

우리나라 건강증진 사업의 현황 및 추진전략¹⁾

보건복지부 건강증진국장 이 중 구
건강증진기금사업지원단 정 통 령

1. 들어가는 글

1950년대 이후 급격한 의료기술의 발전에 힘입어 전염병 등 급성질환이 극복됨에 따라 공중보건사업의 중요성은 망각되었다. 1970년 이후 세계 각 국은 질병구조가 만성병구조로 바뀌고 인구 구조가 ‘고령화 사회’로 진전됨에 따라 국민의료비의 급증을 경험하게 되었다. 이처럼 증가하는 국민의료비 절감을 위해서 지금까지 개인의 책임으로 돌려왔던 만성질환에 대하여 국가적 차원의 예방사업이 중요함이 재인식되어 공중보건 전략으로 건강증진사업의 필요성이 선진국에서 제기되기 시작하였다. 특히 대부분의 만성질환은 발병 원인이 복합적이며 정확한 원인을 밝혀내기 어렵고 현재의 의료기술로는 완치가 제한됨에 따라 질병을 치료하는 접근전략으로는 실효를 거둘 수가 없음을 깨닫게 되었다. 그러나 발병원인은 모르지만 보건학자들이 동의하는 것은 이 만성질환이 생활습관과 결부되어 있는 것으로 추정하고 있어 생활습관을 고치기 위한 전략으로 건강증진 사업이 추진되었다.

우리나라의 경우 세계에서 가장 낮은 저출산의 여파로 노령인구의 증가속도가 세계에 서 그 유래가 없는 빠른 속도로 진행됨에 따라 만성질환 유병률의 증가로 인한 국민의료비의 급진적인 증가가 예상되고 있다. 우리나라도 세계적인 보건정책 개혁 동향에 맞춰, 1995년에 국민건강증진법을 제정하면서, 담배에 일정 부분의 건강부담금을 부과하여 조성된 기금으로 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

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

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, 만성질환을 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 네바다 주와 유타 주 건강지표를 비교함으로써 생활습관이 건강에 얼마나 큰 영향을 미치는가를 설명하였다. 즉, 네바다 주 사망률은 유타주보다 40-50% 더 높았는데, 유타주 인구의 90%가 물론 교도로서 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 급성질환에 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 공중보건 분야에 관한 국제협약으로서는 최초로 ‘WHO 담배규제기본협약(WHO Framework Convention on Tobacco Control)’을 채택하였다. 이 협약은 각 국의 서명과 비준을 거쳐 발효될 예정에 있는데, 우리나라는 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 빅토리아州는 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 재원으로 연방법으로 담배, 담배광고, 담배제조회사 등에 세금을 부과하고 있으며 미국의 캘리포니아 주나 메사추세츠 주 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: 「국민건강가꾸기 운동」, 「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 유례가 없는 빠른 속도로 증가할 것이고, 현재 65세 이상 노령인구의 86%가 만성질병을 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, %)

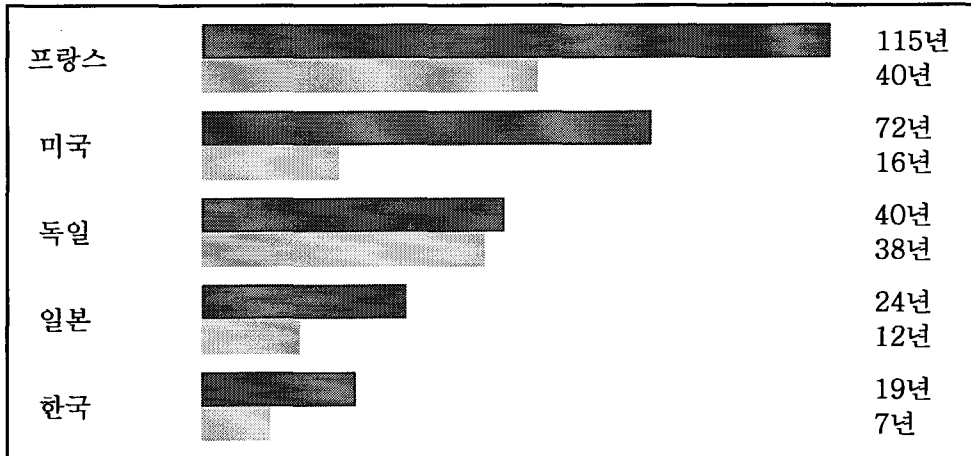
	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
신생물(암)	31,119 (15.5)	38,494 (20.1)	50,713 (21.2)	51,218 (21.6)	53,096 (22.2)	51,449 (21.4)	55,005 (22.3)	59,020 (23.8)	60,086 (24.7)	63,489 (25.7)
뇌혈관질환	26,979 (13.4)	26,319 (13.7)	36,061 (15.1)	34,187 (14.5)	33,845 (14.2)	34,335 (14.3)	34,410 (14.0)	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 수밖에 없어 이를 해결하는 정책적인 노력이 뒤따라야 한다는 점을 시사한다<표 2>.

<표 2> 인구 고령화 속도 국제 비교



주 : 1) 고령화사회 → 고령사회
 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 블랙홀' 현상을 보이고 있어 특단의 대책이 요청되고 있다. 즉 우리나라가 '고령화 사회'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%)으로 진료비 증가 규모나 증가폭이 매우 큰 것으로 나타나고 있다<표 3>.

<표 3> 보건부문 예산, 국민의료비 증가율, 노인의료비 점유율, 만성질병 점유율 추이

	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
국민의료비(억 원) ¹⁾	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) ²⁾	-	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(%) ³⁾	53.9	58.9	55.6	55.2	54.6	53.6	53.0	54.9	57.2	59.3
보건예산 규모(억 원) ⁴⁾		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 전 국민의료보험이 실시된 직후인 1999년부터 2001년까지의 추이를 보면, 연평균 11.9%의 증가율을 보이고 있음. 국내 총생산 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. 정부의 보건분야 예산

이처럼 질병구조나 인구구조가 국민의료비의 상승을 구조적으로 가져오고, 국민의료비의 상승은 결국 국가재정의 '주름살'로 연결될 수밖에 없는데도 이러한 구조를 개선하기 위한 일반예산의 보건부문 예산 규모는 정부 전체 예산의 1%도 안 되는 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)로 2천억 원도 안 되는 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 퀴린(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 354원의 부담금(이하 "부담금"이라 한

다)을 부과·징수한다.

②제조자들은 매월 1일부터 말일까지 제조장 또는 보세구역에서 반출된 켈련의 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 제조자들에게 납부고지를 하여야 한다.

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

⑤보건복지부장관은 부담금을 납부하여야 할 자가 제4항의 규정에 의한 납부기한 이내에 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. 금연교육 및 광고 등 흡연자를 위한 건강관리사업
2. 건강생활의 지원사업
3. 보건교육 및 그 자료의 개발
4. 보건통계의 작성·보급 보건의료관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업
5. 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업
6. 국민영양관리사업
7. 구강건강관리사업
8. 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업
9. 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충
10. 기금의 관리·운용에 필요한 경비
11. 기타 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업

②보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 아동·여성·노인·장애인등에 대하여 특별히 배려·지원할 수 있다.

③보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 필요한 경우에는 보조금으로 교부할 수 있다.

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

국민건강증진법 제23조 제1항 : 보건복지부장관은 제조자 등이 판매하는 담배사업법 제 2조의 규정에 의한 담배 중 쉐럴 20개비 당 354원의 부담금을 부과·징수한다.

3.3. 우리나라의 건강증진사업

가. 사업의 목표

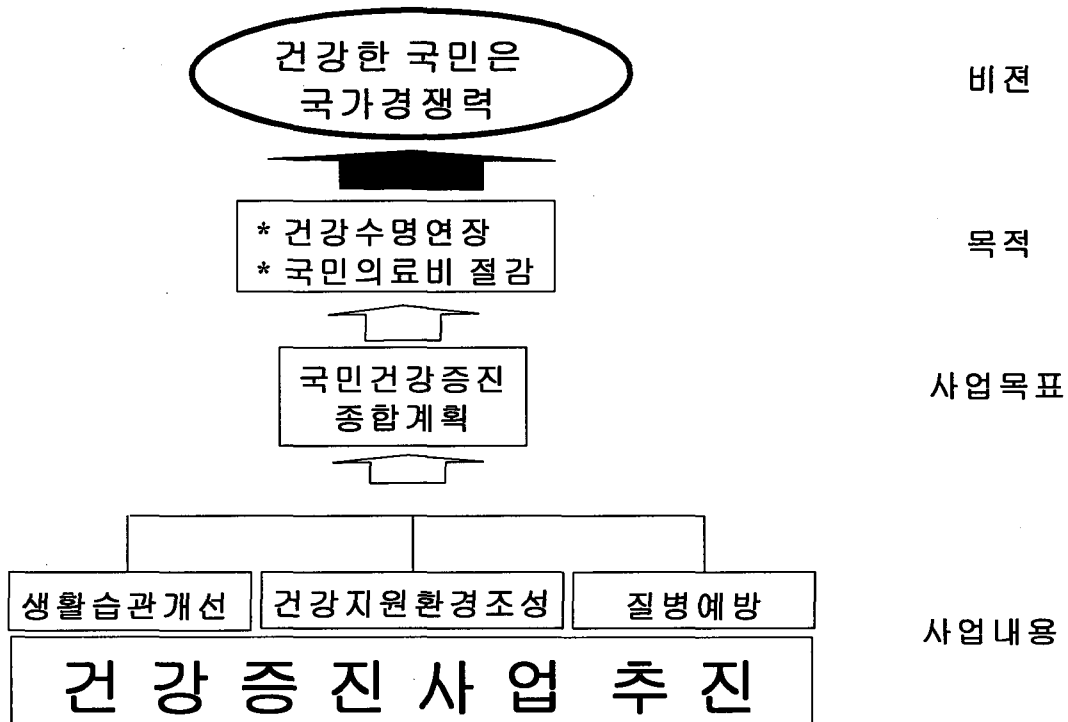
1) 건강수명 연장

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

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 차지하는 비중도 갈수록 커지고 있는데, 1985년 26.6%, 1990년 36.7%, 1995년 37.0%, 1999년 45.5%, 2000년 47.5%로 추계되고 있

다. 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 흡연 규제(금연)에 따른 편익: 1998년을 기준으로 해서 흡연율을 10% 정도 감소시켰을 때 1,140억 원의 의료비절감 효과를 보는 것으로 추정되고 있다.



<그림 2> 건강증진사업의 체계도

나. 사업 추진 전략

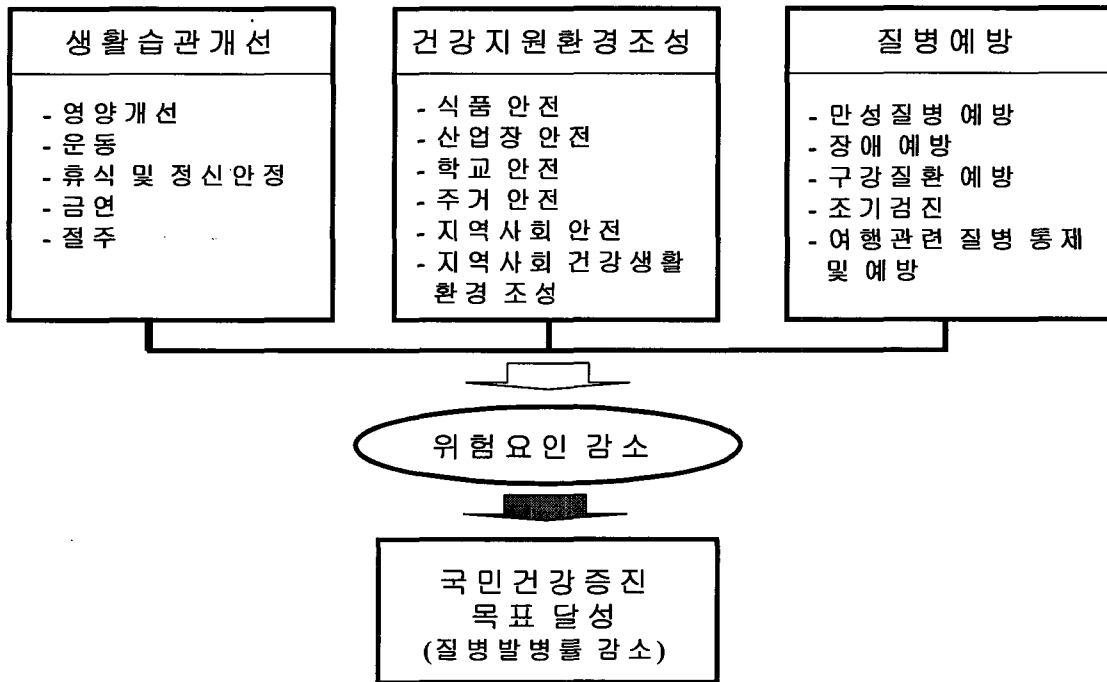
“건강은 개인의 경쟁력이고, 건강한 국민은 국가의 경쟁력이다”라는 목적 아래 「건강수명 연장」 과 「국민의료비 절감」 이라는 비전을 갖고 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」에서 제시하고 있는 「부문별 목표」를 달성함으로써 전체 국민의 건강수명을 연장하는 추진 전략을 가지고 있다.

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** : 만성질환 예방, 조기검진, 장애 예방, 구강질환 예방, 예방접종. 여행 관련 질병통제(신종 질병)

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



<그림 3> 건강증진사업 달성을 위한 전략계획

다, 부문별 세부 목표

우선순위가 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

구분	영역		현재	2010년	
건강생활 실천	금연	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%
운동	규칙적 운동실천율(주 3회 이상, 20세 이상)		8.6%	17.2%	
영양	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 제왕절개 분만을		24.6%	10%	
			37.7%	20%	
만성질환 관리	당뇨병 사망률(10만 명당)		22.0명	19.0명	
	고혈압 유병률(100명 당)	남자	26.6명	19.7명	
		여자	27.9명	20.7명	
	뇌혈관질환 유병률(1천 명당)	남자	9.5명	9.0명	
		여자	12.5명	11.9명	
	허혈성심장질환 유병률(1천 명당)	남자	18.0명	19.5명	
		여자	10.0명	10.9명	
	관절염 유병률(1천 명당)	남자	5.5명	5.5명	
여자		15.7명	16.0명		
암관리	조기검진율	자궁경부암		33.9%	50%
		유방암		13.9%	25%
		위암		10.9%	20%
	암사망률 (10만명당)	위암	남자	31.3명	20.0명
			여자	17.2명	14.0명
		간암	남자	32.5명	20.0명
			여자	10.0명	6.0명
		폐암	남자	36.1명	35.0명
			여자	12.6명	12.0명
유방암		4.9명	4.5명		
자궁암		5.6명	2.5명		

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

라. 세부적인 실행 계획 수립

건강증진 기금을 투자하여 진행 중이거나 진행할 사업은 다음과 같다.

1) 중장기 계획

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 2005년부터는 전국의 246개 모든 보건소가 건강증진사업을 보건소 우선사업으로 추진할 수 있도록 사업인프라 및 관리체계를 구축하고 있다. 보건소 건강증진사업은 2003년에 100개소, 2004년에 156개소를 대상으로 추진했었다. 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, 운동지도사, 영양사 등 전문 인력의 양성배치가 시급한 과제이며 시설확충이 필수적이다. 현재 중앙, 각시도, 보건소, 보건지소와 연계된 사업관리체계를 구축하기 위한 노력이 추진 중이며, 사업성과평가체계를 구축하기 위한 각 보건소 사업내용의 표준화 연구 결과를 반영한 지침을 개발 보급 중에 있다. 2005년에는 모든 보건소에 금연클리닉을 설치 운영 중에 있으며 학교, 직장 중심의 주민건강증진센터 모형을 개발 시험 중에 있으며 WIC 프로그램도 시범사업 중이다. 한편 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]

2) 중장기 계획에 따른 예산 투입 분야

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

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

3) 사업 추진 조직의 정비

○ 「국민건강증진정사업심의위원회」 구성 : 이 조직을 통하여 건강증진사업을 전개함과 동시에 건강증진이라는 현안과제를 국가의제로 설정하기 위해 범행정부처가 참여하는 조직을 구성하여 건강증진에 대한 국민들의 이해를 증진하고 건강증진을 통하여 국민들이 건강생활을 누려 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 것이다.

○ 건강증진지원단 구성 : 기금평가단 기능을 개편하여 「건강증진사업지원

단」으로 개칭함과 동시에 기구를 대폭 강화하여 정신, 구강, 전염병, 만성질환 등 5-7개 사업단으로 중앙지원단을 세분화하고 지방지원단도 운영하고 있다. 향후 이를 법제화하고 건강증진 관련 신규인력과 보건소의 기존인력에 대한 교육, 교재개발업무도 담당하도록 할 예정이다.

○ 보건소 기능 개편과 조직 강화 : 건강증진사업을 보건소 중심으로 운영하기 위한 선행 조건으로 현재의 보건소 기능을 질병예방 중심의 건강증진사업으로 전환하도록 한다. 2003년 현재 100개 보건소 중 약 45개 보건소만 건강증진을 담당하는 부서가 설치되어 있을 정도로 보건소 건강증진 사업조직이 미비하며 건강증진사업이 조기 정착될 수 있도록 보건교육사, 운동지도사, 영양사 등 전문 인력의 양성과 배치가 필요하다. 1차적으로 정규직제 이전 예산으로 확보하도록 추진하고 있다..

○ 사업인프라 구축 : 지역주민의 건강생활실천 등을 도와주고 기술을 지도할 수 있는 「주민건강증진센터」를 시범적으로 설치하고, 전 국민이 암등에 대한 검진을 조기에 할 수 있도록 하는 기반 구축하기 위해서 암센터를 전국 시도에 연차적으로 건립하고 또한 도시지역보건지소를 신축하여 건강 증진사업을 중심으로 하되 독거노인 등에게 가정간호 등 방문보건사업과 돌봄 서비스를 제공기능도 할 수 있도록 하고 있다.

마. 지금까지의 사업성과 및 평가

우리나라의 건강증진사업은 30여 년의 역사를 갖고 있는 선진국과 달리 사업역사가 짧은 초기단계이므로 국민들의 건강증진과 국민의료비 절감효과를 가시적으로 뚜렷하게 나타내지 못하고 있다. 이는 건강증진사업이 인간의 행태 등을 개선해야 하는 특성을 갖고 있어 국민건강증진이라는 결과 자체가 20-30년이라는 장기간이 소요됨에 따라 건강증진사업에 대한 성과평가를 하는 것은 시기상조이다. 그러나 이를 2002년에 발표한 「국민건강증진종합계획 2010」에서 표방한 국민건강증진 목표에 의한 평가를 한다면 다음과 같다<표 5>.

○ 8개 항목 중에서 우수가 2개, 보통이 3개, 미흡이 3개로서 기금의 목표를 적정하게 달성했다고 평가할 수 있다.

<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
비만율	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)

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 있다<표 6>. 즉 1999년과 2003년을 비교하면 11.5%포인트가 감소했는데, 금연에 따른 편익으로서 의료비는 약 1,311억 원의 효과가 있는 것으로 평가할 수 있다.

<표 6> 성인 남성 흡연율 추이 (단위: %)

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

자료: 한국갤럽·한국금연운동협의회, 흡연 실태조사, 2001·2002

통계청, 2003년도 사회통계 조사, 2004

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

- 2004년 1월 11일 국회는 ‘국회 금연시설’ 표지 제막식을 갖고 국회의사당 전역을 금연구역으로 지정하였다.

<표7> 건강증진사업 평가 지표

구분	기금관련 지표	설치 당시	현재	지표에 대한 설명
정량적 평가	① 평균 수명	75.55세(1999년)*	76.53세*	건강수명 보다 10년 길지만, 이 기간동안은 삶의 질이 문제
	② 건강 수명	64.3세	66.0세	WHO가 2000년을 기준으로 발표한 건강수명은 우리 나라가 세계 51위임. OECD 20개 주요 국가의 평균 건강수명은 70.7세임.
	③ 만성질환유병률	41%	46%	2000년에 65세 이상 노인인구가 7.2%에 도달한 데 따른 것으로 보이며, 앞으로 고령화 추세를 볼 때 만성질환 유병률은 더욱 높아질 것으로 전망됨.
	④ 성인남성흡연율	67.8%	61.8%	성인 남성 흡연율은 가시적인 성과를 보이고 있는데, 이런 추세라면 2010년에 목표한 30% 가까이 달성할 수 있을 것으로 전망.
	⑤ 매일음주율	7.5%(1999년)*	6.1%(2003년)*	매일 음주율도 감소세를 보이고 있음.
	⑥ 비만율	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.
	⑦ 건강생활실천율	41.5%(1999년)*	43.7%(2003년)*	국민들이 생활습관이 건강한 방향으로 점진적인 개선이 이뤄지고 있음.
	⑧ 건강검진율	48.8%	47.7%	건강검진에 대한 대국민 홍보가 미약함으로 홍보대책을 강화할 필요가 있음.
정성적 평가	<ul style="list-style-type: none"> - 건강증진사업의 결과는 장기간에 걸쳐 나타나기 때문에 사업성과를 측정하는 것은 시기상조임 - 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 100개 보건소, '04년 156개 보건소) - 2006년에 전국 보건소로 사업을 확대될 예정에 있으므로 평가는 그 이후로 하는 것이 타당할 것임 			

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

주2) 건강증진에 관한 지표는 단기간에 가시적인 성과를 평가하기 어려우므로, 현 시점에서 지표와 관련한 목적 변경의 필요성을 평가하는 것은 시기상조라 판단된다.

4. 향후 추진 전략

4.1. 법령정비

우선적으로 사업추진을 위하여 현 1년 단위 건강증진시책을 10년 단위 건강증진종합 계획으로 정립하여 우리나라 국민의 건강관리의 기본 목표와 사업 틀로 제시하고 이를 위한 정책심의기능의 부여, 타 부처와 연계방안의 법제화, 건강영향평가제도, 건강증진도시 건립 등을 지원토록 법령 및 제도 개선을 실시할 예정이다.

4.2. 건강증진사업의 확대

① 건강생활실천 부문: 금연, 절주, 운동, 영양

- 금연사업: 금연구역지정 확대, 흡연자 금연지원 강화, 청소년 흡연 예방, 금연교육 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), 운동실천 지원(개인에 프로그램 제공 등)
- 영양사업: 올바른 영양정보 제공, 보건소의 영양사업 활성화, 영양교육 및 취약계층 영양지원체계 강화

② 질병예방관리 부문: 전염병예방, 정신보건, 구강보건, 만성질병관리(고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌혈관질환), 암 관 등

- 신종 및 재출현전염병관리 : 예방접종강화, 에이즈 결핵 및 인수공통 전염병의 감시조사 및 예방 관리
- 정신보건사업: 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, 뇌혈관질환
 - 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
- 뇌혈관질환: 보건교육 및 홍보 강화, 인터넷 정보사이트 구축 등 홍보 실시

4.3. 사업인프라 구축에 대한 투자확대

- ① 질병관리 및 보건사업의 시설 부문: 지역암센터, 주민건강증진센터
 - 암을 효과적으로 관리하기 위해서는 2차 예방을 위한 조기발견을 하는 검진사업이 바람직함. 따라서 검진사업을 체계적으로 수행할 수 있는 지역암센터를 건립: 전국 9개소에 설립하여 저소득층의 건강불평등성을 해소
 - 주민건강증진센터: 보건소 및 지역사회 내에 건강증진사업을 종합적으로 수행하는 센터를 전국에 연차적으로 설립
- ② 공공의료 인프라 부문: 지방공사의료원, 재활병원, 노인병원, 도시보건지소, 노인요양시설 등
 - 공공병원지원 : 시설이 낙후된 지방공사의료원의 현대화, 모자라는 재활병상, 노인전문병원, 어린이 병원 등의 공공의료 인프라 구축
 - 도시보건지소: 도시지역 보건소에 하부 기관이 없어 취약계층에 대한 효과적인 돌봄 서비스 (care services)가 미흡한 실정이므로 전국 대도시 저소득층 밀집지역에 보건지소를 확충
 - 노인요양시설: 고령화에 따른 치매질환 노인의 증가에 대처하기 위해 요양서비스 제공 시설의 확충
- ③ 건강증진 전문인력 확대 : 간호사, 보건교육사, 운동지도사, 영양사
 - 현재 중앙정부는 보건소를 중심으로 건강증진사업을 전개하고자 하고 있으나, 각 보건소에 건강증진사업 전문 인력이 부족하여 일부이지만 사업 차질이 발생함에 따라 보건소에 건강증진사업 전문 인력을 확충하는 일이 시급함

4.4. 건강증진사업의 기획·평가 및 연구·조사 강화

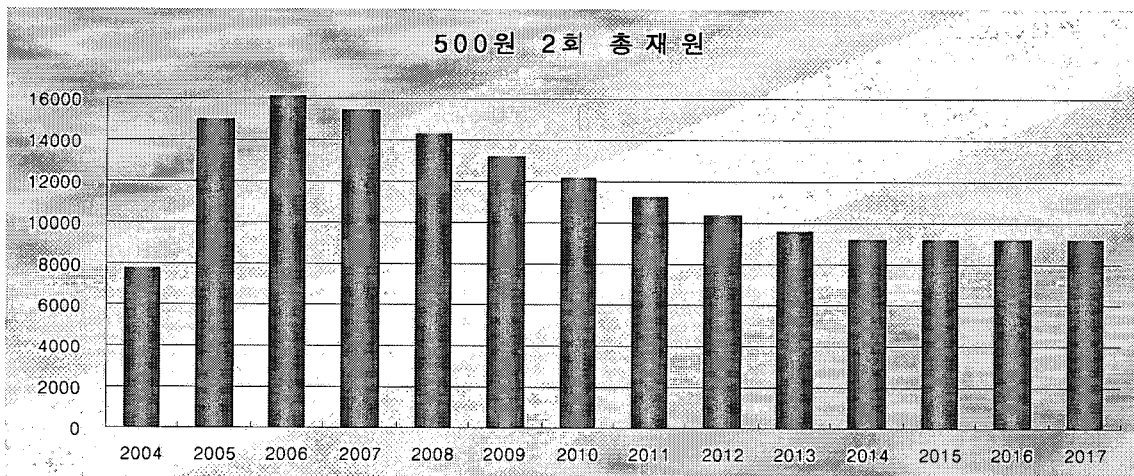
- ① 기획평가 부문: 기금 사업의 평가 및 분야 별 사업의 평가 실시
 - 중앙에 평가 및 세부 사업별 기술지원을 위한 T/F를 구성하고 지방자치단체에도 시·도별 조사연구, 교육훈련, 홍보를 위한 사업단을 구축하여 체계적인 관리 체계를 수립하며 증거중심의 보건사업(evidence based health program)을 수행하기 위하여 기획 부분의 확대가 필요
- ② 연구조사 부문: 건강과 질병에 대한 장기 코호트 조사, 역학 및 행태학적 연구 이외

건강증진과 질병예방을 위한 통계작성, 기초연구와 개발사업

③ 교육훈련 부문: 사업전문교육, 기획교육 등

4.5. 소요 예산의 지속적 확보

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 건강증진부담금을 현행 150원에서 2004년에 354원, 2005년에 또다시 인상하여 총 508원으로 인상함으로써 실질적인 금연과 더불어 소요 예산을 확보할 예정이다. 장기적으로 가격을 수차례 추가 인상하여 선진국 수준의 가격 정책을 통하여 20%이하의 흡연율을 유지하도록 금연사업을 정착시키고 안정적인 사업기금을 확보함으로써 우리나라 국민의 건강수명을 선진국 수준으로 끌어 올릴 예정이다.



기본 가정

- 담배소비의 가격탄력도는 최근 관계부처공동연구결과 -0.3~-0.4로 보고되어 기금추계의 보수적 관점에서 -0.4적용(미국 : -0.3~-0.5, 세계은행 : -0.4~-0.8)
- 기초시점 담배판매량은 담배사재기 등을 보정하여 45억 갑 적용
- 흡연율의 가격탄력도는 우리나라 연구가 없어 미국의 흡연율의 가격 탄력도 -0.26 적용, 국내 보고서에 의하면 우리나라의 탄력도는 미국이상으로 보고 있음. 또한 가격탄력도가 비슷한 것으로 보아 동 수치 적용
- 금연정책 실시로 매년 5%씩 흡연율이 비울적으로 감소 적용 : '02년 '03년 금연정책의 효과는 5%감소효과를 보였음

5. 맺는 글

1995년 제정된 국민건강증진법에 따라 설치된 국민건강증진기금의 실질적인 기금 운용은 1998년부터 시작되었다. 그러나 우리나라는 선진국의 경우와 달리 건강증진 사업을 추진할 수 있는 인프라 부재 및 일천한 재원, 사업경험과 지식이 부재한 상태에서 선도 보건 중심의 사업과 보건의료분야의 민간단체를 활용한 금연 등 건강생활실천 위주의 건강증진사업을 전개하는 한편 연구개발사업에 치중하여 건강증진사업의 중요성에 관한 사회분위기 조성과 사업기반구축이라는 측면에서 많은 성과를 거두고 있었다고 평가된다.

2003년부터 보건소 건강증진사업이 확대되어 100개 보건소가 사업을 실시하였다. 그 중 46개 보건소는 건강증진담당부서를 설치했고 보건소의 역할이 건강생활실천과 관련된 각종 프로그램의 운영으로 지역건강증진사업에 많은 발전을 이룩한 것으로 평가되었다. 그러나 보건소 건강증진사업이 조기 정착되도록 하기 위해서는 인력 및 시설의 보강이 필수적이며, 특히 간호사, 보건교육사, 영양사, 운동지도사 등 전문인력의 양성과 배치가 시급한 과제로 판단되었다. 2004년부터는 156개소로 보건소 건강증진사업의 확대되었으며, 그간 추진되어 온 민간단체의 건강증진사업 활동도 민간단체의 시도 지부와 보건소가 상호 협조하여 사업을 추진하도록 함으로써 사업효과의 극대화에 주력하고 있다. 2005년부터 지방자치단체를 통한 보건소 중심의 건강증진사업 추진체계가 정착되도록 모든 보건소에 2004년 12월 인상된 건강증진부담금으로 건강증진 사업비를 지원하고 있다. 이를 기반으로 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 초기단계인 현 시점에서 평가한다는 것은 시기상조이다. 그러나 그동안 중점을 두고 추진하여 온 금연부문은 가시적인 성과를 거두었다고 평가할 수 있다. 사업시행 초기인 1999년의 성인남성흡연율이 67.8%에서 2003년에 56.3%로 감소하였는데, 이 11.5%의 감소율은 약 1,311억 원의 의료비편의 효과가 있는 것으로, 그리고 작업손실 등의 사회경제적인 비용까지 감안하면 수천억 원의 비용효과적인 사업성과를 거둔 것으로 평가할 수 있다. 2004년의 담배에 대한 가격정책은 금연을 획기적으로 유도하는 한편 건강증진사업을 확대할 수 있는 재원을 마련하는 전기가 된 한해였다. 정부는 향후 담배 가격을 미국이나 영국의 수준으로 유지하기 위하여 장기적으로 담배가격을 계속 올릴 예정이다.

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 평가된다.

우리나라는 선진국의 경우와는 달리 공공의료기능이 취약하고 건강보험 등 사회보장제도의 초기단계에서 보험재정의 문제를 지니고 있을 뿐 아니라, 앞으로 세계인구역사상 유래가 없는 급진적인 노령인구의 증가와 이에 따른 의료비 증가에 대응하기 위해서는 최근 일본, 캐나다 등 많은 선진국에서와 같이 건강증진사업을 정부의 보건정책 중에서 최우선 사업으로 부각시킬 예정이다.

참 고 문 헌

- ◆ 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