

# 제3기 지역보건의료계획서에 기술된 핵심사업의 특성에 관한 연구

김동문, 이원영<sup>1)</sup>, 김창엽, 문옥륜

서울대학교 보건대학원 보건정책학교실, 중앙대학교 의과대학 예방의학교실<sup>2)</sup>

## A Study on Characteristics of Core Projects Described in 3rd Community Health Plans

Dong Moon Kim, Weon Young Lee<sup>1)</sup>, Chang Yup Kim, Ok Ryun Moon

Department of Health Policy and Management, Graduate School of Public Health,  
Seoul National University, Department of Preventive Medicine,  
Chung-Ang University College of Medicine<sup>2)</sup>

**Objectives** : The 3rd community health plan let health centers select and promote core projects considering budget and manpower. This study analyzed the content and selection processes of core projects, using the nationwide 3rd community health plans, to give relevant information on health center policies.

**Methods** : Classification criteria for content analysis of core projects were established and verified through a literature review and by specialist discussions. Fifty plans were selected by stratified proportional random sampling for regional characteristics. And coding criteria standardized through coding repetition and discussion, by 2 persons ( $k > 0.7$ ). Using stratified proportional random sampling for 16 cities and provinces, regional characteristics, 117 plans were selected, and the contents of the core project selection processes and program contents analyzed.

**Results** : The survey was used by 59.8% of samples as a core project decision-making method. The participants included 98.6, 81.4, 40 and 38.6% of the health staffs, residents, medical institutions, and administrators, respectively. Discussion was used by 15.4% of samples. The participants were health staffs by 100% as a great. The ranking of the frequencies of the selected core projects were, in order; chronic disease control, health promotion, elderly

health, maternal-child health, and oral health at 16.4, 14.8, 14.3, 12.7 and 11.9%, respectively. Analyses on the chronic disease control and elderly health contents showed the diversity of object disease, high rates of visitors on patient detection programs, high rates of unclear target populations, and the provision of medical exams and treatments as the main services, with high variations in business performance. The national health budgets for health centers in 2003 were about 910 and 240 million won for chronic disease control and elderly health, respectively, which were less than for the other five priority core projects.

**Conclusions** : The chronic disease control and elderly health at the health centers were not standardized for object disease, patient detection program, target population, service provision, and national support budget was insufficient. Thus it is necessary to develop standard guidelines, and increase financial support, for chronic disease control and elderly health

Korean J Prev Med 2004;37(1):88-98

**Key Words** : Health center, Health center function, Priority setting, Community health plan, Core project, Content analysis

## 서론

지방자치제 실시와 IMF 경제위기, 의약분업 등의 일련의 과정을 거치면서 주민들의 보건소 진료서비스 이용은 더욱 늘어난 반면 보건사업은 형식적이며 나열식으로 전개되고 있다는 평가가 지속적으로 제기되어 왔다 [1-3]. 또한 신 등 [4]도 1995년 지역보건법 개정 이후 보건소에 새

로 도입된 만성질환관리, 노인보건, 장애인보건, 정신보건, 건강증진업무는 중앙의 관리지침과 괴리가 크며 아직도 대다수의 업무가 시범 사업적 성격이 강하다고 지적하고 있다. 이와 관련하여 전문가 및 보건행정가들은 다양한 개선 방안을 제시하고 있다. 김 [5]은 시장실패로 보완이 매우 어려운 지역사회정신보건 및 건강증진서비스, 전염병 및 만성질환관리서

비스 등은 국가가 직접 제공하고 국가의 재정조달 등으로 시장실패가 손쉽게 보완되는 가족계획 및 모자보건, 방문보건, 노인에 대한 수발서비스 제공은 민간부문이 담당할 수 있다고 하였다. 배 [6]는 규제업무와 진료는 감소시키고 건강증진사업 위주로 전환하며 국가책임 하에 의무적으로 시행하는 필수사업과 지역특성을 고려한 지방자치단체별 권장사업으로 구분해야 한다고 하였다 [7]. 이 [3]는 보건소의 자발적 해결능력을 요구하는 건강증진, 정

신보건, 장애인 재활, 영양보건사업이 증가할 것으로 예상하며 지역보건의료의 기획자 및 조정자로서의 기능이 강화될 것으로 보였다. 이 [8]는 지도와 감독, 공중 위생을 제외한 대부분의 보건소 업무가 민간에 서비스 위탁 및 공동출자가 가능하다고 하였다. 또한 보건행정가들은 점진적으로 보건소 기능을 건강증진사업으로 전환하되, 저소득취약계층에 대한 사회안전망으로서 진료서비스를 보장해야 한다고 하였다 [1,9]. 한편 공공보건의료기관도 만성퇴행성질환관리사업, 치매노인관리사업, 재활치료사업, 구강보건사업, 가정 간호 및 방문보건사업 등에서의 역할 강화가 필요하지만 [10] 본 연구는 보건소를 중심으로 기술하기로 한다. 이처럼 지역보건법, 국민건강증진법, 정신보건법, 모자보건법, 암 관리법 등 관련 법규에 의거하여 보건소가 수행토록 되어 있는 다양한 기능들의 우선순위를 정하는 것에는 공감하고 있으나 우선순위 선정의 기준 및 보건소의 핵심역할에 대해서는 전문가 및 보건행정가들 사이에 이견이 존재하고 있다.

이러한 보건소 기능 재 설정과 관련하여 전문가 및 보건행정가들의 견해는 그간 꾸준히 발표되고 있으나, 사업집행 주체인 보건소 및 이에 영향력을 미치는 기초자치단체의 정책결정자 그리고 지역주민들에 대한 의견조사 연구는 매우 취약한 실정이다. 일개 지역사회를 단위로 한 설문조사를 통한 보건소 기능 강화 방안에 대한 연구 [11,12]는 있었으나 전국적인 조사는 이루어지지 않았다. 그래서 예산 및 인력 부족 등 보건소의 현실을 인정하고 지역사회 의견수렴을 통하여 핵심사업을 선정, 추진 중에 있는 제3기 지역보건의료계획(2003-2006)을 분석대상으로 정하였다 [13]. 노인인구의 증가와 만성퇴행성질환 위주로의 질병구조 변화 및 지방자치는 보건의료환경을 변화시키고 있으며 지역사회 주민의 다양한 요구를 충족시키기 위해 보건의료문제의 우선순위를 선정하고 보건의료정책을 자체적으로 수립하여야 할 필요성이 대두됨에 따라 1995년 개정된 지역보건법에 근거하여 모

든 보건소가 지역보건의료계획을 수립하게 되었다 [13,14]. 그리고 1기, 2기 지역보건의료계획을 거치면서 보건사업 기획 능력이 강화되고 학계, 관련전문가 그룹과의 연계활성화, 지역사회에 기반한 사업수행의 전기마련 그리고 보건사업에 대한 자치단체의 관심이 증가하고 있다 [14,15]. 본 연구는 제3기 지역보건의료계획서를 토대로 각 보건소의 핵심사업 선정과정과 사업내용을 분석하였으며, 이는 보건소 기능 재 설정과 관련한 기존논의를 더욱 풍부히 한다는 점에서 의의가 있겠다. 이 연구의 구체적인 목표는 첫째, 핵심사업의 선정과정을 분석하고 둘째, 핵심사업의 빈도를 분석하고 셋째, 5대 우선순위 핵심사업의 내용을 분석하고 넷째, 핵심사업의 보건소 관련 국가보건의료예산을 분석하였다.

## 연구방법 및 절차

### 1. 연구자료

내용분석을 위해 2002년도에 전국 234개 시, 군, 구 보건소에서 발간된 제3기 지역보건의료계획서를 이용하였으며 시,

군, 구 지역보건의료기관의 계획을 종합하고 조정하며 광역단위에서의 보건의료수급에 대한 전체적인 계획을 수립하는 시, 도 지역보건의료계획은 지역사회 의견수렴을 통한 핵심사업 선정과 관련이 없어 [13] 연구 대상에서 제외하였다. 핵심사업 예산분석을 위해 2003년도 국가보건의료사업 일반회계 예산결산자료와 2003년도 건강증진기금 예산결산자료 [16,17]를 이용하였다. 연구기간은 2003년 6월 1일부터 2003년 10월 15일까지였다.

### 2. 연구방법 및 절차

본 연구는 주된 연구진행 방법으로 내용분석을 이용하였는데 내용분석이란 분명하게 나타난 내용을 규정된 분석항목에 따라 각 항목에 합치되는 소재를 선택하여 그 빈도를 측정하는 방법이다 [18-20]. 핵심사업 내용분석을 위해 제3기 지역보건의료계획 작성지침과 제3기 지역보건의료계획 작성실무, 보건복지부의 보건사업 안내 및 21세기 보건소를 위한 보건소 업무 표준화 및 교육, 훈련 프로그램개발 기초연구(1)를 참고하여 [4,13,15,21-26]

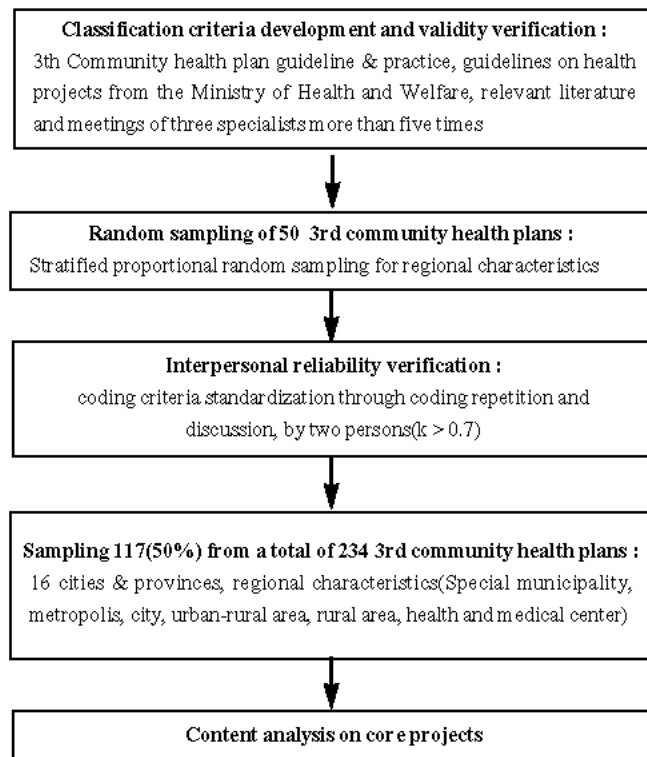


Figure 1. Research flow diagram.

1) 핵심사업선정 과정 분류체계 ① 핵심사업 의사결정방법 · Interactivity activity : 대표자들의 토론에 의한 핵심사업 결정 · Non-interactive activity : 지역사회 의견수렴을 위한 설문조사를 바탕으로 핵심사업 결정 ② 지역사회 의견수렴: 핵심사업 선정을 위한 토론 및 설문조사에 참여한 사람 · 보건소 직원, 의회, 행정가, 일반주민(보건소 이용자 포함), 지역의료기관, 지역보건심의위원, 기타 보건의료 전문가, 시민단체	
2) 핵심사업의 종류 · 암보건사업 · 건강증진사업 · 구강보건사업 · 전염병관리사업 · 정신보건사업 · 방문보건사업 · 만성퇴행성질환관리사업 · 지역사회영양사업 · 모자보건사업 · 의약물관리 및 기타 · 장애인재활보건사업 · 지역사회 특수질환 · 노인보건사업 · 검진사업(성인)	
3) 5대 우선순위 핵심사업 특성 내용분석을 위한 분류체계 (1) 만성퇴행성질환관리사업 ① 서비스 대상 · 대상질환: 고혈압, 당뇨, 퇴행성관절염, 3개 질환 이상 · 환자발견사업: 보건소 내소자 중심, 이동 및 순회 검진, 민간 병원 및 의원 환자 파악 · 표적집단: 명확함*, 명확하지 않음 ② 서비스 내용 · 보건교육프로그램, 투약 및 검사, 추구관리: 가정 및 전화방문 (2) 건강증진사업 ① 서비스 대상 · 대상행위: 금연, 운동 및 비만, 절주 · 대상집단: 유치원, 학교, 직장, 산업장, 지역사회 주민 · 표적집단: 명확함, 명확하지 않음 ② 서비스 내용 · 건강증진을 위한 물리적 또는 사회적 지지환경 구축 <sup>1</sup> , 대상자 보건교육 및 홍보 또는 캠페인, 보건 교육프로그램(건강검진 포함) (3) 노인보건사업 ① 서비스 대상 · 대상질환 및 위험요인: 치매, 뇌졸중, 고혈압, 당뇨, 관절염, 노인성질환 전반, 노인 건강증진 · 환자발견사업: 내소자 중심, 방문보건** · 표적집단: 명확함, 명확하지 않음 ② 서비스 내용 · 건강증진 및 보건교육 프로그램, 검진 및 치료서비스, 재활 및 요양서비스 (4) 모자보건사업 ① 서비스 대상 · 대상집단: 임산부, 영유아, 청소년, 갱년기 여성, 가임 여성, 학부모, 미취학아동 · 표적집단: 명확함, 명확하지 않음 ② 서비스 내용 · 건강검진(산전관리, 영유아발달스크리닝, 선천성대사이상검사, 미숙아 추구관리, 각종 의학검사 등), 예방접종, 모자보건수첩 발급, 엄마젖먹이기사업, 성교육, 보건교육프로그램 (5) 구강보건사업 ① 서비스 대상 · 대상집단: 미취학아동, 초등학교, 중고생, 성인, 노인, 전 계층, 장애인 · 표적집단: 명확함, 명확하지 않음 ② 서비스 내용 · 구강실태조사 및 검진, 구강보건교육, 치아홈메우기사업, 불소도포 및 용액사업, 노인의치사업, 상수도불소화사업, 진료	
각주 설명 * 대상집단 중 실제 사업을 시행할 구체적인 집단, † 위험요인을 갖는 서비스 대상 집단, ‡ 일반집단, 대상집단, 표적집단에 대한 대표와 구체적인 숫자가 기입된 경우, § 고혈압교실 및 당뇨교실, 관절염자조교실 등 각사업에 적합한 교실의 운영,    lipid 프로파일, 심전도 등 합병증과 관련한 기본검사, †† 건강증진을 위한 조례 제정, 금연전 물지정 선포, 유해업소지도 및 점검, ††† 재가 및 복지시설 순회진료 및 이동검진	

3인의 전문가가 5차례 이상의 회의를 통해 분류체계를 개발하였으며 이후 수 차례 회의를 통해 타당도를 검증하였다. 그리고 제3기 지역보건의료계획서 50권을 지역유형별 층화 비례 무작위 표본 추출하여 개발된 분류체계에 대해 연구자 2인이 코딩작업을 반복하고 일치하지 않는 항목에 대해 토의를 하여 코딩기준을 표준화하였다. 이와 같은 반복작업을 통해 내용분석의 신뢰도인 연구자간 일치도를 높였다 (K>0.7). 분류 체계에 대한 타당도와 신뢰도를 검증하고 난 후 제3기 지역보건의료계획서 전체 234권 중 117권(50%)을 지역유형별, 16개 시도별 층화 비례 무작위 표본 추출하여 핵심사업 내용분석을 시행하였다. 이를 도식화하면 Figure 1 과 같으며 핵심사업 내용분석을 위한 분류체계는 다음과 같다.

마지막으로 내용분석을 통해 측정한 핵심사업에 대해 보건복지부에서 발간된 2003년도 보건소 관련 국가보건의료사업 일반회계 예산결산자료와 2003년도 보건의료사업별 건강증진기금예산결산 자료 [16,17]를 이용하여 보건소 핵심사업에 지원되는 국고보조금을 추계하였고 최종적으로 보건복지부의 각 사업관련 실무자들의 검토를 통하여 타당성을 검증하였다.

## 연구결과

### 1. 핵심사업 선정과정

전국 234개 보건소에 대한 117(50%)개 보건소를 지역유형별, 16개 시도별 층화 비례 무작위 표본 추출하였으며 지역유형별 보건소 당 핵심보건사업 수는 도농통합형 2.7개, 도시형 2.4개, 광역시형 2개, 농촌형 2개, 보건의료원형 1.6개, 특별시형 1.3개, 전체로는 2.1개였다 (Table 1).

보건소 핵심사업 의사결정방법을 보면 설문조사 (Non-interactive activity)가 70(59.8%), 토론 (Interactive activity)이 18(15.4%), 기술이 불충분하여 어느 의사결정방법을 사용하였는지 알 수 없는 경우가 14(12%), 기술이 안된 경우가 15(12.8%)이었다 (Table 2). 의사결정과정에서 참여한 대상자를 보면 설문조사에서는

**Table 1.** Stratified proportional random sampling for regional characteristics and the number of core projects per health center

Regional characteristics Administrative zone	Special municipality			Metropolis			City			Urban-rural area			Rural area			Health & medical center			Sum		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Seoul	12	25	48																12	25	48
Busan				7	15	46.7								1					7	16	43.8
Daegu				3	7	42.9							1	1	100			4	8	50	
Incheon				4	8	50							1	1	100			5	9	55.6	
Gwangju				3	5	60								1					3	6	50
Daejeon				3	5	60								1					3	6	50
Ulsan				2	4	50													2	4	50
Gyeonggi-do							9	21	42.9	2	4	50	3	5	60	1	1	100	15	31	48.4
Gangwon-do							1	3	33.3	2	4	50	5	9	55.6	1	2	50	9	18	50
Chungcheong buk-do							1	1	100	1	2	50	4	8	50				6	11	54.5
Chungcheong nam-do							1	1	100	3	5	60	4	7	57.1	1	2	50	9	15	60
Jollabuk-do							1	1	100	2	5	40	2	4	50	2	4	50	7	14	50
Jollanam-do							1	1	100	2	4	50	6	13	46.2	2	4	50	11	22	50
Gyeongsang buk-do										6	12	50	5	10	50	2	4	50	13	26	50
Gyeongsang nam-do							1	2	50	4	8	50	4	9	44.4				9	19	47.4
Jeju-do							1	2	50				1	2	50				2	4	50
Sum	12	25	48	22	44	50	16	32	50	22	44	50	36	72	50	9	17	52.9	117	234	50
Number of core projects		15			43			39			60			73			14				244
Number of core projects per health center		1.3			2			2.4			2.7			2			1.6				2.1

**Table 2.** Methods of decision-making on health center core projects

Unit: number, %

Methods of decision-making	Special municipality	Metropolis	City	Urban-rural area	Rural area	Health & medical center	Total
Non-interactive activity	1( 8.3%)	14(63.6%)	10(62.5%)	15(68.2%)	26(72.2%)	4(44.4%)	70(59.8%)
Interactive activity	1( 8.3%)		3(18.8%)	4(18.2%)	8(22.2%)	2(22.2%)	18(15.4%)
Insufficient description	4(33.3%)	5(22.7%)	2(12.5%)	1( 4.5%)		2(22.2%)	14(12%)
Absence of description	6(50%)	3(13.6%)	1( 6.3%)	2( 9.1%)	2( 5.6%)	1(11.1%)	15(12.8%)
Sum	12(100%)	22(100%)	16(100%)	22(100%)	36(100%)	9(100%)	117(100%)

**Table 3.** Participants in questionnaire survey

Non-interactive activity (N=70)	Special municipality			Metropolis			City			Urban-rural area			Rural area			Health & medical center			Total		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Health center staffs	1	1	100	14	14	100	10	10	100	15	15	100	25	26	96.2	4	4	100	69	70	98.6
Assembly Administrators				1	14	7.1	2	10	20	2	15	13.3	5	26	19.2				10	70	14.3
General residents				4	14	28.6	3	10	30	6	15	40	13	26	50	1	4	25	27	70	38.6
Community medical institutions				11	14	52.4	9	10	90	13	15	86.7	21	26	80.8	3	4	75	57	70	81.4
Community health committee				4	14	28.6	6	10	60	7	15	46.7	9	26	34.6	2	4	50	28	70	40
Experts				4	14	28.6	2	10	20	4	15	26.7	5	26	19.2	2	4	50	17	70	24.3
Civil organizations				4	14	28.6	5	10	50	4	15	26.7	11	26	42.3	2	4	50	26	70	37.1
							1	10	10										1	70	1.4

**Table 4. Participants in discussion**

Interactive activity (N=18)	Special municipality			Metropolis			City			Urban-rural area			Rural area			Health & medical center			Total		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Health center staffs	1	1	100				3	3	100	4	4	100	8	8	100	2	2	100	18	18	100
Assembly Administrators													1	8	12.5				1	18	5.6
General residents													1	8	12.5				1	18	5.6
Community medical institutions													1	8	12.5				1	18	5.6
Community health committee													1	8	12.5	1	2	50	3	18	16.7
Experts																					
Civil organizations																					

**Table 5. The result of collecting community opinions**

Core project	Special municipality	Metropolis	City	Urban-rural area	Rural area	Health & medical center	Point	Ranking	
Elderly health		5	21	5	23	38	9	101	1
Chronic degenerative disease control		2	9	7	14	37	2	71	2
Health promotion			8	9	17	18	10	62	3
Maternal-child health		2	6	6	14	21		49	4
Infectious disease control		3	8	8	4	20	2	45	5
Visiting health		1	4		10	11	5	31	6
Oral health			2	6	5	15	2	30	7
Cancer health			1	6	3	12		22	8
Medical affairs, others			4	1		5	3	13	9
Rehabilitation of the disabled				2		7	2	11	10
Mental health			3	4		4		11	10
Medical examination		3	3	12					
Special disease of community							1	1	13
Nutritional health									
Point		13	66	54	93	188	36	450	

1 order: 3 point, 2 order: 2 point, 3 order: 1 point

보건소 직원 69(98.6%), 일반주민 57(81.4%), 지역의료기관 28(40%), 행정가 27(38.6%), 전문가 26(37.1%), 지역보건의심의위원 17(24.3%), 의회 10(14.3%), 시민단체 1 (1.4%) 순이었다 (Table 3). 토론에서는 보건소 직원 18(100%), 지역보건의심의위원 3(16.7%), 일반주민 1(5.6%), 행정가 1(5.6%) 순이었다 (Table 4).

**2. 핵심사업 빈도**

지역사회 의견 수렴한 핵심사업 조사표

의 1, 2, 3 순위를 가중치(1순위: 3점, 2순위: 2점, 3순위: 1점)를 부여하여 점수합 순위를 계산한 결과 전체로는 노인보건사업이 1순위(101점), 만성퇴행성질환관리사업이 2순위(71점), 건강증진사업이 3순위(62점), 모자보건사업이 4순위(49점), 전염병 관리사업이 5순위(45점)를 차지하였다 (Table 5). 실제 선정된 핵심사업의 빈도 순위를 구한 결과 만성퇴행성질환관리사업이 1순위 40(16.4%), 건강증진사업이 2순위 36(14.8%), 노인보건사업이 3순

위 35(14.3%), 모자보건사업이 4순위 31(12.7%), 구강보건사업이 5순위 29(11.9%)를 차지하였다 (Table 6).

**3. 5대 우선순위 핵심사업 내용분석**

5대 우선순위 핵심사업의 특성에 대한 내용분석 결과는 다음과 같다.

1) 만성퇴행성질환관리사업  
대상질환은 고혈압과 당뇨가 16(40%), 고혈압이 15(37.5%), 3개 질환 이상이 6(15%) 등이었다. 환자발견사업은 이동

Table 6. Ranking of the frequencies of health center core projects

Unit: number, %

Core project	Special municipality	Metropolis	City	Urban-rural area	Rural area	Health & medical center	Total Frequency	Ranking
Chronic degenerative disease control	3(20%)	6(14%)	5(12.8%)	9(15.3%)	15(20.3%)	2(14.3%)	40(16.4%)	1
Health promotion		9(20.9%)	7(17.9%)	11(18.6%)	8(10.8%)	2(14.3%)	36(14.8%)	2
Elderly health	2(13.3%)	5(11.6%)	5(12.8%)	7(11.9%)	12(16.2%)	4(28.6%)	35(14.3%)	3
Maternal-child health	2(13.3%)	8(18.6%)	4(10.3%)	10(16.9%)	7(9.5%)		31(12.7%)	4
Oral health		4(9.3%)	5(12.8%)	9(15.3%)	10(13.5%)	1(7.1%)	29(11.9%)	5
Infectious disease control	1(6.7%)	2(4.7%)	4(10.3%)	1(1.7%)	6(8.1%)	1(7.1%)	15(6.1%)	6
Visiting health	3(20%)	3(7%)	1(2.6%)	5(8.5%)	2(2.7%)	1(7.1%)	15(6.1%)	6
Rehabilitation of the disabled	2(13.3%)	1(2.4%)	1(2.6%)	2(3.4%)	6(8.1%)	1(7.1%)	13(5.3%)	8
Mental health	1(6.7%)	3(7%)	3(7.7%)	3(5.1%)	2(2.7%)		12(4.9%)	9
Medical affairs, others		2(4.7%)	1(2.6%)	1(1.4%)		1(7.1%)	5(2%)	10
Cancer health			2(5.1%)		4(5.4%)		6(2.5%)	11
Nutritional health	1(6.7%)			1(1.7%)	1(1.4%)		4(1.6%)	12
Special disease of community			1(2.6%)			1(7.1%)	2(0.8%)	13
Medical examination	1(2.6%)	1(1.7%)	2(0.8%)	13				
Sum	15(100%)	43(100%)	39(100%)	59(100%)	74(100%)	14(100%)	244(100%)	

검진이 24(60%), 보건소 내 소자가 16(40%)이었다. 표적집단은 23(57.5%)에서 명확하였다. 서비스 내용을 보면 보건교육프로그램은 30(75%)에서 계획이 있었다. 투약만 하는 경우가 28(70%), 투약과 검사를 하는 경우가 12(30%)이었다. 추구관리로서 가정 또는 전화방문은 15(37.5%)이었다.

#### 2) 건강증진사업

대상행위는 금연이 21(58.3%), 2개요인이상이 9(25%), 운동 또는 비만이 6(16.7%)이었다. 대상집단은 학교 및 유치원 21(58.3%), 일반지역사회주민 11(30.6%), 학교와 직장 3(8.3%) 등이었다. 표적집단은 28(77.8%)에서 명확하였다. 제공 서비스로는 대상자 보건교육 및 홍보 또는 캠페인이 33(91.7%)이었고 보건교육프로그램이 29(80.6%), 건강증진을 위한 물리적 또는 사회적 지지환경 구축은 11(30.6%)이었다.

#### 3) 노인보건사업

대상질환 및 위험요인은 노인성질환환반이 16(45.7%), 고혈압 또는 당뇨 또는 관절염이 11(31.4%), 치매가 5(14.3%)이었다. 환자발견사업은 방문보진이 23(65.7%)이었고 표적집단은 27(77.1%)에서 명확하

였다. 제공 서비스로는 건강증진 및 보건교육 프로그램이 34(97.1%), 검진 및 치료서비스가 29(82.9%), 재활 및 요양서비스가 15(42.9%)이었다.

#### 4) 모자보건사업

서비스 대상집단은 영유아가 17(54.8%), 갱년기 여성이 5(16.1%), 임신부가 3(9.7%) 등이었다. 표적집단은 26(83.9%)에서 명확하였다. 제공 서비스로는 건강검진 23(74.2%), 보건교육프로그램 10(32.3%), 예방접종 8(25.8%) 등이었다.

#### 5) 구강보건사업

대상집단은 초등학생이 19(65.5%), 전계층이 3(10.3%), 미취학아동이 2(6.9%) 등이었다. 표적집단은 26(89.7%)에서 명확하였다. 제공 서비스로는 구강보건교육 29(100%), 치아홈메우기 사업 25(86.2%), 구강실태조사 및 검진 21(72.4%), 불소도포 및 용액사업 19(65.5%) 등이었다 (Table 7).

### 4. 핵심사업의 2003년도 보건소 관련 국가보건의료예산지원 현황

선정된 핵심사업의 빈도 순위를 지역사회 의견수렴 종합 순위 및 2003년도 보건소 관련 일반회계결산예산 및 건강증진

기금 결산예산 [16,17]과 비교해 보면 다음과 같다.

선정된 핵심사업 빈도 1순위인 만성퇴행성질환관리사업은 지역사회 의견수렴 종합 2순위였으며 국가지원예산은 약 9억 천만원(예산순위 7위)이었다. 선정된 핵심사업 빈도 2순위인 건강증진사업은 지역사회 의견수렴 종합 3순위였으며 국가지원예산은 약 60억원(예산순위 4위)이었다. 선정된 핵심사업 빈도 3순위인 노인보건사업은 지역사회 의견수렴 1순위였으며 국가지원예산은 약 2억 3천만원(예산순위 10위)이었다. 선정된 핵심사업 빈도 4순위인 모자보건사업은 지역사회 의견수렴 종합 4순위였으며 국가지원예산은 약 33억원(예산순위 5위)이었다. 선정된 핵심사업 빈도 5순위인 구강보건사업은 지역사회 의견수렴 종합 7순위였으며 국가지원예산은 약 79억원(예산순위 3위)이었다 (Table 8).

### 고찰

본 연구는 제3기 지역보건의료계획서를 이용하여 전국 단위로 지역사회 의견이 수렴된 핵심사업의 우선순위 및 특성을

Table 7. Contents analysis on the characteristics of the five priority core projects

Unit: number, %

Core project	Classification	Content analysis	Sum	
Chronic degenerative disease control (N=40)	Object disease	HTN & DM 16(40%), HTN 15(37.5%), More than 3 diseases 6(15%), DM 3(7.5%), Degenerative arthritis 0(0%)	100%	
	Service object	Patient detection program	Traveling clinic or exam 24(60%), Health center visitors 16(40%), Private hospital or clinic patient detection 0(0%)	100%
		Target population	Clear 23(57.5%), Not clear 17(42.5%)	100%
	Service content	Health education program	Planned 30(75%), Not clear 10(25%)	100%
		Medication, examination	Medication 28(70%), Medication & examination 12(30%)	100%
		Follow up management	Home or telephone visit 15(37.5%), Not clear 25(62.5%)	100%
	Health promotion (N=36)	Object behavior	Smoking 21(58.3%), More than 2 factor 9(25%), Exercise or obesity 6(16.7%), Alcohol 0(0%)	100%
Service object		Object population	School or kindergarten 21(58.3%), General residents 11(30.6%), School & workplace 3(8.3%), Workplace & industry 1(2.8%)	100%
		Target population	Clear 28(77.8%), Not clear 8(22.2%)	100%
Service content		Health education or advertisement or campaign 33(91.7%), Health education program 29(80.6%), Establishment of physical or social supportive environment for health promotion 11(30.6%)	Redundancy	
Elderly health (N=35)	Object disease risk factor	General geriatric diseases 16(45.7%), HTN or DM or Arthritis 11(31.4%), Dementia 5(14.3%), Disability by dementia or stroke 2(5.7%), Elderly health promotion 1(2.9%)	100%	
	Service object	Patient detection program	Visiting health 23(65.7%), Health center visitors 12(34.3%)	100%
		Target population	Clear 27(77.1%), Not clear 8(22.9%)	100%
-	Service content	Health promotion or education program 34(97.1%), Medical exam or treatment 29(82.9%), Rehabilitation or recuperation services 15(42.9%)	Redundancy	
Maternal child health (N=31)	Service object	Object population	Infants 17(54.8%), Women in the menopause 5(16.1%), Pregnant women 3(9.7%), Pregnant women & fertile women 2(6.5%), Student parents & infants 1(3.2%), Pregnant women & infants 1(3.2%), Preschool children 1(3.2%), Juveniles 1(3.2%)	100%
		Target population	Clear 26(83.9%), Not clear 5(16.1%)	100%
	Service content	Medical exam 23(74.2%), Health education program 10(32.3%), Vaccination 8(25.8%), Sex education 3(9.7%), Breast-feeding movement 1(3.2%), Issue of Maternal-child health card 0(0%)	Redundancy	
	Service object	Object population	Elementary school children 19(65.5%), All classes 3(10.3%), Preschool children 2(6.9%), The disabled 2(6.9%), Elementary school children & preschool children 2(6.9%), Elders 1(3.4%)	100%
Oral health (N=29)	Target population	Clear 26(89.7%), Not clear 3(10.3%)	100%	
	Service content	Oral hygiene education 29(100%), Hollow tooth filling program 25(86.2%), Oral health survey or exam 21(72.4%), Fluoride coating or liquid program 19(65.5%), Artificial tooth program for elders 4(13.8%), Treatment 3(10.3%), Water fluoridation program 0(0%)	Redundancy	

분석한 연구이다. 제3기 지역보건의료계획서에 기술된 핵심사업에 대한 내용분석을 위해 관련 문헌 리뷰와 전문가 회의를 통해 분류체계를 개발하였고 수 차례의 전문가 회의를 통해 타당도를 검증하였다. 내용분석에 있어서의 신뢰도란 연구자간 신뢰도를 의미하며 더 구체적으로는 연구

자간 일치도를 의미한다. 연구자간 일치도란 분석하는 대상에 대해 판정자간에 정확하게 같은 등급을 주는 정도라고 정의할 수 있다. 연구자간 일치도를 검증하는 방법은 다양하며 그 중 널리 쓰이는 지표로는 Percent agreement, Holsti's method, Scott's pi( $\pi$ ), Cohen's kappa( $\kappa$ ),

Krippendorff's alpha( $\alpha$ )가 있다. 일반적으로 우연에 의한 일치를 고려하지 않는 Percent agreement, Holsti's method는 연구자간 일치도를 실제 값보다 과장하는 경향이 있고 Scott's pi, Cohen's kappa, Krippendorff's alpha는 반대로 연구자간 일치도를 실제 값보다 낮게 측정하는 경

Table 8. Comparison between core projects ranking and national health budget for health center in 2003

(Unit: One million won)

Core project	Selected core project Core project	Collection of community opinions	National budget(General account budget+health promotion finance)	Ranking of Budget
Chronic degenerative disease control	1	2	918	7
Health promotion	2	3	6,000	4
Elderly health	3	1	234	10
Maternal-child health	4	4	3,302	5
Oral health	5	7	7,900	3
Infectious disease control	6	5	12,176	1
Visiting health	6	6	316	9
Rehabilitation of the disabled	8	10	200	11
Mental health	9	10	1,710	6
Medical affairs, others	10	9		
Cancer health	11	8	10,811	2
Nutritional health	12		355	8
<b>Special disease of community</b>	<b>13</b>	<b>13</b>		
Medical examination	13	12		

항이 있다. 이를 고려하여 신뢰 수준은 Percent agreement와 Holsti's method에서는 0.9 이상을, Scott's pi, Cohen's kappa, Krippendorff's alpha에서는 0.7 이상을 요구하고 있다 [27,28]. 본 연구에서는 연구분야에서 권장되는 Cohen's kappa를 연구자간 일치도를 측정하기 위한 지표로 채택하였으며 신뢰 수준은 0.7 이상으로 정하였다. 지역 유형별로 50권을 층화 비례 무작위 표본 추출하여 분류체계에 대한 신뢰도를 검증하였다. 2인이 코딩반복 작업과 토의를 통해 코딩기준을 표준화함으로써  $\kappa$  값을 0.7 이상으로 높였다. 그러나 전담인력, 팀과 같은 사업추진조직, 공공부문, 민간부문, 의료기관, 복지기관 등의 지역사회 연계와 같은 분류체계에 코딩반복작업 및 토의, 코딩기준의 표준화에 의해서도  $\kappa$  값이 0.7 이상으로 높아지지 않아 분석에서 제외하였다. 분류체계의 타당도와 신뢰도를 검증한 후 제3기 지역보건의료계획서 234권 중 117권(50%)을 지역유형별, 16개 시도별 층화 비례 무작위 표본 추출하여 핵심사업 내용분석을 시행하였다. 분석 결과 지역 유형별 보건소당 핵심사업 수는 도농통합형(2.7개)과 도시형(2.4개)에서 많고 특별시형(1.3개)과 보건의료원형(1.6개)에서 적었다. 김 [29]은 제2기 지역보건의료계획서 분석을 통한 보건소 지역보건사업 현황 연구에서

보건소간에 보건사업 실시 정도에 차이가 매우 크고 지역유형별로도 보건사업 실시 정도에 차이가 컸다고 보고하였다. 본 연구에서의 지역유형별 보건소당 핵심사업 수량의 차이가 보건소 인력구성 및 수행능력의 차이가 반영된 것인지, 보건소에 산과 관련된 것인지 아니면 단순한 기술적 차이인지 등 원인에 대한 추가적인 연구가 필요할 것으로 판단된다. 제3기 지역보건의료계획 작성 실무 [15]에서는 핵심사업 선정을 위한 의사결정방법으로 단순결정기법, 대표집단기법, 문제의 규모와 심각성과 개입효과를 고려한 방법, 브레인스토밍, 내부평가조사, Decision matrix, Delphi method 등 다양한 방법을 제시하고 보건소가 적절한 의사결정방법을 선택하여 사용하도록 하고 있다. 그리고 제3기 지역보건의료계획 작성지침 [13]에서는 지방자치단체에서 수행하는 모든 사업 영역에 대해 문제의 크기, 심각성, 사업의 효과성, 지역주민의 관심도, 기초지방자치단체의 정책방향, 지방자치단체의 문제해결 능력을 고려하여 지역사회 주민, 보건문제 전문가, 직원들의 의견을 반영하여 핵심사업을 선정하도록 하고 있다. 본 연구에서 사용된 핵심사업 의사결정방법을 보면 토론 18(5.4%)보다는 설문조사 70(59.8%)가 더 많이 사용되었다. 의사결정방법에 대한 기술이 미흡하거나 없는

경우는 24.8%이었고 특별시형(83.3%)이나 광역시형(36.3%)이 다른 지역유형에 비해 상대적으로 높았는데 이는 한국보건산업진흥원에서 2002년 4월 시행한 제2기 지역보건의료계획에 대한 서류 평가와 비슷한 결과이다 [30]. 이에 대한 원인으로 두 지역유형의 보건소가 지역보건의료계획 평가에 의한 재정적 지원을 받지 않기 때문인 것으로 판단되며 인센티브 기전을 만들 필요가 있다. 의사결정 참여자를 보면 토론에서는 보건소 직원 18(100%) 비율이 월등히 높아 실질적인 지역사회 의견수렴이 이루어지지 않고 보건소 자체적으로 핵심사업이 선정되었을 가능성이 있는 것으로 판단되며 다양한 계층의 대표자들이 의사결정 토론에 참여할 필요가 있다. 김 [31]은 지방자치가 활성화되면 주민의 의견반영이 활발해지고 보건분야에 대한 영향도 커질 것이라고 하였다. 그리고 참여의 주체와 참여를 수용하는 측 쌍방의 동시 변화와 참여의 물질적, 제도적 기반을 구축함으로써 계속성을 확보하여야 한다고 주장하였다. 설문조사에서의 참여그룹을 보면 보건소 직원 69(98.6%), 일반주민 57(81.4%)이 다수를 차지하였고 지역의료기관 28(40%), 행정가 27(38.6%)의 참여도 부족하지만 이루어져 지역사회 의견이 어느 정도는 수렴되었을 것으로 판단되며 설문조사가



토론보다는 지역사회 의견을 수렴하여 핵심사업을 선정하는데 있어 더 유용하게 쓰일 수 있는 의사결정기법으로 사료된다. 핵심사업의 빈도를 분석한 결과 선정된 핵심사업의 순위와 지역사회 의견수렴 중 합순위가 약간 달랐는데 지역사회 의견수렴 1순위인 노인보건사업이 최종 선정된 핵심사업에서는 3순위로 밀려났는데, 그 원인이 노인보건사업 지침의 부재, 전달 인력의 부족, 지원예산의 미비 등 노인보건사업의 추진상의 어려움으로 사료되나 이에 대한 추가적 연구 및 분석이 필요하다. 지역사회 의견수렴 2순위인 만성퇴행성질환관리사업이 최종 선정된 핵심사업에서는 1순위로 높아졌고 노인보건사업의 고혈압, 당뇨, 관절염 관리를 포함하면 16.4%에서 20.9%로 더 높아지는데, 그 원인이 만성퇴행성질환 관리에 있어서 진료사업이 주를 이루고 사업 수행상의 용이성 때문이라 사료되나 이에 대한 추가적 연구 및 분석이 필요하다. 5대 우선순위 핵심사업의 특성에 관한 내용분석 결과를 보면 만성퇴행성질환관리사업의 경우 대상질환이 다양하며 환자발견사업도 내소자 중심의 비율이 높은 편이며 민간 병원 또는 의원을 통한 환자파악은 거의 전무했다. 표적집단이 명확하지 않은 비율은 5대 우선순위 핵심사업 중 가장 높으며 투약 외에 검사의 비율이 높고 가정 및 전화 방문 비율이 낮았다. 전반적으로 사업이 표준화되어 있지 않아 사업수행의 변이가 컸고 추후관리가 부족하고 진료위주의 사업 경향이 보였다. 보건소 만성퇴행성질환관리사업이 표준화되지 않는 이유에 대해서는 다양한 의견이 있는데 신 등 [4]은 중앙의 관리지침이 일선 업무에서 잘 맞지 않는 점을 지적하였으며 환자 등록 및 관리를 위한 정보 교환 등 민간의료기관과의 협력이 중요하데 적절한 인센티브가 없는 점 [4,32], 국가의 보건소를 통한 만성퇴행성질환관리 전략의 부재 [29] 및 예산의 부족한 지원 [16,17] 등 여러 원인이 복합적으로 작용한 결과일 것으로 사료된다. 건강증진사업의 경우 대상행위는 흡연이 과반수 이상을 차지하고 대상집단도 학교가 과반수를 차지하여 학교금연사업

이 활성화되는 추세이다. 학교를 대상으로 한 금연사업의 전략적 접근은 흡연을 처음 시도하는 행동을 줄이는 데 효과적이며 더욱 강화될 필요성이 있다. 그러나 제공서비스가 대상자 보건교육 및 홍보 또는 캠페인, 보건교육프로그램에 치우쳐 있고 건강증진을 위한 물리적, 사회적 지지 환경 구축 계획은 미진하였다. 유해 환경에 대한 규제와 단속이 부족한 상태에서 대상자들만을 상대로 보건교육을 하는 것은 사업의 효과에 있어 한계가 있을 것으로 사료되며 물리적, 사회적 환경을 건강증진적으로 만드는 방향으로 사업의 패러다임이 전환되어야 할 것이다 [29]. 노인보건사업의 경우 대상질환 및 위험요인이 다양하며 환자발견사업에서 내소자 비율이 적지 않으며 표적집단이 명확한 비율도 구강보건사업이나 모자보건사업에 비해 낮았다. 제공서비스는 보건교육, 검진 및 치료서비스가 주를 이루고 재활 및 영양서비스가 부족하였다. 전반적으로 사업의 표준화가 되어 있지 않아 보건소간 변이가 크며 검진 및 치료서비스 위주의 경향을 보였다. 노인보건 사업이 표준화되지 않는 이유도 만성퇴행성질환관리사업과 유사할 것으로 사료된다. 즉 노인보건사업 지침의 일선 업무와의 괴리 [4], 환자의 등록 및 관리에 있어 정보 교환 등 민간의료기관 및 영양기관과의 협력이 중요한데 적절한 인센티브가 없다는 점, 국가의 보건소를 통한 노인보건사업 비전 부재 [29] 및 빈약한 예산 지원 [16,17] 등 여러 가지 원인이 복합적으로 작용하고 있다고 판단된다. 모자보건사업의 경우 대상집단에서 영유아가 과반수 이상을 차지하나 대상집단이 비교적 다양하며 표적집단은 비교적 명확하였다. 제공서비스로는 각종 건강검진이 높은 비율을 차지하여 검진위주의 사업을 할 경향이 있다. 그러나 건강증진으로의 패러다임 전환에 맞춰 각종 건강검진 이외에 다양한 보건교육 프로그램을 활성화할 필요가 있다. 구강보건사업의 경우 대상집단은 초등학생이 가장 많으며 표적집단은 5대 우선순위 핵심사업 중 가장 명확하며 제공서비스는 주로 구강보건교육, 치아홈메우기사업,

구강실태조사 및 검진, 불소도포 및 용액사업이 패키지로 이루어지고 있다. 전반적으로 사업이 표준화되어 있으며 보건소간 변이가 크지 않았다. 구강보건사업이 표준화된 사업으로 보건소에서 활발하게 전개되는 이유를 살펴보면 만성퇴행성질환관리사업과 노인보건사업의 표준화에도 도움이 될 것으로 사료된다. 우선 구강보건사업은 보건사업지침이 잘 정비되어 있어 일선 현장에서 적용하는데 도움이 되며 국가의 보건소를 통한 학교구강보건사업에 대한 전략이 명확하고 충분한 예산지원을 해준다는 점이다 [16,17]. 다음으로 핵심사업의 보건소 관련 2003년도 국가보건의료사업결산예산 [16,17]과의 비교 결과를 보면 핵심사업 빈도 1순위인 만성퇴행성질환관리사업은 국가지원예산이 약 9억 천만원으로 지역사회 요구에 비해 예산지원이 부족한 편으로서 국가의 보건소 만성퇴행성질환관리사업에 대한 전략 부재를 확인할 수 있다. 국가의 보건소를 통한 만성퇴행성 질환관리 강화에 대한 인식 전환이 없이는 적절한 예산 지원이 어려울 것으로 판단된다. 미국은 1979년 “Healthy people: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention” 을 발표한 이후 10년마다 목표달성 정도를 평가하고 차기 계획을 수립, 평가하고 있으며 영국은 1992년에 “The Health of the Nation” 이라는 보건백서에서 관상동맥 및 뇌혈관 질환, 암, 정신질환, 에이즈와 생식보건, 사고의 5가지 분야를 정하여 국가보건목표를 선정하고 시행하였다. 호주는 1993년 “Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond” 라는 보건계획에서 1986년의 “Health for all” 의 사고예방, 노인 건강, 암의 예방, 고혈압 관리, 영양 개선의 5가지 우선분야에 대한 수정목표를 선정하고 목표 달성을 위한 노력을 하고 있다 [33-36]. 우리나라도 국가의 중점관리가 필요한 주요건강관리 영역의 설정 및 건강수준에 대한 목표개발 연구가 이루어졌으며 [29] 효과적인 목표 달성을 위해서는 보건소의 역할 강화가 수반되어야 할 것으로 판단된다. 또한 지

역사회 의견수렴 종합 1순위인 노인보건사업도 국가지원예산이 약 2억 3천만원으로 지역사회 요구에 비해 예산지원이 저조하여 국가의 보건소 노인보건사업에 대한 전략 부재를 확인할 수 있다. 국가의 보건소를 통한 노인보건사업 강화에 대한 인식 전환이 없이는 적절한 예산 지원이 어려울 것으로 판단된다. 최근 영국, 미국, 호주, 북구 등 선진국에서는 의료비 상승의 문제 및 노인의 자유를 보호하기 위해 시설보호에서 재가보호 중심으로 정책이 변화하고 있다. 그리고 2001년도 한국보건사회연구원의 전국 노인요양보호서비스욕구조사 결과를 보면 재가 및 지역사회보호가 필요한 노인이 71만 4천명으로서 방문보건에 대한 요구도가 높은 것으로 사료되며 [37] 보건소의 노인보건에 대한 역할 활성화가 기대된다. 핵심사업 빈도 2순위, 4순위인 건강증진사업과 모자보건사업의 지역사회 의견수렴 종합순위는 3순위, 4순위였으며 국가지원예산은 약 60억원, 33억원으로 지역사회 요구에 부합하는 적절한 예산 지원이 이루어졌다. 핵심사업 빈도 5순위인 구강보건사업은 지역사회 의견수렴 종합 7순위였고 국가지원예산은 약 79억원으로 충분한 예산 지원이 이루어지고 있으며 국가의 보건소를 통한 구강보건사업의 비전이 확실함을 알 수 있다. 그러나 전반적으로 국가보건의료예산이 지역보건의료계획에 기반하여 수립되지 않고 있으며 국가의 지방자치단체 핵심보건사업에 대한 지원이 적었다.

## 연구의 제한점

충분한 문헌고찰과 5차례 이상의 전문가 회의를 통해 핵심사업 내용분석을 위한 분류체계를 개발하고 타당도를 검증하였으나 처음으로 이루어진 연구로서 개발된 분류체계를 표준 분류체계라고 할 수 없고 이에 대한 이견이 있을 수 있다. 그러나 기존 분류체계가 없는 상황에서 수 차례의 전문가 회의를 통해 타당도가 검증된 분류체계를 이용한 내용분석으로서 심각한 편견은 없는 것으로 판단된다. 특히 대

인보건의료서비스별 보건사업의 분류는 보건소에서 현실적으로 사용되는 보건사업 분류로서 실용적인 측면이 강하며 연구결과를 보건소 기능강화를 위한 기초자료로 이용하는 경우에도 도움이 될 것으로 판단된다. 그러나 다양한 인력과 프로그램이 투입되는 보건사업의 특성상 겹치는 영역이 있어 각각의 보건사업을 분류하기가 쉽지 않았다. 본 연구에서 핵심사업의 분류는 제3기 지역보건의료계획서에 기술된 핵심사업명과 핵심사업 의사결정과정을 통한 우선 순위 조사표를 근거로 보건사업을 분류하여 연구자의 주관에 의한 편견을 최소화하였다. 그러나 보건소에서 수행하는 보건사업이 중복되는 부분이 많고 다제적 접근을 요하는 보건사업의 특성으로 인해 보건사업 분류의 현실적인 제약이 있었으며 비교적 명확한 보건사업 분류를 위한 연구가 필요하다. 2인의 코딩반복 작업과 토의를 통해 코딩 기준을 표준화하였으나 경우에 따라서는 분류에 있어 오류(misclassification)가 일어날 수 있다. 그러나 지역유형별 표본 추출한 50편에 대한 K 값이 0.7 이상으로서 큰 문제는 없는 것으로 사료된다. 본 연구는 제3기 지역보건의료계획서에 기술된 핵심사업에 대한 계획을 분석한 연구로서 논문 기술을 과거형으로 했다고 해서 실제 수행된 핵심사업 또는 과거의 보건사업 실적을 평가한 연구가 아니라는 점을 강조할 필요가 있다. 그리고 계획과 실제 핵심사업의 특성이 다를 수 있고 내용이 누락된 부분에 대한 분석이 이루어지지 않을 수 있다. 또한 지역보건의료계획 자체의 문제로서 지방자치단체의 무관심과 계획은 계획으로 그치고 보건사업 지침 등 실제 업무에의 활용도가 매우 낮으며 인력 및 예산지원의 부족, 지역보건의료심의위원회의 형식적 운영 및 주민의 관심과 참여 저조, 평가체계의 미비 등으로 인해 지역보건의료계획서 작성이 부실해질 수 있다는 점이다 [14,15]. 이러한 문제점은 본 연구가 내용분석이라는 방법론을 사용함으로써 발생하는 피할 수 없는 제한점이며 한국보건산업진흥원에서 제3기 지역보건의료계획서에 기술된 핵심사업

의 실제 수행에 대한 현지 평가를 하고 있으므로 향후 결과를 분석하여 제3기 지역보건의료계획서상의 핵심사업 기술의 정확성을 평가할 필요가 있다. 각각의 보건소가 선정한 핵심보건사업의 수가 다양하며 단순한 핵심사업의 빈도 순위가 실제 또는 주관적으로 인식하는 핵심사업의 중요도와 일치하지 않을 수 있으나 설문조사 및 토론을 통해 핵심사업이 선정되었기 때문에 큰 차이는 없을 것으로 판단된다. 핵심사업 예산 분석은 보건소와 관련된 국가보건의료사업 일반회계 및 건강증진기금 예산결산자료로 한정하여 분석하였으며 본 연구의 만성퇴행성질환관리사업, 노인보건사업과 직접적인 연관성이 없는 희귀난치성 질병관리 예산과 노인복지 예산은 분석에서 제외하였는데 본 연구가 보건소 핵심사업의 특성에 관한 연구라는 점에서 타당하다고 판단된다.

## 결론

본 연구에서 보건소 핵심사업 빈도 1순위인 만성퇴행성질환관리사업과 지역사회 의견수렴 종합 1순위인 노인보건사업은 사회가 선진화, 고령화되면서 그 중요성이 부각되고 있다. 이러한 경향은 바람직한 보건소 역할 설정을 위한 보건의료 전문가 그룹에 대한 델파이 연구결과에서도 예측된 바 있다. 그러나 본 연구의 내용 분석 결과 만성퇴행성질환관리사업과 노인보건사업은 대상질환이 다양하며 환자 발견사업은 내소자 비율이 높은 편이고 표적집단이 명확한 비율이 다른 5대 우선순위 핵심사업에 비해 낮았다. 검진 및 진료 위주의 사업 경향을 보이고 표준화가 이루어지지 않아 사업수행의 변이가 컸다. 이제 보건소 기능에 대한 합의를 모으고 기능 강화를 위한 차원에서 만성퇴행성질환관리사업과 노인보건사업에 대한 국가의 보건사업 표준지침개발과 사업 수행을 원활히 하기 위해 부족한 국가지원예산 및 인력 지원을 확대할 필요가 있다.

## 감사의 글

본 연구의 핵심사업 내용분석을 위해 제 3기 지역보건의료계획서를 이용할 수 있도록 허락해 주신 한국보건산업진흥원 선생님들께 감사드립니다.

## 참고 문헌

1. 김은미. 공공보건의료의 현실과 개선방향 -보건을 중심으로 보건의료체계 전반에 대해-. 의료발전 특별위원회 토론회 연세집. 2001. (53-62쪽)
2. 배상수. 지역보건법을 중심으로 한 보건소 기능의 재정립. 한국보건행정학회 후기학술대회 연세집. 2000. (63-89쪽)
3. 이진세, 안문영. 보건소 및 광역보건행정 기능강화 방안. 한국보건사회연구원 연구용역 보고서. 2002. (1-23쪽)
4. 한국보건의료관리연구원. 21세기 보건소를 위한 보건소 업무 표준화 및 교육·훈련 프로그램개발 기초연구(1). 1998. (17-57쪽)
5. 김창엽. 의료공급에서의 공공부문과 민간부문의 역할 분담 방안. 한국보건행정학회 학술대회 연세집. 2002
6. Bas SS. The function of health center in the new public health Age. *Korean J Health Policy & Admin* 2001; 11(1): 131-152 (Korean)
7. WHO. The World health report 2000-Health Systems: Improving performance. Geneva. 2000
8. 이선희. 공공보건사업에서의 민간조직의 참여. 영남대학교 의과대학 주최, 21세기 우리나라 공공보건사업의 방향 심포지엄 발표자료. 1998
9. 이종구. 최근 우리나라 보건정책의 과제와 실천전략. 대한예방의학회 동계학술심포지엄 연세집. 2000. (1-18쪽)
10. 한국보건산업진흥원. 공공보건의료기관 공공보건의료계획 평가 및 평가체계 개발. 2002. (38-42쪽)
11. Lee YW, Sin YJ, Kwon YJ, Choi BY, Moon OR, Chun HJ. A comparative study on enhancing the function of the health center in a urban area, *Korean J Prev Med* 1998; 31(4): 857-874 (Korean)
12. Kim JS, Park HJ, Kim KH, Kim BS. A study on the functions of urban health centers under the local autonomy system. *Korean J Health Policy & Admin* 1994; 4(1): 1-24 (Korean)
13. 보건복지부. 제3기 지역보건의료계획 작성지침. 2002. (1-53쪽)
14. 박재용. 지역보건의료계획 평가. 한국보건행정학회 전기학술대회 연세집. 1999. (3-45쪽)
15. 한국보건산업진흥원. 제3기 지역보건의료계획 작성실무. 2002. (45-187쪽)
16. 보건복지부. 2003년도 보건의료사업 일반회계 예산자료. 2003
17. 보건복지부. 2003년도 건강증진기금 예산자료. 건강정책과. 2003
18. 대니얼 라이프, 스티븐 레이스, 프레데릭 피코. 미디어 내용분석 방법론-양적 분석을 중심으로. 배현석 역저. 커뮤니케이션북스; 2001. (13-16쪽)
19. Kim HK, Choi SJ, Kim MY, Yan KM, Im ML. A study of the content Analysis on the Sexual knowledge and Attitude for the adolescence in Korea. *J Health Edu Health Promotion* 1999; 16(1): 167-185 (Korean)
20. Oh JJ. An analysis on contents of health-concerned editorials of five leading daily newspapers in Korea. *Korean J Public Nurse* 1991; 5(1): 23-34 (Korean)
21. 지역보건법 제9조
22. 보건복지부. 2001년도 고혈압·당뇨관리사업 지침. 2001. (1-61쪽)
23. 보건복지부. 2002년도 구강보건사업안내. 2002. (1-230쪽)
24. 보건복지부. 2003년도 노인보건복지사업안내. 2003. (1-189쪽)
25. 보건복지부. 건강증진기금사업지원단. 보건소 건강증진사업 안내서. 2003. (6-357쪽)
26. 보건복지부. 2003년도 가족보건사업 안내. 2003. (3-86쪽)
27. Matthew Lombard, Jennifer Snyder-Duch, Cheryl Campanella Bracken. Practical Resources for Assessing and Reporting Intercoder Reliability in Content Analysis Research Projects. Available from: URL:http://www.temple.edu/mmc/reliability/
28. Leon Gordis. Epidemiology. WB Saunders Co. Philadelphia; 1996. p. 70-74
29. 한국보건산업진흥원. 21세기 국민건강증진을 위한 보건소 업무개선 및 사업평가 방안 개발. 2000. (22-91쪽)
30. 한국보건산업진흥원. 제2기 지역보건의료계획 및 시행결과 평가연구. 2002. (176-194쪽)
31. Kim YK. Definition and Strategy of Community Involvement in Health. *Korean J Health Policy & Admin* 1992; 2(2): 90-111 (Korean)
32. 한국보건산업진흥원. 만성퇴행성질환 국가관리체계 구축연구. 1999. (105-121쪽)
33. 대통령자문정책기획위원회. 정책포럼 (32). 2002. (174-177쪽)
34. 한림대학교 사회의학 연구소. 건강보장연구(5). 보건의료서비스의 우선순위 결정과 보건목표 설정. 2001. (107-148쪽)
35. US DHEW(1979). "Healthy people: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention".
36. Nutbeam D, Marilyn W. Planning for all: International experience in setting health goals targets. *Health Promotion Int* 1996; 11(3): 219-226
37. 권인순. 재가노인방문의료서비스사업의 현황과 과제. 보건복지포럼(71). 2002. (1-6쪽)
38. 강민중. 우리나라에서 보건의료 공공성 향상을 위한 바람직한 보건소역할 설정에 관한 연구: 델파이 기법의 적용. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문; 1999. (9-13쪽)