

## 제6기 지역보건의료계획의 제3차 국민건강증진종합계획 건강증진 지표 활용도

김현수, 이종하, 전효인, 이무식, 홍지영<sup>†</sup>  
건양대학교 의과대학 예방의학교실

### Utilizing health promotion indices of the 3rd national health plan in the 6th Community Health Plans in South Korea

Hyun-Soo Kim, Jong-Ha Lee, Hyo-In Jeon, Moo-Sik Lee, Jee-Young Hong<sup>†</sup>  
*Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Konyang University*

**Objectives:** This study was aimed to investigate utilization of health promotion indices of the 3rd National Health Plan 2011-2020 (HP2020) in the 6th Korean Community Health Plan. **Methods:** Health promotion indices were defined as a set of indicators on smoking, alcohol drinking, physical activity, nutrition and obesity used in HP2020. This indices were categorized into essential indicator, accessory indicators and others. Based on chi-square test, we analyzed utilization of health promotion indices in 186 Community Health Plans by regional classifications: four large influence areas (SudoGangwon, Chungcheong, Gyeongsang and HonamJeju) and four regional classification (metropolitan district, city, urban-rural area and rural area) **Results:** Among total 186 plans, indicator utilization rate were 97.8% in smoking, 71.0% in alcohol drinking, 91.9% in physical activity, 99.5% in nutrition and 72.0% in obesity. Utilization rates of alcohol drinking indicators and essential indicators in alcohol drinking show significantly difference by four large influence areas ( $p<0.01$ ) and four regional classification ( $p<0.01$ ). Essential indicators in physical activity show significantly difference by four large influence areas ( $p<0.01$ ). **Conclusions:** Central government must provide technical assistance and educate personnel in community health centers and provincial health department about meaning and usefulness of Health Plan 2020 indicators.

**Key words:** Community Health Plan, national health plan, health promotion, index

### I. 서론

사망원인의 68%, 70세 이전 사망원인의 52%를 암, 뇌혈관질환, 심혈관질환 등 만성질환이 차지하는 등(World Health Organization [WHO], 2014), 높은 만성질환 부담을 해결하기 위하여 만성질환의 결정요인에 초점을 맞춘 건강증진 사업이 활발하게 전개되고 있다. 다양한 만성질환을 관리하기 위한 가장 비용효과적인 전략으로 흡연, 음주, 신체활동, 불균형한 영양 섭취 및 비만 등 만성질환의 발생 기여도가 21-51% 수준(WHO, 2014; Ministry of Health and

Welfare [MOHW], 2011)인 건강행태를 개선하기 위한 노력들이 시도되고 있다. 우리나라 역시 최근 흡연시작 연령 감소, 음주율의 증가, 신체활동 실천율의 감소, 비만도의 증가와 같은 생활습관 실천율이 악화하는 경향을 보이고 있어(MOHW, 2011), 국가 수준의 건강증진계획을 수립하기 위하여 2002년부터 제1차 국민건강증진종합계획을 시작으로 현재 제3차 국민건강증진종합계획 2011~2020(the 3rd National Health Plan 2011~2020 [HP2020])을 수립, 시행하고 있다. HP2020에는 성인남자 흡연율, 성인 고위험음주율, 성인 중등도 신체활동 실천율, 건강식생활실천율, 성인 비

Corresponding author : Jee-Young Hong

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Konyang University

158, Gwanjeodong-ro, Seo-gu, Daejeon 35365, Korea

주소: (35365) 대전광역시 서구 관저동로 158 건양대학교 의과대학 예방의학교실

Tel: +82-42-600-6407, Fax: +82-42-600-6401, E-mail: prvhong@konyang.ac.kr

• Received: July 18, 2016

• Revised: September 9, 2016

• Accepted: October 27, 2016

만유병률 등을 건강증진 분야 대표지표로 제시하고, 2020년까지 달성해야 할 목표치들을 제시하고 있다.

시도, 시군구 등 일선 보건당국에서는 지역주민의 건강 수준을 개선하기 위해 1997년부터 지역보건의료계획을 수립, 시행하고 있으며 현재 제6기 지역보건의료계획이 수립, 시행되고 있다. 과거 지방자치단체의 보건사업은 중앙부처에서 개별 사업의 종류와 사업량을 지정한 바에 따라 운영된 반면, 최근 포괄 예산보조 방식으로 전환한 지역사회통합건강증진사업 등 지역주민의 요구도를 반영한 지역 자체의 보건사업들이 기획, 수행되고 있다. 이에 따라 중앙부처에서는 건강증진 사업 분야별로 핵심 성과지표를 제시하고 구체적인 건강증진 사업의 내용과 전략은 지방자치단체에서 자체적으로 수립, 시행하는 방향으로 전환하였다 (Lee, 2013).

미국 보건복지성(U.S. Department of Human Health and Services, [U.S. DHHS])은 계획수립 조정관(coordinator)를 통해 주정부와 지방정부가 자체 Healthy People 2020를 수립할 경우 연방정부에서 제시한 핵심 지표와 목표치를 계획에 반영할 수 있도록 기술지원하고 있다 (U.S. DHHS, 2016). 이는 개인의 건강은 개인이 거주하는 지역의 건강수준과 분리하여 생각할 수 없고 주정부와 지방정부의 모든 지역사회의 건강수준은 결국 미국 전체의 건강수준을 결정하기 때문에(U.S. DHHS, 2010) 주정부와 지방정부의 Healthy People 2020 수립시 연방정부에서 제시한 핵심지표와 그 목표치를 반영해야 한다는 합의가 존재하고 있다.

보건소의 보건사업 기획 능력과 조직성과간 관련성이 높다고 보고한 연구 결과(Jang, 2014)와 중앙부처에서 성과지표를 제시한 것이 지방자치단체의 보건사업을 더 효과적으로 운영할 수 있음을 지적한 연구 결과(Lee, 2013)을 고려한다면 지방자치단체에서 작성된 지역보건의료계획들이 HP2020의 건강증진영역의 지표들을 얼마만큼 반영하여 작성되었는가를 분석하는 것은 우리나라 건강증진 사업 계획 수립시 참고할 수 있는 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 생각된다. 따라서 이 연구에서는 186개 제6기 지역보건의료계획을 수집하여 HP2020의 흡연, 음주, 신체활동, 영양 및 비만 등 5개 건강증진영역의 지표들을 얼마만큼 활용되었는가를 분석하고자 하였다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상

이 연구는 제6기 지역보건의료계획에 대한 내용 분석을 통한 HP2020 지표의 활용 수준을 파악하기 위해 전국 229개의 제6기 지역보건의료계획서를 분석 대상으로 하였다. 2015년 3월 2일부터 4월 14일까지 인터넷에 공개되거나 보건소가 지역보건의료계획서 제공 요청에 응하여 수집이 가능하였던 186개 지역보건의료계획서를 최종 분석대상으로 하였다.

### 2. 건강증진영역 지표

HP2020는 총괄목표인 건강수명 연장과 건강형평성 제고를 달성하기 위해 금연, 절주, 신체활동, 영양 등을 포함한 건강생활실천 확산부터 만성질환과 발병 위험요인 관리, 감염질환 관리, 안전환경보건, 인구집단 건강관리, 사업체계관리 등 6개 대영역에서 32개 중점과제, 16개 분야별 대표지표 및 수백 개의 세부지표를 가지고 있다. 이 중 이 연구의 분석대상인 건강증진 영역 지표는 건강생활실천 확산 대영역의 금연, 절주, 신체활동, 영양 등 4개 중점과제와 만성질환과 발병위험요인관리 대영역에 포함된 비만 중점과제에서 제시된 지표들로 정의하였다.

대표지표, 부가지표, 기타지표의 분류와 정의는 금연 영역 사례를 설명하고자 한다. 금연 영역은 “1-1. 청소년 흡연율을 낮춘다”, “1-2. 성인 흡연율을 낮춘다”, “1-3. 흡연 시작률을 낮춘다.”, “1-4. 흡연자의 금연 의지 및 시도율을 높인다.”, “1-5. 간접흡연율을 낮춘다.”, “1-6. 금연구역을 넓힌다.” 등 6개 소영역으로 구분되며 40개 세부지표를 제시하고 있다. 이 중 금연 영역의 대표지표인 성인 남자 흡연율은 “1-2. 성인 흡연율을 낮춘다” 소영역에 속한다. 금연 영역의 대표지표는 성인 남자 흡연율이고, 부가지표는 대표지표가 속한 소영역에서 제시된 지표들이고, 기타 지표는 대표지표가 속하지 않은 소영역에서 제시된 지표들로 조작성으로 정의하였다.

절주 영역의 대표 지표는 성인 고위험음주율, 신체활동 영역은 성인 중등도 신체활동 실천율, 영양 영역은 건강식 생활 실천율, 비만 영역은 성인 비만유병률이다. 총 5개 건강증진 영역별 소영역의 수, 전체 지표 수, 대표 지표 이름, 부가 지표 수 및 기타 지표 현황은 <Table 1>과 같다.

&lt;Table 1&gt; Structure of HP2020 indicators

Domain	Number of subdomains	Number of total indicators	Essential indicator	Number of indicator	
				Accessory	Other
Smoking cessation	6	40	smoking rate, adult male	13	26
Alcohol drinking	5	24	high risk alcohol consumption rate, adult	3	20
Physical activity	3	12	moderate physical activity rate, adult	8	3
Nutrition	5	19	healthy nutrition consumption rate, adult	5	13
Obesity	4	8	obesity rate, adult	0	6

대표지표와 정확히 일치하지 않지만 대표지표로 선정할 수 있는 경우는 대표적으로 성인 남자흡연율을 활용하지 않은 대신 성인 흡연율을 이용한 사례를 들 수 있다. 이와 같이 성별 지표를 활용해야 함에도 불구하고 성인 전체 지표를 활용한 경우도 대표지표를 활용한 것으로 정의하였다.

### 3. 연구변수

이러한 지표의 분류 기준을 이용하여 제6기 지역보건의료계획에서의 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만 영역의 대표지표, 부가지표, 기타지표의 활용률을 결과변수로 하였다. 지역보건의료계획에서 HP2020 금연 영역의 대표지표를 활용했다는 것은 금연 영역의 HP2020 대표지표 중 1개 이상의 지표를 제시한 경우로 정의하였고, 부가지표 및 기타지표 역시 같은 정의를 사용하였다. 1개 영역의 대표지표 활용률은 조사대상 제6기 지역보건의료계획 수 대비 해당 영역의 대표 지표를 1개 이상 활용한 제6기 지역보건의료계획 수의 비율로 정의하였다. 지표 활용률이 높을수록 HP2020과 제6기 지역보건의료계획서간 건강증진영역 지표의 연계성이 높은 것으로 해석하였다.

독립변수는 지역의 권역별 분류 및 보건소 분류로 하였다. 권역별 분류는 수도권권, 충청권, 호남제주권, 영남권으로 나누었고, 수도권권은 서울특별시, 인천광역시, 경기도, 강원도가, 충청권은 대전광역시, 세종특별자치시, 충청남도, 충청북도가, 영남권은 부산광역시, 대구광역시, 울산광역시, 경상남도, 경상북도가, 호남제주권은 광주광역시, 전라남도, 전라북도, 제주특별자치도가 포함되었다. 보건소 분류는 보건소 소재 관할지역의 읍·면·동 구성에 따라 특별광역시, 일반시, 도농복합형, 농어촌으로 나누었

고, 특별광역시는 특별시, 광역시 및 자치시 지역, 일반시는 동만 포함된 시 지역, 도농복합형은 읍면이 포함된 시 지역, 농어촌은 군 지역으로 하였다.

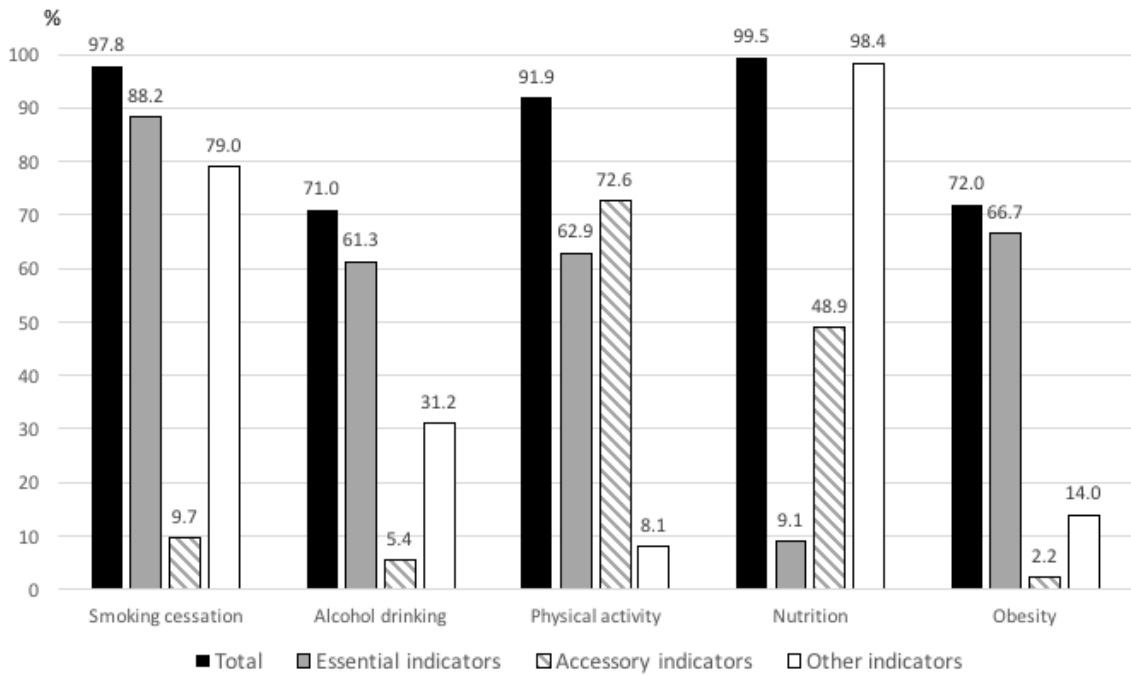
### 4. 통계분석

186개 지역보건의료계획서의 HP2020 건강증진영역 지표의 활용률에 대한 기술 통계를 실시하였다. 권역별 및 보건소 분류별 HP2020 건강증진영역 지표의 활용률의 차이는 카이제곱 검정을 통해 분석하였다. 자료 분석은 SPSS Version 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 프로그램을 이용하여 유의수준 0.05에서 시행되었다.

## Ⅲ. 연구결과

### 1. HP2020 지표 활용률

186개 제6기 지역보건의료계획에서의 HP2020 지표 활용률<Figure 1>은 금연 영역은 97.8%, 신체활동 영역 91.9%, 영양 영역 99.5%인 반면, 비만 영역과 절주 영역은 각각 72.0%, 71.0%로 상대적으로 낮았다. 대표지표 활용률은 금연 영역 88.2%, 절주 영역 61.3%, 신체활동 영역 62.9%, 비만 영역 66.7%인 반면 영양 영역의 대표지표 활용률은 9.1%로 상대적으로 낮았다. 부가지표 활용률은 신체활동 영역 72.6%, 영양 영역 48.9%이었지만, 다른 영역은 모두 10% 미만으로 나타났다. 기타 지표 활용률은 금연 영역 79.0%, 영양 영역 98.4%이었지만, 다른 영역은 40% 미만으로 나타났다.



<Figure 1> Utilization rate of HP2020 indicators in 6th Community Health Plan

<Table 2> Utilization rate of HP2020 indicators in 6th Community Health Plan by four regional classification

Unit: N(%)

Indicators	Metropolitan (N=57)	City (N=17)	Urban-rural (N=54)	Rural (N=58)	p-value
Smoking cessation	56(98.2)	17(100.0)	53(98.1)	56(96.6)	1.000
Essential	50(87.7)	16(94.1)	44(81.5)	54(93.1)	.275
Accessory	9(15.8)	1( 5.9)	1( 1.9)	7(12.1)	.053
Others	48(84.2)	15(88.2)	44(81.5)	40(69.0)	.166
Alcohol drinking	43(75.4)	14(82.4)	44(81.5)	31(53.4)	.006
Essential	39(68.4)	13(76.5)	36(66.7)	26(44.8)	.017
Accessory	5( 8.8)	2(11.8)	0( .0)	3( 5.2)	.068
Others	17(29.8)	6(35.3)	21(38.9)	14(24.1)	.389
Physical activity	52(91.2)	16(94.1)	50(92.6)	53(91.4)	1.000
Essential	37(64.9)	13(76.5)	33(61.1)	34(58.6)	.579
Accessory	41(71.9)	10(58.8)	42(77.8)	42(72.4)	.503
Others	7(12.3)	0( .0)	4( 7.4)	4( 6.9)	.496
Nutrition	56(98.2)	17(100.0)	54(100.0)	58(100.0)	.688
Essential	4( 7.0)	1( 5.9)	6(11.1)	6(10.3)	.887
Accessory	33(57.9)	9(52.9)	21(38.9)	28(48.3)	.248
Others	55(96.5)	17(100.0)	53(98.1)	58(100.0)	.569
Obesity	46(80.7)	13(76.5)	36(66.7)	39(67.2)	.287
Essential	41(71.9)	10(58.8)	34(63.0)	39(67.2)	.677
Accessory	2( 3.5)	1( 5.9)	1( 1.9)	0( .0)	.243
Others	12(21.1)	3(17.6)	7(13.0)	4( 6.9)	.145

2. 보건소 특성별 HP2020 지표 활용률

보건소 관할지역의 읍면동 구성별<Table 2> 및 권역별<Table 3> HP2020 지표 활용률을 살펴본 결과 권역별 지표 활용률의 경우 전주 영역의 전체지표(p=0.001), 대표지표(p=0.001), 기타지표(p=0.015) 그리고 신체활동 영역의 대표지표(p=0.036)에서만 유의한 차이를 보였으며, 보건소 관할지역의 읍면동 구성별 지표 활용률의 경우 전주 영역의 전체지표 활용률만 유의한 차이를 보였다(p=0.006).

보건소 관할지역의 읍면동 구성별 HP2020 지표 활용률의 분포(Table 2)를 살펴보면 금연 영역의 경우 대표지표는 특별광역시(87.7%), 도농복합(81.5%), 부가지표는 일반시

(5.9%), 도농복합(1.9%), 기타지표는 농어촌(69.0%)에서 상대적으로 낮았다. 절주 영역의 지표 활용률은 대표지표의 경우 농어촌(44.8%), 부가지표의 경우 농어촌(5.2%), 도농복합(0%), 기타지표의 경우 농어촌(24.1%)에서 상대적으로 낮았다. 신체활동 영역의 지표 활용률은 대표지표의 경우 농어촌(58.6%), 부가지표의 경우 일반시(58.8%), 기타지표의 경우 일반시(0%)에서 상대적으로 낮았다. 영양 영역의 지표 활용률은 대표지표의 경우 특별광역시(7.0%), 일반시(5.9%), 부가지표의 경우 도농복합(38.9%)에서 상대적으로 낮았다. 비만 영역의 지표 활용률은 대표지표의 경우 일반시(58.8%), 기타지표의 경우 농어촌(6.9%)에서 상대적으로 낮았다.

<Table 3> Utilization rate of HP2020 indicators in 6th Community Health Plan by large influence areas

Unit: N(%)

Indicators	SudoGangwon (N=71)	Chuncheong (N=20)	HonamJeju (N=32)	Gyeongsang (N=63)	p-value
Smoking cessation	71(100.0)	20(100.0)	31(96.9)	60(95.2)	.272
Essential	66(93.0)	15(75.0)	29(90.6)	54(85.7)	.143
Accessory	11(15.5)	1( 5.0)	0( .0)	6( 9.5)	.064
Others	58(81.7)	16(80.0)	27(84.4)	46(73.0)	.558
Alcohol drinking	57(80.3)	5(25.0)	24(75.0)	46(73.0)	.001
Essential	51(71.8)	4(20.0)	20(62.5)	39(61.9)	.001
Accessory	8(11.3)	0( .0)	0( .0)	2( 3.2)	.067
Others	24(33.8)	1( 5.0)	15(46.9)	18(28.6)	.015
Physical activity	66(93.0)	17(85.0)	31(96.9)	57(90.5)	.451
Essential	49(69.0)	8(40.0)	24(75.0)	36(57.1)	.036
Accessory	49(69.0)	15(75.0)	24(75.0)	47(74.6)	.865
Others	6( 8.5)	0( .0)	3( 9.4)	6( 9.5)	.644
Nutrition	71(100.0)	20(100.0)	32(100.0)	62(98.4)	.618
Essential	8(11.3)	3(15.0)	2( 6.3)	4( 6.3)	.555
Accessory	43(60.6)	8(40.0)	15(46.9)	25(39.7)	.082
Others	69(97.2)	20(100.0)	32(100.0)	62(98.4)	1.000
Obesity	56(78.9)	14(70.0)	24(75.0)	40(63.5)	.250
Essential	52(73.2)	12(60.0)	23(71.9)	37(58.7)	.266
Accessory	1( 1.4)	1( 5.0)	1( 3.1)	1( 1.6)	.564
Others	12(16.9)	3(15.0)	5(15.6)	6( 9.5)	.639

Note: SudogGangwon includes Seoul, Incheon, Gyeonggi and Gangwon. Chungcheong includes Daejeon, Chungnam, Chungbuk and Sejong. HonamJeju includes Gwangju, Jeonnam, Jeonbuk and Jeju. Gyeongsang includes Busan, Daegu, Ulsan, Gyeongnam and Gyeongbuk.

권역별 HP2020 지표 활용률의 분포<Table 3>를 살펴보면 금연 영역의 지표 활용률은 대표지표의 경우 충청권역(75.0%), 부가지표의 경우 충청권역(5.0%)과 호남권역(0%), 기타지표의 경우 영남권역(73.0%)이 다른 권역에 비해 낮았다. 절주 영역과 신체활동의 지표 활용률은 충청권역이 다른 권역보다 상대적으로 대표지표, 부가지표, 기타지표 모두 낮았다. 영양 영역의 지표 활용률은 대표지표의 경우 호남권역(6.3%), 영남권역(6.3%), 부가지표의 경우 충청권역(40.0%), 영남권역(39.7%)이 다른 권역에 비해 낮았다. 비만 영역의 지표 활용률은 대표지표의 경우 충청권역(60.0%), 영남권역(58.7%), 기타지표의 경우 영남권역(9.5%)로 다른 권역에 비해 낮았다.

#### IV. 논의

과거 지방자치단체의 보건사업은 중앙정부가 제시하는 개별 보건사업 지침과 목표량을 충실히 이행하는 것이 주된 목표였지만, 1990년대 초반 본격화된 지방자치제도 중 보건의료 분야의 분권을 강화하기 위하여 각 보건소가 4년마다 지역보건의료계획을 수립하는 것을 필수 업무로 규정한 지역보건법이 시행되면서(Na, 2010), 지역의 건강수준과 보건의료 수준에 대한 평가를 통해 각 지역의 실정에 맞는 보건사업 기획의 중요성이 높아졌다(Lee, 2008).

HP2020은 제2차 국민건강증진종합계획, 즉 HP2010과 달리 소득 수준에 따른 건강불평등 뿐만 아니라 지역간 불평등 완화를 위한 목표를 제시하고 있고(Choi, Yoon, & Shin, 2012), 2008년 지역사회건강조사가 시행되면서 각 보건소 관할지역 단위에서 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만 등 생활습관에 관련된 건강지표 생성이 가능해짐에 따라 국가 차원의 건강증진 목표를 지역보건의료계획내 건강증진사업 기획에 더 수월하게 반영할 수 있는 환경이 조성되었다. 또한 건강증진 전문인력 교육(Field Management Training Program for Health Promotion)를 비롯한 여러 보건사업 기획 관련 교육훈련도 지역보건의료계획과 건강증진사업계획 등 보건사업을 수립하는 방법에 관한 내용을 반영하면서 보건소 일선 담당자들의 계획 수립 경험이 축적되었고(Na, 2010), 시도 단위에 통합건강증진 사업지원단을 설치하고 2013년부터 건강증진사업 예산 지원 방식을

포괄보조로 변경하면서 보건소가 HP2020 건강증진영역 목표 달성을 위해 자율적으로 지역사회 통합건강증진사업을 수립할 수 있도록 기술적 지원과 예산지원을 하고 있다.

하지만 위와 같이 지역보건의료계획에서 건강증진 프로그램을 기획하는 과정, 특히 건강증진사업의 목표를 설정하는데 있어 우호적인 환경이 조성되고 있음에도 불구하고 제6기 지역보건의료계획상 금연, 절주, 신체활동, 영양 및 비만 등 주요 건강증진 영역에서의 HP2020 지표 활용률은 영역간 차이 뿐만 아니라 지역간 차이도 보이는 것으로 나타난 이 연구 결과는 중앙정부의 국민건강증진종합계획과 지방자치단체의 지역보건의료계획간 연계성이 부족함을 보여주고 있다.

건강증진사업 영역별 및 지역별 HP2020 지표 활용률의 차이는 중앙정부의 보건부서 뿐만 아니라 지방자치단체 내에서 건강증진 사업 담당자가 자주 교체됨에 따라 사업 추진체계가 미약하고 장기적인 관점의 정책 추진이 어려운 점(Cho, 2010), 금연구역 지정 등 건강증진사업 수행을 위한 조례의 제정 시점과 관심 정도가 지방자치단체마다 다른 점(Min, 2015), 금연 사업에 비해 국가 차원의 절주 사업에 대한 낮은 투자와 음주 폐해 예방에 관한 종합계획이 부재한 점(Han, 2015), HP2020 지표 중 지방자치단체 차원에서 산출이 불가능한 지표가 존재하는 점(Lee, 2012) 등에 기인한 것으로 판단된다.

1998년 9월부터 18개 거점 보건소에서 2001년 6월까지 시범사업이 운영되었고 2002년 10월부터 100개 보건소가, 2004년 156개 보건소로 확대한 후, 2005년부터는 모든 보건소들이 건강증진기금과 자체 예산을 투입하여 건강증진사업을 시행하고 있다(Lee, Jeong, & Kim, 2007). Lee(2007)은 2002-2003년 100개 보건소와 2004년 156개 보건소의 건강증진사업 내용을 분석한 결과 2002-2003년은 신체활동 60개소, 금연 54개소, 영양 50개소, 절주 14개소로 나타났고, 2004년은 신체활동 128개소, 금연 98개소, 영양 98개소, 절주 31개소로 나타나 다른 영역에 비해 절주 사업의 비중이 낮은 것을 지적하였다. 이는 보건소마다 건강증진사업 계획에 포함하여 사업 영역이 다름을 의미하고 있으며 그로 인해 일부 사업 영역 자체가 지역보건의료계획에 포함되지 않거나 그 비중이 낮게 기술되어 명확한 사업 목표를 제시하지 못할 가능성을 배제하지 못할 것으로 판단된다.

시도 통합건강증진사업 지원단이 관할 보건소의 건강증

진사업 인력에 대한 교육훈련 및 평가를 담당하고 있지만 교육내용이나 방식은 각 지원단마다 차이를 보이고 있고 중앙정부 차원에서 HP2020 목표를 지역보건의료계획에 반영하여 보건소의 현황에 맞는 건강증진사업 목표를 세우는 체계적인 방법을 제시하지 않은 점들이(MOHW, 2015) 각 지역별 HP2020 건강증진영역의 지표 활용률의 차이에 영향을 미쳤을 것으로 생각된다.

국가의 정책방향 및 지방자치단체의 비전, 현황분석 결과 및 HP2020 대표지표 16개를 등을 고려하여 제6기 지역보건의료계획의 목표를 수립하도록 권장하였지만(MOHW, 2014), HP2020 주요 성과지표 16개를 지역보건의료계획의 목표로 제시하는 것을 의무사항으로 규정하지 않았고 HP2020 대표지표의 값과 해당 지방자치단체의 지표의 값을 비교하여 제공하는 등의 기술지원이 이루어지지 않은 점들이 HP2020 지표 활용률이 낮은 것에 영향을 미친 것으로 판단된다.

보건소 단위 제6기 지역보건의료계획서가 수립된 후 시도가 이를 취합하여 검토하여 시도 단위 계획서를 만들고 보건복지부에 제출되는 과정을 거치게 된다(MOHW, 2014). 시도 단위에서 우선 제6기 지역보건의료계획서를 작성하면서 HP2020 지표와의 연계성, 측정 가능성, 관할 시군구간 지표 값의 격차 수준을 고려하여 각 시도의 보건사업 목표를 설정한 후 보건소에서 시도 계획서를 참고하여 자체 계획서를 만들었다면 HP2020 지표와 연계성이 이 연구 결과보다 더 높았을 것으로 판단된다. 즉, 중앙부처와 보건소간 시도 보건당국의 조율 없이 보건소가 자체 계획서를 우선 수립하는 과정 자체가 지역간 지표 활용률 차이에 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

HP2010은 총 219개의 측정대상 지표 중 측정 가능한 것이 169개로 77.2%에 불과한 것으로 평가되었으며, 169개 측정가능한 지표 또한 총 10개 기관, 30종 이상의 자료원을 활용해야만 산출이 가능하고, 지방자치단체 단위에서 측정가능한 목표 지표의 수는 더욱 적어(MOHW, 2011), HP2010과 지역보건의료계획간 연계성이 매우 낮은 것으로 나타났다. HP2020에서는 지역사회건강조사가 2008년부터 시작되면서 이러한 어려움은 다소 경감되었지만, 영양 영역의 대표지표 활용률이 9.1%로 다른 영역에 비해 매우 낮은 점은 영양 영역 대표지표인 건강식생활 실천율을 지역사회건강조사 자료에서 산출이 불가능한 것에 기인한 것

으로 판단된다. 지역보건의료계획 수립 실무를 맡은 보건소 담당자들이 국민건강영양조사와 지역사회건강조사 지표의 연계를 희망한다고 보고한 점(Lee, 2012)은 국민건강영양조사의 지표를 많이 활용되는 HP2020과 보건소 관할 지역 19세 이상 성인을 대표하는 표본을 대상으로 수행되는 지역사회건강조사의 지표를 많이 활용하는 지역보건의료계획서간 연계를 강화할 수 있는 정책이 필요함을 말해주고 있다.

이 연구의 한계점은 다음과 같다. 먼저 이 연구에서는 전체 253개 보건소 중 인터넷에 공개되거나 보건소가 지역보건의료계획서 제공 요청에 응한 186개 보건소의 지역보건의료계획서만 수집되어 대표성을 확보하지 못한 점과 HP2020의 세부 지표별 활용 여부를 제시하지 못한 점은 향후 이에 대한 추가적인 자료수집과 분석을 필요로 하고 있다. 이 연구에서는 지역보건의료계획상 지역사회 현황분석 부분과 건강증진 사업 내용에 대한 분석이 포함되지 않아 HP2020 지표 활용률과 지역보건의료계획의 사업내용의 질적 수준 및 관련성을 파악할 수 없었다. 또한 인구 10만명당 보건소 인력, 재정자립도 등 보건소의 건강증진사업을 수행하는데 고려할 외부 환경적 요인들은 지역보건의료계획 수립시 HP2020 건강증진영역의 지표를 활용하는데 관련성이 낮은 것으로 판단하여 이 연구에서는 분석에 반영하지 않았지만, 향후 보건소별 지역사회통합건강증진사업의 세부사업 내용 및 성과를 분석한다면 반드시 고려해야 할 요인으로 생각된다. 이 연구에서는 건강증진 영역 지표 활용률만 조사하여 HP2020과 지역보건의료계획간 일부 사업 영역에서의 연관성만 파악할 수 있었던 한계점이 있었으며, 만성질환 및 감염병 예방관리, 모성보건, 청소년보건, 노인보건 등 주요 보건사업 영역까지 확장하여 HP2020과 지역보건의료계획간 지표활용의 연계성을 파악할 필요가 있다. HP2020과 지역보건의료계획 뿐만 아니라 이의 하위 개념의 사업계획서인 지역사회통합건강증진사업계획과의 연관성도 평가할 필요가 있다.

## V. 결론

이 연구는 186개 지역보건의료계획서를 수집하여 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만 등 5개 건강증진 영역에서의

HP2020 지표 활용률을 살펴본 연구이다. 연구 결과 아직까지 우리나라는 중앙정부와 지방자치단체간 건강증진 영역 사업 계획의 연계성이 부족한 것으로 나타났다. 지방자치제도 하에서 중앙정부의 일방적인 지시와 통제를 벗어나 지역사회의 요구도를 평가하고 지역의 실정에 맞는 보건사업을 기획, 수행하는 것이 원칙적으로 맞지만 제한된 자원을 이용하여 가장 효율적으로 지역 주민의 건강증진을 달성할 수 있는 방안 중 하나는 중앙정부 차원의 핵심 정책과 목표를 중심으로 각 지방자치단체가 가용가능한 자원을 이용하여 달성할 수 있는 사업 목표를 수립하여 집행하는 것이라 할 수 있다.

3년에 걸친 미국 Healthy People 2020 수립 과정을 살펴보면 사전준비 작업으로 주정부와 지방정부의 담당자 대상 조사(Healthy People User Study)를 시행하였으며, 그 결과 Healthy People 2020을 달성하기 위한 가이드라인의 부족, 목표 수의 증가, 목표 설정에서 투명성 부족 등의 문제를 지적하였다(National Opinion Research Center at the University of Chicago, 2010). 이에 대한 해결책의 하나로 14개 지표와 그와 관련된 목표를 국가 단위 뿐만 아니라 주정부와 지방정부에서 모니터링할 수 있도록 제시하였다(Fielding, Kumanyika, & Manderscheid, 2014). 또한 Healthy People 2020에서는 사업의 목표, 대상 및 활동 계획에 관한 가장 활용성이 높은 근거를 웹사이트에서 사용가능해야 함을 명백히 강조하였으며, 이를 자문위원회(Secretary's Advisory Committee) 개별 보고서를 통해 특정 지역의 요구에 맞춰 사용할 수 있는 근거들을 사용하는 실천적 지침을 제공하고자 하였다(The Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020, 2010). 또한 주정부의 Healthy People 조정관(coordinator)로 하여금 주정부 Healthy People 계획서가 연방정부의 목표와 연계될 수 있도록 지원하고 있다.

HP2020 건강증진영역 지표 활용률이 제6기 지역보건의료계획서에서 특정 영역 지표에서 낮거나 지역간 차이를 보이는 이 연구 결과는 향후 국가, 시도 및 시군구 단위에서의 HP2020 목표 달성 수준을 평가하고 2021-2030년 국민건강증진종합계획의 건강증진 영역의 목표와 전략의 방향을 결정하는데 있어 어려움이 있을 것이라는 전망을 가능하게 한다. 향후 2021-2030년 제4차 국민건강증진종합계획의 목표 수립시 지방자치단체 수준에서 측정가능한 지표

들을 선정, 산출할 필요가 있다. 단기적으로는 제7차 지역보건의료계획(2019-2022년) 수립시 HP2020의 국가 단위 목표와 시도 및 시군구 단위 목표 성취 수준간 차이를 평가한 결과와 제6기 지역보건의료계획을 실행하는 기간 동안 목표 설정, 사업 전략 수립 및 사업 모니터링 결과까지의 과정이 우수한 지방자치단체의 사례 및 인구집단 대상 건강증진 전략의 효과에 관한 다양한 근거들을 수집하여 각 지방자치단체에 제공하는 기술적 지원이 필요하다.

## References

- Cho, B. H. (2010) The past and current status of community-based health promotion. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 27(4), 1-6.
- Choi, Y. J., Yoon, T. H., & Shin, D. S. (2012). Review of the third Health Plan (2011-2020) in Korea: Perspectives on health equity. *Journal of Critical Social Policy*, 37, 367-400.
- Fielding, J. E., Kumanyika, S., & Manderscheid, R. W. (2014) A perspective on the development of the healthy people 2020 framework for improving U.S. population health. *Public Health Reviews*, 35, epub ahead of print.
- Han, M. D. (2015). A study on the residents perception for alcoholism policy [dissertation]. Department of Social Welfare, Graduate School of Chosun University.
- Jang, M. H. (2014). Effects of local health planning[thesis]. Seoul: Seoul National University.
- Lee, J. Y. (2007), The past and future of health promotion program in health center, *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 24(2), 135-148.
- Lee, J. Y. (2013). Future directions of the integrated health promotion programs in health center. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 30(4), 1-7.
- Lee, K. W. (2012). Data uses, advantages, and limitations in Community health Survey (CHS) System: Using mixed methods [dissertation]. Department of Epidemiology, Graduate School of Seoul National University.
- Lee, K. S. (2008). Health promotion strategies under regional health planning. *Korean Journal of Health Policy and Administration*, 7(1), 1-31.
- Lee, M. H., Jeong, A. S., & Kim, H. J. (2007). The future direction of Health Promotion Fund. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 24(4), 199-215.
- Min, J. A. (2015). A comparative analysis of anti-smoking ordinance by local government and its improvement plan [dissertation]. Department of Health Sciences, Graduate School of Hanyang



University.

Ministry of Health and Welfare (2011). *The 3rd Health Plan (2011~2020)*. Seoul: Author.

Ministry of Health and Welfare. (2014) *Guideline of writing the 6th Community Health Plan*. Sejong; Author.

Ministry of Health and Welfare. (2015) *Introduction to 2016 Community Integrated Health Promotion Program*. Sejong; Author.

Na, B. J. (2010), Introduction to direction and guideline of 5th Community Health Plan. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 35(2), 195-203.

National Opinion Research Center at the University of Chicago. (2009). *NORC final report: Healthy People User Study*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human

Services.

The Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. (2010). *Evidence-based clinical and public health: generating and applying the evidence*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://healthypeople.gov/2020/about/advisory/EvidenceBasedClinical PH2010.pdf>

U.S. DHHS (2000). *Healthy People 2010. 2nd ed*. Washington, D.C.: Author.

U.S. DHHS (2016). *State and Territory Coordinators*. Washington, D.C.: Author. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/healthy-people-in-action/State-and-Territory-Coordinators>

WHO. (2014). *Global status report on noncommunicable disease 2014*. Geneva: Author.