

<사례보고> 경상남도 지역 간 건강불평등 완화사업: 건강플러스 행복플러스 사업

정백근¹⁾²⁾³⁾, 김장락¹⁾, 강윤식¹⁾, 박기수¹⁾, 이진향¹⁾, 조선래²⁾, 서기덕²⁾,
주상준²⁾, 오은숙²⁾, 김승진²⁾, 조성진²⁾, 김승미²⁾, 염동문⁴⁾, 심미영⁴⁾,
경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원¹⁾, 경상대학교병원 공공보건의료사업실²⁾,
경상남도 권역심뇌혈관질환센터³⁾, 한국국제대학교 사회복지학과⁴⁾,

<Field Action Report> The Strategies to Address Regional Health Inequalities in Gyeongsangnam-Do: Health Plus Happiness Plus Projects

Baek Geun Jeong¹⁾²⁾³⁾, Jang-Rak Kim¹⁾, Yune-Sik Kang¹⁾, Ki-Soo Park¹⁾, Jin Hyang Lee¹⁾,
Sun-Rae Jo²⁾, Gi-Deok Seo²⁾, Sang-Jun Joo²⁾, Eun-Suk Oh²⁾, Seung-Jin Kim²⁾,
Seong-Jin Jo²⁾, Seung-Mi Kim²⁾, Dong-Mun Yeum⁴⁾, Mi-Young Sim⁴⁾
*Department of Preventive Medicine, School of Medicine,
Gyeongsang National University · Institute of Health Science¹⁾
Office of Public Health Care, Gyeongsang National University Hospital²⁾
Regional Cardiocerebrovascular Center, Gyeongsangnam-Do³⁾
Department of Social Welfare, International University of Korea⁴⁾*

= Abstract =

Objectives: This study was conducted to implement Health Plus Happiness Plus projects in Gyeongsangnam-Do and assess the policy implications of initiatives to address regional health inequalities.

Methods: Health Plus Happiness Plus projects were started as strategies to address regional health inequalities in Gyeongsangnam-Do. The principles of these projects are taken from the Health Action Zones initiatives in England: participation, partnership, resource concentration in project areas. The time period for these projects is from 2010 to 2017, and the total budget is 5.6 billion won. In 2010, a 6.8 hundred million won total budget was invested in 17 project areas. Such investments fell into four broad categories: establishment of the means and local framework; survey development to analyze the health determinants; development of an education and training center; and establishment of a technical support center.

Results: Education and training programs for practitioners and coordinators were provided, and project teams and project promotion committees were established in project areas. Health survey result briefing meetings were held, and 17 health committees were established in project areas.

Conclusions: Health Plus Happiness Plus projects have some problems in relation to participation and partnerships, however, if these principled projects are performed continuously, they will contribute to a reduction of standardized mortality rate and regional health inequalities in Gyeongsangnam-Do and the improvement of residents' well-being in project areas.

Key words: Regional health inequalities, Participation, Partnership

* 접수일(2011년 11월 15일), 수정일(2012년 3월 5일), 게재확정일(2012년 3월 13일)

* 교신저자: 정백근, 경남 진주시 진주대로 816번길 15 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실
Tel: 055-772-8094, Fax: 055-772-8099, E-mail: jjbkkr@yahoo.co.kr

* 본 연구는 경상남도 및 도내 16개 보건소, 경상대학교 병원의 지원으로 수행되었음.

서론

경상남도는 사망률로 측정한 건강수준이 좋지 않은 지역으로서, 2005년부터 2007년까지 3년 연속으로 전국 16개 시도 중 표준화사망률이 가장 높은 지역이었다. 2001년부터 2008년 사이에 경상남도 표준화사망률이 상대적으로 가장 낮았던 시기는 2003년이었는데 이 때도 전국 16개 시도 중 네 번째로 사망률이 높았다. 또한 2002년, 2004년, 2008년은 전국에서 두 번째로 표준화사망률이 높은 지역이었다. 뿐만 아니라 주요 3대 사망원인인 암과 심뇌혈관질환으로 인한 표준화사망률은 2005년부터 2008년까지 줄곧 전국 16개 시도 중 두 번째로 높은 양상을 보였다[1].

그러나 경상남도의 경우 20개 시군구별 표준화사망률에 있어서 구조적인 불평등이 있는 지역이었다. 2001년부터 2004년, 2001년부터 2005년, 2001년부터 2006년의 표준화사망률 평균을 살펴보면, 창원시, 진해시, 진주시, 마산시, 양산시, 거제시의 6개 시 지역은 항상 경상남도 내에서 표준화사망률이 가장 낮은 지역으로 분류되었다. 반면 의령군, 산청군, 창녕군, 함천군은 항상 표준화사망률이 가장 높은 지역으로 분류되었다. 2004년부터 2007년까지 이러한 지역 간 사망 불평등은 읍면동 차원에서도 마찬가지로 나타났다. 2007년도 경상남도 연령별 사망률을 적용하였을 때, 2004년부터 2007년까지 4년간 지속적으로 표준화사망비가 1이 넘는 읍면동은 40개 읍면동이 있었다[2].

이에 경상남도의 의사결정자들은 경상남도의 높은 사망률을 낮추기 위해서는 사망률이 높은 지역을 집중적으로 관리해야 한다는 정책적 판단을 하게 되었고 이는 지역 간 건강불평등 완화사업의 형태로 구체화되게 되었다. 이러한 접근법은 지역에 기반한 접근법(Area-Based Initiative, ABI)으로 통칭되는 것으로 지역 간 불평등을 해결하기 위한 주요한 방법론이다. 지역 간 건강격차를 해결하기 위하여 지금까지 가장 노력을 많이 하고 있는 국가는 영국인데, 대표적인 사업으로는 헬스 액션 존(Health Action Zones, HAZ) 사업을 들

수 있다. 1997년 출범한 영국의 블레어 정권은 오랜 세월 동안 빈곤에 의해서 황폐화된 지역을 부흥시키기 위하여 다양한 영역에서 지역에 기반한 접근법을 활용하였는데 헬스 액션 존 사업은 지역 간 건강불평등을 줄이기 위하여 박탈수준과 사망률이 높은 지역에 대하여 지역 기반 접근법을 활용한 예이다[3,4].

이러한 맥락에서 경상남도는 영국의 헬스 액션 존 사업의 경험을 벤치마킹하여 경상남도의 상황에 맞는 지역 간 건강불평등 완화사업(건강 플러스 행복 플러스 사업)을 2010년부터 진행하고 있다. 본 사례 보고는 2010년에 진행되었던 경상남도의 '건강 플러스 행복 플러스 사업'의 개요와 진행과정 및 사업의 성과를 소개하고 지역 간 건강불평등 완화 사업을 진행하는데 있어서 반드시 고려해야 할 사항들을 고찰함으로써 향후 중앙정부 및 지방정부의 건강형평성 제고 정책 수립에 필요한 기초자료를 제시하기 위하여 수행되었다.

대상 및 방법

1. 헬스 액션 존 사업

1997년 5월에 출범한 영국의 블레어 정권의 보건정책의 핵심 목표 중의 하나는 건강불평등을 해결하는 것이었다. 이러한 문제를 해결하기 위해서 영국 보건부는 건강불평등이라는 문제를 지역의 의제로 설정하도록 정책수단을 개발하였고 건강불평등 해결을 위한 다양한 방안들을 모색하였는데, 이 결과 태동한 사업이 헬스 액션 존 사업이다. 헬스 액션 존 사업은 7년 간의 시범 프로젝트로 시작되었고 총 26개의 헬스 액션 존이 지정되어 사업이 시작되었다. 사업대상지역으로 설정된 26개의 헬스 액션 존들은 중앙정부 건강불평등 해결 전략에 있어서 두 가지 역할을 부여받았다. 첫 번째는 사업대상지역 주민들의 건강결과를 향상시키고 건강불평등을 해결하는 것이었다. 두 번째는 지역적 차원에서 건강불평등을 해결하는 새로운 사업 방식을 개발하는 촉매 역할을 하는 것이었다. 일반적으로 사업대상지역으로 설정된 헬스 액션 존들은 영국의 전국 평균과 비교

하였을 때는 건강수준이 좋지 않았지만 사업대상 지역 내부의 건강불평등 수준은 낮은 특징을 가지고 있었다[5]. 동시에 전국 평균과 비교하였을 때, 박탈 수준이 높은 지역이라는 공통된 특징을 가지고 있었다. 헬스 액션 존 사업의 모형은 크게 수단, 지역적 차원의 사업진행구조, 중간 결과, 최종 결과가 논리적 모형과 같이 구성되어 있다. 수단은 중앙정부가 건강불평등을 해결하겠다는 목표를 분명히 하고 있었던 당시의 정책적 맥락 하에서 헬스 액션 존들이 운영되는데 있어서 가장 기본적인 자원, 지지, 자율, 성과관리체계를 의미한다. 수단을 기반으로 하여 각 헬스 액션 존은 지역사회 건강향상을 위한 지역적 차원의 사업진행틀을 만들게 되는데, 이의 핵심은 헬스 액션 존 사업을 위한 지역적 차원의 파트너십을 구축하는 것이다. 이 파트너십은 공공부문과 민간부문, 헬스 액션 존으로 지정된 지역사회가 공동으로 구축하는 것으로서 이들의 공동활동은 문제에 대한 사정, 전략 개발, 우선 순위 설정, 서비스 전달의 모든 측면에서 작동되어야 한다. 파트너십 내에서 진행되는 사업들은 다양한 중간 결과들을 산출해야 한다. 헬스 액션 존 사업에서 설정하고 있는 세 가지 중간 결과물들은 보건 및 사회서비스의 새로운 전달방식, 지역사회 역량강화, 불건강의 근원적 원인들의 해결이다. 이러한 중간 결과물들은 그 자체로 사업의 목적이 될 수 있을 뿐만 아니라 동시에 최종 결과를 달성하는 수단이 된다. 이 때, 최종 결과는 인구집단의 안녕 수준의 향상과 건강불평등 완화이다[6].

경상남도는 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’을 진행하는데 있어서 영국의 헬스 액션 존 사업 모형을 벤치마킹하였고 이를 근거로 사업을 진행하였다.

2. 경상남도 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’

1) 개요

(1) 사업의 목표

본 사업은 경상남도의 지역 간 건강불평등을 완화하기 위한 사업으로서 사업 목표는 다음과 같았다.

첫째, 지역 간 건강불평등을 완화함으로써 경상남도의 평균 건강수준을 높이기 위한 것이었다.

둘째, 사업대상지역주민들의 안녕수준을 향상시키는 것이었다.

셋째, 건강불평등 문제를 경상남도 보건정책의 주요 의제로 설정하는 것이었다.

(2) 사업의 기본 원칙

본 사업의 기본적인 원칙은 다음의 세 가지로 설정하였다.

첫째, 지역사회역량강화에 기반한 지역사회 참여이었다. 지역사회참여란 지역주민들이 그들과 관련된 이슈를 정의하고 그들의 삶에 영향을 미치는 요인들에 관하여 결정을 하고 정책을 입안하고 실행하며 서비스를 기획, 개발, 전달하고, 변화를 위하여 행동하는데 있어서 적극적으로 성실하게 참여할 수 있도록 역량을 강화해 나가는 과정을 말한다[7]. 본 사업은 궁극적으로 사업대상지역의 환경을 건강에 이롭게 만들고 지역에 거주하는 주민들의 건강과 삶의 질을 향상시키기 위한 사업이기 때문에 일상적으로 해당 지역에 거주하는 주민들의 참여 없이는 사업의 성공을 기대할 수 없다고 판단하였다.

둘째, 파트너십의 구축이었다.

건강의 결정요인은 광범위하기 때문에 건강에 영향을 미치는 다양한 부문 간 협력이 필요할 수밖에 없다. 특히 사회사회의 경우에는 주민들 사이에 현안에 대한 공동된 이해관계를 가지는 경우가 많기 때문에 이는 매우 중요한 원칙이라고 판단하였다. 특히 지역사회를 중심으로 하는 파트너십의 구축은 사업의 성공을 좌우하는 가장 중요한 지역적 차원의 구조라고 판단하였다.

셋째, 자원의 집중이었다.

본 사업을 진행하기 위해서는 사업대상지역이 필요로 하는 사업진행과 관련된 수단을 강화할 필요가 있었다. 그러므로 다른 지역에 배정되는 자원보다 더욱 많은 자원들을 사업대상지역에 투입하는 것을 기본적인 원칙으로 하였다.

(3) 사업대상지역 선정 및 사업 추진 일정

본 사업은 2007년 경상남도 주민등록인구를 표준인구로 하였을 때, 2004년부터 2007년까지 지속적으로 표준화사망비가 높았던 40개 읍면동을 대상으로 수행되었다. 사업의 추진은 연차적으로 진행되는 것으로 하였는데 2010년에는 17개 읍면동, 2011년에는 12개 읍면동, 2012년에는 11개 읍면동을 대상으로 사업을 추진하였거나 추진할 예정이다. 사업이 시작된 읍면동의 경우에는 시작년도를 포함하여 총 6년 간 사업을 진행할 예정으로 있기 때문에 2012년에 사업이 시작되는 11개 읍면동의 경우에는 2017년까지 사업이 진행된다.

2) 구체적인 사업 진행 방법

경상남도의 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’은 2010년부터 진행된 사업으로서 2017년까지의 총 사업기간을 고려한다면 아직은 초기 단계이다. 그러므로 영국의 헬스 액션 존 사업 모형을 근거로 한다면 현 시점은 사업진행과 관련된 수단 및 지역적 차원의 사업진행구조를 구축해 나가는 단계이다. 그러므로 본 연구에서는 이러한 내용들을 중심으로 2010년에 수행하였던 사업을 기술하고자 한다.

(1) 수단의 구축

본 사업을 진행하는데 필요한 수단은 다양할 수 있으나 본 사업에서는 예산과 인력을 주요한 수단으로 설정하였다.

① 예산 및 자원 집중

예산은 경상남도과 40개 사업대상지역이 포함되어 있는 해당 시군이 각각 50%씩 부담하는 것을 원칙으로 하고 있다. 사업이 시작되는 첫 해에는 지역 당 4,000만원의 예산이 투입되며 이후 5년간은 매 해 2,000만원의 예산이 투입되기 때문에 해당 지역 당 총 사업 예산은 1억 4천만원이다. 총 40개 사업대상지역을 고려한다면, 2010년부터 2017년까지 사업 총 예산은 56억원이 된다. 또한 사업대상지역을 관할하고 있는 보건소는 보건소가 수행하는 모든 사업의 대상지역으로 ‘건강플러스

행복플러스 사업’ 대상지역을 설정함으로써 보건소의 자원들을 집중 투입하였다.

② 인력 개발

경상남도의 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’은 광역지방정부 차원에서 진행되는 우리나라 최초의 지역 간 건강불평등 완화사업이다. 그러므로 본 사업의 수행과 관련된 경험을 국내에서 찾기는 매우 힘들며 그 누구도 관련 사업의 경험이 일천한 상태였다. 사업을 추진하는데 있어서 사업 인력의 역량은 성과를 좌우할 수 있는 중요한 요건이기 때문에 양질의 인력들이 사업현장에 배치될 수 있게 하기 위한 추가적인 작업이 필요하였다. 본 사업을 추진하는데 있어서 핵심 인력은 사업대상지역의 주민들이어야 하지만 사업 초기 단계의 경우에는 이들이 주체로 서기 힘들다. 이에 본 사업에서는 사업대상지역을 관할하고 있는 보건소의 담당자 및 읍면동 사무소 담당자, 본 사업을 위하여 모집한 사업 코디네이터를 대상으로 교육훈련을 실시하였다. 이 때, 사업 코디네이터는 사업대상지역의 주민들 중 1인을 선정하는 것을 원칙으로 하였으며 모집 주체는 보건소와 읍면동사무소로 하였다. 사업 코디네이터는 지역사회와 보건소, 전문가 집단 간 가교 역할을 하며 사업을 진행하기 위한 실무자 및 활동가의 역할을 부여하였다. 이들의 교육을 담당하기 위하여 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업 인력 교육훈련지원단’이 경상대학교 병원에 설치되었다. 이 때, 사업 인력들에 대한 교육훈련예산은 경상대학교 병원에서 전액 부담하였고 교육훈련지원단장은 경상대학교 병원장이 맡았으며 강의는 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’의 자문교수로 선정된 전문가들과 타 대학의 전문가들이 맡아서 진행하였다. 교육 커리큘럼은 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’의 자문교수들이 3회의 회의를 거쳐서 협의하여 결정하였으며 각 주체별로 강의와 조별 분임토의 및 실습, 전체 토의로 나누어서 진행하였다. 2010년 교육은 4월부터 6월까지 총 7주간, 주 1회 진행되었다. 마지막 교육 시간에 교육 과정 평가를 실시하였는데, 준비의 적절성, 프로그램 진행 방식의 적절성,

프로그램 내용의 이해도, 프로그램 내용의 실무 적용 가능성, 토론 진행 방식의 적절성, 시설 및 장비의 적절성에 대하여 5점 응답(매우 그렇다, 그렇다, 보통이다, 그렇지 않다, 매우 그렇지 않다)을 하도록 하였고, 프로그램 진행에 대한 건의 사항을 주관식으로 작성하도록 하였다.

뿐만 아니라 사업 코디네이터의 역할의 중요성을 감안하여 코디네이터 심화교육과정을 2010년 6월부터 7월 사이 총 6주간 매주 1회씩 수행되었는데 마지막 세 번은 참여 학습 형태로 진행하였다. 이 때, 건강교육 진행자가 되기 원하는 6명의 시민단체 회원도 함께 교육에 참여하였다. 교육 이후에는 참여 학습의 적용가능성을 시험하기 위하여 ‘참여 학습 프로그램이 유익했는지’, ‘재미있었는지’, ‘다른 사람에게 참여를 권하겠는지’, ‘향후 교육을 본인 스스로 진행할 수 있는지’에 대한 설문을 진행하였고, 각각의 질문에 대하여 5점 응답(매우 그렇다, 그렇다, 보통이다, 그렇지 않다, 매우 그렇지 않다)을 하도록 하였다[8].

(2) 지역 차원의 사업진행 틀

지역 차원의 사업진행 틀은 조직으로 구체화되며 이는 모두 파트너십의 형태를 가지고 있다. 조직은 경상남도 차원과 사업대상지역 차원에서 모두 만들어졌으며 경상남도 차원에서 만들어진 조직은 지원조직의 성격을 가지고 있다.

① 기본 조직

본 사업을 추진하기 위하여 사업대상지역마다 기본 조직을 만들었는데 이는 사업추진위원회와 사업팀이다.

사업추진위원회는 본 사업의 의의를 지역사회 내에서 홍보하고 지역사회 보건문제를 도출하는 조사를 지원하고 본 사업을 위한 지역주민 자치 조직인 건강위원회 출범을 준비하는 임시조직의 성격을 가진다. 사업추진위원회는 지역을 대표하는 자생조직들과 반장 또는 이장협의회 및 기타 지역사회자원들로 구성하였고 사업추진위원회 구성의 실무는 사업대상지역으로 설정된 읍면동사무소가 담당하였다.

사업팀은 사업대상지역을 관할하고 있는 보건소 및 읍면동 사무소의 담당인력, 사업추진위원회의 집행부, 코디네이터, 사업자문교수로 구성하였으며 이들은 모두 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업 인력 교육훈련지원단’의 교육훈련과정을 거친 자들이었다. 건강위원회가 출범하고 사업추진위원회가 해소되면 사업팀의 구성원들 중 사업추진위원회의 집행부는 건강위원회의 집행부로 변경되게 된다.

② 지원 조직

본 사업의 사업지원조직은 교육훈련지원단과 사업운영지원단으로 구성하였다. 교육훈련지원단은 사업인력들의 교육훈련을 담당하는 곳으로서 경상대학교병원에 설치하였다. 사업운영지원단은 사업 진행과 관련된 자문을 담당하는 기관으로서 경상남도 건강증진사업지원단과 경상대학교병원 공공보건의료사업실에 의해서 구성되었으며 사업운영지원단장은 경상남도 건강증진사업지원단장이 겸임하였다.

(3) 지역사회조사

사업대상지역의 건강수준이 낮은 원인을 파악하기 위하여 지역사회조사를 실시하였다. 지역사회조사는 초점집단 인터뷰와 가구방문면접조사를 통하여 이루어졌다.

초점집단 인터뷰는 사업대상지역 당 네 개의 집단으로 나누어서 진행되었다. 네 개의 집단은 각각 기초생활보장수급자 집단, 기초생활보장수급자가 아닌 청장년층(20-64세) 집단, 기초생활보장수급자가 아닌 노인(65세 이상) 집단, 공무원 및 지역사회 유지 집단이었으며, 각 집단은 6-8명으로 구성하였다. 인터뷰 시간은 각 집단별로 1시간 - 1시간 30분 정도 진행되었으며 사회자 1인과 보조자 1인이 인터뷰를 진행하였다. 인터뷰 주제는 지역의 건강결정요인, 지역주민들이 주체가 되어서 ‘건강플러스 행복플러스 사업’을 진행하는데 있어서 예상되는 어려운 점, 사업의 지속성을 확보하기 위한 방안 등을 중심으로 진행되었다. 인터뷰 내용은 집단 구성원들의 동의를 얻어 녹취한 후 분석하였고 인터뷰 내용 중 지역주민들이

생각하는 가장 중요한 건강결정요인들을 추려서 가구방문면접조사의 지역선택설문으로 활용하였다.

초점집단 인터뷰가 끝난 지역에 대해서는 가구 방문면접조사를 이어서 실시하였다. 사업대상지역인 해당 읍면동의 주민등록명부를 근거로 계통적 무작위 표본추출을 실시하여 공히 220가구를 추출하여 해당 가구의 만 19세 이상 성인 중 생활일이 가장 빠른 가구원을 대상으로 가구방문면접조사를 실시하였다. 해당지역에 거주하는 주민들을 조사원으로 활용하였으며 조사팀장은 해당지역의 코디네이터로 하였다. 조사대상자가 부재 중인 경우에는 시간을 달리 하여 최소 3회 이상 방문하였으며 이 경우에도 조사대상자를 만나지 못했을 경우에는 대체 가구에 대하여 조사가 이루어질 수 있도록 하였다. 주요 조사 내용은 건강행태, 구강건강, 정신건강, 안전의식, 질병이환, 의료이용, 사고 및 중독, 활동제한 및 삶의 질, 사회적 자본, 지역사회에 대한 평가 등이었다.

지역사회조사는 2010년 7월부터 10월 사이에 걸쳐서 진행되었다.

결 과

1. 사업대상지역의 특성

본 사업의 사업대상지역은 총 40개 읍면동으로서 농어촌 지역으로 대표되는 읍면 지역이 29개 지역, 동 지역으로 대표되는 도시 지역이 11개 지역으로서 농어촌 지역이 전체의 72.5%를 차지하였다. 또한 2010년 말 현재, 사업대상지역의 총 인구수와 세대수는 각각 218,810명, 92,108세대이었는데, 이 중 읍면 지역의 인구수와 세대수는 각각 140,900명, 59,687세대로서 전체의 64.4%, 64.8%에 해당하였다. 2010년 말 현재 경상남도의 총 읍면읍면 지역 수, 읍면 지역의 인구수와 세대수는 각각 194개소, 1,260,999명, 507,715세대였는데 이는 경상남도의 전체 읍면동 수, 인구수, 세대수의 61.0%, 37.7%, 40.0%에 해당하는 것이었다. 이러한 결과에 비추어 볼 때 경상남도의 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’의 대상지역에는 상대적으로 읍면 지역

으로 대표되는 농어촌 지역이 많이 포함되어 있다.

이들 지역들은 2007년 경상남도의 연령별 연앙인구를 분모로 하여 산출한 연령별 사망률을 적용하여 산출한 표준화사망비가 2004년부터 2007년까지 1보다 컸던 특성들을 가지고 있다. 이들 지역들 중 동일 기간 동안의 표준화사망비 평균이 가장 컸던 지역은 창원시 마산구 구산면으로서 1.560이었으며, 가장 적었던 지역은 창원시 마산구 회성동으로서 1.038이었다. 결론적으로 사업대상지역들은 2004년부터 2007년까지 평균적으로 2007년 경상남도 인구에 비해서 사망률이 적게는 1.04배, 많게는 1.56배가 높았던 지역들이다(표 1).

사업대상지역 중 읍면 지역과 동 지역은 경상남도 전체 읍면 지역과 동 지역의 15.0%와 8.9%에 해당하였다. 또한, 사업대상지역 중 읍면 지역 인구와 세대는 경상남도 전체 읍면 지역 인구 및 세대의 11.2%, 11.8%에 해당하였으며, 동 지역의 경우에는 각각 3.7%와 4.3%에 해당하였다. 2010년에는 이 중 총 14개 시군의 17개 읍면동(4개동, 13개 읍면)에서 사업이 시작되었고 사업 예산은 총 6억 8천만원이 투입되었다.

2. 인력 교육

본 사업에 투입될 인력들을 교육하기 위하여 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’ 교육훈련지원단에서 8주 간의 사업인력 교육을 실시하였다. 전체 교육은 강의, 조별 토론 및 실습, 전체 토론으로 진행하였다. 강의는 16가지 주제와 참여형 교육을 포함하여 총 25시간 20분 동안 이루어졌으며 조별 토론 및 실습과 전체 토론은 각각 9시간 30분, 7시간 30분 동안 이루어졌다. 조별 토론은 토론을 맡고 있는 세 명의 교수가 17개 사업대상지역을 분담하여 진행하였고, 조별 토론 이후에는 그 결과를 전체 토론을 통하여 공유하고자 하였다. 주요 강의와 토론 및 실습 주제는 표 2와 같았다.

교육 참여 대상자는 애초 57명이었으나 최종 교육 참여 대상자는 44명으로서 보건소 보건인력 18명, 읍면동 사무소 담당인력 11명, 코디네이터 13명, 기타 2명이었다. 성별로는 남자가 13명, 여자가 31명이었으며 연령별로는 20대 3명, 30대 7명,

표 1. 2007년 경상남도의 연령별 사망률을 적용하여 산출한 사업대상지역들의 표준화사망비

지역명		2004	2005	2006	2007	4년 평균
거제시	사등면	1.175	1.107	1.120	1.133	1.134
	거제면	1.190	1.115	1.025	1.127	1.114
고성군	영오면	1.278	1.240	1.007	1.200	1.181
김해시	생림면	1.112	1.090	1.090	1.173	1.116
	한림면	1.188	1.077	1.067	1.025	1.089
	대동면	1.067	1.132	1.105	1.053	1.089
밀양시	주촌면	1.533	1.435	1.290	1.217	1.369
	초동면	1.082	1.002	1.435	1.140	1.165
사천시	남양동	1.063	1.150	1.045	1.045	1.076
	선구동	1.173	1.173	1.080	1.005	1.108
산청군	생비량면	1.037	1.295	1.192	1.295	1.205
의령군	가례면	1.400	1.310	1.280	1.072	1.265
진주시	옥봉동	1.107	1.125	1.143	1.235	1.153
	사봉면	1.365	1.265	1.198	1.132	1.240
	문산읍	1.042	1.108	1.162	1.095	1.102
	일반성면	1.070	1.310	1.097	1.283	1.190
창녕군	성산면	1.307	1.345	1.120	1.083	1.214
	장마면	1.290	1.122	1.150	1.038	1.150
	계성면	1.465	1.318	1.232	1.055	1.268
	영산면	1.532	1.080	1.270	1.148	1.258
	부곡면	1.207	1.032	1.228	1.317	1.196
창원시	도천면	1.252	1.525	1.128	1.373	1.320
	의창구 북면	1.113	1.265	1.047	1.088	1.128
	의창구 대산면	1.117	1.143	1.275	1.222	1.189
	마산구 회성동	1.022	1.055	1.055	1.022	1.038
	마산구 노산동	1.458	1.413	1.482	1.122	1.369
	마산구 가포동	1.070	1.070	1.142	1.355	1.159
	마산구 구산면	1.707	1.608	1.283	1.642	1.560
	진해구 자은동	1.080	1.238	1.540	1.310	1.292
통영시	진해구 태평동	1.007	1.177	1.007	1.070	1.065
	명정동	1.505	1.663	1.057	1.505	1.433
	중앙동	1.293	1.018	1.018	1.078	1.102
	도남동	1.207	1.520	1.110	1.062	1.225
하동군	산양읍	1.273	1.225	1.163	1.335	1.249
	금성면	1.070	1.283	1.472	1.097	1.230
	함안군	법수면	1.388	1.205	1.228	1.092
합천군	산인면	1.038	1.233	1.093	1.262	1.157
	합천군	야로면	1.307	1.090	1.113	1.042
합천군	청덕면	1.070	1.070	1.127	1.098	1.091
	삼가면	1.337	1.045	1.148	1.165	1.174

표 2. 사업 인력 교육 프로그램

일시	주 제	시 간
	‘건강 플러스 행복 플러스 사업’의 개요(강의)	9시 30분 - 10시 20분
4월	건강불평등, 건강형평성의 개념(강의)	10시 40분 - 12시
26일	‘건강 플러스 행복 플러스 사업’을 진행할 때 예상되는 문제점과 극복방안(조별 토론)	13시 - 14시
	전체 토론	14시 15분 - 16시 15분
	건강불평등 완화사업 기획(강의)	9시 30분 - 10시 50분
5월	SWOT 분석과 활용(강의)	11시 - 12시
3일	‘건강 플러스 행복 플러스 사업’ 진행과 관련된 SWOT 분석(조별 토론 및 실습)	13시 - 14시 30분
	전체 토론	14시 40분 - 15시 40분
	지역사회조사를 위한 자료 수집(강의)	9시 30분 - 10시 50분
5월	포커스 그룹 인터뷰 방법론(강의)	11시 - 12시 20분
10일	포커스 그룹 인터뷰 실습(조별 실습)	13시 30분 - 15시 20분
	건강문제 원인분석(강의)	9시 30분 - 10시 30분
5월	건강문제 우선순위 결정(강의)	10시 40분 - 12시
17일	건강문제 원인분석 및 우선순위 설정 실습(조별 실습)	13시 - 14시 20분
	전체 토론	14시 30분 - 15시 30분
	건강형평사업에 필요한 리더쉽(강의)	9시 30분 - 11시 20분
5월	조별 토론	11시 30분 - 12시 50분
24일	건강형평사업과 지역사회개발(강의)	14시 - 15시 20분
	전체 토론	15시 30분 - 17시
	건강형평사업의 목표 설정(강의)	9시 30분 - 10시 50분
5월	건강형평사업의 목표 설정 실습(조별 실습)	11시 - 12시 30분
31일	전체 토론	13시 30분 - 14시 30분
	참여형 교육(강의)	14시 40분 - 16시 40분
	건강형평사업에서의 지역사회참여(강의)	9시 30분 - 10시 50분
	건강형평사업에서 지역사회참여의 현황과 극복방안(조별 토론)	11시 - 12시
6월	전체 토론	13시 - 14시
7일	참여형 교육(강의)	14시 10분 - 16시 10분
	지역사회 주민 조직화 방안(강의)	16시 30분 - 18시
	건강형평사업에서의 전략의 정의와 건강형평사업에서 사용되는 전략의 종류(강의)	9시 30분 - 11시 20분
6월	건강형평사업 전략개발 방법과 유의사항(강의)	11시 30분 - 12시 20분
14일	건강형평사업의 평가(강의)	13시 30분 - 14시 20분
	참여형 교육(강의)	14시 30분 - 16시 30분

40대 22명, 50대 12명이었다. 총 7회의 교육 중 출석률이 가장 높았던 때는 2회 차 교육 시 86.0%였으며 가장 낮았던 때는 5회 차의 73.7%였으며 평균 출석률은 81.2%였다. 사업 인력 교육 이후 시행한 사업 코디네이터 교육의 대상자는 총 22명(이 중 6명은 건강교육 진행을 위한 시민

단체회원)이었으며 여성이 20명으로 대다수였다. 그 중 40대 12명으로 가장 많았고 20대와 50대가 각각 5명이었다. 사업 코디네이터 교육의 경우 총 6회의 교육 중 출석률이 가장 높았던 때는 6회 차 때 100.0%였으며 가장 낮았던 때는 86.4%였고 평균 출석률은 93.2%에 달하였다.

사업 인력 교육의 마지막 교육 시간에 44명의 참가자를 대상으로 교육 과정 평가를 실시하였다. 교육 과정 평가 항목은 프로그램 준비의 적절성과 교육 시설 및 장비의 적절성, 프로그램 진행 방법의 적절성, 교육 프로그램의 내용, 프로그램의 실무 수행 도움 정도, 토론의 적절성이었으며 모두 5점 만점에 3.8점 이상의 점수를 받아서 전반적으로 프로그램 내용에 대하여 긍정적인 평가를 하고 있는 것으로 밝혀졌다.

프로그램에 대한 건의사항에 대해서는 14명이 응답하였는데 실제 사업에 필요한 행동지침과 같은 실무적인 내용을 강화하고 토론 및 실습 시간을 늘려 달라는 의견이 전부였다.

사업 코디네이터 교육 후 실시한 교육 과정 평가에서는 ‘향후 교육을 본인 스스로 진행할 수 있는지’를 제외한 모든 항목에서 80% 이상이 ‘그렇다’, ‘매우 그렇다’와 같은 긍정적인 답변을 하였다. ‘향후 교육을 본인 스스로 진행할 수 있는 지’에 대해서는 40.9%만이 긍정적인 응답을 하였다[8].

3. 기본 조직과 지원 조직의 구축 및 운영

기본 조직인 사업팀과 사업추진위원회가 사업 대상지역인 17개 읍면동에 모두 구성되어 운영되었다. 이 시기, 사업추진위원회는 임시 조직이고 아직 이 조직의 구성원들은 사업의 내용에 대해서 제대로 인지하지 못한 경우가 많았기 때문에 사업팀이 주도적으로 사업을 진행하였다. 2010년의 경우, 17개 지역의 사업팀들은 사업대상지역주민들에 대한 사업 홍보, 지역사회 조사, 건강위원회 출범식 등의 과제들과 관련된 주요 안건들을 만들고 이를 사업추진위원회 회의에 상정하는 과정을 통하여 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’에 지역사회 주민들이 참여할 수 있는 계기들을 지속적으로 만들고자 하였다. 사업팀 회의를 통해서 상정된 안건들은 사업추진위원회의 심의, 의결을 거치게 되고 이 과정을 거친 사안들은 사업팀과 사업추진위원회가 공동으로 집행해 나가는 과정을 거쳤다. 2010년의 경우 사업팀과 사업추진위원회 사이의 이러한 관계 설정은 지역사회 주민들에 대한 사

업에 대한 인지도 증대, 지역사회조사의 원활한 수행, 건강위원회 출범식 행사 진행에서 주요한 역할을 하였다. 특히, 읍면동 사무소의 지속적 참여는 중요한 의미를 가지는데, 그 이유는 적어도 사업대상지역의 읍면동 사무소는 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’ 지원이 일상적인 업무로 자리 잡게 됨으로써 읍면동 행정에 실질적인 변화가 초래되었기 때문이다.

4. 지역사회 조사 수행 및 결과 보고회

17개 사업대상지역마다 각각 4회의 초점집단 인터뷰가 시행되었고 지역의 건강결정요인, 지역 주민들이 주체가 되어서 ‘건강플러스 행복플러스 사업’을 진행하는데 있어서 예상되는 어려운 점, 사업의 지속성을 확보하기 위한 방안들에 대한 지역사회 주민들의 의견들을 파악할 수 있었다. 특히, 거주지역의 건강수준이 좋지 않은 이유에 대한 대상자들의 의견들은 지역마다 다소 차이가 있었으나 대부분 물리적 환경, 지역사회 인프라, 경제적 환경, 건강행태와 관련된 문제들이었다. 각 지역에서 시행한 초점집단 인터뷰의 결과들은 건강면접조사에서 지역특수설문 구성에 활용하였다. 지역특수설문은 ‘귀하께서는 마을의 건강수준을 향상시키기 위해서 어떤 문제를 가장 먼저 해결해야 한다고 생각하십니까? 다음의 보기 중 세 가지를 골라 주십시오’로 구성하였다. 이 때, 흡연, 과음, 나쁜 식생활, 신체활동 및 운동 부족, 사고(교통사고 등), 만성질환 관리 소홀, 암 검진 부족은 기본 보기로 하고, 여기에 포커스 그룹 인터뷰 결과들을 추가하는 식으로 설문을 구성하였다. 기본 보기 이외에 지역특수설문으로 가장 많이 포함된 보기는 동 지역의 경우, 낙후된 동네 환경, 환경오염, 빈곤이 가장 많았고, 읍면 지역의 경우에는 환경오염, 식수 개선, 독거 노인 문제, 교통 및 의료이용 불편, 빈곤과 과도한 노동이었다. 전체적으로 동 지역에 비해서 읍면 지역의 인터뷰 대상자들이 지역사회 건강수준의 향상을 위하여 실행해야 할 사업의 영역들이 많다고 인식하고 있었다.

건강면접조사를 시행한 결과 총 조사대상인구 3,740명 중 실제 조사율은 74.8%였다. 동 지역의 경우 평균 실제 조사율은 45.9% - 75.0%로 평균 64.5%였다. 반면 읍면 지역의 실제 조사율은 44.5% - 97.7%로 평균 실제 조사율은 78.0%였다.

동 지역의 경우 남성은 415명으로 47.2%였으며, 여성은 52.8%였다. 동 지역 조사대상자들의 연령별 분포를 살펴보면, 전체적으로는 19-44세가 43.3%로 가장 많았고, 남성은 19-44세가 44.7%, 여성은 45-64세가 38.6%로 가장 많았다. 남녀 모두 유배우가 각각 63.5%, 50.0%로 가장 많았고, 교육수준은 남자는 고졸이 40.2%, 여자는 초등학교 졸업 이하가 42.7%로 가장 많았다. 기타를 제외하고, 남성의 직업 중 가장 많았던 것은 농림어업(21.9%)이었으며, 여성은 주부가 49.3%로 가장 많았다.

읍면 지역의 경우 남녀 비율은 각각 45.7%, 54.3%이었다. 연령별로 살펴보면, 전체적으로는 45-64세 인구가 36.1%로 가장 많았고, 남성은 45-64세가 40.1%, 여성은 65-74세가 31.3%로 가장 많았다. 결혼상태를 보면, 전체적으로는 유배우가 57.8%로 가장 많았으나, 여성은 사별, 이혼, 별거가 54.7%로 가장 많았다. 교육수준의 경우, 남녀 모두 초등학교 이하 학력이 각각 36.8%, 72.0%로 가장 많았다. 읍면 지역 전체적으로는 농림어업 종사자가 33.9%로 가장 많았으나 여성은 주부가 36.4%로 가장 많았다.

17개 사업대상지역에 대한 건강면접조사 결과 주요 건강행태 지표인 현재 흡연률과 고위험음주율은 각각 17.3% - 33.2%, 20.2% - 38.3%의 분포를 보였다. 이 때, 고위험음주율은 지난 1년 동안 음주를 한 사람들 중에서 남자는 한 번에 7잔 이상, 여자는 5잔 이상을 주 1회 이상 마신 사람들의 비율로 정의하였다. 2009년 국민건강영양조사자료에서의 현재 흡연률과 고위험음주율은 각각 26.6%, 17.5%, 2010년 지역사회 건강조사에서의 경상남도의 현재 흡연률과 고위험음주율은 각각 25.5%, 19.3%였는데, 2009년 국민건강영양조사 자료를 기준으로 하였을 때, 이보다 현재 흡연률이 높았던 사업대상지역은 세 지역에 불과하였다. 그러나, 고위험음주율은 17개 모든 지역이 2009년

국민건강영양조사 및 2010년 경상남도 지역사회 건강조사 결과보다 높은 결과를 보였다. 사업대상지역들의 경우, 평소 일상생활 중 스트레스를 ‘매우 많이 받는다’, ‘많이 받는다’고 응답한 사람들의 비율은 8.6% - 38.2%의 비율을 보였는데, 2009년 국민건강조사자료 결과인 31.0%보다 높았던 사업대상지역은 17개 지역 중 2개 지역에 불과하였다. 반면 자신의 건강수준을 ‘매우 좋다’, ‘좋다’고 응답한 사람들의 비율은 사업대상지역들에 따라서 21.3%부터 42.3%의 비율을 보였는데, 2009년 국민건강조사자료 결과인 43.4%보다 높은 지역들은 한 곳도 없었다.

초점집단 인터뷰 결과와 건강면접조사 결과는 담당 교수들이 지역사회 조사 결과 보고회를 통하여 모든 사업대상지역 주민들에게 알렸다. 지역사회 조사 결과 보고회는 사업추진위원회 위원, 지역사회 유지, 지역사회 주민들을 대상으로 수행하였고, 10월 말부터 11월 중순까지 대부분의 지역에서 진행되었다. 이 보고회를 통하여 지역사회 지도자들과 지역사회 주민들이 사회의 중요한 보건문제를 인식하는 계기가 되었고 지역사회 보건문제의 우선순위 선정을 통하여 중점과제를 도출하고 실천할 수 있는 틀이 마련되었다.

5. 건강위원회 조직 및 출범식 시행

사업추진위원회는 사업 착수 시기에 사업 추진을 원만하게 하기 위한 지역사회 주민 조직으로서 임시조직의 성격을 가졌다. 이에 공식적인 지역사회 주민 건강자치 조직인 건강위원회를 구성하기 위한 노력들이 진행되었다. 사업추진위원회는 편의상 이장, 통반장을 주축으로 구성하였으나, 건강위원회는 실질적으로 활동이 가능하고 지역사회를 실질적으로 대표할 수 있는 사람들로 구성하고자 하였고 각 지역마다 15-20명으로 구성되었다. 건강위원회는 위원장을 중심으로 부위원장, 총무 등 집행부를 구성하였고 2개 지역을 제외하고는 11월 말부터 12월 중순 사이에 건강위원회 출범식을 개최함으로써 건강위원회의 존재를 지역사회에 알리고자 하였다.

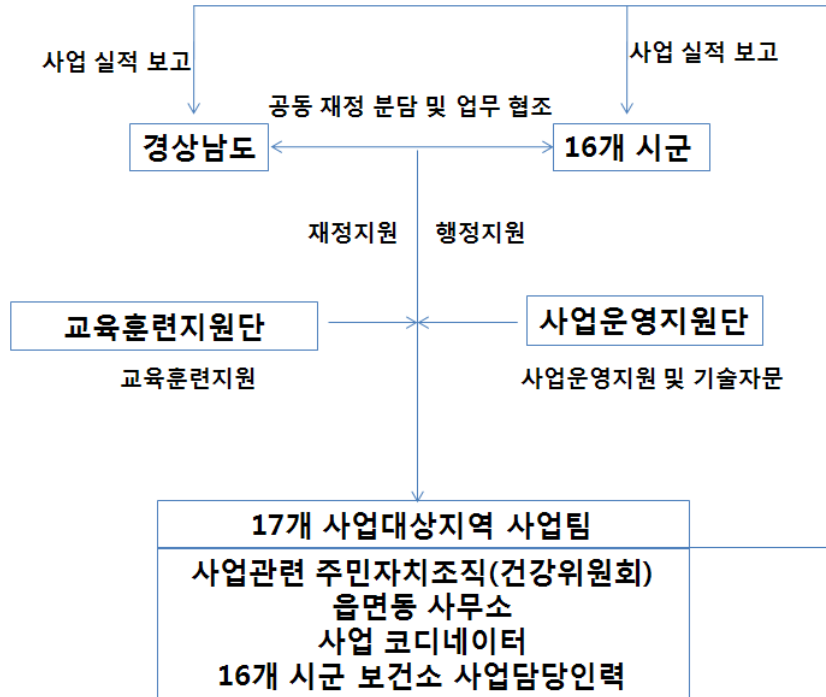


그림 1. 2010년 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’ 추진 체계도

건강위원회 출범식에는 시장 및 군수가 참여하는 것을 원칙으로 하였고, 대부분의 지역에서 이는 현실화되었다. 특히 많은 주민들이 건강위원회 출범식에 참여하도록 홍보를 강화하였는데 이러한 과정을 통하여 본 사업과 건강위원회의 존재를 지역사회에 널리 알리는 효과를 거두었을 뿐만 아니라 지역사회의 관심도를 지방자치단체장이 인지함으로써 본 사업의 지속성과 안정성을 확보하는 효과도 기대할 수 있었다. 출범식은 사업의 연혁 및 진행 경과 발표, 건강위원회 위원 위촉장 수여, 건강선언문 낭독을 중심으로 진행되었고 출범식 이후에는 걷기 대회나 체육 행사를 진행하였다.

이러한 과정을 통하여 2010년에 구축한 사업추진체계도는 그림 1과 같다.

6. 평가

2010년 ‘건강플러스 행복플러스 사업’에 대한 평가는 경상남도 보건행정과 및 경상남도 건강증진사업지원단 위원들을 중심으로 평가단을 구성하여 실시하였다.

사업 1차년도임을 감안하여 결과 영역에 대한 평가는 제외하였고 투입 영역과 산출 영역의 지표들을 중심으로 평가를 진행하였다. 투입 영역에서는 ‘건강플러스 행복플러스 사업’에 대한 예산 및 인력 투입의 적절성 및 사업에 대한 지역사회의 지원 정도, 본 사업을 민주적으로 운영하기 위한 기전이 구축되었는지에 대한 지표들을 중심으로 평가하였다. 또한, 산출 영역에서는 사업 팀이 실제적으로 작동하여 건강위원회가 출범되고 이 속에서 사업의 기획이 이루어졌는지를 중점적으로 평가하였다. 전문가 검토를 통한 질적 평가를 주된 평가 방법으로 설정하였으며, 평가 결과는 2차년도 사업이 올바르게 진행될 수 있도록 하는 근거로 활용하고자 하였다(표 3).

고 찰

‘건강 플러스 행복 플러스 사업’은 경상남도 도민들의 건강수준을 향상시키고, 건강불평등을 완화하기 위하여 8년 동안 수행될 예정으로 있는 경상남도의 보건사업이다.

표 3. 2010년 '건강 플러스 행복 플러스 사업'의 평가지표

평가 범주	평가 분야	평가부문	평가기준	평가방법
IW 투입	사업의 수단	자 원	전체 보건소 예산 중 '건강 플러스 행복 플러스 사업' 예산 비중	보건소 예산지출내역서 검토
			보건소 내 사업전담인력 또는 전담부서 유무	보건소 사업계획서 및 실적보고서 검토 : 사업인력들의 FTE(Full Time Equivalent) 산출
IW 투입	사업의 수단	지 지	전체 사업 예산 중 민간부문 지원금 비중	보건소 및 건강불평등 완화사업팀의 사업예산지출내역 검토
			보건소 수행 사업 중 사업대상지역 고려 정도	보건소 사업실적 보고서 전문가 검토를 통한 질적 평가
IW 투입	사업의 수단	민주적 운영기전 구축 여부	사업대상지역 읍면동 사무소 내의 전담인력 확보	이를 증빙할 수 있는 회의록 및 이에 준하는 서류 검토를 통한 평가
			지역사회주민들의 참여기전 구축 여부	이를 증빙할 수 있는 회의록 및 이에 준하는 서류 검토를 통한 전문가 질적 평가
IW 투입	사업의 수단	사업 팀의 작동	사업 팀 운영회의의 지속적 개최 여부	이를 증빙할 수 있는 회의록 및 이에 준하는 서류 검토를 통한 평가
			활동영역의 포괄성	보건소 사업실적 보고서 전문가 검토를 통한 질적 평가
IW 투입	사업의 수단	지역 내 사업 진행 과정	사업 팀의 역량 강화 교육 참여 정도	이를 증빙할 수 있는 서류 검토를 통한 평가교육훈련지원단의 출석부 평가
			우선 순위 설정의 합리성	관련 사업실적 보고서의 전문가 검토를 통한 질적 평가
IW 투입	사업의 수단	전략개발 및 우선순위 설정의 적절성	근거에 기반한 전략의 방향성 도출 여부	관련 사업실적 보고서의 전문가 검토를 통한 질적 평가
			건강 관련 지역사회 주민자치조직의 공식적 출범	증빙자료 검토
산출	중간 산출물			

본 사업의 대상 지역을 선정하기 위하여 표준화사망비를 활용하였다. 건강수준과 관련된 지역별 통계의 경우 시군구 단위까지 조사가 된 것은 있으나 그 하부단위인 읍면동 수준의 건강지표까지는 제대로 생산되지 못하고 있다. 그러나, 2004년부터는 통계청 홈페이지를 통하여 읍면동별 총사망자수가 제공됨으로써 읍면동 수준의 표준화사망비 산출이 가능하게 되었으며 본 사업의 대상 지역을 선정하는데 있어서도 이 지표를 활용할 수 있었다. 표준화사망비는 젠더 간, 지역 간, 사회계층 간 건강불평등 연구에 가장 널리 활용되어 온 건강불평등 지표이며 건강불평등 연구의 대표적 저서인 영국의 블랙 보고서에서도 지역별 건강수준을 측정하는데 가장 유용한 수단으로 표

준화사망비를 제시한 바 있다. 또한, 표준화사망비는 지역 간 보건의료자원 배분의 중요한 근거가 될 수 있는데, 자원 배분은 필요에 따라서 이루어져야 하며 지역 수준에서는 표준화사망비가 필요를 측정하는 유용한 수단이 될 수 있다는 보고들이 있다[9,10]. 본 사업의 경우, 광역 및 지방 정부가 조성한 용도가 정해진 예산 4천만원을 사업대상지역에 투입하였을 뿐만 아니라 보건소에서 수행하는 모든 보건사업의 대상지역으로 사업대상지역을 설정하였는데, 이는 표준화사망비를 자원 배분의 유용한 근거로 활용한 예라고 할 수 있다. 영국의 국제개발부(British Department for International Development)는 인간의 안녕 수준을 강화하는 5가지 형태의 자본이 있는데, 이는

물질적 자본, 재정적 자본, 자연적 자본, 인적 자본, 사회적 자본이라 하였다[11]. Hancock(1999)은 모든 형태의 자본을 인적 자본, 사회적 자본, 자연적 자본, 경제적 자본이라 하였는데, 이 때, 경제적 자본은 영국의 국제개발부가 분류한 물질적 자본과 재정적 자본을 합친 개념이다[12]. 본 사업의 경우, 궁극적으로는 사업대상지역 주민들의 안녕 수준을 높이는 것이 주요한 목적이라 할 때, 이러한 네 가지 혹은 다섯 가지 형태의 자본을 고려해야 한다. 이러한 형태의 자본들 중, 건강증진과 관련된 활동의 경우에는 인적 자본과 사회적 자본의 확충이 중요하다. 인적 자본과 사회적 자본의 확충은 양자 간 상호작용으로 이어지게 되고, 이러한 과정들은 자연적 자본과 경제적 자본의 활용을 가능하게 한다. 인적 자본과 사회적 자본의 확충 및 상호작용을 통한 자연적 자본과 경제적 자본의 활용은 집합적 행동으로 이어지고 건강결정요인과 삶의 질에 영향을 준다[13]. 이러한 맥락에서 본 사업에서도 인적 자본과 사회적 자본의 확충을 위한 노력을 하였다.

본 사업에서 인적 자본이란 사업에 필요한 지식과 기술, 사업 참여에 대한 자신감을 가진 인력을 의미하며 교육훈련지원단에서 제공한 사업 인력 교육과 사업 코디네이터 교육 프로그램은 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’의 핵심 인적 자본을 확충하기 위한 것이었다. 교육훈련지원단에서 제공한 두 가지 교육 프로그램에서는 따로 시간을 배정하여 참여 학습 프로그램을 시행하였다. 참여 학습은 참가자가 교육 과정에 참여함으로써 문제 해결에 대해 자신의 경험과 기술을 도출하는 교수법의 하나로서 이는 역량강화 교육이라고도 한다[14]. 본 사업에서 시행한 참여 학습 프로그램은 본 사업 이전에 일개 시 지역에서 진행된 시범사업에서도 적용한 방법이었었는데, Kim(2011) 등은 이러한 참여 학습 프로그램은 성별, 연령, 지역에 관계없이 성공적으로 적용할 수 있는 방법론이라고 보고하였다[8]. 또한 사업운영지원단의 전문가들이 각각 지역을 나누어서 사업팀 회의와 사업추진위원회 회의에 지속적으로 참여함으로써 사업이 방향성을 잃지 않고 진행될 수 있는 노력을

진행하였다. 교육훈련지원단에서 제공한 공식적인 교육 이외에 이러한 형태의 기술 자문은 실제 사업 진행 과정에서 발생한 문제점들을 해결할 수 있는 방법들을 함께 고민하는 자리였기 때문에 그 자체가 인적 자본 확충과 관련해서 중요한 의미를 가진다고 할 수 있다.

본 사업의 성공적 수행을 위해서 사회적 자본의 확충을 위한 노력도 진행하였는데, 사회적 자본은 사회적 지지체계, 제도, 신뢰, 규범 등과 같이 사회적 요인들을 해결하는데 필요한 사람들 사이의 상호작용과 관계를 의미한다. 이는 지역사회를 통합시키는 접착제 역할을 하기 때문에 사회적 자본이 잘 축적되어 있는 지역사회에서는 집합적 행동이 용이하게 일어난다[15]. 그러므로 사회적 자본은 지역 주민들이 본 사업에 참여하여 집합적 행동을 개시할 수 있게 하는 수단이며 이들이 다양한 형태의 자본에 접근할 수 있는 통로가 된다. 이러한 맥락에서 본 사업에서는 사업팀과 건강위원회를 만들었는데 이는 사회적 자본을 확충하는 중요한 수단이 될 수 있을 것으로 판단하였다. 이 두 조직은 사업대상지역의 건강수준을 더욱 향상시켜야 된다는 규범을 만들고 이를 현실화시키기 위하여 지역사회주민들의 실질적 참여를 이끌어 내고 상호 신뢰감을 증진시키는 과정을 통하여 지역사회의 실질적 변화를 이루어 나가는데 있어서 중요한 역할을 할 수 있다. 특히 사업팀은 그 자체가 사회적 자본을 확충하는 주요한 수단일 뿐만 아니라 사업팀을 구성하는 사람들은 주로 교육훈련지원단의 교육 과정을 거친 핵심 인적 자본들이기 때문에 사업 초기에는 매우 중요한 의미를 가진다. 인적 자본과 사회적 자본의 상호작용은 지역사회 건강증진에 있어서 실질적인 변화를 이루어낼 수 있는 중요한 과정이기 때문에 사업팀과 건강위원회의 효과적인 상호작용은 향후 본 사업의 성패를 결정하는 중요한 사안이다.

본 사업에서는 지역사회 건강조사를 위한 방법으로 초점집단 인터뷰를 시행하였다. 초점집단 인터뷰는 토론 집단을 인위적으로 만들어 연구자가 토론 주제를 제공하여 집단 토론 속에서 상호작용을 관찰, 기록하여 토론 내용을 분석하는 질적

연구 방법으로 참여관찰과 심층면접의 중간적 성격을 가진다[16]. 초점집단 인터뷰는 참여관찰과 심층면접에 비하여 집단의 인식과 태도 조사에 더 적합한 것으로 평가받고 있는데 본 사업에서 시행한 초점집단 인터뷰의 내용이 지역의 건강결정요인, 지역주민들이 주체가 되어서 ‘건강플러스 행복플러스 사업’을 진행하는데 있어서 예상되는 어려운 점, 사업의 지속성을 확보하기 위한 방안 등 지역주민들의 사업과 관련된 인식과 태도였다는 점에서 이러한 시도는 적절했다고 평가된다. 또한 인터뷰 대상자들의 동질성을 확보하기 위하여 연령과 사회계층을 중심으로 집단을 구분하였는데 이는 동질성이 전제된 공감대 속에서 편안하게 토론할 수 있는 분위기를 조성하는데 효과적인 방안이었다고 판단된다. 뿐만 아니라 각 지역마다 30명 이상의 지역사회주민들과 본 사업에 대하여 다양한 의견들을 나누고 논의 과정에서의 대상자들 간의 상호작용을 파악함으로써 향후 본 사업을 진행하는데 있어서 고려해야 할 사항들을 파악할 수 있었는데, 이는 양적 조사의 결과 분석을 통해서서는 획득될 수 없는 것들이었다. 초점집단 인터뷰는 서베이 등의 양적 방법과 연계하면 많은 도움을 얻을 수 있는데, 예를 들면, 연구자가 몰랐던 점들을 초점집단 인터뷰에서 알아내어 서베이에 사용할 문항들과 서베이 규모를 결정하는데 이용할 수 있고, 서베이 응답자들이 전형적으로 그 주제에 대해 어떻게 말하는가에 대한 응답 유형도 얻을 수 있다[16]. 본 사업에서 진행한 초점집단 인터뷰도 양적 방법과 연계되었는데, 인터뷰 결과에서 대상자들이 응답한 건강결정요인에 대한 결과들은 지역 특수 설문의로 활용되었다.

영국의 블레이 정부는 많은 정책에서 3P, 즉, 파트너십(partnership), 참여(participation), place(장소)의 개념을 중시하였고 이는 헬스 액션 존 사업에도 투영되었다[5]. 본 사업은 헬스 액션 존 사업의 방법론을 적용하였기 때문에 ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’ 역시 이러한 개념들을 중시하였다. 지역 간 건강불평등을 완화하기 위한 목적으로 표준화사망비를 근거로 하여 건강취약

지역을 설정하고 자원 집중을 시도하였던 점에서 장소를 중시하였고, 사업팀과 건강위원회를 구성함으로써 파트너십과 참여의 원칙을 구현하고자 하였다. ‘건강 플러스 행복 플러스 사업’이 헬스 액션 존 사업의 경험에서 취해야 할 가장 큰 교훈은 파트너십과 참여인데, 이를 구현하기 위해서는 몇 가지 해결해야 할 과제들이 있다. 첫째, 사업대상지역 차원에서는 파트너십이 구축되었으나 광역 및 기초지방정부 차원의 파트너십은 아직 구축되지 않았다. 사업대상지역은 읍면동 차원이기 때문에 자체적으로 완결적인 사업을 추진하기에는 한계가 있기 때문에 이를 지원할 상위 차원의 파트너십은 사업의 지속성과 완결성을 갖추는데 있어서 필수 불가결한 조건이다. 특히 헬스 액션 존 사업에서도 보건서비스와 사회서비스의 새로운 전달방식을 만드는 것을 주요한 중간 결과로 설정했던 만큼 상위 차원의 부문 간 파트너십은 반드시 구축되어야 한다. 이러한 파트너십은 보건 의료부문에 한정되어서는 안 되는데, 특히, 본 사업이 불건강의 근원적 원인들을 해결하는 것을 주요한 중간결과로 설정하고 있다는 점에서 이는 매우 중요한 의미를 가진다. 둘째, 지역사회참여의 수준을 높여야 한다. 이를 위해서는 인적 자본과 사회적 자본이 확충되어야 하며 상호작용해야 한다. 그리고 이러한 과정을 통하여 집합적 실천이 발생하고 그것이 변화를 동반해야 한다. 변화의 성취는 지역주민들의 사업 참여를 강화하고 지역사회의 자조 역량, 자기 결정권, 동기, 기술을 강화하고 이는 연속적인 집합적 행동을 가능하게 한다는 보고도 있다[13]. 이 과정에서 지역사회의 역량은 강화되고 지역사회참여의 수준은 더욱 고도화되게 된다. 본 사업에서의 인적 자본과 사회적 자본의 확충 프로그램의 질은 지역사회참여의 수준과 직접적인 관계가 있기 때문에 인력 교육 프로그램의 질 향상, 사업팀과 건강위원회의 실질적 작동을 지속적으로 추구해야 할 것으로 판단된다.

그럼에도 불구하고 본 사업은 광역지방정부 차원에서 진행되는 최초의 지역 간 건강불평등 완화사업이라는 의의를 가지고 있다. 또한 권역의

국립대병원과 광역지방정부가 지역의 중요한 보건문제를 해결하기 위하여 파트너십을 구축하여 사업을 진행한 구체적인 사례를 제공하였다는 점에서도 의의가 있다.

‘건강 플러스 행복 플러스 사업’은 2011년 현재 2년차 사업이 진행되고 있다. 2년차 사업에서는 12개 지역에 신규로 사업이 시작되며, 2010년 건강위원회가 출범한 17개 지역에서는 건강위원회 주도로 수립된 사업계획에 근거하여 본격적인 사업이 진행 중이다. 17개 건강위원회 중 가장 많은 7개 지역이 신체활동 및 운동 사업을 진행하고 있으며 건강교육 및 캠페인, 운동의 날 행사, 동아리 결성, 인센티브 제공, 걷기 코스 또는 등산로 개발 및 이용, 지방정부에 대한 건의 등을 주요한 전략으로 채택하였다. 3개 건강위원회는 금연 및 절주 사업을 중점 사업으로 설정하여 건강교육 및 홍보, 건강위원과 교육위원을 구성하여 이들이 한 팀을 이루어 표적 가구를 관리하는 전략, 금연 및 절주 캠페인, 자율 금연구역 설정 등 다양한 방법들을 시도하였다. 3개 건강위원회는 건강검진 수검률 향상 및 만성질환관리사업을 중점사업으로 선정하여 건강교육 및 캠페인, 건강위원회 차원에서 건강검진 미수검자를 독려하고 인센티브를 제공하는 전략, 종합병원과 검진협약 체결 등과 같은 전략들을 시행하였다. 이 외에도 구강보건 사업, 보건교육사업, 스트레스 관리 사업, 건강행태 개선사업 등을 중점사업으로 선정하여 사업을 진행하였다[8]. 이 과정에서 기존에 보건사업을 주도적으로 수행해 왔던 보건소와 전문가들은 건강위원회가 자체적으로 수립한 사업계획을 올바르게 수행하도록 행정적, 재정적, 기술적으로 지원하는 역할을 수행하고 있다. 이는 기존의 하향식 접근방법에 근거한 보건사업 수행을 지양하고 지역주민 자치에 근거한 상향식 접근방식을 보건사업에 구현하기 위한 노력의 일환이다. 건강위원회가 자치적으로 상향식 건강사업을 수행할 수 있게 하기 위한 최소한의 재원으로 사업대상지역당 2,000만원의 예산이 지급되고 있는데, 이는 코디네이터 인건비 및 건강위원회 운영비로 활용되고 있다. 이러한 과정들이 순조롭게 진행된다면 지

역사회의 역량은 보다 강화될 것이다. 그러나 본 사업이 궁극적으로 경상남도의 건강불평등 완화를 통한 표준화사망률 감소 및 사업대상지역주민들의 안녕 수준 향상에 기여하기 위해서는 이러한 노력들이 보건 및 사회서비스의 새로운 전달방식을 현실화시켜야 하고 불건강의 근원적 요인을 해결할 수 있어야 한다. 본 사업이 이러한 결과들을 도출할 수 있다면 경상남도의 ‘건강플러스 행복플러스 사업’은 중앙정부 및 지방정부의 지역 간 건강불평등 완화사업의 훌륭한 근거기반이 될 수 있을 것으로 판단된다.

요 약

‘건강 플러스 행복 플러스 사업’은 경상남도의 높은 표준화사망률을 감소시키고 지역 간 건강불평등을 완화하기 위하여 표준화사망비가 구조적으로 높은 40개 읍면동을 대상으로 수행되는 사업이다. 본 사업은 영국의 헬스 액션 존 사업의 방법론을 기반으로 하여 참여, 파트너십, 자원의 집중을 사업의 기본 원칙으로 설정하고 2010년부터 시작되었으며 2017년까지 진행될 예정이다. 총 사업비는 56억원이며, 2010년에는 17개 읍면동, 2011년에는 12개 읍면동, 2012년에는 11개 읍면동에 사업이 개시되었거나 개시될 예정이다. 2010년 사업의 경우, 사업대상지역인 17개 읍면동에 예산이 배정되었고, 관련 수단 및 지역 차원의 사업진행 틀을 만드는 과정을 거쳤다. 또한 사업대상지역의 건강결정요인을 파악하기 위하여 지역사회조사를 실시하였으며 사업에 대한 교육훈련 지원 및 기술지원을 위하여 교육훈련지원단과 사업운영지원단이 설치되었다. 그 결과 사업 인력들과 코디네이터에 대한 교육이 실시되었으며, 사업대상지역에는 사업팀과 사업추진위원회가 결성되었다. 지역사회조사 이후에는 지역사회조사 결과 보고회를 통하여 지역의 건강결정요인과 건강수준을 지역주민들과 함께 공유하였으며 최종적으로 사업 관련 주민자치조직인 건강위원회가 17개 읍면동에서 출범하였다. 본 사업은 지역사회 참여 및 파트너십의 구축과 관련하여 아직 해결

해야 될 과제들이 많으나 원칙에 근거한 사업이 지속적으로 진행될 수 있다면 경상남도의 건강불평등 완화를 통한 표준화사망률 감소 및 사업대상지역 주민들의 안녕 수준 향상에 기여할 수 있을 것으로 판단된다.

참고문헌

1. Korea National Statistical Office. Korean Statistical Information Service Statistical Database : Health, Society, Welfare [cited 2011 September 10]. Available from:URL: http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp
2. Jeong BG, Kim JR, Hong DY, Park KS, Yeum DM, Kim HO, Lim JH. Development of HAZ program for rural unhealthy regions in Gyeongsangnam-Do. Seoul, Management Center for Health Promotion, 2008, pp.67-69 (Korean)
3. Yoon TH. Regional health inequalities in Korea - the status and policy tasks -. *Journal of Critical Social Policy* 2010;30:49-77
4. Judge K, Bauld L. Learning from policy failure? Health Action Zones in England. *Eur J Public Health* 2006 August;16(4): 341-343
5. Barnes M, Bauld L, Benzeval M, Judge K, Machenzie M, Sullivan H. Health Action Zones - Partnership for health equity -. London & New York, Routledge, 2005, pp.1-17
6. Benzeval M. National evaluation of HAZs - The final report of the tackling inequalities in health module -. London, Queen Mary, University of London, 2003, pp.4-5
7. WHO Regional Office for Europe. Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques. Copenhagen, Center for urban health, WHO Regional Office for Europe, 2002, p.10
8. Kim JR, Jeong BG, Park KS, Kang YS. Applications of the participatory learning process in health promotion. *J Agri Med & Community Health* 2011;36(2):130-142 (Korean)
9. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P, Davidson N. The Black report. In: Townsend P, Navidson N, editors. Inequalities in Health, 2nd ed. London, Penguin Books, 1992, p.202
10. Kim JH, Yoon TH. Comparisons of health inequalities in small areas with using the standardized mortality ratios in Korea. *J Prev Med Public Health* 2008;41(5):300-306 (Korean)
11. DFID. Livelihood. White Paper on International Development. London, 1997, p.18
12. Hancock T. People, partnerships and human progress: building community capital. *Health Promot Int* 2001;16(3):275 - 280
13. Yuasa M, de Sa RF, Pincovsky S, Shimanouchi N. Emergence model of social and human capital and its application to the Healthy Municipalities project in Northeast Brazil. *Health Promot Int* 2007;22(4):292 - 298
14. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992;6(3):197-204
15. Coleman J. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 1988;94:95-120
16. Yoon TL. Qualitative research methodology, Seoul, Arche, 2004, pp.87-89(Korean)