제4차 국민건강증진종합계획 추진을 위한 정책 방향과 과제
: 건강생활실천 및 만성질환 관리를 중심으로[1)]

Health Plan 2020: Promotion of Health Behaviors and Prevention of Chronic Diseases

김동진 | 한국보건사회연구원 부연구위원

국민건강증진종합계획은 중앙정부 및 지자체에서 실시하는 건강증진사업의 목표와 사업의 성과를 측정할 수 있는 지표를 제시하므로 없어서는 안 될 중요한 계획으로 자리매김하고 있다. 그럼에도 불구하고 세부적으로는 계획의 수립이나 실행 과정에 대한 문제점들이 많이 지적된다. 이 글의 목적은 국민건강증진종합계획이 종합계획으로서의 정체성을 갖추어 우리나라 건강증진사업의 근거로서 위상을 정립하고 실효성을 제고하기 위해 앞으로 보완되어야 할 점을 살펴보는 데 있다.

1. 들어가며

국민건강증진종합계획은 국민건강증진법 제4조에 따라 국민 건강증진과 질병 예방을 위해 5년마다 수립하는 국가 차원의 건강증진 로드맵이다. 그동안 국민건강증진종합계획 수립에는 항상 시대적인 배경과 그로 인한 정책 환경 변화가 있었다.

담배 한 갑당 2원씩 부과되던 국민건강증진부담금이 2002년 2월 150원으로 인상되면서 국민건강증진기금을 활용한 건강증진정책 수행 가능성이 높아져 2002년 제1차 계획(2002~2005)이

1) 이 글은 '김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015), 제4차 국민건강증진종합계획 수립방향'을 재구성한 것임. 이 글은 제4차 계획의 장점을 나열하거나 긍정적인 측면을 부각하기보다는 부족한 점을 중심으로 앞으로 보완되어야 할 내용을 주로 제시하고 있음. 제5차 계획으로 가는 과정으로서 제4차 계획은 분야별로 많은 보완 사항들이 지적될 수 있으나 이 글의 범위는 건강생활실천 및 만성질환 관리 분야로 한정되어 있다는 점에 유의할 필요가 있음.

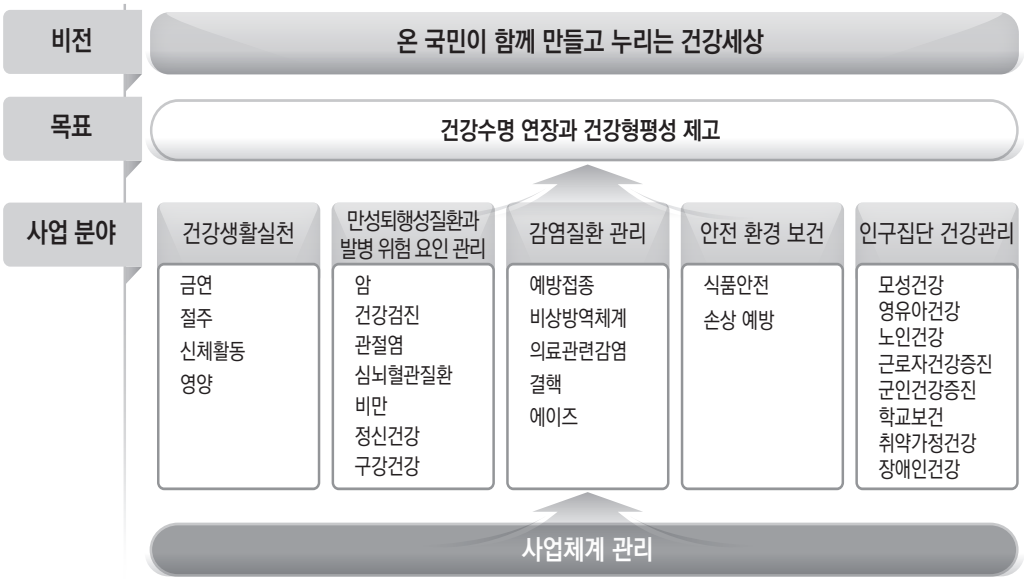
수립되었다. 당초 5년 계획이던 제1차 계획은 정책 환경 변화로 인해 3년 만에 종료되고 2005년 제2차 계획(2006~2010)이 수립되었다. 2004년 12월 국민건강증진부담금이 354원으로 다시 인상되어 건강증진사업이 더욱 확대될 수 있는 여지가 생겼고, 인구 고령화와 질병 구조의 만성화가 2002년 당시 예상보다 매우 빠르게 진행되어 예방을 중심으로 한 건강증진사업 확대의 필요성이 제기되었기 때문이다.

제2차 계획에서는 사업의 내용 측면에서 진전이 있었다. 특히 사업의 범위가 확대돼 보건복지부 외에도 교육부와 고용노동부에서 수행하는 사업까지 포함되었다.

2010년 제3차 계획에서는 정부의 의지에 따라 새로운 시도가 추가되었다. 건강증진사업의 효과가 장기간에 걸쳐 나타나기 때문에 5년간의 계획으로는 그 효과를 충분히 평가하기 어렵다는 판단하에 계획 단위를 5년에서 10년으로 확대해 수립하였다. 아울러 교육부, 고용노동부, 국방부 등 관계 부처의 참여가 더욱 확대되었다.

2015년 수립된 제4차 계획(2016~2020)은 제3차 계획의 중간 수정 형태로 수립되었다. 제3차 계획이 10년간의 장기 계획인 만큼 5년 동안의 계획 추진 결과를 평가하여 지표를 수정하거나 과제를 조정하는 등 나머지 5년 동안의 사업 방향을 수정·보완하는 것이 주요 목적이라고 할 수 있다. 그렇기 때문에 제4차 계획은 제3차 계획에서 설정한 방향을 유지하되 평가 결과에 근거

그림 1. 제4차 국민건강증진종합계획의 기본 틀



자료: 보건복지부(2015). 제4차 국민건강증진종합계획. p.34.

하여 미흡한 부분을 강화하는 방식으로 추진되었다. 특히 종합계획 방향 설정의 근거를 제3차 계획에서와 같이 세계보건기구(WHO)의 건강 및 건강증진 정의에 두고 있다는 점이 제3차 계획과 가장 유사한 점이라고 할 수 있다. 반대로 소비자 중심의 건강증진서비스 제공 강화, 건강형평성 제고를 위한 건강 격차 모니터링 지표 보완, 성과지표의 산출 가능성 제고 등은 제3차 계획에서 보완된 차이점이라고 할 수 있다.

이렇게 수립된 제4차 계획의 비전은 "온 국민

표 1. 제4차 국민건강증진종합계획 대표지표 현황

과제		대표지표	2008년 기준치	2013년 현황	2020 목표치
1	금연	성인 남성 현재흡연율	47.7%	42.1%	29.0%
		중고등학교 남학생 현재흡연율	16.8%	14.4% (2015, 11.9%)	9.0%
2	절주	성인 연간 음주자의 고위험 음주율	남자 28.4% 여자 8.4%	남자 22.5% 여자 7.2%	남자 19.0% 여자 5.1%
3	신체활동	유산소 신체활동 실천율	-	57.1% (2014)	62.8%
4	영양	건강식생활실천율[1]	30.2%	35.6%	48.6%
5	암 관리	암 사망률[2]	103.8명	90.4명	82.3명(2019)
6	건강검진	일반(생애) 건강검진 수검률[3]	64.3%	72.2%	80.0%
7	심뇌혈관질환	고혈압 유병률	26.9%	27.3%	23.0%
		당뇨병 유병률	9.7%	11.0%	11.0%
8	비만	성인 비만 유병률	남자 35.6% 여자 26.5%	남자 37.6% 여자 27.5%	남자≤37.0% 여자≤27.0%
9	정신보건	자살 사망률 감소[2]	26명	28.5명	20명
10	구강보건	아동청소년 치아우식 경험률(영구치)	61.1% (2006)	57.3% (2012)	45.0%
11	결핵	신고 결핵 신환자율[2]	78.9명 (2011)	71.4명	39.5명
12	손상 예방	손상 사망률[2]	61.7명	61.3명	56.0명
13	모성건강	모성 사망비(출생 10만 명당)	12명	11.5명	9명
14	영유아	영아 사망률(출생아 천 명당)	3.4명	3.0명	2.8명
15	노인건강	노인 활동 제한율[4]	11.4%	6.9% (2014)	6.5%

주: 1) 지방, 나트륨, 과일/채소, 영양표시 4개 지표 중 2개 이상을 만족하는 인구 비율.
2) 인구 10만 명당.
3) 건강보험 적용자.
4) 일상생활수행능력(ADL) 장애율.
자료: 보건복지부(2015). 제4차 국민건강증진종합계획. p.38.

이 함께 만들고 누리는 건강세상", 목표는 "건강수명 연장과 건강형평성 제고"로 제3차 계획과 동일하게 설정되었다. 이들 목표를 달성하기 위한 사업 분야는 건강생활실천 확산, 예방 중심의 상병 관리, 안전 환경 보건, 인구집단별 건강관리, 사업체계의 확충과 효과적 관리로, 제3차 계획과 거의 동일하게 설정되었다.

다만, 중점 과제는 제3차 계획의 평가 결과를 고려하여 집중, 강화가 필요한 과제 중심으로 통합되었으며, 그 결과 건강생활실천 확산, 예방 중심의 상병 관리, 안전 환경 보건, 인구집단별 건강관리 분야 등 6개 분야, 27개 과제를 선정하였다.

제4차 국민건강증진종합계획의 대표지표는 제3차 종합계획의 대표지표를 기본으로 하되 건강증진정책의 세계 동향에 따라 투입지표보다 산출(결과)지표 중심으로 개선하고 청소년 건강(흡연율)을 반영하는 지표를 추가하였다. 또한 목표 달성률 및 2020년 달성 예상도, 관련 정책 추진 방향 등을 고려하여 중앙위원회 및 분과위원회의 심의를 거쳐 15개 중점 과제, 19개 대표지표를 선정하였다.[2)]

국민건강증진종합계획은 중앙정부와 지자체에서 실시하는 건강증진사업의 목표와 사업의 성과를 측정할 수 있는 지표를 제시한다는 점에서 없어서는 안 될 중요한 계획으로 자리매김하고 있다. 그럼에도 불구하고 세부적으로는 계획의 수립이나 실행 과정에 대한 문제점들이 많이 지적되고 있다. 특히 종합계획에 알맞지 않은 낮은 위상, 보건과 복지를 넘어선 타 부문과의 연계 미흡, 그리고 사업을 실행할 전담 조직이 보건소 외에는 없다는 점 등은 국민건강증진종합계획이 해결해 나가야 할 대표적인 문제점이라고 할 수 있다.

이 글의 목적은 국민건강증진종합계획이 종합계획으로서의 정체성을 갖추어 우리나라 건강증진사업의 근거로서 위상을 정립하고 실효성을 제고하기 위해 앞으로 보완되어야 할 점을 살펴보는 데 있다.

2. 제4차 국민건강증진종합계획의 현황 및 개선 방향[3)]

가. 건강생활실천

1) 현황 및 문제점

2013년 WHO에서 발간한 '만성질환 예방과 관리를 위한 글로벌 액션 플랜(Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020)'에서는 만성질환 예방을 위한 '글로벌 타깃'으로 알코올 사용 감소, 불충분한 신체활동 개선, 나트륨 섭취 감소, 흡연율 감소를 제시하는 동시에 만성질환 예방과 통제를 위한 금연, 음주, 영양, 신체활동에 대한 대책을 강조하고 각 국가에서 이를

2) 보건복지부(2015). 제4차 국민건강증진종합계획. p.37.
3) 이 글에서는 제4차 계획의 5개 사업 분야 중 건강증진과 관련된 분야인 건강생활실천, 만성질환 관리 분야로 한정하여 기술하였음.

우선순위로 두어 시행할 것을 요구하고 있다.[4)]

건강계측·평가연구소(Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME)에서 발표한 우리나라 건강 위험 요인의 질병 부담 기여율에 대한 결과를 보면 식이 요인, 알코올과 약물 사용, 흡연과 같은 생활행태 요인들의 질병 부담 기여율이 높은 것으로 나타났다.[5)] 2010년 세계 질병 부담 연구(Global Burden of Disease Study)에 의하면 우리나라 만성질환의 건강 위험 요인은 부적절한 식이, 흡연, 알코올 사용, 고혈압, 고혈당, 비만, 신체활동 부족으로 파악되었다.

이와 같이 건강생활실천에 대한 중요성이 꾸준히 강조되어 왔지만 이에 대응하는 우리나라의 국민건강증진종합계획은 아직 국가적 계획으로서의 위상을 갖지 못하고 있으며 세부 사업의 추진체계가 지나치게 보건소 중심으로 돼 있어 사업 대상이 제한적이고 사업을 확산하는 데 한계가 있다.

건강생활실천 분야는 다양한 생활 환경 요인을 고려할 필요가 있기 때문에 유관 부처나 조직 간의 연계와 협력이 중요하다. 제4차 계획에서도 이러한 중요성이 반영되어 금연 분야의 경우 사회정책적 제도 개선 및 가격정책 시행, 간접흡연으로 인한 건강 피해에 대한 지식 확산 등에서 부문 간 협력을 강조하고 있다. 절주 분야에서도 고위험 음주자 조기 선별과 상담, 중독관리센터 및 정신보건센터의 치료 지원, 알코올중독 치료병원과 지역 센터 간 상호 연계 확대와 같이 사업 조직 간의 연계를 강조하고 있다. 하지만 이러한 내용에 대한 언급만 있을 뿐 성과지표에는 이와 같은 내용이 반영되어 있지 않고 세부 사업 내용도 구체적으로 나타나 있지 않다.

이 외에도 분야별로 제기될 수 있는 문제점들은 다음과 같다. 금연 분야에서는 기존 성과지표의 타당성과 목표 달성 가능성이 인정되어 제3차 계획과 큰 차이 없이 성과지표나 사업 내용이 유지되었다. 하지만 세부 사업 추진 계획의 방향이 주로 흡연자를 대상으로 설정되어 있다는 점, 금연구역 확대와 담배 광고 제한 등이 아직 충실하게 이루어지지 않고 있다는 점 등 기존 계획의 문제점을 고려했을 때 보완의 여지가 있음에도 불구하고 실제로는 흡연자 대상의 금연사업을 일부 추가한 것에 그쳐 비흡연자의 흡연 예방이나 금연 환경 조성 사업에 대한 고려가 부족했던 것으로 보인다.

절주 분야에서는 우리나라의 음주, 절주와 관련된 지표들이 개선되는 경향을 보이고 있지만 이러한 개선이 국민들의 음주에 대한 사회문화적 인식이 변화하여 나타난 결과인지, 건강에 대한 우려 증가 혹은 국가의 절주 사업 효과로 변화한 것인지 모호하다.[6)] 또한 효과성이 입증된 '공공장소 음주 규제', '가격정책' 등이 계획에 그치

4) WHO(2013). Global action plan. World Health Organization. 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.143.

5) http://www.healthdata.org/south-korea.

6) 한국건강증진개발원(2015). 국민건강증진종합계획(2016~2020): 중점과제별 분과위원회 결과. 한국건강증진개발원: 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.145.

고, 법적·제도적 개선은 이루어지지 않아 지속적인 노력이 필요할 것으로 보인다. 음주 고위험군에 대한 사업 내용은 주로 교육과 상담서비스에 국한되어 추가 사업 개발이 필요할 것으로 보인다. 음주 고위험군 외에도 생애주기별 대상자, 저소득층에 대한 체계적인 교육과 정보 제공을 강조하고 있지만 이를 반영하는 성과지표가 없는 상태이다. 그렇기 때문에 사업의 내용과 이를 평가할 수 있는 적절한 지표를 가지고 일관성 있게 모니터링할 수 있도록 보완할 필요가 있다.

신체활동 분야에서 자료원인 국민건강영양조사의 문항이 변경된 점, 기존 3차 계획 내 성과지표 9개 중 2020년에 목표를 달성할 가능성이 있는 지표가 2개에 불과하다는 점, 그리고 신체활동 실천율이 악화되고 있다는 점 등을 고려하여 성과지표와 사업 내용을 크게 수정하였다. 제4차 계획의 세부 사업 내용을 살펴보면 '생애주기별 생활터 신체활동 프로그램 지원'은 우리나라의 신체활동 문제 해결을 위한 핵심 사업으로 볼 수 있으나 사업 실현을 위한 부문 간 협조 강화와 사업 진행을 위한 인프라 부족에 대한 보완 없이는 목표 달성이 쉽지 않을 것으로 판단된다. 우리나라에서 신체활동이 가장 부족한 집단은 학교나 직장에서 대부분의 시간을 앉아서 생활하는 청소년과 성인이다. 청소년과 성인의 신체활동 개선은 학교나 직장의 적극적인 개선 의지, 교육 및 입시정책의 변화 등이 없이는 이루어지기 힘들기 때문에 관련 부처와의 긴밀한 협조가 반드시 필요하나 이에 대한 구체적인 계획은 잘 나타나 있지 않다.

영양 분야에서는 건강형평성을 고려하여 건강식생활실천 인구 비율의 격차를 감소시킨다는 내용을 성과지표에 담고 영양소별 소득 상위, 하위 간의 적정 수준 섭취율도 성과지표에 추가하였으나 형평성 문제를 개선할 수 있는 사업 내용은 제3차 계획과 비교하여 개선되지 않았다. 또한 부처별로 영양 문제 해결을 위한 정책을 펴고 있으나 상호 연계성 없이 동일한 내용을 경쟁적으로 시행해 사업이 비효율적으로 진행되고 있다.[7] 이를 해결하기 위한 각 부처 간 협력체계 구축 방안이 구체적으로 제시되어야 할 것이다.

2) 개선 방향

건강생활실천은 개인적, 사회적, 경제적 요인 등 다양한 요인에 영향을 받기 때문에 다음과 같은 정책 방향을 설정해 노력할 필요가 있다.

첫째, 건강생활을 실천하기 위해서는 다부문 간 연계와 협력을 강화하여 체계적인 중재 전략을 세워야 한다. 지역사회 건강증진을 위한 포괄적인 접근뿐 아니라 학교, 사업장 등 생애주기별 생활터로 건강증진사업을 확산하기 위해서는 교육부, 고용노동부, 여성가족부, 식품의약품안전처, 농림축산식품부 등 각 부처와의 연계를 통한 건강증진서비스 접근성 제고와 건강한 공공정책(healthy public policy) 확대가 필요하다.

7) 김혜련(2013). 국가 영양사업과 비만예방관리에서의 부문간 연계협력 방안 탐색. 보건교육·건강증진학회지, 30(4), pp.57-67.

둘째, 지역, 전체 인구집단, 표적 인구집단, 생애주기별 접근 방식 등 다양한 접근 방식을 조합해 건강증진사업에 대한 접근성이 낮은 인구집단의 인지도와 체감도를 높여야 한다. 현재와 같이 국민건강증진종합계획이 지나치게 보건소 사업 중심으로만 추진될 경우 제한된 지역사회 주민들에게만 서비스를 제공하게 될 우려가 있으므로 위험집단에 다가갈 수 있는 다차원의 사업 접근 방식이 필요하다.

셋째, 건강증진사업의 확산을 위해 다양한 채널의 활용과 지원을 강화해야 한다. 건강에 대한 다양한 요구가 발생하고 이에 부응하기 위한 건강증진사업들이 지속적으로 증가하고 있지만 지역에서 실제로 건강증진서비스를 제공하는 역할을 담당하는 것은 대부분 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 공공 부문의 지역 보건의료기관이고, 보건기관의 예산과 인력은 한정되어 있어서 지역 주민들이 만족할 만한 성과를 얻는 데 어려움이 있다. 지역보건기관 이외에도 국립중앙의료원, 국립대병원, 지방의료원, 적십자병원 등의 국공립병원과 일반 민간병원도 보건의료사업에 일부 참여하고 있지만 주로 진료 기능에 중점을 두고 있어서 질병 예방이나 건강증진서비스는 제한적으로 이뤄지고 있다. 국민건강보험공단, 인구보건복지협회, 한국건강관리협회 등 건강증진서비스와 관련된 민간단체도 있지만 국가 단위의 계획과 연계되지 않고 독자적으로 서비스를 제공하고 있다는 한계점이 있다.

제3차 계획 수립 시에도 건강증진사업에서 민간 의료기관과의 연계·협력이 중요하다는 점을 인지하여 세부 사업으로 '민간 부문 건강증진사업 참여 확대'가 제안되었지만 구체적인 사업 수행 계획이 수립되지 않았고 실제 사업 수행에 대한 평가도 제대로 이루어지지 않았다. 인프라 분야의 다른 세부 사업으로 주민건강센터 설치 지원과 도시보건지소 설치가 있었지만 이들은 모두 보건소 중심의 건강증진서비스 제공의 틀을 크게 벗어나지 못하는 사업들이었다.

넷째, 국제적 수준에 맞춘 건강증진사업을 시행할 필요가 있다. 오타와 헌장(The Ottawa Charter for Health Promotion)에서는 건강증진을 위한 주요 활동 영역으로 (1) 건강 지향적인 공공정책 수립(Build Healthy Public Policy), (2) 지원적인 환경 조성(Create Supportive Environments), (3) 지역사회 활동 강화(Streng-then Community Actions), (4) 개인의 기술 개발(Develop Personal Skills), (5) 보건의료서비스의 방향 재정립(Reorient Health Services)을 제시하고 있다. 정책결정자들은 정책결정이 건강에 미치는 영향을 인지하고 형평성, 부문 간 협력을 고려해야 하며, 사람과 환경을 동시에 고려한 사회생태학적 접근으로 건강 수준 향상을 위한 지역사회의 건강증진활동을 지원해야 한다.[8] 이와 같이 국제적으로 언급된 건강증진을 위한 주요 요소들이 우리나라 건강증진종합계획 내에 포함될 수 있도록 노력하고 이러한 내용들을 평

8) 이명순(2015). 건강증진이 기반한 주요 원칙과 가치. 보건교육·건강증진학회지, 32(4), pp.1-11.

가할 수 있는 근거를 마련해야 한다.

나. 만성질환 관리

1) 현황 및 문제점

제3차 계획에서 제시되었던 심뇌혈관질환 지표 중 평가가 가능한 지표는 일부였다. 심뇌혈관질환의 지표 27개 중 6개만이 성과에 대한 점검이 가능한 것이었고, 21개는 모니터링이 어려운 상황이었다. 이 지표들은 기준치 산출 방법 및 신뢰성 부족, 지표 산출 방법 합의 실패, 통계 생산 체계 미비 등의 이유로 목표 달성 여부를 파악할 수 없었다.[9] 이전 사업의 평가 결과는 향후 사업의 개선에 중요한 근거 자료가 되는데, 산출할 수 없는 지표가 다수를 차지하고 있었던 것은 실효성 있는 계획 수립의 걸림돌로 작용할 수밖에 없었다.

제4차 계획의 사업은 대체로 제3차 계획의 사업을 유지하되 여기에 심근경색에 대한 교육과 홍보가 추가되었다. 그러나 전반적으로 지표의 변화를 뒷받침할 수 있도록 사업이 변화되지 않았고 홍보 강화 단위 사업에 대한 언급이 구체적으로 나타나지 않았다. 특히 고혈압 관련 사업은 목표 달성이 어려울 것으로 전망되는 상황에서 의료기관을 중심으로 한 고혈압, 당뇨 시범사업만을 유관 사업으로 유지하고 있는 점은 소극적인 대응이라 할 수 있다. 또한 예방, 조기 발견, 치료, 재활로 구성되어 있어 1차-2차-3차의 단계적 접근이라는 측면에서는 적절하지만 단계별 사업이 유기적으로 연결되어 통합적으로 관리될 수 있는 기전이 드러나 있지 않았다. 특히 가장 비용 효과적인 접근 방안인 1차 예방을 위한 국가적 대책이 분명하지 않다는 아쉬움이 있다.

2) 개선 방향

심뇌혈관질환에 대응하기 위하여 다음과 같은 정책 방향을 고려하여 정책이나 사업을 수립할 필요가 있다. 첫째, 심뇌혈관질환이라는 개별 질환에 대한 치료적 접근으로부터 만성질환에 대한 단계적, 통합적 접근으로의 방향 전환이 필요하다. WHO에서는 심뇌혈관질환, 암, 만성호흡기질환, 당뇨를 주요 만성질환으로 보고, 이들 질환에 효과적으로 대응할 수 있는 보건의료체계를 마련하고 위험 인자를 관리하기 위해 보건뿐 아니라 전 분야의 관심을 유도하고 있다.[10] 우리나라에서도 다가오는 고령사회에 대비하기 위해서는 심뇌혈관질환을 포함한 주요 만성질환 고위험군의 건강행태를 개선하고, 만성질환자의 자가 건강관리 능력을 강화할 수 있는 통합적 접근이 필요하다.

현재 우리나라의 만성질환 대응 방식은 의료기관 중심의 접근으로 해결하려는 측면이 강하

9) 한국건강증진개발원(2015). 국민건강증진종합계획(2016~2020): 중점과제별 분과위원회 결과. 한국건강증진개발원. 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.167.

10) WHO(2013). Global action plan. World Health Organization: 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.168.

면서도 의료기관을 통한 지속적인 질환 관리가 충분히 이루어지지 않고 있다. 예를 들어 심뇌혈관센터의 인프라 확충을 위해 지속적으로 노력해 왔으나 이곳은 치료와 재활 기능을 담당하고 있어 사전 예방적 측면의 접근과 연계되거나 상호 협력이 이루어지지 않고 있다. 앞으로는 의료접근성을 확대하거나 개별 사업을 적용하는 방식을 넘어서는 단계적, 통합적 접근을 모색해야 하겠다. 제4차 국민건강증진계획에 따르면 1차 예방부터 3차 예방까지 단계적 접근을 시도하고 있다. 이것이 분절적으로 이루어지지 않도록 하기 위해서는 각각의 단계가 연계될 수 있는 수단과 통합적인 관리 주체에 대한 고민이 필요하다.

둘째, 국가 유사 계획이 통일성을 갖도록 해야 한다. 중앙정부의 종합계획으로 '제4차 국민건강증진종합계획'이 이미 시행되었고, '제3기 심뇌혈관질환종합대책'과 '만성질환 예방 및 종합계획' 등의 발표도 준비하고 있다. 이러한 국가의 관련 계획과 대책은 큰 틀에서는 흐름을 같이하는 것처럼 보이지만 상호 보완적 역할을 하기보다는 중복과 혼란을 야기할 가능성이 있다. 중앙의 목표와 계획이 지역 단위의 사업 담당자에게까지 분명한 메시지로 전달되기 위해서는 통일성이 있어야 한다.

셋째, 부문 간 연계 방안을 모색할 필요가 있다. 작게는 보건 분야 내에서의 통합 조정이 필요하다. 지금까지 진행되어 왔던 보건 분야의 사업들로는 건강보험심사평가원의 만성질환 적정성 평가, 국민건강보험공단의 검진 후 유소견자 관리, 시군구 보건소 중심의 대사증후군 관리사업, 만성질환 관리사업 그리고 지역사회 일차의료 시범 사업 등이 있다. 그러나 이러한 사업들이 크게 효과를 발휘하지 못하는 것은 관련 사업 주체가 저마다 다르고 이로 인해 분절적이고 부분적인 접근이 이루어지고 있기 때문이다.[11)]

넷째, 심뇌혈관질환을 비롯한 만성질환의 예방과 관리를 위한 목표와 사업은 평가체계를 기반으로 보완, 개선되어야 한다. 국민건강증진종합계획의 목표치 설정과 조정을 위해서는 지표를 평가할 수 있는 안정적인 기준과 자료원이 있어야 한다. 또한 목표 달성을 위해서는 사업을 제안하되 책임과 역할을 구체적으로 제시하여야 한다. 사업에 대한 평가에서는 실적 위주의 검토에 그칠 것이 아니라 전문가의 의견이나 기존 연구 결과를 인용하는 것 외에도 기존의 사업 결과를 분석하고 사업의 결과에 영향을 미치는 요인과 그 영향력을 밝히는 연구가 이루어져야 한다. 더불어 앞서 언급한 통합 담당 조직과 주체는 여러 주체가 담당하게 되는 사업들의 연계와 활성화를 위해 적절한 유인 수단과 보상체계를 마련해 지원해야 한다.

11) 윤석준(2012). 만성질환 관리제도의 올바른 방향. 대한의사협회지, 55(5), pp.414-416.

3. 국민건강증진종합계획의 향후 과제

가. 건강생활실천 확산

1) 패키지 단위 프로그램 제공

가) 생애주기별 건강꾸러미(Package Program) 제공

생애주기별 주요 건강 문제에 적절히 대응하여 국민의 건강을 유지, 증진하기 위해서는 개별 질환별로 대응하기보다는 생애주기별로 건강 유지에 필요한 서비스를 '꾸러미(package)' 형태로 제공하여 서비스의 효율성과 효과성을 도모할 필요가 있다.

표 2. 생애주기별 핵심 건강 문제

	영유아	아동·청소년	청장년	노년
초기 단계 (예방, 조기 관리 등)		- 비만 - 구강질환	- 비만	
	- 영양 부족		- 고혈압, 당뇨 등 만성질환	
치료 단계 (중증질환)	- 선천성 질환 - 신생아 치료		- 임신·출산 - 결핵	- 구강질환
		- 우울 및 자살 등 정신질환		
		- 사고 등 외상		
			- 암, 심뇌혈관질환 등 4대 중증질환	
			- 척추, 관절 등 근골격계 질환	
후기 단계 (재활, 요양, 사망 등)				- 치매

자료: 보건복지부(2015). 건강보험 중기보장성 강화계획. 일부 수정; 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.148.

표 3. 19세 이상 성인 여자와 남자의 건강위험행동 분포

[단위: %, (표준오차)]

구분	여자	남자
없음	47.1(0.71)	28.5(0.66)
흡연	2.9(0.24)	20.0(0.57)
고위험 음주	2.0(0.18)	5.7(0.31)
신체활동 부족	42.7(0.69)	16.1(0.50)
흡연+고위험 음주	0.8(0.12)	9.3(0.44)
고위험 음주+신체활동 부족	1.6(0.15)	2.8(0.22)
흡연+신체활동 부족	2.2(0.17)	12.2(0.48)
흡연+고위험 음주+신체활동 부족	0.7(0.10)	5.5(0.33)

자료: 박은자, 전진아, 김남순(2015). 성인의 복합적인 건강위험행동과 주관적 건강수준, 스트레스, 우울감의 관련성. 보건사회연구. p.146.

현재는 개인별 개별 질환이나 서비스별로 접근하는 사업 형태이나 건강위험행동을 하는 사람은 복합적인 건강위험행동을 가진 경우가 많다(표 3). 이들에게는 금연, 절주, 영양, 신체활동에 대한 종합적인 맞춤형 프로그램을 제공하는 것이 효과적이다.

따라서 보건소 등에 '건강매니저'를 배치하고 생애주기별 질병 예방 및 건강증진을 위해 제공 가능한 건강서비스 중 대상자별로 필요한 서비스를 선별하여 '건강꾸러미'를 마련, 제공할 필요가 있다(표 4).

나) 취약가구별 건강꾸러미 제공

기초생활수급자, 차상위계층, 다문화가구 등 취약가구의 건강 문제를 해결하기 위해서는 현재와 같은 개인별 접근 외에 가구를 둘러싼 건강 위해 요인을 파악하고 이에 대한 중재 방안을 다차원적으로 적용할 필요가 있다.

취약가구의 가구원들은 생활습관을 공유하고 있어 개인 단위 접근 방식으로는 불건강한 생활습관을 바꾸기 어렵기 때문에 가구 단위로 접근해 가구 전체의 식습관이나 영양 문제, 신체활동, 정신건강 등에 대한 중재를 해야 한다(표 5).

특히 이들 가구는 스스로 활용할 수 있는 자원도 부족하지만 외부 자원을 활용하기 위한 정보 역시 일반 가구에 비해 부족하므로 사례 관리를 통한 자원 연계 등의 개입이 반드시 필요하며, 필요시에는 복지서비스나 주거 환경 개선 사업 등

표 4. 생애주기별 제공 가능한 건강꾸러미 예시

<table>
<tr><th></th><th>영유아</th><th>아동·청소년</th><th>청장년</th><th>노년</th></tr>
<tr><td rowspan="2">초기 단계
(예방, 조기 관리 등)</td><td>- 필수예방접종</td><td>- 흡연, 음주 예방
- 신체활동증진
- 구강보건</td><td>- 신체활동</td><td>- 인플루엔자 예방 접종</td></tr>
<tr><td colspan="2">- 영양서비스</td><td colspan="2">- 금연
- 절주
- 건강검진
- 생활습관병 예방</td></tr>
<tr><td rowspan="5">치료 단계
(중증질환)</td><td rowspan="5">- 선천성 장애 등 조기 발견을 위한 각종 검사
- 신생아 집중치료</td><td></td><td>- 모성건강
- 영양</td><td>- 의치보철</td></tr>
<tr><td colspan="3">- 자살 예방 및 정신건강증진
- 4대 중독 예방</td></tr>
<tr><td colspan="2">- 사고 예방을 위한 안전 환경 조성 및 안전의식 교육</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2">- 고혈압, 당뇨 등 만성질환 자가 관리 능력 향상
- 암, 심뇌혈관질환 등 중증질환 예방</td></tr>
<tr><td colspan="2">- 근골격계질환 관리
- 신체 기능 유지 관리</td></tr>
<tr><td>후기 단계
(재활, 요양, 사망 등)</td><td></td><td></td><td></td><td>- 치매 관리</td></tr>
</table>

자료: 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.149.

과 연계하여 취약가구의 건강을 유지, 증진하기 위한 다차원적 접근을 해야 한다.

예를 들어 보건소 방문간호사 등이 가구를 방문하여 주거 환경, 식이 등의 생활습관, 비만 등의 신체건강, 정신건강 등에 대해 종합적인 평가를 한 후 제공 가능한 서비스 프로그램을 구성할 수 있으며, 여기에는 보건소의 방문간호사, 건강보험공단의 의료급여사례관리사, 시군구청의 희망복지지원단 사례관리사 등이 참여할 수 있다.

표 5. 취약가구 대상 건강꾸러미

구분	서비스 내용	비고
건강 스크리닝	신체 및 구강건강 생활습관 위험 요인 정신건강 건강에 영향을 줄 수 있는 유해한 주거 환경 개선	국토교통부
건강관리	금연, 절주, 신체활동, 영양 등 건강한 생활습관 실천 교육 만성질환자 건강관리	
개인별 맞춤형 서비스	영유아 및 노인 장애인 이주여성 북한이탈주민	
의료이용	생애주기별 건강검진 각종 예방접종 의료급여 혜택 및 의료기관 연계	국민건강보험공단
사회복지서비스	각종 사회복지서비스에 대한 연계	시·군·구청

자료: 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.150.

2) 건강증진사업 추진 채널 확대 및 민간 부문과의 협력

현재 우리나라의 건강증진사업은 대체로 보건소 위주의 사업이 주를 이루고 있어 사업의 대상자가 노인, 가정주부 등 평일 시간에 보건소를 방문할 수 있는 사람들로 제한적이다. 따라서 보건소에서 사업을 열심히 진행한다고 해도 실제로 참여하는 주민의 수가 매우 적기 때문에 효과를 내기가 어렵다. 우리나라에서 민간 의료기관은 예방적인 활동보다는 치료 기능을 주로 담당하기 때문에 건강증진서비스를 병원에서 운영하게 된다면 치료의 보조서비스로 전락해 의료비를 상승시킬 수 있는 위험이 있다.[12)]

하지만 보건소만으로는 건강증진서비스를 충

12) 이주열(2012). 공공부문 건강증진사업의 발전방향. Korean J Health Educ Promot, 29(4); 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.153.

분히 제공할 수 없기 때문에 학교, 직장 등의 다양한 생활터 및 민간 조직과의 협력 강화와 파트너십 구축을 통해 건강증진서비스를 다양한 곳에서 제공할 수 있는 기반을 만들어야 할 것이다. 또한 미디어와의 협력을 통해 국가에서 진행하는 캠페인과 홍보 활동을 위한 사회 마케팅을 강화하는 것이 메시지 전달에 효과적일 것이다.

3) 아동·청소년 건강생활실천율 제고를 위한 중재 방안 마련

생애 초기의 중재사업은 가장 비용 효과적인 것으로 알려져 있으며 국제적으로도 아동 건강의 중요성을 공감하고 이에 대한 관심이 촉구되고 있다. 생애 초기는 인간 발달의 결정적인 시기로 이후 생애에까지 영향을 미치기 때문에 건강증진과 불평등 완화를 위한 기회의 창이 될 수 있어, 이에 대한 중재사업을 진행할 필요가 있다.

우리나라의 경우 과거에 비해 많이 개선되긴 했으나 담배, 주류에 대한 접근이 쉽고 학교교육에서 신체활동의 우선순위는 낮은 편이다. 상대적으로 담배에 비해 주류에 접근하기가 더 쉬운 것으로 나타나 2015년 서울시 보고서에 따르면 서울시내 편의점 중 청소년에게 술을 판매한 비율은 53.1%에 달했고, 배달 음식(치킨 등) 주문 시 술을 구매할 가능성은 이보다 더 높을 것으로 추정되었다. 신체활동의 경우 중고등학교 여학생의 신체활동 실천율이 각각 8.9%, 6.0%로 나타났다.[13]

나. 만성질환 관리

1) 단계별, 통합적 관리체계 구축

기존의 심뇌혈관질환에 대한 단계별 접근이 현실적으로 효과를 나타낼 수 있도록 구체화되어야 하며, 각 단계가 개별적으로 운영되지 않고 연계될 수 있도록 통합적인 관리체계를 마련해야 한다. 캐나다에서는 예방에 앞서 대중이 인지하는 것을 첫 단계로 시작하고, 의료 영역에서도 질환 초기 대응을 분류하는 등 단계별 접근 방향을 세분화하고 있으며, 국가의 전략과 지침을 마련해 두었다. 호주는 단계별 전략의 질적인 측면을 평가하고 모니터링한다는 점에서 주목된다(표 6).

2) 위험 요인 관리 강화

심뇌혈관질환을 유발하는 대사증후군 등 고위험군을 조기에 발견하여 관리하는 것이 중요하다. 그런데 대사증후군은 사회·경제적 요인, 유전적 요인, 직업 요인, 심리적 요인뿐만 아니라 흡연, 음주, 운동량, 식이를 포함한 건강행위가 복합적으로 작용하여 유발된다.[14] 그렇기 때문에 고위험군의 자발적인 개선을 기대하기는 어렵고, 이들을 발견해 집중적으로 관리해 주는 프로그램이 필요하다. 예를 들면 공공 프로그램에 대한 접근성이 낮은 직장인을 대상으로 할 필요가 있다. 또는 아동 및 학생을 대상으로 하는 경우

13) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2015). 제11차(2015년) 청소년건강행태온라인조사 통계.
14) 박성원, 양숙자(2015). 대사증후군 고위험 근로자의 건강증진 행위에 미치는 영향 요인: 계획적 행위 이론 적용. 지역사회간호학회지, 26(2), pp.128-139.

표 6. 호주 심혈관질환·뇌졸중 중재 단계별 주요 내용

구분	주요 내용
위험 요인 감소	- 금연: 금연정책 추진을 위한 캠페인 확대, 비용 효과적 니코틴 대체를 통한 금연율 향상 - 건강생활습관: 신체활동 강화, 영양 및 식습관 개선, 과체중 감소, 혈압 및 알코올 조절 - 지역사회 단위 신체활동 제고: 지역사회 수준의 신체활동 강화, 대중적 이동정책 개선(자전거 타기 홍보, 대중교통 개선) - 정보 제공: 의무적 라벨링 강화(트랜스지방, 포화지방, 염분 등 영양 요소에 대한 정보 제공)
조기 발견 및 중재	- 고위험군 관리: 심뇌혈관질환 고위험군 대상 위험 요인 파악 - 일차의료: 일차의료에서 생활습관 개선을 위한 처방 프로그램 확산, 식습관 개선·신체활동 증진 등 국가 단위 캠페인과의 연계를 위한 모형 실시 - 교육: 지역사회의 고혈압에 대한 인식·이해를 높이기 위한 프로그램 실시(심근경색, 뇌졸중에 대한 증상 인식을 위한 대중 교육 캠페인 지원) - 응급의료체계 개선: 환자의 신속한 평가 및 조기 치료를 위한 응급차, 응급실, 병원서비스의 개선 - 의료접근성 개선: 허혈성뇌질환(일과성뇌허혈증)에 대한 신속한 평가, 치료 접근성 개선
환자 관리 및 임상진료	- 진료지침 개발: 임상지침 개발을 지원하고, 지침에 따라 진료하도록 지원 프로그램을 개발 - 진료 개선: 급성 관상동맥질환 진료 개선을 위한 체계와 계획 강화 - 집중치료 실시: 1년에 200명 이상의 뇌졸중 환자가 입원하는 병원에 뇌졸중 집중치료실을 설치 - 지속적인 진료 지원: 심장질환 후 재활 치료를 받는 환자, 퇴원 환자의 지속적인 질환 예방·관리를 위한 체계와 계획 강화 - 일차의료: 일차의료를 통하여 기존 심혈관질환자를 관리, 재입원 감소 - 지역사회 연계: 뇌졸중 발생 후 생존 환자의 지역사회 복귀를 위한 지역사회 연계 담당자 개발
말기의 완화서비스	- 뇌졸중 및 심부전 환자의 완화서비스 개선 - 의료체계의 질적 수준 향상을 위한 평가 및 관리체계 개선
연구	- 국가 수준의 위험 요인 감시체계 수립, 포괄적이고 지속적인 식습관, 신체활동, 체중 조절 등에 관한 모니터링 체계 구축 - 심부전 유병률 조사를 실시하여 심부전으로 인한 질병 부담 모니터링 - 심장질환 및 뇌졸중 환자들의 건강 결과 평가

자료: 이건세 등(2009). 지역사회 심뇌혈관센터 지정육성을 위한 전략 개발. 건국대학교; 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 방향. p.173.

조기에 건강증진 역량을 향상시키고 위험 요인에 노출되는 것을 예방하는 데 효과적일 수 있다.

원인 질환에 대한 관리, 질환의 위험 요인 감소 정책은 질병 이환 및 중증화를 사전에 예방하여 사회적·경제적 부담을 줄인다는 차원에서 매우 중요하다. 통합적 관리 전략의 핵심 요소이기도 한 위험 요인 관리는 캐나다, 호주, 미국, 영국 등 다수의 국가에서 시행 중이다.

3) 지식 과 태도 변화를 위한 홍보 및 교육 구체화

대중에게 질환과 위험 요인에 대한 이해를 증진시킴으로써 올바른 건강행태를 실천하도록 하고, 질병을 조기에 발견해 스스로 관리할 수 있는 역량을 갖추도록 하는 국가 주도의 홍보와 교육을 구체화한다. 즉, 효과적인 사업을 선정하고 내용을 구체화하며 누가, 어떻게 실현할 것인지 책임과 권한을 명확히 한다.

표 7. 영국 관상동맥질환서비스 프레임워크에서의 인구집단 심장질환 위험 요인 감소 정책

이슈	주요 내용
효과적인 정책	- 흡연 감소, 건강한 식이 및 신체활동 증대, 과체중 및 비만 감소를 위한 포괄적인 지역사회 프로그램 실시, 개발(NHS와 관련 기관 중심)
건강 및 건강불평등 영향평가	- 불평등을 포함하여 주요 정책(의사결정)이 지역사회 인구의 심장 건강에 미치는 영향 평가 (공공기관 중심)
흡연	- 효과적인 지역사회 금연 프로그램 개발(NHS 중심)
지역사회 개발	- 지역사회에서 소외계층을 위한 심장질환 위험 요인 중재 프로그램 수립
고용주	- 업무 자율성 제고를 위한 사내 규정 개발 - 다양한 건강식 제공 - 신체활동 기회 제공 - 금연정책 - 자가용이 아닌 다른 대체 수단 이용 권고

자료: NHS(2000). National Service Framework for Coronary Heart Disease: 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 최지희, 차미란(2015). 제4차 국민건강증진 종합계획 수립 방향. p.174.

4. 나가며

제4차 국민건강증진종합계획은 제3차 계획에 비해 많은 부분들에서 보완이 되었다. 첫 번째는 생애주기별 건강생활실천 전략이 더 강화되었다. 특히 국민의 건강한 생활습관 실천에 초점을 두고 아동, 장애인, 여성, 노인 건강 분야의 건강증진 로드맵을 구축하였고 학생, 군인, 근로자 등의 생애주기별 건강증진이 활성화되도록 해당 부처와의 협업을 강조하였다. 두 번째는 만성질환 예방·관리 전략이 강화되었다. 흡연·음주 등의 생활습관 위험 요인과 고혈압·당뇨 등의 선행 질환, 심뇌혈관질환, 당뇨병 등의 핵심 만성질환 관리를 종합적으로 연계하는 만성질환 예방·관리 대책이 강화되었다. 세 번째는 미래 건강 위협에 대한 선제적 대응을 위해 건강 캠페인, 건강 정보 제공 확대 등의 건강 환경 조성 노력이 강화되었다. 건강 위해 요인에 대한 제도적 관리를 강화하고 건강도시 활성화 지원, 대국민 건강 캠페인 활성화 등을 강조하였다. 네 번째는 건강정책 추진 기반이 강화되었다. 종합계획이 중장기적으로 건강 성과로 연결되도록 HP2020 성과 모니터링이 상시적으로 운영되는 시스템 마련이 계획되었다. 마지막으로 건강 격차 감소를 위해 취약계층의 신체활동 프로그램 강화와 예방접종 지원 범위 확대 등 9개 중점 과제에서 건강형평성 전략이 강화되었다.[15)]

그러나 이러한 내용이 국민건강증진종합계획에 반영되었다 하더라도 그것으로 끝이 아니라 건강증진서비스에 대한 지역사회 주민의 체감도

15) 이연경(2016). 국민건강증진종합계획 2020(HP2020) 평가를 통한 HP2030의 나아갈 방향, 국민건강증진포럼 창간호. p.13-15.

가 얼마나 증가하였느냐가 더욱 중요한 문제일 것이다. 특히 본문에서 제시한 생애주기별·가구별 건강꾸러미 제공, 건강증진사업 추진 채널 확대, 청소년 건강생활실천율 제고를 위한 중재의 경우 건강생활실천사업의 효율성을 높일 수 있는 대안으로 고려해 볼 수 있으며 만성질환 관리를 위한 단계별·통합적 관리체계 구축, 위험 요인 관리 강화, 지식 및 태도 변화를 위한 교육 강화 등은 만성질환자들에 대한 서비스 체감도를 증가시켜 만성질환관리사업의 순응도를 높일 수 있을 것으로 생각된다.

제4차 계획은 그 자체로서 끝이 아니라 제5차 계획으로 가는 과정으로서 건강증진사업의 최종 수혜자인 지역 주민들의 필요에 부합하는 건강증진사업이 계획되고, 계획이 제대로 수행될 수 있도록 현재까지 나타난 문제점을 파악하여 지속적으로 대응할 필요가 있다.