

한국에서의 인구 고령화 추이와 건강증진사업의 중요성

맹 광 호

가톨릭대학교 의과대학 예방의학과

Population Aging and Health Promotion Activities in Korea

Kwang-Ho Meng

*Department of Preventive Medicine,
Catholic University of Korea College of Medicine Seoul, Korea*

Cwing to continuous economic growth, an increased standard of living, and improvements to health care in Korea, the life expectancy of Koreans rose from 69.0 years in 1985 to 71.3 years in 1990. It continued to rise throughout the 1990s, and, by 2002, had reached 76.5 years for the general population and 80.0 years for Korean females. Similarly, the percentage of the Korean population that is 65 years of age or older increased from 3.1 in 1970 to 7.1 in 2000, and is expected to reach approximately 14.0 in 2019. Thus, according to this estimate, Korea will have evolved from an "aging society" to an "aged society" in only 19 years. In the case of other countries, this same transformation has generally taken 2 to 5 times longer.

One of the major issues related to Korea's rapidly aging population relates to the health problems of the elderly. According to the 2002 National Health Survey Report, 87.6 percent of the elderly were reported to have at least one chronic disease. In other words, almost 9 out of every 10 elderly persons in Korea were suffering from a chronic illness. This, clearly,

교신저자 : 맹 광 호

우137-701 서울시 서초구 반포동 505
가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실
전화 : 02-590-1235, Fax : 532-3820
E-mail : khmeng@catholic.ac.kr

places a significant economic burden on Korean society in the form of increased health care costs.

This paper examines the increasing prevalence of chronic diseases within Korea's rapidly aging population and offers some possible short- and long-term solutions to cope with the increased burden being placed on Korea's health care system. These include the basic services at local health centers for the elderly and the national life-long health promotion programs that aim to correct unhealthy behavior, such as smoking, the excessive use of alcohol, and poor eating and exercise habits.

1. 머리말

인구의 고령화란 전체 인구 중에서 65세 이상 인구가 차지하는 비율이 점차 증가해 가는 것을 말한다. 이 비율이 7.0%에 도달하는 경우를 고령화 사회(aging society)라고 부르고 14.0%가 되면 고령사회(aged society) 그리고 이 비율이 20.0%가 되면 초 고령사회(super-aged society)라고 부른다.

지금 현재 세계적으로 아직 초고령사회에 도달한 나라는 없지만 이미 고령사회에 들어가 있는 나라는 영국, 독일, 프랑스, 이태리 등 유럽의 여러 나라와 아시아에서는 일본이 있다. 이중 일본과 이태리는 각각 2006년과 2007년에 초고령사회가 될 것으로 보고 있다.

우리나라는 지난 2000년대 고령화 사회에 진입을 했고 2019년경에 가서 고령사회가 될 것으로 인구 학자들은 예측을 하고 있다.

이 같은 인구 고령화는 평균수명이 증가하면서 절대적인 노인 인구가 늘어나는 것과 출산율이 크게 떨어짐으로써 어린이들 숫자가 줄어드는데서 오는 상대

적 노인 인구비율의 증가로 생겨나는 현상인데 최근 우리나라는 이 두 가지 현상이 매우 두드러져서 인구 고령화 속도가 세계 어느 나라보다 빨라지고 있다.

이처럼 평균수명이 길어지고, 그래서 인구가 고령화되는 것은 원칙적으로 바람직한 일이라고 할 수가 있다. 실제로 이 일은 어느 나라에서나 국민건강수준 향상의 목표였다. 지금도 보건학 분야에서 평균수명은 각국의 건강수준을 비교할 때 매우 중요한 지표로 삼고 있다.

그러나 이 같은 인구의 고령화는 이들 증가하는 노인들의 부양문제나 건강문제 등에 대한 충분한 사전 준비가 되어 있지 못한 경우 노인 개개인은 물론 국가나 사회가 겪는 사회적, 경제적 어려움이 여간 큰 것이 아니다.

특히 인구의 고령화는 노인 인구층에서의 높은 만성질환 유병률 때문에도 많은 보건의료 문제를 제기하게 되는데 인구 고령화의 속도가 다른 어느 나라보다 빠른 우리나라의 경우 이 문제는 더욱 심각한 실정이다.

이미 늦기는 했지만 이제부터라도 우리나라는 인구 고령화로 인해 발생하는 여러 가지 경제적 사회적 문제들에 대해

적절한 대책을 세워 그 피해를 줄여가지 않으면 안 된다. 특히 노인들에게 있어서 가장 중요한 건강문제의 실상과 이로 인해 예상되는 문제점들을 충분히 검토하고 이에 대한 대책을 마련하는 일은 날로 증가하는 우리나라 노인들의 삶의 질과 관련해서 무엇보다 시급히 해결해야 하는 일인 것이다.

이 글에서는 최근 빠른 속도로 진행되고 있는 우리나라의 인구 고령화 현상과 이들 노인들의 건강 실태 그리고 노인들의 건강관리방법과 문제점들을 살펴봄으로써 장차 우리가 맞이할 고령화 사회에서의 효과적인 국민건강관리 방법이 무엇인지를 생각해 보고자 한다.

2. 최근 우리나라의 인구 고령화 현상

얼마전에 발표된 통계청의 「2004년도 고령화 통계」에 의하면 우리나라 전체 인구 가운데 65세 이상 고령자는 4백 17만 1천명으로 전체인구의 8.7%인 것으로

나타났다. 이것은 1년 전인 2003년의 8.3%보다 0.4% 포인트가 증가한 것이고 10년 전인 1994년의 5.7%에 비하면 3.0% 포인트가 증가한 것이다. 이 같은 우리나라 인구 고령화의 특징은 그 동안 인구 고령화를 경험했던 다른 어느 나라들에서보다 그 속도가 빠르다는 점이다.

〈표1〉은 우리나라를 비롯해서 이미 고령화 사회에 진입한 세계 여러 나라의 고령화 속도를 보여주는 표이다.

여기서 보는 바와 같이 우리나라는 2000년에 고령화 사회에 진입한 이래 지금 빠른 속도로 인구 고령화가 진행되고 있어 2010년에는 고령사회에 이를 것으로 보고 있다. 고령화 사회에서 고령사회가 되는데 단 19년이 걸리는 셈이다.

이런 우리나라의 인구 고령화 속도는 이미 고령사회에 진입한 프랑스가 115년, 이탈리아가 61년, 그리고 영국과 독일이 각각 47년과 40년이 걸린 것에 비해서는 물론 24년이 걸린 일본에 비해서도 엄청나게 빠른 속도인 것이다.

이처럼 우리나라의 인구 고령화 속도가

〈표 1〉 인구 고령화 속도 국제 비교

국 가	도 달 연 수			소 요 연 수	
	7%	14%	20%	7%→14%	14%→20%
프 랑 스	1864	1979	2020	115	41
이 태 리	1927	1988	2007	61	19
영 국	1929	1976	2021	47	45
독 일	1932	1972	2012	40	40
미 국	1942	2013	2028	71	15
일 본	1970	1994	2006	24	12
한 국	2000	2019	2026	19	7

자료 : 통계청, 「사회조사통계보고서」, UN Year Book, 2000.

빠른 것은 역시 그 동안 빠르게 성장해 온 경제력과 보건의료분야 기술의 발전 때문이라고 할 수 있다.

이로 인해 국민영양과 생활환경이 개선되고 여러 가지 급성세균성질환들에 의한 사망을 크게 감소시킨 때문이며 따라서 그 만큼 각 연령에서의 생존 가능성이 높아진 것이다.

〈표2〉는 2000년 이후 우리나라 노인들의 65세 에서의 기대여명 추이다. 65세가 된 남, 여 노인이 앞으로 얼마나 더 오래 살 수 있는지를 추정한 표인 것이다.

이 표에서 보면 2000년 현재 65세가 된 우리나라 남자노인은 평균적으로 14.27년을 더 살 수 있으며 여자노인은 18.19년을 더 살 수 있는 것으로 되어 있다. 우리나라 노인들의 이 같은 65세에서의 기대여명은 대강 5년 간격으로 약 1년씩 늘어나고 있는 것을 알 수 있는데 내년

에 65세가 되는 남자노인은 80세가 넘게 살 수 있으며 여자노인은 거의 85세까지 살 수가 있게 되는 것이다.

3. 우리나라 노인들의 건강실태와 관리상의 문제

1) 우리나라 노인들의 건강실태

〈표3〉은 2001년도에 조사된 우리나라 65세 이상 노인들의 신체적 만성질환 유병률이다. 이 표에서 보면 우리나라 노인 인구의 무려 87.6%가 1개 이상의 만성적인 신체질환을 갖고 있는 것을 알 수 있다.

이보다 3년 전인 1998년에 역시 한국 보건사회연구원이 실시한 「전국노인생활 실태 및 복지욕구조사」에서도 65세 이상 조사대상 노인 인구의 86.7%가 한 가지

〈표 2〉 우리나라 노인들의 65세시 기대 여명 추이(2000-2020)

(단위:년,세)

성 별	2000	2005	2010	2015	2020
남 자	14.27	15.51	16.12	16.74	17.34
여 자	18.19	19.57	20.40	21.23	21.92

자료 : 통계청, 「장래인구추계」 2001.

〈표 3〉 우리나라 노인들의 만성질환 유병률(%)

구 분	만성질환 없음	만성질환 있음			
		계	1개	2개	3개 이상
전체노인	12.4	87.6	26.7	24.4	36.5
65-69세	13.6	86.4	29.0	23.0	34.5
70-74세	10.3	89.7	23.3	24.3	42.2
80세 이상	13.4	86.6	27.9	25.8	32.9

자료 : 보건복지부/한국보건사회연구원, 「2001년도 국민건강·영양조사」, 2002. 12

이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 보고 된 적이 있다. 결국 이들 조사결과를 보면 최근 우리나라 노인들은 열명 중 아홉 명이 관절염을 포함한 고혈압, 당뇨병, 소화기질환, 백내장, 그리고 암과 같은 각종 만성질환으로 인해 고통을 받고 있다는 것을 알 수 있다. 물론 만성질환 유병률은 최근 우리나라 인구 모든 연령층에서 증가하고 있는 것이 사실이다. 그러나 역시 만성질환은 나이가 들수록 그 발생률이 높기 때문에 인구 고령화는 만성질환의 높은 유병률과 불가분의 관계에 있는 것이다.

이 같은 우리나라 노인들의 건강상태는 자신이 건강하다고 생각하는지 어떤지에 대한 단순한 질문 조사에서도 그대로 나타나고 있다.

즉, 1999년과 2003년에 통계청이 발표한 「사회조사통계보고서」를 보면 1999년의 경우 우리나라 인구 전체의 19.5%가 자신의 건강상태를 나쁘거나 아주 나쁘다고 생각하는데 반해 60세 이상 노인들은 이보다 두 배가 넘는 41.2%가 그렇게 생각하고 있었다. 특기할 일은, 2003년에 실시된 같은 조사에서 이처럼 자신의 건강이 나쁘다고 생각하는 사람이 전체적

으로는 17.7%로 오히려 감소한 반면 60세 이상 노인들의 경우는 49.1%로 증가를 한 것이다.

이 같은 현상은 우리나라의 경우 인구의 고령화로 인한 노인 인구층의 건강문제가 결코 간과할 수 있는 수준이 아니라는 것을 극명하게 보여주는 것이라고 할 수 있다.

2) 우리나라 노인들의 질병 및 건강관리방법의 문제

사람이 질병을 극복하고 건강을 관리하는 방법은 두 가지 밖에 없다. 하나는 질병에 걸리지 않도록 예방하고 건강을 유지, 증진하는 소위 보건의적 또는 예방적 방법이고 다른 하나는 일단 질병에 걸린 경우 이를 적절하게 치료하는 의료적 또는 치료적 방법이다.

이론적으로 이 두 개의 축은 함께 존재하면서 서로 보완적으로 기능해야 한다. 건강할 때는 질병에 걸리지 않도록 예방하는 보건활동이 활발해야 하고, 그럼에도 불구하고 질병에 걸렸을 때는 적절하게 이를 치료해서 건강을 회복할 수 있어야 하기 때문이다.

그러나 역사적으로 보면 이 둘은 서로

〈표 4〉 우리나라 노인인구의 자기 건강평가 실태(1999, 2003)

연도	구 분	매우좋다	좋다	나쁘다	매우나쁘다
1999	인구전체	6.1%	36.6%	16.8%	2.7%
	60세 이상	2.7%	23.2%	35.7%	5.5%
2003	인구전체	7.4%	35.5%	14.9%	2.8%
	60세 이상	2.4%	17.5%	38.2%	10.9%

자료 : 통계청 「사회조사통계보고서」, 통계청, 1999, 2003

함께 공존하기보다 오히려 어느 한쪽이 다른 한쪽의 기능을 무력화시키는 방향으로 긴장상태를 유지해 온 것을 알 수 있다.

대부분의 질병을 일으키던 원인적 세균이 발견되고 이들 세균을 죽이는 항생제가 만들어지기 전인 20세기 초까지는 질병을 치료하는 의료적 기능은 극히 보잘 것이 없었다. 따라서 이 시기에는 공중위생이나 환자격리를 통해서 질병 전파를 막는 보건적 기능이 건강을 관리하는 거의 유일한 방법이었던 것이다.

그러나 1940년을 전후해서 대량생산이 가능해진 페니실린 등 항생제가 개발되고 나서는 건강은 오로지 질병치료에 의해서만 가능해 졌다고 할 만큼 치료적 기능이 절대 우위를 차지했었다. 그만큼 항생제는 당시 대부분의 질병을 극적으로 치료하는데 절대적인 위력을 발휘함으로써 ‘신비의 탄환(magic bullet)’ 이라는 별명까지 얻게 되었고 이로 인해 의학은 가히 ‘제왕적 과학’의 위치에 오르게 되었던 것이다.

오늘날 전 세계 많은 나라 사람들의 수명이 길어진 가장 결정적인 이유가 바로 세균성 전염병을 치료함으로써 이로 인한 사망률, 특히 영 유아기 사망을 크게 줄일 수 있었기 때문인 것이다.

이후로도 제약 산업을 포함한 각종 질병진단 및 치료기기 산업은 자본주의 경제체제의 발달에 편승하여 더욱 더 발전을 했고 이로 인해 대부분의 나라들에서 의학은 지금까지도 온통 치료적 패러다임으로만 그 기능을 확대해 왔다.

항생제의 발견으로 시작된 의학의 이

런 치료적 기능 발달과 역할증대가 이룩한 공은 결코 과소평가 할 일이 아니다. 특히 출생이후 1년 안에 여러 가지 세균성 질병으로 사망하던 소위 영아사망(嬰兒死亡)을 크게 줄임으로써 평균수명을 획기적으로 연장시킨 일은 거의 전적으로 의학의 과학적 치료기능이 이룩한 공이다.

그러나 지금까지의 이런 치료적 건강 패러다임에 의한 건강관리 내용을 분석해 보면 그것이 영·유아 사망률을 크게 떨어뜨려 평균수명을 연장하기는 했지만 실제로는 그 연장된 수명의 상당부분을 불(不) 건강상태로 보내야 하는 상황을 만들었다는 것을 알 수가 있다.

그것은 대강 1960년대 이후 세균성 전염병들이 거의 없어지고 치료가 어려운 고혈압, 당뇨병, 그리고 암이나 심장질환 같은 만성퇴행성질환들이 크게 늘어났기 때문이다.

실제로 매 3년마다 한국보건사회연구원이 실시하는 「국민건강조사」 결과를 보면 주로 세균에 의해 발생하는 급성질환은 해마다 급속히 감소하고 있는 반면 여러 가지 생활습관과 관련해서 발생하는 만성질환은 크게 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 예컨대, 1992년에 조사대상자의 18.0%가 앓고 있는 것으로 나타난 급성질환 유병율이 1995년에는 13.9%, 그리고 2001년에는 6.2%로 감소한 반면, 만성질환은 1992년에 20.5%에서 1995년에는 2.9%로 그리고 2001년에는 무려 46.2%로 증가를 하고 있는 것이다. 그만큼 해마다 치료가 어려운 만성질환 환자가 늘어나고 있다는 것을 알 수가 있다.

물론 이런 만성질환이 노인 인구에서 더 많이 발생 되는 것은 두말 할 나위도 없다. 예컨대, 1999년도에 만성질환으로 병원을 찾는 사람들 비율을 보면 전체 인구 1000명당 139명 수준이었는데, 65세 이상 노인들 중에서는 이보다 2배가 훨씬 넘는 281.6명 수준이었다.

따라서 우리나라 노인들의 경우 건강 관리는 일차적으로 질병을 치료하는 일에 의존할 수밖에 없다. 그것은 무엇보다 앞서 언급한 것처럼 우리나라 노인들 10명 중 9명이 만성질환을 가지고 있는 환자이기 때문이다.

그러나 문제는 대부분의 만성질환이 잘 치료되지도 않지만 그나마 우리나라 노인들은 우선 자신들이 가지고 있는 질병을 결코 만족할만한 수준으로 치료를

받고 있는 형편도 못 된다.

〈표5〉와 〈표6〉은 한국보건사회연구원의 1998년도 「전국노인생활실태 및 복지요구조사」에서 나타난 우리나라 노인들의 질병치료율과 만성질환 관리상의 문제점 실태이다.

우선 〈표5〉에서 보면 우리나라 노인들의 경우 자신이 가지고 있는 질병을 모두 적절하게 치료받고 있는 것이 아니다. 이미 6년 전 통계이긴 하지만 1998년 당시 우리나라 노인환자들 10명 중 2-3명은 현재 가지고 있는 질병에 대해 치료를 받고 있지 못한 것을 알 수 있다.

같은 조사에서 이들 노인 환자들이 질병 치료를 받는데 있어서 어려움이 있는지, 있다면 어떤 어려움이 있는지를 물어 본 결과를 보면 65세 이상 전체 노인의

〈표 5〉 우리나라 노인들의 주요 만성질환 치료 실태

구 분	관절염	소화성 궤양	고혈압	당뇨병	중 풍	천 식	백내장	협심증
지난 1년간 치료율(%)	56.2	58.3	56.8	74.3	67.6	61.4	63.3	75.0
현재 치료 중 비율(%)	72.7	80.9	74.2	83.1	69.6	79.4	51.0	74.1

자료 : 한국보건사회연구원, 「1998년도 전국노인생활실태 및 복지요구조사」, 1998

〈표 6〉 우리나라 노인들의 만성질환 관리상의 어려움

구 분	(단위:%)			
	노인전체	65-69세	70-74세	75세이상
특별한 어려움이 없다	41.0	42.5	39.3	40.6
진료비나 약값이 많이 든다	36.3	40.0	36.7	31.1
병원에 갈 때 도와줄 사람이 없다	10.0	5.7	5.8	15.6
교통이 불편하고 교통비가 많이 든다	8.6	6.5	9.5	10.4
병원에서 오래 기다려야한다	3.7	4.6	4.2	2.0
기타	0.5	0.6	0.7	0.3

자료 : 한국보건사회연구원 「1998년도 전국노인생활 실태 및 복지요구조사」, 1998

59.0%가 어려움이 있다고 응답하고 있으며 그 이유는 역시 진료비나 약값이 많이 든다고 응답한 노인환자가 36.3%로 가장 많았다(표6).

문제는 이렇듯 많은 노인환자들이 충분한 치료혜택을 받고 있지 못하는 형편임에도 불구하고 국가 전체로 볼때 매년 노인 의료비가 급격히 증가하고 있다는 사실이다.

즉, 우리나라 국민건강보험에서의 연도별 진료비 지출 추이를 정리한 <표7>을 보면 1990년 이후 우리나라 노인 의료비 지출은 전체 의료비지출을 크게 상회하고 있는 것을 알 수 있다.

즉, 1990년도 우리나라 전체 의료비가 2조 2천억 일때 노인의료비는 2천 4백억 수준으로 전체 의료비 지출의 10.8%를 차지했으나 2003년에는 총 의료비 지출 20조원 가운데 21.3%에 해당하는 4조 4천억원까지 증가를 하고 있는 것이다. 물론 그 증가비에 있어서도 전체 진료비가 1990년 대비 2003년에 9배 정도 증가한 반면 노인 의료비 지출은 무려 18배나 증가하고 있는 것이다.

이처럼 인구의 고령화는 노인 인구의 높은 만성질환 유병율과 이로 인한 엄청난

의료비 증가를 가져와 개인은 물론 국가적으로도 커다란 부담이 되고 있는 것이다.

물론 노인들의 건강은 전반적으로 높은 유병률 때문에도 일단 질병을 치료하는 방법으로 관리할 수밖에 없지만 올바른 생활습관과 조기검진 등으로 건강을 유지증진하며 이미 가지고 있는 질병에 대해서도 더 이상 악화되는 것을 방지하는 것이 중요하다.

그러나 우리나라 노인들의 경우 2001년도 「국민건강·영양조사」 결과를 보면 아직도 전체 노인의 23.8%와 32.6%가 건강에 해로운 흡연과 중등도 이상의 음주를 하고 있는 것으로 나타나 있다. 이는 물론 65세 이하 일반 인구의 흡연율이나 음주율 보다는 낮은 수준이지만 외국의 노인들의 흡연이나 음주율에 비하면 매우 높은 수준인 것이다. 한편 건강관리에 도움이 되는 규칙적인 운동실천이나 건강검진 비율은 우리나라 노인들의 경우 매우 낮은 상태여서 전반적으로 우리나라 노인들의 경우 개인이나 국가적인 차원의 보건적 건강증진 프로그램이 매우 시급한 상태라고 할 수 있다.

<표 7> 우리나라 65세 이상 노인 의료비 증가 추이

(단위:백억원,%)

구 분	1990	2000	2001	2002	2003
전체의료비	222	1,314	1,782	1,906	2,053
(증가지수)	(100)	(582)	(804)	(859)	(925)
노인의료비	24	229	317	368	437
(증가지수)	(100)	(943)	(1,322)	(1,539)	(1,828)
구성비(%)	10.8	17.4	17.8	19.3	21.3

자료 : 건강보험심사평가원. 「건강보험심사평가통계연보」, 각 연도.

4. 인구 고령화 사회에서의 건강증진사업의 중요성

최근에 개발된 건강지표 가운데 건강수명이라는 것이 있다. 이것은 전체 평균수명 중 실제로 질병이 없이 비교적 건강한 상태로 지내는 기간이 얼마나 되느냐를 계산한 것이다. 우리나라 남자의 경우 현재 이 건강수명이 63세 정도인 것으로 분석되고 있는데, 이는 일본 남자들의 건강수명 72세 수준에 비해 무려 9년이나 짧은 것이다.

그러니까 우리나라 남자들의 경우 일본 남자들보다 7년 정도 평균수명이 짧으면서도 불(不)건강 상태로 지내는 기간은 2년이나 더 긴 상태인 것이다. 말하자면 일본 사람들의 경우, 말 그대로 무병장수를 하는데 비해 우리나라 사람들은 그들만큼 장수하지도 못하면서 병을 가지고 사는 기간은 오히려 일본 사람들보다 더 길다는 얘기가 되는 것이다.

앞서 우리나라와 일본 두 나라의 건강수명 차이는 한 마디로 이 두 나라가 어떤 건강 패러다임으로 국민 건강을 관리해 왔느냐에 따라 생긴 것이라 할 수가 있다. 질병 치료를 위한 소위 의료 인프라에 있어서 우리나라보다 결코 나은 것이 없는 일본의 이 같은 건강수명 상태는 우리에게 시사하는바가 매우 크다고 할 수 있다.

한 마디로 일본은 일찍부터 고령화 사회에 대비한 국민건강관리시스템을 마련해 온 반면 우리나라는 오직 치료적인 패러다임으로만 건강을 관리해온데서 생긴 차이인 것이다.

물론 우리나라도 1970년대 초반에 한 동안은 의과대학을 중심으로 만성퇴행성 질병시대에 있어서 이런 치료적 건강 패러다임이 갖는 한계를 예측하고 대학마다 질병예방과 치료활동을 동시에 하도록 교육하는 소위 지역사회 의학이라는 것이 크게 유행했던 적이 있다. 영유아기에 있는 아이들의 건강과 임신, 출산으로 고생하는 산모들의 건강보호를 위한 모자보건이라든지 학교 아이들의 건강을 증진시키는 학교보건, 그리고 산업장 근로자들의 질병 및 사고예방을 위한 산업보건 같은 소위 공중보건교육이 왕성했던 시기가 바로 이때다. 그러나 보건과 의료활동이 어느 정도 균형을 이루던 이런 건강관리 노력은 오래가지 못했다. 우리나라의 경우, 1977년에 도입된 의료보험제도가 오직 치료행위에 대해서만 수가를 지급하면서 의사들의 질병예방이나 건강증진 노력은 곧장 무력해 질 수밖에 없게 된 것이다.

그래도 선진 외국에서는 1980년대 초부터 정부가 이런 노력들을 보건정책화하고 관련 보건활동을 더욱 확대함으로써 민간의 치료활동과 균형을 이루면서 국민건강을 보호, 증진해 왔지만 우리나라는 전혀 그렇지 못했다.

만성질환 시대의 새로운 건강 패러다임이라고 할 수 있는 건강증진 프로그램의 내용은 역시 이들 만성질환 발생과 관련이 깊은 건강 위험요인들, 예컨대 흡연이나 음주, 그리고 운동부족과 부적절한 식습관 등을 개선하는 개인차원의 건강생활 실천과 이런 개인의 건강생활실천을 도와주는 정부차원의 정책 및 서비

스 활동이 주를 이룬다고 할 수 있다.

일반적으로 운동부족이나 부적절한 식습관, 그리고 흡연이나 음주 같은 건강 위험요인을 적절히 관리하는 경우, 만성 질환의 60~70%를, 그리고 이들 질병으로 인한 조기사망의 40~70%를 예방할 수 있는 것으로 보고 되고 있다.

물론 이미 대부분의 노인이 여러 가지 만성질환에 이환되어 있는 상황에서는 이런 건강증진활동이 모든 노인 인구에서 일률적인 효과를 기대하기는 어려운 일이다.

그러나 특별한 만성질환을 갖고 있지 않은 노인들은 물론 고혈압이나 당뇨병 그리고 관절염 등 우리나라 노인들에게 많은 만성질환들을 가지고 있는 경우라도 가령 적절한 운동이나 식습관 등은 질병 정도가 심하지 않은 경우에 많은 효과를 볼 수 있는 것이 사실이다. 노인들을 대상으로 소위 3차 예방 활동에 속하는 재활치료나 작업치료, 그리고 가벼운 운동 등을 생활화 하는 경우 이들의 불(不) 건강 상태가 크게 개선되고 삶의 질을 높일 뿐 아니라 이를 통해 노인층의 의료수요를 떨어뜨림으로써 의료비 증가도 상당부분 막게 되는 것이다.

따라서 단기적인 대책으로 우선 노인들 스스로 건강에 해로운 생활습관을 멀리하고 운동이나 건강검진 등 건강에 도움이 되는 생활습관을 길들이도록 해야 하겠지만 지역사회에서도 보건소나 노인 시설을 통한 건강증진 프로그램을 만들어 이를 활발히 운영할 필요가 있다.

그러나 무엇보다 중요한 것은 모든 사람이 어려서부터 질병예방과 질병의 조

기발견을 위한 연령대별 건강검진 등을 받도록 하는 소위 평생건강관리 프로그램을 도입 운영하는 일이다. 건강은 결국 어려서부터 흡연이나 음주를 멀리하고 규칙적인 식생활과 운동을 습관화함으로써 이들 생활습관과 관련된 만성질환의 발생을 미리 예방해야 하며 정기적인 건강검진을 통해 증상이 없이 발견되는 대부분의 만성질환을 조기에 진단해서 치료하는 일을 통해서 관리를 해야 하기 때문이다. 말하자면 어려서부터 자신의 건강을 스스로 책임지도록 가정에서, 학교에서 그리고 직장에서 건강교육을 실시하고 이를 실천하는 습관을 기르도록 해야 한다. 중요한 급성 전염성질환예방을 위한 예방접종이나 거의 모든 만성질환 발생과 가장 관련이 깊은 흡연을 어려서부터 예방하는 학교 흡연 예방교육이 중요한 이유가 바로 여기에 있다.

선진 여러 나라들의 경우 이미 1980년대 초부터 이런 국민건강생활실천과 생애주기별 건강관리를 내용으로 하는 국가차원의 국민건강증진정책을 세워 이를 강력하게 추진해 오고 있다. 예컨대 미국의 <Healthy People 2000>이나 <Healthy People 2010>, 영국의 <The Health of the Nation>이나 <Our Healthier Nation>, 그리고 일본의 <국민건강가꾸기 운동>이나 <활력 있는 인생 80 건강계획> 및 <건강일본 21>등이 바로 그 좋은 예다.

다행히 우리나라도 보건복지부가 1998년에 <국민건강증진 종합계획 2010>을 만들어 새로운 보건적 건강관리 패러다임의 실천의지를 밝히며 최근에는 이를 구체화 하기 위한 추진계획까지 만

들어 놓고 있는 상태다.

물론 이런 국민건강증진활동을 실천하려면 당연히 많은 예산이 필요하다. 우리나라의 경우 이를 위해 1998년 이후 담배를 판매할 때 부과하는 건강부담금을 단계적으로 더 인상해 가는 방법과 술을 판매하는 경우에도 일정액의 건강부담금을 내도록 하는 방안을 도입할 필요도 있다고 본다.

담배나 술에 일정금액의 건강부담금을 부과하는 것은 이런 조치만으로도 술이나 담배의 소비를 줄일 수 있을 뿐 아니라 이들 흡연자나 과도한 음주자들에 의해 추가 지출되는 의료비 부분의 일부라도 이들이 부담하게 하는 당연한 조치인 것이다.

5. 맺음 말

사람이 장수하는 것은 인류가 아주 먼 옛날부터 추구해온 가장 중요한 가치이다. 그런 오랜 염원이 이제 우리나라도 머지않은 장래에 고령화 사회 진입을 통해 이루어지게 된 것이다.

그러나 인구의 고령화와 질병양상의 변천으로 인해 치료가 어려운 만성질환들이 크게 증가하고 있어서 이들을 적절히 관리하지 못 하는 경우 장차 단지 길어진 수명을 유지한다는 것은 삶의 질 측면에서 반드시 바람직한 일이라고만 할 수 없는 것이다. 만성질환발생에 효과적으로 대처할 새로운 패러다임의 건강관리 방법이 필요한 이유가 바로 여기에 있는 것이다.

늦었다고 생각될 때가 가장 빠른 때라는

말이 있다. 지금부터라도 우리는 국민건강을 위한 새로운 건강관리전략을 세워 이를 전면적으로 실천해야 한다.

개인은 개인대로 이들 만성 질환 발생과 관련된 여러 가지 건강 위험 행위들 예컨대 흡연이나 과도한 음주를 피하고 올바른 식생활과 적절한 운동을 생활화하는 노력을 해야 하며 정부는 정부대로 국민들을 대상으로 어려서부터 이런 건강생활을 실천하도록 꾸준히 홍보하고 교육하는 한편 국민건강을 위한 민간 보건단체나 보건소등을 통한 구체적 건강증진 서비스 제공을 제도화하고 이를 강화해 나갈으로써 진정으로 건강이 함께하는 인구의 고령화 시대를 맞아야 할 것이다.

최근 정부에서는 나름대로 인구 고령화에 대비한 여러 가지 노인보건복지관련 연구와 정책 개발을 위해 노력하고 있다. 그 중에 하나가 2007년부터 본격적으로 실시하는 것으로 되어있다<공적노인요양보장제도>. 한마디로 모든 노인 환자들에 대한 적절한 시설이나 재가 치료를 해 주자는 공적 제도라 할 수 있다.

어차피 증가할 수 밖에 없는 노인 인구나 이들 노인층의 높은 질병 유병상태를 국가가 나서서 해결하겠다는 의욕적인 계획이라고 할 수 있으며 당연히 환영할 일인 것이다. 그러나 이런 요양제도 못지않게 건강을 유지 증진시키는 강력하고 체계적인 국민 건강증진정책이 동시에 추진되지 않으면 진정한 의미에 있어서 노인들의 삶의 질 문제와 치솟는 국민 의료비 문제는 해결하기가 어려울 것으로 본다.

참고 문헌

1. 남정자. 한국인의 건강행태 변화와 정책과제. 보건복지포럼 통권 제80호, 2003:18-31
2. 맹광호. 21세기 한국사회의 새로운 건강관리 패러다임. 보건복지정책-과제와 전망(박재갑, 강윤구 편저) pp 240-250, 국립암센터. 2004
3. 서미경. 노인보건의료의 현황과 정책방향. 보건복지포럼 통권 제25호, 1998: 27-35
4. 선우덕. 노인의 건강수준과 정책과제. 보건복지포럼 통권 제 80호, 2003:43-52
5. 장병원. 노인요양보장정책 추진방향. 대한병원협회지 2004년 7-8월호:12-22
6. Breslow L, Somers AR. The lifetime health-monitoring program. A practical approach to preventive medicine. N Engl J Med 1977:296:601-608
7. Hudson TW. Clinical Preventive Medicine: Health promotion and disease prevention. 1st ed. Boston. Little, Brown and Company. 1988
8. O'Donnel M. Health Promotion: An Emerging Strategy for Health Enhancement and Business Cost Savings in Korea (Unpublished). 1988.
9. 건강보험심사평가원. 「건강보험심사평가통계연보」, 1990-2003.
10. 보건복지부. 「국민건강영양조사」. 보건복지부, 1998, 2001
11. 보건복지부. 국민건강증진종합대책 추진계획. 보건복지부, 2002. 10
12. 통계청. 「2001 사회조사통계」, 통계청, 2002
13. 통계청. 「사회조사통계보고서」, 통계청, 1999, 2003
14. 통계청. 「장래인구추계」, 통계청, 2001.
15. 통계청. 「사망원인통계연보」. 통계청, 2002
16. 한국보건사회연구원. 「1998년도 전국노인생활 실태 및 복지요구조사」, 1998
17. 한국보건사회연구원. 「국민건강 및 보건지식행태조사」. 1992, 1995
18. UN. The Sex and Age Distribution of World Population. 2000