

■ 지면보수교육 ■

우리나라 건강증진정책과 국민건강증진종합계획



조 경 숙 / 보건복지부 보건정책팀 사무관

1. 들어가는 글

대부분의 선진국은 노인인구의 증가와 만성질환의 증가로 급격한 국민의료비의 증가를 경험하게 되었고, 이에 대한 대책의 하나로 1970년대부터 보건의료체계를 치료중심에서 질병예방중심으로 전환하는 것에 대한 검토를 하기 시작하였다. 미국과 캐나다 등 선진국들은 만성질환을 통제하는 새로운 보건정책의 패러다임을 설계하기 위해 만성질환과 생활습관 사이의 관련성을 연구하였고 그 결과, 만성질환은 생활습관을 개선하면 통제가 가능할 수 있다는 결론에 도달하였다. 이에 선진국에서는 1980년대부터 건강증진목표를 설정하고 범국민적인 건강생활실천운동을 전개해 오고 있는데, 미국의 'Healthy People 2000', 'Healthy People 2010', 영국의 'The Health of the Nation'(2000년), 'Our Healthier Nation'(2010년), 일본의 '국민건강가꾸기 운동'(1978~1987년), '활력있는 인생 80 건강계획'(1988~1997년) '건강일본 21'(1998~2010년), 호주의 'Better Health Commission' 등이 그것이다.

우리나라는 세계에서 가장 낮은 출산율과 세계에서 그 유래를 찾아볼 수 없을 정도의 빠른 속도의 인구노령화, 그리고 만성질환 유병률의 증가로 국민의료비의 급진적인 증가가 예상되고 있다. 이러한 상황에서 우리나라는 1995년에 국민건강증진법을 제정하였고, 담배부담금으로 조성된 국민건강증진기금으로 건강증진사업을 전개해 오고 있다. 그리고 2002년에는 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)을 수립하여 추진해 오고 있다.

2. 우리나라의 건강증진사업과 국민건강증진종합계획

우리나라는 1995년에 국민건강증진법을 제정하여 건강증진사업의 법적인 근거를 마련한 뒤 1997년 5월부터 담배 한 갑당 2원씩 부과되는 담배부담금을 통해 건강증진기금을 조성하기 시작하였다. 이렇게 조성된 기금으로 1998년부터 건강증진사업을 전개하기 시작하는데, 이는 2002년 담배부담금 인상(갑당 2원→갑당 150원)으로 사업이 확대될

수 있게 되었다. 즉 18개 보건소에서 실시하던 보건소 건강증진사업이 2003년에는 100개 보건소로 확대되었고, 2004년에는 156개소로 확대되었다. 또한 2004년 12월 말에 담배부담금이 갑당 150원에서 354원으로 확대됨에 따라 보건소 건강증진사업이 2005년에는 전국적으로 확대될 수 있었다.

특히, 2002년에 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」을 수립하여 건강증진사업을 다각적으로 전개하는 기반을 마련하였고, 2005년에는 이를 수정 보완하여 「새 국민건강증진종합계획(New Health Plan 2010)」을 작성한 바 있다.

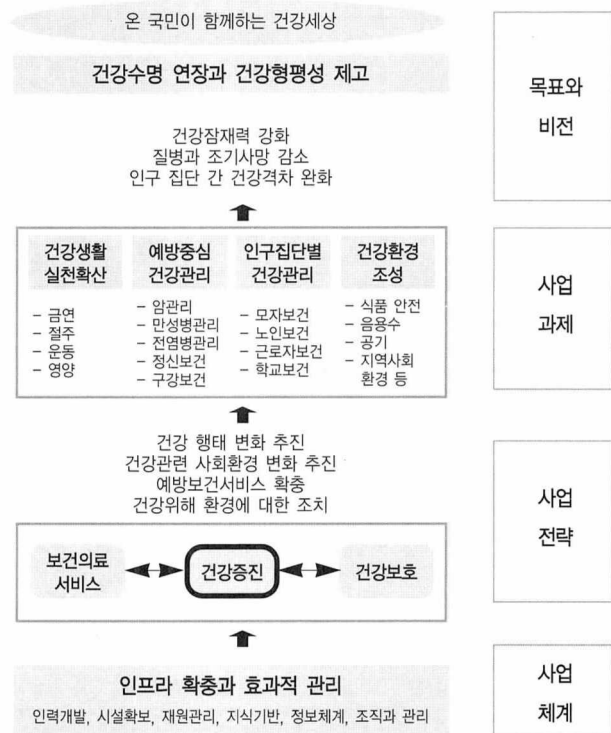
가. 사업의 목표

건강수명이란 평균수명 동안 질병없이 지낼 수 있는 기간을 의미하는데, 2001년에 WHO가 발표한 2000년의 우리나라 건강수명은 66.0세로서 세계 51위였다. 우리나라는 2002년에 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」을 수립하여 건강증진사업을 다각적으로 전개함으로써 2010년까지 건강수명이 75.1세가 될 수 있도록 하는 목표를 설정한 바 있고, 이는 2005년에 「새 국민건강증진종합계획(New Health Plan 2010)」에서 72세로 수정되었다. 아울러 각 중점과제에서 건강형평성 확보를 위한 별도의 목표

도 제시하고 있다.

나. 사업 추진 전략

“건강은 개인의 경쟁력이고, 건강한 국민은 국가의 경쟁력이다”라는 목적 아래 「건강수명 연장」과 「건강형평성 확보」이라는 비전을 갖고 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」에서 제시하고 있는 「부문별 목표」를 달성함으로써 전체 국민의 건강수명을 연장하는 추진 전략을 가지고 있다. 2005년에 발표한 「새 국민건강증진종합계획(New Health Plan 2010)」은 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 추진 개념도

다. 부문별 세부 목표

우선순위가 높은 주요 영역을 대상으로 자원의 분배와 활용을 극대화시키기 위하여 전략적 목표를 만들고 주기적인 평가를 통하여

사업의 달성여부를 확인할 수 있는 세부 목표를 설정하였다. 2002년에는 39개 세부추진사업과 40개 목표를 제시하였으나, 2005년에는 이를 수정하여 24개 중점과제와 108개 세부추진사업, 169개 목표를 제시하고 있다.

〈표 1〉 국민건강증진종합계획의 영역별 주요 세부 목표(Leading Health Indicators)

	영역	대표 지표			
			2002	2005	2010
1	금연	흡연율 (20세이상 성인, 2005)	남자 61.8% 여자 5.4% (2001)	남자 50.3% 여자 3.1% (2005)	남자 30.0% 여자 2.5%
2	절주	고도위험 음주자 비율	남자 17.4% 여자 1.2% (2001)	남자 14.9% 여자 2.5% (2005)	남자 13.0% 여자 4.0%
3	운동	운동실천율 (주 5일 이상, 1일 총 30분 이상 중강도 운동실천율)	-	18.8% (2005)	30.0%
4	영양	적정체중 인구비율 (18.5≤신체질량지수(25))	64.7% (2001)	63.3% (2005)	67%
5	암관리	5대암 검진 권고안 이행 수검율	-	40.3% (2004)	60%
6	만성 질환관리	고혈압 치료율	남자 25.2% 여자 39.5% (2001, 30세 이상)	-	남자 30.0% 여자 45.0% (30세 이상)
7	전염병 관리	결핵 발생률 (도말양성환자)	-	39/100,000명 (2003)	29/100,000명 이하
8	정신보건	우울증 유병률	2.2% (2001)	-	2.0%
9	구강보건	치아우식 경험률 5세 (유 치) 12세 (영구치)	5세 83.3% 12세 77.1% (2000)	-	5세 67.0% 12세 62.0%
10	영유아 보건	모유수유 실천율	-	생후1주 59.4% 생후4주 50.6%	생후1주 70% 생후4주 70%
11	모성보건	표준 산전 관리율	-	99.8% (산전관리비율, 2003)	표준화된 산전관리 95% (질적관리수준 향상)
12	노인보건	일상생활동작 장애노인 발생률	10% (2001)	-	10%

주: 건강증진종합계획의 목표 중 건강상태를 대표할 수 있는 12개 영역에서 12개의 지표를 선정함.

〈표 1〉은 영역별 주요 세부 목표와 그 지표들(Leading Health Indicators)이다.

라. 지금까지의 사업성과 및 평가

우리나라의 건강증진사업은 30여 년의 역사를 가지고 있는 선진국과 달리 역사가 짧은 초기단계이므로 그 성과를 평가하는 것은 시기상조이다. 그러나 건강증진사업 중에서도 최근에 가시적인 성과를 보이고 있는 부분이 있는데 이는 금연 부문이다.

금연정책의 본격적인 시작은 1995년 국민건강증진법의 제정에 의해서라고 할 수 있다. 그 이전에도 담배사업법이나 청소년보호

법에 담배광고·후원의 제한, 청소년 담배판매 금지와 같은 규제가 있었으나, 국민건강증진법의 제정으로 간접흡연을 방지하기 위한 금연구역의 지정과 담배자판기의 성인인증장치의 부착, 담배 부담금을 통한 가격정책 등이 가능하게 되었다. 그리고 1998년부터 미흡하나마 건강증진기금을 통한 금연 홍보·교육 프로그램이 시작되었다. 그러다가 금연정책은 2005년에 정점에 이르렀다. 2004년 12월 말의 담배가격 인상정책(500원, 약 29%), 대상을 세분화하고 그에 적합한 다양한 매체를 활용하여 시행한 금연 교육·홍보 프로그램(그림 2), 보건소의 금연클리닉과 금연상담전화(Quitline)을 통한 금연상담 및



주 : 위쪽의 왼쪽부터 대학금연캠페인, 여성금연캠페인(나비캠페인), 청소년 금연캠페인(금연농구대회), 청소년 금연캠페인(금연콘서트), 금연홍보지하철, 어린이흡연예방캠페인(금연동화)

〈그림 2〉 2005년 대상자별로 세분화하고 매체를 다양화한 금연홍보 내용

치료프로그램 등 정책이 다양화되었으며, 이를 뒷받침하기 위한 사업도 대폭 확대되었다(표 2).

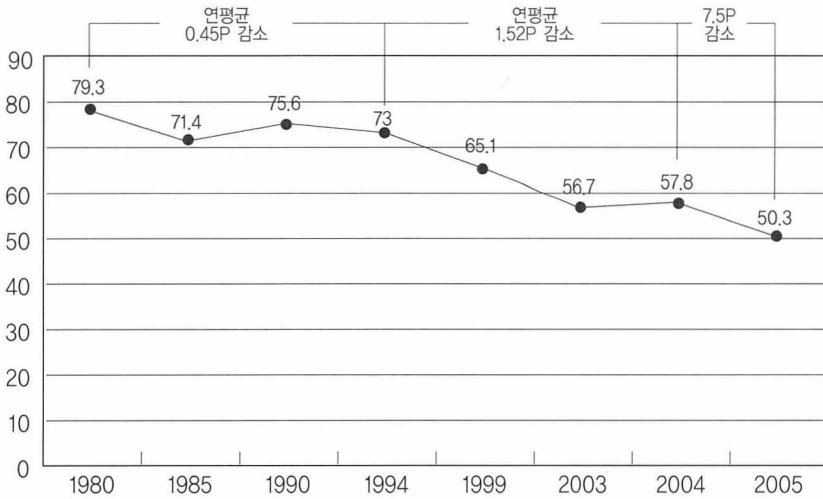
이러한 결과로 성인 남성 흡연율은 1년 사이에 무려 7.5%p나 감소하는 성과를 달성하였다. 이는 지난 25년간 흡연율 감소 수준을

분석해 보면 더 잘 알 수 있는데, 정부의 정책적 개입이 있기 전의 성인 남성 흡연율 감소는 연 평균 0.45%p('80년 79.3% → '94년 73%)이었고, 1995년 국민건강증진법 제정을 계기로 본격적인 비가격 담배규제정책을 실시한 기간에는 연 평균 1.52%p 감소('94년

〈표 2〉 연도별 금연사업 예산

단위 : 억원

'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06
6.7	6.5	18.3	42.8	78.1	66.4	80.0	260	315



자료: 1980-1990 결핵협회, 1994-2005 한국갤럽

〈그림 3〉 성인 남성 흡연율 감소 추이

〈표 3〉 담배가격 인상 후 금연율 및 흡연율 추이

단위 : %

구 분	'04. 9월/ 담뱃값 인상전	'05. 1월 말/ 인상후 1개월	'05. 3월말/ 인상후 3개월	'05. 6월 중순/ 인상후 6개월	'05. 9월중순/ 인상후 9개월	'06. 3월 중순/ 인상후 15개월	'06. 6월 중순/ 인상후 18개월
금연율 (고려대)	-	8.3	9.7	11.0	-	-	-
흡연율 (갤럽)	57.8	-	53.3	52.3	50.3	49.2	47.5

73%→'04년 57.8%), 그리고 지난 2004년 12월 말 담배값 500원을 인상을 계기로 본격적인 가격정책을 구사하고 금연프로그램을 확대한 결과 연간 7.5%p 감소하여(연간 7.5%p 감소, '04.9월 57.8% → '05.9월 50.3%), 흡연을 감소의 획기적인 전기를 마련하였다(그림 3, 표 3).

3. 맺음말

우리나라는 1995년 제정된 국민건강증진법과 그에 따라 1998년부터 운용된 국민건강증진기금으로 실질적인 건강증진사업이 시작되었다고 할 수 있다. 선진국에 비해 수 십년 늦게 시작되었고, 인프라 및 재원의 부재로 시작된 건강증진사업이었지만, 선도 보건소 중심의 건강증진사업과 보건의료분야의 민간단체를 활용한 건강생활실천 위주의 건강증진사업의 전개는 미흡하나마 건강증진사업의 중요성에 관한 사회분위기를 조성하였고, 사업기반구축이라는 측면에서 성과를 거두었다고 평가할 수 있겠다. 특히, 2003년부터 보건소 건강증진사업이 확대되어 100개

보건소가 사업을 추진하였고, 2004년부터는 156개소, 2005년부터 전체 보건소로 확대되어, 지방자치단체를 통한 보건소 중심의 건강증진사업 추진체계가 정착되어 향후 성과를 기대해 볼만 하다.

건강증진사업의 효과는 장기간에 걸쳐 나타나 현재 10여 년간의 건강증진사업을 평가하기는 어렵지만, 금연사업의 경우는 가시적인 성과를 낸 대표적인 사례라고 할 수 있다. 특히 최근 들어서 담배를 규제하는 다양한 법과 제도, 그리고 대상자별로 흡연단계별로 세분화된 다양한 금연 프로그램들이 시너지 효과를 내고 있다고 할 수 있겠다.

우리나라는 선진국의 경우와는 달리 공공의료기능이 취약하고 건강보험 등 사회보장제도의 초기단계에서 보험재정의 문제를 지니고 있을 뿐 아니라, 앞으로 세계 인구역사상 유래가 없는 급격한 인구 노령화와 이에 따른 의료비 증가가 예측되는 만큼, 많은 선진국에서 일찍이 도입한 건강증진사업을 정부의 보건정책 중에서 최우선 정책으로 고려해야 할 것이다.