

〈중설〉 신 공중보건과 국가공중보건체계

배상수

한림대학교 사회의학연구소, 한림대학교 사회의학교실

<Review> New Public Health and National Public Health System

Sang Soo Bae

Hallym Health Services Research Center,

Department of Social and Preventive Medicine, Hallym University

= Abstract =

The New Public Health(NPH) is a comprehensive approach to protecting and promoting the health status of each individual member and society as a whole. NPH is not so much a philosophy to broaden the understanding of public health as it is an action plan to address current public health system. This paper's objectives include increasing public and professional awareness of the significant changes in the national public health systems of developed countries and contributing to more effective delivery of public health services in Korea.

This paper reviews articles and documents concerning NPH and the public health system, and outlines of the achievements in developed countries since NPH movement began. These include the change in the definition and function of public health, expansion of public health networks, strengthening of public health policy, reorientation of public health delivery systems, promotion of workforce capacity, and the implementation of evidence-based management.

To overcome the challenges facing the public health system of Korea, we must prioritize the value of population-based approach, expand the notion of a public health system to encompass all sectors that can influence health, promote a "Health in All Policies" approach, focus on an evidence-based health policy and program, develop core competencies for public health workers, and establish performance standards for public health organizations based on the core functions of public health.

Key word: Public health, New Public Health, Population health, Public health system

* 접수일(2012년 11월 26일), 수정일(2012년 12월 5일), 게재확정일(2012년 12월 14일)

* 교신저자: 배상수, 서울시 영등포구 영등포동 94-24 동우빌딩 407호 한림대학교 사회의학연구소
Tel: 02-2639-5128, Fax: 02-2634-2757, E-mail: ssbae@hallym.ac.kr

* 이 논문은 2011년도 한림대학교 교비 학술연구비(HRF-2011-038)에 의하여 연구되었음.

서 론

위생개혁 시대의 공중보건의 생태학적 접근을 통해 집단의 건강수준 향상에 큰 기여를 하였음에도 불구하고 생의학의 발전에 따라 19세기 후반부터 공중보건은 개인적 접근을 주요 전략으로 채택하였다. 이러한 변화와 함께 국민의 건강은 의료서비스의 제공을 통해 확보될 수 있다는 잘못된 믿음이 각국의 보건정책담당자들 사이에 만연하게 되었다[1]. 1974년 Lalonde 보고서는 생활습관의 중요성을 강조함으로써 전 세계의 보건당국자들에게 치료 만능주의에 대한 경각심을 고조시켰지만 건강수준 향상을 위해서는 여전히 개인적 행태개선에 의존하는 한계를 보였다[2]. 그 결과 집단적 해결수단을 중시하던 전통적인 공중보건은 점점 관심영역 밖으로 벗어나기 시작하였다.

1970년대 중반부터 그때까지의 생의학적 모형에 기반을 둔 공중보건의 개인중심 접근에 따른 비효율성, 복잡하게 얽혀 있는 건강의 결정요인, 특히 사회구조적 결정요인에 대한 대처 실패 등으로 인해 의료비가 급격하게 증가하고, 건강불평등이 확대되자 신 공중보건(New Public Health)이 대두되기 시작하였다[3].

신 공중보건은 공중보건을 개인중심 접근으로부터 사회생태적인 접근으로 전환시켜 건강의 사회적, 환경적, 문화적, 지역적 특성을 통합하고자 하는 철학이자 방법이다. 신 공중보건에서는 건강을 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 일상생활을 위한 자원으로 간주하고, 경제적, 사회적 발전을 위한 건강의 중요성을 강조한다[4]. 건강결정요인으로 사회적, 환경적, 심리적 요인의 상호작용을 중시하고, 상호의존적인 개인, 조직, 지역 사회, 국가의 건강을 동시에 관리하고자 한다[5,6,7,8,9]. 또 사회계층 사이의 건강형평성, 건강한 생활 및 작업환경의 창출, 지역사회 참여와 개인의 역량 강화에도 높은 관심을 보인다[10](Table 1).

신 공중보건은 비효율적인 의료체계에 대한 대안으로 주목받았기 때문에 오늘날 모든 나라가 직면하고 있는 문제를 해결하기 위한 청사진의 마련뿐만이 아니라 이러한 문제를 해결하기 위한 실행전략을 개발하는 데도 노력을 기울여왔다[1].

실제로 신 공중보건은 1978년의 Alma-Ata 선언과 일차보건의료, 1986년의 Ottawa 헌장을 비롯한 세계보건기구의 국제 건강증진대회 선언문들, 건강 도시를 비롯한 삶의 터(setting) 접근 등과 서로 영향을 미치면서 1980년대 이후 선진국의 보건정책과 공중보건체계에 큰 영향을 미쳐왔다[11].

이 연구의 목적은 미국, 영국, 호주, 뉴질랜드, 캐나다, 스웨덴 등 주요 선진국의 공중보건체계가 신 공중보건의 대두 이후 어떻게 변화하였는가를 연구함으로써 우리나라의 공중보건체계 발전에 도움을 주는데 있다. 이러한 목적의 달성을 위해 먼저 신 공중보건의 대두에 따른 공중보건의 정의와 핵심 기능의 변화를 정리하였다. 그리고 ① 공중보건정책의 강화와 계획 수립, ② 공중보건인력의 역량강화, ③ 공중보건체계의 강화, ④ 공중보건체계의 관리강화로 나누어 신 공중보건의 철학과 원칙이 주요 선진국의 공중보건체계를 통해 어떻게 구현되었는가를 조사하였다. 연구에 필요한 자료는 신 공중보건 및 국가공중보건체계에 관한 국내외의 문헌을 통해 수집하였다.

본 론

1. 공중보건의 정의

1920년 Winslow는 공중보건(public health)을 “사회의 조직적 노력을 통하여 질병을 예방하고, 수명을 연장하며, 건강과 안녕을 향상시키는 과학이자 예술”이라고 정의하였다[12]. Winslow의 공중보건의 정의가 큰 영향력을 미쳤음에도 불구하고 1970년대 후반까지 공중보건은 명확하고 통일적인 정의를 마련하는데 실패하였다[13]. 신 공중보건 시대에 접어들면서 국제적으로 크게 호응을 받은 2가지 공중보건에 대한 정의가 제시되었다. 1988년 미국의 Institute of Medicine(IOM)은 공중보건을 “사람들이 건강하게 살 수 있는 조건을 보장하기 위한 사회의 관심을 충족시키기 위한 활동”이라고 정의 하였다[14]. 또, 영국은 Acheson 보고서(1988)에서 공중보건을 “사회의 조직적 노력을 통하여 질병을 예방하고, 수명을 연장하며, 건강을 향상시키는 과학이자 예술”이라고 정의하면서 “이러한 노력은 효과적인 보건의료서비스의 제공뿐만이

아니라 인구집단의 건강이라는 수준에서 정책적 문제를 개선하고, 건강과 질병의 역할에 대해 다루는 것”이라고 하였다[15]. Wanless[16]는 Acheson 보고서에서 제시된 공중보건의 정의를 더욱 발전시켜 ‘사회의 조직적 노력’에 정부, 공공 및 민간부문의 조직, 지역사회뿐만 아니라 개인의 집합적 노력까지 포함하여야 한다고 주장하였다. 한편, Beaglehole 등[17]은 신 공중보건 시대의 공중보건의 정의는 공중보건의 개인이 아니라 집단의 건강에 관심을 가지며, 광범위한 건강결정요인과 공공의 이익을 중시한다는

특성을 공통적으로 표현하고 있다고 지적하였다 (Table 2).

2. 공중보건의 핵심 기능

공중보건의 철학, 원칙, 접근방법에 변화를 초래한 신 공중보건의 시대에는 공중보건의 기능도 과거에 비해 달라졌다. 가장 주목할 만한 변화는 과거의 공중보건의 우선적으로 수행하여야 할 프로그램(사업) 중심으로 핵심 기능을 정의하던 경향에서 벗어나 사업 수행방식을 중심으로 정의하기 시작한 것이다.

Table 1. Key elements of the New Public Health

	Key elements
Ottawa Charter, 1986 [61]	Healthy public policy Supportive environments Community actions Personal skills Health services reorientation toward prevention of illness and promotion of health. <ul style="list-style-type: none"> • advocacy • enabling • mediation
Ncayiyana et al. 1995. [1]	Health equity, social justice and improved access to health services Intersectoral action for health Healthy public policy Setting approach Focus on promoting and protecting health Equitable sharing of resources between curative, preventive and promotive health care. Financing of health care and ensuring good value for money Global health Public health training
Baum, 2008. [62]	Equity Social and environmental health determinants Health-promoting health services based on a strong system of primary health care Participation and involvement
Tulchinsky and Varavikova, 2010. [58]	Responsibility and accountability of government, community, and individual for the health and well-being of society Intersectoral collaboration Health equity, access to services, and quality of care Health targets to achieve health outcome goals Engagement of society in health development Monitoring of health status and adoption of evidence-based knowledge Link of health promotion with healthcare access Transdisciplinary and multi-organizational approach Advocacy, policy(Health in All policies), and organized educational efforts

Table 2. Definitions of Public Health

Winslow, 1920. [12]	Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life and promoting physical health and efficiency through organised community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organisation of medical and nursing service for the early diagnosis and preventative treatment of disease, and the development of social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health.
Institute of Medicine, 1988. [14]	What we, as a society, do collectively to assure the condition in which people can be healthy.
Acheson, 1988. [15]	The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organised efforts of society. These efforts will address policy issues at the level of the population's health and will tackle the role of health and disease, as well as considering the provision of effective health care services. Public health works through partnerships that cut across disciplinary, professional and organizational boundaries, and exploits this diversity in collaboration, to bring evidence and research based policies to all areas which impact on the health and well being of populations.
Rothstein, 2002. [63]	'Government intervention as public health' involves public officials taking appropriate measures pursuant to specific legal authority ... to protect the health of the public ... The key element of public health is the role of government - its power and obligation to invoke mandatory or coercive measures to eliminate a threat to the public's health .
Gostin, 2001. [64]	Society's obligation to assure the conditions for people's Health.
Wanless, 2004. [16]	The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts and informed choices of society, organisations, public and private, communities and individuals.
Beaglehole et al. 2004 [17].	Public health is usually thought to concern the health of populations (rather than individuals) and, as such, often makes reference to wider determinants of health and a general sense of common interest.

1945년 Haven Emerson은 'Local Health Units for the Nation'이라는 보고서를 통해 지역 보건기관의 핵심 기능을 ① 생정통계, ② 전염병의 관리, ③ 환경위생, ④ 검사, ⑤ 모자보건, ⑥ 보건교육으로 제시하였다[18]. Emerson이 제시한 공중보건기관의 6가지 기본서비스는 신 공중보건시대 이전의 공중보건기관의 역할이나 기능정립에 큰 영향을 미쳤다.

사회·환경적 건강결정요인과 사회생태학적 접근을 중시하는 신 공중보건에서는 공공보건기관만의 독자적인 사업 수행으로는 공중보건의 목적을 달성하기 어렵다고 생각한다. 따라서 과거의 공중보건체계가 보여주던 지역사회와 다른 자원과 협력하기보다는 정부기관이 자체예산을 가지고

직접 프로그램을 운영하고, 서비스를 제공하는 'command-and-control 방식'을 벗어나서 협력과 네트워크에 기초한 사업 수행방식을 모든 보건사업의 효율과 효과를 올릴 수 있는 방식으로 생각하였다. 이에 따라 공중보건의 핵심 기능도 사업의 수행방식 중심으로 변화하게 되었다.

1988년 IOM은 공중보건의 핵심기능으로 건강수준 평가(assessment), 정책개발(policy development), 그리고 필요한 서비스의 제공보장(assurance) 등을 제시하였다[19]. IOM이 제시한 3대 기능의 조작적 정의를 마련하고, 기능을 실제 보건기관의 업무 수행(public health practice)으로 구체화하기 위한 노력은 1994년 가을 미국의 Public Health Service의 Public Health Functions Steering Committee[19]

에서 공중보건의 비전, 미션과 함께 ‘10가지의 필수적인 공중보건서비스(10 essential public health services)’를 제안함으로써 결실을 맺었다(Table 3).

이후 캐나다[20], 영국[21], 호주[22] 등의 국가와 세계보건기구[23], PAHO[24] 등 국제기구에서도

공중보건의 핵심 기능을 사업의 수행방식을 중심으로 정의하고자 하는 노력이 나타났다(Table 3). 변화한 공중보건의 핵심 기능은 공중보건체계의 성과를 평가하는 기본 틀을 제공하는데 공헌하였다.

Table 3. Summary of core public health functions

Core public health functions	
U.S (Institutes of Medicine, 1988 [14]: Public Health Functions Steering Committee, 2004 [19])	<p>Assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assess the health needs of the community - Investigate the occurrence of health effects and health hazards in the community - Analyze the determinants of identified health needs <p>Policy development</p> <ul style="list-style-type: none"> - Advocate for public health, build constituencies and identify resources in the community - Set priorities among health needs - Develop plans and places to address priority health needs <p>Assurance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manage resources and develop organizational structure - Implement programs - Evaluate programs and provide quality assurance - Inform and educate the public
UK (Moloughney, 2002 [21])	<p>Health surveillance, monitoring and analysis</p> <p>Investigation of disease outbreaks, epidemics and risks to health</p> <p>Establishing, designing and managing health promotion and disease prevention programmes</p> <p>Enabling and empowering communities to promote health and reduce inequalities</p> <p>Creating and sustaining cross-government and intersectoral partnerships to improve health and reduce inequalities</p> <p>Ensuring compliance with regulations and laws to protect and promote health</p> <p>Developing and maintaining a well-educated and trained, multi-disciplinary public health workforce</p> <p>Ensuring the effective performance of NHS services to meet goals in improving health, preventing disease and reducing inequalities</p> <p>Research, development, evaluation and innovation</p> <p>Quality assuring the public health function.</p>
Canada (Sullivan and Michel, 2004[20])	<p>Population health assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Population/community health needs assessment - Health status report, system report card <p>Health surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periodic health surveys - Cancer and other disease registries - Communicable disease reporting - Ongoing analysis of data to identify trends or emerging problems - Report to practitioners of increasing threat, what they need to look for, and intervention required

Health promotion

- Inter-sectoral community partnerships to solve health problems
- Advocacy for healthy public policies
- Improving personal skills;
- Creating physical and social environments to support health

Disease and injury prevention

- Immunizations
- Investigation and outbreak control
- Encouraging healthy behaviours
- Early detection of cancers

Health protection

- Restaurant inspections
- Child care facility inspections
- Water treatment monitoring
- Air quality monitoring/enforcement

Australia
(National Public
Health Partnership,
2000 [22])

Assess, analyse and communicate population health needs and community expectations
Strengthen communities and build social capital through consultation, participation and empowerment
Promote, develop and support healthy public policy, including legislation, regulation and fiscal measures
Promote, develop and support healthy growth and development throughout all life stages
Promote and support healthy lifestyles and behaviours through action with individuals, families, communities and wider society
Prevent and control communicable and non-communicable diseases and injuries through risk factor reduction, education, screening, immunisation and other interventions
Promote, develop, support and initiate actions which ensure safe and healthy environments
Promote, develop and support actions to improve the health status of Aboriginal and Torres Strait Islander people and other vulnerable groups
Plan, fund, manage and evaluate health gain and capacity building programmes designed to achieve measurable improvements in health status, and to strengthen skills, competencies, systems and infrastructure

3. 공중보건인력의 역량강화

1) 공중보건인력의 범주 확대

신 공중보건이 건강문제 해결을 위한 개인적 접근 보다 집단적 접근을 선호함에 따라 공중보건인력의 범주도 변화하였다.

영국은 전통적으로 의사들이 공중보건의 주요 직책을 점하고 있었다. 1972년 영국에서 조직된 ‘the Faculty for Community Medicine(이후 the Faculty of Public Health Medicine으로 명칭이 변경됨)’의 회원자격은 등록된 의사에 국한되었다. 1990년대까지 영국에서 공중보건에 관한 전문가 자격은 의사들에게만 열려 있었다[25]. 공중보건의 변화를 고려할 때 다른 전문분야의 인력들도 포

함하여 공중보건의 전문인력을 새롭게 정의해야 한다는 사실을 받아들인 것도 1990년대 후반이 되어서였다. 2000년이 되어서야 ‘the Faculty of Public Health Medicine’은 medicine이라는 용어를 삭제하고 ‘the Faculty of Public Health’로 명칭을 변경하고, 의학 이외의 분야의 자격자들에게도 시험을 통해 회원 자격을 부여하였다. 이후 공중보건의 고위 직책이 비 의사들에게도 개방되기 시작하였다. 신 공중보건 시대에 필요한 다양한 공중보건 인력의 범위를 새롭게 정의하기 위해 영국의 Chief Medical Officer(CMO)는 2001년 발표된 보고서에서 공중보건에 대한 다학제적인 접근을 지지하면서 공중보건인력을 ① 인구집단의

건강 또는 특정 지역의 건강에 영향을 미칠 수 있는 전략적 또는 고위 관리직 지위에서 일하는 공중보건 전문가(specialists), ② 방문간호사나 보건교사, 환경보건담당 공무원 같이 거의 대부분의 시간이나 모든 시간을 공중보건업무에 종사하며, 공중보건의 일선에서 개인이나 가족의 건강문제에 직접 개입하는 공중보건종사자(public health practitioners), ③ 본인들은 자각하지 못하고 있으나 건강수준의 향상이나 건강불평등의 감소에 공헌하는 모든 분야에 속하는 사람들로 언론인, 교사, 사회복지사, 기업가, 도시계획전문가 등과 같은 공중보건 기여자(wider public health) 등의 세 가지 범주로 유형화하였다[26]. 보고서에서는 앞으로의 공중보건의 동력은 광범위한 공중보건 기여자의 참여를 요구한다고 밝히고 있다.

2) 공중보건인력의 역량강화

신 공중보건의 원칙과 방법을 현장에서 적용하기 위해서는 공중보건인력의 지식과 기술에 변화가 있어야 한다. 하지만 공중보건 인력들은 대부분 자기 영역의 전문 자격증을 가지고 있어 이들을 공통으로 묶을 지식이나 기술을 정의한다는 것이 쉬운 일은 아니다. 따라서 많은 나라에서 전문분야나 영역과 상관없이 공중보건인력이라면 누구나 갖추어야 할 필수적인 지식, 기술, 태도를 핵심 역량(core competencies)으로 정의하고, 이를 공중보건인력을 강화하는 기본적인 요소로 삼았다[27].

미국의 'Council on Linkages between Academia and Public Health Practice'에서는 10여년을 노력한 끝에 공중보건 전문인력의 핵심역량을 제시하였다[28]. Council on Linkages에서 정의한 핵심역량이란 IOM이 정의한 필수보건서비스를 제공하는데 필요하다고 합의된 기술들로 공중보건인력을 초급단계의 공중보건 인력, 관리자 감독 직급의 인력, 최고 관리자나 조직의 대표수준으로 구분하여 각 수준에 필요한 핵심 역량을 제시하였다. 미국에서는 핵심역량을 관련 대학과 대학원의 교육과정에 반영하기 위하여 학문영역별 역량을 개발하여 공중보건의 현장에 적합한 인력을

양성하고 있다. 또한 공중보건 인력의 지식과 기술수준에 대한 요구수준과 현재 수준과의 차이 확인, 공중보건인력개발 계획의 수립, 공중보건인력의 채용, 교육·훈련을 위한 교과과정 개발, 직원 평가와 기관 인정평가(accreditation) 등에 활용하고 있다. 실제로 핵심역량은 Healthy People 2020에 3개의 목표로 포함되기도 하였다[29].

공중보건인력의 역량강화를 위한 핵심역량의 정의는 미국 이외에도 캐나다[27], 호주[30], 영국[31] 등에서도 이루어졌다.

캐나다의 Public Health Agency는 2007년 캐나다의 공중보건 핵심 역량을 개발하였다. 36개의 핵심역량은 공중보건전문가에게 전통적으로 요구되던 역량뿐만이 아니라 정책에 대한 현황분석, 정책과 프로그램의 기획, 실행과 평가, 파트너십, 협력, 옹호, 문화의 다양성과 포용, 의사소통과 리더십과 같은 새로운 역량을 포함하고 있다. 공중보건 팀이나 조직이 갖추어야 할 최선의 역량을 평가하고 창출해 낼 수 있는 도구 역시 개발하였고, 전문직종별 역량 역시 개발하고 있다. 또, Public Health Agency는 Skills Online이라는 인터넷 기반의 지속교육 프로그램을 통해 공중보건 인력들에게 개발된 핵심역량을 전파하고 있다[27]. 캐나다 정부는 이러한 작업을 통해 지역수준에서 합리적인 근거에 입각한 의사결정과 기획이 이루어지고, 핵심 역량을 공유함으로써 공중보건인력 사이에 협력과 파트너십이 강화될 것으로 기대하고 있다. 영국의 Faculty of Public Health에서도 공중보건인력의 역량에 대한 기준을 마련하고, 훈련 및 지속교육에 이를 반영하고 있다[31].

4. 공중보건정책의 강화와 국가계획 수립

1) 공중보건정책의 강화

신 공중보건에서 목표로 삼고 있는 집단의 건강수준 향상과 건강불평등의 감소는 보건분야 단독의 노력만으로는 이루어지기 어렵다. 다양한 사회제도적 건강결정요인을 개선하기 위해서는 중복되고 단절된 사회적 노력을 협력적이고 통합적으로 바꾸어야 한다. 공공정책의 상호의존성을 고려할 때 정부는 부처 사이에 공통의 목적을 설

정하고, 사회문제에 대해 통합된 반응을 보이도록 유도하며, 정책에 대한 책임을 강조함으로써 분산된 정책을 조정하여야 한다. 이러한 생각은 “부문간 협력(intersectoral collaboration)”이나 오타와 현장의 “건강한 공공정책(healthy public policies)”이라는 개념 속에서도 확인할 수 있으며, 핀란드의 North Karelia Project는 부문간 협력을 통해 심혈관질환을 성공적으로 관리한 사례로 잘 알려져 있다[32].

세계보건기구[33]는 2010년 Adelaide 선언을 통해 건강문제의 해결을 위해서는 언제나 보건분야 이외의 다른 부문의 역할을 고려하여야 한다고 주장하였다. “모든 정책에 건강을 고려(Health in All Policies; HiAP)”하는 접근이란 인구집단의 건강에 공헌할 수 있는 수평적이고 상호 보완적인 정책 마련 전략이다. HiAP 접근의 핵심은 건강결정요인 중 보건분야 이외의 정책이나 영역에 의해서 관리될 수 있는 요인을 찾고 이에 대한 관리방안을 마련하는 것이다[34]. HiAP 접근은 EU 건강정책의 4대 주제 중의 하나이며[35], 핀란드[32], 호주의 South Australia 주정부[34], 미국 연방정부 및 캘리포니아 주정부[35], 영국 등에서 HiAP 접근의 예를 찾아볼 수 있다.

미국 연방정부는 Affordable Care Act에 의거하여 Department of Health and Human Services 내에 ‘National Prevention, Health Promotion, and Public Health Council’을 설치하였다. 위원회는 Surgeon General을 위원장으로 하고, 다양한 연방정부 부처와 기관의 장을 위원으로 참여시켜, ‘국가 예방 및 건강증진 전략(National Prevention and Health Promotion Strategy)’을 개발하였다[36]. 또 사회적, 물리적, 경제적, 서비스 환경에 영향을 미쳐 지역사회 건강불평등을 개선하기 위한 ‘Prevention and Public Health Fund’도 조성하였다[37]. 미국의 Department of Housing and Urban Development, Department of Transportation, Environmental Protection Agency는 집단의 건강과 환경을 보호하고, 형평성 있는 개발을 촉진하며, 기후변화에 대응하기 위해 공동으로 ‘Partnership for Sustainable Communities’를 결성하였다[38].

하지만 영국의 범정부 차원의 건강대책인 ‘Sure Start’, ‘Health Action Zones’[39], 아동 비만관리 프로그램인 ‘Healthy Weight, Healthy Lives’[40] 등의 예로부터 알 수 있듯이 HiAP 접근이 목표를 달성하려면 정책의 장기적인 실행을 위한 명확하고 안정적인 리더십, 다양한 조직과 기관 사이의 확실한 역할분담, 정책결정의 투명성, 공동의 의사결정과 결과에 대한 명백한 책임, 이해관계자의 참여 촉진 등이 요구된다[25,33].

2) 국가보건계획 수립

초기 국가보건계획은 대부분 질환관리를 위한 의료자원의 적정배치가 목표였다. 1970년대에는 급격한 의료비 증가에 따라 비용절감이 국가보건계획의 주요목표가 되었다. 이후 다양한 건강결정요인이 밝혀지고, 보건체계 내부의 효율성 증가만으로는 국민의 건강수준 향상이 어렵다는 사실이 알려지면서 신 공중보건에 입각한 국가보건계획의 필요성이 강조되었다. 그 결과 건강증진 및 예방서비스에 초점을 맞추고 일차보건의료를 기반으로 보건체계를 재정립하며, 목표로 효과, 효율, 형평성 등을 강조하는 국가보건계획이 나타나게 되었다[41].

의료서비스의 수급 균형이 아니라 집단의 건강수준 향상을 목적으로 하고, 치료가 아닌 건강증진과 예방을 주요 내용으로 한 최초의 국가보건계획은 1979년 미국에서 조기사망의 감소와 노인의 독립적인 생활능력 보전을 목표로 발표된 ‘Healthy People: The Surgeon General’s Report on Health Promotion and Disease Prevention’이다. 미국은 1980년 ‘Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation’을 수립하였고, 1990년 이후 매 10년 단위로 ‘Healthy People’이라는 국가보건계획을 수립해왔다. 미국의 ‘Healthy People 2020’은 Dahlgren과 Whitehead[42]가 제시한 건강결정요인 모형을 바탕으로 하고 있으며, HiAP 접근을 내포하고 있다[43]. 이러한 측면에서 보면 LaLonde 보고서에서 제시된 ‘건강의 장(health field)’을 기반으로 건강결정요인 간의 상호작용을 중시하는 ‘Healthy People 2010’보다 더 신 공중보건의 원칙을 중시하고 있다고 볼 수 있다.

비록 미국의 'Healthy People 2020'이 목표의 달성전략으로 HiAP 접근을 중시하고 있으나, 목표 자체는 건강행태를 위주로 한 건강결정요인과 질환을 중심으로 계량적으로 작성되었다. 이에 반해 스웨덴은 사회적 건강결정요인의 관리를 국가공중보건의 목표로 함으로써 신 공중보건의 원칙에 더욱 충실한 계획을 수립하였다.

스웨덴의 경우 1980년대 초까지 정부의 보건에 대한 책임은 주로 의료서비스의 공급이었다. 보건당국이 공중보건에 대한 새로운 관심을 가지게 된 것은 의료정책으로부터 보건정책으로 시각이 전환된 1970년대부터였다[44]. 하지만 스웨덴은 1990년대까지 공중보건에 대한 명백한 국가목표를 가지고 있지 않았다. 1997년 정부는 국가보건목표를 수립하기 위한 위원회를 조직하였다. 위원회는 18개의 국가보건목표를 제안하였는데 사회자본의 개발, 소득의 불평등과 상대적 빈곤의 감소, 아동의 안전하고 공정한 성장의 기회보장, 높은 취업률의 보장, 여가활동을 위한 장소 제공, 안전한 환경과 제품의 촉진 등이 포함되었다. 이외에도 건강한 생활을 촉진하기 위한 지원, 의료제공자와의 파트너십 강화, 지역사회 차원에서의 강력한 협력관계 구축, 공중보건 연구와 정보의 강화 등이 포함되었다. 위원회의 보고서는 개인의 자유를 손상하는 불건강을 예방하기 위해 보건정책뿐만 아니라 복지정책, 소비 양식과 노동시장에서의 변화를 역설하였다[44]. 보건부는 위원회의 보고

서에 대한 의견을 수렴한 후 의회에 제출하였고, 2003년 의회는 11개의 공중보건에 대한 일반적 목표와 포괄적인 국가 공중보건정책을 채택하였다(Table 4). 11개의 목표는 건강의 주요 결정요인을 대부분 포함하고 있으며, 이러한 목표를 달성하기 위해 노력함으로써 더 높고, 형평성 있는 건강수준이 달성될 수 있을 것이라 기대되었다. 6개의 목표는 구조적 환경이라 명명된 사회적 요인에 대한 것이며, 5개는 개인이 영향을 미칠 수 있는 생활습관에 대한 것이다. 대부분의 다른 나라와 달리 스웨덴의 보건목표는 사회적 건강결정요인을 개선하려고 한다. 따라서 사회적, 문화적 차원에서 문제에 대해 접근하고자 하며 건강문제를 사회의제이자 정치적 의제로 만들려고 한다[45].

5. 공중보건제공체계의 강화

1) 공중보건체계의 정의 확대

공중보건체계(public health system)는 보건문제를 확인하고 해결하는데 공식적으로 관여하는 조직과 인력, 그리고 그들 사이의 상호작용을 구성요소로 한다. 공중보건체계의 범위는 건강과 건강형평성에 영향을 미치는 요인, 건강문제 해결에 효과적인 방법, 공중보건체계와 다른 사회체계와의 역할분담 등에 대한 인식의 변화에 따라 영향을 받게 된다[46]. 따라서 신 공중보건은 공중보건체계의 범위에도 변화를 야기하였다.

Table 4. General health objectives for the Swedish population

Participation and influence in society
Economic and social security
Secure and favourable conditions during childhood and adolescence
Healthier working life
Healthy and safe environments and products
Health and medical care that more actively promote good health
Effective protection against communicable diseases
Safe sex and good reproductive health
Increased physical activity
Good eating habits and safe food
Reduced use of tobacco and alcohol, a society free from illicit drugs and drug-taking, and a reduction in the harmful effects of excessive gambling

Source: Wall S, Persson G, Weinehall L. Public health in Sweden: facts, visions, and lessons. In Beaglehole R, Bonita R, editors. Global Public Health: a new era. second edition. New York, Oxford University Press, 2009. p.95

인구집단의 건강에 영향을 미치는 모든 요소를 포괄할 수 있도록 공중보건체계의 범위가 확장되었다. 사회생태학적 관점을 대변하여 건강의 결정요인을 소개한 Dahlgren과 Whitehead[42]의 모형과 Barton과 Grant[47]가 생물학적 테러, 기후 변화, 전염병의 범유행 등과 같은 세계적 차원의 건강 문제를 고려할 수 있도록 Dahlgren과 Whitehead의 모형을 확장한 모형(Fig 1) 등이 공중보건체계의 범위를 결정하는 틀이 되었다[46].

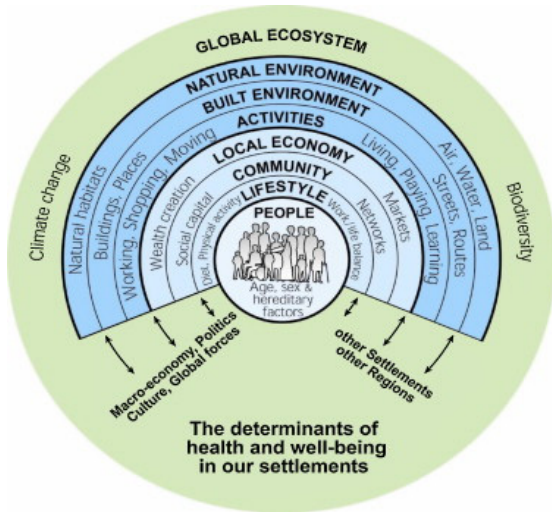


Fig 1. Global determinants of health

Source: Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2006;126(6): 252-61.

그 결과 광범위한 사회적, 환경적 건강결정요인에 대처하기 위해 공중보건체계의 외연이 확대되고 다른 사회 체계와의 협력이 증시되게 되었다. 이와 같이 사회적, 생태적, 사회 체계적 접근을 중시하게 되면서 공중보건체계의 효과는 단순히 각 구성요소의 질을 합산하는 것이 아니라 구성요소간의 관계의 질에 의해서 결정된다는 사고도 확대되었다[46].

사회체계 전반과 공중보건체계와의 관련성을 중시하는 사고는 미국의 IOM이 공중보건체계에 대해 네트워크에 기반을 둔 유연한 접근(flexible network based approach)을 표명함으로써 더욱 두드러졌다. 1988년 IOM은 ‘The Future of Public Health’라는 보고서에서 공중보건체계는 “공식적인

정부 구조 내에서 이루어지는 활동과 민간, 자원 조직 및 개인의 연관된 노력을 포함”한다고 기술하였다[14]. 1992년 ‘The Future of the Public’s Health in the 21st Century’ 보고서에서는 공중보건체계를 확대하여 “건강한 조건을 만드는데 결정적인 역할을 할 수 있는 잠재력을 갖춘 개인과 조직의 복잡한 네트워크”라고 기술하고, “이들은 건강을 위해 단독으로 활동할 수 있지만, 건강목표를 위해 함께 활동할 때, 그들은 하나의 체계-공중보건체계로서 활동”한다고 주장하였다[48]. IOM에 의하면 사회의 모든 부문이 공중보건체계에 포함될 수 있지만 정부의 공공보건조직과 함께 건강에 강력한 영향을 미칠 수 있는 5 주역은 지역사회, 보건의료제공체계, 기업가와 기업, 언론, 그리고 학계이다(Fig 2). 이렇게 사회의 각 분야와 기관들 사이의 네트워크로 공중보건체계를 정의하는 접근이 처음은 아니었지만 2003년 IOM의 정의는 이를 가장 명백하게 표현하였다는 점에서 가치가 높고, 공중보건체계의 구성요소를 사회 전반으로 확대함으로써 공중보건을 사회적 의제로 만들고, 개인행동보다 집단행동을 강화할 수 있는 기반을 마련하였다.

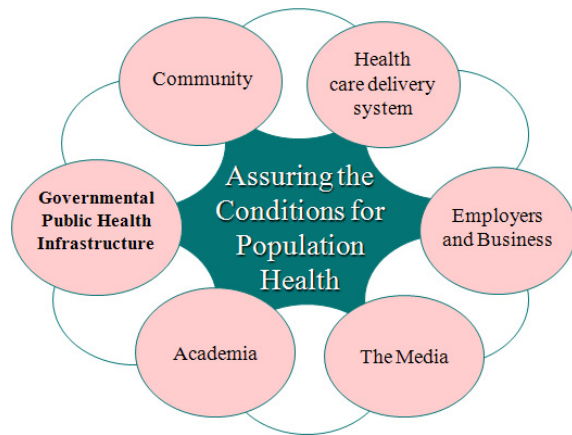


Fig 2. Public Health System

Source: Institute of Medicine. The future of the public’s health in the 21st century. Washington, National Academies Press, 2003. p.30

2) 일차의료체계를 통한 공중보건서비스의 제공
치료가 아닌 질병예방과 건강증진 서비스를 중시하는 것은 신 공중보건의 기본 원칙의 하나이다.

일차의료는 공중보건서비스를 제공할 수 있는 공간의 하나이다. 따라서 질병치료 위주의 일차의료 현장을 개선하여 질병예방과 건강증진 서비스를 제공하려는 노력이 나타났다. 호주와 뉴질랜드는 질병예방서비스, 그리고 나아가 제한된 범위이기는 하지만 건강증진서비스를 제공하는데 있어 일차의료의사의 역할을 인식한 대표적인 국가이다[49].

뉴질랜드는 2000년 이후 신 공중보건에 새로이 전력하기 시작하였다. 그 일환으로 일차의료에 대한 접근성을 높이고, 건강불평등을 감소하며, 집단 건강수준을 향상시키기 위하여 새로운 ‘일차보건 기구(primary health organizations; PHOs)’를 조직하였다[50]. 2001년 인구의 97%를 관할하는 81개의 PHOs가 조직되었다. 정부의 PHOs에 대한 기준은 각 조직은 일차 진료의사를 포함하여 복합적인 직종을 갖추고 있어야 하며, 제공자와 지역대표가 조직을 관리하며, 재원은 인구수를 기반으로 제공되고, 환자는 등록되어야 한다는 것이었다. PHOs의 주요한 목표는 ① 건강불평등의 감소, ② 일차의료서비스에 대한 접근성 향상, ③ 서비스의 기획과 관리에 지역사회의 참여, ④ 집단건강의 향상을 위한 전략의 개발 등이었다. PHOs의 진전은 공중보건에 새로운 기회를 제공하였다. 일차의료의 맥락, 특히 일차 진료의사의 진료현장 속에서 공중보건을 강조함으로써 공중보건서비스와 일차의료의 연합을 조성하였다. 일차 진료의사는 건강의 결정요인에 더욱 관심을 가지게 되고, 일차의료와 지역사회 및 기타 건강에 영향을 미치는 부문과의 밀접한 협력이 발생할 것으로 기대되었다[50].

호주에서는 2001년 일차의료 현장에서 환자들의 생활습관을 효과적으로 개선시키고자 일차 진료 의사를 대상으로 ‘SNAP(Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity)’에 대한 상담 이론을 개발하였으며[51], 2004년 호주 일차의료학회에서 최종적인 SNAP 지침을 개발하여 보급하였다[52]. 호주 정부는 2005년 SNAP에서 제시한 생활습관 위험요인 이외에 체중관리와 기타 위험요인을 포함한 ‘Lifescrpts’ 프로그램을 보급하였다[53].

‘Lifescrpts’는 호주 정부가 2006년 2월 발표한 만성질환관리계획 ‘Australian Better Health Initiative’에도 포함되었다.

뉴질랜드와 호주의 일차의료 현장에서 공중보건서비스를 제공하려는 시도에 대해 일차 진료의사는 공중보건서비스에 대해 제대로 훈련을 받지 못하였으며, 이러한 노력이 공중보건에 사용될 재원을 일차의료로 전환한다는 비판도 있다[50]. 영국의 예를 보면 공중보건서비스와 일차의료를 통합하려는 시도가 반드시 성공적인 것은 아니다. 특히 집단 보건서비스의 경우에는 통합이 효과적이지 못하다.

영국의 경우 1974년 NHS의 개혁과 함께 이전에는 지방정부의 책임이었던 공중보건정책의 실행이 NHS의 책임으로 변화되었다. 지역에서 공중보건서비스를 담당하던 Medical Officers of Health(MOsH)는 NHS에 의해 임명되는 지역사회 의사(community physicians)로 신분이 변화되었다[46]. 공중보건 기능이 NHS에 통합된 이러한 변화에 대해 McPherson 등[54]은 NHS의 틀 안에서 공중보전이 관리되기 때문에 자원이 집단을 대상으로 한 공중보건 활동을 희생하여 개인 환자치료에 집중된다고 비판하였다. 또 Hunter[55]는 지역사회의사가 NHS에 소속해 있음으로써 건강에 영향을 미치는 다양한 요인이나 기관으로부터 분리되고, 개인을 중시하는 NHS의 다른 의사들과 갈등이 야기되는 등 공중보건과 NHS의 통합은 소기의 목적을 달성하는 데 실패하였다고 비판하였다.

3) 리더십과 협력의 강화를 위한 국가조직 신설
캐나다와 같이 공중보건에 대한 의사결정이 분권화된 국가에서는 새로운 국가조직을 통해 공중보건에 대한 의사결정을 조정, 통제하려는 노력이 나타났다.

캐나다에서는 공중보건의 책임이 연방/주/준주에 분산되어 있다. 실제로 연방정부의 보건에 대한 책임은 주/준주에 비하여 크지 않다. 20세기에는 전염병관리를 위한 건강보호 차원의 조치나 의약품과 식품관리, 환경보건문제, 공중보건 위기에

대한 대응, 특수집단에 대한 보건의료서비스 등만이 연방정부의 권한에 속했다. 1974년의 Lalonde 보고서와 1986년의 Ottawa 헌장 이래로 연방정부는 인구집단의 건강증진을 위한 노력을 시작하였다. 1980년대와 1990년대 캐나다의 공중보건의 취약하다는 많은 보고가 있었는데 특히 연방/주/준주 모두 공중보건역량이 부족하고, 행정체계 간의 역할과 책임이 명확하게 제시되어 있지 않고, 각급 조직간의 협력도 미흡하다는 지적이 많았다 [56].

2003년 중증 급성호흡기증후군(SARS)의 대유행을 경험한 캐나다는 연방정부의 공중보건문제에 대한 통합적인 대처능력을 강화하기 위해 2004년 9월 새로운 공중보건기관인 Public Health Agency of Canada(PHAC)를 설치하였다. PHAC는 ① 인구의 건강에 대한 현황평가, ② 건강 서베일런스, ③ 건강증진, ④ 질병과 사고 예방, ⑤ 건강보호, ⑥ 공중보건 위기대응과 같은 6가지 공중보건기능에 대해 다른 연방기구, 주/준주 정부, 필요에 따라서는 지방정부와 함께 협력하면서 범국가적인 활동을 선도하고 있다. PHAC는 각급 정부와 공중보건전문가들이 각자의 책임을 존중하면서 국가적 차원의 관심사에 대해 통합된 반응을 보일 수 있도록 하기 위해 Pan-Canadian Public Health Network를 조직하였다. 또한 PHAC는 환경보건, 전염병, 공중보건의 방법과 도구, 공공정책, 건강결정요인, 원주민 보건 등과 관련된 지식네트워크의 허브 역할을 하는 국가협력센터 등을 통해 공중보건 지식과 정보 확산에 핵심역할을 수행하고 있으며, 건강불평등을 감소하기 위한 사회적 건강결정요인의 개선 활동도 선도하고 있다[56].

PHAC의 공헌을 평가하기는 시기적으로 아직 이르다. 하지만 근거를 통해 공중보건정책의 질을 향상시키는 독립적인 핵심기관을 설립함으로써 연방정부의 새로운 재원을 끌어들이는데 성공하였다는 것은 성과이다. 매우 분권화된 공중보건체계를 가지고 있는 캐나다에서 Public Health Network와 같은 협력기전을 통해 연방/주/준주와 지방정부가 공동의 목적을 향해 노력하기 시작하였다는 것도 성과이다.

6. 공중보건체계의 관리

1) 과학적 근거의 확보와 확산

신 공중보건의 원칙을 구현하기 위해서는 과학적 근거의 확충과 이를 기반으로 한 개입이 요구된다[57,58].

영국은 National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)를 통해 과학적 근거에 기반을 둔 공중보건전략을 개발하고 있다. 2005년 National Institute for Clinical Excellence에 Health Development Agency의 역할을 이관시켜 새로운 조직인 National Institute for Health and Clinical Excellence를 조직하였다. 일부에서는 이러한 변화가 공중보건을 NHS의 영역 속에 포함시킴으로써 공중보건의 중요성을 격하시킨 것이라고 비판하였다. 하지만 NICE는 NHS의 밖에 있는 다양한 이해관계자들과 교류하기 위해 많은 노력을 기울였고, 산하조직인 Centre for Public Health Excellence를 통해 공중보건의 과학적 근거를 확보하기 위해 노력하였다[46: p.40]. 그럼에도 불구하고 NHS 소속이라는 NICE의 한계, 근거중심의학, 임상적 비용-효과 평가와 동일시되는 NICE의 이미지 등을 고려할 때 NICE의 지침이 지방정부로부터 얼마나 환영받고, 수용되며, 영향을 미칠 수 있을 것인가에 대해서는 의구심이 있다 [46: p.41]. 영국은 NICE가 개발한 공중보건의 지침이 준수되고 있는지를 Healthcare Commission이 매년 정기점검을 통해 모니터링하고 있다[46].

캐나다는 과학적 근거의 진파를 중시한다. 새로운 지식의 확산을 담당하는 핵심 기전은 웹을 기반으로 공중보건전문가와 담당자에게 과학적 근거에 기반을 둔 정보를 제공하는 Canadian Best Practices Portal for Health Promotion and Chronic Disease Prevention이다[56]. 인구집단보건에 대한 연방/주/준주 자문위원회(F/P/T Advisory Committee on Population Health)도 과학적 근거의 진파에 기여하고 있다.

2) 핵심기능을 이용한 공중보건체계의 평가

미국은 신공중보건의 원칙이 구현되도록 하기 위해 공중보건체계에 대한 평가를 IOM이 제시한

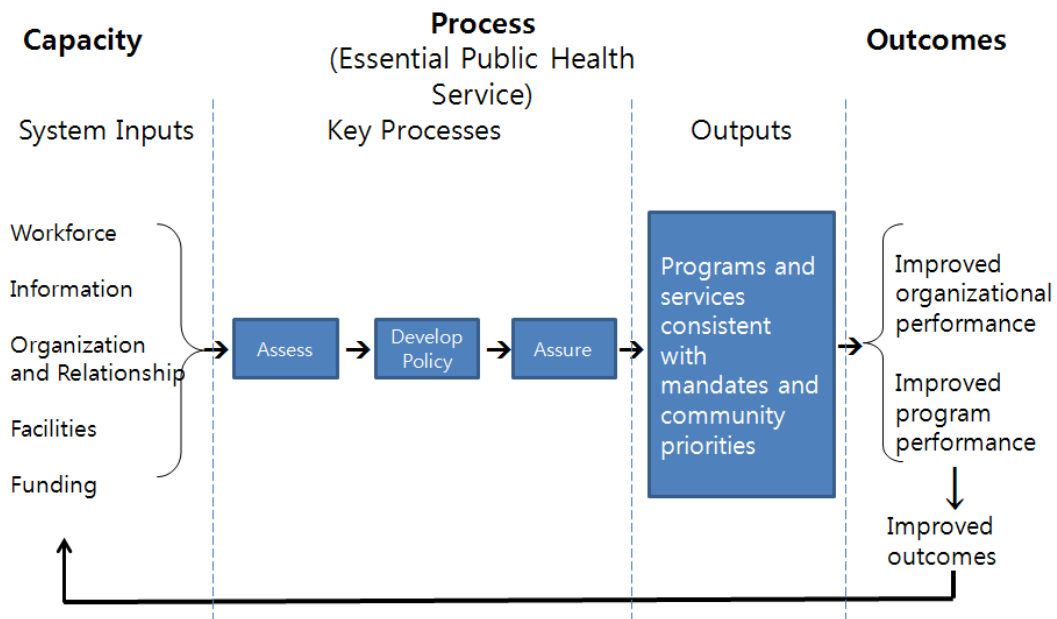


Fig 3. Framework for measuring public health system performance

Source: Turnock, Public health: What it is and how it works, 4th edition, Jones & Bartlett Publishers, Boston, 2008. p257.

공중보건의 핵심기능과 필수서비스라는 틀에 따라 수행하고 있다(Fig 3). 1990년 이전에 공중보건체계의 성과평가 기준은 공중보건의 핵심 기능보다는 구조나 산출과 관련되어 있었다. 그러나 1990년 이후에는 공중보건체계의 평가 기준을 핵심 기능과 산출에 초점을 맞추기 시작하였다[59].

미국의 워싱턴 주는 공중보건의 핵심 기능을 수행하기 위해 필요한 역량을 결정하고, 현재의 역량과 필요한 역량의 차이를 계산한 다음 이를 충족하기 위한 자원의 양과 예산을 추계하였다. 워싱턴 주는 주와 지방보건부서의 계약에 이를 활용하고 있다. 일리노이주 역시 주차원에서 공중보건의 핵심기능과 관련된 과정 및 산출 기준으로 구성된 Illinois Plan for Local Assessment of Needs를 개발하고, 이를 지역보건기관에 대한 신임 기준으로 활용하였다. 그 결과 단기간에 지방공중부서의 성과가 놀랍게 향상되었다[59].

각 주의 경험에 고무된 미국 CDC의 Public Health Practice Program Office는 ① 지역 공중보건체계의 자기 평가와 지속적인 향상을 도모하고, ② 전국적 차원에서, 그리고 경시적으로 공중

보건체계에 대한 서베일런스를 진행하며, ③ 공중보건조직의 신임에 활용하고, ④ 개발된 성과 기준을 주 또는 지방정부가 활용하게 하려는 목적으로 국가차원의 공중보건 성과기준 개발을 시작하였다. NACCHO(National Association of County and City Health Officials)가 지역 공중보건체계에 대한 성과 기준 개발을, ASTHO(Association of State and Territorial Health Officials)가 주 보건기관에 대한 성과 기준 개발을, 그리고 National Association of Local Boards of Health가 지역 보건위원회에 대한 기준 개발을 선도하였다. 그리고 이 기준과 상호보완적으로 ‘Health People 2010’에 공중보건의 하부체계에 관한 목표를 도입하였다[59].

이와 같은 공중보건체계의 성과에 대한 기준은 공중보건기관으로 하여금 공중보건의 미션과 목적에 주의를 집중시키고, 책임감을 향상시키며, 자원 배분을 개선하고, 지역사회, 주, 국가 공중보건체계의 역량 강화를 촉진하며, 최선의 전략을 보급하는데 도움이 될 뿐만 아니라 공중보건기관의 자체평가나 주 및 지역 공중보건체계의 성과 측정 등에도 유용할 것으로 기대되고 있다.

결론

1970년대 중반부터 생의학적 모형에 기반을 둔 공중보건의 비효율성과 건강불평등의 확대에 대한 대처 미흡으로 신 공중보건의 대두되었다. 신 공중보건은 공중보건을 개인중심 접근으로부터 사회생태적인 접근으로 전환시켜 건강의 사회적, 환경적, 문화적, 지역적 특성을 통합하고자 하는 철학이자 방법이다. 신 공중보건은 Alma-Ata 선언과 일차보건의료, Ottawa 헌장을 비롯한 건강증진운동, 건강도시를 비롯한 삶의 터(setting) 접근 등과 관련이 있으며, 1980년대 이후 선진국의 보건정책과 공중보건체계에 큰 영향을 미쳐왔다.

이 연구는 주요 선진국의 공중보건체계가 신 공중보건의 대두 이후 어떻게 변화하였는가를 연구함으로써 우리나라의 공중보건체계 발전에 도움을 주고자 시행되었다. 이 연구에서는 신 공중보건의 대두에 따른 공중보건의 정의와 핵심 기능의 변화를 정리하고, 각국의 ① 공중보건정책의 강화와 계획 수립, ② 공중보건인력의 역량강화, ③ 공중보건제공체계의 강화, ④ 공중보건체계의 관리강화에 대해서 국내·외의 문헌을 통해 고찰하였다.

신 공중보건 시대의 공중보건은 개인이 아니라 집단의 건강에 관심을 가지며, 광범위한 건강결정요인과 공공의 이익을 중시한다. 이에 따라 공중보건의 핵심기능도 과거에는 우선적으로 수행하여야 할 프로그램(사업)을 중심으로 정의하던 경향에서 벗어나 사업 수행방식을 중심으로 정의하기 시작하였다. 이러한 경향은 미국의 IOM 보고서[14][48]를 필두로 캐나다, 영국, 호주 등의 국가와 세계보건기구, PAHO 등 국제기구가 정의한 공중보건의 핵심기능을 통해 확인가능하다.

신 공중보건의 건강문제 해결을 위한 개인적 접근 보다 집단적 접근을 선호함에 따라 공중보건인력의 범주도 변화하였다. 영국은 신 공중보건 시대에 필요한 공중보건 인력을 공중보건 전문가(specialists)와 공중보건종사자(public health practitioners)뿐만 아니라 공중보건 기여자(wider public health)로 확대하고, 앞으로 공중보건의 동

력은 광범위한 공중보건 기여자의 참여를 통해 획득된다고 하였다[26]. 또, 미국, 캐나다, 호주, 영국 등 많은 나라에서 전문분야나 영역과 상관 없이 공중보건인력이라면 누구나 갖추어야 할 필수적인 지식, 기술, 태도를 핵심 역량(core competencies)으로 정의하고, 이를 공중보건인력의 교육과 훈련, 인력계획 수립, 평가 등에 활용하고 있다.

다양한 사회제도적 건강결정요인을 개선하기 위해서 “모든 정책에 건강을 고려(Health in All Policies; HiAP)”하는 접근이 확산되고 있다. 또, 건강증진 및 예방서비스에 초점을 맞추고 일차보건의료를 기반으로 보건체계를 재정립하며, 목표로 효과, 효율, 형평성 등을 강조하는 국가보건계획이 시작되었다. 미국의 국가보건계획(Healthy People)은 최근에는 HiAP 접근을 중시하고 있으나, 목표 자체는 건강행태를 위주로 한 건강결정요인과 질환을 중심으로 작성되었다. 반면에 스웨덴은 사회적 건강결정요인의 관리를 국가공중보건의 목표로 함으로써 신 공중보건의 원칙에 더욱 충실한 계획을 수립하였다.

신 공중보건은 공중보건체계의 범위에도 변화를 야기하였다. 각국은 신 공중보건의 원칙을 구현하기 위해 공중보건체계의 외연을 확대하고 다른 사회 체계와의 협력을 중시하게 되었다. IOM (2003)은 공중보건체계의 구성요소를 사회 전반으로 확대함으로써 공중보건을 사회적 의제로 만들고, 개인행동보다 집단행동을 강화할 수 있는 기반을 마련하였다. 일차의료 현장에서 질병예방과 건강증진 서비스를 제공하려는 노력도 나타났는데 호주와 뉴질랜드가 대표적인 국가이다[49]. 캐나다와 같이 공중보건에 대한 의사결정이 분권화된 국가에서는 Public Health Agency of Canada (PHAC)와 같은 새로운 국가조직을 통해 공중보건에 대한 의사결정을 조정, 통제하려는 노력도 나타났다.

영국은 National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)를 통해 과학적 근거에 기반을 둔 공중보건전략을 개발하고 있으며[46], 캐나다는 Canadian Best Practices Portal for Health

Promotion and Chronic Disease Prevention을 통해 과학적 근거의 전파에 노력하고 있다[56]. 이와 같이 신 공중보건의 원칙을 구현하기 위해서 과학적 근거의 확충과 이를 기반으로 한 개입 역시 각국에서 증가하고 있다.

공중보건의 핵심 기능을 근거로 공중보건체계를 평가하고자 하는 노력도 미국을 중심으로 이루어지고 있다[59]. 이러한 변화가 공중보건기관으로 하여금 공중보건의 미션과 목적에 주의를 집중시키고, 책임감을 향상시키는데 기여할 것으로 기대되고 있다.

신 공중보건의 영향에 따른 선진 각국의 공중보건체계 변화를 고찰한 결과 우리나라 공중보건체계의 강화 방안으로 다음의 5가지를 제안한다.

1) 공중보건의 핵심기능 변화

우리나라 공중보건체계는 집단이 아닌 개인을 대상으로 하는 직접 서비스 제공을 선호하여왔다. 개인적 서비스가 집단적 차원의 건강관리에 필수 불가결한 경우도 있지만 공중보건사업의 효율과 효과를 낮춘다는 사실을 간과해서는 안 된다. 공중보건기관이 서비스의 제공 또는 이용을 보장하는 보증자의 역할을 넘어서서 의료서비스의 제공과 같은 개인서비스 제공에 치중하다보면 전체 지역 주민에게 이익이 되는 질병예방과 건강증진 활동으로부터 관심이 멀어지게 되고 집단적 차원의 접근을 위한 예산이 감소할 것이다. 또 민간 의료기관과 경쟁적 관계에 놓이게 되어 공중보건기관이 리더십을 발휘하는데 장애가 된다. 집단의 건강관리가 우선시될 수 있도록 공중보건기관의 핵심기능을 변화시켜 지역자원과의 협력을 강화하도록 하여야 한다.

2) 공중보건체계의 범위 확대

우리나라는 그동안 ‘공중보건체계(public health system)’를 ‘공공보건체계(governmental public health system)’와 동일시하는 경향이 강하였다. 이러한 시각은 사회적, 제도적 건강결정요인에 대한 광범위한 접근을 제한한다. ‘공중보건체계’란 인구집단을 대상으로 공중보건서비스를 제공하는

정부 및 민간 조직의 집합체를 의미한다는 사실을 명심하고 건강에 영향을 미치는 모든 요소의 관리가 가능하도록 공중보건체계의 범위를 확대하여야 한다. 이러한 변화는 공중보건체계의 구성요소를 사회 전반으로 확대함으로써 공중보건을 사회적 의제로 만들고, 개인행동보다 집단행동을 강화할 수 있는 기반을 마련하는데 기여할 것이다.

의료기관을 통한 질병예방과 건강증진 서비스를 제공하려는 노력 역시 강화되어야 하나, 공중보건서비스와 일차의료를 통합하려는 시도는 반드시 성공적인 것은 아니라는 점에서 주의를 요한다.

3) 공중보건체계의 관리강화

그동안 우리나라에서도 공중보건사업도 과학적 근거를 확보할 필요성이 있다는 주장이 계속 제기되어 왔다. 근거가 있는 사업의 개발을 위한 연구지원을 강화하고, 근거에 기반을 둔 지침의 개발과 확산체계를 구축하며, 공중보건의 지침이 준수되고 있는지를 정기적으로 모니터링하여야 한다.

우리나라의 보건사업에 대한 성과평가는 대체로 사업의 최종결과, 즉 건강수준이나 산출물을 성과평가의 지표로 삼고 있다. 그러나 평가결과가 좋지 않게 나온다 하더라도 무엇 때문인지, 무엇을 개선해야 하는지를 직관적으로 알기가 어려웠다. 이러한 한계는 평가를 통해 ‘줄 세우기’는 가능하나 개선은 어렵다는 잘못된 인식을 확산시켰다. 우리나라도 공중보건의 핵심기능-산출-결과의 논리체계를 활용하여 핵심기능 수행을 위한 성과기준을 결정하고, 이를 공중보건기관의 평가에 활용하는 방안을 검토하여야 한다. 또 보건기관에 대한 자발적인 신임제도를 도입하여 그 결과를 공표함으로써 보건기관의 질적 수준을 향상시켜야 한다.

4) 보건인력의 역량 향상

지금까지 우리나라에서는 공중보건인력의 수, 분포, 직종별 구성 등을 문제 삼아 왔으나 앞으로는 인력의 역량(competencies)에 대해서 더욱 관심을 가져야 한다. Lee 등[60]은 의사들의 보건소 근무를 촉진하기 위해서도 사전 교육 및 보수 교

육을 통해 공공보건부문 의사들의 역량을 강화하여야 주장하였다. 전문분야나 영역과 상관없이 공중보건인력이라면 누구나 갖추어야 할 필수적인 지식, 기술, 태도를 핵심 역량(core competencies)으로 정의하고, 이를 공중보건인력의 교육과 훈련, 인력계획 수립, 평가 등에 활용하여야 한다. 그리고 지금까지는 공중보건인력의 범위에 속하지 않던 공중보건 기여자(wider public health)들에 대해서도 그들에게 필요한 역량을 정의하고, 역량 향상방안을 마련하여야 한다.

5) 공중보건정책과 계획의 강화

다양한 사회제도적 건강결정요인을 개선하기 위해서 보건분야 이외의 다른 부문의 역할을 강조하는 Health in All Policies 접근을 강화하여야 한다. 이를 위해 국민건강증진종합계획을 건강행태와 질병관리에 대한 계량적 목표를 추적·관리하는 방식에서 벗어나 사회적 건강결정요인 관리 방식으로 전환함으로써 신 공중보건의 원칙에 더욱 충실한 계획을 수립할 필요가 있다.

참고문헌

1. Ncayiyana M, Goldstein G, Goon, Yach D. New public health and WHO's ninth general programme of work: a discussion paper. Geneva: World Health Organization, 1995. Available from : URL:http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/HRH_95.6.pdf
2. Minkler M. Challenges for health promotion in the 1990s: Social inequities, empowerment, negative consequences, and the common good. *Am J Health Promot* 1994;8(6):403-413
3. Dakubo CY. Ecosystems and human health: A critical approach to ecohealth research and practice. New York, Springer, 2010. p.24
4. Green LW. Modifying and developing health behaviour. *Annu Rev Public Health* 1984;5:215-236

5. Milstein B. Hygeia's constellation: Navigating health futures in a dynamic and democratic world. Atlanta(GA), GA Syndemics Prevention Network, Centers for Disease Control and Prevention, 2008. Available from URL: http://www.cdc.gov/syndemics/pdfs/Hygeias_Constellation_Milstein.pdf
6. Green LW, O'Neill M, Westphal M, Morisky D. The challenges of participatory action research for health promotion. *Health Promotion Educ* 1996;3:3-5
7. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Quart* 1988;15(4):351-378
8. McLeroy KR, Steckler AB, Goodman RM, Burdine JN. Health education research, theory, and practice: Future directions. *Health Educ Res Theory Pract* 1992;7:1-8
9. Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *Am Psychol* 1992;47(1):6-22
10. Brown T, Duncan C. Placing geographies of public health. *Area* 2002;34(4):361-369
11. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a New Public Health and health promotion. *Am J Public Health* 2003;93(3):383-388
12. Winslow EA. The Untilled Fields of Public Health, *Science* 1920;51(1306):23-33
13. Lewis J. What price community medicine? The philosophy, practice and politics of public health since 1919. Brighton, UK: Wheatsheaf Books, 1986.
14. Institute of Medicine. The future of public health. Washington, National Academic Press, 1988, p.7, p42, pp.141-142
15. Acheson D. Public health in England: The report of the committee of inquiry into the

- future development of the public health function. London, HMSO, 1988.
16. Wanless D. Securing good health for the whole population. Final report. London, Department of Health, 2004, p.27
 17. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. Public health for the new era: Improving health through collective action. *Lancet* 2004;363: 2084-2086
 18. Shonick W. Government and health services: Government's role in the development of U.S. health services 1930-1980. New York, Oxford University Press, 1995. Quoted from Turnock B, Public health: What it is and how it works, 4 edition, Jones & Bartlett Publishers, Boston, 2008, p.220
 19. Public Health Functions Steering Committee, U.S. Public health in america. Washington, DC, U.S. Public Health Services, 1994.
 20. Sullivan M, Michel I. Core competencies in public health: Literature review, Toronto, Ontario Public Health Association, 2004. Available from URL:<http://www.opha.on.ca/programs/archived/phcci/litreview/PHCCI-LitReview-4Mar04.pdf>
 21. Moloughney, B. Core functions of public health - A very brief review, prepared for: National ad hoc steering committee on the future of public health. December 11, 2002 (Draft).
 22. National Public Health Partnership. National delphi study on public health functions in Australia: Report on the findings. January 2000. Available from URL:<http://www.nphp.gov.au/publications/phpractice/delphi-body.pdf>
 23. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: Results of the international delphi study. *World Health Stat Q* 1998;51(1):44-54
 24. Pan American Health Organization. Public health in the Americas: Conceptual renewal, performance assessment, and bases for action. PAHO Scientific Publications. Pan Amer Health Org. 2002. Available from URL:http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EPHF_Public_Health_in_the_Americas-Book.pdf
 25. Lock K, Sim F. Public Health in the United Kingdom. In Beaglehole R, Bonita R, editors. *Global public health: A new era*. second edition. New York, Oxford University Press, 2009, pp.63-84
 26. Department of Health, UK. The report of the Chief Medical Officer's project to strengthen the public health function. London, Department of Health, 2001. Available from URL: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4062359.pdf
 27. Public Health Agency of Canada. Core competencies for public health in Canada: Release 1.0. Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2007. Available from URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf>
 28. Council on Linkages between Academia and Public Health Practice. Core Competencies for Public Health Professionals. 2010. Available from URL:http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Public_Health_Competencies_III.pdf
 29. The Public Health Foundation. About the core competencies for public health professionals. Available from URL: http://www.phf.org/programs/corecompetencies/Pages/About_the_Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals.aspx
 30. Emerson B. The Development of a draft set of public health workforce core competencies:

- Summary report. Federal/Provincial/ Territorial Joint Task Group on Public Health Human Resources, 2005. Available from URL: http://www.ciphi.ca/files/documents/cpc/cce_merson.pdf
31. Faculty of Public Health, UK. Ten key standards for public health. Available from URL: <http://www.fph.org.uk/training/>
 32. Puska P, Stahl T. Health in all policies—the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annu Rev Public Health* 2010;21(31):315–328
 33. WHO, Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies. Adelaide, South Australia, WHO, 2010.
 34. Kickbusch I, Buckett K, editors. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010, Department of Health, Government of South Australia, 2010. Available from URL: <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>
 35. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in All Policies: Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006. Available from URL: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf
 35. Health in All Policies Task Force, California. Health in All Policies Task Force Report to the Strategic Growth Council. 2010. Available from URL: http://sgc.ca.gov/hiap/docs/publications/HiAP_Task_Force_Report.pdf
 36. National Prevention, Health Promotion and Public Health Council. 2010 Annual Status Report. 2010. Available from URL: <http://www.hhs.gov/news/reports/nationalprevention2010report.pdf>.
 37. U.S. Department of Health and Human Services. Key Features of the Affordable Care Act, By Year. Available from URL: <http://www.healthcare.gov/law/about/order/byyear.html>.
 38. U.S. Environmental Protection Agency. Partnership for Sustainable Communities. 2010. Available from URL: http://www.epa.gov/smartgrowth/pdf/2010_0105_partnership-in-action.pdf.
 39. Jeong BG, Kim JR, Kang YS, Park KS, Lee JH, Jo SR, Seo GD, Joo SJ, Oh ES, Kim SJ, Jo SJ, Kim SM, Yeum DM, Sim MY. The strategies to address regional health inequalities in Gyeongsangnam-Do: Health Plus Happiness Plus projects. *J Agric Med Community Health* 2012;37(1): 36–51 (Korean)
 40. Department of Health, UK. Healthy Weight, Healthy Lives: A cross government strategy for England. London, Department of Health, 2008. Available from URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100407220245/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_084024.pdf
 41. Rodwin V. The health planning predicament. Berkeley, University of California Press, 1984. pp.1–2
 42. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute of Futures Studies, 1991.
 43. Kickbusch I. Adelaide revisited: From healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International* 2008;23(1):1–4
 44. Wall S, Persson G, Weinehall L. Public health in Sweden: facts, visions, and lessons. In Beaglehole R, Bonita R, editors. *Global Public Health: a new era*. second edition. New York, Oxford University Press, 2009, pp.85–100

45. Health on equal terms: national goals for public health. Final report by the Swedish National Committee for Public Health. *Scand J Public Health* 2001;29(Suppl 57):1-68
46. Hunter DJ, Marks L, Smith KE. The public health system in England: a scoping study. Centre for Public Policy and Health, Durham University, 2007, p.1, pp.6-8, p.18, p.26, p.40
47. Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2006;126(6):252-253
48. Institute of Medicine. The future of the public's health in the 21st century. Washington, National Academies Press, 2003, p.28
49. General Practice/Population Health Joint Action Group. Consultation paper: General practice and population health. Canberra, Department of Health and Aged Care, 2001.
50. Davis P, Lin V, Gauld R. Public health in Australia and New Zealand. In Beaglehole R, Bonita R, editors. *Global Public Health: a new era*. second edition. New York, Oxford University Press, 2009. pp.225-248
51. Department of Human and Aging, Australia. Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP) framework for general practice. Canberra, Department of Human and Aging, 2001. Available from URL: [http://notes.med.unsw.edu.au/CPHCEWeb.nsf/resources/CGPISresources61to65/\\$file/SNAP+Framework+for+General+Practice.pdf](http://notes.med.unsw.edu.au/CPHCEWeb.nsf/resources/CGPISresources61to65/$file/SNAP+Framework+for+General+Practice.pdf)
52. Royal Australian College of General Practitioners. Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP). A population health guide to behavioral risk factors in general practice. 2004. Available from URL: [http://notes.med.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CGPISRresources66to70/\\$file/RACGP+SNAP+guide.pdf](http://notes.med.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CGPISRresources66to70/$file/RACGP+SNAP+guide.pdf)
53. Department of Human and Aging, Australia. Lifescripts advice for healthy living. Canberra, Department of Human and Aging, 2005. Available from URL: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0343771B24D26224CA2574D30005EC88/\\$File/indig-flip-chart.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0343771B24D26224CA2574D30005EC88/$File/indig-flip-chart.pdf)
54. McPherson K, Taylor S, Coyle E. For and against: Public health does not need to be led by doctors-For Against. *BMJ*, 2001;322(7302):1593-1596
55. Hunter DJ. Public health policy. Cambridge, Polity, 2003. p.111
56. Stachenko S, Legowski B, Geneau R. Improving Canada's response to public health challenges: the creation of a new public health agency. In Beaglehole R, Bonita R, editors. *Global Public Health: a new era*. second edition. New York, Oxford University Press, 2009. pp.123-138
57. Baum FE, Bégin M, Houweling TA, Taylor S. Changes not for the fainthearted: Reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health. *Am J Public Health* 2009;99(11):1967-1974.
58. Tulchinsky TH, Varavikova EA. What is the "New Public Health"? *Public Health Reviews* 2010;32:25-53
59. Turnock, B. Public health: What it is and how it works, 4th edition, Jones & Bartlett Publishers, Boston, 2008, pp.246-247, pp.250-253
60. Lee KS, Lee JJ, Kim JS, Hwang TY, Son HK, Kim CB. The Medical Doctors' opinion of public health center on the development and supply of medical doctor for public health sector. *J Agri Med & Community Health* 2009;34(3):303-315 (Korean)
61. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion: First international

- conference on health promotion. 1986. Available from URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
62. Baum F. The new public health: an Australian perspective. third edition. New York, Oxford University Press, 2008.
63. Rothstein MA. Rethinking the meaning of public health, *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2002;30(2):144-149
64. Gostin L. Public health law and ethics: A reader. Berkeley, University of California Press, 2002.