Journal of the Korea Convergence Society
Vol. 8. No. 7, pp. 131-139, 2017 https://doi.org/10.15207/JKCS.2017.8.7.131

지역사회 통합건강증진사업 평가와 개선방안

백종섭[1], 홍성애[2*]
[1]대전대학교 행정학과, [2]공주대학교 간호보건대학 보건행정학과

A Study on the Evaluation and Improvement of an Integrated Health Promotion Program in the Local Community

Jong-Sup Paek[1], Seong-Ae, Hong[2*]
[1]Dept. of Public Administration, Daejeon University
[2]Dept. of Health Administration, Kongju National University

요 약 본 연구는 지역주민에게 건강증진서비스를 제공하는 공무원을 대상으로 보건소 중심 통합건강증진사업의 효과성을 알아보기 위해 시행되었다. 조사는 구조화된 설문지를 이용하여 2015년 9월 10일부터 10월 5일까지 시행되었으며, 총 254개 보건소에 각 2부씩 508부를 배부하여 349부를 회수하였고, 이 중 339부를 최종 분석 자료로 활용하였다. 본 연구 결과, 대상자들은 통합건강증진사업의 효율성과 자율성, 책임성, 보건복지부지원. 유관기관지원에 대해서 전반적으로 평균 수준으로 인식하는 것으로 나타났으며, 보건소 내에 통합건강증진 전담부서가 있는 경우와 필수사업의 비중이 높을수록 모든 검정변수에서 평가가 긍정적이었다. 하지만 통합사업 전에 비해 업무량이 증가하였으며, 필수사업 시행이 지역별 건강문제나 지역 여건을 충분히 반영하지 못하는 것들이 문제점으로 조사되었다. 이러한 결과를 통합건강증진사업의 성공적 운영 전략에 반영할 필요성이 있다.

• 주제어 : 통합건강증진사업, 효율성, 자율성, 책임성, 업무만족도

Abstract The purpose of this study was to investigate the effectiveness of public health center's Integrated Health Promotion Program for the public officials who provide health promotion services to local residents. The survey was conducted from September 10 to October 5, 2015 using a structured questionnaire. Each of the 254 public health centers were sent two questionnaires but I only received 348 and 339 were used for the final analysis. As a result of this study, the all subjects were showed the average level of efficiency, autonomy, accountability, and the support of the Ministry of Health and Welfare, and the related organizations. Also, the evaluation of all the variables were positive when there was a dedicated department for integrated health promotion program within the health center and when the proportion of essential program was high. However, after the Integrated Health Promotion Program was included in the Health centers, the workload has increased and the implementation of the essential program does not fully reflect the regional health problems or local conditions. Based on these results, it is necessary to find a plan for the successful operation of the Integrated Health Promotion Program.

•Key Words : Integrated Health Promotion Program, Efficiency, Autonomy, Accountability, Work Satisfaction

* Corresponding Author : 홍성애(hsa6362@kongju.ac.kr)
Received April 21, 2017 Revised May 18, 2017
Accepted July 20, 2017 Published July 28, 2017

1. 서론

현대 사회의 많은 나라들은 고령화와 만성질환 유병율 증가를 경험하고 있으며, 이로 인한 국민의료비 증대를 사회문제로 인식하고 있다. 이에 따라, 보건의료체계를 질병치료중심에서 예방중심으로 전환하는 검토가 시작되었으며, 1990년대에 이르러 본격적인 개혁이 이루어지기 시작하였다[1]. 우리나라도 1995년 국민건강증진법을 제정하여 국민의 건강증진을 위한 기틀을 마련하였다. 1996년에는 기존의 보건소법을 지역보건법으로 전환하여 보건소를 지역주민의 건강증진을 위한 공공기관으로 육성하였으며, 지역사회 주민들 스스로 건강생활 실천을 통해 건강한 삶을 영위할 수 있도록 하는 다양한 건강증진프로그램과 사업을 제공하도록 하는 제도적인 기반을 마련하였다[2].

건강증진사업은 여러 기관에서 수행되고 있지만, 보건소는 중앙 및 지방정부기관과 직접적으로 업무가 연관되어 있고, 사업의 특성상 다수의 지역 주민들에게 쉽게 다가갈 수 있다는 장점을 가지고 있어 지역건강증진사업의 중추적 역할을 담당하고 있다. 우리나라 보건소의 건강증진사업은 1998년 시범 운영을 시작으로 2005년에 전국으로 확대되어 시행되었다. 2005년 처음에는 사업 명칭이 건강생활실천사업으로 시작해서 2008년에는 지역특화 건강행태개선사업으로, 2012년에는 건강생활실천 통합서비스사업, 2013년부터는 통합건강증진사업으로 변경되어 시행되고 있다[3].

기존의 지역보건사업계획은 지역보건법에 기반을 둔 지역보건의료계획을 중심으로 개별단위 사업계획을 수립하는 방식으로 운영되어 왔다. 이러한 개별단위 사업계획은 각 지방자치단체가 지역보건의료계획의 일환으로 수립하는 형식이었지만, 중앙정부의 사업방침에 따라 수립되어 왔다. 사업의 수행형태에 있어서도 기존 소규모 세부 단위로 구분된 사업 예산편성, 사업별 지침의 세분화 등으로 지자체 자율성을 제약하여 왔다. 따라서 이러한 지역보건의료계획이 지역의 건강특성과 건강수요를 반영하지 못한다는 지적을 받아왔다[4]. 이로 인하여 보건소내의 사업 운영의 분절화, 획일적 사업 수행, 남은 단위사업별 예산의 국고 반납 등 비효율적인 사업운영에 대한 개선 논의가 계속되어 왔다. 이에 따라 보건복지부는 2013년부터 보건소를 기반으로 시행되는 개별단위 건강증진사업을 하나의 사업으로 통합 운영하는 통합건강증진사업을 시행하게 되었다.

지역사회 통합건강증진사업이란, 지방자치단체가 지역사회 주민에게 제공하는 건강생활실천과 만성질환 예방, 취약계층 건강관리 사업을 지역사회 특성과 주민의 요구가 반영된 프로그램 및 서비스 등을 기획하고 추진하도록 하는 것을 의미한다[5]. 이 사업은 지역사회 주민의 건강수준 향상을 위해 지자체가 주도적으로 사업을 추진하여 지역주민의 건강증진사업 체감도를 향상시키고, 중앙정부와 지방정부가 함께 노력하여 제3차 국민건강증진종합계획 목표를 달성하며, 지역별 다양한 특성과 수요에 부합하는 차별적인 건강증진사업 개발을 목적으로 한다. 통합건강증진사업은 17개 세부사업을 1개로 묶어 예산을 통합하고 이것을 국민건강증진종합계획 2020의 분류방식에 따라 13개 사업 분야로 영역을 구분하였다[5]. 이 중 필수사업(금연, 절주, 신체활동, 영양사업, 대사증후군 등 건강위험군에 대한 만성질환 예방 및 관리사업, 치매검진사업)을 지정하여 반드시 해당분야에서 사업을 개발하도록 하였다[2].

본 사업은 효율성 제고와 자율성 확대, 책임성 강화를 기본 방향으로 한다[5]. 즉, 보건소 건강증진사업을 건강영역별, 생애과정별로 재구성하여 포괄적인 연계 및 협력을 통한 대상자 중심의 통합서비스를 제공할 수 있도록 여건을 조성하여 효율성을 제고하고자 하였다. 또한 지자체가 재원의 용도 및 세부내역을 자율적으로 설계·집행할 수 있도록 개선하고, 지역별 건강문제와 지역 여건 등을 반영하여 우선순위에 따라 사업영역 및 사업량을 선택하여 운영하도록 자율성을 확대하도록 하였다. 더불어 지자체의 관리·감독 역할을 강화하고, 과정 및 결과 평가를 실시할 수 있도록 성과중심의 평가체계를 개선하여 책임성을 강화시키겠다는 의미이다.

본 사업의 실적에 대한 평가는 주기적으로 이루어지고 있지만, 기본 방향에 대한 효과를 검증한 실태조사는 전무한 형편이다. 이에, 본 연구에서는 현재 시행되고 있는 보건소 통합건강증진사업이 기본 방향에 얼마나 부합되는지를 실증적 분석을 통해 검증하고자 한다. 구체적으로는 전국 보건소의 통합건강증진사업에 대한 효율성과 자율성, 책임성 수준을 파악하고, 더불어 통합건강증진사업의 정착을 위한 정부 및 유관기관의 지원 활동에 대한 인식과 문제점를 파악할 것이다. 궁극적으로 본 연구 결과를 통합건강증진사업의 성공적 정착을 위한 방안을 모색하는 기초자료로 제공하고자 한다.

2. 연구 방법

2.1 연구 설계

본 연구는 각 지방자치단체의 보건소 통합건강증진사업을 담당하는 공무원들이 인지하는 사업의 효율성, 자율성 및 책임성 수준과 통합건강증진사업을 위한 정부 및 유관기관의 지원 활동에 대한 평가, 그리고 실무 현장에서 인식하는 문제점을 파악하기 위한 실증적 연구이다.

2.2 연구 대상 및 자료수집

본 연구는 전국 보건소를 모집단으로 하여 통합건강증진사업 담당자를 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 전수조사를 실시하였다. 사업 담당자는 지역주민을 대상으로 건강증진서비스를 제공하며, 건강증진사업을 담당하는 공무원을 의미한다. 먼저 각 보건소 사업 담당자에게 유선으로 연구의 취지를 설명하고 사전 동의를 얻은 후 설문지를 우편으로 보내 회수하였다. 2015년 9월 10일부터 10월 5일까지 총 254개 보건소에 각 2부씩 508부를 배부하여 349부를 회수하였으며(회수율 68.7%), 이 중 339부를 최종 분석 자료로 활용하였다.

2.3 연구 도구

본 연구의 도구는 2015년 지역사회 통합건강증진사업 안내[6]의 주요 평가항목을 근거로 연구자가 직접 개발하였으며, 전문가 및 현장 담당자들의 자문을 얻어 수정·보완하였다. 설문지는 주로 폐쇄형 문항으로 구성되었으며, 주관적인 의견이 필요한 경우는 개방형 질문으로 구성하였다. 개발된 설문 문항에 대한 타당성은 사전 테스트를 통하여 보완·수정하였다.

측정도구는 사업의 효율성 제고를 평가하기 위한 8문항, 자율성 확대 여부를 평가하기 위한 7문항, 책임성 강화를 평가하기 위한 4문항, 보건복지부 지원에 대한 인식을 측정하기 위한 4문항, 유관기관의 지원에 대한 인식을 측정하기 위한 5문항 등 총 28문항으로 구성하였다. 각 요인들은 Likert 7점 척도로 측정하였으며, 점수가 높을수록 긍정적인 평가를 하는 것으로 설계하고 해석하였다. 통합건강증진사업의 필요성과 성과를 측정하기 위해서는 지역사회 통합건강증진 13개 영역인 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강 보건, 심뇌혈관질환 예방 관리, 한의약건강증진, 아토피천식예방관리, 여성 어린이 특화, 치매관리, 지역사회중심재활, 방문건강관리로 구분하여 측정하였다. 일반적 사항을 측정하기 위해서는 대상자에 관한 항목으로는 성별, 연령, 업무담당기간, 지역, 직급, 업무만족도를 측정하였고, 대상 보건소에 관한 항목으로는 전담부서 여부와 필수사업 비중(%)을 측정하였다

2.4 분석 방법 및 신뢰도

수집된 자료는 SPSS Ver. 23.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 조사척도들의 타당성과 신뢰성 검정을 위해 요인별 Cronbach's -α를 이용하였으며, 응답자의 인구사회학적 특성에 따른 요인별 차이검증을 위해 독립검정 t-test와 일원배치분산분석(One way ANOVA)을 실시하였다. 통합건강증진사업 요인별 수준은 기술통계로 구하였고, 변수들 간의 상관성을 알기 위해 상관관계 분석을 실시하였다. 또한 다중회귀분석을 실시하여 담당자의 직무만족도에 영향을 미치는 요인들의 상대적 영향력을 비교하였다. 모든 통계 분석은 95% 신뢰 수준에서 검증하였다.

도구의 척도별 전체 문항의 신뢰도는 0.898로 높게 나타났다. 각 요인별 신뢰도의 경우 효율성이 Cronbach's alpha = 0.865으로 가장 높았고, 자율성(0.729), 책임성(0.760), 보건복지부 지원(0.811), 유관기관지원(0.867) 순으로 나타났다. 모든 구성요인의 Cronbach's alpha가 0.6 이상으로 문항의 내적일관성이 있는 것으로 분석되었다.

3. 연구 결과

3.1 통합건강증진사업에 대한 인식/평가

통합건강증진사업의 기본 방향에 대한 대상자들의 인식을 조사한 결과는 <Table 1>과 같다. 먼저 효율성은 4.19점, 자율성 4.30점, 책임성 4.40점, 보건복지부지원 4.03점, 유관기관지원 4.18점을 보였다. 요인들 중 책임성이 가장 높았고, 보건복지부지원에 대한 평가가 가장 낮았으며 전반적으로 평균 수준의 평가를 하는 것으로 나타났다.

<Table 1> Factors on Specific Level of the Integrated Health Promotion Program

Factor	N	Min	Max	M/SD
Efficiency	339	1.29	7.00	4.19±1.038
Autonomy	339	1.57	6.17	4.30±0.836
Accountability	339	1.50	7.00	4.40±0.998
Welfare Support	339	1.25	7.00	4.03±1.099
Supporting Institutions	339	1.20	7.00	4.18±1.070

3.2 인구사회학적 특성에 따른 요인별 차이검증

조사 대상 보건소의 통합건강증진사업 담당자의 인구사회학적 특성을 살펴보면 <Table 2>과 같다. 여자가 89.1%를 차지하였으며, 간호직(52.1%)과 보건직(29.9%)의 비율이 높았다. 지역은 시군구(94.0%)가 높았고, 40대(40.8%)와 50대(40.8)가 많았다. 2년이상 업무를 담당하는 경우(41.6%)가 가장 높았고, 응답자의 직급은 6급(53.6)과 7급(39.2) 순으로 높았다. 필수업무량은 61%이상(35.1%), 31-60%(33.0%), 30%이하(31.8%) 순이었고, 전담부서가 있는 경우가 64.6%로 나타났다. 또한, 담당자들의 업무만족 수준은 불만족이 31.8%, 보통은 42.6%, 만족은 25.6%로 나타났으며, 전체적으로는 2.85점으로 평균 이하로 나타났다.

인구사회학적 특성에 따른 요인 수준은 <Table 2>와 같다. 성별에 따라서는 여자가 남자에 비해 자율성과 복지부지원, 유관기관 지원에 대해 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 전공에 따라서는 보건직과 기타가 효율성과 자율성, 책임성, 복지부지원에서 높았고, 행정직이 유관기관 지원에 대한 인식 수준이 높았다. 지역에 따라서는 시,군,구가 도, 광역시, 특별시에 비해 자율성과 책임성 수준이 높았고, 유관기관 지원에 대한 인식 수준이 낮았다. 나이에 따른 차이는 40-49세에서 효율성과 자

<Table 2> Factor levels according to socio-demographic characteristics

Variable		n(%)	Efficiency	Autonomy	Accountability	Welfare support	Supporting institutions
Gender	Female	301(89.1)	4.19±1.035	4.31±0.820	4.40±1.000	4.05±1.098	4.20±1.066
	Male	37(10.9)	4.23±1.079	4.27±0.976	4.42±1.000	3.91±1.126	4.03±1.113
	t/F(p)		-.247(.805)	.258(.797)	-.118(.906)	.694(.488)	.882(.378)
Major	Nursing	172(52.0)	4.11±0.996	4.22±0.816	4.29±0.992	3.94±1.082	4.10±1.069
	Health Service	99(29.9)	4.25±1.082	4.41±0.869	4.54±1.035	4.17±1.133	4.22±1.109
	Administrative work	5(1.5)	4.17±0.731	4.17±0.650	4.15±0.335	3.90±0.628	4.36±0.434
	Others	55(16.6)	4.29±1.064	4.38±0.813	4.47±0.997	4.09±1.175	4.30±1.095
	t/F(p)		.646(.586)	1.308(.272)	1.579(.194)	1.052(.370)	.653(.581)
Area	Big City	20(6.0)	4.21±0.773	4.22±0.716	4.14±0.788	4.00±0.784	4.29±0.812
	Small City	314(94.0)	4.19±1.057	4.31±0.847	4.42±1.015	4.03±1.124	4.18±1.088
	t/F(p)		.013(.908)	.227(.634)	1.449(.230)	.013(.908)	.193(.661)
Age	≤ 40	62(18.3)	4.21±1.051	4.31±0.787	4.44±0.918	4.10±1.032	4.17±1.038
	40-49	138(40.8)	4.00±0.936	4.13±0.741	4.27±0.998	3.84±1.164	4.23±0.985
	≥ 50	138(40.8)	4.25±1.068	4.37±0.918	4.42±1.076	4.05±1.130	4.18±1.139
	t/F(p)		1.273(.281)	1.860(.157)	.629(.534)	1.238(.291)	.059(.943)
Work period	< 1 year	104(30.7)	4.22±1.074	4.32±0.802	4.48±0.977	4.09±1.074	4.22±0.968
	1~2 years	94(27.7)	4.12±0.969	4.36±0.754	4.37±0.976	3.95±1.108	4.10±1.085
	> 2 years	141(41.6)	4.22±1.060	4.25±0.912	4.36±1.031	4.04±1.116	4.21±1.133
	t/F(p)		.316(.729)	.536(.585)	.440(.644)	.401(.670)	.408(.665)
position	≥ Grade 5	3(1.0)	4.62±0.951	4.52±0.787	3.58±1.233	3.58±1.702	3.87±1.701
	Grade 6	164(53.6)	4.30±1.092	4.38±0.873	4.48±1.039	4.09±1.116	4.17±1.142
	Grade 7	120(39.2)	4.08±0.989	4.24±0.808	4.36±0.948	3.94±1.099	4.18±0.967
	Grade 8-9	19(6.2)	4.08±1.041	4.18±0.695	4.49±0.970	4.20±0.923	4.29±0.865
	t/F(p)		1.306(.273)	.878(.453)	1.043(.374)	.725(.538)	.165(.920)
dedicated Depart-ment	have	217(64.6)	4.30±1.069	4.36±0.857	4.48±1.018	4.14±1.124	4.24±1.059
	none	119(35.4)	3.99±0.958	4.20±0.797	4.27±0.958	3.84±1.040	4.08±1.096
	t/F(p)		**2.685(.008)****	1.667(.097)	1.844(.066)	**2.374(.018)***	1.316(.189)
proportion of essential program	≤ 30%	107(31.8)	3.94±1.031	4.18±0.873	4.24±0.986	3.95±1.142	4.04±1.054
	31-60%	111(33.0)	4.31±0.920	4.32±0.810	4.35±0.969	4.07±1.000	4.28±1.044
	≥ 61%	118(35.1)	4.32±1.101	4.42±0.802	4.60±0.992	4.09±1.131	4.20±1.112
	t/F(p)		**4.955(.008)****	2.344(.097)	**4.131(.017)***	.575(.564)	1.422(.243)
Job satisfac-tion	Unsatisfied	107(31.8)	3.55±0.947	3.92±0.811	3.84±0.912	3.37±1.000	3.69±1.058
	Average	143(42.6)	4.18±0.869	4.24±0.730	4.38±0.866	4.07±0.906	4.12±0.918
	satisfied	86(25.6)	5.00±0.841	4.90±0.710	5.14±0.844	4.82±0.975	4.90±0.942
	t/F(p)		**64.036 (.000)*****	**41.683 (.000)*****	**52.684 (.000)*****	**55.067 (.000)*****	**37.432 (.000)*****

Note 1. A total of 339 respondents answered, but non-responders are excluded from the analysis according to the characteristics

2. * p<0.05, ** p<0.01, *** p 〈0.001

율성, 책임성, 보건복지부 지원에서 낮았고, 유관기관 지원에 대한 인식 수준이 높았다. 업무담당기간에 따라서는 1년 이상~ 2년 미만에서 보건복지부 지원과 유관기관 지원에 대한 인식 수준이 낮았다. 직급에 따른 차이를 보면 직급이 높을수록 효율성과 자율성 수준이 높았으나 책임성, 보건복지부 지원, 유관기관 지원에 대한 인식 수준이 낮았다. 하지만 성별, 전공, 지역, 나이, 업무담당기간, 직급에 따라서 통계적으로 유의한 차이는 없었다 (p>.05).

하지만 보건소내 전담부서가 있는 경우에 효율성(4.30점), 자율성(4.36점), 책임성(4.48점), 보건복지부 지원(4.14점), 유관기관 지원(4.08점)의 모든 요인에 대한 점수가 높았으며, 효율성과 보건복지부지원에 대한 평가가 통계적으로 유의하게 긍정적인 것으로 나타났다(p<.05). 필수사업의 비중이 높을수록 효율성(4.32점), 자율성(4.42점), 책임성(4.60점), 보건복지부지원(4.09점)의 점수가 높게 나타났으며, 효율성과 책임성은 유의하게 긍정적인 것으로 나타났다(p<.05). 특히, 업무만족이 높을수록 효율성(5.00점), 자율성(4.90점), 책임성(5.14점), 보건복지부 지원(4.82점), 유관기관 지원(4.90점)의 모든 요인에 대한 점수가 높았으며, 통계적으로 유의하게 긍정적인 것으로 나타났다(p<.000).

3.3 통합건강증진사업의 장·단점

담당자가 인지하는 사업의 장・단점은 <Table 3>과 같다. 가장 큰 장점으로는 예산 자율성 확대(47.8%)였으며, 주민건강증진사업에 기여(22.3%), 사업 자율성 확대(20.2) 순이었다. 반면, 가장 큰 단점으로는 업무량 증가(39.8%)였으며, 중앙정부의 업무지시와 지침에 혼선(26.4%), 권한이 없는 책임성 증가(14.8%), 효율성 저하(12.8%) 순으로 나타났다.

3.4 통합건강증진사업 영역별 필요성과 성과 (중복 응답)

담당자들이 가장 필요하다고 인지하는 건강증진사업 분야는 심・뇌혈관사업(70.1%), 금연(54.4%), 신체활동(45.3%), 치매관리(44.4%), 방문건강관리(18.9%) 순이었다. 반면 가장 성과가 좋았던 분야는 금연(54.7%), 신체활동((51.5%), 심・뇌혈관사업(44.1%), 치매관리(34.6%), 구강보건(24.0%), 영양관리(21.0%) 순으로 나타났다.

<Table 3> Advantages and Disadvantages of Integrated Health Promotion Program unit: N(%)

Advantages		Disadvantages	
Contribute to the promotion of public health projects	75 (22.3)	Interference in the work orders and instructions of the central government	89 (26.4)
Budget autonomy expansion of the local government (public health center)	161 (47.8)	Decreased efficiency	43 (12.8)
Business autonomy expansion of the local government (public health center)	68 (20.2)	Increased workload	134 (39.8)
Increase the accountability of the local government (public health center)	17 (5.0)	Increased involvement of the central government	10 (3.0)
Increased utilization of manpower	11 (3.3)	Increased Unauthorized Accountability	50 (14.8)
Others	5(1.5)	Others	11 (3.3)

* Note: Multiple responses

<Table 4> Business areas that are most needed and have good results unit: N(%)

Business area	Needs Recognition	Good Performance
No smoking	184(54.4)	185(54.7)
Moderate drinking	19(5.6)	5(1.5)
Physical activity	153(45.3)	174(51.5)
Nutrition management	54(16.0)	71(21.0)
Obesity management	50(14.8)	16(4.7)
Oral health	22(6.5)	81(24.0)
Cardiac and Cerebrovascular work	237(70.1)	149(44.1)
Health promotion of oriental medicine	2(0.6)	11(3.3)
Atopy and asthma prevention	3(0.9)	15(4.4)
Specializing in women and children	36(10.7)	31(9.2)
Dementia management	150(44.4)	117(34.6)
Visit Health Care	64(18.9)	69(20.4)
Community-based rehabilitation	23(6.8)	31(9.2)

Note: Multiple responses

3.5 연구척도 간의 상관성

각 연구척도 간의 상관관계는 <Table 5>와 같으며, 모든 변수들 간에는 유의한 양의 관련이 있었다 (p<0.001).

<Table 5> Factor by Correlations

	①	②	③	④	⑤
Efficiency	1				
Autonomy	.761***	1			
Accountability	.752***	.738***	1		
Welfare Support	.696***	.652***	.785***	1	
Supporting Institutions	.571***	.535***	.638***	.657***	1

Note: * p<0.05, ** p<0.01, *** p 〈0.001
① Efficiency ② Autonomy ③ Accountability
④ Welfare Support ⑤ Supporting Institutions

3.6 담당자의 업무만족도 영향 평가

통합건강증진사업을 통해 달성하고자 하는 효율성, 자율성 및 책임성 강화는 여러가지 제도와 요인에 의해 영향을 받는다. 특히 사업을 담당하는 공무원이 업무에 만족하고 양질의 행정서비스를 제공할 때 고객인 주민들은 그만큼 건강이 증진되고 통합건강증진사업이 강조하는 소기의 성과를 창출할 수 있을 것이다. 이에 본 연구에서는 통합건강증진사업을 담당하는 공무원의 업무만족도에 어느 변수들이 영향을 미치는지를 조사하기 위해 일반적 특성 변수를 통제한 상태에서 효율성, 자율성, 책임성, 복지부 지원, 유관기관지원을 영향변수로 지정하고, 업무만족도를 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다<Table 6>.

<Table 6> Factors Affecting work Satisfaction

	B	SE	β	t	p	Tolerance	VIF
(Constant)	.409	.191		2.139	.033		
Efficiency	.285	.058	.308	4.918	.000	.510	1.960
Welfare Support	.262	.055	.298	4.749	.000	.507	1.971
Major (Other)	.326	.122	.125	2.669	.008	.916	1.091
Major (Health & Medical Jobs)	.223	.101	.104	2.222	.027	.903	1.107
Work Period>2	.175	.088	.089	1.991	.047	.989	1.011
$adj.R^2$		.351					
$F(p)$		35.152 (<.001)					

Note: Major(nursing), period(less than one year) are 0 dummy variable

조사 결과, 효율성과 복지부지원, 전공이 기타 또는 보건직, 담당업무기간이 2년 이상인 경우가 담당업무 만족도에 유의한 영향을 주는 것을 나타났다. 효율성이 높을수록(.308, p=.000), 복지부지원에 대한 인식이 높을수록(.298, p=.000), 전공이 기타(.125, p=.008)이거나 보건직(.104, p=.027)인 경우, 담당업무 기간이 2년이상(.089, p=.047)인 경우 담당업무 만족도가 높아지며 설명력은 35.1%이었다.

4. 고찰

본 연구는 2013년부터 시행되고 있는 지역사회 중심의 통합건강증진사업의 기본 방향인 효율성 제고, 자율성 확대 및 책임성 강화 수준은 어느 정도인지 파악하고, 정부 및 유관기관의 지원 활동과 문제점 등 전반적인 현황을 파악하고자 하였으며, 전국 규모의 표본을 가지고 분석하였다는데 의의가 있다고 할 수 있다.

연구의 주요결과 및 이에 따른 시사점은 다음과 같다.

첫째, 대상자들이 인식하는 통합건강증진사업의 효율성과 자율성, 책임성, 보건복지부지원. 유관기관지원에 대해서 전반적으로 평균 수준의 평가가 이루어진 것으로 확인되었다. 하지만 통합건강증진사업 전・후를 비교할 수 있는 자료가 부재하여 비교를 할 수는 없지만 본 사업의 취지에 맞는 효과를 도출하기 위해서는 더 많은 노력이 필요하다는 것을 알 수 있다. 오영아[7]의 연구에서도 통합건강증진사업 담당자들이 현행 교육지원에 대해서 만족하지 않는 것으로 나타나 본 결과와 같은 맥락으로 이해할 수 있다.

둘째, 보건소 내에 통합건강증진 전담부서가 있는 경우에 전반적으로 평가가 긍정적이었는데, 이는 업무의 효율성과 관리 측면에서 매우 중요한 사안으로 해석된다. 의료기관에서도 전담부서가 있는 경우 의료질관리 활동과 업무 효율성, 외부고객 만족도 등이 모두 높아진다고 보고하였으며[8,9], 전문적이고 체계적인 업무 수행을 위해 전담부서의 필요성을 강조하였다[10].

셋째, 본 사업은 과거에 비해 '예산과 사업의 자율성 확대'는 일부 이루어진 것으로 평가되나, '업무량 증가'와 '중앙정부의 업무지시와 지침에 혼선', '권한이 없는 책임성 증가' 등의 문제점이 나타났다. 특히 각 세부사업들이 기존의 틀은 유지하고 있으면서 통합 사업이라는 명분하에 업무구분이 모호해지고, 담당자 인력이 3개 이상의 사업을 수행하고 있는 등 전문성이 결여된 채 업무량만 늘어났다는 것들이 문제점으로 지적되어 개선 및 보완이

필요한 것으로 나타났다.

넷째, 담당자들이 가장 필요하다고 인지하는 통합건강증진사업 분야는 심・뇌혈관사업, 금연, 신체활동, 치매관리 순이었다. 반면, 가장 성과가 좋았던 분야는 금연과 신체활동, 심・뇌혈관사업, 치매관리 순으로 나타나 현재 통합건강증진사업에서는 심・뇌혈관사업, 금연, 신체활동, 치매관리가 가장 핵심적인 사업인 것으로 확인되었다. 이는 2014년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례결과[11]에서도 사업 분야별로 신체활동(70.0%)이 가장 순위가 높았고, 영양(66.0 %), 심・뇌혈관예방(64.0%), 금연(51.0%), 구강보건(51.0%), 비만예방(51.0%), 치매관리(32.0%), 절주(30.0%) 순으로 나타났다. 즉, 필수사업(금연, 절주, 신체활동, 영양사업, 대사증후군 등 건강위험군에 대한 만성질환 예방 및 관리 사업, 치매검진사업) 위주의 활동을 통해 보다 좋은 성과를 거두고 있는 것을 확인할 수 있다. 특히, 노인우울이 건강증진행위에 부정적인 영향을 미치기 때문에[12,13], 치매를 포함한 정신건강관리의 중요성이 대두된다.

다섯째, 통합건강증진사업 중 필수사업의 비중은 61% 이상(35.1%), 31-60%(33.0%). 30%이하(31.8%) 순으로 나타났다. 필수사업의 비중이 높을수록 효율성과 자율성, 책임성, 복지부지원에 대한 점수가 높았으며, 특히 효율성과 책임성의 비율이 통계적으로 유의하게 높았다. 하지만 본 설문 항목 중, '필수사업 중 지역주민의 건강문제와 관련이 적음에도 불구하고 수행하는 사업이 있는가'에 대한 응답은 3.96점으로 평균 수준으로 나타나 지역별 건강문제나 지역 여건을 충분히 반영하지 못한 것을 알 수 있다. 이주열의 연구[3]에서도 필수사업은 건강문제 우선순위가 낮거나 주민의 요구가 없더라도 추진해야 하기 때문에 자율성을 제한시킨다고 보고하여 본 연구와 같은 견해를 보였으며, 이를 해결하기 위한 방안으로 필수사업 범위를 정비할 필요성을 주장하였다.

여섯째, 담당자들의 업무만족도는 2.85점으로 평균 이하의 수준인 것으로 나타났는데, 2004년 건강증진사업 담당자인 간호사를 대상으로 한 연구[12]에서도 업무만족도가 2.86점, 국민건강보험공단 건강증진사업 담당자를 대상으로 한 연구[13]의 연구에서도 업무만족도가 3.02점으로 본 연구와 비슷한 수준을 보였다. 하지만 선행연구 결과들은 통합건강증진사업 이전의 결과이므로 통합건강증진 사업이 시행되고 있는 지금과 수준 차이를 보이지 않는다는 것에 주목할 필요가 있다. 여러 선행연구에서 직무만족과 업무만족은 정(+)의 상관성이 있는 것으로 보고하고 있으므로[14,15,16], 업무만족을 높이기 위한 노력은 직무만족과 조직몰입에 긍정적인 영향을 미쳐서 궁극적으로 조직성과를 높이는 역할을 한다[17,18,19]. 보건소에서도 건강증진서비스를 제공하는 담당자의 업무만족은 결과적으로 조직성과를 이끌어내는 중요한 수단이므로, 조직성과를 높이기 위해서는 업무만족을 높이기 위한 방안 마련이 요구된다. 특히, 본 연구에서는 효율성과 보건복지부지원에 긍정적일수록 담당자의 업무만족이 높아진다는 결과를 보였는데, 이러한 결과는 지역 여건을 고려한 사업의 탄력성과 중앙정부기관의 일관성 있는 업무지시 및 적절한 평가지표 등이 업무만족을 높이는 요인인 것으로 해석할 수 있다.

5. 결론

본 연구는 보건소 중심 통합건강증진사업의 효율성 확대와 자율성 제고 및 책임성 강화 수준을 알아보고, 통합건강증진사업을 위한 정부 및 유관기관의 지원 활동에 대한 인식 수준과 사업의 문제점을 파악하여 통합건강증진사업의 성공적 정착을 위한 방안을 모색하는 기초자료로 활용하고자 시도되었다. 연구 결과, 전반적으로 대상자들은 통합건강증진사업의 효율성과 자율성, 책임성, 보건복지부지원. 유관기관지원에 대해서 평균 수준의 평가를 하는 것으로 조사되었다. 사업의 성과로는 지방자치단체의 예산 편성 자율성이 확대되었고, 주민건강증진에 기여한 것으로 평가되었다. 반면, 문제점으로는 업무량의 증가와 중앙정부의 업무지시와 지침에 혼선이 있으며, 권한이 없는 책임성의 증가를 지적하였다.

본 연구의 결과를 바탕으로 통합건강증진사업 발전을 위한 정책적 제언은 다음과 같다.

첫째, 보건소 내에 통합건강증진사업을 담당하는 독립된 전담부서를 지정하고, 업무분장 및 인력 보강 등 인력관리의 재정비가 요구된다. 이를 통해 업무의 전문성을 기반으로 한 효율성 증대를 기대할 수 있을 것이다. 둘째, 필수사업 13개 사업 분야 중에서 동질성이 높은 5-6개 세부사업 분야를 제시하여 필수사업 범위 내에서 통합과 연계가 활성화될 수 있도록 해야 한다. 이렇게 되면 현재보다 지역별 건강문제와 지역 여건 등을 반영하여 우선순위에 따라 사업영역 및 사업량을 선택하여 운영할 수 있는 탄력성이 증가되며, 결과적으로 자율성 확대에 기

여할 수 있을 것이다. 셋째, 사업을 결정할 때는 지방자치단체장의 의지가 우선되기 보다는 지역의 여건을 반영하고, 중·장기적인 계획을 바탕으로 사업의 연계성을 확보하여야 할 것이다.

본 연구는 전수조사를 통해 결과를 일반화하고자 하였으나 몇 가지 제한점을 갖는다. 우선, 설문을 통한 주관적인 측정의 한계를 가지므로 향후 보건복지부 평가자료 등의 객관적인 자료를 보완하여 추가 연구를 수행할 필요가 있다. 또한 본 연구는 주요 평가지표를 근거로 도구를 개발하였으므로 효율성과 자율성, 책임성 강화 효과가 다른 요인들에 의한 차이가 있을 수 있는 가능성을 배제할 수 없다. 따라서 측정도구 및 기준을 좀 더 명확히 할 필요가 있으며, 향후 다른 변인을 고려한 연구가 필요하다. 마지막으로 본 연구 결과는 조사를 시행한 시점의 현황만을 반영하여 해석해야 할 것이다.

ACKNOWLEDGMENTS

This work was supported by the research grant of the Kongju National University in 2014"

REFERENCES

[1] J. G. Lee, Current Status of Health Promotion in Korea and Future Policy Tasks, '2005 conference of Korean Society for Health Promotion and Disease Prevention, s36-s47. 2005

[2] Y. S. Lee, The Effect of Public Health Center Program participation on Metabolic Syndrome and Risk of Disease in Middle-aged and Elderly Women, Journal of the Korea Convergence Society, Vol. 7, No. 6, pp. 317-325, 2016.

[3] J. Y Lee, Future Directions of the Integrated Health Promotion Programs in Health Center, Korean Journal of Health Education and Promotion, Vol.30, No.4, pp.1-7. 2013.

[4] J. B. Park, The Variables associated with Planning Capability of the Integrated Health Promotion Program of Public Health centers, Gachon University, Ph.D. thesis, 2014.

[5] Ministry of Health and Welfare·Korea Health Promotion Foundation, '2016 Guidelines for Promoting Integrated Health Care in Communities, 2016

[6] Ministry of Health and Welfare·Korea Health Promotion Foundation, '2015 Guidelines for Promoting Integrated Health Care in Communities, 2015

[7] Y. A. Oh, Analysis of Perceived Job Training and Educational Needs for the Public Health Promotion Program Personnel, The Journal of Korean Society for School & Community Health Education, Vol.16, No.1, pp.93-105, 2015.

[8] H. N. Kim, Quality improvement activity and aware-ness according for dental hygienist to the existence of dental Q.I. task force team in Korean dental hospitals, Seoul University, master thesis. 2011

[9] H. N. Kim, Ho Kim and H. Y. Kim, Conditions and Performance of Quality Improvement Activity in Korean Dental Hospitals, J Dent Hyg Sci Vol. 13, No. 4, pp.359-368, 2013.

[10] H. G. Choi, I. S. Lee, J. H. yang, I. J, Yu, et al., A Study on the Establishment of Nursing Unit in ministry of Health and Welfare, The Korean Nurse, Vol.41, No. 4, pp. 51-64, 2002.

[11] J. Park, J. R. Kim, K. S. Kwon et al, 'Development Strategies for Health Care Implementation in Health Care Centers' Result report, Ministry of Health and Welfare, 2015.

[12] Y. J. Park, Gum-Jung Kim, "The Effects of Meaning of Life and Depression on Health-Promoting Behaviors of the Elderly - Focusing on the Elderly Who Participated in Community Health Programs", Journal of digital Convergence, Vol. 15, No. 5, pp. 411-417, 2017.

[13] Sun Young Lee, Yunyoung Kim, "Factors Influencing Cognitive Impairment of the Seniors using Senior Center", Journal of digital Convergence, Vol. 15, No. 3, pp. 393-403, 2017.

[14] Y. H. Lim, A Study on the Job Satisfaction of

Health Promotion Program Workers, Health and Welfare, Vol.7, pp. 103-121, 2004.
[15] M. K. Ahn, Recognition on Job implementation & Job Satisfaction of Health Promotion Program Personnels in National Health Insurance Corporation, Kosin University, master thesis, 2006.
[16] E. H. Park, Y. E. Lee, Task satisfaction, job satisfaction, organizational commitment and turnover intension of Center for Children's Foodservice Management employees, Journal of the Korean Society of Food Science and Nutrition Vol.44, No. 12, pp. 1881~1894. 2015.
[17] Nyhan RC, Increasing Affective Organizational Commitment in Public Organizations, The Key role of interpersonal Trust, Review of Public Personnel Administration, Vol. 19, No. 3, pp. 58-70. 1999.
[18] H. R. Jung, A. R. Son, Y. J. Yun, S. H. Lee, S. B. Lee, J. A. In, K. h. Kang, "Study on self-development needs, job satisfaction, self-efficacy by general characteristics of dental hygienist", Journal of the Korea Convergence Society, Vol. 6, No. 6, pp. 231-239, 2015.
[19] E. S. Shin, "Job Satisfaction and Relating Factors of Medical Record Technicians Working in General Hospitals", Journal of the Korea Convergence Society, Vol. 6, No. 5, pp. 337-346, 2015.

저자소개

백 종 섭(Jong-Sup Paek) [정회원]

- 1984년 2월 : 서울대학교 행정대학원 (행정학석사)
- 1991년 8월 : 서울대학교 일반대학원 행정학과 (행정학박사)
- 1992년 9월 ~ 현재 : 대전대학교 행정학과 교수

<관심분야>
인사행정, 공공부문노사관계, 복지정책, 갈등관리와 협상론

홍 성 애(Seong-Ae Hong) [정회원]

- 1980년 2월: 충남대학교 간호학학사
- 2004년 2월 : 대전대학교 일반대학원 행정학과 (행정학박사)
- 2006년 4월 ~ 현재 : 공주대학교 보건행정학과 교수

<관심분야>
보건교육, 건강증진, 건강보험