

국가 건강증진정책목표 달성을 위한 성과평가에 관한 연구 : 제4차 국민건강증진종합계획을 중심으로

오유미

한국건강증진개발원

A study on performance evaluation for achieving national health promotion goals: Focused on the Health Plan 2020

Yumi Oh

Korea Health Promotion Institute

Objectives: In order to evaluate health promotion policy performance, this study conducted a multilateral assessment on the Leading Health Indicator(LHI) of the Health Plan 2020 and analyzed current status and major challenges of national health policies for addressing future implication. **Methods:** By analyzing national and international policy evaluation models, this study determined the achievement evaluation method for the LHI and health equity. Achievement level of major targets were assessed for 2008 as the base year, and 2015 and 2020 for the target year. Also, health equity by income and region, and gender equity were assessed. **Results:** Among 19 indicators from the HP 2020, 13 indicators(69%) were evaluated as achieved or improved in 2015, implying that they have come close to the target. On the other hand, when considering health equity aspects of the 19 indicators, the evaluation results showed that achievement level as well as health equity for the noncommunicable diseases indicators such as prevalence rate of hypertension, diabetes and obesity were deteriorated. **Conclusions:** Since the complexity and interdependency of the long-term policy, its impact should be assessed by sustainable policy monitoring system and multilateral performance evaluation method. Government needs to promote an evidence-based policy establishment and implementation based on the long-term health policy strategy developed by regular and independent performance evaluation.

Key words: health plan, health policy evaluation, national health plan

I. 서론

국제 및 국가 정책을 방향성을 제시하기 위하여 정책목표를 정의한다. 근거에 기반한 정책을 기획하고 사업을 운영하며 그 결과를 평가한다. 이러한 정책 목표달성과 정책의 효과성을 제고하기 위하여 성과평가를 시행하고 그 결과에 따라 관련 정책을 평가하고 조정한다. 근거에 기반한 정책 입안이 전반적인 추세가 된 상황에서 지표는 정책 모니터링의 도구로서 중요한 역할을 담당한다(Schumann, 2016). 보건정책분야에서는 국제적으로는 UN의 지속가능한 발전계획(Sustainable Development Goals, 이하 SDGs)을

수립한바 있으며(WHO, 2016), WHO의 비감염성질환(Non-Communicable Disease, 이하 NCDs)예방 전략을 마련하였다(WHO, 2014). 그리고 WHO 서태평양 지역에서는 NCDs 예방을 위한 실행계획(Global Action Plan, 이하 GAP)을 수립한 것은 서두에 언급한 바와 같이 정책의 목표를 수립하고 성과를 평가하기 위한 것이라고 할 수 있다.

우리나라 역시 정책의 목표를 수립하고 성과를 평가하기 있으며, 국민의 건강증진을 위하여 수립하는 것 중에 가장 대표적인 정책은 국민건강증진종합계획(Health Plan)이다. 1995년 국민건강증진법이 제정되고 국민건강증진법 제4조에 의거하여 중앙정부에서는 국가 수준의 건강증진

Corresponding author : Yumi Oh

Korea Health Promotion Institute, 173, Toegyero, Jung-gu, Seoul, 04554, Republic of Korea

주소: (04554) 서울시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어 빌딩 24층 한국건강증진개발원

Tel: +82-3781-2258, Fax: +82-3781-3579, E-mail: oyumi@khealth.or.kr

• Received: August 20, 2018

• Revised: September 22, 2018

• Accepted: September 26, 2018

로드맵인 ‘국민건강증진종합계획(Health Plan)’을 수립하고 추진하게 되었다. 국민건강증진종합계획은 국민의 건강증진과 질병예방을 위한 건강증진 정책의 방향을 제시하는 법정부적 중장기 종합계획이라고 할 수 있다.

국민건강증진종합계획의 내용은 국민건강증진법 제4조에 따라 국민건강증진정책심의위원회 심의를 거쳐 국민건강증진종합계획을 5년마다 수립하여야 하며, 이 경우 미리 관계중앙행정기관의 장과 협의를 거치도록 한다. 또한 종합계획에 포함되어야 하는 사항은 국민건강증진의 기본목표 및 추진방향, 국민건강증진을 위한 주요 추진과제 및 추진방법, 국민건강증진에 관한 인력의 관리 및 소요재원의 조달방안, 제22조의 규정에 따른 국민건강증진기금의 운용방안으로 4의2에 따라 아동, 여성, 노인, 장애인 등 건강취약 집단이나 계층에 대한 건강증진 지원방안을 포함한다. 마지막으로 국민건강증진관련 통계 및 정보의 관리방안을 포함하도록 하고 있어 국민의 건강증진을 위하여 정부가 추진해야 할 내용을 포괄적으로 다루고 있다(MoHW, 2016).

또한 국민건강증진종합계획의 효율적인 수행을 위하여 국민건강증진법 시행령에서 규정한다. 시행령에서는 보건복지부장관은 미리 종합계획안 작성지침을 작성하여 종합계획이 시행되는 해의 전전년도 12월말까지 관계 중앙행정기관의 장에게 통보하여야 한다. 관계 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 종합계획안 작성지침에 따라 소관별 계획안을 작성하여 종합계획이 시행되는 해의 전년도 3월말까지 보건복지부장관에게 제출하고, 보건복지부장관은 이를 종합한 종합계획안을 작성하여 법 제5조에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 거쳐 확정하며 보건복지부장관은 확정된 종합계획을 관계 중앙행정기관의 장과 시·도지사에게 통보하여야 한다. 또한 건강증진사업 시행시 기본시책과 건강증진사업 실시지역의 생활여건 등을 감안하여 보건소장이 행하는 건강증진사업을 단계적으로 실시하게 할 수 있다. 국민건강증진종합계획의 실행계획은 보건복지부 장관, 관계중앙행정기관의 장, 시도지사, 시군구청장은 종합계획을 기초로 하여 소관 주요시책의 실행계획을 매년 수립 시행하여야 하며, 국가는 실행계획의 시행에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지방자치단체에 보조할 수 있다.

이처럼 국민건강증진종합계획은 정책의 목표를 수립하

고 시행하고 평가하여야 한다. 그동안 국민건강증진종합계획 수립에는 항상 시대적인 배경과 그로 인한 정책 환경 변화가 있었다. 담배 한 갑당 2원씩 부과되던 국민건강증진부담금이 2002년 2월 150원으로 인상되면서 국민건강증진기금을 활용한 건강증진정책 수행 가능성이 높아져 2002년 제1차 계획(2002~2005)이 수립되었다(Park, 2010). 이를 시작으로 현재 제4차 국민건강증진종합계획을 수립하였다. 국민건강증진종합계획은 10년의 계획을 수립하고 정책 등 다각적인 환경변화에 대응하기 위하여 매 5년마다 평가하여 수정계획을 수립한다. 또한 매년 지표 및 사업의 성과평가를 통하여 국민건강증진종합계획의 목표달성을 점검하고 정책대응 방향을 모색하고 있다.

본 연구에서는 모니터링시 목표달성에 대한 기준을 마련하고 이를 기반으로 목표달성도를 산출하여 향후 연구 및 정책자료에 반영하고자 한다. 목표 달성을 위한 지표는 정량 또는 범주 측정치로 정의되며, 정책 평가 관련된 조건 및 산출과 관련된 정보를 분석한다. 지표는 기능에 따라 다양한 유형으로 구분되며, 여러 용도로 사용된다. 지표의 가장 기본적인 기능은 정책 영역의 기준 상황에 대한 정보를 제공하는 것이다. 한 단계 더 나아가서는 정책에 사용되는 자원, 정책 효율성, 정책 목표 달성의 효과성을 모니터링 하는 역할을 하게 된다. 우수한 지표는 정책 목표 달성을 위한 공통적인 몇 가지 특성을 나타내지만, 그 외에도 정책환경에 따른 다양한 대응 방향을 위한 용도로 사용될 수도 있다.

본 연구에서는 정책 성과평가에 있어서 가장 중요한 지표 중 대표지표를 영역에 따라 구분하고 목표의 달성과정형평성 관점에서 중점적으로 다룬다. 또한 대표지표를 목표달성의 영역별로 검토하여 지표를 향후 정책에 활용하는 방안을 제시하는 틀을 개발한다. 첫째, 주요 지표 유형의 개요와 평가방향을 제공하고 각 지표해석에 대한 차이를 설명한다. 본고에서 논의되는 성과지표의 뚜렷한 특징 중 하나는, 대표지표와 정책목표간 긴밀한 관련성이다. 둘째, 대표지표의 설계 및 활용 방안을 권고한다. 본 연구는 목표달성도와 건강형평성 비교를 통해 대표지표의 해석하는데 필요한 새로운 시각을 제공한다. 셋째, 평가내용을 기반으로 향후 성과지표를 활용하는 방안을 논의한다. 이러한 성과지표의 역할을 상세하게 다루는 문헌은 아직 많지 않으나 본 연구는 지방정부, 다차원적 거버넌스 틀 및

다양한 건강정책에서 기획하고 평가하는 기본자료로서 활용할 수 있을 것이라 기대한다.

II. 연구방법

1. 대표지표 달성도 및 형평성 평가 기준 마련

국민건강증진종합계획은 ‘온 국민이 함께 만들고 누리 는 건강세상’이며 그 하위에 크게 총괄목표를 2개 가지고 있다. 하나는 건강수명 연장으로 2020년까지 75세를 목표로 하고 있으며, 건강형평성 제고로 지표 내에서 지역, 성별, 소득수준 등 다양한 지표별 특성을 반영하여 설정하고 있다. 영역은 총 6개이며 27개의 중점과제로 구성되어 있다. 중점과제별로 2020년까지 달성해야 할 목표를 담은 지표와 지표를 달성하기 위한 사업으로 총 369개의 지표와 140개의 사업으로 구성된다. 또한 369개의 지표 중 가장 중점적으로 다루어야 할 지표는 대표지표로 총 15개 영역 19개의 지표로 구성되어 있다(KHPI, 2017).

대표지표의 15개의 영역은 금연, 절주, 신체활동, 영양, 암, 건강검진, 심뇌혈관질환, 비만, 정신건강, 구강건강, 결핵, 손상예방, 모성건강, 영유아건강, 노인건강을 포함하고 있다. <Table 1>에서 보면 금연 영역은 성인, 청소년의 현재 흡연율, 절주는 성인남녀의 고위험 음주율, 신체활동은 유산소 신체활동 실천율, 영양은 건강식생활실천 인구 비율(만 6세 이상)이다. 암영역에서는 암사망률(인구 10만 명당), 건강검진은 일반검진 수검률, 심뇌혈관질환은 고혈압, 당뇨병 유병률, 비만은 성인남녀 비만유병률을 지표로 하고 있다. 정신보건 영역은 자살 사망률(인구 10만명당), 구강 보건의는 영구치(12세) 치아우식 경험률, 결핵은 신고결핵신환자율(인구 10만명당), 손상예방은 손상사망률(인구 10만 명당)이다. 모성건강은 모성사망비(출생아 10만명당), 영유아 건강은 영아사망률(출생아 1천명당), 노인건강은 노인 일상생활수행능력(ADL)장애율을 지표로 하여 총 19개이다.

첫 번째 단계로 지표의 목표달성도와 지표의 특성을 파악하기 위하여 평가 기준을 기존 문헌을 통하여 분석하고 산출방식과 평가기준을 마련하였다. 이러한 방대한 지표를 모두 점검하는 것은 5년마다 계획을 평가할 때 검토되며 매년 대표지표를 중심으로 목표달성도를 평가하고 있다. 본 연구는 국민건강증진종합계획의 대표지표의 목표

달성도를 파악하고 기준을 마련하기 위하여 국내외 문헌 고찰 및 관련 정책보고서를 분석하였다. 발간된 출판물 중 중장기 건강정책과 관련된 연구논문, 보고서, 외국의 성과 평가 보고서 등을 검색하여 분석하였다. 먼저 미국의 건강정책인 ‘Healthy People’과 관련하여 HP2010 중간평가보고서, HP2020 중간평가보고서(Midcourse Review)와 2010 최종평가보고서(Final Review)를 고찰하고 성과평가의 틀을 검토하기 위하여 HP분석보고서(Tracking Healthy People 2010)를 검토하였다. 이러한 문헌 분석을 통하여 목표달성도 분석은 기준년도에서 지표가 얼마나 변화하였으며, 이것이 긍정적으로 변화하였는지 부정적으로 변화하였는지 기준에 따라 목표달성도 평가방법을 결정하였다.

목표달성도는 목표치로 근접할 경우 달성도로 산출하고 목표치에서 멀어질 경우 변화율로 산출하고 본 산식은 미국의 Healthy people 평가에 따른 산출방식과 평가기준을 적용하였다. 달성도는 $[(\text{최근치}-\text{기준치})/(\text{목표치}-\text{기준치})] \times 100$ 로 목표치에 얼마나 근접하였는지 분석하고, 변화율은 $[(\text{최근치}-\text{기준치})/\text{기준치}] \times 100$ 기준치에서 얼마나 악화되었는지 분석하는 것으로 설정하였다(U.S.DHHS, 2016).

건강격차의 경우 2020년의 목표치가 설정되어 있지 않으므로 격차의 산출을 개별지표의 연차별 변화가 목표치에 접근하는 것을 전제로 최근치-기준치를 절대값으로 산출하였다. 건강격차의 경우 사회요인(소득, 지역, 기타)와 양성평등(성별)요인으로 구분하여 평가하였다.

2. 목표달성도 산출을 위한 데이터 검토

두 번째 단계로 평가하기 위한 데이터 확보 가능성을 검토하였다. 대상지표는 제4차 국민건강증진종합계획 대표지표 19개의 지표로서 이를 통하여 성과지표의 목표달성도를 평가할 수 있는 산식과 평가기준을 확정하여 우리나라 국민건강증진종합계획 평가를 위하여 관련 데이터를 확보하였다. 기준년도의 경우 제4차 국민건강증진종합계획이 수립된 해인 2010년을 기준년도로 하고 수립시 최신 데이터인 2008년의 데이터를 활용하였다. 또한 본 모니터링을 시행하는 2017년에는 가장 최근데이터인 2015년 데이터를 사용하여 평가하였으며, 목표달성도 평가를 위한 2020년의 데이터는 계획 수립시 설정한 수치를 기준으로 평가하였다. 이를 위하여 계획시 데이터 출처로 명시되었던 국민건강영양조사, 청소년건강행태온라인조사, 건강

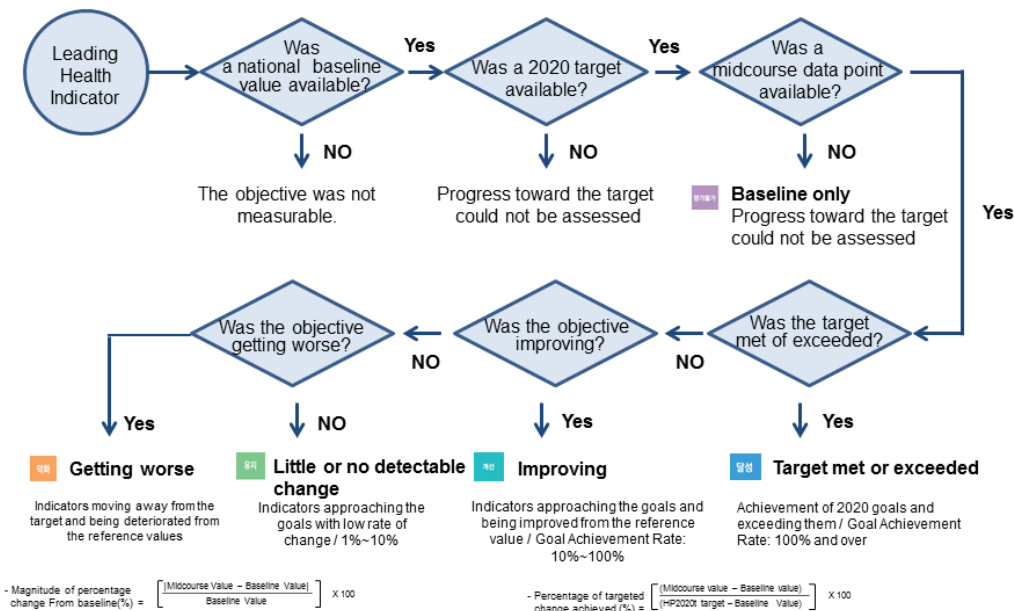
검진통계연보, 사망원인통계, 구강건강실태조사, 노인실태조사 등 이에 대한 데이터 확보 및 분석을 실시하였다.

3. 목표달성도 평가 및 격차 분석

마지막 단계로 산출식과 데이터 확보 가능성에 따라 평가기준을 마련하였으며 전체적인 절차는 [Figure 1]과 같다. 목표달성도 산출을 위하여 기준연도 데이터(2008년도), 2020년의 달성목표, 당해연도 지표데이터(2015년)가 있다면 산출식을 통하여 목표달성, 개선, 유지, 악화로 평가하고 데이터가 없는 지표는 평가불가로 평가하였다(U.S.DHHS, 2016). 달성의 경우에는 2020년 목표수치 달성 및 초과로 달성도 100% 이상이며, 개선의 경우에는 목표치에 접근하는 지표로 기준치에서 개선된 지표라고 할 수

있다. 달성도는 10%이상인 지표로 설정하였다. 유지인 지표는 목표치에 접근하나 달성도가 적은 지표로서 1%이상 10% 미만으로 설정하였다. 악화의 경우에는 기준치에서 악화된 지표로서 달성률로 산정하지 않고 변화율로 설정하였다. 또한 평가불가의 경우에는 지표생성이 불가능한 지표로 기준연도, 목표지표 등이 지표기준 변경 등으로 현재 산출이 불가능한 지표를 말한다.

건강격차는 목표가 설정되어 있지 않으므로 개선, 유지, 악화, 평가불가로 평가하고 개선의 경우에는 격차가 완화되는 지표로 격차가 1.0%p~100.0%p이며, 유지는 격차가 완화되나 변화율이 적은 지표로 격차가 0.1%p~1.0%p이고 악화는 격차가 벌어지는 지표이며 평가불가는 지표생성이 불가능 하거나 지표기준이 변경되어 데이터를 확보할 수 없는 지표를 말한다.



[Figure 1] How to evaluate : goal achievement

Ⅲ. 연구결과

1. 대표지표의 목표달성도

제4차 국민건강증진종합계획은 6개의 영역 27개의 중점과제가 있으며 중점과제별로 2020년까지 달성해야 할

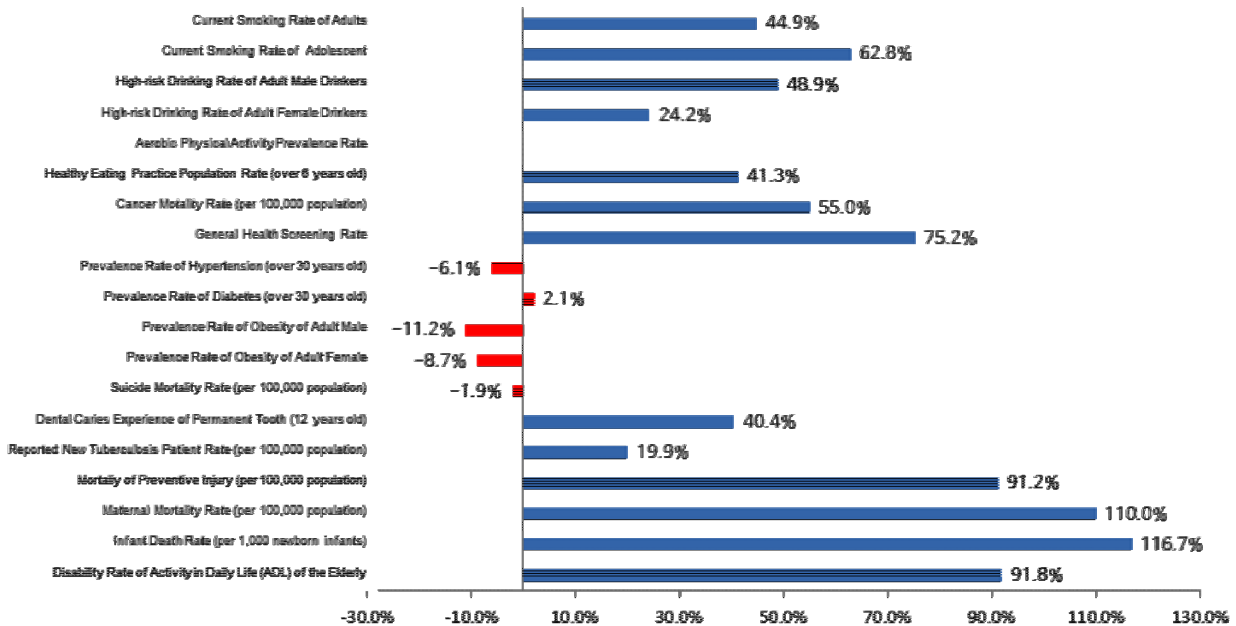
목표지표를 설정하고, 지표를 달성하기 위한 사업으로 총 369개 지표 140개의 사업으로 구성되어 있다. 이중 가장 주요하게 관리해야 할 대표지표(Leading Health Indicator, 이하 LHI)를 설정한바 있으며 총 15개 중점과제 19개의 세부지표로 구성되어 있다.

건강생활 실천 확산영역에 총 4개의 중점과제가 있으며

대표지표는 4개로 중점과제 모두 대표지표가 설정되어 있으며 총 6개의 지표가 포함되어 있다. 만성퇴행성질환과 발병위험요인관리영역에는 7개의 중점과제가 있으며 관철율을 제외한 6개의 중점과제에 대표지표가 존재하며 총 8개의 지표가 포함되어 있다. 감염질환관리영역은 5개의 중점과제가 있으며 1개의 중점과제에 대표지표 1개로 구성되어 있다. 안전환경의 경우에는 2개의 중점과제가 있으며 총 1개의 중점과제에 1개의 대표지표가 존재한다. 인구집단 건강관리는 8개의 중점과제가 있으며 3개의 중점

과제에 3개의 대표지표로 구성되어 있다. 사업체계관리 영역은 기본적인 인력과 인프라의 영역으로 이를 제외한 총 5개의 영역에 모두 대표지표가 포함되어 있으며 그 중 건강생활실천 확산영역과 만성퇴행성질환과 발병위험요인관리영역에 가장 많은 지표들이 포함되어 있다.

19개의 대표지표의 목표달성도를 앞서 결정된 산출식을 기준으로 분석한 결과 [Figure 2]와 같으며 영역별로 세부내용을 분석하였다.



[Figure 2] Achievement status

1) 건강생활실천영역

건강생활실천영역은 건강증진시 관리해야 하는 대표적인 요인으로 금연, 절주, 영양, 신체활동으로 구성되어 있다. 대표지표는 금연에서는 성인 남자의 현재흡연율과 중·고등학생 남학생 현재흡연율이며, 절주의 경우 성인 남녀 연간음주자의 고위험 음주율이고 신체활동은 유산소 신체활동 실천율이며, 영양은 건강식생활실천비율로 4개 영역 모두 대표지표가 포함되어 있다.

성인 남성 흡연율의 경우 2020년까지 목표는 29.0%로 기존 정책의 효과에 근거하여 정책강화를 수행하여 달성 가능한 수준으로 목표를 설정한바 있으며 본 지표는 국민

건강영양조사를 기반으로 산출된다. 기준년도(2008년)에는 47.7%에서 2010년 48.3%에서 최고치를 기록하였으나 담배가격 인상과 경고그림 도입으로 지속적으로 낮아지고 있으며 2015년 현재 39.3%로 최초로 성인남성 흡연율이 30%대로 진입하였다. 목표달성도는 44.9%로 ‘개선’으로 평가되며, 2020년 까지 목표를 달성하기 위하여 향후 10%p 이상 흡연율의 감소가 필요하다. 중·고등학교 남학생의 현재 흡연율의 경우 기준년도에 16.8%에서 현재 11.9%로 역대 가장 낮은 흡연율을 기록하였다. 본 지표는 청소년건강행태온라인조사를 기반으로 산출된다. 2020년까지 선진국의 청소년 흡연율 감소추세에 따라 현 수준의 3/4

이하로 감소한다는 목표하여 9.0%로 설정한바 있다. 달성률은 62.8%로 ‘개선’으로 평가되며, 목표 달성을 위하여 2020년까지 2.9%p 감소가 필요하여 달성 가능성이 높은 지표로 평가된다.

절주의 경우에는 연간 음주자의 고위험 음주율로 국민 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상이고 주 2회 이상 음주하는 사람의 분율을 뜻하는데 남성의 경우 2020년까지 연간 0.5%p 감소하도록 목표치를 설정하여 19.0%로 설정한바 있으며 본 지표는 국민건강영양조사를 기반으로 산출된다. 기준년도에는 23.8%로 감소하는 경향을 보이고 있으며 달성률은 48.9%로 ‘개선’되었다고 할 수 있다. 여성의 경우에는 2020년까지 연간 0.3%p 감소하도록 목표치를 설정하여 5.1%로 설정한바 있다. 기준년도 8.4%에서 크게 변화 없이 증감이 지속되었으며 2015년 7.6%로 나타나 달성도는 24.2%로 나타나 ‘개선’되었으나 남성에 비해 그 달성도가 낮은 편이다.

신체활동의 경우 유산소 신체활동 실천율을 목표로 하고 있다. 이 지표는 2014년 국제신체활동설문지(GPAQ)로 도입되어 대표지표가 개정되었으며, 관련 데이터는 2014년부터 산출되기 시작하였다. 목표 설정시 새 설문을 사용하였기 때문에 그 이전 것을 기준으로 2020년 기준을 만들 수가 없어 2014년 잠정치보다 10% 증가한 62.8%를 2020년 목표로 제시한바 있으며 본 지표는 국민건강영양조사를 기반으로 산출된다. 이 때문에 목표달성도는 평가 불가이나 2014년 57.1%에서 15년에는 51.1%로 감소하여 2020년 목표인 62.8%를 달성하려면 11.8%p 증가가 필요하다.

영양의 경우에는 건강식생활실천 인구비율로 만 6세 이상의 지방, 나트륨, 과일 및 채소, 영양표시 인지 4개 지표 중 2개 이상을 만족하는 인구 비율을 대표지표로 설정한바 있으며 본 지표는 국민건강영양조사를 기반으로 산출된다. 2020년까지 달성목표는 해당 지역의 집단별 최고 목표지표 결과값 이상으로 향상(better than best)을 근거로 하여 소득 4분위의 33.3%를 기준으로 2020년까지 48.6% 달성을 목표로 설정하였다. 기준년도 30.2%에서 최근 37.8%를 기록하여 지속적으로 증가하는 추세로 ‘개선’되었으며 달성률은 41.3%으로 향후 2020년 목표인 48.6%를 달성하기 위하여 10.8%p 증가가 필요하다.

목표달성률을 분석한 결과 평가가 불가능한 신체활동 중점과제를 제외하고는 모두 개선되었으며 가장 개선경

향이 두드러진 지표는 중 고등학교 남학생 현재흡연율로 목표치의 62.8% 달성되었다. 그에 비해 개선은 되었으나 미진한 지표는 성인 여성 연간음주자의 고위험 음주율로 목표치의 24.2%를 달성한 것으로 2008년부터 연간 0.3%p 감소한다고 가정하면 2015년 현재 기댓값 1.1%p가 미달되었다. 향후 목표달성을 위하여 현재기준(2015년)으로 2020년까지 2.5%p 감소가 필요하다<Table 1>.

2) 만성퇴행성질환과 발병위험요인관리

만성퇴행성질환과 발병위험요인관리 영역은 만성질환인 암, 관절염, 심뇌혈관질환(고혈압, 당뇨병), 비만과 이를 예방하고 관리하기 위한 건강검진이 포함되어 있으며, 정신보건의 경우는 자살사망률과 구강보건은 치아우식률로 구성되어 있다.

암의 대표지표는 암사망률(인구 10만명당 전체 사망자 중 암으로 사망한 사람)로 2020년 달성해야 할 목표는 통계청 사망원인통계(1983~2013)를 자료원으로 통계 추계 모형(Joinpoint Regression)을 구축하여 전체 암 사망률을 추계하였으며, 2019년 예측된 사망률 83.2(명/인구 10만 명당)과 2013년 사망률에서 10% 감소된 81.4(명/인구 10만 명당)의 평균값인 82.3(명/인구 10만 명당)으로 설정한바 있다. 기준년도에는 124.1명에서 2015년 101.1명으로 꾸준히 감소하고 있는 추세로 ‘개선’으로 평가되며 목표치인 82.3명의 달성도는 55.0%로 2020년까지 18.8%p 감소가 필요하다.

건강관리는 일반검진 수검률이 대표지표로 2020년까지 목표를 최근 5년간 일반검진 세부 대상자별로 수검률 증가 추이를 분석하여 80.0%로 설정한바 있으며, 건강검진 통계연보를 자료원으로 하고 있다. 2008년 64.3%에서 2015년 기준 76.1%이고 목표치인 80.0%을 기준으로 달성도는 75.2%로 ‘개선’되어 목표달성이 낙관적으로 기대된다.

심뇌혈관질환은 고혈압 유병률과 당뇨병 유병률을 대표지표로 설정하고 국민건강영양조사를 자료원으로 하고 있다. 고혈압 유병률은 30세 이상으로 고혈압이거나 혈압 강하제를 복용하는 분율로 기준년도 대비 5년마다 약 7% 감소할 것을 목표로 23.0%로 설정한바 있다. 고혈압 유병률은 2008년에 26.3%로 현재 27.9%로 연차별로 증감이 반복되었으나 지속적으로 높아지고 있는 경향으로 기준년도에 비해 감소해야 하지만 지속적으로 유병률은 증가하여 기준년도보다 6.1% 더 ‘악화’되었다고 볼 수 있다. 향

후 목표달성을 위하여 4.9%p 감소가 필요하다.

당뇨병 유병률의 경우 2020년까지 달성해야 할 목표를 2008년 수준에서 급증하는 것을 방지하고자 목표를 11.0% 이하로 설정한바 있다. 기준년도에는 9.7%로 2012년 9.0%로 감소하였으나 2013년 11.0%로 가장 최고치를 기록하였으며 증감을 반복하며 2015년 9.5%로 조사되었다. 이에 따라 당뇨병 유병률의 경우 기준치에서 증가하는 상향목표치는 아니라 2008년 수준에서 급증하는 것을 방지하고자 목표를 설정 한 것으로, 2020년까지 유병률이 기준년도에서 증가하지 않거나 최대 11.0%를 초과하지 않을 것을 목표로 삼았기 때문에 기준치와 비교하여 긍정적인 변화가 없는 것으로 해석하였으며 이는 ‘유지’로 판단하였다.

비만의 중점과제는 대표지표를 성인 비만 유병률로 설정하였으며 비만의 기준은 체질량지수(BMI)가 25이상으로 2020년까지 달성해야 할 목표는 최근 10년간의 성인 비만 인구의 증가추이와 사업실시에 따른 효과를 추정하여 국민건강영양조사 결과를 기반으로 설정한바 있다. 성인 비만 유병률을 현 수준으로 유지시키는 것을 목표로 설정하여 성인 남성의 경우 기준년도에는 35.6%였으며 목표는 37.0% 이하 유지로 설정하였으나 2015년 현재 39.6%로 조사되어 기준년도보다 더 ‘악화’된 것으로 나타났다. 또한 2020년 목표인 37.0%를 달성하는 것이 아니라 유지를 목표로 설정하였기 때문에 2020년까지 2.6%p 이상 감소가 필요하다. 성인 여성의 비만유병률은 2008년 26.5%에서 2020년 목표는 27.0%이하로 설정하였다. 현재 조사된 데이터는 28.8%로 증가하는 추세로 27.0%를 넘어서 ‘악화’되고 있으며, 향후 목표 달성을 위하여 1.8%p 이상 감소가 필요하다.

정신보건에서는 자살 사망률이 대표지표로 자살사망률은 인구 10만명당 자살 사망자수로 사원원인통계를 기반으로 설정하였다. 자살 사망률은 기준년도에는 26.0명이었으며 2020년 목표는 20.0명으로 기준년도 이후 2009년~2011년까지 증가하였고 2011년 31.7명으로 최대치를 기록한바 있다. 그 이후 지속적으로 감소하고 있으나 기준년도에 비해 사망률이 높아져 ‘악화’되었으며 변화율은 1.9%로 산출되었다.

구강보건에서는 영구치(12세) 치아우식 경험률을 지표로 설정하였는데 2020년까지 달성해야 할 목표는 2010년 대비 25% 감소를 목표로 하여 아동구강건강실태조사를

자료원으로 하였다. 2008년 61.1%에서 2015년 현재 54.6%로 조사되어 목표치인 45%를 달성하기 위하여 9.6%p 감소가 필요하다. 평가결과는 달성률은 40.4%로 ‘개선’된 것으로 나타났다.

만성퇴행성질환과 발병위험요인관리의 영역에서는 심뇌혈관 질환(당뇨병 유병률, 고혈압 유병률)과 비만 유병률이 악화되었으며 정신보건의 대표지표인 자살사망률이 악화되었으며 4개의 지표 모두 기준년도(2008년)보다 악화되었다. 이중 성인 남성비만율이 가장 많이 악화된 것으로 나타났다. 개선 경향이 두드러지는 지표는 암사망률, 일반검진 수검률, 치아우식경험률이었으며 이중 일반검진 수검률의 달성도가 75.2%로 가장 많이 달성한 것으로 나타났다<Table 1>.

3) 감염질환 관리 및 안전환경 보전

감염질환 관리 및 안전환경 보전 영역은 감염되는 질병이나 사고에 의한 사망까지 포함하고 있다. 결핵에서 대표 지표는 신고결핵 신환자율로 인구 10만 명당 신고된 결핵 신환자의 비율이며 2020년까지 달성해야 할 목표는 2011년 신고된 결핵 신환자율을 기준으로 2020년까지 신고 결핵 신환자율 1/2 수준을 도달목표로 39.5명으로 결핵환자 신고현황 자료를 기반으로 설정한바 있다. 기준년도에 69.1명에서 지속적으로 증가세를 보여 2011년 78.9명 최대였으며 이후 감소하여 현재 63.2명으로 조사되었다. 2015년 현재 ‘개선’되고 있으나 달성률은 19.9%로 낮은 수준이다. 향후 목표달성을 위하여 현재기준으로 2020년까지 23.7%p 감소가 필요하다.

손상예방에서 대표지표는 손상사망률로 사망원인통계에서 사망원인별 구분에서 ‘질병이환 및 사망의 외인(V01-Y89)에 해당하는 사람’으로 인구 10만 명당 사망률을 말한다. 2020년의 목표는 5년(2010~2014) 감소를 평균보다 10% 감소하는 것을 목표로 설정하였다. 2008년 61.7명에서 09년 65.8명으로 최대치를 기록하였으나 지속적으로 감소하여 2015년 56.5명을 기록하였다. 2020년 목표치가 56명으로 달성도는 91.2%로 ‘개선’경향을 보였으며 향후 목표 달성이 0.5%p 감소가 필요하여 목표달성이 낙관적으로 보인다.

감염질환 대표지표는 결핵 신환자율로 개선되고 있으나 개선 경향(19.9%)로 미진하여 기준년도부터 연간

2.5%p감소하는 것을 가정으로 하면 2015년 현재 기댓값 11.4%p미달되던 것으로 보인다. 목표달성을 위하여 현재 기준으로 2020년까지 23.7%p 감소가 필요하다.

감염질환 관리 및 안전환거 보건 영역의 대표지표는 2개 모두 개선되었으며 손상사망률은 현재 달성률이 91.2%로 2020년 목표 달성이 무난할 것으로 예상된다<Table 1>.

4) 인구집단 건강관리

인구집단의 건강관리는 생애주기별 인구집단에서 특수 인구집단인 군인, 근로자 등을 포함하고 있다.

모성건강은 사망원인통계에서 모성사망비를 대표지표로 설정하였으며 2020년까지 달성해야 할 목표를 OECD 국가의 2005년 평균(9.3명)이하로 9.0명으로 설정한바 있다. 모성사망비의 경우 출생아 10만명당 임산부 10만명당 사망수를 의미하는데 2008년 12.0명에서 증가하여 2011년 17.2명으로 최고치를 기록하였으나 그 이후 지속적으로 감소하여 2015년 8.7명으로 조사되었다. 2020년 목표치를 2015년 현재 ‘기달성’하였으며 달성도는 110.0%이다.

영유아 건강에서는 영아사망률을 대표지표로 설정하였으며 본 지표는 사망원인통계에 정의된 바대로 당해연도의 출생아 1천명당 1세 미만의 사망자 수로 출생아 1천명당 사망자수이며 2020년 까지 달성해야 할 목표치 설정은 OECD국가의 2008년 평균(4.49명)과 선진국 평균(2~3명)을

감안하여 2.8명으로 설정한바 있다. 2008년 3.4명이었으며 증감을 반복하다가 2015년 2.7명으로 기록되어 2020년 목표인 2.8명을 ‘기달성’하였으며 달성도는 116.7%이다.

노인건강에서는 노인실태조사에서 조사되는 노인 일상생활수행능력(Activities of Daily Living , 이하 ADL)장애율로 ADL 조사시 총 7개의 기준 (옷입기, 세수·양치질·머리감기, 목욕·샤워하기, 차려놓은 음식 식사하기, 이부자리에서 일어나기, 방밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대소변 조절)이 있으며 전체 노인수에서 신체기능제한 노인수의 비율을 뜻한다. 2020년까지 달성해야 할 목표는 2008년 노인 실태조사에서 ADL장애율은 11.4%으로 조사되었으며 우리나라는 고령화율이 매우 빠른 관계로 목표를 6.5%로 설정한바 있다. 2014년 현재 6.9명으로 ‘개선’되었으며 달성도는 91.8%로 목표달성이 무난할 것으로 예상된다. 목표달성을 위하여 2008년부터 연간 0.4%p 감소가 필요하며 2014년 현재 기댓값의 1.6%p 초과달성하였으며 목표달성을 위하여 현재기준(2014년)으로 2020년까지 0.4%p 감소가 필요하다.

인구집단 건강관리 대표지표는 모성, 영유아, 노인으로 대부분 개선 또는 달성되었다. 모성사망률, 영아사망률은 2020년 목표를 기달성하였으며 노인 일상생활수행능력 장애율 역시 목표달성률이 높아 무난히 달성할 것으로 예상된다<Table 1>.

<Table 1> Achievement status

1-1) Healthy life practice

Subject	Leading health indicator	Value			Achievement Rate	Rate of change	Status
		2008 (baseline)	2015	2020 (Goal)			
Tobacco use	1-1 Current smoking rate of adult male	47.7%	39.4%	29.0%	44.9%	-	Improved
	1-2 Current smoking rate of adolescents	16.8%	11.9%	9.0%	62.8%	-	Improved
Alcohol use	2-1 High-risk drinking rate of Adult male drinker	28.4%	23.8%	19.0%	48.9%	-	Improved
	2-2 High-risk drinking rate of adult female drinker	8.4%	7.6%	5.1%	24.2%	-	Improved
Physical activity	3-1 Aerobic physical activity prevalence rate	57.1% (2014)	51.0%	62.8%	-	-	Impossible to evaluate
Nutrition	4-1 Healthy eating practice population rate (over 6 years old)	30.2%	37.8%	48.6%	41.3%	-	Improved

1-2) Chronic diseases and health risk factor management area

Subject	Leading health indicator	Value			Achievement rate	Rate of change	Status
		2008 (Baseline)	2015	2020 (Goal)			
Cancer	5-1 Cancer mortality rate (per 100,000 population)	124.1 people	101.1 people	82.3 people	55.0%	-	Improved
Medical exam	6-1 General health screening rate	64.3%	76.1%	80.0%	75.2%	-	Improved
Cardiovascular disease(CVD)	7-1 Prevalence rate of hypertension (over 30 years old)	26.3%	27.9%	23.0%	-	6.1%	Deteriorated
	7-2 Prevalence rate of diabetes (over 30 years old)	9.7%	9.5%	11.0%	-	-2.1%	Maintained
Obesity	8-1 Prevalence rate of obesity of adult male	35.6%	39.6%	37.0%	-	11.2%	Deteriorated
	8-2 Prevalence rate of obesity of adult female	26.5%	28.8%	27.0%	-	8.7%	Deteriorated
Mental health	9-1 Suicide mortality rate (per 100,000 population)	26.0 people	26.5 people	20.0 people	-	1.9%	Deteriorated
Oral health	10-1 Dental caries experience of permanent Tooth (12 years old)	61.1% (2006)	54.6%	45.0%	40.4%	-	Improved

1-3) Communicable disease control and safe environment

Subject	Leading health indicator	Value			Achievement Rate	Rate of change	Status
		2008 (Baseline)	2015	2020 (Goal)			
Tuberculosis	11-1 Reported new tuberculosis patient rate (per 100,000 population)	69.1 people	63.2 people	39.5 people	19.9%	-	Improved
Preventive Injury	12-1 Mortality of preventive injury (per 100,000 population)	61.7 people	56.5 people	56.0 peoples	91.2%	-	Improved

1-4) Population-based approach

Subject	Leading Health Indicator	Value			Achievement rate	Rate of change	Status
		2008 (Baseline)	2015	2020 (Goal)			
Maternal health	13-1 Maternal mortality rate (per 100,000 population)	12.0 people	8.7 people	9.0 people	110.0%	-	Achieved
Infant health	14-1 Infant death rate (per 1,000 live births)	3.4 people	2.7 people	2.8 people	116.7%	-	Achieved
Elderly health	15-1 Disability rate of activity in daily life (ADL) of the elderly	11.4%	6.9% (2014)	6.5%	91.8%	-	Improved

2. 건강형평성 분석

대표지표의 설정은 정책의 목표를 얼마나 달성했는가를 평가하는데 활용된다. 이는 총괄목표인 건강수명 연장에

영향을 미치게 된다. 그리고 또 하나의 총괄목표인 건강형평성 제고를 위하여 현재의 대표지표를 건강형평성 측면에서 평가하였다. 건강격차는 소득(소득 1분위와 4분위)과 지역(동과 읍면)을 중심으로 격차를 검토하였으며

성별격차는 양성평등을 기조로 성별에 따른 격차를 분석하였다.

1) 건강격차

대표지표 중 건강격차를 평가할 수 있는 데이터가 존재하는 지표는 7개 중점과제 11개 지표이다.

성인남자 현재 흡연율의 건강격차는 소득과 지역으로 분석하였으며 소득은 4분위(상)가 1분위(하)에 비해 지역은 동이 읍면에 비해 흡연율이 낮은 것으로 나타났다. 소득별 격차는 ‘개선’되었고 지역별 격차는 ‘유지’되었는데 소득별 격차의 경우 소득이 낮은 집단이 크게 감소하여 격차가 15.4%p에서 2015년 4.7%p로 기준년도 대비 10.7%p 감소하였다. 중고등학교 남학생 현재 흡연율의 경우 소득과 지역은 별도로 산출하지 않고 있어 일반계고와 특성화계고의 격차를 분석하였으며 특성화계가 일반계보다 흡연율이 높은 것으로 나타났다. 일반계고와 특성화계고의 격차는 두 계열 모두 감소추세로 기준년도에 17.6%p이었으나 2015년 12.2%p로 5.4%p 감소하였으며 특히 특성화계의 흡연율이 크게 감소하며 격차가 ‘개선’되었다.

음주의 경우 성인 남자 음주자의 고위험 음주율은 소득별과 지역별 격차를 보았을 때 소득별 격차에 많은 변화가 있었다. 소득별 격차의 경우 3.6%p에서 0.2%p로 3.4%p 감소하였는데 2012년 이전까지는 고위험 음주율이 1분위 그룹이 더 높게 나타났으나 2012년을 기점으로 4분위 그룹이 높게 나타났다. 다만 1분위 그룹은 2013년을 기점으로 증가추세여서 향후 지속적인 검토가 필요하다. 지역별 격차는 2011년을 제외하고는 동과 읍면이 큰 차이는 나타나지 않았다. 성인 여자 음주자의 고위험 음주율은 소득별로 4분위 그룹이 1분위 그룹보다 고위험 음주율이 낮은 것으로 나타났으며, 지역별로는 동과 읍면의 격차가 지속적으로 나타났으나 2015년에는 2008년 기준년도와 비교시 큰 차이가 없이 유지되는 것으로 나타났다.

건강식생활실천 인구비율의 경우 소득별로는 1분위 그룹이 4분위 그룹에 비해 지역별로는 동에 비해 읍면의 건강식생활실천 인구비율이 낮게 나타났다. 소득별 격차는 ‘개선’되었으나 지역별 격차는 ‘악화’되는 것으로 나타났다. 건강식생활 실천 인구비율은 소득그룹 모두 증가세이며, 특히 1분위 그룹의 증가세가 급격히 상승하면서 9.1%p의 격차가 3.4%p로 감소하여 총 5.7%p 감소하였다. 그러

나 지역별 격차의 경우 동읍면의 격차는 5.0%p로 지속적으로 증가하고 있으나 읍면의 경우 그 증가율의 상승세가 완만하여 ‘악화’되는 결과로 나타났다.

일반검진 수검률의 경우 건강격차를 판단할 수 있는 데이터는 건강보험 가입자와 의료급여수급권자로 분석하였는데, 일반검진 수검률의 대상자는 전국 대상인 건강보험 가입자이고 저소득층을 대상으로 하는 의료급여 수급권자로 구분되기 때문이다. 건강보험 가입자가 의료급여 수급권자보다 검진 수검률은 높은 경향을 보인다. 일반검진 수검률은 2008년을 기준으로 크게 변화가 없는데 비해 의료급여수급권자 수검률 비율은 지속적으로 높아졌으며 14년 최대치를 기록하여 ‘개선’되었다. 2012년 38%p에서 2015년 30.6%p로 7.4%p 감소한 것으로 나타났다

고혈압 유병률은 소득별 격차의 경우 1분위가 4분위에 비해 지역별은 읍면이 동에 비해 고혈압 유병률이 높게 나타났으며 소득별, 지역별로 격차를 분석하였을 때 모두 ‘악화’되었다. 소득별 격차의 경우 2014년 대비 2015년에 급격히 증가하였는데 특히 저소득층의 유병률이 크게 증가하여 이러한 격차가 발생하였다. 2008년 3.3%p였으나 2015년 7.5%p로 4.2%p 증가하였다. 지역별로도 역시 크게 변화없는 동수준에 비해 읍면의 경우에는 증감을 지속적으로 반복하다가 2015년 크게 증가하면서 08년 0.3%p에서 15년 3.5%p로 그 격차는 3.2%p로 나타났다.

당뇨병 유병률의 경우 소득별 격차의 경우 1분위가 4분위에 비해 유병률이 높게 나타났으며 동과 읍면의 큰 차이가 없는 것으로 나타나 소득별 격차는 악화되었으며, 지역별 격차는 개선되었다. 소득별 격차의 경우 08년 4.1%p로 나타났으며 그 격차가 지속적으로 감소하여 11년 0.7%p 감소하였으나 지속적으로 증가하여 현재 격차 4.1%p로 2008년과 비슷한 수준이었다.

성인 남자 비만유병률은 2008년을 기준으로 4분위 그룹이 1분위 그룹보다 비만유병률이 높았으나 2014년을 기점으로 1분위 그룹이 4분위 그룹에 비해 비만유병률이 높아졌다. 지역별 격차는 크게 나타나지 않다가 2015년 읍면이 동에 비해 더 높게 나타났다. 소득별 격차는 ‘개선’되는 것으로 나타났으나 저소득의 경우 지속적으로 증가하고 있어 이에 대한 대응이 필요하다. 기존 격차는 3.4%p였으며 고소득층에서 2013년 크게 증가하여 격차가 10.1%p까지 늘어났으나 15년에는 고소득층의 감소 저소득층의 증가

로 격차가 나타났다.

성인 여자 비만유병률의 경우 소득별로는 1분위가 4분위에 비해 지역별로는 읍면이 동에 비해 비만유병률이 높으며, 소득별 격차, 지역별 격차 모두 악화되었다. 소득의 경우 9.7%p로 격차가 높은편이었으며 2015년에는 12.5%p로 2.8%p증가하였으며 1분위 그룹의 비만유병률이 급격히 증가하였다. 지역별 격차의 경우 2012년까지 읍면의 비만율이 급속히 증가하여 0.1%p에서 10.7%p까지 격차가 벌어졌으나 감소추세로 현재 4.1%p로 나타났다.

노인일상생활수행능력 장애율은 소득별 격차로 분석할 수 있으며 1분위에서 5분위까지로 구분된다. 1분위 그룹이 5분위 그룹보다 장애율이 높으나 큰 격차는 발생하지 않았으며 지속감소추세로 나타난다. 2.0%p에서 1.3%p로 0.7%p 감소하였다.

격차가 증가하여 악화된 지표는 총 7개로 소득수준에서는 고혈압유병률, 당뇨병유병률, 성인여자 비만 유병률이었으나 지역별로는 성인 남녀비만유병률, 고혈압유병률, 성인여자 고위험음주율로 나타났다<Table 2>.

<Table 2> Status of health equity

Main subject	Indicator	Health equity indicator		
		Income	Region	Others
Tobacco use	Current smoking rate of adult male	Improved (10.7%p)	Maintained (0.1%p)	-
	Current smoking rate of adolescent	-	-	Improved(series) (5.4%p)
Alcohol use	High-risk drinking rate of adult male drinker3)	Improved (3.4%p)	Maintained (0.1%p)	-
	High-risk drinking rate of adult female drinker3)	Maintained (0.1%p)	Maintained (0.1%p)	-
Nutrition	Healthy eating practice population rate (over 6 years old)	Improved (5.7%p)	Deteriorated (3.0%p)	-
Medical exam	General health screening rate	-	-	Improved(target) (7.4%p)
cardio-vascular disease	Prevalence rate of hypertension (over 30 years old)	Deteriorated (4.2%p)	Deteriorated (3.2%p)	-
	Diabetes incidence (over 30 years old)	Deteriorated (4.1%p)	Improved (2.0%p)	-
Obesity	Prevalence rate of obesity of adult male	Improved (2.7%p)	Deteriorated (4.1%p)	-
	Prevalence rate of obesity of adult Female	Deteriorated (2.8%p)	Deteriorated (4.0%p)	-
Health of the elderly	Disability rate of the elderly in activities of daily Living(ADL)	Maintained (0.7%p)	-	-

2) 성별격차

대표지표중 성별격차를 산출할 수 있는 지표는 8개영역 12개 지표였다.

성인 현재흡연율의 경우 남성이 여성보다 월등히 높은 추세이다. 남성 현재흡연율은 2008년 40.3%p였으며 2015

년 현재 33.8%p이다. 여성은 감소추세이나 그 폭이 크지 않고 남성의 흡연율 감소폭이 높아 격차가 6.5%p 감소한 것으로 나타났다. 중고등학생의 경우에도 남학생의 흡연율이 여학생 흡연율보다 월등히 높다. 남학생의 흡연율은 2008년 8.6%p에서 2015년 현재 8.7%p로 큰 변화가 없었는

데 흡연율이 남학생 여학생 모두 크게 감소하면서 격차는 줄지 않은 것으로 해석된다.

성인 음주자의 고위험 음주율은 18.3%p에서 15.0%p로 3.3%p 감소하였다. 성인 음주자의 고위험 음주율의 경우 남성이 여성보다 월등히 높았으며, 남성의 경우 여성보다 감소폭이 높아 격차가 줄어들었다.

건강식생활실천 인구비율의 경우 여성이 남성보다 더 높은 상태로 여성이 남성보다 건강식생활을 실천하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 남녀 모두 증가추세로 9.1%p에서 12.1%p로 격차는 증가하였으며 여성의 크게 증가하며 이에 대한 격차가 발생하였다.

고혈압 유병률의 경우 남성이 여성보다 높으며 남녀 모두 증가추세로 나타났다. 4.2%p에서 9.6%p으로 5.4%p 그 격차가 증가하였다. 격차는 증감을 반복하다가 남성의 경우 기준년도보다 증가하였고 여성의 경우 기준년도보다 감소하면서 악화된 것으로 나타났다.

당뇨병 유병률은 남성이 여성보다 높게 나타났으며, 2008년을 기준으로 보면 남성의 경우 당뇨병 유병률이 높

아졌으며, 여성의 경우 기준년도 보다 유병률이 감소하여 그 격차가 증가한 것으로 나타난다. 2008년 격차는 2.1%p에서 2015년 현재 3.0%p로 나타났다.

성인비만유병률의 경우에는 남성이 여성보다 비만유병률이 높으며 2008년을 기준으로 남녀 모두 상승하였다. 격차 역시 10.1%p에서 13.7%p로 남성의 상승폭이 높아 격차는 3.6%p 증가하였다.

영구치 치아우식 경험률의 경우에는 남녀 모두 감소추세이며 여성의 경우 치아우식률이 남성보다 높다. 2006년도 기준으로 격차가 8.9%p였으나 남성이 큰폭으로 감소하면서 그 격차는 13.2%p로 4.3%p 증가하였다.

노인일상생활수행능력의 경우 남성이 여성보다 낮은 수준으로 조사되었다. 또한 여성의 경우 2011년 이후 상승세로 나타나 그 격차는 더 증가하였다. 2008년 1.7%p에서 2014년 3.3%p으로 1.6%p 증가하였다.

성별격차의 경우 고혈압유병률, 건강식생활실천 인구비율, 영구치 치아우식경험률, 비만유병률, 노인 일상생활수행능력 장애율이 악화되었다<Table 3>.

<Table 3> Status of gender equity

Main subject	Indicator	Gender equity indicator
Tobacco Use	Current smoking rate of adult	Improved (6.5%p)
	Current smoking rate of adolescent	Maintained (0.1%p)
Alcohol use	High-risk drinking rate of adult male drinker3)	Improved (3.8%p)
	High-risk drinking rate of adult female drinker3)	
Nutrition	Healthy eating practice population rate (over 6 years old)	Deteriorated (4.3%p)
Cardiovascular disease	Prevalence rate of hypertension (over 30 years old)	Deteriorated (5.4%p)
	Prevalence rate of diabetes (over 30 years old)	Maintained (0.9%p)
Obesity	Prevalence rate of obesity of adult male	Deteriorated (1.7%p)
	Prevalence rate of obesity of adult female	
Oral health	Dental caries Index of dental decay experience of permanent tooth (over 12 years old)	Deteriorated (4.3%p)
Maternal health	Maternal mortality rate(per 100,000 population)	Female indicator
Health of the elderly	Disability rate of the elderly in activities of daily living(ADL)	Deteriorated (1.6%p)

3. 주요결과

1) 목표달성현황

대표지표의 목표달성도를 분석한 결과 19개의 대표지표 중 2개의 지표(11%)가 달성되었고 11개 지표(58%)가 개선되어 지표의 69%가 국민건강증진종합계획에서 수립한 목표에 접근하고 있음을 확인하였다. 그러나 사회요인별 건강격차는 19개의 지표 중 11개의 지표가 산출하였으며 기준년도에 비해 7개 지표(37%)가 개선되고 5개 지표(26%)는 유지되었다. 격차는 기준년보다 더 증가하여 악화된 지표는 7개 지표(37%)로 나타났다. 성별 건강격차의 경우에는 19개 지표 중 9개 지표가 산출이 가능하였으며 기준년도에 비해 현재 2개 지표(22%) 개선되었으나 5개(56%)의 지표가 악화된 것으로 나타났다.

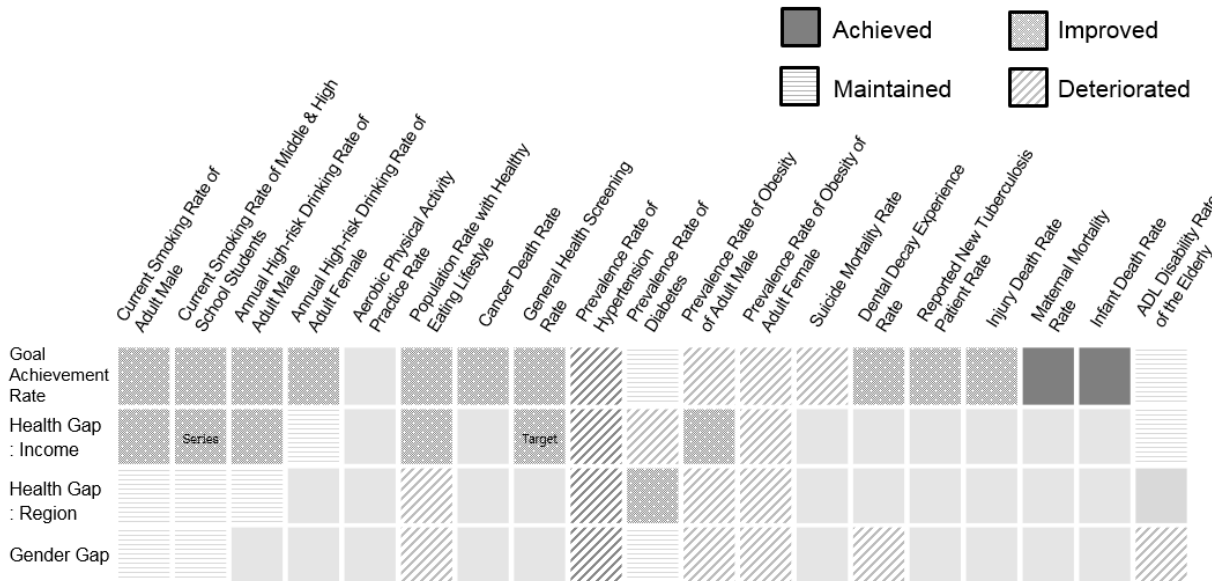
2) 종합평가

19개의 대표지표의 목표달성도와 건강격차(소득, 지역,

성별)로 매트릭스를 나타내면 건강생활실천 분야에서는 대부분 목표달성도가 개선으로 평가되었으며 건강형평성 분야에서도 격차 역시 유지되는 경향을 보였다. 그러나 만성질환의 경우 목표달성도는 악화로 다수 평가되었으며 건강형평성 분야에서도 사회요인별, 성별 격차 역시 악화로 평가되었다.

특히 지역과 소득 모두 형평성이 악화되는 지표로는 고혈압 유병률, 성인여성 비만유병률이었으며 소득의 경우에는 고혈압유병률, 당뇨병 유병률, 성인여자 비만유병률이었으며, 지역에서 격차가 발생하는 지표는 건강식생활 실천 인구비율, 성인남자 비만유병률이었다.

성별 형평성의 경우 남성보다 여성의 건강이 취약한 지표는 격차가 큰 순서대로 나열하면 고혈압 유병률, 건강식생활실천 인구비율, 영구치 치아우식경험률, 성인 비만유병률, 노인 일상생활수행능력(ADL) 장애율로 나타났다 [Figure 3].



[Figure 3] Matrix of monitoring

IV. 논의

본 연구는 정책 성과평가를 위하여 제4차 국민건강증진 종합계획에 있어서 가장 중요한 지표인 대표지표를 영역에 따라 구분하고 목표의 달성도와 형평성 격차를 분석하였다. 이러한 평가를 위하여 다양한 정책 성과평가의 틀을 검토하여 산출방법과 평가기준을 개발하였다. 이를 통하여 목표달성도는 2020년까지 달성해야 할 목표를 어느 정도 달성하였는지 평가하였으며 지표별로 사회요인별 격차와 성별격차 분석을 통하여 건강형평성에 대한 현황을 비교분석하였다.

먼저 대표지표의 목표달성도를 분석한 결과 19개의 대표지표 중 2개의 지표(11%)가 달성되었고 11개 지표(58%)가 개선되어 69%의 지표가 2015년 현재 국민건강증진종합계획에서 수립한 목표에 접근하고 있음을 확인하였다. 그러나 건강형평성의 경우 사회요인별 건강격차와 성별 건강격차는 악화된 지표가 37%, 56%로 나타나 이에 대한 정책적인 검토가 필요하다.

전체적으로 목표달성도를 분석하여 보면 국민건강증진 종합계획 평가까지 기간은 약 2년이 남았음에도 불구하고 악화되었거나 개선되었어도 50% 이상 달성하지 못한 지표들은 관리가 필요함을 알 수 있다. 건강생활실천 영역에서는 청소년 흡연을 이외에 대부분의 지표의 달성도가 낮게 나타났으며, 신체활동의 경우에는 기준년도의 데이터가 없어 산출은 불가능 하나 2014년에 비해 악화되어 향후 목표달성을 위하여 신체활동에 대한 대책 마련이 필요한 것으로 보인다. 또한 만성퇴행성질환과 발병위험요인 관리 영역에서는 암과 건강검진의 경우는 목표달성도가 높은 편이나 만성질환인 당뇨병 유병률, 고혈압 유병률 및 성인 남녀 비만유병률은 모두 악화되어 이에 대한 대책이 필요한 것으로 보인다.

이러한 현황은 19개의 대표지표의 목표달성도와 건강 격차(소득, 지역, 성별)로 매트릭스를 나타내면 향후 정책 방향을 명확히 검토할 수 있다. 건강생활실천 분야에서는 대부분 목표달성도가 개선으로 평가되었으며 건강형평성 분야에서도 격차 역시 유지되는 경향을 보였다. 그러나 만성질환의 경우 목표달성도는 악화로 다수 평가되었으며 건강형평성 분야에서도 사회요인별, 성별 격차 역시 악화로 평가되었다. 특히 건강형평성 측면에서 사회요인별로

보면 소득과 지역의 격차가 모두 발생하는 지표는 고혈압 유병률과 성인여성 비만유병률이었으며 성별요인으로 보면 고혈압 유병률, 치아우식 경험률, 건강식생활실천인구 비율의 격차가 악화된 것으로 나타났다.

건강형평성에 대해서 정부가 어떠한 관점을 가지고 있느냐에 따라 관련 정책 및 건강증진의 방향성이 달라진다. 사회정의 개념을 기반으로 한 건강불평등 관점에서는 사회 구조적으로 만들어진 건강상의 차이를 해결하기 위해 국가적인 임무를 인식하고 건강불평등에 대한 다각적인 검토와 건강형평성 제고를 위한 환경적, 제도적 접근이 필요하다. 건강형평성은 다분히 선언적인 의미가 있고 평가가 모호할 수 있기 때문에 이러한 추상적인 성격을 극복하여 평가는 필요하다. 이러한 정책분석 결과는 본 평가결과를 근거로 하여 우리나라 건강증진 정책에 대한 전반적인 검토와 중장기적 전략 수립이 필요함을 시사하고 있으며, 특히 건강형평성을 고려한 정책대응이 포함되는 것을 제시 할 수 있다.

실제로 이러한 평가내용을 바탕으로 정부에서 관련 대책을 적극적으로 시행한 영역도 존재한다. 심뇌혈관질환의 악화를 개선하기 위하여 보건복지부는 2017년 심뇌혈관질환관리 종합계획을 마련하기 위하여 연구를 추진하고 2018년 심뇌혈관질환 종합계획을 발표한 바 있다. 또한 비만유병률 역시 목표달성률 및 건강형평성에서 악화되는 경향이 나타나 이를 해결하기 위하여 2018년 7월 ‘국가비만관리 종합대책’을 발표하여 적극적으로 관련 비만 문제에 대한 대응방향을 제시하였다. 또한 세계 1위인 자살 사망률 역시 평가결과 기준년도보다 악화되어 이에 대한 정책적 대응이 필요한 바 보건복지부에서는 자살예방정책과를 신설하여 관리책임을 강화하고 자살예방국가행동 계획(18~22)를 수립하고 자살문제 해결을 위한 ‘생명존중 정책 민·관 협의회’를 출범하여 적극적인 정책 대응을 펼치고 있다.

그러나 아직 정책의 우선순위에 밀려 있는 치아우식증이나 결핵신환자율 등과 같은 지표는 개선은 되었으나 관련 대책이 필요할 것으로 보인다. 또한 달성된 지표에 대하여도 지속적인 관리와 대응이 필요하다. 인구대상 건강관리영역에서는 대부분 목표달성도가 90% 이상으로 특히 모성이나 아동의 경우 2020년까지의 목표를 기 달성하여 2020년까지의 관련 지표의 관리와 향후 국민건강증진중

합계획 2030에는 어떤 목표를 설정하고 관리할지에 대한 기획이 필요할 것으로 예상된다.

본 연구는 국민건강증진종합계획의 지표에 대한 성과평가 결과에 근거하여 우리나라 정책의 현황과 주요 문제를 분석해보았다는 점에서 의의를 가진다. 그러나 지표가 산출이 불가능하거나 현재 설정된 지표와 기준이 상이하여 분석할 수 없는 지표는 제외되었다는 한계를 가지고 있다. 향후 정책적인 관리와 대응을 위해서는 본 지표의 산출체계를 마련하고 대표지표에 대한 촘촘한 관리가 필요하다 하고 할 수 있다.

본 연구의 주요한 목표는 지표의 목표달성률을 산출하여 향후 대응 방안을 검토하였으며 이를 기반으로 단순히 목표달성도 뿐 아니라 건강격차와 성별격차 분석을 통하여 대표지표를 해석하는데 필요한 새로운 시각을 제공하였다. 또한 이러한 결과를 바탕으로 지속가능한 성과평가 및 평가체계를 구축하고 우리나라 건강증진정책 향후 방향을 설정하는데 기여할 수 있을 것이다.

V. 결론

본 연구는 건강증진 정책설계 및 시행방향에 대한 일반적인 방향을 제시하고 하였다. 성과지표 달성도 산출을 통하여 정책목표가 제대로 수행되고 있는지 검토하였으며 건강형평성의 맥락에서 성과지표가 제대로 추진되고 있는지 다각적으로 분석하였다. 본 연구결과에서 논의된 바대로 건강증진영역은 지속적인 관리가 필요하며, 만성질환 관리의 경우에는 대부분 악화되고 있어 즉각적인 대응이 필요할 것으로 보인다.

정책효과를 사전에 정확하게 예측하기란 불가능하다. 이론상으로는 바람직해 보이는 아이디어라도 실제로 적용하면 실망스러운 결과가 나타날 수 있으며 좋아 보이지 않던 아이디어가 예상치 못한 성공을 거두는 경우도 있기 때문이다. 시간이 흘러 정책이 예전과는 다른 효과를 나타내기도 한다. 일반적으로 정책은 효과가 매우 복잡적이고 상호의존적이기 때문에 정확한 결과를 확실하게 예측할 수 없다. 그러므로 정책 모니터링 및 성과평가를 통해 정책효과를 확인해야 한다. 체계적인 모니터링과 성과평가 없이는 효과적인 정책과 그렇지 못한 정책을 구분하는 것

을 불가능하다.

향후 국민건강증진종합계획의 근거에 기반한 수립과 평가를 위하여 지표는 정책목표를 향한 상황에 대해 정기적이고 객관적인 피드백을 제공함으로써 모니터링 절차에서 중요한 역할을 하게 될 것이다. 한다. 또한 대표지표의 중요성은 분명하게 나타나지만 지표는 그 자체가 목적이 아니라 건강정책의 바람직한 성과달성을 위한 도구라고 할 수 있다. 본 성과평가는 정책은 지표값을 분석하고 정책의 우수한 목표달성뿐 아니라 건강형평성을 고려한 포괄적인 정책을 수립하고 수행하는 노력이 요구된다. 이러한 체계를 갖추기 위하여 국민건강증진종합계획의 방향과 목표에 부합하는 정부의 정책 추진 노력과 결과환류에 따른 정부 및 관련기관의 후속조치와 중장기 전략을 마련하고 결과를 확산하고 정책에 대하여 국민이 참여하는 정책이 되도록 추진되어야 할 것이다.

References

- Korea Health Promotion Institute (2017). *The 4th Health Plan 2020: Trend Report 2017*. Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Foundation. (2015). *The Fourth Korea Health Promotion Plan: 2016-2020*. Seoul: Korea Health Promotion Foundation.
- Ministry of Health and Welfare (2014). *Guideline of writing the 6th Community Health Plan*. Sejong: Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare (2015). *The 4th Health Plan (2011-2020)*. Seoul: Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Legislation. (2016). Law of Health Promotion Act. Retrieved from <http://www.law.go.kr>.
- Ministry of Legislation. (2016). Law of Regional Health care Act. Retrieved from <http://www.law.go.kr>.
- National Opinion Research Center at the University of Chicago. (2009). *NORC final report: Healthy People User Study*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Park. S. W. (2010). Framework of Health Plan 2020. *Journal of Agriculture Medicine & Community Health*, 35(2), 204-217.
- Schumann, A. (2016). *Using outcome indicators to improve policies: Methods, design strategies and implementation* (OECD regional development working papers, 2016/02). Paris: OECD Publishing..
- The Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. (2010). *Evidence-based*

- clinical and public health: generating and applying the evidence.* Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://healthypeople.gov/2020/about/advisory/EvidenceBasedClinical PH2010.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010 (2nd ed.)*. Washington, D.C: U.S. HHS.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *Midcourse Review: Healthy People 2010*. Washington, D.C.: U.S. HHS.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Healthy People 2020 (1st ed.)*. Washington, D.C.: U.S. HHS.
- U.S. Department of Health and Human Services (2016a). *Healthy People 2020: Midcourse Review*. Washington, D.C.: U.S. HHS.
- U.S. Department of Health and Human Services (2016b). *Healthy People 2020 Tools : Measuring Progress*. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/MeasuringProgress.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services (2016c). *State and Territory Coordinators*. Washington, D.C: U.S. HHS. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/healthy-people-in-action/State-and-Territory-Coordinators>
- United Nations. (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable disease 2014*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2016). *Monitoring health for the SDGs*. Geneva: WHO Press.