

# 우리나라 건강증진 사업의 현황 및 향후 정책 방향<sup>49)</sup>

이 종 구  
보건복지부 건강증진국장

## 1. 들어가는 글

1950년대 이후 급격한 의료기술의 발전에 힘입어 전염병 등 급성질병의 극복으로 공중보건의 중요성을 망각하여 하였으나 세계 각 국은 질병구조가 만성병구조로 바뀌고 인구구조가 '고령화 사회'로 진전됨에 따라 국민의료비가 급증하게 되자, 의료비 절감을 위해서는 만성질병의 예방이 중요함을 인식하여 새로운 공중보건 전략으로서 건강증진사업의 필요성을 인식하였음. 특히 만성질병은 발병 원인을 모르고 현재의 의료기술로는 완치가 불가능하기 때문에 급성질병을 치료하는 접근전략으로는 실효를 거둘 수가 없음을 깨닫게 되었다. 그러나 만성질병의 발병원인은 모르지만 보건학자들이 동의하는 것은 만성질병은 생활습관과 결부됨에 따라 생활습관을 고치기 위한 전략인 건강증진사업을 실시하고 있다.

이러한 건강증진의 개념은 1970년대 후반에 이미 싹이 트기 시작하였지만, 1990년대 들어 국민의료비 절감을 위한 근원적인 대책으로서 건강증진사업을 새로운 보건정책의 패러다임으로 채택하기에 이르렀음. 특히 미국은 건강한 생활습관을 국민 스스로 실천토록 하기 위하여 기존의 공중보건사업을 가족계획, 전염병 관리 중심에서 전면 개편하여 질병예방 등 건강증진사업 중심으로 전환하는 새로운 보건정책을 채택하고 막대한 예산을 투입하고 있다. 특히 미국은 1988년 질병통제본부 산하에 '만성질병예방 및 건강증진센터(NCCDPHP)'를 설립하여 사망원인의 70%를 차지하는 만성질병을 관리하기 위해 2003년에 약 6억 9천만 달러를 투입하였다. 또한 미국, 캐나다, 호주 등은

---

49 본 자료는 보건복지부의 국민건강증진기금 존치평가보고서(2004.4)를 기초로 작성되었음.

과학적인 연구 결과에 따라 모든 만성질환의 근원이 담배에 있음을 규명하고, 담배를 세금과 가격으로 통제하여 수요(흡연자)를 감소하는 효과와 원인자부담원칙에 따른 건강증진사업의 재원을 조달하는 방식을 법과 제도로 운영하고 있다. 최근(2003.5.31.) 세계보건기구(WHO)는 'WHO담배규제기본협약'을 채택하였는데, 이 협약에 가입한 국가들에게 가격과 세금을 통해 담배 수요를 통제할 것을 권고하고 있다.

우리 나라의 경우 세계에서 가장 낮은 저출산의 여파로 노령인구의 증가속도가 세계에서 그 유래가 없는 빠른 속도로 진행되고, 이에 따른 만성질환 유병률의 증가로 인한 국민의료비의 급진적인 증가가 예상되고 있다. 따라서 우리나라도 세계적인 보건정책 개혁 동향에 맞춰, 1995년에 국민건강증진법을 제정하면서, 담배에 일정 부분의 건강부담금을 부과하여 이 기금으로 활용하여 건강증진사업을 전개하고 있다.

## 2. 건강증진사업에 대한 국제적 동향

대부분의 선진국은 저출산과 평균수명의 연장으로 인한 노령인구의 증가와 만성질환 유병률의 증가로 의료보험 재정난에 봉착하면서 이에 대한 대책의 하나로 1970년대부터 치료중심에서 질병예방중심으로 전환하는 보건의료체계에 대한 검토를 하기 시작하여 1990년대에 이르러 본격적인 개혁 작업에 돌입하기 시작하였다. 즉 의료분야에는 「경쟁원리」를, 공중보건분야에는 「건강증진」을 기조로 하는 새로운 보건의료체계를 구축해 오고 있으며 세계은행(World Bank)은 가장 효과적인 건강향상 방법으로 건강증진과 질병예방 사업에 중점을 두는 전략을 수립할 것을 권고하고 있다. 1960-1970년대에 미국과 캐나다 등 선진국들은 만성질환을 통제하는 새로운 보건정책의 패러다임을 설계하기 위해 만성질환과 생활습관 사이의 관련성을 연구한 결과, 만성질환은 생활습관을 개선하면 가능할 수 있다는 결론에 도달하였다.

미국의 국민의료비는 약 1조 4천억 달러인데 이 중 1조 500억 달러(75%)가 만성질환에 따른 비용으로 추산하고 있으며, 전체 사망자 중 70%가 만성질환인 심혈관질환, 암, 당뇨병 등으로서 매년 이러한 만성질환으로 1천 7백만 명이 사망하고 있다 그 원인으로는 흡연이 1위, 영양 및 운동 부족이 2위, 음주가 3위 등의 순으로 나타났으므로 사망하고 9천만 명이 만성질환을 갖고 있는 것으로 추산하고 있다. 이와 같이 사망원인의 질병구조가 급성질환에서 만성질환으로 전환하고 있음에 따라 1988년에 질병통제본부 산하에 「만성질환예방 및 건강증진센터(NCCDPHP)」를 설립하고, 만성질

병을 통제하기 위해 2002년도에 7억 5천만 달러, 2003년도에는 약 6억 9천만 달러의 예산을 투입하고 있다. 한편 캘리포니아주 보건부는 1965-1974년 동안 11년에 걸쳐 Alameda County 주민들을 대상으로 생활습관이 건강수준이나 수명에 영향을 어느 정도 주는지에 대한 조사와 연구를 하였다. 그 결과 1983년도의 보고서를 통해 금연, 운동, 절주, 적정 체중 유지(영양관리), 적정 수면 유지 등 5가지 건강생활 실천사항 중 3가지 이하를 실천하는 남자는 4-5가지 실천자에 비해 사망위험률이 2.8배이고, 여자는 3.2배가 된다는 사실을 밝히고 있다. 또한 1974년에 미국 보건경제학자 Fuchs는 네바다주와 유타주 건강지표를 비교함으로써 생활습관이 건강에 얼마나 큰 영향을 미치는가를 설명하였다. 즉, 네바다주 사망률은 유타주보다 40-50% 더 높았는데, 유타주 인구의 90%가 물론고도로써 담배, 술, 커피 등을 잘 하지 않은 생활습관을 갖고 있었던 것으로 조사되었다.

캐나다 정부는 건강보험 도입으로 보건의료서비스의 접근성과 질은 크게 향상되었는데도 국민건강수준은 뚜렷한 향상을 보이지 않음에 따라 1971년에 70세 이전 조기 사망자를 대상으로 주요 사망원인을 분석한 결과, 보건의료제도상의 개선조치들이 사망률과 이환율에 미치는 영향이 적다는 결론을 내리고 환경과 생활습관의 개선이 효과적인 질병관리의 주요 관건이 된다는 사실을 밝힌 바 있다. 이에 따라 1976년 캐나다는 건강증진정책을 국가보건정책의 최우선사업으로 설정하고 '국민건강(Population health)'라는 새로운 패러다임 아래에서 생활습관 개선, 건강지원환경 조성, 질병예방, 건강보호와 관련된 각종 사업 활동을 정부 주도로 강력히 추진하고 있다.

OECD 회원국들도 국내총생산(GDP) 대비 국민의료비의 점유율이 해마다 증가하여 회원국 중 선진국들의 국내총생산 대비 국민의료비는 약 10%의 점유율을 보이고 있어 국가자원의 효율적 배분에 문제를 제기하는 수준에 이르고 있다. 즉 의학기술의 발달에 따른 급성질병에 대한 극복과 함께 인구구조의 고령화가 가속화되었고, 고령인구의 만성질병은 전체 국민의료비 중 '노인의료비'의 증가를 불가피하게 함으로써 결국 국민의료비가 상승하는 결과를 초래하고 있다.

한편 WHO는 2003년 5월 31일 192개 나라가 참여한 제 56차 세계보건총회에서 공중보건분야에 관한 국제협약으로서는 최초로 'WHO 담배규제기본협약(WHO Framework Convention on Tobacco Control)'을 채택하였다. 이 협약은, 각 국의 서명과 비준을 거쳐 발효될 예정에 있는데, 우리 나라는 2003년 7월 21일 이 협약에 서명을 하였다. 이 협약 제 3장 제 6조에 가격과 세금을 통해 담배 수요를 통제할 것을 권고하고 있는데, 이는 담배를 가장 큰 건강의 위험요인으로 보기 때문이다. 이에 앞서서

호주의 빅토리아주는 1987년 담배법을 제정하여 흡연율을 낮추게 하는 방안으로 담배에 세금을 부과하는 강제적인 수단을 사용하고 있다. 이렇게 조달된 재원은 공공계정의 하나인 기금(Trust Fund)형태로 운영하고 있다. 그 외 캐나다, 뉴질랜드 등은 흡연율 감소를 유도하기 위한 건강증진사업 재원으로서 연방법으로 담배, 담배광고, 담배제조회사 등에 세금을 부과하고 있으며 미국의 캘리포니아주나 메사추세츠주 등에서는 담배에 건강증진사업 재원을 위한 특정소비세(dedicated excise tax)를 부과하고 있다.

이러한 건강증진 사업을 위하여 1980년 선진국의 정책 사례는 다음과 같다.

- 미국: 「Healthy People 2000」, 「Healthy People 2010」
- 영국: 「The Health of the Nation」, 「Our Healthier Nation」
- 호주: 「Better Health Commission」
- 캐나다: 「New Public Health: Population Health」
- 일본: 「국민건강가꾸기운동」, 「활력있는 인생 80 건강계획」, 「건강일본 21」
- 아일랜드: 「The National Health Promotion Strategy 2000-2005」

### 3. 우리나라의 건강증진사업

#### 3.1. 건강증진사업의 필요성

우리나라는 지난 40여년에 걸친 고도의 사회경제적 발전과 출산율 감소로 향후 65세 이상 노령인구는 세계 인구역사상 유래가 없는 빠른 속도로 증가할 것이고, 현재 65세 이상 노령인구의 86%가 만성질환을 갖고 있어 최근 노인의료비는 연차적으로 급격히 증가하고 있다. 특히 선진국과 달리 건강보험을 포함한 사회보장제도의 초기단계에서 보험재정난에 봉착해 있으며, 이와 같은 현상은 인구의 노령화와 더불어 더욱 심화될 것으로 전망이다. 이에 따라 정부는 장기적으로 국민의 건강증진과 의료비 절감에 기여할 수 있도록 종래의 보건의료정책방향을 치료중심에서 질병예방중심으로 전환하고 국민건강증진법을 제정하여 건강증진사업을 전개하기 시작하였다.

#### 가. 질병구조 변화

우리나라의 1980년대 이후 사망원인을 보면, 6대 사망원인이 만성질환인 것으로 나타나고 있으며 이들 6대 만성질환에 사망률은 증가하는 것으로 나타나고 있다. 즉 6대 만성질환에 따른 사망률이 1985년 53.9%에서 1990년 58.9%, 2002년 59.3%로 상승을 하였는데, 이 6대 만성질환은 개인의 생활양식과 밀접한 관계가 있는 것으로서 주로 흡연의 영향을 많이 받는 질병이다<표 1>.

<표 1> 주요 사망원인별 사망자수 및 사망구조의 변동추이

(단위: 명, %)

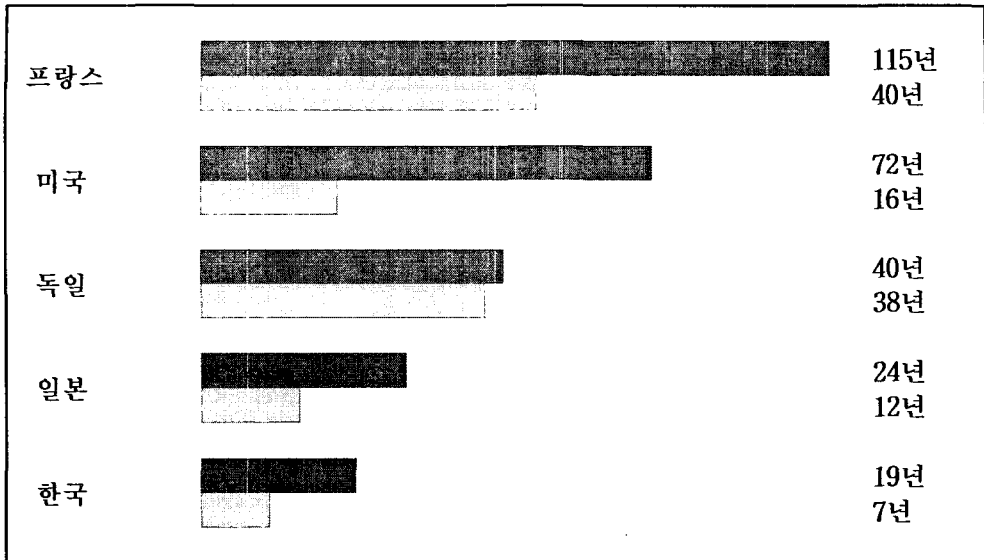
	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
신생물(암)	31,119 (15.5)	38,494 (20.1)	50,713 (21.2)	51,218 (21.6)	53,096 (22.2)	51,449 (21.4)	55,005 (22.3)	59,020 (23.8)	60,086 (24.7)	63,489 (25.7)
뇌혈관질환	26,979 (13.4)	26,319 (13.7)	36,061 (15.1)	34,187 (14.5)	33,845 (14.2)	34,335 (14.3)	34,410 (14.0)	34,817 (14.1)	35,354 (14.6)	37,134 (15.0)
심장질환	18,037 (9.0)	16,476 (8.6)	16,375 (6.7)	18,300 (7.4)	18,451 (7.4)	17,950 (7.5)	16,476 (6.9)	16,334 (6.9)	16,682 (7.0)	17,889 (7.2)
간질환	12,302 (6.1)	11,756 (6.1)	13,323 (5.6)	12,521 (5.3)	12,017 (5.0)	11,497 (4.8)	11,080 (4.5)	10,874 (4.4)	10,654 (4.4)	10,572 (4.2)
고혈압성질환	16,979 (8.4)	12,387 (6.4)	8,276 (3.5)	6,343 (2.7)	4,444 (1.9)	3,899 (1.6)	3,568 (1.4)	4,238 (1.7)	4,875 (2.0)	5,125 (2.0)
당뇨병	2,418 (1.2)	4,115 (2.1)	7,789 (3.3)	7,957 (3.4)	8,684 (3.6)	9,791 (4.1)	10,296 (4.2)	10,746 (4.3)	11,403 (4.7)	12,090 (4.9)
소계	107,834 (53.9)	112,547 (58.9)	132,537 (55.6)	130,526 (55.2)	130,537 (54.6)	128,921 (53.6)	130,835 (53.0)	136,029 (54.9)	139,054 (57.2)	146,299 (59.3)
총계	200,062 (100.0)	191,002 (100.0)	238,132 (100.0)	236,234 (100.0)	238,714 (100.0)	240,254 (100.0)	246,539 (100.0)	247,346 (100.0)	242,730 (100.0)	246,515 (100.0)



자료 : 통계청, 사망원인 통계연보, 각 연도

#### 나. 인구 구조의 변화

2000년 우리나라는 65세 이상 인구의 비율이 7.2%를 넘어서서 ‘고령화사회’에 진입을 함으로써 노인의료비 대책이 요구되고 있다. 특히 ‘고령화사회’에서 ‘고령사회’로, ‘고령사회’에서 ‘초고령사회’로 진입하는 속도가 미국, 일본 등 선진국에 비하여 매우 빠르다.. 이는 노인인구의 증가에 따라 전체 만성질환유병률이 높아지고 그에 따른 노인의료비 증대가 국민의료비에 미치는 영향은 매우 클 수 밖에 없어 이를 해결하는 정책적인 노력이 뒤따라야 한다는 점을 시사한다<표 2>.

<표 2> 인구 고령화 속도 국제 비교



 고령화사회 → 고령사회  
 주: 1)  고령사회 → 초고령사회

2) 고령화사회: 7%, 고령사회: 14%, 초고령사회: 20%(전체 인구의 65세이상 인구비율)  
 자료 : UN·통계청, 「장래 인구 추계」

이러한 인구구조 변화에 따른 노인의료비는 급격하게 증가하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 노인의료비는 대부분 만성질병에 따른 것으로서 노인질병 특성상 ‘진료비 블랙 홀’ 현상을 보이고 있어 특단의 대책이 요청되고 있다. 즉 우리 나라가 ‘고령화사회’가 된 시점인 2000년의 노인진료비는 2조 2,554억 원으로서 건강보험급여비에서 차지하는 비중이 24.9%에 이르고 있다. 2001년은 3조 1,627억 원(24.0%), 2002년은 5조 3,155억 원(38.8%)로서 진료비 증가 규모나 증가폭이 매우 큰 것으로 나타나고 있다<표 3>.

<표 3> 보건부문예산, 국민의료비 증가율, 노인의료비 점유율, 만성질병 점유율 추이

	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
국민의료비(억 원) <sup>1)</sup>	34,634	85,119	173,895	203,615	222,360	221,910	254,440	286,350	335,887	-
국민의료비증가율(%)	-	20.7	16.2	17.1	9.2	-0.2	14.7	12.5	17.3	-
GDP대비 국민의료	-	4.8	4.6	4.9	4.9	5.0	5.3	5.5	6.2	-
노인의료비(억 원) <sup>2)</sup>	-	2,392	7,281	9,762	12,080	14,913	19,230	22,554	31,627	53,155
건강보험급여비 대비(%)	-	8.2	12.2	13.1	14.1	15.4	24.4	24.9	24.0	38.8
사망원인 중 만성질병 구성비율(%) <sup>3)</sup>	53.9	58.9	55.6	55.2	54.6	53.6	53.0	54.9	57.2	59.3
보건예산 규모(억 원) <sup>4)</sup>		573	964	1,225	995	967	1,212	1,187	1,748	1,875
정부예산 대비(%)		0.19	0.19	0.21	0.15	0.13	0.14	0.13	0.17	0.17

자료 : 1) 한국보건사회연구원, 2001년 국민의료비 추계, 2003  
 2) 건강보험관리공단, 건강보험통계연보, 각 연도  
 3) 통계청, 사망원인 통계 연보, 각 연도  
 4) 보건복지부, 보건복지백서, 각 연도

#### 다. 국민의료비 증가

국민의료비 역시 질병구조가 만성질병 중심으로 변화되고 전국민의료보험이 실시된 직후인 1999년부터 2001년까지의 추이를 보면, 연평균 11.9%의 증가율을 보이고 있음. 국내총생산 대비 국민의료비 비율도 1990년 4.8%, 1995년 4.6%이었다가 1998년 5.0%, 1999년 5.3%, 2000년 5.5% 등 계속해서 상승세를 보이고 있다<표 3>.

#### 라. 정부 보건분야 예산

이처럼 질병구조나 인구구조가 국민의료비의 상승을 구조적으로 가져오고, 국민의료비의 상승은 결국 국가재정의 '주름살'로 연결될 수 밖에 없는데도 이러한 구조를 개선하기 위한 일반예산의 보건부문 예산 규모는 정부 전체 예산의 1%도 안되는 수준에 머물러 있다. <표 3>에서 보는 바와 같이 정부예산 대비 보건부문 예산규모는 1990년 0.19%(573억 원), 1995년 0.19%(964억 원), 2000년 0.13%(1,187억 원), 2002년 0.17%(1,875억 원)으로서 2천억 원도 안되는 예산으로 전체 국민의 건강을 지켜야 하는 상황에 놓여 있다.

### 3.2. 국민건강증진법의 제정

정부 1995년 변화하는 보건의료 환경에 능동적으로 대처하여 국민의 건강을 증진하여 건강수명을 연장하고 국가재정의 효율적 운용에 저해 요인이 되는 국민의료비를 절감하는 새로운 패러다임의 보건정책인 건강증진사업의 원활한 재원을 확보하기 위하여 국민건강증진법에 따라 국민건강증진기금을 설치하였다.

## 가. 주요 내용

제1조(목적) 이 법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다.

제22조(기금의 설치등) : 보건복지부장관은 국민건강증진사업의 원활한 추진에 필요한 재원을 확보하기 위해 국민건강증진기금을 설치한다.

②기금은 다음 각호의 재원으로 조성한다.

1. 제23조제1항의 규정에 의한 부담금
2. 기금의 운용 수익금

제23조 (국민건강증진부담금의 부과·징수 등) ①보건복지부장관은 제조자등이 판매하는 담배사업법 제2조의 규정에 의한 담배중 켈런(지방세법 제232조의 규정에 의하여 담배소비세가 면제되는 것, 동법 제233조의9제1항제1호 및 제2호의 규정에 의하여 담배소비세액이 공제 또는 환급되는 것과 판매가격이 200원 이하인 것을 제외한다. 이하 같다) 20개비당 150원의 부담금(이하 "부담금"이라 한다)을 부과·징수한다.

②제조자등은 매월 1일부터 말일까지 제조장 또는 보세구역에서 반출된 켈런의 수량과 산출된 부담금의 내역에 관한 자료를 다음 달 15일까지 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

③보건복지부장관은 제2항의 규정에 의한 자료를 제출 받은 때에는 그 날부터 5일 이내에 부담금의 금액과 납부기한 등을 명시하여 제조자등에게 납부고지를 하여야 한다.

④제조자등은 제3항의 규정에 의하여 납부고지를 받은 때에는 납부고지를 받은 달의 말일까지 이를 납부하여야 한다.

⑤보건복지부장관은 부담금을 납부하여야 할 자가 제4항의 규정에 의한 납부기한 이



내에 부담금을 납부하지 아니한 때에는 30일 이상의 기간을 정하여 이를 독촉하여야 한다. 이 경우 체납된 부담금에 대하여는 100분의 10에 상당하는 가산금을 부과한다.

⑥보건복지부장관은 제5항의 규정에 의하여 독촉을 받은 자가 그 기간 이내에 부담금과 가산금을 납부하지 아니한 때에는 국세체납처분의 예에 의하여 이를 징수한다.

제25조 (기금의 사용등) ①기금은 다음 각호의 사업에 사용한다.

1. 건강생활의 지원사업
  2. 보건교육 및 그 자료의 개발
  3. 건강증진 및 만성퇴행성질환의 예방을 위한 조사·연구
  4. 질병의 조기발견을 위한 검진
  5. 국민영양관리사업
  6. 구강건강관리사업
  7. 보건소장이 행하는 건강증진사업
  8. 기금의 관리·운용에 필요한 경비
  9. 기타 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업
- ②보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 필요한 경우에는 보조금으로 교부할 수 있다.

### 국민건강증진법시행령

제30조 (기금의 사용) 법 제25조제1항제9호의 규정에 의한 기타 국민건강증진사업으로서 기금을 사용할 수 있는 사업은 다음 각호와 같다.

1. 만성퇴행성질환의 관리사업
2. 법 제27조의 규정에 의한 지도·훈련사업
3. 건강증진을 위한 체육활동 지원사업

### 나. 법의 특징

현재 우리나라에서 추진하고 있는 건강증진사업의 우선순위는 금연 등 건강생활실천, 질병예방 및 관리, 질병의 조기발견에 두고 있고 동 사업의 전략은 선진국들의 전략과 동일하다. 특히 만성질환의 대부분은 평소 불건강한 생활습관에 의한 것이고, 흡

연에 의한 연간 사망자의 수는 교통사고, 자살, 약물중독 등에 의한 사망자 수를 증가한다는 사실을 감안하여 그간 금연사업에 초점을 두어왔다. 선진국들은 담배를 모든 만성질환의 근원으로 인식하고 흡연감소를 위한 방법으로 가격이나 세금을 통해 담배를 규제하는 전략을 사용하고 있는데, 우리 나라도 국민건강증진법 23조 제 1항을 통해 담배에 부담금을 부과하고 있다. 우리 나라가 새로운 보건정책 패러다임을 도입하고 담배규제 전략을 채택하게 된 것은 만성질환 구조, 국민의료비의 급속한 증가 등 우리 나라의 보건의료 환경도 20-30년 전에 선진국들이 겪은 과정을 재현하고 있기 때문이다.

국민건강증진법 제23조 제1항 : 보건복지부장관은 제조자 등이 판매하는 담배 사업법 제 2조의 규정에 의한 담배 중 켈런 20개비 당 150원의 부담금을 부과·징수한다.

### 3.3. 건강증진사업의 구체적 내용

#### 가. 사업의 목표

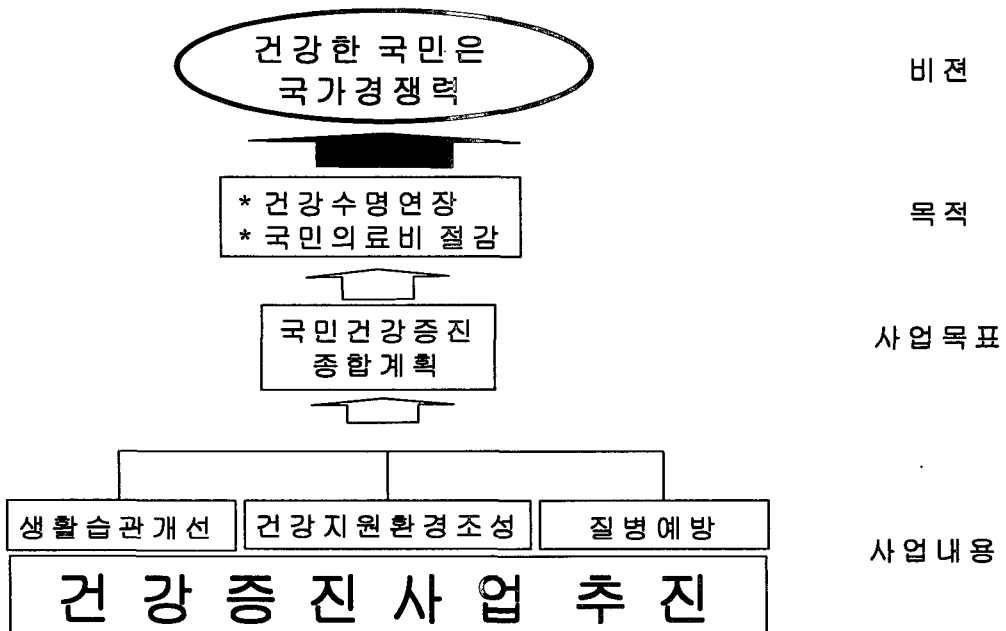
##### 1) 건강수명 연장

건강수명이란 평균수명 동안 질병없이 지낼 수 있는 기간을 뜻하는 것으로서, 2001년에 WHO가 발표한 2000년의 우리 나라 건강수명은 66.0세로서 세계 51위이다. 건강증진사업을 보건소를 중심으로 전개하여 2010년까지 건강수명이 75.1세가 될 수 있도록 하는 목표를 설정하고 있음.

##### 2) 국민의료비 절감

건강생활실천 및 질병예방을 하는 건강증진사업은 국민의 건강을 증진함으로써 궁극적으로 국민의료비를 절감하는 효과를 거둘 수 있다. 2001년 국민의료비는 약 33조 5,587억 원으로서 국내총생산에서 차지하는 비중은 6.2%인 것으로 추계되고 있다. 이는 앞으로 국가재정 운용과 관련, 국민의료비가 문제가 될 수 있는 것은 국민의료비증가율(17.3%)이 국내총생산증가율(4.4%)보다 높다는 것으로 특히 앞의 <표 2>에서 나타났듯이 인구고령화에 따라 국민의료비에서 노인의료비가 차지하는 비중이 갈수록 커지고 있음을 의미한다. 또한 국민의료비 중 공공부문이 차지

하는 비중도 갈수록 커지고 있는데, 1985년 26.6%, 1990년 36.7%, 1995년 37.0%, 1999년 45.5%, 2000년 47.5%로 추계되고 있다. 1999년을 기준으로 질병에 따른 사회경제적 비용은 약 36조 8,710억 원으로 추계되고 있다. 건강증진사업 중 금연사업의 비용과 편익을 보면 흡연에 따른 비용은 1999년을 기준으로 해서 연간 약 6조 2,344억 원의 경제적 손실을 입는 것으로 추계되고 있고 흡연규제(금연)에 따른 편익: 1998년을 기준으로 해서 흡연율을 10% 정도 감소시켰을 때 1,140억 원의 의료비절감 효과를 보는 것으로 추정되고 있다.



<그림 9> 건강증진사업의 체계도

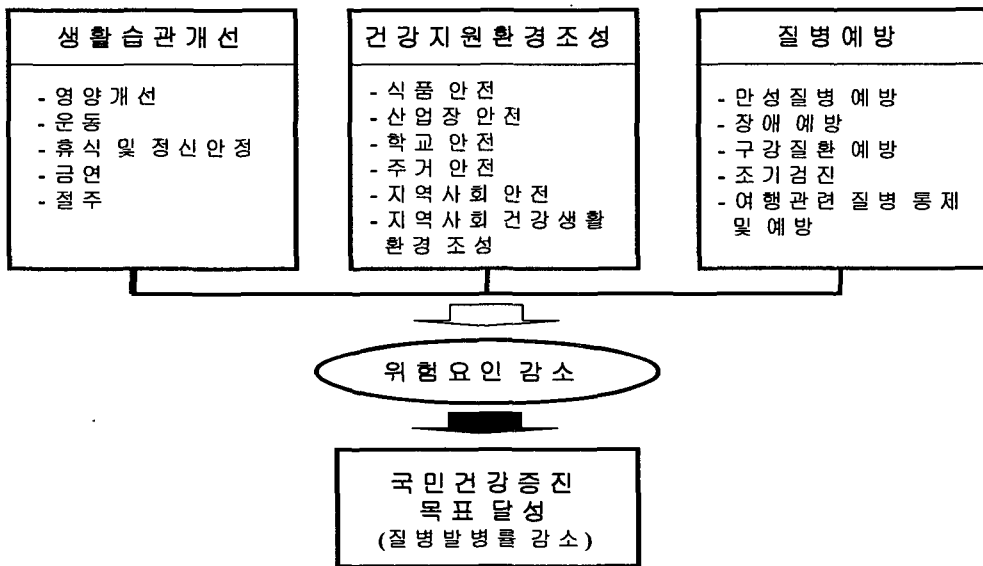
#### 나. 사업 추진 전략

“건강은 개인의 경쟁력이고, 건강한 국민은 국가의 경쟁력이다”라는 목적 아래 「건강수명 연장」과 「국민의료비 절감」이라는 비전을 갖고 「국민건강증진종합계획 (Health Plan 2010)」에서 제시하고 있는 「부문별 목표」를 달성함으로써 전체 국민의 건강수명을 연장하는 추진 전략을 가지고 있다.

2002년에 발표한 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」은 크게 생활습관 개선, 건강지원환경 조성, 질병예방 등 세 가지 분야로,

- 생활습관 개선 : 영양개선(영양과잉 및 영양실조), 운동, 휴식 및 정신안정, 금연, 절주
- 건강지원환경 조성 : 식품 안전, 산업장 안전, 학교 안전, 주거 안전, 지역사회 안전, 지역사회 건강생활환경 조성
- 질병 예방 : 만성질병 예방, 조기검진, 장애 예방, 구강질병 예방, 여행 관련 질병 통제(신종 질병)

이러한 세 가지 분야에서 건강증진사업이 전개될 때 위험요인을 감소시키고, 결과적으로 삶의 질 향상과 국민의료비를 절감시키는 과정을 나타내면 [그림 2]와 같다.



<그림 10> 건강증진사업 달성을 위한 전략계획

### 다, 부문별 세부 목표

우선 순위가 높은 주요 영역을 대상으로 자원의 분배와 활용을 극대화시키기 위하여 전략적 목표(<표 4>)를 만들고 주기적인 평가를 통하여 사업의 달성여부를 확인할 수 있는 세부 목표를 설정하였다. 이 목표를 달성하기 위한 세부 사업은 실행 계획을 수립하는 과정에서 부문 별로 2005년까지 작성하도록 하였다.

<표 4> 국민건강증진종합계획의 영역별 세부 목표

구 분	영 역		현 재	2010년	
건강생활 실천	금 연	성인 흡연율	남자	67.8%	30%
			여자	4.6%	4%
		청소년 흡연율	고3 남학생	37.9%	5%
			고3 여학생	10.5%	2%
	절주	1인당 알코올 소비량		8.7 리터	7리터
		청소년 음주비율		21.0%	5.0%
운 동	규칙적 운동실천율(주 3회 이상, 20세 이상)		8.6%	17.2%	
영 양	권장 영양소 섭취 인구비율		30%	50%	
	적정체중(18.5 ≤ 신체질량지수 < 25) 인구비율 *신체질량지수(BMI): 체중 ÷ 신당		68.7%	75%	
정신보건	정신질환 유병률(알코올 사용장애 포함)		14.4%	10%	
	정신질환 치료율		2.7%	3.2%	
	자살사망률(10만 명당)		19.9명	15.9명	
	스트레스 인지율(100명 당)		36.7명	32.7명	
구강보건	현존 자연치아 수(65세-74세)		17.0개	19개	
	치아우식(충치)	5세 우식경험 지수	5.5개	5.0개	
		12세 우식경험 지수	3.3개	2.8개	
모자보건	모성사망비(10만 명당)		20명	12명	
	영아사망률(1천 명 당)		7.7명	5.4명	
	유배우 부인 인공임신중절을		24.6%	10%	
	제왕절개 분만을		37.7%	20%	
만성질환 관리	당뇨병 사망률(10만 명당)		22.0명	19.0명	
	고혈압 유병률(100명 당)	남 자	26.6명	19.7명	
		여 자	27.9명	20.7명	
	뇌혈관질환 유병률(1천 명당)	남 자	9.5명	9.0명	
		여 자	12.5명	11.9명	
	허혈성심장질환 유병률(1천 명당)	남 자	18.0명	19.5명	
		여 자	10.0명	10.9명	
	관절염 유병률(1천 명당)	남 자	5.5명	5.5명	
여 자		15.7명	16.0명		
암관리	조기검진율	자궁경부암		33.9%	50%
		유방암		13.9%	25%
		위암		10.9%	20%
	암사망률 (10만명당)	위암	남 자	31.3명	20.0명
			여 자	17.2명	14.0명
		간암	남 자	32.5명	20.0명
			여 자	10.0명	6.0명
		폐암	남 자	36.1명	35.0명
			여 자	12.6명	12.0명
	유방암		4.9명	4.5명	
자궁암		5.6명	2.5명		

자료 : 보건복지부, 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」, 2002

## 라. 실행 계획 수립

### ㄱ) 중장기 계획으로 나누어 추진

우리나라에서 건강증진기금은 1998년부터 집행되었으나 건강증진사업을 추진할 수 있는 전문 인력 및 조직 등 인프라 구축은 물론이고 사업경험이나 지식이 부족한 상태였고, 가용재원의 범위 내에서 대략 다음과 같은 3단계 중장기 계획에 맞추어 사업을 추진하고 있다.

#### ○ 1단계(1998-2002)

- 건강증진사업에 관한 사회분위기조성과 금연을 포함한 건강생활실천을 유도하기 위하여 보건의료관련 민간단체와 언론매체를 활용한 홍보교육에 치중하는 한편, 18개 보건소를 대상으로 한 시범사업 등 사업기반구축과 관련된 연구개발사업에 역점을 두어 1단계 사업은 건강증진사업을 활성화하기 위한 사회분위기 조성에 성공한 것으로 평가되었다.

#### ○ 2단계(2003-2006)

건강증진사업이 지역사회에 체계적으로 확산되도록 하기 위해서는 지역단위의 보건소가 중추적인 역할을 담당해야 함에 따라 가용재원을 감안하여 사업추진여건이 조성된 보건소부터 단계적으로 사업을 확대하여 2006년까지는 전국의 244개 보건소가 건강증진사업을 보건소 우선사업으로 추진할 수 있도록 사업인프라 및 관리체계를 구축할 계획이다. 보건소 건강증진사업은 2003년에 100개소, 2004년에 156개소를 대상으로 추진 중에 있으며, 사업초기에도 불구하고 과반수 이상의 보건소가 건강증진 전담부서의 설치, 관련 프로그램의 운영 등 매우 괄목할 만한 성과를 보이고 있다. 보건소 건강증진사업이 체계적으로 운영되도록 하기 위해서는 각 보건소마다 최소한 보건교육사, 운동처방사, 영양사 등 전문 인력의 양성배치가 시급한 과제이며 시설확충이 필수적이다. 현재 중앙, 각 시도, 보건소, 보건지소와 연계된 사업관리체계를 구축하기 위한 노력이 추진 중이며, 사업성과평가체계를 구축하기 위한 각 보건소 사업내용의 표준화 연구가 진행 중이다. 보건소 건강증진사업의 발전과 관련하여 그간 민간단체에서 수행해 온 각종 사업 활동도 보건소와 단체지부가 상호 협력하여 사업을 추진할 수 있도록 주요 사업영역별로 사업관리능력이 겸비된 주관사업수행기관을 공모절차에 따라 엄선하고 있다.

#### ○ 3단계(2007-2011)

보건소 건강증진사업의 기반이 조성된 건강증진사업을 타 분야로 확산하기 위하여 교육, 교통, 환경, 보건의료(병의원) 등 인접분야와의 연계추진체계를 구축하여 명실상부하게 우리나라 건강증진사업이 본격화되는 시기가 될 것이다. 상기와 같은 3단계 사업발전계획이 당초 계획대로 실현되기 위해서는 사업기반구축 및 연구개발을 위한 예산지원이 필수적이며 단계별 예산투입 비율은 다음과 같다.[그림 3]

1단계(1998- 2002): 사업기반조성기	사업실행 (77.5)		지원사업 (22.5)
2단계(2003 - 2006): 보건소사업발전기	인프라구축 (30)	사업실행 (50)	지원사업 (20)
3단계(2007-2011): 통합사업정착기	인프라구축 (15)	사업실행 (65)	지원사업 (20)

<그림 3> 건강증진사업의연차별 예산 배정 계획도

ㄴ) 중장기 계획에 따른 사업 예산 배분 영역

- 인프라 구축 : 인력양성, 제도정비, 시설정비, 조직체계의 확립
- 사업실행 : 국민건강증진종합계획 목표 달성을 위한 생활습관 개선, 건강생활 환경 조성, 질병 예방 등의 분야의 건강증진사업 수행
- 지원사업 : 연구, 평가·정보체계의 구축, 환류체계의 구축 등을 통해 효과적이고 효율적인 실행사업

ㄷ) 효율적 추진을 위한 사업 추진 조직 정비 방안

○ 「국민건강증진심의 위원회」 구성 : 캐나다 등 선진국들은 건강증진사업을 전개함과 동시에 건강증진이라는 현안과제를 국가의제로 설정하기 위해 범행정부처가 참여하는 조직구성하여 건강증진에 대한 국민들의 이해를 증진하고 건강증진을 통하여 국민들이 건강생활을 누리 건강하게 노년을 맞이하고 건강수명을 연장시킬 수 있다는 믿음을 심어주고 특히 건강증진에 대해 각 행정부처로부터 협력을 얻고 부처간 업무 조정을 통해 건강증진사업의 원활한 추진을 기대할 수 있을 것임. 건강증진과 관련되는 업무를 수행하는 재정경제부, 행정자치부, 환경부,

교육인적자원부, 노동부, 농림부, 노동부, 해양수산부, 산업자원부 등이 참여할 수 있을 것임.

○ 건강증진기금사업지원기구 기능 강화 : 현재 「건강증진기금사업지원단」이 설치되어 건강증진사업에 대한 평가업무 일부를 수행하고 있으나 인력의 규모 등 기능이 취약하여 사업을 효율적으로 관리하는데 한계가 있음. 앞으로 지원기구의 기능을 대폭 강화하여 정신, 구강, 전○며병, 만성질환 등 5-7개 사업단으로 세분화하고 지금까지 보건단체 등에서 개별적으로 하던 홍보업무를 지원기구로 단일화하고, 보건교육사 등 건강증진 관련 신규인력과 보건소의 기존인력에 대한 교육을 실시하며, 교재개발업무도 전담토록 할 계획임.

○ 보건소 기능 개편과 조직 강화 : 건강증진사업을 보건소 중심으로 운영하기 위한 선행 조건으로 현재의 보건소 기능을 전염병 등 질병관리에서 질병예방 중심의 건강증진사업으로 전환하기 위해서는 보건소 업무 재조정이라는 기능 재편이 선행적으로 이루어져야 할 것임. 2003년 현재 100개 보건소 중 약 45개 보건소만 건강증진을 담당하는 부서가 설치되어 있을 정도로 보건소 조직이 미비되어 있음. 또한 지역사회 중심의 건강증진사업이 조기 정착될 수 있도록 보건교육사, 운동처방사, 영양사 등 전문인력의 양성 배치가 시급히 이루어져야 할 것임.

○ 사업인프라 구축 : 보건소에 건강생활실천 등을 교육하고 기술을 지도할 수 있는 지역주민의 건강증진을 종합적으로 관리하는 시설인 「건강증진센터」를 설치하고 2차 질병예방을 위한 검진사업을 원활하게 하기 위해서 전국 시도에 연차적으로 암센터를 건립하여 전국민이 암등에 대한 검진을 조기에 할 수 있도록 하는 기반 구축. 또한 도시의 독거노인 등에게 가정간호 등 방문보건사업과 돌봄서비스를 제공하기 위한 도시보건지소 확충 사업

### 3.4. 사업의 우선 순위

건강증진기금이 확충되는 것을 전제로 계획을 수립하였으니 한정된 예산으로 사업을 추진하기 위하여 건강증진 기금을 사용하는 순위를 다음과 같이 정하여 추진할 예정이다.

#### 가. 대민사업분야



- ① 대부분 건강문제의 원인이 생활습관에 있기 때문에 생활습관 개선을 위한 사업에 첫째 번으로 우선순위를 둬. 주요사업은 금연, 운동, 영양, 절주, 휴식과 정신안정임.
- ② 질병예방을 위한 효과적인 건강검진이 둘째 번 우선순위. 사업의 효과나 대상인구의 포괄성 측면에서 건강검진이 건강생활환경 조성보다 우선적으로 다루어나가고자 함.
- ③ 다른 만성질환의 조기검진과 달리 암은 조기발견이 되면 치료가 가능하여 생명을 연장할 수 있기 때문에 셋째 번의 우선순위로 함.
- ④ 건강생활 환경조성 사업이 넷째 번 우선순위. 건강생활 환경조성은 주로 건강보호 측면에서 소극적으로 건강을 증진시키는 가정에서의 안전, 산업장이나 학교에서의 안전 사업이 될 것임.
- ⑤ 다섯 번째 우선순위는 건강검진을 제외한 질병예방 사업.
- ⑥ 우선순위는 비중 기준이기 때문에 사업은 순차적이 아닌 동시에 수행해 나가고자 함.

#### 나. 지원사업분야

- ① 가장 우선되는 인프라는 조직과 인력. 현재까지의 건강증진사업이 시범적인 성격에서 벗어나지 못하여 아직도 국민적인 이해기로 평가받을 수 밖에 없었던 가장 큰 이유는 바로 전담 조직과 인력이 구비되지 못하였기 때문임.
- ② 다음으로는 전담인력을 교육시킬 훈련사업이 중요함. 이러한 전문인력에 대한 훈련은 교재개발, 훈련기관 등의 준비가 필수임
- ③ 법률과 기획이 다음의 우선순위를 차지함. 법은 사업 활동의 정당성을 뒷받침하는 것임. 그리고 기획은 사업의 방향을 제시하는 역할을 하게 됨.
- ④ 이러한 법률, 기획 그리고 인력 훈련을 뒷받침하는 것으로서 연구사업을 들 수 있음. 그리고 연구사업은 대민사업의 프로그램을 개발하는 활동이 됨. 그런데 조직, 인력, 훈련, 기획기능에 앞서 지원 활동의 중심을 연구 사업에 두었음. 이러한 결과는 건강증진사업을 지금까지 건강증진에 대한국민들의 이해를 증진시키는 단계에 지나지 않았다는 평가를 내리도록 만들었음.
- ⑤ 다음의 우선순위는 홍보·교육 활동이 될 것임. 홍보·교육 활동은 조직과 인력이 갖추어지고 건강증진사업의 내용이 기획기능을 통하여 정해지면 건강생활실천을 홍보하기 위하여 이루어지는 활동임. 물론 홍보교육 활동 그 자체가 하나의 사업 내용

이 되기도 함. 그런데 다른 인프라가 갖추어지지 못하였는데도 불구하고 홍보교육 프로그램에 사업 초기부터 예산을 배정하고 사업을 전개하여 건강증진사업에 대한 국민적인 이해만 증진시킨 것이 문제였음.

⑥ 다음은 정보체계를 구축하고 평가방법을 개발하고 평가지표를 만들기 위하여 통계자료나 사업자료를 수집하는 등의 활동이 필요함.

⑦ 지원사업은 대민사업에 비하여 우선순위에 따라 사업이 이루어지는 것이 대민사업의 효율성을 제고시킬 수 있음. 다만 예산이 충분하다면 차순위의 사업을 동시에 추진하는 것은 문제가 없을 것임. 그러나 우선순위가 높은 지원사업을 제치고 차순위 지원사업부터 먼저 추진하는 경우에는 사업의 실효성을 거둘 수 없는 문제가 일어남.

#### 다. 연구사업분야

① 연구사업의 가장 앞선 우선순위는 지식기반에 속하는 연구임. 이는 건강증진의 의미, 즉 건강결정요인이 무엇인지, 위험요인은 무엇인지, 등에 관한 내용들로서 사업의 초기 단계 내지는 사업을 시작하기 전 단계에서 이루어져야 할 내용임.

② 두 번째의 우선순위는 국민들의 건강과 관련되는 문제를 파악하고 건강증진사업의 요구도를 결정하는 일임.

③ 세 번째의 우선순위는 인프라에 관한 연구임. 조직, 인력, 법, 사업방향, 요원에 대한 훈련 등에 관련되는 연구들이 수행되어야만 건강증진사업이 원칙적인 방향 속에 전개될 것임. 건강증진사업을 전개해 오면서 지식기반과 인프라에 관한 연구를 소홀히 하여 건강증진사업을 6년이나 추진하고도 여전히 시범사업적인 성격에서 벗어나지 못하도록 한 문제가 있음.

④ 다음의 우선순위는 프로그램의 개발 및 실행과 평가에 대한 분야임.

### 3.5. 사업 성과 및 평가

2002년에 발표한 「국민건강증진종합계획 2010」에서 표방한 국민건강증진 목표에 의한 평가는 다음과 같다<표 5>.

○ 국민건강증진기금과 관련한 경제사회지표 중 평균수명, 건강수명, 만성질병유병률 등은 OECD 통계지표로 지정되어 있음.

○ 8개 항목 중에서 우수가 2개, 보통이 3개, 미흡이 3개로서 기금의 목표를 적정하

게 달성했다고 평가할 수 있음.

<표 5> 목적 달성도와 자체 평가

	1998년	2001년	2010년(목표)	자체 평가
평균 수명	75.55세(1999년)*	76.53세*	77세	우수
건강 수명	64.3세	66.0세	75.1세	보통
만성질환유병률	41%	46%	40%	미흡
성인남성흡연율	67.8%	61.8%	30%	보통
매일음주율	7.5%(1999년)*	6.1%(2003년)*	5.0%	우수
비단율	23.89%	30.6%	19.0%	미흡
건강생활실천율	41.5%(1999년)*	43.7%(2003년)*	60.0%	보통
건강검진율	48.8%	47.7%	55.5%	미흡

주 : 1) 국가차원의 전국단위의 국민건강영양조사는 1999년에 1998년도 내용을 대상으로 하여 처음으로 이뤄졌음.

2) 건강생활실천율은 [운동+식사조절+담배 및 술 절제] 를 의미

자료 : 보건복지부, 「1998·2001 국민건강영양조사」, 1999·2003  
통계청, 각 년도 관련 자료(\*표시)

우리 나라 건강증진사업은 30여 년의 역사를 갖고 있는 선진국과 달리 사업역사가 짧은 초기단계이므로 국민들의 건강증진과 국민의료비 절감효과를 가시적으로 뚜렷하게 나타내지 못하고 있음. 이는 건강증진사업이 인간의 행태 등을 개선해야 하는 특성을 갖고 있어 국민건강증진이라는 결과 자체가 20-30년이라는 장기간이 소요됨. 따라서 건강증진사업에 대한 성과평가를 하는 것은 시기상조이다. 그러나 그동안 민간단체와 보건소가 모든 질병의 근원인 흡연을 감소시키기 위해 가장 역점을 두어 사업을 전개했던 금연부문의 사업은 가시적인 성과를 나타내고 있는 것으로 평가할 수 있었다.

○ 성인남성흡연율은 1999년 67.8%에서 2001년 69.9%, 2002년 60.5%, 2003년 56.3%로 계속해서 감소하고 있음<표 6>.

- 1999년과 2003년을 비교하면 11.5%포인트가 감소했는데, 금연에 따른 편익으로서 의료비는 약 1,311억 원의 효과가 있는 것으로 평가할 수 있음.

<표 6> 성인 남성 흡연율 추이

(단위: %)

1999년	2001년	2002년	2003년
67.8	69.9	60.5	56.3

자료 : 한국갤럽·한국금연운동협의회, 흡연실태조사, 2001·2002

통계청, 2003년도 사회통계 조사, 2004

○ 금연부문은 사회적인 분위기도 매우 긍정적 변화를 보이고 있는 것으로 평가할 수 있음.

- 2004년 1월 11일 국회는 '국회 금연시설' 표지 제막식을 갖고 국회의사당 전역을 금연구역으로 지정하였음

<표7> 건강증진사업 평가 지표

구 분	기금관련 지표	설치 당시	현 재	지표에 대한 설명
정량적 평가	①평균수명	75.55세(1999년)*	76.53세*	건강수명 보다 10년 길지만, 이 기간동안은 삶의 질이 문제
	②건강수명	64.3세	66.0세	WHO가 2000년을 기준으로 발표한 건강수명은 우리 나라가 세계 51위임. OECD 20개 주요 국가의 평균 건강수명은 70.7세임.
	③만성질병유병률	41%	46%	2000년에 65세 이상 노인인구가 7.2%에 도달한데 따른 것으로 보이며, 앞으로 고령화 추세를 볼 때 만성질병 유병률은 더욱 높아질 것으로 전망됨.
	④성인남성흡연율	67.8%	61.8%	성인 남성 흡연율은 가시적인 성과를 보이고 있는데, 이런 추세라면 2010년에 목표한 30% 가까이 달성할 수 있을 것으로 전망.
	⑤매일음주율	7.5%(1999년)*	6.1%(2003년)*	매일 음주율도 감소세를 보이고 있음.
	⑥비만율	20.89%	30.6%	소득 향상에 따라 영양섭취가 향상된 만큼 적절한 운동이 뒤따르지 않은 결과로 분석. 미국도 동일한 경향을 보이고 있는데 앞으로 영양과 운동을 연계하는 건강증진사업을 강화할 것임.
	⑦건강생활실천율	41.5%(1999년)*	43.7%(2003년)*	국민들이 생활습관이 건강한 방향으로 점진적인 개선이 이뤄지고 있음.
	⑧건강검진율	48.8%	47.7%	건강검진에 대한 대국민 홍보가 미약함으로 홍보대책을 강화할 필요가 있음.
정성적 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강증진사업의 결과는 장기간에 걸쳐 나타나기 때문에 사업성과를 측정하는 것은 시기상조임</li> <li>- 특히 우리 나라 건강증진사업은 1998년도부터 시작됐으나 사업이 정착되었다고 평가할 수 없음. 현재 우리부에서는 건강증진사업을 보건소를 중심으로 전개하기 위해서 연차적으로 건강증진사업 수행 보건소를 확대해 나가고 있음(244개 보건소 중 '03년 100개보건소, '04년 156개 보건소)</li> <li>- 2006년에 전국 보건소로 사업을 확대될 예정에 있으므로 평가는 그 이후로 하는 것이 타당할 것임</li> </ul>			

주1) 국민건강증진기금 설치는 1995년에 설치되었으나 실제 운용은 1998년도이고, 이 때 국가 차원의 '국민건강영양조사'가 이뤄진 만큼 기준년도를 1998년도로 하였음. 또한 보건소를 중심으로 한 실질적인 건강증진사업 운영은 2003년도부터임.

주2) 건강증진에 관한 지표는 단기간에 가시적인 성과를 평가하기 어려우므로, 현

시점에서 지표와 관련한 목적 변경의 필요성을 평가하는 것은 시기상조라 판단됨.

## 4. 건강증진사업의 개선 방안

### 4.1. 사업 조직 관리

관리 분야는 조직관리와 사업관리가 있는데, 조직관리는 앞의 「실행전략」에서 자세하게 설명하였기 때문에 여기에서는 간단히 <표 8>로 설명하는 것으로 대체하고 사업관리 분야에 대해서만 정책 방향을 제시하고자 한다.

<표8> 건강증진사업 추진 조직별 기능과 역할

조	직	기	능	역	할
사업 조직	보건복지부 타 행정부처 광역자치단체(시도 보건국) 보건소 보건 관련 민간단체 기타 민간단체	-국가 단위 건강증진정책 수립 -중앙정부지만 대민사업을 실행 -지방 단위 건강증진정책 수립과 집행 -지역 주민 대상 대민사업 실행 -보건단체 성격에 맞는 대민사업 실행 -민간단체 성격에 맞는 대민사업 실행	-최고 의사결정 기구 -건강 관련 대민사업 수행기관 -지방 감독과 중앙 및 보건소간 조정기구 -최일선 건강증진사업 수행기관 -최일선 건강증진사업 수행기관 -최일선 건강증진사업 수행기관		
	국민건강증진포럼 건강증진사업지원기구	-건강증진사업에 대한 정책 협조와 이해 -건강증진 관련 정책 및 사업 지원	-건강증진사업에 대한 국가의제 설정 -정책 수립 기관과 사업 수행 기관		

### 4.2. 사업 부문

#### ㄱ) 대민사업(총괄)

- ① 연차계획을 수립하여 지원 분야별로 예산을 사전에 할당
- ② 시도지부를 갖춘 보건단체 등에게 일정한 자격을 부여하는 등 자격인증제 도입
- ③ 사업간 구조조정(유사사업은 컨소시엄을 형성, 주관단체와 협력단체로 구분 운영 등)
  - 보건소 사업
    - ① 시도 단위 1개 보건소를 모형이 될 수 있도록 시범보건소로 육성하고

시범보건소의 성과를 반드시 평가하여 성과지표 개발에 활용

- ② 보건소 건강증진사업 운영방식의 다각화(특수사업을 전문가(기관)에게 위탁하게 하거나 민간단체와 연계하는 등)

○ 보건단체 사업

- ① 사업비 중 운영비 상한선 설정
- ② 사후평가 등 사후관리 철저
- ③ 시도지부 구축 단체에 우선권 부여

ㄴ) 연구사업

- ① 연차계획에 따른 사업별 예산 사전 할당
- ② 공모를 원칙적으로 하되 특별과제는 지정과제로 하는 등 탄력적 운영
- ③ 단일과제에 대하여 연구자를 복수를 선정하여 경쟁체제 도입

ㄷ) 지방자치단체 참여 기전 제공: 과거 가족계획사업 전략 활용

- 보건소 건강증진사업 활동에 광역자치단체가 적극적으로 참여할 수 있는 방안 마련
- 광역자치단체에 최소 3명의 건강증진사업 담당자와 관련 부서 신설

ㄹ) 건강보험과 연계 체계 확립

- 사업 연계 영역: 검진사업, 지역사회 건강증진사업, 사례관리사업
- 협력 방안: 정보 공유, 사업 내용 분담, 사업효과 평가(건강증진사업지원기구가 주도적 기능을 하게 함), 사업효과 근거 축적

ㄹ) 통합 건강증진사업 체계 구축

- 다른 행정부처 부문이지만 건강증진과 관련되는 사업에도 기금을 지원하여 명실상부한 전국민을 위한 건강증진사업을 전개하는 모형 확립
- 교육부와는 학교보건과 학교안전, 문화관광부와는 건강공원, 환경부와는 환경보건, 교통부와는 교통안전, 노동부와는 산업장의 안전 등을 주제로 한 건강증진사업을 전개하고 점차 통합 관리하는 체계를 구축

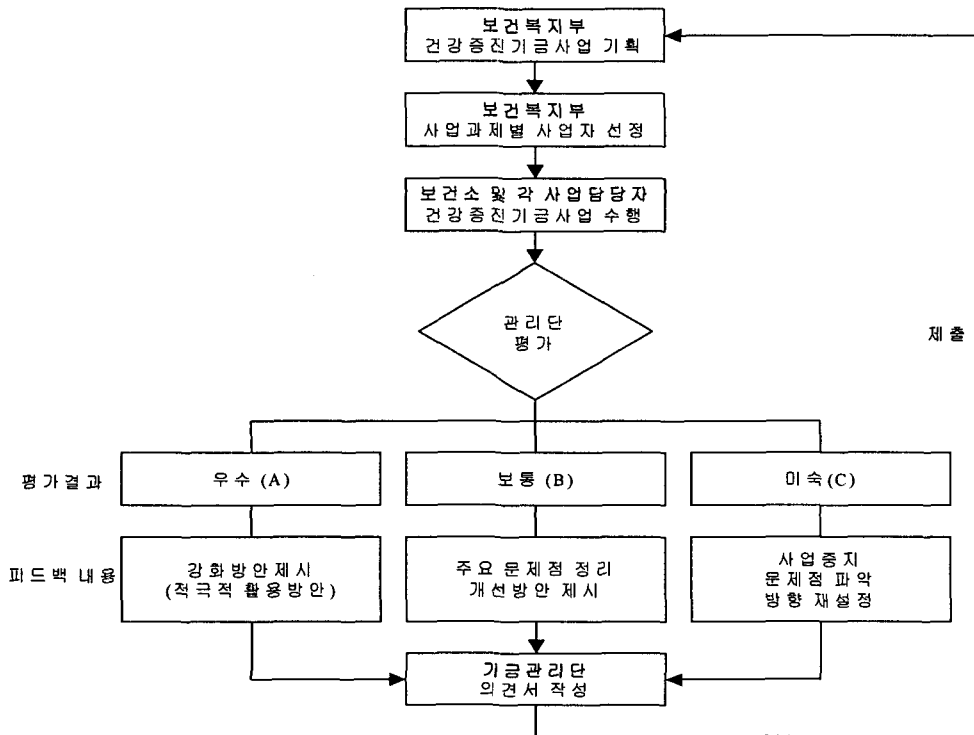
ㅂ) 교육 훈련 및 사업 기술 지도 강화

- 보건소나 민간단체의 기존 인력들에게 건강증진사업에 대한 체계적으로 교육과 훈련을 하는 체계를 확립
- 건강증진사업 기획에서부터 자체 평가에 이르는 사업계획서 작성 능력에서부터, 국민들이 건강증진을 할 수 있도록 실행사업을 국민들에게 전달하는 기술 등을 습득케 하는 체계를 확립
- 정규 훈련기관을 통한 교육 훈련이 가능할 수 있도록 교수요원확보와 교재 등을 개발

#### 비) 평가환류 체계 확립

사업의 효과성, 사업 운영 과정에 대한 점검 기능, 투명성 확보 등 대외신인도 제고 등을 확보할 수 있음

- 모니터링 체계 구축
  - 집행 모니터링: 계획 대비 실제 운영 상황, 서비스 제공자, 서비스 소비자 만족도 등
  - 성과 모니터링: 사전 설정한 목표와 효과 대비 실제 성과에 관한 정보 제공, 목표 달성을 위한 활동 점검
- 평가 및 환류 체계의 목적: 평가 결과를 다음 건강증진사업 계획에 반영토록 하여 기금운용의 효율성을 제고하기 위한 것임.
  - 평가환류 체계를 그림으로 나타내면 [그림 4]와 같음.



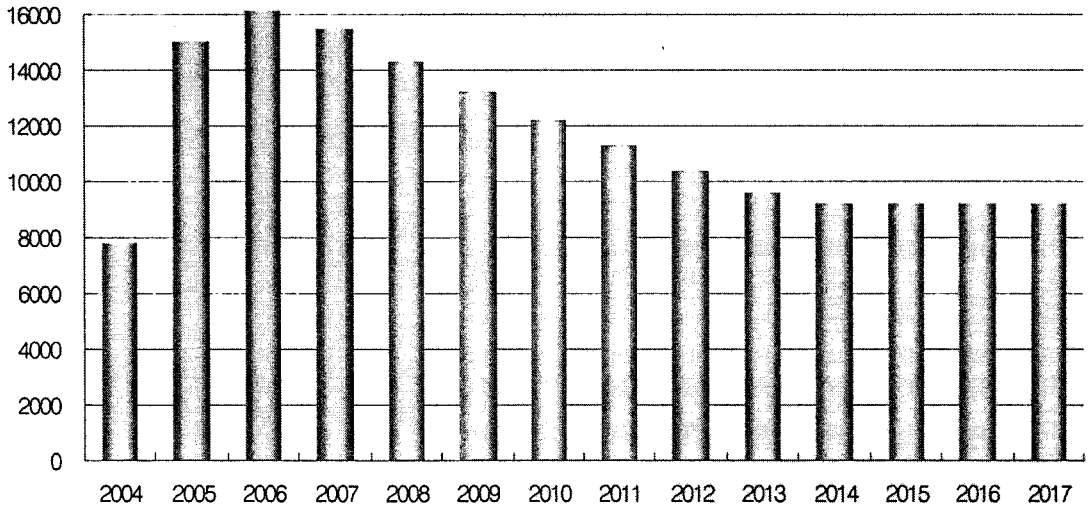
<그림 4> 건강증진사업 평가환류 체계도

## 5. 향후 계획

건강수명 연장을 위해 정부의 중장기 계획에 따른 건강증진사업은 크게 두 가지로 분류할 수 있다 하나는 프로그램 등 실행사업으로 실질적인 건강증진사업이며 다른 하나는 인프라 관련 사업: 실행사업이 원활하게 추진될 수 있도록 하는 시설, 인력 등의 기반구축 사업이다. 다음과 같이 열거하는 건강증진사업들을 원활하게 추진하기 위해서는 막대한 재정이 뒷받침되어야 하는데, 일반예산의 보건 부문의 예산규모는 평균 2천억 원에도 미달하는 수준이므로 건강증진사업을 추진하기 위한 예산이 추가로 필요한 실정이다. 추가 소요 예산은 2004년 및 2005년 건강증진부담금을 현행 150원에서 508원으로 인상하여 조달할 계획이다. 확보된 예산은 다음과 같은 분야에 투입할 예정이다.



## 500원 2회 총재원



### 추계의 기본 가정

- 담배소비의 가격탄력도는 최근 관계부처공동연구결과 -0.3~-0.4로 보고되어 기금 추계의 보수적 관점에서 -0.4적용(미국 : -0.3~-0.5, 세계은행 : -0.4~-0.8)
- 기초시점 담배판매량은 담배사재기등을 보정하여 45억갑 적용
- 흡연율의 가격탄력도는 우리나라 연구가 없어 미국의 흡연율의 가격 탄력도 -0.26 적용, 국내 보고서에 의하면 우리나라의 흡연율 타력도는 미국이상으로 보고있음. 또한 가격탄력도가 비슷한 것으로 보아 동 수치의 적용
- 500원 인상시 건강증진기금인상은 225원 적용 : 담배판매마진 50원을 고려하면 재원의 50%는 225원임
- 금연정책실시로 매년 5%씩 흡연율이 비율적으로 감소 적용 : '02년 '03년 금연 정책의 효과는 5%감소효과를 보였음

## 5.1. 프로그램 등 실행사업: 「국민증진건강종합계획 2010」 실천을 통한 건강수명 연장

### ① 건강생활실천 부문: 금연, 절주, 운동, 영양

- 금연사업: 금연구역지정 확대, 흡연자 금연지원 강화, 청소년 흡연 예방, 금연 교육 프로그램 개발 보급(금연클리닉 및 금연상담 전화), 군인 등 특수집단에

대한 교육 강화

- 절주사업: 청소년 음주 예방 교육, 주류 관련 모니터링, 지역사회 중심 절주 교육사업, 음주 관련 문제 상담 및 연결 서비스 기반 구축
- 운동사업: 운동하는 사회분위기 조성, 생활운동 지원(단체 및 지역사회), 운동 실천 지원(개인에 프로그램 제공 등)
- 영양사업: 올바른 영양정보 제공, 보건소의 영양사업 활성화, 영양교육 및 취약 계층 영양지원체계 강화

② 질병예방관리 부문: 정신보건, 구강보건, 만성질병관리(고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌혈관질병), 암관리

- 정신건강사업: 정신건강증진 및 정신질병예방 사업의 강화, 정신질병 예방 및 조기발견사업 강화, 정신질병 편견해소 및 사회적 관심 제고
- 구강보건사업: 수돗물불소화사업 확대 추진, 대중매체를 이용한 구강보건홍보 강화
- 만성질병관리: 고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌혈관질병
  - 고혈압사업: 대국민 고혈압 홍보 및 교육사업, 지역사회 고혈압 관리체계 구축, 보건소 고혈압 서비스 내실화, 고혈압 관련 인터넷 사이트 개발
  - 당뇨병사업: 당뇨예방 및 조기발견 강화, 홍보 및 교육사업 강화
  - 관절염: 일반인 대상의 관절염 예방 관리 교육, 관절염 조기 발견 및 등록사업
  - 뇌혈관질병: 보건교육 및 홍보 강화, 인터넷 정보사이트 구축 등 홍보 실시

## 5.2. 건강증진 및 공공의료 공공인프라 구축 사업

① 시설 부문: 암검진센터, 건강증진센터

- 암을 효과적으로 관리하기 위해서는 2차 예방을 위한 조기발견을 하는 검진사업이 바람직함. 따라서 검진사업을 체계적으로 수행할 수 있는 지역암센터를 건립: 전국 9개소에 설립하여 저소득층의 건강불평등성을 해소하고자 함.
- 건강관리센터: 보건소 및 지역사회 내에 건강증진사업을 종합적으로 수행하는 센터를 전국에 연차적으로 설립

② 공공 인프라 부문: 지방공사의료원, 재활병원, 노인병원, 도시보건지소, 노인요양 시설 등

- 공공병원지원 : 시설이 낙후된 지방공상의료원의 현대화, 모자라는 재활병상, 노인전문병원, 어린이 병원 등의 공공의료 인프라 구축
  - 도시보건지소: 도시지역 보건소에 하부 기관이 없어 취약계층에 대한 효과적인 돌봄서비스(care services)가 미흡한 실정이므로 전국 대도시 저소득층 밀집지역에 보건지소를 확충
  - 노인요양시설: 고령화에 따른 치매질병 노인의 증가에 대처하기 위해 요양서비스 제공시설의 확충
- ③ 건강증진 전문 인력 확대 : 간호사, 보건교육사, 운동처방사, 영양사
- 현재 우리 부는 보건소를 중심으로 건강증진사업을 전개하고자 하고 있으나, 각 보건소에 건강증진사업 전문인력이 부족하여 일부이지만 사업을 반납하는 등 사업에 차질이 발생함에 따라 보건소에 건강증진사업 전문 인력을 확충하는 일이 시급함. 물론 이 사업비는 인건비이기 때문에 일반예산으로 하는 것이 타당할 것이나 당장 일반예산을 확보하는 것은 어렵고 또한 사업을 중단할 수도 없기 때문에 보건소의 건강증진사업 뿐만 아니라 기금사업 전체의 성패가 달린 만큼 전문 인력의 확보를 위한 사업비 지출은 불가피함.

### 5.3. 건강증진사업의 평가 및 연구개발

- ① 평가 부문: 기금 사업의 평가 및 분야 별 사업단
- 중앙에 평가 및 세부 사업별 기술지원을 위한 T/F를 구성하고 지방자치단체에 도·시·도별 조사연구교육훈련 홍보를 위한 사업단을 구축하여 체계적인 관리체계를 수립함
- ② 연구개발: 역학적, 행태학적 연구 이외 건강증진과 질병예방을 위한 통계작성, 기초연구와 개발 사업에도 포함할 예정임

## 6. 맺는 글

1995년 제정된 국민건강증진법에 따라 설치된 국민건강증진기금의 실질적인 기금 운용은 1998년부터 시작되었으나, 우리나라는 선진국의 경우와 달리 건강증진사업을

추진할 수 있는 인프라가 부재하였고 사업경험이나 지식이 부재한 상태에서 보건의료 분야의 민간단체를 활용하여 금연 등 건강생활실천을 위주로 하는 건강증진사업을 전개하는 한편 연구개발사업에 치중하여 건강증진사업의 중요성에 관한 사회분위기 조성 과 사업기반구축이라는 측면에서 많은 성과를 거두고 있다. 또한 확산을 위하여 전국의 보건조직망을 통한 사업추진체계의 확립이 필수적이라는 판단 하에 2003년에는 전국의 244개 보건소 중 100개소를, 2004년에는 156개소로, 그리고 2006년까지는 전체 보건소가 건강증진사업을 보건소의 기본사업으로 정착되도록 하는 노력을 경주하고 있다.

2003년도는 보건소 건강증진사업의 첫해임에도 불구하고 100개 보건소 중 46개 보건소가 건강증진담당부서를 설치했고 건강생활실천과 관련된 각종 프로그램의 운영 등 많은 발전을 이룩한 것으로 평가됨. 그러나 보건소 건강증진사업이 조기 정착되도록 하기 위해서는 인력 및 시설의 보강이 필수적이며, 특히 보건교육사, 영양사, 운동처방사 등 전문인력의 양성배치가 시급한 과제이다. 2004년부터는 보건소 건강증진사업의 확대, 추진과 더불어 그간 추진되어 온 민간단체의 건강증진사업 활동도 민간단체의 시도 지부와 보건소가 상호 협조하여 사업을 추진하도록 함으로써 사업효과의 극대화에 주력하고 있다. 2006년까지 지방자치단체를 통한 보건소 중심의 건강증진사업 추진체계가 정착된 이후에는 지역단위의 교육, 환경, 교통, 노동(사업장), 의료, 식품 등 인접부문과 연계한 통합사업(예 : 건강도시의 조성)을 전국적으로 확산시키기 위한 연구 및 정책개발을 위한 노력을 경주할 계획이다.

건강증진사업의 성과는, 국민 개개인의 행태 변화를 유도해야 하는 사업특성상 그 효과는 장기간에 걸쳐 나타나기 때문에 사업 시행 6년이 경과한 사업 초기단계인 현 시점에서 평가한다는 것은 시기상조이다. 그러나 그동안 중점을 두고 추진하여 온 금연부문은 가시적인 성과를 거두었다고 평가할 수 있음. 사업시행 초기인 1999년의 성인남성흡연율이 67.8%에서 2003년에 56.3%로 감소하였는데, 이 11.5%의 감소율은 약 1,311억 원의 의료비편익 효과가 있는 것으로, 그리고 작업손실 등의 사회경제적인 비용까지 감안하면 수천억 원의 비용효과적인 사업성과를 거둔 것으로 평가할 수 있다. 한편 건강증진사업의 착수와 더불어 각종 전파 및 인쇄매체를 통한 건강정보는 최근 급격히 증가되었고 각종 단체가 주관하는 지역주민을 대상으로 하는 마라톤, 걷기운동, 등산 등 건강증진 프로그램이 다양하게 추진되고 있어 이는 건강증진사업의 파급효과에 기인된 것이라고 평가됨.

그러나 우리나라는 선진국의 경우와는 달리 공공의료기능이 취약하고 건강보험 등

사회보장제도의 초기단계에서 보험재정의 문제를 지니고 있을 뿐 아니라, 앞으로 세계 인구역사상 유래가 없는 급진적인 노령인구의 증가와 이에 따른 의료비 증가에 대응하기 위해서는 최근 일본, 캐나다 등 많은 선진국에서와 같이 건강증진사업을 정부의 정책사업 중에서 가장 우선 사업으로 지속해야 할 예정이다.

## 참고문헌

- 보건복지부. 국민건강증진기금 존치평가보고서, 2004
- 한국보건사회연구원. 2010년 국민건강증진 목표설정과 전략 개발, 2000
- 보건복지부. 담배값 인상과 건강증진기금의 추계, 내부자료(미발표자료), 2004
- 연세대학교 보건과학연구소. 국민건강증진기금사업의 체계적 정비 및 발전 방안에 관한 연구. 2003
- 보건복지부. 건강증진사업 추진전략 개발을 위한 워크샵 자료집(미발표자료), 2004