

우리 나라 병원들의 건강증진 서비스 도입 현황과 이에 영향을 미치는 요인

이상규, 박춘선¹⁾, 강명근²⁾, 함명일¹⁾, 이순영³⁾, 조우현

연세대학교 의과대학 예방의학교실, 연세대학교 대학원 보건학과¹⁾
이화여자대학교 의과대학 예방의학교실²⁾, 아주대학교 의과대학 예방의학교실³⁾

Current Status of Hospital-based Health Promotion Programs in Korea and the Factors Influencing Their Introduction

Sang Gyu Lee, Choon Seon Park¹⁾, Myung Guen Kang²⁾, Myung Il Hahm¹⁾, Soon Young Lee³⁾, Woo Hyun Cho

Department of Preventive Medicine and Public Health, College of Medicine, Yonsei University;
Department of Public Health, Graduate School, Yonsei University¹⁾;
Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Ewha Woman's University²⁾;
Department of Preventive Medicine and Public Health, College of Medicine, Ajou University³⁾

Objectives : To investigate the current status of hospital-based health promotion programs in Korea and to elucidate the factors which affect to the process of implementation.

Methods : We conducted a mail survey of all 875 hospitals in Korea from March to May 2001. In reference to 12 specific kinds of health promotion programs, hospital CEOs were asked whether their hospital have such programs, whether they are fully staffed and whether the program is paid for by the patients. Contextual factors(location, hospital type, number of beds, length of operation, public/private status, economic level of the community, the level of competition) and organizational factors (the extent of market, compatibility with vision, formalization), strategic types of the CEOs (defender/analyser/prospector) were also surveyed. The relationships between each variable and the implementation of health promotion services, activation of services, and the target groups(patient/community resident) were analyzed by univariate analysis and the independent effects of these variables were examined with multiple logistic regression.

Results : 106 of 125 hospitals responding (84.8%) had more than one health promotion program. However, they showed fluctuations in the adoption rate of each programs, meaning that comprehensive

health promotion services were not provided. Many programs were not fully staffed and few hospitals had paid programs. In factors affecting health promotion service implementation, private hospitals showed a higher rate in implementation than public hospitals. In contrast, when the competition among nearby hospitals was intense, the level of implementation of service lowered. In the strategic type of the CEOs, the prospectors were shown to have instituted more health promotion programs in their hospitals and the analysers had a greater tendency to have programs for community residents than the defenders.

Conclusion : Considering the above results, contextual factors may contribute greatly to the introduction of health promotion services in Korean hospital, although the CEO's personal preference and organizational factors play a larger role in the activation of services. Additionally, the CEO's personal preference may be the major influencing factor in the introduction of programs for community residents.

Korean J Prev Med 2001;34(4):399-407

Key Words: Health Promotion, Hospital administration, Organizational innovation

서론

1960년대 이후 구미 선진 각국들은 건강증진과 질병예방을 그들 국가의 보건의료정책의 핵심적인 개념으로 채택하고 다양한 건강증진 정책을 추진하고 있으며 1986년 오타와에서 열린 제1차 국제건강증진대회를 시작으로 건강증진을 위한 국제적 협

력도 강화되어 왔다 [1]. 우리나라의 경우도 예외는 아니어서 보건정책에서 건강증진이 차지하는 비중이 점차 증가하고 있으며 1995년 1월 건강증진법이 제정되고 9월에는 시행령이 정비되어 국가적 차원에서 건강증진 전략을 추진하기 위한 제도적 기반을 조성하는 한편, 사업추진에 필요한 건강증진기금이 마련되었다. 또한 1998년 1

월에는 의료보험을 국민건강보험으로 개명하는 한편 국민건강보험법이 제정되고 그 법의 목적에 건강증진에 대한 급여를 추상적 수준에서나마 명문화하고 있다.

이와 같이 우리 나라를 포함하여 각국의 보건정책이 건강증진과 질병예방을 중심으로 한 전략으로 선회함에 따라 지금까지 국민건강의 주축으로 기능해 왔던 보건부문 특히, 병원 등 의료기관의 역할과 위상을 새롭게 정립할 필요성이 대두되었다.

건강증진 활동에 있어서 병원은 몇 가지 측면에서 중요성을 가진다. 우선 건강증진 활동이 병원에서 이루어질 때 다른 조건에서 보다 효과가 더 크다는 점을 들 수 있다. 병원에 오는 대부분의 사람들은 자신의 건강에 관한 관심의 고조를 경험하게 되는데 이렇게 건강과 관련된 관심이 고조되는 시기는 행태 변화를 위한 보건교육의 효과가 극대화되는 시기로 알려져 있다 [2]. 둘째, 병원이 가지는 건강증진과 관련된 자원이 풍부하다는 점이다. 건강증진과 관련된 활동은 개인의 행태 변화와 관련되어 있으며 이를 유도하기 위해서는 다양한 전문인력들의 협조가 필요한데 병원은 이러한 전문인력을 가장 많이 보유하고 있는 시설이다 [3]. 셋째, 대중에게 각인된 전문적 의료기관으로서의 병원의 이미지로 인해 비전문기관이나 인력을 통해 이루어지는 다양한 건강증진 서비스가 병원과 연계되거나 병원에서 제공될 때 보다 신뢰성이 제고되고 이는 건강증진 프로그램의 효과를 높이는 역할을 할 수 있다 [4]. 이 외에도 병원이 건강증진 서비스를 외면할 때, 보다 나은 건강을 추구하는 사람들이 건강증진의 효과가 확인되지 않은 대체적 요법으로 발길을 돌리게 된다는 점을 고려할 때 병원은 건강증진의 거점으로서 새로운 역할을 수행할 것을 요구받고 있다고 하겠다 [5].

이러한 배경에서 이미 서구 각국에서는 병원이 건강증진의 주요한 주체로서 부각되고 있는 경향이 뚜렷하게 나타나고 있다 [6]. 미국의 경우 개별 병원이 기존의 서비스영역을 확장하여 건강증진영역으로 진출하는 형태로 병원중심의 건강증진 서비스가 운영되고 있으며 [7], 미국병원협회는 이미 1979년에 병원의 건강증진 프로그램에 대한 정책을 발표함으로써 건강증진에 있어서의 병원의 역할이 획기적으로 강화되는 계기가 되었다 [8]. 1987년을 기준으로 할 때 전체 미국 병원의 76%가 외래환자를 위해서, 74%가 지역주민을 위해서 건강증진 프로그램을 시행하고 있었고 이 수치는 점차 증가하고 있는 상태이다 [9]. 그러나 우리 나라의 경우 아직은 병원중심의 건강증진이라는 개념조차 생소한 상태에서 병원별로 산발적인 서비스가 제공되고 있는

상태이다. 건강증진에 대한 수요가 급증하고 있는 우리 나라의 현실에서 기존의 보건소 조직 등과 같은 공공직원들만을 가지고는 이러한 수요를 감당하기 힘들고 공공부문에서 다양한 직종의 전문인력들을 보유한 건강증진 시설을 새로이 만드는 것도 효율적이지 않을 뿐 아니라 불가능하다는 점 [10]을 감안하면 우리 나라에서도 건강증진 활동에 있어서 병원의 중요성을 새롭게 인식할 필요가 있으며 이를 위해서 현재 우리나라 병원들의 건강증진 서비스 도입 실태와 여기에 영향을 미치는 요인들에 대해 살펴볼 필요가 있다. 이 때, 환자에 대한 건강증진 서비스와 지역사회 주민에 대한 서비스는 그 내용과 성격에 있어서 차이가 있을 것이며 이는 앞의 미국의 예에서 환자에 대한 서비스와 지역사회주민에 대한 서비스를 구분하여 파악하는 데서도 알 수 있다 [9].

병원의 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인을 살펴봄에 있어서 건강증진 서비스가 병원에 도입되는 과정을 어떠한 조직에 하나의 혁신(innovation)이 도입되는 과정으로 파악하는 관점을 취할 수 있다. 병원이 어떠한 기술적 혹은 행정적 혁신을 도입하는데 영향을 주는 요인들은 일반적으로 개인적(주로 최고 경영자), 조직적, 상황적 요인들로 분류할 수 있는데 [11] 이 연구에서는 이러한 틀에 따라 개별 병원이 가지는 경영자의 개인적 특성, 조직적 특성, 상황적 특성이 건강증진 서비스 도입에 미치는 영향을 살펴보고자 하였다. Shortell 등 [12]은 병원 경영자의 경영전략유형을 구분함에 있어 Miles 등 [13]에 의해 제시된 분류방법을 의료환경에서 재분류하여 외부환경에 대해 추구하는 변화정도에 따라 경영자의 전략유형을 방어형(defender), 분석형(analyser), 진취형(prospector)으로 구분하였는데 이 연구에서는 병원의 경영자가 가지

는 특성을 이러한 구분에 따라 분류하였다.

이 같은 배경 하에서 이 연구는 다음과 같은 두 가지 세부목적을 가지고 시행되었다. 첫 번째는 우리 나라 병원들의 건강증진 서비스 도입실태를 환자를 대상으로 한 서비스와 지역사회 주민을 대상으로 한 서비스로 나누어 파악하고자 하였고 두 번째는 이러한 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인들은 무엇인지를 알아보고자 하였다.

연구 방법

1. 연구대상 및 기간

대한병원협회의 '2000 전국병원 명부'에 등재된 전국의 병원급 이상 875개 전의 의료기관에 대하여 명부를 통해서 일반적인 사항을 조사하였으며 이들 병원의 경영자에게 2001년 3월부터 5월까지 구조화된 설문지를 통한 우편설문조사를 실시하였다. 총 125개 병원에서 설문에 응하여 응답률은 14.3%이었으며 이들 125개 병원을 대상으로 연구를 시행하였다.

2. 병원중심 건강증진 서비스의 정의 및 범주

이 연구에서는 유럽이나 미국의 병원건강증진 프로그램의 범주에 포함되어 있는 활동들과 현재 우리 나라 의료기관에서 제공하고 있는 건강증진과 관련된 사업내역 및 병원건강증진을 정의하는 다양한 연구에 근거하여 병원중심의 건강증진을 "급성 질환 및 만성질환의 치료를 중심으로 한 전통적인 병원의 역할에서 벗어나 환자 및 보호자, 일반인을 대상으로 하여 현재의 건강을 유지·증진하고, 질병을 예방하기 위해 제공되는 서비스 영역"이라고 정의하였으며 Table 1과 같이 2가지 범주의 12가지 사례를 연구에 포함시켰다.

Table 1. 연구에 포함시킨 병원건강증진 활동의 범주 및 사례

건강증진 서비스의 범주	범주별 사례
(1) 건강생활실천 프로그램	운동, 금연, 영양, 비만관리, 스트레스관리, 절주 및 금주, 구강보건, 대체의학
(2) 질병예방 및 관리 프로그램	고혈압관리, 당뇨, 골다공증, 요통관리

Table 2. 연구에 사용된 주요 변수들

		조사방법	측정척도					
병원건강증진 프로그램	실시 여부*	설문조사	1. 실시한다	2. 실시하지 않는다.				
	전담직원 유무*	설문조사	1. 있다.	2. 없다.				
	유·무료 여부*	설문조사	1. 유료	2. 무료				
상황적 요인	소재지†	병원명부	1. 서울	2. 광역시	3. 기타			
	소병원유형	병원명부	1. 종합전문요양기관		2. 종합병원	3. 병원		
	허가 병상수	병원명부	실수					
	설립 연도	병원명부	실수					
	설립 주체	병원명부	1. 민간	2. 공공				
	지역경제 수준‡	설문조사	1. 하	2. 중하	3. 중	4. 중상	5. 상	
	지역 내 경쟁 정도	설문조사	1. 전혀 심하지 않다		2. 심하지 않다.			
개인적 요인	경영자의 전략유형 §	설문조사	1. 방어형	2. 분석형	3. 진취형			
			1. 제한된 지역		2. 비교적 제한된 지역			
			3. 비교적 넓은 지역		4. 매우 광범위한 지역			
조직적 요인	비전과의 일치성 ¶	설문조사	1. 전혀 필요하지 않다		2. 별로 필요하지 않다			
			3. 그저 그렇다	4. 필요한 편이다	5. 매우 필요하다			
			1. 전혀 아니다	2. 아니다	3. 보통이다	4. 그렇다		
	조직의 공식화 정도**	설문조사	5. 매우 그렇다					

* 16개 서비스 각각에 대해 환자대상서비스와 지역사회주민대상 서비스로 나누어 설문하였으며 이를 토대로 개별 병원에서 운영하고 있는 건강증진 프로그램의 총 수를 산출하였음.

† 조사는 실제 행정구역명으로 하였으며 이를 다시 3가지로 범주화하였음.

‡ 응답자의 주관적 판단에 의하였음.

§ 각각의 전형적인 예를 주고 가장 가깝다고 생각되는 형태를 선택하도록 하였음.

¶ 귀 병원이 대상으로 하는 시장범위는 다음 중 어디에 가장 가까운지 표시해 주십시오.

¶ 현재 귀 병원이 추구하는 비전이나 설립목적에서 볼 때, 건강증진 서비스는 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

** "1) 우리병원은 업무를 자세하게 서류로 기록한다. 2) 우리병원은 일정한 규칙, 절차를 따른다. 3) 우리병원은 주로 공식적인 의사소통 채널을 이용한다."의 3문항에 대해 설문을 한 후 이들 세 문항의 점수를 합하여 점수가 높을수록 공식화 정도가 높다고 판단하였음.

3. 변수의 선정

연구에서 조사된 주요 변수들과 이들의 조사방법, 측정척도는 Table 2와 같다. 우선 병원건강증진프로그램에 대해서 앞서 예시한 12개 프로그램 각각에 대해 환자대상 프로그램과 지역사회주민 대상프로그램으로 나누어 실시여부, 전담직원 유무, 유·무료 여부에 대해서 설문하였으며 이를 토대로 개별 병원별로 운영하고 있는 건강증진 서비스의 총 수를 산출하였다. 병원의 내·외부적 상황요인에 대해서는 병원의 소재지, 병원유형, 허가 병상수, 설립연도, 설립주체, 병원이 위치한 지역의 지역경제 수준 및 지역 내 경쟁정도에 대해서 조사하였다. 개인적 요인에 대해서는 경영자의 전략유형을 조사하였으며 조직적 요인으로

는 대상으로 하는 시장의 범위, 조직의 비전이나 비전과의 일치성, 조직의 공식화 정도를 조사하였다.

건강증진 서비스의 도입에 영향을 미치는 요인들을 알아보기 위해 각 병원별로 운영하고 있는 건강증진 프로그램 총수 이외에 다음과 같이 3가지의 이분변수를 증속 변수로 설정하였다.

① 건강증진 서비스 도입 유무: 설문에 응한 병원들을 건강증진 서비스를 운영하고 있는 병원과 전혀 운영하고 있지 않은 병원으로 구분하였다.

② 건강증진 서비스 활성화 정도: 보다 많은 프로그램을 운영하고 있는 병원이 건강증진 프로그램이 보다 활성화되어 있는 병원일 것이라는 가정 하에 건강증진 서비

스를 운영하고 있는 병원들을 프로그램 개수의 증위수인 5를 중심으로 5개 이상의 프로그램을 운영하고 있는 병원과 4개 이하의 프로그램을 운영하고 있는 병원으로 구분하였다.

③ 건강증진 서비스 대상집단: 대상으로 하는 집단의 차이에 미치는 요인들을 알아보기 위해서 환자대상 서비스를 운영하고 있는 병원들을 환자대상 서비스만을 운영하고 있는 병원과 환자와 지역사회주민 대상의 서비스를 함께 운영하고 있는 병원으로 구분하였다.

4. 분석 방법

1) 건강증진 서비스 실시 현황

각 프로그램별로 실시유무, 전담인력, 유료프로그램 유무에 따라 실시현황을 살펴 보았으며 병원의 소재지, 병원유형, 설립주체, 설립연도, 지역경제수준, 경영자의 전략유형에 따라 건강증진 서비스의 개수와 건강증진 서비스 도입유무, 건강증진 서비스 활성화 정도 및 대상으로 하고 있는 집단에 차이가 있는지를 단변량 분석을 통해서 살펴보았다. 설립연도는 설립 10년 이하 (1991년 이후 설립)인 병원과 11년 이상인 병원으로 구분하여 살펴보았으며 지역경제수준은 '하' 와 '중하' 를 '하' 로 '중', '중상', '상' 을 '상' 으로 재분류하여 상, 하 2단계로 구분하였다. 이들 변수들에 따른 운영되고 있는 건강증진 서비스 총수의 차이는 t-test와 분산분석을 통해서 분석하였으며 건강증진 서비스 도입유무, 건강증진 서비스 활성화 정도 및 서비스 대상집단에 대해서는 카이제곱 검정을 통해서 분석하였다.

2) 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인

앞서 언급한 바와 같이 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인들을 상황적 요인, 개인(경영자)적 요인, 조직적 요인으로 나누어 로지스틱 회귀분석을 통해서 이들 요인들이 건강증진 서비스 도입유무, 건강증진 서비스 활성화 정도 및 대상으로 하는 집단의 차이에 미치는 독립적인 영향을 살펴보았다 (Figure 1).

회귀모형을 구축함에 있어 상황적 요인은 다시 내부적 상황요인과 외부적 상황요인으로 구분하였는데 내부적 상황요인에는 설립연도(10년 이하/11년 이상), 설립주체(공공/민간), 병상수를 포함하였고 외부적 상황요인에는 소재지와 지역경제수준, 경쟁정도를 포함하였다. 소재지는 기타지역을 기준으로 나머지 범주를 가변수 처리하여 모형에 포함시켰다. 개인적 요인에는 경영자가 취하는 전략유형을 포함시켰으며 조직적 요인에는 대상시장범위, 비전과의 일치성, 공식화 정도를 모형에 포함시켰다. 경영자의 전략유형은 방어형을 기준으로 분석형과 진취형을 가변수 처리하여 모형에 포함시켰다.

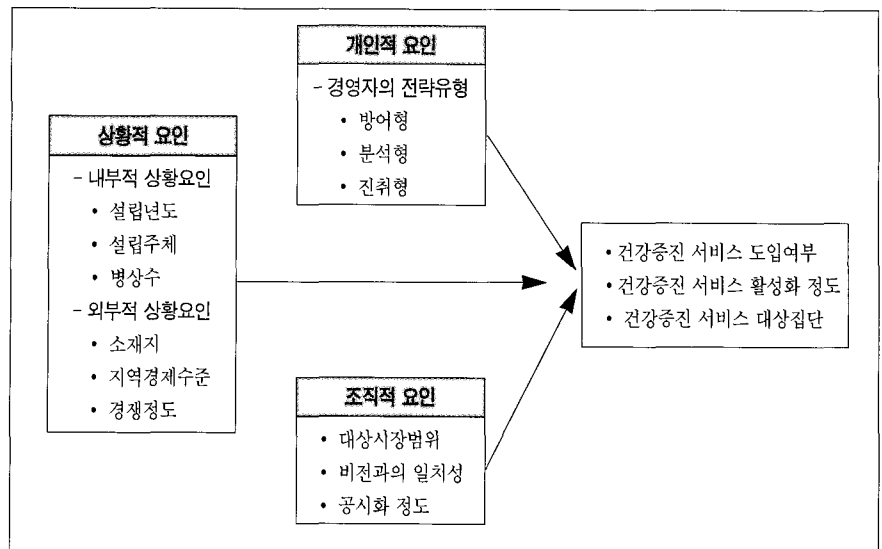


Figure 1. 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인.

모든 통계분석은 윈도우용 SAS(ver 6.12) 통계분석 프로그램을 이용하였다.

연구 결과

1. 설문응답 병원의 일반적 특성

설문에 응답한 125개 병원의 일반적 특성을 보면 Table 3과 같다. 소재지별로는 응답률에 큰 차이를 보이지는 않았으나 병원 보다는 종합병원, 종합병원보다는 종합전문요양기관이 응답률이 높았다. 설립주체별로는 공공병원이 민간병원에 비해 응답률이 높았다.

2. 건강증진 서비스 실시현황

설문에 응답한 병원들의 건강증진 서비스 실시현황은 Table 4와 같다. 전체 125개

병원 중 106개(84.8%)의 병원에서 하나의 건강증진 프로그램을 운영하고 있었다. 그러나 개별 프로그램별로는 실시율에 있어 매우 큰 편차를 보였다. 개별 프로그램으로 가장 많이 운영되고 있는 프로그램은 당뇨 프로그램으로 77개(61.6%)의 병원에서 운영하고 있었고 그 다음으로 63개(50.4%)의 병원에서 영양 관련 프로그램을 운영하고 있었다. 이들 프로그램을 크게 건강생활실천 프로그램과 질병예방관리 프로그램으로 나누어 보면 85개(68.0%)의 병원에서 건강생활실천 프로그램을 운영하고 있었으며 87개(69.6%)의 병원에서 질병예방관리 프로그램을 운영하고 있었다. 건강생활실천 프로그램의 경우 영양 관련 프로그램을 제외하면 대부분 30% 미만의 낮은 실시율을 보였다. 대상집단에 따라서는

Table 3. 병원특성에 따른 설문 응답률

단위 : 병원수(%)

구분	조사대상 병원수 (A)	응답 병원수 (B)	응답률 (B/A)*100
소재지	서울	25(20.0)	14.5
	광역시	31(24.8)	13.2
	기타	69(55.2)	14.7
병원유형	종합전문요양기관	13(10.4)	30.2
	종합병원	53(42.4)	22.5
	병원	59(47.2)	9.9
설립주체	공공	34(27.2)	34.3
	민간	91(72.8)	11.7
	계	875(100.0)	125(100.0)

Table 4. 국내 병원들의 건강증진 서비스 실시 현황

단위 : 병원수(%)

범주	서비스	프로그램 실시병원*	대상집단*			전담인력 보유병원†	유료프로그램 운영병원†
			지역사회주민	환자	양측 모두		
건강 생활 실천	운동	29(23.2)	2(1.6)	21(16.8)	6(4.8)	18(62.1)	11(37.9)
	금연	37(29.6)	7(5.6)	13(10.4)	17(13.6)	20(54.1)	4(10.8)
	영양	63(50.4)	1(0.8)	45(36.0)	17(13.6)	42(66.7)	9(14.3)
	비만	25(20.0)	0(0.0)	14(11.2)	11(8.8)	20(80.0)	12(48.0)
	스트레스관리	18(14.4)	2(1.6)	10(8.0)	6(4.8)	11(61.1)	2(11.1)
	절주/금주	34(27.2)	2(1.6)	19(15.2)	13(10.4)	23(67.6)	8(23.5)
	구강보건	15(12.0)	15(12.0)	0(0.0)	0(0.0)	8(53.3)	2(13.3)
	대체의학	5(4.0)	0(0.0)	3(2.4)	2(1.6)	3(60.0)	0(0.0)
소계		85(68.0)	5(4.0)	35(28.0)	45(36.0)	47(55.3)	26(30.6)
질병 예방 관리	고혈압	52(41.6)	5(4.0)	17(13.6)	30(24.0)	27(51.9)	12(23.1)
	당뇨	77(61.6)	1(0.8)	25(20.0)	51(40.8)	35(45.5)	14(18.2)
	골다공증	44(35.2)	5(4.0)	16(12.8)	23(18.4)	23(52.3)	9(20.5)
	요통	32(25.6)	2(1.6)	15(12.0)	15(12.0)	12(37.5)	7(21.9)
	소계	87(69.6)	2(1.6)	21(16.8)	64(51.2)	44(50.6)	20(23.0)
계		106(84.8)	4(3.2)	30(24.0)	72(57.6)	59(55.7)	36(34.0)

* 전체 125개 병원을 분모로 하여 백분율(%)을 산출하였음.
 † 개별 프로그램 실시병원 수를 분모로 하여 백분율(%)을 산출하였음.

환자를 대상으로 하는 프로그램과 지역사회주민을 대상으로 하는 프로그램을 함께 운영하고 있는 병원이 72개(57.6%)로 가장 많았으며 환자를 위한 프로그램만을 운영하는 병원은 30개(24.0%), 지역사회주민을 위한 프로그램만을 운영하는 병원은 4개(3.2%)였다. 건강증진 프로그램을 실시하고 있는 병원의 55.7%인 59개의 병원에서 전담인력을 확보하고 있었으며 34%인 36개 병원에서 유료프로그램을 운영하고 있었다. 개별 프로그램별로는 비만 관련 프로그램이 이를 실시하고 있는 25개 병원 중 20개(80.0%) 병원에서 전담인력을 보유하고 있었고 12개(48.0%) 병원에서 유료프로그램을 운영하여 전담인력 보유율 및 유료프로그램 운영률 모두에서 가장 높았다.

병원의 상황적 요인 및 경영자의 경영전략 유형과 건강증진 서비스 도입여부 및 활성화 정도, 대상집단과의 관계는 Table 5와 같다. 경영자의 경영전략 유형은 분석형이라고 응답한 경우가 전체의 56%로 가장 많았고 진취형이라고 응답한 경우가 27%, 방어형이라고 응답한 경우가 14%였다. 병원의 유형, 병원의 소재지, 경영전략 유형에 따라 운영되고 있는 프로그램의 개수가 유의한 차이를 보였다. 서비스 도입 유무에 대해서는 병원이 취하고 있

는 전략유형에 따라 유의한 차이를 보이고 서비스를 도입하고 있는 병원들의 서비스 활성화 정도(운영하고 있는 프로그램이 5개 이상)에 대해서는 소재지에 따라 유의한 차이를 보였다. 환자를 대상으로 한 서비스만을 운영하고 있는 병원과 환자와 지역사회주민을 대상으로 한 서비스를 모두 운영하고 있는 병원 사이에 각각의 독립 변수들의 유의한 차이는 관찰되지 않았다.

3. 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인

각각의 독립변수들이 미치는 독립적인 영향을 살펴보기 위해서 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과는 Table 6과 같다. 설립주체와 병상 수, 경쟁정도가 서비스 도입 유무에 유의한 영향을 미쳤다. 민간병원의 경우, 공공병원에 비해 건강증진 서비스를 시행할 확률이 9.566배 높아 매우 현저한 차이를 보였다. 의료기관이 느끼고 있는 경쟁정도가 심할수록 오히려 건강증진 프로그램을 도입하지 않는 결과를 보였다. 건강증진 서비스를 시행하고 있는 병원에서의 서비스 활성화 정도와 관련해서는 병상수와 전략유형(진취형), 대상시장범위, 비전과의 일치성이 유의한 영향을 미쳤다. 개인적 요

인인 경영자의 전략유형의 경우 서비스 도입 유무에는 유의한 영향을 미치지 못했으나 서비스 활성화 정도에 대해서는 방어형에 비해 진취형에서 비차비가 10.758로 매우 유의한 영향을 미쳤다. 또한 병원이 지향하는 대상 시장범위를 넓게 잡고 있을수록 건강증진 서비스의 활성화가 저조하였다. 서비스 대상집단의 차이에 대해서는 병상수와 지역경제수준, 전략유형(분석형)이 유의한 영향을 미쳤다. 경영자의 전략유형이 분석형인 경우가 방어형인 경우보다 지역사회 주민 대상 서비스와 환자대상 서비스를 병행할 확률이 10.542배 높아서 매우 유의한 결과를 보였다. 또한 지역경제 수준이 낮은 지역의 병원이 높은 지역의 병원보다 지역사회주민 대상 서비스를 병행할 확률이 4배 이상 높았다.

고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

국내 병원들이 제공하고 있는 건강증진 서비스에 대해서 체계적으로 조사되거나 연구된 바는 없으나 최근 대한가정의학회 등 임상학회를 중심으로 평생건강관리모형을 구축하고 건강증진 서비스를 일차의료의 중요 영역으로 파악하고자 하는 노력

Table 5. 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인들에 대한 단변량 분석

단위 : 병원수

		서비스 도입			서비스활성화정도			서비스대상집단†					
		병원수	평균±표준편차	p-값‡	무	유	p-값§	≤4	≥5	p-값§	환자	환자+주민	p-값‡
병원수		125			19	106		48	58		30	72	
설립연도	≤ 1990	78	5.577±4.785	0.136	10	68	0.340	28	40	0.256	18	46	0.711
	≥ 1991	47	4.340±3.869		9	38		20	18		12	26	
설립주체	공공	34	4.206±4.147	0.169	7	27	0.305	14	13	0.427	10	16	0.241
	민간	91	5.451±4.583		12	79		34	45		20	56	
병원유형	종합전문	13	9.69±5.468	0.000	1	12	0.529	2	10	0.105	1	11	0.140
	종합병원	53	5.02±4.012		7	46		22	24		12	32	
	병원	59	4.19±4.104		11	48		24	24		17	29	
소재지	서울	25	7.040±5.420	0.013	4	21	0.919	5	16	0.020	7	14	0.150
	광역시	31	5.742±4.074		4	27		10	17		4	23	
	기타	69	4.130±4.062		11	58		33	25		19	35	
지역경제	하	63	5.381±4.760	0.735	9	54	0.867	25	29	0.616	11	41	0.072
	상	53	5.094±4.230		7	46		19	27		17	28	
전략유형	방어형	18	1.889±2.423	0.001	7	11	0.011	8	3	0.057	6	4	0.089
	분석형	70	4.957±4.261		9	61		30	31		15	44	
	진취형	34	6.853±6.853		3	31		10	21		9	21	

* 건강증진 서비스를 도입하고 있는 106개 병원에 대해서 분석을 시행하였음.

† 환자대상 서비스를 운영하고 있는 102개 병원에 대해서 분석을 시행하였음.

‡ t-test, 분산분석 결과

§ 카이제곱 검정 결과

Table 6. 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인들에 대한 다변량 분석

		서비스 도입		서비스 활성화 정도*		서비스 대상집단*	
		비차비	p-값	비차비	p-값	비차비	p-값
내부적 상황요인	설립연도 (≥1991)	0.160	0.0982	0.456	0.1664	0.339	0.1283
	설립주체 (민간)	9.566	0.0446	1.878	0.3029	2.039	0.3341
	병상수	1.018	0.0041	1.003	0.0174	1.003	0.0213
외부적 상황요인	소재지 (광역시)	1.886	0.5968	1.489	0.4807	2.208	0.2693
	소재지 (서울)	0.355	0.3925	2.665	0.2057	0.443	0.3175
	지역경제수준 (상)	0.705	0.6700	0.928	0.8813	0.249	0.0175
개인적 요인	경쟁정도	0.291	0.0125	0.671	0.1307	0.788	0.4170
	전략유형 (분석형)	3.394	0.2596	5.332	0.0639	10.542	0.0159
	전략유형 (진취형)	18.400	0.0632	10.758	0.0187	6.550	0.0625
조직적 용인	대상시장범위	1.425	0.4946	0.456	0.0291	0.521	0.0906
	비전과의 일치성	2.288	0.0568	2.313	0.0202	2.023	0.0536
	공식화 정도	0.953	0.8258	0.910	0.4811	0.889	0.4226

* 건강증진 서비스를 시행하고 있는 106개 병원에 대해서 분석을 시행하였음.

* 환자대상 서비스를 운영하고 있는 102개 병원에 대해서 분석을 시행하였음.

이 일고 있다 [14, 15]. 그러나 국내의 임상 의 들은 여전히 건강증진의 개념에 생소하며 병원에서 시행되는 건강검진 서비스를 건 강증진 활동으로 혼동하는 경우도 있어 이

에 대한 명확한 정의가 요구되고 있다. 이 연구에서도 설문조사시 이 연구에 포함된 2가지 범주 12가지의 사례 이외에 다른 한 가지 범주로 건강검진 프로그램(일반건강

검진, 종합건강검진, 숙박건강검진, 근로자 대상 건강검진)을 포함하여 설문을 진행하 였으며 이러한 건강검진서비스는 125개 병 원 중 110개(88.0%)의 병원에서 시행되고

있었다. 그러나 앞서도 간단히 언급하였듯이 이러한 건강검진은 이 연구에서 살펴보고자 하는 본격적인 의미의 건강증진 프로그램으로 보기 힘들다는 연구진의 판단에 따라 분석에서 제외하였다. 이 연구에서는 문헌고찰과 국내 및 국외의 병원 건강증진 서비스에 대한 조사를 통해서 병원건강증진 서비스에 대한 정의를 내렸는데 앞으로 우리나라의 병원건강증진 서비스의 추이를 관찰해 가면서 수정·보완되어야 할 것으로 생각된다. 또한 이들 12가지 사례 각각에 대해서 간략한 예(고혈압 관리 프로그램의 경우 고혈압교실, 중풍교실, 고혈압 자조교실, 혈압검진 및 교육 등)를 들어 설명함으로써 개념을 명확히 하고자 하였으나 설문에 응하는 병원 경영자의 입장에서 병원의 건강증진 서비스에 대한 명확한 개념 정립이 되지 않은 상태에서 상이한 사례들을 건강증진 서비스의 범주에 넣어 설문에 응했을 가능성이 있다. 따라서 개별 병원들이 응답한 건강증진 서비스의 내용이 상이할 수 있으며 이는 현지조사가 아닌 설문조사에 의존한 이 연구의 한계라고 하겠다.

건강증진 서비스의 도입에 영향을 미치는 요인들을 분석하기 위해서 서비스 도입 유무와 서비스를 도입한 병원에서 서비스의 활성화 정도(5개 이상의 프로그램을 운영), 서비스 대상집단의 차이(3가지의 종속변수를 설정하였다. 서비스의 활성화 정도에 있어서 보다 많은 서비스를 제공하고 있는 병원을 건강증진 서비스가 활성화된 병원으로 보는 가정의 타당성에 문제가 제기될 수 있다. 실제로 서비스가 활성화되었는지를 측정하기 위해서는 이들 건강증진 서비스의 평균 이용자수 등을 조사하여야 하나 이 연구에서는 조사하지 못했으며 서비스 활성화 정도에 대한 결과를 해석할 때 일정한 제한이 따른다고 하겠다. 또한 환자대상의 서비스를 제공하고 있는 병원과 지역사회주민 대상의 서비스를 제공하고 있는 병원의 특성 차이를 정확히 관찰하기 위해서는 연구 대상 전체를 서비스를 도입하고 있지 않은 병원, 환자대상 서비스만을 운영하고 있는 병원, 지역사회 주민 대상 서비스만을 운영하고 있는 병원, 두 가지 서비스를 모두 운영하고 있는 병원의

4가지 군으로 나누어 분석을 하여야 하겠으나 지역사회주민 대상 서비스만을 운영하고 있는 병원이 4개에 불과하여 이러한 분석은 시행하지 못하였다. 따라서 이 연구에서는 환자대상의 건강증진 서비스를 도입하고 있는 102개 병원에 대해서 환자대상 서비스만을 운영하고 있는 병원과 지역사회주민 대상 프로그램과 환자 대상 프로그램을 함께 운영하고 있는 병원을 비교하였다. 물론 이러한 분석을 통해서 지역사회주민 대상의 서비스를 도입하고 있는 병원들의 특성을 도출하는데 일정한 한계가 있는 것이 사실이나 미국의 예에서도 알 수 있듯이 환자를 대상으로 한 건강증진 서비스의 경우보다 지역사회 주민을 대상으로 한 건강증진 서비스는 병원 입장에서 더욱 적극적인 자세와 새로운 경영관이 요구되며 그 성격과 내용에 있어서도 차이를 보인다는 점을 감안하면 지역사회 주민 대상의 프로그램을 병행하고 있는 병원들의 특성을 살펴보는 것이 의미가 있을 것이다.

병원의 건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인들 중 병원명부를 통해서 조사가 가능하였던 변수들(소재지, 병원유형, 허가 병상수, 설립연도, 설립주체)을 제외한 나머지 변수들은 병원의 경영자들에 대한 설문을 통해서 조사하였으며 특히 지역경제수준, 지역 내 경쟁 정도, 대상시장 범위 등의 변수들을 경영자의 주관적 판단에 의존하여 수집하였으므로 변수의 신뢰도와 타당도에 문제가 있을 수 있다. 병원의 입장에서 지역경제수준이라 함은 지역내 총생산과 같은 지표가 아니라 지역주민들의 소득수준으로 판단되어야 할 것이며 이를 반영하는 지표로는 지역(시군구) 내 1인당 연 평균 소득세 자료를 들 수 있다. 그러나 각 세무서별 연 평균 소득세 자료는 공식적으로 발표되는 자료가 아니어서 별도의 절차를 거쳐서 수집하여야 하고 지방의 경우 하나의 세무서가 34개 정도의 시, 군을 담당하고 있으며 소득세 자체가 소득누진적으로 부과되므로 지역 내 일부 고소득층에 의해 자료가 왜곡될 수 있는 제한점이 있다. 건강보험료 부과액을 사용할 수도 있으나 이 역시 지역가입자와 직장가입자 간의 차이를 보정해 주어야 하는 문제가 있

다. 기타 간접적 지표로 통계청에서 발행하는 '시군구주요통계지표'의 시군구 별 인구 100명당 승용차 등록대수나 5년마다 실시하는 '인구주택총조사보고서'의 시군구 별 교육정도별 인구 등을 들 수 있을 것이다. 지역 내 경쟁 정도와 관련한 지표로는 병원협회에서 발행하는 병원명부 상의 시군구별 병원유형 별 병원수 및 병상수를 들 수 있으며 이들 자료를 시군구별 인구자료와 함께 이용하거나 이들 자료를 토대로 Herfindahl index를 산출함으로써 지역 내 경쟁 정도에 대한 보다 객관적인 평가가 가능할 것이다. 대상시장의 범위와 관련해서는 개별 병원 내원환자의 지역별 구성도(commitment index, CI)나 지역친화도(relevance index, RI)를 이용할 수 있을 것이다. 그러나 현재 이러한 지역별 구성도나 지역친화도 자료는 모든 병원에서 생산되고 있는 자료가 아니므로 전국의 모든 병원을 대상으로 한 연구에서 사용하기는 제한점이 있다고 하겠다. 향후 이러한 객관적인 지표를 이용한 보다 정밀한 연구가 필요할 것으로 판단된다.

2. 연구결과에 대한 고찰

설문에 응한 병원 중 88%에서 한 가지 이상의 건강증진 서비스를 제공하고 있어 우리나라 병원들이 건강증진 서비스의 제공에 소홀할 것이라는 예상과는 달랐다. 그러나 응답률이 대체로 낮았고 건강증진 서비스에 보다 긍정적인 생각을 가지고 있는 병원이 설문에 응답하였을 가능성이 높으며 건강증진 서비스 제공에 소극적인 병원급 의료기관에서 응답률이 낮았다는 점을 감안하면 우리나라 병원들의 건강증진 서비스 제공실태는 본 조사 결과보다는 낮을 것으로 판단된다. 개별프로그램별 실시율을 보면 전반적으로 편차가 심해서 병원들이 건강증진과 관련된 포괄적 서비스를 제공하지 못하고 있음을 알 수 있었다. 이는 건강생활실천 프로그램과 질병예방관리 프로그램, 모두에서 두루 관찰되는 현상이었는데 현재 병원들이 지역사회에 대한 조사를 통해 지역적으로 필요한 서비스를 선별적으로 제공하고 있다고 보기는 어려우므로 이러한 낮은 포괄성은 서비스의 이용에

제한을 초래할 것으로 판단된다. 건강생활 실천 프로그램의 경우 영양 관련 프로그램을 제외하면 질병예방관리 프로그램에 비해 실시율이 전반적으로 저조하였는데 영양관련 프로그램이 당뇨 환자에 대한 교육의 일환으로 실시되고 있음을 감안하면 건강생활실천 프로그램의 제공률은 이보다 더 낮을 것으로 판단된다. 반 수 이상의 병원에서 환자와 지역사회주민을 위한 프로그램을 함께 운영하고 있었으며 환자만을 대상으로 프로그램을 운영하는 병원이 30개였는데 비해 지역사회주민만을 대상으로 프로그램을 운영하는 병원은 4개에 불과해 전체적으로 환자를 대상으로 하는 프로그램이 더 많이 운영되고 있음을 알 수 있었다. 이러한 결과는 아직 우리 나라 병원들에서 건강증진 프로그램이 도입 초기에 있는 점을 감안하면 예상할 수 있었던 결과라고 하겠다. 건강증진 프로그램을 운영하고 있는 병원 중에서 전담인력을 보유하고 있다고 응답한 병원이 55.7%에 불과했는데 운동프로그램 등과 같이 전문인력이 반드시 필요한 영역에서 이러한 전담인력의 부족은 서비스 수준의 저하로 나타날 것으로 예측된다. 또한 유료 프로그램을 운영하고 있는 병원은 프로그램을 실시하고 있는 병원의 약 1/3에 불과하였는데 이는 아직 우리 나라 병원에서 건강증진 프로그램들이 본격적으로 병원의 수익증대와 경영 전략적 측면에서 운영되고 있다기보다는 환자나 지역사회 주민들에 대한 서비스 차원에서 이루어지고 있다는 점을 시사한다고 하겠다. 미국의 경우 이미 1980년대에 건강증진 서비스가 변화하는 의료환경 속에서 병원의 생존에 도움을 줄 수 있다는 전략적 판단이 확산되었으며 [16] 실제로 건강증진 서비스가 병원에 많은 유형적, 무형적 편익을 가져오고 있음을 확인하였다 [3,4,17]. 단, 이러한 상황이 의료환경이 판이한 우리 나라에도 그대로 적용될 수 있는지의 문제는 추가적인 연구가 필요할 것이다.

건강증진 서비스 도입에 영향을 미치는 요인들에 대한 분석에서 내부적 상황요인 중에서는 민간병원이 공공병원에 비해 건강증진 서비스 도입이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 아직 우리 나

라의 공공병원들이 변화하는 의료환경에 덜 민감하게 반응하고 있다는 것을 시사한다고 하겠다. 그러나 서비스를 도입하고 있는 병원들에서 활성화 여부에는 민간병원과 공공병원 간에 차이가 없어 민간병원들 역시 건강증진 서비스를 도입하고 있기는 하나 아직 활성화되지는 않고 있다는 사실을 알 수 있었다. 병원의 규모를 반영하는 병상수는 서비스 도입, 활성화 정도, 대상 집단에 모두 유의하게 영향을 미쳤다. 일부 연구에 의하면 우리 나라 병원들의 서비스 다각화에 가장 큰 영향을 미치는 요인이 병상수라고 알려져 있으며 [18] 조직 수준에서의 혁신의 도입에 영향을 미치는 요인들에 대한 그 동안의 연구들이 매우 상이한 결과를 보이고 있는 중에서도 조직의 규모는 거의 일정하게 조직의 혁신성에 양의 방향으로 영향을 미치고 있음 [19]을 감안하면 병원의 규모가 프로그램 도입에 유의하게 영향을 미칠 것은 예상된 결과라고 할 수 있다. 그러나 이들의 비차비가 거의 1에 가까운 점을 고려하면 이 연구에서 병상수는 건강증진 서비스의 도입 및 활성화 정도에 미치는 영향을 살펴보기 위해서라기보다는 다른 요인들의 영향을 평가함에 있어서 병원의 규모를 보정해 주는 의미가 크다고 하겠다. 설립연도에 있어서 설립된 지 10년 이하의 신설 병원들이나 선발병원들이나 서비스 도입 유무나 서비스 활성화 정도, 지역사회주민 대상 서비스 병행 여부에 차이가 없었다. 이러한 결과는 신설 병원들이 기존 병원들과의 차별화를 통해서 경쟁력을 확보하고자 하는 경향이 있음을 감안할 때, 신설 병원들에서 건강증진 서비스가 아직은 경쟁전략의 일환으로 인식되지 않고 있음을 의미한다고 판단된다. 외부적 상황요인에서는 지역 내에서의 경쟁정도가 건강증진 서비스 도입 유무에 유의한 영향을 미쳤는데 경쟁이 강하다고 인식하고 있을수록 서비스 도입에 음의 영향을 주는 것으로 나타나 아직 우리 나라의 병원들이 건강증진 서비스 제공을 유력한 경쟁력 강화의 수단으로 인식하고 있지 않음을 알 수 있었다. 또한 경영자가 인식하는 지역경제의 수준이 낮을수록 지역사회주민을 대상으로 한 건강증진 서비스를 병행하는 경향

을 보인 것은 병원의 사회적 역할과 관련하여 중요한 시사점을 가진다 하겠다.

개인적인 요인인 병원 경영자의 전략유형은 서비스 활성화 정도와 지역사회주민 대상 서비스 병행 여부에 매우 유의한 영향을 미쳤다. 경영자가 진취적인 유형을 가지는 경우가 방어형에 비해 서비스 활성화도가 10배 이상 높은 것으로 나타났으며 지역사회주민을 대상으로 한 서비스의 병행도 분석형에서 방어형에 비해 10배 이상 많이 하는 것으로 나타났다. 일반적으로 조직수준에서의 혁신성에 영향을 미치는 개인적 요인으로는 경영자의 변화에 대한 태도가 대표적이며 [19] 이 연구에서는 이러한 경영자의 변화에 대한 태도를 방어형, 분석형, 진취형의 전략유형으로 구분하였다. Miles 등이 제안한 전략유형 [13]에는 이들 세 가지 유형 이외에도 외부의 강한 압력에 의해서만 변화를 모색하는 반동형(reactor)도 포함되어 있으나 Shortell 등 [12]의 재분류에서 의료기관 경영자의 일반적인 유형으로 적용하기는 부적절하다고 판단되어 제외되었다. 경영자의 전략유형이 서비스 활성화와 지역사회주민 대상 서비스 도입에 다른 어떤 변수들보다 강한 영향을 미쳤다는 사실은 건강증진 서비스의 활성화를 위해서 병원경영자의 인식전환이 요구된다는 점에서 시사하는 바가 크다고 하겠다. 또한 서비스의 활성화 정도에서는 진취적 유형이 매우 유의하였고 지역사회주민을 대상으로 한 서비스의 도입에서는 분석적 유형이 매우 유의하여 서로 다른 양상을 보인 점에 대해서는 앞으로 추가적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

조직적 요인에서 대상으로 하고 있는 시장범위가 제한적일수록 서비스 활성화의 정도가 높았다. 이러한 결과는 제한적인 지역의 환자들을 대상으로 하고 있는 병원들의 경우 기존의 서비스를 특화하여 이윤을 극대화시키기보다는 지역사회가 필요로 하는 다양한 서비스를 가능한 범위 내에서 모두 제공하여 매출 증대를 통한 수익 극대화를 꾀하는 병원 경영 전략을 채택하고 있다는 것을 시사한다고 하겠다. 그러나 이 연구가 병원 중심의 건강증진 서비스에 대한 체계적인 연구가 거의 없는 상태에서 이

루어졌으며 전체적으로 건강증진 서비스의 도입에 영향을 미치는 요인들을 살펴봄에 있어서 보다 많은 변수들을 고려하지 못했고 경영자의 주관적 판단에 의존한 변수들의 객관성에 문제가 있을 수 있으며 병원들의 응답률도 낮았음을 감안하면 이 연구의 결과를 해석하는데 있어 일정한 제한이 있음을 감안하여야 할 것이다. 또한 이미 많은 수의 병원들이 건강증진 서비스를 운영하고 있으며 국민들의 수요도 증가하고 있음을 감안하면 앞으로 병원 건강증진 사업에 대한 보다 체계적인 연구가 필요할 것으로 생각되며 정책 당국에서는 이러한 연구들을 토대로 우리 나라 실정에 맞는 병원 건강증진 프로그램을 개발하고 이를 정책적으로 장려할 필요가 있다고 생각되었다.

요약 및 결론

우리 나라 병원들의 건강증진 서비스 실시 현황과 이의 도입에 영향을 미치는 요인들을 살펴보기 위해서 시행한 연구에서 다음과 같은 결과들을 얻을 수 있었다. 많은 수의 병원에서 건강증진 서비스를 제공하고 있었으나 개별 프로그램별로는 실시율에 큰 차이를 보여 포괄적인 건강증진 서비스가 이루어지지 않고 있었다. 또한 전담인력이 없는 경우가 많고 유료프로그램을 운영하는 병원 역시 극히 적어 제공되고 있는 서비스의 수준은 낮을 것으로 판단된다. 공공병원에 비해 민간병원이 서비스 도입에 있어서 유의하게 높은 수준을 보였고 주변 병원들과의 경쟁정도는 오히려 건강증진 서비스 도입을 감소시키는 결과를 보였다. 병원 경영자의 개인적 요인인 전략유형이 진취형일 때 방어형인 경우보다 건강증진 서비스가 활성화되는 경향이 매우 강하였으며 분석형일 때 지역사회주민을 대상으로 한 프로그램을 도입하는 경향이 매우 강

하였다. 이러한 결과들을 종합할 때, 우리나라 병원들에서 건강증진 서비스의 도입에는 개인적, 조직적 요인보다는 상황적 요인이 영향을 미치는 것으로 보이며 이들 서비스의 활성화 정도에는 상황적 요인보다는 경영자의 개인적 요인이나 조직적 요인이 영향을 미친다고 판단된다. 또한 지역사회주민을 대상으로 한 서비스를 도입하는 데는 경영자의 개인적 요인이 가장 중요한 영향을 미치는 것으로 생각된다.

참고문헌

- Bunton R, Nettleton S, Burrows R. The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle, and risk. London; NY: Routledge, 1995
- Schmitz SM. The Physician's Role in Health Promotion. In: Sol N, Wilson PK. Hospital Health Promotion. Champaign; IL: Human Kinetic Books; 1989. p149-69
- Aguiar CA. Overall Benefits of Health Promotion to Hospital. In: Sol N, Wilson PK. Hospital Health Promotion. Champaign; IL: Human Kinetic Books; 1989. p61-8
- Sol N. Revenue Benefits of Health Promotion. In: Sol N, Wilson PK. Hospital Health Promotion. Champaign; IL: Human Kinetic Books; 1989. p69-81
- Spero CI, Sol N. Health Promotion in Hospital. In: Kar SB (Ed). Health Promotion Indicators and actions. New York: Splingers; 1989
- Burke BK. The Historic Role of Hospitals In: Sol N, Wilson PK. Hospital Health Promotion. Champaign; IL: Human Kinetic Books; 1989. p33-42
- Bonk DJ, Bensky JH. Current Involvement of Hospital in Health Promotion. In: Sol N, Wilson PK. Hospital Health Promotion. Champaign; IL: Human Kinetic Books; 1989. p43-57
- American Hospital Association. The hospital's responsibility for health promotion: Policy and statement of the American Hospital Association. Chicago, 1979
- Hendrix MS. Rural Hospital Health Promotion Programs, methods, resource limitation. *J Commun Health* 1993;18:241-50
- 김용익. 21세기 보건의료의 방향: 정부 기능과 형평성으로 강화하는 방향으로. 1998년도 한국보건행정학회 정기학술대회 (연제집) 1998:37-55
- Kimberly JR, Evanisko MJ. Organizational innovation: the influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Acad Manage J* 1990; 24(4): 689-712
- Shortell MS, and Zajac EJ. Perceptual and Archival Measures of Miles and Snow's Strategic Types: A Comprehensive Assessment of Reliability and Validity. *Acad Manage J* 1990; 33(4): 817-32
- Miles RH, Snow CC. Organizational Strategy, Structure and Process. New York: McGraw-Hill; 1978
- Lee MS. Theoretical approaches to facilitate health promotion practice in primary health care settings. *J Korean Acad Fam Med* 1999; 20(10): 1179-96 (Korean)
- Cho HJ. How to integrate the health promotion and disease prevention in the primary care. *J Korean Acad Fam Med* 1999; 20(9): 1057-67 (Korean)
- Longe M, Wolfe A. Promoting community health through innovative hospital-based programs. Chicago; American Hospital Publishing, 1984
- Clair KM. Providing corporate health promotion services. In: Sol N, Wilson PK. Hospital Health Promotion. Champaign; IL: Human Kinetic Books; 1989. p83-94
- Lee SH, Kim HJ, Cho WH. The recent trend and determinants of service diversification in Korean hospitals. *Korean J Prev Med* 1991; 24(1): 16-28 (Korean)
- Rogers EM. Diffusion of innovations, 4th ed. NY: Free Press; 1995. p371-404