

건강여명지표 산출을 통해 본 서울시민의 삶의 질 수준

우리나라 국민의 평균수명은 지난 30여 년간 현저히 상승했지만, 생애기간 중 20~30%에 이르는 기간 동안을 이환으로 인해 고통을 겪으며 살게 된다는 점을 감안한다면 증가한 수명만큼 삶의 질 수준도 증가했다고 말하기는 어렵다. 본고에서는 건강에 영향을 줄 수 있는 신체 기능적인 측면을 고찰하기 위하여, '활동제한이 없는 건강여명'과 '이환이 없는 건강여명'을 산출해 보고, 이를 월평균 총소득이 50만원 이하인 저소득 계층의 것과 비교하여 보건정책의 전반적인 틀과 방향이 평균수명의 연장에만 관심을 가질 것이 아니라, 이환 및 그에 따른 활동제한으로 인한 손실기간을 줄일 수 있는 방향으로 변화되어야 함을 강조하고자 한다.

李相昊
한국보건사회연구원 주임연구원

1. 서 언

건강은 사람이 행복한 삶을 영위하기 위해서 필요한 가장 기본적인 요건이다. 지난 세기 동안 건강의 개념은 많은 진보를 해왔으며, 그 시대의 건강문제와 보건의료기술의 발전에 따라 달라져 왔다. 그 동안의 건강개념은 질병이 없는 상태의 단일 개념으로부

터 신체적, 정신적, 사회적 안녕의 포괄적 개념에 이르기까지 다양하게 정의되고 있다.

지금까지 지역사회나 국민들의 건강수준을 측정하는 데 있어서 긍정적인 측면보다는 불편(discomfort), 질병(disease), 활동제한(disability)과 같은 부정적 측면을 파악함으로써 건강을 반증하는 간접적인 방법을 사용해 왔다. 따라서 인구집단의 건강수준을

간접적으로 측정하는 방법의 도구로 평균수명, 사망률 등의 사망지표와 유병상태나 발생률과 같은 이환지표가 사용되어 왔으며, 이것들은 한 집단의 건강상태를 간접적으로 파악하는 데 도움을 주고 있다. 그러나 근래에 건강중진의 개념이 대두됨으로써 적극적인 건강(positive health)의 영역에서 건강의 측정을 강조하고 있는 추세이다.

전통적으로 건강수준을 파악하는 지표로서 '평균수명'이 널리 사용되고 있다. 그러나 평균수명이 증가했다고 해서 그만큼 건강수준이 향상되었다고 할 수 있느냐 하는 질문에는 쉽게 동의하기 어렵다. 왜냐하면 평균수명으로는 단지 얼마나 오랫동안 사느냐는 설명할 수 있지만, 질적인 삶의 측면에서 얼마나 건강하게 사느냐에 대해서는 알 수 없기 때문이다. 따라서 삶의 양(수명)보다는 삶의 질(건강)이 더 중요하다는 관점에서 개인의 건강한 삶은 삶의 질과 동일시될 수 있는 것이다.

로저스(Rogers)는 건강하게 얼마나 오래 사느냐 하는 것은 사망수준과 생존자들의 건강상태를 결합함으로써 나타내어질 수 있는데, 생존자들의 건강상태는 상병수준뿐만 아니라 성별이나 연령에 따른 적절한 사회적 역할을 수행할 수 있는가 하는 기능적 측면도 함께 고려해야만 한다고 설명하고 있다. 즉, 건강수준은 일상생활 또는 사회생활에 필요한 기능과 역할을 스스로 해 나갈 수 있는 능력에 의하여 평가되어야 한다.¹⁾ 마찬가지로

지역사회의 건강수준을 파악하고 비교하기 위해서는 그 인구집단의 사망수준 및 상병수준 또는 상병으로 인한 활동제한수준을 결합하여 지표화해야만 한다.

이처럼 사망률과 활동제한을 동시에 고려하는 지표는 1964년 샌더스(Sanders)에 의해 처음 제시된 이후, 많은 방법론적 연구가 행해졌으며, 『OECD Health Data 98』(1998)에서는 건강수명(Health Expectancy) 개념을 '활동제한이 없는 건강여명(Disability-Free Life Expectancy)', '이환이 없는 건강여명(Disease-Free Life Expectancy)', 주관적으로 인지된 건강여명(Perceived Health Expectancy)으로 나누어 설명하고 있으며, 각 나라마다 그 개념의 인식에 있어서 약간씩 차이가 있다.

건강수명과 관련된 위의 지표들은 결국 그 측정내용에 따라 구분되는데, '활동제한이 없는 건강여명'은 활동장애 상태에서 살 것으로 기대되는 활동장애여명의 반대개념이며, '이환이 없는 건강여명'은 생애 중 이환상태에서 살 것으로 기대되는 상병여명과 대조되는 개념이라 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 개인의 삶의 질이라는 측면에서 건강에 영향을 줄 수 있는 신체 기능적인 측면을 고찰하기 위하여, '활동제한이 없는 건강여명'과 '이환이 없는 건강여명'을 산출하고자 하며, 또한 이를 월평균 총소득이 50만원 이하인 저소득 계층의 값과 비교하고자 한다.

1) Parsons, T., "Definitions of Health and Illness in Light of American Values and Social Structure", In

Jaco, E., *Patients Physicians, and Illness*, 2nd ed., New York, 1972, pp.107~127.

2. 산출방법

인구집단의 건강지표로서 건강여명을 계산하는 방법으로는 장(Chiang, 1965), 설리반(Sullivan, 1971), 윌킨스(Willkins, 1986), 그리고 하버드 대학 보건대학원의 로페즈와 머레이(Lopez & Murray, 1996)가 제시한 방법 등이 있으며, 이 중 설리반의 방법은 활동제한의 급격한 변화를 탐지하지는 못할지라도, 장기간 동안 완만하고, 상대적으로 규칙적인 변화가 있을 경우 진정한 값에 대한 좋은 추정치를 제공하며,²⁾ 현재 사용가능한 건강면접조사 데이터를 이용하기 때문에 미국, 영국, 캐나다 등 각국에서 가장 많이 사용되는 방법이다.³⁾

따라서 본 연구에서는 사망과 상병 및 활동제한을 고려하여 건강여명을 계산하는 설리반(1971)의 생명표 작성방법을 이용하였으며, 아래의 절차를 통하여 산출했다.

- 1) 활동제한이 없는 연간분율(Lx)을 산출함. 단, 장기적 활동제한의 경우 연간 활동제한일의 연간비율 대신 장기 활동장애자율을 사용하여 Lx 를 산출함.
- 2) 주어진 연령계급에서 활동제한이 제거된 생존인년(생존년수의 합계)을 산출함.
- 3) 생명표 계산방식에 의거 총생존인년(Tx^*)

을 구하고, 이를 그 연령그룹의 생존자수(Lx)로 나누어 활동제한이 제거된 평균수명($E(x^*)$)을 구함.

- 4) 활동제한상태로 지내게 되는 활동제한여명은 기대여명($E(x)$)에서 활동제한이 없는 기대여명을 차감하여 구함.

본 연구에서 사망에 관한 자료는, 우리나라에서 지역별 생명표가 발표되지 않아 통계청(1997)에서 가장 최근에 발표한 1995년 생명표의 전국치를 이용하였다. 이환 및 활동제한에 관한 자료는 1997년도 서울시민 보건지표조사의 이환조사와 지난 2주간 및 장기 활동제한조사 자료를 가지고 서울시민의 '활동제한이 없는 건강여명'과 '이환이 없는 건강여명' 등을 산출하였다.

활동제한이란 질병, 상해, 장애, 고령 등의 이유로 인해 평소활동에 장·단기간 지장이 있는 경우를 의미한다. 질병으로 인한 활동제한일수는 질병이나 상해로 인해 심하게 아파서 일을 못했거나(입원, 결근, 결석) 또는 하다가 중지하고 반나절 이상 쉬어야 했던 날과 평소활동(usual activities)을 평소보다 덜 해야 했던 날을 합한 날 수를 의미하며, 장기 활동제한자는 일상활동에 있어 지장이 있는 대상자(주요 활동 제한자 포함)와 육내·외 활동을 전혀 할 수 없거나, 도움이 필요한 대상자를 의미한다. 침상와병일(bed-disability day)은 질병이나 상해(injury)로 인해 거의 하루종일(반나절 이상) 누워있었던 날 수를 의미한다. 이환일수는 상병(급·만성질환)으로 인하여 아팠던 날을 의미한다.

2) Robins, J. M. & Mathers, C., *Measuring Compression or Expansion of Morbidity through Changes in Health Expectancy*, 1993.

3) A. Ed Bruin, H. S. J. Picavet and A. Nossikov, *Health Interview Survey toward International Harmonization of Methods and Instrument*, WHO Regional Publications, European Series; No.58, 1996.

3. 활동제한이 없는 건강여명
(Disability-Free Life Expectancy)

1997년 서울시민 보건지표조사 결과에서 추정한 서울시민의 연간 활동제한일수는 6.9 일이었다. 이는 1995년도 국민건강 및 보건 의식행태 조사결과에서 추정한 전체 인구의 연간 활동제한일수 6.5일보다는 약간 높은 수치이다. 본 연구에서 '활동제한이 없는 건강여명'은 주요 및 일상 활동에 3개월 이상 장기적으로 제한이 있는 장기활동제한자를 기초로 한 장기적 활동제한여명과 장기활동 제한자를 제외하고 질병으로 인한 2주간 활동제한일수를 기초로 한 단기적 활동제한여

명으로 나누어 산출하였다.

2주간 활동제한일수를 기초로 하여 출생 코호트(cohort)가 생애를 통해서 경험하는 질병으로 인한 단기적 활동제한의 기대기간은 서울시 남성의 경우 0세에서 0.52년, 여성의 경우 0.86년으로 나타났으며, 장기적 제한의 기대 기간은 서울시 남성의 경우 0세에서 4.56년, 여성의 경우 8.89년으로 나타나, 질병으로 인한 활동제한여명보다는 장애 등으로 인한 장기 활동제한여명이 더 큰 것으로 나타났다(표 1 참조).

또한 월평균 총소득이 50만원 이하인 저소득 계층의 경우는 단기적 활동제한의 기대기간이 남성의 경우 0세에서 1.16년, 여성

표 1. 서울시민의 활동제한이 없는 건강여명

(단위: 년)

연령	남자				여성			
	EX ¹⁾	DLEst ²⁾	DLElt ³⁾	DFLE ⁴⁾	EX	DLEst	DLElt	DFLE
0세	69.49	0.52	4.56	64.41	77.36	0.86	8.89	67.61
1~4세	69.19	0.51	4.61	64.01	76.96	0.85	8.94	67.17
15~19세	55.58	0.36	4.47	50.75	68.36	0.73	8.87	59.77
25~29세	46.15	0.31	4.39	41.45	59.67	0.67	8.82	44.18
45~49세	28.08	0.20	4.20	23.68	34.52	0.49	8.56	25.46
65~69세	13.19	0.09	3.85	9.25	16.89	0.16	7.07	9.66
80~84세	5.89	0.01	3.04	2.78	6.95	0.05	4.12	2.77

주: 1) 생명표상의 기대여명

2) 질병으로 인한 단기적 활동제한여명(Short Term Disability Life Expectancy)

3) 장기적 활동제한여명(Long Term Disability Life Expectancy; 장기활동제한여명 산출에서 시설통용 장기활동제한자는 국내 자료 미비로 인해 포함되지 못하였으며, 이를 포함할 경우 DFLE는 더 낮아질 것임)

4) 활동제한이 없는 건강여명(Disability-Free Life Expectancy)

자료: 한국보건사회연구원, 1997년도 서울시민보건지표조사 자료

표 2. 서울시민의 활동제한이 없는 건강여명(저소득 계층)

(단위: 년)

연령 (세)	남자				여성			
	EX ¹⁾	DLEst ²⁾	DLEt ³⁾	DFLE ⁴⁾	EX	DLEst	DLEt	DFLE
0세	69.49	1.16	10.90	57.44	77.96	1.01	13.40	62.96
1~4세	69.13	1.06	11.00	57.07	76.96	1.01	13.50	62.45
15~19세	55.58	1.00	10.89	43.69	68.96	0.95	13.45	48.97
25~29세	46.15	0.96	10.64	34.55	59.67	0.84	13.10	39.73
45~49세	28.08	0.47	8.20	19.41	34.52	0.51	11.86	22.15
65~69세	13.19	0.10	5.95	7.74	16.89	0.14	8.71	8.04
80~84세	5.89	0.01	3.70	2.19	6.95	0.00	4.49	2.46

주: 1) 생명표상의 기대여명

2) 질병으로 인한 단기적 활동제한여명(Short Term Disability Life Expectancy)

3) 장기적 활동제한여명(Long Term Disability Life Expectancy: 장기활동제한여명 산출에서 시실수용 장기활동제한자는 국내 자료 미비로 인해 포함되지 못하였으며, 이를 포함할 경우 DFLE는 더 낮아질 것임)

4) 활동제한이 없는 건강여명(Disability-Free Life Expectancy)

자료: 한국보건사회연구원, 1997년도 서울시민보건지표조사 자료

의 경우 1.01년으로 나타났으며, 장기적 활동제한의 기대기간은 남성의 경우 0세에서 10.90년, 여성의 경우 13.40년으로 나타났다(표 2 참조).

따라서 '활동제한이 없는 기대여명'은 서울시 남성의 경우 0세에서 64.41년, 여성의 경우 67.61년으로 나타났으며, 특히 월평균 총소득 50만원 이하의 저소득 계층 남성의 경우 0세에서 57.44년, 여성의 경우 62.96년으로 나타나, 저소득 계층이 서울시 전체인구에 비해 활동제한으로 지내는 기간이 남성의 경우 약 7년, 여성의 경우 약 5년 정도가 더 긴 것으로 나타났다.

4. 이환이 없는 건강여명

(Disease-Free Life Expectancy)

2주간 총이환일수에 의해 추산된 각종 급·만성 질환 및 사고(중독)의 연간비율은 남성의 경우 10대와 20대 연령에서 10% 미만으로 나타났고, 이후 연령층에서 급격히 증가해 60대 이상의 노인 연령층에서는 45%대를 상회하는 것으로 나타났다. 즉, 일년 중 반 가량의 기간을 각종 질환 및 손상으로 인해 고통을 받고 있는 것으로 나타났다.

여성의 경우 이환일의 연간 비율이 10대 연령층에서 10% 미만으로 나타났고, 마찬가지로 연령의 증가에 따라 급격히 증가해 60

표 3. 서울시민의 이환일 연간비율

(단위: 일)

연령	남자		여성		전체	
	비율(%) ¹⁾	연간일수 ²⁾	비율(%)	연간일수	비율(%)	연간일수
0세	20.70	75.56	19.65	71.73	20.19	73.71
1~4세	23.21	84.72	19.56	71.38	21.50	78.49
15~19세	9.88	36.06	9.35	34.13	9.26	35.11
25~29세	9.27	33.85	12.86	46.94	11.13	40.63
45~49세	21.36	77.97	30.26	110.44	25.88	94.45
65~69세	46.48	169.64	64.37	234.95	56.54	206.35
80~84세	48.06	175.42	63.99	233.57	59.69	217.87

주: 1) 이환일의 연간비율(2주간 평균 이환일÷14)

2) 연간 이환일수(이환일의 연간비율×365)

자료: 한국보건사회연구원, 1997년도 서울시민보건지표조사 자료

표 4. 서울시민의 이환이 없는 건강여명

(단위: 년)

연령 (세)	남자				여성			
	EX(A) ¹⁾	DLE(B) ²⁾	B/A(%) ³⁾	DFLE ⁴⁾	EX(C)	DLE(D)	D/C(%)	DFLE
0세	69.49	15.37	22.11	54.12	77.96	24.27	31.38	53.09
1~4세	69.13	15.30	22.14	53.83	76.96	24.26	31.52	52.70
15~19세	55.58	13.24	23.82	42.34	68.36	22.55	35.58	40.81
25~29세	46.15	12.42	26.90	33.73	53.67	21.67	40.37	32.00
45~49세	28.08	10.37	36.94	17.71	34.52	18.49	53.57	16.03
65~69세	13.19	6.87	52.05	6.32	16.89	11.02	65.24	5.87
80~84세	5.83	2.76	47.32	3.07	6.95	4.03	57.96	2.92

주: 1) 생명표상의 기대여명

2) 상병여명(Disease Life Expectancy)

3) 상병여명/기대여명 비율

4) 이환이 없는 건강여명(Disease-Free Life Expectancy)

자료: 한국보건사회연구원, 1997년도 서울시민보건지표조사 자료

대 이상의 노인 연령층에서는 연간 200일 이상을 각종 질환을 지닌 채 생활하고 있는 것으로 나타났다(표 3 참조).
2주간 총이환일수를 바탕으로 계산된 상

표 5. 서울시민의 이환이 없는 건강여명(저소득 계층)

(단위: 년)

연령 (세)	남자				여성			
	EX(A) ¹⁾	DLE(B) ²⁾	B/A(% ³⁾)	DFLE ⁴⁾	EX(C)	DLE(D)	D/C(% ³⁾)	DFLE
0세	69.49	22.24	32.01	47.25	77.36	30.86	39.89	46.50
1~4세	69.19	22.18	32.08	46.95	76.96	30.81	40.03	46.15
15~19세	55.58	20.09	36.15	35.49	68.36	28.92	45.64	34.44
25~29세	46.15	19.15	41.49	27.00	59.67	26.94	50.19	26.73
45~49세	28.08	13.85	49.31	14.23	34.52	22.03	63.81	12.49
65~69세	13.19	7.87	59.64	5.32	16.89	12.65	74.91	4.24
80~84세	5.83	2.87	49.22	2.96	6.95	4.97	71.47	1.98

- 주: 1) 생명표상의 기대여명
 2) 상병여명(Disease Life Expectancy)
 3) 상병여명/기대여명 비율
 4) 이환이 없는 건강여명(Disease-Free Life Expectancy)

자료: 한국보건사회연구원, 1997년도 서울시민보건지표조사 자료

표 6. 서울시민의 이환이 없는 건강여명 비교

(단위: 년)

	남성			여성		
	기대수명	상병여명	건강여명	기대수명	상병여명	건강여명
서울(1997) ¹⁾	69.49	15.37	54.12	77.36	24.27	53.09
전국(1995) ²⁾	69.49	20.99	48.50	77.36	30.29	47.07
전국(1989) ³⁾	66.73	16.02	50.71	74.88	24.94	49.94

- 자료: 1) 한국보건사회연구원, 1997년도 서울시민보건지표조사 자료
 2) 천성수, 『기대여명 관련지표를 통한 보건부문 삶의 질에 관한 연구』, 1999.
 3) 윤병훈, 『건강수명개념에 외저한 한국인의 건강수준에 관한 연구』, 1995.

병여명은 서울시 남성의 경우 0세에서 15.37년, 여성의 경우 24.27년으로 여성이 남성에 비해 이환상태로 지내게 되는 상병여명이 8.9년이나 높은 것으로 나타났고, 따라서 기대여명에서 상병여명이 차지하는 비율도 여성이 9% 이상(남성 22.11%, 여성 31.38%)

높은 것으로 나타났다(표 4 참조).

따라서 이환으로 인하여 조금이라도 아프거나 불편함이 없는 상태에서 보내게 되는 기대수명, 즉, 이환이 없는 건강여명은 서울시 남성의 경우 0세에서 54.12년, 여성의 경우 53.09년으로 나타나, 여성이 남성에 비해

기대수명은 8년 가량이나 길지만 건강여명에 있어서는 오히려 남성이 여성에 비해 긴 것으로 나타났다. 이러한 수치는 1989년 국민건강조사자료를 분석한 윤병준(1995)의 남성 50.71년, 여성 49.94년이나, 1995년 자료를 분석한 천성수(1999)의 남 48.50년, 여 47.07년 등의 연구결과보다 높은 것이다(표 6 참조). 이는 서울시가 타지역에 비해 65세 이상의 노인인구 비율이 적고(서울 4.7%, 전국 6.2%), 상대적으로 건강한 20~59세의 경제생산 인구집단의 비율(서울 66.7%, 전국 63.3%)이 많기 때문으로 풀이된다.

또한 월평균 총소득이 50만원 이하인 저소득 계층의 경우 이환이 없는 건강여명은 0세에서 남성이 47.25세, 여성이 46.50세로 서울시 인구 전체에 비해서 약 7년 가량 더 이환을 지낸 채 지내는 것으로 나타났으며, 기대여명에서 상병여명이 차지하는 비율이 0세에서 남성이 32.0%, 여성이 39.9%로 높게 나타났다.

5. 결 론

활동제한이 없이 살 수 있는 평균 연수로 정의될 수 있는 '활동제한이 없는 건강여명'은, 오늘날 보건전략이나 보건제도의 중요한 목표를 성취했는가 평가하기 위한 매력적인 해결방안으로 여겨질 수 있다. 단지 기대수명의 연장에 의해서가 아닌 기대수명 대비 '활동제한이 없는 건강여명'의 비율을 증가시킴으로써 개인의 삶의 질은 향상될 수 있을 것이다.

서울시 보건지표조사 결과의 분석으로 밝혀진 바에 의하면, 활동제한여명이 0세에서 남성이 5.08년, 여성이 9.75년으로 여성이 남성보다 높았으며, 특히 월평균 총소득이 50만원 이하인 저소득 계층의 경우 활동제한여명이 0세에서 남성이 12.06년, 여성이 14.41년으로 나타나서 저소득 계층이 일생 중 활동제한으로 지내는 기간이 훨씬 긴 것으로 나타났다.

활동제한여명 중에서는 질병으로 인한 단기적 활동제한여명(남성 0.52년, 여성 0.86년)보다는 장애 등 장기적 활동제한여명(남성 4.56년, 여성 8.89년)이 더 큰 것으로 나타나, 활동제한여명의 단축을 통한 건강여명의 연장을 위해서는 질병의 예방뿐만 아니라, 선천성 장애, 사고예방 등 각종 장애발생의 예방도 매우 중요하다고 하겠다.

또한 생애기간 중 각종 질환 및 손상으로 인한 이환상태 없이 지내게 될 것으로 기대되는 건강여명은 0세에서 남성이 54.12년, 여성이 53.09년으로 각각 기대수명 대비 77.9%, 68.6%에 그치고 있다. 물론, 급성질환의 경우 계절별 변이가 큼에도 불구하고 계절적 특성이 데이터에 반영되지 못한 점이 있기는 하지만, 드러난 수치는 서울시민 개개인이 생애기간 중 상당기간을 각종 질환 및 손상으로 불편을 겪으며 지내게 된다는 것을 보여주고 있다. 또한 0세에서 여성의 기대수명이 77.36년으로 남성의 69.49년에 비해서 7년 이상 높지만, '이환이 없는 건강여명'은 남성이 54.12년, 여성이 53.09년으로 남성이 오히려 더 긴 것으로 나타나고

그림 1. 서울시민의 기대수명 대비 건강수명 비율(성별·소득수준별)

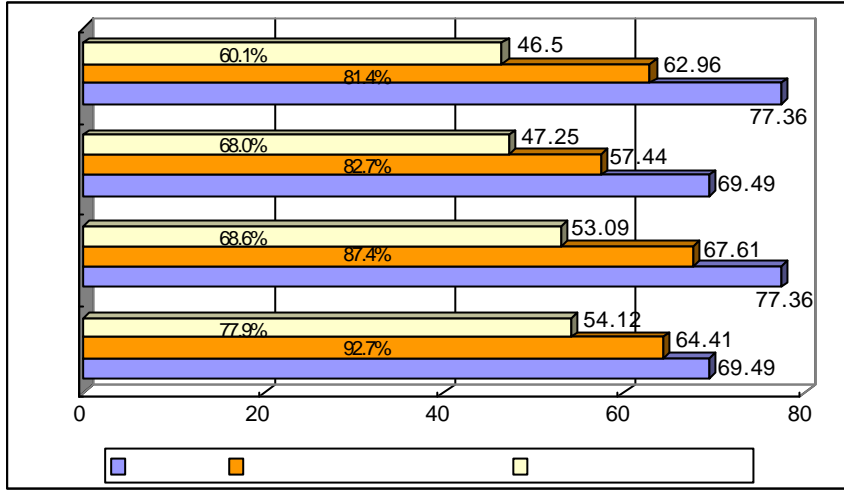


표 7. 서울시민의 기대수명 대비 건강수명 비율(성별·소득수준별)

(단위: 년)

		기대수명	HE 1 ¹⁾	비율(%) ²⁾	HE 2 ³⁾	비율(%) ⁴⁾
서울시 전체	남 성	69.49	64.41	92.69	54.12	77.88
	여 성	77.36	67.61	87.40	53.09	68.63
저소득 계층	남 성	69.49	57.44	82.66	47.25	67.99
	여 성	77.36	62.96	81.39	46.50	60.11

주: 1) 활동제한이 없는 건강수명(Disability-Free Life Expectancy)
 2) (활동제한이 없는 건강수명)/(기대수명)×100
 3) 이환이 없는 건강수명(Disease-Free Life Expectancy)
 4) (이환이 없는 건강수명)/(기대수명)×100

자료: 한국보건사회연구원, 1997년도 서울시민보건지표조사 자료

있어 여성의 건강향상에 더욱 많은 노력이 필요하다고 하겠다.

월평균 총소득이 50만원 이하인 저소득 계층의 경우 '이환이 없는 건강여명'이 0세에서 남성이 47.25세, 여성이 46.50세로 서울시 인구전체에 비해서 약 7년 가량을 더 이환을

지낸 채 살아가고 있으며, 이는 삶의 1/3에 해당하는 기간을 각종질환이나 사고로 고통을 겪으며 지내고 있는 것으로 나타났다.

우리나라 국민의 평균수명은 지난 30여년간 현저히 상승했지만(1965년 63세→1996년 73.5세), 생애기간 중 20~30%에 이르는

기간 동안을 이환으로 인해 고통을 겪으며 살게 된다는 점을 감안한다면, 증가한 수명만큼 삶의 질 수준도 증가했다고는 말하기 어렵다. 따라서 단지 평균수명의 연장에만 관심을 가질 것이 아니라 이환 및 그에 따른 활동제한으로 인한 손실기간을 줄일 수 있는 즉, 오래 살되 아프지 않고 건강하게 삶을 영위할 수 있는 방향으로 보건정책의 전반적인 틀과 방향이 변화되어야 할 것이다. 이처럼 만성질환과 활동제한을 줄이고, 건강 및 삶의 질을 증진시키는 것을 목표로 하기 위해서는 국민들이 원천적으로 질병에 걸리지 않도록 하는 일차예방에 중점을 두어야 하며, 특히 평균수명의 증가로 인한 고령인구 증가, 그리고 만성질환 증가로 인한 활동제한의 증가에 대처하기 위해 건강한 삶의 연장, 건강의 불평등 해소 및 삶의 질 개선을 목표로 하는 적극적인 건강증진 대책을 펴나가야 할 것이다.

또한 국민건강수준의 전반적인 향상을 위해서는, 기대수명의 절반을 상회하는 기간을 이환의 고통속에서 보내는 노인과 여성, 저소득계층에 대한 보건 의료 투자를 늘려야 할 것이다. 이를 위해서는 취약계층의 이용도가 높은 보건소와 같은 공공보건의료기관의 기능 강화도 필요할 것이다.

이와 함께 궁극적으로는 건강인을 주대상으로 건강에 위해를 줄 수 있는 생활양식과 건강 보호 및 증진적인 생활환경을 개선하여 건강 잠재력을 기르고, 예방적인 건강관리 서비스를 통하여 질병위험요인을 조기에 발견 관리함으로써 최적의 건강상태를 유지하려는 적극적인 건강증진에 주안점을 두어야 할 것이다.

이런 건강증진 시책으로서의 첫째, 국민들의 건강생활 실천을 유도하기 위한 사회적 환경조성과 건강도시 만들기 운동과 같은 범시민운동 전개가 필요할 것이다. 둘째, 평생건강관리 체계 구축이나, 취약 계층(노인, 여성, 저소득층 등)에 대한 만성질환의 집중관리와 같은 예방적·포괄적 보건 의료서비스 제공에 많은 노력을 기울여야 할 것이다. 셋째, 만성질환관리를 위한 의료시설의 확충 등 보건 의료자원 수급의 적정화 및 제공체계의 구축이 필요할 것이다. 넷째, 개인의 건강문제에 대한 대응능력 향상을 위해 건강생활을 실천할 수 있는 환경조성과 올바른 지식의 보급·계몽을 위한 보건교육의 강화와 건강위험행동 감시체계 구축을 통한 자기건강 관리능력 향상 도모 및 사회적인 건강위험 요인의 감축 등의 노력이 필요할 것이다.