

# 공공부문 건강증진사업의 발전방향

이주열  
남서울대학교

## Future Directions for Health Promotion Programs in the Public Sector

Ju-Yul Lee  
Namseoul University

### <Abstract>

**Objectives:** This paper aims to suggest some ways we could improve the efficiency and equity in health promotion programs in the public sector. **Methods:** Reports published by the Minister of Health and Welfare and web-site information were reviewed. And, the empirical results and theoretical considerations provided in this study could be used in making future direction for health promotion programs in the public sector. **Results and conclusion:** The public sector should play a leading role in health promotion programs. The role of public sector in health promotion program is to establish the health promotion plan based on the health survey, to develop the scientific programs, to provide the free health services, and to maintain a cooperative relationship with the private sector. In order to activate the health promotion programs in the public sector, establishing the role of the public sector, changing the operation of health promotion fund, block grants for health promotion, local health promotion fund, and integration of health statistics were suggested.

**Key words:** Health promotion programs, Local health promotion fund, Block grants, Public sector

## I. 서론

우리나라는 1995년 국민건강증진법을 제정하고 국가와 지방자치단체로 하여금 국민건강증진을 위한 교육홍보와 생활여건 조성, 질병예방서비스의 개선 등 여러 가지 건강증진사업을 추진하도록 하였다. 그리고 사업 추진에 필요한 예산을 확보하기 위하여 건강증진기금을 설치하였다(Lee, Jeong, & Kim, 2007). 1986년 건강증진 국제회의 이후 건강관리에 대한 접근 방법이 질병관리에서 질병예방 및 건강증진으로 바뀌었다는 점을 고려하면, 국가 보건정책이 건강증진 중심으로 강화되는 것은 당연하다. 문제는 어떻게 하느냐 즉, 구체적인 실천 방향과 방법에 관한 부분일 것이다.

건강증진사업이 시작된 1998년 이후 정부에서는 변화된 환경에 효과적으로 대응하기 위하여 다양한 정책을 시도하였다. 예산, 조직, 사업내용 등은 과거와 비교하여 크게 변화되었으나 사업운영 방법에서는 여전히 미흡한 상태이다(Lee, 2007). 건강증진은 서비스 내용이나 사업 성격을 고려할 때 공공부문이 주도적 역할을 담당하여야 함에도 불구하고, 강력한 추진 동력을 발휘하지 못하고 있는 실정이다. 이러한 이유로 2010년 12월 건강증진 전담조직으로 한국건강증진재단이 설립되었고(Lee, 2011), 공공부문 중심의 건강증진 운영체계를 벗어나 다양한 민간조직을 적극적으로 활용할 수 있는 방안들이 제기되었다(Kang, Se, Jung, & Kim, 2008). 건강증진은 다양한 수준에서 연계와 협력이 필요하

Corresponding author : Ju-Yul Lee

91 Daehak-ro Seonghwan-eup Sebuk-gu Cheonan-si Chungcheongnam-do, Korea

충남 천안시 서북구 성환읍 대학로 91 남서울대학교 보건행정학과

Tel: +82-41-580-2333 Fax: +82-41-580-2926 E-mail: Ljy@nsu.ac.kr

▪ 투고일: 2012.9.17

▪ 수정일: 2012.9.19

▪ 게재확정일: 2012.9.20

기 때문에 민간부문의 영리적 성격을 제외하면 민간부문의 적극적 참여는 필요하다. 우리나라의 경우 건강증진 영역이 공공부문 중심으로 기능과 운영체계가 구성되어 있기 때문에 건강증진사업의 활성화를 위해서는 공공부문이 핵심 역할을 담당해야 한다. 이러한 점에서 본다면 민간부문의 적극적 참여를 유도하는 것과 함께 현재 공공부문이 가지고 있는 문제점을 개선하는 노력이 필요하다.

이 연구에서는 현재 진행되고 있는 공공부문의 주요 건강증진 현황을 살펴보고, 향후 발전방향을 제시하고자 한다. 특히 공공부문의 역할을 정립하고, 그 동안 제기된 문제점을 해결할 수 있는 거시적 정책방안을 살펴보고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구자료

이 연구에서는 공공부문의 건강증진사업 현황을 파악하기 위하여 보건복지부에서 발행한 통계자료, 제3차 국민건강증진종합계획 2020, 그리고 공개되지 않은 관련회의 자료를 참고하였다. 또한, 기존에 출간된 각종 연구보고서, 학회 발표자료, 학회지 논문 등을 활용하였으며, 건강통계 생산에 대한 세부적인 정보는 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 청소년건강행태온라인조사 등의 해당 홈페이지를 이용하였다.

### 2. 분석 내용

중앙정부 및 지방자치단체를 중심으로 공공부문의 건강증진사업은 광범위하게 진행되고 있다. 이 연구에서는 공공부문의 건강증진 영역 중에서 국민건강증진종합계획, 건강증진기금, 보건소 건강증진사업, 건강통계 생산 등을 대상으로 문제점과 개선방안을 살펴보았다. 그동안 여러 연구에서 각 내용의 문제점과 해결 방안에 대해서는 논의하였으나 대부분 미시적 접근에 머물러 정책으로 채택되기에는 한계가 있었다. 당면하고 있는 공공부문의 건강증진 문제는 여러 요인들이 상호간 연계되어 있어서 거시적 측면에서 해결 방안을 모색해야 하기 때문이다. 제도적으로 개선되면 대부분의 세부적인 문제들은 쉽게 해결될 수 있다. 따라서 이 연구에서는 공공부문 건강증진사업을 활성화시키기 위해서 우선적으로 고려해야 할 영역을 살펴보았다.

## III. 공공 부문 건강증진사업의 현황과 문제점

### 1. 건강증진계획

#### 1) 현황

국가 정책 방향을 위한 건강증진계획이 최초로 수립된 것은 2002년이였다. 그러나 건강증진부담금이 354원으로 인상되고 건강증진에 대한 수요가 증가하여 보건복지부는 발표된 계획을 수정·보완하여 2006년에 새국민건강증진종합계획 2010을 발표하였다. 새국민건강증진종합계획 2010의 비전은 온 국민이 함께 하는 건강세상이며, 총괄목표는 건강수명의 연장과 건강형평성의 제고였다. 사업과제는 건강생활실천 확산, 예방중심 건강관리, 인구집단별 건강관리, 건강환경 조성의 4개 분야로 24개 중점과제를 선정하여 169개 세부 사업목표를 마련하였다(Ministry of Health and Welfare, 2011b).

2011년 보건복지부는 세계보건기구의 건강증진 개념, 새국민건강증진종합계획 2010에 대한 개괄적 평가, 건강문제와 관련된 환경변화의 전망 등을 통하여 국민건강증진종합계획 2020을 수립하였다. 국민건강증진종합계획 2020의 비전과 총괄목표는 새국민건강증진종합계획 2010과 동일하고, 사업과제는 건강생활실천, 예방중심 상병관리, 안전·환경보건관리, 인구집단별 건강관리, 사업체계 관리의 5개 분야로 32개 중점과제를 선정하여 151개 세부 사업목표를 마련하였다.

#### 2) 문제점

국민건강증진종합계획은 우리나라 건강증진이 나아가야 할 방향을 명확히 제시하고 있기 때문에 이 계획에 따라 사업을 충실히 추진하는 것이 중요하다. 그러나 실제 정책개발과정이나 사업추진과정에서 국민건강증진종합계획은 거의 활용되지 못하고 있는 실정이다. 제3차 국민건강증진종합계획 2020이 발표되지 않은 상태에서 각 지방자치단체의 제5기 지역보건의료계획이 완성되었다. 또한, 국민건강증진종합계획에 포함된 중점과제들이 정책적으로 지원되지 못하여 예산을 확보하지 못하거나 관련 부서의 관심대상이 되지 못하는 경우도 발생하고 있다.

<Table 1> Comparison of HP 2010 and HP 2020

Focus areas	HP 2020		HP 2010	
	Project names	Number of objectives	Project names	Number of objectives
Total	32	151	24	169
Promotion of healthy lifestyle	Tobacco Control	8	Tobacco Control	10
	Alcohol Control	5	Alcohol Control	7
	Physical Activity	3	Physical Activity	5
	Nutrition	5	Nutrition	17
Chronic disease management	Cancer control	8	Cancer control	
	Screening	3	-	
	Arthritis	3	Arthritis	5
	Heart disease and stroke	9	Heart disease and stroke	14
	Obesity	4	Overweight and obesity	4
	Mental health	5	Mental health	15
	Oral health	12	Oral health	13
Infectious disease management	Immunization	6	Immunization for infectious diseases	8
	Emergency infectious disease control	10	-	
	Nosocomial infection control	5	-	
	-		Vector borne diseases	5
	Tuberculosis control	4	Tuberculosis, respiratory diseases and drug resistance	11
	AIDS control	4	AIDS, STDs	10
Safe environment	Food policy	4	Food borne diseases	5
	Injury control	3		
	Health impact assesment	3		
Population health care	Maternal health	4	Maternal health	5
	Infant & child health	4	Infant & child health	6
	Health for the elderly	5	Health for the elderly	3
	Health for workers	2	Health for workers	6
	Health for military personnel	2		
	School health	8	School health	6
	Multicultural family health center	1	-	
	Health care visit program for vulnerable families	4	-	
	Health for disabled people	7	-	
-		Health equity	2	
System management	Infra	3		
	Evaluation	1	-	
	Information and statistics	4		
	Funding	2		

Source: The National Health Plan 2020 (MOHW, 2011b)

한편, 국민건강증진종합계획에서 제시하고 있는 총괄목표는 건강수명의 연장과 건강형평성 확보이다. 그런데, 2020년 건강수명은 남자 73.2세, 여자 76.6세로 명확하게 제시하고 있으나 건강형평성 확보는 총괄지표는 제시하지 않고 각 영역별에서 사회계층별 및 건강행태의 차이 감소로만 제시되어 있다(Ministry of Health and Welfare, 2011b). 이런 이유로 건강형평성 확보를 위한 구체적인 사업개발이나 평가 방향이 설정되지 못하고 있다.

## 2. 건강증진기금 운용

### 1) 현황

건강증진사업에 필요한 재원을 확보하기 위하여 1997년 5월부터 담배에 부담금을 부과하여 건강증진기금을 조성하

고 있다. 건강증진부담금은 2002년 1월까지의 켈런 20개비에 2원이었고, 그 이후 2002년 2월부터 2004년 12월 29일까지는 150원이었고, 2005년 이후부터 현재까지 354원이다. 1998년 98억이던 담배 부담금 수입 규모는 2010년 1조 6천 억으로 증가하였다(Ministry of Health and Welfare, 2011a).

그런데 건강증진기금은 2002년 제정된 국민건강보험재정건전화특별법에 의하여 일정 비율을 건강보험 재정으로 지원하도록 되어 있다. 담배부담금이 150원으로 인상된 이후 건강증진기금의 85% 이상이 건강보험 재정에 지원되었고, 2005년 이후부터는 건강증진기금의 60% 이상이 건강보험에 지원되고 있다<Table 2>. 건강증진기금은 설립 목적이나 국민건강증진법과 상관없이 건강보험 재정 확보를 위해 제정된 국민건강보험재정건전화특별법에 의하여 운용이 제한되고 있는 것이다.

<Table 2> Amount of charges and health insurance subsidy

	Unit: one hundred million won (%)									
	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	
Amount of charges	5,114	7,021	8,062	13,184	15,136	15,018	16,371	16,376	16,354	
Health insurance subsidy	4,392 (85.9)	6,446 (91.8)	6,263 (77.7)	9,253 (70.2)	9,664 (63.8)	9,676 (64.4)	10,239 (62.5)	10,262 (62.7)	10,631 (65.0)	

Source: Health Statistics in Health Policy Bureau (MOHW, 2011a)

### 2) 문제점

건강증진기금 운용과 관련하여 그동안 제기된 문제는 건강보험 급여비용 지원, 집행 원칙과 기준미비로 요약될 수 있다(Lee & Oh, 2011). 현재 건강증진기금 지출에서 60% 이상을 차지하는 건강보험 재정지원은 당초 기금설립의 목적에 부합되지 않는다. 그런데 건강보험 재정지원은 논란의 여지가 있지만 법적근거를 가지고 있어서 현실적으로 인정되어야 하는 측면이 있다.

이와 달리 건강보험 재정지원 이외의 건강증진기금 운용은 국민건강증진법을 근거로 집행되어야 함에도 불구하고 기금배분의 원칙이나 기준 없이 행정편의적으로 진행되고 있다. 건강증진기금은 질병치료 보다는 건강증진을 위해 장기적인 사업에 집중투자되어야 함에도 불구하고 단기사업에 산발적으로 지원하고 있어 사업성과를 기대하기 어렵다(Lee & Oh, 2011).

## 3. 보건소 건강증진사업

### 1) 현황

전국의 254개 보건소는 건강증진사업을 포함하여 1차 공공보건의료의 핵심역할을 수행하고 있다. 보건소는 건강증진, 감염병, 만성질환, 정신건강 등 총 60여개의 보건사업과 의료기관 개설허가, 의약무 관리, 지역보건의료계획 수립 등의 보건행정 업무를 병행하고 있다. 보건소 건강증진사업은 1998년부터 시범 사업기를 거쳐서 2005년에 전국 모든 보건소에서 금연, 절주, 운동, 영양 등의 건강생활실천사업을 시작하였다. 아울러 취약계층 임신부 및 영유아 영양보충 사업, 한방건강증진사업, 금연클리닉 사업 등이 시작되었다(Lee, 2007). 보건소 건강증진사업의 운영방식은 그동안 건강생활실천사업, 지역특화 건강행태개선사업, 건강생활실천 통합서비스사업 등으로 사업명칭이 변경되었다.

특히 2013년부터는 23개 건강증진사업 중 17개 사업에

대해서 보건소 건강증진 사업의 국고보조방식을 개별 사업단위의 특정보조에서 1개 사업으로 통합하여 포괄적으로 운영하도록 할 예정이다. 재정 운용의 자율성을 가지고 지역별 맞춤형 건강증진사업을 추진할 수 있도록 포괄보조금 방식이 부분적으로 도입되는 것이다(Lee, 2012).

## 2) 문제점

보건소 건강증진사업과 관련된 문제점들은 사업 초기부터 관련 전문가들로부터 계속 지적되어 일부 내용은 최근에 상당부분 개선되었다(Lee, 2007). 그럼에도 불구하고 여전히 제기되는 핵심문제는 건강증진사업이 지자체의 증장기 계획에 따라 사업이 체계적으로 추진되지 못하고 현실적으로 가능한 사업 중심으로 진행되고 있다는 것과, 금연, 운동, 영양, 절주 등의 건강생활실천사업을 개별영역으로 나누어 추진함에 따라 업무운영에 비효율이 발생하고 포괄적인 건강관리 접근이 되지 못한다는 것이다. 이런 문제점을 해결하기 위하여 보건복지부는 2013년 실시 예정으로 통합 건강증진사업을 추진하고 있지만 과거와 차이 없는 시행착오를 경험하고 있는 것 같다. 특히 그동안 1-2년 기간으로 건강증진사업 방법을 변경했기 때문에 일선 보건소에서는 중앙정부 정책을 신뢰하지 못하고 있다. 준비가 부족한 상태에서 포괄보조금 방식이 도입되기 때문에 당분간은 기존의 건강증진사업과 운영내용에 있어서 크게 차별화되기 어려울 뿐만 아니라 시행착오가 불가피할 것으로 예상된다.

## 4. 건강통계 생산

### 1) 현황

근거 중심의 건강증진사업을 추진하기 위해서는 과학적 연구결과나 통계자료를 이용하게 된다. 특히 건강증진사업과 관련된 통계는 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 청소년건강행태온라인조사 등을 통하여 생산되고 있다. 국민건강영양조사는 국민건강증진법 제16조에 근거를 두고 1998년부터 시작되어 2007년부터는 질병관리본부에서 연중조사로 진행하고 있다. 조사내용은 크게 검진조사, 건강 설문조사, 영양조사로 구분된다(Community Health Survey, n.d.). 지역사회건강조사는 2008년부터 전국의 모든 기초자치단체에서 만 19세 성인을 대상으로 매년 건강수준과 건강생활습관, 의료이용 등을 설문조사한다(National Health and Nutrition Survey, n.d.).

한편, 청소년건강행태온라인조사는 청소년의 건강행태 현황을 파악하기 위하여 전국 중학교 1학년부터 고등학교 3학년을 대상으로 2005년부터 매년 실시되고 있다. 조사방법은 자기기입식 온라인조사로 학교 컴퓨터실에서 익명으로 진행되며, 조사내용에는 흡연, 음주, 비만 및 체중조절, 신체활동, 식습관, 손상예방, 약물, 성행태, 정신보건, 구강보건, 아토피·천식, 개인위생, 인터넷 중독, 건강형평성, 주관적 건강인지 등이 포함된다(Youth Health Survey, n.d.).

### 2) 문제점

건강증진과 관련된 보건통계 생산은 여러 기관에서 개별적으로 생산하고 있을 뿐만 아니라 생산된 자료들이 연계되지 못하고 있다(Do, 2012). 국민건강영양조사와 지역사회건강조사의 경우 건강설문조사 항목이 매우 유사할 뿐만 아니라 조사대상자도 중복의 여지가 많다.

지역사회건강조사는 조사 설계 및 진행이 행정구역 단위로 이루어지는 것이 아니라 보건소 단위로 진행되고 있다. 보건소 단위로 조사기관이 배치되기 때문에 한 지방자치단체에 여러 조사기관이 참여하게 되고 조사결과물이 연계되지 못하는 문제점이 발생하고 있다. 또 다른 문제점은 매년 조사결과가 생산되기 때문에 투자되는 비용과 노력에 비하여 활용은 제한되고 있다. 지역사회건강조사는 보건소 건강증진사업과 연계되는 설문항목이 제한될 뿐만 아니라 매년 조사가 실시되기 때문에 조사비용도 보건소에 큰 부담이 되고 있다.

한편, 청소년건강행태온라인조사는 우리나라 청소년의 건강행태를 파악할 수 있는 자료이지만 학교 현장이나 보건소에서 건강증진사업을 계획할 때에 활용되지 못하고 있다. 공공 부문에서 많은 비용을 투자하여 건강통계를 생산하고 있으나 건강증진사업을 계획하고 평가하는데 충분히 활용되지 못하고 있는 실정이다.

## IV. 공공부문 건강증진사업의 발전방향

### 1. 공공부문의 역할 정립

#### 1) 공공부문의 영역

건강증진 개념은 치료중심의 기존 의료체계에 대한 보

완모형으로 제시된 것이다. 따라서 그 대상 영역은 광범위하게 고려될 수 있다. 특히, 민간부문 건강증진사업은 자기 건강관리와 관련된 다양한 서비스 영역이 고려될 수 있다. 민간부문에서는 수요가 발생할 수 있는 건강증진서비스를 개발하여 자유롭게 운영할 수 있는 것이다. 그러나 공공부문의 건강증진사업은 국민건강증진법에 제시된 범위로 축소될 수밖에 없다.

건강증진에서 공공부문의 역할은 건강통계를 근거로 건강증진 계획을 수립하고, 과학적으로 검증된 건강증진사업을 개발하며, 건강증진기금을 각 지자체 및 공공 보건의료 기관에 지원하여 건강증진사업을 수행하도록 하는 것이다. 사업내용은 민간부문이 참여하지 않는 건강증진서비스나 취약계층에 필요한 건강증진서비스를 우선적으로 고려하게 된다.

한편, 건강통계 생산과 국민건강증진종합계획은 공공부문이 체계적으로 건강증진사업을 추진하는데 중요한 기초가 된다. 건강통계는 건강증진 정책개발과 사업성과를 평가할 수 있는 자료가 되며, 국민건강증진종합계획은 사업추진을 위한 안내서 역할을 담당한다. 따라서 공공부문에서는 건강조사와 건강증진 계획수립에 많은 관심을 기울여야 한다. 작성된 국민건강증진종합계획은 국가 건강증진 정책을 수립할 때뿐 만 아니라 지자체에서 건강증진사업을 실행할 때에 사업목표로 적극 활용되어야 한다.

## 2) 민간부문과의 협력 방안

건강증진 국제회의를 통하여 여러 차례 민간부문의 중요성이 인식되어 공공과 민간의 파트너십이 중요한 접근방법으로 받아들여지고 있다. 특히, 자카르타 선언(1997)과 방콕선언(2005)에서는 공공-민간 협력이 중요한 전략적 접근으로 제안되었다. 건강증진을 진행하고 있는 대부분의 국가에서는 공공부문이 건강증진사업을 주도하지만 지역사회의 다양한 민간단체들과의 협력하여 운영하고 있다. 따라서 건강증진의 목적을 달성하기 위해서는 민간부문과 협력이 필수적이다. 다만, 구체적인 협력모형은 국가별, 지역별 여건에 따라 결정되어야 할 것이다. 예를 들어, 민간 병원을 건강증진서비스 기관으로 활용하는 방안은 현재 우리나라의 상황에서 세심한 검토가 필요하다. 치료중심의 우리나라 의료체계에서 유료의 건강증진서비스를 병원에서 운영할 경우에는 치료의 보조서비스로 전략되어 의료

비를 상승시킬 수 있기 때문이다.

그런데 우리나라의 경우 공공부문의 건강증진서비스 전달체계는 보건소로 제한되어 서비스 제공기관이 부족한 실정이다. 건강증진서비스를 확충하기 위해서는 예산과 인적자원의 투입이 필요하지만 현실적으로 쉽지 않다. 따라서 공공부문에 새로운 자원을 투입하는 것 보다는 민간부문의 자원을 활용하는 것이 효율적이다. 특히, 민간 위탁방식은 건강증진의 제반 활동에 걸쳐 가장 폭넓게 활용될 수 있는 방식으로 고려될 수 있다. 민간 위탁방식은 공공부문이 주도적 역할을 담당하면서 필요한 서비스에 대해서 민간부문의 도움을 받거나 민간자원을 활용하는 것이다. 건강증진서비스 영역에 민간기관의 참여는 필수적이지만, 국가의 건강증진정책 방향을 실현하고 모든 국민을 대상으로 효과적인 사업을 추진하기 위해서는 공공부문이 주도적으로 역할을 담당하는 것이 바람직하다.

## 2. 건강증진기금 운용의 개선

### 1) 건강증진법에 근거하여 기금 사용

건강증진기금의 사용범위는 국민건강증진법 제25조에 11개 항목이 구체적으로 제시되어 있다<Table 3>. 따라서 향후 건강증진기금 사용은 법규에 제시된 범위를 반드시 지키는 것이 필요하다. 기금지원 사업은 국민건강증진법에 제시된 항목을 근거로 하고, 구체적인 사업 내용을 결정할 때에는 국민건강증진종합계획 2020에 제시된 항목을 고려하면 된다. 제25조의 11개 항목과 국민건강증진종합계획 2020에 제시된 영역에 대해서만 건강증진기금을 지원해야 한다.

### 2) 건강형평성을 고려한 건강증진기금 배분

현재 건강형평성에 대한 성과지표를 명확히 제시하지 않고 있어서 사업운영 방향 설정이 어려운 실정이다. 그러나 건강형평성 확보를 위해서는 건강취약계층을 사업대상으로 우선적으로 고려해야 하는 것은 당연하다. 사회경제적 수준이 낮은 집단은 건강위험에 더 많이 폭로되고 건강수준도 나쁜 것으로 알려져 있기 때문에 저소득층이 건강 취약계층에 될 수밖에 없다. 즉, 건강증진기금의 사업내용과 상관없이 사업대상자의 우선순위는 저소득층이 높게 고려되어야 한다(Kang et al., 2009).

<Table 3> Health promotion fund usage

The National Health Promotion Act, Article 25
1. Smoking cessation programs
2. Support for a healthy lifestyle
3. Health education
4. Health statistics and research
5. Disease control & cancer screening and treatment
6. Nutrition
7. Oral health
8. Community health promotion programs
9. Improvement of facilities & equipment for public health and health promotion
10. Management of the fund.
11. Other activities for national health promotion as specified by the presidential decree

지금까지 건강증진사업 내용 및 예산을 결정할 때 소득 계층별 특성을 고려하지 않았다. 각 해당 항목별로 사업비를 책정할 때 사업대상자를 소득별로 구분해서 예산의 규모를 결정하는 것은 쉬운 일이 아니다. 그래서 그동안 예산은 포괄적으로 배분하고 실제 사업을 운영하면서 저소득층을 우선적으로 고려하였다. 그러나 건강형평성 확보하고 저소득층에 필요한 사업을 강화하기 위해서는 건강증진기금의 일정부분을 저소득층 건강증진사업에 할당하도록 고려해야 할 것이다. 우리나라의 경우 그동안 공공 보건사업의 주된 대상자가 저소득층이라는 점을 고려하면, 보건소 중심으로 추진된 건강증진사업은 대부분 저소득층을 대상으로 진행되었다고 볼 수 있다(Kang et al., 2009). 그러나 인프라 구축 등 건강증진 환경지원과 관련된 예산은 소득 계층을 고려하지 않았다. 따라서 소득계층별 기금배분의 핵심은 보건소 중심으로 추진되고 있는 건강증진서비스와 관련된 사업예산이 아니라 인프라 구축 등 건강증진 환경지원과 관련된 예산에 있다. 왜냐하면, 저소득층의 건강행태 수준을 향상시키기 위해서는 중상위 계층과는 다른 접근방법이 필요하고 이를 위해서는 인프라 확충이 먼저 고려되어야 하기 때문이다.

### 3) 지방자치단체 건강증진기금 조성

건강증진기금은 처음 설립취지를 고려하면 국민건강증진법 제2조 및 제25조, 시행령 제17조 및 제30조 등을 근거로 사용되어야 한다. 건강증진사업의 목적은 국민들에게 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성하는 것이다. 기금은 이러한 건강

증진사업의 목적을 달성할 수 있도록 사용되어야 한다. 그러나 대부분의 건강증진기금은 당초의 목적을 벗어나 사용되고 있으며, 전체 기금의 약 10% 정도가 개별 사업단위로 분산되어 지방자치단체에 지원되고 있다. 제한된 예산이 전국 254개 보건소로 나누어 분배되기 때문에 개별 보건소의 사업예산은 극히 제한적이다. 건강증진기금의 예산 배분과 실행과정에서 나타나는 문제점을 해결하기 위해서는 중앙에서 일괄적으로 관리하는 현재의 건강증진기금 운용방식을 개선하여 지방자치단체에서 별도로 운영하는 건강증진기금이 고려되어야 한다.

국민건강증진법 제3조에서는 국가뿐만 아니라 지방자치단체도 건강증진에 대한 책무를 가지고 있다고 밝히고 있지만, 그동안 건강증진사업은 중앙정부 중심으로 진행되었고 지방자치단체는 보건소의 사업 수행으로 제한되었다. 지방자치단체 건강증진기금이 확보되면 건강증진사업에 대한 지자체의 관심이 높아지고 지역사회 여건에 부합되는 사업을 개발하여 추진할 수 있을 것이다. 따라서 지방자치단체 건강증진기금 조성은 지역단위의 건강증진사업 활성화에 크게 기여할 것이다(Lee & Oh, 2011).

지방자치단체 건강증진기금 재원으로는 건강증진법 위반 항목에 대한 과징금, 의료법 과태료, 약사법 과태료, 담배소비세 일부, 중앙정부의 출연금 등을 고려할 수 있다. 특히, 과징금 또는 과태료는 징수주체가 지자체이고 지방재정법 제32조에 따라 징수금액은 지자체에 귀속된다. 따라서 과징금과 과태료를 지방자치단체 건강증진기금으로 조성할 수 있는 법적근거만 마련하면 된다. 한편, 담배소비세는 지역별로 편차는 있으나 전체 지방세의 약 6~7% 정

도를 차지하고 있다. 담배소비세는 지방재정을 구성하는 16개 항목 중에서도 매우 중요한 부분을 차지하기 때문에 징수액의 3%를 건강증진기금으로 활용하는 것을 고려할 수 있다. 또한, 현재의 중앙 건강증진기금의 3%를 매년 각 지방자치단체 건강증진기금에 출연하는 것을 고려한다. 담배소비세와 중앙 건강증진기금의 출연금을 3%로 하는 이유는 지방세법 시행령 제41조에는 징수교부금을 징수금액의 100분의 3으로 규정되어 있기 때문이다. 지방자치단체 건강증진기금 재원이 안정적으로 확보되기 위해서는 담배소비세와 중앙 건강증진기금에서 매년 3%가 출연되어야 할 것이다.

조성된 지방자치단체 건강증진기금의 사용범위에 대해서는 법률적으로 명확한 규정이 필요하다. 이때 고려해야 할 것은 건강증진사업 인프라 구축은 중앙정부로부터 건강증진기금을 지원받아서 추진하고, 새롭게 조성된 지방자치단체 건강증진기금은 지역사회 건강증진서비스와 관련된 사업예산으로만 활용되어야 할 것이다.

### 3. 보건소 건강증진사업

#### 1) 건강증진 포괄보조금 방식 도입

2013년부터는 보건소 건강증진사업의 국고보조 방식을 일부 변경하여 시범적으로 포괄보조금(block grants) 방식이 도입된다. 그동안 보건소의 건강증진사업은 중앙정부 차원에서 개발·결정하고 국고보조금과 함께 사업지침이 하달되어 지방자치단체는 지역의 특성과 여건을 고려한 사업을 제한적으로 운영하였다. 그러나 포괄보조금은 중앙정부가 기능적으로 다양한 보조사업에 대한 재정지원금을 법정공식에 의해 산정하여 지방정부에 이양하고, 지방정부는 이에 대한 사업운영에 대한 재량권을 가지는 방식이다 (Advisory Commission on Intergovernmental Relations, 1977). 국고보조사업 가운데 유사한 사업을 블록으로 묶고, 블록에 포함된 사업에 대해서는 운영의 자율성을 갖게 된다 (Zeikate, 2002).

건강증진사업에 포괄보조금 방식이 도입되면 보건복지부가 승인하는 사업범위 내에서 지방자치단체가 자유롭게 보조금을 활용할 수 있게 된다. 지방자치단체가 자율적 재정운영과 책임성을 가지고 주어진 재원의 범위에서 지역사회에 필요한 사업을 우선적으로 추진할 수 있다. 그러나

단점은 사업결정에 정치원리가 작용하여 선심성 사업배정과 나누기식 사업투자가 될 수도 있다(Lee, 2012). 따라서 예상되는 문제점을 극복하기 위해서는 단계적 접근이 고려되어야 한다. 유사한 성격의 건강증진기금사업 세부내역을 묶는 미니 포괄보조금을 일차적으로 추진하고, 그 성과에 따라 몇 개의 사업명 단위로 포괄보조금을 재편하는 방안이 바람직하다. 즉, 사업내용(주제)이 동일한 경우를 하나의 단위로 묶어 포괄보조금 방식을 적용하는 것이 일차적으로 고려되어야 한다(Lee & Oh, 2011). 이질적인 사업내용을 하나로 묶게 되면 초기 단계에서는 혼란만 초래할 수 있다. 또 다른 포괄보조금 방식은 생애주기별 사업대상에 따라 배분하는 것이다. 그러나 이 방식은 이론적으로는 적합하나 당장 실현되기는 어려운 점이 있다. 왜냐하면, 포괄보조금 방식이 성공하려면 보건소 조직개편과 사업추진방법의 개선이 함께 고려되어야 하는데, 이런 부분들은 단기적으로 성취되기 어렵기 때문이다.

향후 건강증진 포괄보조금을 운영할 때에 고려해야 할 내용은 다음과 같다(Lee & Oh, 2011). 첫째, 중앙정부는 각 지방자치단체의 사업대상 및 인력, 시설 등의 여건을 고려하여 차등적으로 포괄보조금을 지급해야 한다. 이를 위해서는 보조금 지원기준을 마련해야 한다. 둘째, 중앙정부는 지방자치단체에 합리적인 지침을 제시해야 하고, 지방자치단체는 이러한 지침에 따라 정해진 한도 내에서 적절한 사업을 선택하기 위해 노력해야 한다. 셋째, 포괄보조금 사업의 집행에 대한 책임성을 보장하기 위해서는 성과 점검제도가 고려되어야 한다. 실행계획과 집행성과가 중앙정부의 지침과 규정을 준수하고 있는지를 모니터링을 실시해야 한다. 모니터링은 중앙정부보다는 광역자치단체가 중심이 되어서 추진하는 것이 바람직하다. 넷째, 포괄보조금 운용담당자의 역량을 강화해야 한다. 업무담당자들이 중앙정부의 정책 방향을 이해하고 사업 운용능력을 갖추어야 한다. 따라서 포괄보조금 제도가 정착하기 위해서는 보건소 직원들에 대한 교육과 함께 보건사업 기획에 대한 기술지원이 필요하다.

#### 2) 건강증진 전문 인력 확보

보건소가 효과적으로 건강증진사업을 추진하기 위해서는 전문 인력이 보장되어야 한다. 특히 기존의 의료 중심의 인력으로는 건강증진이라는 새로운 방법을 지역사회에 적



용할 수가 없다. 지방자치단체에서 보건소의 인력 충원이 총액인건비에 묶여 있어서 쉽지가 않기 때문에 중앙정부 차원의 지원이 필요하다. 즉, 건강증진 전문 인력은 중앙정부에서 별도로 정원을 확보하여 지방자치단체에 지원하는 방안이 고려되어야 한다. 향후 보건소 건강증진 전문 인력은 보건교육사 2급 이상의 국가자격증을 갖도록 하고(Lee, 2007), 신규 인력채용과 함께 기존 인력에 대한 직무교육이 강화되어야 할 것이다. 단순한 사업지침에 대한 교육이 아니라 전체 보건소 직원들이 참여하는 건강증진 직무교육이 활성화되어야 한다. 과거 건강증진 FMTP처럼 소수 담당자를 대상으로 고비용의 전문교육은 실제 사업현장에 적용하기 어렵기 때문에 바람직하지 않으며, 전체 보건소 직원을 대상으로 건강증진 직무교육을 실시하는 것이 바람직하다. 직무교육에 필요한 예산은 사업비와 별도로 건강증진기금에서 각 보건소에 지원해야 할 것이다.

#### 4. 건강통계 생산

##### 1) 통합적으로 건강통계 생산

건강조사 결과는 장기적으로 건강증진사업의 성과를 평가하고 사업의 방향을 설정하는데 중요한 근거가 된다. 이를 위해서는 개별적으로 건강통계를 생산하는 것도 필요하지만 더 중요한 것은 통합적인 계획을 가지고 건강조사가 진행되어야 한다. 이런 점에서 본다면 국민건강영양조사와 지역사회건강조사는 조정이 필요하다. 국민건강영양조사의 표본단위를 지방자치단체로 늘리고 검진, 건강 설문, 영양 등의 항목에 따라 조사 주기를 1년 또는 3년으로 한다면 현재 두 조사를 하나로 통합할 수 있 것이다. 특히 지역사회건강조사의 경우는 권역별로 책임대학이 지정되어 있지만 일선 보건소에 업무적으로 부담이 되고 있고, 예산 확보에서도 지자체에 부담이 되고 있다. 또한, 매년 조사가 실시되어 최종 결과를 활용하기도 전에 새로운 조사 결과가 생산되는 것이 현실이다. 건강조사 결과는 사업기획뿐만 아니라 사업평가에도 활용되어야 하는데 현재의 조사 설계로는 보건소가 추진한 건강증진사업을 평가하는데 많은 제한이 있다. 따라서 지역사회건강조사는 국민건강영양조사로 통합하고 조사 항목도 국민건강증진종합계획을 평가할 수 있도록 조정이 필요하다.

##### 2) 건강통계 전담 조직 구성

건강통계의 중요성과 통합적 관리의 필요성이 인정된다면 전담 조직을 고려해야 할 것이다(Do, 2012). 현재 질병관리본부에서 건강조사를 주관하고 있는데, 건강조사뿐만 아니라 보건의료 분야 10여종의 국가승인 통계를 포괄적으로 관리할 수 있는 전문 기관이 필요하다. 이 조직은 보건의료 분야의 모든 통계를 생산하고 필요한 정보를 제공하게 된다. 특히 지방자치단체에서 보건의료계획을 수립하고자 할 때에 필요한 제공할 수 있도록 한다. 전담 조직이 구성되면 건강통계 자료를 통합적으로 관리하여 사업에 대한 모니터링과 결과평가를 할 수 있어 체계적인 건강증진사업 추진이 가능할 것이다.

### V. 결론

오늘날 건강관리의 핵심방법으로 건강증진을 이야기하지만 개념을 명확하게 설명하는 것이 쉽지 않다. 공통적인 내용은 건강관리에 대한 다양한 수준의 접근이 필요하다는 것과 건강결정요인을 효과적으로 관리해야 한다는 것이다. 이러한 건강증진의 개념은 건강증진사업의 범위를 규정하는데 어려움을 초래하고, 자의적 해석이 가능하도록 하고 있다. 이런 이유로 민간부문에서는 각종 건강서비스가 건강증진으로 해석되기도 한다. 이와 달리 공공부문에서는 국민건강증진법이 중요한 기준이 된다. 특히, 국민건강증진법 제3조에서는 국가와 지방자치단체가 국민건강증진에 대한 책무를 가지고 있다고 밝히고 있으며, 건강증진기금을 조성하여 건강증진사업을 지원하고 있다. 따라서 건강증진사업은 공공부문이 주도적으로 추진해야 하는 영역이라고 할 수 있다. 그런데 공공부문의 건강증진서비스 전달체계가 보건소로 제한되어 서비스 제공기관을 확대하기 위해서는 민간부문과의 연계가 필요하다. 건강증진사업에서 공공부문의 역할은 건강조사 결과를 근거로 운영계획을 수립하고, 과학적으로 검증된 사업을 개발하여 민간부문과 협력하여 일반 국민들에게 무료로 제공하는 것이라 할 수 있다.

그동안 우리나라 건강증진사업은 중앙정부 중심으로 추진되어 지방자치단체의 적극적 참여를 유도하지 못하였을 뿐만 아니라 건강증진기금 운용과 기금 배분에 문제점을

노출시켰다. 공공부문의 건강증진사업을 활성화시키기 위해서는 그동안 건강증진사업 추진과정에서 노출된 여러 문제점을 우선적으로 해결해야 한다. 특히, 거시적 관점에서 공공부문의 역할 정립, 건강증진기금 운용 개선, 건강증진 포괄보조금 도입, 지방자치단체 건강증진기금 조성 등은 검토가 필요하다. 건강증진사업은 공공부문이 주도적 역할을 담당해야 하기 때문에 공공부문의 문제점을 먼저 개선하고, 운영계획을 확고히 한 후에 민간부문과 협력할 수 있는 건강증진 영역을 개발해야 할 것이다.

## 참고문헌

- Advisory Commission on Intergovernmental Relations. (1997). *Block grant: a comparative analysis*. Washington, DC: Author.
- Community Health Survey. (n.d.) Retrieved from <http://chs.cdc.go.kr/>
- Do, S. R. (2012). Toward the improvements in health care utilization statistics. *Health Welfare Policy Forum*, 9, 38-48.
- Kang, E. J., Kim, W. Y., Choi, S. Y., Lee, J. Y., Park, H. J., & No. J. M. (2009). *Effective improvement of tobacco price regulation*. Seoul, Korea: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kang, E. J., Se, M. K., Jung, Y. H. & Kim, D. J. (2008). *Direction for long-term strategy in health promotion policy*. Seoul, Korea: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Lee, J. Y. (2007). The past and future of health promotion program in health center. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 24(1), 135-148.
- Lee, J. Y. (2011 May). *Future direction of Korea Health Promotion Foundation. Proceedings of the Spring Conference of the Korean Society for Health Education and Promotion*, Seoul, Korea.
- Lee, J. Y. (2012 May). *The direction of block grants for the health promotion program. Proceedings of the Spring Conference of the Korean Society for Health Education and Promotion*, Seoul, Korea.
- Lee, J. Y., Jeong, A. S., & Kim, H. J. (2007). The future direction of health promotion fund. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 24(4), 199-215.
- Lee, J. Y., & Oh, E. Y. (2011). *Direction of financing expansion and effective management in the health promotion fund*. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare. (2011a). *Health Statistics in Health Policy Bureau*. Seoul, Korea: Author.
- Ministry of Health and Welfare. (2011b). *The National Health Plan 2020*. Seoul, Korea: Author.
- National Health and Nutrition Survey. (n.d.) Retrieved from <http://knhanes.cdc.go.kr/>
- Oh, Y. M., Kim, H. J., Yang, Y. S. (2011). A comparative study on progress of the healthy cities project: Korea and European healthy cities network. *Korea Public Health Research*, 37(2), 75-85.
- Youth Health Survey. (n.d.) Retrieved from <http://yhs.cdc.go.kr/>
- Zeikate, S. (2002). *Investment transfers: survey of ten developed countries*. Washington. DC: The World Bank.