고 있지만, 교차항의 계수 값은 통계적으로 유의하지 않아 특·광역시에 따른 이질적인 효과는 없는 것으로 나타남
- 패널 B에 나타난 참여도의 경우, 패널 A의 인지도와 마찬가지로 예산과 특·광역시에 거주하는 응답자들의 금연사업에 대한 참여도 사이에 음의 상관관계가 있음을 나타내고 있으며, 다른 사업들의 참여도에 대해서는 특·광역시에 따른 이질적인 효과가 존재하지 않음
- 특히 패널 A와 B의 금연사업에 대하여 교차항의 계수 값이 음의 부호를 보이고 있는 결과는 예산이 증가할수록 특·광역시에 거주하는 응답자들의 금연사업에 대한 인지도와 참여도가 오히려 감소한다는 사실을 나타냄
- 이러한 결과에 대하여 가능한 설명 중 하나는 특·광역시의 흡연인구가 증가하는 속도가 건강증진사업 예산이 늘어나는 속도보다 빠를 경우 예산이 증가할수록 금연사업에 대한 인지도와 참여도가 낮아지는 것으로 나타날 수 있음

<표 4-13> 인지도 및 참여도에 대한 회귀분석결과: 특·광역시에 따른 이질성

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	금연사업	절주사업	운동사업	심뇌사업	치매사업	기타사업
패널 A-인지도						
예산	-2.284 (4.329)	7.974** (3.011)	2.185 (4.082)	-2.544 (2.701)	5.975* (3.356)	5.258*** (0.396)
(예산 *특광역시)	-15.920*** (5.222)	-2.254 (2.386)	0.218 (3.222)	-2.231 (4.077)	-4.451 (2.765)	-10.080*** (1.386)
N	68	68	68	68	68	68
R ²	0.966	0.947	0.930	0.974	0.941	0.960
패널 B-참여도						
예산	-0.116 (1.077)	1.009 (0.761)	1.022 (0.848)	2.145** (0.764)	-1.038 (0.681)	0.548 (0.794)
(예산 *특광역시)	-3.032*** (1.015)	1.726 (1.385)	-1.370 (1.681)	-0.805 (1.649)	-0.266 (0.592)	1.437 (0.857)
N	68	58	68	68	68	68
R ²	0.913	0.751	0.824	0.763	0.934	0.811

*주: '금연사업'은 금연사업, 금연클리닉, 금연상담전화, 흡연예방 프로그램을, '절주사업'은 절주교육·홍보, 고위험음주자 상담 프로그램을, '운동사업'은 운동·영양·건강식단·비만예방교육 프로그램을, '심뇌사업'은 고혈압 및 당뇨병이 있는 대상자 확인 및 전화 상담, 질환관리 교육 프로그램을, '기타사업'은 산모·어린이 건강관리사업, 한의약 건강증진사업, 아토피·천식관리사업, 장애인 재활사업, 취약계층 방문건강관리사업을 각각 포함. 괄호에 특·광역시도 수준에서 clustered 된 robust standard error를 표시. * p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01.

2. 시·군·구 차원의 성과분석

□ 주요 변수 현황

- <표 4-14>는 시·군·구 차원의 성과 분석에 사용된 변수들의 평균 및 표준편차를 나타내고 있음
 - 전체 시·군·구뿐 아니라 각 시, 군, 구별로도 변수들의 평균 및 표준편차를 나타내었음
- 성인남성 흡연율의 경우, 41%로 군 지역의 흡연율이(42.5%) 가장 높은 반면 구 지역의 흡연율은(39.6%) 시와 군 지역보다 낮게 나타났음
- 현재 흡연자의 금연 시도율은 28%로 군 지역의 시도율이(25.9%) 가장

낮은 반면 구 지역의 시도율은(30.1%) 시와 군 지역에 비하여 높게 나타남

- 한편 현재 비흡연자의 직장 내 간접흡연 노출률의 경우 17.5%로 군 지역의 시도율이(15.4%) 평균보다 낮은 반면 구 지역의 노출률은(19.1%) 시와 군 지역에 비하여 높게 나타남
- 이상의 흡연과 관련한 지표 결과에 따르면 군 지역에 거주하는 사람들이 시와 도 지역에 거주하는 사람들에 비하여 상대적으로 높은 흡연율을 나타내고 있지만 금연 시도는 적게 하고 있는 것을 알 수 있음
 - 반면 직장실내 간접흡연 노출률 군 지역에서 가장 낮게 나타나고 있는데, 시와 구 지역에 비하여 군 지역에 사업체 수가 상대적으로 적기 때문에 이러한 결과가 나타나는 것으로 판단됨
- 월간 음주율의 경우, 60.2%로 구 지역의 음주율이(62.8%) 가장 높은 반면 군 지역의 음주율은(57.1%) 시와 구 지역에 비하여 낮게 나타남
- 고위험 음주율²¹⁾의 경우, 19.1%로 군 지역의 고위험 음주율이(19.6%) 가장 높은 반면 구 지역의 고위험 음주율은(18.0%) 시와 군 지역에 비하여 낮은 수준을 보임
- 이상의 음주와 관련한 지표 결과에 따르면 흡연과는 반대로 구 지역에 거주하는 사람들이 시와 군 지역에 거주하는 사람들에 비하여 상대적으로 높은 음주 빈도를 나타내고 있음
 - 하지만 음주 시 음주량은 군 지역에 거주하는 사람들이 가장 높은 것으로 나타남
- 영양 표시 독해율과 5일 이상 아침식사 실천율은 각각 26.3%와 65.6%로 나타났는데 영양 표시 독해율은 구 지역에서(30.0%) 가장 높은 반면 5일 이상 아침식사 실천율은 군 지역에서(69.4%) 가장 높은 수준을 보이

21) 1회 평균 음주량이 남자는 7잔 이상, 여자는 5잔 이상을 주 2회 이상 음주하는 경우 고위험 음주에 해당함

고 있음

- 이러한 결과는 각 지역의 인구 연령대와 관련된 것으로 판단되는데 구 지역의 65세 이상 인구 비율은 약 14%인 반면 군 지역의 65세 이상 인구 비율은 약 27%로 나타남
- 걷기 실천율과 어제 점심식사 후 칫솔질 실천율은 각각 41.1%와 56.1%로 나타났는데 두 지표 모두에 있어서 구 지역의 값(각각 51.7%, 58.2%)이 가장 높은 반면, 모유수유 실천율의(26.7%) 경우 군 지역에서 가장 높게(27.6%) 나타남
- 혈압 및 혈당과 관련된 나머지 4개 지표의 경우에도 군 지역의 값이 시와 구 지역의 값보다 작은 것으로 나타남
 - 혈압 및 혈당 인지율의 경우, 구 지역의 값이 시 지역의 값보다 높은 반면 1년 후 300일 이상 고혈압 및 당뇨 투약순응률의 경우에는 시 지역의 값이 구 지역의 값보다 약간 더 높은 수준을 보임
- 이상의 성과지표들 값에 따르면 대부분의 지표에 대하여 군 지역이 시나 구 지역에 비하여 상대적으로 더 좋지 않은 수준을 보이는 반면, 시와 구 지역은 대체적으로 비슷한 지표 값을 보이고 있음
- 건강증진사업의 예산의 경우, 보건소의 평균 예산은 약 8억원으로 시 지역의 보건소 평균예산이(약 10억원) 가장 높은 수준을 보이고 있는 반면, 군 지역의 보건소 예산은(약 6.6억원) 시와 구 지역보다 상대적으로 낮은 수준을 나타내고 있음
- 시·군·구 특성을 나타내는 변수들의 경우, 군 지역 보건소에서 근무하는 의사 및 간호사의 비율, 5세 이하 인구비율, 재정자립도 그리고 자체사업비중은 시와 구 지역에 비하여 낮은 반면, 65세 이상 인구비율은 높은 것으로 나타남
- 이상의 기술통계량 결과를 종합해 보면 군 지역에 거주하는 사람들이 시와 구에 거주하는 사람들에 비하여 연령이 높고 대체적으로 좋지 못

한 건강수준을 나타내고 있으며, 이들이 거주하고 있는 보건소에 대한 예산투입 또한 상대적으로 적게 이루어지고 있음

<표 4-14> 시·군·구 차원의 분석에 대한 기술통계량

분류	변수	전체	시	군	구
성과지표	성인남성 흡연율	41.163 (4.883)	41.148 (4.289)	42.503 (5.209)	39.554 (4.625)
	흡연자의 금연 시도율	28.594 (9.187)	30.074 (8.445)	25.923 (9.886)	30.139 (8.371)
	비흡연자의 직장실내 간접흡연 노출률	17.472 (7.682)	18.167 (7.650)	15.424 (7.443)	19.140 (7.481)
	월간 음주율	60.207 (4.614)	61.234 (3.393)	57.061 (4.992)	62.814 (2.844)
	고위험 음주율	19.066 (3.734)	19.474 (3.243)	19.607 (4.475)	17.974 (2.999)
	영양표시 독해율	26.254 (5.376)	26.125 (4.730)	24.100 (5.167)	28.957 (5.105)
	5일 이상 아침식사 실천율	65.624 (5.607)	63.874 (4.182)	69.380 (5.583)	63.088 (4.547)
	걷기 실천율	41.128 (12.384)	39.342 (9.198)	33.870 (10.194)	51.720 (10.493)
	어제 점심식사 후 칫솔질 실천율	56.069 (5.657)	57.270 (4.888)	53.176 (5.454)	58.185 (5.272)
	모유수유 실천율	26.714 (5.353)	26.271 (5.027)	27.587 (6.056)	26.165 (4.651)
	혈압 인지율	50.309 (9.974)	51.500 (9.156)	48.453 (10.669)	51.204 (9.702)
	혈당 인지율	16.482 (5.451)	17.014 (4.884)	15.064 (5.655)	17.582 (5.461)
	1년 후 300일 이상 고혈압 투약순응률	68.359 (3.496)	69.058 (2.666)	67.858 (4.669)	68.184 (2.383)
	1년 후 300일 이상 당뇨 투약순응률	61.860 (3.481)	62.289 (2.722)	61.748 (4.530)	61.519 (2.658)
설명변수	보건소 예산	8.150 (4.324)	9.831 (6.554)	6.571 (1.740)	8.175 (2.154)

분류	변수	전체	시	군	구
시·군·구 특성	정규직 비율	0.376 (0.102)	0.367 (0.093)	0.406 (0.115)	0.350 (0.085)
	보건소 의사, 간호사 비율	0.624 (0.112)	0.642 (0.110)	0.600 (0.125)	0.633 (0.092)
	5세 이하 인구 비율	0.045 (0.013)	0.052 (0.012)	0.037 (0.012)	0.046 (0.011)
	65세 이상 인구 비율	0.191 (0.079)	0.154 (0.055)	0.268 (0.065)	0.142 (0.037)
	재정자립도	26.717 (13.615)	34.415 (14.257)	17.310 (6.930)	29.418 (12.327)
	자체사업비중	29.030 (10.654)	37.537 (9.647)	29.747 (5.591)	18.807 (7.010)
표본 수		908	304	328	276

*주: 성과지표 중 '모유수유 실천율'은 조율 값이고 나머지 변수들은 표준화율 값임.

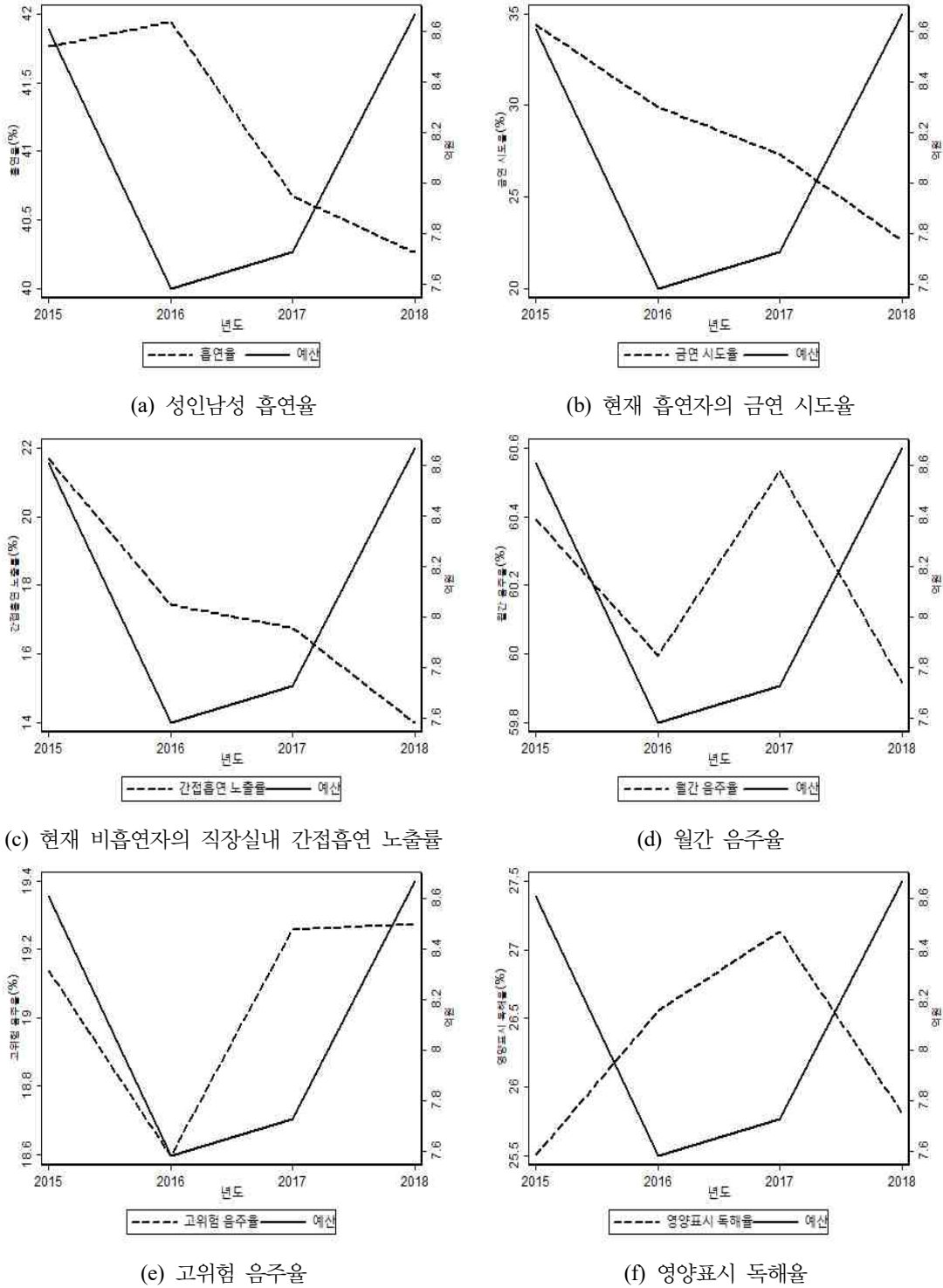
□ 성과지표와 예산 추세

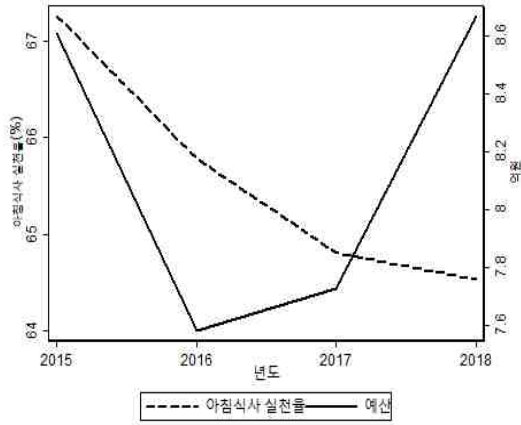
- 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들이 건강증진사업을 위해 보건소에 투입된 예산과 어떠한 관계를 갖는지를 <그림 4-4>에 그래프로 나타냄
- 앞서 언급한 것과 같이 <그림 4-4>는 성과지표와 예산 사이에 눈으로 관찰할 수 있는 패턴이 존재하는지의 여부만을 판단하기 위한 것으로, 예산이 성과지표에 미치는 영향을 나타내지는 않음
- <그림 4-4>의 (a)에 나타난 것과 같이 성인남성 흡연율은 모든 연도에 걸쳐 예산과 반대 추세를 보이고 있으며(예: 2015~2016년 흡연율은 증가한 반면 예산은 감소), (b)와 (c)에 나타난 금연 시도율과 간접흡연 노출률의 경우에는 2015~2016년에 예산과 동일한 추세를 보이다가 이후 부터는 반대의 추세를 나타내고 있음
- <그림 4-4>의 (d)~(g)에 나타난 월간 음주율, 고위험 음주율, 영양표시 독해율 그리고 아침식사 실천율의 경우, 예산과 동일한 추세와 반대의 추세를 동시에 나타내고 있음
- <그림 4-4>의 (h)에 나타난 걷기 실천율의 경우, 모든 연도에 걸쳐 예산과 동일한 추세를 보일 뿐 아니라 추세의 크기(예: 추세선의 기울기) 또

한 유사한 반면, (i)의 어제 점심식사 후 칫솔질 실천율의 경우에는 예산과 동일한 추세와 반대의 추세를 동시에 나타내고 있으며, (j)의 모유 수유 실천율은 예산의 추세와 관계없이 계속 감소하는 추세를 보이고 있음

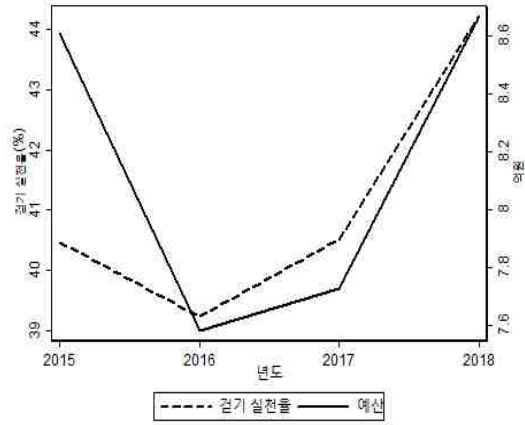
- <그림 4-4>의 (k)~(l)에 나타난 혈압 및 혈당 인지율의 경우, 2016~2017년에는 예산과 동일한 추세를 보이다가 이후에는 반대의 추세를 보이고 있으며, (m)~(n)의 고혈압 및 당뇨 투약순응률의 경우에는 예산과 동일한 추세와 반대의 추세를 동시에 나타내고 있음
- 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들의 추세와 예산 추세를 비교한 결과, 몇몇 경우를 제외하고는 두 변수 사이에 뚜렷한 상관관계를 발견할 수 없음

<그림 4-4> 사업 별 참여도와 보건소 예산 추이

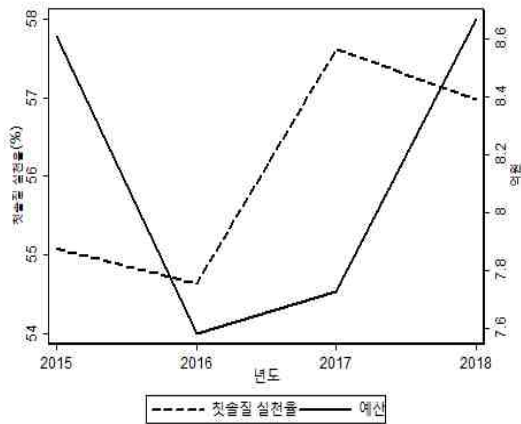




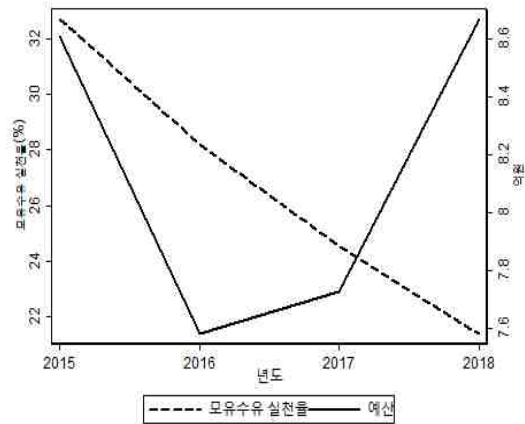
(g) 5일 이상 아침식사 실천율



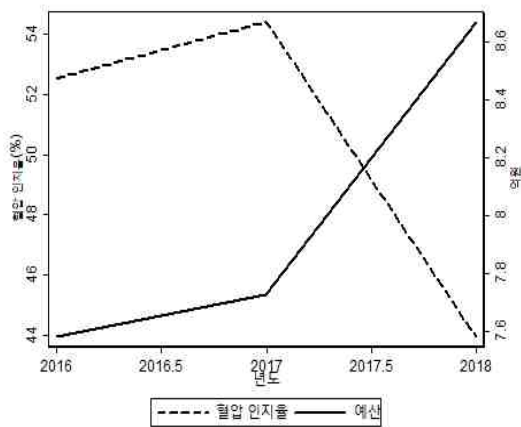
(h) 건기 실천율



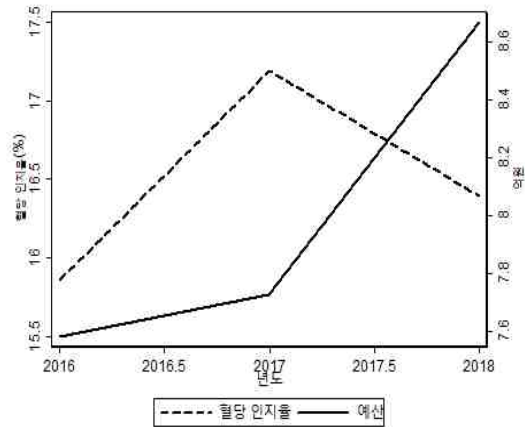
(i) 어제 점심식사 후 칫솔질 실천율



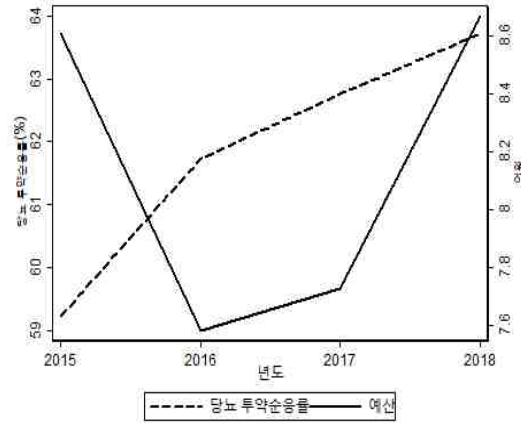
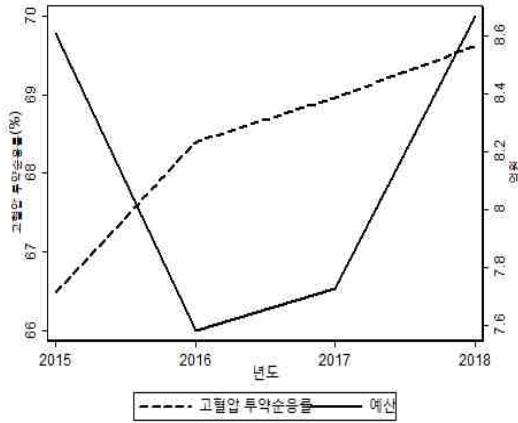
(j) 모유수유 실천율



(k) 혈압 인지율



(l) 혈당 인지율



(m) 1년 후 300일 이상 고혈압 투자순응률

(n) 1년 후 300일 이상 당뇨 투자순응률

*주: (j)의 '모유수유 실천율'은 조율 값을 이용하였고 나머지 그래프들은 표준화율 값을 이용하였음.

□ 회귀분석결과

- 각 성과지표에 대한 결과가 <표 4-15>에 나타나 있는데, 열 (12)의 '혈당 인지율'을 제외한 나머지 성과지표들의 경우 예산과 유의한 관계를 보이지 않음
- 열 (12)에 나타난 계수 값은 10% 수준에서 통계적으로 유의한 결과를 보이고 있는데, 이는 건강증진사업에 대한 예산이 보건소당 1억원 증가할 경우 혈당 인지율이 평균적으로 약 0.3%정도 상승할 수 있음을 의미함
- 앞서 살펴본 그래프에서 예산과 유사한 추세를 보였던 고위험 음주율(열 (5))과 걷기 실천율(열 (8))의 경우, 계수 값이 각각 음의 값과 양의 값을 나타내어 예산이 증가할수록 고위험 음주율은 감소하고 걷기 실천율은 증가하는 것으로 나타났지만, 통계적으로 유의한 결과는 얻지 못하였음

<표 4-15> 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들에 대한 회귀분석결과

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	흡연율	금연 시도율	간접흡연 노출률	월간 음주율	고위험 음주율	영향표시 독해율	아침식사 실천율
예산	0.003 (0.110)	-0.097 (0.250)	0.097 (0.144)	-0.095 (0.172)	-0.053 (0.095)	-0.108 (0.134)	-0.036 (0.143)
N	905	905	905	905	905	905	905
R ²	0.720	0.785	0.808	0.825	0.771	0.783	0.857
	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
	걷기 실천율	칫솔질 실천율	모유수유 실천율	혈압 인지율	혈당 인지율	고혈압 투약순응률	당뇨 투약순응률
예산	0.077 (0.069)	0.047 (0.087)	0.010 (0.048)	0.333 (0.284)	0.259* (0.144)	0.005 (0.050)	-0.047 (0.070)
N	905	905	905	681	681	905	905
R ²	0.909	0.814	0.877	0.865	0.845	0.804	0.813

*주: 모유수유 실천율은 조율을 사용하였고 나머지 변수들은 표준화율을 사용함. 혈압 인지율과 혈당 인지율의 경우 2015년 데이터가 존재하지 않음. 괄호에 특·광역시·도 수준에서 clustered 된 robust standard error를 표시. * p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01.

○ <표 4-15>의 결과가 시와 군 그리고 구에 따라 다르게 나타나는지를 살펴보기 위하여 아래의 식을 추정하였음

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{Budget}_{it} + \beta_2 (\text{Budget}_{it} \times \text{City}_i) + \beta_3 (\text{Budget}_{it} \times \text{District}_i) + \beta_4 X_{it} + \gamma_i + \delta_t + (t \times \delta_t) + \epsilon_{it} \quad - (3)$$

- City_i는 시에 대한 더미변수 그리고 District_i는 구에 대한 더미변수를 나타내며 다른 변수들의 정의는 식 (1)과 동일함
- 식 (3)에서 β₁은 군에 대한 예산의 효과를 나타내는 파라미터이고, β₂와 β₃은 시와 구가 군에 비하여 상대적으로 얼마나 더 추가적인 효과를 가지고 있는지를 각각 나타내는 파라미터임

- 시·군·구에 따른 이질적인 효과에 대한 결과가 <표 4-16>에 나타나 있는데, 대부분의 경우에 있어서 시와 군 그리고 구에 따른 이질성이 존재하지 않은 것으로 나타남
- 열 (8)에 나타난 ‘걷기 실천율’의 경우, 건강증진사업 예산과 군과 시의 걷기 실천율 사이에는 유의한 관계가 존재하지 않는 반면, 구의 걷기 실천율과는 유의한 양의 관계를 가지는 것으로 나타남
 - 건강증진사업 예산이 1억원 증가할 경우 구의 걷기 실천율이 평균적으로 약 1.4% 정도 증가할 수 있는 것으로 나타남
- 열 (12)의 혈당 인지율의 경우, 시에 대한 계수 값이 양의 값을 나타내고 있고 군에 비하여 크기가 훨씬 크며 구에 대한 계수 값은 음의 값을 보이고 있어, <표 4-16>에 나타난 혈당 인지율에 대한 결과는 대부분 시의 효과에 기인한 것으로 판단할 수 있음

<표 4-16> 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들에 대한 회귀분석결과: 시·군·구에 따른 이질성

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	흡연율	금연 시도율	간접흡연 노출률	월간 음주율	고위험 음주율	영향표시 독해율	아침식사 실천율
예산	-0.114 (0.262)	-0.804 (0.503)	-0.008 (0.664)	-0.654 (0.566)	0.015 (0.370)	-0.266 (0.385)	-0.259 (0.555)
(예산 *시)	0.134 (0.327)	0.806 (0.500)	0.162 (0.700)	0.634 (0.559)	-0.076 (0.366)	0.129 (0.407)	0.177 (0.534)
(예산 *구)	0.070 (0.308)	0.631 (0.531)	-0.356 (0.928)	0.493 (0.654)	-0.072 (0.368)	0.644 (0.585)	0.897 (0.575)
N	905	905	905	905	905	905	905
R ²	0.723	0.787	0.810	0.828	0.771	0.786	0.860
	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
	걷기 실천율	칫솔질 실천율	모유수유 실천율	혈압 인지율	혈당 인지율	고혈압 투약순응률	당뇨 투약순응률
예산	-0.276 (0.454)	-0.347 (0.420)	0.011 (0.269)	-0.861 (1.336)	0.047 (0.595)	0.186 (0.398)	-0.241 (0.247)
(예산 *시)	0.287 (0.460)	0.445 (0.477)	0.006 (0.287)	1.478 (1.337)	0.297 (0.678)	-0.186 (0.418)	0.247 (0.260)
(예산 *구)	1.378* (0.664)	0.343 (0.613)	-0.095 (0.297)	-0.815 (1.720)	-0.723 (0.948)	-0.381 (0.429)	-0.108 (0.264)
N	905	905	905	681	681	905	905
R ²	0.910	0.816	0.877	0.872	0.855	0.806	0.816

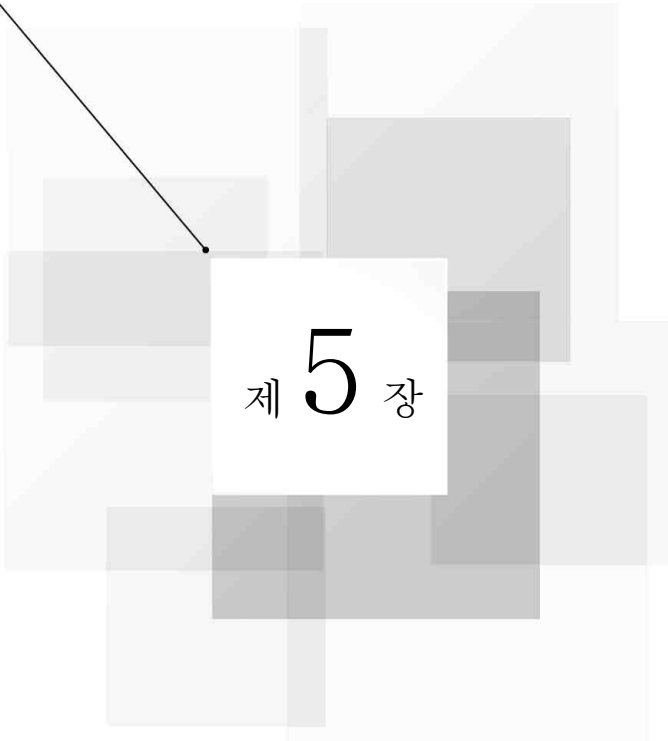
*주: 비교집단(Reference group)은 군임. 모유수유 실천율은 조울을 사용하였고 나머지 변수들은 표준화율을 사용함. 혈압 인지율과 혈당 인지율의 경우 2015년 데이터가 존재하지 않음. 괄호에 특·광역시·도 수준에서 clustered 된 robust standard error를 표시. * p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01.

- 마지막으로 사업의 효과가 실제 나타나는데 시간이 걸릴 수 있기 때문에 이를 고려하기 위해 전년도 예산을 이용하여 결과를 추정하였는데, <표 4-17>에 나타나 있는 것과 같이 모든 경우에 있어서 유의한 결과를 발견하지 못하였음

<표 4-17> 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들에 대한 회귀분석결과: 전년도
예산 효과

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	흡연율	금연 시도율	간접흡연 노출률	월간 음주율	고위험 음주율	영향표시 독해율	아침식사 실천율
전년도 예산	0.504 (0.447)	-0.287 (0.921)	-0.625 (0.421)	-0.298 (0.493)	-0.171 (0.264)	0.548 (0.500)	-0.200 (0.442)
N	681	681	681	681	681	681	681
R ²	0.811	0.846	0.871	0.881	0.855	0.862	0.916
	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
	걷기 실천율	칫솔질 실천율	모유수유 실천율	혈압 인지율	혈당 인지율	고혈압 투약순응률	당뇨 투약순응률
전년도 예산	-0.273 (0.711)	-0.001 (0.437)	-0.032 (0.446)	-1.014 (0.891)	-0.257 (0.375)	0.153 (0.233)	0.027 (0.326)
N	681	681	681	681	681	681	681
R ²	0.939	0.873	0.870	0.866	0.844	0.888	0.850

*주: 모유수유 실천율은 조율을 사용하였고 나머지 변수들은 표준화율을 사용함. 혈압 인지율과 혈당 인지율의 경우 2015년 데이터가 존재하지 않음. 괄호에 특·광역시·도 수준에서 clustered 된 robust standard error를 표시. * p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01.



제 5 장

건강증진사업 운영 및 성과관리 개선방안

제1절 단기적 차원

제2절 중장기적 차원

KRILA

제 5 장

건강증진사업 운영 및 성과관리 개선방안

제1절 단기적 차원

1. 조직 및 설계 차원의 개선방안

1) 보건소 인력 배치

보건소 행정수요에 맞는 인력 배치 방안 모색

- 현재 보건소의 인력 배치는 총액인건비제에 따른 지자체 내부의 결정에 따라 이루어지고 있음
 - 총액인건비 산정 시 지역의 특성이 고려되긴 하지만 행정수요를 정밀하게 고려하여 인력이 산정되지는 않음
 - 보건정책 분야의 행정수요는 사회경제적 요인 및 직접적인 정책 분야 요인과 긴밀한 연관성을 지님. 예를 들어 빈곤 수준, 가계소득, 고령화 수준과 같은 사회경제적 요인의 간접적인 영향을 받기도 하지만, 보건소의 실질적인 대상자인 영·유아·아동 수, 임산부 수, 만성질환자 등에 따라 달라질 수 있음
- 따라서 건강증진사업은 다양한 대상자들에게 13개 사업 영역을 전달하는 보건의료서비스임을 감안하여, 지자체 면적, 보건정책 프로그램 대상자 수, 사회경제적 특성 등을 감안한 인력 지원이 필요함

2. 인사 운용 차원의 개선방안

1) 전담 인력 확보

건강증진사업 전담팀 확보를 통한 중장기적 사업 기획력 제고

- 현재 시·군·구 보건소에서는 건강증진사업을 추진하고 있으나 전담부서를 확보하여 사업을 추진하는 사례는 그리 많지 않음
 - 대다수 시·군·구 보건소에서는 건강증진사업을 총괄하는 전담부서라기 보다는 사업의 단순한 취합 및 평가 대응 인력으로 한 사람을 지정하는 상황임
- 따라서 보건소 차원에서 건강증진사업 전담부서를 확보하여 이의 중장기적 사업 기획력을 제고할 필요가 있음
 - 건강증진사업 전담팀 확보를 위해서는 보건소장의 사업에 대한 이해도, 인력 지원 등이 뒷받침되어야 함

2) 사업 인력의 동기 제고

건강증진사업 전담 인력의 동기를 제고하기 위해 전문관 제도 도입

- 운영사례 분석을 통해 알 수 있듯이 사업의 어려움으로 인해 건강증진사업 전담 인력의 순환이 빨리 이루어지기 때문에 이들의 동기를 높이기 위해 전문관 제도를 도입할 필요가 있음
 - 전문관 제도는 공직의 전문성을 제고하기 위해 도입한 제도로 고도의 전문성과 장기 재직이 필요한 분야에서 정년까지 근무할 수 있는 전문직 공무원을 선발함
 - 제도를 활용함으로써 건강증진사업에 대한 전문성과 경험을 쌓아 중장기적인 사업 기획 및 집행이 가능할 것으로 판단됨

3. 사업 수행 차원의 개선방안

1) 사업 수행

만성질환관리 활성화

- 앞서 시·군·구 단위 성과분석 결과 건강증진사업의 예산이 혈당인지율에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타남. 혈당인지율은 만성질환 예방·관리 분야의 핵심 성과지표에 해당함
- 이같은 결과는 보건소에서 수행하는 만성질환관리사업이 효과를 보이는 것을 뜻하기 때문에 이와 관련한 프로그램을 강화하여 사업 효과를 극대화할 필요가 있음

보건소 이용이 높은 인구집단의 건강증진사업 강화

- 건강증진사업이 시·군·구 단위의 보건소를 중심으로 이루어지고 있기 때문에 직장을 가진 성인의 경우 사업장이 있는 지역과 거주 지역이 다를 가능성이 크고 서비스를 이용하거나 교육을 받는데 시간적 제약이 많이 존재함(임준 외, 2013)
- 또한 각종 민간과 공공기관에서도 건강증진사업이 수행되기 때문에 대상자에 따라 중복적으로 서비스가 제공되는 문제도 발생함
- 따라서 건강증진사업 성과를 제고하기 위해서는 주된 생활환경이 실제 거주 시·군·구와 크게 다르지 않고 민간이나 공공기관이 아닌 보건소에서 제공되는 서비스를 주로 이용하는 대상자를 파악하여 이들을 대상으로 한 프로그램을 강화할 필요가 있음
- 이 과정에서 실질적으로 보건소 프로그램을 활용하는 대상자들에게 민간이나 공공기관을 통한 서비스 제공이 효과적이라고 판단될 경우 민간위탁제도를 활용함으로써, 성과 제고는 물론 인력 부족 문제를 함께

해소할 수 있음

2) 평가제도

평가주기 조정

- 단기적 차원보다는 장기적 차원으로 지역 내 건강증진 효과가 이뤄질 수 있도록 평가주기를 장기적으로 볼 필요가 있음
 - 1년 단위 사업이기 때문에 그 안에 사업 결과를 도출해야하기 때문에 무리하게 사업을 집행하기도 하고, 우수사례 발굴 시에도 근시안적으로 그때그때 사업을 만들어내기도 함
 - 다른 평가영역의 점수에서 그리 편차가 크지 않기 때문에 우수사례 점수가 결과를 좌우하는 경우가 있음. 따라서 보건소마다 우수사례 발굴에 대한 부담이 큼

지자체별 여건을 고려한 평가방식 고려

- 현재 시·군·구 건강증진사업 평가는 특·광역시·도 내에서 이루어지고 있음. 동일한 특·광역시 내 자치구의 경우 비교적 유사한 여건에서 사업을 추진하지만, 시·군이 포함된 도 단위의 경우 지자체별 여건 차이가 큼
 - 시·군·구 유형과 7대 지자체 유형에 따라 살펴본 바와 같이 유형별 보건소 인력 차이가 두드러지나, 인력 차이에도 불구하고 동일한 사업을 수행함
 - 또한 시와 군 단위의 경우 지자체별 격차가 특히 두드러지나 동일한 평가군에 속함. 예를 들어 경기도의 경우 2017년 기준 인구 100만 이상 시(수원시, 고양시, 용인시)와 인구 5만 미만 군(연천군)이 동일 평가군에 속함
 - 대다수 농촌 지역인 군 단위 보건소의 경우, 경로당을 대상으로 하는 하나의 프로그램을 수행하더라도 지리적으로 멀리 떨어져있기 때문에

업무시간이 다른 곳보다 더 많이 소요되는 특성이 있음

- 다문화가정이 많은 지역의 보건소의 경우, 단순히 보건정책 관련 프로그램만을 수행하는 것이 아니라, 사회복지 관련 업무와 연계해야 하는 역할도 부여됨
- 이러한 차이에도 불구하고 지자체별 차이를 감안하는 평가방식이 도입되지 않을 경우 해당 보건소 직원들의 사기저하가 심화됨
- 따라서 향후 건강증진사업 평가 시, 도 단위 평가 시 지자체 규모와 특성을 고려하여 평가를 진행하는 방안을 제안함

건강증진사업의 사업 별 성과측정을 위한 핵심성과지표의 개선

- 몇몇 사업들의 경우 현재의 16개 핵심성과지표로는 그 사업의 성과를 측정하기가 어려운데, 예를 들어 한의약건강증진 사업이나 아토피·천식 예방관리 사업의 경우 이에 대응할 만한 핵심성과지표가 없는 것으로 판단됨
- 금연사업은 흡연율, 금연시도율, 간접흡연 노출률 그리고 영양 사업은 영양표시 독해율과 같이 각 사업의 성과를 보일 수 있는 핵심성과지표가 추가적으로 필요할 것으로 판단됨
- 중장기적으로 건강증진사업을 생애주기별로 개편한다면, 각 생애별 건강지수를 정의 및 측정하여 (생애주기별) 사업비가 건강지수에 어느 정도 영향을 주는지를 파악하는 것이 가능할 것임

3) 데이터 구축

건강증진사업에 지출된 예산에 대한 일관적인 데이터 구축

- 현재 구축된 데이터의 경우 예산이 지출된 사업의 명칭과 사업의 항목이 매년 다르기 때문에 특정 사업에 어느 정도의 예산이 지출되어 왔는지를 추적하는 것이 불가능함

- 최근 들어 건강관리를 바라보는 시각이 사업별(예 금연사업, 절주사업 등)에서 생애주기별(예 아동건강관리, 노인건강관리 등)로 변함에 따라 지출된 예산에 대한 데이터 또한 사업별에서 생애주기별로 수립하는 것을 권장하고 있음
- 하지만 건강증진사업이 13개의 사업 영역으로 정의되어 있는 상황에서 각 사업에 대한 성과분석을 위해서는 사업 별 예산에 대한 정보도 필요하므로, 생애주기별 지출된 예산 뿐 아니라 생애주기별 내 각 사업별로 지출된 예산에 대해서도 활용이 가능하도록 데이터가 구축될 필요가 있음

□ 개인수준의 데이터 구축

- 건강증진사업은 궁극적으로 개인의 건강상태를 개선시키는 것을 목표로 하고 있는데 현재 이용 가능한 가장 정밀한 수준의 데이터는 시·군·구 수준의 데이터뿐임
- 개인의 건강상태는 개인의 처해있는 보건환경 뿐 아니라 그 사람의 성별, 학력, 소득 등 다양한 사회경제적(socioeconomic) 변수들에 의해서도 영향을 받기 때문에 더욱 정확한 성과분석을 위해서는 사회경제적 정보를 포함한 개인수준의 데이터가 구축되어야 할 것으로 판단됨
- 건강보험공단 및 민간병원의 이용 자료가 통합적으로 구축된다면 건강증진사업뿐만 아니라 대부분의 보건정책 사업에서 효과적으로 활용될 것임

제2절 중·장기적 차원

1. 조직 및 설계 차원의 개선방안

1) 보건소 인력 배치

보건소 내 사업의 연계성과 통합성을 제고하기 위한 인력 배치 방안 모색

- 이제까지 건강증진사업의 효과를 증진하기 위해 사업 간 연계성과 통합성을 강조하였음
 - 이에 따라 시·군·구 보건소에서는 사업 간 연계성이 높은 심뇌혈관, 방문관리, 영양 등의 사업을 통합적으로 실시하고 있음
 - 그러나 인력이 부족한 보건소의 경우 사업을 기획하여 통합적으로 추진할 수 있는 역량이 부족하여 사업을 수행하는데 급급함
 - 따라서 시·군·구 보건소에서는 이와 같은 문제점을 해소하기 위해 지역별 중점사업 기획과 이의 통합적 추진을 위한 인력 배치를 우선적으로 고려할 필요가 있음

2) 중앙-광역-기초 간 관계

효과적인 건강증진사업 추진을 위한 중앙-광역-기초 보건소 간 조직 연계성 확보(이주열, 2013)

- 건강증진사업의 효과성을 제고하기 위해 중앙-광역-기초 보건소 조직까지 조직의 연계성이 강화될 필요가 있음
 - 건강증진사업은 사업 간 통합과 연계성 강화를 통해 효과를 증진시킬 수 있음. 이에 따라 기초 단위 보건소에서는 개별 사업들 간 통합하거나 연계하여 사업을 추진하고 있음
 - 그러나 중앙 부처인 보건복지부의 경우 각 사업별로 조직이 구성되기 때문에 기초 단위 사업의 통합성이 중앙 단위 보건복지부 차원에서 실현되기 어려움
 - 따라서 이러한 문제점을 개선하기 위해 사업별 유사성과 연계성이 강한 경우 보건복지부 내의 조직을 통합적으로 개편하여 사업의 효과성

을 높일 필요가 있음

중앙-광역-기초 보건소 간 역삼각형 인력 구조 완화

- 중앙-광역-기초 보건소 간 인력구조는 역삼각형을 보임
 - 이는 중앙이 가장 많은 인력과 조직을 갖고, 광역은 그 다음으로 많은 인력과 조직을 갖추고 기초 보건소가 가장 적은 인력과 조직을 갖추었음을 의미함
- 따라서 지역 주민들에게 보건정책 프로그램을 1차적으로 제공하는 기초 보건소의 인력을 좀 더 늘려 최소한 완화된 역삼각형 또는 모래시계형으로 개선이 필요함
 - 실질적으로 지자체 차원에서 역삼각형 인력 구조를 개선할 수 있는 권한이 없기 때문에 보건복지부와 행정안전부 간 긴밀한 협조·논의를 통해 개선 필요

2. 인사 운용 차원의 개선방안

1) 공무원 비율

보건소 전체 인력 대비 공무원 비율 향상

- 보건소 내 비공무원의 높은 비율은 고질적인 문제로 지적되어 왔음(이주열, 2013)
 - 이는 보건소에서 전문성이 필요한 다양한 프로그램을 수행하며, 몇몇 프로그램의 경우 단기적으로 수행해야 하는 필요성이 높기 때문에 비공무원을 채용하여 사업을 추진해 온 결과임
 - 또한, 사업 대비 인력이 부족하다보니 상대적으로 자율적이고 유연한 비공무원을 채용하여 대응하게 됨
- 향후 보건소 인력 대비 공무원 비율을 점차 높일 수 있도록 공무원 정

원을 증가하는 것은 물론, 비공무원을 채용하여 수행해야 하는 사업의 분야를 최소화할 필요가 있음

- 구체적으로 인력 대비 공무원 비율의 경우 원활한 사업 수행을 위해 평균적으로 50% 이상을 상회하도록 조정해야 함

3. 사업 수행 차원의 개선방안

1) 사업 수행

생애주기별 사업 재편

- 건강증진사업은 여성·영유아, 아동, 청소년, 성년, 노년의 전 생애 대상자들에게 필요한 13개 사업을 수행하기 때문에 각 사업의 분절화로 인한 불편을 겪어 옴
 - 예를 들어 특정 노인 대상자들의 경우 만성질환, 치매, 방문관리사업을 개별 사업별로 제공받기 때문에 사업 담당자만 변경하여 건강증진사업을 중복적으로 제공받는다는 인식이 있음
- 따라서 건강증진사업을 사업별이 아닌 생애주기별로 재편하여 수행한다면 사업의 분절화 문제는 해소되고, 사업의 통합화가 강화될 것으로 판단됨

2) 중간지원단

시·도 건강증진사업 지원단의 지속성 강화

- 시·도 건강증진사업 지원단은 시·군·구 보건소가 수행하는 사업의 계획, 실행, 평가 등에 관한 자문 및 컨설팅을 수행함
 - 시·군·구 보건소에서는 컨설팅이나 자문을 통해 실질적인 사업 수행에 도움을 주는 지원단의 역할을 중요하게 인식하고 있었고, 지원단의 지속적인 자문 및 컨설팅에 대한 요구가 높았음

- 따라서 시·도 건강증진사업 지원단의 지속성을 높이기 위해 현재 활용하는 민간기관과의 계약 방식이 아닌, 지속적인 보건정책을 수행하는 기관의 하위조직으로서 정식화할 것이 요구됨



제 6

결론

제1절 연구의 요약

제2절 연구의 시사점 및 한계

KRILA

제 6 장

결론

제1절 연구의 요약

1. 연구의 배경 및 목적

연구의 배경 및 목적

- 건강증진사업은 지역별 특성에 따른 대상자 중심의 통합서비스로서, 각 지역의 보건소를 중심으로 여성·영유아, 아동, 청소년, 성인, 고령자 등 전국민을 대상으로 13개 사업 영역에서 이루어지고 있음
- 본 연구는 2013년 통합방식으로 변경된 건강증진사업의 운영체계 및 성과분석을 통해 사업의 효율성을 제고하기 위한 개선방안을 마련하는 것을 목적으로 함

2. 운영체계·사례분석 및 성과분석

운영체계

- 인력 및 예산 현황을 살펴볼 때, 특·광역시·도, 시·군·구 유형, 7대 지자체 유형에 따른 편차가 발견됨
 - 인력의 경우 보건소 당 인력이 가장 많은 지역은 충남, 서울이며, 보건소 당 인력이 가장 적은 지역은 세종, 강원, 경북임. 인력 대비 공무원 비율이 높은 지역은 부산, 충남, 서울이며, 인력 대비 공무원 비율이 낮은 지역은 인천, 대구, 제주임
 - 시·군·구 중 보건소당 인력과 공무원 비율이 가장 많은 유형은 구 유형이며, 가장 적은 유형은 군 유형임

- 7대 지자체 유형 중 보건소 당 인력이 가장 많은 지역은 1유형, 2유형, 3유형이며, 보건소 당 인력이 가장 적은 지역은 7유형, 6유형임. 인력 대비 공무원 비율이 높은 지역은 1유형, 6유형이며, 낮은 지역은 3유형, 4유형임
- 이러한 현황을 종합하면, 서울특별시 자치구에 해당하는 1유형은 보건소 당 인력과 인력 대비 공무원이 모두 높은 비율을 보였고, 이에 비해 군 단위인 6유형과 7유형은 보건소 당 인력은 적으나 인력 대비 공무원 비율은 그리 낮지 않았음
- 예산의 경우 보건소 당 예산이 가장 많은 지역은 세종, 광주, 충남이며, 적은 지역은 제주, 충북임. 사업 예산 중 지방비 비율이 가장 높은 지역은 세종, 충남이며 낮은 지역은 서울, 강원임. 전체 예산 대비 인건비 비율이 가장 높은 지역은 부산, 인천이며 낮은 지역은 경기, 울산, 세종임
- 시·군·구 중 보건소 당 예산이 가장 많은 지역은 시 유형이며, 지방비 비율이 낮고 사업 대비 인건비 비율이 높은 유형은 구 유형임
- 7대 지자체 유형 중 보건소 당 예산이 많은 지역은 4유형, 1유형이고, 적은 지역은 2유형, 3유형임. 사업 예산 중 지방비 비율이 가장 높은 지역은 1유형, 5유형이고, 낮은 지역은 3유형, 7유형임.
- 서울특별시 자치구인 1유형의 경우 보건소 당 예산이 높은 편이며, 지방비 비율 역시 높아 비교적 사업에 필요한 예산을 적절히 확보하거나 투입하고 있으나, 기타 특광역시 자치구인 2유형은 보건소 당 예산이 적고, 5만 미만 군인 7유형은 지방비 비율이 낮아 사업에 필요한 예산이 부족하거나 자체적으로 필요한 예산을 투입하지 못한 현황이라 해석할 수 있음

□ 사례분석

- 6개 보건소 사례를 분석한 결과 전반적으로 보건소의 사업 인력 부족 문제가 지속되고 있음

- 특정 사업에 한하는 것이 아니라, 보건소 전체 인력이 부족한 상황이다 보니 건강증진사업의 경우에도 한 명의 담당자가 2개 이상의 사업을 실시하는 경우가 많고, 건강증진사업 총괄·조정 담당자가 2개 이상 사업을 함께 수행하는 경우도 존재함
- 보건소에서 추진하는 사업의 경우, 보건소 인력과 상관없이 필수적으로 수행되는 사업 영역이 정해져있기 때문에, 상대적으로 보건소 인력이 부족한 농촌형이 더 심각한 인력 부족 문제를 겪고 있음
- 전담 조직 및 인력을 구축하는데 어려움을 겪고 있음
 - 건강증진사업은 13개 사업을 아우르는 큰 규모의 사업으로, 사실상 보건소에서 이뤄지는 시민 대상 프로그램과 대부분 연관됨
 - 이러한 사업 특성 상 건강증진사업은 13개 영역의 사업을 총괄하거나 조정하는 전담 조직이나 인력을 필수적으로 설계해야 하지만, 보건소의 고질적인 인력 부족 문제로 인해 어려움을 겪을 수 있음
 - 전담 조직이나 인력이 마련된다 하더라도 조직 부서들을 넘나드는 업무이다 보니 원활한 소통과 업무 협의가 쉽지 않음
- 사업 전담 인력 대비 공무원의 비율이 부족함
 - 정규직 인력이 필요함에도 제때 인력이 충원되지 않아 비공무원이 충원될 경우 공무원들의 업무 부담이 강화됨
- 시도 건강증진사업 지원단의 지속성에 한계가 있음
 - 시도 건강증진사업단은 시·군·구 보건소가 수행하는 사업의 계획, 실행, 평가 등에 관한 자문 및 컨설팅을 수행함
 - 시·군·구 보건소에서는 실질적으로 사업에 대한 자문을 받을 수 있는 여건이 부족하기 때문에 지원단의 지속적인 자문 및 컨설팅에 대한 요구가 높음
 - 지원단은 민간 지위의 전문가로 구성되었고, 1년 단위로 위탁 형식으로 지원단 업무를 수행하기 때문에 지속성이 보장되지 않음
- 지역별 편차가 크기 때문에 평가의 차등화 필요

- 특·광역시·도 내에서 평가를 받기 때문에 시와 군이 모두 포함된 도 단위 평가의 경우 지자체의 규모와 특성을 고려하여 평가를 진행하는 방안이 필요함

□ 성과분석

- 특·광역시·도의 경우, 건강증진사업의 사업예산과 64세 이하 성인들의 건강증진사업에 대한 체감도(인지도, 평가도, 참여도 및 만족도) 사이에 어떠한 관계를 가지고 있는지에 대하여 살펴봄
 - 예산규모는 절주사업 및 치매사업에 대한 인지도, 그리고 심뇌사업에 대한 참여도와 유의한 양의 상관관계를 가지는 것으로 나타남
- 시·군·구의 경우, 건강증진사업의 사업예산과 핵심성과지표의 대상이 되는 지표들 사이에 어떠한 관계를 가지고 있는지에 대하여 살펴봄
 - 예산규모는 혈당 인지율과 유의한 양의 상관관계를 가지는 것으로 나타남
- 이러한 결과와 관련하여 세부 지역(특·광역시·도의 경우 특·광역시와 도 그리고 시·군·구의 경우 시와 군과 구)에 따른 이질성은 존재하지 않는 것으로 나타남
- 체감도 조사에서에서 유의성이 나타난 치매사업과 심뇌사업, 그리고 핵심성과지표 중 유의성이 나타난 혈당 인지율 모두 중장년층을 대상으로 만성질환의 예방 및 관리를 목표로 한다는 점에서 공통점이 있음
- 따라서 본 연구의 성과분석 결과는 지금까지의 건강증진사업이 다른 영역들에 비하여 중장년층을 대상으로 한 만성질환의 예방 및 관리에 상대적으로 더 유효한 효과를 거두어 왔음을 나타냄
- 이러한 결과는 다른 집단에 비하여 중장년층의 경우 상대적으로 건강상태에 대한 관심이 높고(함선옥 외, 2017) 보건소의 이용 빈도가 높은 사실을(박언아, 최성용, 2019) 반영한 것으로 볼 수 있음

3. 개선방안

1) 단기적 차원

조직 및 설계 차원

- 보건소 행정수요에 맞는 인력 배치 방안을 모색할 필요가 있음. 보건정책 분야의 특성을 감안하여 지자체 면적, 보건정책 프로그램 대상자 수, 사회경제적 특성 등에 따른 인력 지원이 필요함
- 기초 지자체 차원에서 건강증진사업의 통합성 강화를 위해 전담팀 마련 등의 인력 배치 방안을 고려할 필요가 있음

인사 운용 차원

- 건강증진사업 전담 인력의 동기를 강화하기 위해 전문관 제도를 도입하여 관련 전문성과 경험을 쌓아 사업의 성과를 제고할 수 있도록 함

사업 수행 차원

- 보건소 이용이 높은 인구집단에 대한 건강증진사업을 강화할 필요가 있음. 보건소 프로그램 대상자들을 검토하여 실제 이용자들에 대한 사업을 강화하고 민간이나 공공기관을 통한 서비스 제공이 효과적일 경우 민간위탁도 고려해야 함
- 중간지원단의 지속성을 강화하기 위해 지속적인 보건정책을 수행하는 기관의 하위조직으로서 정식화할 것이 요구됨
- 평가주기 조정, 지자체별 여건을 고려한 평가방식, 사업별 성과측정을 위한 핵심성과지표의 개선 등을 통해 평가제도를 개선함
- 건강증진사업 관련 사업별 예산 데이터와 개인 수준의 데이터를 구축하여 사업의 성과관리를 고도화할 필요가 있음. 건강보험공단 및 민간병

원의 이용자료가 통합적으로 구축된다면 건강증진사업뿐만 아니라 대부분의 보건정책 사업에서 효과적으로 활용될 것임

2) 중장기적 차원

조직 및 설계 차원

- 중앙-광역-기초 보건소 간 조직 연계성과 사업의 통합성을 고려한 보건복지부 조직 재편 및 기초 단위의 인력 지원이 필요함

인사 운용 차원

- 보건소 전체 인력 대비 공무원 비율을 향상하거나 건강증진사업 전담 인력을 확보할 필요가 있음. 보건소 내 비공무원이 담당해야 할 업무와 공무원이 담당할 업무를 면밀히 검토하여 인력을 충원하고, 중장기적 사업 기획력 확보를 위해 건강증진사업 전담 인력을 확보해야 함

사업 수행 차원

- 생애주기별 사업 재편을 통해 건강증진사업의 효과를 제고할 필요가 있음. 개별 사업을 중심으로 진행하다보면 사업의 분절화 문제가 심화됨. 따라서 생애주기별 사업 재편을 통해 대상자들에게 통합된 서비스를 제공해야 함

제2절 연구의 시사점 및 한계

1. 연구의 시사점

운영 차원의 시사점

- 본 연구는 건강증진사업의 운영체계 분석을 통해 사업 현황을 진단하고 향후 사업의 효율성을 제고하기 위한 개선방안을 마련하는 것을 목적으로 함
- 운영체계 및 사례분석을 통해 조직 및 설계, 인사 운용, 사업 수행 차원의 문제점을 진단하고 이에 대한 구체적인 개선방안을 마련함
 - 조직 및 설계에서 보건소에서 고질적인 문제로 다뤄져 온 인력 부족과 사업의 통합성 확보를 위한 전담팀 확보, 중앙-광역-기초 간 사업 연계성과 통합성을 확보하기 위한 조직 개편 방안을 제시함
 - 인사 운용 차원에서 공무원 비율 향상, 전담 인력 확보, 사업 인력의 동기 제고 방안 등을 마련함
 - 사업 수행 차원에서 사업재편, 보건소 이용 대상자를 위한 사업 강화, 중간지원단 정식화, 평가주기 조정 및 지자체별 차등 평가 등 평가제도 개편 방안을 제시함

성과 차원의 시사점

- 건강증진사업 성과분석을 통해 실제 사업 투입 대비 성과 정도를 파악하여 성과관리 및 사업운영에서 개선방안을 마련함
- 특·광역시·도 차원과 시·군·구 차원의 성과분석을 실시한 결과 예산 대비 효과를 보이는 분야는 치매사업, 심뇌사업, 핵심성과지표의 대상이 되는 지표에서의 혈당 인지율인 것으로 파악됨. 이러한 사업들은 공통적으로 중장년층을 대상으로 만성질환의 예방 및 관리를 목표로 한다

는 점에서 공통점이 있음

- 따라서 본 연구의 성과분석 결과는 지금까지의 건강증진사업이 다른 영역들에 비하여 중장년층을 대상으로 한 만성질환의 예방 및 관리에 상대적으로 더 유효한 효과를 거두어 왔음을 시사함

2. 연구의 한계

운영체계 및 사례분석의 한계점

- 본 연구의 운영체계 및 사례분석은 몇 가지 한계를 지님
- 첫째, 운영 체계 측면에서 사업 인력과 예산 두 가지 차원에서 살펴보았으나, 운영체계의 다양한 요소들을 파악하지 못했다는 점에서 한계가 있음
- 둘째, 사례분석에서 각 보건소의 건강증진사업 담당자뿐만 아니라 대상자, 관련 공공기관 및 민간기관, 일반 주민들을 대상으로 심층면접을 확대하여 사업 현황을 다각도로 파악할 필요가 있음
- 셋째, 사례분석 시 각 보건소 단위가 아닌, 보건복지부 담당자, 한국건강증진개발원 담당자, 특·광역시·도 담당자, 보건소 담당자 등 다양한 층위의 면접자들과 통합적으로 면담을 실시할 필요가 있음

성과분석의 한계점

- 본 연구의 성과분석은 몇 가지 한계를 지님
- 첫째, 특·광역시·도 분석의 경우 이용된 표본수가 적기 때문에 안정적인 통계적 결과와 결과에 대한 의미 있는 해석을 도출하기 어려움
- 둘째, 특·광역시·도 분석에 이용된 설문조사는 건강증진사업 뿐 아니라 보건소 및 지역사회에서 제공하는 모든 건강증진사업에 대한 만족도 등을 조사한 결과이고 성인을 대상으로 한 조사만을 이용하였기 때문

에 분석 결과가 제한적임

- 셋째, 시·군·구 분석의 경우 실제 각 시·군·구가 자체적으로 설정한 핵심 성과지표들을 대상으로 아닌 핵심성과지표의 대상이 되는 모든 지표들에 대하여 분석이 이루어졌기 때문에 각 보건소의 사업에 대한 노력과 이에 대한 성과 사이의 매치가 정확히 이루어지지 않음
- 넷째, 분석에 사용된 예산은 사업별 예산이 아닌 모든 사업에 지출된 총 예산이기 때문에 분석에 있어서 측정오차가 크게 존재함
- 마지막으로 고정효과모형을 이용하여 시간에 따라 변하지 않는 특·광역·시·도 및 시·군·구의 특성을 통제하였으나 여전히 추정식에서 통제하지 못하는 여러 변수들이 존재한다는 점 등이 주요 한계점임
- 따라서 결과를 해석하는데 있어서 많은 주의를 기울일 필요가 있는데, 특히 본 연구의 추정결과는 건강증진사업의 예산과 사업의 성과 사이의 인과관계가 아닌 상관관계를 보여주고 있음을 유념해야 할 필요가 있음

【참고문헌】

- 고재경. (2008). 환경거버넌스 평가에 관한 연구. 경기개발연구원.
- 김남희. (2018). 지역사회 중심 일차의료 강화를 위한 만성질환관리 사업 소개 및 향후 발전 방안. 건강보험심사평가원 정책동향, 12(5), 18-27.
- 김대욱,사용진. 2017. 지방자치단체 무기계약직 관리방안. 한국지방행정연구원. 2017-07.
- 김익두. (2013). 지역사회 건강증진사업의 현황과 과제. 국회입법조사처.
- 김인. (2006). 지방정부의 공공서비스 전달에 있어서 거버넌스 구조가 성과에 미치는 영향. 한국행정학보, 40(4), 51-75.
- 김정숙. (2019). 법정협회의 유형에 관한 연구: 퍼지셋 이상형 분석을 적용하여. 한국행정학보, 53(1), 65-94.
- 박언아, 최성용. (2019). 한국의 보건소 이용률에 영향을 미치는 요인 분석. 한국 산학기술학회 논문지, 20(3), 203-215.
- 박형근 (2018), 일차의료 만성질환관리 통합시범사업 추진안내. 한국건강증진개발원.
- 배상수. 건강증진사업 추진체계의 다각화, 대한보건협회학술지, 2007
- 오영호. (2007). 특집: 국민건강증진사업 추진체계의 확충과 다각화; 우리나라와 OECD 국가 간 건강수준과 국민의료비 비교분석에 관한 연구. 대한보건연구(구 대한보건협회학술지), 33(1):86-98.
- 윤기찬, 김순양. (2010). 건강불평등의 지역 간 차이 및 그 영향요인에 관한 연구. 한국정부학회 학술발표논문집, 183-212.
- 이은우. (2015). 지역 간 주관적 건강수준 차이 분석. 한국지역경제연구, 30, 33-53.
- 이주열. (2017). 지역건강증진사업의 개선 방안. 보건복지포럼.
- 임준, 나백주, 주영수, 윤완섭, 박웅섭, 정원, 한진옥, 전수경. (2014) 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진 전략 개발 연구. 가천대학교·한국건강증

진재단.

- 한국건강증진개발원. (2017). 지역사회 통합건강증진사업 추진현황 및 개선과제. 김윤구. Weekly Issue 2017-41
- 한국건강증진개발원. (2019a). 2019년 지역사회 통합건강증진사업 안내(총괄).
- 한국건강증진개발원. (2019b). 2019년 지역사회 통합건강증진사업 계획 분석.
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원. (2015). 2015년 지역사회 건강증진사업 현황 및 발전방향 모색을 위한 대국민 설문조사
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원. (2016). 2016년 지역사회 건강증진사업 현황 평가 및 체감도조사
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원. (2017). 2017년 지역사회 건강증진사업 현황 평가 및 체감도조사
- 한국보건사회연구원. (2018a). 보건의료공급체계 성과 분석을 통한 공공보건의료수준의 적정 수준과 정책 방향. 오영호·금예진·이나경. 연구보고서(수시) 2018-04
- 한국보건사회연구원. (2018b). 2018 한국 의료 질 보고서-한국 의료시스템의 성과 평가와 정책 과제. 강희정 · 고제이 · 하솔잎 · 김소운 · 홍재석 · 박종현 · 이은주. 연구보고서 2018-34
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원. (2018c). 2018년 지역사회 통합건강증진사업 현황 평가 및 체감도 조사
- 한국지방행정연구원. (2018). 읍면동 중심의 지역사회보장 민관협력 모델 구축 방안 연구. 김필두 최인수. 정책연구 2018-6
- 함선옥, 이호진, 김서영, 박영민. (2017). 외식 영양정보 표시의 이용과 속성에 대한 소비자 인식. 대한영양사협회 학술지, 23(1) : 106-119
- 황순기. (2013). 지역보건의료 거버넌스 구축방안. 지방정부연구, 16(4), 137-161.
- Baker RG, Changing Patterns of Governance for Hospitals: Issues and Models, In Deber and
- Blakely, T. A., Lochner, K., & Kawachi, I. (2002). Metropolitan area income

- inequality and self-rated health? a multi-level study. *Social science & medicine*, 54(1), 65-77.
- Blaxter, M. (2003). *Health and lifestyles*. Routledge.
- Cutler, D. M., Lleras-Muney, A., & Vogl, T. (2008). Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms (No. w14333). National Bureau of Economic Research.
- Daft, R. L. (1989). *Organization theory and design* (3rd ed.). St. Paul, MN: West.
- Filmer, D., & Pritchett, L. (1999). The effect of household wealth on educational attainment: evidence from 35 countries. *Population and development review*, 25(1), 85-120.
- Hirst P, *Democracy and Governance*, In Ion Pierre, ed. *Debating Governance*. Oxford, Oxford
- Hirst, Paul. "Democracy and governance." *Debating governance* (2000): 13-35.
- Hodges R, Wright M, and Keasey K, *Corporate governance in the public services: Issues and concepts*, *Public Money and Management*, 1996; 16(2):7 ~ 13
- Hogg, W., Dahrouge, S., Russell, G., Tuna, M., Geneau, R., Muldoon, L., ... & Johnston, S. (2009). Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Medicine*, 3(3), e165.
- Humphreys, K., & Carr-Hill, R. (1991). Area variations in health outcomes: artefact or ecology. *International Journal of Epidemiology*, 20(1), 251-258.
- Jones, K., Gould, M. I., & Duncan, C. (2000). Death and deprivation: an exploratory analysis of deaths in the health and lifestyle survey. *Social science & medicine*, 50(7-8), 1059-1079.
- Leu, R. E., "The public-private mix and international health care cost", in A. J. Culyer and B. Jonsson eds. *Public and Private Healthcare Services*, Oxford: Basil Blackwell, 1986.
- Pelzman, J. (1987). *The Multifiber Arrangement: The Third Reincarnation*. Positive

- Sum: Improving North-South Negotiations, Transaction Books., 1988s. "The Multifiber Arrangement: Is There a Future Post Uruguay Round, 149-170.
- Reijneveld, S. A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(5), 298-304.
- Reijneveld, S. A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(5), 298-304.
- Rhodes RAW, the New Governance: Governing without Government, *Political Studies* 1996; 44:652 ~ 667
- Rhodes, Roderick Arthur William. "The new governance: governing without government." *Political studies* 44.4 (1996): 652-667.
- Sloggett, A., & Joshi, H. (1994). Higher mortality in deprived areas: community or personal disadvantage?. *Bmj*, 309(6967), 1470-1474.
- Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (2001). Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Social science & medicine*, 53(1), 9-19.
- Takano, T., & Nakamura, K. (2001). An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(4), 263-270.
- Thompson (Eds.), *Restructuring Canada's Health Service System*. pp195-206. Toronto: University of Toronto Press, 1992.
- van Beveren A. (1998). Examining regional hospital governance: Exploring board structure and roles and their relationship to the community, Thesis for PhD in University of Toronto.

【부록】

1. 지방자치단체 7대 유형

지방자치단체 유형	해당 지방자치단체
1유형: 특별시 자치구(25개)	종로구, 서울중구, 용산구, 성동구, 광진구, 동대문구, 중랑구, 성북구, 강북구, 도봉구, 노원구, 은평구, 서대문구, 마포구, 양천구, 서울강서구, 구로구, 금천구, 영등포구, 동작구, 관악구, 서초구, 강남구, 송파구, 강동구
2유형: 광역시 자치구(44개)	부산중구, 부산서구, 부산동구, 영도구, 부산진구, 동래구, 부산남구, 부산북구, 해운대구, 사하구, 금정구, 부산강서구, 연제구, 수영구, 사상구, 대구중구, 대구동구, 대구서구, 대구남구, 대구북구, 수성구, 달서구, 인천중구, 인천동구, 인천남구, 연수구, 남동구, 부평구, 계양구, 인천서구, 광주동구, 광주서구, 광주남구, 광주북구, 광산구, 대전동구, 대전중구, 대전서구, 유성구, 대덕구, 울산중구, 울산남구, 울산동구, 울산북구
3유형: 50만 이상 시(15개)	수원, 성남, 안양, 부천, 안산, 고양, 남양주, 용인, 화성, 청주, 천안, 전주, 포항, 창원, 김해
4유형: 50만 미만 일반시(26개)	의정부, 광명, 동두천, 과천, 구리, 오산, 시흥, 군포, 의왕, 하남, 파주, 이천, 안성, 김포, 광주, 양주, 포천, 여주, 동해, 태백, 속초, 논산, 계룡, 당진, 목포, 양산
5유형: 도농복합시(34개)	평택, 춘천, 원주, 강릉, 삼척, 충주, 제천, 공주, 보령, 아산, 서산, 군산, 익산, 정읍, 남원, 김제, 여수, 순천, 나주, 광양, 경주, 김천, 안동, 구미, 영주, 영천, 상주, 문경, 경산, 진주, 통영, 사천, 밀양, 거제
6유형: 5만 이상 군(36개)	기장, 달성, 강화, 울주, 가평, 양평, 홍천, 옥천, 영동, 진천, 음성, 금산, 부여, 서천, 홍성, 예산, 태안, 완주, 고창, 부안, 고흥, 화순, 해남, 영암, 무안, 영광, 완도, 의성, 칠곡, 울진, 함안, 창녕, 경남고성, 하동, 거창, 합천
7유형: 5만 미만 군(46개)	웅진, 연천, 횡성, 영월, 평창, 정선, 철원, 화천, 양구, 인제, 강원고성, 양양, 보은, 증평, 괴산, 단양, 청양, 진안, 무주, 장수, 임실, 순창, 담양, 곡성, 구례, 보성, 장흥, 강진, 함평, 장성, 진도, 신안, 군위, 청송, 영양, 영덕, 청도, 고령, 성주, 예천, 봉화, 울릉, 의령, 남해, 산청, 함양