

건강증진사업 관리체계 사례 분석*

: 6개 지역을 중심으로

Case Study on Management System of Health Promotion Project

: Focusing on Six Regional Cases

김정숙**

Kim, Jungsook

■ 목 차 ■

- I. 서론
- II. 건강증진사업: 배경과 현황
- III. 건강증진 달성을 위한 건강증진사업 관리체계
- IV. 사례 선정 및 분석방법
- V. 건강증진사업 사례 분석
- VI. 결론

이 연구는 건강증진사업을 수행하는 관리체계의 세 가지 구성요소인 제도, 자원, 행위자를 분석함으로써 사업 활성화 방안을 도출하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 건강증진사업의 현황을 살펴보고, 관련 선행연구를 검토하여 관리체계 내 제도, 자원, 행위자의 각 세부요소들을 정리하였다. 또한 지역 특성 유형과 자원 수준에 따라 6개 지역을 선정하여 심층면접을 실시하였다.

사례분석 결과, 조직 설계의 경우 지역별 편차가 있으나 공통적으로 사업전담조직이 미비한 구조적 문제를 안고 있었다. 인력 관리 측면에서도 지역 별 편차가 존재하나, 낮은 공무원 비율과 인력 부족이 사업 전 과정에서 공통적인 한계로 작용하고 있다. 자원과 행위자의 경우 서로에게 영향을 미치는 요소로, 외부자원이 풍부한 곳에 행위자 역시 많은 상관성을 보이고 있었다.

* 이 논문은 한국지방행정연구원과 한국건강증진개발원의 공동과제인 '지역사회 중심의 건강증진사업 효율화를 위한 성과분석 및 개선방안' 중 일부를 토대로 작성하였고, 2020년 2월 14일 한국지방행정학회 동계학술대회 발표논문을 일부 수정하였음

** 한국지방행정연구원에 부연구위원

논문 접수일: 2020. 02. 10, 심사기간: 2020. 02. 10 ~ 2020. 03. 10, 게재확정일: 2020. 03. 10

이같은 분석결과는 조직 설계와 인력 관리의 어려움이 큰 농촌형이나 자원 규모가 낮은 대도시의 자치구의 경우 다른 지역에 비해 좀 더 많은 지원을 필요로 한다는 정책적 함의를 지닌다. 또한 필요에 따라서는 사업 연계성, 통합성, 기획력을 제고하기 위해 중앙-광역-기초 단위 모두 원활한 사업수행을 위한 조직개편을 필요로 한다.

□ 주제어: 건강증진사업 관리체계, 제도, 자원, 행위자

The purpose of this study is to derive a plan to revitalize management system by analyzing the three components of local health system that carry out health promotion projects, institutions, resources and actors. We reviewed the current status of the health promotion project and reviewed related prior studies to summarize each detail of the system, resources, and actors. In addition, six regions were selected according to three types and resource levels according to regional characteristics, and in-depth interviews were conducted.

As a result of the case analysis, there were regional structural problems in organizational design and human resource management in the process of carrying out the project as a whole. In terms of manpower management, there are regional deviations, but the same low civil service ratio and manpower shortages are limiting the whole process of project. In the case of resources and actors, the factors affecting each other, and actors also showed much correlation where abundant external resources exist.

The results of this analysis have the policy implication that rural areas with large organizational design and human resource management difficulties or autonomous regions of large cities with low resources need more support than other regions. In addition, if necessary, reorganization is required for smooth business execution in both central, regional, and basic units in order to enhance business linkage, integration, and planning power.

□ Keywords: Management System of Health Promotion Project, Institutions, Resources, Actors

I. 서론

건강증진 오타와 헌장(The Ottawa Charter for Health Promotion)에 따르면 건강증진이란 '사람들로 하여금 자신들의 건강을 관리하고 이를 개선하게 하는 과정'이다.¹⁾ 지역사회 건강은 사회·경제·정치적 환경 등 다양한 요인에 의해 영향을 받을 수 있는 것으로, 건강증진 정책 목표는 정부, 민간, 사회 모든 영역에서 공통으로 수행해야 달성될 수 있는 성격을 지닌다. 이러한 특성으로 인해 건강증진 오타와 헌장에서는 건강증진을 위한 5대 활동으로 건강한 공중보건정책 구축, 지원적 환경 창출, 지역사회활동 강화, 개인의 능력 개발, 보건서비스 재정립을 내세웠다.

지역사회 단위에서는 건강증진사업의 주된 주체인 보건소를 중심으로 '지역사회 보건의료 계획'을 수립하고, 13개의 건강증진사업 영역별 세부계획을 마련하여 학교, 공공기관, 민간 등 다양한 지역사회 기관들과 함께 건강증진사업을 추진하고 있다. 영유아, 청소년, 성인, 임산부, 노인 등 다양한 연령대를 대상으로 광범위한 사업을 추진하는 과정은 단일사업을 대상으로 한 관리체계와는 차별화된다.

이러한 차별적 요소에도 불구하고 이제까지 건강증진사업의 관리체계에 관한 선행연구는 미진한 상황이다(이주열, 2012; 유승현·김광기, 2013; 장명화 외., 2009; 오영아, 2015; 박성애 외., 2001; 서영준 외., 2007). 각종 사회복지서비스나 보건행정서비스 등 다양한 공공서비스의 관리체계가 서비스 질이나 시민들의 만족도에 중요한 영향요인이나(김인, 2003; 김인·김기식·홍광표, 2000; 이희태, 2003; 이혜순, 2003), 아직까지 건강증진사업에 이러한 관점을 적용한 사례는 드물다.

이 연구는 지역 보건소를 중심으로 구축된 건강증진사업 관리체계가 실제 사업 수행에 어떠한 영향을 미치는지를 살펴보는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 보건의료환경 및 역량이 다른 6개 지역을 선정하여 건강증진사업 관리체계 현황을 살펴보고, 제도, 자원, 행위자의 세 가지 분석틀을 기준으로 사례분석을 실시한 후, 결과를 통해 사업 활성화 방안을 도출하고자 한다.

1) 건강증진 오타와 헌장(The Ottawa Charter for Health Promotion)

II. 건강증진사업: 배경과 현황

1. 지역사회 건강증진사업

경제발전과 사회진보에 따라 삶의 질에 대한 요구 수준이 높아지고 있다. 개인의 삶의 질을 좌우하는 중요한 요인은 건강으로, 정부 차원에서 시민들의 삶의 질과 건강을 향상할 수 있는 제반 사회적 환경과 구조를 마련하고자 노력하고 있다. 시민들의 건강 수준은 사회경제적 환경 전반에 중대한 영향을 미치는 요인으로, 보건의료정책 부문에서 지속적으로 핵심 정책 영역을 차지하고 있다. 정부는 각종 건강증진사업을 수행하는 것은 물론 질병 예방·관리, 생활 습관, 지속적 건강관리 등의 과정에 개인들의 건강생활을 영위할 수 있도록 노력하고 있다. 정부 및 공공기관과 민간 의료기관 및 시민단체 등에서도 건강증진을 위한 다양한 활동을 이어나가고 있다.

시민들의 건강 수준을 향상하기 위해 정부가 수행하는 사업 중 가장 대표적인 것은 지역사회 건강증진사업이다. 이 사업의 제도적 기반은 1995년에 제정된 국민건강증진법이며, 1997년 건강증진기금을 신설·운용하면서 사업에 소요되는 재원을 마련하여 실질적인 법적·재정적 기반을 마련하였다. 국민건강증진법에는 사업의 주체로서 보건복지부와 지방자치단체 보건소의 역할을 명시하였고, 담배사업자의 부담금으로 조성되는 국민건강기금을 마련하여 국민건강증진사업에 소요되는 예산을 마련하였다.

지역사회 건강증진사업은 지자체가 지역주민들을 대상으로 건강생활실천, 만성질환 예방, 취약계층 건강관리 등을 목적으로 지역사회의 특성과 주민들의 요구를 반영하여 프로그램 및 서비스를 기획·제공하는 사업이다. 지역 단위에서 보건소를 중심으로 금연, 절주, 영양, 신체 활동 등 13개 영역으로 이루어진 건강증진사업을 수행하고 있다.

지역사회 건강증진사업은 사업운영 방식·사업내용·규모·운영 면에서 정부의 지침에 따른 top-down 및 분절적 방식으로 이루어졌다는 비판에 직면하여, 이를 극복하기 위한 대안으로서 2013년 개별사업 방식에서 통합적 운영 방식으로 새롭게 변화하였다(한국건강증진개발원, 2019a). 지역사회 건강증진사업은 지역별 특성에 따른 대상자 중심의 통합서비스로서, 각 지역의 보건소를 중심으로 이루어지던 17개 건강증진사업을 통합하여 13개로 운영하게 되었다.

〈표 1〉 통합건강증진사업의 특성

기존 국고보조사업	⇒	지역사회 통합건강증진사업
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: 한국건강증진개발원, 2019a

통합된 건강증진사업은 지역의 특성과 요구에 따라 진행할 수 있기 때문에 기존의 사업방식보다 지방분권적이며, 보건소 내외의 사업들 간 통합연계가 가능하다는 장점을 갖는다. 또한 통합건강증진사업은 각 사업별로 분리된 구조에서 예산의 통합 및 포괄보조금 형식으로 전환되어 행정비용의 절감과 재정 운용의 자율성을 증진시킬 수 있다. 따라서 지역에서는 통합된 예산 범위 내에서 보건복지부가 제시하는 13가지 사업들 중 지역사회의 특성과 주민들의 요구에 맞는 개별사업을 선택하여 추진하고 있다.

2. 사업 현황

지역사회 건강증진사업은 지역 보건소를 중심으로 공공기관 및 민간기관의 협조를 통해 이루어진다. 2013년 통합 방식으로의 전환 이후 예산과 인력 부문에서 통합적 관리가 가능해졌고, 개별 사업 역시 통합적으로 관리되기 시작했다. 건강증진사업은 건강증진기금을 통한 국비와 지방자치단체에서 마련한 지방비의 매칭 방식으로 예산이 마련되고 있으며, 사업의 실질적인 인력은 지역 보건소 내 사업 담당자들로 구성되어 있다.

다음은 2013년부터 2019년까지 지역사회 건강증진사업 인력 현황이다. 2019년 기준 전체 인력은 8,829명이며, 공무원이 비공무원의 수보다 약간 많으나, 그 차이가 근소한 것을 알 수 있다.²⁾ 비공무원의 비율이 높을 경우 고용의 불안전성과 업무의 단기성으로 인해 서비스의 질이 낮아질 수 있기 때문에 비공무원의 비율은 인력 관리 부문에서 중요한 이슈이다. 지난 2013년 전체 인력 수 9,188명에서 2019년 8,829명으로 상당수 감소하였으며, 공무원과 비공무원의 비율은 점차 50%에 근접하게 조정되었다. 전체 인력의 감소는 공무원의 증가폭보다 비공무원의 감소폭이 컸기 때문으로 해석된다.

2) 비공무원은 무기계약자, 기간제근로자, 외주인력, 단시간근로자로 구성되어 있다.

〈표 2〉 2013~2019년 지역사회 통합건강증진 공무원 및 비공무원 추이

(단위: 명, %p)

구분	전체 인력	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)

통합건강증진사업에 투입된 예산은 다음과 같다. 2013년 1,932억 원에서 2019년 2,215억 원으로 증가하였고, 국비에 비해 지방비의 비율이 좀 더 높아졌다. 지역별 통합건강증진사업 예산의 차이는 인구 및 사업 규모의 영향도 있지만, 사업 대비 지방비 매칭의 능력과도 깊이 연관된다. 지자체에 재정자립도가 높고 재정 여건이 높은 경우 지방비를 투입하여 사업에 배정하게 된다. 이로 인해 재정자립도가 낮고 재정 여건이 좋지 않은 기초지자체의 경우 통합건강증진사업의 필요성과 별개로 낮은 사업비를 배정할 가능성이 높다고 판단된다.

〈표 3〉 2013~2019년 지역사회 통합건강증진 국비 및 지방비 편성 추이

(단위: 백만원, %)

구분	전체	국비	지방비
	예산액	예산액	예산액
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)

통합 방식의 건강증진사업이 이루어짐에 따라 세부사업들이 실제 통합적으로 수행되고 있는지의 여부도 중요한 측면이다. 연도별 통합건강증진 세부사업 구성 현황을 살펴보면 2013년에서 2019년으로 갈수록 통합사업 비율이 점차 늘어나고 단독사업 비율은 줄어들고 있다.³⁾ 이는 건강증진사업의 특성상 대상자와 사업내용이 연계되어 이루어지기 때문으로 해석된다. 금연, 절주, 비만, 영양, 신체활동 등 건강증진사업 세부영역들의 경우 전 생애주기 대상자에 해당하는 사업들이며, 비만·영양·신체활동과 같이 사업들이 연계되어 이루어지는 경우가 많기 때문에 통합사업이 점차 늘어나는 현상은 긍정적으로 판단된다. 또한 공통사업에 해당하는 비공무원 교육, 홍보 및 캠페인 등의 경우 개별 사업에 국한되지 않고 공통으로 진행하는 것이 효율적이기 때문에 공통사업이 증가하는 것 또한 건강증진사업의 효과를 증진시킬 수 있는 상황으로 보여진다.

- 3) · 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

〈표 4〉 연도별 사업구성 형태 추이

(단위 : 개, %)

구분	전체	사업구성 형태별 현황		
		통합사업	단독사업	공동사업
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)

Ⅲ. 건강증진 달성을 위한 건강증진사업 관리체계

1. 지역 보건소 관리체계와 건강증진사업

공공서비스를 제공하는 전달기관의 관리체계는 서비스 질, 서비스 만족도, 정책 및 사업의 실질적인 효과 등에 중대한 영향을 미치는 요인이다. 공공서비스 전달기관의 관리체계와 성과·효과로서 서비스 질 간 관계를 다룬 연구들에서는 흔히 전달기관의 관리체계가 서비스의 질적 수준에 직·간접적인 영향을 미친다고 설명한다(김인, 2003; 김인·김기식·홍광표, 2000; 이희태, 2003; 이해순, 2003; Benson et al. 1991).

이러한 연구들은 공공서비스의 질을 향상시키거나 정책 목표를 달성하기 위해 어떠한 관리적 노력이 필요한가라는 연구질문의 해답을 찾아가는 과정에서 실제 서비스를 담당하는 기관의 조직구성, 조직특성, 관리자 등을 포괄하는 관리체계 전반이 서비스 질과 밀접하게 연관되어 있음을 밝혔다(김인, 2003; 김인·김기식·홍광표, 2000; 이희태, 2003; 이해순, 2003). 이

혜순(2003)은 보건행정서비스의 중요성이 높아짐에 따라 서비스의 질적 수준을 높이기 위한 보건소 관리체계에 대한 연구가 필요하다고 설명한다. 이 연구에서는 보건서비스 제공 주체인 보건소가 갖춘 기관의 특성, 사업수행 관리체계 등이 보건서비스 만족도에 중대한 영향을 미칠 수 있다고 밝혔다. 이희태(2003)는 도시공공서비스의 질적 관리를 위해 전달기관의 관리체계와 성과 간 관계를 실증적으로 규명하였다.

한편, 조직 구조나 관리체계 등 조직 관련 배경 변수가 서비스에 직접적인 영향을 주지는 않지만, 서비스 질을 관리하는데 중대한 영향을 미친다는 연구도 보고되고 있다(Benson et al., 1991). Benson과 동료들(1991)은 시스템-구조 관점을 활용하여, 조직이 내·외부의 환경에 따라 어떻게 변화·적응하는지가 서비스 질 관리에서 중요하다고 설명한다.

건강증진사업 자체를 연구대상으로 삼은 선행연구에서는 건강증진사업의 협력, 평가, 제도적 문제점과 개선방안을 제시하고 있다(이주열, 2012; 유승현·김광기, 2013; 장명화 외., 2009; 오영아, 2015; 박성애 외., 2001; 서영준 외., 2007). 이주열(2012)은 건강증진사업이 건강증진계획을 기반으로 수행되나, 계획 단계에서부터 운용의 문제, 단기적 사업 등의 문제를 안고 있고, 사업 수행 단계에서도 통합성과 증장기적 기획력 등이 마련되지 않았다고 설명한다. 따라서 향후 사업에서 이러한 요소들을 개선할 뿐만 아니라 건강증진 관련 통계의 체계적 관리, 인력 보완 등을 통해 보건소 사업을 지원해야 한다고 주장한다. 유승현과 김광기(2013)는 지역사회 건강증진사업의 실질적인 주체인 보건소가 커뮤니티, 시민사회 등 지역사회의 참여를 통해 사업의 효과를 제고하기 위해서는 협력의 성공이 필요하며, 성공 요인으로 부문 간 협력의 구조화, 리더십, 협력자 역량, 보건소 역할 설정, 협력시스템 등을 들었다. 지역사회 보건정책의 협력에 관한 연구에서는 지역사회 보건에서의 협력을 “지역사회의 민간과 공공을 아우르는 여러 부문의 개인과 조직들이 공동의 목적을 성취하기 위하여 서로 유익하고 정의가 명확한 관계 맺기”(Rouso & Fawcett, 2000; Mattesich et al., 2005; 장명화 외., 2009; 재인용)로 정의하고, 협력사례를 파악하고 유형을 범주화하는 연구를 실시하였다. 그 결과 보건소는 ‘서비스 직접제공’ 사례가 가장 많았고, 협력 유형으로는 서비스 직접 제공, 외부장소 활용, 교육자료 제공, 대상자 의뢰 등이 있다.

이외에도 오영아(2015)는 보건소 건강증진인력의 핵심역량에 관한 질적 연구를 통해 보건소장의 리더십 역량, 과장의 의사소통 및 갈등관리 역량, 계장의 사업 진단·기획 역량, 실무자의 사업 역량이 필요하다고 밝혔다. 박성애 외.(2001)는 지역사회 건강증진사업 평가에 관한 사례 분석을 통해 사업 목적 일치성 미흡, 투자 대비 산출 측정의 어려움, 사업 인력 부족, 기술자문 부족 등이 있음을 밝혔다. 건강증진사업을 실질적으로 추진하는 보건소 내 사업연계를 연구한 서영준 외.(2007)는 보건소 부서 간 건강증진사업 업무단계별 협조 현황과 장애요인을 규명하였다. 연구 결과 건강증진관련 업무들이 개별적으로 분산되어 추진되고 있으며,

사업계획 확정 전 협의 역시 부족한 상황으로 나타났다. 협조의 장애요인으로는 조직과 업무 내용 분리가 가장 큰 문제로 사업부서 간 업무연계가 가능한 조직구조 재정비가 중요한 개선 방안으로 제시되었다.

지역사회 건강증진사업 관련 선행연구들에서는 협력, 평가, 사업 연계, 핵심 역량 등 다양한 분야에 대하여 다루고 있지만, 사업을 수행하는 관리체계 측면에는 주목하지 못하였다. 여타의 지역보건의료 정책과 마찬가지로 건강증진사업 역시 지역 보건소를 중심으로 보건행정 서비스를 제공하고 있고, 선행연구에 따르면 이러한 사업 수행의 관리체계는 건강증진이라는 사업 목표와 서비스의 질에 중대한 영향을 미치는 요인이다. 특히 지역사회 건강증진사업은 지역 주민들의 건강증진을 위해 13개 분야의 다양한 사업들을 통합적으로 추진해야 하기 때문에 관리체계 측면에 초점을 맞추어 논의를 진행하고자 한다.

2. 건강증진사업 관리체계 분석틀

선행연구들에서는 보건행정서비스의 관리체계로 SERVQUAL의 5가지 차원(고객지향성, 전 직원의 참여, 지속적 개선, 인정과 보상, 리더십, 자원관리)이나(이희태, 2003; 이혜순, 2003), 시설 내·외부 특성인 시설규모, 리더십, 기관 특성, 재정, 교사 특성(김인, 2003), 또는 자원, 서비스 대상자 관리시스템, 정보 공유 시스템, 인력 등을 들고 있다(이상영, 2004). 이처럼 관리체계를 바라보는 관점이 시스템-구조 관점, 조직구조 및 기관 관점, 시설 내·외부특성에 근거한 관점 등 다양한 만큼 포괄적인 분석틀과 건강증진사업이라는 특성에 적절한 분석틀을 도출하는 것이 사례분석에서 중요한 과정이라 할 수 있다.

이 연구에서는 앞서 선행연구들에서 언급한 분석틀이 크게 제도, 자원, 행위자로 구분된다고 보았다. 기관 특성이나 각종 관리시스템의 경우 큰 틀에서 제도 및 제도 설계로 볼 수 있고, 인력, 예산 등은 자원으로 재분류할 수 있으며, 이외에도 교사, 리더십 등은 행위자로 구분할 수 있다.

사업수행을 위한 관리체계에서 제도 설계에 해당하는 서비스 대상자 관리, 직원 교육, 업무 분장 및 부서 간 배치 등은 사업의 성과나 정책 목표뿐만 아니라 사업 수행 과정 전반에서 중요한 영향을 줄 수 있다. 특히 건강증진사업의 실질적 주체인 보건소가 학교, 공공기관, 대학 등 지역사회의 다양한 기관들과 협력하여 사업을 수행하기 때문에 제도 설계는 더욱 중요한 의미를 지닌다.

또한 자원과 행위자는 관리체계를 운용할 수 있는 기반이자 주체로서 사업을 실질적으로 수행하는데 주요한 구성요소라 할 수 있다. 행위자는 건강증진사업을 추진과정에서 중요한

의사결정자인 보건소장, 담당팀장, 담당자, 건강보험공단, 주민자치회 등이며, 이들이 활동할 수 있는 자원으로는 사업 예산, 사업 인력, 지역사회 지원의 성격을 지닌 지역 NGO 등을 들 수 있다.

따라서 이 연구에서는 건강증진사업 관리체계인 주요 요소인 제도, 자원, 행위자의 세 가지 측면에 초점을 맞춰서 연구를 진행하고자 한다. 해당 세부 내용은 아래의 <표 5>에 기술하였다.

<표 5> 건강증진사업의 관리체계 분석틀

관리체계 구성요소	세부	내용
제도 설계	조직 설계	담당조직, 사업 담당 구성, 부서간 배치
	인력 관리	공무원 및 비공무원 인력
	사업 수행	평가 등
자원		사업 예산, 사업 인력
행위자		보건소장 또는 사업담당자(팀장), 중간지원단, 주민자치모임, 지역 NGO

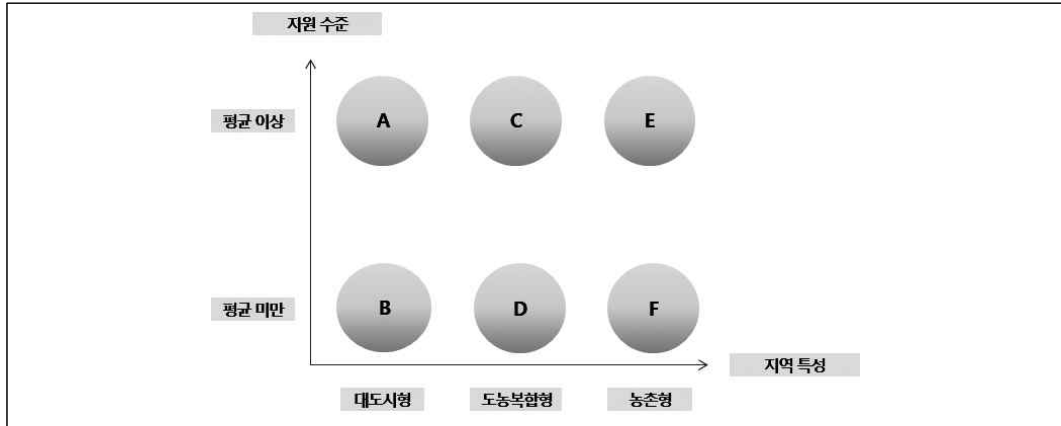
IV. 사례 선정 및 분석방법

1. 사례 선정

이 연구에서는 앞선 이론적 논의에 의거하여 사업 환경을 둘러싼 격차를 감안하기 위해 자원과 지역적 특성에 따라 지역을 선정하였다. 자원의 경우 시·군·구 보건소의 자원을 대표할 수 있는 인력과 예산 수준을 활용하였다. 보건소 건강증진사업 담당인력 수준과 예산 수준은 지자체의 기준인건비, 내부 인력배치의 우선순위, 사업비 등과 연관되며 보건소의 자원을 대표하는 중요한 요인이다. 다음으로 지역적 특성의 경우 보건환경의 차이를 설명할 수 있는 대도시, 도농복합, 농촌이라는 세 가지 기준을 활용하였다. 건강증진사업은 지역의 주민들을 대상으로 13개 영역의 건강증진사업을 추진하기 때문에 지역의 보건 수준에 따라 사업의 규모와 내용이 달라질 수밖에 없다. 지역의 보건 수준에 관한 연구에서는 인구, 재정 여건, 산업 등 사회경제적 여건에 의해 지역 보건행정수요가 달라진다고 설명하며, 이러한 현황을 반영한 분류 기준으로 대도시, 도농복합, 농촌을 주로 활용한다. 두 가지 기준에 따라 모두 6가지

유형이 도출되었고, 이들 중 각 한 지역을 선정하여 사례조사를 실시하였다. 사례선정의 대표성을 확보하기 위해 전년도 사업평가결과, 인구 규모, 광역·시도 안배 등을 감안하였다.

〈그림 1〉 사례 선정 도식화



사례분석 방법은 심층면접을 통해 실시하였다. 심층면접은 목적을 가진 연구자와 대상자의 대화를 의미한다. 면접을 통해 얻어지는 자료들은 대상자의 실제 경험인 경우가 많기에 연구자는 현장감을 간접적으로 체험할 수 있다. 면접의 종류로는 면접의 구조화 정도에 따라 구조화 면접, 반구조화 면접, 비구조화 면접이 있으며, 이 연구에서는 반구조화 면접 방식을 선택하였다.⁴⁾

사례분석 시기는 2019년 8월 22일부터 9월 4일까지 약 2주간에 걸쳐 이루어졌다. 해당 지역 보건소에서 근무하고 있는 보건소장, 사업을 전담하고 있는 건강증진사업 팀장 및 담당자, 시·도 건강증진사업 지원단을 대상으로 심층면접을 실시하였다.

심층면접 질문은 크게 건강증진사업에 대한 조직 및 업무 설계, 인사 운영, 사업 운영, 전달체계 및 외부자원 현황, 건강증진사업 평가 전반 등으로 구성하였고, 각 분야별 세부질문들로 진행하였다.

⁴⁾ 구조화 면접은 연구자가 할 질문 내용과 형식, 개수가 정해져 있는 면접이다. 이는 면접보다는 설문 조사에 가깝기에 일반화 하기는 쉬우나 질적 연구로서의 가치는 떨어진다. 반구조화 면접은 질문의 형식이 틀로서 정해져 있고 후속 질문은 연구자의 재량에 맡기는 면접을 의미한다. 후속 질문은 대상자의 대답에 따라 다르게 할 수 있기에 유동적인 면접 방식이다.

〈표 6〉 심층면접 실시 대상

보건소	유형	대상자	
		직급	명
A 보건소	대도시형	현재 건강증진 담당자	1명
		전임 건강증진 담당자	1명
B 보건소		건강증진팀장	1명
건강증진 담당자		1명	
C 보건소	도농복합형	건강증진 담당자	1명
D 보건소		건강증진과장	1명
		건강증진팀장	1명
E 보건소	농촌형	보건소장	1명
F 보건소		건강증진팀장	1명
		건강증진팀장	1명
		방문관리팀장	1명
		건강예방팀장	1명

V. 건강증진사업 사례 분석

1. 6개 지역 행정수요 현황

아래의 〈표 7〉은 이 연구의 대상이 되는 6개 사례의 행정수요를 파악한 결과이다. 건강증진사업의 행정수요로는 지자체 유형, 지역보건 유형, 인구, 면적, 고령인구비율, 고위험음주율, 비만율, 중증장애인 등을 들 수 있다.

특·광역시 자치구에 해당하는 A와 B 지역은 분류 상 대도시형에 해당하지만, 인구 규모와 면적 상 편차가 큰 상황이다. B 지역의 경우 인구가 약 6만여명이나 A 지역의 경우 약 44만에 달해 B 보건소의 7배 정도 수준이며, 면적의 경우 A 지역이 B 지역에 비해 약 14배 정도에 달한다. 이에 비해 B 지역은 보건행정 수요에 해당하는 고령인구비율, 고위험음주율, 비만율이 A 보건소에 비해 높은 수준이다(중증장애인 수 제외). 특히 고령인구비율의 경우, A와 B 지역의 차이가 크며, B 지역의 고령인구비율이 다른 지역과 비교할 때에도 높은 수준이다.)

도농복합형에 해당하는 C와 D 지역의 경우 비교적 유사한 인구 규모를 보이며 보건행정 수요 역시 비만율을 제외하고는 비슷한 수준을 보인다. 다만 면적에서는 D 지역이 C 지역에 비해 약 1.6배 정도 커 방문관리나 대상자관리에서 업무시간이 좀 더 많이 소요될 것으로 예상된다. 주민등록인구의 경우 C 지역과 D 지역의 경우 각각 약 34만, 31만의 규모로 비슷한 수준이며, 고령인구비율의 경우 13.72%, 12.21%, 고위험음주율의 경우 22.8%, 18.5%, 중증 장애인 수의 경우 5,213명, 5,789명으로 비교적 유사한 수준이다. 비만율의 경우 C 지역 37%, D 지역 29.8%로 비교적 큰 편차를 보이고 있다.

농촌형에 해당하는 E 지역과 F 지역의 경우 군 단위로 유사한 인구 규모를 보이나 면적과 여타의 보건행정 수요에서는 비교적 큰 차이를 보이고 있다. 주민등록인구의 경우 E 지역과 F 지역의 경우 각각 약 5만, 4만의 인구 규모로 비슷한 수준이며, 비만율의 경우 각각 35.6%, 35.3%로 유사하다. 이에 비해 면적은 F 지역이 E 지역에 비해 약 3배 정도 넓고, 고령인구비율은 각각 33.47%, 26.63%로 6.84%p의 차이를 보이고 있다. 또한 고위험음주율의 경우 15.4%, 22.9%, 중증장애인 수 2,649명, 1,290명으로 큰 편차를 보인다.

6개 지역의 인구 규모와 보건행정 수요를 살펴본 결과, 특·광역시 내에도 인구 규모와 면적의 편차가 매우 큰 상황임을 알 수 있으며, 보건행정 수요의 경우 각 유형(대도시형, 도농복합형, 농촌형)에 따른 일관된 패턴은 나타나지 않는 것을 확인할 수 있다.

〈표 7〉 6개 지역 보건행정 수요

(2018년 기준)

지역	지자체 유형	보건행정 수요					
		주민등록인구	면적(㎡)	고령인구비율	고위험음주율	비만율	중증장애인 수
A	대도시형	439,489	94,071,813	12.95	14.5	28.4	7,832
B		66,233	7,193,925	20.01	19.4	35.3	1,639
C	도농복합형	344,070	542,623,901	13.72	22.8	37	5,313
D		312,822	868,269,598	12.21	18.5	29.8	5,789
E	농촌형	53,922	365,705,778	33.47	15.4	35.6	2,649
F		46,726	998,098,360	26.63	22.9	35.3	1,290

5) 건강증진사업의 각 영역마다 노인을 대상으로 서비스를 공급하기 때문에 노인의 비율은 사업 수요에서 중요한 요인임

2. 건강증진사업 사례 분석

1) A 지역 사례

광역시 자치구 중 하나인 A 지역은 약 43만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있다. 건강증진사업 관리체계의 제도 중 조직 설계 부문을 살펴보면, 현재 전담팀의 팀장과 담당자 1인이 건강증진사업의 총괄을 담당하고 있고, 팀장의 경우 방문관리와 건강증진사업의 총괄을 모두 맡고 있어 업무 분야가 광범위하다. 각 사업 영역에서 건강증진사업을 담당하는 팀은 총 7팀이다.

제도 중 인력 관리를 살펴보면 공무원이 전체 인력의 43.2%로 절반에 못 미치는 상황이다. A 지역은 면담 시 조직 및 인력 관련 사항 중 가장 심각한 문제로 전체 인력 중 공무원 비율 부족을 들었다. 전체 인원 중 비공무원의 비율이 늘어날 경우 이들을 관리하는 업무량이 증가되는 것은 물론, 기본업무를 위한 제반 인프라 부족, 책임 부족 등의 문제가 심각하다. 예를 들어, 무기계약직이나 기간제근로자를 채용할 경우, 건강증진사업에서 자산취득을 할 수 없고 인건비와 사업비만 지원 가능하기 때문에 책상, 컴퓨터 등 비품을 구매할 수 없으며, 이러한 인력은 기본 인력에 포함하지 않기 때문에 적절한 공간도 마련하기 어려운 여건이다.

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

A 지역은 사업수행 과정에서 지역사회건강조사 결과가 발표된 이후 계획서를 작성할 수 있도록 일정 조정이 필요하다고 밝혔다. 지역의 건강증진사업 주요 조직인 보건소에서 계획서를 작성하고 난 후, 7월에 지역사회건강조사 결과가 발표되기 때문에 이 결과를 보고 계획서 상 핵심성과지표를 수정하는 상황이 발생하곤 하는 것이다.

자원과 행위자 측면에서는 사업담당 인력은 44명이고, 사업예산은 641,582(천원)으로 동일한 대도시 유형인 B 지역에 비해 두 배 가까이 큰 규모를 보이고 있다. A 지역 담당자와 면담 시 A 지역이 행위자 측면에서 외부자원이 풍부하고 이미 상당 부분 활용되기 때문에, 새롭게 발굴하는 것보다는 기존의 외부자원을 활용하는 수준에 머무르고 있다고 밝혔다. 관내에 대학교, 체육회, 국민건강보험공단, 건강관리협회, 행정복지센터, 지역(한)의사회 등 외부자원이 풍부하고 일정 수준 활용되고 있었다.

행위자 측면에서 건강증진사업 담당자의 경우, 심층면접 당시 사업을 맡은 지 6개월 정도가

지난 상황이었으며, 사업의 기획-수행-평가-환류의 전 과정을 경험하지 못했기 때문에 사업의 전임 담당자가 함께 인터뷰에 참여하였다. 따라서 사업에 대한 경험이 부족한 편이기는 하나, 지역마다 담당자가 자주 교체되는 것은 거의 유사한 현황이기 때문에 다른 지역에 비해 특히 열악한 여건이라 하기는 어렵다. 또한 A 지역에 등록된 비영리민간단체는 총 46곳으로, 이 중 건강증진사업에 협력할 수 있는 어린이, 노인 관련 단체는 2곳이다. 유사한 건강증진사업을 수행하고 있는 보건소와 건강보험공단은 노인정에서 노인 대상 건강사업을 추진하며 일정, 필요한 자원, 프로그램 등을 조정하여 중복되지 않게 조정하고 있다. 이는 사업이 일정기간 지속되면서 자연스럽게 조정 절차를 이루어낸 것이라 할 수 있다. 또한 주요 행위자 중 하나인 중간지원단은 사업 과정과 결과 작성 시 자문과 컨설팅 역할을 수행하고 있으나, 건강증진사업 계획 수립의 중요성이 높기 때문에 계획 단계에서의 지원 활동을 보완할 필요가 있었다.

2) B 지역 사례

광역시 자치구 중 하나인 B 지역은 약 6만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있다. 관리체계의 제도 중 조직 설계 부문을 살펴보면, 현재 전담팀이 있으나, 건강증진팀장과 전담팀원 1명의 과소팀으로 운영되고 있다. 건강증진사업 전담자는 13개 영역의 각 개별 사업 담당자와 수시로 계획·실행·평가 등을 논의해야하기 때문에, 이외의 개별 업무 영역을 가질 경우 실질적인 총괄 역할을 수행하기는 어렵다. 그러나 B 지역의 경우 건강증진사업 전담팀원이 사업 총괄 역할뿐만 아니라 사업규모가 비교적 큰 건강행태와 심뇌혈관 사업도 병행하고 있어 상대적으로 건강증진사업을 총괄하는 역할에 대한 업무 비중이 줄어들 수밖에 없다. 이는 건강증진사업에서 주요 행위자가 역할에 전념할 수 있는 제도 설계라고 보기에 한계가 있다.

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

제도 중 인력 관리를 살펴보면, B 지역은 인력 부족 및 결원 미충원, 전체 인력 중 공무원 비율 부족 등의 문제를 겪고 있다. B 지역에서 건강증진 사업을 수행하는 보건소 건강증진 담당자는 현재 29명으로, 이 중 공무원의 비율은 62.1%의 수준이다. 보건소 대부분 여성 공무

원의 비율이 높기 때문에, 출산 및 육아로 인한 휴가 인원이 있어 결원이 상시적으로 존재하고 있었다. 그러나 결원이 있어도 제때 충원이 되지 않아 인력 부족이 해결되지 않고 있다. 또한 전체 인력 중 비공무원이 많을 경우 공무원들이 기안 작성, 비공무원 인사 관리 등 건강증진사업 이외에도 부가적인 업무들이 많기 때문에 실질적인 업무량이 늘어나는 현상이 지속되고 있다. 특히 비공무원들의 경우 사업에 대한 책임과 권한을 갖지 못해 그만큼 공무원의 부담이 커질 수밖에 없다.

(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 퇴근하고 우리가 남아서 해야 해요.”

사업수행 과정에서 B 지역은 선택과 집중 전략 구사의 어려움, 사업의 분절화 등의 문제를 들었다. 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 어려워했다. 또한 보건소에서 수행하는 치매안심센터, 방문관리, 심뇌혈관 등의 사업이 동일한 대상자들에게 분절화되어 이루어지고 있었다. 따라서 이러한 사업의 대상자들에게 보건소의 서로 다른 사업이 통합되어 수행될 것이 요구되고 있다. 평가제도의 경우 다른 지자체와 보건행정 수요, 사업 인력 및 예산 등 모든 여건이 다르기 때문에 동일하게 평가받는 것은 공정하지 않다고 판단하고 있다.

자원 측면에서 사업담당 인력은 29명이고, 사업예산은 344,636(천원)으로 동일한 대도시 유형인 A 지역에 비해 매우 낮은 수준을 보일 뿐만 아니라, 군 단위인 농촌 지역 보건소에 비해 적은 규모를 보이고 있다. B 지역 담당자와 면담 시 B 지역은 지역 자체에 외부자원이 열악하기 때문에 사업을 독자적으로 수행하기 어려운 건강증진사업의 특성 상 행위자들이 겪는 어려움이 크다고 밝혔다. 현재 B 지역의 경우 기업이 유일하게 하나 있어, 보건정책 관련 모든 사업이 이 기업과 연계하고 있었다. 동일한 광역시 내에서도 지역자원(병원, 대학, 기업체 등) 간 편차가 존재해 외부자원 연계가 쉽지 않고, 이러한 상황이 평가결과에도 영향을 주고 있었다.⁶⁾

6) 각 지역 보건소는 매해 보건복지부로부터 건강증진사업 평가를 받으며, 평가지표 중 사업운영의 충실성 내에 내·외부 자원과 연계·협력하였는가에 대한 정성지표가 전체 100점 중 10점을 차지함

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

행위자의 경우 건강증진사업의 총괄 담당자가 심뇌혈관 사업을 동시에 담당하고 있고 심층 면접 당시 사업을 담당할 지 1년이 채 안 되는 상황이었다. 따라서 담당자를 지원하기 위해 건강증진팀장이 사업 전반에 대한 총괄의 상당한 부분을 함께 수행하고 있다. 건강증진팀장이 건강증진사업에 대한 이해도가 높아 사업의 프로세스를 파악하고 있으나, 실제 구체적인 사업 수행이나 개별 사업 간 연계과정에 참여하는 것은 아니기 때문에 사업의 주요 행위자가 가진 경험과 전문성이 충분한 상황이라 보기는 어렵다. 또한 B 지역에 등록된 비영리민간단체는 총 17곳이며, 이 중 건강증진사업에 협력할 수 있는 어린이, 노인 관련 단체는 1곳이다. 중간지원단의 경우 연 2회 정도 계획서 수립과 중간평가 후 컨설팅을 받지만, 수시적인 자문의 필요하고, 중간지원단 소속 연구원의 변경으로 인해 사업의 지속성이 좌우되기 때문에 지속적으로 전문적인 연구원들이 지원할 수 있는 방안이 필요하다고 밝혔다.

(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 대학원생들인데... 실질적으로 지원단 업무에 많이 기여하기는 어려운 여건입니다.”

3) C 지역 사례

도농복합형 보건소 중 하나인 C 지역은 약 34만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있다. 관리체계의 제도 중 조직 설계 부문을 살펴보면, 현재 전담팀 없이 담당자 1명으로 구성되어 있고, 건강증진사업 담당자의 경우 사업의 총괄·조정·평가 대응 등을 담당하는 것은 물론, 다른 고유 사업을 수행하고 있다. 특히 C 지역 건강증진사업 수행 담당자들의 경우 대부분 건강증진과에 속해 있으나 모자보건과 한의학 사업의 경우, 별도 부서에 속해 있어 사업 협의의 경우 타 과와의 업무 협의가 필요한 상황이다. 이러한 상황이다 보니 담당

자는 건강증진사업 전체에 대한 총괄·조정보다는 계획서와 평가에 대한 총괄·취합 역할을 수행할 뿐 중장기적인 기획에는 한계를 갖는다.

제도 중 인력 관리를 살펴보면, 건강증진사업 담당자들 내에서 공무원 비율이 부족하고 통합사업 경험 기간이 부족한 문제를 안고 있다. C 지역의 경우 전체 사업 인력 56명 중 공무원이 29명으로 51.8% 수준이며, 통합사업 경험이 최소 2년 이상은 필요하지만, 이를 채우지 못하고 6개월만 지나도 다른 팀 업무로 이동하는 경우가 많았다.⁷⁾

사업수행 과정에서 선택과 집중 전략 구사의 어려움과 사업의 연계 및 재편 등의 문제가 있었다. 건강증진사업 담당자들은 13개 사업에 대한 선택과 집중을 요구받고 있지만, 예산상에서 차별화 이외에 아예 사업을 제외하는 선택을 하기는 어렵다고 설명하였다. 즉, 건강증진사업이라는 것이 개인의 건강 증진을 위해 통합적으로 이뤄지는 사업이다 보니, 어느 하나를 제외하는 것이 불가능하다는 것이다. 따라서 보건사업 대상자들을 생애주기별로 재편하는 방안이 필요하다고 보고 있지만, 실질적으로 영양, 비만, 신체활동 등 사업별 연계도 필요하기 때문에 통합 방식의 관리가 여전히 필요하다고 보았다. 또한 평가제도 내에 우수사례 발굴의 적실성을 높여야 지속성 있는 우수사례 개발이 가능함에도 현재 평가방안에서는 이를 지원하지 못하고 있다.

자원 측면에서는 사업담당 인력은 38명이고, 사업예산은 806,811(천원)으로 사업 인력은 중간 수준이나, 예산의 경우 대도시형, 도농복합형, 농촌형의 세 가지 유형 중 가장 높은 수준을 보유하고 있다. 행위자 측면에서 건강증진사업의 경우 건강보험공단과 사업이 유사하게 이뤄지고 있는데, 적절하게 역할을 나눠서 진행하고 있었다. 예를 들어 노인정 사업의 경우 보건소에서는 건강교육 위주로 진행하고, 건강보험공단에서는 레크레이션과 같은 신체활동 위주로 실시하고 있다. 지역자원인 노인회, 장애인단체, 어린이집 연합회, 시민모임 등 지역 자원과의 연계를 통해 사업의 효과가 발현된다고 보았으며, 현재 주민자치회와 연계하여 주민 스스로 건강증진사업을 수행하고 전파하는 모델을 정립하고 있었다. 이는 해당 주민자치회가 제대로 운영되고 있기 때문에 이같은 연계모델이 가능한 것으로 보여진다.

C 지역의 주요 행위자인 건강증진사업 담당자는 1년 이상 담당자로 근무하여 6개 지역 중 담당자로서 근무한 기간이 가장 길었고, 전년도 사업의 기획에서부터 평가까지 경험한 바 있다. 담당자 스스로도 건강증진사업 담당자에게 사업경험이 매우 중요하다고 강조하였고, 최소한 두 번 이상은 사업의 전 과정을 경험해야 그 다음 해의 사업에서 기획력을 발휘할 수 있다고 설명하였다. 사실상 건강증진사업 주요 행위자인 사업담당자의 역량은 사업의 경험이 좌

7) “통합사업은 13개 영역이나 되는 큰 사업이잖아요. 그래서 각각 사업들이 다 연계되어 기획해야 하고 평가 대응하는 것도 난이도가 높기 때문에 최소 2년 이상은 사업을 담당해서 경험을 쌓아야 업무를 제대로 수행할 수 있어요.” - C 지역 건강증진사업 담당자

우한다고 할 수 있다. 또한 C 지역에 등록된 비영리민간단체는 총 44곳으로, 이 중 건강증진 사업에 협력할 수 있는 어린이, 노인 관련 단체는 3곳이다.

4) D 지역 사례

도농복합형 중 하나인 D 지역은 약 31만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있다. 제도 중 조직 설계 부문을 살펴보면, 현재 전담팀의 팀장과 담당자 1인이 건강증진사업의 총괄을 담당하고 있으며, 사업 담당자의 경우 통합사업 총괄과 절주 사업을 담당하고 있고, 통합사업과 관련된 주민자치 분야와의 연계 업무를 전담하고 있다.

제도 중 인력 관리를 살펴보면, 건강증진사업 담당자는 38명이며 이 중 52.6%가 공무원이었다. 이들은 순환보직제로 인해 담당자들이 너무 자주 변경되기 때문에 사업 수행에 어려움이 있다고 밝히며, 최소 2년 이상의 근무경험이 필요하다고 설명하였다.⁸⁾ 사업수행 인력 내에 비공무원인 공무원과 기간제가 포함되어 있는데, 사업수행 특성 상 필요한 반면, 이들에게 주어지는 권한이 적어 실질적인 업무 수행에 한계가 많은 것으로 나타났다.

사업수행 과정에서 가장 중요한 문제는 사업 간 연계이나 사업조직이 팀이나 과로 구분되어 부서 간 칸막이 현상이 발생하고 있었다. 실질적인 협의나 결정과정에서 하나의 과나 팀으로 소속되어 있는 지역에 비해 좀 더 많은 비용과 노력이 소요된다고 보았다.

자원 측면에서 사업담당 인력은 56명이고, 사업예산은 622,155(천원)으로 인력은 대도시형, 도농복합형, 농촌형의 세 가지 유형 중 가장 많으나, 예산은 대도시형인 A 지역과 유사한 수준을 보이고 있다.

D 지역의 주요 행위자인 건강증진사업 팀장의 경우 다른 지역과 마찬가지로 약 1년이 채 안 되는 기간동안 사업을 담당했고, 건강증진사업과 관련된 정기적 회의를 통해 사업기획 및 평가 총괄이 이루어지고 있었다. 이러한 현황으로 인해 담당자의 역할은 총괄 및 취합 정도에 한정되고 있었다. 그 외 행위자는 풍부한 편으로, D 지역에 등록된 비영리민간단체는 총 62곳으로, 이 중 건강증진사업에 협력할 수 있는 어린이, 노인 관련 단체는 4곳이다. 대학, 공공기관, NGO 등 외부자원이 상대적으로 풍부한 환경으로 사업 추진을 위한 연계·협력 등의 과정이 원활하게 이루어지고 있었다. 다만 주민자치회 차원의 사업 협력을 위해서 일정 정도의 신뢰 형성이 필요하나, 아직까지 그 정도 단계에 이르지 못했다고 평가하고 있었다. 건강보험공단의 경우 보건소와 협의 하에 서로의 역할과 프로그램을 조정하였다. 예를 들어 보건소는 건강교육 위주로, 건강보험공단은 레크레이션과 같은 신체활동을 중심으로 프로그램을 진행하는 식이다.

8) 이는 앞서 C 지역 담당자와 동일한 의견임

5) E 지역 사례

농촌형 중 하나인 E 지역은 약 5만 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있다. 제도 중 조직 설계 부문을 살펴보면, 현재 건강증진팀이 사업의 총괄담당 조직이며, 건강증진사업 담당자 1명이 계획서나 평가서를 취합하는 역할을 담당하고 다른 지역과 마찬가지로 13개 사업 분야가 타 팀에 나뉘어 진행되고 있다.

제도 중 인력 관리를 살펴보면, E 지역에서는 심층면접 시 조직 및 인력 운영에서 역삼각형 인력 구조, 지역 보건소의 자율권 부족 등의 문제를 겪고 있다고 밝혔다. 보건복지부의 경우 많은 인력이 사업별로 다수의 조직(과)으로 정책을 수행하고 있으나, 보건소들의 경우 실질적인 정책 집행 주체로서 사업별로 진행하다보니 인력 부족이 심각한 것이다. 그러나 이러한 인력 부족 문제를 해결하고, 지역의 상황에 따라 보건정책을 수행하려고 해도 인력 및 사업 수행 과정에서 지역의 자율권이 부족한 상황이다. 특히 보건소의 사업 중 사회복지 분야와 연계해서 수행해야 하는 사업들도 있지만, 부서 간 칸막이현상이 발생하고 있다고 밝혔다.

사업수행 과정에서 E 지역은 현재 예산/행정 차원의 통합에서 향후 사업 차원에서의 통합으로 점차 발전시킬 필요가 있다고 밝혔다. 13개 사업 분야를 모두 진행하고 있고, 고령인구 비율이 높은 지역이다 보니 심뇌혈관 사업이나 신체활동사업 등이 예산과 프로그램 면에서 많은 비중을 차지하고 있다. 또한 E 지역은 중앙의 일괄적인 평가방식으로 인해 사업에 대한 동기부여가 안 되는 구조적인 문제를 안고 있다고 설명하였다.⁹⁾ 즉, 평가결과의 피드백을 통해 향후 사업이 진전되는 선순환 구조가 필요하나, 지역환경의 어려움으로 인해 지속적으로 낮은 평가결과를 받을 경우 선순환 구조를 만들어내기 어렵고 이는 사업 담당자들의 동기 부여를 저해한다는 것이다.

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

E 지역의 사업담당 인력은 28명이고, 사업예산은 791,473(천원)이다. 인력은 대도시형, 도농복합형, 농촌형의 세 가지 유형 중 가장 낮으나, 예산은 도농복합시인 C 지역과 비슷한 수준을 보이고 있다. 또한 E 지역에 등록된 비영리민간단체는 총 17곳으로, 이 중 건강증진사업에 협력할 수 있는 어린이, 노인 관련 단체는 1곳이다. 대도시나 도농복합 지역의 경우 공공기관, 대학, 대기업 등이 있기 때문에 이들과 연계한 건강증진사업을 수행할 수 있으나, 농

⁹⁾ 현재 건강증진사업 평가는 각 광역·시도 내에서 이루어짐

촌형의 경우 거의 대부분 이러한 외부자원을 갖지 못한 상황이다.

E 지역의 주요 행위자는 건강증진사업을 담당하는 담당자와 팀장이며, 이례적으로 다른 지역에 비해 보건소장이 건강증진사업에 대해 갖는 관심이 높았다. 이는 건강증진사업의 중요성과 타 사업과의 연계성 때문으로 해석된다. 예를 들어 E 지역의 경우 보건소장과 담당 팀장이 농촌형에 맞는 노인돌봄사업의 모델을 발굴하고 전파하는 사업을 수행하며 이 사업을 통해 얻은 아이디어를 건강증진사업에 적용하고자 하는 의욕을 보였다. 이외에도 외부 행위자의 경우 건강보험공단이 거의 유일하며, 몇몇 면 단위의 부녀회 등과 연계한 사업들이 이뤄지고 있으나 E 지역의 경우 고령화가 심화되어 지역 주민회 등도 줄어들고 있는 실정이다.

6) F 지역 사례

농촌형 중 하나인 F 지역은 약 4만여 정도의 인구를 대상으로 건강증진사업을 수행하고 있다. 제도 중 조직 설계 부문을 살펴보면, 현재 통합건강증진팀이 사업의 총괄담당 조직이며, 팀장 1인이 사업의 총괄·조정 역할을 전담하고 있다. F 지역의 경우 건강증진사업의 총괄 조직이 행정계에서 건강증진계로 변경되면서 사업의 안착 문제가 발생하여 2017년 별도의 통합건강증진TF팀을 구성하여 운영하였으며, 현재까지 TF팀을 통해 사업을 협의하고 있다.

(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 핵심목표 설정과 타 부서와의 협조 부분이 많이 개선되었어요.”

제도 중 인력 관리를 살펴보면, 타 지역과 마찬가지로 고질적인 인력 부족, 공무원 비율의 문제가 심각하였다. 보건소의 고질적인 인력 부족으로 인해 본청에 인력을 요청하더라도, 시도와 행정안전부의 심의를 거쳐야만 인력 충원이 가능하고, 본청의 인력도 고려해야하기 때문에 보건소 인력충원이 원활하지 않았다. 이와 같은 문제는 국정과제에 포함된 치매안심센터 내 인력충원에도 동일하게 존재하고 있다. 또한 공무원 비율의 경우 상대적으로 인력 충원이 쉬운 비공무원의 인력이 먼저 충원되다 보니 이들의 비율이 일정 수준 이상 지속되고 있었다. 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 존재한다.

사업수행 과정에서 타 과와 연계의 어려움, 평가제도 관련 건강증진 관련 지표 미비, 동일 광역 단위 내 평가 등의 문제를 겪고 있었다. 건강증진 사업 중 복지부서와 연계가 필요할 때가 있는데, 제도적으로 뒷받침할 수 있는 여건이 부족하였다. 예를 들어 사회복지 관련 부서 업무 중 독거노인관리 업무에 건강관리 관련 항목이 추가되어 진행된다면 원활할 것이라 판단되는데, 부서 간 칸막이현상은 물론 중앙 부처인 보건복지부의 지원 부족으로 원활히 이루어지지 못하고 있다. 또한 건강증진 관련 지표의 경우 만 18세 이상 성인을 기준으로 조사하기 때문에 아동이나 청소년 관련 지표가 없어 ‘어린이/청소년’ 비만율을 성과지표로 삼고 싶어도 불가능하였다. 또한 지역별로 인구 규모, 지역 면적, 공무원 인력, 사업 예산 등에서 편차가 있으나, 현재는 동일한 광역 단위 내에서 평가가 이루어지기 때문에 보건행정수요나 지역 여건이 고려되지 못하고 있다.

자원 측면에서는 사업담당 인력은 29명이고, 사업예산은 495,116(천원)으로 인력과 예산 모두 적은 수준을 보이고 있다. F 지역에 등록된 비영리민간단체는 총 4곳으로, 이 중 건강증진사업에 협력할 수 있는 어린이, 노인 관련 단체는 1곳이다.

행위자 측면에서는 F 지역의 경우 보건소장이 건강증진사업에 대해 높은 관심을 보였고, 건강증진사업 담당팀장, 방문보건 담당팀장 등 사업과 연관된 팀장들이 사업 전반에 관한 이해도가 높았다. 다만 다른 지역과 마찬가지로 건강증진사업을 담당한 기간은 1년이 채 안 되어 경험이 높지는 않았지만, 보건소장의 높은 관심으로 인해 팀장이 사업에 대한 기획력을 높일 수밖에 없는 환경이 조성되었다. 사실상 최고관리자인 리더의 사업에 대한 관심이 열악한 여건을 보완할 수 있는 중요한 요인이라는 점을 알 수 있다. 이외에도 외부 행위자로 건강보험공단이 함께 사업을 진행하고 있으나, 아직까지 사업에 대한 협의를 제대로 이뤄내지 못하고 있다. 특히 노인정에서 건강증진 관련 사업을 추진하고 있으나 아직까지는 내용과 일정 서로 중복적으로 수행되었다. 외부자원으로 지역 NGO와 사업 관련 협약을 맺고 추진하고 있으나, 이외의 사업의 경우 어린이집이나 학교에서 이뤄지고 있다.

7) 소결

6개 지역에서 이뤄지는 건강증진사업 사례를 분석한 결과, 전반적으로 사업을 추진하는 과정에서 조직 설계와 인력 관리 부문에 대한 한계를 지적하였다. 즉, 건강증진사업의 통합성과 지속성을 보장하기 위해 부서 간 칸막이를 줄이고 연계와 협조가 가능한 조직 구조를 형성해야 함에도 보건복지부에서부터 내려오는 사업 중심의 조직 설계 방식이 지역 단위에도 그대로 적용되어 통합성을 저해하는 조직 설계를 이루게 된 것이다. 물론 건강증진사업 전담팀이 있고, 사업 담당자가 해당 업무를 중점적으로 맡은 경우에는 이러한 문제가 상대적으로 덜한

것으로 나타났다. 대도시형인 A 지역과 도농복합형인 C 지역이 이에 해당한다. 이들 지역은 비교적 사업인력 규모가 큰 편이라는 공통점을 지닌다.

또한 인력 관리 측면에서도 지역 별 편차가 존재하나, 공통적으로 낮은 공무원 비율과 인력 부족이 사업 전 과정에서 한계로 작용하고 있다. 건강증진사업은 주민 대상의 다양한 프로그램을 수행하기 때문에 비공무원(공무직, 기간제 등)의 채용이 필요하나, 공무원이 필요한 분야에도 충원이 비교적 쉽다는 이유로 비공무원의 충원만이 이루어진 구조적인 문제가 존재했다. 이는 이들에게 사업에 맞는 적절한 권한을 주지 못하여 결과적으로 사업 수행에 어려움을 겪도록 하였다. 그나마 공무원 비율이 높은 B 지역과 E 지역의 경우 이같은 문제가 덜하나, 공무원 비율과 인력 부족은 전체 지역이 공통적으로 겪는 문제점이었다.

사업 수행 측면에서 사업 간 연계성을 높여 통합성을 추구하기 위해서는 계획, 집행, 평가 대응까지 기획력을 전제해야 하는 것으로 나타났다. 그러나 제도 설계 중 과나 팀 구성의 분산이라는 제도 설계 상 한계와 인력 부족 문제가 결합되어 총괄·조정 담당자가 타 업무 부담이 과중하거나 사업 영역이 여러 개의 과에 분산될 경우 협의 및 결정 과정이 제대로 이루어지지 않았다. 이는 관리체계의 각 구성요소가 개별적으로 영향을 미치는 것이 아니라, 서로 연계되어 영향을 미치는 과정임을 의미한다.

행위자 측면에서는 사업 담당자의 경험과 보건소장의 관심이 사업과정 전반에 중대한 영향을 주고 있었다. 또한 자원과 행위자가 서로 연계되어 영향을 미치고 있는 것을 확인할 수 있다. 자원은 사업인력, 사업예산, 지역 NGO 등을 뜻하며, 이는 실질적으로 건강증진사업의 행위자들이 가용할 수 있는 자원의 범위이기 때문이다. 두 가지 측면은 해당 지역이 갖는 환경적 특성에 따라 영향을 받아, 인구 규모가 높고 대도시나 도농복합시 등 도시화가 진전된 곳에 더욱 풍부한 것으로 확인되었다.

이상으로 알아본 건강증진사업 관리체계의 제도, 자원, 행위자는 실제 건강증진사업의 결과물인 보건행정서비스 수준에 영향을 주고 있었다. 상대적으로 제도 중 조직설계나 인력부문의 여건이 나은 대도시 자치구 A 지역과 도농복합형인 C 지역의 경우 각 광역· 시도 내에서 이루어지는 사업평가에서 우수사례를 발굴한 지역으로 담당자 시상 및 연수 지원이 이루어졌다. 또한 행위자 중 보건소장의 관심이 높아 조직 내에서 제도·비제도적 지원이 이루어진 F 지역의 경우 사업의 기획력과 효과성이 높다는 평가를 받고 있다.

〈표 8〉 6개 지역 사례 분석 요약

구분			A	B	C	D	E	F
			대도시형		도농복합형		농촌형	
제도	조직 설계	전담조직	- 전담팀 ○/담당자 1명	- 전담팀 ○/담당자 겸 전담팀원 1명	- 전담팀 X/담당자 1명	- 전담팀 ○/담당자 1명	- 전담팀 ○/담당자 1명	- 전담팀 ○/담당자 1명
		인력관리	- 전체 인력 중 공무원 비율 부족	- 인력 부족 및 결원 미충원 - 전체 인력 중 공무원 비율 부족	- 전체 인력 중 공무원 비율 부족 - 통합사업 경험 부족		- 역삼각형 인력 구조 - 지역 보건소의 자율권 부족	- 고질적 인력 부족 - 전체 인력 중 공무원 비율 부족
		사업연계	-	- 선택과 집중 전략 구사의 어려움 - 사업 중복	- 선택과 집중 전략 구사의 어려움 - 사업의 연계 및 재편의 어려움		- 농촌형의 경우 업무 부담 심화 - 현재 예산/행정 차원의 통합을 사업 차원의 통합으로 발전	- 타 과와 연계 어려움 (보건복지부 차원의 연계 노력 필요)
		사업 수행	평가	- 평가일정 조정: 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
자원 (2019년 기준)		사업인력 (명)	44	29	38	56	28	29
		예산 (천원)	641,582	344,636	806,811	622,155	791,473	495,116
행위자		보건소장, 사업팀장 또는 담당자	- 담당자의 사업경험 낮음(약 6개월)	- 담당자의 사업경험 낮음(1년 미만)	- 담당자의 사업경험 높음(1년 이상)	- 담당자의 사업경험 낮음(1년 미만)	- 보건소장의 사업에 대한 높은 관심 - 담당자의 사업경험 낮음(1년 미만)	- 보건소장의 사업에 대한 높은 관심 - TF팀으로 사업연계쌍 높임
		건강보험공단, 중간지원단 등	- 계획서 작성 시 자문 필요	- 중간지원단의 지속성 및 수시 지원	- 상시적이고 긴밀한 지원 필요	- 지역별 사업발굴 아이디어 지원	- 중간지원단 조직화 필요	- 조례 제정 지원
		지역 NGO	- 대학, 공공기관, 학교 등 외부자원 풍부 - 지역 NGO: 46개 - 관련 NGO: 2개	- 민간기업 한 곳 - 지역 NGO: 17개 - 관련 NGO: 1개	- 대학, 공공기관, 학교, 노인회 등 외부자원 풍부 - 지역 NGO: 44개 - 관련 NGO: 3개	- 대학, 공공기관, 학교, 노인회 등 외부자원 풍부 - 지역 NGO: 62개 - 관련 NGO: 4개	- 지역 NGO: 17개 - 관련 NGO: 1개	- 주민자치회 등 - 지역 NGO: 4개 - 관련 NGO: 1개

VI. 결론

이 연구는 건강증진사업을 수행하는 관리체계의 세 가지 구성요소인 제도, 자원, 행위자를 분석함으로써 사업 활성화 방안을 도출하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 건강증진사업의 현황을 살펴보고, 관련 선행연구를 검토하여 제도, 자원, 행위자의 각 세부요소들을 정리하였다. 또한 대도시, 도농복합, 농촌의 세 유형과 자원 수준에 따라 6개 지역을 선정하여 심층면접을 실시하였다.

사례분석 결과, 전반적으로 사업을 추진하는 과정에서 조직 설계와 인력 관리 부분의 경우 지역별 편차가 있으나 공통적으로 구조적 문제를 안고 있었다. 보건소 내 건강증진사업 전담팀, 담당자의 유무가 실질적인 사업 수행에 중대한 영향을 미치고 있었으며, 고질적인 인력 부족으로 인해 사업의 기획력과 통합성을 제고할 수 있는 한계를 안고 있었다. 인력 관리 측면에서도 지역 별 편차가 존재하나, 낮은 공무원 비율과 인력 부족이 사업 전 과정에서 한계로 작용하고 있다. 자원과 행위자의 경우 서로에게 영향을 미치는 요소로, 외부자원이 풍부한 곳에 행위자 역시 많은 상관성을 보이고 있었다. 이러한 지역은 비교적 인구 규모가 높고 대도시나 도농복합시 등 도시화가 진전된 곳으로 나타났다.

이러한 분석결과는 건강증진사업의 현 주소를 보여주고, 장단기적으로 어떻게 해결할 수 있는지에 대한 단초를 제공한다. 6개 사례를 볼 때 건강증진사업 관리체계 중 조직 설계와 인력 관리 부분의 경우 구조적인 문제를 갖고 있기 때문에, 이를 해결하기 위한 건강증진사업 전담팀 확보, 인사 상 인센티브 제공을 통한 사업인력의 동기 제고 등이 해결방안이 될 수 있다. 이외에도 중·장기적으로 보건행정수요에 맞는 인력 배치, 건강증진사업 추진을 위한 중앙-광역-기초 보건소 간 조직 연계성 확보(이주열, 2013), 사업에 적절한 공무원 비율 확보 등이 요구된다.

지역에 따라 편차가 드러난 것은 대도시나 도농복합시의 경우 자원 규모가 높고 외부 행위자가 풍부하기 때문에 자체적으로 사업을 수행할 수 있도록 지원하는 방안이 요구되는 반면, 조직 설계와 인력 관리의 어려움이 큰 농촌형이나 자원 규모가 낮은 대도시의 자치구의 경우 중앙 차원에서 인력을 비롯한 자원을 지원해 줄 필요가 있다. 또한 필요에 따라서는 사업 연계성, 통합성, 기획력을 제고하기 위해 중앙-광역-기초 단위 모두 원활한 사업수행을 위한 조직개편을 필요로 한다. 예를 들어 생애주기별 개편 방안 등을 제시할 수 있다. 더불어 지역별 여건을 충분히 고려하여 평가군을 종전의 동일 광역 지역 내 평가에서 지자체 7대 유형으로 변경하는 것도 대안이 될 수 있다.

이 연구가 갖는 정책적 함의에도 불구하고 다음과 같은 한계를 갖는다. 첫째, 이 연구는 건

강증진사업의 관리체계가 사업의 결과에 어떠한 영향을 미치고 있는지에 대한 명확한 인과관계를 담지는 못하였다는 것이다. 건강증진사업의 경우 매년 평가가 이루어지고 있으나, 우수 사례로 선정되는 몇몇 지역 보건소를 제외하고는 실제 평가결과값이 도출되지 않고 있어 부득이하게 둘 간의 인과관계를 파악하지는 못하였다. 둘째, 건강증진사업을 추진하는 보건소 이외의 민간, 공공기관인 건강보험공단이나 외부자원 및 행위자인 지역주민회, NGO 등을 심층면접의 대상에 포함하지 못하였다는 것이다. 이러한 한계는 건강증진사업에 대한 거버넌스적 접근을 어렵게 하여 실질적인 정책의 효과에 근접하지는 못하였다. 다만 실제 6개 지역 사례를 면밀히 살펴봄으로써, 사업의 수행과정과 관리체계가 작동되는 과정이 실제 보건서비스 전달에 어떠한 영향을 주는지를 정밀히 파악할 수 있었다는데 의의를 지닌다.

【참고문헌】

1. 국문논문 및 저서

- 김수진·권순만·유명순. (2011). 한국 보건의료 환경의 변천: 제도적 로직, 행위자, 거버넌스를 중심으로. 「보건행정학회지」, 21(3): 457-492.
- 김인. (2003). 보육서비스 공급 및 관리체계와 성과: 정부, 시장, 비영리기관의 비교연구. 「지방정부연구」, 7(1): 25-53.
- 김인·김기식·홍광표. (2000). 병원조직유형과 TQM 관리체계상의 특성이 성과에 미치는 영향 분석. 「한국지방정부학회, 추계학술대회논문집」.
- 박기관. (2009). 로컬거버넌스의 실험과 정책과제: 지역사회 실천운동을 중심으로. 「한국정책과학학회보」, 13(1): 25-50.
- 박상철 외. (2015). 공중보건 증진을 위한 협력적 거버넌스와 도시정치론적 접근. 「한국거버넌스학회보」, 22(3): 145-167.
- 박성애 외. (2001). 지역사회 건강 증진 사업 평가 연구- 1개 도시지역 보건소의 경험적 사례를 중심으로. 「Community Nursing」, 12(2): 532-546.
- 서미경 외. (2003). 「보건의료서비스 공급체계 개선방안」. 한국보건사회연구원.
- 서영준 외. (2007). 보건소 부서 간 건강증진사업 연계실태 평가. 「보건교육건강증진학회지」, 24(2): 111-121.
- 오영아. (2015). 지역사회 건강증진인력 직급별 핵심역량에 관한 질적 연구. 「대한보건연구」, 41(1): 95-106.
- 유승현·김광기. (2013). 보건소의 지역사회 건강증진 협력 모색. 「Korean J Health Educ Promot」, 30(4).
- 이상영. (2004). 만성질환 관리를 위한 지속적 건강관리체계 구축. 「보건복지포럼」, 2004(1): 72-81.
- 이주열. (2012). 공공부문 건강증진사업의 발전방향. 「보건교육건강증진학회지」, 29(4): 29-38.
- 이혜순. (2003). 보건소 보건서비스의 만족도 영향요인 분석. 「지방정부연구」, 7(3): 261-285.
- 이희태. (2003). 도시공공서비스 전달기관의 서비스 질 관리체계와 성과. 「지방정부연구」, 7(1): 7-25.
- 장명화 외. (2009). 지역사회 건강증진사업의 협력유형 분류. 「보건교육건강증진학회지」, 26(3): 125-135.
- 한국건강증진개발원. (2019a). 「2019년 지역사회 통합건강증진사업 안내(총괄)」.
- 한국건강증진개발원. (2019b). 「2019년 지역사회 통합건강증진사업 계획 분석」.

2. 영문논문 및 저서

- Benson, P. George, J. V. Saraph and R. G. Schroeder. (1991). The effects of organizational context on quality management: an empirical investigation, *Management Science*, 37(9): 1107-1124.
- R. Daft. (1989). *Organization theory and design (3rd ed.)*. St. Paul, MN: West.
- P. Hirst. (2000). Democracy and governance. *Debating governance*, 13-35.
- Lowndes, V. and D. Wilson. (2001). Social capital and local governance: exploring the institutional design variable. *Political Studies*, 49(4): 629-647.
- Mattesich P, Murray-Close M. and Monsey P. (2005). *Collaboration: What Makes It Work - A Review of the Research Literature on Factors Influencing Successful Collaboration (2nd Ed.)*. Amherst H. Wilder Foundation; St. Paul, MN.
- Provan, K. G. and Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2): 229-252.
- Rhodes, Roderick and A. William. (1996). The new governance: governing without government. *Political studies*, 44(4): 652-667.
- Rousso ST and Fawcett SB. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health*, 21: 369-402.

김 정 숙 : 연세대학교에서 행정학 박사학위(논문제목: 법정협회의 책임성 영향요인 연구)를 취득하고(2018), 현재 한국지방행정연구원에 부연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 지방자치, 지방재정, 거버넌스 등이며, 주요 논문으로는 “Assessing the Effects of Financial Sources on the Fiscal Soundness of Local Government(2020)”, “법정협회의 책임성 영향요인 연구: 과정 책임성과 산출 책임성을 중심으로(2019)”, “Insights from Experiments with Duopoly Games: Rational Incremental Decision-making(2017)” 등이 있다.(jskim@krila.re.kr)

