

우리나라 건강증진사업의 추진과 평가 방향

최 성 락
보건복지부 보건정책 팀장

우리나라 건강증진사업의 추진과 평가방향

2005. 12. 01

최 성 락
보건복지부 보건정책팀장

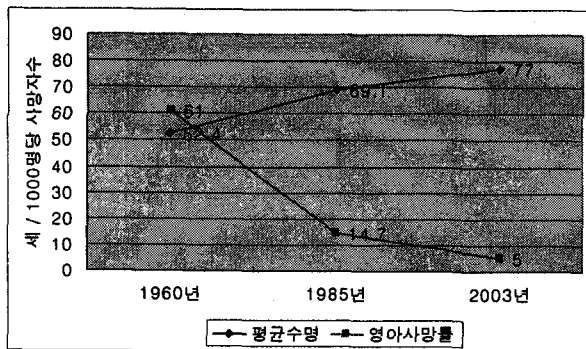
차 례

1. 건강증진사업의 추진환경
2. 건강증진사업의 추진내용
3. 건강증진사업의 평가방향
4. 향후과제

1. 건강증진사업 추진환경

▣ 의료수준의 향상, 전국민 건강보험의 도입, 의약분업 실시 등으로 외형적인 국민건강수준은 크게 향상

- 평균수명 증가와 영아사망률 감소

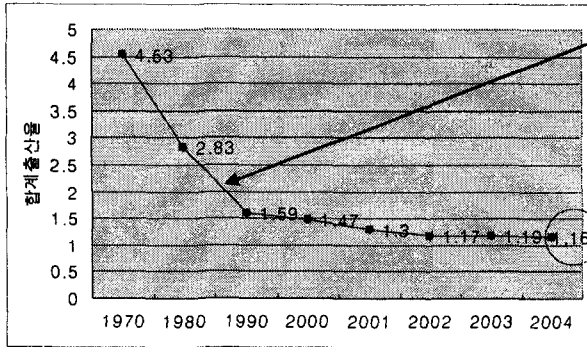


1) 인구구조의 변화

▣ 저출산

2004년도 합계 출산율이 1.16명으로 세계 최저 수준 (OECD국가중 1위)

< 연도별 합계 출산율 >



※ 대체출산연도 1983년(2.1명)

※ 외국의 합계 출산율(2002년)
 OECD 평균 1.6,
 일본 1.32
 미국 2.01
 뉴질랜드 1.90

▣ 고령화 : 세계에서 가장 빠른 속도로 진행

< 고령화 현황 >

2000	2018	2026
7%(고령화사회)	14%(고령사회)	20%(초고령사회)

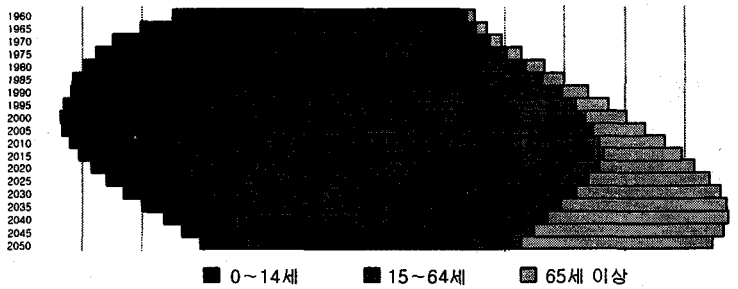
※ 2004 현재 65세 이상 노인인구 : 438만명(9.1%)

※ 농어촌 15.8% ('02년) 고령사회 진입

< 주요국의 인구고령화 속도 >

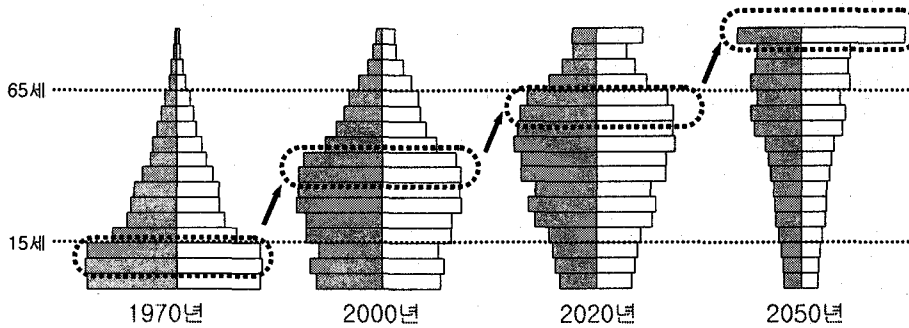
구분	도달 연도			소요년수	
	7% (고령화사회)	14% (고령사회)	20% (초고령사회)	7% → 14%	14% → 20%
한국	2000	2018	2026	18	8
일본	1970	1994	2006	24	12
프랑스	1864	1979	2020	115	41
미국	1942	2013	2028	71	15

<인구구조의 변화 추이>



- 총인구의 감소 : 2020년을 정점으로 급격한 감소
 ※ 4,829만명('05) ⇒ 4,995만명('20) ⇒ 4,932만명('30) ⇒ 4,234만명('50)
- 노인인구의 증가 : 노인부양 부담 문제
 ※ 438만명(9.1%,'05) ⇒ 1,035만명(20.8%,'26) ⇒ 1,579만명(37.3%,'50)
- 생산가능인구의 감소 : 2016년을 정점으로 노동력 공급 감소
 ※ 3,467만명('05) ⇒ 3,649만명('16) ⇒ 3,189만명('30) ⇒ 2,275만명('50)

<인구 피라미드의 변화 추이>



- 베이비붐: 1953~1965년 현재 40대 '20년 경부터 노인층으로 진입
- 가족계획: 1960~1970년대
- 양성평등운동: 1980년대~

⇒ 결국 노인의료비 등 국민의료비 급증

	1995년	2004년
노인의료비	7천억원	5조1천억원
국민의료비	17조원	38조원(04년 추계)

※국민의료비 : GDP대비 6.2%

1990년 이후 2001년까지 매년 13.3%씩 증가

※노인의료비 : 전체 의료비의 22.8%

1999년이후 2004년까지 매년 21.7%씩 증가

2) 질병구조의 변화

▣ 전염병 등 급성질환 → 만성퇴행성질환

- 비만, 고혈압, 당뇨 등 만성퇴행성 질환은 잘못된 식생활, 운동부족 등 생활습관이 주된 원인

※ 만성질환 이환 비율 : 전체 인구의 30%

※ 주요사망원인

- ① 암 ② 뇌혈관질환 ③ 심장질환 ④ 당뇨병 ⑤ 자살

2. 건강증진사업 추진내용

- 1) 목표 및 추진전략
- 2) 생애주기별 평생건강관리체계 구축
- 3) 건강생활 실천사업
 - 금연, 절주, 운동, 영양
- 4) 비만 관리
- 5) 만성질환 예방 관리
- 6) Health Plan 2010 수정 보완

2. 건강증진사업 추진내용

- 1) 목표 및 추진 전략
- 국민건강증진종합계획(Health plan 2010) 수립·추진
건강 수명향상

모든 국민의 건강한 삶 보장

1998 → 2010년
66세 75.1세

- ※ 건강수명 : 평균수명 중 질병없이 사는 기간
- ※ 평균수명 : 남 73세, 여 80세(2004년 추계)
- ※ 국민의료비 : 38조(2004년 추계)

○ 추진전략

건강수명 75세의 건강복지사회 구현

- 생애주기별 평생건강관리로 통합적 건강보장 실현
- 국가책임하의 효율적 질병예방, 관리체계 구축
- 질병으로 인한 국민의료비 부담 및 건강복지 증진
- 국민건강생활실천 생활화를 통한 건강 잠재력 제고

Health Plan 2010 추진과제의 지속적 추진 및 평가, 환류

생애주기별 건강관리	국가 질병관리체계 확립	국민건강생활실천지원
<ul style="list-style-type: none"> □ 연령별 특성별서비스제공 □ 모자, 구강, 신보건의서비스 확대 및 서비스간 연계 □ 노인성질환관리강화 	<ul style="list-style-type: none"> □ 만성질환의 예방, 관리 □ 5대암 예방, 검진강화 □ 취약계층 의료 지원 	<ul style="list-style-type: none"> □ 금연, 절주, 운동, 영양 □ 학교, 직장 등 보건교육 강화 □ 전국민건강정보제공

전국민건강보장제도 추진 인프라 구축

· 공공병원 보건의료 공공보건인력기술의 강화

○ 부문별 세부목표

	Area		2002	2010	
	국가 건강 지표	금연	성인흡연율	남자	67.8%
여자				4.6%	4%
청소년흡연율			고3남자	37.9%	5%
			고3여자	10.5%	2%
음주		일인당 알코올 소비량	8.7 l	7 l	
		청소년음주 비율	21.0%	5.0%	
운동		규칙적 운동실천율(주 3회이상, 20세이상)(%)		8.6%	17.2%
영양		권장 영양소 섭취 인구비율(%)		30%	50%
	적정체중(18.5 ≤ 신체질량지수 < 25) 인구비율(%)		68.7%	75%	

2) 생애주기별 평생 건강관리체계 구축

- ① 영유아기(6세이하) : 정상적인 성장발달 지원
 - 선천성 대사이상 검사 및 성장발달 상담 서비스 제공 (보건소)
 - 기초 예방 접종, 소아 백혈병, 암관리, 임산부·영유아 보충영양사업 등

- ② 아동·청소년기(7세~19세) : 올바른 건강생활 실천
 - 학교보건(보건교육), 총치예방사업, 성교육·상담
 - 청소년 흡연·음주·약물예방 교육

- ③ 청·장년기(20~64세) : 흡연·폭음과 같은 잘못된 생활습관 개선, 질병예방 및 치료
 - 연령, 성별, 질병 유무 등 특성을 고려한 운동지침, 식생활지침 등 건강생활실천 프로그램 제공
 - 고혈압, 당뇨 등 주요 만성질환 예방·관리(방문보건 등)
 - 알코올, 흡연, 약물 관리체계 강화

- ④ 노년기(65세이상) 만성질환 및 치매·중풍 관리 강화
 - 노인수발보장제도 도입
 - 말기 암환자, 재가 암환자 관리
 - 의치(틀니) 보철사업 등
 - 건강한 노인 대상 건강교육 프로그램(신체활동, 여가 등)

○ 생애주기별 건강증진 서비스

생애주기 분야	영유아기 (0~6세)	아동청소년 기(7~19세)	청장년기 (20~64세)	노년기 (65세 이상)
질병관리	기초 예방접종	보건교육·상담	고혈압, 당뇨병 등 예방, 관리 지역방문간호사업 주요만성질환별 식이지침 보급	치매 예방, 관리 관절염관리
	보건교육, 전염병 발생 감시체계운영, 희귀 난치성질환자 의료비 지원			
암관리	소아백혈병 및 소아암 관리		저소득층 암 검진 암연구, 치료체계 구축 수검사비 지원	말기암환자 재가암환자 관리

	영유아기 (0~6세)	아동, 청소년기 (7~19세)	청, 장년기 (20~64세)	노년기 (65세 이상)
정신보건		정신건강 정보제공 알코올, 약물중독 예방		
구강보건		충치예방사업 학교 구강보건사업		의치보철사업
	수돗물 불소화, 구강보건 이동차량 장비 지원			
모자보건	미숙아 및 선천성 이상아 등록 관리 저소득 영유아 검진 성장발달 상담	성교육 및 상담	올바른 출산 인식 홍보사업 생식건강관리	
건강생활 실천		청소년 음주예방 및 약물중독 예방 교육 프로그램	흡연자 금연 교육	
	건강생활 실천(금연, 절주, 운동, 영양), 건강예보제			

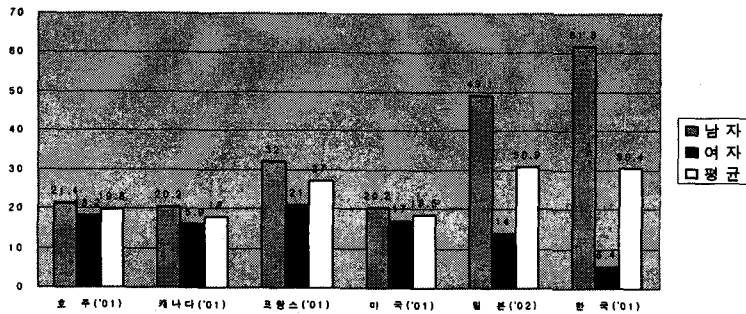
3) 건강생활 실천사업

▣ 금연

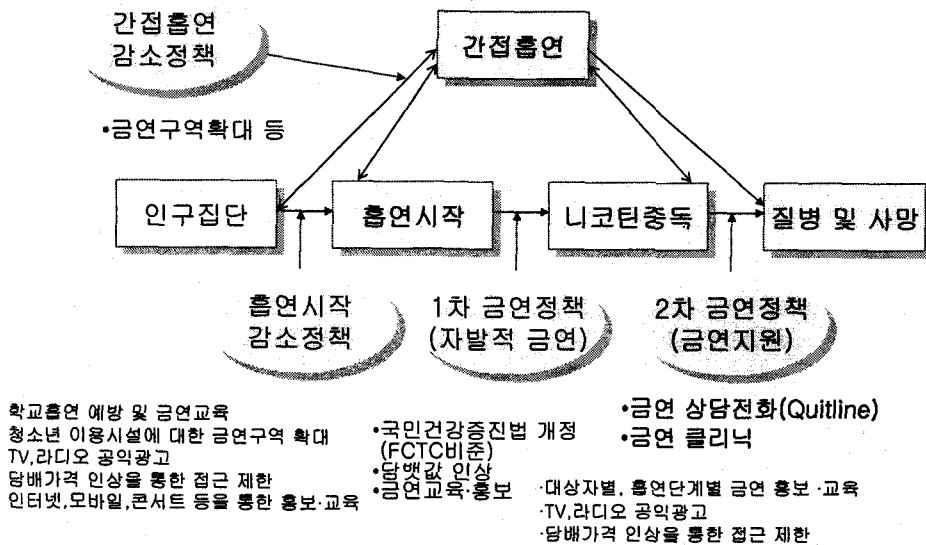
- 흡연율 : 우리나라 성인남성 흡연율은 61.8%('01년)로 OECD 국가 중 최고 수준

※ 흡연인구 : 약 1천만명, 흡연으로 인한 사망자 : 연 4만여명
 사회경제적 손실 : 연 약10조원

성인 흡연율 국제 비교



<우리나라 금연정책 추진모형>



< 흡연규제 정책 >

① 가격 규제정책

- * 제23조의 건강증진부담금
 - 담배값 500원인상(04년)
(담배부담금 204원)
 - 05년 500원 추가 인상 추진
 - 09년까지 군 면세담배폐지

② 비가격 규제정책

- *판매 제한
 - 청소년에 대한 담배판매 금지
 - 담배자동판매기 설치 제한,
담배자판기 성인인증장치 부착
- *흡연경고문구 표시
- *광고의 제한, 판매 및 촉진제한
- *담배성분 표시: 니코틴, 타르량
- *금연시설, 금연구역 지정

※ 담배규제기본협약(FCTC)
2005. 5. 16 비준

※ 담배가격의 구성

구분		종 전	인상분	'04인상후
조 세 및 부 담 금	건강증진기금	150	204	354
	담배소비세	510	131	641
	지방교육세	255	66	321
	엽연초생산안정화기금	10	5	15
	폐기물부담금	4	3	7
	부가가치세	136	41	177
	소 계	1,065	450	1,515
유통마진		150	50	200
제조원가		285	0	285
담배가격		1,500	500	2,000

※ 디스 기준 (단위: 원)

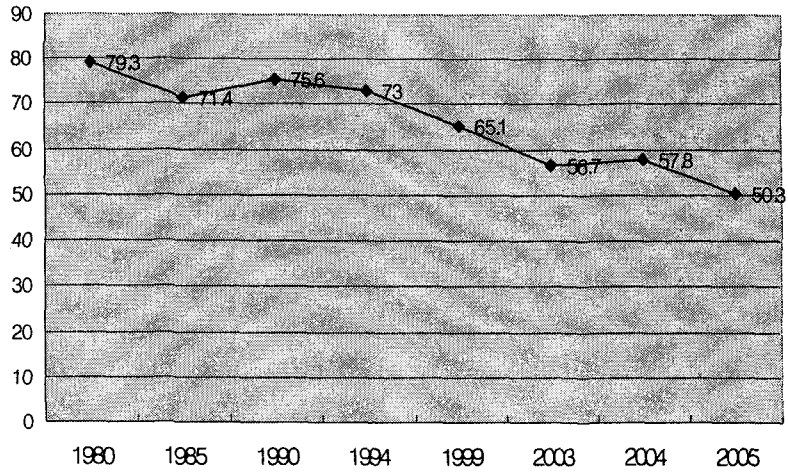
< 금연 홍보 · 교육 >

- ① 청소년, 대학생, 여성, 성인 등 대상자별로 세분화된 홍보
 - TV·라디오 금연 공익광고, 다큐멘터리, 금연콘서트
 - 인터넷 금연 사이트 운영(금연길라잡이)
 - 금연 월간지, 포스터, 스티커, 리플렛 등 제작·배포
- ② 보건소, 학교, 민간단체 등을 통한 금연 교육
 - 지역사회 주민 대상 금연 교육(시도·보건소)
 - 학교 흡연예방교육(시도 교육청)
 - 군·직장·학교등 이동 금연 교육(민간단체)
 - 금연지도자 양성교육, 의료인에 대한 교육 등

< 금연 상담 · 치료서비스 >

- 상담사 및 의사에 의한 지속적인 금연 상담 및 치료서비스 제공('05)
 - 전국 보건소에서 금연클리닉 서비스 제공
 - 금연상담(행동요법)·치료서비스(니코틴 패치·껌, 부프로피온 등 약물요법) 제공
 - ※ '05년 사업 결과 4주 금연성공률(6월현재) : 약 41%
 - 청사, 직장 등 이동 금연 클리닉 운영
 - 군 금연클리닉 설치 운영('05.10)
- 금연 상담전화(Quitline) 시범운영('05.10)

※ 우리나라 성인 남성 흡연율 변화 추이



▣ 절 주

◆ 음주율 증가

- 성인음주율

- 63.1%('95) → 68.4%('98) → 69.8%('01)

- 폭음율

- 한국 19.1%, 미국 6.0%

- 15세 이상 인구1인당 순수알코올 소비량

- 한국 9.2 l, 미국 8.2 l

◆ 음주에 의한 사망자 비율

- 한국 8.7%, 미국 4.5%, 독일 4.8%, 뉴질랜드 5.3%

※ 우리나라 1인당 알코올 소비량은 세계 31위이나 선진국에 비해 폭음률과 음주에 의한 사망률이 매우 높음

※ 알코올로 인한 사회·경제적 손실 : 약 16조원

◆ 대책

- 음주문화 개선을 위해 TV등 공익광고
- 대상자별 특성에 적합한 절주 교육을 개발·시행
- 직장인 등에 대한 절주 및 건전음주문화 정착운동 전개
- 주류소비 총량규제 검토 : 음주허용 나이, 주류판매 장소 시간 제한
- 알코올 의존자의 조기치료서비스 및 사회복귀 촉진을 위해 알코올상담센터 확대 및 전용 사회복귀시설을 설치·운영
 - ※ 2005년 현재 20개 알코올상담센터 → 96개(2010년)
- 알코올중독자 전문치료체계 구축
 - 국립 정신의료기관 알코올 병동 운영을 통한 치료·재활서비스 제공
 - 알코올중독 전문치료병원 육성(3개소 → 16개소로 확대)

□ 운동

◆ 성인 비만인구 비율(BMI 25 이상) 증가

- 20.5%('95) → 32.4%('05)

◆ 운동실천율이 증가하고 있으나 선진국 수준에는 미흡

- 성인운동 실천율 : 15.2%('92) → 20.6%('01)

※ 핀란드 60%, 미국 31%, 캐나다 40%

※ 20세 이상 성인의 72.5%는 평소 운동을 하지 않음

⇒ 『국민건강 증진을 위한 운동사업 활성화 T/F』

구성, 운영

- 운동프로그램 개발, 지역사회 자원 발굴 및 연계,
운동환경 조성, 교육·홍보, 운동지도인력 양성 등

- ◆ 전국적인 걷기운동 추진
 - 걷기좋은 코스 발굴, 전국산책로 map 제작·보급
- ◆ 노인건강대학 확산 보급
 - 주민자치센터 등에서 노인대상 건강강좌 등 보건 교육 및 건강운동 지도
- ◆ 건강체조, 직장인을 위한 스트레칭 보급
- ◆ 건강도시 추진 - 산책로, 자전거 도로, 운동자조 모임 지원, 운동시설 등 고려, 인증
- ◆ (가칭) 운동지도사 자격 추진 검토

□ 영양

- ◆ 가공식품의 범람, 건강기능식품 섭취 및 외식기회의 증가
- ◆ 결식아동, 저소득 노인 등 영양결핍
 - ※ 부실도시락, 영유아 보육시설의 저질 급식사건 등
- ◆ 영양공급 과잉 및 불균형
 - 비만, 고혈압, 당뇨 등 만성퇴행성 질환 증가
 - ※ 소아비만 : 남 15.4%, 여 15.9%('01년)
 - ※ 비만으로 인한 사회경제적 비용 : 약 1조8천억

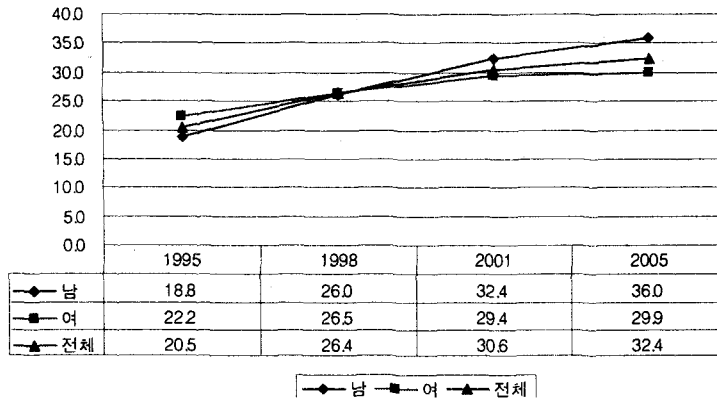
- ◆ 국민건강·영양조사(3년마다) 실시
- ◆ 영유아, 임신·수유부, 어린이 및 청소년, 성인, 노인 등 『생애주기별 식생활지침』 개발·보급
- ◆ 집단급식시설의 영양·급식 관리
 - 영양사 의무고용(학교, 사회복지시설 등)
- ◆ 가공식품의 영양표시 의무화
- ◆ 영양교육 및 취약계층 영양지원체계 강화
 - 임신·수유부, 영유아 보충영양사업(WIC 프로그램) 실시
- ※ 서울 성북구, 충남 아산시, 경기 군포시 3개보건소 시범사업→'06년 20개소로 확대

- ◆ 나트륨(소금) 섭취 감량사업 추진
 - 영양, 식품, 조리, 보건의료 전문가, 소비자단체 등으로 T/F 구성·운영
- ◆ (가칭) 『국민영양기본법』 제정 추진
 - 국민의 권리와 의무, 국가의 책무, 국민영양기본 계획 수립·시행, 영양관리사업
 - 영양사 등 영양전문인력 양성, 영양표시, 영양교육, 영양정책심의위원회, 영양연구조직 등

4) 비만 관리

◆ 비만인구의 증가 추세 가속화

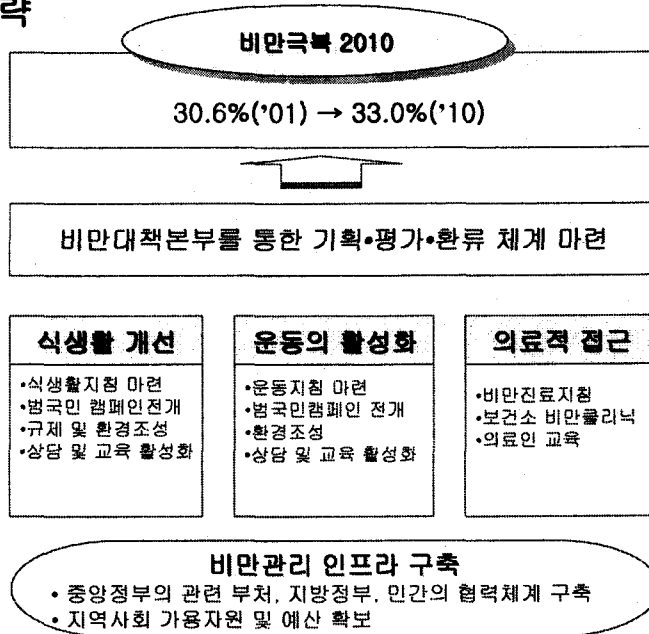
- 비만인구는 32.4%(체질량지수 25% 이상)
- 지난 10여 년 동안 1.6배 증가(여자 1.3배, 남자 2배 증가)
- 특히 최근 3년사이 초등학교 비만 비율은 2배 정도 증가
 - ※ 남 : 7.2%('98) → 15.4%('01), 여: 8.7%('98) → 15.9%('01)



◆ 비만으로 인한 사회·경제적 부담 증가

- 비만은 만성질환(당뇨, 고혈압, 관상동맥질환 등)의 주요 원인
- 정상인 대비 질환에 이환될 가능성
 - 비만인 : 당뇨 2배, 고혈압 1.5배
 - 고도비만인 : 당뇨 5배, 고혈압 2.5배
- 비만으로 인한 사회·경제적 비용 : 약 1조 8천억원 추계

◆ 추진전략



5) 만성질환 예방 관리

▣ 고혈압, 당뇨 등 주요만성질환에 대한 국가관리체계 구축

- ◆ 5대 만성질환 D/B 구축, 건강검진확대 실시, 만성질환 등록 관리사업 강화
 - (가칭) 만성질환관리법 제정 추진 검토
 - ※ 5대 만성질환 : 고혈압, 당뇨병, 심혈관질환, 뇌혈관질환, 관절염
- ◆ 보건소를 중심으로 흡연·비만자 등 질병고위험자 대상 당뇨, 혈압관리 등 방문보건사업 실시

▣ 국가 암 관리체계 확립

- ◆ 국가암등록사업 적극 전개
 - 중앙지방간 연계를 통해 암관련 통계 및 D/B 구축
- ◆ 건강검진과 연계하여 암 조기검진·치료체계 강화
- ◆ 저소득취약계층 암관리 강화
 - 5대암(위암, 간암, 유방암, 자궁암, 대장암) 무료검진 및 치료비 지원

▣ 말기암환자 호스피스 사업

- ◆ 말기암환자 등을 대상으로 통증관리, 정서적 지원 등 호스피스 사업 확대
 - 호스피스 제도화, 호스피스 사업모형 개발, 호스피스 전문기관 육성·지원
 - 병원중심 가정간호사업, 보건소 방문보건사업에 의한 재가암환자 관리체계 구축

6) Health Plan 2010 수정 보완

- ◆ 2002년 국민건강증진 종합계획(Health Plan 2010) 수립
- ◆ 2002년 이후의 여건 변화
 - 자원 확대 : 국민건강증진기금 대폭 증액
 - ◆ 2002년 5342억원 -> 2005년 1조 4235억원
 - 국민의 건강증진 서비스에 대한 욕구 증대
 - 고령화 급속 진행
- ◆ Health Plan 2010 수정 보완 진행중 (2005년)
 - 중간평가 및 목표치 재설정
 - 그동안 사업 추진과정에서 축적된 노하우(Know-How)활용

3. 건강증진사업 평가방향

1) 건강증진평가 평가의 문제점

- ◆ 건강증진사업의 평가가 어려운 이유
 - 투입의 다양성 : 결과에 영향을 미치는 요인이 복잡
 - 건강증진사업으로 인한 결과의 일부는 측정이 어려움
 - ◆ 주민참여
 - ◆ 지역사회 능력개발
 - 투입과 결과(건강수준) 산출까지 장기간이 소요
 - ◆ 건강결정요인(위험요인) - 병리현상 - 질환 - 건강수준
 - 실험설계에 의한 엄밀한 평가모형이 요구되나, 윤리적 이유로 이를 충족시키기 어려움
- ⇒ → 건강증진 사업의 효과와 효율성 평가를 어렵게 함

◆우리나라 건강증진사업 평가의 문제점

- 건강증진사업 평가에 대한 이해와 관심부족
- 사업의 목표와 평가의 괴리
 - ◆ Health Plan 2010의 목표와 연계한 평가체계 미흡
- 사업 평가를 위한 기본적 정보의 부족
 - ◆ 사업평가를 위한 다양한 지표 생산체계 미흡
- 성과관리제도에 대한 대처 미흡
 - ◆ 사업량(output) 위주의 평가
- 평가결과의 활용이 미흡
 - ◆ 평가결과의 환류 및 인센티브 제공 미흡

2) 건강증진사업 평가의 발전 방향

- ◆ 건강증진사업의 논리적 모형에 따른 단계별 평가 지표의 개발
 - 산출(output) – 영향(impact) – 결과(outcome)
- ◆ 장, 단기 평가의 병행
 - 건강증진사업의 결과(outcome)는 장기간에 걸쳐 나타나므로 영향(impact)평가를 병행
- ◆ 과정평가 능력 향상을 통한 사업 개선
 - 사업 초기에는 과정평가에 중점을 두어 평가하고, 점차 결과평가의 비중을 높이는 방향으로 추진

3) 자치단체 건강증진사업 평가방향

- ◆ 건강증진사업 평가에 있어서 시·도의 역할 강화
 - '04년 이전 : 복지부가 보건소 개별 사업 평가
 - '05년 이후 : 복지부는 시·도 사업을, 시·도는 보건소 사업을 각각 평가
 - 보건소 건강증진사업 평가업무 지원을 위한 시·도 건강증진사업지원단의 역할 강화
- ◆ 자치단체의 건강증진사업 수행능력 중심 평가
 - 금연, 영양, 운동, 절주 등 보건소 개별 프로그램 평가
→ 시·도 및 보건소의 종합적인 건강증진사업 수행능력 평가

- ◆ 건강증진사업 평가를 위한 업무담당자 능력 향상
 - 건강증진사업전문인력 교육과정 운영
- ◆ 건강증진사업 평가를 위한 정보체계 구축
 - 국민건강·영양조사
 - 광역차원의 자체 조사 수행 : 서울시, 부산시 등
- ◆ 성과평가 방식의 도입에 따른 평가방식 개선
 - 건강증진 평가지표와 성과지표의 연계
 - 성과평가에 따른 예산의 차등지원 등 인센티브 제공
- ◆ 건강증진사업의 평가환류 및 사업확산
 - 건강증진사업 사례집 발간
 - 사업확산을 위한 제도 마련

4) 2006년도 건강증진사업 평가계획

평가종류	평가주체	평가대상	평가(보고)시기
사업계획서 평가	복지부	시·도 사업계획서	매년
	시·도	시·군·구 사업계획서	매년
사업실적 평가	복지부	시·도 사업실적	반기별(7월, 1월)
	시·도	시·군·구 사업실적	반기별(7월, 1월)
모니터링 및 현지평가	복지부	시·도 사업수행 과정	수시
	시·도	시·군·구 사업수행 과정	수시
평가대회	복지부	시·도 종합평가	매년(2월)
	시·도	시·군·구 종합평가	매년(12월)

4. 향후과제

▣ 국민건강증진 인프라 구축

- 전문인력 확보
- 통계 체계 구축
- 국민건강증진위원회 구성·운영
- 공중보건사업 추진체계 강화 등

▣ 보건소 건강증진사업 정비·조정

▣ 국민건강증진기금 사업 개발

▣ 국민건강증진사업 기획, 평가 및 조사·연구 강화