

연구보고서 2007-03

근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략

최은진

김동진

김공현

이선희

한국보건사회연구원

머 리 말

현대사회에서 건강증진사업은 질병의 예방과 건강의 잠재력 향상을 위하여 필수적인 보건사업이다. 우리나라에서는 1995년 국민건강증진법이 제정되고 1998년부터 10여년간 건강증진사업이 실시되어 왔다. 담배세에서 각출된 건강증진기금으로 지원되는 건강증진사업의 예산규모도 상당히 증대되었다. 그러나 건강증진사업의 효과에 대하여 아직도 많은 논란이 있고, 근거에 대한 요구도도 높지만 이에 대한 적절한 대응방안을 연구하는 사례가 거의 없었다.

건강증진사업에서 근거를 연구하는 것은 건강증진정책을 개발하고 건강증진사업을 확산시키는 데 필수적인 요소이다. 건강증진사업에서 근거를 찾는 일은 전문적인 연구자들만의 관심사가 아니다. 근거는 사업의 개발 및 확산, 지속성과 직결되기 때문에 관련된 공급자와 수혜자인 국민 모두에게 필요한 정보이다. 따라서 근거에 대한 정보는 정책입안자와 사업의 담당자, 사업의 수혜자인 주민들에게 중요하다. 그러나 최근까지도 국내 건강증진사업에서 근거에 대한 정보는 학문연구의 한 분야로서만 관심사인 것처럼 간주되어 왔었다. 근거를 생산하는 것은 교수나 학생, 연구자들만의 전유물이 아니라 건강증진사업의 실천현장에서 사업을 담당하는 사람들과 수혜자인 국민들도 참여할 수 있어야 한다.

건강증진분야의 다학제적인 특성과 건강증진분야의 급속한 변화는 건강증진사업의 근거를 수집하는 것을 어렵게 만드는 요인이기도 하다. 건강증진사업의 근거를 수집하고 생산하고 보급하는 것을 체계화하여야 급변하는 건강증진사업분야의 요구도에 발맞출 수 있을 것이다. 이 보고서는 이러한 건강증진사업의 근거의 생산과 근거에 관한 정보를 체계적으로 보급확산하는 데 기여할 것으로 본다. 본 보고서를 작성하는 데 도움을 주

신 한림대학교 배상수 교수, 협성대학교 고승덕 교수, 남서울대학교 이주열 교수께 감사드리며, 한국보건사회연구원의 정영철 복지정보센터 소장, 강은정 부연구위원께 감사드린다. 그리고 본 보고서작성과 정리에 도움을 준 박수진 연구보조원에게도 감사의 인사를 전한다.

2007년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김용문

목 차

Abstract	9
요 약	11
제1장 서 론	22
제1절 연구의 필요성	22
제2절 연구의 목적	24
제3절 연구의 내용과 범위	25
제4절 연구의 방법	27
제2장 건강증진사업 근거의 정의와 배경	31
제1절 과학적 근거의 정의	31
제2절 보건학에서의 과학적 근거	39
제3절 건강증진에서의 과학적 근거	50
제4절 건강의 결정요인	70
제3장 선진국의 근거생산 현황	103
제1절 전문기관의 근거제공 유형	103
제2절 정부차원의 건강증진사업을 위한 근거 자료 제공유형	114
제3절 국제기구 및 국제조직차원의 건강증진 근거제공 유형	125

제4장 건강증진사업의 근거생산과 활용	128
제1절 국내 건강증진사업 근거생산 및 활용에 대한 전문가 델파이 조사 결과	128
제2절 공공부문 건강증진사업의 근거제공의 현황	135
제3절 근거의 활용을 위한 민간부문 건강증진사업 참여유형 및 협력방안	142
제5장 근거기반 건강증진사업을 위한 정책방향	187
제1절 건강증진근거수집과 생산체계의 방향	187
제2절 건강증진사업의 근거활용의 확산방안	194
제6장 결론 및 제언	200
참고문헌	202
부 록	209

표 목 차

〈표 2-1〉 근거중심의 의학(EBM)과 근거중심의 보건학(EBPH)의 과정 비교	41
〈표 2-2〉 근거 중심의 의학(EBM)과 근거중심의 보건학(EBPH)의 차이점 ..	42
〈표 2-3〉 공중보건에서 근거기반의 의사결정의 장애요인과 해결방안 ..	50
〈표 2-4〉 논문의 신뢰도의 우선순위	63
〈표 2-5〉 세계보건기구와 선진국들이 제시한 건강의 결정요인의 비교	100
〈표 3-1〉 외국의 보건의료 관련 Database 비교	103
〈표 3-2〉 The Cochrane Library Contents 종류	109
〈표 3-3〉 Community Guide의 내용	116
〈표 4-1〉 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 필요한 사업 순위	133
〈표 4-2〉 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 시급한 사업 순위	134
〈표 4-3〉 국내 데이터베이스	135
〈표 4-4〉 공공 서비스 제공방식	147
〈표 4-5〉 건강증진 활동 유형별 민간참여 방식	149
〈표 5-1〉 건강증진의 관련분야별 대표적인 데이터베이스	190
〈표 5-2〉 건강증진 관련 이론의 요약	191
〈표 5-3〉 건강증진사업근거의 활용성의 검토방법	195

그림목차

[그림 1-1] 연구추진의 틀	28
[그림 1-2] 전문가 델파이 조사의 흐름도	30
[그림 2-1] 보건학에서의 의사결정 향상을 위한 광범위한 고찰	42
[그림 2-2] 인구집단 대상의 근거 수집과 활용 사이클	46
[그림 2-3] 보건사업에서 근거중심연구 적용의 과정	48
[그림 2-4] 건강 증진의 결과 모델	56
[그림 2-5] Evidence Map	60
[그림 2-6] RE-AIM의 개념적 기틀	68
[그림 2-7] 건강의 주요 결정 요인	80
[그림 2-8] 미국 Healthy People 2010에 제시된 건강의 결정요인	97
[그림 3-1] Health-evidence.ca의 개입특성별 검색도구사례	122
[그림 4-1] 건강증진사업지원단의 건강증진문헌검색 인덱스체계	137
[그림 5-1] 건강증진사업과 관련된 정보의 체계	198
[그림 5-2] 연구의 근거를 정책과 현장에 전달하는 경로	199

Abstract

Strategies to Utilize Evidence for Health Promotion Programs

1. Background and purpose of the study

- During the last decade many health promotion programs have been implemented in South Korea. But still many health professionals raise the issue of lack of evidence in health promotion programs. This frequently leads to reduced financial support from the National Health Promotion Fund.
- The purpose of the study was to develop strategies to entice production and utilization of evidence in health promotion in Korea.

2. Method of the study

- Authors collected related literature on evidence Database and management systems in overseas and in South Korea.
- Conducted an internet based Delphi survey to gather information on priority issues in health promotion evidence. Respondents included health promotion workers in local public health centers and health professionals in South Korea. A total of 62 persons participated in the survey.

3. Result of the study

- Authors reviewed definition and scope of evidence in health promotion and compare it with evidence in clinical medicine. There are common methods to review literature, but there need to adopt additional methods for health promotion. The multi-principle nature of health promotion needs

to be considered in gathering evidence in health promotion.

- Advanced countries provide evidence information for policy makers, health promotion officers and consumers. The World Health Organization provide Evidence network for decision making and policy making.
- In South Korea, one can find many different database system in general, but there is few system that provide evidence information in health promotion.
- Most health promotion workers in local public health centers follow guidelines from the central government, and the guidelines are the major source of evidence.
- Although the National Health Promotion Fund funded projects have been increased, there is no adequate procedure or system that increase accessibility.
- To increase accessibility to evidence in health promotion, public relation is an issue. There needs some advisory group for evidence review that include policy makers and consumers in addition to health professionals. In addition, to increase gathering and utilization of evidence in health promotion, training and educational programs for students and health professionals are needed.

요 약

1. 연구의 배경 및 목적

- 지난 수년간 건강증진을 추진하기 위한 정책 및 사업과 지침이 개발 보급되었고, 인력을 훈련하는 프로그램과 교육교재들이 개발되었음. 그러나 건강증진사업의 근거와 원리에 대하여 아직 많은 의문을 제기하는 학자들이 있음. 대부분의 지적사항은 건강증진사업의 효과에 대한 근거가 없다는 것이거나, 근거가 없음으로 인한 건강증진사업의 타당성에 대한 문제제기였음. 이것은 건강증진사업의 공급자에 대한 책임추궁이 될 수도 있는 중요한 사안이기도 함.
- 본 연구는 근거중심의 건강증진사업을 계획하고 추진할 수 있는 기반과 전략을 개발하기 위한 연구임. 개인과 인구집단의 건강증진을 지원하는 지역사회의 역할과 건강증진을 유도하는 근거제공의 현황을 분석하여 근거중심 건강증진사업의 전략을 개발하며 건강증진분야에 대한 사회적 투자를 활성화하는 데 목적이 있음.
 - 1) 근거생산의 현황을 분석하고 향후 근거 생산체계의 개발방안을 제시함.
 - 2) 근거생산하기 위한 건강증진사업의 틀과 기준을 분석하고 적용 및 활용방안을 제시함.
 - 3) 건강증진사업이나 건강증진 연구를 통해 생산된 근거를 정책에 활용할 수 있도록 확산하는 방안을 개발함. 근거에 대한 데이터베이스의 활용과 정보의 확산방안에 대하여 연구함.

2. 연구의 방법

- 연구의 목적을 달성하기 위하여 크게 세 가지의 연구방법이 사용되었

음. 첫째, 건강증진사업의 근거생산 및 활용과 관련된 문헌을 수집하고, 국내외의 시스템에 대한 고찰을 실시하였음. 둘째, 현재 활용되는 근거의 활용현황을 분석하기 위하여 국가정책과 중앙 및 지자체의 사업과 정책을 고찰 및 분석하였음. 셋째, 전문가를 대상으로 하여 근거생산과 근거의 활용방안에 대한 델파이 설문조사를 실시하였음.

3. 연구의 결과

가. 건강증진사업의 근거의 개념과 범위

- 근거 중심의 건강증진은 건강증진 행위의 계획과 실행으로의 연구에서 도출된 근거를 체계적으로 통합하는 과정임. 건강증진사업의 근거는 근거의 정도에 따른 계층화된 평가가 필요함.
- 건강증진분야에서 근거를 수립하는 것이 원인과 결과의 선형적인 해석 방식(전통적인 방식)만으로는 부족함. 건강증진사업 현장의 복잡한 특성과 다학제적 특성이 반영된 근거수립의 체계가 필요한 분야임. 건강의 사회적 결정요인과 건강증진 과정의 복잡성을 감안하면서 건강증진사업의 효과를 평가하기 위해서는 전통적인 과학적 방법론외의 다양한 질적인 평가방법이 도입되어야 함.
- 건강증진분야에서 근거가 생산되는 자원은 아래의 종류로 요약될 수 있음.
 - ① 근거의 도해(evidence maps): 근거의 도해는 근거를 요약하고 전달하기 위한 도구임.
 - ② 문헌검토(Literature review): 특정 주제에 대해 현재 갖추고 있는 지식의 결정적인 요점을 검토하는 것을 목적으로 하는 작업임.
 - ③ 체계적 검토(systematic review): 체계적 검토란 한 가지 질문에 관련된 높은 질의 연구 증거를 확인하고 평가하며, 선택, 종합하는 단일 질문에 초점을 둔 문헌검토임. 체계적 검토는 일반적으로 근거 중심

의 의학 전문가들에 의해 가장 높은 수준의 의학적 근거로 간주됨. 체계적 검토의 이해와 그것들을 실천으로 이행하는 방법은 보건의료 분야에 소속된 모든 전문가들이 의무적으로 행해야 할 것임.

- 근거 중심의 건강증진은 효과적인 대안을 확인함으로써 힘(세력)과 출처가 효과를 극대화하는 방향으로 가는 것의 보장성을 제공함. 그것은 또한 정치적인 호소, 전략, 프로그램에도 불구하고 발상이 나쁜 것에 대한 압력에 저항하는 실천가들의 시도를 지지함. 근거 중심의 실행(evidence-based practice)은 우리가 바라는 효과를 성취하는 데 필수적인 대안의 범위로 이루어진 현실적 평가를 가능하게 함. 그러나 이러한 잠재적인 장점이 실현되느냐 마느냐는 궁극적으로 근거 기반의 질에 달려 있음.

나. 해외 건강증진사업의 근거생산과 보급의 동향

1) 미국 Community Guide

- The Guide to Community Preventive Services(Community Guide)는 미국 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에서 선정한 각 분야의 전문가들로 구성된 Task Force팀(Task Force on Community Preventive Services)에 의해 개발되었으며, 인구집단에 대한 개입을 통해 조기사망, 장애, 상해, 질병을 예방하고 건강을 증진시키기 위해 보건의료종사자나 의사결정자들에게 정보를 제공함.

2) 영국 NHS Centre for Reviews and Dissemination

- The Centre for Reviews and Dissemination(CRD)는 근거 중심의 연구를 수행하는 세계 최대 조직 중의 하나로서 1994년 영국 요크대학교 부설기구로서 설립되었으며, 보건의료 조직, 보건의료 전달체계 그리고 보건 사업(intervention) 등의 효과성에 대한 체계적 고찰(systematic review)을 실시하고 있음.

3) 캐나다의 Health-evidence.ca

- 온타리오주의 해밀턴시(City of Hamilton Social and Public Health Services Department, Public Health Research, Education and Development branch)에서 운영하는 Health-evidence.ca에서는 공중보건 및 건강증진에 대한 근거와 고찰에 대한 자료를 온라인으로 제공하고 있음. Health-evidence.ca에서 제공하는 정보는 공중보건 및 건강증진의 주제별로 검색을 할 수 있게 하고, reference rating은 weak, moderate, strong 등으로 구분하여 검색할 수 있게 함. 개입의 특성별로 검색할 수 있도록 세분화된 검색체계를 가지고 있는 것도 특징임.

4) WHO Reproductive Health Library

- 세계보건기구(WHO)에서 운영하는 Reproductive Health Library(RHL)는 “Map Best Reproductive Health Practices” 프로그램의 일환으로 실제 보건 의료사업에 적용 가능한 근거자료를 제공함. RHL에서는 연구결과 밝혀진 근거들을 실제 사업에 적용시키기 위해 세 단계를 거치는데, 첫 번째, 근거를 찾아내고, 두 번째, 찾아낸 근거에 대해 이해하고, 세 번째, 보건의료의 질적 수준을 향상시키기 위해 새로운 근거를 실행하는 것을 포함함. RHL 홈페이지는 유료로 운영되고 있으나 빈곤국가에서는 무료로 접속하여 사용할 수 있도록 하였으며, WHO에서는 관련 정보를 담은 CD를 제작하여 해마다 22,000여개 정도를 빈곤국가에 무료로 배포하고 있음.

5) WHO EVIPNet

- 2004년 보건부문의 연구를 액션으로 전환하는 필요성이 제기되었고 이 제안은 2005년 제58차 세계보건총회에서 인준되었음. EVIPNet(Evidence-Informed Policy Networks)는 정책입안과 의사결정과정 및 실행의 과정에 보건연구의

결과를 사용하는 것을 활성화하는 사업임. 궁극적으로 EVIPNet은 정책결정자와 연구자들의 파트너십으로 이루어지는 사업이며, 질적으로 우수하고 과학적으로 안전한 근거(evidence)에 기반한 정책과 사업실행을 추구함.

6) 국제보건교육건강증진학회의 건강증진의 근거

- 2000년도에 국제보건교육건강증진학회(IUHPE)는 20년간의 건강증진효과의 근거들을 평가한 보고서를 발간한 바 있음. 이 프로젝트를 통하여 건강증진과 보건교육 개입프로그램의 평가에 대한 구조화된 정보 데이터베이스가 개발되어 있음. 이 과제에서 연구된 건강증진의 근거 분야는 고령화문제, 정신건강문제, 학교 밖의 청소년에 대한 건강증진효과, 심장질환, 담배, 술, 불법약물, 영양, 상해예방과 안전향상, 직장에서의 건강증진, 학교 건강증진, 보건의료부문에서의 건강증진, 구강 건강증진 등이 포함됨.

다. 국내 건강증진사업의 근거생산화 보급 및 확산방안

1) 국내 건강증진사업 근거생산 및 활용에 대한 전문가 델파이 조사 결과

가) 1차 조사

- 본 연구와 관련하여 보건의료전문가 및 일선 보건소 건강증진사업담당자를 대상으로 건강증진사업에 있어서의 근거생산과 활용에 관한 조사를 실시하였음. 조사대상자 중 보건의료전문가는 한국보건사회연구원의 연구자들이 추천한 보건의료관련 전문가와 Health Plan 2010 작업에 참여한 전문가들을 대상으로 1차 조사대상자를 선발하여 총 62명에 대해 응답을 요청하였으며, 아울러 일선에서 건강증진사업을 실시하고 있는 전국 251개 보건소 건강증진담당자들을 조사 대상으로 하였음.
- 질문내용은 건강증진사업의 근거에 대한 중요도, 활용정도, 활용정보원, 근거수집시 장애정도, 지난 1년간 활용했던 근거의 종류, 근거생산

이 가장 필요한 사업분야, 근거생산 및 제공자 등으로 이루어져 있음.

- 보건 의료 전문가들을 대상으로 건강증진사업 수행시 근거자료 활용도에 대해 조사한 결과 응답율이 매우 저조하여 1차 조사에 대한 정량적 분석은 하지 않았음. 응답율이 낮은 것은 건강증진사업에서 근거활용에 대한 인식이 낮다는 것을 의미함. 응답자의 대부분이 항상 근거자료를 찾아서 활용한다고 응답하였고, 자료원으로는 연구논문 및 저널, 보건학 및 건강증진 관련 교과서를 주로 이용하는 것으로 조사되었음.
- 보건소 건강증진담당자들을 대상으로 건강증진사업 수행시 근거자료 활용정도에 대해 조사결과도 응답율이 저조하여 1차 조사에 대한 정량적 분석은 하지 않았음. 그러나 조사에 응답한 사람들은 근거를 찾아서 활용한다고 응답하였음.
- 건강증진사업 수행시 활용하는 근거의 정보원으로는 ‘정부에서 나온 사업안내서’가 가장 많아 건강증진사업을 수행하는 대부분의 사업담당자들이 정부 지침을 근거로 사업을 수행하고 있음을 알 수 있었으며, 전문가들 응답 중에서 가장 높게 나타났던 ‘연구논문이나 저널’을 근거로 사용하는 경우는 저조하였음.

나) 2차 조사

- 건강증진사업에 있어서의 근거생산과 활용에 관한 2차 조사는 보건소 관계자 및 건강증진관련 전문가 328명을 대상으로 2007년 12월 10일에서 12월 14일 동안 웹을 통한 자기기입식 조사로 진행되었음.
- 설문은 건강증진사업에서의 근거활용과 관련하여 1차 조사결과를 토대로 13가지 항목을 만들어 각각의 항목에 대해 필요성과 시급성을 10점 만점으로 평가하도록 하였음.
- 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 필요하다고 생각되는 사업 항목

13가지를 1차 조사결과를 토대로 만들었고, 이에 대해 필요도에 따라 0~10점 사이의 점수로 배점하여 우선순위를 매기도록 하였음.

- 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 가장 필요한 사업은 ‘근거활용을 위한 정보 보급 시스템 개발’이었고, 다음으로는 ‘건강증진사업의 근거 축적을 위한 연구 개발 지원’, ‘지역주민의 위험요인특성에 따른 건강증진사업의 효과평가 기준 마련’, ‘표준화된 건강증진사업의 계획과정 마련’, ‘민간부문에서 지역주민의 적극적인 참여 강화’, ‘근거생산을 위한 보건소 직원들의 교육훈련’, ‘근거에 기반한 건강증진정책 결정과 액션이 이루어지는 과정 표준화’의 순으로 조사되었음.
- 반대로 가장 낮은 순위의 사업으로는 ‘근거수집평가를 위한 별도의 조직 마련’이었고, 그다음으로는 ‘건강증진사업의 긍정적 효과와 더불어 부정적 효과도 동시에 검토될 수 있는 지침 마련’, ‘근거생산을 위한 국내 전문가 및 연구자 훈련’ 등으로 낮게 나타났음.
- 동일한 항목에 대해 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 시급한 사업의 순위를 매긴 결과 가장 시급성이 높은 항목은 ‘근거생산을 위한 국내 전문가 및 연구자 훈련’이었고, 다음으로 ‘근거활용을 위한 정보 보급 시스템 개발’, ‘건강증진사업의 근거 축적을 위한 연구개발 지원’, ‘표준화된 건강증진사업의 계획과정 마련’, ‘지역주민의 위험요인특성에 따른 건강증진사업의 효과 평가 기준 마련’, ‘근거생산을 위한 보건소 직원들의 교육훈련’, ‘근거생산을 위한 건강증진사업 과정 표준화’ 등의 순으로 조사되었음.
- 가장 높은 순위로 조사된 ‘근거생산을 위한 국내 전문가 및 연구자 훈련’의 경우 필요성 순위에서는 11위로 비교적 낮았으나, 시급성 측면에서는 높은 우선순위로 나타난 것이 특징임.
- 시급성이 낮게 평가된 항목으로는 필요성 조사에서와 동일하게 ‘근거수집평가를 위한 별도의 조직 마련’이었고, 그다음으로는 ‘건강증진사

업의 긍정적 효과와 더불어 부정적 효과도 동시에 검토될 수 있는 지침 마련’, ‘공공부문에서의 지역주민의 적극적인 참여 강화’ 등의 우선 순위가 낮은 것으로 나타났음.

2) 우리나라의 근거제공 database

- 우리나라에서 건강증진관련 근거를 검색할 수 있는 데이터베이스는 국립중앙도서관, 국회도서관, 한국교육학술정보원, 학술데이터베이스 검색 등 일반적인 데이터베이스 시스템과 보건연구정보센터, 의약품연구정보센터, KoreaMed, 한국의학논문데이터베이스 등 의학 및 보건학에 특화된 데이터베이스가 있음.
- 우리나라 건강증진사업지원단의 지원에 의한 건강증진연구과제들에 관한 정보는 건강길라잡이(<http://www.hp.go.kr/>) 홈페이지와 건강증진사업지원단 홈페이지(<http://research.hp.go.kr/result/main.aspx>)를 통하여 제공됨. 건강증진사업지원단 홈페이지에서는 몇 가지 분류기준을 가지고 연구결과물들을 검색할 수 있도록 하고 있음.
- 건강증진의 다학제적인 특성을 감안할 때 다양한 분야에서 찾을 수 있는 건강증진관련 문헌을 검색할 수 있는 체계가 미흡한 실정임. 또한 건강증진사업의 특성을 반영할 수 있는 검색체계가 거의 전무함.

3) 민간부문 건강증진사업 참여와 근거생산의 방향

- 건강증진분야의 다학제적인 특성과 효율성을 고려할 때 향후 근거의 보급과 활용에 중요한 역할을 하게 되는 부분이 민간부문의 참여임. 민간 부문의 풍부한 전문성과 기술역량 그리고 창의적이며 혁신적인 사고체계와 동인이 향후 근거생산과 확산에 기여할 것으로 전망됨.
- 인구구조와 질병양상을 고려할 때, 건강증진과 만성 퇴행성 질환은 연장

선상에 놓여 있으며 예방과 질환치료 과정이 유기적으로 연계되어야 함. 국내 의료공급체계의 특성상 압도적인 비중을 차지하고 있는 민간병원이 질환치료를 맡고 있는 현실에서 이들 민간 공급부문을 건강증진과 연계시키는 것은 건강증진의 확산과 실천의 중요한 관건이 될 것임.

- 민간부문 참여를 유도해나가는 데 있어 우선적으로 검토되고 해결되어야 할 몇 가지 과제들은 아래와 같음.
 - 파트너십 구축의 시범사례가 개발되고 운영될 수 있도록 별도의 사업예산을 투입하여 이러한 정보와 지식들을 개발해가고 경험을 축적하도록 해야 함.
 - 민간참여 활성화를 위한 법적, 제도적 지원방안이 마련되어야 하며, 법적 정비를 포함하여 역할분담 지침, 공공주체의 민간활용에 대한 정책적 유인방안이 정비되어야 함.
 - 민간의 성과평가 및 계약기준이 마련되어야 함. 민간위탁이나 민간참여의 경우 분쟁을 최소화하고 민간의 사업적 동기를 건전하게 유도하기 위해선 객관적인 성과 평가 및 계약절차와 기준이 마련되어야 함.
 - 건강증진 사업구조 및 운영주체의 혁신을 고민할 필요가 있음. 미국의 지방단위들에서 공중보건 사업구조의 혁신을 위해 공공조직과 별도로 공공과 민간의 공동 운영주체를 구성하여 서비스 제공 사업을 수행해온 것처럼 국내에서도 공공과 민간외의 독립된 3자의 운영주체를 구성하고 운영하는 시도를 시범적 차원에서 시도하면서 운영주체에 대한 지속적 혁신을 노력해갈 필요가 있음.

라. 근거기반의 건강증진사업을 위한 정책방향

1) 건강증진사업에서 근거수집방법의 재정립 필요

- 현재는 수동적으로 상황임. 지침에 의존하고 있으나 지침자체가 많은 근거를 반영하지 않음.

- 건강증진사업에 직접적으로 활용할 수 있는 근거수집에는 열악한 조건임. 지역사회에서 산출할 수 있는 체계가 없음.
- 프로그램의 효과를 논할 때 자세한 구성요소의 분석이 없이 단순히 투입과 산출 또는 결과를 비교하여 효과가 없다는 경우가 많음. 이런 경우 효과의 근거로서 반영될 수 있는 연구들이 거의 없다는 평가를 받게 됨. 건강증진사업의 특성이 반영될 수 있는 근거의 수집체계가 마련되어야 함.

2) 건강증진사업의 특성을 감안한 근거수집체계 마련

- 근거 있는 건강증진사업정보를 축적하기 위하여 체계적인 자료의 수집이 이루어질 수 있는 여건이 조성되어야 함.
- 건강증진사업의 근거는 건강증진정책을 결정하는 정책입안자와 정책결정자와 사업의 수혜자들에게 가장 적절하게 전달될 수 있도록 해야 함. 따라서 건강증진사업의 근거를 수집하고 고찰하는 **Advisory group**의 구성이 중요함. 이 **Advisory group**은 전문가뿐만 아니라 정책입안자 및 정책결정자, 소비자 또는 수혜자까지 포함되어야 함.

3) 근거 수집과 생산체계의 개발방향

- 건강증진사업의 근거의 생산범위는 건강증진사업의 범위에 의해 좌우됨. 건강증진사업은 그 범위가 넓고 다양한 전문분야를 포괄하고 있음. 따라서 건강증진의 다학제적인 본질을 반영하는 수집체계가 마련되어야 함.
 - 건강증진과 관련된 분야로는 심리학, 교육, 교통, 범죄, 스포츠, 인문학, 생물학 등임. 관련된 분야의 보고서나 문헌들에 접근할 수 있도록 수집체계가 개발되어야 함.
- 건강증진분야의 다학제적인 특성과 시대적 변화를 빠르게 반영하는 특성 때문에 전문용어의 변화가 많은 편임. 따라서 이러한 특성을 반영

하여 자료를 수집할 수 있도록 시스템이 마련되어야 함.

- 건강증진사업에서는 정량적인 연구들뿐만 아니라 정성적인 연구들도 근거로서 중요성을 차지하고 있음. 건강증진분야의 정성적인 연구(qualitative studies)들을 찾기 위한 문헌색인의 개발과 검색도구의 개발이 필요함. 정성적인 연구의 설계와 결과들을 반영할 수 있는 검색체계의 개발이 필요함.
- 건강증진사업의 질을 평가할 수 있는 체계가 마련되어야 함. 건강증진사업의 구성요소의 적절성과 결과의 타당성 등이 평가되어야 하고 관련된 사업에의 적용가능성(applicability)이 평가되어야 함. 적용가능성은 대상인구집단의 특성(연령, 성, 인종, 건강수준), 대상집단의 선정과정(샘플링 방법), 내적 타당성, 결과의 적절성(과정, 경제적 효율성, 삶의 질, 결과적으로 초래된 위해(harm)), 사업제공자의 특성, 사업의 실시장소와 인프라, 개입의 지속가능성 등이 고려되어야 함.

4) 근거의 확산과 활용방안

- 건강증진사업의 근거가 정책입안과정에 반영될 수 있도록 다양한 형태의 보고서와 자료들로 발간되어야 함.
- 인터넷을 통하여 근거기반 건강증진사업의 정보가 항상 제공될 수 있도록 적합한 인터넷 홈페이지와 DB를 개발할 필요가 있음.
- 건강증진분야의 다학제적 특성을 감안하여 근거를 검색하는 방법에 대한 가이드라인이 개발되고 보급되어야 함.
- 교육과 훈련이 필요함. 전문가 훈련과정과 대학교의 전공생의 교육과정에 근거기반의 정보들이 포함되도록 함.

제1장 서론

제1절 연구의 필요성

우리나라의 건강증진사업이 1998년에 본격적으로 시작된 지 10년이 되어가고 있다. 건강증진의 개념과 방법은 서구선진국에서 도입되었다고 할 수 있다. 그간 수년간의 세계보건기구 세계건강증진대회에서 도출된 건강증진 개념과 추진전략은 서구의 건강증진원리를 반영하는 것이었다. 그동안 건강증진을 추진하기 위한 정책 및 사업과 지침이 개발 보급되었고, 인력을 훈련하는 프로그램과 교육교재들이 개발되었다. 그러나 건강증진사업의 근거와 원리에 대하여 아직 많은 의문을 제기하는 학자들이 있다. 대부분의 지적사항은 건강증진사업의 효과에 대한 근거가 없다는 것이거나, 근거가 없음으로 인한 건강증진사업의 타당성에 대한 문제제기였다. 이것은 건강증진사업의 공급자에 대한 책임추궁이 될 수도 있는 중요한 사안이기도 하다.

공공부문 건강증진사업의 추진을 위한 정부의 예산지원이 저조한 대부분의 이유는 사업효과의 근거가 없다는 것이라는 것을 많은 행정공무원과 보건전문가들이 인정하고 있다. 건강증진사업을 위한 예산지원이 확대되기 위해서는 그 실효성에 대한 숙제를 해결하여야 한다. 건강증진사업이 효과를 알 수 없다든지 또는 근거가 없다든지 하는 지적이 많은 데는 몇 가지 원인이 있다. 건강증진사업이나 건강증진에 대한 연구분야에서 인정되는 근거는 전통적으로는 RCT(Randomized controlled trial)만이 인정된다. 그러나 건강증진사업의 현장에서는 RCT의 틀을 갖추기 어렵고, RCT 보다는 근거의 정도가 하위인 레벨의 틀을 가지고 연구하거나 사업을 실시하게 된다. 이러한 상황에서 생산할 수 있는 근거가 거의 없게 되고, 인정될 수 있는 근거는 거의 없게 된다. RCT의 틀을 고집하기 위해서는 RCT를 통해 근거를 생

산하기 위한 충분한 예산의 지원이 있어야 한다. 그러나 현실적으로 건강증진분야의 연구예산은 근거를 생산하기에 부적합하다는 지적이 많다.

건강증진사업은 정부주도적인 사업과 민간주도적 사업으로 분류할 수 있는데 공공과 민간간의 사업특성이나 역할분담, 효과 등의 근거를 대부분 외국의 사례에 의존하고 있다. 지역주민의 자발적이고 적극적인 참여를 촉진하는 것은 필수적인 건강증진기술이다. 이를 위하여 일찍이 프레이리의 비판적인 학습방법이나 지역사회개발전략이 적용되어 왔고, 또한 장(setting)을 중심으로 한 건강증진의 추진이 많은 호응을 얻어 왔음. 그러나 건강증진사업의 필수적인 근거가 되는 전략이나 방법에 대한 연구가 매우 부족하여 많은 정책입안자들이 건강증진사업과 방법의 근거에 대하여 의문을 제기하고 있다.

우리나라의 건강증진사업은 1995년도 제정된 국민건강증진법의 시행이후 중앙정부 주도의 사업으로 자리매김하여 왔다. 그러나 지역사회에서 민간주도적 건강증진 활동이 증가하고 있다. 또한 보건소의 건강증진사업이 다양한 외부환경변화에 대응하지 못하는 문제점이 지적되고 있다.

더욱이, 효과적인 실행(effective practice)을 위해서 건강의 근본과 건강증진담당자(health promoters)의 분명한 개념정리가 중요한 것처럼, 건강(health)과 불건강(ill health)에 기여하는 요인들에 대한 건전한 이해를 하는 것은 필수적이다. 건강증진을 위한 정책이나 사업은 수요가 있다는 근거(evidence)에 기초해야 한다. 건강증진을 위한 정책이나 사업이 효과를 보기 위해서는 건강의 결정요인과 그 요인에 영향을 주는 원인을 이해하는 정도에 따라 달라질 수 있다. 건강과 질병의 주요 결정요인의 고찰은 이러한 점에서 중요하다. 여기에는 전통적인 역학적(epidemiological) 분석과 최근에 새로이 대두되는 다양한 방법론적인 논의가 필요하다. 특히 우리나라 건강증진사업에서 중점을 두고 있는 행동적인 접근(생활습관요인의 변화: 건강생활실천사업)만이 건강증진의 유일한 방법이라는 데는 많은 논란이 있다. 사회환경적 요인과 개인의 행동은 복잡하게 얽혀 있기 때문이다. 더 넓은 구조적 영향이나 개인의 능력(capability), 질병의 소인, 행동

등에 대한 시각이 없다면 효과적이지 못한 건강증진이 될 가능성이 높다는 지적도 있다. 행동적 접근에만 중점을 둘 때 건강의 책임을 개인에게만 두는 피해자비난(victim blaming)의 경향을 나타내기 쉽다. 지역에 따라서 환경적, 사회적 경제적 요인들을 고려하여 접근할 필요가 있다. 건강의 결정요인과 영향요인을 사회문화적 지역적 상황에서 적절하게 조사 평가하는 것은 새로운 과제로 대두되고 있다.

최근에는 전체적인 보건의료부문에서도 예방관리의 중요성이 증가함에 따라 다양한 형태의 예방적 정책이 개발되고 있다. 따라서 건강증진의 중요성이 증가되는 이 시기에 건강증진분야에 대한 투자를 활성화하기 위해서는 건강증진사업을 근거에 기반하여 수행할 수 있도록 하는 기전과 시스템이 필요하다. 또한 산출된 근거들이 현장에서 활용될 수 있도록 체계적으로 확산하는 방안이 필요하다.

제2절 연구의 목적

본 연구는 근거중심의 건강증진사업을 계획하고 추진할 수 있는 기반과 전략을 개발하기 위한 연구이다.

개인과 인구집단의 건강증진을 지원하는 지역사회의 역할과 건강증진을 유도하는 근거제공의 현황을 분석하여 근거중심 건강증진사업의 전략을 개발하며 건강증진분야에 대한 사회적 투자를 활성화하는 데 목적이 있다.

1) 근거생산의 현황을 분석하고 향후 근거 생산체계의 개발방안을 제시한다.

- 중앙 및 지방자치단체들의 건강증진사업에 반영된 근거의 종류현황을 분석한다.
- 공공부문에서 추진해야 할 근거 생산체계의 개발방안을 연구한다.
- 선진국의 근거생산과 확산방안에 대하여 고찰한다.

- 2) 근거생산하기 위한 건강증진사업의 틀과 기준을 분석하고 적용 및 활용방안을 제시한다.
 - 건강증진사업의 평가에 근거가 될 수 있는 근거들의 종류를 분석한다.
 - 건강증진사업평가에 기준이 될 수 있는 근거의 틀과 기준을 개발한다.
- 3) 건강증진사업이나 건강증진 연구를 통해 생산된 근거를 정책에 활용할 수 있도록 확산하는 방안을 개발한다. 근거에 대한 데이터베이스의 활용과 정보의 확산방안에 대하여 연구한다.

제3절 연구의 내용과 범위

1. 연구의 내용

본 연구의 목적을 달성하기 위하여 첫째, 건강증진사업의 현황과 근거 생산의 방법을 분석하고, 둘째, 건강증진사업의 효과와 근거를 분석하며, 셋째, 건강증진에서 새로이 대두되는 정책적 이슈들이 건강증진사업과 그 효과에 미칠 영향에 대한 분석을 주요 연구내용으로 하였다. 구체적인 연구내용의 개요는 아래와 같다.

- 1) 건강증진사업의 유형별 근거생산 방법 및 생산현황을 분석한다. 근거 생산과 관련된 건강증진사업의 유형과 범위를 분석한다.
 - 건강증진사업의 사업주체별 근거의 유형 분석
 - 공공 및 민간의 건강증진사업에 반영된 근거의 유형 분석
 - 인구집단(대상자) 중심의 건강증진 사업의 범위에 반영된 근거의 유형분석
 - 근거의 생산현황에 대한 분석

- 2) 건강증진사업의 효과의 근거제공방법과 현황을 분석한다. 건강증진사업의 근거가 임상의학이나 다른 과학적 분석방법에서 도출되지 않는 다른 근거를 필요로 하는 지를 검토하기 위함이다.
 - 건강증진사업의 근거에 대한 연구방법 조사 및 분석
 - 건강증진사업의 정도에 따른 효과와 근거에 대한 분석
 - 국내외 건강증진사업의 유형별 근거 분석

- 3) 근거를 축적하고 보급하는 체계에 대하여 연구한다. 기관이나 단체의 근거자료 수집의 기준과 공급방식을 연구대상으로 한다.
 - 국내외 근거의 데이터 자료생산기관의 조사 및 분석
 - 근거자료수집의 기준이 될 수 있는 근거의 틀에 대한 분석
 - 건강증진사업평가에 반영하거나 평가의 기준이 될 수 있는 근거들에 대한 분석

- 4) 근거에 대한 정보를 확산시키고 활용하는 방안에 대하여 연구한다. 건강증진에 대한 요구가 커지고 있는 사회환경적 상황 하에서 정부의 정책입안자들이 근거활용을 촉진하는 방안을 개발하고, 현장의 건강증진사업에 근거를 보다 쉽게 적용할 수 있는 방안을 개발한다. 보건 및 보건부분외의 분야에서 건강증진과 관련된 정책적 동향을 파악하여 건강증진의 근거를 확산하는 방안을 개발한다. 건강투자 및 사회적 건강결정요인 등 건강증진과 관련된 새로운 정책적 이슈들에 근거가 활용될 수 있도록 하는 방안을 개발한다.

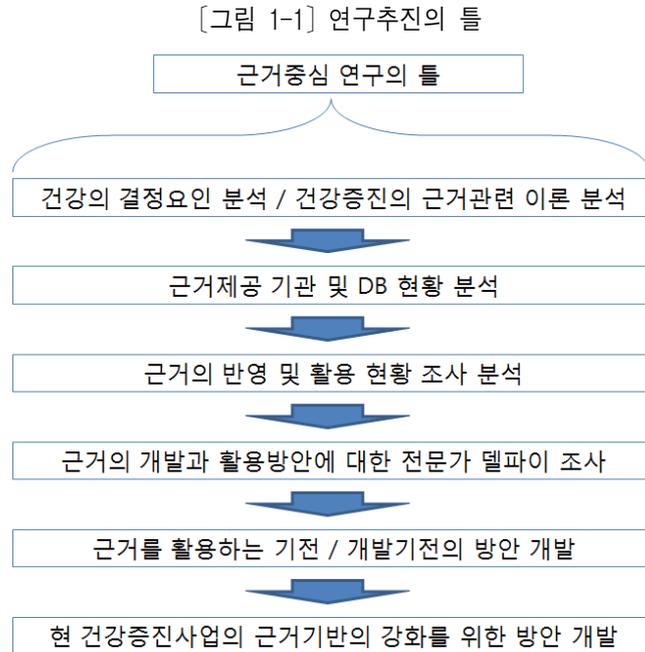
2. 연구의 범위

근거중심의 건강증진사업 추진 활성화 전략을 개발하기 위한 본 연구의 범위는 건강증진사업의 특성에 따른 연구로 한정하고 있다. 사실 건강증진의 개념의 범위가 넓고 또 다양한 학문분야의 접근이 가능한 분야가 건

강증진분야이기 때문에 연구의 범위는 우선적으로 건강증진이라는 용어를 사용하는 연구와 관련 근거를 생산하는 기관에서 나오는 건강증진 관련 연구들의 유형과 특성을 기초로 하였다. 우리나라의 경우는 건강증진사업에서 건강생활실천분야가 핵심을 차지한다. 영양, 운동, 금연, 절주 등이 가장 핵심적인 예방사업이며 건강증진사업이다. 보건소를 포함한 공공부문에서의 건강증진사업의 근거활용에 대한 조사를 연구에 포함시켰고, 민간참여를 통한 건강증진사업의 활성화 방안을 포함시켰다. 한편 건강증진의 근거를 생산하는 기관이나 방법에 따라 특성이 다르기 때문에 그러한 부분을 연구의 범위에 포함시켜 보다 광범위한 근거정보수집의 가능성을 살펴보았다. 그 다음으로 고려한 것은 건강의 결정요인과 관련된 정보와 활용현황에 대한 부분을 연구의 범위에 포함시키는 것이었다. 건강의 결정요인에는 물리적, 생물학적 요인뿐만 아니라 경제적, 사회적 환경적 요인들이 포함된다. 본 연구의 범위는 국제기구와 국가들에서 제공하는 건강의 결정요인과 건강증진을 위한 근거의 생산과 확산방안에 대한 연구로 한정하고 있다.

제4절 연구의 방법

연구의 목적을 달성하기 위하여 크게 세 가지의 연구방법이 사용되었다. 첫째, 건강증진사업의 근거생산 및 활용과 관련된 문헌을 수집하고, 국내외의 시스템에 대한 고찰을 시도하였다. 둘째, 현재 활용되는 근거의 활용현황을 분석하기 위하여 국가정책과 중앙 및 지자체의 사업과 정책을 고찰 및 분석하였다. 셋째, 전문가를 대상으로 하여 근거생산과 근거의 활용방안에 대한 델파이 설문조사를 실시하였다.



1. 건강증진사업의 근거생산에 대한 조사

건강증진사업의 근거를 생산하는 연구방법을 조사한다. 건강증진사업의 효과 및 근거의 이론적, 개념적 고찰하며, 임상적인 개입과의 차이점, 효과분석의 과제 등을 분석한다. 분석내용은 아래와 같다.

- 건강증진사업의 개념과 정의, 사업의 유형과 범위의 분석하기 위하여 국내외 건강증진사업의 지침과 연구문헌 등을 고찰한다.
- 건강증진 근거도출의 원칙 또는 가이드라인 분석: 기존 근거 DB의 건강증진근거수집의 원칙 분석, Cochrane collaboration review, Campbell collaboration Guideline 등 분석
- 국내외 통계자료에서 도출되는 건강증진의 효과 관련 자료를 분석한다.

국내외 전문기관에서 제공하는 건강증진사업 근거의 기준과 근거제공의

들을 분석하고, 근거를 확산하는 체계를 분석한다. 주요 검색엔진을 제공하는 기관은 아래와 같다.

- Medline
- Cochrane collaboration review
- 한국교육학술정보원
- 한국보건사회연구원 전자도서관
- 건강증진사업지원단에 의한 건강증진연구보고서

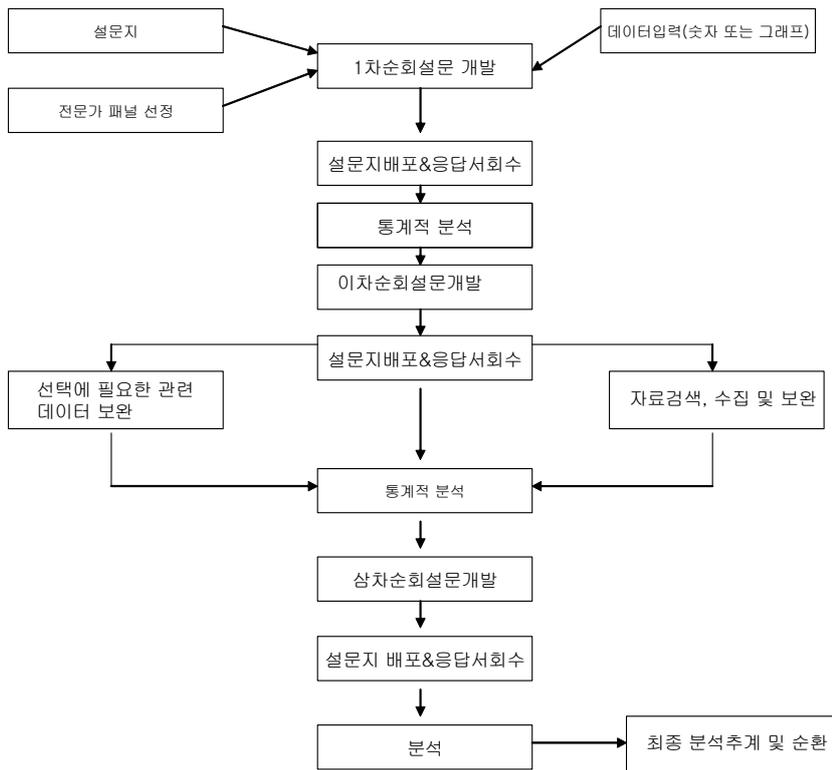
2. 건강증진사업의 근거활용에 대한 조사

정부의 정책과 지자체의 사업에서 근거활용이 어느 정도 되고 있는 지에 대한 조사를 실시한다. 기존에 정부에서 개발된 정책과 사업이 조사대상이 되며, 지자체의 건강증진사업과 건강증진방법이 조사대상이 된다.

3. 전문가의 건강증진사업 근거생산과 활용방안에 대한 의견조사(델파이조사)

인터넷 설문조사를 중심으로 정책입안자 및 보건전문가 대상의 델파이 조사를 실시하여, 우리나라 건강증진사업의 근거생산방법과 활용방안에 대한 의견수렴을 할 것이다. 공무원 및 전문가들이 생각하는 근거기반 건강증진사업의 범위와 방법들이 전문가의 전공분야와 대비하여 분석될 것이며, 두 세 번의 의견 재수렴 과정을 거쳐서 합의된 방안이 도출될 것이다(그림 1-2 참조).

[그림 1-2] 전문가 델파이 조사의 흐름도



제2장 건강증진사업 근거의 정의와 배경

제1절 과학적 근거의 정의

1. 과학적 연구방법과 과학적 근거

과학적인 연구방법의 개념은 일반적으로 네가지로 설명된다. 첫째, 여러 사실들의 관찰과 기록, 둘째, 이 사실들의 분석 및 분류, 셋째, 일반화의 귀납적 유도, 넷째, 일반화의 검증 등이다. 이러한 귀납적인 방법이 통상적으로 과학적인 방법으로 수용되지만 일련의 사실들이 여러 가지 방법으로 분류될 수 있다는 비판을 받기도 한다. Conant에 의하면 과학은 실험과 관찰의 결과로 많은 성과를 가져오는 일련의 상호연관된 개념과 개념적 도식들이라고 해석된다.¹⁾

과학적 측면에서의 근거 발견은 실제적인 경험적 사실과 부합하는지에 대한 검증을 거쳐야만 인정을 받게 된다. 과학적 발견은 경험적 검증이라는 제한성을 가지는데 이러한 제한성은 과학적 발견을 더 구체적이고 객관적인 자료로서 드러나기가 쉽게 하고 형식화를 용이하게 하며, 경험세계에 대한 설명의 진위나 객관성 등의 인식적 요소가 강조된다. 과학적 자료들에 근거하여 논리적으로 유추하여 설정한 것이므로 개연성을 떠나 아무런 과학적 근거도 없이 자의적으로 꾸며내는 억측과는 구별된다. 그 예측이 옳다는 것이 논리적으로 그리고 실험적으로 증명될 때에는 확고한 정설로, 과학적 학설로 된다.²⁾

한편, 실생활이나 법적인 측면에서는 과학적 근거는 과학적 증거로서의

1) 안영희, 과학적 방법의 이해를 위한 대학 교양화학교육; CONANT의 case history를 중심으로, 이화여자대학교 교육대학원 석사학위 논문, 1975.

2) 김효은, 「과학적 발견의 논리: 비선형적 이론모형을 중심으로」, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문, 1995.

활용할 수 있는지 판단할 수 있는 기준이 필요하다. 미국의 경우 과학적 근거의 증거능력을 판단하는 기준은 첫째, 근거하는 과학적 이론의 유효성, 둘째, 그 이론에 적용하는 기술의 유효성, 셋째, 그 기술을 해당하는 곳에 적절하게 사용하는 것 등이다.³⁾

2. 과학적 근거의 유용성

Karl R. Popper와 같은 철학자들은 과학적 증거가 중심적인 역할을 한다는 내용의 범위 내에서 영향력 있는 과학적 방법론을 제공하여 왔다.⁴⁾ Popper에 의하면, 과학자들은 근거 또는 알려진 사실에 반하여 이론을 검증하는 절차를 거침으로써 진실이 잘못임을 입증하거나 진실임이 확인, 입증되는 이론을 창조적으로 발달시킨다고 한다. Popper의 이론은 이론과 일치하지 않는 사실들을 시인함으로써 근거를 이용하여 이론이 틀리다는 것을 입증할 수 있다는 점에서 부조화를 나타낸다. 대조적으로, 이론과 일치하지 않는 다른 근거가 존재할 수 있기 때문에 근거가 이론을 정확하게 입증하지 못할 수도 있다.⁵⁾

① 과학적 방법론⁶⁾

과학적 방법론은 증거와 증명의 필요성에서 출발하며, 인간의 추론에는 항상 오류 가능성이 있음을 전제로 한다. 인간의 추론에 오류가 없다면 과학적 방법론도 필요 없다. 과학적 방법론은 오류가 오류임을 밝혀내기 위한 방법론이기 때문이다. 그리고 과학적 방법론은 증거에 입각한 주장만을 인정한다. 과학적 방법론에 의하여 인정받지 못한 주장이 항상 오류는 아니지만 과학적 방법론에 의하여 인정받지 못한 주장을 사실, 진리, 진실이라고 주장함은 오류이다. 과학적 방법론에 의하면 절대적인 진리는

3) 진경화, 과학적 증거의 증거능력, 부산대학교 대학원 법학석사 학위논문, 2006.

4) Karl R. Popper, "The Logic of Scientific Discovery" London: Hutchinson, 1959.

5) Reference Manual on Scientific Evidence, 2nd Ed. (2000), p.71.

6) Health & Science. "과학적 방법론이란?" <http://www.hs.or.kr/>

없다. 과학적 방법론에 의한 주장은 항상 범주 내에서 현재의 올바른 주장일 뿐이다. 과학적 방법론에 의한 합당한 증거만 있다면 현재의 과학적 주장은 언제든지 바뀔 수 있다.

과학적 방법론은 좁은 뜻으로는 구체적으로 관찰-가설-실험-재현과 갖가지 편견, 실험상의 잘못을 배제하기 위한 각종 통계 기법과 이중맹검을 비롯한 기법들을 의미한다.

과학이란 달리 말하면 증거에 입각한 주장이다. 어떤 주장과 이론, 발견이 과학적인가 아닌가는 진실인가, 아닌가의 문제가 아니다. 인간은 최종적으로 자연의 법칙을 모두 해명할 때까지 본질적으로 무지하며, 또한 항상 오류를 범하기 때문이다. 그러므로 어떤 이론이나 주장을 실체를 가지고, 증거와 증명으로 합리적으로 주장한다면 과학적인 주장이다. 과학적인 이론은 실제적인 증거를 가지고, 합리적으로 주장한다면 언제든지 보다 포괄적이고, 보다 정밀한 이론으로 수정되고, 확대되거나 폐기될 수 있는 이론을 의미한다. 한편으로는 아무리 황당무계한 이론이라 하더라도 쉽게 거짓이나, 오류이거나 헛소리라고 단정해서도 안 된다. 판단의 근거는 현재의 나의 믿음과 지식이 아니라 그 이론이 가지고 있는 실제적인 증거의 유무와 합리성이어야 한다.

② 칼포퍼의 과학적 방법론⁷⁾

포퍼는 경험과학(경험과학적 명제)을 비경험적 학문이나 경험적 내용이 없는 학문과 구분지으려 하였으며, 기존의 '검증가능성'을 비판하면서 새로운 기준으로 '반증가능성'을 제시하였다. 간단히 말해서 경험과학적 명제는 경험적으로 반증가능해야 한다. 이는 어느 경우에도 참인 명제거나 경험적으로 반증될 수 없는 명제를 경험과학의 명제로 받아들일 수 없다는 것을 뜻한다. 그는 현대의 자연과학을 포함해서 경험과학의 학문적 성격을 경험적 방법에 대한 물음으로 규명하려고 한다. 이런 뜻에서 그의

7) 박은진. 『칼포퍼 과학철학의 이해』. 서울: 철학과 현실사. 2001.

방법론은 경험과학의 방법론이자 경험적 방법에 관한 이론인 셈이다.

포퍼의 ‘반증’은 논리실증주의나 논리경험주의에서처럼 과학적 명제의 유의미성을 묻는 것이 아니다. 진술된 명제가 과학적인지 어떤지에 대해 묻는다. 논리적으로 ‘검증가능성’(verifiability)이나 ‘확증가능성’(confirmability)이 의미기준이라면, ‘반증가능성’(falsifiability)은 과학과 과학이 아닌 것, 또는 과학적 진술과 과학적 진술이 아닌 것을 나누는 구획기준이다. 논리실증주의의 경우에서처럼 과학의 ‘기술적 측면’만이 논의되어 다루어질 때, 가설이나 이론 체계를 이루고 있는 과학적 문장에 대한 의미와 논리적 분석만이 뒤따를 뿐이다. 과학의 논리가 아니라 ‘탐구의 논리’라는 그의 책에 따르면 포퍼의 과학철학은 무엇보다도 과학의 ‘탐구적 측면’을 드러내어 논의하는 것이다. 과학이라는 인간의 지적인 행위가 가설이나 이론체계의 성립만으로 끝나는 게 아니라 계속되기 때문에, 과학적 탐구의 가능성이 구체적으로 논의될 필요가 있다는 것이다.

포퍼는 과학을 ‘진리에 대한 가차 없는 비판적인 추구이자 끊임없는 추구’라고 말하였다. 그는 사회에서만 아니라 모든 학문에서 그 어떤 결정론적이거나 목적론적 경향에 철두철미하게 반대한다. 모든 영역에서의 결정론적이거나 목적론적 경향에 대한 반대는 인간의 오류가능성에서 필연적이다. 가장 확실하고 엄밀한 지식을 추구한다는 과학도 결국은 인간에 의한 산물일 뿐이다. 인간의 행위나 사고는 기본적으로 불완전하다. 절대적 지식이나 지식체계를 주장하는 사람도 그 자신의 불완전함을 부인하지 못할 때, 불완전한 자신에 대한 절대적 지식이나 지식체계는 당연히 불완전하다. 만약 자신의 불완전성을 인정하나 자신에 의한 산물은 완전하다고 말한다면, 이런 입장은 독단적이거나 지적인 겸허함을 잃은 태도일 것이다.

그가 정의했던 것처럼 과학이 진리에 대한 끊임없는 추구일 때, 과학의 특성은 ‘과학적 진보의 방법론적 조건’에서 찾아져야 한다. 포퍼가 방법론을 통해서 말하려는 알맹이는 진리로 가는 길이 아니다. 그 알맹이는 단지 여태껏 발전되어 왔고 또 앞으로도 발전될 과학이라는 놀이에 관한 ‘하나의 규범’이며, 여러 가지 다양한 놀이 모두에 적용될 수 있을 ‘상위

유형의 규칙'일 따름이다.

③ 칼포퍼의 반증주의(Falsificationism)

반증주의는 칼포퍼가 그의 저서인 ‘과학적 발견의 논리(The Logic of Scientific Discovery)’에서 처음으로 제시한 새로운 과학관이다. 반증주의란 과학적 명제의 특징은 반증가능성에 의거한다는 것을 뜻한다.

논리 실증주의자들에 따르면, 과학과 비과학을 나누는 기준(구획기준)은 검증(Verification)이다. 이는 과학명제의 참이 검증에 의해 입증될 수 있다는 것이며, 또한 이러한 주장에는 개별사실에 입각하여 보편명제의 참을 주장하는 귀납논리의 정당성이 이미 전제되어 있다. 그러나 포퍼는 다음과 같은 이유에서 귀납논리에 의한 확증이론을 비판한다.

<예시 1>

까마귀 #1은 검다.

까마귀 #2는 검다.

까마귀 #3은 검다. (등등 수만마리의 까마귀까지...)

=====

따라서 모든 까마귀는 검다.

위의 예에서 보듯이 관찰/실험의 결과는 어떤 단칭명제의 참을 결정해 줄 뿐이지 보편명제의 참은 결코 결정해 줄 수 없다. 그것이 가능하다고 생각하는 데에는 귀납적 비약이 생기기 때문이다. 이 때 일어나는 문제가 흠에 의해 제기된 귀납의 문제이기도 하다⁸⁾. 포퍼의 반증주의를 구성하고 있는 가장 핵심적인 주장은 과학이론을 입증해주는 이와 같은 귀납과정은 존재하지 않으며, 따라서 논리경험주의자들의 생각과는 달리 과학철학에서 귀납은 입증이론을 뒷받침하는 어떤 몫도 하지 못한다는 것이다. 포퍼

8) 신중섭. Karl R . Popper 에 있어서 구획 기준의 문제 (Karl R . Popper's Problem of Demarcation). 고려대학교 철학연구소. 1982.

는 그래서 과학적인 명제가 검증될 수 있거나 확률치를 가진다는 주장을 전면적으로 부정하면서 연역 논리만으로 과학적 명제를 평가할 수 있는 과학의 논리를 재구성하려고 한다. 포퍼는 이러한 재구성을 통하여 과학의 새로운 구획기준을 제시하였다. 일련의 관찰명제에서 보편명제를 이끌어낼 수 없지만(귀납의 비약문제), 전칭명제에서 다른 명제를 연역해 낼 수 있다. 즉, 참인 관찰 진술이 주어지면 이것을 근거로 하여 보편 진술이 거짓임을 유도해내는 것은 논리적으로 가능하다.

<예시 2>

모든 백조는 희다.

희지 않은 백조가 있다.

=====

따라서 모든 백조가 희다는 것은 거짓이다.

위의 예에서 보듯이 “모든 백조는 희다.”라는 진술은 “백조이면서 동시에 희지 않은 것은 없다.”라는 뜻이다. 그런데 만일 실제의 관찰에서 검은 백조가 발견된다면 이는 위의 보편진술에 관한 반증 사례가 되고 따라서 위의 보편명제는 거짓인 것으로 버려져야 한다.

이와 같은 이유로 포퍼는 과학적 진술의 형식인 보편명제는 특수한 개별 명제의 일반화(귀납 논리)에 의해서가 아니라 반증에 의해 그 특수성이 고찰되어야 한다고 주장한다. 즉, 연역적으로 반증가능하다는 이러한 논리적 측면이 바로 과학 이론을 다른 이론(형이상학 등)과 구별 지어주는 특징이라는 것이다.

따라서 포퍼에 의하면, 과학적 인식은 관찰 자료나 사실의 수집으로부터 시작하지 않고(즉, 관찰이나 실험을 통한 귀납적 일반화에 의하지 않고), 오히려 우리의 지식(보편진술)과 어떤 것(반증)이 일치하지 않을 때의 문제로부터 출발한다. 바꾸어 말하면, 문제는 지식과 사실 간의 모순의 발견에서 야기된다는 것이다.⁹⁾

4. 과학적 근거의 철학적 관점 vs 과학적 관점

철학적 사회에서는 근거와 가설간의 관련성을 설명함으로써 과학적 근거를 위한 논리적 필수요건들을 표명하기 위해 광범위한 자원과 노력을 투자한다.¹⁰⁾ Bechtel은 과학적인 접근법의 예로써 그러한 사실들이 과학적 근거의 수준을 높이는지 결정하는데 있어 유용한 요소들(자료의 명백성, 다른 사람에 의한 복제, 대안적 방법을 이용해 도달한 결과와의 일관성 등)을 제공한다.¹¹⁾ 다양한 철학적 접근법은 대다수가 근거와 가설간의 관련성에 초점을 두며, 그러한 사실들이 근거의 수준을 높이는지 여부를 결정하기 위한 근거의 평가에 많이 사용되어진다. Carnap은 이러한 근거 이론을 구별하는 세 가지 개념을 제안하였다. 첫째, 분류적 개념(근거가 가설을 뒷받침하는지의 여부), 비교적 개념(근거가 대안적 가설보다 첫 번째 가설을 더 지지하는지의 여부), 양적 개념(근거가 가설을 어느 정도 뒷받침하는지의 여부)의 세 가지 개념이었다.¹²⁾

“분류적 개념(A classificatory concept, 예: 따뜻함)은 요소들을 두 가지 종류로 분류하기 위해서 사용된다. 비교적 개념(A comparative concept)은 ‘more’(예: 더 따뜻한) 또는 ‘more or equal’이라는 의미를 가진 비교성을 기본으로 한 관계를 말한다. 양적 개념(A quantitative concept)은 수적인 가치(예: 온도)의 도움으로 묘사하기 위해 사용된다.”

과학에서 사용되는 개념 중에서 세 가지가 특별히 중요성을 가진다. 그 세 가지 개념은 분류적(classificatory), 비교적(comparative), 양적(quantitative)

9) 신중섭. 『포퍼와 현대의 과학철학』. 1992.

10) Deborah G. Mayo, *Philosophy of Science*, Vol. 67, Supplement. Proceedings of the 1998 Biennial Meetings of the Philosophy of Science Association. Part II: Symposia Papers. (2000), p.S194.

11) William Bechtel, *Scientific Evidence: Creating and Evaluating Experimental Instruments and Research Techniques*, PSA: Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association, Vol.1 (1990), p.561.

12) Rudolf Carnap, *Logical Foundations of Probability* (1962) p.462.

개념이며, 이러한 특징들은 확증과 가능성에 관한 추후 논쟁 시 사용된다. 과학 이전의 사고 시기에는 분류적 개념이 가장 빈번하게 사용되었다. 관찰결과와 공식화를 위해 여전히 유용하지만, 과학이 발달하면서 그러한 개념은 다른 두 가지 개념에 의해서 점점 과학적인 공식으로 대체되었다. 분류적 개념은 두 가지로 또는 서로 배타적인 종류의 항목으로 요소를 분류하는 데에 사용된다. 예를 들면, 물질들이 금속물질과 비금속물질로 나누어지고 또 다시 금속물질이 철, 구리, 은 등으로 나누어질 때, 동물과 식물들이 여로 부류로 나누어지고 더 나아가 서열, 과, 속, 종으로 나누어질 때, 우리를 둘러싼 모든 것들이 따뜻함 또는 추움, 큰 또는 작은, 딱딱한 또는 부드러운 등으로 나누어질 때 분류적 개념이 사용된다. 이러한 예시들을 통해 분류적 개념은 고유한 특성임을 알 수 있다. 다른 경우에는 'x는 y와 밀접한 연관성을 가진다.' 또는 'x라는 사람은 y라는 과학영역에 대해 잘 알고 있다'와 같은 어구에 의해서 명시되는 어떠한 관계를 지칭하기도 한다.

양적 개념(계량적 또는 수적 개념으로 불리기도 함)은 어떤 사물, 사건, 형상을 수적인 값에 의해서 특징지을 때 사용된다. 이러한 수적인 값은 측정도구에 의해 직접적으로 측정되거나 또는 다른 개념의 다른 값으로부터의 계산을 통해서 간접적으로 측정된다. 양적 개념의 예로는 길이, 기간, 속도, 부피, 크기, 힘, 온도, 전하, 가격, 아이큐, 영아 사망률 등이 있다. 대다수의 경우, 양적 개념은 분류적 개념과 상응(일치)한다. 따라서 온도는 고유한 특성인 따뜻함과 상응하고, 5마일보다 짧은 거리의 개념은 근접성의 관계와 상응한다. 양적 개념의 방법론과 측정은 초기에는 물리적인 사건에 대해서만 사용되었지만, 나중에는 점점 경제학과 심리학 영역에서도 사용되어졌다. 양적 개념이 과학적 재고에서 가장 효과적인 도구임에는 의심할 여지가 없다. 특히 사회과학과 심리학 분야의 과학자들은 때때로 양적 개념을 도입할 수 있는 아무런 방법이 없는 경우 가장 간단한 개념, 즉, 분류적 개념을 사용하는 수밖에 없다는 관점을 유지한다.

분류적 개념과 양적 개념의 사이에 위치하는 비교적 개념의 가능성과 유용성에 대해서도 훑어보기로 한다. 위상적 또는 서열적 개념으로 불리

기도 하는 비교적 개념은 사용가능한 수적인 값이 존재하지 않을 때, '더 많은' 또는 '더 적은'과 같은 표현법(more-less-statement)의 형식으로 비교 결과를 공식화하기 위해 사용된다. 과학 이전 시기에 온도라는 양적 개념이 도입되었고, 일상어는 비교적 개념을 담고 있었다. 뜨거운, 따뜻한, 미온적인, 차가운과 같은 용어를 사용하여 단지 몇 가지 종류로 사물을 분류하는 것 대신에 'x가 y보다 더 따뜻하다'라고 말하는 것에 의해서 좀 더 효과적인 특징화가 가능해졌다.

제2절 보건학에서의 과학적 근거

1. 보건학에서 과학적 근거의 필요성

현대 보건학에서의 수많은 성과와 업적으로 인해 물과 음식의 안전성 보장, 하수 처리, 흡연 예방, 면역을 통한 전염병 관리 등 인구집단을 기반으로 한 보건학의 대책방안이 마련되었지만 앞으로도 도전하고 다루어져야 할 보건학 문제들이 많이 남아있다. Healthy People 2010 성취와 같은 지속적인 보건학 발전에 대한 기대를 충족시키기 위해서는 보건학 분야에서의 좀 더 광범위한 근거 중심의 전략이 필요하다. 이론적으로는, 보건학 실천가들이 의사결정, 정책 개발, 사업 실행 시 항상 과학적 근거를 염두에 두어야 하지만 현실적으로는, 이러한 결정들이 장기간의 연구보다는 단기간의 요구를 바탕으로 이루어지는 경우가 많다. 또한, 그 동안 보건학에서의 의사결정이 어떻게 개발되고 작동되며, 결정되는지에 관한 지침으로써의 과학적 근거가 부족하였다는 의견이 있어왔다.

2. 근거 중심의 보건학(evidence-based public health)의 정의

'보건학에 대한 근거(evidence for population health)'라는 새로운 용어는 이미 근거 중심의 의학(evidence-based medicine)으로부터 교훈을 얻고 그것

을 보건학에 적용하려는 명백한 목적을 가지고 2002년에 처음 등장하였다. 보건학에서의 교훈은 이미 의학에서 채택되어 온 근거를 기반으로 한 접근법으로부터 얻어질 수 있다.

1997년 Jenicek은 역학, 근거 중심의 의학(EBM), 근거 중심의 보건학(EBPH) 간의 관련성을 논하기 위한 검토를 공포하였다. 그는 EBM과 EBPH 모두 역학에 근간을 두고 있다고 밝혔다. Jenick은 EBPH를 질병 예방과 건강증진 영역에서의 지역사회와 인구집단의 케어에 관한 의사결정을 하기 위해 현행의 최상의 근거의 적절한 사용이라고 정의하였다. EBM과의 많은 유사점을 인정하면서, 그는 EBPH가 다양한 지역사회, 사회적 문제와의 복잡한 대안과 포함으로 인해 독특한 증거의 요구를 가진다는 사실을 발견하였다. 그 후, EBPH의 개념은 Brownson 외 다수에 의해 발전되었고 그들은 EBPH를 과학적 증명의 원칙 적용을 통한 보건학 사업의 개발, 실행, 평가라고 정의하였다. Brownson 외 다수는 또한 보건학 실행가들에 의해 EBPH를 실행에 옮길 <표 2-1>과 같은 틀 구조를 묘사하였다. 표 1에서 보는 바와 같이, EBM과 EBPH의 틀을 이루는 과정들은 유사한 단계로 구성되어 있다. 틀 구조가 개념을 구성하기에 유용한 반면에 실제 실행상의 EBPH는 동적인 비선형적 과정인데 그 이유는 크게 보면 그것이 정적이지 않고 과학적 환경을 조정할 수도 없는 지역사회에서 발생하기 때문이다.

〈표 2-1〉 근거중심의 의학(EBM)과 근거중심의 보건학(EBPH)의 과정 비교

단계	근거 중심의 의학 ¹³⁾	근거 중심의 보건학 ¹⁴⁾¹⁵⁾
1. 과학적 의문의 진술	예방, 진단, 예후, 치료, 질병원인에 관한 정보의 필요성을 답변 가능한 질문으로 전환함	논쟁점의 초기진술을 전개함
2. 관련 근거의 확인	질문에 대답할 최상의 근거를 색출함	과학적 문헌을 검색하고 정보를 체계화함
3. 어떤 정보가 과학적 의문에 대한 대답에 가장 근접한지를 결정	근거의 타당성, 효과(영향력), 적용가능성을 비판적으로 평가함	기존의 데이터 자원을 사용하여 문제를 정량화함
4. 환자 또는 인구집단을 고려한 최상의 행동방침 선택	비판적 평가를 임상적 기술(지식)과 환자의 독특한 생활사, 가치, 생활환경과 통합함	우선사항을 결정하고 전개함, 행동계획을 짜고 예방대책을 실행함
5. 과정과 결과의 평가	단계 1~4 실행에서의 근거의 효과와 효율을 평가하고 다음 연구를 위해 효과와 효율을 향상시킬 수 있는 방법을 찾음	사업 또는 정책을 평가함

EBM의 발전을 육성하며, EBPH에 대한 유용성을 가지는 중요한 자원은 Cochrane Collaboration이다.¹⁶⁾ The Collaboration's Health Promotion and Public Health Field(HPPHF)는 실제적인 보건학적 질문에 답할 근거를 제공하는데 사용될 수 있는 체계적인 검토의 질적, 양적 증가에 목표를 두고 있다. 그러나 Waters와 Doyle는 EBPH에 대한 HPPHF의 가치를 묘사함에 있어서 근거뿐만 아니라 정치학과 시기적절성도 보건학 의사결정에서 하나의 요인으로 포함될 수 있다는 것을 깨달았다. 또한 다른 연구에서는 EBM과 비교해 보았을 때, EBPH는 좀 더 폭넓고 다양한 영역을 제공하고 실행 증진을 위한 정보를 수집할 수 있도록 광범위한 과학적 접근법을 사용해야 한다고 주장하였다.¹⁷⁾

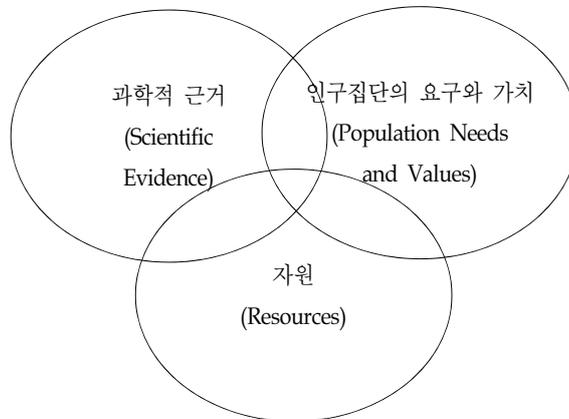
13) Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 2000.
 14) Brownson RC, Gurney JG, Land GH. Evidence-based decision making in public health. J Public Health Manag Pract 1999;5:86-97.
 15) Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. Evidence-based public health. New York: Oxford University Press, 2003.
 16) Cochrane Collaboration. Cochrane Collaboration Systematic Reviews. Available at: www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm. Accessed June 27 ,2004.

〈표 2-2〉 근거 중심의 의학(EBM)과 근거중심의 보건학(EBPH)의 차이점¹⁸⁾

특징	근거 중심의 의학	근거 중심의 보건학
근거의 특성	실험적 연구	관찰 연구와 유사실험 연구
근거의 크기	크다	작다
예방에서 결과까지의 시간	단기간	장기간
전문적 훈련	확인절차와 면허제도가 있어 좀 더 형식적임	기준 확인절차 없이 덜 형 식적임
의사결정	개인적	집단적

모든 보건학 분야에 근거가 개입되는 것이 제한되어 있지만, 접근법은 최상의 과학(과학적 근거)에 기반을 두고, 여러 전문 분야에 걸친 방법이어야 하며, 견고한 계획과 평가 방법을 중심으로 해야 한다.

[그림 2-1] 보건학에서의 의사결정 향상을 위한 광범위한 고찰



자료: Evidence-based Public Health, 2003.

17) Glasziou P, Longbottom H. Evidence-based public health practice. Aust NZ J Public Health 1999;23:436-40.

18) Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. Evidence-based public health. New York: Oxford University Press, 2003.

근거 중심의 보건학(evidence-based public health)은 “데이터와 정보 시스템의 체계적인 이용, 과학적 이론과 프로그램의 계획적 모델의 적절한 사용을 포함하는 과학적 증명의 원칙 적용을 통해 보건학 분야에서의 효과적인 프로그램과 정책을 개발, 실행, 평가하는 것”이라고 하여 폭넓게 정의되고 있다.¹⁹⁾ 이러한 접근법을 통해 보건학에서의 활동들은 효과성을 증명하는 과학적 근거와 명백하게 관련되어진다. Jenicek(1997)²⁰⁾은 근거 중심의 보건학(EBPH)이란 “건강보호, 질병 예방, 건강 유지와 증진 영역에서의 지역사회와 인구집단의 케어에 대한 의사결정을 함에 있어서 세심하고 명백하며 적절한 판단에 근거한 최근의 가장 훌륭한 근거의 사용”이라고 정의하였다. 또한, Kohatsu(2004)²¹⁾의 가장 최근의 보고서에 의하면 근거 중심의 보건학(EBPH)이란 “인구집단의 건강을 향상시키는 사회의 선호와 과학에 기반을 둔 예방대책을 통합하는 과정”이라고 하였다.

또한, 근거 중심의 보건학(evidence-based public health)은 다양한 과학과 사회과학 연구, 평가 방법으로부터 나온 근거의 명백하고 사리분별있는 사용에 대한 보건학적 노력(시도)으로 정의될 수 있다.²²⁾ 이러한 정의는 근거 중심의 보건학의 두 가지 측면을 강조한다. 첫째, 보건학적 결정을 제공하기 위한 특정한 유형의 근거 활용, 둘째, 근거를 평가하고 해석하는 과정에서의 명확한 논증에 대한 강조이다.

근거 중심의 보건학은 근거의 출처로서의 광범위한 보건학적 연구를 포함하도록 충분히 범위를 넓혔다고 보아질 수 있다. 보건학적 연구들은 그들이 답하고자 추구하는 질문에 따라서 몇 가지 카테고리로 분류될 수 있다.

19) Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. *Evidence-based public health*. New York: Oxford University Press, 2003.

20) Jenicek M. “Epidemiology, evidence-based medicine, and evidence-based public health”. *J Epidemiol* 1997;7:187-97.

21) Neal D, Kohatsu, MD, MPH, Jennifer G. Robinson, MD, MPH, James C. Torner, PhD. “Evidence-based public health: An evolving concept”. *American Journal of Preventive Medicine* 2004;27(5):417-421.

22) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al., “Evidence-based medicine: what it is and what it isn’t”. *BMJ* 1996;312:71-72.

- ① 서술적(Descriptive): 변수의 분포와 특성 확인함
- ② 분류적(Taxonomic): 변수를 관련된 그룹 또는 카테고리로 분류하고 비교함
- ③ 분석적(Analytic): 변수 간의 관계를 분석함- 가설화된 인과관계 또는 치료상의 관계로 나타냄
- ④ 해석적(Interpretive): 특정한 관점에서 의미를 설명하고 확인함
- ⑤ 설명적(Explanatory): 경험을 이해 가능하도록 바꿈
- ⑥ 평가적(Evaluative): 관련성, 효과성, 사업 결과를 평가함으로써 특성과 가치를 평가함

근거 중심의 의학(evidence-based medicine)과 보건학에 대한 근거(evidence for population health) 간의 공통점은 근거 기반을 발달시키고 공중보건학으로의 통합을 위해서 ‘통계적’(statistical)이고 ‘실행적’(implementational)인 방법을 모두 고려해야 함을 시사한다. 또한, 근거 중심의 의학(EBM)이 임상적 의사결정의 형세를 어떻게 바꾸어왔는지에 관한 소견은 공중보건학 측면의 의사결정에 있어서 근거를 이행할 수 있도록 할 것이다.

3. 보건학에서의 근거와 논증

근거 중심의 보건학의 근본적 원칙은 논증과 근거 간의 밀접한 연계이다. 다음의 용어들은 이러한 원칙과 관련된다.

추론 또는 증명(reasoning)이란 전제, 사실, 근거로부터 유추와 결론을 이끌어내는 과정을 말한다. 이러한 세 가지 유형의 증명을 구분하는 것은 중요한 문제이다. 귀납(Induction)은 특정 사실로부터 일반화를 유도하는 증명법이다. 연역법은 특정 관찰 또는 사례와 같은 경험적 데이터로부터 일반적 결론 또는 일반적 이론을 유추하는 데 적용된다. 연역(Deduction)은 일반화로부터 특정 사실을 뽑아내는 과정의 증명방법을 말한다. 연역법은 특정 결론을 유추하기 위해서 일반적 이론에 의존한다. Abduction은 추론을 최상으로 이용가능한 해석으로 만드는 증명법이다. 즉, 이용가능한 근거의 최상의

설명을 제공하는 가설의 다양한 가능성으로부터 선택하는 과정인 것이다.

논리(logic)는 정확한 증명의 과학이다. 증명의 논리가 신뢰성이 뒷받침된다면, 핵심 사항은 그 전제가 사실이라면 우리가 그 결론을 수용할 타당한 근거를 확보하고 있느냐이다.²³⁾ 타당도(Validity)는 라틴어인 *validus*에서 유래되었으며, 강력함을 의미한다. 어떠한 것이 잘 근거를 이루고 있는지에 대한 강도를 언급하는 것이다. 타당도로는 측정의 타당도(Measurement validity)와 연구 전체의 타당도(Study validity)가 있으며, 연구 타당도는 내적 타당도(Internal validity)와 외적 타당도(External validity)로 나뉜다. 신뢰성(Reliability)은 같은 상황 하에서 반복될 때, 관찰이나 측정이 반복되는 정도를 말한다. 신뢰도는 필요조건이지만 충분조건은 아니며, 제안의 타당도를 설정한다. 낮은 신뢰도는 관찰이나 측정의 도구에서의 신뢰도에서 유발되거나 연구 하에서 실제 관찰되는 현상에서의 불안정성이 원인이 될 수도 있다.²⁴⁾

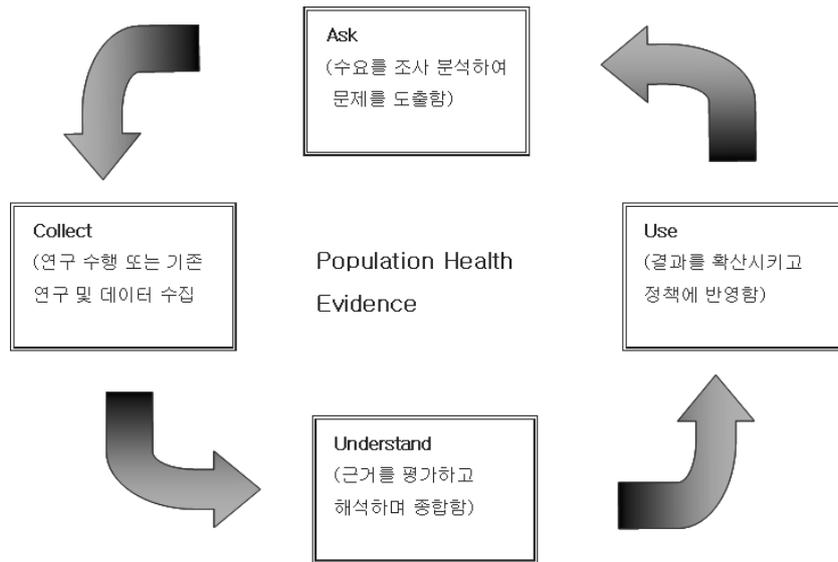
4. 근거 중심의 보건학(evidence-based public health)의 실천

보건학 실행에 관한 증거의 중요성을 강조하기 위해 인구집단 대상의 근거 사이클이 거론될 수 있다. 인구집단 대상의 보건사업에 대한 근거의 정보 활용은 일종의 환류체계로 설명된다. 인구집단 대상의 근거 수집과 활용 사이클은 [그림 2-2]와 같다.

23) Audi E, ed. *The Cambridge dictionary of philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

24) Last JM, ed. *A dictionary of epidemiology*. 4th edn. New York: Oxford University Press, 2001.

[그림 2-2] 인구집단 대상의 근거 수집과 활용 사이클



우선 수요를 조사 분석하여 문제를 도출하고, 도출된 문제에 관한 기존 연구와 데이터를 수집한다. 다음으로 이러한 수집된 근거를 평가하고 해석, 종합하며, 결과를 확산시켜 정책에 반영한다. 그리고 이러한 과정은 지속적으로 반복된다.

근거 중심 의사결정(evidence-based decision making)의 핵심요소는 아래와 같다.

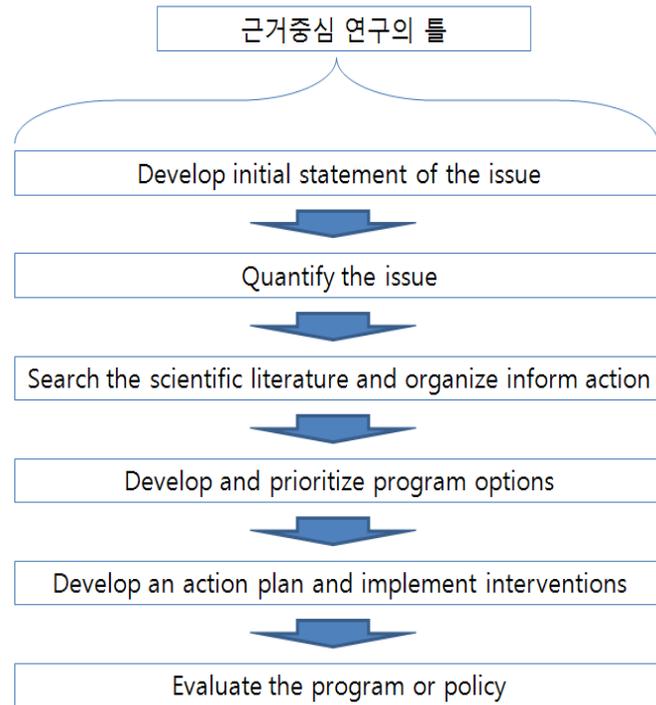
- 1) 접근법은 최상의 과학적 근거를 기반으로 해야 한다.
- 2) 문제 해결은 다방면적으로 다루어져야 한다.
- 3) 과학적 이론과 체계적인 사업 계획 접근법이 사용되어야 한다.
- 4) 평가 원칙이 뒤따라야 한다.
- 5) 결과를 알고자 하는 모든 이에게 널리 알려야 한다.

보건학에서의 근거활용을 향상시키기 위한 접근법은 아래와 같은 방법들이 있다.

- 1) 최초로 제기된 논점의 명제를 전개한다.
- 2) 논점을 정량화한다.
- 3) 과학적 문헌을 검색하고 정보를 체계화한다.
- 4) 프로그램 선택권에 대한 우선사항을 결정하고 전개한다.
- 5) 행동 계획을 발달시키고 예방대안을 실행한다.
- 6) 프로그램 또는 정책에 대해 평가한다.

Brownson 등(2003)은 공중보건사업에서 근거활용을 증대시키기 위하여 여섯가지의 단계로 구성된 근거중심 연구적용의 과정을 제시하였다[그림 2-3]. 각 단계의 과정에는 피드백을 통하여 지속적인 보완이 요구되는 계획모델과 같은 과정이 필요하다. 공중보건담당자는 우선적으로 보건문제에 대하여 분명한 현황을 파악하고 구체적으로 기록해야 한다. 이것이 첫째 단계인 'Develop an initial statement of the issue'의 단계이다. 보건문제가 분명하게 정의되면 그 지역의 보건목표달성을 위해 취해야 할 액션이 구체화되어야 한다. 문제해결을 위한 현재 자원이나 상황의 강점과 약점, 외부기회, 장애요인 등이 자세히 분석되어야 한다. 두 번째 단계는 문제를 계량화하는 'Quantify the issue'의 단계로, 기존의 데이터자료를 수집하고 분석하는 단계이다. 기술적인 연구들의 분석도 여기에 포함된다. 공중보건 분야에서 가장 많이 사용되는 기술적인 연구들은 과학적으로 타당한 표본을 대상으로 한 단면적 조사의 결과분석에 대한 논문이나 보고서에서 흔하게 찾을 수 있다. 단면적인 조사의 보고서는 건강행동의 현황, 인구집단의 특성 등을 계량적으로 파악하는 데 사용된다.

[그림 2-3] 보건사업에서 근거중심연구 적용의 과정



자료: Brownson R.C., Baker E.A., Leet T.L., Gillespie, K.N., Evidence-based Public Health, Oxford University Press: NY, USA, 2003, p.14에서 인용.

세 번째 단계는 파악된 보건문제에 대한 배경적인 정보를 분석하는 단계로, ‘Search the scientific literature and organize information’의 단계이다. 과학적인 연구에 대한 문헌뿐만 아니라 패널 및 회의자료 들도 연구의 대상이 된다. 공식적인 문헌고찰의 방법을 여기에서 활용할 수 있다. MEDLINE, PubMed, PsyInfo, MEDLARS, Health STAR, CancerLit 등의 데이터베이스를 활용하여 문헌을 검색한다. 그러나 이러한 검색엔진을 통해 얻어지는 자료들은 발간과정을 거친 논문이기 때문에 회색문헌을 찾기는 어렵다.

네 번째 단계는 보건프로그램과 정책옵션(option)의 고찰과 분석을 통하여 정리된 정보를 기반으로 하여 보건사업의 옵션에 대한 우선순위를 정하는 단계로서, ‘Develop and prioritize program options’의 단계이다. 세 번째 단계까지가 근거들을 수집하고 정리하는 단계였다면 네 번째 단계는 근거를 종합하고 요약정리하는 단계이다. 여기에서는 보건정책의 옵션을 나열하는 과정에서 이해관계자의 의견수렴이 도움이 된다. 지역사회 주민의 의견반영도 필요하다.

다섯 번째 단계는 ‘Develop an action plan and implement interventions’의 단계이다. 선택된 정책옵션에 대하여 목적과 목표를 세우고, 전략을 개발하는 단계이다. 보건인력이나 기관의 책임과 역할이 분명해야 한다.

여섯 번째 단계는 ‘Evaluate the program or policy’의 단계로 보건사업이나 보건정책의 목적과 목표가 달성되었는지를 평가하는 단계이다. 변화를 제대로 측정할 수 있는 평가방법의 선택이 중요하다. 최종적으로 평가의 단계를 거친 후 효과적인 사업에 대해서는 근거기반의 보건사업의 사례로 그 정보를 확산하는 단계가 후속적으로 필요하다. 한편 평가결과 효과가 없는 사업에 대해서는 사업이 종료되는 것이 검토될 수 있다.

공중보건사업에서 근거기반의 사업을 개발하고 수행하는 데는 몇가지 장애요인이 있다. 일선 현장의 담당자들의 이해부족이나 훈련부족, 외부적 장애요인, 시간과 자원의 부족, 데이터 부족 등이 흔한 사례이다. <표 2-3>에서는 이러한 장애요인에 대한 가능한 해결방안을 소개하고 있다.

〈표 2-3〉 공중보건에서 근거기반의 의사결정의 장애요인과 해결방안

장애요인	해결방안
근거기반접근에 대한 이해부족과 리더십 부족	모든 단계의 보건사업 담당리더들의 근거 중심 보건사업 대한 공약
장기적인 사업수행에 대한 시각이 결여됨	인과관계의 접근들에 기초한 실행, formative 평가계획의 수립
근거기반의 사업수행에 대한 외부영향(정치적 영향 포함)	체계적인 경로를 통한 커뮤니케이션과 정보확산
근거기반 보건사업에 대한 훈련부족	원격학습을 포함한 훈련프로그램의 보급
근거를 수집하고 분석할 시간의 부족	짧은 시간에 자료를 검색하고 검토할 수 있는 기술(skill)의 증진
근거기반 보건사업에 대한 정보의 부족(종합적인 정보와 최신정보)	임상적 전략과 인구기반전략에 대한 지침의 보급
특수 인구집단* 대상의 공중보건개입에 대한 데이터 부족	공중보건연구를 적용하는 사업에 대한 예산지원의 확대 및 결과정보의 확산

*특수인구집단은 특정한 보건문제를 가지고 있으나 많이 연구되지 않은 소수인구집단을 의미함.

공중보건사업을 계획하고 수행함에 있어 과학적 근거를 찾고 적용하는 것은 매우 중요한 일이지만 인구집단의 수요(needs)와 가치관(values), 사용할 수 있는 자원(resources)이 함께 고려되어야 한다. 과학적 근거가 활용할 수 있는 자원과 지역사회 주민의 가치와 수요에 부합하기 위해서는 종합할 수 있는 기술(skill)과 커뮤니케이션 기술, 정치적인 통찰력이 필요하다(Brownson et al, 2003).

제3절 건강증진에서의 과학적 근거

건강증진가(health promoters)들은 그들이 내린 결정에 대한 정당화가 필요하기 때문에 건강증진에서의 근거가 중요하다. 건강증진가들은 건강 관련 요소들을 확인하고, 건강을 증진시킬 활동사업을 선택하며, 그들이 선택한 활동사업의 효과를 평가할 필요성이 있다. 건강증진가들은 효과성에

대한 근거를 제공함으로써 그들의 행위를 정당화할 것을 점점 요구받게 되면서 경제적 합리주의 시대에 근거를 둘러싼 이슈들이 두드러지게 나타나고 있다.

오늘날, 건강증진분야에서는 근거를 기초로 한 연구의 필요성이 강조되고 있으며, ‘근거’와 ‘근거 중심’이라는 용어가 건강증진에 관한 논의에서 정기적으로 언급되고 있다. 1998년 5월 51회 World Health Assembly에서는 “모든 회원 국가들은 광범위한 양적, 질적 방법론을 사용하여 건강증진 정책과 실천에 근거 중심의 접근법을 적용해야 한다.”고 주장하였다.²⁵⁾ 이러한 현상은 일상의 의학적 행위, 특히 예방적 실천의 논의에서뿐만 아니라 인구집단의 건강에 대한 논의에서도 근거중심의 체계 확립이 점점 일반적인 추세로 가고 있기 때문이라는 부분적인 설명이 가능하다.

1. 근거의 본질과 건강증진과의 관련성

근거 중심의 실행을 향한 움직임은 근거 중심의 의학에 의해 크게 영향을 받아왔다. 건강증진 행위에 대한 논제로서의 근거의 중요성은 근거 중심 의학에서의 논쟁이라는 큰 틀 속에서 보아야 한다. 이러한 토론이 의학적 행위와의 근본적인 관계로부터 발생한다고 하더라도 오직 의학 분야에만 관련되어 간단히 처리해 버릴 수 있는 문제가 아니다. 건강 증진 또한 논쟁에 의해서 증거를 요구받는다(Adrian et al., 1994; Allison and Rootman, 1996; Macdonald et al., 1996; Sackett et al., 1996; Nutbeam, 1998).

근거의 강도를 결정할 때, 예측가능성(predictability), 반복가능성(repeatability), 반증가능성(falsifiability)의 3가지 과학적 질문의 규칙을 달성하는 데에 강조점을 둔다. 이러한 규칙들은 과학적 철학에서의 토론으로부터 뺀어 나온 광범위하게 인식되는 원칙을 기본으로 한다. 예측가능성은 예방대안과 원인-효과 상호작용의 핵심요인이 알려져 있다고 가정하고 적절히 실행된

25) World Health Assembly(1998) Resolution WHA 51.12 on Health Promotion. Agenda Item 20, 16 May 1998. WHO, Geneva.

예방대책이 기대했던 결과를 가져올 때 충족된다. 따라서 예방책의 요소들과 그러한 요소들 간의 원인적 관련성의 요소가 구체화될 필요가 있다. 복제가능성(replicability)이라고도 불리는 반복가능성은 시간과 장소에 관계없이 예방책의 보편적인 적용을 말한다. 따라서 그것이 언제, 어디서 실행되는지에 상관없이 모두 같은 결과를 생산해내도록 요구된다. 반증가능성을 위해 그 예방대안이 효과적인 대책이라는 주장이 잘못되었음을 증명할 수도 있어야 한다. 만약 엄격한 평가 조사로 인해 그것이 비효과적이거나 해로울 수 있다고 반증한 것이 증명된다면 예방책은 확인되어야 한다.

‘근거’, ‘효과성’, ‘투자’와 같은 개념은 정확하게 서양에서 유래되었으며, 유럽 언어권의 개념으로 보여 진다. 따라서 근거에 관해 지금까지 쓰여 졌고 현재 쓰여 지고 있는 대부분의 개념들이 고유의 서양적 오류를 가지고 있다. 이러한 오류들은 크게 지난 2세기 동안의 철학적 추측에서 나와 발전되었으며, 두드러지게 Russell과 Wittgenstein의 영향력으로부터 발생한 논리적 실증주의를 둘러싼 논쟁으로부터 파생되었다. 논리적 실증주의는 오직 엄격한 관찰과 실험을 통해 검증할 수 있는 집단의 원리에 바탕을 두고 작동되었다. 이러한 맥락에서 근거라는 단어는 매우 엄격한 분석적 의미를 가진다. 비슷하게 무작위 임상 실험법(Randomized controlled clinical trial, RCT)과 유사 실험적 접근법은 대부분 서양적 문헌의 창조물이고 실증주의자의 의견을 반영한다. 대부분의 사회적 과학, 특히 인류학과 사회학은 이러한 오류에도 불구하고 예방대안의 근거와 효과를 평가하는 서양에서 유래한 접근법을 이용한다. 건강증진분야의 범위까지 혼합된 접근법을 사용하고 있으며, 따라서 건강증진에서의 근거 중심의 접근법의 의미를 명확하게 정의내리기는 어렵다.

건강증진에 대한 근거 논쟁과 관련하여 몇 가지 고려할 점이 남아 있다. 핵심 질문은 다음과 같다.

① 개발도상국에서의 건강증진사업은 그들이 서양에서 세운 근거 기준을 충족시키는 접근법을 사용할 것이라는 추측과 함께 간단하게 착수할 수 있는 문제인가?

② 건강증진에 대한 근거 기준을 수용하는 데 있어서 경계와 주의가 존재해야 하는가?

③ 최상의 실천을 추구함에 있어서 개발도상국들은 최소한의 자원을 가지고 사업을 평가하는 최상의 방법에 대한 지침서를 제공할 수 있는가?

④ 다른 접근법이 과연 유용할 것인가? 또한, 인구집단의 건강 불형평성 문제를 가지고 있는 대부분의 서양 국가에 전파될 수 있을 것인가?

이러한 질문들을 공공화한다는 것은 쉽지 않은 일이지만, 정당한 관심으로서 인식되어질 필요가 있다.

건강증진은 다양한 문화적, 사회적, 경제적, 그리고 정치적인 요인들이 상호작용하는 환경 속에서 실행된다. 건강증진 분야에서 인과관계를 간명한 방식으로 정의내리기란 참으로 어려운 일이다. 시간과 장소에 구애받지 않는 예방대안의 반복가능성 또한 달성되기가 어렵다는 것이 증명되었다. 따라서 건강증진 분야에 과학의 규칙을 적용하는 것은 아직까지 미심쩍은 부분이 남아있다는 의견이 존재한다.

2. 건강증진에서의 근거의 역할

의사결정(decision-making)에서의 불확실성을 줄이기 위해 근거가 요구된다. 건강증진가들은 다음과 같은 질문에 답해야 하는데 이러한 질문에 대한 답은 건강과 건강증진의 정의에 달려 있다. 건강문제에는 어떠한 것들이 있는가? 이러한 문제점들의 원인은 무엇인가? 이러한 문제점들의 해결을 도출하기 위한 건강증진 행위로는 어떠한 것들이 있는가? 이러한 건강문제를 해결하는 데 있어서 그것이 효과적인 방법이었는지를 알 수 있는 방법은 무엇인가?

건강증진의 과정이 기본적 정의와 가치에 대한 합의를 요구한다는 사실은 점점 명백해지고 있다. Seedhouse(1997)은 뚜렷한 정의를 내리는 데 있어서의 실패가 개념적 혼란과 조잡한 행위를 가져올 것이라고 경고하였

다.²⁶⁾ 다원론이 가치 있는 목표이기는 하지만, 규정으로서의 건강증진의 발전은 몇 가지 핵심 이슈에 대한 종결을 요구한다. Macdonald와 Davies(1998)는 건강증진에 관한 오타와 헌장의 정의에서 언급된 ‘건강증진은 주민들로 하여금 그들 전반에 걸친 통제력을 증진시키고 그들의 건강을 향상시키는 과정을 말한다.’ 라는 부문을 수용하기 위해 필요한 몇 가지 함의를 도출하였는데 첫째, 건강증진이란 주민들이 스스로 그들의 건강을 향상시킬 수 있도록 하는 것이며, 둘째, 건강증진과 관련된 근거는 그것을 가능하게 하는 힘과 역량강화를 지지하는 데에 관련된 요인들(건강의 결정요인들), 가능성과 역량강화를 지지하는 행위들(건강증진), 이러한 행위들이 성공적이었는지에 대한 평가(건강증진의 평가)를 직접적으로 포함하고 있어야 한다는 것이다.

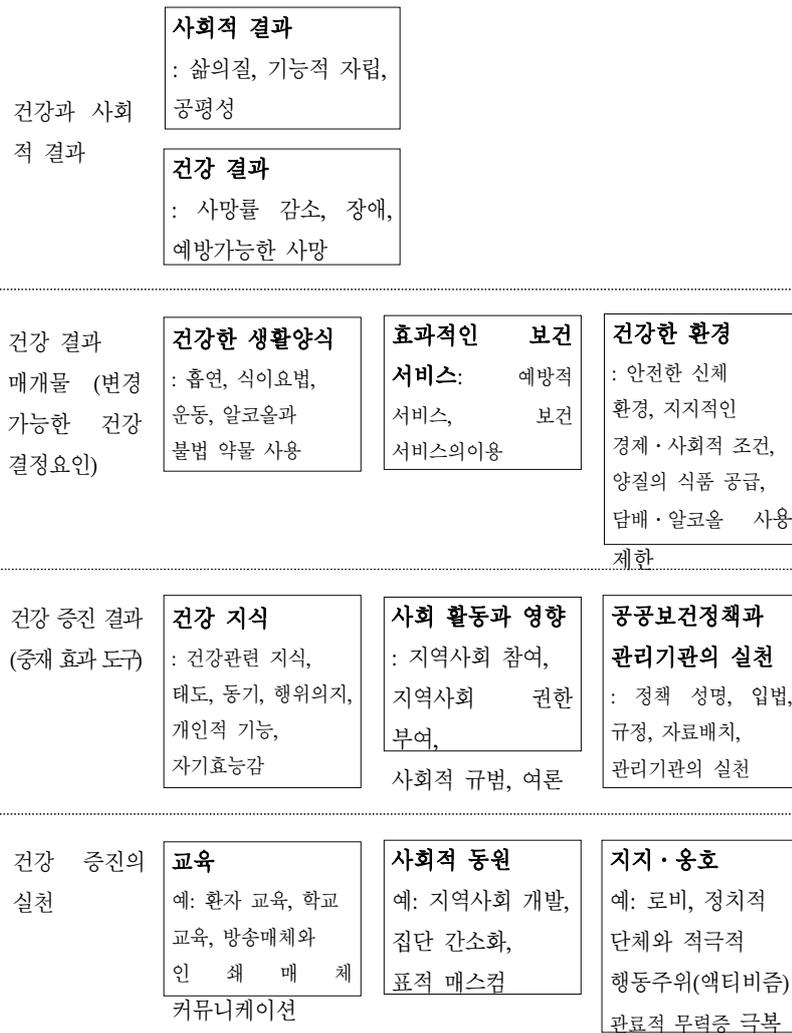
넓은 보건학의 분야 내에서 근거 중심의 실행의 중요성에 대한 인식이 날로 증가하고 있으며, 근거 중심의 건강증진에 대한 관심이 상당하다. Nutbeam(1999)은 제51회 세계보건총회(WHO, 1998c)의 건강증진에 대한 결의에서 건강증진 정책과 실행 시 근거 중심의 접근법을 채택할 것을 회원 국가에게 요구하는 데 있어서 ‘근거 중심’이라는 단어를 유의하게 논리적 포섭해야 한다고 지적했다. 자카르타 선언에서 많은 영향을 받은 이 세계보건총회의 결의는 실천적 측면에서나 상징적인 측면에서 중요한 의미를 가진다. 건강증진의 근거는 건강증진활동을 정당화하는 데 중요한 요인이 되지만 건강증진사업의 현장에서 추진되는 다차원적이고 여러 단계에 걸쳐서 진행되는 건강증진의 결과를 평가하는 데 근거가 충분하지 못할 수 있으며, 이것은 현재 건강증진사업에 대한 하나의 도전이며 과제가 된다. 건강증진을 위한 근거의 정보가 부족한 원인중의 하나는 기존에 근거를 제공하는 Cochran Collaboration에서 제공되는 논문들이 대부분 소규모의 실험적 연구이기 때문에 광범위하고 다양한 요소를 포함하고 있는 건강증진사업의 근거로 활용하는 데 매우 부족할 수 있으며 오히려 건강증진사

26) Seedhouse, D. (1997) Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice. John Wiley. New York.

업이 축소되는 근거로 활용될 수 있는 위험성이 있다고 한다. 건강증진사업에서 근거는 건강증진의 효과를 의미하기도 한다. 건강증진의 효과는 건강증진사업의 단계적인 성과의 모델로 설명될 수 있다(그림 2-4참조). 효과는 단기적, 중장기적인 성과의 지표로 평가할 수 있다. 건강증진사업이 건강의 결정요인을 변화시키는 데 초점을 두기 때문에 건강의 결정요인의 변화를 평가함으로써 건강증진사업의 효과를 평가할 수 있다. 근거에 기반한 건강증진사업을 계획하고 수행할 때 건강증진사업의 효과를 논리적으로 기대하고 평가할 수 있다. 이러한 과정을 뒷받침하는 노력 중의 하나가 'Best practice'를 체계적으로 정리하여 보급하는 것이다. 'Best practice'의 사례는 건강증진사업의 성공가능성을 높일 수 있는 지침(guideline)이 된다. 근거에 기반한 건강증진사업의 유형과 사업방법은 건강증진사업의 평가방법을 결정하는 역할도 한다. 다양한 방법과 체계를 갖춘 지역사회 건강증진사업을 계획하거나 평가할 때 근거가 부족할 가능성이 높다. 이러한 경우는 두가지 이상의 방법으로 평가하여 결과를 비교하는 것이 좋다. 건강증진사업의 성공가능성을 높이기 위하여 건강증진사업계획시 고려할 사항은 아래와 같다(Nutbeam, 1999).

- 건강증진사업은 역학적, 행동적, 사회적 연구에 기초하여 계획이 되어야 하고 단기적, 중기적, 장기적 영향들 간에 논리적인 연결고리가 있어야 한다.
- 이론과 모델이 뒷받침된 개입을 개발하도록 한다.
- 건강증진사업이 성공할 수 있는 여건(condition)을 조장하여야 한다. 정책입안자 및 지역주민의 보건문제에 대한 이해도 확대, 인력훈련 프로그램개발, 자원의 확보 등을 한다.
- 성공가능성을 높이기 위해 건강증진프로그램에서 하나 이상의 방법을 사용하도록 해야 한다. 건강증진의 효과를 볼 수 있는 사업의 크기와 사업기간을 확보하여야 한다.

[그림 2-4] 건강 증진의 결과 모델



자료: Nutbeam D., Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, 15(3), 2000, 259-267.

Raphael(2000)은 ‘경제적 합리주의’로부터의 근거 중심의 실행에 대한 강조 증가와 지출을 정당화하는 필요성을 제안하였고 효과를 최대화시킬 수 있도록 기금을 배치시킬 것을 확실히 하였다. 그러나 건강증진이 아무런 위해를 가지고 있지 않다는 것을 보장할 수 있는 근거 중심의 실행의 원칙을 적용하는 데 대한 강력한 윤리적 원칙이 존재한다. 실행에 대한 의사결정에 근거를 구체화한다는 것은 상호연관적 실행의 중요한 측면이며, 건강증진의 질적 개정에 근본적이다. 건강증진의 체계적인 계획은 각 단계에서 만들어진 결정의 연속물을 요구하며, 접근가능한 근거의 충분한 평가에 의해 정보가 제공되어야 한다.

3. 건강증진에서의 근거의 정의

근거는 무엇이 진리이고 무엇이 사실이 아닌지에 관한 실재를 나타낸다. 현실성 그 자체의 본질은 보건과학(health sciences) 분야, 넓게는 사회과학 분야에서의 지속적인 논쟁에 대한 기초가 된다는 것이다. 전통적 보건과학 분야와 건강증진 영역 내에서는 무엇이 근거를 구성하는지에 대한 의견의 일치, 합의에 도달하고 있다.

근거 중심 의학의 정의에 대한 초기 고찰에서는 근거에 관한 의문에 어떻게 접근해갈 것인가에 대해서 다윈론을 제안하였으며, 다음과 같다.

“근거 중심의 의학은 개인 환자의 치료와 돌봄에 관한 의사결정에 있어서 현재 최상의 근거의 면밀하고 명백하며, 사려분별이 있는 사용을 말한다. 근거 중심 의학의 실천은 개인적 임상 경험과 체계적 문헌고찰로 인한 최상의 외인적 임상 증거들을 통합하는 것을 의미한다.”²⁷⁾

비슷하게 근거 중심의 건강증진(evidence-based health promotion)에 대한 정의도 ‘근거 중심의 건강증진은 의사결정을 할 때, 연구 근거의 명백한 적용을 포함한다.’²⁸⁾고 하면서 같은 다윈론을 제안하였다. 하지만 최종 분

27) Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. and Richardson, W. (1996) Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71~72.

석은 근거의 특성에 관한 이슈가 고려될 때, 이러한 다원론은 착각을 일으킨다고 제시하였다. Wiggers와 Sanson-Fisher(1998)는 근거 중심의 건강증진을 ‘건강증진 행위의 계획과 실행으로의 연구 근거의 체계적인 통합’이라고 정의하면서 근거 중심의 건강증진에 관한 문헌의 작성에 있어서 효과에 대한 정보가 필요할 때 연구 근거의 서열화가 필요하다는 NHS Centre for Reviews and Dissemination의 의견에 찬성하였다. Dever(1997)는 보건학 행위에 있어서 근거에 대한 비슷한 계층화 이론을 제공하였다.

이러한 근거 중심의 접근법은 실험적 방법, 양적 데이터 수집과 분석, 원인과 결과(효과)의 선형 관계의 확인을 강조한다. 건강증진의 이론, 원칙, 행위는 이러한 현실성의 개념에 직접적인 과제를 제공한다. 이러한 과제들은 건강증진 영역에서뿐만 아니라 일반적인 사회과학에서의 작성자들에게 의해서 제공되어져 왔다. 대다수의 비판들이 인간의 경험을 이해하기 위한 전통적 양적 데이터 분석 접근법의 부적절함에 대하여 언급하였다. 부가적으로 건강의 결정요인과 건강증진 과정의 복잡성이 건강증진 평가에 대한 전통적인 과학 방법론을 부적절하게 만들지도 모른다.

최근에 Macdonald와 Davies가 쓴 “Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion”에서 그들은 다음과 같이 서술하였다.

“평가에 대한 전통적인 생물 의학적 접근법은 최근에 엄청난 비난을 받고 있으며, 실로 양적인 데이터는 시대에 뒤떨어진 것이고 건강증진 프로그램과 예방대책의 효과성을 측정하는 적절한 방법이 될 수 없다.”

건강증진 예방대안과 관련된 최상의 근거는 양적, 질적 연구를 모두 포함하며, 결과뿐만 아니라 과정과 전후관계를 모두 다룬다는 여론이 증가하고 있다. 이러한 좀 더 보편적이고 방법론적으로 복수적인 근거에 대한 접근의 채택은 RCT에 의한 근거의 서열화 창출 시도에 상반된다. ‘근거가 작동하는가?’라는 간단한 질문에 대한 답변은 충분하지 않으며, 결과뿐 아

28) Wiggers, J. and Sanson-Fisher, R. (1998) Evidence-based health promotion. In Scott, D. and Weston, R. (eds) Evaluating Health Promotion, chapter 8. Stanley Thornes, Cheltenham, UK, pp.31~49.

나라 과정과의 관련성에 있어서도 근거가 필요하다는 사실이 인식되었다. 전체 보충적 질문은 다음과 같이 답변을 요구한다.

- 1) 근거가 어떻게 작동하는가?
- 2) 예기치 못한 결과가 존재하는가?
- 3) 성공을 위해 어떤 요소가 필수적인가?
- 4) 어떤 요소가 중복되었는가?
- 5) 이러한 상황에서 그 근거가 왜 작동되었는가?
- 6) 다른 시간과 장소에서도 근거가 똑같이 반복될 수 있는가?
- 7) 문제를 다룸에 있어 이것이 적절하고 수용가능한 방법인가?

Health Development Agency의 검토에서도 RCT보다 더 폭넓은 연구들을 포함하는 것이 필요하다고 지적되었다(비록 ‘회색’근거에 대한 과중한 중점을 두는 소수의 견해가 있음에도 불구하고 근거의 개발을 위한 연구의 확대는 필요하다는 것이다). 더 많은 정보를 포함하는 접근방법은 건강에 영향을 주는 많은 복잡한 요소들 간의 상호작용을 인정하게 하고 무엇이 효과가 있고 왜 효과가 있었는지를 알 수 있게 하며 미시적인 실험적 방법이 많은 정보를 포착하지 못한다는 것을 인정하게 한다. 근거를 주는 정보원들은 다음과 같다(A Health Development Agency, undated).

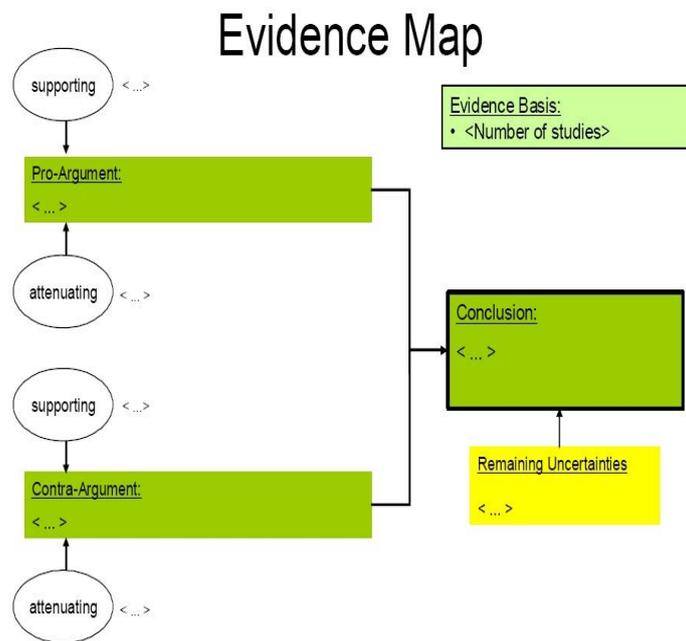
① 근거의 도해(evidence maps)²⁹⁾: 근거의 도해는 2003년 11월에 시작되어 2005년 4월에 끝난 프로젝트 내에서 개발되었으며, 근거를 요약하고 전달하기 위한 도구이다. (위해성 평가) 접근가능한 근거의 투명하고 일관되며, 합리적인 특징 부여는 어떻게 제공해야 하는지에 대한 핵심 이슈는 근거의 비중 또는 중요성(weight)이다(그림 2-5).

- ① 얼마나 많은 근거가 접근가능한가?

29) Peter Wiedemann, Holger Schutz & Alben Spangenberg. 3. int. Symposium on Systems & Human Science: Complex Systems Approach to Safety, Security, and Reliability. Vienna, March 8, 2006.

- ② 근거가 얼마나 신빙성 있는가?
- ③ 얼마나 많은 근거가 근거로서 충분한가?

[그림 2-5] Evidence Map



자료: Peter Wiedemann, Holger Schutz & Alben Spangenberg. 3. int. Symposium on Systems & Human Science: Complex Systems Approach to Safety, Security, and Reliability. Vienna, March 8, 2006.

② 문헌검토(Literature review)³⁰⁾: 특정 주제에 대해 현재 갖추고 있는 지식의 결정적인 요점을 검토하는 것을 목적으로 하는 원문의 총제이다. 대부분은 논증되어야 할 명제와 같은 과학적인 문헌과 관련되어 있으며, 문헌검토는 보통 연구 제안, 방법론, 결과 부분을 서두로 단다. 문헌검토의 궁극적인 목적은 독자에게 어떤 주제에 대한 현재의 최신 문헌을 제공

30) http://en.wikipedia.org/wiki/Literature_review from Wikipedia, the free encyclopedia.

하는 것이며, 추후 연구를 위한 정당화와 같은 또 다른 목적을 위한 기초를 형성하는 것이다. 훌륭한 문헌검토는 아이디어의 논리적인 흐름, 일관적이고 적절한 참조 스타일을 지닌 현재 통용되고 관련된 참고문헌, 용어의 적절한 사용, 주제에 대한 이전 연구의 편향되지 않고 포괄적인 검토 등에 의해 특징지어진다. Cooper(1988)에 의하면, “문헌검토는 일차적 또는 초기 학문의 데이터베이스(컴퓨터 정보의 축적) 보고서로서 사용하는 것이며, 학문의 유형은 경험적, 이론적, 비판적 또는 분석적, 방법론적이다. 문헌검토는 일차적 자료의 묘사, 요약, 평가, 명백화, 통합을 추구한다.”고 하였다.

그 주제에 대한 지식을 확장하기 위해서, 문헌검토의 기술은 두 가지 영역에서 기술을 얻고 증명할 수 있게 한다.³¹⁾

① 정보 검색(information seeking): 수동적인 방법 또는 전산화 방법을 이용하여 문헌을 효과적으로 자세히 조사하는 능력, 유용한 기사와 도서를 확인하는 능력을 말한다.

② 비판적 평가(critical appraisal): 한쪽으로 치우치지 않고 타당한 연구를 확인하기 위한 분석의 원칙을 적용하는 능력을 말한다.

문헌검토는 다음과 같은 사항을 실천해야 한다.³²⁾

- 당신이 개발한 연구의 물음이나 논제와 직접적으로 관련되어야 하며, 그것을 바탕으로 하여 조직한다.
- 무엇이 알려져 있고, 알려져 있지 않은지 결과를 요약으로 종합한다.
- 문헌 내에서 논쟁의 영역을 확인한다.
- 추후 연구에 요구되는 질문을 체계적으로 나타낸다.

31) Prepared by Dena Taylor, Director, Health Sciences Writing Centre, and Margaret Procter, U of T Coordinator of Writing Support for use at the University of Toronto. Over 60 other files about university writing are available at <http://www.utoronto.ca/writing/>

32) Prepared by Dena Taylor, Director, Health Sciences Writing Centre, and Margaret Procter, U of T Coordinator of Writing Support for use at the University of Toronto. Over 60 other files about university writing are available at <http://www.utoronto.ca/writing/>

③ 메타 분석(meta analyses)³³⁾: 메타 분석은 한 가지 주제를 목적으로 여러 가지 논문의 결과를 종합하는 것이다. 이로써 명확한 의학적 증거를 보여줄 수 있고 통일되지 않은 의견이나 결과에 대한 해결 방안을 제시할 수 있다. 과거처럼 전문가의 견해나, 이론, 경험에만 의지하는 진료방법이 아닌 과학적 증거를 기반으로 한 진료를 하기 위한 분석방법이라고도 할 수 있다.

메타 분석의 흔한 연구 형태로는 연구 결과를 합쳐 통합 자료로 제시하는 경우와 여러 연구에서 사용된 각 환자의 자료를 개별적으로 이용하는 방법이 있다. 후자의 경우 정확한 정보를 확보할 수 있다는 면에서 매우 좋지만 여러 가지 한계가 있다.

이런 메타 분석을 위해서는 우선 문헌을 검색해야 한다. 검색된 여러 논문 중에서 연구 목적에 부합되는 기준을 찾아야 하고, 그 기준에 부합된 논문을 추려내야 한다. 여기서 기준이 자의적이라면 연구자의 의도가 들어가 공정한 메타 분석이 될 수 없다. 따라서 검색 방법과 기준, 검색 날짜가 명확히 명시되어야 한다. 검색 방법으로는 SCI 논문을 검색할 수 있는 의학 논문 데이터베이스인 PubMed, EMBASE, Cochrane Library 등이 포함된다. 특정 지역이나 인종을 대상으로 한다면 해당 국가의 논문 데이터베이스를 검색해야 한다. 최근에는 Google을 이용해서 논문으로 발표되지 않은 case들을 가지고 분석하는 경우도 있다.

검색된 논문이 모두 똑같은 가치를 가지지는 않는다. 여러 미디어를 통해 발표되는 논문이나 연구의 실제 가치는 다르다고 말할 수 있다. 어떤 연구 디자인이 신뢰도가 높은가에 대한 여러 문헌들이 있지만, 모집단을 대표할 수 있는 무작위 선출을 통한 대규모 맹검 연구가 가장 신뢰도가 높다. Ishizuka O 박사의 랭킹법은 <표 2-4>와 같다.

33) Meta-analysis of Alpha Receptor Antagonist for benign prostatic hyperplasia from paper were published in Korea, BH Chung, KM Yang, J of Kor Urol. 2005. <http://health.gamsa.net/187>

〈표 2-4〉 논문의 신뢰도의 우선순위

Rank	Trial type
I	Large randomized controlled trial(RCT)
II	Small RCT
III	Study with a non-randomized simultaneous control group
IV	Study with a non-randomized previous control group and experts' opinions
V	Case accumulation study(without control group) with experts' opinions

자료 : Ishizuka O et al.

이들 논문의 기본적인 조건으로 연구에 사용한 용어에 대한 정확한 정의가 기술되어야 하고, 또한 연구 방법에 대한 자세한 기술이 있어야 한다. 또한 통계 방법에 대한 정의가 들어 있어야 한다.

메타 분석은 연구자가 의도하지 않았던 편견(bias)이 있을 수 있다는 점에서 주의가 필요하다. 대표적인 것이 긍정적 결과 편향 현상(positive-outcome bias, publication bias)이다. 메타 분석의 결과만 가지고 절대적 진리라고 말할 수 없는데 이들 메타 분석 결과는 학회에서 학술적 검토를 하게 되기 때문이다. 여러 의견을 모아 실제 임상에 적용하는 guide line이 정해지게 되는 것이다.

④ 체계적 검토(systematic review)³⁴⁾: 체계적 검토란 한 가지 질문에 관련된 높은 질의 연구 증거를 확인하고 평가하며, 선택, 종합하는 단일 질문에 초점을 둔 문헌검토이다. 체계적 검토는 일반적으로 근거 중심의 의학 전문가들에 의해 가장 높은 수준의 의학적 근거로 간주된다. 체계적 검토의 이해와 그것들을 실천으로 이행하는 방법은 보건의료분야에 소속된 모든 전문가들이 의무적으로 행해야 할 것이다.

많은 보건의료 관련 저널들은 현재 체계적 검토에 대한 내용을 실고 있지만, 가장 잘 알려진 출처는 치료 효과의 무작위 실험을 체계적으로 검토하는 보건의료 분야에서의 6,000명 이상의 전문가들로 구성된 조직인

34) http://en.wikipedia.org/wiki/Systematic_review from Wikipedia, the free encyclopedia.

Cochrane Collaboration이다. Cochrane의 검토는 Cochrane Library의 Cochrane Database of Systematic Reviews 부분에서 소개되고 있으며, 최근(2007년 2월)에는 2,893개의 완성된 검토와 1,646개의 프로토콜(과학적 연구, 환자 치료를 실행하기 위한 계획)을 담고 있다.

The Cochrane Group은 예방대안의 체계적 검토를 위한 편람을 제공하고 있다.³⁵⁾ 그들은 각각의 체계적 검토가 다음의 주요 연구 영역을 포함해야 한다고 제안한다.

- ① 배경(Background)
- ② 목적(Objectives)
- ③ 검토 방법(Methods of the review)
- ④ 결과(Results)
- ⑤ 결론과 토의(Conclusion and discussion)

체계적 검토를 제공하고 유지하기 위한 7가지 단계는 다음과 같다.

- ① 문제를 체계적으로 정리한다.
- ② 연구를 밝혀내고 선택한다.
- ③ 연구를 비판적으로 검토한다.
- ④ 관련 자료를 수집한다.
- ⑤ 결과를 분석하고 제출한다.
- ⑥ 결과를 해석한다.
- ⑦ 검토를 향상시키고 갱신한다.

* 체계적 검토 과정의 단계³⁶⁾

단계 1: 검토를 계획한다.

- 검토에 대한 필요성을 세운다.
- 검토를 위한 제안을 준비한다.

35) <http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/hbook.htm>

36) NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2001.

- 검토 프로토콜을 개발한다.

단계 2: 검토를 시행한다.

- 조사의 확인
- 연구의 선택
- 질 평가의 연구
- 자료 추출과 모니터링 과정
- 자료 종합

단계 3: 보고와 배포

- 보고서와 제안서
- 근거를 실행으로 투입한다.

* 체계적 검토의 신뢰도를 향상시키기 위한 지침은 아래와 같다(After Sheldon et al., 1998).

- 인구집단, 예방, 결과를 상술하기 위한 포함과 비포함 지침과 검토에서 사용된 연구에 대한 방법론적 지침을 명백히 한다.
- 광범위한 전산화 데이터베이스의 검색을 포함하는 모든 관련된 연구들을 찾아내기 위한 포괄적이고 체계적인 검색 방법
- 오차를 방지하기 위한 일차적 연구의 타당도 평가
- 서로 다른 연구의 결과들 간의 변이 조사
- 일차적 연구의 적절한 종합

Wiggers 와 Sanson-Fisher(1998)는 ‘건강증진 활동의 계획과 실행에 대한 연구근거를 체계적으로 통합하는 것’이라고 하였다. Sackett et al.(1996)의 근거 중심의 의학에 관한 토의에서는 현재로서 최상의 섬세하고 명백하며 분별력 있는 근거의 사용에 대한 강한 의무감과 동시에 또한 근거를 임상

적 경험과 통합하는 것의 중요성을 확인하였다. 동등하게 정통함(familiarity)을 상황의 정황, 억제와 통합하는 전문가의 판단이 어떤 건강증진 대안들이 특정 상황과 특정 그룹에서 성공적일지를 판단하는 것과 관련하여 중요하다. Sackett et al.은 또한 실행에 대한 지침을 개개인의 환자의 선호도, 선택과 통합시키는 것의 중요성을 언급하였다. 선택의 문제는 특별히 규제와 순응보다는 참여와 역량 강화에 중점을 두는 건강증진과도 관련된다.

Green(2000)은 경험적 증거 단독으로는 직접적인 실행에 불충분하며, 설명적이고 예측할 수 있는 이론에 대한 의지는 프로그램과 평가 모두의 설계에 있어 필수적이라고 논하였다. 만약 접근 가능한 경험적 근거가 존재하지 않는다면, 이론에 대한 의지는 오직 선택행위밖에 될 수 없다. 하지만, 심지어 충분한 경험적 근거가 있다 하더라도 이론상의 원칙의 적용은 많은 이유로 인해 여전히 중요한 문제로 남아있다. 결과와 과정의 적절한 지침의 확인은 이론에 의지한다. 이론 참조는 모든 필수적인 프로그램의 요소가 적절하다는 것을 보장해 줄 수 있으며, 대안 실패의 위험과 평가에 있어서의 어려움을 줄일 수 있다. 그들이 이론에 기반하였다는 확대에 대한 고려는 대안과 평가 설계의 질을 평가함에 있어 필수적인 기준이 될 것이다. 평가는 이론에 의해 제공되어야 함은 물론이고, 평가에서 발견된 점은 끊임없는 진화의 순환에 있어서 앞으로의 이론의 발전과 정교함에 공헌해야 한다.

Raphael(2000)은 건강증진의 가능성과 역량 강화에 대한 공약이 주어졌을 때, 건강증진과 관련한 근거는 윤리적 건강증진 실행은 근거에 대한 공론(이데올로기), 가치, 원칙과 규칙의 명백한 인식이 요구되어야 한다고 주장하면서 이러한 목표가 성취되었는지에 대한 고려를 포함하고 있어야 한다고 논하였다. The Research and Evaluation Division of HEBS(1996)은 ‘결과는 일정하게 측정하고 단단히 상술함에 있어 어려움이 있을 것이며, 실로 특정 이해관계자들의 의제에 따라서 달라질 것이다.’라고 하면서 의학적 대안과 비교하여 건강증진 대책의 결과를 평가할 때 서로 다른 요구가 존재한다고 제안하였다.

Nutbeam(2000)은 서로 다른 이해관계자들은 무엇이 성공을 구성하고 있느냐에 관한 서로 다른 관점을 가지고 있으며, 근거의 필요성에 대해서도 다른 관점을 가지고 있을 것이라고 하였다.

- 1) 정책입안자들과 예산 관리자들은 건강의 이득과 관련하여 투자의 수준에 대한 이익의 단기간 성취에 관심을 보일 것이다.
- 2) 건강증진 실천가들은 특정 배경 내에서의 정의된 목표 성취의 실현 가능성을 측정하려고 할 것이다.
- 3) 건강증진 대안으로부터 이득을 얻는 인구집단은 프로그램이 인식된 우선순위를 알리고 필요성을 느꼈는지, 또한 참여적이었는지에 관심을 갖는다.
- 4) 학문적 연구자들은 성공에 관한 판단을 함에 있어서 인식론적인 고려사항과 방법론적 엄격함에 관심을 가질 것이다.

The Contributors to the Cochrane과 Cambell Collaboration(2000)은 포괄적인 보건학 의제 실행, 특히 국가적 건강 전략인 ‘Saving Lives: Our Healthier Nation’의 성취와 관련한 근거의 요약물을 만들어내었다. 더 나아가, HDA는 근거 기반을 개발하고 있다. 근거의 질 평가를 위해 채택된 질적 기준은 다음과 같다.

- 1) 대조 조사, 참고한 자료, 분석과 연구결과의 완전한 공개, 근거의 대조에 포함된 연구자, 기금의 출처와 관련한 투명성
- 2) 근거를 수집하고 평가하는 과정을 명확하게 나타냄을 의미하는 체계성
- 3) 보건학, 특히 ‘Saving Lives: Our Healthier Nation’과의 관련성

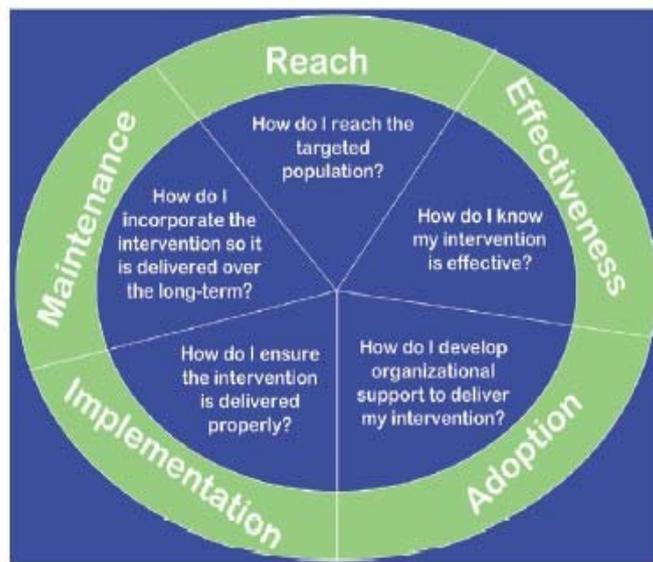
근거 중심의 건강증진은 효과적인 대안을 확인함으로써 힘(세력)과 출처가 효과를 극대화하는 방향으로 가는 것의 보장성을 제공한다. 그것은 또한 정치적인 호소, 전략, 프로그램에도 불구하고 발상이 나쁜 것에 대한 압력에 저항하는 실천가들의 시도를 지지한다. 근거 중심의 실행(evidence-based practice)은 우리가 바라는 효과를 성취하는 데 필수적인 대안의 범위로 이루어진 현실적 평가를 가능하게 한다. 그러나 이러한 잠재적인 장점이 실

현되느냐 마느냐는 궁극적으로 근거 기반의 질에 달려 있다.

4. 과학적 기반(Science base)의 확장

연구와 실행 간의 격차(gap)를 좁히기 위한 한 가지 접근법은 Russell Glasgow와 그의 동료들에 의해서 개발된 보건학의 기틀인 RE-AIM이다(그림 2-6).³⁷⁾

[그림 2-6] RE-AIM의 개념적 기틀



RE-AIM(Reach-Effectiveness-Adoption-Implementation-Maintenance)은 연구의 해석과 보급을 장려할 수 있도록 포괄적, 체계적 모델을 발전시키기 위한 첫 번째 시도이다. RE-AIM의 개발자들은 효력으로부터 보급까지의 연구 대안을 이동하는 과정이 자동적으로 발생하지 않는다는 것을 인식하

37) Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health 1999;89:1323-1327.

였고 경로에 따른 기준과 목적지까지의 최상의 경로를 정의하는 지도가 필요하였다. 1999년 RE-AIM 모델이 처음 발표된 이후, 이 모델은 몇 차례 수정되고 다양한 보건학의 측정에 적용되었다. RE-AIM은 대안 프로그램의 설계를 알리고 지역사회 수준에서 이러한 프로그램을 채택하길 바라는 주민들에게 지침서를 제공하며, 임상적 시험의 설계를 위한 표준화된 기준을 제안하고 보건학적 영향에 관한 관찰 사실들을 보고함으로써 연구와 실천 간에 다리를 잇도록 돕는다. 모델은 목표한 인구집단에 어떻게 도달할지에 관한 것에서부터 장기간에 걸쳐 정책대안을 제공하는 방법까지 5가지 넘어야 할 관문의 단계별 연속물의 물음에 답하는 것에 초점을 둔다. RE-AIM의 각각의 핵심 부분에서 개발자들은 지역사회 중심의 프로그램의 보급을 향상시키는 방법뿐만 아니라 임상적 의문을 확인하여 왔다. 각 단계에서 총체적 메시지는 지역사회를 포함한다는 것이다.

RE-AIM은 과학자 또는 보건학 관련 사무관들, 그리고 대안이 행해지도록 정해진 지역의 욕구를 충족시키기 위한 근거 중심의 지역사회 관계자 정책대안을 증진시키고 정의내리기 위해서 최상의 청사진을 제공한다. 전통적인 효력 관련 연구들과 비교했을 때, RE-AIM 모델은 지역사회 관계자 접근법과 일치하며,³⁸⁾ 따라서 실제의 현실 세계 연구에서의 접근, 채택, 실행, 유지를 향상시킬 수 있는 잠재력을 증진시킨다. 이 영역에서의 사업 평가에 RE-AIM 매트릭스를 적용함으로써 우리는 각 부분이 어떻게 보건학의 목표와 보급에 영향을 미치는지 이해할 수 있으며, 어떤 영역에 증진이 요구되는지를 파악할 수 있다.³⁹⁾

38) The role of community-based participatory research. creating partnerships, improving health. AHRQ publication no. 03-0037, June 2003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: <http://www.ahrq.gov/research/cbprrole.htm>.

39) Glasgow RE, Nelson CC, Strycker LA, King DK, Using RE-AIM metrics to evaluate diabetes self-management support interventions. Am J Prev Med 2006;29:66-75.

제4절 건강의 결정요인

1. 건강의 결정요인의 정의와 특성⁴⁰⁾

가. 건강의 결정요인의 정의

사람의 건강은 여러 인자(因子)들이 다양하게 조합한 요소들에 의해 영향을 받아 결정된다. 이 같은 건강은 인간의 생물학적 요인, 생활양식, 그리고 사회경제적 그리고 자연적(물리적)환경 요인, 보건의료서비스 요인들이 상호 작용하여 구체적으로 발현되는 것으로 건강정책이나 중재프로그램, 그리고 다부문적 협동대책을 통하여 변경이 가능하다.

건강의 결정요인이란 어떤 특정한 인구집단이나 개인의 건강의 수준을 높이거나 낮추는 요인들을 총칭한 것이다. 이 같은 건강의 결정요인들은 개인과 인구집단의 건강상의 추세를 설명하고 예측하는 데 도움을 주며, 어떤 개인이나 집단이 다른 개인이나 집단보다 더 건강하거나 혹은 더 나쁜 이유를 설명하는 데도 도움을 준다. 따라서 건강의 결정요인들은 건강의 증진을 비롯하여 질병과 상해의 예방에 있어서 중요하게 고려되어야 할 핵심적 관건이라고 할 수 있다.

나. 건강의 결정요인의 특성

위에서 설명한 건강의 결정요인들은 다음과 같은 몇 가지 특성을 가지고 있다.

- 1) 건강의 결정요인들은 각각 건강에 긍정적 효과나 혹은 부정적 효과를 미친다.
- 2) 대부분의 요인들은 그 연관되는 효과가 “전적으로 있거나 전혀 없는 것(all or nothing)”이 아니라 폭로되는 시간의 흐름에 따라 그 효과가 점진적으로 증가 혹은 감소한다.

40) Australian Institute of Health and Welfare(AIHW). Australia's health 2006.

- 3) 이들 요인들은 질병을 발현시키는 “상대적 위험(relative risk)”과 절대적 위험(absolute risk)”을 나타내는 정도에 따라 양상을 달리할 수 있다. 즉 상대적 위험을 대표하는 요인들은 질병을 발현시키는 위험요인에 폭로된 사람들의 비율(比率)과 연관이 있어서 이 같은 위험요인의 유병률(prevalence)은 적을 수 있고, 질병을 발현시키는 사람의 절대 수도 적을 수 있다. 절대적 위험을 대표하는 위험요인들은 위험요인에 폭로된 사람들의 비율과 연관이 있어서 결정요인들의 변화의 수준이 비록 낮을지라도 질병을 발생시키는 사람들의 절대 수의 변화는 클 수가 있다.
- 4) 건강의 결정요인들은 만성퇴행성질병과 그 합병증의 지속과 예후에도 영향을 미칠 수 있다.
- 5) 이들 요인들은 개인의 사회 활동과 참여하는 방법에도 영향을 미칠 수 있다.

2. 건강의 결정요인에 대한 이론적 고찰

가. 건강의 정의

건강의 결정요인에 관련한 이론을 고찰하려고 할 경우, 맨 먼저 논의되어야 할 사항은 여기에서 논의하려는 “건강이 무엇을 의미하는가에 대한 응답”이다. 지금까지 수많은 사람들이 건강을 정의하려고 오랫동안 다각도로 논의해왔지만 아직도 모든 사람들이 완전히 동의하는 정의를 내리지 못하고 논쟁을 계속하고 있다고 하여도 과언이 아니다.

1948년 세계보건기구가 그 현장에서 정의한 건강의 정의, 곧 “건강이란 단순히 질병이나 허약의 부재뿐만이 아니라 신체적으로 정신적으로 그리고 사회적으로 완전한 복지의 상태를 말한다.”도 지금까지 많은 사람들이 세계 도처에서 널리 사용해 오고 있지만 이 정의가 가진 몇 가지 약점을 들어 이의를 제기하면서 재고할 것을 강력히 요구하고 있기도 하다(Saracci, 1997).

세계보건기구가 내린 건강의 정의에서 가장 문제가 되는 부분은 “완전

한 상태”란 용어이다. 여기에서 말하는 완전한 상태란 어떠한 상태를 가리키는 것이냐고 묻는다면 어떻게 답변하여야 하는가? 이다. 또한 “완전한 상태”는 건강을 말하기 보다는 행복(happiness)을 말하고 있다고 주창하는 사람도 있다. 세 번째 지적할 수 있는 점은 이 같은 정의는 건강의 요구사항과 건강을 위한 자원 간에 존재하는 여러 갈등들을 잘 조화시키려는 노력들을 선도할 지침적(指針的) 역할을 할 수 없다는 데에서 찾을 수 있다(Saracci, 1997). 따라서 건강의 결정요인에 관하여 이론적으로 검토하려고 할 경우, 일을 시작하는 첫 머리에서 세계보건기구가 주창하는 건강의 정의가 가진 앞에서 제시한 여러 약점들이 보완되면서 건강이 무엇을 뜻하는 가를 정리하여 제시하는 것이 필수적이다.

Rodolfo Saracci는 그의 논문 “The World Health Organization needs to reconsider its definition of health”에서 “건강이란 질병과 허약으로부터 자유로운 복지의 한 상태로서 이는 인간의 기본적이고도 보편적 권리이다”라고 정의하자고 주창하였다. 그는 또한 건강을 이렇게 정의함으로써 지금까지 널리 인용되어 온 세계보건기구의 건강의 정의를 크게 바꾸지 않고도 그 뜻을 수용할 수 있을 뿐만 아니라 사망과 이환, 장애 등을 적절한 지표를 이용하여 건강의 형평을 측정하게 하는 이점이 있다고 주창하였다.

건강의 결정요인을 논의함에 있어서 기층을 제공하는 건강에 대한 정의를 우리는 Saracci가 제안한 정의를 받아드려 개인과 인구집단에 사망과 이환, 그리고 장애가 현재 어떻게 분포되어 있으며 이들로부터 자유롭게 만들어 인간의 기본권을 향유하게 하려고 할 경우 어떠한 대책을 세워 조치하여야 하는가를 논의하여야 할 것이다.

나. 건강과 의료의 역할

인류의 역사와 함께 시작된 인간의 사망과 이환 장애에 대한 관리기술은 현 세기까지 눈부시게 발전을 거듭하여 이전의 사람들에게는 신화로만 들려졌던 일들이 현실세계에서 일상적으로 반복되어 일어나는 실제적 기술이 되고 있다.

Thomas Mckeown은 그의 역작 *Medical Issues in historical demography*에서 1800년대 중반 이후 영국에서 있었던 인구의 급격한 성장과 건강상의 개선을 예를 들면서 이 과정에서 의료가 기여한 부분을 평가하였다(Mckeown, 2005). Mckeown은 이 당시 인구의 급성장에 기여한 긍정적 요인들을 몇 가지 예거 하였다. 그에 의하면 첫째 생활수준의 향상 특히 개선된 식이가 가장 중요한 몫을 하였으며, 둘째 위생상의 변화 특히 개선된 식수의 공급과 쓰레기 처리, 셋째 감염인자와 인간숙주간의 관계가 바람직한 경향 등을 들었다. 그러나 개인에 있어서 질병의 예방이나 치료는 천연두(smallpox)에 국한되었을 뿐 사망률의 전반적 감소에는 기여한 바가 거의 없었다고 주장하였다.

위와 같은 Mckeown의 주장에 대해서 Grundy(2005)는 Mckeown과 관련된 논쟁은 “이제 정중하게 매장할 시간이 되었다.”고 평하고 있다. Grundy는 Mckeown이 첫째 과거의 자료에서 연역적으로 추리한 자료에 의존하여 논증하고 있고, 둘째 1838년 후기의 사망원인의 분석은 비평을 받고 있으며 결핵의 역할에 대해서 과도하게 강조하다보니 변화된 생활수준과 영양의 역할에 대해서 도를 지나치게 설명하고 있으며, 천연두 예방접종과 같은 초기의 의료적 중재들은 Mckeown이 주장하는 것보다는 영향을 미쳤었고, 넷째 영양을 포함하여 생활수준이 18세기 그리고 19세기 초에 참으로 개선되었는가에 대해서는 현재에도 논쟁 중에 있으며, 다섯째 Mckeown의 분석이나 그의 결과의 사용이 의료의 역할에 대한 그의 견해에 의해서 부적절하게 영향을 받고 있기 때문이라고 주장하고 있다(Grundy, 2005).

이렇게 Mckeown과 관련된 논쟁을 이제 매장해버려야 할 때가 왔다고 하는 Grundy도 공중보건의 대책들은 효과가 있다는 것과 안전 분만과 교육 등 사회 경제적 개발은 보다 더 나은 건강의 성취와 연관이 있다는 데 동의하고 있다. 또한 우리 사회의 건강을 개선하고 보호하기 위해서 요구되는 수많은 활동들이 전통적으로 건강과 관련되는 정책의 영역 밖에 존재하고 있다는 점도 시인하고 있다. 그 예로 수입(income), 작업장의 안전과 스트레스, 그리고 환경 등은 사람들의 건강에 주요한 영향을 미치고 있음도 동의하고 있다(Grundy, 2005).

Condran(2005)은 Mckeown의 기여는 역사적 연구의 보건의료체제와 현재의 정책에 대한 적합성에 대하여 주의를 환기시킨 데에 있다고 논술하면서 Mckeown이 논의한 바는 현재의 건강정책에도 들어맞는다고 말한다. 그러면서 Condran은 과거에 대한 오도(誤導)로 인하여 현대 의학은 질병으로부터 자유(自由)함에 있어서 하나의 기계와 같은 인체에 강조점을 두게 하여 질병의 근원으로 넓게 이해되고 있는 환경의 효과 보다는 내부적 중재를 더 의존하고 있고, 적절한 구제책을 공동체적인 것보다는 개별적인 것에 두게 되었고, 예방보다는 치료에 초점을 맞추게 되었으며, 사회과학에서 보다는 의학에서 찾으려 하고 있으며, 총체주의에서 보다는 최소주의에서 찾고 있다고 덧붙이고 있다. 그는 Mckeown의 논증은 질병의 기저에 있는 환경적 근원들을 제거하는 데 초점을 맞춘 것으로 이해하면서 Mckeown의 생각 즉 오늘날 우리가 당면하고 있는 의료문제의 많은 것들은 일시에 한 사람의 환자를 임상적으로 치료함으로써 해결될 수 없다는 그의 생각을 비난만할 수는 없다고 결론을 맺고 있다.

다. 건강상 불균형

특정한 인구집단에 있어서 그들의 건강상태와 양질의 보건의료에 접근이란 양면을 고려할 경우 국가 간에, 지역간에 그리고 같은 국가와 지역 내에서도 사회계층들 간에 건강상 불균형이 실재하고 있고, 그로 인하여 여러 문제들이 광범위하게 발생되고 있다는 것에 대하여 지금까지 많은 사람들이 연구하고 논의하여 왔다.

수입(income)과 건강상태를 연결되어 있음을 시현하는 연구의 예를 들어보자. 캐나다에서 시행된 한 연구에 의하면 임금수준에서 상위 20%에 속하는 남자들은 하위 20%에 속하는 남자들보다 평균 6년을 더 생존하며, 활동상 제한 없이 14년을 생존하는 것으로, 여자의 경우에는 상위 20%에 속하는 여자들은 하위 20%에 비하여 3년을 더 생존하고 활동상 제한 없이 8년을 더 사는 것으로 보고하고 있다(Wilkins, 1978).

사회적 신분 역시 건강과 밀접하게 연결되어 있다. 영국에서 수행된 공무원들에 대한 한 연구에 의하면 암, 심장병, 뇌졸중 등 대부분의 주요한 질병과 관련시켜보면 이들 공무원들의 건강상태는 직급이 높을수록 좋아지는 결과를 보여주고 있다(Marmot et al., 1987).

가족, 친구 그리고 지역사회로부터 지지를 많이 받는 사람들은 그렇지 않는 사람들보다 더 건강하다. 캘리포니아에서 수행된 한 연구에 의하면 남자나 여자를 막론하고 사람들과 사회적 접촉이 많을수록 그들의 조기 사망률이 낮다는 것을 보여주었다(Berkman, 1979).

건강상태는 교육수준과 같이 올라간다. 1990년에 캐나다에서 수행된 건강증진조사연구결과에 의하면 초등학교 졸업자는 질환이나 상해 도는 장애 때문에 1년에 약 7일을 활동할 수 없었던 반면에 대학 이상 졸업자는 4일에 불과 하였다⁴¹⁾.

사람들이 근무하고 있는 작업장의 환경을 필두로 하여 주거환경, 숨쉬는 공기, 마시는 물, 대지의 토양, 우리 지역사회의 안전 등 인간이 일상의 삶을 영위하고 일하는 물리적 환경도 인구집단의 건강에 심대한 영향을 미치고 있다. 오염된 대기, 탄소연료가 산화하여 부산물을 만들어 내는 미세먼지와 분진 등이 건강에 미치는 악영향들은 이미 널리 알려진 사실이다.

라. 원인들의 원인⁴²⁾

지금까지 수행되어온 역학적 조사연구는 대부분이 질병에 대한 개인적 위험요인들을 파악하고 그에 대한 대책을 강구하려는 경향을 가지고 있었다. 예로써 염분을 고도로 섭취하면 심장병의 예후가 되는 고혈압에 이환될 가능성이 높다고 하면서 염분섭취와 고혈압을 연관시키고 검진을 통하여 이들 고혈압을 가진 사람들을 파악하여 이들이 섭취하는 염분을 낮추

41) Health Canada. Strategies for Population Health: Investing in the health of Canadians. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/e_strateg.pdf.

42) Marmont M, Wilkinson RG. Social Determinants of Health(Second Edition). Oxford University Press, 2006, p.2.

게 하는 방법을 강구한다는 등을 들 수 있다. 그러나 인구집단에서 발생하는 심장병을 예방하기 위해서는 고혈압을 가진 개인을 대상으로 어떤 조치를 취하기보다는 그 인구집단의 식이행동을 변화시켜 염분을 적게 섭취하게 하는 식생활을 하도록 하는 조치가 더 중요하다는 것이다. 즉 질병의 생물학적 표식자보다는 그 같은 표식자가 되게 결정하는 요인을 찾아내어 그 요인에 대한 조치를 취하는 것이 중요하다는 말이다. 다시 말하면 질병의 원인과 그 원인의 원인을 파악한 후, 이 근원적 원인을 인구집단의 건강에 긍정적으로 영향을 미치게 조치하는 것이 더 효과적이라는 말이다.

그런데 고염분을 섭취하는 식생활은 특정한 그 개인이 우연히 또는 어떤 돌발적 사고를 당하여 섭취하게 된 것이 아니다. 어떤 사람이 고염분을 섭취하게 된 것은 그 사람이 살고 있는 지역사회에 영향을 끼치는 것들, 일상생활과 일을 하는 조건들, 더 나아가서는 전체 사회의 사회 경제적 상태, 식품의 생산, 공급, 섭취하게 하는 행동 등을 모두 포함하는 식품 정책, 그리고 식이문화(食餌文化)에 의해 정해진 결과인 것이다. 이러한 일련의 요인들이 바로 심장병의 원인들의 원인이라고 할 수 있다. 개인이 가진 고혈압을 잘 치료하는 것으로 인구집단의 건강상태가 개선시킬 수는 없다. 고혈압의 원인인 고염분을 섭취하는 식이생활을 인구집단에서 청산하지 않으면 안 된다. 개인의 식이생활을 건강에 이롭게 개선하기 위해서는 개인이 속해 있는 지역의 식이조건들을 다루기 시작하여, 일상생활을 영위하며 일하는 조건들, 그리고 전체 사회의 사회 경제적 상태와 식품정책, 식이문화를 염분을 소량으로 섭취하게 하도록 변화시켜야만 가능하다. 질병의 증상을 다루는 피상적, 일원적 기법에서 질병의 원인의 원인을 다루는 심층적, 다원적 기법으로 전환하여야 인구집단의 건강상태를 향상시킬 수 있다.

마. 당면한 과제

오늘날 건강상 불균형과 관련하여 우리가 당면하고 있는 과제는 우리 사회에 건강상 불균형이 실존하고 있는지 여부를 가리자는 데 있는 것이 아니

라, 현실로 실존하고 있는 건강상 불균형에 대하여 무엇으로 어떻게 대처하여 인구집단의 건강상태를 최대한 향상시키고, 인간의 기본권인 건강을 모든 사람들이 균등히 향유하게 할 수 있는가를 논의하는 것이다(Whitehead, 1991).

그런데 각 국가들이 처해 있는 사회 경제적 조건, 문화적 조건 그리고 환경적 조건, 그리고 일상생활을 영위하고 일하는 방법과 조건 등이 모두 서로 다르기 때문에 위에서 언급한 질병과 사망의 원인과 그 원인의 원인이 다를 수밖에 없을 것이다. 따라서 각국이 자기 나라 국민들의 건강의 결정요인을 서로 다르게 정하고 이에 대한 접근방법을 달리 하고 있는 것은 당연한 귀결이라고 할 수 있다.

3. 세계보건기구의 건강의 결정요인⁴³⁾의 개요

가. 개관

개인과 지역사회 건강은 여러 가지 요인들이 조합되어 동시에 영향을 받는다. 어떤 인구집단이 건강 한가 혹은 건강하지 않은가는 그 인구집단이 처하고 있는 주위의 사정과 환경에 의해 상당히 결정된다. 거주하는 장소, 환경의 객관적 상태, 유전적 특질, 수입의 수준과 교육의 수준, 그리고 이웃이나 가족과의 관계 등 여러 요인들이 복합적으로 건강에 큰 영향을 미친다. 반면에 보건의료서비스에 대한 접근이나 서비스의 이용 등과 같은 요인들은 일반적으로 생각해온 정도보다는 그 영향이 의외로 낮다고 세계보건기구는 천명하고 있다.

나. 건강의 결정 요인.

1) 대(大) 요인

세계보건기구는 건강의 결정요인들을 크게 보아 다음과 같이 세 가지로

43) <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

제시하고 있다.

- (1) 사회 경제적 환경
- (2) 물리적 환경
- (3) 사람의 개인적 특성과 행동들

2) 세부 요인

위에 열거한 큰 요인들을 세분하여 다음과 같이 제시하고 있다.

(1) 수입과 사회적 신분

높은 수입의 수준과 높은 사회적 신분은 좋은 건강과 연계되어 있다. 부유층과 빈곤층 간에 격차가 클수록 건강의 차이가 그 만큼 크다.

(2) 교육

낮은 교육 수준은 나쁜 건강상태, 더 많은 스트레스, 자신감의 부족과 연계되어 있다.

(3) 물리적 환경

안전한 물, 깨끗한 공기, 건강에 이로운 작업장, 안전한 가옥, 안전한 지역사회, 그리고 안전한 도로 등은 모두 좋은 건강에 기여한다.

(4) 고용과 작업조건

직업이 있는 사람은 없는 사람에 비하여 더 건강하고, 자신의 작업조건을 보다 더 많이 통제할 수 있는 사람들은 특히 더 건강하다.

(5) 사회적지지 망

가족들, 친구들, 그리고 지역사회 등으로부터 지지를 더 많이 것도 좋은 건강과 연계되어 있다.

(6) 문화

가족들과 지역사회의 관습과 전통, 그리고 신념들도 건강에 영향을 미친다.

(7) 유전적 특질

유전형질은 수명, 건강상태, 특정한 질환의 발현 가능성을 결정하는 데 일정한 몫을 한다.

(8) 개인의 행동과 대처 수기

균형 잡힌 식사, 계속되는 활동, 흡연, 음주, 스트레스와 도전을 다루는 방법 등도 건강에 영향을 미친다.

(9) 건강서비스

질병을 예방하고 치료하는 서비스에 대한 접근과 이용 역시 건강에 영향을 미친다.

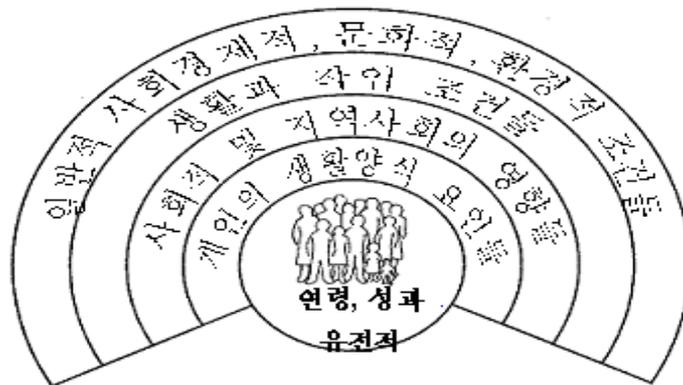
(10) 성(性)

사람은 성에 따라 즉 남성인가 혹은 여성인가에 따라 각각 상이한 질병으로 고통을 당한다.

다. 건강의 결정요인들 간의 상호 작용⁴⁴⁾

다음 그림은 건강의 결정요인들 간의 상호 작용을 보여주는 그림으로 세계보건기구가 관련되는 여러 문헌에서 널리 인용하고 있는 그림이다. 이 그림에서 설명하고 있는 건강의 결정요인들은 앞에서 설명한 세부요인들을 다시 분류하여야 하지만 크게 다르지 않기 때문에 쉽게 이해할 수 있을 것이다(그림 2-7).

[그림 2-7] 건강의 주요 결정 요인



자료: Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? The Lancet 1991;338:1059-1063

4. 주요 국가의 건강의 결정요인의 현황

건강의 결정요인에 대한 정책을 가장 먼저 채택한 캐나다를 위시하여 우리와 같은 WHO 지역사무처에 속해 있는 호주, 그리고 미국의 정부가 채택하여 시행하고 있는 건강의 결정요인들에 대하여 살펴보기로 한다. 이들 국가들 가운데서 건강의 결정요인에 대한 국제적 논의를 선도한 캐나다 정부의 것을 중점적으로 관찰하려고 한다.

44) Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequalities in health. WHO, 2006.

가. 캐나다

무엇이 인구집단의 건강을 이롭게 할 수 있는가에 대한 증거들이 날로 쌓여져가고 있다 그 첫 증거가 1974년에 보건성 장관인 레이론드가 발표한 이른 바 “레이론데 보고서(Lalonde Report)”라고 할 수 있다. 이 보고서는 건강의 상태를 결정짓는 중요한 요인들의 기본 틀을 제공하였다. 이 보고서에 의하면 건강의 결정요인은 생활양식, 환경, 인간생물학, 그리고 보건의료서비스로 집약되고 있다. 이 보고서가 발표된 이후로 레이론드의 틀을 지지하는 많은 증거들이 알려져 이 틀은 더욱 정제되고 확장되어 오고 있다. 특히 의료나 보건의료가 건강에 기여하는 몫은 아주 제한적이며, 보건의료에 투자를 증가시킨다고 하여도 증가한 투자만큼 인구집단의 건강에 기여되지 않는다는 증거들이 날로 늘어나고 있다. 반면에 일상생활 조건들(living conditions)이나 일하는 조건들(working conditions)과 같은 요인들이 인구집단의 건강에 더 많은 영향을 미친다는 증거들은 날로 많아지고 있다.

이들 증거들에 기초하여 캐나다 정부는 인구집단의 건강에 영향을 미치는 관건이 되는 요인들로 1) 수입과 사회신분, 2) 사회적지지 네트워크, 3) 교육, 4) 고용과 작업환경, 5) 안전하고 깨끗한 환경, 6) 생물학적 그리고 유전적 조성(組成), 7) 개인의 건강실천행동과 극복하는 수기, 8) 아동발달, 그리고 9) 보건의료서비스 등을 꼽고 있다.

이들 요인들은 하나하나가 그 나름대로 모두 중요하다. 그와 동시에 이들 요인들은 상호 밀접하게 관련되어 작용하고 있다는 점이 더 중요하다. 이하에서 이들 요인들이 건강에 어떻게 영향을 미치고 있는가에 대해서 우리가 알고 있는 바를 개관(概觀)하려고 한다.

1) 수입(Income)과 사회적 신분(Social Status)

어떤 사람의 사회 경제적 신분이 높을수록 그 사람의 건강이 그 만큼 더 양호하다는 강력한 증거들이 날로 많아지고 있다. 사실, 이 두 요인들은 건강을 결정하는 가장 중요한 요인으로 보인다. 사람들의 스스로의 건강에 관한 인지

상태(認知狀態)가 그 사람의 수입 수준과 연결되어 있음을 보여주고 있다.

수입과 건강상태간에 연결고리가 있다는 것을 시현(示顯)하는 광범위한 조사연구가 있다. 캐나다에서 시행된 한 연구는 남자들의 경우는 수입 수준이 상위 20%에 속하는 자들은 하위 20%에 속하는 자들보다 평균 6년을 더 오래 살고, 활동제한 없이 14년을 더 살 것으로 기대할 수 있으며, 여성들의 경우에는 상위 20%는 하위 20%보다 기대여명이 3년이 길고, 활동제한 없이 8년을 더 살 것으로 보고하였다(Wilkins, 1978). 캐나다의 모든 시(市)들과 도(道)에서 시행된 연구들 역시 수입의 매 단계마다에서 즉 상위 단계는 즉, 하위 단계 보다 건강이 보다 좋다는 것을 일관되게 보여주고 있었다.

최근에 발표된 세계은행의 보고서는(World Bank, 1993) 지속적 성장에 기여하는 경제정책은 정부가 자국민의 건강을 개선하려고 취하는 대책이 가장 중요한 정책이었다고 결론을 내리고 있다. 이와 동시에 부의 분배가 형평을 이룰수록 그 국민들은 그 만큼 더 건강하다는 것을 시현하는 연구 결과들이 많이 있다. 일본의 경우가 이러한 좋은 예를 제공하고 있다.

지난 30년 동안에 일본은 높은 영아사망률과 낮은 평균여명을 가진 국가에서 세계에서 가장 건강 수준이 높은 국가로 탈바꿈을 하였다. 이 기간동안에 일본의 경제는 비상(飛上)하였고, 수입은 아주 많이 상승하였다. 동시에 일본은 부의 분배가 형평을 이루어, OECD 국가들 중에서 상위 20%와 하위 20% 사이에 수입의 차이가 가장 작은 국가이다. 흥미로운 것은 일본은 보건의료에 GDP의 6.8%만을 사용하고 있는 반면에, 캐나다는 10%를 사용하고 있다는 점이다.

사회적 신분 역시 건강과 연계되어 있다. 영국에서 시행된 공무원에 대한 한 조사연구는(Marmot et al., 1987) 몇몇 주요 질병들 예를 들면 암, 관상동맥심장질환, 뇌졸중 등과 관련해서 건강은 직위와 비례하였다는 결과를 얻은 것으로 보고하였다. 이러한 결과는 흡연과 같은 건강위험요인에서도 같았다. 이 연구의 대상자들은 모두 사무직이었고, 생활수준이 상당히 좋고 또한 직업상의 안전성도 높은 편이어서 이러한 결과는 결코 신체적 위험이나 빈곤 또는 물질적 결핍으로 설명될 수 있는 효과가 아니었다

는 데 주목할 필요가 있다. 이들의 건강은 직무의 위계가 한 단계 올라갈 때마다 더 좋아졌다. 예를 들면 최고 위계에서 한 단계 낮은 단계의 사람들(예: 의사, 변호사 등)은 최고의 위계의 사람들(차관 급)에 비해서 심장병의 발생률이 4배나 높았다. 이런 결과들을 미루어 볼 때, 수입의 높낮이, 그리고 사회적 지위, 위계와 관련이 있는 그 무엇이 질병에 대한 완충제 혹은 방어기전을 제공한다거나, 낮은 수입이나 신분과 관계되는 그 무엇이 방어기전을 약화시킨다는 결론을 내릴 수밖에 없다.

수입과 사회적 신분 그리고 건강에 관한 이러한 증거가 가지는 매우 중요한 국면의 하나는 질병과 사망의 원인이 변화되어도 그 관계는 지속되고, 또한 다른 질병에서, 남성과 여성에서. 한 국가의 서로 다른 지역에서, 세계의 서로 다른 국가에서도 그대로 유지된다는 것이다. 낮은 사회-경제적 상태는 구체적 건강문제가 무엇이든 간에 매우 일반적 방법으로 “무엇인가 잘못된 것”의 유병을 뒷받침하고 있는 것처럼 보인다.

보다 더 높은 수입과 사회적 신분이 보다 좋은 건강과 왜 연관이 있을까? 민일 그것이 가장 가난한 층과 가장 낮은 신분을 가진 자들의 문제라고 한다면, 그 설명은 좋지 못한 삶의 조건들 때문이라고 설명할 수 있을 것이다. 그러나 그 효과는 모든 사회-경제 범주에 걸쳐서 발생하고 있다. 한 유력한 조사 연구는 사람이 가지는 생활여건, 특히 스트레스 상황에 대하여 가지는 통제력의 정도(程度), 그리고 행동할 분별력이 중요한 영향을 미친다고 지적하고 있다. 수입과 신분이 높을수록 그 만큼 더 많은 통제력과 분별력을 가지게 된다. 그리고 이것이 일어나는 생물학적 통로들이 최근에 보다 잘 이해되어가고 있다. 최근의 여러 연구들이 스트레스를 다루는 기술이 낮음과 선택할 수 있는 가지의 제한이 사람의 면역체계와 호르몬체계를 포함하는 통로를 통하여 다양한 질병에 대한 취약성을 증가시킴을 보여주고 있다.

아직도 알아내야 할 부분들이 많이 있지만 우리는 현재에도 사회-경제적 상태와 관련 요인들에 초점을 맞추어 인구집단의 건강을 향상시키려는 중재프로그램들을 개발하고 시험하기 위한 지식은 충분히 가지고 있다.

평균적으로 보아 여성들은 남성들보다 수입 수준이 낮고 하위직에 종사

하는 사람들이 많이 있기 때문에 사회 경제적인 환경을 겨냥한 활동을 통하여 여성들의 건강을 개선하는 데 더 각별한 주의를 기울일 필요가 있다. 사람들의 경제적 환경을 개선하려는 프로그램은 중재의 중요한 한 형태이며 따라서 경제부문의 관여가 대단히 중요하다고 말할 수 있다. 그러나 경제개발만이 유일한 선택은 아니다. 예를 들면 교육과 직업훈련을 통하여 기회들을 개선하려는 변화들이나 스트레스를 감소시키고, 가정에서나 지역사회에서 지배감(支配感)을 더 갖게 하거나 직업과 관련된 생활면에서 더 많은 통제를 하게 하는 변화들도 매우 중요하다. 이러한 변화들이 성취되려면 경제부문, 교육부문, 고용부문, 사회서비스부문, 그리고 기타 부문 등 관여하는 통합적 행동들이 요구된다. 이러한 변화들은 사회-경제 전 단계에 걸쳐서 긍정적 효과를 발생하게 하기 때문에 비록 조그만 성공이라도 인구집단의 건강 상태를 개선시킨다는 견지에서 보면 상당히 유의한 결과를 가져올 잠재력을 가지고 있다.

2) 사회적지지 네트워크(Social Support Network)

가족, 친지, 그리고 지역사회로부터 받는 지지(支持)는 보다 나은 건강의 성취와 연관이 있다. 미국의 캘리포니아에서 수행된 한 연구(Berkman과 Syme, 1979)에 의하면 남성이나 여성 할 것 없이 사회적 접촉이 빈번한 사람들일수록 그들의 조기 사망률이 낮다는 것을 발견하였다. 이 같은 연구 결과는 다른 연구에 의해서도 지지되었다. 미국에서 수행된 한 연구는 정서적 지지의 이용가능성이 낮고 사회적 참여가 낮은 것은 모든 사망원인과 연관된다는 보고를 하였다(Hanson, 1986).

기혼자는 미혼자 보다 오래 생존하고, 이혼자들은 질병에 걸리는 회수나 사망 건수도 증가한다는 것은 오래전부터 알려진 사실이다(Rees와 Lutkins, 1967). 그래서 이 분야의 몇몇 전문가들 가운데는 사회적 관계가 건강에 미치는 효과는 흡연, 신체활동, 비만, 또는 고혈압과 같은 이미 확립된 위험요인만큼 중요할 수 있다는 결론을 내린 분들도 있다(Mustard, 1991).

왜 사회적지지 네트워크들이 건강을 개선하는 것으로 보일까? 스트레스에 대한 효과적인 대응의 중요성 그리고 위에서 논의한 개인의 좋은 대처 기술이 여기에 등장한다. 가족, 친구, 그리고 친지들로부터의 지지는 사람들로 하여금 문제의 해결하는 데 있어서나, 역경을 다루게 하는 데 있어서나 물론이고 삶의 제 환경에 대한 통제감을 유지하게 하는 데 있어서 매우 중요하다. 동시에 가족과 친구들은 식량, 주거 등과 같은 기본적인 지지를 제공하는 데 도움을 주고, 질병에 이환되었을 때 서로를 돌보아 줄 수 있으며, 생활양식을 변화시키는 데 있어서도 서로를 지지할 수 있게 하기도 한다. 돌봄과 사회적 관계에서 일어나는 관심, 그리고 그 결과로 생기는 만족감과 복리(well-being) 등은 건강 문제에 대항하는 완충물로 작동하는 것으로 보인다.

사회적 지지를 강화하려는 인구집단을 대상으로 하는 건강중재들을 예를 들면 강력한 가족을 유지시키는 프로그램, 지역사회를 사회적 상호작용이 일어나는 좋은 장소로 만드는 것에 초점을 맞춘 지역사회개발프로그램, 그리고 차별을 감소시키고 사회적 포용을 촉진하는 창조적 프로그램들이 포함될 수 있다 .

3) 교육(Education)

건강의 수준은 교육의 수준에 따라 증감된다. 예를 들면, 1990년에 시행된 캐나다 건강증진 조사 연구는 교육연수가 증가함에 따라 자기가 판단하는 건강상태가 좋아지고 활동제한은 감소하는 추세가 있다는 것을 발견하였다. 동일한 조사연구는 손실된 작업일수가 교육연수가 증가에 따라 감소한다는 사실도 발견하였다. 초등학교 정도의 교육을 이수한 사람들은 연간 질병, 상해, 장애 등으로 인하여 결근하는 일수가 약 7일이었던 반면에 대학졸업자들은 이러한 일수가 4일 이하이었다.

교육은 사회-경제적 상태와 밀접하게 연계되어 있다. 그래서 아동에 대한 효과적인 교육과 성인들을 위한 평생교육은 개인과 국가의 건강과 번

영에 기여하는 중요한 관건이라고 할 수 있다. 교육은 사람들에게 문제해결을 위한 기술과 지식을 가지게 함으로서 건강과 번영에 기여하게 하며, 삶의 제 환경에 대한 통제감과 지배력을 가지게 하는 데 도움을 준다. 교육은 취업할 기회와 수입의 안정을 더 가지게 하며, 그 결과 직업에 대한 만족감을 증가시킨다. 또한 교육은 사람들을 건강에 이롭게 하는 정보에 접근하고 이해하는 능력을 개선한다.

아동과 청년들을 위한 효과적인 교육에 대한 접근성을 보장하는 창조적 프로그램들과 평생 학습 기회 등은 효과적인 인구집단 건강 전략의 한 부분이 되어야 하기 때문에 교육부문의 관여는 필수적이다.

4) 고용과 작업환경(Employment and Working Conditions)

직장서열이 건강에 미치는 효과에 대한 위의 논의 즉 자신의 작업환경에 대해서 통제력을 더 많이 가진 사람들일수록 그 만큼 더 건강하다는 말은 작업장에서의 신분이 얼마나 중요한가를 말해주고 있다. 그러나 다른 요인들도 이와 못지않게 중요하다. 동료근로자와의 상호작용의 질과 수로 측정되는 작업장에서의 사회적지지도 건강과 연관이 있다. 접촉이 많은 사람일수록 그 만큼 더 건강하다. 건강은 작업의 진도, 마감의 빈도와 보고요건 등과 같은 직업상의 수요와 관련된 스트레스에 의해서도 영향을 받는다. 스웨덴에서 수행된 최근의 연구에 의하면, 심장병은 직업적 수요를 많이 받는 사람들, 자신의 업무에 대해서 통제력이 낮은 사람들, 그리고 작업에서 사회적 지지를 적게 받는 사람들 가운데서 더 많이 발병되었다.

실직은 나쁜 건강과 관련이 있다. 최근에 캐나다에서 수행된 한 연구에 의하면, 실직자들은 취업자들보다 심리적 고민, 불안, 우울증세, 장애일수, 활동제한, 건강문제, 입원, 외래방문 등이 유의하게 많았다(D'Arcy, 1988). 수입이 비교적 낮은 사람들 역시 불안과 우울증세를 더 호소하는 경우가 있으나 대부분의 건강문제들은 실직 즉 수입 자체가 없다는 그 자체로 인한 스트레스와 연관이 되어 있는 듯하다. 세계보건기구를 대행하

여 이루어진 주요한 재검토에 의하면, 높은 수준의 실직상태와 사회의 경제 불안정은 실직한 개인과 그들의 가정 그리고 그들의 지역사회 주민들에게 상당한 정신건강문제를 일으키게 하는 원인이 되고, 또한 신체적 건강에도 해로운 효과를 주는 원인이 되기도 한다.

작업장의 안전 역시 인구집단의 건강에 기여한다. 작업장에서의 상해, 직업병은 캐나다의 근로자들의 건강에서 차지하는 부분이 크다. 그런데 이들의 대부분은 예방이 가능하다. 직업상 상해 율은 1955년에서 1987년 간에 1/3까지 상승하였으나 이 율은 대부분의 다른 OECD 국가들에서는 감소하는 추세를 보였다(Organization for Economic Development and Cooperation, 1989).

캐나다의 성인들은 그들의 삶의 시간의 1/4일을 직장에서 보낸다. 작업장을 사람들의 건강을 증진하고 지지하며 보호하는 안전하고 건강에 이로운 장이 되게 하는 창조적 프로그램들은 인구집단을 대상으로 한 효과적인 건강 접근방법의 주요한 기본 요인이 될 것이다. 작업장에서 건강을 촉진하는 참여적 프로그램들 즉 문제의 파악과 그 해결방안을 찾는 데 근로자들로 하여금 관여하게 하는 프로그램들이 점진적으로 시행되고 있다. 고용부문과 사업부문의 관여는 작업장을 확실하게 건강을 촉진하는 장소로 변화시키는 데 있어서 필수적 요건이다.

5) 물리적 환경(Physical Environments)

인구집단의 건강은 사람들이 살아가고 있는 물리적 환경에 결정적으로 의존하고 있다. 작업장은 근로자의 건강 향상에 관건이 되는 중요한 물리적(사회적)환경이라고 이미 위에서 논의한 바 있다. 그 이외에 우리에게 중요한 물리적 환경으로는 사람들이 거주하는 주택, 호흡하는 공기, 마시는 물, 그리고 지역사회의 안전들이 있다.

간접흡연을 포함한 공기오염은 건강과 유의한 연관을 가지고 있다. 남온타리오에서 수행된 한 연구에 의하면 여름철 호흡기 질환으로 인한 병원입원과 대기 중에 있는 황산염과 오존의 수준은 일관된 연계가 있었다

(Bates et al., 1987). 그러나 현재는 먼지와 연료의 연소의 부산물로 나오는 탄소미립자와 같은 작은 미립자들로부터 오는 위험이 오존과 같은 오염물질로부터 오는 위험 보다 훨씬 클 것으로 보인다(Cotton, 1993). 또한 간접 흡연으로부터 오는 폐암의 위험이 모든 규제를 받는 산업의 배기(排氣) 때문에 생기는 해로운 공기의 오염으로 인한 위험보다 훨씬 크다고 지적한 연구도 있다(Repace, 1985).

안전하게 설계된 가정, 학교, 도로, 그리고 작업장은 자동차 사고와 다른 원인으로 오는 수많은 상해 건수를 예방하게 할 것이다. 안전하고 값이 적절한 주택은 인구집단의 건강에 기여하는 물리적 환경의 다른 국면이다. 우리의 토지와 물을 오염시키는 해로운 쓰레기를 감소시키는 것, 그리고 보다 더 효과적으로 쓰레기를 관리하는 것은 활동의 길이 된다. 인구집단의 건강 전략이 물리적 환경에 영향을 미치려면 복잡하고 서로 관련되어 있는 체계들을 다루어야만 한다. 공공정책과 규제활동을 포함하여 환경부문, 경제부문, 상업부문, 건강부문, 사회부문 등의 활동이 요구될 것이다.

6) 생물학 그리고 유전적 재질(Biology and Genetic Endowment)

사람에 대한 기본적 생물학과 신체기관의 체질적 구성은 건강의 가장 기본적인 결정요인이다. 개인의 유전적 재질, 여러 신체조직의 기능성, 발달과 노화의 과정 등이 여기에 포함된다. 여기에 더하여 인간의 생물학적 여러 요인들과 건강의 다른 주요한 결정요인들과의 상호작용을 한다.

개인의 경험과 주요 신체구조들의 기능성 그리고 발달 간에는 복잡한 관계들이 있다. 예를 들어보자. 이미 앞에서 말했지만 스트레스를 대처하는 기술과 선택의 폭 등의 제한이 면역과 호르몬 체계를 포함하는 통로를 통하여 다양한 질병에 대한 취약성을 높인다. 또한 성인의 뇌구조는 생의 초기에 경험에 의해서 강하게 영향을 받으며 때로는 이 것은 되돌릴 수 없게 만들기도 한다.

모든 연령의 그리고 모든 사회계층의 남성과 여성들은 다른 여명(餘命)

을 가지고 있다. 이환, 불구, 사망의 일차적 원인이 되는 질병이 최초로 발병하는 연령, 형태, 그리고 상황들이 남성과 여성에 따라 제각기 다르다. 유의한 건강위험요인들에 대한 취약성, 예를 들면 신체적 폭력, 성적 폭력, 성병, 환경적 위해물들, 그리고 부적절한 임상적 증재에서 남성과 여성 간에 많은 다른 모양을 띠고 있다. 또한 수입의 기울기와 건강상태와의 상호관계의 양상 역시 남녀 간에는 다른 점들이 있다. 이들 상이한 점들은 부분적으로만 생물학적 성의 차이라는 데 기인(基因)할 뿐이다. 이것들은 사회가 남성과 여성에 각각 귀속시키는 특색(traits), 태도, 가치관, 행동과 역할에서의 다른 점 때문에 일어난다는 것이보다 더 중요하다.

유전적 재질은 건강상태에 영향을 미치는 개인의 여러 대응들에 대해서 선대로부터 물려받은 소인(素因)을 제공한다. 사회-경제적 그리고 환경적 요인들이 건강 전반에 걸쳐 중요한 결정요인들이지만 어떤 경우에는 유전적 재질이 어떤 개인에게 특정한 질병이나 건강문제의 소인이 되기도 한다. 그러므로 유전적 지식은 인구집단의 건강에서 중요한 자리를 차지하고 있기도 하다. 동시에 유전학은 현재 날로 발전하고 있고 급격하게 변화하고 있어서 어떤 유전적 소인이나 조건(conditions)을 예방 또는 개선하는 데 있어서 해결방안을 제공할 가능성이 있다.

7) 개인의 실천행동과 대처기술(Personal Practices and Coping Skills)

개인의 건강실천행동 예를 들면 흡연, 음주와 약물의 복용, 건강에 이로운 식사, 신체적 활동, 그 외의 개인의 행동들은 건강과 안녕에 영향을 미친다. 캐나다 국민들이 가지고 있는 가장 공통된 건강문제의 대부분이 이들 실천행동과 연결되어 있다.

흡연은 폐암의 제일의 원인이고 심장질환의 주요한 위험 요인이다. 흡연하는 캐나다 국민의 수는 점차로 줄어들고 있으나 상당수의 국민들은 아직도 흡연을 하고 있으며 청소년층에서는 흡연율이 올라가고 있는 추세이다. 캐나다 국민의 약 30%는 아직도 흡연을 하고 있다.

캐나다 국민의 대다수는 어느 정도씩 음주를 하고 있다. 대부분의 음주자들은 언제나 책임 있는 음주를 하고 있으나 잘못된 음주는 조기사망, 상해, 불구의 제일 원인이 되고 있다. 잘못된 음주는 사고와 폭력으로부터 초래되는 상해와 사망과 주된 연관을 가지고 있다. 임신 중에 하는 흡연과 음주는 양자 모두 저출산, 다른 부정적 출산과 일차적으로 연계되고 있다.

정기적 운동(exercise)은 심혈관질환, 당뇨병, 비만, 그리고 몇몇 암의 위험을 감소시키는 것으로 알려져 있다. 정기적 운동은 또한 노화 과정에 동반되는 자연적 퇴화를 지연시키기도 한다. 이 이외에도 정기적 운동은 긴장과 불안을 감소시킴으로서 긍정적 안녕에도 기여한다. 사람들 가운데는 정기적으로 하는 신체활동은 자신들의 전반적인 신체적 정신적 건강에 유의하게 기여한다고 느끼는 사람들이 많이 있다. 최근의 연구결과는 비록 그 수준이 매우 낮은 신체활동이라도 상당한 편익을 준다는 것을 보여주었다.

불충분한 영양과 건강에 해로운 식습관은 당뇨병, 심혈관질환, 그리고 암 등과 연관이 있다. 아동의 학교성적이 영양, 체중, 신체활동과 연결되어 있다는 연구 결과들이 있다. 임신 중 부족한 영양은 임산부에게는 불충분한 체중 증가를 가져다주고 신생아는 저체중출산아가 되게 한다. 식이와 운동에 의해 대부분 결정되는 적당한 체중은 사람들의 긍정적 자아개념에 유의한 기여자가 되며, 이어서 이것들은 차례로 사람들의 정신건강, 생활환경에 대한 반응력과 통제력에 중요한 영향을 미친다.

출생 후 초기의 수년 동안에 습득되는 것으로 보이는 대처기술들 또한 건강에 이로운 생활양식을 지지하는 데 있어서 중요한 몫을 한다. 이 대처기술들이란 사람들이 주변의 세계와 효과적으로 상호작용하기 위해서, 일상의 생활을 해가는 데 있어서 날마다 당면하는 사건들을, 도전들, 그리고 스트레스를 처리하기 위해서 사용하는 모든 기술 또는 수기(skills)들을 가리킨다. 효과적인 대처기술은 사람들로 하여금 자립자조하게 하고, 문제를 해결하게 하며, 건강을 강화하는 제반 선택을 알고 하는 선택이 되게 한다. 이들 기술들은 사람들로 하여금 생의 도전들에 대하여 위험이 갖는 행동들 즉 음주나 약물의 오용에 의존하지 않고 적극적인 방법들로 직면

하도록 도움을 준다. 한 연구 결과에 의하면 강력한 자기 효능감을 가진 사람과 자신들의 삶의 제 환경을 극복하는 능력을 가진 사람들은 건강에 이로운 행동과 생활양식을 채택하고 유지하는 데 있어서 가장 성공하는 사람들이라고 말해주고 있다.

사람들의 지식, 의지, 그리고 대처기술은 건강에 이로운 행동들을 채택하고 유지하는 데 있어서 중요하다. 그러나 그들의 사회적 환경들 역시 대단히 중요하다. 예를 들면, 1990년에 시행된 캐나다 정부의 건강증진조사에서 국민의 48%는 친구와 가족의 지지가 건강에 이로운 결정을 하는 데 있어서 중요한 요인이었다고 응답하였다. 충분한 수입은 자기들과 자기들의 자녀들에게 필요한 식량의 구입을 가능하게 한다. 공공의 정책 역시 건강실천 행동에 영향을 미친다. 예를 들면, 좌석벨트의 입법화는 그것들을 착용하게 하는 사람들의 수를 유의하게 증가시키고 있음을 지적할 수 있다.

동료와 사회적 망(網)이 가지고 있는 가치관, 규범적인 행동들 역시 건강실천행동들에 강력히 영향을 준다. 사회적 조건(條件) 붙이기(social conditioning)는 건강행동을 결정하고 유지하는 데 있어서 중요한 역할을 한다. 예를 들면, 흡연은 사회-경제적 상태와 강한 연관이 있다. 아울러 담배는 중독물질이며, 중독적인 행동에 대한 버릇은 생의 초기에 확립되는 것으로 보인다. 그러므로 어떤 사람이 흡연하거나 금연하는 것은 단순히 “선택을 하는 것”이 아니라고 말할 수 있다. 따라서 개인의 건강실천 행동을 겨냥하는 인구집단을 대상으로 하는 건강전략이 성공하는 전략이 되려면 개인적 요인 보다는 환경적 요인들과 사회적 조건들에 더 많이 초점을 두어야 한다.

8) 건강한 아동발달(Healthy Child Development)

후기의 건강과 안녕에 대한 태아기의 영향과 초기 아동의 경험들은 매우 강력하고 이전에 이해되었던 것보다는 상당히 오랫동안 영향을 미친다는 증거들이 쌓여가고 있다. 아동기의 발달에 영향을 끼치는 많은 요인들

이 일반적인 건강의 결정요인들과 비슷하다. 그러나 아동발달은 인구집단의 건강에 매우 중요한 몫을 차지하고 있기 때문에 여기에서 별도의 건강의 결정요인으로 제시하려고 한다.

출생 시 저체중은 아동기에서만 아니라 성인기에서도 여러 건강문제들과 연결된다. 저체중이 가지는 영아기에서의 부정적 영향에 대해서는 이미 오래 전부터 알려져 왔다. 몬트리얼에서 수행된 한 연구에 의하면 저체중 신생아는 정상체중 신생아보다 출생 후 4주 이내에 사망할 확률이 40배가 높은 것으로 보고하였다. 이들 저체중 신생아는 신경적 결손, 선천적 이상, 발달지체를 가질 가능성이 더 많다(Pelchat, 1987). 그렇지만 이러한 저체중의 부정적 영향은 생의 후기에 출현한다는 증거가 점점 많아지고 있다. 예를 들면, 1910년에서 1930년간에 출생한 남자에 대한 장기적 자료를 사용한 한 영국의 연구는 출생 시에 가장 낮은 체중을 가진 자들은 만 1세에서 허혈성심장질환으로 인한 조기사망률이 가장 높았음을 발견하였다.

연구는 산모의 수입수준과 신생아의 체중 간에는 강한 상관관계가 있음을 보여주고 있다. 이러한 결과는 경제적으로 가장 낙후된 집단에서만 일어나는 것은 아니다. 평균적으로 각 수입 단계를 중심으로 하여 볼 때, 차 상위 단계에 속하는 자의 신생아는 차하위 단계에 속하는 자의 신생아보다 더 무거운 체중을 가지고 있다는 것이다. 이것이 우리에게 시사해주는 바는 문제의 핵심은 비록 가장 심대한 문제들은 수입수준이 가장 낮은 집단에서 발생하지만 불리한 조건과 연관이 있는 산모의 불량한 영양과 잘못된 건강 실천행동과 같은 것들이 아니라는 점이다. 그것은 대처기술, 삶의 제반 환경에 대한 통제감과 지배력 같은 요인들이 작동하는 것으로 보인다.

아동들이 생의 초기 수년 동안에 돌봄을 받았던 방법이 그들의 대처기술에 영향을 미치고 그들의 남은 생애에서의 건강에 영향을 끼친다는 증거들이 점점 많아지고 있다(Johnson et al., 1988; Hertzman과 Wiens, 1994). 하와이 카우아이 섬에서 수행된 한 연구에 의하면 심각한 주산기의 스트레스가 원인이 되는 초기 아동발달 문제들이 고소득층과 중산층 가정에서는 아동기에 성공적으로 대응되나 저소득층 가정에서는 그러하지 못하였

다고 보고 하였다. 부유한 가정에서 양육된 아동들이 받은 돌봄 가운데 어떤 무엇이 그들을 건강 위험으로부터 보호하고 이미 존재하고 있는 문제의 영향을 바꿀 수 있는 것으로 보인다(Werner, 1992). 이 외에도 주산기의 돌봄이 불량하고 출생 시에 있던 합병증들은 이 아이의 청장년 시절의 범죄행동과 연결이 되고, 성인들과 같이 범죄에 빠지는 아동은 초기 아동기 이후로 건강과 사회 문제들을 경험할 가능성이 더 많다는 증거들이 점점 많아지고 있다(Thompson, 1993).

저체중 출생과 같은 아동기의 위험들을 감소시킬 가능성이 많다는 것을 보여주는 연구들이 많이 있다. 또한 초기 아동기의 문제로 인하여 생의 후기에 발생될 결과를 감소시키는 것도 가능하다.

아동과 청년들의 발달 단계에서 중대한 단계 또는 전환 단계에서 이루어지는 중재 프로그램들(interventions)은 그들의 후기 인생에서의 건강과 안녕에 긍정적으로 영향을 미칠 잠재력을 충분히 가지고 있다는 증거 역시 많이 있다. 출생 이전과 초기 영아 시기, 아동이 취학할 시기, 사춘기로 전환하는 시기 성인기로 전환하는 시기 등이 가장 관건이 되는 단계들이다. 우리들의 중재 프로그램을 이들 시기에 특별히 초점을 맞춘다면 아동의 건강을, 더 나아가서는 인구집단의 건강을 향상시키는 데 있어서 훌륭한 결과를 가질 수 있을 것이다.

9) 건강 서비스(Health Services)

건강 서비스, 특히 건강을 유지 증진하고 질병을 예방하도록 설계된 건강서비스는 인구집단의 건강에 기여한다. 주산기 돌봄, well baby clinics 그리고 예방접종 등과 같은 예방적 일차보건의료서비스는 모자건강(maternal and child health)에 대단히 중요하다. 아동과 성인들에게 건강 위험요인들과 건강에 이로운 선택에 대해서 교육하고 그들이 건강에 이로운 삶의 실천행동에 적응하도록 용기를 불어넣어주고 도움을 주는 것은 기여하는 바가 많을 것이다. 노인들이 자신들의 건강을 유지하고 독립성을 갖

도록 돕는 서비스 역시 중요하다. 그리고 지역사회 환경보건서비스 역시 식량, 물, 그리고 삶의 환경의 안전을 보장하는 데 도움을 줄 것이다.

건강과 기능을 회복시키도록 설계된 보건의료서비스 역시 사람들이 건강을 유지하는 데 기여한다. 그러나 앞의 글에서 이미 지적한 바와 같이 이들 서비스는 인구집단의 건강 접근방법에서 참으로 작은 일부분을 차지할 뿐이라는 점을 알아야 한다. 왜냐 하면 이들 서비스는 기본적으로 개인의 질병과 임상적 위험 요인들에 초점을 맞추고 있기 때문이다.

건강서비스가 적절하고 비용 효과적이 되도록 보장함으로써 우리는 그것들이 건강에 최상의 기여를 하게 보장할 수 있다. 동시에 보건체계를 개혁하려는 여러 노력은 반드시 예방서비스와 일차의료서비스에 더 많은 자원이 배분되는 결과를 가져오게 하여야 한다. 그와 함께, 부적절하거나 비효과적으로 쓰이고 있는 자원은 건강의 다른 결정요인에 대한 투자를 포함하여 보다 생산적인 다른 목적으로 사용되도록 족쇄를 풀어주어야 한다.

나. 호주

호주 정부가 2006년에 발행한 한 문서에 의하면 호주 국민의 건강을 결정하는 요인으로 크게 생의학적 유전적 요인, 건강행태, 사회경제적 요인과 환경적 요인 등으로 나누어 발표하였다. 이들 대 요인들은 각각 다시 여러 세부요인들로 나누어 설명되고 있다. 이하에서 이들을 간략하게 살펴보기로 한다.

1) 대(大) 요인

앞에서 언급한 것과 같이 호주정부는 개인과 인구집단의 건강을 결정하는 요인들로 다음과 같은 다섯 가지 요소를 제시하고 있다.

- (1) 일반적 배경 요인과 환경적 요인
- (2) 사회경제적 특성과 지식 및 태도

- (3) 건강행태와 심리학적 효과 그리고 안전 요인
- (4) 생의학적 요인
- (5) 개인의 체질(makeup)

2) 세부 요인들

- (1) 일반적 배경이 되는 요인들은 정도의 차이는 있지만 특정한 사회의 모든 사람들의 건강에 영향을 미친다. 각 요인의 영향의 정도를 계량화하기는 어렵지만 인구집단의 건강에 영향을 미치는 것을 부인하기는 어렵다. 여기에 속하는 요인들로는 ① 문화, ② 자원, ③ 체계, ④ 정책, ⑤ 부(富), ⑥ 사회적 유대, ⑦ 매체 등을 들고 있다.
- (2) 환경적 요인들로는 ① 기후, ② 지형과 지세(the land), ③ 동물의 삶, ④ 제반 화학적 공해들, ⑤ 사람이 만든 환경과 쓰레기 등과 같은 인간이 만든 환경 요인들을 들고 있다.
- (3) 사회경제적 특성에 속하는 요인들로는 ① 사회의 정책, 구조와 역사, ② 교육의 수준, ③ 수입의 수준, 가족과 이웃의 구성, 서비스에 대한 접근 등을 들고 있다.
- (4) 지식과 태도 그리고 신념 등은 ① 생활양식에 관한 의사결정, ② 도움을 청하는 행동양식, ③ 기타 건강과 관련되는 의사결정에 영향을 미쳐 결과적으로 건강에 영향을 미친다.
- (5) 건강과 관련 행태로는 ① 식이행태, ② 신체적 활동, ③ 흡연, ④ 음주, ⑤ 불법적 의약품의 사용, ⑥ 예방접종, ⑦ 성생활 등을 들고 있다.
- (6) 한 개인의 심리적 상태와 행동은 상대방 그리고 본인은 물론이고 둘에게 영향을 미쳐 결과적으로 모두에게 질병을 일으키게 할 수 있다. ① 사회적 고립, ② 질 높은 사회적 지지의 부족 등을 들고 있다.
- (7) 안전 요인은 행태, 정책 그리고 인간이 만든 환경 등과 관련을 지워 생각할 수 있으며 교육, 지식, 태도 그리고 사회경제적 조건 등으로부터 영향을 받는다. 안전에 관한 ① 직접적 경험이나 ② 인지상태는 사

람들의 신체적 정신적 건강과 복지에 크게 영향을 끼친다.

- (8) 생의학적 요인들로는 ① 과체중/비만, ② 고혈압, ③ 고지질 등과 같은 신체의 계측량 등과 같은 것들로부터 연유한 요인들을 들고 있다. 이러한 생의학적 요인들은 사회경제적 요인들로부터 영향을 받는 행태적 요인들로부터 연유하기도 한다.
- (9) 개인의 체질은 다른 결정요인들에 의해 정해지기도 하지만 그들로부터 신체적으로나 심리적으로 영향을 받기도 한다. 또한 이 개인의 체질은 새로운 혹은 계속되는 결정요인들에 대한 사람의 대응하는 방법을 크게 바꾸기도 한다.

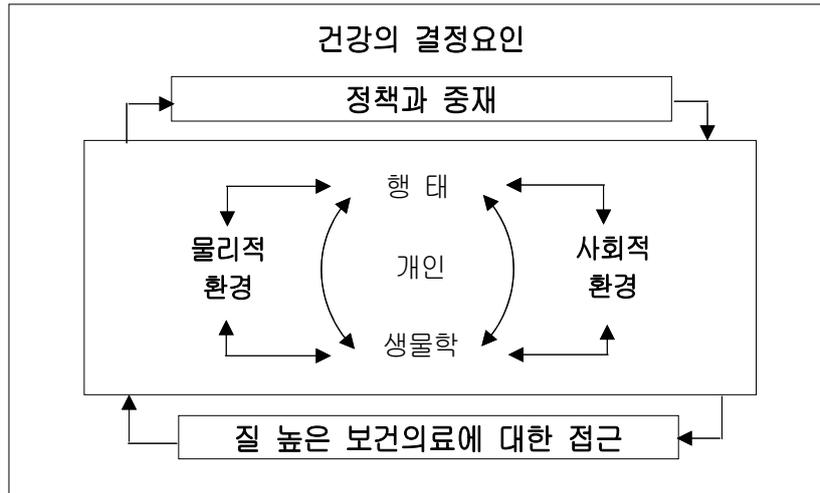
다. 미국⁴⁵⁾

미국 정부는 “Healthy People 2010”에 적시한 여러 가지 목적들에 포함된 문제들은 모두 개인의 건강과 지역사회 건강을 각각 결정하는 중요한 영향력의 열개를 반영한 것이라고 설명하고 있다. 예를 들면 미국 국민의 조기 사망건수 가운데 약 70%가 개인과 환경적 요인들에 기인하는 것으로 보고, 이들 건강의 결정요인들을 효과적으로 겨냥하는 정책과 예방대책을 개발하여 시행할 경우 질병의 짐을 감소시키고, 삶의 질을 강화하며, 수명을 증가시킬 것으로 판단하였다.

개인의 생물학적 요인들과 행태들은 둘의 상호 작용을 통하여, 그리고 개인의 사회적 물리적 환경들과의 상호 작용을 통하여 건강에 영향을 미치고, 이것들 이외에도 정책과 여러 중재들을 질 높은 보건의료에 대한 접근을 가능하게 하는 것을 포함하여 개인과 환경과 관련되는 요인들에 지향시킴으로써 건강을 개선할 수 있다고 언명하고 있다. 이 문서에서 강조되는 건강의 결정요인들을 요약하자면 다음과 같으며, “Healthy People 2010”에 제시된 건강의 결정요인들의 상호 작용 관계는 별첨한 [그림 2-8]에서 보는 바와 같다.

45) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office, November 2000.

[그림 2-8] 미국 Healthy People 2010에 제시된 건강의 결정요인



자료 : US Dept. of Health and Human Services. Healthy People 2010. Nov. 2000.

1) 생물학적 요인

여기에서 생물학적 요인이란 개인의 유전적 체질을, 가족사, 삶의 과정에서 얻어진 신체적 정신적 건강 문제들을 망라하여 가리킨다. 노화, 식이, 신체적 활동, 흡연, 스트레스, 음주, 불법적 약물 오용, 상해, 폭력 혹은 감염인자, 독극물 등은 질환이나 장애를 가져올 수 있으며, 역으로 개인에게 새로운 “생물학적 상태”를 가져다 줄 수도 있다.

2) 행태

행태란 내적 자극물과 외적 조건에 대한 개인의 응답이나 반응이라고 할 수 있다. 또한 행태는 생물학적 요인들과 상호 관계를 가지고 있다. 예를 들면 흡연(행태)은 폐의 세포를 바꾸어 여러 가지 폐의 병변을 가져오게 하며, 이러한 병변들은 흡연자로 하여금 금연하는 행태를 가지게 만들

수도 있다는 말이다. 이와 유사하게 심장병의 가족사는 가구원들에게 올바른 식습관, 금연, 혹은 활발한 신체적 활동을 하게 하는 동기를 부여하여 결과적으로 심장병을 예방하게 만들기도 한다는 말이다.

개인의 선택과 개인을 둘러싸고 있는 사회적 물리적 환경은 일정한 행태를 가지게 할 수 있다. 여기에서 말한 사회적 물리적 환경은 개인들의 삶을 긍정적으로 혹은 부정적으로 영향을 미친다. 그런데 중요한 것은 이들의 대부분은 개인의 즉각적인 혹은 직접적 통제 하에 있지 않다는 것이다.

3) 사회적 환경

여기에서 말하는 사회적 환경이란 가족, 친지, 동료, 기타 지역사회에 있는 다른 사람들과의 상호 작용을 포함하고, 그 뿐만 아니라 법률의 시행, 작업장, 학교 등 사회적 제도와 기관들을 포함한다. 주거, 대중교통, 지역사회 내에 폭력의 존재와 비존재 등 역시 사회적 환경의 중요한 성분이다. 이러한 사회적 환경은 문화적 관습, 언어, 개인의 신념 등 때문에 개인의 건강과 지역사회 전체의 건강에 깊고 독특한 영향을 미친다. 동시에 각 개인과 그들의 행태는 사회적 환경의 질에 기여한다.

4) 물리적 환경

여기서 말하는 물리적 환경이란 먼저 보이고, 만져지며, 들려지고, 냄새를 맡을 수 있으며, 맛을 볼 수 있는 사물을 지칭하고, 그와 함께 다소 만져질 수 없는 것들, 예를 들면 방사능, 혹은 오존 등도 포함할 수 있다. 이러한 물리적 환경은 개인의 건강과 지역사회의 건강에 해를 끼칠 가능성이 있는가 하면 이들의 건강을 증진하는 효과를 가지기도 한다.

5) 정책과 중재

정책과 중재는 개인의 건강과 지역사회의 건강에 강력하고 긍정적 효과

를 가지고 있다. 개인의 건강과 지역사회의 건강을 증진하게 하는 정책과 중재는 여러 다양한 기관들, 즉 교통, 교육, 에너지, 주택, 노동, 법무 등 국가기관들과 함께 종교단체, 지역사회에 기반을 두고 있는 조직체들, 시민단체, 사업체 등에 의해 시행될 수 있다.

6) 질 높은 보건의료에의 접근

질 높은 보건의료에의 접근성을 확장하는 것은 건강상의 불균형을 제거하고 국민들의 건강에 이로운 삶을 연장시키며 그 질을 향상시키는 데 있어서 매우 중요하다. 여기에서 말하는 보건의료는 보건의료제공자로부터 서비스를 제공받는다는 것을 물론이고 지역사회에 있는 다양한 조직들로부터 건강정보와 서비스를 포함한다.

5. 세계보건기구와 선진국의 건강 결정요인 비교

우리는 앞에서 세계보건기구와 캐나다, 호주 그리고 미국 등 선진 몇 개 국가들이 주창하는 건강의 결정요인들을 요약하여 개관하였다. 이들이 제시한 건강의 결정요인들을 한 데 모아 살펴보면서 시사점을 찾아보고자 한다.

다음의 <표 2-5>에서 볼 수 있는 바와 같이 세계보건기구가 제시한 건강의 결정요인과 캐나다의 것은 대단히 유사하나 호주는 이들 보다 더욱 세밀하게 그리고 미국은 숫자적으로는 적으나 각 요소들이 가지는 뜻 면에서는 역시 대동소이함을 알 수 있다. 이러한 차이는 무엇보다 기술하는 방법상의 차이에서 기인하는 것으로 보아야 할 것으로 생각된다.

〈표 2-5〉 세계보건기구와 선진국들이 제시한 건강의 결정요인의 비교

건강의 결정요인	WHO	캐나다	호주	미국
수입과 사회적 신분	0	0	0	0
교육	0	0	0	0
물리적 환경	0	0	0	0
고용과 작업조건	0	0	x	0
사회적지지 망	0	0	0	0
문화	0	x	0	0
유전적 특질	0	0	0	0
개인의 행동과 대처수기	0	0	0	0
건강서비스	0	0	0	0
성(性)	0	x	x	0
건강에 이로운 아동발달	x	0	x	x
생의학적 요인	x	x	0	0
정책과 중재	x	x	x	0

세계보건기구는 건강의 결정요인을 (1) 수입과 사회적 신분, (2) 교육, (3) 물리적 환경, (4) 고용과 작업환경, (5) 사회적지지 망, (6) 문화, (7) 유전적 특질, (8) 개인의 행동과 대처수기, (9) 건강서비스, (10) 성(性) 등으로 제시하였다. 캐나다 정부는 세계보건기구가 적시한 요인들을 그 순서에서 약간의 차이가 있지만 문자적으로도 아주 비슷하게 제시하고 있다. 그러나 “건강에 이로운 아동의 발달”이란 요인을 첨가하고 있는 반면에 “문화”의 요인을 배제하고 있었다.

미국정부는 건강의 결정요인으로 (1) 생물학적 요인, (2) 행태, (3) 사회적 환경, (4) 물리적 환경, (5) 정책과 중재, (6) 질 높은 보건의료에의 접근 등으로 적시하여 세계보건기구나 캐나다 정부의 것들과는 “물리적 환경”을 제외하고는 용어를 다르게 사용하고 있다. 그러나 미국정부가 적시한 “사회적 환경”은 세계보건기구와 캐나다정부가 적시한 사회적 결정요인들을 포괄하는 것으로 설명하고 있기 때문에 거시적으로 보면 차이가 없다고 말할 수 있다.

호주정부는 건강의 결정요인들을 크게 구분한 것들은 역시 세계보건기구나 캐나다정부가 말하는 요인들과 대동소이하나, 세부 요인들은 우선

숫자적으로 더 많고, 다음은 용어도 구체적이고도 세밀한 용어를 사용하고 있음을 알 수 있다. 그 예가 “일반적 배경이 되는 요인”으로 제시한 문화, 자원, 정책, 부, 사회적 유대, 매체”, 그리고 “생의학적 요인으로 제시한 과체중/비만, 고혈압, 고지질,” 등을 들 수 있다. 그리고 “지식과 태도, 신념이란 요인들”을 적시하여 다르게 표현하고 있다.

6. 세계보건기구 및 주요 국가 건강의 결정요인의 시사점

위에서 살펴본 바와 같이 세계보건기구나 선진 몇 개 국가들이 적시한 건강의 결정요인들은 사용한 용어나 적시한 개수가 다를 뿐 주장하려는 내용은 대동소이(大同小異)함을 발견하였다.

건강의 결정요인들은 국민 전체, 특정한 인구집단, 그리고 각 개인 등의 수준에서 각각 건강에 심각한 영향을 미치고 있고, 따라서 이들의 건강을 증진하고 질병을 예방하려고 할 경우 무엇보다 이들 결정요인들을 건강에 긍정적 영향을 미치고, 건강에 이롭게 영향을 미치도록 변화시키려는 노력이 선행되어야 한다는 것에는 어떤 이견도 없음을 살펴볼 수 있었다.

최근에 우리나라에서도 정부와 관련 학계 그리고 시민단체 등이 건강의 결정요인에 대한 논의를 활발하게 진행하고 있어서 매우 다행스럽게 생각한다. 국민의 건강을 증진하고 질병을 예방한다고 하면서도 지금까지는 이미 발생된 문제를 뒤처리만하는 설거지 일만을 열심히 할 것이 아니라 오히려 문제의 원인들의 원인을 다루는 근원적 근본적 조치를 취하는 것이 더욱 급선무라고 할 수 있다.

개인과 인구집단의 건강과 관련하여 문제의 원인의 원인을 바로 잡으려는 조치가 바로 건강의 결정요인들을 국민 전체의 건강과 각 개인의 건강에 이롭게 긍정적으로 영향을 미치도록 변화시키는 조치라고 생각한다.

그러나 무슨 요인에 어떠한 조치를 언제 취할 것인가는 우리나라 사회적 경제적 환경 그리고 물리적 환경과 그리고 이들에 대한 제도와 국민의 요구에 부응하고 비용-효과가 가장 크게 될 요인들을 먼저 선택하여 점진

적으로 조치하여야 할 것으로 생각한다.

그렇게 하기 위해서는 먼저 우리나라의 관련되는 여러 부문들이 처해 있는 현재의 상황을 면밀하게 연구 분석하는 노력을 경주함과 동시에 다른 나라들의 경험과 증거들을 수집하여 잘 살펴본 다음에 그 것들을 우리나라실정에 알맞게 응용하여야 할 것으로 생각한다.

제3장 선진국의 근거생산 현황

제1절 전문기관의 근거제공 유형

1. 전문적인 database의 근거제공 유형

건강증진과 관련된 근거를 제공하는 유형을 총괄 요약하면 <표 3-1>과 같다. 대부분 서지정보를 중심으로 하며, 업데이트 주기는 매일, 주단위, 분기별 등 다양한 간격임을 알 수 있다. 언어는 영어를 비롯한 다양한 언어로 제공함을 알 수 있다.

<표 3-1> 외국의 보건의료 관련 Database 비교

database	데이터 유형	언어	지리적 focus	제공자	업데이트
Cochrane Database of Systematic Review	전체(fulltext)	영어	전세계 (International)	Update Software Ltd.	분기별
Medline Plus	서지정보 (bibliographic)	영어+	전세계 (International)	National Library of Medicine	매일
PubMed	서지정보 (bibliographic)	영어+	전세계 (International)	National Library of Medicine	-
Elsevier Biobase	서지정보 (bibliographic)	영어+	전세계 (International)	Elsevier Science B.V.	주별
EMBASE	서지정보 (bibliographic)	영어+	전세계 (International)	Elsevier Science B.V.	주별
PASCAL	서지정보 (bibliographic)	영어, 프랑스어, 스페인어	전세계 (International)	Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST) of the French National Research Council (CNRS).	주별

〈표 3-1〉 계속

ExtraMED	서지정보 (bibliographic)	영어	전세계 (International)	Informania Ltd.	불규칙적
ProQuest Medical Library	전체(fulltext) 이미지, 그래픽	영어	전세계 (International)	ProQuest	-
Campbell Collaboration	전체(fulltext)	영어		Campbell Collaboration	-

전문적인 연구와 연구결과의 정보를 제공할 때 체계적인 고찰을 거쳐서 요약된 근거를 제공하는 유형은 Cochrane Database of Systematic Review와 Campbell Collaboration이 대표적인 경우라고 할 수 있다.

2. Database의 종류 현황

가. The Cochrane Library⁴⁶⁾

The Cochrane Collaboration은 인류의 건강증진 및 관리를 돕고자 1993년 영국에 설립되었으며, 임상실험을 통한 정보의 축적 및 그 효과에 대한 객관적인 systematic reviews 자료를 축적 제공하고 있다.

The Cochrane Library는 보건의료에 관련된 의사결정을 지원하기 위한 양질의 정보를 제공하는 database의 집합체로서 Cochrane Database of Systematic Reviews(CDSR)는 clinical treatment의 기본이 되는 정보를 제공 하며, 이 외에도 Cochrane Library는 technology assessments(Health Technology Assessment Database), methodology study(Cochrane Methodology Register), economic evaluations(NHS Economic Evaluation Database), individual clinical trials(Cochrane Central Register of Controlled Trials) 등에 대한 정보도 동시에 제공하고 있다.

46) <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>

연구자, 보건의료전문가, 소비자, 그리고 Cochrane Collaboration에 종사하는 사람들의 공동의 노력으로 특정 보건의료문제에 관한 예방, 치료, 재활에 관한 최신의 정보 등을 공유하고 있다.

1) 근거기반 보건의료 및 systematic review의 정의

The Cochrane Library는 근거 기반 보건의료(evidence based health care)를 “개별 환자에 대한 의료나 인구집단을 대상으로 보건의료서비스를 전달하기 위한 의사결정을 위해 사용가능한 최선의 근거를 주의 깊게 사용하는 것”으로 정의하고 있으며, 여기서 사용가능한 최선의 근거란 보건의료의 효과, 특정 병인에의 노출로 인해 발생할 수 있는 잠재적인 위해, 진단테스트의 정확도, 예후인자의 예측력 등에 관한 타당성 있는 연구로부터 얻은 최신의 정보를 말한다고 하였다(National Institute of Public Health, 1996).

여러 가지 형태의 보건의료 중에서 효과적인 것과 효과적이지 않은 것, 그리고 때로는 해로운 것 등을 파악하기 위해서는 유사한 무작위 할당 시험(randomized trial)의 결과를 종합화 하는 작업이 필요하다. 무작위 할당 시험들을 각각에 대한 평가가 필요하다. 그리고 보다 통계적으로 신뢰성 있고, 다른 setting에도 쉽게 적용될 수 있도록 하나로 통합될 필요가 있다. 이러한 과정은 가능한 신뢰성 있는 절차에 따라 진행될 필요가 있기 때문에 체계적인 작업이 필요하다. systematic review는 사전에 정의된 명확한 방법이나 절차에 따라 진행되며, 모든 과정에서 발생할 수 있는 bias를 최소화시키는데 관련된 연구를 찾아내고 선별하는 작업을 거치며, 사용된 데이터를 수집하고 한데 모으는 작업들이 이루어진다.

systematic review는 각각의 연구 결과를 통계적으로 종합화하는 과정을 거치지 않는데, 이는 각각의 연구들이 서로 상이해서 결과를 의미 있게 평준화하는 것이 어렵거나 연구결과의 측정방법에 유사성이 없을 때는 통계적 방법을 적용하는 것이 불가능 할 수도 있기 때문이다. 일반적으로 개별 연구 결과를 합쳐서 하나의 통계적인 수치로 나타내고자 하는 것은

meta-analysis라고 부른다. meta-analysis는 systematic review 없이도 수행할 수 있으며, 하나 이상의 무작위할당 연구 결과를 합치는 것으로도 이루어질 수 있다. 그러나 meta-analysis가 개별적으로 수행된 무작위 할당 연구에 비해 수학적 혹은 통계적으로 장점을 가지기는 하지만 meta-analysis 과정에서 오류가 발생할 수 있는 위험을 가지고 있다.

2) library의 종류

가) Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR: Cochrane Reviews)

systematic review는 특정질병 또는 기타 보건의료문제를 위한 개입(intervention)을 확인하고 그 개입이 효과적인가 아닌가를 판단하는 작업이라고 할 수 있다. 이러한 작업을 위해서는 가능한 많은 과학적 연구들로부터 관련 증거들을 수집하고, 평가하고, 종합하는 작업들이 수반되어야 하며, 최종적으로 주어진 주제에 대해 잘 알려진 증거들에 대해 일일이 조사하고 그 효과에 대한 결론을 종합화 하는 과정을 거친다.

systematic review는 오류(bias)를 최소화 하여서 신뢰도를 높이고 보다 포괄적으로 검토하기 위해서 특정 디자인으로 고정되어 있다는 점에서 다른 형태의 review는 다르다. systematic review는 연구자의 의견을 반영하거나 특정 문헌만을 기초로 이루어지는 것은 아니며, 주어진 주제와 관련된 개입연구에 대한 모든 문헌이나 증거들을 다룬다는 특징이 있다.

연구자는 자신의 systematic review를 통하여 주어진 topic 또는 특정 질병에 대한 치료효과 등을 주장하고 평가하게 되며, 이를 위한 작업으로 전세계에서 이루어진 임상 근거자료를 취합하여 기본 자료로 사용한다⁴⁷⁾. 이러한 review 결과에 대해서는 전세계의 다른 reviewer 들이 쉽게 접근할 수 있도록 하였으며, 온라인상으로 review 결과에 대한 질의, 응답은 물론, 결과에 대해 다른 의견도 제시할 수 있다.

Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)에는 3,298개의 full

47) wmc.wonkwang.ac.kr/UPLoad/ETC_Document/The_Cochrane_Library.ppt

reviews가 수록되어 있고, 1,755개의 protocol(review가 진행 중인 자료)가 수록되어 있다⁴⁸⁾.

나) Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE; Other Reviews)

DARE는 영국 요크대학교의 Centre for Reviews and Dissemination (CRD)에서 개발되었으며, 질평가가 이루어진 systematic review에 대한 초록을 검색할 수 있는 데이터베이스이다. 각각의 초록은 review에 대한 요약과 함께 전체적인 질적 수준에 대해 비평적인 설명이 첨부되어 있다.

DARE에는 CSDR에서 포함하고 있지 못한 healthcare effect 자료를 제공하고 있다⁴⁹⁾. DARE는 건강관련 개입연구를 다루고 있으며, 공중보건, 건강증진, 보건의료조직이나 전달체계 등과 관련된 3,000개 이상의 초록을 수록하고 있다.

다) Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL: Clinical Trials)

CENTRAL은 Cochrane review와 관련되어 발표된 임상실험 연구자료를 소개하는 contents로서 서지정보를 제공하는 MEDLINE이나 EMBASE 등과 같은 데이터베이스로부터 검색된 논문들에 대한 정보를 수록하고 있으나 전문(full text)을 제공하지는 않는다.

CENTRAL에 수록된 정보의 3/5은 MEDLINE으로부터 가져온 것이며, 여기에 추가적으로 각각의 Cochrane Review Group 별로 관심 있는 주제에 대한 정보를 가져오는 데 이를 ‘Specialized Registers’라고 하며, 그 외 다른 분야에 대한 수집정보를 ‘Handsearch Results’ 라고 한다.

라) Cochrane Methodology Register (CMR; Methods Studies)

The Cochrane Methodology Register(CMR)은 영국의 Cochrane Centre에 의

48) 2007년 12월 7일 현재임.

49) wmc.wonkwang.ac.kr/UPLoad/ETC_Document/The_Cochrane_Library.ppt

해 개발되었으며, controlled trial에 사용된 방법론에 대해 연구한 출판물의 서지정보를 수록하고 있다. CMR에는 저널에 실린 논문이나, 단행본, 회의록 등을 포괄하고 있는데, review에 사용된 방법론에 대한 연구와 systematic reviews와 관련 있는 일반적인 방법론적 연구들을 포함하고 있다. CMR에는 전문(full text)제공은 되지 않고 논문의 서지정보만 제공되고 있다.

마) Health Technology Assessment Database (HTA; Technology Assessments)

HTA에는 현재 진행 중이거나 평가가 완료된 세계 각국의 health technology assessments에 대한 정보들을 제공하고 있다. 이 database의 목적은 보건의료의 비용효과성과 질적 수준을 향상시키고자 하는데 있다.

The HTA database는 영국 요크대학의 Centre for Reviews and Dissemination(CRD)에 의해 개발되었다.

바) NHS Economic Evaluation Database (NHSEED; Economic Evaluations)

보건의료자원이 유한하기 때문에 보건의료 개입과 관련하여 증거를 기반으로 한 의사결정을 위해서는 비용이나 효과에 관한 정보가 필수적이지만, 비용효과성에 관한 정보는 평가하거나 구체화하기 힘들다는 단점이 있다.

NHSEED는 경제성 평가 결과를 systematic하게 정리하고, 질적 수준을 평가하며, 강점과 약점을 부각시킴으로써 의사결정자들에게 도움을 준다. 이 데이터베이스는 질적 수준이 확보된 경제성 평가와 관련된 5,000여개의 초록을 확보하고 있다.

사) About The Cochrane Collaboration (About; Cochrane Groups)

The About The Cochrane Collaboration database에는 The Cochrane Collaboration을 구성하고 있는 Cochrane group에 대한 정보를 포함하고 있다(표 3-2). 여기서는 Cochrane Review Group, Methods Group, Fields, and

Networks의 목적이나 지향점 등에 대한 정보를 살펴볼 수 있다.

〈표 3-2〉 The Cochrane Library Contents 종류

Contents	total records ¹⁾
Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR; Cochrane Reviews) ²⁾	5,053
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE; Other Reviews)	6,761
Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL; Clinical Trials)	522,340
Cochrane Methodology Register (CMR; Methods Studies)	10,008
Health Technology Assessment Database (HTA; Technology Assessments)	7,087
NHS Economic Evaluation Database (NHSEED; Economic Evaluations)	22,731
About The Cochrane Collaboration (About; Cochrane Groups) ³⁾	92

주: 1) 2007년 12월 7일 현재

2) 3,298개의 reviews, 1,755개의 protocols로 구성되며, 그 중 101개는 new reviews, 81개는 updated reviews, 114개는 new protocols, 그리고, 7개는 updated protocols임.

3) The Cochrane Collaboration: 1; Cochrane Review Groups (CRGs): 51; Fields: 15; Methods Groups: 12; Centres: 12; Possible Cochrane entities: 2

자료: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/ProductDescriptions.html>

나. Medline⁵⁰⁾

MEDLINE(Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)은 미국 의학도서관(National Library of Medicine's, NLM)에서 제공하는 데이터베이스 중 가장 오래된 데이터베이스로서 16백만건이 넘는 생의학 중심의 저널 논문을 제공하고 있다. MEDLINE의 특징 중의 하나는 검색가능한 논문을 MeSH(Medical Subject Headings)⁵¹⁾를 이용하여 코드화 한다는 것이다.

50) <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>

51) MeSH는 Medical Subject Headings의 약자로서 미국 의학도서관(National Library of Medicine)에서 MEDLINE에 올려 검색이 가능한 논문의 원활한 탐색(online database searching)을 위하여 코드화한 내용임. NLM의 홈페이지에 들어가서 데이터베이스 항목으로 가면 MeSH에 대한 설명을 볼 수 있고 MeSH 내용을 다운로드 받을 수 있음. NLM에서는 매년 발표된 논문의 내용과 초록, key word 등을 중심으로 좀 더 새로운 용어를 삽입하거나 경우에 따라 교체하고 그때 마다 MeSH 리스트를 발행함(http://www.ksnm.or.kr/journal/dic_1.html).

MEDLINE에서 다루고 있는 저널들의 대다수는 Literature Selection Technical Review Committee(LSTRC)라는 위원회에서 선정하는데, 이 위원회는 미국 NIH에서 공인한 외부 자문그룹이다. 여기에서 추천한 저널 외에 추가적인 저널이나 뉴스레터들은 NLM의 검토를 거쳐 선정되는데, 여기에는 NIH나 외부 전문가들이 참여하는 것이 일반적이다.

MEDLINE은 NLM's National Center for Biotechnology Information(NCBI)에서 제공하는 데이터베이스인 PubMed를 이루는 가장 큰 부분으로 NLM Gateway를 통해서도 MEDLINE을 이용할 수 있다.

MEDLINE에는 1950년도부터 현재까지 출판된 논문들을 수록하고 있으며, 전세계에서 발행되는 37개 언어, 5천여개의 저널들의 자료들이 인용되고 있으며, 2005년 이후 매일 2천~4천여개의 문헌들이 추가되고 있다. 이러한 결과 2006년의 경우에는 623천여개의 논문들이 새로 추가 수록되었다.

MEDLINE에서 다루는 주요 주제는 생의학과 보건의료인데, 보건의료나 임상연구 등에 연관된 생명과학(life science), 행동과학(behavioral science), 화학 공학(chemical science), 생물공학 등의 분야도 다루고 있다. 또한, MEDLINE 생의학자, 연구자, 교육자 등을 위해 여러 가지 생명과학 분야들을 포괄하고 있는데, 예를 들어, 생물학, 환경과학, 해양생물학, 생물물리학, 화학 등도 포함하고 있다.

MEDLINE에서 다루고 있는 저널들은 주로 학술저널이지만, 신문이나 잡지, 그리고 뉴스레터 등도 일부 포함하고 있으며, 2000년~2005년 사이에 인용된 논문들의 47%는 미국에서 발표된 논문이고, 전체의 90%는 영어로 작성되었다.

National Library of Medicine(NLM)에서 제공하는 또다른 데이터베이스인 Medline Plus⁵²⁾ 또한 서지(bibliographic) database로서 의학, 간호학, 치의학, 수의학, 보건의료시스템, 임상전(preclinical) 연구에 관한 정보를 제공하고 있다. Medline은 미국 등 세계 80여개국에서 발간되는 대략 5,000여 종의 생의학

52) <http://medlineplus.gov/>

(biomedical) 저널에 실린 서지정보 및 저자정보를 수록하고 있으며⁵³⁾, 1960년 대 중반이후부터 현재까지 약 17백만건의 인용(citations) 정보를 담고 있다.

Medline Plus에는 크게 741개의 증상이나 질병 혹은 안녕(wellness)관련 주제어들로 검색이 가능하며, 또한 스페인어로는 699개의 검색 가능한 주제로 구분되어 있다.

다. PubMed⁵⁴⁾

PubMed는 미국 National Library of Medicine(NLM)의 National Center for Biotechnology Information에 의해서 개발되었으며, 역시 NLM에서 제공하는 Medline과의 차이점은 PubMed를 구성하는 가장 큰 component가 Medline이며, PubMed의 경우 검색결과가 Medline보다 좀 더 광범위하다는 데 있다. 즉, PubMed에서 검색 가능한 저널의 범위가 Medline 보다 넓으며, 또한 저널에 수록 예정인 연구결과도 검색가능 하다는 등의 장점이 있다.

라. Elsevier Biobase⁵⁵⁾

Elsevier Biobase는 1,900여종이 넘는 전세계의 모든 생물학 관련 연구 저널들의 서지(bibliographic) 사항을 포괄하고 있다. Elsevier Biobase에는 매년 273천여개의 레코드(records)가 추가되고 있으며, 이중 80% 이상이 요약(abstract)을 포함하고 있다. 제공자는 Elsevier Science B.V.인데 여기서는 총 63개의 Bibliographic database가 운영되고 있다.

마. EMBASE⁵⁶⁾

EMbase(the Except Medica database) 역시 Elsevier Science B.V.에서 제공

53) http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/dif_med_pub.html

54) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

55) http://www.elsevier.com/wps/find/bibliographicdatabasedescription.cws_home/600715/description#description

56) http://www.elsevier.com/wps/find/bibliographicdatabasedescription.cws_home/523328/description#description

하고 있는 database로 생의학, 약학 관련 전문 database이다. 매년 400천개 이상의 레코드(records)가 추가되고 있으며, 대부분 요약을 포함하고 있다. 각 레코드는 의학연구전문가에 의해서 분류되어지는데, 분류에 사용되는 키워드는 46천개의 용어 및 200천개의 동의어 등으로 이루어져 있다.

바. PASCAL

PASCAL은 과학(science), 기술(technology) 그리고 의학 분야에 걸쳐 중요 문헌들을 수록하고 있는 다언어, 다학제 database로서 특히 유럽의 문헌들에 집중하고 있다. 이 database에는 매년 500천개가 넘는 새로운 참고 문헌들이 추가되고 있고, 1973년부터 현재에 이르기까지 15백만 레코드(records)가 수록되어 있다.

database는 전세계 100여개국에서 발간되는 6천여개의 저널들의 사항을 수록하고 있다. database에 수록된 파일들을 언어별로 나누어보면 영어 76%, 프랑스어 9%, 러시아어 6%, 독일어 5%, 기타 4% 등이다.

사. ExtraMED

ExtraMED는 개발도상국에서 발간되는 보건의료 및 생의학 문헌들에 초점을 맞추고 있는 database로서 1993년 세계보건기구(World Health Organization)의 주도(initiative)로 개발되었는데, ExtraMED 콘소시움(Consortium)에는 전세계 290여개 생의학 저널 출판자가 참여하였다. ExtraMED에는 총 467개의 파일이 이용되고 있는데, 대부분이 미국이나 유럽의 주요 색인 목록에는 제외된 문헌들이다.

아. ProQuest Medical Library

ProQuest Medical Library는 850여종의 원문 제공 저널과 940여종의 초록 제공 저널에 대해 검색이 가능하다. 또한, ProQuest Medical Library는 임상

및 생의학 관련 연구에 필요한 차트(charts), 다이어그램(diagrams), 그래프(graphs), 표(tables), 사진(photos) 등 다양한 자료들을 제공하고 있으며, 수록된 주요 저널은 주요 임상 및 보건의료 관련 학술지 등이다.

자. The Campbell Collaboration⁵⁷⁾

The Campbell Collaboration은 사회, 행동, 교육분야에서 현존하는 사회과학적 근거에 대한 systematic review를 통해 여러 가지 사업(intervention)들의 효과에 대한 의사결정을 돕는 국제 비영리기구이다.

The Campbell Collaboration(C2)는 두개의 데이터베이스를 운영하고 있는데, 하나는 the C2 Register of Interventions and Policy Evaluations(C2-RIPE)이고, 다른 하나는 the C2 Social, Psychological, Education, and Criminological Trials Registry(C2-SPECTR)이다.

C2-RIPE는 연구자, 정책입안자, 정책실행자, 그리고 지역사회 주민들이 review 결과물이나 문헌들을 온라인을 통해 무료로 검색할 수 있는 전자도서관의 성격이고, C2-SPECTR는 교육, 사회복지 및 관련 분야에서 randomized controlled trials 등의 연구 수행 결과물을 제공하는 데이터베이스이다.

2006년 5월 현재 C2-SPECTR에는 13,300건의 연구결과물이 등재되어 있는데, 그중 약 6,500건은 verified randomized controlled trials이고, 약 530건은 cluster randomized trials, 약 4,800건은 controlled trials이고, 약 700건은 randomized trial에 대한 systematic reviews 또는 메타분석(meta-analyses)의 결과물이다.

이외에도 The Campbell Collaboration에서는 보건의료분야에서는 보다 타당하고 정확도 높은 systematic reviews를 위해 Cochrane Collaboration과 연계하여 Joint Cochrane-Campbell Methods Groups을 운영하고 있다.

57) <http://www.campbellcollaboration.org/index.asp>

제2절 정부차원의 건강증진사업을 위한 근거 자료 제공유형

1. 미국 Community Guide⁵⁸⁾

The Guide to Community Preventive Services(Community Guide)는 미국 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에서 선정한 각 분야⁵⁹⁾의 전문가들로 구성된 Task Force팀(Task Force on Community Preventive Services)에 의해 개발되었으며, 인구집단에 대한 개입을 통해 조기사망, 장애, 상해, 질병을 예방하고 건강을 증진시키기 위해 보건의료종사자나 의사결정자들에게 정보를 제공한다.

Community Guide는 근거 중심의 건강증진사업이나 정책이 수행될 수 있도록 특정 건강문제에 관한 다양한 연구결과들을 지역사회에 적용가능하게 하는 일종의 필터(filter)역할을 하고 있다. Community Guide는 지역사회의 건강을 증진하고 질병을 예방하기 위해 실시되는 여러 가지 개입프로그램의 실행가능성, 효율성, 효과성 등을 정리하며, 또한, 이미 수행된 연구들에 대해서는 철저한 systematic review를 통해 지역사회에서 실시되는 다양한 사업들에 대해 권고(안)을 개발하고 있다.

Community Guide는 다음과 같은 측면에서 보건의료종사자나 의사 결정자에게 도움이 될 것으로 기대되는데, 첫째, 대부분의 보건의료종사자나 정책결정자들은 의사결정을 위한 근거로 과학적 지식을 필요로 하기 때문이다. 둘째, 특정 질병문제를 다룬 문헌들은 광범위 할 뿐만 아니라, 질이 일정하지 않고, 실제 사업담당자가 모든 문헌을 일일이 찾아내기가 쉽지 않다. 셋째, 사업에 직접적으로 도움이 되는 경험 많은 전문가 집단을 사업 종료시까지 계속적으로 사업에 참여시키기가 쉽지 않다. 사업담당자는

58) <http://www.thecommunityguide.org>

59) 소속된 전문가들의 전문 분야는 Behavioral and social sciences, Communications sciences, Decision and cost-effectiveness analysis, Dentistry, Epidemiology, Information systems, Managed care, Management and policy, Primary care medicine, Quantitative policy analysis, State and local health departments 등임.

근거를 기반으로 한 Community Guide를 활용함으로써 이러한 장애를 극복할 수 있다(Truman, et al., 2000).

Community Guide를 개발한 Task Force는 Community Guide를 사용하게 될 목표집단을 첫째, 지역차원에서 인구집단에 대한 서비스나 정책을 기획하고, 수행하는 데 관계된 사람들로 설정했으며, 둘째, 다양한 조직차원에서 정책을 개발하거나, 프로그램을 수행할 책임이 있는 사람들로 설정하였다. 또한, Community Guide의 목적은 위에서 언급한 목표집단이 속한 지역사회나 등록인구들을 위해 가장 효과적이고 효율적인 전략이나 정책, 프로그램들을 결정할 수 있도록 필요한 정보를 제공하기 위함이다.

그러나 Community Guide는 인구집단에 대한 개입방법을 자세히 소개하는 매뉴얼(manual) 역할을 하는 것은 아니며, 다만, 관련된 systematic review나 관련 정보를 제공할 뿐이므로, 사업담당자의 입장에서 세부적인 개입프로그램에 대한 정보를 얻기 위해서는 추가적인 정보가 필요할 수도 있다.

Community Guide는 흡연, 영양, 신체활동, 성(sexual activity), 예방접종, 암, 당뇨, 정신보건, 운송사고, 구강보건, 폭력, 사회 환경(social environment) 등의 세부주제를 크게 건강행태 변화(changing health risk behaviors), 특정 건강상태에 대한 기술(addressing specific health conditions), 환경에 대한 기술(addressing the environments)의 세 분야로 나누고 있다. 그리고 각각의 세부 주제에 대해 ① 지역사회 질병부담을 고려하여 다루고 있는 건강 주제의 중요성에 대해 서술하고, ② 평가를 거쳐 선택된 개입 프로그램에 대한 정당성을 서술하고, ③ 각각의 개입 프로그램의 효과성에 대한 근거들을 제공하며, ④ 효과적인 근거들과 보건문제에 대해 제공하는 정보들을 연관지어 설명하고 있다(Truman, et al., 2000).

위에서 언급한 보건의료 주제와 관련하여 지금까지 개발, 발표된 Community Guide는 <표 3-3>과 같다.

〈표 3-3〉 Community Guide의 내용

세부 주제	내용	발표 일자 ¹⁾
건강행태 변화		
담배	다음과 같은 방법을 이용한 담배사용 예방, 금연율 증가, 흡연 환경에의 노출감소 · 정책 · 매스미디어 전략 · 효과적인 금연방법을 전달하기 위한 보건의료체계 전략	2001. 2.
영양	다음과 같은 방법을 통해 healthy food 소비를 유도함으로써 영양 사업의 효과성을 높이기 위한 review · 학교를 기반으로 신선한 과일이나 야채 소비 증가를 유도하는 프로그램 · 식품의 성분라벨 읽는 방법 교육 · 식품 및 영양 정책	2005
신체활동	다음과 같은 방법을 통해 신체활동에 대한 지식과 태도를 변화시켜서 신체활동 향상을 위한 개입을 효과적으로 실시함. · 학교기반 skill-oriented 개입 · 사회적 지지 메커니즘 · 보건교육 · 조직적 정책 · 행동강화 · 물리적 환경 변화	2001. 10.
성	다음과 같은 방법을 통해 HIV, 성병 그리고 원치 않는 임신예방 · 교육 및 상담 · 정책 · 서비스전달 및 의뢰 · 청소년개발프로그램 · HIV 상담 및 진단 · 미디어 캠페인 · 가족 및 사회적 지지 강화	2005
특정 건강상태에 대한 기술		
예방접종	다음과 같은 방법을 통해 예방접종에 대한 지역사회의 수요를 늘리고, 공급자를 교육시킴으로써 아동, 청소년 및 성인의 예방접종률 향상 · 보건의료체계 전략 · 매스미디어 캠페인 전략	2000. 1.
암	다음과 같은 개입에 대한 기술 · 유방, 자궁경부, 대장암 스크리닝 실시 향상 · 암스크리닝을 위한 의사결정시 정보 제공 · 피부암 발생 감소	2003. 10 2004.

세부 주제	내용	발표 일자 ¹⁾
당뇨	당뇨환자들을 위해 다음과 같은 사항에 대한 지역사회 개입과 보건의료시스템의 효과성 제고 <ul style="list-style-type: none"> · 행동변화 · 장기적인 임상 및 경제적 효과 · glyceimic control · 삶의 질 	2001. 9.
정신보건	우울증 예방과 우울증 및 다 정신 및 신체 증상의 동반 발생 예방에 초점을 둔 개입에 대한 조사 <ul style="list-style-type: none"> · 재발 예방 · 공급자 스크리닝 교육 · 정책적 개입 	2005
운송사고	다음과 같은 사항에 대한 개입 전략 기술 <ul style="list-style-type: none"> · 아동용 카시트 사용 증가 · 안전벨트 착용 증가 · 음주운전 감소 다음과 같은 사항에 대한 개입 <ul style="list-style-type: none"> · 법률 · 지도단속 · 지역차원에서의 행동 변화를 위한 개입 	2001. 5.
구강보건	예방을 위한 개입 전략 <ul style="list-style-type: none"> · 충치 · 구강암 및 인두암 · 구강 및 안면 상해 	2001. 11.
폭력	폭력행동을 감소시키기 위해 다음과 같은 개입을 시험 <ul style="list-style-type: none"> · 고위험 가족에 대한 가정방문 · 지역사회 조직화 · anti-hate crime program · 사회적 기술 개발 · therapeutic foster care · 지역사회 정책 	2003. 10.
환경에 대한 기술		
사회적 환경	건강은 사회적 산물이라는 전제 하에 다음과 같은 사항에 대해 개입함. <ul style="list-style-type: none"> · residential mixed income housing · 모든 연령에 적절한 보건의료 접근성 확보 · 아동 개발 프로그램 	2002. 2.

주: 각 주제별 guide는 American Journal of Preventive Medicine에도 발표되었음.

자료: <http://www.thecommunityguide.org/about/at-a-glance.pdf>

2. NHS Centre for Reviews and Dissemination⁶⁰⁾

The Centre for Reviews and Dissemination(CRD)은 근거 중심의 연구를 수행하는 세계 최대 조직 중의 하나로서 1994년 영국 요크대학교 부설기구로서 설립되었으며, 보건의료 조직, 보건의료 전달체계 그리고 보건 사업(intervention) 등의 효과성에 대한 systematic review를 실시하고 있다.

이러한 systematic review를 통해 CRD는 보건의료 정책 수립 및 실행에 있어 근거에 기반한 의사결정이 이루어 질 수 있도록 하는 역할을 담당하고 있으며, CRD 활동의 결과물들은 광범위하게 유포됨으로써 전달되는 보건의료의 질 향상에 많은 기여를 하고 있다.

CRD에는 전세계의 보건의료전문가, 정책입안자, 연구자들을 위해 Database of Abstracts of Reviews of Effects(DARE), NHS Economic Evaluation Database(NHS EED), Health Technology Assessment(HTA) Database, Ongoing Reviews Database 등의 데이터베이스를 운영하고 있는데, 그 중에서 특히 DARE는 Cochrane database of Systematic Review와 같이 보건의료사업(intervention)의 효과성에 대한 systematic review를 제공하는 database로서 1994년에 시작되어 현재까지 매달 업데이트 되고 있으며, 정책 입안이나 가이드라인 개발에 많은 역할을 하고 있다.

또한, CRD는 Cochrane Collaborations이나 Campbell Collaborations 등과도 협력하고 있으며, 운영비용은 영국 보건부(Department of Health)의 연구개발 프로그램으로부터의 지원으로 충당하고 있다.

CRD가 다루는 연구분야는 혈액, 림프계 질환, 암, 심혈관질환, 아동건강, 대체의료, 소화기계 질환, 이비인후과계 질환, 내분비계 및 대사질환, 안과질환, 감염질환, 생활습관, 정신보건, 근골격계질환, 산부인과, 신경과 질환, 구강보건, 호흡기계질환, 피부질환, 수면질환, 비뇨기계질환, 상해, 보건의료서비스 전달, 보건의료사업의 방법 및 자원 등이다.

60) <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

3. National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)

NICE에서 개발하는 가이드라인은 다수의 자문그룹에 의해 개발되는데, 자문 그룹은 보건의료전문가, NHS(National Health System) 관계자, 환자 및 보호자, 그리고 일반인들로 구성되어 있다.

NICE의 조직은 위원회, senior management 팀, 3개의 센터 그리고, 3개의 directorate로 구성되어 있는데, 위원회와 senior management 팀에서는 NICE의 전략적 방향을 설정하고, 관리 감독하는 역할을 수행하고 있으며, 각 센터에서는 가이드라인의 생산 및 보급을 담당하고 있고, Directorate는 센터를 지원하는 역할을 한다.

가. NICE 역할

NICE의 임무는 공중보건, 보건의료 기술 그리고 임상 진료에 대한 가이드라인을 생산하는 것이다. 각각의 가이드라인은 NICE 내의 센터에서 담당하게 되는데, 각 센터는 Center for Public Health Excellence, Centre for Health Technology Evaluation, Centre for Clinical Practice로 구분되어 있다.

1) Centre for Public Health Excellence

Centre for Public Health Excellence에서는 질병예방과 건강증진을 위한 가이드라인 개발을 담당하고 있다.

2) Centre for Health Technology Evaluation

Centre for Health Technology Evaluation에서는 의료기술에 대한 평가와 그에 대한 효과성 평가 등을 담당한다. 여기서 의료기술에 대한 평가란, NHS에서 사용하는 기존에 있었거나 새로운 약품이나 치료법에 대해 추천하는 것을 말하고, 효과성 평가란, NHS에서 사용하는 진단이나 치료기술 등의 안전성이나 효과성 등을 평가하는 작업을 말한다.

3) Centre for Clinical Practice

Centre for Clinical Practice는 임상가이드라인을 개발한다. 여기서 제시하는 가이드라인은 특정 질병이나 병리적 상태에 있는 환자의 치료를 위해 사용가능한 최선의 근거에 기반하고 있다.

나. public health 가이드라인

NICE에서 생산하고 있는 가이드라인 중 건강증진과 관련된 가이드라인은 public health 가이드라인인데, 이에 대해 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다. NICE에서 생산하는 Public health 가이드라인은 다음과 같이 두 가지 종류로 나눌 수 있다. 첫째, Public health intervention 가이드라인은 건강한 생활습관을 고취시키고, 질병의 위험을 줄이기 위한 활동들에 대한 내용을 담고 있는데, 예를 들면, 일반의(GP)가 운동을 권장하는 것 등이다. 둘째, Public health programme 가이드라인은 질병을 예방하고 건강을 증진하기 위한 보다 광범위한 활동들을 다루고 있는데, 일반적으로 특정 주제나 특정 인구집단별 또는 특정 생활의 장(setting)에 초점을 둔다. 예를 들어 영유아나 산모의 영향을 개선시키기 위한 전략 등이 여기에 포함된다.

NICE에서 개발하는 Public health 가이드라인의 목적은 지방정부나 NHS에서 일하는 보건의료전문가나 일선 사업담당자들을 돕는 데 있으며, 지역사회 주민들의 건강증진을 위하여 NICE에서 개발된 가이드라인을 사용하는 방법 등은 별도의 리플렛을 제작하여 홍보하고 있다.

또한, NICE는 개발된 가이드라인을 독자의 수준이나 사용 목적에 따라 전체(full) 버전과 속성(quick reference) 버전의 두 가지 버전으로 제작하고 있으며, 개발된 가이드라인은 NICE의 홈페이지에서 가이드라인의 종류별, 주제별, 날짜별로 검색이 가능하다.

NICE에서 개발한 가이드라인을 주제별로 구분하면 혈액 및 면역체계, 암, 심혈관질환, 중추신경계, 소화기계, 진단절차, 이비인후과계, 내분비계, 영양 및 신진대사, 임신 및 출산, 감염성질환, 상해 및 사고, 정신보건, 구

강보건, 근골격계, 공중보건, 호흡기계, 피부과, 치료절차, 외과적 처치, 비뇨생식기계 등과 같다.

4. 캐나다 주정부의 근거제공유형

캐나다 온타리오 주정부에서는 주민의 공중보건과 건강증진을 위하여 공중보건연구, 교육 및 개발 프로그램(Public Health Research, Education & Development (PHRED) Program)을 2003년부터 가동한 바 있다. 건강증진에 관한 지식을 평가하고, 종합하고, 확산시키는 데 주력하고 있다. 근거의 생산은 정책개발에도 영향을 주며, 대학교육을 통한 보건전문가 및 지도자 양성과정과도 연결된다. 이 프로그램을 통한 근거의 확산을 위하여 주력하는 분야는 다음과 같다.⁶¹⁾

- 효과적인 공중보건실천을 위해 필수적이고 핵심적인 분야를 중점적으로 연구함
- 공중보건전문가 및 지도자 양성을 위한 기반을 구축함.
- 기존 프로그램을 지속적으로 개선함.

온타리오주의 해밀톤시(City of Hamilton Social and Public Health Services Department, Public Health Research, Education and Development branch)에서 운영하는 Health-evidence.ca에서는 공중보건 및 건강증진에 대한 근거와 고찰에 대한 자료를 온라인으로 제공하고 있다.⁶²⁾ 이 사이트 개발을 위해 작업된 내용은 아래와 같다.

- 1985년부터 현재까지의 건강증진과 공중보건 개입에 대한 발간된 연구들을 수집하고, 평가하여 방법론적으로 건전한 고찰들을 보급할 수 있도록 한다.
- 54명의 전문가집단으로 구성된 조직을 통하여 종합적인 문헌고찰을

61) [http://health-evidence.ca/downloads/Moving_toward_an_evidence_based_public_health_system_in_Canada_\(July02004\).ppt#358,25,Next Steps](http://health-evidence.ca/downloads/Moving_toward_an_evidence_based_public_health_system_in_Canada_(July02004).ppt#358,25,Next Steps):

62) <http://health-evidence.ca/AboutUs.aspx>

실시하고 최선의 방법을 도출해 낸다.

- 정보의 확산을 위하여 그래픽 디자인전문가 및 마케팅전문가의 도움을 받아서 보급용 자료를 제작한다.
- 캐나다 연방정부 및 주정부의 정책입안자, 공중보건의학전문공무원, 공중보건 매니저 및 건강증진매니저들의 피드백을 받는다.
- 아직 체계적 고찰이 실시되지 않은 공중보건 및 건강증진개입을 조사하고, 고찰을 위한 전문가들을 배치한다.

Health-evidence.ca에서 제공하는 정보는 공중보건 및 건강증진의 주제별로 검색을 할 수 있게 하고, reference rating은 weak, moderate, strong 등으로 구분하여 검색할 수 있게 한다. 개입의 특성별로 검색할 수 있도록 세분화된 검색체계를 가지고 있는 것도 특징이다(그림 3-1 참조)

[그림 3-1] Health-evidence.ca의 개입특성별 검색도구사례

<p>Intervention Location:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Camp <input type="checkbox"/> City/regional/provincial/state/national <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/> Commercial site <input type="checkbox"/> Community <input type="checkbox"/> Community health centre <input type="checkbox"/> Community/recreation centre <input type="checkbox"/> Correctional institution <input type="checkbox"/> Day care centre <input type="checkbox"/> Dentist <input type="checkbox"/> Family centre <input type="checkbox"/> Farm <input type="checkbox"/> Health bus <input type="checkbox"/> Health departments <input type="checkbox"/> Highways <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospice <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Nursing home/long-term care facility <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Primary health care provider <input type="checkbox"/> Public places (ie. skating rink) <input type="checkbox"/> Religious institution <input type="checkbox"/> Residential centre <input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Worksite 	<p>Intervention Strategies</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Advocacy <input type="checkbox"/> Behaviour modification <input type="checkbox"/> Creating supportive environments <input type="checkbox"/> Education/awareness & Skill development/training <input type="checkbox"/> Emergency preparedness <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> Public health inspection & Environmental health <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Surveillance
--	--



자료 : <http://health-evidence.ca/search.aspx>

캐나다 Saskatchewan 보건부에서는 인구집단의 건강증진의 근거가 될 수 있는 정보를 모아서 인터넷으로 제공하고 있다. 여기에 열거된 문헌들은 건강 증진의 필요성을 뒷받침하는 근거를 문헌을 요약하고 정보를 제공한다. 그러한 문헌의 근거는 건강 증진, 건강한 어린이 성장, 심장 건강, 재택 영양, 영양, 신체적 활동/레크리에이션, 흡연 통제 및 직장의 영역에 포함되어 있다.

1) 건강증진의 근거

- 지역사회에 대한 참여적 중재 및 연구 실행의 사례: 캐나다 Kanawake 학계 당뇨병 예방 프로젝트(Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada)
 - 캐나다 Kanawake 학교 당뇨 예방 프로젝트를 이용하여, 이 사업에서는 지역사회 프로그램 실행 모델에 대한 기본구성요소로 네 가지의 원칙을 상술하고 있다. 그 원칙들은, (1) 프로젝트의 모든 단계에서 지역 주민들과 연구들을 동등한 파트너로 통합, (2) 중재 및 평가 연구 구성 요소들의 구조적 및 기능적 통합, (3) 보다 폭 넓은 환경으로부터 발생하는 요구에 부응하는 유연한 일정, (4) 관련자 모두에게 학습 기회를 제공 하는 프로젝트의 창출 등이다. 지역 사회 중재의 새로운 실행 모델은, 본 프로젝트에서 예시된 대로, 하나의 프로그램을 역동적인 사회적 공간으로 여기는 모델이며, 그 윤곽과 전망은 진행 중인 협상 과정을 통해 정의되었다.
 - Kahnawake 학교 당뇨병 예방 프로젝트는 지역사회 건강 증진의 역동적인 과정이 지역사회 그룹들과 학술적인 연구자들 간의 동등한 협력관계의 확립을 통해 어떻게 성공적으로 실행될 수 있는 지를 보여주는 좋은 예가 되고 있다.
- 근거 기반 건강 증진(Evidence-Based Health Promotion)(Perkin et al., 1999) 단행본.
 - 다양한 전문적 배경으로부터 건강 증진 실행자들과 학자들의 경험을 통해, 이 책은 기존 근거를 평가하고, 새로운 근거를 수집하며, 근거가 불완전한 경우 결정을 내리는 이론과 실재를 고찰하고 있다. 건강 증진 학교는 개인의 잠재력 개발을 최대한 추구하는 효과적인 학교인 것 같다. 이러한 문맥에서 특정한 연구는 아직 없었으나, 개인 및 사회 발전과 학술적 성과 사이의 상관관계를 보여주는 근거는 있

다(Barber et al., 1995). 외부 중재가 중요한 기여를 하고 있으나, 전반적인 학교 접근과 그것을 강조하는 원칙을 통해 건강 증진 학교의 발전을 지원하도록 보장할 필요가 있다. 그렇게 되면, 학교에서 이루어지는 미래 건강증진의 확실한 기초가 확립 된다.

- 건강 증진 효과의 근거: 신 유럽의 공중보건 형성(The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe), 건강 증진 및 교육 국제 연맹이 유럽 위원회에 제출한 보고서, 2000.
 - 이 보고서는 지난 20년 동안의 건강 증진 효과를 확인해 주고 있다. 전 세계 건강 증진의 건강, 사회적, 정치적 영향을 평가한 보고서다.
 - 정신 건강 증진이 우울을 감소시키고 자살 율, 행위적 문제점들을 감소 시켰음을 보여주는 근거가 있다. 가정의 도움을 목표로 하는 중재 조치들이 가정 내 공격성의 감소, 어린이들의 교육 문제 감소, 그리고 어린이들이 성장하여 능동적이고 책임 있는 시민이 될 수 있도록 해 주는 일반적으로 보다 긍정적인 환경을 가져왔다. 어린이 학대의 의미 있는 감소(50%까지)와 어린이 보호의 사례 감소(41%) 근거가 있다.

제3절 국제기구 및 국제조직차원의 건강증진 근거제공 유형

1. WHO Reproductive Health Library⁶³⁾

가. 개괄

국제보건기구(WHO)에서 운영하는 Reproductive Health Library(RHL)는 “Map Best Reproductive Health Practices” 프로그램의 일환으로 1997년부터 시작된 전자도서관으로 보건의료사업에 대한 근거를 보급하는데 중요한 역할을 수행해왔다. RHL은 실제 보건의료사업에 적용 가능한 근거자료를 제공함으로써 주민들의 건강을 향상시키는 것을 목표로 하고 있으며,

63) <http://www.rhlibrary.com/>

RHL에서 출판되는 연례보고서는 인터넷이나 CD를 통해 접근이 가능한데, 영어와 스페인어 외에도 2006년부터는 중국어와 프랑스어로, 그리고 2007년부터는 베트남어로도 출판되고 있다.

RHL에서는 연구결과 밝혀진 근거들을 실제 사업에 적용시키기 위해 세 단계를 거치는데, 첫 번째, 근거를 찾아내고, 두 번째, 2. 찾아낸 근거에 대해 이해하고, 세 번째, 보건의료의 질적 수준을 향상시키기 위해 새로운 근거를 실행한다.

RHL 홈페이지는 유료로 운영되고 있으나 빈곤국가에서는 무료로 접속하여 사용할 수 있도록 하였으며, WHO에서는 관련 정보를 담은 CD를 제작하여 해마다 22,000여개 정도를 빈곤국가에 무료로 배포하고 있다.

나. 제공되는 내용

RHL는 생식보건 분야에서 근거에 기반한 연구결과와, Cochrane reviews를 통한 원문을 제공함으로써 관련 분야의 과학적 근거들을 찾도록 하는데 도움을 주고 있다. 또한 생식보건 분야의 Randomized Controlled Trials(RCT)에 관한 Lancet의 논문들을 포함하여 보건의료 평가와 관련한 연구방법론을 다룬 논문들도 수록하고 있으며, 이외에도 근거에 기반한 사업을 수행하는데 도움이 되는 여러 가지 도구들을 제공하고 있다. 예를 들어, RHL에서 다루는 각 주제들에는 실제 사업 수행시 사업의 각 단계별로 어떻게 연구결과들을 적용할 것인가에 대해 제안하고 있으며, 근거에 기반한 실제 사업수행 방법(technique)들에 대한 영상자료와 근거에 기반한 의사결정에 관한 훈련프로그램도 제공하고 있다.

특히, RHL에서 제공하는 핵심 contents는 생식보건사업에 활용할 수 있는 근거에 기반한 임상진료에 대한 300여개의 논문들로 구성되어 있다. 이 논문들은 주제별 팩키지로 정리되어 있는데, 각각의 팩키지는 근거들을 요약하고, 근거에 기반한 임상진료에 대한 함의를 설명하며, 각 주제와 관련된 적어도 하나 이상의 Cochrane systematic review 결과를 제시하고 있다.

2. WHO EVIPNet

2004년 보건부문의 연구를 액션으로 전환하는 필요성이 제기되었고 이 제안은 2005년 제58차 세계보건총회에서 인준되었다. EVIPNet(Evidence-Informed Policy Networks)는 정책입안과 의사결정과정 및 실행의 과정에 보건연구의 결과를 사용하는 것을 활성화하는 사업이다. 궁극적으로 EVIPNet은 정책결정자와 연구자들의 파트너십으로 이루어지는 사업이며, 질적으로 우수하고 과학적으로 안전한 근거(evidence)에 기반한 정책과 사업실행을 추구한다.

3. 국제보건교육건강증진학회의 건강증진의 근거

2000년도에 국제보건교육건강증진학회(IUHPE)는 20년간의 건강증진효과와 근거들을 평가한 보고서를 발간한 바 있다. 이 프로젝트는 미국의 Center for Disease Control and Prevention과 세계보건기구의 Department of Health Promotion, Social Change and Mental Health Cluster의 지원을 받았다. 이 프로젝트를 통하여 건강증진과 보건교육 개입프로그램의 평가에 대한 구조화된 정보 데이터베이스가 개발되어 있고, 이 자료는 디스켓으로도 구입이 가능하다고 한다. 이 과제에서 연구된 건강증진의 근거 분야는 고령화문제, 정신건강문제, 학교밖의 청소년에 대한 건강증진효과, 심장질환, 담배, 술, 불법약물, 영양, 상해예방과 안전향상, 직장에서의 건강증진, 학교 건강증진, 보건의료부문에서의 건강증진, 구강 건강증진 등이 포함된다.

제4장 건강증진사업의 근거생산과 활용

제1절 국내 건강증진사업 근거생산 및 활용에 대한 전문가 델파이 조사 결과

1. 1차 조사

가. 조사개요

본 연구와 관련하여 보건의료전문가 및 일선 보건소 건강증진사업담당자를 대상으로 건강증진사업에 있어서의 근거생산과 활용에 관한 조사를 실시하였다.

조사대상자 중 보건의료전문가는 한국보건사회연구원의 연구자들이 추천한 보건의료관련 전문가와 Health Plan 2010 작업에 참여한 전문가들을 대상으로 1차 조사대상자를 선발하여 총 62명에 대해 응답을 요청하였으며, 아울러 일선에서 건강증진사업을 실시하고 있는 전국 251개 보건소 건강증진담당자들을 조사 대상으로 하였다.

질문내용은 건강증진사업의 근거에 대한 중요도, 활용정도, 활용정보원, 근거수집시 장애정도, 지난 1년간 활용했던 근거의 종류, 근거생산이 가장 필요한 사업분야, 근거생산 및 제공자 등으로 이루어져 있다(부록 조사표 참조).

나. 주요 조사결과

1) 전문가 조사

보건의료 전문가들을 대상으로 건강증진사업 수행시 근거자료 활용도에 대해 조사한 결과 8명의 응답자들이 최종적으로 선정되었다. 따라서 응답

를에 대한 정량적인 분석은 여기서 하지 않았다. 거의 모든 응답자들이 항상 근거자료를 찾아서 활용한다고 응답하였다. 건강증진사업에서 근거를 기반으로 하는 것이 중요하다는 것은 모두 공감하고 있었다. 건강증진사업에서 근거를 찾기 위한 정보원은 연구논문 및 저널, 보건학 및 건강증진 관련 교과서, 인터넷 자료 등의 순서로 많이 활용되는 것으로 응답하였다. 보건의료전문가들이 근거를 수집할 때 찾는 정보원은 대체로 국내와 국외 자료를 거의 같은 비율로 검색하여 근거정보를 찾는 것으로 나타났다.

보건의료 전문가들에게 지난 1년간 실시했던 건강증진사업 및 사업실시 당시 활용했던 건강증진사업의 근거에 대해서 질문한 결과는 다음 결과와 같다. 먼저 실시했던 건강증진사업의 주제는 금연사업이 가장 많았고, 구체적인 사업유형으로는 금연상담이나 콜센터, 인터넷 홈페이지 운영 등이 있었다. 이러한 사업을 위한 근거는 인터넷이나 외국자료를 사용하였고, 사용된 자료에 대해서는 신뢰하고 있는 것으로 응답하였다.

근거에 기반한 건강증진사업 수행의 문제점으로는 ‘근거 제공 정보원을 찾기 힘들다’는 항목에서 ‘매우 그렇다’는 응답이 가장 많이 나왔고, 다음으로 ‘근거를 찾는 시간이 오래 걸린다’는 문제점이 있는 것으로 지적하였다. 반대로 ‘근거에 대한 신뢰성 확보’ 부분은 큰문제가 아닌 것으로 평가하였다. 이것은 근거를 찾는 검색사이트가 많지 않고, 또 제공기관이 전문기관이기 때문에 신뢰성 확보에 큰 문제를 느끼지 않는 것으로 분석된다.

건강증진사업 중 현재 건강생활실천사업으로 실시되고 있는 금연, 절주, 운동, 비만, 영양 등의 사업 중에서 근거생산이 가장 필요한 분야로 금연이라고 응답한 전문가가 가장 많았다. 근거 생산자로는 개별 연구자 또는 기관이 되어야 한다는 응답이 가장 많았고, 근거에 대한 데이터 및 정보 제공원으로는 정부기관이 적합하다는 의견이 많았다.

이 외에 보건 의료 전문가들에게 주로 활용했던 건강증진 이론이나 모델에 대해서 질문한 결과 응답자들은 건강신념모형, 알라메다 이론, 자기효능이론, 사회생태학적모델, 지역사회조직화모델, 사회마케팅론, 프로세스카의 5단계 행동변화 모형, precede-proceed 모형, health field concept, 행위의 접근 방법, 구조적인 접근 방법, 예방의학적 접근 방법, 행동변화단계이론, 자기효능 이론, 사회인지 이론 등이라고 응답하였다.

또한, 건강증진사업의 근거를 생산하기 위해서 가장 필요한 점은 “연구용역의 예산 및 참여자 확대, 중장기 연구 지원”, “프로그램의 효과성 평가 연구 확대”, “건강증진사업을 위한 별도의 기획단 수립” 등의 의견이 있었다.

2) 보건소 건강증진담당자 조사 결과

보건소 건강증진담당자들을 대상으로 건강증진사업 수행시 근거자료 활용 정도에 대해 1차 조사 결과, 16명만이 응답하였다. 따라서 1차조사결과에 대해서 정량적인 분석은 하지 않았다.

1차 조사에 응답한 보건소 담당자들 중 ‘항상 근거를 찾아서 활용한다’는 응답이 69%를 차지하였다. 그러나 건강증진사업 수행시 활용하는 근거의 정보원으로는 ‘정부에서 나온 사업안내서’가 가장 많아 건강증진사업을 수행하는 대부분의 사업담당자들이 정부 지침을 근거로 사업을 수행하고 있음을 알 수 있었으며, 전문가들 응답 중에서 가장 높게 나타났던 ‘연구논문이나 저널’을 근거로 사용하는 경우는 25%에 불과했다. 한편 건강증진사업담당자들은 보건학 및 건강증진교과서, 건강증진 전문기관에서 나오는 신문이나 소식지, 인터넷 자료 등을 주요 정보원으로 하는 것으로 나타났다. 보건소 건강증진사업담당자들이 지난 1년간 실시했던 건강증진사업은 금연사업과 운동사업이 가장 많았고, 구체적 사업 유형으로는 보건교육과 건강상담이 가장 많은 것으로 조사되었으며, 이러한 사업 수행시 활용했던 근거의 정보원으로는 역시 건강증진사업 안내서가 가장 많았고, 학회지 및 일반소식지, 국민건강영양조사결과 보고서 등의 응답이 있었다.

일선 보건소 건강증진사업 담당자들이 근거에 기반한 건강증진사업 수행시 느끼는 문제점으로는 건강증진사업과 관련된 근거를 찾거나 또는 근거를 제공하는 정보원을 찾는 데 가장 어려움을 많이 느끼는 것으로 조사되었다. 또한, 정부에서 제공하는 건강증진사업의 지침의 신뢰도에 대한 질문결과 정부의 사업지침을 신뢰하긴 하나, 매우 신뢰한다는 응답은 상대적으로 적게 나타났다.

보건소 건강증진담당자들이 건강증진사업을 위해 근거생산이 가장 필요하다고 생각하는 분야는 금연, 절주, 운동, 비만 사업들간에 큰 차이는 없었으며, 근거 생산자나 근거에 대한 정보제공자에 대해서는 모두 정부가 담당해야 한다는 의견이 가장 많았다.

또한, 건강증진사업의 근거를 생산하기 위해서 가장 필요한 점은 “근거 자료 마다 데이터가 다르지 않도록 근거의 표준화가 필요하다”, “근거 데이터 생산시 조사의 신뢰성을 확보할 수 있는 조사 기관 또는 단체가 필요하다”, “보건소내 보건사업관련 지역사회조사 담당부서 신설이 필요하다, 지자체에 맞는 지표생산을 위한 예산 및 담당자 교육이 필요하다”, “지역사회진단을 반드시 실시하여 지표를 개발하는 것이 필요하다” 등의 의견이 있었다.

2. 2차 조사

가. 조사개요

건강증진사업에 있어서의 근거생산과 활용에 관한 2차 조사는 보건소 관계자 및 건강증진관련 전문가 328명을 대상으로 2007년 12월 10일에서 12월 14일 동안 웹을 통한 자기기입식 조사로 진행되었다.

설문은 건강증진사업에서의 근거활용과 관련하여 1차 조사결과를 토대로 13가지 항목을 만들어 각각의 항목에 대해 필요성과 시급성을 10점 만점으로 평가하도록 하였다(별첨 2차 조사표 참조).

나. 조사결과

1) 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 필요한 사업 순위

근거에 기반한 건강증진사업을 위해 필요하다고 생각되는 사업 항목 13가지를 1차 조사결과를 토대로 만들었고, 이에 대해 필요도에 따라 0~10점 사이의 점수로 배점하여 우선순위를 매긴 결과는 다음 표와 같다.

근거에 기반한 건강증진사업을 위해 가장 필요한 사업은 ‘근거활용을 위한 정보 보급 시스템 개발’이었고, 다음으로는 ‘건강증진사업의 근거 축적을 위한 연구 개발 지원’, ‘지역주민의 위험요인특성에 따른 건강증진사업의 효과평가 기준 마련’, ‘표준화된 건강증진사업의 계획과정 마련’, ‘민간부문에서 지역주민의 적극적인 참여 강화’, ‘근거생산을 위한 보건소 직원들의 교육훈련’, ‘근거에 기반한 건강증진정책 결정과 액션이 이루어지는 과정 표준화’의 순으로 조사되었다(표 4-1).

반대로 가장 낮은 순위의 사업으로는 ‘근거수집평가를 위한 별도의 조직 마련’이었고, 그다음으로는 ‘건강증진사업의 긍정적 효과와 더불어 부정적 효과도 동시에 검토될 수 있는 지침 마련’, ‘근거생산을 위한 국내 전문가 및 연구자 훈련’ 등으로 낮게 나타났다.

〈표 4-1〉 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 필요한 사업 순위

항목	순위	평균	중위수	최소값	최대값
근거활용을 위한 정보 보급 시스템 개발	1	9.1	10	6	10
건강증진사업의 근거 축적을 위한 연구개발 지원	2	8.8	9.5	6	10
지역주민의 위험요인특성에 따른 건강증진사업의 효과 평가 기준 마련	3	8.4	8	6	10
표준화된 건강증진사업의 계획과정 마련	4	8.3	8	5	10
민간부문에서의 지역주민의 적극적인 참여 강화	5	8.0	8	5	10
근거생산을 위한 보건소 직원들의 교육훈련	5	8.0	8	5	10
근거에 기반한 건강증진정책 결정과 액션이 이루어지는 과정 표준화	7	7.9	8	4	10
공공부문에서의 지역주민의 적극적인 참여 강화	8	7.8	8	4	10
근거생산을 위한 건강증진사업 과정 표준화	8	7.8	8	3	10
현장에서 건강증진사업의 효과를 측정하는 기간을 표준화	10	7.6	8	4	10
근거생산을 위한 국내 전문가 및 연구자 훈련	11	7.5	8	4	10
건강증진사업의 긍정적 효과 및 부정적 효과 측정을 위한 기준 마련	12	7.4	8	4	10
근거 수집 및 평가를 위한 별도의 조직 마련	13	7.2	8	3	10

주: 최종 응답한 28명에 대한 결과임.

2) 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 시급한 사업 순위

동일한 항목에 대해 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 시급한 사업의 순위를 매긴 결과는 다음과 같다.

먼저 가장 시급성이 높은 항목은 ‘근거생산을 위한 국내 전문가 및 연구자 훈련’이었고, 다음으로 ‘근거활용을 위한 정보 보급 시스템 개발’, ‘건강증진사업의 근거 축적을 위한 연구개발 지원’, ‘표준화된 건강증진사

업의 계획과정 마련’, ‘지역주민의 위험요인특성에 따른 건강증진사업의 효과 평가 기준 마련’, ‘근거생산을 위한 보건소 직원들의 교육훈련’, ‘근거생산을 위한 건강증진사업 과정 표준화’ 등의 순으로 조사되었다.

가장 높은 순위로 조사된 ‘근거생산을 위한 국내 전문가 및 연구자 훈련’의 경우 필요성 순위에서는 11위로 비교적 낮았으나, 시급성 측면에서는 높은 우선순위로 나타난 것이 특징이다(표 4-2).

시급성이 낮게 평가된 항목으로는 필요성 조사에서와 동일하게 ‘근거 수집 평가를 위한 별도의 조직 마련’이었고, 그다음으로는 ‘건강증진사업의 긍정적 효과와 더불어 부정적 효과도 동시에 검토될 수 있는 지침 마련’, ‘공공부문에서의 지역주민의 적극적인 참여 강화’ 등의 우선순위가 낮은 것으로 나타났다.

〈표 4-2〉 근거에 기반한 건강증진사업을 위해 시급한 사업 순위

항목	순위	평균	중위수	최소값	최대값
근거생산을 위한 국내 전문가 및 연구자 훈련	1	8.3	8	4	10
근거활용을 위한 정보 보급 시스템 개발	2	8.1	8	4	10
건강증진사업의 근거 축적을 위한 연구개발 지원	2	8.1	8	5	10
표준화된 건강증진사업의 계획과정 마련	4	7.9	8	4	10
지역주민의 위험요인특성에 따른 건강증진사업의 효과 평가 기준 마련	5	7.6	8	4	10
근거생산을 위한 보건소 직원들의 교육훈련	6	7.5	8	3	10
근거생산을 위한 건강증진사업 과정 표준화	7	7.3	8	2	10
근거에 기반한 건강증진정책 결정과 액션이 이루어지는 과정 표준화	8	7.1	8	3	10
민간부문에서의 지역주민의 적극적인 참여 강화	8	7.1	8	4	10
현장에서 건강증진사업의 효과를 측정하는 기간을 표준화	10	7.0	6	4	10
공공부문에서의 지역주민의 적극적인 참여 강화	10	7.0	8	2	10
건강증진사업의 긍정적 효과 및 부정적 효과 측정을 위한 기준 마련	12	6.5	6	3	10
근거 수집 및 평가를 위한 별도의 조직 마련	13	6.2	6	2	10

주: 최종 응답한 28명에 대한 결과임.

제2절 공공부문 건강증진사업의 근거제공의 현황

1. 우리나라의 근거제공 database

우리나라에서 건강증진관련 근거를 검색할 수 있는 데이터베이스는 아래 <표 4-3>과 같다. 이 중에서 국립중앙도서관, 국회도서관, 한국교육학술정보원, 학술데이터베이스 검색 시스템은 다른 분야를 총괄한 일반적인 데이터베이스 시스템인 반면, 보건연구정보센터, 의약품연구정보센터, KoreaMed, 한국의학논문데이터베이스 등은 의학/보건학에 특화된 데이터베이스라고 할 수 있다.

<표 4-3> 국내 데이터베이스

이름(홈페이지)	설명
국립중앙도서관 (www.nl.go.kr)	국립중앙도서관 소장자료 검색 가능. 기본서지사항 검색은 가능하나 초록 등의 검색은 불가능함
국회도서관 (www.nanet.go.kr)	국회도서관소장자료 검색 가능. 기본서지사항 검색은 가능하나 초록 등의 검색은 불가능함
한국교육학술정보원 (www.riss4u.net)	정부(교육인적자원부) 출연기관인 한국교육학술정보원(KERIS)에서 제공하는 학술연구결과에 대한 검색서비스로서 국내 학회 및 대학부설연구소 발행 학술지 수록 논문 103만 건에 대해 원문 접근이 가능하고, 해외 학술지 수록 논문 2,723만 건에 대한 검색 및 원문 구독기관 정보 확인이 가능함. 또한, 국내 석박사 학위 논문 57만여 건과 내국인 해외취득 박사학위 논문 2만4천 건에 대한 원문이 제공됨. 학술연구정보서비스는 인문과학, 사회과학, 자연과학, 공학, 의학학, 예술/체육, 교육학의 8개 주제별로 정보 검색이 가능한데, 건강증진은 의학학/치료보건/공중보건학의 주제에 속해 있다. 특히, 의학학 분야의 경우 의학도서관협의회(MEDLIS)와의 연계로 187개 의학 관련 도서관의 목록 정보 및 기사 색인 정보가 제공되고 있음.

이름(홈페이지)	설명
학술데이터베이스 검색 (search.koreanstudies.net)	KISS(Korean Studies Information Service System) 학술지 원문 DB는 1996년 이후 국내 1,200여 개 학회 및 연구소에서 발행하는 학회지 및 연구 간행물을 창간호에서 최근호까지 원문 데이터베이스로 구축한 것임. 2005년 현재 90만 건의 논문, 약 1,400만 쪽 분량의 원문을 수록하였음. 또한 1,500여종의 단행본 e-book이 수록되어 있음.
보건연구정보센터 (www.richis.org)	한국과학재단에서 지원하는 데이터베이스로 간호/보건학 분야 기사색인 검색 및 학술지 원문 제공
의약품연구정보센터 (http://dric.sookmyung.ac.kr/idis/index.html)	국내 약학관련 학회에서 진행되는 30여종의 저널과 학술대회초록집, 국내 약학논문을 대상으로 구축된 원문 (FULL-TEXT) 데이터베이스로, 제목과 초록, 저자 등의 검색을 통해 논문의 초록과 원문 검색 가능
KoreaMed (www.koreamed.org)	대한의학학술지편집인협의회에서 국내 의학학술지 77종 논문의 영문 서지사항과 영문초록을 미국의 PubMed와 같은 기능으로 서비스 제공
한국의학논문데이터베이스(kmbase.medric.or.kr)	의학연구정보센터(MedRIC)에서 구축, 제공하고 있는 국내 의학학술지 초록검색으로 학술지 500여종, 20만 여 건에 대한 서지 및 초록 검색이 가능하며, 일부 학술지에 한하여 원문도 제공함.
건강증진사업지원단 (http://mchp.hp.go.kr/)	1998년부터 현재까지 건강증진기금으로 수행된 연구사업의 결과물들을 온라인으로 제공하고 있으며, 2007년 12월 현재 총 507건의 연구결과를 제공함.

2. 국민건강증진기금 건강증진사업의 근거제공의 유형

우리나라 건강증진사업지원단의 지원에 의한 건강증진연구과제들에 관한 정보는 건강길라잡이(<http://www.hp.go.kr/>)홈페이지와 건강증진사업지원단 홈페이지(<http://research.hp.go.kr/result/main.aspx>)를 통하여 제공된다. 건강증진사업지원단 홈페이지에서는 몇 가지 분류기준을 가지고 연구결과물들을 검색할 수 있도록 하고 있다. 사업대상과 건강증진사업현장, 건강생활실천의 분야별분류, 질병과 건강상태별 분류, 정책, 지원적 환경, 건강형평성 등 분야별 인덱스를 두어서 건강증진사업의 다양한 형태에 따라 검색할 수 있도록 하고 있다.

[그림 4-1] 건강증진사업지원단의 건강증진문헌검색 인덱스체계

인덱스 정렬 인덱스와 일치된 항목만 보기

총론				
연구성격	<input type="checkbox"/> 기초연구	<input type="checkbox"/> 응용연구	<input type="checkbox"/> 정책연구	
연구목적	<input type="checkbox"/> 건강생활실천	<input type="checkbox"/> 질병예방,관리	<input type="checkbox"/> 건강환경지원	
연구방법	<input checked="" type="checkbox"/> 실태조사	<input checked="" type="checkbox"/> 사례조사	<input checked="" type="checkbox"/> 비교조사	<input checked="" type="checkbox"/> 추적조사
	<input type="checkbox"/> 기존자료분석	<input type="checkbox"/> 문헌연구		
연구결과	<input checked="" type="checkbox"/> 프로그램, 모형개발	<input type="checkbox"/> 전략 및 정책방안	<input type="checkbox"/> 정보화 시스템 구축	<input type="checkbox"/> 실태파악 및 분석
	<input type="checkbox"/> 평가방법 및 체계	<input type="checkbox"/> 사업평가	<input type="checkbox"/> 추계 및 전망	
건강증진대상				
<input type="checkbox"/> 생애주기별대상	<input type="checkbox"/> 영유아	<input type="checkbox"/> 아동,청소년	<input type="checkbox"/> 성인	<input type="checkbox"/> 노인
<input type="checkbox"/> 성별	<input type="checkbox"/> 남성	<input type="checkbox"/> 여성		
<input type="checkbox"/> 사회적 대상	<input type="checkbox"/> 외국인	<input type="checkbox"/> 장애인	<input type="checkbox"/> 미혼모	<input type="checkbox"/> 저소득층
	<input type="checkbox"/> 근로자	<input type="checkbox"/> 노숙자		
<input type="checkbox"/> 의학적대상	<input type="checkbox"/> 환자	<input type="checkbox"/> 임산부		
건강증진현장				

건강증진현장				
<input type="checkbox"/> 교육현장	<input type="checkbox"/> 유치원,보육시설	<input type="checkbox"/> 초등학교	<input type="checkbox"/> 중학교	<input type="checkbox"/> 고등학교
	<input type="checkbox"/> 대학교	<input type="checkbox"/> 사회교육시설		
<input type="checkbox"/> 지역사회	<input type="checkbox"/> 도시	<input type="checkbox"/> 농산촌	<input type="checkbox"/> 여촌	<input type="checkbox"/> 공업지
<input type="checkbox"/> 사업장				
<input type="checkbox"/> 보건의료시설				
<input type="checkbox"/> 사회시설	<input type="checkbox"/> 교정시설	<input type="checkbox"/> 사회복지시설		
<input type="checkbox"/> 가정				

<input type="checkbox"/> 건강생활실천				
<input type="checkbox"/> 금연	<input type="checkbox"/> 간접흡연			
<input type="checkbox"/> 절주				
<input type="checkbox"/> 식품과 영양				
<input type="checkbox"/> 신체활동				
<input type="checkbox"/> 약물				
<input type="checkbox"/> 성보건				
<input type="checkbox"/> 모자보건	<input type="checkbox"/> 모유수유	<input type="checkbox"/> 임신과 출산	<input type="checkbox"/> 임신중절	
<input type="checkbox"/> 정신보건	<input type="checkbox"/> 스트레스	<input type="checkbox"/> 중독	<input type="checkbox"/> 퇴행성정신질환	<input type="checkbox"/> 정신 장애
	<input type="checkbox"/> 기타정신병			
<input type="checkbox"/> ■건강				

<input type="checkbox"/> 질병과 신체상태				
<input type="checkbox"/> 암				
<input type="checkbox"/> 만성질환	<input type="checkbox"/> 당뇨	<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 뇌심혈관	<input type="checkbox"/> 관절질환
	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 기타만성질환	
<input type="checkbox"/> 감염성질환	<input type="checkbox"/> 간염	<input type="checkbox"/> 결핵	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Influenza
	<input type="checkbox"/> STI	<input type="checkbox"/> 해외유입전염병	<input type="checkbox"/> 폐렴	<input type="checkbox"/> 기생충감염

<input type="checkbox"/> 암				
<input type="checkbox"/> 만성질환	<input type="checkbox"/> 당뇨병	<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 뇌심혈관	<input type="checkbox"/> 관절질환
	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 기타만성질환	
<input type="checkbox"/> 감염성질환	<input type="checkbox"/> 간염	<input type="checkbox"/> 결핵	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Influenza
	<input type="checkbox"/> STI	<input type="checkbox"/> 해외유입전염병	<input type="checkbox"/> 폐렴	<input type="checkbox"/> 기생충감염
	<input type="checkbox"/> 기타감염성질환			
<input type="checkbox"/> 생활습관질환	<input type="checkbox"/> 비만	<input type="checkbox"/> VDT중후군		
<input type="checkbox"/> 허위, 선천성질환				
<input type="checkbox"/> 구강보건	<input type="checkbox"/> 불소화			
<input type="checkbox"/> 신체능력 및 발달	<input type="checkbox"/> 발달	<input type="checkbox"/> 노화	<input type="checkbox"/> 장애	<input type="checkbox"/> 시력, 청력

<input type="checkbox"/> 정책 및 인프라				
<input type="checkbox"/> 정책, 법제도				
<input type="checkbox"/> 사회자원	<input type="checkbox"/> 사회시설자원	<input type="checkbox"/> 사회인적자원	<input type="checkbox"/> 사회재원	
<input type="checkbox"/> 건강증진사업	<input type="checkbox"/> 걸진	<input type="checkbox"/> 교육, 홍보, 행사	<input type="checkbox"/> 재가 방문	<input type="checkbox"/> 국가관리
	<input type="checkbox"/> 예방접종			
<input type="checkbox"/> 정보화				
<input type="checkbox"/> 보건통계	<input type="checkbox"/> OECD 통계			
<input type="checkbox"/> 건강결정요인	<input type="checkbox"/> 위험요인	<input type="checkbox"/> 건강행위	<input type="checkbox"/> 건강지표	<input type="checkbox"/> 사망원인
<input type="checkbox"/> 보건사회경제				
<input type="checkbox"/> 보건의료시스템	<input type="checkbox"/> 1차의료	<input type="checkbox"/> 보건소, 보건지소	<input type="checkbox"/> 공공의료	<input type="checkbox"/> 민간의료
	<input type="checkbox"/> 재가요양			

<input type="checkbox"/> 건강지원환경				
<input type="checkbox"/> 사고예방	<input type="checkbox"/> 낙상	<input type="checkbox"/> 폭력	<input type="checkbox"/> 교통안전	
<input type="checkbox"/> 재난 및 응급				
<input type="checkbox"/> 건강도시				
<input type="checkbox"/> 식품안전				
<input type="checkbox"/> 환경보건	<input type="checkbox"/> 공기	<input type="checkbox"/> 물	<input type="checkbox"/> 기타환경	

☐ 정책 및 인프라				
<input type="checkbox"/> 정책, 법제도				
<input type="checkbox"/> 사회자원	<input type="checkbox"/> 사회시설자원	<input type="checkbox"/> 사회인적자원	<input type="checkbox"/> 사회재원	
<input type="checkbox"/> 건강증진사업	<input type="checkbox"/> 검진	<input type="checkbox"/> 교육, 홍보, 행사	<input type="checkbox"/> 재가 방문	<input type="checkbox"/> 국가관리
	<input type="checkbox"/> 예방접종			
<input type="checkbox"/> 정보화				
<input type="checkbox"/> 보건통계	<input type="checkbox"/> OECD통계			
<input type="checkbox"/> 건강결정요인	<input type="checkbox"/> 위험요인	<input type="checkbox"/> 건강행위	<input type="checkbox"/> 건강지표	<input type="checkbox"/> 사망원인
<input type="checkbox"/> 보건사회경제				
<input type="checkbox"/> 보건의료시스템	<input type="checkbox"/> 1차의료	<input type="checkbox"/> 보건소, 보건지소	<input type="checkbox"/> 공공의료	<input type="checkbox"/> 민간의료
	<input type="checkbox"/> 재가요양			

☐ 건강지원환경				
<input type="checkbox"/> 사고예방	<input type="checkbox"/> 낙상	<input type="checkbox"/> 폭력	<input type="checkbox"/> 교통안전	
<input type="checkbox"/> 재난 및 응급				
<input type="checkbox"/> 건강도시				
<input type="checkbox"/> 식품안전				
<input type="checkbox"/> 환경보건	<input type="checkbox"/> 공기	<input type="checkbox"/> 물	<input type="checkbox"/> 기타환경	

☐ 건강형평성				
<input type="checkbox"/> 의료접근성				
<input type="checkbox"/> 경제형평성				

☐ 대체보완의학				
<input type="checkbox"/> 한방				
<input type="checkbox"/> 대체치료	<input type="checkbox"/> 음악치료	<input type="checkbox"/> 미술치료	<input type="checkbox"/> 놀이치료	<input type="checkbox"/> 작업치료
<input type="checkbox"/> 건강제품	<input type="checkbox"/> 건강보조식품	<input type="checkbox"/> 건강보조기구		

자료 : 건강증진사업지원단 결과물 검색창 <http://research.hp.go.kr/result/main.aspx>

3. 건강증진사업 근거에 대한 DB의 제공의 문제점

우리나라 건강증진사업의 근거에 대한 정보는 자료의 유형에 따라서 데이터베이스에서 자료를 찾을 수 있도록 하는 데 그치는 경우가 많다. 따라서 찾은 자료를 기초로 하여 연구자들이 개별적으로 근거를 판단할 수밖에 없는 상황이 발생하게 된다. 즉 건강증진사업의 근거에 대해서 충분한 정보를 줄 수 있는 국내 시스템은 없다고 할 수 있다.

건강증진분야의 다학제적인 성격을 감안하여 관련된 웹사이트를 찾을 수 있도록 링크하는 기능도 필요하다. 현재의 우리나라 건강증진사업분야가 매우 확대된 개념임에도 불구하고 관련된 문헌을 검색하기 위해서는 국회도서관이나 학술정보원과 같은 일반적인 도서정보 시스템에서 개별연구자들이 찾아야 한다.

건강증진사업의 근거를 찾기 위해서는 전문적인 사서의 도움이 필요한 경우가 많다. 왜냐하면 건강증진분야의 관련용어는 빠르게 변화하고 또 그 범위가 넓은 관계로 다양한 검색어를 활용한 검색방법을 도입하는 것이 권고된다⁶⁴⁾.

건강증진사업의 정량적 평가뿐만 아니라 정성적인 평가에 기초한 근거의 생산체계가 없는 실정이다. 건강증진사업의 특성상 사업의 과정에 투입된 요소에 대한 상세한 평가가 중요하다. 인구학적인 특성과 자발적인 참여, 사업실행의 현장, 관련된 이론의 활용정도, 투입된 자원과 공급자 특성 등도 고려되어야 할 사항이다. 이러한 사항들을 고려하여 근거를 도출하는 체계가 필요하다.

64) The Cochrane collaboration, Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions, April, 2005.

제3절 근거의 활용을 위한 민간부문 건강증진사업 참여유형 및 협력방안⁶⁵⁾

1. 민간 부문 참여논의 배경과 필요성

가. 논의배경

1995년에 국민건강증진법이 제정된 이후, 정부는 2003년에 수립한 ‘국민 건강증진 종합계획 2010’을, 그간의 환경변화에 맞춰 2005년에 다시 수정 보완하는 것을 계기로 건강증진 사업의 내실을 기하겠다는 의지를 보이고 있다. 그동안 국내 건강증진사업은 건강증진기금이라는 안정적인 재원을 바탕으로 양적 성장을 거듭해왔으며, 지역단위에서의 인식과 역량도 향상 되는 가운데, 건강증진에 대한 국민의 수요 또한 확대일로에 있어, 정책적 중요성은 지속적으로 높아질 전망이다.

그러나 한편으로는 그간의 사업현황을 고려할 때, 양적인 성장에 걸맞도록 내실있는 발전을 꾀하는데 있어 극복해야할 여러 당면과제들이 제기되고 있어 이를 타개할 전략적 전환과 다양한 방안모색이 필요한 시점에 있다. 향후 건강증진사업 추진과정에서 타개해야할 과제로서 손꼽히는 부분은, 확대되고 있는 국민수요에 부응하기 위해 건강증진 사업인프라를 어떻게 확충할 것인가의 문제라 할 수 있으며 이는 그간 보건소라는 공공조직 중심의 건강증진사업이 여러 이유로 한계에 부딪히면서 가장 시급한 현안과제가 되고 있다. 외국의 선진사례에서 보듯이 건강증진 사업은 지역 및 사회개발 차원에서 능동적인 자원동원과 활용이 병행되어야 함에도 불구하고, 공조직 중심으로 진행하다보니 공조직의 역량에 대한 한계가 그대로 건강증진사업에 있어 역량의 한계로 이어지고 있다는 지적이 바로 그것이다(이선희 등, 2007).

65) 본절의 기술은 다음의 발표원고를 토대수정보완되었으며 일부 내용은 해당 문헌에서 발췌, 인용하였음.

이선희, 민간부문의 건강증진 서비스 확충과 발전방안 대한보건협회 주관 심포지움 발표원고 2007. 5.4

사회개발의 한 축으로서 민간부문의 참여 문제는 특히 민간자원이 압도적 비중을 차지하고 있는 국내 보건의료체계의 특성상 어느 부문에 비해 중요성이 높다고 할 수 있다. 그러나 그동안 공공보건 사업 분야에서 지속적으로 제기되었던 쟁점으로서 민간참여 문제가(안형식, 1998; 배상수, 2000; 이선희, 1998; 2005) 건강증진 분야의 경우엔 일찍부터 광범위한 공감대를 얻으면서 주장되었음에도 불구하고(변종화, 1996, 보건복지부, 2005) 민간부문을 개발하고 참여시키려는 적극적인 시도는 극히 미약하였으며, 민간참여 주장을 구두선으로 만드는 제도적, 법적 장치의 개선에는 일보의 진전도 보이지 않고 있는 그간의 현실이 이러한 문제점을 단적으로 증거하고 있다.

사업인프라와 기술력을 갖춘 사업제공 주체가 형성되지 않은 한, 목표달성을 위한 재원투입의 효과는 반감될 수밖에 없으며, 풍부하고 창의적인 민간자원을 개발동원하지 않는 한, 국내 건강증진 사업의 고질적인 병폐로서 인적 자원과 기술력 부족은 제대로 해소되지 않을 것이다. 건강증진 분야에서 민간참여가 갖는 이러한 전략적 중요성에 반해, 최근 수정된 국민건강증진 종합계획의 수정보완 보고서(서미경 등, 2006)에서도 이과제가 충분하게 다뤄지지 않고 있어 추후 적극적 보완이 필요하다고 판단되며 본고에서는 건강증진 부문에 있어 민간의 참여 가능성과 방안에 대해 검토해보고자 한다.

나. 민간부문 참여의 필요성

전통적으로 공공주체가 담당하던 역할에 대해 민간참여를 제기하는 이슈는 1990년대 들어 세계적인 추세로서 본격적으로 제기되기 시작하였으며 신공공관리(New Public Management)라는 신조류로 체계화되면서 민영화와 민간위탁의 행정모형을 확산시키는 이론적 토대가 되었다(황혜신, 2006). 이는 나아가 세계 각국에서, 작지만 효율적인 정부, 성과중심의 정부, 고객지향적인 정부를 지향하는 행정개혁과 공기업 혁신 운동으로 이어지고 있으며 더 이상 당파적이거나 이데올로기적인 이슈가 아니라 공공서비스 관리에 대한 실용적이고 일상적 접근방법으로 정착되고 있다(Savas, 2001).

민간참여의 적극적 형태인 민영화 또는 민간위탁의 당위성에 대해 Savas(1987)는 다음의 4가지 이유를 제시한다. 즉 실용주의적 요인으로 미시적 동기에 민감한 민간주체가 담당할 경우 더욱 효율적 생산이 가능하다는 점, 이념적 요인으로서 공공부문의 지나친 팽창은 개인의 자유를 제약하며 정부의 결정은 정치적으로 결정되는 경우가 많으므로 시장체제에 의한 결정보다 신뢰도가 낮다는 것, 산업적 요인으로서 정부지출이 국가경제에 큰 몫을 차지하는 것을 고려할 때, 경영기법이나 예산운용이 보다 효율적인 민간부문이 사회적 자산을 운용함으로써 산업적 편익과 기회를 창출해야 한다는 점, 마지막 요인인 대중적 요인으로서 고객지향적 행정과 더 나은 사회의 실현을 위해 국민들에게 공급자 선택을 포함하여 보다 많은 선택권이 주어져야 하며 그들과 거리감이 적은 지역사회 및 민간조직에게 제공기회를 부여하는 것이 만족도를 높일 수 있다는 것 등이 주요 골자이다. 최근 들어선, 국민의 공공서비스에 대해 높아진 기대욕구에 부응하기 위한 방안으로서 민간부문의 자원과 기술, 전문성을 활용하여 가용자원의 범주를 확대한다는 취지의 민간제휴 필요성이 주목을 받고 있다(DeLeon & Denhardt, 2000).

이러한 민간부문의 역할론, 또는 민영화로 표현되는 흐름은, 전통적으로 공공재로 분류되던 사회서비스 전반에 걸쳐 광범위하게 받아들여지고 있으며(인경석, 2000), 보건분야와 가장 유사성을 가진 사회복지 분야에서조차 이미 '복지다원주의'라는 입장으로 사회복지 공급주체로서 국가에의 의존에서 탈피하여 영리부문, 비공식 부문 등으로의 확대가 필요하다는 주장이 1980년대 이후 현장에서 적극적으로 수용되어왔다(조준, 2005)

국내 보건의료 분야에서는 그간 보건의료 인프라의 공급주체를 놓고 광범위한 논쟁이 있어 왔으나(김창엽, 2001; 이규식, 2001; 정우진, 2004) 이러한 논의의 주요 기초가 공급주체로서 공공과 민간의 우위에 대한 인식 및 가치의 문제에 초점이 맞춰지면서 이념적 지향성과 연계되다 보니, 생산적인 논의로 발전하지 못했던 측면이 있다. 그러나 건강증진 분야의 경우, 이념적 지향성을 떠나 동원가능한 자원대안이 제약되어있는 현실조건을 고려할 때, 실용적인 관점을 중심에 둘 필요가 있다고 판단되며, 이러

한 입장은 다른 보건의료 분야에 비해 상대적으로 광범위한 공감대를 얻고 있다고 판단된다. 이러한 기조는 역대 WHO 건강증진에 관한 국제회의에서 민간과의 협력 또는 민간참여의 필요성이 지속적으로 강조해온 것에서도 확인할 수 있으며 특히 자카르타 선언(1997)과 방콕선언(2005)에서는 비중 있는 전략적 접근으로 제안된 바 있다.

그간의 논의를 종합하여 건강증진 분야에서 민간부문의 참여가 활성화되어야 하는 논거를 정리해보면 다음과 같다(이선희, 2007).

첫째, 건강증진은 개개인의 생활양식이나 사회문화적 변화가 병행되어야 하며 이러한 변화는 정부나 공공조직의 노력만으로 성취하기 어렵다. 지역사회 단위의 다양한 인프라가 종합적으로 연계되어야 하며 이러한 과정에서 민간부문의 공식, 비공식 조직의 활용과 참여는 필수적이다.

둘째, 건강증진은 다학제적 접근이 불가피하며 다양한 분야의 이론과 실천적 방법론이 동원되어야 한다. 이를 위해선 민간 부문의 풍부한 전문성과 기술역량 그리고 창의적이며 혁신적인 사고체계와 동인이 필요하다(Reich MR, 2000).

셋째, 인구구조와 질병양상을 고려할 때, 건강증진과 만성 퇴행성 질환은 연장선상에 놓여 있으며 예방과 질환치료 과정이 유기적으로 연계되어야 한다. 국내 의료공급체계의 특성상 압도적인 비중을 차지하고 있는 민간병원이 질병치료를 맡고 있는 현실에서 이들 민간 공급부문을 건강증진과 연계시키는 것은 건강증진의 확산과 실천의 중요한 관건이 될 것이다.

넷째, 공공부문에서도 건강증진 서비스 제공체계를 구축하기 위해선 추가적인 인적, 물적 자원투입을 필요로 한다. 새롭게 자원투입을 할 경우, 공공부문의 경직된 운영구조에 비해 서비스 제공능력에 따라 조정과 퇴출이 가능한 민간부문의 자원을 활용하는 것이 효율적이고 보다 높은 서비스 질을 확보할 수 있을 것이다. 이는 공공과 민간부문의 비교우위를 논할 때, 일반적으로 제시되는 입장이기도 하다.

다섯째, 생명공학 및 건강의료 산업은 미래사회의 산업적 동력으로 평가받고 있으며 많은 선진국가들에서 전략적 투자를 집중하는 무공해 미래산업이

다. 민간부문의 산업적 동인을 건강증진 분야에 끌어들이는 경우, 복지적 차원의 접근을 넘어 새로운 사업영역을 개발해냄으로써 민간의 고용을 증대시키고 경제활성화에 긍정적 기여를 할 수 있다(Davies R, 1998).

다. 민간부문 참여유형과 접근모형

1) Savas(1989) 분류에 의한 참여유형

높은 기대수준과 함께 복잡해지는 사회서비스에 대한 대중적 요구에 부응하는데 있어 종전의 정부가 직접 제공하는 방식으로는 한계가 노정됨에 따라, 대부분의 나라들이 사회 및 복지서비스는 물론이고 공공서비스 부문에 이르기까지 민간의 역량을 활용하려는 시도들이 대세가 되어가고 있다. 공공서비스 제공방식에 대해선 다양한 유형분류들이 시도된 바 있으나, 가장 전통적인 분류로서 광범위하게 활용되고 있고 보건의료 서비스 분야에도 응용할 수 있는 Savas(1989)의 분류를 중심으로 살펴보고자 한다.

① 유형별 정의

Savas(1989)는 재화와 서비스 제공방식을 소비자, 생산자와 배열자의⁶⁶⁾ 세 주체에 기초하여 파악하고 있으며 이중 생산자와 배열자의 각 조합에 따라 <표 4-4>와 같이 10가지 유형으로 제시한 바 있다. 이중 민간의 역량을 활용하는 방식으로는 정부가 배열자이고 민간이 생산자인 방식이 흔하게 활용되고 있으며 주요 유형과 개념을 살펴보면 다음과 같다.

- 민간위탁 : 정부가 주민에게 직접 제공하던 서비스를 민간기업이 정부를 대신하여 주민에게 제공하고 정부가 그에 대한 대가를 기업에 지불하는 방식

66) 생산자란 재화나 서비스를 실질적으로 생산하거나 소비자에게 직접 제공하는 주체를 의미하며, 배열자는 소비자에게 생산자를 또는 생산자에게 소비자를 배정하는 주체를 의미함(Savas, 1999)

- 프랜차이즈 : 정부가 배열자로서 제한적으로 특정 민간기업에게 서비스를 생산하고 공급할 수 있는 권리를 부여하는 방식
- 보조금 : 정부가 사회적으로 외부효과를 가진 재화나 서비스에 대해 그 생산과 소비를 시장에서 이루어지는 균형보다 확대하기 위해 생산자를 재정적으로 지원해주는 방식

〈표 4-4〉 공공 서비스 제공방식

생산자 (Product)	배열자 (Arranger)	
	공 공	민 간
공공	<ul style="list-style-type: none"> • 정부서비스 • 정부간 협정 	<ul style="list-style-type: none"> • 정부응찰
민간	<ul style="list-style-type: none"> • 민간위탁 • 프랜차이즈 • 보조금 	<ul style="list-style-type: none"> • 시장 • 자원봉사 • 자급자족 • 구매권

자료: Savas ES. "A Taxonomy of Privatization Strategies," Policy Studies J., Winter, 1989-90, vol.18, no.2, 343~355

민간이 배열자이고 민간이 생산자인 경우에는 시장, 구매권, 자원봉사, 자급자족의 방식이 있으며 그 개념을 보면 다음과 같다.

- 시장: 수요와 공급에 의해 재화와 서비스가 공급되는 현상
- 구매권: 소비자를 재정적으로 보조하여 특정 재화나 서비스를 구매하도록 유인하는 장치
- 자원봉사: 사회단체 등의 자발적인 노력에 의해 일정한 서비스 등이 소비자에게 생산되어 공급되는 형태
- 자급자족: 소비자가 자신이 필요로 하는 재화나 서비스를 스스로 생산하여 자신에게 공급하는 방식

② 건강증진 분야에서의 참여 유형

위에서 소개한 Savas의 분류를 활용하여 건강증진 분야의 주요 활동 유

형별로 민간부문이 참여할 수 있는 가능성을 검토해보면 <표 4-5>와 같다. 우선 민간위탁 방식은 건강증진의 제반 활동에 걸쳐 가장 폭넓게 활용될 수 있는 방식으로 평가된다. 민간위탁 기관으로는 현재 대학 등 전문기관들이 주요 활동들을 담당하고 있으나 그 외 기업이나 벤처사업자 등이, 정부의 활용 의지에 따라 참여할 수 있는 또다른 대안이 될 수 있겠다.

그 외 새롭게 검토할 수 있는 방안으로서 프랜차이즈 방식을 고려해볼 수 있는바, 프랜차이즈가 민간 위탁과 구별되는 차이점은 일정 서비스 라인에 대해 공급독점을 갖는다는 점이다. 예를 들면 금연클리닉만 전문으로 하는 벤처사업자가 각 지역마다 또는 계약된 다수의 산업장에 금연클리닉을 개설하고 운영하는 권한을 갖게 되는 경우가 이에 해당한다. 프랜차이즈 방식을 도입할 경우, 서비스 전문성이 높아지고 운영노하우 향상으로 서비스 제공에 소요되는 원가가 절감되어 궁극적으로 사업의 효율성을 높이게 되는 장점이 있다.

보조금의 경우 민간 병의원이나 역량을 가진 민간 사업자에게 건강증진 활동을 하도록 유도하는 효과를 기대할 수 있다. 예를 들면 직원들의 건강증진 활동에 노력하는 사업장의 경우 세제혜택이나 각종 정부보조금을 받을 수 있는 우선순위를 부여하는 방식으로 보조금을 활용해볼 수 있겠다. 구매권의 경우엔 현재 건강보험관리공단에게 검진비용을 지원하면서 소비자들이 원하는 의료기관을 방문하여 검진을 받도록 하는 방식에서 이미 활용되고 있다. 이를 개인상담(예: 체성분 검사 및 운동상담 등)이나 예방접종 등에 대해 확대할 수 있으며 가용 재원이 늘어날 경우 다양한 건강증진 서비스 범위로 확대해볼 수 있는 방안이라고 생각된다. 자원봉사의 경우, 사회적으로 자원봉사에 대한 관심과 참여가 늘고 있음을 고려할 때, 은퇴한 전문가들을 포함하여 다양한 자원봉사자들을 개발할 경우, 건전한 민간자원을 활용할 수 있는 대안으로 가능성이 있다고 판단된다.

〈표 4-5〉 건강증진 활동 유형별 민간참여 방식

활동유형	민간 위탁	프랜 차이즈	보조금	시장	구매권	자원 봉사
집단교육	○					○
개인교육	○	○	○			
개인상담	○	○			○	
매체를 통한 정보제공	○	○				○
온라인 정보제공	○	○		○		
방문서비스	○	○	○			○
홍보 및 사회마케팅(캠페인)	○	○				
예방접종	○	○	○	○	○	
검진	○	○		○	○	
질병치료	○	○		○		
담당자 훈련	○	○				
조사 및 연구	○					
사업기획 및 평가	○					

2) 외국사례에 근거한 민간부문 참여모형 분류

위에서 언급한 Savas의 분류는 정부의 정책수단과 정책적 접근의 틀을 기준으로 범주화하였기 때문에 정책접근방안을 수립하는데 있어서는 유용한 분류가 될 수 있으나, 실제로 현장에서는 언급한 분류가 혼재되어 활용되기도 하고 협력여건에 따라서 이들 범주에 포함시키기 어려운 참여 사례들이 상당수 있다. 특히 국내에 비해 외국의 건강증진 분야에서는 민간부문의 참여 또는 공공과의 협력관계들이 보다 광범위하게 모색되어온 관계로 외국사례들에서 발견되는 참여모형들은 매우 다양한 스펙트럼을 보이고 있다. 최근엔 민간부문의 주체적인 역량과 동력을 산업적 차원으로 연계하는 방식들을 포함하여 좀더 적극적이고 다원화된 형태로 협력사업들이 확대되고 있는 추세이다. 따라서 Savas의 분류와는 별도로, 외국사례에서 보여지는 다양한 협력 사례들에 대해, 참여주체들의 특성들을 기준으로 범주화해보는 것도 국내 민간부문 참여전략을 수립하는데 유용한 정보가 될 수

있을 것으로 판단되며 참여모형들을 구분, 범주화하면 다음과 같다.

① 민간 사업자(private agency)의 참여방식

독립된 경영주체이자 영리목적으로 결성된 조직이, 건강증진 관련 서비스를 제공할 수 있는 능력을 확보하고 기업활동 차원에서 건강증진 서비스 공급자로서 활동하는 경우를 지칭한다. 미국의 경우, 만성 퇴행성 질환의 관리나 건강증진 관련 서비스 제공능력을 갖춘 광범위한 공급자시장(예: 각종 disease management agency)이 형성되어 있고 이들 민간사업자들이 공급기반의 주요 축을 구성하고 있다.

② 비영리 조직 또는 비정부단체의 참여

사회봉사를 목적으로 구성된 자원봉사자 조직 또는 비정부단체들이 건강증진사업에 사업파트너로 참여하여 부분적으로 또는 프로그램 전체를 관장하는 유형을 이범주로 구분해볼 수 있겠다. 일시적 행사나 캠페인 형태의 프로그램 사업에서 자주 볼 수 있는 유형이며, 유럽의 경우엔 ‘건강도시’ 프로젝트 등에서 전통적으로 발전해온 민간부문과의 협력모형이라고 할 수 있다.

③ 민관공동의 새로운 실행조직 구성

공공과 민간이 제3의 독립된 사업조직을 구성하여 공동으로 건강증진사업을 수행하는 경우에 해당한다. 1990년대부터 미국이 그간 공중보건사업이 직면하게 된 한계를 극복하기 위해, 새로운 사업방식을 모색하는 과정에서 기존과는 다른 방식의 공중보건 인프라 구축을 시도한 바 있고 이러한 경험들로부터 개발된 사업조직이라고 할 수 있다. 공공조직의 구성원들과 민간조직이 공동으로 건강증진 등 특정 목적을 추구하는 공급인프라를 구성하고 전담예산을 부여받아 사업을 전개하는 한편, 근거법률까지

제정해가는 등 광범위한 활동으로 과거 공공조직이 담당하는 역할까지 수행한 경험들이 보고되고 있다.

④ 사업장 프로그램을 통한 기업의 참여

지역보건사업 분야에서 전통적으로 선호해오던 현장중의 하나가 사업장 근로자들에 대한 접근이라고 할 수 있으며, 건강증진사업 역시 오래전부터 사업장 근로자 대상 프로그램 운영이 중요한 접근방식의 하나로서 활용되어 왔다. 사업의 효과성과 효율성을 고려할 때, 사업장 대상 건강증진 프로그램의 유용성은 더욱 높아질 전망이다. 민간부문의 중요한 참여통로로서 더욱 적극적이고 다양한 방식의 프로그램들이 시도되고 있다. 최근의 사업장 프로그램은 기업들의 비용효과에 대한 인식을 높여 자발적 참여를 촉진시키는 한편, 정부가 다양한 기업활동 지원이라는 인센티브를 부여하면서 정책적으로 유도함에 따라 과거보다도 적극적이고 수용성이 높은 프로그램들이 도입되는 추세이다.

⑤ 건강관련 산업의 사업 연관 프로그램으로서 참여

이 유형은 건강증진이 단순히 공중보건사업의 하나를 넘어서 기업활동의 적극적 전략방안으로서 활용되게 하자는 개념이며 기업의 사업확대나 신규상품 개발 등에 건강증진의 개념을 적극 반영하여 사업영역을 추진하는 방식이라고 할 수 있다. 이러한 변화는 건강증진사업에서의 건강한 환경조성의 목표와도 부합되며 지역사회 및 주민들이 생활하는 사회문화적 환경을 건강친화적으로 바꾸는 노력과도 연계될 수 있다. 이러한 노력의 예로서 지역내 식당, 식품판매업 등 관련 산업과의 연계작업이 다양한 형태의 시범프로젝트로 시도되고 있으며 대표적으로 Heartbeat Yorkshire programme 등에서 볼 수 있듯이 지역내 식당에게 건강친화적인 메뉴를 제공하도록 권장유도함으로써 지역주민들의 영양개선을 꾀하는 방식이 이러한 참여유형의 표본이 될 수 있겠다.

⑥ 기업의 사회봉사 차원에서의 참여

기업이 이윤의 사회환원 차원에서 전개하는 다양한 공익적 활동에 건강증진 개념을 접목시켜 기업의 공익적 활동목표에도 부합하고 기업의 금전적, 비금전적 자원을 사회의 건강증진 확대에도 기여하자는 취지의 접근방안이다. 기업들이 아프리카 등 개발도상국 국가의 AIDS 퇴치에 다양한 지원을 하도록 연계를 모색하거나 금연 및 금주캠페인 등 사회의 공익활동에 스폰서 또는 캠페인 주체로서 활동할 수 있도록 연계망을 구축하는 경우가 이에 속할 수 있다.

⑦ 대학 등 학술기관의 참여

상당수에 속하는 민간 대학과 학술기관을 건강증진의 사업주체로 활용하는 예이며 이미 전통적으로 가장 오랜 기간 건강증진의 사업파트너가 되어 왔을 뿐만 아니라, 그 역할과 중요성이 더욱 높아지고 있는 방식이라고 할 수 있다. 다만 역할에 있어 과거의 방식은 지식개발과 보급, 학술적 리더십의 역할을 수행해왔다면 최근에는 전통적 역할에 더하여 서비스 공급조직으로서의 역할에 이르기까지 활동범위가 적극적인 내용으로 확대되고 있는 점이 변화양상으로 주목되는 점이다.

라. 민간의 건강증진 참여모형에 대한 외국의 경험과 사례

위에서 제시한 참여모형별 분류에 따라 외국의 주요 사례와 경험을 소개하면 다음과 같다.

1) 민간 사업자(private agency)의 참여방식

① 사례소개: Disease Management Program

□ 배경

만성퇴행성 질환에 효과적으로 대처하기 위해 전략적 접근이 필요하다

는 인식하에, 미국에서는 이에 대한 대안으로서 다양한 형태의 care management/ disease management (이하 DM) 프로그램들이 도입되고 있다. 이들 프로그램이 종전의 질병예방 및 관리 프로그램과 차별화되는 특징으로는 첫째, 프로그램 내용이 과학적 근거에 따라 체계적이고 포괄적인 내용의 관리과정으로 강화되었으며 둘째, 이를 담당하는 사업주체가 보다 전문적이고 책임있는 형태의 공급조직이라는 점을 꼽는다. DM은 만성퇴행성 질환의 효과적 관리를 목적으로 개발, 적용되기 시작하였으나, 만성퇴행성 질환의 관리대상 범주가 고위험 인구집단에서부터 일반 건강한 집단의 건강증진과 질병예방에 이르기까지 광범위하다는 점에서 대부분 프로그램에 건강 위험요인 관리 및 질병예방 노력을 담고 있다.

□ DM 프로그램의 개요

－ 정의

DM은 서비스 분절화 및 불필요한 서비스 제공을 최소화하고, 피할 수 있는 합병증을 예방하며 환자 자기관리 능력을 향상시키기 위해 서비스를 조정관리하는 체계적인 노력으로 정의된다.

－ DM 유형

- medical vs long-term oriented: 프로그램에 따라 복합적인 질병상태를 대상으로 하거나 영양수요를 가진 노인 또는 비노인계층을 대상으로 구분된다.
- targeted disease: 특정 질병을 대상으로 프로그램들이 개발되고 있다. (예로 14개 주에서는 천식, 다른 14개주에서는 당뇨와 심부전 환자들을 대상으로 프로그램이 개발되고 이들 프로그램에 대해 의료급여에서 현물서비스를 제공한다.) 최근엔 특정 건강문제 등을 개선하기 위한 영역에 이르기까지 관리주체가 확장되고 있다.
- 중재적 노력: 중재의 종류에 따라 교육적 노력, 또는 약물관리, 1:1 심층관리 등 프로그램 종류가 달라질 수 있다.

– DM 운영개요

- DM 프로그램의 주요 재원은 주정부의 사업이나 저소득층 의료보장에 해당하는 Medicaid 운영재원으로 조달된다. 주정부나 Medicaid 조직에서는 DM 서비스조직에게 위탁하여 해당 관리지역의 주민들에게 만성퇴행성 질환 예방 및 관리 서비스를 받도록 지원하며 서비스 패키지 또는 관리 주민 1인당 예산을 지원하는 방식으로 위탁의뢰한다.
- DM 서비스 조직은 예산 규모에 따라 서비스 패키지에 대상자별 건강수요 평가, 질환발견시 진료의뢰 및 치료, 교육과 중재서비스, 모니터링과 상태 평가 등의 서비스를 계획, 제공하며, 계약을 의뢰한 공공조직에서는 DM 서비스 조직들의 성과를 정기적으로 평가하여 계속 계약 여부를 결정하고 성과가 미흡할 경우엔 다른 DM 서비스 조직으로 전환하기도 한다. 미국의 민간보험연합회의 통계에 따르면 HMO의 과반수 이상이 DM을 채택하고 있고 70%이상의 기관들이 DM 예산을 확대할 계획을 가지고 있는 것으로 보고되고 있다
- 진행과정을 살펴보면 주정부가 DM 공급업체와 계약하게 될 경우, DM 공급업체에 속한 담당간호사가 방문하여 대상자의 건강필요를 평가한 후, 대상자에 맞는 관리 프로그램을 설계한다(방문횟수, 서비스 내용과 양 등). 대상자는 정기적인 방문을 통해 서비스를 받는 한편, 교육매체를 통한 1:1교육, 전화상담 창구를 활용할 수 있으며 주기적으로 건강상태 변화를 평가받고 이러한 관리내용과 성과는 주정부에 정기적인 결과로 보고된다. DM 공급업체에 따라 규모가 큰 경우엔 자체 의료기관을 운영하면서 연계서비스를 지원하기도 한다.

□ DM 공급자조직

정부가 DM 서비스를 제공하는 방식은 아래와 같은 세 가지 민간사업자 모형으로 분류할 수 있다(CMS, 2004; Beaulieu ND, 2003)

- Disease Management Organization(이하 DMO): 주로 Medicaid 체계하의 DM을 담당하는 조직으로서, 미국정부는 공식 문서에서 “DMO는 대

상자들에게 DM 프로그램 서비스를 제공하도록 보건부와 계약하는 회사”로 정의하고 있다(Section 1915(B)). 대상자들에게 포괄적인 범위의 서비스를 제공하는 경우가 많으며 정부는 대상자 1인당 비용 등으로 계약하되 위험률 감소나 전체 의료비용 감소 등 일정한 성과를 요구하는 방식이다.

- **Primary Care Case Management (PCCM) provider:** 대상집단들의 특정 수요에 초점을 맞추고(특정 만성질환, 특정 건강문제), 이에 국한하여 서비스를 제공하도록 하고 주정부와 계약하는 공급자 모형이다. 애초 계약한 건강문제외에 추가적인 서비스가 필요하거나 여러 위험요인을 가진 대상자에 대해 별도로 필요한 서비스를 계약해가는 모형이며 인두제 방식의 계약보다는 행위별 또는 서비스별 계약으로 이루어지는 경우가 많다.
- **Individual provider:** 지역내 일반 의료공급자들과 주정부가 개별적으로 계약하는 방식에서의 공급주체로서 의료공급자들은 DM이나 서비스 전문성을 높이기 위해 필요한 교육과정 이수조건을 충족해야 하며 정부는 행위 또는 서비스별로 프로그램을 계약하게 된다.

□ 활용

미국의 경우 질병예방 및 건강증진 서비스 공급기반으로서 다양한 민간 공급자 시장이 형성되어 있으므로 주정부 또는 지방정부는 전체적인 정책을 기획하고 이들 공급자와의 계약하에 공급자 관리와 사업성과를 평가하는데 집중할 수 있어, 기획·평가기능과 서비스 개발 및 공급기능을 각각 분화하여 전문성을 발전시켜가고 있다. 주정부는 특히 저소득층 대상자들에게 의료급여를 통해 현물지원하거나, 지방정부 차원에서 별도로 서비스를 구매계약함으로써 취약계층에게 서비스를 제공하고 있다. 또한 미국 건강보험 시장의 중심에 있는 민간보험자들의 경우에도 DM 프로그램을 구매하여 자체 의료공급체계와 연계 운용함으로써 의료비를 절감하는데 활용하고 있다.

② 시사점

건강증진에서 질병예방, 질병치료에 이르는 전체 건강주기를 포괄하여 서비스를 제공하는 새로운 서비스라인이라고 할 수 있으며 이러한 서비스라인의 구체적인 콘텐츠는 국내 질병예방 및 관리 프로그램 개발에 참고할 여지들이 많다고 판단된다. 아울러 민간사업자들이 서비스라인을 전문적으로 개발하고 공급하도록 시장을 형성하고 공공주체는 기획과 구매, 평가 등의 총괄조정자의 역할을 수행하는 등 공공과 민간이 역할분담을 하면서 전문화해가는 대안으로서 국내에서도 도입을 검토해볼 필요가 있다.

2) 비영리 조직 또는 비정부단체의 참여

① 사례소개

i) 사례 1. LA Area Agencies on Aging의 aging network과 provider Agency
 활용사례: nonprofit or community based organization as provider agency

□ 배경

미국의회는 노인을 대상으로 하는 건강증진과 질병예방사업을 촉진하기 위해 Older American Act Title III-D를 제정하고 2003년 기준으로 2,190만 불의 예산을 배정하였으며 이 예산을 원활하게 수행할 수 있도록 Area Agencies on Aging(이하 AAA)을 조직하였다. AAA는 각 지역별 관련 조직들을 네트워킹하여 Aging Network라는 협력체를 구성하는데 주도적 역할을 하였으며 8개 지역에서 실시된 사례 중 미국 LA지역의 AAA 활동을 중심으로 비영리 민간사업자 활용사례를 살펴보기로 한다.

□ 사업조직의 특성과 재원

1975년에 설립된 LA시 AAA는 51개의 서비스조직(provider agencies)과 계약을 맺고 이들 공급조직들에 대한 재원지원과 조직간 연계 및 협력을 기획조정하는 리더로서의 역할을 수행하였다. AAA의 사업파트너로서 서

비스 공급역할을 담당한 서비스조직들은 160개의 노인센터(senior center)⁶⁷⁾나 지역센터들이 연대하여 구성된 조직이며 실질적으로 지역에서 서비스를 제공하는 사업주체는 이들 센터들이라고 할 수 있다. 서비스조직들이나 각 센터들은 AAA와 독립적으로 운영되며 독자적인 시설과 프로그램으로 지역주민들에게 서비스를 제공하되, AAA 차원에서 정해진 서비스의 제공범위나 내용의 틀 안에서 자율적으로 프로그램들을 운영하고 있다.

AAA가 각 서비스조직의 프로그램 운영을 위해 지원하는 재원은 연방 및 주정부 등 공적 재원이 53%를 차지하며, 나머지는 민간의 기부나 참여조직의 기여로 운영된다. 이들 조직들 중에서도 건강증진 서비스를 핵심적으로 제공하는 노인센터들은 AAA 등에 의해 지원받는 재원 외에 기금모금 활동들을 통해 독자적인 방식으로 재원을 조달하기도 한다.

□ 추진 프로그램 개요

LA시 AAA의 공식적인 임무는 LA시 거주 노인⁶⁸⁾들의 건강증진과 질병 예방을 촉진시키는 것이며 이를 위한 구체적인 서비스 제공기획 및 재원 배분을 담당한다. AAA는 서비스조직과 공동으로 서비스범위와 제공계획, 프로그램을 개발하는 것 외에, 지역적 특성이나 우선순위에 따라 지역별 시범 프로그램을 기획운영하기도 한다. 그간 수행된 대표적인 프로그램 유형들을 제시하면 다음과 같다⁶⁹⁾

- ENHANCE (Effective Nutritional Health Assessments and Networks of Care for Elderly) program: 노인들에게 영양학적 위험요인이나 질병 예방을 위한 영양상담과 대상자별 특성에 부합되는 운동프로그램들을 교육과정으로 개발, 운영하면서 사례관리를 하는 프로그램으로

67) 노인센터들은 주정부나 시조직, 지역사회 각종 영리, 비영리 및 자발적 조직들에 의해 구성, 운영되고 있는 조직으로서 노인대상 사회, 보건서비스를 제공하고 있음.

68) 대상제한은 없으나 주이용자들은 흑인, 라틴계열 등 소수민족의 저소득층들로 구성되어 있음.

69) 세부 내용은 아래 자료를 참조할 것

David Brown 등. Case studies of health promotion in the aging network: Los Angeles county area agency on aging. RTI International(2006).

서, 필요한 경우엔 가정으로 식사까지 배달하는 등 종합적인 건강증진 프로그램을 제공하고, 정기적인 평가를 통해 대상자들의 건강상태 변화를 확인한다. 초기엔 당뇨위험 집단을 대상으로 하였으나 고혈압, 심혈관 질환, 골다공증 등 위험집단을 확대해가고 있다. 1995년에 시작된 이래, 2004년 조사에 따르면 대상자의 58%가 질병위험요인이 감소된 것으로 보고되었다.

– Be Well program:

이 프로그램은 거동이 가능한 노인들을 대상으로 집중적인 영양관리 프로그램과 의료전문가가 관리하는 운동프로그램을 병행하는 건강증진 프로그램으로서, 일주일에 2일간의 과정으로 진행된다. 프로그램 시행후 심혈관질환 발생이 감소하고 근력강화와 육체적 활동이 향상된 것으로 보고된 바 있다. LA에서 시범적으로 시작된 이래 AAA는 가정방문과 시설방문을 통해 이 프로그램을 확산시키는데 노력하고 있으며 참여자들의 동기를 유발하기 위한 다양한 보상전략을 도입함으로써 건강증진 프로그램 기획의 좋은 경험의 장이 되고 있다. 지역별 노인센터 외에 특히 대학과의 연계작업이 성공적으로 이루어지고 있는 사업 중 하나로 손꼽힌다.

– Geriatric Evaluation networks encompassing services, information, and support program: 집에만 머무르는 노인들과 병약한 성인을 위해 육체적, 정신적 건강증진서비스를 제공하는 것에 목표를 두고 정신과의사, 간호사, 노인질환 전문의 등 여러 분야의 전문가들로 구성된 서비스 제공팀이 정기적인 관리와 체계적인 서비스를 제공하는 프로그램이다.

– In-home services registry program: 잠재적으로 in-home 서비스를 필요로 하는 기능적 장애를 가진 노인 직장인을 screening하여 신규대상자를 파악 등록시키고 Americans act funds의 무료 homecare 수행원들을 연계시켜, housekeeping, 개인 관리, 식사 준비, 운송과 companionship등을 포함한 토달서비스를 제공하는 프로그램이다.

– Day center program

- LA시에 거주하는 알츠하이머 환자 또는 치매를 앓고 있는 대상자들에게 의료 및 사회서비스를 제공하며, 가족이나 환자를 돌보고 있는 사람들을 위해, 지지 그룹의 도움을 받아 임시 위탁을 연계하거나, 상담 혹은 자원학생, 센터 직원, 교수 등의 인적 네트워크 협조로 치매 질환에 대한 정보 및 교육 서비스를 제공하는 프로그램이다.
- 노인들을 위한 사회적 레크리에이션과 건강증진 및 질병예방을 위한 서비스를 개발, 제공한다.

– Healthy Elders Life style projects:

대학 의료진 등, 다양한 의학전문가들의 네트워크와 연계하여 노인대상자들에게 무료 건강검진 및 추후 관리 프로그램을 제공하는 사업이다.

– Festival of Fitness :

AAA가 주관하되, 20여개 이상의 지역 서비스조직과 공동으로 건강증진에 대한 인식을 높이는 환경조성을 위해 개최한, LA시 차원의 이벤트 행사이다. 무료 건강검진, 건강증진 서비스를 받을 수 있는 방법과 장소홍보, 일상에서 실천할 수 있는 건강증진 상식들에 대해 안내하는 내용으로 구성되었으며 2004년 행사에서는 5만불의 예산으로 2,000 가족들이 참여하는 성과를 거둔 것으로 보고되고 있다.

ii) 사례 2. Partnership Model for Cancer Screening with Community - Based Organizations⁷⁰⁾

□ 사업배경

40세 이상의 여성, 특히 저소득 여성들의 암예방 프로그램으로서 충실한

70) 사례의 자세한 내용은 아래 자료를 참조할 것.

Bruce D. Rapkin 등. Developing a partnership model for cancer screening with community-based organizations: The ACCESS breast cancer education and outreach project. American Journal of Community Psychology 2006;38(3-4) :153-164

암검진과 조기치료의 정책적 중요성을 고려하여 광범위한 지역단위 암예방 사업의 필요성이 광범위하게 제기되기 시작하였고 한편으로는, 일회적인 서비스 제공이 아니라 지속적인 관리와 대상자의 수요에 기반하는 서비스 제공 공급기반이 구축되어야 한다는 지적이 제기되면서, 이를 충족시킬 수 있는 사업모형을 개발한다는 취지에서 2002년부터 사업이 추진되게 되었다.

□ 사업조직의 특성

The New York State Department of Healthy Women partnership (NYS DOH partnership)은 2002년, 암예방 및 관리에 관여하는 다양한 관련 조직들을 연대하여 53개의 거점 사업조직(71)을 구축하였다. 거점조직들은 광범위한 임상서비스조직들의 연계망을 구성하는 한편, 지역수요자들의 수요를 평가하여 이에 부합된 프로그램을 설계하는 내용으로 ACCESS 프로그램을 공동으로 개발하고 적용하는 The ACCESS Breast Cancer Education and Outreach Project를 주관하였다. 이들 ACCESS 사업에 참여한 사업조직들은 해당 지역별로 ACCESS 프로그램의 취지를 이해하고 사업에 참여할 Community Based Organization(CBO)⁷²⁾을 모집하여 사업파트너를 구성하였으며 2002년 2,334개의 outreach partner들이 사업에 참여하게 되었다.

CBO의 역할은 사업추진팀과 실제 서비스 대상자 및 임상서비스 공급자 간 관계를 원활하게 촉진하고 매개하는 임무를 부여받았으며 구체적으로는 암예방 및 암관련 의학정보에 대해 의사소통할 수 있는 지식을 갖추고 서비스가 가능한 기관으로 대상자들을 연계하는 능력을 갖추도록 교육받고 훈련받았다.

사업조직을 선도하는 행정부의 경우엔 CBO의 역할을 평가하고 개선시키는 조정자 및 감독자로서의 역할을 수행하였으며 대학 및 연구센터는 서비스 제공기능보다는 교육도구나 암예방 및 관리 지식을 체계화한 자료

71) 거점 사업조직은 시정부, 임상센터 및 미국암학회 전문가들로 구성되었으며 ACCESS 모델이라고 불리는 이 사업을 추진하는 중심그룹으로 활동함.

72) CBO는 다양한 형태의 지역조직들이 포함되었으며 교회, 학교, 노인센터, 사회자조모임이나 봉사단체, 보건센터, 사회서비스센터들로 구성됨

개발과 CBO를 훈련하는 역할을 담당하였고 연구와 실천을 연계하는 사업 설계의 아이디어를 주도하였다.

종합적으로 ACCESS 사업을 추진한 사업체는 주민건강을 관장하는 행정부서가 재원마련과 기획을 주도하였으나 구체적인 사업내용과 실행은 광범위하고 다양한 지역조직들이 단계별로 역할을 분담하여 공동으로 추진하였다는 점에서 지역자원 동원모형에 충실한 사업조직의 특성을 갖는다고 할 수 있다.

□ 프로그램 추진개요

사업추진과정은 언급한대로 ACCESS 프로그램의 취지를 이해하고 활동능력을 갖춘 CBO들을 연계하여 partnership을 구축하는 과정, 지역 구성원들의 수요를 평가하고 이를 체계화, 문서화하는 과정, 조기암 발견에 대한 전파조직으로서 CBOs의 지식 함양, 검진대상자 및 유소견자 관리에 있어 CBO의 역할규명 및 훈련, 암문제를 다루는 기관들을 위한 기술적인 지원 개발 및 전파 등으로 진행되었다. 전체 사업은 2002년에 시작되어 2년동안 67개의 CBO가 주도적인 역할을 하였으며 연평균 60,000명의 여성(뉴욕주 사업대상인구의 18%에 해당)들을 검진해오고 있다.

② 시사점

사업추진과정에서 사업기획과 콘텐츠개발에 지역사회의 다양한 조직자원들을 주체로 참여할 수 있도록 기획하는 방식은 향후 국내의 지역 프로그램 콘텐츠 개발과정에서도 적극적으로 벤치마킹해볼만한 접근으로 판단된다. 다만 조직자원 동원과 진행과정에서 행정당국의 리더십과 역량이 성공의 관건이 될 것으로 판단되며, 실제 국내에서는 이러한 역할을 보건소에서 담당해야할 것인지, 광역단체에서 담당해야할 것인지의 문제, 실제로 이러한 기능을 담당할 만큼 기획과 네트워킹 능력이 확보되어 있는지, 여의치 않다면 대안주체로서 가능한 자원 등에 대한 고민이 필요하겠다.

3) 민관공동의 새로운 실행조직 구성

① 사례소개: Turning Point Planning 사례

□ 사업배경(Padgett, 2005)

미국에서는 1990년대 후반 들어, 보건의료수요가 변화하고 있음에도 불구하고 공중보건체계의 전문성 취약으로 인해 population-based health issue에 대해 구체적인 질병예방이나 건강증진 전략을 수립하기 힘들다는 지적이 제기되어 왔다. 특히 기존의 중앙집중과 ‘하향식 방법(top-down)’으로는 지역의 요구와 지역사회 자원에 대한 이해가 부족하여 실제적인 업무가 설계되기 어렵고 피상적으로 흐를 가능성이 높으며 실제로 일부지역만이 중앙정부에서 제시하는 목표에 근접하고 있다는 평가도 제기되었다. 무엇보다도 지방보건조직의 경우 협력이나 조정 기능의 수행능력과 의지가 취약하여 다양한 민간주체들을 사업에 유도하고 조정, 통합하는 데 어려움이 제기되었다.

□ 사업목적 및 개요

지역보건 활동에 있어, 하부구조(infrastructure)의 취약성을 규명하고, 이를 극복하기 위한 새로운 접근 전략을 기획함으로써 공중보건시스템을 보다 효과적이고, 지역사회 중심적이며 협력적인 모습으로 변화시키고자 하였다. 구체적인 목표로서 보건의료환경의 변화에 부응한 공중보건 서비스를 제공하도록 수행조직을 혁신하고 능력을 높이기 위해 주정부 단위에서 다양한 시범사업들이 추진되었다. 사업재원은 주에 따라 공공재원(주정부 예산), 또는 민간재원(예: Robert Wood Johnson Foundation)들을 기초로 프로젝트 팀이 구성되었으며 각 주별로 다양한 운영주체의 모형들이 개발되었다. 이러한 사업의 주요 산물로서 지역사회에 기반하는 새로운 공중보건서비스 조직(Public Health Institute)이 구축되었다.

□ 접근방법

새롭게 구성된 운영주체들은 지역마다 명칭을 달리하고 있고 각 지역단

위가 안고 있는 고유한 과제에 초점이 맞추어졌음에도 불구하고, 공유했던 당면과제와 접근과정은 다음과 같은 공통점을 가진 것으로 정리된다.

- 접근과정에서 사업주체는 주정부가 주축이 되어 진행한 모형(dominant county government based model: North Carolina주, Oregon주)으로부터 분권화된 지역조직을 활성화한 모형(decentralized state government based model ; Vermont주)에 이르기까지 다양하나 사업방향은 미국 공중보건협회가 제안한 10개 핵심 공중보건업무를 기반으로 설정되고 운영되었다.
- 사업의 전개과정
 - 공중보건의 10가지 핵심 업무를 대상으로 조직의 프로세스와 기능 분석
 - 지방 공중보건의 인프라 재편을 위한 계획 수립
 - 재정 지출에 대한 새로운 방향 모색
 - 대중에게 공중보건에 대한 홍보를 강화함으로써 정치적 슬로건으로 채택
 - 공중보건의 기반 구축을 위한 기금설치를 입법화
 - 공중보건 영역의 인프라 확보를 위해 다음과 같이 노력
 - i) 교육과 훈련과정 개발: 대학과 연계하여 전문인력을 지역 내에 보유하기 위한 교육프로그램 개발 - 학위취득 등
 - ii) 정보시스템 개발: 지역내의 자료수집 및 분석을 위해 웹기반의 지역보건정보시스템 개발
 - iii) 조정과 협력기능의 강화: 보건의료기관, 학교, 경찰서, 소방서, 기업, 관공서와 같은 유관 공공기관과의 협력 및 업무 조정 기능 강화, 민간기관과의 협력 강화, NPO와의 협력관계 강화, 네트워킹 강화
 - iv) 근거중심의 보건서비스 제공: 관련 연구기관들과 공동으로, 제공되고 있는 공공서비스들의 비용-편익적 근거 분석

□ 주별 사례

대표적인 주별 사례를 보면 다음과 같다.

- Maine주의 경우 주정부의 Bureau of Health 가 주관이 되어 공중보건의

하부구조로서 31개의 지역협력체(Healthy Maine Partnerships)를 구성 운영하였다(Campbell & Conway, 2005).

- Philadelphia 주의 경우, 외부 전문기관 (Pennsylvania Institute for Health communities)을 중심으로 지역사회내 다양한 공공과 민간주체들이 모여 연합체를 구성한 후, 지역내 연합적인 활동의 성과를 평가하기 위한 도구를 체계적으로 개발 적용하는 프로젝트를 수행하였다(Value Template process: A Participatory Evaluation Method for Community Health Partnerships)(Hausman, 2005).
- Nebraska 주의 경우 지역단위에서 공중보건서비스를 제공할 조직으로서 공공과 민간의 협의체에 의한 새로운 조직을 설계하고 재원조달을 법제화하였다(Palm D, 2005).
- New Hampshire 주의 경우 지역의 다양한 이해주체로부터 의견을 수렴하고 조정하며, 지역단위에서 공중보건서비스를 제공할 조직으로서 Public Health Network을 구축하였다(Kassler, 2005).

② 시사점

국내에서는 공중보건과 건강증진 서비스를 제공하는 주체로서 주로 공공이 주체가 되고 민간과는 네트워크를 통해 필요한 기능을 분담시키는 형태가 논의되어 온 반면, turning point planning 사례에서는 운영주체나 사업주체로서 공공, 민간이 아닌 지역사회 단위의 통합된 경영주체를 새롭게 조직하여 기존 조직이 갖는 문제점을 해결하고자 했다는 점에서 혁신적 시도라고 평가된다. 건강증진 사업조직을 강화해야하는 숙제를 안고 있는 국내 현실에서 벤치마킹할 참고자료가 아닐까 한다.

4) 사업장 프로그램을 통한 기업의 참여

□ 사업취지

이 유형은 영리를 추구하는 기업이나 회사에서 직원 대상 건강증진 서

비스를 제공하여 건강증진을 실천하게 함으로써 직원들에게 투자되는 복지비용을 절감시키고 회사의 생산성을 증가시키는 접근방안이다. 직장에서 건강증진서비스를 제공하게 될 경우 결근율, 재해율, 사망률 등이 감소되고 이에 따라 회사에서 지출하는 의료비, 보험비 등의 지출이 감소하게 되며, 건강한 직원들이 이끌어가는 회사는 생산성이 높아지게 되는 비용-효과성에 대한 근거를 토대로 추진되는 방식이다. 나아가 기업에서는 공공에서 제공하는 다양한 건강증진 정책지원책들을 활용하여 직원의 건강증진을 도모할 수 있으며, 정부에서는 세제혜택 등의 지원을 통해 기업들로 하여금 건강증진의 실천 주체가 될 수 있도록 하는 등 다양한 방식의 협력관계가 확대되고 있는 추세이다.

□ 민간기업이 건강증진에 참여하는 정책적 의미와 효과

민간부문의 참여를 공식적으로 진보시킨 자카르타 선언은 *The Prince of Wales Business Leaders Forum*이 WHO 및 다른 파트너와 함께 민간기업의 역할에 대해 논의하고 정당성을 이해시킨 노력에 기여한 바 크다. *The Prince of Wales Business Leaders Forum*은 민간기업이 건강증진 분야에 활동하는 정당성의 근거를 다음과 같이 적극적인 방식으로 해석한 바 있다.

- 민간 부분은 보건문제, 규범, 결과에 직접적인 영향을 줄 뿐만 아니라, 보건의료 정책의제 선정이나 사업장을 포함한 시장에 영향력을 미치며, 사회의 기술과 자원에 파급효과를 주는 주요 자원이다.
- 민간분야의 활동과 발전이 반드시 건강증진에 반대되는 것이 아니라 오히려 건강증진 및 삶의 질 향상에 함께 해야 할 동반자이며, 민간기업의 발전 또한 건강증진과 삶의 질 향상을 통해서 이루어질 수 있다. 즉 근로자의 좋은 건강과 나쁜 건강은 크고 작은 기업에 영향을 주며, 이로 인해 모든 기업은 근로자의 건강에 관심을 가질 수밖에 없으며, 단적인 예로 Ford사는 자동차 생산에 쓰이는 철강 재료보다 보건의료 부분에 더 많은 돈을 쓰고 있다.
- 기업은 노동자, 지역사회, 공급망 등 파트너들에 대해 다음의 역할을 수행

할 수 있다.

- 기업활동의 산물로서 제품제공: 제약회사의 약제, 건강식품, 건강관리 관련 상품 및 장비
 - 기업활동의 산물로서 서비스제공: 작업장 건강, 건강관리 자금조달, 위험 평가, 보험, 건강서비스
 - 산업보건에 대한 경험: 정신건강관리, 영양, 가족계획, 성병교육
- 기업은 건강증진의 목표를 성공시키는데 필수적인 특별한 기술과 경험을 줄 수 있다.
- Experience of resource efficiency: 러시아에서는 국가의 병원과 장비 공유를 통해서 자원을 절약하고 환자관리 역량을 향상시키고 있다
 - management process technique such as human resource management: 브라질 병원에서 team-building 기술을 공유함으로써 병원획득성 감염을 감소시키고 있다.
 - marketing and outreach skill: 아프리카 지역 어린이들에게 개인위생에 대한 보건교육을 제공함으로써 소비자와 시장을 통한 건강증진의 접근경로가 모색될 수 있다
 - management and enterprise skill: 효율적인 업무를 위해 개발된 관리 기술이 사회 발전을 위한 지역사회 조직을 지원할 수 있다
- 이 외에도 기업은 현금 및 기타 자원(자동차, 장비, 시설, 교육)을 사회 발전 및 지역사회 건강증진을 위해 지원하고 있으며, 그 예로 the new Global Business Council on HIV/AIDS에서 실시하는 국가 또는 지역사회 대상의 사업 및 프로그램 등을 들 수 있다.

① 사업사례 소개

사업장 단위의 건강증진 프로그램은 ‘장중심의 접근방법(setting approach for health promotion)’이라는 개념 하에 WHO가 주축이 되어 추진해온 시범 모형중의 하나로서(김공현, 1997), 이미 많은 사례들을 통한 경험들이 축적

되어 왔다. 최근의 활동이 과거 사업장 접근모형과 차별성을 갖는 점은 사업장 건강증진 프로그램의 비용효과성 및 기업성과에 미치는 긍정적 성과에 대해 객관적 정보를 토대로 접근한다는 것과 단순히 프로그램 기회를 제공하는 소극적 차원을 벗어나 임용과 승진 등 경영인사에 건강행태를 반영하거나 건강증진 행위를 기업의 인적자원 관리의 중요요소로 비중을 높이고 있다는 점이다. 이와 관련된 대표적인 사례들을 요약제시하면 다음과 같다

i) 사례 1. 금연 정책(Tobacco control)

DuPont사에서는 흡연으로 인하여 기업이 많은 의료비를 지출하게 될 뿐만 아니라, 흡연자의 유병률 증가, 조기사망 등으로 인한 생산성 저하와 같은 금전적인 손실이 커진다는 판단 하에, 흡연자에 대해선 더 많은 보험료를 납입하도록 하고, 직원의 건강편익을 교육시키면서 금연을 권장하는 한편, 소수지만 담배 규제를 위해 흡연자를 고용하지 않는 등의 강력한 회사내 금연방침을 추진한 바 있다(Bertera, 1991).

금연과 관련하여 기업을 활용할 수 있는 방안으로는 식당, 주점 등 상업적 공간, 공원 등에서 흡연을 금지하는 정책에 참여하도록 유도하거나, 담배시장 진입을 제한하거나, 금연 캠페인의 스폰서 또는 파트너, 지역사회 금연활동의 리더로서 금연 정책을 지지하도록 하는 등 다양한 협력관계를 맺는 방안들이 가능하다(Simon, et al., 2006).

ii) 사례 2. 비만인구(Obesity epidemic)

과체중과 비만인구의 증가로 기업에서도 의료비 및 결근율이 증가하게 되었고, 이에 대하여 공공 부분의 공중보건 관련 기관에서 도시 계획자, 대중교통 부문 관련 공무원, 신체 활동 지원 및 건강한 음식 섭취를 주제로 하는 지역사회 및 작업장 기반 프로그램 개발자 등이 협력하여 정책적으로 비만 인구를 줄이고자 하는 계획이 시도된 사례가 Dow Chemical Company 사례이다. 이 회사에서는 근로자를 대상으로 건강관리 및 건강 위험요소 감소를 위한 프로그램을 10년간 실시하였으며, 그 결과 건강 위

험 요소가 감소함과 동시에 의료비도 감소하여 프로그램 실시에 든 비용을 훨씬 능가하는 편익을 보고하였다(Goetzel et al., 2005).

고용주 또는 기업이 비만감소에 기여할 수 있는 그 외 방법으로는 구내 식당이나 자판기를 통하여 보다 건강친화적인 음식을 공급하고, 사내 ‘걸기 그룹’을 조직하며, 헬스클럽 이용권을 할인 구매할 수 있도록 지원하거나 대중교통수단을 이용하도록 권고하는 방안들이 제안되고 있다(Simon et al., 2006).

iii) 사례 3. 직장 내 상해 예방(Workplace injury prevention)

연방정부, 주 정부, 지역의 보건관련 기관에서는 규제 및 제휴를 통해서 작업장에서 발생하는 상해를 줄일 수 있고, 성공적인 고용자 안전 프로그램을 통해 고용주들이 혁신적인 방식으로 직장 상해 및 질병을 줄이려는 노력을 지속시킬 수 있다. DaimlerChrysler Corporation은 직장 관련 상해를 감소시켜 the American college of Occupational and Environmental Medicine으로부터 상을 받은 바 있다(the American college of Occupational and Environmental Medicine, 2005). 상해를 감소는 회사의 생산성을 향상시켰으며, 고용주 입장에서는 재정적인 부담을 덜게 되고, 결과적으로는 최소의 비용으로 예방 가능한 사고를 줄여 의료비용을 절약하는 효과를 거두게 되었다.

② 기업의 건강증진 및 공공보건 파트너로서 참여를 위한 지원방안

기업이 건강증진 및 공공보건 파트너로서 적극적으로 참여할 수 있도록 하기 위해 Field(2003)는 다음과 같은 지원방안이 필요하다고 주장한다.

- 건강증진에 있어 정부는 기업과 연계된 정책의 잠재적인 이익을 평가하기 위한 정보지원 및 기업관련 분석 역량을 발전시켜 기업들의 정책 수용을 촉진한다.
- 정책입안자들은 기업 등이 공공보건 관련 기관을 지원하거나, 공공보건과의 협력 등에 자금을 지원할 수 있도록 이들 활동에 대해 세제 혜택을 고려하여야 한다.

- 정부는 고용자 대상 건강증진 프로그램, 학교에 제공하는 식사의 영양 기준 개선, 환경관련 규제 강화 등을 하는 기업에 한해 세금 혜택을 부여하며, 민간기업은 신체적 사회적으로 건강한 환경을 위해 학교 대상 영양 및 신체활동을 위한 교육 지원, 고용자들의 만성질환 관련 의료비 감소를 위한 패스트푸드 영양소 표기 요구 등 공공과 함께 관련 법규에 대한 지지를 보냄으로써 관계를 강화하는 노력을 해야한다.
- 기업은 책임성 있고, 투명한 수행평가체계를 개발하며, 건강증진의 목표와 과정의 정량화에 대한 중요성을 강조함으로써 공공 기관의 조력자가 될 수 있고, 이러한 강력한 유대는 공공보건 서비스의 가치에 대한 객관적 입증을 가능하게 하는 한편 기업을 통해 공중보건 기획과 관리가 결합된 특별한 기술을 발전시킬 수 있다.

③ 시사점

건강증진 분야에 민간조직을 파트너로 참여시키는 소극적 방안을 벗어나 사회의 중요 축을 이루는 기업조직들이 건강증진의 사업주체로 나설 수 있도록 모색하는 방안은 최소의 자원으로 건강증진을 사회에 확대시키는 가장 효율적인 방안으로 평가된다. 국내에서도 산업장 건강증진 사업을 단순히 사업비 지원을 통한 시범프로그램 차원에서 벗어나 세제혜택 등 기업활동과 연결된 지원방안 모색으로 기업이 사업장내 프로그램은 물론이고 건강증진의 사회적 자원으로서 기여할 수 있는 적극적 방안을 모색할 필요가 있겠다.

5) 건강관련 산업의 사업 연관 프로그램으로서 참여

① 사례소개

i) 사례 1. 지역내 식당업체들의 사업방식에 연계한 건강식사 제공사업

- healthy food의 효용성을 높이기 위한 방법은 건강한 음식을 제공하는 적극적인 환경을 조성하는 것으로서, 가정 외 지역사회내 주민들이 일

상적으로 이용하는 식당이나 기업내 구내 식당 등에서 요리사를 대상으로 교육과 중재를 실시하여 야채와 과일로 구성된 메뉴 개발, non-fried option, high-fat 소스를 제공하지 않는 방향으로 유도하는 방안이 한 예일 수 있다(Glanz et al., 2004).

- Project LEAN(Low-Fat Eating for America Now): 미국인의 지방섭취량을 전체 에너지 섭취량의 30%로 줄이기 위한 목적으로 The Henry J. Kaiser Family Foundation의 지원을 받아 실시된 프로그램이다. 저지방 식이의 필요성에 공감하면서도 음식맛이 떨어져 소비자들의 선택을 외면하는 문제점에 착안하여, 저지방의 요건을 갖추면서도 음식맛을 높이는 메뉴를 개발하여 지역내 식당들이 이를 보급할 수 있도록 식당의 요리사들에게 교육을 시키고 소비자들의 선택을 유도하도록 하였다. 이에 따라 지역주민들은 저지방의 영양요건과 맛을 구비한 이들 메뉴를 선택하는 경우가 늘었고 지역 식당은 매출이 증가하는 윈-윈의 성과를 거두었으며 결과적으로, 지역주민이 일상적으로 접하는 식사의 질이, 영양과 맛을 함께 갖추도록 소비자입장에서 접근하여 건강증진의 순응도를 높인 성공사례로 평가된다(Palmer J., 1995).
- Dine to Your Heart's Content Program: 버지니아 주에서 실시한 프로그램으로, 지역 식당들이 적은 양의 지방, 콜레스테롤이나 나트륨을 감소시킨 건강한 메뉴를 개발하도록 유도하고 식당주인 및 소비자들에게 타겟 메뉴를 장려하도록 하였다. 아울러 소비자의 메뉴 선정시 이들 메뉴를 세일즈하게 하고 저지방 식이의 중요성을 알림으로써 결과적으로 저지방 식이를 제공하는 식당에 대한 소비자의 신뢰를 높이는 동시에 소비자의 저지방 식이 선택을 높이는 성과를 거두었다.

ii) 사례 2. reduced prices and coupons

야채와 과일이 많이 들어간 음식에 대한 할인 쿠폰 등을 제공함으로써 야채, 과일 소비를 촉진시키는 방식이다. CHIPS study에서는 자동판매기

의 low-fat 스낵의 할인율을 높여 판매를 촉진시킴으로써 실제 수익을 감소시키지 않으면서 소비자의 영양개선에 기여한 것으로 보고되고 있다 (French SA et al., 2001).

iii) 사례 3. catering policies

catering 정책은 건강한 음식 선택, 건강한 조리과정 등을 통해 야채와 과일의 최소량을 강화시킬 수 있는 효과적인 정책수단중의 하나이다. 실제로 영국의 2002 industry conference에서는 근로자들의 식사 1회당 충분한 야채와 과일을 포함하도록 하는 기준을 채택하고 이를 권고하는 정책을 적용하였다. 1980년대부터 영국에서 전개된 Heartbeat Award Scheme 사업에서도 전체 메뉴의 1/3이 “healthy menu”인 식당에 상을 수여함으로써 이 프로그램이 적용되는 사내식당의 요리사들이 이용자들에게 건강한 식사의 장점을 설명하면서 이를 선택하도록 유도하여 심혈관계 질환 감소의 효과를 거두었고 이 사업은 호주 등 세계 각국으로 확산되고 있다(Warm et al., 1997; Holdsworth, 2000; Tudor-Smith et al., 2007).

iv) 사례 4. point-of-purchase(POP) information

POP 정보 제공의 노력은 카페테리아나 식당에서 포스터, 레이블, 영양을 주제로 하는 게임 등의 형태로 시도되고 있으며, 이러한 정보를 제공받는데 참여한 소비자들에게는 금전적인 이익(환불 등), incentive를 부여하는 방식으로 참여율을 높이고 있다. 주로 지방과 칼로리 감소를 대상으로 하는데 단기적 효과를 거두었고 효과는 4~15주가 지속되는 것으로 사례연구들에서 보고되고 있다(Glanz et al., 1992)

v) 사례 5. promotion and communication

광고, 포스터, 다른 의사소통 미디어 등이 광범위하게 소통되고 있는 현대사회의 특성에 맞게 식당내 포스터 게시나 정보가 담긴 탁자보, 다양한 홍보이벤트 등을 개최하여 건강한 식품 선택을 늘리는 시도가 추진되고

있다. 그 외 야채와 과일이 많이 포함된 음식 섭취를 장려하는 내용이 상품선전시 추가되는 전략이며 웰빙 또는 건강친화적인 새 메뉴 개발, 조리법 변경 등을 홍보할 수 있다(Glanz et al., 2004).

vi) 사례 6. community-driven health promotion in restaurants

최근 보고되는 지역사회 중심 프로그램들이 이 유형에 속하며, 다양한 접근 방안들이 모색되고 있고 건강식이뿐만 아니라 다른 건강행위까지 확대되고 있다. 예를 들면 영국의 Heartbeat Award Scheme에서는 메뉴의 1/3이 “healthy choices”인 영양상의 기준뿐만 아니라, 적어도 전체 좌석의 1/3이 금연석이어야 하고, 서비스직원의 1/3 이상이 food safety교육을 받은 사람으로 수상기준을 명시하고 있다. 이와 유사한 접근방식으로는 다음의 사례들을 들 수 있다.

- the Winner’s Circle Healthy Dining Program in North Carolina
- the Ottawa-Carleton heart Beat Restaurant Program in Canada
- Australian program for Healthy Food Choices in Licensed Premises

② 시사점

소비자 기호가 건강친화적으로 바뀌고 있는 시장의 변화에 기업들도 호응하여 건강친화적인 상품개발에 관심을 보이고 있는 점은 건강증진 사업을 추진하는데 있어 분명 기회적 요소가 될 수 있다. 따라서 이들 기업의 새로운 메뉴개발이나 소비자 선택을 높이려는 시장확대 전략에 건강증진의 개념을 적극적으로 활용하도록 지원함으로써 사회환경을 건강친화적으로 변모하는 속도를 촉진할 수 있을 것이다.

6) 기업의 사회봉사 차원에서의 참여

① 사례소개

사례 1. Public health-supported health care services

공공 보건조직에서는, 사회적 외부효과가 큰 건강문제에 대해 적극적인

예방과 치료를 펼침으로써 기업의 기업활동을 지원할 수 있으며, 그 결과 기업은 결근율, 불구율, 이직률의 감소 등으로 생산성 향상이라는 이익을 얻을 수 있다. 예를 들면 매독이나 HIV와 같이 쉽게 전염될 수 있는 질병에 대한 예방 및 치료활동을 지원하거나 필요한 자금지원, 백신공급 및 지침서 제공 등으로 기업이 구성원들의 면역을 높이는 역할을 유도할 수 있고, 독감 예방사업을 통해 결근일수를 줄일 수 있다. 이러한 활동은 결과적으로 기업의 공중 보건 수준을 향상시킴으로써 기업 자체의 이익을 높일 수 있고, 기업의 여유자원은 다시 건강보험 적용 범위 확대 및 적절한 건강자금 조성 등과 같이 직원복지에 재투자되었다.

사례 2. Public health emergency preparedness

SARS와 같은 급성 전염병은 사회경제적 비용을 증가시키면서 경제적 손실을 가져오는바, 공공과 민간이 제휴하여 SARS, 생물학적 테러 등에 대비할 경우, 보건과 경제에 미치는 부정적 영향을 최소화 할 수 있다. 이러한 연계과정에서 기업은 전문적인 조언을 얻을 수 있고, 공중보건 전문가들은 기업과 노동자 및 그 가족에게 최선의 지침을 제공할 수 있다 (Simon et al., 2006).

② 시사점

기업경영 철학이 윤리경영이나 이윤의 사회환원에 대한 관심이 높아지고 있는 국내 산업환경을 고려할 때, 국민 건강증진에 대한 기업의 공익적 역할과 파트너십을 유도하는 노력은 국내 건강증진 분야의 가용자원 확대효과, 건강증진에 대한 사회적 이슈화에 유용한 전략이 될 수 있다고 판단된다.

2. 국내 민간부문 건강증진사업 참여유형과 사업주체별 역할 검토

가. 국내 참여유형 현황 및 평가

앞에서 살펴본 이론적 범주와 외국의 사례유형들에 비추어 국내 현황을 비교해보면 그동안 국내 건강증진사업의 주된 접근방식은 주로 공조적인 보건소가 공급의 주체이자 기획조직으로서 역할을 해왔으며, 민간과의 파트너십은 대학이나 연구기관과의 협력에 의존해온 것으로 평가된다. 그 외 보건관련 민간단체들과의 연계작업이 두 번째로 빈번한 민간과의 협력 유형으로 평가되며 24개 단체 등에 투입되는 예산을 보면, 2001년 기준으로 4,982백만원 규모에 이르고 있고 건강증진 총사업비 예산의 27%를 점하고 있어 예산비중 측면에서 적지 않은 역할을 하고 있는 것으로 평가된다(이상기 등, 2002). 최근엔 시민단체나 지역단체들과의 연계활동이 모색되는 등 지역 비영리단체와의 협력으로 사업주체들은 확대되고 있으나 대부분이 일회성 행사중심의 협력에 머물고 있을 뿐, 지속적인 협력모형으로서 주목할만한 성과로는 이어지지 못하고 있다.

협력내용에 있어서도 주로 기술자문 및 평가와 홍보, 교육 등의 활동에 치우쳐 있으며 실질적인 프로그램 주관이나 서비스 제공기능에 대한 협력은, 2001년 보건소 건강증진사업 현황 조사를 참고할 경우, 민간과의 협력사업 총 340건 중 사업위탁 및 운영은 7.4% 수준인 25건에 불과하였고 프로그램 개발까지 포함할 경우엔 15% 수준으로서 미미한 수준으로 평가된다(이상기 등, 2002). 외국과 비교하여 특히 부진한 분야는 서비스 공급에 대한 제휴이며 기업이나 민간 영리사업자와의 협력은 거의 활용되지 못하고 있어 다양한 형태의 민간제휴가 일어나고 있는 외국과는 격차가 크다. 그나마 국가조기암검진 사업을 건강증진사업으로 분류할 때, 민간 병의원 참여를 민간과의 제휴사례로 제안하기도 하나, 이 사업을 대표적인 건강증진사업으로 꼽는 것엔 논란이 있을 수 있으며, 제휴방식 또한 분절적이어서 사업파트너십을 형성하고 지속적인 건강증진에 노력하는 모형으로 보기엔 미흡하다.

미국의 DM사례에서처럼 전문 서비스공급 사업자시장은 더욱 취약해보이며 불안정한 수익모형 때문에 그나마 시도된 사업모형들도 시장에서 철수되고 최소한의 조직들만이 간신히 명맥을 유지하고 있는 실정이다(이상호, 2007). 기업들의 공익적 활동이나 사업장내 프로그램 참여방식 역시, 과거 전통적인 방식과 참여수준에서 그다지 개선되지 않고 있어 적극적인 참여를 유도할 수 있는 획기적인 정책 방안이 강구되어야할 것으로 보인다.

참여유형과 관련하여 향후 관심을 가져야할 사항중 하나는, Savas의 분류상 민간위탁이나 프랜차이즈와 같은 공급조직에 대한 대안모색도 중요하지만 보조금이나 구매권을 활용하는 방식을 적극 검토해야한다는 점이다. 보조금의 경우엔 세제혜택 방안과 더불어 민간기업을 사업장 건강증진프로그램의 적극적 제공주체로 끌어들이 수 있는 중요한 정책수단이며 부족한 건강증진 사업재원을 보완할 수 있는 대안으로서의 의미가 있다. 구매권은 이미 사회복지서비스 등에서는 적극 시도되고 있는 방안으로서(전형준 등, 2006) 건강증진 공급자 시장을 촉진시킬 수 있는 수단이자 개인별 또는 가족 건강증진계정을 갖추도록 할 경우, 최종 건강증진의 행위주체인 대상자가 건강증진에 대한 관심과 책임을 갖게 한다는 점에서 향후 시범적인 시도와 국내에서의 타당한 접근방안을 모색해볼 필요가 있겠다.

결론적으로 외국사례와 비교할 때, 국내 건강증진정책은 다양한 사회자원을 창의적이고 능동적인 방식으로 동원하고 활용해가는 세계적 흐름에 제대로 부응하지 못하고 있으며, 특히 민간부문의 산업적 역동성을 활용하는 사업전략이 미흡한 것으로 평가된다. 이는 건강증진사업을 공조식이 주도해야한다는 당위성에 매몰되어 보건소 중심의 사업구조를 고집해온 그간의 경직된 정책기조에 기인하며, 결과적으로 보건소의 가장 중요한 기능인 기획과 조정기능에도 충실하지 못하고 공급기반도 확대하지 못한 채, 답보되어온 결과를 초래하였다고 볼 수 있다.

따라서 향후 건강증진정책 수립에 있어 민간의 공급자 기능을 강화하기 위한 다양한 기반정책들이 적극적으로 강구될 필요가 있으며, 그동안의 공허하고 추상적인 ‘민간참여’ 접근방안들이 반복되지 않기 위해선 공공

과 민간부문간 실질적인 제휴가 활성화되기 위한 세부 기전들이 마련되어야만 할 것이다.

나. 참여주체별 역할과 당면과제 검토

여기에서는 앞에서 제기된 민간부문의 참여활성화를 위한 세부적 과제를 참여주체 및 유형별로 구분하여 검토해보고자 한다.

1) NGO 및 민간단체 활용방안

새국민건강증진 종합계획(2005)에서는 건강증진사업에 있어 민간보건단체의 역할에 대해 중요성을 부여하면서 파트너십 형성과 네트워크 구성을 제안하고 있는 바, 이는 올바른 문제인식과 접근이라고 평가된다. 그러나 총괄 추진계획은 물론이고 분야별 계획에서도 구체적인 연계방안이 제시되지 않고 있어 이러한 인식이 가시화될 수 있는 구체적 실행방안 수립이 향후 과제로 검토될 필요가 있겠다.

국내에는 한국건강관리협회, 금연운동협의회 등 오랜 연륜과 전문성을 축적한 24여개 이상의 민간단체들이 건강증진 사업주체의 하나로서 활동해오면서 세부 영역의 사업역량을 보태는데 나름대로 기여하였다고 평가된다. 그러나 앞에서 언급했듯이 실제 소요되는 예산이 적지 않은데 반해 실질적인 사업효과는 이에 미치지 못하고 있는 바, 사업효과를 높이기 위해선 이들 단체들과의 협력방식이 좀 더 보완될 필요가 있다고 본다. 구체적으로는 첫째, 연관성 없는 사업의 나열이나 중복의 문제를 해소해야 한다는 지적이 높은 만큼, 각 민간단체들의 역할을 특성화, 전문화하여 중복을 최소화하는 사업영역의 구조조정이 필요할 것으로 보인다. 둘째, 사업내용에 있어서도 양적 실적위주의 사업이나 일회적 홍보 및 교육활동에서 벗어나 지역별 대상자들의 사례관리를 통한 지속적인 행위개선의 공급주체로서 역량을 갖추어 수 있도록 사업내용을 변화시켜가는 노력이 필요할 것으로 판단된다. 셋째, 각 단체별 활동이 중장기적이고 국가적인 사업들

속에서 계획되고 추진되기 보다는 사업단체별 기존 사업계획에 대한 예산 지원 방식으로 진행되다 보니 총합적인 효과로 이어지지 못하고 있는 바, 전체 국가적인 계획 속에서 이들 단체들의 역할을 재설정하고 사업분야별 부문간 정기적인 협의채널을 구성하여 조율해가는 노력이 필요하다. 또한 예산지원도 제대로 사업을 할 수 있는 현실적인 규모로 확대지원하고 예산운용도 사업방식에 따라 유연하게 조정할 수 있는 권한이 부여될 필요가 있다. 다만 이에 대한 전제는 각 단체의 사업내용 및 성과의 내실에 대한 공정하고 합리적인 평가체계가 운용되고 실행되어야 한다는 점이다.

민간단체 활용과 관련하여 언급할 사항으로서 다른 기존의 보건관련 단체들 외에 최근 커지고 있는 각종 NGO 및 시민단체와의 유기적 연계관계 및 활용방안에 대해서도 전향적인 검토가 필요하다. 건강증진의 주요 실천전략중의 하나가 건강한 사회와 환경구축임을 고려할 때, 사회적 변화나 각종 법령을 통한 환경구축에 이들 단체들이 역량이 건전하게 활용될 수 있는 방안이 모색되어야 한다. 그간 시민단체에 대한 활용은 일회성 홍보행사나 실태조사 등 단편적인 사업의 보완자원으로서 활용하는데 그치고 있으며, 이는 재원을 지원하는 공적 조직의 인식 문제이기도 하지만, 역시 일회성 사업예산이라는 재원의 한계와 무관하지 않다고 판단된다. 그러나 외국의 경우를 보면 지속적이고 책임 있는 재원이 지원될 경우, 이러한 지역주민과 시민사회의 활동이 오히려 창의적이고 주민수요에 충실한 공급조직으로 거듭날 수 있는 잠재력을 보이고 있다는 점에서 사업내용의 정비와 예산의 확충으로 협력모형을 모색해볼 필요가 있겠다.

아직까지는 주목할만한 규모는 되지 못하지만, 사업주체로서 일부 지역을 중심으로 자리잡아가고 있는 의료생협의 경우 외국에서 보여지는 CBO (community based organization)와 유사한 형태의 비영리 지역조직으로 가능성과 전망을 보여주고 있다고 평가되며, 지역별 의료생협을 지역의 거점 NGO 조직이자 공급자 조직으로 파트너십을 구축하고 지속적인 서비스 제공모형을 개발해가는 시범사업을 시도해볼 것을 제안한다.

2) 민간병의원 활용방안

건강증진은 질병예방 및 조기치료와 밀접한 연관을 가지며, 질병예방 및 조기치료 과정에서 병의원의 역할을 빼놓고 논의하기는 어렵다할 만큼, 병의원은 중요한 위치에 있다. 조우현 등(2001)은 건강증진 분야에서 병원역할의 중요성에 대해 다음과 같이 정리한 바 있다.

첫째, 건강증진 활동이 병원에서 이루어질 때 다른 조건에서보다 효과가 크다. 둘째, 병원이 가지는 건강증진 관련 자원이 풍부하다. 셋째, 병원이 보건의료 전문인력에 미치는 영향이 크다. 넷째, 효과적인 정책을 추진하기 위해 동원되고 통합되어야 할 주요 자원중의 하나이다. 다섯째, 병원과 연계함으로써 건강증진 서비스의 신뢰성과 효과성을 높일 수 있다. 여섯째, 정상적인 의료현장에 건강증진 서비스가 접목되지 못할 경우 효과가 검증되지 않은 유사 서비스 이용 등으로 대중적 수요가 왜곡될 수 있으며 결과적으로 의료비 낭비를 초래할 수 있다.

병원에서 건강증진과 접목될 수 있는 주요 서비스 영역으로는 우선 주요 만성퇴행성 질환에 대한 건강행위 교정을 목표로 각종 상담과 교육, 중재 프로그램들을 개발하는 활동들을 들 수 있겠다. 이러한 노력들은 궁극적으로 환자의 치료율을 높이고 합병증을 예방하며 나아가 병원 밖에서 건강증진 행태를 유지해가는 효과를 기대할 수 있다. 둘째, 병원에서 시행하는 검진이나 질병예방 활동 중 비용대비 효과가 보고되는 신뢰성 있는 서비스를 선택하고 제공하도록 진료행태를 정비해가는 노력을 예로 들 수 있다. 셋째, 병원외부의 서비스 제공체계와 연계하여 중심을 담당하는 역할을 들 수 있다. 예를 들면 민간보건단체의 건강검진이나 보건소에서의 질병예방 과정에서 진료와 연결된 영역을 담당하는데 있어 지금까지는 주로 환자의 개별적 선택에 의해 연계되어 왔다면, 향후 “지역사회 건강증진 - 질병예방 - 진단과 치료 - 사회복귀와 건강증진”과 같이 일련의 수평적인 연계체계가 구축되고 대상자가 관리될 수 있도록, 정보와 대상자 이동경로를 공유하고 관리하는 것이다. 이러한 요구는 노인에 대한 건강증

진 분야, 만성 퇴행성 질병예방관리 분야에서 긴요하게 요구되고 있는바, 우선적으로 이들 영역에서 활용하는 방안을 모색할 필요가 있다.

조성일 등(2003)은 지역내 공공기관과 민간병원간 협력을 PATCH 접근 모형으로 시도한 결과를 보고하였으며, 국내에서 자원으로 유용성과 현실 가능성이 있음을 확인한 바 있다. 그러나 제휴병원이 비영리 공익을 목적으로 설립된 특수병원으로서 일반 병의원에게까지 일반화하기엔 제약이 있는 바, 일반병의원과의 다양한 협력관계들에 대해 시범사업들이 추가적으로 시도되고 그 경험을 공유발전시킬 필요가 있다고 판단된다.

건강증진사업의 협력자로서 민간병원들의 참여를 이끌어내기 위해 조우현 등(2001), 조성일 등(2003)이 제안하고 있는 내용들을 포함, 민간부문의 참여에 필요한 선결과제들을 제시해보면 다음과 같다.

첫째, 병원 활동에 대해 가장 강력한 유인이 되고 있는 건강보험 급여 기준을 건강증진에 부합되도록 개선할 필요가 있다. 구체적으로는 비용효과성이 인정되는 건강증진 및 질병예방 관련 서비스들을 보험급여에서 인정하고 보상하는 것이 급선무가 될 것이다. 아울러 운동, 영양, 금연 등 건강행태 교정에 필요한 상담 및 교육서비스가 내실있게 제공될 수 있도록 교육 및 상담 수가가 합당하게 책정될 필요가 있다.

둘째, 앞서 언급한 바와 같이 병원단위에서 개발될 수 있는 유용한 프로그램을 구체화하기 위한 시범사업들이 수행되어야 하며 이를 위한 재정적 지원이 필요하다. 성공적으로 개발된 프로그램들에 대해선 정보확산과 벤치마킹을 유도하여 다른 병원들이 이용할 수 있도록 보급 확산하는 활동이 연계패키지로 함께 고려되어야 한다.

셋째, 건강증진 서비스를 병원들이 위탁받을 수 있도록 구체적인 법적 기반과 기준들이 마련되어야 한다. 현재 건강증진 관련 주요 법령에 민간 위탁의 가능성을 명시하였으나 구체적인 세부 기준들이 정비되지 않고 예산집행 기준도 경직되어 있어 실제적인 민간위탁을 수행해가는데 많은 어려움을 호소하고 있는 현재 실정이 개선되어야 할 것이다.

넷째, 지역사회 건강증진 사업체계 구축과 협의시 병원이 주요 사업주

체로서 포함되고 역할을 수행할 수 있도록 채널이 확보되어야 한다.

다섯째, 개별 행위에 대한 보상에서 한단계 나아가 건강증진사업을 포함한 보건사업의 공급주체로서 민간병의원이 활동할 수 있도록 법적 자격을 부여하고, 그간 보건소의 역할로 분류되어온 건강 및 보건서비스 제공을 이들 기관과 공유하는 사업전략의 전환이 필요하다.

3) 민간대학 활용방안

현재 대학은 민간부문 참여의 대표적 사례로서 건강증진 사업계획과 평가, 제공에 이르기까지 광범위한 영역에서 아이디어와 기술을 제공하고 있는 주요 주체들이다. 그러나 그간의 활동을 보면 활동의 질을 뒷받침할 수 있을 만큼 예산규모나 운영권한이 제한되어, 결과적으로 사업활동을 제약시키고 사업효과를 반감시켜온 측면이 없지 않다. 최근 시도 광역단체의 건강증진 사업기능을 강화시키기 위해 시도 단위에 건강증진사업지원단을 설치하고 기능을 강화하고자 시도한 사례에서도 예산 및 활용권한이 충분히 뒷받침되지 못함으로써 민간대학의 참여동기를 떨어뜨리고 실질적으로 사업을 수행할 역량으로 정비되지 못하고 있는 문제점들을 확인할 수 있다. 이러한 문제를 해소하기 위해선 무엇보다도 예산배분 권한을 가진 공공조직의 민간활용 의지가 가장 중요하겠지만, 나아가 현실적인 수준으로 예산을 책정하는 노력, 사업운용 목적에 따라 예산내용을 탄력적으로 조정할 수 있는 권한부여, 단기 예산보다는 중기적 예산편성을 통해 안정적이고 지속적으로 사업을 해나갈 수 있도록 하는 등의 뒷받침이 있어야 하겠다.

4) 민간 기업 및 사업자 활용방안

① 민간위탁 및 민간의 서비스 제공방안에 대한 논의

민간기업이나 사업자는 수익모델이 가능할 경우, 건강증진 서비스의 효율성과 질을 현장에서 구현할 수 있는 가장 강력한 동기를 가진 사업주체

가 될 수 있다. 미국의 Disease Management Program에서 보듯이, 공중보건 및 건강증진 분야, 만성 퇴행성 질환 관리 시장에서는 광범위하게 민간 사업자가 공급자로서 역할을 담당하면서 혁신적인 프로그램들을 개발 적용해가고 있다. 이러한 민간 사업자를 주축으로 하는 공급시장 형성은 부족한 건강증진 사업기반을 확충할 수 있는 실질적인 수단이 될 수 있으며, 나아가 자체내 경쟁을 통해 통합적이고 유기적인 공급자 제휴방식 등으로 전인적이고 종합적인 서비스를 제공해줄 수 있다. 규모가 큰 Disease Management Program 제공자들의 경우엔 계약 대상 인구집단에 대해 건강상담 및 건강평가, 행태상담 등의 건강증진 서비스에서 정기적인 질병예방 서비스 제공, 나아가 질병으로 이행될 경우 계약병원으로 연계하여 진료를 받게 하고 사회복귀까지 관리하는 건강 전주기적 서비스를 망라해서 제공함으로써 명실공히 대상자의 총괄적인 건강관리의 목표를 성공적으로 수행하고 있는 경우가 그 예들에 해당할 것이다.

국내에서는 과거와 비교할 때, 건강증진에 대한 대중적 수요가 증가하면서 건강증진 서비스를 사업적 관점에서 접근하려는 시도들이 늘고는 있으나 아직은 본격적인 시장이 형성되지 않은 탓인지 성공적인 수익모델을 갖추고 안정적으로 운영되는 데가 많지 않은 듯하다. 국내 여건상 시장 형성을 주도하는 것은 결국 공공분야에서 서비스를 위탁하고 구매하려는 동인과 의지가 선행되어야 하나 현재 구조에서는 공공부문의 의지도 크지 않고⁷³⁾ 실제 여건도 호의적이지 못한 것으로 평가된다. 예를 들면 건강증진 서비스를 위탁하는 경우일지라도, 위탁한 서비스에 대한 민원이나 결과를 행정적으로 책임져야 하는 부담감에서 자유롭지 못하기 때문에 질과 효율성을 고려하는 정책보다는, 질과 무관하게 일단 서비스를 제공한다는 형식요건의 구비와 안정적인 통제라는 두 개의 목표를 충족시켜줄 수 있는 방식으로서 전담인

73) 박 등(2003)이 보건소장에게 사업별 민간위탁의 필요성을 조사하였을 때, 직접 제공되는 서비스들 대다수에 대해 민간위탁의 필요성을 낮게 응답하였으며, 이에 반해 보건소의 전문인력과 역량 부족을 호소하여 보건소 역량의 현실적 제약을 인정하면서도 민간위임하는 것에 대해선 회의적인 인식을 보이는 등 이중적 반응을 보이고 있음.

력을 고용하여 직접 서비스를 제공하는 방식을 선호하는 경우들이 있다.

민간공급자에 대한 위탁의 법적 근거가 확보되어 있음에도 불구하고 위탁이 활발하지 못한 또 다른 이유로는, 보건소 등의 성과평가에 있어 민간위탁의 경우가, 전임직원을 고용하여 서비스를 제공하는 경우에 비해 제대로 평가받지 못하고 있어 실적 측면에서도 책임자는 꺼릴 수밖에 없는 행정현실을 지적할 수 있다.

이러한 여건을 개선하기 위해선 우선 국가적인 건강증진 전략을 수립하는 단계에서 전략적으로 민간사업자 시장을 건전한 방향으로 육성하려는 인식과 실행계획이 필요하며 이에 따라 공공과 민간의 역할 분담 지침들이 제시될 필요가 있겠다. 구체적으로는 공공 부문을 평가할 때, 이러한 역할 분담 지침에 따라 성공적으로 민간위탁과 민간사업자를 잘 활용하여 예산절감과 질을 높인 경우 좋은 평가를 받을 수 있도록 평가기준에 반영함으로써 실질적으로 현장의 공공부문이 민간위탁을 유도할 수 있도록 시스템이 마련되어야 한다.

② 민간과 공동 운영방식에 대한 논의

앞서 논의한 내용이 서비스나 프로그램 단위에 대한 제공주체로서 개별 사업자에 대한 방안이라면, 민간과 공동으로 또는 민간이 경영을 담당하는 형태의 경영제휴 방식에 대해 생각해보고자 한다. 개별 서비스 제공의 효율성을 높이는 노력도 중요하지만 궁극적으로 건강증진 서비스의 전문성과 통합성을 높이기 위해선 건강증진센터와 같은 전문적인 제공기관에서 서비스를 제공하는 제공모형도 필요하다.

이러한 제공모형이 검토되어야 하는 대표적 영역이 주민건강증진센터라고 할 수 있다. 정부는 지역사회내 건강증진 사업의 거점기관으로서 주민건강증진센터를 설치하고자 2005년 시범사업을 실시하였으며 20개의 시범보건소에 이들 센터들을 설치 운영한 바 있다. 그 성과를 논하기엔 사업기간이 짧아 속단하기는 어려우나, 운영방식을 고려할 때, 개선의 여지가 있다. 무엇보다도 주된 사업주체가 되는 보건소에 대해 현재 인력부족, 전

문성 부족, 여타 사업의 과다로 건강증진에 대한 자원투입 제약 등 기존에 제기되는 구조적인 문제가 해소되지 않은 상태에서 건강증진센터라는 부가업무 형태로 도입되다 보니 사업의 내실을 기하기가 어려울 것으로 판단된다. 대학에 위탁하는 것도 가능한 여건 하에서나 검토할 수 있는 대안이므로 보편적인 대안으로 보기 힘들며, 보건소나 대학이나 공적 특성이 강하다는 측면에서 사업적 동기와 혁신노력을 기대하기는 어렵다. 투입예산의 제약으로 인해 주로 인적 서비스 모형으로 설계한 것도 사업의 내실을 높이는데 한계요인으로 작용할 수 있다.

이럴 경우 민간자본과 제휴하여 공동으로 건강증진센터를 건립하고 운영하며 민간주체에게는 질제고를 통해 발생하는 일정부분 수익을 거둘 수 있도록 하거나 인센티브에 의한 경영위탁을 모색하는 방식이 도입될 경우, 투입자원을 늘릴 수 있고 강력한 경영적 책임과 헌신을 유도할 수 있다. 이러한 방식과 유사한 외국사례로는 이미 ‘제3섹터’라는 개념으로 공공과 민간이 제휴한 경영사례들이 상당수 시도된 바 있고 미국의 제3의 공공보건조직 구축 사례도 이에 근접한 모형으로 평가될 수 있다. 여타 사회분야에 있어서는 민간의 자본과 경영역량을 활용하기 위해 사회간접 시설 및 사회분야에서 민자유치법에 의거한 공공, 민간 공동투자 및 경영의 성공적 사례들이 보고되고 있다(김성수, 1996). 국내의 경우 도립 노인 병원 건립시 민관 공동투자나, 공공이 건립하고 민간이 운영성과를 통해 경영해가는 방식으로 성공한 사례들이 있음을 고려할 때, 이러한 예들을 건강증진센터에도 도입해볼 것을 제안한다. 우선적으로는 재정자립도가 우수하고 현실적 수요가 존재하는 시단위에서 시범적으로 공공민간 경영 제휴 방식모형의 건강증진센터를 건립 운영해보도록 하고 공과를 평가하여 한국형 모형으로 보완해가는 정책적 시도가 필요할 것으로 사료된다.

3. 민간부문의 건강증진사업의 활성화 방향과 과제

지금까지 민간부문이 건강증진에 어떻게 참여할 수 있는지 방식과 이에 관련된 쟁점들을 살펴보았으며, 개별 사안들을 넘어 공통적으로 민간부문 참여를 유도하고, 근거를 생산하고 활용하는 건강증진사업에 참여하는데 있어 우선적으로 검토되고 해결되어야 할 주요 과제들을 마지막으로 점검해보고자 한다.

첫째, 파트너십 구축의 시범사례가 개발되고 운영될 수 있도록 투자가 이루어져야 하겠다. 그간 건강증진기금을 통한 연구사업들을 보면, 주로 학술기관의 프로그램 개발 및 조사연구사업과 현장 보건소의 프로그램 실행사례들이 유기적인 연계성을 갖지 못한 채 단절적인 연구성과로만 보고됨으로써 예산투입의 효과를 극대화하지 못한 측면이 있다. 향후 국내 건강증진사업의 역량강화가 필요한 영역이 공급인프라 구축이라고 한다면 특히 다양한 공급모형 개발에 대한 시범사업과 모니터링에 대폭적인 예산이 투입될 필요가 있다. 그간 공공-민간과의 네트워크 구축 또는 파트너십의 필요성에 대해선 많은 지적들이 있어 왔음에도 불구하고 구체적인 방식과 현장에서의 적용 및 운영사례, 성공적인 관계구축을 위한 전략 등에 대해 연구가 부재한 것도 언급한 예산운용과 무관하지 않다고 본다. 별도의 사업예산을 투입하여 이러한 정보와 지식들을 개발해가고 경험을 축적하지 않고선 파트너십 구축의 목표달성은 요원할 것이다.

둘째, 민간참여 활성화를 위한 법적, 제도적 지원방안이 구체적으로 마련되어야 한다. 앞서 여러 사례에서 언급하였는 바, 민간부문 참여에 대해선 선언적 조항 외에 실제적인 법적 기준이나 지침이 부재하고 예산을 배분하는 공공주체 역시 필요성을 느끼지 않고 있다. 이를 타개하기 위한 법적 정비를 포함하여 역할분담 지침, 공공주체의 민간활용에 대한 정책적 유인방안이 정비되어야 한다. 아울러 외국사례에서와 같이 기업이 사회의 공익적 역할에 참여할 수 있도록 세제지원이나 사회적 인식프로그램(예: 건강친화기업 인증) 개발이 필요하다.

셋째, 민간의 성과평가 및 계약기준이 마련되어야 한다. 민간위탁이나 민간참여의 경우 분쟁을 최소화하고 민간의 사업적 동기를 건전하게 유도하기 위해선 객관적인 성과 평가 및 계약절차와 기준이 마련되어야 한다.

넷째, 건강증진 사업구조 및 운영주체의 혁신을 고민할 필요가 있다. 미국의 지방단위들에서 공중보건 사업구조의 혁신을 위해 공공조직과 별도로 공공과 민간의 공동 운영주체를 구성하여 서비스 제공사업을 수행해온 것처럼 국내에서도 공공과 민간외의 독립된 3자의 운영주체를 구성하고 운영하는 시도를 시범적 차원에서 시도하면서 운영주체에 대한 지속적 혁신을 노력해갈 필요가 있다.

다섯째, 공공부문 리더들을 대상으로 지역사회 자원 동원 및 조정기술, 협상 및 의사소통 등과 같이 실질적인 역량강화 프로그램을 개발하여 지원할 필요가 있겠다. 보건소장 설문에서 민간 파트너십 구축과 관련하여 민간과의 협력 및 의사소통 기술부족을 애로사항으로 꼽았던 결과(이상이 등, 2002)를 되새겨볼 필요가 있겠다.

여섯째, 민간은 이윤을 추구하므로 공적인 서비스를 할 수 없다는 편협한 인식을 극복하고 지역사회의 다양한 자원들을 사업주체로 존중하고 참여시키는 열린 행정마인드와 노력이 필요하다. 국민에게 있어 관심은, 공공이 하느냐 민간이 하느냐의 문제보다 효율적인 비용으로 양질의 건강증진 서비스를 받는 것이다. 공공이 중심이 되어 이모든 것을 잘하면 좋겠지만 역량과 자원여건이 제약되는 상황에서 공공과 민간이 잘할 수 있는 최적점을 찾아 자원을 조합시키는 것이 국민의 효용을 높이는 가장 효율적 방법임을 두말할 필요가 없을 것이다. 건강증진 분야에서 공공주체의 역할은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 그러나 국내 여건 하에서 공공주체가 우선적으로 해야 할 일은 건강증진 사업을 총괄하고 기획조정하는 역할이며 이에 더하여 서비스 제공역량까지 갖추면 좋겠으나 이 두 가지 영역이 지속적으로 전문적 역량을 개발해나갈 필요가 있다는 점에서 동시에 잘하기는 어렵다. 그렇다면 공공부문은 공공주체가 우선적으로 해야 할 영역의 역량을 높이면서 파트너십을 통해 민간과 사회자원을 개발하고

촉진시키는 역할분담 자세가 필요하겠다.

지금까지 민간참여를 통한 건강증진사업의 유형과 사례를 검토하고 그 효과를 소개하였다. 향후 근거기반 건강증진사업이 확산되기 위해서는 민간의 참여를 다양하게 유도하고 그 효과를 평가하여 체계적으로 근거를 생산하는 일이 필요하다. 민간의 참여가 건강증진사업의 활성화에 중요한 과제로 남아 있는 한 이와 관련된 근거생산을 위한 예산지원과 정부의 지원이 확대되어야 한다.

제5장 근거기반 건강증진사업을 위한 정책방향

제1절 건강증진근거수집과 생산체계의 방향

1. 자문단(Advisory group)의 구성

근거를 생산하기 위해서 건강증진사업의 결과물을 체계적으로 고찰하는 과정을 필수적이다. 이러한 과정에 방법론이나 주제에 대하여 여러 경험을 가진 사람들의 자문이 필요하다. 여기에 참여하는 사람들은 정책결정에 관여하는 사람들과 수혜자인 국민(또는 소비자)이 포함된다. 이 자문단의 역할은 각기 다른 배경을 가진 이해당사자들의 입장에서 중요한 주제와 이슈, 관련된 사업, 사업대상과 사업결과에 대한 의견을 제시하는 것이다. 이들의 견해가 문헌을 체계적으로 고찰하는 데 중요한 의사결정을 하는 데 영향을 주게 되며 검토의 결과가 타당한지를 평가하는 데 영향을 준다. 따라서 자문단에는 취약인구집단을 포함시키는 것이 중요하다.

2. 범위의 설정

건강증진사업의 근거를 수집하기 위해 고찰해야 하는 범위를 설정할 필요가 있다. 광범위한 분야를 검색하여야 하거나 보다 좁은 범위의 주제를 검색할 필요가 있을 수 있다. 그런데, 광범위한 개입을 포괄하여 검토하고자 할 때 검색어의 선정 및 선정과정에서 시간이 많이 소모되고 시간낭비가 될 수도 있다. 그러나 선택할 요소들이 많은 상황에서는 다양한 개입을 고찰할 수 있도록 하는 검색방법을 동원하는 것이 도움이 될 수 있다. 좁은 범위의 고찰은 찾고자하는 개입의 유형이 한정되어 있어서 검색하는데 시간이 많이 소요되지 않는다. 한편 이러한 좁은 범위의 검색결과

어떤 특정한 개입을 실시할 것인지 아닌지를 결정하는 데에만 도움이 될 것이다. 소비자나 정책결정자들은 광범위한 결과를 도출해 낼 수 있는 개입유형을 선호한다. 특히 사회적인 개입형태가 광범위한 결과를 산출하는데 효과적인 것으로 알려져 있다.

3. 포함시킬 연구설계의 종류 선택

근거를 도출해 낼 수 있는 연구설계는 여러 가지 종류가 있다. 무작위 통제실험(Randomised controlled trial)방법은 가장 선호되는 근거생산의 연구방법으로 꼽히지만 건강증진분야에서 많은 경우 RCT를 못찾는다. 이것은 많은 경우 feasibility 와 윤리적 문제 때문에 실행하기 어렵기 때문이다. 공중보건분야에서는 cluster-RCT를 도입하는 경향이 증가한다고 한다. 무작위 통제실험은 아니어도 정량적인 데이터를 생산하는 연구자료도 근거의 수집에 중요한 자원이 된다. 광범위한 데이터를 수집한 연구는 건강증진사업을 수혜자집단에 대한 정보를 제공하여 향후 개입의 성공여부를 판단하는 중요한 요소를 알려주게 된다.

건강증진분야에서 정성적인 연구의 목표는 사람들의 경험을 심도있게 분석하는 데 있고 개인의 상황과 장소에 따른 관점과 역사를 분석하기 위함이다. 이러한 분석을 통해 개인의 사회적 액션과 행동을 이해할 수 있게 된다. 정성적인 연구가 건강증진의 근거에 기여하는 바는 첫째, 체계적인 검토를 구조화하는 데 활용할 수 있고 대상집단의 요구에 맞는 검토와 분석을 할 수 있게 해준다. 둘째, 개입을 실행하는 데 가능요인과 방해요인을 조사하는 데 도움을 준다. 셋째, 개입을 받는 참가자들의 경험을 기술적으로 분석할 수 있게 해준다. 넷째, 참가자들의 주관적인 결과평가를 알 수 있게 해준다. 다섯째, 다른 연구들 간의 다양성을 이해하는 데 도움을 준다. 여섯째, 참가자들의 주관적인 요구도와 객관적인 개입의 평가 간의 차이를 좁히는 데 도움을 준다. 또한 이런 과정은 새로운 개입을 개발하는 데 중요한 정보를 제공한다.

4. 건강증진사업 관련 문헌의 검색방법의 정립

건강증진관련문헌은 여러 분야에 걸쳐 분산되어 있어서 수집하는 과정이 복잡하다. 건강증진의 다학제적인 본질 때문에 다양한 분야의 문헌검색도구를 활용해야 하는 과제가 있다. 또한 건강증진문헌은 용어가 불분명한 경우가 많고 이 분야의 용어가 빠르게 변화하기 때문에 더 근거의 수집을 어렵게 한다(이러한 현상은 공중보건분야의 문헌에서도 비슷하게 나타난다). 따라서 분야에 따라서는 특별한 자료수집방법을 동원해야 한다. 예를 들어 범죄예방을 위한 개입에 관한 문헌의 절반가량은 회색문헌(grey literature)에서 찾을 수 있다고 한다.

건강증진분야의 정성적인 연구들은 비임상적 문헌 DB에서 광범위하게 찾아야 하는 경우가 많다. 정성적인 연구를 수비할 수 있도록 문헌색인의 개발과 검색도구의 개발이 필요하다. Medline에서 일부 정성적인 연구자료의 색인을 가지고 있다. CINAHL은 정성적인 연구설계를 정확하게 설명하는 색인용어의 체계를 가지고 있다.⁷⁴⁾

정성적인 연구를 검색하는 방법에 일치된 견해는 없다. 개입의 유형에 따른 검색보다는 이론에 기반한 접근이 더 타당하다고 주장하는 학자도 있다. 정성적인 건강증진연구를 찾기 위한 전략으로는 첫째, 찾고자 하는 주제에 관련된 문헌이 적을 때는 본문내의 단어들을 자유롭게 활용하여 검색한다. 둘째, 충분한 시간을 두고 검색전략을 개발한다(최소 5일 걸리는 것으로 보고됨). 셋째, 도서관 사서의 도움을 받아서 검색전략을 개선한다. 건강증진근거수집의 자문단은 DB 검색 및 인터넷 검색을 위한 키워드를 결정하는 데 영향을 줄 수 있다. 정성적인 연구에서는 통계적인 수치의 대표성이 중요한 문제가 되지 않는다. 정성적인 연구를 수집하는 연구자들은 연구하고자 하는 현상에 부합하는 특성을 가진 연구들을 분류하는 데 목표가 있으므로 연구물들이 조사대상(informants)이 된다.

문헌의 검색방법은 관련된 건강증진의 주제에 따라 다양한 데이터 베이

74) 생물의학분야의 검색엔진임. <http://www.cinahl.com/>

스를 활용할 수 있다(표 5-1 참조). 회색문헌을 찾는 방법으로는 인터넷검색과 일반적인 학회지 문헌을 수기로 찾는 방법들이 있다. 인터넷 검색에서는 google scholar(<http://scholar.google.com>)이 연구자료를 찾는 데 유용하다. 정부의 문헌들은 인터넷 검색을 통하여 쉽게 구할 수 있다.

〈표 5-1〉 건강증진의 관련분야별 대표적인 데이터베이스

심리학	PsycINFO/PscyLIT
생물의학	CINAHL, LILACS(Latin American Caribbean Health Sciences Literature) http://www.bireme.br/bvs/l/ibd.htm , Web of Science, Medline, EMBASE, CENTRAL, Combined Health Information Database(CHID) http://chid.nih.gov/cdp Chronic Disease Prevention Database(CDP) http://www.cdc.gov/cdp
사회학	Sociofile Sociological Abstracts Social Science Citation Index
교육	ERIC(Educational Resources Information Center), C2-SPECTR(Campbell Collaboration Social, Psychological, Educational and Criminological Trials Register) http://www.campbellcollaboration.org REEL(Research Evidence in Education Library, EPPI-Center) http://eppi.ioe.ac.uk
교통	NTIS(National Technical Information Service) TRIS(Transport Research Information Service) http://ntl.bts.gov/tris IRRD(International Road Research Documentation) TRANSDOC(from ECMT(European Conference of Minister of Transport))
신체활동	SportsDiscus
HP/PH	BiblioMap(EPPI-Center) http://eppi.ioe.ac.uk HealthPromis(HDA, UK) http://www.hda-online.org.uk/evidence/ Global health
기타	Popline(population health, family planning) http://db.jhucpc.org/popinform/basic.html Enviroline(environmental health)-available on Dialog, Toxfile(toxicology)-available on Dialog, Econlit(economics)
질적인 연구	EXRC Qualitative Data Archival Resource Center(QUALIDATA) (http://www.qualidata.essex.ac.uk), Database of Interviews on Patient Experience(DIPEX)(http://www.dipex.org)

자료: The Cochrane Collaboration, Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions, 2005.

5. 연구의 질 평가

건강증진사업의 유형은 여러 가지가 있기 때문에 건강증진사업의 질을 평가하는 것은 복잡한 과정이다. 일반적으로 RCT의 경우는 기존에 발생할 수 있는 bias를 검토하는 방법이 가장 흔하다. 그 외에는 검토자들의 검토과정에서 연구들의 강점과 약점을 분석하는 방법을 사용한다. 'quality weighting', 'quality thresholds', 'sensitivity analysis' 등이 있다. 대부분 질적인 연구들은 다양한 평가체크리스트를 사용하여 평가하게 된다.

6. 근거의 평가를 위한 건강증진의 이론적 기반의 정립

건강증진분야의 많은 사업들은 다양한 이론적 배경을 가지고 개발된다. 근거생산을 위한 연구를 검토하기 위해서도 이론적인 기반에 의한 개입의 분류가 필요하다. 건강증진사업을 위한 이론의 역할은 개인의 행동을 설명하고, 개인간 영향을 설명하며, 커뮤니케이션을 통한 활동을 설명할 수 있게 해준다(표 5-2 참조). 북부아일랜드의 정부에서는 건강증진기관에서 이론들을 정립하여 프레임워크를 제공한다고 한다. 현대 건강증진의 이론은 개입의 유형을 분류할 수 있게 해주고, 장애요인과 촉진요인을 설명하게 해 준다.

〈표 5-2〉 건강증진 관련 이론의 요약

	이론	초점	주요개념
개인 수준	변화단계 모델	건강행위로 바꾸거나 시도하기 위한 개개인의 준비	고려전단계 고려단계 결심/결정 실행 유지
	건강신념 모델	건강문제의 처리에 대한 사람들의 인식과 문제를 예방하고 관리하기 위해 권장되는 행위에 대한 평가	인지된 감수성 인지된 심각성 실행에 대한 인지된 이득 실행에 대한 인지된 장해물 실행 시작의 신호 자기효능감

	이론	초점	주요개념
	소비자정보처리 모델	소비자가 결정함에 있어서 정보를 획득하고 사용함에 따른 진행과정	정보 처리 정보 탐색 의사결정원칙/발견학습 소비와 학습 정보 환경
개인간 수준	사회 학습 이론	3가지 과정 즉, 개인적 사실, 환경적 영향력, 행위의 계속적 상호작용 등의 동적상호이론으로 설명된 행위	행위의 능력 상호 결정론 기대치 자기효능감 관찰학습 강화 역량
지역사회 수준	지역사회 조직 이론	적극적인 지역사회 참여 강조 및 건강과 사회문제를 더 잘 평가하고 해결할 수 있는 지역사회의 발달	지역사회 능력 참여와 이슈의 관련성 이슈의 선택 비판적 의식
	조직 변화 이론	보건정책과 프로그램이 공식적인 조직에서 적용 및 유지될 수 있는 기회를 높이기 위한 과정과 전략	문제 정의(자각 단계) 실행 개시(적응단계) 변화 실행 변화 규정(제도화)
	혁신 전파 이론	사회 내에서 또는 한 사회에서 다른 사회로 새로운 아이디어, 제품, 사회적 지침을 전파하는 방법	상대적인 이익 적합성 복잡성 시행가능성 관찰가능성

자료: NCI, 1995(6).

7. 건강증진사업의 형평성과 지속가능성 추구

건강증진의 근거를 생산하기 위해서는 사업이 계획대로 실행되었는지가 평가되고 분석되어야 한다. 특히 예방적인 사업에서 이러한 측면의 평가를 통해 어떤 요소가 중요한 요인인지 알아낼 수 있고 성공요인과 실패요인을 분석할 수 있게 해 준다. 통합성은 계획과의 일치성, 사업에의 노출, 전달과정의 질, 참가자의 반응성, 실시된 프로그램의 차별성 등의 다섯 가

지 측면으로 설명될 수 있다.

건강증진사업에서 취약계층의 건강개선효과의 근거도 중요한 평가대항이다. 대상자 집단의 사회경제적 위치의 변화, 인구집단별 특성에 따른 건강수준의 차이 등이 반영되는 사업들을 수집하고 평가하여 근거를 수립하는 것도 필요하다. 건강증진사업에서 건강의 형평성(inequality)에 대한 근거를 생산하는 일은 복잡하다. 왜냐하면 형평성과 관련된 용어와 사업결과에 대한 합의된 지침이나 평가지표가 마련되어 있지 않기 때문이다. 우선적으로는 건강증진사업을 통하여 이익을 받게 되는 집단과 손실을 받게 되는 집단에 대한 분석이 필요하고 사업의 상대적인 부작용이나 다른 대안적 사업과의 비교 검토가 선행된 후 근거가 수립될 수 있다.

건강증진사업의 지속가능성(sustainability)은 개입과 프로그램의 결과가 지속적인 결과로 평가될 수 있는 지에 대한 과제를 의미한다. 이것은 예산과 자원의 배분을 결정하는 정책입안자에게 특별히 관심의 대상이 된다. 따라서 근거를 생산하기 위해 수집되는 연구결과물(사업결과물 포함)들의 지속가능성이 중요한 검토대항이 된다. 건강증진사업의 대부분은 행동변화를 목표로 하기 때문에 원하는 결과를 평가하기 위해서는 시간이 필요하다. 예를 들어 근거의 원천이 되는 건강증진사업이 지속가능한지 평가하기 위해서는 사업의 요소 중에 지속적인 결과를 도출할만한 사회적 조직의 존재와 운영방법 등이 포함되어 있는지를 평가함으로써 그 사업결과물의 지속가능성을 가늠할 수 있을 것이다. 추구조사를 포함하는 연구에서도 지속가능성이 결여될 수 있다. 따라서 이전의 연구들이 장기적인 결과 도출에 실패하는 요소를 가지고 있는지 여부에 대한 상세한 고찰이 필요하다. 그러나 모든 건강증진사업이나 연구가 다 지속가능성을 포함해야 효과적인 것은 아니며, 지속가능한 프로그램이 지속가능한 결과를 가져오는 것도 아니라는 것이 근거를 평가해야 할 때 고려할 사항이다. 건강증진사업을 평가할 때 지속가능성을 보아야 하는 지는 사업의 목적에 따라 다르기 때문이다. 지속가능성의 평가대항이 되는 사업에서는 사업결과물의 평가결과를 검토해야 하고 사업기간에 따른 결과의 변화를 같이 검토하여야 한다.

건강증진사업에서 지속가능성의 요소는 첫째, 사업에서 도출될 수 있는 건강의 이익이 지속됨, 둘째, 조직내에서 그 사업이 제도화 됨(정책적 또는 정치적 환경변화), 셋째, 지역사회 역량강화프로그램(훈련프로그램 및 지역 주민참여도)이 포함되는 것 등이 해당된다. 건강증진사업의 지속가능성에 영향을 주는 요인들을 요약하면 첫째, 환경적인 요소들, 둘째, 조직적인 장소에 있는 요소들, 셋째, 사업의 디자인과 실행시 투입되는 요소들 등이다.

제2절 건강증진사업의 근거활용의 확산방안

1. 건강증진사업의 근거활용의 기본방향

건강증진사업의 근거를 생산하고 데이터베이스와 인터넷, 보고서 등을 통하여 보급하는 것이 중요하다. 또한 건강증진사업의 근거를 제대로 활용하기 위해서는 적합한 대상과 장소와 시기에 적용할 수 있도록 해야 한다. 많은 경우 건강증진사업은 지역사회의 주민의 특성에 맞도록 고안하여 개발하기 때문에 그 사업결과를 다른 곳에 적용하여 같은 수준의 결과를 기대하는 것이 어려울 수 있다. 예를 들어 과일과 채소의 소비를 증대하기 위한 캠페인을 실시하는 사업의 경우 이 사업은 지역에 따라 다른 과일채소유통과 소매가격의 영향을 받게 된다. 건강증진사업이 실행되는 현장은 인구집단의 특성뿐만 아니라 물리적 환경, 사회문화적 여건, 공급자의 조직과 특성, 기존에 존재하는 건강증진 관련 자원들이 모두 다르기 때문에 상황적인 고려가 필요하다.

건강증진사업의 근거를 활용하기 위해서는 사업의 적용가능성(applicability)이 평가되어야 한다. 사업의 적용가능성은 관련성(relevance) 적절성(appropriateness), 실행가능성(feasibility), 역효과(adverse effect) 등으로 평가된다. 관련성은 제시된 근거와 근거에 대한 검토가 사용자가 계획하는 사업에 관련이 있는 지를 검토해야 한다는 것이다. 개인의 행동변화에

초점을 둔 사업일수록 다른 사업에 적용하려 할 때 관련성을 검토해야한다. 적절성은 지역사회 문화나 사업에 대한 호응도가 있는 지를 검토하는 부분이다. 실행가능성은 주어진 세팅에서 그 개입이 복제(replicable)될 수 있는 지를 검토하는 부분이다. 사업의 적용을 위해서 비용과 전문성이 필요하다면 사업을 실행하기 위한 별도의 훈련이 필요하다. 역효과는 근거에서 제시하는 사업사례들의 긍정적 부정적 효과의 균형을 검토하고 개입의 기회비용을 검토하는 부분이다. 적용가능성을 평가하는 방법으로는 내적타당성 평가의 결과를 검토하는 것이다. 내적 타당도가 높을수록 개입의 결과로 인한 근거라는 것을 알 수 있기 때문이다. 근거를 기반으로 하여 건강증진사업의 적용가능성을 평가하는 기준은 <표 5-3>과 같다.

<표 5-3> 건강증진사업근거의 활용성의 검토방법

평가 요소	영역	특성	근거로 수집된 자료	근거의 사용자 또는 현재사업에 대한 적용가능성
접근성	표본 집단	표본의 설계	대상집단과 근거자료에서 제시된 인구집단의 특성	인구집단의 질병의 위험요인 등이 유사한 경우 채택함.
		표본추출의 방법	참가자들의 모집방법이 자의적이거나 또는 무작위추출	대상인구집단의 참가가능성이 유사한지 검토해야 함.
	연령	인구집단의 연령별 분포	인구집단의 연령이 유사함.	
	성	인구집단의 성별분포	성별 분포가 사업효과에 영향을 주는지 여부에 따라 채택을 결정함.	
	인종	인구집단의 인종적 분포	인종적인 분포와 사업요구내용과 부합하는 지를 검토함.	
	건강수준과 위험도	질병 및 위험요인에 따른 인구분포	근거사례에 제시된 인구집단의 위험요인분포와 현재의 사업대상인구와 비교함.	
	기타	인구집단의 다른 특성	사업결과에 영향을 줄 수 있는 인구집단의 다른 특성을 검토함.	

평가 요소	영역	특성	근거로 수집된 자료	근거의 사용자 또는 현재사업에 대한 적용가능성
efficacy	내적 타당성	내적타당성	내적타당성의 분석	사업의 투입요인 외에 다른 교란요인이 있는지 검토함.
	결과	과정과 단기결과	과정(전화상담건수), 단기결과(식습관 변화)에 대한 검토	근거사례의 사업결과가 현재의 사업대상집단에 관련성이 높은지 검토함.
		장기적 결과	건강과 삶의 질 평가결과	장기적 결과가 관련되어 있는지 검토함.
		경제적 효율성	경제적결과, 비용, 비용효과, 비용편익, 비용효용성(utility)	의사결정과정에 경제적 효율성 평가 있는지 검토하고 적용가능성을 검토함.
		위해(herms)	개입으로 인한 위해에 관한 정보	보고된 위해에 관한 정보와 잠재적 위해에 대한 검토후 사업의 기대효과와의 균형을 검토함.
채택	개입	제공자	제공자의 특성에 대한 정보와 교육훈련에 대한 정보	현재의 사업에 같은 정도의 제공자 교육훈련이 가능한지를 검토함.
		면담횟수	제공자와 참가자간의 면담횟수와 면담시간	면담횟수와 시간이 적용가능한지 검토함.
		매체	개입에 사용된 매체를 검토(개별상담, 전화, 우편, 인터넷, 기타)	근거사례에 사용된 매체가 적용가능한지 검토함.
		내용전달의 형식	개별적 전달 또는 가족 및 친구와 함께 받는 프로그램 등	근거사례에 제시된 전달형식이 적용가능한지 검토함.
		컨텐츠	기존도구의 사용 또는 새로운 도구나 자료를 개발하는 것	현재의 사업에 컨텐츠의 방식이 적용가능한지 검토함.
	장 (setting)	지역사회 및 보건의료 인프라	프로그램 실행을 위한 조직적인 인프라 및 지역의 인프라	근거사례에 있는 인프라가 현재의 사업에 필요한 것인지 검토함.
		개입에 대한 접근성	대상인구집단이 개입에 접근가능	현재의 자원으로 대상집단에 대한 접근성을 보장할 수 있는지 검토함.
실행	개인적 수준	adherence	개입에 대한 개인의 참여도 또는 중도포기정도	현재의 상황에서 참여도를 보장하는 데 장애요인이 되는 것을 검토함.

평가 요소	영역	특성	근거로 수집된 자료	근거의 사용자 또는 현재사업에 대한 적용가능성
	프로그램의 수준	통합성	개입이 계획대로 전달된 정도	현재의 사업상황에서 실행하는 데 장애요인이 될 것을 검토함.
유지	개인적 수준	결과의 지속가능성	장기적으로 행동변화 또는 중요한 결과를 가져올 수 있는 요소	현재사업의 사용자에게 단기적 결과 또는 장기적 결과의 상대적인 중요성을 검토함.
	프로그램의 수준	개입의 지속가능성	장기적으로 지속가능한 개입의 측면, 지속가능한 개입을 지원하는 인프라, 개입을 장기적으로 사용할 때의 장애요인 등을 검토	사용자의 장(setting)에서 개입이 장기적으로 실행가능한지 검토함. 필요한 인프라가 있는지 검토함. 지속가능성에 대한 장애요인의 종류를 검토함.

자료: The Cochrane Collaboration, Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions, 2005.

2. 건강증진사업의 근거의 확산방안

근거는 어떤 개입이나 프로그램이 실제로 어떤 영향을 줄 수 있는지 판단하게 하는 기능을 한다. 건강증진은 투자이고, 비용과 편익을 설명하기 위한 자료가 필요하고 이에 대한 근거가 필요한 것이다. 따라서 근거를 확산시킴으로써 더 효과적인 건강증진사업 실행을 가져올 수 있으며 이해관계자(정책입안자, 예산지원자, 소비자)의 만족도를 높일 수 있다.

건강증진사업을 계획하기 이전 단계에서부터 건강증진사업의 근거에 대한 검토와 통찰이 필요하다. 이를 위해서는 건강증진사업과 이해관계가 있는 사람들뿐만 아니라 모든 국민에게 접근가능한 근거의 정보가 보급되어야 한다. 또한 이러한 근거에 기반한 건강증진사업의 정보들이 적합하게 적용될 수 있도록 지도와 감독이 필요하다. 이를 통해서 지속적인 근거의 생산이 가능해진다.

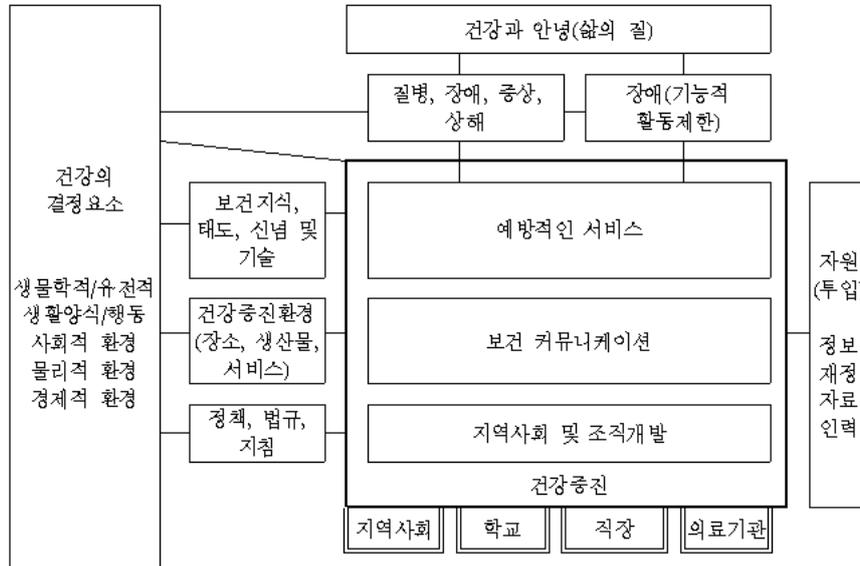
건강증진사업의 근거를 확산시키기 위해서는 커뮤니케이션과 보건교육의 기법을 활용하여야 하고, 건강증진사업의 근거를 검토하는 과정이 지

침화되어 보급되어야 한다.

첫째, 기존의 건강증진사업과 연구에서 생산된 결과들을 근거로 활용할 수 있도록 검토하고 근거를 수립하는 체계와 과정이 제도화되어야 한다. 현재 국민건강증진사업지원단의 중장기 연구과제로 근거기반의 건강증진 연구체계가 수립되고 있다.

둘째, 수립된 근거들이 인터넷 홈페이지를 통하여 보급되고, CD-Rom 형태, 문서화된 보고서 형태로 보급되어야 한다. 대학이나 연구소에서, 또는 사업현장에서 건강증진사업을 담당하는 사람들이 참고할 수 있어야 한다. 근거들을 현장에 적용하는 것을 제도화 할 필요도 있다. 건강증진과 관련된 정보들은 여러 가지 자원과 경로와 연결되어있다. 이러한 부분들을 총괄할 수 있는 시스템의 개발이 필요하다(그림 5-1 참조).

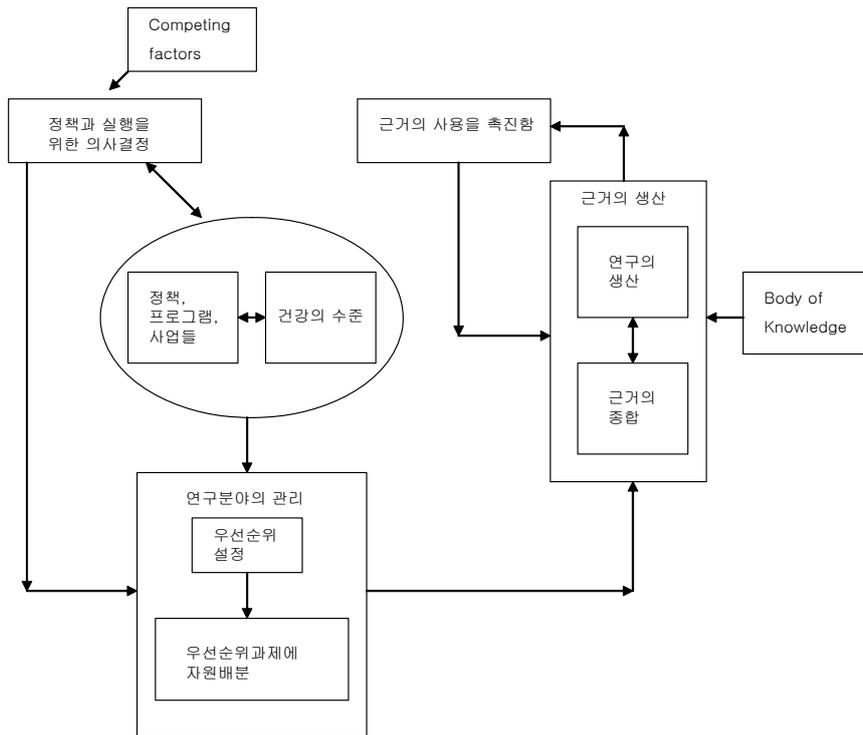
[그림 5-1] 건강증진사업과 관련된 정보의 체계



셋째, 지속적인 교육과 훈련이 필요하다. 근거기반의 건강증진을 위한 정기적인 워크숍과 세미나 등을 통하여 근거의 활용에 대한 지식을 보급 하도록 한다. 보건관련 대학교육과정에서 근거의 생산 및 활용에 대한 내용을 반영하고 전문가의 교육훈련프로그램에 근거에 대한 내용을 포함시킨다.

넷째, 건강증진사업과 연구의 근거가 정책과 사업에 반영 되는 환류될 수 있는 체계가 확립되어야 한다. 특히 근거의 생산을 통하여 정책적인 의사결정과정에서 건강증진사업의 근거가 반영될 수 있도록 해야 한다(그림 5-2 참조).

[그림 5-2] 연구의 근거를 정책과 현장에 전달하는 경로



자료: World Health Organization, World Report on Knowledge for Better Health, 2004, p.100에서 재 인용.

제6장 결론 및 제언

본 보고서에서는 건강증진사업의 근거를 찾고 활용하고 확산하는 방법에 대하여 연구하였다. 전문가 델파이조사와 국내외 근거생산기관에 대한 분석을 시도하였다. 건강증진사업에 활용할 수 있는 근거를 생산할 수 있는 체계적인 사업계획과 지원이 우선되어야 할 것이다. 체계적인 고찰이나 메타분석을 통하여 생산된 근거는 건강증진사업의 효과를 평가하는 데 중요한 기준이 되며 정확한 기준에 의하여 평가된 건강증진효과는 근거로 활용된다. 건강증진을 평가하는 사업에서는 여러 가지 모순과 복잡성이 있지만 새로운 접근방법이 필요하다. 새로운 gold standard⁷⁵⁾가 필요하다. 의사결정은 근거를 기초로 하여 내려져야 하지만 의사결정을 하는 범주는 실생활을 하는 실제 주민들이 사용할 것이므로 문제를 제기하는 것과 정책을 개발하는 것은 반드시 재평가되어야 한다.

건강증진사업의 특성때문에 근거를 생산하는 일은 어려운 일이다. Green과 Tones(1997)는 ‘사법적인 원칙(Judicial principle)’을 건강증진분야의 효과평가에 도입하는 것을 권한바 있다. 사법적인 원칙은 확실한 증거가 없을 때 가능한 많은 정보에 기반하여 결정을 내리는 것이다. 액션을 추진하는 수준이 심각하게 높은 수준일 때는 형법상에 사용되는 원칙이 적용되어야 한다. 근거에 대한 요구가 덜 긴박할 때는 시민법에 사용되는 범주가 사용된다. 가능성에 균형을 유지하자는 것이다. 한편 삼각측량(triangulation)방법도 건강증진의 효과를 평가하고 그 근거를 평가하는 데 추천되는 방법이라고 한다. 이 방법은 두가지 이상의 방법을 사용하여 한 가지 현상을 조사연구하는 것이다.

75) Nutbeam D.(1999)는 기존의 Gold Standard를 randomized controlled trials(RCT)라고 하였고, 많은 RCT들이 연구범위가 좁기 때문에 건강증진사업현장에 활용하는 데 제한점이 많다고 지적하였다.

원인-효과의 근거는 건강증진사업을 계획하는 데 중요한 역할을 한다. 의학분야에서는 인과성의 근거를 제시하는 몇 가지 기준들이 일반적으로 받아들여져 왔다. 한편 건강증진연구에서는 다양한 개입들을 시도하고 이에 따라 적절하고 종합적이고 충분한 근거를 마련해야 할 과제가 남아있다. 어떤 건강증진사업이든지 이론적으로 타당할 때 더 좋은 결과가 성취된다는 입장을 취해야 할 것이다.

근거에 기반한 건강증진은 효과적인 개입을 알려줌으로써 최상의 효과를 내기 위해 에너지와 자원이 사용되는 타당성을 높여주고, 확신을 준다. 또한 실무자들로 하여금 정치적으로는 매력적이지만 잘못된 전략이나 프로그램을 거부하게 지지할 수 있다. 일부 사람들이 두려워하는 단기적인 비용절감의 활동보다는 근거중심의 실무가 원하는 장기적 효과를 달성하기 위해 필요한 개입에 대하여 현실적인 평가를 할 수 있게 해 준다. 따라서 이러한 활동이 충분한 예산지원을 확보하는데 기여한다. 그러나 이러한 잠재적 이익이 발견되려면 근거의 질이 확실해야 하고 특히 건강증진사업의 근거가 실무자들이 활용할 수 있는 형태로 제공되어야 한다. 이를 위해 적절한 교육훈련프로그램이 필요하다. 근거 있는 사업을 도입하여 시행할 때 적절한 성과를 파악할 수 있도록 가능한 지표들도 함께 제시되어야 한다. 또한 건강증진사업의 질적인 부분을 강조하여야 하므로 과정과 상황에 주목할 수 있도록 해야 한다. 건강증진사업의 근거를 다각적으로 확보하기 위해 다원적인 접근을 통한 건강증진사업이 활성화 되도록 지원이 있어야 할 것이다. 또한 공공 및 민간에서 추진하는 다양한 형태의 건강증진사업이 본래 건강증진사업의 고유한 핵심적 가치에 부합하여야 할 것이다. 즉 지역주민의 자발적인 참여를 통한 라이프스타일 개선 및 삶의 질 개선을 유도하도록 하여야 한다. 근거에 기반한 건강증진사업이 온라인상에만 존재하는 것이 아니라 많은 현장에서 다시 검증되고 강화될 수 있도록 효과적인 확산이 필요하다. 이를 위해 건강증진사업예산의 확대와 지원이 필요하다.

참고문헌

- 건강증진사업지원단. 주민건강증진센터의 운영체계 내부자료. 2007.
- 김성수. 공공부문과 민간부문간의 협력을 위한 법적 과제. 공법연구. 1996;24(5):257-301
- 김창엽. 의료공급에서의 공공부문과 민간부문의 역할분담방안: 한국보건행정학회 후기 학술대회 발표자료. 2001.11
- 대한병원협회 의료기관 평가 시행방안 2003.3
- 배상수, 최중명, 이석구, 이상이, 이갑수, 이훈재, 김철웅, 정민아. 건강증진사업수행을 위한 보건소의 조직 및 인력운용에 대한 개선방안 연구. 순천향대학교. 2003.
- 박윤희. 질병관리를 위한 지방조직 개편 방안. 보건행정학회 전기학술대회 발표자료, 2004
- 배상수. 21세기 공공보건의료체계의 역할 - 제 1 주제, 지역보건법을 중심으로 한 보건소 기능의 재정립 -. 보건행정학회 후기학술대회 연제집, 2000.
- 배상수. 지역보건법을 중심으로 한 보건소 기능의 재정립. 한국보건행정학회 후기 연제집 발표원고, 2000
- 변중화, 문상식, 이주열, 남정자, 한영자, 문옥륜, 이규식. 국민건강증진기금사업의 운영 및 평가체계 개발. 보건복지부·한국보건사회연구원 용역보고서. 1999.
- 변중화. 국민건강증진사업의 효과적 추진방안. 한국보건사회연구원. 1996.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. 새 국민건강증진종합계획 수립. 2005.
- 안영희, 과학적 방법의 이해를 통한 대학 교양화학교육, 이화여자대학교 교육대학원 석사학위 논문, 1975.
- 안형식. 공공부문의 영역과 민간과의 역할분담 - 공중보건체계를 중심으로 -. 보건행정학회 전기학술대회 연제집. 1998.
- 이규식. 개정 국민건강증진 종합계획의 기본방향. 보건복지포럼. 2006.2;(112):6-19.
- 이상이, 문옥륜, 윤태영, 신영전, 홍성철, 김남순. 건강증진사업 수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할분담체계 및 상호연계체계 개발. 제주대학교 의과대학, 보건복지부. 2002
- 이상호. 민간부문의 건강증진서비스 확충과 발전에 대한 토의. 국민건강증진사업 추진

- 체계의 확충과 다각화, 대한보건협회 토론회. 2007.5.4
- 이선희. 공공보건사업에서의 민간조직의 참여. 영남대 의대 주최 심포지움 자료집. 21세기 우리나라 공공보건사업의 방향. 1998
- 이선희. 민간부문의 건강증진 서비스 확충과 발전방안. 대한보건협회 주관 심포지움 발표원고. 2007. 5.4
- 이종구. 우리나라 건강증진 사업의 현황 및 향후 정책 방향. 보건복지부.
- 이태한. 보건소 중심 건강증진사업의 현황 및 추진방향 - 보건소 건강생활실천사업 중심으로 -. 보건복지부
- 전형준, 이만우. 보육서비스에 대한 시장기능 도입의 타당성. 재정논집 2006;21(1): 207-234
- 정우진. 의료보장을 위한 공공-민간 혼합정책의 기본방향. 한국보건행정학회 후기 학술대회 발표자료. 2001.11
- 조성일, 김창엽, 양길승, 박태훈, 이화경. 건강증진 사업을 위한 보건소와 민간병원의 협력모형개발에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원. 2003.
- 조우현, 이순영, 강명근, 송미숙. 병원중심의 건강증진 활성화 방안연구. 연세의대 예방의학교실, 보건복지부. 2001.6
- 조준. 사회복지사업에서 공공 및 민간부문의 역할분담모형과 실제공급방식에 관한 연구. 동신대학교 대학원 박사논문. 2005
- 조희숙. New Public Health 시대의 건강증진 현황과 정책 방향. 강원대학교 의과대학. 2006년 미발표 자료.
- 진경화, 과학적 증거의 증거능력, 부산대학교 대학원 법학석사학위논문, 2006.
- 최은진. 개정 국민건강증진종합계획 : 건강생활실천 확산. 2006.2;(112):30-45.
- 한달선. 국민건강증진종합계획 수정의 동기와 초점. 보건복지포럼. 2006.2;(112):2-4.
- 황혜신. 공공서비스 민간위탁의 이론과 실제. 한국학술정보. 2006.
- Australian Institute of Health and Welfare(AIHW). Australia's health 2006. <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10321>
- Bates, David, Sizto. Air Pollution and Hospital Admissions in Southern Ontario: The Acid Summer Haze Effect. Environmental Research 1987;43:317-33.
- Beaulieu ND, Katherine DMC, Horrigan D, Isham G. The Business Case for Diabetes Disease Management at Two Managed Care Organization. The Commonwealth Fund,

2003 April

- Berkman L, Syme SL. Social Networks, Host Resistance and Mortality : A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *Am. J of Epidemiology* 1979;109:186-204
- Bertera RL. The effects of behavioral risks on absenteeism and health-care costs in the workplace. *J Occup Med* 1991; 33(11): 1119-1124
- Brownson R.C., Baker E., Leet T.L., Gillespie K.N., Evidence-Based Public Health, Oxford University Press; New York, 2003.
- Campbell P, Conway A. Developing a local public health infrastructure: the maine turning point experience. *J Public Health Management Practice* 2005;11(2):158-164
- Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S, the Pawtucket Heart Health Program Writing Group. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995; 85(6): 777-785
- Catford J, Nutbeam D. Heartbeat Wales. In: Williams K, ed. The community prevention of coronary heart disease. London. HMSO 1992; 164-175
- Clarkson J, Nutbeam D. Introducing healthy catering practice into hospitals: a case study from Wales. *J Nutr Health* 1991; 7(2): 101-110
- CMS. CMS urges states to adopt disease management programs : Agency will match state costs. <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/mc86c01.pdf>
- CMS. Guideline for state director. 2004.2.25. www.cms.hhs.gov/smdl/downloads/smd022504.pdf
- Condran GA. History in the search of policy. *Int. J of Epidemiology*;2005: 34:525-526.
- Cotton P. Medical News and Perspectives: Best Data Yet Say Air Pollution Kills Below Levels currently Considered Safe. *J. of the American Medical Association* 1993;269:3087-3088.
- Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequalities in health. WHO, 2006.
- D'Arcy C. Unemployment and Health: Data and Implications. *Canadian J. of Public Health* 1988;78:1336-1342.

- DeLeon L, Denhardt, RB. The political theory of reinvention. *Public Administration Review* 2000; 60(2)
- French SA, Jeffery RW, Story M, Breitlow KK, Baxter JS, Hannan P, Snyder MP. Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: the CHIPS Study. *Am J Public Health* 2001; 91(1): 112-117
- Glanz K, Hoelscher D. Increasing fruit and vegetable intake by changing environments, policy and pricing: restaurant-based research, strategies, and recommendations. *Prev Med* 2004; 39: S88-S93
- Gore A. From red tape to results : creating government that works better and costs less. Report of the National Performance Review. Washington DC, Government Printing Office, 1993
- Grundy E. The Mckeown debate : time for burial. *Int. J of Epidemiology* 2005;34:529-533.
- Hanson B. Social Networks, Social Support and Related Concepts - Toward A Model for Epidemiological Use. In : Isacson SO(ed.). *Social Support in Health and Disease*. Almqvist & Wiksel Inc. Stockholm, 1986.
- Hausman AJ, Brawer R, Becker J, Foster-Drain R, Sudler C, Wiicox R, Terry BJ. The value template process: A participatory evaluation method for community health partnerships. *J Public Health Management Practice* 2005;11(1):65-71
- Health Canada. Strategies for Population Health: Investing in the health of Canadians. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/e_strateg.pdf.
- Hertzman C, Wiens M. Child Development and Long-term Outcomes: A Population Health Perspective and Summary of Successful Interventions. University of British Columbia Department of Health Care and Epidemiology, 1994
- Holdsworth M, Haslam C, Raymond NT. Does the heartbeat award scheme change employees' dietary attitudes and knowledge? *Appetite* 2000; 35(2): 179-88.
- Honore PA, Simoes EJ, Moonesinghe R, Kirbey HC, Renner M. Applying Principles for outcomes-based contracting in a public health program. *J Public Health Management Practice* 2004;10(5):451-457
http://mchp.hp.go.kr/work/work_3.aspx

- <http://www.hhs.gov/news>. U.S. Department of Health and Human Services. HHS to launch medicare demonstrations to improve health care through capitated disease management demonstrations. For Immediate Release 2003
- Johnson JV, Hall EM. Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease. *American Journal of Public Health* 1988;78:1336-1342,
- Kassler WJ, Goldsberry YP. The New Hampshire public health network: Creating local public health infrastructure through community-driven partnerships. *J Public Health Management Practice* 2005;11(2):150-157.
- MacDonald G., & Davis J, Reflection and vision: proving and improving the promotion of health. In Davis J., and MacDonald, G. (Eds) *Quality, Evidence, and Effectiveness in Health promotion: Striving for Certainties*. Routledge, London, UK, 5-18.
- Marmot MG, Kogevinas MA, Elson M. Social/Economic Status and Disease. *Annual Review of Public Health* 1987;8:111-135.
- Marmont M, Wilkinson RG. *Social Determinants of Health*(Second Edition). Oxford University Press, 2006, p2.
- Mckeown T. Medical Issues in historical demography. (reprints and Reflections). *Int. J of Epidemiology* 2005;34:515-520.
- Mustard, Fraser J, Frank J. *The Determinants of Health*. Canadian Institute for Advanced Research Publication #5, Toronto, 1991.
- Nutbeam D, The challenge to provide 'evidence' in health promotion, *Health Promotion International*, 1999, 14(2), 99-101.
- Nutbeam D, Catford J. The Welsh heart programme evaluation strategy: progress, plans and possibilities. *Health Promotion* 1987; 2: 5-18
- Nutbeam D, Smith C, Murphy S, Catford J. Maintaining evaluation designs in long-term community based health promotion programmes: Heartbeat Wales case study. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47(2): 127-133
- Organization for Economic Development and Cooperation. *The OECD Employment Outlook*. Paris, 1989.
- Palm D. Designing and building new local public health agencies in Nebraska. *J Public Health Management Practice* 2005;11(2):139-149

- Pelchat Y, Wilkins R. Report on Births: Certain Sociodemographic and Health Aspects of Mothers and Newborns in Metropolitan Montreal 1979-1983. Montreal Association of Community Health Department, 1987.
- Proposal for a section 1915(B)(4). Initial selective contracting waiver program
- Rees WP, Lutkins SG. Mortality and Bereavement. *British Medical Journal* 1967;4:13-16.
- Repace JF. A Quantitative Estimate of Nonsmokers Lung Cancer Risk from Passive Smoking. *Environment International* 1985;11:3-22.
- Rohrer J. Performance contracting for public health: The potential and the implications. *J Public Health Management Practice* 2004;10(1):23-25
- Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ* 1997 ;314:1409-50.
- Savas ES. "A Taxonomy of Privatization Strategies," *Policy Studies J.*, Winter, 1989-90, vol. 18, no. 2, 343-355.
- Savas ES. "Privatization and the New Public Management," *Fordham Urban Law Journal*, June 2001, vol. 28, no. 5, 1731-1737.
- Savas ES. "Privatization" in Hawkworth. M & Kogan.M ed., *Encyclopedia of government and Politics*, Londong: Routledge, 1992
- Savas ES. *Privatization: The Key to Better Government*, Chatham House Publishers, Chatham, NJ, 1987. Also published in Spanish, French, Portuguese, Hungarian, Polish, Bulgarian, Russian, Turkish, Arabic, Indian, Pakistani, and Korean editions.
- Scully TA. Medicare program; demonstration: Capitated disease management for beneficiaries with chronic illnesses. *Federal Register* 2003;68(40):9673-9680
- Simon PA, Fielding JE. Public health and business: a partnership that makes cents. *Health Affairs* 2006; 25(4): 1029-1039
- Sultz HA, Young KM. *HEALTH CARE USA: Understanding Its Organization and Delivery*. An Aspen Publication; 1997
- Thompson AH, Bland R. *System Pathways from Childhood to Adult Crime*. Alberta Health, 1993
- Tudor-Smith C, Nutbeam D, Moore L, Catford J. Effects of the heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasi-experimental

- comparison of results from Wales and a matched reference area. *BMJ* 1998; 316: 818-822
- U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. 2nd ed. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office, November 2000.
- Warm DL, Rushmere AE, Margetts BM, Kerridge L, Speller VM. The Heartbeat Award Scheme: an evaluation of catering practices. *J Hum Nutr Dietet* 1997; 10: 171-179
- Werner EE, Smith RS. *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithica, N. Y. Cornell University Press, 1992.
- Wiggers J. & Sanson-Fisher R. 'Evidence-based health promotion' in R. Scott and R. Weston (eds) *Evaluation Health Promotion*, 1998, Cheltenham, UK: Stanley Thornes.
- Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health. *The Lancet* 1991; 338:1059-1063.
- Wilkins R, Adams O. *Healthfulness of Life*. Institute for Research on Public Policy, Montreal, 1978.
- World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press, 1993.
- World Health Organization. *Determinants of Health*. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/print.html>

부 록

부록 1. 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한
델파이조사(전문가용)

부록 2. 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한
델파이조사(보건소용)

부록 3. 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한
델파이조사(2차)

부록 1. 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한 델파이 조사(전문가용)

안녕하십니까?
한국보건사회연구원에서는 “근거기반의 건강증진사업활성화 전략”연구의 일환으로 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한 델파이조사를 실시하고 있습니다. 바쁘시지만 잠시 시간을 내시어 아래의 질문에 답해 주시기 바랍니다.

I. 다음은 건강증진사업의 근거활용에 관한 질문입니다. 해당하는 질문에 답변하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하는 건강증진사업의 근거에 대하여 어떤 견해를 가지고 있습니까?

- ① 매우 중요하다. ② 조금 중요하다
- ③ 별로 중요하지 않다. ④ 전혀 중요하지 않다.
- ⑤ 잘 모르겠다.

2. 건강증진사업의 건강생활실천사업을 수행하실 때 근거자료를 찾으셔서 활용하시는 정도는 어느 정도입니까? ()

- ① 항상 근거자료를 찾아서 활용한다.
- ② 가끔 근거자료를 찾아서 활용한다.
- ③ 별로 근거자료를 찾아서 활용하지 않는다.
- ④ 전혀 활용하지 않는다.
- ⑤ 잘 모르겠다.

3. 귀하가 건강증진사업의 근거를 얻는 데 활용하는 정보원은 어떤 것들이 있습니까? 가장 많이 활용(참조)하는 정보원 두 가지에 V표시 하여 주시고 해당사항이 없다면 기타에 적어 주시기 바랍니다.

- ① 보건학 및 건강증진 관련 교과서
- ② 연구논문, 저널
- ③ 관련 전문가의 조언
- ④ 연수자료
- ⑤ 정부에서 나온 사업안내서
- ⑥ 협회 및 민간기관에서 제공하는 정보
- ⑦ 건강증진관련 신문, 잡지, 소식지
- ⑧ 인터넷 자료
- ⑨ 기타_____
- ⑩ 근거를 찾거나 활용하지 않음.

4. 귀하가 주로 얻는 건강증진 근거에 대한 정보는 국내정보입니까? 아니면 외국정보입니까? ()

- ① 국내에서 생산된 정보
- ② 외국에서 생산된 정보

5. 다음은 귀하가 건강증진 근거에 대한 정보를 습득하고 활용(참조)하는데 느끼는 문제점에 대한 질문입니다. 각 항목의 장애정도에 따라 V표시를 해 주시기 바랍니다.

문제점	매우 그렇다	약간 그렇다	거의 그렇지 않다.	전혀 그렇지 않다.
건강증진사업의 근거를 찾는 데 시간이 많이 걸린다.				
건강증진사업의 근거를 제공하는 정보원을 찾기 어렵다.				
건강증진사업의 근거에 대해 신뢰성을 평가하기 어렵다.				
정부에서 제시하는 건강증진사업의 지침의 근거는 신뢰할 수 있다.				

6. 근거와 관련하여 선생님께서 연구나 사업에 주로 활용하거나 적용하시는 건강증진의 이론이나 모델은 어떤 것입니까? (세가지 내외 기재 요망)

7. 귀하가 지난 1년간 주로 활용했던 건강증진사업의 주제와 근거에 대하여 작성하여 주시기 바랍니다.

주제	주제와 관련된 건강증진사업 유형	건강증진사업의 대상	사업에 필요한 근거의 정보원	신뢰성*
예) 금연	예) 금연상담	예) 청소년	예) 건강증진사업 안내서	예) ①

* 신뢰성 보기: ① 매우신뢰한다. ② 약간 신뢰한다. ③ 거의 신뢰하지 않는다. ④ 전혀 신뢰하지 않는다.

II. 다음은 건강증진사업의 근거를 생산 및 관리하기 위한 질문입니다. 해당하는 질문에 답변하여 주시기 바랍니다.

1. 건강증진사업의 근거생산이 가장 필요한 분야는 어느 분야라고 생각하십니까?

- ① 금연
- ② 절주
- ③ 운동
- ④ 영양
- ⑤ 비만
- ⑥ 기타(구체적 명기)_____

2. 건강증진사업의 근거를 생산하는 곳은 어디여야 한다고 생각하십니까?

- ① 정부기관
- ② 개별 연구자 또는 기관
- ③ 사업담당자
- ④ 기타 _____

3. 건강증진사업의 근거에 대한 데이터 및 정보를 제공하는 정보원은 어디가 가장 적합하다고 생각하십니까?

- ① 정부기관
- ② 민간 전문기관
- ③ 사업담당자
- ④ 기타 _____

4. 건강증진사업의 근거를 생산하기 위해서 가장 필요한 것은 무엇이라고 생각하십니까?

III. 다음은 통계처리를 위한 질문사항입니다.

- 1. 성명 : _____ , e-mail 주소 : _____
- 2. 연령 : _____ 세
- 3. 소속기관명 : _____
- 4. 직업 : 교수 연구원 기타(_____)
- 5. 현 업무(연구 또는 사업) 종사기간 : 총 _____개월
- 6. 최종졸업학교 :
① 전문대졸 ② 대학졸 ③ 대학원졸(석사)
④ 대학원졸(박사) ⑤기타 _____

부록 2. 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한 델파이 조사(보건소용)

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 “근거기반의 건강증진사업활성화 전략”연구의 일환으로 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한 델파이조사를 실시하고 있습니다. 바쁘시지만 잠시 시간을 내시어 아래의 질문에 답해 주시기 바랍니다.

1. 다음은 건강증진사업의 근거활용에 관한 질문입니다. 해당하는 질문에 답변하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하는 건강증진사업의 근거에 대하여 어떤 견해를 가지고 있습니까?

- ① 매우 중요하다. ② 조금 중요하다
- ③ 별로 중요하지 않다. ④ 전혀 중요하지 않다.
- ⑤ 잘 모르겠다.

2. 건강증진사업의 건강생활실천사업을 수행하실 때 근거자료를 찾으셔서 활용하시는 정도는 어느 정도입니까? ()

- ① 항상 근거자료를 찾아서 활용한다.
- ② 가끔 근거자료를 찾아서 활용한다.
- ③ 별로 근거자료를 찾아서 활용하지 않는다.
- ④ 전혀 활용하지 않는다.
- ⑤ 잘 모르겠다.

3. 귀하가 건강증진사업의 근거를 얻는 데 활용하는 정보원은 어떤 것들이 있습니까? 가장 많이 활용(참조)하는 정보원 두 가지에 V표시 하여 주시고 해당사항이 없다면 기타에 적어 주시기 바랍니다.

- ① 보건학 및 건강증진 관련 교과서
- ② 연구논문, 저널
- ③ 관련 전문가의 조언
- ④ 연수자료
- ⑤ 정부에서 나온 사업안내서
- ⑥ 협회 및 민간기관에서 제공하는 정보
- ⑦ 건강증진관련 신문, 잡지, 소식지
- ⑧ 인터넷 자료
- ⑨ 기타 _____
- ⑩ 근거를 찾거나 활용하지 않음.

4. 귀하가 주로 얻는 건강증진 근거에 대한 정보는 국내정보입니까? 아니면 외국정보입니까? ()

- ① 국내에서 생산된 정보 ② 외국에서 생산된 정보

5. 다음은 귀하가 건강증진 근거에 대한 정보를 습득하고 활용(참조)하는데 느끼는 문제점에 대한 질문입니다. 각 항목의 장애정도에 따라 V표시를 해 주시기 바랍니다.

문제점	매우그렇다	약간그렇다	거의 그렇지 않다.	전혀 그렇지 않다.
건강증진사업의 근거를 찾는 데 시간이 많이 걸린다.				
건강증진사업의 근거를 제공하는 정보원을 찾기 어렵다.				
건강증진사업의 근거에 대해 신뢰성을 평가하기 어렵다.				
정부에서 제시하는 건강증진사업의 지침의 근거는 신뢰할 수 있다.				

6. 귀하가 지난 1년간 주로 활용했던 건강증진사업의 주제와 근거에 대하여 작성하여 주시기 바랍니다.

주제	주제와 관련된 건강증진사업 유형	건강증진사업의 대상	사업에 필요한 근거의 정보원	신뢰성*
예) 금연	예) 금연상담	예) 청소년	예) 건강증진사업 안내서	예) ①

* 신뢰성 보기: ① 매우신뢰한다. ② 약간 신뢰한다. ③ 거의 신뢰하지 않는다. ④ 전혀 신뢰하지 않는다.

II. 다음은 건강증진사업의 근거를 생산 및 관리하기 위한 질문입니다. 해당하는 질문에 답변하여 주시기 바랍니다.

1. 건강증진사업의 근거생산이 가장 필요한 분야는 어느 분야라고 생각하십니까?

- ① 금연
- ② 절주
- ③ 운동
- ④ 영양
- ⑤ 비만
- ⑥ 기타(구체적 명기)_____

2. 건강증진사업의 근거를 생산하는 곳은 어디여야 한다고 생각하십니까?

- ① 정부기관
- ② 개별 연구자 또는 기관
- ③ 사업담당자
- ④ 기타 _____

3. 건강증진사업의 근거에 대한 데이터 및 정보를 제공하는 정보원은 어디가 가장 적합하다고 생각하십니까?

- ① 정부기관
- ② 민간 전문기관
- ③ 사업담당자
- ④ 기타 _____

4. 건강증진사업의 근거를 생산하기 위해서 가장 필요한 것은 무엇이라고 생각하십니까?

III. 다음은 통계처리를 위한 질문사항입니다.

- 1. 성명 : _____ , e-mail 주소 : _____
- 2. 연령 : _____ 세
- 3. 소속기관명 : _____
- 4. 현재 담당 업무내용 : _____
- 5. 현 업무 담당기간 : 총 _____ 개월
- 6. 최종졸업학교 :
 - ① 전문대졸 ② 대학교졸
 - ③ 대학원졸 ④ 기타 _____

부록 3. 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한 델파이 조사(2차)

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 “근거기반의 건강증진사업활성화 전략”연구의 일환으로 건강증진사업의 근거생산과 활용에 관한 델파이조사를 실시하고 있습니다. 바쁘시지만 잠시 시간을 내시어 아래의 질문에 답해 주시기 바랍니다.

근거기반의 건강증진사업을 위한 향후 정책 및 사업방향의 설정을 위하여 설문조사를 총 3회에 걸쳐 실시하고 있습니다. 지역사회 주민의 건강을 위해 선생님의 의견이 반영될 수 있도록 도움을 주시면 감사하겠습니다. 가능하면 오늘 설문에 응하여 주시기 바랍니다.

지난 1차 설문에서의 응답 중 13가지를 선별한 것은 아래와 같습니다. 해당하는 항목마다 필요성과 시급성을 점수로 매겨주시기 바랍니다. 각 점수는 10점 만점을 기준으로 하여 필요성과 시급성 점수를 적어주시기 바랍니다. 높은 점수는 필요성 및 시급성의 요구도가 높은 것을 의미한다고 보시면 됩니다. 배점은 2점 간격으로 해 주시기 바랍니다.

한국보건사회연구원 건강증진기획평가팀 (02) 380-8249

1. 다음은 건강증진사업의 근거활용에 관한 질문입니다. 각 항목별로 필요성과 시급성에 대해 점수를 매겨주시기 바랍니다. 단, 점수는 0~10점 사이에서 2점 간격으로 선택하여 주십시오.

번호	항목	점수	
		필요성	시급성
1	효과적인 건강증진사업의 개발을 위한 근거들을 활용할 수 있도록 정보를 보급하는 시스템을 만들어야 한다.	점	점
2	우리나라 상황에서 건강증진사업의 근거를 축적하도록 연구개발을 지원해야 한다.	점	점
3	현장에서 건강증진사업의 효과를 측정하는 기간을 표준화해야 한다.	점	점
4	근거에 기반한 건강증진정책 결정과 액션이 이루어지는 표준화된 과정이 마련되어야 한다.	점	점
5	지역주민의 적극적 참여가 공공부분에서 강화되어야 한다.	점	점
6	지역주민의 적극적 참여가 민간부분에서 강화되어야 한다.	점	점
7	지역주민의 위험요인특성에 따른 건강증진사업의 효과를 평가할 수 있는 기준이 있어야 한다.	점	점
8	건강증진사업의 긍정적 효과와 더불어 부정적 평가도 동시에 검토되도록 지침이 있어야 한다.	점	점
9	신뢰성 있는 결과를 얻기 위한 표준화된 건강증진사업 계획 과정이 마련되어야 한다.	점	점
10	건강증진사업의 근거를 생산하기 위해 관련 국내 전문가 및 연구자들의 훈련이 필요하다	점	점
11	근거가 생산될 수 있는 건강증진사업수행을 위해 보건소직원들의 교육훈련이 필요하다.	점	점
12	근거생산을 위하여 건강증진사업과정이 표준화되어야 한다.	점	점
13	건강증진의 근거를 수집하여 평가하는 별도의 조직이 있어야 한다.	점	점

II. 다음 질문에 답하여 주시기 바랍니다.

1. 성명 : _____

2. e-mail 주소: _____

3. 소속기관명 : _____

4. 현재 담당 업무내용 : _____

5. 현 업무 담당기간 : 총 _____개월

6. 최종졸업학교 :

① 고졸 미만

② 전문대졸

③ 대학교졸

④ 대학원졸 이상

