

保健教育·健康增進學會誌 第16卷 2號(1999. 9)
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.16, No.2(1999)

건강증진 정책의 방향 및 융통성 검토

김 대 희

인제대학교 보건행정학부

〈 목 차 〉

I. 머리말	V. 맺는 말
II. 건강증진의 개념 및 접근방법	참고문헌
III. 건강증진 사업의 현황 및 문제점	영문초록
IV. 보건행태 개선의 내용 및 방법	

I. 머리말

1. 연구의 배경

건강증진이라는 용어는 오랜동안 광범위하게 쓰여져 왔으나, 최근 들어 본격적으로 독자적이고 구체적인 의미를 가지게 되었다. 1960, 70년대에 구미를 중심으로 일어난 신사회운동(New Social Movement)은 기존의 구태의연한 정치적 문제해결 방식을 넘어서서 환경운동, 여성운동 등의 사회운동, 시민운동을 중시하게 되었는데, 이 운동은 자조(self-help), 자기관리(self care) 등의 형태로 보건영역에도 영향을 미치게 되었다. 이러한 영향은 건강증진 개념이 더욱 구체

화되는 계기를 마련해 주었다고 할 수 있다. 이 시기에 서구에서는 의료에 대한 엄청난 투자의 성과가 건강수준의 향상으로 제대로 귀결되지 못했고, 그에 따라 건강증진이 가장 현실적인 대안으로 떠오르게 되었다. 건강증진은 비용을 적게 들이면서도 건강수준을 향상시킬 수 있는 거의 유일한 대안 개념이었기 때문이다. 따라서 미국을 비롯한 구미 각국과 세계보건기구는 건강증진 사업을 개발하고 계속해서 발전시켜 왔다. 우리나라도 1995년에 건강증진법을 제정, 시행하여, 건강증진을 국가의 기간 보건정책으로 삼게 되었다. 나아가 우여곡절 끝에 이 법에 따라 담배사업자의 기여금인 담배 1갑당 2원과 의료보험자의 예방사업비중 5%를 국민건강증진기금으로 조성하게 되어, 1997년에는 기금조성을 시작하게 되었고, 1998/1999년에는 건강증진 사

업을 집행할 예산을 확보하게 되었다. 앞으로는 기금조성을 원활하게 하기 위해서 담배사업자의 기여금을 담배 1갑당 8원으로 인상할 예정이다.

하지만 이렇듯 일반화된 것처럼 보이는 건강증진의 개념과 그 구체적인 사업 내용을 명쾌하게 설명하는 것은 여전히 어려운 일이다.(김공현 1996) 각국의 건강증진 사업과 국내외 수많은 학자들의 다학문적 설명 또한 의견상 뚜렷하게 한 가지 내용으로 요약되기보다는 다분히 다양한 모습으로 비춰진다고들 한다. 이 글에서는 이렇듯 다양한 외관을 지닌 건강증진의 개념과 사업을 좀더 명확하게 정리하여 그 스펙트럼을 한층 정돈된 모습으로 보여줌으로써 건강증진의 개념과 그 현실적인 사업의 다양한 가능성을 검토해 보려 한다.

2. 연구방법

건강증진의 광범위한 개념들을 국내외 자료를 통해서 살펴 보고, 넓은 의미와 좁은 의미의 개념 구조를 건강증진 사업의 성격과 관련하여 구분해 보고, 우리의 실정에 맞는 개념 범주를 장/단기적으로 고찰해 본다. 나아가서 우리나라 건강증진 법규의 내용 및 범주를 살펴 보고 문제점을 고찰해 본 다음, 건강증진 사업이 나아가야 할 방향을 장/단기적으로 설정해 본다.

본 연구의 주요 의미를 간단하게 간추려 본다면 다음과 같다. 첫째, 건강증진 개념을 단일한 차원/수준으로 파악하지 않고 다차원/수준으로 파악함으로써 건강증진 사업이 다양한 차원/수준의 건강증진 개념들을 흡수하고 그 개념들을 사업속에서 현실화할 수 있도록 한다는 점과, 둘째, 기존 선진국의 건강증진 사업들이 장

기 목표와 실행 목표를 갖추는 데 지나치게 치우친 나머지 주민에게 구체적으로 도움이 되는 보건행태 정보를 제공하는 데에는 조금 소홀했던 것으로 파악이 되므로, 본 원고에서는 건강증진 사업이 실질적으로 주민 행태를 개선할 수 있는 사업이 될 수 있도록 정보제공과 지원체계 등의 차원에서 모색해 보았다는 점 등일 것이다.

II. 건강증진의 개념 및 접근방법

1986년 캐나다 오타와(Ottawa)에서는 제1차 국제건강증진회의(International Conference on Health Promotion)가 열렸다. 이 회의에서는, 다음과 같이 건강증진 사업의 5개 기본영역을 윤곽짓는 오타와헌장이 채택되었다.(Macdonald et al. 1992; 이규식 1997) 그것은 첫째, 건강한 공중 정책(healthy public policy) 구축, 둘째, 지원적 환경 창출, 셋째, 지역사회 활동 강화, 넷째, 개인적 기법 개발, 다섯째, 보건서비스의 재정향 등이었다.

제2차 국제건강증진회의는 1988년 오스트레일리아 애들레이드(Adelaide)에서 열렸다. 이 회의에서는, 건강한 공중정책(healthy public policy)이 건강증진의 수단으로서 대단히 강조되었고, 개별적 우선순위를 갖는 정책이 윤곽지어졌다¹⁾(WHO 1988).

제3차 국제건강증진회의는 1991년 6월에 스웨덴 선즈볼(Sundsvall)에서 열렸다. 이 회의에서는 '건강지원환경(Supportive Environments for Health)' 구축이 강조되었다. 또한, 1,2차 회

1) 우선순위를 갖는 정책: 여성보건을 지원하는 정책, 영양정책, 알콜/금연정책, 환경과 관련된 정책 등

의가 선진국 중심의 모임이었다면, 3차 회의는 개발도상국까지 포함한 범세계적인 대회였다는 점에서 의미를 찾을 수 있다(WHO 1991).

제4차 국제건강증진회의는 1997년 7월에 인도네시아 자카르타(Jakarta)에서 개최되었다. 78개국 400여명이 참가한 이 회의는 “새로운 시대를 위한 새일꾼들: 건강증진을 21세기로 이끌기”라는 슬로건을 내 걸었다. 이 회의는 국제건강증진회의로서는 처음으로 개발도상국에서 열렸다는 의미를 갖고 있다. 이 회의는 건강증진이 가치있는 투자를 밝히고, 건강의 결정요소를 재검토하고, 나아가서 21세기의 건강증진을 위해서 우선적으로 해야 할 일을 다음과 같이 제시하였다. 그것은 첫째, 건강에 대한 사회의 책임 제고, 둘째, 보건발전에 대한 투자 증대, 셋째, 민·관에 걸친 보건사업 동반관계 구축 및 확대, 넷째, 지역사회 능력 증대 및 개인 역량 강화, 다섯째, 건강증진 하부구조 보장 등이었다. 이 회의에서는 건강증진 전략이 생활양식과 사회·경제·환경 조건을 발전·변화시킬 수 있다고 밝히고, 다음의 사항들을 강조했다. 그것은 첫째, 포괄적 접근방법의 효과성, 둘째, 이러한 포괄성의 기회를 제공하는 사업현장, 셋째, 참여의 필수성, 넷째, 교육·정보에 대한 접근성(학습이 참여를 조장한다는 사실) 등이었다.

그런데 건강증진의 개념은 다양한 차원에서 논의되어 왔다.²⁾ 에벌리 2세(Everly, Jr. 1985)는

2) 오늘날 대부분 사회현상과 해결방법은 다차원적이 되고 있다. 그런데 그 중에서도 건강증진 현상과 방법은 다른 사회현상에 비해서 두드러지게 다차원적인 것으로 보인다.(김대회 1994) 의학, 사회과학, 자연과학의 제 분과학문에서 논의가 어느 정도의 적실성을 가지고 다양하게 제기되면서도 그 안에서 공통의 목소리를 찾기 힘든 영역이 건강증

건강증진을 질병-건강의 연속 개념 속에서 통합적 시각으로 파악하였고, 이것은 질병예방과 생활양식 변경을 보다 전통적인 질병치료에 통합시키려는 체계라고 건강증진을 파악하는 미국 정부(Public Health Service 1979)의 시각과 일치한다. 테일러 등(Taylor et al. 1982)은 영양, 체중관리 등의 증산층을 지향하는 실행적 건강증진 개념들을 제시했다. 카(Kar 1989)는 보건사업 효과의 지표로서 건강증진 행동을 상징하는 지표적 건강증진 개념을 제시했다. 그린 등(Green et al. 1991)은 기획적 건강증진 개념(precede-proceed model)을 제시했는데, 건강증진을 (건강에 이로운 삶의 조건과 실천행동을 위한) 교육적 지원과 (유관구조인) 환경적 지원을 조합한 것으로 보고있다. 브레슬로(Breslow 1987)는 예방/환경/행태라는 세 가지 건강증진 접근방법을 제시했고, 미국정부는 그의 설명들과 유사한 예방/건강보호/건강증진³⁾이라는 세 가지 포괄적인 보건사업 개념을 내놓았다. 미국정부는 ‘2000년까지 건강한 사람들(Healthy People 2000)’이라는 보고서에서 건강증진을 건강을 개선하거나 보호하는 행동적·환경적 적용

진 분야이기 때문이다.

3) 미국 서전제너럴의 건강증진과 질병예방에 관한 보고서는 세 가지 유형의 건강사업을 제시한다. 이것은 브레슬로의 건강증진 및 질병예방 개념과 일맥상통하는 면이 있다.(김대회 1994) 그것은 다음의 3가지 내용으로 정리될 수 있다. 첫째, 예방보건서비스(preventive health services)는 특정한 질병들과 건강문제들에 초점을 맞춘다. 둘째, 건강보호사업(health protection activities)은 환경문제에 관한 것이다. 이때의 환경은 물리적 환경을 의미한다. 셋째, 건강증진은 건강한 생활양식에 관한 것이다(promotion of healthy lifestyles).

을 촉진할 수 있도록 설계된 조직적, 정책적, 경제적 조치들과 보건교육의 조합으로 파악했다. 태너힐(Tannahill 1985)은 예방/보건교육/건강보호의 중첩으로서 건강증진을 파악했다. 녹(Noack 1987)은 세계보건기구의 발간물을 통해서 건강증진을 개인적 접근법과 지역사회 접근법으로 분명하게 표시했다.(김대회 1994) 녹은 이 책에서 건강균형모형(health-balance model)⁴⁾을 제

4) 관련 건강모형들을 간략히 살펴 보면, 각 모형은 전단계 모형에 바탕하여 이론을 확장해가며 발전해 왔다는 것을 알 수 있다. 우선, 생태모형(ecological model)은 숙주·병원체·환경의 균형으로 건강을 설명한다. 이것은 단일병원체에 적합한 모형으로서, 전염성 질환에 그 초점이 모아져 있다. 그래서 오늘날의 질병유형에 맞을 수 있게 보완된 모형이 사회생태모형(social-ecological model)이다. 이것은 생태모형의 병원체 요인을 개인행태 요인으로 대체한다. 숙주와 환경요인에서는 경험적, 환경적 측면을 고려한다. 그후 세계보건기구는 사회생태모형에 정신적 안녕을 부가하여 건강을 정의함으로써 모형의 확장을 이루었는데, 이것은 전인적 모형(holistic model)에 바탕한 것이었다. 일반적으로 전인적 모형은 4가지 요소를 지적하고 있는데, 환경, 생활양식, 인간 생물요인, 보건체계 등이 그것이다. 래런드(Lalonde)는 이것을 바탕으로 건강장 개념을 모형화했고, 디버(Dever)는 래런드의 모형을 발전시켜서 보건정책 분석을 위한 역학모형을 만들었다. 나아가서 블럼(Blum)은 건강환경모형을 제시했는데, 래런드와 디버가 4요소의 가중치를 같게 보고 균형을 강조한데 반해서, 블럼은 요소간의 건강에 대한 상대적 중요성을 강조했다. 트레이비스(Travis)는, 전인적 모형은 질병치료를 지향하고 있다고 보고, 치료를 넘어서는 안녕모형(wellness model)을 제시했다. 이 모형에서는 질병-안녕 연속선 개념을 강조하고, 운동, 영양, 의식, 스트레스 관리, 자기책임

시켰다. 그는 사회·정치적 조건, 생활관습, 사회문화적 지원망, 사회적 압박, 생활조건 등이 동태적으로 작용하여 건강잠재력과 건강위험요인이 균형을 이루는 상태를 건강균형으로 보았는데, 이것은 세계보건기구의 건강증진접근법과 맥락이 닿아있다고 할 수 있겠다. 1984년 세계보건기구는 건강증진을 '사람들이 자신의 건강을 더욱 잘 관리할 수 있도록 하고 개선할 수 있도록 하는 과정'이라고 개인적 접근법에 가깝게 정의한 바 있지만(WHO 1984), 1980/90년대에 건강증진의 지역사회(구조) 접근법적 시각은 세계보건기구를 중심으로 하여 더욱 보완, 강화되는 추세를 보여왔다. 이러한 세계보건기구의 시각은 앞에서 살펴본 국제건강증진회의에 반영되어 있다.

이렇듯 다양해 보이는 건강증진 개념을 구체적인 실천영역을 중심으로 정리해 보면, 그림1과 같이 가장 좁은 의미에서부터 가장 넓은 의미까지 분류할 수 있겠다. 이러한 틀을 융통적 건강증진 차원틀 이라고 부르기로 한다. 그리고 이 글에서는 건강증진을 설명하는 데 있어서, 안녕모형의 질병-건강연속선 개념을 인정하고, 건강균형모형에서의 건강위험요인을 줄이고 건강잠재

등을 중요시했다. 그리고 녹(Noack)은 생명을 상호작용하는 하위체계를 갖춘 자기제어체계로 보고, 건강을 균형적인 생명의 표현이라고 하면서, 건강위험요인과 건강잠재력(자원, 자생력)간의 동적 균형상태를 표현하기 위해서 건강균형모형(health-balance model)을 제시했다. 이 모형에 따르면 건강이란 육체능력만이 아닌 사회적, 개인적 자원을 강조하는 적극적 개념이 된다. 이상의 고찰을 통해서 알 수 있는 것은, 기존의 모형들은 안녕모형, 건강균형모형 등에 거의 통합이 되어있다는 사실이다.

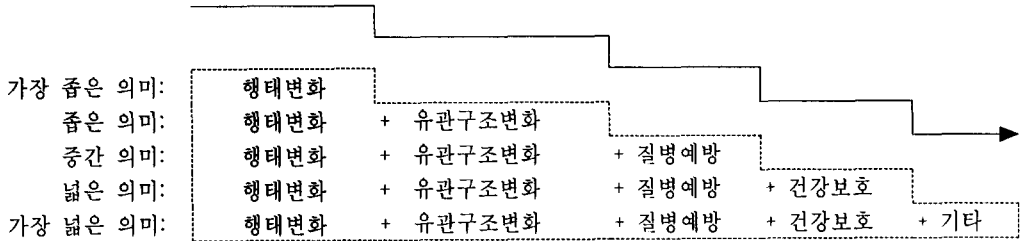


그림 1. (공공) 건강증진 내용의 스펙트럼 - 융통적 건강증진 차원들

력을 키우는 접근을 중시하려 한다. 이러한 관점은 융통적 건강증진 차원들에 용해되어 있다.

테일러(Taylor) 등은 행태변화에 초점을 맞춘 가장 좁은 의미에서의 건강증진을 얘기했다고 할 수 있겠다. 카(Kar)도 행태변화를 대단히 강조함으로써 가장 좁은 의미의 건강증진을 중시했지만, 유관 구조의 변화를 다음 순위로 같이 논의했기 때문에 좁은 의미의 건강증진 개념도 부차적으로 설명한 셈이다. 녹(Noack)과 그린(Green) 그리고 세계보건기구와 국제건강증진회의는 행태변화에만 관심을 보이던 건강증진 개념을 유관구조의 변화도 동시에 중시하도록 하는 데 크게 기여했다. 이것은 건강증진 개념이 본격적으로 알을 까고 세상에 나온 것으로 비유될 수 있는 어려운 과정이었다. 이들의 설명들은 오늘날 넓은 의미의 건강증진으로 확장되고 있다. 한국에서 만든 건강증진법은 중간 의미의 건강증진 정도에 해당한다고 본다. 건강보호에 관한 규정이 불비하기 때문이다.⁵⁾ 태너힐(Tannahill), 브

레슬로(Breslow)의 설명들은 넓은 의미의 건강증진 개념에 해당한다. 미국정부의 건강증진/질병예방 사업도 넓은 의미의 건강증진 개념에 해당한다.⁶⁾ 건강보호 사업도 이것에 포함되어 있다. 하지만 미국정부가 쓰고 있는 언어 그대로의 건강증진은 좁은 의미의 건강증진 개념이다. 왜냐하면, 미국정부는 건강증진, 질병예방, 건강보호를 각각 다른 의미의 용어로 쓰고 있기 때문이다. 뒤에서 보게 될 한국보건사회연구원의 정의도 넓은 의미에서의 건강증진 개념으로 보인다. 그리고 건강증진 사업의 전체 내용이 빠지지 않고 들어간 정의를 살펴 본다면 '개인, 조직, 또는 사회적 상황에서 사람들의 행태 및 유관구조⁷⁾ 변화를 통하여 그들의 건강잠재력을 가장 효율적으로 극대화하기 위한 교육, 예방, 건강보호, 의료, 정책, 기타 자원들의 최적 조합'이라고 할 수 있겠고, 이것은 건강증진 사업이 지향해야 할 가장 넓은 의미의 건강증진 개념이라고 할 수 있겠다. 이점은 융통적 건강증진 차

5) 국민건강증진법상 건강보호에 관한 규정이 불비함: 제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "국민건강증진사업"이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다.
2. "보건교육"이라 함은 개인 또는 집단으로 하여

금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육을 말한다.

3. "영양개선"이라 함은 개인 또는 집단이 균형된 식생활을 통하여 건강을 개선시키는 것을 말한다.
- 6) 이들 건강증진의 다양한 개념에 관한 구체적인 내용은 김대희(1994)를 참조
- 7) 그린 등은 환경으로 표현, 행태변화 환경을 말함.

원들의 지향점이기도 하다.

이러한 건강증진 개념들을 검토해 본 결과, 건강증진 사업은 그 사업을 시행하는 상황에 따라 다양한 모습으로 나타날 수 있으리라고 생각된다. 우리나라의 경우에도, 건강증진 사업을 시작하는 측면에서 상황적인 제변수들을 고려하여 사업의 작동 및 실현 가능성을 심도있게 숙고해야 할 것으로 생각된다. 그리고, 건강증진 사업은 이러한 내용 측면의 스펙트럼 외에도 사업현장 측면의 스펙트럼을 고려해야 한다. 지역사회, 학교, 산업장, 의료기관, 기타 등이 그 현장이 될 것이다. 그림 2에서는 건강증진의 내용과 현장의 조합이 제시되어 있다. 출발선의 경우 건강증진 사업이 제한된 현장과 한계를 가진 건강증진 개념으로 시작하더라도 중/장기적으로는 대부분의 현장과 넓은 의미의 건강증진 개념으로 나아가야 할 것으로 생각된다.

이처럼 다차원적으로 보이는 건강증진의 성

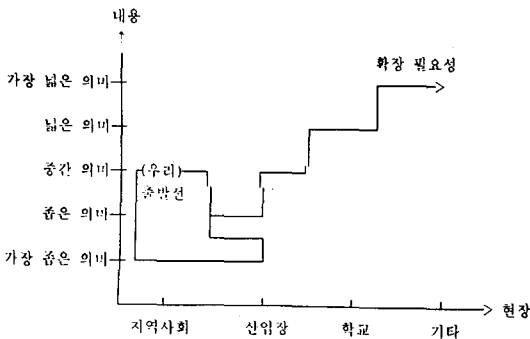


그림 2. (공공) 건강증진의 내용과 현장의 조합

향 및 흐름을 간략하게 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 건강증진은 그 논의가 진전되어 감에 따라 점차 행태 및 유관구조의 복합성을 띄게 된다는 점, 둘째, (예방, 건강보호를 포함하는

광의의) 건강증진 개념은 체계 내지 사회생태적 환경을 중시하는 환경유관론적 사고방식이라는 점, 셋째, 건강증진은 목표를 중시하는 기획적, 정책적 측면을 강조한다는 점, 넷째, 건강증진의 우산 아래에서 기존의 몇몇 별개 학문들이 경계가 없어지고 상호 융합되는 현상을 보이고 있다는 점 등이다. 우리의 건강증진 사업도 이러한 성향 및 흐름을 충분히 고려해야 할 것이다.

Ⅲ. 건강증진 사업의 현황 및 문제점

1. 외국의 건강증진 사업

1974년에 캐나다 정부에서는 '캐나다인의 건강에 관한 새로운 시각'이라는 정책보고서를 발표했는데, 여기에서는 생활양식, 환경 등이 강조되어서 오늘날의 건강증진 사업과 같은 사고방식이 대두되었다. 1976년 영국 정부는 '예방과 건강: 모두의 사업'이라는 보고서를 통해서 국민 건강 목표를 설정하고 건강증진에 있어서 국민 각자의 개인책임을 강조했다. 나아가서 영국 정부는 1985년에 새로운 국민 건강목표를 설정했다. 1986년 오스트레일리아의 건강향상위원회는 '건강향상을 기대하며'라는 보고서에서 생활양식과 건강증진을 강조했다. 1988년 오스트레일리아 보건원은 '오스트레일리아인의 건강'이란 보고서에서 국민 건강목표를 밝히고 세부 항목의 우선순위를 설정했다. 1994년 타이완 정부는 '만인건강의 목표를 지향함'이란 책자를 통해서 국민의 건강증진 등 일곱 가지의 보건목표를 설정했고 네 가지의 대전략과 20개의 세부전략을 발표했다.

미국 정부는 1979년에 '건강한 사람들: 건강증진과 질병예방에 관한 서전제너럴의 보고서'

를 발표하고, 1980년에는 '건강증진/질병예방: 국가목표'라는 책을 통해서 15개 보건영역에 있어서 1990년까지의 건강목표와 집행계획을 발표했다. 그리고 1990년에는 '2000년까지 건강한 사람들: 국민건강증진 및 질병예방 목표들'이란 책을 통해서 22개의 목표, 우선순위를 정하고 네 개의 연령군별로 목표를 구체화했다. 사업내용에 있어서는 (협의의) 건강증진 사업에 질병 예방과 건강보호 사업이 같이 이루어지는 것이 일반적이었다.

이상에서 보았듯이 각국의 건강증진 사업들을 살펴 본 결과, 사업에 대한 목표 및 계획수립과 평가예정이 가장 두드러진 특징이었다.

2. 한국의 건강증진 사업

한국보건사회연구원은 개념 측면에서의 건강증진을 '단순히 질병의 치료나 예방에 그치는 것이 아니라, 건강행위의 실천을 통하여 사람들이 지니고 있는 건강잠재력(health potential)이 충분히 발휘될 수 있도록 개발하고 건강평가를 통하여 건강위험요인을 조기발견, 관리함으로써 건강을 유지·향상하기 위한 보건교육적, 예방의학적, 사회제도적, 환경보호적 수단을 강구하는 것'으로 정의하고 있다.(한국보건사회연구원 1994)⁸⁾ 이러한 정의는 넓은 의미의 건강증진 개념의 전형에 해당한다고 볼 수 있다. 또한, 건강증진의 궁극적 목표로는 국민들의 건강장수와 삶의 질 향상에 대한 욕구 충족을, 실행목표로

는 국민들의 건강생활실천 수준 향상, 건강생활 환경여건 개선, 예방서비스 접근성 제고 등을 들고 있다. 건강증진의 접근방법은, 대민접근으로서 교육적 접근, 예방의학적 접근, 환경적 접근 등을, 사업지지기반 구축으로서 교육홍보지원사업 강화, 연구개발, 조직강화, 제도확립, 자원확보 등을 들고 있다.(한국보건사회연구원 1995) 건강증진 사업 측면에서는, 중앙의 사업 활동으로서 국민건강증진에 관한 기본정책 수립, 보건교육·홍보자료의 개발·보급, 관련인력의 교육훈련, 연구개발, 대중매체를 이용한 교육·홍보 등이 있고, 시·도의 사업활동으로서 건강생활실천협의회 구성, 금연 캠페인 등 시·군·구 건강증진사업에 대한 교육·홍보 지원, 시·군·구 건강증진사업에 대한 지도·평가(공문 및 현지방문), 기타 행정지원(보건소 인력, 예산 확보) 등이 있고, 시·군·구의 사업활동으로서 보건교육홍보, 건강교실(영양교실, 운동지도교실, 당뇨병교실 등) 운영, 시청각교실 운영, 강연·좌담회 개최, 건강검진·상담지도, 고위험자 등록관리, 구강건강관리사업(구강검진, 치아홈 메우기, 불소용액 양치), 흡연·과음에 관한 규제법령집행업무(제도홍보, 행정지도·단속) 등이 있다.

우리 정부는 1995년 1월 5일에 국민건강증진법을 제정, 공포하였고, 이 법은 1995년 9월 1일부터 시행되었다. 국민건강증진법의 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 보건교육, 둘째, 질병예방 및 검진 서비스, 셋째, 흡연·음주 등 건강위해 행위에 대한 규제, 넷째, 국민건강증진기금 조성, 다섯째, (보건정책심의위원회의 자문을 수반하는) 보건복지부 장관의 건강증진계획 수립, 시행 및 지방자치단체장의 세부계획 수립, 여섯째, 영양개선, 일곱째, 구강건강, 여덟째, 관계기관 협력 요청 등이다.

8) 한국의 건강증진법과 정책의 기초를 만든 곳이 한국보건사회연구원이다. 따라서 이 글에서는 한국보건사회연구원이 내놓은 건강증진 연구물에 비중을 두고 살펴보게 되었다.

이 법의 특징은 다음과 같다. 첫째, 보건사업의 대상으로서 환자만이 아니라 건강한 사람들까지를 포괄한다는 점, 둘째, 보건사업의 내용에 있어서 기존의 약물 치료에서 나아가 생활습관의 변화를 추구한다는 점, 셋째, 기존의 감염성 질환관리에서 벗어나 만성퇴행성 질환관리가 주요개념이 되었다는 점, 넷째, 재원으로서 기존의 국고, 지방비에서 나아가 담배사업자 등의 출연금을 활용한다는 점 등이다.

하지만, 국민건강증진법상의 건강증진 사업은 재원의 부족으로 인하여 상당기간 제대로 추진되지 못한 것이 현실이었다. 이것은 1996년 7월 9일 재정경제원에서 행정규제 완화 및 준조세 폐지 정책의 일환으로 담배사업법 시행규칙을 개정했기 때문이다. 이 시행규칙의 개정으로 국민건강증진법의 국민건강증진기금 규정이 사실상 사문화되어 버린 것이다. 그 이후 국민건강증진 사업에 필요한 재원을 마련하기 위해 담배에 건강부담금을 부과하는 법개정이 학계, 보건복지부 및 다수의 국회의원들에 의해서 추진되었고, 그 결과 1997년과 1998년 국민건강증진법에 따른 예산이 처음으로 간신히 확보되었다. 현재 국민건강증진기금은 담배 한 갑에 2원씩 부과해 적립된 돈과 각급 의료보험조합이 출연한 돈 등으로 이루어져 있다.⁹⁾ 하지만 국민건강증진법에 규정되어 있는 상당수의 사업들이 재원부족으로 아직도 실시되지 못하고 있다. 예를 들면 수도물 불소화 등의 구강보건사업에 대해서는 재원조달의 방법이 없어서 사업이 이루어

지고 있지 않다. 따라서 앞으로는 건강위해물질에 대한 부담금을 마련하는 방안이 좀더 검토될 필요가 있을 것이다. 설탕, 독주 등에 대한 부담금 징수의 가능성이 전사회적으로 좀더 적극적으로 논의되어야 할 것이다.

3. 건강증진의 비판 및 방향

전세계적으로, 건강증진은 현대의료의 과다비용으로 인한 의료 위기에 대처할 주요 패러다임이 될 가능성이 있다고들 한다.¹⁰⁾ 하지만, 주민에 대해 더 많은 의료의 제공을 요구하는 비판적 정치경제학자들(Navarro 1977; Waitzkin 1982; Doyal 1983)의 관점에 입각하면, 이러한 가능성에 대해서, 자본주의체제하에서 의료비용을 낮추는 것은 총자본의 이익을 뒷받침해 줄 뿐이라는 반론이 제기될 수 있고, 또한 행태위주의 처방은 건강의 책임을 개인에게 귀착시킴으로써 의료의 불평등을 심화시키고 의료모순구조를 은폐시킬 가능성이 있다는 반론도 제기될 수 있다. 결국, 건강증진은 의료비용의 위기에 대처할 가능성이 됨과 동시에 자본주의 국가에서 지배적인 위치를 점하는 자본층의 이익을 대변하는 이데올로기의 도구로 전략할 가능성도 갖고 있는 것이 사실이다. 따라서, 이러한 의구심을 불식하고 국민의 건강을 최우선순위로 하는 건강증진이 제대로 실현되기 위해서는, 건강

9) 국민건강증진기금 관련규정: 국민건강증진법 제23조 (기금의 조성), 담배사업법 제25조의 2 (공사등의 공익사업 참여), 담배사업법시행규칙 제19조의 4 (공익사업 등의 출연금).

10) 모든 종류의 건강증진 이론이 강조하고 있는 가장 중요한 존립근거이다. 이러한 건강증진 이론들은 앞에서 본 유통적 건강증진 차원들 속에 용해되어 있으므로, 이곳의 비판 및 방향은 유통적 건강증진 차원들에 대한 것이라고 생각하면 될 것이다.

증진 사업에 국민의 적극적인 참여 및 통제가 지속적으로 필요할 것으로 보인다.¹¹⁾

건강증진에 대해서 제기될 수 있는 또 다른 비판은 다음과 같다. 첫째, 건강증진은 중산층 이상의 계층만을 위한 개념이며 이들만을 위한 사업이라는 비판, 둘째, 건강증진은 선진국 중심의 개념이며 이들 국가 중심의 사업이라는 비판 등이다.

하지만 건강증진 사업이 빈곤층의 주된 관심 사항은 아니라고 하더라도 그들의 실제적인 건강에 크게 관련되어 있고, 또한 1989년 제네바에서는 개발도상국의 건강증진을 논의하기 위한 회의가 열려서 '행동촉구' 보고서가 제시된 바 있고, 나아가서 1991년에 열린 제3차 국제건강증진회의에서부터는 본격적으로 전세계의 개발도상국들이 참여하게 되어 앞에서 살핀 비판은 그 빛을 잃어 가고 있는 것으로 보인다.¹²⁾

한국의 경우, 국민건강증진법이 가지고 있는 문제점을 간략히 살펴 보면 다음과 같다. 첫째, 환경을 감안한 건강보호가 경시되고 있다(중간 의미의 건강증진)는 점, 둘째, 학교, 산업장 등의 보건현장이 건강증진법상의 건강증진 사업에 제대로 연계되어 있지 않다는 점 등이다. 장기적으로 건강증진 사업은 건강보호 및 학교, 산업장과 반드시 연계되는 방향으로 나아가야 할 것이다.¹³⁾

그리고, 국민건강증진법의 산파역할을 하며 한국의 건강증진 사업에 지대한 공헌을 한 한국보건사회연구원의 건강증진 정의에는 건강보호를 연상시키는¹⁴⁾ '환경보호'가 포함되어 있지만(넓은 의미의 건강증진), 환경보호가 건강증진 시설 확충을 포함하고 있다는 설명으로 보아서, 환경보호 또는 건강보호 개념의 혼선이 있는 것으로 보인다. 이 정의에 건강보호가 포함되지 않는다고 한다면 중간 의미의 건강증진 개념이 되는 셈이다. 절음마를 시작하려는 한국 건강증진 사업이 발걸음을 제대로 내딛는 데 조금이라도 도움이 되게 하기 위해서, 사업상의 환경보호 개념을 보다 일반화할 수 있는 개념으로 사용하거나 혹은 필요에 따라서는 대처할 필요가 있는 것으로 보인다.

나아가서, 한국의 건강증진 사업은 제대로 된 행태변화 중심 사업으로 출발해야 한다고 본다. 그것은 임상 및 병원중심적 접근의 한계를 넘어서 지역사회 및 공공적 접근으로 나아가야 한다. 그런데 우리나라에서 실시되는 거의 모든 보건예방사업은 적극적 건강행위를 포함하는 일차적 예방이라기보다는 질병의 조기발견, 조기치료라는 이차적 예방수준에 머물고 있다.(이동재 1996) 흔히 생각하듯이 건강검진·체력측정 등이 건강증진의 모든 것이라고 판단해서는 안

11) 정치경제학적 비판은 공허하게 들릴 수도 있으나, 때로는 그 의미를 곱씹어 볼 필요도 있다. 이곳에서도 막연한 비판으로 끝나지 않고, 국민의 참여·통제 필요성을 도출할 수 있었다.

12) 전망 : 개념의 확장 및 세련화로 이러한 문제를 해결하고, 향후 십수년간 보건사업 및 정책의 주류로 성장할 것으로 보임. 나아가서 보건정책 및 관련 보건분야의 미시적 구체화를 선도할 것으로 보임.

13) 전망: 당분간은 정부내의 구조적인 문제로 인하여

건강보호, 학교보건, 산업보건 등이 건강증진 사업에 제대로 연계되지 않을 것으로 보이나, 장기적으로는 연계되는 방향으로 나아가야 할 것임.

14) 논의의 여지는 있지만, 건강증진법상에서 상수도 불소화, 금연구역 등을 규정한 것은 빈약하나만 건강보호를 의미하는 것으로 볼 수 있겠다.

- 금연구역, 상수도불소화 등 건강보호가 포함되어 있는 규정:

국민건강증진법 제9조 (금연을 위한 조치), 제18조 (구강건강사업).

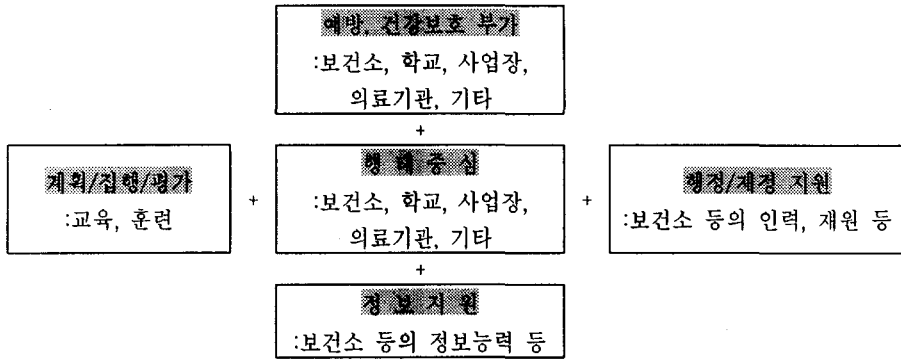


그림 3. 한국의 건강증진 사업이 갖추어야 할 요소

된다. 따라서 사업주체는 행태변화를 통해서 건강을 성취할 수 있는 구체적인 노하우(know-how)를 많이 축적, 정리해야 하고, 건강증진 사업에 종사하는 인력은 이것에 관하여 진지하게 참여하고 교육 받아야 할 것이다. 여기에 질병예방이 부가되어야 하고, 본격적인 건강보호도 빠른 시일 내에 이루어져야 하리라고 본다. 이러한 건강증진 사업의 내용은 지역사회, 학교, 사업장, 보건의료기관 등 다양한 현장에서 실제적으로 이루어져야 할 것이다. 또한 이러한 사업에는 행정, 정보, 재정적인 지원이 필수적인데, 보건소 등의 기관에는 건강증진 사업을 전담할 인력이나 조직이 반드시 있어야 할 것이며, 예산 등의 재정적 지원도 필수적이라고 할 수 있겠다.(김선민 등 1996) 건강증진 사업은 계획, 집행, 평가 등이 반드시 이루어져야 하므로 지역보건법에 따른 지역보건의료계획과 연계되어야만 할 것이다.(이규식 1997) 지역보건의료계획서와 건강증진계획서가 별도로 작성되었던 수동적이고 관료주의적인 보건행정문화가 적극적이고 목적 합리적인 실천문화로 바뀔 수 있도록 행정문화 및 행태개혁이 있어야 할 것이다. 나아가서 담당직원들의 기획능력을 기르기 위한 교육, 훈련도 이루어져야 할 것이다. 기

타 건강증진 프로그램, 장비, 시설, 지식, 능력, 경험, 부처간 협력, 주민의 인식 등의 부족이 타개되어야 할 것이다.

IV. 보건행태 개선의 내용 및 방법

기존의 건강증진 사업들은 장기 목표와 실행 목표를 갖추는 데 지나치게 몰두한 나머지(그림 3의 계획/집행/평가) 주민에게 구체적으로 도움이 되는 보건행태 정보(건강증진 사업의 골자)를 제공하는 데에는 상대적으로 소홀했었다. 주민 교육 차원에 걸맞는 보건행태 정보 내용이 제대로 갖춰진 보고서는 그렇게 많지 않았던 것 같다. 하지만 실제로 간단한 건강행태들을 지키면 12년을 더 살 수 있다는 사실을 아는 사람은 많지 않다.

벨렉과 브레슬로(Belloc and Breslow)는, 코호트연구를 통해서, 많은 질병과 조기사망(早期死亡 premature deaths)¹⁵⁾이 사람들에게 단지 6가지의 기본적인 건강행태를 실행하게 함으로써 예방될 수 있는 것임을 밝혀냈다.(Belloc et al.

15) 심혈관질환과 암으로 인한 사망중 80%에 이르기까지가 조기 사망(早期死亡 premature deaths)이다.

1972) 그 6가지 건강행태는 첫째, ‘간식을 먹지 않고 하루 세 끼를 규칙적으로 먹는다’, 둘째, ‘1주일에 최소한 3회 이상의 적당한 운동을 한다’, 셋째, ‘매일밤 7~8시간의 수면을 취한다’, 넷째, ‘금연한다’, 다섯째, ‘정상 수준의 체중을 유지한다’, 여섯째, ‘필요한 경우에도 적당량만 음주한다’ 등과 같다. 45세 남자가 6가지 건강습관중 2가지 이하를 지킨다면 21.6년을 더 살 수 있는데, 6가지 건강습관 거의 모두를 실천한다면 33.1년을 더 살 수 있다. 1900년에 비해서 1960년의 미국 백인남자의 기대수명은 60년간 단지 3년밖에 늘지 않았다. 그 동안 비약적인 생명과학의 발달과 식생활의 개선, 의료기술 및 장비의 발달 등이 있었음에도 불구하고, 그것들의 기대수명 상승효과는 기대보다 낮았던 것이다. 이런 종류의 행태정보를 주민에게 적극적으로 알려 주는 것이 끝없는 목표 및 계획에 파묻히는 것보다 더욱 필요할지도 모른다.

또한 테일러 등(Taylor et al. 1982)은 그들의 책에서 건강증진의 실행을 첫째, 영양, 둘째, 체중관리, 셋째, 운동, 넷째, 적당한 음주, 다섯째, 금연, 여섯째, 적당한 약품 사용, 일곱째, 휴식 및 수면, 여덟째, 스트레스관리 등과 같이 8개 장으로 나누어서 자세한 내용을 살펴보았다. 테일러 등의 설명방식은 중산층의 행태를 지향한 것으로서, 벨록 등(Belloc et al. 1972)의 연구결과에 그 근거를 두고 있는 것으로 보인다.

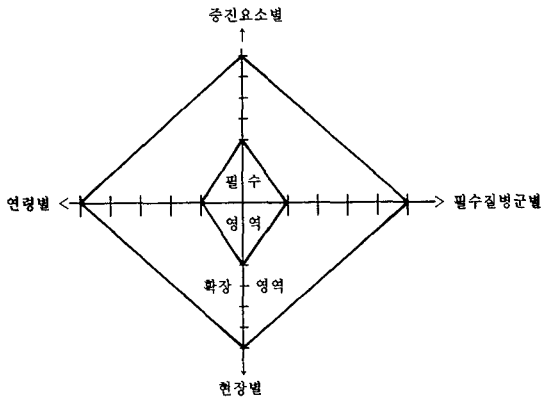
벨록 등의 이러한 종류의 행태규정에 가까운 것으로 한국에는 국민건강생활지침이 있다. 그 내용은 첫째, ‘청결을 생활화합시다’, 둘째, ‘음식은 싱겁고 가볍게 골고루 먹읍시다’, 셋째, ‘예방접종과 건강진단은 때맞추어 받으십시오’, 넷째, ‘과음하지 말고 담배는 피우지 맙시다’, 다섯째, ‘규칙적인 운동으로 신체의 활력을 유지합시다’,

여섯째, ‘일하며 보람있고 즐거운 마음으로 살아 갑시다’, 일곱째, ‘공공질서 지키며 안전사고를 예방합시다’, 여덟째, ‘아껴 쓰고 적게 버려 건강한 환경을 만듭시다’ 등과 같다. 그런데 이 지침은 정부의 홍보부족과 국민들의 무관심으로 인하여 그 내용을 아는 사람이 거의 없는 것이 현실이다. 이러한 행태변화 정보는 보다 잘 정비되고 정형화되어 확실한 프로그램이 될 필요가 있고, 행태변화 실행에 있어서는 도움말 등 관련정보의 제공이 더욱 필요할 것이다. 나아가서 건강증진에 있어서의 역학적 설명틀 및 지표들도 최근의 긍정적 건강(positive health) 개념을 감안하여 재검토되어야 할 것이다.(김대희 1995)

이러한 보건행태 개선을 달성하기 위해서는, 체계적이면서 융통적이고 상황에 적응할 수 있는 사업을 이루어야만 할 것이다. 그러므로 이러한 사업에는 건강증진 내용(가장 좁은 의미, 좁은 의미, 중간 의미, 넓은 의미, 가장 넓은 의미)의 구성요소에 따라, 증진요소별, 필수질병군별, 연령별, 현장별 체계화, 목록화 등이 요구된다.(그림 4) 이러한 구분들을 고려한다면, 다양한 조합의 건강증진 사업이 이루어 질 수 있을 것이다. 이러한 작업은 대단히 융통성 있는 건강증진 사업을 가능하게 하리라고 보인다. 상황에 따라서 증진요소, 필수질병, 연령, 현장 등의 중요성을 반영하여, 특정요소를 중심으로 한 사업이 기획·평가될 수 있겠다.

행태변화를 추구하는 가장 좁은 의미의 건강증진 사업의 예를 들어 보면 증진요소별로는 금연, 질병군별로는 심혈관질환·암·호흡기질환, 연령별로는 모든 연령(어른의 흡연 및 어린이의 흡연 가치관, 간접 흡연 등을 감안), 현장별로는 지역사회 조합을 이루는 금연사업을 생각할 수 있겠다. 이것은 그림 4의 필수영역의 예가

되기도 한다. 이런 종류의 4요소별 조합의 사업은 보건행태, 법규·조직 창설/변화, 예방사업, 금연구역 및 흡연시설 등을 고려하는 넓은 의미의 건강증진에서도 생각될 수 있다. 또한 그림4의 확장영역의 예로서, 증진요소별로는 스트레스 관리, 질병군별로는 소화기질환·정신질환·심혈관질환, 연령별로는 성인기, 현장별로는 사업장·의료기관 등의 조합을 이루는 스트레스 관리사업을 생각해 볼 수 있겠다.



- 증진요소별: 금연, 적당한 음주, 다이어트(영양) 및 체중관리, 운동, 휴식 및 수면, 스트레스 관리, 적당한 약물 사용 등의 그룹화
- 질병 군 별: 심혈관질환, 암, 사고, 당뇨, 소화기질환, 호흡기질환, 정신질환, 관절염, AIDS 등의 그룹화
- 연령별: 모든연령대상; 어린이대상<세분: 영아기/1세 미만, 유아·학령기/1세-14세>; 노인대상<65세 이상>; 청소년·청년대상 <15-24세>; 성인대상<25세-64세>
- 현장별: 지역사회(보건소), 학교, 사업장, 의료기관, 기타

그림 4. 건강증진 사업의 필수적 고려 영역 및 그 정도

그리고 이러한 건강증진 요구를 만족시키기 위해서는 행태 변화를 초래하기에 적합한 정보 체계와 지원체계가 필요할 것으로 보인다. 이러한 체계의 진전과 더불어서 질병예방 및 건강보호에 대한 정보/지원도 제공되는 체계가 운영되

어야 할 것이다.

V. 맺는 말

감사원이 1997년 9월 27일 국회 법사위에 제출한 국정감사자료에 따르면, 국민건강증진법이 제정, 공포된 후 2년이 지나도록 국민 건강증진을 위한 각종 사업의 재원이 조금도 조성되지 않았다고 한다. 이것은 의료보험 사업자와 담배사업자로부터 징수하기로 한 국민건강증진기금이 전혀 걷히지 않았기 때문이다. 보건복지부는 담배사업시행규칙의 변화로 부담금을 징수하지 못한 것 외에도, 의료보험 사업자에게서 징수해야 될 부담금에 대해서도 의료보험연합회에 납부독촉 공문만 4차례 발송한 것으로 지적되었다. 이렇듯 출발에서부터 상당기간 공회전하던 건강증진 사업은 1998년에 드디어 처음으로 집행사업비 예산을 확보하게 되었다.

이제 걸음마를 시작하는 한국의 건강증진 사업에 한꺼번에 모든 것 내지는 너무 많은 것을 기대할 수는 없을 것이다. 차분하게 우리의 상황을 확인하고 최소한의 시행착오도 거쳐가면서 우리의 상황과 여건에 맞는 건강증진 사업을 벌여야 할 것이다. 이러한 상황적응(contingency)적 사업을 유지하고 성공시키기 위해서는 형해화(形骸化)되고 고착적이지 않은 융통성 있는 건강증진 사업의 개념이 필요하다. 이런 필요성에 부응하기 위해서 이 글에서는 건강증진 개념을 비롯한 사업의 필수적 고려 요소를 상황에 따라 융통성 있게 활용할 수 있는 이론적, 실천적 근거를 마련하고자 했다. 그림 4에서는 이러한 개념을 일목요연하게 나타내 보았다. 지금의

사업 대안이 현재로서는 특정한 초점 중심으로 이루어 질 수밖에 없다 하더라도, 그것은 물론 앞으로 그대로 고착되어서는 안된다. 상황의 개선을 유도하며 사업의 내/외연적인 확장과 깊이 추구를 통해서 더욱 성장해 가야 할 것이다. 그리고 이러한 사업 성장의 중심에는 보건행태 변화라는 대안이 언제나 가장 중요하게 자리잡아야 할 것이다. 캐나다의 래런드(Lalonde 1975)보고서, 디버(Dever), 블럼(Blum) 등의 건강 결정요인 연구, 맥킨(McKeown 1984), 맥킨리(McKinlay) 등의 영국, 미국의 사망추세 연구 등을 통해서 생활양식 및 보건행태의 변화가 얼마나 중요한지 이미 잘 알려져 있기 때문이다.

이러한 보건행태 변화는 건강증진 내용별, 증진요소별, 필수질병군별, 연령별, 현장별 등으로 우선순위가 체계화되어, 교육, 홍보, 광고, 정책대안 등을 통해서 국민들에게 유용하고 접근가능하도록 제공되어야 할 것이다. 여기에는 합리적인 정보제공, 지원체계의 수립이 꼭 필요하다고 생각된다.

참 고 문 헌

1. 김공현 : "건강증진사업의 기획과 관리," 한국보건행정학회 전기학술대회 연세집, 한국보건행정학회, 1996
2. 김대회 : "건강증진의 개념에 관한 고찰," 한국보건교육학회지, 1994, 11(2):1-17
3. 김대회 : "건강증진 역학과 위험역학의 개념 및 지표에 관한 비교연구 -건강증진시대의 역학개념에 관한 재고찰," 국민보건연구소 연구논총, 1995, 5(2):63-75
4. 김선민, 강길원, 김창엽, 신영수, 정은경, 김혜경 : "보건소 건강증진사업의 현황과 과제," 한국보건행정학회 후기학술대회 연세집, 한국보건행정학회, 1996
5. 이규식 : "보건소의 건강증진 사업과 지역보건의료계획," 보건행정학회지, 1997, 7(1):1-31
6. 이동재 : "건강증진과 보건예방사업," 한국보건행정학회 전기학술대회 연세집, 한국보건행정학회, 1996
7. 한국보건사회연구원 : 국민건강증진을 위한 전략 및 입법안. 한국보건사회연구원, 1994
8. 한국보건사회연구원 : 국민건강증진 목표와 전략. 한국보건사회연구원, 1995
9. Belloc N.B., Breslow L. : "Relationship of physical health status and health practices," *Preventive Medicine*, 1972, 1(3): 415-421
10. Breslow L. : "Some fields of application for health promotion and disease prevention," In: Abelin T., Brzezinski Z.J., Carstairs V.D.L. (ed.) *Measurement in health promotion and protection*, WHO Regional Publications, European Series 22. WHO/Europe, Copenhagen, 1987
11. Doyal L : *The political economy of health*. Pluto Press, 1983
12. Everly, Jr. G.S. : "An introduction to health and occupational health promotion," In: Everly, Jr. G.S., Feldman R.H.L., *Occupational health promotion-health behavior in the workplace*. John Wiley & Sons, New York, 1985
13. Green L.W., Kreuter M.W., Deeds S.G., Partridge K.B. : *Health education planning: a diagnostic approach*. Mayfield Publishing

- Company, Mountain View, C.A., 1980
14. Green L.W., Kreuter M.W. : *Health promotion planning: an educational and environmental approach, 2nd ed.* Mayfield Publishing Company, Palo Alto, C.A., 1991
 15. Kar S.B. : "Indicators of individual and societal actions for health promotion," In: Kar S.B.(ed.), *Health promotion indicators and actions.* Springer Publishing Company, New York, 1989
 16. Lalonde M. : *A new perspective on the health of Canadians.* Information Canada, Ottawa, 1975
 17. Macdonald G., Bunton R. : "Health promotion-discipline or disciplines," In: Bunton R., Macdonald G.(ed.), *Health promotion- disciplines and diversity.* Routledge, London, 1992
 18. McKeown T. : *The Role of Medicine.* Basil Blackwell, Oxford, 1984
 19. Navarro V. : *Medicine under capitalism.* Prodist, 1977
 20. Noack H. : "Concepts of health and health promotion," In: Abelin T., Brzezinski Z.J., Carstairs V.D.L.(ed.), *Measurement in health promotion and protection,* WHO Regional Publications, European Series 22. WHO/Europe, Copenhagen, 1987
 21. Public Health Service : *Proceedings of the National Conference on Health Promotion programs in Occupational Settings.* U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1979
 22. Tannahill A. : "What is health promotion?" *Health Education Journal,* 1985, 44: 167-168
 23. Taylor R.B., Denham J.W., Ureda J.R.: "Health promotion: a perspective," In: Taylor R.B., Ureda J.R., Denham J.W.(ed.), *Health promotion: principles and clinical applications.* Appleton-Century-Crofts, Norwalk, 1982
 24. The Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Public Health Service, U.S. Dept. of Health and Human Services. : *Disease prevention/ health promotion-the facts.* Bull Publishing Company, Palo Alto, 1988
 25. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Public Health Service : *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention,* DHEW(PHS) 79(55071). DHEW(PHS), Washington D.C., 1979
 26. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service: *Promoting health/ preventing disease-objectives for the nation.* DHHS, Washington D.C., 1988
 27. Waitzkin H. : *The second sickness.* The Free Press, 1982
 28. W.H.O. : *Health promotion: a discussion document on the concept and principles.* WHO/Euro, Health Education Unit Publications, Copenhagen, 1984
 29. W.H.O. : *The Adelaide recommendations: healthy public policy.* WHO/Euro, Copenhagen, 1988.
 30. W.H.O.: *To create supportive environments for health,* The Sundsvall Handbook. WHO, Geneva, 1991

〈Abstract〉

A study on the direction and flexibility of health promotion policy

De-Hi Kim

School of Health Administration, Inje University

Nowadays a movement of public health awareness has just begun through the recent health promotion law in Korea. Implementation of the health promotion requires a pluralistic process involving public and private participants from many sectors and backgrounds. The most important thing in promoting health is the appropriate role of government in fostering personal behavior change.

'Health promotion' has been a highly fashionable term; however it has been used in many different ways unfortunately, often without any clarification of meaning. It is because the meaning of health promotion is diverse and broad.

Therefore this article focuses on the categorization of the diverse meaning of health promotion. Additionally, it puts stress on the flexibility of health promotion.