연구보고서 2008-27-5

능동적 복지구현을 위한 건강투자 전략

Active Welfare through Investment for Health

최은진 • 장경섭 • 노정미

한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

능동적 복지를 위한 건강투자 전략

연구보고서 2008-27-5

발 행 일 2008년 12월
저 자 최 은 진 외

발 행 인 김 용 하
발 행 처 한국보건사회연구원

주 소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr

등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획

가 격 6,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-541-1 93510

머 리 말

만성질환의 증가는 우리사회의 질병부담을 증가시키는 주된 원인이다. 세계보건기구 및 미국의 하버드 보건대학원에서는 인류의 질병부담에 대한 연구에서 허혈성 심장질환, 뇌혈관질환, 만성 폐쇄성 폐질환, 폐암 등이 2020년까지의 주된 사망원이 될 것으로 전망하였다. 많은 만성퇴행성 질환들이 개인의 인생에서 장애를 가지고 살아가는 기간을 증가시키기 때문에 질병예방정책과 개인의 건강관리능력이 공중보건에서 중요한 분야로 자리잡게 되었다. 만성질환은 과거 만연하던 전염성 질환과 달리 생활습관교정 또는 행동변화를 통하여 위험요인을 감소시키거나 제거할 수 있는 질병이기 때문에 운동, 영양, 금연, 절주, 스트레스관리에 대한 국가적 차원의 개입이 중요한 건강증진정책으로 확대되고 있다.

빠르게 세계화되는 현대사회에서 빈부격차가 심해지고 있고, 빈곤의 악순환은 건강불평등의 증대로 이어지고 있다. 세계보건기구의 건강증진에서 지향하는 건강을 위한 투자(investment for health)는 사회경제적 차원의 건강결정요인을 인식하고, 건강증진에 기여하는 공공정책이며, 선진국에서 새로운 패러다임으로 소개되고 있다. 국가적인 차원에서 건강을 사회경제발전의 자원으로 인식하고, 건강불평등을 감소시키기 위하여 건강투자의 영역을 확대하고 효율적인 투자를 위한 역량을 강화할 필요가 있다.

질병예방 및 건강증진에의 투자를 통하여 건강의 잠재력을 확보함으로써 지속가능한 경제발전의 기반을 마련할 수 있고, 능동적 복지의 추진력을 확보할 수 있다. 능동적 복지의 전략에 비추어 볼 때 우리나라의 건강투자분야는 재구성이 필요한 시기이다. 예방·맞춤·통합형의 건강서비스의 제공, 개인의 건강투자를 유도하기 위한 시장기능의 활용, 사회적 위험으

로부터의 보호장치 구축의 측면에서 강화될 필요성이 있다.

집필진들은 본 보고서를 작성하는 데 검토의견을 주신 한국청소년정책연구원의 임희진 연구위원께 감사드리며, 한국보건사회연구원의 서미경 연구위원, 강은정 부연구위원께 감사드린다. 연구진행에 업무보조를 해 준 조세영 연구보조원에게도 감사드린다.

끝으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구진의 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2008년 12월

한국보건사회연구원장

김용하

목 차

Abstract ····· 9

요 약 ····· 15

제1장 서 론 ····· 25

제1절 연구의 배경 ····· 25
제2절 연구의 목적 ····· 33
제3절 연구의 방법 ····· 34
제4절 연구의 기대효과 ····· 35

제2장 능동적 복지로서의 건강투자 ····· 36

제1절 건강투자의 필요성 ····· 36
제2절 건강투자 패러다임: 세계적 추세와 한국적 수용 ····· 41
제3절 건강투자와 교육투자의 비교 ····· 49
제4절 건강투자와 국가-가족의 관계 ····· 53
제5절 능동적 건강주체 형성과 사회연대적 건강증진 체계의 확립 · 58
제6절 건강투자의 우선적 정책영역 ····· 66

제3장 국내외 건강투자 현황 ····· 76

제1절 국민의 사망원인, 건강수명의 국제비교 ····· 76
제2절 국민의 건강위험요인 국제비교 ····· 79

제3절 해외 건강투자 사례 ····· 83
제4절 건강증진정책과 건강형평성 ····· 104

제4장 능동적 복지를 위한 건강투자의 우선순위 ····· 110

제1절 건강한 공공정책개발의 과제 ····· 110
제2절 개인의 건강생활실천을 지원하는 요소 ····· 113
제3절 건강생활실천의 확산을 위한 건강투자의 추진 과제 ····· 119
제4절 건강투자 관련 정책의 인식과 요구도 조사결과 ····· 125

제5장 결론 ····· 151

제1절 건강투자를 위한 기반조성 ····· 151
제2절 건강투자정책의 추진전략 ····· 154

참고문헌 ····· 156

표 목 차

〈표 3-1〉 OECD 주요 국가의 기대수명, 건강수명, 주요사망원인 비교 77
〈표 3-2〉 만성질환관련 변화 가능한 위험요인 ····· 79
〈표 3-3〉 OECD 주요 국가의 흡연율, 음주량, 비만율 비교 ····· 80
〈표 3-4〉 우리나라 국민의 주요 건강지표 변화 ····· 82
〈표 3-5〉 Verona Benchmark 시스템의 주요 주제 ····· 86
〈표 3-6〉 새국민건강증진종합계획의 건강생활실천 중점과제와
주요 사업내용 ····· 106
〈표 4-1〉 사회생태학적 단계별 변화전략 ····· 118
〈표 4-2〉 최근 3년간 성과가 높았던 건강증진정책분야 ····· 126
〈표 4-3〉 향후 1년간 시의성이 높은 건강투자 분야 ····· 128
〈표 4-4〉 조사대상자의 인구학적 특성 ····· 132
〈표 4-5〉 음주예방 및 절주교육 경험 여부에 따른
최근 1년간 음주운전 경험 ····· 142
〈표 4-6〉 일반인 대상 조사결과 종합표 ····· 150

그 림 목 차

〔그림 3- 1〕 미국연방정부의 건강증진관련 체계도 ····· 88
〔그림 4- 1〕 건강한 공공정책개발을 위한 사회적 요소 ····· 111
〔그림 4- 2〕 Precede - proceed 건강증진 모형 ····· 114
〔그림 4- 3〕 건강증진의 성과모델 ····· 115
〔그림 4- 4〕 예방적인 건강증진정책개입의 개념적 모형 ····· 117
〔그림 4- 5〕 현재 흡연 여부/금연기간/하루 흡연 정도 ····· 135
〔그림 4- 6〕 흡연예방·금연교육 경험 여부에 따른 하루 흡연 정도 ·· 136
〔그림 4- 7〕 음주예방·절주교육 경험 여부에 따른 평소 음주빈도 ···· 138
〔그림 4- 8〕 음주예방·절주교육 경험 여부에 따른 주량 ····· 139
〔그림 4- 9〕 규칙적 운동 여부/땀이 배일 정도의 운동 횟수 ····· 140
〔그림 4-10〕 최근 1년 간 동네 사람들과 일한 경험/참여 횟수 ····· 145

Abstract

Active Welfare through Investment for Health

1. Background and purpose of the study

The Korea executive office under the President Lee has established the active welfare as one of five strategies for the national administration. The active welfare is a welfare that has general concepts of preventing social risks beforehand; serving as a stepping stone for individual's independence and recovery; and providing warm hands by visiting individuals who need immediate help.

The medical costs continue to rise because of an increase in morbidity of chronic diseases. In this consequence, concept of health investment focused on advanced prevention is well-connected with the concept of active welfare. In January, 2007, the Ministry of Health, Welfare and Family declared health investment strategies and visualized their desire for preventive dimension of health investment. However, there is a strong need for reconstruction of health investment when it is reflected with active welfare strategy. Because it possesses some limitations for providing preventive, individualized and integrated health service; practicing market function plans to induce health investment of individuals; and establishing the safeguard from social risk

- The purpose of this study as follow:
  - Establish the rational for the realization of active welfare in health investment strategy.
  - Establish the rational of health investment by life cycle and domains.
  - Develop the health investment strategy in order to satisfy the health investment demand of citizens.

2. Method of the study

☐ Set up the directions of health investment for establishment of active welfare by re-analyzing the concept of social investment.

- Review background of social investment concept and current situation.
- Develop the direction of health investment related to changes in Korean modern society.

☐ Analyze outcomes and limitation of existing health investment strategy: analyze health investment strategy within the health part and derive a project

- Analyze the direction of health investment in Health Plan 2010
- Analyze health investment strategies in 2007.

☐ Review cases of health investment strategy for international organization and other foreign countries' government

- Foreign cases that apply similar concepts of active welfare

- Extensive health promotion plans of foreign cases

☐ Create health investment strategic plans for the realization of active welfare

- Analyze domains for health investment for each life cycle.
- Analyze major services for each field.

☐ Conduct general public and professionals opinion survey

- Conduct online survey and health investment demand survey to 1,000 adults who are 20~50 years old.
- Conduct survey to professionals related to health investment field.

3. Result of the study

A. Study and Paradigm of health investment as the active welfare

Global trends in health investment paradigm: Health of public is the major goal of country development. At the same time, it is the major tool to accomplish other major goals of country development such as the elimination of poverty.

The importance of life style and socioeconomic environment factors are embossed as determinants of health. The national health investment should focus on supporting and inducing various groups in society to resuscitate as active health subjects.

Social investment country is where it emphasizes the investment of a

human capital and at the same time, it operates to positive welfare society that has a notion, which substitutes welfare country.

It is suitable to see the social investment as the investment for family because family supports and roles take large portions of citizens' life and well-being in Korean society.

The country is an active health subject. Therefore, it should support each social group individually and should prepare synthetic health governance system for organic cooperation of different social groups.

Preferred policy field in health investment: aging society (seniors), low-birth society (pregnant mothers and infants/toddlers), overeducation society (adolescents), external growth society(workers), polarized society (the poor), individualized society (solitary living), mutli-cultural society (labor, immigration by international marriage), risk society (inhabitant).

B. Awareness Survey on Priorities within Health Investment

【Awareness survey of general public: age 20～50】

The total smoking rate was 29.7%, average tobacco consumption per day was 16～20 pieces of cigarettes, but individual who had experiences with smoking prevention or tobacco control education has lower tobacco consumption. Smokers are more likely to answer that their health status were poorer than a year ago.

In the average alcohol consumption for male, 32.8% male consumed 1 bottle of Soju, for female, 35.8% of female consumed 5 cups of Soju. Individual who had experiences with alcohol prevention education and

abstinence of alcohol behavior had lower average alcohol consumption.

Individual who have experienced with suicidal thoughts because of his/her annual stress was 65.4% from the total population. Financial hardship made up 37.2% of stress cause.

Individual who have any diseases during the last 3 months was 12.8% and individual who had experiences of health examination was 56.6% and who had experiences of cancer checkup were 77.0%.

Individual who had collaboration experiences with community members during the last 3 months was 15.3% and individual who contacted with community members such as dinning, tea time or happy hour was estimated about 29.3%.

Individual or their families who had experiences of visiting health centers were estimated 48.7%.

【Awareness survey of professionals】

The total 16 professionals were answered to the survey and their fields of study were comprised of public health, nursing, medical and policy.

Professionals recognized that smoking prevention and tobacco control projects were the most successful policy and project during the last 3 years. And the least successful policy and project was the suicide prevention.

They believe that the fields that need to be extended in health investment are suicide prevention, cancer prevention and management, and safety management of food and drugs.

They believe that major target population for extensive health investment are health promotion of school children and worker, and helath promotion of aging population. The needs for systematic infrastructure and establishment of evaluation system were also mentioned.

C. Priorities in Health Plan 2010 and Implications for future

In Health Plan 2010, it recognizes physical social environment, individual, population, biological characteristics and life style and health system as health determinants. Through health policy and health promotion project, we will develop a policy based on process model of health determinants, which will explain health status can be improved by giving impacts to health determinants mentioned above.

We've set up plans to conduct projects such as expansion of healthy life practice, prevention centered health management, health management by population groups and establishment of healthy environment; in order to strengthen the health potential for accomplishing goals of increasing life expectancy and consideration of health equity and to accomplish the reduction of morbidity and early death, and the mitigation of health disparities between population groups.

The major health indicators are smoke-free, alcohol-free, exercise, nutrition, cancer management, management of chronic diseases, management of infectious diseases, mental health, dental health, health of infants/toddlers, health of mothers and health of aging population(seniors), etc.

Health Plan 2010 should be complemented flexibly in accordance with health investment demand of modern society that changes variously. In addition, the target population for health promotion should be subdivided and diverse, and various projects and policies should be provided to each setting of target population.

요 약

1. 연구의 배경 및 목적

□ 이명박 정부는 5대 국정지표의 하나로 능동적 복지를 설정한 바 있으며, 사회적 위험에 처하지 않도록 사전에 예방하고, 자립과 재기할 수 있는 디딤돌을 제공하며, 도움이 절실한 사람에게는 따뜻한 손길을 찾아가서 제공하는 복지로서 개념화하고 있음.

□ 만성질환유병율 증가로 의료비가 증가하고 있기 때문에, 사전적 예방을 중심으로 하는 건강투자는 능동적 복지와 맥을 같이하는 개념이라고 할 수 있음. 보건복지부는 2007년 1월에 건강투자전략을 천명하고 사전·예방적 차원의 건강 투자의 의지를 가시화하였으나 능동적 복지의 전략에 비추어 볼 때 재구성의 필요성이 제기됨. 예방·맞춤·통합형의 건강서비스의 제공, 개인의 건강투자를 유도하기 위한 시장기능의 활용방안, 그리고 사회적 위험으로부터의 보호장치 구축의 측면에서 한계를 가지기 때문임.

본 과제의 목적은 아래와 같음.

○ 능동적 복지구현을 위한 건강투자전략의 이론적 기반을 마련함.
○ 기존의 건강투자 영역을 분석하여 능동적 복지구현에 초점을 맞춘 건강투자의 전략을 개발함.

2. 연구의 내용 및 방법

□ 본 연구는 「능동적 복지 구현을 위한 국가전략」의 세부과제로 수행한 과제임. 보건복지재정적 측면에서의 투자방향과 국민건강보험제도의 체계개편에 관한 별도의 세부과제가 있기 때문에 본 연구의 범위에서 제외하였음. 본 연구의 범위는 예방적인 측면에서 건강투자의 여건분석과 전략을 개발하는 데 중점을 두었음.

□ 사회투자의 개념을 재분석하여 능동적 복지구현을 위한 건강투자의 방향설정

- ○ 사회투자개념 대두배경과 현재상황의 재검토
- ○ 우리나라 현대사회변화의 특성에 관련된 건강투자 방향 개발

□ 기존 국내 건강투자전략의 성과 및 한계 분석 : 건강부분내의 건강투자(Investment in Health)의 전략분석 및 과제도출

- ○ 국민건강증진종합계획 2010의 건강투자 방향 분석
- ○ 2007 건강투자전략 분석

□ 국제기구 및 외국 정부의 건강투자전략 사례 분석: 건강을 위한 투자전략(Investment for Health)

- ○ 외국의 능동적 복지 유사 개념의 적용 사례
- ○ 외국의 건강증진 중장기 계획의 사례

□ 능동적 복지 실현을 위한 건강투자전략 방안 개발

- ○ 생애주기별 건강투자의 영역 분석
- ○ 영역별 주요 서비스 내용 분석
- ○ 재원조달 및 운용

□ 일반인 및 전문가 의견조사

○ 20~50세 성인 1,000명 대상 온라인 설문조사 실시 및 건강투자 요구도 조사

○ 전문가 대상 건강투자영역 관련 의견조사

3. 연구의 결과

가. 능동적 복지로서의 건강투자의 패러다임과 과제

□ 건강투자 패러다임의 세계적 추세 : 국민건강이 국가발전의 핵심적 목표인 동시에 빈곤퇴치 등 국가발전의 여타 주요 목표를 달성하는 중요한 수단임.

□ 건강의 결정요인으로서 생활양식 및 사회 경제 환경적 조건들의 중요성 부각됨. 국가의 건강투자는 사회의 여러 집단들이 '능동적 건강주체'(active health subject)로 거듭나도록 지원하고 유도하는 데 집중해야 함.

- 기든스는 인적자본에의 투자를 강조하면서 복지국가를 대체하는 개념인 긍정적 복지사회에 작동하는 사회투자국가를 제시함.
- 가족의 지원과 역할이 국민생활과 안녕에 큰 비중을 차지하는 우리나라에서는 사회투자를 가족에 대한 투자로 보는 것이 합당함. 급속하게 변화하는 가족형태에 대응하는 사회투자정책이 필요함.
- 국가는 능동적 건강주체로서 사회집단들을 개별적으로 지원할 뿐 아니라 이들 사이의 유기적 상조와 협업이 가능하도록 종합적 건강거버넌스의 체계를 마련하여야 함.
- 건강투자의 우선적 정책영역: 고령화사회(노인), 저출산사회(산모, 영유아), 교육과잉사회(청소년), 외연성장사회(노동자), 양극화사회

(빈곤층), 개인화사회(독거자), 글로벌다문화사회(노동·결혼 이주민), 위험사회(생활인)

나. 건강투자 우선순위 관련 인식조사

【일반인 인식조사; 20~50세】

□ 전체흡연율은 29.7%, 하루흡연정도는 16~20개비, 흡연예방 또는 금연 교육경험이 있는 경우 흡연량이 적었음. 흡연자일수록 1년 전보다 건강상태가 나빠졌다고 응답함.

□ 남성의 평균음주량은 32.8%에서 소주 한 병 정도였고, 여성은 소주5잔 이상이 35.8%정도임. 음주예방 및 절주경험자일수록 평균음주량이 낮았음.

□ 연간 스트레스로 인해 죽고 싶다는 생각 경험자는 65.4%였음. 스트레스의 원인은 37.2%가 금전적 문제였음.

□ 최근 3개월 이상 앓고 있는 질병이 있는 경우는 12.8%였고, 최근 2년간 건강검진 경험은 56.6%, 암검진 경험은 77.0%.

□ 최근 3개월간 동네주민과 협력경험은 15.3%, 동네 주민과 음식, 차, 술 등 접촉경험은 29.3% 정도임.

□ 최근 1년간 본인이나 가족이 보건소 이용경험은 48.7%로 나타났음.

【전문가 인식조사】

□ 총 16명의 전문가 응답이 있었고, 전문분야는 보건학, 간호학, 의학, 행정학 등임.

□ 최근 3년간 정책 및 사업성과가 큰 분야는 흡연예방 및 금연사업으로

인식하고 있었음. 성과가 가장 낮은 분야는 자살예방 및 기후변화대응 과제였음.

□ 향후 1년간 건강투자를 확대해야할 건강의 주제분야는 자살예방, 암예방관리, 식품의약품안전 관리 등임.

□ 건강투자가 확대되어야 할 대상은 학교 및 근로자 건강증진, 노인건강증진 분야였음. 체계적인 인프라와 평가체계확립에 대한 필요성도 제기되었음.

다. 건강투자의 우선순위와 향후 과제

□ 새국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)에서는 건강의 결정요인을 물리사회적 환경, 개인, 인구집단, 생물학적 속성 및 생활양식, 보건의료체계등으로 보고, 건강정책과 건강증진사업을 통해 이러한 건강의 결정요인에 영향을 주어서 건강상태를 개선할 수 있다는 건강의 결정과정 모형을 기초로 정책을 개발한 바 있음.

- 건강수명연장과 건강형평성 제고를 목표로 건강잠재력을 강화하고, 질병과 조기사망 감소, 인구집단 간 건강격차 완화 등을 달성하기 위하여 건강생활실천 확산, 예방중심건강관리, 인구집단별 건강관리, 건강환경조성 등의 사업을 계획한 바 있음.
- 주요 건강지표는 금연, 절주, 운동, 영양, 암관리, 만성질환관리, 전염병관리, 정신보건, 구강보건, 영유아 보건, 모성보건, 노인보건 등임.
- 향후 개발되는 국민건강증진종합계획에서는 변화하는 현대사회의 건강투자요구에 따라 탄력적으로 정책을 운영할 수 있는 방안이 강구되어야 함. 건강증진의 대상이 세분화 및 다양화되어야 하고, 대상집단의 장(setting)별로 다양한 사업과 정책이 지원될 수 있도록 해야 할 것임.

라. 건강투자영역의 확대방안

【건강부분 내에서의 확대방안】

□ 생애주기별 발달단계와 노화의 단계에 따라 주요 질환, 안전, 건강관리 내용이 다르므로, 대상별 건강문제와 건강관리내용을 고려하여 건강증진의 목표를 설정하고, 사업내용을 개발하여야 함.

□ 생애주기별 대상의 인구사회학적 경제적 특성에 따라 사망원인과 질병 위험요인을 세분화하고, 다양한 자원에 접근성을 높일 수 있는 시스템이 마련되어야 함.

【건강을 위한 투자 확대방안】

□ 베로나이니셔티브처럼 보건부문 외의 분야에서 국민건강증진이 경제발전과 지속가능성의 기초가 됨을 인식하고 건강투자를 적극적으로 확대할 수 있는 기반이 조성되어야 함.

4. 결론

□ 능동적 복지를 위한 건강투자를 효율적으로 하기 위해 국내 기반조성과 역량강화가 필요함. 질병예방과 건강증진을 위한 잠재력 확보차원에서 접근해야 함.

가. 새로운 패러다임의 수용

□ 건강의 결정요인과 건강관리에 대한 패러다임이 전환되어야 한다는 필요성은 건강이 국가발전의 목표를 달성하는 중요한 수단이라는 세계보건기구의 보고서에 잘 나타나 있고, 세계적인 건강증진분야의 발전과

함께 새로운 과제로 형성되어 왔음. 시민이 질병예방과 건강증진의 주체가 되는 것은 새로운 건강관리정책 또는 건강증진 패러다임의 핵심임. 능동적 건강주체(active health subject)는 임파워먼트(empowerment)의 기본이며, 임파워먼트는 시민참여의 시대에 더 중요한 키워드가 되고 있고, 현대 건강증진분야의 중심이 되며, 사업목적이기도 함.

□ 능동적 복지구현을 위한 건강투자의 개념이 건강증진정책에 반영되고, 정부의 여러 정책에 반영되기 위해서는 건강의 개념이나 건강의 결정요인이 과거의 협의의 개념이 아닌 광의의 개념으로 전환되어야 하고 이런 패러다임이 건강한 공공정책을 개발하는 데 기초가 되어야 함. 건강에 영향을 주는 기초적인 요인은 수입, 거주할 곳, 음식, 생활습관 등이며, 정보보급과 생활기술(life skills), 지원적인 환경조성, 건강한 선택을 할 수 있는 기회, 경제적, 물리적, 사회적, 문화적 환경 등 광범위함. 건강영향평가는 광의의 건강결정요인을 파악하고 정책에 반영하는 중요한 정책사례임.

나. 근거의 생산관리와 지속가능성 확보

□ 건강증진의 근거를 생산하기 위해서는 사업이 계획대로 실행되었는지가 평가되고 분석되어야 함. 특히 예방적인 사업에서 이러한 측면의 평가를 통해 어떤 요소가 중요한 요인인지 알아낼 수 있고 성공요인과 실패요인을 분석할 수 있음. 통합성은 계획과의 일치성, 사업에의 노출, 전달과정의 질, 참가자의 반응성, 실시된 프로그램의 차별성 등의 다섯 가지 측면으로 설명될 수 있음.

□ 건강증진사업의 지속가능성(sustainability)은 개입과 프로그램의 결과가 지속적인 결과로 평가될 수 있는 지에 대한 과제를 의미한다. 이것은 예산과 자원의 배분을 결정하는 정책입안자에게 특별히 관심의 대상

이 됨. 따라서 근거를 생산하기 위해 수집되는 연구결과물(사업결과물 포함)들의 지속가능성이 중요한 검토대상임. 건강증진사업에서 지속가능성의 요소는 첫째, 사업에서 도출될 수 있는 건강의 이익이 지속됨, 둘째, 조직 내에서 그 사업이 제도화 됨(정책적 또는 정치적 환경변화). 셋째, 지역사회 역량강화프로그램(훈련프로그램 및 지역주민참여도)이 포함되는 것 등이 해당된다. 건강증진사업의 지속가능성에 영향을 주는 요인들을 요약하면 첫째, 환경적인 요소들, 둘째, 조직적인 장소에 있는 요소들, 셋째, 사업의 디자인과 실행 시 투입되는 요소 등임.

다. 건강투자를 위한 형평성 확보

□ 제2차 국제건강증진대회(WHO, 1988)에서 건강한 공공정책은 '건강과 형평성을 위한 명백한 관심을 보여주는 특성이 있어야 하고 모든 정책에 건강영향에 대한 책임을 보여줘야 한다'는 것으로 정의됨. 이 회의에서 강력한 애드보커시(advocacy)와 지역사회 액션이 원동력이 되어야 한다고 확인하였음. 10년이 지난 지금도 건강의 불평등 문제는 계속 화두가 되고 있고, 국가발전을 위한 건강투자 측면에서 우선적으로 검토되어야 할 의제임.

라. 건강생활실천지원을 위한 법제도의 강화

□ 건강생활의 변화를 위해 보건교육사업을 효과적으로 보급하기 위해서는 근거에 의하여 개발된 표준화된 보건교육 프로그램과 교육자료의 보급이 선행되어야 함.

마. 건강증진을 위한 지원적인 물리적 환경조성

□ 직장 내 금연구역의 설치, 자전거 도로의 설치, 저렴하게 운동할 수 있는 시설의 보급 등 건강생활을 실천할 수 있는 물리적 환경조성이 건강생활을 지원하는 중요한 요소임. 지역사회에서 건강생활실천에 관한 정보와 교육 사업이 접근 가능해야 하고 국민이 쉽게 이해하고 따라할 수 있는 교육 자료를 제공하도록 해야 함. 인터넷을 통한 다양한 건강정보가 있지만 대상자들의 다양한 건강요구에 맞는 형태의 교육정보 보급이 필요함.

바. 건강투자정책의 추진전략

□ 능동적 복지구현을 위하여 건강투자정책의 지속적, 체계적 추진이 기초가 되어야 함. 보건부문 뿐만 아니라 관련된 타 부문에서도 건강투자를 하도록 유도해야 함. 특히 질병예방 및 건강증진에 대한 투자는 미래성장동력을 확충하기 위한 노력이며, 효율적이고 체계적인 건강투자전략을 요하는 정책이라고 할 수 있음.

□ 질병예방과 관련된 국민의 생활영역은 가정 → 학교 → 군대 → 직장 → 지역사회의 연속적으로 연결되어 있기 때문에 다양한 삶의 터전과 생활공간을 넘나드는 과정에서 연속적인 건강관리가 될 수 있도록 해야 함.

□ 기후변화, 새로운 과학기술의 도입으로 인한 식량수급의 변화 등 여러 가지 환경적 경제적 요인들이 건강에 영향을 주고 있으며 이러한 요인들이 부정적 또는 긍정적 영향을 주는 여부에 대한 정확한 평가가 필요함.

□ 건강정책 분야 내에서 건강투자 우선순위는 대상별 취약성과 형평성의 관점에서 결정되어야 함. 생애주기별 발달단계와 노화의 단계에 따라 주요 질환, 안전, 건강관리내용이 다르고, 사회경제적 영향정도가 다르므로, 대상별 건강문제와 건강관리내용을 고려하여 건강증진의 목표를 설정하고, 사업내용을 개발하여야 함. 다양한 인구집단의 사회경제적 특성에 따라 사망원인과 질병위험요인을 세분화하고, 다양한 자원에 접근성을 높일 수 있는 시스템이 마련되어야 함. 건강을 위한 투자를 위해서는 베로나이니셔티브처럼 보건부문 외의 분야에서 국민건강증진이 경제발전과 지속가능성의 기초가 됨을 인식하고 건강투자를 적극적으로 확대할 수 있는 기반이 조성되어야 함. 경제발전을 위한 다양한 정책과 사업이 지속가능하기 위해서는 모든 사회적 투자분야에서 건강증진에 투자하도록 제도화할 필요가 있음.

제1장 서 론

제1절 연구의 배경

국민건강투자 확대는 사회투자국가의 사회투자정책의 4대 역점 과제[1] 중의 하나이다. Giddens(1994)에 의하면 사회투자국가[2]의 개념은 인적 자본과 사회자본에의 투자를 통해 시민들의 경제활동참여기회를 확대하고, 더 나은 일자리를 갖게 함으로써 경제성장과 사회통합을 동시에 추구하는 국가를 의미한다. 사회투자국가는 고용과 성장을 함께하는 "동반성장 전략"의 개념을 중심으로 하여 인적자원개발 및 일자리 창출에 역량을 집중하는 국가이다. 인적, 사회적 자본투자를 통해 개인의 가능성과 능력향상에 주력하여 제도의 표율화와 미래 복지재정 여력 확보의 선순환 구조를 확립하는 것이 추진원칙이다.

1. 사회투자정책의 배경[3]

사회투자국가는 보수세력의 자유주의 담론에 맞설 수 있는 유력한 대안이다. 현재의 한국 사회가 발전국가를 해체하고 '80년대 이후 신자유주의적 개혁 방식으로 대안을 모색해 왔다면 이에 대한 합(synthesis)로서 사회투자국가가 제시될 수 있다. 서구의 경우에도 사회투자국가들이 제기되었

---

1) 아동투자확대, 국민건강투자확대, 노후투자 확대, 기타 과제 등

2) making a better future with social investment state

3) 본 장의 사회투자정책배경 및 접근방법에 대한 내용은 2007년 한국보건사회연구원에서 주최한 "건강투자의 유효전략과 방향" 심포지움에서 발표된 임채원 박사의 "사회투자국가의 배경의 기본원리"에서 일부 요약 정리한 것임.

던 국가들은 '80년대 신자유주의의 개혁이 일어나고 이에 대하여 '90년대 중후반부터 사회투자국가가 제기되었던 영미권 국가들이 주류를 이루고 있다. 한국도 '87년 이전까지 국가주의 유산과 그 이후 특히, IMF 이후 외환위기로 인한 신자유주의적 개혁이 진행된 정책환경을 고려한다면 사회투자국가 논의의 문제의식은 우리에게도 충분히 유의미할 수 있다. 세계적인 관점에서 본다면 사회투자국가는 미국식 시장주의와 기업의 역동성을 인정하면서도 북구식의 사회통합적인 사회정책을 융합시키려는 문제의식에서 출발하고 있다. 우리의 경우도 '97년 이후 사회적 양극화가 심화되면서 신자유주의적 개혁이 아닌 사회통합적인 새로운 모델이 모색되고 있다.

2. 사회투자정책의 접근방법

사회투자국가에서 나오는 핵심적 주장은 사회투자를 통해 경제적 사회적 정책이 긴밀히 연결되어 있으며 이들은 동전의 양면이라는 점이다. 성장(growth)과 생산성(productivity)의 높은 지속은 기회(opportunity)와 안전(security)을 사회적으로 보장하는 길이 될 것이다. 따라서 사회투자국가는 일과 복지, 노동시장과 가족정책, 유급노동과 무급노동, 경제적 세대이전과 사회적 세대이전, 시장구조와 정치적 조직 간의 상관성을 인정한다. 경제정책과 사회정책이 분리될 수 없다는 것은 경제성장없이 사회정의도 없다는 것 이상의 의미이다.

사회투자국가의 미래를 위한 경제 전략은 6가지 원칙으로 집약된다. 첫째, 규제되지 않는 시장은 경제성장과 사회통합을 스스로의 힘으로 만족스럽게 결합시키지 못한다. 이 시장은 사실 저성장과 높은 불평등으로 최악의 경제 상황을 가져올 수도 있다. 자유시장경제의 대안은 중앙통제경제(command economy)가 아니다. 시장은 사회적 경제적 이해관계에 의해 형성되고 규제될 필요가 있다. 그러나 시장을 폐지하자는 것이 아니다.

둘째, 효율성 개념은 '부가가치(value-added)' 사상에 의해 성공의 척도로

서 보충되어야 한다. 미래에 사람은 생산물의 원자재에 덧붙인 가치로 대가를 받게 될 것이고 두뇌의 지적 힘(brainpower)을 적용하는 것을 통해 그들이 부가한 가치에 의해 보상받을 것이다. 효율성은 시장에서 살아남기 위해 필요하지만 충분하지는 않다. 혁신(innovation)이 핵심적 요인이다. 우리가 무엇을 만드는가 하는 것은 우리가 얼마나 싸게 만드는가 하는 것만큼 중요하다. 예컨대 반도체 칩을 파는 것은 포테이토칩을 파는 것보다 더 많은 이익을 가져올 수 있다.

셋째, 노동은 비용이 아니라 자원으로 간주되어야 한다. 전 세계적으로 비즈니스 리더들은 오늘날 성공의 핵심은 그들이 고용한 사람들의 질이라고 강조한다. 사람을 생산적으로 고용하는 데 실패하는 것은 경제적인 바보짓이다. 동적이고 복잡한 경제체제에서 가외성(redundancy)과 실업은 항상 일어난다. 도전은 이것이 영속화되는 것을 막는 데 있다. 마찰적 실업은 불가피하지만 장기 실업은 물리쳐야 만할 악이다.

넷째, 고임금은 소비자이기도 한 노동자들에게 폭넓은 재화와 서비스를 살 수 있게 하고 레저 서비스의 성장 영역에서 고용을 확대하는 데 필수적인 높은 수요를 창출하기 위해서도 필수적이다. 주요한 목표는 가능한 한 많은 고임금 직종을 창출하는 것이다. 또한 낮은 지위의 일자리가 사라지지는 않을 것이기 때문에 우리는 직장 유동성(mobility)을 위한 기회 역시 창출하여야 한다. 교육, 훈련 그리고 이익체계 개혁이 이러한 열정을 위한 핵심적 열쇠이다.

다섯째, 사회통합이 경제적 가치를 갖는 것처럼 사회분열이 경제적 비용을 초래하기 때문에 경제 전략은 사회통합을 무시할 수 없다. 이것이 현대 경제의 부메랑 효과이다.

여섯째, 숙련, 연구, 기술, 육아, 공동체 발전 등에 사회투자는 지속가능한 성장의 선순환에서 처음과 끝에 해당한다. 투자는 성장의 과실을 어떻게 사용하느냐는 결정에서 핵심이다. 우리는 오늘 소비를 위해 성장을 사

용할 수도 있고 내일 우리 자신의 미래를 위해 투자할 수도 있다. 우리가 우리 모두에게 투자한다면 기술 진보와 인간 재능으로 미래세대를 위해 경제적 번영을 약속할 수 있다.

21세기에 인생의 유연한 패턴에 대한 요구, 빨리 변화하고 불안정한 노동시장, 가족구조와 가족생활에서 변화는 복지국가가 더 야심적이고 권한을 가지는 역할을 요구하고 있다. 위에서 지적했던 6가지 경제 원칙에 어울리는 6가지 복지전략(welfare strategy) 역시 필요하다.

첫째, 모든 사람이 가난에서 자유로워지는 것이 사회정의의 심장이며 유급노동자들에게 가난에서 벗어나는 가장 빠른 길은 공정한 임금(fair wage)으로 좋은 일자리를 갖는 것이다. 복지국가는 무엇보다도 먼저 일생 동안 사람들이 일, 가족, 그리고 레저가 균형을 이루는 것을 돕는 것을 통해 개인적 독립을 진작시키도록 디자인되어야만 한다.

둘째, 사회정의를 성취하기 위해 우리는 국부(國富)를 증가시킬 뿐만 아니라 이를 더 공평하게 분배해야만 한다. 고비용 사회 안전 예산은 경제적 실패의 신호이지 사회적 성공의 신호가 아니다. 효율적인 경제정책이 좋은 사회정책의 중심이다.

셋째, 사회 안전은 개인적 수준에서 사회적, 경제적 변화를 관리하는 믿음과 능력에서 온다. 이러한 믿음과 능력을 제공하는 것을 돕는 일이 복지국가의 일이다. 새로운 보편주의는 일이 잘못되었을 때 편익을 주는 데 기초한 것이 아니라 그들이 올바르게 가고 있다는 확신을 주는 서비스에 투자하는 데 기초한다. 원하지 않는 지속되는 실업 등의 연속성을 위한 응급서비스가 아니라 인생의 기회를 확장하는 것이 가능케 하는 것에 중심을 두는 적합성(fitness)에 있다. 새로운 복지국가에서는 육아에서 훈련 그리고 노인요양에 이르는 서비스가 현금으로서 기회나 안정만큼 중요하다.

넷째, 사회전략의 중심에는 가족을 위한 전략이 있다. 가족이 어떤 형태이든 강한 가족을 만드는 전략이 중요하다. 좋은 질의 육아의 경제적 사

회적 가치는 너무 오랫동안 무시되어 왔다. 안정된 가족의 심장에는 부모와 다른 육아담당자의 무급 노동이 있다. 이 무급노동은 일터에서 그리고 복지국가 조직에서 가족 친화적 정책에 의해 인식될 필요가 있다.

다섯째, 편익체계뿐만 아니라 그 서비스를 통해 사회정책의 근본적 열정은 개인의 자율성과 선택을 증진시키는 것이어야 한다. 예컨대 노령인구에서 공동체의 보살핌이 필요하고 여성은 더 이상 경제적으로 남성에 의존되지 않아야 한다.

여섯째, 베버리지 보고서의 범주들, 고용과 실업, 청년과 노령, 기혼과 미혼 등은 더 유연해졌다. 오늘날 역시 사람들은 고용과 실업, 청년과 노령 그리고 많은 수의 사람들이 이혼자, 동거인 혹은 재혼의 형태로 존재한다. 현대 복지국가는 '전형적(typical)' 사람의 낡은 모델에 기초한 것이 아니고 이런 유형의 사람이 존재하지도 않는다. 범주가 획일적이고 관료적이기 보다는 개인적이고 유연해야만 하고 이는 오늘날 대부분의 사람들이 변화하고 복잡한 생애주기에 기인한다.

사회투자정책은 정책 아이디어로서 논리적 정합성 이전에 서민과 중산층의 이해관계를 우선하는 정책 아이디어이다. 국민전체의 이익보다는 우선적으로 서민과 중산층의 이해에 기반 한 정책을 중시한다. 현대국가의 역할이 경쟁의 결과로 발생하는 사회적 약자(underdog)에 대한 사회적 최소한을 제공하고 패자부활이 가능하도록 하는 것에 있다는 사실에 주목한다면 서민과 중산층의 이해를 반영하는 것은 또한 국민전체의 이익이나 국부의 증진과도 일맥상통한다. 부분이 전체와 조화되는 것은 부분의 이해가 전체의 이해와 일치하는 경우이다. 양극화를 사회적 통합(social cohesion)으로 전환해 가는 데 서민과 중산층의 재생과 재건은 국민전체의 이익을 위해서도 선결적으로 해결되어야 할 조건이다.

3. 사회투자 국가의 사례와 시사점

유럽의 사회투자국가를 역사적 관점에서 해석한다면 구 사회민주주의의 경직성도 비판하고 신우파의 시장만능적인 자유주의적 교조성도 반대하면서 시장의 역동성과 함께 사회통합의 중요성을 인정하는 이론이다. 이를 다시 세계적 관점에서 해석한다면 미국의 시장주의와 북구의 사회정책을 통합적으로 추구하는 국가운영모델이다. 사회투자국가의 주요 정책모델인 JET 전략(일자리 정책), 아동보육정책, 학습복지정책, 사회투자형 복지정책, 예산10% 절감정책 등이 있다. 사회투자국가의 주요 모델들은 사회복지와 관련된 유형이 많다는 것을 알 수 있다.

학습복지정책은 보건이나 복지 측면에서 모두 시사하는 바가 큰 정책이다. 지식기반사회에서 교육정책은 복지정책, 산업정책, 그리고 노동정책과 긴밀히 연관되어 있다. 교육은 단순히 다음 세대를 위한 준비가 아니라 지식기반 사회 복지의 근간이며 이는 곧 바로 일자리와 이어진다. 현재의 20대들은 일생을 통하여 적어도 6번 이상의 직장이동이나 직업이동을 겪게 될 것으로 예측되고 있다. 고용가능성(employability)이 무엇보다 중요해진다. “당신은 왜 실직을 하였느냐의 과거형의 물음이 아니라 당신은 왜 다른 직장을 구하는데 좀 더 많은 노력을 기울이지 못하느냐는 현재와 미래형의 물음이 더 중요해진다.” 20세기 복지국가에서는 고용안전성(job security)이 가장 중요한 덕목이었다. 사회는 대규모 공장에 종사하는 육체 남성노동자들이 평생고용 환경에서 가정의 가장으로 역할하는 것을 기초로 설계되었다. 이러 전제하에서 복지정책도 추구되었다.

사회투자형 복지정책 측면에서 사회투자국가는 기든스와 블레어에 의해 영국의 정통적 사민주의와 신자유주의적인 대처리즘을 동시에 극복해 보자는 노력의 소산이었다. 이러한 역사적 관점 이외에 세계화 시대에 각국이 정책에서 상호 영향을 주고받는 다는 측면에서 보면 영국의 사회투

자국가 모델은 미국의 시장경제와 북구의 사회정책을 혼합해보고자 하는 노력의 소산이었다(Dixon and Pearce, 2005). 이러한 영국 모델을 전통적 영국 모델(Anglo-Saxon Model)이 아닌 새롭게 부상하는 영국 사회 모델(the emerging Anglo-Social Model)이라고 하였다[4]. 영국 신노동당의 문제의식이 바로 미국식 시장주의를 배워서 경제적 효율성을 높이면서도 북구라파의 사회적 안전망을 도입하여 사회통합을 이루고자 하는 것이었다[5]. 미국 클린턴 정부하의 헤드스타트(Head Start)정책은 영국 슈어스타트(Sure Start) 정책의 전례가 되었다.

4. 건강을 위한 투자(Investment for Health)의 원리

가. 배경

인구집단의 건강은 보건의료서비스에 의해서만 개선되는 것이 아니라 사회적 변화에 의해서 건강이 향상될 수 있다. 1998년에 유럽51개국이 동의한 'Health 21-21 objectives for the 21st century"에서는 건강문제의 대부분이 사회에 그 뿌리를 두고 있고 광범위한 전략에 의해 관리되어야 한다고 주장한 바 있다. 즉 건강의 사회적 결정요인을 변화시켜야 할 필요성이 제기된 것이다. 베로나 사업(Verona Initiative)은 사회의 다양한 수준에서 건강을 개선하기 위해 어떻게 투자해야 하는 지에 대한 사업이다. 이 사업은 베로나에서 많은 회의를 통해 얻어진 것이다.

현대사회에서 불건강은 유전자나 세균에 의해서만 설명될 수 없으며 사회의 조직과 운영방식과 관련된다는 데 원인을 둔다. 생활양식과 삶에 대

---

4) 이러한 모델의 새로운 영국 모델(a new British Model?)인지에 대한 평가도 있다(Bobby Duffy and Rea Robey, A new British model?, IPSOS).

5) 실제적으로 영국 노동당과 클린턴 주도하에 있던 미국의 신민주당은 실질적으로 인적 교류를 하였다. 대표적인 사례가 Mandelson과 함께 블레어의 대표적인 전략참모였던 Philip Gould는 92년 총선 패배 이후 미국으로 건너가 대통령 클린턴의 재선운동에 직접 참여한다.

한 주관적인 평가의 정도에 따라 건강은 유지될 수 있고 또는 더 악화될 수 있다. 긍정적인 건강(Positive healths)결과를 가져오게 하기 위한 정책이나 액션은 사회적 경제적, 환경적 편익도 가져올 수 있다. 건강한 인구집단은 경제발전에 더 생산적인 기여를 할 수 있고, 보건의료관리 및 복지서비스의 지원을 덜 필요로 하며, 지역사회를 지원하는 역할을 할 수 있고, 환경을 손상하는 활동을 피하게 할 수 있다.

과거에는 건강을 개선하는 조직화된 노력이 위해요인을 제거하고 행동에 영향을 주는 데만 집중해 왔다. 그러나 여기서 간과된 것은 공공 및 민간의 투자방식에 의해서도 건강에 대한 폐해가 발생할 수 있다는 것이다. 건강을 위한 투자(Investment for Health)접근방법은 이러한 사회적 경제적 역량 모두를 강화할 수 있는 투자에 대하여 관심을 가진다. 보다 나은 건강수준을 성취하기 위하여 공공정책, 민간사업, 물적, 인적, 환경적 재원 등을 동원하는 것이 건강을 위한 투자의 접근방식이다.

나. 건강을 위한 투자정책의 접근방법

세계보건기구의 건강증진비젼은 1986년의 오타와 헌장에서 요약되어 있다. 오타와 헌장에서의 논의는 Adelaide, Sundsvall, Jakarta 등 여러 후속된 국제건강증진대회에서 더 개발되었다. Health21은 건강개발(health development)의 개념에 중점을 두고 있으며 건강이 경제개발에 영향을 주고 이 개발은 건강을 향상시키는 방법으로 개진되어야 한다는 데 중점을 둔다.

건강의 결정요인에는 사회적, 경제적, 환경적요인의 역할이 크다는 것을 강조한다. 이러한 접근은 건강과 사회의 연결을 중요시한다. 한편 많은 건강의 결정요인 중에 어느 요인이 가장 중요한 것인지 또는 어떻게 이러한 요인들이 인간의 건강을 보호하기 위하여 서로 상호작용하는 지는 분명하지 않다.

제2절 연구의 목적

이명박 정부는 5대 국정지표의 하나로 능동적 복지를 설정한 바 있으며, 사회적 위험에 처하지 않도록 사전에 예방하고, 자립과 재기할 수 있는 디딤돌을 제공하며, 도움이 절실한 사람에게는 따뜻한 손길을 찾아가서 제공하는 복지로서 개념화하고 있다.

만성질환유병율 증가로 의료비가 증가하고 있기 때문에, 사전적 예방을 중심으로 하는 건강투자는 능동적 복지와 맥을 같이하는 개념이라고 할 수 있다. 보건복지부는 2007년 1월에 건강투자전략을 천명하고 사전·예방적 차원의 건강 투자의 의지를 가시화하였으나 능동적 복지의 전략에 비추어 볼 때 재구성의 필요성이 제기되었다. 예방·맞춤·통합형의 건강서비스의 제공, 개인의 건강투자를 유도하기 위한 시장기능의 활용방안, 그리고 사회적 위험으로부터의 보호장치 구축의 측면에서 한계를 가지기 때문이다.

정치적, 문화적, 과학적으로 빠르게 변화하는 사회 속에서 건강에 대한 위협요인을 파악하여 건강취약계층의 건강을 보호하고 능동적인 복지구현을 위하여 건강투자의 원리와 전략을 개발하는데 중점을 둔 본 과제의 목표는 아래와 같다.

- 능동적 복지구현을 위한 건강투자전략의 이론적 기반을 마련함.
- 기존의 건강투자 영역을 분석하여 능동적 복지구현에 초점을 맞춘 건강투자의 전략을 개발함.

제3절 연구의 방법

본 연구는 「능동적 복지 구현을 위한 국가전략」의 세부과제로 수행한 과제이다. 보건복지재정적 측면에서의 투자방향과 국민건강보험제도의 체계개편에 관한 별도의 세부과제가 있기 때문에 본 연구의 범위에서 제외하였다. 본 연구의 범위는 예방적인 측면에서 건강투자의 여건분석과 전략을 개발하는 데 중점을 두었다.

연구의 목적을 달성하기 위해서 본 연구에서는 국제사회의 건강투자 원리의 적용 동향을 파악하고, 국내의 건강투자 영역과 정책사례현황을 분석하는 데 중점을 두었다. 본 보고서를 위하여 사용된 주요 연구방법은 아래와 같다.

○ 국내외 문헌고찰 : 국제사회의 정책내용 분석, 권고되는 정책과 방법 분석, 주요 웹사이트 검색, 관련 자료 수집

- 국제사회의 건강투자 관련 자료들을 고찰하고 분석함.
- 선진국 보건정부의 건강투자정책 자료를 수집하고 고찰함.
- 인터넷 검색도구로 검색할 수 있는 국내외 연구자료의 고찰

○ 전문가 및 일반인 인식조사 및 의견수렴(전문 학회 연계) : 질병역학, 환경공학, 공공보건의료 등 다학제적 분야의 전문가 인식조사 및 의견수렴

- 인터넷을 통한 온라인 조사를 실시하여 건강투자에 대한 전문가 인식과 국내 건강투자 정책에 대한 평가의견수렴, 향후 건강투자 중점 과제에 대한 의견수렴
- 건강투자와 관련된 건강증진정책분야별 일반인의 인지도와 건강위험도, 서비스이용경험 및 접근성 관련 조사 실시

○ 사례 연구 : 유럽을 중심으로 시작된 사회투자국가에서 건강투자의 사례와 관련자료 수집 및 분석.

제4절 연구의 기대효과

본 연구에서는 질병예방과 건강증진을 중심주제로 하여 건강투자의 기본방향을 연구한 보고서이며 주된 기대효과는 아래와 같다.

□ 국정철학인 능동적 복지를 구현한 보건복지정책의 바람직한 방향설정 및 세부과제 개발의 기초자료로 활용

□ 우리나라 보건복지 투자방향을 제시함으로써 미래 정책입안을 위한 기반자료로 활용

□ 건강보험의 효율적 추진 및 재정안정화 방안 제안

□ 능동적 복지 측면에서의 사회복지서비스 방향정립 및 세부과제 개발

□ 건강투자전략 방안 및 국민건강증진종합계획 2020의 방향 제시

제2장 능동적 복지로서의 건강투자

제1절 건강투자의 필요성

현대 한국인들의 건강에 대한 관심은 세계 어느 국민들에 못지않게 지대할 것이다. 건강한 삶에 필요한 조건들을 여러 가지 형태로 다루는 텔레비전 프로그램들이 지속적으로 높은 시청률을 보이며, 경미한 병이라도 3차 진료기관까지 가서 치료하려는 욕구로 종합병원들은 언제나 만원이고, 급증한 해외 여행객들이 세계 각지로부터 반입하는 건강식품들이 홍수를 이루고, 계절마다 보양식품 소비를 위한 전국 각지로의 여행이 지방관광산업을 떠받치는 대들보 노릇을 한다. 한국인들은 과히 "건강염려증" 환자로 불릴만한 행태를 여과 없이 보여주고 있다. 그러나 이러한 개별 한국인들의 관심과 노력이 합해져 한국사회 전체가 건강에 대해 합리적이고 체계적으로 대비하는 모범적 사례가 되었는지 쉽게 단언할 수 없다.

한국인들이 건강을 챙기기 위해 동분서주하는 것은 이미 건강에 문제가 생겨 뒤늦게 급박한 대책을 세우려는 경우가 다반사이고 이 과정에서 엄청난 의료 과소비와 중복소비가 발생하는 것이 널리 알려진 사실이다. 계층, 지역, 세대를 막론하고 건강에 대해 과잉 집착하는 이면에 청소년들이 건전한 신체발달을 아예 유기한 상태에서 입시공부에 매달리고, 직장인들은 세계 최장수준의 노동시간도 모자라서 업무의 연장으로서 심야 음주에 시달리고, 무수한 노인들이 중요한 인생(신체)전환기의 건강관리 실패로 인해 온갖 성인병과 더불어 '유병(有病)장수'하는 현실이 전개되고 있다. 건강에 관련된 사후적 노력과 비용이 과다 소요되는 것은 건강을 상실한 당사자나 가족뿐 아니라 유용한 노동력과 공동체 성원을 상실하는 사회,

그리고 사회보장제도를 통해 이들을 공적으로 지원해야 하는 국가에게도 갖가지 부담을 안긴다. 최근 한국사회는 이러한 사후적 건강관리 비용의 급증으로 인해 개인과 국가가 모두 심각한 상황으로 치닫고 있다.

한 개인이 건강을 상실한 상황에서 이에 대처하기 위해 사후적으로 가족, 직장, 사회, 국가와 맺는 관계는 기본적으로 의존적일 수밖에 없으며 질병, 부상, 장애의 정도에 따라 주위에 심각한 부담을 초래할 수 있다. 물론 당사자가 포기하는 주체적이고 행복한 삶의 가치는 쉽게 계산이 되지도 않는다. "건강은 건강할 때 지켜야 한다"는 말은 개인, 가족, 국가 모두에 엄청난 중요성을 가진 금언이 아닐 수 없다. 건강할 때 건강을 스스로의 삶 속에서 능동적으로 지키기 위한 다양한 개인적·사회적·국가적 노력들을 묶어서 '건강을 위한 투자'(investment for health)라고 부를 수 있는데, 사실 이는 범세계적으로 새로운 보건정책의 패러다임으로 자리잡아 가고 있다.

세계보건기구(World Health Organization)는 이미 20여년 이전부터 세계인의 건강증진(health promotion)을 위한 기본 전략으로서 사회적·환경적 건강결정인자들에 대한 각국의 종합적·사전적 대처를 유도하는 노력을 기울여 왔으며, 이러한 노력은 곧바로 세계 각국에서 보건정책의 패러다임에 중요한 변화를 가져왔다. 이와 같은 움직임의 이면에는 세계 각지에서 이루어진 건강결정요인에 대한 체계적 분석들이 생물학적 요인들이나 의료서비스의 가용성보다 생활양식과 환경인자들이 훨씬 큰 영향을 미치고 있다는 공통적인 결론을 내린 사실이 있다. 이처럼 일관된 연구결과들은 선진 각국 및 국제적 건강관련 정책의 초점이 의료시스템의 확충·개선에서 건강관련 생활행태 및 사회·경제·환경적 조건들의 관리와 변화로 옮겨가게 하였으며 여러 나라에서 이와 관련된 국가의 사회적 투자가 본격화되었다.

건강결정요인으로서 생활양식 및 사회·경제·환경적 조건들의 압도적 중요성이 부각되고 이와 관련하여 국가의 건강정책을 전환함에 있어 정책파

트너로서 의료전문가 이외에 사회의 일상적 구성원들, 즉 개별 시민, 가족, 기업, 학교, 지역사회 등의 역할이 결정적 중요성을 갖게 되었다. 이러한 사회의 일상적 주체들은 일차적으로 국가 건강정책의 대상자이자 수혜자이지만, 이제 핵심적 건강정책 영역이 이 주체들의 구체적 활동과정이기 때문에 스스로 '건강정책의 능동적 수행자'로서 새롭게 자리매김하지 않을 수 없게 되었다. 건강관리가 더 이상(질병이 발생한 사후적 단계의) 의료전문가들의 특수한 활동영역이 아니라(사전적·사후적 단계를 포괄하여) 사회 주체들의 일상적 행동양식으로 통합되어야 함은 건강을 둘러싼 사회적 분업체계가 근본적으로 재편되고 건강의 의미가 '신체적 결과'로부터 '사회적 과정'으로 확장되는 것을 뜻한다. 다양한 사회주체들이 능동적으로 스스로의 건강증진에 참여하는 것은 그 결과로서 향상된 건강을 누림으로써 행복이 증진되지만 동시에 이들의 건강지향적 일상 자체가 개별적·사회적 건강성(건전성)을 구성하는 것이며 궁극적으로 건강증진은 사회의 '내장된 속성'(built-in quality)이 되는 것이다. 이런 맥락에서 국가의 건강투자는 사회의 여러 집단들이 '능동적 건강주체'(active health subject)로 거듭나게 지원하고 유도하는 노력을 핵심으로 하여야 한다. 국가는 이러한 능동적 건강주체로서의 사회집단들을 개별적으로 지원할 뿐 아니라 이들 사이의 유기적 협업과 상조가 가능하도록 '종합적 건강통할'(comprehensive health governance) 체계를 마련하여야 할 것이다.

건강증진을 위한 국가정책 및 사회체계의 이러한 전환은 최근 한국을 비롯한 여러 선진산업사회들에서 사회정책 일반의 기조를 구제·분배 중심에서 예방·참여의 성격을 강화시켜 나가고 있는 추세와 이념적·시기적 정합성을 갖는다. 가장 종합적이고 적극적인 복지국가로 간주되는 스칸디나비아 사회들에서 오래 전부터 공격적 노동시장 정책을 펼침으로써 생활환경뿐 아니라 생산체제로부터 낙오되는 인구를 최소화시켜 왔으며, 영국같은 비교적 자유방임적 복지국가에서도 1990년대 이후 "사회투자국가"(social

investment state)의 구호 아래 시민들의 “고용가능성”(employability)을 증진시키기 위한 교육·훈련 투자를 확대하여 실업과 빈곤에 사전적으로 대처하려 노력해 왔으며, 근자에는 통합유럽, 즉 유럽연합(European Union) 차원에서 사회투자 패러다임이 심도 있게 논의 중이다. 그리고 최근 한국에서도 뒤늦게나마 확대시켜온 사후보장적 소득·노동·건강 프로그램에 시민들의 복지주체로서의 능동성과 참여성을 강화시키려는 문제의식을 이른바 “능동적 복지” 정책으로서 표명하게 되었다. 유럽부터 한국까지 포괄하는 사회정책의 이러한 기조 전환은 우선 실업 예방·보호를 위시한 노동정책에 초점이 모아진 것이지만, 사실 작금의 한국적 사회상황에서는 건강정책과 관련한 함의가 못지않게 지대하다.

예컨대, 국제적 비교대상이 없을 정도의 심각한 저출산·고령화 추세를 겪고 있는 한국사회에서 노령인구의 건강증진과 산모·영유아 건강보호는 당사자들의 개인적 행복뿐 아니라 경제와 사회의 지속가능한 발전을 위한 결정적 조건이 아닐 수 없다. 이 인구(사회)집단들의 건강증진과 관련하여, 병약자에 대한 사후 관리의 차원에서 거둘 수 있는 효과는 극히 제한적이다. 이들은 예외 없이 스스로와 주변 인적환경, 국가 사이의 긴밀한 공조를 바탕으로 세심하고 체계적인 건강관리를 ‘생활양식’으로서 해나가지 않으면 쉽게 건강을 해칠 수 있는 집단이다. 그리고 이들의 건강은 갈수록 희소해질 청년 노동력의 질 관리와 가속적으로 늘어나는 노령인구의 사회·경제적 자원화를 위한 핵심적 조건이기 때문에, 이들이 참여하는 능동적 복지로서의 건강투자는 경제적 차원에서도 매우 능동적인 정책이 되는 것이다. 한국사회는 비단 노령인구와 산모·영유아 집단뿐 아니라 세대별 노동자들의 건강에 대한 사회투자를 획기적으로 확대하고 이 과정에 노동자들 자신이 적극적으로 참여할 수 있도록 배려하는 고용관행이 시급해 확립되어야 한다. 한국 노동자들은 직업 숙련도의 정점에서 건강을 갑자기 상실하는 비율이 너무 높고 심지어 과로사와 돌연사가 흔한 실정이

기에 이를 바로잡기 위한 사회투자적 건강정책이 능동적 복지의 일환으로 추진되어야 할 것이다. 아울러 경제·사회적 세계화와 생활양식의 격변에 맞물려 급증하고 있는 외국인 노동자·신부, 도시 독거자 인구 등에 대한 건강보호 대책이 사회투자적 차원에서 시급히 확립되어야 한다.

이상에서 지적한대로 건강투자는 능동적 복지의 핵심적 구성요소로서 중요성이 분명하지만, 한국의 구체적인 정치·사회적 맥락에서 능동적 복지 자체에 대한 우려와 의심이 시선이 있는 것도 사실이다. 특히 이러한 문제의식이 복지에 대한 국가기여 자체를 약화시키게 되지 않을까 하는 우려가 시민단체들을 중심으로 표명되고 있다. 그러나 별도의 정치적 저의가 없는 한 복지체제에서 능동성과 참여성의 강화가 반드시 공공복지의 축소를 초래할 이유는 없을 것이다. 그리고 나중에 설명할 한국적 상황의 여러 요인들이 능동적이고 참여적인 복지체제의 시급한 확립을 요구하고 있기도 하다. 사실, 능동적 복지는 아직 새 정부 복지정책의 대원칙 혹은 총괄기조를 표명한 단계 정도에 있는 것이기 때문에 앞으로 이와 관련해 사회복지의 보편화와 심화가 이루어질지 사회복지가 일종의 구조조정이나 거치게 될지는 관련 주체들의 치열한 상호작용에 의해 결정될 소지가 크다.

그동안 건강에 대한 사회적 지출이 국가 차원에서 급증한 것은 물론이고 개인(가족) 차원에서 폭증해 왔기 때문에, 사회투자적 건강정책의 추진은 가족 차원의 부담을 원천적으로 줄여주기 위한 핵심적 조건이다. 그동안 가족 차원에서 이루어진 건강 관련 지출은 대부분 (건강 상실에 따른) 사후적 치료비로 구성되었으며, 예방적 차원의 지출(투자)도 부정확한 정보의 영향과 공적 지원체계의 결여로 낭비가 많았다고 볼 수 있다. 가족도 참여하지만 국가가 종합적으로 조정·관리하는 건강 관련 사회투자 정책은 예방성과 체계성을 바탕으로 사회적 자원 낭비를 줄이고 시민의 삶의 질을 제고하는 데 필요불가결함을 이미 국제사회가 함께 인정하고 있다.

제2절 건강투자 패러다임: 세계적 추세와 한국적 수용

1974년 캐나다에서는 "A New Perspective on the Health of Canadians"(일명 "Lalonde Report")라는 연구보고서가 발표되어 시민 건강의 획기적 증진이 기존의 생각처럼 생물학적 요인 및 이에 대한 의료서비스에 의해 좌우되기보다는 시민 일상생활의 불건전한 행태 및 환경에 대한 적극적 개선노력에 달려있다는 결론이 내려졌다(보건복지부, 2007b). 이를 필두로 세계 각지에서 이루어진 건강결정요인에 대한 체계적 연구들이 생물학적 변수들이나 의료서비스의 가용성보다는 생활양식과 환경인자들이 훨씬 중대한 영향을 미친다는 결론을 잇달아 내놓기 시작했다. 예컨대, 1989년에는 미국의 질병관리본부(Center for Disease Control)가 75세 이하 성인들의 주요 사망요인들을 분석하여, 이 가운데 생활양식(lifestyles)이 51%라는 압도적 중요성을 가진 사망요인이라고 발표하였다(보건복지부, 2007b). 그 외 환경인자(environmental exposure)가 20%, 유전요인(genetic makeup)이 19%, 의료서비스(health care)가 10%의 중요성을 나타냈다. 2004년에는 미국 위스콘신(Wisconsin)주를 대상으로 한 페퍼드 외(Peppard, et al.)의 연구에서 건강관련 생활행태 및 사회·경제적 요인이 각각 40%의 중요성을 갖고 시민들의 건강수준을 거의 전부 결정하며, 보건의료 접근성과 물리적 환경이 각각 10%의 중요성을 보였다(보건복지부, 2007b).[6)]

건강에 관련된 생활행태 및 사회·경제적 요인의 중요성을 드러낸 이러한 종합적 연구결과들과 함께 시민 건강이 경제발전에 미치는 중대한 영향에 관한 체계적 연구결과들이 속속 발표되었다. 2001년 미국의 국가경

6) 여기에서 건강관련 생활행태는 흡연, 임신 중 흡연, 신체적 비활동, 과체중 및 비만, 과일·채소 저섭취, 폭음, 10대 출산율, 성적 전염병, 화재, 교통사고를 포함한 것이며, 사회·경제적 요인은 고등학교 졸업률, 가계빈곤수준, 이혼율을 반영하며, 보건의료접근성은 의료보험 가입여부, 보건의료 요구에 대한 접근성, 최근 치과방문 여부, 최근 혈압점검 여부를 포함하며, 물리적 환경은 유해 독성 요소들에 대한 노출을 반영한 것이다.

제연구국(National Bureau of Economic Research)에서 발표된 국가단위 경제성장 요인에 관한 연구보고서는 건강의 국민경제적 효과에 대해 획기적인 분석결과를 제시하였다(Bloom, Canning, and Sevilla, 2001). 이 연구는 건강증진으로 기대수명이 1년 증가하면 국내총생산(GDP)이 무려 4% 증가하는데, 이는 시민 건강이 직접적으로는 노동생산성 향상을 통해 간접적으로는 생애저축 및 교육투자 증대를 통해 경제성장에 엄청난 영향을 미치기 때문이라는 것이다. 이보다 한 해 앞서 2000년에 세계보건기구(WHO)는 "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development"라는 제하의 보고서를 통해 국민건강이 국가발전의 핵심적 목표이지만 동시에 빈곤퇴치 등 국가발전의 여타 주요 목표들을 달성하는 데 중요한 수단이라고 강조했다(Sachs, 2000). 국민건강의 장기적 경제성장에 대한 효과는 기존 통념보다 훨씬 강하며, 역으로 사하라이남 아프리카 지역과 같은 저소득지역에서는(AIDS 등) 질병 부담이 경제발전의 중대 장벽이라는 지적이 이루어졌다. 5년 후 유럽연합(European Union)은 "The Contribution of Health to the Economy in the European Union"이라는 제하의 공식보고서를 통해 회원국들 사이의 경제력 차이에 맞물린 국민 건강수준의 차이는 다시 경제력 차이를 심화시킬 것이라는 우려를 표명하였다(Suhrcke, Mckee, Arce, Tsolova, and Mortensen, 2005). 이 보고서는 취약한 건강이 임금(소득) 감소, 노동시간 손실 및 노동시장에서의 조기 퇴출, 교육효과 및 교육기대의 저하, 저축 감소 등 일련의 부정적 결과들을 초래하며, 궁극적으로 국가경제 전체의 발전을 지체시킨다고 지적하였다.

자체로도 국가발전의 핵심 목표인 건강이 경제발전에 지대한 영향을 미치며, 다시 건강은 시민생활의 양식 및 사회·경제적 조건들에 의해 주로 결정된다는 범세계적 연구결과들은 선진 각국 및 국제적 건강관련 정책의 기본방향에 중대한 수정을 초래하였다. 즉, 건강정책의 초점이 의료시스템의 확충·개선에서 건강 관련 생활행태 및 사회·경제·환경적 조건들의 관

리와 변화로 옮겨갔으며, 이와 관련된 국가의 사회적 투자가 본격화되기 시작했다. 범세계적인 “건강투자”의 시대가 전개되기 시작한 것이다.

사실, 세계보건기구(WHO)는 이미 20여년 이전부터 세계인의 건강증진(health promotion)을 위한 기본 전략으로 사회적·환경적 건강결정인자들에 대한 각국의 종합적·사전적 대처를 유도하는 노력을 기울여 왔다. 구체적으로 1986년 오타와에서 제1차 세계건강증진대회를 열어 기본 헌장을 발표한 이후, 1998년 제2차 대회의 아델레이드 권고, 1991년 제3차 대회의 선즈볼 성명, 1997년 제4차 대회의 자카르타 선언, 2000년 제5차 대회의 세계 보건부장관 공동성명을 거쳐, 2005년 제6차 대회에서 방콕헌장을 제정하여 건강증진을 위한 적극적인 사회적 투자를 중심으로 한 공동의 기본전략을 공포하였다(보건복지부, 2007f). 이러한 국제적 합의는 곧바로 세계 각국에서 보건정책의 패러다임에 중요한 변화를 가져왔다.

1986년의 오타와 헌장(“Ottawa Charter for Health Promotion″)은 건강증진(health promotion)이 “사람들이 건강에 대한 스스로의 관리능력을 높이고, 자신의 건강을 향상시킬 수 있도록 하는 과정”이라고 정의하고 건강의 사회적 전제조건들로 평화유지, 주거안정, 교육이수, 식량확보, 소득지지, 생태계 안정, 자원의 지속가능성, 사회정의와 형평 등을 들었다. 건강증진을 위한 구체적 행위수단들(action means)로 (1) 건강을 국가적으로 중시하고 이를 위해 다양한 국가기관들이 긴밀히 협조하도록 만드는 내용의 ″건전한 공공정책의 수립″(build healthy public policy), (2) 건강과 밀접한 관련이 있는 사회생태적 환경을 잘 관리하고, 일상생활, 생산노동, 여가활동을 친건강적으로 영위하고, 기술, 노동, 에너지, 도시화 등이 건강에 미치는 영향을 철저히 확인하는 내용의 ″지원적 환경의 조성“(create supportive environments), (3) 건강증진과 관련한 우선순위 배정, 의사결정, 기획 및 실행 등에 있어서 지역공동체의 능동성을 제고하고, 지역자원 활용을 통해 자립적이고 유연한 건강증진을 도모하고, 이를 위해 정보, 학습기회,

재정을 지원하는 내용의 "지역공동체 활동의 강화"(strengthen community actions), (4) 학교, 가정, 직장, 지역공동체의 환경에서 교육적, 전문적(의료적), 상업적, 자발적 조직들의 협력을 바탕으로 개개인의 건강에 대한 정보, 지식, 대응능력을 향상시키는 내용의 "개개인의 기술 개발"(develop personal skills), (5) 의료부문이 환자에 대한 임상·치료 기능을 넘어 일반적 건강증진에 대한 기여를 강화하며, 이를 위해 시민들과 지역사회의 건강생활을 위한 욕구를 긴밀히 파악하고 사회적·정치적·경제적·물리적 요소들과의 소통을 강화하는 내용의 "의료서비스의 재조정"(reorient health service), (6) 건강은 시민들이 일상생활을 영위하는 공간에서 만들어지고 살아진다는 인식하에 삶에 대한 적절한 결정과 통제를 통해 스스로의 건강과 공동체 전체의 건강이 함께 성취되도록 만드는 내용의 "미래로의 지향"(moving into the future) 등을 거론했다.

1988년의 아델레이드 권고문("Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy"은 오타와 헌장의 행위수단의 하나였던 "건전한 공공정책의 수립"에 초점을 맞추어, 건강증진이 보건정책을 넘어 경제정책 및 사회정책 전반과 긴밀한 연계 속에 추진되어야 하며, 여성건강, 식품과 영양, 담배와 술, 건강지원환경을 공공정책 수립의 4대 우선순위로 해야 한다고 결정했다. 1991년의 선즈볼 설명("Sundsvall Statement on Supportive Environments")은 건강지원환경 창출을 위해 지역사회 활동을 통한 건강옹호 강화, 지역사회 및 개인의 능동성 강화, 건강지원환경을 위한 사회연대 창출, 이해갈등에 대한 중재촉진 등을 강조하였다. 1997년의 자카르타 선언("Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century")에서는 건강과 세계화의 관계가 쟁점이 되었으며, 건강증진을 위해 "건강에 대한 사회적 책임성 증대", "건강증진을 위한 투자 확대", "건강을 위한 동반자관계의 확립과 확대", "지역사회의 능력 강화 및 개인의 권한 강화", "건강증진을 사회기반 확보"를 집중적으로 추진해야 한다고 결정했다. 2000년

멕시코 장관 공동성명(“Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action”)은 86개국 보건부장관 혹은 대표가 서명한 것으로 건강증진 전략을 각 국가 및 지역의 공공정책에 명시적으로 포함시킴으로써 얻어지는 성과를 관찰하기 위한 국가 수준의 계획을 입안할 것이 촉구되었다.

2005년의 방콕 헌장(“Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World”)은 “달성 가능한 최고 수준의 건강을 누리는 것이 모든 인류의 차별 없는 기본적 권리의 하나”라는 국제연합(UN)의 인식에 입각하여, 건강증진이 이러한 핵심적 인권을 보장하는 노력으로서 사람들로 하여금 자신의 건강과 건강결정인자들에 대한 통제력을 강화시켜 스스로 건강수준을 향상시키는 것이 가능토록 하는 과정이라고 천명했다. 방콕 회의에서는 국가 내부 및 국가들 사이의 불평등 심화, 새로운 유형의 소비와 커뮤니케이션, 상업화, 지구 환경변화, 도시화 등이 오늘날 건강에 결정적 영향을 미치고 있다고 지적되었다. 이와 관련하여 건강증진이 세계 발전의제의 핵심사안으로서, 각국 정부의 핵심적 책임으로서, 지역공동체와 시민사회의 중심 관심사로서, 기업경영의 필수조건으로서 설정되어야 한다고 강조함으로써 건강증진에 대한 제반 주체들의 책무와 역할을 분명히 했다. 이러한 주체들의 참여하에 건강증진은 강력한 정치적 행동, 폭넓은 참여, 그리고 지속적인 옹호의 대상이 되어야 한다고 지적되었다. 구체적으로, 모든 부문과 환경에서 (1) 인권과 연대에 기초하여 건강을 옹호(advocate)하고, (2) 건강 결정인자들에 대처하기 위해 지속가능한 정책, 활동, 하부구조에 투자(invest)하고, (3) 정책개발, 지도력, 건강증진 수행, 지식전달과 연구, 건강지력(health literacy)을 위한 역량을 함량(build capacity)하고, (4) 모든 사람을 대상으로 위해로부터의 철저한 보호 및 건강과 웰빙을 위한 평등한 기회 보장을 위해 규제하고 입법(regulate and legislate)하며, (5) 지속가능한 행동을 도출하기 위해 공적, 사적, 비정부적, 국제적 조직들 및

시민사회와의 동반관계 및 동맹(partner and build alliances)을 구축하여야 한다고 제시했다.

이상에서처럼 세계보건기구를 중심으로 일련의 세계적 회합들에서 모든 세계인의 건강과 관련한 문제 재인식, 사회·경제·환경적 건강결정인자에 대한 이해 강화, 건강증진을 위한 다부문적·다차원적 협력체계의 확립 등이 활발히 논의되어 왔으나, 이러한 논의를 체계적인 실천 프로그램으로 구체화하는 것은 유럽지역이 선도했다. 유럽의 건강투자(Investment for Health, or IFH) 전략은 "건강에 관한 대상집단의 건강행태와 동시에 사회경제적 여건(사회적 건강결정요인)의 영향을 중요시 하고, 대상집단의 건강증진을 위한 투자가 결과적으로 사회·경제 개발의 중요한 목표 달성에 기여할 수 있는 선택이 되도록 사회·경제 개발과 통합해서 부문 간 협력에 중점을 둔 사례"(이명순, 2007: 96)이다. 구체적으로, 이 전략은 의료, 사회서비스, 교육, 환경 및 경제·사회 발전 등의 분야를 포괄하여야 하며, 공적·사적 선도집단, 언론, 비정부기구 및 사회통합, 사회정의, 인권에 중요성을 갖는 모든 제도적 장치들이 관여해야 한다. 유럽지역 전문가들은 이러한 문제의식들을 체계적으로 정리해 "국가수준에서의 건강투자를 실시하기 전 갖추어야 할 조건 등에 관한 표준 제시로, 국가 또는 광역·지역 수준에서 건강투자 전 역량을 검토하는 평가도구"(이명순, 2007: 97)로서 이른바 베로나 벤치마크(Verona Benchmark)를 제시한다. 베로나 벤치마크는 (1) 건강에 관한 높은 우선순위(high priority for health) (2) 사회자본(social capital) (3) 일반시민들의 참여(public engagement) (4) 책임 있는 실행가능성(accountability) (5) 지속적인 정책의지(sustained policy committment) (6) 투자과정(the investment process) (7) 모니터링 체계(monitoring)를 구성요소로 한다. 건강투자에 관한 이러한 평가도구는 실제 스웨덴, 슬로베니아, 스코틀랜드, 웨일즈 등 유럽 각지에서의 시범사업을 통해 적용되었으며, 이제 IFH는 유럽 전역의 공동 건강증진 사업(전략)으로 자리 잡았다(이명

순, 2007: 98).

국내에서도 건강에 관련된 생활행태 및 사회·경제적 요인의 중요성을 지적하는 연구결과들은 주기적으로 발표되고 있으며, 아울러 시민건강 증진이 경제발전에 미치는 긍정적 효과에 관한 연구결과들도 잇달아 발표되고 있다. 예를 들어, 한국보건사회연구원 주관으로 이루어진 정영호 외(2005)의 연구는 흡연, 음주, 운동, 영양, 비만(과체중 포함) 고콜레스테롤, 고혈압, 대기오염 등의 위험요인이 전체 질병비용에서 차지하고 있는 기여도를 정리하여 제시함으로써 일상생활의 행태 및 환경이 한국인들의 건강결정인자로서 차지하는 막대한 중요성을 명료하게 보여주고 있다. 시민건강이 경제발전에 미치는 영향과 관련하여, 조창익·임재영(2006)은 경제성장모형을 이용하여 한국에서 공공보건정책 사업에 대한 투자가 시민들의 건강수준을 향상시켜 의료비 절감 및 생산성손실 감소를 통해 경제성장을 촉진시킨다는 실증적 연구결과를 발표한 바 있다. 보다 명시적으로 사회투자의 경제성장 효과를 논의한 사례를 들면, 우천식·이진면(2007)은 건강증진 관련 투자를 교육 향상을 위한 투자, 적극적 노동시장 정책, 저출산 대책 등과 함께 대표적 사회투자 영역으로 정리하고 저성장·양극화 및 저출산·고령화 시대의 한국적 맥락에서 사회투자가 경제발전 동력의 유지 및 발굴을 위해 결정적인 중요성을 갖고 있다고 설명한다.

이러한 연구결과들과 맥을 같이 하여 사회투자적 관점의 건강증진은 한국에서도 이미 정부의 공식적 건강정책으로서 확인되고 있다. 특히 그동안 치료 중심의 보건의료체계에 따른 사전예방적 건강 서비스 부족, 통합적 건강증진 추진 체계 없이 분절적으로 이루어지는 관련 사업들의 비효율성, (개인적·사회적 의료비 지출 급증, 노인인구 급증, 노동인구 감소 우려 등) 사회환경의 심각한 변화들에 대한 대응노력의 시급성 등이 건강투자 전략의 당위성을 뒷받침하고 있다. 특히 국정의 경제정책 중심 기조를 반영하여 건강투자가 경제활동을 위한 인적자본의 질 관리에 결정적인

중요성을 갖고 있음이 강조되는데, 이러한 관점에서 “건강은 삶의 질을 향상시키고 소득 증가를 유도하는 자본재로서 국가 성장전략을 위해 건강증진에 대한 사회투자[가] 필요”하다는 주장까지 개진된다(보건복지부, 2007a: 8).

건강투자에 대한 한국 정부의 이러한 문제의식은 여러 측면에서 한국사회가 직면한 특별한 변화와 난관들을 극복하고자 하는 의지를 반영하지만, 전체적으로 보아 선·후진국들을 포괄한 국제 보건계가 문제를 제기하고 유럽지역에서 선도적으로 실천방안을 마련하는 과정에서 공유된 건강투자에 대한 입장이 거의 그대로 받아들여지고 있다. 예컨대, 방콕 헌장에서 국제사회의 합의로 제기된 건강증진의 목적(“사람들로 하여금 스스로 건강과 건강결정요인에 대한 관리능력을 향상시켜서 결과적으로 스스로 건강을 향상시키는 것을 가능하게 한다”)과 건강증진의 기본 전략(“건강의 중요성을 옹호하겠습니다”, “건강을 위하여 투자하겠습니다”, “건강증진을 위한 역량을 강화하겠습니다”, “법규를 제정하고 규제하겠습니다”, “동반자관계를 형성하고 연대를 구축하겠습니다”)이 수정 없이 건강투자를 위한 한국 정부의 기본 입장으로서 대국민 ‘설명자료’에 제시되어 있다(보건복지부, 2007e). 그리고 유럽지역에서 제시된 건강투자(″Investment for Health″)의 실천 원칙들과 평가도구가 한국의 건강투자에 대한 모형으로서 꾸준히 검토·논의되고 있다.

그러나 한국 정부가 상정하는 건강투자의 정책영역과 추진과제는 한국의 구체적인 사회·인구적 및 경제적 여건과 기존 보건의료정책의 기조에 관련되어 아직은 제한적이고 소극적인 양상을 띠고 있다. 건강투자의 주요 영역으로는 “건강을 위한 생활행태 개선 및 실천”, “질병을 조기에 발견하고 적절하게 관리”, “건강증진을 위한 인프라 확충”, “건강을 위한 사회환경 조성”이 제시되어 있다(보건복지부, 2007e: 62). 건강투자의 주요 추진과제는 생애주기별로 분류되어 있는데, 아동·청소년을 위해 “아동·청

소년 건강증진을 위한 국가적 지원체계 강화", "임신·출산 Total Care", "영유아 건강관리를 위한 비용지원 확대", "취약계층 아동에 대한 건강투자 강화"가 제시되어 있고, 청장년(노동인구)을 위해 "지역산업보건센터 확충 지원", "만성질환 등록·관리모형 도입", "건강검진 확대", "지역사회 기반의 운동 프로그램 개발"이 제시되어 있고, 노년층을 위해 "노인 운동·영양지원 프로그램 강화", "질병관리부담 경감 및 취약계층 지원 대책", "일상생활 수행능력 향상 및 장애방지 대책"이 제시되어 있다.

이러한 정책영역들과 추진과제들은 하나하나가 결코 간단치 않은 것들이고 한국사회의 구체적 정책현안으로서 중요성이 큰 것들이지만, 전체적으로 하나의 통합된 건강투자 체계를 구성한다고 보기는 어렵다. 특히 다양한 사회주체들을 건강정책 대상으로서뿐 아니라 건강투자의 능동적 참여자로서 동원하고 이들과 유기적인 협력체계를 확립하는 일과 건강결정요인으로서 사회·경제적 환경의 변화를 체계적으로 유도하는 일이 여전히 숙제로 남아 있는데(이명순, 2007: 94-95), 사실 이러한 일들은 국제사회의 관점에서 볼 때 건강투자 패러다임의 핵심을 구성하는 것이다. 바로 이러한 한계의 극복이 새 정부 들어 능동적 복지체계의 일환으로서 건강투자가 재정립되기 위해 반드시 이루어져야 할 과업이다.

제3절 건강투자와 교육투자의 비교

20세기 후반에 들어 여러 선진산업국들은 사회정책 일반의 기조를 구제·분배 중심에서 예방·참여의 성격을 강화시켜 나가기 시작했다. 가장 종합적이고 적극적인 복지국가로 간주되는 스칸디나비아 사회들, 특히 스웨덴은 오래 전부터 공격적 노동시장 정책을 펼침으로써 생활환경뿐 아니라 생산체제로부터 낙오되는 인구를 최소화시켜 왔다. 영국같은 비교적 자유방임적 복지국가에서도 1990년대 이후 "긍정적 복지"(positive welfare) 구

호 아래 시민들의 “고용가능성”(employability)을 증진시키기 위한 교육·훈련 투자를 확대하여 실업과 빈곤에 사전적으로 대처하려 노력해 왔다. 근자에는 통합유럽, 즉 유럽연합(European Union) 차원에서 마찬가지의 노력을 펼치는 방안을 심도 있게 논의 중이다. 그리고 한국의 새 정부도 뒤늦게나마 확대시켜온 사후보장적 소득·노동·건강 프로그램에 시민들의 복지주체로서의 능동성과 참여성을 강화시키려는 문제의식을 이른바 “능동적 복지”(active welfare) 정책으로서 표명하게 되었다. 유럽부터 한국까지 포괄하는 사회정책의 이러한 기조 전환은 우선 실업 예방·보호를 위시한 노동정책에 초점이 모아진 것이지만, 사실 작금의 한국적 사회상황에서는 건강정책과 관련한 함의가 못지않게 지대하다.

능동적 복지를 국가가 모든 시민이 사회·경제적 활동의 주류에 충분히 참여할 수 있는 조건을 마련해 주는 것이라고 보면 이는 기든스(Anthony Giddens)가 주장하는 “긍정적 복지”에 상당히 부합되며, 능동적 복지국가는 기든스가 제기하는 “사회투자국가”(social investment state)의 성격을 핵심적으로 띠게 된다. 이와 관련한 기든스의 중심적 주장은 그의 저서 The Third Way(1998)에 명시적으로 정리되어 있다.[7)]

> 비버리지가 1942년에 그의 『사회보험과 연합서비스에 관한 보고서』를 썼을 때, 그는 널리 알려진 것처럼 궁핍, 질병, 무지, 불결, 나태에 대한 전쟁을 선포했다. 다시 말해, 그의 초점은 거의 전부 부정적이었다. 오늘날 우리는 정부뿐 아니라 개인들 자신과 다른 주체들이 기여할 수 있는, 그리고 복지 창출에 기능적인 긍정적 복지를 생각해야 한다(Giddens, 1998:117).

---

7) 기든스는 The Third Way and Its Critics (2000)라는 저서에서 “제3의 길” 노선에 대한 여러 비판에 관해 그의 입장을 명시적으로 개진하였다. 기든스의 사회투자국가론을 한국의 맥락에서 수용하기 위한 논의로 임채원(2007), [사회투자국가: 미래한국의 새로운 길] 참조.

> 지침은 경제적 생존을 위한 직접적 지원이 아니라 가능하면 언제든지 인적 자본에 대한 투자이다. 우리는 복지국가의 자리에 긍정적 복지사회에 작동하는 사회투자국가를 대체해야 한다(Giddens, 1998:117).

그런데 기든스가 긍정적 복지의 추진주체로서 "사회투자국가"(social investment state)를 제시할 때, 그의 문제의식은 인적자본 형성과 향상을 위한 (노동정책으로서의) 교육투자에 집중되어 있다. 그의 판단에 따르면,

> 재분배가 사회민주주의의 의제에서 사라져서는 안된다. 그러나 사민주의자들의 최근 논의는 매우 적절히 '가능성의 재분배'로 강조점을 옮겼다. 가능한 한 인간의 잠재력 개발이 '사후' 재분배를 대체해야 한다(Giddens, 1998:100-101).
>
> 교육과 훈련이 사민주의 정치가들의 새로운 노래가 되었다. 널리 알려졌듯이 토니 블레어는 정부에 있어 그의 세 가지 우선 사안을 '교육, 교육, 교육'으로 설명했다. 대다수 산업국가들에서, 특히 빈곤집단들과 관련해서는, 향상된 교육수준과 기술훈련의 필요성이 분명하다. 어떤 사회에서나 잘 교육받은 인구가 바람직하다는 점을 누가 부정할 수 있는가? 교육에의 투자는 오늘날 정부의 필수이며, '가능성의 재분배'를 위한 기초이다(Giddens, 1998:109).

그동안 사회학, 미시경제학 등에서 인적자본의 핵심요소로서 교육, 훈련, 경험(경력)뿐 아니라 건강도 매우 중요하게 거론해 왔다. 사실 건강은 그 자체로서 노동력의 질과 양을 좌우할 뿐 아니라 교육·훈련의 습득능력과 기대효과에까지 영향을 미치는 경제적 변수이다. 앞서 소개한 미국 국가경제연구국(National Bureau of Economic Research)의 국가단위 경제성장 요인에 관한 연구보고서는 기존의 경제성장 생산함수모형에 인적자본

(human capital)의 두 핵심요소인 '취업경험'(work experience)과 '건강'(health)를 추가하여 분석하였는데, 시민 건강이 직·간접적 경로를 통해 경제성장에 중대한 영향을 미치는 데 반해, 교육(여기에서는 취업경험)은 개인 차원의 소득효과를 차치한 국가 차원의 경제성장 촉진 효과가 분명하지 않았다(Bloom, Canning, and Sevilla, 2001). 적어도 이 연구결과에 따르면 사회투자국가의 핵심적 정책영역으로서 건강이 교육에 못지않게 중요하다고 볼 수 있다.

사실 심신의 건강은 교육(지식수준)과 마찬가지로 개인의 고용가능성 및 거시경제적 성장을 결정할 뿐 아니라 고용증대가 수반되는 사회통합적 경제발전을 위한 기본 조건이고, (아래에 자세히 논의하겠지만) 고령화시대에 생애주기의 발전적 재편을 위한 관건이고, 나아가 그 자체가 사회발전의 핵심 목표라는 공통점을 갖고 있다. 따라서 능동적 복지의 목표이자 수단으로서 혹은 사회투자국가의 중심적 정책영역으로서 건강과 교육을 동일하게 접근할 수 있다. 비록 이처럼 구체적이지는 않지만 기든스 역시 건강보호(health care)를 긍정적 복지의 요소로 명시적으로 지적한 것은 사실이다(Giddens, 1998: 109). 그리고 위에서 소개한 국제적 건강증진 활동들 및 관련 조직·제도들의 기본 입장도 건강이(긍정적 복지와 궤를 같이 하는) 사회투자의 핵심적 대상이라는 것이며, 마찬가지 입장이 한국의 보건정책당국에 의해 견지되고 있다.

이상에서 지적한대로 건강투자는 능동적 복지의 핵심적 구성요소로서 중요성이 분명하지만, 한국의 구체적인 정치·사회적 맥락에서 능동적 복지 자체에 대한 우려와 의심이 시선이 있는 것도 사실이다. 그러나 별도의 정치적 저의가 없는 한 복지체제에서 능동성과 참여성의 강화가 반드시 공공복지의 축소를 초래할 이유는 없는 것 같다. 아울러 그동안 대다수 사회복지제도들이 내부의 '사회적 형성'(social construction) 과정이 결여된 채 외국모형들을 관료주도적으로 적용시키는 방식으로 확립된 역사

적 현실을 감안할 때, 복지주체로서 시민들의 능동성과 참여성을 강화하는 것은 복지체제의 민주화, 최적화, 효율화를 위해서도 매우 요긴한 과제이다. 또한 시간이 갈수록 사회복지의 목표가 제한적 범위의 빈곤과 질병으로부터의 구제에서 보편적 삶의 질의 향상으로 옮겨가기 때문에, 삶의 질의 구체적 구성요소 확정에서부터 관련된 복지 혜택·서비스의 실현에 이르기까지 시민들의 참여성과 능동성을 획기적으로 제고하는 노력이 필요불가결하다. 덧붙여, 지난 세기말의 경제위기 및 위기극복 과정에서 빈곤층뿐 아니라 중산층의 상당수가 주류적 경제활동에서 탈락하고(정규직) 고용에 수반되었던 여러 사회보장 혜택까지 잃게 된 '사회배제적 경제질서'가 확산되어 온 현실을 감안할 때, 이들을 다시 경제·사회적으로 통합하는 노력의 일환으로 사회정책에서 참여성과 능동성을 강화할 필요도 있다. 이러한 필요성들은 특히 건강정책과 관련하여 명확하다고 할 수 있으며, 이 점은 한국보다 훨씬 진보적인 사회정책 기조를 유지해 온 서유럽 각국에서도 사회주체들의 능동성과 참여성을 골간으로 하는 건강투자 정책을 적극적으로 추진하고 있다는 사실에 의해 현실적으로 뒷받침된다.

제4절 건강투자와 국가-가족의 관계

기든스가 가능성의 재분배를 기하기 위해 교육·훈련에 대한 국가의 공적 투자를 강조하지만, 세계 최고의 국민 교육수준과 이를 바탕으로 한 경제적 국가경쟁력을 자랑하는 나라들의 상당수가 그러한 사회투자국가의 존재 없이도 굴러가고 있다. 후자 사례는 특히 세계경제를 선도하는 일본을 필두로 하여 한국, 대만, 홍콩, 싱가포르 등 신흥산업국들, 최근에는 중국, 베트남 등 탈사회주의 개혁경제들을 포함한 동아시아 각국에서 발견된다. 흔히 유교문화권으로 묶이기도 하는 이들 사회는 이른바 '추격발전'(catch-up development)을 위해 한편으로 국가가 적극적인 경제적 동원·

지휘 기능을 맡았지만, 다른 한편으로 시민들이 주로 가족을 단위로 하여 사회·경제적 자원을 교육과 훈련에 집중 투입함으로써 인적자본(human capital)에 기초한 급속한 산업화를 일구어 낸 것으로 평가받는다. 이들 사회에서는 사회투자국가보다는 "사회투자가족"(장경섭, 2002)이 기든스가 희구하는 것과 같은 사회적 상황을 만들어냈다고 볼 수 있다.

이 가운데 한국의 사례가 특히 두드러져, 최근에는 아예 거의 모든 청소년인구가 대부분 가족의 지원으로(국가의 보조가 미약해서 학생 납입금에 대한 재정 의존도가 절대적인) 대학들에 진학하고 있다. 한국은 교육에 관련해 사비 지출의 공적 지출에 대한 비율이 세계에서 가장 높은 나라인데, 경제협력개발기구(OECD) 조사에 따르면 국가경제위기 직전이었던 1990~1995년 기간에 고등교육비의 사적 부담 비율이 무려 80%를 넘나들었고 이는 2위인 일본의 50~60%보다 월등히 높은 것이었다([한겨레], 1998/11/25). 경제위기 직후 빈곤층을 중심으로 자녀에 대한 교육투자가 일시 둔화되었으나, 대외개방적·기술집약적 경제회복 과정에서 청년들의 학력경쟁이 더욱 심화되면서 사적 교육비 지출이 더욱 늘어나고 있다. 또한 "기러기 가족" 현상으로 대변되듯이 국내 교육체계의 과잉경쟁성·비효율성·비민주성을 피해 자녀를 좀 더 낳은 여건에서 교육시키기 위한 일종의 '교육이산(離散)'(educational diaspora) 현상까지 전개되고 있다.

한국인들의 가족이 국가의 미흡한 공적 기능을 대체하는 것은 비단 교육문제뿐 아니라 사회·경제적 정책영역 전반에 걸친 현상이다. 다만 교육처럼 사전적 사회투자의 성격이 강한 활동보다는 사후적인 '사회안전망'(social safety net)으로 주로 기능해 왔다. 경제적 측면을 보면, 가족은 경제발전의 인적기초를 확립했을 뿐 아니라 경제상황 부침과 산업구조 격변에 수반된 노동자 가장의 소득 불안정과 구조적 실업에 대한 물질적 완충기능을(주로 주부취업을 통해) 수행해 왔고, 저고용 경제성장 시대에 이

미 과도한 비중이 더욱 과도해지고 있는 자영업을 통해 자가발전적 고용창출기제로서 작용하고 있고, 심지어 사업, 주거 등과 관련해 빈번한 친인척간 금융 지원·보증을 통해 유사금융기관으로서 기능해 왔다. 경제적 측면보다 더욱 보편적인 것이 건강보호 및 신체적 지원 기능이다. 여전히 자녀의존도가 높은 노년인구에 대한 일반적 봉양과 취학 전 아동의 가정내 보호에서부터 치매·중풍 노인과 장애아동에 대한 일상적 수발, 사회부적응 청소년·성인에 대한 정신적 보호, 심지어 입원환자 간병과 친인척 의료비 보조에 이르기까지 가족은 종합적 건강·신체 보호제도로 기능해 왔다. 이러한 기능은 노년기 연장, 아동·청소년 의존기의 연장, 사고·질병 유발 사회·생태 환경의 확산, 사회배제적 경제질서 심화 등의 추세에 맞물려 가족의 부담을 확대 재생산시키고 있다(장경섭, 2006b).

이처럼 한국인들의 가족은 '사회투자가족'(social investment family)으로서 그리고 '사회보장가족'(social security family)으로서 강도 높고 복잡다기한 기능을 수행함으로써 시민들의 개인적 행복뿐 아니라 사회안녕과 경제발전을 지탱해 왔다. 그런데 이러한 기여는 가족의 극단적 '기능적 과부하'(functional overloading)를 초래했으며, 이에 따라 한국인들은 대다수가 가족에 관련해 엄청난 스트레스를 느끼는 일종의 '가족피로'(family fatigue) 증후군이 확산되어 왔다(장경섭, 2006a). 가족의 기능적 과부하와 이에 수반된 가족피로는 많은 한국인들의 가족을 사회조직으로서 불안정화시키는 한편, 개인들이 가족을 형성하거나 확대하는 선택을 기피하도록 만드는 일련의 '탈가족화'(defamiliation) 현상이 나타나고 있다. 예컨대, 이혼율이 세계 최고수준에 가까워졌고, 부부(부모)가 이혼하지 않더라도 별거, 가출 등으로 실질적으로 해체된 (핵)가족이 급증했으며, 노부모와는 동거 비율뿐 아니라 아예 상면 빈도가 급감하고 있으며, 청년인구는 결혼을 막연히 늦추거나 아예 독신(비혼)생활을 각오하는 비율이 급증하고, 결혼을 하더라도 자녀 출산을 기피하거나 한 명에 만족함으로써 세계 최저 출산율을

자랑하는 사회가 되었다. 이러한 탈가족화 증후군들은 서구에서와 같은 적극적 개인주의화 추세를 반영한다고 보기는 어렵다. 독일 사회학자 벡 부부(Beck and Beck-Gernscheim, 2002)가 "제도화된 개인주의"(institutionalized individualism)라는 개념을 통해 지적하듯이, 서구의 개인주의적 삶은 개인 단위의 혹은 개인 중심의 삶을 추구하는 것이 합리적인 선택이 되도록 만드는 다양한 사회·경제적 환경과 정책의 결과이다. 반면, 한국인들은 그동안 가족 중심적으로 사는 것 외에 대안이 없도록 만드는 사회·경제적 환경과 정책에 직면하여 일종의 '제도화된 가족주의'(institutionalized familism)를 거쳐 온 것이며, 바로 이 제도화된 가족주의가 자체적 모순에 직면해 일종의 사회해체 현상으로서 일련의 탈가족화가 진행되고 있다고 볼 수 있다(Chang, 2008).[8)]

이처럼 한국인들의 가족이 급속하게 조직적 안전성과 지속가능성을 상실하고 있는 상황에서 국가와 사회가 가족에 의존하여 어렵게 끌어 온 다양한 사회보장·사회투자의 과제들은 이제 새로운 해결방식을 찾아야 할 상황이며, 특히 시민들의 건강 증진·보호와 관련하여 이러한 필연성이 두드러진다. 사실, 이러한 탈가족화 추세와는 별개로 가족에 의존하거나 가족이 대신하는 사회보장과 사회서비스는 (1) 우선적으로 보호받아야 할 곤궁계층이 가족자원의 결여로 오히려 보호에서 배제되고, (2) 가족 수준에서는 불가피한 정보와 지식의 한계, 서비스 경험의 부족, 서비스 제공에 있어 규모의 경제 부재 등으로 인해 서비스 효과가 구조적으로 떨어지고, (3) 개별적 사후대책 중심으로 제공되는 가족 단위의 지원과 서비스가 집단적 사전대책이 기할 수 있는 경제적인 위험회피 효과를 거둘 수 없고, (4) (입시경쟁과 부동산투기 사례에서 보듯이) 개별 가족의 이해관계를 앞세운 자기보호적 활동이 다른 개인들이나 가족들의 이익을 침해 할 수 있

8) 탈가족화를 구성하는 구체적 선택들이 이루어질 때, 여성과 청년의 적극적 의지가 반영되는 등 미시적 사회민주화 추세가 결부되어 있다고 볼 소지는 있다.

고, (5) 서비스 제공 의무가 가족 내 특정 개인, 특히 주부에게 집중됨으로써 이들의 과로와 억압이 심화될 위험성 등을 안고 있다(장경섭, 1992). 따라서 가족에 대한 지원 강화를 통해 가족관계와 가정생활이 안정화되더라도, 가족의존적 사회서비스, 사회보장, 사회투자의 대부분은 국가가 가족 대신 나서거나 가족기능을 긴밀히 지원해야 할 사안들이다. 물론 최근의 국가정책 방향은 치매·중풍 노인에 대한 장기요양보험제도의 도입으로 대표되듯이 지나친 가족의 역할을 국가가 대신하거나 보완하는 방향으로 나아가고 있는 것이 사실이다.

능동적 복지의 건강투자전략을 추진함에 있어 가족을 능동적 건강주체에 포함시킨다면, 이는 국가의 건강증진 책임을 가족에 떠넘기려는 것이 아니라 오히려 가족의 사회적 부담을 국가가 떠안고 가족의 역할을 새롭게 정의해서 '가족 고유의 건강자원'을 최대한 활용하도록 하여 사회 전체적으로 복지가 최적화·최대화되도록 하려는 것이어야 한다. 특히 집단적 사전대책 차원의 건강투자를 국가가 주도하면서, 여기에 가족이 지역공동체, 학교, 기업 등과 함께 자율적이면서도 긴밀하게 참여하여야 할 것이다. 그동안 건강에 대한 사회적 지출이 국가 차원에서 급증한 것은 물론이고 개인(가족) 차원에서 폭증한 것은 사전적 건강증진의 중요성을 충분히 인식하고 이와 관련한 일상적 생활양식 및 사회·경제적 환경의 체계적 개선을 위한 노력을 제대로 기울이지 못한 것이라는 문제의식을 공유한다면, 사회투자적 건강정책의 추진이 가족 차원의 부담을 원천적으로 줄이는 핵심적 계기가 될 것이라고 충분히 기대할 수 있다. 가족도 참여하지만 국가가 종합적으로 조정·관리하는 건강 관련 사회투자 정책은 예방성과 체계성을 바탕으로 사회적 자원 낭비를 줄이고 시민의 삶의 질을 제고하는 데 필요불가결한 조건임을 이미 국제사회가 함께 인정하고 있다.

제5절 능동적 건강주체 형성과 사회연대적 건강증진 체계의 확립

앞서 지적한대로 범세계적 차원에서 건강결정요인으로서 생활양식 및 사회·경제·환경적 조건들의 지대한 중요성이 부각됨에 따라 이와 관련한 국가의 건강정책 전환에 있어서도 정책파트너로서 의료전문가뿐 아니라 사회의 일상적 구성원들인 즉 개별 시민, 가족, 기업, 학교, 지역사회 등의 역할이 결정적 중요성을 갖게 되었다. 이러한 사회의 일상적 주체들은 국가 건강정책의 대상자이자 수혜자이지만, 이제 핵심적 건강정책 영역이 이 주체들의 구체적 활동과정 자체이어야 하기 때문에 스스로 건강정책의 능동적 수행자로서 거듭나지 않을 수 없게 되었다. 이처럼 건강관리가 (질병이 발생한 사후적 단계의) 의료전문가들의 특수 활동영역에 머물지 않고(사전적·사후적 단계를 포괄하여) 여러 사회주체들의 일상적 행동양식으로 재설정되어야 함은 건강을 둘러싼 사회적 분업체계가 근본적으로 재편되고 건강의 의미가 '신체적 결과'로부터 '사회적 과정'으로 확장되는 것을 뜻한다. 다양한 사회주체들이 능동적으로 스스로의 건강증진에 참여하면, 그 결과로서 향상된 건강을 누림으로써 행복이 증진되지만 동시에 이들의 건강지향적 일상 자체가 개별적·사회적 건강성(건전성)을 구성하게 된다. 이런 과정을 통해 건강증진은 궁극적으로 사회의 '내장된 속성'(built-in quality)이 될 수 있다. 이러한 맥락에서 국가의 건강투자는 사회의 여러 집단들이 능동적 건강주체(active health subject)로 거듭나게 지원하고 유도하는 노력을 핵심으로 하여야 한다. 나아가 국가는 능동적 건강주체로서의 사회집단들을 개별적으로 지원할 뿐 아니라 이들 사이의 유기적 상조와 협업이 가능하도록 종합적 건강통할(comprehensive health governance) 체계를 마련하여야 할 것이다.

국가의 건강정책이 능동적 건강주체의 형성에 집중되어야 함은 국제사

회가 이미 공유하고 있는 문제의식이며, 특히 2005년의 방콕헌장은 시민들로 하여금 자신의 건강과 그 결정인자들에 대한 통제력을 강화시켜 스스로 건강수준을 향상시키는 것이 가능토록 각국 및 국제사회가 합심해 노력해야 한다고 천명했다. 이러한 문제의식은 이제 한국에서도 적극적으로 논의되고 있지만, 그동안의 보건의료정책은 "의료서비스의 접근성 및 질 향상"에만 집중함으로써 그 초점이 매우 동떨어졌던 것도 사실이다(보건복지부, 2007d: 42; 이명순, 2007: 102). 심지어 "국민의 기본적인 의료 접근이 달성되고, 한 세대 이내에 고령사회로 진입할 것이 예상되던 90년대 중반에" 시민 개개인의 건강증진 역량 및 노력을 획기적으로 제고하기 위한 건강투자로의 정책패러다임 전환이 필요했으나 "실기"(失期)했다는 명시적 자성도 존재한다(보건복지부, 2007a: 15).

일반 시민들의 의식과 행태는 이러한 정부 활동의 성격상 한계를 보완하기보다는 그것에 맞물려 있다. 즉 한국인들의 건강에 대한 관심과 노력은 사실 과도해 보이기까지 하지만, 대부분 이미 건강에 문제가 생겨 뒤늦게 급박한 대책을 세우려는 경우가 다반사이고 이 과정에서 엄청난 의료 과소비와 중복소비까지 발생하고 있다. 계층, 지역, 세대를 막론한 건강에 대해 과잉 집착하는 이면에 청소년들이 건전한 신체발달을 아예 유기한 상태에서 입시공부에 매달리고, 직장인들은 세계 최장수준의 노동시간도 모자라서 업무의 연장으로서 심야 음주에 시달리고, 무수한 노인들이 중요한 인생(신체)전환기의 건강관리 실패로 인해 온갖 성인병과 더불어 유병(有病)장수하는 현실이 전개되고 있는 것이다.

건강 증진과 관련해 국가와 시민 모두의 차원에서 근본적인 반성과 이에 기초한 변화를 시도해 나감에 있어 그동안 유럽지역에서 여러 나라들 및 지역협력체가 보여준 인식과 노력이 귀감이 되지 않을 수 없다. 유럽지역 건강투자 노력의 골간은 이른바 '베로나 선도'(Verona Initiative)로 집약되었는데, 그 핵심원칙으로 "건강에 초점"(a focus on health), "전면적 공

공 참여"(full public engagement), "진정한 부문간 협력"(genuine intersectoral work), "형평성"(equity), "지속가능성"(sustainability), "폭넓은 지식기초"(a broad knowledge base)를 포함하며, 이러한 원칙들을 실천하기 위해 정부와 사회 모든 수준의 다양한 주체들의 노력을 조화롭게 동원하는 전략이 필수적이다(Ziglio, McMahon, Harvey, and Levin, 2000: 4-15). 구체적으로, 건강에의 초점이란 보건의료정책뿐 아니라 모든 사회·경제적 활동과 정책이 건강에 미치는 영향을 면밀히 검토하고 필요시 건강증진에 부합되는 방향으로 활동과 정책의 방향을 조정해야 함을 뜻한다. 전면적 공공 참여란 선거와 같은 기존의 형식을 넘어 모든 수준의 정치단위들에서 시민들이 건강문제에 관련한 정책 결정에 활발하게 참여할 수 있는 절차를 마련해야 함을 뜻한다. 진정한 부문 간 협력이란 농업, 교육, 금융, 주택, 사회서비스, 고용 등 모든 부문에서 이루어지는 결정과 행위가 건강에 미치는 중대한 영향을 감안해 이러한 부문들을 건강증진 노력에 포함시킴으로써 시너지(synergy)를 도출함을 뜻한다. 형평성이란 건강증진에 필요한 자원들의 공평한 배분을 통해 모든 시민들이 자신의 건강을 향상·유지할 수 있는 기회를 갖도록 함을 뜻한다. 지속가능성이란 건강투자 과정이 안정적이면서도 신축적이고, 투자와 자원관리가 미래 세대의 건강과 행복을 희생시키지 않는 방향으로 이루어져야 함을 뜻한다. 폭넓은 지식기초는 건강투자가 단순한 기술적 정보뿐 아니라 지역사회의 희망과 목표에 면밀히 의거해야 하며, 이를 위해 지역사회의 판단과 지혜를 과학적 연구자료 및 실질적 현장경험과 더불어 폭넓게 활용해야 함을 뜻한다.

그런데 유럽지역의 교훈은 특정 정책노선이나 활동프로그램들도 중요하지만 가장 근본적으로는 건강에 대한 시민권(citizenship rights)적 인식구조와 정책환경을 조성하는 과제에 관한 것이다.[9] 광의의 사회복지의 일부로서 보건의료는 이른바 '사회적 시민권'(social citizenship) 혹은 '사회권

9) 여기에서 시민권 논의는 기본적으로 마샬(T. H. Marshall, 1964)의 정의와 설명을 따른다.

’(social rights)에 포함되어 서유럽 복지국가들에 의해 포괄적으로 보장되어 왔으며, 한국도 비록 보호와 혜택의 정도가 훨씬 미약하기는 하지만 마찬가지의 권리가 헌법원리(청구권적 기본권)의 구현으로서 점차 신장되어 왔다(문창진, 2008: 217). 그런데 건강투자 패러다임은 시민들이 건강문제를 사회권과 별개로 ‘공민권’(civil rights) 및 ’정치권’(political rights)적 차원에서 적극적으로 인식하여 (1) 사회 및 국가 발전의 핵심적 목표로서 건강 증진을 추구함에 있어 포괄적인 권리와 의무를 실현하고, (2) 이 과정에서 다른 시민들과 공동체적 연대관계를 강화하고, (3) 국가 활동에 대해서는 적극적 감독, 주장, 참여에 나서는 등 매우 능동적인 주체로 거듭날 것을 요구한다고 정리할 수 있다. 유럽이 공동체적으로 추진해 온 건강투자 전략은 바로 이러한 정치·사회적 원리를 전면에 내세우고 있으며, 범세계적 차원에서도 마찬가지의 원리가 방콕헌장 등을 통해 표명되어 왔다. 이러한 맥락에서 볼 때, 한국사회에서 건강투자 패러다임의 핵심 목표로서 능동적 건강주체의 형성은 민주주의의 내용적 확대와 질적 심화에도 중요한 기여를 할 수 있다.

이러한 정치·사회적 원리를 바탕으로 한 능동적 건강주체의 형성과 관련하여 우선적으로 기본적 건강공민의식(health public awareness) 및 건강관리역량(health management capacity)의 확립이 이루어져야 할 것이다. 먼저 건강공민의식은 건강이 개인에게 가져다주는 삶의 질 증진 효과가 무엇인지 구체적으로 인식하고 나아가 개인들의 건강한 삶이 집합적으로 사회와 국가에 어떠한 결과를 가져오는지를 체계적으로 인식하여 사회적 권리와 의무로서 각자의 건강을 관리하고 다른 시민들의 마찬가지 노력에 대해 협력하는 시민의식을 말한다. 적절한 건강관리로 건강위험(health risks)이 줄어들면, “일이십년의 연장된 양질의 삶 향유, 일상적 삶의 질의 향상, 만성질환의 감소, 투약 감소, 병원 체류 시간 감소, 수술 회수의 감소, 장애의 연기(병약기의 압축)”(Somaini, 2007: 55) 등의 생활상의 효과를

누릴 뿐 아니라 나아가 양호한 건강에 기초하여 최적의 경제·사회적 활동을 추구할 수 있다. 후자의 효과는 건강이 이른바 “고용가능성(employability)” 제고의 핵심적 조건이 된다는 사실에 결부된다. 건강한 개인들이 누리는 이러한 효과를 사회 전체의 집합적 수준에서 환산하면 어떤 내용 및 정도의 거시적 효과가 있을지 대체적인 추정이 불가능하지는 않을 것이다. 실제로 이러한 거시적 효과는 체계적으로 계산하여 시민들에게 알림으로써 시민들의 개별적·상호협력적 건강증진 노력을 독려하는 도구로 활용되어야 할 것이다. 건강한 삶은 그 자체로 사람들의 행복을 구성하지만, 그 파생효과로서 사회적 자원의 절약과 사회적 생산의 증가는 다른 여러 측면에서의 행복을 증진하는 기초가 될 것이며, 이와 관련한 공민적 건강의식은 사회의 정치적 질을 새로운 측면에서 제고하는 효과가 있을 것이다. 건강은 제한적 의미의 보건교육의 대상에만 머물러서는 안 되며 정치·사회적 및 경제적 의의에 관련하여 거시적 사회과학 교육의 대상으로 확장되어야 한다.

모든 시민의 기본적 건강관리역량의 확립과 관련하여서는 방대한 내용을 본고에서 구체적으로 다룰 수는 없지만 모범적 사례의 하나인 스위스의 건강증진 모형(“Health Promotion Switzerland”)을 참고할 가치가 있다(Somaini, 2007). 이 모형에서는 “건강(한)정책”(healthy policy)과 대응한 “건강(한)행위”(healthy behavior)의 내용으로서 자기책임성(self responsibility), 건강지력(health literacy), 권능화(empowerment), 참가(participation) 등을 강조한다(Somaini, 2007: 50). 그리고 이러한 건강행위 원칙들을 구체화하는 차원에서 “건강관련 생활기술”(health-related life skills)의 배양을 강조하고 있는데 구체적으로 “사실과 맞는 건강부합 지식 및 지식수반 행동 능력”, “건강부합 문제에 대한 긍정적 태도 및 의향”, “새로운 개인적 및 사회적 기술”, “건강부합 문제나 활동에 관한 강화된 자신감”(Somaini, 2007: 72) 등이 거론되고 있다. 이러한 논의는 구체적 행동프로그램의 입안 및 실행

으로 뒷받침된 것이므로 현실적 내용의 확인 및 한국적 맥락에의 적합성 평가는 얼마든지 가능할 것이다.

여기에서 특히 주목할 사안 중 하나는 범국민적 **건강지력**(健康智力, health literacy)의 확립에 관한 것이다. 이는 고전적 보건교육의 목표와 전혀 별개의 사안은 아니지만 오늘날 한국사회처럼 건강에 관련된 생활환경, 지식, 정보 및 질병의 양상이 전례 없이 복잡해지고 세대별 인구구성 및 개인생애 구조가 급변하는 상황에서 시민들은 건강에 관련하여 보다 종합적이고 체계적이며 신축적인 평생교육 서비스를 받을 수 있어야 할 것이다. 이러한 교육 서비스의 필요성은 건강과 관련한 과학적, 상업적, 문화적, 정치·사회적 정보의 홍수 속에 시민들의 자기 보호를 위한 최소한의 안전장치 마련이라는 차원에서도 절실하다. 한국에서도 국제적·국내적으로 가용한 지적·실천적 자원을 활용하여 사회적으로 어느 정도 표준화된 건강지력의 대상내용과 평가기준을 설정해 볼 수도 있을 것이다.

건강공민의식 및 건강관리역량의 확립 그리고 이에 관련된 국가적·사회적 지원환경의 마련을 위한 노력은 생애주기별로 나타나는 개인적 일상과 사회·경제적 활동의 특수성을 감안하여 적절히 조율되어야 할 것이다. 정부에서도 충분히 인지하지만(보건복지부, 2007a: 10-11), 특히 극단적인 저출산·고령화 추세를 면밀히 감안할 수 있어야 하고 아울러 "IMF 경제위기" 이후 급증한 청년 및 중장년 '노동빈곤층'(working poor)의 건강 문제에 적절히 대처하는 것이 무엇보다 중요한 시대적 사명이다. 물론 그동안 세대(생애주기)별로 추진해 오던 갖가지 보건의료·복지 정책과 사업들은 건강투자를 위한 능동적 건강주체의 형성이라는 차원에서 재정비·보완될 수 있을 것이다(보건복지부, 2007a: 17-21).

끝으로, 건강공민의식 및 건강관리역량의 확립은 자연인으로서의 시민 개인들만 대상으로 하는 것이 아니다. 가정, 지역공동체, 학교, 회사, 공장, 나아가 각종 서비스업장에 이르기까지 모든 생활조직(영역)은 각자가 능

동적 건강주체로서 자리매김할 수 있어야 한다. 건강에 관련한 이러한 사회적 재인식에 기초할 때 다양한 생활조직(영역)에서 이루어지거나 이루어져야 할 건강증진 활동들이 보다 자율적인 지속성과 유기적인 협력성을 갖게 될 것이다. 초기 근대화론에서 학교나 회사 같은 이른바 "이차조직"(secondary organization)들은 교육과 생산과 같은 세분화된 운영목적을 위해 존재한다고 이해되었지만, 시민들의 삶이 대부분 이러한 이차조직과 긴밀한 관련성 속에서 이루어지게 된 오늘날 현대인의 삶의 단위로서 학교, 회사 등은 건강에 관련하여서도 공동체적 책임과 기능을 결코 유기할 수 없다. 물론 가정과 지역공동체와 같은 전통적 생활단위들의 건강에 대한 공동체적 책임과 기능은 새삼 거론할 필요가 없을 것이다.

국가의 건강투자는 이처럼 다양한 사회조직(생활영역)들이 능동적 건강주체로 거듭나게 지원하고 유도하는 노력을 핵심으로 하지만, 나아가 이들 사이의 유기적 상조와 협업이 가능하도록 '종합적 건강통할(統轄)'(comprehensive health governance) 체계를 마련하여야 할 것이다. 건강뿐 아니라 현대사회의 대다수 사회·경제적 과제들에 있어 사회주체들의 능동성과 연대성은 상호조건이 된다. 즉 사회주체들 사이의 연대적 관계는 각 주체의 자결적·자율적 자세를 전제로 하지 않고는 결국 일방적인 의존관계로 변질될 수밖에 없으며, 각 주체의 능동성은 사회연대적 기초 위에서 안정적 지속가능성을 확보할 수 있는 것이다. 국가는 사회의 다양한 건강증진 자원들을 동원·조율하고 공동체적 사용을 유도함으로써 바로 사회주체들의 능동성과 연대성을 이어주는 제도적 고리 역할을 하여야 한다. 이 역할은 건강투자 전략의 장기적 성공에 핵심 관건이 된다.

유럽과 같은 건강증진 선도지역, 나아가 국제사회는 건강투자 전략을 추진함에 있어 사회연대 원리의 결정적 중요성을 누누이 강조해 왔다. 예컨대, 방콕헌장에서 "인권과 연대에 기초하여 건강을 옹호"하고, "지속가능한 행동을 도출하기 위해 공적, 사적, 비정부적, 국제적 조직들 및 시민사회와

의 동반관계 및 동맹을 구축"해야 한다고 강조했다. 위에서 언급한 스위스 건강증진 모형에서도 사회주체들의 적극적 동원 및 상호협력을 핵심적 내용으로 삼고 있다(Somaini, 2007: 72). 반면, 미국과 같은 사회들의 경우 건강관리의 극단적 개인화·상업화 기조 위에서 사회연대의 원리가 실종됨으로써 즉각적으로는 여러 사회집단의 구조적 건강 상실, 장기적으로는 의료서비스 및 건강증진 체계 개혁을 위한 정치적 기반확보의 어려움을 겪게 되었다. 그리고 개별적으로 이에 대처하려는 시민과 기업은 엄청난 금전적 비용으로 인해 가계와 기업재정이 심각한 압박을 받고 있다.[10]

한국 정부가 "'건강투자'의 투자 주체는 국가뿐만이 아니라 개인, 학계, 전문가, 지역사회, 시민사회, 기업 등 사회전반의 다른 행위주체를 망라한다는 이중적 해석이 필요"(보건복지부, 2007d: 41)하다고 지적할 때, 바로 능동성과 연대성의 공조를 강조하고 있는 것으로 보인다. 사실 개인뿐 아니라 가정, 지역공동체, 학교, 회사, 서비스업장 등 생활조직은 각각 건강주체이자 서로에게 건강환경이 되므로 이에 따른 사회적 역할 수행이 불가피하며 아울러 건강증진을 위한 상호지원 관계의 확립도 필연적이다. 이와 관련해 이미 여러 지역에서 명시적으로 기획·추진되고 있는 건강도시(health city) 사업이 충분한 효과를 거두도록 국가적 지원과 범사회적 참여를 획기적으로 제고할 필요가 있다. 아울러 정부(중앙·지방), 시민단체, 연구·교육기관, 보건의료기관, (식·약품, 주택 등) 건강직결산업, 국제기구, 국제시민사회 등 건강증진에 참여하거나 책임을 갖는 주체들이 활동과정에서 상기한 생활조직들의 인식, 자원, 노력에 긴밀하게 연계되어야 한다. 이 가운데 기존 보건의료기관의 건강투자 전략에 부합된 역할 재정립이 특히 긴요한데, 보건소의 역할 강화에 덧붙여 공공병원 및 의학대학의 건강투자 연구·지휘 기능 확립이 절실하다. 또한 여러 기업, 사회집단,

10) 미국 최대의 자동차 회사 General Motors는 자동차 1대당 직원의 의료보험비가 자그마치 1,500달러에 달한다고 하소연 한다(보건복지부, 2007a: 12). 미국의 GDP 대비 의료비 비중은 15%대를 육박하고 있다.

정부부처를 위시해 건강증진에 명시적으로 참여하거나 책임을 지지 않더라도 일상적 활동이나 의사결정의 결과가 시민 건강에 직·간접으로 중대한 영향을 미치는 경제·사회·정치적 주체들은 광의의 건강증진(위해) 환경을 구성하는 것이므로 이들의 의식과 활동을 건강증진에 부합되도록 감시하고 설득하고 참여시키는 노력이 필요하다. 이처럼 직접적 건강유관 분야에 속하지 않은 경제·사회·정치적 주체들의 의식과 활동이 건강에 미치는 영향을 보다 체계적으로 파악하고 필요한 조처를 취하기 위해 건강영향평가(health impact analysis)제도를 확대도입하여 적극적으로 활용할 필요가 있다.

제6절 건강투자의 우선적 정책영역

건강투자는 시민 모두를 대상으로 사전적 건강증진의 중요성을 충분히 인지시키고 이와 관련한 일상적 생활양식 및 사회·경제적 환경의 체계적 개선을 위한 노력을 국가, 사회, 시민이 함께 기울여 나가는 것이다. 그러나 최근의 특수한 사회적 추세들을 감안할 때, 특별한 관심과 지원을 펼쳐야 할 다양한 집단들이 있는 것이 사실이다. 효과적이고 민주적인 건강증진은 이들 집단의 구체적 삶의 현장에서 건강에 관련된 생활양식 및 사회·경제적 여건을 체계적으로 개선시켜 나가는 노력을 바탕으로 하여야 한다.

1. 고령화 사회(노인)

국제적 비교대상이 없을 정도로 급속한 노령화를 겪고 있는 한국사회는 노령화의 속도에 비례할 만큼 기민한 사회·경제적 대응을 하지 못하고 있다. 오히려 (후기)산업사회 노년기에 대한 부정확한 이해를 바탕으로 전통

적 효(孝) 문화를 내세우며 사회와 국가의 적절한 대비책을 막연히 미루어온 면이 있다. 이러한 상황에서, 적절한 주변의 지원·보호 없이 빈곤, 병약, 소외의 나락에 떨어지는 노인이 급증하고 있으며 막상 노인을 부양·보호하고 있는 수많은 가정들은 도저히 감내하기 어려운 물질적·신체적·심리적 어려움을 호소하고 있다. 경제성장에 못지않게 괄목할만한 한국인들의 장수는 막상 광범위한 빈곤과 투병으로 얼룩지고 있는 것이다. 21세기의 보편적 장수시대에 고령인구가 거대한 규모로 형성되고 있는 것은 전혀 새로운 역사적 현상이며, 이들 노인집단은 한국사회에 전혀 새롭게 등장하는 일종의 "신세대"라고 볼 수 있다(장경섭, 2001). 이 신세대 노인을 가족이나 사회 차원의 의존집단으로만 설정하여서는 사회·경제적 부담이 극단적이 될 뿐 아니라 중대한 잠재적 인적자원을 사장시키고 나아가 노인들의 능동적 사회주체로서의 지위를 박탈하는 결과를 초래할 수 있다. 한국보다 훨씬 앞서 노령화를 겪어온 서구사회들에서는 예외 없이 노년기의 능동적·창조적·생산적 재편을 강조해 왔으며(Laslett, 1989), 이에 대한 핵심 전제로서 노인들의 건강증진을 위해 애쓰고 있으며 특히 건강투자 차원의 다양한 노력이 경주되고 있다. 건강투자 전략의 일환으로서 노인 건강증진의 사회·경제적 중요성은 노령화가 훨씬 더 급속한 한국에서 더욱 지대할 수밖에 없다. 특히 노인인구의 빈곤이 유난히 심각하고 노령연금 등 노후 빈곤방지 장치들이 부실한 데서 오는 건강훼손 효과를 적절히 차단할 수 있어야 한다.[11]

11) 최근 보도에 따르면, 2006년 기준으로 한국 노인의 상대빈곤율(전체 가구 중위소득의 50% 미만인 가구에 속하는 비율)은 무려 45%로 OECD 국가들 가운데 단연 최고를 기록했다 ([연합뉴스], 2008/11/8). 이는 OECD 국가들의 평균(2005년 기준)인 13%보다 세 배를 훨씬 넘는 것이며, 31%로 2위를 기록한 아일랜드와의 차이도 현격한 것이다. 노인 빈곤에 있어 한국과 OECD 회원국들과의 차이는 주로 사회보험의 미성숙에 의해 설명되지만, 멕시코, 터키 등 한국보다 경제적으로 낙후된 나라들보다도 상황이 월등히 나쁜 것은 경제·사회 정책 전반의 보수성에 기인한다고 볼 수밖에 없다.

2. 저출산 사회(산모, 영유아)

한국은 인류 역사상 미증유의 급속한 출산율 하락 추세를 지속한 끝에 결국 세계 최저 출산율을 보이는 사회가 되었다.[12] 크게 두 단계의 출산율 폭락을 거쳤는데, 첫 단계에서는, 1960년대 후반에서 1980년 초반까지의 초기 산업화(도시화) 과정에서 경제활동과 생활양식의 근본적 변화를 거치며 이른바 "노동자화"(proletarianization) 효과(Chang, 1990)에 의해 다산(多産) 동기가 사라졌기 때문에 세계 최고 수준이던 출산율이 '인구대체'(population replacement) 수준을 약간 상회하는 수준으로 떨어졌다. 이 단계에서는 국가의 적극적 가족계획 정책도 중요한 작용을 하였다. 두 번째 단계는 1990년대 후반, 특히 경제위기를 거치며 인구대체 수준 이하로 출산율이 급감하여 급기야 합계출산율이 거의 1에 가까운 초저출산 사회가 된 것이다. 이 단계에서는 출산율 급락뿐 아니라 이혼, 만혼, 비혼 등 갖가지 탈가족화 추세가 함께 나타나 경제위기로 더욱 가중된 가족부양의 부담을 덜거나 아예 피하려는 한국인들의 절박한 태도가 여과 없이 드러나고 있다(장경섭b). 이제 한국은(획기적 이민 수용 정책을 펼치지 않는 한) 인구의 절대규모가 머지않아 감소에 들어갈 것이고, 이에 따른 경제·사회적 부작용을 심각하게 우려해야 할 처지이다. 이에 따라 출산율을 조금이라도 회복시키기 위한 다양한 출산촉진정책(pronatal policy)들이 중앙과 지방에서 입안·실행되기 시작했지만, 아울러 산모와 영유아의 건강에 만전을 기해 현재 및 미래의 확정 노동력(사회주체)을 잘 보호·관리하는 노력이 필수적이다. 건강한 임신, 출산, 성장은 궁극적으로 당사자들과 주변인들의 출산동기를 제고하는 효과도 있을 것이다. 건강투자의 미래적 가치가 이보다 더 분명한 영역은 없을 것이다.

---

12) 홍콩 정도가 한국보다 낮은 출산율을 보이는데, 이는 북경에 의한 전면적 지배가 가져올 사회·경제적 불확실성에 대한 두려움 등이 팽배해 있는 사회가 홍콩이라고 보면 어렵지 않게 이해된다.

3. 교육과잉 사회(청소년)

여러 사회조사 결과를 보면, 한국사회의 과도한 입시경쟁과 교육지출은 저출산 추세에 중대한 원인을 제공해 왔다. 교육은 인간의 지적·문화적 수준을 높여 행복한 삶을 가능케 하기에 그 자체가 목표이기도 하지만, 한국사회의 구체적 현실 속에서는 물질적 권익을 배타적으로 쟁취하기 위한 전투적 경쟁의 수단으로 전락했다(장경섭, 2002a). 이에 따라 현실로서의 교육은 지적 이해와 창조가 목표가 아니라 학력(학벌)쟁취가 목표가 되었으며, 명문대 입학을 위해 유치원생부터 전략적 준비를 시작하고 명문대가 아니더라도 대학은 누구나 다니는 사회가 되었다. 이러한 교육경쟁 질서는(국가의 공교육 지원이 제한적인 상황에서) 가족 차원의 자발적 공·사 교육비 지출이라는 문화로 이어져 부모들에게 엄청난 재정적 부담을 주지만, 더욱 심각한 문제는 아동과 청소년들이 신체발전 단계에 맞물린 적절한 건강관리를 뒷전으로 하고 학교·학원 공부에 하루 종일 매달리며 이 과정에서 정신·육체 건강을 심각하게 훼손당하고 있다는 점이다. 이는 세계적 유례가 없는 저출산 사회가 되어 미래의 노동자원과 사회주체가 갈수록 희소해질 한국사회에서 결코 용납될 수 없는 현상이다. 이러한 문제에 대한 건강투자적 접근은 아동·청소년 및 부모뿐 아니라 학교, 학원 등 교육공간(조직)들의 적극적 참여와 유기적 협력이 필수적이다. 학교가 아동·청소년이 고유한 인생의 단계를 보내는 사회적 공간이자 공동체로서 아동·청소년의 건강한 삶을 제도 존속의 핵심적 목표로서 재인식하여야 하며, 이를 위한 사회적·법적 책무가 확고해져야 할 것이다. 나아가 아동·청소년의 건강권 수호 차원에서라도 지금과 같은 과잉 입시경쟁 체제가 혁파되어야 할 것이다.

4. 외연성장사회(노동자)

한국경제는 주로 '외연적 성장'(extensive growth) 전략이 주효해 급속한 발전을 성취한 것으로 평가되는 경우가 많다. 외연적 경제성장이란 기술혁신 등 생산효율의 개선보다는 생산요소의 집중적 투입에 의존해 생산량을 증대시키는 전략을 말하는데, 적어도 1990년대 중반까지 한국의 대다수 산업은 이러한 특성을 띠고 있었으며 오늘날도 일부 첨단산업을 제외하면 여전히 한국경제의 지배적 속성임을 부정할 수 없다.[13] 심지어 국가경제 및 개별 기업집단(재벌) 차원의 잦은 산업구조 전환도 중대한 기술혁신의 결과를 반영하는 경우보다는 국제적 시장환경 변화에 대한 능동적 대응의 차원에서 새로운 부문에 가용자원을 집중 투입하는 외연적 성격을 띠었다.[14] 그런데 외연적 성장전략 하에서 각 기업은 개별 노동자에게도 최대한의 노동력 투입을 요구하는 경향이 강하며, 그 결과 한국 노동자들은 세계 최장시간 노동을 자랑해 왔다. 한국이 여전히 세계 최장시간 노동국 가운데 하나라는 사실은 외연적 성장전략이 아직도 지배적임을 반증한다.[15] 기업집단 차원에서 빈번히 새로운 부문에 진출할 때도 노동자 기술능력의 장기적 배양보다는 즉각적인 장시간 노동을 무기로 삼았으며, 곧 잇따르는 다음 단계의 산업구조 전환에서(어차피 인적자원 개발비용을 별로 들이지 않은) 기존 노동력의 손쉬운 정리에 나서곤 했다. 과도한 외연적 경제성장과 산업전환에 있어 노동자들의 여가와 건강은 경제적 혁신과 창조의 기초로서의 가치를 인정받기 힘들었다. 한국 노동자들은 직업 숙련도의 정점에서 건강을 갑자기 상실하는 비율이 너무 높고 심지어 과로사와 돌연사

13) 2008년 노벨경제학상 수상자인 크루그만(Paul Krugman, 1994)이 이러한 평가를 구체적으로 내린 적이 있다.

14) 암스덴(Alice Amsden, 1989)의 논의 참조.

15) 한국의 5인 이상 사업장 노동자들은 연 평균 2261시간을 일해 OECD 국가들 가운데 최장 노동시간을 기록했다 ([세계일보], 2008/7/21). 연 평균 2천 시간 이상의 노동시간을 기록한 나라는 한국이 유일했다.

가 흔한 실정이다. “일 중독” 한국인들의 빈번한 요절은 문화적 특성이라기보다는 ‘선노동, 후건강’을 강요하는 경제체제의 속성이다. 국가와 기업은 세대별 노동자들의 건강에 대한 사회투자를 획기적으로 확대하고 이 과정에 노동자들 자신이 능동적으로 참여할 수 있도록 배려하는 고용관행이 시급해 확립되어야 한다. 각 기업은 노동자들이 생산에 참여하며 나아가 오랜 기간 인생을 보내는 삶의 공간으로서 노동자 건강의 증진·보호를 중요한 기업목표로서 설정하여야 한다. 외연적 경제성장 및 기업발전의 한계가 노동자 건강증진의 차원에서부터 극복되어져야 할 것이다.

5. 양극화사회(실직자·비정규직노동자)

이른바 “IMF 경제위기”가 터진 직후, 급박한 삶의 위기에 처한 서민들이 돈이 없이 위중한 질병의 치료를 포기하고 무모한 장기매매에 나서고 심지어 보험료를 타기 위해 자해 소동을 벌임으로써 가뜩이나 어두운 사회 분위기를 더욱 암울하게 만들었었다. 점진적 경제회복 및 사회안전망의 확충과 함께 곤궁계층의 이처럼 극단적인 행태는 수그러들었지만 쉽게 되돌리기 불가능해 보일 정도의 경제·사회적 양극화는 앞으로 모든 국가정책의 기본 전제가 될 수밖에 없다. 광범위한 빈곤층의 존재는 이제 국가의 공식통계상으로도 전혀 새로운 현상이 아닌 지경이 되었지만, 문제 대응을 위해 좀더 분명히 확인해야 할 점은 빈곤의 구체적 경로이다. 그동안의 수많은 조사와 분석은 경제위기에 수반된 구조적 실업과 비정규직화가 빈곤층 급증의 핵심적 원인임을 공통적으로 밝히고 있다. 그런데 실업과 비정규직화는 소득 상실·감소만 초래하는 것이 아니고 정규직 고용지위를 전제로 확보되었던 각종 사회보장 및 사회서비스 혜택이 상실되거나 취소되는 결과를 가져왔다. 한국의 미약한 공적 사회복지체제는 그나마 공식부문의 정규취업을 전제로 각종 혜택을 제공하는 ‘보수적’ 성격을 가졌기 때문에, 실직이나 비정규직화는 사회복지체제로부터의 배제 혹은 사회적 시민권의 박탈

이라는 예상치 못한 결과까지 초래하게 되었다(Chang, 2007). 아울러 기업 차원에서 여가, 건강, 교육 등과 관련하여 제공되던 다양한 기업복지 혜택도 실직하거나 비정규직화된 노동자들에게는 이제 무관한 것이 되었다. 건강과 관련하여서는 그나마 직장과 지역이 통합된 국민건강보험이 있어 실직자나 비정규직 노동자, 그리고 그들의 가족이 기초적 질병 치료는 하고 있는 실정이다. 국가, 지방정부, 기업 등이 협력하여 사회투자 차원에서 이들에 대한 적극적 건강보호 사업을 신속히 펼쳐야 할 것이다.

6. 개인화사회(독거자)

위에서 지적한 만혼, 비혼, 이혼, 가출, 별거, 저출산 등 일련의 탈가족화 추세는 궁극적으로 다양한 독거(獨居) 인구의 증가로 이어지고 있다. 자녀가 도시로 떠나고 배우자마저 사망하고 홀로 남은 농촌 독거노인에서부터 도시의 다양한 미혼·비혼 청장년 독거인구에 이르기까지 이제 한국사회는 가족의 틀과 무관하게 일상생활을 영위하는 인구가 전국 각지에서 꾸준히 증가하고 있다. 그러나 앞서 지적한 것처럼 이러한 추세가 반드시 사회·경제적 여건이 혼자 사는 것을 유리하게 만들기 때문에 나타나는 "제도화된 개인주의"의 반영이라기보다는 가족 자체의 내구력과 호소력이 급감하여 나타나는 사회해체의 증후라고 볼 소지가 많다. 이처럼 '가족의 실패'로 적극적 의지 없이 갑자기 혹은 저절로 독거하게 되는 상당수의 사람들은 그러한 생활에 적절한 대비가 되어있지 않을 소지가 많고, 특히 건강관리에 심각한 문제를 안고 있는 경우가 많다.[16] 어떤 요인들이나 동기들을 반영하든 다양한 독거인구의 증가는 결코 되돌릴 수 있는 사회적 추세가 아니며, 따라서 가족 바깥에 있는 이들에 대해 국가의 건강투자 정책이 적극적으로 적용되어야 한다.

16) 조기 유학하는 자녀를 보살피기 위해 배우자(주로 부인)까지 해외 체류함에 따라 독신생활을 하게 된 이른바 '기러기' 독신자들이나 국내에서 직장관계로 가족과 떨어져 지내는 사람들은 독신생활의 원인과 성격이 다르지만 여전히 건강관리 차원에서 문제를 안고 있는 집단이다.

7. 글로벌다문화사회(노동·결혼 이주민)

단일민족 담론의 역사적 정확성에 대한 논란이 있지만 적어도 국내 기층 인구의 일상생활에 외국인들이 집단적으로 편입해 들어온 선례는 최근 아시아 각지로부터 임노동자 및 신부 유입이 있기 전까지는 찾기 어려웠다. 냉전질서의 연장으로서 수만 명의 미군 주둔이 계속되고 있지만 이들은 "한국 속의 미국"이나 마찬가지인 부대 및 인근 특수상업지구 내에서 지내면서 한국사회와는 유리된 채 존재하고 있다. 그러나 아시아 각국으로부터 유입되어 한국인들이 꺼리는 이른바 3D업종에 저임노동자로 종사하면서 중소제조업을 지탱시켜 가고 있는 소위 "산업연수생"들이나, 내국인 배우자를 찾지 못해 전전긍긍하던 농촌 총각들과 혼인해(한국여성들이 힘겹다고 탈출해버린) 농가의 살림과 생업을 끌어가는 "외국인 신부"들은 이제 한국사회와 유기적으로 통합된 진정한 한국인들이다(여기에 덧붙여, 국내 대학들에 점증하고 있는 외국인 유학생들도 적어도 부분적으로는 한국사회와 유기적으로 통합된 존재라고 볼 수 있다). 비록 한국이 경제적 국제경쟁력을 자랑하는 부문은 아니지만 사회·경제적으로 필요불가결한 중소제조업과 가족농을 지탱하는 데 결정적 요건이 된 이들 이주자들은 한국인들이 해당 부문을 기피하는 바로 그 악조건들 때문에 매우 힘겨운 생활을 할 뿐 아니라 문화적 이질성으로 인한 추가적인 고통들을 겪어야 한다. 외국인 노동자들의 경우 상당수가 체류지위의 불법성으로 인해 착취와 차별이 더해지는 경우가 허다하다. 외국인 신부와 노동자들이 겪는 어려움 중에 가장 심각한 것의 하나가 건강문제이다. 외국인 신부의 경우 정신적 스트레스와 신체적 이상이 중첩되고, 외국인 노동자들의 경우 부상과 질병이 중첩되는 경우가 많다. 이러한 상태를 방치한다는 것은 이들을 사회·경제적으로 활용하기 위해 국경을 개방한 (실용주의적) 이민정책의 취지에도 부합되지 않을뿐더러 국제사회적 기준으로는 인권 유린의 소지가 있다. 나아가 잠정적이든 영구적이든 합법적 체류를 하는 이들은 하

나의 시민으로서 시민권(citizenship rights)적 차원에서 건강 증진·보호 대상이 되어야 한다. 능동적 복지의 일환으로서 건강투자는 이들을 한국인 일반과 마찬가지의 건강주체로 설정하여 다양한 건강증진 프로그램에 참여시켜야 할 것이다.

8. 위험사회(생활인)

건강증진을 위한 사회주체들의 능동성 제고 및 이를 위한 사회투자 증대의 필요성은 이른바 “위험사회”(risk society) 시대의 도래로 더욱 분명해졌다. 울리히 벡(Beck, 1992, 1999)이 제시한 위험사회란 현대 산업문명이 경제적 생산성과 사회적 효율성을 증대하기 위해 개발·채택해 온 과학기술과 관리체계가 기대된 효과들의 이면에 예상치도 못했고 통제도 어려운 다양한 위험요소들을 유발해 냄으로써 인류의 생활환경이 구조적으로 불안전해졌다는 지적이다. 한국의 상황에서는 여기에 덧붙여 개발지상주의에 수반된 업계, 시민, 정부의 안전불감증과 경제·사회적 세계화에 따른 국제적 위해요소들에 대한 무차별적 노출 등으로 훨씬 더 복잡다기한 위험사회적 환경이 존재한다(장경섭, 1998). 온갖 화학첨가물로 범벅이 된 식품소비, 고강도 의약품의 자발적·비자발적 오남용, 사용자 안전은 뒷전인 건축구조물의 범람, 산업재해로 얼룩진 수많은 산업현장, 얼마 전까지도 세계 최고수준을 기록했던 자동차사고, 중국 등지로부터 수입되는 치명적 위해상품들에 대한 노출에 이르기까지 한국인들은 안전과 건강을 심각한 수준으로 위협받고 지내며, 이에 관련한 개인적·사회적 비용이 건강지출의 막대한 부분을 차지한다. 여러 선진국들에서는 적절한 예방적 대처가 없으면 결국 심각한 건강지출을 초래하는 안전문제를 건강정책의 한 부분으로 삼거나 건강정책과 긴밀히 연계시키고 있다(Somaini, 2007). 한국인들은 극도로 불안전한 생활환경에 대해 건강뿐 아니라 생존 자체를 위해서 매우 능동적으로 대처하지 않을 수 없으며, 국가의 사회투자 정책은

이러한 시민들의 대처노력을 지원함과 아울러 건강정책의 차원에서 안전한 생활환경을 위협하는 복잡다기한 요소들을 종합적으로 감시하고 통제하여야 할 것이다.

9. 소결

이 글은 유럽지역을 선도로 하여 범세계적 차원의 합의 아래 각국의 건강정책으로 빠르게 확산되고 있는 건강투자(IFH; investment for health)를 한국사회의 맥락에서 도입·발전시키기 위한 기초적 논의로서 (1) 건강투자 패러다임의 국제적 논의·실천 과정을 소개하고 한국에서 주로 정부 차원에서 표명된 수용의지를 검토하였으며, (2) 건강투자가 이른바 능동적 복지 기조와 어떻게 맞물리는지를 설명하기 위해 사회투자국가론을 확장하여 건강투자와 교육투자를 비교하였으며, (3) 건강투자에 관련된 핵심적 책임체계를 규명하기 위해 국가와 가족 사이의 사회정책적 관계를 사회보장 및 사회투자 차원에서 검토했으며, (4) 건강투자 전략의 핵심적 구성요소로서 능동적 건강주체 형성과 사회연대적 건강증진체계 확립 문제를 논의했으며, (5) 건강투자의 우선적 정책영역으로서 고령화사회(노인), 저출산사회(산모, 영유아), 교육과잉사회(청소년), 외연성장사회(노동자), 양극화사회(빈곤층), 개인화사회(독거자), 글로벌다문화사회(노동·결혼 이주민), 위험사회(생활인)의 문제를 지적했다. 이상의 논의를 통해 건강투자는 21세기 초반 한국사회의 맥락에서 효과적이고 공평한 시민건강 증진뿐 아니라 사회·정치적 건전성과 경제적 활력을 제고할 수 있는 바람직한 정책 패러다임이라고 분명히 확인할 수 있다. 건강투자는 협의의 보건의료정책 및 광의의 사회복지정책의 개혁노선으로서 적실성이 분명하며, 나아가 민주주의와 경제발전을 시민들의 실질적 행복 증진으로 연결시키는 핵심적 기제로서도 작용할 수 있다.

제3장 국내외 건강투자 현황

제1절 국민의 사망원인, 건강수명의 국제비교

우리나라 국민의 기대여명은 80세에 육박하고 있으나 건강수명은 10년 이상 차이가 나고 있다. 우리나라 국민의 주요 사망원인은 악성신생물, 뇌혈관질환, 심장질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 간질환, 운수사고, 만성하기도질환, 고혈압성질환, 폐렴 등이다. OECD국가 중 주요 몇 나라와 비교해 보면, 우리나라 국민의 건강수명이 2002년까지는 낮은 수준인 것으로 나타났다. 우리나라 국민의 암으로 인한 사망률이 높고, 당뇨병으로 인한 사망률도 높은 편에 속한다. 특히 자살로 인한 사망률이 가장 높으며 타살로 인한 사망률도 다른 나라와 비교할 때 높은 편임을 알 수 있다(표 3-1 참조). 암, 뇌졸중, 당뇨, 고혈압, 허혈성 심장질환 등의 주요 사망원인이 되는 질병을 제거했을 때 건강여명이 약 2년에서 3년 정도 증가하는 것으로 보고된 바 있다(강은정 외, 2007). 질병비용의 측면에서 볼 때 악성신생물(암), 전염성 질환, 고혈압성 질환, 당뇨병, 심뇌혈관질환, 근골격계 및 결합조직질환, 결핵 및 호흡기계 질환, 정신관련 질환 등의 비용이 21조 4700억원으로 추산된 바 있다. 이 질병들 중 암과 결핵 및 호흡기계 질환의 질병비용의 비중이 높은 것으로 분석되었으며, 질병에 영향을 주는 건강위험요인 중 흡연이 가장 높은 기여율을 보였고(9.12%), 음주(8.58%), 체중(6.63%), 운동부족(3.75%), 대기오염(3.59%) 등의 순으로 기여도가 높았다(정영호, 2005). 10년 전 미국 공중보건학회에서는 흡연, 음주, 운동부족, 영양과 다이어트, 고혈압, 고지혈증 등이 만성질환발생의 위험요인들이며 위험요인감소를 위한 국가적인 차원의 개입을 촉구한 바 있

다.[17] 흡연과 음주, 운동부족, 불균형적인 영양, 비만 등은 만성질환의 공통적인 위험요인임이 많은 연구를 통해 입증되고 있다.

〈표 3-1〉 OECD 주요 국가의 기대수명, 건강수명, 주요사망원인 비교

	Austria	Finland	Germany	Ireland	Japan	LKorea
기대수명						
전체	79.9	79.5	79.8	79.7	82.4	79.1
여자	82.7	83.1	82.4	82.1	85.8	82.4
남자	77.1	75.9	77.2	77.3	79	75.7
건강수명(2002년)						
전체	71.4	71.1	71.8	69.8	75	67.8
여자	73.5	73.5	74	71.5	77.7	70.8
남자	69.3	68.7	69.6	68.1	72.3	64.8
건강수명(2006년)						
전체	75.5	67.6		83		
여자	73.4	69.7		81.9		
남자	77.8	65		84.2		
사망원인(2006년)		(단위: 인구 10만명당)				
암(악성신생물)	153.4	134.8	157.7	175.3	139.8	153.5
폐암	29.3	25.5	31.8	37	26.3	34.3
대장암	17.9	12.9	19.4	21.2	17.3	15
유방암	22.2	19.8	23.3	27.1	10.7	5.8
자궁경부암	2.6	1.3	2.2	3.9	2.4	3.9
전립선암	21.6	26.1	22.2	28	9.1	8
심장병	100.9	128.7	94.2	100.3	29	35.9
자살	12.6	18	9.2	8.9	19.1	21.5
타살	0.8	1.8	0.6	0.8	0.4	1.5

17) Brownson et al., *Chronic Disease Epidemiology and Control,* American Public Health Association, 1998.

	Austria	Finland	Germany	Ireland	Japan	LKorea
감염질환	4.5	4.1	8.8	3.3	9.7	12.8
AIDS	0.4	0.2	0.5	0	0	0.1
혈관질환	1	0.7	1.4	1.7	1.6	1.1
내분비질환	33.4	7.7	17.9	15.2	7.8	30.2
당뇨	26	5.9	14.6	10.9	5.5	28.6
정신질환	6.6	26.2	10	11.6	1.7	11.2
항정신성약물	5.8	2.6	4.5		0.2	1.9
신경계질환	14.9	35.1	13.9	14.8	6.2	11.2
순환계질환	214.1	219.8	229.2	196.5	118.2	143.9
급성심근경색	43.8	59.3	44.7	58.1	17.3	26.4
뇌혈관질환	37.3	49.3	41.2	38.1	46.4	77
호흡계질환	30.1	24.1	36	78.8	54.2	38.5
폐렴	8.5	6.6	12.7	36.3	34.9	12.6
기관지염, 천식, 폐기종	8.4	1.6	2.9	3.7	4.9	6.5
소화계질환	24.7	30	31	21.1	17.2	23
만성간경변	13.8	14.8	13	5.1	6.7	14.3
피부과질환	0.4	0.4	0.4	1.4	0.3	1.4
근골격계질환	2	3.3	1.6	3.8	2	4.3
생식기질환	7	4.8	9.5	13.6	9.4	8.1
출산사망	0.1	0.2	0.1	0	0.1	0.2
임신질환	3.8	2	3.4	2.9	1.3	3.3
선천적기형	3	3.7	2.6	4	2.4	1.9
불명확증상	5.2	4.3	15.3	2	11.9	90.3
외부요인	39	64.6	28.5	28.7	40.1	62.7
운송사망	8.2	6.5	6.1	6.7	5.5	16.1
추락사	7	13.5	5.6	5.8	2.8	8.2
약물부작용	0.1	0	0	0	0	0.1
수술중사망	0.9		0.6	0.2	0.2	0.2

제2절 국민의 건강위험요인 국제비교

벨럭과 브레슬로우는 규칙적인 식사와 간식안하기, 운동, 적당한 수면, 금연, 정상체중의 유지, 적당한 음주 등이 많은 질병과 조기사망을 예방할 수 있을 것으로 보고한 바 있다.[18] 라론데의 보고서에서는 건강에 영향을 주는 결정요인중 개인의 생활습관이 33.3%를 차지한다고 보고한 바 있다.[19] 미국 공중보건학회의 보고에 의하면 흡연, 음주, 운동부족, 영양과 다이어트, 고혈압, 고지혈증 등이 만성질환발생의 위험인자들이다(표 3-2 참조). OECD국가들과 비교할 때 우리나라 국민의 흡연율이나 알코올소비량, 비만율 등이 크세 심각하지 않은 것 같지만 우리나라 국내의 건강수준 추이를 보면 만성질환위험도가 증가하고 있음을 알 수 있다. 국민건강영양조사에 나타난 우리나라 국민의 건강수준을 보면 고도비만 및 고지혈증 비율이 증가하고 있고, 음주율이 증가하고 있다. 흡연율은 다소 감소추세에 있다(표 3-3 및 표 3-4 참조).

〈표 3-2〉 만성질환관련 변화 가능한 위험요인

구 분	심장병	암	당뇨병	간경화	근골격계 질환	신경계 질환
흡연	+	+			+	?
음주	+	+		+	+	+
고지혈증	+					
고혈압	+					+
식습관	+	+	+		+	?
운동부족	+	+	+		+	+

18) Belloc, N. B. & Breslow, L. Relationship of physical health status and health practices, Preventive Medicine, 1(3); 409-421, 1972.

19) Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa, 1974.

구 분	심장병	암	당뇨병	간경화	근골격계 질환	신경계 질환
비만	+	+	+		+	+
스트레스	?	?				
간접흡연	?	+				?
직업	?	+		?	+	
환경오염	+	+				
저소득층	+	+	+	+	+	

주: + = 입증된 위험요인; ?= 가능한 위험요인

자료: Brownson et al., Chronic Disease Epidemiology and Control, American Public Health Association, 1998.

〈표 3-3〉 OECD 주요 국가의 흡연율, 음주량, 비만율 비교

국가명	흡연률(%)					음주량(L)		비만율(%)			
		전체		여성	남성				전체	여성	남성
Australia	('04)	17.7	('04)	16.5	18.9	('05)	9.8		-	-	-
Austria	('06)	23.2	('06)	19.4	27.3	('03)	11.1	('06)	12.4	12.7	12.0
Belgium	('06)	22.0	('06)	15.6	28.7	('03)	10.7	('04)	12.7	13.4	11.9
Canada	('05)	17.3	('05)	15.5	19.1	('05)	8.0	('05)	18.0	19.0	17.0
Czech Republic	('05)	24.3	('05)	19.4	29.6	('06)	11.9	('05)	17.0	17.0	18.0
Denmark	('04)	26.0	('04)	23.0	29.0	('07)	12.1	('05)	11.4	11.8	11.0
Finland	('06)	21.4	('06)	18.9	24.4	('06)	10.1	('06)	14.3	14.1	14.6
France	('06)	25.0	('06)	21.0	30.0	('05)	12.7	('06)	10.5	10.4	10.5
Germany	('05)	23.2	('05)	18.8	27.9	('06)	10.1	('05)	13.6	12.8	14.4
Greece	('04)	38.6	('04)	31.3	46.0	('03)	9.0	('03)	21.9	18.2	26.0
Hungary	('03)	30.4	('03)	24.6	36.9	('05)	13.0	('03)	18.8	18.0	19.6
Iceland	('07)	19.4	('07)	18.2	20.7	('06)	7.2	('02)	12.4	12.4	12.4

국가명	흡연률(%)					음주량(L)		비만율(%)			
		전체		여성	남성				전체	여성	남성
Ireland	('02)	27.0	('02)	26.0	28.0	('06)	13.4	('02)	13.0	12.0	14.0
Italy	('07)	22.4	('07)	16.6	28.6	('03)	8.1	('06)	10.2	10.0	10.4
Japan	('07)	26.0	('07)	12.7	40.2	('06)	7.9	('05)	3.9	4.3	3.4
Korea	('05)	25.3	('05)	4.6	46.6	('05)	8.1	('05)	3.5	3.3	3.7
Luxembourg	('07)	21.0	('07)	18.0	24.0	('03)	15.5	('05)	18.6	18.5	18.8
Mexico	('02)	26.4	('02)	16.1	39.1	('03)	4.6	('06)	30.0	34.5	24.2
Netherlands	('06)	31.0	('06)	26.0	36.0	('03)	9.7	('06)	11.3	12.7	9.8
New Zealand	('06)	20.7	('06)	19.5	21.9	('06)	9.4	('07)	26.5	27.0	26.0
Norway	('07)	22.0	('07)	23.0	21.0	('06)	6.5	('05)	9.0	8.0	9.0
Poland	('04)	26.3	('04)	19.3	33.9	('03)	8.1	('04)	12.5	12.5	12.6
Portugal	('05)	17.0	('05)	9.0	26.0	('03)	11.4		-	-	-
Slovak Republic	('06)	25.0	('02)	22.5	25.5	('06)	8.6	('05)	17.6	18.0	16.8
Spain	('06)	26.4	('06)	21.5	31.6	('03)	11.7	('06)	14.9	14.7	15.1
Sweden	('05)	15.9	('05)	18.0	13.9	('06)	6.8	('05)	10.7	10.3	11.1
Switzerland	('02)	26.8	('02)	22.8	31.0	('06)	10.2	('02)	7.7	7.5	7.9
Turkey	('03)	32.1	('03)	17.8	51.1	('06)	1.2	('03)	12.0	14.5	9.7
United Kingdom	('06)	22.0	('06)	21.0	23.0	('06)	10.9	('06)	24.0	24.2	23.7
United States	('06)	16.7	('06)	14.5	19.0	('05)	8.4	('06)	34.3	35.3	33.3

Source: OECD HEALTH DATA 2008, Dec. 08.

* 흡연율(Tobacco consumption): % of population 15+ who are daily smokers
* 음주량(Alcohol consumption): Liters per capita(+15)
* 비만율(Obese population): % of total population

〈표 3-4〉 우리나라 국민의 주요 건강지표 변화

구 분		성인전체		남		여	
		1998	2007	1998	2007	1998	2007
2주간 외래이용률 (전 연령)		30.6	26.6 (2005)	27.9	22.9 (2005)	33.2	30.3 (2005)
보건의식행태	주관적 건강[1]	42.6	46.8 (2005)	46.7	52.9 (2005)	38.9	40.8 (2005)
	흡연율	36.2	25.2	67.6	44.9	5.3	5.2
	음주율[2]	52.1	56.7	72.4	73.9	32.7	39.9
	운동 미실천율	73.6	68.3	66.3		80.2	
	스트레스[3]	36.7	35.1 (2005)	37.1	34.9	36.3 (2005)	35.2 (2005)
	지난 2년간 건강검진수진율	48.8	47.4 (2005)	56.2	52.8 (2005)	42.1	42.0 (2005)
검진조사결과[5]	고도비만율 (BMI 30 이상)	2.4	4.1	1.7	-	3.0	-
	경계역 고혈압 유병률 (30세 이상)	27.8	24.6	30.1	-	25.2	-
	고지혈증 비율	7.2	9.1	6.4	7.9	7.7	10.2
	당뇨병[4]	7.7	7.9	8.4	9.4	6.9	6.4

주: 1) '매우 건강' 및 '건강한 편'이라고 응답한 사람의 비율임.
2) 1998년은 성인 응답자 중에서는 '술을 자주 마신다' 및 '가끔 마신다'에 응답한 자의 비율, 2007년은 월간 음주율
3) 스트레스를 '대단히 많이' 및 '많이' 느끼는 사람의 비율임.
4) 1998년 당뇨병은 공복시 혈당 126㎎/㎗ 이상 비율

자료: 1998년도 국민건강·영양조사.

제3절 해외 건강투자 사례

1. 유럽의 건강투자 사례

유럽에서 건강투자는 건강을 증진하는 하나의 중요한 전략으로 발전하여 왔다. 건강투자의 원리는 아래와 같다.

○ 건강에 초점을 두는 것(a focus on health) - 불건강의 근원에 대처하기 위하여 효과적인 액션을 추진하는 데 목표를 두어야 한다. 건강의 향상은 자주 건강에 목적을 두지 않은 정책이나 액션의 결과로 이루어지기도 하기 때문이다. 예를 들면 경제개발에 대한 공공정책 결정이 인구집단의 건강영향을 어떻게 주는 지에 대하여 평가하는 것은 매우 중요하다.

○ 공공의 참여를 도모함(full public participation) - 공공정책의 결정에 의하여 건강에 영향을 받는 대중의 역할을 종래의 투표나 컨설팅하는 정도의 역할에 머물게 하는 것이 아니라 민주적인 참여를 하도록 시민과 지도자를 개발하는데 투자해야 한다. 예를 들면 정보의 공유, 지역사회 집단과의 토론회, 포커스그룹 회의 등 여러 방법을 동원하여 공공정책의 계획을 검토하는 기준과 의견제시에 대한 보건교육을 해야 한다. 이러한 접근은 성과 인종의 다양성을 고려하도록 하고 어린이의 권리를 보호하면 사회정의의 원칙이 반영되도록 하기 위함이다.

○ 실질적인 부문 간 협력을 도모함(genuine intersectoral working) - 농림부, 교육부, 재경부, 건설교통부, 노동부문의 전략들이 건강의 개선을 반영할 수 있도록 중앙정부에서부터 지역사회의 수준에 이르기까지 모든 단계별로 네트워킹이 될 수 있어야 한다.

○ 형평성(equity)에 초점을 둠 - 세계보건기구의 Health for All 세계전략은 국가 간의 건강형평성, 국가내의 국민의 건강형평성을 성취하는 데 방향을 두고 있다. 건강을 향상시키는 자원과 기회를 균등하게 배분하는 데 초점을 둔다. 따라서 정책의 입안과정에서도 건강의 형평성문제는 반드시 고려되어야 한다.

○ 지속가능성(sustainability)을 중요시함. - 지속가능성은 두 가지 면에서 중요성을 가진다. 첫째, 지속적이고 회복성이 있는 건강을 위한 투자의 과정을 창조하기 위한 것이고, 둘째, 이러한 투자가 지속가능한 개발을 위한 기준에 맞아야 한다는 데 중요성이 있다. 자원의 관리, 기술적 제도적 개발 등의 정책이 국민과 차세대의 건강을 담보로 하지 않도록 하는 데 중점을 둔다.

○ 광범위한 지식기반사업에 기반을 둠. - 건강을 위한 투자를 달성하기 위한 정책과 사업계획은 기술적인 정보(technical information)에만 의존할 수 없다. 건강투자의 정책과 사업은 지역사회에 대한 광범위한 지식(통계자료, 연구결과 등)에 기반하여야 한다.

이상의 원리들은 새로운 것이 아니지만 이 원리를 체계적으로 도입하는 것은 매우 어려운 일이다. 실천적인 정책을 개발하기 위한 새로운 조직과 지식과 기술이 필요하기 때문이다. 변화를 실천하기 위해서는 그 결과(효과)가 분명하다는 것이 뒷받침되어야 하는 과제가 남아 있다.

가. 사례 : 베로나 벤치마크

이 접근방법은 이미 알려진 건강위해요인을 제거하는 데 사용될 수 있을 뿐만 아니라 건강증진을 함양할 수 있는 여건을 조성하는 것을 목적으로 한다. 지역주민들의 사회적 자본을 형성하는 것을 목표로 한다. 가장

최상의 결과를 얻기 위해서 다양한 집단이 파트너쉽을 가지고 참여하도록 해야 한다. 이것은 여러 부문 간에 공통적으로 공유할 수 있는 목표를 가지는 것을 의미한다. 건강의 향상이 공유된 목표가 되어야 한다. 부문간 협력을 실질적으로 하기 위해서 평가지표에 반영하는 것과 인력훈련과정에서 이러한 분야의 교육훈련을 반영하는 것이 필요하다.

베로나 벤치마크는 건강을 위한 투자(investment for health)를 실행할 때 적용하는 목록의 체크리스트이다. 어떤 국가나 어떤 지역사회에서도 건강을 위한 투자전략을 실행에 옮길 때 준비정도와 역량을 평가하는 데 사용할 수 있다.

베로나 사업에는 아래와 같은 방법론적인 도구가 있다.

- 베로나 벤치마크(Verona Benchmark) : 1998년의 Arena Meeting의 결과이며 시스템 특성(system characteristics)에 중점을 두고 있다. 건강을 위한 투자를 실행할 때 어떤 시스템이 필요한가에 대한 목록이다.
- 베로나 가이드라인(Verona Guideline) : 1999년의 Arena Meeting의 결과이며, 투자특성(investment characteristics)에 중점을 둔다. 건강을 위한 투자접근이 수용될 때 필요한 과정에 대한 사항을 다루고 있다.
- 베로나 레솔루션(Verona Resolution) : 베로나 사업과 관련된 3년간의 과정의 결과이며 건강을 위한 투자전략을 위한 액션의 요약이라고 할 수 있다.

Verona Benchmark는 건강증진, 미디어, 사회과학, 역할(epidemiology), 교육, 의학, 보건관리, 노동시장정책, 국제개발, 국가개발, 지역개발 분야의 전문가들이 모여서 만든 종합적인 작업이었다. 이것은 건강을 위한 투자에 대한 역량을 평가하는 기초적인 framework이다. 지역사회의 상황과 의사결정과정의 지원을 분석하는 데 사용할 수 있다. Verona Benchmark의 주요 주제는 <표 3-5>와 같다.

〈표 3-5〉 Verona Benchmark 시스템의 주요 주제

주 제	주요내용 (각 주제별 평가기준은 첫째, 현재의 상황을 뒷받침할 수 있는 근거의 유무, 둘째, 건강을 위해 취해야 할 조치의 유무, 셋째, 개발과정에서 다음에 취해야 할 단계의 유무 등임.)
(A) 건강에 높은 우선순위(A high priority for health)를 둠.	보건 부문 이외의 분야에서도 인구집단의 건강을 우선적으로 고려하도록 하는 것을 의미함. 재정적 지원이나 자원의 지원이 가능한지를 평가해야 함.
(B) 건강을 위한 사회적 자본(Social capital for health) 형성	건강을 위한 사회적 자본, 지역주민의 결속력을 의미하며 네트워크, 규범, 사회적 신뢰와 주민들이 상호의 이익을 우하여 함께 일할 능력과 의지가 있는 정도를 의미함. 건강투자는 지역사회가 건강을 유지하고 증진할 수 있는 능력을 창조하는 것임.
(C) 공공의 참여(Public engagement) 촉진	건강을 위한 투자에 대한 정보를 국민에게 제공하여 그 정책과정이 공중의 요구와 필요에 부합하고 인지된 참여를 도모하기 위함.
(D) 건강정책의 책임소재(Accountability) 형성	해당 정책을 집행하고 상부기관에 보고할 책임이 있는 개인과 조직이 필요함.
(E) 지속가능한 정책(Sustained policy commitment) 개발	지속가능한 정책이 위임된 기관이 필요함.
(F) 구체적인 투자과정(Investment Process) 개발	투자의 구체적인 과정이 필요함.
(G) 모니터링(Monitoring) 체계 구축	선택된 목표를 달성하기 위한 과정을 지속적으로 모니터링하며, 수정이 필요한 부분을 알 수 있게 해줌.

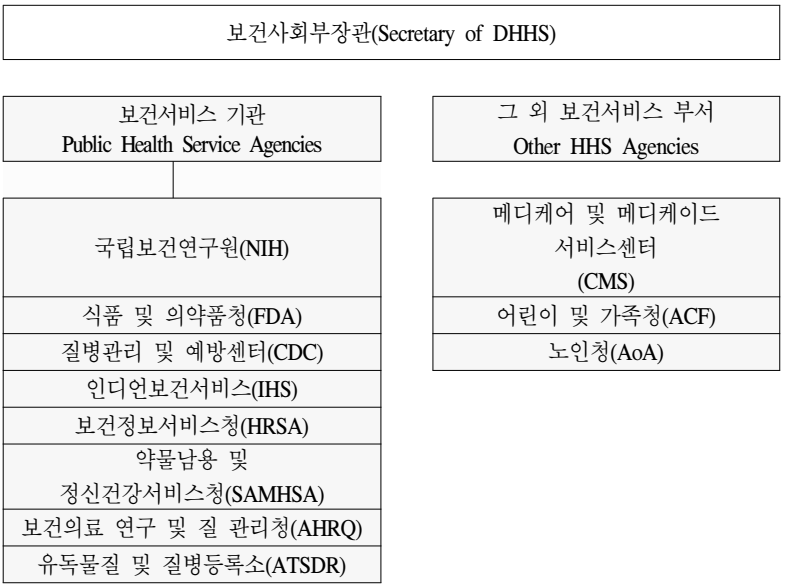
2. 미국의 건강투자 관련 건강증진정책 사례

가. 건강증진 조직

미국의 건강증진관련 업무는 보건부(Department of Health & Human Services: DHHS)와 그 산하 11개의 보건담당부처별로 사업을 담당하고 그에 따른 보건교육자료 개발 및 배포를 실시한다. 보건부는 300개 이상의 프로그램을 포함한 다양한 활동을 하고 있는데 주요한 활동은 다음과 같다(그림 3-1).

- 보건 및 사회과학 연구
- 면역 서비스를 포함한 질병 예방
- 식품과 약품 안전성 확보
- Medicare(노인과 장애인을 위한 건강보험)과 Medicaid(저소득자를 위한 건강보험)
- 저소득 가정을 위한 재정적 지원 및 서비스
- 모자보건 향상
- Head Start(취학전 교육 및 서비스)
- 신앙기반 및 지역사회 주도
- 아동학대 및 가정폭력 예방
- 약물남용 치료 및 예방
- 음식배달 서비스를 포함한 노인을 위한 서비스
- 미국 원주민을 위한 포괄적인 보건 서비스
- 잠재적 테러를 포함한 비상사태를 위한 의료시스템의 대비

〔그림 3-1〕 미국연방정부의 건강증진관련 체계도



주: NIH: National Institute for Health, FDA: Food and Drug Administration,
CDC: Centers for Disease Control, IHS; Indian Health Service,
HRSA: Health Resources and Services Administration,
SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration,
AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality,
CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services
ACF: Administration for Children and Families, AoA: Administration on Aging
자료: Department of Health & Human Services Organizational Chart, Last revised: September 27, 2006, http://www.hhs.gov/about/orgchart.html

나. 건강증진 담당부서의 역할

미국에서 보건교육정보자료는 보건부(DHHS)의 보건담당부처가 주체가 되어 각각 해당사업별로 개발 및 배포 등을 담당하고 있다. 보건부의 보건서비스 분과소속 부처로는 국립보건연구원, 식품 및 의약품청, 질병관리 및 예방센터, 인디언보건서비스, 보건정보서비스청, 약물남용 및 정신건강서비스청, 보건의료 연구 및 질 관리청, 유독물질 및 질병등록소가 있다. 그 외

대민 보건서비스를 실시하는 기관으로서 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터, 어린이 및 가족청, 노인청에서 보건교육 관련 자료를 개발하고 이에 대한 정보 제공 및 자료 배포를 한다.

다. 노인 건강증진 투자 사례

노인을 위한 사회, 건강 그리고 수입 지원 프로그램은 미국 사회보장법과 그 개정안 2조, 16조, 18조 그리고 19조로부터 발전해 왔다(Brownell & Patricia, 2007). 연방정부의 사회보장청은 지원과 질의 업무를 돕는 지방정부와 함께 노령, 유족, 장애보험과 보충적 보장 소득을 관할한다. 의료보험(Medicare)과 의료부조(Medicaid) 서비스의 연방 센터(CMS)는 의료보호 서비스를 관할하고 주 정부와 함께 의료보험과 의료부조에 의해 지원된 서비스, 프로그램과 제공자를 규제하고 감독한다.[20]

노인서비스 조직망에 의해 제공된 주요 서비스는 연방정부, 주 정부, 지방정부의 세금으로부터 기금을 지원 받는다. 서비스는 지방 정부나 지정된 정부기관과 계약된 비영리기관을 통해 제공되게 된다. 미국 노인복지법과 관련된 기금에 의해 지원되는 가정보호서비스(home care)는 지역사회 기반 사례관리(case management) 프로그램을 통해 제공되고, 또한 식사배달서비스도 지원된다.

2006년 뉴욕시 노인서비스를 위한 전체기금 중에, 46%는 뉴욕시의 세금과 기타 재원에서 나오고, 44%는 연방 노인청과 기타 재원을 통해 나오고, 그리고 10%는 주 노인국과 다른 재원을 통해 나온다. [21]

PACE 상환(Reimbursement under PACE)서비스는 의료부조(Medicaid) 아

---

20) 예) 뉴욕시 노인국과 미국 노인서비스의 관계에서 여러 목표된 조항들이 주(州) 노인국을 통해 제정되고 실행됨.

21) PACE 재원에 대한 자료 : Centers for Medicare and Medicaid Services. PACE Fact Sheet. CMS, United Department of Health & Human Services: Baltimore, MD, 2005.

래 있는 주정부 선택 할당(capitation) 편익 제도이다. The Balanced Budget Act of 1997가 PACE를 의료보험(Medicare) 아래 제공자(provider)로 창출한다. 의료보험(Medicare)아래, PACE 공급자들에게 의료보험과 의료부조 서비스센터(CMS)가 지급하는 월별 비율을 환산하는 두 가지 공식이 있다. (1) 군(county) 비율 장부와 PACE 노쇠 조정을 곱하고, (2) 위험성 조정 납부 방법론이 있다. 이와 같은 조화는 100% 다음 년도 위험성 조정으로 변환된다. 의료부조(Medicaid) 아래에서는 월별 할당률은 PACE 제공자와 주 의료부조 기관(the State Medicaid Agency)에서 협상하고 두 기관간의 계약서로 상술하게 된다. 할당률은 참여자의 건강에 변화가 있다 해도 계약 기간 동안 고정되어 있다. 할당률은 참여자에게 완납을 하는 것을 원칙으로 한다. 할당된 의료부조와 의료보험 지원금은 PACE 제공 장소에 완전한 금융 리스크(full financial risk)를 줄 수 있다.

피보험자가 지불하는 방식(Payer Type)은 아래와 같이 구분된다.

① 의료보험만 가지고 있는 노인(Medicare only)으로 의료보험 Part A와 Part B 보상을 가지고 있거나 Part B 보상만 가지고 있는 노인. 이러한 참여자들은 의료부조 보상을 가지고 있지 않고 장기보호 서비스(long-term care) 프리미엄을 개인이 부담해야 함.

② 의료부조만 가지고 있는 노인(Medicaid only)으로 참여자의 서비스 비용을 의료부조만이 부담함.

③ 이중 자격(dual eligibility) 노인은 의료보험(Part A 와 Part B, Part A 혹은 Part B)과 의료부조에 의해 보상 받는 노인

④ 개인 보험(private insurance) 소유 노인으로 장기 보호 보험(혹은 다른 보험)이 전체 혹은 부분의 장기보호 프리미엄을 부담함.

⑤ 개인 부담(private pay) 노인으로 의료보험과 의료부조 할당분을 개인이 직접 부담하는 노인.

의료보험 (Medicare)은 장·단기 질병 보험금 지원을 제공하고 있지만 소수의 질병 예방 프로그램을 지원함. HMO(Health Maintenance Organization)을 제외한 개인 보험 또한 질병 예방에 대해 동등한 입장을 가지고 있다 (Brant, Larry J. et al., 1995).

1) 노인건강증진서비스(Elderly Health Promotion Service Center)

노인건강증진서비스의 대표적인 프로그램은 PACE이다. PACE의 주안점은 아래와 같다.

- 입원 단기 진료, 외래 진료, 응급실 서비스, 약국, 내구 의료 기구, 치과, 필요물품, 보조 서비스를 포함하는 초기 진료 및 전문 진료
- 노인병 전문의 지시아래 간호, 복지, 치료요법 서비스를 포함하는 같은 여러 분야에 관련 있는 팀(interdisciplinary team)에 의해 제공되는 간호 관리
- Adult Day Health와 초기 진료 클리닉을 포함한 PACE 센터를 통한 대부분의 외래 간호 서비스 대책
- PACE에 의해 보조되는 가정 건강(Home health), 거주 간호(home care), 개인 진료사
- 성인 가족 거주(adult family homes), 장애인 개호 생활(assisted living), 요양원(nursing homes)을 포함한 거주 서비스, 정신 건강과 약물 중독 서비스

서비스를 제공하는 장소(Location of service provision)는 adult day health 센터, 개인 집, 입원 시설을 포함한다.

- 일반의약품의 지원 : PACE 관련 팀에 의해 허가되고 참여자 간호 계획에 포함된 처방전 없이 살 수 있는 간단한 의약품(over-the-counter

medications, OTC) 또한 PACE 프로그램에 의해 지원 받을 수 있다.

- 호스피스 간호 대책(Provision of hospice care) : PACE 참여자에게 포괄적인 간호 서비스가 제공되므로 말기 간호가 필요한 환자들은 PACE 단체를 통해 적절한 의료, 약품, 심리사회적 서비스를 제공받을 수 있다.
- 만약 참여자가 특정 공인 호스피스를 선택하고자 하면 참여자는 자동으로 PACE에서 제외된다.
- PACE 기구는 주 행정 기구와 CMS와 협력하여 호스피스 편의 선택을 촉진된다.
- 정신 건강 서비스 대책(Provision of mental health services): PACE 프로그램은 모든 보건, 의료, 사회 서비스에 참여자의 웰빙 레벨을 회복하고 유지하도록 지원하도록 요구함. 이것은 정신 건강 서비스를 포함함. 기구는 정신 건강 전문의와 계약을 맺어 이와 같은 서비스를 제공하도록 한다.

2) 노인의 건강한 노화지원사업[22)]

가) 노스캐롤라이나 로드맵

The North Carolina Roadmap for Healthy Aging(Opportunity Grant)- 북 캐롤라이나 노후 분할과 성인 서비스(the North Carolina Division of Aging and Adult Serivces), 북 캐롤라이나 노후 건강 연합(the North Carolina Healthy Aging Coalition), 북 캐롤라이나 보건부(the North Carolina Division of Public Health)가 협력하여 건강한 노후를 위한 북 캐롤라이나 로드맵

22) Centers for Disease Control and Prevention. State-Based Examples of Network Innovation, Opportunity, and Replication (SENIOR) Grants. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA., 2006. Retrieved from the World Wide Web: http://www.cdc.gov/aging/senior.htm.

(North Carolina Roadmap for Healthy Aging을 개발하였다. 노인들에게 좀 더 협조적이고 체계적인 중점을 두어 건강한 노후를 지낼 수 있도록 장려한다. 로드맵(the Roadmap)은 건강 증진, 질병 예방, 장기 질병 자주 관리의 방향과 구체적인 전략을 제공하고 서비스 네트워크의 용량, 정보제공, 파트너쉽 서비스를 최대화 하도록 한다. 프로젝트 평가는 공동 계획 수행으로 이루어지고 지속적인 파트너쉽을 조장하는데 도움을 준다.

나) 오레곤 건강한 노화 프로젝트

Oregon Healthy Aging (Opportunity Grant) - 오리건 주 보건부에 위치한 건강 증진과 장기 질병 예방 프로그램(The Health Promotion and Chronic Disease Prevention Program)과 and 노인과 장애인 분할구(the Seniors and People with Disabilities Division)는 건강한 노후 연합의 형성을 추천하기 위한 초기 계획 노력을 세우고 있다. 이 프로젝트의 목표는 건강한 노후를 증진시키기 위해 주 전체에 걸친 협력관계를 형성하고 주 전체적인 전략 수행을 지원한다. 프로그램은 특정 질병 지역을 지원하기 위해 협력관계 형성에 중점을 두고 있다.

다) 매사츄세츠주의 노인건강증진사업

Massachusetts Healthy Aging Initiative (Opportunity Grant) - 매사추세츠 보건부(the Massachusetts Department of Public Health)와 매사추세츠 노인 행정 본부(the Massachusetts Executive Office of Elder Affairs)는 매사추세츠 내 주 전체적인 노후 건강 고문 위원회를 개발하고 유지하기 위한 계획을 세우도록 하고 있다. 현재 많은 곳에서 노후 건강에 관련된 활동을 하고 있지만 근거 중심 건강증진 프로그램(evidence-based health promotion programs)을 시행하기 위한 인프라와 전략 계획은 취약한 형편이다. 따라서 위원회는 노후 건강 활동을 위해 주(state) 리더쉽, 커뮤니케이션, 코디

네이션을 제공한다.

위원회는 주 전체적 필요 측정과 노후 건강 자료와 프로그램 목록을 시행한다. 위원회는 또한 매사추세츠 지역 노인 기관과 연합하여 주 전체 근거 중심 프로그램 을 시행하고 평가함.

라) 뉴저지 주 노인건강사업

New Jersey Blueprint for Healthy Aging in New Jersey (Opportunity Grant)- 주 보건부와 주 노인부의 연합인 뉴저지 보건 노인 서비스 부(the New Jersey Department of Health and Senior Services)와 주 전체적인 건강 증진 고문 단체(the statewide Health Promotion Advisory Group)들이 협력하여 뉴저지 노후건강 청사진(The Blueprint for Healthy Aging in New Jersey)를 개발하고 보급하였다. 청사진(Blueprint)은 주 정부 핵심 인물들에게 뉴저지 노인 건강 상태에 관한 교육을 하여 건강한 행동을 통해 이룰 수 있는 이득의 인식을 향상 시키고, 주 전체에 지원하고 반복할 수 있는 근거 중심 건강 증진 프로그램을 강조시킨다. 청사진(the Blueprint)은 선출된 의원들, 지역 보건부, 지역 노인 기구 그리고 지역 재단법인에 배포되고 주 정부 웹사이트에서 이용할 수 있게 한다.

마) 아리조나 노인건강증진네트워크 사업

Arizona Creating the Critical Link: Healthy Aging Communication Network (HACN) (Opportunity Grant) - 아리조나 주 보건부의 노후 건강 이니시티브(the Healthy Aging Initiative, HAI), 아리조나 경제 안전부(the Arizona Department of Economic Security), 성인과 노후 행정부(Adult and Aging Administration), 주지사 노후 고문 위원회(the Governor's Advisory Council on Aging)는 커뮤니케이션과 정보 공유 네트워크를 발달시켜 왔다. 이 프로젝트는 기대치를 확인하고 파트너간의 동의를 형성하고 노인들의 건강

증진과 질병 예방 노력에 우선순위로 중점을 두어야 할 점들을 정한다. 보건부 내 장기 질병 프로그램 조사는 현재 HAI와 장기 질병 프로그램의 협력을 확인 하고 미래 협력방안을 확인하는 기회가 된다. 프로젝트는 도구모음과 HAI, Department programs, the HACN과 다른 중점 파트너들이 사용하고 있는 기본 건강 메시지와 정보로 꾸며져 있는 웹 사이트를 창조한다. 도구 모음은 인쇄물이나 HAI 웹 사이트에서 이용할 수 있게 한다.

라. 노인의 상해예방사업[23]

1) 플로리다 노인 낙상 예방 프로그램(Florida Injury Program for Seniors)

플로리다 노인 낙상 예방 프로그램(Florida Injury Prevention Program for Seniors, FLIPS)은 낙상, 화재 예방에 중점을 교육 의식 과제이다. 미 노인부, 보건부, 재정부와 플로리다 간호 학생 연합, 병원, 카운티(county)보건부 및 다른 여러 지역 기관들과 함께 연합하여 이루어지고 있음. 주(state) 내 성 교육을 통하여 와 낙상 예방 정보를 노인을 돌보는 기관에 유포함으로 이 프로그램은 비용절감 활동(cost-avoidance activities)에 적극적으로 참여하여 플로리다 주민 보조의 필요성과 관련한 부담을 줄일 수 있다. 낙상 예방 자료들은FLIPS clearinghouse on falls prevention을 통해 이용 가능 하고, 화재 예방과 약물 안전은 노인들에게 안전한 환경을 제공하는 도움을 준다. The Clearinghouse는 또한 케이스 메니져(case manager), 사회복지사(social workers), 간호사(home health care nurse)와 독거노인(homebound seniors)들을 돌보는 다른 사람들에게 자료를 제공한다. 보험부

23) The Department of Elder Affairs. Fall and Injury Prevention. State of Florida.2005 Retrieved from the World Wide Web: http://elderaffairs.state.fl.us/english/flips.html
Centers for Disease Control and Prevention . State-Based Examples of Network Innovation, Opportunity, and Replication (SENIOR) Grants. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA. 2006, Retrieved from the World Wide Web: http://www.cdc.gov/aging/senior.htm.

(the Department of Insurance)와 합동하여 FLIPS는 화재경보기를 필요로 하는 플로리다 노인들에게 무료로 제공한다.

2) 사우스 캐롤라이나 낙상예방 프로그램

South Carolina Lee County FallPrevention Partnership Project (Falls Prevention) 농촌지역(rural area) - 남부 캐롤라이나 환경 단속부(Environmental Control)와 노인 정부 장교 사무소(the Lieutenant Governor's Office on Aging)이 지역 기관과 협력하여 A Matter of Balance 프로그램을 시행한다. 이 프로그램은 빈곤 레벨 21%(주 빈곤 레벨 14%와 비교), 주민 50%가 흑인(African American)인 Lee County 에서 시행된다. 이 프로젝트는 지역 기관에 양성 교육, 신입 사원 모집, 지역 교사 양성, 보조금 지원함으로 프로그램이 행해진다.

마. 노인 영양관리사업(Elderly Nutrition Program)[24]

노인 영양프로그램은(The Elderly Nutrition Program) 미연방 정부와 주 정부가 보조하는 프로그램으로, 노인 행정국(the Executive Office of Elder Affairs)가 운영하여 지역 노인 기구가 영양가 있는 식사를 노인에게 제공할 수 있도록 한다. 노인 행정국 노인 영양 프로그램은(the Executive Office of Elder Affairs Nutrition Program for the Elderly) 미연방 보건국 노화 집행부(the Administration on Aging of the United States Department of Health and Human Service)는 노인법 타이틀III-C(Title III-C of the Older

24) The Executive Office of Elder Affairs. Elderly Nutrition Program Overview. 2007, Commonwealth of Massachusetts. from the World Wide Web: http://www.mass.gov/?pageID=eldersterminal&L=2&L0=Home&L1=Meals+and+Nutrition&sid=Eelders&b=terminalcontent&f=nutrition_overview&csid=Eelders.
Gibson, Hilary, National Meals on Wheels Roll Out into Rural Areas. Caregiver: 2007 Hollywood, FL. Retrieved from the World Wide Web: http://www.caregiver.com/channels/rural/articles/ national_meals_on_wheels.htm.

American Act, OAA)에 의해 집행하는 노인들을 위한가장 큰 지역 영양프로그램이다. 27개의 영양 프로그램이 각 주마다 노인들에게 8.5 백만 이상의 급식을 매년마다 제공함. 급식은 400개 이상의 공동 급식소와 허약한 노인들의 집으로 직접 배달되어 제공됨. 전체 급식의 반 이상이 집안에 있는 노인들에게 제공된다.

노인 영양 프로젝트의 주된 목표는 최소한 하루 한 끼의 영양적으로 균형 있는 식사를 공동 급식소나 식사를 집으로 직접 배달함으로 노인들에게 제공하는 것이다. 60세 이상 노인이나 노인의 배우자는 이 영양 서비스를 받을 수 있다. 여기에는 자발적인 후원이 요구된다. 노인 영양 서비스의 추가 목표는 노인들의 독립성을 유지하는 것을 도와 노인들이 계속해서 노인들 최대한 스스로 각자의 집에서 생활할 수 있도록 하는 데 있다.

영양 서비스에서 필요로 하는 중요한 영양 공급과 사회적 필요성에 추가하여 영양 공급소는 참여자가 필요로 하면 지원 서비스를 제공하도록 권장함. 서비스는 정보제공, 소개, 교통수단 제공, 건강 스크리닝과 레크레이션을 포함한다.

식사는 공동 급식소와 노인 거주지 배달을 통해 노인(60세 이상)과 60세 이하 장애인 중 공동 급식소가 제공되는 노인 거주지에 살고 있는 제공된다. 각 식사는 최소한 하루 영양 권장량의 1/3의 영양소를 포함하고 노인들에게 필요한 특별한 영양소를 고려한다. 식사제공에 추가하여 노인 영양 프로그램은 사회, 재활 서비스도 제공한다.

공동 급식소는 최소한 하루 한 끼를 노인 센터, 교회, 학교 혹은 다른 장소에서 제공한다. 공동 급식 장소는 사회화와 우의감을 형성하는 기회를 제공한다. 또한 영양 교육, 운동, 건강 증진 교육, 질병 예방 프로그램 등을 제공한다. 어떤 프로그램은 주말에 급식을 제공하기도 한다. 교통수단이 참여자 중 스스로 이동할 수 없는 노인들이 자주 이용할 수 있도록 한다.

바. 노인의 신체활동 증진사업[25)]

1) Physical Activity for Lifetime Success (PALS) 중소도시

PALS 프로젝트는 19년 동안 시애틀 킹 카운티(King County)에서 시행하여 노인들(65세 이상)이 육체적으로 활동적이게 생활하여 여러 가지 우울증, 당뇨병, 심장질환 등과 같은 장기 질병의 증상을 줄이도록 예방하는 프로그램이다. PALS 프로젝트는 개인 운동 활동의 레벨을 변화하는 예방교육과 저소득층 노인들과 많은 인종이 살고 있는 지역의 노인들이 운동을 할 수 있는 환경 또는 규정을 바꾸도록 지원하는 것을 포함한다. 두 지역 클리닉의 일반 의사들과 지역 노인 센터와 협력하여 200명의 당뇨병 노인을 대상으로 근력증진활동을 시행함. 전체 연구 참여자 중 반절은 첫 번째 그룹 예방 프로그램 시행 후 1년 동안 프로그램을 지정하여 비교 그룹으로 선정한다. 클리닉 방문 동안의료진들은 운동의 중요성에 관하여 환자를 상담하고 각 환자에게 맞는 운동 방법을 문서로 추천서를 작성하고 지역 자료 리스트를 제공한다. 의료진은 환자들에게 근력증진활동 보조프로그램을 추천해 줄 것인가를 물어본다. 이 센터는 스텐포드 대학(Standford University)에서 개발한 전화근력향상활동상담 프로그램인 Active Choice를 선택하여 활용하고 있다.

지역 노인 센터에서 제공하는 이 프로그램은 각 참여자에게 6~12개월 동안 전화를 통해 근력증진활동을 늘리기 위한 지원과 동기 부여를 제공하는 피어(peer)와 짝을 지어준다. 노인센터는 참여자들에게 예방연구센터와 Enhance Fitness(이전에는 the Lifetime Fitness Program으로 알려짐)과 저렴한 가격의 운동클래스, PEARLS, 노인들의 우울증 증상을 줄이기 위한

25) Centers for Disease Control and Prevention . Center for Healthy Aging Community Outreach and Demonstration Program. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA. 2006. Retrieved from the World Wide Web: http://www.cdc.gov/prc/research-projects/core-projects/center-healthy-aging-community-outreach.htm. Centers for Disease Control and Prevention. Physical Activity for Lifetime Success (PALS).Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA. 2006. Retrieved from the World Wide Web: http://www.cdc.gov/prc/research-projects/core-projects/physical-activity-lifetime-success.htm

사회 복지사가 인도하는 in-home 프로그램등과 같은 노인센터나 지역 센터에서 운영하는 in-home 프로그램과 같은 협력자들이 개발하고 시범 연구한 다른 프로그램들을 추천한다.

이와 같은 보조 프로그램 참여자들은 근력운동 레벨을 측정하는 근력운동 활동 속성 평가(Rapid Assessment of Physical Activity, RAPA)를 정기적으로 마쳐야 한다. 연구원들은 클리닉의 당뇨 기록의 집단 그룹 데이터를 PALS 프로그램 참여자와 비참여자를 비교하는 자료로 사용한다. 연구원들은 또한 노인센터 PALS 자원봉사자와 직원들을 통해 모은 자료를 또한 분석한다. 지역 수용 인원을 늘리기 위해 연구원들은 지역 서비스 공급자들과 근력운동 활동을 보조할 다른 지역이해관계자의 네트워크를 형성하는데 도움을 주고 노인근력 운동 활동의 이득에 관한 지역전체 캠페인을 수행하는데 참여한다.

2) 읍면군지역의 신체활동 프로그램Center for Healthy Aging Community Outreach and Demonstration Project

펜실베니아 주 서부 지역 알레게니 카운티(Allegheny County)는 65세 이상 노인 인구 집중이 가장 높은 지역이고 두번째로는 플로리다 주 데이드 카운티 (Dade County)이다. 프로젝트 관계자들은 노인들이 건강한 노후를 유지할 수 있는 다음과 같은 10가지 컨디션을 건강한 노후를 위한 10가지 중요한 요소(Ten Keys to Healthy Aging)를 제시하였다. 1) prevent bone loss and muscle weakness, 2) 혈압 관리, 3) 근력운동 활동 증가, 4) 혈당 조절, 5) 금연, 6) 사회적 교제 유지, 7) 암 스크리닝 참여, 8) 예방 접종, 9) 콜레스테롤 저하, 10) 우울증 치료 등이 포함된다. 연구원들은 지역 파트너와 함께 프로그램을 재정비하고 근력운동 활동을 증가 시킬 수 있고 식습관을 발전시킬 수 있고 사회적 지원과 정신적 통찰을 강화할 수 있는 행동 구성 요소들을 추가하였다.

프로젝트 관계자들은 1,000명의 노인을 대상으로 건강한 삶을 위한 예방 교육과 간단한 교육 중재의 2가지 다른 예방 프로그램을 시행하고 평가하였다. 건강한 노후를 위한 10가지 중요한 요소들과 관련 4시간 동안의 초기 측정이 끝난 후 참여자들은 임의로 각 그룹에 지정된다. 두 그룹에 있는 모든 참여자들은 건강 상담가와 만나 자신의 결과를 듣고 상담가는 참여자가 할 일을 추천을 해준다. 참여자는 자신의 결과를 발전시키기 위해 하나 혹은 두 가지 목표를 정하고 필요하다면 의사를 만나게 한다. 간단한 교육 그룹에 속한 참여자에게는 적당한 지역 정보와 건강 상담가로부터 차후 상담 전화를 3달마다 받게 됨(고혈압 환자, 근력증진 활동을 일주일에 2시간도 안 하는 참여자, 심한 우울증이 있고 의사 처방이 된 약을 복용하지 않는 참여자일 경우 한 달에 한 번 연락을 받게 됨).

노인들은 매주 산책그룹과 그룹 세션에 참여하여 혈압과 당뇨를 관리하기 위한 건강한 음식선택에 관하여 배우게 되고, 운동을 통해 체력, 유연성, 지구력을 강화시킨다. 추가 사회 활동을 제공해 참여자들이 교우관계 유지 방법과 기억력 강화와 정신적 능력을 향상 시킬 수 있는 보조를 받는다. 또한 암, 스트로크(stroke), 심장병, 골다공증, 기억력 상실과 나이가 듦에 따라생기는 다른 질병을 유발하는 위험성에 관해 배우게 된다. 모든 참여자들은 중재교육이 끝난 후 6~12달에 측정을 마치게 되고 3~4년 동안 일 년에 한 번씩 측정을 받게 되며, 두 그룹의 사후 중재 결과와 초기 측정을 서로 비교 분석한다. 평가자는 참여자의 건강의 임상, 행동 측정을 분석하고 어떤 중재 프로그램이 참여자의 질병을 예방하는데 더 도움이 되는지 결정한다.

사. 건강증진사업의 평가 사례[26]

1) PACE Program Evaluation

메디케어 (Medicare)와 Medicaid(메디케이드) 서비스 센터 (The Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)와 주정부는 계속해서 진행되는 프로그램을 모니터링 한다. PACE 프로그램은 주와 연방 규제 요구조건을 발전시키고 맞추는 책임이 있다.

PACE 재정 계획 도구 (the PACE Financial Planning Tools)는 세부 개발 케이스 스터디, 재정 모델, 기본 계획안, PACE 사업 계획 체크 리스트로 이루어져 있다. 이러한 도구들은 단체가 PACE 프로그램 실행 가능성과 외부 투자가들을 포함한 다른 곳에 PACE 개발에 과한 설명을 할 수 있도록 돕는다. 이 도구는 PACE 기구 확장을 재정 계획 관점에서 설명할 수 있도록 도와준다.

Washington State Department of Social and Health Services Research & Data Analysis Division은 PACE 프로그램의 영향을 PACE 대상자들의 결과와 다른 장기 의료서비스를 이용하는 대상자들의 결과를 비교함으로 접근하는 평가를 한다. Mathematica Policy에서는 다음과 같은 접근을 발의한 바 있다. PACE 국가적 평가조사는 1) 특수 요양원 시설 이용 대상자 중 비교 대상 그룹 선정하고, (2) 재가 서비스를 이용하는 대상자 중 재가 및 공동체 기반 서비스(a home- and community based services, HCBS) 비교 대상 그룹을 선정한다. 비교 대상자는 55세 이상, 연구 기간 동안 킹 카운티 (King County)에 거주하는 PACE 프로그램에 참여하는 노인으로 제한하였다. PACE와 비교 대상자는 다음과 같은 성격으로 비슷한 기준치를 두었

26) Felver, Barbara; Mancuso, David & Yamashiro, Greg. PACE: Evaluation. Washington State Department of Social and Health Services Research & Data Analysis Division: Olympia, WA. Report Number 8.26, 2005.

다. 인구 통계학적 기준치는 나이, 성별, 인종을 포함하였고, 기능 상태 기준치는 ADL/IADL 전체 스코어를 사용하여 측정하였다. The Community Options Program Entry System(COPES) 자격 여부와 개호 레벨 평가 기준치를 평가한다. 의료비용 가능여부 스코어 2 기준치(Baseline medical cost risk score 2)를 활용한다. 가능 여부 스코어는 메디케이트 처방 시스템(Medicaid Rx System)을 사용하여 위험도를 계산하게 된다.

The ADL/IADL Total Score를 합친 총점은 음식 섭취, 화장실 사용, 보행, 이동, 자세, 특정 몸 관리, 개인위생, 치장, 목욕, 개인 치료, 의료 시설로 이동, 필수적 쇼핑, 음식 준비, 세탁, 집안일과 목질 품과 관련한 26개 측정을 기준으로 한다. 각각의 측정은 대상자의 필요성 레벨인식을 기준으로 한다(전혀 없음(None), 최소(Minimal), 상당(Substantial), 전체(total)). 각 필요 값은 숫자로 가중되고 모두 합쳐져 세계적인 측정으로 사용되는 한가지 총점으로 산출된다. 일반적으로 높은 총점이 높을수록 필요성 레벨이 크고, 기능적 레벨은 낮아진다. PACE 프로그램을 이용하는 대상자의 일반적인 ADL/IADLs 총점 기준치를 가지고 평가한다.

2) REACH Elderly Project의 성과

REACH 프로젝트의 목표는 지역사회, 의료관계자, 지역 시스템에 동남아시아계, 태평양제도, 필리핀 인종 사회 노인들의 건강 격차에 따른 건강정보, 접근에 대한 필요성을 알림. 전략과 방법은 다음과 같다.

① 각 나라 문화와 언어에 맞는 브로셔 개발
② 지역 사회 세미나와 일대일 구조활동(one-to-one outreach)를 통해 예방접종과 스크리닝 장려
③ 지역 시스템과 함께 조정하여 지역 사회에 서비스 접근의 필요성을 홍보함.

④ 현존 자료들을 개선하여 인종 간 건강 격차를 줄이기 위한 더 나은 서비스 구축

REACH 프로그램 평가는 건강상 격차를 줄이기 위한프로그램의 효율성을 결정하는데 매우 중요하다. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)는 피지급자와 파트너들과 함께 국가적 데이터 수집 길잡이를 위해 평가 논리 모델을 개발하였다. 모델은 질적, 양적 데이터 수집의 길잡이가 되기 위해 다음과 같은 5가지 단계를 사용하였다.

① 포용력 구축(Capacity Building) 건강상 격차를 줄이기 위한 지역사회 합동 활동
② 대상 활동(Targeted Actions) 예방 활동이 바라던 효과를 가져 올 것임을 신뢰.
③ 지역/체계적 변화(Community/System Change) 지역 사회 환경과 영향받는 개인 및 그룹의 지식, 태도, 신념, 행동의 변화
④ 위험 가능성 보급/보호 행동 변화(Widespread Risk/Protective Behavior Change) 지역 사회 회원의 특정 확률 안에서 위험 가능성감소 행동률 변화
⑤ 건강 격차 감소 (Health Disparity Reduction) 건강 상태 격차를 좁힘.

REACH Information Network (REACH IN)은 REACH 피지급자(grantees)를 위해 맞추어진 인터넷 도구로서, 피지급자가 1,2,3 단계 평가 모델의 데이터를 기록, 저장, 검색할 수 있고, 지역 활동에 관한 그래프와 리포트를 산출할 수 있다. REACH IN 은 또한 연합자들끼리 정보를 교환할 수 있도록 하였다.

REACH Risk Factor Survey 에서 산출해 낸 데이터는 유방암, 자궁암 예방, 심장혈관계건강당뇨병 프로그램을 하고 있는 REACH 지역사회 안 건강 상태에 관한 중요한 정보를 제공함. 지역사회는 이와 같은 정보를 위

험성 감소 행동과 지역 사회 일원들 간의 건강 격차 감소를 평가하는 것으로 이용할 수 있다.

REACH 지역 사회에 건강 위험성을 줄이기 위한데이터의 긍정적 행동 변화 목표는 지역사회이원들안의 유방암 검사(mammograms), 자궁암 검사(pap tests) 및 콜레스테롤 또는 glycosolated hemoglobin screenings 이용 확률 증가 등이다. 이러한 변화는 콜레스테롤과 당뇨 스크리닝 불균형을 줄이는데 도움을 준다.

제4절 건강증진정책과 건강형평성

1995년 국민건강증진법 제정이후 1998년부터 우리나라 국민의 흡연율 증가를 막기 위한 여러 가지 노력들이 건강증진사업으로 실시되었고, 이와 아울러 절주, 영양, 운동실천의 사업들이 활성화되어 오늘에 이르고 있다. 2000년대 초반에 보건복지가족부는 2010년까지의 국민건강증진종합계획에서 금연, 절주, 영양, 운동 등 네 가지 분야를 건강생활실천사업의 핵심 분야로 선정한 바 있다. 목표의 달성을 위해서는 지표의 변화, 각 지표별 목표, 관련 사업들을 지속적으로 평가하고 보완하는 일이 필요하다. 2005년에는 건강생활실천분야의 목표 중간평가는 위해 각 관련 분야의 전문가들이 이론적 근거와 국제적 통계지표를 참고하여 중간평가와 목표수정작업을 실시한 바 있다.

그린과 크루터[27]에 의하면 라이프스타일이란 개인 또는 집단의 행동적인 실천이 일정시간동안 지속되는 것을 의미한다고 설명하였다. 건강생활실천사업은 만성질환의 위험요인을 감소시키는 데 핵심적인 사업으로 자리잡게 되었고, 건강한 생활습관을 가지도록 하는 행동변화의 유도에 초

27) Green LW & Kreuter MW, Health Promotion Planning: an educational and environmental approach, Mountain View, CA: Mayfield. 1991.

점을 두게 되었다. 최근 흡연율의 증가가 둔화되고 성인 남성 흡연율은 감소되는 추세로 접어들었다. 그러나 여성 흡연율은 증가하는 추세라는 전망이 많아서 금연사업에도 새로운 접근이 필요한 시기가 되었다. 한편 음주율은 지속적으로 증가추세로 분석되고 있으며 보다 적극적인 절주(저위험 음주를 권장하는)사업이 요구되고 있다. 영양사업과 운동증진사업이 전국 보건소를 통해 보급되고 있으나 우리나라 국민의 성인 비만율은 증가하는 추세임이 지적되고 있다. 증가하는 성인 비만율은 유전적 소인 외에도 개인의 과도한 식습관이나 비활동적인 생활양식의 특성에서도 원인을 찾을 수 있으며, 생활습관 변화의 필요성이 증대하고 있음을 나타낸다. 건강생활실천사업이 2010년까지 목표달성을 이루기 위해서는 변화하는 국민건강행태에 대한 분석과 이에 대응하는 효과적인 접근전략을 세우는 것이 필요하다.

1. 국민건강의 형평성

우리나라 국민의 건강은 성별 차이, 사회경제적 위치에 따른 차이를 보이는 것으로 보고되고 있다. 국민건강영양조사의 결과 중 1998년 및 2001년의 데이터를 분석한 김혜련 외(2004)의 연구에서 사회계층별 만성질환과 건강상태의 불평등이 보고되었다. 건강행태변화와 임상적 위험요인변수들이 교육수준, 소득수준, 직업유형 등 사회경제적 위치의 지표별로 차이가 났다. 여성일수록, 교육수준이나 소득수준이 낮을수록 건강수준이 좋지 않은 편에 속하고 흡연이나 음주, 비만과 같은 건강위험요인이 더 많은 것으로 분석되었다. 건강수준의 불평등이 사망률에도 영향을 주어서 전반적인 건강문제해결을 위해서 건강의 형평성문제를 반드시 고려한 정책을 개발해야 할 필요성을 제시한 바 있다. 사회적 위치에 따른 건강형평성 문제는 외국의 연구에서도 나타나고 있다. 교육 및 소득수준이 낮거나 사회적 여건의 수준이 낮은 지역의 주민일수록 흡연과 같은 위험요인

을 더 많이 나타내는 것으로 보고된 바 있다(Daponte-Codina 등, 2008).

2. 새국민건강증진종합계획의 건강생활실천사업 추진계획의 현황

보건복지가족부에서는 국민건강증진법 제4조 제1항에 따라 지난 2002년 국민건강증진종합계획이 수립하였고, 중간평가를 거쳐 2005년 새국민건강증진종합계획을 수립한 바 있다. 새국민건강증진종합계획에서는 중점과제 24개, 세부추진사업 108개, 목표 169개 등이 포함되어 있다. 국민건강생활실천확산 분야는 금연, 절주, 운동, 영양 등의 4개가 중점과제이며, 금연교육프로그램개발 및 보급, 청소년 음주예방교육 및 캠페인, 운동프로그램개발 및 보급, 비만개선, 식이지침 개발 보급 등이 포함되어 있다(표 3-6 참조). 건강증진사업의 효과적 추진을 위하여 중앙에 국민건강증진위원회를 구성하고, 도시형 보건지소 설치, 보건소 건강생활실천 사업 확대 등을 주요내용으로 하고 있다. 사업에 따라서 국민건강증진기금뿐만 아니라 국비 및 지방비의 지원이 필요한 사업도 있다. 국민의 건강증진을 위하여 국민건강증진위원회 구성, 도시형 보건지소설치, 보건소의 건강생활실천사업 확대 등을 통해 사업기반을 구축하고 만성질환관리, 생애주기별 건강증진서비스 제공, 보건의료서비스의 형평성 제고 등을 2010년까지 추진하는 것을 계획한 바 있다.

〈표 3-6〉 새국민건강증진종합계획의 건강생활실천 중점과제와 주요 사업내용

중점과제 1. 금연	사업내용
가. 흡연예방 및 금연을 위한 교육홍보	흡연예방교육
나. 금연클리닉 확대 운영	금연클리닉
다. 금연상담전화 정착	금연상담전화
라. 흡연 규제 강화	법제도 강화
마. 흡연율 모니터링 체계 구축	흡연율 모니터링 체계 구축

중점과제 2. 절주	사업내용
가. 음주 예방 교육 및 홍보	음주예방교육홍보
나. 주류 소비 억제를 위한 음주통제 정책의 강화	사회지원단체 구성
다. 주류광고 모니터링 강화	주류광고 모니터링
라. 음주 폐해 평가지표 개발	음주폐해 실태조사 및 평가지표 개발

중점과제 3. 운동	사업내용
가. 운동실천 동기화 촉진	언론매체를 통한 홍보
나. 운동시설 확충	지역 내 운동시설 및 장비확충
다. 운동프로그램 개발·보급	운동프로그램개발
라. 국민건강운동사업 평가체계마련	평가지표개발
	연구 사업 실시
마. 노인 운동의 활성화	노인운동의 활성화

중점과제 4. 영양	사업내용
가. 취약계층 영양 지원 프로그램 확대	임산부 및 영유아 보충영양관리 시범사업
	취약계층 급식 배달 서비스 확대 방안 마련
	시설영양 관리 방안
나. 바른 식생활을 위한 자료개발·보급	식생활 목표설정 등 연구 수행
	식생활 지침 개발
	레시피 개발
	교육자료 개발보급 및 교육
	매체 홍보
다. 가공식품의 영양표시 제도 정착	영양표시제도 개선 사업:
	산업체 영양표시업무 지원사업:
	소비자 대상 영양표시 교육홍보 사업
라. 국가 영양정보 생산/제공 시스템 구축	국민건강영양조사 개선
	영양성분 DB 구축/update
	영양정보 모니터링/관리체계 개발/운영
	수퍼마켓과 일반 음식점을 통한 영양정보

중점과제 4. 영양	사업내용
	제공 활성화
마. 나트륨 과다 섭취 판정 도구 개발과 과다 섭취군 조사	나트륨 과다 섭취 판정 도구 개발과 검증
바. 노인을 위한 영양밀도 높은 레시피/조리법 개발 및 보급	노인을 위한 영양밀도 높은 레시피/조리법 개발 및 보급

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 새국민건강증진종합계획수립, 2005.

새국민건강증진종합계획의 건강생활실천사업내용에서 담고 있는 주요 내용은 보건교육홍보와 관련된 사업과 제도적 개선 사업들로 구성되어 있음을 알 수 있다. 그런데, 절주사업이나 운동사업의 경우는 법제도적 개선 사업이 구체적으로 제시되어 있지 않다. 개인의 건강생활실천을 지원하기 위해서는 교육홍보만으로는 효과를 보기 어렵고 법제도적 지원이 뒷받침되어야 한다.

3. 건강생활실천을 지원하는 법제도와 과제

건강에 대한 일반인의 수요는 빠르게 증대할 것으로 전망되지만, 증가하는 국민의 건강수요에 대한 체계적인 정보제공과 학습기회를 제공하는 보건교육이 필요하다. 현대사회에서 건강정보의 확산과 더불어 국민이 건강문제에 대해 정보를 수집하고 스스로 선택해야 하는 상황이 증대하고 있으나, 체계적인 보건교육이 없는 상황에서는 지역사회에서 불필요한 건강수요나 개인의료비용의 증대가 예상된다.

국민건강증진법 제 11조에서 14조는 보건교육의 관장, 보건교육의 실시, 보건교육의 평가, 보건교육의 개발 등에 관한 사항으로 제정되어 있다. 법제12조에서는 보건교육의 실시에 대하여 규정하고 있다. 이 조항에서는 국가 및 지방자치단체가 건강생활실천을 위한 보건교육을 실시하도록 규정하고 있고, 건강증진관련 법인 또는 단체 등이 보건교육을 실시할 경우 이를 지원할 수 있다고 규정하고 있다.

국민건강증진법시행령 제17조에 규정되어 있는 보건교육의 내용은 ① 금연·절주 등 건강생활의 실천에 관한 사항, ② 만성퇴행성질환 등 질병의 예방에 관한 사항, ③ 영양 및 식생활에 관한 사항, ④ 구강건강에 관한 사항, ⑤ 공중위생에 관한 사항, ⑥ 건강증진을 위한 체육활동에 관한 사항, ⑦ 기타 건강증진사업에 관한 사항으로 규정하고 있다.[28] 지역보건법에서도 보건교육에 대한 근거조항을 마련하고 있다.

노인복지법 제27조(건강진단 등) 1항에서는 국가 또는 지방자치단체는 대통령령이 정하는 바에 의하여 65세 이상의 자에 대하여 건강진단과 보건교육을 실시할 수 있다고 규정하고 있다. 시행령 제 20조(건강진단 등)에서 복지실시기관이 보건소 또는 보건·의료관련 기관, 단체로 하여금 보건교육을 실시하게 할 수 있도록 규정하고 있다. 따라서 여기에서 노인의 건강보호, 유지, 증진 차원에서 적절한 보건교육사업과 관련 자료개발의 근거를 찾을 수 있다.

산업안전보건법 제4조(정부의 책무)제1항 제9호(기타 근로자의 안전 및 건강의 보호·증진에 관한 사항)를 근거로 제정된 사업장 건강증진운동 시행규칙에서는 근로자의 건강증진을 위한 건강 체조 보급 및 건강교육, 금주·금연 및 스트레스(긴장)해소 등 건강관리에 관한 사항 등을 포함하고 있다. 산업안전보건법 제5조(사업주의 업무)에서는 근로자 건강장해 예방과 건강증진을 위해 하여야 할 책임과 역할을 제시하고 있다. 국민체육진흥법에서는 지역사회의 체육활동을 장려하고 있고, 학교체육진흥, 직장인 체육진흥 등에 대한 사항을 규정하고 있다.

그러나 법제도에서 보건교육 보급을 위한 근거조항이 마련되어 있으나 건강생활실천을 위한 보건교육의 표준화 및 보건교육의 보급은 미흡한 상황이다.[29] 대상별 교육자료들이 체계적으로 보급되고 있지 않다는 것이 지적되고 있으나 예산지원은 거의 없는 상황이다.

---

28) 국민건강증진법령집, 8월, 2003.

29) 최은진, Kreisel, 최승희, 오유미, 김경원, 신성례, 양순옥, 보건교육자료의 분석 및 개발과제, 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2003.

제4장 능동적 복지를 위한 건강투자의 우선순위

제1절 건강한 공공정책개발의 과제

건강증진은 정책과 교육의 시너지적인 상호작용에 의하여 달성된다. 공공부문에서 건강을 지지하는 환경을 창조하고, 지역사회의 참여를 가능하게 하는 것은 건강증진의 중심적인 원리이다. 개인도 건강에 공헌하는 개인적인, 집단적인 책임을 지니고 있다. 건강의 결정요소들을 조절하기위한 개인과 주의 각각의 역할과 책임을 분명하게 하는 것이 과제이다.

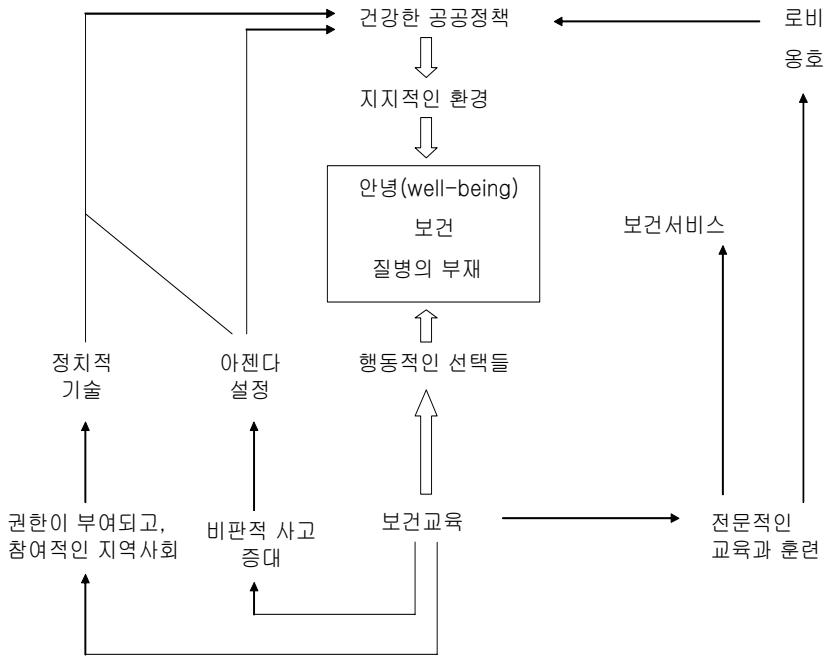
건강증진 및 보건교육의 기초원리 중은 하나는, 자발적이거나 자유로운 선택적 수행이다. 수요자들에게 이용 가능한 서비스를 개발보급하고 수요자들로 하여금 건강한 선택을 하도록 유도하는 것이 중요한 과제이다. 건강한 공공책의 관심사는, 건강을 해치지 않는 환경과 '건강에 중요한 자원들'의 공평한 분배를 확실히 해야 한다는 것이다. 건강을 해치는 선택들은 더욱 많은 비용이 들어가게 하고, 건강을 증진시키는 선택들은 조직들과 개인들 모두에게 비용이 덜 들어가게 한다.

건강한 공공 정책은, 건강을 실천하는 행동에 대한 장애요인을 제거함으로써, 건강한 선택들을 보호하고 유도하는 데 목표가 있다. 건강한 선택을 손쉬운 선택으로 만드는 것이 필요할 뿐만 아니라, 건강한 선택이 유일한 선택이 되도록 유도하는 정책이 필요하다(Tones and Tilford. 1994).

건강한 공공정책은 일반적으로 구조적인 건강의 결정요인들에 영향을 주는 시도라고 할 수 있다. 구조적인 요인들은 생활습관과 행동에 주요한 영향을 줄 수 있기 때문이다. 예를 들어 교육정책은 교육과정의 개선을 통하여 보건교육이 가능한 기회를 증대할 수 있다. 교육분야 뿐만 아니라

다른 분야에서도 보건교육은 건강한 공공정책 개발의 주요한 과정이며 수단이 된다. 이외에도 전문적인 교육과 훈련, 정치적 활동 등의 역량강화가 건강한 공공정책을 수립하는 데 기여한다(그림 4-1).

〔그림 4-1〕 건강한 공공정책개발을 위한 사회적 요소



주: Tones & Tilford, Health Education: Effectiveness, Efficiency and Equity, 1994.

건강한 공공 정책은 정치적인 비전과 리더십에 의존하며, Draper(1988: 218)는 리더십을 '공중 보건을 위한 매우 강한 전문적인 책임을 가지는 사람들과 함께 시작해야만 하는 것'이라고 언급하였다. 건강영향평가(health impact assesment:HIA)는 건강한 공공정책을 개발하는데 중요한 제

도가 될 수 있다. HIA는 정보에 근거한 정책 입안을 추구하고, 잠재적인 위험을 피하기 위한 결정들을 채택하기 위한 기회를 제공한다. HIA는 “인구의 건강에 잠재적인 영향을 주고, 인구 내에서 영향력을 분배하는 것으로 판단되어지는 정책, 프로그램, 프로젝트에 의한 절차들과 방법들, 그리고 도구들의 조합”이라고 정의된다. 정책의 잠재적인 건강 영향을 확인하는 것은 필연적으로 복잡하며, 이는 직접적, 간접적으로 건강 지위에 영향을 미치기 위한 상호작용인 요인들의 과잉으로 주어진다. 간접적인 영향들은 ‘사람들의 건강 결정요인에 영향을 무치는 즉각적인 요소들을 통해’ 작용되어지는 것으로 보여 진다. 게다가 한 영역에서 정책 개발은 다른 영역으로 도미노효과(연쇄효과)를 가져다 줄 수 있다. HIA는 정책, 프로그램이나 프로젝트에 적용될 수 있으며, HIA와 관련된 필수적인 질문들은 아래와 같이 정리할 수 있다(European Center for Healthy Policy, 1999).

- What: 어떤 정책들이 가려지게 될 것이며, 결정을 위한 기준은 무엇인가? 접근되어지는 영향은 무엇인가? 이것들은 건강 결과들, 요인들, 위험들과 형평을 포함할 것인가?
- How: HIA는 어떻게 발생될 것인가? 그것은 통합되어질 것인가? 아니면 분리되어질 것인가? 그것은 자발적인 요구인가? 아니면 법적인 요구인가? 정책과 결과 간의 우연성은 어떻게 언급되어질 수 있는가?
- When: HIA는 정책과정에서 언제 도입되게 될 것인가?
- Who: 누가 평가하는가? 이 사람이 정책제안자나 외부의 agency가 될 수 있는가?
- Where: 국제적, 국가적, 지역적 수준은 어디에 있는가?

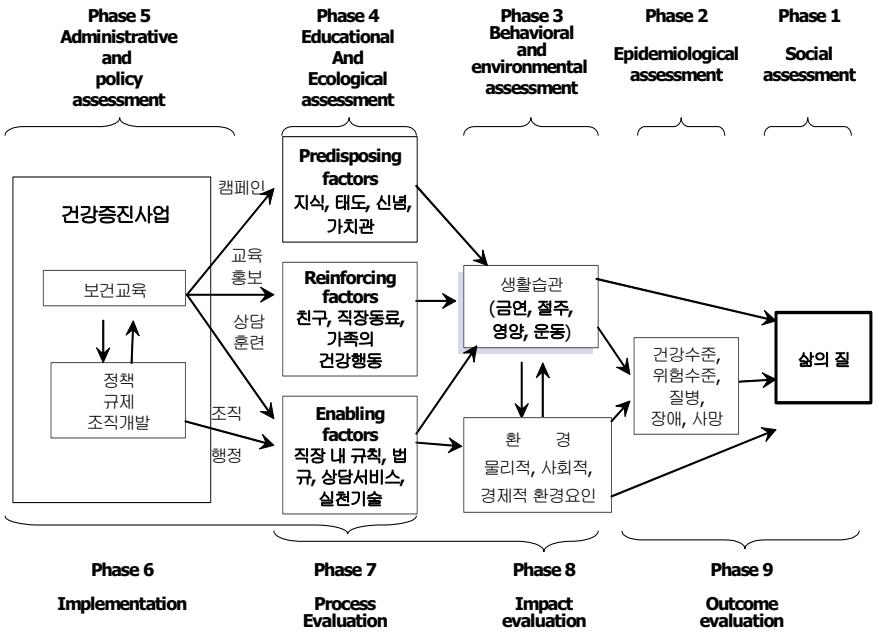
HIA는 건강한 정책을 수립하거나 정책의 변화를 위한 제도적인 수단이 될 수 있다. 또 다른 정책변화의 수단은 일반시민의 인식증대와 참여의식을 높혀서 의사결정자 및 정치가들이 국가적 차원이나 지역적 차원에서 건강한 공공정책수립을 할 수 있도록 유도하는 것이고 이것이 현대적인 건강증진 및 보건교육의 목적이다.

건강증진 및 보건교육은 개인적인 행동 변화와 개인의 건강관리의 책임을 강조하는 분야이다. 건강한 공공정책은 구조적인 요소들과 가능하게 하는 요소들을 변화시키는 데 중점을 두며 건강관리를 지원하는 환경조성으로 나타난다. 그러나 건강한 공공 정책을 만드는 것은 건강행동변화의 기술과 관련된 요소에 대한 인식에서 출발한다. 따라서 시민의식의 향상과 관련 전문가들의 보건교육 요구도는 증가하고 있다.

제2절 개인의 건강생활실천을 지원하는 요소

개인의 건강생활실천에 영향을 주는 요인을 설명하는 건강증진사업이론 중 대표적인 것이 건강증진사업계획 및 평가의 Precede-proceed 모형이다. 이 모형에 의하면 개인의 건강행위는 교육적 생태학적 접근방법으로 분석할 수 있다. 지식, 태도, 가치관을 포함하는 소인과 직장동료, 친구 및 가족의 건강행동을 포함하는 강화요인, 직장 내 규칙, 법규, 상담서비스에 대한 접근성, 실천기술 등을 포함하는 가능요인 등으로 구분된다. 개인의 건강행위가 건강습관으로 정착되기 위해서는 개인의 내부적 요인 외에 지식과 환경적 지원이 필요하다(그림 4-2).

〔그림 4-2〕 Precede - proceed 건강증진 모형



자료: Green W.L. & Kreuter W. K.. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach (3rd ed.); Mayfield Publishing Company, CA, USA, 1999.

건강증진의 궁극적인 성과지표인 삶의 질 향상, 사망률 감소, 유병률 감소 등은 건강증진의 효과적 실천으로 가능하다. 건강증진의 실천은 건강지식과 사회참여활동, 공공보건정책 등의 효과를 가져오고 이러한 요소들이 가져오는 산출지표는 건강한 생활양식과 효과적인 보건서비스, 건강한 환경 등으로 대표할 수 있다(그림 4-3).

〔그림 4-3〕 건강증진의 성과모델

자료: Nutbeam D, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century , Health Promotion International, Vol. 15, No. 3, 259-267, September 2000.

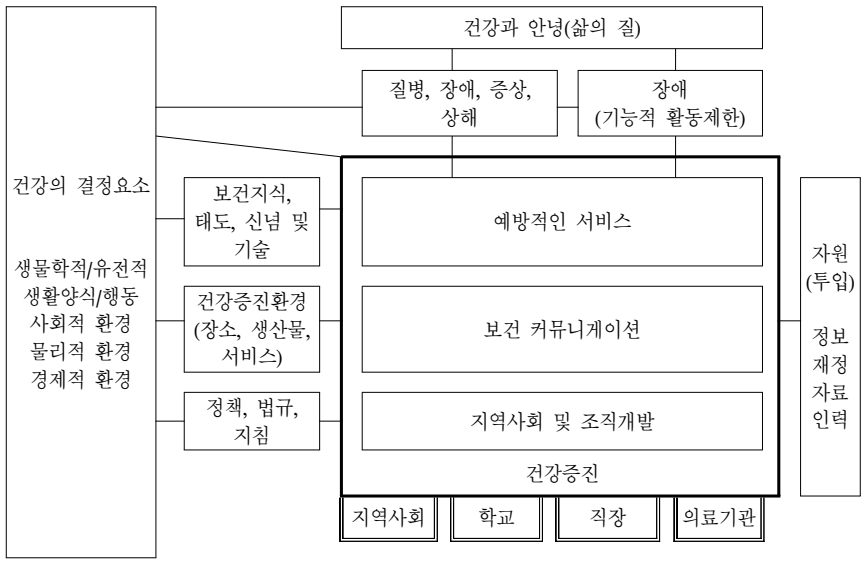
건강증진의 개념은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 개인의 건강관리 즉 생활양식변화를 통해 질병을 예방하는 측면이고, 둘째는 개인의 건강생활을 위한 환경적 구조적 여건조성의 측면이다. 미국 보건성에서 내린 건강증진의 정의를 보면 “건강을 개선하거나 보호하는 행동적 환경적 적응을 촉진할 수 있도록 설계된 조직적 정책적 경제적 조치들과 보건교육의 조합”으로 표현되고 있다(USDHHS, 1980). Green이 제시한 건강

증진의 개념은 “건강에 이로운 삶의 조건과 행동실천을 위한 교육적 지원과 환경적 지원의 조합”으로 정의되었다(Green, 1991).

보건교육이란 건강에 이론은 행동을 자발적으로 행할 수 있도록 계획적으로 모든 학습의 기회를 조합하여 나가는 것을 의미한다(Green, 1980). 또한 보건교육이란 사람들의 건강수준 향상을 목적으로 의학, 인간생태학, 보건의료 행동과학 등 제과학의 성과를 인간생활 속에 정착시키기 위한 전문가의 지원이며, 보건의료활동의 모든 단계에서 필요한 기법이라고 할 수 있다(福渡 靖, 1990).

개인의 건강생활실천을 유도하기 위한 건강행동변화의 개입요소를 요약하면 문제의 중요성 인식의 증진, 동기유발, 변화의 준비상태강화, 행동변화를 위한 개인기술의 학습, 사회적인 네트워크의 형성, 물리적인 지원적 환경조성, 지원적인 정책의 수립 등 7가지이다. 개인의 건강생활실천을 지원하기 위하여 예방적인 서비스와 보건커뮤니케이션, 지역사회조직개발 등이 핵심적인 건강증진개입요소이다. [그림 4-4]에서는 건강증진사업의 개입요소를 소개하고 있다. 이러한 요소들은 금연사업, 절주사업, 영양사업 등에도 적용된다. 우리나라 금연사업의 경우는 대체로 이러한 사업의 개입요소들을 갖추고 있는 상태라고 할 수 있다. 금연사업에서 흡연자 대상의 홍보사업에 많은 예산이 투입되고 있고 흡연자의 금연을 위한 행동변화프로그램이 잘 개발되어 있다. 물리적 지원적 환경조성은 금연구역 설치가 해당될 수 있고, 지원적인 정책으로는 담배규제 정책을 법제도화하는 것이 포함될 것이다. 또한 보건의료인이 적극적으로 흡연자를 금연하도록 권고하는 사업이 흡연자의 동기유발에 중요한 영향을 줄 수 있다.

〔그림 4-4〕 예방적인 건강증진정책개입의 개념적 모형



학습을 통한 행위변화의 유도는 강제적인 정책이 있거나 그렇지 않은 상황에서도 필요한 정책이며 전략이다. 학습은 '역량이나 경향을 비교적 영구적으로 변화시키는 것'으로 정의할 수 있다. 행동변화를 위해서 아래의 학습요소들이 필요하다.

- 지식, 이해의 변화
- 사고방식의 변화
- 신념의 변화
- 가치의 명료화
- 태도의 변화
- 기술의 습득 혹은 개발

행위변화는 개인적 차원의 변화뿐만 아니라, 개인 간 상호작용의 변화, 조직 및 공동체 차원의 변화, 공공정책 차원의 변화 등 여러 다른 차원에도 적용된다. 개인이나 조직이 서로 생태학적인 연결고리를 가지고 영향을 주고받는 상호작용의 관계에 있다는 전제조건하에 단계적인 변화전략을 기술한 것이 <표 4-1>이다.

〈표 4-1〉 사회생태학적 단계별 변화전략

생태학적 단계	변화의 목적	전략과 기술
개인적 단계	발달 과정, 지식, 태도 가치관, 기술, 행위, 자아개념, 자기효능감, 자존감	시험 및 측정, 교육적 접근, 대중매체, 사회적 마케팅, 기술개발, 또래압력거부
인간 상호 간 작용단계	사회적 네트워크, 사회적 지지, 가족, 직장동료, 친구, 이웃	사회적 네트워크 향상, 집단규범 변화, 가족유대 강화, 사회적 지지집단, 또래영향, 규범적 집단에 접근성 증가
조직적 단계	규범, 인센티브, 조직문화, 관리방법, 조직구조, 의사소통네트워크	조직 발전, 인센티브 프로그램, 과정상담, 연합관계 발전, 연계 기관
공동체 단계	지역경제, 공동체 자원, 이웃조직, 공동체 능력, 사회 및 건강서비스, 조직관계, 집단실천, 정부조직, 공식적 리더십, 비공식적 리더십	변화기관, 공동체발전, 공동체연합, 역량강화, 대립전략, 대중매체
공공정책 단계	입법, 정책, 세금, 규제기관	대중매체, 정책분석, 정치적 변화, 로비, 정치적 조직, 대립전략

제3절 건강생활실천의 확산을 위한 건강투자의 추진 과제

1. 사업대상의 세분화 및 관련지표의 개발

사업대상을 세분화하고 사업대상의 특성을 구체적으로 분석하는 것은 사업의 성과를 높이는 데 필수적인 부분이다. 개인의 인구사회학적 변수, 지리적 특성, 사회적 네트워크, 개인적 신념과 견해, 신체적인 질병경험과 현재 건강상태, 대상자들이 주로 이용하는 매체, 사회적 규범, 정치적인 환경, 물리적 환경 등은 사업대상을 세분화하고 계획하기 위하여 분석해야 할 필수적인 변수들이다. 이러한 변수들은 기존의 통계자료나 직접적인 조사를 통해 얻을 수 있다. 그러나 지역사회에 나가서 관찰을 통해 대상 집단의 요구도를 질적으로 파악하는 것도 중요한 부분이다. 건강생활의 실천의도를 변화의 단계모델 또는 범이론적 모델(Transtheoretical model)을 적용하여 단계적인 행동변화의 지표를 개발할 필요가 있다. 이 모델은 개인의 변화단계를 평가하는 데도 사용되지만, 제도적이고 조직적인 변화의 단계를 평가하는 데도 사용된다. 인구집단의 행동변화의 의도를 분석하는 것 외에도 대상 집단의 생애주기의 단계를 분석할 필요도 있다.

건강생활의 실천을 위하여 행동변화를 유도하는 사업의 효과를 극대화하기 위해서는 변화의 단계뿐만 아니라 대상자들의 건강지식, 변화를 위한 기술 습득, 자아효능감 향상, 사회적 지지 함양, 건강생활실천의 기회제공, 환경적인 장애요인이 없도록 하는 것 등이 필요하다.

2. 지원적인 환경의 조성을 통한 건강생활실천의 확산전략

가. 건강생활실천지원을 위한 법제도의 강화

현재 공공부문에서 건강생활실천을 지원하는 법적인 근거는 있으나 성

인 건강위험인구집단에 대한 구체적인 보건교육의무사항은 없는 상태이다. 단순한 부가적인 서비스가 아닌 건강위험집단에 대한 의무적인 보건교육을 실시할 근거를 마련할 필요가 있다. 보건소에서 보급하고 있는 금연클리닉은 자발적인 금연을 원하는 사람들을 대상으로 하는 서비스이며 여기에 보건교육 및 상담이 포함되어 있다. 건강생활실천의 확산을 위해서 흡연자나 고도음주자, 비만자 등에 대하여 의무적으로 보건교육을 공급할 근거의 마련이 필요하다.

건강생활의 변화를 위해 보건교육사업을 효과적으로 보급하기 위해서는 근거에 의하여 개발된 표준화된 보건교육 프로그램과 교육자료의 보급이 선행되어야 한다.

나. 사회적인 네트워크의 개발

개인의 행동변화 프로그램에서 주변사람들의 사회적 지원을 받도록 하는 것은 필수적인 요소이다. 혁신의 확산이론[30]에 의하면 행동변화와 의사결정에 대한 영향력 측면에서 볼 때 매스컴보다 사회적 네트워크와 사회적 채널이 더 중요한 요인으로 간주된다. 새로운 프로그램이나 변화에 대한 논의가 시작되려면 사회적인 네트워크가 활성화 되어야만 한다. 개인의 행동변화는 사회적인 관계에 영향을 주며 다양한 경로를 통하여 변화가 확산된다. 주변사람들의 사회적인 지지를 확보하려면 우선 긍정적인 영향과 부정적인 영향을 검토하고 행동변화프로그램에서 적절히 활용할 수 있도록 계획을 세워야 한다. 누가(who) 사회적 지지자가 되는가가 프로그램의 효과를 좌우할 수 있다. 일반적으로 사업대상과 사회적으로 비슷한 위치에 있고 비슷한 경험을 가진 사람들의 지지가 효과적인 것으로 알려져 있다.

---

30) Roger E.M.의 Diffusion of Innovation theory 1983; 자료출처 National Cancer Institute, Making Health Communication Programs Work, NIH Publication No. 89-1493, 1989.

사회적인 네트워크를 개발하기 위해서는 기존의 사회적 네트워크에서 대상 집단에게 영향을 줄 수 있는 지역사회 구성원들에 대한 집중적인 보건교육이 필요하다. 시민단체나 모임의 리더나 상담자들 대상의 보건교육이 필요하다. 자조그룹 및 인터넷을 통한 자조집단을 구성하고, 관련된 시민단체와 파트너십을 형성하는 것도 필요하다. 가족에서 관리와 보호자역할을 담당하는 사람에 대한 보건교육도 사회적인 네트워크를 활성화 시키는 방법이 될 수 있다. 사회적으로 건강에 부정적인 영향을 줄 수 있는 네트워크를 긍정적인 방향으로 조정하는 것도 필요하다.

다. 지원적인 물리적 환경조성

건강생활을 실천할 수 있는 물리적 환경조성도 건강생활을 지원하는 중요한 요소이다. 직장 내 금연구역의 설치, 자전거 도로의 설치, 저렴하게 운동할 수 있는 시설의 보급 등은 건강생활실천을 지원하는 물리적인 환경의 좋은 사례이다. 지역사회에서 건강생활실천에 관한 정보와 교육 사업이 접근 가능해야 하고 국민이 쉽게 이해하고 따라할 수 있는 교육 자료를 제공하도록 해야 한다. 인터넷을 통한 다양한 건강정보가 있지만 대상자들의 다양한 건강요구에 맞는 형태의 교육정보 보급이 필요하다.

라. 지원적인 정책의 개발

지역사회, 학교, 직장 등에서 건강생활실천을 지원하는 정책을 수립하고 강화하는 것은 다른 건강생활실천사업과 더불어 필수적인 요소이다. 기존의 법규의 정비와 개선을 하거나 새로운 법규를 만들기 위해서 정책입안자들과 전문가들이 그 필요성을 지지할 수 있도록 해야 한다. 일반시민들도 건강생활실천을 지원하는 정책을 지지할 수 있도록 교육과 홍보가 필요하다. 건강생활실천을 지원하는 정책의 개발과 확산을 위해서는 보건복

지부 뿐만 아니라 여러 관련 부처의 협력이 필요하다.

마. 보건교육의 확대보급

보건교육의 목표는 첫째, 건강증진 및 질병예방의 개념을 개인과 가족, 지역사회 보건문제에 적용할 수 있도록 하는 데 있다. 둘째, 생애를 통하여 건강증진의 행동을 성취할 수 있도록 하는 데 있다. 셋째, 변화 가능한 위험요인을 알아내고 관리할 수 있도록 한다. 넷째, 다른 사람의 건강을 존중하고 증진할 수 있도록 한다. 다섯째, 건강서비스, 상품, 정보를 선택할 수 있도록 하고, 접근성과 이용이 가능하도록 능력을 함양하는 데 있다. 현대적인 보건교육의 내용체계에 기준한 보건교육의 내용은 다음과 같다.

- 건강개념의 적용 : 개인, 가족, 사회의 건강에 건강증진 및 질병예방의 개념과 원칙을 적용할 수 있도록 유도한다.
- 정보에의 접근성 : 정확한 건강정보와 적절한 보건서비스에 접근성을 높이도록 한다.
- 건강행동 : 건강증진행동과 건강위험을 감소시키는 생활습관이다.
- 사회적 영향 : 문화적인 신념, 대중매체의 영향, 보건의료기술의 영향을 분석할 수 있도록 한다.
- 목표설정 및 의사결정 : 건강증진을 위한 목표설정과 의사결정을 할 수 있도록 한다.
- 사회적 기술 : 건강향상관련 개인 간의 커뮤니케이션 능력을 함양한다.
- 건강을 위한 애드보커시 : 개인, 가족, 지역사회건강을 위한 애드보커시의 능력을 함양한다.

보건교육인력을 고용하는 사람이나 고용되는 보건교육가 모두 주요 보건정책에서 목표로 지향하는 사항을 실행하는 데에 보건교육가의 능력과

기술이 연결됨을 주시해야 한다. 미국의 보건정책의 방향은 Healthy People 2000, Healthy Communities 2000:model standards와 같은 보고서들에 잘 나타나 있다. 이러한 보고서들은 지역사회가 보건문제를 진단하고 이것의 개선을 위한 프로그램개발과 평가를 보조해 준다. 그러나 이러한 정책방향에는 누가, 어떤 집단이 그 직무를 수행할 것인가는 정해주지 않고 있다. 앞서 소개한 보건교육가에게 요구되는 능력은 미국의 보건정책방향을 실행하는데 적합한 기술의 총합을 나타낸다. 미국의 고용주들은 보건교육가의 능력 가운데 평가능력은 다른 사항에 비해 우선되는 능력으로 보지는 않는 것으로 나타났다. 결과적으로 고용주 입장에서 부문별로 차이는 있었으나 보건교육가의 능력사항들이 거의 중요하게 간주되었다. 그러나 보건교육가가 이러한 직무를 수행하는 경우는 50% 이하인 것으로 나타났다. 산업체에서 보건교육가의 고용이 지역사회기관보다 더 많은 것으로 나타났다. 이것은 지역사회 기관은 간호사 등과 같은 다른 보건관계 인력을 고용해왔기 때문이다. 세계보건기구에서는 보건의료 인력의 교육방법으로서 지역사회를 기반으로 한 교육을 주장하면서 능력본위의 학습과 문제해결중심의 학습을 제시한 바 있다. 능력본위의 학습은 교육대상자가 수용 가능한 역량수준을 획득하도록 하고 문제를 바탕으로 한 학습은 문제를 이해하고 문제해결을 촉진하는 데 필요한 정보를 발견할 수 있는 하나의 자극으로서 문제를 이용하여 학습하게 된다. 이외에 최근 소개되는 학습방법은 서비스학습방법(Service-Learning)으로서 학교의 학습목표를 달성하면서 지역사회서비스의 경험을 넓히는 방법이다. 서비스 학습방법은 종래의 인턴과정이나 자원봉사형태와 달리 서비스 수혜자의 만족도를 높이고 학습자의 학습효과도 높이는 두 가지 모두에 중점을 둔 학습방법으로서 교실에서 배운 이론을 실제 서비스로 주는 활동을 통해 서비스 학습이 이루어진다.[31]

31) 최은진, Kreisel K., 최승희, 오유미, 김경원, 신성례, 양순옥, 보건교육자료의 분석 및 개발과

바. 건강리터러시(Health literacy)의 개발

건강리터러시는 보건의료정보를 읽고, 이해하고, 행동할 수 있는 능력이다. 건강관리정보를 이해하고 이에 따른 행동을 실천하는 것을 포함하고 보건의료 서비스 현장에서는 보건의료인을 통한 정보에 대한 이해와 동의를 하거나 치료방침에 따를 수 있는 능력을 의미한다. 건강리터러시는 건강과 관련 서비스에 대한 정보를 수집하고, 적절하게 이용할 수 있는 능력을 의미하기도 한다. 세계보건기구에 의하면 건강리터러시는 건강을 증진하고 유지하는 정보에 접근할 수 있고 이해하고 사용할 수 있는 능력을 결정하는 인지적 사회적 기술(skill)을 의미한다. 이러한 기술은 지역사회 개발의 기술까지 범위가 확대되기도 하였다.[32] 건강리터러시는 그 역할과 기대효과의 범위에 따라 기능적인 건강리터러시, 상호작용의 건강리터러시, 비판적인 건강리터러시 등 세 가지로 구분된다.[33] 기능적인 건강리터러시는 건강위험과 보건서비스에 대한 사실적인 정보를 전달하여 대상자 또는 환자가 진료에 순응하도록 하는 사업을 의미한다. 상호작용의 건강리터러시는 지원적인 환경 안에서 건강생활의 기술을 개발하는 것이며, 보건지식과 동기유발, 자기확신감에 의하여 독립적인 액션을 수행할 수 있는 능력(capacity)을 향상시키는 사업이다. 비판적인 건강리터러시는 지역사회 임파워먼트(community empowerment)라는 의미로도 사용된다. 건강에 영향을 주는 사회적 경제적 결정요인에 대한 정보를 제공하고 정책의 변화 또는 조직의 변화를 달성할 수 있는 기회를 제공하는 사업이다. 사회경제적인 장애요인을 극복하고 건강을 위한 사회적 액션을 취할 수 있

제, 한국보건사회연구원, 보건복지부, 2003.

32) 2000년도 WHO global conference.

33) health literacy; 인용자료: Nutbeam D. Health Literacy As a Public Health Goal, a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, 15권 3호, 2000, 259-267.

는 능력을 함양하는 데 목표가 있다. 임파워먼트의 보건교육은 설득으로서의 보건교육과 구별된다. 설득으로서의 보건교육은 사람들을 '강제적(coercing)'으로 건강을 선택하는 것을 의미하고, 제 1차, 2차, 3차 질병예방의 수준에서 질병을 막기 위해 수동적으로 취하게 되는 액션을 의미한다. 주로 예를 들어 법률, 경제적이고 재정적인 대책들, 사회적, 환경적인 공학 등의 개입 등에서 볼 수 있다. 다양한 태도 변화의 전략들이 예방적인 목표를 달성하는데 사용되어진다. 임파워먼트는 개인의 능력(capacity)과 자기 임파워먼트를 강화하는데 중점을 두고, 건강한 공공정책에 영향을 주는 지원적인 환경을 제공하기 위해 사회적이고 정치적인 변화를 달성하는 데 목표를 둔다.

제4절 건강투자 관련 정책의 인식과 요구도 조사결과

건강투자 관련 정책에 대한 인지도와 투자확대영역에 대한 의견수렴을 위하여 전문가 대상 및 일반인 대상 온라인 조사를 실시하였다. 전문가 대상조사는 전문 학회를 연계하여 질병역학, 환경공학, 공공보건의료 등 다학제적 분야의 전문가들로부터 의견수렴을 하였다. 인터넷을 통한 온라인 조사를 통하여 건강투자에 대한 전문가 인식과 국내 건강투자 정책에 대한 평가의견수렴, 향후 건강투자 중점 과제에 대한 의견수렴을 하였다. 전문가 조사기간은 2008년 11월 14일~11월 30일이었다.

일반인의 건강증진분야 공공부문 서비스의 인지도와 건강위험도, 서비스이용경험 및 접근성 관련 사항을 조사하기 위하여 온라인 조사를 실시하였다. 조사기간은 2008년 11월 7일~11월 17일이었고, 조사대상은 성인인구 중 20~49세 인구 1,000명을 대상으로 하였다. 50세 이상 인구집단을 제외한 이유는 온라인 조사였기 때문에 인터넷을 활용할 가능성이 많은 인구집단을 대상으로 표본을 계획하였다.

1. 전문가 의견조사 결과

전문가 의견조사에 참여한 사람은 총 16명이었다. 최근 3년간의 건강증진정책 관련 성과에 대한 조사결과 건강증진분야에서는 흡연예방 및 금연사업분야의 성과가 가장 높게 나타났다(5점 만점에서 4.4점). 질병관리분야에서는 건강검진분야가 3.8점으로 가장 높았고, 암예방관리도 3.6점으로 그다음으로 높았다. 자살예방 및 기후변화에 따른 질병관리는 각각 1.9점과 1.8점으로 가장 낮았다. 대상별 건강증진분야는 노인건강증진분야가 가장 높은 3.4점이었다. 장소별로는 학교보건분야와 근로자 건강증진이 각각 2.9점, 2.8점으로 낮았다. 이주민 건강증진분야도 2.2점으로 매우 낮게 평가되었다. 인프라구축분야에서는 전국민보건교육홍보가 3.3점으로 가장 높았다. 지난 3년간 중점적으로 추진했어야 할 분야로 지적된 분야는 건강영향평가, 환경과 연계된 보건사업, 상해예방사업(비의도적 상해 및 의도적 상해, 자살예방) 등이었다(표 4-2).

〈표 4-2〉 최근 3년간 성과가 높았던 건강증진정책분야

정책 및 사업의 성과 관련 조사결과	
건강증진분야	
흡연 예방 및 금연사업	4.4
음주예방 및 절주사업	3.1
영양관리	3.2
신체활동	3.7
비만관리	3.3
정신보건	2.2
질병관리분야	
건강검진	3.8
고혈압관리	3.4
당뇨병관리	3.3

정책 및 사업의 성과 관련 조사결과	
심퇴혈관질환관리	3.1
암예방관리	3.6
천식예방관리	2.4
관절염예방관리	2.6
자살예방	1.9
치아우식증예방관리	2.6
기후변화대응 질병관리	1.8
대상별 건강증진분야	
모성보건	3.1
영유아보건	3.2
학교보건	2.9
근로자건강증진	2.8
여성건강증진	2.9
노인건강증진	3.4
이주민건강	2.2
인프라 구축분야	
건강의 형평성 제고	2.9
건강증진기금의 운영	3.0
보건소 조직개선	2.7
건강증진 인력개발	2.7
정보통계체계구축	2.9
건강증진사업의 평가체계	2.9
민간단체의 참여	2.6
전국민 건강증진에 대한 보건 교육 홍보	3.3

향후 1년간 건강투자가 필요한 분야별로 필요성과 시급성, 실행가능성을 5점 만점을 기준으로 평가한 결과는 아래 표와 같다. 필요성 측면에서는 흡연예방 및 금연사업과 정신보건분야가 가장 높은 4.6점을 나타내었다. 시급성 측면에서는 정신보건분야가 4.6점이었다. 흡연예방 및 금연사

업은 필요성과 시급성, 실행가능성 면에서 모두 4점 이상의 점수로 평가되었다. 질병관리분야에서는 건강검진, 고혈압관리, 당뇨병관리, 암예방관리 등이 필요성과 시급성, 실행가능성 면에서 모두 4점 이상의 점수로 평가되었다. 대상별 건강증진분야는 필요성면에서는 거의 모두 4점 이상으로 평가되었지만 실행가능성은 모두 4점이하였다. 인프라구축분야에서는 전국민 건강증진에 대한 보건 교육 홍보 분야가 필요성과 시급성, 실행가능성 면에서 모두 4점 이상의 점수로 평가되었다(표 4-3).

〈표 4-3〉 향후 1년간 시의성이 높은 건강투자 분야

구분	시의성		
건강증진분야	필요성	시급성	실행가능성
흡연 예방 및 금연사업	4.6	4.3	4.2
음주예방 및 절주사업	4.5	4.0	3.7
영양관리	4.1	3.8	3.5
신체활동	4.4	3.8	3.7
비만관리	4.3	4.0	3.8
정신보건	4.6	4.6	3.4
질병관리분야	필요성	시급성	실행가능성
건강검진	4.4	4.1	4.1
고혈압관리	4.4	4.3	4.1
당뇨병관리	4.4	4.3	4.0
심퇴혈관질환관리	4.4	4.2	3.8
암예방관리	4.8	4.4	4.0
천식예방관리	3.7	3.5	3.3
관절염예방관리	3.9	3.4	3.3
자살예방	4.8	4.6	3.3
치아우식증예방관리	3.9	3.6	3.3
기후변화관련질병관리	3.6	3.6	3.0
식품의약품안전관리	4.4	4.3	3.7

구분	시의성		
대상별 건강증진분야	필요성	시급성	실행가능성
모성보건	4.0	3.8	3.6
영유아보건	4.3	4.0	3.8
학교보건	4.4	4.4	3.9
근로자건강증진	4.4	4.2	3.6
여성건강증진	4.2	3.9	3.5
노인건강증진	4.6	4.2	3.6
이주민건강	3.9	3.8	3.3
인프라 구축분야	필요성	시급성	실행가능성
건강증진기금의 운영	4.3	4.1	3.9
건강증진 인력개발	4.6	4.4	3.7
보건소 조직개선	4.3	4.1	3.4
민간단체의 참여	4.1	3.8	3.5
전국민 건강증진에 대한 보건 교육 홍보	4.4	4.4	4.0
정보통계체계구축	4.3	4.3	3.6
건강의 형평성 제고	4.4	4.2	3.3
건강증진사업의 평가체계	4.5	4.4	3.9

2. 일반인 대상 조사 결과

가. 조사의 개요

본 조사를 통해 건강증진 관련 사업에 대한 국민들의 인지도, 국민들의 건강 상태 및 인식, 주민/지역사회에서의 활동 등과 같은 현상을 파악함으로써 향후 건강투자 정책영역개발을 목적으로 실시되었다.

나. 조사설계 및 조사내용

조사대상은 20세 이상 일반성인 중 20세에서 49세 성인으로 1,000명을

대상으로 하였다. 조사방법은 전문조사기관에 의한 온라인 조사를 실시하였다. 표본은 전국 16개 지역별 인구분포 특성에 맞도록 표본을 할당하여 추출하였다. 신뢰도는 95% 신뢰수준(± 3.10%)이었고, 조사기간은 2008년 11월 7일~11월 17일이었다. 조사기관은 (주)파워리서치였다. 조사내용은 아래와 같다.

대분류	중분류	조사내용
'건강'관련	건강증진사업 인지 여부	방문보건사업, 경로당사업, 흡연예방 및 금연사업, 절주사업, 운동사업, 영양사업, 건강축제, 정신건강센타
	건강상태	동년배 대비 건강상태, 1년 전 기준 건강상태 변화
'음주·흡연' 관련	흡연 관련	현재 흡연여부, 금연기간, 하루 흡연정도, 흡연예방 및 금연교육 경험
	음주 관련	평소 음주 정도, 음주예방·절주 교육 경험, 주량, 소주 7잔 이상 횟수, 소주 5잔 이상 횟수, 기타
	흡연예방, 금연 교육 여부	하루 흡연 정도
	음주예방, 절주 교육 여부	평소 음주 정도, 주량
'건강관리' 관련	신체 관련	현재 키, 현재 체중, 체중 감량노력 여부
	운동 관련	규칙적 운동여부, 운동횟수, 동아리 가입여부, 하루평균 걷는 시간
	식사 관련	하루평균 식사 횟수, 아침식사/규칙적 식사 여부
	치아관리 관련	하루평균 양치 횟수, 스케일링 받은 경험
	기타(운전습관)	안전벨트 착용 여부, 음주운전 경험
	운동 동아리 가입 여부	규칙적 운동 여부, 운동 횟수
'삶의 태도' 관련	삶의 만족도	스스로 느끼는 행복 정도, 삶의 주체인식
	스트레스 관련	스트레스로 죽고 싶다는 생각, 스트레스의 원인
	삶의 주체인식 여부	스트레스로 죽고 싶다는 생각 경험
'질병관리' 관련	질병 및 각종 검사	앓고 있는 질병, 신체검사/건강검진 받은 경험,암 검사 받은 경험
	혈압 및 혈당 측정 경험	혈압측정 주기 및 최근 측정 시기, 혈당측정 경험
'주민/지역사회 활동' 관련	활동경험 및 대인관계	주민/지역사회 복지활동 경험, 집에서의 안전성 홈페이지 개설활동 참여 경험, 대인관계의 생각
	지역사람들에 대한 생각	내가 도움이 필요할 때 주민들의 도움 예상 주민들이 나를 이용하거나 속일수 있다는 생각
	동네사람들과의 협력관련	동네사람들과 일한 경험 및 참여 횟수, 쓰레기 수거·처리 관련 동네사람들의 협력 예상
	기타	동네사람들과 접촉경험(음식, 차, 술 등)탄원서 제출 여부

대분류	중분류	조사내용
보건소 업무 관련	보건소 이용 경험	본인 혹은 가족의 보건소 이용 경험
	보건소 업무 기준	10가지 현상에 대한 보건소 업무 여부 판단
추가분석 (집단구분에 따른 분석)	현재 흡연여부	동년배 대비 건강상태, 1년전 기준 건강상태 변화, 3개월 이상 앓고 있는 질병 여부
	평소 음주정도	동년배 대비 건강상태, 1년전 기준 건강상태 변화
	흡연·음주여부	동년배 대비 건강상태, 1년전 기준 건강상태 변화
	규칙적 운동여부	동년배 대비 건강상태, 1년전 기준 건강상태 변화
	음주·절주교육 여부	음주운전 경험

다. 자료분석방향

조사내용에 대한 설문조사 후 확인, 검증(Validation)을 거친 설문자료에 대해 SPSS 사회과학통계프로그램을 이용하여 빈도분석(Frequency Analysis) 및 교차분석(Crosstabs Analysis)을 수행하였다.

모든 조사내용에 대해 전체응답자의 빈도분석을 수행하였으며, 추가적인 분석 또한 수행됨. 교차분석은 응답자의 일반적 특성 문항 중 분석의 의미가 있다고 판단되는 '성별', '나이', '최종학력', '직업', '결혼상태', '가계 월평균 소득', '지역'에 따라 분석되었다.

라. 인구학적 특성

전체응답자의 성별에 대한 분포는 남녀 같은 분포를 보였으며, 나이는 '30대'가 40.3%로 가장 많았으며, 현재 살고 있는 지역 분포는 '서울'이 33.1%로 가장 많았다. 최종학력에 대한 응답분포는 '대학교 졸업 이상'이 73%로 가장 많았고, 직업 분포는 '행정 관리직/기술직/사무직/전문직(화이트칼라)'이 46.6%로 가장 많았다. 응답자의 종교분포는 '없다'는 응답자가 51.1%로 가장 많았고, 결혼상태는 '기혼'이 49.4%, '미혼'이 49.1%의 분포

를 보였다. 동거인 수 분포는 '4명'이 39.2%로 가장 많았으며, 가계 월 평균 소득은 '300~500만원 미만'이 34.3%로 가장 많았다. 현 거주지역 거주기간은 '5년 이하'라는 응답이 44.6%의 분포로 가장 많았으며, 거주주택 소유여부에 대해서는 '자가'라는 응답이 59.6%로 가장 많았다. 거주주택의 종류에 대한 분포는 '아파트'라는 응답이 55.7%로 가장 많았다. 소유한 자동차 수에 대한 분포는 '1대' 소유가 64.3%로 가장 많았으며, 거주하는 주택의 방 수는 '3개'라는 응답이 63%로 가장 많았다(표 4-4).

〈표 4-4〉 조사대상자의 인구학적 특성

인구통계적 특성		구분		인구통계적 특성		구분	
		%	빈도			%	빈도
전체		100	1,000	현 거주지역 거주기간	5년 이하	44.6	446
성별	남자	50	500		6~10년	20.4	204
	여자	50	500		10년 이상	35	350
나이	20대	34.3	343	거주주택 소유 여부	자가	59.6	596
	30대	40.3	403		전세	25.4	254
	40대	25.4	254		월세	9.7	97
최종 학력	초등학교(국민학교)졸업	0.2	2		무상	2.3	23
	중학교 졸업	0.6	6		기타	3	30
	고등학교 졸업	26.2	262	거주주택 종류	아파트	55.7	557
	대학교 졸업 이상	73	730		단독주택	16.8	168
직업	농업/임업/어업	0.5	5		다세대주택, 연립주택	22.3	223
	소규모자영업/서비스직/판매직/노동자(블루칼라)	15.5	155		영업용 건물 내 주택	2.4	24
	행정관리직/기술직/사무직/전문직(화이트칼라)	46.6	466		기숙사	0.7	7
	중소기업 사장, 의회의원, 대기업 이사	1.5	15		기타	2.1	21
	가정주부	14.6	146	자동차 수	없음	17.6	176
	학생	12.9	129		1대	64.3	643
	무직/은퇴	3.3	33		2대	16.6	166
	취업준비 중	5.1	51		3대 이상	1.5	15
종교	없음	51.1	511	방 수	1개	5.7	57

인구통계적 특성		구분		인구통계적 특성		구분	
		%	빈도			%	빈도
	기독교	23.8	238		2개	17.9	179
	천주교	7.5	75		3개	63	630
	불교	15.8	158		4개	11.5	115
	기타	1.8	18		5개	1.9	19
결혼 상태	기혼	49.4	494	지역	서울	33.1	331
	미혼	49.1	491		부산	8.8	88
	별거	0.2	2		대구	5	50
	이혼	1.1	11		인천	6.7	67
	사별	0.1	1		광주	3.6	36
	기타	0.1	1		대전	2.3	23
함께 사는 사람 수 (세입자 포함)	1명	6.2	62		울산	1.7	17
	2명	13.6	136		경기	21	210
	3명	24.5	245		강원	1.8	18
	4명	39.2	392		충북	2.9	29
	5명 이상	16.5	165		충남	1.7	17
가계 월평균 소득	100만원 미만	5.5	55		전북	1.8	18
	100~200만원 미만	17.7	177		전남	1.4	14
	200~300만원 미만	25.9	259		경북	3	30
	300~500만원 미만	34.3	343		경남	4.4	44
	500만원 이상	16.6	166		제주	0.8	8

마. 공공부문 건강증진서비스의 인지도

금연 공익광고에 대해서 53%의 응답자가 '잘 알고 있다'고 응답하였으며, 전체적으로 96.3%의 응답자가 알고 있는 것으로 나타났다. 또한 금연 교육 및 홍보에 대해서 48.9%의 응답자가 '조금 알고 있다'고 응답하였으며, 94.7%의 응답자가 알고 있는 것으로 나타났다.

금연구역 및 흡연구역의 설치에 대해서 47.6%의 응답자가 '조금 알고 있다'고 응답하였으며, 91.7%의 응답자가 알고 있는 것으로 나타났다. 또

한 금연클리닉 운영에 대해서 49.6%의 응답자가 '조금 알고 있다'고 응답하였으며, 88.6%의 응답자가 알고 있었다.

방문 보건사업에 대해서 알고 있는지를 조사한 결과 전체응답자의 55.4%가 '조금 알고 있다'고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다. 또한 73.1%의 응답자들이 알고 있는 것으로 조사되었다. 경로당 사업에 대해서는 51.3%의 응답자가 '조금 알고 있다'고 응답하였으며, 71.8%의 응답자가 알고 있는 것으로 나타났다.

절주사업에 대해서 55%의 응답자가 '조금 알고 있다'고 응답하였으며, 77.1%의 응답자가 알고 있는 것으로 나타났다. 또한 운동사업에 대해서 50.6%의 응답자가 '조금 알고 있다'고 응답하였으며, 64.5%의 응답자가 알고 있는 것으로 나타났다.

영양사업에 대해서 51%의 응답자가 '조금 알고 있다'고 응답하였으며, 65%의 응답자가 알고 있는 것으로 나타났다. 또한 건강축제의 경우 52.4%의 응답자가 '조금 알고 있다'고 응답하였으며, 71.3%의 응답자가 알고 있는 것으로 나타났다. 마지막으로 정신건강센타에 대해서는 44.6%의 응답자가 '전혀 모른다'고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다.

나이가 같은 다른 사람들과 비교할 때 자신의 건강이 어떻다고 생각하는가에 대해서 전체응답자의 41.5%가 '대체로 건강하다[매우 건강하다+건강한 편이다]'고 응답함으로써 '대체로 건강하지 않다[17.5%, 건강하지 못한 편이다+매우 건강하지 못하다]'는 응답 보다 많았다.

1년 전과 비교할 때 현재 건강상태의 변화에 대해서 전체응답자의 47.7%가 '대체로 건강상태가 안 좋아졌다'고 응답함으로써 대체로 건강상태가 좋아졌다는 응답(7.7%) 보다 월등히 높은 것으로 나타났다.

바. 흡연행동의 현황

현재 흡연 여부에 대해서 전체응답자의 54.2%가 '흡연한 적이 없다'고 응답하였다. 또한 29.7%가 '현재 흡연을 하고 있다'고 응답하였고, 이들의 하루 흡연 정도는 '16~20개비'가 29%로 가장 많았다. 또한 과거에는 했으나 현재는 하지 않는다는 응답자는 16.1%였으며, 이들의 금연 기간은 '6개월 이상'이라는 응답이 84.5%로 나타났다(그림 4-5).

흡연을 하고 있다는 응답자를 대상으로 흡연예방교육 또는 금연교육을 받아보았는가에 대해서 73.7%의 응답자가 '아니오'라고 응답함으로써 교육을 받지 않은 응답자가 많았다.

〔그림 4-5〕 현재 흡연 여부/금연기간/하루 흡연 정도

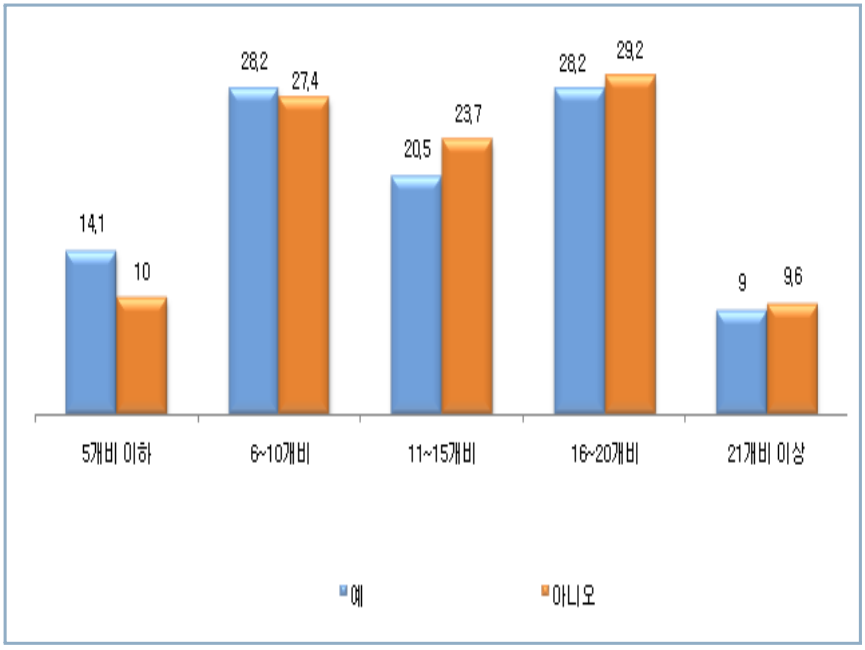
(N=1,000/297/161, 단위: %)

흡연을 하고 있다는 응답자를 대상으로, 하루 흡연 정도를 흡연예방·금연교육을 받은 경험에 따라 분석한 결과 교육을 받은 경험이 있는 응답자의 경우 '6~10개비'와 '16~20개비' 흡연한다는 응답이 각각 28.2%로 가장 많았으며, 교육을 받은 경험이 없는 응답자의 경우 '16~20개비' 흡연한다는 응답이 29.2%로 가장 많았다. 즉, 교육을 받지 않은 응답자의 흡연양이 더 많음을 알 수 있다(그림 4-6).

또한 '10개비 이하'에서는 교육을 받은 응답자의 응답이 더 많았고, '11개비 이상'에서는 교육을 받지 않은 응답자의 응답이 더 많은 것으로 조사됨으로써 교육을 받지 않은 응답자가 교육을 받은 응답자 보다 하루 흡연양이 더 많음을 알 수 있다.

〔그림 4-6〕 흡연예방·금연교육 경험 여부에 따른 하루 흡연 정도

(N=297, 단위: %)



사. 음주행동의 현황

평소에 술을 마시는가에 대해서 전체응답자의 88.8%가 마시는 것으로 조사되었다. 또한 33.6%의 응답자가 '1주일에 한번 이상(1~5차례)' 마신다고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다.

또한 술을 마신다는 응답자를 대상으로 한번 술자리에서 마시는 주량을 조사한 결과 32.8%의 응답자가 '소주 7~9잔(2홉 소주 1병 반 미만, 맥주 6캔, 양주 9잔)'을 마신다고 응답하였다. 또한 소주 7잔(또는 맥주 5캔 정도)이상 마시는 횟수에 대해서 29.3%의 응답자가 '한 달에 1번 미만'이라고 응답하였고, 술을 마신다는 응답자 중 여성을 대상으로 소주 5잔(또는 맥주 3캔 정도)이상 마시는 횟수에 대해서 35.8%의 응답자가 '한 달에 1번미만'이라고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다.

학교, 보건소, 회사 등에서 음주예방 교육 혹은 절주교육을 받아보았는가에 대해서 전체응답자의 86.1%가 '아니오'라고 응답함으로써 대부분의 응답자들이 교육을 받지 않았음을 알 수 있다.

술을 마신다는 응답자를 대상으로 술을 끊어야 한다고 생각한 적이 있었는가에 대해서 55.9%의 응답자가 '없다'고 응답하였으며, 음주로 인해 남들이 당신을 비난할 때가 있었는가에 대해서 79.1%의 응답자가 '없다'고 응답하였다.

술을 마신다는 응답자를 대상으로 음주로 인한 죄책감 혹은 기분 나쁜 경험이 있었는가에 대해서 69%의 응답자가 '없다'고 응답하였으며, 음주 후 다음날 기운을 차리기 위해 해장술을 마실 때가 있었는가에 대해서 80.4%의 응답자가 '없다'고 응답하였다.

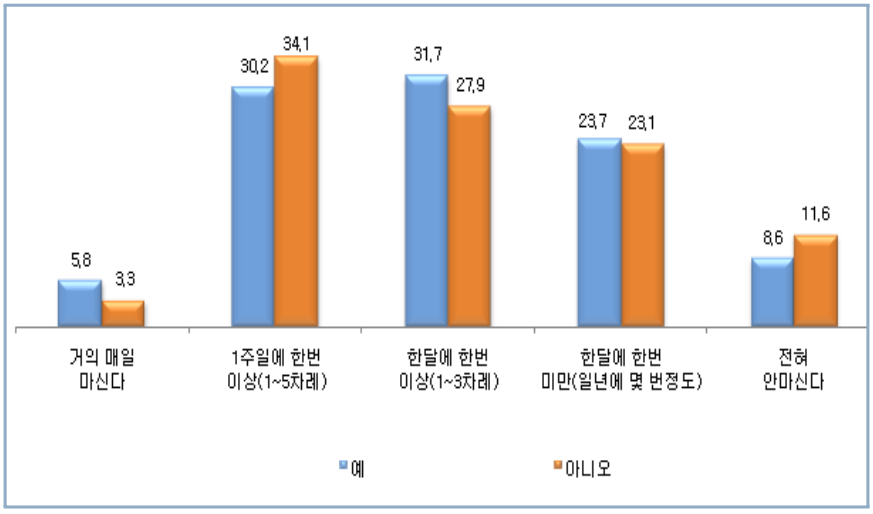
평소 음주정도를 음주예방 혹은 절주교육을 받은 경험에 따라 분석한 결과 교육을 받은 응답자의 경우 '한 달에 한번 이상(1~3차례)' 음주한다는 응답이 31.7%로 가장 많았고, 교육을 받지 않은 응답자의 경우 '1주일

에 한번 이상(1~5차례)‘ 음주한다는 응답이 34.1%로 가장 많았다. 즉 음주예방 교육 혹은 절주교육을 받은 응답자가 받지 않은 응답자 보다 평소 음주정도가 더 적었음을 알 수 있다(그림 4-7).

또한 ’거의 매일 마신다+1주일에 한번 이상’ 음주한다는 응답자의 경우 교육을 받지 않은 응답자가 더 많았고, ‘한 달에 한번 이상+한 달에 한번 미만’ 음주한다는 응답자의 경우 교육을 받은 응답자가 받지 않은 응답자보다 더 많음으로써 교육을 받은 응답자의 평소 음주정도가 더 적음을 알 수 있다.

〔그림 4-7〕 음주예방·절주교육 경험 여부에 따른 평소 음주빈도

(N=1,000, 단위: %)



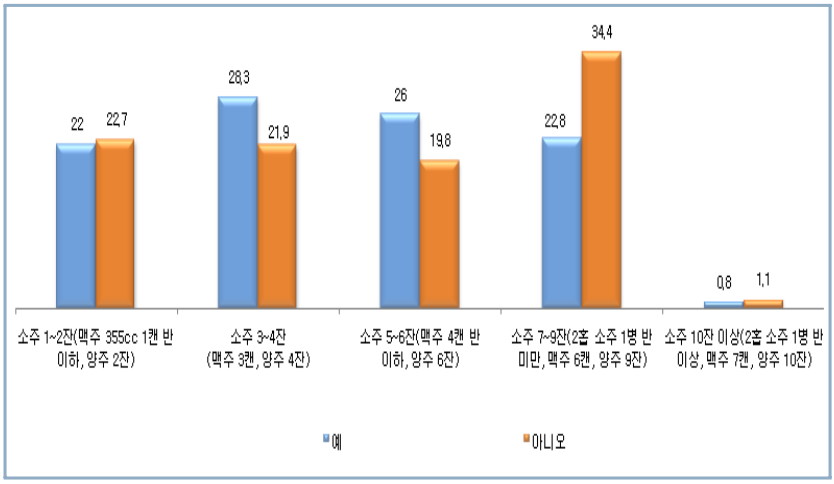
음주를 한다는 응답자를 대상으로, 주량을 음주예방 혹은 절주교육을 받은 경험에 따라 분석한 결과 교육을 받은 응답자의 경우 ‘소주 3~4잔‘ 음주한다는 응답이 28.3%로 가장 많았고, 교육을 받지 않은 응답자의 경우 ’소주 7~9잔‘ 음주한다는 응답이 34.4%로 가장 많았다. 즉 음주예방 교육

혹은 절주교육을 받은 응답자가 받지 않은 응답자 보다 음주량이 더 적었음을 알 수 있다(그림 4-8).

또한 '소주 1잔~소주 6잔' 음주한다는 응답자의 경우 교육을 받은 응답자가 더 많았고, '소주 7~9잔' 음주한다는 응답자의 경우 교육을 받지 않은 응답자가 받은 응답자 보다 더 많음으로써 교육을 받은 응답자의 음주량이 더 적음을 알 수 있다.

［그림 4-8］ 음주예방·절주교육 경험 여부에 따른 주량

(N=888, 단위: %)



아. 체중관리행동 현황

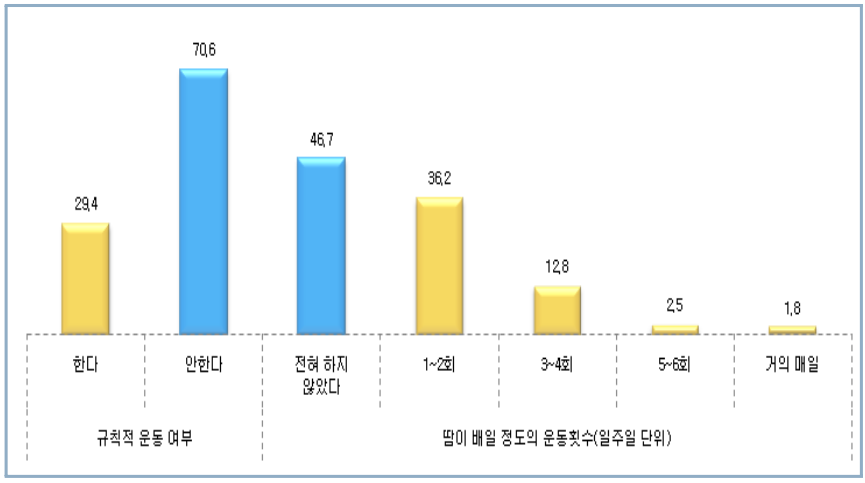
응답자의 현재 키는 24.4%가 '161~165cm'로 가장 많은 응답결과를 보였으며, 체중은 30.1%의 응답자가 '51~60kg'이라고 응답함으로써 가장 많은 결과를 보였다. 최근 한 달간 체중을 줄이기 위해서 노력했는가에 대해서 전체응답자의 56.6%가 '안했다'고 응답함으로써 '했다(43.4%)'는 응답자보다 더 많았다.

자. 운동실천 현황

운동을 규칙적으로 하고 있는가에 대해서 70.6%의 응답자가 '안 한다'고 응답하였으며, 일주일에 땀이 배일 정도의 운동을 평균 몇 번 정도 하는가에 대해서 46.7%의 응답자가 '전혀 하지 않았다'고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다(그림 4-9). 하루 평균 걷는 시간에 대해서 전체응답자의 33.4%가 '30~59분'이라고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다.

〔그림 4-9〕 규칙적 운동 여부/땀이 배일 정도의 운동 횟수(일주일 단위)

(N=1,000, 단위: %)



운동 동아리에 가입했는가에 대해서 전체응답자의 85.2%가 '아니오'라고 응답함으로써 대부분의 응답자들이 가입하지 않았음을 알 수 있었다.

규칙적 운동 여부를 운동 동아리 가입 여부에 따라 분석한 결과 운동 동아리에 가입한 응답자의 경우 규칙적으로 운동을 '한다'는 응답이 52.7%로 더 많았고, 운동 동아리에 가입하지 않은 응답자의 경우 규칙적으로

운동을 '안한다'는 응답이 74.6%로 더 많았으므로 운동 동아리에 가입한 응답자가 규칙적으로 운동을 하고 있음을 알 수 있었다.

땀이 배일 정도의 운동 횟수(일주일 단위)를 운동 동아리 가입 여부에 따라 분석한 결과 운동 동아리에 가입한 응답자의 경우 일주일에 '1~2회' 운동한다는 응답이 53.4%로 가장 많았고, 운동 동아리에 가입하지 않은 응답자의 경우 '전혀 하지 않는다'는 응답이 51.8%로 가장 많았다. 즉 운동 동아리에 가입한 응답자가 가입하지 않은 응답자 보다 운동 횟수가 더 많음을 알 수 있었다. 또한 아래 결과에서 보듯이 운동 횟수가 많아질수록 운동 동아리에 가입한 응답자가 가입하지 않은 응답자 보다 응답 비율이 보편적으로 더 많음을 알 수 있으며, '전혀 하지 않는다'는 응답에서 동아리에 가입하지 않은 응답자의 응답이 상대적으로 월등히 많음을 알 수 있었다.

차. 식생활 현황

최근 일주일 간 하루 평균 식사 횟수에 대해서 50.7%의 응답자가 '3~4끼 미만'이라고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다. 아침식사를 항상 했는가에 대해서 전체응답자의 31.7%가 '비교적 일정하게 먹는 편이다'라고 응답하였고, 매끼 식사를 일정한 시간에 했는가에 대해서 전체응답자의 56.1%가 '비교적 일정하게 먹는 편이다'라고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다.

카. 구강관리 현황

하루에 몇 번 이를 닦는지에 대해서 44.4%의 응답자가 '2회'라고 응답하였고, 39.2%가 3회 잇솔질 한다고 응답하였다. 최근 1년 간 스케일링을 받은 경험에 대해서 전체응답자의 63.9%가 '없다'고 응답함으로써 가장

많은 응답결과를 보였다.

타. 기타 생활습관 현황

운전하거나 자동차 앞 좌석에 앉을 때 안전벨트를 착용하는지에 대해서 65.5%의 응답자가 '항상 맨다'고 응답하였다. 최근 1년 간 적은 양이더라도 술을 마신 상태에서 운전을 한 적이 있는가에 대해서 전체응답자의 57.1%가 '없다'고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다.

최근 1년간 음주운전 경험을 음주예방 및 절주교육 경험 여부에 따라 분석한 결과 교육을 받은 경험이 있는 응답자와 그렇지 않은 응답자 모두 '없다'는 응답이 각각 59%, 56.8%로 가장 많았다. 그러나 음주운전 경험이 '없다'는 응답은 교육을 받은 응답자가 받지 않은 응답자 보다 더 많았음을 알 수 있다(표 4-5).

〈표 4-5〉 음주예방 및 절주교육 경험 여부에 따른 최근 1년간 음주운전 경험

(N=1,000, 단위: %, 빈도)

구분		표본수	없다		1번		2~3번		4~5번		6번 이상		운전 안함	
			%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도
전체		1000	57.1	571	5.9	59	5.7	57	1.4	14	1	10	28.9	289
음주예방 혹은 절주교육을 받아보았는가	예	139	59	82	11.5	16	7.9	11	0.7	1	0.7	1	20.1	28
	아니오	861	56.8	489	5	43	5.3	46	1.5	13	1	9	30.3	261

현재 얼마나 행복하다고 생각하는가에 대해서 40.1%의 응답자가 '전반적으로 행복하다[매우 행복하다+행복하다]'고 응답함으로써 '전반적으로 불행하다'는 응답(10.7%) 보다 많았다. 자신의 삶은 어떻게 정해진다고 생

각하는가에 대해서 65.6%의 응답자가 '대체로 나의 노력에 의하여 결정된다'고 응답함으로써 가장 많았다. 최근 1년 동안 심한 스트레스로 죽고 싶다는 생각을 해 보았는가에 대해서 전체응답자의 65.4%가 '없다'고 응답하였다. 스트레스의 가장 큰 원인에 대해서 1순위와 2순위 응답을 통합하여 조사한 결과 37.2%의 응답자가 '금전적 문제(집안 재정상태 악화 등)'라고 응답하여 가장 많은 결과를 보였다. 심한 스트레스의 가장 큰 원인에 대한 기타응답으로는 진로문제(빈도 11), 학업문제(빈도 10), 개인·자아 찾기(빈도 5), 이성·결혼 문제(빈도 3) 등이 있었다. 스트레스의 가장 큰 원인에 대해서 1순위 조사결과를 살펴보면 전체응답자의 48.1%가 '금전적 문제(집안 재정상태 악화 등)'라고 응답함으로써 가장 많은 결과를 보였다. 스트레스의 가장 큰 원인에 대해서 2순위 응답결과를 살펴보면 990명이 응답하였으며, 26.2%의 응답자가 '금전적 문제(집안 재정상태 악화 등)'라고 응답하여 가장 많은 결과를 보였다.

스트레스로 죽고 싶다는 생각 경험을 삶의 주체인식 응답에 따라 분석한 결과 대체로 나의 노력에 의하여 삶이 결정된다는 응답자와 대체로 주변 조건에 의하여 삶이 정해진다는 응답자 모두 스트레스로 죽고 싶다는 생각 경험이 '없다'는 응답이 각각 73.2%, 52.9%로 더 많았다. 그러나 스트레스로 인해 죽고 싶다는 생각 경험이 '있다'는 응답 비율을 상대적인 관점에서 비교해 보면 '대체로 주변 조건에 의하여 삶이 정해진다'는 응답자가 '대체로 나의 노력에 의하여 삶이 결정된다'는 응답자 보다 약 20% 이상 많음을 알 수 있다. 즉 삶을 능동적으로 자신의 노력을 중요시하며 사는 사람이 수동적으로 주변 여건을 중요하게 생각하는 사람 보다 스트레스를 적게 받음을 알 수 있다.

3개월 이상 앓고 있는 질병이 있는가에 대해서 전체응답자의 87.2%가 '아니오'라고 응답함으로써 대부분의 응답자가 앓고 있는 질병이 없는 것으로 나타났다. 병명에 대해서 148명이 응답하였으며 '기타(중이염, 인후

염, 정신병 등)'가 33.8%로 가장 많았고, 고혈압(8.8%), 당뇨(7.4%), 위염(6.1%), 관절염(6.1%), 피부염(4.1%) 등이 있었다.

최근 2년 간 신체검사나 건강검진을 받은 경험이 있는가에 대해서 56.6%의 응답자가 '있다'고 응답하였으며, 최근 2년 간 암 검사를 받은 적이 있는가에 대해서는 77%의 응답자가 '없다'고 응답하였다. 혈압을 측정하는 주기에 대해서 전체응답자의 31.6%가 '1년에 한번 정도'라고 응답하였으며, 혈압을 측정한 경험이 있는 응답자를 대상으로 가장 최근에 혈압을 측정한 시기에 대해서 36.1%의 응답자가 '최근 3달 이내'라고 응답함으로써 가장 많은 응답결과를 보였다. 최근 1년 간 혈당을 측정한 경험에 대해서 65.6%의 응답자가 '없다'고 응답함으로써 '있다'는 응답(34.4%) 보다 더 많았다.

최근 1년 간 주민이나 지역사회의 복지를 위해 활동한 경험에 대해서 82%의 응답자가 '없다'고 응답하였고, 최근 1년 간 인터넷 홈페이지를 개설해 활동하고 있는 모임에 참여한 경험에 대해서 69.5%의 응답자가 '없다'고 응답하였다.

집에 혼자 있을 때 폭력/범죄로부터 안전하다고 느끼는가에 대해서 44.1%가 '그런 편이다'라고 응답하였으며, 전반적으로 안전하다는 응답이 53.2%로 전반적으로 안전하지 않다는 응답(12.8%) 보다 더 많았다. 또한 대인관계에 대한 생각에 대해서 41.8%의 응답자가 '사람들은 대개 믿을만하다', 40.9%의 응답자가 '사람들은 항상 경계해야 한다'고 응답하였다.

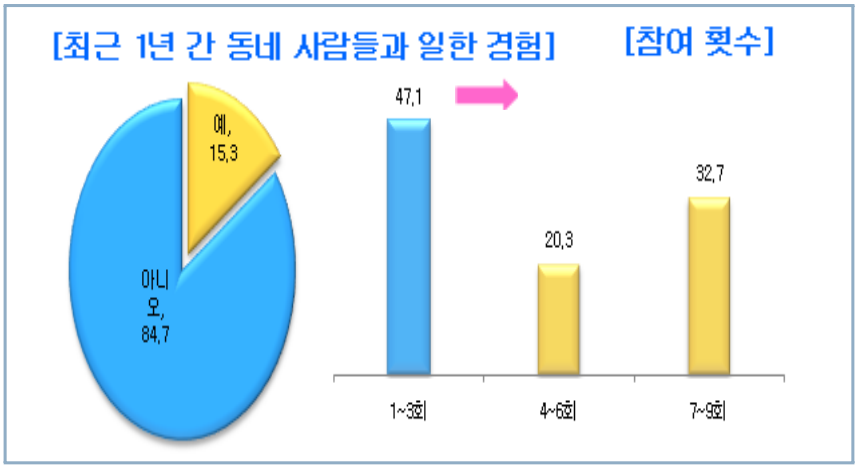
도움이 필요할 때 지역(동네) 사람들이 도움을 줄 수 있을까에 대해서 26.2%의 응답자가 '전반적으로 그렇지 않다[그렇지 않다+전혀 그렇지 않다]'고 응답함으로써 전반적으로 그렇다는 응답(24.6%) 보다 다소 높았다.

지역(동네) 사람들이 본인을 이용하거나 속일 수 있다고 생각하는가에 대해서 31.6%의 응답자가 '전반적으로 그렇지 않다[그렇지 않다+전혀 그렇지 않다]'고 응답함으로써 전반적으로 그렇다는 응답(19%) 보다 더 높았다.

최근 1년 간 동네 사람들과 함께 일한 적이 있는가에 대해서 84.7%의 응답자가 '아니오'라고 응답하였으며, 15.3%의 응답자가 '예'라고 응답하였다(그림 4-10). 함께 일한 경험이 있다는 응답자를 대상으로 횟수에 대해 조사한 결과 47.1%의 응답자가 '1~3회'라고 응답함으로써 가장 많았다.

〔그림 4-10〕 최근 1년 간 동네 사람들과 일한 경험/참여 횟수

(N=1,000/153, 단위: %)



지역내 쓰레기 수거와 처리가 잘 안 되었을 때 동네 사람들은 문제해결을 위하여 얼마나 협력할 것 같은가에 대해서 66.6%의 응답자가 '협력하는 편일 것이다'라고 응답함으로써 가장 많았으며, 전반적으로 협력할 것이다는 응답이 74%로 협력하지 않을 것이다는 응답(26%) 보다 많았다.

최근 3개월 간 동네 사람들과 접촉 경험(음식, 차, 술 등)에 대해서 전체응답자의 70.7%가 '없다'고 응답함으로써 있다(29.3%)는 응답 보다 더 많았다.

최근 1년 간 동네 사람들이 연대하여 탄원서를 낸 적이 있는가(본인이

직접 참여하지 않은 것도 포함)에 대해서 77.6%의 응답자가 '전혀 없다'고 응답함으로써 가장 많은 응답 결과를 보였다.

파. 건강증진사업 인지도 및 보건소 업무 인식도

최근 1년 간 본인이나 가족이 보건소를 이용해 본 적이 있는지에 대해서 51.3%의 응답자가 '없다'고 응답함으로써 있다(48.7%)는 응답 보다 더 높았다. 보건소의 업무에 대한 인식변수는 '독거노인 방문'/'노인들의 혈압·혈당 측정 및 건강체조 지도', '흡연자 상담 및 금연 홍보'/'과다 음주자 상담 및 소량 음주 권유', '주민 체력측정 및 적합한 운동 추천'/'저소득층 자녀 식단 추천', '어린이에게 썩은 이 교체 및 노인들에게 틀니 제공'/'주민들에게 신체검사·검강검진 실시', '1년에 한번 건강관련 체험행사 실시'/'정신 장애자 관리 및 보호' 등이었다.

'독거노인을 방문하여 보살펴 주는 일'에 대해서 68.2%의 응답자가 '보건소 업무이다'라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다. '노인들의 혈압/혈당 측정 및 건강체조 지도'에 대해서 78.1%의 응답자가 '보건소 업무이다'라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다.

'흡연자 상담 및 금연 홍보'에 대해서 73.6%의 응답자가 '보건소 업무이다'라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다. '과다 음주자 상담 및 소량 음주 권유'에 대해서 66.5%의 응답자가 '보건소 업무이다'라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다.

'주민 체력측정 및 적합한 운동 추천'에 대해서 63.7%의 응답자가 '보건소 업무이다'라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다. '저소득층 자녀들을 위해 적합한 식단을 만들어 주는 일'에 대해서 56.2%의 응답자가 '보건소 업무이다'라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다.

'어린이에게 썩은 이를 때우고, 노인들에게 틀니를 제공하는 일'에 대해서 64.2%의 응답자가 '보건소 업무이다'라고 응답하였다. '주민들에게 신

체검사와 건강검진을 해 주는 일’에 대해서 81.5%의 응답자가 ’보건소 업무이다’라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다.

‘1년에 한번 건강관련 체험행사 실시’에 대해서 64.7%의 응답자가 ’보건소 업무이다’라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다. ‘정신 장애자관리 및 보호’에 대해서 57.1%의 응답자가 ’보건소 업무이다’라고 응답함으로써 가장 높은 응답결과를 보였다.

하. 주관적 건강 상태

1년 전 기준 건강상태 변화를 흡연과 음주 여부에 따라 분석한 결과 ‘대체로 안 좋아졌다[건강상태가 매우 안 좋아졌다+건강상태가 안 좋아졌다]’는 응답의 경우 흡연과 음주 모두 하고 있는 응답자의 경우 58.6%, 흡연은 하지만 음주는 하지 않는 응답자의 경우 50%, 흡연은 안하고 음주는 하는 응답자의 경우 46.6%, 흡연과 음주 모두 하지 않는 응답자의 경우 43.3%로 나타났다. 즉 흡연과 음주를 모두하지 않는 응답자(43.3%) 보다 모두 하는 응답자(58.6%)가 건강이 더 안 좋아졌다고 응답하였으며, 음주만 하는 응답자(46.6%) 보다 흡연만 하는 응답자(50%)가 건강이 더 안 좋아졌다고 응답했음을 알 수 있었다.

동년배 대비 건강상태를 현재 흡연 여부에 따라 분석한 결과 ‘대체로 건강하다[매우 건강하다+건강한 편이다]’는 응답의 경우 현재 흡연을 하고 있다는 응답자의 경우 36%, 과거에는 했으나 현재는 하지 않는 응답자의 경우 45.9%, 흡연한 적이 없다는 응답자의 경우 43.2%의 결과를 보였다. 즉 상대적인 관점에서 해석해 보면 현재 흡연을 하고 있는 응답자의 건강상태가 그렇지 않은 응답자의 건강상태 보다 더 좋지 않음을 알 수 있다.

1년 전 기준 건강상태 변화를 현재 흡연 여부에 따라 분석한 결과 ‘대체로 안 좋아졌다[건강상태가 매우 안 좋아졌다+건강상태가 안 좋아졌다]’는 응답의 경우 현재 흡연을 하고 있다는 응답자의 경우 55.8%, 과거에는

했으나 현재는 하지 않는 응답자의 경우 42.9%, 흡연한 적이 없다는 응답자의 경우 44.7%의 결과를 보였다. 즉 1년 전과 비교해 볼 때 현재 흡연을 하고 있는 응답자의 건강 상태가 그렇지 않은 응답자의 건강상태 보다 더 나빠졌음을 알 수 있다.

3개월 이상 앓고 있는 병이 있는가에 대한 응답은 전체응답자의 87.2%가 병이 없는 것으로 나타났다. 그러나 3개월 이상 앓고 있는 병이 '있다'는 응답자 중에서 현재 흡연을 하고 있는 응답자(14.5%)가 흡연한 적이 없다(11.3%)는 응답자 보다 3개월 이상 앓고 있는 병이 '있다'는 응답이 더 많음을 알 수 있었다. 과거에는 흡연했으나, 현재는 하지 않은 응답자의 경우 14.9%가 질병이 '있다'고 응답했는데 이는 과거에 흡연 경험이 있기 때문에 높게 나타난 것으로 판단된다.

동년배 대비 건강상태를 평소 음주 정도에 따라 분석한 결과 '대체로 건강하다[매우 건강하다+건강한 편이다]'는 응답의 경우 거의 매일 마신다는 응답자는 38.9%, 일주일에 한번 이상 마신다는 응답자는 44.7%, 한 달에 한번 이상 마신다는 응답자는 45.8%, 한 달에 한번 미만 마신다는 응답자는 35.4%, 전혀 안마신다는 응답자는 34.8%로 나타났다. 즉 음주를 거의 하지 않는 응답자(한 달에 한번 미만, 전혀 안마신다)를 제외하고, 평소 음주를 자주 하지 않는 응답자일수록 동년배 대비 건강 상태가 좋다고 생각함을 알 수 있다. 1년 전 기준 건강상태 변화를 평소 음주 정도에 따라 분석한 결과 '대체로 안 좋아졌다[건강상태가 매우 안 좋아졌다+건강상태가 안 좋아졌다]'는 응답의 경우 거의 매일 마신다는 응답자는 72.3%, 일주일에 한번 이상 마신다는 응답자는 50.3%, 한 달에 한번 이상 마신다는 응답자는 45.8%, 한 달에 한번 미만 마신다는 응답자는 43.1%, 전혀 안마신다는 응답자는 46.5%로 나타났다. 즉 음주를 전혀 하지 않는 응답자를 제외하고, 평소 음주를 자주 하는 응답자일수록 1년 전과 비교해 볼 때 건강상태가 나빠졌다고 응답하였다. 동년배 대비 건강상태를 흡

연과 음주 여부에 따라 분석한 결과 '대체로 건강하다[매우 건강하다+건강한 편이다]'는 응답의 경우 흡연과 음주 모두 하고 있는 응답자의 경우 35.9%, 흡연은 하지만 음주는 하지 않는 응답자의 경우 27.3%, 흡연은 안 하고 음주는 하는 응답자의 경우 51.8%, 흡연과 음주 모두 하지 않는 응답자의 경우 36.3%로 나타났다. 즉 흡연과 음주를 모두하는 응답자(35.9%)보다 모두 하지 않는 응답자(36.3%)가 더 건강하다고 생각하고 있었으며, 흡연만 하는 응답자(27.3%) 보다 음주만 하는 응답자(51.8%)가 더 건강하다고 생각하는 것으로 조사되었다.

동년배 대비 건강상태를 규칙적 운동 여부에 따라 분석한 결과 '대체로 건강하다[매우 건강하다+건강한 편이다]'는 응답의 경우 규칙적으로 운동을 한다는 응답자는 54.1%, 규칙적으로 운동을 하지 않는다는 응답자는 36.2%로 나타났다. 즉 규칙적으로 운동을 하는 응답자가 그렇지 않은 응답자 보다 더 건강하다고 생각함을 알 수 있다. 1년 전 기준 건강상태 변화와 규칙적 운동 여부분석결과 '대체로 안 좋아졌다[건강상태가 매우 안 좋아졌다+건강상태가 안 좋아졌다]'는 응답의 경우 규칙적으로 운동 34.7%, 규칙적으로 운동않는다가 53.1%로 나타났다. 즉 규칙적으로 운동을 하지 않는 응답자의 경우 규칙적으로 운동을 하는 응답자 보다 1년 전에 비해 건강이 더 안 좋아졌다고 응답하였다.

본 조사결과에서는 건강생활실천정도와 주관적인 건강수준이 관련이 있다는 다른 선행연구들과 부합하는 결과를 보여주었다. <표 4-6>에서는 이번결과중 건강생활변수를 중심으로 요약결과를 보여준다. 본 조사에서는 50세이상의 연령층을 조사하지 않아서 교육 및 소득과 같은 사회경제적 변수에 따른 건강생활실천율이 다른 전국조사결과와는 다른 양상을 보이고 있어 형평성 문제는 향후 연구에서 다뤄야 할 것으로 전망된다.

〈표 4-6〉 일반인 대상 조사결과 종합표

	흡연율	음주율	고위험 음주율		BMI 평균	운동 실천	아침 식사 (매일)	구강 건강	주관적 건강상태		행복	스트레스	사회 복지 활동 유경험
	현재 흡연자	(거의 매일~ 한달에 1번이상)	소주 7잔 이상	소주 5잔 이상 (여성만)		일주일 3회 이상	매일	하루 양치 3회 이상	현재 (보통 이상)	1년전 대비 (보통 이상)	행복하다	죽고싶다는 생각	
전체	29.7	65.6	50.7	42.9	22.3	17.1	54.1	45.1	82.5	52.3	40.1	34.6	18.0
남	49.8	38.5	34.9	N/A	23.6	9.6	25.1	19.8	42.4	25.5	20.4	14.1	9.4
여	9.6	27.1	15.8	42.9	21.1	7.5	29.0	25.3	40.1	26.8	19.7	20.5	8.6
10대	0.0	0.3	0.1	0.5	19.3	0.1	0.4	0.2	0.6	0.6	0.4	0.1	0.3
20대	10.1	25.4	18.8	19.2	22.0	5.3	19.5	16.3	30.6	20.1	17.1	13.8	8.0
30대	12.6	26.5	20.8	16.6	22.5	6.7	20.1	18.7	33.3	19.1	15.3	14.1	5.3
40대	7.0	13.4	10.9	6.6	22.7	5.0	14.1	9.9	18.0	12.5	7.3	6.6	4.4
학력													
초등	0.1	0.2	0.1	0.0	21.7	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.0	0.2
중등	0.1	0.2	0.1	0.0	20.5	0.2	0.5	0.4	0.3	0.3	0.1	0.2	0.1
고등	7.1	16.7	12.2	15.4	22.5	4.3	13.9	9.8	19.8	14.0	9.8	10.4	5.1
대졸 이상	22.4	48.5	38.3	27.5	22.3	12.5	39.5	34.8	62.2	37.9	30.0	24.0	12.6
소득													
200만원 미만	7.5	14.1	11.4	6.6	22.5	3.1	11.3	9.4	17.1	11.9	8.4	9.0	4.7
200~500 만원 미만	17.6	40.0	31.5	26.3	22.3	10.2	33.3	27.0	51.4	31.8	24.2	19.5	10.0
500만원 이상	4.6	11.5	7.8	10.0	22.0	3.8	9.5	8.7	14.0	8.6	7.5	6.1	3.3
지역													
서울	9.7	23.2	17.6	15.4	22.1	5.6	17.1	15.0	28.7	16.2	12.0	11.2	5.0
광역시	8.9	17.6	13.2	10.7	22.3	4.8	15.7	12.9	23.0	14.7	11.9	10.1	6.0
지방	11.1	24.8	19.9	16.8	22.5	6.7	21.3	17.2	30.8	21.4	16.2	13.3	7.0

제5장 결론

본 연구는 「능동적 복지 구현을 위한 국가전략」의 세부과제로 수행한 과제이다. 보건복지재정적 측면에서의 투자방향과 국민건강보험제도의 체계개편에 관한 별도의 세부과제로 진행되었고, 본 연구의 범위에서는 제외되었다. 본 연구의 범위는 예방적인 측면에서 건강투자의 여건분석을 통하여 건강투자의 기반조성을 위한 방안과 전략을 개발하는 데 중점을 두었다.

제1절 건강투자를 위한 기반조성

1. 새로운 패러다임의 수용

이 보고서에서는 건강투자를 해야 하는 분야와 그 필요성에 대한 논의를 하였다. 건강투자의 영역을 확보하기고, 넓혀가기 위해서 기반조성과 건강증진분야의 역량강화가 우선되어야 한다. 건강의 결정요인과 건강관리에 대한 패러다임이 전환되어야 한다는 필요성은 건강이 국가발전의 목표를 달성하는 중요한 수단이라는 세계보건기구의 보고서에 잘 나타나 있고, 세계적인 건강증진분야의 발전과 함께 새로운 과제로 형성되어 왔다.

시민이 질병예방과 건강증진의 주체가 되는 것은 새로운 건강관리정책 또는 건강증진 파라다임의 핵심이다. 앞서 논의된 바 있는 능동적 건강주체(active health subject)는 임파워먼트(empowerment)의 기본이다. 임파워먼트는 시민참여의 시대에 더 중요한 키워드가 되고 있고, 현대 건강증진분야의 중심이 되며, 사업목적이기도 하다.

능동적 복지구현을 위한 건강투자의 개념이 건강증진정책에 반영되고, 정부의 여러 정책에 반영되기 위해서는 건강의 개념이나 건강의 결정요인이 과거의 협의의 개념이 아닌 광의의 개념으로 전환되어야 하고 이런 패러다임이 건강한 공공정책을 개발하는 데 기초가 되어야 한다. 건강에 영향을 주는 기초적인 요인은 수입, 거주할 곳, 음식, 생활습관 등이며, 정보보급과 생활기술(life skills), 지원적인 환경조성, 건강한 선택을 할 수 있는 기회, 경제적, 물리적, 사회적, 문화적 환경 등 광범위하다. 건강영향평가는 광의의 건강결정요인을 파악하고 정책에 반영하는 중요한 정책사례이기도 하다.

건강증진의 근거를 생산하기 위해서는 사업이 계획대로 실행되었는지가 평가되고 분석되어야 한다. 특히 예방적인 사업에서 이러한 측면의 평가를 통해 어떤 요소가 중요한 요인인지 알아낼 수 있고 성공요인과 실패요인을 분석할 수 있게 해 준다. 통합성은 계획과의 일치성, 사업에의 노출, 전달과정의 질, 참가자의 반응성, 실시된 프로그램의 차별성 등의 다섯 가지 측면으로 설명될 수 있다.

2. 근거의 생산관리와 지속가능성 확보

건강증진사업에서 건강개선효과는 중요한 평가대상이다. 대상자 집단의 사회경제적 위치의 변화, 인구집단별 특성에 따른 건강수준의 차이 등이 반영되는 사업들을 수집하고 평가하여 근거를 수립하는 것이 필요하다. 건강증진사업의 지속가능성(sustainability)은 개입과 프로그램의 결과가 지속적인 결과로 평가될 수 있는 지에 대한 과제를 의미한다. 이것은 예산과 자원의 배분을 결정하는 정책입안자에게 특별히 관심의 대상이 된다. 따라서 근거를 생산하기 위해 수집되는 연구결과물(사업결과물 포함)들의 지속가능성이 중요한 검토대상이 된다. 건강증진사업의 대부분은 행동변화를 목표로 하기 때문에 원하는 결과를 평가하기 위해서는 시간이 필요

하다. 예를 들어 근거의 원천이 되는 건강증진사업이 지속가능한지 평가하기 위해서는 사업의 요소 중에 지속적인 결과를 도출할만한 사회적 조직의 존재와 운영방법 등이 포함되어 있는지를 평가함으로써 그 사업결과의 지속가능성을 가름할 수 있을 것이다. 추구조사를 포함하는 연구에서도 지속가능성이 결여될 수 있다. 따라서 이전의 연구들이 장기적인 결과도출에 실패하는 요소를 가지고 있는지 여부에 대한 상세한 고찰이 필요하다. 그러나 모든 건강증진사업이나 연구가 다 지속가능성을 포함해야 효과적인 것은 아니며, 지속가능한 프로그램이 지속가능한 결과를 가져오는 것도 아니라는 것이 근거를 평가해야 할 때 고려할 사항이다. 건강증진사업을 평가할 때 지속가능성을 보아야 하는 지는 사업의 목적에 따라 다르기 때문이다. 지속가능성의 평가대상이 되는 사업에서는 사업결과의 평가결과를 검토해야 하고 사업기간에 따른 결과의 변화를 같이 검토하여야 한다.

건강증진사업에서 지속가능성의 요소는 첫째, 사업에서 도출될 수 있는 건강의 이익이 지속됨, 둘째, 조직 내에서 그 사업이 제도화 됨(정책적 또는 정치적 환경변화), 셋째, 지역사회 역량강화프로그램(훈련프로그램 및 지역주민참여도)이 포함되는 것 등이 해당된다. 건강증진사업의 지속가능성에 영향을 주는 요인들을 요약하면 첫째, 환경적인 요소들, 둘째, 조직적인 장소에 있는 요소들, 셋째, 사업의 디자인과 실행시 투입되는 요소들 등이다.

3. 건강투자를 위한 형평성 확보

건강증진사업에서 건강의 형평성(inequality)에 대한 근거를 생산하는 일은 복잡하다. 왜냐하면 형평성과 관련된 용어와 사업결과에 대한 합의된 지침이나 평가지표가 없는 경우가 많기 때문이다. 우선적으로는 건강증진사업을 통하여 이익을 받게 되는 집단과 손실을 받게 되는 집단에 대한

분석이 필요하고 사업의 상대적인 부작용이나 다른 대안적 사업과의 비교 검토가 선행된 후 근거가 수립될 수 있다.

제2차 국제건강증진대회(WHO, 1988)에서는 건강한 공공정책이 건강을 증진하는 지원적인 환경을 조성하는 수단으로 간주되었고 이러한 것이 건강한 선택을 쉬운 선택으로 만들 것으로 전망하였다. 특히 이 대회에서는 혜택받지 못한 사람들과 불리한 사람들의 요구를 부각시키고, 선진국의 정책이 개발도상국에 긍정적인 영향을 주어야 한다는 책임감을 강조하였다. 여기서 건강한 공공정책은 '건강과 형평성을 위한 명백한 관심을 보여주는 특성이 있어야 하고 모든 정책에 건강영향에 대한 책임을 보여줘야 한다'는 것으로 간주되었다. 이 회의에서 강력한 애드보커시(advocacy)와 지역사회 액션이 원동력이 되어야 한다고 확인하였다. 10년이 지난 지금도 건강의 불평등 문제는 계속 화두가 되고 있고, 국가발전을 위한 건강투자 측면에서 우선적으로 검토되어야 할 의제이다.

제2절 건강투자정책의 추진전략

능동적 복지구현을 위하여 건강투자정책의 지속적, 체계적 추진이 기초가 되어야 한다. 보건부문 뿐만 아니라 관련된 타 부문에서도 건강투자를 하도록 유도해야 한다. 특히 질병예방 및 건강증진에 대한 투자는 미래성장동력을 확충하기 위한 노력이며, 효율적이고 체계적인 건강투자전략을 요하는 정책이라고 할 수 있다.

종합적인 접근방법으로 볼 때, 대상별로 생애주기별에 따라 지역사회에서 연속적인 건강관리가 될 수 있는 기반이 필요하다. 또한 증가하는 이주민들의 건강위험요인예방에 대한 투자도 필요하다.

질병예방과 관련된 국민의 생활영역은 가정→학교→군대→직장→지역사

회의 연속적으로 연결되어 있기 때문에 다양한 삶의 터전과 생활공간을 넘나드는 과정에서 연속적인 건강관리가 될 수 있도록 해야 한다. 이를 위해 관련 사업들의 정보공유와 네트워크의 형성이 필요하다.

기후변화, 새로운 과학기술의 도입으로 인한 식량수급의 변화 등 여러 가지 환경적 경제적 요인들이 건강에 영향을 주고 있으며 이러한 요인들이 부정적 또는 긍정적 영향을 주는 여부에 대한 정확한 평가가 필요하다. 이를 위해서는 관련 전문인력의 지식과 기술역량을 강화하는 전략이 필요하고, 보건분야의 인력뿐만 아니라 일반인에 대한 정확한 정보보급도 필요하다.

건강정책 분야 내에서 건강투자 우선순위는 대상별 취약성과 형평성의 관점에서 결정되어야 한다. 생애주기별 발달단계와 노화의 단계에 따라 주요 질환, 안전, 건강관리내용이 다르고, 사회경제적 영향정도가 다르므로, 대상별 건강문제와 건강관리내용을 고려하여 건강증진의 목표를 설정하고, 사업내용을 개발하여야 한다. 다양한 인구집단의 사회경제적 특성에 따라 사망원인과 질병위험요인을 세분화하고, 다양한 자원에 접근성을 높일 수 있는 시스템이 마련되어야 한다. 건강을 위한 투자를 위해서는 베로나이니셔티브처럼 보건부문 외의 분야에서 국민건강증진이 경제발전과 지속가능성의 기초가 됨을 인식하고 건강투자를 적극적으로 확대할 수 있는 기반이 조성되어야 한다. 경제발전을 위한 다양한 정책과 사업이 지속가능하기 위해서는 모든 사회적 투자분야에서 건강증진에 투자하도록 제도화할 필요가 있다.

참고문헌

강은정(2007), 국민건강영양조사 제3기(2005) 심층분석; 건강면접 및 보건의식 부문, 질병관리본부, 한국보건사회연구원.

김혜련, 강영호, 윤강재, 김청석(2004), 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향, 한국보건사회연구원, 연구보고서 2004-03.

문창진(2008), [보건복지정책론]. 서울: 나남.

보건복지부(2007a), “국가비전 2030에 부응하는 건강투자전략(대통령 보고자료).” 보건복지부 편, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.3-24.

보건복지부(2007b), “건강결정요인 분석.” 보건복지부 편, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.25-30.

보건복지부(2007c), “건강투자정책 소고(건강정책의 전략에 대한 국제적 동향 고찰).” 보건복지부 편, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.31-38.

보건복지부(2007d), “건강투자의 범위 및 영역 검토.” 보건복지부 편, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.39-46.

보건복지부(2007e), “‘건강투자’ 국민설명자료(보건의 날 기념행사).” 보건복지부 편, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.57-67.

보건복지부(2007e), “‘건강투자’ 국민설명자료(보건의 날 기념행사).” 보건복지부 편, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.57-67.

보건복지부(2007f), “세계보건기주(WHO)의 건강증진 관련 국제회의.” 보건복지부 편, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.69-115.

[세계일보], 2008/7/21.

[연합뉴스], 2008/11/8

우천식, 이진면(2007), “사회투자정책의 경제성장 효과: 전망과 과제.” 한국사회복지학회 학술대회 자료집, pp.67-109.

이명순(2007), “우리나라에서의 건강투자를 위한 접근.” *Health Investment: Strategies and Direction*(한국보건사회연구원 국제심포지움 자료 2007-06), pp.87-110.

임채원(2007), [사회투자국가: 미래한국의 새로운 길]. 서울: 한울아카데미.

장경섭(1992), “핵가족 이데올로기와 복지국가: 가족부양의 정치경제학.” [경제와 사회], 15호, pp.173-204.

장경섭(1998), “압축적 근대성과 복합위험사회.” 한국비교사회연구회 편, [동아시아의 성공과 좌절] ([비교사회], 2호), pp.373-414. 서울: 전통과 현대.

장경섭(2001), “압축적 근대성과 노인문제의 재인식: ‘신세대’로서의 노인.” [가족과 문화], 13집 1호, pp.1-29.

장경섭(2002), ″‘사회투자가족’의 위기: 세계화, 가족문화, 학력투쟁.″ [한국사회과학], 24권 1호, pp.143-170.

장경섭(2006a), “청소년기의 사회각축장화: 한국의 압축적 근대성과 청소년.” [가족과 문화], 18권 4호, pp.93-125.

장경섭(2006b), ″한국인″의 ’가족피로’: 압축적 근대성과 탈가족화 추세.″ 대화문화아카데미 세미나 발표문 (2006/5/12).

정영호, 서미경, 이종태, 정형선, 고숙자, 채수미, 김명희(2005), [우리나라 국민의 건강결정요인 분석]. 서울: 한국보건사회연구원.

조창익, 임재영(2006), "경제성장모형을 이용한 공공보건정책 사업의 경제적 효과 분석." [보건경제와 정책연구] 12(2): 77-106.

[한겨레], 1998/11/25.

Amsden, Alice. (1989). *Asia's Next Giant: South Korea and Late Industrialization*. New York: Oxford University Press.

Beck, Ulrich, and Elisabeth Beck-Gernsheim. (2002). *Individualization: Institutionalized Individualism and Its Social and Political Consequences*. London: Sage.

Beck, Ulrich. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Newbury Park: Sage.

Beck, Ulrich. (1999). *World Risk Society*. Cambridge: Polity Press.

Bloom, David E., David Canning, and Jaypee Sevilla. (2001). "The Effect of Health on Economic Growth." NBER(National Bureau of Economic Research) Working Paper (보건복지부 편, 2007, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.55-56에 내용 요약).

Chang, Kyung-Sup. (1990). "Socialist Institutions and Family Wealth Flows Reversal: An Assessment of Post-Revolutionary Chinese Rural Fertility." *Journal of Family History* 15(2): 179-200.

Chang, Kyung-Sup. (2007). "Politics of Developmental Citizenship: The South Korean Impasse." Paper presented at the Conference on "Citizen in East Asia: Between State Ally and Critical Observer", Centre for Development Studies, University of Groningen, 14 December 2007.

Chang, Kyung-Sup. (2008). *Everyday Construction of Compressed Modernity: South Korean Society in Transition*. Manuscript revised for publication by Routledge-Curzon.

Daponte-Codina A., Bolívar-Muñoz J., Ocaña-Riola R., Toro-Cárdenas S., Mayoral-Cortés J., Patterns of smoking according to individual social position, and to socio-economic environment in municipal areas, Spain 1987–2001, Health & Place, December, 2008, 1353-8292.

Giddens, Anthony. (1998). *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*. Cambridge: Policy Press.

Giddens, Anthony. (2000). *The Third Way and Its Critics*. Cambridge: Polity.

Krugman, Paul. (1994). "The Myth of Asia's Miracle." *Foreign Affairs* 73(6): 62-78.

Laslett, Peter. (1989). *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. Cambridge: Harvard University Press.

Levin, Lowell S., and Erio Ziglio. (2002). "Investment for Health: A Discussion of the Role of Economic and Social Determinants." WHO Report, pp.76-92 (보건복지부 편, 2007, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.191-208에 재수록).

Marshall, T. H. (1964). *Class, Citizenship, and Social Development*. Garden City: Doubleday.

Sachs, Jeffrey D. (2000). "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development." Executive Summary of the Report for World Health Organization (보건복지부 편, 2007, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.121-140에 재수록).

Somaini, Bertino. (2007). "What to Expect from Health Investment?" *Health Investment: Strategies and Direction* (한국보건사회연구원 국제심포지움 자료 2007-06), pp.33-73.

Suhrcke, Marc, Martin Mckee, Regina Sauto Arce, Svetla Tsolova, and Jorgen Mortensen. (2005). "The Contribution of Health to the Economy in the European Union: Investing in Health." European Commission Report, pp.73-85 (보건복지부 편, 2007, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.175-187에 재수록).

Ziglio, E. Hagard, S. McMahon, L. Harvey, and S. Levin. (2000). "Principles, Methodology and Practices of Investment for Health." *Promotion and Education* (WHO Regional Office for Europe), pp.4-15 (보건복지부 편, 2007, [건강투자정책관련 참고자료, vol 1], pp.161-172에 재수록).

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결재
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터 간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

도서판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 http://www.yes24.com
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr

KIHASA 한국보건사회연구원 신간 안내

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	6,000
연구 08-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	9,000
연구 08-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	7,000
연구 08-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동·청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	7,000
연구 08-05	남북한간 보건의료 교류·협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	6,000
연구 08-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	7,000
연구 08-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	7,000
연구 08-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	7,000
연구 08-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 08-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	9,000
연구 08-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	6,000
연구 08-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	6,000
연구 08-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	10,000
연구 08-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안 연구 -다문화가족을 중심으로 -	김유경	15,000
연구 08-15	아동 · 청소년복지 수요 추계 연구 Ⅰ	김미숙	8,000
연구 08-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	6,000
연구 08-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	8,000
연구 08-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	7,000
연구 08-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	6,000
연구 08-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 08-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 Ⅱ	신영석	6,000
연구 08-18-5	의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구	신현웅	5,000
연구 08-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	6,000
연구 08-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	6,000
연구 08-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	5,000
연구 08-20-1	저출산·고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	10,000
연구 08-20-2	저출산·고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	9,000
연구 08-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이삼식	7,000
연구 08-20-4	저출산·고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤정	6,000
연구 08-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 08-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 08-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 08-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	15,000
연구 08-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	9,000
연구 08-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 08-22-2	2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서	정영호	8,000
연구 08-23-1-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 08-23-1-2	사회재정사업의 평가 -가족복지서비스 전달체계의 운영평가: 상담서비스 네트워크를 중심으로	고경환	6,000
연구 08-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 08-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향	남상호	5,000
연구 08-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	6,000
연구 08-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 08-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	5,000
연구 08-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	7,000
연구 08-24-1	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	5,000
연구 08-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	7,000
연구 08-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	6,000
연구 08-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	6,000
연구 08-25	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 08-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 08-27-1	능동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	8,000
연구 08-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	8,000
연구 08-27-3	능동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	6,000
연구 08-27-4	능동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	7,000
연구 08-27-5	능동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	6,000
연구 07-01	한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안	박실비아	8,000
연구 07-02	보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제	오영호	9,000
연구 07-03	근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략	최은진	7,000
연구 07-04	고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색	김혜련	10,000
연구 07-05	건강보험 적정 보장성 확보방안	허순임	8,000
연구 07-07	국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안	원종욱	7,000
연구 07-08	근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로	노대명	6,000
연구 07-09	교육 불평등과 빈곤의 대물림	여유진	7,000
연구 07-10	사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안	최성은	8,000
연구 07-11	한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(II) - 지방자치단체를 중심으로 -	김승권	12,000
연구 07-12	사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가 · 시장 · 비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식	강혜규	10,000
연구 07-13	한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안	김미숙	7,000
연구 07-14	복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지지표 개발연구	변용찬	7,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 07-15	유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구	정영철	7,000
연구 07-16	한국의 삶의 질 수준에 관한 연구	장영식	6,000
연구 07-17-1	2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로	이태진	13,000
연구 07-17-2	의료급여 사례관리 및 효과분석	신영석	6,000
연구 07-17-3	2007년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 07-17-4	기초생활보장제도 효과성에 관한 연구	노대명	5,000
연구 07-17-5	미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구	신영석	7,000
연구 07-17-6	국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구	최현수	8,000
연구 07-17-7	저소득층 의료욕구 측정에 관한 연구	신현웅	6,000
연구 07-17-8	사회정책의 진단과 동향	이태진	16,000
연구 07-18-1	Social Service Provision System: *the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea*	강혜규	5,000
연구 07-18-2	외국의 민간의료보험 정책 연구	홍석표	5,000
연구 07-19-1	국제결혼가족의 결혼·출산 행태와 정책방안	이삼식	6,000
연구 07-19-2	양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로	신윤정	7,000
연구 07-19-3	2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구	정경희	7,000
연구 07-19-5	노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구	선우덕	9,000
연구 07-19-6	저출산·고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안	조남훈	9,000
연구 07-19-7	사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로	오영희	6,000
연구 07-19-8	우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의	이소정	6,000
연구07-19-9	International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries	강유구	7,000
연구 07-20	2006 한국복지패널 심층분석 보고서	김미곤	7,000
연구 07-21	2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서	김미곤	12,000
연구 07-22-2	정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로-	고경환	6,000
연구 07-22-3	사회회계행렬을 이용한 건강투자의 경제성장효과 분석	남상호	5,000
연구 07-22-4	사회예산분석과 정책과제	최성은	8,000
연구 07-22-6	바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안	최성은	6,000
연구 07-23	2007 인터넷 건강정보 게이트웨이스템 구축 및 운영	송태민	9,000
연구 07-24	의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사	정영호	9,000