



외국의 건강증진 정책목표와 동향

金惠蓮 한국보건사회연구원 책임연구원

1. 머리말

전세계적으로 인구의 노령화, 산업사회의 도래에 따른 생활양식과 환경의 변화 및 이에 따른 만성퇴행성질환의 증가는 건강증진에 대한 관심을 증가시키고 있다. 1977년 세계보건회의에서의 알마아타(Alma Ata) 선언과 “만인의 건강을 위한 목표(Health for All)”는 건강증진이 도입된 계기가 되었으며, 1986년 캐나다 오타와(Otowa) 건강증진헌장과 아델라이데(Adelaide) 권고에 의해 전세계적으로 보건정책의 주요한 방향으로 파악되고 있다.

이에 따라 국가나 지역의 장단기 보건목표를 세우는 것은 세계적인 추세로서 각국 또는 지역은 건강증진과 건강수준 향상을 위한 2000년 목표를 세우고 있고, 최근에는 2010년, 2020년 우선 순위 보건목표와 정책수단을 구체적으로 설정하여 국가나 민간부문의 보건의료 활동 및 사업 전개에 일관성 있는 목표와 방향성을 부여하고 있으며, 국가 보건수준의 향상과 보건의료부분의 효율성을 높이기 위한 노력을 기울이고 있다.

우리 나라에서도 1995년 10개 우선 순위 보건부문에 대한 목표와 실천을 위한 전략을 개발하였고, 지역보건, 모자보건 부문에서 2010년 사업계획을 시도하고 있으며, 2010년 국가 건강증진 목표 설정작업을 추진하고 있는 시점에 있다. 따라서 향후 포괄적이고 종합적인 보건의료 전반의 2010년 계획이 설정되어 각각의 보건의료 정책이 연계성과 포괄성을 가질 수 있도록 종합적인 국가보건목표가 설정되어야 할 필요성이 크다.

본 소고에서는 건강증진을 위한 우리 나라의 새로운 목표설정을 위하여 외국

에서는 어떤 목표를 추구하고 있으며, 이를 위한 정책과 추진전략을 어떻게 세우고 있는지 미국, 유럽, 싱가포르의 예를 통하여 제시해 보고자 한다.

2. 외국의 건강증진을 위한 보건목표 설정 동향

1) 미국

지난 20년 동안 미국의 보건성 공중보건국(Public Health Service)에서는 미국인의 건강을 향상시키기 위하여 건강증진과 질병예방에 대한 목표를 세 번째 세우고 있다. 첫 번째가 1979년에 제시한 1990년 목표로 'Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention'이다. 두 번째는 2000년 목표로 'Healthy People 2000'이며, 세 번째가 2010년 목표인 'Vision of 2010: Healthy People in Healthy Communities'로 현재 2000년 1월 공표를 예정으로 목표 설정 작업이 진행 중에 있다.

(1) 1990년 목표

1990년 목표는 연령 그룹별로 다음의 5가지 목표와 10개의 세부목표로 명확하고 측정 가능한 목표를 설정하였으며, 이 목표달성을 위한 전략으로 예방보건서비스, 건강보호, 건강증진의 3대 분야 전략 15영역을 제시하였다.

- 출생 1000명당 영아 사망률 9 이하로 감소(35% 감소)
- 1~14세 어린이의 사망을 인구 10만명당 34 이하로 감소(20% 감소)
- 15~24세 청소년의 사망을 인구 10만명당 93 이하로 감소(20% 감소)
- 25~64세 성인의 사망을 인구 10만명당 400 이하로 감소(25% 감소)
- 65세 이상 노인의 질병으로 인한 활동제한일수를 연간 30일 이하로 감소하여 건강개선과 삶의 질 향상(20% 감소)

이 목표는 당시 세계보건기구와 유럽 및 캐나다를 중심으로 출발한 건강증진의 개념과 중요성을 재확인시키는 계기가 되었다.

(2) 2000년 목표

1990년 목표설정이 기폭제가 되어 1987년에는 보건성 공중보건국내에 2000년 건강목표 설정위원회를 구성하여 1979년에 세운 1990년까지의 목표와 내용을 확장하여 1990년부터 2000년까지의 국민건강증진을 위한 국가전략을 세운 'Healthy People 2000'을 1990년에 발간하였다. 이 보고서는 예방 가능한 사망과 불구의

감소를 통한 건강여명의 증가, 미국내의 인종·사회계층간 건강 불평등의 완화, 예방보건서비스의 접근성 제고의 3대 목적을 추구하고 있으며, 이를 위하여 건강증진, 건강보호, 예방보건서비스의 3대 영역으로 나누어 22개 우선 분야에 대한 목표와 전략을 제시하고 있다. 이 속에는 300개의 국가목표가 있으며 분야별로 목표를 공유하는 중복부분까지 합하면 332개의 목표가 제시되어 있다. 또한 연령별, 인종별로 취약인구 계층에 대한 구체적 목표를 별도로 제시하여 223개의 특수 인구집단 목표(중복부분을 포함하면 284개 목표)를 포함하여 총 523개의 목표(중복목표 포함 616개 목표)를 망라하고 있다. 22개 우선 분야의 주요 목표를 간추려 보면 <표 1>과 같다.

제시된 목표와 서비스 전략들은 미국내의 방대한 각종 국가통계에 바탕을 두고 있으며, 3년의 작업기간 동안 각계 전문가, 공공 및 민간기관, 시민 등 방대한 전문가의 참여와 협조를 획적으로 구하고, 종적으로는 지방보건 담당자의 의견을 취합하는 과정을 거쳐 국가의 보건목표를 설정하기 위한 합의를 도출하는 과정에 막대한 노력을 기울였다는 데에 큰 의미를 가지고 있다.

(3) 2010년 목표

21세기는 예방의학 기반의 확대, 발전된 데이터 시스템 및 감시체계, 예방보건 서비스와 서비스의 질에 대한 높아진 요구와 인식, 인구학·과학과 기술의 변화, 공중보건에 영향을 미칠 질병의 확산 등으로 2000년 목표와는 차별화된다. 2010년 목표는 1996년 뉴욕 2000년 목표 콘소시움 회의에서부터 준비가 이루어졌으며, 2010년 목표설정 과정은 1996년 9월 2010년 운영위원회 설립, 1997년 10월부터 1998년 2월까지 콘소시움 구성원의 포커스 그룹 토의 진행, 1997년 1월 2010년 목표에 대한 운영위원회 회의, 1997년 9월 2010년 목표의 틀에 대한 의견수렴을 위한 연방정부의 공고, 1997년 11월 2000년 목표에 대한 평가회의 개최, 1997~1998년 목표개발을 위한 분과별 작업, 1998년 10월 2010 목표안에 대한 공고를 거쳐 1999년 목표설정 작업을 완료하고, 2000년 1월 발표하는 일정으로 추진되고 있다.

2010년 목표의 궁극적 목적은 첫째, 건강여명의 증대, 둘째, 건강수준의 불균형 제거에 두고 있다. 특히, 2010년 목표는 두 번째 목표를 강조하고 여러 유형의 인구집단 목표를 별도로 설정하고 있다. 미국의 2010년 목표설정은 WHO의 Health for All 목표설정의 모델을 개발하는 데 있어서도 공헌이 큰 것으로 평가될 수 있다.

표 1. 미국의 『Healthy People 2000』의 목표

부문별 사업 내용		목 표
A. 건 강 증 진	1. 운 동	비고: 심장병, 암예방 목표와 관련
	가. 적절한 운동실천 증가	- 규칙적인 운동실천율을 현재의 22%(1985년)에서 30%까지 증가시킨다(+36%).
	나. 운동 비실천자 감소	- 전혀 운동을 하지 않는 사람을 24%에서 15%로 낮춘다(-38%).
	2. 영 양	비고: 암예방 목표, 심장병·뇌졸중·고혈압 관리목표와 관련
	가. 과다체중과 비만증가 억제	- 성인 비만율을 26%(1976~80년)에서 20% 수준으로 감소시킨다(-23%).
	나. 영양권장량과 식사지침에 입각한 건강지향 식생활 실천제고	- 지방이 에너지섭취에서 차지하는 비중을 36%(1976~80년)에서 30%로 낮춘다.
	3. 흡 연	비고: 암 및 심장병 예방 목표와 관련
	가. 흡연율 감소	- 성인의 흡연율을 34%(1992년)에서 25%까지 감소시킨다(-48%).
	나. 청소년의 흡연 감소	- 20세 이전 흡연자의 비율을 30%에서 15%로 낮춘다(-50%).
	4. 알코올 및 기타 약물 사용	
	가. 음주와 관련된 자동차 사고 사망 감소	- 인구 10만명당 음주관련 자동차사고 사망수를 9.8(1987년)에서 8.5로 감소시킨다(-13%).
	나. 청소년 약물사용 감소	- 12~17세 청소년 음주율을 25.2%(1988년)에서 12.6%로 낮춘다(-50%).
	다. 청소년의 마리화나 사용감소	- 12~17세 청소년의 마리화나 사용을 6.4%(1988년)에서 3.2%로 낮춘다(-50%).
	5. 가족계획	
	가. 10대 미혼모 감소	- 15~17세 인구 1,000명당 임신을 71.1(1985년)에서 50으로 낮춘다(-30%).
	나. 원치 않는 임신율의 감소	- 원치 않는 임신의 비율을 마지막 임신의 56%(1988년)에서 30%로 감소시킨다(-46%).
	6. 정신보건	
	가. 자살 감소	- 인구 10만명당 자살 사망수를 9.9(1993)에서 8.0 수준으로 감소시킨다.
	나. 심각한 스트레스 보유 인구의 감소	- 심각한 스트레스 보유인구를 44.2%(1985년)에서 35%로 감소시킨다.
7. 폭행치사 감소		
가. 타살 감소	- 인구 10만명당 타살수를 8.5(1987년)에서 7.2로 감소시킨다(-15%).	
나. 폭행으로 인한 상해 감소	- 인구 10만명당 폭행 상해를 9.7(1986년)에서 8.7로 감소시킨다(-10%).	

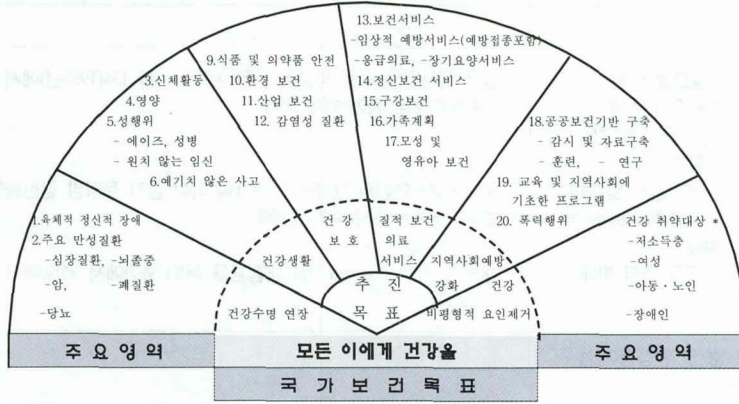
표 1. 계속

부문별 사업 내용		목 표
A. 건강증진	8. 교육 및 지역사회를 기반으로 하는 사업	
	가. 학교보건교육의 제공 나. 건강증진 프로그램 제공 산업장의 증가	- 초·중·고등학교 75%가 학교보건교육을 실천하도록 한다. - 50인 이상 고용사업장의 건강증진 프로그램 도입을 65%(1985년)에서 85%로 증가시킨다(+31%).
B. 건강보호	9. 불의의 사고	
	가. 불의의 사고로 인한 사망 감소 나. 자동차 안전규제 준수	- 불의의 사고로 인한 사망을 인구 10만명당 34.7(1987년)에서 29.3으로 감소(-16%) - 안전벨트 등 자동차 안전기구 사용을 42%(1985년)에서 85%로 증가(+102%)
	10. 작업재해	
	가. 작업재해 사망자수 감소 나. 작업재해 상해 감소	- 인구 10만명당 6(1983~87년)에서 4로 감소(-33%) - 인구 10만명당 7.7(1983~87년)에서 6.0으로 감소(-22%)
C. 질병예방서비스	11. 환경보건	
	가. 아동의 혈중 납중독 25μg/dl 방지 나. 대기 오염 규제수준 이하의 환경오염 유지	- 아동의 납중독 방지 - 49.7% 지역(1988년)에서 85%지역이 환경기준치상 적합한 환경에서 거주하도록 함(+71%).
	12. 식품 및 약품의 안전관리	
	가. 살모넬라 식중독 발생 감소	- 살모넬라 식중독 발생건수를 10만명당 77(1989년)에서 25로 낮춤(-68%).
C. 질병예방서비스	13. 구강보건	
	가. 아동의 치아우식 발생 감소 나. 노인의 자연 치아손실 감소	- 우식치아 아동(6~8세)을 54%(1986~87년)에서 35%로 낮춤(-34%). - 65세 이상 노인의 자연치아 손실을 36%(1986년)에서 20%로 낮춤(-44%).
	14. 모자보건	
	가. 저체중아 출생의 감소 나. 조기 산전관리 강화	- 출생체중 2,500g 미만의 저출생아 비율을 6.9%(1987년) 수준에서 5% 수준으로 감소시킴(-28%). - 임신초기(임기 3개월 이전)의 산전관리율을 76.0%(1987년)에서 90% 수준으로 향상시킴(+18%).
C. 질병예방서비스	15. 심장병, 뇌졸중	
	가. 관상동맥 심장질환으로 인한 사망률 증가 억제 나. 뇌졸중으로 인한 사망률 감소	- 인구 10만명당 관상동맥 심장질환으로 인한 사망자수를 135(1987년)에서 100수준으로 감소시킴(-26%). - 인구 10만명당 뇌졸중으로 인한 사망자수를 30.4(1987년)에서 20.0으로 감소

표 1. 계속

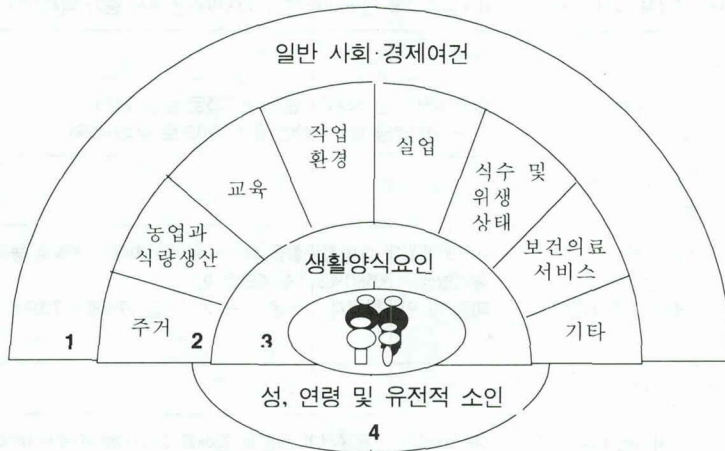
부문별 사업 내용		목 표
C. 질병 예방 서비스	16. 암	
	가. 전체 암으로 인한 사망률 증가 억제	- 인구 10만명당 각종 암으로 인한 사망자수를 134(1987년)에서 130 수준으로 증가 억제(-3%)
	나. 조기진단을 위한 건강 검진 확대	
	• 임상적 유방검사 및 유방 엑스선 조영(Mammogram) 검진 확대	- 50세 이상 여성의 매 1~2년에 1회 이상 정기 유방암 검진율을 25%에서 60%까지 증가(+140%)
	• 여성 자궁암 검진 확대	- 18세 이상의 Pop test 검사경험률을 88%(1987)에서 95%(매 1~3년)까지 증가(+8%)
	17. 당뇨병 및 만성장애(불구) 질환	
	가. 만성질환에 활동제한 감소	- 이환자의 활동제한일 경험률을 현재의 9.4%(1987년)에서 8%수준까지 감소(-15%)
	나. 당뇨병 관련사망 증가 억제	- 인구 10만명당 당뇨병으로 인한 사망자수를 38(1986년)에서 34수준으로 당뇨병의 증가 억제(-11%)
	18. AIDS	
	가. AIDS 감염자 증가 억제	- HIV감염자를 인구 10만명당 400(1989년)에서 증가 억제(0%)
	19. 성병	
	가. 임질 감염 억제	- 인구 10만명당 300(1989년)에서 225로 낮춤(-25%).
	나. 매독 감염 억제	- 인구 10만명당 18.1(1989년)에서 10.0으로 낮춤(-45%).
20. 예방가능한 전염병의 예방접종		
가. 예방접종을 제고	- 19~35개월의 예방접종률을 54~64%(1987년)에서 90%로 높임.	
나. 홍역발생 방지	- 홍역발생수 3058(1988년)을 0으로 함.	
다. 폐렴·인플루엔자 사망 감소	- 폐렴 및 인플루엔자 사망을 인구 10만명당 19.9에서 7.3으로 낮춤.	
21. 임상예방서비스		
가. 임상예방서비스 이용 장애 해소	- 예방서비스 이용에서의 재정적 장애를 16%(1989년)에서 0%로 해소	
22. 정보 및 평가 체계		
가. States간 공통 보건지표 사용	- State에서 40주로 확대	

그림 1. 2010년 국민건강 비전: 건강한 지역사회, 건강한 국민



2) 유럽의 건강목표 설정

그림 2. 건강의 주요 결정요인



유럽에서 1984년부터 시작된 유럽인들의 건강을 위한 WHO 유럽지역위원회의 제안은 유럽의 여러 국가의 의회, 정부, 의사 등 의료전문인력 관련 단체들이 건강에 관한 활발한 논의를 확대하는 계기를 가져왔다. 이러한 논의들이 바탕으로

되어 1985년에는 2000년까지 모든 사람에게 건강을 실현시키는 것을 목표로 하는 ‘Target for Health for All’을 제시하였다. 이것은 다시 1993년 ‘Health for All Targets’으로 수정·제시되었는데, 여기서 제안된 사항들은 목표단계, 전략단계, 지원단계로 나누어 8개 분야의 총 38개 목표를 세워 포괄적인 건강대책 전반을 제시하였다.

1998년에는 유럽 각 회원국의 관련 전문기관, 국제기관, 보건 정부 부처간의 2년간 집중적인 작업과정을 통하여 새로운 21세기에 대비하여 21세기초반 20년간의 목표를 7개 분야의 총 21개 목표로 설정하고 있다.

21세기 유럽지역의 궁극적 건강목표는 “모든 이에게 건강의 잠재력을 최대한 발휘하도록 하자”는 데 두고 있으며, 이를 위하여 2가지 목적을 세우고 있다. 즉, 첫째, 전생애를 통하여 인간의 건강을 증진시키고 보호하고, 둘째, 주요 질병 및 사고 발생으로 인한 고통을 줄이는 데 두고 있다.

이러한 배경하에 설정된 21개 목표를 보면 다음 <표 2>와 같다. 이 목표는 1998년 WHO가 “21세기 전 인류의 건강목표를 설정하자”는 제의하의 10개 목표를 세운 것을 유럽지역에 부합하게 설정한 것으로, 특히 1998년 목표는 과거 1993년 목표가 추상적이고 개념적인 목표를 제시한 것과는 달리 구체적이고 객관적인 지표, 목표달성수준을 수치화 한 세부목표로 구체화하고 있다. 목표와 지표설정에 있어서 현재의 수준은 1995년을 기준으로 하고 있으며, 건강수준 달성목표 설정은 2020년을 기준으로, 수단적 목표는 2010년 또는 2015년 달성 목표를 설정하였다.

표 2. 유럽지역의 21세기 21부문 건강목표

부 문	목 표	세 부 목 표
지역내 연대활동의 강화를 통한 건강수준의 형평성 제고	1. 유럽지역내 건강을 위한 유대 강화: 지역내 국가간 건강수준의 격차를 감소시킨다.	1.1 유럽지역 국가의 기대여명 차이를 30% 이하로 한다. 1.2 보건의료 여건을 개선하여 국가간 주요 질병, 장애, 사망지표의 격차를 감소시킨다.
	2. 건강수준의 형평성 제고: 2020년까지 취약계층의 건강수준을 향상시켜 국가내 사회경제적 계층간의 격차를 25% 이하로 감소시킨다.	2.1 사회경제 계층간 기대여명의 차이를 25% 이내로 한다. 2.2 사회경제 계층별 주요 질병, 사망, 장애, 관련지표의 차이를 줄인다. 2.3 소득, 교육수준, 노동시장에서의 접근성 등 사회경제적으로 불리한 여건을 개선시킨다. 2.4 빈곤인구를 대폭 감소시킨다. 2.5 건강과 사회 경제적 측면에서 특별한 욕구가 있는 계층이 적절한 서비스를 받도록 보호한다.

표 2. 계속

부 문	목 표	세부 목표
유럽지역 8억 7000만 인구의 건강수준 향상	3. 건강한 생의 출발: 2020년까지 모든 신생아와 영유아의 건강수준을 향상시킨다.	3.1 적절한 생식보건(Reproductive Health), 산전관리, 모성과 태아관리, 영유아 건강관리를 보장받을 수 있도록 한다. 3.2 영아사망률은 20에서 10 이하로, 현재 20 이하인 국가는 10 이하로 낮춘다. 3.3 영아사망률이 10 이하인 국가는 신생아의 선천성 질환과 장애 발생을 줄인다. 3.4 5세 이하 유아의 사고와 폭력으로 인한 사망과 장애를 현재의 50% 이하로 줄인다. 3.5 2500g 미만 저체중아의 비율을 현재의 20%까지 줄이고 국가간 차이를 감소시킨다.
	4. 청소년의 건강 확보: 2020년까지 청소년이 사회에서 충분한 역할을 할 수 있도록 건강수준을 향상시킨다.	4.1 어린이와 청소년이 건강을 선택할 수 있도록 기술을 향상시킨다. 4.2 폭력과 사고로 인한 사망과 장애발생을 현재의 50%까지 감소 시킨다. 4.3 약물, 담배, 알코올 사용 등 건강 위해 행위를 하는 청소년의 비율을 실질적으로 감소시킨다.
	5. 건강한 노년: 2020년까지 65세 이상 인구의 건강 잠재력을 향상시켜 사회적 역할을 충분히 하도록 한다.	5.1 65세 이상의 기대여명과 DFLE(무장애 연령)을 20%까지 증가시킨다.
질병과 사고의 예방관리	6. 정신보건의 향상: 2020년 까지 사회심리적 안녕 상태를 증진시키고, 정신 건강서비스 접근성을 제고시킨다.	6.1 인구집단의 스트레스에 대응하는 능력을 향상시키며, 정신 건강에 악 영향을 미치는 요인을 감소시킨다. 6.2 자살을 최고 1/3 감소시킨다.
	7. 전염병의 감소: 2020년까지 공중보건에서 중요한 전염 병의 박멸과 제거를 위한 체계적인 프로그램을 통해 서 전염병으로 인한 건강문 제를 현저하게 감소시킨다.	7.1 2000년 이전까지 유럽지역 내 유행성 뇌척수막염(소아마비)의 전파를 차단하고 2003년 이전까지 각 국가에서 이를 확인 하도록 한다. 7.2 2005년 이전까지 유럽지역내 신생아 파상풍을 없앤다. 7.3 2007년 이전까지 홍역을 없애고 2010년까지 각국이 이를 확인하도록 한다.
	8. 비전염성 질환의 감소: 2020년까지 주요 만성 질환으로 인한 장애와 조기사망을 가능한 수준까지 낮춘다.	8.1 65세 미만 인구의 심혈관계 질환 사망을 최소 40% 낮춘다. 8.2 65세 미만 인구의 각종 암 사망률을 최소 15% 낮추고, 폐암 사망은 25%까지 낮춘다. 8.3 당뇨병으로 인한 신체 절단, 시력손실, 신장기능 손실, 임신 합병증 등의 건강문제를 1/3 감소시킨다. 8.4 만성 폐질환, 근골격계 장애, 기타 만성질환으로 인한 장애와 사망을 감소시킨다. 8.5 6세 아동의 충치를 20% 미만으로 하고, 12세 아동의 평균 치아손실을 평균 1.5개 이하로 되도록 한다.
9. 폭력 및 사고로 인한 상해 감소: 2020년까지 사고· 폭력으로 인한 상해, 사고 발생을 감소시킨다.	9.1 도로교통사고로 인한 사망과 장애를 30% 감소시킨다. 9.2 작업장, 가정, 레저활동에서 발생하는 사망과 장애를 50% 감소시킨다.	

표 2. 계속

부 문	목 표	세부 목표
지속적인 건강을 도모하기 위한 각 부분간의 전략적 연대	10. 건강한 위한 환경의 조성	2015년까지 유럽에 거주하는 인구가 위험한 오염물질에 국제적으로 공인된 표준 기준치를 넘지 않는 수준에 노출되도록 안전한 물리적 환경에서 살 수 있도록 한다.
	11. 건강한 생활양식: 2015년까지 건강한 생활양식을 선택하도록 한다.	11.1 영양, 신체활동, 성행위에서 건강행위실천을 증가시킨다. 11.2 안전하고 건강에 도움이 되는 식품의 구매력과 접근성을 제고시킨다.
	12. 알코올, 약물, 담배로부터의 위해 감소: 2015년까지 중독적인 담배, 알코올, 향정신성 약품의 사용으로 인한 건강위해를 실질적으로 감소시킨다.	12.1 15세 이상 인구 중 비흡연 인구비율을 최소 80% 감소시키고, 15세 미만 인구에서는 100%까지 감소시킨다. 12.2 알코올의 연간 1인당 소비량을 6리터 이하로 감소시키고, 15세 미만 인구의 소비량은 0에 근접하도록 한다. 12.3 불법 향정신성 약물사용을 최소 25% 감소시키고, 사망을 50% 감소시킨다.
	13. 건강한 환경의 조성: 2015년까지 유럽 지역내 인구가 가정, 학교, 사업장, 지역사회에서 물리적, 사회적으로 건강한 환경에서 거주할 수 있도록 한다.	13.1 개인과 가족의 건강증진과 건강보호기술을 증가시키고, 물리적 가정환경의 위해를 감소시켜 가정환경이 안전하게 보장되도록 한다. 13.2 UN 장애인 기준에 의한 가정, 사업장, 사회생활 환경조성을 통하여 장애인의 건강을 증진시킨다. 13.4 최소한 50%의 어린이와 95%의 학교 아동이 건강증진적 유치원과 학교에서 교육을 받을 수 있도록 한다. 13.5 최소 50%의 도시지역이 건강도시 네트워크의 회원이 되도록 한다. 13.6 최소 10%의 대기업이나 중소기업이 건강한 회사기준에 부합되도록 한다.
	14. 건강에 대한 사회 각 부문의 책임강화	2020년까지 사회 각 영역이 건강을 위한 책임을 인식하도록 한다.
결과 지향적인 통합적 보건의료 체계의 조성	15. 건강과 관련된 영역의 통합: 2010년까지 지역 사회중심의 1차 보건의료에 대한 접근성을 높인다.	15.1 효율적이고 비용 효과적인 의뢰체계를 가진 포괄적인 1차 보건의료를 통하여 지속적인 관리가 90%의 국가에서 가능하도록 한다.
	16. 비용 효과적이고 건강 산출적인 보건의료 서비스의 질관리	16.1 2010년까지 주요 보건전략을 건강산출 측면과 비용효과 측면에서 평가한다. 16.2 유럽지역내 모든 국가는 10대 주요 건강문제에 대하여 건강에 대한 영향 측정, 비용효과와 환자 만족도를 포함하는 질적 관리를 위한 국가적 모니터링체계를 개발하도록 한다.
	17. 보건의료서비스에 대한 재정지원과 자원투입	2010년까지 지역내 회원국은 보건요구에 근거하여 건강증진, 건강 보호, 치료사업에 비용효과와 결과에 바탕을 두고 지속적인 재원 지원과 자원분배 체계를 가져야 한다.
	18. 보건을 위한 인력자원의 개발	2010년까지 지역내 회원국은 적절한 지식과 기술을 가진 보건 전문가를 육성, 확보하여야 한다.
변화를 초래할 수 있는 정책과 메커니즘의 도입	19. 건강에 대한 연구와 지식 기반의 강화	2005년까지 모든 국가는 보건정보를 정치인, 전문가, 일반대중이 건강 지식을 효과적으로 이용하고 전파할 수 있도록 연구를 강화 하고 정보와 커뮤니케이션 시스템을 확보하여야 한다.
	20. 건강을 위한 민간과 공공 부문의 파트너십 강화	2010년까지 Health for All 정책을 수행하기 위하여 개인과 단체, 공공과 민간, 시민사회는 연대와 파트너십을 가지고 참여하여야 한다.
	21. 모든 이에게 건강을 위한 정책과 전략의 도입	2010년까지 모든 국가는 적절한 조직체계와 관리과정 및 혁신적인 리더십을 통하여 모든 지역과 국가, 학교, 가정, 사업장에서 단기 및 중장기 목표를 가지고 Health for All 정책을 수행하여야 한다.

3) 싱가포르

싱가폴은 1991년부터 보건성 장관특별위원회의 제안에 따라 ‘건강증진’을 국가보건정책에서 주요과제로 채택하였다. 싱가포르 건강증진 목표는 ‘건강한 평균 수명의 연장’을 궁극적 목표로 ‘건강한 생활양식’에 초점을 두고 2000년에 달성해야 할 7분야의 건강증진목표를 채택하고 있으며, 국가에서 적극적으로 프로그램을 운영하고 있다.

특히, 싱가폴은 영국형 보건의료체계를 가지고 주로 국가가 보건의료를 제공하여 왔기 때문에 앞으로 다가올 의료비의 증가문제에 적극적으로 대비하기 위

표 3. 싱가포르의 주요 건강문제와 대책에 관한 보건특별위원회의 제안내용

질 병	위험요인	기 전	기본방침	전 략	프로그램
<ul style="list-style-type: none"> • 심장질환 • 암 • 뇌졸중 • 사고 • 당뇨병 	<ul style="list-style-type: none"> • 비만 • 운동 • 흡연 • 콜레스테롤 • 고혈압 • 식이 • 음주 • 안전의식 	<ul style="list-style-type: none"> • 개별적 관리 • 지지적 환경 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강한 삶의 연장 • 범부서적 참여의 제고 • 지지적 환경의 조성 • 개별관리에 대한 개인 책임의 강조 • 관련 보건정책의 조정 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강정보의 제공 • 예방서비스의 강화 • 지역사회참여의 촉구 • 건강 영향에 대한 공공보건정책의 조정 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건교육 • 정기건강 검진 • 비만과의 전쟁

표 4. 싱가포르와 미국의 2000년 건강증진목표 비교

목 표	싱가폴	미 국
• 비만	인구의 3%, 학교아동 9%	인구의 20%
• 규칙적 운동	인구의 40%(2005년: 인구의 50%)	인구의 30%
• 흡연	인구의 10%	인구의 15%
• 혈중 콜레스테롤	200 mg%	200 mg%
• 고혈압	인구의 13%	고혈압인구 중 혈압조절인구비율 50%
• 식 이	남자 3000 kcal/ 일 여자 2100 kcal/ 일 지방 에너지섭취의 20~30% 염분 1일 5g 이하 섬유질: 25~30g/ 일	
• 구강건강	DMF(T) 1.2	총치: 8세아의 35%

하여 건강에 있어서의 ‘개인의 책임’을 강조하고, 이를 지지하기 위한 캠페인과 교육을 적극적으로 실시하고 있다.

1991년에 구성된 보건성 장관특별위원회가 제안한 싱가포르의 주요 현안 건강문제와 위험요인, 기본방침과 전략은 <표 3>과 같으며, 2000년 건강증진 국가목표는 <표 4>와 같이 설정하고 있다.

3. 맺는 말

이상에서 미국, 유럽, 싱가포르의 2000년 건강증진목표나 2010년 또는 21세기 국가보건목표를 어떻게 설정하고 있는가를 고찰하였다. 국가나 지역별로 2000년 전후의 국민보건수준을 설정하고 있으나 내용의 범위와 분류, 목표의 구체성과 전략의 내용, 목표설정 작업에 기울인 국가적인 노력과 기간이 매우 상이하다. 이러한 차이는 보건의료환경 등의 차이에 따라 그 나라 보건의료에서 해결하여야 할 요구와 수요가 다르고 각 국가마다 주요 보건정책과제가 상이하기 때문이라고 볼 수 있다. 그러므로 우리 나라에서 국민보건수준을 설정하는 작업은 외국의 설정과정과 내용을 참고하여 우리 현실에 맞는 목표의 설정과 전략을 구상해야 할 것으로 본다.

그럼에도 국가의 보건목표를 세우는 것은 세계적인 추세로서 국가의 보건계획을 수립하고 정책의 우선 순위를 설정하며 시책방향을 세우는 데 있어서 기본틀이 될 수 있으며, 동시에 국민들의 보건서비스에 대한 이해를 높이고, 국가의 보건목표를 달성하기 위한 공동의 노력을 추구하는 데 있어서 국민적 합의를 도모하고 공통의 목표를 일관성 있게 추진하기 위한 수단으로서의 의미도 크다고 볼 수 있다. 외국에서 이러한 국가의 건강목표는 실질적으로 국가나 지역의 보건통계 생산, 중앙과 지방의 보건의료서비스 시행 및 연구과제 선정의 방향설정, 전문단체나 협회의 활동목표 설정과 우선 순위에 대한 고려에 반영되어 광범위하게 이용되고 있음을 볼 수 있다. 본문