

# 국민건강증진종합계획 2010의 기획모형과 실제

이규식\* · 서미경\*\* · 한달선\*\*\*

\*연세대학교 보건과학대학 · \*\*한국보건사회연구원 · \*\*\*한림대학교

## 〈목 차〉

I. 머리말	V. 결론
II. 기획모형의 설계	참고문헌
III. 기획과정의 실제	Abstract
IV. 고찰	

## I. 머리말

### 1. 연구의 배경

일반적으로 Lalonde 보고서로 널리 알려져 있는 「A New Perspective on the Health of Canadians」(Lalonde, 1974)가 캐나다에서 발표된 1974년을 건강증진시대의 시발점으로 보고 있다. 그 이후 1986년에 Ottawa에서 건강증진에 관한 제 1차 국제회의(The first international conference on health promotion)가 개최되었고, 세계보건기구는 회원 국가들이 건강증진을 보건 정책에서 주요 전략의 하나로 채택하도록 권장하였으며, 오늘날 많은 나라들이 건강증진에 정책적 관심과 노력을 경주하게 되었다. 구체적으로는 여러 가지 이름으로 국민건강증진계획을 수립하여 추진하고 있는데, 미국의 「Healthy

People 1990, 2000, 2010», 일본의 「건강일본 21», 캐나다의 「Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canada», 덴마크의 「Healthy throughout Life», 스웨덴의 「National Goals for Public Health」등이 예가 된다.

우리나라에서도 1995년의 국민건강증진법 제정과 국민건강증진기금 설치를 계기로 하여 건강증진사업이 보건의료발전의 현실적 정책수단으로 강조되기 시작하였다. 2003년부터는 「국민건강증진종합계획, Health Plan 2010」에 따라 사업을 추진하였으나 2005년에 계획 전반에 걸친 수정보완작업이 이루어졌다. 계획의 배경이 된 건강문제들이 달라질 만큼 시간이 경과하지 않았음에도 불구하고 정부가 수정보완을 추진한 것은 주로 지난 수년 사이에 크게 달라진 사업여건에 대응할 필요성 때문이었다. 가장 중요한 사업여건의 변화는 가용재원의 증액이다. 건강증

교신저자 : 이규식

강원도 원주시 흥업면 234 연세대학교 보건행정학과 (우: 220-710)

전화번호: 033-760-2414, E-mail: kslee02@yonsei.ac.kr

진사업의 주된 재원인 담배에 부과하는 국민건강증진부담금이 2004년 12월 30일부터 20개비 1갑당 150원에서 354원으로 증액됨으로써 재정사정이 크게 호전된 것이다.

당초의 국민건강증진종합계획 2010은 예산확보 전망이 불투명한 것을 비롯하여 사업추진 여건이 심히 미비한 상황에서 작성되었으므로 사업의 규모나 구조 등의 기본설계부터 매우 미흡할 수밖에 없었다. 그러나 2005년이 되면서 예산이 대폭 증가되었기 때문에 건강증진종합계획에 대한 근원적 수정이 필요하였던 것이다. 국민건강증진사업의 복잡성과 수정작업 대상이 광범위하다는 사실에도 불구하고 작업 기간이 6개월에 불과하여 지나치게 짧은데다, 필요한 정보와 자료가 부족했으므로 아직도 보완하고 손질할 여지가 많은 상태이다. 다행히 정부가 연차적으로 수정보완을 계속하는 연동계획으로 운영할 방침이므로 점차 완성도가 높아질 것으로 기대할 수 있겠다. 그러나 차후에 있을 평가 및 수정보완이나 새롭게 수립될 계획의 합리성과 타당성을 제고하려면 작성된 수정계획에 대하여 충분한 이해가 있어야 할 것이다.

## 2. 연구의 목적

이 연구는 새 국민건강증진종합계획 2010에 대하여 이론적 배경, 사용한 기획모형 설계의 논리, 기획 작업에 대한 현실적 제약 등을 심도 있게 논의함으로써 건강증진종합계획과 관련된 논점들을 분명히 파악하여 계획의 성과를 평가하고, 차후에 새로운 계획을 작성하는데 도움이 되는 시사점을 도출하는데 목적을 두고 있다. 국민건강증진종합계획을 깊이 이해하려면 적어도 두 가지 측면에서의 논의가 필요하다. 하나는 기획

모형의 설계에 관해서이고 다른 하나는 기획과정의 실제에 관해서이다. 이 연구는 각각에 대하여 논의함에 있어서 구체적으로는 다음의 세 가지를 목표로 설정하였다.

- 1) 수정계획에서 사용한 기획모형의 구조에 대한 이론적 배경, 논리 및 가정을 살핍으로써 기획모형 설계와 관련된 논점을 분명히 하는 것을 목표로 하였다. 건강증진의 이론모형을 준거로 논의함과 아울러서 우리나라의 당초계획이 일본의 「건강일본 21」을 참고하여 작성되었고, 수정계획은 미국의 「Healthy People 2010」을 많이 참고하였음을 고려해서 일본과 미국의 계획과도 비교, 관찰할 것이다.
- 2) 기획모형을 현실적 상황에 적용하는 과정에서 고려된 제약요인들에 대하여 모형의 구성요소별 또는 기획과정의 단계별로 논의함으로써 기획과정에 현실적 상황요인들이 미친 영향을 파악하는 것을 목표로 하였다. 이와 같은 이해는 앞으로 기획 작업의 실제에서 상황요인들의 변화를 검토하여 그 변화를 계획에 반영하는데 도움이 될 것이다.
- 3) 상기한 관찰로부터 우리나라 국민건강증진계획의 합리성과 타당성을 제고하기 위한 기획모형의 설계와 기획과정의 실제에 대한 시사점을 도출하는 것을 목표로 하였다.

## II. 기획모형의 설계

### 1. 건강증진의 기본적 기획모형

앞에서 언급한 Lalonde 보고서는 건강의 결정요인들을 인간생물학적 요인(Biology), 환경요인(Environment), 생활양식요인(Lifestyle), 보건의

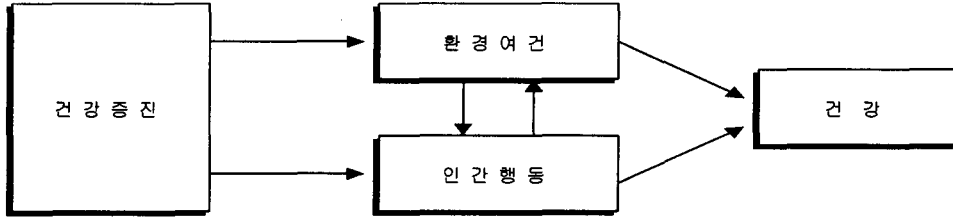


그림 1. 건강증진에 대한 교육적 및 생태적 접근<sup>1)</sup>

료체계요인(Health care system) 등 네 가지 범주로 대별하여 설명하였다. 이러한 시각은 건강에 영향을 미치는 요인들에 대한 그 동안의 인식을 크게 변화시켰고, 건강문제해결을 위한 접근 방식을 바꾸는 중요한 토대가 되었다. 캐나다, 미국, 유럽의 여러 나라들 및 호주를 비롯한 많은 나라들은 Lalonde 보고서의 영향을 받아 국가의 보건의료정책을 질병치료 위주의 접근에서 건강증진에도 응분의 무게를 주는 방향으로 전환하였다. 다시 말해서 불건강한 생활습관을 시정하고 개인 및 지역사회 수준에서 평소 건강한 생활을 실천하게 하며, 이를 지원하는 생활여건과 환경의 조성, 건강교육, 제도적 조치 등을 통해 질병을 예방하고 나아가서는 건강수준을 높여가는 건강증진이 보건정책에서 주된 전략의 하나가 되기 시작하였고, 건강증진계획을 수립하여 추진하는 국가적 노력도 보편화되었다.

건강증진에 대한 접근전략이 초기에는 교육중심이었으나 오늘날에는 교육적 접근과 생태적 접근을 적절히 조합해서 활용하는 방향으로 나아가고 있다(Green과 Kreuter, 1999). 교육적 접근은 자발적 건강행동을 이끌어내는 수단이고, 생태적 접근은 인간행태와의 상호작용을 통해서 건강에 영향을 미치는 사회적, 정치적, 경제적,

제도적, 정책적, 규제적 및 기타 환경 여건들을 건강에 유리하게 조성하는 것을 목적으로 한다. 이렇게 보면 건강증진에 대한 교육적 및 생태적 접근은 여러 가지 수단을 포괄하는 복합적인 내용이지만 기본적인 관계는 그림 1에서 보는 바와 같이 간단하게 모형화 할 수 있다.

기본모형은 이렇게 단순하게 나타낼 수 있지만, 건강증진이 건강에 작용하는 과정과 효과를 충분히 설명하기 위해서는 이론적으로나 실제에 있어서나 그 구성요소들과 상호관계를 대폭 부연하고 정교하게 규정해야 한다. 그런데 건강증진을 기획함에 있어서 이러한 기본모형의 구성요소들과 관계들 중에서 어떤 부분을 중요시하고 강조해서 부연할 것인지, 그리고 구체적으로 어떻게 부연하고 규정해야 할 것인지는 보건의료 상황이나 정책여건에 따라서 달라져야 한다. 구체적으로는 건강증진정책의 초점을 맞추어야 할 목표의 설정이나 과제 선별과 우선순위 결정은 보건의료정황의 영향을 받을 것이며, 모형의 구조를 정교하게 설계하는 일은 건강의 결정요인들과 결정과정에 대한 지식과 정보를 필요로 할 것인데, 나라마다 이러한 사정은 다르게 마련이고 결과적으로 기획모형도 실제로는 적지 않게 달라지는 것이다. 다시 말해서 국민건강증진을 기획함에 있어서 본질적으로는 기본모형의 단순구조를 바탕으로 한 경우에도 현실적 기획모형은 차별화되어야 하는 것이다.

1) Green and Kreuter(1999), 20쪽, Figure 1-4를 옮긴 것이다.

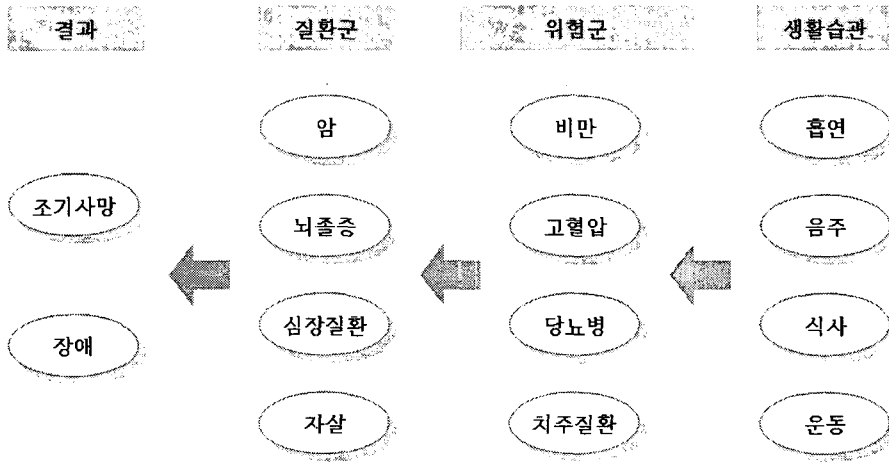


그림 2. 「건강일본 21」의 Goals 설정을 위한 고위험요인의 분석

자료: Health Japan 21(2000), Report on Health Japan 21 Plan, Study Committee and Health Japan 21 Plan Development Committee

## 2. 「건강일본 21」의 기획모형

일본은 「건강일본21」을 수립하여 실행하기 이전에 이미 「건강 만들기」라는 명칭으로 두 차례의 건강증진계획을 수립되어 고령화 사회에 대비하기 시작하였다. 제1차 건강 만들기 대책은 1978년부터 1987년까지 10년간, 그리고 제 2차 건강 만들기 대책은 1988년부터 시작되었었다. 제 3차 건강 만들기 대책은 2000년부터 실행되었는데 「건강일본 21」이라는 별도의 명칭을 붙였다.

「건강일본 21」을 추진하는 목적은 조기사망의 감소와 건강수명의 연장을 통하여 건강하고 역동적인 사회를 건설하는 것(creation of a healthy and dynamic society)으로 되어 있다(건강일본 21, Booklet). 「건강일본 21」이 분석한 일본인의 조기사망이나 장애가 발생하는 과정은 그림 2에서 보는바와 같다. 흡연, 음주, 부적절한 식사 및 운동부족 등으로 인하여 비만, 고혈압, 당뇨 및 치주질환 등의 위험상태가 초래되어 암,

뇌졸중, 심장질환 및 자살을 증가시킴으로써 조기사망과 장애의 발생이 많아진다는 것이다. 이와 같은 분석으로부터 건강증진사업은 일차적으로 생활습관을 바꾸는데 집중적으로 노력해야한다는 추론이 가능하며, 「건강일본 21」은 이러한 관점에서 계획되었다.

「건강일본 21」의 건강증진 사업을 추진하는 기본적인 개념도는 그림 3과 같다. 주요 질병을 감소시키기 위하여 생활습관을 개선하고 검진을 비롯한 예방서비스의 이용을 중요시 한다는 개념으로 건강증진에 접근하고 있다. 중요한 위험인자인 고혈압, 비만 및 고지혈증을 중점적으로 관리해야 하며, 효과적 관리방법은 생활습관의 개선이라는 것이다. 생활습관의 개선은 영양(식생활), 운동과 신체활동, 휴양(마음의 건강), 금연, 절주, 치아 관리에 치중하고, 검진을 비롯한 예방서비스를 통하여 이들 건강문제를 조기에 발견, 관리하도록 해야 한다는 것이다.

그림 3의 일본 건강증진사업 개념도를 앞의

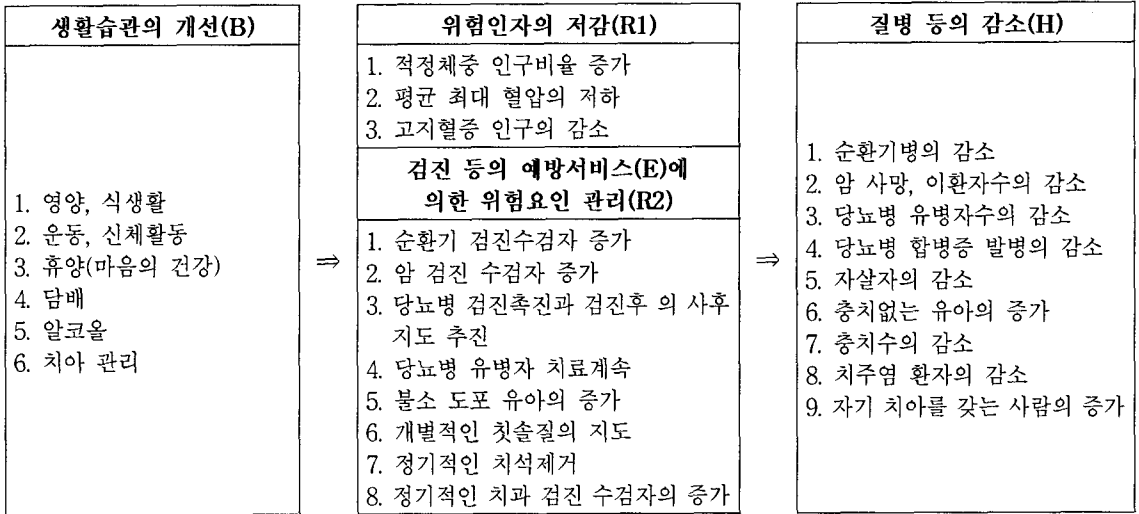


그림 3. 건강증진사업 추진의 기본적 개념도

주: B 건강행위, R1 건강위험요인 1, R2 건강위험요인 2, E 건강검진 등의 예방서비스, H 건강산출물  
 자료: Health Japan 21(2000), Health Japan 21(National Health Promotion in the 21th Century), Report on Health Japan 21 Plan Study Committee and Health Japan 21 Plan Development Committee

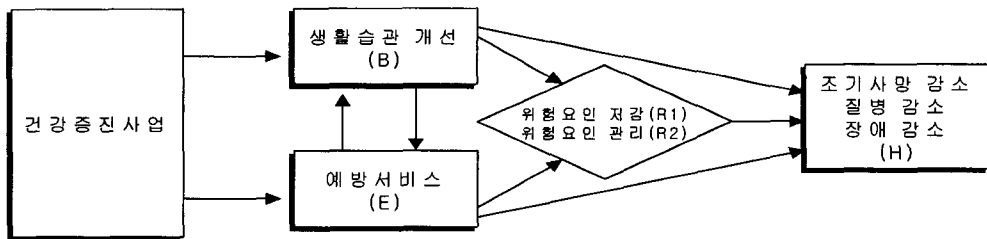


그림 4. 「건강일본 21」의 기획모형

주: 그림의 영문 알파벳 기호의 의미는 그림 2의 것과 동일함

그림 1로 표시했던 건강증진의 기본모형의 틀로 다시 그린다면 그림 4가 될 것이다. 이 그림은 「건강일본 21」에 의한 건강증진사업은 생활습관을 개선하고 검진 등의 예방서비스 이용을 확대하여 몇 가지 주요 질환의 위험요인을 예방하고 조기에 관리하는데 집중적으로 노력한다는 특징을 갖고 있기는 하지만 기본적으로는 건강증진의 일반적 기획모형과 같은 구조를 갖고 있음을 보여주고 있다.

### 3. 미국 Healthy People 2010의 기획모형

미국의 국민건강증진종합계획인 「Healthy People 2010」은 지난 20여 년간 이어져온 노력을 토대로 하고 있다. 1979년에 미국 보건부는 Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention을 발간하였으며, 그 이듬해인 1980년에는 1990년까지의 장기종합계획 Promoting Health/Preventing

Disease: Objectives for the Nation을 발표하였다. 그리고 1990년에는 Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives를 발표하고 이어서 2000년에는 2010까지 달성할 목표를 정리한 Healthy People 2010: Understanding and Improving Health를 발간하였다.

미국의 건강증진을 위한 전략의 틀은 일본과는 크게 차이가 난다. 「건강일본 21」에서는 주요 질환의 위험요인 파악에서 출발하여 건강증진사업의 목적을 설정하였으나, 미국은 건강결정요인을 찾는 데서 출발하고 있다. 1980년에 보고된 바에 의하면, 조기사망의 47%는 생활습관으로 인하여 발생한 질환에 기인하였으며, 17%는 환경요인, 11%는 의료서비스의 개선으로 방지가 가능하다는 것이다(U.S. Department of Health Services, 1995). 나머지 25%는 유전적이거나 신체적인 요인으로 간주할 수 있을 것이다. 최근에 발표된 다른 연구는 조기사망의 원인으로 유전적 요인을 약 30%, 사회적 환경요인 약 15%, 물

리적 환경요인 약 5%, 건강관련 행동요인 약 40%, 의료서비스 미흡이 약 10%로 보고하고 있다(McGinnis, 2002). 다시 말해서 건강행태, 생물학적 속성, 물리적 환경, 사회적 환경 및 의료이용의 적절성을 건강의 주된 결정요인으로 파악하고 있다.

그림 5는 Healthy People 2010의 개념적인 틀이 건강결정요인의 이해를 바탕으로 하고 있음을 나타내고 있다. 즉 국민들의 건강증진을 위하여 설정한 Goals와 Objectives는 그림에서 보는 바와 같이 건강결정요인을 바탕으로 한 접근의 일부인 것이다. 물론 국가보건목표가 곧 국민건강향상으로 이어지는 것은 아니지만 건강결정요인들과 이들의 상호작용관계를 건강에 도움이 되는 방향으로 이끌기 위한 정책과 사업의 이정표임과 동시에 지침으로 작용하는 중요한 요소인 것이다. 따라서 Healthy People 2010은 체계적 국민건강향상 노력의 일부로서 추구할 목표와 전개방안에 대한 지침을 제시하고 있다고 볼

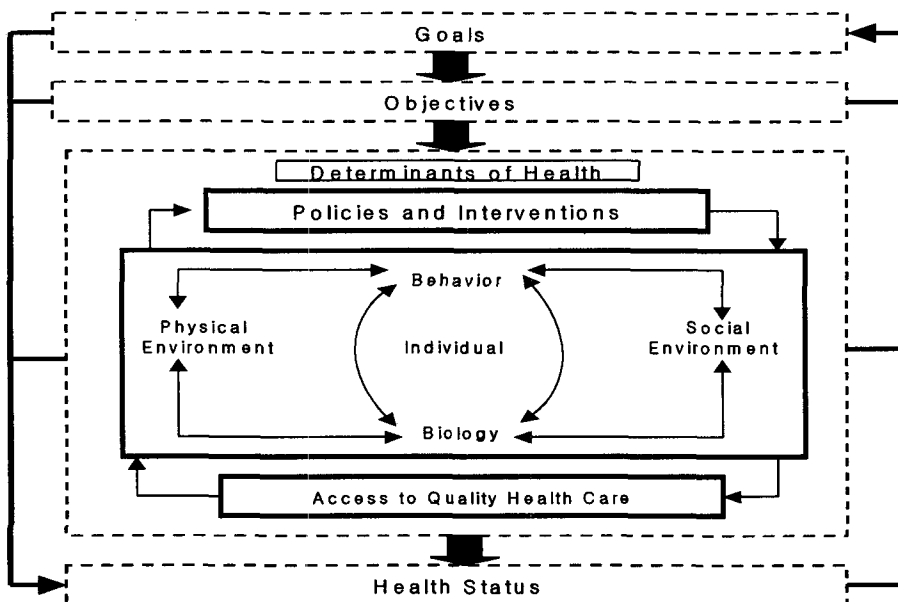


그림 5. 건강향상을 위한 체계적 접근

자료: U.S. Department of Health Services, Healthy People 2010

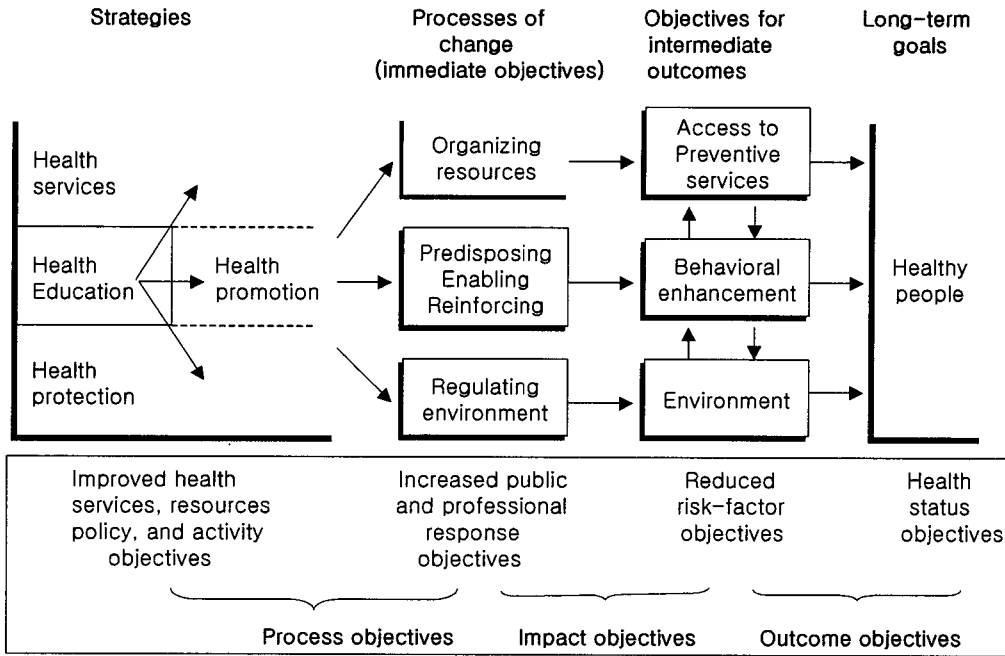


그림 6. Healthy People 2010 목표들에 대한 PRECEDE-PROCEED 모형의 시각<sup>2)</sup>

수 있다.

Healthy People 2000이나 2010이 제시한 건강 결정요인을 토대로 설정된 Goals와 Objectives를 달성하기 위한 건강증진전략의 전개과정은 그림 6과 같이 PRECEDE-PROCEED 모형으로 요약, 설명할 수 있다.<sup>2)3)</sup> 즉 보건교육을 중심으로 보건의료서비스와 건강보호조치로 이루어지는 건강증진을 위한 전략과 수단을 전개하는 장기목적은 국민건강의 향상이다. 이 목적을 추구하는 과정에서 당면목표와 중간목표를 단계적으

로 달성해야 하는 것이다. 당면목표로는 인간 행태에 작용하는 소인요인, 강화요인 및 가능요인의 변화, 자원의 조직과 관리, 환경의 규제와 관리가 중요하고, 중간결과 관련 목표로는 건강행태와 생활습관의 개선, 예방서비스의 이용제고 및 환경개선이 중요할 것인데 이들은 상호작용하면서 건강에 영향을 미친다고 본다.

장기목적을 구체적으로는 건강수명의 연장 (Increase quality and years of healthy life - achieving longer and healthier life)과 건강형평성(Eliminate health disparity)의 제고로 설정하고 있다. 당면목표와 중간목표는 Healthy People 2010의 경우 국민의 건강향상을 위해서 중점적으로 노력해야 할 28개 문제영역별로 설정되어 있다. 미국의 건강증진계획이 일본의 계획보다 더 체계적이고 정교하게 설계되었다고 말할 수 있겠지만 기본구조의 차이는 없다고 보는 것이

2) PRECEDE-PROCEED 모형에 대해서는 Green and Kreuter, 1999, 32-36쪽 참조. PRECEDE는 predisposing, reinforcing, and enabling constructs in educational/ecological diagnosis and evaluation을 뜻하며, PROCEED는 policy, regulatory, and organizational constructs in educational and environmental development를 뜻함.

3) Green and Kreuter (1999)의 226쪽, Figure 7-4를 옮긴 것임.

울 것이다.

#### 4. 우리나라 당초계획의 기획모형

한국보건사회연구원이 2000년에 발표한 보고서 「2010년 국민건강증진 목표설정과 전략개발 Healthy Korea 2010」이 우리나라 건강증진계획 작성의 초석이 되었다. 이 보고서를 토대로 2001년에는 복지부가 특별작업반을 설치하여 「국민건강증진종합계획 2010 - 건강한 미래 2010」을 작성하였으며, 2002년도에는 각 과별로 관련 내용을 구체화한 『국민건강증진종합계획 Health Plan 2010』을 발표하고, 2003년부터 실행에 들어갔다.

국민건강증진 종합계획 2010의 당초계획을 수립하는데 있어서 출발점은 그림 7로 요약한 조기사망과 장애의 원인에 대한 추론이다. 이 그림은 「건강일본 21」 작성의 토대가 되었던 그림 2를 다소 수정한 것으로 보인다.

그림 7은 심혈관질환, 암, 당뇨병, 관절염, 사

고 사망의 주된 원인들이고, 이러한 질환들과 사고를 발생시킬 수 있는 위험요인들이 고혈압, 당뇨, 골다공증, 물질남용, 비만임을 보여주고 있다. 이와 같은 위험요인들을 제거하기 위해서는 운동, 영양, 흡연, 음주, 스트레스와 같은 생활습관의 개선이 중요하다고 본 것이다.

당초계획의 기획모형은 그림 8로 요약할 수 있는데, 주된 과제를 그림 7의 5대 질환 군(심혈관, 암, 당뇨, 관절염, 사고)의 예방, 관리에 초점을 두어 이러한 질병들의 위험인자를 찾고, 다시 위험인자를 유발하는 생활습관을 개선시키고자 하는 실천적인 모형이라고 할 수 있다. 건강위험요인이나 건강결정요인에 대한 분석이 미흡하였으며 인프라, 사업전략, 사업내용을 논리적으로 연결하는 종합적 건강증진전략의 틀을 작성하는 일에도 소홀하였다는 지적이 가능할 것이다. 모형의 논리구조에도 불합리한 측면이 있다. 예컨대 건강장수의 실현이라는 목표의 하위목표로서 설정된 것으로 보이는 세 가지 중에서 “건강실천의 생활화를 통한 건강잠재력 제고”는 사업영역

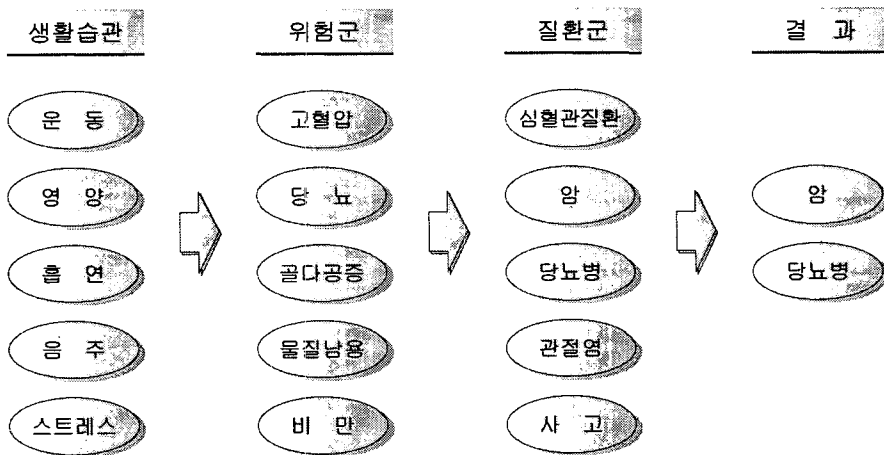


그림 7. 당초계획에 있어서의 건강위험요인 분석

자료: 한국보건사회연구원, 2010년 국민건강증진 목표설정과 전략개발 Healthy Korea 2010, 2000



의 하나인 건강생활 실천의 확산이 추구하는 주요목표라는 점에서 타당하지만, “생애주기별로 효과적인 건강증진서비스 제공”은 이미 세 가지 사업영역의 하나로 제시된 것이고, “효율적인 질병의 예방 및 관리체계 구축”은 목표이기보다는 인프라 구축에 관한 과제의 일부로 보는 것이 타당하겠다.

이처럼 우리나라의 당초계획이 「건강일본 21」을 벤치마킹하여 건강생활실천에 초점을 둔 중요한 이유는 계획안을 작성할 당시 건강증진사업 재원의 확보전망이 매우 불투명하여 건강생활실천 이외의 영역에 큰 관심을 둘 수 없었기 때문이었던 것 같다. 다시 말해서 자원제약이라는 여건에서 찾을 수 있는 최선의 방법이 일본의 「건강일본 21」이었으리라 짐작된다. 그러나 우리나라의 당초계획은 건강증진의 일반적 기획모

형과 부합되지 않는다는 점에서 일본이나 미국의 계획과 근원적 차이가 있는데, 이것은 사전에 기획과정의 지침이 될 개념적 모형을 설계하는 일에 대한 관심과 노력이 미흡하였기 때문이라 짐작된다.

### 5. 우리나라 수정계획의 기획모형

수정계획은 당초계획과는 다르게 건강증진사업이 신공중보건의 개념을 바탕으로 접근하도록 하였다. 이 개념의 핵심은 건강결정요인의 다양성에 대응하여 다각적 접근과 조치로 건강수준의 향상을 추구하는 것이다. 수정계획의 기획모형을 도시하면 그림 9와 같은데, 이 그림은 얼핏 보면 당초계획의 기획모형인 그림 8과 비슷한 것 같지만 내용에는 근원적 차이가 있다. 그림 9

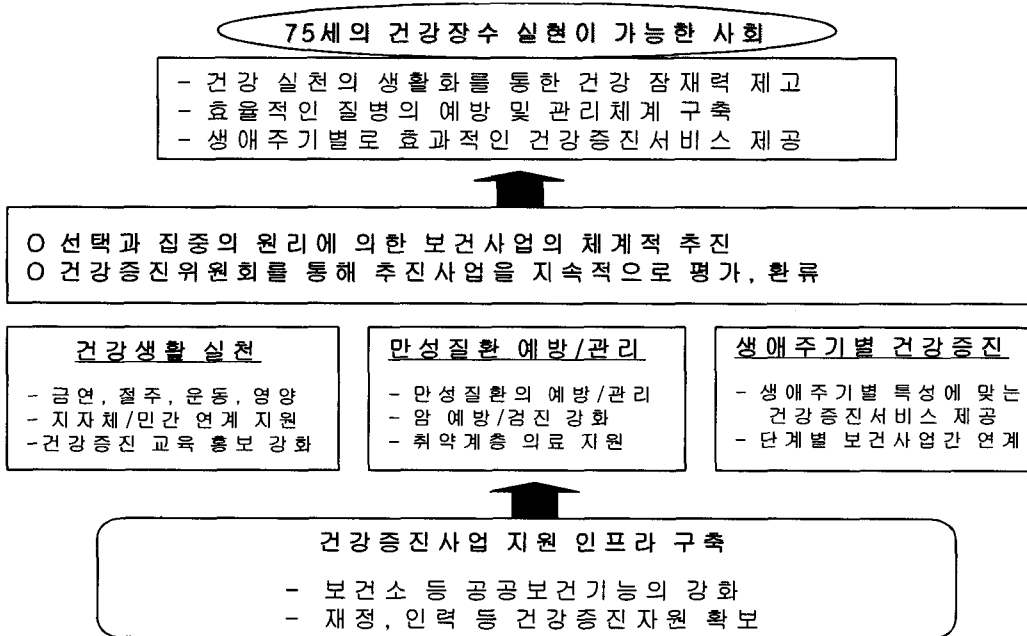


그림 8. 건강증진종합계획 2010 당초계획의 기획모형

자료: 보건복지부, 국민건강증진종합계획 Health Plan 2010

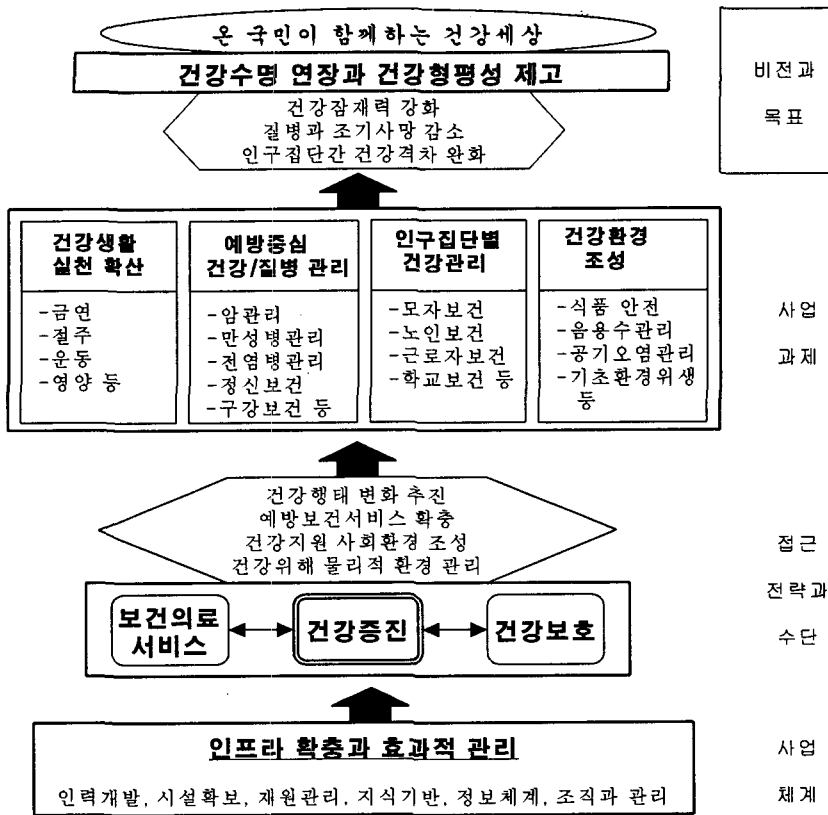


그림 9. 신 건강증진종합계획 2010의 기획모형

를 그림 10으로 재구성할 수 있는데 이 그림은 수정계획이 당초계획과는 달리 기본적으로 PRECEDE-PROCEED모형을 토대로 하고 있다는 사실을 잘 보여주고 있다.

수정계획의 모형은 건강증진사업이 보건의료 서비스나 건강보호조치와 통합적으로 전개되는 건강관리전략임을 분명히 하고 있으며, 따라서 건강행태와 생활습관의 변화 추진, 예방보건서비스의 확충, 건강지원 사회적 환경의 조성 및 건강위해 물리적 환경의 관리가 접근수단으로 동원된다는 것을 보여주고 있다. 이들 수단을 통해서 건강생활 실천의 확산, 예방중심의 건강/질병 관리, 인구집단 대상의 건강관리 및 환경의 건강성 향상에 관한 문제들을 해결함으로써 건강잠

재력을 강화하고, 질병과 조기사망을 감소시키며, 인구집단 사이의 건강격차를 완화하여 건강수명의 연장과 건강형평성의 제고를 기하게 된다는 논리구조를 명시적으로 표시하고 있다.

수정계획의 모형 그림 10과 미국의 Healthy People 2010의 기획모형 그림 6을 비교하면 유사점과 차이점이 함께 발견된다. 수정계획의 추진수단들이 미국계획의 당면목표들에 해당하며 수정계획의 사업과제들은 미국계획의 중간목표들과 관련된다. 이것은 유사점인 동시에 중요한 차이점이기도 하다.

미국의 Healthy People 2010은 건강증진전략의 전개단계별 목표들을 설정하는데 초점을 맞추므로써 정책목표를 부각시키고 있다. 실제로

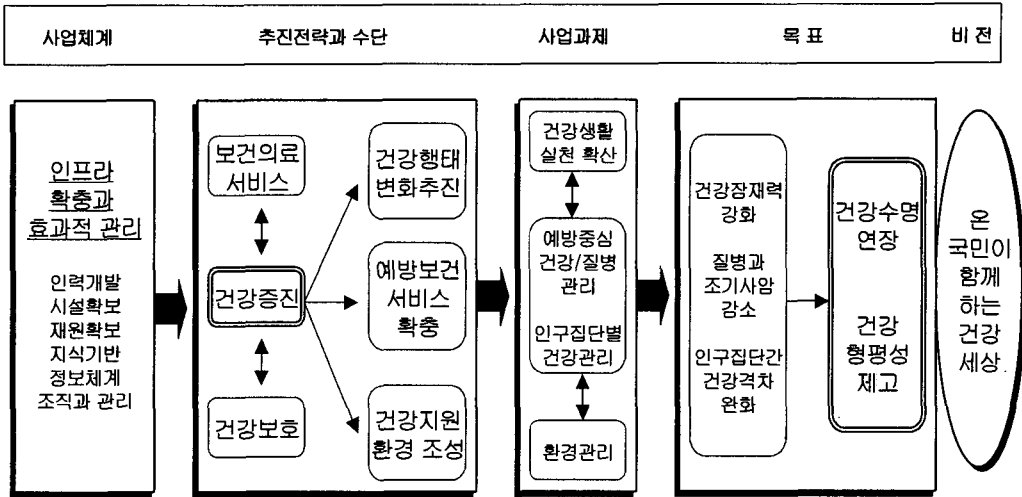


그림 10. PRECEDE-PROCEDE 모형으로 재구성한 신 건강증진종합계획 2010의 기획모형

미국계획은 국가보건목표 설정에 그치고 추진수단, 투자계획 등은 다루지 않고 있는데, 이것은 정책집행기능이 제한되어 있는 연방정부차원의 계획이기 때문일 것이다. 반면에 우리나라 수정계획의 모형은 정책추진의 수단과 과제를 명시하여 정책의 전개과정을 강조하고 있다. 수정계획의 이러한 모형은 미국의 계획과는 달리 국가보건목표 설정에 그치는 것이 아니라 과제별 세부추진계획도 작성해야 한다는 것을 전제한 설계이다.

### Ⅲ. 기획과정의 실제

#### 1. 비전과 목표의 설정

수정계획의 비전으로 제시된 “은 국민이 함께 하는 건강세상”은 두 가지 의미를 내포하고 있다. 하나는 건강증진은 정부의 정책적 노력과 더불어 개인들의 적극적 관심과 노력이 있어야 성공적으로 추진될 수 있음을 고려하여 은 국민이

함께 건강한 사회를 만들어가자는 뜻이며, 다른 하나는 국민 모두가 건강을 누릴 수 있는 사회를 만들어가자는 뜻이다.

당초계획에서 “건강수명의 연장”을 총괄목표로 설정했는데 수정계획에서는 “건강형평성의 제고”를 추가하였다. 건강형평성 제고는 비전에 담겨있기도 하거니와 건강수명을 효과적으로 연장하기 위한 필요조건이라는 점에서 목표로서 적절한 것으로 판단된다. 이들 총괄목표는 하위목표인 건강잠재력의 강화, 질병과 조기사망의 감소 및 인구계층 간 건강격차의 완화를 통해서 달성될 수 있다는 기획모형의 논리는 합리적이다.

당초계획에서 건강수명의 목표치를 2010년까지 75.1세로 연장하는 것으로 설정하였는데, 이것은 국민소득 \$30,000을 초과하는 현재의 일본 건강수명과 동일한 수준으로서 지나치게 높은 것으로 판단하여 하향조정하였다.

건강수명은 평균수명에서 수명 손실을 감하여 산출할 수 있다. 우리나라는 2010년에 평균수명이 전체 79.1세, 남자 76.2세, 여자 82.6세가 될 것으로 추정되며, 1인당 국민소득은 \$20,000에

달할 것으로 예측되고 있다. WHO는 2003년도의 우리나라 건강수명을 추정하면서 수명손실률을 평균수명 대비 남자 9.7%, 여자 10.8%로 적용하였다. 건강증진노력에 의하여 2010년에는 수명손실률을 남자 8.5%, 여자 10.2%로 감소시킬 것을 목표로 설정하여 건강수명 목표치는 남자 69.7세, 여자 74.2세, 전체 72.0세로 당초계획보다 하향조정된 것이다. 이 수준은 2003년도의 WHO 추계에서 1인당 국민소득 \$20,000정도였던 나라들인 프랑스, 오스트레일리아, 이탈리아 등과 유사하다.

총괄목표의 하나인 건강형평성 제고는 인구계층 간의 건강격차를 완화해야 한다는 것으로, 인구계층의 구분기준은 우리나라의 경우 소득수준, 교육정도, 거주지역이 중요할 것이다. 형평성에 대하여는 계량적 목표치가 제시되지 않았는데, 적절한 지표나 자료가 없어 불가피하였다. 그러나 형평성이 국민건강증진계획의 추진을 통해서 지향해야 할 가치목표임을 분명히 함으로써 과제별 목표들을 설정하고 세부추진계획을 수립하는데 있어서 형평성의 추구를 중요하게 고려해야 한다는 지침이 되었을 것이다.

## 2. 중점적 추진과제의 선별

기획모형에 의하면 건강잠재력의 강화와 질병/조기사망의 감소를 통하여 건강수명을 연장하되 인구계층 간의 격차를 완화함으로써 건강형평성을 제고하는 것이 건강증진정책과 사업의 목표이다. 이러한 목표를 달성하기 위한 과제는 건강생활 실천의 확산, 예방중심의 건강/질병 관리, 인구집단별 건강관리 및 건강지원 환경의 조성으로 대별하였다. 이 과제들은 물론 서로 관계가 있게 마련이나 기획 작업의 편의상 별개로 다루었다. 다만 건강지원 환경의 조성은 대부분이

보건복지부의 사업영역 밖에서 이루어지므로 이 계획에서 제외하였다.

과제의 범주별로 보건복지부의 현행 정책, 국민건강 향상을 위한 필요성, 실행 가능성 등을 고려하여 중점과제를 선별하였으나 엄격한 객관적 기준에 입각하여 선별하는 데는 한계가 있었다. 결과적으로 수정계획에 포함된 중점과제는 다음의 24개이다.

- 1) 건강생활 실천의 확산: 금연, 절주, 운동, 영양
- 2) 예방중심의 건강/질병 관리: 암 관리, 고혈압, 당뇨병, 과체중과 비만, 심·뇌혈관 질환, 관절염, 예방접종 대상 전염병 관리, 에이즈, 성병 및 혈액매개 전염병 관리, 매개체 전염병 관리, 식품매개 전염병 관리, 신종 전염병 관리, 결핵·호흡기 질환 및 약제내성 관리, 정신보건, 구강보건
- 3) 인구집단별 건강관리: 모성보건, 영·유아보건, 노인보건, 근로자 건강증진, 학교보건
- 4) 건강환경 조성: 형평성 확보

형평성 확보는 총괄목표의 하나임을 고려할 때 중점과제로서 적합하지 않은데도 불구하고 포함된 경위를 언급해둘 필요가 있겠다. 2002년의 당초계획에서는 건강형평성이 목표로 설정되지 않았었기 때문인지 세부추진계획에서 보건의료서비스의 형평성 확보를 위해서 보건사업전담 공중보건의사제도 실시, 방문보건사업 운영 지원, 국·공립병원 보건의료서비스 확대 및 희귀·난치성질환자 의료비 지원을 추진하는 것으로 되어 있었다. 따라서 당초계획의 중간평가작업에서 형평성확보가 대상의 하나가 되었고, 이어서 진행된 수정계획에서도 별개의 중점과제로 간주하였던 것이다.

건강증진사업 과제의 범위를 넓게 책정하고 있는데 이것은 한국적 특수상황과 관련이 있다.

즉 2005년부터 정부가 시행하는 대부분의 공중보건사업과 지역보건사업을 건강증진기금 예산으로 지원하게 됨으로써 이들 사업을 모두 국민건강증진종합계획의 일환으로 추진하게 되었기 때문이다.

당초계획에서는 중점과제라는 용어를 사용한 것은 아니지만 목표를 설정함에 있어서 다음과 같이 분야를 구분하였다.

- 1) 건강생활 실천: 금연, 절주, 운동, 영양
- 2) 정신보건
- 3) 구강보건
- 4) 모자보건
- 5) 만성질환 관리
- 6) 암 관리

한편 분야별 세부추진계획은 다음의 5개 과제로 나누어 기술하였다.

- 1) 총괄과제
- 2) 국민 건강생활실천 확산
- 3) 만성질환 관리체계 구축
- 4) 생애주기별 건강증진서비스 제공
- 5) 보건의료서비스의 형평성 확보

수정계획과 당초계획이 선정한 과제들을 비교하면 각 과제를 세분함으로써 수적으로 늘어났을 뿐만 아니라 과제의 내용이 더 분명해졌다.

건강증진정책과 사업을 효과적으로 추진하기 위해서는 사업목표와 단기적으로는 직접 연결되지 않지만 중요시해야 할 과제들이 있다. 예컨대 건강증진관련 인력의 양성, 건강증진정보체계의 구축과 사업평가, 지식기반 확충을 위한 연구사업, 사회적 지원환경 조성을 위한 보건교육 강화 등은 건강증진목표 달성에 직접 기여하는 사업은 아니지만 건강증진정책과 사업의 효과적 추진을 지원하여 간접적으로 건강증진에 기여한다. 그런데 이러한 과제들은 중점과제로 책정하지

않음으로써 투자계획을 포함한 세부추진계획도 작성되지 못하였다. 다시 말해서 국민건강증진종합계획 2010은 건강증진에 직접 기여하는 사업들이 대상으로 할 과제들만 중점과제로 다루고, 이러한 사업들을 효과적으로 추진하기 위해서 해결해야 할 과제들은 제외하고 있는 것이다. 그러나 이들 과제를 정부의 다른 계획과 정책적 조치를 통해서라도 추진해야만 건강증진정책이 원활하게 추진되어 사업의 목표를 차질 없이 달성할 수 있으리라는 점은 분명히 인식할 필요가 있겠다.

### 3. 중점과제별 목적과 목표의 설정

수정계획은 선정된 24개의 중점과제 각각에 대하여 내용과 배경을 살피고 추진방향과 추구할 목적을 설정하였으며, 그 목적에 도달하기 위해서 달성해야 할 복수의 목표들을 설정하였다. 목표의 수는 169개으로써 2002년도 당초계획의 40개 목표에 비하여 훨씬 늘어났다. 이처럼 목표의 수가 증가한 것은 부분적으로는 앞에서 살핀바와 같이 중점과제의 수가 많아졌기 때문이기도 하지만 과제별 목표의 수도 늘어났다.

수정계획에서 과제별 목표의 수가 늘어난 것은 목표 설정의 기준을 당초계획과 달리했기 때문이다. 당초계획의 목표는 사망률, 유병률, 치료율, 실천률 등의 사업의 결과를 기준으로 설정된 것이 대부분이었던데 비하여 수정계획에서는 결과목표와 더불어 건강의식과 행동, 정책적 조치와 사업의 실적 등을 기준으로 설정한 목표들이 많이 추가되었다. 사업의 결과는 일반적으로 변화에 장기간이 필요하기 때문에 사업실적의 점검이나 단기평가의 기준으로는 부적절하다는 점을 감안하여 비교적 단기간에 가시적 변화가 나

타날 수 있는 사업추진실적, 건강행동의 변화 등을 목표로 추가한 것이다. 이처럼 목표의 내용을 다양화했으므로 사업추진의 단계별로 당면목표를 분명히 할 수 있고, 사업진척상황의 지속적 점검이나 단기적 평가에서도 목표가 판단기준이 될 수 있겠다.

#### 4. 중점과제별 세부추진계획

기획과정의 마지막 단계는 중점과제별 목적과 목표를 달성하기 위한 수단이 될 사업들을 추진하기 위한 세부계획의 작성이었다. 수정계획의 세부사업은 108개으로써 당초계획의 39개에 비하여 훨씬 많다. 앞에서 일찍이 언급한 바와 같이 수정작업이 건강증진사업의 확대를 전제로 시작되었다는 사실을 생각하면 당연하다.

108개의 세부사업 각각에 대하여 사업내용, 연차별 추진계획 및 예산계획을 기술하고 있다. 세부추진계획은 서비스를 포함한 사업 활동의 실현에 관한 구체적 내용이므로 그 합리성과 타당성이 사업현장에서 단기간에 판가를 날 것이며, 따라서 추진기간 동안 계속 점검하고 보완함으로써 주어진 과제에 관한 목적과 목표의 효과적 달성을 담보하도록 해야 한다. 그러므로 정부가 연동계획으로 운영함으로써 연차적으로 수정보완해갈 방침인 것은 올바른 결정이라고 보아야 할 것이며, 그 결과로 세부추진계획은 앞으로 계속해서 적지 않게 수정될 가능성이 있다. 현재의 세부추진계획에 의하면 2010년까지 3조 3,749억 원을 투입하도록 되어 있다.

미국의 Healthy People 2010은 목표설정에 그치고 과제별 추진계획은 다루지 않고 있으며, 이것은 연방정부의 정책집행능력이 극히 제한적이기 때문이라는 사실을 앞에서 지적한바 있다. 그

러나 미국의 경우에도 연방정부의 계획을 준거로 해서 수립된 지방정부의 계획은 다를 것이다.

#### 5. 사업체계의 발전계획

2002년의 당초계획에서는 국민건강증진위원회의 구성·운영, 도시형 보건지소 설치, 보건사업 전담 공중보건의사제도 실시, 방문보건사업 운영 지원 및 국·공립병원 보건의료서비스 확대 등의 사업체계에 관한 과제들이 세부사업으로서 분야별 추진계획에 포함되었었다. 그러나 수정계획에서는 중점과제의 선별과 관련하여 기술하였듯이 사업체계의 확충이나 개편은 중점과제로 설정되지 않았다.

인프라 확충과 효과적 관리가 기획모형의 구성요소로 되어 있는데서 알 수 있듯이 사업체계에 관한 과제들을 기획 작업의 대상에 포함시키는 문제에 대하여 논의가 있었다. 구체적으로는 건강증진사업 추진체계의 구조적 정립, 건강증진 관련 인력의 효율적 양성, 정보체계의 구축과 효과적 운영, 연구 사업을 통한 지식기반의 확충 및 보건교육 지원체계의 강화가 검토되었다. 그러나 이들 과제는 보건의료체계 전반에 걸친 발전계획의 일환으로 다루어져야 할 것들이라는 이유에서 건강증진종합계획 2010에서는 제외된 것이다. 건강증진사업의 주무부서에 속하는 업무가 아니라는 사실도 제외된 이유의 하나이다. 그렇지만 이러한 결정이 타당한지에 대하여는 차후의 기획 작업에서는 재고할 여지가 있다.

## IV. 고 찰

### 1. 기획모형의 설계에 대한 시사

검토한 기획모형 중에서 우리나라의 「국민건강증진종합계획 2010의 당초계획」을 제외하면 「건강일본 21」, 미국의 「Healthy People 2010」 및 우리나라의 「국민건강증진종합계획 2010의 수정계획」은 모두 기본적으로 건강증진의 교육 및 생태적 접근을 바탕으로 하고 있다. 이것은 적어도 현재로서는 이 접근이 국민건강증진의 기획모형으로서 가장 적절함을 의미한다고 보아도 무방하겠다. 따라서 차후의 국민건강증진종합계획에서도 현행 수정계획의 기획모형을 기본적으로는 유지하는 것이 바람직할 것이다.

기획모형에서 장기목표로 설정된 “건강수명 연장과 건강형평성 제고”의 하위목표로 표시된 “건강잠재력의 강화”, “조기사망과 질병의 감소” 및 “인구계층 간의 건강격차 해소”를 명시적 중간 결과목표로 설정하는 방안을 고려할 필요가 있다. 그러면 이들 중간목표를 계량화함으로써 다수의 중점과제 수행에서 종국적 장기목표까지 이르는 중간과정의 논리적 간극을 채울 수도 있을 것이다. 기획모형의 이와 같은 보완은 추진수단에 관해서도 검토할 여지가 있다. “건강행태의 변화 추진”, “예방보건서비스 확충”, “건강지원 사회적 환경 조성” 및 “건강위해 물리적 환경 조성”은 다수의 중점과제에 적용되는 수단들이지만 대상과제가 무엇인가에 관계없이 추구할 공통적 목표를 명시적으로 설정할 수 있는 것이다.

### 2. 기획과정의 실제에 대한 시사

「국민건강증진종합계획 2010」의 비전이 줄 메

시지를 보다 분명히 할 수 있는 표현이 필요하다. 현재의 비전인 “온 국민이 함께 하는 건강세상”이라는 것은 두 가지 의미를 간직하고 있다. 하나는 모두가 함께 건강을 만들어 간다는 뜻이며, 다른 한 가지는 건강을 함께 누리자는 뜻이다. 이 두 가지 의미가 보다 명시적으로 나타나는 표현으로 바꾸는 방안이 고려되어야 하겠다.

중점과제는 건강문제와 수요의 변화에 대응하여 계속 검토, 조정되어야 하겠다. 인프라의 확충을 비롯한 사업체계의 발전에 관한 과제들을 중점과제로 만들어 건강증진종합계획의 일환으로 추진하는 방안이 고려되어야 한다. 건강증진사업이 공공보건에서 차지하는 비중이 커질 수밖에 없는 여건에서 사업기반의 확충을 별개로 다룬다면 추진계획에 응분의 무게가 주어지지 못할 뿐 아니라 사업예산도 배정받기 어려워 사업 전체에 차질이 초래될 수도 있을 것이다. 일본의 경우는 제 1, 2차 건강만들기 대책에서 인프라를 포함시켜 계획을 수립하였으며, 미국은 Healthy People 2010에서 별도의 중점과제로 하고 있는 점을 참고할 필요가 있겠다.

건강형평성 제고는 총괄목표로서 모든 과제와 관련해서 추구해야 할 것이므로 별도의 중점과제로 책정할 필요는 없다. 그러나 장애, 혈액관리, 사고나 손상과 관련된 응급의료 등은 건강증진종합계획의 중점과제로 다루는 방안을 고려해야 할 것이다. 그리고 건강위해 물리적 환경 관리 등의 보건복지부가 아닌 타 부처 업무에 속하는 과제들을 건강증진계획에 포함시켜야 할 것인지에 대한 검토가 있어야 할 것이다. 이들 과제와 관련해서도 건강관리에 관한 전문적 관점에서 현황을 파악하고 관계부처와 협의해 가야 할 필요성에 비추어 적절한 접근이 강구되어야 할 것이다.

기획모형에는 건강환경조성을 위한 식품안전, 음용수관리, 공기오염관리, 기초환경위생 등이 주요 사업과제로 되어 있었으나, 실천을 위한 중점과제의 설정에서는 제외되었다. 이번의 수정계획은 보건복지부의 건강증진사업예산으로 실행할 수 있는 업무를 위주로 실천 가능성에 초점을 두고 중점과제를 설정함에 따라 건강환경조성이 제외되었다. 차기 계획에서는 타 부처의 업무 영역에 속하는 사업도 건강증진종합계획에 포함시키도록 유의하여야 할 것이다.

세부목표를 설정함에 있어서 평가가 가능하도록 설정하는 것이 중요하다. 이번 수정계획에서 세부목표의 설정 기준으로 건강성과(Health outcome), 건강행동(Health behavior), 정책적 조치와 사업(Policies and Interventions)을 제시하였다. 이것은 목표의 내용적 성격이다. 이러한 내용적 성격이 평가에 의하여 측정될 수 있도록 하는 수단적인 성격도 고려되어야 할 것이다. 미국의 「Healthy People 2010」에서는 측정 목표(measurable objectives)와 발전적 목표(developmental objectives)의 두 가지 형태를 제시하고 있다(U.S. department of Health Services, 2000). 측정목표는 시작 연도의 현 상태(current status)를 기초(baseline)로 하여 프로그램의 행동방향을 제시한다. 발전적 목표란 원하는 산출물(혹은 건강상태)에 대한 미래상을 제시하는 지표로서 현재의 자료 수집체계에서는 생산되지 않는 목표이다. 우리도 건강성과, 건강행동, 정책조치라는 내용과 평가를 감안하는 매트릭스 형식의 목표 설정을 고려해야 할 것이다. 특히 우리나라와 같이 건강상태를 측정할 수 있는 통계지표가 부족한 경우에는 매우 유용한 방법이 된다.

건강형평성이라는 장기목표를 위하여 별도의

중점과제는 설정하지 않더라도, 다른 중점과제에서는 인구계층에 따른 세부목표를 설정하여 형평성 개선을 측정할 필요가 있을 것이다. 이 경우 사전에 형평성을 계획할 인구집단을 구분해 둘 필요가 있다. 그렇지 않을 경우 각 중점과제별로 인구집단의 분류가 달라 계획의 일관성 문제가 제기될 우려가 있다. 그리고 건강형평성을 의료이용의 형평성과 혼동해서는 안 될 것이다.

건강증진은 건강결정요인의 다양성에 대응한 접근이므로 대상과제가 다수일 뿐만 아니라 내용이 이질적이어서 매우 복잡하게 마련이다. 따라서 기획과정에 다양한 분야의 전문가들뿐만 아니라, 민간의 참여를 확대하는 방안을 고려해야 한다. 국민건강증진종합계획 2010에서는 전문가와 보건복지부의 정책담당자들 이외의 참여는 극히 제한적이었다. 향후 계획에서는 처음부터 보건단체, 일반국민들이 참여하여 상향식 계획이 될 수 있도록 유의해야 할 것이다. 광범위한 참여를 통하여 사회 각계각층의 요구와 견해가 계획안에 반영되면 건강증진사업의 역량 강화에 도움이 될 것임에 틀림없다.

다양한 분야의 전문가나 민간인이 참여하여 상향식 계획이 되기 위해서는 작업일정을 충분히 계획해야 할 것이다. 미국은 이미 Healthy People 1990, 2000을 작성한 경험이 있음에도 불구하고 1997년부터 준비 작업을 시작하여 2000년에 「Healthy People 2010」을 작성하였는데 반하여 우리는 불과 8개월의 작업 끝에 수정 계획을 작성하였다.

연구사업과 건강증진사업이 연결되도록 유의해야 하겠다. 예컨대 과제별 목표들과 목표량의 타당성의 검토, 사업의 주요대상이 되어야 할 건강결정요인의 파악 및 주요 프로그램의 효과에 대한 근거의 확보 등을 위한 연구가 이루어져야



할 것이다.

건강증진종합계획의 성공적인 기획을 위해서는 통계자료의 뒷받침이 중요하다. 현재의 건강상의 문제를 알아야 제대로 된 기획이 가능하기 때문이다. 우리나라에서 건강과 관련된 지표를 얻을 수 있는 종합적인 자료가 국민건강·영양조사이다. 따라서 건강증진종합계획을 기획하는데 필요한 많은 지표는 국민건강·영양조사로부터 얻을 수 있어야 한다. 그런데 현실은 종합계획과 조사계획이 따로 이루어진다. 그 결과 「국민건강증진종합계획 2010」계획에서 제시된 169개 세부목표 가운데 국민건강·영양조사에서 뒷받침된 지표는 57개에 불과하였다(서미경, 2006). 국민건강·영양조사와 건강증진종합계획이 별도로 기획되어서는 계획의 설계에서부터 평가에 이르기까지 많은 문제가 생긴다. 따라서 현재 실시되고 있는 국민건강·영양조사 등의 관련조사는 건강증진사업의 실적과 효과를 평가하고 차후의 기획 작업에 효과적으로 활용될 수 있도록 설계, 분석되어야 할 것이다.

## V. 결 론

이 연구는 새 국민건강증진종합계획 2010의 검토를 통해서 건강증진계획에 대한 논점들을 분명히 파악하여 계획의 평가와 차후에 있을 기획 작업의 합리성과 타당성을 제고하는 방안에 대한 시사점을 도출하는데 목적을 두었다. 이러한 목적을 위하여 국민건강증진종합계획 2010의 기획모형 설계와 기획과정의 실제에 관해서 검토, 논의하였다.

기획모형의 설계에 대하여 이론적 배경, 논리

및 가정을 살폈다. 그리고 우리나라 당초모형이 일본의 「건강일본 21」을 참고하였고 수정계획은 미국의 「Healthy People 2010」을 참고하였음을 고려하여 두 나라 계획과 비교해서 관찰하였다. 그 결과 우리나라의 당초계획을 제외하면, 수정계획과 다른 두 나라의 계획이 모두 건강증진에 대한 교육적 및 생태적 접근을 기본모형으로 하고 있음을 알 수 있었다.

기획의 실제는 예전한대로 우리나라 건강증진 정책과 사업에 대한 현실적 제약으로 인하여 합리성과 타당성의 확보에 어려움이 많았다. 작업기간의 제한, 기획에 필요한 자료와 연구결과의 부족, 건강증진 기획역량의 미흡 등이 기획 작업에 어려움을 준 요인들의 예가 된다.

국민건강증진종합계획 2010에 대한 분석적 관찰이 차후의 건강증진계획에 대하여 시사하는 바는 두 가지로 요약할 수 있다. 하나는 기획모형은 수정이 필요할 수도 있겠지만 기본적으로는 현행 계획을 유지하는 것이 이론적으로나 현실적으로 적절할 것이라는 점이다. 다른 하나는 기획 작업의 실제에 대한 현실적 제약요인들이 현재 적지 않은데 이들로 인하여 계획의 합리성과 타당성이 제한되는 것을 극복하기 위한 지속적인 노력이 있어야 하겠다는 점이다.

## 참고문헌

- 보건복지부, 한국보건사회연구원. 새국민건강증진종합계획수립. 2005.
- 보건복지부. 국민건강종합계획 Health Plan 2010. 2002.
- 서미경. 국민건강·영양조사의 정책적 활용방안 토론자료. 2005년 국민건강·영양조사 건강면접 및 보건 의식행태조사 결과분석 및 정책적 활용방안에 관한 정책토론회 토론집. 한국보

- 건사회연구원. 2006.
- 이규식. 국민건강증진 10년의 성과. 보건교육·건강증진학회지 2006;23(1):143-171.
- 한국보건사회연구원. 2010년 국민건강증진 목표설정과 전략개발: Healthy Korea 2010. 2000.
- 한국보건사회연구원. 국민건강증진기금사업의 운영 및 평가체계 개발. 1999.
- Canada, Population Health and Wellness, Ministry of Health Services, Province of British Columbia, A Framework for Core Functions in Public Health(Resource Document), March 2005.
- Denmark, Healthy throughout Life- the Targets and Strategies for Public Health Policy of the Government of Denmark, 2002-2010, September 2002.
- Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach(3rd Edition). New York: McGraw-Hill, 1999.
- Health Japan 21. Report on Health Japan 21 Plan, Study Committee and Health Japan 21 Plan Development Committee, 2000.
- Lalonde MA. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, Canada, 1974.
- McGinnis JM et al. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs* 2002;21:78-93.
- Sweden, Ministry of Health and Social Affairs, Action Plan Strengthens Successful Alcohol Policy, Fact Sheet no. 12 October 2000.
- Sweden, Ministry of Health and Social Affairs, National Goals for Public Health, 2004.
- Sweden, Ministry of Health and Social Affairs, Public Health Objectives, Fact Sheet no. 2 January 2003.
- U.S. Department of Health Service. Healthy People 2010. 2000.
- U.S. Department of Health Services, Public Health Services. Healthy People 2000. Full Report with Commentary, 1990.
- U.S. Department of Health Services, Public Health Services. Healthy People 2000. Midcourse Review and 1995 Revisions, 1995.
- Wall R. Issue and Challenges in Assessing the Effectiveness of Health Promotion, Health Policy Research Bulletin Vol. 1, Issue 3, Health Canada, March 2002.
- WHO, Europe, Social Determinants of Health, The Solid Facts(2nd ed.), 2003.

<ABSTRACT>

## The National Health Promotion Plan 2010: The Planning Model and Approaches

Kyu-Sik Lee\* · Mee-Kyung Suh\*\* · Dal-Sun Han\*\*\*

\* *Department of Health Administration, Yonsei University*

\*\* *Korea Institute for Health and Social Affairs*

\*\*\* *Hallym University*

**Objectives:** This study examined the national health promotion plan 2010 in order to identify the agenda and issues to be considered for the improvement of the evaluation of the plan and future planning. In specific, the examination focused on both the planning model and practical aspects of the planning work.

With regard to the planning model, attention was directed to the theoretical background, logical framework and assumptions involved in the design. Also, an observation was made in comparison with Japanese 「Health Japan 21」 and American 「Healthy People 2010」, which provided main reference to our original health plan 2010 and revised health plan 2010 respectively. From this observation it was found that all the plans of three countries, except our original health plan 2010, basically employed a model of educational and ecological approaches to health promotion planning.

As predicted, the practical constraints on the health promotion policy and programs in Korea led to many difficulties in attaining the rationality and validity of the plan. The short period of time afforded for the planning work, the limited availability of relevant data and research findings, and the lack of experiences and competent personnel in health promotion planning were main factors impeding the planning work performance.

The observation and analysis of the National Health Promotion Plan 2010 suggest two main implications for the future planning of health promotion. First, it will be both theoretically and practically appropriate to maintain the current planning model basically as it is. Second, there are many practical problems that may impede effective planning for health promotion, thus continuous efforts should be made to remove or alleviate such problems.

**Key words :** Health Promotion, Planning Model, Educational Approach, Ecological Model, Health Plan