

# 지방자치단체 보건정책 분석\*

## : 맞춤형 방문건강관리사업을 중심으로

### An Empirical Analysis of the Local Health Policy

#### : Focused on the Customized-Home Visiting Health Care Service

류 영 아\*\*

Ryoo, Young-Aa

#### ■ 목 차 ■

- I. 서 론
- II. 이론적 배경 및 선행연구 검토
- III. 연구 모형
- IV. 분석결과 및 논의
- V. 결 론

본 연구는 지방자치단체의 보건정책 중에서 맞춤형 방문건강관리사업을 사례로 선정하여 본 사업이 성공적으로 실시될 수 있는 요인을 도출하기 위해 수행되었다. 이를 위해, 방문건강관리사업과 관련된 이론과 제도를 고찰하여 예산, 인력, 협력, 업무 전문성, 경험, 업무 만족도, 자부심, 리더십, 주민의 관심, 법규정 등의 요소로 분석의 틀을 구성하고, 방문건강관리사업을 담당하고 있는 공무원 및 보건소 인력을 대상으로 설문조사하였다.

로지스틱 회귀분석과 AHP 분석에서는 방문건강관리사업 전담인력의 확보, 예산 확보, 동료의 협조, 부서간의 협력, 조례의 제정을 가장 강조하는 것을 확인하였고, 심층면접에서는 방문전담인력의 신분 보장을 가장 강조하고 있었다. 향후, 맞춤형 방문건강관리사업의 성공을 위해서는 '방문전담인력'에 대한 고민이 가장 필요하다고 결론지을 수 있다.

\* 본 논문은 2013년 한국지방정부학회 하계학술대회 발표논문을 수정, 보완한 것입니다. 학회에서 유익한 논평을 해 주신 허용훈 교수님, 임도빈 교수님, 장임숙 박사님, 본 논문을 심사해 주신 익명의 심사위원님께 감사드립니다.

\*\* 한국지방행정연구원 수석연구원

논문 접수일: 2013. 8. 6, 심사기간(1차): 2013. 8. 6 ~ 2013. 9. 9, 게재확정일: 2013. 9. 9

□ 주제어: 보건정책, 맞춤형 방문건강관리사업, 지방자치단체

This study investigates the main success factors of local health policy, to do this, we chose the Customized-Home visiting health care service as a health policy case, and we questioned public servants and the person in charge. We study literature and system review of the Home visiting health care service. The variables are budget, human resources, cooperation, specialty, career experience, work satisfaction, work pride, leadership, resident interest, and regulations.

As a result of logistic regression analysis and AHP analysis, the main factors include human resources, budget, collegiality, interdepartmental cooperation, and establishment of regulation. In depths interview, the interviewees emphasize the guarantee of status. The result shows that the consideration about human resources is necessary to succeed the Home visiting health care service.

□ Keywords: health policy, Customized Home Visiting Health Care Service, local government

## I. 서론

우리나라는 2018년에 65세 이상의 노인인구 비율이 14.3%로 고령사회로 진입할 것이 예측되고 장차 의료비의 증가가 가족과 국가의 부담이 될 것으로 전망되고 있다<sup>1)</sup>. 최근 경기침체로 인해 저소득층의 건강행태가 더욱 나빠져 건강과 질병의 양극화 경향이 심화되고 있기 때문에 의료 혜택이 부족한 저소득층, 노인, 취약계층에게 의료접근성을 보장할 필요성이 증가하고 있는 상황이다.

기존의 연구(Wasik & Bryant, 2001)에서는 만성질병과 장애, 빈곤 등으로 건강관리 동기가 부족하거나 소외되어 있는 사람들에게 방문간호서비스가 좋은 방식이라고 보고 있고, 현재 미국·일본 등에서는 노인과 취약계층의 건강관리를 위한 정부의 책임을 강조하면서 저소득층의 경우 본인 부담없이 적절한 서비스를 받을 수 있도록 가정을 방문하는 간호서비스를 제공하고 있다(한영란외, 2012: 166).

1) 통계청은 우리나라가 고령사회는 2018년(14.3%)에, 초고령사회는 2026년(20.8%)에 도달할 것으로 전망했다(중앙일보, 2013. 7. 12. 16면).

우리나라에서도 2007년 4월부터 전국의 254개 보건소에서 '맞춤형 방문건강관리사업(이하, 방문건강관리사업)'이라는 명칭으로 '건강형평성 제고', '고령사회 대응', '국민의료비 경감'을 목표로 전담인력<sup>2)</sup>이 직접 방문하는 사업을 시행하고 있는데, 방문건강관리사업은 전담인력이 가정 또는 시설을 방문하여 가족 및 가구원의 건강문제를 발견하고 개인의 건강수준에 적합한 건강관리서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 가족과 지역주민의 자기 관리 능력을 개선하고 건강수준을 향상시키는 것을 목표로 하는 사업이다. 즉, 전담인력이 빈곤, 질병, 장애, 고령 등 건강위험요인이 큰 취약계층 가구를 직접 찾아가 건강관리서비스를 제공하는 것이다.<sup>3)</sup>

방문건강관리사업은 취약계층의 만성질환 관리 및 건강생활 실천 유도에 효과적(이인숙, 2008) 임에도 불구하고, 실제 사업을 담당하는 보건소의 인력난(한영란외, 2012; 박찬경외, 2013), 전담인력의 처우 문제(나백주, 2012), 사업의 근거 법제도 정비(장현숙, 2006) 등이 계속 논의되고 있어서 사업 여건이 개선되지 못하고 있다는 지적을 받고 있다.

보건정책, 보건사업에 대한 전 국민적 관심이 증가하고 있는 현 시점에서, 방문건강관리사업 담당자를 대상으로 인식조사를 통해 방문건강관리사업 성공요인을 제시하는 것은 방문건강관리사업을 성공적으로 정착시키는데 기여할 수 있을 것으로 판단된다. 이에, 본 연구는 방문건강관리사업을 현장에서 담당하고 있는 중앙 및 지방자치단체 공무원과 보건소 담당자의 인식을 조사하여 방문건강관리사업을 활성화할 수 있는 방안을 도출하였다.

## II. 이론적 배경 및 선행연구 검토

### 1. 맞춤형 방문건강관리사업

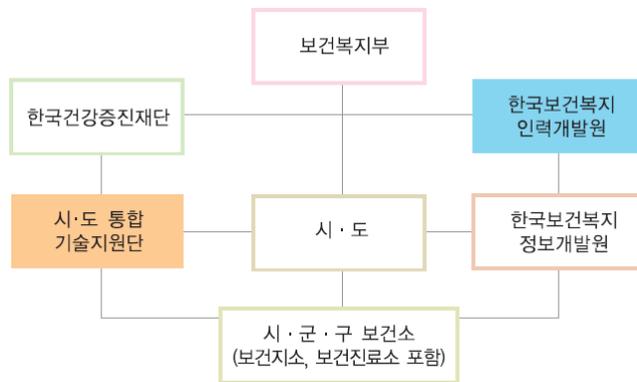
방문건강관리사업은 '07년도 사회적 일자리 제공사업 중 보건복지부 사업인 '방문보건사업 활성화사업'의 일환으로 시작되었고 현재 보건복지부 건강정책국 건강증진과에서 담당하고

2) 전담인력이란, 가정을 방문하여 직접 서비스를 제공하는 임시적인 간호사, 물리치료사, 운동치료사, 영양사 등으로 구성되고, 기존부터 보건소에 근무하고 있는 정규적인 전문인력(선임인력)은 중간관리자 역할을 하게 된다(보건복지부, 2012: 10).

3) 소득취약층인 의료수급권자, 차상위 계층, 노인, 어린이, 여성, 결혼이민자를 대상으로 건강문제를 스크리닝하여 고위험군과 지속관리군으로 구분하고, 건강습관 형성과 위험요인 관리프로그램을 적용하며, 사례관리를 통해 대상자를 관리하는 과정을 방문건강관리사업에서 담당하고 있다(보건복지부, 2013: 10).

있는 취약가족·생애주기별 건강관리·만성질환관리 사업이다. 이 사업은 지역보건법, 결핵예방법, 모자보건법, 기간제및단시간근로자보호등에관한법률 등 다양한 법률<sup>4)</sup>에 근거하여 보건소의 방문간호사 등 방문전담인력이 담당하고 있다. 방문건강관리사업은 취약계층을 우선 대상으로 하고 있는데, 만성질환자, 영유아, 노인 등을 주기적으로 방문하여 건강행태 및 건강위험요인을 파악하고 영양, 운동, 절주, 금연 등의 행태 개선, 만성질환 및 합병증 예방관리, 건강문제 관리 등을 실시하고 있다(www.khealth.or.kr).

<그림 1> 맞춤형 방문건강관리사업 추진체계



자료: 보건복지부(2013)

방문건강관리사업 대상자는 1순위(기초생활보장수급자 중 건강위험군, 질환군), 2순위(차상위계층(실제소득이 최저생계비 120% 이하인 자 또는 건강보험 부과 하위 20% 이하인자) 중 건강위험군, 질환군), 3순위(1순위, 2순위에 해당되지 않는 다문화가족, 북한이탈

4) 지역보건법 제9조(보건소는 당해 지방자치단체의 관할구역안에서 행하여지는 다음 각호의 사항을 관장한다: 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업), 결핵예방법 제9조(보건소장은 신고된 결핵환자등에 대하여 결핵예방 및 의료상 필요하다고 인정되는 경우에는 의사·간호사 또는 간호조무사에게 환자의 가정 및 해당 의료기관을 방문하여 환자관리 상태를 확인하거나 보건교육 등 의료에 관한 적절한 지도를 하게 하여야 한다), 모자보건법 제10조(특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건요원에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다), 기간제법 제4조 제1항 제5호(사용자는 2년을 초과하지 아니하는 범위 안에서(기간제 근로계약의 반복갱신 등의 경우에는 그 계속근로한 총기간이 2년을 초과하지 아니하는 범위 안에서) 기간제근로자를 사용할 수 있다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 2년을 초과하여 기간제근로자로 사용할 수 있다. 제5호: 전문적 지식·기술의 활용이 필요한 경우와 정부의 복지정책·실업대책 등에 따라 일자리를 제공하는 경우로서 대통령령이 정하는 경우).

주민, 독거노인 중 건강위험군, 질환군), 4순위(지역아동센터(빈곤아동), 미인가시설, 보건소 내 타부서 및 지역사회기관으로부터 건강문제가 있어 의뢰된 건강위험군, 질환군)의 순서로 구분된다. 방문건강관리사업 대상자가 되면 전담인력이 방문·조사하여 대상자의 건강상태에 따라 분류를 하는데, '집중관리군'은 2-4개월에 6-10회 방문하고, '정기관리군'은 2-3개월에 1회 이상 방문하며, '자기역량지원군'은 4-6개월에 1회 이상 방문하는 것을 원칙으로 정하고 있다. 보건복지부에서는 방문건강관리사업의 일부 기능을 한국건강증진재단에 위탁하여 재단에서 보건소 방문건강관리사업에 대한 기술지원, 교육훈련, 사업 모니터링 등을 실시하게 하고 있다.

본 연구의 지리적 연구대상인 대구시의 경우, 방문건강관리가 필요한 취약가구수, 집중관리 가구수가 증가하고 있는 추세이지만 담당부서의 예산은 소폭 감소하고 있다. 방문건강관리사업의 예산은 국비(중앙), 시비(광역), 군·구비(기초)가 동일하게 부담되기 때문에(국비는 시비와 군·구비의 합계) 기초자치단체에서 배정하는 예산이 클수록 광역자치단체의 예산과 중앙정부 예산 또한 증가하게 된다. 하지만, 지방자치단체가 추진하는 다양한 지역특화사업 중에서 방문건강관리사업에 우선권을 배정하기란 현실적으로 쉽지 않고 지방자치단체의 재정상태가 좋지 못하기 때문에 예산이 증가하지 못하고 있는 상황이다.

<표 1> 대구시 방문건강관리사업 추세

구분	2009년도	2010년도	2011년도
취약가구수	237,039	244,832	266,950
등록가구수	38,662	39,138	38,223
집중관리가구수	미집계	5,767	6,045
방문간호사 수 <sup>1)</sup>	미집계	74.99	75.00
담당부서 예산 <sup>2)</sup>	1,051,375천원	1,004,309천원	1,025,785천원

자료: 대구시청 내부자료(2012년 5월 31일 기준)

주1) 방문간호사 수는 인력의 근무일로 계산

주2) 부서 예산은 지역사회재활사업 예산과 통합된 예산

대구시 방문전담인력 중에는 미채용인력이 있고,<sup>5)</sup> 방문건강관리사업이 단순히 치료, 처방 목적이 아니라 운동처방, 물리치료, 구강상태 점검, 식단조절 등 다양한 업무를 담당하기 때

5) H군 보건소장직을 7년째 맡고 있는데, 방문건강관리사업의 경우에는 급여, 신분 등 근무여건이 열악하고 우리 군이 대구시 면적의 절반 정도에 해당될 정도로 넓기 때문에 가정과 시설을 직접 방문하는 방문전담인력을 지원하는 사람이 계속 없는 실정이다(2012. 6. 28. H군 보건소장 심층면접). 우리 구의 경우 6월말에 3명이 그만둘 예정인데 채용공고를 낸 지 두 달 쯤인데 아직도 지원자가 없다(2012. 6. 28. B구 보건소 선임인력 심층면접)

문에 방문전담인력에는 간호사 이외의 인력이 필요하지만 실제로는 간호사 이외의 인력(물리치료사·운동치료사·치위생사·영양사 등)이 부족한 상황이다.

<표 2> 대구시 방문건강관리사업 전담인력

구분	방문인력(배정)	방문인력(현원)	미채용	간호사 외 인력	1인당 관리가구수
A구	9	9	-	2	435
B구	13	12	1	2	421
C구	10	10	-	-	420
D구	12	12	-	-	464
E구	13	13	-	-	413
F구	13	13	-	1	406
G구	12	12	-	-	435
H군	10	7	3	-	386

자료: 대구시청 내부자료(2012년 5월 31일 기준)

방문건강관리사업에 배정된 예산이 인건비와 교육비로 한정되어 있어서 사업비가 전무한 상황이다. 대구시청 담당자는 사업비가 확보된다면 다문화가정, 북한이탈주민 등 사업의 새로운 대상자와 관련한 교육을 개설하고 싶다고 응답하였다.<sup>6)</sup>

<표 3> 대구시 방문건강관리사업 예산(단위: 천원)

구분	방문건강관리사업 총 예산				인건비 총계 (B)	교육비 총계 (C)
	예산 총계 (A)	국비	시비	구비		
전체 합계	2,026,296	1,013,148	517,414	495,734	1,947,136	59,160
대구시	43,360	21,680	21,680	-	22,200	1,160
A구	194,252	97,126	48,563	48,563	188,452	5,800
B구	280,036	140,018	70,009	70,009	271,916	8,120
C구	215,696	107,848	53,924	53,924	209,316	6,380
D구	258,592	129,296	64,648	64,648	251,052	7,540

6) 가정과 시설을 직접 방문하는데 빈 손으로 가게 되면 대상자들이 싫어하고 주는 것도 없는데 왜 오느냐고 하다보니, 대구시청에서 취약계층 방문운영비를 따로 8천만원을 마련하여 각 보건소에 1천만 원씩 지원하고 있다. 대구시 본청에는 운영비가 없고 강사료가 없어서 교육을 주관할 여력 또한 없다(2012. 6. 15. 대구시청 담당자 심층면접). 방문건강관리라는 것이 중증환자를 방문하여 치료하는 것이 아니라 취약계층을 방문하여 당뇨 및 혈압 체크, 습관 교정 등을 하는 것이다. 대상자들은 파스 한 장이라도 뭔가 받고 싶어한다(2012. 6. 28, A구 보건소 전담인력 심층면접).

구분	방문건강관리사업 총 예산				인건비 총계 (B)	교육비 총계 (C)
	예산 총계 (A)	국비	시비	구비		
E구	280,036	140,018	70,009	70,009	271,916	8,120
F구	280,036	140,018	70,009	70,009	271,916	8,120
G구	258,592	129,296	64,648	64,648	251,052	7,540
H군	215,696	107,848	53,924	53,924	209,316	6,380

자료: 대구시청 내부자료(2012년 5월 31일 기준)

주: A=B+C

## 2. 선행연구 검토

방문건강관리사업과 관련한 기존의 연구를 고찰해 보면, 장현숙(2006)은 2005년 기준으로 전국 246개 보건소에서 방문보건사업을 수행하고 있으나, 전국 보건소를 대상으로 기본적인 상황조차 파악한 연구가 없다고 지적하면서 방문보건사업에 대한 주기적인 실태파악이 필요하다고 보고 방문전담간호인력, 전담팀 구성 등을 강조하였다. 이인숙(2008)은 방문건강관리사업의 대상자 및 서비스 영역이 모호하여 타 사업과의 중복되는 점을 문제점으로 지적하고, 사업의 차별성을 강조하기 위해서는 기관 내·기관 간 연계와 협력이 필요하다고 보았다.

유승현(2009)은 지역사회 건강증진사업에서 협력이 가지는 의미와 방향을 제시하면서 주민을 포함한 다양한 이해관계자들 간의 협력을 강조하고 지역사회에서의 협력과 리더십이 건강증진사업의 필수임을 지적하였다. 이인숙(2010)은 현재 방문건강관리 서비스에 지도·감독 체계가 없고 전담인력이 자주 교체되고 신규인력이 지속적으로 투입되고 있어서 서비스의 질 관리가 부족하다고 보고, 방문선임인력과 신규인력에게 필요한 교육과 매뉴얼 개발이 필요하고 제도적인 보완이 필요하다고 보았다.

김진현(2011)은 방문건강관리사업 대상자의 건강증진효과를 분석하기 위하여 서비스 전·후의 진료비를 검토하면서 사업의 경제적 타당성을 고찰하였다. 분석 결과, 방문건강관리사업이 노인대상자에게 도움이 되고 진료비의 감소를 유발하였으며 방문간호인력의 고용창출 효과가 있음을 밝혔다. 임지영외(2011)는 Z시를 대상으로 방문건강관리사업의 투입요인(방문인력수, 사업운영비), 산출요인(전담인력1인당 등록관리가구수, 고혈압조절률, 당뇨조절률)을 구분하여 효율성을 측정하였다. 연구에서는 개별 지역 현장에서 이루어지는 사업 운영의 고정을 효율적으로 관리, 평가할 수 있는 내부관리시스템을 갖춰야 함을 제시하였고, 업무 경력에 따라 효율성 차이가 나타남을 지적하였다.

나백주(2012)는 보건소가 지방자치법 시행령 제75조에 따르는 전문기관이지만 안전행정 부장관이 정한 총액인건비제 범위 안에서 보건소 인력을 정하게 되어 있어, 증가하고 있는 보건사업을 수행하거나 신규 사업을 확대하고자 할 경우에는 일용직 인력을 배정하여 비정규직 인력이 대폭 증가하는 현상을 지적하였다. 즉, 방문건강관리사업 또한 비정규직이 주로 담당하여 업무의 연속성이 떨어지는 상황인데, 앞으로 간호사 이외의 전문인력을 배치하고 주민센터와 연계한 건강관리 프로그램이 필요함을 강조하였다. 장숙량외(2012)는 경기도 방문건강관리센터 간담회에 참석한 기관을 대상으로 네트워크 분석을 통해서 센터와 지역사회와의 연계 구조와 특성을 분석하고 참여, 협력, 네트워크, 커뮤니케이션을 통해 보건서비스가 교환되어야 한다고 보았다.

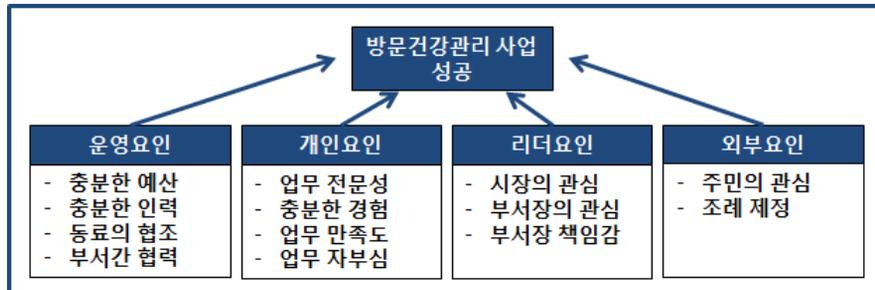
한영란외(2012)는 방문건강관리사업에서 중간관리자 역할을 하는 정규직 공무원의 직무를 분석하여 직무의 우선순위를 파악하였다. 분석결과, 대상자관리, 예산관리, 사업 질관리, 인력관리 등이 상위를 차지하여 이와 관련한 직무교육의 필요성을 제시하였다. 박찬경외(2013)는 방문간호사의 직무스트레스, 직무만족도 등의 인식조사를 실시하여 고용불안정에 대한 스트레스가 가장 크다는 점을 확인하였다. 즉, 일정 기간 근무하는 유기계약 형태의 근무가 직무 불안정을 낳고 직무만족도 또한 저하시킨다고 보고, 방문간호사의 고용 안정성, 직무 명확화 등이 필요하다고 결론지었다. 본 연구는 선행연구에서 강조하고 있는 성공요인을 설문지 형태로 활용하여 실제 방문건강관리를 전담하고 있는 공무원 및 보건소 담당자를 대상으로 설문조사하여 현실성있는 대안을 도출하고자 하였다.

### Ⅲ. 연구 모형

#### 1. 분석의 틀

본 연구는 방문건강관리사업이 성공하는데 필요한 요인이 무엇인지 고찰하는 연구로써, 이상의 문헌에서 강조하는 내용들을 유사한 성격으로 묶어서 분석의 틀을 구성하였다. 즉, 방문건강관리사업과 관련한 운영요인, 개인요인, 리더요인, 외부요인으로 크게 구분하여 이러한 요인들이 방문건강관리사업의 성공에 영향을 미치는 것으로 보았다.

〈그림 2〉 분석의 틀



## 2. 분석요소의 정의

‘운영요인’은 방문건강관리사업을 실제로 운영하는데 투입되는 각종 요인이고, ‘개인요인’은 방문건강관리사업을 담당하는 전담인력 개인적 특성이다. ‘리더요인’은 방문건강관리사업을 이끌고 가는 리더의 특성이고, ‘외부요인’은 방문건강관리사업 외부의 주민과 법규정을 의미한다. 첫째, ‘운영요인’은 사업이 성공적으로 집행되려면 적절한 재원확보가 필요하고 방문건강관리사업에서 예산을 강조하는 기존의 연구에 착안하여 ‘방문건강관리사업 예산의 충분성’을 질문하였다. 사업이 집행되는데 적절한 인력구성이 필요하고 방문건강관리사업에서 전담인력과 전담팀을 갖추는 것을 강조한 기존의 연구를 기초로 ‘방문건강관리사업 인력의 충분성’을 질문하였다. 사업을 진행하는데 협력체계를 구축하는 것이 필요하고 방문건강관리사업에서 협력을 강조하는 기존의 연구를 참고하여 ‘동료의 협조’, ‘부서간의 협력’ 정도를 질문하였다. 둘째, ‘개인요인’은 사업 담당자의 전문성이 중요하다는 기존의 연구를 참고하여 ‘전문성’을 질문하였고, 사업 담당자의 업무경험이 중요하고 방문건강관리사업에서 업무경험을 강조한 기존의 연구를 기초로 ‘업무경험’을 질문하였다. 사업 집행에 영향을 미치는 요인으로 담당자의 업무몰입·자부심·담당자의 사기를 강조한 기존의 연구를 바탕으로 ‘방문건강관리 업무에 대한 만족도’, ‘방문건강관리 업무에 대한 자부심’을 질문하였다. 셋째, ‘리더요인’은 사업 성공을 위해서는 사업에 대한 의사결정권자의 관심과 지지가 중요하고 방문건강관리사업에서 리더의 역할을 강조한 기존의 연구에 착안하여 지방자치단체장, 부서장(보건소장)이 방문건강관리사업에 대하여 관심이 높은 정도와 책임감 정도를 질문하였다. 넷째, ‘외부요인’은 주민의 관심과 주민·정부와의 우호적 네트워크가 사업에 영향을 미치고 대중의 지지가 집행의 효과성에 영향을 미친다는 기존의 연구를 참고하여 ‘방문건강관리사업에 대해 주민이 관심을 가지고 있는지’를 질문하였다. 또한 사업이 성공하기 위해서는 제도 구축이 필요하다

는 기존의 연구를 기초로 ‘조례 제정’을 질문하였다. 다섯째, ‘해당 지역의 방문건강관리사업이 성공적으로 시행되고 있는가’를 질문하면서 로지스틱 회귀분석을 할 수 있도록 성공적이다(1), 안되고 있다(0)로 응답하도록 하였다.

〈표 4〉 분석요소의 정의

설문 내용	출 처
방문건강관리사업 예산	Long & Franklin(2004), 김성철외(2006), 김진현(2011), 임지영외(2011), 장숙량외(2012), 한영란외(2012)
방문건강관리사업 인력	장현숙(2006), Long & Franklin(2004), 김성철외(2006), 유승현(2009), 김진현(2011), 임지영외(2011), 나백주(2012), 한영란외(2012), 박찬경외(2013)
동료의 협조	Savas(2000), 김순은(2004), 장현주(2006), 김성철외(2006),
부서간 협력	박은미(2006), 이인숙(2008), 유승현(2009), 나백주(2012), 장숙량외(2012)
업무 전문성	Milward(1994), 김성철외(2006), 김호균(2006), 박은미(2006)
업무 경험	박은미(2006), 임지영외(2011)
업무 만족도	김호균(2006), 박은미(2006)
업무 자부심	
시장(군수,구청장)리더십	Cohen & Eimicke(1995), 김성철외(2006), 김호균(2006), 박은미(2006), 모창환외(2008), 유승현(2009)
부서장(보건소장)리더십	
부서장(보건소장)책임감	
지역주민의 관심	Lynn, Heinrich, & Hill(2001), Long & Franklin(2004), 김호균(2006), 박은미(2006), 모창환외(2008), 유승현(2009)
조례 제정	김성철외(2006), 김호균(2006), 장현숙(2006), 이인숙(2010)

### 3. 자료수집 및 분석방법

본 자료는 2012년 6월 15일부터 28일까지 보건복지부 사무관과 주무관, 한국건강증진재단 연구원, 대구광역시 및 대구광역시 8개 시군의 방문건강관리사업 담당자(선임인력, 전담인력)를 대상으로 수집되었다. 1차 설문조사는 6월 15일에 연구자가 직접 대구시를 방문하여 Likert 5점 척도로 작성된 설문지를 배포·수집하고 담당 공무원을 면담하면서 AHP 설문지의 틀을 구상하였고, 2차 설문조사는 6월 26일에 연구자가 보건복지부, 한국건강증진재단 담당자에게 전화 및 이메일로 설문지를 배포·수집하였다. 3차 설문조사는 6월 28일에 연구자가 직접 대구시를 방문하여 AHP 설문지를 각 응답자에게 배포·전원 수집하였다. 분석에 사용된 유의미한 설문지는 Likert 5점 척도로 작성된 설문지 66부<sup>7)</sup>와 AHP 설문지 14

부8)이다. 통계분석은 SPSS 14.0KO for Windows 프로그램을 사용하여 요인분석, 신뢰도분석, 상관분석, 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, Expert Choice 2000을 사용하여 일관성 비율(consistency rate: CR)을 체크해 본 결과 0.1 이하를 나타냈기 때문에 14부 모두 AHP 통계분석에 사용하였다. 심층면접은 2012년 6월 28일에 대구시청에서 보건복지부, 건강증진재단, 대구광역시, 대구광역시 8개 시군의 방문건강관리사업 담당자(보건소장, 선임인력, 전담인력)를 대상으로 설문조사를 보완하는 수준에서 이루어졌고 연구를 진행하면서 전화인터뷰도 실시하였다. 분석에 앞서 설문응답자들의 인구통계학적 특성을 점검하였다.

<표 5> 설문응답자의 인구통계학적 특성

변수	구분	빈도(명)	비율(%)	변수	구분	빈도(명)	비율(%)
성별	남성	3	4.5	소속	광역시	4	6.1
	여성	63	95.5		구	57	86.3
연령	20대	6	9.1	학력	군	5	7.6
	30대	21	31.8		전문대졸	41	62.1
	40대	23	34.8		대학교졸	24	36.4
	50대	15	22.7		석사	1	1.5
	60대이상	1	1.5		박사	0	0.0
전체 근무년수	5년미만	19	28.8	맞춤형 방문건강 관리사업 담당년수	1년미만	19	28.8
	5-10년미만	20	30.3		1-2년미만	10	15.2
	10-15년미만	8	12.1		2-3년미만	13	19.7
	15-20년미만	6	9.1		3-4년미만	4	6.1
	20년이상	13	19.7		4년이상	20	30.3

7) 대구광역시 방문건강관리 보건정책과 4인, A구 보건소 10인, B구 보건소 7인, C구 보건소 7인, D구 보건소 8인, E구 보건소 10인, F구 보건소 8인, G구 보건소 7인, H군 보건소 5인, 이렇게 총 66부의 설문지를 수집하였다.

8) 보건복지부 사무관 1인, 주무관 1인, 한국건강증진재단 연구원 2인, 대구광역시 방문건강관리 담당자 1인, A구 보건소 1인, B구 보건소 1인, C구 보건소 1인, D구 보건소 1인, E구 보건소 2인, F구 보건소 1인, G구 보건소 1인, H군 보건소 1인, 이렇게 총 14부의 AHP 설문지를 수집하였다.

## IV. 분석결과 및 논의

### 1. 설문분석

#### 1) 단순 기술통계

다음의 표에서 알 수 있듯이, 응답자들은 방문건강관리사업과 관련한 현재의 '예산'과 '인력'에 대하여 가장 부정적으로 인식하고 있고, '부서장(보건소장)의 리더십'에 가장 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 특히, 응답자의 절반 이상이 방문건강관리사업이 성공하는데 가장 필요한 것이 '방문간호사의 신분 안정'이라고 인식하는 것으로 조사되었다.

<표 6> 단순 기술통계

구체적인 설문내용	평균	설문 응답(빈도, 비율)				
		매우부정	부정	보통	긍정	매우긍정
맞춤형 방문건강관리사업 예산이 충분하다	1.77	28 (42.4%)	26 (39.4%)	11 (16.7%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
맞춤형 방문건강관리사업 인력이 충분하다	2.38	11 (16.7%)	32 (48.5%)	11 (16.7%)	11 (16.7%)	1 (1.5%)
맞춤형 방문건강관리사업 관련하여 동료와 협조가 잘되고 있다	2.95	5 (7.6%)	19 (28.8%)	25 (37.9%)	14 (21.2%)	3 (4.5%)
맞춤형 방문건강관리사업 관련하여 부서 간의 협력이 잘되고 있다	3.38	1 (1.5%)	10 (15.2%)	24 (36.4%)	25 (37.9%)	6 (9.1%)
나는 맞춤형 방문건강관리사업에 필요한 전문지식을 가지고 있다	3.77	1 (1.5%)	1 (1.5%)	21 (31.8%)	32 (48.5%)	11 (16.7%)
나는 맞춤형 방문건강관리사업과 관련하여 충분한 경험을 가지고 있다	3.59	3 (4.5%)	5 (7.6%)	20 (30.3%)	26 (39.4%)	12 (18.2%)
나는 내 업무에 만족하면서 일하고 있다	3.66	0 (0.0%)	4 (6.1%)	24 (36.4%)	29 (43.9%)	9 (13.6%)
나는 내 업무에 자부심을 가진다	3.65	1 (1.5%)	7 (10.6%)	16 (24.2%)	32 (48.5%)	10 (15.2%)
시장(군수, 구청장)이 맞춤형 방문건강관리사업을 추진하는데 리더십을 가지고 있다	3.47	1 (1.5%)	10 (15.2%)	20 (30.3%)	27 (40.9%)	8 (12.1%)
우리 부서장(보건소장)이 맞춤형 방문건강관리사업을 추진하는데 리더십을 가지고 있다	4.38	0 (0.0%)	1 (1.5%)	6 (9.1%)	26 (39.4%)	33 (50.0%)

구체적인 설문내용	평균	설문 응답(빈도, 비율)				
		매우부정	부정	보통	긍정	매우긍정
우리 부서장(보건소장)이 맞춤형 방문건강관리사업을 추진하는데 책임감을 가지면서 일하고 있다	4.03	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (24.2%)	<b>32</b> <b>(48.5%)</b>	18 (27.3%)
우리지역 주민들이 맞춤형 방문건강관리사업에 관심이 많다	3.39	1 (1.5%)	13 (19.7%)	<b>21</b> <b>(31.8%)</b>	<b>21</b> <b>(31.8%)</b>	10 (15.2%)
맞춤형 방문건강관리사업에 대한 조례가 필요하다	3.74	3 (4.5%)	6 (9.1%)	15 (22.7%)	<b>23</b> <b>(34.8%)</b>	19 (28.8%)
맞춤형 방문건강관리사업이 성공하는데 가장 필요한 것은?	-	전담인력 신분 안정	예산 확보	조례 제정	인력충원	기타
		<b>38</b> <b>(57.6%)</b>	14 (21.2%)	12 (18.2%)	1 (1.5%)	1 (1.5%)

## 2) 요인분석

각 설문문항들이 공통된 요인으로 구분되는지 파악하기 위해 탐색적 요인분석과 신뢰도분석을 실시하였다. 요인분석은 주성분분석과 직교회전방식인 varimax법을 사용하였고, KMO 측도 값이 0.626, Bartlett 구형성 검정의 근사 카이제곱 값이 378.359, 유의수준이 0.000으로 나타나 본 연구에 사용된 설문들이 요인분석 사용에 적합하다는 것을 확인하였다. 요인 추출방법은 고유값(eigen-value)이 1.00이상인 요인에 한하였는데, 고유값의 누적값은 69.441%이었다. 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$ 계수를 이용하여 신뢰도 분석을 실시하였는데 Cronbach's  $\alpha$ 계수가 0.70 이상으로 나타나 본 연구에 사용된 변수의 신뢰도가 높음을 확인하였다. 요인분석 결과 요인적재값(factor loading)이 낮거나 응집력이 떨어지는 '시장의 책임감', '구체적인 조례 제정' 설문이 제외되었다. 측정도구를 재구성하여 방문건강관리사업에 필요한 사항들을 요인분석한 결과, 분석의 틀에서 의도한 바대로 네 개의 요인으로 구분되었고 각각을 '운영요인', '개인요인', '리더요인', '외부요인' 이라고 정의하였다.

<표 7> 요인분석 및 신뢰도분석 결과

설문 내용	요인1	요인2	요인3	요인4	Cronbach's $\alpha$	평균값
	운영요인	개인요인	리더요인	외부요인		
방문건강관리사업 예산	<b>0.788</b>	-0.139	0.143	-0.036	0.710	2.598
방문건강관리사업 인력	<b>0.633</b>	0.182	-0.288	-0.095		
동료의 협조	<b>0.737</b>	-0.138	0.124	0.119		
부서간 협력	<b>0.634</b>	0.125	0.481	0.309		

설문 내용	요인1	요인2	요인3	요인4	Cronbach's a	평균값
	운영요인	개인요인	리더요인	외부요인		
방문건강관리사업 전문성	-0.206	<b>0.883</b>	0.061	0.079	0.741	3.667
방문건강관리사업 경험	-0.179	<b>0.858</b>	-0.123	0.052		
업무에 대한 만족도	0.305	<b>0.558</b>	0.139	0.476		
업무에 대한 자부심	0.392	<b>0.602</b>	0.350	-0.239		
시장(군수,구청장)리더십	0.388	0.523	<b>0.537</b>	-0.325	0.703	3.960
부서장(보건소장)리더십	0.003	-0.031	<b>0.815</b>	0.238		
부서장(보건소장)책임감	0.091	0.089	<b>0.893</b>	0.157		
지역주민의 관심	0.501	-0.095	0.149	<b>0.625</b>	0.722	3.568
조례 제정	-0.108	0.069	0.185	<b>0.662</b>		
변량(eigenvalue)	29.179	18.760	12.693	8.808	-	
KMO 측도: 0.626, Bartlett 구형성 검정: 378.359, p=0.000***						

주: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

### 3) 상관분석

방문건강관리사업에 영향을 미치는 요인과 방문건강관리사업 성공여부 간의 상관관계를 고찰하기 위해 상관분석을 실시하였는데, 방문건강관리사업 성공 여부와 상관있는 것은 운영요인( $r=0.397$ ,  $p=0.001$ ), 외부요인( $r=0.262$ ,  $p=0.034$ )이었다. 즉, '방문건강관리사업을 운영하는데 필요한 예산, 인력, 협력'과 '방문건강관리사업에 대한 주민의 관심, 법규 제정'과 방문건강관리사업 간에는 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있다고 나타났다.

<표 8> 방문건강관리사업 영향요인과 성공여부 간의 상관관계 분석

구 분	운영요인	개인요인	리더요인	외부요인
방문건강관리사업 성공 여부	0.397**	0.144	0.013	0.262*

주: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

### 4) 로지스틱 회귀분석

방문건강관리사업과 관련된 각 요인이 방문건강관리사업 성공에 어떠한 영향을 미치는지 파악하기 위하여 '운영요인, 개인요인, 리더요인, 외부요인'을 설명변수로 하고 '방문건강관리사업 성공여부'를 목적변수로 하여 로지스틱 회귀분석하였다. 로지스틱 회귀계수를 추정하는 방법은 최대우도 측정법을 사용하였고 추정된 모형의 적합성을 우도값 검증을 통해 판단하였

다. 관측된 결과의 우도가 높을수록 모형이 적합하다고 할 수 있는데 본 모형의 -2Log Likelihood 값은 52.570 이었고, Nagelkerke R제곱값을 사용하면 본 연구의 모형은 33.9%의 설명력을 가지고 있어서 방문건강관리사업 영향요인이 방문건강관리사업 성공을 설명하는데 어느 정도 효과적이라고 할 수 있다. Hosmer와 Lemeshow 검정에서 유의확률이 0.718(> $\alpha=0.05$ )이므로 모형이 적합하다고 할 수 있고 분류표 상의 분류정확도가 81.8%의 예측성공률을 나타내고 있다.

로지스틱 회귀분석 결과는 상관분석 결과와 유사하게 나타났는데, 운영요인( $B=1.569$ ,  $p=0.002$ )과 외부요인( $B=0.939$ ,  $p=0.018$ )이 방문건강관리사업 성공 여부에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 첫째, '방문건강관리사업의 운영요인'을 강조할수록 유의수준 0.01%수준에서 통계적으로 유의미하게 방문건강관리사업이 성공할 확률을 높이는 것으로 나타났다. 운영요인의 Exp(B) 값이 1.569로 나타나 다른 요인들의 값을 일정하게 놓고 운영요인에 대한 강조를 1단위 증가시킨다면 방문건강관리사업을 성공시키는데 1.569배 도움이 된다고 볼 수 있다. 즉, 방문건강관리사업을 운영하는데 필요한 예산, 인력, 동료의 협조, 부서간의 협력이 많을수록 방문건강관리사업이 성공할 수 있다고 인식하는 것으로 해석할 수 있다.

둘째, '방문건강관리사업의 외부요인'을 강조할수록 유의수준 0.05%수준에서 통계적으로 유의미하게 방문건강관리사업이 성공할 확률을 높이는 것으로 나타났다. 즉, 방문건강관리사업에 대한 주민의 관심이 클수록, 관련 조례를 제정할수록 방문건강관리사업이 성공할 수 있다고 인식하고 있다.

<표 9> 방문건강관리사업 성공 여부에 대한 추정 결과

구분	방문건강관리사업 성공여부 추정 모형					
	B	S.E.	Wald	d.f	유의확률(p)	Exp(B)
운영요인	1.569	0.516	9.259	1	0.002**	4.802
개인요인	0.327	0.322	1.029	1	0.310	1.387
리더요인	0.100	0.324	0.096	1	0.757	1.105
외부요인	0.939	0.397	5.610	1	0.018*	2.558
상수	1.819	0.473	14.808	1	0.000***	6.164
모형 적합성	-2Log Likelihood=52.570, Cox와 Snell R 제곱=0.267, Nagelkerke R 제곱=0.399, Hosmer와 Lemeshow 유의확률=0.718, 예측성공률=81.8%					

주: \*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ , \*\*\*  $p<0.001$

## 5) AHP 분석

몇 가지 의미있는 결과가 도출되었음에도 불구하고 66부의 설문지를 분석한 결과를 일반화하기 힘들다는 한계를 극복하기 위하여 AHP 분석을 실시하였다. 방문건강관리사업의 성공을 위해 우선적으로 강조해야 할 각 변수들을 1단계 분석에서 쌍대 비교한 결과, 응답자들은 방문건강관리사업 투입요소(0.625)가 가장 우선시되어야 한다고 응답하였다. 다음으로 방문건강관리사업 인프라(0.245), 방문건강관리사업 환경(0.082), 방문건강관리사업 사후관리(0.049)의 순서로 상대적 중요도를 부여하고 있다. 1단계 분석에서 응답자들은 방문건강관리사업에서 투입요소가 가장 중요하다고 인식하고 있어서, 사업을 진행하는데 투입되는 조직, 인력, 예산에 대한 관심이 가장 큰 것을 알 수 있다.

각 변수 중에서 중요한 지표를 질문한 2단계 분석 결과, 방문건강관리사업 환경 중에서는 리더의 관심(0.667), 지역주민의 관심(0.333) 순으로, 방문건강관리사업 인프라 중에는 협력(0.558), 조례(0.320), 교육훈련(0.122) 순으로, 방문건강관리사업 투입요소 중에서는 예산 확보(0.637), 전담인력 확보(0.258), 전담 조직(0.105) 순으로, 방문건강관리사업 결과 중에서는 동기부여(0.833), 벤치마킹(0.167) 순으로 중요도가 평가되었다.

〈표 10〉 AHP 분석 결과

1단계 분석				2단계 분석				종합 분석		
1단계 요소	중요도	순위	일관성 비율	2단계 요소	중요도	순위	일관성 비율	중요도	통합 순위	일관성 비율
사업 환경	0.082	3	0.02	리더의 관심	0.667	1	0.00	0.052	5	0.02
				지역 주민의 관심	0.333	2		0.010	9	
사업 인프라	0.245	2		조례	0.320	2	0.02	0.089	4	
				교육 훈련	0.122	3		0.034	7	
				협력	0.558	1		0.155	3	
사업 투입 요소	0.625	1		전담 조직	0.105	3	0.04	0.065	6	
				예산 확보	0.637	1		0.396	1	
				전담 인력 확보	0.258	2		0.161	2	
사업 사후 관리	0.049	4		동기 부여	0.833	1	0.02	0.031	8	
				벤치 마킹	0.167	2		0.006	10	

1단계 분석과 2단계 분석을 종합하여 조사된 가중치를 적용하여 각 지표별 중요도를 전체적으로 파악하였다. 종합분석 결과, 상대적 중요성이 높은 지표는 예산 확보(0.396), 전담인력 확보(0.161), 협력(0.155), 법률 및 조례(0.089) 등의 순서로 정리할 수 있다. 이와 같은 분석 결과는 1단계 분석에서 방문건강관리사업의 투입요소와 인프라가 상대적으로 중요한 것으로 평가되었고, 1단계와 2단계 분석을 통합한 종합분석 결과에서 투입요소 중 예산 확보와 전담인력 확보가 중요하게 나타났고, 인프라 중에서 협력과 조례가 중요하게 나타났다는 점에서 전체 AHP 분석 결과가 일관성있게 도출되었음을 알 수 있게 한다.

## 2. 분석결과에 대한 논의

이상의 분석 결과를 종합해 보면, 첫째, 단순 기술통계 결과, 응답자들은 방문건강관리사업의 현재 예산과 인력이 불충분한 것으로 인식하고 있고, 방문전담인력의 신분안정이 필요하다고 응답하였다.<sup>9)</sup> 요인분석 결과, 방문건강관리사업에 영향을 미치는 요인으로 ‘운영요인’, ‘개인요인’, ‘리더요인’, ‘외부요인’으로 구분할 수 있다. 상관분석 결과, 방문건강관리사업과 통계적으로 유의미한 긍정 관계에 있는 요인은 ‘운영요인’과 ‘외부요인’이었다.

둘째, 로지스틱 회귀분석 결과, ‘운영요인’과 ‘외부요인’이 방문건강관리사업의 성공 여부에 직접적인 영향을 미치는 것에는 나타나, 방문건강관리사업을 성공적으로 시행하기 위해서는 ‘운영요인’에 해당되는 ‘예산, 인력, 동료의 협조, 부서간 협조’를 강조해야 하고, ‘외부요인’에 해당되는 ‘지역주민의 관심, 조례의 제정’을 강조해야 하는 것을 알 수 있다. AHP 분석 결과, ‘투입요소’와 ‘인프라’가 중요하고, ‘투입요소’ 중에서는 예산 확보, 전담인력 확보 순서로 강조되고, ‘인프라’ 중에서는 협력, 관련 제도 순으로 강조되는 것을 알 수 있다. AHP 종합분석 결과, 예산, 전담인력, 협력, 제도 순서로 강조되었다.

셋째, 로지스틱 회귀분석과 AHP 분석 모두에서 공통되게 강조하는 내용으로는 ‘예산 확보’, ‘인력 확보’, ‘동료 및 부서 간의 협조’, ‘법률·조례의 제정’이어서, 향후 방문건강관리사업

9) 예산과 인력이 부족하고 방문간호사의 신분 안정이 필요하다는 부정적인 응답에도 불구하고, 방문간호 업무에 대한 만족도 및 자부심이 상대적으로 높아서 이에 대해 심층면접한 결과, ‘업무 환경이 열악하지만 다른 사람에게 도움을 준다는 기쁨’, ‘이전에 민간 병원에서 근무할 때보다도 보람됨’, ‘출산 후 일을 쉬다가 방문간호사가 되어 일을 다시 할 수 있어서 감사’ 등의 답변을 들을 수 있었다. 앞의 표에서 응답자의 절대 다수가 여성이고, 응답자의 65%가 30-40대, 23%가 50대라는 점을 감안하면 이해할 수 있는 대답이었다. 방문건강관리 간호사를 대상으로 한 기존의 연구(박찬경외, 2013: 42)에서도 응답자의 평균연령이 38세, 73.1%가 전문대졸, 대부분이 기혼자를 응답하여서 본 연구의 응답자와 비슷한 형태를 보이고 있었다.

을 성공적으로 정착시키기 위해서는 ‘예산’, ‘인력’, ‘협력’, ‘조례’의 준비가 가장 중요하다고 결론지을 수 있다.

## V. 결 론

본 연구는 맞춤형 방문건강관리사업을 성공적으로 시행하는데 필요한 정보를 제공하기 위해 시작되었다. 각 보건소에서 실시하고 있는 방문건강관리사업을 활성화하기 위해서는 앞에서 고찰한 요인들을 관리하는 작업이 선행되어야 할 것이다. 이상의 분석 결과를 종합해 보면, 첫째, 방문건강관리사업을 담당하고 있는 보건복지부, 한국건강증진재단, 대구시 소속 담당자의 설문조사 결과, ‘운영요인’, ‘개인요인’, ‘리더요인’, ‘외부요인’이라는 네 개의 요인으로 구분되었고, 상관분석 결과, 방문건강관리사업과 상관관계가 높은 것은 ‘운영요인’과 ‘외부요인’이었다. 둘째, 로지스틱 회귀분석과 AHP 분석 결과, ‘예산’, ‘인력’, ‘협력’, ‘조례’의 준비가 방문건강관리사업의 성공에 가장 중요하다는 점을 확인하였다.

이상의 분석 결과가 갖는 함의와 그에 기초한 향후 연구과제를 제시하면 다음과 같다. 첫째, ‘방문건강관리사업 인력’ 부분에서, 전담인력의 수를 확대하는 것과 함께 전담인력의 신분안정 문제가 계속 대두하고 있다. 설문조사 및 심층면접에서도 신분안정 문제<sup>10)</sup>를 가장 많이 언급하고 있고 언론에서도 전담인력의 신분안정에 대한 기사가 지속적으로 노출되고 있어서 이에 대해서는 적극적인 대책이 필요할 것으로 보인다. 하지만, 기존의 기간제 근로자

10) 설문조사에서 가장 중요한 것을 체크하도록 하였는데 응답자의 57.6%가 ‘전담인력의 신분안정’을 체크하였고, 방문건강관리사업 성공에 가장 중요한 요소를 주관식으로 기입하는 질문에 66부의 응답지 중 28부에서 ‘전담인력의 신분안정’을 기술하였다. 구체적인 내용을 보면, ‘정규직 전환이 필요함’, ‘전담인력의 신분이 보장되어야 지속적인 업무가 가능함’, ‘고용불안 및 임금체계에 대한 개선 절실’, ‘고용이 안정되어야 방문간호사 이직율이 낮아질 것임’, ‘조무사가 아닌 전문 간호사를 투입하면서 단순일용직 처우를 하고 있어서 불합리’, ‘무기계약직으로 전환 필요’, ‘국비지원으로 무기계약직 전환’, ‘호봉제 인정 필요’, ‘현재 상황은 신분과 보수가 바닥인 상태’ 등이 있다. 최근 신문기사에서도 무기계약직 전환 등 전담인력의 고용 안정을 언급하고 있다(새전북신문, 2013. 6. 13). 전국 보건소에 근무하는 비정규직 노동자는 1인당 450-500가구씩 맡아 방문건강관리서비스를 하고 있으며 대상자 1인당 연간 22만 원의 진료비를 줄이는 효과를 거두고 있지만 ‘기간제’라는 신분 때문에 매년 고용불안에 시달리고 있다. 정부는 공공부문 비정규직 대책과 지침을 통해 이들의 무기계약 전환을 독려하고 있지만 예산 부족을 이유로 무기계약 전환 사례는 없다(국제신문, 2013. 7. 30). 2012년 말 고용노동부와 보건복지부는 각 지자체에 공문을 보내 방문건강관리 종사자들이 무기계약 전환 대상이며 총액임금제와 연계시키지 않겠다고 밝혔으나, 각 지자체에서 방문건강관리 종사자들을 무기계약직으로 전환한 사례는 전국적으로 극히 드물다(데일리메디, 2013. 7. 31).

를 모두 무기계약직으로 전환할 경우 지방자치단체에 공무원 이외의 근로자가 증가하게 되는 비정상적인 고용 형태가 확대되고, 기존의 기간제 근로자가 모두 무기계약직으로 전환될만큼 질 좋은 근로자인가의 문제 또한 검토해 봐야 하는 사항이다. 현재 지방자치단체 수준에서는 비정규직 근로자에 대한 조례·규칙 등의 법규정이 없고 훈령(규정), 예규(지침)의 형태로 운영되기 때문에 지방자치단체 별로 각기 다른 모습으로 방문전담인력을 운영하고 있는데, 이에 대한 정비 또한 필요한 시점이다.

둘째, ‘방문건강관리사업 예산’ 부분도 중요한 이슈인데<sup>11)</sup>, 중앙정부 예산, 광역자치단체 예산, 기초자치단체 예산이 매칭 형식으로 투입되는 사업이므로 중앙정부와 지방자치단체의 재정 상황에 따라 예산이 좌우되는 한계를 가지고 있다. 중앙정부 입장에서는 방문건강관리사업이 담배에 부과되는 ‘국민건강증진부담금’으로 운영되는 사업인데 재원이 인상되지 않아서 예산 증액에 어려움이 있는 실정이고, 지방자치단체 입장에서는 각 지역에서 예산을 확보해야 함에도 불구하고 다른 사업에 밀려서 예산 확보가 부족하다보니 실제로 현장에서 업무를 담당하고 있는 전담인력에게 충분한 예산 지원이 이루어지지 못하고 있다.

셋째, ‘방문건강관리사업 협력’ 부분에서 동료와의 협조와 부서 간의 협력이 강조되는 만큼<sup>12)</sup>, 동일한 부서(보건소) 내의 동료와의 협조, 다른 부서(보건소) 간의 협력, 다른 기관(병원, 복지관, 주민센터 등)과의 협력<sup>13)</sup>을 통해 업무를 원활하게 할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다. 또한, 동료간·부서간 협력 뿐만 아니라, 보건과 복지의 연계·협력이 필요하다.

11) 방문건강관리사업 성공에 가장 중요한 요소를 주관식으로 기입하는 질문에 66부의 응답지 중 21부에서 ‘예산확보’를 지적하였다. 구체적인 내용을 보면, ‘타지역과의 임금격차 줄이기’, ‘해마다 예산이 줄어들어 일하기가 어려움’, ‘4대보험 관련한 기관부담금 확보하여 호봉 지급 필요’, ‘임금체계 개선’, ‘호봉제 필요’, ‘인건비가 구청의 타 사업(의료급여관리사, 사례관리사)과 비교하여 낮은 수준’ 등이 있다. 이에 대한 심층면접 결과, 방문전담인력의 보수 문제, 처우 문제가 가장 심각하다(2012. 6. 28. A구 보건소 담당자 심층면접). 지역마다 차이가 있는데, 대구시의 경우 4대보험료를 준비하는 것이 부담스러워서 4대보험료가 없다. 그러다보니 타 시도보다 임금이 낮은 상황이다. 4대보험료 기관부담금만 확보되면 보건부 지침대로 년차에 따라 차이를 두고 급여가 지급될 수 있다고 본다(2012. 6. 15. 대구시청 담당자 심층면접). 일자리창출사업으로 시작했기 때문에 전담인력의 인건비 단가를 올리지 못하고 있다(2012. 6. 28. D구 보건소 선임인력 심층면접), 전담인력의 인건비가 일당으로 계산되어, 근무기간에 대한 인정도 없고 호봉 또한 적용받지 못하고 있다(2012. 6. 28 E구 보건소 전담인력 심층면접) 등의 내용을 확인하였다.

12) 방문건강관리사업 성공에 가장 중요한 요소를 주관식으로 기입하는 질문에 66부의 응답지 중 3부에서 ‘협력’을 기술하였다. 구체적인 내용을 보면, ‘사회복지사 등 연계 인력과의 협력과 소통이 잘 이루어져야 하는데 협력 등에 관한 지침이 부족’, ‘지역사회사업과의 협력과 다양한 병원연계가 절실히 필요’, ‘협력하는데 애로점이 많음’ 등을 기술하고 있다.

13) 장기요양관정 4-5등급의 요양서비스 불인정자 및 허약노인의 질병을 예방하는데 방문건강관리사업의 의의가 있는데, 이를 위해서는 부서·기관 내·외 네트워킹과 협력이 필수적이다(이인숙, 2008: 91-92).

보건과 복지의 서비스 연계는 20년 전부터 세계보건기구의 관심이었는데(장숙량외, 2012: 2), 보건서비스의 대상자는 복지서비스의 대상자이기도 하기 때문에 질병 문제와 복지 욕구가 동시에 존재한다는 점에서 보건과 복지 간의 연계가 필요하다고 할 수 있다.

마지막으로, '방문건강관리사업 법제도' 부분을 보면, 현재 방문건강관리사업이 지역보건법, 결핵예방법, 모자보건법, 의료법, 기간제법 등 다양한 법률에 근거하고 있다보니 사업의 대상집단이 모호하고(이인숙, 2008) 사업의 범위 또한 넓은 한계점이 드러나는 만큼(정연숙, 2006), 각 지역에서 방문건강관리사업에 대한 조례를 제정하여 명확한 법제도적 근거를 가지고 사업을 실시하는 것을 제안할 수 있다.<sup>14)</sup> 앞서 언급한 인력 및 예산 문제 또한 근거 조례를 제정하면서 어느 정도 해소할 수 있을 것으로 보인다.

본 연구는 맞춤형 방문건강관리사업을 성공적으로 추진하는데 필요한 정보를 제공하였다는 의의가 있으나, 설문 표본의 수와 설문 문항 수가 비교적 작고 방문건강관리사업에 영향을 미치는 요인들을 보다 다양하게 제시하지 못하고 전반적인 인식 조사에 그치고 있다는 한계를 가지고 있다. 후속 연구에서는 방문건강관리사업과 관련된 자료가 보완되고 다양한 접근 방법으로 연구가 진행되기를 기대한다.

14) 방문건강관리사업에 대한 명확한 법규정이 없기 때문에 임시사업 성격으로 운영된다는 한계가 있다 (2012. 6. 28. 한국건강증진재단 담당자 심층면접).

## 【참고문헌】

- 김성철·황재국·전성훈. (2006). 우리나라 비축정책의 집행요인에 관한 연구. 『한국정책과학회보』, 10(3): 75-94.
- 김순은. (2004). 우리나라 로컬 거버넌스에 관한 논의의 실제와 함의. 『지방정부연구』, 8(4): 73-98.
- 김진현. (2011). 『맞춤형 방문건강관리사업 대상자의 건강증진효과 측정』. 한국건강증진재단 연구보고서.
- 김호균. (2006). 문화정책집행 영향요인 인식도 비교분석. 『지방행정연구』, 20(3): 197-223.
- 나백주. (2012). 『보건소 직무분석 및 적정인력 산출』 건양대학교, 한국건강증진재단 연구보고서.
- 류영아. (2013). 맞춤형 방문건강관리사업에 대한 인식 조사. 한국지방정부학회 하계학술대회 발표논문집: 1-15.
- 모창환·조창현. (2008). 철도와 전력산업 구조개혁의 정책집행 비교분석 『한국정책학회보』, 17(1): 139-168.
- 박은미. (2006). 모성보호정책집행의 효과성에 미치는 영향요인 연구 『한국행정논집』, 18(4): 1205-1231.
- 박찬경·박기수·강영실. (2013). 방문건강관리 간호사의 직무스트레스, 직무만족도와 조직에착도 『농촌의학 지역보건』, 38(1): 39-48.
- 보건복지부. (2010). 『맞춤형 방문건강관리사업 연보』. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2012). 『방문건강관리사업 안내』. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2013). 『지역사회 통합건강증진사업안내(방문건강관리분야)』. 서울: 보건복지부.
- 이인숙. (2008). 『맞춤형 방문건강관리사업 대상자별 제공서비스 확대 방안』. 서울대학교 건강증진사업지원단.
- 이인숙. (2010). 『맞춤형 방문건강관리사업 가구별 사례관리 강화를 위한 방문선임인력 및 신규인력 직무 매뉴얼 개발 연구』. 서울대학교 건강증진사업지원단.
- 임지영·김미자·박창기·김정윤. (2011). 방문건강관리사업 효율성 평가를 위한 방법론적 접근 『간호행정학회지』, 17(1): 54-65.
- 장숙량·조성일. (2012). 맞춤형 방문건강관리사업의 지역사회 네트워크 탐색 『보건교육건강증진학회지』, 29(1): 1-11.
- 장현숙. (2006). 『방문보건사업 모니터링 및 활성화 방안 개발』. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 장현주. (2006). 정책집행 권한의 이양과 거버넌스의 변화 『한국행정연구』, 15(1): 263-293.
- 한영란·박영례·김영희·최희정·정미자. (2012). 보건소 맞춤형 방문건강관리사업 전문인력의 직무 분석 『지역사회간호학회지』, 23(2): 165-178.

- Cohen, S & W. Eimicke (1995). *The New Effective Public Manager: Achieving Success in a Changing Environment*. SF: Jossey-Bass Publishers.
- Long, E. & Franklin, A. E. (2004). The Paradox of Implementing the GPRA: Top Down Direction for Bottom-Up Implementation. *Public Administration Review*. 64(3).
- Lynn, L. E. Jr., Heinrich, C. J., & Hill, C. J. (2001). *Improving governance: A new logic for empirical research*. Washington, D. C.: Georgetown University Press.
- Milward, H. B. (1994). Nonprofit contracting and the hollow state. *Public Administration Review*. 54: 73-77.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work?: A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*. 61(4): 414-423.
- Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2001). *Home visiting: Procedures for helping families*. CA: Sage.
- 국제신문. (2013. 7. 30).
- 데일리메디. (2013. 7. 31).
- 새전북일보. (2013. 6. 13).
- 중앙일보. (2013. 7. 12).
- 한국건강증진재단 홈페이지(<http://www.khealth.or.kr>).