보건교육건강증진학회지 제38권 제4호(2021. 10) pp.33-51
Korean J Health Educ Promot, Vol.38, No.4 (2021)
https://doi.org/10.14367/kjhep.2021.38.4.33

제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)에서의 '건강형평성' 목표: HP2020에 대한 평가와 국외 사례고찰을 바탕으로

김한해
한국건강증진개발원 정책연구실장

'Health equity' goals in the 5th National Health Plan(HP2030): Based on the evaluation of Health Plan 2020 and international cases studies

Hanhae Kim
Director, Department of Health Policy and Research, Korea Health Promotion Institute

Objectives: This study was conducted to enhance our understanding and execution of the National Health Plan 2030 (HP2030) by analyzing its health equity goals, based on an evaluation of the National Health Plan 2020 (HP2020) and international cases. **Methods**: The degree of change in the health gap based on gender, income, and region of the leading health indicators in HP2020 was analyzed. In addition, the National Health Plans of the United States, China, and Japan were comparatively analyzed from the perspective of health equity. Finally, health equity in the HP2030 was analyzed focusing on vision, basic principles, performance indicators, and target values. **Results**: Health disparities according to gender, income, and region were observed for all indicators of the HP2020. Moreover, for the United States, China, and Japan, there was a common emphasis on data monitoring, to identify vulnerable groups. Furthermore, they focused on social and national responsibilities for improving health levels and achieving health equity. In the HP2030, it was confirmed that health equity was considered for the entire process of planning, including the selection of vision, basic principles, key projects, performance indicators, and target values. **Conclusion**: For the success of the HP2030, it is necessary to establish an effective action plan, strengthen the policy feedback function, improve communication and legal systems for linkage and cooperation, and establish a sustainable monitoring system.

Key words: National Health Plan, health equity, health goals, HP2020, HP2030

Ⅰ. 서론

2002년 국민건강증진법 제4조에 따라 국민건강증진종합계획(National Health Plan, 약칭 "HP")이 처음으로 수립된 이후 20여년이 지났다. 2020년까지 국민건강증진종합계획은 총 4차례 수립·실행되었으며, 건강증진과 질병

Corresponding author: Hanhae Kim
Korea Health Promotion Institute, Namsan Square B/D, 173 Toegye-ro, Jung-gu, Seoul, 04554, Republic of Korea
주소: (04554) 서울시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩 24층 한국건강증진개발원
Tel: +82-2-3782-7601, Fax: +82-2-3781-3579, E-mail: oneyear@khealth.or.kr
※ 본 연구는 한국건강증진개발원이 수행한 "제4차 국민건강증진종합계획(HP2020) 정량평가 연구(연구-04-2020-004-01, 2020.7)"와 "제4차 국민건강증진종합계획 2020년 동향보고서 - 대표지표 현황분석(정책-04-2020-019-10, 2020.12)" 그리고 "제5차 국민건강증진종합계획(HP2030) 정부보고서(11-1352000-000285-13, 2021.1)"의 내용을 바탕으로 작성되었음
• Received: September 3, 2021 • Revised: September 27, 2021 • Accepted: September 28, 2021

예방을 위한 정책 및 사업 수립에 있어서 중앙정부는 물론이고 지방정부와 기초자치단체가 목표를 설정하고 자원을 분배하는 로드맵으로서 자리매김 해왔다(Lee, Sue, Kim, & Hong, 2009; Kim, 2017; Kim, Oh, & Cho, 2020). 제1차 국민건강증진종합계획(HP2010, '02-'10)이 수립되었을 때의 총괄목표는 '건강수명 연장'이었으며, 제2차 국민건강증진종합계획(HP2010, '06-'10)부터 '건강수명 연장'과 함께 '건강형평성 제고'가 총괄목표에 추가되어 제4차 국민건강증진종합계획(HP2020, '16-'20)때까지 이어졌다〈Table 1〉. 그 사이 정부는 국민건강증진법 제4조를 개정하여 아동·여성·노인·장애인 등 건강취약 집단이나 계층에 대한 건강증진 지원방안이 국민건강증진종합계획에 포함되도록 법제화하며 건강 취약계층의 건강증진 지원과 건강형평성 제고에 대한 의지를 반영하기도 하였다. 그러나 제4차 종합계획을 수립할 때까지 '우리나라의 건강형평성 수준을 설명할 수 있는 단일 지표가 무엇인가?'에 대한 사회적 논의가 제대로 이루어지지 못했다. 제3차 계획에서는 각 전문분과의 주제별 특성에 따라 건강형평성 제고의 적용대상과 범위가 다양하다는 점을 감안하여 각 분과에서 건강형평성 지표를 선정하도록 하면서 장애인, 다문화가족, 방문가정건강관리 등 공통적으로 건강형평성 문제가 제기되는 취약계층은 인구집단 건강관리 분과에서 별도의 중점과제로 추가하였다(Ministry of Health and Welfare[MOHW], 2011). 중간평가를 통해 수정·보완된 제4차 계획에서도 건강형평성 지표는 각 전문분과의 주제별 특성에 따라 건강형평성 제고의 적용대상과 범위가 다양하다는 점을 감안하여 총괄모니터링 지표를 선정하지는 않았으나, 향후 기대수명 및 건강수명의 소득·계층 및 지역 간 격차를 조망할 수 있는 건강형평성 지표 개발에 착수하여 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030) 반영할 계획임을 밝힌 바 있다(MOHW & Korea Health Promotion Institute[KHPI], 2015). 성과지표와 목표치를 선정하지 못한 '건강형평성 제고'라는 총괄목표는 결과적으로 선언적 구호로만 존재할 뿐 정책적 실효성 측면에서는 구체화되지 못한 한계를 가지고 있었다. 그래서 총괄목표와 각 중점과제 간, 그리고 각 중점과제 내에서도 계획된 세부사업과 설정된 성과지표 사이에 건강형평성을 높이기 위한 논리적 연계성이 떨어진다는 평가를 받았다(Jang et al., 2017; Kim et al., 2019).

〈Table 1〉 History of the National Health Plan

Division	Health Plan 2010		Health Plan 2020	
	First ('02-'10)	Second ('06-'10)	Third ('11-'20) and Fourth ('16-'20)	
Vision	A society that realizes healthy longevity over 75 years of age	A healthy world that everyone enjoys	A healthy world that all people enjoy together	
Overarching goals	Extension of healthy life expectancy (66.0 years in '02 → 75.1 years in '10)	Extension of healthy life expectancy (67.8 years in '05 →72.0 years in '10) and promoting health equity	Extending healthy life expectancy (71.4 years in '10 → 75.0 years in '20) and promoting health equity	
Leading health indicators	-	12	16	19
Specific projects	39 projects in 6 divisions	108 projects in 24 topic areas in 4 divisions	140 projects in 32 topic areas in 6 divisions	140 projects in 27 topic areas in 6 divisions
Performance indicators	40	244	405	369

그 사이 국내외적으로 건강의 사회적 결정요인들의 영향과 건강형평성의 중요성을 알리는 근거들이 쌓여가면서 우리나라에도 소득양극화와 건강불평등을 개선해야 한다는 인식이 확산되었다. OECD가 발행한 2020 한국경제보고서(2020.8.11.)에 따르면 한국은 여성과 청년의 고용률이 낮고, 고령층은 주된 일자리에서 퇴직 후 소득감소가 발생함에 따라 비정규직과 고령층을 중심으로 분배가 악화되고 있다고 지적했다. 세후 지니계수로 측정한 소득불평등도도 OECD 국가 중 7번째로 높은 수준이었다(OECD, 2020). 지역사회건강조사로 나타난 남자의 현재흡연율은 2008년 49.2%에서 2019년 37.4%로 감소추세였으나, 시군구의 최댓값과 최솟값의 차로 나타내는 지역 간 격차는 동기간 30.9%p에서 33.8%p로 답보상태를 보였다. 월간음주율도 마찬가지여서 2008년의 지역 간 격차가 27.0%p였던 것이 2019년에는 26.1%p로 큰 변화 없이 격차가 유지되고 있는 것으로 나타났다. 적절한 정책적 개입이 없다면 이러한 건강상의 격차가 고착화될 수 있음을 시사하는 것이었다(Korea Centers for Disease Control[KCDC], 2020). 특히 2020년 전 세계적인 코로나19 유행은 국민들의 건강행태와 마음건강에 악영향을 끼쳤을 뿐만 아니라(KHPI, 2020a; KHPI, 2020b), 소득, 교육, 문화생활 등에서의 박탈의 크기는 취약계층에 더욱 혹독하게 나타났다(Gang, 2020; Gómez et al., 2021). 개인의 건강은 그 사람이 출생 당시부터 축적된 사회·경제적·심리적·환경적 경험과 삶의 여러 단계가 영향을 미치면서 변화한다는 Marmot의 주장을 이해하면(Marmot, 2010), 미래세대의 건강을 위해서 코로나19로 인해 나타날 수 있는 건강불평등 영향을 최소화할 수 있는 적절한 조치(행동)들의 중요성이 증대되고 있다.

이러한 관점에서 봤을 때 2021년 1월 발표된 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030, '21-'30)에서 건강형평성 제고가 강조된 것은 당연한 귀결이다(Joint ministries, 2021). 본 연구는 HP2020을 건강형평성 관점에서 평가하고 국외의 건강증진종합계획에서 나타난 건강형평성 사례를 고찰하여, HP2030에서의 개선결과를 살펴봄으로써 향후 10년 간 건강형평성 제고를 위한 정책방향을 가늠하여 실행력을 높이기 위한 목적으로 수행되었다. 세부 연구목적은 다음과 같다. 첫째, HP2020의 주요지표들을 건강형평성 관점에서 분석하고 제안점을 고찰한다. 둘째, 최근에 자국의 건강증진 종합계획을 발표하거나 평가한 다른 나라의 사례를 비교분석하여 제안점을 고찰한다. 셋째, HP2030의 기본틀을 건강형평성 관점에서 분석하고 관련 성과목표와 목표치들을 분석한다.

Ⅱ. 연구방법

1. HP2020에서의 건강형평성 목표 평가

본 연구에서는 HP2030의 총괄목표인 건강수명 지표와 건강형평성 관련 지표들의 변화 정도를 분석한다. 건강수명 지표 값은 WHO에서 발표하는 「World Health Statistics」 상의 '건강수명(Healthy life expectancy at birth)' 값을 이용(WHO, 2019)하였다.

건강형평성의 변화는 19개 대표지표 중 성별(남-여), 소득수준 간(상-하), 지역 간(동-읍면) 자료가 발표되는 지표를 대상으로 건강격차 변화 정도를 분석하였다. 이 때 최근치와 기준치의 차를 절댓값으로 계산한 격차 값이 변화한 정도를 평가하여 '감소', '유지', '증가'의 3개로 범주화하였으며, 이 경우 개별 지표의 연차별 변화가 목표치에 접근하는지 여부를 함께 고려하여 평가하였다. 2020년 이전에 시행한 분석에서는 '개선', '유지', '악화'라는 용어를 사용했었으나, 건강격차의 경우 격차의 방향성과 기타 생물학적 요인에 의한 차이 등을 고려할 때 격차의 절댓값 감소가 반드시 '개선', 절댓값 증가가 '악화'를 의미하는 것은 아닐 것이기 때문에 중립적 용어인 격차 '증가', '감소'를 사용하여 평가하였다.

자료의 기준치는 2008년도 값이나 2008년에서 가장 가까운 값으로 하였고, 최근치는 2020년 상반기 현재 구득 가능한 가장 최신 자료를 활용하여 분석하였다. 국민건강영양조사, 청소년건강행태조사 등 대부분 자료원의 경우 2018년 값을 제공하고 있었으나, WHO의 건강수명 지표 최신값이 2016년 값인 점 등을 포함하여 일부 자료의 경우에는 그 이전 자료를 활용한 경우도 있다. 기준치가 최근치가 상이한 경우 연도는 별도로 명시하였다.

2. 국외 및 국내 건강증진종합계획에서의 건강형평성 사례 고찰

문헌고찰과 비교방법을 통해 다른 나라의 건강증진 종합계획에서 건강형평성을 반영한 사례를 분석하였다. 2015년 HP2020 수립 이후 중대한 발표가 있었던 주요국의 건강증진 관련 종합계획들을 중심으로 검토하였으며, 그 결과 2020년 8월에 발표된 미국의 Healthy People 2030, 2019년에 발표된 중국의 건강중국행동(健康中國行動, 2019-2030), 그리고 2018년 9월 발표된 일본의 건강일본 21(제2차) 중간평가 보고서를 선정하였다. 미국의 Healthy People 2030은 별도의 보고서가 발간되지 않아서 관련 홈페이지(https://health.gov/healthypeople)를 모두 검토·분석하였으며, 중국건강행동(China Healthy China Action Promotion Committee, 2019)과 건강일본 21 중간평가 보고서(Japan Health Science Council Community Health, Health Promotion, and Nutrition Subcommittee, 2018)는 홈페이지 상에 공개된 보고서 원문에 대해 건강형평성 관점의 분석을 시행하였다.

우리나라의 HP2030은 관계부처 합동으로 발표한 정부 보고서를 자료원으로 하여, 기본틀(framewokr)에 나타난 비전과 기본원칙을 건강형평성 관점에서 분석하였다. 정부 보고서에서 담지 못한 수립과정에 대한 상세 내용은 보건복지부와 한국건강증진개발원이 주최한 각종 설명회 및 공청회 자료를 통해 분석하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. HP2020에서의 건강형평성 평가

1) 총괄목표로서의 건강수명 현황

HP2020의 건강수명 목표는 2020년까지 75.0세(남성 73.2세, 여성 76.6세)로 연장하는 것이었다. 우리나라 건강수명은 2010년 71.4세에서 2016년 73.0세로 1.6세 증가하였으며, 이 중 남성은 68.8세에서 70.7세로 1.9세, 여성은 73.7세에서 75.1세로 1.4세 증가하였다. 건강수명이 짧은 남성의 건강수명 증가분이 여성의 건강수명 증가분을 상회하면서 남녀의 건강수명 격차는 2010년 4.9세에서 2016년 4.4세로 감소하였으나, HP2020의 남녀 각각 건강수명 목표를 달성했을 때의 예상 격차 수준이었던 3.4세와는 차이가 있는 것으로 나타났다.

한편, 통계청 생명표에 따른 2016년 우리나라 기대수명은 82.4세(남성 79.3세, 여성 85.4세)로, 건강수명과 비교할 때 약 9.4년(남성 8.6년, 여성 10.3년)을 질병이나 사고로 인하여 건강하지 못한 상태로 살아가고 있었다. 이 결과는 2010년에 8.8년(남성 8.0년, 여성 9.9년)이었던 것과 비교해서 더 커진 것이었다.

국제적으로 비교해봤을 때 WHO가 건강수명(HALE)을 발표한 183개 국가 중 싱가포르는 2010년 74.8세, 2016년 76.2세로 건강수명이 가장 긴 나라였으며, OECD 36개 회원국 중에서는 일본의 건강수명이 2010년 73.8세, 2016년 74.8세로 가장 길었다. 그 뒤로 2016년 건강수명이 긴 나라는 스페인(73.8세), 스위스(73.5세), 프랑스(73.4세) 등이 있고 호주와 노르웨이는 우리나라와 같은 73.0세 수준이었다. 영국, 독일, 미국의 건강수명은 각각 71.9세, 71.6세, 68.5세를 나타냈다.

2) 성별 격차에 따른 건강형평성 현황

HP2020의 19개의 대표지표 중 성별 격차를 산출할 수 있는 지표는 16개였다. 2018년 데이터 기준으로 평가하였을 때 16개 중 9개 지표(56.3%)는 성별 격차가 감소한 반면, 격차가 증가한 지표는 7개(43.8%)였다.

먼저 성별 격차가 감소한 9개의 지표를 살펴보면, 암 사망률의 성별 격차 감소량이 42.3명(2008년 111.2명 → 2018년 68.9명)이었고, 성인 현재흡연율의 성별 격차 감소량은 11.2%p(2008년 40.4%p → 2018년 29.2%p), 손상사망률은 11.0명(2008년 45.92명 → 2018년 38.5명), 연간음주자의 고위험음주율은 6.5%p(2008년 20.0%p → 2018년 13.5%p)였다. 또 신고결핵 신환자율의 성별 격차 감소량은 5.9명(2008년 22.4명 → 2018년 16.5명), 중·고등학교 현재흡연율의 성별 격차 감소량은 2.9%p(2008년 8.6%p → 2018년 5.7%p), 일반검진 수검률은 2.2%p(2008년 4.4%p → 2018년 2.2%p), 유산소 신체활동 실천율은 1.2%p(2014년 8.8%p → 2018년 7.6%p), 영구치(12세) 치아우식 경험률은 1.1%p(2008년 8.9%p → 2018년 7.8%p명)였다.

반면 성별 격차가 증가한 7개 지표를 살펴보면, 자살사망률의 성별 격차 증가량이 9.0명(2008년 14.7명 → 2018년 23.7명)이었고, 비만 유병률의 성별 격차 증가량은

7.2%p(2008년 10.1%p → 2018년 17.3%p), 고혈압 유병률은 5.8%p(2008년 4.3%p → 2018년 68.9명), 당뇨병 유병률은 2.9%p(2008년 2.1%p → 2018년 5.0%p)였다. 또 노인 일상생활수행능력(ADL) 장애율의 성별 격차 증가량은 2.9%p(2008년 1.7%p → 2017년 4.6%p), 건강식생활 실천 인구비율의 성별 격차 증가량은 2.1%p(2008년 9.2%p → 2018년 11.3%p), 영아사망률은 0.5명(2008년 0.2명 → 2018년 0.7명)이었다〈Table 2〉.

〈Table 2〉 Health equity monitoring status(as of 2018)

Topic areas	Leading health indicators	Health equity status(amount of change)			
		Gender	Income	Region	Other
	Total	16	10	10	2
1. Tobacco use	1-1 Current smoking rate of adult males	Decrease (11.2%p)	Decrease (8.0%p)	Increased (1.3%p)	-
	1-2 Current smoking rate of adolescents	Decrease (2.9%p)	-	-	Decrease (Affiliated) (7.6%p)
2. Alcohol use	2-1 High-risk drinking rate of adult male drinkers	Decrease (6.5%p)	Unchanged (0.4%p)	Increased (1.8%p)	-
	2-2 High-risk drinking rate of adult female drinkers		Unchanged (0.5%p)	Increased (4.6%p)	-
3. Physical activity	3-1 Aerobic physical activity prevalence	Decrease (1.2%p)	Increased (4.2%p)	Decrease (3.2%p)	-
4. Nutrition	4-1 Healthy eating practice population rate (over 6 years)	Increased (2.1%p)	Decreased (3.3%p)	Increased (2.2%p)	-
5. Cancer	5-1 Cancer mortality (per 100,000 population)	Decrease (42.3 persons)	-	-	-
6. Medical exam	6-1 General health screening exam	Decrease (2.2%p)	-	-	Increased (Target) (0.2%p)
7. Cardiovascular disease(CVD)	7-1 Prevalence of hypertension (over 30 years)	Increased (5.8%p)	Increased (3.4%p)	Increased (3.4%p)	-
	7-2 Prevalence of diabetes (over 30 years)	Increased (2.9%p)	Increased (0.4%p)	Unchanged (0.6%p)	-
8. Obesity	8-1 Prevalence of obesity among adult males	Increased (7.2%p)	Decreased (4.9%p)	Increased (2.1%p)	-
	8-2 Prevalence of obesity among adult females		Increased (5.3%p)	Increased (1.9%p)	-
9. Mental health	9-1 Suicide mortality (per 100,000 population)	Increased (9.0 persons)	-	-	-
10. Oral health	10-1 Experience of dental caries of permanent tooth (age 12 years)	Decrease (1.1%p)	-	-	-

Topic areas	Leading health indicators	Health equity status(amount of change)			
		Gender	Income	Region	Other
11. Tuberculosis	11-1 Reported new tuberculosis patient rate (per 100,000 population)	Decrease (5.9 persons)	-	-	-
12. Preventive injury	12-1 Preventive injury mortality (per 100,000 population)	Decrease (11.0 persons)	-	-	-
13. Maternal health	13-1 Maternal mortality (per 100,000 live births)	- (Female Only)	-	-	-
14. Infant health	14-1 Infant death rate (per 1,000 live births)	Increased (0.5 persons)	-	-	-
15. Elderly health	15-1 Proportion of older adults with disability in Activities in Daily Life (ADL)	Increased (2.9%p)	Increased (0.5%p, 2017)	Unchanged (0.6%p, 2017)	-

3) 소득, 지역 등에 따른 건강형평성 현황

HP2020의 19개의 대표지표 중 사회경제적 요인에 따른 건강격차를 산출할 수 있는 지표는 12개였다. 이를 지역 · 소득 · 계열 등으로 구분하였을 때 2018년 데이터 기준으로 총 22개 세부 지표에 대한 평가가 가능하였다. 그 결과, 22개 세부지표 중 5개 지표(22.7%)의 격차는 감소하였고, 4개의 지표(18.2%)는 유지되었으나, 13개 지표(59.1%)의 격차는 증가한 것으로 나타났다.

건강격차가 감소한 5개 지표 중 성인 남자 현재흡연율과 성인 남자 비만 유병률, 건강식생활실천 인구비율은 2018년 소득수준 상-하 간 격차값이 각각 9.1%p, 1.1%p, 5.2%p로 기준이 되는 2008년의 17.1%p, 6.0%p, 8.5%p 대비 격차가 8.0%p, 4.9%p, 3.3%p 감소한 것을 볼 수 있다. 유산소 신체활동 실천율의 경우에는 동-읍면간 지역간 격차가 최초로 측정된 2014년에는 10.9%p였으나 2018년에는 7.7%p로 3.2%p 감소한 것으로 나타났다. 고등학교 남학생 현재흡연율의 계열간 격차는 2008년 17.6%p에서 2018년 10.0%p로 7.6%p 감소하였다.

건강격차가 유지되고 있는 4개 지표 중 성인 여자 연간음주자의 고위험음주율, 성인 남자 연간음주자의 고위험음주율은 2018년 소득 수준에 따른 격차가 각각 3.9%p, 4.5%p로 2008년의 4.4%p, 4.9%p 대비 0.5%p, 0.4%p의 변화만 보여 유지로 평가하였다. 노인 일상생활수행능력 장애율의 지역간 격차는 2008년 1.0%p에서 2017년 0.4%로, 당뇨병 유병률의 지역간 격차도 2008년 2.0%p에서 2018년 1.4%p로 각각 0.6%p의 변화만 보여 유지로 평가하였다.

건강격차가 증가한 총 13개 지표 중 소득수준별 격차가 증가한 지표는 성인 여자 비만 유병률, 유산소 신체활동 실천율, 고혈압 유병률, 노인 일상생활수행능력 장애율, 당뇨병 유병률 등 5개였는데, 그 변화량은 각각 5.3%p(2008년 10.3%p → 2018년 15.6%p), 4.2%p(2014년 3.6%p → 2018년 7.8%p), 3.4%p(2008년 3.5%p → 2018년 6.9%p), 0.5%p(2008년 2.1%p → 2018년 2.6%p), 0.4%p(2008년 4.6%p → 2018년 5.0%p)였다. 지역간 격차가 증가한 지표는 성인 여자 연간음주자의 고위험음주율, 고혈압 유병률, 건강식생활실천 인구비율, 성인 남자 비만 유병률, 성인 여자 비만 유병률, 성인 남자 연간음주자의 고위험음주율, 성인 남자 현재 흡연율 등 7개 지표였고, 그 변화량은 각각 4.6%p(2008년 1.1%p → 2018년 5.7%p), 4.3%p(2008년 0.3%p → 2018년 4.6%p), 2.2%p(2008년 2.1%p → 2018년 4.3%p), 2.1%p(2008년 0.8%p → 2018년 2.9%p), 1.9%p(2008년 0.1%p → 2018년 2.0%p), 1.8%p(2008년 0.3%p → 2018년 2.1%p), 1.3%p(2018년 1.7%p → 2018년 3.0%p)였다. 건강보험 가입자와 의료급여 가입자 간의 일반검진 수검률 격차도 2012년 34.8%p에서 2018년 35.0%p로 0.2%p 증가한 것으로 나타났다〈Table 2〉.

4) HP2020 평가 결과 요약 및 제언

HP2020를 건강형평성 관점에서 평가한 결과를 토대로 도출한 제안사항을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 우리나라의 건강수명의 경우, 2020년 목표치 달성여부를 확인할 수는 없었지만 2016년 기준으로 개선되고 있음이 확인되었으며, 국제적으로 비교했을 때에도 높은 수준의 개선을 보였다. 그러나 과거 대비 기대수명과 건강수명 간의 격차가 증가하였다는 것은 질병이나 부상으로 건강하지 못한 상태인 '유병기간' 역시 증가하고 있음을 의미한다. 향후 2025년경 초고령사회로 본격 진입하면 유병기간 증가를 억제하는 것에는 한계가 존재할 수밖에 없다. 향후 계획에서 건강수명의 목표치를 달성 가능성이 낮더라도 도전적으로 설정하는 것이 바람직한 것인지, 아니면 과거에 대한 추이분석과 미래예측 등을 통해 정책적 개입을 통해 달성 가능한 수준으로 설정한 것인가에 대한 사회적 합의가 필요한 부분이다.

둘째, 격차 증감의 차이는 있으나 대부분의 지표들에서 성별에 따른 건강수준의 차이를 발견하였다. 건강수준을 나타내는 다양한 지표들에서 성별 격차는 생물학적 성(sex)의 차이와 사회적 성(gender)에 따른 차이의 상호작용에 의해 발생한다. 따라서 성별 분리지표를 통해 남성과 여성의 현황이 다르다는 점을 인식하고 이 차이가 생물학적 요인에 의한 것을 제외하고 사회구조적 요인에 의해 발생한 것은 없는지 살펴보는 노력이 필요하다. 그런 관점에서 평가하면 HP2020 수립 당시에는 성별 분리지표 제시의 중요성이 충분히 반영되지 못한 측면이 있다. 성별을 고려한 지표는 금연, 절주와 같이 일부 중점과제로 제한되어 있어 성별 간의 차이와 불평등을 고려한 목표 설정은 대다수의 중점과제에서 부재하였기 때문에 각 중점과제별 성과가 젠더 불평등 개선에는 어떻게 기여하였는지 평가하기 어렵다. 국민건강증진종합계획에 대한 특정성별영향분석평가에서도 향후 계획 수립 시 성인지적 건강지표 산출과 모니터링 체계 구축을 위한 전략을 마련할 것을 권고한 바 있다(Kim et al., 2017).

마지막으로 남녀 모두 연간음주자의 고위험음주율, 비만유병률의 지역간 격차가 증가하였으며, 성인 여자 비만유병률과 30세 이상 고혈압 유병률은 소득간 격차와 지역간 격차가 모두 증가한 것을 알 수 있다. 고혈압·비만과 같은 비감염성질환과 이를 유발할 수 있는 음주와 같은 건강 관련 생활습관에서 유병률 자체의 증가뿐만 아니라 소득·지역 등 사회경제적 수준에 따른 격차 증가가 목격되었고, 그러한 건강불평등은 여성에서 더 뚜렷하게 나타난다는 것을 알 수 있다. 비감염성질환의 증가는 질병부담과 그로 인한 사회적 부담을 증가시키는 주요 요인으로 이를 예방할 수 있는 생활습관의 개선은 HP2030의 주요 목표 중 하나가 되어야 할 것이다. 그리고 이러한 건강생활 실천과 비감염성질환 예방과 관련된 계획 수립 시에 성, 소득, 지역에 따른 격차를 해소할 수 있는 대책도 함께 고려되어야 할 것이다.

2. 국외 건강증진종합계획에서의 건강형평성 사례

1) 미국의 Healthy People 2030(2021-2030)

1979년 "Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention."이라는 보고서에서 시작하여 40여년의 역사를 가지고 있는 미국의 Healthy People은 2030년까지의 건강과 웰빙을 개선하기 위한 국가 목표인 Healthy People 2030을 2020년 8월에 발표하였다. Healthy People 2030은 '모든 사람이 전 생애주기에 걸쳐 건강과 웰빙을 위한 완전한 잠재력을 확보할 수 있는 사회'를 만드는 것을 비전으로 하여 향후 10년 동안 건강과 웰빙을 개선하기 위한 데이터 중심의 국가 목표를 설정하였으며, 건강 상태, 건강 행태, 인구집단, 환경과 시스템, 건강의 사회적 결정요인 등 5개 분야에 걸쳐 총 355개의 측정 가능한 핵심 목표(core objectives)와 아직 신뢰할만한 기준치가 없는 114개의 개발 목표(development objectives), 그리고 아직 근거가 불충분한 40개의 연구 목표(research objectives)를 선정하였다. 이것은 1,000개 이상의 성과목표를 설정했던 Healthy People 2020에서 대폭 축소된 것으로, 더 적은 목표로 중복을 피하고 가장 시급한 공중 보건 문제의 우선순위를 지정하며 이용자들이 관심 있는 목표를 더 찾기 쉽도록 만들기 위함이었다.

Healthy People 2030이 가장 강조하여 설명하고 있는 부분은 건강형평성과 건강정보 이해력(health literacy)이다. 총 6개의 총괄목표(overarching goals) 중 하나로 '모든 사람의 건강과 웰빙을 향상시키기 위해 건강불평등을 제거하고 건강형평성을 달성하며, 건강정보 이해력(health

literacy)을 제고한다'는 것을 명시하고 있다.

Healthy People은 건강형평성을 "모든 사람들을 위한 최고 수준의 건강을 달성"하는 것으로, 또 건강 격차를 "사회·경제적 및/또는 환경적 불이익과 밀접하게 연결된 특정 유형의 건강 차이"로 정의한다. 즉 사회경제적·환경적 영향에 의한 특정 유형의 건강 차이가 제거되어 모든 사람들이 최고의 건강 수준을 달성한 상태를 건강형평성을 달성한 상태라고 말하고 있다. 이를 위해 미국의 Department of Health and Human Serviece(DHHS)는 Healthy People 2030 목표 개발 프로세스 전반에 걸쳐 건강형평성과 건강불평등을 고려하였으며, 또한 비전 달성에 우선순위가 높은 대표지표(Leading Health Indicators, LHIs) 23개를 선정할 때에도 건강의 사회적 결정요인, 건강불평등과 건강형평성을 고려하도록 요구하였다. 그 결과로 4학년 학생의 독해능력 향상이나 근로 연령층의 고용 증가와 같은 교육, 고용 지표가 LHIs에 포함되었다.

이전의 Healthy People은 건강정보 이해력을 "개인이 적절한 건강 결정을 내리는 데 필요한 기본적인 건강 정보와 서비스를 얻고, 처리하고, 이해할 수 있는 능력을 갖고 있는 정도"로 정의했다. Healthy People 2030에서는 건강정보 이해력을 개인의 건강정보 이해력(Personal health literacy)과 조직의 건강정보 이해력(Organizational health literacy)으로 확대하였다. 그리고 개인의 건강정보 이해력은 "개인이 자신과 타인을 위한 건강 관련 결정 및 행동을 알리기 위해 정보와 서비스를 찾고, 이해하고, 사용하는 능력을 갖는 정도"로, 조직의 건강정보 이해력은 "조직이 개인들이 자신과 타인을 위한 건강 관련 결정과 행동을 알리기 위해 공평하게 정보와 서비스를 찾고, 이해하고, 사용할 수 있도록 하는 정도"로 각각 정의하였다. 이것은 개인들이 건강정보를 이해하는 것보다 사용하는 능력을 강조하고, '적절한' 결정보다 '정보에 입각한' 결정을 내리는 능력에 중점을 둔다. 또 공중보건학적 관점을 도입하여 조직이 건강정보 이해력을 다룰 책임이 있음을 인정하고 있다. 이에 따라 Healthy People 2030에서는 ①의료 제공자가 이해를 확인한 성인의 비율 증가, ②의료 제공자와 의사소통이 잘 되지 않는다고 보고하는 성인의 비율 감소, ③의료 서비스 제공자가 원하는 만큼 자신을 의사 결정에 참여시킨 성인의 비율 증가, ④온라인 의료 기록이 이해하기 쉽다고 말하는 사람들의 비율 증가, ⑤서비스 제공자가 상황을 명확하게 설명한다고 말하는 제한된 영어 구사력을 가진 성인의 비율 증가. ⑥인구의 건강정보 이해력 증가 등 6가지의 성과지표를 포함하였다.

Healthy People은 이해 관계자들이 "건강불평등을 제거하고 건강형평성을 달성하며 건강을 개선하기 위해 건강정보 이해력을 제고"라는 목표를 달성할 수 있도록 지원하는 전략으로 데이터 모니터링 도구 제공, 증거 기반 리소스 및 사례 강조, 다분야 협업 촉진을 명시하고 있다. 즉, Healthy People의 목표 달성도를 추적하고 인구 하위 그룹간의 차이를 모니터링 함으로써 우선순위에 있는 인구집단을 식별할 수 있도록 도움을 주며, 건강불평등 및 건강수준 향상에 기여하는 것으로 입증된 전략들을 근거에 기반하여 리소스를 제공한다. 마지막으로 이러한 정보와 근거들은 각 주, 커뮤니티 그리고 조직들과의 협업을 통해서 수집하고 개발한다는 것이다.

Healthy People 2030에서는 계획의 비전인 건강과 웰빙의 달성도를 총괄적이고 압축적으로 평가할 수 있는 8개의 '전반적인 건강 및 웰빙 측정지표(Overall Health and Well-being Measures, OHMs)'를 '웰빙', '건강수명', '축약된 사망률과 건강'이라는 3단계로 구분하여 선정하였다. '웰빙' 수준을 평가하는 지표로는 '전반적인 웰빙 수준' 지표를 선정하였으나 아직 데이터는 산출되지 않고 있다. '건강수명'을 평가하는 지표로는 '활동제한이 없는 경우', '장애가 있는 경우', '양호(good) 이상의 건강상태인 경우' 각각의 출생 시 기대수명을 구하는 것으로 하였다. '축약된 사망률과 건강'을 살펴보기 위한 성과지표는 '출생 시 기대수명', '활동제한 없음 비율', '장애 없음 비율', '주관적 건강상태 양호 이상 비율'로 정하였다. OHM 지표들은 23개의 대표지표(LHIs)나 355개의 핵심지표와 달리 목표치는 별도로 설정하지 않고 모니터링 지표로서의 역할만 한다.

2) 중국의 건강중국행동(健康中國行動, 2019-2030)

중국은 중국공산당의 최고의결기구인 제19차 전국대표회의(2017년 10월)에서 '건강한 중국'을 국가 중대 정책으로 배치함으로써 국민의 건강을 지키고자 하는 확고한 결심을 나타낸 바 있다. 그 후 중국 내 건강증진의 전략적 위치는 계속 상승하여 최근 몇 년 동안 중국 정부는 지역 사회 건강증진과 관련된 여러 정책과 법률을 연속적으로 공포하였다(ZHANG, CUI, & DU, 2021). 그리고 2019년 7

월에는 국가 차원에서 미래 10년간 질병예방과 건강증진을 지도하기 위한 목적으로 '건강중국행동(健康中国行动, 2019-2030)'을 제정하여 발표하였다.

건강중국행동은 산업화, 도시화, 인구 고령화의 가속화 및 생활방식 변화로 비감염성질환으로 인한 질병 부담이 커지는 와중에 주요 전염병이나 손상에 대한 예방 및 통제의 필요성도 소홀히 할 수 없는 상황을 극복하기 위해 마련되었다. 중국은 당면한 건강 문제에 적극적으로 대응하려면 미리 예방하고, 효과적인 개입 조치를 통해 국민이 질병에 걸리지 않고, 질병을 줄이고, 생활의 질을 높이며, 건강수명을 연장할 수 있도록 노력해야 한다는 것을 이해하고 있었다. 이러한 전략이 낮은 비용으로 높은 건강 성과를 거둘 수 있는 효과적인 전략이자, 당면한 건강 문제를 해결할 수 있는 현실적인 절차이며, '건강한 중국' 전략을 실행하기 위한 중요한 조치임을 명확히 하고 있다.

건강중국행동의 목표는 2022년까지의 단기목표와 2030년까지의 중장기목표로 구분된다. 먼저 2022년까지는 전 국민의 건강수준을 안정적으로 높이고 건강한 생활방식의 확대가 가속화되는 것을 목표로 한다. 이로써 심뇌혈관질환·암·만성호흡기계통질환·당뇨병 등 중대 만성질환 발병률 상승세가 제어되고, 주요 전염병·중증 정신질환·풍토병·직업병이 효과적으로 예방·통제되며, 장애·사망 위험이 점차 줄어들고, 주요 그룹의 건강 상황이 현저히 개선되는 상황을 목표로 한다.

2030년까지는 전 국민의 건강수준을 대폭 높이고, 건강한 생활 방식이 기본적으로 자리매김 하는 것을 목표로 한다. 주민의 건강에 영향을 미치는 주요 요인들을 효과적으로 통제하여, 중대 만성질환으로 인한 조기 사망률은 현저히 낮추고 건강수명은 크게 높인다. 주민의 주요 건강 지표 수준이 고소득 국가 대열에 진입하고, 건강 형평성을 기본적으로 달성하는 것을 목표로 삼고 있다.

이를 위해서 '건강 영향요인에 대한 개입', '전 생애주기 건강관리', '중대 질병 예방관리'라는 3가지 분야에 대해 15가지 행동조치(중점과제)를 선정하였다. '건강 영향요인에 대한 개입'을 위한 행동조치에는 ① 건강 지식 보급 행동, ② 합리적인 식단 행동, ③ 전 국민 체력단력 행동, ④ 흡연 통제 행동, ⑤ 정신 건강 증진 행동, ⑥ 건강 환경 증진 행동이 포함되며, '전 생애주기 건강관리'를 위해서는 ⑦ 모자 건강 증진 행동, ⑧ 초·중·고교 건강증진 행동, ⑨ 직업 건강 보호 행동, ⑩ 노인 건강 증진 행동과 관련된 조치가 포함된다. 또 '중대 질병 예방관리'를 위한 행동조치에는 ⑪ 심뇌혈관 질환의 예방 및 치료 행동, ⑫ 암 예방 및 치료 행동, ⑬ 만성 호흡기 질환의 예방 및 치료 행동, ⑭ 당뇨병 예방 및 치료 행동, ⑮ 전염병 및 풍토병 예방 및 통제 행동이 포함되어 있다.

각 행동조치들은 개인, 사회, 정부 차원으로 구체화된 세부행동조치들로 구성되어 총 251개에 이른다. 각 행동조치들의 성과를 모니터링하기 위한 지표로 122개의 성과지표와 2개의 건강수준 측정 지표를 포함하여 총 124개의 성과지표가 선정되어 있다. 2개의 건강수준 측정 지표는 기대수명과 건강수명으로 기대수명은 2017년 76.7세를 2022년까지 77.7세, 그리고 2030년까지 79.0세로 연장하는 것을 목표로 하고 있다. 이것은 세계은행의 통계를 자료원으로 하며 2016년의 중고소득국가 평균기대수명이 75세, 고소득국가 평균이 80세인 점을 참고하였다고 밝히고 있다. 그리고 건강수명 목표는 2016년 68.7세를 2022년까지는 제고, 2030년까지는 대폭 제고하는 것을 목표로 하고 있다. 중국은 세계보건통계 2018을 기준으로 2016년 미국의 건강수명이 68.5세로, 중국이 미국을 상회하고 있다고 언급하였다.

3) 일본의 건강일본21(제2차) 중간평가

일본의 현행 중장기 건강정책 로드맵은 '21세기 제2차 국민건강증진운동'(약칭, 건강일본 21(제2차))로 2013년 4월부터 2022년까지 10년 시행을 목표로 수립되었다. 건강일본 21(제2차)에서는 개인의 생활 습관 및 개인을 둘러싼 사회 환경을 개선함으로써 생활습관병의 발병과 중증화를 예방하고, 아울러 사회 생활 기능 저하를 방지함으로써 생활의 질을 높이는 것을 목표로 한다. 더 나아가 건강을 위한 자원에 대한 접근성을 개선하고 공평성을 확보하며 사회 참가 기회를 늘려 사회 환경의 질을 제고하고자 하고 있다. 그리고 그 결과로 건강 수명 연장 및 건강 격차의 축소를 실현한다는 철학 아래, '건강 수명의 연장과 건강 격차의 축소', '철저한 생활습관병의 발병 예방과 중증화 예방(NCD의 예방)', '사회생활을 영위하기 위해 필요한 기능의 유지 및 향상', '건강을 지원하고 지키기 위한 사회 환경의 정비', '영양·식생활, 신체활동·운동, 휴식, 음주, 흡연 및 치아·구강 건강에 관한 생활 습관 및 사회 환경의 개선'이

라는 5대 기본방향을 정하고 있다. 그리고 이 기본 5대 방향에 입각한 구체적인 목표 53개 지표를 선정하여 10년 목표를 설정하였다.

2018년 9월 건강일본21(제2차)에 대한 중간평가 보고서가 발표되었다. 중간평가는 목표의 현 달성 상황과 관련 정책 상황을 평가하고 목표 달성을 위한 촉진 요인과 저해 요인 등을 검토함으로써 향후 과제를 밝히는 것을 목적으로 하고 있다.

'건강수명의 연장과 건강 격차 축소'의 목표는 2022년까지 평균수명의 증가분을 상회하는 수준의 건강수명 증가를 보이는 것과, 건강수명에서의 도도부현간 격차를 축소시키는 것이다. 중간평가 결과 2016년 일본의 건강수명은 2010년과 비교하여 남성이 1.72세, 여성이 1.17세 증가하였고 같은 기간 기대수명은 남성이 1.43세, 여성이 0.84세 증가한 것으로 나타났다. 따라서 건강수명 증가분이 평균수명의 증가분을 상회하고 있어 현 시점에서는 목표를 달성하고 있다고 평가하였다. 또, 건강수명의 도도부현 간 격차를 최댓값과 최솟값의 차이로 살펴보면, 남녀에서 모두 지역 간 격차는 축소하고 있는 것으로 나타났다.

일본 후생노동성은 건강수명의 전국값과 도도부현의 값을 구하기 위해 3년마다 실시되는 국민생활기초조사의 응답내용을 토대로 정책연구를 실시하여 공개하고 있으며, 시정촌 단위까지 건강수명을 자체적으로 산출할 수 있도록 건강수명 산정 방침이 포함된 프로그램 등을 웹사이트에서 공개하고 있다고 밝히고 있다. 또한 흡연, 신체활동, 수면시간, 채소 섭취량, 과일 섭취량의 5가지 생활습관과 건강수명과의 관계를 검증하는 연구를 수행하여 생활습관의 개선이 건강수명 연장에 기여한다는 근거를 확보했다는 내용도 보고서에 담겨 있다.

그래서 중간보고서에서는 도도부현이나 시정촌 차원에서 주민의 생활습관 개선을 목표로 사회 전반에 걸쳐 질병예방과 건강증진을 위한 환경 조성을 위한 구체적 시책을 시행할 필요가 있으며, 다른 한편으로는 도도부현과 시정촌 차원에서 건강격차를 유발하는 확고한 요인을 파악하기 위한 추가 조사 및 연구가 필요하다고 제안하고 있다. 특히 중간보고서에서는 후생노동성이 제4회 경제재정자문회의(2018년 4월 12일)에 건강수명 연장을 위한 대책을 보고하며 건강 무관심층까지 아우른 질병예방 및 건강증진을 추진하고, 지역 간 격차를 해소한다는 두 가지 접근법으로 건강수명의 연장을 도모하겠다고 밝혔음을 언급하며, 이러한 정부의 동향에 기반하여 총괄적으로 건강수명 연장과 건강격차 축소에 노력할 필요가 있다고 제안하였다.

4) 국외사례 요약 및 제언

이상의 국외 건강증진 관련 종합계획을 비교 분석한 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 미국, 중국, 일본 모두 건강 수준을 높이고 건강형평성을 달성하는 일이 개인의 책임만이 아니고 사회와 정부의 책임이 있음을 분명히 인식하고 있었다. 즉, 미국은 건강정보 이해력의 정의를 확장시키고 건강의 사회적 결정요인에 대한 목표치를 설정하였다는 점에서 건강격차를 유발시키는 구조적 요인에 대한 개선의지를 반영한 것으로 볼 수 있다. 중국도 당 차원에서 건강을 중요한 정책 의제로 다루었으며, 일본에서는 국가경제를 다루는 회의에서 후생노동성이 건강수명 연장과 관련한 대책을 보고하였다는 점은 이들 나라에서 건강정책의 위상이 확대되고 있음을 보여준다고 할 수 있다.

둘째, 세 나라 모두 종합계획의 평가와 모니터링을 위하여 지표의 산출과 근거 마련의 중요성을 인식하고 있었다. 특히 미국이 이전의 Healthy People 2020에서 1000개가 넘는 성과지표를 설정하였다가 이번에 355개로 대폭 축소한 것은 성과지표의 개수보다 안정적인 지표 산출과 모니터링이 더 중요하다는 것을 의미한다. 또한 건강수명 또는 건강수준을 고려한 기대수명 등의 지표를 사용하여 세부 성과지표와는 별도로 국가의 전반적인 건강수준을 측정할 수 있는 총괄목표를 관리하려고 한 점이 공통적으로 주목된다. 특히 일본의 경우 지역간 건강수준 격차 축소라는 목표를 달성하기 위하여 후생노동성에서 전국과 도도부현의 건강수명을 산출하여 발표하는 것과 별도로 각 시정촌에서도 자기 지역의 건강수명을 산출하여 적절한 정책을 시행할 수 있는 근거자료로 활용하도록 한 점이 주목할 만하다 〈Table 3〉.

〈Table 3〉 Summary of Health Equity Goals in 3 Countries's National Health Plan

Division	USA	China	Japan
Plan's name	Healthy People 2030	Healthy China Action plan	Health Japan 21(2nd)
Period	2021-2030	2019-2030	2013-2022
Health equity goals	· Vision setting: 'A society in which all people can achieve their full potential for health and well-being across the lifespan' · Reflection in overarching goals: 'Eliminate health disparities, achieve health equity, and attain health literacy to improve the health and well-being of all'	· Although no separate indicators was set, the ultimate goal of the plan was to achieve health equity.	· Reflection in basic directions: 'Extending healthy life expectancy and narrowing health disparities'
Suggestions	· Expand the definition of health literacy as a prerequisite for health equity · Includes 8 OHMs · SDOH objectives also have 10-year targets for the first time. · To help stakeholders work toward this goal, Healthy People provides data monitoring tools, highlights evidence-based resources and practices, and promotes multisector collaboration	· The Chinese communist party puts health first and promotes active policies. · Distinguish between individual, social and government responsibilities for health	· The interim report suggested the need for establishing the more evidences and implementing policies to maintain the current goal achievement results.

3. HP2030에서의 건강형평성

1) HP2030 기본틀(Framework)에서의 건강형평성

HP2030의 기본틀을 HP2020과 비교해 보면, 비전-총괄목표-분과-중점과제-세부사업과 성과지표로 이어지는 구조는 유사하다. 두 계획의 총괄목표는 모두 건강수명 연장, 건강형평성 제고로 동일하나, HP2030에서는 비전이 수정되었고 총괄목표 하위에 '기본원칙' 6개가 신설되었다. HP2020이 6개 분과 27개 중점과제, 총 369개의 성과지표와 19개의 대표지표를 가지고 있었다면, HP2030에서는 6개 분과 28개 중점과제, 총 400개의 성과지표와 64개 대표지표가 설정되었다〈Table 4〉.

〈Table 4〉 Framework comparisons between the 4th and 5th National Health Plan

Division	The 4th National Health Plan(HP2020)	The 5th National Health Plan(HP2030)
Vision	A healthy world that all people enjoy together	A society where everyone enjoys life-long health
Goals	Extending healthy life expectancy and promoting health equity	Extending healthy life expectancy and promoting health equity
Basic principles	-	① HiAP, ② Health equity, ③ Entire life course, ④ Health-friendly environment, ⑤ Guarantee opportunities for anyone, ⑥ Cooperate with all related sectors
LHIs	19 in 369 performance indicators	64 in 400 performance indicators

	Total 6 Divisions	27 Topic areas
Project areas	I. Spread healthy living practices	1. Tobacco use 2. Alcohol use 3. Physical activity 4. Nutrition
	II. Management of chronic degenerative diseases and risk factors	5. Cancer 6. Physical examination 7. Arthritis 8. Cardiocerebrovascular disease 9. Obesity 10. Mental health 11. Oral health
	III. Management of infectious disease	12. Vaccination 13. Emergency prevention system 14. Medical related infections 15. TB 16. AIDS
	IV. Management of population health	17. Maternal health 18. Infant health 19. Elderly health 20. Employee health promotion 21. Promotion of military health 22. School health 23. Health for vulnerable families 24. Health for the disabled
	V. Environmental safety and health	25. Food policy 26. Injury prevention
	VI. System management	27. System management (infrastructure, evaluation, information and statistics, resources)

Total 6 Divisions	28 Topic areas
I. Healthy lifestyle practices	1. Tobacco use 2. Alcohol use 3. Nutrition 4. Physical activity 5. Oral health
II. Management of mental health	6. Suicide 7. Dementias 8. Addiction, 9. Community mental health
III. Preventive management of noninfectious diseases	10. Cancer 11. Cardiocerebrovascular disease 12. Obesity 13. Injury prevention
IV. Preventive management of diseases related to infection and climate change	14. Prevention and management of infectious disease 15. Preparation and response to infectious disease crisis 16. Disease related to climate change
V. Management of health by population group	17. Infants 18. Children and adolescents 19. Women 20. Older adults 21. Persons with disabilities 22. Working population 23. Military
VI. Development of health-friendly environment	24. Improvement of health-friendly legal system 25. Improvement of health literacy 26. Application of innovative information technology 27. Financial management and operation 28. Expansion and supplementation of resources, and establishment of governance in communities

“온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상”이라는 HP2020의 비전은 HP2030에서 “모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회”로 변경되었다. “모든 사람”이라는 단어는 성, 계층, 지역 간 건강형평성을 확보하기 위해 이 계획의 적용 대상을 사전적 의미의 ‘국민’으로 제한하지 않음을 의미한다. “평생 건강을 누리는 사회”라는 말에는 출생부터 노년까지 전 생애주기에 걸쳐 건강권을 보장하는 환경을 만들겠다는 의미가 담겨있다.

HP2030의 기본틀이 HP2020과 가장 크게 달라진 부분은 6개의 기본원칙이 신설되었다는 점이다. 6개의 기본원칙은 계획 수립과 실행의 전 과정에서 고려되고 작용하는 규범으로서의 역할을 한다. 6개의 기본원칙의 의미와 이것이 실제 수립과정에서 어떻게 실행되었는지를 분석한 결과는 다음과 같다.

(1) 기본원칙 1 : 국가와 지역사회의 모든 정책 수립에 건강을 우선적으로 반영한다.

이 기본원칙은 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health)을 확인하고, 건강증진과 지속가능 발전을 도모하기 위한 다부처 · 다분야 참여를 추진하며, 모든 정책에서 건강을 우선적으로 고려(Health in All Policies)하는 제도 도입을 지향한다는 의미를 담고 있다.

HP2030 보고서에서는 이전 HP2020 기간 동안 건강정책을 특정 부처 소관업무로만 인식하여, 범부처적으로 '모든 정책에서 건강을 고려(Health in All Policies)'하는 논의 구조가 미흡하다는 점을 지적하며, 건강증진과 질병예방 문제를 국가 차원의 주요 아젠더로 만들고 예방중심의 보건의료정책에 대한 중요성을 재인식할 필요가 있었다는 점을 명시하고 있다.

HP2030에서는 '6분과 건강친화적 환경 구축' 분과를 신설하고 중점과제 중 하나로 '건강친화적 법제도 개선'을 선정하였다. 이 중점과제의 주요 정책 계획은 국민의 건강개선과 건강불평등 완화를 위해 건강영향평가 시범사업을 도입하고, 현재 건강의 사회적 결정요인에 대한 개념이 부족한 국민건강증진법을 전면 개정하여 건강의 사회적 결정요인에 대한 중재와 건강형평성의 개념이 반영되도록 하는 내용이 담겨있다. 세부 성과지표로는 2030년까지 건강영향평가에 참여하는 중앙부처와 지방정부의 정책을 각각 20개까지 확대하는 것을 목표로 하고 있다.

(2) 기본원칙 2 : 보편적인 건강수준 향상과 건강형평성 제고를 함께 추진한다.

이 기본원칙에서는 HP2030 전체를 통틀어 건강형평성에 대한 강조를 가장 직접적으로 언급하고 있다. 중점과제별로 특히 취약한 집단 · 계층을 확인하고, 이들에게 편익이 돌아갈 수 있도록 정책목표와 우선순위를 설정한다는 의미이다.

HP2030은 수립단계부터 계획 수립의 전 과정에서 '건강형평성을 고려'하도록 강조하고, 다음과 같은 성과목표 및 성과지표 선정원칙을 권고하였다(MOHW & KHPI, 2020).

▲ 성과목표는 가능한 모든 성과 목표에 대해 평균적 개선 목표와 불평등 개선 목표를 동시에 짝으로 제시하고, 성과지표도 동일하게 평균적 목표와 불평등 개선 목표를 각각 선정한다.

▲ 성과지표 선정 시에는 성별 분리 통계 제시를 원칙으로 한다.

▲ 불평등을 개선하고자 하는 사회경제적 위치 지표는 소득과 지역을 우선적으로 고려하되, 소득 또는 지역변수를 얻을 수 없는 경우 교육수준 또는 직업 등 다른 사회경제적 위치 지표를 반영한다. 단, 청소년의 소득수준을 부모의 소득이나 거주지역 등으로 대체하는 경우 등 인구집단 특성에 따른 별도의 사회경제적 지표 활용도 가능하다.

▲ 성과지표에 대한 목표치는 해당 지표의 불평등 추세를 확인하여 자연 개선 혹은 악화 추세를 넘어설 수 있는 수준으로 설정한다.

이를 바탕으로 HP2030에서 설정된 총 400개의 성과지표 중에 성, 소득, 지역별 세부지표 산출이 가능하거나 그 격차를 모니터링 할 수 있는 형평성 지표는 176개가 설정되었다. 성별로 분리되는 지표는 92개, 소득과 지역에 따른 지표가 각각 16개와 19개, 성별과 지역을 함께 고려한 지표는 37개, 성별과 지역을 함께 고려한 지표는 12개였다. 그리고 대표지표는 HP2020에서 19개였던 것에서 대폭 늘어 64개가 선정되었는데, 이것은 가급적 모든 중점과제에서 가장 중요한 지표를 1개 선정하고, 이와 연계하여 성이나 소득, 지역별 격차를 모니터링할 수 있는 형평성 지표도 함께 선정하도록 하였기 때문이다. 대표지표에 선정된 형평성지표는 총 49개로 성별로 분리되는 지표 25개, 소득이나 지역의 격차를 보는 지표가 각각 1개 및 3개, 성별과 소득을 동시에 고려한 지표는 16개, 성별과 지역을 함께 고려한 지표는 4개였다.

(3) 기본원칙 3 : 모든 생애과정과 생활터에 적용한다.

이 기본원칙은 영유아 · 아동 · 청소년 · 성인 · 노인 등 생애주기별 단계와 학교 · 군대 · 직장 등 우리가 생활하는 생활터 내에서 적절한 건강 정책이 투입될 수 있도록 정책을 설계한다는 의미를 담고 있다. 이것은 HP2030의 비전에서 언급하는 "평생건강"과도 논리적으로 연계되어 있다.

기본원칙 2에서도 분석한 바와 같이, HP2030에서는 각 중점과에서 취약계층에 대한 계획을 별도로 고려하도록 하였다. 이와 함께 '5분과 인구집단 건강관리'분과에서는 전 생애주기와 생활터에서 취약할 수 있는 집단에 대한 고려를 반영하였다. 즉, 국민건강증진법 상 명시되어 있는 아동

(청소년) · 여성 · 노인 · 장애인이 중점과제들에 반영된 것은 물론, 영유아 건강을 포함하여 전 생애주기를 다루었고, 근로자, 군인 등 생활터의 특징이 강한 인구집단도 중점과제에 포함되어 있다.

HP2020 당시 인구집단별 건강관리를 다룬 분과에서 여성의 건강은 '모성건강'에 국한되어 포함되어 주로 가임기 여성의 출산(재생산) 관련 계획들이 다루어졌다. 그러나 여성이 평생 겪는 다양한 건강이슈들이 남성과는 다르게 나타나기 때문에 여성의 건강을 생애주기적 관점에서 다루어야 한다는 의견이 생겨나며(Kim et al., 2017), HP2030에서는 중점과제명을 '여성'으로 변경하고 여성의 전 생애주기에 걸친 건강문제와 취약 여성의 건강문제를 다루었다. 세부사업으로는 의료적 고위험 임산부뿐만 아니라 우울 · 불안 등을 가진 사회적 고위험 임산부를 체계적으로 지원하는 계획이 포함되었으며, 남녀 모두의 생애주기별 성 · 재생산 건강증진을 강화하는 내용도 포함되었다. 건강격차 해소를 위한 취약계층 여성 지원을 강화하는 방안에 젠더폭력에 대한 지원을 위해 사회적으로 합의된 젠더폭력 지표를 산출하는 과제도 도전적으로 반영되어 있다.

(4) 기본원칙 4 : 건강친화적인 환경을 구축한다.

이 원칙은 모든 사람이 자신의 건강과 안녕(well-being)을 위한 잠재력을 최대한 발휘할 수 있는 사회적 · 물리적 · 경제적 환경을 조성하자는 의미를 담고 있으며, HP2030에서 이 원칙을 직접적으로 확인할 수 있는 분과는 "6분과 건강친화적 환경 구축"이다. 6분과에는 총 5개의 중점과제가 포함되어 있는데, 각각 '건강친화적 법제도 개선', '건강정보 이해력 제고', '혁신적 정보기술의 적용', '재원마련 및 운용', '지역사회 자원 확충 및 거버넌스 구축'으로 구성하였다.

6분과에서 특별히 언급할만한 점은 '건강정보 이해력 제고'가 신규 중점과제로 포함되었다는 점이다. 앞서 미국의 Healthy People 2030에서도 건강정보 이해력(health literacy) 제고가 건강불평등 제거의 전제조건으로써 포함되며, 개인의 건강정보 이해력을 넘어 조직의 건강정보 이해력까지로 정의가 확장된 것을 확인하였다(U.S. DHHS, 2020). HP2030에서도 '건강정보 이해력 제고'에 있어서 개인의 역량 수준을 높이는 것과 함께 정부 · 사회의 역할을 강조한다. 일단 건강정보 이해능력 수준을 모니터링 할 수 있는 조사 도구를 개발하여 주기적으로 실태를 조사하고, 인구집단별 건강정보 향상을 위한 양질의 교육과 올바른 건강정보를 제공하는 체계를 마련하는 것을 세부 계획으로 포함하였다.

한편, '혁신적 정보기술의 적용' 중점과제에서는 제4차 산업혁명의 핵심인 스마트 기술을 활용하여 건강관리서비스를 개발 · 보급함으로써 취약계층의 접근성을 높이기 위한 계획이 포함되었으며, 장기적으로는 지역사회 내에서 공공의료-일차의료-돌봄 등의 기능을 모두 연계할 수 있는 스마트 건강도시를 추진하는 계획도 포함하고 있다.

또, 기본원칙 1에서 설명하였던 '건강친화적 법제도 개선'과 함께 건강친화적 환경을 안정적으로 구축할 수 있는 재원을 마련('재원마련 및 운용' 중점과제)하고, 인력 · 시설과 같은 지역사회의 인프라를 개선하며 중앙정부-지방정부-시민 간 적절한 거버넌스 체계를 만드는 계획('지역사회 자원 확충 및 거버넌스 구축' 중점과제)도 거시적 차원의 건강친화 환경 구축 과제에 포함되어 있다.

(5) 기본원칙 5 : 누구나 참여하여 함께 만들고 누릴 수 있도록 한다.

국민건강증진종합계획의 위상이 강화되고 실행력이 높아지기 위해서는 수립의 과정에 대한 정당성도 확보되어야 하는데, 그런 의미에서 HP2020은 짧은 수립기간 내에 소수의 전문가들만이 참여함으로써 다양한 이해관계자들의 의견수렴이 부족했고 총괄목표-중점과제-세부사업-성과지표로 이어지는 논리적 연계성이 부족하다는 지적을 받았다(Kim et al., 2019). 그런 측면에서 기본원칙 5의 설정은 HP2030의 수립 주체를 관계되는 전문가 및 공무원을 넘어서 일반 국민으로 확대하며, 국민들에게 건강증진에 대한 주도적 역할을 부여하였다는 의미를 지닌다.

다양한 이해관계자의 의견수렴을 위해 보건복지부와 한국건강증진개발원은 2017년부터 전문가 중심의 포럼, 심포지엄, HP2020 운영위원회, HP2030 수립위원회 등을 운영하며 HP2030의 기본방향과 기본틀에 대한 협의를 진행해왔다. 이와 동시에 일반 국민들의 의견을 수렴하기 위하여 '정책제안 공모전(2019년)', '100초 영상 공모전(2020년)'을 시행하였으며, 국민건강증진종합계획 홈페이지 상에 상시 의견수렴 창구를 개설하여 국민들의 의견이 HP2030 수립에 전달될 수 있도록 함으로써 국민들의 참여기회를 보

장하였다.

(6) 기본원칙 6 : 관련된 모든 부문이 연계하고 협력한다.

이 기본원칙은 국민건강증진종합계획의 위상과도 연관되어 있다. HP2030은 UN의 지속가능개발목표(Sustainable Development Goals)나 WHO의 각종 보건관련 목표들이 국내 정책에 반영될 수 있도록 하는 가교 역할을 한다(MOHW & KHPI, 2020). HP2030 수립 과정에는 보건복지부와 질병관리청 이외에도 고용노동부, 여성가족부, 국방부, 교육부, 과학기술정보통신부 등 다양한 부처가 참여하여 건강증진의 관점에서 각 부처의 계획을 수립하였다. 이렇게 수립된 HP2030이 실행력을 높이기 위해서는 관련 분야별(영양, 구강, 정신보건 등), 부처별(여성가족부 건강가정기본계획, 고용노동부 근로자복지증진기본계획 등), 그리고 지역별 지역보건의료계획 등에 반영되도록 연계하는 것이 중요하다. 보건복지부는 HP2030의 실행과정에서 HP2030의 주요내용을 적극적으로 교육·홍보하고 각각의 신규 계획이 만들어질 때 HP2030을 기본 지침 또는 모법으로서의 역할을 할 수 있도록 할 것임을 밝혔다(MOHW & KHPI, 2020).

2) 건강형평성 성과지표와 목표치의 선정 결과

HP2020의 총괄목표 달성도를 평가하기 위한 성과지표는 WHO에서 발표하는 건강수명(HALE)이었다. WHO의 건강수명은 전 세계의 건강수명 수준을 비교해 볼 수 있는 좋은 자료이지만 각 나라의 건강수명 값을 출판된 논문과 설문자료 등에서 추출된 수치를 이용하여 '추정(estimate)'하기 때문에 각 나라의 질환별 유병률, 발생률, 사망률을 정확하게 대표한다고 평가하기 어렵다(Kim et al., 2021). 또한 지표의 활용도 측면에서도 산출주기가 부정기적이어서 일관된 모니터링이 어렵고, 각 나라의 소득과 지역 등 사회경제적 요인에 따른 건강수명에서의 건강형평성 정도는 모니터링 할 수 없다는 단점이 있었다. 이러한 문제의식 하에 보건복지부와 한국건강증진개발원은 건강보험공단 청구자료 등 우리나라 자체자료를 활용하여 건강수명을 직접 '측정(measure)'할 수 있는 한국형 건강수명 산출을 위한 R&D 연구를 3개년에 걸쳐 추진하였다(Yoon, 2021).

그 결과로 산출된 2018년 기준 건강수명은 70.4세(남성 68.3세, 여성 72.4세)였으며 정부는 이 건강수명 값을 2030년까지 73.3세로 2.9세 연장한다는 목표를 제시하였다. 남성의 경우 3.1세 연장하여 71.4세를 달성하고, 여성의 경우 2.6세를 연장하여 75.0세에 도달하도록 성별로 목표도 달리 설정하였다. 2030년에 추계되는 기대수명(85.2세)과 2018년 현재의 기대수명(82.7세)의 차이가 2.5세인 것을 볼 때, HP2030을 통해서 기대수명 증가분 이상의 건강수명 증가를 이루겠다는 정책적 의지가 담겨있다고 볼 수 있다.

HP2030에서는 이 한국형 건강수명 지표를 가지고 건강형평성 제고에 대한 목표치도 최초로 선정하였다. 즉, 소득수준과 지역에 따른 건강수명의 격차를 감소하는 것에 대한 목표치를 설정한 것이다. 먼저 소득수준에 따른 건강수명의 격차는 소득수준 상위 20%의 건강수명과 소득수준 하위 20%의 건강수명 차이를 통해 평가하기로 하였다. 2018년 현재 소득수준에 따른 건강수명 격차는 8.1세였으며, 정부는 2030년까지 이 수치를 7.6세 이하로 낮추는 것을 목표로 하였다.

또한, 지역 간 건강수명 격차 감소 목표는 건강수명 상위 20%에 해당하는 지자체의 건강수명과 하위 20%에 해당하는 지자체의 건강수명 차이를 산식으로 하였다. 상하위 20%의 특정 지역 값을 사용하여 구하는 이유는 양 극단의 outlier들을 배제하고 우리나라에 고착된 지역간 건강수명 불평등의 크기를 산출하려는 의미이다. 2018년 현재 이 값은 2.7세였으며 2030년 2.9세 이하로 관리되도록 하는 것을 목표로 삼고 있다〈Table 5〉.

건강수명의 격차가 감소하는 방법은 하위 집단의 건강수명이 크게 증가하는 경우와 상위 집단의 건강수명이 크게 줄어드는 경우에 발생할 수 있다. HP2030에서는 상위 집단의 건강수명 증가를 상회하는 수준으로 하위 집단의 건강수명이 증가하는 것을 바람직한 방향으로 명시하여, HP2030 실행 과정에서 취약집단의 건강수명 향상과 격차 감소를 동시에 목표로 삼는다는 점을 명확히 하고 있다.

〈Table 5〉 Trends and Estimation of Healthy life expectancy and Health equity indicators

Division		'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'30 (Estimated)
Life Expectancy (Statistics Korea)	Total (A)	79.6	80.0	80.2	80.6	80.9	81.4	81.8	82.1	82.4	82.7	82.7	85.2
	Male	76.3	76.7	76.8	77.3	77.6	78.1	78.6	79.0	79.3	79.7	79.7	82.6
	Female	83.0	83.4	83.6	84.2	84.2	84.6	85.0	85.2	85.4	85.7	85.7	87.7
HALE (R&D Result)	Total (B)	68.9	69.0	69.2	69.2	69.0	69.7	70.1	70.6	70.6	70.8	70.4	73.3
	Male	66.5	66.7	66.8	66.8	66.7	67.4	67.8	68.3	68.3	68.6	68.3	71.4
	Female	71.0	71.1	71.2	71.3	71.0	71.7	72.1	72.5	72.5	72.7	72.4	75.0
HALE by Income Level	Q5 (Top)	71.8	72.0	72.0	71.8	71.5	72.4	72.9	73.4	73.4	73.6	73.3	76.1
	Q4	70.4	70.7	70.6	70.6	70.3	71.1	71.5	72.0	72.0	72.2	72.1	74.7
	Q3	69.6	69.6	69.8	69.9	69.6	70.2	70.7	71.3	71.4	71.6	71.5	74.5
	Q2	69.5	69.5	69.4	69.4	69.3	70.0	70.4	70.8	70.9	70.1	70.8	72.7
	Q1 (Bottom)	63.8	64.1	64.5	64.7	64.8	65.3	65.6	66.0	65.8	66.0	65.2	68.5
	Gap (Q5-Q1)	8.0	7.9	7.5	7.1	6.7	7.1	7.3	7.4	7.6	7.6	8.1	7.6
HALE by region	To 20% Regions	70.4	70.5	70.7	70.8	70.6	71.3	71.6	72.2	71.3	71.5	71.1	73.2
		Eunpyeong, Seoul	Sangju, Gyeongsangbuk-do	Ganghwa, Incheon	Gwangyang, Jeollanam-do	Cheonan Dongnam, Chungcheongnam-do	Goyang Deogyang, Gyeonggi-do	Gangneung, Gangwon-do	Anyang Manan, Gyeonggi-do	Haeundae, Busan	Sancheong, Gyeongsangnam-do	Wonju, Gangwon-do	-
	Top 40% Regions	69.5	69.6	69.8	69.9	69.7	70.4	70.7	71.2	70.2	70.5	70.2	72.0
		Wonju, Gangwon-do	Ulleung, Gyeongsangbuk-do	Bonghwa, Gyeongsangbuk-do	Guri, Gyeonggi-do	Geumjeong, Busan	Dongrae, Busan	Bupyeong, Incheon	Gumi, Gyeongsangbuk-do	Masan, Changwon, Gyeongsangnam-do	Hongseong, Chungcheongnam-do	Buk-gu, Pohang, Gyeongsangbuk-do	-
	Bottom 40% Regions	68.7	68.9	69.1	69.3	69.0	69.6	70.1	70.5	69.4	69.7	69.3	71.1
		Seo-gu, Daegu	Goryeong, Gyeongsangbuk-do	Ulju, Ulsan	Nam-gu, Pohang, Gyeongsangbuk-do	Yeonje, Busan	Cheorwon, Gangwon-do	Sangdang, Cheongju, Chungcheongbuk-do	Nam-gu, Busan	Sancheon, Gyeongsangnam-do	Dong-gu, Ulsan	Danwon, Ansan, Gyeonggi-do	-
	Bottom 40% Regions	67.8	68.1	68.4	68.4	68.2	69.0	69.6	70.0	68.4	68.8	68.4	70.3
		Jin-gu, Busan	Gunwui, Gyeongsangbuk-do	Cheongju Seowon, Chungcheongbuk-do	Uiseong, Gyeongsangbuk-do	Changwon Jinhae, Gyeongsangnam-do	Hwasun, Jeollanam-do	Yeongam, Jeollanam-do	Chungju, Chungcheongbuk-do	Samcheok, Gangwon-do	Mokpo, Jeollanam-do	Nam-gu, Gwangju	-
	Gap (Top 20%-Bottom 20%)	2.6	2.4	2.3	2.4	2.4	2.3	2.0	2.2	2.9	2.7	2.7	2.9

Ⅳ. 논의 및 결론

본 연구에서는 HP2020에 대한 평가와 국외 사례 분석결과를 토대로 HP2030에 담긴 건강형평성 제고 목표를 분석해 보았다. HP2030에서는 총괄목표로서의 건강형평성 제고에 대한 성과지표와 목표치를 설정하였으며, 기본원칙 6개를 처음으로 설정하여 계획수립의 전 과정에서 고려될 수 있도록 하였다. 특히 총괄목표부터 중점과제의 사업과 성과지표 선정에 이르기까지 건강형평성에 대한 고려를 견지할 수 있도록 하였다는 점에서 HP2020보다 분명 진일보하였다(Kim, 2021). 그리고 이렇게 수립된 HP2030을 법정 심의 기구인 국민건강증진정책심의위원회(위원장: 보건복지부 차관)에서 심의(2020년 12월)한 이후, 2021년 1월 사회관계장관회의(위원장: 사회부총리)의 안건으로 상정하여 관계부처 합동으로 제5차 계획을 발표하게 된 것은 "모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회"라는 비전과 건강수명 연장, 건강형평성 제고라는 총괄목표 달성을 위한 정책방향에 대한 범정부적 합의 수준을 이전보다 높였다는 점에서 의의가 있다. 이제 HP2030가 당초의 수립 목표를 달성할 수 있도록 충실히 이행되는 일이 남았다. 이를 위해서는 각 중점과제별로 계획한 세부사업들의 충실한 이행과 함께 실행력을 높일 수 있는 구조적 개선 및 강화가 필요하다. 구체적인 제안점들은 다음과 같다.

1. 실효성 있는 실행계획의 수립과 정책 환류 기능 강화

국민건강증진종합계획은 국민건강증진법 제4조의2(실행계획의 수립 등)에 따라 매년 실행계획을 작성하도록 되어있다. HP2020에서도 모든 소관 부처는 매년 전년도 실적과 당해연도 실행계획에 대한 보고서를 제출해 왔으나, 성과나 계획에 대한 평가나 환류 절차는 따로 마련되지 않았다. 이것은 HP2020의 위상과 실효성 측면에서 제약 요인으로 작용하여 HP2020의 목표 달성도를 높이기 어렵게 만들었다.

따라서 HP2030의 실효성을 높이기 위해서는 매년의 실행계획에 대한 평가와 심의 절차가 마련되어야 한다. 국민건강증진법 제5조(국민건강증진정책심의위원회)는 현행법상으로 HP2030에 대한 세부내용을 평가하고 적절한 권고를 내릴 수 있는 최고의 심의기구이다. 따라서 이 국민건강증진정책심의위원회를 통해 당해연도 실행계획에 대한 심의와 전년도 성과에 대한 평가를 담당하는 절차를 만든다면 모든 부처에서 HP2030의 적극적 이행을 위한 동기부여가 될 것이다. 그리고 이러한 일련의 과정을 대중들에게 공개하고 국민들의 의견이 다시 실행계획에 반영될 수 있는 구조를 만드는 것도 필요하다.

2. 연계와 협력을 위한 소통 및 법제도 개선

HP2030의 기본원칙 6에서 밝힌 것과 같이 관련된 모든 부분이 연계하고 협력하는 것은 HP2030의 목표를 달성하기 위한 필수 조건이다. 중앙 및 지방정부의 유관 계획들이 HP2030과 정합성 있게 추진될 수 있도록 각 기관에 HP2030을 통보하고 연계에 대한 협조도 요청해야 한다. 특히 단순히 사업 내용을 공유하는 것에서 그치지 않고 성과목표를 연계하여 나라의 모든 계획들이 궁극적으로 '건강수명 연장과 건강형평성 제고'에 기여할 수 있는 구조를 만들어야 한다. 이를 위해서는 다른 부처, 지방 정부, 그리고 국민들에게 HP2030의 내용을 적극적으로 알리고 연계할 수 있는 방안을 지속적으로 안내하는 것이 필요하다.

그리고 종래에는 모든 부문이 서로 연결되고 협력하도록 하는 법적·제도적 시스템 변화 노력도 필요하다. Gómez 등 (2021)도 SDGs의 보건 목표인 모든 사람의 건강과 웰빙을 유지하는 일은 일부 개인이나 조직, 커뮤니티 등의 책임이나 역량 문제가 아니기 때문에, 교육·주택·의료 등 모든 분야에서 모두에게 공정하게 건강할 기회를 제공하기 위해서는 법제도의 전환이 필요하다고 역설하였다. HP2030에 이미 포함된 대로 모든 정책에서 건강을 우선적으로 고려(Health in All Policies)할 수 있는 논의 구조를 마련하고 중앙 및 지방 정부의 정책이 건강에 미칠 영향을 사전에 미리 평가하는 건강영향평가제도의 도입을 추진하는 것이 그 시작이 될 수 있을 것이다.

3. 지속가능한 모니터링 체계 구축

미국의 Healthy People 2030에서는 건강형평성 목표 달성을 지원하는 전략의 하나로 데이터 모니터링 도구 제공을 명시한 바 있으며, 이것은 중국이나 일본에서도 마찬가지로 중요하게 생각하는 지점이다. HP2030에서도 성과지표 선정의 중요 조건으로 산출 및 추적의 가능성을 제시한 바 있다(MOHW & KHPI, 2020). 따라서 HP2030

의 모든 성과지표에 대해 지속적으로 모니터링하고 그 결과를 대중 및 이해관계자들에게 알기 쉽게 제공하며, 정책 취약집단을 조기에 발견할 수 있도록 지원하는 역할이 중요하다.

특히, HP2030에서 총괄목표에 대한 성과지표로 삼고 있는 한국형 건강수명의 경우 이를 지속적·안정적으로 산출하기 위한 조직 및 인력 체계가 마련되어야 한다. 더 나아가 공신력 있는 국가승인통계로 인정받기 위한 노력도 필요하다. 건강수명에 대한 안정적 산출체계가 마련되면 소득이나 지역 이외의 사회경제적 요인에 따른 건강수명 격차도 확인하여 대책을 마련할 수 있을 것으로 기대된다.

그리고 HP2030의 총 400개의 목표지표 중에는 현재는 통계가 산출되고 있지 않지만 10년 이내에 적절한 지표를 선정하는 것을 계획으로 삼고 있는 지표들도 있다. 바로 '여성' 중점과제에서 젠더 폭력 지표를 개발하는 것과, '건강정보 이해력 제고' 중점과제에서 건강정보 이해력 측정 지표를 개발하는 것이다. 이 두 지표의 선정을 위해서는 '무엇을 젠더 폭력, 건강정보 이해력으로 볼 것인가?'에 대한 사회적 합의가 선행되어야 한다. 특히 '건강정보 이해력'이라는 한글 용어는 기존에는 Health Literacy를 번역한 용어로 통용되었으나 미국에서 새롭게 정의한 Health Literacy의 개념에 비추어 보면 개인의 역량이라는 협의의 의미만 담은 것으로 오해될 소지가 있어 사회적 논의가 필요하다. 따라서 젠더 폭력과 건강정보 이해력 지표를 산출하기 위한 사회적 논의가 조속히 추진되어야 할 것이다.

References

China Healthy China Action Promotion Committee. (2019, July 9). *Healthy China Action Plan (2019-2030)* (Chinese, authors' translation). Retrieved from http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm

Gang, D. W. (2020, August 20). Spending polarization deepens due to COVID-19… Low income reduces education and leisure, increases food and housing expenses. *Weekly Today.* Retrieved Sept 12, 2021, from http://www.weeklytoday.com/news/articleView.html?idxno=305579

Gómez C. A., Kleinman D. V., Pronk N., Gordon, G.L, Ochiai E. Blakey C., . . . Brewer, K.H. (2021). Addressing health equity and social determinants of health through Healthy People 2030. *Journal of Public Health Management & Practice.* Preprints. doi: 10.1097/PHH.0000000000001297.

Jang, S. N., Lee, J. H., Kim, C. O., Heo, H. H., Hwang, J. N., & Kim, T. Y. (2017). Developing key indicators of health equity and strategies for reducing health disparity in National Health Plan. *Journal of Health Education and Promotion, 34(4),* 41-57. doi: 10.14367/kjhep.2017.34.4.41.

Japan Health Science Council Community Health, Health Promotion, and Nutrition Subcommittee. (2018). *"Health Japan 21(second)" interim evaluation report* (Japanese, authors' translation). Tokyo: Author.

Joint Ministries. (2021). *The 5th Health Plan(2021-2030)* (Korean, authors' translation.). Sejong: Author.

Kim, D. J. (2017). Health Plan 2020: Promotion of health behaviors and prevention of chronic diseases. *Health and Welfare Policy Forum, 246,* 6-21.

Kim, D. J., Yun, G. J., Jung, Y., Chae, S. M., Choi, J. H., & Bae. J. E., (2019). *Evaluation of National Health Plan 2020* (Korean, authors' translation). Sejong: Korea Institute for Health & Social Affairs.

Kim, D. S., Kim, Y. T., Jeon, H. S. Dong. J. Y., Jang S. L., & Jeong, D. E. (2017). *"A study on the specific analysis and evaluztion of gender effects on the 'National Health Plan'* (Korean, authors' translation). Seoul: Korean Women's Development Institute.

Kim, E. A., Oh, Y. M., & Cho, S. I. (2020). Strategy for improving National Health Plan 2030 development guided by assessing compliance with the 2020 Plan guidelines. *Journal of Health Education and Promotion, 37(1),* 33-44.

Kim, Y. E., Jung, Y. S., Ock. M., Park, H., Kim, K. B., Go, D. S., & Yoon, S. J., (2021). The gaps in Health-Adjusted Life Years(HALE) by income and region in Korea: A national representative bigdata analysis. *International Journal or Environmental Research and Public Health,* 18, 3473. doi: 10.3390/ijerph18073473.

Kim, M. H. (2021). The 5th National Health Plan and the efforts of members. *News from The Korean Society for Equity in Health.* 22. 24-25.

Korea Health Promotion Institution. (2015). *Evaluation of the 3rd National Health Plan(2011-2015)* (Korean, authors' translation). Seoul: Author.

Korea Health Promotion Institution Press Release. (2020a, October 12.). *After Corona 19, weight gain, exercise decreased… 50's and 60's "increase the frequency of eating at home"* (Korean, authors' translation). Communication and Cooperation Team, KHPI.

Korea Health Promotion Institution Press Release. (2020b, October 14). *40.7% of Koreans "experienced depression*

and anxiety due to COVID-19" (Korean, authors' translation). Communication and Cooperation Team, KHPI.

Korean Centers for Disease Control Press Release. (2020, May 21). *Smoking and drinking have decreased, but efforts are needed to close the regional gap* (Korean, authors' translation). Chronic Disease Management Division, KDCD.

Lee, S. Y., Sue, M. K., Kim, D. J., & Hong, M. Y. (2009). *A study on the overarching strategies for developing National Health Plan 2020*. Sejong: Korea Institute for Health & Social Affairs.

Marmot, M. (2010). *"Fair society, healthy lives : the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010"*. London: The Marmot Review.

Ministry of Health and Welfare. (2011). *The 3rd National Health Plan(2011-2020)* (Korean, authors' translation). Seoul: Author.

Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Institute. (2015). *The 4th Health Plan(2016-2020)* (Korean, authors' translation). Seoul: Author.

Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Institute. (2020). *Briefing session for subcommittee in order to establish the 5th National Health Plan(HP2030)* (Korean, authors' translation). Seoul: Author.

OECD. (2020). *OECD Economic Survey of Korea 2020, Executive Summary*. Paris & Seoul: Author.

U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Healthy People 2030*. Retrieved from https://health.gov/healthypeople

World Health Organization. (2019). *World Health Statistics 2019*. Geneva: Author.

Yun, S. J. (2021). *A study on the development of a health status measurement platform for implementation of precision public health in Korea*. Korea University. Seoul.

ZHANG X., CUI Y., & DU Z. (2021). Evaluation of Community Health Promotion Policy in China from the perspective of policy tools. *Journal of Northeastern University(Social Science)*, *23*(3): 71-79.

■ Hanhae Kim https://orcid.org/0000-0002-8942-5720