

정책보고서 2006-03

건강증진정책 평가 및 실천방향

서미경

최은진 신윤정

김동진 송현중

손애리 임희진

한국보건사회연구원

머 리 말

우리나라에서는 1995년 국민건강증진법의 제정을 기점으로 건강증진을 국가적인 정책으로 추진하였다. 이후 국민건강증진기금의 조성, 국민건강증진장기계획의 수립 등 체계적인 건강증진정책이 진행되어왔으며, 건강증진기금의 규모가 점차적으로 확대되면서, 건강증진정책의 범위도 확대되고, 건강증진사업도 확대되었다. 지난해 실시한 중간평가결과 2002년 수립한 목표의 많은 부분을 달성하여 그간의 건강증진정책이 어느 정도 성공하였음을 보여주었다.

그러나 국가건강증진정책은 아직 그 방향성이 명확하지 않은 문제점이 있으며, 제반 인프라에 있어서도 미흡한 점이 있는 등 체계적인 보완이 필요하다. 이에 본 보고서에서는 1995년 이후 실시된 우리나라에서의 국가주도의 건강증진정책을 다각적으로 평가하여, 이 결과를 토대로 향후 국가건강증진정책의 방향을 제시하고자 하였다. 본 연구결과가 우리나라의 보건의료체계를 재조명하고 정책과제를 도출하는데 있어서 활용되기를 바란다.

본 연구는 당 연구원의 서미경 연구위원의 책임 하에 원내에서는 최은진 연구위원, 신윤정 부연구위원, 김동진 선임연구원이 참여하였으며, 송현중 책임연구원, 손애리 교수, 임희진 박사가 공동연구자로 참여하였다. 연구진은 본 보고서를 작성함에 있어 좋은 논평을 해주신 조병희 교수, 배상수 교수, 이주열 교수에게 사의를 표하며, 본 보고서를 읽고 좋은 의견을 주신 최정수 박사와 강은정 박사에게 감사한다.

2006년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

Abstract	11
요 약	13
제1장 서론	48
제2장 평가 틀에 대한 이론 고찰	50
제1절 세계 건강증진 개념의 흐름	50
제2절 정책평가의 제반 이론	62
제3절 사업평가 모형	71
제4절 우리나라 건강증진사업 평가 지표	77
제3장 국내외 건강증진 정책의 추이	84
제1절 우리나라의 건강증진정책 추이	84
제2절 영국의 건강증진정책 추이	136
제3절 일본의 건강증진정책 추이	160
제4절 캐나다의 건강증진정책 추이	184
제4장 우리나라 건강증진정책의 평가결과	207
제1절 건강증진의 개념을 기준으로 한 평가	207
제2절 건강증진정책 평가	215
제3절 건강증진사업 평가	239
제5장 요약 및 결론	318
제1절 요약	318
제2절 추진방향	324
참고문헌	327

표 목 차

〈표 2- 1〉 세계보건기구에서의 건강증진개념	52
〈표 2- 2〉 정책평가모형의 비교	67
〈표 2- 3〉 정책평가의 기준	68
〈표 2- 4〉 국내 정책평가 선행연구의 평가기준 및 항목	70
〈표 2- 5〉 정책평가위원회의 평가항목 및 평가지표	71
〈표 2- 6〉 미국 CDC의 금연사업 평가를 위한 로직 모델 구성 요소별 내용 사례	73
〈표 2- 7〉 기획예산처 기금평가지표	79
〈표 2- 8〉 감사원 감사중점 항목	80
〈표 2- 9〉 세부 평가항목 및 배점	82
〈표 2-10〉 시·도 건강증진사업계획서 평가항목	83
〈표 3- 1〉 보건 분야 정부 일반회계 예산 배분 현황(1991~1996년)	85
〈표 3- 2〉 기금 조달 현황	87
〈표 3- 3〉 기금 운용 현황	88
〈표 3- 4〉 정부 일반회계 예산 중 보건분야 배분 현황	90
〈표 3- 5〉 건강증진사업에서 중앙, 광역, 시·군·구의 역할	98
〈표 3- 6〉 보건복지부 부서별 담당 주요 건강증진사업	101
〈표 3- 7〉 건강증진사업단 주요 업무	103
〈표 3- 8〉 건강증진사업 참여 민간단체 현황(2005년도 기준)	106
〈표 3- 9〉 일반회계 예산에 의한 연도별 주요 건강증진사업 내용(1991~1996)	112
〈표 3-10〉 연도별 주요 건강증진기금사업 내용 및 예산(1997~2004)	115
〈표 3-11〉 일반회계 예산에 의한 주요 건강증진사업 내용(1997~2004)	117

〈표 3-12〉 보건소 건강생활실천사업중 필수사업 내용	121
〈표 3-13〉 지방자치단체 건강증진사업 지원 현황	122
〈표 3-14〉 연도별 주요 건강증진사업 내용(2005~2006)	124
〈표 3-15〉 일반회계 예산에 의한 주요 건강증진사업 내용(2005~2006)	128
〈표 3-16〉 기획예산처의 2003년도 국민건강증진사업 세부사업 평가 결과	130
〈표 3-17〉 건강증진사업의 성과: 보건의식행태의 추이	134
〈표 3-18〉 영국의 주류판매 방법	139
〈표 3-19〉 목표 1: 영국의 국민건강증진 향상	145
〈표 3-20〉 목표 2: 장기적 전략	147
〈표 3-21〉 목표 3: 공공 서비스의 접근성	148
〈표 3-22〉 목표 4: 환자 및 공공 서비스 이용자들의 편의 증대	149
〈표 3-23〉 1993년과 2004년 영국주민의 건강상태 평가결과의 예	155
〈표 3-24〉 보건사업 재원조달(2003년도)	161
〈표 3-25〉 국가·도도부현·시정촌의 역할	173
〈표 3-26〉 건강일본21 중간평가작업팀에 의한 잠정종합평가의 예(영양·식생활 분야)	178
〈표 3-27〉 도도부현 평가표	179
〈표 3-28〉 시정촌 평가표	182
〈표 3-29〉 캐나다 공중보건국(Public Health Agency of Canada)의 중앙정부의 행정체제	195
〈표 3-30〉 캐나다 공중보건국의 건강증진/만성질환예방과 (Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch: HPCDP)의 하부기관 및 역할	196
〈표 3-31〉 캐나다 공중보건국의 공중보건실천/지역실천과 (Public Health Practice and Regional Operations Branch: PHPRO)의 하부기관 및 역할	197
〈표 3-32〉 설문지역 및 할당된 표본의 수	203

〈표 3-33〉 캐나다지역사회건강조사의 평가항목	204
〈표 3-34〉 보건서비스에 대한 만족도	205
〈표 3-35〉 예산서비스과에서 실시하는 평가 프로그램의 예	206
〈표 4- 1〉 국민건강증진법 상의 건강증진의 범위	208
〈표 4- 2〉 2002~2006 기금 사용 추이	210
〈표 4- 3〉 2006 건강증진기금 배정내역	212
〈표 4- 4〉 국민건강증진종합계획 2010의 추이	214
〈표 4- 5〉 건강증진의 전략	217
〈표 4- 6〉 본 연구의 건강증진정책의 단계별 평가항목	220
〈표 4- 7〉 연도별 항목별 건강증진기금 중 점유율	227
〈표 4- 8〉 국민건강증진종합계획 2010의 목표 대비 달성도	232
〈표 4- 9〉 소득수준 및 교육수준별 건강행태 차이	233
〈표 4-10〉 건강증진정책평가를 위하여 가용한 자료원 및 항목	235
〈표 4-11〉 연도별 담배 규제 관련 법률의 변화	242
〈표 4-12〉 정책별 담배 규제 관련 법률의 변화	244
〈표 4-13〉 건강증진기금에서 금연 사업 집행액 현황 (1998~2006년)	246
〈표 4-14〉 기획, 과정, 결과 단계에 따른 금연 정책의 평가	248
〈표 4-15〉 보건소 금연 사업지표의 사례	250
〈표 4-16〉 보건소 금연 사업지표의 사례	251
〈표 4-17〉 국민건강증진종합계획 2010 금연분야 평가 결과	252
〈표 4-18〉 새국민건강증진종합계획수립의 금연정책 목표 및 평가 지표	254
〈표 4-19〉 새국민건강증진종합계획 금연 중점과제 세부 추진 계획 사업명 및 연도별 예산	256
〈표 4-20〉 새국민건강증진종합계획 금연 관련 타 중점 과제 세부 추진 계획 사업명 및 연도별 예산	257
〈표 4-21〉 금연사업 평가를 위한 로직모델 구성의 개요	258
〈표 4-22〉 금연 로직 모델의 개요	259
〈표 4-23〉 금연로직모델에 대입해 본 2010 지표의 현황	267

〈표 4-24〉	절주정책분야의 국민건강증진기금예산계획 현황	282
〈표 4-25〉	절주관련정책분야의 국민건강증진기금예산계획 현황	282
〈표 4-26〉	보건소 절주사업지표의 사례	284
〈표 4-27〉	2005년도 절주사업 종합평가의 결과 요약표	285
〈표 4-28〉	절주 관련 새국민건강증진정책의 목표	287
〈표 4-29〉	알코올 통제정책 유형 및 종류	292
〈표 4-30〉	절주정책의 로직모델과 새국민건강증진종합계획의 절주정책비교	293
〈표 4-31〉	국민건강증진기금에 의한 음주폐해에 대한 연구개발과제의 현황	303
〈표 4-32〉	절주 분야의 중기 결과지표의 현황	305
〈표 4-33〉	음주정도별 암 및 뇌졸중 사망의 상대 위험도	308
〈표 4-34〉	음주유형에 따른 질병비용의 요약	308
〈표 4-35〉	음주율 감소를 위한 절주 로직 모델(안)	315

그림목차

[그림 2-1]	논리모형1	72
[그림 2-2]	논리모형2	72
[그림 2-3]	PRECEDE-PROCEDE모형	75
[그림 2-4]	지역사회 건강증진기금사업의 평가모형	76
[그림 2-5]	CDC의 보건사업 평가 모형	77
[그림 3-1]	연도별 국민건강증진기금 운용 총액 대비 순수건강증진사업비 비율	89
[그림 3-2]	국민건강증진기금 운용 체계	97
[그림 3-3]	건강증진사업 추진 체계	99
[그림 3-4]	중앙수준의 건강증진사업 관련 조직	100
[그림 3-5]	감사원 기금설치의 적합성 평가결과	133
[그림 3-6]	일본의 행정부문 체제	164
[그림 3-7]	사회자원을 포함한 건강증진관련 체제	165
[그림 3-8]	행정체계	193
[그림 4-1]	국민건강증진사업 개념도	223
[그림 4-2]	연도별 건강증진사업 집행액	247
[그림 4-3]	사업별 집행액이 전체 금연사업에서 차지하는 비중	247
[그림 4-4]	절주 로직 모델의 개요	291
[그림 4-5]	알코올성 행동장애로 인한 사망자수 변화	307
[그림 4-6]	알코올성 간질환로 인한 사망자수 변화	307
[그림 4-7]	고위험음주율 감소를 위한 로직모델(안)	316
[그림 4-8]	청소년 음주예방을 위한 로직모델(안)	317

Abstract

Evaluation of the National health promotion policies and its measures

The National Health Promotion Scheme, a government-led endeavor since 1995, has been subjected to (1) the evaluation of direction by the concept of health promotion (2) the evaluation of the health promotion policy by the decision-making model, and (3) the evaluation of anti-smoking and moderate drinking by the logic model, and produced the following results.

The health promotion scheme has shown sustained quantitative growth since the enactment of the National Health Promotion Law, but yet requires step-by-step improvement in such problematic aspects as the insufficient difference from or relationship with the existing public health and medical service policy, the instability of the main budget base (i.e., the National Health Promotion Fund), the shortcomings of the planning and evaluation system, and the insufficient infrastructure. The direction of the health promotion scheme is set differently in the basic law for the health promotion policy, the actual action plan (the Comprehensive Plan for Health Promotion), and the main budget base (the National Health Promotion Fund), and thus has caused much confusion. As the proposed scope for the new National Health Promotion Plan is in line with the global health promotion efforts, the related law should also be revised in accordance with practical conditions.

As the National Health Promotion Fund now supports various activities other than health promotion due to its growing volume, separate regulations and principles have to be set up about the objective and utility of this fund. Also, additional

efforts are required to acquire an understanding of the 'healthy public policy' across the government. The specific duties and budgets of the national and local support teams for health promotion scheme should be subjected to clear rules. Concerning the evaluation system of the health promotion policy, a data production and result monitoring system is necessary in order to properly evaluate different stages and units (nation, local administrative units, and individual workplaces).

요 약

제1장 서론

- 우리나라에서는 1995년 국민건강증진법의 제정을 기점으로 국가주도의 건강증진사업이 진행됨. 1997년 국민건강증진기금의 조성, 2002년 국민건강증진 장기계획의 수립 등 체계적인 발전을 하였음. 또한 건강증진정책은 건강증진기금의 규모가 점차적으로 확대되면서, 건강증진정책의 범위도 확대되고, 건강증진사업도 확대됨.
- 건강증진정책은 방향성에서 기존의 보건의료정책과 차별성과 연결성을 유지하면서 진행되어야 하나, 아직 그 방향성이 명확하지 않은 문제점이 있음. 이에 본 보고서에서는 1995년 이후 실시된 우리나라에서의 국가주도의 건강증진정책을 다각적으로 평가하여, 이 결과를 토대로 향후 국가건강증진정책의 방향을 제시하고자 하였음.

제2장 평가틀에 대한 이론 고찰

제1절 세계 건강증진 개념의 흐름

- 건강증진의 흐름
 - 1975년 라운드보고서, 1978년 알마아타의 제1차 세계일차보건의료대회, 1986년부터 2005년까지 여섯 차례에 걸쳐 개최한 “세계건강증진대회” 등을 통하여 사회정책적 환경을 반영한 건강증진의 이념과 실질적인 수행 전략이 제시되었음. 이러한 수차례의 회의 결과 건강개념의 확대, 건강책임의 변화 및 건강형평성의 개념이 정립됨.

□ 건강 개념의 확대

- 건강의 개념을 신체, 정신, 사회적 건강으로 확대하였으며, 건강의 기본적인 요인으로 동시에 건강에 영향을 주는 직간접요인으로 의료, 가족, 소득, 주거, 환경 등 삶과 관련된 모든 요소를 포함하여 실질적인 건강의 범위를 확대함.

□ 건강증진에 대한 접근법의 변화

- 건강증진의 접근에서 보건의료적인 접근만으로는 건강증진의 목적을 이루기 어려워지며, 개인의 노력과 근본적인 사회제반요인에 대한 개선을 통한 접근이 필요함. 구체적으로, 건강을 지키기 위하여 건강, 환경, 경제, 생태, 교육 및 도시계획 분야 등 포괄적인 접근을 강조하고, 생활터별 접근을 실질적인 접근법으로 제안됨.

□ 건강형평성에 대한 관점

- 1차 세계보건의료대회에서의 건강에 대한 종합적인 개념 및 ‘모든 이에게 건강을’ 개념을 도입한 이후 지속적으로 형평성의 중요성을 강조함. 형평성에는 지역간의 격차, 성별 격차, 연령별격차, 소득 교육수준 등 사회적 요인에 의한 격차, 장애 등 신체적 요인에 의한 격차의 감소를 강조함.

제2절 정책평가 제반 이론

□ 정책의 개념

- 정책이란 전체 사회에 대한 가치의 권위있는 분배
- 어떤 목적이나 가치를 지향하는 일반적인 패턴의 의사결정이나 행위
- 공공문제해결을 위한 정부의 활동

□ 정책평가의 개념

- 정책이 의미있는 것인가 하는 정책의 당위성, 정책의 집행결과로 어떠한 결과가 초래되었는가 하는 정책의 영향과 효과, 정책이 달성할 것으로 기대하였던 바를 달성하였는가 하는 목표의 성취 정도, 그리고 그러한 결과를 가져오는데 더 나은 방법이 있겠는가 하는 정책대안의 모색과 관련된 제반활동

- 정책 목표와 인구 집단에 대한 영향이나 결과, 계획과 실제 과정, 수단과 한계간의 간격(Brewer & De Leon, 1983)
- 정책평가의 대상은 정책이며 정책은 권위있는 정부기관이 결정한 기본방침이므로 집행을 위한 세부적인 절차까지 포함하는 것은 아님.

□ 정책평가의 유형

- 평가 목적에 따라서 일반적으로 총괄평가와 과정평가로 구분
 - 일반적으로 정책효과를 평가대상으로 한 것이 총괄평가이며 집행과정을 평가대상으로 한 것이 과정평가
- 정책평가의 시점을 기준으로 살펴보면, 총괄평가와 형성평가로 구분
 - 총괄평가는 정책집행이 종료된 시점에서 수행하는 평가이며 형성평가는 집행의 과정에 이루어지는 평가
- 정책평가 주체에 따라서 내부평가와 외부평가로 구분
 - 내부평가는 정책의 결정 및 집행 담당자나 이들이 속한 조직의 다른 구성원이 수행하는 평가이며 외부평가는 정책의 결정 및 집행의 담당기관이 아닌 제 3자가 수행하는 평가

□ 정책평가의 모형

- 정책평가의 모형을 제시한 대표적인 학자는 Evert Vendung임.
 - 효과성 모형, 경제성 모형, 전문가 중심 모형, 의사결정 모형을 제시하였고 각 모형에 포함될 수 있는 세부적인 모형을 제시하였음.
 - 효과성 모형 중 대표적인 모형은 목표달성모형이며 이 모형은 목표달성에 대한 평가(goal achievement measurement)와 영향 측정(impact assessment)이라는 두 가지 기본적 요소로 이루어짐.
 - 경제성 모형은 공공부문도 민간부문과 같이 생산성의 극대화나 혹은 비용-편익분석을 통해 나타나는 효율성의 극대화가 공공개입의 평가기준이 되어야 한다는 모형
 - 전문가 모형이라는 접근방법은 특정 전문분야에서 일단의 평가자들을 선발하여 그 전문분야 자체의 기준과 업무성과의 질적 표준을 바탕으로 다른 구성원의 업무성과를 평가하도록 하는 방법

- 의사결정모형은 평가과정 중에 미래지향적인 측면을 판단준거로 삼는데 목표를 설정하려는 계획을 작성하는 기획단계, 기획된 프로그램을 설계하기 위한 구조화 작업을 하는 투입단계, 이를 집행하는 집행단계, 생산물의 산출과 전달, 성과를 사정하기 위한 평가순환 단계의 4단계로 구분됨.

□ 정책평가의 기준

- 정책평가의 기준은 아래 표에서 보는 바와 같이 매우 다양하지만 공통적으로 지적되고 있는 것은 능률성, 효과성, 형평성, 대응성, 만족도 등임.

□ 국내 관련 연구

- 우리나라의 정책평가는 1962년 정부업무의 심사분석제도를 시초로 보고 있지만 관련 연구는 1990년대 후반부터 많이 발표되었음.
- 도시와 지역개발 분야, 경제 및 재정분야, 환경과 자원분야, 행정분야에서 두드러졌음(김형완, 2005).

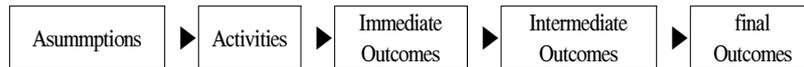
제3절 사업평가 모형

□ 평가모형

- 논리모형

- 단기 목적과 장기 목적 설정의 중요성 및 목표의 각 단계별 활동에 대한 기본 가정을 강조한 모형으로 보건사업의 구체적인 활동에서부터 그 사업이 가져올 수 있는 단기 혹은 장기적인 영향까지의 발전을 논리적인 흐름으로 보여줌.
- 논리모형은 크게 보건사업 실행의 바탕이 되는 가정 및 상황과 문제 진단, 사업의 활동, 결과의 세 가지 요소로 구성됨.

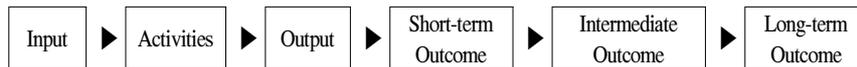
[그림 1] 논리모형1



자료: Chen WW, Cato BM, Rainford N. Using a logic to plan and evaluate a community intervention program: a case study. Quarterly of Community Health Education 1998-99; 18(4): 449-458

- 논리모형은 미국 질병통제본부(CDC)에서도 건강증진사업을 포함한 다양한 보건사업의 평가모형으로 적용하고 있음.

[그림 2] 논리모형2

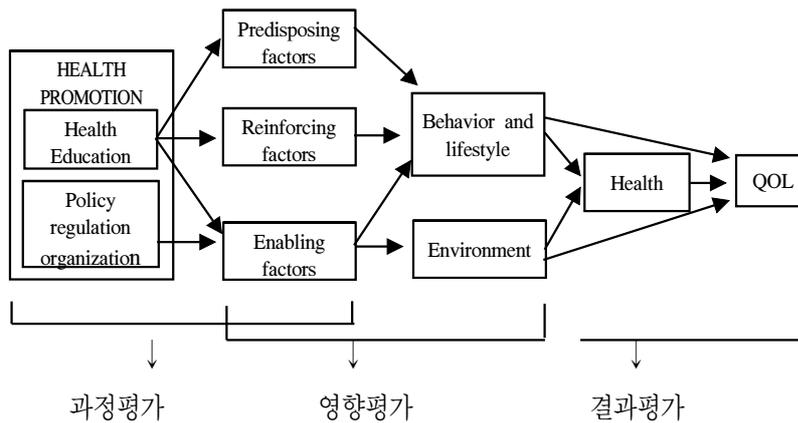


자료: CDC

— PRECEDE-PROCEDE모형

- 건강증진사업의 평가를 건강증진사업에 대한 과정평가, 영향평가 및 결과평가의 세 단계로 구분하였음.

[그림 3] PRECEDE-PROCEDE모형

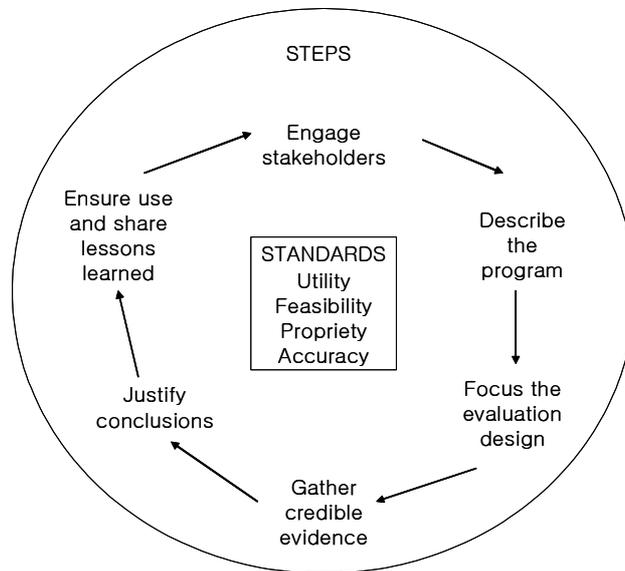


자료: Green LW, Kreuter MW. 「Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach」 p35. Mayfield Publishing Company, California, 1999

- CDC(1999)의 보건사업 평가 틀

- 1999년 미국의 CDC에서는 공중보건사업 평가에 적용할 수 있는 모형을 발표하였음.
- 본 모형은 어떠한 보건사업에라도 범용적으로 적용할 수 있도록 개발되었음.
- 1단계는 관련자를 참여시키는 것이며, 2단계는 문제를 기술하는 단계이며, 3단계는 평가 설계를 수립하는 단계이고, 4단계에서는 근거를 수집하여, 5단계에서는 결론을 이끌어내고, 6단계에서는 평가결과를 사용하고 발표하는 것임. 그리고 6단계는 다시 1단계로 환류되는 체계를 가진다. 6단계와 더불어 효용성, 실행가능성, 윤리적 타당성, 정확성의 기준으로 구성됨.

[그림 4] CDC의 보건사업 평가 모형



자료: CDC. Framework for program evaluation in public health. Morbidity and Mortality Weekly 48, p.4, 1999

□ 우리나라 건강증진사업 평가 관련 연구

- 우리나라에서 건강증진사업에 대한 평가 연구가 시행된 것은 1993년 박노에 등이 발표한 ‘지역단위 보건사업 평가서 개발에 관한 연구’에서 국민 보건증진을 위한 특수사업에 대한 평가항목 및 평가지표가 제시된 것이 시초가 된다고 할 수 있음.
- 1990년대 이후에 건강증진사업 평가에 대한 연구가 매우 활발하게 수행되었으며 최근에는 다양한 건강증진사업에 대하여 여러 가지 모형과 방법론을 적용한 평가연구들이 발표되고 있음.

제4절 우리나라 건강증진사업 평가지표

1. 기획예산처의 평가지표

- 기획예산처는 기금운용의 투명성과 효율성을 제고하고 기금 정책 수립 및 제도 개선에 기여하기 위해 ‘기금관리기본법’ 제12조의 제2항 및 제3항의 규정에 따라 매 회계연도마다 기금의 운용실태를 조사·평가하고 있음.
- 평가지표는 경영개선 및 사업운영, 자산운용의 2개 부문으로 나누어, 계량지표와 비계량 지표로 구성됨.
 - 계량지표에 대한 평가는 상대평가 방식을 적용하고 비계량 지표에 대한 평가는 절대평가 방식을 적용하여 각 부문별 100점 만점으로 평가
 - 비계량 평가지표의 평가기준을 살펴보면,
 - 첫째, 경영개선 항목에서는 전년도 기금운용평가에서의 지적사항들에 대한 적절한 개선노력, 경영혁신 노력, 기금 관리조직 및 인력의 적정성을 평가함.
 - 둘째, 사업운영 항목에서는 기금의 설치목적 및 사업의 적합성, 사업의 성과, 사업운영 효율성 제고 노력을 평가하고 있음.
 - 셋째, 자금운용 개선 및 혁신노력 항목에서는 자산운용 평가 지적 및 권고된 사항에 대한 개선 노력, 자산운용혁신 노력 등을 평가함.

- 마지막으로 자금운용의 적정성 항목에서는 자금운용정책의 적정성, 자금운용에 관한 의사결정과 집행의 전문성 및 투명성, 자금운용의 성과 분석 및 위험관리체계에 대한 합리성을 평가함.

2. 감사원의 평가지표

- 감사원은 기금이 투명하고 효율적으로 설치, 관리, 운용될 수 있도록 기금관리제도를 정비하고 불합리한 운용 방식을 개선하여 중장기적인 운용방향을 제시하기 위해 2003년 4월 기금 전반에 걸쳐 종합적인 점검을 실시하였음.
- 감사원 감사의 중점 감사항목은 기금 설치 관리, 기금 조성 관리, 기금 사업 운용, 조직, 인력, 자금, 회계 관리의 4가지 항목으로 이루어져 있으며 세부적인 내용은 본문에 제시된 바와 같음.

3. 건강증진사업지원단의 지자체 건강증진사업 평가지표

- 시·군·구 보건소에서 실시하는 건강증진사업의 평가와 관련하여 2004년까지는 보건복지부(건강증진사업지원단)에서 개별 보건소 건강증진사업을 직접 평가하여 예산을 배분하는 방식을 취하였음.
- 그러나 2005년부터는 사업의 지방 분권화 추진과 광역자치단체의 역할 강화 차원에서 각 시·도가 직접 평가하는 방식으로 변화되었음.
 - 즉, 광역자치단체에서는 시·도 건강증진사업지원단의 지원을 받아 관할 보건소의 건강증진사업을 직접 평가하고, 보건복지부는 이를 확인하고 시·도의 건강증진사업을 평가하는 방식으로 건강증진사업 평가체계를 개편하였음.
- 시·도 건강증진사업 평가는 구조 평가, 과정 평가, 결과 평가의 틀을 사용하여 평가하게 됨.
 - 과정평가의 경우에는 2006년도부터 시작된 건강증진사업 수행과정에 대한 모니터링 및 현지평가 결과로 평가가 이루어 짐.

- 평가결과는 환류를 통한 시·도 건강증진사업의 질적 수준 제고 및 우수 시·도에 대한 인센티브를 제공 등에 사용됨.
- 각각의 평가 과정에 대해 살펴보면 다음과 같음.
 - 사업계획서 평가는 보건복지부에서 시달된 주요시책에 따라 사업계획서가 작성되었는지 여부를 검토하여 사업계획 내용을 보완하는데 역점을 두어 시행함.
 - 이때 시·도는 시·군·구의 계획서를 평가한 후 그 내용을 시·도 계획에 포함하여 보건복지부에 보고하되 평가기준은 기존에 보건복지부에서 사용하던 기준을 사용하거나, 자체 개발한 평가기준을 사용하여 평가함.
 - 사업실적 평가의 경우 중앙에서는 반기별로 수집된 시·도 단위의 사업실적을 종합적으로 평가하여 각 시·도에 환류하여 사업수행에 참고하도록 하는데, 사업실적은 주로 네 가지 건강생활실천사업 분야별 필수사업 위주로 평가함.
 - 시·도 건강증진사업 세부 평가항목 및 배점은 본문에 제시된 바와 같음.

제3장 국내외 건강증진 정책의 추이

제1절 우리나라의 건강증진정책 추이

1. 실천영역

가. 재원조달

- 우리나라의 국민건강증진사업 재원은 국민건강증진법에 의해 설치된 국민건강증진기금이 대부분을 차지하고 있으며, 그 이전에는 일반 보건사업과 구분 없이 정부의 일반예산에 의해 사업이 실시되었음.
- 건강증진기금설치 이전과 설치 이후의 국민건강증진사업의 재원조달 현황과 건강증진기금의 조달 및 운용현황은 다음과 같음.

- 건강증진기금 적립 이전(1991~1996년)
 - 실제 기금은 건강보험자부담금과 담배부담금이 적립되기 시작한 1997년에 비로서 적립되기 시작했으며, 그 이전에는 정부의 일반회계 예산으로 건강증진 관련 사업이 수행되었음.
 - 건강증진 분야에 대한 국민의 관심증가가 예산 배분에도 반영되어 점차 예산이 증가하는 경향을 나타내었음.
- 건강증진기금 적립 이후(1997~2006년)
 - 부담금관리기본법 제정(2001. 12.)에 따라 건강증진부담금이 ‘궤련 20개비 1갑당’ 2원에서 150원으로 인상되었으며, 이후 2005년 법개정을 통해 건강증진부담금이 150원에서 354원으로 증가되었음.
- 연도별 기금운용액 중 건강증진사업비가 차지하는 비율을 살펴보면, 본격적으로 기금운용을 시작한 1998년도부터 건강증진사업비 비중이 높아지다 2002년 기금이 국민건강보험에 지원되기 시작하면서 건강증진사업비 비중이 5%미만으로 급락하였고, 담배부담금이 대폭 인상되고 전국의 모든 보건소에서 건강증진사업이 실시되기 시작한 2005년부터는 다시 건강증진사업비의 비중이 증가하는 추세를 보였음.
- 건강증진사업에는 건강증진기금 외에도 정부의 일반예산이 투입되고 있는데, 1998년에는 1,105억원이었던 예산이 점점 증가하는 추세를 보였으나, 2005년도에는 일반 예산으로 집행되던 사업의 상당수가 건강증진기금사업으로 전환되어 일반 예산은 대폭 줄어들었음.

나. 법

- 건강증진과 관련 있는 법률은 국민건강증진법 외에도 보건의료기본법, 지역보건법, 공공보건의료에 관한 법률, 결핵예방법, 전염병관리법, 암관리법, 모자보건법, 구강보건법, 정신보건법, 노인복지법, 장애인복지법, 학교보건법, 학교급식법, 산업안전보건법 등이 있음.

- 이와 같은 건강증진과 관련된 법률들을 건강증진 인프라 및 건강생활실천 관련 법률, 질병관리 관련 법률, 대상별 접근 관련 법률 등으로 구분하였으며, 자세한 법률 내용에 대해서는 본문에 제시하였음.

다. 행정체계

- 국민건강증진사업을 위한 행정체계는 건강증진기금의 효율적 사용을 위한 기금운용체계와 건강증진사업의 효과적 수행을 위한 추진체계로 나눌 수 있음.
 - 국민건강증진기금 운용 체계로는 기금관리주체인 보건복지부장관, 법에 따라 구성된 ‘국민건강증진기금운용심의회’, 전문가 집단인 ‘기획평가위원회’, ‘기금운용심의회위원회’ 등으로 구성되어 있으며, 자세한 내용은 본문에 제시하였음.
 - 건강증진사업의 수행을 위한 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체의 역할은 다음과 같이 배분될 수 있음.
 - 중앙정부는 지방정부가 수행하기 어려운 연구, 검사, 정책결정의 역할을 수행하고, 광역자치단체는 시·군·구의 건강증진세부계획 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원을 하고, 시·군·구 사업 결과를 중앙에 보고하는 가교역할을 담당함. 또한, 기초자치단체는 지역 실정에 맞는 사업 계획을 수립, 시행하고 사업결과를 시·도에 보고함.

라. 건강증진 정책 형성

- 우리나라에서의 건강증진정책 도입배경과 1995년 국민건강증진법 제정, 그리고 우리나라의 대표적인 건강증진정책이라고 할 수 있는 국민건강증진종합계획 2010의 정책 형성 과정 및 개정배경은 다음과 같음.
 - 정부는 1990년대 중반 이후 암, 뇌졸중, 심장병, 고혈압, 당뇨병 등 심각한 보건문제를 야기시키고 있는 사망원인의 대부분이 건강에 해로운 생활습관 등에 기인하고 있어 질병에 대한 치료 위주의 소극적 정책에서 사전에

질병을 예방하고 건강을 증진하는 적극적 정책으로 전환할 필요성을 절감 하였음.

- 이에 따라 국민건강증진사업 추진을 위한 제도적 근거 마련을 위해 1995년 국민건강증진법 및 국민건강증진법 시행령을 제정·공포하여 건강증진 사업을 전개할 수 있는 법적기반을 구축하였음.
- 그러나 보건의료의 패러다임 변화가 곧바로 국민의 건강수준의 개선으로 귀결되지는 않았으며, 이러한 문제를 먼저 경험한 선진국의 경우 이미 1980년대부터 건강증진목표를 설정하고 범국민적인 건강생활실천운동을 전개해 오고 있었음.
- 이러한 국내외 환경변화에 따라 정부는 우리나라 보건의료 인프라를 새롭게 정비하고자 2002년 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)을 수립하였으며, 2005년에는 계획서 상의 문제점과 사업 추진을 위한 환경 변화로 인해 수정보완이 이루어졌음.

마. 건강증진사업 내용

- 건강증진법에 의한 건강증진기금 설치로 많은 건강증진사업이 건강증진기금에 의해 수행되기는 하지만, 건강증진기금사업만을 건강증진사업으로 지칭하지는 않으며, 정부의 일반예산으로 집행되는 사업 또한 건강증진사업의 범주에 포함됨.
- 우리나라의 건강증진사업을 건강증진기금 설치 이전, 건강증진기금 설치 이후, 그리고 건강증진기금이 대폭 확충된 2005년 이후로 구분하여 건강증진사업의 변화를 살펴보면 다음과 같음.
 - 건강증진기금 적립 이전(1991~1996년)에는 정부의 일반회계 예산으로 건강증진사업이 수행되었음.
 - 이 시기의 주요 건강증진사업 내용은 가족보건, 보건교육, 전염병관리, 질병관리 등으로 규모의 차이만 있을 뿐 사업영역은 물론 세부적인 사업내용 마저도 거의 똑같은 사업들이 매년 실시되어 어떠한 차별성이나 참신성을 찾아볼 수 없었음.

- 1997년부터 건강증진기금이 적립되면서 건강증진기금 사업이 시작되었음.
 - 2002년부터 국민건강증진부담금 인상으로 건강증진기금 수입은 크게 증가하였으나 기금 대부분이 건강보험급여비 지원에 사용되어 기금 확충이 사업 확대에 귀결되지는 못하였음.
 - 다만, 2002년부터는 1998년부터 실시되어온 보건소 건강생활실천사업이 확대되어 전국 100개 보건소로 확대 실시되었고, 2004년부터는 156개 보건소로 확대되었음. 또한, 점차적으로 정부 일반회계 예산으로 실시되던 보건사업들이 건강증진기금사업으로 이관되기 시작하였음.
- 1997년부터 2004년의 기간동안 정부 일반예산으로 시행된 건강증진사업은 건강증진기금사업이 시작되면서 정부 일반예산 사업의 규모가 점차적으로 줄어들었음.
- 국민건강증진법 개정으로 건강증진부담금이 대폭 인상되면서 건강증진기금 사업에도 큰 변화가 발생하였음.
 - 가장 큰 변화를 예로 든다면 첫째, 기존에 정부의 일반회계 예산으로 실시되는 보건사업이 대부분 기금사업으로 이관되었다는 것, 둘째, 암환자 등에 대한 의료비 지원 등으로 건강증진질병예방 사업의 사업비가 대폭 상승하였다는 것, 셋째, 2002년부터 시범사업으로 실시되어왔던 보건소 건강생활실천사업이 전국의 모든 보건소에서 실시하게 되었다는 것 등임.
- 2005년 및 2006년 정부 일반회계 예산에 의한 건강증진사업은 대부분 건강증진기금사업으로 전환되었음.

2. 평가영역

- 국민건강증진기금 및 국민건강증진사업에 대한 평가는 기획예산처, 감사원, 보건복지부(건강증진사업단)에서 실시한 평가가 대표적이라고 할 수 있으므로 이들 평가의 평가결과와 함께 최근에 실시된 국민건강증진종합계획 중간평가 결과에 대해서도 살펴보았음.

- 기획예산처의 평가는 경영개선 및 사업운영, 자산운영의 2개 부분으로 나누어 평가되었으며, 이 중에서 사업운영부문의 총괄적인 평가결과는 다음과 같음.
 - 첫째, 건강증진질병예방 영역의 경우 제한된 재원으로 모든 질병을 관리할 수 없으므로, 사업 대상 질병의 범위 선정의 기준을 명확히 할 것과 관리대상계층을 의료취약지역과 저소득층에 집중할 것, 질병 치료에 대한 지원방안 등을 강구하자는 평가 등이 있었음.
 - 둘째, 건강생활실천 영역에서는 홍보, 교육 방식에 있어 효과성 증진을 위한 조치가 필요하며, 또한 분산되어 있는 홍보재원을 통합 관리할 것을 제안하였음. 또한, 예방사업과 운동의 경우, 보건복지부, 광역자치단체의 보건소, 기초자치단체간 중복되는 사업이 다수 존재하므로 그 역할 분담을 명확히 해야 한다는 평가를 하였음.
 - 셋째, 연구개발사업의 경우 정책에의 적용가능성 등 실용성을 강조하고 있으나, 향후에는 기초연구에도 자원을 할애하여 건강증진사업의 효과분석 및 질병의 심각성을 규명하는 노력을 기울일 필요가 있다는 제안을 하였음.
- 감사원의 평가결과는 다음과 같음
 - 건강증진기금 설치의 적합성과 관련된 평가결과를 살펴보면, 조성 재원과 목적사업 간의 연계성과 신속적 사업추진의 필요성으로 판단되었는데, 이 같은 판단요소에 따라 국민건강증진기금은 ‘보통’이라는 판정을 받았음.
 - 이와 함께, 건강증진부담금과 관련한 사항으로는 국민건강증진기금 부담금 부과 대상에 관한 규정이 불합리하다는 평가를 하였음.
 - 현행 국민건강증진법은 엽권련(일명 ‘시가’ 담배)에 대해 건강증진부담금을 부과 징수하지 않음으로써 담배종류나 담배 수입 판매 업체 간에 형평성이 맞지 않는 일이 발생되고 있음. 따라서 관계 법령을 개정 보완하는 방안을 강구할 필요가 있음을 지적하였음.
- 국민건강증진종합계획 중간평가 결과는 다음과 같음.
 - 2003년부터 시행된 국민건강증진종합계획(Health plan 2010)은 2005년 중간평가 및 사업계획의 수정작업이 진행되었음.

- 국민의 건강행태 변화와 관련한 사업성과는 흡연율, 건강검진 수검률, 운동실천율 등 국민건강영양조사 결과에 미루어 볼 때, 건강증진사업이 다소간의 성과가 있었음을 보여 준다고 할 수 있음.
- 중간평가 결과 제시된 건강증진사업의 전반적인 문제점은 다음과 같음.
 - 첫째, 건강증진사업에 대한 이해가 부족함. 건강증진사업은 신 공중보건의 개념으로 모든 보건사업이 건강증진의 개념으로 파악되어야 함에도 불구하고 건강증진사업은 기금으로 지원되는 사업으로 한정된 접근을 하여 보건사업과 건강증진사업을 분리시켰음
 - 둘째, 연구사업과 대민사업과의 관련성이 부족함. 건강증진에 대한 이해의 부족으로 연구사업과 대민사업이 제대로 연계되지 못하여 건강증진기금이 비효율적으로 집행될 수밖에 없었음.
 - 셋째, 건강증진사업을 주도할 전담기구가 취약함. 건강증진기금사업지원단 사업예산인 관리운영비를 보면 건강증진사업비의 2%에도 미치지 못하여 실질적인 사업지원을 하기가 어려웠으며, 또한 시·도지원단이 2005년에 구성되었으나, 구체적 업무 및 예산 조달에 대한 명확한 지침이 없는 실정임.
 - 넷째, 지방자치단체의 참여가 부족함. 건강증진사업의 성패는 결국 보건사업의 최일선 조직인 시·군·구 보건소가 얼마나 앞장서느냐에 따라 달려있으나, 몇몇 보건소를 제외하고는 지방자치단체의 적극적인 참여는 거의 없다는 문제가 있음.
 - 다섯째, 민간단체 숫자가 부족하고 그 역할이 미흡함. 선진국의 경우 건강증진과 관련하여 수많은 민간조직들이 참여하며 민간단체와의 협력을 강조하고 있는데, 이러한 측면에서 우리나라는 많은 문제가 있음.
 - 여섯째, 건강증진사업의 평가 및 환류체계가 미비되어 있음. 건강증진과 관련하여 일정기간 동안의 사업을 평가하고 평가결과를 환류시키는 평가 환류 체계가 없기 때문에 사업의 효율성 제고에는 많은 문제가 있음.
 - 일곱째, 사업 인프라가 부족함. 건강증진사업을 원활하게 추진하기 위해서는 하부구조가 확립되어야 하는데, 일선 보건소에서조차도 조직화가 안된 곳이 많고, 전담 인력도 부족한 실정임.

- 여덟째, 보건소사업이 중복적으로 실시되고 있음. 2003년부터는 보건소 건강생활실천사업이라는 명칭 하에 금연, 절주, 운동, 영양의 4가지 내용을 중심으로 전개되어왔음에도 불구하고 여전히 영양사업, 금연사업, 재활사업 등이 별도의 예산으로 운영되어 예산의 중복 지출 문제가 있음.

제2절 영국의 건강증진정책 추이

- 영국의 건강증진 정책은 평균수명의 연장과 국민의 건강증진을 목표로 하고 있으며, 이 목표를 달성하기 위해 공공정책개선, 환경개선, 건강생활습관유도, 보건서비스의 질 향상을 과제로 하고 있음.
- 건강증진을 위한 국민보건정책의 실행체계는 첫째, 지역단위 일차보건의료의 강화 및 보건의료서비스의 질 개선, 둘째, 건강한 지역사회, 가정, 학교, 직장, 병원의 환경조성 추진, 셋째, 부처 간 기관 간 협력체제 강화, 국민보건수준의 평가지표 개발 및 산출로 구성됨.

1. 실천영역

- 재원조달
 - 2006~2007년도 영국 보건부의 공적기금은 965억 8천 1백만 파운드이며, 이는 국민보건서비스(National Health Service: NHS)에 할당된 예산인 101억 8천 2백만 파운드를 포함한 기금임.
 - 건강증진사업을 위한 별도의 재원으로는 복권기금(Big Lottery Fund), 건강삶센터(Health Living Centres), 암과 더불어 사는 센터(Living With Cancer), 심장질환퇴치센터(Fighting Heart Disease), 완화치료기금(Palliative Care) 등의 기금이 있음.
- 보건행정체계
 - 영국에서의 건강증진의 책임은 보건부(Department of Health)와 함께 4개 지역의 보건교육국에서 담당하고 있으며, 보건부장관(Secretary of State for Health)은 보건교육의 정책과 개발에 전반적인 책임이 있음.

- 보건교육국은 건강증진, 국민들의 건강 개선을 위해 국내외적으로 지원을 하고 있으며 건강 불평등을 줄이기 위한 사업을 실시하고 있음.
- 또한 정부의 건강증진전략에 대한 자문 역할, 건강증진 분야의 연구 활동, 건강에 관한 지속적인 정보를 제공하고 있음.

□ 건강증진사업 내용

- 최근 영국 보건부는 충분한 예산을 확보하여 환자 개개인의 의료시설에 대한 접근을 용이하게 하고, 폭넓은 서비스를 제공해 다양한 선택을 하도록 목표를 설정함. 궁극적으로 질 높은 보건서비스를 제공하기 위하여 NHS는 많은 제안을 하고 있음.
- 예를 들면, 환자의 대기시간이 최대 18주 이상을 넘기지 않을 것, 장기 치료를 요하는 만성질환 환자의 경우 각 분야에서 전문의로 구성된 팀을 통해 양질의 의료서비스를 제공할 것, 단순히 질병을 치료하는 서비스를 넘어서 건강불평등을 해소하고, 질병예방에 초점을 둔 보다 나은 공중보건서비스를 제공할 것 등의 계획들을 제시하고 있음.

2. 평가영역

- 평가는 1991년 이래로 보건부에서 매년 영국건강조사(The Health Survey for England)를 하여 어린이와 성인의 보건행태 및 건강수준에 관한 항목을 조사하여 영국에서 행해지고 있는 건강증진사업을 평가하고 있음.
- 영국의 국가보건서비스와 건강증진사업은 지난 20년 동안 매우 성공적으로 사업이 수행되었으며, 그 이유는 다음과 같이 요약될 수 있음.
 - 첫째는, 국가기구의 활성화임. 국가적으로 혹은 지역적으로 국민들의 의료 서비스 만족도를 높이기 위한 자발적인 기구들이 출범하여, 병원이나 의사들을 감시하고 폭로하며 질 높은 의료 서비스를 제공하기 위해 다양한 방법으로 활동함.
 - 둘째로, 공공기관과 민간기관 간의 파트너십을 들 수 있음. 영국은 공공 서비스 부문의 질을 향상시키기 위해 공공기관 및 사설 시설 간의 공

한 파트너십을 강조하여 민간단체 및 전문가 그룹이 함께 참여하는 프로그램들을 운영 중임.

- 셋째로 전문가를 양성했다는 점임. 다른 유럽 국가들과 달리 여러 보건전문인을 위한 다양한 박사 과정 프로그램이 운영 중에 있음.
- 넷째로 대외정보임. 영국 국민들은 그들의 의료 권리나 의료 서비스에 대한 선택 이전에 폭넓은 정보를 얻을 수 있음
- 마지막으로 치료적 효율성을 들 수 있음. 지난 20년 동안 NHS는 의학적 감사(audit), 치료적 가이드라인 제시, 의료 기관에 대한 기밀한 조사에 관하여 선구자적인 역할을 해왔으며 이를 통해 환자 편의 치료에 대한 긍정성 및 신뢰도를 높여 왔음.

제3절 일본의 건강증진정책 추이

1. 실천영역

□ 재원조달

- 우리나라의 건강증진기금과 같은 건강증진사업을 위한 별도의 기금은 조성되어 있지 않고, 사업별로 비용부담의 주체가 다른데 주로 국가, 도도부현, 시정촌, 사업주, 그리고 보험료에 의해 재원이 조달됨.

□ 건강증진법

- 일본 건강증진사업의 근거법인 ‘건강증진법’은 국민건강증진의 종합적 추진에 관한 기본적인 사항을 정하고, 국민의 영양개선과 건강증진 등을 통해 국민보건 향상을 도모하는 것을 목적으로 함.
 - 법률은 기본방침 및 지방건강증진계획(제7조 및 제8조), 건강진단 등 지침(제9조), 국민건강영양조사 등(제10조~제16조), 간접흡연의 방지(제25조) 등의 내용을 담고 있음.

□ 추진체계

- 개인의 건강증진을 사회전체에서 지원하기 위해서는 폭넓은 관계자가 협력하는 지원체계의 정비가 중요함. 그 때 행정내부의 체계를 만드는 것

뿐만 아니라, 행정외부의 다양한 관계자와의 연계를 고려한 체제정비가 중요하다.

- 종래의 건강증진대책에서는 행정이 주체가 되어 여러 시책을 실시하는 것이 많았으나, 건강일본 21에서는 사회자원과 연계하는 것이 큰 특징임. 건강일본 21은 생활습관이라는 지역 주민의 생활 전반에 관련되는 시책인 만큼 사회자원과의 연계가 되느냐 마느냐는 목표달성에 관한 중요한 포인트라고 할 수 있음.

□ 21세기 국민건강증진 운동 ‘건강일본 21’

- 일본의 후생노동성에서는 조기사망의 감소, 건강수명의 연장, 삶의 질 향상의 실현을 목적으로 2000년부터 ‘21세기 국민건강증진 운동(건강일본 21)’을 추진하고 있음.
- 국가 수준의 당초 목표로 9분야 70항목 100지표를 설정하고, 이들 목표를 참고로 지방계획을 책정하도록 하고 있음.
- 건강일본 21은 건강증진의 이념 아래, 국가, 도도부현, 시정촌은 물론 지역 주민을 포함한 주민 주체의 건강증진운동으로서 전개되고 있음. 47개 도도부현에서 각각의 건강증진계획을 책정하여 추진하고 있고, 반수 이상의 시정촌에서도 계획이 책정되어 있음.
- 건강일본 21에서는 목표 설정과 목표 달성을 위한 모든 활동의 성과를 적절히 평가하여 그 후의 건강증진운동에 반영하는 것을 기본방침의 하나로 하고, 2005년도에 중간평가를 실시하였고, 2010년도에 최종평가를 실시할 예정임.
- 건강일본 21의 기본방침은 ① 1차 예방 중시, ② 건강증진 지원을 위한 환경정비, ③ 목표 설정과 평가, ④ 다양한 실시주체와 연계한 효과적인 건강증진의 추진임.

2. 평가영역

- 건강일본 21에서는 목표 설정 및 목표 달성을 위한 구체적인 활동의 성과를

적절히 평가하여, 그 후의 건강증진운동에 반영하는 것을 기본방침의 하나로 하고 있음.

- 평가는 국가, 도도부현, 시정촌이 각각 실시하고, 이렇게 중층적으로 평가함으로써 국민 개개인의 건강증진을 위한 지원활동의 평가가 가능해짐. 또 건강증진은 국민 개개인의 주체적인 실천이 중요하므로 이에 대한 평가가 이루어져야 할 것임.
- 평가방법은 자기평가를 주로 하나, 객관성을 보완하기 위해 필요에 따라 주민, 전문가, 관계단체 등에 의한 외부평가(설문지, 퍼블릭 코멘트, 워크샵 등)를 실시하는 것이 바람직함.
- 국가는 장기적인 시점에서 건강일본 21의 중간 평가, 최종 평가와 건강일본 21 이후의 건강증진대책을 추진하는 데에 계속적으로 건강관련 데이터를 모니터링 할 수 있는 시스템을 구축해야 함.
 - 건강일본 21의 목표치는 많기 때문에 중간평가에서는 목표 달성의 실행성이 높은 목표, 5년이라는 세월에 변화할 가능성이 높은 목표 및 중요도가 높은 목표부터 우선적으로 파악하는 것이 중요함.
 - 2010년도의 최종평가는 추진방안 및 목표의 재검토를 실시하여 건강일본 21을 더욱 효과적인 건강증진대책으로 할 수 있어야 함.
- 국가는 2005년도를 건강일본 21의 중간 평가년으로 하고 있으나, 도도부현 계획의 평가년은 그 개시년이 다르므로 다양하게 설정되어 있음. 또 도도부현에 따라 그 계획에서 중점을 두는 내용, 방법 등에 차이가 있기 때문에 도도부현의 개별성을 고려한 평가를 실시하는 것이 필요함.
 - 도도부현 독자의 자기평가 및 도도부현간 공통의 자기평가를 실시하여 얻어진 결과로 도도부현 계획을 발전시켜 건강증진대책을 더욱 효과적으로 할 수 있어야 할 것임.
- 시정촌 계획의 평가년은 시정촌간에 상당히 다를 것이며 보건소 정령시·동경도 특별구와 기타 시정촌에 따라 시정촌 계획의 내용에도 차이가 있기 때문에 시정촌에서는 특히 그 개별성을 고려한 평가가 실시되어야 할 것임.

제4절 캐나다의 건강증진정책 추이

- 캐나다는 보건사업의 범주를 생물학적 측면, 생활습관, 환경 및 보건의료조직으로 분류하고 있으며, 그 중 생활습관의 개선을 가장 강조하고 있음. 연방정부, 주정부, 지방정부 모두 질병예방, 생활습관의 변화, 건강지원환경 조성, 국민의 건강증진을 위한 각종 사업을 활발히 추진하고 있음.
 - 캐나다는 건강증진을 강조하는 정책 및 여러 건강증진사업이 활발하기 때문에 전체 국민의 높은 건강수준을 달성할 수 있으며, 또한 정부가 건강에 대한 불평등을 줄이려는 노력이 실효성이 있는 것으로 여겨짐.

1. 실천영역

- 캐나다는 건강증진사업을 수행하기 위하여 연방법으로 담배, 담배광고, 담배 제조회사 등에 세금을 부과하여 재원을 조달하고 있음.
- 캐나다의 보건부의 행정체제는 다음과 같음.
 - 연방정부의 보건부(Minister of Health)는 국가적 차원의 건강증진목표와 전략 등을 설정하고, 사회적 물리적 환경을 건강하게 만들기 위한 정책, 법규, 규칙 등을 위한 제정하고 수행함.
 - 보건부의 산하에 6개의 주정부(Alberta & NWT, Atlantic, British Columbia, Ontario & Nunavut, Quebec, Manitoba & Saskatchewan)가 있으며, 중앙정부 산하에 14개의 부서(Branches, Offices and Bureaus)와 4개의 기관(Agency)이 있음.
 - 4개의 기관 중 하나인 캐나다 공중보건국(Public health agency of Canada)은 건강증진정책과 업무를 담당함.
- 국민건강증진 운동 ‘건강한 미래를 향하여’
 - 1996년에 “캐나다의 건강보고서(Report of the Health of Canadians)”에서 건강증진에 대한 계획을 세웠으며, 1999년에 연방정부의 보건부에서는 두 번째 보고서인 “건강한 미래를 향하여(Toward a Healthy Future)”를 발간하

여 중앙정부, 주정부 및 지방정부에 배포하여 건강증진에 대한 사업을 수행하도록 하고 있음.

- “건강한 미래를 향하여(Toward a Healthy Future)”에서 캐나다의 모든 연령별로 건강에 영향을 줄 수 있는 결정인자(determinants) 혹은 주요 요인을 검사하여 공공보건정책을 수립했다는 점이 주목됨.
 - 전국민건강조사(National Population Health Survey), 전국아동/청소년조사(National Longitudinal Survey on Children and Youth) 등 전국 조사자료에서 나타난 국민의 건강에 영향을 줄 수 있는 결정인자를 파악하여 이를 근거로 하여 전반적인 국가의 건강증진정책을 수립하고 있음.

2. 평가영역

- 캐나다에서는 캐나다지역사회건강조사에서 나타난 자료를 분석하여 국민의 건강에 영향을 줄 수 있는 결정인자를 파악하여 이를 근거로 전반적인 국가의 건강증진정책을 수립하고 있으며, 중점 사업을 결정하는데 기초 자료를 제공하고 건강지표를 생산하여 건강증진사업의 평가를 하는데도 활용하고 있음.
 - 캐나다지역사회건강조사(The Canadian Community Health Survey: CCHS)의 주요 목적은 건강결정 요인, 건강상태 및 지방정부(province)단위에서의 건강서비스에 관한 항목을 평가하는 데 있음.
 - 캐나다지역사회건강조사는 2년을 단위로 2년 동안 자료가 수집되며, 첫째는 주정부(region-level)단위의 조사가 이루어지고 다음해는 지방 혹은 도 단위(province-level)로 조사가 이루어짐.
 - 캐나다지역사회건강조사는 개인의 보건행태 및 건강수준뿐만 아니라 지역사회에서 제공된 보건의료서비스에 대한 만족도(Patient Satisfaction)를 조사하여 보건서비스의 질을 평가하고 있음.
- 또 다른 건강증진에 대한 사업 평가로는 연방정부에서 계획된 사업이 얼마나 효과적으로 수행되었는지를 알아보기 위하여 각 사업마다 “평가프로젝트

(Evaluation Projects)”를 하여 사업의 관련성, 성공여부 및 비용효과 분석을 시도하고 있음.

제4장 평가결과

제1절 건강증진의 개념을 기준으로 한 평가

- 우리나라에서의 건강증진사업의 범위를 국민건강증진법과 2002년에 제정되고 2005년 수정된 국민건강증진종합계획, 1997년 이후 수행된 건강증진기금에 의한 사업의 내용을 중심으로 분석한 결과 점진적으로 확대되는 추이를 보임.
- 1995년 제정된 국민건강증진법에 의하면 “국민건강증진사업”을 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업으로 정의하여(2조) 사업의 범위로 건강생활실천, 질병예방으로 보건의료적인 부분으로 국한함.
- 국민건강증진기금은 기금의 규모가 증가되면서 사업의 범위가 확대됨. 확대된 사업에는 공공보건의료구축, 의료체계구축, 보건의료 R&D 등 치료 및 건강지원환경구축에 대한 사업이 건강증진 고유의 사업 보다 더 많이 포함되어 건강증진기금의 목적과 괴리가 있음.
- 건강증진종합계획을 중심으로 정부에서의 건강증진사업의 범위를 살펴보면 2002년 최초의 건강증진종합계획은 건강증진의 협소한 범위에서 이루어졌음. 그러나 2005년도 개정된 새국민건강증진종합계획에서는 건강생활실천, 질병예방과 건강환경지원의 범위로 확대되어 세계건강증진의 흐름과 일치함.
- 국민건강증진법, 국민건강증진기금, 건강증진종합계획의 세가지 측면에서 살펴본 우리나라에서의 현재의 건강증진사업의 주소는 건강증진종합계획 2010이 가장 건강증진의 세계적인 흐름에 부응하는 계획이며, 또한 정부가 2005년 수정보완 작업을 함으로써 타당한 건강증진정책의 방향을 잡았음을 보여

중. 이와 보조를 같이하여 국민건강증진법도 필요한 부분이 수정되어야 할 필요성이 제기되며, 건강증진기금의 경우는 실질적으로 건강증진종합계획 이외의 부분에 대한 예산집행이 되므로, 향후 건강증진기금의 성격을 명확히 하여야 할 필요성이 제기됨.

제2절 건강증진정책 평가

□ 개념 및 관련 연구

- 건강증진정책 평가의 개념은 앞서 살펴본 정책평가의 개념과 크게 다르지 않음.
 - 건강증진정책의 평가 대상은 건강증진정책인데 건강증진정책이 무엇인지에 대한 명확한 정의는 없음. 건강증진 관련 국제회의 및 현장에서는 healthy public policy라는 광범위한 개념을 제시하고 있음.
 - 건강증진정책 평가란 건강증진과 관련한 법, 규제 제도, 자원 배분, 정책 실행 등을 대상으로 그 목표와 인구 집단에 대한 영향이나 결과, 계획과 실제 과정, 수단과 한계간의 간격을 면밀히 분석하는 것을 말한다고 할 수 있음.
- 우리나라에서 건강증진정책을 평가한 연구는 미흡한 실정임
 - 정책평가의 모형이나 지표를 사용하였다기 보다는 현상에 대한 진단과 문제점을 파악하는 수준에서 그친 연구(남정자, 2002)가 대부분이었음.
 - 남은우 외(2004)는 영국에서 개발된 The Health Promotion Discovery Tool을 일부 수정하여 한국과 일본의 건강증진정책을 비교하였는데 엄밀한 의미의 평가연구라고 보기는 어려우나 정책평가 관련 항목이 포함되어 있다는데 의의가 있음.
- 외국의 연구는 건강증진정책의 효과성 즉, 정책의 최종 산출물인 흡연율이나 음주율 등의 지표를 사용하여 정책을 평가한 연구가 대부분이었으며 건강증진정책에 대한 평가 연구보다는 개별 건강증진사업에 대한 평가 연구가 많이 발표되었음.

□ 건강증진정책 평가를 위한 틀(framework)

- 본 연구에서 평가 대상으로 설정하는 건강증진정책은 보건복지부가 주도하여 우리나라 국민의 건강증진을 위하여 기획 및 집행하는 정책으로 한정하였음.
- 본 연구에서는 평가방법에 따라서 다음과 같은 몇 가지 전제를 기본으로 하였음.
 - 단기적인 정책 결과에 대해서는 평가를 실시할 예정이므로 과정평가와 결과평가를 혼합한 형태의 평가를 수행하였음.
 - 본 연구는 보건복지부 공무원이 아닌 연구팀에서 실시하므로 외부평가라고 할 수 있음.
 - 평가에 있어 사용하는 자료의 측면에서 보면 보건복지부에서 외부로 발간하거나 발표한 문서를 중심으로 평가를 실시하였다는 한계점이 있음.
- 본 연구에서는 건강증진정책을 평가하는 연구의 모형을 설정하는 데 있어 일반적인 정책평가의 모형 중 의사결정 모형을 근거로 하였음.
 - 의사결정 모형은 전술한 바와 같이 기획단계, 투입단계, 과정단계, 산출단계, 평가단계로 구성되어 있으며 본 연구에서는 이 단계를 그대로 받아들여 사용하였는데 이러한 단계 구분은 정책 과정에 있어 일반적으로 적용되며 이에 따라 건강증진정책에도 적용하는데 무리가 없을 것으로 판단하였기 때문임.

□ 기획단계의 평가결과

- 국민건강증진법에 나타나 있는 목표(국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함)와 국민건강증진종합계획 2010의 목표(건강수명 연장과 건강형평성제고)가 다르기 때문에 무엇을 우리나라 건강증진정책의 목표로 삼아야 하는지 명료하지 않다는 문제점을 지적할 수 있음.
- 전술한 두 가지 목표를 평가대상으로 한다면 모두 국민건강증진이라는 측면에서 모두 적합한 목표라고 할 수 있음.

- 구체성의 측면에서는 볼 때는 다소 미흡하다고 할 수 있음.
 - 무엇을 ‘건강에 대한 가치와 책임의식’이라고 규정할 것인지 ‘여건을 조성’한다고 표현되어 있는데 여건은 우리나라 사회 전반의 여건을 의미하는 것인지 불분명함.
- 실현가능성에 있어서는 건강증진정책이 단기간에 종료되는 것이 아니라 장기적이며 지속적으로 실시된다면 가능한 정책 목표라고 판단되었음.
- 기획단계에서 중요한 평가 요소 중 다른 하나는 계획에 대한 평가인데 2002년 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)을 수립하였고 2005년에 새국민건강증진종합계획 2010(New Health Plan 2010)을 수립하였음.
 - 2002년에 발표된 국민건강증진종합계획은 1차 예방사업의 개발이나 질 향상보다는 기존 보건사업의 연장선상에 있다고 할 수 있는 환자 조기 발견을 위한 건강검진 등 2차 예방사업에 치중되어 있음.
 - 새국민건강증진종합계획 2010은 목표에 과정과 관련된 지표를 추가하여 사업의 성과를 단기와 중장기로 구분하여 측정할 수 있도록 하였으며 각 분과별로 전문가가 팀을 이루어 의견 교환을 통하여 충실성을 높이도록 하였으며 예산 계획을 포함하여 계획으로만 그치는 것이 아닌 실제 적용이 가능하도록 하였음.

□ 투입단계의 평가결과

- 국민건강증진기금의 운용 현황을 살펴보면 순수 건강증진사업비로 운용된 비용은 전체의 20.2%에 불과하며 연도별로 이러한 비율에 큰 차이가 있음.
 - 재정이 안정적으로 확보되지 못한 상태에서 정책을 실시하고 있다는 것을 보여주며 담배부담금 등 보건복지부 외의 타 부처의 의사결정이 중요한 역할을 한다는 것을 알 수 있음. 이러한 결과는 범정부적으로 건강한 공공정책(healthy public policy)에 대한 이해가 필요하다는 것을 보여주는 것인데 우리나라에서는 아직까지 이에 대한 합의가 부족한 것으로 판단됨.
- 건강증진기금이 항목별로 건강증진기금 중 차지하는 비율이 연도별로 큰 차이가 있음.

- 이에 대한 근거가 제시되어 있지 않은 것으로 미루어 예산 사용에 있어 가치판단의 기준이 무엇인지 알 수 없으므로 명확한 판단을 내리기는 어려우나 정책의 지속성 및 연속성의 측면에서는 문제를 제기할 수 있다고 판단됨.
 - 일반 예산의 비중은 대폭 낮아졌는데 기금은 그 안정성이나 지속성이 담보되기 어려운 측면이 있으므로 건강증진정책의 재정 투입은 그 중요성에 비하여 다소 부족하며 불안정하다고 할 수 있음.
 - 국민건강증진법이 제정되던 1995년을 기준으로 본다면 중앙정부의 인력이 증가되었고 건강증진사업지원단이라는 조직이 설치된 점으로 볼 때 건강증진정책의 투입 단계에 있어 인력과 조직은 건강증진정책 집행을 위해서 그 모습은 갖추었다고 볼 수 있음.
 - 개별 지원단의 수준이 다른 점, 광역시도의 역할이 제대로 수행되지 못하고 있는 점 등이 문제점이라고 할 수 있음.
- 과정단계의 평가결과
- 건강증진사업의 집행 과정에 있어서 주로 교육, 홍보, 캠페인의 방법 등의 보건교육의 방법을 사용하는 것으로 나타났음.
 - 보건교육의 방법은 건강에 대한 바른 지식 보급에는 적절할 수 있으나 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성하는데는 적절한 방법이라고 하기에는 어려움이 있음. 즉, 건강증진사업 집행 과정이 건강증진의 목표를 달성하기에는 부족하고 적절하지 않은 측면이 있다고 할 수 있음.
 - 건강증진정책 과정에 대한 형평성은 본 연구에서는 평가가 불가능하였음.
- 산출단계의 평가결과
- 국민건강증진종합계획 2010의 목표 대비 달성도를 산출한 결과 목표 지표 별로 달성도에 있어서는 큰 차이를 보였음.
 - 건강증진정책의 최종적인 목표인 건강수명의 경우에는 2002년에 66.0세에서 2003년에 67.8세로 증가하여 목표치를 상회한 것으로 분석되었음.
 - 흡연율의 경우 성인 흡연율과 청소년 흡연율 모두 목표보다 낮은 흡연

율을 보여서 정책이 실효성을 보였음을 간접적으로 알 수 있는데 특히 고3 남학생 흡연율은 목표보다 4.1%나 낮은 것으로 조사되었음.

- 음주 관련해서는 이와 다른 결과를 보였는데 알코올소비량은 목표치보다 다소 낮은 것으로 보고되었으나 고도위험음주자비율은 목표와 같거나 거의 차이가 없어서 음주 관련 정책은 다소 미흡하였던 것으로 판단됨.
- 운동의 경우 성인의 주3회 이상 규칙적 운동실천율 지표가 목표치를 크게 상회하는 것으로 보고되었는데 이것은 정책이 성공적으로 집행된 것과 목표가 너무 낮게 설정되었던 두 가지 요인이 복합적으로 작용한 것으로 판단됨.
- 사망률 지표의 경우 정책의 효과가 단기간에 나타날 수 없는 지표이지만 유방암사망률, 여자의 위암사망률을 제외하면 모두 목표보다 사망률이 높은 것으로 분석되었음.

□ 평가단계의 평가결과

- 건강증진기금에 대해서는 외부 평가가, 건강증진사업에 대해서는 내부 평가가 이루어지고 있다고 할 수 있음.
- 건강증진정책 평가를 위한 모니터링 시스템은 매우 부족함.
 - 국가 단위 건강증진정책의 기획 및 집행 단계에 대한 평가를 위한 체계는 갖추어지지 않았으며, 국가 단위의 조사만을 통하여 정책 집행의 결과만을 모니터링할 수 있는 수준에 그치고 있음.
- 평가결과의 공유를 위한 배포에 있어서는 현재 건강증진사업지원단의 경우 그 평가결과를 자치단체에 통보하고 있으므로 배포가 이루어지고 있다고 할 수 있으나 기획예산처나 감사원에서 실시하고 있는 평가결과에 대해서는 용이하게 그 결과를 입수할 수 있는 것은 아니므로 배포가 잘 이루어지고 있다고 하기 어려움.

제3절 건강증진사업 평가

1. 금연정책의 평가

가. 금연정책사업의 현황

- 우리나라에서 담배 규제는 1972년 담배전매법을 제정함으로써 처음으로 시작되었으며 1995년 국민건강증진법을 마련함으로써 명실공히 국민건강증진을 위한 담배 규제의 기틀이 마련되었음
- 국민건강증진법은 담배 광고 규제, 담배 건강 경고 표기, 자동판매기설치 제한, 실내 흡연 금연 구역 구분을 비롯하여 국민건강증진기금 조성에 대한 법적 근거를 마련하여 보다 안정적인 재원을 근거로 금연 사업을 추진할 수 있는 기틀을 제공하고 있음
- 1997년 건강증진기금이 조성되고 담배가격 인상에 따라 기금 규모가 증가하게 되자 금연 사업에 대한 예산액 및 집행액도 규모가 커지게 되었음.
 - 국민건강증진기금으로 지원되는 금연사업은 크게 금연교육, 금연홍보, 청소년흡연예방, 흡연자 건강검진, 흡연 실태 조사, 금연 사이트 운영, 보건소 금연사업이 있음. 2004년 담배가격 인상 이후 금연클리닉운영 사업과 금연상담전화사업이 새로이 추가되었음
- 금연사업에 대한 평가로서 서미경 등(2003)에서는 금연 정책을 기획, 과정, 결과로 나누어 각각에 대해 평가를 실시하였음. 서영준 등(2003)은 보건소 건강증진사업의 성과를 평가하고 전문가 설문조사를 통하여 금연 사업 평가 지표를 개발하고 각 지표별 점수를 측정하였음. 황인경 등(2004)은 금연 사업을 위한 필수사업들을 제시하고 동 사업들에 대한 평가 지표를 구조·과정에 대한 평가 지표와 결과 지표로 구분하여 제시하였음
- 국민건강증진종합계획 2010 중간평가에서는 목표의 적합성, 목표량의 적정성, 사업 내역의 적합성, 문제점 측면에서 금연 사업을 평가하였음 또한 세부추진계획 사업의 실시 여부, 연차별 진도 평가, 연차별 투입 예산, 인프라 구축, 예상되는 문제점 등을 평가하였음.

나. 로직모델에 의한 평가

- 담배 가격 인상 및 담배 사업자의 보상금 지불로 금연 사업에 대한 예산이 증가한 사례는 외국의 경험에서 잘 나타나 있음. 또한 미국의 여러 주에서는 담배 사업자의 보상금을 이용하여 금연 사업에 활용하고 있음
- 외국의 연구 결과 흡연 폐해에 대한 정보 전달 및 데이터 구축이 흡연을 감소에 효과적인 영향을 미친 것으로 나타났음. 또한 흡연이 건강상 위험하다고 인지하고 있는 사람들이 덜 흡연하는 경향이 있는 것으로 분석되었음
- 금연하는데 필요한 도구를 제공하고 금연 서비스 이용상의 장애요인을 제거하면 성공적으로 금연 결심자를 증가시키는 것으로 나타났음. 또한 금연 미디어 캠페인은 금연율을 증가시키는데 효과적인 것으로 분석되었음
- 미국의 경우 지역 주민을 중심으로 한 금연 운동이 1981년 **Coalition on Smoking OR Health**를 결성하면서부터 시작되었음. 1989년 말 미국 전역에 걸쳐 46개 주와 워싱턴 DC에 금연 운동 연합체가 결성되었음.
- 작업장, 공공장소, 가정에서의 금연은 비흡연들을 간접흡연의 피해로부터 보호할 뿐만 아니라 흡연자들의 담배 소비량을 감소시키고 금연자 수를 증가시키는데 효과적인 것으로 나타났음
- 현재 금연 사업 추진을 위한 재원의 대부분은 담배세로 마련된 건강증진기금에 의해서 지원되고 있음. 향후 건강 증진에 대한 수요가 증가하여 기금의 사용 용도가 다양화되고 각 사업별 예산액도 증가할 것으로 판단되는바, 금연 사업에 대한 지속적인 기금의 지원을 확보하는 것이 필요함
- 국내에서 담배 소비 및 흡연율에 대한 조사로는 통계청이 실시하는 “사회통계조사보고서”와 보건복지부가 실시하는 “국민건강영양조사”가 있음. 이 밖에도 매년 한국금연운동협의회에서 실시하고 있는 성인 흡연율 조사와 청소년 흡연율 조사가 있음
 - 우리나라 흡연율은 20세 이상 성인 남자의 경우 1996년 부터 2001년까지 큰 변화가 없다가 그 이후 지속적으로 감소하여 2002년 60.5%, 2005년 52.3%로서 최근 4년간 25.2%(17.6% 포인트)감소하였음.

- 흡연 관련 남성 사망자 수는 1983년 32,617명 이던 것이 2003년 40,087명으로 증가하여 22.9%의 증가율을 보였음. 여성의 경우 흡연 관련 사망자 수는 1983년 4,385명에서 2003년 6,120명으로 증가하여 39.6%의 증가율을 보였음.
- 국내 금연 교육 및 홍보 사업으로 보건소 사업담당자·군·직장·학교 지도자 대상 금연지도자 교육, 민간단체의 산업장·군·학교 순회이동 금연교육, 생애주기별 금연교육 자료 개발 및 보급, 언론매체를 활용한 금연홍보를 실시하였음.
- 금연 관련 민간단체 사업으로 기관 방문을 통한 금연 교육 및 상담, 금연 교실 운영, 금연 실천자 관리, 대상자별 금연 지도자 교육, 보건의료전문가에 대한 교육, 금연 관련 세미나, 워크숍 개최 등을 들 수 있음.
- 정부는 흡연 예방 및 금연 정책의 목적을 흡연을 예방하고 흡연자의 금연을 촉진하며 비흡연자를 보호하기 위한 환경을 조성하는데 두고 있음. 세부 목표로서 흡연 예방을 위하여 청소년 흡연율을 감소시키고 흡연 시도 및 흡연 시작 평균 연령을 감소시킨다, 금연을 촉진하기 위하여 성인 흡연율을 감소시키고 금연 시도율과 금연 결심률을 증가시키며 금연 상담 또는 치료 경험률을 높인다, 간접흡연을 방지하기 위하여 금연 구역을 확대하며 간접흡연으로 인한 노출을 감소시킨다를 제시하고 있음.
- 향후 금연 정책의 추진 방향으로서 새국민건강증진종합계획은 청소년 흡연 예방 교육 및 금연 상담 활성화, 흡연자의 금연 유도 및 금연 실천 지원, 간접흡연 위험성에 대한 인식을 고취, 금연 홍보의 강화, 금연 사업 관계자의 역량 강화, 지역 사회 유관기관과의 연계 강화 및 민간단체와의 협조 체계 구축, 흡연 실태 및 금연 관련 규제 이행을 위한 평가 및 감시체계의 구축을 제시하였음.

2. 절주정책의 평가

가. 절주정책사업과 평가의 현황

□ 절주사업의 현황

- 절주사업을 위한 법적지원은 보건복지부의 국민건강증진법과 정신보건법을 비롯하여, 주류관리를 위한 주세법, 청소년의 음주접근성을 제한하는 청소년기본법과 음주예방교육의 근거가 되는 학교보건법, 근로자를 위한 사업장 건강증진운동시행령 등이 있음.
- 새국민건강증진종합계획에서 절주정책의 실행을 위하여 계획된 예산은 2006년부터 2010년까지 약 16,696백만원임. 이 외에 학교의 음주예방사업, 직장(사업장)의 절주사업, 정신보건의 알코올중독자 관리사업 등이 계획되어 있으며, 약 35,124백만원임.

□ 절주사업의 과거 평가 방법 및 내용

- 절주사업이 포함되어 있는 건강생활실천사업의 평가는 건강증진사업지원단에 의해 매년 시행되어 왔음. 여기서 사용된 평가지표는 8가지로 구성되며, 평가결과는 매우 우수, 우수, 보통, 미흡, 매우 미흡 등으로 표시되도록 구성되어 있었음.
- 평가지표의 내용과 점수는 사업대상선정 및 목표설정의 적절성(20), 사업내용 및 실적의 우수성(20), 지역사회자원 활용의 우수성(10), 사업조직 및 인력의 적절성(10), 인력개발(직원교육)의 적절성(10), 자체평가내용 및 결과의 활용성(10), 예산집행 및 월별사업계획의 적절성(10), 사업효과 및 확대가능성(10) 등이었음. 이 평가기준을 이용하여 보건소건강증진사업평가위원 16인에 의하여 평가가 수행되었음.
- 2005년도의 국민건강증진종합계획의 평가는 당초 2002년에 세웠던 사업의 성과를 점검하고 목표와 사업계획을 수정보완하는 계기가 되었음. 기본적인 평가들은 추진사업실시여부, 연차별 진도평가여부, 연차별 투입예산의 계획대비 집행실적, 인프라구축(인력, 시설, 장비, 정보통계 등), 예상되는 문제점설정과 타당성 등에 대한 점검 등이었음.

- 당초의 건강증진종합계획에 포함된 절주사업들은 일부분만 성공적으로 실시되었고, 실시하지 않은 사업도 있으며, 실시하였으나 체계적이지 못하여 그 효과가 의심되는 사업도 있었음.
 - 주류광고모니터링, 대중매체공익광고, 절주홍보물제작배포, 지역사회주민 절주교육사업만이 계획대로 달성되었음.
 - 청소년과 대학생에 대한 절주교육은 미흡한 점이 많았고, 청소년또래지도자양성, TV드라마 음주장면 자제유도, 음주문화 개선 및 절주실천사업은 실시되지 않았던 것으로 나타났음. 원래 계획에 없던 사업이 실시된 것도 지적되었음.
 - 사업들이 지나치게 교육홍보에만 치중되었다는 지적도 있었음. 국민의 주류소비를 규제할 수 있는 정책들이 병행하여 실시되어야 한다는 지적이 있었음. 주류소비 감소와 음주폐해 감소라는 궁극적인 알코올 정책의 목표를 달성하려면 법제도적 지원과 행정적 지원이 필요하다는 보고가 있었음.

나. 로직모델에 의한 절주사업의 평가

□ 절주정책 및 사업평가를 위한 로직모델의 적용

- 절주정책과 사업을 평가하기 위한 로직모델은 투입(input), 산출(output), 결과(outcome)로 크게 구분됨.
 - 투입지표는 예산, 계획, 자원, 통합된 노력 등이 포함됨. 산출지표는 사업활동영역으로서 실제로 추진한 사업들의 현황에 대한 영향지표들임. 결과지표는 단기, 중기, 장기 지표로 구분됨.

□ 절주로직모델에 의한 우리나라 절주정책사업의 문제와 과제

- 2010 국민건강증진종합계획에 포함된 절주정책 및 사업지표를 로직모델에 대입하여 보면 대부분 투입지표와 산출지표이며 중기결과지표인 것을 알 수 있음.
 - 제도적 정책의 개발과 집행은 투입과 산출지표에 해당되고, 예산확보를 위한 재원을 확보하는 것은 투입에 해당됨. 예산을 실제 집행한 결과는

산출지표에 해당됨. 개인, 조직, 지역사회의 변화는 상당부분 중기 결과 지표에 해당됨.

- 이러한 점에서 볼 때 우리나라에서 개발한 건강증진의 절주지표에는 단기 결과지표와 장기 결과지표가 없다는 것을 알 수 있음. 개인적 차원의 장기적 결과지표는 알코올 관련 질병이나 사망건수 또는 사망률 등임.
- 중기 결과지표의 주된 생산출처는 보건복지부와 한국보건사회연구원에서 시행해 온 국민건강영양조사의 성인보건영양조사결과임.
 - 개인행동과 관련된 중간지표의 생산이 가능하지만, 조직이나 지역사회 수준의 중간지표의 생산이 거의 없어서 향후 중간지표의 개발이 요구됨.
- 사회제도적 차원에서 주세의 건강증진부담금 부과는 향후 도입되어야 할 과제로 남아있음. 청소년대상의 주류판매금지와 같은 규제적 정책의 확대와 개선도 중간지표로서 활용될 수 있음.
- 현재 우리나라의 절주정책 및 사업과 관련하여 평가할 수 있는 장기적 결과 지표는 매우 제한적임. 알코올로 인하여 개인이 경험하는 문제나 질병, 사망에 대한 지표는 다수 개발되어 있으나, 정책집행의 효율성을 평가할 수 있는 장기적인 지표의 개발이 필요함. 이를 위해서는 절주정책의 효과에 대한 근거 있는 연구과 개발이 필요하며 지속적인 연구데이터의 축적이 필요함.

제5장 요약 및 결론

- 우리나라에서의 건강증진사업은 국민건강증진법 제정 이후 지속적이고 양적인 발전을 하여 왔음. 국민건강증진종합계획 2010의 목표 대비 달성도를 산출한 중간평가 결과 목표 지표별로 대부분 목표를 달성한 결과를 보여 성공적인 건강증진사업이 시행되었음을 보여주었음.
- 그러나 기존의 보건의료정책과의 차별성 및 연계성의 부족 그리고 주요재원인 국민건강증진기금의 불안전성, 계획 및 평가 체계의 미비, 관련 인프라의 부족 등의 미비한 점을 단계적으로 개선하여야 할 과제를 안고 있음.

- 건강증진정책의 방향성은 건강증진정책의 주축을 이루고 있는 관련법, 실제 사업계획인 건강증진종합계획, 재원인 건강증진기금의 세 가지가 다 다르게 범위를 잡고 있어, 방향성의 혼란을 초래하였음. 현재 새국민건강증진종합계획의 수립 범위가 가장 세계적인 건강증진의 흐름과 일치되는 점을 감안하여, 법도 현실에 맞추어 수정하여야 할 필요가 있음.
- 국민건강증진기금의 경우 재원의 규모가 커지면서 건강증진 외의 사업에도 지원을 하는 바 국민건강증진기금의 목적 및 용도에 대한 별도의 규정과 원칙을 수립할 필요가 있음. 사업에 있어서 우선순위의 수립이 필요하며, 흡연을 저하 목적으로 담배에 부여된 세금으로 조성되는 만큼 흡연을 저하에 필요한 사업에 우선적으로 일정부분 사용이 될 수 있도록 정하여야 함.
- 국민건강증진기금의 운용을 포함한 건강증진사업은 보건복지부 외의 타 부처의 의사결정이 중요한 역할을 하고 있다. 따라서 범정부적으로 건강한 공공정책(healthy public policy)에 대한 이해를 얻을 수 있는 별도의 노력이 필요함.
- 틀이 갖추어진 중앙 및 지방 건강증진기금지원단이 실질적인 역할을 할 수 있도록, 구체적 업무 및 예산 조달에 대한 명확한 지침을 정비하는 등 발전책의 마련이 필요함.
- 건강증진사업의 집행 과정에 있어서 교육, 홍보, 캠페인 등의 홍보, 교육 방식에 있어 효과성 증진을 위한 조치가 필요하며, 또한 분산되어 있는 홍보 재원을 통합 관리하여 효과적인 교육홍보사업을 하도록 체계를 갖추어야 함. 또한 대상 및 사업에 따른 다각적인 사업수행이 필요함.
- 건강증진사업의 평가체계에 있어서 국가 단위 건강증진정책의 기획 및 집행 단계에 대한 평가를 위한 체계를 갖추어야 하고, 국가단위, 지자체단위 및 개별사업단위의 평가가 이루어질 수 있도록 자료의 생산 및 결과모니터링체계의 구축이 필요함.

제1장 서론

1974년 캐나다의 라론드 보고서 이후 1977년 세계 1차 건강증진대회 등 새로운 건강에 대한 개념 및 접근법에 대한 범세계적인 활동 및 관련 연구가 진행되어 왔다. 우리나라의 경우 1995년 국민건강증진법의 제정으로 건강증진에 대한 국가적인 정책이 처음으로 시작되었으며, 1997년 실제 정책을 추진할 수 있는 국민건강증진기금의 조성, 2002년 국민건강증진장기계획의 수립, 2005년 국민건강증진계획의 확대재편성 등 법-재원-장기계획의 수립-실천으로 이어지는 체계적인 건강증진정책이 수립되었다. 건강증진정책은 건강증진기금의 규모가 점차적으로 확대되면서, 건강증진정책의 범위도 확대되고, 건강증진사업도 확대되었다.

그러나 이러한 양적인 팽창에 의한 건강증진사업의 확대는 몇 가지 문제점을 수반하였다. 국가의 전통적인 보건의료정책에서의 건강증진정책의 출현은 기존의 보건의료정책과의 차별적이면서 관련성을 가진 정책으로 자리를 잡아 발전하여야 하나, 건강증진개념이 모호하여 국민건강증진법에서는 금연, 절주 등 건강생활실천 중심의 좁은 범위로 건강증진을 정의한 반면, 건강증진종합계획에서는 건강생활실천, 만성 및 전염성 질병예방, 건강지원환경조성 등 확대된 건강증진계획을 수립하였다. 또한 건강증진사업의 재원으로 마련된 국민건강증진기금에서는 건강생활실천, 질병예방, 질병치료, 건강지원환경조성 등 보건복지부의 보건의료사업의 상당부분을 지원하여 사실상 건강증진사업의 범위가 기존의 보건의료부문의 사업과 상당부분 중복되는 결과를 초래하였으며, 기금의 목적에 대한 의문을 제기하게 하였다.

본 보고서에서는 1995년 이후 실시된 우리나라에서의 국가주도의 건강증진정책을 다각적으로 평가하여, 이 결과를 토대로 향후 국가건강증진정책의 방향을 제시하고자 하였다. 구체적으로 우리나라에서 1995년 국민건강증진법 제정 이

후 국가주도로 실시된 건강증진정책 및 정책에 근거하여 실시된 건강증진사업을 세계건강증진흐름에 비추어 방향성을 평가하고, 국가 정책으로서의 건강증진사업의 수행체계, 자원 등 행정적인 측면에 대한 평가를 실시하였다. 또한 그동안 건강증진사업으로 가장 오랜 기간 실시한 건강생활실천 분야 중 국가에서 가장 많이 예산을 투입한 금연사업과 상대적으로 예산 투입이 적었던 절주사업에 대한 사업수행평가를 하였다. 최종적으로 이러한 다각적인 평가결과를 토대로 향후 건강증진사업의 추진 방향성 및 건강증진정책의 실천방향을 제시하였다.

제2장 평가 틀에 대한 이론 고찰

제1절 세계 건강증진 개념의 흐름

1. 건강증진의 흐름

본 절에서는 세계적인 건강증진의 흐름을 세계보건기구에서 개최한 세계건강증진대회(세계건강증진대회)의 선언문을 중심으로 살펴보고자 한다. 건강증진의 개념, 전략 방법 등의 내용은 세계보건기구가 1986년부터 2005년까지 여섯 차례에 걸쳐 개최한 “세계건강증진대회”에서 정리되었다. 이는 건강증진의 흐름을 보여주는 것으로 사회정책적 환경을 반영한 건강증진의 이념과 실질적인 수행전략을 제시한다.

가. 건강증진대회의 배경

건강증진은 질병으로 인하여 야기되는 짐을 감축하는데, 그리고 질병의 사회적 경제적 영향을 희석시키는데 있어서 효과적이다. 질병의 사전예방기능은 비용 효과적인 면에서 더 의의가 있다. 또한 건강증진에서 강조되는 점은 건강의 증진에서 건강은 건강에 영향을 주는 인적·경제적 개발 간에 상호 연결되어 있어, 건강의 증진의 기반으로 인적·사회적환경의 개발이 우선되어야 하나, 인적·사회적 환경의 안정은 또한 건강의 증진으로 연결되어 상호보완적인 역할을 한다는 것이다.

“모든 이에게 건강을”은 다양한 부분에서의 활동의 결과 달성되어지는 사회적 목표이다. 이러한 수준의 건강은 모든 사람들이 사회적, 경제적으로 생산적인 삶을 살 수 있도록 지원한다. 이러한 “모든 이에게 건강을”이라는 비전은 1978년 알마아타(구소련)에서 세계보건기구와 국제연합아동기금에서 공동으로 후원하여 개최된 제1차 세계일차보건의료대회에서 제시 되었다. 이후 1979년

제32차 세계보건총회에서 “2000년까지 도달할 만인의 건강” 선언문을, 2년 후인 34차 총회에서 만인의 건강을 위한 세계전략을 만장일치로 채택하였다^{주1)}.

이 선언의 의의는 그동안의 건강증진 전략의 근본적인 수정을 요구한 것으로, 보건부문 자체만의 역량을 넘어서, 여러 부분의 참여를 통하여 건강을 저해하는 문제점의 파악과 해결이 가능하다는 것이다. 건강증진은 이러한 새로운 전략의 수요에 부응하고, 새로운 공중보건을 지행하기 위한 첫 번째 단계로서 출현한 것이다.

이후 1986년 캐나다 오타와에서 제1차 건강증진국제대회(이 곳을 선택한 이유는 1970년 캐나다보건부장관 이었던 마크 라론드의 건강을 증진하고 질병을 예방하겠다는 정치적 헌약 때문임-라론드보고서)와 그 결과로 나온 오타와 헌장은 현대의 건강증진에 관한 개념과 원리의 기초로 세계적으로 널리 인정받고 있다. 오타와 대회는 일차보건의료에 관한 알마아타 선언의 정신을 한 걸음 더 진척시켰으며, 호주의 아텔레이드 대회(1988), 스웨덴의 선즈볼 대회(1991), 자카르타 대회(1997), 멕시코시 대회(2000) 등으로 연달아 개최된 대회이면서 동시에 ‘모든 사람을 건강하게’란 구호를 성취할 수 있도록 건강의 결정요소를 다루는 행동들의 방향과 지침을 제공하였다. 행동적 중재를 비롯하여 사회적, 정책적 그리고 환경적 중재들을 통하여 건강증진은 사람들의 건강 관련 습관을 긍정적으로 변화시키는 데 기여하였으며, 이는 결과적으로 심장병, 도로에서의 상해, 감염성 질병, 그리고 HIV/AIDS 등과 같은 질병과 사망의 원인을 감소시켰다. 그러나 이러한 편익은 사회·경제적으로 상태가 보다 높은 사람들에게 돌아오고 있다는 것이 분명하다. 따라서 취약 집단들이 보다 나은 건강을 누릴 수 있는 조건들을 창출하는 정책을 세워 위험 요인들을 감소시키는 보완적 프로그램들을 개발할 긴급성이 있다.

주1) 세계보건총회 결의안

42.44 건강증진, 공중정보와 보건교육(1989년 5월)

51.12 건강증진(1988년 5월)

57.16 건강증진과 건강에 이로운 생활양식(2004년 5월)

오타와 대회 이래 건강증진 전략들이 실제로 적용되는 상황들이 현저하게 변화되었다. 특히 주목할 것은 세계화의 결과이다. 건강증진에 있어서 이 세계화는 도전과 동시에 기회를 제공하고 있다. 이후 6차의 세계건강증진대회를 실시하였다. 건강증진대회의 결과는 건강한 도시, 건강한마을, 건강한 지방자치, 건강증진학교, 건강증진병원 등으로 실천되었다.

〈표 2-1〉 세계보건기구에서의 건강증진개념

	건강증진정의, 구성요소	건강증진핵심활동
1차 오타와, 1986	<ul style="list-style-type: none"> - 건강증진은 개인의 건강을 증진, 건강을 조절할 수 있도록 개인의 능력을 함양하는 과정 - 건강증진은 건강분야의 책임만이 아닌 다각적인 분야의 책임임. - 건강의 구성요소: 평화, 주거, 교육, 식량, 수입, 지속되는 자원, 사회정의, 평등, 안정된 경제구조 	<ul style="list-style-type: none"> • 명백한 정책과 전략적목표 • 정치적 전문적 수준에서의 실행 • 조직의 개발과 제도의 변화에 집중 • 부문, 분야별 학문 정치적 행정적 의사결정자간의 제휴와 협력 • 지역사회참여와 역량강화 - 건강옹호: 건강우호적인 정책, 경제, 사회, 문화, 환경, 행동, 생리적 조건 조성
2차 아들 레이드, 1988	<ul style="list-style-type: none"> - 건강에 이로운 공공정책 - 건강형평성. 	<ul style="list-style-type: none"> - 여성건강지원 - 음식과 영양의 충분한 공급 - 담배와 술: 즉각적인 초취를 취하여야 할 위해물질 - 지원적 환경의 창조
3차 선스볼 스웨덴, 1991	<ul style="list-style-type: none"> - 건강 지원적 환경 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 활동(참여)을 통한 옹호의 강화 - 지역사회에 권한 부여 (평생교육과 역량강화에 대한 동등한 기회를 제공) - 건강과 지원적인 환경을 위한 제휴 - 배타적인 이익 관계에 대한 중재(지원적인 환경에 대한 동등한 접근 보장을 통하여)
4차 자카 르타, 1997	<ul style="list-style-type: none"> 건강증진을 보건의료 개발의 중심. 공공과 민간의 파트너쉽 강조 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강에 대한 사회적인 책임 증진 - 건강증진에 대한 지원 증대 - 건강과 관련된 공동파트너의 강화 및 확대 - 사회의 능력 배양 및 개인의 능력 강화 - 건강증진 하부구조의 정립

	건강증진정의, 구성요소	건강증진핵심활동
5차 멕시코, 2000	- 형평성의 구현수단으로서 건강증진 강조	- 건강증진이 열악한 환경에 처한 사람들의 건강 및 삶의 질의 변화에 미치는 영향 확인 - 지역, 국가, 구체적 수준의 agenda 개발시 보건의료 강조 - 건강성취를 위한 사회전 부문간 파트너십 강조 (불평등 감소, 정책의 일환으로서 보건을 다룸. 기존의 정책 구조와 계통과 함께, 정책구조와 계통을 통하여 건강공공정책의 구현을 확인. 건강에의 적절한 투자와 건강증진을 위한 인프라 구축에의 투자.)
6차 방콕, 2005	- 건강정책의 실행 - 건강형평성, 파트너십 강조 - 건강결정요인	세계 개발 의제에 건강을 증진하는 것이 중심 이 되게 한다.; 모든 정부에게 건강을 증진하 는 것이 핵심적 책임이 되게 한다. ;지역사회 와 시민사회에게 건강을 증진하는 것이 주요 초점이 되게 한다.; 건강을 증진하는 것이 회 사의 정도 경영의 필수 사항이 되게 한다.

나. 각 대회의 주요 메시지

1) 1차: 새로운 공중보건을 지향하여, 건강증진을 위한 오타와 헌장, 1986

오타와헌장은 건강증진에 있어서 이정표의 역할을 하는 문헌으로서, 건강을 사람들이 살아가고, 사랑하고, 일하고, 즐기는 장소에서 만들어진다는 것을 강조하였다. 헌장은 건강증진을 “사람들이 스스로의 건강을 더 잘 관리하고 개선하게 하는 과정”이라고 정의한다. 즉 역량강화의 과정이다. 건강증진활동은 건강에 이로운 공공정책이 수립, 지원적 환경의 창출, 지역사회활동의 강화, 개인의 기술개발, 건강서비스의 개편을 의미한다. 건강증진을 효과적으로 시행하는데 필요한 다른 중요한 활동에는 옹호, 중재, 능력부여가 있다.

건강에 대한 생활터(setting)별 기반접근법은 이 헌장을 채택한 후부터 알려지기 시작하였다. 위에서 언급한 바와 같이 건강도시, 건강증진학교, 네트워크 등 수많은 사업들이 시작되었다. 이러한 생활터 접근방법은 각 기관과 지역사회가

실제적으로 건강개발 잠재력을 가진다는 전제하에 수립되었다. 건강은 사람들이 살고 사랑하고 일하고 즐기는 장소에서 만들어지기 때문에 매일 일상생활의 삶의 현장이 건강에 도움이 되는 환경을 제공해야하는 것이다.

건강에 이로운 생활터의 중요한 요소들은 다음을 포함한다.

- 명백한 정책과 전략적 목표
- 정치적 전문적 수준에서의 실행
- 조직의 개발과 제도의 변화에 집중
- 부문, 분야별 학문 정치적 행정적 의사결정자 간의 제휴와 협력
- 지역사회참여와 역량강화

이러한 건강에 이로운 생활터와 건강에 이로운 환경을 확립하여야 모든 사람이 건강에 이로운 선택을 보다 쉽게 할 수 있다.

2) 2차: 건강에 이로운 공공정책에 관한 아텔레이드 권고문, 1988

1988년 호주에서 개최, 오타와현장의 내용 중 “건강에 이로운 공공정책”에 초점을 두었다. 이는 건강에 이로운 공공정책에 의해 건강증진의 다른 네 분야의 활동 영역이 가능한 환경이 조성된다는 근거에 의한 것이었다. 모든 정책은 정책이 가지는 건강에 대한 잠재적인 영향에 대하여 책임을 지도록 수립되어야 한다. 정부가 경제정책, 사회정책, 보건정책을 서로 연결함으로써 건강을 증진할 것을 촉구하였다. 오타와 현장에서 언급된 것과 같이 건강부분을 넘어서기 위해서는 건강상의 형평에 대한 요구가 재확인되었다. 정부는 각 노동조합, 사업 및 산업체, 학회, 종교지도자, 비정부기관, 지역사회조직과 제휴하여야 한다.

대회는 건강에 이로운 공공정책에서 우선순위가 높은 중요한 영역으로 네 분야를 천명하였다. ‘여성의 건강을 개선하기-세계에서 일차적으로 건강을 증진하는 사람들; 식품과 영양-모든 사람들에게 적절한 양의 건강에 이로운 식품을 확보하는 것; 담배와 술-즉시 조치를 취하여야 할 주요 건강위해물질; 지원적 환경창출-건강이 촉진되고 보호될 수 있도록 하였다.

2차 건강증진 세계대회 이후로 많은 국제기구들과 중앙 및 지방, 지역 정부들이 아텔레이드 권고문의 정신을 구체화시키는 건강에 이로운 공공정책을 채택하고 있다.

3) 3차: 지원적인 환경에 관한 선즈볼 성명, 1991

불평등과 환경적 건강위험 요인에 대한 문제는 전통적 건강관리 체계를 넘어서야만 해결할 수 있으며, 모든 사람들이 각자 맡아야 할 역할이 있다. 건강한 삶으로 이끄는 지원적인 환경을 창출하기 위한 핵심적으로써 다음의 네가지 활동이 강조되었다. ① 지역사회 활동(참여)을 통한 옹호의 강화; ② 지역사회에 권한 부여(평생교육과 역량강화에 대한 동등한 기회를 제공); ③ 건강과 지원적인 환경을 위한 제휴; ④ 배타적인 이익 관계에 대한 중재(지원적인 환경에 대한 동등한 접근 보장을 통하여)

모든 사람들은 환경을 해칠 수 있고, 지원적인 환경을 창출할 수도 있는 잠재력을 가지고 있다. 이러한 점 때문에 환경 및 건강영향평가, 잠재적 위해 제품의 교역 및 판매에 대하여 관리하는 법규의 강화와 같은 건강과 생태에 대하여 책임을 규명하는 절차가 필요하다. 선즈볼 성명과 대회의 보고서는 1992년 리오지구정상회담에서 발표되었으며, 의제 21의 개발에 공헌하였다.

4) 4차: 새로운 시대의 새로운 역군들, 21세기로 건강증진을 선도하는 자카르타 선언문, 1997

이 대회는 민간부분이 참여한 첫 번째 대회이다. 다음세기로 건강증진을 효과적으로 이끌어가기 위하여, 세계보건기구의 회원국들이 만인의 건강을 위한 세계 전략에 헌약하고, 새로운 참여자들과 전략을 규정하고, 기존의 참여자들과 전략을 재확인한지 20년 만에 개최되었다.

이 대회 기간 중에는 오타와 이후 지난 11년 동안 효과적인 건강증진에 대하여 배워온 것이 무엇인지에 대한 검토와 반영, 건강결정요인에 대한 재검정, 21세기에서 건강을 증진하기 위한 도전을 다루기 위하여 채택되어야 할 방향과

전략의 규명 등 세계화와 관련된 쟁점들이 처음으로 논의되었다.

대회는 선진국이나 개발도상국 모두에 있어서 건강을 진전시킴에 있어서 건강증진을 그 핵심 위치에 두어야 하는 타당성을 확인하였다. 효과적인 건강증진에 대하여 학습한 것들을 되새겨 볼 때, 오타와 헌장의 활동 영역들이 여전히 유효하다는 증거를 확인하였다.

- 건강을 지키기 위하여 포괄적인 접근이 가장 효과적이다.
- 장별 접근은 포괄적인 전략을 시행하기 위한 실질적인 기회를 제공한다.
- 지속적으로 노력하게 하기 위해서는 참여가 필수적이다.
- 건강지식(건강에 대한 무지해소)은 참여를 촉진한다.

새롭게 나타나는 건강상의 위협요소를 밝혀서 대처하기 위해서는 동반자 관계를 형성할 필요가 있다. 사회에 존재하는 관리 기구의 모든 수준에서 서로 다른 다양한 부문간의 협력은 필수적인 것으로 다시 한번 부각되었다. 대회의 참석자들은 변화하는 건강결정인자에 대한 인식의 제고, 우수한 사업실적에 관한 지식의 축적, 건강증진에 관한 투명성과 공공의 책임성의 촉구 등을 우선순위 예로서 제시하면서 ‘세계건강증진연맹’의 구성을 뒷받침하였다.

자카르타 선언 외에도, 여러 가지 많은 성명들이 대회에서 비롯되었다. 예를 들면 건강부분 내에서 공공부분 내에서 상호도시간의 건강도시를 위한 성공적인 협력체계 구축에 대한 헌약을 핵심으로 하는 건강도시 협력체계 구축에 관한 자카르타 성명을 들 수 있다. 건강, 환경, 경제, 생태, 교육 및 도시계획 분야의 참여가 필요하다. 이외에도 적극적인 삶, 건강하게 늙기, 건강증진학교, 건강한 사업장 및 민간부분에 관한 성명들이 있다.

자카르타 선언은 건강증진을 21세기로 이끌어 가기 위해 세계보건기구가 우선적으로 조치하여야 할 사항으로 다음과 같이 다섯 가지를 강조하였다. 건강에 대한 사회적 책임을 조장한다. 건강의 개발을 위한 투자를 확대한다. 건강을 위한 동반자 관계 형성을 강화하고 확장한다. 사회의 능력과 개인의 역량을 증대시킨다. 건강증진을 위한 하부구조를 확보한다.

자카르타대회에 이어 열린 제51차 세계보건총회에서 건강증진에 관한 세계보건총회결의안(WHA 51.12)이 승인되었으며 세계보건기구 회원국들은 세계보건기구가 우선적으로 조치할 다섯 가지 사항을 확정하였다. 세계보건기구는 건강증진을 위한 국제적 연맹의 창성을 이끌어 나갈 것을 요청받았고, 자카르타선언의 다섯 가지 우선적 조치 사항을 집행할 것과 건강증진의 정책과 실무에 있어서 근거를 기반으로 접근하도록 모든 회원국들에게 촉구하였다.

5) 5차: 형평의 격차 줄이기, 건강을 증진하기 위한 장관들의 성명: 이상에서 실천으로, 멕시코 2000

이 대회의 전반적인 목적은 건강증진 전략이 불리한 환경에서 살고 있는 사람들의 건강과 삶의 질을 개선하는 데 얼마나 공헌하였는지 검토하고자 하였다. 대회의 구체적인 목적은 특히 불리한 환경에 놓여 있는 사람들의 건강과 삶의 질을 건강증진이 얼마나 변화시켰는가를 검토하고; 국제·국가·지역당국으로 건강을 개발 의제상에서 상위를 차지하게 하고, 다양한 부분과 사회 각 수준들에서 건강을 위한 동반자 관계의 형성을 고무시키고자 하는데 있다.

대회의 주요결과는 ‘이상에서 실천으로’라는 건강증진을 위한 장관들의 성명이었는데, 이 성명은 대한민국을 포함하여 86개국의 보건부 장관 혹은 대표가 서명하였다. 이 성명은 건강증진 전략이 지역적, 국가적, 국제적 건강상의 활동의 지속성에 공헌함을 재확인하고, 건강증진전략을 국가 및 지역 정책과 계획에 포함시킴으로서 얻어진 향상을 모니터하기 위한 국가 수준의 계획을 입안할 것을 요청하였다.

대회의 또 다른 성과로는 장관들의 성명의 이행을 지원하기 위한 ‘국가 실행계획의 체계’를 내놓는 것이다. 대회의 권고문은 다음과 같은 사항들이 포함되어 있다. 건강증진의 과학과 예술을 강화시켜야 한다. 이는 적절한 연구와 평가에 대한 계속적 투자와 연구자, 정책결정자, 전문가 및 이들과 같이 일하는 지역사회 간의 대화, 협력 및 동반자 관계 형성의 강화. 건강증진을 위한 정치적 역량과 활동을 강화시켜야 하는데 이를 위해서는 예를 들면, 민주적이고 투명

한 과정과 지속적인 사회적, 정치적 실천주의, 형평지향적인 건강영향평가, 건강증진수행능력의 강화 등이 요구된다.

6) 6차: 실행을 위한 정책과 동반자 관계 형성: 건강결정인자를 규명하기. 일체화된 세계에서 건강증진을 위한 방콕헌장, 2005

헌장은 일체화된 세계의 건강결정요소들을 규명하여 대처하는데 필요한 주요 과제, 활동 및 헌약들을 만인의 건강을 달성하는데 필수불가결한 많은 참여자와 관련자들을 참여시킴으로써 확인한다. 주요과제들 중에는 국내에서 혹은 국가간에 증가하고 있는 불평등, 새로운 소비와 의사소통양식, 상업화, 세계 환경의 변화 및 도시화가 포함된다. ‘많은 참여자’는 모든 수준의 정부와 정치가들, 시민사회, 민간부문, 국제기구 및 공중보건 공동체를 포함한다. 계속 이어지는 대회의 초창기에는 건강증진이 전염병과 비전염성질환 및 기타 건강위험인자와 맞서 싸우는 작업에 기여하는 공중보건의 핵심적 기능으로 인식되었다.

헌장에서 강조하는 다섯가지 활동 전략은 옹호, 건강의 결정인자를 규명하고 대처하기 위한 지속적인 정책, 활동, 하부구조 등에 대한 투자, 역량의 강화, 건강을 보장하기 위한 법규의 제정, 동반자 관계 및 연맹형성이다. 네가지 중요한 헌약은 다음과 같다. 세계 개발 의제에 건강을 증진하는 것이 중심이 되게 한다; 모든 정부에게 건강을 증진하는 것이 핵심적 책임이 되게 한다; 지역사회와 시민사회에게 건강을 증진하는 것이 주요 초점이 되게 한다; 건강을 증진하는 것이 회사의 정도 경영의 필수 사항이 되게 한다.

2. 요약 및 시사점

가. 건강증진의 흐름

1975년 라론드보고서, 1978년 알마아타의 제1차 세계일차보건의료대회, 1986년부터 2005년까지 여섯 차례에 걸쳐 개최한 “세계건강증진대회” 등을 통하여 사회정책적 환경을 반영한 건강증진의 이념과 실질적인 수행전략이 제시되었

다. 라운드보고서에서의 건강결정요인에 대한 새로운 접근, 1차 세계보건료대회에서의 건강에 대한 종합적인 개념 및 ‘모든 이에게 건강을’ 개념 도입, 오타와 대회에서는 건강증진을 “사람들이 스스로의 건강을 더 잘 관리하고 개선하게 하는 과정”이라고 정의하였는데 이는 즉 주민의 역량강화를 강조한 개념이다. 건강증진활동으로서 건강에 이로운 공공정책의 수립, 지원적 환경의 창출, 지역사회활동의 강화, 개인의 기술개발, 건강서비스의 개편을 제시함. 건강에 대한 장(setting)별 접근법에 대한 논의를 시작하였다.

2차 아틀레이드대회에서는 건강에 이로운 공공정책을 강조하였는데, 이는 건강에 이로운 공공정책에 의해 건강증진의 환경이 조성된다는 근거 하에, 모든 정책은 정책이 가지는 건강에 대한 잠재적인 영향에 대하여 책임을 지도록 수립되어야 함을 강조한 것이다. 또한 보건정책과 경제정책, 사회정책을 연결할 것을 촉구하였다. 3차 선즈볼대회에서는 지원적 환경에 대한 논의를 하였는데, 건강한 삶으로 이끄는 지원적 환경을 창출하기 위한 핵심적으로써 다음의 네가지 활동을 강조하였다; 지역사회 활동(참여)을 통한 옹호의 강화, 지역사회에 권한 부여(평생교육과 역량강화에 대한 동등한 기회를 제공), 건강과 지원적 환경을 위한 제휴, 배타적인 이익 관계에 대한 중재(지원적 환경에 대한 동등한 접근 보장을 통하여).

4차 자카르타대회에서는 건강증진을 21세기로 이끌어 가기 위해 세계보건기구가 우선적으로 조치하여야 할 사항으로 다음과 같이 다섯 가지를 강조하였다; 건강에 대한 사회적 책임을 조장한다, 건강의 개발을 위한 투자를 확대한다, 건강을 위한 동반자 관계 형성을 강화하고 확장한다, 사회의 능력과 개인의 역량을 증대시킨다, 건강증진을 위한 하부구조를 확보한다. 5차 멕시코대회에서는 형평성을 강조하고, 실질적인 정책의 필요성을 논의하였으며, 6차 방콕대회에서는 ‘실행을 위한 정책과 동반자 관계 형성: 건강결정인자를 규명하기’라는 주제 하에 일체화된 세계의 건강결정요소들을 규명하여 대처하는데 필요한 주요과제, 활동 및 헌약들을 확인하였다. 주요과제들 중에는 국내에서 혹은 국가간에 증가하고 있는 불평등, 새로운 소비와 의사소통양식, 상업화, 세계 환경의 변화 및 도시화가 포함되었다. ‘많은 참여자’는 모든 수준의 정부와 정치가들, 시민

사회, 민간부문, 국제기구 및 공중보건 공동체를 포함하며, 현장에서 강조하는 다섯 가지 활동 전략은 옹호, 건강의 결정인자를 규명하고 대처하기 위한 지속적인 정책, 활동, 하부구조 등에 대한 투자, 역량의 강화, 건강을 보장하기 위한 법규의 제정, 동반자 관계 및 연맹형성이다. 네 가지 중요한 헌약은 다음과 같다. 세계 개발 의제에 건강을 증진하는 것이 중심이 되게 한다. 모든 정부에게 건강을 증진하는 것이 핵심적 책임이 되게 한다. 지역사회와 시민사회에게 건강을 증진하는 것이 주요 초점이 되게 한다. 건강을 증진하는 것이 회사의 정도 경영의 필수 사항이 되게 하였다.

나. 건강 개념의 확대

건강의 개념을 신체, 정신, 사회적 건강으로 확대하였으며, 건강의 기본적인 요인으로 동시에 건강에 영향을 주는 직간접요인으로 의료, 가족, 소득, 주거, 환경 등 삶과 관련된 모든 요소를 포함하여 실질적인 건강의 범위를 확대하였다.

건강의 개념은 1986년 WHO가 오타와에서 1차 건강증진세계대회를 개최하여 본격적인 건강증진에 대한 논의를 시작하기 이전부터 확대되어 왔다. 건강의 개념을 신체, 정신, 사회적 건강의 종합적인 개념으로 해석하여 알마아타선언 이후 건강의 종합적이고 확대된 개념을 선택하였다. 또한 건강자체 외에도 건강의 전체조건 또는 건강에 영향을 미치는 요인까지 건강증진의 영역으로 범주를 확대하였다. 라운드보고서에서 건강결정요인으로서 생활습관이 건강에 미치는 요인이 60%로 생물학적인, 환경적인, 보건의료체계의 지원보다 더 건강결정에 중요한 요소로서 강조한 이래, 1차 세계건강대회에서는 신체, 정신, 사회적 건강의 종합적인 건강개념을 도입하였다. 이는 1986년 오타와현장으로 이어져 건강을 생존의 목적이 아닌 일상적인 삶의 자원으로서 규정하여 건강을 위해 필요한 기본적인 조건과 자원으로 평화, 주거, 교육, 식량, 소득, 안정적인 생태계, 지속가능한 자원, 사회정의와 형평을 제시하여 건강의 포괄적인 개념의 제시와 건강추구를 위한 통합적인 노력이 필요함을 시사하였다.

다. 건강의 책임의 변화

포괄적인 건강증진개념의 확대는 건강증진에 대한 책임의 변화를 가져왔다. 과거 건강을 단순히 ‘질병이 없는 상태’로 정의하고, 예방접종 등을 통해 질병 예방을 하거나, 질병을 치료함으로써 건강을 유지하는 것으로 생각하였다. 이 경우 보건의료인의 책임이 강하였다. 그러나 캐나다의 라론드보고서에서 건강 결정요인으로 개인생활습관의 중요성을 강조하면서 개인의 책임과 권리가 강조되었다. 건강을 신체·정신·영적인 범위로 확대하고 경제·사회·환경적 요인을 모두 건강의 기본조건과 자원으로 확대하면서, 건강을 지킬 수 있는 방법이 보건의료전문인만의 노력으로 해결되지 않고, 개인과 사회구성원 모두가 노력하여 사회 전반에서 삶의 질을 높이는 것이 곧 건강을 얻는 길이 되었다. 이는 질병의 구조가 과거 전염병이 주요사망원인이었던데 비하여 근래로 들어서면서 만성질환이 주요사망원인으로 변화하여 만성질환의 예방, 치료 과정과 밀접한 관계가 있다고 할 수 있다. 또한 사회적 가치의 변화 - 정치적, 사회적 권위주의를 거부하고 ‘성찰적 개인’에 의한 주체적 노력을 강조에 따라 건강을 방해하는 환경적 요소들을 통제하고 자신의 열망과 필요조건(needs)을 충족시킬 수 있는 역량을 건강이라고 파악하게 되었다.

3. 건강증진에 대한 접근법의 변화

건강증진의 범위의 확대, 개인의 책임의 강화 등의 변화는 자연적으로 건강증진에 대한 접근을 변화시켰다. 다각적인 접근, 지원적 환경의 구축, 주민의 참여와 지역사회 역량강화 등 전반적인 사회적 책임이 강조된다. 새로운 건강개념에서는 건강은 신체·정신·사회·영적인 개념으로 포괄적으로 정의하며, 건강결정요인으로 개인의 생활습관, 유전, 환경, 의료제도를 포함시킨 이래, 건강의 기본적인 조건과 자원으로 평화, 주거, 교육, 식량, 소득, 안정적인 생태계, 지속가능한 자원, 사회정의와 형평 등 건강증진의 접근에서 보건의료적인 접근만으로는 건강증진의 목적을 이루기 어려워지며, 개인의 노력과 근본적인 사회

제반요인에 대한 개선을 통한 접근을 필요로 한다. 이러한 노력의 일환으로 세계보건기구는 건강증진을 위해서는 개인의 노력과 함께 지지적 환경을 마련해주는 것이 필요하다고 강조하였다. 구체적으로, 건강을 지키기 위하여 건강, 환경, 경제, 생태, 교육 및 도시계획 분야 등 포괄적인 접근을 강조하고, 생활터별 접근을 실질적인 접근법으로 제안하였다. 적극적인 정책의 반영을 통한 건강증진과 사회에 존재하는 관리 기구의 모든 수준에서 서로 다른 다양한 부문간의 협력은 필수적인 것으로 개인, 지역사회, 민간과 공공 등의 적극적인 참여와 동반자 관계를 형성이 필요하다.

4. 건강형평성에 대한 관점

1차 세계보건의료대회에서의 건강에 대한 종합적인 개념 및 ‘모든 이에게 건강을’ 개념을 도입한 이후 지속적으로 형평성의 중요성을 강조하였다. 형평성에는 지역간의 격차, 성별 격차, 연령별격차, 소득 교육수준 등 사회적 요인에 의한 격차, 장애 등 신체적 요인에 의한 격차를 감소시켜야 하는 명제를 제시한다. 이는 현재 상대적으로 건강취약계층, 여성, 노인, 저소득자, 장애인 등에 대한 집중적인 건강증진지원이 필요함을 시사한다.

제2절 정책평가의 제반 이론

본 절에서는 기존의 정책평가의 제반이론을 검토하고 건강증진정책 평가의 모형과 기준 등을 설정하는데 기초 자료로 활용하였다.

1. 정책평가의 개념

미국에서는 1960년대 중반 이후 연방정부의 ‘위대한 사회(Great Society)’의 건설이라는 슬로건 아래 의욕적인 정책들이 대대적으로 전개되었다. 이에 따라 이들의 목표가 성공적으로 달성되었는지의 여부를 확인하고자 하는 노력의 일

환으로 정책평가에 대한 관심이 증가하였다. 그 이후 많은 정책평가와 사업평가들이 시행되었고 여기에 막대한 투자가 이루어져 왔다(오석홍과 김영평, 2000).

정책평가의 개념을 살펴보기 이전에 정책이 무엇인가에 대하여 알아볼 필요가 있다. 정책의 개념에 대해서는 여러 가지 다양한 정의가 내려져 왔는데 그 중에서 가장 널리 받아들여지고 있는 정의는 첫째, 정책이란 전체 사회에 대한 가치의 권위 있는 분배라고 하는 정의이고 둘째는 정책을 어떤 목적이나 가치를 지향하는 일반적인 패턴의 의사결정이나 행위로 정의하는 것이다. 셋째는 정책을 공공문제해결을 위한 정부의 활동으로 정의하는 것이다. 그런데 정부의 정책에는 이러한 측면이 부분적으로 모두 담겨져 있다.

정책평가는 일반적으로 이러한 정책이 의미 있는 것인가 하는 정책의 당위성, 정책의 집행결과로 어떠한 결과가 초래되었는가 하는 정책의 영향과 효과, 정책이 달성할 것으로 기대하였던 바를 달성하였는가 하는 목표의 성취 정도, 그리고 그러한 결과를 가져오는데 더 나은 방법이 있겠는가 하는 정책대안의 모색과 관련된 제반활동이라고 볼 수 있다. 또한 정책 목표와 결과가 무엇인가와 무엇이어서 하는가 간의 간격을 측정하는 것인데 즉, 정책 목표와 인구 집단에 대한 영향이나 결과, 계획과 실제 과정, 수단과 한계간의 간격을 말한다(Brewer & De Leon, 1983). 정책평가에 대한 정의도 매우 다양한데 협의의 개념은 정책의 성과, 효과 및 목표달성도를 측정하는 것으로 한정할 수 있으나 광의의 개념으로는 정책의 전과정을 기준에 비추어 분석하는 것이라 할 수 있다.

정책평가의 대상은 정책이다. 정책은 권위 있는 정부기관이 결정한 기본방침이므로 집행을 위한 세부적인 절차까지 포함하는 것은 아니다. 따라서 일반적으로 정책평가의 대상도 세부적인 정책 집행절차가 포함되지 않는 경우가 많다. 정책평가의 정의를 논하면서 일반적으로 정책평가와 사업평가를 혼용하여 사용하고 있는 것을 알 수 있다. 김명수(1987)는 ‘실제로 평가되는 것은 집행기관이 정책을 구체화시켜 수행한 사업이다. 사업을 정책의 하위개념으로 보는 경우에도 실제로 평가되는 것은 정책이며, 결국 특정한 정책을 구성하고 있는 여러 사업들에 대한 개별적인 평가를 통하여 특정한 정책이 평가된다’고 주장

하였다. 그런데 정책수단 목표와 수단 측면에서 살펴보면 정책평가와 사업평가의 구분이 명료해질 수 있다. 하나의 목표를 달성하기 위해서 여러 가지 단계별로 정책목표와 수단을 설정할 수 있다. 그런데 상위목표와 이를 달성하기 위한 정책수단에 대한 평가는 정책평가라고 하는 것이 타당하며 하위목표와 이를 달성하기 위한 정책 수단에 대한 평가는 사업평가라고 하는 것이 타당하다. 따라서 정책평가의 대상은 사업평가의 대상과 다소 다르기 때문에 다른 모형이 사용되며 하위사업들의 평가를 종합하는 것으로 정책평가를 수행하였다고 하기 부족한 경우도 있다. 그러나 정책평가와 사업평가의 방법은 거의 유사하다고 할 수 있다.

2. 정책평가의 유형

정책평가 유형에 대해서는 공통된 의견은 존재하지 않는다. 그러나 많은 부분에 있어서는 합치되는 견해를 보이고 있다. 이에 따라 본 절에서는 다음의 세 가지 관점에서 유형을 구분하였다.

첫째, 평가 목적에 따라서 일반적으로 총괄평가와 과정평가로 구분된다. 일반적으로 정책효과를 평가대상으로 한 것이 총괄평가이며 집행과정을 평가대상으로 한 것이 과정평가이다. 학자에 따라서는 이를 과정평가와 결과평가, 과정평가와 영향평가 등으로 명명하기도 하였다. 과정평가는 정책의 수정, 보완과 폐지 및 중단을 결정하는 근거가 되므로 과정평가의 결과에 따라 정책결과가 달라질 수 있다. 결과평가는 정책의 산출과 영향을 평가하는 것이다. 정책이 의도한 방향으로 수행되었는지를 검토하는 것이다. 따라서 직간접적인 영향, 단기, 중기, 장기적 영향 등을 평가한다.

둘째, 정책평가의 시점을 기준으로 살펴보면, 총괄평가와 형성평가로 구분되는데 총괄평가는 정책집행이 종료된 시점에서 수행하는 평가이며 형성평가는 집행의 과정에 이루어지는 평가이다. 학자에 따라서는 사전평가, 과정평가, 사후평가로 구분하기도 하는데 이때 사전평가란 정책을 집행하기 이전에 이 정책으로 인한 가능한 결과물이나 비용을 산출하거나 여러 가지 정책 대안 중

에서 한 가지 대안을 선택하는 상황에서 각 정책 대안을 평가하는 기법 등이 포함된다.

셋째, 정책평가 주체에 따라서 내부평가와 외부평가로 구분된다. 내부평가는 정책의 결정 및 집행 담당자나 이들이 속한 조직의 다른 구성원이 수행하는 평가이며 스스로 평가하는 자체평가와 상부기관에서 지휘감독하는 상부평가로 세분된다. 외부평가는 정책의 결정 및 집행의 담당기관이 아닌 제 3자가 수행하는 평가이다.

3. 정책평가의 모형

정책평가의 모형을 제시한 대표적인 학자는 Evert Vending이다. 그는 효과성 모형, 경제성 모형, 전문가 중심 모형, 의사결정 모형을 제시하였고 각 모형에 포함될 수 있는 세부적인 모형을 제시하였다. 노화준(2003)은 목적달성모형을 포함하여 7개의 모형을 제시하였다.

효과성 모형 중 대표적인 모형은 목표달성모형이므로 목표달성모형을 중심으로 효과성 모형을 개관하고자 한다. 목표달성모형은 목표달성에 대한 평가(goal achievement measurement)와 영향 측정(impact assessment)이라는 두 가지 기본적인 요소로 이루어지는데, 목표달성에 대한 평가는 ‘성취된 결과가 프로그램 혹은 정책의 목표와 일치하는가’라는 것이며 영향 측정은 ‘바로 그 정책에 의해 그러한 결과가 도출되었는가?’라는 것으로 구체화될 수 있다. 이러한 목표달성 모형은 해당 정책의 실질적인 내용 및 산출 그리고 결과에 대해서만 관심을 가질 뿐 형평성이나 과정의 적절성에 대해서는 관심을 두지 않는다. 또한 이 모형은 프로그램의 비용이나 평가의 주체에 대해서는 관심을 두지 않는다는 점에서 경제성 평가나 전문가 평가모형과는 차이가 있다.

경제성 모형은 공공부문도 민간부문과 같이 생산성의 극대화나 혹은 비용-편익분석을 통해 나타나는 효율성의 극대화가 공공개입의 평가기준이 되어야 한다는 주장이다. 즉, 경제성 모형과 효과성 모형의 차이는 비용을 고려하는가 하지 않는가이다. 그러나 이러한 모형은 성과라는 평가기준을 객관적으로 잡아내

기가 매우 어렵다는 문제점을 가지고 있으며, 생산성 혹은 효율성으로 그 정책의 최종적인 수혜자나 사회전체가 얻고자 했던 결과 및 결과의 가치에 대한 문제를 포괄하기 어렵다는 것이다. 즉, 공공부문의 활동에서 요구되는 법적 형평성, 절차상의 공정성, 대표성, 참여의 가치 등의 가치기준과 생산성 및 효율성 사이에 어떻게 균형을 이루어야 하는지에 대해 객관적인 설명을 해주지 못하고 있다.

전문가 모형이라는 접근방법은 특정 전문분야에서 일단의 평가자들을 선발하여 그 전문분야 자체의 기준과 업무성과의 질적 표준을 바탕으로 다른 구성원의 업무성과를 평가하도록 하는 방법이다.

대부분의 평가모형은 평가 작업의 여러 구성요소 가운데에서 과거와 관련된 부분을 그 출발점으로 삼고 있다. 예를 들어 효과성 모형 중 목표 달성 정도를 측정하는 모델은 과거에 설정된 목표를 판단준거로 삼고 있다. 이와는 반대로 의사결정모형은 평가과정 중에 미래지향적인 측면을 판단준거로 삼는다. 즉, 평가활동 가운데 과거지향적인 부분을 통해 가까운 장래의 기획과정에서의 의사결정에 활용될 적절한 정보를 도출해 내려는 것이다. 이러한 의사결정중심모형은 4개의 단계로 나뉜다. 이는 목표를 설정하려는 계획을 작성하는 기획단계, 기획된 프로그램을 설계하기 위한 구조화 작업을 하는 투입단계, 이를 집행하는 집행단계, 생산물의 산출과 전달, 성과를 사정하기 위한 평가순환 단계이다. 이를 각각 기획단계, 투입단계, 과정단계, 산출단계, 평가단계로 칭하며 각각의 단계에 대한 평가 작업을 실시함으로써 정책의 전체 과정에 대한 평가가 가능하다.

〈표 2-2〉 정책평가모형의 비교

구분	Evert Vendung	노화준
효과성	목표달성모형	목적달성모형
	부수효과모형	부수효과모형
	목표배제모형	비목적모형
	고객지향적모형	고객지향적모형
	관련자모형	이해관계자모형
	포괄적모형	종합적모형
	정책위원회모형	-
경제성	생산성모형	-
	효율성모형	-
전문가중심	동료집단 검토	-
의사결정	의사결정모형	-

주: 이경옥 역, 『정책평가론』, 1995 한울아카데미; 노화준, 『정책평가론』, 2003, 박영사

4. 정책평가의 기준

정책평가의 기준은 아래 표에서 보는 바와 같이 매우 다양하다. 공통적으로 지적되고 있는 것은 능률성, 효과성, 형평성, 대응성, 만족도 등으로 이러한 기준이 대표적인 정책평가 기준이라고 할 수 있다. 주요 기준에 대하여 살펴보면 다음과 같다.

〈표 2-3〉 정책평가의 기준

	Nakamura& Smallwood (1980)	Brewer& DeLeon (1983)	Schuman (1967)	Frohock (1979)	Dunn (1981)	김병진 (2002)	노화준 (2003)	김광웅 (1983)
목표달성	○							○
능률성	○	○	○	○	○	○	○	○
만족도	○						○	○
대응성	○				○	○		○
체제유지	○							○
형평성		○		○	○	○	○	
충분성		○			○			
효과성		○			○	○		
노력			○					
성과			○					
적정성			○			○		
과정			○					
파레토최적화				○		○		
공공이익				○				
필요성					○			
순응						○		
부수적효과						○		
위험성							○	
일관성							○	
실행가능성							○	

능률성이란 산출대비 투입의 비율을 의미한다. 즉, 제한된 자원과 수단을 사용하여 산출의 극대화를 기하는 것을 의미한다. 능률성은 아무리 정책의 목표 달성도가 높다고 하더라도 너무 많은 비용이 소요된다면 바람직하지 않은 것으로 간주한다.

효과성이란 정책목표의 달성도를 측정하는 기준으로서 정책이 어떻게 성과를 가져왔는가에 관한 평가기준이다. 효과성은 목표달성의 양을 측정하는 것이므로 투입된 비용에 관계없이 성취한 양이 많을수록 바람직한 것이다.

형평성은 사회내의 상이한 집단들에게 효과와 노력을 분배하는 것을 말한다. 따라서 형평성 있는 정책이란 효과나 노력이 공정하게 배분되는 것을 의미한다.

적정성이란 가치 있는 성과의 달성이 문제해결에 얼마나 기여했느냐를 측정하는 것이다. 적정성 평가는 정책을 통하여 해결하고자 했던 문제가 명확히 정의되지 않는 경우가 많고 정책결정자의 문제 정의 내용과 정책집행자나 정책평가자의 문제 정의 내용이 다를 수 있으므로 현실적으로 많은 어려움이 있다.

대응성은 정책이 특정 집단의 요구, 선호, 가치 등을 충족시키는 정도를 말한다. 즉, 정책이나 프로그램이 수혜자인 고객들의 필요와 소망을 어느 정도나 충족시켰느냐를 평가하는 것이다. 대응성이 중요한 이유는 효과성, 능률성, 적정성, 형평성을 모두 충족시켜도 정책수혜자의 실질적인 욕구를 충족시키지 못할 수 있기 때문이다.

전술한 표에 제시되지 않았으나 김형렬(1990)은 정책결정과정평가 기준으로 정책의 합법성, 정책목표의 타당성, 정책결정 참여자의 적합성을, 정책집행과정평가 기준으로 집행계획의 타당성, 조직화의 적절성, 통제의 적정성, 집행자들의 만족도를, 산출평가 기준으로 효과성, 적시성, 능률성, 형평성, 대응성 및 공익성을, 영향평가기준으로 체계적 및 시차적인 영향을 제시하였다. 또한 정정길 외(2003)는 정책목표 평가기준으로 적합성, 충분성, 실현가능성을, 정책수단의 평가기준으로 효과성, 능률성, 실현가능성을, 정책대상자 선정의 평가기준으로 공평성, 균형성을, 정책상황에 대한 평가기준으로 일관성, 실현가능성을 제시하였고, 절차적 평가기준으로 분석적 합리성, 정치적 민주성을 들고 있다.

5. 국내 관련 연구

우리나라의 정책평가는 1962년 정부업무의 심사분석제도를 시초로 보고 있지만 관련 연구는 1990년대 후반부터 많이 발표되었다. 도시와 지역개발 분야, 경제 및 재정분야, 환경과 자원분야, 행정 분야에서 두드러졌다(김형완, 2005). 이러한 분야에서는 정책평가의 모형 및 기준이나 지표를 개발하는 연구가 다수 이루어졌다. 기존의 국내 선행연구에서 사용된 평가기준 및 항목을 정리하면 아래 <표 2-4>와 같다.

〈표 2-4〉 국내 정책평가 선행연구의 평가기준 및 항목

	장재원(1991)	김재인 외(2000)	신현석(2001)	장기원(2001)
정책문제 배경진단의 정확성	○			
정책환경에 대한 적합성				○
정책결정과정의 합리성	○			○
정책결정과정의 민주성	○	○		○
정책목표의 적합성	○			○
정책목표의 타당성			○	
정책목표의 시의성		○		
정책목표의 구체성		○		
정책목표의 실현가능성	○			○
정책목표의 일관성				○
정책목표의 공평성				○
정책목표와 수단의 연계성		○		
정책수단의 효과성	○			
정책수단의 능률성	○			
정책수단의 실현가능성	○			
정책대상자 선정의 공평성	○			
정책대상자 선정의 적절성		○		
정책대상자 선정의 균형성	○			
정책집행계획의 효과성				○
정책집행계획의 실현성	○			
정책집행계획의 충실성			○	
정책집행과정의 일관성	○			
정책집행상황의 대응성	○			
정책집행의 적절성		○	○	○
정책집행의 효율성		○	○	
정책집행의 대응성		○		
정책집행의 효과성				○
정책집행의 민주성				○
정책결과의 효과성	○	○	○	○
정책결과의 능률성	○			
정책결과의 효율성		○		
정책결과의 목표 달성도			○	
정책의 중복성			○	
정책의 연계성			○	

이러한 선행연구와 더불어 국무조정실 정책평가위원회에서는 정부업무 평가 지침을 하달하여 45개 중앙행정기관에서 주요 정책평가 대상과제를 선정하여 평가하도록 하고 있다. 평가항목 및 평가지표는 아래 표와 같다.

〈표 2-5〉 정책평가위원회의 평가항목 및 평가지표

평가항목	평가지표
계획내용의 충실성	계획수립의 적정성
	정책수단의 적절성
성과계획의 합리성	성과목표의 구체성 및 정책목표와의 인과관계 정도
	성과지표 목표치의 합리성 정도
시행과정의 효율성	집행의 적시성
	모니터링 시스템의 구축·운영 정도
시행과정의 적절성	행정여건·상황변화에 대한 대응 정도
	관련기관·정책과의 연계 및 협조체제 구축·운영 정도
목표의 달성도	성과지표에 의한 목표의 달성 정도

자료: 국무조정실. 『2006년도 정부업무 평가지침』, 2006, p.4

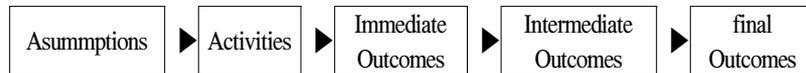
제3절 사업평가 모형

1. 논리(logic)모형

논리모형에서는 단기 목적과 장기 목적 설정의 중요성 및 목표의 각 단계별 활동에 대한 기본 가정을 강조한다. 논리모형은 보건사업의 구체적인 활동에서부터 그 사업이 가져올 수 있는 단기 혹은 장기적인 영향까지의 발전을 논리적인 흐름으로 보여준다. 본 모델은 프로그램 관리자 및 평가자가 보건사업의 기저가 되는 이론적인 근거나 논리를 명확하게 볼 수 있도록 해 준다. 논리모형은 크게 보건사업 실행의 바탕이 되는 가정 및 상황과 문제 진단, 사업의 활동, 결과의 세 가지 요소로 구성된다(Julian et al., 1995; Chen et al., 1998-99). 이 중 가정 및 상황과 문제 진단 요소에서는 프로그램 구성의 이론적인 배경을 제공하며, 프로그램이 초점을 두고 있는 위험 요인에 대해서 규명한다. 결과의 경우

연구자(Chen et al., 1998~99)에 따라서는 단계별로 직접 결과(immediate outcomes), 중간 결과(intermediate outcomes), 최종 결과(final outcome)로 구분하기도 하였다. 논리모형은 가정 및 배경, 프로그램의 활동, 결과간의 일련의 논리적인 흐름을 파악하는데 중점을 두기 때문에, 결과 평가보다는 과정 평가의 틀로 보는 학자(Julian et al., 1995)도 있다.

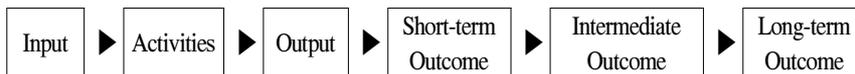
[그림 2-1] 논리모형1



자료: Chen WW, Cato BM, Rainford N. Using a logic to plan and evaluate a community intervention program: a case study. Quarterly of Community Health Education 1998-99; 18(4): 449-458

건강증진사업 평가 선행 연구 중에서 음주 및 약물예방 프로그램의 효과를 검증하는 연구(Edwards et al., 1995)와 학교보건사업 평가연구(Chen et al., 1998~99) 등에 적용되었다(Chen et al., 1998~99).

[그림 2-2] 논리모형2



자료: CDC

논리모형은 미국 질병통제본부(CDC)에서도 건강증진사업을 포함한 다양한 보건사업의 평가모형으로 적용하고 있다. 또한 전술한 논리모형과 거의 유사하지만 이론적 가정 대신에 투입이 포함되어 있다. 그런데 CDC에서 발표되는 논리모형을 사용한 건강증진사업 평가 결과 중에서는 이론적 가정과 외부적 요인을 포함하는 것도 있어서 논리모형은 기본적인 틀에서 평가 대상에 적합하도록 변형되어 사용된다고 할 수 있다.

〈표 2-6〉 미국 CDC의 금연사업 평가를 위한 로직 모델 구성 요소별 내용 사례

목표	투입(In-puts & Activities)	산출(Outputs)	결과(Outcomes)		
			단기(Short-term)	중기(intermediate)	장기(Long-term)
청소년 흡연 예방	<ul style="list-style-type: none"> - 보건소를 중심으로 하는 지역 사회 금연 활동 - 매스미디어를 이용한 금연 홍보 사업 - 학교 흡연 예방 교육 - 정부 흡연 정책 및 담배 규제 	<ul style="list-style-type: none"> - 담배 사업자의 흡연 조장을 막는 반흡연 홍보 활동 - 금연 및 건강 증진을 유도하는 활동 - 담배 없는 학교 및 학교 금연 교육 활동 - 청소년 담배 판매 금지 규제 및 감독 - 담배 가격 인상 	<ul style="list-style-type: none"> - 청소년 흡연 예방에 대한 지식, 태도 정책에 대한 지지 증가 - 학교 흡연 금지 정책 및 금연 프로그램 증가 - 청소년에 대한 담배 판매 금지 규제 및 감독 증가 - 담배 사업자의 청소년에 대한 영향력 감소 	<ul style="list-style-type: none"> - 청소년이 담배를 친숙하게 받아들이는 태도 감소 - 청소년의 담배에 대한 접근도 감소 - 담배 가격 인상 	<ul style="list-style-type: none"> - 청소년의 흡연 시작 감소 - 청소년 흡연을 감소 - 흡연 관련 유병률 및 사망률 감소 - 흡연이 야기하는 불평등 감소
간접 흡연 피해 감소	<ul style="list-style-type: none"> - 보건소를 중심으로 하는 지역 사회 금연 활동 - 매스미디어를 이용한 금연 홍보 사업 - 정부 흡연 정책 및 담배 규제 	<ul style="list-style-type: none"> - 간접 흡연 피해 및 간접 흡연 규제에 대한 정보 제공 - 간접 흡연 규제 정책의 개발 및 강력한 이행 	<ul style="list-style-type: none"> - 간접 흡연 규제 정책 마련 및 강화에 대한 지식, 태도 정책에 대한 지지 증가 - 간접 흡연 규제 정책 마련 - 간접 흡연 규제 정책의 이행 	<ul style="list-style-type: none"> - 간접 흡연 규제 정책에 대한 시민들의 순응 	<ul style="list-style-type: none"> - 간접 흡연에의 노출 감소 - 담배 소비 감소 - 흡연 관련 유병률 및 사망률 감소 - 흡연이 야기하는 불평등 감소
성인 금연 유도	<ul style="list-style-type: none"> - 보건소를 중심으로 하는 지역 사회 금연 활동 - 매스미디어를 이용한 금연 홍보 사업 - 정부 흡연 정책 및 담배 규제 	<ul style="list-style-type: none"> - 금연 관련 정보 제공 - 금연 상담 전화 서비스 제공 - 보건 의료 전문가를 활용한 금연 상담 서비스 제공 - 지역사회, 작업장, 학교에서의 금연 프로그램 제공 - 금연 치료에 대해 보험 급여 확대 - 담배 가격 인상 	<ul style="list-style-type: none"> - 금연 서비스 이용률 증가 - 금연에 대한 인식 및 지식, 금연 의도, 금연 정책에 대한 지지도 증가 - 보건소를 통한 금연 서비스 제공 증가 - 의료기관을 통한 금연 서비스 제공 증가 - 금연 치료에 대한 보험 급여 증가 	<ul style="list-style-type: none"> - 금연 시도 증가 - 적절한 금연 보조제를 이용한 금연 시도 증가 - 담배 가격 인상 	<ul style="list-style-type: none"> - 성인 흡연을 감소 - 흡연을 및 담배 소비를 감소 - 흡연 관련 유병률 및 사망률 감소 - 흡연이 야기하는 불평등 감소

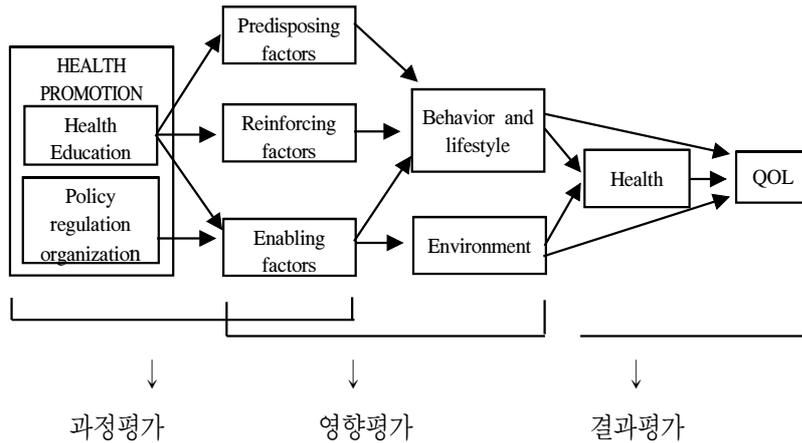
자료: CDC (2005) "Key Outcome Indicators for Evaluating Comprehensive Tobacco Control Programs"

2. PRECEDE-PROCEDE모형

PRECEDE-PROCEDE 모형은 최종 목표가 삶의 질 향상이며 건강은 삶의 질을 결정하는 하나의 중요한 요인이다. Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation의 첫 자를 딴 PRECEDE와, Policy, Regulatory, and Organizational constructs in Educational and Environmental Development의 첫 자를 딴 PROCEDE가 결합된 것이다. PRECEDE는 진단단계를, PROCEDE는 발전단계로 실행과 평가 과정을 의미한다. 이 모형은 보건교육 및 건강증진 프로그램을 작성하기에 앞서 건강행위에 미치는 소인성 요인, 가능성 요인, 강화성 요인의 파악이 중요하다는 것을 전제로 설정된 모형이다 (Green & Kreuter, 1999). 본 모형은 성공적인 건강증진 전략을 마련하기 위해서 사회적, 역학적, 행위 및 환경적, 교육 및 조직적, 행정 및 정책적 진단을 실시하고 이러한 진단을 토대로 건강증진 전략을 수립하고 수행하기 위하여 개발되었다. 이러한 전략의 수행은 유도요인, 강화요인, 권한부여요인과 같은 과정을 거쳐 행동의 변화로 이어지고, 건강의 변화나 삶의 질 향상이라는 결과가 나타나게 된다.

PRECEDE-PROCEDE모형에서는 건강증진사업의 평가를 건강증진사업에 대한 과정평가, 영향평가 및 결과평가의 세 단계로 구분하였다. 그런데 이 모형이 특징은 진단단계에서 시작하여 사업을 수행하고 평가를 하는 단계로 구성되어 있는데 시작의 방향이 목적을 향하고 있지 않으며, 목적에서 시작하여 목적으로 되돌아오는 순환형태를 이룬다는 것이다.

[그림 2-3] PRECEDE-PROCEDE모형

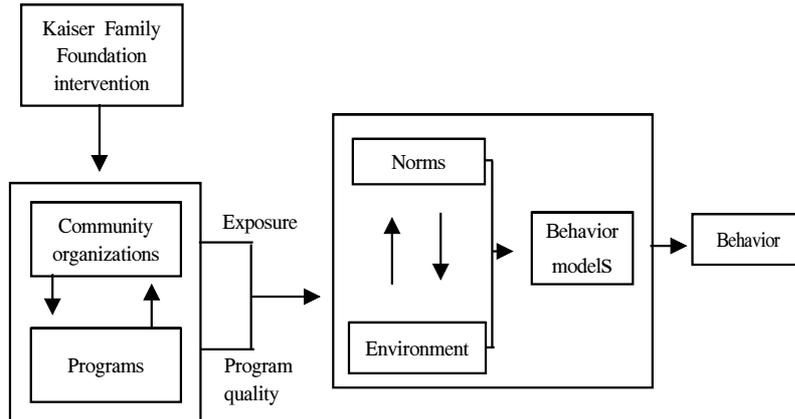


자료: Green LW, Kreuter MW. 「Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach」 p35. Mayfield Publishing Company, California, 1999

3. 지역사회 건강증진기금사업(Community Health Promotion Grants Program: CHPGP)의 평가모형

Henry J. Kaiser Family Foundation이 재정 지원을 하여 수행되었던 지역사회 건강증진기금사업의 일환으로 개발되어 관련 연구에 적용된 모형이다(Wagner et al., 2000). 이 모형은 인구 전체를 대상으로 하는 건강증진사업은 지역사회의 규범과 환경을 변화시켜 궁극적으로는 개인의 행동을 변화시킨다는 개념을 바탕으로 하여 개발되었다.

[그림 2-4] 지역사회 건강증진기금사업의 평가모형

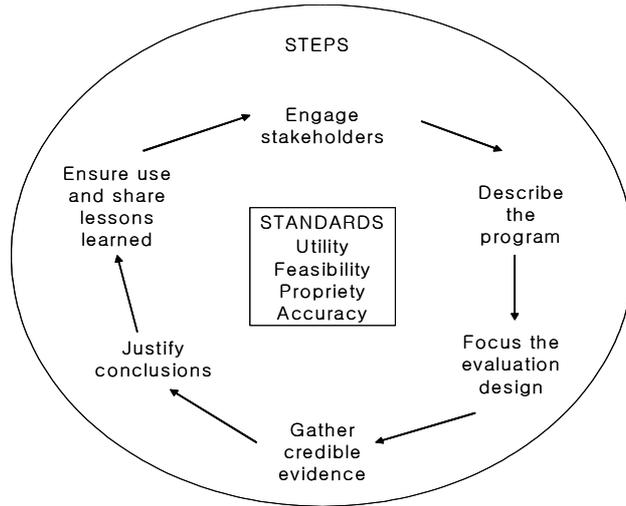


자료: Wagner EH et al. The Evaluation of the Henry J. Kaiser Family Foundation's Community Health Promotion Grant Program: Design. *Journal of Clinical Epidemiology* 1991; 44(7): 685-699.

4. CDC(1999)의 보건사업 평가 틀

1999년 미국의 CDC에서는 공중보건사업 평가에 적용할 수 있는 모형을 발표하였다. 이 모형은 평가 전문가, 공중보건사업 관리자, 주정부 및 지방정부의 공중보건 관련 공무원, 교사, 연구자 등의 작업팀이 개발한 것이다. 어떠한 보건사업에도 적용할 수 있도록 6단계로 구성하였는데 이러한 단계는 특정한 규칙이라기보다는 평가를 수행하기 위한 출발점이라고 할 수 있다. 1단계는 관련자를 참여시키는 것이며, 2단계는 문제를 기술하는 단계이며, 3단계는 평가 설계를 수립하는 단계이고, 4단계에서는 근거를 수집하여, 5단계에서는 결론을 이끌어내고, 6단계에서는 평가결과를 사용하고 발표하는 것이다. 그리고 6단계는 다시 1단계로 환류되는 체계를 가진다. 6단계와 더불어 효용성, 실행가능성, 윤리적 타당성, 정확성의 기준으로 구성된다.

[그림 2-5] CDC의 보건사업 평가 모형



자료: CDC. Framework for program evaluation in public health. Morbidity and Mortality Weekly 48, p4, 1999

제4절 우리나라 건강증진사업 평가 지표

1. 기획예산처의 평가지표

기획예산처는 기금운용의 실태를 평가하여 국민에게 공개함으로써 기금운용의 투명성과 효율성을 제고하고 기금운용에 대한 종합적이고 전문적인 분석을 통해 기금 정책 수립 및 제도 개선에 기여하기 위해 ‘기금관리기본법’ 제12조의 제2항 및 제3항의 규정에 따라 매 회계연도마다 기금의 운용실태를 조사·평가하고 있다.

평가지표는 경영개선 및 사업운영, 자산운용의 2개 부문으로 나누어, 계량지표와 비계량 지표로 구성되는데, 개량지표에 대한 평가는 상대평가 방식을 적용하고 비계량 지표에 대한 평가는 절대평가 방식을 적용하여 각 부문별 100점 만점으로 평가된다(기획예산처, 2005).

비개량 평가지표의 평가기준을 살펴보면, 첫째, 경영개선 항목은 기금의 경영 효율 증진을 위한 제반 노력을 평가하는데, 전년도 기금운용평가에서의 지적사항들에 대한 적절한 개선조치가 있었는가를 살펴보고, 전반적으로 기금운용의 효율성을 제고하기 위한 경영혁신 노력이 지속적으로 경주되고 있는가, 또한 기금을 관리하는 조직 및 인력에 대한 관리체계가 적정한가를 평가한다. 둘째, 사업운영 항목에서는 각 사업이 기금의 설치목적 및 사업목표를 효과적으로 달성하고 있는가, 사업의 성과가 기대만큼 나타나고 있는가, 그리고 이를 위해 사업운영 효율성 제고를 위한 노력을 지속적으로 기울이고 있는가를 평가하고 있으며, 셋째, 자금운용 개선 및 혁신노력 항목에서는 전년도 및 전전년도 기금운용평가보고서에서 자산운용 평가 지적 및 권고된 사항에 대한 개선 노력과 그 성과 그리고 자산운용혁신 노력과 그 성과를 평가한다. 마지막으로 자금운용의 적정성 항목에서는 기금의 자금이 체계적으로 운용되도록 자금운용정책이 적정하게 수립되었으며, 자금운용에 관한 의사결정과 집행이 전문적인 판단에 의해 투명하게 이루어졌는가, 그리고 자금운용의 성과분석 및 위험관리체계가 합리적인가를 평가한다.

각 항목에 따른 평가내용 및 배점 현황은 다음 <표 2-7>과 같다.

〈표 2-7〉 기획예산처 기금평가지표

평가지표	비중
경영개선 및 사업운영 부문	
○ 경영개선	
- 지적 및 권고사항에 대한 개선노력	12
- 경영혁신 노력 및 성과	15
- 조직 및 인력관리의 적정성	8
○ 사업운영	65
- 사업내용의 적정성	20
1. 사업목적과 사업내용의 적합성	15
2. 사업대상 또는 수혜자 선정의 합리성·투명성	5
- 사업운영의 성과	25
1. 사업비 최초계획 대비 지출실적	5
2. 사업목표 및 기대효과의 달성정도	20
- 사업운영의 효율성 제고노력	20
1. 성과평가지표와 성과관리체계의 합리성	10
2. 사업운영 방식의 개선노력	10
자산운용 부문	
○ 자금운용 개선 및 혁신 노력	10
○ 자금운용 실적(계량지표)	30
- 운용수익률	15
- 적정유동성	10
- 집중예치정도	5
○ 자금운용의 적정성	60
- 자금운용정책의 적정성	30
- 유동성자금운용의 효율성	30

2. 감사원의 평가지표

감사원은 기금이 투명하고 효율적으로 설치, 관리, 운용될 수 있도록 기금관리제도를 정비하고 불합리한 운용 방식을 개선하여 중장기적인 운용방향을 제시하기 위해 2003년 4월 기금 전반에 대한 근본적이고도 거시적인 평가 분석과 종합적인 점검을 실시하였다.

감사대상 기금은 2002년 말 현재 설치되어 있는 58개 기금 중 주기적으로 감사를 실시하는 4대 연금기금과 공적자금 관련 기금을 제외한 52개 기금이었고, 특히 국민건강증진기금 등 12개 기금에 대해서는 심층적인 점검이 이루어졌는

데(감사원, 2003.), 특히 2003년도에 실시된 국민건강증진기금에 대한 감사는 기금설치 이후 처음 이루어졌다는데 의미를 부여할 수 있다. 감사원 감사의 중점 감사항목은 다음 표와 같이 기금 설치 관리, 기금 조성 관리, 기금 사업 운용, 조직, 인력, 자금, 회계 관리의 4가지 항목으로 이루어져 있으며 세부적인 내용은 다음과 같다.

〈표 2-8〉 감사원 감사중점 항목

중점감사항목	내용
기금설치관리	재정활동은 기본적으로 예산으로 수행하고 예외적인 경우에만 기금을 설치토록 하기 때문에 ① 꼭 필요한 기금이 무엇인지 ② 고유 목적사업은 명확히 규정되어 있는지 ③ 목적 달성을 위한 중장기 운용계획은 합리적으로 수립되어 있는지 등을 점검. · 건강증진의 이론이 실제 건강증진사업에 적용되어야 하고, 또 그렇게 되도록 관계 법령이나 제도를 운영해야 하고 있는지가 초점이 됨.
기금조성관리	① 기금의 조성 규모가 적합한지 ② 기금재원이 지나치게 많아 잉여재원이 발생하고 있거나 재원이 부족하여 부채가 누적되고 있는지 ③ 수입금은 빠짐없이 징수되고 있는지 등을 점검. · 건강증진사업을 합리적으로 수행할 수 있도록 중장기계획이 제대로 수립되어 있는지가 초점이 됨.
기금사업운용	① 대상사업의 선정, 사업추진 방식이 합리적인지 ② 사업의 타당성과 효율성이 있는지 · 건강증진기금의 배정이 목적에 부합되도록 합리적으로 배분되어 건강증진사업이 효율적으로 추진되고 있는지가 초점이 됨.
조직·인력·자금 및 회계관리	① 기금관리를 위한 별도의 조직이 필요한 지 ② 관리 인력의 규모가 적절한 지 ③ 자금은 필요한 분야에 적절한 규모로 지원되고 있는지 ④ 결산 및 회계처리 시스템은 제대로 갖추어져 있으며 투명하게 운용되고 있는 지 등을 검토. · 기금관리의 생산성과 효율성을 높일 수 있는 지원체계가 합리적으로 운영되고 있는지가 초점이 됨.

자료: 이규식, 건강증진기금사업의 체계적 정비 및 발전방안에 관한 연구, 2003.

3. 건강증진사업지원단의 지자체 건강증진사업 평가지표

시·군·구 보건소에서 실시하는 건강증진사업의 평가와 관련하여 2004년까지는 보건복지부(건강증진사업지원단)에서 개별 보건소 건강증진사업을 직접 평

가하여 예산을 배분하는 방식을 취하였으나, 보건소 건강증진사업을 전국의 모든 보건소에서 의무적으로 실시하도록 한 2005년부터는 사업의 지방 분권화 추진과 광역자치단체의 역할 강화 차원에서 각 시·도 직접 평가하는 방식으로 변화되었다. 즉, 광역자치단체에서는 시·도 건강증진사업지원단의 지원을 받아 관할 보건소의 건강증진사업을 직접 평가하고, 보건복지부(건강증진사업지원단)는 이를 확인하고 시·도의 건강증진사업을 평가하는 방식으로 건강증진사업 평가체계를 개편하여 지자체의 자율성과 책임성을 확대하였다.

시·도 건강증진사업 평가는 구조 평가, 과정 평가, 결과 평가의 틀을 사용하여 평가하게 되는데, 과정평가의 경우에는 2006년도부터 시작된 건강증진사업 수행과정에 대한 모니터링 및 현지평가 결과로 평가가 이루어진다. 평가결과는 환류를 통한 시·도 건강증진사업의 질적 수준 제고 및 우수 시·도에 대한 인센티브를 제공 등에 사용된다. 각각의 평가 과정에 대해 살펴보면 다음과 같다.

사업계획서 평가는 보건복지부에서 시달된 주요시책에 따라 사업계획서가 작성되었는지 여부를 검토하여 사업계획 내용을 보완하는데 역점을 두어 시행하는데, 보건복지부는 시·군·구의 사업계획서를 직접 평가하지 않고 시·도의 사업계획서만 평가한다. 시·도는 시·군·구의 계획서를 평가한 후 그 내용은 시·도 계획에 포함하여 보고하되 평가기준은 기존에 보건복지부에서 사용하던 기준^{주2)}을 사용하거나, 자체 개발한 평가기준을 사용하여 평가한다.

사업실적 평가의 경우 시·군·구 보건소 사업평가는 각 시·도 및 시·도 건강증진사업 지원단의 주관 하에 실시하며, 중앙에서는 반기별로 수집된 시·도 단위의 사업실적을 종합적으로 평가하여 각 시·도에 환류하여 사업수행에 참고하도록 하는데, 사업실적은 주로 네가지 건강생활실천사업 분야별 필수사업 위주로 평가하게 된다.

또한, 시·도는 매 반기별 시행하게 되어 있는 시·군·구 사업실적 평가 이외에도 시·군·구의 사업수행 과정을 수시로 모니터링하고, 현지 지도평가계획을 수립하고 시행하여 그 결과를 보건복지부에 보고해야 해야 한다.

주2) 평가내용은 1. 사업계획수립의 적절성 6개 항목, 2. 사업추진능력 6개 항목, 3. 사업의 기대 효과 2개 항목, 총 100점 만점으로 이루어져 있음(보건복지부, 2006).

시·도 건강증진사업 세부 평가항목 및 배점은 다음과 같다.

〈표 2-9〉 세부 평가항목 및 배점

평가영역	평가항목	주요 평가내용	평가방법
사업계획서 평가 (20)	별도 평가 양식 (<표 2-10> 참조)	<ul style="list-style-type: none"> · 사업계획 및 목표수립의 타당성 · 사업전략의 적절성 · 계획의 일관성 및 실현가능성 · 시군구 사업현황의 충실한 정리·보고 · 계획서 작성의 충실도 (필수 항목 작성 여부) 	시도 사업 계획서 평가
구조(투입) 평가 (20)	예산(6)	<ul style="list-style-type: none"> · 건강증진기금 이외 시도(및 시군구) 자체 투입예산 - 전체 예산 대비 건강증진사업 예산 - 건강증진사업 예산 증가율 	시도 사업 계획서 평가 시도 실적 보고서
	인력(8)	<ul style="list-style-type: none"> · 시도 건강증진사업 전담인력의 총 수 · 2006년도 건강증진사업 관련 신규 인력 확보 	
	조직(6)	<ul style="list-style-type: none"> · 건강증진사업 전담조직 유무 	
시도 핵심기능 수행 (과정, 산출) 평가 (30)	평가 및 기술지원(5)	<ul style="list-style-type: none"> · 시군구 건강증진사업 평가 및 기술지원 내용의 충실도 - 현장 방문평가 시행 여부 - 자체 평가기준의 적합성 등 	시도 실적 보고서 FMTP 교육결과 보고서
	인력교육(5)	<ul style="list-style-type: none"> · 건강증진 FMTP 교육과정 운영의 충실도 - FMTP 교육과정 등록률, 과정 이수율 · 시도 자체교육 수행실적 	
	정보생산(5)	<ul style="list-style-type: none"> · 정기적인 시도별 자체 건강지표 생산 여부 	
	시도특화 사업(5)	<ul style="list-style-type: none"> · 계획에 따른 특화사업의 적절한 수행 여부 - 특화 사업의 독창성, 적절성 - 예산집행 시기의 적절성 - 예산사용 지침의 준수 여부 	
	지역사회 자원 활용 노력(5)	<ul style="list-style-type: none"> · 지역사회 자원 활용 및 연계 노력 - 지역사회 주민참여 기전(건강생활실천협의회 등) 및 구성·운영의 충실성 - 관련 기관(병원, 자원봉사 단체, NGO 등)과의 협조체계 구축 정도 (관련공문 등 제시) - 관련 부처와의 협조체계 구축 정도 (회의록 등 제시) 	
	사업의 효율화 및 개선을 위한 노력(5)	<ul style="list-style-type: none"> · 전문가 자문회의 및 시·도 포럼 개최 횟수 · 시도지원단 자체 회의개최 횟수 (회의록 첨부) · 사업의 자체 중간평가 및 개선대책 마련 	
시군구 실적 (산출) 및 결과 평가 (20)	금연(5)	<ul style="list-style-type: none"> · 영역별 필수사업을 모두 시행하는 보건소 비율 · 4대 영역별 목표 달성 정도 · 시·군·구 4대 영역별 필수사업 실적 	시도 실적 보고서
	운동(5)		
	영양(5)		
	절주(5)		
행정사항 준수 여부 평가 (10)	기한 및 보고서식 준수여부(10)	<ul style="list-style-type: none"> · 사업계획서 제출기한 준수 여부 · 실적보고 제출기한 준수여부 · 시도지원단 구성기한 준수 여부 · 보고서식의 준수 	지원단 자체 조사

〈표 2-10〉 시·도 건강증진사업계획서 평가항목

평가내용	세부평가내용	배점	평가결과					
			매우 우수	우수	보통	미흡	매우 미흡	
사업계획의 적절성 및 사업계획서 작성의 충실성 (60점)	· 사업계획서 제출 서식 준수여부	5	5	4	3	2	1	
	· 지역현황 파악의 충실성 - 지역현황 파악의 범위 - 조사지표 선정의 적절성 - 사용 자료의 종류와 시기	5	5	4	3	2	1	
	· 건강증진사업 목적 및 목표의 구체성, 타당성 - 장·단기 목표의 조화 - 목표의 구체성과 측정가능성 - 목표의 실현가능성 등	10	10	8	6	4	2	
	· 사업우선순위 선정의 타당성 - 지역진단과 사업우선순위의 연계성	5	5	4	3	2	1	
	· 시·군·구 사업평가 계획의 충실성 - 자체평가 계획의 충실성 - 시·군·구 사업계획서 평가 내용의 충실성	15	15	12	9	6	3	
	· 자체교육계획의 충실성 - 교육목표 및 교육대상 선정의 적절성	5	5	4	3	2	1	
	· 정기적인 자체 조사계획 수립 유무 및 적절성	5	5	4	3	2	1	
	· 시·도 특화사업 계획 유무 및 내용의 우수성 - 사업전략의 적절성 - 사업내용과 예산의 연계성 및 적절성 - 사업대상 선정의 적절성	10	10	8	6	4	2	
	사업 의지 및 추진능력 (30점)	· 건강증진사업 예산 배분의 적절성 - 우선순위 선정에 부합한 예산배분 - 예산배분 권고 이행 여부	5	5	4	3	2	1
		· 시도 건강증진사업 담당조직 및 인력배치 계획의 적절성 - 시·도 건강증진사업 담당인력의 적절성 - 시·도 및 (시·군·구) 전담조직 유무	10	10	8	6	4	2
· 시·도지원단 구성 및 운영 계획의 적절성 - 시·도지원단 예산 확보의 적절성 - 시·도지원단 구성 및 사업계획의 적절성		5	5	4	3	2	1	
· 지역사회 자원 활용 및 연계 계획의 적절성 - 지역사회 주민참여 기전 유무 - 관련 기관 및 관계부처와의 협조체계 구축 계획의 우수성		10	10	8	6	4	2	
사업의 실현가능성 및 발전 가능성(10점)		· 사업 목표의 달성 가능성	5	5	4	3	2	1
	· 사업의 지속성 및 발전 가능성	5	5	4	3	2	1	
계		100						

제3장 국내외 건강증진 정책의 추이

제1절 우리나라의 건강증진정책 추이

1. 실천영역

가. 재원조달

우리나라의 국민건강증진사업 재원은 국민건강증진법에 의해 설치된 국민건강증진기금이 대부분을 차지하고 있으며, 그 이전에는 일반 보건사업과 구분없이 정부의 일반예산에 의해 사업이 실시되었다. 여기서는 건강증진기금설치 이전과 설치 이후의 국민건강증진사업의 재원조달 현황에 대해 살펴보고, 또한 건강증진기금의 조달 및 운용현황에 대해 살펴보았다.

1) 건강증진기금 적립 이전(1991~1996년)

1995년 국민건강증진법이 제정되어 국민건강증진기금이 설치되었으나, 실제 기금은 건강보험자부담금과 담배부담금이 적립되기 시작한 1997년에 비로서 적립되기 시작했다. 때문에 기금이 적립되기 시작한 1997년 이전에는 정부의 일반회계 예산으로 건강증진 관련 사업이 수행되었다.

사업별로 가족보건사업의 경우 주로 불임시술과 약제기구 보급, 임산부 영유아 등록관리, 선천성대사이상 검사 등에 예산이 배분되었는데, 가족계획사업의 필요성이 줄어들어 따라 1990년대 중반으로 갈수록 총 예산이 줄어들었다.

보건교육 예산은 주로 보건계몽자료 개발, 국민영양조사 등에 배분되었는데, 1990년대 중반 건강증진에 대한 관심 증가가 예산에도 반영되어 점차 증가하는 경향을 나타냈다. 특히, 1996년도의 경우에는 금연, 절주, 식생활, 건강생활 등에 관한 자료를 제작 하는 등 자료의 종류도 다양화 되었다.

특수질환 관리 예산은 암 치료 및 연구를 위한 국립암센터 건립, 혈우병 환자 지원 등을 위한 것인데, 대부분의 예산이 암센터 건립비용으로 사용되었다. 정신보건 예산은 주로 정신질환 요양시설에 대한 지원 등으로 사용되었는데, 점차 증가하는 경향을 보였다.

이와 같이 1990년대 중반으로 갈수록 보건의료 분야 특히, 건강증진 분야에 대한 관심증가가 예산 배분에도 반영되어 점차 예산이 증가하는 경향을 나타내었다.

<표 3-1> 보건 분야 정부 일반회계 예산 배분 현황(1991~1996년)

(단위: 백만원)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
가족보건 ¹⁾	13,616	11,927	10,276	9,219	8,400	8,164
보건교육	31,623 ²⁾	30,115	33,569	36,417	37,357	44,017
전염병 관리 ³⁾	12,533	18,578	16,447	14,937	16,873	16,361
질병관리 ⁴⁾	-	9,985	8,734	15,355	21,098	23,171
정신보건	11,236	9,474	7,954	10,620	15,912	21,303
계	69,008	80,079	76,980	86,548	99,640	113,016

주: 1) 전체 금액 중 '보건사회연구원'지원액은 제외하였으며, 연도에 따라 세항 명칭의 차이는 있으나 주로 '가족보건', '가족계획기술', '모자보건관리' 등으로 지출됨.

2) 1991년 항목은 '보건교육 및 전염병관리'임.

3) '결핵관리', '나병관리', '에이즈 및 성병관리', '급성전염병관리' 등임.

4) '암', '골수기증 희망자 검진비 지원', '혈우병 환자 지원' 등임.

자료: 보건복지부, 보건복지부 소관 세입세출결산보고서, 각 연도.

2) 건강증진기금 적립 이후(1997~2006년)

가) 국민건강증진기금 개요

국민건강증진기금은 국민건강증진법 제22조에 따라 '국민건강증진사업의 원활한 추진에 필요한 재원을 확보하기 위해' 설치되었으며, 동법 제24조 및 제25조 그리고 보건복지부 예규 '국민건강증진기금관리·운영 규정'에 따라 관리 운영되고 있다.

기금은 1995년 9월 설치되었으나, 기금조성시기는 1996년 9월부터이며, 기금 조성재원은 담배사업자부담금^{주3)}과 의료보험자부담금^{주4)}으로 이루어졌고, 기금 운용은 1997년 5월부터 개시되었다. 그러나 본격적인 기금운용은 1998년도부터 라고 볼 수 있다(보건복지부, 2004).

또한, 부담금관리기본법 제정(2001. 12. 31.)에 따라 의료보험자부담금의 폐지와 함께 부담금의 명칭이 ‘국민건강증진부담금’으로 변경되었고, 부담금이 ‘켈런 20개비 1갑당 2원에서 150원으로 인상되었으며(보건복지부, 2004), 당해연도 기금예산 수입액의 97%까지 건강보험급여비로 사용할 수 있게 하는 내용이 포함되었다. 이후 2005년 법개정을 통해 건강증진부담금이 150원에서 354원으로 증가되면서, 건강보험급여비로 사용할 수 있는 한도액도 97%에서 65%로 줄어들었다^{주5)}.

건강증진기금의 관리·운용계획은 보건복지부장관에 의해 회계연도마다 국민건강증진법시행령 제28조의 규정에 의하여 설치된 국민건강증진기금운용심의회 의 심의를 거쳐 수립되는데, 수립된 관리·운용계획은 기획예산처와 협의후 국무회의 심의 및 대통령 승인을 거쳐 국회의 심의 의결을 필요로 한다.

나) 기금 조달 및 운용 현황

(1) 조달 현황

국민건강증진기금은 첫 해인 1997년부터는 담배사업자부담금과 건강보험자부담금의 두 가지 재원에 의해 적립되었으나, 담배사업자부담금의 인상과 건강보험 재정 악화 등의 이유로 2002년부터는 순수 담배사업자부담금 만으로 적립되어 왔다. 담배사업자부담금 인상과 관련하여서는 앞서서도 서술한 바와 같이 2002년 2월부터 담배 20개비당 20원에서 150원으로, 2005년부터는 20개비당

주3) 1997년 5월부터 부과

주4) 1996년 9월~2001년 부과

주5) 그러나 담배부담금이 대폭 증가되었기 때문에 건강보험급여비로 사용할 수 있는 절대금액의 축소를 의미하는 것은 아님.

354원으로 두 차례 대폭 인상되어 기금의 주 수입원이 되었다.

보건복지부의 ‘국민건강증진기금 운용계획서’를 바탕으로 한 건강증진기금 조달현황은 다음 표와 같다.

〈표 3-2〉 기금 조달 현황

(단위: 백만원)

구 분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	합 계
법정부담금	13,155	13,694	13,366	14,615	13,830	510,857	702,006	806,139	1,327,603	1,650,589	5,065,854
담배사업자부담금	5,882	9,805	8,338	10,510	9,935	510,857	702,006	806,139	1,326,700	1,644,629	5,034,801
의료보험자부담금	7,273	3,889	5,027	4,105	3,895	-	-	-	-	-	24,189
예탁금이자수입	552	2,084	1,153	1,815	1,127	1,242	464	718	1,034	3,400	13,589
기타경상이전수입	-	-	1,079	1,217	1,338	701	844	827	903	5,960	12,869
여유자금회수	4,982	9,595	23,220	12,895	19,206	21,387	72,274	95,900	94,905	253,639	608,003
한국은행예치금회수 (전년도 이월금)	-	1,043	807	52	76	157	56,158	51,977	54,900	115,445	280,615
통화·비통화 금융기관 예치금회수	4,982	8,552	22,413	12,843	19,130	21,230	16,115	43,923	40,005	138,194	327,387
합 계	18,689	25,373	38,818	30,542	35,501	534,186	775,587	903,584	1,424,445	1,913,588	5,700,315

자료: 보건복지부, 보건복지 백서, 2004; 보건복지부, 국민건강증진 기금 운용계획서, 2005, 2006.

1997년부터 2006년도 수입계획까지 조달된 국민건강증진기금의 총금액은 총 5조 7,003억원으로, 담배의 판매량과 부담금의 대폭 인상이 기금수입에 크게 기여하였다. 이에 따라 2002년부터 2006년까지 5개년도 동안 조성된 기금총액은 총 5조 5,514억원으로, 1997년부터 2001년까지 5개년도의 누적액 1,489억원보다 무려 37배가 증가된 것으로 나타났다. 또한, 기금이 대폭 증가된 2005, 2006년 2년간 조달된 기금총액은 3조3,380억원으로 1997년~2004년까지 8년간의 기금 총액 2조 3,623억원 보다 1.41배 더 많았다.

(2) 기금운용 현황

1997년부터 2006년까지 국민건강증진기금의 운용 현황은 다음 표에서 보는

바와 같이, 순수 건강증진사업비로 운용된 총 규모는 1조 1,510억원으로 기금운용 총액인 5조 6,934억원의 20.2%에 불과하며, 2002년부터 시작된 국민건강보험지원총액인 3조 7,080억원의 절반에도 미치지 못하고 있다.

〈표 3-3〉 기금 운용 현황

(단위: 백만원)

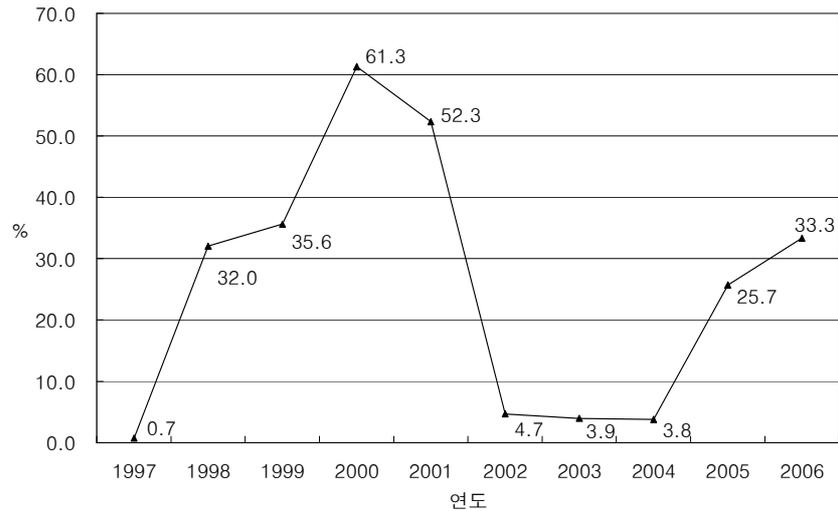
구분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	계
사업비 계 ¹⁾	139	8,127	13,823	18,721	18,571	464,230	675,619	660,866	1,291,795	1,707,113	4,859,004
건강증진사업비 소계	139	8,127	13,823	18,721	18,571	25,019	30,631	34,273	365,793	635,894	1,150,991
- 기금관리비	-	7	25	16	17	22	13	33	126	162	421
- 사업운영비	30	233	234	475	408	501	539	519	3072	2749	8,760
- 건강증진질병예방	11	2,100	4,220	4,997	6,709	8,807	14,011	13,652	196,205	204,018	454,730
- 건강생활실천	-	1,541	2,297	3,680	5,892	13,041	14,185	17,136	46,998	59,276	164,046
- 연구개발	98	2,256	3,557	2,490	3,476	2,648	1,883	2,933	12,010	7,819	39,170
- 공공보건의료확충	-	-	-	-	-	-	-	-	97,854	139,994	237,848
- 의료체계 구축	-	-	-	-	-	-	-	-	9,528	32,032	41,560
- 보건의료 R&D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	189,845	189,845
- 기타사업	-	1,990	3,490	7,063	2,069	-	-	-	-	-	14,612
국민건강보험지원	-	-	-	-	-	439,211	644,988	626,593	926,002	1,071,219	3,708,013
부담금반환	-	-	-	-	-	-	-	-	-	700	700
여유자금 운용	18,550	17,246	24,995	11,821	16,930	69,956	99,968	242,718	131,747	199,814	833,745
- 한국은행예치 (차기년도이월액)	1,043	806	52	76	157	56,158	51,977	78,838	115,400	176,700	481,207
- 통화금융기관예치	17,507	16,440	24,943	11,745	16,773	13,798	47,991	34,000	5,522	23,114	211,833
- 비통화금융기관예치	-	-	-	-	-	-	-	129,880	10,825	-	140,705
합 계	18,689	25,373	38,818	30,542	35,501	534,186	775,587	903,584	1,423,542	1,907,627	5,693,449

주: 1) 건강증진사업비+국민건강보험지원액 임.

자료: 보건복지부, 보건복지백서, 2004; 보건복지부, 국민건강증진기금 운용계획서, 2005, 2006.

또, 연도별 기금운용액 중 건강증진사업비가 차지하는 비율은, 건강증진기금이 운용되기 시작한 첫 해인 1997년에는 0.7%로 매우 낮았으나, 본격적으로 기금운용을 시작한 1998년도부터 건강증진사업비 비중이 높아지기 시작하였다. 그 후 2002년 기금이 국민건강보험에 지원되기 시작하면서 건강증진사업비 비중이 5%미만으로 급락하였고, 담배부담금이 대폭 인상되고 전국의 모든 보건소에서 건강증진사업이 실시되기 시작한 2005년부터는 다시 건강증진사업비의 비중이 증가하는 추세를 보였다.

[그림 3-1] 연도별 국민건강증진기금 운용 총액 대비 순수건강증진사업비 비율



실제 건강증진사업에 소요된 금액을 항목별로 살펴보면, 건강증진질병예방 분야에 가장 많은 금액이 투입되었는데, 여기에는 구강보건사업, 암예방관리사업, 에이즈 및 성병예방사업, 정신보건사업, 아동청소년보건사업, 지역사회중심 재활사업, 한방건강증진사업, 인구 및 모자보건, 희귀난치성 유전질환 지원, 결핵관리사업, 전염병 등 질병관리사업 등에 예산이 소요되었다.

건강증진질병예방에 이어 두 번째로 많은 금액이 투입된 곳은 영양, 금연, 건강관리, 절주 등 건강생활실천 분야였다. 그리고 2005년부터는 연구개발 분야에도 예산배분이 큰 폭으로 상승하였는데, 특히 2005년도 이후 새로 편입된 공공보건의료확충, 의료체계 구축, 보건의료 R&D 분야 등도 상당한 수준의 재원이 편성되었다.

다) 일반예산에 의한 건강증진사업

건강증진사업에는 건강증진기금 외에도 정부의 일반예산이 투입되고 있는데, 연도별 투입 규모는 <표 3-4>와 같다. 1998년에는 1,105억원이었던 예산이 점점

증가하는 추세를 보였으나, 2005년도에는 일반 예산으로 집행되던 사업의 상당수가 건강증진기금사업으로 전환되어 일반 예산은 대폭 줄어들었다.

예산상으로 가장 큰 비중을 차지하는 부분이 질병관리인데, 이 사업은 2000년대 초반까지는 주로 국립암센터 운영과 희귀난치성질환의 의료비 지원사업에 한정되어 사용되다가 2003~2004년에는 여기에 더하여 골수 희망자 검진비 지원, 호스피스 운영, 저소득 소아 백혈병 의료비 지원 등의 사업이 이루어졌다. 이후 2005년도에는 대부분의 사업이 기금사업으로 이전되었고, 국립암센터 운영과 원폭피해자 진료 사업이 남아 있다.

가족보건 항목의 예산은 변화가 크지 않은 듯 보이나, 세부적으로는 가족계획사업에서 선천성 대사 이상 검사, 영유아 예방접종, 저소득 임산부 및 영유아 검진, 미숙아·선천성이상아 의료비 지원 등의 모자보건사업으로 전환되었다. 또한, 2001년도부터는 구강보건사업으로는 구강보건실 운영이 시작된 이후, 치아 홈메우기 사업, 저소득층 노인에 대한 의치보철사업 등으로 확장되었다.

〈표 3-4〉 정부 일반회계 예산 중 보건분야 배분 현황

(단위: 백만원)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
가족보건	7,974	5,737	6,976	7,415	8,349	8,147	7,704	3,799	-	-
보건교육	40,575	35,179	38,106	39,550	48,123	57,779	57,779	-	-	-
구강보건	-	-	36	36	1,550	6,630	7,317	9,051	-	-
전염병관리 ¹⁾	19,138	14,328	13,232	-	-	-	-	-	-	-
질병관리 ²⁾	22,669	33,464	52,411	39,858	79,428	64,323	86,297	96,837	28,677	3,189
정신질환관리 ³⁾	20,175	17,768	18,139	20,745	24,299	27,726	37,304	42,867	6,975	6,278
계	110,531	106,476	128,900	107,604	161,749	164,605	196,401	152,554	35,652	9,467

주: 1) 결핵, 나병, 성병 및 에이즈관리, 급성전염병관리 등이 포함됨.

2) 특수질환관리, 암관리, 저소득층암환자지원, 골수기증희망자 지원, 원폭피해자 지원, 소아백혈병환자 의료비 등이 포함됨.

3) 정신보건시설운영, 정신질환인식개선 지원 등이 포함됨.

자료: 보건복지부, 세입세출결산보고서, 각 연도; 보건복지부, 세입세출예산서, 각 연도.

나. 법

건강증진과 관련 있는 법률은 국민건강증진법 외에도 보건의료기본법, 지역보건법, 공공보건의료에 관한 법률, 결핵예방법, 전염병관리법, 암관리법, 모자보건법, 구강보건법, 정신보건법, 노인복지법, 장애인복지법, 학교보건법, 학교급식법, 산업안전보건법 등이 있다. 이상과 같이 건강증진과 관련된 법률들을 건강증진 인프라 및 건강생활실천, 질병관리, 대상별 접근 등으로 구분한 결과는 다음과 같다.

1) 건강증진사업 중 건강증진 인프라 및 건강생활실천 관련 법률

건강증진인프라 및 건강생활실천과 관련된 대표적인 법률로는 국민건강증진법이 있다. 1995년 1월 5일 제정되고 그 해 9월 1일부터 시행된 국민건강증진법은 국민의 생활수준 향상에 따라 급성전염병의 발생은 줄어들고 있으나, 식생활변화·운동부족·흡연·음주 등으로 인하여 만성퇴행성질환이 증가하고 있어 보건정책의 방향을 종래의 치료중심의 소극적 방법에서 보건교육·영양개선·건강생활실천 등 사전 예방적 사업으로 전환하여 국민건강증진을 도모하려는 것이었다(지선하 외, 2005). 이 법은 1995년 제정이후 그 동안 13차례에 걸쳐 개정되었는데 2006년 9월 27일 개정된 현행 법률은 국민건강증진종합계획의 수립(제4조), 국민건강증진정책심의위원회 설치(제5조), 금연 및 절주운동 등(제8조, 제9조), 보건교육의 실시(제11조, 제12조, 제13조, 제14조), 영양개선(제15조, 제16조), 구강건강사업(제17, 제18조), 건강증진사업 등(제19조), 검진(제20조), 국민건강증진기금(제22조, 제23조, 제24조, 제25조) 등의 내용을 담고 있다.

2000년 1월 12일 제정된 보건의료기본법은 우리나라 보건의료 관련 법률들이 의 종합적인 체계성을 갖추지 못함은 물론 상호 연계성이 부족하여 부처간 협조가 이루어지지 않고 있다. 때문에 이러한 상황 하에서 보건의료 관련 개별 법률들 사이에 일관성을 부여하여 새로운 보건의료상황에 신속대응 하는 등 보건의료관련 법률의 모법 기능을 위해 제정되었다. 보건의료기본법의 내용으로는 건강권 등 보건의료에 관한 국민의 권리와 의무(제10조~제14조), 보건의료

발전계획의 수립 등(제15조~제23조), 평생국민건강관리사업(제31조), 여성과 어린이의 건강증진(제32조), 노인의 건강증진(제33조), 장애인의 건강증진(제34조), 학교보건의료(제35조), 산업보건의료(제36조), 환경보건의료(제37조), 식품위생·영양(제38조), 주요질병관리체계의 확립(제39조), 전염병의 예방 및 관리(제40조), 만성질환의 예방 및 관리(제41조), 정신보건의료(제42조), 구강보건의료(제43조), 취약계층 등에 대한 보건의료서비스 제공(제45조) 등이 규정되어 있다.

지방자치단체의 건강증진사업 관련법으로 지역보건법이 있는데, 건강증진사업에 대한 지방자치단체의 역할과 관련된 법이다. 지역보건법은 1995년 12월 29일 보건소 등 지역보건의료기관의 설치·운영 및 지역보건의료사업의 연계성 확보에 필요한 사항을 규정함으로써 보건행정을 합리적으로 조직·운영하고, 보건시책을 효율적으로 추진하고 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 1956년 제정된 보건소법을 전문 개정한 것이다(지선하 외, 2005). 주요 내용으로는 지역보건의료계획의 수립 및 시행(제3조~제7조), 보건소 업무로서 국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업, 전염병의 예방·관리 및 진료, 모자보건 및 가족계획사업, 노인보건사업, 정신보건에 관한 사항 등(제9조)을 규정하고 있다.

공공보건의료에 관한 법률은 공공보건의료의 목표와 기능을 명확하게 하고, 국민들에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건향상에 이바지함을 목적으로 2000년 1월 12일 제정된 이 법은 건강증진사업 중 형평성에 대한 내용을 담고 있다고 할 수 있다. 주요 내용으로는 공공보건의료기관의 사업(제4조)으로 주요 질병관리사업, 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업, 보건의료인의 교육훈련사업, 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립·시행 및 평가 지원사업, 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료활동에의 참여 및 지원사업, 민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업 등을 규정하고 있다. 또한, 보건의료 우선 제공 대상(제5조) 보건의료의 우선 제공 대상으로 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료, 노인·장애인·정신질환자 등 타분야와의 연계가 필수적인 보건의료, 전염병 예방 및 진료, 아동과 모성에 대한 보건의료, 응급환자의 진료, 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료 등을 지정하고 있다.

2) 건강증진사업 중 질병관리 관련 법률

건강증진사업 중 질병관리와 관련 있는 법률로는 암관리법, 결핵예방법, 전염병 예방법, 구강보건법, 국민건강증진법, 정신보건법 등이 있다.

암관리법은 암발생률과 암으로 인한 사망률이 급증하면서 암진료비용 증가, 암질환으로 인한 사회적 문제 대두 등으로 국가차원에서 암에 대한 종합적이고 체계적인 관리가 필요하게 됨에 따라 2003년 5월 29일 제정되었다(지선하 외, 2005). 이 법은 국가가 암의 예방·진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 암으로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적인 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지함을 목적으로 하는데, 주요 내용으로는 암관리종합계획의 수립(제3조), 암연구사업의 수행 등(제7조), 암조기검진사업(제9조), 말기암환자관리사업(제11조) 등의 내용을 담고 있다.

국민의 구강보전에 관하여 필요한 사항을 정함으로써 국민의 구강건강을 증진함을 목적으로 2000년 1월 12일 제정된 구강보건법은 구강보건사업계획의 수립(제5조, 제6조), 구강보건사업의 시행(제7조), 구강건강실태조사(제9조), 수돗물 불소농도조정사업의 계획 및 시행(제10조, 제11조), 학교구강보건사업(제12조), 사업장구강보건사업(제14조), 노인·장애인구강보건사업 등(제15조), 모자구강건강관리(제16조), 영유아의 구강건강진단(제17조) 등의 내용을 규정하고 있다. 구강보건과 관련해서는 국민건강증진법에도 명시되어 있는데, 구강건강사업의 계획수립 및 시행(제17조), 국가 및 지방자치단체가 실시해야 할 구강건강사업(제18조) 등이 명시되어 있다.

1997년 12월 31일 구 정신보건법을 전문 개정하여, 1998년 4월 1일부터 시행된 정신보건법은 모든 정신질환자의 기본적 인권의 존중, 최적의 치료받을 권리의 보장, 부당한 차별대우의 금지 등을 기본 이념으로 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 제정되었다. 정신보건법의 주요 내용은 기본이념 설정(제2조), 정신보건시설의 설치(제8조~제12조), 지역사회정신보건사업 등(제13조), 사회복귀시설(제15조~제18조), 보호 및 치료(제21조~제26조), 권익보호 및 지원(제40조~제54조) 등을 규정하고 있다.

전염병의 발생과 유행을 방지하여 국민보건을 향상 증진시킴을 목적으로 제정된 전염병 예방법은 1954년 2월 2일 제정되었고, 가장 최근 개정일은 2006년 9월 27일이었다. 이 법의 내용은 전염병의 정의(제2조), 건강진단(제8조, 제9조), 예방접종(제10조~제15조), 예방시설의 설치(제23조), 예방조치(제39조, 제40조) 등을 규정하고 있다.

결핵의 예방과 결핵환자의 치료에 관한 사항을 규정하기 위해 1967년 1월 16일 제정된 결핵예방법은 예방(제11조~제19조), 전염성 결핵환자의 의료(제29조) 등에 대한 내용을 담고 있다.

3) 건강증진사업 중 대상별 접근 관련 법률

대상별 건강증진접근과 관련된 법률은 모자보건법, 노인복지법, 학교보건법 및 학교급식법, 산업안전보건법, 장애인복지법 등 에서 다루어지고 있다.

모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민보건향상에 이바지함을 목적 1973년 2월 8일 제정되었다. 이 법에서는 임신부와 영유아, 미숙아의 건강증진을 위한 국가 및 지방자치단체의 의무와 모자보건관리를 위한 제반 활동의 내용 및 방법을 규정하고 있다(지선하 외, 2005). 구체적으로는 국가와 지방자치단체의 책임(제3조), 모자보건수첩의 발급(제9조), 임신부·영유아·미숙아 등의 건강관리 등(제10조), 피임시술 및 피임약제의 보급(제12조) 등에 대한 내용을 담고 있다.

복지분야의 법률이긴 하지만 노인의 보건의료 관련 내용을 함께 담고 있는 노인복지법은 노인의 질환을 사전예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함을 목적으로 1997년 8월 22일 전문개정되어 시행되고 있다. 이 법에는 노인의 건강증진과 관련된 내용으로 65세 이상 노인의 건강진단(제27조), 치매관리사업(제29조), 노인재활요양사업(제30조), 노인의료복지시설(제34조), 노인보호전문기관의 설치(제39조5) 등의 내용을 규정하고 있다.

1967년 3월 30일 제정된 학교보건법은 학교의 보건관리와 환경위생정화에 필요한 사항을 규정하여 학생 및 교직원의 건강을 보호·증진하게 함을 목적으로 하고 있다. 학교보건법의 주요 내용은 학교 안과 밖의 유해환경을 규제하고(제4조, 제5조, 제6조), 학생과 교직원의 건강검사 실시 및 건강증진계획 수립(제7조), 학생 및 교직원의 보건관리 및 안전관리(제9조, 제13조), 질병예방 및 예방접종의 시행(제14조) 등이 있다.

학교급식법은 학교급식 등에 관한 사항을 규정함으로써 학교급식의 질을 향상시키고 학생의 건전한 심신의 발달과 국민 식생활 개선에 기여함을 목적으로 1981년 1월 29일 개정되었으나, 최근 학교급식과 관련하여 문제가 끊이지 않자 정부는 새로운 법안을 만들었고, 2006년 7월 19일 전부 개정된 새로운 법률은 2007년 1월 20일 시행 예정에 있다. 새로운 학교 급식법의 개정 사유 및 개정 목적은 학교급식의 질을 제고하고 학생들의 건강증진을 위하여 현행 학교급식 체계에 관한 전반적인 개선이 필요한 바, 이를 위하여 학교급식위원회 등을 설치하고, 학교급식에 관한 국가 또는 지방자치단체의 지원을 강화하여 양질의 학교급식이 제공될 수 있도록 하는 한편, 식재료·급식위생의 안전관리에 관한 사항과 급식의 운영방식에 관한 사항을 보다 엄격하게 규정하게 하고, 그 밖에 현행 규정의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하려는 것이다.

근로자의 건강을 보호하기 위한 산업안전보건법은 산업안전·보건에 관한 기준을 확립하고 그 책임의 소재를 명확하게 하여 산업재해를 예방하고 쾌적한 작업환경을 조성함으로써 근로자의 안전과 보건을 유지·증진함을 목적으로 하며, 1990년 1월 13일 전문개정되어 시행되고 있다. 이후 1997년 산업안전보건법이 개정되면서 근로자 건강증진 관련 근거조항이 제정되었고, 1997년 시행규칙 마련, 1998년 구체적인 시행지침이 제정되어 사업장 건강증진 운동이 실시되고 있다. 사업장 근로자에 대한 건강증진사업은 노동부 산업안전국의 산업안전과, 안전정책과, 산업보건환경과 등에서 관련 업무를 실시하고 있다(지선하 외, 2005).

다. 행정체계

국민건강증진사업을 위한 행정체계로는 우선 건강증진기금의 효율적 사용을 위한 기금운용체계가 있고, 건강증진사업의 효과적 수행을 위한 추진체계가 있다. 국민건강증진법에서도 건강증진사업 수행을 위해 국가, 광역자치단체, 기초자치단체의 역할을 각각 규정하고 있다. 건강증진기금 운용체계 및 중앙단위, 광역자치단체 단위, 기초자치단체 단위의 건강증진사업 수행체계와 공공민간단체의 건강증진사업 수행체계는 다음과 같다.

1) 국민건강증진기금 운용체계

국민건강증진기금은 기금관리주체인 보건복지부장관이 매 회계연도마다 기금 운용계획을 수립, 기금운용심의회를 거쳐 기획예산처장관과 협의·조정 후 국회의 심의를 거쳐 확정·운용하고 있는데, 법 제24조 및 시행령 제28조와 ‘국민건강증진기금관리·운용규정’에 따라 구성된 ‘국민건강증진기금운용심의회’가 기금 관리를 실질적으로 운영하고 있다(보건복지부, 2004).

건강증진기금사업과 관련된 종합적인 의사결정은 보건복지부의 내부 행정절차에 따라 결정되고 있다. 그러나 세부사업별 타당성을 검증하기 위하여 익년도 사업계획안을 지원단에 위촉하여 전문가 집단인 ‘기획평가위원회’의 사전 검토를 거치고, 검토의견을 수렴하여 조정된 안을 ‘기금운용심의회’에 상정하여 심의하는 이중적 심의과정을 거쳐 이루어지고 있다. 감독체계는 원칙적으로 건강정책과 실무진에 의해서 이루어지고 있으나, 현지도 등 기술적인 내용에 있어서는 지원단의 학계전문가를 활용하고 있다(보건복지부, 2004).

[그림 3-2] 국민건강증진기금 운용 체계



자료: 보건복지부, 2003 보건복지백서, 2004.

2) 건강증진사업의 수행체계

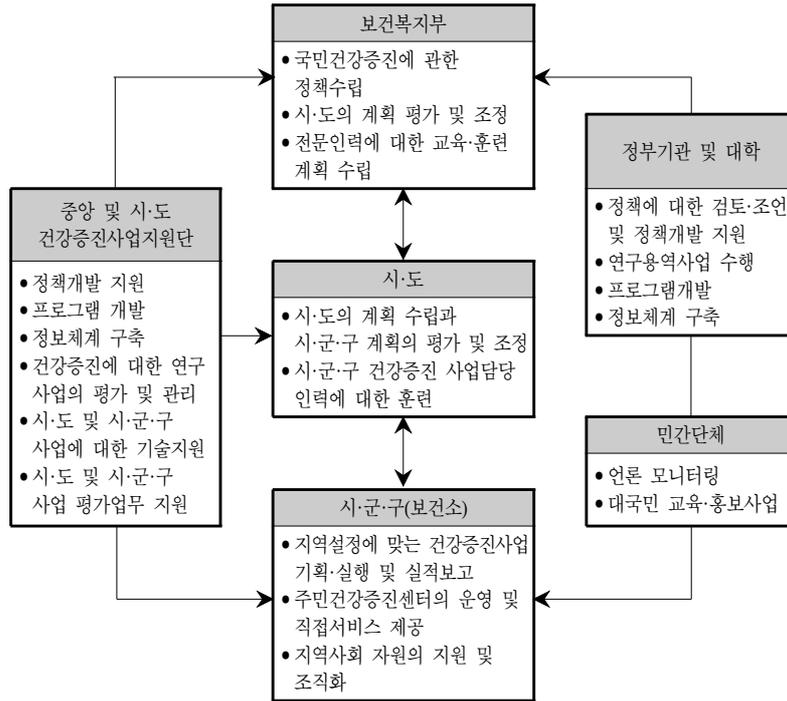
국민건강증진법에서는 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체의 역할을 다음과 같이 규정하고 있다(표 3-5 참조). 일반적으로 중앙정부와 광역 및 기초자치단체의 역할은 다음과 같이 배분될 수 있다. 중앙정부는 지방정부가 수행하기 어려운 연구, 검사, 정책결정의 역할을 수행하고, 광역자치단체는 시·군·구의 건강증진세부계획 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원을 하고, 시·군·구 사업 결과를 중앙에 보고하는 가교역할을 담당한다. 기초자치단체는 지역 실정에 맞는 사업계획을 수립, 시행하고 사업결과를 시·도에 보고한다. 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체 등이 형성하는 건강증진사업의 사업추진체계를 도식화 하면 다음 [그림 3-3]과 같다.

〈표 3-5〉 건강증진사업에서 중앙, 광역, 시·군·구의 역할

구분	역할
중앙	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강에 대한 기본 시책의 수립 - 광역자치단체의 건강증진세부계획 및 건강증진사업 시행결과와 평가 및 조정 - 건강증진정책 및 사업 프로그램의 개발 및 보급 - 건강증진정책 관련 법안의 제·개정 및 관련 제도의 개선 - 건강증진기금 등 사업수행에 필요한 재원의 조달 및 배정 - 사업추진을 위한 전문 인력의 양성 및 교육·훈련 계획 수립 - 관련부처(교육인적자원부, 노동부, 문화관광부) 등과 협조체계 구축 및 공동사업 진행 - 공공 및 민간부문을 연계한 건강증진사업 추진체계 구축 - 건강증진 관련 연구용역 및 조사·연구 수행 - 중앙건강증진사업지원단의 설치 및 운영
광역 자치 단체	<ul style="list-style-type: none"> - 시·도의 건강증진세부계획 수립 및 시행 - 시·군·구의 건강증진세부계획 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원 - 지역 주민들의 건강증진과 관련한 생활 행태 조사 등 보건지표의 생산 및 이에 필요한 조사 연구체계 구축 - 시·군·구의 건강증진사업 평가 및 사업결과 보고(보건복지부에 보고) - 시·군·구 건강증진사업 수행과정 모니터링 및 현지평가 - 시·군·구 건강증진사업의 성과 평가 - 시·군·구의 건강증진사업 담당 전문 인력에 대한 교육·훈련 - 시·도 건강증진사업지원단의 설치 및 운영 - 건강생활실천협의회 조직 및 운영 - 보건소의 사업조직 및 인력, 재원확보 및 배정 - 관내 학교, 사업장, 병·의원, 기타 민간단체 등 타 분야와의 사업연계체계 구축 및 사업 참여 유도
기초 자치 단체	<ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부에서 개발하여 제안한 건강증진 분야의 필수사업 수행 - 시·군·구 실정에 맞는 건강증진사업 계획수립 및 시행 - 시·군·구에서 실시하는 건강증진사업에 대한 자체평가 및 사업결과 보고(시·도에 보고) - 건강생활실천협의회 조직 및 운영 - 지역사회 내의 건강증진사업을 지원할 수 있는 개인, 단체 등 지역사회 자원의 발굴·지원 및 연계체계 구축 - 주민건강증진센터의 설치 및 운영 - 주민들을 대상으로 한 직접적인 건강증진 서비스 제공

자료: 보건복지부, 2006년도 건강증진사업계획 수립 지침, 2006.

[그림 3-3] 건강증진사업 추진 체계



자료: 보건복지부, 2006년도 건강증진사업계획 수립 지침, 2006.

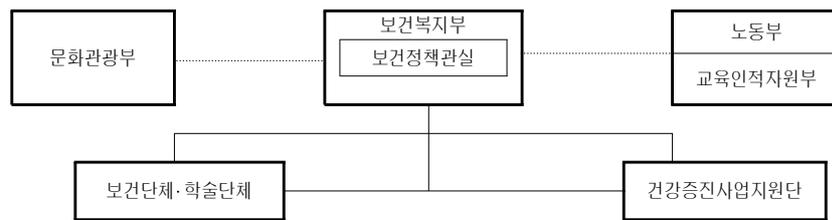
가) 중앙정부의 건강증진사업 수행체계

건강증진사업 체계 내에서 중앙정부의 역할은 정책개발, 입법 및 규제활동, 정부부처간 협조를 통하여 건강에 좋은 공공정책을 수립하고, 국민에게 정보제공 및 홍보를 수행하며 건강에 좋지 않은 환경의 개선 및 시·도 및 시·군·구의 건강증진사업을 지원하는 것에 있다. 건강증진지원사업에는 기술지원, 연구개발, 행정지원이 있다. 이를 구체적으로 살펴보면, 기술지원에는 각종 보건교육 자료의 수집·분석, 교육매체 및 사업지침서 개발 보급, 각종 매체를 이용한 교육홍보 및 건강정보 제공, 건강증진 정보화, 재정·시설·인력 지원 등이 있다.

연구개발에는 건강증진 사업개발 및 개선을 위한 실태조사·분석, 건강증진 관련 세부사업의 모형개발, 건강증진평가연구, 인력개발 및 훈련·기술개발 등이 있고, 행정지원에는 관련 법령 및 제도개선, 국민건강증진을 위한 장단기 계획 및 시책수립, 기금운용 평가 등이 있다(지선하 외, 2005).

건강증진사업 수행과 관련된 중앙정부의 조직으로는 보건복지부, 행정자치부, 문화관광부, 교육인적자원부, 노동부, 건강증진사업지원단 등이 있는데 이를 도식화 하면 다음과 같다.

[그림 3-4] 중앙수준의 건강증진사업 관련 조직



자료: 이상이 외, 건강증진사업수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할 분담체계 및 상호연계체계, 2002. 재구성

(1) 보건복지부

국민건강증진법이 시행됨에 따라 설정된 보건복지부의 역할은 건강증진사업의 주무부처로서 국민건강증진에 관한 기본시책을 수립·시행하고, 흡연·음주 등 건강위험요인 감소목표와 만성퇴행성질환 관리목표 등을 설정하는 것이다. 또한 국민건강증진기금운용심의회를 구성·운영하고, 건강증진사업의 효과적 수행을 위해 관련부처 및 민간단체와 협조·연계체계를 구축하고, 보건교육·홍보 자료 및 건강증진프로그램의 개발·보급과 시·도 및 시·군·구 사업의 평가 및 기술지원을 수행하는 것이다.

보건복지부 조직 중 건강증진사업을 담당하는 부서로는 보건의료정책본부 산하 보건정책관실의 보건정책팀, 질병관리팀, 암관리팀, 정신보건팀, 구강보건팀, 공중위생팀이 있고, 또한 노인정책관실 산하 노인정책팀, 인구아동정책관실 인

구여성정책팀 및 출산지원팀 등이 해당될 수 있다. 각 팀별 담당사업은 <표 3-6>과 같다.

<표 3-6> 보건복지부 부서별 담당 주요 건강증진사업

담당부서	주요 업무 내용
보건정책팀	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강증진사업에 관한 종합계획의 수립 및 조정 - 국민건강에 관한 교육 및 홍보 - 금연·절주 및 운동지도 등 건강증진사업의 지원 및 평가 - 지역보건의료계획에 관한 종합 및 조정 - 보건소·보건지소 및 보건진료소에 대한 지원 및 육성
질병관리팀	<ul style="list-style-type: none"> - 감염질환 관련 정책의 종합·조정과 법령의 제·개정 - 고혈압 등 퇴행성만성질환관리에 관한 종합계획의 수립 및 조정 - 희귀질환 및 기타 비전염성질환의 예방 및 관리 - 건강검진에 관한 종합계획의 수립 및 조정
암관리팀	<ul style="list-style-type: none"> - 국가암관리사업관련 종합계획의 수립 및 조정 - 암정복을 위한 연구 및 지원에 관한 사항 - 암예방 및 암예방홍보계획의 수립 - 암조기검진체계의 구축 및 평가 - 암 환자의 치료 및 재활지원 계획의 수립
정신보건팀	<ul style="list-style-type: none"> - 정신보건사업에 관한 종합계획의 수립 및 조정 - 지역사회정신보건사업의 조정 및 평가 - 자살예방사업관련 정책의 수립 및 조정 - 알코올 등 중독에 대한 치료 및 재활
구강보건팀	<ul style="list-style-type: none"> - 구강보건사업에 관한 종합계획의 수립 및 조정 - 수돗물 불소농도 조정사업의 계획 수립 - 지역사회 구강보건사업계획의 수립 및 평가 - 구강보건에 관한 교육 및 홍보계획의 수립
공중위생팀	<ul style="list-style-type: none"> - 공중위생정책에 관한 종합계획의 수립 조정
노인정책팀	<ul style="list-style-type: none"> - 노인보건복지에 관한 종합계획의 수립 및 조정 - 노인건강운동의 지원 및 노인의 정보격차 해소에 관한 사항
인구여성정책팀	<ul style="list-style-type: none"> - 인구 및 출산지원관련 종합계획의 수립 및 조정 - 임신 및 출산 등에 관한 종합정보의 제공 - 보건복지관련 여성정책에 관한 기본계획의 총괄 및 조정 - 가임기여성 건강증진사업
출산지원팀	<ul style="list-style-type: none"> - 출산지원에 관한 정책의 개발 및 지원 - 모자보건에 관한 종합계획의 수립 및 평가 - 임신부 및 영유아에 대한 관리 및 지원 - 모유수유 장려에 관한 사항 - 인공임신중절의 예방대책에 관한 사항

(2) 건강증진사업지원단

건강증진사업지원단은 국민건강증진사업 초기 건강증진사업과 관련된 각종 조사연구사업이 체계적이고 투명한 관리를 위해 1998년 12월 한국보건사회연구원 내 ‘건강증진연구사업평가단’으로 시작되었다. 그 후 건강증진기금사업으로 보건교육자료 개발, 건강증진프로그램 운영, 보건소 건강증진사업 등이 수행되면서 명칭이 ‘건강증진기금사업지원단’으로 바뀌었으며, 조사연구사업의 관리와 함께 여러 보건관련 기관, 단체가 수행하는 대민사업까지 포함하여 전반적인 건강증진사업에 대한 평가 및 사업지침 개발 등의 업무를 담당하였다. 이후 담배부담금의 이상으로 건강증진기금 수입이 크게 늘어남에 따라 대폭 확대된 건강증진사업을 보다 효율적으로 관리, 평가할 수 있도록 2004년 12월 ‘건강증진기금사업지원단’의 조직과 기능이 확대 개편됨과 동시에 명칭또한 ‘건강증진사업지원단’^{주6)}으로 변경되었다(송순태, 2005).

또한, 보건복지부 예규^{주7)}에 의해 시·도의 건강증진사업에 대한 계획 수립, 연구 평가 등을 위해 시·도 건강증진사업지원단이 설치되었으며, 2005년 11월 현재 중앙 및 16개 시·도에 건강증진사업지원단이 설치되어 중앙 및 시·도 차원의 기술지도 및 평가업무가 수행되고 있다(송순태, 2005).

건강증진사업지원단은 국민건강증진사업을 체계적이고 효과적으로 촉진하기 위해 다음과 같은 업무를 수행 하고 있다.

주6) 보건복지부 예규 154호(2005. 2.1)로 공포·시행된 ‘국민건강증진사업 심의위원회 및 건강증진사업지원단 운영규정’ 제11조에 “보건복지부 장관은 국민건강증진사업과 관련한 기술지원 및 평가 등의 업무를 수행하기 위해 사업지원단을 한국보건사회연구원에 둔다”고 규정하였음.

주7) 보건복지부 제154호 ‘국민건강증진사업 심의위원회 및 건강증진사업지원단 운영규정’ 제 20조에 “시·도에서도 시·도 건강증진시책 및 건강증진사업에 대한 계획수립, 연구, 평가 및 교육·훈련 등의 지원을 위하여 시·도 건강증진사업지원단을 둘 수 있다”고 규정하였음.

〈표 3-7〉 건강증진사업단 주요 업무

구분	내용
건강증진사업 추진 인프라 통합관리	가. 국민건강증진사업심의위원회 운영지원 나. 시, 도 지원단의 운영활성화 및 기술지원 다. 개별 사업지원단 통합운영 및 실적평가(정신, 구강, 암관리 지원단)
건강증진사업 평가 및 기술지원	가. 건강생활실천사업 평가대회 및 시, 도 평가 나. 영양,운동, 비만 사업 평가 및 기술지원 다. 민간단체 건강증진사업 평가 및 기술지원 라. 주민건강증진센터 시범사업 평가 및 기술지원 마. 건강증진사업 전문인력 교육훈련과정 운영 및 평가 바. 전염병관리사업 평가 및 기술지원 사. 건강검진제도 개선 지원
조사/연구사업 계획 및 관리	가. 건강증진연구사업 중장기 방향설정 및 계획 수립 나. 건강증진연구사업의 종합적 관리 다. 건강증진법 제정 10주년 기념 국제세미나 개최 라. 건강증진분야 학술 및 기술 교류
정보체계구축 및 홍보	가. 건강증진사업 통합 포털사이트 및 DB 구축 나. 건강증진기금사업 홍보 다. 보건의 날 기념행사
건강증진계획수립 및 방향설정 지원	가. 「국민건강증진종합계획 2010」 수정, 보완 나. 시, 도 주민건강증진 세부계획 수립 및 평가 지원 다. 기금지원사업에 대한 종합평가 (기금운용평가)

(3) 교육인적자원부

건강증진과 관련한 교육인적자원부의 주무조직은 학교정책실 학교체육보건급식과인데, 이 부서에서는 학교체육, 학교보건, 환경위생, 학교급식과 관련된 사항을 모두 담당하고 있다. 이처럼 학교보건업무는 문교부 시절인 1981년 학교보건전담과가 폐지된 이후로는 학교보건 전담 행정조직이 갖추어져 있지 않은 실정이어서 학교보건정책을 강력히 추진하기 위한 인프라 측면에서 약할 수밖에 없다. 또한, 학교보건관계부서가 교육인적자원부와 보건복지부로 이원화되어 있어 업무의 협조와 연계가 원활하지 않으므로 학교보건을 담당하는 행정조직의 업무 효율성이 떨어진다고(문옥륜, 2001).

(4) 노동부

노동부의 건강증진 관련 업무는 산업안전국 안전보건정책팀이 주관하는데, 2005년도를 기준으로 구체적으로 실시한 사업을 살펴보면, 작업환경측정 및 개선사업, 근로자 건강장애의 조기발견을 위한 근로자건강진단, 직업병 역학조사 및 감시체계 구축, 직업병 및 직업관련성 질환 예방활동, 그리고 장기적인 안전의식의 축적·확산을 위해서 유치원·초·중·고등 각급 학교별 안전교육프로그램을 개발하고 안전교육 시범학교를 지정·운영하는 등 조기안전교육을 실시하고 있다.

특히, 직업관련성질환 예방활동의 일환으로 근로자 건강관리사업을 실시하고 있는데, 근로자 건강관리사업은 자율적 건강증진운동 참여사업장 208개소를 대상으로 보건·운동·영양·심리 등 각 분야별 프로그램을 보급하기 위해 체력측정 장비 대여, 직장체조 보급, 기술자료 제공 및 지역별 위촉전문가 자문 실시 등을 병행하고, 매년 사업장 건강증진운동 우수사례 발표대회를 정기적으로 개최하는 등 근로자 스스로 건강생활을 실천하도록 하는 프로그램 이다(노동부, 2006). 이 외에도 근골격계질환 예방, 뇌심혈관질환 예방, 고령 및 여성 등 취약계층 근로자 건강관리를 위한 홍보 및 교육을 실시하고 있다.

(5) 문화관광부

문화관광부에서 건강증진과 관련되어 수행하고 있는 업무는 주로 생활체육과 관련된 내용인데, 문화관광부내 체육국 생활체육팀에서 담당하고 있다. 생활체육팀의 주 업무는 생활체육 진흥을 위한 계획의 수립, 체육지도자의 양성·배치, 직장 및 지역생활체육의 진흥, 생활체육동호인 활동의 육성·지원, 체육시설 확충계획의 수립 및 추진 등이다.

나) 시·도 및 시·군·구의 건강증진사업 수행체계

건강증진사업 수행체계상 시·도의 역할은 중앙정부와 시·군·구를 연계하여

지역주민의 특성과 행정여건을 감안한 시·도 단위의 주민건강증진에 관한 기본 시책의 수립·시행하고, 시·도 단위의 건강위험요인감소목표와 실천전략을 수립·시행하며, 소관 시·군·구의 건강증진사업계획 및 사업실적을 조정 및 보고하고, 건강생활실천협의회 구성·운영, 건강증진시범보건소의 선정 및 운영지원, 시·군·구의 사업조정·평가 및 예산지원 등의 업무를 담당하고 있다.

이와 관련하여 건강증진사업의 지방분권화 추진에 따라 지역사회의 요구에 따른 건강증진사업을 수행하기 위해서는 기획, 실행, 평가의 전 과정에 걸쳐 지방자치단체가 보다 많은 권한을 가지고 참여해야 하며, 이를 지원하기 위한 지원체계의 구축이 절실하게 요구됨에 따라 2005년부터 시·도 건강증진사업지원단^{주8)}을 설치·운영하고 있다. 또한, 시·도 건강증진사업지원단장은 사업의 효율적인 수행을 위하여 15인 이내의 건강증진·질병관리 전문가로 구성된 자문위원회를 운영할 수 있으며, 자문위원은 해당 시·도지사의 승인을 받아 위촉하고 임기는 2년으로 하고 있다.

건강증진사업 수행체계상 최하부에 위치하여 인프라를 구성하고 있으면서 최일선에서 사업을 수행하게 되는 시·군·구의 역할은 지역사회 건강증진을 위한 종합적인 세부계획 수립·시행, 지역주민, 보건의료단체 및 기관의 대표로 건강생활실천협의회 구성·운영, 지역사회 보건교육실시와 건강생활실천운동 전개, 지역단위 건강영양실태조사 실시, 주민대상의 질병 및 건강위험요인의 조기발견·관리, 지역내 학교 및 사업장의 보건교육 등 지원, 주민대상의 구강건강 및 영양사업 실시, 관내 보건의료기관 및 단체의 사업참여 유도 등이다.

다) 민간단체의 건강증진사업 수행체계

1998년부터 국민건강기금이 조성되면서, 정부는 건강증진사업이나 보건교육·홍보와 관련하여 전문성과 경험이 축적되어 있는 민간단체에 대하여 국민건강증진기금에서 사업비를 지원하였다. 이는 건강증진사업이 공공부문만으로는 수

주8) 시·도건강증진사업지원단장은 FMTP-HP 참여대학 책임교수, 해당 시·도의 자문위원, 중에서 지원단을 효율적으로 운영할 수 있는 인사 1인을 선정하여 시·도지사가 임명함. 전체 정원은 예산 범위 내에서 10명 내외로 함.

행할 수 없는 측면을 보조하고, 지역사회와 민간자원을 활용함으로써 지역사회 주민과 밀착되어 사업을 수행할 수 있어, 지역사회주민의 건강욕구를 충족시키는데 많은 공헌을 할 수 있기 때문이다.

〈표 3-8〉 건강증진사업 참여 민간단체 현황(2005년도 기준)

주관단체	역할 및 기능
대한구강보건협회	구강보건교육, 수돗물 불소화
대한암협회	암예방홍보
한국에이즈퇴치연맹	에이즈 홍보, 교육, 상담
대한에이즈예방협회	에이즈 감염인지원, 예방 홍보
한국성인병예방협회	성인병, 강연, 교육, 홍보
한국백혈병소아암협회	암 예방 홍보
한국사회복지협의회	암 예방 홍보
대한적십자사	골수기증사업, 성병상담실 운영, 혈액안전관리
대한정신보건가족협회	정신질환자 재활, 지원, 예방 홍보
한국자살예방협회	생명존중 건강증진
한국 호스피스·완화의료협회	호스피스 국제 학술대회
한국조혈모세포은행협회	골수기증
대한간호협회	자가건강관리 교육
대한가족보건복지협회	청소년 성교육, 엄마젖먹이기 교육 홍보
한국실명예방재단	취학전 아동 안검진, 홍보
한국건강관리협회	보건교육, 청소년건강캠프, 검진
한국금연운동협의회	교육, 홍보 자료개발
대한영양사협회	식품영양 모니터링, 영양진단 프로그램
생명나눔실천본부	골수기증
천주교한마음한몸운동본부	골수기증
대한보건협회	음주홍보 교육
대한결핵협회	보건교육

따라서, 국가는 민간단체가 수행하는 사업이 국민건강증진법에서 제시된 목적에 부합되는지, 그 목적을 실현하기 위하여 적절한 사업이 채택되었는지, 사업수행에 있어서 문제점은 무엇인지를 평가하여, 사업을 효과·효율적으로 수행할 수 있도록 지원하고 육성하는 정책을 펴나가야 할 것이다. 나아가서는 지역사회에서 주민의 건강증진에 일조할 수 있도록 공공부문과 연계하여 사업을 수행할 수 있는 체계를 만드는 것이 무엇보다 중요할 것으로 판단된다. 2005년

도에 건강증진기금으로 민간단체가 수행한 보건교육·홍보 및 건강증진사업의 내역은 <표 3-8>과 같다.

라. 건강증진 정책 형성

우리나라에서의 건강증진정책 도입배경과 1995년 국민건강증진법 제정 이후 건강증진정책 및 사업에서의 여건변화 그리고 우리나라의 대표적인 건강증진정책이라고 할 수 있는 국민건강증진종합계획 2010의 정책 형성 과정과 최근에 있었던 개정배경 등에 대해 파악하고자 한다.

2003년부터 시행된 국민건강증진종합계획 2010은 건강증진법 제정과 국민건강증진기금 설치로 인해 건강증진사업이 본격적으로 시작된 이후 우리나라 건강증진정책 방향을 볼 수 있는 청사진이라고 할 수 있다.

1) 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010) 수립 이전

1990년대 중반 우리나라는 1인당 국민총생산이 1만불을 넘어서고 OECD가입이 확정되면서 그동안 경제발전에 중점을 둔 국가정책이 성공한 듯 하였으나, 상대적으로 전 국민의 건강수준은 뒤떨어져 있었다(지선하 외, 2005). 특히, 암, 뇌졸중, 심장병, 고혈압, 당뇨병 및 간질환 등 만성퇴행성질환과 사고 등 7가지 사망원인으로 인한 사망이 전체 사망자의 70%를 넘는 것으로 나타났다. 더욱이 이렇게 심각한 보건문제를 야기시키고 있는 사망원인의 대부분이 건강에 해로운 생활습관 등에 기인하고 있어 보건문제에 대한 효과적 정책대응이 과거 발생한 질병에 대한 치료 위주의 소극적 정책에서 사전에 질병을 예방하고 건강을 증진하는 적극적 정책으로 전환할 필요성을 절감하였다.

이는 보건정책의 방향이 의료적 접근방식에서 국민들의 건강잠재력을 개발할 수 있도록 바람직한 건강의식과 행동변화를 유도하기 위한 보건교육의 강화와 함께 건강생활실천 분위기 조성, 금연구역의 확대 등 보건환경여건을 제도적으로 개선하는 방향으로 바뀌어야함을 시사하고 있었으며, 이런 정책들은 WHO에서도 적극적으로 권장하고 있었다(보건복지부, 1996).

정부는 이와 같은 보건의료 환경 변화에 따른 요구에 부응하여 국민건강증진 사업의 수행 주체인 국가와 지방자치단체가 수행하여야 할 건강증진사업의 내용을 규정하고, 국민건강증진을 위한 수단 확보 및 지원 등 국민건강증진사업 추진을 위한 제도적 근거 마련을 위해 1995년 국민건강증진법 및 국민건강증진법 시행령을 제정·공포하여 건강증진사업을 전개할 수 있는 법적기반을 구축하였다. 아울러 정부는 동년 12월에 보건소법을 대체하는 지역보건법을 제정하여 보건소가 지역사회에서 건강증진사업의 주체가 되는 법적 근거를 마련하였다(지선하 외, 2005).

또한, 국민건강증진법 제정에 따라 정부는 건강증진정책의 방향을 “국민건강증진사업에 대한 분야별 목표를 설정하고 동 목표의 달성을 위하여 국민들이 건강생활실천을 통해 스스로 건강을 관리할 수 있도록 주민 대상의 보건의료기관 및 관련 조직의 예방사업의 활성화 그리고 여건조성을 위한 각종 시설의 확충과 위해적 환경요소를 줄이는 것”으로 설정하였고(보건복지부, 1996), 이후 1999년도 건강증진정책의 기본방향은 “건강생활 실천을 통한 건강의 향상 및 질병예방, 질병발생시의 조기치료, 치료후의 신속한 재활 등 일련의 과정이 밀접하게 연계되는 평생건강관리체계의 기반 구축을 지향하는”것(보건복지부, 1999)으로 발전하였다.

2) 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010) 수립

전술한 바와 같이 국민건강증진법의 제정으로 우리나라 보건의료의 패러다임이 사후 치료위주에서 사전예방적 건강증진정책으로 변화하는 계기는 마련하였으나, 1990년대 후반에도 국민의 건강수준은 이전에 비해 크게 달라진 것이 없었다.

우선, 유병인구 비율이 증가추세에 있었는데 질병을 앓고 있던 인구비율이 1995년 34.5%에서 1998년 54%로 오히려 증가하였다. 또한, 국민의 평균수명은 계속 연장되는 추세에 있었지만 ‘건강수명(Disability-Adjusted Life Expectancy)’은 아직 세계적인 수준에 도달하지 못하고 있었다. 1999년 현재 우리나라의 건강

수명은 65.0세(남성 62.3세, 여성 67.7세)로, OECD 29개국의 평균 건강수명 70.2세와 비교할 때 매우 낮은 수준이었다. 이와 함께 질병으로 인한 직간접 비용이 경제에 미치는 부담 또한 증가하고 있었는데, 1998년을 기준으로 국민 10명 중 4명이 만성질환에 시달리며 질병·사고에 따른 활동제한으로 발생하는 생산성 손실액이 연간 GDP의 1.7%에 이르는 것으로 추정되었다.

이러한 보건문제를 먼저 경험한 선진국의 경우 이미 1980년대부터 건강증진 목표를 설정하고 범국민적인 건강생활실천운동을 전개해 오고 있었는데, 미국의 'Healthy People 2010', 영국의 'Our Healthier Nation'(2010년), 일본의 '건강일본 21'(1998~2010년) 등이 그것이다.

이러한 국내외 환경변화에 따라 정부는 건강증진사업의 구체적인 목표를 설정하고 장기적인 건강증진사업 비전과 추진 계획을 설정함으로써 우리나라 보건의료 인프라를 새롭게 정비하여 필요를 느끼게 되었다.

국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)은 이와 같은 배경 하에서 2002년에 수립되고, 2003년부터 본격적으로 시행되었다. 국민건강증진종합계획은 우리나라 건강증진정책의 총괄목표를 '건강수명 연장'으로 설정하고, 이를 달성하기 위해 건강생활실천분야에서 9개 목표, 정신보건분야 4개 목표, 구강보건분야 3개 목표, 모자보건분야 4개 목표, 만성질환관리분야 9개 목표, 암 관리분야 11개 목표 등 총 40개 목표를 설정하였다.

이처럼 국민건강종합계획은 국민건강증진법에서 제시하고 있던 영양, 운동, 흡연, 음주, 만성퇴행성질환 관리 그리고 구강보건 등 6개에 불과하던 기존의 건강증진사업의 영역을 스트레스, 심혈관질환, 정신보건 등을 포함한 19개 영역으로 확대시켰다는데 또한 의의가 있다.

3) 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)의 수정

이상과 같은 절차를 거쳐 수립된 국민건강증진종합계획은 시행된지 2년만인 2005년 계획서 상의 문제점과 사업 추진을 위한 환경 변화로 인해 수정보완의 필요성이 제기되었다.

사업추진 환경 변화는 우선 담배에 부과하는 국민건강증진부담금의 인상으로 국민건강증진기금이 대폭 증액되어 재원사정이 크게 호전되었다. 2002년 2월 이후 담배 1갑당 150원이던 건강증진부담금이 2004년 12월 30일부터는 354원으로 인상되었고, 동시에 대부분의 보건분야 사업이 기금사업으로 이관되어 계획의 수정이 불가피해 졌다. 그리고, 건강증진사업에 대한 수요측면의 변화도 나타났다. 인구노령화에 따른 노인수발보험제도의 시행계획이 구체화 되고 있어서 건강한 노년기를 보낼 수 있도록 하기 위한 건강증진대책의 마련이 시급해 졌다.

계획서상의 문제는 건강증진사업의 목적을 건강수명 향상에 한정하였다는 점과, 사업목표는 대부분 건강산출물 중심이 되어 단기간의 사업성과를 측정하기가 어렵다는 문제가 있었다. 그래서 수정계획에서는 사업의 목적으로 건강형평성을 추가하였고, 목표에 과정과 관련된 지표를 추가하여 사업의 성과를 그때 그때 측정할 수 있도록 하였다(이규식, 2006).

구체적으로 새 국민건강증진종합계획의 내용은 다음과 같다. 첫째, 건강증진사업의 총괄목표를 수정하였다. 건강수명 목표를 기존의 75.1세에서 현실적으로 실현가능한 수치인 72세로 하향 조정하였고, 건강증진사업의 목표에 ‘건강형평성 제고’를 추가하였다. 둘째, 건강증진종합계획의 목표 중 건강상태를 대표할 수 있는 12개 영역에서 12개의 대표지표를 선정하여 국민들의 건강상태를 요약해서 나타냄은 물론, 건강증진사업의 성과를 반영하고, 비교적 단기간에 변화 측정이 가능하도록 하였다. 셋째, 24개 분야의 중점과제를 선정하고 중점과제별로 세부추진사업 108개, 목표 169개를 설정하였다. 이는 2002년에 수립된 계획에서의 목표 40개, 세부추진사업 39개에 비하여 대폭 확충된 것이다.

마. 건강증진사업 내용

건강증진법이 통과된 이후 정부는 건강증진법에 의한 건강증진기금 설치로 본격적으로 건강증진사업을 추진하는 계기를 만들게 되었다. 때문에 많은 건강증진사업이 건강증진기금에 의해 수행되기는 하지만, 건강증진기금사업만을 건

강증진사업으로 지칭하지는 않으며, 정부의 일반예산으로 집행되는 사업 또한 건강증진사업의 범주에 포함된다. 우리나라의 건강증진사업 내용을 파악하기 위해 건강증진기금 및 일반예산으로 실시되는 건강증진사업을 건강증진기금 설치 이전, 건강증진기금 설치 이후, 그리고 건강증진기금이 대폭 확충된 2005년 이후로 구분하여 건강증진사업의 변화를 살펴보고자 한다.

1) 건강증진기금 적립 이전(1991~1996년)

국민건강증진법을 근거로 1995년 국민건강증진기금이 설치되었으나, 실제 기금은 1997년에 비로서 적립되기 시작했다. 때문에 1996년도까지는 정부의 일반회계 예산으로 건강증진사업이 수행되었다.

1991년도부터 1996년도까지 주요 건강증진사업 내용은 <표 3-9>와 같다. 사업항목은 가족보건, 보건교육, 전염병관리, 질병관리 등으로 1991년과 1992년 사이 항목 구분이 약간 변경되었을 뿐, 큰 변화는 없었다.

세부적인 사업내용으로는 가족보건 영역의 경우 정부의 인구억제 정책에 따른 불임시술 및 피임약제·기구 보급 등 가족계획 위주의 사업이 진행되었는데, 사업 필요성이 감소함에 따라 1990년대 중반으로 갈수록 예산상 차지하는 비중은 점점 줄어들었다(표 3-1 참조). 보건교육 영역의 경우 정부에서 실시하는 보건사업에 대한 홍보용 자료 제작 배포, 국민영양조사 등의 사업을 실시하였다. 특히, 1996년의 경우에는 보건교육 자료 개발이 금연, 절주, 식생활, 영양지도 등으로 다양화 되었고, 예산도 이전 연도에 비해 많이 증가한 것을 알 수 있었다. 전염병관리 영역에서는 결핵관리, 나병관리, 성병 및 에이즈 관리, 급성전염병 및 검역관리 등의 사업을 실시하였는데, 주로 예방활동, 환자발견·치료 등 환자관리, 치료 및 수용시설 운영 사업 등이 중심이 되었다. 질병관리 영역에서는 특수질환관리와 정신보건으로 나눌 수 있는데, 특수질환관리는 주로 국립암센터 건립, 혈우병 환자에 대한 치료 약품비 지원사업을 실시하였고, 1996년부터는 골수기증 희망자에 대해 검진비를 지원하였다. 정신질환관리사업의 경우 정신요양시설에 대한 지원이나 정신병원 운영 위주의 사업을 실시하였다.

〈표 3-9〉 일반회계 예산에 의한 연도별 주요 건강증진사업 내용(1991~1996)

연도	항목	사업내용
1991년	가족보건사업	- 가족계획 · 불임시술 및 약제기구 보급 - 모자보건 · 저소득층 대상 건강진단, 영양제 보급 등 · 모자보건사업 홍보물 제작 · 고위험 임부, 영유아 등록 및 치료 · 선천성대사이상 홍보물 제작 및 보급
	보건교육 및 전염병 관리	- 보건교육 및 전염병 관리 · 보건계몽 교육자료 9종 개발 보급 · 국민영양조사 실시 · AIDS 등 전염병 예방을 위한 방역활동 - 검역소 운영
	만성병 관리사업	- 결핵관리사업 · 결핵환자 발견 및 치료 · 공주, 마산, 목포 결핵병원 지원 - 나병관리사업 · 검진 및 진료활동 · 나환자 수용시설 및 소록도 병원 지원 - 성병관리사업
	정신보건사업	- 정신질환관리체계 확립 · 국립정신병원 건립 추진 및 정신질환시설 기능 보강 · 서울, 나주, 부곡, 춘천정신병원 운영
1992년	가족보건사업	- 가족계획 · 불임시술 및 약제기구 보급 · 임신부, 영유아 등록관리 및 무료건강진단 · 선천성 대사이상 검사
	보건교육사업	- 보건교육 · 보건계몽 자료 발간 보급 · 국민영양조사 실시 · 장기간 기생충 감염실태 조사
	전염병관리사업	- 결핵관리사업 · 결핵예방접종 실시 · 환자 발견 및 치료 · 결핵환자 진료비 지원 · 공주, 마산, 목포 결핵병원 지원 - 나병관리사업 · 나불구 및 무의무탁 고령나환자 수용보호 및 치료 · 소록도 병원 지원 - 성병 및 에이즈 관리사업 · 성병감염 우려 계층 관리 · 에이즈 예방관리 · 에이즈 예방 홍보 및 계몽 · 감염자 관리 강화 - 급성전염병 및 검역관리 · 전염병 예방을 위한 방역활동 · 외래 전염병 유입 방지를 위한 검역활동
질병관리사업	- 특수질환 관리 · 국립암센터 건립 추진 · 혈우병 환자 치료 약품비 지원 - 정신질환 관리 · 정신요양시설 운영 및 기능강화 지원 · 소아자폐증재활치료센터 건립 추진	

<표 3-9> 계속

연도	항목	사업내용
1993년	가족보건 사업	- 가족계획 · 불임시술 및 약제기구 보급 · 임신부, 영유아 등록관리 및 무료건강진단 · 선천성 대사이상 검사
	보건교육 사업	- 보건교육 · 보건계몽 자료 발간 보급 · 금연홍보 사업 · 국민영양조사 실시
	전염병관리 사업	- 결핵관리사업 · 결핵예방접종 실시 · 환자 발견 및 치료 · 보건소 치료실패환자 진료 지원 · 국립결핵병원 지원 - 나병관리사업 · 나장애 및 무의무탁 고령나환자 수용보호 및 치료 · 소록도 병원 지원 - 성병 및 에이즈 관리사업 · 성병감염 우려 계층 관리 · 에이즈 예방관리 · 에이즈 예방 홍보 및 계몽 · 감염자 관리 강화 - 급성전염병 및 검역관리 · 전염병 예방을 위한 방역활동 · 외래 전염병 유입 방지를 위한 검역활동
1994년	가족보건	- 가족계획 · 불임시술 및 약제기구 보급 · 임신부, 영유아 등록관리 및 무료건강진단 · 선천성 대사이상 검사 · 영유아 예방접종(폴리오 등)
	보건교육	- 보건교육 · 보건계몽 자료 발간 보급 · 국민영양조사 실시 · 기생충 예방 교육자료 제작
	전염병관리	- 결핵관리사업 · 결핵예방접종 실시 · 보건소 등록 치료 · 보건소 치료실패환자 진료 지원 · 국립결핵병원 지원 - 나병관리사업 · 환자발견을 위한 검진 · 국립 소록도 병원 운영 · 나장애 및 무의무탁 고령나환자 수용보호 및 치료 - 성병 및 에이즈 관리사업 · 성병감염 우려 계층 관리 · 에이즈 예방관리 · 에이즈 예방 홍보물 제작 · 감염자 관리 강화 - 급성전염병 및 검역관리 · 전염병 예방을 위한 방역활동 · 외래 전염병 유입 방지를 위한 검역활동
질병관리	- 특수질환 관리 · 국립암센터 건립 추진 · 혈우병 환자 치료 약품비 지원 - 정신질환 관리 · 정신요양시설 운영 및 기능강화 지원 · 소아자폐증재활치료센터 건립 추진	

<표 3-9> 계속

연도	항목	사업내용
1995년	가족보건	- 가족계획 · 불임시술 및 약제기구 보급 · 임신부, 영유아 등록관리 및 무료건강진단 · 선천성 대사이상 검사 · 영유아 예방접종(폴리오 등)
	보건교육	- 보건교육 · 보건계몽 자료 개발 보급 · 국민영양조사 실시
	전염병관리	- 결핵관리사업 · 결핵예방접종 실시 · 보건소 등록 치료 · 보건소 치료실패환자 진료 지원 · 국립결핵병원 지원 · 무의무탁 중증결핵환자 수용보호시설 운영지원 - 나병관리사업 · 환자발견을 위한 검진 · 국립 소록도 병원 운영 · 나장애 및 무의무탁 고령나환자 수용보호 및 치료 - 성병 및 에이즈 관리사업 · 성병감염 우려 계층 관리 · 에이즈 예방관리 · 에이즈 예방 홍보물 제작 · 감염자 관리 강화 - 급성전염병 및 검역관리 · 전염병 예방을 위한 방역활동 · 외래 전염병 유입 방지를 위한 검역활동
	질병관리	- 특수질환 관리 · 국립암센터 건립 추진 · 혈우병 환자 치료 약품비 지원 - 정신질환 관리 · 정신요양시설 운영 및 기능강화 지원 · 소아자폐증재활치료센터 건립 추진
1996년	가족보건	- 가족계획 · 불임시술 및 약제기구 보급 · 임신부, 영유아 등록관리 및 무료건강진단 · 선천성 대사이상 검사 · 영유아 예방접종(폴리오 등)
	보건교육	- 보건교육 · 보건계몽 자료 발간 보급 · '96 시범영양사업지역 영양조사 · 기생충 예방 교육자료 제작
	전염병관리	- 결핵관리사업 · 결핵예방접종 실시 · 보건소 등록 치료 · 보건소 치료실패환자 진료 지원 · 결핵예방접종 약품(BCG) 생산 보급 · 무의무탁 중증결핵환자 수용보호시설 운영지원 · 국립결핵병원 지원 - 나병관리사업 · 환자발견을 위한 검진 · 국립 소록도 병원 운영 · 나장애 및 무의무탁 고령나환자 수용보호 및 치료 - 성병 및 에이즈 관리사업 · 성병감염 우려 계층 집중관리 · 에이즈 예방관리 · 에이즈 예방 홍보물 제작 · 감염자 관리 강화 - 급성전염병 관리 · 전염병 예방을 위한 방역활동 · 콜레라 발생대비 방역활동 · O-157 검사 강화 · 수해발생지역 집중방역 활동 · 검역소 운영
	질병관리	- 특수질환 관리 · 국립암센터 건립 추진 · 골수기증 희망자 검진비 지원 · 혈우병 환자 치료 약품비 지원 - 정신질환 관리 · 정신요양시설 운영 및 기능강화 지원 · 공립정신병원 증축 지원

자료: 보건복지부, 세입세출결산보고서, 각 연도.

2) 건강증진기금 적립 이후(1997~2004년)

가) 건강증진기금 사업

1997년부터 건강증진기금이 적립되면서 건강증진기금 사업이 시작되었다. 연도별로 보면 1997년의 경우 건강증진 및 질병예방 조사연구사업으로 시작하여, 1998년도부터는 국민건강증진사업과 자치단체 건강사업을 시작하였다. 특히, 1998년도부터는 보건소건강생활실천사업 시범사업이 시작되었다. 이후 2001년까지는 주로 국민건강증진사업 위주로 사업이 진행되었고, 나머지 사업들은 그 규모가 그리 크지 않았다.

2002년부터 국민건강증진부담금이 담배 한갑당 150원으로 크게 증가하여 건강증진기금 수입은 크게 증가하였으나 늘어난 예산에 비례하여 사업이 확장되지는 못했는데, 이유는 기금이 대부분 건강보험급여비 지원으로 사용되었기 때문이다. 다만, 2002년부터는 1998년부터 실시되어온 보건소 건강생활실천사업이 확대되어 전국 100개 보건소로 확대 실시되었고, 2004년부터는 156개 보건소로 확대되었다. 또한, 점차적으로 정부 일반회계 예산으로 실시되던 보건사업들이 건강증진기금사업으로 이관되기 시작하였다.

<표 3-10> 연도별 주요 건강증진기금사업 내용 및 예산(1997~2004)

연도	항목(예산)	사업내용
1997년	건강증진 및 질병예방 조사·연구	
	보건교육 및 자료개발	
1998년	국민건강증진사업	
	건강증진 및 질병예방 조사·연구	
	자치단체건강사업	
1999년	보건교육 및 자료개발	
	국민건강증진사업	- 구강보건사업 등
	건강증진 및 질병예방조사·연구	
	자치단체 건강증진사업	

〈표 3-10〉 계속

연도	항목	사업내용(예산)
2000년	보건교육	- 보건교육 자료개발
	국민건강증진사업	- 보건교육·홍보 - 영양관리사업 - 구강보건 - 질병예방 - 흡연자 건강생활지원 등
	건강증진 및 질병예방조사·연구	- 건강증진 및 질병예방조사·연구 - 건강증진 국제교류 및 협력
	자치단체 건강증진사업	- 건강증진거점보건소 지원 - 기술지원평가단 운영 - 보건소 방문간호사업지원 등
2001년	보건교육	- 보건교육자료개발
	국민건강증진사업	- 보건교육·홍보 - 영양관리사업 - 구강보건 - 질병예방 - 흡연자 건강생활지원 등
	건강증진 및 질병예방조사·연구	- 주요 보건문제 파악 - 건강증진사업 활성화 기반 구축을 위한 사업
	자치단체 건강증진사업	- 건강생활실천 사업 - 시도 교육청을 통한 흡연예방교육사업
2002년	보건교육	- 보건교육자료개발
	국민건강증진사업	- 보건교육·홍보 - 영양관리사업 - 구강보건 - 질병예방 - 흡연자 건강생활지원 등
	건강증진 및 질병예방조사·연구	- 주요 보건문제 파악 - 건강증진사업 활성화 기반 구축을 위한 사업
	자치단체 건강증진사업	- 건강생활실천 사업 - 시도 교육청을 통한 흡연예방교육사업
2003년	건강증진질병예방	- 암, 고혈압, 당뇨 등 만성질환 예방 - 구강건강 - 에이즈 예방 - 정신건강 - 취약계층건강관리 등
	건강생활실천	- 금연교육·홍보 등 금연사업 - 영양관리 - 절주 - 운동관리사업 등
	연구개발	- 건강증진정책연구를 위한 조사연구
2004년	건강증진질병예방	- 구강보건 - 암관리사업 - 생활습관병관리 - 보건소 고혈압·당뇨관리 - 아동청소년보건사업 - 취약계층건강관리 - 지역사회중심생활사업
	건강생활실천	- 국민영양개선사업 - 금연사업 - 운동관리사업 - 절주사업 - 보건소건강증진사업
	연구개발	- 보건교육자료개발 - 건강증진 및 질병예방조사연구 - 국민건강영양조사

자료: 기획예산처, 기금백서, 각 연도; 기획예산처, 기금현황, 각 연도

나) 정부 일반예산 사업

1997년부터 2004년의 기간동안 정부 일반예산으로 시행된 건강증진사업을 살펴보면, 건강증진기금사업이 시작되면서 정부 일반예산 사업의 규모가 점차적으로 줄어들었다. 1997~1998년 기간에는 일반회계 예산에 의한 사업 규모가 그 이전과 크게 달라지지는 않았는데, 이는 건강증진기금사업이 아직 본격적으로 실시되지 않았기 때문이다. 1999년부터는 구강보건사업 중 수돗물불소화사업이 새로 시작되었고, 2000년부터는 결핵병원, 나병원, 검역소 운영 등을 제외한 나머지 전염병관리사업이 건강증진사업으로 이관되어 일반회계 예산으로 인한 사업부문에서 제외되었다.

<표 3-11> 일반회계 예산에 의한 주요 건강증진사업 내용(1997~2004)

연도	항목	사업내용
1997년 및 1998년	가족보건 사업	- 가족계획기술 - 모자보건 · 임신부 및 영유아 건강검진 · 영유아 정기예방접종 · 선천성 대사이상 검사
	보건교육 사업	- 보건교육 · 보건 교육 홍보자료 개발 · 기생충예방사업 및 구강보건사업
	전염병관리 사업	- 결핵관리사업 · 결핵예방접종 및 등록치료 사업 · 결핵환자요양시설 지원 · 국립결핵병원 지원 - 나병관리사업 · 환자발견을 위한 검진 · 나양로자 생계비 지원 · 나정착촌 자립기반조성 사업비 지원 · 소록도 병원 지원 - 성병 및 에이즈 관리사업 · 성병 및 에이즈 감염우려계층 관리 · 에이즈 검사 · 에이즈 감염자 및 환자 진료 · 에이즈 감염예방 홍보사업 - 급성전염병 및 검역관리 · 예방접종 사업 · 외래 전염병 유입 방지를 위한 검역활동
	질병관리 사업	- 특수질환 관리 · 성인병 예방홍보 사업 · 혈우병환자의 약품비 지원 - 암질환관리 · 국립암센터 건립 추진 · 암연구 용역비 · 골수기증사업비 - 정신질환 관리 · 정신요양시설 및 사회복지시설 기능강화 지원 · 국립정신병원 운영

<표 3-11> 계속

연도	사업영역	사업내용
1999년 및 2000년	가족보건 사업	- 가족계획시술 · 가족계획시술 · 피임시술사후관리 · 성교육/성상담 전문가 양성 - 모자보건 · 임신부 및 영유아 건강검진 · 연구개발비 · 선천성 대사이상 검사 · 영유아 정기예방접종 · 모자보건선도보건소 운영
	보건교육 사업	- 보건교육 · 보건교육 홍보자료 개발 · 기생충질환 예방사업
	구강보건 사업	- 불소용액양치사업
	전염병관리 사업	- 국립결핵병원 지원 - 소록도 병원 지원 - 검역소 운영
	질병관리 사업	- 특수질환 관리 · 성인병 예방홍보 사업 · 혈우병 환자 치료비 지원 - 암질환관리 · 국립암센터 건립 · 암연구 용역비 · 골수기증사업비 - 정신질환 · 정신요양시설 및 사회복지시설 기능강화 지원 · 국립정신병원 운영
2001년 및 2002년	가족계획/모자보건	- 선천성 대사이상검사 및 환아관리 - 영유아기초예방접종 - 저소득 임신부 및 영유아 검진 - 미숙아·선천성이상아 의료비 지원
	보건교육	- 보건교육
	정신질환관리	- 정신요양시설지원 및 정신병원 운영
	구강보건사업	- 치아홈메우기 - 구강보건실 운영 - 의치보철사업
	특수질환관리	- 암관리(연구, 암센터운영, 부속병원운영 등) - 희귀난치성질환자(만성신부전증, 근육병, 혈우병 등) 의료비 지원

〈표 3-11〉 계속

연도	사업영역	사업내용
2003년 및 2004년	가족계획/모자보건	- 선천성 대사이상검사 및 환아관리 - 저소득 임신부 및 영유아 검진 - 미숙아·선천성이상아 의료비 지원 - 모자보건선도 보건사업 - 성교육, 성장담전문가 양성 - 피임시술 사후관리
	정신질환관리	- 정신요양시설지원 및 정신병원 운영 - 사회복지시설 운영 및 기능보강
	구강보건사업	- 치아홈메우기 - 구강보건실 운영 - 의치보철사업
	특수질환관리	- 암관리(연구, 암센터운영, 부속병원운영 등) - 희귀난치성질환자(만성신부전증, 근육병, 혈우병 등) 의료비 지원 - 골수기증희망자 검진비 지원 - 호스피스 운영 - 백혈병환자 의료비 지원

자료: 보건복지부, 세입세출결산보고서, 각 연도.
이규식, 국민건강증진사업 10년의 성과, 보건교육·건강증진학회지, 제23권 제1호, 2006.

또한, 정책 추진 환경변화에 따라 가족계획과 관련한 사업이 축소된 반면, 모자보건사업, 특수질환관리사업은 규모가 증가하였다. 2001년도부터는 구강보건사업 중 구강보건실 설치사업이 시작되어 지역사회 주민이나 학교들을 대상으로 예방적 구강보건사업이 추진되었다.

3) 건강증진기금 확충 이후(2005~2006년)

가) 건강증진기금 사업

국민건강증진법 개정으로 인하여 담배 1갑당 150원이던 건강증진부담금이 2005년부터 354원으로 대폭 인상되면서 건강증진기금 사업에도 큰 변화가 발생하였는데, 가장 큰 변화를 예로 든다면 첫째, 기존에 정부의 일반회계 예산으로 실시되는 보건사업이 대부분 기금사업으로 이관되었다는 것과, 둘째, 암환자 등에 대한 의료비 지원 등으로 건강증진질환예방 사업의 사업비가 대폭 상승하였

다는 것, 셋째, 2002년부터 시범사업으로 실시되어왔던 보건소 건강생활실천사업이 전국의 모든 보건소에서 실시하게 되었다는 것 등이다.

사업영역별로 살펴보면, 건강증진질병예방 영역은 2004년도 사업비 12,482백만원에서 2005년도에는 196,205백만원으로 무려 1,472%가 증가하였다⁹⁾. 구체적으로는 한방건강증진사업, 희귀난치성 유전질환 지원, 결핵관리사업, 전염병 등 질병관리사업이 신규로 편입되었는데, 한방건강증진사업을 제외하고는 대부분 일반회계로 실시되던 사업이 기금사업으로 이관된 것이다. 또한, 구강보건사업, 국가암예방관리사업, 국가만성병관리사업, 아동청소년보건사업, 인구 및 보자보건사업의 경우에는 모두 1,000%이상 예산이 증가되었는데, 이 또한 암환자의료비 지원사업 등 일부 신규사업을 제외하고는 대부분 기존의 일반회계로 실시되던 사업이 기금사업으로 이관된 데 따른 결과라 할 수 있다.

건강생활실천 영역은 2004년 18,305백만원에서 2005년 46,998백만원으로 157%가량 예산이 증가하였다. 사업별로는 국민영양개선사업의 경우 취약계층 임산부 및 영유아 영양보충 사업이 시범사업으로 새로 실시되었고, 금연사업의 경우 새로운 사업이 추가되지는 않았으나, 금연클리닉 운영을 포함해 기존 사업들의 규모가 증가하였다. 보건소 건강증진사업의 경우 1998년 18개 건강증진거점보건소를 대상으로 사업실시 이후 2002~2003년 100개 보건소, 2004년도에는 156개로 보건소로 확대되었다가 2005년도에는 246개 전체 보건소로 사업이 확대되면서 기존에 각 보건소가 지역실정에 적합한 사업을 발굴하여 실시하던 사업에서 금연, 운동, 절주, 영양사업 전부를 실시하도록 하였다. 즉, 아래 표와 같이 제시한 사업영역별로 제시된 영역사업 중 1가지 이상을 지역에서 필수사업으로 수행하도록 제시하였다(보건복지부, 2005). 그 외 건강관리사업과 절주사업은 2004년과 비슷한 규모와 사업으로 운영되었다.

주9) 구체적인 금액은 보건복지부, 『건강증진기금 운용계획서』, 각 연도를 참고하였음. 이하 동일함.

〈표 3-12〉 보건소 건강생활실천사업중 필수사업 내용

구분	사업영역	예시	
금연 사업	금연환경조성	① 금연 관련 법령 이행실태 모니터링 ② 금연구역 모범 이행 사례에 대한 인센티브 제공 ③ 금연거리조성 등	
	금연홍보	④ 금연홍보	
	금연교육	⑤ 지역사회주민을 대상으로 한 금연 상담 및 교육 실시 ⑥ 중·고등학교 금연교육(시도교육청과 협력) ⑦ 사업장 금연교육 ⑧ 대학교 금연교육 ⑨ 유치원·초등학교 흡연예방 및 금연교육 ⑩ 금연지도자 교육 ⑪ 금연관련 워크샵, 세미나, 금연사업평가대회 등	
	흡연자 금연지원사업	⑫ 흡연자 금연지원사업(보건소 금연클리닉사업)	
신체 활동 및 운동 사업	교육 및 홍보사업	① 주민대상 교육·홍보 및 운동정보제공 ② 지역사회 캠페인	
	사업 기반 조성 및 구축사업	③ 지역사회 자원 연계 ④ 지역사회 운동 조직 후원 및 활성화 ⑤ 지역사회 사회체육 및 운동시설 확보 등 지지적 환경 조성	
	주민 대상 운동 서비스 제공	생애주기별 사업 (건강군 대상)	⑥ 노인체조 및 운동프로그램
		고위험군 대상사업	⑦ 어린이 비만교실 및 비만캠프 ⑧ 성인 비만교실 및 운동 프로그램
		질환군 대상사업	-
기타 전문사업	⑨ 운동지도 프로그램		
영양 사업	우선 추진 사업	(1) 생애주기별 영양관리 사업 ① 아침결식 예방사업 ② 임신·수유부 영양관리 사업(모유수유촉진사업 등)	
	차선 추진 사업	(2) 체중관리 사업	③ 체중관리 사업, 비만 아동 관리사업, 성인 비만 관리 사업
		(3) 기반조성 및 구축사업	④ 사업기반조성 및 구축사업
		(4) 기타 사업	⑤ 식생활 지침 홍보·교육 ⑥ 식사상담 프로그램 운영
절주 사업	사업 기반조성 및 구축사업	① 절주 홍보 ② 절주실천유도 환경 조성 ③ 지역사회 연계	
	생애 주기별 사업(건강군 대상)	④ 청소년 절주·금주 교육 초등학생 절주·금주 교육(농촌은 성인 절주·금주 교육)	
	고위험군 대상사업	⑤ 절주 상담실 운영	
	질환군 대상사업	-	
	기타 전문사업	⑥ 인터넷 절주 홍보 및 교육	

자료: 보건복지부, 보건복지백서, 2005.

이렇게 확대된 보건소 건강증진사업은 확대된 예산지원을 살펴보면 더 뚜렷이 확인할 수 있는데, 2005년도에 건강증진기금에서 지방자치단체로 지원된 금액은 1,317억원으로 전년도의 193억원에 비해 6.8배나 증가하였다.

〈표 3-13〉 지방자치단체 건강증진사업 지원 현황

(단위: 백만원)

구 분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	합 계
보건소건강증진사업 지원	368	-	-	-	4,490	5,820	5,940	18,000	34,618
건강증진거점보건소 지원	750	1,176	1,179	689	-	-	-	-	3,794
시도건강증진사업 지원	-	-	188	200	-	-	-	-	388
금연관련 법규 운영실태 점검	-	-	-	480	-	-	-	-	480
지역사회중심재활사업 지원	-	-	100	200	200	200	250	515	1,465
보건소방문간호사업 지원	-	-	153	160	160	316	319	-	1,108
보건소금연사업 지원	-	-	-	-	680	680	596	-	1,956
수돗물 불소화 및 구강관리	-	-	-	-	-	620	504	9,681	10,805
범국민건강기운동	-	-	-	-	-	320	200	-	520
주민건강증진센터 운영	-	-	-	-	-	-	-	1,465	1,465
시도교육청흡연예방교육 사업	0	0	0	0	1,600	1,600	1,600	-	4,800
시도건강증진담당자 교육훈련	0	0	78	100	0	-	-	-	178
건강증진거점보건소 기술지원평가단	0	100	70	70	0	-	-	-	240
보건소고혈압/당뇨병관리사업	-	-	-	-	-	918	915	-	1,833
보건소정신보건사업	-	-	-	-	-	2,583	3,576	4,743	10,902
주민영양개선사업	-	-	-	-	-	355	710	-	1,065
지역주민암관리사업	-	-	-	-	-	3,200	3,200	29,476	35,876
에이즈예방 및 조기확진검진	-	-	-	-	-	-	-	730	730
한방건강증진(장비지원 포함)	-	-	-	-	-	-	-	3,443	3,443
국가예방접종	-	-	-	-	-	-	-	10,771	10,771
금연클리닉 운영 및 청소년흡연예방	-	-	-	-	-	-	-	13,750	13,750
선천성 대사이상검진 등(의료비지원)	-	-	-	-	-	-	-	2,678	2,678
휘귀난치성질환(결핵, 신종인플루 등)	-	-	-	-	-	-	-	36,448	36,448
노인건강관리시범사업	-	-	-	-	-	-	1,500	-	1,500
합 계	1,118	1,276	1,768	1,899	7,130	16,612	19,310	131,700	180,813

- 주: 1) 정신보건에는 아동학대예방, 요보호아동 검진사업을 포함
 2) 구강보건에는 치과이동차량, 구강보건실 운영, 의치보철, 치아홈메우기 등을 포함
 3) 2005년 이후에는 암관리에 암검진, 치료비 지원, 예방관리를 포함
 4) 지역주민영양개선사업, 시·도 및 보건소 금연사업, 범국민건강기운동 등은 2005년 이후 보건소건강증진사업 지원에 포함

연구개발 영역은 2004년 2,932백만원에서 2005년 12,010백만원으로 310% 정도의 예산이 증가하였다. 이는 대부분 건강증진 및 질병예방조사 연구사업비가 대폭 증가한데 따른 것인데, 순수 연구사업의 증가 외에도 질병관리본부에서 실시되던 연구사업의 일부가 기금사업으로 전환된 데 따른 것이다.

그 외 일반회계 예산으로 실시되던 공공보건의료확충 영역과 의료체계 구축 영역의 사업들이 2005년도 새로이 기금사업으로 편입되어 실시되었다.

2006년도 건강증진기금사업의 경우 사업영역에서 보건의료 R&D 사업이 추가되었을 뿐, 사업영역이나 사업내용에서 큰 차이를 보이지는 않았고 대부분의 사업에서 사업비가 증가하는 경향을 보였다.

사업영역별로 살펴보면, 건강증진질병예방영역에서는 국가암예방관리사업의 경우 2005년 86,959백만원에서 2006년 50,378백만원으로 사업비의 42%가 감소하였는데, 이는 국립암센터 시설 및 장비지원 금액이 대폭 줄어든 데 따른 것이며, 암환자 의료비 지원의 경우는 오히려 상당금액이 상승하였다. 반면에 인구 및 모자보건사업은 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업의 규모가 크게 증가한데 따라 사업예산도 100% 이상 증가하였다.

건강생활실천영역의 국민영양개선사업에서는 취약계층 임산부 및 영유아 보충영양관리사업의 경우 2005년도에 비해 사업비를 기준으로 6배 이상 사업이 확대되었는데, 2005년도에 3개 보건소에서 시범사업을 실시한 것에 이어 2006년도에는 11개 시·도 15개 보건소에서 시범사업이 실시되고 있다. 건강관리사업에서는 노인건강운동프로그램 지원 등 노인건강관리사업의 규모가 확대되었고, 북한이탈주민 건강검진 등이 기금사업으로 이관되었다.

<표 3-14> 연도별 주요 건강증진사업 내용(2005~2006)

연도	항목	사업내용
2005년도	건강증진 질병예방	<ul style="list-style-type: none"> - 구강보건사업 <ul style="list-style-type: none"> · 수돗물 불소농도 조정 및 홍보사업 · 노인치보철 사업 - 국가암예방관리사업 <ul style="list-style-type: none"> · 암정보 및 통계관리 · 암조기검진 · 말기암환자 전문기관 운영지원 · 국립암센터 시설 및 장비지원 · 보건소 암예방 관리 - 국가에이즈 및 성병예방관리 <ul style="list-style-type: none"> · 에이즈 예방교육 및 홍보 · 성병 및 에이즈 상담소 운영 · 에이즈 조기확진 검진체계 도입 - 국가만성병관리사업 <ul style="list-style-type: none"> · 성인병 예방 교육 · 건강증진 및 질병예방 유전체 역학조사 - 정신보건관리 <ul style="list-style-type: none"> · 보건소 정신보건전문요원 양성 · 아동·청소년 정신보건사업 · 알콜상담센터 운영 · 정신질환인식개선 사업 - 아동청소년보건사업 <ul style="list-style-type: none"> · 취학전아동 실명예방 · 청소년건강위협행태 조사 · 신체발육 표준치 제정 - 지역사회중심재활사업 <ul style="list-style-type: none"> · CBR거점 보건소 사업 - 한방건강증진사업 <ul style="list-style-type: none"> · 한방건강증진 기술지원단 운영 · 한방지역보건사업 - 인구 및 모자보건 <ul style="list-style-type: none"> · 엄마젖먹이기 홍보사업 · 선천성대사이상검사와 환아관리 · 피임사후관리 - 희귀난치성 유전질환 지원 <ul style="list-style-type: none"> · 희귀난치성질환자 의료비 지원 · 희귀난치성 유전질환자 통합관리시스템 확충 - 결핵관리사업 <ul style="list-style-type: none"> · 결핵균 검사 및 검사관리 체계 구축 · 대한결핵협회 지원 · 한미결핵연구협력센터 운영 - 전염병 등 질병관리 <ul style="list-style-type: none"> · 신종인플루엔자 대유행 대비 및 대응
		<ul style="list-style-type: none"> · 구강보건교육 및 홍보사업 · 치아홈메우기 사업 · 암예방 홍보 · 골수기증희망자검사지원 · 소아암 백혈병 환자 의료비 지원 · 암환자 의료비 지원 · 에이즈 예방관리 사업 · 성병 및 에이즈 관리 · 표본감시 의료기관 교육 등 · 정신보건사업기술지원단 운영 · 정신보건센터 운영 · 생명존중정신건강 증진 · 청소년 성교육 · 국가예방접종 실시(폴리오 등) · 한방건강증진 HUB 보건소 지원 · 한방건강증진기반 구축 · 저소득 임산부 영유아 검진 · 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 · 결핵정보감시체계 운영 · BCG생산시설 신축

<표 3-14> 계속

연도	항목	사업내용
2005년	건강생활 실천	<ul style="list-style-type: none"> - 국민영양개선사업 · 식품별영양성분 DB구축 사업 · 식생활지침 보급 - 금연사업 · 금연교육 · 금연홍보 · 금연클리닉 운영 - 건강관리사업 · 노인건강생활을 위한 전통춤 보급 - 절주사업 · 절주홍보사업 - 보건소건강증진사업 · 보건소 건강증진 사업 <ul style="list-style-type: none"> · 영양정보 모니터링 · 취약계층 임신부 및 영유아 영양보충 사업 · 청소년 흡연 예방 · 흡연실태 조사 · 금연상담전화 정보시스템 개발 · 주민건강증진센터 운영
	연구개발	<ul style="list-style-type: none"> - 보건교육자료개발 - 건강증진 및 질병예방조사 연구 - 국민건강영양조사 - 폴리오 및 장내바이러스 국제연구
	공공보건 의료확충	<ul style="list-style-type: none"> - 공공보건의료기반확충 · 노인전문병원 건립 · 지역암센터 건립 · 도시지역 보건지소 확충 · 어린이병원 건립 및 기능강화 - 공공보건의료 확립 · 지역보건의료분야 통합정보시스템 구축 · 공공의료기술지원단 운영 <ul style="list-style-type: none"> · 재활전문병원 건립 · 노인치매병원 확충 · 지역거점공공병원 기능강화 · 공공의료기관 경영진단 평가
	의료체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 의료체계 구축 · 혈액안전관리체계 구축 · 헌혈의 집 설치 · 혈액안전정보관리시스템 구축

<표 3-14> 계속

연도	항목	사업내용
2006년도	건강증진 질병예방	<ul style="list-style-type: none"> - 구강보건사업 <ul style="list-style-type: none"> · 수돗물 불소농도 조정 및 홍보사업 · 구강보건교육 및 홍보사업 · 국민구강보건 실태조사 · 노인의치보철 사업 · 치아홈메우기 사업 - 국가암예방관리사업 <ul style="list-style-type: none"> · 암정보 및 통계관리 · 암예방 홍보 · 암조기검진 · 흡수기증희망자검사지원 · 말기암환자 전문기관 운영지원 · 국립암센터 시설 및 장비지원 · 암환자 의료비 지원 · 보건소 암예방 관리 - 국가에이즈 및 성병예방관리 <ul style="list-style-type: none"> · 에이즈 및 성병상담소 운영 · 에이즈 및 성병 관리 · 에이즈 조기확진 검진체계 도입 · 에이즈 예방 교육 및 홍보 · 에이즈 감시정보시스템 구축 - 국가만성병관리사업 <ul style="list-style-type: none"> · 심혈관질환 감시사업 · 손상 표본감시사업 · 심뇌혈관질환 예방관리 사업 · 건강증진 및 질병예방 유전체 역학조사 - 정신보건관리 <ul style="list-style-type: none"> · 정신보건 지도자 양성 · 보건소 정신보건전문요원 양성 · 아동·청소년 정신보건사업 · 정신보건센터 운영 · 알콜상담센터 운영 · 생명존중정신건강 증진 · 정신질환인식개선 사업 · 정신질환실태조사 - 아동청소년보건사업 <ul style="list-style-type: none"> · 취약전아동 설명예방 · 청소년 성교육 · 청소년건강위험행태 조사 · 국가예방접종 실시 · 신체발육 표준치 제정 - 지역사회중심재활사업 <ul style="list-style-type: none"> · CBR거점 보건소 사업 - 한방건강증진사업 <ul style="list-style-type: none"> · 한방공공보건사업평가단 · 한방건강증진 HUB 보건소 지원 · 공공기관 한방진료부 설치 - 인구 및 모자보건 <ul style="list-style-type: none"> · 가임기여성 건강증진 지원사업 · 저소득 임신부 영유아 검진 · 선천성대사이상검사 및 환아관리 · 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 · 피임사후관리 - 희귀난치성 유전질환 지원 <ul style="list-style-type: none"> · 희귀난치성질환자 의료비 지원(대상 질환 추가) · 희귀난치성유전질환자 쉼터 · 희귀난치성 유전질환 정보체계 구축 - 결핵관리사업 <ul style="list-style-type: none"> · 국가결핵관리 영상정보처리시스템 구축 · 대한결핵협회 지원 · 결핵정보감시체계 운영 · 한미결핵연구협력센터 운영 - 전염병 등 질병관리 <ul style="list-style-type: none"> · 신종인플루엔자 대비 백신 및 치료제 지원 · 감염병 지역거점진단 인프라 구축 · 국가 병원감염 감시체계 구축 · SARS 등 중증 신종전염병 격리병상 확충 · 생물테러 관리 - 보건의료협력 <ul style="list-style-type: none"> · 건강증진 및 질병예방관련 국제연수 · 국립정신병원 통합의료정보시스템 구축

<표 3-14> 계속

연도	항목	사업내용
2006년	건강생활 실천	- 국민영양개선사업 · 식품별영양성분 DB구축 사업 · 만성질환 예방을 위한 영양교육 및 상담 · 취약계층 임신부 및 영유아 영양보충 사업 - 금연사업 · 금연교육 · 청소년 흡연 예방 · 금연홍보 · 흡연실태 조사 · 금연상담전화 · 금연클리닉 운영 - 건강관리사업 · 노인건강생활을 위한 전통춤 보급 · 치매등록관리 · 노인안검진 및 개인수술 · 노인건강운동프로그램 지원 · 경로당 이동건강 도우미 · 건강생활실천 홍보 · 북한이탈주민 등 취약주민건강조사 - 절주사업 · 절주홍보사업 · 절주교육사업 · 주류광고 모니터링 · 국제알코올컨퍼런스 개최 - 보건소 건강증진사업 · 보건소 건강증진 사업 · 주민건강증진센터 운영
	연구개발	- 보건교육자료개발 - 건강증진 및 질병예방조사 연구 - 국민건강영양조사 - 폴리오 및 장내바이러스 국제연구
	공공보건 의료확충	- 공공보건의료기반확충 · 노인전문병원 건립 · 재활병원 건립 · 지역암센터 건립 · 노인치매병원 확충 · 도시지역 보건지소 확충 · 지역거점공공병원 기능강화 · 어린이병원 건립 및 기능강화 · 지역산업보건센터 설치 · 학교보건프로그램 개발 · 지역보건의료계획 시행 - 공공보건의료 확립 · 지역보건의료분야 통합정보시스템 구축 · 공공의료기술지원단 운영
	의료체계 구축	- 의료체계 구축 · 혈액안전관리체계 구축 · 헌혈의 집 설치 · 검사혈액원 통합 및 검사시스템 자동화
	보건의료 R&D	- 보건의료 R&D · 국립암센터 운영 · 유전체연구 · 질병관리연구 · 한방치료기술개발 · 보건의료기술연구개발 · 한국보건산업진흥원 운영 · 연구기획평가 · 정책연구개발 · 10대질병정복 메디클러스터 구축 · 치매치료제 개발

나) 정부 일반예산 사업

2005년 및 2006년 정부 일반회계 예산에 의한 주요 건강증진사업이 그 이전에 비해 달라진 점은 모자보건, 구강보건사업, 희귀난치성 질환자 의료비 지원 등 대부분의 건강증진사업이 건강증진기금사업으로 전환되었다는 점이다. 때문에 일반회계에 의한 사업으로는 사업항목의 이름이 건강 및 질병예방, 질환관리 등이긴 하나 대부분 국립병원 운영이나 시설 지원 등의 사업만 남아 있는 상태이다.

〈표 3-15〉 일반회계 예산에 의한 주요 건강증진사업 내용(2005~2006)

연도	영역	사업내용
2005년	건강 및 질병예방	- 국립마산병원 운영 - 소록도병원 운영 - 검역소 운영
	정신질환 관리	- 정신요양시설 기능보강 - 사회복지시설 기능보강 - 국립정신병원 운영
2006년	특수질환 관리	- 국립암센터 운영 - 원폭피해자 지원

자료: 이규식, 「국민건강증진사업 10년의 성과」, 『보건교육·건강증진학회지』, 제23권 제1호, 2006.

2. 평가영역

국민건강증진기금 및 국민건강증진사업에 대한 평가는 기획예산처, 감사원, 보건복지부(건강증진사업단)에서 실시한 평가가 대표적이다. 이들 평가의 평가결과와 최근에 실시된 국민건강증진종합계획 중간평가 결과는 다음과 같다.

가. 기획예산처의 평가결과

기획예산처는 기금운용의 투명성과 효율성을 제고하고 기금운용에 대한 종합적이고 전문적인 분석을 통해 기금 정책 수립 및 제도 개선에 기여하기 위해 ‘기금관리기본법’ 제12조의 규정에 따라 2000년도부터 전체 기금의 1/3 이상의 기금에 대해 운용실태를 조사·평가하고 있다. 이에 따라 국민건강증진기금은

2004년 다른 35개 기금과 함께 경영개선 및 사업운영, 자산운영의 2개 부분으로 나누어 평가되었으며, 이 중에서 사업운영부분의 평가결과는 다음과 같다.

2004년도 건강증진기금사업은 건강증진질병예방, 건강생활실천, 연구개발 영역의 사업으로 이루어 졌으며, 총괄적인 관점에서의 평가결과는 첫째, 건강증진 질병예방 영역의 경우 제한된 재원으로 모든 질병을 관리할 수 없으므로, 국가가 관리하여야 하는 질병의 범위 선정의 기준을 명확히 할 것과 관리대상계층을 의료취약지역과 저소득층에 집중하여 형평성 제고와 비용효율성을 동시에 확보할 것 그리고, 해당 질병과 관련된 건강보험제도 의료수가 및 급여수준의 조정, 해당 질병 치료에 대한 지원방안 등을 강구하자는 평가가 있었다.

둘째, 건강생활실천 영역에서는 홍보, 교육 방식에 대한 개선이 필요한데, 현행 소책자 발간 배포, 이벤트성 홍보활동 등 효과가 제한적인 방식을 되도록 지양하고, TV와 같은 대중 매체와 인터넷을 이용하는 등 효과성 증진을 위한 조치가 필요하며, 또한 분산되어 있는 홍보재원을 통합 관리할 것을 제안하였다. 또한, 예방사업과 건강실천운동의 경우, 보건복지부, 광역자치단체의 보건소, 기초자치단체간 중복되는 사업이 다수 존재하므로 사업의 성격 분석을 통해 그 역할 분담을 명확히 해야 한다는 평가를 하였다. 특히 홍보의 경우 전국민을 대상으로 하고 있는 경우가 많으므로 중앙정부에서 통합 관리하는 비중을 증가시키고, 실천운동의 경우 자치단체의 역할을 제고하는 것이 타당하다고 하였다. 셋째, 연구개발사업의 경우 정책에의 적용가능성 등 실용성을 강조하고 있으나, 향후에는 기초연구에도 자원을 할애하여 건강증진사업의 효과분석 및 질병의 심각성을 규명하는 노력을 기울일 필요가 있다는 제안을 하였다(기획예산처, 2005).

세부사업별 평가내용은 다음 <표 3-16>과 같다.

〈표 3-16〉 기획예산처의 2003년도 국민건강증진사업 세부사업 평가 결과

	사업내용의 적정성	사업운영의 성과	사업효율성 제고노력
구강보건	- 기금의 목적에 부합됨.	- 자체평가를 실시하고 있음. - 유아 구강건강에 대한 평가가 필요함.	- 성과지표 개발이 필요함. - 취약지역 및 계층에 대한 지원 강화 필요 - 사업효과를 반영하는 성과지표 개발 필요
암관리 사업	- 암조기 발견을 건강 및 수명 연장의 효과적인 수단임. - 무료암검진을 전국민에 확대하는 것은 적절치 않으며, 취약계층에 집중해야 함.	- 대중매체를 통해 홍보효과 극대화가 필요함. - 의료수급자 암검진사업의 확대가 필요함.	- 국가암예방 관리사업의 성과지표 개발 필요 - 저소득층 암환자에 대한 지원 필요함.
에이즈 관리사업	- 에이즈예방관리사업은 매우 중요한 의미를 지님. - TV나 인터넷을 통한 홍보가 더 효과적임.	- 에이즈 예방교육홍보사업 등을 통해 에이즈 확산을 방지하는 본 사업의 목표를 일부 달성하였다고 생각함.	- 향후 에이즈 감염자 수의 변화 추세에 미치는 영향을 반영하는 성과지표의 관리가 필요함.
생활 습관병 관리사업	- 홍보를 통한 주요 만성병 예방은 본 기금의 목적에 부합. 그러나, 사업수행방법에 대한 개선이 필요	- 본 사업에서 수행한 홍보는 특정 지역에 그 효과가 한정되어 있을 가능성이 높음.	- 민간단체에 의한 간헐적인 행사보다는 지방자치단체에 의해 지속적으로 일관성 있게 수행되어야 할 것임.
보건소 고혈압·당뇨관리 사업	- 홍보를 통한 주요 만성병 예방은 본 기금의 목적에 부합. 그러나, 사업수행방법에 대한 개선이 필요 - 취약계층의 만성병 관리를 강화하는 방안이 강구될 필요가 있음.	- 홍보 및 교육실적 등에서 성과가 높음.	- 민간경상보조로 수행되고 있는 생활습관병관리사업을 본 사업과 통합 관리하는 방안도 고려할 필요 있음.
정신보건	- 보건교육 홍보 지원기능강화를 위해 인구를 일반 인구, 위험인구, 표적인구로 구분하여 접근하고 있음.	- 본 사업도 기금의 다른 사업과 마찬가지로 취약계층에 대한 지원에 재원을 집중할 필요가 있음.	- 성과관리가 보건복지부 정신보건과, 한국보건사회연구원, 정신보건사업기술단, 알코올상담센터 기술지원단 등으로 분산 관리되고 있는데, 성과관리가 보건복지부에 의해 통합관리될 필요가 있음.
아동 청소년 보건사업	- 시력발달에 매우 중요한 시기에 있는 취학전 아동과 성교육의 필요성이 높은 청소년을 사업대상으로 선정하는 것은 타당함.	- 취학전 아동실명예방사업은 사업의 목표를 어느 정도 달성한 것으로 볼 수 있음. - 청소년 성교육 홍보사업의 경우, 사업의 목표의 달성정도가 충분하다고 보기 어려움.	- 성과지표가 제대로 관리되고 있지 못한 것으로 판단됨
취약계층 건강관리	- 의료취약계층의 삶의 질 향상과 건강증진을 도모한 점에서 기금설립목적에 부합되는 사업임.	- 취약계층 가정방문 서비스의 목적 달성에는 향후 상당한 기간과 재원이 소요될 것으로 예상됨.	- 향후 방문지원대상자의 확대와 방문서비스의 확충이 필요함.

〈표 3-16〉 계속

	사업내용의 적정성	사업운영의 성과	사업효율성 제고노력
지역사회 중심재활 사업	- 장애인의 재활 촉진 및 사회참여 증진을 도모하기 위한 사업으로서 기금 설치 목적과 정책목표에 부합되는 사업임.	- 사업수행실적이 미미하여 사업 활동이 본격적으로 이루어지지 못하고 있다고 판단됨.	- 거점 보건소 확보 및 전담 인력 확보, 기술지원 조직 정비는 필요한 조치라고 생각함.
국민영양 개선사업	- 식이 생활보급 지침 보급은 기금의 목적에 부합하고 필요성이 인정되는 사업임. - 엄마 젖 먹이기 대국민 홍보사업은 영·유아 및 모성보건 증진에 기여할 것으로 판단됨.	- 사업수행실적이 그리 크지 않은 것을 감안하면, 본 사업이 충분히 활성화되어 있다고 보기 어려움.	- 국민영양조사를 바탕으로 본 사업 실시 이후 국민식 생활의 변화 패턴을 분석할 필요가 있음.
금연사업	- 본 기금의 수입이 담배부담금인 점을 감안하면 금연사업은 기금사업 중 핵심사업이라고 생각함.	- 성인의 금연과 청소년의 흡연을 저하에 다소간의 효과가 있었다고 평가됨.	- 금연사업으로 인한 질병감소효과에 대한 분석이 필요함.
운동관리 사업	- 운동을 실천함으로써 건강을 증진하는 면에서 기금목적에 부응한다고 할 수 있음.	- 최근 걷기운동에 대한 인지도가 높아진 것을 감안하면 이 사업의 효과가 다소간 나타나는 것으로 판단됨.	- 사업이 보건소 건강증진사업으로 통합된 것은 적절하다고 생각함.
절주사업	- 알코올 중독과 문계성 음주에 대한 예방교육 및 홍보를 통해 국민건강 증진에 기여하는 사업으로 판단됨.	- 금주관련 질병이 심각성에 대한 인지도가 향상된 것은 사실이지만, 우리나라 음주문화의 특성이 절주가 매우 어려운 점을 감안하여 보다 적극적인 금주운동이 필요함.	- 주운동의 결과로 나타난 음주율 감소효과를 중심으로 성과지표 관리가 필요.
보건소건강증진사업	- 기본적으로 건강증진기금의 설치목적이나 정책목표에 부합된다고 할 수 있음. - 다만, 의료취약지역 보건소의 건강증진사업에 우선적으로 지원하도록 하는 관리체계를 갖추어야 할 것임.	- 사업목표 달성에 상당한 시일이 소요될 것으로 판단됨.	- 보건소의 건강증진사업에 대한 정량적 평가지표가 제시되어 있음.
보건교육 자료개발	- 건강증진 교육의 기본 자료가 되는 교육 자료의 생성을 위한 제도로서 기금 목적에 부합되는 사업이나, 여타 세행사업에서 수행하고 있는 교육자료 개발과 중복될 수 있음.	- 본 사업의 실행실적이 많지 않아 사업목적을 충분히 달성하였다고 보기 어려움.	- 다양한 보건교육자료의 개발 및 보급을 위한 향후의 노력이 기대됨.
건강증진 및 질병 예방 조사 연구 사업	- 건강증진정책의 기본정책에 필요한 근거 중심의 효과성 입증자료 및 인프라 구축은 기금의 목적에 부합됨.	- 발주한 용역이 정책에 반영되어 있는 정도로 기대효과가 평가되어야 하나, 근본적으로는 건강증진사업의 효과를 실증적으로 입증하는 가장 기본적인 연구의 수행이 필요함.	- 사업운영개선을 위한 각종 시도의 타당성은 인정하지만, 향후 연구주체의 선정 시 기초연구에 보다 많은 재원을 투입할 필요가 있음.
국민건강 영양조사	- 건강증진정책의 기초자료가 될 수 있는 국민건강·영양조사는 정책수립 및 평가의 실증분석을 가능하게 할 것으로 판단됨.	- 본 사업이 2005 현재 수행되고 있는 사업으로서 사업목표 및 기대효과 달성 정도를 평가하는 것은 시기상조라로 생각함.	- 조사대상의 선정, 설문내용 등에 대한 보건·의료 전문가와 통계학자 등에 의한 평가가 필요함.

나. 감사원의 평가결과

감사원은 국가재정 운용의 건전성과 효율성을 제고할 목적으로 2003년 4월 국민건강증진기금 등 52개 기금에 대하여 감사를 실시하였으며, 이중 과거 2년간 감사실시 여부, 2003년도 중 감사계획, 기금 운용방식 등을 고려하여 선정한 국민건강증진기금 등 12개 기금에 대해서는 개별사업의 추진실태에 대해서도 심층적으로 점검하였다.

건강증진기금 설치의 적합성과 관련된 평가결과를 살펴보면, 조성 채원과 목적사업 간의 연계성과 신속적 사업추진의 필요성으로 판단되었는데, 이 같은 판단요소에 따라 국민건강증진기금은 ‘보통’이라는 판정을 받았다. 이와 함께, 건강증진부담금과 관련한 사항으로는 국민건강증진기금 부담금 부과 대상에 관한 규정이 불합리하다는 것이다. 현행 국민건강증진법은 엽권련(일명 ‘시가’ 담배)에 대해 건강증진부담금을 부과 징수하지 않음으로써 담배종류나 담배 수입 판매 업체 간에 형평성이 맞지 않는 일이 발생되고 있다. 따라서 국민건강증진법 제 23조와 담배사업법 제2조 등 관계 법령을 개정 보완하는 방안을 강구할 필요가 있음을 지적하였다(이규식, 2003).

[그림 3-5] 감사원 기금설치의 적합성 평가결과

기금 조성재원과 목적사업간의 연계성	높음	<ul style="list-style-type: none"> · 군인복지기금 · 원자력연구개발기금 · 특정물질사용합리화사업기금 · 한강수계관리기금 · 금강수계관리기금 · 낙동강수계관리기금 · 영산강·섬진강수계관리기금 	<ul style="list-style-type: none"> · 장애인고용촉진및직업재활기금 · 고용보험기금 · 임금채권보장기금 · 산업재해보상보험및예방기금 	<ul style="list-style-type: none"> · 농수산물가격안정기금 · 중소기업공제사업기금
	보통	<ul style="list-style-type: none"> · 국제교류기금 · 정보화촉진기금 · 관광진흥개발기금 · 방송발전기금 · 문화예술진흥기금 · 국민체육진흥기금 · 농지관리기금 · 전력산업기반기금 	<ul style="list-style-type: none"> · 과학기술진흥기금 · 축산발전기금 · 국민건강증진기금 	
	낮음	<ul style="list-style-type: none"> · 여성발전기금 · 순국선열애국지사사업기금 · 보훈기금 · 사학진흥기금 · 청소년육성기금 · 문화산업진흥기금 · 응급의료기금 	<ul style="list-style-type: none"> · 수산발전기금 · 중소기업진흥및산업기반기금 · 근로자복지진흥기금 	<ul style="list-style-type: none"> · 남북협력기금
		낮음	보통	높음
		신축적 사업추진의 필요성		

주: 1) 기금 조성재원과 목적사업간의 연계성

- 높음: 재원부담자가 특정(부담금, 수익금 등)되어 있고 당해 재원부담자가 기금 목적사업의 직접적인 수혜자이거나 원인자인 경우
- 낮음: 재원이 일반화(정부출연금, 차입금 등)되어 있거나 재원부담분야와 기금지출분야가 서로 다른 경우
- 보통: 재원부담자가 특정되어 있고 재원부담분야와 기금지출분야가 간접적으로 연계되어 있는 경우

신축적 사업추진의 필요성

- 높음: 사업내용, 사업규모 등을 예측할 수 없어 세부사업을 예산의 형태로 정하기 어려운 경우
- 낮음: 사업내용, 사업규모 등을 안정적으로 계획하거나 예측할 수 있는 경우
- 보통: 사업내용, 사업규모 등을 사전 계획하거나 예측할 수는 있으나 여건 변동에 따라 통상 변경되는 경우

자료: 감사원, 감사결과처분요구서: 기금관리 및 운용실태, 2003.

다. 국민건강증진종합계획 중간평가 결과

2003년부터 시행된 국민건강증진종합계획(Health plan 2010)은 그동안 건강증진부담금 확대, 인구 고령화의 가속화 등 사업배경의 변화 등으로 2005년 중간평가 및 사업계획의 수정작업이 진행되었으며, 국민건강증진종합계획의 중간평가 결과 우리나라의 건강증진사업에 있어 다음과 같은 성과 및 문제점이 파악되었다.

일반적으로 보건사업이 국민의 건강증진이라는 결과물로 귀결될 때까지는 10년 이상의 오랜 시간을 필요로 하기 때문에 건강증진사업의 가시적인 성과를 평가하는 것은 쉬운 과제가 아니다. 다만 건강 행태는 건강산출물에 비하여 단기간이라도 성과를 측정할 수 있기 때문에 국민건강영양조사의 결과로 건강행태변화라는 성과를 측정할 수 있다.

국민의 건강행태 변화와 관련한 사업성과는 <표 3-17>에 제시된 바와 같다. 국민건강영양조사 결과에 따르면 건강증진사업 실시 이후 흡연율이 감소하고, 건강검진 수검율과 운동실천율이 증가한 것으로 나타나고 있어 건강증진사업이 다소간의 성과가 있었음을 보여 준다고 할 수 있다(서미경 외, 2005).

<표 3-17> 건강증진사업의 성과: 보건의식행태의 추이

(단위: %)

	1989	1992	1995	1998	2001
흡연율	35.8	33.9	35.5	36.2	30.4
운동실천율	13.4	15.2	16.0	8.6	20.1
건강검진	21.2	34.7	36.3	50.7	47.7
위암수검율	3.1	-	5.9	10.8	12.6

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강영양조사, 1998, 2001.

중간평가 결과 제시된 건강증진사업의 전반적인 문제점은 다음과 같다. 첫째, 건강증진사업에 대한 이해가 부족하다. 건강증진사업은 신 공중보건의 개념으로 모든 보건사업이 건강증진의 개념으로 파악되어야 함에도 불구하고 건강증진사업은 기금으로 지원되는 사업으로 한정된 접근을 하여 보건사업과 건강증

진사업을 분리시켰다. 둘째, 연구사업과 대민사업과의 관련성이 부족하다. 건강증진에 대한 이해의 부족으로 연구사업과 대민사업이 제대로 연계되지 못하여 건강증진기금이 비효율적으로 집행될 수밖에 없었다. 셋째, 건강증진사업을 주도할 전담기구가 취약하다. 정부는 건강증진과 관련된 문제를 개선하기 위하여 2001년에 건강증진기금사업지원단을 만들어 기금사업의 선정에서부터 평가에 이르는 업무를 전담시켰다. 그런데 지원업무를 전담할 사업예산인 관리운영비를 보면 건강증진사업비의 2%에도 미치지 못하여 실질적인 사업지원을 하기가 어려웠으며, 또한 지방에는 지원단이 2005년에 겨우 구성되었으나, 구체적으로 어떠한 업무를 수행해야 할지 그리고 지방의 지원단 예산은 어떻게 조달되는지에 대한 명확한 지침이 없는 실정이다. 넷째, 지방자치단체의 참여가 부족하다. 건강증진사업의 성패는 결국 보건사업의 최일선 조직인 시·군·구 보건소가 얼마나 앞장서느냐에 따라 달려있다. 지방자치단체가 건강증진 관련 시설을 만들고 보건소에 전담조직을 만들고, 인력을 배치할 때 비로소 건강증진사업의 성공적 수행이 가능하지만, 건강증진에 관심을 갖는 자치단체장이 있는 몇몇 보건소를 제외하고는 지방자치단체의 적극적인 참여는 거의 없다는 문제가 있다. 다섯째, 민간단체 숫자가 부족하고 그 역할이 미흡하다. 건강과 관련해서는 많은 관련 요인 내지는 결정인자가 있으며, 이러한 요인을 통제하는 데는 정부나 보건소의 힘만으로는 절대적으로 부족하다. 선진국의 경우 건강증진과 관련하여 수많은 민간조직들이 참여하며 민간단체와의 협력을 강조하고 있는데, 이러한 측면에서 우리나라는 많은 문제가 있다. 여섯째, 건강증진사업의 평가 및 환류체계가 미비되어 있다. 여러 분야의 사업이 제대로 이루어지는지 모니터링을 한다는 것은 매우 중요한 문제임에도 불구하고 건강증진과 관련하여 일정기간 동안의 사업을 평가하고 평가결과를 환류시키는 평가 환류 체계가 없기 때문에 사업의 효율성 제고에는 많은 문제가 있다. 일곱째, 사업 인프라인 인력이 부족하다. 건강증진사업을 원활하게 추진하기 위해서는 하부구조가 확립되어야 하는데, 광역자치단체인 시·도에서의 전담조직 미비는 물론 일선 보건소에서조차도 건강증진사업을 위한 조직화가 안된 곳이 많고, 건강증진을 위한 전담할 인력도 부족한 실정이다. 여덟째, 보건소사업이 중복적으로 실시되고 있다. 보건소 건

강증진사업은 2003년 이전까지는 재활사업, 영양사업, 금연사업, 정신보건사업 등으로 분리되어 진행되다 2003년부터는 보건소 건강생활실천사업이라는 명칭 하에 금연, 절주, 운동, 영양의 4가지 내용을 중심으로 전개되어왔다. 그럼에도 불구하고 여전히 영양사업, 금연사업, 재활사업 등이 별도의 예산으로 운영되어 예산의 중복 지출 문제가 있다(서미경 외, 2005).

제2절 영국의 건강증진정책 추이

영국의 건강증진 정책은 평균수명의 연장과 국민의 건강증진을 목표로 하고 있으며, 이 목표를 달성하기 위해 공공정책개선, 환경개선, 건강생활습관유도, 보건서비스의 질 향상을 과제로 하고 있다. 건강증진을 위한 국민보건정책의 실행체계는 첫째, 지역단위 일차보건의료의 강화 및 보건의료서비스의 질 개선, 둘째, 건강한 지역사회, 가정, 학교, 직장, 병원의 환경조성 추진, 셋째, 부처 간 협력체제 강화, 국민보건수준의 평가지표 개발 및 산출로 구성된다.

2006년에 영국에서 수립한 건강증진 분야의 전략은 평균수명 연장(예: 2010년까지 남자는 78.6세, 여자는 82.5세), 사망률 감소(예: 2010년까지 65세 이하의 심장병 및 뇌혈관 질환에 의한 사망률은 40%까지, 암으로 인한 사망률은 20%까지 줄이기), 유병률 감소(예: 2010년까지 자궁암 발생률을 20%까지 줄이기), 건강 위험요인 감소(예: 2010년까지 성인 흡연자 비율 21%이하로 줄이기, 11세 이하 어린이들의 비만 근절) 등이 있다. 건강증진분야의 중점과제는 심장병 및 뇌혈관 질환(영국에서의 조기사망의 주요요인), 암(모든 연령에서 첫 번째 사인), 사고(30세 이하 연령의 주요 사인), 정신병(불건강의 가장 큰 요인, 자살요인), HIV/AIDS와 성보건(성병, 특히 18세 이하 청소년의 원치 않는 임신)을 들 수 있다.

1. 실천영역

가. 자원조달

2006~2007년도 영국 보건부의 공적기금은 965억 8천 1백만 파운드이며, 이는 국민보건서비스(National Health Service: NHS)에 할당된 예산인 101억 8천 2백만 파운드를 포함한 기금이다.

1) 건강증진사업을 위한 별도의 채원

가) 복권기금(Big Lottery Fund)

Big Lottery Fund는 지난 2004년 6월 New Opportunity Fund(이하 NOF)와 Community Fund의 합병으로 시작된 기금이며 영국 내 다양한 공공서비스를 위해 사용되는 기금의 절반 이상이 이 기금에서 나온다. Big Lottery Fund는 이전 두 기금이 수행하며 쌓은 노련한 실무경험을 바탕으로 예산에 대한 최상의 효율적 기능을 다하기 위해 일하고 있다. 더 자세한 내용은 www.biglotteryfund.org.uk를 참고하기 바란다.

나) 건강삶센터(Health Living Centres)

이 센터는 1999년 1월에 세워졌으며 현재 23억 2천 5백만 파운드를 확보하고 있다. 이 센터는 의료적 혜택을 받지 못하는 소외된 지역 및 계층이 주요 대상이다. 주로 사회 내의 소외계층 및 가난한 자들의 의료 접근성을 높이는 일, 즉 건강 불평등을 해소하기 위한 사회적, 경제적 도움을 제공하는 일에 그 초점이 맞추어져 있다. 이 외의 주요 활동에는 금연 운동, 체중관리 프로그램, 생활 속의 운동을 위한 다양한 프로그램 등이 있다.

다) 암과 더불어 사는 센터(Living With Cancer)

1999년 9월 New Opportunity Fund로부터 설립된 이 기금은 1억 천 6백만 파

운드를 보유하고 있으며, 이 중 2천 3백만 파운드가 불평등 지역의 암환자들을 위해 사용되고 있다. 나머지 9천 3백만 파운드는 암 진단 및 치료에 필요한 장비, 즉 선형가속기, MRI 스캐너, 유방X선 장비 등을 구입하는 데 쓰인다.

라) 심장질환퇴치센터(Fighting Heart Disease)

지난 2003년 New Opportunity Fund는 국가적인 세동제거기(defibrillator)의 보급 프로그램에 착수하기 위하여 6백만 파운드를 출자하였고, 이를 시작으로 영국(England) 각 곳에 2,300여 개의 세동제거기가 보급되었다. 이 기금은 또한 심장병과 암 예방을 위한 영양 프로그램(Nutritional Program)을 수행하는데 쓰였으며, 예산 가운데 4천 2백만 파운드가 각 지역 학교에 신선한 과일과 채소를 공급하는 데 할당되어 졌다. 지난 2006년 4월부터는 영국 보건부에서 이를 담당하여 결과적으로 16,000여개의 학교에 재학 중인 4-6세 사이의 2백 만 명의 어린이들이 재학 기간 중 날마다 무료로 채소나 과일 한 개씩을 제공받는 혜택을 가졌다.

마) 완화치료기금(Palliative Care)

백혈병, 소아암 등 장기적인 치료를 요하는 어린이 환자들 및 그들의 가족의 고통을 덜어주기 위하여 설립되었으며 총 4천 8백만 파운드를 보유하고 있다. 지난 2004년 3월까지 135명이 그 혜택을 받았다.

나. 국민건강증진법

법을 만드는 권위(사법권)는 국회와 주정부의 의회(입법기관)로 나누어진다. 연방정부의 국회는 헌법에 의해서 전반적인 법을 만든다. 다음은 알코올과 관련된 건강증진법의 예를 보면 다음과 같다.

영국은 알코올의 생산 및 판매에 대해 국가가 강력하게 개입하는 나라 중 하나이며 이에 따라 그 정책도 다양하다. 우선 맥주나 와인 혹은 기타 증류주

의 생산과 분배 시 면허를 요구하고 있다. 알코올 구입에 대해 법적 연령은 18세 이상이며 레스토랑에서 식사 시에는 맥주 소비가 16세까지 가능하나 술집에서는 허용하지 않고 있다. 공식적으로 술을 마실 수 있는 개방시간 또한 복잡한 억제 체계에 의해 결정된다(Bruun, et al., 1975). 영국의 주류판매 방법은 다음과 같다.

〈표 3-18〉 영국의 주류판매 방법

구분	규제 내용
판매일시 제한	- 일반업소의 판매시간: 월-토요일(08-23시), 부활절 전일(08-22시 30분), 크리스마스(12-15, 19-22시 30분), 일요일(10-22시 30분) - 유흥업소의 판매시간: 월-토요일(11시-23시), 크리스마스(12-15시, 19-22시 30분), 부활절 전일 및 일요일(12-22시 30분)
사회규제	음주/주류구매 가능연령: 18세 이상
가격규제	자유가격제

영국 내에서 판매되고 있는 증류주의 소비자 가격 중 세금의 비율은 61%(북유럽 국가 88%, 네덜란드 70%, 미국 45%, 한국 43%)에 이르며 증류주의 세율은 알코올 도수와도 완전히 비례하는 체계를 가지고 있다(문옥륜, 2003). 영국의 주세는 물품세(Excise Tax)에 포함되며, 주세는 가장 오래된 소비세 종목으로 17세기부터 맥주에 대해 처음 도입되었다. 알코올량에 따라 부과되거나 알코올 도수에 따라 부과되는 경우도 있다(와인의 경우). 총 세금수입 중 주세비율은 1997년과 1998년에 각각 6.4%와 6.3%를 차지하였다(문옥륜, 2003). 주류 광고에 대한 규제 정책은 법적인 통제와 자발적인 가이드라인에 의해서 부분적으로 규제되고 있다.

또한 영국은 2004년 Prime Minister's Strategy Unit에서 “Alcohol Harm Reduction Strategy”을 발표하여 음주로 인한 악영향을 감소시키겠다는 의지를 표명한 이후 매년 「영국 알코올 통계(Statistics on Alcohol)」를 발표하여 알코올에 대한 건강증진사업을 평가하고 있다.

다. 보건행정체계

영국에서의 건강증진의 책임은 보건부(Department of Health)와 함께 4개 지역의 보건교육국에서 담당하고 있으며, 보건부장관(Secretary of State for Health)은 보건교육의 정책과 개발에 전반적인 책임이 있다. 보건교육국은 건강증진, 국민들의 건강 개선을 위해 국내외적으로 지원을 하고 있으며 건강 불평등을 줄이기 위한 사업을 실시하고 있다. 또한 정부의 건강증진전략에 대한 자문 역할, 건강증진 분야의 연구 활동, 건강에 관한 지속적인 정보를 제공하고 있다. 보건교육국은 1987년에 창립되었으며 영국정부의 보건부(UK Government's Department of Health)에 소속되어 있다.

보건교육국의 목표는 ① 건강에 관한 정보의 보급 및 건강생활의 유도. ② 건강정보를 제공하는 전문 보건인과 단체 대한 지원 ③ 보건교육에 관한 정부에의 자문역할의 세 가지 이다. 보건교육국에서는 HIV/AIDS 요원 훈련 등 AIDS에 대한 적극적인 지원사업을 실시하고 심장병, 암, 담배와 술의 오용과 같은 주요한 건강증진캠페인도 담당하고 있다. 또한 국립보건정보센터(National Centre of Information)에 보건교육에 대한 정보를 제공하고 자문역할을 한다. 보건교육국은 지역사회 보건전문인력, 보건방문요원, 지역사회단체, 지역사회 고용주와 긴밀한 연계체제를 가지고 있으며, 일반인들에게 보건교육에 관해 특별한 급여를 지급한다.

보건교육국은 주 별로 잉글랜드보건교육국(Health Education Authority-England), 웨일즈건강증진국(Health Promotion Wales), 스코틀랜드 보건교육국(The Health Education Board for Scotland), 북아일랜드건강증진국(Health Promotion Agency for Northern Ireland)의 4개가 있다.

1) 잉글랜드 보건교육국(Health Education Authority-England)

가) 역할

보건정책의 우선순위 결정 및 보건정책개발의 자문역할을 하고 있다. 잉글랜

드보건교육국의 목표는 수명연장과 건강증진으로, 주요 담당분야는 흡연, 음주, 마약, 피부암, HIV/AIDS, 예방접종, 산업장 건강, 노인, 모자보건이다. 목표 달성 노력의 일환으로 국민의 건강증진 및 건강에 대한 다음과 같은 다양한 정보를 제공한다. ① 인쇄물: 모든 임신부에게 무료 임신에 관한 책자 배부 ② Web sites and CD-ROMs-영양, 음주 등 ③ CD-ROM D-Code-마약 ④ 기사 및 TV 프로그램: 정부 출판물, TV 또는 라디오, 지역 출판물, 소비자 잡지 및 전문출판물을 간행하고, 건강캠페인에 대한 정보를 제공, 건강 문제를 제기, 건강에 대한 관심에 관해서 의견 제공 ⑤ 출판물, TV 및 라디오 광고에 대한 정보 캠페인(예: Fly; Pregnant Man; Nick O' Teen) 등이 있다.

나) 건강증진정보센터 (Health Promotion Information Center)

잉글랜드 보건교육국은 건강증진정보센터(Health Promotion Information Centre)를 운영하고 있으며 건강증진검진센터는 지역적, 국가적, 국제적 수준의 효과적인 건강증진을 위해서 능력을 개발시키고 자문을 하며 건강증진정보를 제공하는 기관이다. 건강증진정보센터에서는 건강증진연구, 정책 개발 및 실시, 전문적인 발전을 돕고, 다양한 건강정보를 배포하기 위해 전문가들에 수집된 정보를 제공한다. on-line 서비스는 연구 및 연구효과, 실천방법, 상이한 인구집단에 대한 연계, 대중매체를 통한 보건교육 및 훈련, 행사 및 학회로 구분된 정보를 제공한다. 구체적인 제공 정보의 내용은 다음과 같다.

- 최근건강동향(Current awareness): 건강증진에 관한 최근의 연구와 개발에 관한 정보를 제공(논문, 건강증진에 관한 효과에 대한 검토, 최근의 건강이슈에 대한 검토)
- 건강증진데이터베이스(Databases): 건강증진에 관한 관련문헌에 관한 database이며, 건강증진과 관련된 문헌, 조사연구, 연구보고서, 논문에 대한 자료를 제공한다.
- 건강달력(Health diary): 건강증진과 관련된 행사 및 학회에 관한 정보를 제공하며, 언제, 어디서, 어떤 행사를 하는지 찾을 수 있다.

- 전문잡지(Professional inquiries): 보건정책자, 건강증진의원 및 연구원을 포함하여 건강증진에 관한 전문적인 관심을 가진 사람을 위한 서비스를 제공한다.
- 학생잡지(Student enquirer): 간호대학생, 보건 및 사회복지전공자를 위한 정보제공 서비스이다.
- 연계(Links): 국내외 관련 정보망과 연결되어 있다.

다) 잉글랜드보건교육국의 웹서비스

정보제공의 일환으로 다양한 인터넷을 개설하여 대상 및 내용별 정보를 제공하고 있다.

- www.healthcarecommission.org.uk: 건강검진 등 다양한 정보 제공
- <http://talktofrank.com/>: 마약에 관한 웹서비스를 제공
- <http://www.studenthealth.co.uk/>: 초, 중, 고등학교 재학 중인 학생들에게 성(sex) 및 보건에 대한 다양한 이슈들에 대한 정보제공
 - www.healthwatch-uk.org: 건강 상식 테스트를 제공하며 공적 서비스에 대한 설문조사 실시
- www.mentalhealth.org.uk: 정신질환자들의 가족들에게 상세한 정보 제공
 - www.quick.org.uk: The Quality Information Checklist(어린이나 청소년들이 정보를 얻을 수 있도록 만들어졌음)
- www.ash.org.uk: 흡연에 대한 다양한 정보 제공

2) 웨일즈 건강증진국(Health Promotion Wales)

1999년 4월 1일부터 Wales의 건강증진국(Health Promotion Wales)은 Wales Office로 전환되었으며, 새로운 건강증진국(Health Promotion Division)이 건강증진정책, 전략 및 발전을 위해 세워졌다.

3) 스코틀랜드 보건교육국(The Health Education Board for Scotland)

Health Education Board for Scotland(HEBS)는 Scottish Health Service 내에서 스코틀랜드의 보건교육기관으로서 1991년 4월 1일에 세워졌다. 스코틀랜드의 보건교육국의 보건교육 사업은 건강증진의 범위 안에서 보건교육, 실제적인 서비스(면역과 건강검진과 같은 예방의 서비스)와 정책과 법규의 과정을 통하여 수행한다. HEBS의 정책은 예방에 초점을 두고 있으며, 보건교육과 건강증진의 중요성을 강조하며, 스코틀랜드 국민의 건강을 증진시키기 위한 주요 건강증진 분야는 AIDS와 마약, 금연, 신체활동의 증진, 구강보건, 심장병, 정책검토보고(Report of a Policy Review), 건강한 식생활, 식이요법 계획이다.

4) 북아일랜드 건강증진국(Health Promotion Agency for Northern Ireland)

북아일랜드 건강증진국은 1990년 10월 1일에 세워진 특수보건사회기관(a Special Health and Social Services Agency)이다. 기관의 기능은 보건사회부(Department of Health and Social Services)에 자문과 정책을 제공하고 있으며, 지역건강증진 프로그램을 시작하고 협력하며, 연구, 훈련, 교육적 자료를 제공하고 건강증진을 위해 지원 한다.

라. 건강증진사업 내용

1) 건강증진사업 개요

2000년 3월에 영국 국가보건서비스(NHS)는 기금조성 4개년 계획과 더불어 “개혁”과 “현대화”를 목표로 ‘The NHS Plan’을 수립하였다. ‘The NHS Plan’은 21세기에 적합한 건강증진서비스를 통해서 지역사회 주민의 다양한 욕구를 충족시키기 위하여 계획되었다.

2006~2007년도 영국 보건부의 공적기금은 965억 8천 1백만 파운드이며, 2002~2003년도의 540억 파운드에 비하여 상당히 증가된 액수이다. 충분한 예산을 확보하여 환자 개개인의 의료시설에 대한 접근을 용이하게 하고, 폭넓은

서비스를 제공해 다양한 선택을 하도록 하는 것이 NHS의 중점 목표라 할 수 있다. 궁극적으로 질 높은 보건서비스를 제공하기 위하여 NHS는 많은 제안을 하고 있다. 예를 들면, 환자의 대기시간이 최대 18주 이상을 넘기지 않을 것, 장기치료를 요하는 만성질환 환자의 경우 각 분야에서 전문의로 구성된 팀을 통해 양질의 의료서비스를 제공할 것, 단순히 질병을 치료하는 서비스를 넘어서 건강불평등을 해소하고, 질병예방에 초점을 둔 보다 나은 공중보건서비스를 제공할 것, NHS 기금자산, 병원, 독립된 의료기관 및 요양 시설의 확충을 통해 환자들의 선택의 폭을 넓히도록 할 것, 예약 혹은 처방에 대한 전산시스템을 일반화하여 정확하고 신속한 서비스를 제공할 것 등의 계획들을 제시하고 있다.

이 외에도 암이나 다른 만성질환에 대한 조기검진을 통해서 조기치료나 예방 사업을 하는 것을 우선으로 하고 있다. 질병예방을 위하여 “Primary Care Trusts”라는 기관을 통해서 일정한 기간이나 정해진 기간에 ‘생활검사(Life Check)’이라고 일컫는 건강검진을 받게 하는데, 이는 영국국민의 생활양식 중 건강을 해치는 습관을 발견하여 행위변화를 유도함으로써 보다 더 나은 건강생활을 실천할 수 있도록 가이드라인(지침)을 제공하고 있다. 이와 같은 개인의 생활검사와 같은 검진은 온라인이나 혹은 가까운 지역 내의 보건센터에서 쉽게 받아볼 수 있게 하여 접근을 용이하게 하고 있다. 또한 “생활검사”를 받은 후에는 전문적인 내과나 외과적인 치료를 받을 수 있도록 안내를 하고 있으므로 질병을 조기에 발견하거나 예방하는 데 큰 기여를 하고 있다.

건강불평등을 줄이고, 지역사회 서비스의 격차를 감소시키는 것은 영국의 보건사업의 중점사업 중 하나이다. NHS는 소외되고 서비스가 부족한 계층과 지역을 선정하여 기초적인 보건서비스를 받을 수 있도록 하고 있으며, 특별한 관심과 주의를 필요로 하는 집단층, 즉 젊은이, 장년여성, 소수인종 및 민족, 장애인이 있는 가정, 삶의 말기를 보내고 있는 소외계층의 목소리가 정책에 반영될 수 있도록 여러 가지 기회를 제공하고 있는 것이 특징이다.

또한 장기적인 치료가 필요한 만성병 환자들에게는 발병 시점부터 현재에 이르기까지의 모든 정보를 문서 및 정보화하여 각 환자 및 병원에 ‘정보처방(Information prescription)’을 함으로써 체계적인 의료서비스와 치료를 받을 수 있도록 하고 있다.

2) 건강증진사업의 세부계획

건강증진사업의 목표, 지표 및 과정을 살펴보면 다음과 같다. 다음에서 제시된 표는 2004년 영국 보건부의 Public Service Agreement(PSA) 목표, 지표 및 성과를 요약한 것이다.

<표 3-19> 목표 1: 영국의 국민건강증진 향상

PSA 목표	지표	과정(성과)
<p>Target 1:</p> <p>국민건강증진</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2010년까지 평균수명을 남자는 78.6세, 여자는 82.5세까지 연장함 - 2010년까지 사망률 감소 - 75세 이하 인구의 심장병, 뇌졸중 및 기타 질환 사망률을 적어도 40%까지 줄이고 의료적 혜택을 받지 못하는 지역 주민들이 겪는 불평등의 차이를 40% 이하로 감소 	<p>75세 이하 인구의 심장병, 뇌졸중 및 기타 질환으로 인한 사망률</p>	<p>- 심장병, 뇌졸중 및 기타질환-전반적인 사망률</p> <p>지난 1995-97년, 영국(England)에 거주하는 75세 이하 사람들 가운데 심장병으로 사망한 비율은 인구 100,000명당 141.0명이었으며, 2002-04년에 이 비율은 인구 100,000당 96.7명으로 지난 조사에 비해 31.4% 감소하였음</p> <p>-건강불평등 감소</p> <p>건강 불평등(의료적 혜택의 미비 등) 가운데 있는 사람 중에 심장병, 뇌졸중 및 기타 질환으로 인해 사망한 인구는 1995-97년에는 인구 100,000명당 36.7명이었으나 지난 2002-04년에는 인구 100,000명당 27.6%로 감소하였음</p> <p>2010년까지 이러한 비율을 인구 100,000명당 22.0명 이하로 낮출 계획임</p>
<p>75세 이하 인구의 암으로 인한 사망률 20% 이하로 줄이고 의료적 혜택을 받지 못하는 지역주민들의 사망률은 6%이하로 감소</p>	<p>75세 이하 인구의 암으로 인한 사망률</p>	<p>- 암</p> <p>1995-97년, 영국(England)에 거주하는 75세 이하 사람들 가운데 암으로 사망한 비율은 인구 100,000명당 141.2명이었으나, 2002-04년에 이 비율은 인구 100,000당 121.6명으로 지난 조사에 비해 13.9% 감소하였음.</p> <p>불평등 감소</p> <p>건강불평등(의료적 혜택의 미비 등)에 처한 사람 중에 암으로 인해 사망한 인구는 1995-97년에는 인구 100,000명당 20.7명이었으나 지난 2002-04년에는 인구 100,000명당 18.8%로 감소하였음</p> <p>2010년까지 이러한 비율을 인구 100,000명당 19.5명 이하로 낮출 계획임</p>

〈표 3-19〉 계속

PSA 목표	지표	과정(성과)
자살 및 관련 상해는 20% 이하로 감소	전체 연령 인구의 의도적인 자학 혹은 관련 상해로 인한 사망률	- 자살 및 관련 상해감소를 장려하는 것이 목표이며 2002-2004년 현재 평균 자살률 보다 6.6% 낮은 상태임
Target 2: 건강불평등 지역의 유아 사망률과 평균 수명에서 보여지는 영국 전역과의 격차를 2010년까지 10%이하로 감소	사회 계층에 따른 유아 사망: '노동직시민층(routine and manual group)' 과 인구 전체 사이의 격차	- 유아 사망률 2002-04년의 자료는 전년도에 비해 '노동직시민층'과 인구전체 간의 격차가 크지 않았음에도 불구하고, '노동직시민층'은 인구 전체에 비해 19% 높은 유아 사망률을 보였음
	평균 수명: 의료적으로 가장 혜택을 받지 못하는 불평등 거주지 다섯 곳과 인구 전체 사이의 격차	지난 2002~2004년의 자료를 보면 영국(England)과 의료적 혜택에서 소외된 불평등 거주지 다섯 곳의 차이는 남녀 모두 높았으며, 특히 여자는 8%, 남자는 1%의 격차가 벌어져 의료적 불평등에 따라 평균수명에 더 위험한 것에 더 큰 위험을 느끼는 것으로 조사되었음

<표 3-19> 계속

PSA 목표	지표	과정(성과)
Target 3: 2010년까지 성인 흡연률을 21%이하로 감소	흡연: 성인 흡연율을 26% 이하로 감소시키며 ‘평범한 시민층 그룹’은 31%이하로 감소	- 성인 흡연율 2001년 이래로 성인 흡연율은 2% 감소 추세이며, 2001년 성인 흡연율은 27%였으나 지난 2004년의 흡연율은 25%임
2010년까지 해마다 증가하는 11세 이하 어린이들의 비만 억제	소마비만 : 소마비만 : National BMI가 정의한 소아비만의 연령 기준은 2세부터 10세임	- 소마비만 2002~04년도의 소아 비만율은 14.9%임
2010년까지 18세 이하 10대 청소년들의 임신률을 50%이하로 떨어뜨리고 성보건 증진을 위해 다양한 전략 수립	청소년 임신률: 15-17세 사이의 청소년들의 임신률 감소	- 청소년 임신율 청소년 임신율 감소를 장려하는 것이 목표임 2004년의 자료는 영국의 청소년 임신율이 지난 1998년에 비해 11.1% 감소했음을 보여주었음 각 지방 정부는 이를 위한 10년간의 장기 전략을 수립하고 2010년까지 임신율을 40~60%까지 감소시킨다는 목표를 갖고 있음 이러한 목표의 전진을 가속시키기 위해 높은 임신률을 보유한 각 지역구 내의 특정 집단 청소년들을 선정하고 그들을 대상으로 강력하게 추진할 전망이다

<표 3-20> 목표 2: 장기적 전략

PSA 목표	지표	과정(성과)
Target 4: 장기적인 치료가 필요한 만성병 환자들에게 개인적인 치료 프로그램들 제공하고 보다 나은 공공 서비스를 제공	Hospital Episode Statistics에 의해 분석된 응급실에서 대기 하는 날 수	- 응급실에서 대기 하는 날 수의 감소 2003~04년과 2004~05년의 조사에 의하면 응급실에서 대기 하는 날의 수는 32,450,584일에서 31,868,191일로 1.80% 감소하였음
2008년까지 응급실에서 대기하는 날 수를 5% 이하로 감소		

〈표 3-21〉 목표 3: 공공 서비스의 접근성

PSA 목표	지표	과정(성과)
Target 5: 2008년까지 환자들의 치료 및 수술대기 시 간을 18주 이상 넘기 지 말 것	병원들의 개인 치료 시 기다리는 시간	- 2008년 12월까지 개인이 진단을 받고 적합한 치료를 받는데 18주 이하의 기간이 소모되도 록 함 - 이에 대한 세부사항은 2006년 봄에 소책자로 출간될 예정
Target 6: 2008년까지 불법 약 물 복용자들의 약물 치료 프로그램 참석 비율을 100%까지 증 가시킴	연간 분석은 National Drug Treatment Monitoring Service(이하 NDTMS)에서 주관함	- 약물치료프로그램 참석한 인원 수 National Drug Treatment Monitoring Service(NDTMS)가 제공한 자료에 따르면 2004-05년도에 영국(England)의 약물 치료 프로 그램에 참석한 인원은 160,450명으로 집계되었 으며, 이는 지난해인 2003-04년(125,545명)에 비 해서는 27%, 그보다 전체인 1998-99년(85,000 명)에 비해서는 89%늘어난 수치임

〈표 3-22〉 목표 4: 환자 및 공공 서비스 이용자들의 편의 증대

PSA 목표	지표	과정(성과)																												
<p>Target 7: 2008년까지 NHS 수요자들의 편의 증대를 도모함</p>	<p>The national survey programme이 NHS 수요자들을 대상으로 피드백을 받은 결과를 토대로 분석됨</p>	<p>전국민조사 프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이 조사는 국가적인 차원에서 환자들의 공공 서비스에 대한 의식을 알 뿐만이 아니라 질 높은 서비스 도모를 위한 지역적 차원의 세부적인 전략 구상을 위해 실시되었음 - 2004-05년에 걸쳐 네 차례의 조사가 진행되었는데 응급처치 및 외래환자 및 정신 질환자들에 대한 공공서비스에 대한 분석결과가 각각 2005년 2월과 9월에 책으로 출간되었음 - 2004-05년도에 실시된 최근 조사에 따르면 환자들은 다음과 같은 질문을 받았다: “전반적으로 당신이 받은 치료의 평가는 어떻습니까?”에 대한 결과는 다음과 같음 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>응급처치 (%)</th> <th>외래환자 (%)</th> <th>정신질환자 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>매우 훌륭하다</td> <td>34%</td> <td>37%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>매우 좋다</td> <td>36%</td> <td>41%</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>좋다</td> <td>18%</td> <td>16%</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>그저 그렇다</td> <td>8%</td> <td>5%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>나쁘다</td> <td>3%</td> <td>1%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>매우 나쁘다</td> <td>2%</td> <td>1%</td> <td>4%</td> </tr> </tbody> </table>		응급처치 (%)	외래환자 (%)	정신질환자 (%)	매우 훌륭하다	34%	37%	25%	매우 좋다	36%	41%	29%	좋다	18%	16%	23%	그저 그렇다	8%	5%	14%	나쁘다	3%	1%	5%	매우 나쁘다	2%	1%	4%
	응급처치 (%)	외래환자 (%)	정신질환자 (%)																											
매우 훌륭하다	34%	37%	25%																											
매우 좋다	36%	41%	29%																											
좋다	18%	16%	23%																											
그저 그렇다	8%	5%	14%																											
나쁘다	3%	1%	5%																											
매우 나쁘다	2%	1%	4%																											
<p>Target 8: 노년층의 삶의 질을 개선하고 독립적인 생활 지원</p> <p>2007-08년까지 노인들이 그들 소유의 집에서 거주할 수 있도록 도움을 줌</p> <p>2008년까지 요양 혹은 보호시설에서 지낼 수 있는 노인들을 34%까지 늘리며, 자신의 집에서 거주하는 비율도 증가시킴</p>	<p>자신의 집에서 거주할 수 있도록 도움을 받는 노인이란 곧 지역 사회 서비스를 받는 노인들(요양 혹은 보호 시설 거주자 제외)을 뜻함</p> <p>10시간 이상의 홈케어 서비스를 받거나 주당 6번 이상의 방문 서비스를 받는 노인들을 증가시키기 위함</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 노인들이 그들 소유의 집에서 거주할 수 있도록 도움 - 이를 위해 영국 보건부는 The Health and Social Care Information 기구와 협력중임 - 지난 2004-05년에 그들 소유의 집에서 거주할 수 있게 된 노인과 요양 및 보호 시설 서비스 수혜 노인의 비율은 32%로 증가하였으며, 이는 지난 2003-04년의 30.1%에 비해 1.99%증가한 수치임 																												

3) 건강증진사업의 세부프로그램

가) 암

The NHS Cancer Plan(2000)은 암의 예방, 진단, 치료를 총체적으로 포괄하고 있으며, 2010년까지의 장기계획을 제시하고 있다. 이들이 내놓은 주요 예방 전략 중에는 암에 대한 위험요인의 3위를 차지하고 있는 금연(흡연예방) 및 과일과 야채섭취 권장 등이 있다. 암 예방을 위한 또 다른 실질적 실천 중 하나로 유방암에 대한 조기검진을 들 수 있다. 유방암 조기검진의 프로그램인 “The NHS Breast Screening Program”을 통해서 2002년 4월과 2006년 3월 동안에 65~70세에 해당하는 여성의 약 60만 명 정도가 유방암 검사를 받았으며, 통계 자료에 의하면 이들 중 약 40%의 여성이 영상 유방 X선 조영법을 통해서 유방암을 조기 발견한 것으로 보고되고 있다.

만약 암이라고 판정을 받을 경우 이들 환자의 치료대기 시간이 한 달 이내가 되어야 한다는 NHS의 목표 하에 2005년도에는 약 98.9%의 여성들이 치료 결정 후 30일 이내에 치료를 받았다고 보고하였다. 또한 주로 11개 부위(유방, 폐, 위, 비뇨기, 뇌, 피부 등)에서 발생하는 암 종양에 대한 전문적인 외과적 치료에 대한 안내 책자가 “결과를 개선하기(Improving Outcomes)”라는 제목으로 2006년 내에 출간될 예정이다.

나) 심장질환

2000년부터 가슴 통증을 호소하는 사람들이 전문가에 의해 2주 안에 심장 질환 여부를 알아볼 수 있도록 하는 조기접근가슴통증병원(Rapid Access Chest Pain Clinics)이 운영되어 지역사회 주민의 심장질환의 조기진단을 통해서 조기 치료를 받을 수 있는 기회가 생겼다. 이 병원을 통해서 2001년 한 해 동안 75%의 환자가 신속하게 검진을 받을 수 있는 혜택을 누렸으며, 작년 2005년에는 이보다 27.7% 증가한 97.7%의 환자들이 이 진료소에서 검진 및 치료 서비스를 받은 것으로 보고되고 있다.

NHS는 지난 2004~2005년 동안에 약 70,000건에 달하는 관상동맥우회수술과 혈관성형시술을 한 것으로 보고하였으며, 이는 1999~2000년의 기간보다 29,000회가 더 증가한 수치이다. 또한 이 서비스 전에는 환자들이 수술을 받기 위해 2년 정도를 기다리는 것이 통상적이었으나 이제는 3개월 이상 기다리는 대기환자는 찾아보기 힘들 정도로 서비스가 개선되었다.

다) 정신질환

NHS는 2010년까지 자살로 인한 사망률을 20% 낮추는 것이 정신질환에 대처하는 것을 목표로 하고 있다. 2004년 자살률은 최근의 자료 중 가장 낮게 조사되었다. 따라서 이 결과로 미루어 적어도 2009년까지 인구 100,000명당 자살률을 7.3명으로 낮추는 것을 목표로 설정하고 있는데, 이는 실현 가능할 것으로 여겨진다. 가장 최근에 조사된 자살률은 2002~2004년도의 자료로 전년도에 비하여 6.6% 감소하였으며, 인구 100,000명 당 8.6명으로 조사되었다. NHS는 영국 사회의 높은 자살률을 낮추기 위해 지역 사회와 긴밀히 협조하여 최선의 노력을 다하고 있다. 이에 따라 2005년 3월에는 343건의 자살 미수사건을 예방하였고 109건의 자살 관련 사건을 조기 방지 할 수 있었다.

NHS는 또한 각 지역별로 1500명의 팀으로 구성된 네트워크를 형성하여 정신질환으로 인해 야기될 수 있는 각종 위험사고들에 대해서 대처를 하고 있으며, 이 중에서도 특히 심리 관련 학위자가 650명이며 이들은 주로 1차 예방을 주로 힘쓰고 있다. 예산은 2005년 6월 이후 1억 3천만 파운드를 추가로 더 확보해 놓고 있다.

특히, NHS는 감옥 내 수감자들이 심각한 정신질환으로 인한 자살률인 높기 때문에 이 문제를 해결하기 위하여 다각적이고 다양한 프로그램을 수행하고 있다. 1983년에 제정된 정신보건법(Mental Health Act)을 시작으로 위기에 처한 수감인의 상당수를 병원으로 옮겨 치료받을 수 있도록 조치를 치하고 있으며, 2004년에는 이 법을 통해 831명이 치료를 받은 것으로 보고되고 있다.

라) 만성질환

현재 영국 내에는 약 1500만 명에 해당하는 사람들이 당뇨, 천식 혹은 관절염 등과 같은 만성질환을 앓고 있다. 만성질환을 앓고 있는 대다수의 환자가 발병시점에 적절한 의료진단과 치료를 받은 예가 거의 없기 때문에 문제가 더 심각하다. 적절한 때에 진단이나 치료를 받지 못했기 때문에 치료가 지연되어 만성질환의 예방은 고사하고 상태가 더 악화되지 않도록 하는 적절한 치료조차도 못 받고 있는 실정이다.

NHS 향상계획(NHS Improvement Plan)은 이러한 만성질환자들을 돌보는 것을 최우선 과제로 삼고 환자를 찾아가는 의료서비스를 제공하고 있다. 서비스의 일환으로 환자에게 본인의 병에 대한 기본 지식과 대처방법을 다룬 소책자(Supporting People with Long-term Conditions to Self Care- A Guide to Developing Local Strategies and Best Practice, 2006)를 보급하고 있다. 이 책자는 환자가 알아야 할 주요 네 가지 사항, 즉 기본 정보(Information), 대처방안(Skills and Training), 도구 및 장치(Tools and Devices)와 지지망(Support Networks)에 대한 것으로 구성되어 있으며, 환자가 거주하는 해당지역 전문의들과의 연결할 수 있도록 간략한 소개도 포함하고 있다.

마) 노인들을 위한 의료 서비스

현재 영국에 거주하는 65세 이상 노인 인구는 800만 명으로서 NHS는 노년층의 삶의 질을 개선하고 독립적인 생활 지원을 목표로 하며 그들이 자신들의 집이나 요양원 혹은 보호 시설에서 여생을 보낼 수 있도록 도와주고 있다.

바) 유아 및 어린이

NHS는 Sure Start를 통해 소외된 지역에 사는 어린이들과 해당 가족들의 건강증진을 위하여 힘쓰고 있다. 이 Sure Start 프로그램은 영아센터 운영, 3~4세 유아들을 위한 무상교육 제공, 0~16세 사이의 연령층을 대상으로 특별히 보호

가 필요한 아이들을 위하여 보육지원 및 방과 후 학교 등을 운영하고 있다. NHS는 1997년 이래로 170억 파운드의 비용을 사용하였으며, 이 프로그램을 통하여 3~4세 유아들은 주당 12.5시간, 다시 말하면 매년 33주를 무상으로 교육받고 있다. 이들의 무상교육은 2006년부터 연 38주로, 2007~2010년까지 주당 15시간으로 늘릴 것으로 계획하고 있다.

사) 건강불평등 해소

1980년 영국에서 발간된 ‘블랙리포트’는 사회계층과 지역에 따른 사망률의 차이를 통해 건강불평등 문제를 본격적으로 제기하였으며, 이에 따라 영국은 1997년 노동당 정권이 집권한 뒤 구체적인 정부 정책 과제로서 ‘건강불평등 해소’를 채택하였다.

1997년 영국 정부가 시작한 ‘건강행동구역(Health Action Zones)’은 대표적인 건강불평등 해소 프로그램으로서 취약지역 주민을 중심으로 한 건강증진사업, 도시개발사업 등 종합적인 형태로 접근하고 있다. 1999년에는 영국 보건부를 중심으로 ‘건강불평등의 감소-행동강령’을 발표하였으며 이를 실행하는 근거로 ‘건강한 지역사회 건설’을 지향하였다. 목표로서는 최저임금제도와 세액공제 도입, 급여수준의 확대 등이 설정되었다.

최근 설립된 기구로서는 건강불평등기구(The Health Inequalities Unit: HIU)가 있으며, 이 기구는 2010년까지 유아 사망률을 10%로 낮추고, 평균수명 또한 10%연장하는 것을 목표로 하고 있다. 2010년까지 취약 거주자들의 평균수명 역시 남자는 78.6세, 여자는 82.5세까지 연장하는 것을 목표로 설정하고 있다. 이 목표를 달성하기 위하여 위해 평균수명을 감소시키는 주원인이 심장질환, 뇌졸중 및 기타 관련 질병의 발생률을 40%이하로 낮추려고 노력하고 있다. 특히, 의료적 혜택을 받지 못하고 있는 지역 주민들의 암 발생률을 최소한 6%, 심혈관질환은 40% 이하, 성인 흡연율은 26% 이하로 낮추는 것을 목표로 하고 중점적인 사업을 실시하고 있다. 매년 급증하고 있는 11세 이하 소아비만을 근절시키고 이와 더불어 늘어나고 있는 18세 미만의 청소년 임신율 또한 50% 이하로 감소시키는 것 등도 이에 포함된다.

나아가 영국 보건부는 지난 2005년부터는 ‘지자체 저널(Municipal Journal)’이라는 잡지를 선보이며 지방의 기본 의료 단위인 국가 보건 서비스 트러스트의 건강불평등과 관련된 활동들을 일반인들에게 공개하고 있다.

아) 불법마약복용

불법마약복용에 따른 폐해로부터 영국 국민을 보호하기 위한 목적으로 약물 중독자들을 위한 치료 프로그램을 실시한 결과 2004~2005년에 총 160,450명이 참가하였고 이 가운데 75%의 내담자들이 교육과정을 충실히 마치거나 약물 중독에서 벗어난 것으로 조사되었다. 이러한 프로그램 참가 운동을 2008년까지 100%대로 높이는 것이 ‘The NHS Plan’에 포함되어 있다.

2. 평가영역

평가는 1991년 이래로 보건부에서 매년 영국건강조사(The Health Survey for England)를 하여 어린이와 성인의 보건행태 및 건강수준에 관한 항목을 조사하여 영국에서 행해지고 있는 건강증진사업을 평가하고 있다. 1994년 이후에는 보건부의 주관 하에 국립사회연구센터(National Centre for Social Research)와 왕실의과대학교(Royal Free and University College Medical School)의 역학과(Department of Epidemiology)와 공동으로 조사하고 있다.

본 조사의 목적은 매해 국민 건강의 정보를 제공하고 만성 혹은 특정 질환을 가진 인구의 비율을 예측하는 것이며, 만성질환이나 특정질환의 위험요인을 파악하여 건강증진사업을 하고, 사업이 효율적으로 이루어졌는지를 감독(Monitoring)하는 데 있다.

이 조사는 인터뷰(interview)와 방문간호사(nurse visit)를 통해 이루어지고 있으며, 조사내용은 매년 포함되는 핵심조사항목과 매년마다 관심이나 중점사업에 따라 내용을 달리하는 특별조사항목으로 구분되어진다. 핵심항목은 일반적인 건강, 흡연, 음주, 야채나 과일 섭취, 신장 및 체중, 혈압 및 혈액과 타액 샘플 측정이 있으며, 특별조사항목으로는 심혈관질환 여부, 옥외활동, 사고, 폐기능 측정 및 특정혈액 분석이 포함된다.

조사 대상은 본 건강조사가 실시된 이래로 16세 이상의 청소년과 성인이 주요대상이나 1995년을 기점으로 2~15세 사이의 청소년이 조사에 포함되었으며, 2001년부터는 0~1세 사이의 영아 역시 본 조사에 포함되었다. 표본의 수는 1991년이 3,000명, 다음해가 4,000명, 1993~1996년이 16,000명의 성인, 4,000명의 어린이였으며, 1997년에는 9,000명의 어른, 7,000명의 어린이로 해마다 증가하는 추세를 보이고 있다.

다음에서 제시된 표는 1993년 이후 조사된 성인들의 건강을 평가하는 주요 항목이다.

<표 3-23> 1993년과 2004년 영국주민의 건강상태 평가결과의 예

항목	1993년과 2004년 평가 결과
일반적인 건강 (General health)	* 건강상태 1993년과 2004년 사이에 가장 좋은 건강상태를 보이는 인구의 비율은 남자는 2%, 여자는 3% 증가하였으나, 가장 나쁜 건강상태의 비율 역시 남자가 2%, 여자는 4%로 증가하였음. * 장기적 치료를 요하는 질환 장기적인 치료를 요하는 질환에 걸린 비율도 이 기간 동안 남자는 40%에서 47%로, 여자는 40%에서 50%로 증가하였음 * 급성질환율 남자는 12%에서 14%로 여자는 14%에서 19%로 모두 증가하는 추세임
심혈관 질환 (Cardiovascular disease)	* IHD 발병률 1994년과 2004년 사이에 IHD의 발병률은 그다지 큰 폭의 변화를 보여주지는 않았으나 전반적으로 남자는 6.0%(1998), 7.1%(1994), 7.4%(2003)의 비율을 보여주었음. 다만 75세 이상의 최고령 인구층에서는 꾸준한 증가율을 보였음 여성은 전반적으로 4.1%, 4.6%, 4.5%로 소폭의 증가율을 보였음 * 뇌졸중의 발병률은 남자는 1.8%(1994), 2.3%(1998), 2.7%(2003), 여자는 각각 1.6%, 2.15%, 2.3%의 변화를 보였음. 이러한 증가는 특별히 65-74세 사이 혹은 75세 이상의 인구층에서 두드러지게 나타났음 * 2003년도 IHD 혹은 뇌졸중의 발병률은 남자가 7.1%(1994), 8.5%(1998), 9.1%(2003)로 나타난 반면 여자는 각각 5.2%, 6.2%, 6.3%로 보다 낮은 증가치를 보였음

〈표 3-23〉 계속

항목	1993년과 2004년 평가 결과
당뇨병 (Diabetes)	<p>* 당뇨병률 당뇨병률은 남자가 2.9%(1994), 3.3%(1998), 4.8%(2003), 여자는 각각 1.9%, 2.5%, 3.6%의 증가율을 보였음</p> <p>* 이러한 증가는 남자는 35세 이상, 여자는 25세 이상의 인구층에서 특히 두드러지게 나타났다</p>
운동 (Physical activity)	<p>* 일주일에 5번 이상, 30분씩 규칙적으로 운동하는 비율 규칙적으로 운동하는 남녀의 비율은 남자는 32%(1997), 35%(2004), 여자는 각각 21%, 24%로 증가하였음</p>
혈압 (Blood pressure)	<p>* 수축기 혈압(systolic blood pressure) 1993년과 2003년 사이에 수축기혈압은 남자는 139mmHG에서 135 mmHG, 여자는 136 mmHG에서 130 mmHG로 둘 다 감소하였으며, 특히 여자의 경우 65세 이상의 노인층에서 13 mmHG의 증가하여 최고치를 보여주었음</p> <p>* 이완기혈압(diastolic blood pressure) 1993년과 2003년 사이 역시 남자가 78 mmHG에서 73 mmHG, 여자는 74 mmHG에서 72 mmHG로 둘 다 감소하였으며, 남자는 전 인구층에서 감소율을 보였으나, 특히 남녀 둘 다 65세 이상의 노인층에서 9mmHG(남자), 6-10mmHG(여자)로 최고의 감소율을 보였음</p> <p>* 고혈압(수축 혈압이 140mmHG 이상, 심장 이완 혈압이 90mmHG)의 비율, 고혈압환자의 약물복용비율 고혈압은 1998년과 2001년 사이에 고혈압을 보인 남자 40.8%였으나 이 수치가 2003년에는 37.8%로 감소하였고, 여자 역시 2001년에는 34.7%였으나 2003년에는 31.7%로 감소하였으며, 1998년과 2003년 사이에 고혈압을 가졌으나 혈압 약을 복용하지 않는 비율은 남자는 8%, 여자는 5%로 감소하였음.</p>
신장 및 체중 (Height and Weight)	<p>* 신장 1993년과 2002년 사이에, 신장은 해마다 1mm-2mm로 소폭 증가추세를 보였으며, 전반적으로 남자가 2000년에는 174.4cm, 2002년에는 174.8cm로 여자보다 더 큰 차이의 증가를 보였음</p> <p>* 체중 1993년과 2004년 사이에 남자의 몸무게는 78.9kg에서 83.2kg으로 증가하였고, 여자는 66.6kg에서 70.0kg으로 증가하였으며, 특히 남자 65세 이상의 인구층에서 5kg의 최고의 증가하였으나, 여자는 어떤 인구층에서도 별다른 증가 혹은 감소하지는 않았음</p>

<표 3-23> 계속

항목	1993년과 2004년 평가 결과
비만 (Obesity)	<p>* BMI(체질량지수) 1993년과 2004년 사이, BMI로 나타난 이상적인 체중의 비율은 성인 남자의 경우 37%에서 37.2%로 성인 여자의 경우 44.3%에서 35.8%로 감소하였음.</p> <p>두드러지게 증가한 비만 비율에 비해 과체중의 비율에는 눈에 띄는 변화가 없었으나, 비만 (BMI 30 이상)의 비율은 남자의 경우 1993년 13.2%에서 2004년 23.6%로, 여자의 경우 1993년 16.4%에서 2004년 23.8%로 각각 증가하였음.</p> <p>* WHR(허리-엉덩이의 비율)¹⁾ 성인 남녀 모두에서 평균 허리-엉덩이 비율에는 눈에 띄는 변화가 없었음. (남자 1993년 0.90, 2003년 0.93 / 여자 1993년 0.79, 2003년 0.82)</p>
흡연 (Cigarette smoking)	<p>* 비흡연 비율 성인 남자의 경우 절대적 비흡연의 비율이 증가했음(1993년 39% → 2004년 45%).</p> <p>* 흡연 비율 1993년의 28%에서 2004년 22%로 감소하였고 현재의 흡연자의 경우 하루 20개비 혹은 그 이상을 흡연하는 성인 남자의 비율 역시 1993년의 11%에서 2004년 7%로 감소하였음.</p> <p>* 보통 흡연자 (10<20개비 /하루), 가벼운 흡연자 (<10개비 /하루)의 비율 성인 여자의 절대적 비흡연의 비율은 1993년 52%에서 2004년 55%로 증가한 반면 현재 흡연자의 비율은 1993년과 2004년 사이 각각 26%에서 23%로 감소했음. 가벼운 흡연자(<10개비 / 하루), 보통 흡연자(10<20개비/ 하루), 심각한 흡연자(20개비 혹은 그 이상 /하루)로 분류된 여성의 비율은 별 변화가 없음. 이들의 비율은 2004년 에는 각각7%, 10%, 6%임.</p>

주: 1) 비만자의 WHR(허리-엉덩이의 비율)는 성인 남자의 경우 0.95 혹은 그 이상일 경우로, 성인 여자의 경우 0.85 이상인 경우로 정의됨.

〈표 3-23〉 계속

항목	1993년과 2004년 평가 결과
알코올 (Alcohol)	<p>* 성인 남녀의 알코올 소비율 1993년 이래로 성인 남자의 1-10 잔(unit)의 주간 알코올 소비율은 감소되었고 (1993년 34%→2002년 31%), 10-21 잔(unit)의 비율은 증가되었음 (1993년 21%→2002년 23%.) 주간 1잔 이하 혹은 21 잔 이상의 알코올 소비자 비율에는 변화가 없었음. 여성의 경우에는 다른 패턴이 보였는데 1993년 이래로 1-7잔의 알코올 소비 여성의 비율은 전반적으로 감소되었으나(1993년 38%→2002년 36%) 21잔 이상의 여성 알코올소비율은 1993년 2%에서 2002년 6%로 증가함</p>
	<p>* 성인 남녀의 알코올 행태 변화 주로 16-24세 사이의 인구에서 발견됨. 이 연령의 젊은 남성들의 경우 주간 1-10잔 알코올 소비율은 1993년 32%에서 2002년 23%로 감소한 반면, 주간 28 잔 이상의 알코올 소비율 1993년 22%에서 2002년 34%로 증가함. 16-24세 여성의 경우 주간 1-7잔의 알코올 소비율은 41%에서 29%로 감소하였고, 주간 21잔 이상의 알코올 소비율은 9%에서 23%로 증가함. 25세 이상 연령의 인구에는 큰 변화 없음</p>
	<p>* 지난 주(just last week)에 알코올을 하지 않았던 성인 비율 남자의 경우 23%~25%이며, 여성의 경우는 38%~40%임</p>
	<p>* 알코올 소비에 대한 영국 정부의 지침 일일 알코올 소비량은 남성의 경우 4 잔을, 여성의 경우 3 잔을 초과하지 말아야 한다고 조언함. 알코올을 가장 많이 마신 날의 섭취량이 이 비율은 초과하지 않는 남녀의 비율은 2004년 남성의 경우 33%, 여성의 경우 32%로 전 기간에 걸쳐 대체로 안정적임</p>
	<p>* 1998년 이래 알코올을 가장 많이 마신 날의 알코올 섭취량 4잔을 넘는 남성의 비율은 43%~46%에 걸쳐 있고, 여성의 경우 3잔 이상 소비량을 보이는 비율은 28%~30%임. 대체로, 이러한 비율은 여성의 경우 큰 변화가 없으나, 특정 연도에는 차이가 있음</p>
<p>* 연령에 따른 알코올 소비 남성의 경우 4잔 이상을 여성의 경우 3잔 이상을 초과하는 젊은 남녀들 사이에 몇 가지 변동이 존재함. 1998년과 2004년 사이에 눈에 띄는 알코올 소비 경향은 16-24세 사이의 연령에서 두드러짐. 16-24세 사이의 남자의 경우 4 단위 이상을 소비하는 비율은 1998년 52%에서 2004년 58%로 증가함. 이러한 패턴은 16-24세 사이의 여성에게서 더욱 현저한데, 3 단위 이상의 소비량을 보이는 비율은 1998년 39%에서 2002년 49%로 증가하였다가 2004년에는 43%로 감소함</p>	

〈표 3-23〉 계속

항목	1993년과 2004년 평가 결과
과일과 채소 섭취 (Fruits and vegetable consumption)	* 과일/채소의 섭취량 과일채소섭취량은 2001년에 처음으로 과일, 채소의 일일 소비량을 조사하기 위해 추가 됨. 남녀 모두에 있어서 하루 5 portion 이상을 섭취하는 비율은 2001년과 2004년 사이에 남자의 경우 22%에서 24%로, 여자의 경우 25%에서 27%로 각각 증가함.

3. 소결

영국의 국가보건서비스와 건강증진사업은 지난 20년 동안 매우 성공적으로 사업이 수행되었으며, 그 이유는 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째는, 국가기구의 활성화이다. 국가적으로 혹은 지역적으로 국민들의 의료 서비스 만족도를 높이기 위한 자발적인 기구들이 출범하였으며, 이 기구들은 병원이나 의사들의 의료 태만 등을 감시하고 폭로하며 질 높은 의료 서비스를 제공하기 위해 다양한 방법으로 활동 중이다.

둘째로, 공공기관과 민간기관 간의 파트너십을 들 수 있다. 영국은 공공 서비스 부문의 질을 향상시키기 위해 공공기관 및 사설 시설 간의 공고한 파트너십을 강조하여 민간단체 및 전문가 그룹이 함께 참여하는 프로그램들을 운영 중이다. Scottish Intercollegial Guidelines Network가 한 예이다.

셋째로 전문가를 양성했다는 점이다. 다른 유럽 국가들과 달리 여러 보건전문인을 위한 다양한 박사 과정 프로그램이 운영 중에 있다.

넷째로 대외정보이다. 영국 국민들은 그들의 의료 권리나 의료 서비스에 대한 선택 이전에 폭넓은 정보를 얻을 수 있다. 또한 이러한 의료 수여자들에 대한 만족도 여부가 NHS에서 실시하는 제도적인 설문조사를 통해 확인된다.

마지막으로 치료적 효율성을 들 수 있다. 지난 20년 동안 NHS는 의학적 감사(audit), 치료적 가이드라인 제시, 의료 기관에 대한 기밀한 조사에 관하여 선구자적인 역할을 해왔으며 이를 통해 환자 편의 치료에 대한 공정성 및 신뢰도를 높여 왔다.

제3절 일본의 건강증진정책 추이

일본의 후생노동성에서는 조기사망의 감소, 건강수명의 연장, 삶의 질 향상의 실현을 목적으로 2000년부터 ‘21세기 국민건강증진 운동(건강일본 21)’을 추진하고 있다. 국가 수준의 당초 목표로 9분야 70항목 100지표를 설정하고, 이들 목표를 참고로 지방계획을 책정하도록 하고 있다.

건강일본 21은 건강증진의 이념 아래, 국가, 도도부현, 시정촌은 물론 지역 주민을 포함한 주민 주체의 건강증진운동으로서 전개되고 있다. 47개 도도부현에서 각각의 건강증진계획을 책정하여 추진하고 있고, 반수 이상의 시정촌에서도 계획이 책정되어 있다.

건강일본 21의 성공의 열쇠는 실효성 있는 지방계획의 책정 및 추진이고, 각 지방계획의 목표가 달성되는 것에 의해 국가 수준의 목표가 달성되는 것이 바람직하다고 하고, 지역에서의 실천을 중시하고 있다. 특히 선진 사례를 그대로 적용하는 것이 아니라, 지역에 맞는 계획을 우선 착수하도록 독려했다.

건강일본 21에서는 목표 설정과 목표 달성을 위한 구체적인 모든 활동의 성과를 적절히 평가하여 그 후의 건강증진운동에 반영하는 것을 기본방침의 하나로 하고, 2005년도에 중간평가를 실시하였고, 2010년도에 최종평가를 실시한다.

1. 실천영역

가. 재원조달

우리나라의 건강증진기금과 같은 건강증진사업을 위한 별도의 기금은 조성되

어 있지 않다. 사업별로 비용부담의 주체는 다르다. 각 보건사업의 내용은 ‘마. 건강증진사업 내용’에 상세히 기술한다.

〈표 3-24〉 보건사업 재원조달(2003년도)

보건사업	재원조달방법	비용
- 노인보건법 규정에 의해 시정촌이 실시하는 보건사업 - 기본건강진단 - 간염바이러스 검진 - 압 검진	국가, 시도부현, 시정촌이 1/3씩 비용부담(자기부담은 3할 정도)	약 882억엔
- 노동안전위생법의 규정에 의해 사업주가 실시하는 건진 등	사업주 부담	-
- 국민건강보험법의 규정에 의해 각 보험자가 실시하는 건진 등	주로 보험료에 의해 비용 부담(자기부담은 보험자 임의)	시정촌 약 419억엔(0.41%) 국민건강보험조합 약 143억엔(1.70%)
- 정부관장 건강보험의 생활습관병 예방 건진 등	주로 보험료에 의해 비용 부담(자기부담은 국가 기준에 따름)	약 578억엔(0.84%)
- 건강보험법의 규정에 의해 건강보험조합이 실시하는 건진 등	주로 보험료에 의해 비용 부담(자기부담은 보험자 임의)	약 2,030억엔(3.30%)

주: 1) 괄호 안은 각 보험자의 지출총액에 대한 비율(정부관장건강보험은 예산상의 수치)
2) 노동안전위생법의 규정에 의해 사업주가 실시하는 건진 등에 소요되는 비용은 파악되어 있지 않음

나. 건강증진법

일본 건강증진사업의 근거법은 ‘건강증진법’이다. 이 법률은 급속한 고령화와 질병구조의 변화로 국민건강증진의 중요성이 증대하면서, 국민건강증진의 종합적 추진에 관한 기본적인 사항을 정하고, 국민의 영양개선과 건강증진을 도모하기 위해 설치하였고, 이로 하여금 국민보건 향상을 도모하는 것을 목적으로 한다.

1) 경위

건강증진과 질병예방을 적극적으로 추진하기 위해 환경정비의 중요성이 대두되고 이에 2000년 3월 31일에 국민건강증진 운동으로 ‘건강일본 21’이 시작되었다. ‘건강일본 21’를 중심으로 하는 국민건강증진·질병예방을 더욱 적극적으로 추진할 법적 기반을 정비하기 위해서 의료제도개혁의 일환으로 2002년 7월에 제정되고, 2003년 5월 1일에 시행되었다.

2) 법률의 개요

가) 기본방침 및 지방건강증진계획(제7조 및 제8조)

- 후생노동대신은 국민건강증진의 종합적인 추진을 도모하기 위하여 기본방침을 정하도록 함.
- 도도부현은 국가의 기본방침을 고려하여 주민의 건강증진의 추진에 관한 시책에 대한 기본적인 계획을 정하도록 함(의무).
- 시정촌은 국가의 기본방침 및 도도부현 계획을 고려하여 주민의 건강증진 추진에 관한 시책에 대한 계획을 정하도록 힘써야 함(노력의무).

나) 건강진단 등 지침(제9조)

- 후생노동대신은 모든 국민이 건강증진을 위한 자주적인 노력을 하도록 건강진단 등 지침을 정하여야 함.

다) 국민건강영양조사 등(제10조~제16조)

- 후생노동대신은 국민건강증진을 종합적으로 추진하기 위한 기초자료로 국민의 신체상황, 영양섭취량 및 생활습관의 상황을 파악하기 위해 국민건강영양조사를 실시하도록 함.

- 국가 및 지방공공단체는 국민건강증진의 종합적 추진을 위한 기초 자료로써 국민생활습관과 암, 순환기질환 등 생활습관병과의 관련성을 파악하기 위해서 생활습관병 발생 상황의 파악에 힘써야 함

라) 간접흡연의 방지(제25조)

- 다수가 이용하는 시설을 관리하는 자는 이용자에 대해서 간접흡연을 방지하기 위해 필요한 조치를 강구하도록 힘써야 함

마) 기타

- 시정촌에 의한 생활습관 상담 등의 실시, 도도부현에 의한 전문적인 보건지도의 실시
- 특정 급식시설의 영양관리
- 식품의 특별용도표시, 영양표시기준 등

다. 추진체계

개인의 건강증진을 사회전체에서 지원하기 위해서는 폭넓은 관계자가 협력하는 지원체계의 정비가 중요하다. 그 때 행정내부의 체계를 만드는 것 뿐 아니라, 행정외부의 다양한 관계자와의 연계를 고려한 체제정비가 중요하다.

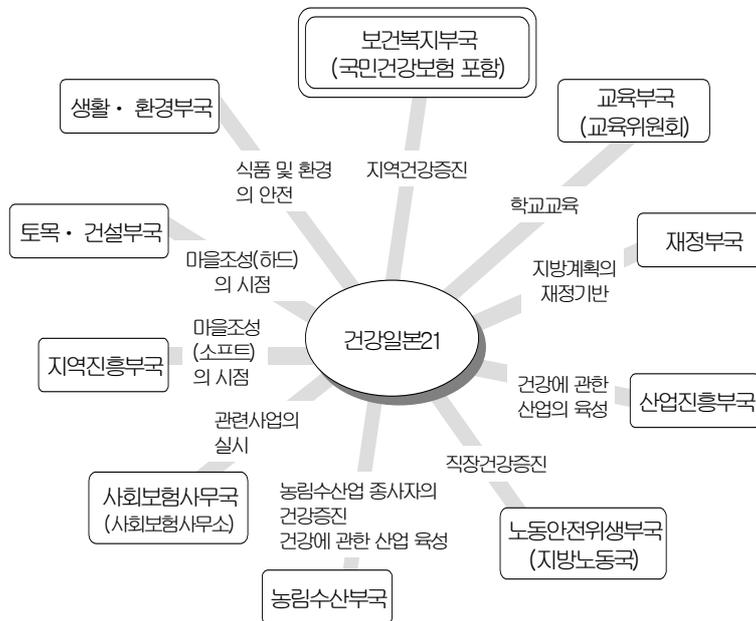
1) 행정부문의 체제

행정내부의 자원은 건강일본 21의 계획책정 및 시책 실시의 중심이 되는 보건복지부국과, 기타 행정부문의 관련부국이다. 보건복지부국 이외의 관련부국과는 건강일본 21의 계획 입안의 초기 단계(체제 정비 및 예산 확보)부터 연계를 해 나가는 것이 바람직하다고 할 수 있다.

건강일본 21의 지방계획의 추진은 건강증진 대책의 일환으로 보건복지부국이 중심이 되어 연계할 수 있는 시책을 탐구하면서, 종합적인 시점에서의 행정내

외의 협력체계를 정비하여야 한다. 건강일본 21의 다양한 목표 항목을 실현하기 위해서는 목표 실현에 필요한 서비스를 민간단체 등 다양한 사회자원과 연계하여 제공하는 것이 중요하다. 또한 인재양성을 위한 연수제도 및 건강일본 21의 추진에 관한 정보시스템의 정비 등도 필요하다.

[그림 3-6] 일본의 행정부문 체제

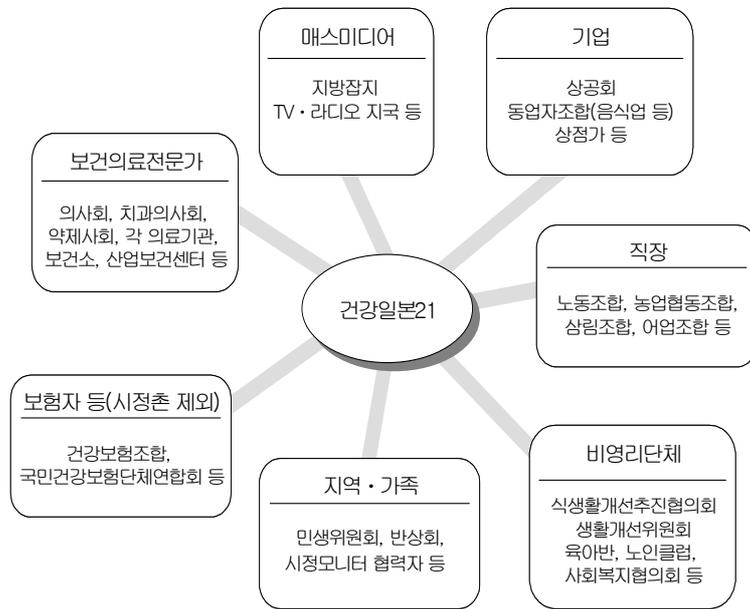


2) 사회자원을 포함한 체제

사회자원은 건강일본 21을 추진하기 위한 조직·집단·시설·인력을 말한다. 종래의 건강증진대책에서는 행정이 주체가 되어 여러 시책을 실시하는 것이 많았으나, 건강일본 21에서는 사회자원과 연계하는 것이 큰 특징이다. 건강일본 21은 생활습관이라는 지역 주민의 생활 전반에 관련되는 시책인 만큼 사회자원과의 연계가 되느냐 마느냐는 목표달성에 관한 중요한 포인트라고 할 수 있다.

목표가 달성되기 위해서는 각각의 목표항목에 비추어 그 달성에 기여할 수 있는 사회자원을 검토하고 협력을 의뢰해야 한다. 건강일본 21에서는 추진주체인 행정기관 외에 다음의 사회자원이 연계해 나가는 것이 중요하다.

[그림 3-7] 사회자원을 포함한 건강증진관련 체제



건강일본 21의 계획추진에서는 행정 각 부문 및 사회자원 간의 역할분담과, 사회자원에 의한 계획 추진의 지원·관리가 필요하다. 중점대상이 설정된 목표 항목에 대해서 확실한 달성이 가능하도록 자원(행정 각 부문 및 사회자원)을 검토한다. 지방계획의 책정·추진·평가의 각 과정에서는 지역주민이 중심이 되는 것이 중요하다. 건강증진의 실천자는 지역주민이다. 특히 시정촌 계획은 건강일본 21을 추진하기 위해서 이러한 주민의 목소리와 아이디어를 계획하는 단계에서부터 반영하고, 계획의 책정·추진·평가의 과정을 통해 주민들 스스로의 의식을 향상시키는 것이 중요하다.

3) 행정부문과 사회자원과의 연계

행정부문의 건강일본 21 담당부국 및 관련부국, 행정 외부의 각종 조직과의 역할분담에 있어서, 종래는 보건복지부국이 중심이 되어 시책의 계획·실시·평가를 실시하였으나, 건강일본 21에서는 행정조직 내외의 사회자원과 연계가 중요하다.

따라서 담당부국이 주체적으로 책임을 가지고 담당할 부분과, 행정부문의 관련부국에 협력을 의뢰하고 연계할 부분, 나아가 행정 외부의 각종 조직 및 집단에 협력을 의뢰하고 연계할 부분의 역할분담을 적절히 하여야 한다. 이 경우 건강일본 21의 담당부국인 보건복지부국이 어느 정도 이니셔티브를 잡아야 한다.

그러기 위해서는 건강일본 21의 지방계획책정의 단계부터 행정부문의 관련부국과 함께 지방계획을 작성하는 방법을 생각할 수 있다. 예를 들어 ‘건강일본 21 추진위원회’와 같은 담당부국·관련부국·주민대표로 구성된 검토회에서 건강일본 21의 지방계획을 책정하는 것도 한 방법이다.

라. 21세기 국민건강증진 운동 ‘건강일본 21’

2000년 4월부터 21세기 국민건강증진 운동 ‘건강일본 21’이 시작되었다. 국가 수준의 당초 목표로 9분야 70항목 100지표가 설정되어 있고, 이들 목표를 참고로 지방계획을 책정하도록 하고 있다. 기간은 2010까지로 하고 평가는 2005년 중간평가, 2010년에 최종평가를 실시하고, 그 평가를 이후 사업의 추진에 반영한다.

1) 건강일본 21의 배경

일본의 평균수명은 제2차 세계대전 후 생활환경의 개선, 의학의 발전에 의해 급속히 연장되고 지금은 세계에서 손꼽는 장수국가가 되었다. 이러한 인구의 급속한 고령화와 식생활, 운동습관 등을 원인으로 하는 생활습관병이 증가하여,

그 결과 치매, 와상 등 개호를 필요로 하는 인구가 증가하고, 심각한 사회문제가 되고 있다. 저출산 고령화 사회에서는 질병 치료의 부담이 증대된다.

따라서 21세기의 일본을 국민 모두가 건강하게 생활할 수 있는 활력 있는 사회로 만들기 위해, 건강을 증진하고 질병을 예방하는 '1차 예방'에 중점을 둔 대책을 강력하게 추진하고, 조기사망 및 요개호 상태를 감소시키고, 건강수명 연장 등을 도모하는 것이 중요하게 되었다.

2) 건강일본 21의 목적

건강일본 21에서는 조기사망의 감소, 건강수명의 연장, 삶의 질 향상을 목적으로 한다. 이러한 3가지 목적을 달성하기 위해서, 조기사망의 원인이 되고, 건강수명을 단축하여 삶의 질을 저하시키는 생활습관병과 그 원인인 생활습관에 관한 9분야 70항목에 대한 목표치를 설정하고 있다.

3) 건강일본 21의 기본방침

- ① 1차 예방 중시
- ② 건강증진 지원을 위한 환경정비
- ③ 목표 설정과 평가
- ④ 다양한 사업수행주체와 연계한 효과적인 건강증진의 추진

4) 목표 설정 분야

9분야 70항목에 대해 100지표를 설정하고 있다.

가) 영양·식생활

- 적절한 영양소의 섭취
- 적절한 영양소의 섭취를 위한 개인 행동
- 개인의 행동을 지원하기 위한 환경정비

나) 신체활동·운동

- 일상생활에서의 신체활동에 대한 의식 및 운동습관 등에 대해서 성인 및 고령자로 나누어 설정

다) 휴식·정신건강

- 스트레스 경감
- 충분한 수면
- 자살자의 감소

라) 흡연

- 담배의 건강영향에 대한 충분한 지식 보급
- 미성년자의 흡연예방
- 간접흡연의 해를 감소시키기 위한 환경정비
- 금연희망자에 대한 금연지원

마) 음주

- 고도음주자의 감소
- 미성년자의 음주 예방
- 적당한 음주에 대한 지식 보급

바) 치아건강

- 치아 상실의 원인이 되는 충치균 및 치주병의 예방
- 치아 상실 예방

사) 당뇨병

- 생활습관 개선
- 당뇨병 유병자의 조기발견 및 치료의 계속
- 생활습관 개선이 당뇨병 유병자의 감소에 미치는 영향 추계

아) 순환기 질환

- 생활습관 개선
- 순환기 질환의 조기발견
- 생활습관 개선이 순환기 질환 사망률의 감소에 미치는 영향 추계

자) 암

- 생활습관 개선
- 암 검진 수진자

이상의 목표 설정 분야에 대한 분야별 목표는 다음과 같다.

분야	목 표
1. 영양· 식생활	1.1 적정 체중을 유지하는 인구의 증가 1.2 지방 에너지 비율의 감소 1.3 식염 섭취량의 감소 1.4 채소 섭취량의 증가 1.5 칼슘이 풍부한 식품 섭취량 증가(성인) 1.6 적정체중을 알고 체중 조절을 실천하는 인구의 증가 1.7 조식을 결식하는 인구의 감소 1.8 양과 질이 제대로 된 식사를 하는 인구의 증가 1.9 외식과 식품 구입 시 영양성분표시를 참고하는 인구의 증가 1.10 적정체중을 유지할 수 있는 식사량을 알고 있는 인구의 증가 1.11 자신의 식생활에 문제가 있다고 생각하는 인구 중 식생활 개선의욕이 있는 인구의 증가 1.12 건강메뉴 제공의 증가와 이용의 촉진 1.13 학습 장소의 증가와 참가의 촉진 1.14 학습 및 활동 자구그룹의 증가

분야	목 표
2. 신체 활동·운동	<p>[20세 이상 성인]</p> <p>2.1 의식적으로 운동을 하려고 노력하는 인구의 증가</p> <p>2.2 일상생활에서의 걷기 보수의 증가</p> <p>2.3 운동습관자의 증가</p> <p>[고령자]</p> <p>2.4 외출에 대해 적극적인 태도를 가진 인구의 증가</p> <p>2.5 어떤 형태로든 지역활동을 하고 있는 인구의 증가</p> <p>2.6 일상생활에서의 걷기 보수의 증가</p>
3. 휴식·정신건강	<p>3.1 스트레스를 느끼는 인구의 감소</p> <p>3.2 수면에 의한 휴식을 충분히 취하지 못하는 인구의 감소</p> <p>3.3 수면을 확보하기 위해서 수면보조제나 알콜을 사용하는 인구의 감소</p> <p>3.4 자살자의 감소</p>
4. 흡연	<p>4.1 흡연이 건강에 미치는 영향에 대한 충분한 지식의 보급</p> <p>4.2 미성년자의 흡연 예방</p> <p>4.3 공공장소 및 직장에서의 철저한 금연 및 효과 높은 금연에 관한 지식 보급</p> <p>4.4 금연 지원 프로그램의 보급</p>
5. 음주	<p>5.1 과음하는 인구의 감소</p> <p>5.2 미성년자의 음주 예방</p> <p>5.3 절주 지식의 보급</p>
6. 치아 건강	<p>[유아기 충치 예방]</p> <p>6.1 충치 없는 유아의 증가</p> <p>6.2 불소 도포를 받은 유아의 증가</p> <p>6.3 간식으로 단 식품·음료를 자주 먹는 습관이 있는 유아의 감소</p> <p>[학령기 충치 예방]</p> <p>6.4 1인 평균 충치 수의 감소</p> <p>6.5 불소 배합 치약 사용의 증가</p> <p>6.6 개별적인 양치 지도를 받는 인구의 증가</p> <p>[성인기 치주염 예방]</p> <p>6.7 치주염의 감소</p> <p>6.8 치실, 치간 칫솔 사용의 증가</p> <p>6.9 흡연이 건강에 미치는 영향에 대한 충분한 지식의 보급(4.1 참조)</p> <p>6.10 금연 지원 프로그램의 보급(4.4 참조)</p> <p>[치아 상실 예방]</p> <p>6.11 80세에 20개 이상의 치아, 60세에 24개 이상의 치아를 가지는 인구의 증가</p> <p>6.12 정기적인 치석 제거 및 스케일링을 받는 인구의 증가</p> <p>6.13 정기적인 치과 검진을 받는 인구의 증가</p>

분야	목 표
7. 당뇨병	7.1 성인 비만 인구의 감소(1.1 참조) 7.2 일상생활에서의 걷기 보수의 증가(2.2 참조) 7.3 질·양 모두 균형 잡힌 식사를 하는 인구의 증가(1.8 참조) 7.4 당뇨병 검진의 수진 촉진 7.5 당뇨병 검진 수진 후 사후 지도의 추진 7.6 당뇨병 유병자의 감소(추계) 7.7 당뇨병 유병자의 치료 계속 7.8 당뇨병 합병증의 감소
8. 순환기 질환	8.1 식염 섭취량의 감소(1.3 참조) 8.2 칼륨 섭취량의 증가 8.3 성인 비만 인구의 감소(1.1 참조) 8.4 운동 습관 인구의 증가(2.3 참조) 8.5 고혈압의 개선(추계) 8.6 흡연 대책의 충실(4. 흡연 참조) 8.7 고지혈증의 감소 8.8 당뇨병 유병자의 감소(7.6 참조) 8.9 음주 대책의 충실(5. 음주 참조) 8.10 건강진단을 받는 인구의 증가 8.11 생활습관의 개선 등에 의한 순환기 질환의 감소
9. 암	9.1 흡연 대책의 충실(4. 흡연 참조) 9.2 식염 섭취량의 감소(1.3 참조) 9.3 채소 섭취량의 감소(1.4 참조) 9.4 매일 과일류를 섭취하는 인구의 증가 9.5 지방 에너지 비율의 감소(1.2 참조) 9.6 음주 대책의 충실(5. 음주 참조) 9.7 암 검진 수진자의 증가

5) 국가, 도도부현, 시정촌의 역할

건강일본 21의 추진은 도도부현(보건소)과 시정촌이 지역의 특색을 살리고 지역의 실정에 맞는 목표설정형의 건강증진계획(지방계획)을 책정하고 추진하는 것이 이상적이다. 지방계획의 목표가 달성되는 것에 의해 국가 수준의 목표(9분야 70항목)가 달성되고, 최종 목적인 조기사망의 감소, 건강수명의 연장, 삶의 질 향상이 실현되는 것이 이상적이라고 할 수 있겠다.

국가는 건강일본 21의 전국 수준에서의 전략적인 기본계획을 책정하는 역할을 담당한다. 기본계획은 장기적인 방향을 제시하는 이념 및 목적에 중점을 둔 계획이며 국가 전체의 상황을 파악하고 책정하는 것이다.

한편, 도도부현이 책정하는 지방계획은 건강일본 21의 추진에 대한 보다 구체적인 각 도도부현 고유의 전략적인 기본계획과 집행적인 행동계획을 포함한다. 행동계획은 전략을 효율적, 효과적으로 추진하기 위한 방법의 선정과 자원의 배분에 중점을 둔 계획이다.

또한, 시정촌이 책정하는 지방계획에는 도도부현의 계획을 참고로 작성한 시정촌 고유의 전략적인 기본계획 및 그에 바탕을 둔 집행적인 행동계획이 포함되게 된다.

〈표 3-25〉 국가·도도부현·시정촌의 역할

	계획의 책정(Plan)	계획의 추진(Do)	평가(See)
국가	전국수준의 전략적 기본계획 책정 - 건강과제의 영역선정 - 수치목표의 제시 지방계획 책정의 지원 - 도도부현에 대한 지방계획의 책정·추진에 관한 설명회 개최 - 통계자료 제공 - 데이터베이스 작성	전국적인 수준에서의 건강증진 추진 - 대규모 홍보활동 - 건강일본 21에 대한 관심 환기 도도부현, 시정촌의 지원	전국수준에서의 전략적 기본계획의 평가 및 재검토
도도부현	지방특성에 맞는 계획 책정(도도부현 계획, 생활권 계획) - 전략적 기본계획 및 집행적 행동계획 - 지역의 현황 평가 - 건강 과제의 선정 - 수치 목표의 설정 시정촌의 계획책정지원 - 도도부현 계획의 주지 - 생활권(2차 의료권) 계획의 책정 - 시정촌 계획의 책정 검토회 참가 - 통계자료의 제공 - 통계자료의 가공, 해석지원 - 시정촌이 계획 책정을 위해 실시하는 독자조사에 대한 지원 - 연수등을 통한 인재육성 - 상담, 지원창구의 설치	도도부현 수준에서의 건강증진 추진 - 진행관리, 정보제공 - 관계기관과의 조정 - 교육연구 등을 통한 인재육성	도도부현 계획 및 생활권 계획의 평가 및 재검토 도도부현 및 생활권내 자치단체 등의 계획 평가 시정촌 지원
시정촌	도도부현의 계획을 참고로 한 시정촌 고유의 전략적 기본계획 및 집행적 행동계획 - 지역의 현황과악·평가 - 주민참가에 의한 지역특성에 맞는 계획책정 - 시정촌의 건강과제의 명확화	시정촌 수준에서의 건강증진 추진 각종단체와 연계한 계획의 추진 주체적인 주민참가를 위한 지원 - 건강관련그룹지원 - 지역 리더의 육성	시정촌 계획의 평가 및 재검토

마. 건강증진사업 내용

1) 보건사업

가) 노인보건사업

시정촌이 40세 이상의 거주자를 대상으로 중년기부터의 건강증진과 뇌졸중, 심장병 등의 생활습관병의 예방, 조기발견·조기치료 및 고령자의 요개호 상태를 예방, 자립을 촉진하고 원조하는 것에 중점을 두고 있다.

- ① 건강수첩 교부
- ② 건강교육 : 개별 건강교육, 집단 건강교육, 개호가족 건강교육
- ③ 건강상담 : 중점 건강상담, 개호가족 건강상담, 종합건강상담
- ④ 건강진단 : 기본건강진단, 치주질환 검진, 골다공증 검진, 건강도 평가, 수진 지도
- ⑤ 기능훈련
- ⑥ 방문지도

나) 건강보험조합 건강관리사업

- ① 건강진단: 건강진단에 대해서는 생활습관병의 발병이 많은 30세부터 적어도 5년에 1회 이상 실시하는 것으로 하고 40세 이후는 매년 실시하도록 노력할 것을 건강보험조합 사업운영기준으로 규정하고 있음
- ② 각종 검진 후의 보건지도: 면접지도, 전화지도, 집단지도
- ③ 각 사업: 각종교실·강좌, 건강상담, 기관지 발행, 재택요양지원사업: 개호기·용품의 지급 및 대여, 재택 개호 서비스, 쇼트 스테이(short stay), 데이 서비스(day service)
- ④ 공동 사업 : 건강보험조합연합회본부·도도부현연합회의 공동사업: 건강교육사업, 치과교육사업, 시설의 공동이용·설치운영사업
 - 기관지 발행: すこやか健保, 健康保険, 健保ニュース

- TV CM: 매주 토요일 8:00~9:25 사이 60초, 의료·의료보험, 질병예방, 건강증진 등에 대한 정보제공
- 조합간 공동 사업: 고정시설의 공동이용(건강관리센터 등), 건강진단 실시 후의 보건지도, 건강교실 개최, 건강·체력 증진 등의 이벤트, 보건사업의 인재양성, 보건복지사업의 기획, 사업 실시 후의 평가, 분석의 전문 요원 양성, 치과교육, 재택요양지원

다) 국민건강보험 보건사업

① 건강증진추진사업

- 국민종합건강증진추진사업: 건강교육, 건강상담, 건강진단사업, 고령자 대책사업, 재택케어추진사업, 건강의 유지 증진, 체력증진사업, 생활습관 개선사업, 지역활동 등 조직 육성 사업, 정신건강사업, 에이즈예방에 관한 지식의 보급계발
- 중·고령 피보험자 참가형 보람·건강증진사업: 지역활동조직의 육성, 고령자의 보람 만들기 사업, 건강의 유지 증진, 체력증진사업

② 건강지도사업

- 종합건강지도사업: 컴퓨터건강진단, 종합건강지도, 에이즈예방에 관한 지식의 보급계발
- 고령자 건강지도 사업: 고령자건강조사, 종합건강지도, 에이즈예방에 관한 지식의 보급계발

③ 건강관리센터 등 건강관리사업

- 건강관리센터에 의한 건강관리사업: 종합상담창구의 개설, 건강상담, 검진의 사후지도, 퇴원한 자에 대한 방문활동, 질병별 건강교실, 생활습관 개선지도, 다질병 다수진 세대를 중심으로 가정방문지도, 고령자의 보람 만들기, 재택케어서비스 실시
- 치과보건센터에 의한 건강관리사업: 국민건강보험의 직영 진료시설과 연계를 도모하면서, 치과 재택케어를 추진하기 위해 외상노인 등에 대한 재택방문치과검진·지도 실시 사업

- 직영 진료시설에 의한 건강관리사업: 종합상담창구의 실시, 재택케어서비스의 실시, 지역 보건사업 실시
- 수진자 건강관리 데이터뱅크 사업

④ 종합 데이터 뱅크 사업

라) 정부관장 건강보험 건강관리사업

정부관장 건강보험 피보험자의 건강을 유지 증진하는 것을 목적으로 한다.

① 생활습관병 예방 건강진단의 종류 및 검사항목

- 일반건강검진: 문진, 계측, 이학적 검사, 혈압 측정, 뇨검사, 대변검사, 심전도 검사, 혈액학적 검사, 생화학적 검사, 흉부X선 촬영, 위부X선 촬영(희망자에 자궁암검사 실시)
- 1일 종합 건강검진: 일반건강검진 항목 외 혈청검사, 안저검사, 폐기능 검사, 복부초음파검사
- 유방암·자궁암 검진: 문진, 유방암검사(시진, 촉진), 자궁암검사(스메아 방식)
- 생활습관 개선: 문진, 계측, 혈압측정, 생화학적 검사

② 생활습관 개선 지도(사후 지도): 운동지도, 식생활지도

2) 연구사업

후생노동과학 연구사업은 행정정책연구, 후생과학기반연구, 질병·장애대책연구, 건강안전확보종합연구의 4분야 18사업으로 구성되어 있다. 각 연구사업은 목적지향형으로 연구과제를 설정하고, 공모에 의해 연구과제 및 연구자를 모집, 평가위원회의 평가를 거쳐 채택이 결정된다.

후생노동성은 실시하는 연구사업에 대해 행정시책과 연계하면서, 보다 뛰어난 연구개발성과를 국민, 사회에 환원하는 것을 목적으로 평가를 실시하고 있다. 후생과학심의회 과학기술부회에서 후생노동성의 과학기술시책에 관한 예산 개산 요구 전의 평가를 실시한다. 평가결과는 종합과학기술회의의 과학기술관

계 예산에 관한 평가의 기초가 되는 것으로 연구개발자원의 배분에 적절히 반영함으로써 연구개발의 보다 효과적인 실시를 도모하는 것이다.

2. 평가영역

일본의 후생노동성은 2000년부터 21세기 국민건강증진 운동(건강일본 21)을 추진하고 있다. 건강일본 21에서는 목표 설정 및 목표 달성을 위한 구체적인 활동의 성과를 적절히 평가하여, 그 후의 건강증진운동에 반영하는 것이 기본 방침의 하나이다. 따라서 2005년도의 중간평가와 2010년도의 최종평가에 대비하여 평가방법에 대해 전문가 및 관계자 등으로부터 의견을 청취하고, 평가방법을 검토하기 위하여 후생노동성 건강국장이 ‘건강일본21 평가방법 검토회’를 개최하였다. 평가는 국가, 시도부현, 시정촌이 각각 실시하는, 중층적 평가 체계를 갖추고 있는데, 이는 중앙의 정책이 국민개개인에게 직접 도달할 수 있도록 체계를 갖추기 위하여 채택한 시스템이다.

‘건강일본21 평가방법 검토회’는 국가 평가에 대해서는 건강일본 21의 목표 달성도, 계획책정과정, 건강일본 21의 목표달성을 위한 활동상황을 평가의 틀로 하고, 지방계획의 평가에서는 지방계획의 목표 달성도, 계획책정과정, 지방계획의 목표달성을 위한 활동상황을 평가 대상으로 각각에 대한 평가방법을 검토하였다. 시도부현, 시정촌에 있어서는 목표달성도, 계획책정과정 및 목표달성을 위한 활동상황에 관한 중점 사항에 대하여 전국공통의 평가를 실시하여, 상호 비교를 고려하면서도, 각각의 독자성에 바탕을 둔 자기평가를 실시하였다. 또한 계획책정 과정에 대해서는 정성적인 평가를 실시한다.

평가방법은 자체평가를 주로 하나, 객관성을 보완하기 위해 필요에 따라 주민, 전문가, 관계단체 등에 의한 외부평가(설문지, 퍼블릭 코멘트, 워크숍 등)를 실시하기도 한다.

가. 국가 평가

국가는 건강일본 21이라는 전국 수준에서의 전략적인 기본계획을 책정하고,

추진함과 동시에 지방계획의 책정·추진·평가에 관해 각종 설명회의 개최 및 자료의 작성·배부 등을 통해 기술적으로 지원하는 역할을 한다. 건강일본 21의 목표치는 질병의 감소, 위험인자의 감소, 검진의 충실, 생활습관의 개선 등 여러 단계에 걸쳐 있고 현상치 설정에 이용한 조사의 출처도 다양하여 목표치를 파악하는 것이 어려운 경우도 있어, 평가를 고려한 조사를 고려하는 정책도 병행한다.

〈표 3-26〉 건강일본21 중간평가작업팀에 의한 잠정종합평가의 예(영양·식생활 분야)¹⁾

	내 용
잠정종합평가	<ul style="list-style-type: none"> - 중년남성의 비만자는 증가경향임 중년남성 비만자의 증가경향에 대해서는 현재의 노력이 불충분한 가능성도 있으나, 효과가 나타나기 시작하는 시간차를 고려하면 앞으로 개선될 가능성도 있음 - 식염섭취량과 지방에너지 비율이 약간 저하하고 있으나, 채소 섭취량은 증가하지 않음 주로 분석이 실시된 영양소 및 식품섭취량 지표에 대해서, 식염섭취량과 지방에너지 비율이 약간 저하한 것은 ‘건강일본 21’ 시작 전부터 국가 및 지역에서의 노력도 포함된 성과로 생각됨. 그러나 채소 섭취량은 증가하지 않음 - ‘환경 수준’ 및 ‘지식·태도·행동 수준’에 있어서 수치 평가가 충분치 않음 이번 잠정종합평가 단계에서는 ‘환경 수준’ 및 ‘지식·태도·행동 수준’에 대해서 수치 평가가 충분히 이루어지지 않았으나, 시책으로는 국가 및 지방 수준에서 외식 등의 표시, 건강메뉴 제공, 자주 그룹 육성 등이 실시되고 있어, 앞으로의 성과가 기대됨
향후 중점 실시 과제 및 새롭게 강구할 시책 등	<ul style="list-style-type: none"> - ‘식환경’ 측면에서의 대책이 필요함 영양·식생활은 질병 위협의 경감을 목표로 한 개별접근방법 만으로는 집단전체의 개선은 불충분하고 식환경 측면에서의 대책이 필요함 - 식사균형지침 등을 활용하여 목표그룹에 대한 중점적인 대책이 필요함 건강과 식생활에 대해 무관심한 층을 포함하여 목표그룹에 대한 중점적인 대책이 필요함. 식사균형지침과 같은 알기 쉬운 도구를 보급 계발하는 것이 중요함 - 관리영양사 등의 전문가가 충분한 역할을 다하는 것이 중요함 영양·식생활에 관한 정보가 범람하는 가운데 적절한 정보를 전하는 역할을 하는 전문가로 관리영양사 등이 충분한 역할을 다하여야 함 - 실행가능성이 높은 영양교육 프로그램의 실시가 필요함 개별접근방법으로 검진 후의 사후지도 등에서 실행가능성이 높은 영양교육 프로그램을 실시하는 것이 필요함

주: 1) 2005년 4월 21일 후생과학심의회 지역보건건강증진영양부회 제출

나. 도도부현 평가

지방계획 중 도도부현 지방계획은 2001년도말까지 모든 도도부현에서 구체적인 도도부현 고유의 계획이 책정·추진된다. 국가에서는 2005년도에 건강일본 21의 중간 평가를 실시하였으나, 도도부현 계획의 평가시점은 도도부현에 따라 다양하게 설정되어 있다. 또 도도부현에 따라 그 계획에서 중점을 두는 내용, 방법 등에 차이가 있기 때문에 도도부현의 개별성을 고려한 평가와 도도부현간 공통 평가지표를 병행하여 평가한다.

<표 3-27> 도도부현 평가표

평가내용	평가	평가이유	참고자료 등
1. 책정조직에는 필요한 관계자가 포함되어 있었습니까?	1 2 3 4		책정조직의 구성원 첨부
2. 책정조직은 검토 및 논의 등을 활발히 하였습니까?	1 2 3 4		회의록 등 첨부
3. 지역의 건강과제는 명확히 파악되어 있었습니까?	1 2 3 4		건강과제·요구도 파악을 위한 조사를 실시한 경우는 조사 실시요강 등 첨부
4. 주민의 요구도는 충분히 파악되어 있습니까?	1 2 3 4		
5. 계획의 책정과정에서의 논의를 주민과 관계자에게 공개했습니까?	예·아니오		공개방법·내용을 명시(회의록 홈페이지 공개, 실태조사결과의 공개, 강연회 개최 등)
6. 지방계획의 목표설정은 독자성이 있습니까?	예·아니오		독자적으로 설정한 목표 명시
7. 목표를 달성하기 위한 사업이 명확합니까?	1 2 3 4		사업실천평가표 기재
8. 사업을 실시하는 데 있어서 우선순위를 검토하여 실시하고 있습니까?	1 2 3 4		우선 실시한 사업과 우선이유 명시

평가내용	평가	평가이유	참고자료 등
9. 지방계획의 내용 및 역할이 주민·관계자별로 구체적으로 명시되어 있습니까?	1 2 3 4		주민·관계자 별로 내용 및 역할 명시
10. 지방계획의 각 목표분야에는 건강증진을 지원하는 환경정비에 대해 기재되어 있습니까?	1 2 3 4		기재되어 있는 환경정비 명시
11. 지방계획 및 실시상황을 알기 쉽게 주민에게 알리고 있습니까?	1 2 3 4		주지방법 명시(광고지 및 홈페이지, 계획의 다이제스트판의 작성·배포 등)
12. 지방계획은 타 사업의 계획 및 예산편성에 활용하고 있습니까?	예·아니오		활용한 타 사업계획 및 예산을 첨부
13. 지방계획에 바탕을 둔 주민 및 관계자의 활동을 지원하고 있습니까?	1 2 3 4		구체적인 관계단체 등의 목록 및 지원 내용을 첨부
14. 시정촌의 건강증진계획의 책정 및 추진을 지원하고 있습니까?	1 2 3 4		구체적인 지원방법(지원체제)을 첨부
15. 지역자주조직의 활동상황(활동수, 활동내용)에 대하여 파악하고 있습니까?	1 2 3 4		파악하고 있는 지역자주조직(자주그룹 및 자원봉사, 비영리단체 등)의 목록을 첨부
16. 지방계획을 추진하기 위한 체제를 정비하고 있습니까(분야별 전문부회의 설치 등)?	1 2 3 4		추진체제의 정비상황을 명시
17. 진행관리조직을 설치하고 진행상황에 대해서 파악하고 있습니까?	예·아니오		진행관리조직·활동상황을 명시
18. 평가지표에 대한 데이터 수집 방법이 있습니까?	예·아니오		목표달성도평가표 기재
19. 목표 및 평가지표에 대해 재검토하고 있습니까?	예·아니오		재검토한 목표 및 평가지표 명시

평가내용	평가	평가이유	참고자료 등
20. 목표에 비추어 사업을 평가하고 있습니까?	예·아니오		사업실천평가표 기재
21. 신규사업의 개시 외에 기존사업을 재검토하고 있습니까?	예·아니오		재검토한 사업 목록 첨부
22. 식환경 및 운동환경의 정비 등 건강증진을 지원하는 환경정비를 위해 노력하고 있습니까?	1 2 3 4		환경정비 내용을 첨부
23. 관계부국과의 연락, 조정이 원활하게 이루어지고 있습니까?	1 2 3 4		연계기관목록 기재
24. 관계기관·단체와의 연계가 원활히 이루어지고 있습니까?	1 2 3 4		연계기관목록 기재
25. 기업과의 연계가 원활히 이루어지고 있습니까?	1 2 3 4		연계기관목록 기재
26. 주민조직, 자원봉사, 비영리단체와의 연계가 원활히 이루어지고 있습니까?	1 2 3 4		연계기관목록 기재
27. 주민(주민조직을 포함)의 건강증진에 대한 의식에 변화가 있었습니까?	1 2 3 4		근거가 되는 조사가 있으면 명시

주: 4: 그렇다. 충분히 잘 되고 있다, 3: 그런 편이다. 거의 되고 있다, 2: 그렇지 않은 편이다. 별로 잘 되고 있지 않다, 1: 그렇지 않다. 잘 되고 있지 않다.

다. 시정촌 평가

건강일본 21의 지방계획 중 시정촌의 지방계획에 대해서는 2005년 6월말까지 보건소정령시·동경도 특별구의 80시구 중 75시구가, 그 외의 시정촌에서는 3,127 시정촌 중 1,147 시정촌의 책정이 종료되어 있다. 시정촌에 대해서는 새로운 건강에 관한 조사와 기존 데이터를 활용하여 시정촌의 건강과제를 명확히 하고, 주민생활에 가장 밀접한 지방공공단체로서 지역의 실정에 맞는 효과적·효율적인 계획을 책정·실행해 갈 수 있도록 평가와 지원을 하고 있다.

이러한 시정촌 계획의 평가시기는 시정촌의 특성에 따라 다르며, 보건소 정령시·동경도 특별구와 기타 시정촌에 따라 시정촌 계획의 내용에도 차이가 있기 때문에 시정촌에서는 특히 그 개별성을 고려한 평가가 실시된다.

보건소, 건강과학센터, 대학, 연구기관 등이 협력하여 그 기술적 지원을 하고 전국 공통 또는 각 도도부현 및 보건소 권내별로 공통으로 사용가능한 시정촌 간 공통 평가지표를 이용하여 평가하여 서로 시정촌 계획의 실시상황을 인식하고 그 결과를 향 후 사업 개선에 활용하기 위한 유용한 정보로 활용한다.

〈표 3-28〉 시정촌 평가표

평가내용	평가	평가이유	참고자료 등
1. 책정조직에는 필요한 관계자가 포함되어 있었습니까?	1 2 3 4		책정조직의 구성원 첨부
2. 책정조직에는 주민이 포함되어 있었습니까?	1 2 3 4		
3. 책정조직은 검토 및 논의 등을 활발히 하였습니까?	1 2 3 4		회의록 등 첨부
4. 지역의 건강과제는 명확히 파악되어 있었습니까?	1 2 3 4		건강과제·요구도 파악을 위한 조사를 실시한 경우는 조사 실시요강 등 첨부
5. 주민의 요구도는 충분히 파악되어 있습니까?	1 2 3 4		
6. 계획의 책정과정에서의 논의를 주민과 관계자에게 공개했습니까?	예·아니오		공개방법·내용을 명시(회의록 홈페이지 공개, 실태조사결과의 공개, 강연회 개최 등)
7. 지방계획의 목표설정은 독자성이 있습니까?	예·아니오		독자적으로 설정한 목표 명시
8. 목표를 달성하기 위한 사업이 명확합니까?	1 2 3 4		사업실천평가표 기재

평가내용	평가	평가이유	참고자료 등
9. 사업을 실시하는 데 있어서 우선 순위를 검토하여 실시하고 있습니까?	1 2 3 4		우선 실시한 사업과 우선이유 명시
10. 지방계획의 내용 및 역할이 주민·관계자별로 구체적으로 명시되어 있습니까?	1 2 3 4		주민·관계자 별로 내용 및 역할 명시
11. 지방계획의 각 목표분야에는 건강증진을 지원하는 환경정비에 대해 기재되어 있습니까?	1 2 3 4		기재되어 있는 환경정비 명시
12. 지방계획 및 실시상황을 알기 쉽게 주민에게 알리고 있습니까?	1 2 3 4		주지방법 명시(광고지 및 홈페이지, 계획의 다이제스트판의 작성·배포 등)
13. 지방계획은 타 사업의 계획 및 예산편성에 활용하고 있습니까?	예·아니오		활용한 타 사업계획 및 예산을 첨부
14. 지방계획에 바탕을 둔 주민 및 관계자의 활동을 지원하고 있습니까?	1 2 3 4		구체적인 관계단체 등의 목록 및 지원 내용을 첨부
15. 지역자주조직의 활동상황(활동수, 활동내용)에 대하여 파악하고 있습니까?	1 2 3 4		파악하고 있는 지역자주조직(자주그룹 및 자원봉사, 비영리단체 등)의 목록을 첨부
16. 지방계획을 추진하기 위한 체제를 정비하고 있습니까(분야별 전문부회의 설치 등)?	1 2 3 4		추진체제의 정비상황을 명시
17. 진행관리조직을 설치하고 진행 상황에 대해서 파악하고 있습니까?	예·아니오		진행관리조직·활동상황을 명시
18. 평가지표에 대한 데이터 수집 방법이 있습니까?	예·아니오		목표달성도평가표 기재

평가내용	평가	평가이유	참고자료 등
19. 목표 및 평가지표에 대해 재검토하고 있습니까?	예·아니오		재검토한 목표 및 평가지표 명시
20. 목표에 비추어 사업을 평가하고 있습니까?	예·아니오		사업실천평가표 기재
21. 신규사업의 개시 외에 기존사업을 재검토하고 있습니까?	예·아니오		재검토한 사업 목록 첨부
22. 식환경 및 운동환경의 정비 등 건강증진을 지원하는 환경정비를 위해 노력하고 있습니까?	1 2 3 4		환경정비 내용을 첨부
23. 관계부국과의 연락, 조정이 원활하게 이루어지고 있습니까?	1 2 3 4		연계기관목록 기재
24. 관계기관·단체와의 연계가 원활히 이루어지고 있습니까?	1 2 3 4		연계기관목록 기재
25. 기업과의 연계가 원활히 이루어지고 있습니까?	1 2 3 4		연계기관목록 기재
26. 주민조직, 자원봉사, 비영리단체와의 연계가 원활히 이루어지고 있습니까?	1 2 3 4		연계기관목록 기재
27. 주민(주민조직을 포함)의 건강증진에 대한 의식에 변화가 있었습니까?	1 2 3 4		근거가 되는 조사가 있으면 명시

주: 4: 그렇다. 충분히 잘 되고 있다, 3: 그런 편이다. 거의 되고 있다, 2: 그렇지 않은 편이다. 별로 잘 되고 있지 않다, 1: 그렇지 않다. 잘 되고 있지 않다.

제4절 캐나다의 건강증진정책 추이

캐나다 정부는 건강보험 도입으로 보건의료서비스의 접근성과 질은 크게 향상되었으나 국민의 건강수준을 크게 향상되지 않자 이에 대한 연구를 하기 시작하였다. 1971년에 70세 이전에 죽는 사망자를 대상으로 주요 사인을 분석한

결과 환경과 생활습관이 조기 사망에 가장 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 연구결과를 근거로 국민의 건강증진을 이룩하기 위해서는 “보건의료체제의 개선”이 아니라 “생활습관의 개선”이 국민의 건강증진이나 질병을 관리함에 있어서 매우 효과적인 것으로 인식되어, 마침내 1976년 캐나다 정부는 Lalonde 보고서에서 건강증진정책을 국가보건정책의 최우선 사업으로 설정하였다.

캐나다는 다른 나라보다 매우 앞서서 건강증진정책을 세우고 이를 실천하기 위하여 여러 건강증진사업을 실시한 나라이며, 1차 국제건강증진회의(1986)가 캐나다 오타와에서 처음으로 개최된 나라이기도 하다. 1차 국제건강증진회의에서 건강증진을 “사람들로 하여금 자신의 건강에 대한 통제를 증가시키고 개선하게 하는 과정”으로 정의하고 건강증진사업의 5개 기본영역으로서 건강한 공공정책의 수립, 지원적환경의 창출, 지역사회활동의 강화, 개인적 기술의 개발, 기존보건의료체계의 방향 재설정을 채택하였다.

캐나다는 보건사업의 범주를 생물학적 측면, 생활습관, 환경 및 보건의료조직으로 분류하고 있으며, 그 중 생활습관의 개선을 가장 강조하고 있다. 연방정부, 주정부, 지방정부 모두 질병예방, 생활습관의 변화, 건강지원환경 조성, 국민의 건강증진을 위한 각종 사업을 활발히 추진하고 있다.

캐나다 국민의 건강수준은 매우 높은 편으로, 2002년 평균수명은 여성이 82.1세, 남성이 77.2세로 선진국에서는 가장 높은 수준으로 보고되었다. 캐나다의 영아사망률도 2002년의 자료에 의하면 1000명당 5.2명으로 세계적으로 가장 낮은 나라이기도 하다. 국제가 보건수준을 비교하는 자료로 가장 많이 쓰이는 평균수명은 가장 높고, 영아사망률은 가장 낮음을 볼 때 캐나다 건강수준이 매우 다른 선진국에 비해서 매우 높음을 알 수 있다.

이처럼 캐나다의 건강수준이 다른 선진국보다 높은 이유는 단순히 보건진료서비스에만 기인한 것이 아니라 캐나다 주민의 바람직한 생활습관에 기인한다고 할 수 있을 것이다. 건강은 신체적으로 허약하거나 질병이 없는 것이 아니라 신체적, 정신적, 사회적 안녕한 것이므로, 높은 건강수준을 이루기 위해서는 사회적, 경제적 및 물리적 환경이 매우 중요하다. 특히 캐나다는 건강증진을 강조하는 정책 및 여러 건강증진사업이 활발하기 때문에 전체 국민의 높은 건강

수준을 달성할 수 있으며, 또한 정부가 건강에 대한 불평등을 줄이려는 노력이 실효성이 있는 것으로 여겨진다.

1. 실천영역

가. 재원조달

캐나다 보건정보연구소(Canadian Institute for Health Information)는 보건의료비 중 공중보건을 위한 비용이 얼마나 사용되는지 다른 보건비용과 구별해서 비용을 산출하여 보고하고자 시도를 하였다. 최근에 보도된 자료에 의하면 공중보건비용은 약 78억 달러로 보고되고 있다. 1975년에는 4억 680만 달러, 1985년에는 15억을 공중보건의료로 사용한 것으로 나타나 공중보건을 위해 소비되는 비용이 매우 증가하였음을 알 수 있다. 캐나다는 건강증진사업을 수행하기 위하여 연방법으로 담배, 담배광고, 담배제조회사 등에 세금을 부과하여 재원을 조달하고 있다.

나. 국민건강증진법

법을 만드는 권위(사법권)는 캐나다의 국회와 주정부의 의회(입법기관)로 나뉘어진다. 연방정부의 국회는 헌법에 의해서 전반적인 법을 만든다.

1) 담배관련 법과 정책

가) 연방법률

캐나다는 담배에 관해서 2가지 연방정부의 법이 제정되어 있다. 첫째는 캐나다의 보건부에서 다루는 담배법(The Tobacco Act)으로서 담배생산의 제조과정, 판매, 포장 및 광고에 대한 규제를 하고 있다. 이 법은 1997년 제정되었으며 미성년자에 대한 담배접근제한, 담배포장에 경고그림을 넣어서 경각심을 고취, 담배광고 및 프로모션(홍보) 규제를 실시하고 있다. 담배법(The Tobacco Act)의 제

정 목적은 첫째, 국민들, 특히 청소년들의 흡연으로 인한 문제 및 중독을 예방하고자 함이며, 둘째, 청소년들의 담배에 대한 접근성을 규제함으로써 흡연으로 발생할 수 있는 문제를 예방하고 건강을 보호하고자 함이며, 셋째, 흡연이 건강에 해롭다는 심각성을 온 국민에게 인식시키고자 제정되었다.

담배법에 의하여 담배제조업자는 담배를 생산시 제조기준에 따라 생산하여야 하고, 포장 시 담배와 담배연기가 함유하고 있는 유해물질을 공개해야 한다. 포장 시 직접흡연과 간접흡연이 건강에 미치는 영향에 관해서 담배 포장지에 표기되어 있지 않으며 안 된다. 담배 사업자는 공공장소, 운동 경기 등에서 담배를 광고하는 행위를 금하고 있으며, 법이나 규정에 인가되어 있는 곳에서만 제품을 광고할 수 있다. 가게(소매업) 상인은 청소년에게 담배를 팔거나 양도하는 행위는 법에 위촉되며, 건강관련 문구를 공공에게 알리는 표시를 내걸어야 하며, 담배를 진열해서 판매하는 것도 법에 위촉이 된다.

두 번째로 비흡연자건강법(Non-smokers' Health Act)은 비흡연자가 간접흡연으로부터 보호받을 수 있도록 흡연을 금하거나 흡연할 수 있는 곳, 장소, 직장 등과 관련한 법이다. 이 법은 “인간자원 및 기술개발부(Department of Human Resources and Skills Development)”에서 행정을 맡고 있다.

나) 최근 제정되거나 개정된 담배관련 주 법률

Newfoundland와 Labrador는 Smoke-free environment act(금연환경법)를 2002년 제정하여 음식점과 10세 이하 청소년들의 접근이 허용된 곳에서 흡연을 전면적으로 금지하였다. Saskatchewan은 The Tobacco Control Act(담배관리법)을 2002년 제정함으로써 담배판매와 사용에 대한 규제를 실시하였으며, 금연자를 간접흡연으로부터 보호하고자 하였다. 또한 청소년들이 담배광고에 노출되지 않도록 하고, 18세 이하의 청소년들에게 담배를 팔지 못하도록 금하고 있으며, 소매상은 진열대에 담배를 진열하거나 청소년들에게 판촉 하는 행위를 금하고 있다.

British Columbia는 Occupational Health and Safety Regulation(산업보건과 안전규칙)을 2002년에 개정하여 사업장에서 흡연실에 대한 규제를 강화하였다. 흡

연을 허용하는 호텔과 도박장은 반드시 흡연실을 분리하여 설치하도록 하고 있다. 흡연실은 반드시 분리된 구조로 되어 있어야 하며, 흡연실이 전용면적의 45%와 도박장 전용면적의 65% 이상을 초과하지 못하도록 법으로 규정하고 있다. 또한 흡연실의 공기는 외부로 직접 배출되도록 설계되어 있어야 하며, 환기시킬 수 있는 장비에 대한 규정이 있으므로 그 규정에 맞는 장비에 의해서 정화되도록 하고 있다. 종업원은 근무 상 흡연실에서 근무할 수 있으나 근무시간의 20% 이상을 흡연실에서 근무하지 못하는 법을 만들어 종업원을 간접흡연으로부터 보호하고 있다. 종업원이 흡연실에서 근무하는 것을 거부할 경우 보호받을 수 있는 법을 제정하여 강력한 금연정책을 실시하고 있다.

2) 담배규제정책 및 프로그램

1999년부터 추진된 캐나다 연방정부의 담배규제 프로그램으로는 연방장부담 배관리전략(Federal Tobacco Control Strategy: FTCS)이 가장 대표적인 담배규제 프로그램이다. 이 프로그램은 5년간 \$560만 이상의 예산이 담배규제에 투자할 계획으로 되어 있다.

FTCS는 흡연과 관련하여 5가지 목표를 설정하고 있다. 첫째, 흡연을 2000년 24%에서 20%로 감소, 둘째, 담배판매량을 30% 감소, 청소년에 대한 담배판매 금지법을 준수하는 소매상을 69%에서 80%로 증가, 넷째, 밀폐된 공공장소에서의 간접흡연 감소, 다섯째, 건강에 위험을 줄 수 있는 요인을 감소시킬 수 있는 담배제품의 변화를 추구하고 같은 5가지 목표를 설정하였고, 이 목표를 달성하기 위하여 5개 기관에서 업무를 분담하여 수행하고 있다.

- (1) 정책 및 계획실(Office of Policy and Planning)
- (2) 연구 및 계획실(Office of Research and Planning)
- (3) 규제 및 준수관리실(Office of Regulation and Compliance)
- (4) 예방/금연/교육실(Office of Prevention, Cessation and Education)
- (5) 홍보실(Office of Mass Media)

3) 담배관리전략: 담배가 없는 사회로 (Moving Toward a Smoke-Free Society)

1999년에 캐나다는 담배관리전략에 대한 새로운 방향(New Direction for Tobacco Control in Canada: A National Strategy)라는 보고서를 출판하였다. 기존의 담배 관리 정책은 3가지로서 예방(Prevention), 단연(Cessation), 및 보호(Protection)였는데, 여기다 한 가지 전략, 즉 비정상화(Denormalization)를 더 추가하였다.

가) 예방(Prevention)

예방전략은 주로 청소년들이 흡연을 시작하지 못하는 것에 초점을 두고 있다. 연방정부와 주정부는 청소년의 담배를 살 수 있는 연령(만 18세)을 제한하는 정책을 세우고 있다.

나) 단연(Cessation)

담배는 중독성이 있기 때문에 단연하기는 쉽지 않다. 최근의 단연방법으로 인터넷(웹)에 기반을 둔 프로그램과 단연라인(quitline)으로 흡연자에게 정보를 제공하고, 동기를 유발하며, 지원을 하고 있다. 모든 지방정부와 Yukon은 무료 단연라인(toll-free quitline)을 제공하고 있으며, 국가적 네트워크가 형성되어 있다. 단연중재프로그램은 소매상, 집단특성별, 청소년, 임신부 등 집단특성에 맞게 다양하게 제공되고 있다. 다양한 단연자료들이 캐나다의 2가지 공식 언어뿐만 아니라 여러 언어로 번역되고 있다.

다) 보호(Protection)

간접흡연도 직접흡연과 마찬가지로 건강에 유해하기 때문에 캐나다에서는 비흡연자를 이를 보호하려는 정책과 프로그램이 활발하게 진행되고 있다. 대부분의 주정부와 지방정부는 비흡연자를 보호하는 정책이 있으나 주마다 약간의 차이가 있다. 2004년에는 New Brunswick은 실내와 술집에서 비흡연자를 보호하는 정책, 즉 비흡연장소법(Smoke-free Places Act)을 제정하였으며, 새스캐치원

(Saskatchewan) 주는 담배관리법(Tobacco Control Act)에 추가로 운동장, 공공장소와 마찬가지로 실외에서도 담배를 금하는 법을 추가하였다.

라) Denormalization(비정상화)

비정상화는 여러 접근법이 요구된다. 첫째, 담배의 해와 중독물질에 대한 정보를 제공함으로써 흡연을 피는 행위는 사회적으로 바람직하지 않는 것으로 사용하며, 둘째, 개인, 특히 청소년들에게 흡연을 사회적으로 용납되지 않는 시각으로 바라보게 하며, 마지막으로, 캐나다국민이 담배회사의 홍보나 판매전략에 대한 것을 알게 하는 것이다. 어린아이일지라도 담배와 대중성, 매력 등과 같은 것에 현혹되지 않도록 하는 것을 목적으로 하고 있다. 1997년에 제정된 담배법(Tobacco Act)은 후원이나 생활 속의 광고 등과 같이 담배생산 홍보를 전면적으로 금지하고 있다. 또한 담배법은 공짜로 담배를 나눠주는 행위를 금하고 있으며, 판매시 홍보도 금하고 있다. 6개주 모두 담배의 광고, 전시, 및 홍보에 대해서 다양한 형태로 금하고 있다.

4) 알코올

대부분의 캐나다 국민은 문제를 일으킬 정도 술을 마시지는 않지만 4~5백만 명의 국민이 위험음주를 하고 있으며, 이 위험음주는 자동차사고, 치명적인알코올장애, 다른 보건문제, 가족갈등, 범죄 및 폭력 등과 관련되어 있으며, 술에 대한 여러 가지 법을 제정해 놓고 있다. 캐나다 보건부 산하 “약물전략팀(Canada's Drug Strategy)”은 알코올과 다른 마약과 관련된 문제를 예방하고 줄이기 위하여 사업을 수행하고 있다. 이 기관에서 사용되고 있는 주요 전략은 대중을 상대로 한 교육, 전문가 교육, 위험집단(예를 들면 청소년)에 초점을 둔 사회마케팅 선도자(initiative) 등이 있다.

캐나다에서는 연방정부에서 술의 제조, 수입, 수출을 관장하고 있으며, 각각의 주에서 술의 유통을 규제하고 있는 등 다양한 주류 통제정책을 사용하고 있다. 국산 맥주와 와인의 경우는 정부와 민간이 모두 판매권을 가지고 있지만

증류주, 수입 와인, 맥주의 판매권은 주정부에서 가지고 있다. 전통적으로 술에 대해 허용적인 퀘벡 시에서는 식료품점에서 맥주와 와인의 판매를 허용하고 있지만 그렇지 않은 주가 많지만 현재 술을 파는 장소와 판매시간은 증가하는 추세이다. 연방법에 맥주와 와인과 같은 저도주에는 술 광고를 허용하고 있는데, 알코올 도수 7% 이상인 증류주도 광고를 허용하려는 시도하였으며, 연방법원은 헌법에 규정된 표현의 자유를 침해하는 행위로 규정, 증류주에 대해서도 술 광고를 허용했다(www.kin.naver.com/open100/db_detail.php, 캐나다의 음주문화, 2006-09-27).

캐나다에서 알코올을 구입하거나 소비할 수 있는 법적 연령은 퀘벡(Quebec), 마니토바(Manitoba), 알버타(Alberta) 이상 세 주는 18세, 그 외의 모든 주는 19세이다. 국가적으로 off-premise 소비에 대한 알코올 판매를 통제하는 지역별 판매(도소매) 제도를 실시하고 있다. off-premise 소비를 위한 지역 독점 통제 판매 및 on-premise 소비, off-premise 맥주 판매를 위한 지역 면허 체제 하에 통제 판매를 하고 있다.

캐나다 내에서 판매되고 있는 증류주의 소비자 가격 대비 세금의 비율은 76%로서 노르웨이, 핀란드(88%), 스웨덴(87%), 덴마크(76%)에 이어 세계 다섯 번째로 높은 세율을 부과하고 있다. 음주 운전 혈중알코올 규제법(BAC법)에 의한 법적 제한은 0.08%이며 대부분의 주에서 미성년이나, 버스 혹은 대형 운송 수단 운전자와 같은 운전자 군에 대해 차등적으로 적용하고 있다(천성수 등, 2005)

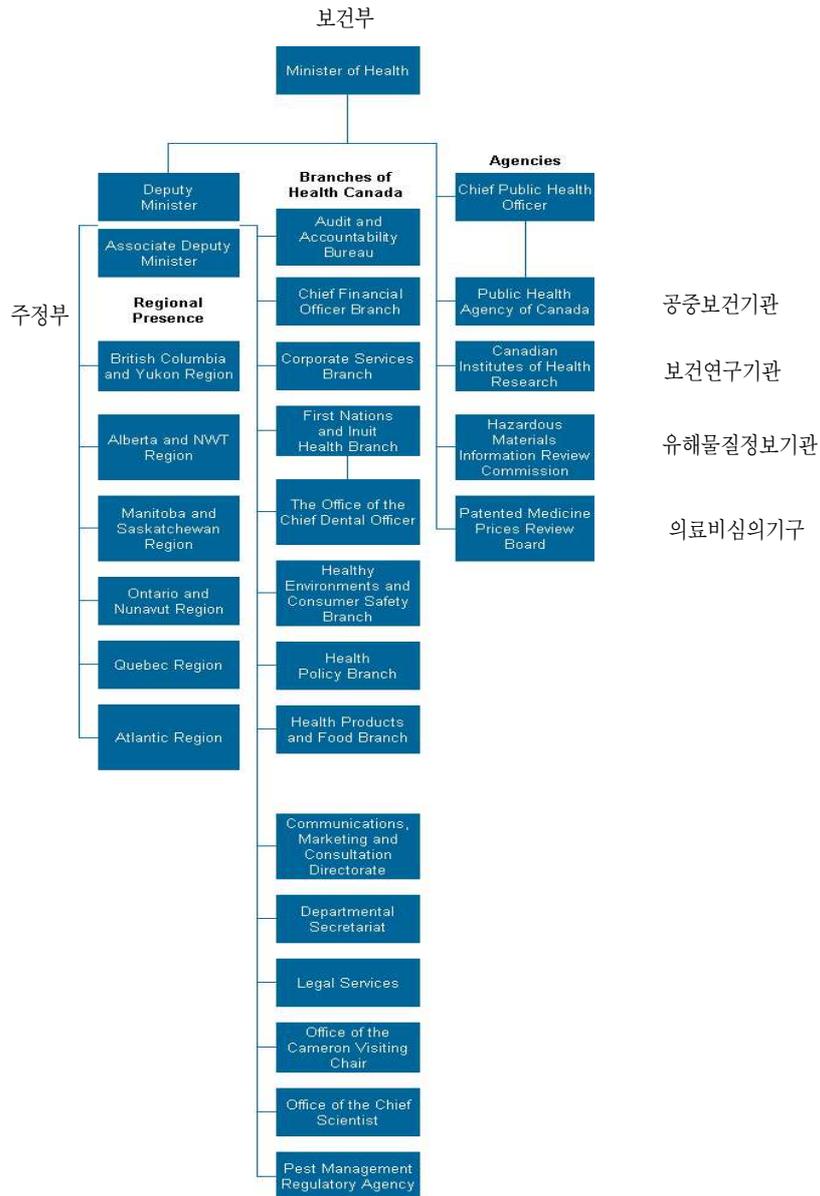
다. 보건행정체계

캐나다의 보건부의 행정체계는 다음 그림과 같다. 연방정부의 보건부(Minister of Health)는 국가적 차원의 건강증진목표와 전략 등을 설정하고, 사회적 물리적 환경을 건강하게 만들기 위한 정책, 법규, 규칙 등을 위한 제정하고 수행한다. 보건부의 산하에 6개의 주정부(Alberta & NWT, Atlantic, British Columbia, Ontario & Nunavut, Quebec, Manitoba & Saskatchewan)가 있으며, 중앙정부 산하

에 14개의 부서(Branches, Offices and Bureaus)와 4개의 기관(Agency)이 있다. 4개의 기관 중 하나인 캐나다 공중보건국(Public health agency of Canada)은 건강 증진정책과 업무를 담당한다. 2004년 9월 24일에 캐나다 보건부는 인구/공중보건청(Population and Public Health Branch)을 캐나다의 공중보건국(Public Health Agency of Canada)로 바꾸어 좀 더 효과적인 공중보건의 업무를 수행하고자 노력하고 있다.

캐나다의 모든 국민들은 캐나다보건법(Canada Health Act)에 의해서 무료로 의료에 접근할 수 있으나, 치과는 보장이 되지 않고 있으며, 안과는 일부 주에서만 보장이 된다. 캐나다가 보건의료비에 지출하는 비용은 매우 높은 편으로 2005년 GDP 대비 국민 의료비는 10.4%(\$4411 CDN per person, \$142.0 billion)로 전년도 대비 7.7%증가한 것으로 미국, 스위스, 독일 다음으로 세계에서 4번째로 높다. 전체의료비 중 공공부문이 차지하는 비중은 69.6%(2005)이며, 나머지는 약 30%정도는 치과, 안과, 약, 보조서비스 등을 받기 위하여 사적부문(개인비용)으로 의료비가 쓰인다. 노인인구의 증가, 의료비의 지속적인 증가 등으로 캐나다 정부의 공공예산을 압박하고 있으며, 2001년의 캐나다 정부예산 중 16.2%가 보건의료비로 지출되었을 정도로 의료비가 차지하는 비중은 매우 높다 (http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_07dec2005_e).

[그림 3-8] 행정체계



1) 연방정부(공중보건국)의 건강증진

연방정부의 공중보건국(Public Health Agency of Canada)은 캐나다 주민의 건강과 안전을 도모하기 위하여 설립되었다. 공중보건국의 주요활동은 크게 3가지로 구분된다. 첫째 암과 심장질환을 포함한 만성질환의 예방, 둘째, 사고 예방, 셋째, 공중보건에 대한 위급한 상황이나 전염병의 발생 시 대처하는 것이 주요활동이다. 연방정부의 공중보건국은 다음과 같이 4개의 분과로 다시 구분된다. 4개의 분과 중 건강증진/만성질환관리과에서 주로 건강증진 업무를 담당하고 있다.

○ 연방정부의 공중보건국의 역할

- 보건의료체계에 대한 국가의 원칙이나 기준을 설정, 집행함
- 건강증진 프로그램과 정책의 개발
- 건강증진 관련 연구 지원
- 재향군인, 원주민 등을 포함한 특정 계층의 의료서비스 제공을 위하여 주정부의 보건의료재정에 조세이전
- 예비역, 군인, 연방교도소수감자에게 건강보호, 질병예방, 건강증진과 같은 건강과 관련된 서비스를 제공함

〈표 3-29〉 캐나다 공중보건국(Public Health Agency of Canada)의 중앙정부의 행정체계

담당과	세부담당기관
Infectious Disease and Emergency Preparedness Branch (IDEP) 전염병 및 응급과	<ul style="list-style-type: none"> - Centre for Infectious Disease Prevention and Control (CIDPC): 전염병예방관리청 - Centre for Emergency Preparedness and Response (CEPR): 응급조치청 - National Microbiology Laboratory(NML): 국립미생물실험실 - Laboratory for Foodborne Zoonoses (LFZ) - Pandemic Preparedness Secretariat (PPS)
Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch (HPCDP) 건강증진/만성질환예방과	<ul style="list-style-type: none"> - Centre for Chronic Disease Prevention and Control (CCDPC): 만성질환예방 및 관리청 - Centre for Health Promotion (CHP): 건강증진청 - Transfer Payment Services and Accountability Division
Public Health Practice and Regional Operations Branch (PHPRO) 공중보건실천/지역실천과	<ul style="list-style-type: none"> - Office of Public Health Practice (OPHP): 공중보건실천실 - Regions- 지방
Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch (SPCCS) 전략정책/의사소통/서비스과	<ul style="list-style-type: none"> - Strategic Policy Directorate - Communications Directorate - Finance and Administration Directorate - Human Resources Directorate - Information Management and Information Technology Directorate - Audit Services Division

캐나다의 공중보건 행정체계의 건강증진/만성질환예방과(Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch: HPCDP)와 공중보건실천/지역실천과(Public Health Practice and Regional Operations Branch: PHPRO)에서 주로 건강증진사업을 수행하고 있으며 다음과 같은 하부 구조와 사업을 수행하고 있다.

〈표 3-30〉 캐나다 공중보건국의 건강증진/만성질환예방과(Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch: HPCDP)의 하부기관 및 역할

세부담당 기관	만성질환예방 및 관리청 (Centre for Chronic Disease Prevention and Control: CCDPC)-	건강증진청 (Centre for Health Promotion: CHP)	예산서비스과 (Transfer Payment Services and Accountability Division)
역할	<ol style="list-style-type: none"> 1. 암 유방암(Breast Cancer) 자궁암(Cervical Cancer) 암관리전략(Canadian Strategy for Cancer Control) 2. 심장건강관리 (Canadian Heart Health Initiative) 3. 심혈관계질환(Cardiovascular Disease) 4. 만성호흡질환(Chronic Respiratory Diseases) 5. 전국비전염성질환중재 (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention: CINDI) 6. 당뇨병(Diabetes) 7. 건강한 심장(Healthy Heart Kit) 8. 고혈압(Hypertension) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 건강정보망(Canadian Health Network) 2. 청소년과(Division of Childhood and Adolescence) 3. 노인과(Division of Aging and Seniors) 4. 건강지역사회과(Healthy Communities Division) - 건강생활실천전략(Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy) - 정신보건(Mental Health) - 가정폭력(National Clearinghouse on Family Violence) - 농촌건강(Office of Rural Health) - 육체적활동(Physical Activity Unit) 5. 건강감독/역학과(Health Surveillance and Epidemiology Division) - 아동사고(Child Injury Section) - 아동부적절치료(Child Maltreatment Section) - 모자보건(Maternal and Infant Health Section) 6. 자원봉사보건(Voluntary Health Sector) 	국민건강(Population Health)

〈표 3-31〉 캐나다 공중보건국의 공중보건실천/지역실천과(Public Health Practice and Regional Operations Branch: PHPRO)의 하부기관 및 역할

세부 담당기관	공중보건실천청 (Office of Public Health Practice: OPHP)	지방정부 (Regions)
역할	1. 공중보건기술 강화 (Skills Enhancement for Public Health) 2. 캐나다역학프로그램 (Canadian Field Epidemiology Program) 3. 공중 보건 훈련을 위한 기금조성 (Funding for Public Health Training) 4. 국가협력센터 (National Collaborating Centres) 5. 정보공유실천 (Information Sharing Practices) 6. 공중보건법 (Public Health Law) 7. 공중보건지역정보시스템 (Public Health GIS (Geographic Information Systems)) 8. 정책연구기구(Policy Research Unit) - 캐나다 질병에 대한 경제적 책임 (Economic Burden of Illness in Canada) - 캐나다 내 질병의 영향에 대한 국민건강 Population Health Impact of Disease in Canada (PHI) 9. 캐나다통합공중보건감독 (Canadian Integrated Public Health Surveillance (CIPHS)) 10. 감시기준 (Surveillance Standards) 11. 자료조정/접근 프로그램 (Data Coordination and Access Program (DCAP)) 12. 건강감독조정 (Health Surveillance Coordination)	1. 아틀랜틱 정부 (Atlantic Region) 2. 퀘벡 정부 (Quebec Region) 3. 온타리오 및 Nunavut 정부 (Ontario and Nunavut Region) 4. 마니토바 및 새스캐치원 정부 (Manitoba and Saskatchewan Region) 5. 앨버타 및 북서부 지방 정부 (Alberta & Northwest Territories Region) 6. 브리티시 컬럼비아 및 유콘 정부 (BC and Yukon Region)

2) 주정부의 건강증진 사업

캐나다의 주정부의 건강증진사업에는 주정부 단위의 보건의료서비스 제공 및 관리, 병원, 개업의 등의 의료서비스를 계획, 수행 및 평가를 하며, 재원을 지급한다. 또한 의료서비스를 규정하며, 공중보건을 관리한다. 그리고 지방정부의 건강증진 사업과 연계하여 건강증진 사업을 수행한다.

3) 지방정부의 건강증진 사업

지방정부의 건강증진사업에는 개인, 가족 및 지역사회에 일차보건의료와 건강증진 프로그램을 제공하고, 지역사회보건센터(Community Health Center)를 운영하고, 지역단위의 건강증진 사업을 계획 수행한다.

라. 국민건강증진 운동 '건강한 미래를 향하여'

1) 건강증진 정책형성 과정

1996년에 “캐나다의 건강보고서(Report of the Health of Canadians)”에서 건강증진에 대한 계획을 세웠으며, 1999년에 연방정부의 보건부에서는 두 번째 보고서인 “건강한 미래를 향하여(Toward a Healthy Future)”를 발간하여 중앙정부, 주정부 및 지방정부에 배포하여 건강증진에 대한 사업을 수행하도록 하고 있다.

“건강한 미래를 향하여(Toward a Healthy Future)”에서 캐나다의 모든 연령별로 건강에 영향을 줄 수 있는 결정인자(determinants) 혹은 주요 요인을 검사하여 공공보건정책을 했다는 점이 주목된다. 전국민건강조사(National Population Health Survey), 전국아동/청소년조사(National Longitudinal Survey on Children and Youth) 등의 결과를 통해서 건강에 영향을 주는 요인(결정인자)을 파악하였다. 전국 조사자료에서 나타난 국민의 건강에 영향을 줄 수 있는 결정인자를 파악하여 이를 근거로 하여 전반적인 국가의 건강증진정책을 수립하고 있다. “캐나다 국민의 보건통계보고서(Statistical Report of the Health of Canadians)”는 건강증진정책의 계획에 기초 자료를 제공하고 있으며, 80가지의 보건주제에 대한 상세한 통계자료를 제공하고 있다.

두 보고서(전국민건강조사와 전국아동/청소년조사) 모두 연방정부, 주정부, 지역정부의 국민건강자문위원회(Advisory Committee on Population Health)과 연방정부의 보건부, 통계청, 캐나다보건정보연구원, 토론토 대학의 건강증진센터와 공동으로 협력하여 연구되었다.

2) 건강증진사업계획의 내용

“건강한 미래를 향하여(Toward a Healthy Future)”는 국민건강 접근(population approach)을 취하고 있다. 국민건강접근의 목적은 첫째, 전 국민의 건강을 유지하고 향상시키는 것이며, 둘째, 다양한 계층의 인구집단의 건강 불평등을 감소시키는 것이다. 이 접근법은 건강에 영향을 미칠 수 있는 상태나 결정인자에 초점을 두고 있으며, 자료에 근거하여 어떤 행동을 취해야 할지와 어떤 사업을 우선적으로 해야 할지 제안하고 있다.

“건강한 미래를 향하여(Toward a Healthy Future)”의 계획보고서는 다음 7가지의 주제에 대하여 상세한 정보를 제공하고 있으며, 연령별, 성별, 사회계층별 보건수준을 파악하여 앞으로의 계획을 제시하고 있다.

각장마다 보건정책과 실천을 어떻게 해야 할지 기술하고 있으며, 마지막 장은 건강증진 사업활동에 대한 우선순위를 설정해 놓고 있으며, 국민건강에 대한 미래의 비전을 제시하고 있다.

가) 건강상태

육체적, 사회심리적 건강, 기대여명, 사인, 불능(장애)에 대한 전반적인 자료를 제시하고 있으며, 주요건강지표를 가지고 다른 나라의 보건수준과 비교하고 있다.

나) 사회경제적 환경

수입, 교육수준, 문맹률, 고용수준, 근로조건, 사회적 지원, 폭력, 시민참여, 건강을 향한 노력 등의 현재 상태를 자세히 살펴보고 있다.

다) 건강한 아동, 청소년 개발

각 성장연령대별로 건강과 발육상태에 대하여 기술하고 있다.

라) 물리적 환경

자연환경(예를 들면 대기, 기후 및 태양노출 등)과 만들어진 환경(흡연 혹은 거주상태와 같은 환경)에서 건강과 몇몇 요인과의 관련성을 파악하고 있다.

마) 개인의 건강생활실천

신체활동, 건강한 식습관, 체중, 흡연, 술과 다른 마약, 사고예방 실천, 도박, 안전한 성행동 실천, HIV 검사, 젊은 층에서의 중복적인 위험행동과 관련된 주요 경향을 파악하고 있다.

바) 보건서비스

보건에 대한 소비패턴, 보건서비스의 접근성과 이용, 충족시키지 못하는 보건 욕구, 대체보건서비스 등에 대해서 전반적인 기술을 하고 있다.

사) 생물적, 유전적 자산

새로운 생식 및 유전기술, 두뇌발달, 노화생물학 등을 포함한 문제들을 취급한다.

다. 건강증진사업 내용

1) 중앙정부의 공중보건 사업내용

중앙정부의 공중보건국은 다음 6가지의 영역인 건강영역의 전반적인 스펙트럼 내에서 프로그램, 정책 및 중재(intervention)를 계획하고 실행한다. 이 7가지 영역(① 건강증진(health promotion), ② 질병예방(disease/injury prevention), ③ 위험요인관리(risk management), ④ 정책조정(policy coordination), ⑤ 의학치료(medical treatment), ⑥ 재활(rehabilitation), ⑦ 완화치료(palliative care))에 초점을 두어 질병예방과 건강증진, 건강보호, 진단, 치료 등을 서로 균형과 조화를 이루면서

사업을 수행해 나가고 있다. 7가지 영역 중 건강증진과 관련된 내용을 보면 다음과 같다.

가) 건강증진

건강증진은 국민건강(population health)을 이룩하기 위한 가장 중요한 활동 중 하나이다. 건강에 영향을 미치는 사회적, 물리적, 경제적 및 정치적 요인에 취해지는 활동이다. 건강한 공공정책을 조성할 수 있도록 다른 부서와 협력하여 함께 활동하고 있으며, 건강증진 사업은 연방정부의 건강증진청(Health Canada's Health Promotion and Programs Branch)에서 주관하고 있다. 캐나다의 건강증진청은 국민들이 건강한 생활을 영위할 수 있도록 프로그램과 정책을 개발하는 역할을 하고 있다.

나) 질병예방

예방은 3가지 수준에서 예방할 수 있으며, 1차 예방(건강에 대한 문제를 일으킬 수 있는 요인을 감소시킬 수 있는 활동), 2차 예방(잠재적으로 건강에 영향을 줄 수 있는 것에 관해서 조기발견과 조기에 중재를 하는 활동), 3차 예방(질병을 악화시킬 수 있는 요인들을 찾아내어 예방하거나 질병으로 인한 손실을 최소화하는 것)으로 나누어 질병예방 사업을 벌이고 있다.

다) 위험요인관리

캐나다의 보건부는 “국민건강과 위험물질 관리와 의사결정(Integrating Population Health and Risk Management Decision)”이라는 보고서에서 국민건강에 대한 일반적인 개념과 위험요인 관리에 대해서 설명하고 있다. 이 보고서는 국민건강과 위험요인과의 관련성을 자세히 기술하고 있으며, 위험요인을 관리함에 있어서 어떻게 의사결정을 하는지 설명하고 있다.

2) 건강증진사업 프로그램

캐나다의 건강증진 사업은 2004년에 공중보건국(Public Health Agency of Canada)이 새롭게 출범함으로써 활발하게 진행되고 있다.

건강증진사업은 연방정부의 건강증진청(Health Canada's Health Promotion and Programs Branch)에서 주관하고 있으며, 캐나다의 건강증진청은 국민들이 건강한 생활을 할 수 있도록 생활습관에 초점을 둔 프로그램과 정책을 개발하는 역할을 한다.

최근에 연방정부는 당뇨병, C형 간염과 HIV/AIDS를 중점사업 과제로 선정하여 이 질병들의 예방과 관리에 힘쓰고 있다. 이들 사업과 더불어 건강한 청소년의 육성에도 초점을 두어 건강한 학교(Healthy Schools)와 조기아동발달(Early Childhood Development)과 같은 사업을 수행하고 있다.

2. 평가영역

평가는 통계청의 주관 하에 건강정보추진(The Health Information Roadmap Initiative)로부터 지원을 받아서 2년을 단위로 2년 동안 건강결정 요인, 건강상태 및 지방정부(province)단위에서의 건강서비스에 관한 항목을 조사하여 평가하기 위하여 수행되는 캐나다지역사회건강조사가 있다. 또 다른 건강증진에 대한 사업 평가로는 연방정부에서 계획된 사업이 얼마나 효과적으로 수행되었는지를 알아보기 위하여 각 사업마다 “평가프로젝트(Evaluation Projects)”를 하여 사업의 관련성, 성공여부 및 비용효과 분석을 시도하고 있다.

캐나다지역사회건강조사에서 나타난 자료를 분석하여 국민의 건강에 영향을 줄 수 있는 결정인자를 파악하여 이를 근거로 하여 전반적인 국가의 건강증진 정책을 수립하고 있으며, 어떤 영역에 더 중점을 두어서 사업해야 할지 결정하는데 기초 자료를 제공하고 있으며, 건강지표를 생산하여 건강증진사업의 평가를 하는데도 활용하고 있다.

가. 캐나다 지역사회건강조사

캐나다지역사회건강조사(The Canadian Community Health Survey: CCHS)는 캐나다 통계청의 주관 하에 각종 건강건강지표의 산출 및 보건의료체계 및 보건 사업을 평가할 목적으로 캐나다 전역을 136개 지역으로 나누어 2년 동안 조사가 이루어진다. 캐나다지역사회건강조사를 위한 재원은 건강정보추진(The Health Information Roadmap Initiative)으로부터 지원을 받고 있으며, 캐나다지역사회건강조사의 주요 목적은 건강결정 요인, 건강상태 및 지방정부(province)단위에서의 건강서비스에 관한 항목을 평가하는 데 있다. 캐나다지역사회건강조사는 2년을 단위로 2년 동안 자료가 수집되며, 첫 해는 주정부(region-level)단위의 조사가 이루어지고 다음해는 지방 혹은 도 단위(province-level)로 조사가 이루어진다. 2년 자료수집기간의 첫 해는 주(region) 단위의 통계량을 산출하기 위하여 약 130,000여명의 표본이 추출되어 수행되며, 다음 해에는 지방 혹은 도(province)단위의 통계를 위해 약 30,000여 개의 표본의 추출된다.

설문은 크게 13개의 주(region)로 나눈 다음 다시 각 지역마다 몇 개의 지역을 조사할 지를 구분하며, 최종적으로 표본의 수를 할당한다. 설문이 수행된 13개의 의 주와 각 주마다 할당된 지역의 수는 아래 표와 같다(표 3-32 참조).

<표 3-32> 설문지역 및 할당된 표본의 수

지역	주(region) / 구분된 도의 수	표본 수(단위: 개)
1	뉴펀들랜드 / 6	1,010
2	프린스 에드워드 아일랜드 / 2	2,000
3	노바 스코샤 / 6	5,040
4	뉴브런스윅 / 7	5,150
5	퀘벡 / 16	24,280
6	온타리오 / 37	42,260
7	마니토바 / 11	8,000
8	새스캐치원 / 11	7,720
9	알버타 / 17	14,200
10	브리티시컬럼비아 / 20	18,090
11	유콘 / 1	850
12	북서부 / 1	900
13	Nunavut / 1	800

캐나다지역사회건강조사의 평가항목으로는 일반적인 항목과 설문 주기에 따라 중점적으로 평가하고 싶은 것이 있을 경우 중점항목을 두어 2가지로 구분된다. 중점항목을 측정하는 목적은 관심 있는 주제나 이슈에 대해서 더 깊이 그 주제를 다루기 위함이다(표 3-33 참조).

〈표 3-33〉 캐나다지역사회건강조사의 평가항목

일반적인 항목 (common content)	중점항목 (focus content topic per cycle)
<ul style="list-style-type: none"> • 행정(Administration) • 음주(Alcohol) • 음주 의존도 혹은 남용 여부 (Alcohol dependence / abuse) • 혈압 체크 (Blood pressure check) • 모유수유 (Breast-feeding) • 만성질환 (Chronic conditions) • 정신과 전문의 방문 여부 (Contacts with mental health professionals) • 간접흡연에의 노출 여부 (Exposure to second hand smoke) • 식품 위생 (Food insecurity) • 과일 및 야채 소비 (Fruit and vegetable consumption) • 일반적 건강 (General health) • 의료 시설 이용 (Health care utilization) • 보건 시설 색인 (Health Utility Index (HUI)) • 신장 및 체중 (Height / weight) • 가족 세대 질문 사항 (Household record variables) • 수입 (Income) • 상해 (Injuries) • 노동력 (Labour force) • 유방 린트겐 조영법 (Mammography) • PAP smear test • 환자의 만족도 (Patient satisfaction) • PSA test • 활동의 제약 여부(Restriction of activities) • 흡연 (Smoking) • 사회 인구학적 특성 (Socio-demographic characteristics) • 흡연의 대안 (Tobacco alternatives) • 2주간의 장애 (Two-week disability) 	<ul style="list-style-type: none"> • 유방검사(Breast examinations) • 유방 자가 검진 (Breast self examinations) • 건강 증진을 위한 변화 (Changes made to improve health) • 치과 방문 (Dental visits) • 우울증 (Depression) • 피로 (Distress) • 운전 (Driving) • 마약 사용 (Drug use) • 시력 검사 (Eye examinations) • 독감 (Flu shots) • 가정 치료 (Home care) • 지배력 (Mastery) • 환경 (Mood) • 건강 검진 (Physical check-up) • 좌식 활동 (Sedentary activities) • 자아존중감 (Self-esteem) • 성행위 (Sexual behaviors) • 금연 조력 (Smoking cessation aids) • 사회적 지지 (Social support) • 영성 (Spirituality) • 자살에 대한 생각 및 기도 (Suicidal thoughts and attempts) • 예방 기구 사용 (Use of protective equipm)

또한 캐나다지역사회건강조사는 개인의 보건행태 및 건강수준뿐만 아니라 지역사회에서 제공된 보건의료서비스에 대한 만족도(Patient Satisfaction)를 조사하여 보건서비스의 질을 평가하고 있다(표 3-34 참조).

〈표 3-34〉 보건서비스에 대한 만족도

평가항목	평가척도
1. 지난 12개월 동안 귀하는 보건서비스를 받은 경험이 있습니까?	1. 예 2. 아니오
2. 귀하께서 받으셨던 서비스의 질을 평가해 주십시오.	1. 매우 훌륭하다 2. 좋다 3. 그저 그렇다 4. 나쁘다
3. 지난 12개월 동안 귀하는 입원, 외래 혹은 응급실방문을 이유로 병원에 방문하신 적이 있습니까?	1. 예 2. 아니오
4. 방문하셨다면 어떠한 사유로 방문하셨습니다?	1. 입원 2. 외래진료 3. 응급실
5. 귀하께서 받으셨던 병원 서비스의 질을 평가해 주십시오.	1. 매우 훌륭하다 2. 좋다 3. 그저 그렇다 4. 나쁘다
6. 지난 12개월 동안 귀하는 병원 방문 이외에 가족 주치의 혹은 다른 의사로부터 진찰 혹은 처방을 받으신 경험이 있습니까?	1. 예 2. 아니오
7. 받으셨다면 누구로부터 받으셨습니까?	1. 가족 주치의 2. 일반 전문의
8. 귀하께서 받으신 서비스의 질을 평가하여 주십시오.	1. 매우 훌륭하다 2. 좋다 3. 그저 그렇다 4. 나쁘다
9. 지난 12개월 동안 귀하는 지역기반의 보건서비스 (community-based care: 병원방문 혹은 전문의와의 상담 혹은 치료 외 기타 home nursing care, home-based counselling or therapy, personal care and community walk-in clinics을 의미함)를 받으신 경험이 있으십니까?	1. 예 2. 아니오
10. 귀하께서 받으신 서비스의 질을 평가하여 주십시오.	1. 매우 훌륭하다 2. 좋다 3. 그저 그렇다 4. 나쁘다

나. 평가프로젝트

계획된 사업이 효과적으로 수행되었는지를 보기 위하여 캐나다에서는 “평가프로젝트(Evaluation Projects)”를 통해서 사업의 관련성, 성공여부 및 비용효과 분석을 시도하고 있다. 다음 표에서 나타난 정책이나 프로그램을 평가하는 프

로젝트를 수행하고 있으며, 예산은 예산서비스과(Payment Services and Accountability Division)에서 지원을 받아서 하고 있다. 다음 표는 예산서비스과에서 평가를 하는 프로그램의 예이다.

〈표 3-35〉 예산서비스과에서 실시하는 평가 프로그램의 예

정책 및 프로그램	날짜
전국건강감독기반 (National Health Surveillance Infrastructure)	2006-2007
캐나다 보건망 (Canadian Health Network)	2006-2007
공공안전과 반폭력주의 (Public Security and Anti-Terrorism)	2007-2008
전국면역전략 (National Immunization Strategy)	2006-2007
C형 간염 예방, 지원 및 연구 프로그램 (Hepatitis C Prevention, Support and Research Program)	2006-2007
전국 FASD 창시 (National FASD Initiative-various components)	2006-2007
원주민헤드스타트 (Aboriginal Head Start)	2006-2007
당뇨병(Diabetes)	2006-2007
캐나다유방암(Canadian Breast Cancer Initiative)	2006-2007
캐나다암관리전략(Canadian Strategy for Cancer Control)	2006-2007
어린이웰빙건강센터 (Centres of Excellence for Children's Well-Being)	2006-2007
건강한캐나/퇴역군인의 낙상예방 (Health Canada/Veterans Affairs Canada - Falls Prevention Initiative)	2006-2007
갯슴형뇌병증, 해면뇌병증 (Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) - Lead: Health Canada)	2006-2007
국가협력센터(National Collaborating Centres: NCC)	2008

제4장 우리나라 건강증진정책의 평가결과

제1절 건강증진의 개념을 기준으로 한 평가

우리나라에서의 건강증진사업의 범위를 국민건강증진법과 2002년에 제정되고 2005년 수정된 국민건강증진종합계획, 1997년 이후 수행된 건강증진기금에 의한 사업의 내용을 중심으로 분석한 결과 점진적으로 확대되는 추이를 보인다.

1995년 제정된 국민건강증진법에 의하면 “국민건강증진사업”을 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업으로 정의하여(2조) 사업의 범위로 건강생활실천, 질병예방으로 보건의료적인 부분으로 국한하였다. 별도로 금연, 절주, 영양개선, 구강보건, 건강검진을 언급하여 건강증진사업의 범위로서 다시 한번 강조를 하였다. 이는 보건소장이 실시하여야 할 건강증진사업(제19조), 건강증진기금의 사용범위(26조)에서도 동일하게 적용되어, 1995년 국민건강증진법 제정 당시의 “건강증진”의 범위는 건강생활실천, 질병예방의 범위로 협소하였다. 그러나 ‘기타건강증진사업’이라는 조항을 첨부하여 탄력적으로 운영할 수 있는 여지는 남겨두었다. 법 제정 후 10년이 지난 2006년의 국민건강증진법에서도 “건강증진”의 범위는 많이 달라지지 않았다. 다만 건강증진기금의 사용범위(26조)로 ‘공공보건의료’가 추가되었을 뿐이다.

〈표 4-1〉 국민건강증진법 상의 건강증진의 범위

1995	2006
“국민건강증진사업”이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다 (2조)	“국민건강증진사업”이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다.(2조)
금연 및 절주운동(8,9조) 영양개선 (15,16조) 구강보건 (17, 18조) 건강검진 (20, 21조)	금연 및 절주운동(8,9조) 영양개선 (15,16조) 구강보건 (17, 18조) 건강검진 (20, 21조)
제19조 (건강증진사업 등) ②시장·군수·구청장은 지역주민의 건강증진을 위하여 보건사회부령이 정하는 바에 의하여 보건소장으로 하여금 다음 각호의 사업을 하게 할 수 있다. 1.보건교육 및 건강상담 2.영양관리 3.구강 건강 의 관리 4.질병의 조기 발견을 위한 검진 및 처방 5.지역사회의 보건문제에 관한 조사·연구 6. 기타 건강교실의 운영 등 건강 증진사업에 관한 사항	제19조 (건강증진사업 등) ②시장·군수·구청장은 지역주민의 건강증진을 위하여 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 보건소장으로 하여금 다음 각호의 사업을 하게 할 수 있다. 1. 보건교육 및 건강상담 2. 영양관리 3. 구강건강의 관리 4. 질병의 조기발견을 위한 검진 및 처방 5. 지역사회의 보건문제에 관한 조사·연구 6. 기타 건강교실의 운영등 건강증진사업에 관한 사항
제25조 (기금의 사용등) ①기금은 다음 각호의 사업에 사용한다. 1. 건강생활의 지원사업 2. 보건교육 및 그 자료의 개발 3. 건강증진 및 만성퇴행성질환의 예방을 위한 조사·연구 4. 질병의 조기발견을 위한 검진 5. 국민영양관리사업 6. 구강건강관리사업 7. 보건소장이 행하는 건강증진사업 8. 기금의 관리·운용에 필요한 경비 9. 기타 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업	제25조 (기금의 사용등) ①기금은 다음 각호의 사업에 사용한다. <개정 2004.12.30> 1. 금연교육 및 광고 등 흡연자를 위한 건강관리사업 2. 건강생활의 지원사업 3. 보건교육 및 그 자료의 개발 4. 보건통계의 작성·보급과 보건의료 관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업 5. 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업 6.국민영양관리사업 7. 구강건강관리사업 8. 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업 9. 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충 10. 기금의 관리·운용에 필요한 경비 11. 그 밖에 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업

건강증진사업의 재원으로 1997년 4월부터 적립된 국민건강증진기금은 국민건강증진법 25조에서 명시하였듯이 금연, 구강보건, 영양관리, 건강생활전반 및

국민건강증진에 소요되는 경비로서 활용하도록 되어 있다. 이 기금이 쓰여진 규모를 보면 기금이 형성된 1997년~2001년에 총 기금의 규모가 180억~350억으로 적었으며, 이 중 반 이상을 예치금으로 금융기관에 예탁하고, 나머지만을 사업자금으로 사용하여 실시하였다. 2002년 담뱃갑 1갑당 20원의 건강증진기금이 부과되어 총 건강증진기금의 규모는 약 5천억원으로 증가되었으나, 국민건강보험의 지원금과 예치금을 제외한 실질적인 건강증진사업에 사용된 금액은 250억 원에 불과하였다. 따라서 2002년까지의 건강증진사업은 주로 건강생활실천사업을 실시하였으며 극히 협소한 건강증진사업을 하였다.

건강증진사업이 활발하게 이루어진 것은 담배 한 갑 당 150원을 국민건강증진기금으로 할당하기 시작한 2003년부터라 볼 수 있다. 실질적으로 2003년은, 2002년 처음으로 수립된 건강증진종합계획에 따라 건강증진사업을 시작한 원년이기도 하다. 2003년 건강보험지원분을 제외한 건강증진사업에 쓰인 기금은 약 310억(담뱃갑 1갑당 150원의 건강증진기금), 2005년 350억(담뱃갑 1갑당 354원의 건강증진기금), 2006년 630억의 규모이다.

따라서 기금의 규모가 커진 2003년 이후의 건강증진기금의 사용처가 실질적인 우리 정부의 건강증진사업의 범위를 보여준다고 할 수 있다. 이러한 기금규모의 확대가 건강증진사업의 변화를 가지고 온 것은 사실이다. 건강생활실천, 질병예방 사업 및 연구로 구성된 건강증진사업비가 2002년 169억, 2003년 304억이었던 것이 기금의 규모가 확충된 2005년 2,446억으로 증가되었다. 이는 광의의 건강증진사업의 강화를 의미한다고 할 수 있다. 건강증진기금의 지원사업이 점차적으로 확대되었으며 2005년에는 처음으로 공공보건의료체계의 구축과 의료체계구축에 건강증진기금이 지원되었다. 이는 건강에 영향을 미치는 환경에 대한 투자로 해석이 된다. 따라서 건강증진기금의 규모가 확대되면서 협의의 건강증진외에도 건강지원환경구축에 대한 사업도 본격적으로 시작되었다고 해석할 수 있다.

이러한 경향은 2006년에도 지속되어 건강증진사업비가 2,711억으로 공공보건의료구축, 의료체계구축, 보건의료 R&D를 포함한 건강지원환경구축에 3,617억 원을 지원하였다. 2006년의 예산 배정에서 문제의 소지가 있는 것은 건강증진사업비에 비하여 건강지원환경구축(보건의료체계구축)에 더 많은 예산이 지원

되었다는 것이다. 건강지원환경에 대한 투자는 중요하고 필요하지만, 소득, 주거보장, 교육, 문화적환경 등 모든 건강지원환경에 대하여 건강증진기금에서 재정적인 지원을 직접적으로 하는 것은 불가능하며, 또한 이미 주거, 교육 등 환경적요인에 대하여는 별도의 예산에서 지원이 되는 관계로 건강증진기금에서는 직접사업비를 전액지원하기 보다는 간접적이고 기술적인 지원으로 주변환경이 건강우호적으로 될 수 있는 간접적이고 기술적인 지원을 하는 것이 더욱 타당하다고 볼 수 있다.

〈표 4-2〉 2002~2006 기금 사용 추이

주요사업	년, 예산(백만원, %)				사업개요
	2002	2003	2005	2006	
총 계	585,742	736,277	1,537,768	1,907,628	
기금관리·운영비	286	435	3,147	2,911	기금관리, 기금지원사업평가, 건강증진기금지원단 운영
건강증진사업비	16,967	30,481	244,679	271,113	
국민건강증진사업 기반구축	120	140	-	-	인터넷기반 건강 정보 공유화
건강증진교육·홍보(건강생활실천)	2,691	6,749	46,978	59,276	만성질환 예방·교육홍보, 범국민 절주운동, 운동, 보건교육자료 개발 등 건강증진관련 교육홍보사업
건강증진·질병예방	11,582	21,527	188,901	204,018	영양관리·구강보건·암검진·금연·정신보건사업 등
건강증진 연구개발	2,574	2,065	8,800	7,819	질병예방, 건강생활개선, 건강지향적 환경 구축 관련 연구사업
공공보건의료확충	-	-	96,720	139,994	공공보건의료기반확충, 공공보건의료확립
의료체계구축	-	-	9,528	32,032	
보건의료 R&D	-	-		189,845	
국민건강보험지원	545,600	644,588	925,385	1,071,219	국민건강보험급여비 의무지출 비용
여유자금운용	14,203	60,732	258,309	200,514	통화금융기관 예치
담배20개비당 건강증진기금 부과액	20원	150원	354원	354원	

자료: 보건복지부, 국민건강증진기금운용계획, 해당년도

<표 4-3>은 2006년 건강증진기금의 사용내용을 더욱 상세하게 볼 수 있는 표이다. 이 표에 의하면 건강증진질병예방, 건강생활실천, 연구개발은 질병의 예방과 개인의 능력강화에 초점을 맞추었고, 이 예산은 전체의 14.21%를 차지한다. 2006년에 들어서서 예산이 증가되면서 예산의 배정이 확대된 부분은 공공보건의료확충, 의료체계구축, 보건의료R&D로 의료부분의 인프라구축, 의료부분의 연구 및 치료로서, 예방 또는 자발적건강관리의 개념 보다는 치료에 치중된 사업에 전체 예산의 18.97%가 배정되었다. 또한 국민건강보험에도 56.15%가 지원되어 총 75.12%가 의료적 서비스와 인프라의 구축에 배정되므로써 건강증진의 기본개념과는 괴리를 갖는다.

다음으로 건강증진종합계획을 중심으로 정부에서의 건강증진사업의 범위를 살펴보면 이는 건강증진기금의 사용범위 보다는 협소하나, 국민건강증진법에서 명시한 건강증진사업 보다는 범위가 넓다. 2002년 최초의 건강증진종합계획은 금연·절주·운동 등의 건강생활실천, 만성질환의 예방, 정신보건, 구강보건, 모자보건의 범위에서 목표를 정하고 사업을 실시하는 것으로 구성되어, 건강증진의 협소한 범위에서 이루어졌다. 그러나 2005년도 개정된 새국민건강증진종합계획에서는 건강생활실천, 질환의 예방, 인구집단별 접근 등 2002년도의 계획과 그들은 일치하나, 구체적으로 살펴보면 만성질환, 전염성질환 등 질병의 예방 등 질병의 예방에 더 많은 초점을 두어 건강증진의 무게중심이 건강생활실천 보다는 질병의 예방에 더 많이 맞추어져 있는 점이 2002년도와의 차이점이며, 2005년도의 계획에서 직접 목표를 수립하고 세부추진사업계획을 수립하지는 않았으나, 건강환경 조성분야를 추가하여, 건강의 전제조건이 되는 또한 건강에 직간접적으로 영향을 미치는 주거, 소득, 교육, 식수, 공해 등의 모든 문제를 향후 건강증진사업의 범위에 넣을 수 있도록 하였다. 즉 건강증진종합계획2010만을 평가할 경우 우리나라에서의 건강증진은 직접적인 건강·생활실천, 질병예방과 건강환경지원의 범위로 세계건강증진의 흐름과 일치한다.

〈표 4-3〉 2006 건강증진기금 배정내역

항목/ 내용	백만원	%
총계	1,907,628	100.0
건강증진질병예방	204,018	10.69
구강보건사업: 수돗물 불소화조정 사업, 구강보건 실태조사 등	11,163	
국가암관리예방사업: 암정보관리, 암예방홍보사업 등	50,378	
국가에이즈 및 성병 예방관리	10,179	
국가만성병관리사업: 심혈관질환예방관리, 유전체감시사업 등	13,720	
정신보건관리사업: 정신보건지도사관리, 정신질환 실태조사	7,107	
아동청소년보건사업: 취학전아동 실명예방, 청소년건강조사 등	22,292	
지역사회중심재활사업: CBR거점보건소 사업(장애예방,재활 등)	927	
한방건강증진사업: 한방공공사업평가단, 한방건강증진보건소	4,947	
인구 및 모자보건: 가임기여성건강증진, 선천성대사이상검사 등	11,526	
희귀난치성 유전질환지원: 희귀난치성유전자질환 센터 운영 등	40,839	
결핵관리사업: 결핵영상정보처리시스템, 결핵감시체계구축 등	8,067	
전염병등질병관리: 신종전염병출현조기탐지, 백신및치료제지원	21,010	
보건의료협력: 건강증진 및 질병예방 관련 국제 연수 등	1,863	
건강생활실천	59,276	3.11
국민영양개선사업: 식품별영양성분 DB구축, 영양교육상담 등	4,765	
금연사업: 금연교육, 금연캠페인, 실태조사, 금연클리닉운영 등	31,502	
건강관리사업: 노인건강관리, 대중매체건강생활실천 홍보 등	2,804	
절주사업: 절주홍보사업, 절주교육사업 등	741	
보건소건강증진사업: 보건소건강증진사업, 주민건강증진센터	19,465	
연구개발	7,819	0.41
보건교육자료개발	120	
건강증진 및 질병예방조사연구	6,600	
국민건강영양조사	600	
폴리오 및 장내바이러스 국제연구	500	
공공보건의료확충 : 노인전문병원, 지역보건의료통합정보시스템, 공공의료기 술지원단 운영 등	139,994	7.34
의료체계구축: 혈액안전관리체계 구축, 헌혈의 집 설치 등	32,032	1.68
보건의료R&D: 유전체실용화, 한방치료, 보건의료기술개발연구	189,845	9.95
국민건강보험지원	1,071,219	56.15
기금관리·사업운영(0.15%), 부담금반환(0.04%), 여유자금운용(10.47%)	203,415	11.66

주: 보건복지부, 2006국민건강증진기금운용계획, 2006

이상과 같이 국민건강증진법, 국민건강증진기금, 건강증진종합계획의 세가지 측면에서 살펴 본 우리나라에서의 현재의 건강증진사업의 주소는 건강증진종합 계획2010이 가장 건강증진의 세계적인 흐름에 부응하는 계획이며, 또한 정부가 2005년 수정보완 작업을 함으로써 타당한 건강증진정책의 방향을 잡았음을 보여준다. 이와 보조를 같이하여 국민건강증진법도 필요한 부분이 수정되어야 할 필요성이 제기되며, 건강증진기금의 경우는 실질적으로 건강증진종합계획외의 부분에 대한 예산집행이 되므로, 향후 건강증진기금의 성격을 명확히 하여야 할 필요성이 제기된다.

〈표 4-4〉 국민건강증진종합계획 2010의 추이

2002			2005			
영역	세분류	목표	분야	중점과제	목표	
6		40	4	24	169	
건강생활실천	금연	4	건강 생활 실천 확산	금연	10	
	절주	2		절주	7	
	운동	1		운동	5	
	영양	2		영양	17	
암관리	암관리	11	예방 중심의 건강관리	암관리	8	
만성질환관리	고혈압	2		고혈압	4	
	당뇨	1		당뇨병	4	
	-	-		과체중과 비만	4	
	허혈성심질환	2		심·뇌혈관질환	6	
	뇌혈관질환	2		관절염	5	
	관절염	2		예방접종 대상 전염병관리	8	
-	-	에이즈·성병 및 혈액매개 전염병관리		10		
-	-	매개체 전염병관리		5		
-	-	식품매개 전염병관리		3		
-	-	신종 전염병관리		6		
-	-	결핵·호흡기질환 및 약제내성관리		11		
-	-	정신보건		15		
정신보건	정신보건	4		구강보건	13	
구강보건	구강보건	3		인구 집단별 건강관리	모성보건	5
모자보건	모자보건	4			영유아보건	6
생애주기별 건강증진			노인보건		3	
			저소득층, 취약계층 건강증진		6	
			학교보건		6	
		건강환경조성	형평성	2		

제2절 건강증진정책 평가

건강증진정책은 보건정책의 일부이므로 보건정책 평가에 대하여 간략하게 살펴봄으로써 보건분야 정책 평가의 특수성을 근간에 반영하고자 하였다. 보건정책은 다른 정책 분야와 차이점이 있기 때문에 이를 감안하여 정책 평가를 실시하여야 한다. 첫째, 보건정책 분야는 정책을 형성하고 규제하는데 있어서 의료인이라는 강력한 정책 상대자가 있다. 둘째, 보건정책이 현실로 구현되는 보건사업은 동시에 여러 가지 활동들이 투입되며, 환경이 지속적으로 변화하는 역동성을 띄고, 여타의 영향을 통제하기 어려운 조건을 가지고 있으며(Altman, 1986; Julian et al, 1995; Reed et al, 2000) 서비스의 질에 대한 소비자의 판단이 명확하지 못하기 때문에 경제적, 사회적 모형 사용을 어렵게 하는 문제점이 있다. 셋째, 보건정책은 인간의 생명을 다루고 있기 때문에 정책결과에 대한 통계자료가 부정확하며 다른 분야에 비하여 정책 평가 분야의 이론이 발달되어 있지 않고 투입과 산출간의 관계가 명확하지 않는 등 특징이 있다. 따라서 다른 정책 분야 평가모형을 여과없이 적용시키는 것은 적합하지 않다고 할 수 있다.

보건정책 평가에 대하여 합의된 정의는 없지만 미국공중보건협회(American Public Health Association)에서는 정책평가를 사전에 결정된 목표의 달성에 있어 성공의 가치 또는 양을 결정하는 과정이라고 정의하고 있다.

1. 건강증진정책 평가의 개념 및 관련 연구

체계적이며 독립된 영역으로서의 건강증진정책 평가는 치료의 효과성이나 사업에 대한 평가보다는 비교적 최근에 대두된 개념이다(Ovretveit, 1998). 건강증진정책을 형평성 등의 기준에서 분석하는 시도를 발표한 연구가 과거에 다수 수행되었으나 이러한 연구가 평가라고 불리지는 않았다. 1980년대 들어서 유럽 국가간 정책연구의 일종인 국제 정책 평가가 수행되기 시작하였으며 세계보건기구에서는 개발도상국의 보건사업 및 정책과 ‘모든 이에게 건강을(health for all)’이라는 목표를 평가하는 의욕적인 시도를 하였다.

건강증진정책 평가의 개념은 앞서 살펴본 정책평가의 개념과 크게 다르지 않다. 건강증진정책의 평가 대상은 건강증진정책이다. 그런데 건강증진정책이 무엇인지에 대한 명확한 정의는 없다. 건강증진 관련 국제 회의 및 현장에서는 건강증진정책에 대하여 다음과 같이 광범위한 개념 정의를 하고 있다.

Ottawa Charter에서는 건강증진의 주요 전략으로서 healthy public policy의 수립을 언급하고 있으나 건강한 공공 정책의 구체적인 내용은 제시하고 있지 않다. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy에서는 모든 정책 분야에서 건강과 형평성에 대한 명백한 관심 표명과 건강에 미치는 영향에 대한 책임으로 특정 지워질 수 있다고 규정하였다. 즉, healthy public policy는 모든 부문과 모든 수준에서 정책 결정자의 의제에 건강이 포함되도록 하는 것을 목적으로 하며 건강한 삶을 영위하도록 지원하는 환경을 조성하는 것을 말한다. 이에 따라 농업, 교육, 산업 등의 분야에서 정책을 수립하는데 건강을 중요한 요소로 포함하는 것이 필요하다. 또한 보건 외의 타분야에서 healthy public policy를 적용하는데 있어서의 장애물과 이를 해결하는 방법에 대한 규명이 필요하다고 규정하였다. 2000년 Mexico City에서 열린 제5차 Global Conference on Health Promotion에서는 국가 차원의 건강증진 활동과 관련하여 healthy public policy의 평가 대상은 정책 선언, 법, 규제 제도, 자원 배분, 기관의 실행, 문화, 행태가 포함된다고 하였다.

전술한 개념들을 종합하면 건강증진정책 평가란 건강증진과 관련한 법, 규제 제도, 자원 배분, 정책 실행 등을 대상으로 그 목표와 인구 집단에 대한 영향이나 결과, 계획과 실제 과정, 수단과 한계간의 간격을 면밀히 분석하는 것을 말한다 할 수 있다. 그런데 건강증진 정책은 각 정책의 주요 중재 전략에 따라서 두 가지로 분류되며(Milio, 2001) <표 4-5>와 같다.

〈표 4-5〉 건강증진의 전략

중재 전략		초점	
개인 중심, 정보 전달을 통한 변화	가정, 지역사회 기관		
기관 중심 변화	정책 주체 - 법관련 특정 기관 - 정부	- 독립적 제도 관련 기관	- 정부 행정 - 다른 기관

자료: Milio N., *Evaluation in Health Promotion*, WHO Regional Publications European Series No. 92, 2001, p.370.

즉, 고전적인 개인 변화에 중점을 둔 접근은 가정, 지역사회 및 학교와 산업장 등에 대한 정보 전달 및 교육이고 다른 접근은 건강의 결정에 영향을 주는 기관에 지시하는 정책과 관련된 것이다. 이것은 정책 수립 기관 자체가 될 수도 있고 공공 및 민간 분야의 특정 기관일 수도 있으므로 이러한 정책 유형 중 어디까지 평가에 포함할 것인가?를 설정하여야 한다.

우리나라에서 건강증진정책을 평가한 연구는 미흡한 실정이어서 정책평가의 모형이나 지표를 사용하였다기보다는 현상에 대한 진단과 문제점을 파악하는 수준에서 그친 연구(남정자, 2002)가 대부분이었다. 남은우 외(2004)는 영국에서 개발된 *The Health Promotion Discovery Tool*을 일부 수정하여 한국과 일본의 건강증진정책을 비교하였는데 엄밀한 의미의 평가연구라고 보기는 어려우나 정책평가 관련 항목이 포함되어 있다는데 의의가 있다. 연구에서 사용한 조사도구에는 건강증진정책의 형성, 건강증진정책의 평가 수준, 모니터링과 보고 시스템, 건강증진의 조사 연구, 국가적인 차원에서의 사업 시행, 건강증진전문 인력, 재정 등의 항목으로 구성하였다.

외국의 연구는 건강증진정책의 효과성 즉, 정책의 최종 산출물인 흡연율이나 음주율 등의 지표를 사용하여 정책을 평가한 연구가 대부분이었다. 또한 건강증진정책에 대한 평가 연구보다는 개별 건강증진사업에 대한 평가 연구가 많이 발표되었다.

2. 건강증진정책 평가

가. 틀(framework) 설정

1) 평가대상

건강증진정책 평가를 위한 틀을 설정함에 있어 첫 번째 단계는 평가 대상 정책을 설정하는 것이다. WHO의 healthy public policy는 건강증진정책이 지향하는 바가 될 수는 있으나 현재 우리나라의 실정에서 적용하기에는 한계가 있다고 판단하였다. 이것은 아직까지 우리나라 공공정책의 기획 및 집행에 있어서 모든 정책에 ‘건강’이라는 요소를 고려하지는 않고 있기 때문이다.

본 연구에서 평가 대상으로 설정하는 건강증진정책은 보건복지부가 주도하여 우리나라 국민의 건강증진을 위하여 기획 및 집행하는 정책으로 한정하였다. 또한 건강증진전략은 그 접근방법에 따라서 개인을 중심으로 정보 전달을 위주로 하는 정책과 기관 중심으로 한 거시적인 정책으로 구분할 수 있다는 것은 전술한 바와 같다. 본 연구에서는 이 두 가지 접근법에 해당하는 정책을 모두 평가하되 보건소에서 실시하고 있는 건강증진사업 등 개인에게 초점을 맞춘 구체적인 개별 사업은 평가 대상에서 제외하기로 하였다. 단, 이러한 개별 건강증진사업의 경우 현재 매우 다양하게 수행되고 있기 때문에 일부 사업에 대해서만 정책평가의 틀이 아닌 사업평가의 틀을 적용하여 평가하였으며 그 결과를 후술하였다.

2) 평가방법

평가방법을 시기별로 분류하면 사전평가, 과정평가, 결과평가로 분류할 수 있고 평가자에 따라서는 내부평가와 외부평가로, 평가자료별로는 질적평가와 양적평가 등으로 나누어진다. 본 연구에서는 평가방법에 따라서 다음과 같은 몇 가지 전제를 기본으로 한다.

첫째, 본 연구는 현재 시행되고 있는 건강증진정책을 평가대상으로 하므로 시기적으로는 엄밀한 의미에서 과정평가라고 할 수 있다. 그러나 건강증진정책의 시행기간으로 볼 때 성과 및 결과가 산출되었다고 볼 수 있으므로 단기적인 정책 결과에 대해서는 평가를 실시할 예정이므로 과정평가와 결과평가를 혼합한 형태의 평가라고 할 수 있다.

둘째, 본 연구는 보건복지부 공무원이 아닌 연구팀에서 실시하므로 외부평가라고 할 수 있다. 외부평가는 내부평가보다 객관성을 가질 수 있다는 장점이 있다.

셋째, 평가에 있어 사용하는 자료의 측면에서 보면 보건복지부에서 외부로 발간하거나 발표한 문서를 중심으로 평가를 실시하였다. 정책의 형성에서부터 집행과정에 대해서는 관련자를 대상으로 한 면접 등의 방법으로 수집한 질적 자료를 이용하는 것이 정책의 형성 및 집행과정에서의 민주성이나 역동성 등을 명확하게 파악할 수 있다. 그러나 우리나라의 현 시점에서는 보건복지부 내 공무원의 이동이 자주 일어나므로 정책의 형성 및 결정에 관여한 관계자가 현재 실제 집행을 하지 않는 경우가 대부분이다. 따라서 이에 대한 면접은 기억에 의존할 수밖에 없는 상황이어서 수집한 자료의 타당성 및 정확성에 의의를 제기할 수 있다. 따라서 평가를 위하여 사용할 자료를 공개된 문서자료로 제한하여야 하는 한계점이 있다.

3) 평가모형 및 항목

보건분야 정책평가 연구가 활발히 수행되지 않았기 때문에 건강증진정책을 평가하는 연구의 모형을 설정하는 데 있어 일반적인 정책평가의 모형 중 의사결정 모형을 근거로 하였다. 의사결정 모형은 전술한 바와 같이 기획단계, 투입단계, 과정단계, 산출단계, 평가단계로 구성되어 있으며 본 연구에서는 이 단계를 그대로 받아들여 사용하였는데 이러한 단계 구분은 정책 과정에 있어 일반적으로 적용되며 이에 따라 건강증진정책에도 적용하는데 무리가 없을 것으로 판단하였기 때문이다. 또한 평가기준 및 지표에 있어서는 기존의 국내외 선행

연구와 국무조정실에서 제시하고 있는 지표 등을 종합하여 건강증진정책에 적합하도록 수정하였다. 본 연구의 건강증진정책 평가에서는 다음과 같은 평가항목을 사용하였다.

〈표 4-6〉 본 연구의 건강증진정책의 단계별 평가항목

단계	평가항목
기획	건강증진정책 목표의 적합성
	건강증진정책 목표의 구체성
	건강증진정책 목표의 실현가능성
	건강증진정책 계획의 충실성
	건강증진정책 계획의 실현가능성
	건강증진정책 계획의 적절성
투입	건강증진정책을 위한 재정 투입
	건강증진정책을 위한 인력 투입
	건강증진정책을 위한 조직 구성
	건강증진정책을 위한 투입자원 배분의 형평성
과정	건강증진정책 집행 과정의 적절성
	건강증진정책 집행 과정의 효율성
	건강증진정책 집행 과정이 형평성
산출	건강증진정책 결과의 목표 달성도
	건강증진정책 결과의 효과성
	건강증진정책 결과의 효율성
	건강증진정책 결과의 형평성
평가	건강증진정책 평가를 위한 모니터링 시스템 구축 및 운영정도
	건강증진정책 평가결과 배포
	건강증진정책 평가결과 활용정도

건강증진정책 평가에 있어 계량적인 기준을 설정하는 것은 본 연구의 범위를 넘는다고 판단되었다. 계량적인 기준을 설정하기 위해서는 정책평가의 기획에서부터 집행과정 단계의 평가항목들이 정책 결과에 어떠한 영향을 주고 있으며 이러한 영향이 계량적으로 제시될 수 있어야 한다. 그러나 아직까지 건강증진정책에 있어서는 이와 같은 연구가 수행되지 않았다. 따라서 본 연구에서는 건강증진정책을 대상으로 전술한 평가항목에 대한 평가를 실시하되 계량적인 평

가결과는 제시하지 않는다. 다만 정책의 산출영역에 있어서는 관련 데이터를 바탕으로 계량적인 평가결과를 제시하였다. 또한 본 연구에서 단계별로 건강증진정책을 평가하기 위하여 사용한 자료는 각 단계별 평가에서 후술하였으므로 본 절에서는 별도로 언급하지 않았다.

나. 평가 결과

1) 기획단계

가) 개요 및 자료

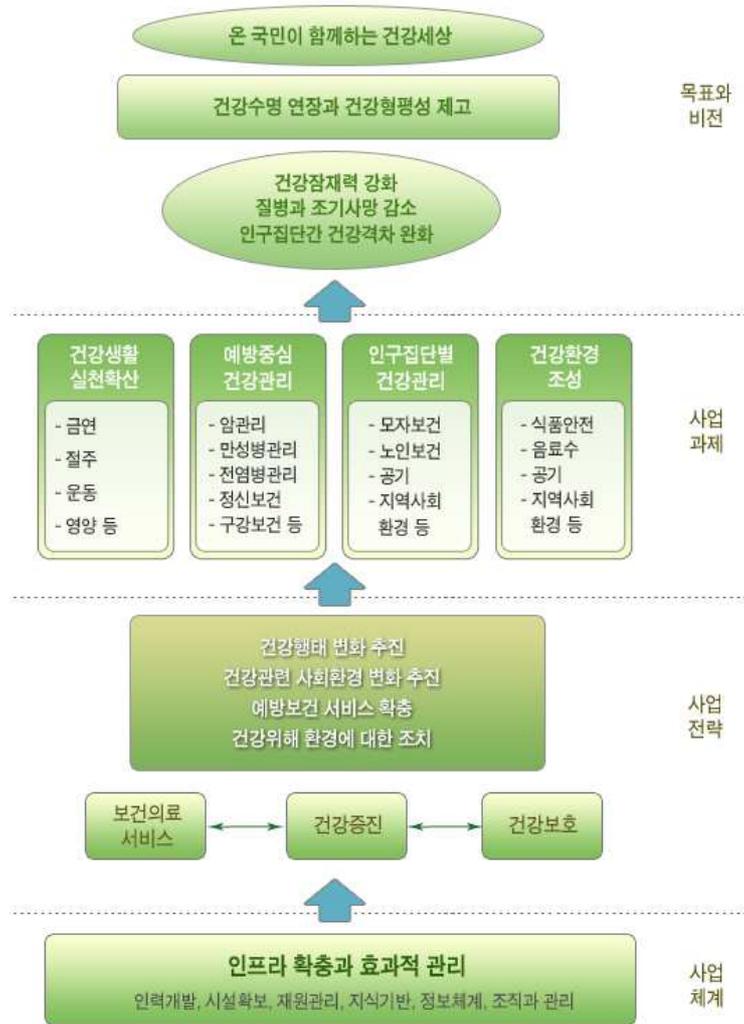
본 연구에서는 우리나라 건강증진정책을 평가함에 있어 그 모법(母法)인 국민건강증진법이 제정된 1995년을 시작시점으로 보았다. 이것은 건강증진정책의 평가를 위하여 의사결정모형을 적용함에 있어 각 단계별로 시간적 시점에 대한 설정이 필요하다는 판단에 근거한 것이다. 1995년 이전에도 보건교육, 질병관리 등의 형태로 건강증진사업이 수행되었다. 그러나 국민건강증진법이 제정되면서 ‘국민건강증진’이라는 이름아래 건강증진에 대한 기본 시책을 마련하였기 때문에(김선민 외, 1996) 이 시점을 건강증진정책의 시발점으로 보았다.

건강증진정책의 기획단계를 평가하기 위해서는 실제 정책 기획에 대한 문서를 그 평가대상으로 하여야 하며 정책을 기획하고 법안을 입안하였던 담당자를 대상으로 한 심층면접이 필요하다. 그러나 현재 1995년을 전후하여 건강증진정책 기획에 대한 문서를 입수하는 것이 불가능하였고 담당자도 바뀐 상황이라 정책 기획 당시의 상황을 명확하게 알기 어려울 것으로 판단하였다. 또한 건강증진정책은 정책이 완전히 종료된 것이 아니라 현재에도 지속적으로 진행되고 있으므로 이러한 특성을 감안하여야 한다고 판단하였다. 이에 따라 본 연구에서는 국민건강증진법을 중심으로 평가를 실시하였으며 현재 건강증진정책의 목표 및 계획을 담고 있는 문서를 평가 대상으로 하였다.

나) 결과

1995년 제정된 국민건강증진법은 그 목적을 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함에 두고 있다. 본 법에서는 ‘국민건강증진사업’, ‘보건교육’, ‘영양개선’의 용어에 대해서는 2조에 명확하게 정의를 밝혀주고 있으나 건강증진정책에 대해서는 용어 정의가 없기 때문에 본 법의 규정으로는 건강증진정책의 범위나 내용에 대해서는 알 수 없다. 1조에 규정된 ‘국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성한다’는 것을 정책의 목표로 볼 수 있다. 그런데 현재 보건복지부 홈페이지에 건강증진의 정책목표 및 추진전략을 [그림 4-1]과 같이 제시하고 있다.

[그림 4-1] 국민건강증진사업 개념도



자료: 보건복지부 홈페이지

[그림 4-1]에서는 건강잠재력 강화, 질병과 조기사망 감소, 인구집단간 건강격차 완화를 통하여 건강수명 연장과 건강형평성을 제고한다는 목표를 가지고 있

음을 보여주고 있다. 그런데 이러한 그림이 건강증진의 정책목표 및 추진전략에 제시되어 있음에도 불구하고 그림의 제목은 국민건강증진사업 개념도로 표시되어 우리나라 건강증진 분야에서 정책과 사업을 혼용하여 사용하고 있음을 알 수 있으며 이에 따라 건강증진정책의 목표가 무엇인지 명확하게 알기 어렵다는 것을 알 수 있다. 즉, 건강증진정책의 목표가 적합성, 구체성, 실현가능성을 평가하기 이전에 무엇을 우리나라 건강증진정책의 목표로 삼아야 하는지 명료하지 않다는 문제점을 지적할 수 있다.

전술한 두 가지 목표를 평가대상으로 한다면 모두 국민건강증진이라는 측면에서 모두 적합한 목표라고 할 수 있다. 그러나 구체성의 측면에서는 볼 때는 다소 미흡하다고 할 수 있다. 무엇을 ‘건강에 대한 가치와 책임의식’이라고 규정할 것인지 ‘여건을 조성’한다고 표현되어 있는데 여건은 우리나라 사회 전반의 여건을 의미하는 것인지 불분명하다. 실현가능성에 있어서는 건강증진정책이 단기간에 종료되는 것이 아니라 장기적이며 지속적으로 실시된다면 가능한 정책 목표라고 판단되었다.

기획단계에서 중요한 평가 요소 중 다른 하나는 계획에 대한 평가이다. 국민건강증진법 제4조에도 보건사회부(현 보건복지부) 장관은 국민건강의 증진에 관한 기본 시책을 수립·시행하여야 한다고 명시하였으며 이에 따라 2002년 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)을 수립하였고 이 계획이 우리나라 건강증진정책의 대표적인 계획이라고 할 수 있다. 그런데 1995년 국민건강증진법이 제정된 후 국민건강증진종합계획이 수립되기까지 7년이라는 시간이 소요되어 정책의 목표 및 근간이 되는 법을 제정하고 종합적인 계획의 수립이 긴밀히 연계되지 않았음을 보여주는 것이라 할 수 있다. 2002년에 발표된 국민건강증진종합계획은 1차 예방사업의 개발이나 질향상보다는 기존 보건사업의 연장선상에 있다고 할 수 있는 환자 조기발견을 위한 건강검진 등 2차 예방사업에 치중되어 있다(남정자, 2002). 또한 1차 예방, 2차 예방, 3차 예방의 개념적 및 실제 사업적 측면에서의 연계가 부족하였으며 건강증진사업의 목적을 건강수명향상에 한정하였고 사업목표는 대부분 건강산출물 중심으로 설정하여 단기간의 사업 성과를 측정하기 어렵다는 문제점이 있었다(이규식, 2006).

2005년 12월 2002년 수립된 국민건강증진종합계획 2010을 수정 및 보완하는 차원에서 새국민건강증진종합계획 2010(New Health Plan 2010)을 수립하였다. 이 계획에서는 국민건강증진사업의 목표로 건강수명 연장 외에 건강형평성 제고를 추가하였고 목표에 과정과 관련된 지표를 추가하여 사업의 성과를 단기와 중장기로 구분하여 측정할 수 있도록 하였다. 각 분과별로 전문가가 팀을 이루어 의견 교환을 통하여 충실성을 높이도록 하였으며 예산 계획을 포함하여 계획으로만 그치는 것이 아닌 실제 적용이 가능하도록 하였다. 따라서 개정된 국민건강증진종합계획 2010은 그 충실성, 적절성, 실현가능성을 갖추고 있다고 판단된다. 그러나 교육인적자원부, 노동부 등의 관계 부처와의 협력 체계를 어떻게 원활히 이룰 것인가에 대한 심도깊은 고민이 미흡하기 때문에 정책 집행 단계에서의 실현가능성에 대한 의문이 여전히 제기될 수 있다.

2) 투입단계

가) 개요 및 자료

건강증진정책 투입에 대한 평가는 주로 재정, 조직, 인력에 대한 평가를 실시하였다. 건강증진정책을 수행하는데 필요한 예산은 주로 건강증진기금과 일반회계 예산에서 충당하고 있으므로 이를 평가의 대상으로 하였고 조직의 경우에는 현재 중앙과 자치단체 외에 건강증진사업지원단이라는 별도의 조직이 운영되고 있으므로 이 조직을 평가에 포함하였다.

나) 결과

국민건강증진법 제정 후 건강증진기금이 조성되어 본격적으로 사용되기 시작한 1997년부터 2006년 현재까지 국민건강증진기금의 운용 현황을 살펴보면 순수 건강증진사업비로 운용된 비용은 전체의 20.2%에 불과하다. 또한 연도별로 이러한 비율에 큰 차이가 있어서 1998년이나 1999년도에는 전체 건강증진기금의 약 35% 내외를 순수 건강증진사업에 사용하기도 하였으며 2000년에는

61.3%로 가장 높았고 2002년부터 2004년까지는 5%내외였으며 담배부담금 인상의 여파가 미쳤던 2005년과 2006년은 다시 30% 내외로 높아졌다. 즉, 재정이 안정적으로 확보되지 못한 상태에서 정책을 실시하고 있다는 것을 보여주며 담배부담금 등 보건복지부 외의 타 부처의 의사결정이 중요한 역할을 한다는 것을 알 수 있다. 이러한 결과는 범정부적으로 건강한 공공정책(healthy public policy)에 대한 이해가 필요하다는 것을 보여주는 것인데 우리나라에서는 아직까지 이에 대한 합의가 부족한 것으로 판단된다.

건강증진기금에서 1997년부터 2006년까지 건강증진사업에 소요된 예산은 1조 1,510억원이었으며 그 중 39.51%가 건강증진질병예방사업에 투입되었다. 또한 20.66%는 참여정부의 주요 보건정책 목표 중 하나였던 공공보건의료확충에 소요되었다. 16.49%는 보건의료 R&D에 14.25%는 영양, 금연, 건강관리, 절주 등 건강생활실천 분야이었다. 건강증진정책의 주요 수단은 건강생활실천이라고 명시한 것에 비하여 실제 그 분야에 대한 예산 투자는 상대적으로 부족한 것으로 드러났다.

건강증진기금이 항목별로 어떻게 사용되고 있는지 연도별로 살펴보면 <표 4-7>과 같다. 각 항목별로 건강증진기금 중 차지하는 비율도 연도별로 큰 차이가 있어서 건강증진질병예방의 예를 들면 8%에서 46%까지 차지하고 있었고 건강생활실천의 경우 10%에서 52%까지 다양하였다. 그런데 이에 대한 근거가 명확하지 않다는 것이 문제점이다. 즉, 해마다 어떠한 사업에 예산을 더 지출하였다면 이에 대한 명확한 근거가 제시되어야 하는데 이러한 근거를 거의 찾을 수 없다는 것이다. 따라서 예산 사용에 있어 가치판단의 기준이 무엇인지 알 수 없으므로 명확한 판단을 내리기는 어려우나 정책의 지속성 및 연속성의 측면에서는 문제를 제기할 수 있다고 판단된다.

〈표 4-7〉 연도별 항목별 건강증진기금 중 점유율

(단위: %)

구분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
기금관리비	0.00	0.09	0.18	0.09	0.09	0.09	0.04	0.10	0.03	0.03
사업운영비	21.58	2.87	1.69	2.54	2.20	2.00	1.76	1.51	0.84	0.43
건강증진질병 예방	7.91	25.84	30.53	26.69	36.13	35.20	45.74	39.83	53.64	32.08
건강생활실천	0.00	18.96	16.62	19.66	31.73	52.12	46.31	50.00	12.85	9.32
연구개발	70.50	27.76	25.73	13.30	18.72	10.58	6.15	8.56	3.28	1.23
공공보건의료 확충	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	26.75	22.02
의료체계 구축	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.60	5.04
보건의료 R&D	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	29.85
기타 사업	0.00	24.49	25.25	37.73	11.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

자료: 보건복지부, 보건복지백서, 2004; 보건복지부, 국민건강증진기금 운용계획서, 2005, 2006.

건강증진정책의 투입에 있어서 일반 예산으로 집행되던 사업의 상당수가 건강증진기금사업으로 전환되어 일반 예산의 비중은 대폭 낮아졌다. 그런데 기금은 전술한 바와 같이 그 안정성이나 지속성이 담보되기 어려운 측면이 있다. 종합하면 건강증진정책의 재정 투입은 그 중요성에 비하여 다소 부족하며 불안정하다고 할 수 있다.

건강증진정책의 투입 과정에서 인력과 조직은 함께 평가하였다. 우리나라 건강증진정책은 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체가 사업을 운영하며 중앙과 지역의 건강증진사업관련 지원단이 기획과 평가를 하고 있는 형태로 수행되고 있다. 국민건강증진법이 제정되던 1995년을 기준으로 본다면 중앙정부의 인력이 증가되었고 건강증진사업지원단이라는 조직이 설치된 점으로 볼 때 건강증진정책의 투입 단계에 있어 인력과 조직은 건강증진정책 집행을 위해서 그 몫은 갖추었다고 볼 수 있다.

현재 다음과 같은 문제점이 있다. 첫째, 건강증진정책 관련 지원단은 건강증진사업지원단 외에 구강보건사업지원단, 정신보건사업지원단 등 다양하다. 그런데 각 개별지원단마다 조직, 인력, 예산이 상이하게 다르므로 지원단의 수준을 향후 유사하게 끌어올릴 필요가 있다. 둘째, 광역시도의 역할이 제대로 수행되지 못하고 있다. 광역자치단체는 시·군·구의 건강증진세부계획 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원을 하고, 시·군·구 사업 결과를 중앙에 보고하는 가교 역할을 담당하도록 되어 있으며 이에 따라 시도지원단이 설치되었다. 그런데 시도지원단은 예산의 부족으로 모든 시도에 설치되어 있지 않고 시도지원단 운영에 대해서 명확한 지침이 없는 상태이며, 배치된 인력이 충분히 교육을 받지 못하였기 때문에 각 시군구의 사업을 지원하고 평가하기에는 역부족인 상태이다. 셋째, 건강증진사업지원단에서 각 개별지원단을 평가하고 있는데 평가지표가 실적위주로 되어 있어 현재 정부 평가의 지향점인 성과평가와는 거리가 있으며 2010목표와의 연계성도 부족하다.

건강증진정책의 투입에 있어 형평성은 이에 대한 자료가 부족하여 평가하기 어려웠다. 따라서 본 연구에서는 이를 평가하지 못하였다.

3) 과정단계

가) 개요 및 자료

정책의 실제적으로 집행되는 과정은 사업의 수행 형태로 나타나게 된다. 과정평가가 단순히 보건사업 실행에 대한 기록만을 토대로 양적인 평가만을 실시할 경우, 왜곡된 결과를 도출할 수 있으므로, 양적인 평가와 더불어 질에 대한 평가를 병행하여야 하며, 이를 위해서는 각종 지표의 신뢰도와 타당도에 대한 검토가 필요하다는 주장이 제기되고 있다(Baranowski & Stables, 2000). 이에 따라 건강증진사업의 과정을 평가하기 위해서는 집행 과정 중의 역동성을 평가하기 위한 질적인 자료가 반드시 필요한데 본 연구에서는 이러한 자료를 수집하지 못하였기 때문에 제한적인 평가만이 이루어졌다.

본 연구에서는 건강증진정책 집행 과정을 평가하기 위해서 건강증진사업 수행과 관련된 자료를 그 평가대상으로 하였다. 그런데 보건정책팀에서 주관하고 있는 건강증진사업의 과정에 대한 내용을 담은 가장 최근의 문서는 '2006년 건강생활실천사업안내'이므로 이를 중심으로 평가하였다. 보건정책팀 외의 부처에서 실시하고 있는 건강증진사업에 대한 자세한 소개를 담은 문서는 거의 입수할 수 없었다. 또한 사업을 수행하는데 있어 관련된 계획 수립은 '2006년 건강증진사업계획수립지침'이라는 문서에 담겨져 있으므로 이것도 평가에 포함하였다.

나) 결과

건강증진사업의 집행 과정에 있어서 주로 교육, 홍보, 캠페인의 방법 등의 보건교육의 방법을 사용하는 것으로 나타났다. 국민건강증진법에 명시된 건강증진의 목표는 '건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성'하는 것인데 보건교육의 방법은 건강에 대한 바른 지식 보급에는 적절할 수 있으나 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성하는 데는 적절한 방법이라고 하기에는 어려움이 있다. 즉, 건강증진사업 집행 과정이 건강증진의 목표를 달성하기에는 부족하고 적절하지 않은 측면이 있다고 할 수 있다.

보건교육이 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하기에는 효과적인 방법이라고 할 수 있으므로 건강증진정책 집행 과정의 효율성에 대해서는 어느 정도 긍정적인 평가를 내릴 수 있다. 그러나 보건교육 효과의 지속성에 대해서는 의문의 여지가 있다. 교육은 실제로 본인이 체험할 수 있는 교육이 가장 효과가 있으며 주입식의 강의식 교육이 가장 효과가 적다는 것은 교육학 분야에서는 널리 알려진 사실이다. 그런데 건강증진분야에서 사용되고 있는 보건교육의 방식은 주로 집단교육의 형태를 띄고 있으므로 이러한 교육의 효과가 장기간 지속되는 것은 어려운 일이다. 따라서 보건교육의 실시와 더불어 스스로 건강을 증진할 수 있는 여건 및 인프라의 조성이 동시에 이루어질 때 그 효과를 극대화할 수 있다.

건강증진정책 과정에 대한 형평성은 본 연구에서는 평가가 불가능하였다. 건강증진사업지침이나 안내서에서 사업대상자를 선정하는데 있어서나 사업을 수행하는데 있어서 계층별 형평성을 고려하여야 한다는 언급이 없었고 이에 따라 계층별로 건강증진사업이 어떻게 수행되었는지에 대한 자료를 수집할 수 없어 평가를 수행하지 못하였다.

4) 산출단계

가) 개요 및 자료

건강증진정책의 결과에 대한 평가는 목표달성도, 효과성, 효율성, 형평성의 지표로 평가하였다. 산출단계의 평가를 위하여 사용한 자료는 주로 국민건강영양조사 등의 국가 단위의 조사 자료이다. 그러나 정책의 결과를 보여주는 자료원이 외국에 비하여 다양하지 않다는 문제점이 있다. 또한 전술한 바와 같이 우리나라 건강증진정책의 목표를 무엇으로 규정하여야 하는가가 결과를 평가하는데 있어 어려운 점이라 할 수 있다. 본 연구에서는 국민건강증진법의 목적과 새국민건강증진종합계획 2010의 목표를 중심으로 건강증진정책의 결과를 평가하였다.

나) 결과

건강증진정책 목표 대비 달성도를 평가하기 위하여 2002년에 수립한 국민건강증진종합계획 2010 및 2005년에 발표된 새국민건강증진종합계획 2010의 목표를 기준으로 하여 2005년 현재의 목표달성도를 산출하였다. 그런데 이러한 계획의 목표 대비 달성도를 산출하기 위해서는 기준 연도의 자료와 2005년 현재의 자료가 모두 가용하여야 하는데 실제로 자료를 입수할 수 없는 목표들이 있었다. 따라서 본 연구에서는 2002년이나 2001년의 기준연도 자료와 2005년 현재의 자료를 모두 입수할 수 있는 목표를 중심으로 평가하였고 연령 및 질병의 기준이 모호하거나 산출방법이 명확하게 제시되지 않은 목표는 평가에서 제외

하였다. 또한 종합계획에 포함된 목표는 모두 2010년을 종료 시점으로 하고 있으므로 이를 감안하여 2005년도의 목표를 다시 산출하였다. 이때 최초 국민건강증진종합계획 발표 시점이 2002년이었으므로 별도의 언급이 없는 경우 문서에 나타난 현재 수치는 2002년으로 간주하였고, 각 연도별로 목표치는 동일하게 배분하여 2005년도 목표를 산출하였다.

목표 지표별로 달성도에 있어서는 큰 차이를 보였다. 건강증진정책의 최종적인 목표인 건강수명의 경우에는 2002년에 66.0세에서 2003년에 67.8세로 증가하여 목표치를 상회한 것으로 분석되었다. 흡연율의 경우 성인 흡연율과 청소년 흡연율 모두 목표보다 낮은 흡연율을 보여서 정책이 실효성을 보였음을 간접적으로 알 수 있는데 특히 고3 남학생 흡연율은 목표보다 4.1%나 낮은 것으로 조사되었다. 그러나 음주 관련해서는 이와 다른 결과를 보였는데 알코올소비량은 목표치보다 다소 낮은 것으로 보고되었으나 고도위험음주자비율은 목표와 같거나 거의 차이가 없어서 음주 관련 정책은 다소 미흡하였던 것으로 판단된다.

운동의 경우 성인의 주3회 이상 규칙적 운동실천율 지표가 목표치를 크게 상회하는 것으로 보고되었는데 이것은 정책이 성공적으로 집행된 것과 목표가 너무 낮게 설정되었던 두 가지 요인이 복합적으로 작용한 것으로 판단된다. 또한 적정체중 인구비율도 목표보다 많이 감소하였다. 그런데 스트레스 인지율의 경우 목표와 거의 차이가 없어 이에 대한 사업의 효과가 크게 드러나지 않은 것으로 나타났다. 또한 사망률 지표의 경우 정책의 효과가 단기간에 나타날 수 없는 지표이지만 유방암사망률, 여자의 위암사망률을 제외하면 모두 목표보다 사망률이 높은 것으로 분석되었다.

〈표 4-8〉 국민건강증진종합계획 2010의 목표 대비 달성도

목표 지표	2002년	2010년	2005년	2005년	2005년
	기준	목표	목표	현재	목표-현재
건강수명(세)	66.0	75.1	67.1 ²⁾	67.8 ²⁾	0.7
건강수명 ¹⁾ (세)	66.0	72.0	66.8 ²⁾	67.8 ²⁾	1.1
성인 남자 흡연율(%)	67.8	30.0	53.6	50.3	-3.3
성인 여자 흡연율(%)	4.6	4.0	4.4	3.1	-1.3
고3 남학생 흡연율(%)	37.9	5.0	17.3	13.2	-4.1
고3 여학생 흡연율(%)	10.5	2.0	7.3	5.9	-1.4
1인당 알코올 소비량(ℓ)	8.7	7.0	8.3 ³⁾	8.3 ³⁾	0.0
남자 고도위험음주자비율 ¹⁾ (%)	17.4	13	15.4	14.9	-0.5
여자 고도위험음주자비율 ¹⁾ (%)	1.2	2	1.6	2.5	0.9
성인의 주 3회이상 규칙적 운동실천율(%)	8.6	17.2	14.0	32.2	18.2
적정체중 인구비율(%)	68.7	75.0	72.6	63.3	-9.3
적정체중 인구비율 ¹⁾ (%)	64.7 ⁴⁾	67.0	66.0	63.3	-2.7
제왕절개 분만율(%)	37.7	20.0	31.1	37.5	6.4
100명당 스트레스 인지율(%)	36.7	32.7	35.2	35.1	-0.1
10만명당 자살사망률	19.9	15.9	18.4	26.1	7.7
10만명당 당뇨사망률	22.0	19.0	20.9	24.2	3.3
10만명당 위암사망률(남자)	31.3	20.0	27.1	29.4	2.3
10만명당 위암사망률(여자)	17.2	14.0	16.0	15.7	-0.3
10만명당 간암사망률(남자)	32.5	20.0	27.8	33.8	6.0
10만명당 간암사망률(여자)	10.0	6.0	8.5	11.2	2.7
10만명당 폐암사망률(남자)	36.1	35.0	35.7	41.6	5.9
10만명당 폐암사망률(여자)	12.6	12.0	12.4	15	2.6
10만명당 유방암사망률	4.9	4.5	4.8	3.3	-1.5
10만명당 자궁암사망률	5.6	2.5	4.4	4.4	0.0

주: 1) 새국민건강증진종합계획 2010(New Health Plan 2010)의 목표를 적용하여 평가하였음

2) 2003년 기준 3) 2004년 기준 4) 2001년 기준

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 『제3기 국민건강영양조사』, 2006

통계청. 『사망원인통계연보』, 2006

한국금연운동협의회. 『2006년 전국 중고등학교 학생 흡연 실태조사』, 2006

건강증진정책 결과의 형평성은 2005년 국민건강영양조사의 결과를 중심으로 평가하였다. 이것은 자료의 가용성으로 인한 것이며 이에 따라 주로 건강행태 지표에 초점을 두었다는 한계가 있다. 지표의 선정은 새국민건강증진종합계획 2010에 기초하였다.

〈표 4-9〉 소득수준 및 교육수준별 건강행태 차이

(단위: %)

구분	월가구소득(만원)				교육수준				
	~100	101~200	201~300	301~	초졸미만	초등학교	중학교	고등학교	대학이상
흡연율	27.25	32.37	28.93	25.30	14.90	21.99	25.91	33.30	29.19
문제음주율	28.04	38.96	38.51	38.31	11.32	25.17	31.51	42.22	40.01
운동실천율 (1회 20분 이상, 주3일 이상)	11.84	15.56	16.29	17.36	7.23	12.68	17.21	16.61	15.85
비만유병률 (체질량지수 기준)	~50: 34.8 51~100: 34.6	30.3	30.6	310~400: 32.4 401~: 31.9	37.0	37.8	40.6	29.7	27.6
건강검진 수검률	39.75	42.21	52.92	57.33	43.90	52.64	50.21	40.08	56.43

자료: 한국보건사회연구원, 보건복지부. 『제3기 국민건강영양조사』, 2006

흡연율과 문제음주율 지표의 경우 월가구소득이나 교육수준과 뚜렷한 경향성을 보이지 않거나 월가구소득이나 교육수준이 높은 집단에서의 흡연율과 문제음주율이 더 높은 양상을 보였다. 그러나 운동실천율, 건강검진 수검률의 경우 월가구소득이 많은 집단에서, 교육수준이 높은 집단에서 높게 나타났다. 또한 비만유병률에서는 월가구소득별로는 뚜렷한 경향성을 보이지 않았으나 교육수준별로는 고등학교 이상 집단과 이하 집단의 차이가 매우 크게 나타났다. 이러한 결과를 보면 건강증진정책의 결과에서는 불형평성이 나타나는 부분이 있는 것으로 판단된다. 그러나 이러한 소득 및 교육수준간 건강증진정책 결과 지표의 차이가 정책의 집행이 불형평하였기 때문에 초래되었다고 직접적으로 결론 내리는 것은 무리가 있다고 판단된다.

5) 평가단계

가) 개요 및 자료

정책의 기획에서 평가는 지속적으로 환류되어 그 완성도를 높이는 기전이 된다. 즉, 평가의 결과는 차기 기획을 위한 기초 자료로 사용된다는 것이다. 따라서 평가가 어떻게 이루어지는지 면밀히 살펴보는 것은 매우 중요하다고 할 수 있다. 본 연구에서는 건강증진정책이 실제로 어떻게 평가되고 있는지 분석하였는데 이는 보건복지부의 자체 평가만을 대상으로 하지 않았다. 다른 부처에서의 평가 결과도 건강증진정책에 영향을 준다고 판단하였기 때문이었다. 따라서 다른 부처에서의 평가 자료와 보건복지부의 자체 평가와 중앙정부에서 각 지자체의 건강증진사업에 대한 평가 자료를 모두 그 대상으로 하였다. 또한 건강증진정책평가에 대한 국내 선행연구를 살펴보고 그 동향을 파악하였다.

나) 결과

현재 감사원, 기획예산처에서 건강증진기금에 대한 평가를 실시하고 있으며 건강증진정책의 실제 구현이라고 할 수 있는 건강증진사업에 대해서는 건강증진사업지원단에서 평가를 실시하고 있다. 즉, 건강증진기금에 대해서는 외부 평가가, 건강증진사업에 대해서는 내부 평가가 이루어지고 있다고 할 수 있다. 또한 건강증진정책의 결과는 3년마다 실시되고 있는 국민건강영양조사, 구강보건 실태조사 등 국가 차원에서의 조사를 통하여 모니터링되고 있다고 할 수 있다. 건강증진정책의 단계별 평가 자료원 및 항목은 <표 4-10>과 같다.

<표 4-10> 건강증진정책평가를 위하여 가용한 자료원 및 항목

구분 단계	내부평가		외부평가
	국가단위	자치단체 단위	
기획	없음	- 건강증진사업지원단 평가 · 사업계획의 적절성 및 사업계획서 작성의 충실성 · 사업의지 및 추진능력 · 사업의 실현가능성 및 발전 가능성	없음
투입	없음	- 건강증진사업지원단 평가 · 예산 · 인력 · 조직	없음
과정	없음	- 건강증진사업지원단 평가 · 인력교육 · 정보생산 · 시도특화사업 · 지역사회자원활용노력 · 사업의 효율화 및 개선을 위한 노력	없음
산출	- 국민건강영양조사, 구강보건실태조사 등 국가 단위의 조사 및 통계 · 흡연을 등 건강증진정책의 결과로서의 산출물	- 국민건강영양조사: 일부 결과 에 대해서만 소지역추정을 통하여 광역자치단체 단위의 결과만 보고 - 건강증진사업지원단 평가 · 실적 및 결과	없음
기금 운용	없음	없음	- 기획예산처의 평가 · 경영개선 · 사업운영 · 자금운용 개선 및 혁신노력 · 자금운용 실적 · 자금운용의 적정성 - 감사원의 평가 · 기금설치관리 · 기금조성관리 · 기금사업운영 · 조직, 인력, 자금 및 회계관리

<표 4-10>에서 알 수 있듯이 건강증진정책 평가를 위한 모니터링 시스템은 매우 부족하다고 할 수 있다. 즉, 국가 단위 건강증진정책의 기획 및 집행 단계에 대한 평가를 위한 체계는 갖추어지지 않았으며(남정자, 2005) 국가 단위의

조사만을 통하여 정책 집행의 결과만을 모니터링할 수 있는 수준에 그치고 있다. 그러나 이러한 조사의 경우에도 현재의 조사 내용으로 건강증진정책의 결과에 대해서 모두 모니터링하고 있다고 할 수 있는지에 대해서는 제고의 여지가 있다.

평가결과의 공유를 위한 배포에 있어서는 현재 건강증진사업지원단의 경우 그 평가결과를 자치단체에 통보하고 있으므로 배포가 이루어지고 있다고 할 수 있다. 또한 기획예산처나 감사원에서 실시하고 있는 평가결과에 대해서는 용이하게 그 결과를 입수할 수 있는 것은 아니므로 배포가 잘 이루어지고 있다고 하기 어렵다.

국민건강증진법 제정을 시발점으로 하더라도 우리나라 건강증진정책은 실시 10년을 넘어선 시점에 이르렀다. 그러나 이러한 역사적 상황을 감안할 때 우리나라에서 건강증진정책 평가를 수행한 연구는 매우 미흡한 실정이다. 2005년 국민건강증진종합계획 2010에 대한 중간 평가를 위해서 각 분야별로 평가를 실시하였으나 이는 계획의 목표 달성정도를 평가하는데 초점을 맞추고 있고 분야별 평가의 내용을 취합하여 우리나라 건강증진정책의 목표 달성정도를 제시하고 있지는 못하고 있는 실정이다. 따라서 이를 전체 정책에 대한 평가라고 하기에는 다소 무리가 있다고 판단된다.

개별 연구자의 차원에서 우리나라 건강증진정책을 평가한 연구는 2002년에 발표된 ‘건강증진분야에 대한 주요 정책평가 및 향후 방향’(남정자, 2002)이 유일하다. 그러나 이 연구는 정책평가의 모형이나 기준을 설정하여 평가를 하였다기보다는 전반적으로 건강증진정책의 문제점을 진단하고 향후 개선 방향을 제시한 정도에 그치고 있다. 또한 건강증진정책 중 금연정책 및 담배규제정책에 대해서는 일부 연구¹⁰⁾가 발표되었는데 효율성에만 초점을 두고 평가한 연구도 수행되었고 정책의 전반적인 측면을 감안하여 평가한 연구도 수행되었다. 그러나 이러한 연구도 정책평가라는 틀에서 검토하지는 않았다고 할 수 있다.

주10) 백남원 외, 흡연노출평가를 이용한 금연정책 효율성에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원, 보건복지부, 2002

서미경 외, 담배규제정책의 평가 및 정책방향의 수립, 한국보건사회연구원, 보건복지부, 2003

더욱이 담배 관련 정책 이외에 정책은 이와 같은 시도도 거의 이루어지지 않았다. 전술한 연구는 대부분 건강증진기금으로 수행되었기 때문에 건강증진사업 지원단의 홈페이지 등을 통하여 연구결과를 검색할 수 있으므로 평가결과를 공유할 수 있도록 배포되고 있다고 할 수 있다.

국가가 주도하여 수행하고 있는 건강증진정책 평가를 위한 모니터링이나 개별 연구자가 수행하고 있는 평가 관련 연구가 얼마나 활용되고 있는지를 평가할 수 있는 자료는 입수하지 못하였다. 이것은 전술한 바와 같이 본 연구에서의 건강증진정책의 평가가 발표되었거나 보고된 문서자료만을 활용하였기 때문인 것으로 판단된다. 따라서 본 연구에서는 평가결과 활용 지표에 대해서는 평가하지 못하였다.

다. 평가 결과에 따른 제언

우리나라 건강증진정책은 비교적 단기간에 큰 성과를 이루었다고 할 수 있다. 그러나 평가의 결과 다음과 같은 몇 가지 측면에서 문제점이 발견되었으며 이 문제의 개선을 위한 정책 방안의 개발이 필요하다.

첫째, 우리나라 건강증진정책의 목표가 명확하지 않다. 국민건강증진종합계획 2010의 목표를 건강증진정책의 궁극적 목표로 보아야 할지 국민건강증진법에 명시된 목표를 궁극적 목표로 삼아야 할지 판단이 어려운 부분이 있다. 그 이유는 우리나라 건강증진정책의 근간이 되는 이 두 가지 목표가 범위, 수준 및 방향에 있어 차이가 있기 때문이다. 따라서 이러한 문제를 조율하여 우리나라 건강증진정책의 궁극적 목표를 명확하게 하여 하위 사업이 이를 지향할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

둘째, 건강증진정책의 평가에 있어서 투입이나 과정의 형평성을 평가하는 것이 거의 불가능하였는데 이것은 이러한 자료가 생산되어 발표되지 않기 때문이다. 그러나 2005년 새국민건강증진종합계획 2010을 수립하면서 정책목표에 ‘건강형평성’을 포함한 시점에서 건강증진정책의 투입이나 집행 과정에 불형평한 요소가 없는지 모니터링할 수 있는 기전을 마련하는 것이 필요하다. 이와 관련

하여 사업 대상자 선정에 있어서 계층 요소를 포함하도록 하는 방안이 필요하다. 그런데 이를 위해서는 어떤 계층 요소를 포함할 것인지에 대한 합의가 필요하고 아울러 계층을 대상자 선정에 고려할 때 어떠한 기준을 적용할 것인지에 대한 합의가 필요하다.

셋째, 건강증진정책에 소요되는 재정이 보건의료 분야의 재정에서 차지하는 비중이 낮다는 것을 알 수 있었다. 따라서 재정의 불안정성으로 인하여 지속적으로 정책을 수립하기 어렵다는 것을 유추해볼 수 있으며 재정을 안정적으로 확보할 수 있는 방안을 개발하는 노력이 필요하다. 이와 관련해서는 공공정책의 기획과 집행에 있어서 건강을 고려하는 WHO의 건강한 공공정책 개념에 대한 범부처간 이해를 도울 수 있도록 하는 것이 중요하다고 판단된다. 재정의 투입에 있어서도 연도별로

넷째, 건강증진정책의 집행 과정에 있어서는 건강에 대한 지식을 제공하거나 행태를 수정하기 위하여 집단적으로 실시하는 홍보 및 보건교육이나 보건소를 방문하는 소수의 지역주민을 대상으로 하는 중재법만이 주류를 이루는 현재의 방법은 지양하여야 한다. 건강증진정책을 통하여 건강을 증진할 수 있는 사회적 여건을 조성할 수 있어야 한다. 이에 따라 현재 부족한 건강을 증진할 수 있는 여건 조성을 위한 정책을 개발하는 것이 필요하며 실시되고 있는 정책 중에서 건강증진에 저해가 되는 경우 바람직한 방향으로 수정하도록 하는 것이 필요하다.

다섯째, 건강증진정책을 평가하고 모니터링할 수 있는 기전이 현재로서는 매우 부족하며 평가를 위한 자료원 또한 부족한 상태이다. 정책의 평가는 그 결과가 기획에 환류되어 발전된 정책을 개발하는데 기여하기 때문에 매우 중요하다. 그러나 우리나라에서는 건강증진사업에 대한 평가는 내부적으로 실시하고 있으나 전체 건강증진정책의 방향성이나 그 집행 과정에 대해서는 상시적으로 모니터링하는 시스템이 갖추어져 있지 않다. 따라서 이에 대한 논의가 반드시 이루어져야 하며 필요한 연구에 대한 재정 및 인적 지원이 되어야 한다고 판단된다.

제3절 건강증진사업 평가

본 절에서는 개인에게 초점을 맞춘 구체적인 개별건강증진사업을 정책평가의 틀이 아닌 사업평가의 틀을 적용하여 평가하였다. 평가대상 건강증진사업으로는 평가의 용이성을 고려하여 건강증진사업초기부터 시작되어 장기간 진행된 건강생활실천사업에 대한 평가를 하였다. 건강생활실천분야 중 가장 많은 예산이 투입된 금연정책과 상대적으로 적은 예산이 투입된 절주정책을 선정하여 사업평가를 실시하였다.

평가의 틀로서 보건사업의 평가에 많이 활용된 논리모형을 선정하였다. 논리모형¹¹⁾은 보건사업의 구체적인 활동에서부터 그 사업이 가져올 수 있는 단기 혹은 장기적인 영향까지의 발전을 논리적인 흐름으로 보여주며, 보건사업 실행의 바탕이 되는 가정 및 상황과 문제 진단, 사업의 활동, 결과의 세 가지 요소로 구성된다(Julian et al., 1995; Chen et al., 1998~99). 또한 실제 적용에 있어서 이론적 가정 대신에 투입을 포함되는 등 논리모형은 기본적인 틀에서 평가 대상에 적합하도록 변형되어 사용할 수 있는 장점이 있다.

1. 금연정책의 평가

가. 금연정책사업의 현황

1) 법적지원

우리나라에서 담배 규제는 1972년 담배전매법을 제정함으로써 처음으로 시작되었다. 이후 1995년 국민건강증진법이 제정되기까지 담배 규제는 담배 전매법의 후신인 담배사업법에 의해 실시되어 왔다. 담배사업법에 의한 담배 규제는 담배 제조 및 판매에 있어서 발생할 수 있는 판매자와 소비자간의 거래상 문제를 해결하여 공정한 시장질서를 확립하는데 그 주목적이 있었다. 따라서 1995년 국민건강증진법이 마련되기 이전까지 담배관련법적 규제는 국민건강증진의

주11) 논리모형의 상세한 설명은 본 보고서의 2장 3절 참조

향상을 위한 목적에는 미흡한 면이 있었다고 평가된다. 1995년 국민건강증진법을 마련함으로써 명실공히 국민건강증진을 위한 담배 규제의 기틀이 마련되었다. 국민건강증진법은 담배사업법이 규제하고 있던 담배 광고 규제, 담배 건강 경고 표기, 자동판매기설치 제한뿐만 아니라 실내 흡연 금연 구역 구분 등 보다 적극적인 담배규제를 규정하고 있다. 또한 국민건강증진기금 조성에 대한 법적 근거를 마련하여 보다 안정적인 재원을 근거로 금연 사업을 추진할 수 있는 기틀을 제공하였다. 이러한 국내 담배 규제에 대한 법적 지원을 연도별로 기술하면 다음과 같다.

1972년 제정된 담배전매법에서는 담배의 경작, 제조를 국가에서 담당하고, 판매 및 수출입은 허가를 통하여야만 가능하도록 규정하여, 담배의 생산·판매의 모든 단계에 대한 엄격한 규제를 정하였다. 또한 담배생산농가에 대하여 연초구매, 채해보상금, 장려금 지급을 통하여 소득 보장을 하였다. 담배가격도 정부에서 정한 가격으로 국내 판매와 국외 수출이 가능하도록 정부가 결정하였다.

담배전매법이 1986년 개정되면서 제조담배의 갑포장지에 경고문구를 표시하거나 광고에 대한 규제를 행할 수 있게 되었으며, 이에 위반되는 제조담배의 판매를 제한하는 등 필요한 조치를 할 수 있도록 하였다. 또한 담배갑을 훼손한 상태로 판매하는 것을 금지를 하여 담배의 날개 판매를 금지하였다. 그 밖에도 담배의 광고를 제한하는 법을 추가하였다.

1989년 담배전매법은 담배사업법으로 변경되었으며, 구체적으로 담배갑 등에 표시하여야 하는 경고문구를 제시하였다. 또한 과거 담배광고의 제한 범위만을 제시하였던 것에서 담배광고의 허용범위를 잡지, 음악체육행사의 지원 등 광고가 가능한 범위를 구체적으로 명시하였다. 1992년에 와서는 청소년 보호를 위하여 담배자동판매기 설치를 제한하였다.

1995년 국민건강증진법을 제정하면서 국민건강증진의 목적으로 담배규제를 위한 다각적인 조항을 법률에 포함시켰다. 동 법에 포함된 금연 관련 규제 사항은 다음과 같다: 담배갑 포장지 앞뒷면 및 기타 담배판매촉진활동에 경고문구 표기, 담배광고의 제한, 담배자동판매기 설치 장소 제한, 미성년자에 담배 판매금지, 흡연구역과 금연구역의 분리, 담배사업자 및 수입판매업자가 공익사

업에 출연하는 출연금의 일부와 의료보험의 10/100 이내로 구성된 국민건강증진기금의 설치 및 기금의 사용 내용 등. 1997년 국민건강증진법에 의거 국민건강증진기금이 조성되어, 과거 담배회사에서 자체적으로 행하던 공익사업을 폐지하고, 담배세의 일부를 국민건강증진기금으로 이전하였다. 이에, 담배갑 당 2원이 국민건강증진기금으로 각출되었다.

2001년 담배사업법이 일부 개정되어 담배제조업에 관하여 허가제를 도입함에 따라 연초경작계약 및 잎담배의 전량수매제도와 연초종자의 수출입 제한에 관한 규정이 삭제되었다. 또한 청소년흡연의 확산을 방지하기 위하여 소매인이 아닌 서비스업을 영위하는 자는 담배를 판매할 수 없도록 하였다.

2002년 국민건강증진기금이 담배갑 당 150원으로 인상 조정되었으며 담배사업법의 개정으로 담배 연기 중에 포함된 성분과 그 함유량을 측정하고 그 결과를 담배의 갑 포장지에 기재하도록 하였다. 한편, 국민건강증진법을 개정하여 담배의 제조업자 및 수입판매업자가 담배갑포장지 앞·뒷면 및 대통령령이 정하는 광고에 경고문구를 표기함에 있어서 종전에는 흡연이 건강에 해롭다는 내용을 표기하도록 하였으나, 앞으로는 흡연이 폐암 등 질병의 원인이 될 수 있다는 내용을 표기하도록 하였다. 또한 간접흡연규제를 강화하여 종전에는 일정한 요건에 해당되는 공중이용시설의 소유자 등은 당해 시설을 금연구역과 흡연구역으로 구분하도록 하였으나, 앞으로는 당해 시설을 금연구역·흡연구역으로 구분하는 것 외에 당해 시설의 전체를 금연구역으로 지정할 수 있는 근거를 마련하고, 흡연구역에 환기시설·칸막이 등을 설치하도록 하였다.

2004년에는 담배사업법시행규칙을 개정하여 경고문구가 담배갑 앞뒷면의 20%를 차지하던 것을 30%로 확대하였으며 흡연 경고문구를 3개 이상 정하고 각각 2년씩 순환하여 표기하도록 하였다. 또한 담배갑 당 150원 부과하던 국민건강증진기금을 담배갑 당 354원으로 인상 조정 하였다. 2006년 7월 부터는 국민건강증진법시행규칙을 개정하여 금연 구역 대상을 대규모 시설에서 소규모 시설로 확대하였다. 기존에 연면적 3천제곱미터 이상의 사무용 건축물 및 연면적 2천제곱미터 이상의 복합 건축물에 대해서 적용해 오던 금연 구역 규정을 연면적 1천 제곱 미터 이상의 사무용 건축물, 공장 및 복합 용도의 건축물로

확대하였다. 또한 정부 청사 중 연면적 1천 제곱미터 이상인 청사에 한해서 적용해 오던 금연 구역 지정을 모든 정부 청사에 대해 적용하기로 하였다.

〈표 4-11〉 연도별 담배 규제 관련 법률의 변화

일시	내 용
1972년	- 담배 전매법 제정 · 담배의 경작 및 제조를 국가에서 담당 · 담배의 판매 및 수출입은 허가를 통하도록 규정 · 담배 농가에 대하여 연초 구매, 재해보상금, 장려금 보장 · 담배 가격을 정부에서 결정함
1986년	- 담배 전매법의 개정 · 담배의 갑포장지에 경고 문구 표시 · 담배 광고 규제 · 담배 날개 판매 금지
1989년	- 담배 사업법 제정(담배전매법에서 명칭변경) · 구체적인 담배갑 건강경고 문구 제시 · 담배 광고의 허용 범위를 잡지, 음악체육행사의 지원 등 구체적으로 명시함
1992년	- 담배 사업법 개정 · 담배자동판매기 설치 제한
1995년	- 국민건강증진법 제정 · 담배갑 앞뒷면 및 기타 담배판매촉진활동에 경고문구표기 · 담배 광고의 제한 · 담배자동판매기 설치 장소 제한 · 미성년자에 대한 담배 판매 금지 · 흡연 구역과 금연 구역의 분리 · 국민건강증진기금의 설치
1997년	- 국민건강증진기금 조성 · 담배세 일부를 국민건강증진기금으로 이전 · 담배갑당 2원의 국민건강증진기금 각출
2001년	- 담배사업법 개정 · 담배제조업에 허가제 도입 · 연초경작계약 및 잎담배의 전량수매제도와 연초종자의 수출입 제한에 관한 규정 삭제 · 서비스업 종사자 담배 판매 금지

〈표 4-11〉 계속

일시	내 용
2002년	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강증진법 개정 <ul style="list-style-type: none"> · 국민건강증진기금이 갑당 150원으로 인상 · 건강 경고문구의 내용을 흡연이 폐암 등 질병의 원인이 될 수 있다는 내용을 표기하도록 함 · 시설 전체를 금연구역으로 지정할 수 있는 근거를 마련함 · 흡연 구역에 환기시설, 칸막이 등을 설치하도록 함 - 담배사업법 개정 <ul style="list-style-type: none"> · 담배 연기 포함 성분과 함유량을 측정하고 그 결과를 담배 갑 포장지에 기재하도록 함
2004년	<ul style="list-style-type: none"> - 담배사업법시행규칙 개정 <ul style="list-style-type: none"> · 경고문구가 담배갑 앞뒷면의 30%를 차지하도록 함 · 흡연 경고문구를 3개 이상 정하고 2년씩 순환하여 표기함 - 국민건강증진기금을 담배갑 당 354원으로 인상
2006년	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강증진법시행규칙 개정 <ul style="list-style-type: none"> · 금연 구역을 연면적 1천제곱미터 이상의 사무용 건축물, 공장 및 복합용도의 건축물로 확대 · 모든 정부 청사를 금연 시설로 지정

〈표 4-12〉 정책별 담배 규제 관련 법률의 변화

	1972	1986	1989	1992	1995	1997	1999	2001	2002	2003	2004	2006
담배생산공제조	담배농	연초경작계약, 배수매전량수매(전)	→	(사)로 변경	→	→	→	→	연초경작계약, 배수매전량수매(사)	→	→	→
	담배성분	×	×	×	×	×	×	×	담배연기성분중타르니코틴공개(사)	→	→	→
	담배디자인	×	담배포장상태금(전)	(사)로 변경	→	→	→	→	→	→	→	→
	경고	×	담배포장경고문구표기(전)	경고문구표기(사)	→	경고문구내용 및 표기 지정(증)	→	→	→	→	경고문구대체 및 문구 순환(사)	→
담배소비	간접흡연	×	×	×	×	흡연연구의 구분(증)	→	→	→	흡연연구대(증)	→	소규모 시설로 확대(증)
	담배광고	×	담배광고제한(전)	담배광고제한(사)	→	(증)	→	→	→	→	→	→
	금연교육	×	×	×	×	보건교육의 의무(증)	보건교육권고(증)	→	→	→	→	→
담배판매	가격세금	국가에 서지정(전)	→	(사)로 변경	→	→	→	→	→	→	→	→
	판매자격	생산제조도매허가제(전)	→	(사)로 변경	→	→	→	→	판매인사비즈니스자의 판매금지(사)	→	→	우편및전자거래금지(사)
	담배자판기	×	×	×	담배자판기설치제한(사)	(증)	→	→	→	→	→	성인인증장치부착(증)

주: 전(담배전매법), 사(담배사업법), 증(국민건강증진법), →는 해당법 지속, ×는 해당법 없음
 자료: 보건복지부, “2005 국가흡연예방 및 금연사업 안내”, 2005. 재인용

2) 예산 및 사업 내용

1997년 건강증진기금이 조성되고 이후 담배가격 인상에 따라 기금 규모가 증가하게 되자 금연 사업에 대한 예산액 및 집행액도 규모가 커지게 되었다. 조성된 건강증진기금으로 금연 사업을 실시한 첫해인 1998년 금연 사업에 대한 집행액은 4억 4천 5백만원이었으나 1999년 건강증진기금을 갑당 20원으로 조정 한 후 금연 사업에 대한 집행액은 2000년 18억 3백만원으로 증가하였다. 또한 2002년 건강증진기금을 150원으로 증가한 후 금연 사업에 대한 집행액은 76억 4천 2백만원으로 증가 하였으며, 2004년 건강증진기금을 354원으로 증가하고 나서 금연 사업에 대한 집행액은 2005년 260억으로 증가하였다. 2006년 금연사업에 대한 예산액은 315억원으로 책정되어 있다.

국민건강증진기금으로 지원되는 금연사업은 크게 금연 교육, 금연홍보, 청소년흡연예방, 흡연자 건강검진, 흡연 실태 조사, 금연 사이트 운영, 보건소 금연 사업 지원으로 구성되어 있다. 2004년 담배가격 인상 이후 금연클리닉운영 사업과 금연상담전화사업이 새로이 추가되었다. 조성된 기금으로 금연사업을 추진한 첫해인 1998년 금연사업 집행액 중 80%가 넘는 거의 대부분이 보건소 금연 사업지원에 사용되었다. 이후 금연 홍보에 대한 지출액이 점차로 증가하여 2004년 전체 금연사업 지출액 중 50% 가량을 금연 홍보에 사용하였다. 청소년 흡연예방에 대한 지출도 점차 증가하여 2004년 현재 금연 사업 전체 예산액 중 두 번째로 많은 비중인 25% 가량을 차지하였다.

2004년 담배가격 인상 이후 금연 사업에 대한 지출 규모가 더욱 확대되었다. 금연 홍보에 대한 예산이 2006년 81억원으로 책정되어 2004년 보다 두 배 가량 증가 하였다. 금연 교육에 대한 예산도 증가하여 2004년 6억원을 지출하였던 것이 2006년에 28억원으로 4배 이상 증가하였다. 2004년에 새로이 추진하기 시작한 금연 클리닉에 대한 지출도 2005년 136억원, 2006년 예산이 196억원으로 책정되어 현재 금연 사업 전체 예산 중 가장 많은 비율을 차지하게 되었다.

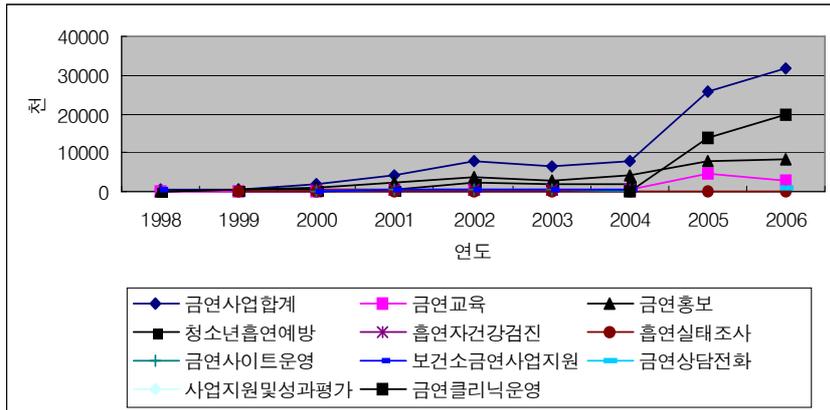
〈표 4-13〉 건강증진기금에서 금연 사업 집행액 현황 (1998~2006년)

(단위: 백만원)

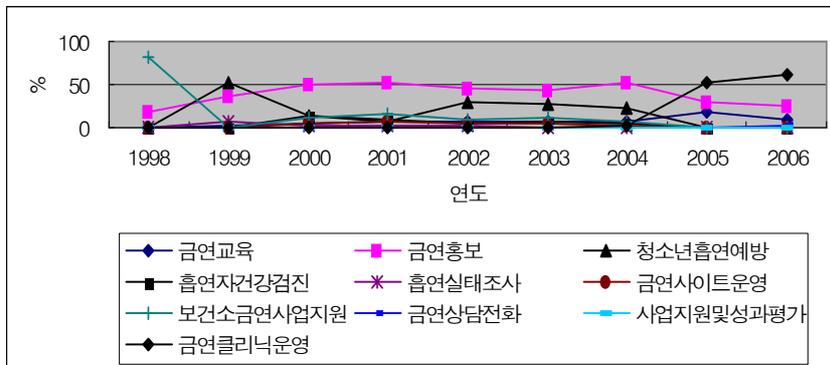
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
금연사업	445	646	1,803	4,279	7,642	6,636	8,013	25,961	31,502
금연교육		20	70	316	484	484	600	4,527	2,800
금연교육사업(금연지도자교육)			20	40	20	20	-		
금연교육(직장인대상 금연교육 실시)			50	276	464	464	600		
금연홍보	77	237	905	2,226	3,508	2,913	4,271	7,799	8,100
금연홍보(담배없는 세상 발행)				110	90	134	200		
금연홍보(금연홍보자료제작)	77	237	237	60	50	25	25		
금연홍보(금연캠페인)				156	230	98	54		
금연홍보(범국민금연운동본부 운영)					210	156	-		
금연홍보(TV 등 언론매체를 이용한 금연홍보사업)		318	1370	1500	2,500	3,592	3592		
금연홍보(지하철금연광고)				210	200		-		
금연홍보(제7회 아태금연대회)					0		-		
금연홍보(담배없는 거리만들기)					0		-		
담배규제관련분담금 등 이달의금연길라잡이			240	260			400		
금연홍보(흡연실 장비구입 지원)			120	60	400		-		
청소년흡연예방	0	339	250	320	2,250	1,883	1,826		
청소년흡연예방(청소년건강캠프운영)		339	200	200	200	200	200		
청소년흡연예방(학교순회흡연예방교육)				120	450	150	150		
청소년흡연예방(포스터공모전)			50		0		-		
청소년흡연예방(전국어린이금연응변대회)					0		-		
청소년흡연예방(시도 교육청 흡연예방교육사업)				0	1,600	1,600	1,476		
흡연자 건강검진			250	350	350	406	400		
흡연실태조사	0	50	40	90	90	20	20	60	100
흡연실태조사(조사)		50	20	20	20	20			
흡연실태조사(대중매체, 영화 흡연 모니터 링)		20	70	70	-	-			
금연사이트운영	0	0	100	297	280	250	165		
금연포탈사이트 운영				97	80	85	80		
인터넷 금연홍보사업			100	200	200	165	85		
보건소 금연사업 지원	368		188	680	680	680	596		
금연상담전화									902
사업지원및성과평가							30		
금연클리닉운영							105	13,575	19,600

주: 1997-2005년 자료는 집행액이며 2006년 자료는 예산액임.
 자료: 보건복지부 내부자료 “건강증진기금연도별지원실적(08-06)”

[그림 4-2] 연도별 건강증진사업 집행액



[그림 4-3] 사업별 집행액이 전체 금연사업에서 차지하는 비중



3) 평가의 현황

가) 과거의 평가 방법 및 내용

서미경 외 (2003)의 연구에서는 금연 정책을 기획, 과정, 결과로 나누어 각각에 대해 평가를 실시하였다. 기획 평가에서는 금연 관련 법제도 및 예산 배분

의 현황에 대해 평가 하였으며, 과정 평가에서는 금연 정책의 실천 현황을 담배 제조 과정 정책, 담배 판매 단계 정책, 담배 소비 단계 정책으로 나누어 평가 하였다. 결과 평가에서는 흡연율의 변화 및 정책의 기여도를 평가 하였다. 담배 규제 관련법만 제정되었고 실질적인 금연 운동이 일어나지 않았던 1994~1999년 사이에서는 성인 남성 흡연율이 8% 감소하였으나 다른 연령과 성별에서 흡연율이 증가한 것으로 평가되었다. 법적인 지원 외에도 건강증진기금에서 금연 정책에 예산을 배정하기 시작한 1999~2003년 사이에서는 모든 연령과 성별에서 흡연율의 감소를 보였다. 이러한 사실은 2000년에 들어와 활발히 수행되었던 금연교육홍보캠페인의 효과가 크게 작용하였으며, 법, 가격 정책, 교육 및 홍보 캠페인의 통합적인 정책이 더욱 큰 효과를 가져온 것으로 평가되었다.

〈표 4-14〉 기획, 과정, 결과 단계에 따른 금연 정책의 평가(서미경 외 2003)

기획 평가	금연관련법의 현황	<ul style="list-style-type: none"> - 담배 생산 관련법 <ul style="list-style-type: none"> · 담배 제조와 관련해서 모든 성분에 대한 관리 체계 도입이 필요함 · 경고문구 효과를 높이기 위하여 그림 경고 등 다양한 경고 문구 법제화가 필요함 - 담배 소비 관련법 <ul style="list-style-type: none"> · 장기적인 광고 전면 금지의 법제화가 필요함 · 금연 구역 범위 확대 및 흡연 구역 설치 시설 지정 등 강도 높게 실시되어 왔음 · 금연 교육을 포함한 보건교육의 강화 필요
	재정지원	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강증진기금에서 금연사업 지출이 차지하는 비중은 지속적으로 증가하였음. - 장단기 금연사업 기획, 모니터링, 결과 평가에 대한 환류체계 수립 등에 대한 예산 배정 필요
과정 평가	담배 제조과정 정책 평가	<ul style="list-style-type: none"> - 담배 생산 농도의 감소는 금연 정책 보다는 우리나라 농업의 쇠퇴와 관련 있음
	담배 판매 단계 정책 평가	<ul style="list-style-type: none"> - 담배 가격 인상 비율은 소비자 물가 상승률에 비해 낮았음 - 우리나라 담배 가격은 경제 수준이 비슷한 다른 나라와 비교해서도 낮은 수준임 - 미성년자에 대한 담배 판매를 강력하게 규제하고 있음에도 여전히 청소년에 대한 담배 판매는 이루어지고 있음

	담배 소비 단계 정책 평가	<ul style="list-style-type: none"> - 간접 흡연 규제의 실질적인 준수율은 낮아서 실천도 증가를 위한 행정 지원이 필요함 - 간접 흡연 규제 감시 집행 인력의 증원이 필요함 - 흡연 구역 설치 비용 지원 등 재정 지원도 필요함 - 법에서 규제하지 않는 담배 간접광고 문제가 심각함 - 금연 홍보 캠페인은 일반 국민들의 태도, 금연 실천율 증가에 기여함
결과 평가	1986~1995년 (법적 정비 미비 + 예산 지원 없음)	- 전체적인 흡연율 증가
	1995~1999년 (법적 정비 + 예산 지원 없음)	<ul style="list-style-type: none"> - 성인 남성 흡연율 감소 · 흡연구역규제정책 및 담배 가격 인상의 영향
	1999년~2003년 (법적 정비 + 예산 지원)	<ul style="list-style-type: none"> - 전 연령층의 흡연율 감소 · 일반 음식점에서의 담배 판매 금지, 담배 가격 인상, 예산 지원을 통한 금연캠페인의 통합적인 정책 영향 · 금연교육홍보 캠페인의 효과가 크게 작용함

서영준 등 (2003)의 연구에서는 건강증진 5개 사업(금연, 운동, 영양, 절주, 고혈압 예방 사업)에 대하여 분야별 성과 평가표를 만들고 각각 사업에 대해 구조, 과정, 결과에 대한 평가를 실시하였다. 본 연구에서 개발된 성과 평가표를 이용하여 보건소를 대상으로 건강증진사업의 성과를 평가한 결과, 금연 사업은 평균 74.30점으로 5개 건강증진사업 중 가장 성과가 높은 것으로 나타났다. 또한 본 연구에서는 전문가 설문조사를 통하여 금연 사업 평가 지표를 개발하고 각 지표별 점수를 측정하였는데 그 결과는 <표 4-15>와 같다.

〈표 4-15〉 보건소 금연 사업지표의 사례

평가 지표 (점수)	측정 지표(점수)
흡연 예방 교육 인력 양성 (17)	교육 건수(8.5), 교육 이수율(8.5)
금연 홍보 거리 구축 (7)	홍보 거리 유무(7)
청소년 금연 교실 (17)	교육 건수(5.7), 교육 이수율(5.6), 금연 성공률(5.7)
성인금연교실(16)	교육 건수(5.4), 교육 이수율(5.3), 금연 성공률(5.3)
금연시범학교(16)	실시율(8), 관리여부(8)
금연 캠프 (7)	캠프건수(3.5), 캠프이수율(3.5)
호기이산화탄소 측정행사(7)	측정건수(3.5), 측정후 상담률(3.5)
니코틴의존도행사(7)	측정건수(3.5), 측정후 상담률(3.5)
금연관련학생그림/글짓기/웅변대회(7)	개최건수(7)
보건소, 학교 금연상담실 운영(17)	상담횟수(8.5), 운영률(8.5)
금연캠페인 및 홍보 (17)	홍보물 종류(4.25), 지역언론매체 이용횟수 (4.25)

자료: 서영준 등, 보건소 건강증진사업 분야별 성과평가지표 및 종합평가표 개발, 연세대학교, 건강증진사업지원단, 2003.

황인경 등(2004)의 연구에서는 보건소 건강생활실천사업을 금연, 운동, 영양, 절주 등으로 분류하여 각각의 필수 사업 내용을 개발하고 이에 대한 평가 지표를 개발하였다. 금연 사업에 대해서는 필수 사업으로서 학교흡연예방사업, 금연상담실 운영, 지역사회를 통한 금연홍보사업, 직장인 흡연 예방 사업, 금연 교실 등을 제시하였다. 이러한 사업에 대한 평가 지표를 구조·과정에 대한 평가 지표와 결과 지표로 구분하여 제시하였는데 그 자세한 내용은 <표 4-16>과 같다.

〈표 4-16〉 보건소 금연 사업지표의 사례

지표 구분	지표 내용
구조·과정 지표	교육시행횟수, 사업수행횟수, 교육 및 사업참여 학교수와 학생수, 교육 및 사업 참여 사업장 수와 참여 직원수, 지역 사회 언론기관별 홍보자료 제공 건수 및 보도 건수, 홍보매체물 자료 보유 현황, 금연 상담 횟수 및 금연 상담 전화 이용 횟수, 금연 교실 실시 횟수, 금연 교실 이용자 수
결과 지표	대상자 및 담당자의 만족도, 목표 달성률, 지식 및 태도의 변화, 흡연을 감소 정도, 금연 성공률, 지역 주민의 금연 필요성에 대한 인식도, 흡연으로 인한 질병의 증상 감소율

자료: 황인경 등 (2004) “보건소 건강생활실천사업 내용의 표준화 및 평가지표 개발, 부산대학교, 건강증진기금사업지원단

보건복지부와 한국보건사회연구원이 국민건강증진종합계획 2010 중간평가를 실시한 내용 중 금연 사업에 대한 평가 내용을 정리하면 아래와 같다. 본 평가 작업에서는 국민건강증진종합계획 2010을 목표의 적합성, 목표량의 적정성, 사업 내역의 적합성, 문제점 측면에서 평가 하였다. 또한 국민건강증진종합계획 2010이 제시한 금연 부분 세부추진계획 사업의 실시 여부, 연차별 진도 평가, 연차별 투입 예산, 인프라 구축, 예상되는 문제점등을 평가 하였다. 평가 결과, 금연 부분 목표에서 남자 성인 흡연율을 67.8%에서 30.0%로, 여자 성인 흡연율을 4.6%에서 4.0%로 낮추는 것으로 하였다. 또한 고등학교 3학년 남학생의 흡연율을 37.9%에서 5.0%로, 고등학교 3학년 여학생의 흡연율을 10.5%에서 2.0%로 낮추는 것으로 설정하였다. 분야별 세부추진계획에 포함된 사업들은 금연사업 과제목표를 달성하기에는 전체적으로 미흡하다고 평가되었다. 특히, 세부사업은 비교적 많은 내용을 담고 있으나 체계적으로 접근되지 못하고 개별화된 사업으로 진행되고 있어 장기적으로 사업성과를 기대하기 어려운 점이 있다고 판단되었다. 기반 구축 사업에 대한 지원이 미흡하며 금연사업의 추진 성과 및 사업운영 방향을 검토하기 위해서는 정기적인 평가지표 산출이 강화되어야 할 것을 지적하였다. 또한 금연사업 관련 인력에 대한 지속적인 교육훈련과 기술 지원이 필요하다는 것을 강조하였다.

〈표 4-17〉 국민건강증진종합계획 2010 금연분야 평가 결과

	추진사업 실시여부		연차별 진도 평가		연차별투입예산 ('02-'04 누계) (백만원)		인프라 구축		예상되는 문 제점설정	
	당초 계획	실시 현황	당초 계획	실시 현황	당초 계획	실시 현황	당초 계획	실시 현황	타당성	극복 여부
금연	목표치 - 성인흡연율: 남자30%, 여자4% 청소년 흡연율: 고3남자5%, 고3여자2%									
금연구역 확대	'02 -'10	'02년, '03년	x	x	비예산	비예산	없음	없음	있음	극복
법제도 강화	'02 -'10	'02년, '04년 '05년	x	x	비예산	비예산	없음	없음	x	x
금연교육 프로그램 개발, 보급	'02 -'10	매년실시	매년실시	매년실시	1,404	1,568	없음	없음	x	x
금연홍보	'02 -'10	매년실시	매년실시	매년실시	9,154	10,692	없음	없음	x	x
청소년 흡연예방	'02 -'10	매년실시	매년실시	매년실시	4,550	5,959	없음	없음	x	x
흡연 실태조사	'02 -'10	매년실시	매년실시	매년실시	130	130	없음	없음	x	x
금연사이트 운영	'02 -'10	'02 - '04	매년실시	매년실시	645	695	있음	있음	x	x
시도 보건소 금연사업	'02 -'10	매년실시	매년실시	매년실시	1,956	1,956	있음	있음	x	x
금연클리닉 운영	'05년	'05년	매년실시	매년실시	105 (2004)	105 (2004)	'04년 시 범사업	'04년 시 범사업	x	x
담배값 인상	'02 -'10	'04년, '05년	x	x	비예산	비예산	없음	없음	x	x
흡연자 건강검 진	'02 -'10	'02 - '04	매년실시	매년실시	1,156	1,156	없음	없음	x	x

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, “2005 국민건강증진종합계획 중간평가”, 2005.

나) 새국민건강증진종합계획수립에서의 평가 지표

① 목표 및 평가 지표

새국민건강증진종합계획수립에서는 중점 과제 금연의 목적을 흡연을 예방하고, 흡연자의 금연 유도 및 금연 실천을 지원하며, 비흡연자를 보호하기 위한 환경을 조성한다라는 목적하에 세부 목표를 제시하였다. 흡연 및 금연 행태 변화와 관련하여 세부 목표로 성인 흡연율을 감소시킨다, 흡연 성인의 금연 시도율을 증가시킨다, 흡연 성인의 1개월내 금연 결심률을 증가시킨다, 청소년의 흡연 시도 평균 연령이 낮아지는 것을 억제한다, 청소년의 매일 흡연시작 평균 연령이 낮아지는 것을 억제한다를 제시하였다. 금연 홍보 및 교육과 관련해서 세부 목표로 금연 홍보에 대한 인지율을 높인다, 흡연 예방 교육 경험률을 증가시킨다를 제시하였다. 정부의 금연 정책과 관련해서 세부 목표로 금연 상담 경험률을 높인다, 간접흡연 노출시간을 감소시킨다를 제시하였다.

이러한 각 세부 목표 하에 이의 달성 여부를 평가할 수 있는 지표를 설정하여 제시하였다. 청소년 흡연율을 감소시킨다는 목표를 평가할 수 있는 지표로서 청소년 남학생 및 여학생의 흡연율을 설정하였다. 성인 흡연율을 감소시킨다는 목표에 대해서는 성인 남자 및 성인 여자의 흡연율을 제시하였다. 흡연 성인의 금연 시도율을 증가시킨다는 목표에 대해서는 평가 지표로서 성인 남자 및 여자의 금연 시도율을 제시하였다. 흡연 성인의 1개월내 금연 결심률을 증가시킨다는 목표에 대해 성인 남자 및 성인 여자의 1개월 내 금연 결심률을 평가 지표를 지정하였다. 청소년의 흡연 시도 평균 연령이 낮아지는 것을 억제한다는 목표에 대해서 청소년 남학생 및 여학생의 흡연 시도 연령을 평가 지표로 제시하였으며, 청소년의 매일 흡연 시작 평균 연령이 낮아지는 것을 억제한다는 목표에 대해서 청소년 남학생 및 여학생의 매일 흡연 시작 평균 연령을 평가 지표로서 설정하였다. 금연 홍보에 대한 인지율을 높인다는 목표에 대해서는 평가 지표로 성인, 청소년, 근로자 각각의 금연 홍보에 대한 인지율을 제시하였다. 흡연 예방 교육 경험률을 증가시킨다는 목표에 대해 초등학교, 중학교,

고등학생(고3제외), 근로자의 흡연 예방 교육 경험률을 평가 지표로 지정하였다. 금연 상담 경험률을 높인다는 목표에 대해서는 흡연자의 금연 클리닉 등록률 및 흡연자의 금연상담전화 이용율을 평가 지표로 제시하였다. 간접 흡연 노출 시간을 감소시킨다는 목표에 대해서 성인 및 청소년의 가정 실내 간접 흡연 노출 시간과 성인의 직장 실내 간접 흡연 노출 시간을 평가 지표로 제시하였다.

〈표 4-18〉 새국민건강증진종합계획수립의 금연정책 목표 및 평가 지표

목 표	2002	2005	2010	연관사업코드 및 기타
1-1. 청소년 흡연율을 감소시킨다.				1-가, 다, 마 23-마
▫ 청소년 남학생	37.9%(고3) (2002)	14.5% (전체) (2005) 21.5% (고3) (2004)	10.0%	
▫ 청소년 여학생	10.5%(고3) (2002)	8.5% (전체) (2005) 4.9% (고3) (2004)	2.0%	
1-2. 성인 흡연율을 감소시킨다.				1-가, 나, 다, 라, 마 22-가, 마
▫ 성인 남자	61.8% (2002)	50.3% (2005)	30.0%	
▫ 성인 여자	5.4% (2002)	3.1% (2005)	2.5%	
1-3. 흡연성인의 금연 시도율을 증가시킨다.				1-가, 나, 다, 라, 마 22-가, 마
▫ 성인 남자	48.3% (2002)	59.3% (2005)	70%	
▫ 성인 여자	38.9% (2002)	56.7% (2005)	70%	
1-4. 흡연성인의 1개월내 금연 결심률을 증가시킨다.				1-가, 나, 다, 마 22-가, 마
▫ 성인 남자	-	11.3% (2005)	20%	
▫ 성인 여자	-	10.9% (2005)	15%	
1-5. 청소년의 흡연시도 평균연령이 낮아지는 것을 억제한다.		12.0세 (전체)	12.0세	1-가, 다, 마
▫ 청소년 남학생		11.9세 (2005)		
▫ 청소년 여학생		12.2세 (2005)		
1-6. 청소년의 매일흡연시작 평균연령이 낮아지는 것을 억제한다.		14.09세 (전체)	14.1세	1-가, 다, 마
▫ 청소년 남학생		14.08세 (2005)		

목 표	2002	2005	2010	연관사업코드 및 기타
▫ 청소년 여학생		14.11세 (2005)		
1-7. 금연 홍보에 대한 인지율을 높인다.				
▫ 성인의 금연 홍보에 대한 인지율		70.9% (2005)	90.0%	1-가, 마 22-가, 마
▫ 청소년의 금연 홍보에 대한 인지율		* %	* %	
▫ 근로자 금연 홍보에 대한 인지율	-	93.5% (2005)	98.0%	
1-8. (지난 1년간) 흡연예방 교육경험률을 증가시킨다.				
▫ 초등학교의 흡연예방 교육	-	* %	* %	
▫ 중학생의 흡연예방 교육	-	전체 59.1% 남자 58.3% 여자 60.0% (2005)	90%	1-가, 마 22-가, 마 23-마
▫ 고등학교의 흡연예방 교육(고3 제외)	-	전체 55.3% 남자 55.8% 여자 54.7% (2005)	90%	
▫ 근로자 흡연예방 교육	-	* %	* %	
1-9. 금연상담 경험률을 높인다.				
▫ 흡연자의 금연클리닉 등록률	-	1.5%	10%	1-나, 다, 마 22-가, 마
▫ 흡연자의 금연상담전화 이용률	-	-	10%	
1-10. 간접흡연 노출시간을 감소시킨다.				
▫ 성인의 가정 실내 간접흡연 시간	-	18.0% (2005)	8%	1-라, 마
▫ 청소년의 가정 실내 간접흡연 시간	-	*	*	
▫ 성인의 직장 실내 간접흡연 시간	-	52.6% (2005)	20%	

주: '*' 향후 제시 가능한 조사 자료임, '-' 제시 자료 없음

· 이 계획에 인용된 2005년 국민건강영양조사 및 청소년 건강행태조사 자료는 조사결과 자체에만 근거하여 집계된 통계수치임

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, "2005 새국민건강증진종합계획수립", 2005.

② 세부 추진 계획 사업 및 연도별 예산

새국민건강증진종합계획에서는 금연 중점과제의 목표를 달성하기 위하여 세부 추진 계획 사업을 제시하였으며 각 사업의 배경, 사업의 내용, 참여 기관 및 단체, 연차별 추진 계획 및 예산 계획을 설정하였다. 금연 관련 세부 추진 계획 사업으로 금연 중점 과제에서 흡연 예방 교육, 금연 홍보, 금연 클리닉, 금연 상담 전화, 흡연 규제 강화, 흡연을 모니터링 체계 구축 사업을 제시하였다. 학교 보건 중점 과제에서는 금연 관련 사업으로서 학생 및 교직원의 건강 위험행태 감소 사업을 제시하였다. 또한 근로자 건강 증진 중점 과제에서는 근로자에게 적용 가능한 금연 사업으로서 근로자의 흡연 예방 및 금연 지원 사업을 제시하였다. 이러한 사업의 내용과 연도별 예산액은 아래 표에 제시되어 있다.

〈표 4-19〉 새국민건강증진종합계획 금연 중점과제 세부 추진 계획 사업명 및 연도별 예산

(단위: 백만원)

사업내용	2006	2007	2008	2009	2010
1-가. 흡연예방교육	2,800	3,900	4,500	5,000	5,400
1-가. 금연홍보	8,100	11,000	13,000	15,000	18,000
1-나. 금연클리닉	19,600	22,700	33,700	44,800	55,900
1-다. 금연상담전화	902	1,300	2,300	3,000	4,000
1-라. 흡연 규제 강화	예산 계획 없음				
1-마. 흡연을 모니터링 체계구축	100	200	200	200	200

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원 “2005 새국민건강증진종합계획수립”, 2005.

〈표 4-20〉 새국민건강증진종합계획 금연 관련 타 중점 과제 세부 추진 계획
사업명 및 연도별 예산

(단위: 백만원)

사업내용		2006	2007	2008	2009	2010
23-마. 학생 및 교직원의 건강 위험 행태 감소 사업	금연, 금주 및 약물사용금지 관련 학교보건교육 내용의 표준화 및 교육지도안 개발 및 보완	100	-	-	-	-
	지역 의료기관 금연, 음주클리닉과 연계한 학생, 교직원 금연 및 금주상담 프로그램 개발	-	100	-	-	-
	학생 및 교사대상 금연, 절주 및 약물남용 예방 및 안전의식 교육 연수	50	50	50	50	50
	시범학교 운영을 통한 현실적 적용 방안 도출		50			
	학생(미성년자)대상 담배 및 술(알코올) 판매행위 단속 및 홍보	20	20	20	20	20
22-가. 근로자의 흡연 예방 및 금연 지원	사업장 금연구역 확대 및 담배판매 제한 지도	-	-	-	-	-
	사업장 및 근로자 흡연 예방 및 금연 지원을 위한 다양한 형태의 교육·홍보·기술 자료 등의 개발 및 보급	230	230	230	230	230
	사업장 금연지도 전문 교육훈련과정 개설·운영	25	25	25	25	25
	사업장의 자체 금연교육 강사 및 금연교실 운영 지원	1,430	1,430	1,430	1,430	1,430
	이동(야간) 근로자 금연클리닉 및 금연상담실 개설·운영	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
사업장에 적합한 금연프로그램 개발·보급 - 근로자 흡연실태 및 개선요인에 관한 연구 - 사업장에 적합한 금연프로그램 개발 - 사업장 금연프로그램 시범사업 및 개선보안 - 사업장 금연프로그램 보급 및 확산	50	50	50	500	500	

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, “2005 새국민건강증진종합계획수립”, 2005.

나. 로직모델에 의한 평가

1) 금연 로직 모델의 개요

로직 모델을 기반으로 한 금연 사업의 평가는 크게 투입, 산출, 단기 및 중기와 장기의 결과에 대한 평가로 구분된다. 이러한 로직 모델을 기초로 금연 사

업 평가 틀을 재원, 계획 개발 및 수요 진단, 교육 홍보 자료 및 프로그램, 지역 주민과 지방 정부, 중앙 정부와의 관계, 정부 차원의 정책적 통합된 노력 측면에서 제시하면 아래와 같다.

〈표 4-21〉 금연사업 평가를 위한 로직모델 구성의 개요

국가, 지역사회, 개인의 상황과 여건	Input 예산 계획 자원 통합된 노력	Output 사업활동 개인, 조직, 지역사회대상 의 사업과 활동	outcome(impact)		
			Short-term	Medium-term	Long-term
			개인의 지식 및 태도변화 조직 및 기관의 참여도 변화	개인건강생활 습관의 변화 정책적 변화	질병, 사망, 사회적 손실의 변화

〈표 4-22〉 금연 로직 모델의 개요

	투입(자원)	산출(과정)	결과		
			단기	중기	장기
재원	- 담배가격인상 - 담배 사업자에 의한 흡연 피해 보상금	- 건강증진기금의 확보 - 담배 보상금의 확보	- 금연 관련 예산 비중 - 금연 사업 유형 및 종류수 - 금연 연구 유형 및 종류수 - 금연 홍보 사업 유형 및 종류수	- 금연 관련 사업 예산 집행 건수 - 금연 홍보 사업 예산 집행 건수 - 금연 연구 사업 예산 집행 건수	- 금연 관련 사업 예산 집행 비율 - 금연 홍보 사업 예산 집행 비율 - 금연 연구 사업 예산 집행 비율
계획 개발 수요 진단	- 흡연폐해에 대한 연구개발 - 흡연현황, 흡연폐해 현황에 대한 조사 및 데이터수집	- 흡연현황 및 흡연 피해에 대한 조사 및 데이터개발 - 흡연관련 데이터베이스 구축	- 흡연 폐해에 대한 심각성 인지도 증가 - 금연 관련 데이터 베이스 사용자	- 청소년 흡연율(2010) - 성인 흡연율(2010) - 청소년 흡연 시도 평균 연령(2010) - 청소년 매일 흡연 시작 평균 연령(2010)	- 흡연 관련 질병 유병율 - 흡연 관련 질병으로 인한 사망률
교육 홍보 자료 및 프로 그래	- 학교 흡연 예방 교육 - 보건소를 중심으로 하는 지역 사회 금연 활동 - 매스미디어를 이용한 금연 홍보 사업	- 청소년 흡연 예방 프로그램 - 보건소 금연 클리닉 사업 - 금연 홍보 캠페인 횟수 - 흡연 예방 및 금연 관련 각종 교육홍보자료	- 대상별 교육홍보자료종류 - 교육홍보 프로그램의 수량 - 교육자료 데이터베이스의 구축 및 활용율	- 금연 홍보 인지율(2010) - 흡연 예방 교육 경험률(2010) - 금연 상담 경험률(2010)	- 흡연 성인의 금연 시도율(2010) - 흡연 성인의 1개월간 금연 결심율(2010)
지역 주민과 지방 정부, 중앙 정부의 관계	- 지역 사회를 중심으로 하는 금연 운동 - 민간단체와의 연계체계구축	- 지역주민 참여자수 - 시민단체의 행사횟수 - 민간단체 사업횟수	- 금연 관련 자원봉사 인지율 - 시민단체 및 민간단체의 금연 사업에 대한 국민인지율	- 시민단체 및 민간단체 금연 행사 참여율, 경험률	- 사업수행의 장소 수 - 자원봉사자수 - 자원봉사 참여시간수
정부차 원의 정책적 통합된 노력	- 정부 흡연 정책 및 담배 규제 - 금연 관련 정책 개발 및 실행 - 흡연 감소를 위한 정부의 위원회 설치	- 국민건강증진 종합계획의 금연 목표와 사업종류 - 중앙정부의 정책노력 개발 - 담배세정책, 종합적인 금연정책개발	- 정부 정책포럼 및 회의개최수 - 정책전략의 종류 - 정책 보고서 종류와 수량	- 간접 흡연 노출 시간(2010) - 흡연 규제 순응도 및 이행도	- 흡연에 대한 시민들의 의식 - 흡연 규제 정책에 대한 시민들의 지지도

가) 재원

담배 가격을 인상하고 담배 사업자에게 흡연 피해에 대한 보상금을 지불하게 하여 기금을 조성하면 다양한 사업 수행을 가능하게 하는 재원이 마련된다. 기금 조성 결과 단기적으로는 금연 관련 예산 비중이 증가하고 금연 사업, 홍보 및 금연 연구의 유형과 종류가 증가하게 된다. 이는 금연 사업, 홍보, 연구 사업의 예산 집행 건수를 증가시켜 장기적으로는 금연 사업에 대한 예산 집행 비율이 증가하게 된다.

담배가격 인상 및 담배 사업자의 보상금 지불로 금연 사업에 대한 예산이 증가한 것은 외국의 사례에서 잘 나타나 있다. 미국 캘리포니아 주는 1989년 주 담배세를 담배갑 당 10센트에서 35센트로 인상하였는데 인상된 담배세로 마련된 기금의 16.5%를 금연 사업에 사용하였다(Novotny and Siegel, 1996). 매사추세츠 주에서는 주 담배세로 조성된 재원으로 건강보호기금을 마련하여 기금의 27.5%를 금연 교육과 예방 프로그램에 사용하였다(CDC 1996). 호주의 경우 담배세로 마련된 재원으로 빅토리아 건강증진기금을 조성하여 건강 증진과 질병, 사고, 장애 예방을 위한 예산으로 활용하였다(WHO, 2003).

담배 사업자가 지불한 보상금으로 금연 사업에 지원한 사례는 다음과 같다. 미국 루이지애나주 뉴올리언스 법원에서 담배회사들이 미국 루이지애나주 주민들의 금연 프로그램에 앞으로 10년 동안 5억9천만달러를 지불하라는 판결이 내려졌다. 이에 따라 RJ 레이널즈, 롤리리드, 필립 모리스 유 에스 에이, 브라운 앤드 윌리엄슨등 4개 담배회사는 금연 추잉 껌 및 패치 공급과 광고, 핫 라인 운용, 금연 카운슬링 등을 위한 자금을 지원하였다(한국금연운동협의회, 2006).

나) 계획 개발 및 수요 진단

흡연 폐해에 대한 연구 개발이 이루어지고 흡연 폐해 현황에 대한 조사 및 데이터가 수집되면 흡연 관련 데이터베이스가 구축되고 흡연 피해 관련 조사 및 데이터 개발이 이루어 질 수 있다. 이 결과 일반 시민들의 금연 관련 데이터 베이스 사용자가 증가하여 흡연 폐해에 대한 인지도가 증가한다. 흡연 폐해

에 대한 정보가 널리 퍼지게 되면 흡연을, 흡연 시도 평균 연령이 감소하여 결국에는 흡연 관련 질병 유병률 및 사망률이 감소하게 된다.

흡연폐해에 대한 정보 전달 및 데이터 구축이 흡연을 감소에 미친 사례는 외국의 연구 결과에 잘 나타나 있다. 1964년 미국의 Surgeon General Report가 발간되어 처음으로 흡연 피해가 일반 대중에게 알려지자 1964~1970년 기간 동안 1인당 연평균 담배 소비량이 146~253개피 줄었다(Hamilton, 1972). 미국의 Surgeon General Report 발표는 스위스 흡연을 감소에도 영향을 미쳤다(Leu, 1984). 1968~1970년 동안 미국의 Federal Communication Commissions가 Fairness Doctrine을 통해 흡연의 위해성을 방송 공익 광고를 이용하여 알리자 같은 기간 동안 1인당 연평균 담배 소비량이 9.9~13.7%로 하락하였다(Hamilton, 1972). 영국에서는 1962년 Royal College of Physicians가 흡연의 피해에 대한 첫 번째 보고서를 발표하였으며, 1965년 흡연의 피해에 대해 매스미디어를 통해 열린 토론을 벌였다. 또한 1971년에는 Royal College of Physicians가 흡연 피해에 대한 두 번째 보고서를 발표하였다. 그 결과 영국의 담배 소비량은 1962년 4.6%, 1965년 4.9%, 1971년 4.9% 감소하게 되었다(Atkinson and Skegg, 1973). 핀란드에서는 1964년 National Board on Health가 흡연으로 인한 건강 위험을 알리는 Terry 보고서를 발표하자 담배 소비량이 6% 감소하였다(Pekurinen, 1989)

Viscusi(1991)의 연구 결과 흡연이 폐암을 가져오는데 상당히 위험하다고 인식하고 있는 사람들이 그다지 위험하지 않다고 인식하고 있는 사람들 보다 덜 흡연하는 경향이 있는 것으로 나타났다. Liu와 Hsieh(1995)가 타이완 자료를 이용하여 개인의 위험 인지도와 흡연 행태의 관계를 분석한 결과, 위험 인지도가 높을수록 흡연할 확률이 낮은 것으로 나타났다. Jones 와 Kirigia(1999)가 사우스 아프리카 여성을 대상으로 흡연이 건강에 위해하다는 것을 알고 있는 지식 여부와 흡연행태와의 연관성을 분석한 결과, 흡연 위해성 지식도가 높을수록 흡연하지 않는 확률이 높은 것으로 나타났다.

다) 교육 홍보 자료 및 프로그램

학교 흡연 예방 교육, 지역 사회 금연 활동, 매스 미디어 금연 홍보 사업은 청소년 흡연 예방 프로그램, 보건소 금연 클리닉 사업, 금연 홍보 캠페인, 흡연 예방 및 금연 관련 각종 금연 홍보 자료의 개발 및 수행을 가져 올 수 있다. 이 결과 대상별 교육 홍보 자료, 교육 홍보 프로그램의 수량, 교육 자료 데이터 베이스의 구축 및 활용율이 증가하며, 이것은 금연 홍보에 대한 인지도, 흡연 예방 교육 경험률, 금연 상담 경험률의 증가를 가져와 궁극적으로는 금연 시도율 및 금연 결심율의 증가를 가져온다.

기존 연구 결과에 따르면 성공적으로 금연을 하는데 필요한 도구들을 제공하고 금연 서비스를 이용하는데 장애 요인을 제거해 주면 성공적으로 금연 결심자를 증가시킬 수 있다고 한다. 이와 더불어 금연 미디어 캠페인이 금연율을 증가시키는데 효과적인 것으로 나타났다(Task Force on Community Preventive Services, 2001). 네덜란드에서 수행한 실험 연구 결과 매스미디어 금연 캠페인을 제공받은 사람들의 금연 시도율은 29%로 금연 캠페인을 제공받지 못한 사람들의 금연 시도율 18%보다 높은 것으로 나타났다(Mudde와 Vries, 1999).

Lewit 등(1981)이 미국에서 1960년대 후반 매스 미디어를 통해 금연 홍보를 실시한 Fairness Doctrine의 효과를 분석한 결과, 청소년 흡연 시작율의 하락폭 3~3.4%의 3분의 2를 이 매스 미디어 금연 홍보 캠페인의 영향인 것으로 분석되었다. 1979년 그리스에서 금연 교육, 실내 사무실에서의 금연, TV에서의 담배 광고 금지 등을 포함한 체계적인 금연 캠페인을 실시한 결과 담배 소비량이 단기에 7.3%, 장기에 13.5% 하락한 것으로 나타났다(Stavrinou, 1987).

1988년 미국의 캘리포니아 주는 California Tobacco Tax and Health Promotion Act를 통과시켜 담배 가격을 10센트에서 35센트로 인상하였다. 캘리포니아 주는 인상된 담배세로 마련된 재원의 20%를 담배 소비 감소를 위한 보건 교육 프로그램에 지원하였다. 1990~1993년에 보건 교육 프로그램 중에서도 금연 미디어 홍보 프로그램에 26 백만 달러를 지원하였다. Hu 등(1995)이 이러한 금연 미디어 홍보 프로그램의 효과를 분석한 결과, 금연 미디어 홍보 프로그램에 대

한 예산을 10% 인상함에 따라 담배 소비가 0.5% 감소하는 것으로 나타났다. 또한 금연 미디어 홍보 프로그램의 제공은 1990년 삼사분기부터 1992년 사사분기 동안 1인당 담배 소비량을 7.7갑 감소시킨 것으로 분석되었다.

매스 미디어를 이용한 금연 캠페인은 청소년들의 흡연을 예방하는데 효과적인 것으로 알려져 있다. 플로리다 주 정부가 “truth” 캠페인을 제공한 결과 약 93%의 플로리다주 청소년이 동 캠페인이 전달하는 메시지를 알고 있는 것으로 나타났으며 이는 곧 청소년들의 반 흡연 태도를 형성하는데 효과적인 것으로 나타났다. 동 프로그램이 제공되고 난 1년 후 다른 주에 거주하는 청소년 보다 플로리다 주에 거주하는 청소년들의 흡연을 및 담배 소비량이 훨씬 더 낮은 것으로 나타났다(Sly, Heald, and Ray, 2001). 또한 플로리다주에서 총 93백만 달러 예산으로 실시한 Florida Pilot Program on Tobacco Control 결과, 플로리다 주 고등학생의 흡연율이 1998년 27.4%에서 1999년 25.2%로 하락하였으며, 중학생 흡연율은 18.5%에서 15%로 하락하였다. Florida Pilot Program on Tobacco Control 내용에는 청소년을 대상으로 하는 금연 미디어 캠페인이 포함되어 있다는 것을 주목할 필요가 있다(CDC, 1999)

매사추세츠 주에서는 1993년 담배세를 갑 당 25센트 인상하고 이를 통해 조성된 기금 중 연간 40백만 달러를 Massachusetts Tobacco Control Program에 지원하였다. 이 프로그램의 효과성을 분석한 결과, 전국적으로 미국 청소년 흡연율이 상승한 시기인 1993~1996년 동안 매사추세츠 주에서의 청소년 흡연율은 1993년 30%에서 1996년 31%로 거의 변화가 없었던 것으로 나타났다. 이러한 사실은 Massachusetts Tobacco Control Program이 효과가 있었다는 사실을 증명해 주고 있다(Connolly and Robbins, 1998).

라) 지역 주민과 지방 정부, 중앙 정부와의 관계

지역 사회를 중심으로 하는 금연 운동과 민간단체와의 연계체계 구축은 지역 주민의 활발한 참여를 가져오며 시민 단체의 행사 횟수와 민간단체의 사업횟수의 증가를 가져온다. 이 결과 금연 관련 자원 봉사에 대한 인지도가 증가하고,

시민 단체 및 민간단체의 금연 사업에 대한 국민들의 인지도가 증가한다. 이는 결과적으로 시민 단체, 민간단체의 금연 행사 참여율과 경험률을 증가시켜 사업 수행의 장소, 자원 봉사 수, 자원 봉사 참여 시간 수의 증가를 가져온다. 이러한 사실은 미국의 민간 금연 운동의 결성과 활동의 사례에 잘 나타나있다.

미국에서 지역 주민을 중심으로 한 금연 운동은 1981년 Coalition on Smoking OR Health를 결성하면서부터 시작되었다. Coalition on Smoking OR Health는 American Cancer Association, American Heart Association, American Lung Association이 연합하여 구성된 단체이다. 전국적인 금연 운동 연합체가 구성되자 각 주 정부는 주 단위 금연 운동 기구를 구성하였으며 이러한 주 단위의 금연 연합회에 의료계, 보건의료조직, 정부 보건국 등의 대표자가 포함되도록 하였다. 1985년 워싱턴 DC에 International Summit of Smoking Control Leader를 구성함으로써 단일화되고 다양한 기반을 가지며 전략적으로 연결되어 있고 유연성있는 금연 운동을 실시하기 시작하였다. American Cancer Association은 “Smoke Fighting: A Smoking Control Movement Building Guide”라는 보고서를 마련하여 금연 운동 연합체의 장단점을 분석하였으며, 민간단체를 중심으로 하는 금연 운동을 일으키고 강화하기 위한 조언을 제공하였다.

1989년 12월 31일 미국 전역에 걸쳐 46개 주와 워싱턴 DC에 금연 운동 연합체가 결성되었다. 47개 금연 운동 연합체 중 44개가 담배 소비 감소를 주목적으로 하였으며, 3개의 연합체는 담배 소비 감소뿐만 아니라 만성 질병 위험 요인 감소를 위해서도 활동하였다. 금연 운동 연합체의 주요 활동으로는 로비 활동, 금연 교육 제공, 보건 전문가 교육, 연구와 평가 수행, 담배 소비 감소를 위한 정책 수립 및 이행 등이 포함되었다. 1990년대에 들어와서 세 개의 국가 지원 프로그램과 하나의 연방 정부 지원 연구 프로젝트가 주 정부와 지역 정부로 하여금 금연 운동을 도모하도록 돕고 있다. 특히 미국 주 정부는 지역 사회의 금연 운동 단체에 대한 재정적인 지원을 제공하고 있다(A Report of the Surgeon General, 2000).

마) 정부 차원의 정책적 통합된 노력

정부의 금연 및 담배 규제 정책의 개발과 이행은 국민건강증진종합계획에서 금연 목표를 세우게 하고 지속적인 금연 정책 개발을 가능하게 한다. 이는 단기적으로는 다양한 금연 정책 및 전략을 개발하고 정책 관련 보고서의 발간을 가능하게 하며 궁극적으로는 시민들의 간접흡연 노출 시간 감소 등 흡연 규제 순응도 및 이행도의 증가를 가져온다. 이는 결과적으로 흡연에 대한 시민들의 의식 및 흡연 규제 정책에 대한 시민들의 지지도를 향상시킨다.

작업장, 공공장소, 가정에서의 금연은 비흡연자들을 간접흡연의 피해로부터 보호할 뿐만 아니라 흡연자들의 담배 소비량을 감소시키고 금연자의 수를 증가시키는 효과를 가져온다(Task Force on Community Preventive Services, 2001) 공공 장소에서의 흡연 금지는 간접흡연으로부터의 노출을 감소시키는데 효과적인 것으로 알려져 있다. 또한 간접흡연 규제는 비용 효과적이고, 실행 가능성이 높고, 공공으로부터 널리 지지 받고 있는 정책인 것으로 알려져 있다(Report of the Surgeon General, 2000). 간접흡연 피해에 대한 정보가 널리 알려 질수록 작업장과 공공장소에서의 금연에 대한 시민들의 지지도는 증가하는 것으로 알려져 있다(Brownson, et al., 1997). 간접흡연 규제 정책에 대한 시민들의 자발적인 순응은 흡연에 대한 사회적인 인식을 변화시켜 특히 청소년의 흡연 예방에 효과적인 영향을 미치는 것으로 분석되었다(Wakefield et al., 2000).

정부의 강력한 금연 정책은 시민들의 금연 정책에 대한 적극적인 지지와 관련성이 있는 것으로 조사된 바 있다. 미국의 경우, 캘리포니아, 뉴욕, 매사추세츠 등 강력한 금연 정책을 펼치고 있는 주에 살고 있는 주민이 담배 생산 주로서 미약한 금연 정책을 실시하고 있는 노스캐롤라이나 주에 살고 있는 주민과 비교하여 정부의 금연 정책에 대해 높은 지지율을 보이는 것으로 나타났다. 캘리포니아, 뉴욕, 매사추세츠 주민의 경우 노스캐롤라이나 주민과 비교하여 청소년 대상 담배 판매 금지 정책과 담배 광고 및 홍보 규제 정책에 대해 지지하는 비율이 훨씬 높은 것으로 나타났다(Cummings et al. 1991).

2) 로직 모델과 2010 지표와의 비교 평가

새국민건강증진종합계획 2010의 금연 부분 지표를 금연 로직모델과 비교해보면 대부분의 2010 지표는 금연 로직 모델의 중기 결과 지표에 해당됨을 알 수 있다. 금연 로직 모델의 투입과 산출을 평가할 수 있는 지표는 2010 지표에 전혀 포함되어 있지 않아 투입과 산출을 평가할 수 있는 지표의 개발이 시급하다. 금연 로직 모델에서의 결과를 측정할 수 있는 2010 지표는 주로 중기 결과 지표에 한정되어 있어 단기와 장기의 결과를 측정할 수 있는 지표의 개발 역시 필요하다고 하겠다.

부분별로 살펴보았을 때 교육 홍보 자료 및 프로그램에 대해서는 중기와 장기 결과에 대한 지표가 2010에 마련되어 있어 2010 지표로 가장 많이 평가할 수 있는 부분이라 할 수 있겠다. 2010 지표로서 전혀 평가할 수 없는 부분은 재원과 지역 주민과 지방 정부, 중앙 정부의 관계 부분이다. 특히 재원에 대한 부분은 금연 사업을 추진함에 있어 가장 중요한 부분임에도 불구하고 이 부분을 평가할 수 있는 지표가 마련되어 있지 않다는 사실은 문제점으로 지적된다. 향후 건강증진기금의 확충에 따라 금연 사업을 지원할 수 있는 재원 확보가 기대되는 바 재원 부분을 평가할 수 있는 지표의 개발이 요청된다. 한편, 금연 사업을 추진함에 있어 시민 단체 혹은 민간단체가 활발히 참여하고 있고 이러한 단체를 통한 금연 사업의 중요성이 점차 강조되고 있는 바 민간 혹은 시민 단체를 통한 금연 사업을 평가할 수 있는 지표의 개발 역시 필요하다.

〈표 4-23〉 금연로직모델에 대입해 본 2010 지표의 현황

	투입(자원)	2010	산출(과정)	2010	결과					
					단기	2010	중기	2010	장기	2010
제원	- 담배가격인상 - 담배 사업자에 의한 흡연 피해 보상금	x	- 건강증진기금의 확보 - 담배 보상금의 확보	x	- 금연 관련 예산 비중 - 금연 사업 유형 및 종류수 - 금연 연구 유형 및 종류수 - 금연 홍보 사업 유형 및 종류수	x	- 금연 관련 사업 예산 집행 건수 - 금연 홍보 사업 예산 집행 건수 - 금연 연구 사업 예산 집행 건수	x	- 금연 관련 사업 예산 집행 비율 - 금연 홍보 사업 예산 집행 비율 - 금연 연구 사업 예산 집행 비율	x
계획 개발 수요 진단	- 흡연폐해에 대한 연구개발 - 흡연현황, 흡연폐해 현황에 대한 조사 및 데이터수집	x	- 흡연현황 및 흡연 피해에 대한 조사 및 데이터개발 - 흡연관련 데이터베이스 구축	x	- 흡연 폐해에 대한 심각성 인지도 증가 - 금연 관련 데이터 베이스 사용자	x	- 청소년 흡연율(2010) - 성인흡연율(2010) - 청소년 흡연 시도 평균 연령(2010) - 청소년 매일 흡연 시작 평균 연령(2010)	o	- 흡연 관련 질병 유병율 - 흡연 관련 질병으로 인한 사망률	x
교육 홍보 자료 및 프로그램	- 학교 흡연 예방 교육 - 보건소를 중심으로 하는 지역 사회 금연 활동 - 매스미디어를 이용한 금연 홍보 사업	x	- 청소년 흡연 예방 프로그램 - 보건소 금연 클리닉 사업 - 금연 홍보 캠페인 횟수 - 흡연 예방 및 금연 관련 각종 교육홍보자료	x	- 대상별 교육홍보자료 종류 - 교육홍보 프로그램의 수량 - 교육자료 데이터베이스의 구축 및 활용율	x	- 금연 홍보 인지도(2010) - 흡연 예방 교육 경험률(2010) - 금연 상담 경험률(2010)	o	- 흡연 성인의 금연 시도율(2010) - 흡연 성인의 1개월간 금연 결심율(2010)	o
지역 주민 과 지방 정부, 중앙 정부의 관계	- 지역 사회를 중심으로 하는 금연 운동 - 민간단체와의 연계체계구축	x	- 지역주민 참여자수 - 시민단체의 행사횟수 - 민간단체 사업횟수	x	- 금연 관련 자원봉사 인지도 - 시민단체 및 민간단체의 금연 사업에 대한 국민인지도	x	- 시민단체 및 민간단체 금연 행사 참여율, 경험률	x	- 사업수행의 장소 수 - 자원 봉사자수 - 자원봉사 참여시간수	x
정부 차원의 정책적 통합된 노력	- 정부 흡연 정책 및 담배 규제 - 금연 관련 정책 개발 및 실행 - 흡연 감소를 위한 정부의 위원회 설치	x	- 국민건강증진 종합계획의 금연 목표와 사업종류 - 중앙정부의 정책노력 개발 - 담배세정책, 종합적인 금연정책개발	x	- 정부 정책포럼 및 회의개최수 - 정책전략의 종류 - 정책 보고서 종류와 수량	x	- 간접 흡연 노출 시간(2010) - 흡연 규제 순응도 및 이행도	o	- 흡연에 대한 시민들의 의식 - 흡연 규제 정책에 대한 시민들의 지지도	x

3) 로직 모델에 의한 금연 사업의 평가

가) 투입 및 산출 지표와 평가

① 재원

현재 금연 사업 추진을 위한 재원의 대부분은 담배세로 마련된 건강증진기금에 의해서 지원되고 있다. 1997년 건강증진기금이 마련된 이래 금연 사업에 대한 재정적인 지원은 담배 가격이 인상되어 건강증진기금의 규모가 증가함에 따라서 확대 되었다. 국민건강증진법에 국민건강증진기금 조성에 대한 규정이 마련되어 있는 이상 금연 사업에 대한 재정적 지원의 기반은 마련되어 있다고 볼 수 있다. 다만 향후 건강 증진에 대한 수요가 증가하여 기금의 사용 용도가 다양화되고 각 사업별 예산액도 증가할 것으로 판단되는바, 금연 사업에 대한 지속적인 기금의 지원을 확보하는 것이 필요하다. 이를 위해 담배세 인상이 필요하며 담배세를 통해 마련된 건강증진기금의 일정 부분을 금연 사업을 위해 할당해 놓는 것이 요청된다.

우리나라에서는 흡연 피해에 대한 담배 사업자 소송 문제가 아직 법적으로 해결이 되지 않은 채로 남아 있다. 미국의 경우, 담배 소송에 각 주 정부가 승소하여 담배 사업자들이 지불한 보상액을 이용하여 각종 금연 사업에 활용하고 있다. 우리나라도 향후 안정적인 재원을 기반으로 금연 사업을 추진하기 위해서는 이러한 담배 사업자의 보상을 통해 재원을 마련하는 것이 필요하다. 이를 위해 연간 일정 금액을 흡연으로 인한 사회적 피해에 대한 보상액으로서 담배 사업자들로 하여금 지불하게 하여 기금의 형태로 운영하는 것이 요청된다.

② 계획 개발 및 수요 진단

현재 흡연과 관련된 많은 부분의 연구사업이 건강증진기금사업지원단의 지원에 의해 이루어지고 있다. 1999년부터 2003년까지 수행된 건강증진연구사업 지원금 총 연구 사업비에서 금연관련 연구에 대한 지원비율은 10%에도 미치지

못하는 미약한 수준이며, 각 연구별 사업비도 20,000~30,000 천원의 수준에 그치고 있다. 담배 소비 및 관련 사회·경제·보건지표에 관한 역학적 감독을 위한 국가 체제를 확립하기 위해서는 보다 기초적인 과학적 연구가 수행되어야 할 것이다. 따라서 과학적인 연구주제의 개발과 더불어 연구의 수행을 가능하게 하는 보다 적극적인 재정적 지원이 뒷받침되어야 할 것으로 보인다.

국내에서 담배 소비 및 흡연율에 대한 대표성 있는 조사로는 통계청이 4년마다 실시하는 “사회통계조사보고서”와 보건복지부가 3년 마다 실시하는 “국민건강영양조사”가 있다. 이 밖에도 매년 한국금연운동협의회에서 실시하고 있는 성인 흡연율 조사와 청소년 흡연율 조사가 있다. 성인 흡연율 조사는 껌럽과 공동으로 18세 이상 성인 남녀 1,000여명을 대상으로 실시하고 있으며, 청소년 흡연율은 중고등학생 4,000여명을 대상으로 실시하고 있다. 담배규제정책의 효과성을 평가하기 위해서는 대표성 있는 샘플을 대상으로 흡연율을 매해 측정해야 한다. 현재 통계청과 보건복지부의 흡연실태 조사는 매년 이루어지고 있지 않아 담배규제정책의 효과를 평가하는데 한계점이 있다. 한국금연운동협의회와 한국껌럽의 조사가 매년 이루어지고 있지만 전국의 대표성 있는 샘플을 대상으로 한 조사가 아니기 때문에 국내 흡연율을 정확히 측정하기에는 한계성이 있다.

또한 한국금연운동협의회의 청소년 흡연율 조사 자료는 흡연에 대한 정의가 미국 CDC나 세계보건기구 등 국제적으로 사용되고 있는 기준과 다르며, 성별, 학년, 계열별, 지역별 등 세부적으로 분석하기에는 표본수가 작고, 학교 자체적인 조사로 이루어지는 등의 문제가 있다. 이러한 문제점으로 인하여 청소년 흡연율이 과소평가되었을 가능성이 있으며, 실제 2004년도의 경우 한국금연운동협의회에서 발표한 중학생 흡연율(남자 2.4%, 여자 1.7%)이 같은 시기에 세계보건기구에서 실시한 중학생 흡연율 조사결과(남자 7.4%, 여자 5.0%)에 비해 많이 낮았다.

특히 2005년도 하반기부터 질병관리본부에서 전국 청소년 건강위험행태 조사를 주기적으로 할 계획이며, 이때 사용하는 흡연의 정의가 미국 CDC 기준에 맞춘 것이므로 앞으로 우리나라의 청소년 흡연율 수치가 일원화될 소지가 있다. 한국금연운동협의회에서 껌럽에 의뢰하여 실시하는 성인 흡연율 조사의 경

우에도 표본수가 1,000여명으로서 세부적인 변수에 대하여 분석하기에 표본 수가 너무 작으며 전화 조사에 의한 제한점을 가지고 있다.

성인 여성 흡연율의 경우 과거에 비해 흡연율이 거의 상승하지 않고 있는데, 외국의 예를 볼 때 여권신장과 더불어 여성 흡연율이 증가하는 현상이 나타나고, 최근 우리나라 여성들의 폐암사망률이 지속적으로 증가하고 있는 것을 볼 때 실제로는 여성 흡연율이 과거부터 지속적으로 증가하고 있을 가능성을 배제할 수 없다. 아직 우리나라 사회가 여성의 흡연이 사회규범상 쉽게 허용이 되지 않는 분위기인 관계로 설문조사 시 흡연 사실을 숨기는 여성이 많을 가능성이 있으며, 성인 여성의 흡연율이 여고생의 흡연율보다 훨씬 낮게 나온다는 사실에서도 그러한 가능성을 추정할 수 있다.

③ 교육 홍보 자료 및 프로그램

국민건강증진법 제12조(보건교육의 실시 등) 제1항에서는 국가 및 지방자치단체가 모든 국민이 건강생활을 실천할 수 있도록 그 대상이 되는 개인 또는 집단의 특성, 건강상태, 건강의식 수준 등에 따라 적절한 보건교육을 실시하도록 하고 있다. 또한 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)은 금연프로그램 개발 및 보급에 관한 사항을 포함하고 있으며, 초·중·고등학생 및 각 사업장의 직장인, 지역주민 대상으로 순회 금연교육, 금연결심자 지원 등의 실시를 제시하고 있다. 이러한 사업의 예로 학교 순회 흡연예방교육, 시·도 교육청 흡연예방 교육사업, 한방 금연침 시술, 니코틴 패취 지급, 금연실천방법 안내 등을 들 수 있다. 이와 더불어 금연교육 자료 개발·보급 및 금연실천 프로그램 실시를 통해 생애주기별 금연교육자료(비디오, CD, 홍보물 등)를 개발·보급하도록 하고 있으며 흡연자를 위한 금연프로그램을 운영하도록 하고 있다.

청소년 흡연예방 및 금연교육은 1999년부터 민간단체를 중심으로 시작하였고, 2002년부터 시도 교육청을 중심으로 중고등학교를 통하여 교육이 보급되고 있다. 보건교사, 훈육주임교사, 또는 일반교사 중 금연담당교사를 지정하여 금연상담, 금연교실, 금연캠프 등을 운영하고 있으며, 보건소나 대학교, 민간단체와 연계한 프로그램을 운영하기도 하고 있다.

금연공익광고는 2000년부터 꾸준히 제작, 방영해오고 있으며, 2002년에는 말기 폐암환자로 직접 공익광고에 출연한 “이주일씨 편”이 사회적 관심을 끌었다. 2004년부터는 기존의 공익광고에서 탈피하여 설명을 최대한 배제하고, 세련된 이미지와 반전을 가미시켜 대중매체에 보다 민감한 젊은 층의 주목을 끌고자 하였다. 공익광고는 TV 뿐만 아니라 라디오, 극장, 지하철 등 다양한 매체를 통해 방영하고 있다.

금연공익광고 외에도 2004년부터는 금연관련 다큐멘터리를 제작하여 방영하고, ‘청소년 금연콘서트’와 ‘담배없는 학교대회’를 처음으로 개최하였으며, 포스터, 리플렛 등의 홍보물을 제작·배포하는 등 다각적인 홍보방안을 강구하고 있다. 인터넷 온라인 금연교육사업으로 금연길라잡이를 통하여 금연프로그램을 2000년부터 운영해 오고 있다. 2001년부터는 인터넷 금연홍보를 함께 추진하고 있다.

전국의 지방자치단체별 각 보건소에서는 흡연 예방 및 금연 홍보 활동을 지속적으로 추진하고 있을 뿐만 아니라 법규 운영 실태를 점검하고 있다. 2005년 현재 금연 구역 및 시설 등 지도 점검 수는 235천건에 달하고 있다. 또한 2004년 10월부터 전국 10개 보건소를 대상으로 금연 클리닉 시범 사업을 운영하기 시작하였으며, 2005년에 들어와 전국 모든 보건소에 금연 클리닉을 설치하여 6개월간 흡연자에게 무료로 상담 및 약물 요법을 제공하고 있다.

④ 지역주민과 지방 정부, 중앙 정부의 관계

금연 관련 민간 단체에서는 금연 교육으로서 보건소를 방문하기 어려운 직장인, 군인, 경찰, 학생 등을 대상으로 대상 기관을 직접 방문하여 금연 교육 및 상담, 금연 교실 등을 실시하고 금연 실천자를 관리하고 있다. 이때 보건소와 시도교육청 등과 협조하여 사업의 효율성을 높이고 있다. 직장, 군, 경찰, 학교, 보건소 등의 금연 담당자, CEO, 간부 등을 대상으로 대상자별 금연 지도자 교육을 실시하되 체계적인 교육 모형을 설정하여 효과적인 교육 프로그램을 운영하고 있다. 2005년부터는 의료기관을 방문한 환자에게 의료인에 의한 금연상담

이 이루어질 수 있도록 보건의료전문가에 대한 교육을 추가하여 실시할 계획이다. 그 밖에도 보건의료인의 단체, 학회, 금연 관련 단체 등의 전문가 등을 대상으로 금연 관련 세미나, 워크숍 등을 개최하고, 흡연 예방 및 금연 교육, 홍보, 금연 상담 및 치료, 흡연 관련 질병, 청소년 흡연 예방 및 금연, 여성의 흡연 예방 및 금연, 금연 정책 등의 주제가 꼭 포함되도록 하고 있다.

⑤ 정부 차원의 정책적 통합된 노력

우리나라 흡연 예방 및 금연 정책은 보건복지부 보건정책관 보건정책팀에서 담당하고 있다. 흡연 예방 및 금연 정책의 목적을 흡연을 예방하고 흡연자의 금연을 촉진하며 비흡연자를 보호하기 위한 환경을 조성하는데 두고 있으며 그 세부 목표는 다음과 같은 내용을 담고 있다. 첫째, 흡연 예방을 위하여 청소년 흡연율을 감소시키고 흡연 시도 및 흡연 시작 평균 연령을 감소시킨다. 둘째, 금연을 촉진하기 위하여 성인 흡연율을 감소시키고 금연 시도율과 금연 결심율을 증가시키며 금연 상담 또는 치료 경험률을 높인다. 셋째, 간접흡연을 방지하기 위하여 금연 구역을 확대하며 간접 흡연으로 인한 노출을 감소시킨다.

위와 같은 흡연 예방 및 금연 정책의 목표를 달성하기 위하여 다음과 같은 세부 전략을 마련하였다. 첫째, 지역 사회 중심의 금연 교육, 상담, 치료를 활성화 한다. 이를 위해 자치단체, 중·고등학교, 대학교 등 교육기관, 직장, 민간 단체와 연계한 지역 금연 프로그램을 마련하고, 보건소 금연 상담 및 금연 치료 프로그램을 제공한다. 둘째, 전국민을 대상으로 한 금연 홍보 및 교육을 강화한다. 대상자 별로 세분화된 홍보 전략을 추진하며, 공중파, 인쇄매체 등 다양한 홍보 전략을 추진한다. 셋째, 담배에 대한 접근을 제한한다. 담배 소비를 줄이기 위하여 담배 가격을 인상하며 미성년자의 담배 판매에 대한 접근을 제한한다. 넷째, 간접흡연으로 부터의 노출을 감소시킨다. 이를 위해 확대된 금연 구역 제도를 정착시키고 제도를 정비하며, 간접흡연 방지를 위한 홍보 교육을 강화한다.

금연 정책의 추진 체계로서 중앙 부처인 보건복지부는 금연 정책을 수립 조정하며 시도별 금연 사업을 지원 및 평가하고 있다. 금연 정책 자문 위원회를 구성하여 금연 정책과 관련된 주요 사안에 대해 조정 및 의사 결정을 하도록 하고, 금연 사업 지원단을 구성하여 금연 사업에 대한 체계적인 지원 및 평가를 하도록 하였다. 시도 및 보건소로 하여금 시도별 금연 사업 계획을 수립하고 조정하며, 시도 건강증진사업지원단체 금연사업지원팀을 운영하고, 시군구별 사업을 지원하고 평가하도록 하였다. 시군구 보건소는 시군구별 금연 사업 계획을 수립하고 수행하도록 하였다. 시도 교육청은 시도별 학교 금연 사업 계획을 수립·조정하며, 각급 학교 금연 사업을 지원·평가하고, 각급 학교로 하여금 학교별 금연 사업 계획을 수립·수행하도록 하고 있다. 민간단체는 금연 지도자 교육, 일반인 대상 순회 교육, 금연 홍보 사업 수행 등 단체별 사업 계획을 수립하여 수행하도록 하고 있다.

나) 결과 지표와 평가

① 재원

금연사업의 건강증진기금에 대한 비율은 2000년 7.0%, 2002년 7.5%, 2003년 30.8%로 지속적으로 증가하였다. 2004년 23.3%로 감소하였으나 전체건강증진사업의 1/4를 차지하는 주요사업으로 진행되고 있다. 금연사업을 우리나라 보건복지부의 보건부문 예산과 비교하여 보면, 2000년 0.4%, 2001년 0.9%, 2002년 2.2%, 2003년 1.6%이다. 따라서 금연사업은 최근 정부정책에서 주요한 위치를 차지하여 왔음을 알 수 있다. 금연사업을 건강증진 세부 사업 내에서 비교하여 보면, 2000년 정신보건 12.5%, 구강보건 10.1%의 다음의 주요사업으로 예산을 배정받았으나, 2001년부터는 금연사업에 가장 많은 예산이 부여되었다. 건강증진 교육 및 홍보사업, 건강증진 및 질병예방의 암검진 사업과 기타사업(보건소 등 지원)에도 상당 부분 금연사업이 직간접적으로 포함되어 실질적으로는 금연에 대한 예산이 더 많이 배정되어 있다.

향후 금연 사업에 대한 재원 운영 방향으로서 전반적인 금연정책 기획 및 평가 계획에 대한 예산의 배정이 필요하다. 또한 담배생산농가, 공장근무자 및 판매인에 대한 전업지원, 담배제품의 내용물 기준 제시 및 확인, 담배포장지 기준 제시 및 확인, 담배판매단계에서 지정된 업소 및 인력만이 판매를 하도록 규제와 감시, 또한 미성년자에 대한 판매 금지 실천 확인, 금연 및 흡연구역 설치비 지원 및 실행 감시, 담배 광고규제 실시 현황 모니터링 및 간접광고 모니터링에 대한 예산 배정이 필요하다. 관련 부처와 협의하여 예산을 분담하는 방식도 고려할 수 있다. 중요한 것은 청소년에 대한 담배 판매 금지, 흡연 구역에 필요한 시설 설치 의무, 금연구역에서의 불법적인 흡연이 이루어지는 등 여러 가지 규제가 잘 지켜지지 않는 것을 감안하여 규제의 실행 여부를 지속적으로 모니터링하여 효율적인 금연정책이 이루어지도록 하여야 한다. 또한 규제의 실천 비용을 국민 또는 해당 사업자에게만 부담하는 것이 실천율을 낮추는 하나의 요인이므로, 흡연구역의 시설비용 등은 정부에서 지원하는 방안도 고려하여야 한다. 현재의 흡연예방 및 홍보는 다수의 집단교육에 치중하는데, 대상을 소집단으로 구분하여 교육홍보를 실시하고, 특히 남성흡연자의 비율이 높으므로, 이들에 대한 금연클리닉 운영, 사업장의 금연캠페인 지원 등 적극적인 금연유도 사업에 대한 지원이 필요하다. 흡연으로 인한 질환에 대한 비용 부담은 의료보험과 연계하여 분담 방안을 고려하여야 한다.

② 계획 개발 및 수요 진단

우리나라 흡연율은 20세 이상 성인 남자의 경우 1996년의 69.8%에서 2001년 69.9%로서 수년간 큰 변화가 없다가 그 이후 지속적으로 감소하여 2002년 60.5%, 2005년 52.3%로서 최근 4년간 25.2%(17.6% 포인트)감소하였다. 성인 여성의 경우 1996년 5.3%에서 2000년 3.0%로 감소하였으나 2004년에는 4.0%로 다소 증가하는 등 일관성 있는 추이를 보이지 않았으나 2005년에는 2.8%로 최근 가장 낮은 수치를 보였다.

남자 중학생 흡연율은 1995년의 3.8%에서 계속 증가하여 2000년에 7.4%로서 가장 높았으며 그 이후 감소하여 2004년 2.4%였다. 2000년 이후 4년간의 흡연율 감소폭은 67.6%(5.0% 포인트)로 나타났다. 여자중학생 흡연율은 1995년의 2.6%에서 2000년 3.2%로 증가하였다가 2004년에는 1.7%로 감소하였다. 2000년 이후 흡연율 감소폭은 46.9%(1.5% 포인트)로 나타났다. 남자고등학생 흡연율은 1995년 26.1%에서 1998년 35.3%로 증가하였다가 그 이후 지속적으로 감소하여 2004년에는 15.9%로서 1997년 이후 55.0%(19.4% 포인트) 감소하였다. 특히 2004년도의 감소폭이 커서 전년도에 비해 28.1% 감소하였다. 여자고등학생 흡연율은 1995년의 4.7%에서 1997년 8.1%로 증가하여 그 이후 등락을 반복하면서 2004년에 7.5%로서 큰 변화가 없는 상태이다. 최근 2005년 청소년 건강행태 조사에 따르면 청소년 남학생의 흡연율은 14.5%, 여학생의 흡연율은 8.5%를 보이고 있다. 또한 흡연 시도 연령이 청소년 남학생은 11.9세, 여학생은 12.2세로 조사되었으며, 매일흡연시작의 평균연령은 청소년 남학생 14.08세, 여학생 14.11세로 조사되었다.

지선하(2005)의 연구 결과에 따르면 흡연 관련 남성 사망자 수는 1983년 32,617명 이던 것이 2003년 40,087명으로 증가하여 22.9%의 증가율을 보였다. 여성의 경우 흡연 관련 사망자 수는 1983년 4,385명에서 2003년 6,120명으로 증가하여 39.6%의 증가율을 보였다. 흡연으로 인한 암 사망자는 2003년 14,961명으로 1983년 5,738명에 비해 2.6배 증가한 것으로 나타났다. 흡연으로 인한 순환기계 질환에 의한 사망자수는 남성의 경우 1983년 6,101명 이었던 것이 2003년 8,620명으로 증가하였으며, 여성의 경우는 1983년 845명에서 2003년 1,706명으로 증가하였다. 연도별로 암 부위별 흡연 관련 사망자수도 증가 하여 2003년 사망자수가 1983년과 비교하여 남성의 경우, 전립선암 28.5배, 결장암 8.2배, 폐암 6.7배 증가한 것으로 나타났으며, 여성의 경우 유방암과 결장암 9.6배, 췌장암 8.8배, 직장암 8.2배, 폐암 6.0배 증가한 것으로 나타났다. 순환기 질환의 경우, 1981~2003년 뇌졸중으로 인한 총사망자수가 남성 105,235명, 여성 18,424명으로 나타났다. 허혈성 심질환의 경우 1983년 대비 2003년에 남자 11.5배, 여자 16.9배 증가한 것으로 나타났다. 최근들어 COPD의 분류가 제대로 이루어지면

서 남자의 경우 기타 질환 중 가장 많은 흡연 관련 사망자 수를 보이고 있다. 이 밖에 1983년 대비 2003년에 가장 급격히 증가하는 흡연 관련 사망자 수는 당뇨병으로서 남자 6.8배, 여자 10.1배까지 증가 하였다 (지선하 외, 2005).

③ 교육 홍보 자료 및 프로그램

2002~2005년간 추진한 금연 교육 프로그램 개발 현황은 다음과 같다. 첫째, 보건소 사업담당자, 군, 직장, 학교 지도자를 대상으로 금연지도자 교육을 실시 하였다. 둘째, 민간단체(한국금연운동협의회, 한국건강관리협회, 국제절제 협회 등)를 지원하여 산업장, 군, 학교 순회이동 금연교육 실시하였다. 셋째, 한국보건사회연구원의 건강증진개발센터에서 생애주기별로 다양한 금연교육 자료를 개발하여 보급하였다. 다섯째, 언론매체를 활용하여 다양한 금연홍보를 실시하였다.

같은 기간에 실시한 금연 홍보 현황은 아래와 같다. 2002년 금연포탈사이트 (<http://nosmokguide.or.kr>)를 개발하여 서비스를 제공하고 있으며, 인터넷 금연광고, 커뮤니티 구축 등 인터넷 금연홍보사업을 실시하고 있다. 2003년 회원 수는 72천명, 2004년 9만 명이며 1일 접속건수는 100만 건으로 나타났다.

2005년 국민건강영양조사 결과에 따르면 성인의 금연 홍보에 대한 인지율은 70.9%이며, 근로자의 금연 홍보에 대한 인지율은 93.5%로 상당히 높은 것으로 나타났다. 2005년 청소년 건강 행태조사 결과, 중학생 중 흡연 예방 교육을 받아 본 경험이 있는 학생의 비율이 전체 59.1%로 남학생 58.3%, 여학생 58.3%인 것으로 나타났다. 또한 고등학생 중 흡연 예방 교육을 받아 본 경험이 있는 학생의 비율이(고3제외) 전체 55.3%로 남학생 55.8%, 여학생 54.7%인 것으로 나타났다. 금연 상담 경험률로서 흡연자의 금연 클리닉 등록률은 전체 인구 중 1.5%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 성인흡연자 중 최근 1년 이내에 금연을 시도한 경험이 있는 경우는 남자 48.3%, 여자 38.9%였으며, 남녀 모두 연령이 젊을수록 금연시도율이 높았다. 2005년 국민건강영양조사에 따르면 성인흡연자 중 성인남자 11.3%, 성인여자 10.9%가 향후 1개월 내 담배를 끊을 계획이 있다고 보고 하였다.

④ 지역주민과 지방 정부, 중앙 정부의 관계

우리나라에서 금연 운동의 시발점은 민간단체에 의한 금연 운동이었으며 그 역사와 더불어 활동 내용도 점차 다양해지고 있다. 이러한 민간 금연 단체의 활발한 금연 운동에도 불구하고 현재까지 민간단체에 의해 수행되고 있는 금연 운동을 체계적으로 평가한 연구는 없다. 향후 지역 사회를 중심으로 하는 금연 운동을 보다 활성화하고 민간단체와의 연계 체계를 보다 공고히 구축하기 위해서는 민간단체의 금연 운동 활동을 평가할 수 있는 지표를 개발하고 이에 대한 평가를 주기적으로 실시해야 할 것이다.

국내 대표적인 민간 금연 운동 단체인 한국금연운동협의회의 최근 활동과 그 내용은 다음과 같다. 한국금연운동협의회에서는 금연 운동으로서 금연 전문 교육사 교육 실시, 청소년 흡연 예방 NGO 연대 회의 개최, 각종 성명서 및 보도 자료 발표, 직장내 간접 흡연 피해에 대한 인권침해 진정서 제출, 흡연 피해 소송 자문 위원회 마련, 금연의 날 기념식 개최, 담배 연기 없는 PC방을 위한 공청회 개최, 청소년 금연 콘서트 개최 등을 실시한 바 있다. 또한 금연 홍보 및 교육 활동으로 '담배 없는 세상'을 매월 12,000부 발행하여 전국 보건 관련기관, 학교, 기업체, 일반인에게 배포하고 있다. 금연 아직 늦지 않았습니다 15,000매, 금연스티커 50,000매, 흡연구역스티커 6000매, 금연엠블렘 10,000매 등을 제작 배포하였다. 보건소, 학교 금연담당자를 대상으로 교육을 실시한 바 있으며 한국건강관리협회, 국제절제협회 등과 함께 산업장, 군, 학교(총 535개교 361천명 대상)를 순회 이동하며 금연 교육을 실시한 바 있다.

⑤ 정부 차원의 정책적 통합된 노력

2002년 비흡연자의 간접흡연에 대한 인식도는 성인의 경우 매우 그렇다가 17.0%, 그런 편이다가 37.7%로서 55% 가까이 간접흡연의 피해를 인식하고 있는 것으로 나타났다. 청소년의 경우도 매우 그렇다가 13.7%, 그렇다가 35.1%로서 성인과 비슷한 것으로 나타났다. 금연구역 설정에 대한 인지도는 구체적으로 알고 있는 경우가 성인의 경우 전체적으로 33.5%였는데 남자가 46.3%로서

여자의 23.2%에 비해 많이 높았다. 청소년의 경우는 전체적으로 18.8%로서 성인에 비해 낮았고 남자 청소년이 22.0%로서 여자 청소년의 15.5%에 비해 높은 것으로 나타났다. 전 국민을 대상으로 흡연 규제 순응도 및 이행도, 흡연에 대한 시민들의 의식, 흡연 규제 정책에 대한 시민들의 지지도를 조사한 자료는 아직 구축되어 있지 않다. 정부 차원의 정책적 통합된 노력 결과를 평가하기 위해서 이를 평가할 수 있는 지표 개발과 자료 축적이 요청되고 있다.

국민건강증진종합계획 2010의 금연 사업에 대한 중간 평가가 지적한 정부의 금연 정책의 문제점은 다음과 같다. 첫째, 흡연억제 사업 평가의 가장 중요한 지표는 흡연율이고 따라서 정확한 흡연율 추정이 매우 중요하다. 우리나라 흡연율 측정에서 가장 큰 문제라고 할 수 있는 것은, 기존 청소년 흡연율 조사에서 사용하는 흡연에 대한 정의가 미국 CDC나 세계보건기구(CDC의 기준을 따름) 등 국제적으로 사용되고 있는 기준과 다름으로 인해 조사 간에 따른 차이가 크다는 것이다. 따라서 국제 기준을 고려하여 흡연실태 조사 체계를 정비하는 것이 필요하다. 둘째, 금연교육 프로그램의 경우 최근 많은 종류의 교육 자료가 나오고 있는데 문제점은 효과 검증 과정이 부족하고 프로그램화 되어 있지 못하다는 것이다. 외국의 경우 금연 혹은 흡연예방 교육 프로그램이 개발되기까지 오랜 시일이 걸리며 개발 후에도 많은 평가과정을 통한 지속적인 수정 보완이 이루어지고 있다. 셋째, 금연구역 확대나 미성년자 대상 담배 판매 금지 등의 규제 방안은 법률의 제정 여부보다는 법률의 준수여부에 대한 감시를 통한 평가가 중요하다. 실제 그러한 법률 준수 여부에 대한 감시활동이 매우 부족한 실정이다. 넷째, 우선순위에 근거한 표적 집단 중심의 흡연예방 및 금연사업이 부족하다. 초등학교 시절에 이미 흡연의 경험이 있는 경우가 많으므로 흡연예방 교육은 어릴 때부터 시작해야 하나 초등학교에서 체계적인 흡연예방교육을 실시할 수 있는 여건이 갖추어지지 않은 실정이다. 또한, 성인의 경우 20~30대 흡연율이 가장 높으므로 이들 연령층에 해당하는 대학생, 군경, 직장인을 대상으로 한 금연사업이 매우 중요하나 실제 이들을 대상으로 한 사업은 부족한 실정이다.

향후 금연 정책의 추진 방향으로서 새국민건강증진종합계획 수립에서는 다음과 같은 사항을 지적하였다. 첫째, 청소년 흡연 예방 교육 및 금연 상담 활성화가 필요하다. 이를 위해 초등학교를 비롯한 각급 학교의 흡연 예방 교육을 강화해야 할 것이며 흡연 청소년의 금연 실천을 지원하는 금연 상담을 활성화해야 할 것이다. 둘째, 흡연자의 금연 유도 및 금연 실천 지원이 요청된다. 보건소 금연 클리닉 및 금연 상담 전화 기능을 확대하고, 병원 및 약국에서 금연 유도를 강화하며, 대학생 및 군경 등 청년, 직장인, 일반 지역 주민을 대상으로 하는 금연 교육 및 사업의 확대가 필요하다. 셋째, 간접 흡연 위험성에 대한 인식을 고취해야 한다. 일반 국민을 대상으로 간접 흡연의 위험성에 대한 인식을 고취시키며 임산부 및 가임기 여성을 대상으로 한 교육이 필요하다. 넷째, 금연 홍보의 강화가 필요하다. 흡연의 폐해와 금연의 중요성에 대한 홍보를 확대하며, 대상자별 특성에 적합한 다양한 홍보 방법을 활용하고, 국가 금연 정책의 당위성에 대한 홍보를 강화해야 할 것이다. 그 밖에도 금연 사업 관계자의 역할을 강화하고 법적 제도적 장치를 보완해야 할 것이다. 지역사회와의 연계를 위해 지역 사회 유관기관과의 연계를 강화하며 민간단체와의 협조 체계를 구축해야 할 것이다. 마지막으로 흡연 실태 및 금연 관련 규제 이행을 위한 평가 및 감시체계의 구축을 위해 노력해야 할 것이다.

2. 절주정책의 평가

가. 절주정책사업의현황

1) 법적 지원

절주사업을 위한 법적지원은 보건복지부의 국민건강증진법과 정신보건법을 비롯하여, 주류관리를 위한 주세법, 청소년의 음주접근성을 제한하는 청소년기본법과 음주예방교육의 근거가 되는 학교보건법, 근로자를 위한 사업장 건강증진운동시행령 등이 대표적이다. 법적 조치와 규정의 유형별로 보면 다음과 같다.

가) 절주사업의 계획과 평가지원을 위한 법규

국민건강증진법 제 4조의 2에서는 보건복지부 장관, 관계 중앙행정기관의 장, 특별시장, 광역시장, 자치단체장 등으로 하여금 매년 국민건강증진계획을 수립하도록 규정하고 있다. 법제8조에서는 국가 및 지방자치단체의 금연 및 절주운동지원에 대한 책임을 규정하고 있고, 주류용기의 겉면에 건강경고문구를 부착하는 것을 규정하고 있다.

나) 알코올 중독자의 관리와 관련된 법규

정신보건법의 정의(제3조)에 의하면 ‘정신질환자’라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적정신장애를 가진 자를 말한다. 따라서 알코올중독자는 정신보건법에 의한 관리대상이 된다. 법제 13조에서는 지역사회정신보건사업에 대하여 규정하여 예방적인 사업 및 사회복귀사업을 지원할 수 있는 근거를 마련하고 있다.

다) 청소년의 음주를 제한하는 법규

청소년이 알코올을 사용하지 못하게 제한하는 법적 근거는 청소년기본법, 제 57조에서 청소년들에게 유해약물이 유통되지 않도록 하는 것을 규정하고 있다. 학교보건법 제9조에서는 학생의 체위향상, 영양관리, 질병의 치료 및 예방, 약물남용의 예방 등을 위하여 학교의 장이 필요한 지도를 하도록 규정하고 있다.

라) 근로자의 고위험음주를 예방하는 사업을 위한 법규

산업안전보건법 제 4조에 의한 ‘사업장 건강증진운동’의 시행규칙 제4조에서는 사업주로 하여금 근로자의 건강증진을 도모하기 위하여 다음 각호의 사항이 포함된 건강증진운동계획을 수립 시행하도록 규정하고 있다.

- ① 사업장내 건강증진운동 추진을 위한 조직구성에 관한 사항
- ② 근로자의 건강증진을 위한 건강체조 보급 및 건강교육 등에 관한 사항

- ③ 올바른 작업자세의 유지 등 작업관리에 관한 사항
- ④ 쾌적한 작업환경 유지 등 작업환경관리에 관한 사항
- ⑤ 금주·금연 및 스트레스(긴장)해소 등 건강관리에 관한 사항
- ⑥ 체력측정, 건강진단, 건강상담, 응급조치 및 기타 건강증진을 위한 조치와 이를 위한 시설·장비의 확보에 관한 사항
- ⑦ 건강증진운동지도자 양성에 관한 사항
- ⑧ 기타 근로자의 건강증진운동에 필요한 조치에 관한 사항

마) 주세, 주류의 판매와 유통을 제한하는 법규

주세법에서는 주세의 부과와 관련된 범조항외에 주류제조업의 면허, 주류판매의 면허에 대한 사항을 규정하고 있다. 따라서 주류판매를 등록제로 하고 판매대상의 제한을 두는 등 규제적인 법제도의 개선을 위해서 향후 연구되어야 할 중요한 법규라고 할 수 있다.

2) 예산 및 사업내용

2010년까지의 국민건강증진 목표달성을 위한 정책들이 개발된 바 있다. 절주정책의 주요 골자는 첫째, 음주예방 및 교육홍보, 둘째, 주류 소비 억제를 위한 음주통제 정책강화, 셋째, 주류광고모니터링 강화, 넷째, 음주폐해 평가지표의 개발 등이 있다(표 4-24 참조). 이 정책내용을 위하여 계획하는 예산은 2006년부터 2010년까지 약 16,696백만원이다. 이 예산은 건강생활실천사업 중 절주사업과 관련된 예산이다. 이 외에 학교의 음주예방사업, 직장(사업장)의 절주사업, 정신보건의 알코올중독자 관리사업 등이 계획되어 있다(표 4-25 참조). 학교, 직장, 알코올중독 사업 등에서 계획된 예산은 약 35,124백만원이다.

〈표 4-24〉 절주정책분야의 국민건강증진기금예산계획 현황

(단위: 백만원)

정책내용	2006	2007	2008	2009	2010
음주예방교육홍보(건강단체)	574	1,450	1,700	2,000	3,000
음주통제를 위한 사회단체지원	-	500	700	700	700
주류광고모니터링 강화	26	210	300	400	500
음주폐해 평가지표 개발	-	738	738	1,230	1,230
계	600	2,898	3,438	4,330	5,430

〈표 4-25〉 절주관련정책분야의 국민건강증진기금예산계획 현황

(단위 : 백만원)

정책내용		2006	207	2008	2009	2010
학교						
학생 및 교직원	금연, 금주 및 약물사용금지 관련 학교보건교육 내용의 표준화 및 교육지도안 개발 및 보완	100	-	-	-	-
	지역의료기관 금연, 음주클리닉과 연계한 학생, 교직원 금연 및 금주상담 프로그램 개발	-	100	-	-	-
	학생 및 교사대상 금연, 절주 및 약물남용예방 및 안전의식 교육연수	50	50	50	50	50
	시범학교 운영을 통한 현실적 적용 방안 도출		50			
	학생(미성년자)대상 담배 및 술(알코올)판매행위 단속 및 홍보	20	20	20	20	20
직장						
근로자 음주문화 개선사업	사업장 음주문화개선 및 근로자 위험음주예방을 위 한 다양한 형태의 교육·홍보·기술 자료 개발·보급	230	230	230	230	230
	사업장 음주문화개선 및 근로자 위험음주 예방 전 문교육훈련과정 개설·운영	25	25	25	25	25
	음주문화 개선 및 위험음주예방 사내교육 전문강사 지원	150	150	150	150	150
	사업자의 음주문화 개선 및 위험음주예방을 위한 자체진단 지원	500	500	500	500	500
	근로자 음주문제 상담실 개설·운영	-	-	-	-	-
	사업장에 적합한 음주문화개선프로그램 개발·보급	50	50	50	500	500
알코올 중독관리 사업	알코올상담센터 설치지원	1,450	1,800	3,000	5,000	7,000
	알코올전용 사회복지시설 확충	1,099	1,500	2,000	3,000	3,000
계		3,674	4,475	6,025	9,475	11,475

3) 평가의 현황

가) 절주사업의 과거 평가 방법 및 내용

이전에는 절주사업이 포함되어 있는 건강생활실천사업의 평가가 건강증진사업지원단에 의해 매년 시행되어 왔었다. 여기서 사용된 평가지표는 8가지로 구성되며, 평가결과는 매우 우수, 우수, 보통, 미흡, 매우 미흡 등으로 표시되도록 구성되어 있었다¹²⁾. 평가지표의 내용과 점수는 사업대상선정 및 목표설정의 적절성(20), 사업내용 및 실적의 우수성(20), 지역사회자원 활용의 우수성(10), 사업조직 및 인력의 적절성(10), 인력개발(직원교육)의 적절성(10), 자체평가내용 및 결과의 활용성(10), 예산집행 및 월별사업계획의 적절성(10), 사업효과 및 확대가능성(10) 등이었다. 이 평가기준을 이용하여 보건소건강증진사업평가위원 16인에 의하여 평가가 수행되었다.

서영준 등¹³⁾의 연구에서는 전문가 설문조사를 통하여 보건소 건강증진사업의 평가지표를 개발하였는데, 절주교육 인력양성, 청소년 절주교육, 성인 절주교육, 절주 캠페인 및 홍보 등으로 평가지표를 구분하였다. 절주사업의 평가 지표의 분류와 측정지표별 점수는 <표 4-26>과 같다.

주12) 문옥륜, 『2004년도 건강생활실천사업결과평가 발표자료』, 건강증진사업지원단, 2005.

주13) 서영준·이희원·이무식 외, 『보건소 건강증진사업 분야별 성과평가지표 및 종합평가표 개발』, 연세대학교, 건강증진사업지원단, 2003.

〈표 4-26〉 보건소 절주사업지표의 사례

평가지표(점수)	측정지표(점수)
절주교육인력양성(25)	교육건수(12.5), 교육이수율(12.5)
청소년절주교육(25)	교육건수(12.5), 교육이수율(12.5)
성인절주교육(25)	교육건수(12.5), 교육이수율(12.5)
절주캠페인 및 홍보(25)	사업건수(6.25), 절주의 날 행사(6.25), 홍보물 종류(6.25), 지역언론매체 이용횟수(6.25)

자료: 서영준 등, 『보건소 건강증진사업 분야별 성과평가지표 및 종합평가표 개발』, 연세대학교, 건강증진사업지원단, 2003.

2005년도의 국민건강증진종합계획의 평가는 당초 2002년에 세웠던 사업의 성과를 점검하고 목표와 사업계획을 수정·보완하는 계기가 되었다. 여기에서는 분과별 평가위원단을 구성하여 정성적인 평가와 사업실적에 대한 정량적인 평가를 실시하였다. 기본적인 평가들은 추진사업실시여부, 연차별 진도평가여부, 연차별 투입예산의 계획대비 집행실적, 인프라구축(인력, 시설, 장비, 정보통계 등), 예상되는 문제점설정과 타당성 등에 대한 점검 등이었다. 당초의 건강증진종합계획에 포함된 절주사업들은 일부분만 성공적으로 실시되었고, 실시하지 않은 사업도 있으며, 실시하였으나 체계적이지 못하여 그 효과가 의심되는 사업도 있었다. 주류광고모니터링, 대중매체공익광고, 절주홍보물제작배포, 지역사회주민 절주교육사업만이 계획대로 달성되었다. 청소년과 대학생에 대한 절주교육은 미흡한 점이 많았고, 청소년또래지도자양성, TV드라마 음주장면 자체유도, 음주문화 개선 및 절주실천사업은 실시되지 않았다고 한다. 지역사회절주지도자 교육이 원래 계획에 없이 실시되었다. 또한 교육홍보에만 치중되었다는 지적도 있었다. 국민의 주류소비를 규제할 수 있는 정책들이 병행하여 실시되어야 한다는 지적이 있었다. 주류소비 감소와 음주폐해 감소라는 궁극적인 알코올 정책의 목표를 달성하려면 법제도적 지원과 행정적 지원이 필요하다는 보고가 있었다^{주14)}.

주14) 보건복지부, 『2005 국민건강증진종합계획 중간평가』, 2005.

〈표 4-27〉 2005년도 절주사업 종합평가의 결과 요약표

당초사업	당초계획	달성도	평가	비고
청소년 또래 음주예방 지도자 양성	2004년부터 실시	0% (미실시)	미실시	-
주류광고 모니터링	2002년부터 매년 실시	100% (매년실시)	계획 달성	매년 계획대로 실시
TV드라마 음주장면 자제유도	2002년부터 매년 실시	0% (미실시)	미실시	-
대중매체 공익광고 (TV, 라디오)	2003년부터 매년 실시	100% (매년실시)	계획 달성	매년 계획대로 실시
절주홍보물 제작배포	2002년부터 매년 실시	100% (매년 실시)	계획 달성	-
교육홍보사업 (청소년 음주예방교육)	2002년부터 매년 실시	50% (2년만실시)	미흡	2003년과 2005년 미실시, 실시한 경우에도 일회성 특강위주로 효과 미흡
교육홍보 사업 (대학신입생 절주교육)	2002년부터 매년 실시	50% (2년만실시)	미흡	2003년과 2005년 미실시, 실시한 경우도 일회성 특강이나 홍보물 배포 위주
교육홍보 사업 (지역주민대상 절주교육)	2002년부터 매년 실시	100% (매년실시)	계획달성	-
교육홍보 사업 (절주지도자 보수교육)	없음	100% (매년실시)	계획에 없던 사업 추진	-
음주문화 개선 및 절주실천 프로그램 개발 보급	2004년부터 실시	0% (미실시)	미실시	-

나) 새건강증진종합계획에서의 절주평가 지표

2005년 개정된 새국민건강증진정책지표에서는 음주정책의 목표들을 주류소비의 감소, 위험음주행동의 감소, 음주관련 문제의 감소 등으로 크게 구분하고 있다. 주류소비의 감소에 관한 정책목표는 15세 이상 성인의 일인당 절대 알코올 소비를 감소시키는 것, 음주율의 감소, 음주시작연령의 지연 등을 주요 골자로 하고 있다. 위험음주행동의 감소목표는 성인고도위험음주자 비율의 감소, 대학생, 근로자, 청소년의 월간폭음경험률의 감소 등을 포함한다. 음주관련 문제의 감소목표는 대학생 및 청소년의 음주관련문제 경험률의 감소, 음주운전경험률의 감소 등을 포함한다.

절주와 관련된 건강증진지표들은 상당수 국민건강영양조사의 성인보건의식행태조사를 통하여 생산된다. 15세이상 성인의 일인당 절대 알코올 소비량은 주류출고량을 기준으로 하여 산출되며 2002년에 8.7ℓ, 2005년에는 9.3ℓ 등으로 나타났다. 2010년까지 일인당 주류소비량을 8.4ℓ로 감소시키는 것을 목표로 하고 있다. 국민건강영양조사에서 생산되는 국민건강지표의 기초통계에 의하면 성인음주율은 2001년 45.8%, 2005년 51.9% 등으로 증가추세에 있으며 남녀 모두의 음주율이 증가하고 있다. 천성수 등(2005)의 연구에서 조사한 대학생의 음주율은 76.5%로 전체성인의 음주율 보다 높은 경향을 보이고 있다. 이희종 등의 연구에 의한 2002년 근로자의 월간음주율은 72.5%였고 2005년의 국민건강영양조사 결과에서는 63.5%로 낮아진 것으로 보여지나 조사의 방법이 달라서 이전 조사와 정확한 비교는 어렵다. 청소년위원회의 조사(2004)에 의한 청소년 음주율은 27.3%로 나타났다. 청소년들이 중학교이전에 음주를 경험하는 비율은 34.5%로 나타났다. 한번의 술좌석에서 한두시간 이내에 남자는 소주 7잔 이상, 여자는 소주 5잔 이상을 음주하는 고도위험음주율은 2005년의 경우 남자는 14.9%, 여자는 2.5%로 나타나 2001년 통계보다는 증가한 것으로 나타났다. 2005년의 자기보고를 기반으로 한 연간 음주운전경험률은 남자 28.8%, 여자 10.0%로 2001년보다는 증가한 것으로 나타났다. 2005년의 음주운전차량 동승율은 남자는 19.7%, 여자는 11.4%로 2001년 조사에 비하여 크게 줄지 않은 것으로 나타났다. 2005년 조사에서 중고등학생에 해당하는 청소년의 음주운전이나 음주후 오토바이운전 등의 경험률은 남자 23.7%, 여자 14.4%로 나타났다(표 4-28 참조).

〈표 4-28〉 절주 관련 새국민건강증진정책의 목표

목 표	2002	2005	2010	연관사업코드 및 사업명
가. 주류소비의 감소				
2-1.15세 이상 성인 일인당 절대 알코올 소비를 감소시킨다.	8.7 ℓ (2002) ¹⁾	9.3 ℓ (2003) ¹⁾	8.4 ℓ	2-가(음주예방 및 교육홍보) 22-나(사업장의 올바른 음주문화 정착 및 근로자의 위험음주예방지원) 22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)
2-2. 음주율을 감소시킨다.				
◦ 성인 음주율				
전체	45.8% (2001) ^{2), A)}	51.9% (2005) ^{8), B)}	52.0%	2-가(음주예방 및 교육홍보) 22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원)
남자	68.6% (2001) ^{2), A)}	72.5% (2005) ^{8), B)}	70.0%	22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)
여자	27.7% (2001) ^{2), A)}	35.1% (2005) ^{8), B)}	34.0%	
◦ 대학생 월간음주율				
전체	76.5% (2003) ³⁾		71.0%	2-가(음주예방 및 교육홍보)
남자	79.5% (2003) ³⁾		72.0%	
여자	73.5% (2003) ³⁾		70.0%	
◦ 청소년 월간음주율				
전체	-	27.3% (2005) ⁴⁾	27.0%	2-가(음주예방 및 교육홍보) 23-마(학생 및 교직원의 건강위험행태 감소사업)
남자	-	27.9% (2005) ⁴⁾	27.0%	
여자	-	26.6% (2005) ⁴⁾	26.0%	
◦ 근로자 월간음주율				
전체	72.6% (2002) ⁵⁾	63.5% (2005) ⁸⁾	61.0%	2-가(음주예방 및 교육홍보) 22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원)
남자	80.3% (2002) ⁵⁾	78.5% (2005) ⁸⁾	72.0%	22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)
여자	54.0% (2002) ⁵⁾	44.1% (2005) ⁸⁾	50.0%	
2-3. 음주시작연령을 연기시킨다.				
◦ 성인 전체	22.89세 (2001) ²⁾	22.40세 (2005) ⁸⁾	22.50세	2-가(음주예방 및 교육홍보)

목 표	2002	2005	2010	연관사업코드 및 사업명
성인 남자	20.99세 (2001) ²⁾	19.18세 (2005) ⁸⁾	21.00세	
성인 여자	26.70세 (2001) ²⁾	25.52세 (2005) ⁸⁾	24.00세	
◦ 청소년 (중학교 이전에 최초로 음주를 경험하는 학생의 비율)	-	34.5% (2004) ⁶⁾	30.0%	
나. 위험 음주행동 감소				
2.4. 성인 고도위험음주자 비율을 감소시킨다.		(2005)		2-나(주류 소비 억제)를 위한 음주통제 정책강화)
◦ 성인 남자	17.4% (2001) ^{7), C)}	14.9% (2005) ^{8), D)}	13.0%	17-마(알코올중독관리사업)
성인 여자	1.2% (2001) ^{7), C)}	2.5% (2005) ^{8), D)}	2.0%	22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원) 22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)
2.5. 일간 폭음 경험률을 감소시킨다.				2-나(주류 소비 억제)를 위한 음주통제 정책강화)
◦ 대학생 전체	60.4% (2003) ³⁾	-	50.0%	17-마(알코올중독관리사업)
대학생 남자	70.3% (2003) ³⁾	-	60.0%	
대학생 여자	49.7% (2003) ³⁾	-	40.0%	
◦ 근로자 전체	54.6% (2002) ⁵⁾	49.7% (2005) ⁸⁾	42.0%	2-나(주류 소비 억제)를 위한 음주통제 정책강화)
근로자 남자	64.2% (2002) ⁵⁾	63.6% (2005) ⁸⁾	58.0%	17-마(알코올중독관리사업)
근로자 여자	29.2% (2002) ⁵⁾	22.6% (2005) ⁸⁾	26.0%	22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원) 22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)
◦ 청소년 전체	-	51.9% (2004) ⁶⁾	48.0%	2-나(주류 소비 억제)를 위한 음주통제 정책강화)
청소년 남자	-	53.7% (2004) ⁶⁾	48.0%	17-마(알코올중독관리사업)
청소년 여자	-	49.3% (2004) ⁶⁾	45.0%	23-마(학생 및 교직원의 건강위험행태 감소사업)
다. 음주관련문제 감소				
2.6. 음주관련문제를 감소시킨다.				2-가(음주예방 및 교육홍보) 17-마(알코올중독관리사업)

목 표	2002	2005	2010	연관사업코드 및 사업명
◦ 대학생이 경험하는 음주관련문제를 감소		-	감소	23-마(학생 및 교직원의 건강위험행태 감소사업)
◦ 청소년(중고등학생)이 경험하는 음주관련문제를 감소		29.6% (2004) ⁶⁾ 남자 30.6% 여자 28.4%	25%	
2-7. 음주운전관련 경험률을 감소시킨다.				2-가(음주예방 및 교육홍보)
◦ 성인 (연간)음주운전 경험률 감소	남자 19.5% 여자 6.4%(2001) ⁸⁾	남자 28.8% 여자 10.0%(2005) ⁸⁾	남자 17.0% 여자 5.0%	
◦ 성인 음주운전 차량 동승률 감소	남자 19.6% 여자 10.9%(2001) ⁸⁾	남자 19.7% 여자 11.4%(2005) ⁸⁾	남자 17.0% 여자 9.0%	
◦ 청소년(중고등학생) 음주운전 경험률 (오토바이 음주운전 포함) 감소	-	남자 23.7% 여자 14.4%(2004) ⁶⁾	남자 20.0% 여자 12.0%	23-마(학생 및 교직원의 건강위험행태 감소사업)

주: 1) OECD, Health Data, 각 년도

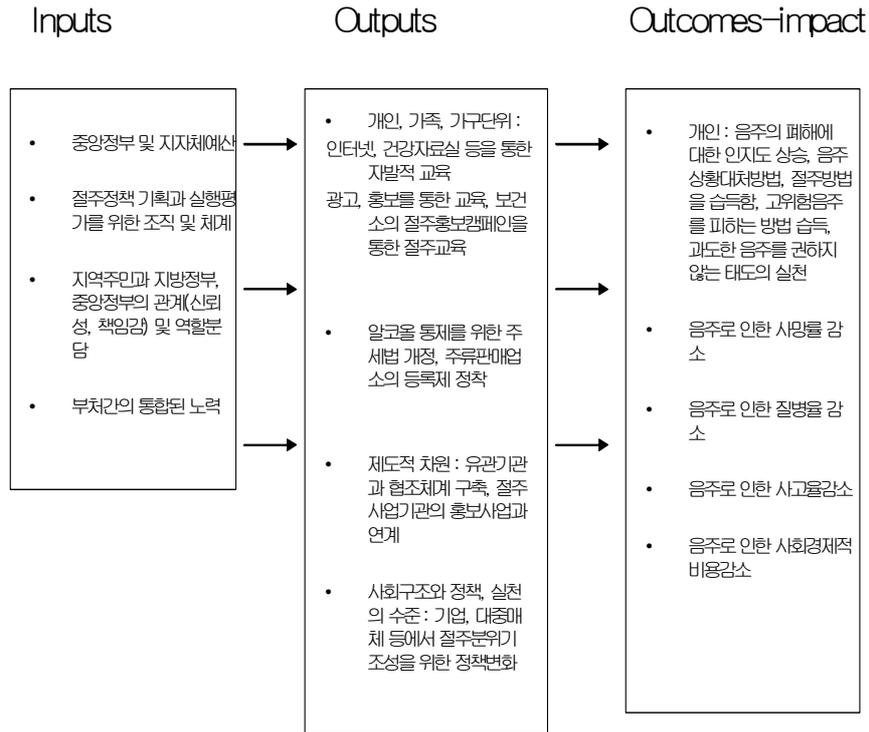
- 2) 한국보건사회연구원, 『국민건강 및 보건의식행태조사』, 2001
- 3) 천성수·손애리. 「Audit척도에 의한 한국대학생의 알코올 사용장애 실태 및 원인분석」, 『예방의학회지』, 38(3): 307-314, 2005
- 4) 질병관리본부·보건복지부·교육인적자원부, 『청소년 건강행태 조사』, 2005
- 5) 이희중·제갈정, 『직장인 음주문제 프로그램 개발을 위한 조사연구』, 한국음주문화연구센터, 2002
- 6) 청소년위원회, 『음주청소년 특성조사 및 개선방안』, 2004
- 7) 한국보건사회연구원, 『한국인의 주요상병 및 건강행태 분석』, 2003.
- 8) 보건복지부, 『국민건강 영양조사』, 각 년도
 - A) 성인 현재 음주자: 20세 이상으로 평소에 술을 자주 또는 가끔 마심
 - B) 성인 현재 음주자: 만 19세 이상으로 매월 술을 1번 이상 마시는 사람
 - C) 고도위험음주자: 평소에 소주 5잔 이상 마시며 주 3회 이상 음주자
 - D) 고도위험음주자: 한달에 한번이상 1회에 남성은 소주 7잔 이상, 여성은 소주 5잔 이상을 마시며 주 3회 이상 음주자

나. 로직모델에 의한 평가

1) 절주로직모델의 배경

절주정책과 사업을 평가하기 위한 로직모델은 음주로 인한 건강폐해의 감소를 결과목표로 한 투입(input), 산출(output), 결과(outcome)로 크게 구분된다. 로직모델의 투입지표는 예산, 계획, 자원, 통합된 노력 등이 포함된다. 산출지표는 사업활동 영역으로서 실제로 추진한 사업들의 현황에 대한 지표들이다. 결과지표는 단기, 중기, 장기 지표로 구분되며 개인, 조직, 지역사회차원의 대상별 사업과 활동의 지표들이다. 산출지표는 영향지표로서 결과지표를 목표로 하는 여러 가지 사업활동이라고 할 수 있다. 성인을 대상으로 한 절주정책을 중심으로 절주 로직모델을 구성한 것은 [그림 4-4]와 같다. 성인대상의 절주정책 결과는 정부정책의 최종적인 목표가 된다. 성인대상 절주정책에서는 음주로 인한 사망률, 질병률, 음주로 인한 사고율, 음주로 인한 사회경제적비용 등의 감소가 장기적인 산출지표가 될 수 있다.

[그림 4-4] 절주 로직 모델의 개요



장기적인 산출지표에 해당하는 음주폐해의 항목들을 효과적으로 감소시키기 위해서는 근거있는 위험요인의 규명이 필요하고 위험요인 감소를 위한 근거 있는 전략들의 개발이 필요하다. 세계보건기구에서는 여러 국가들의 경험을 토대로 하여 알코올로 인한 폐해를 감소시키기 위한 근거 있는 정책들을 개발한 바 있다(김광기, 2006). 주류구매허용연령의 제한, 정부에 의한 주류판매의 독점, 주류판매 일시 및 시간제한, 주류판매 장소제한(술집의 밀도), 주류부담금 부과, 음주운전불시검문, 음주운전위반자 행정처분(면허정지 및 취소), 음주운전의 기준강화(혈중알코올 농도), 차별적인 혈중알코올농도기준적용(초보자 등), 문제 음주자 조기개입 등이 효과적인 정책으로 알려져 있다. 천성수 등(2005)의 연구에서는 정책유형을 몇 가지로 구분하고 있는데, 알코올에 대한 물리적 접근을

차단하는 것, 세금이나 가격에 대한 제한정책, 음주상황을 변경하기 위한 정책, 교육 및 설득정책, 광고제한 정책, 음주운전통제정책, 조기교육과 치료 정책 등으로 구분하였다(표 4-29 참조).

〈표 4-29〉 알코올 통제정책 유형 및 종류

정책 유형	사업수단 및 방법
알코올의 물리적 가용성제한 정책(접근성 차단)	<ul style="list-style-type: none"> · 판매완전금지 · 주류배급제 · 판매시간제한 · 종업원 책임제 · 주류구매 허용연령제한 · 정부독점에 의한 주류판매 · 주류소매점제한 · 주류도수에 대한 제한
세금이나 가격에 의한 제한 정책	<ul style="list-style-type: none"> · 주세 및 세금부과 · 건강증진부담금 부과 · 가격인상
음주상황변경 정책	<ul style="list-style-type: none"> · 취객대상 주류판매금지 자율시행 · 유흥업소 종사자의 윤리성 강화 · 유흥업소의 윤리강령 제정 · 유흥업소에 대한 규정 및 법적요건 단속 · 술 없는 이벤트나 활동 대안 촉구 · 지역사회동원
교육 및 설득 정책	<ul style="list-style-type: none"> · 학교교육 · 홍보 · 주민교육 · 주류용기에 경고문구 부착
광고제한 정책	<ul style="list-style-type: none"> · 광고제한 · 광고내용통제
음주운전통제 정책	<ul style="list-style-type: none"> · 음주여부확인 검문소 운영 · 호흡용 음주측정기로 단속 · 혈중알코올농도 기준강화 · 음주운전 벌칙강화 · 연령에 따른 혈중 알코올농도 기준강화 · 운전연령의 연기 · 대리운전
조기교육과 치료 정책	<ul style="list-style-type: none"> · 고위험군에 대한 간이검사 · 자조집단치료 · 음주운전위반 반복자에 대한 강제치료 명령 · 치료

자료: 천성수, 『알코올소비량감소를 위한 알코올 통제정책에 관한 연구』, 삼육대학교 사회복지대학원·건강증진사업지원단, 2005.

2) 절주로직모델과 새국민건강증진종합계획의 절주정책 비교

2005년의 새국민건강증진종합계획의 정책목표과 사업계획은 건강수명의 연장

이라는 대목표 아래 건강생활실천 확산, 예방중심의 건강관리, 인구집단별 건강관리 등으로 구성되어 있다. 건강생활실천 확산 내에 포함되어 있는 절주정책 분야는 간질환이나 기타 음주로 인한 질병의 감소목표가 없다. 절주와 관련된 정책목표는 예방중심의 건강관리중 정신보건에서 일부 찾을 수 있다. 인구집단별 건강관리에서는 근로자건강관리, 학교보건 등에서 관련 목표들을 찾을 수 있게 되어 있다. 금연이나 운동, 영양 등의 정책목표들에서도 비슷한 양상을 보이고 있다. 개인의 음주행동과 음주폐해에 영향을 줄 수 있는 요인에 대한 생태학적인 해석이나 인과관계에 대한 근거들을 기반으로 하여 종합적인 조망 하에서 정책항목들이 순차적으로 개발되어야 하는 데, 건강생활실천의 확산, 예방중심의 건강관리, 인구집단별 건강관리, 건강환경조성의 중분류에 따라서 조합되어 있기 때문에 로직모형으로 평가될 수 없는 부분들이 나타나게 된다(표 4-30 참조). 새국민건강증진종합계획에 있는 절주정책들이 개인의 음주행동에 초점을 두고 있으며 이 행동이 음주폐해의 결과에 대한 영향에 대한 전체적인 조망이 없게 되며, 중분류에 포함되지 않는 일부 근거 있는 절주정책들이 빠져 버리는 결과를 가져왔다. 예를 들면 근로자 및 학생을 제외한 지역주민에 대한 절주정책사항이 빠지게 되고, 규제적 정책과 같은 중요한 정책이 결여된다.

〈표 4-30〉 절주정책의 로직모델과 새국민건강증진종합계획의 절주정책비교

목 표	연관사업코드 및 사업명	투입 지표	산출 지표	결과 지표	결과 지표	결과 지표
				단기	중기	장기
가. 주류소비의 감소						
2-1. 15세 이상 성인 일인당 절대 알코올 소비를 감소시킨다.	2-가(음주예방 및 교육홍보) 22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원) 22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)	○	○		○	
2-2. 음주율을 감소시킨다.						
○ 성인 음주율 전체	2-가(음주예방 및 교육홍보) 22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원)	○	○		○	
남자	22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사					
여자						

목 표	연관사업코드 및 사업명	투입 지표	산출 지표	결과 지표	결과 지표	결과 지표
				단기	중기	장기
	업장 확대 및 지원체계 구축)					
◦ 대학생 월간음주율 전체	2-가(음주예방 및 교육홍보)	○	○		○	
남자						
여자						
◦ 청소년 월간음주율 전체	2-가(음주예방 및 교육홍보)	○	○		○	
남자	23-마(학생 및 교직원의 건강위협행태 감소 사업)					
여자						
◦ 근로자 월간음주율 전체	2-가(음주예방 및 교육홍보)	○	○		○	
남자	22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원)					
여자	22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)					
2-3. 음주시작연령을 연 기시킨다.	2-가(음주예방 및 교육홍보)	○	○		○	
◦ 성인 전체						
성인 남자						
성인 여자						
◦ 청소년 (중학교 이전에 최초로 음주를 경험 하는 학생의 비율)						
나. 위험음주행동의 감소						
2-4. 성인 고도위험 음주자 비율을 감소시킨다.	2-나(주류 소비 억제를 위한 음주통제 정책 강화)	○	○		○	
◦ 성인 남자	17-마(알코올중독관리사업)					
성인 여자	22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원) 22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)					
2-5. 월간 폭음 경험률을 감소시킨다.	2-나(주류 소비 억제를 위한 음주통제 정책 강화)	○	○		○	
◦ 대학생 전체	17-마(알코올중독관리사업)					
대학생 남자						
대학생 여자						
◦ 근로자 전체	2-나(주류 소비 억제를 위한 음주통제 정책 강화)	○	○		○	
근로자 남자	17-마(알코올중독관리사업)					
근로자 여자	22-나(사업장의 올바른 음주문화정착 및 근로자의 위험음주예방지원) 22-마(근로자 종합건강증진프로그램 시행사업장 확대 및 지원체계 구축)					

목 표	연관사업코드 및 사업명	투입 지표	산출 지표	결과 지표	결과 지표	결과 지표
				단기	중기	장기
◦ 청소년 전체	2-나(주류 소비 억제를 위한 음주통제 정책 강화)					
◦ 청소년 남자	17-마(알코올중독관리사업)	○	○		○	
◦ 청소년 여자	23-마(학생 및 교직원의 건강위협행태 감소 사업)					
다. 음주관련 문제의 감소						
2-6. 음주관련문제를 감소시킨다.						
◦ 대학생이 경험하는 음 주관련문제를 감소	2-가(음주예방 및 교육홍보) 17-마(알코올중독관리사업)	○	○		○	
◦ 청소년(중고등학생)이 경험하는 음주관련문 제를 감소	23-마(학생 및 교직원의 건강위협행태 감소 사업)					
2-7. 음주운전관련 경험률을 감소시킨다.	2-가(음주예방 및 교육홍보)	○	○		○	
◦ 성인 (연간)음주운전 경험률 감소		○	○		○	
◦ 성인 음주운전 차량 동승율 감소						
◦ 청소년(중고등학생) 음주운전 경험률 (오토바이 음주운전 포함) 감소	23-마(학생 및 교직원의 건강위협행태 감소 사업)	○	○		○	

3) 절주로직모델에 의한 우리나라 절주사업에 대한 평가의 제한점

2010 국민건강증진종합계획에 포함된 절주정책 및 사업지표를 로직모델에 대입하여 보면 대부분 투입지표와 산출지표이며 중기결과지표인 것을 알 수 있다(표 4-30 참조). 제도적 정책의 개발과 집행은 투입과 산출지표에 해당된다. 예산확보를 위한 재원을 확보하는 것은 투입에 해당된다. 예산을 실제 집행한 결과는 산출지표에 해당된다. 개인, 조직, 지역사회의 변화는 상당부분 중기 결과지표에 해당된다. 이러한 점에서 볼 때 우리나라에서 개발한 건강증진의 절주 지표에는 단기결과지표와 장기 결과지표가 없다는 것을 알 수 있다. 장기적 결과지표는 개인적 차원에서는 알코올 관련 질병이나 사망의 지표가 해당된다.

정영호(2006)등의 연구에서 음주로 인한 비용의 부담을 주는 질병은 약 10가지가 있다. 이 질병들은 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애, 간 및 간내담관의 악성신생물, 간 질환, 뇌혈관 질환, 고혈압성 질환, 위의 악성신생물, 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물, 결장, 직장 및 항문의 악성신생물 등이 있다.

4) 절주로직모델에 의한 평가

로직모델을 기반으로 한 절주사업의 평가는 크게 투입, 산출, 단기 및 중기와 장기의 결과에 대한 평가로 구분된다. 우리나라 절주사업의 현황에 대한 평가는 2005년 새국민건강증진종합계획수립시에 수집된 자료와 추가적으로 수집된 내부자료를 기초로 하여 실시하였다.

가) 투입지표와 평가

(1) 재원

(가) 공공부문의 재원확보

새국민건강증진종합계획에 의하면 2006년부터 국민건강증진기금에서 절주사업에 총 600백만원의 예산을 2010년까지 지원할 예정이다. 관련 학교, 근로자건강, 알코올중독관리사업 등에서 지원하는 예산은 33,625.5백만원 가량이다. 시군구의 지자체 건강생활실천사업은 지자체 재원은 50% 지원하도록 되어 있어 절주사업을 위한 예산을 어느 정도 확보된 상태라고 할 수 있다.

(나) 민간 부문의 재원확보

민간부문의 재원은 주류공업협회에서 소비자보호사업의 일환으로 2000년 4월 음주문화연구센터를 세운 것이 대표적인 사례이며, 음주문제 및 알코올의존예방을 위한 활동을 연구하고 프로그램을 보급해오고 있다. 2004년에는 알코올중독전문치료병원인 카프병원을 설립하여 예방뿐만 아니라 치료와 재활사업에 앞장서고 있다.

(다) 기부금의 확보

음주폐해예방을 위하여 절주사업과 관련된 기부금 확보는 현재까지 전무하여 향후 연구과 대책이 필요한 부문이다. 알코올의존자의 치료와 재활에 대한 정신보건사회사업을 포함한 사회복지분야의 기부금에 대한 연구와 대책은 존재하지만 예방적인 차원에서 절주분야의 기부금 및 투자는 거의 없다.

(2) 계획개발/수요의 진단

(가) 음주폐해에 대한 연구개발계획

음주폐해에 대한 연구개발계획은 2007년부터 2010년까지 음주폐해실태조사, 평가지표개발 등으로 약 3,936백만원이 계획되어 있다. 이외에 건강증진사업지원단의 연구사업예산이 계획되어 있으나 여기에서 절주와 관련된 연구개발의 비중은 확정되어 있지 않다. 따라서 매우 가변적이라고 할 수 있다. 절주사업의 대상별로 근거 있는 사업을 위하여 연구개발에 대한 체계적인 지원계획이 요구된다.

(나) 음주현황, 음주폐해에 대한 조사 및 데이터 수집

음주폐해 예방을 위한 정책적 목표와 관련된 고유의 조사 및 데이터 수집체계는 없다. 3년마다 수행되는 국민건강영양조사에서는 국가적 차원의 지표를 생산하고 있고, 이중 음주제 관한 지표가 일부 포함되어 있다. 그러나 세부정책 개발 및 수행, 지역별 정책개발 및 수행과 평가를 위한 조사가 아직 없으며 따라서 알코올의 폐해예방을 위한 조사와 조사체계의 마련이 시급히 요구된다.

나) 산출지표와 평가

(1) 절주사업의 계획

절주사업의 계획은 지자체의 건강증진사업의 건강생활실천사업의 한 부분으

로 정해져 있다. 알코올 상담센터의 사업계획, 지역정신보건센터의 정신보건사업계획 등에도 일부 포함되어 있다. 2005년도 상반기에 설정되었던 국민건강증진종합계획목표에 대한 평가결과에 의하면 절주사업을 위한 목표의 설정이 적합하지 못한 것으로 지적되었다. 목표치의 달성가능성, 목표숫치의 구체성이 요구되었다.

절주사업은 지자체, 보건소, 협회 등을 통하여 지역사회에 보급되고 있으며, 절주홍보사업의 장소는 초·중·고등학교, 대학, 사업장, 지역사회 등으로 구분된다.

(2) 절주사업의 활동건수

절주 홍보사업은 대중매체를 통한 공익광고, 절주홍보물 제작배포, 교육홍보사업(청소년 음주예방교육, 대학신입생 절주교육, 절주지도자 보수교육), 음주문화개선 및 절주실천 프로그램개발보급 등이 있다. 지역사회, 학교, 대학교, 직장 등에서 이러한 사업의 활동건수들이 평가지표에 해당된다.

(가) 청소년 음주예방 교육

청소년음주예방교육은 2002년, 2004년, 2005년에만 실시되었고 2003년에는 실행되지 않은 사업이었다. 또한 실시된 해의 주요 사업방법은 초·중·고등학생을 대상으로 한 음주예방에 대한 특강을 중심으로 하였고, 2004년과 2005년에는 초·중·고등학교 교장을 대상으로 한 청소년 음주예방 교육에 대한 강좌가 있었다. 상당부분 일회성 강의교육에 그치는 사업이 중심이 되고 있었다(복지부, 2005).

청소년음주율 감소와 음주시작연령 지연을 위해서는 학교를 통한 체계적인 예방교육이 필요하다. 음주폐해에 대한 올바른 지식을 함양하고 적절한 태도를 가질 수 있도록 하며, 향후 성인이 되어서 고위험음주를 피하고, 저위험 음주를 할 수 있는 기술에 대한 지식도 습득할 수 있도록 해야 한다. 이를 위한 효과적인 교육방법으로는 생활기술훈련 프로그램, 사회적 학습이론에 근거한 학습 프로그램 등이 효과적인 것으로 알려져 있다(최은진, 2004).

(나) 대학신입생 절주교육

정부에서는 대학생 음주사고를 예방하고 올바른 음주문화를 정착하기 위해 신입생 수련회, 입학·졸업시즌 및 축제기간 중에 대학생 대상 절주교육을 실시하였고, 사업을 실시한 해는 2002년과 2004년이였다.

(다) 지역주민 대상의 절주교육

절주지도자로 하여금 지역사회 주민 및 지역 소재 사업장 근로자를 대상으로 절주 교육을 실시토록 하였다(2002~2004년).

(라) 절주 지도자 보수교육

지역사회 주민들에게 절주교육 및 지도를 할 수 있는 절주 지도자 양성하는 사업을 매년 실시해 오고 있다(2002~2005년). 공공부문에서는 대한보건협회, 건강증진사업지원단 등을 통하여 보수교육이 이루어지고 있다. 민간부문에서는 절제협회에서 주관하는 금연 및 절주지도자 교육이 있다.

(마) 공익광고의 제작

공중파 방송용 공익광고를 제작하여 TV 및 라디오 절주공익광고 방송 송출(2003~2005년)하였다. 지하철 역사 실내 와이드 광고 및 지하철 차량 천정걸이 광고(2004년)를 실시하였다. 명동과 삼성역 사거리의 옥외 전광판 광고 및 동영상 제작 및 송출(2005년)하였다.

(바) 절주홍보물의 제작 및 배포

대한보건협회에서는 절주홍보를 위한 월간지 ‘건강생활’(공공기관 배포)을 발간하고 있으며 웹진형태로도 발간하고 있다. 대상별 리플렛, 팸플렛, 포스터, 절주 판넬, 절주 교육용 교재 및 동영상, 차량용 스티커, 현수막 등의 인쇄매체를

통해 올바른 음주문화 정착을 위한 홍보사업(2002~2005년)을 매년 수행해 오고 있다. 홍보물의 종류는 리플렛(청소년, 대학생, 여성, 일반), 팜플렛(대학생, 일반용), 차량용 스티커, 절주캠페인 피켓(여성, 청소년), 절주캠페인 현수막(여성, 청소년), 음주체험고글, 절주웹사이트 운영(www.naac.or.kr) 등이 있다.

건강생활실천사업을 수행하는 각 보건소에서도 절주사업수행을 위하여 다양한 형태의 절주 홍보물을 제작하여 배포하고 있다. 홍보물은 캠페인이나 절주 교육시에 배포하는 것을 목적으로 하는 절주교육내용이 담긴 리플렛, 팜플렛 등 다양한 형태로 제작되고 있다.

(사) TV 음주광고 모니터링

2004년까지 지속적인 모니터링이 실시되었고, 그 결과 음주광고 횟수의 감소, 광고의 선정성 감소, 여성 및 청소년의 음주를 유도하는 광고문구사용 중단, 유명연예인의 음주장면 미화표현 감소로 모방음주율 하락을 유도 하는 효과 거둔 것으로 보고되었다(보건복지부 내부자료). 한편 주류광고 모니터링이 중단된(2004.9~2005.5)기간에 집중적으로 여성모델이 등장한 주류광고가 성행한 것으로 지적되었다.

(3) 문제점과 대책

○ 초·중·고등학생, 대학생을 위한 음주예방 교육프로그램

“국민건강증진종합계획 분야별 세부추진계획서”에서 구분하고 있는 사업별로 사업이 추진되지 않았다. 초·중·고등학교 금주교육이 의무화되어있지 않아 교내 금주교육 실시에 어려움이 많은 것으로 지적되었다. 대학교의 신입생 오리엔테이션에도 절주교육 부분이 할애되어 있지 않아 교육이 캠페인성 홍보와 판넬전시 정도에 그치는 경우가 많은 것으로 지적되었다.

초·중·고등학교 학생들이 금주교육을 받을 수 있도록 제도적 장치가 필요하다는 요구가 높았다. 대학생의 신입생 오리엔테이션시 절주교육이 필수적으로 포함되도록 홍보와 지원을 대학과 교육청에 요구하는 것이 필요하다.

○ 공익광고

TV,라디오 등을 통한 절주홍보 및 절주 캠페인은 1회 방송비용이 과다하여 광고시간과 광고횟수 및 기간에 제약이 많아 광고홍보효과가 지속되지 못하는 어려움이 있다. 절주광고물 제작시 유명 연예인의 유치에 필요하고, 연예인 유치 비용이 본 사업의 예산범위를 초과하는 등 비용충당에 문제가 있는 것으로 지적되었다. 유동인구가 많은 지하철 환승역을 중심으로 실시한 대형 와이드 광고와 지하철 내 차량 천정걸이 부착을 중심으로 한 절주 홍보사업은 1~4호선 중심으로 이루어져 확대할 필요가 있는 것으로 지적되었다. 예산이 하반기에 승인되어 방송시간확보에 큰 어려움이 있어 홍보의 대부분이 11월~12월에 집중되어 있는 것도 문제점으로 지적되었다.

공익광고는 투입되어야 할 예산지원의 확대가 가장 큰 과제이다. 또한 보다 효과적인 광고 방송시간 확보를 위해 예산 승인이 조기에 확정될 필요가 있다. TV 광고는 비용이 과다하므로 비용대비 효과가 큰 전광판 광고를 이용하는 것이 필요하다. 그리고 국민의 관심을 유도하기 위해서 유명 연예인을 절주홍보 대사로 위촉하여 비교적 낮은 비용으로 절주 홍보광고물을 제작할 수 있도록 하는 것도 고려해야 한다.

○ 광고 모니터링

현재 주류광고 위반시 대한보건협회와 보건복지부의 시정조치와 함께 사안이 심한 경우 고발 등을 통한 광고제작자의 의견진술을 받고 있다. 보다 강력한 처벌제도(영업정지, 벌금상향 조정, 일정기간 광고금지, 사과문 게재 등)가 정착되어야 한다는 요구가 있다. 또한 보다 지속적이며 밀도 있고 심도 있는 모니터링과 드라마, 인터넷 광고에 대한 모니터링을 위한 전문인력 및 예산 확충이 시급히 요망된다.

○ 절주홍보물 개발

한정된 부수로 인해 전국 관공서와 관련 기관에 충분히 배포하지 못하고 있

는 것으로 지적되었다. 월간지의 부수를 확대해 6대 도시 은행과 함께 전국의 농협, 수협, 축협 등에 까지 확대코자 하고 있다.

5) 결과평가

가) 단기결과의 지표와 평가

절주사업의 결과평가를 위하여 생산되는 국내의 지표들이 중기 지표와 장기 지표가 대부분이어서 단기적인 성과를 평가하는데 자료가 매우 부족하다. 단기적인 결과지표는 개인의 인지적인 면을 평가하는 지표 및 관련지표가 대부분이며 이것은 개인의 건강 문해력(health literacy)과 관련된다. 개인의 음주폐해에 대한 인식은 개인의 알코올 소비량과 밀접한 관련이 있다. 또한 음주로 인한 개인적 문제들을 상담하고 도움을 받을 수 있는 지역사회서비스에 대한 인지도도 중요한 단기적 평가지표가 된다. 국민건강영양조사에서 포함하고 있는 절주와 관련된 항목들은 주류의 소비행태, 관련 문제들의 경험유무, 알코올상담서비스의 이용경험유무 등 행동적 지표에 중심을 두고 있다. 향후 개인적 수준의 단기적 성과평가를 할 수 있는 지표생산이 필요하다.

기관 및 지역사회차원에서 단기적 결과의 지표에는 정부의 정책포럼개최횟수, 정책전략의 종류, 정책보고서의 종류와 수량 등이 포함된다. 1995년 국민건강증진법이 제정된 이후 국민건강증진기금의 지원이 1998년부터 시작되었고, 음주 및 알코올과 관련된 연구개발의 지원도 일부 수행되었으나 산발적인 것을 알 수 있다(표 4-31 참조). 음주폐해에 대한 연구개발은 단기적인 연구개발이 많아서 연구사업의 연계성이 없고, 지속적 관찰과 조사 등이 불가능하여 근거기반의 연구개발에 많은 제한점을 가지고 있다. 정책전략의 개발을 위해서는 정부차원에서 정책연구에 대한 예산지원이 필요하다. 금연사업의 경우도 활발한 사업과 평가가 이루어지기 이전에 많은 금연정책연구들이 상당수 수행되어 왔다.

〈표 4-31〉 국민건강증진기금에 의한 음주폐해에 대한 연구개발과제의 현황

연구의 제목	대표 저자	발간 년도
대학신입생의 음주행태의 변화에 미치는 유전적, 심리적, 사회적 요인의 영향에 대한 전향적 연구	이상익	2000
알코올 소비 및 음주관련 폐해 통계지표의 정보화	김광기	2002
대학생 문제음주예방을 위한 홍보, 보건교육프로그램의 운용과 평가	천성수	2000
청소년의 음주 및 약물남용실태와 관련 요인분석	한성현	1999
대학생 폭음에 대한 주기적 실태조사 및 대학생 음주문제 예방정책 개발	천성수	2004
TV에서의 음주 흡연 장면등 건강관련 행위가 국민건강에 미치는 영향분석	이상욱	2003
직장내 문제성 음주 예방 프로그램 개발	이미형	1999
문제음주 습관형성 요인에 대한 연구	이원재	2000
중고등학교 교사를 위한 청소년 음주 예방교육 프로그램의 개발 및 보급	남궁기	2000
한국 청소년 음 주 및 약물남용의 비행행동간의 상관관계	김현수	2001
학교중심 청소년 음주예방프로그램의 개발과 효과성 평가	김용석	2001
흡연, 음주, 약물복용 등 위험요인이 임신부의 건강에 미치는 영향	한정렬	2003
보건소 중심의 지역사회절주사업모형개발	김광기	2000
뇌심혈관질환 위험요인(고지혈증, 고혈압, 비만)개선을 위한 금연, 절주, 운동실천 프로그램 개발 및 효과연구	이강숙	2000
건전한 음주문화조성 및 절주방안에 관한 연구	김광기	2004
알코올소비량 감소를 위한 알코올통제정책에 관한 연구	천성수	2005
절주 및 알코올정책 수립을 위한 지표개발 ¹⁾	송현중	2005

주: 1) 보건의료기술 인프라 개발 사업

나) 중기결과의 지표와 평가

건강생활실천사업의 목표가 대부분 개인의 건강생활실천 수행에 중점을 두고 있다. 따라서 개인의 행동과 관련된 국가적인 지표들은 다수 생산되고 있다. 국민건강영양조사의 성인보건의식행태조사에서는 개인의 음주율(평생, 연간, 월간), 평균 음주량, 고위험 음주경험률, 음주관련문제의 경험률, 음주상담서비스

의 이용경험 등이 조사항목에 포함되어 있다. 영양조사에서도 알코올의 섭취빈도와 섭취량에 대한 통계가 생산된다. 2005년의 국민건강영양조사에서 국민의 소비식품중 음료와 술의 소비량이 2001년에 비하여 20% 증가한 것으로 나타났다. 만 19세이상 성인의 음주율은 계속 증가하고 있으며 특히 여성의 음주율이 증가하고 있다. 가장 술을 자주 많이 마시는 연령층은 20대의 청년층이며 대학생의 음주율(음주빈도와 음주량)이 매우 높게 나타나고 있다. 알코올 소비량, 청소년의 음주시작연령, 고위험음주자의 비율 등은 중기평가지표에 해당한다고 할 수 있다(표 4-32 참조).

〈표 4-32〉 절주 분야의 중기 결과지표의 현황

		주요 내용	국가적 지표의 생산출처
주류소비의 감소		15세이상 성인의 일인당 절대알코올 소비를 감소시킨다.	관세청
음주율 감소		성인의 현재음주율	국민건강영양조사의 성인보건의식행태조사
		대학생 월간음주율	없음
		청소년 월간음주율	청소년보건의식행태조사
음주시작연령의 감소		근로자의 월간음주율	성인보건의식행태조사
		성인음주시작연령	성인보건의식행태조사
		청소년의 음주시작연령	청소년보건의식행태조사
위험음주행동의 감소		성인고도위험음주자비율의 감소	성인보건의식행태조사
		대학생 폭음경험률 감소	없음
		근로자의 폭음경험률 감소	성인보건의식행태조사
		청소년의 폭음경험률 감소	청소년보건의식행태조사
음주관련 문제의 감소	음주관련 문제	대학생	없음
		청소년	청소년보건의식행태조사
	음주운전	성인연간음주운전경험	성인보건의식행태조사
		음주운전경험률	성인보건의식행태조사
		청소년음주운전경험률	청소년보건의식행태조사

주: 국민건강영양조사의 성인보건의식행태조사는 3년간격 면접조사의 한 부분으로 행해지는 자기기입식 조사임. 청소년보건의식행태조사는 인터넷 기반의 자기기입식 조사로 2005년부터 매년 시행됨.

중기 결과지표의 주된 생산출처는 보건복지부와 한국보건사회연구원에서 시행해 온 국민건강영양조사의 성인보건의식행태조사결과이다. 개인행동과 관련된 중간지표의 생산이 가능하지만, 조직이나 지역사회수준의 중간지표의 생산이 거의 없어서 향후 중간지표의 개발이 요구된다. 사회제도적 차원에서 주세의 건강증진부담금 부과는 향후 도입되어야 할 과제로 남아있다. 청소년대상의 주류판매 금지와 같은 규제적 정책의 확대와 개선도 중간지표로서 활용될 수 있다.

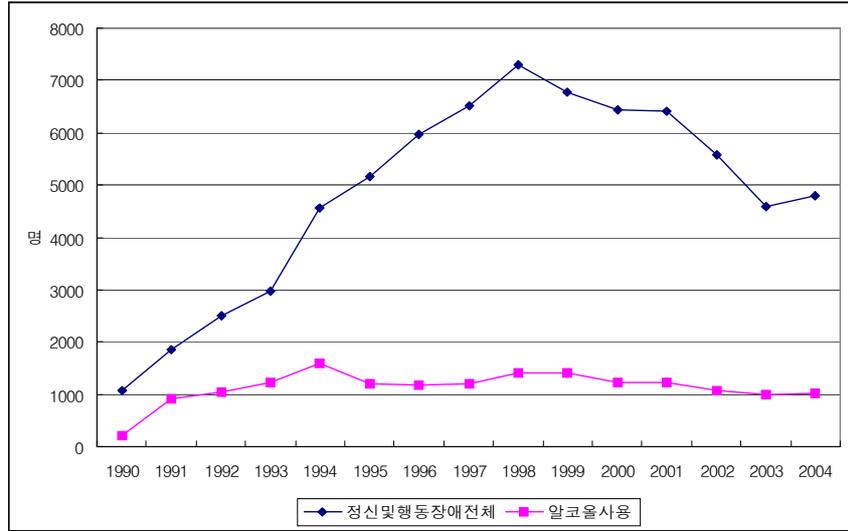
다) 장기결과의 지표와 평가

(1) 알코올로 인한 질병과 사망

음주로 인한 기여요인이 100%인 사망원인은 알코올성 정신병, 알코올 의존, 알코올성 심근증, 알코올성 지방간, 알코올성 위염, 급성 알코올성 간염, 알코올성 간경화, 알코올성 간질환, 알코올성 신경증, 과도한 혈중알코올 농도, 알코올 중독 등이다. 음주는 인체 거의 모든 부위에 영향을 미쳐서 암, 당뇨병, 간질환, 소화기계질환, 호흡기 감염 등 각종 만성 또는 급성질환으로 인한 사망과 사고로 인한 상해, 자살 등에 의한 사망의 기여요인이 된다(정진규 등, 2006; 노인철, 1997; 천성수, 2001; WHO, 2000). 미국공중보건협회에 의하면 음주가 원인인 만성질환을 심장병(Cardiovascular disease), 암(Cancer), 만성폐질환(Chronic Lung Disease), 당뇨병(Diabetes), 간경변(Cirrhosis), 근골격계질환(Musculoskeletal Diseases), 신경계질환(Neurologic Disorders)으로 구분하고 있다(APHA, 1998). 세계보건기구에서는 알코올로 인한 기여위험도에 따라 Alcohol specific causation, High alcohol causation, Medium alcohol causation, Low alcohol causation 등으로 사망 및 상해의 원인을 구분하였다.

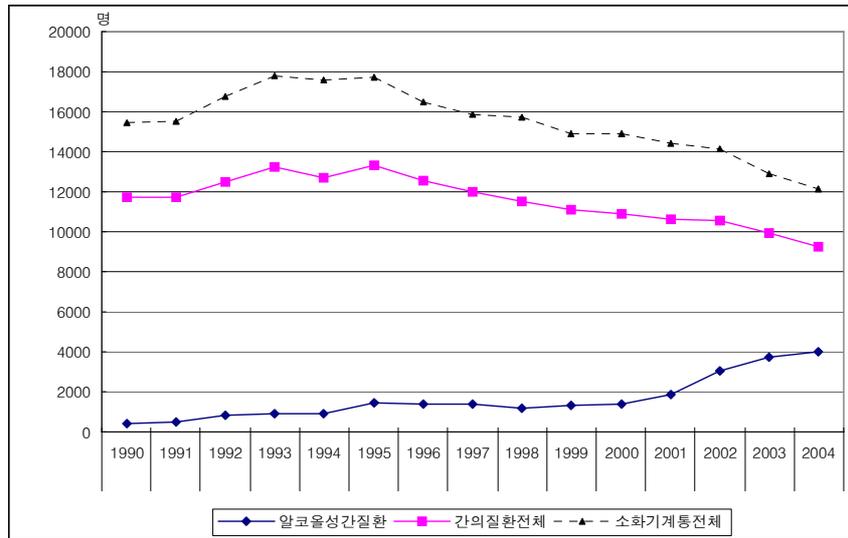
우리나라 사망원인통계에 의하면 알코올이 사망의 원인이 되고 있는 사망원인분류는 알코올성 간질환과 알코올성 정신 및 행동장애의 2가지 분류가 있다(236항목분류). 알코올성 정신장애로 사망하는 사람수는 1991년 이래로 매년 1,000명을 상회하고 있다. 그러나 정신행동장애로 인한 사망은 감소하고 있다(그림 4-5 참조). 우리나라에서 1995년도에 알코올성 간질환으로 인한 사망하는 사람은 1,437명으로 사망률은 2.7(전체 간질환은 29.4)이고 남자는 6.1(전체는 47.8)이며, 전체 간질환에서 차지하는 비중은 남자 12.7%, 여자 2.3%로 전체 10.8%가 된다. 전체적인 소화기계통 질환으로 인해 사망하는 사람수는 감소하는 반면 알코올성 간질환으로 사망하는 사람수는 증가하는 경향을 보이고 있다(그림 4-6 참조).

[그림 4-5] 알코올성 행동장애로 인한 사망자수 변화



주: 자료는 통계청 자료임.

[그림 4-6] 알코올성 간질환로 인한 사망자수 변화



우리나라 강화도 지역주민 6,382명을 대상으로 한 이윤환의 연구에 의하면 남자의 경우 과도한 음주자가 비음주자에 비해 일반 사망률 및 악성신생물로 사망할 확률이 여러 가지 요인을 통제한 상태에서 1.3배가 높다고 보고하였으며 뇌졸중으로 사망할 확률은 2.0배로 나타났다. 즉, 뇌졸중에서는 적당한 음주자와 과도한 음주자간의 차이가 없었다.

〈표 4-33〉 음주정도별 암 및 뇌졸중 사망의 상대 위험도

(단위: %)

사망원인	비음주	소음주	적당음주	과음주
암	1.0	0.9	0.9	1.3
뇌졸중	1.0	1.1	2.1	2.0

주: 1) 연령, 결혼, 건강, 흡연 요인을 통제하였음.

2) 음주정도는 순알코올섭취량 기준으로 소음주는 일주일에 1~29ml, 적당음주는 일주일에 30~209ml, 과음주는 일주일에 210ml 이상임.

자료: 이윤환, 『음주가 사망에 미치는 영향: 코호트 연구』, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 1993.

알코올로 인한 질병은 악성신생물, 정신 및 행동장애, 순환기계장애, 소화기계 장애 등 다양하다. 알코올로 인해 이들 질병에 걸릴 상대위험도는 많게는 일술 및 구강, 인두의 악성신생물이 최대 5.3배이고, 고혈압이 2배이며, 뇌내출혈이 4.5배에 이른다. 음주로 인한 질병비용은 전체적으로 약 2조7,917억원으로 추계되었다. 현재음주로 인한 질병비용은 7,319억원이고, 위험음주는 8,138억원이고, 고도위험음주는 1조 2,460억원으로 나타났다(정영호, 2006).

〈표 4-34〉 음주유형에 따른 질병비용의 요약

(단위: 천원)

성별	현재음주	위험음주	고도위험음주	총계
남자	636,118,815	756,502,027	1,172,468,391	2,565,089,232
여자	95,798,074	57,266,903	73,542,825	226,607,803
전체	731,916,889	813,768,930	1,246,011,216	2,791,697,035

자료: 정영호 등, 『우리나라국민의 건강결정요인 분석』, 건강증진사업지원단, 한국보건사회연구원, 2006.

(2) 교통사고

알코올의 단기적 영향으로 인한 사망원인에서 가장 많은 사례가 음주관련 교통사고이다. 알코올의 섭취는 신체 대뇌에 영향을 주어 판단력의 저하, 지각과 운동 능력의 저하를 가져오고 불안정한 제동능력을 가지게 되므로 운전능력이 약화된다고 한다. 그러나 혈중알코올농도에 따른 운전능력의 저하 정도 및 사고의 상대적 위험도는 개인차가 심하다. Donelson(최인섭·박철현, 1996)은 이같은 수치 제시의 어려움으로 음주시 사고를 낼 상대적 위험도를 신뢰구간으로 제시하였는데 이에 의하면 혈중알코올농도 0.05~0.09%는 1.2~2배, 0.1%는 5배, 0.15%는 10배, 0.18%는 20배의 상대적 위험도를 나타내고 있다.

전체 교통사고에서 음주관련 교통사고가 차지하는 비중은 90년도의 2.9%에서 96년도 9.7%로 증가한 것으로 나타났다. 1995년 경우 사고를 낸 사람 중 30% 이상이 혈중알코올 농도가 0.35%를 있었으나 해마다 혈중알코올농도의 비율은 감소하는 것으로 보고되고 있다. 음주로 인한 교통사고 사망자수는 1994년도 565명, 1996년도 979명 등 해마다 증가하고 있으나 최근 증가량은 감소하는 것으로 보고되고 있다. 음주로 인한 교통사고 사망자 및 부상자는 20대 및 30대 남자가 대부분인 것으로 보고되고 있다.

알코올은 자동차 사고 이외에 각종 사고와도 밀접한 관계를 보인다. 미국의 1950~1985년 동안의 추락사고에 관한 연구문헌에 의하면 음주로 인한 치명적인 추락사고의 비율은 17~53%에 이르고 있고, 혈중알코올농도가 0.05~0.1이면 3배, 0.1~0.15는 10배, 그 이상이면 60배 이상의 추락사고 위험이 있다고 한다. 또한 화재, 특히 담배불로 인한 화재 및 화상도 음주와 관련이 있고 미국의 경우 평균 48% 정도가 관련이 있다. 해상사고 및 익사도 음주와 관련이 있어 미국의 경우 38%의 익사 사고가 음주와 관련이 있다고 보고하고 있다.

음주관련 사고자는 일반 부상환자에 비해서 부상 상태도 나빠서 의료이용일수가 길고 의료비도 더 드는 것으로 나타나고 있다. 응급실에 들어온 이륜차 사고 부상자의 경우 음주 환자의 부상정도는 일반환자 3.3에 비해 10.3이고, 입원 기간도 각각 3.5일과 0.5일로 차이를 보이며, 치료비도 6배가 되는 것으로 나타났다(Spaite et al., 1995).

(3) 산업재해

음주는 산업재해를 일으키는 기여요인이기도 하다(김상대 외, 1999). 미국 및 유럽 각국의 연구에 의하면 산업재해의 15~25% 정도가 음주와 관련이 있는 것으로 보고되고 있다. 우리나라에서는 1986~1988년의 2년 동안 조선소 근로자를 대상으로 연구한 결과 4일 이상의 재해를 당한 근로자의 35.3%가 매일 음주자인 반면에 재해를 입지 않은 일반 근로자 중 매일 술을 마시는 비율은 21.6%로 유의한 차이를 보였으며, 재해근로자는 가족으로부터 술을 끊으라는 충고를 듣고 있다는 비율과 술을 끊기가 어렵다는 응답 비율이 일반근로자와 비교해서 유의한 차이를 나타냈다(노인철 외, 1997)

또한 음주는 생산성에도 영향을 미쳐 미국에서 행한 연구에 의하면 과음자는 비음주자에 비해서 2~8배의 결근율이 높다고 하며, 이 같은 경향은 오스트레일리아, 프랑스, 스웨덴, 영국에서도 마찬가지로 나타나고 있다. 우리나라에서는 대전과 충남지역 중소제조업에 근무하는 근로자 606명을 대상으로 1992년 6~8월 3월간 결근일수 횟수 및 음주를 조사한 결과 음주회수가 증가할수록 총결근일수와 질병결근일수가 많아졌으며 통계적으로도 유의한 차이를 보였다. 결근의 원인을 사고와 이환으로 나누어 볼 때 음주군일수록 사고로 인한 평균 결근일수가 주당 음주횟수 0, 1~2회, 3회 이상에 따라 100명당 각각 4.0일, 13.8일, 19.6일로 현저하게 증가하였으나 이환으로 인한 것은 평균 2.5일로 별 차이를 보이지 않아 음주가 결근에 미치는 원인이 주로 사고를 통한 것임을 알 수 있었다(노인철 외, 1997).

지나친 음주는 결근으로 인한 생산손실을 가져올 뿐 아니라 사업장에서도 판단이나 일의 처리속도, 집중력 등의 저하를 통하여 생산손실을 일으키고 있다고 하겠다.

따라서 지나친 음주는 업무 수행의 효율성 면에서 일반적으로 많게는 25%, 적게는 21% 정도의 감소 효과를 갖는 것으로 평가되고 있다. 따라서 특정 사업장 근로자의 5% 정도가 과도한 음주자라고 할 때 전체 임금 중 1.05~1.25% 정도는 손실되는 셈이다.

(4) 폭력 및 범죄

음주는 폭력^{주15)}과 깊은 관련이 있다. 노르웨이에서 2,700여명을 대상으로 실시한 연구에 의하면 싸움에 관여한 사람의 3%가 음주상태였다고 하였고, 응답자의 2.4%가 음주자로부터 부상을 당했다고 하였으며, 특히 22세 미만에서는 12%가 음주상태에서 싸움에 관여한 적이 있는 것으로 조사되었다(Ingeborg, 1996).

범죄에 있어서도 알코올은 밀접한 관련성을 보이고 있다. 우리나라에서도 살인범 340명을 대상으로 한 분석에 의하면 남자 253명 중 범행 당시 술을 마시지 않았다는 사람은 15.4%에 불과하고 나머지 84.6%가 술을 마셨다고 하였는데 42.3%는 만취하여 기억이 없을 정도라고 하였다. 여성의 경우도 37.9%가 범행 당시 음주상태였으며, 12.6%는 만취하여 기억이 없을 정도로 조사되었다. 강도사건에 있어서도 음주로 인해 통제력을 잃고 범죄를 저질렀다는 비율이 20% 정도 내외가 되는 것으로 나타났다.

(5) 음주자 가족의 피해

알코올 중독은 자신의 신체와 정신적 문제뿐 아니라 가족구성원들의 정서와 생활에 부정적인 큰 영향을 미치기 때문에 개인적 문제를 넘어서 가족 전체의 문제가 되는 경우가 많다. 또한 가족의 비기능적 역할은 알코올 중독을 일으키기도 한다. 따라서 알코올 중독은 개인의 질병이라기보다는 그가 속한 가족의 질병차원에서도 접근해야 한다. 이는 알코올중독환자 가족의 가족응집력, 가족적응력, 생활만족도 등이 일반 가족에 비해 낮다는 점에서도 잘 나타나고 있다(김소야자, 1989). 김종성 등(1994)의 연구에서는 적응력 점수는 알코올중독 가족환자 24.6, 일반환자 가족 28.3, 결속력 점수 역시 각각 29.2, 32.6으로 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 지나친 음주가 가족이 기능을 제대로 하지 못하도록 하며 가족 구성원의 발달을 적절히 도모하지 못하는 것으로 나타났다.

주15) 폭력은 수준면에서 일상적 및 범죄적 폭력으로 구분되며, 형태면에서 신체적 심리적 폭력으로 구분되는 등 그 것이 무엇인지는 합의된 개념을 찾기 어렵지만 일상적으로 사용되는 폭력이라는 용어는 대부분이 신체적 해를 가하는 행위라는 데 공동적으로 동의하고 있음.

알코올 중독자의 배우자에 대한 연구에서는 알코올중독자의 부인들이 불안, 우울, 강박, 적대감, 신체적 경향 등에서 차이를 보이고 있다(손봉기·한창환·정소영, 1992). 1993년 조선대학 의과대학 부속병원과 성요한의원 정신과 환자 중 알코올중독과 알코올의존으로 진단 받은 환자의 부인을 대상으로 한 연구에서 이들은 음주일수가 많고, 결혼생활, 성, 경제적인 문제로 스트레스를 받으며 긴장 완화에 효율적으로 대처하지 못하고 부부간의 친밀도도 떨어지는 것으로 나타났다(최영화·이민규·박상학, 1994). 동해시의 영동병원 정신신경과에 입원한 환자중 알코올 중독자는 남자의 15%, 전체의 11%를 차지하였는데 이들 중 단지 33.3%만이 정상적인 결혼생활을 하고 있는 것으로 나타났다(박용천, 1989). 특히 저소득층에게 있어서 음주는 부부갈등의 가장 주된 원인으로 지적되고 있다(옥선화, 1990). 또한 알코올 중독이 아니어도 과량 음주군에서 부모의 부부관계가 원만하지 않다고 대답한 경우가 의미 있게 많아 원만치 못한 관계를 가진 부모의 양육이나 사회적 지지면이 자녀 음주량에 영향을 준다고 추정해 볼 수 있다(백기청, 1991).

알코올 중독자 가족의 경우 그 배우자까지 이렇게 정서적인 어려움을 겪게됨에 따라 부모로서의 역할 수행이 지장을 받게 되고 따라서 이들의 자녀도 부정적인 환경에서 제대로 지원을 받지 못한 채 성장하게 됨으로 여러 가지 적응상의 문제를 가질 확률이 높다 하겠다. 실제로 알코올 중독자의 자녀들은 그렇지 않은 자녀들에 비해서 알코올 중독, 불안 및 우울의 위험성이 높았으며, 부모·자녀 결합상태에서 아버지의 돌봄과 과보호가 낮게 나타났고(이경래·김경빈, 1994), 비행에 더 많이 개입되어 있는 것으로 조사되었는데 이는 부모의 음주가 자녀에 음주에 영향을 주어 비행으로 연결되는 통로를 제공하는 것이다(송영균·오경자, 1994). 그러나 이정국·장동원(1991)의 연구에서는 알코올중독환자 가족군이 일반가족군보다 강박관념, 우울, 불안, 적대감, 편집증에서 점수가 다소 높은 듯 하였으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 즉 부모의 알코올 중독이 직접이라기 보다는 가정내의 역기능을 통해 간접적으로 영향을 미치고 있는 것으로 볼 수 있다.

음주는 가정의 폭력과도 밀접한 관계를 갖는다. 외국 연구에서는 아내구타자의 반수 이상이 폭음자나 알코올중독자이고, 음주후 아내를 구타한다는 알코올중독자는 44%로 나타났다(Gelles, 1976). 우리나라 김광일(1985)의 연구에서도 알코올중독자중 음주 후에 아내를 구타했다는 비율이 50%였다. 1995년도 여성의 전화를 통해 구타문제로 상담한 여성 중 일부를 대상으로 '구타는 어떤 상황에서 일어나는가?'라는 질문에 대하여 복수 응답을 하게 한 결과 복수응답의 23.9%가 남편이 술을 마셨을 때인 것으로 집계되었다. 또한 구타의 원인 중에서 주벽이라고 응답한 여성은 6.5%를 차지하였다.

이같은 비율을 적용하면 1995년도 여성에 전화를 통해 상담한 여성중 15,390건 중에서 구타가 3,254건으로 21.2%, 1996년도 23,751건중 24.5%인 5,808건의 구타 중에 각각 24% 정도가 음주와 관련이 있다고 하면 전체 상담여성의 약 5~6%가 남편의 음주로 인한 고통으로 여성의 전화를 찾은 것이라고 하겠다. 1991년 이후 구타로 사망한 여성의 수는 27명으로, 이들 대부분이 남편의 음주와 밀접한 관련이 있는 것으로 추정된다. 아내를 구타하기 위해 술을 마시는 것보다는 알코올로 지성적인 판단을 억압, 마비시킨 상태에서의 구타행위의 원인을 술로 돌리는 데 문제가 있다(노인철 외, 1997). 송현중 등(2005년)의 연구에서는 음주로 인한 가정폭력의 비용은 총3,297,617,320천원으로 나타났다. 많은 음주자 가족들이 피해를 경험하고 있고 이에 대한 높은 비용의 지불의사를 가지고 있는 것으로 나타났다.

(6) 장기적 결과지표의 제한점

현재 우리나라의 절주정책 및 사업과 관련하여 평가할 수 있는 장기적 결과 지표는 매우 제한적이다. 알코올로 인하여 개인이 경험하는 문제나 질병, 사망에 대한 지표는 다수 개발되어 있으나, 정책집행의 효율성을 평가할 수 있는 장기적인 지표의 개발이 필요하다. 이를 위해서는 절주정책의 효과에 대한 근거있는 연구와 개발이 필요하며 지속적인 연구데이터의 축적이 필요하다.

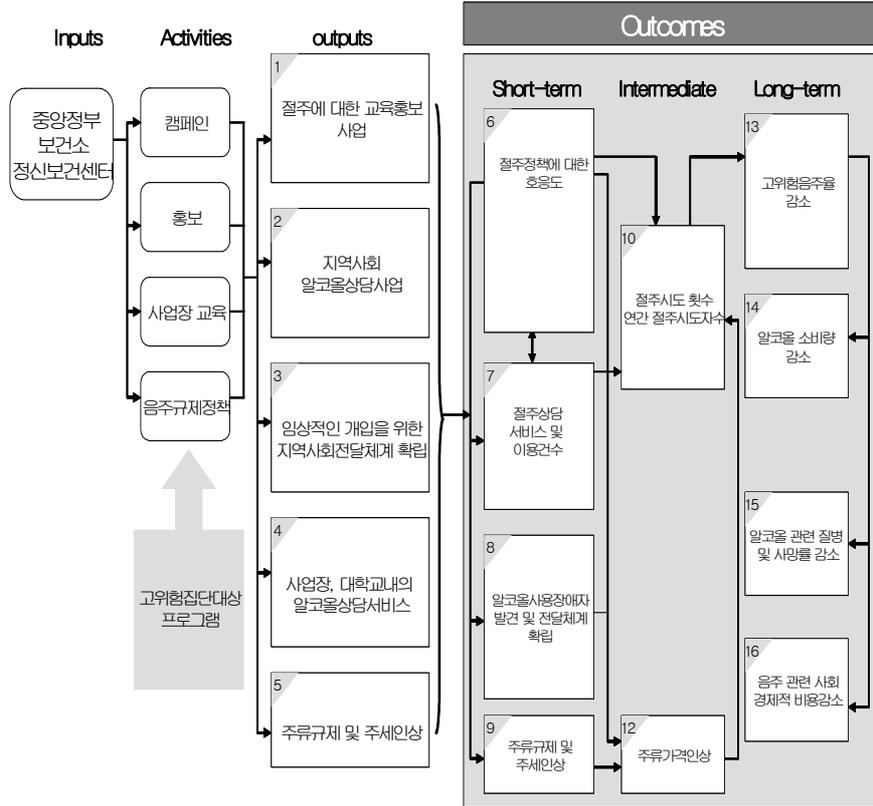
다. 로직모델에 의한 절주정책의 개선방향

새국민건강증진종합계획을 효과적으로 수행하기 위해서는 각 정책목표에 대한 새로운 로직모델의 개발이 필요하다. 각 정책목표마다 투입과 산출, 단기 및 중장기결과의 연계를 이루는 세부적인 정책목표와 사업활동이 개발되어야 한다. 성인의 음주율 감소 및 청소년 음주예방을 위한 알코올 규제정책, 주류판매 등에 대한 규제, 교육과 홍보, 조기개입과 치료 및 재활 등이 논리적인 연계성을 가지고 추진될 수 있는 로직모델의 개발이 필요하다. 건강수명의 연장 또는 건강수준의 향상과 관련된 장기적인 세부목표와 논리적으로 연계된 지표가 필요하다. 알코올 관련 질병의 유병율, 알코올 관련 폭력 및 상해의 빈도, 음주운전 교통사고 건수 등과 논리적으로 연결된 목표지표들이 필요하다. 예를 들어 중기결과의 목표인 알코올 소비량 및 음주율 감소는 알코올 규제, 시스템변화 등과 밀접한 관련이 있다. <표 4-35>는 음주율 감소를 위한 전반적인 로직모델의 사례를 보여주고 있다. 성인 고위험음주예방을 위한 로직모델(안)은 [그림 4-7]과 같다. 고위험 음주예방을 위해서는 적절한 교육홍보 캠페인이 필요하지만 규제적 정책과 임상적인 서비스의 체계적 공급이 필요하다. 청소년 음주예방을 위한 좀더 구체적인 로직모델(안)은 [그림 4-8]과 같다. 음주시작연령, 청소년음주율을 관련 질병율과 같은 수준인 장기결과목표에 넣고, 단기결과, 중기결과목표의 지표를 세분화 하였다.

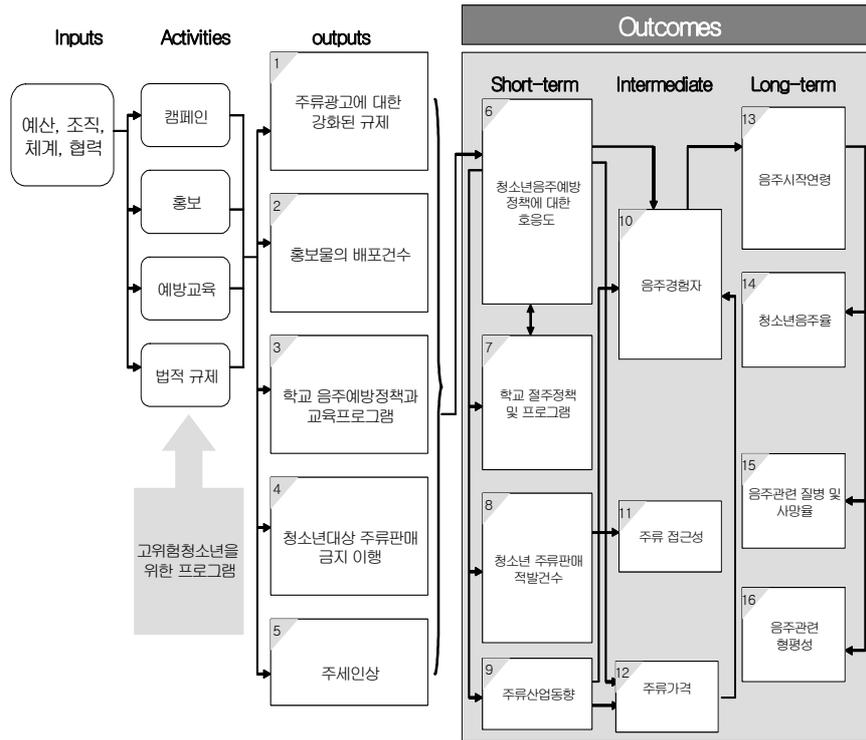
<표 4-35> 음주율 감소를 위한 절주 로직 모델(안)

투입(자원)	산출(과정)	결과		
		단기	중기	장기
예산, 상황과 구조	절주정책과 사업의 변화	알코올 규제와 시스템 변화	절주 실천율, 규범의 변화	건강수준의 향상
- 예산확보 - 중앙정부의 조직 및 지역사회조직	- 주류규제정책 입안	- 주류에 대한 세금 및 가격정책 - 주류 도소매업자교육	- 알코올 소비량 감소	- 알코올로 인한 사망률 - 위암, 간암 사망률 - 간질환유병률
- 프로그램개발 - 음주폐해에 대한 연구개발	- 절주 홍보 및 캠페인 - 음주운전 단속	- 직장, 종업원절주사업 건수 - 음주운전자 교육	- 성인음주율 감소 (고위험음주감소)	- 알코올 의존율 - 태아성 알코올중후군 - 관련질환유병률
	- 캠퍼스내 음주행위규제 - 대학생 절주교육	- 대학생 절주교육경험률	- 대학생 음주율 감소 (고위험음주감소)	- 음주로 인한 사회경제적 비용
	- 음주예방교육 프로그램 - 학교내 음주행위규제	- 미성년자 음주규제정책 - 주류광고제한 - 음주예방교육 경험률	- 청소년 음주율 감소 - 청소년 음주시작연령 감소	- 음주운전 교통사고건수

[그림 4-7] 고위험음주율 감소를 위한 로직모델(안)



[그림 4-8] 청소년 음주예방을 위한 로직모델(안)



제5장 요약 및 결론

제1절 요약

우리나라에서는 1995년 국민건강증진법의 제정을 기점으로 국가주도의 건강증진사업이 진행되었다. 1997년 국민건강증진기금의 조성, 2002년 국민건강증진 장기계획의 수립 및 2005년 확대개편 등 체계적인 발전을 하였다. 또한 건강증진정책은 건강증진기금의 규모가 점차적으로 확대되면서, 건강증진정책의 범위도 확대되고, 건강증진사업도 확대되는 등 양적인 발전을 하였다.

그러나 건강증진정책은 기존의 보건의료정책과 차별성과 연결성을 유지하면서 진행되어야 하나, 아직 그 방향성이 명확하지 않은 문제점이 있다. 이에 본 보고서에서는 1995년 이후 실시된 우리나라에서의 국가주도의 건강증진정책을 다각적으로 평가하여, 이 결과를 토대로 향후 국가건강증진정책의 방향을 제시하고자 한다.

1. 건강증진의 흐름

1975년 라론드보고서, 1978년 알마아타의 제1차 세계일차보건의료대회, 1986년부터 2005년까지 여섯 차례에 걸쳐 개최한 “세계건강증진대회” 등을 통하여 사회정책적 환경을 반영한 건강증진의 이념과 실질적인 수행전략이 제시되었다. 이러한 수차례의 회의 결과 건강개념이 확대되었으며, 이에 따라 개인 및 지역사회 주도 건강증진접근법의 강조, 형평성의 강조 등 건강이 개인의 권리와 의무로 강조되었다.

우리나라의 경우 국민건강증진법, 국민건강증진기금, 건강증진종합계획의 세 가지 측면에서 살펴 본 결과, 1995년 제정된 국민건강증진법에 의하면 “국민건강증진사업”을 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통해

여 국민의 건강을 증진시키는 사업으로 정의하여 사업의 범위로 건강생활실천, 질병예방으로 보건의료적인 부분으로 협소한 범위로 제한하였다. 그러나 2005년에 수정된 건강증진종합계획2010에서는 건강생활실천, 질병예방, 건강지원환경조성까지 건강증진의 범위를 확대하여, 최근의 건강증진의 경향을 잘 받아들여 계획을 수립하였다. 국민건강증진기금은 기금의 규모가 증가되면서 사업의 범위가 점차로 확대되었다. 확대된 사업에는 공공보건의료구축, 의료체계구축, 보건의료 R&D 등 치료 및 건강지원환경구축에 대한 사업이 건강증진 고유의 사업 보다 더 많이 포함되어 건강증진기금의 목적과 괴리를 갖는다.

따라서 실행계획인 건강증진종합계획에 맞추어 국민건강증진법도 필요한 부분이 수정되어야 할 필요성이 제기되며, 건강증진기금의 경우는 실질적으로 건강증진종합계획외의 부분에 대한 예산집행이 되므로, 향후 건강증진기금의 성격을 명확히 하여야 할 필요성이 제기된다.

2. 기획예산처 등에서의 평가결과

국민건강증진기금 및 국민건강증진사업에 대하여 기획예산처, 감사원, 보건복지부(건강증진사업단)에서 실시한 평가 결과는 다음과 같다. 기획예산처의 평가는 경영개선 및 사업운영, 자산운영의 2개 부분으로 나누어 평가되었으며, 이 중에서 사업운영부분의 총괄적인 평가결과는 다음과 같다. 첫째, 건강증진질병예방 영역의 경우 제한된 재원으로 모든 질병을 관리할 수 없으므로, 사업 대상 질병의 범위 선정의 기준을 명확히 할 것과 관리대상계층을 의료취약지역과 저소득층에 집중할 것, 질병 치료에 대한 지원방안 등을 강구하여야 한다. 둘째, 건강생활실천 영역에서는 홍보, 교육 방식에 있어 효과성 증진을 위한 조치가 필요하며, 또한 분산되어 있는 홍보재원을 통합 관리하여야 한다. 또한, 예방사업과 운동의 경우, 보건복지부, 광역자치단체의 보건소, 기초자치단체간 중복되는 사업이 다수 존재하므로 그 역할 분담을 명확히 해야 한다. 셋째, 연구개발사업의 경우 정책에의 적용가능성 등 실용성을 강조하고 있으나, 향후에는 기초연구에도 자원을 할애하여 건강증진사업의 효과분석 및 질병의 심각성을 규명하는 노력을 기울일 필요가 있다.

감사원의 건강증진기금 설치의 적합성에 대한 평가에서 “구성된 건강증진기금과 목적사업 간의 연계성과 신속적 사업추진” 측면에서 건강증진기금은 “보통”의 평가를 받았다. 이와 함께, 건강증진부담금과 관련한 사항으로는 국민건강증진기금 부담금 부과 대상에 관한 규정이 불합리하다는 평가를 하였다. 즉 현행 국민건강증진법은 엽권련(일명 ‘시가’ 담배)에 대해 건강증진부담금을 부과 징수하지 않음으로써 담배종류나 담배 수입 판매 업체 간에 형평성이 맞지 않으므로, 관계 법령을 개정 보완하는 방안을 강구할 필요가 있다고 지적되었다.

국민건강증진종합계획 중간평가 결과 제시된 건강증진사업의 전반적인 문제점은 다음과 같다. 첫째, 건강증진사업은 신 공중보건의 개념으로 모든 보건사업이 건강증진의 개념으로 파악되어야 함에도 불구하고 건강증진사업은 기금으로 지원되는 사업으로 한정된 접근을 하여 보건사업과 건강증진사업을 분리시켰다. 둘째, 연구사업과 대민사업과의 관련성이 부족하다. 건강증진에 대한 이해의 부족으로 연구사업과 대민사업이 제대로 연계되지 못하여 건강증진기금이 비효율적으로 집행되었다. 셋째, 건강증진사업을 주도할 전담기구가 취약하다. 건강증진기금사업지원단 사업예산인 관리운영비를 보면 건강증진사업비의 2%에도 미치지 못하여 실질적인 사업지원을 하기가 어려웠으며, 또한 시·도지원단이 2005년에 구성되었으나, 구체적 업무 및 예산 조달에 대한 명확한 지침이 없다. 넷째, 지방자치단체의 참여가 부족하다. 건강증진사업의 성패는 결국 보건사업의 최일선 조직인 시·군·구 보건소가 얼마나 앞장서느냐에 따라 달려있으나, 몇몇 보건소를 제외하고는 지방자치단체의 적극적인 참여는 거의 없다는 문제가 있다. 다섯째, 민간단체 숫자가 부족하고 그 역할이 미흡하다. 선진국의 경우 건강증진과 관련하여 수많은 민간조직들이 참여하며 민간단체와의 협력을 강조하고 있는데, 이러한 측면에서 우리나라는 많은 문제가 있다. 여섯째, 건강증진사업의 평가 및 환류체계가 미비하다. 건강증진과 관련하여 일정기간 동안의 사업을 평가하고 평가결과를 환류시키는 평가 환류 체계가 없기 때문에 사업의 효율성 제고에는 많은 문제가 있다. 일곱째, 사업 인프라가 부족하다. 건강증진사업을 원활하게 추진하기 위해서는 하부구조가 확립되어야 하는데, 일선 보건소에서조차도 조직화가 안된 곳이 많고, 전담 인력도 부족하다. 여덟

제, 보건소사업이 중복적으로 실시되고 있다. 2003년부터는 보건소 건강생활실천사업이라는 명칭 하에 금연, 절주, 운동, 영양의 4가지 내용을 중심으로 전개되어왔음에도 불구하고 여전히 영양사업, 금연사업, 재활사업 등이 별도의 예산으로 운영되어 예산의 중복 지출 문제가 있다.

3. 정책평가

의사결정모형에 의하여 평가한 결과는 다음과 같다. 기획단계의 평가결과 국민건강증진의 목표가 국민건강증진법에 나타나 있는 목표(국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함)와 국민건강증진종합계획 2010의 목표(건강수명 연장과 건강형평성제고)가 다르기 때문에 단일한 목표로 통일할 필요가 있다. 현재의 목표는 두가지 다 장기적인 계획에 의하여 실현가능성은 있는 목표이나, 더 구체적인 목표의 설정이 필요하다. 기획단계에서 중요한 평가 요소 중 다른 하나는 계획에 대한 평가인데, 최근에 수정된 새국민건강증진종합계획 2010은 목표에 과정과 관련된 지표를 추가하여 사업의 성과를 단기와 중장기로 구분하여 측정할 수 있도록 하였으며 각 분과별로 전문가가 팀을 이루어 의견 교환을 통하여 충실성을 높이도록 하였으며 예산 계획을 포함하여 계획으로만 그치는 것이 아닌 실제 적용이 가능하도록 하였다.

투입단계의 평가결과는 다음과 같다. 국민건강증진기금에서 순수 건강증진사업비로 운용된 비용은 전체의 20.2%에 불과하며 연도별로 이러한 비율에 큰 차이가 있다. 이는 재정이 안정적으로 확보되지 못한 상태에서 정책을 실시하고 있다는 것을 보여주며 담배부담금 등 보건복지부 외의 타 부처의 의사결정이 중요한 역할을 하고 있음을 의미한다. 이러한 결과는 범정부적으로 건강한 공공정책(healthy public policy)에 대한 이해가 필요하다는 것을 보여주는 것이다. 건강증진기금이 항목별로 건강증진기금 중 차지하는 비율이 연도별로 큰 차이가 있으며, 이에 대한 근거가 제시되어 있지 않다. 이는 정책의 지속성 및 연

속성의 측면에서는 문제를 제기할 수 있다고 판단된다. 기금자체가 안정성이나 지속성이 담보되기 어려운 측면이 있으므로 건강증진정책의 재정 투입은 그 중요성에 비하여 다소 부족하며 불안정하다. 인력면에서 국민건강증진법이 제정되던 1995년을 기준으로 본다면 중앙정부의 인력이 증가되었고 건강증진사업 지원단이라는 조직이 설치된 점으로 볼 때 건강증진정책의 투입 단계에 있어 인력과 조직은 건강증진정책 집행을 위해서 그 모습은 갖추었다고 볼 수 있다. 그러나 아직 개별 지원단의 수준이 다르고, 광역시도의 역할이 제대로 수행되지 못하고 있는 점 등이 문제점이라고 할 수 있다.

과정단계의 평가결과는 다음과 같다. 건강증진사업의 집행 과정에 있어서 주로 교육, 홍보, 캠페인의 방법 등의 보건교육의 방법을 사용하는 것으로 나타났다. 보건교육의 방법만으로 건강증진의 목표를 달성하기에는 부족한 측면이 있다고 할 수 있다.

산출단계의 평가결과 국민건강증진종합계획 2010의 목표 대비 달성도를 산출한 결과 목표 지표별로 달성도에 있어서는 큰 차이를 보였다. 건강증진정책의 최종적인 목표인 건강수명의 경우에는 2002년에 6.6.0세에서 2003년에 67.8세로 증가하여 목표치를 상회한 것으로 분석되었다. 흡연율의 경우 성인 흡연율과 청소년 흡연율 모두 목표보다 낮은 흡연율을 보여서 정책이 실효성을 보였음을 간접적으로 알 수 있는데 특히 고3 남학생 흡연율은 목표보다 4.1%나 낮은 것으로 조사되었다. 음주 관련해서는 이와 다른 결과를 보였는데 알코올소비량은 목표치보다 다소 낮은 것으로 보고되었으나 고도위험음주자비율은 목표와 같거나 거의 차이가 없어서 음주 관련 정책은 다소 미흡하였다. 운동의 경우 성인의 주3회 이상 규칙적 운동실천율 지표가 목표치를 크게 상회하는 것으로 보고되었는데 이것은 정책이 성공적으로 집행된 것과 목표가 너무 낮게 설정되었던 두 가지 요인이 복합적으로 작용한 것으로 판단된다. 사망률 지표의 경우 정책의 효과가 단기간에 나타날 수 없는 지표이지만 유방암사망률, 여자의 위암사망률을 제외하면 모두 목표보다 사망률이 높은 것으로 분석되었다.

평가단계의 평가결과에 있어서 건강증진기금에 대해서는 외부 평가가, 건강증진사업에 대해서는 내부 평가가 이루어지고 있다고 할 수 있다. 건강증진정책

평가를 위한 모니터링 시스템은 매우 부족한편으로 국가 단위 건강증진정책의 기획 및 집행 단계에 대한 평가를 위한 체계는 갖추어지지 않았으며, 국가 단위의 조사만을 통하여 정책 집행의 결과만을 모니터링 할 수 있는 수준에 그치고 있다. 평가결과의 공유를 위한 배포에 있어서는 현재 건강증진사업지원단의 경우 그 평가결과를 자치단체에 통보하고 있으므로 배포가 이루어지고 있다고 할 수 있으나 기획예산처나 감사원에서 실시하고 있는 평가결과에 대해서는 용이하게 그 결과를 입수할 수 있는 것은 아니므로 배포가 잘 이루어지고 있다고 하기 어렵다.

4. 사업평가

건강증진사업 중 가장 역사가 오래된 건강생활실천사업에 대한 사업평가를 로직모델을 사용하여 금연정책과 절주정책을 평가한 결과는 다음과 같다.

금연사업의 투입 및 산출지표의 경우 현재 담배세를 통해 마련된 건강증진기금의 일정 부분을 금연 사업을 위해 할당해 놓는 것이, 안정적인 사업의 추진에 필요하다. 또한 일정 금액을 흡연으로 인한 사회적 피해에 대한 보상액으로서 담배 사업자들로 하여금 지불하게 하여 기금의 형태로 운영하는 것이 요청된다. 현재 흡연과 관련된 많은 부분의 연구사업이 건강증진기금사업지원단의 지원에 의해 이루어지고 있다. 1999년부터 2003년까지 수행된 건강증진연구사업 지원금 총 연구 사업비에서 금연관련 연구에 대한 지원비율은 10%에도 미치지 못하는 미약한 수준이며, 각 연구별 사업비도 20,000~30,000 천원의 수준에 그치고 있다. 담배 소비 및 관련 사회·경제·보건지표에 관한 역학적 감독을 위한 국가 체계를 확립하기 위해서는 보다 기초적인 과학적 연구가 수행되어야 할 것이다. 또한 법무처간 중앙과 지방, 민간과 공공의 통합된 사업의 진행이 필요하다.

절주정책 및 사업평가를 위한 로직모델을 적용한 결과는 다음과 같다. 2010 국민건강증진종합계획에 포함된 절주정책 및 사업지표를 로직모델에 대입하여 보면 대부분 투입지표와 산출지표이며 중기결과지표이다. 제도적 정책의 개발

과 집행은 투입과 산출지표에 해당되고, 예산확보를 위한 재원을 확보하는 것은 투입에 해당된다. 예산을 실제 집행한 결과는 산출지표에 해당된다. 개인, 조직, 지역사회의 변화는 상당부분 중기 결과지표에 해당된다. 이러한 점에서 볼 때 우리나라에서 개발한 건강증진의 절주지표에는 단기결과지표와 장기 결과지표가 없다는 것을 알 수 있다. 중기 결과지표의 주된 생산출처는 보건복지부와 한국보건사회연구원에서 시행해 온 국민건강영양조사의 성인보건의식행태조사결과이다. 개인행동과 관련된 중간지표의 생산이 가능하지만, 조직이나 지역사회수준의 중간지표의 생산이 거의 없어서 향후 중간지표의 개발이 요구된다. 사회제도적 차원에서 주세의 건강증진부담금 부과는 향후 도입되어야 할 과제로 남아있으며, 청소년대상의 주류판매금지와 같은 규제적 정책의 확대와 개선도 중간지표로서 활용될 수 있다. 현재 우리나라의 절주정책 및 사업과 관련하여 평가할 수 있는 장기적 결과지표는 매우 제한적이다. 알코올로 인하여 개인이 경험하는 문제나 질병, 사망에 대한 지표는 다수 개발되어 있으나, 정책 집행의 효율성을 평가할 수 있는 장기적인 지표의 개발이 필요하며, 이를 위해서는 절주정책의 효과에 대한 근거 있는 연구와 개발이 필요하며 지속적인 연구데이터의 축적이 필요하다.

제2절 추진방향

우리나라에서의 건강증진사업은 국민건강증진법 제정 이후 지속적이고 양적인 발전을 하여 왔음은 주지의 사실이다. 국민건강증진종합계획 2010의 목표 대비 달성도를 산출한 중간평가 결과 목표 지표별로 대부분 목표를 달성한 결과를 보여 성공적인 건강증진사업이 시행되었음을 보여주었다. 그러나 기존의 보건의료정책과의 차별성 및 연계성의 부족 그리고 주요재원인 국민건강증진기금의 불안전성, 계획 및 평가 체계의 미비, 관련인프라의 부족 등의 미비한 점을 단계적으로 개선하여야 할 과제를 안고 있다.

건강증진정책의 방향성은 건강증진정책의 주 축을 이루고 있는 관련법, 실제 사업계획인 건강증진종합계획, 재원인 건강증진기금의 세가지가 다 다르게 범위를 잡고 있어, 방향성의 혼란을 초래하였다. 현재 새국민건강증진종합계획의 수립 범위가 가장 세계적인 건강증진의 흐름과 일치되는 점을 감안하여, 법도 현실에 맞추어 수정하여야 할 필요가 있다.

국민건강증진기금의 경우 재원의 규모가 커지면서 건강증진외의 사업에도 지원을 하는 바 국민건강증진기금의 목적 및 용도에 대한 별도의 규정과 원칙을 수립할 필요가 있다. 이는 감사원의 건강증진기금 설치의 적합성에 대한 평가와도 관련된 사항으로 목적제인 국민건강증진기금의 재원마련의 목적과 실제 수행사업과의 논리적인 관련성의 수립 및 수립된 계획에 따른 해당 사업의 지원 등 장기적인 계획의 수립이 필요하다.

건강증진기금은 일반예산에 비하여 불안정한 면이 있다. 따라서 건강증진정책의 재정 투입은 그 중요성에 비하여 다소 부족하며 불안정하므로, 사업에 있어서 우선순위의 수립도 필요하다. 또한 흡연을 저하 목적으로 담배에 부여된 세금으로 조성되는 만큼, 흡연을 저하에 필요한 사업에 우선적으로 일정부분 사용이 될 수 있도록 정하여야 할 필요성도 제기된다.

또한 국민건강증진기금의 운용을 포함한 건강증진사업은 보건복지부 외의 타 부처의 의사결정이 중요한 역할을 하고 있다. 따라서 범정부적으로 건강한 공공정책(healthy public policy)에 대한 이해를 얻을 수 있는 별도의 노력이 필요하다.

인력면에서 국민건강증진법이 제정되던 1995년을 기준으로 본다면 중앙정부의 인력이 증가되었고 건강증진사업지원단이라는 조직이 설치된 점으로 볼 때 건강증진정책의 투입 단계에 있어 인력과 조직은 건강증진정책 집행을 위해서 그 모습은 갖추었다고 볼 수 있다. 그러나 건강증진기금사업지원단 사업예산인 관리운영비를 보면 건강증진사업비의 2%에도 미치지 못하여 실질적인 사업지원을 하기가 어려웠으며, 또한 시·도지원단이 2005년에 구성되었으나, 구체적인 업무 및 예산 조달에 대한 명확한 지침이 없다. 따라서 아직 개별지원단이 정착된 단계가 아니므로 이들에 대한 발전책이 필요하다.

건강증진사업의 집행 과정에 있어서 주로 교육, 홍보, 캠페인의 방법 등의 보건교육의 방법을 사용하는 것으로 나타났다. 보건교육의 방법만으로 건강증진의 목표를 달성하기에는 부족한 측면이 있다고 할 수 있다. 우선 홍보, 교육 방식에 있어 효과성 증진을 위한 조치가 필요하며, 또한 분산되어 있는 홍보재원을 통합 관리하여 효과적인 교육홍보사업을 하도록 체계를 갖추어야 하고, 다면적인 접근법을 시도하여야 한다.

마지막으로 건강증진사업의 평가체계에 있어서 현재 건강증진기금에 대해서는 외부 평가가, 건강증진사업에 대해서는 내부 평가가 이루어지고 있다고 할 수 있다. 그러나 건강증진정책 평가를 위한 모니터링 시스템은 매우 부족한편으로 국가 단위 건강증진정책의 기획 및 집행 단계에 대한 평가를 위한 체계는 갖추어지지 않았으며, 국가 단위의 조사만을 통하여 정책 집행의 결과만을 모니터링할 수 있는 수준에 그치고 있다. 평가결과의 공유를 위한 배포에 있어서는 현재 건강증진사업지원단의 경우 그 평가결과를 자치단체에 통보하고 있으므로 배포가 이루어지고 있다고 할 수 있으나 기획예산처나 감사원에서 실시하고 있는 평가결과에 대해서는 용이하게 그 결과를 입수할 수 있는 것은 아니므로 배포가 잘 이루어지고 있다고 하기 어렵다. 따라서 국가단위, 지자체단위 및 개별사업단위의 평가가 이루어질 수 있도록 자료의 생산 및 결과모니터링체계의 구축이 필요하다.

참고문헌

- 감사원, 『기금관리 및 운영실태 감사결과』
- 국회 보건복지위원회, 『보건복지부소관 예산안 및 기금운용계획안 검토보고서』, 각 연도.
- _____, 『보건복지부소관 기금결산 검토보고서』, 각 연도
- 기획예산처, 『2004년도 기금현황』, 2004.
- 기획예산처 기금운용평가단, 『2004년도 기금운용평가보고서』, 2005.
- _____, 『2004년도 및 2005년도 기금운용평가편람』, 2005.
- 남정자 외, 『2010년 국민건강증진 목표설정과 전략 개발』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 대한민국 정부, 『기금운용계획』, 각 연도.
- 보건복지부, 『국가흡연예방 및 금연 사업 안내』, 2005
- _____, 『2004년도 국민건강증진기금 운용실적보고서』, 2005.
- _____, 『2006년도 건강증진사업계획 수립 지침』, 2006.
- _____, 『국민건강증진기금 운용계획서』, 각 연도.
- _____, 『국민건강증진사업 편람』, 2001.
- _____, 『보건복지백서』, 1991~2005.
- _____, 『세입세출결산보고서』, 각 연도.
- _____, 『세입세출예산서』, 각 연도.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 『국민건강증진종합계획 중간평가』, 2005.
- _____, 『새국민건강증진종합계획수립』, 2005.
- 변종화 외, 『국민건강증진기금사업의 운영 및 평가체계 개발』, 한국보건사회연구원, 1999.

- 서미경 외, 『담배규제정책의 평가 및 정책 방향의 수립』, 한국보건사회연구원, 건강증진기금사업지원단, 2003
- 서미경 외, 『국민 건강증진을 위한 보건교육 및 홍보사업 전략개발』, 한국보건사회연구원, 1999
- 송순태, 「건강증진사업의 평가에서 건강증진사업 지원단의 역할」, 『한국보건행정학회 후기학술대회 연세집』, 2005.
- 신윤정 외, 『WHO 담배규제기본협약에 따른 대응전략 연구』, 한국보건사회연구원, 건강증진기금사업지원단
- 이규식 외, 『국민건강증진기금사업의 체계적 정비 및 발전방안에 관한 연구』, 건강증진기금연구사업, 2003.
- 이규식, 「개정 국민건강증진종합계획의 기본방향」, 『보건복지포럼』, 2006.
- _____, 「건강증진기금사업의 평가와 지원방향」, 『한국건강증진학회 춘계학술대회 자료집』, 2003.
- _____, 「국민건강증진사업 10년의 성과」, 『보건교육·건강증진학회지』, 제23권 제1호, 2006.
- 이상이, 『건강증진사업수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할 분담 체계 및 상호연계체계』, 건강증진기금연구사업, 2001.
- 재정경제원, 『기금백서』, 1997~1999.
- 지선하 외, 『국민건강보험공단과 보건소 간의 건강증진사업 협력방안』, 건강증진기금연구사업, 2005.
- 지선하·이자경·김일순, 「한국인 성인 남녀의 흡연 관련 사망에 관한 연구: 1970~2020」, 『한국역학회지』 제28권 제1호: 83-90, 2006.
- 천성수 외, 『알코올 소비량 감소를 위한 알코올 통제정책에 관한 연구』, 삼육대학교 보건복지대학원, 2005, p. 62
- 천성수 외, 『절주 및 알코올 정책 수립을 위한 지표개발』, 한국보건사회연구원, 2005.
- 교육인적자원부 홈페이지(<http://www.moe.go.kr/>)
- 문화관광부 홈페이지(<http://www.mct.go.kr/index.jsp>)

- Atkinson A. B. and J. L. Skegg (1973) "Anti-Smoking Publicity and the Demand for Tobacco in the U. K.," *Manchester School of Economic and Social Studies*, 41: 265~282.
- Brownson, R.C., Eriksen M. P., David R. M., and Warner, K. E. "Environmental tobacco smoke: health effects and policies to reduce exposure," *Annual Review of Public Health* 18: 163~185
- Canada's health care system, Minister of Health, 2005
- CDC (1996) "Cigarette Smoking Before and After an Excise Tax Increase and an Antismoking Campaign -- Massachusetts, 1990~1996," *CDC* 45(44);966~970.
- CDC (1999) "Tobacco Use among middle and high school students - Florida, 1998 and 1999" *MMWR* 48(12): 248~253
- CDC (2005) "Key Outcomes Indicators for Evaluating Comprehensive Tobacco Control Programs".
- Connolly G, and H. Robbins (1998) "Designing on effective statewide tobacco control program - Massachusetts," *Cancer* 83(supplement 12): 2722~2727
- Cummings, K. M., R. Sciandra, T. F. Pechacek, W. R. Lynn, and D. Corle (1991) "Public Attitudes Regarding Limits on Public Smoking and Regulation of Tobacco Sales and Advertising: 10 U. S. Communities, 1989" *MMWR* 40(21): 344~353
- Department of health, Departmental Report 2006-The Health and Personal Social Services Programs, 2006
- Hamilton, J. L. (1972) "The demand for cigarettes: Advertising, the health scare, and the cigarette advertising ban," *Review of Economics and Statistics*, 54: 401~411.
- <http://www.statcan.ca/english/concepts/health/>, Canadian Community Health Survey (CCHS), 2006/10/18
- Hu, T. W., H. Y. Sung, and T. E. Keeler (1995) "Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs. an anti-smoking media campaign," *American*

- Journal of Public Health 85(9) 1218~1222
- Jones, A. M. and J. M. Kirigia (1999) "Health knowledge and smoking among South African women," *Health Economics*, 8(2): 165~170.
- Leu, R. E. (1984) "Anti-smoking publicity, taxation, and the demand for cigarettes," *Journal of Health Economics*, 3: 101~116
- Lewit E., D. Coate, and M. Grossman (1981) "The effect of government regulation on teenage smoking," *Journal of Law and Economics* 24: 545~573
- Liu, J. T. and Hsieh C. R. (1995) "Risk perception and smoking behavior: empirical evidence from Taiwan," *Journal of Risk and Uncertainty*, 11: 139~57
- Minister of Health, A 10-year plan to strengthen health care in 2004, 2004.
- Mudde A.N., and H. D. Vries (1999) "The research & effectiveness of a national mass media - led smoking cessation in the Netherlands". *Am J Public Health* 89: 346~350
- Novotny and Siegel (1996) "California's Tobacco Saga," *Health Affairs* 15(1):72 58-
- Pekurinen, M. (1989) "The demand for tobacco products in Finland," *British Journal of Addiction*," 84: 1183~1192
- Sly, D. F., G. R. Heald, and S. Ray (2001) "The Florida "truth" anti-tobacco media evaluation: design, first year results, and implications for planning future state media evaluation," *Tobacco Control* 10(1):9~15
- Stavrinos (1987) "The effects of an anti-smoking campaign on cigarettes consumption: empirical evidence from Greece," *Applied Economics*, 19: 323~329
- Task Force on Community Preventive Services (2001) "The guide to community preventive services: tobacco use prevention and control," *American Journal of Preventive Medicine*, 20(Suppl 2):1~88.
- Viscusi W. K. (1991) "Age variation in risk perceptions and smoking decisions," *Review of Economics and Statistics*, 73: 577~588
- Wakefield, M., Chaloupka F., Kaufman N., Orleans C., Baker D., Ruel E. (2000) "Effect of restrictions at home, at school, and in public places on teenage

- smoking: cross sectional study," British Medical Journal 321(7257): 333~337
- WHO (2003) "Best Practices in Tobacco Control Earmarked Tobacco Taxes and the Role of the Western Australian Health Promotion Foundation (Healthway)"
Tobacco Control: WHO Tobacco Control Papers
- www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/AnnualReports/DHAnnualReports
Article, Department of Health: Departmental Report 2006, 2006/07/06
- www.hani.co.kr/popups/print.hani, 건강불평등 이슈화 성공, 2006/07/06
- www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index_e.html
- www.internethealthlibrary.com/Professional Associations/healtheducationauthority,
2006/9/01
- www.kin.naver.com/open100/db_detail.php, 캐나다의 음주문화, 2006-09-27
- 健康日本21 <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>
- 健康日本21中間評価作業チームによる暫定総合評価、2005. 4. 21. 地域保健健康
増進栄養部會
- 健康日本21評価手法検討會報告、2004. 3. 健康日本21評価手法検討會
- ここまで進んだ健康日本21の推進、2005. 3. 「健康日本21」地方計畫推進・評価
事業
- 今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)、2005. 9. 15. 厚生科
學審議會地域保健健康増進栄養部會
- 地域における健康日本21實踐の手引き、2000. 厚生省保健医療局
- 厚生労働省の平成17年度研究事業に関する評価、2004. 8. 厚生科學審議會科學技
術部會

연구보고서 2006-03

건강증진정책 평가 및 실천방향

Evaluation of the National health promotion policies and its measures

발행일	2006년 12월 일	값 9,000원
저 자	서 미 경 외	
발행인	김 용 문	
발행처	한국보건사회연구원	
	서울특별시 은평구 불광동 산42-14(우: 122-705)	
	대표전화: 02) 380-8000	
	http://www.kihasa.re.kr	
등 록	1994년 7월 1일 (제8-142호)	
인 쇄	동원문화사	

© 한국보건사회연구원 2006

ISBN 978-89-8187-393-6 93510