

공청회자료집

2008-01

제1차 건강증진정책포럼

- 일시 : 2008. 1. 7(월) 13:30~18:00
- 장소: 한국보건사회연구원 대회의실

주최: 한국보건사회연구원

주관: 한국보건경제정책학회, 한국보건교육건강증진학회
한국보건사회연구원, 한국보건사회학회

후원: 보건복지부

인사말씀

1995년에 「국민건강증진법」이 제정된 이후 지난 10여 년간 건강증진정책은 양적으로 발전을 해왔습니다. 특히 1997년부터 국민건강증진기금이 조성되고 2005년에 담배세의 인상으로 건강증진기금이 확충되면서 기본적인 인프라와 참여주체가 양적으로 성장하였습니다.

그러나 이제는 양적인 기반을 넘어서는 질적인 도약이 필요한 시점이라고 할 수 있습니다. 우선은 지난 10여 년간의 건강증진정책을 되돌아보고 앞으로의 10년을 계획해야 하는 시점에 놓여있는 것 같습니다. 즉, 「국민건강증진종합계획 2010」을 평가하고, 「국민건강증진종합계획 2020」에 담아야 할 내용들을 진지하게 고민하기 시작해야 하겠습니다. 또한 보건복지부가 2007년 초반에 천명한 건강투자전략과 기존의 건강증진정책을 어떻게 연결할 것인지에 관한 고민도 필요합니다.

이에 한국보건사회연구원은 보건복지부의 후원으로 ‘건강증진정책포럼’을 발족하여 건강증진정책의 질적 도약을 위해 다양한 학계, 정부, 민간단체가 공동으로 참여하는 논의의 장을 형성하였습니다. 금번에 개최되는 제1차 건강증진정책포럼은 ‘건강증진정책의 평가 및 과제’와 ‘건강증진기금의 확보 및 활용방안’이라는 주제를 한국보건교육건강증진학회, 한국보건사회학회, 한국보건경제정책학회, 그리고 한국보건사회연구원이 공동으로 추진하였습니다. 부디 참석하시어 건강증진정책의 방향을 설정하고 연구 과제를 발굴하는데 고견을 주시면 감사하겠습니다.

2008. 1.

한국보건사회연구원
원 장 김 용 문

순서

- 1:30 ~ 2:00 등록
- 2:00 ~ 2:10 인사말씀
- 2:10 ~ 3:50 **Session 1: 건강증진정책의 평가 및 과제**
좌장: 김공현(인제대학원대학교)
- 2:10 ~ 2:40 **건강증진모형과 건강증진정책**
발표: 김대회(인제대학교)
- 2:40 ~ 3:10 **건강증진사업을 위한 보건교육정책에 대한 평가와 과제**
발표: 고승덕(협성대학교)
- 3:10 ~ 3:50 지정토론 및 자유토론
지정토론: 김광기(인제대학원대학교), 조병희(서울대학교)
남은우(연세대학교), 박순우(대구가톨릭대학교)
- 3:50 ~ 4:10 Coffee Break
- 4:10 ~ 6:00 **Session 2: 건강증진기금의 확보 및 활용방안**
좌장: 이규식(연세대학교)
- 4:10 ~ 4:30 **건강증진기금의 확보방안**
발표: 정영호(한국보건사회연구원)
- 4:30 ~ 5:00 **건강투자를 위한 기금운용의 거버넌스와 관리시스템**
발표: 최병호(한국보건사회연구원)
- 5:00 ~ 5:20 **외국의 건강증진기금의 운영체계 및 활용**
발표: 정애숙(건강증진사업지원단)
- 5:20 ~ 6:00 지정토론 및 자유토론
지정토론: 류근혁(보건복지부), 김진현(서울대학교), 김동섭(조선일보)
- 6:00 폐회

목 차

| | |
|------------------------------------|-----|
| 인사말씀 | 3 |
| 순 서 | 5 |
| Session 1. 건강증진정책의 평가 및 과제 | 7 |
| 건강증진모형과 건강증진정책 | 9 |
| 건강증진사업을 위한 보건교육정책에 대한 평가와 과제 | 29 |
| 토론자료 | 63 |
| Session 2. 건강증진기금의 확보 및 활용방안 | 85 |
| 보건의료부문의 재원 확보방안 | 87 |
| 건강투자를 위한 기금운용의 거버넌스와 관리시스템 | 109 |
| 외국의 건강증진기금의 운영체계 및 활용 | 127 |
| 토론자료 | 147 |

Session 1

건강증진정책의 평가 및 과제

건강증진모형과 건강증진정책
/ 김대희(인제대학교)

건강증진사업을 위한 보건교육정책에 대한 평가와 과제
/ 고승덕(협성대학교)

건강증진모형과 건강증진정책
김대희(인제대학교)

건강증진사업을 위한 보건교육정책에 대한
평가와 과제
고승덕(협성대학교)

토론자료

김광기(인제대학원대학교)

조병희(서울대학교)

남은우(연세대학교)

박순우(대구가톨릭대학교)

통합적인 건강증진모형과 건강증진정책이 시급하다

김광기(인제대학원대학교)

1. 건강증진 모형

우리 눈에 어떤 안경(선글라스)을 쓰느냐에 따라 똑같은 사물도 다르게 인식할 수 있고 인식이 다르면 문제에 대한 접근방법과 해결방안이 다르게 된다. 다양한 건강증진 모형 중에서 어떤 모형을 선택하여 정책의 기본으로 삼느냐에 따라 건강증진정책 내용과 접근방법이 달라질 것이다. 이런 맥락에서 건강증진정책의 모형을 검토해 보는 것이 의미가 있다고 여겨진다. 지금까지 우리나라의 건강증진사업을 지배하고 있던 건강증진 모형은 무엇이고 이는 어떤 한계가 있으며 향후 건강증진사업은 어떤 모형에 입각하여 추진되어야 하는지를 논의해 보아야 한다. 건강증진에 관한 포럼이나 세미나 등이 수없이 많이 있었지만 우리나라의 건강증진사업을 이와 같은 관점에서 비판하고 대안을 제시하려는 노력은 매우 부족했다고 판단된다. 우리나라의 건강증진사업이 원래의 궤도에서 이탈하고 있다면 그 원인 중의 하나는 이와 같은 노력이 부족한 것도 한 원인이라고 생각하기 때문에 오늘의 이 논의는 더욱 의미가 있다고 본다.

“건강증진모형과 건강증진정책”에 관한 원고는 건강증진에 관한 여러 가지 다양한 모형을 제시하고 있으며 이들 모형에 입각하여 우리나라의 건강증진사업을 분석하고 있다. 모형을 구성하는 실천내용에 따라 건강증진 모형을 위계적으로 구분하여 설명함으로써 다양한 건강증진 모형을 비교, 이해하기 좋게 하고 있다. 우리나라는 건강행태, 관련기관 협조 및 질병예방이 국민 건강증진법의 주된 사업내용이므로 이들 위계적 모형들 중에서 중간정도에 해당되는 것으로 규정하고 있다. 중간정도의 건강증진 모형에 입각하여 우리나라의 건강증진사업을 건강증진기금, 조직, 법령, 신국민건강증진종합계획2010 측면에서 분석해 볼 때, 모형의 원래 내용과는 거리가 멀다는 지적을 하고 있다.

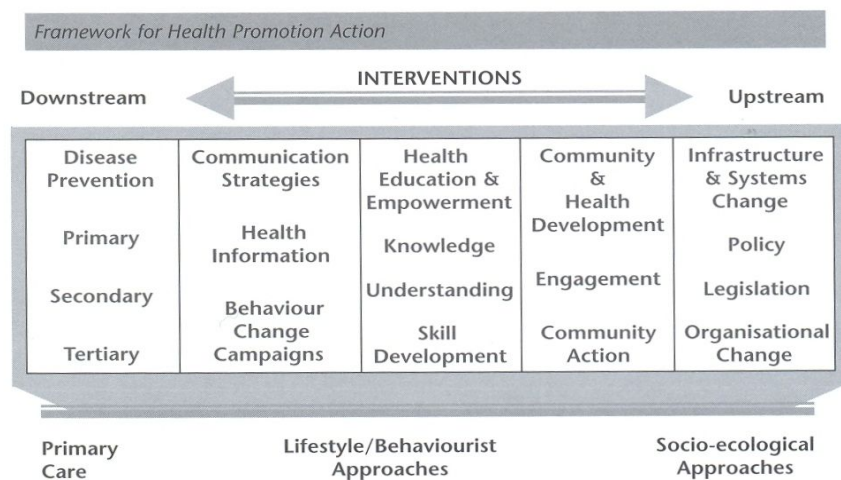
건강증진은 오타와헌장이 마련된 이래 20여년이 흐르면서 여러 가지 다양한 모형들이 제시되어 왔다. 이와 같은 다양한 모형들이 가지고 있는 공통점은 개인 및 지역사회 차원에서의 건강수준 향상일 것이다. 보다 구체적으로는 건강수명의 연장과 건강형평성의 확보가 될 것이다. 개인의 입장만 고려한다면 건강수준의 향상이 목표가 될 수 있지만 건강형평성의 확보 없이는 개인의 건강수준이 향상될 수 없다는 인식에서 건강형평성의 확보는 사회적 차원에서 매우 중요한 건강증진의 목표가 된다. 우리나라도 신국민건강증진종합계획2010에서는 이를 목표로 설정하고 있다. 그러나 건강형평성에 관한 목표는 아직까지 정책적 관심을 받지 못한 채 형식상으로만 존재하고 있을 뿐이다.

어떤 건강증진 모형이 우리에게 적절할 것인가에 관한 논의는 건강 결정요인에 대한 논의에서 출발하여야 한다. 유전적 소인, 환경, 생활습관 및 의료체계에 의해 건강결정요인을 논의하기 보다는 근본적인 건강 결정요인(causes of causes)을 논의하려는 것이 최근의 추세이다. 사회적 건강결정요인에 대한 관심이 90년대 이래 건강증진의 중요 이슈가 되고 있다. 유전적 소인이 중요한 건강결정요인이기는 하지만 이것에 의한 영향은 매우 느리며 또한 상당 부분은 환경의 영향을 받게 된다. 의료가 질병치료에 기여하지만 건강수명의 연장에 기여하는 것은 제한적이라고 평가받고 있다. 환경은 물리적, 문화적, 사회적, 경제적, 정치적 및 심리적 인 것을 포괄하는 개념으로 이해하여야 한다. 이런 맥락에서 건강의 근본적인 결정요인 즉 사회적 결정요인에 대한 관심이 증대되고 있는 것이다. 세계보건기구에서 제시하고 있는 건강의 사회적 결정요인 10가지는 초기성장배경, 가난, 약물남용, 작업환경(직업환경), 실업, 사회적 지지, 먹거리, 교통, 사회경제적 지위 및 스트레스이다. 이들 결정요인에 대한 대책을 제시하지 않는 한 건강증진의 목표는 달성되기 어려울 것이다. 따라서 건강증진사업은 사회적 건강결정요인에 초점을 두어야 한다.

건강증진은 질병예방에서부터 사회전체의 체계와 하부구조를 변화시키는 것에 이르기까지 다양한 스펙트럼을 가지며 이는 김대희 교수가 설명한 것에서도

잘 알 수가 있다. 하류에서부터 상류에 이르기까지 어떤 노력들이 있을 수 있는 지는 그림에서 쉽게 알 수가 있다. 중요한 것은 사회적 건강결정요인을 다루기 위해서는 하류나 중류에서의 노력으로 될 수 있는 것이 아니라 상류에서의 노력이 있어야 한다는 것이다.

Figure 3.1 Framework for health promotion actions

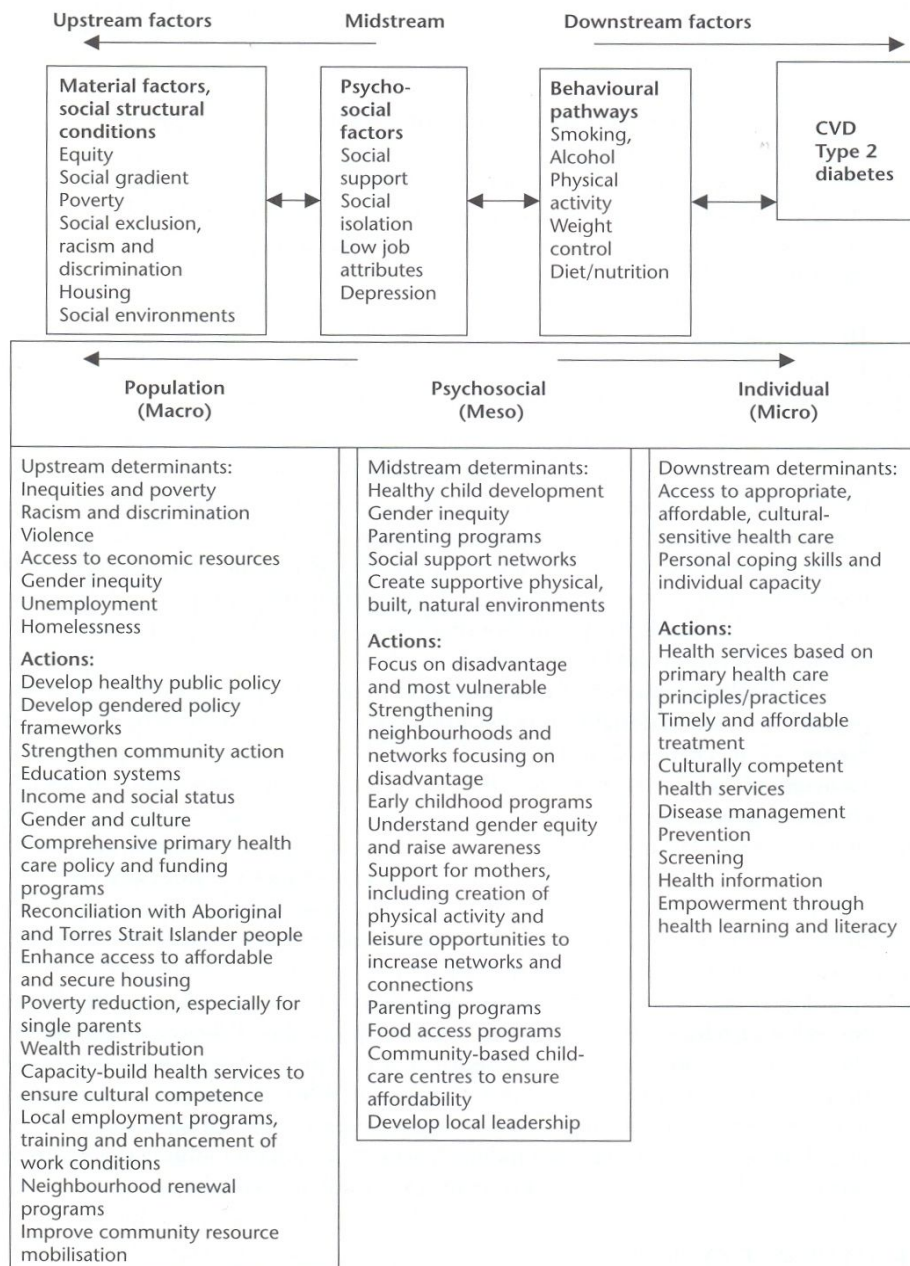


Source: Keleher & Murphy 2004: 160

오늘날 우리가 가지고 있는 건강문제(10대 사망원인: 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 자살, 운수사고, 간질환, 만성하기도 질환, 고혈압성 질환 및 폐렴), 건강불평등문제, 저출산고령화 문제를 해결하려면 중 하류에서의 노력만으로 한계가 있으며 또 다른 문제(의료비 증가와 건강불평등의 심화와 같은)를 초래하게 된다는 인식에서 새로운 패러다임 즉 건강증진이 필연적이라고 볼 수 있다. 기존의 보건문제 해결을 위해서는 현재의 보건의료시스템으로는 해결되지 않기 때문에 새로운 패러다임이 필요하다는 것이고 이는 결국 상류에서의 노력이 필요하다는 것을 의미한다. 그렇다고 중 하류의 노력이 전혀 필요하지 않다는 것을 주장하는 것이 아니라 상류에서부터 하류에 이르기까지 활동이 포괄적으로 이루어져야 한다는 것을 의미한다. 한 가지 사례를 살펴보면 다음 그림과

같다. 심혈관질환과 당뇨병을 해결하기 위한 우리의 노력은 개인적 수준에서의 행동변화에 초점을 맞추어져 있지만 심리사회적 및 사회구조적인 요인들을 해결하지 않으면 행동변화도, 심혈관질환 및 당뇨병으로 인한 문제도 근본적으로 해결이 되지 않을 것이라는 것을 알 수가 있다.

Figure 4.2 Pathways for CVD-diabetes: determinants and interventions



Source: Dahlgren & Whitehead 1991

위 사례는 우리가 가지고 있는 보건문제는 개인적 수준에서의 행동과학적인 노력만으로는 한계가 있는 것이고 인구집단(population) 수준에서의 사회 생태학적 접근으로 해결되어야 한다는 것을 입증하는 것이다. 사회 생태학적 접근을 하지 않는 한 건강증진은 효과성과 지속성을 확보할 수 없다.

건강증진사업은 근거중심의 정책이 되어야 한다. 효과성이 인정된 사업을 하지 않는 한 건강증진사업을 위한 자원은 동원되기가 어렵다. 정치, 사회, 경제 및 문화적 환경을 개선하려고 하는 것은 이해관계를 가진 반대에 부딪힐 수밖에 없고 따라서 이를 설득하려면 근거와 논리가 제시되어야만 한다.

2. 우리는 어디에 있는가?

우리나라의 건강증진사업은 건강행태개선사업을 정부가 주도적(top down 방식)으로 추진하는 것으로 요약할 수 있다. 금연, 절주, 운동, 영양을 주제로 건강위험행동을 개선하기 위해 노력하고 있으며 결국 이는 중류에서의 노력에 해당된다고 볼 수 있다. 그림 3.1에서 보면 Health Education & Empowerment에 해당된다고 볼 수 있다.

보건소가 주민(보건소에 잘 오거나 올 수 있는 주민만)들을 상대로 화려하게 치장한 보건교육(효과성은 묻지마 접근) 또는 건강증진서비스(금연 클리닉, 운동프로그램 제공 등)를 제공하는 것에 집중하고 있는 것이 우리 건강증진사업의 전부라고 보아도 과언이 아니다. 주민들의 보건문제에 관한 자발적인 문제 인식에서 지역사회 자원을 동원하고 건강행태개선 뿐만 아니라 근본적인 원인이 되는 문제를 해결하기 위하여 연대하고 옹호하는 접근은 전혀 없다고 해도 과언이 아니다.

건강행태개선사업을 완전히 성공했다고 하면 우리가 안고 있는 건강문제 중, 어떤 것이 해결될 수 있을까? 사망원인 10위중에서 어떤 문제가 해결될 수 있을까? 사실은 건강위험행동의 근본원인이 해결되지 않는 한 아무 것도 해결되

지 않을 지도 모른다.

보건소에서 나누어주는 금연패치 덕분에 금연한 근로자가 스트레스가 많은 직장에서, 언제 해고될지 모르는 상황에 떨면서 야간근무하고 있고 가족은 해체되어 사회적 지지도 별로 없고 집값 폭등으로 상대적 박탈감에 사회 양극화를 통분하고 있는 상황이라면 얼마나 금연을 유지할 수 있을 지? 금연을 유지한다고 하더라도 이런 사회 심리적 조건에서 건강을 유지할 수 있고 조기사망하지 않을 수 있을까?

건강증진사업은 보건복지부의 사업에 한정되어 있다. 보건복지부의 업무에 속하지 않는 건강결정요인은 건강증진사업에 포함되지도 않는다. 대표적으로 사망사고 6위에 해당되는 운수사고 감소를 위한 보건복지부 대책 또는 건강증진사업은 무엇이 있는지? 절주사업에 음주운전예방 정도가 전부가 아닐까? 의도하지 않은 사고, 폭력(성폭력), 중독(도박, 인터넷 및 게임)은 적어도 우리나라에서는 보건문제가 아니라고 표현하는 것이 더 적합할 것 같다. 최근 사고와 중독에 대해서는 관심을 가지기 시작했지만 건강증진사업과 아직은 거리가 멀다.

건강증진의 중요한 목표 중의 하나인 건강형평성은 아무 대책이 없다. 선언적으로 신국민건강증진종합계획2010에 포함되어 있을 뿐이다.

건강증진사업을 우리는 정열로만 한다. 건강증진사업의 특성 상, 프로그램의 효과성을 찾는 일, 효과성 있는 프로그램을 확산하는 일, 지역사회 연대를 조성하고 자원을 동원하는 일, 지역사회 역량을 강화하는 일, 옹호하는 일 등이 핵심이다. 이러한 일은 준비된 전문가가 여럿이 머리를 싸매고 해도 쉽지 않은 일이다.

우린 FMTP 교육만 받으면 다 할 수 있다. 보건소 직원들만 동기화 시키면 성공할 수 있다는 전제를 하고 있다. 건강증진사업지원단의 지원은 행정적인

지원에 불과하다. 사업내용에 대한 전문지식과 기술에 대한 지원은 없다고 보는 것이 옳다. 관련서적 몇 번 본 비전문가도 권위 있는 전문가가 될 수 있는 구조이다. 한 마디로 머리 없이 가슴만 가지고 건강증진사업을 한다고 볼 수 있다.

우리 건강증진사업은 효과성을 찾는 일, 근거 찾는 일에는 매우 인색하다. 몇 백억을 쏟아 부은 금연사업 중에서 다른 나라에 자랑할 만한 “효과성 있는 예방 프로그램”이 있는 지 궁금하다.

3. 어떻게 하는 것이 좋겠는가?

1) 생의학적 모형에서 벗어나 사회생태학적 건강증진 모형을 채택하여야 한다. 질병예방, 건강행태개선 뿐만 아니라 사회 문화 정치 경제 환경을 개선할 수 있도록 하여야 만이 건강증진사업은 성공할 수 있다.

2) 이를 위해서는 우선 건강에 대한 사회적 책임이 강조되어야 한다. 건강은 각자가 개인적으로 책임을 져야 하는 것이라는 의식이 바뀌지 않는 한, 건강증진사업은 개인수준의 건강행태개선만 할 수 밖에 없다. 이와 같은 변화를 위해서는 보건교육을 통한 의식화 작업이 필요하다.

3) 건강의 확보는 정부 전체의 정책과제이지 보건복지부만의 사업이 아니다 라는 인식을 정부가 가져야 한다. 이런 인식 하에서 문제해결을 위한 인력, 조직 및 예산이 작동될 수 있도록 기전을 마련하여야 한다. 건강문제를 중요한 민생 문제의 하나로 인식하는 지도자의 통찰력이 필요하며 일(문제해결) 위주로 인력, 조직 및 예산이 작동할 수 있도록 정부가 유연성을 가져야 한다. 예컨대, 음주 성폭력, 음주 무질서, 음주운전, 음주 가정폭력, 음주로 인한 기업생산성 손실 등을 비롯한 우리 사회 전반의 음주폐해를 감소 또는 예방시키기 위해서는 보건복지부, 교육인적자원부, 노동부, 국방부, 재정경제부, 여성부, 경찰청, 검찰, 국가 청소년위원회 등의 입장을 대변할 수 있는 공무원들로 TF팀을 구성

하고 총체적인 대응책을주류회사, 시민단체, 광고회사 등과 함께 협의하여 마련하고 시행하여야 한다. 소위 부문간 협력이 이루어질 수 있는 기전이 정부부처 내에 마련되어야 한다. 수평적 협력뿐만 아니라 수직적 협력도 마찬가지이다.

4) 건강문제가 중요한 민생문제이기 때문에 사회발전이 곧 건강증진이라는 인식을 정치 지도자들이 가질 수 있도록 하여야 한다. 이를 옹호하는 사회적 세력을 육성하고 연구와 옹호가 이루어져야 한다.

5) 건강증진을 통해 사회발전을 꾀하고 사회정의를 확보하려면 정부의 모든 정책결정과정에서 건강이 최우선적인 가치를 가질 수 있도록 되어야 한다.

6) 보건소 중심의 건강증진사업에서 지역사회 주민 중심의 건강증진사업으로 전환하여야 한다. 현재의 건강증진사업 체계를 전반적으로 개편하여 시민단체와 같은 민간이 지역사회에서 주도할 수 있는 건강증진사업이 되어야 한다. 사회발전의 중요한 동력으로서의 건강증진사업이 되려면 보건소에 의존하는 것은 한계가 있다.

7) 건강증진사업에 두뇌(brain)를 마련해 주어야 한다. 보건복지부가 아닌 정부의 건강증진사업 전체를 생각하고 운영하고 평가할 수 있는 기관을 마련하여야 한다. 건강증진재단의 설립이 한 방법이 될 것이다.

8) 건강증진 전문가를 육성하여야 한다. 건강증진은 사회발전을 도모하려는 것이다. 과학발전을 위해 “BK21”를 통해 전문가를 육성하였던 것처럼 사회발전 추진에 헌신할 전문가를 육성하기 위한 ”HK21”를 통해 다학제간 접근이 가능하도록 전문가 육성을 지원하여야 한다. 사회발전 없는 경제성장으로는 삶의 질이 향상될 수 없다.

9) 건강증진에 관한 사회적 담론을 증가시켜야 한다. 건강에 관한 관심이 제고

되고 있다는 이유에서 건강정보를 제공하려는 것에 그치는 것은 개인수준의 건강행태개선사업의 범주를 벗어나기 어렵다. 따라서 개인이 처한 건강문제의 근본 원인은 우리가 만든 환경에서 기인하는 것이라는 인식을 제고하기 위한 사회적 담론이 활발하여야 한다.

10) 근거 확보를 위한 모니터링과 평가에 자원을 적극적으로 투입하여야 한다. 이는 결국 투자에 해당된다. 근거와 논리는 관련 이해당사자들을 설득할 수 있는 자본이 되는 것이라는 관점에서 적극적으로 투자하여야 한다.

한국적 건강증진에 대한 인문학적 비판

조병희(서울대학교 보건대학원)

1. 건강증진의 원리

건강증진은 보건의료분야에서 패러다임의 변화를 반영하는 개념이다. 그 변화의 방향은 ‘질병 치료 중심’으로부터 ‘포괄적 건강 중심’으로의 변화이다. 이 변화가 의미하는 바는 매우 심대하다. 우선 건강에 대한 개념 정의가 확대되었고 그에 따라 건강증진사업이 전통적인 보건의료사업과는 크게 달라졌다. 흔히 WHO의 건강개념이 신체적, 정신적, 사회적 well-being(+심령적 웰빙)임을 얘기한다. 그런데 우리 사회에서는 이 말의 의미가 제대로 이해되지 않는 것처럼 보인다. 2000년에 Mexico에서 열렸던 세계건강증진회의에서 발표된 각국의 건강증진 사례를 살펴보면 다음 표와 같다.

| 국가 | 주요 건강 과제 | 건강증진 전략 |
|---------------|--|---|
| TRINIDAD | 빈곤/무지/희망 없음/양육기술 부족 | 매일 아침 청소년들 함께 언덕 오르기 |
| GAZA/ 중동 | 전쟁/분쟁/garbage | achieve regular and affordable waste collection and disposal |
| Saxony/ 독일 | 건강기업 프로젝트 | 기업별로 건강기업 프로젝트에 참여하면 의료보험료를 깎아줌 |
| 자영업여성 /인도 | health security of women self employed workers | health security와 job security 연결/capacity building/women-centered |
| 캘커타/ 인도 | street foods; 행상들의 직업 활동 보호하면서 food safety 높이기 | 등록/보조금/교육/위생급수/쓰레기 수거체계/정기식품위생검사/ |
| 나이지리아 | linking 민주주의 and 건강/ 여성 역할 강화와 참여증대 | 교육·정보제공/정치참여/기본인권교육 /women advocacy for human rights |
| Columbia | healthy development | ill-health 원인 예방/지역사회 스스로 해결/참여적 기초조사/정신보건강좌(관용, 유대, 존경 강조)/신부님의 주도 |

| | | |
|------------------|---|--|
| Walterton/ 영국 | community home; poor living condition causing asthma & bronchitis | resident control and renovation |
| 남아프리카 | 인종/계층간 건강불평등 | Equity Gage 활용; 건강형평성 지표를 각종 입법에 사용하여 형평성이 제고되도록 자문, 방문, 지원 활동 |
| Mexico | 보건교육 전략 개선 | Consensus-Action Group 결성 |

Source: Compendium of Case Studies. 5th Global Conference on Health Promotion. Pan American Health Organization.

이 표에서 확인할 수 있는 사항은 각국이 처한 사회경제적 상황이 다르고 건강문제의 구조가 다르며, 따라서 건강증진의 목표 또한 다르게 설정된다는 점이다. 나이지리아에서는 비민주주의/권위주의 하에서 속박 받는 여성들의 지위를 개선하는 것이 건강증진의 길이 되고, 영국의 Walterton 지역에서는 19세기에 지어진 낡은 주택에 사는 것 자체가 각종의 호흡기 질환을 유발하기 때문에 주택 시설을 개량하는 것이 건강증진의 과제가 된다. 백인들에 의한 흑인차별이 심했던 남아프리카는 계층-인종간 건강불평등 개선이 중요과제가 되고 있고, 영세빈민들이 많은 인도 캘커타에서는 거리에서 음식 행상을 하는 수많은 사람들이 있고 이들의 영업권을 인정/보호하면서 어떻게 하면 위생적인 음식을 제공하도록 할 것인가의 여부가 중요한 건강정책 과제가 된다. 즉 불건강(ill-health)을 야기하는 요인이 사회적 환경적 맥락에서 광범위하게 규정되고 있다. 그들의 삶과 유리된 채 의학적 관심에서 출발하여 건강문제가 규정되기보다는 그들의 생활방식과 삶의 구조로부터 문제가 찾아지고 규정된다.

또 다른 중요한 시사점은 지역사회와 주민의 참여와 자조 정신이 건강증진 정책의 핵심 전략이라는 점이다. 예를 들어 트리니타드에서는 청소년들이 함께 아침에 언덕에 오르며 희망을 마음속에 새기는 것이 건강증진 전략이 되고 있다. 컬럼비아에서는 지역사회 발전을 위하여 주요 당사자들이 모두 참여하는 기초조사를 통하여 문제에 대한 합의를 도출해내는 과정을 거치고 있다. 가자 지구의 쓰레기 수거사업이나 독일의 건강기업 사업도 당사자들이 참여를 유도하는 것 자체가 사업의 중요한 출발점이 된다.

2. 한국의 건강증진 비판

한국의 건강증진사업이 갖는 가장 큰 특징이자 문제점은 과거의 의학적 패러다임이 변화하지 않은 채 건강증진이 의학적 모형이 적용되고 있다는 점이다. 우선 건강문제를 규정하고 사업대상을 선정하는 것 자체가 전문가들에 의하여 이루어지고 있다. 흡연, 음주, 영양, 운동, 구강보건, 질병예방 등 법에 정해 있거나 실제 국가적으로 추진되고 있는 건강증진 사업들은 지역/주민/당사자들이 참여하면서 스스로 문제라고 느끼면서 사업이 만들어지는 경우가 매우 드물다. 우리에게서 건강증진의 대상영역이 거의 공식화되거나 교과서화 된 채 수입되고 적용되었을 뿐이다. 그러다보니 정작 당사자나 지역 주민은 아직도 사업의 대상으로만 존재하고 있다. 그들의 삶 자체와 연결되기보다는 외생적 기준에 의하여 문제가 규정되고 따라서 대상자들은 자신의 의지가 아닌 타의에 의하여 설득되어 건강에 문제가 되는 행동을 하는 사람이 되어버린다. 건강증진의 원리는 자발성을 원칙으로 하지만 우리의 건강증진은 권위주의가 지배하고 있다. 권위주의 전략 하에서 시민들은 개별화된 대상으로 존재할 뿐이다.

그동안 정부가 주력사업으로 추진했었던 것이 금연사업이다. 수백억원의 돈을 사용하여 건강증진을 추진했었던 점 자체는 획기적인 일이었다. 그런데 과연 흡연이 우리 국민의 제1의 건강문제라고 할 수 있을까? 한국인의 흡연율이 높고 또 의학적으로 흡연이 유발하는 건강영향이 크기 때문에 주요 건강문제라고 할 수도 있다. 그런데 건강증진에서 중요한 것은 문제의 인식이나 규정부터 당사자들의 participation이 필수적이라는 점이다. 이 과정이 생략되면 그것은 건강증진이라기보다는 (예방)의학일 뿐이다. 건강증진을 1·2·3차 예방으로 환원시켜 생각하는 경향이 있는 우리나라에서는 이러한 문제제기 자체가 생소한 일이 되고 있다.

의학의 관점을 벗어나면 곧바로 다른 세계가 보인다. 청소년 건강을 악화시키는 제1의 주범은 대학입시이다. 대학입시 때문에 청소년들이 제대로 먹지도 자지도 못하고 뛰어놀지도 못하며 심각한 자살충동을 느끼게 된다면 대학입시 개선이 제1의 건강증진 과제일 수밖에 없다. 많은 남성(가장)들에게는 job insecurity가 제1의 건강문제가 된다. 그 때문에 남성들은 과도하게 경쟁하고, 싸

우고, 고민하고, 불안해한다. 음주와 흡연은 그 부산물에 불과하다. 중년여성들에게는 역할/자아 상실로 인한 정신건강 문제가 주요한 건강문제가 된다. 만일 당사자들을 참여시켜 차근차근 자신의 삶과 건강을 천착해 들어가면 음주나 흡연 자체보다도 더 심각한 불건강의 근원에 쉽게 합의할 수 있다.

건강증진 운동의 배경에는 신자유주의적, 초국적 자본주의가 확대되면서 지역사회의 사회경제적 불안정성이 높아지는 상황에서 지역에 내재된 잠재력을 확인하고 활용하여 사회적 연대를 제고하고 이를 이용하여 지역문제의 해결과 발전을 기하며 건강은 그 과정에 통합시켜 달성하자는 생각에서 비롯되었다. 그렇지만 우리의 건강증진은 이러한 역사적 철학적 맥락에 대한 고려가 깊지 않았다. 그러다보니 건강증진사업은 보건의료전문가들에 의해 추진될 수밖에 없었고 예방의학의 노하우에 근거할 수밖에 없었다. 건강증진 전략개발을 위하여 발주한 중장기 연구프로젝트가 모두 의과대학에 배정된 것은 이를 상징적으로 보여준다. 지역사회 참여는 “있으면 좋은” 변수의 하나일 뿐이고, 그것조차 의과대학에서 개발하는 것이 가장 믿을만하다는 신념이 존재하는 것처럼 보인다. 그럴 수밖에 없는 것이 현재의 건강증진사업은 개별화된 개인의 문제에 치중하고 있을 뿐 건강을 집합적인 문제, 우리들의 문제로 인식하게 만드는 과정이 거의 생략되어 있다. 이런 모형과 방법론에서는 의학적 방식이 최선의 대안이 될 수밖에 없다.

건강증진 전문가들은 이구동성으로 건강증진기금 사용의 문제점을 지적한다. 대표적인 것이 기금의 대부분이 건강보험의 부족분을 메우는데 사용된다는 점이다. 그런데 기획예산처나 경제 관료들, 그리고 여기에 영향을 미치는 정치가들을 어떻게 설득한 것인가에 대한 담론은 마련되어 있지 못하다. 만일 기금 전액을 건강증진에 사용하면 국민건강/삶의 질에 획기적인 개선이 있을 것이라면 당연히 건강증진 전문가들은 이를 위해 싸워야 한다. 이 과정 자체가 건강증진이다. 그런데 이런 부분은 왜 중장기 프로젝트가 안되는가? 건강증진 담론과 실행의 주류를 형성하고 있는 의과대학에서는 왜 이런 점은 놓치고 있는가? 만일 건강증진 시민사회운동과 결합되어 추진되었다면 이 문제가 상당히 일찍 해결되었을지도 모른다. 사실 건강증진은 시민사회가 스스로 주역이 되어 추진

해야 하고 전문가들은 뒷전에 물러나 지원하는 역할에 머물러야 한다. 보건의로 전문가들 스스로가 담론을 독점하고 실행을 주도하는 현재의 상황에서는 이러한 예산조달의 모순구조를 깨뜨리기가 어렵다.

3. 제언

우리에게 필요한 것은 (의료)전문가 중심주의로부터의 탈출이다. 시민사회는 부족하지만 스스로 자기역량을 개발하고 삶의 질을 높이려는 의지가 분명히 존재한다. 모든 과제설정은 주민들의 participatory research로 이루어져야 한다. 설사 그들에게 예산을 지원한 후에 그들이 건강증진 사업에서 음주, 흡연, 영양, 구강보건을 빠뜨리고 다른 것을 목표 삼아 추진하다고 하더라도 이를 감내할 용기가 필요하고 융통성이 필요하다. 지역사회 주민조직/모임을 발굴하고, 네트워크를 만들고, 그 네트워크가 중심이 되어 건강증진사업을 추진하도록 건강증진의 철학과 예산배분 및 평가방식이 변화될 필요가 있다. 건강증진은 절주와 금연을 하는 사업이 아니라 우리의 삶의 질을 높이는데 스스로 나서도록 하는 철학이자 방법론을 말한다. 그러한 철학이 빈약할 때 건강증진은 “당신들의 천국”에 불과할 뿐이다. 단지 예산을 건강사업에 “투자”한다고 되는 일은 아니다. 더디고 늦더라도 건강증진을 많은 시민들이 “우리(we)의 현실(reality)”이 되도록 노력해야 한다.

건강증진사업 활성화를 위한 조직 강화 및 건강도시 지원

남은우(연세대학교 보건행정학과)

1. 건강증진사업 내용에 대하여 영국의 학자는 보건교육(health education)과 건강한 공공정책(healthy public policy) 수립이 핵심이라고 주장하고 있다. 즉, 건강증진이 성공하기 위해서는 보건교육이 잘 실시되어야 하고, 건강한 공공정책이 수립되어야 함을 의미한다. 그러면, 누가 이러한 일을 담당하여야 할 것인가? 많은 사람과 많은 직종의 사람이 이 일을 담당하여야 하나, 전문 직종으로는 보건교육사를 들 수 있고, 담당행정부서로는 보건교육과 및 건강증진과가 될 것이다.

2. 그러나, 건강증진사업이 활성화되기 이전에 이미 보건복지부내의 부서명칭으로 보건교육과가 있었고, 최근 까지도 건강증진국이 있었으나, 최근에는 이 부서 명칭이 없어진 것은 건강증진사업 추진 주무부서의 역량이 약화된 것으로 이해 될 있다. 따라서, 건강증진사업 활성화를 위해서는 보건복지부내에 건강증진사업본부설치하고, 보건교육팀, 건강증진정책팀을 설치할 것을 제안한다. 중앙정부 조직에 보건교육과와 건강증진팀이 없으니, 중간자치단체의 부서 명칭에도 건강증진국(과)이 없는 것은 당연하고, 하부 조직인 보건소에도 보건교육과 또는 건강증진과가 없는 보건소가 많고 건강증진 사업추진의 위상이 약한 것이다.

3. 정부는 자치단체의 건강증진사업 추진 의지를 조장하고, 촉진할 정책을 개발하여야 할 것이다. 전국의 지방자치단체장의 정책 의지가 있으면, 보건소의 건강증진사업이 활성화 될 수 있고, 장별 접근이 쉽게 추진될 수 있기 때문이다. 따라서, 중앙정부는 지방정부의 이러한 행정 분위기를 이해하고, 지방정부를 지원할 건강증진 사업 환경을 조성하여야 할 것이다. 이러한, 건강환경 조성

합한 사업으로는 2008년 1월 현재, 27개 자치단체가 자발적으로 추진 중에 있는 건강도시(healthy cities) 사업이다. 건강도시사업은 종합적인 건강증진사업 접근전략으로 평가 받고 있다.

건강증진사업을 위한 보건교육정책에 대한 평가와 과제

박순우(대구가톨릭대학교 의과대학)

LaLonde의 건강의 장 개념에서 건강을 결정하는 요인인 생물학적 요인, 보건 의료 서비스, 건강행태, 환경 중에서 가장 큰 비중을 차지하는 것이 생활양식이고, 또한 생활양식을 바꾸는 것이 가장 비용-효과적인 방법이라는 것은 잘 알려져 있다. 생활양식을 바꾸기 위한 전략으로서 가장 중요한 것이 보건교육이고 따라서 보건교육은 건강증진을 위한 핵심개념이 되는 것이다.

건강증진을 위한 보건교육 대상은 앞서 주제발표에서와 같이 학교, 산업장, 지역사회, 그리고 보건의료기관 등의 생활터가 있으나 그 중에서 가장 중요한 것이 학교라고 생각한다. 최근 인구구조의 고령화로 인한 노년부양비의 증가와 저출산으로 인한 인구성장 둔화 및 생산연령층의 감소로 인해 국가경쟁력 유지 및 제고를 위한 인구의 질적 수준 향상이 매우 중요한 국가 과제로 대두되고 있다. 인구의 질적 수준을 향상하기 위해서는 국민의 건강이 최우선적으로 확보되어야 한다는 것은 논란의 여지가 없다. 최근 우리나라 국민의 주 사망원인이자 건강수명을 단축시키는 장애의 중요한 원인이 되는 각종 만성질환은 건강행태와 매우 밀접한 관련성이 있으며, 그러한 건강행태와 성인기 질환의 위험요인은 이미 청소년기 이전에 싹트기 시작하는 경우가 많다. 따라서 청소년 시기에 잘못된 생활습관을 교정하고 건강한 생활을 하도록 하는 것은 국가보건문제의 해결을 위해 매우 중요하다.

이점에 대해서는 이미 여러 기회를 통해 이야기가 있었고 정부의 관련부서에서도 충분한 공감을 하고 있으리라 생각된다. 그러함에도 불구하고 아직 국가정책적으로 학교보건사업이 우선순위를 확보하지 못하고 있는 이유는 어린이, 청소년의 불건강 행태의 결과가 당장 가시적인 문제점으로 나타나는 것이 아니고, 문제점을 인식한다 하더라도 우선 학업성적 위주의 교육에 치중하다보니 상대적으로 관심을 덜 갖게 되는 것이 크다고 할 수 있다. 이점에 대한 책임은

정부당국 뿐만 아니라, 학부모, 학교당국 모두에게 있다고 생각한다. 그러나 어린이, 청소년 시기의 건강행태가 나중에 성인이 되었을 때의 건강문제의 시발점이 된다는 것을 알면서도 이를 방치한다는 중대한 직무유기라고 생각한다. 그리고 건강증진학교의 목적 중의 하나가 학생들의 학업능력 향상에 있고 교육 현장에서 智·德·體를 강조하고 있음에도 불구하고, 학생들의 건강문제를 학습 활동 때문에 소홀히 한다는 것은 다시 말해 학생건강증진 활동이 학업을 방해한다는 논리나 마찬가지로 도저히 납득하기 어려운 이유이다.

지금부터라도 학교에서의 보건교육 강화를 위한 구체적인 대책을 수립하여야 하며 이는 국가정책 측면에서 충분한 투자가치가 있는 것이라고 생각된다. 단, 보건교과목 신설이나 확대 등의 단순한 물리적인 조치만으로는 한계가 있을 것이며, 청소년의 건강행태는 다른 일상생활의 사회행동과도 밀접한 관계가 있음을 고려하여 전인적이고 포괄적인 접근이 필요할 것이다. 다시 말해 건전한 건강행태를 유지하기 위해서는 보건학적인 접근만으로 한계가 있고 다른 일상생활기술의 교육도 병행되어야 한다. 이에 보건교사는 타 과목교사들의 참여를 유도하여 건강증진을 달성할 수 있는 리더 역할을 할 필요가 있고 이를 위한 스스로의 역량강화 및 제도적인 뒷받침이 필요할 것이다.

산업장이나 지역사회에서의 보건교육도 매우 중요하지만 이들 생활터에서 활동하는 사람들이 질병을 진단받고 치료를 받는 의료기관에서의 보건교육도 상당한 의미를 갖는다고 할 수 있다. 의료기관에서 이루어지는 의료인의 간단한 상담과 조언은 환자나 그 가족에게 누구보다도 더 큰 영향력을 미칠 수 있고 이는 환자의 예후향상과 치료비 절감, 그리고 삶의 질 향상으로 이어질 수 있다. 이는 국가 차원에서 보면 국가의 국민의료비 절감을 위해 매우 중요한 것으로 역시 정책차원에서 독려를 하고 지원을 할 필요가 있다. 의료기관에서의 보건교육은 지금까지 개별 의료기관의 활동에 거의 맡겨놓다시피 하였고 그에 대한 보상책도 현실성이 없는 상화이다. 그러나 외국의 경우 의료기관에서의 보건교육에 대한 비용-효과 분석이 여러 사례에서 이루어져 있으므로 우리나라에서도 적극적으로 지원을 할 필요가 있다.

보건교육의 목적은 궁극적으로 상대방의 행동을 바꿀 수 있어야 하므로 교육

의 방법이 매우 중요하며 따라서 교육을 제공하는 교육자의 역할이 가장 중요하다고 할 수 있다. 각 대상자와 상황에 맞는 전문교육사를 양성하는 것이 중요한데 이는 기존 보건교육사 제도를 적극적으로 활용할 필요가 있다. 단, 기존 보건교육사 과정을 수료한 사람들이 실제 현장에 투입되었을 때 얼마나 역량을 발휘할 수 있을지에 대해서는 좀 더 엄격한 검증과정이 필요할 것으로 생각되며 특히 학교나 의료기관과 같이 매우 전문적인 지식과 접근방법이 필요한 경우에는 기존 전문가에게 보건교육의 기법을 훈련하도록 하는 방법이 효율적이라고 생각된다.

Session 2

건강증진기금의 확보 및 활용방안

보건의료부문의 자원 확보방안

/ 정영호(한국보건사회연구원)

건강투자를 위한 기금운용의 거버넌스와 관리시스템

/ 최병호(한국보건사회연구원)

외국의 건강증진기금의 운영체계 및 활용

/ 정애숙(건강증진사업지원단)

보건의료부분의 재원 확보방안

정영호(한국보건사회연구원)

건강투자를 위한 기금운용의 거버넌스와
관리시스템

최병호(한국보건사회연구원)

외국의 건강증진기금의 운영체계 및 활용
정애숙(건강증진사업지원단)

토론자료

류근혁(보건복지부)

김진현(서울대학교)

김동섭(조선일보)

