

건강생활실천 제고 방안 연구

- 건강인센티브를 중심으로

최슬기

이수빈·박은자·강혜리·최은진·황종남·이충근



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

| | | |
|-------|-----|-----------------|
| 연구책임자 | 최슬기 | 한국보건사회연구원 부연구위원 |
| 공동연구진 | 이수빈 | 한국보건사회연구원 연구원 |
| | 박은자 | 한국보건사회연구원 연구위원 |
| | 강혜리 | 한국보건사회연구원 연구원 |
| | 최은진 | 한국보건사회연구원 연구위원 |
| | 황중남 | 원광대학교 교수 |
| | 이충근 | 서울대학교 교수 |

연구보고서 2021-45

건강생활실천 제고 방안 연구 - 건강인센티브를 중심으로

발행일 2021년 12월
발행인 이태수
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 (사)아름다운사람들복지회

© 한국보건사회연구원 2021
ISBN 978-89-6827-843-3 93510
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2021.44>

발|간|사

정부는 국민의 건강증진을 위해 다양한 건강 정책 및 사업을 추진하고 있다. 2021년 발표한 제5차 국민건강증진종합계획은 건강한 행동에 인센티브를 제공하여 건강행동 실천의 동기를 부여하는 방안으로, 건강인센티브제를 포함하였다. 발표 이후, 건강인센티브가 국민의 건강행동 수행과 건강증진에 긍정적인 영향을 미칠 것이라는 기대와 함께 한편에서는 건강 불평등을 악화할 우려가 있다는 의견이 공존하고 있다. 건강인센티브에 대한 각기 다른 시선이 존재하는 가운데, 2021년 7월부터 건강인센티브제는 ‘건강생활실천지원금제’란 이름으로 시범사업을 시작하였다.

이 연구는 건강생활실천지원금제를 시범사업으로 시작하는 시점에서 국민 건강증진을 위한 건강인센티브의 정책적 활용 방향성을 제시하는 것을 목적으로 수행되었다. 이를 위해 국민의 건강행동 실천 현황을 분석하고, 건강인센티브와 관련한 선행연구와 국내외 사례를 살펴보았으며, 국민과 전문가의 인식 조사를 수행했다. 이러한 연구 결과를 바탕으로 건강인센티브 제도의 긍정적인 영향에 대한 예상과 우려 사항을 제시하였으며, 국민 건강증진을 위한 건강인센티브를 정책적으로 시행하기에 앞서 고려해야 할 사항과 시범사업 운영과 평가에 대한 제언을 제시하였다. 이 연구 결과가 건강인센티브의 활용과 국민 건강증진 방안을 마련하는데 기초 자료로 활용될 수 있기를 기대한다.

이 연구는 우리 연구원의 최슬기 부연구위원이 책임을 맡고, 박은자 연구위원, 최은진 연구위원, 강혜리 연구원, 이수빈 연구원, 황종남 원광대학교 교수, 이충근 서울대학교 교수가 참여하여 수행되었다. 연구를 수행하는 동안 귀중한 조언을 해 준 유승현 서울대학교 교수, 본 연구원의 정

연 부연구위원께 진심으로 감사의 뜻을 표한다. 마지막으로 이 보고서의 내용은 연구원의 공식적인 의견이 아님을 밝힌다.

2021년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수





| | |
|---------------------------------|-----------|
| Abstract | 1 |
| 요 약 | 5 |
| 제1장 서론 | 9 |
| 제1절 연구의 배경 및 목적 | 11 |
| 제2절 연구의 내용 및 방법 | 16 |
| 제2장 건강인센티브의 이론적 고찰 | 21 |
| 제1절 건강인센티브에 대한 이론적 논의 | 23 |
| 제2절 건강인센티브 관련 선행연구 고찰 | 33 |
| 제3절 소결 | 47 |
| 제3장 건강행동 실천 현황 | 51 |
| 제1절 건강행동 실천율 | 53 |
| 제2절 건강행동 변화 양상 | 63 |
| 제3절 소결 | 81 |
| 제4장 건강인센티브 현황 | 85 |
| 제1절 국내 건강인센티브 현황 | 87 |
| 제2절 국외 건강인센티브 현황 | 109 |
| 제3절 소결 | 132 |

| | |
|--|------------|
| 제5장 건강인센티브에 대한 인식 | 135 |
| 제1절 국민 인식 조사 | 137 |
| 제2절 전문가 조사 | 171 |
| 제3절 포커스그룹 인터뷰 | 186 |
| 제4절 소결 | 195 |
| | |
| 제6장 결론 | 199 |
| 제1절 주요 연구 결과 | 201 |
| 제2절 정책 제언 | 203 |
| | |
| 참고문헌 | 221 |
| | |
| 부 록 | 237 |
| [부록 1] 엠브렐라 리뷰에 포함된 인센티브와 건강행동 관련 논문 | 237 |
| [부록 2] 건강인센티브 인식 조사 설문지(전화조사) | 244 |
| [부록 3] 건강인센티브 인식 조사 설문지(온라인조사) | 255 |
| [부록 4] 전문가 조사 설문지 | 275 |

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



| | |
|---|-----|
| 〈표 1-1〉 건강행동에 대한 경제적 보상의 종류 | 13 |
| 〈표 3-1〉 국민건강영양조사를 활용한 건강행동 실천 지표의 정의 | 54 |
| 〈표 3-2〉 성·연령에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사) | 56 |
| 〈표 3-3〉 남성의 직업군에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사) | 59 |
| 〈표 3-4〉 여성의 직업군에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사) | 60 |
| 〈표 3-5〉 남성의 소득에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사) | 61 |
| 〈표 3-6〉 여성의 소득에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사) | 62 |
| 〈표 3-7〉 한국의료패널을 활용한 건강행동 실천과 변화의 정의 | 64 |
| 〈표 3-8〉 성·연령에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널) | 68 |
| 〈표 3-9〉 남성의 직업군에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널) | 71 |
| 〈표 3-10〉 여성의 직업군에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널) | 73 |
| 〈표 3-11〉 남성의 소득에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널) | 77 |
| 〈표 3-12〉 여성의 소득에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널) | 79 |
| 〈표 3-13〉 인구사회학적 특성별 중재가 필요한 건강행동 | 83 |
| 〈표 4-1〉 건강생활실천지원금제 시범사업 인센티브 적립 기준 | 100 |
| 〈표 4-2〉 스마트 웰니스 포인트 형태 | 110 |
| 〈표 4-3〉 Vitality 프로그램 세부 내용 | 113 |
| 〈표 4-4〉 Vitality 프로그램의 걸음 수에 따른 부여 점수 | 114 |
| 〈표 4-5〉 Vitality 프로그램의 신체활동별 부여 점수 | 115 |
| 〈표 4-6〉 독일 Barmer 보너스 프로그램의 행동별 보상 점수 - 성인 | 118 |
| 〈표 4-7〉 독일 Barmer 보너스 프로그램의 행동별 보상 점수 - 청소년 | 119 |
| 〈표 4-8〉 독일 Barmer 보너스 프로그램의 행동별 보상 점수 - 아동 | 119 |
| 〈표 4-9〉 독일 TK 보너스 프로그램에서의 행동별 보상점수(성인 기준) | 121 |
| 〈표 4-10〉 미국 메디케이드 수급자 대상 건강인센티브 사례 | 128 |
| 〈표 5-1〉 건강인센티브 인식 조사 문항 | 141 |
| 〈표 5-2〉 조사 대상자의 인구사회학적 특성 | 144 |
| 〈표 5-3〉 조사 대상자의 건강 수준 | 145 |

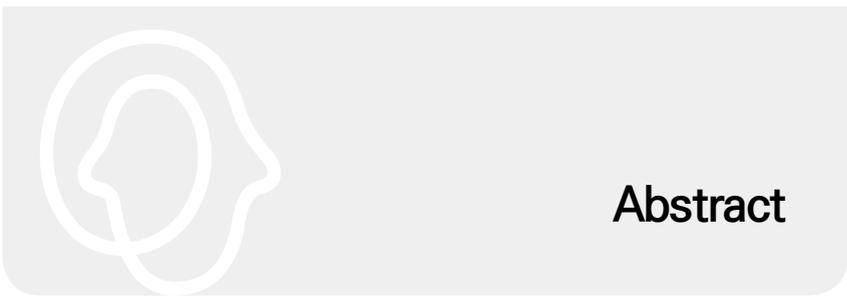
| | |
|--|-----|
| 〈표 5-4〉 조사 대상자의 건강행동 실천 현황 | 146 |
| 〈표 5-5〉 전화조사 참여자의 건강인센티브에 대한 태도 | 148 |
| 〈표 5-6〉 전화조사 참여자의 인구사회학적 특성에 따른 건강인센티브에 대한 태도 | 149 |
| 〈표 5-7〉 전화조사 참여자의 건강행태에 따른 건강인센티브에 대한 태도 | 150 |
| 〈표 5-8〉 온라인 조사 참여자의 신체활동 개선 계획 단계별 신체활동 건강인센티브에 대한 인식 | 151 |
| 〈표 5-9〉 온라인 조사 참여자의 신체활동 건강인센티브에 대한 인식 | 152 |
| 〈표 5-10〉 온라인 조사 참여자의 걷기 개선 계획 단계별 걷기 건강인센티브에 대한 인식 ... | 154 |
| 〈표 5-11〉 온라인 조사 참여자의 걷기 건강인센티브에 대한 인식 | 155 |
| 〈표 5-12〉 온라인 조사 참여자의 금연 개선 계획 단계별 금연 건강인센티브에 대한 인식 ... | 156 |
| 〈표 5-13〉 온라인 조사 참여자의 금연 건강인센티브에 대한 인식 | 157 |
| 〈표 5-14〉 온라인 조사 참여자의 음주 개선 계획 단계별 절주 건강인센티브에 대한 인식 ... | 159 |
| 〈표 5-15〉 온라인 조사 참여자의 절주 건강인센티브에 대한 인식 | 160 |
| 〈표 5-16〉 온라인 조사 참여자의 식생활 개선 계획 단계별 식생활 건강인센티브에 대한 인식 .. | 161 |
| 〈표 5-17〉 온라인 조사 참여자의 건강한 식생활 건강인센티브에 대한 인식 | 162 |
| 〈표 5-18〉 건강인센티브 금액별 건강행동 실천 효과에 대한 의견(온라인 조사) | 164 |
| 〈표 5-19〉 건강인센티브 유형별 건강행동에 도움이 되는 정도(온라인 조사) | 165 |
| 〈표 5-20〉 건강인센티브 참여 경험 | 166 |
| 〈표 5-21〉 건강인센티브 필요성에 대한 인식 | 168 |
| 〈표 5-22〉 응답자의 특성에 따른 건강인센티브 필요성에 대한 인식 | 170 |
| 〈표 5-23〉 전문가 조사 참여자의 특성 | 171 |
| 〈표 5-24〉 건강 개선이 필요한 인구집단 | 172 |
| 〈표 5-25〉 인구집단별 개선이 필요한 건강행동 | 174 |
| 〈표 5-26〉 인센티브 제공의 필요성 | 176 |
| 〈표 5-27〉 인센티브 제공 조건의 적절성 | 178 |
| 〈표 5-28〉 인센티브 유형별 건강행동 수행에 도움이 되는 정도에 대한 인식 | 179 |
| 〈표 5-29〉 인센티브 가치, 제공 주기, 건강인센티브 제도 참여 기간에 대한 의견 | 181 |



| | |
|---|-----|
| 〈표 5-30〉 인센티브가 각 인구집단의 건강행동 변화에 긍정적인 효과를 나타낼지에 대한 의견 | 183 |
| 〈표 5-31〉 포커스그룹 참여자의 특성 | 187 |
| 〈부표 1〉 엠브렐라 리뷰에 포함된 인센티브와 건강행동 관련 논문 | 237 |

그림 목차

| | |
|--|-----|
| [그림 2-1] 계획된 행동 이론과 인센티브 | 25 |
| [그림 2-2] 엠브렐라 리뷰를 위한 문헌 선정 과정 | 36 |
| [그림 4-1] 사회생태학적 모형에 따른 건강에 영향을 미치는 요인 | 88 |
| [그림 4-2] 지역사회 통합건강증진사업 모형 | 89 |
| [그림 4-3] 일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스 내용 | 91 |
| [그림 4-4] 보건소 모바일 헬스케어 사업 주요 서비스 | 94 |
| [그림 4-5] 워크온 걷기 사업(세종시 보건소, 광양시 보건소) | 95 |
| [그림 4-6] 건강생활실천지원금제 운영 절차 | 101 |
| [그림 4-7] AIA 바이탈리티 서비스(일부) | 103 |
| [그림 4-8] 삼성 애니핏 서비스 내용 | 104 |
| [그림 4-9] 교보라이프플래닛 건강체 보험료 할인 | 106 |
| [그림 4-10] 건강행동 리워드 앱 예시 | 108 |
| [그림 4-11] Vitality 순위별 보험료 혜택 범위 | 115 |
| [그림 4-12] 독일 Barmer 보너스 프로그램 스마트폰 앱 화면 | 120 |
| [그림 4-13] TK 보너스 프로그램 스마트폰 앱 화면 | 122 |



Abstract

Research on Incentives for Promoting Health Behaviors

Project Head: Choi, Seul Ki

Many health policies have been implemented aiming at improving people's health behaviors, however, with limited impacts thereon. Many people know why they need to conduct health behaviors, but they face difficulties in conducting and maintaining health behaviors. In that respect, there has been incentives as a means of promoting health behaviors. The Korean government announced a 3-year pilot program in July 2021 to provide incentives to people for conducting health behaviors. Upon the announcement, some health advocates expressed concerns that there is no evidence that incentives could improve people's health behaviors. In addition, they were concerned that such incentives may worsen the existing health inequity. This study aimed to provide suggestions for consideration on the development and implementation of the government-led healthy incentive program. We conducted an umbrella review on the effectiveness of the incentives on the health behaviors. We also reviewed the domestic and the international health promotion programs and policies using

Co-Researchers: Lee, Subin · Park, Eunja · Kang, HaeLi · Choi, Eun Jin · Hwang,
Jongnam · Lee, Chung Gun

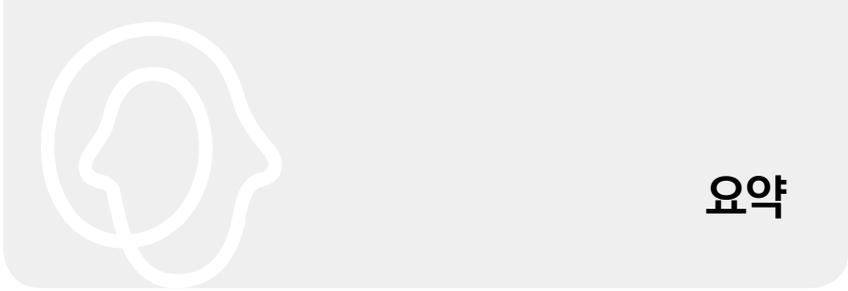
incentives. Statistical analyses using nationally representative survey data were performed to find out differences in conducting and maintaining health behaviors by population groups. Online and phone surveys as well as an expert survey were conducted to assess people's perception of the incentives for health behaviors. Focus group interviews with people who have participated in incentive programs were conducted.

Our literature review showed that incentives could increase health behaviors in the short term, but there is a lack of evidence on the long-term impacts. Incentive programs and policies vary in terms of target populations, behaviors, types of incentives, etc., especially those in other countries. However, some programs showed uncertain impacts on the health behaviors and some were discontinued due to budget issues. Online and phone surveys showed that more than 70% of the survey participants perceived that incentivizing health behaviors is needed. Most experts who participating in our survey also had the same opinion. However, some people were disfavoring such incentives because they think health management is the individual's responsibility. Some experts expressed concerns about worsening health inequity because disadvantaged people might not be benefitted from the incentive programs. Surveys and focus group interviews revealed that people who already conduct health behaviors or those who consider initiating health behaviors are more willing to participate in incentive programs.

This study showed that most people and experts are in favor of the incentive programs, however, the effectiveness of incentives on health behaviors is uncertain. To achieve the aims of incentivizing health behaviors, which are improving people's health behaviors and health status and reducing medical costs due to unhealthy behaviors, a well-designed pilot health incentive program and its in-depth evaluation would be important. The pilot program could take the advantage of being the 'pilot' in testing the various designs in the types of incentives, target populations, target behaviors, etc. The pilot program also needs to be evaluated of its process and short- and long-term impacts on the health behaviors. Improving built environments that could support health behaviors and other health policies that address social determinants of health should be considered with the incentive program.

Keyword : health behavior, incentive, health promotion





요약

1. 연구의 배경 및 목적

건강의 주체인 국민의 건강한 생활 습관 형성 및 유지를 위해 다양한 건강 정책이 시행되고 있으나 국민의 건강행동 실천율에 미치는 영향은 제한적이다. 대부분 건강의 중요성, 건강증진과 유지를 위한 건강행동의 필요성은 인식하지만, 실천과 유지에는 어려움을 겪는다. 이에 건강행동을 실천하고, 유지하도록 하기 위한 유인책으로써 건강한 행동을 실천하면 인센티브를 제공하여 건강행동 실천에 동기를 부여하는 ‘건강인센티브’의 개념이 소개되었으며, 이는 국내외에서 중재 프로그램 및 정책 일부로 적용되고 있다.

우리나라는 제5차 국민건강증진 종합계획에 국민의 건강생활을 장려하기 위해 건강인센티브제를 도입했으며, 2021년 7월부터 ‘건강생활실천지원금제’란 이름으로 시범사업을 시작하였다. 시범사업은 건강 위험군 또는 만성질환자를 대상으로 건강행동 수행과 건강 개선에 대해 연간 최대 5~6만 원의 인센티브를 제공한다. 건강생활실천지원금제 도입 발표 직후 시민사회계는 건강인센티브는 건강 관리를 개인의 책임으로 돌리는 것이며, 건강 형평성이 악화할 우려가 있다는 의견을 제시했다. 또한, 건강인센티브의 장기적인 효과가 불분명하며, 일부 건강 취약계층의 참여 제한에 대한 우려도 있다.

이 연구는 건강인센티브 제도의 본격적인 도입 이전에 제도의 설계와 시행과정에서 고려해야 할 점을 미리 파악하고, 정책적 활용 가능성과 예상되는 효과성을 높이기 위해 고려해야 할 사항을 제시하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 국내외 건강인센티브 시행 사례가 주는 시사점을 도출하고, 건강행동 변화가 필요한 인구집단, 즉 건강인센티브 제도의 대상

자가 될 수 있는 집단의 특성을 파악하며, 건강인센티브에 대한 국민과 전문가의 인식을 파악하여 제도 시행의 방향성을 제시하고자 했다.

2. 주요 연구 결과

2010년 1월~2021년 3월에 출판된 건강행동에 인센티브를 제공하는 중재연구를 체계적인 문헌 고찰 또는 메타 분석을 통해 선행연구 18편을 고찰한 결과, 인센티브의 제공은 단기적으로 건강행동 수행에 긍정적인 영향을 미친 것으로 나타났다. 그러나 인센티브 제공이 중단되면 인센티브로 인해 나타난 긍정적인 건강행동의 변화가 지속되지 않았다. 인센티브의 가치와 건강행동 변화에 미치는 영향이 비례하지 않았으며, 인센티브의 가치보다 다른 설계 요소가 건강행동 변화에 영향을 미친다는 보고도 있었다.

국민건강영양조사와 한국의료패널 자료를 토대로 인구집단별 건강행동 실천과 유지 현황을 파악한 결과, 특성에 따라 건강행동 실천과 유지에 차이가 있었다. 인구사회학적 특성 별로 건강행동 실천율이 다르며, 특히 사회경제적 위치가 낮은 집단의 건강행동 실천율이 낮은 것으로 나타났다. 또한, 건강행동을 지속해서 실천하는 사람이 적으며, 건강행동을 시도했다가 다시 건강하지 않은 행동으로 회귀하는 비율이 높았다.

국내외에서 수행하는 건강인센티브 사례를 검토한 결과, 국내외에서 다양한 사업 및 정책이 시행되고 있었다. 국내에서는 보건소를 중심으로 한 공공 영역과 보험회사, 리워드 앱(reward application) 중심의 민간 영역에서 건강행동에 인센티브를 제공하는 프로그램을 운영하고 있는데, 주로 걸음 수 달성을 보상한다. 국외에서 운영하는 건강인센티브 프로그램도 걷기를 비롯한 신체활동에 보상을 제공하는 프로그램이 가장 많지만, 이 밖에도 건강증진 프로그램 및 교육 참여, 건강검진, 예방접종 등

다양한 건강행동을 인센티브의 대상으로 포함했다. 더불어 건강행동 실천의 과정과 정도에 따라 인센티브의 가치를 다양하게 설계하는 등 다양한 인센티브 프로그램이 운영되고 있었다. 그러나 일부 프로그램은 효과가 불분명한 것으로 나타났고, 자금 문제나 정부 지원 중단 등의 원인으로 운영이 중단되는 예도 있었다.

만 19세 이상 성인 2,044명을 대상으로 전화조사와 온라인 조사를 통해 건강인센티브에 대한 인식을 조사한 결과, 조사 대상의 70% 이상이 국민의 건강증진을 위해 인센티브의 제공이 필요하다고 인식하고 있었다. 전문가를 대상으로 한 조사에서도 전문가의 70% 이상이 건강인센티브가 필요하다고 답했다. 건강인센티브가 필요 없다고 응답한 경우, 국민의 절반 이상은 ‘건강 관리는 개인의 책임이므로’, 전문가의 대부분은 ‘건강 형평성 악화 우려’를 그 이유로 들었다. 조사 대상 국민과 전문가가 인식하는 적절한 인센티브의 가치는 연간 10만 원 이상이였다. 국민 대상 조사와 건강인센티브 프로그램에 참여한 경험자를 대상으로 포커스그룹 인터뷰를 진행한 결과, 건강행동을 변화시킬 의향이 있는 사람이 건강인센티브 제도에 참여할 의도가 더 높은 것으로 나타났다.

3. 결론 및 시사점

국민의 건강행동 실천의 증가와 지속적인 실천 유지를 지지하기 위해서는 건강증진 방안이 마련되어야 한다. 방안 중 하나로 국민과 전문가의 수용성이 높은 건강인센티브가 이용될 수 있으나 그 효과가 장기적으로 지속될지는 확실하지 않다. 이에 건강인센티브의 정책적 활용이 단기적인 비용 지출에만 그치지 않고, 실질적인 국민 건강행동 실천의 증가와 건강증진으로 이어질 수 있도록 정교한 설계가 뒷받침되어야 한다. 이를

위해서는 적절한 가치의 인센티브 제공, 건강행동 유지 방안에 대한 고려, 인센티브 대상 건강행동의 다양화가 필요하며, 건강인센티브 제도와 함께 건강의 사회적 결정요인에 대한 대응 또한 이루어져야 한다.

연구 결과를 바탕으로 도출한 건강생활실천지원금제 시범사업에 대한 제언은 다음과 같다. 먼저 ‘시범’사업의 특성을 살려서 사업의 확대와 본 제도화 이전에 다양한 설계를 시도하여 제도의 목표를 달성할 수 있는 설계에 대한 검증이 필요하다. 그리고 시범사업을 평가할 수 있는 잘 설계된 과정평가와 효과평가도 필요하다. 평가는 단기 평가뿐만 아니라 시범사업 참여 종료자를 추적·관찰해 이를 통한 장기적인 평가를 포함해야 한다. 건강인센티브 제도가 맞춤형 건강 관리 프로그램으로 역할을 할 수 있도록 참여자의 특성을 고려한 교육 및 상담이 필요하며, 이를 위한 교육 콘텐츠 개발 및 담당 인력의 역량 강화가 필요하다. 참여자 모집단계와 홍보에 대한 개선, 지역 내 건강자원의 확대를 통해 시범사업 및 건강관리 프로그램 참여의 장애물을 낮춰야 할 필요도 있다.

건강인센티브를 활용하는 목적을 명확하게 설정하지 않고, 체계적인 설계가 뒷받침되지 않는다면 건강인센티브 제도가 국민의 건강증진에 미치는 효과가 제한적일 우려가 있다. 건강인센티브 제도가 국민 건강증진을 위한 효과적인 방안으로 활용될 수 있도록 건강인센티브 제도에 대한 지속적인 검토와 시범사업 운영의 성과와 한계에 대한 면밀한 평가가 필요하다.

주요 용어 : 건강행동, 인센티브, 건강증진

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법



제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

국민 소득이 증가하면서 건강에 대한 관심이 꾸준히 커지고 있다. 이와 함께 질병의 치료에 중점을 두었던 정책적 관심이 질병 발생 전의 건강 관리와 예방을 위한 건강생활 습관 형성으로 이동하고 있다. 즉, 질병의 치료에서 건강증진 및 질병 예방으로 건강 정책의 패러다임이 변화하고 있다. 그러나 건강한 생활 습관을 통해 예방하고 관리할 수 있는 비만, 당뇨병, 고혈압 등의 만성질환 유병률은 여전히 증가하고 있으며, 이로 인한 의료비 지출도 함께 증가하는 추세이다(보건복지부, 질병관리청, 2020).

건강의 주체인 국민의 건강생활 습관 형성과 실천을 위해 국가 차원에서 다양한 건강 정책을 시행해왔으나 건강행동 개선 효과는 제한적이다. 금연 정책의 지속적인 추진으로 남성 흡연율은 꾸준히 감소하고 있지만, 여성 흡연율과 고위험 음주율은 증가 추세이며, 유산소 신체활동 실천율은 감소하고 있다(보건복지부, 질병관리청, 2020). 특히 건강 취약계층의 건강행동 개선이 제한적이며, 사회경제적 수준에 따른 건강 격차도 커지고 있는 것으로 나타나, 건강 형평성에 대한 우려가 지속되고 있다(김동진 외, 2017).

건강행동의 형성과 유지를 위한 유인책으로 건강행동 실천에 보상을 제공하는 ‘건강인센티브’의 개념은 여러 건강행동 이론과 행동경제학을 기반으로 소개되었다. 개인이 건강행동을 수행하는 데 영향을 미치는 요인은 다양하다. 건강한 행동을 하여 얻게 될 것이라 기대하는 결과도 건

강행동에 영향을 미치는 요인 중 하나이다. 행동 수행에 대한 선호도는 행동에 대한 결과가 언제 나타나는지, 또는 결과가 확실한지에 따라 달라진다. 일반적으로 더 가까운 미래에 나타나는 결과와 확실한 결과에 더 많은 가치를 부여한다(Mazur, 1987). 많은 사람이 건강의 중요성과 건강행동의 필요성에 대해 인식하고 있으며, 건강행동을 실천해 건강을 증진하고, 질병을 예방할 수 있다는 것을 알고 있다. 그러나 건강행동으로 얻을 수 있는 이익인 질병 예방은 먼 미래의 보상이며, 실제로 그 보상을 받을 수 있을지에 대한 불확실성이 있어서, 건강행동을 위한 강력한 동기 부여에는 한계가 있다. 반면, 건강행동을 수행하면 혜택을 제공하는 건강인센티브는 비교적 짧은 시간에 확실히 얻을 수 있는 결과물이므로 사람들의 건강행동 수행 선호도를 높일 수 있다(Loewenstein, Brennan, & Volpp, 2007).

이러한 설명을 기반으로 건강행동의 실천에 가시적인 보상을 제공하는 건강인센티브 프로그램에 관한 관심이 증가했으며, 국내외에서 중재 프로그램 및 건강 정책의 일부로 적용하고 있다. 개인의 건강행동에 제공하는 보상은 주로 경제적인 보상(financial incentive)이며, 제공 방식에 따라 인센티브의 종류가 다양하다(표 1-1). 인센티브를 제공하는 중재 프로그램은 건강을 위한 신체활동, 금연, 절주, 건강한 식생활, 백신 접종, 암 검진 등 다양한 건강생활 습관을 대상으로 한다. 이렇듯 건강인센티브 프로그램은 건강한 행동의 실천, 유지, 교육 참여, 예방적 의료서비스(건강검진, 예방접종 등) 이용, 건강목표 달성 등에 대해 보상하고 있으며 국내외에서 다양한 방식으로 운영되고 있다.

〈표 1-1〉 건강행동에 대한 경제적 보상의 종류

| 인센티브 | 내용 |
|---|--|
| 금전적 보상 | 목표(걸음 수, 체중 감량, 신체활동 프로그램 참여 등)를 달성할 경우, 현금 또는 금전적 가치를 지닌 상품권 등 지급 |
| 건강한 선택에 대한 가격 인센티브 | 건강한 식품 구매, 체육시설 이용 등 건강한 선택에 대한 할인, 쿠폰, 무료 지급 등 |
| 계약 보증금 (deposit contract) | 일정 금액을 미리 지급하여 건강목표를 달성하면 돌려받고, 달성하지 못하는 경우 일부 또는 전액을 돌려받지 못함. |
| 복권 형식 인센티브 (lottery-based incentive) | 건강행동 실천을 성공한 사람이 보상받을 확률이 높아짐. |
| 집단 인센티브 (group-based incentive) | 건강행동을 한 집단에 소속된 개인에게 보상 제공 |

자료: Boonmanunt, S., Pattanaprteep, O., Ongphiphadhanakul, B., McKay, G., Attia, J., & Thakkinian, A. (2020). Evaluation of the effectiveness of behavioural economic incentive programmes for the promotion of a healthy diet and physical activity: a protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*, 10(12), e046035.

건강행동 실천에 보상하는 중재 프로그램의 효과성이 보고되면서 여러 국가에서 건강증진 프로그램에 건강인센티브를 도입하였다. 미국의 일부 주는 메디케어(Medicaid) 수급자를 대상으로 건강행동을 실시하거나 예방적 의료서비스에 참여하는 등 건강행동을 실천하면 재정적 인센티브를 제공하며(Saunders, Vulimiri, Japinga, Blesser, & Wong, 2018), 보충영양지원프로그램(SNAP: Supplemental Nutrition Assistance Program) 참여자가 SNAP 지원금을 이용하여 건강한 식품(과일, 채소)을 구매하면 일정 금액을 돌려준다. 일본은 건강포인트 제도, 독일은 건강보너스 프로그램을 운영하여 건강행동 수행이나 건강 상태 개선에 혜택을 제공하고 있다.

우리나라는 지방자치단체와 민간보험회사를 중심으로 건강인센티브를 제공하고 있다. 2000년대 중반부터 일부 지방자치단체는 질환 관리(치료 순응도)에 따라 인센티브를 제공하고 있으며, 보건소 건강증진 프로그램

중 금연 프로그램은 참여자의 프로그램 이수, 금연 성공, 금연 유지를 하면 인센티브를 지급하고 있다. 만보기 또는 걸음 수 측정 앱을 이용하여 걷기 실천에 대한 인센티브를 제공하는 사업은 보건소, 지방자치단체뿐만 아니라 민간기업, 학교에서도 많이 수행하고 있다. 2017년 12월에는 건강증진형 보험 상품의 개발·판매 가이드라인이 마련되어 민간보험회사에서 피보험자의 건강 관리 노력에 대해 보험료를 할인해주는 상품을 출시했으며, 2019년 9월 기준으로 그 수가 늘어나 11개 보험사에서 건강증진형 보험을 출시했다. 민간보험회사에서 운영하는 건강인센티브 프로그램은 주로 신체활동(걸음 수, 체력 측정)을 수행하거나 건강퀴즈에 참여하면 보상하는 형식이다. 2019년 12월에 실시된 가이드라인의 개정으로 보험회사에서 고객에게 건강행동이나 건강 상태(혈당 등)를 측정할 수 있는 기구를 제공할 수 있게 되어, 앞으로 더욱 다양한 건강행동에 대한 인센티브가 제공될 것으로 예상된다.

국가 건강증진 정책의 일환으로서 건강인센티브에 대한 논의는 꾸준히 있어왔다. 보건복지부는 2021년 7월부터 개인이 스스로 건강을 관리하고 건강한 생활습관 실천으로 질병 발생을 예방하며 이로 인해 결과적으로 불필요한 의료비 지출이 감소하면 그러한 건강행동의 긍정적인 효과에 보상하는 건강생활실천지원금제 시범사업을 시행하고 있다. 이 시범사업은 국가 건강증진 전략으로서 건강인센티브의 개념을 포함했다는 데 의의가 있으나, 일부에서는 비판 의견을 제기하기도 하였다. 재정적 인센티브를 이용한 건강 증진은 단기간의 건강행동 변화에는 효과적이지만, 변화된 행동의 유지에는 제한적인 것으로 알려져 있다(Giles, Robalino, McColl, Sniehotta, & Adams, 2014; Mantzari et al., 2015). 또한, 인센티브의 제공은 저소득층에게 건강증진 프로그램에 참여하는 동기가 되며, 빈곤할수록 건강인센티브 제도의 효과가 높다는 보고도 있다

(Mantzari et al., 2015). 그러나 이미 여러 건강 부담을 안고 있고 사회경제적 어려움을 겪고 있는 취약계층에 또 다른 부담을 부과한다는 우려도 있다. 일부 건강 취약계층의 낮은 정보 접근성 및 시간적, 물리적 제약으로 인해 건강인센티브 프로그램의 참여가 제한적일 가능성도 있다. 이러한 이유로 건강생활실천지원금제 추진에 대한 정부의 발표 직후 일부 시민사회단체에서 건강 형평성 악화에 대한 우려를 표명하기도 했다. 또한, 건강생활실천지원금제가 건강 관리를 개인의 책임으로 전가하며, 공적 보험인 국민건강보험이 시장원리를 바탕으로 건강생활실천지원금제를 운영하여 장기적으로 건강보험 재정이 악화할 가능성이 있다고 주장했다. 그리고 관련 장비와 인프라를 제공하는 산업체의 발전을 도모하는 의도가 있을 가능성을 제기하면서 기존의 공공 영역에서 수행한 유사한 인센티브 프로그램의 제대로 된 평가 없이 건강생활실천지원금제 시범사업을 도입한 것을 비판했다(의료민영화 저지와 무상으로 실현을 위한 운동본부, 2021.6.4.).

건강생활실천지원금제에 대한 시민사회단체의 비판은 체계적인 설계가 뒷받침되지 않는다면 건강인센티브 프로그램은 기대하고 있는 건강행동 변화 및 건강 격차 완화에 효과를 나타내지 않을 가능성이 있으며, 특히 대상자의 특성에 따라 다르게 나타나는 효과는 이미 존재하는 건강 격차를 악화할 가능성이 있음을 반영한다. 일부 연구자는 건강인센티브가 취약계층에서 불균형적인 영향을 미친다고 하더라도 일부에게라도 건강행동을 증진할 수 있으므로 건강인센티브에 긍정적인 태도를 가지고 있다(Rhodes, 2015). 건강인센티브에 대한 인식이 다양하므로 건강인센티브를 건강 정책의 일부로 활용하기 전에 건강인센티브가 국민 건강증진을 위해 어떠한 역할을 할 수 있을지, 예상되는 긍정적 또는 부정적인 효과가 어떠한지, 긍정적인 효과를 극대화하고 부정적인 효과를 최소화하

기 위한 활용 방안에 대한 검토가 우선 되어야 한다.

이 연구는 건강인센티브의 본격적인 제도화 이전에 제도의 설계와 시행과정에서 고려해야 할 점을 미리 파악하고, 정책적 활용 가능성과 예상되는 효과성을 높이기 위한 고려사항을 제시하고자 시행되었다. 이를 위해 국내외 건강인센티브 시행 사례 분석을 통해 시사점을 도출하고, 건강행동 변화가 필요한 인구집단, 즉 건강인센티브 제도의 대상자가 될 수 있는 집단의 특성을 파악하고, 건강인센티브에 대한 국민과 전문가의 인식을 파악하여 제도 시행의 방향성을 제시하고자 한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

제2장은 건강행동 관련 이론과 행동경제학 이론 등을 토대로 건강행동 실천에서 인센티브의 역할을 살펴보았다. 또한 건강행동에 인센티브를 제공하는 중재 연구를 체계적 문헌 고찰 또는 메타 분석을 통해 분석한 선행연구를 고찰하여 건강인센티브의 효과를 검토하였다. 제3장에서는 우리나라 국민의 건강행동 실천 현황에 대한 분석을 통해 건강행동 변화가 필요한, 또는 변화를 시도한 인구집단의 규모 및 특성을 살펴보았다. 이를 통해 각 인구집단의 특성에 따라 개선이 필요한 건강행동을 파악했다. 제4장에서는 먼저 국내 공공 부문의 건강증진 프로그램 운영 현황을 살펴보고, 건강인센티브를 제공하고 있는 사업 및 프로그램의 운영 현황을 검토했다. 또한 정부 차원에서 실시한 건강인센티브에 대한 논의 경과를 살펴보고, 건강생활실천지원금제 시범사업의 설계를 기술했다. 이후

국내 민간 부문과 국외의 건강인센티브 제공 사례를 검토하여 건강인센티브 제도에 대한 시사점을 도출했다. 제5장에서는 국민과 전문가의 건강인센티브에 대한 인식을 파악하기 위해 실시한 조사 결과를 제시했다. 만 19세 이상 성인을 대상으로 전화조사와 온라인 조사를 실시하여 건강행동 수행에 따른 인센티브를 받고 싶은지, 선호하는 인센티브 형태 및 건강인센티브의 제도화에 대한 인식을 파악했다. 관련 분야 전문가 30명을 대상으로 건강행동 증재의 필요성 및 우선순위, 건강인센티브 제도화에 대한 의견도 조사했다. 아울러 건강행동 수행 시 인센티브를 제공하는 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람을 대상으로 초점집단면접(Focus Group Interview: FGI)을 실시하여 참여자가 실제 경험을 통해 인식하는 인센티브의 효과성을 분석했다. 제6장은 연구 결과를 바탕으로 건강인센티브 제도화 시 고려해야 할 사항과 국민 건강생활 실천 향상을 위한 방향성에 대해 제안했다.

2. 연구 방법

가. 관련 문헌 고찰

건강행동 이론과 행동경제학 이론 등에 대한 문헌을 고찰하여 건강증진을 위한 건강인센티브의 역할을 검토했다. 또한 건강인센티브의 효과에 대한 선행연구의 보고를 통합적으로 검토하기 위해 엄브렐라 리뷰(umbrella review)를 시행했다. 한편, 건강인센티브와 관련된 연구를 체계적 문헌 고찰 또는 메타 분석 한 선행연구 18편을 고찰하였다. 이 외에도 국내외 건강인센티브 관련 제도, 시범사업 등에 대한 선행연구를 검토했다.

나. 2차자료 분석

중재가 필요한 건강행동과 건강행동 변화가 필요한 인구집단의 특성을 파악하기 위해 제7기 국민건강영양조사와 2015~2018년 한국의료패널 자료를 분석했다. 분석을 통해 인구집단의 특성별 건강생활 실천율을 산출하였으며, 4년간의 조사 데이터를 기반으로 건강행동 수행의 변화를 파악하였다.

다. 건강인센티브 인식 조사

국민과 전문가의 건강인센티브에 대한 인식을 파악하기 위해 설문조사와 FGI를 실시했다. 만 19세 이상 성인 총 2,044명에게 온라인 조사와 전화조사를 통해 건강행동 수행을 위한 인센티브의 필요성, 건강인센티브 제도의 효과성 인식, 건강인센티브 프로그램 참여 경험, 건강인센티브 제도에 대한 태도를 물었다.

우리나라 국민의 건강 문제와 건강인센티브의 제도화에 대한 관련 전문가의 인식을 파악하기 위해 보건학, 의학 등 건강증진 관련 전문가 30명을 대상으로 온라인 조사를 시행했다. 전문가가 인식하는 건강 개선이 필요한 인구집단, 인구집단별 개선이 필요한 건강행동, 건강인센티브의 필요성, 건강인센티브 설계, 예상하는 효과성을 조사하였다.

공공 또는 민간 영역에서 건강행동에 인센티브를 제공하는 프로그램에 참여했던 사람들의 경험을 토대로 건강인센티브 프로그램에 대한 인식과 효과가 나타난 또는 나타나지 않은 원인을 파악하고, 정부 차원의 건강인센티브 프로그램에 대한 의견 수렴하기 위해 FGI를 시행했다. 20~50대 성인 19명을 네 그룹으로 나누어 인터뷰했다. 인터뷰를 통해 대상자의 건

강인센티브 프로그램 참여 경험, 인센티브의 효과성 인식, 정부가 운영하는 건강인센티브 제도에 대한 인식을 질문하였다.

라. 전문가 자문

전체적인 연구의 설계, 연구 방법론의 검토, 설문조사 안의 검토 및 건강인센티브의 설계, 제도화 방안, 고려사항 등을 논의하기 위하여 관련 전문가가 참여한 자문회의를 여러 차례 진행했다.



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

건강인센티브의 이론적 고찰

제1절 건강인센티브에 대한 이론적 논의
제2절 건강인센티브 관련 선행연구 고찰
제3절 소결



제 2 장 건강인센티브의 이론적 고찰

제1절 건강인센티브에 대한 이론적 논의

1. 건강인센티브 관련 이론

다양한 건강행동 이론은 인센티브의 제공이 건강행동에 변화를 일으키는 요인 중 하나라고 설명한다. 또한, 행동경제학 이론은 보상이 행동을 유발할 수 있다는 전통적인 경제학의 원리가 작동하지 않는 현상에 관해 설명한다.

가. 건강 신념 모형(Health Belief Model)

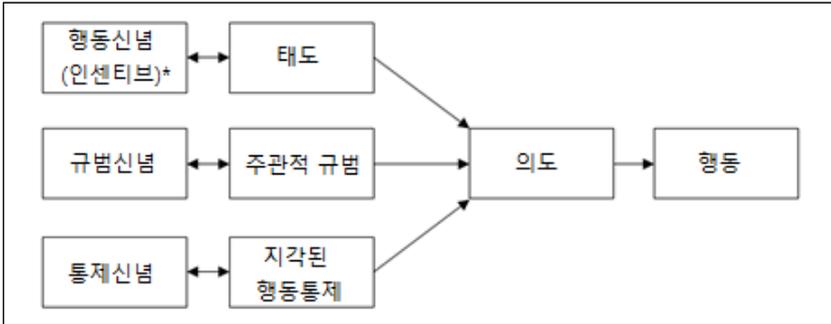
건강 신념 모형은 1950년대 이후 건강행동 분야에서 가장 많이 사용된 이론들 중 하나이다. 건강 신념 모형은 가치-기대(value-expectancy) 이론으로, 행동의 주체가 갖고 있는 주관적 가설 및 기대감이 그의 행동에 영향을 미치는 중요한 요소라고 설명한다(Lewin, 1951). 이러한 가치-기대 개념은 건강행동의 맥락에서 다음과 같이 재구성된다. 특정 질환을 예방하거나 회복하려는 욕망은 가치가 될 수 있으며, 개인이 할 수 있는 건강행동이 특정 질환을 회복하거나 예방할 수 있다고 믿는 신념은 기대가 될 수 있다는 것이다. 이를 바탕으로 건강 신념 모형은 행동에 직접적인 영향을 미치는 주요 요인을 개인이 인식하는 (1) 질환에 대한 취약성(perceived susceptibility), (2) 질환의 심각성(perceived severity),

(3) 행동을 함으로써 얻을 수 있는 긍정적인 효과(perceived benefits), (4) 행동의 장애 요인(perceived barriers), (5) 행동에 대한 자기효능감(self-efficacy)으로 제시한다. 건강 신념 모형은 인센티브가 행동에 직접적인 영향을 미치지 않지만, 행동에 영향을 미치는 주요 변수 중 하나인 ‘행동을 함으로써 얻을 수 있는 긍정적인 효과’로서의 역할을 할 수 있다고 설명한다(Bandura, 1997).

나. 계획된 행동 이론(Theory of Planned Behavior)

계획된 행동 이론에서 행동의 가장 중요한 결정요인은 행동하고자 하는 의도이다. 행동 의도는 행동 이행에 대한 태도(attitude), 행동과 관련된 주관적 규범(subjective norm), 행동이 얼마나 개인의 자발적 통제 하에 있는지(지각된 행동 통제, perceived behavioral control)의 영향을 받는다. 이것들은 각각 행동 신념, 규범 신념, 통제 신념에 의해 형성된다(Ajzen, 2012). 행동에 대해 인센티브를 제공하면 행동 이행에 대한 태도를 형성하는 행동 신념에 긍정적인 영향을 주어 행동 의도를 증가시킴으로써 행동 변화를 일으키게 된다. 또한 특정 행동에 대한 인센티브를 제공하면 그 행동에 사회적 가치를 부여함으로써 관련된 규범 신념에도 긍정적인 영향을 주어 행동 변화를 일으킬 수 있다(Hoskins, Ulrich, Shinnick, & Bottenheim, 2019).

[그림 2-1] 계획된 행동 이론과 인센티브



자료: Ajzen, I. (2012). Martin Fishbein's legacy: The reasoned action approach. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 640(1), 11-27, 그림 1을 활용하여 작성함.

다. 사회 인지 이론(Social Cognitive Theory)

사회 인지 이론은 행동에 영향을 미치는 심리사회적 역할을 다루는 이론이다. 이 이론은 행동과 개인 그리고 환경은 서로 영향을 주고받는 상호작용적이고 역동적인 상호결정론(reciprocal determinism)적인 관계라고 설명한다(Bandura, 1997). 생태학적 모형과 마찬가지로 사회 인지 이론은 행동에 영향을 미치는 환경도 함께 고려하여, 개인 요인이 행동에 강한 영향을 미치더라도 환경의 도움 없이는 그 행동을 변화시키기 어렵다는 것을 강조한다(Bryant & Oliver, 2009). 사회 인지 이론에서 강조하는 환경 요인 중 하나는 유인 동기(incentive motivation)이다. 유인 동기는 행동에 대한 보상이나 처벌을 제공하여, 행동 변화를 유도한다. 유인 동기는 행동 변화를 일으키는 데 효과적이지만, 유인 동기로 보상 대신 처벌을 이용하면 당사자들이 느끼는 불공정성으로 인해 의도하지 않은 역효과를 낼 수도 있다(Bandura, 1969, 1986).

라. 범이론적 모형(Transtheoretical Model)

범이론적 모형은 주요 개입 이론들이 언급하고 있는 행동 변화의 과정과 원리를 통합하기 위해 행동 변화 단계를 활용한 이론이다. 범이론적 모형은 300개 이상의 심리치료 이론으로 분할된 분야를 주요 심리치료 이론과 행동 변화 이론의 비교 분석을 통해 통합하기 위해서 개발되었다(Prochaska & Norcross, 2018). 범이론적 모형은 총 여섯 가지 행동 변화 단계를 제시한다. 첫 번째는 고려 전 단계로서, 향후 6개월 이내에 행동을 취할 의도가 없는, 행동에 무관심한 단계이기도 하다. 고려 단계는 현재 행동하고 있지는 않지만 향후 6개월 이내에 행동을 취할 의도가 있는 단계이다. 준비 단계는 향후 30일 이내에 행동을 취할 의도가 있으며 행동 변화를 위해 정보를 찾는 등 약간의 시도를 해 본 단계이다. 행동 단계는 행동 변화가 나타난 지 6개월 이내의 시기이다. 유지 단계는 행동을 변화시켰으며 그 변화를 6개월 이상 유지한 단계이다. 마지막으로 종료 단계는 변화된 행동을 유지할 수 있다는 완전한 자신감을 가지게 된 단계이다. 범이론적 모형의 행동 변화 단계를 진전시키기 위해 활용할 수 있는 열 가지의 행동 변화 과정 중 강화 관리(reinforcement management)는 행동 변화에 대한 보상을 제공하여 행동을 지속하도록 한다. 이 강화 관리는 행동 단계에서 유지 단계로 진전시킬 때 효과적으로 활용할 수 있는 것으로 알려져 있다(Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

마. 관련 행동경제학 이론

행동경제학은 사람을 경제학에서 가정하는 합리적이고 이성적인 인간(이론이라고 표현)이 아니라고 전제한다. Thaler와 Shefrin(1981)은 사

람마다 장기적으로 보는 계획자(planner)와 근시안적인 행동가(doer)의 속성을 동시에 가지고 있다고 설명한다. 계획자는 생애 장기간의 효용(utility)을 고려하고, 행동가는 상대적으로 짧은 기간을 고려하여 현재 효용에 큰 가치를 부여한다. 이러한 두 속성 간의 갈등이 나타나 행동에 영향을 미친다. 신체활동 실천의 예를 들면, 계획자 관점에서 꾸준히 신체활동을 하는 것은 장기적으로 건강에 도움이 되지만, 행동자의 관점에서는 신체활동을 위해 당장 시간 및 자원을 투자해야 하는 단점이 있다.

또한, 할인된 효용으로 인해 같은 행동에 대한 가치 판단이 달라진다. 할인된 효용은, 소비하는 것은 미래보다 지금 더 가치가 있다는 개념이므로 할인을 시간에 따라 달라진다. 여기에서 쌍곡형 할인으로 인한 현재 편향(present bias)이 적용되는데, 가까운 미래의 작은 이익 A와 먼 미래의 큰 이익 B가 있을 때, 처음에는 B를 추구하지만, A를 달성할 수 있는 시점이 다가오면 효용의 크기가 역전되어 A가 B보다 커지게 된다. 즉, 눈앞의 작은 이익을 미래의 큰 이익보다 크게 느끼는 것이다. 쌍곡형 할인이 나타나는 것은 미래의 이익이 불확실하기 때문이며, 이로 인해 근시안적 손실 회피(myopic loss aversion)가 나타난다(Thaler & Shefrin, 1981).

계획가는 근시안적인 행동가를 통제하는데, 미래의 큰 이익을 추구하기 위한 기술은 크게 두 가지이다. (1) 행동에 대한 재량권을 부여하고, 동시에 인센티브(보상, 처벌 포함)를 제공하여 행동가의 의사결정에 영향을 미치는 것과 (2) 규칙을 만들어서 주어진 선택권을 제약하는 것이다. 예를 들어, 일주일 동안 운동을 350분 하기로 계획을 세웠다고 가정하면, 계획가는 위의 두 가지 방법을 이용하여 운동을 지속하도록 할 것이다. 먼저, 운동하는 시간은 자유롭게 하되, 하루에 30분 이상 운동하지 않을 때 죄책감이 들도록 사회화를 한다. 또는 하루에 30분 이상 운동했을 때,

인센티브를 제공할 수도 있다. 두 번째 방법은 하루에 50분씩 운동하도록 규칙을 정하는 것이다. 그러나 현실에서는 이 규칙을 지키지 않는 행동가가 있을 수 있다. 건강인센티브는 경제학의 전통 원리에 기반하여 건강행동을 증진하기 위한 전략이지만, 행동경제학에서는 계획가와 행동가의 갈등으로 인해 이러한 경제학의 전통 원리가 작동하지 않을 수 있다고 설명한다(Thaler & Shefrin, 1981).

동기 부여 인센티브 이론(Skinner, 1953)은 인간은 외부적 동기로 인해 행동한다고 설명한다. 외부적 동기는 잠재적으로 유용한 활동에 관심이 적은 사람에게 영향을 주기 위해 사용될 수 있다(Stockdale & Williams, 2004). 행동을 유도하기 위한 외부적 동기에는 돈, 선물 또는 칭찬과 같은 심리적인 보상이 포함된다(Armstrong & Brown, 2006). 외부 동기는 인간의 행동을 변화시키고, 내부 동기 부여에 기여할 수 있다. 외부 동기의 효과는 자존감, 통제 정도, 자기 효능감, 불안감과 같은 신경증과 관련된 내재적 요인에 따라 달라진다(Arnold, 1976; Cameron & Pierce, 1994).

보상을 제공하면 경우에 따라 행동의 동기 부여가 될 수 있지만, 오히려 이전에 형성되었던 내재적 동기를 약화시킬 수 있다. 이는 내재적 동기를 억압하고, 행동을 지속적으로 수행하는데 외부 보상에 의존하게 만든다(Deci, Koestner, & Ryan, 1999). 유사하게 Bandura (1979)도 외부 동기는 인간 행동 변화와 내부 동기 변화에도 기여할 수 있지만, 변화 여부는 개인의 내적 본성, 상황적 맥락, 시점, 의사소통 방식 등 다양한 요인에 따라 다르게 나타난다고 설명한다. 즉, 건강인센티브 프로그램은 건강행동 수행에 관심이 적은 사람에게 인센티브(외부적 동기)를 제공하여 건강행동을 수행하도록 할 수 있으나 건강행동을 하는 데 인센티브에 의존하게 될 가능성도 있다.

2. 건강인센티브 수용성

가. 수용성의 개념

건강증진을 위한 공공 영역에서의 중재 프로그램은 프로그램의 효과성과 함께 이해관계자의 수용성(acceptability)을 고려해야 한다(Bigsby, Seitz, Halpern, Volpp, & Cappella, 2017). 이해관계자는 잠재적인 프로그램 대상자, 관련 전문가, 정책 입안자(policy maker), 관련 프로그램 수행을 위해 세금을 지급할 가능성이 있는 일반 국민을 포함한다(Giles, Robalino, Sniehotta, Adams, & McColl, 2015b). 실천과학(implementation science)에서 수용성은 ‘제공되는 치료, 서비스, 업무, 혁신이 동의할 만한지, 받아들일 만한지, 만족스러운지에 대한 관련한 이해관계자의 인식’(Proctor et al., 2011, p.67)으로 정의되며, 만족도와는 다른 개념이다. 이해관계자의 프로그램 수용성은 변화할 수 있으며, 경험의 정도에 따라 수용성이 다르게 나타난다. 이해관계자의 수용성 부족은 프로그램 시행의 장애물로 알려져 있으므로, 프로그램 개발 및 시행 시 이해관계자의 수용성을 고려해야 한다(Proctor et al., 2011).

나. 건강인센티브 수용성 인식¹⁾

건강인센티브의 효과성과 별개로 수용성은 이해관계자의 인식 차이에 따라 다르게 나타난다. 건강인센티브의 수용성과 관련한 연구 자료 47편을 고찰한 연구에 따르면, 다음의 다섯 가지로 인해 이해관계자의 건강인센티브 수용성이 다르게 나타난다(Hoskins, Ulrich, Shinnick, &

1) Hoskins, Ulrich, Shinnick, & Buttenheim, 2019의 연구를 요약하여 제시함.

Buttenheim, 2019).

1) 공정성

형평성을 위해 건강인센티브를 특정 인구집단에게만 제공해야 하는지, 평등을 위해 모든 사람에게 제공해야 하는지에 대한 다양한 의견이 있다. 건강인센티브를 빈곤 가정이나 다문화 가정과 같은 건강 취약 집단에게만 제공한다면 자원을 재분배하여 형평성을 달성하는 데 도움을 될 수 있다. 그러나 특정 인구집단 또는 특정 건강행동을 하지 않고 있는 사람들을 대상으로 한 건강인센티브는 인센티브의 대상이 아닌 인구집단과 이미 건강행동을 수행하고 있는 사람들에게 불이익으로 작용할 수도 있다. 건강인센티브를 모든 사람에게 똑같이 제공한다면 이미 사회경제적으로 혜택을 받는 사람들에게 추가적인 혜택을 제공함으로써 존재하고 있는 불평등을 더욱 심화할 수 있다는 우려도 있다(Voigt, 2017).

2) 메시지 형성(messaging)

건강인센티브의 제공은 인센티브의 제공이 되는 행동에 대해 가치를 부여할 수 있다. 예를 들어, 특정 행동에 인센티브를 제공하면 해당 행동의 가치에 대한 인식이 향상되고, 건강증진 메시지를 함께 전달할 수 있다. 일부 지역에서 사회적으로 받아들이지 않는 행동(예: 모유 수유)에 대한 인센티브의 제공은 그 행동의 가시성(visibility)을 증대시키고, 해당 행동을 하는 것을 당연하게 받아들이는 데 도움을 줄 수 있다.

그러나 인센티브 제공이 부정적인 메시지를 형성할 수도 있다. 행동 변화를 위해 인센티브를 제공함으로써, 건강행동의 수행은 개인의 동기에 의해 이루어지는 것이라는 인식이 형성되며 건강행동을 할 수 없는 구조적 요인

에 관한 관심을 감소시킬 수 있다. 또한 개인의 행동에 대한 인센티브의 제공은 사회적 통제를 통해 자유를 침해하는 유모 국가(nanny state)와 같은 행태라는 비판도 있다(Giles, Holmes, McColl, Sniehotta, & Adams, 2015a).

3) 인센티브 제공 형태

인센티브는 현금, 바우처, 보증금(일정 금액을 맡기고 행동 성공 시 돌려받는 형태) 등 다양한 형태로 제공되며, 인센티브의 사용 방법 역시 다양하다. 사람들이 받은 인센티브를 어떻게 사용할지에 대한 '신뢰'가 이해관계자들의 수용성에 영향을 미친다. 제공받은 현금 등을 저축하거나, 건강을 증진할 수 있는 다른 행동에 사용하는 것이 현명한 사용으로 여겨지며, 현명한 사용에 대한 믿음은 건강인센티브의 수용성에 긍정적인 영향을 미친다. 그러나 사람들이 인센티브를 받기 위해 속이거나, 받은 인센티브를 건강하지 않은 행동에 사용할 수 있다는 인식은 이해관계자의 재정적 인센티브 수용성에 부정적인 영향을 미친다(Anderson, Jenner, Lass, & Burgess, 2017). 사람들이 인센티브를 부적절하게 사용할 것이라고 인식하는 이해관계자는 사용 방식이 다양한 현금을 건강인센티브로 제공하는 것보다 사용처가 한정된 바우처 형태로 제공하는 것을 선호한다(McGill et al., 2018).

4) 자율성

특정 행동에 재정적 인센티브를 제공하는 것이 개인의 자율성에 미치는 영향에 대한 인식은 크게 두 가지로 나뉜다. 인센티브의 제공은 해당 행동에 대한 정당성을 부여하고 행동의 동기가 되므로(Wolff, 2015), 주위의 영향이나 사회적 분위기로 인해 해당 행동을 하지 못했던 사람이 행

동을 할 수 있도록 한다(Gorin & Schmidt, 2015). 즉, 건강인센티브는 사회적 압력으로부터 개인이 건강행동을 수행하는 데 자율성을 확보해주는 역할을 한다.

반면에 건강인센티브의 제공은 건강행동 수행에 사회적 압력을 가하는 역할을 할 수도 있다. 예를 들어, 질환자의 복약 순응도에 따라 인센티브를 제공하는 것은 환자의 약에 대한 인식(예: 효과 없음, 복용하기 싫음)과 상관 없이 약을 복용하도록 압력을 가하는 효과를 가져올 수 있다(Noordraven, Schermer, Blanken, Mulder, & Wierdsma, 2017). 또한 모유 수유에 인센티브를 제공하면 모유 수유를 하지 않는 부모는 부모가 될 자격이 없다는 사회적 압력을 가하는 것과 같다는 의견도 있다(Giles et al., 2015a).

5) 절충(tradeoffs)

건강행동에 대한 인센티브의 제공은 공중보건의 목표를 함께 공유하고 참여하도록 하는 역할을 한다는 인식과 더불어 건강을 돈으로 계산함으로써 건강 본연의 가치를 훼손시키기도 한다는 인식을 갖게 해 건강인센티브의 수용성에 영향을 미친다. 건강인센티브의 제공은 HIV 치료 증가, 모유 수유 증가, 흡연을 감소 등 여러 공중보건 목표와 관련된 건강행동 변화에 긍정적인 영향을 주었다(Anderson et al., 2017; Marteau & Mantzari, 2015; Whelan et al., 2018). 일부 연구자는 사망의 주요인 중 하나인 흡연을 감소에 건강인센티브의 제공이 비용 효과를 보였음에도 건강인센티브 수용성이 높지 않다는 것에 대해 의문을 제기하기도 했다(Marteau & Mantzari, 2015).

건강인센티브를 건강행동을 하게 하도록 사람들에게 ‘뇌물’을 제공하는 것으로 인식하는 경우, 건강인센티브에 대한 수용성은 낮아진다. 이러

한 인식의 배경에는 건강 관리는 개인의 책임이자 의무이기 때문에 건강해지기 위해 대가를 받는 것은 옳지 않다는 인식이 내재되어 있다 (Greene et al., 2017). 또한 건강인센티브는 건강행동을 하기 위한 내적동기를 감소시키고 건강행동 수행에 대한 대가를 바라게 하여, 건강 본연의 가치를 훼손할 수 있다. 이로 인해 건강행동을 하는 원인이 건강해지기 위해서가 아니라 재정적인 요인을 위해서가 될 우려가 있다. 이러한 이유로 일부 이해관계자는 건강인센티브를 제공할 때 상대적으로 가치가 적은 인센티브로 제공해야 한다고 주장하기도 한다(Giles, Sniehotta, McColl, & Adams, 2016).

제2절 건강인센티브 관련 선행연구 고찰

1. 연구 개요 및 방법

건강행동에 보상하는 중재 프로그램은 국가 정책 외에도 사업 및 개별 연구에서 많이 다루어졌다. 이 절에서는 건강인센티브의 효과에 관한 선행연구의 보고를 통합적으로 검토하기 위해 체계적 문헌 고찰과 메타 분석의 결과를 통합적으로 고찰하는 엄브렐라 리뷰를 수행했다. 엄브렐라 리뷰는 PRISMA(Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis)(Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Group, 2009)와 JBI(Joanna Briggs Institute)(Aromataris et al., 2015)에서 제시하는 지침을 활용하여 수행했다.

가. 선행연구 검색

문헌 고찰은 세 명의 연구자가 수행했다. 인센티브를 제공하는 것이 신체활동, 흡연, 음주, 식습관, 건강 검진, 예방 접종 등과 관련된 건강행동 변화에 어떠한 영향을 미치는지에 대해 살펴본 체계적 문헌 고찰(systematic review)과 메타 분석(meta analysis) 연구를 Google Scholar 전자 데이터베이스를 활용하여 검색했다. 다음과 같은 검색어 알고리즘이 검색에 활용되었다.

“physical activity” OR “exercise” OR “alcohol drinking” OR “abstention” OR “teetotalism” OR “oral health behavior” OR “dental condition” OR “dental care” OR “vaccination” OR “medical checkup” OR “preventive behavior” OR “screening” OR “nutritional behavior” OR “dietary behavior” OR “smoking cessation” OR “tobacco” OR “cigarette” OR “quitting smoking”) AND (“financial incentive” OR “monetary incentive” OR “economic incentive” OR “lottery incentive” OR “rewards” OR “reinforcement”) AND (“meta-analysis” OR “systematic review”)

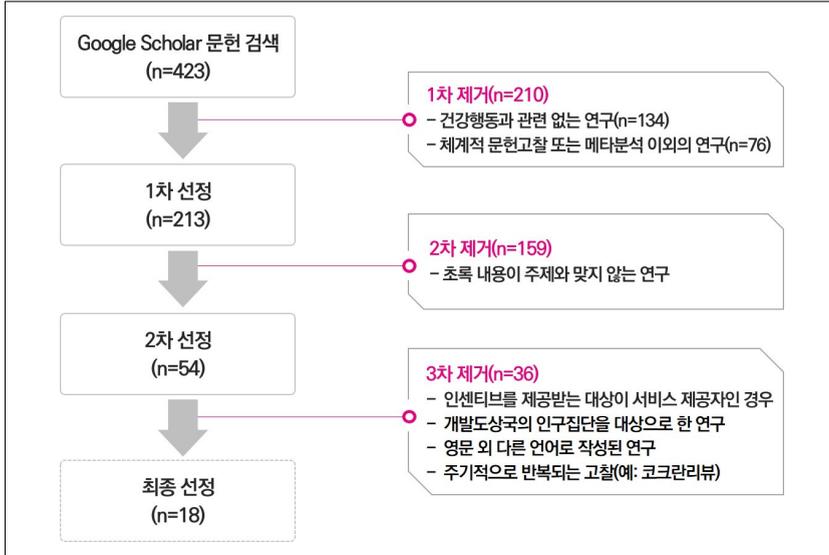
나. 논문 선택 기준

고찰 대상은 신체활동, 금연, 절주, 영양, 건강검진 및 백신 접종, 구강 건강 행동 증진을 위해 인센티브를 제공한 프로그램 및 사업을 평가한 연구이다. RCT(randomized-controlled trials), CT(controlled trials)연구, n-RCT(non-randomized controlled trials), 관찰연구(observational

studies)를 정리한 체계적 리뷰 또는 메타 분석 논문을 고찰 대상으로 포함했다. 건강행동을 한 개인에게 인센티브를 제공하는 것이 아닌, 건강행동을 독려하는 역할을 한 기관이나 전문가(예: 의료기관, 의료진)에게만 인센티브를 제공한 연구는 제외했다. 또한 국내의 맥락과 차이가 있을 것으로 생각되는 개발도상국 인구집단을 대상으로 한 연구 역시 제외하였다. 논문 출판 시기는 2010년 1월부터 2021년 3월로 제한하고, 영어로 작성한 연구만 고찰에 포함했다. PRISMA 지침 및 JBI 지침을 따르지 않거나 체계적 방법론을 따르지 않은 리뷰 논문도 제외했다. 검색으로 찾아낸 문헌의 참고 문헌을 살펴보고 누락된 관련 문헌이 있는 경우 추가했다. 같은 주제의 문헌 고찰과 메타 분석이 반복되는 코크란 리뷰(Cochrane review)의 경우 가장 최근에 수행된 연구만을 포함했다.

Google Scholar 데이터베이스에서 검색어를 이용하여 찾은 문헌은 총 423편이었다. 이러한 기준을 바탕으로 검색한 논문의 제목을 확인한 후 연구 분야와 연구 방법이 기준에 일치하지 않는 문헌은 제외했으며 (n=210), 초록을 통해 연구 주제를 파악하여 연관성이 없는 문헌 또한 제외했다(n=159). 이후 세 명의 연구자가 문헌을 나누어 전문을 읽고, 기준에 맞는 고찰 대상 문헌을 최종 선정했다. 논문 선택 과정은 연구자 간 토론을 거쳐 이루어졌으며, 의견의 불일치가 발생하면 제4의 연구자와 의논하여 합의를 이루었다. 최종적으로 고찰에 포함한 문헌은 18편이다(그림 2-2).

[그림 2-2] 엠브렐라 리뷰를 위한 문헌 선정 과정



주: 연구진 작성

다. 데이터 추출

최종 선택한 문헌에서 저자, 출판년도, 리뷰 논문에 포함된 논문의 연구 디자인, 리뷰 논문에 포함된 논문의 수, 대상 건강행동, 건강인센티브의 유형, 대상 인구집단, 주요 결과와 건강인센티브의 효과에 대한 정보를 추출했다. 이러한 정보는 엑셀 파일에 입력하여 최종적인 문헌 고찰에 이용했다.

2. 문헌 고찰 결과

가. 건강행동별 인센티브의 효과

1) 신체활동 및 체중 감량

인센티브의 제공은 신체활동 증진에 대부분 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 인센티브의 제공이 신체활동 증가, 체중감소, 운동 세션 참여 증가에 효과가 있는지 살펴본 연구에서는 주로 현금을 인센티브로 제공하였다. 최근의 리뷰 논문은 적은 금액의 인센티브도 성인의 신체활동 참여 증가에 효과적이라고 보고했다(Mitchell et al., 2020). 8편의 논문을 메타 분석한 연구는 현금 인센티브를 받은 집단이 대조군에 비해 운동 수업 출석률이 11.55% 증가했다고 보고했고(Mitchell et al., 2013), 10편의 논문을 고찰한 연구에서는 현금 인센티브 제공이 하루 평균 걸음 수와 피트니스 센터 방문 횟수의 증가, 성인의 신체활동 증가 및 체중감소에 효과적인 것으로 나타났다(Strohacker, Galarraga, & Williams, 2014). 한편, 5~18세 어린이 및 청소년을 대상으로 한 연구에서 재정적 인센티브(예: 장난감 가게에서 사용 가능한 바우처 등)와 비재정적 인센티브(예: TV 시청 허용 등) 모두 신체활동 증가에 효과적인 것으로 나타났다(Corepal, Tully, Kee, Miller, & Hunter, 2018). 그러나 또 다른 체계적 문헌 고찰 및 메타 분석 연구의 경우, 인센티브의 제공이 대부분의 건강행동에 긍정적인 영향을 미쳤으나 특정 수준까지 신체활동량을 증가시키는 데에는 유의미한 효과가 없는 것으로 나타났다(Mantzari et al., 2015). 인센티브의 제공은 식생활 개선에 효과가 있었으며, 이를 통해 체중 감량과 콜레스테롤 감소에 긍정적인 효과를 보였으나 장기적인 효과가 있는지에 대한 근거는 불충분하였다(Purnell,

Gernes, Stein, Sherraden, & Knoblock-Hahn, 2014). 또한, 현금 인센티브의 제공은 체중 감량에 효과가 있는 것으로 나타났다(Haff et al., 2015).

2) 식생활

인센티브의 제공이 식생활에 미치는 영향을 분석한 연구는 과일 및 채소 섭취, 저/고열량 식품 섭취량 및 판매량, 건강식품 판매량에 중점을 두었다. 인센티브의 제공은 과일 및 채소 섭취와 구매를 증가시켰으며, 저열량 스낵 판매량 증가와 고열량 스낵 판매량 감소에도 영향을 미치는 것으로 나타났다(Jensen et al., 2011). 또한, 인센티브의 제공은 과일 및 채소 구매량 및 섭취량 증가에도 영향을 미치는 것으로 나타났다(Purnell et al., 2014). 다양한 종류의 인센티브를 제공하여 각 인센티브가 식습관에 미치는 영향을 비교 분석한 체계적 문헌 고찰은 인센티브 제공이 지방 함량이 적은 우유의 판매량 증가와 건강하지 않은 성분의 우유 판매량 감소에 기여했다고 보고했다. 인센티브의 제공은 건강한 식품의 섭취량과 판매량 증가에도 영향을 미쳤다(Liberato, Bailie, & Brimblecombe, 2014).

3) 금연

인센티브의 제공이 금연에 미치는 영향은 대부분 긍정적인 것으로 보고되고 있다. 2019년 수행한 코크란리뷰에서 30편의 연구를 메타 분석한 결과, 인센티브의 제공은 금연에 성공할 오즈비가 1.42로 효과적이었으며, 인센티브의 제공 중단 후에도 금연의 효과가 유지되었다. 그리고 임신한 여성의 금연을 위한 인센티브 제공 역시 효과적인 것으로 보고되었다(Notley et al., 2019). Giles et al.(2014)의 연구에서는 인센티브

의 제공이 금연에 미치는 영향이 6개월 이상 지속되는 것으로 나타났으며, 현금이 다른 인센티브에 비해 금연에 더 효과적이라고 보고하였다. 그러나 일부 연구는 인센티브 제공이 금연에 큰 영향을 미치지 못한다고 보고하였다(Corepal et al., 2018; Haff et al., 2015).

4) 검사 및 예방접종

인센티브의 제공이 검사 및 예방접종에 미치는 영향은 대부분 유의미한 것으로 보고되었다. 인센티브의 제공이 HIV(Human Immunodeficiency Virus)/STI(Sexually Transmitted Infections) 검사에 미치는 영향을 분석한 체계적 문헌 고찰 연구에서 인센티브를 받은 그룹이 대조군에 비해 STI 검사 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 인센티브를 받은 그룹과 받지 않은 대조군 간 검사율의 차이는 병원 등 임상 환경보다 비임상적인 장소(예: 노숙자 쉼터, 행사장, 이동 차량 등)에서 검사를 하는 경우 더 크게 나타났다. 해당 연구진은 이러한 차이가 나타난 이유를 병원 등에서 모집한 대상자는 이미 의료적 요구도가 있으므로 인센티브를 제공하지 않아도 검사를 받을 의향이 있으나, 일상적인 장소에서 모집한 대상은 요구도가 상대적으로 낮아 인센티브의 제공이 검사 참여의 유인책으로 작용했을 것으로 설명했다(Lee, Cui, Muessig, Thirumurthy, & Tucker, 2014). 한편 DTP, 소아마비, MMR 접종 미접종자에게 벌금을 부과하는 것은 접종률에 큰 영향을 미치지 않는 것으로 보고되었다. 예방접종 미접종자에게 복지 혜택을 삭감시킬 경우, 접종률이 약 12% 더 증가했다. 같은 연구에서 현금 복권 장려금을 받은 그룹은 대조군에 비해 접종 비율이 21%로 크게 증가하였다(Wigham et al., 2014).

나. 대상 인구집단별 인센티브의 효과

1) 취약계층

초, 중, 고등학생을 대상으로 인센티브의 제공이 식습관에 미치는 영향을 분석한 연구에서는 무료 과일/채소, 과일/채소 가격 할인, 복권 등을 제공하는 것이 학교 내 과일/채소 섭취량 및 소비량을 효과적으로 증가시키는 것으로 나타났다(Jensen et al., 2011). Wigham et al.(2014)의 연구에서는 유치원 아동의 백신 접종에 초점을 맞추었으며, 예방접종 미접종자에게 벌금을 부과하는 방식의 disincentive를 제외하고 준 의무적, 복지 혜택 삭감 disincentive 방식은 백신 접종률을 높이는 데 효과가 있는 것으로 나타났다. 5~18세 어린이 및 청소년을 대상으로 한 연구에서는 19~74달러 상당의 장난감 가게 바우처, 텔레비전 시청 허용, 과제 완수 시 배지 지급과 같은 성인 대상 연구와는 다른 인센티브의 제공이 이루어졌으며, 이러한 방법은 신체활동 수행과 건강한 식생활을 유도하는 데 효과적인 것으로 보고되었다(Corepal et al., 2018). 인센티브의 제공이 구강질환 관련 행동에 미치는 영향에 관해 살펴본 연구는 주로 어린이, 청소년, 노인, 성인 등 다양한 집단을 대상으로 실시되었으며, 대부분의 연구가 대상자의 구강건강 관련 지식 향상을 목표로 하였고 사회적 취약계층의 구강질환 예방 및 치료에 무형의 인센티브 제공이 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(Fraihat, Madae'en, Bencze, Herczeg, & Varga, 2019). 그 외의 리뷰 논문에서도 인센티브의 제공이 아동 및 노인의 치은염 감소, 플라그 감소, 치아우식증 감소에 기여한 것으로 나타났다(Nakre & Harikiran, 2013).

재정적 인센티브를 제공한 연구에 대한 체계적 고찰 연구에서 빈곤 수준이 높은 대상에서 인센티브의 효과가 더 큰 것으로 나타났다. 이 연구

는 건강인센티브가 건강 불평등 감소에 도움이 될 수 있지만, 인센티브의 효과는 6~12개월만 지속되는 한계가 있다고 보고했다(Mantzari et al., 2015). 그러나 다른 연구는 소득수준에 따른 인센티브 효과에 대해 보고하지 않았다.

2) 성인

신체활동에 대한 인센티브 연구의 상당수는 18세 이상 성인을 대상으로 하였다. Luong et al.(2021)은 메타 분석을 통해 재정적 인센티브는 18세 이상 성인의 걸음 수와 신체활동 증가에 효과적이라고 보고했다. Barte & Wendel-Vos(2017)의 연구는 과체중이거나 신체활동이 부족한 성인을 대상으로 인센티브 연구를 진행했는데, 인센티브의 제공이 유산소 활동의 증가와 걸음 수 향상에 기여하였으나 대상자들의 체질량지수(BMI: Body Mass Index) 감소에는 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 장기적인 연구가 필요하다고 제안했다. 또한, 피트니스 센터가 주관하는 운동프로그램에 참석하면 재정적 인센티브를 지급하는 경우도 일일 걸음 수 증가와 같은 신체활동 증가에 효과가 있는 것으로 나타났다(Strohacker et al., 2014).

식생활 증진을 위하여 인센티브를 제공한 연구를 리뷰한 논문은 저소득층 성인 여성에게 과일과 채소를 구매할 수 있는 바우처를 인센티브로 제공하는 것이 과일, 채소의 구매 증가와 더불어 섭취량 증가에도 효과가 있다고 보고했다(Purnell et al., 2014). 아울러 성인에게 영양교육, 슈퍼마켓에서의 가격 할인 프로모션, 건강한 식품이 추가된 자판기 프로모션, 현금 인센티브를 제공하는 것이 이들의 식습관 행동을 변화시키는 데 효과적인 것으로 나타났다(Liberato et al., 2014).

Mantzari et al.(2015)의 연구는 성인에게 재정적 인센티브를 제공하

는 것이 금연과 식습관 개선에는 효과가 있으나 신체 활동량 증가에는 효과가 없다고 보고했다. 금연, 백신 접종/검진, 신체활동을 함께 분석한 연구의 경우, 재정적 인센티브를 받은 그룹이 대조군에 비해 행동 변화가 더 많이 일어나는 것으로 나타났다(Giles et al., 2014). 금연, 체중 감량, 처방약 복용, 홈헬스 건강모니터링 디바이스 사용을 함께 분석한 연구에서도 인센티브를 받은 그룹이 대조군에 비해 행동 변화를 달성하는 데 더 효과적인 것으로 보고되었다(Haff et al., 2015).

질환자, 직장인 등 다양한 인구집단을 대상으로 한 연구에서, 인구집단의 특성에 따라 인센티브가 건강행동에 미치는 효과는 차이를 볼 수 없었다.

다. 인센티브 유형별 인센티브의 효과

1) 재정적 인센티브

현금, 바우처, 일정 금액을 지급한 후 건강행동 목표 달성 시 지급하는 형태의 환급 방식(deposit contract), 래플(raffle) 티켓, 무료 식료품 제공, 복권 형태의 보상(lottery incentive) 등을 물질적 인센티브로 분류했다. 무료 과일/채소 제공 및 가격 할인, 바우처 제공, 복권, 환급 방식을 인센티브로 활용하였으며, 이러한 인센티브의 제공은 식습관 개선, 체중 감량 프로그램 출석률 증가와 체중 감량에 긍정적 효과가 있는 것으로 나타났다(Jensen et al., 2011; Purnell et al., 2014). 현금 제공과 환급 방식의 인센티브 모두 금연에 효과적인 것으로 나타났으며, 인센티브의 유형에 따라 효과의 차이가 나타나지 않았다(Notely et al., 2019). raffle 티켓 및 상품(materials) 등의 인센티브는 주로 신체활동 행동을 변화시키는 데 사용되었으며 대부분 효과적인 것으로 나타났으나, Jensen et al.(2011)의 연구는 인센티브 제공이 남자 아동의 신체 활동량 변화에

만 효과적이었다고 보고하였다. Mitchell et al.(2013)은 인센티브를 받는 것이 불확실한 복권 형태의 인센티브보다 인센티브의 수량이 확실히 보장된 경우가 신체활동 증가에 더 효과적이라고 보고했다.

현금 인센티브의 경우, 제공 형태나 가치에 따라 차이가 있지만, 대부분의 연구에서 건강행동을 변화시키는 데 효과적인 것으로 나타났다. 신체활동에 대한 재정적 인센티브의 효과를 평가하는 대부분의 연구가 현금과 상품권, 물품을 인센티브로 제공했다. 대부분의 연구에서 인센티브 제공이 중단되면 인센티브로 인해 나타난 효과가 사라지는 것에 반해, 걷기에 대해 재정적 인센티브를 제공하는 중재는 인센티브 제공을 중단한 이후에도, 중재 중 증가한 걸음 수가 유지되는 효과가 있었다고 보고한 연구도 있었다(Luong et al., 2021; Mitchell et al., 2020). 그 외의 연구에서는 현금과 같은 직접적인 인센티브, 현금과 교환이 가능한 바우처와 같은 간접적인 인센티브, 기존에 납부한 운동 수업료를 환불하는 환급의 개념을 적용한 인센티브 등 총 세 가지 종류로 인센티브를 분류하여 연구를 진행하였는데, 현금과 바우처는 효과적이었지만 수업료를 환불해주는 인센티브는 장기간의 연구가 불가했으며, 단기간의 연구에서도 큰 효과가 없었다(Mitchell et al., 2013). 신체활동 증가 등의 조건 없이 제공하는 인센티브는 조건을 충족할 때 제공하는 인센티브보다 신체활동 증가에 효과가 없는 것으로 나타났다(Barte & Wendel-Vos, 2017). 그러나 연구마다 설계가 다양하므로 다양한 종류의 인센티브 효과에 대해 직접적으로 평가하기는 어렵다. 인센티브의 유형에 따른 효과를 평가하기 위해서는 인센티브의 효과를 정량적으로 측정하고, 인센티브 연구를 장기간 진행할 것이 제안되었다(Barte & Wendel-Vos, 2017; Boonmanunt et al., 2020).

2) 비재정적 인센티브

고찰한 문헌은 비물질적인 인센티브의 경우, 정보 및 교육 제공, 리마인더(백신 및 건강검진에 대한 알림) 제공, 백신 접종과 교육을 연계하고 백신 미접종 시 교육에 제한을 두는 준 의무적 disincentive 등의 비물질적인 인센티브의 효과에 대해 보고했다. 정보 및 교육 제공의 경우, 다른 인센티브(예: 현금 및 상품)와 함께 복합적으로 제공하지 않고 단독으로 제공했을 때 건강행동을 변화시키는데 효과가 약한 것으로 나타났다(Liberato et al., 2014). 한편, \$100의 현금 인센티브를 받는 그룹과 간호사에게 건강교육 또는 전화로 건강 관리를 받는 그룹이 온라인 교육만 받은 통제 그룹에 비해 LDL 콜레스테롤 수치가 감소했다는 연구 결과도 있다(Bloch et al., 2006). 또한 준 의무적(quasi-mandatory) disincentive로 백신 접종을 준 의무화 했을 때, 건강행동을 변화시키기는 하였으나 수용 가능한 방법인지에 대해서는 충분한 근거가 부족하다는 의견이 있다(Wigham et al., 2014). 구강질환 예방 및 치료를 위해 제공된 인센티브는 현금이나 상품이 아닌 치료비 면제와 칫솔질 교육과 같은 무형의 인센티브가 주로 제공되었다. 그렇기 때문인지 대상자는 어린이나 청소년, 노인 등과 같은 성인이 아닌 교육이나 서비스가 필요한 사람들이었다. 칫솔질 교육과 구강 보건교육을 실시하였으며, 프로그램에 참여하여 발견되는 치은염, 치주질환 등을 치료해주고 불소도포로 예방적 의료행위를 함으로써 참여자들에게 인센티브를 제공하였는데 이는 매우 효과적이라고 보고되었다(Fraihat et al., 2019). 이러한 인센티브는 단순한 치과적 치료를 떠나 참여자의 구강건강을 증진하는 철저한 인센티브 프로그램이라고 보고되고 있다(Nakre & Harikiran, 2013). 따라서 현금이나 상품 등의 물질적 인센티브만 제공하는 것보다 비물질적 인센티브를 함께 제공하는 것이 효과적이라고 보인다.

라. 인센티브 가치

고찰에 포함된 연구에서 제공한 인센티브의 가치는 약 \$1에서 \$1,000 이상까지 다양했다. 인센티브의 금액이 건강행동의 변화 정도에 언제나 비례하지는 않았다. 금연에 인센티브를 제공하는 연구를 분석한 메타 분석 연구는 인센티브의 가치와 금연 성공률이 비례하지 않으며, 적은 금액의 인센티브도 금연에 효과적이라고 보고했다(Notley et al., 2019). 신체활동 연구에서는 제공하는 인센티브의 가치가 큰 경우 작은 가치의 인센티브를 제공하는 것보다 신체활동 증가 효과가 크지만, 적은 금액(예: 일 평균 1.40 USD)의 인센티브도 신체활동 증가에 효과가 있다고 보고했다(Mitchell et al., 2013; Mitchell et al., 2020). 또한 특히, HIV/STI 검사의 경우, 인센티브의 가치에 따라 검사율에 큰 차이가 나타나지 않으므로 인센티브를 적게 제공하는 것이 비용-효과성 측면에서 오히려 효과적일 수도 있다고 보고하였다(Lee et al., 2014).

마. 인센티브 중단기 효과

인센티브의 효과에 대한 평가는 주로 단기적인 효과를 분석했고, 장기적 효과를 살펴본 연구는 소수였다. 장기효과를 분석한 연구의 경우, 영양교육과 현금 인센티브를 제공했을 때 인센티브 중단 후에도 6~12개월 동안 과일·채소의 섭취량 증가 효과가 이어졌다(Liberato et al., 2014). 한편, 현금 인센티브만 제공했을 때는 건강식품의 구매와 섭취량 증가에 단기효과가 있었으나 장기효과에 대한 결론을 내리기에는 장기효과를 분석한 연구가 부족하다고 보고하였다(Liberato et al., 2014). 신체활동, 식생활 변화에 대한 인센티브의 효과는 인센티브 제공 중단 후 약 3개월까지만 유지되지만, 흡연하는 임신 여성을 대상으로 한 인센티브의 제공

은 인센티브 제공 중단 후에도 금연 유지에 효과가 있는 것으로 나타났다(Mantzari et al., 2015). 청소년을 대상으로 한 금연의 경우는 인센티브 제공 중단 후 12주까지만 흡연율이 줄어들었고 그 이후에는 인센티브의 효과가 미미하였다. 어린이의 식습관 증진을 위해 인센티브를 제공하였을 때에도 3개월간 과일/채소 소비량에 변화가 있었으나 인센티브 제공 중단 후에는 효과가 유지되지 않았다(Corepal et al., 2018). 신체활동 관련 메타 분석 연구에서는 인센티브 제공이 중단된 후 걸음 수 증가가 유지되었다는 보고도 있었다(Luong et al., 2021). Strohacker et al.(2014)의 문헌 고찰에 포함된 일부 연구에서 인센티브 제공 중단 후에도 행동 강화를 위해 인센티브를 제공하였다. 이러한 경우 행동 변화가 유지되는 효과가 나타났으나, 행동 강화를 위해 인센티브를 제공하지 않은 연구에서는 중재 이전으로 행동이 회귀했다. 그러나 대부분의 연구가 주로 젊고 건강한 성인을 대상으로 하므로, 이러한 연구 결과를 일반화시키는 것은 집단 설정의 오류가 발생할 수 있다(Mitchell et al., 2013). 그럼에도 불구하고 대부분의 리뷰 논문은 금전적인 인센티브 지급이 운동에 대한 참여를 늘리고 적어도 단기간의 성공적 사례를 도출해 낸 것에 대해서는 부정할 수 없다고 밝혔다(Strohacker et al., 2014). 구강건강 관련 리뷰 논문은 참여자의 치과적 지식 향상을 목표로 하였다. 연구 결과에 따르면, 3년 동안 인센티브를 제공한 것이 아동의 치과적 지식 개선에 효과가 있었다. 또한 5년 동안 치과적 지식 교육, 무료 불소도포, 무료 검진 등의 제공을 통해 대상자들의 플라크를 감소시키기도 하였다. 대부분의 연구는 3년 이상의 중장기적 연구였으며, 인센티브의 제공이 아동, 어린이, 노인 등의 사회적 취약계층의 구강건강을 증진시키는 효과를 가져왔음을 볼 수 있었다. 하지만 국가 간 치과 치료 비용의 차이와 구강건강증진을 위한 지역사회 의 증분 비용이 매우 컸기 때문에 연구 비용 효율

성, 연구의 일반화 측면에서 추적연구를 진행하기 어려운 점을 연구의 한계로 언급하였다(Fraihat et al., 2019). 또 다른 리뷰 논문에서는 대상 인구가 주로 학교의 아동과 교사 등이었고 칫솔질 교육, 충치 예방 교육, 치주질환 치료의 인센티브를 진행하였으며 추적 기간은 짧게는 6주 길게는 6년이었다. 이러한 단기적, 중장기적 연구에서도 인센티브의 제공은 구강건강증진에 효과를 보였다(Nakre & Harikiran, 2013).

제3절 소결

건강행동과 관련된 이론에서 인센티브는 건강행동의 시작, 실천, 지속을 유도하기 위한 유인책으로 제시되었다. 그러나 행동경제학 이론은 인센티브가 그 역할을 하지 못할 수 있다는 점을 설명한다. 즉, 면밀한 설계 없이는 건강인센티브를 제공하는 목적(건강행동의 변화)을 달성하는 데 제한이 따를 수 있으므로, 여러 가지 인센티브의 적용 방안을 시험·평가한 후 적절한 인센티브 모형을 찾는 것이 필요하다.

선행연구의 엄브렐라 리뷰 결과, 건강행동을 변화시키기 위한 인센티브 제공은 대상의 건강행동과 인센티브의 종류 등에 따라 그 효과에 차이가 있는 것으로 나타났다. 고찰에 포함된 연구 대부분은 인센티브가 건강행동의 변화에 효과가 있는 것으로 보고했다. 인센티브를 제공하여 건강행동의 변화를 살펴본 연구는 주로 신체활동, 금연, 식습관을 대상으로 했다. 절주, 백신 접종, 건강검진과 관련한 연구는 상대적으로 적어서, 인센티브가 각 건강행동에서 같은 효과를 나타내지는 파악할 수 없었다. 선행연구의 대상은 주로 일반 성인이었으며, 인구집단의 특성에 따라 인센티브의 효과에 차이가 있는지에 대한 보고는 없었다. 인구집단의 특성

에 따라 인센티브의 효과가 다를 것인지에 대한 분석을 통해 인센티브의 효과가 나타나지 않는 인구집단이 있다면 이들의 건강행동 실천을 유도하기 위한 인센티브 설계의 변화 또는 다른 전략의 마련을 검토해야 할 것이다.

현금이나 복권, 바우처 같은 재정적 인센티브를 제공하는 것이 무료 교육 프로그램이나 치료비 면제와 같은 비재정적 인센티브를 제공하는 것보다 효과가 큰 것으로 나타났다. 제공하는 인센티브의 가치가 큰 경우 건강행동의 변화가 더욱 크게 나타난다는 보고가 있었으나, 작은 가치의 인센티브로도 건강행동의 변화는 나타났다. 이는 인센티브의 절대적인 가치를 증가시키는 것보다는 한정된 예산을 이용하여 대상 인구집단의 건강행동에 변화를 나타낼 수 있는 최적의 가치를 찾는 것이 필요하다는 것을 시사한다.

인센티브의 제공 주기에 따라 건강행동에 미치는 영향이 다른지를 직접적으로 비교한 연구는 없었다. Mitchell et al.(2020)은 신체활동 수행에 대한 인센티브 제공 연구를 고찰한 결과를 바탕으로, 인센티브를 받을 개인별 목표를 설정하고, 건강행동 수행에 대해 즉각적으로 그리고 장기간 인센티브를 제공할 것을 권장했다.

고찰 대상 연구에서 인센티브의 제공은 단기적으로 건강행동에 긍정적인 영향을 미쳤다. 그러나 대부분의 연구에서 인센티브의 제공이 중단된 후에는 인센티브로 인해 나타난 긍정적인 건강행동의 변화가 지속되지 않았다. 즉, 건강인센티브의 제공이 건강행동을 실행하게 하는 데 도움이 될 수 있지만, 변화된 건강행동을 유지하는 것은 보장할 수 없는 것이다. 단기적으로만 나타나는 건강행동의 변화는 긍정적인 건강 결과를 나타내기 어려우며, 이는 건강인센티브 제공의 궁극적인 목적인 건강 개선과 만성질환 예방 및 관리를 통한 의료비 절감을 달성할 수 없을 것이다. 그러

므로 인센티브 모형 설계 시 건강행동을 지속하여 장기적으로 긍정적인 효과를 나타낼 수 있도록 하는 방안에 대한 고민이 필요하다.

건강인센티브의 제도화를 위해서는 건강인센티브의 효과뿐만 아니라 건강인센티브 제공에 대한 여러 이해관계자의 수용성을 고려해야 할 것이다. 건강인센티브의 효과가 높다고 하더라도 국민을 포함한 이해관계자가 건강인센티브 제도가 공정하지 않고, 건강 불평등을 악화시키며, 건강 관리를 개인의 책임으로 돌리고, 많은 사람이 인센티브를 부정으로 수급한다고 인식한다면, 건강인센티브 제도의 정착은 어려울 것이다. 그러므로 이해관계자의 건강인센티브 제도에 대한 수용성을 파악하고, 수용성을 낮게 하는 원인을 파악하여, 이를 건강인센티브 제도의 설계에 반영해야 할 것이다.



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

건강행동 실천 현황

제1절 건강행동 실천율

제2절 건강행동 변화 양상

제3절 소결



제 3 장 건강행동 실천 현황

제1절 건강행동 실천율

1. 개요

암, 심장질환, 뇌혈관질환, 당뇨병, 간 질환, 고혈압성 질환 등 만성질환은 우리나라 국민의 주요 사망원인으로, 2020년 전체 사망자의 약 51.9%가 만성질환으로 사망했다(통계청, 2021.9.28.). 이러한 만성질환은 금연, 절주, 건강한 식생활, 규칙적인 신체활동 등 건강한 행동의 실천으로 예방 및 관리할 수 있다. 국가에서는 국민의 건강생활 실천을 권장하기 위해 여러 건강증진 사업을 수행하고 있다. 그러나 인구사회학적 특성별로 이러한 건강행동의 실천 현황이 다르게 나타나는 것으로 알려져 있다. 이 절에서는 우리나라 국민의 건강행동 실천 현황을 인구사회학적 특성에 따라 세부적으로 분석하였다. 이를 통해 건강하지 않은 생활 습관의 중재가 필요한 건강행동과 건강행동 변화가 필요한 인구집단의 특성을 파악하고자 했다. 건강행동 실천 현황은 건강증진사업 또는 기존 건강인센티브 프로그램의 대상이 되는 건강행동을 중심으로, 각 건강행동의 실천율을 산출했다.

2. 연구 자료 및 분석 방법

제7기 국민건강영양조사(2016~2018년)의 자료를 활용하여 19세 이상 성인의 건강행동 실천율을 산출했다. 건강행동 실천율은 국민건강통계의 건강행동 관련 지표의 정의를 활용하여 산출했다(〈표 3-1〉 참조). 비만은 건강행동이 아닌 건강결과로 볼 수 있지만, 체중 조절 노력을 반영하는 지표로 간주하여 비만율을 건강행동 실천 지표에 포함했다.

인구사회경제학적 특성에 따른 인구집단 간 건강행동 실천 현황을 파악하기 위해 성, 연령, 직업군, 소득분위별 건강행동 실천율을 산출했다. 연령은 청년(19~39세), 중년(40~64세), 노년(65세 이상)으로 구분했으며, 직업군은 화이트칼라(관리자, 전문가, 사무종사자 등), 블루칼라(서비스, 농림어업, 기능원, 단순 노무 종사자 등), 비경제활동(주부, 학생, 무직 등)으로 구분했다. 가구소득은 4분위로 나누었다. STATA 15를 이용하여 빈도분석을 수행했으며, 모든 분석은 성과 연령으로 층화한 후 종단 가중치를 적용하여 가중비율을 제시했다.

〈표 3-1〉 국민건강영양조사를 활용한 건강행동 실천 지표의 정의

| 건강행동 | 지표 | 정의 |
|------|--------------|---|
| 금연 | 현재 흡연율 | 평생 피운 담배의 양이 담배 5갑(100개비) 이상이면서 현재 흡연 중인 사람의 비율 |
| 절주 | 고위험 음주율 | 1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 사람의 비율 |
| 신체활동 | 유산소 신체활동 실천율 | 일주일에 중강도 신체활동 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분=중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천하는 사람의 비율 |
| 식생활 | 건강식생활 실천율 | 지방, 나트륨, 과일 및 채소 섭취, 영양 표시 4개 지표 중 2개 이상을 만족하는 사람의 비율 |
| 비만 | 비만율 | 체질량지수 25kg/m ² 이상인 사람의 비율 |

| 건강행동 | 지표 | 정의 |
|------|-------------|-------------------------|
| 건강검진 | 일반검진 수검률 | 최근 2년간 건강검진을 수검한 사람의 비율 |
| | 암 검진 수검률 | 최근 2년간 암 검진을 수검한 사람의 비율 |
| | 정기 구강검진 수검률 | 최근 1년간 구강검진을 수검한 사람의 비율 |

자료: 보건복지부, 질병관리청. (2020). 2019 국민건강통계. 세종: 보건복지부, 오송: 질병관리청.

3. 건강행동 실천 현황

가. 성·연령에 따른 건강행동 실천 현황

성·연령에 따라 건강행동 실천 현황을 분석한 결과, 남성이 여성보다 흡연, 고위험 음주를 하는 비율이 높았다. 남성의 흡연율과 고위험 음주율은 중년층이 가장 높고, 노년층이 가장 낮았다. 여성의 경우 젊은 층의 흡연과 고위험 음주율이 높고, 연령이 증가함에 따라 흡연율과 고위험 음주율이 감소했다. 유산소 신체활동 실천율은 남녀 모두 연령이 증가함에 따라 감소했으며, 특히 노년층의 유산소 신체활동 실천율은 청년층의 1/2 수준이었다. 건강식생활 실천율은 남녀 모두 노년층이 청년과 중년층보다 낮았다.

비만 유병률은 여성의 경우 노년에서 약 41.9%, 남성은 중년층에서 약 44.3%로 가장 높은 것으로 분석되었다. 여성 청년의 경우 비만율이 17.2%로 가장 낮았으나, 남성 청년의 경우 41.2%로 여성 청년에 비해 높은 뿐 아니라 남성 중년층(44.3%)과 더불어 다른 인구집단 보다 비만율이 높은 집단으로 나타났다. 일반검진 수검률은 남녀 모두 중년층이 가장 높고 청년층이 가장 낮은 것으로 나타났다. 암 검진 수검률 역시 청년층이 가장 낮았는데, 이는 청년층은 여러 건강검진의 대상 연령이 아닌 경우가 많기 때문으로 보인다. 정기 구강검진 수검률은 여성과 남성 모두

노년에서 가장 낮은 것으로 나타났으며, 중년층에서 남녀 모두 수검률이 가장 높았다(표 3-2).

〈표 3-2〉 성·연령에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사)

(단위: %)

| 건강행동 실천 지표 | 남성 | | | 여성 | | |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| | 청년 | 중년 | 노년 | 청년 | 중년 | 노년 |
| 현재 흡연율 | 38.8 | 41.3 | 18.7 | 9.4 | 6.0 | 2.1 |
| 고위험 음주율 | 8.1 | 12.4 | 3.9 | 9.6 | 4.1 | 0.5 |
| 유산소 신체활동 실천율 | 64.0 | 46.0 | 36.3 | 56.6 | 43.5 | 26.3 |
| 건강식생활 실천율 | 40.7 | 40.5 | 28.7 | 52.1 | 56.3 | 34.3 |
| 비만율 | 41.2 | 44.3 | 31.7 | 17.2 | 28.8 | 41.9 |
| 일반검진 수검률 | 48.8 | 71.1 | 69.9 | 44.0 | 70.2 | 62.2 |
| 암 검진 수검률 | 8.8 | 56.4 | 65.6 | 28.1 | 69.8 | 58.8 |
| 정기구강검진 수검률 | 29.7 | 38.5 | 27.3 | 36.3 | 40.9 | 19.9 |

자료: 보건복지부, 질병관리청. (2016~2018). 제7기 국민건강영양조사.

나. 직업군에 따른 건강행동 실천 현황

직업군별 건강행동 실천 현황을 분석한 결과, 일부 건강행동은 직업군에 따라 실천율의 차이가 두드러졌으며, 성·연령에 따라 직업군이 미치는 영향이 다르게 나타났다. 남성은 모든 연령층에서 블루칼라의 흡연율이 가장 높았다. 고위험 음주율은 청년층과 노년층에서는 블루칼라가 다른 직종보다 높았으나 중년층은 직종과 관계없이 다른 연령대보다 고위험 음주율이 높았다. 유산소 신체활동 실천율은 중년층과 노년층에서는 화이트칼라 종사자의 실천율이 가장 높았고, 청년층에서는 화이트칼라 종사자의 실천율이 가장 낮았다. 전체 남성 중 노년층 블루칼라 종사자의 유산소 신체활동 실천율이 가장 낮았다. 건강식생활 실천율은 모든 연령층에서 화이트칼라의 실천율이 가장 높고 블루칼라의 실천율이 가장 낮

았다. 전 연령대에서 화이트칼라의 비만율이 가장 높았고, 비경제활동인구의 비만율이 가장 낮았다. 특히 중년 남성 화이트칼라 종사자의 비만율이 가장 높았다. 모든 종류의 검진 수검률은 화이트칼라 종사자가 전 연령층에서 가장 높았다. 청년층은 건강검진 대상 연령이 아닌 경우가 많기에 전반적인 검진율이 낮지만, 화이트칼라 종사자는 다른 직업군에 비해 검진율이 높았다. 일반검진과 암 검진은 비경제활동인구가, 구강검진은 블루칼라 종사자의 검진율이 낮았다(표 3-3).

여성 청년층과 중년층은 블루칼라 종사자의 흡연율과 고위험 음주율이 다른 직군에 비해 높은 것으로 나타났다. 유산소 신체활동 실천율의 직업간 차이도 연령에 따라 다르게 나타났다. 청년, 중년층은 비경제활동인구의 실천율이 가장 높았다. 그러나 노년층의 경우 화이트칼라 종사자의 유산소 신체활동 실천율이 가장 높고, 비경제활동인구의 실천율이 가장 낮았다. 노년층 블루칼라 종사자와 비경제활동 인구의 비만율이 다른 인구집단에 비해 높았다. 청년층에서는 비경제활동 인구의, 중년층에서는 블루칼라 종사자의 비만율이 다른 직업군에 비해 높았다. 검진 수검률은 남성과 마찬가지로 모든 연령층에서 화이트칼라 종사자의 수검률이 가장 높았다. 노년층 블루칼라 종사자와 비경제활동인구의 구강검진 수검률이 다른 인구집단에 비해 낮았다(표 3-4).

다. 소득분위에 따른 건강행동 실천 현황

소득수준에 따른 건강행동 실천 현황은 남녀 간 유사한 경향이 나타났다. 남녀 모두 청년층보다 중년층과 노년층에서 소득에 따른 건강행동 실천율에 차이가 나타나는 경향이 있었다. 청년층은 남녀 모두 소득이 낮을수록 현재 흡연율이 높았고, 일부 검진 수검률(남자: 암 검진; 여자: 일반 검진, 정기 구강검진)이 낮았다. 다른 건강행동 실천율은 소득에 따른 경향성이 나타나지 않았다. 중년층과 노년층은 남녀 모두 고위험 음주율과 비만을 제외한 건강행동 실천율에 소득수준에 따른 경향성이 나타났다. 소득이 낮을수록 현재 흡연율이 높고, 유산소 신체활동 실천율, 건강 식생활 실천율, 일반검진 수검률, 암 검진 수검률, 정기 구강검진 수검률이 낮은 경향이 있었다. 남성은 소득이 높은 경우 비만율이 높았고, 여성 중년층은 소득이 높을수록 비만율이 낮았다(표 3-5, 3-6).

〈표 3-3〉 남성의 직업군에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사)

(단위: %)

| 연령 | 직업군 | 건강행동 실천 지표 | | | | | | | | | | | |
|----|-------|------------|---------|--------------|------|-----------|----------|-------------|-----------|-----|-----------|----------|-------------|
| | | 현재 흡연율 | 고위험 음주율 | 유산소 신체활동 실천율 | 비만율 | 일반 걷진 수검률 | 암 검진 수검률 | 정기 구강검진 수검률 | 건강식생활 실천율 | 비만율 | 일반 걷진 수검률 | 암 검진 수검률 | 정기 구강검진 수검률 |
| 청년 | 화이트칼라 | 32.7 | 8.6 | 60.3 | 45.8 | 43.4 | 63.7 | 19.4 | 37.2 | | | | |
| | 블루칼라 | 52.0 | 10.3 | 62.6 | 36.8 | 42.1 | 51.2 | 6.6 | 25.9 | | | | |
| | 비경제활동 | 31.1 | 5.5 | 68.4 | 39.7 | 37.3 | 38.9 | 2.6 | 26.5 | | | | |
| 중년 | 화이트칼라 | 35.5 | 12.7 | 51.7 | 45.5 | 46.8 | 83.6 | 65.0 | 47.1 | | | | |
| | 블루칼라 | 45.1 | 12.8 | 41.8 | 37.0 | 43.6 | 72.8 | 58.5 | 23.8 | | | | |
| | 비경제활동 | 43.3 | 12.8 | 45.1 | 40.7 | 31.4 | 61.8 | 50.8 | 28.8 | | | | |
| 노년 | 화이트칼라 | 16.2 | 3.1 | 48.6 | 51.5 | 36.9 | 82.1 | 79.5 | 42.6 | | | | |
| | 블루칼라 | 22.3 | 4.3 | 32.6 | 23.4 | 32.5 | 79.5 | 74.1 | 37.5 | | | | |
| | 비경제활동 | 16.2 | 3.8 | 37.1 | 30.2 | 30.1 | 70.3 | 66.0 | 41.8 | | | | |

자료: 보건복지부, 질병관리청. (2016~2018). 제7기 국민건강영양조사.

〈표 3-4〉 여성의 직업군에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사)

(단위: %)

| 연령 | 직업군 | 건강행동 실천 지표 | | | | | | | | | |
|----|-------|------------|---------|--------------|-----------|------|-----------|----------|-------------|--|--|
| | | 현재 흡연을 | 고위험 음주를 | 유산소 신체활동 실천율 | 건강식생활 실천율 | 비만을 | 일반 검진 수검률 | 암 검진 수검률 | 정기 구강검진 수검률 | | |
| 청년 | 화이트칼라 | 7.6 | 9.5 | 54.7 | 49.5 | 15.4 | 62.1 | 32.6 | 42.4 | | |
| | 블루칼라 | 16.0 | 10.3 | 56.7 | 48.2 | 16.7 | 31.4 | 18.9 | 34.2 | | |
| | 비경제활동 | 8.1 | 9.3 | 58.7 | 56.9 | 39.3 | 33.9 | 30.3 | 33.0 | | |
| 중년 | 화이트칼라 | 3.6 | 3.3 | 41.3 | 59.2 | 17.9 | 79.6 | 74.0 | 47.2 | | |
| | 블루칼라 | 6.7 | 5.1 | 40.3 | 52.5 | 34.1 | 76.1 | 74.8 | 30.2 | | |
| | 비경제활동 | 6.3 | 3.7 | 47.7 | 58.3 | 20.0 | 68.2 | 71.9 | 32.9 | | |
| 노년 | 화이트칼라 | 0.0 | 0.0 | 53.2 | 59.1 | 28.8 | 81.7 | 74.7 | 52.4 | | |
| | 블루칼라 | 1.1 | 0.4 | 33.2 | 32.3 | 42.4 | 69.1 | 65.3 | 19.3 | | |
| | 비경제활동 | 2.4 | 0.4 | 23.8 | 34.8 | 46.7 | 64.5 | 61.1 | 20.0 | | |

자료: 보건복지부, 질병관리청. (2016~2018). 제7기 국민건강영양조사.

〈표 3-5〉 남성의 소득에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사)

(단위: %)

| 연령 | 소득 분위 | 건강행동 실천 지표 | | | | | | | | | |
|----|----------|------------|------------|--------------------|--------------|------|-------------|-------------|-------------------|--|--|
| | | 현재 흡연율 | 고위험 음주율 | 유산소 신체활동 실천율 | 건강식생활 실천율 | 비만율 | 일반감진 수검률 | 암 검진 수검률 | 정기 구강검진 수검률 | | |
| 청년 | 1분위 | 40.9 | 7.3 | 65.8 | 39.2 | 34.8 | 38.3 | 4.9 | 27.3 | | |
| | 2분위 | 37.4 | 9.5 | 64.3 | 40.2 | 42.5 | 45.1 | 6.2 | 26.7 | | |
| | 3분위 | 38.1 | 7.7 | 60.4 | 41.7 | 42.1 | 54.4 | 8.9 | 27.3 | | |
| | 4분위 | 39.6 | 8.0 | 67.5 | 40.3 | 41.6 | 49.6 | 11.9 | 35.2 | | |
| 중년 | 1분위 | 49.3 | 14.3 | 34.9 | 32.3 | 38.9 | 44.9 | 37.5 | 27.4 | | |
| | 2분위 | 45.6 | 11.4 | 43.3 | 38.7 | 42.2 | 63.7 | 47.1 | 31.3 | | |
| | 3분위 | 42.5 | 11.1 | 44.1 | 39.2 | 45.9 | 73.0 | 55.3 | 37.5 | | |
| | 4분위 | 36.1 | 13.7 | 51.5 | 44.2 | 45.3 | 79.8 | 66.9 | 46.1 | | |
| 노년 | 1분위 | 21.5 | 5.1 | 33.1 | 20.4 | 29.2 | 61.9 | 58.8 | 18.3 | | |
| | 2분위 | 20.4 | 1.9 | 35.3 | 29.3 | 32.1 | 71.6 | 65.9 | 28.7 | | |
| | 3분위 | 14.8 | 5.0 | 39.0 | 39.0 | 36.0 | 78.5 | 73.1 | 34.9 | | |
| | 4분위 | 11.2 | 3.9 | 45.6 | 39.6 | 34.1 | 82.8 | 79.7 | 44.9 | | |

자료: 보건복지부, 질병관리청. (2016~2018). 제7기 국민건강영양조사.
 보건복지부, 질병관리청. (2016~2018). 제7기 국민건강영양조사.

〈표 3-6〉 여성의 소득에 따른 건강행동 실천 현황(국민건강영양조사)

(단위: %)

| 연령 | 소득분위 | 건강행동 실천 지표 | | | | | | | |
|----|------|------------|---------|--------------|-----------|------|----------|----------|-------------|
| | | 현재 흡연율 | 고위험 음주율 | 유산소 신체활동 실천율 | 건강식생활 실천율 | 비만율 | 일반검진 수검률 | 암 검진 수검률 | 정기 구강검진 수검률 |
| 청년 | 1분위 | 13.0 | 5.8 | 64.1 | 54.1 | 16.4 | 32.9 | 19.3 | 27.2 |
| | 2분위 | 12.1 | 10.8 | 50.8 | 56.2 | 23.0 | 33.0 | 27.7 | 28.1 |
| | 3분위 | 8.8 | 10.3 | 54.3 | 51.8 | 18.6 | 45.6 | 30.7 | 38.0 |
| | 4분위 | 7.1 | 9.0 | 60.4 | 48.7 | 12.4 | 53.2 | 28.6 | 42.5 |
| 중년 | 1분위 | 11.5 | 5.1 | 33.7 | 48.9 | 38.6 | 58.6 | 57.8 | 28.9 |
| | 2분위 | 7.1 | 4.9 | 42.3 | 52.3 | 33.2 | 64.7 | 66.1 | 35.6 |
| | 3분위 | 6.5 | 4.2 | 44.0 | 56.1 | 29.1 | 70.8 | 70.9 | 40.3 |
| | 4분위 | 3.1 | 3.2 | 47.0 | 61.2 | 22.1 | 77.3 | 75.3 | 49.0 |
| 노년 | 1분위 | 2.6 | 0.7 | 22.6 | 27.7 | 44.1 | 59.8 | 55.6 | 14.9 |
| | 2분위 | 1.5 | 0.4 | 28.8 | 38.9 | 40.9 | 66.0 | 63.2 | 21.3 |
| | 3분위 | 1.4 | 0.2 | 33.9 | 41.0 | 37.0 | 64.3 | 63.0 | 31.5 |
| | 4분위 | 0.8 | 0.0 | 31.5 | 46.9 | 42.4 | 65.5 | 62.8 | 29.8 |

제2절 건강행동 변화 양상

1. 개요

건강행동의 실천은 건강수준의 향상을 가져올 수 있으며, 만성질환 발생 위험의 감소, 기대수명 연장, 의료비 지출 절감으로 이어진다(Chen, Iacobucci, Su, & Dall, 2015; Roux et al., 2008; Taylor, Hasselblad, Henley, Thun, & Sloan, 2002). 그러나 건강행동 실천을 유지하기는 쉽지 않다. 건강행동 실천은 개인의 의지뿐만 아니라 건강행동을 실천할 수 있는 시간, 장소, 자원, 정책적 지원 등이 필요하다(Nigg, Borrelli, Maddock, & Dishman, 2008; Ory, Lee Smith, Mier, & Wernicke, 2010). 제1절에서 우리나라 국민의 건강행동 실천율을 분석한 것에 이어, 제2절에서는 패널자료를 활용하여 4년 동안 성인의 건강행동 실천이 어떻게 변화하는지를 분석했다. 인구사회학적 특성별로 건강행동 실천 변화 양상을 분석하여, 건강한 행동을 실천하려고 시도하고 유지하는 인구 집단과 건강하지 않은 행동을 지속하거나 건강한 행동을 하려고 시도하지만 지속하지 못하는 인구집단을 파악하고자 하였다.

2. 연구 자료 및 분석 방법

건강행동의 변화를 종단적으로 파악하기 위해 2015~2018년 한국의료패널 자료를 활용하였다. 건강위험행동이 시간의 흐름에 따라 어떻게 변하는지 살펴보기 위해 다음과 같이 네 가지 집단으로 분류하였다: (1) 건강행동 지속: 2015~2018년 4년간 건강행동을 지속한 집단, (2) 건강행동 변화 후 유지: 2015년 조사 당시 건강위험행동을 하였으나 이후 건

강행동을 실천하고 유지하는 집단, (3) 건강위험행동 회귀: 같은 기간 건강위험행동에서 건강행동 실천으로 변화하거나, 초반에는 건강행동을 했으나 다시 건강위험행동으로 회귀한 집단, (4) 건강위험행동 지속: 4년 동안 건강위험행동을 지속한 그룹. 건강행동 실천과 변화 양상을 산출하기 위해 이용한 건강행동 실천과 변화에 대한 정의는 <표 3-7>과 같다.

<표 3-7> 한국의료패널을 활용한 건강행동 실천과 변화의 정의

| 건강행동 | 변화 양상 구분 | 정의 |
|----------|--------------|--|
| 금연 | - | 현재 흡연: 평생 피운 담배의 양이 담배 5갑(100개비) 이상이면 현재 흡연 중 |
| | 건강행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 현재 비흡연으로 응답 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 2015년 조사 당시 현재 흡연자였으나 이후 금연에 성공하여 2018년 조사에서 비흡연자로 응답 |
| | 건강위험행동 회귀 | 2015년 조사 당시 비흡연자였으나 이후 흡연을 시작하여 2018년 조사에서 흡연자로 응답, 또는 2015년 조사 당시 흡연자였으며, 이후 금연을 시도하여 2016년 또는 2017년 조사에서 비흡연자로 응답하였으나, 2018년 조사에서 흡연자로 응답 |
| | 건강위험행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 현재 흡연으로 응답 |
| 절주 | - | 고위험 음주: 1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주 |
| | 건강행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 고위험 음주를 하지 않은 경우 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 2015년 조사 당시 고위험 음주자였으나 이후 절주에 성공하여 2018년 조사에서 고위험 음주자가 아닌 것으로 조사된 경우 |
| | 건강위험행동 회귀 | 2015년 조사 당시 고위험 음주자가 아니었으나 2018년 조사에서 고위험 음주자로 조사된 경우, 또는 2015년 조사 당시 고위험 음주자였으며, 이후 절주를 시도하여 2016년 또는 2017년 조사에서 고위험 음주자가 아닌 것으로 조사되었으나, 2018년 조사에서 고위험 음주자로 분류된 경우 |
| | 건강위험행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 고위험 음주자가 아닌 것으로 조사된 경우 |
| 격렬한 신체활동 | - | 격렬한 신체활동 실천: 격렬한 신체활동을 10분 이상 한 날이 주 3회 이상이고 보통 20분 이상 격렬한 신체활동을 했다고 응답 |

| 건강행동 | 변화 양상 구분 | 정의 |
|----------|--------------|---|
| | 건강행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 격렬한 신체활동을 한다고 응답 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 2015년 조사 당시 격렬한 신체활동을 실천하지 않았으나 2018년 조사에서 격렬한 신체활동을 실천한다고 응답 |
| | 건강위험행동 회귀 | 2015년 조사 당시 격렬한 신체활동을 실천했으나 2018년 조사에서 실천하지 않는다고 응답, 또는 2015년 조사 당시 격렬한 신체활동을 실천하지 않았고, 2016년 또는 2017년 조사에서 격렬한 신체활동을 실천한다고 응답하였으나, 2018년 조사에서 실천하지 않는다고 응답 |
| | 건강위험행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 격렬한 신체활동을 실천하지 않는다고 응답 |
| 중등도 신체활동 | - | 중등도 신체활동 실천: 중등도 신체활동을 10분 이상 한 날이 주 5회 이상이고 보통 30분 이상 중간 정도의 신체활동을 했다고 응답 |
| | 건강행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 중등도 신체활동을 한다고 응답 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 2015년 조사 당시 중등도 신체활동을 실천하지 않았으나 2018년 조사에서 중등도 신체활동을 실천한다고 응답 |
| | 건강위험행동 회귀 | 2015년 조사 당시 중등도 신체활동을 실천했으나 2018년 조사에서 실천하지 않는다고 응답, 또는 2015년 조사 당시 중등도 신체활동을 실천하지 않았고, 2016년 또는 2017년 조사에서 중등도 신체활동을 실천한다고 응답하였으나, 2018년 조사에서 실천하지 않는다고 응답 |
| | 건강위험행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 중등도 신체활동을 실천하지 않는다고 응답 |
| 체중 조절 | - | 비만: 체질량지수 25kg/m ² 이상 |
| | 건강행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 비만이 아닌 것으로 조사된 경우 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 2015년 조사 당시 비만이었으나 2018년 조사에서 비만이 아닌 것으로 조사된 경우 |
| | 건강위험행동 회귀 | 2015년 조사 당시 비만이 아니었으나 2018년 조사에서 비만으로 조사된 경우, 또는 2015년 조사 당시 비만이었으며, 2016년 또는 2017년 조사에서 비만이 아닌 것으로 나타났으나, 2018년 조사에서 비만으로 조사된 경우 |
| | 건강위험행동 지속 | 2015~2018년 4년 동안의 조사에서 모두 비만으로 조사된 경우 |

주: 표 3-1의 건강생활실천율 정의를 참고하여 건강행동 변화 양상 구분을 연구진이 정의함.

2015년 기준으로 19세 이상 성인이며, 2015년부터 2018년까지 4년 동안 조사에 참여한 모든 사람을 분석 대상으로 포함했다. 인구사회경제학적 특성에 따른 인구집단 간 건강행동 실천의 변화 양상을 파악하기 위해 성, 연령, 직업군, 소득분위별로 건강행동 실천율을 산출했다. 연령과 직업군은 화이트칼라(관리자, 전문가, 사무종사자 등), 블루칼라(서비스, 농림어업, 기능원, 단순 노무 종사자 등), 비경제활동(주부, 학생, 무직 등)으로 구분했다. 가구소득은 5분위로 나누었다. STATA 15를 이용하여 분석했으며, 모든 분석에 가중치를 적용하여 가중비율을 제시했다.

3. 건강행동 변화 양상

가. 성·연령에 따른 건강행동 변화 양상

전 연령층에서 여성의 금연 지속 실천율이 남성보다 높았으며, 흡연 지속률이 낮았다. 남성의 금연 지속 실천율은 청년층에서는 45.9%이었으나, 중년층과 노년층에서는 18.8%와 15.9%로 금연 행동의 지속 실천이 낮은 것으로 나타났다. 그러나 흡연 지속 실천율은 78.6%와 79.6%로 상대적으로 높았다. 전체 대상자 중 약 0.6~3.5%가 흡연을 하다가 금연을 시도하여 성공하였다.

고위험 음주를 지속해서 하는 경우는 여성과 남성 모두 낮게 나타났다. 고위험 음주를 지속해서 하지 않는 사람의 비율은 여성과 남성 전 연령대에서 높았다. 중년 남성은 고위험 음주를 줄이려는 시도를 다른 연령층에 비해 많이 하는 것으로 보여, 이들의 절주에 대한 요구도가 타 연령층에 비해 높은 것으로 보인다. 중년 남성의 12.1%는 과거 고위험 음주를 했으나 절주에 성공한 것으로 나타났다.

격렬한 신체활동을 꾸준히 실천하는 비율은 남녀 전 연령대에서 낮게 나타났다. 특히 여성 청년의 경우 격렬한 신체활동의 지속 실천율이 0.0%였으며, 남성 청년도 1.2%로 중년과 노년층과 비교하면 상대적으로 낮았다. 격렬한 신체활동을 시도하여 지속해서 실천하는 경우는 남성 청년층에서 16.5%로 높았으며, 여성 노년층에서 4.0%로 가장 낮았다. 격렬한 신체활동을 시도하였으나 지속하지 못한 경우는 남성 중년층에서 17.1%로 가장 높았다. 중등도 신체활동 지속 실천율도 격렬한 신체활동 지속 실천율과 비슷하게 남녀 전 연령대에서 낮은 것으로 나타났다. 반면에 중등도 신체활동 지속 미실천율은 전 연령대에서 남성보다 여성이 높은 것으로 나타났다.

성·연령에 따른 비만도의 변화를 살펴보면, 여성은 노년층에서 비만이 아닌 상태를 지속해서 유지하는 비율이 66.2%로 가장 낮았는데, 남성은 그 비율이 72.2%로 가장 높았다. 한편, 비만에서 비만이 아닌 상태로 변화 후 유지하는 비율은 여성과 남성 모두 노년층에서 각각 9.5%와 7.2%로 가장 높았다. 비만에서 비만이 아닌 상태로 변화한 후 유지하지 못한 경우는 여성은 노년층(4.9%)에서, 남성은 중년층(5.6%)에서 높게 나타났다.

〈표 3-8〉 성·연령에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널)

(단위: %)

| 건강행동 | 변화 양상 | 남성 | | | 여성 | | |
|-------------|--------------|------|------|------|------|------|------|
| | | 청년 | 중년 | 노년 | 청년 | 중년 | 노년 |
| 흡연 | 건강행동 지속 | 45.9 | 18.8 | 15.9 | 95.3 | 95.7 | 93.5 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 3.5 | 2.2 | 3.2 | 2.1 | 0.6 | 1.1 |
| | 건강위험행동 회귀 | 0.8 | 0.5 | 1.3 | 0.0 | 0.0 | 0.1 |
| | 건강위험행동 지속 | 49.8 | 78.6 | 79.6 | 2.7 | 3.7 | 5.4 |
| 고위험 음주 | 건강행동 지속 | 90.8 | 76.1 | 89.9 | 97.2 | 97.6 | 99.4 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 7.2 | 12.1 | 6.5 | 0.9 | 1.4 | 0.5 |
| | 건강위험행동 회귀 | 2.0 | 7.9 | 1.6 | 0.9 | 0.7 | 0.1 |
| | 건강위험행동 지속 | 0.0 | 3.9 | 2.0 | 0.0 | 0.3 | 0.0 |
| 격렬한 신체활동 | 건강행동 지속 | 1.2 | 2.1 | 0.7 | 0.0 | 0.9 | 0.3 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 16.5 | 13.7 | 8.9 | 11.2 | 8.7 | 4.0 |
| | 건강위험행동 회귀 | 16.9 | 17.1 | 12.4 | 14.0 | 11.6 | 5.1 |
| | 건강위험행동 지속 | 65.3 | 67.1 | 78.0 | 74.9 | 78.8 | 90.6 |
| 중등도 신체활동 실천 | 건강행동 지속 | 0.0 | 1.2 | 0.9 | 0.5 | 0.3 | 0.0 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 10.1 | 13.2 | 11.9 | 4.9 | 9.6 | 6.2 |
| | 건강위험행동 회귀 | 18.7 | 14.9 | 14.2 | 10.4 | 12.4 | 9.3 |
| | 건강위험행동 지속 | 71.2 | 70.7 | 72.9 | 84.2 | 77.8 | 84.5 |
| 체중 조절 | 건강행동 지속 | 64.9 | 60.9 | 72.2 | 91.5 | 78.7 | 66.2 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 6.4 | 5.8 | 7.2 | 2.7 | 3.3 | 9.5 |
| | 건강위험행동 회귀 | 4.3 | 5.6 | 4.7 | 1.9 | 3.3 | 4.9 |
| | 건강위험행동 지속 | 24.3 | 27.7 | 15.9 | 4.0 | 14.7 | 19.4 |

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2015~2018). 한국의료패널.

나. 직업군에 따른 건강행동 변화 양상

직업군에 따라 건강행동의 변화 양상을 분석한 결과는 <표 3-9>, <표 3-10>과 같다. 남성 청년층은 비경제활동 집단이 지속해서 금연을 하는 비율이 가장 높고, 경제활동 인구(화이트칼라, 블루칼라)가 지속해서 흡연을 하는 비율이 상대적으로 높으나, 남성 중년층과 노년층은 화이트칼라가 지속해서 금연을 하는 비율이 높았다. 남성 중년층 블루칼라 종사자와 노년층 비경제활동인구의 각 80% 이상은 지속해서 흡연하고 있었다. 여성은 흡연율이 상대적으로 낮아 직업군에 따라 큰 차이가 없었으나, 청년층에서 흡연율이 높은 만큼 금연을 시도하는 사람의 비율도 다른 연령층보다 높았다.

여성은 고위험 음주 상태에 변화가 일어나는 경우가 적고, 주로 꾸준히 건강행동을 하는 것으로 나타났다. 남성은 모든 연령대에서 10~20%가 고위험 음주 상태에 변화가 나타났지만, 이는 직업군에 따라 달랐다. 청년 남성은 블루칼라 종사자가 건강행동으로 변화 후 유지하는 비율이 다른 직종보다 높았다. 중년 남성은 화이트칼라와 블루칼라 모두 10% 이상인 고위험 음주자가 절주를 시도하였지만, 비경제활동인구는 8.1%만이 절주를 시도하여 성공했다. 중년 남성 블루칼라 종사자는 고위험 음주로 회귀하거나 지속해서 고위험 음주를 하는 비율이 다른 직업군에 비해 높았다. 남성 노년층은 화이트칼라가 고위험 음주에서 절주로 변화하는 비율이 가장 높았는데, 동시에 지속해서 고위험 음주를 하는 비율도 이들이 높았다.

격렬한 신체활동 또는 중등도 신체활동을 4년간 유지하는 비율은 인구 집단에 따라 최저 0.0%, 최고 3.3%로 매우 낮았다. 남성 중년과 노년층 화이트칼라 종사자의 각 3.3%만이 격렬한 신체활동 실천을 계속 유지하고 있었다. 남성 청년층과 중년층은 화이트칼라, 블루칼라 종사자가 격렬

한 신체활동을 시도 후 유지하는 비율이 유사하고, 비경제활동인구에 비해 높았다. 해당 연령대의 블루칼라 종사자는 중등도 신체활동을 시도한 후 유지하는 비율과 건강위험행동으로 회귀하는 비율이 모두 높았다. 남성 노년층의 경우, 격렬한/중등도 신체활동을 시도하여 유지하는 비율은 화이트칼라가 가장 높고, 비경제활동인구가 가장 낮았다. 격렬한/중등도 신체활동을 지속해서 실천하지 않는 비율은 모든 연령대에서 비경제활동인구가 가장 높았다. 여성은 중등도 또는 격렬한 신체활동을 4년 동안 실천한 비율이 인구집단에 따라 0.0%~1.5%로 매우 낮았다. 격렬한 신체활동 실천의 변화 양상은 직업군에 따라 뚜렷한 경향이 없었으나, 중등도 신체활동 실천의 경우 모든 연령층에서 블루칼라 종사자가 중등도 신체활동을 지속해서 실천하지 않는 비율이 가장 낮았다. 그러나 블루칼라 종사자 역시 71.0~81.7%가 지속해서 중등도 신체활동을 실천하지 않아 직종과 관계없이 여성의 상당수가 신체활동 실천이 부족하다고 할 수 있다.

비만이 아닌 체중을 지속해서 유지하는 비율은 남성과 여성 청년층에서는 블루칼라가 가장 낮았다. 청년층 블루칼라는 비만을 유지하는 비율도 다른 직종에 비해 높았으며, 남성의 경우 화이트칼라 종사자가 비만에서 비만이 아닌 체중으로 변화 후 유지하는 비율이 다른 직종보다 높았다. 중년층과 노년층은 성별에 따라 체중 변화 양상이 다르게 나타났다. 남성의 경우 중년층과 노년층에서 화이트칼라가 비만이 아닌 체중을 유지하는 비율이 가장 낮고, 비경제활동인구가 가장 높았다. 여성 중년층은 화이트칼라가 비만이 아닌 체중을 유지하는 비율이 가장 높고, 비만을 유지하는 비율이 가장 낮았고, 블루칼라는 비만이 아닌 체중을 유지하는 비율이 가장 낮고 계속 비만인 비율이 가장 높았다. 노년층의 경우 화이트칼라가 비만이 아닌 체중을 유지하는 비율이 가장 낮게 나타났지만, 비만에서 비만이 아닌 체중으로 변화한 비율도 가장 높게 나타났다.

〈표 3-9〉 남성의 직업군에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널)

(단위: %)

| 건강행동 | 변화 양상 | 청년 | | | 중년 | | | 노년 | | |
|-----------|--------------|--------|------|--------|--------|------|--------|--------|------|--------|
| | | 화이트 칼라 | 블루칼라 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루칼라 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루칼라 | 비경제 활동 |
| 흡연 | 건강행동 지속 | 43.3 | 40.0 | 57.1 | 25.7 | 14.8 | 19.5 | 25.4 | 16.5 | 14.1 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 0.9 | 4.8 | 4.4 | 2.3 | 2.2 | 1.8 | 4.8 | 3.4 | 2.9 |
| | 건강위협행동 회귀 | 0.0 | 2.0 | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 1.2 |
| | 건강위협행동 지속 | 55.8 | 53.2 | 38.5 | 72.0 | 82.3 | 78.7 | 69.8 | 78.5 | 81.8 |
| 고위험 음주 | 건강행동 지속 | 86.7 | 84.4 | 95.9 | 77.4 | 73.7 | 86.5 | 82.3 | 88.1 | 92.4 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 9.9 | 13.5 | 2.7 | 13.1 | 12.0 | 8.1 | 11.0 | 7.5 | 5.1 |
| | 건강위협행동 회귀 | 3.4 | 1.9 | 1.4 | 5.7 | 9.9 | 4.4 | 0.0 | 2.4 | 1.0 |
| | 건강위협행동 지속 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3.9 | 4.4 | 1.0 | 6.8 | 2.0 | 1.5 |
| 격렬한 신체 활동 | 건강행동 지속 | 1.7 | 1.7 | 0.7 | 3.3 | 1.8 | 0.1 | 3.3 | 0.6 | 0.9 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 19.9 | 18.3 | 14.0 | 14.2 | 14.1 | 9.5 | 17.8 | 9.1 | 7.8 |
| | 건강위협행동 회귀 | 17.9 | 21.2 | 13.8 | 15.3 | 19.3 | 10.3 | 17.2 | 15.9 | 8.9 |
| | 건강위협행동 지속 | 60.5 | 58.8 | 71.6 | 67.2 | 64.9 | 80.1 | 65.0 | 76.4 | 82.5 |

| 건강행동 | 변화 양상 | 청년 | | | 중년 | | | 노년 | | |
|-----------|--------------|--------|------|--------|--------|------|--------|--------|------|--------|
| | | 화이트 칼라 | 블루칼라 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루칼라 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루칼라 | 비경제 활동 |
| 중등도 신체 활동 | 건강행동 지속 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 1.5 | 0.4 | 2.2 | 0.7 | 1.0 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 7.7 | 16.4 | 7.6 | 9.3 | 16.9 | 7.4 | 26.5 | 14.5 | 8.1 |
| | 건강위협 행동 회귀 | 22.3 | 23.2 | 14.3 | 12.5 | 17.2 | 11.1 | 16.1 | 16.9 | 11.7 |
| | 건강위협 행동 지속 | 70.0 | 60.4 | 78.1 | 77.2 | 64.4 | 81.1 | 55.1 | 67.9 | 79.3 |
| 체중 조절 | 건강행동 지속 | 67.5 | 59.2 | 69.7 | 59.6 | 60.5 | 68.4 | 55.9 | 70.1 | 76.2 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 10.3 | 5.3 | 4.2 | 5.9 | 5.7 | 6.4 | 6.9 | 8.1 | 6.4 |
| | 건강위협 행동 회귀 | 4.5 | 2.5 | 6.3 | 2.9 | 7.1 | 6.0 | 8.4 | 5.6 | 3.5 |
| | 건강위협 행동 지속 | 17.7 | 33.0 | 19.8 | 31.6 | 26.8 | 19.2 | 28.9 | 16.3 | 14.0 |

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2015~2018). 한국의료패널.

〈표 3-10〉 여성의 직업군에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널)

(단위: %)

| 건강행동 | 변화 양상 | | | | 청년 | | | 중년 | | | 노년 | | |
|-----------------|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | 화이트 칼라 | 블루 칼라 | 비경제 활동 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루 칼라 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루 칼라 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루 칼라 | 비경제 활동 |
| 흡연 | 건강행동 지속 | 95.3 | 93.6 | 96.2 | 97.4 | 95.1 | 95.2 | 97.3 | 95.1 | 95.2 | 97.3 | 95.1 | 92.7 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 2.1 | 3.8 | 1.0 | 0.4 | 0.7 | 0.6 | 0.0 | 0.4 | 0.6 | 0.0 | 1.4 | 1.0 |
| | 건강위협행동 회귀 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.5 | 0.1 |
| | 건강위협행동 지속 | 2.6 | 2.6 | 2.8 | 2.2 | 4.1 | 4.3 | 2.7 | 2.2 | 4.1 | 2.7 | 3.5 | 6.2 |
| 고위험 음주 | 건강행동 지속 | 97.7 | 98.7 | 96.0 | 97.1 | 97.2 | 98.3 | 100.0 | 97.2 | 98.3 | 100.0 | 99.5 | 99.4 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 1.5 | 1.3 | 2.7 | 1.4 | 1.9 | 0.9 | 0.0 | 1.4 | 0.9 | 0.0 | 0.5 | 0.5 |
| | 건강위협행동 회귀 | 0.7 | 0.0 | 1.3 | 1.2 | 0.6 | 0.5 | 0.0 | 1.2 | 0.6 | 0.0 | 0.0 | 0.2 |
| | 건강위협행동 지속 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 0.4 | 0.2 | 0.0 | 0.4 | 0.4 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 격렬한 신체 활동 | 건강행동 지속 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.5 | 0.7 | 0.7 | 0.0 | 1.5 | 0.7 | 0.0 | 0.2 | 0.4 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 13.7 | 9.2 | 9.1 | 9.1 | 7.8 | 9.4 | 4.6 | 9.1 | 7.8 | 4.6 | 4.0 | 4.0 |
| | 건강위협행동 회귀 | 17.2 | 11.4 | 11.4 | 12.9 | 10.8 | 11.6 | 0.0 | 12.9 | 10.8 | 0.0 | 5.9 | 4.9 |
| | 건강위협행동 지속 | 69.1 | 79.4 | 79.5 | 76.6 | 60.7 | 78.4 | 95.4 | 76.6 | 60.7 | 78.4 | 90.0 | 90.8 |

| 건강행동 | 변화 양상 | 청년 | | | | 중년 | | | | 노년 | |
|-----------|--------------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|
| | | 화이트 칼라 | 블루 칼라 | 비경제 활동 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루 칼라 | 비경제 활동 | 비경제 활동 | 화이트 칼라 | 블루 칼라 |
| 중등도 신체 활동 | 건강행동 지속 | 0.0 | 0.0 | 1.3 | 0.3 | 0.3 | 0.2 | 0.4 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 2.6 | 9.9 | 5.7 | 6.0 | 14.0 | 7.4 | 5.1 | 9.6 | 4.9 | |
| | 건강위험행동 회귀 | 12.4 | 8.5 | 8.7 | 9.9 | 14.7 | 11.7 | 6.8 | 16.4 | 6.8 | |
| | 건강위험행동 지속 | 85.0 | 81.7 | 84.3 | 83.9 | 71.0 | 80.6 | 88.1 | 74.1 | 88.3 | |
| 체중 조절 | 건강행동 지속 | 91.9 | 88.7 | 92.1 | 86.4 | 73.3 | 78.9 | 53.7 | 69.8 | 64.9 | |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 2.0 | 3.0 | 3.7 | 2.1 | 3.6 | 3.8 | 24.2 | 7.8 | 10.0 | |
| | 건강위험행동 회귀 | 2.2 | 0.4 | 2.1 | 3.0 | 3.7 | 3.2 | 3.1 | 5.3 | 4.7 | |
| | 건강위험행동 지속 | 3.9 | 7.9 | 2.1 | 8.5 | 19.4 | 14.1 | 19.1 | 17.1 | 20.4 | |

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2015~2018). 한국의료패널.

다. 소득분위에 따른 건강행동 변화 양상

소득분위에 따른 건강행동 변화 양상은 <표 3-11>, <표 3-12>와 같다. 흡연의 경우, 소득 1분위 남성 청년층이 금연을 지속하는 비율이 높게 나타났다는데, 이는 소득 1분위에 속하는 대상의 수가 적기 때문으로,²⁾ 유의미한 결과는 아니다. 남성 중년층은 소득 1분위가 금연을 지속하는 비율이 높고, 흡연을 지속하는 비율이 낮게 나타났다. 다른 소득분위는 소득 수준에 따른 경향성이 나타나지 않았다. 남성 노년층은 소득수준이 높을수록 금연을 지속하는 비율이, 소득 수준이 낮을수록 흡연을 지속하는 비율이 높게 나타났다. 여성은 흡연자의 비율이 낮아, 소득수준을 5분위로 나누어 유의미한 경향을 살펴보기 어렵지만, 중년 여성은 소득수준이 높은 집단에서 금연을 유지하는 비율이, 소득 수준이 낮은 집단에서 흡연을 유지하는 비율이 높게 나타났다. 여성 노년층은 소득 1분위에서 흡연을 유지하는 비율이 가장 높게 나타났으나, 소득 5분위의 흡연 유지율도 다른 소득분위에 비해 상대적으로 높게 나타났다.

소득수준에 따른 고위험 음주의 변화는 연령층에 따라 다르게 나타났다. 남성의 전 연령층에서 소득수준이 높은 집단은 절주/금주를 지속하는 비율이 가장 낮았다. 또한, 남성 중년층과 노년층은 소득수준이 높은 집단이 고위험 음주를 지속하는 비율이 높았다. 남성 청년층은 소득수준이 낮은 집단에서 절주/금주 후 고위험 음주로 회귀하는 비율이 상대적으로 높았으나, 중년층과 노년층은 소득수준이 높은 집단에서 고위험 음주로 회귀하는 비율이 높았다. 여성의 고위험 음주 변화는 소득수준에 따른 뚜렷한 차이가 없었다.

남녀 모두 소득수준이 낮은 집단이 높은 집단보다 격렬한 신체활동 미

2) 가중치 적용 전 15명, 종단가중치 적용 후 28.5명

실천을 지속하는 비율이 높게 나타났다. 이는 남녀 전 연령층에서 같게 나타났으며, 남성 중년층과 노년층은 격렬한 신체활동을 실천하지 않다가 실천하게 된 비율이 소득수준이 높은 집단에서 더 높게 나타났다. 그러나 중등도 신체활동 실천은 소득수준에 따른 변화의 경향성이 없었다.

소득수준에 따른 체중의 변화는 남녀에게 반대의 양상이 나타났다. 남성은 전 연령층에서 소득수준이 높은 집단이 비만이 아닌 체중을 유지하는 비율이 가장 낮고, 비만을 유지하는 비율이 가장 높았다. 여성은 청년층과 중년층에서 소득수준이 낮아질수록 비만이 아닌 체중을 유지하는 비율이 감소하고, 소득수준이 높아질수록 비만을 유지하는 비율이 감소했다.

〈표 3-11〉 남성의 소득에 따른 건강행동의 변화 양상(한국의료패널)

(단위: %)

| 건강행동 | 변화 양상 | 청년 | | | | | 중년 | | | | | 노년 | | | | |
|----------|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 흡연 | 건강행동 지속 | 80.1 | 43.7 | 48.2 | 52.1 | 38.4 | 22.2 | 17.9 | 18.2 | 18.3 | 19.8 | 13.7 | 16.2 | 11.0 | 17.4 | 27.8 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 0.0 | 2.1 | 3.3 | 3.2 | 4.3 | 2.7 | 2.5 | 2.7 | 1.9 | 1.8 | 3.3 | 5.1 | 0.8 | 4.2 | 1.6 |
| | 건강위험행동 회귀 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.0 | 0.7 | 2.0 | 0.1 | 1.0 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.8 | 3.0 | 0.0 |
| | 건강위험행동 지속 | 19.9 | 54.2 | 48.5 | 44.8 | 55.3 | 75.2 | 78.7 | 79.0 | 78.9 | 78.3 | 82.2 | 76.8 | 87.5 | 75.5 | 70.6 |
| 고위험 음주 | 건강행동 지속 | 96.7 | 91.6 | 92.4 | 89.5 | 90.4 | 84.8 | 82.1 | 74.7 | 74.0 | 74.3 | 92.1 | 91.5 | 87.3 | 98.4 | 85.4 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 3.3 | 4.1 | 3.7 | 8.7 | 9.0 | 10.0 | 8.4 | 12.7 | 12.0 | 14.2 | 5.8 | 5.7 | 8.1 | 4.5 | 10.0 |
| | 건강위험행동 회귀 | 0.0 | 4.3 | 4.0 | 1.8 | 0.6 | 4.4 | 6.7 | 7.9 | 9.4 | 7.9 | 1.0 | 1.2 | 2.4 | 2.3 | 1.5 |
| | 건강위험행동 지속 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.9 | 2.7 | 4.7 | 4.6 | 3.7 | 1.1 | 1.6 | 2.3 | 3.7 | 3.2 |
| 격렬한 신체활동 | 건강행동 지속 | 0.0 | 0.0 | 0.9 | 1.1 | 2.0 | 0.0 | 0.9 | 2.1 | 2.1 | 3.3 | 0.3 | 0.4 | 0.8 | 2.5 | 0.4 |
| | 건강행동 변화 후 유지 | 19.1 | 14.8 | 12.5 | 15.1 | 20.2 | 8.0 | 11.2 | 14.7 | 14.3 | 14.9 | 5.8 | 8.3 | 11.4 | 12.4 | 9.6 |
| | 건강위험행동 회귀 | 6.4 | 11.3 | 20.2 | 15.2 | 19.3 | 8.9 | 15.7 | 17.2 | 16.5 | 20.0 | 8.4 | 10.7 | 13.7 | 18.4 | 18.9 |
| | 건강위험행동 지속 | 74.5 | 73.9 | 66.5 | 68.6 | 58.5 | 83.2 | 72.2 | 66.0 | 67.1 | 61.8 | 85.6 | 80.6 | 74.1 | 66.7 | 71.1 |

| 건강행동 | 변화 양상 | 청년 | | | | | 중년 | | | | | 노년 | | | | |
|----------|--------------|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 |
| | | 건강행동 지속 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.4 | 0.9 | 1.9 | 0.9 | 0.9 | 0.8 | 0.9 |
| 중등도 신체활동 | 건강행동 변화 후 유지 | 7.4 | 13.9 | 8.3 | 8.5 | 11.6 | 7.4 | 16.1 | 14.6 | 12.3 | 12.6 | 10.0 | 10.4 | 13.2 | 10.8 | 20.3 |
| | 건강위험행동 회귀 | 7.8 | 19.8 | 22.0 | 16.2 | 20.0 | 3.5 | 14.8 | 16.1 | 17.5 | 13.7 | 12.9 | 15.1 | 16.9 | 11.0 | 14.5 |
| | 건강위험행동 지속 | 84.8 | 66.3 | 69.8 | 75.3 | 68.4 | 89.2 | 67.8 | 68.5 | 68.4 | 72.8 | 76.3 | 73.6 | 69.1 | 78.3 | 62.6 |
| | 건강행동 지속 | 83.1 | 62.3 | 58.7 | 62.2 | 70.2 | 73.4 | 60.7 | 62.7 | 58.5 | 59.6 | 79.4 | 72.1 | 71.2 | 69.8 | 59.9 |
| 체중 조절 | 건강행동 변화 후 유지 | 0.0 | 1.7 | 3.5 | 6.5 | 9.4 | 3.4 | 5.9 | 5.1 | 6.1 | 6.6 | 6.1 | 6.1 | 9.3 | 4.7 | 1.7 |
| | 건강위험행동 회귀 | 0.0 | 0.5 | 3.5 | 3.5 | 3.6 | 4.4 | 7.5 | 6.3 | 6.3 | 3.8 | 3.3 | 4.1 | 4.9 | 4.9 | 5.4 |
| | 건강위험행동 지속 | 16.9 | 35.6 | 27.8 | 27.8 | 16.7 | 18.9 | 25.9 | 29.1 | 29.1 | 30.1 | 11.2 | 17.8 | 20.6 | 20.6 | 23.0 |

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2015~2018). 한국의료패널.

| 건강행동 | 변화 양상 | 청년 | | | | | 중년 | | | | | 노년 | | | | |
|----------|--------------|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 |
| | | 건강행동 지속 | 0.0 | 1.5 | 1.6 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.6 | 0.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 중등도 신체활동 | 건강행동 변화 후 유지 | 7.7 | 3.7 | 6.5 | 5.4 | 3.7 | 4.2 | 8.6 | 12.4 | 9.1 | 9.2 | 3.9 | 8.5 | 5.6 | 11.9 | 5.0 |
| | 건강위험행동 회귀 | 21.4 | 8.3 | 6.1 | 6.7 | 15.7 | 11.6 | 10.3 | 11.1 | 14.4 | 12.9 | 5.9 | 11.2 | 14.1 | 13.3 | 8.8 |
| | 건강위험행동 지속 | 71.0 | 86.5 | 85.8 | 88.9 | 80.6 | 84.2 | 81.1 | 76.3 | 76.0 | 77.6 | 90.3 | 80.2 | 80.3 | 74.8 | 85.8 |
| | 건강행동 지속 | 78.0 | 84.3 | 86.7 | 92.5 | 95.6 | 67.9 | 74.0 | 78.1 | 78.7 | 84.0 | 69.0 | 64.6 | 64.2 | 58.4 | 69.4 |
| 체중 조절 | 건강행동 변화 후 유지 | 0.0 | 4.6 | 3.5 | 3.2 | 1.5 | 5.0 | 3.5 | 4.0 | 2.7 | 2.9 | 9.7 | 8.3 | 11.9 | 10.1 | 7.5 |
| | 건강위험행동 회귀 | 10.8 | 0.6 | 2.5 | 2.5 | 0.3 | 3.2 | 3.1 | 4.3 | 4.3 | 2.1 | 3.8 | 5.0 | 5.1 | 5.1 | 6.3 |
| | 건강위험행동 지속 | 11.3 | 10.4 | 1.8 | 1.8 | 2.6 | 23.9 | 19.3 | 14.4 | 14.4 | 11.1 | 17.5 | 22.2 | 26.4 | 26.4 | 16.8 |

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2015~2018). 한국의료패널.

제3절 소결

이 장에서는 건강인센티브 프로그램의 주요 대상인 성인의 건강행동 실천율을 산출하여 인구집단 특성별로 개선이 필요한 건강행동을 파악했다. 국민건강영양조사를 이용하여 성인의 건강행동 실천 양상을 분석한 결과, 인구사회학적 특성에 따라 건강행동의 실천에 차이가 있었다. 남성과 여성, 연령대별로 건강행동 실천 유형이 다르게 나타났으며, 사회경제적 특성에 따라서도 차이가 나타났다. 소득에 따른 건강행동 실천의 차이는 청년층보다 중년층과 노년층에서 더 두드러지게 나타났다. 저소득층 노인은 건강한 식생활과 신체활동 실천율, 검진 수검률이 낮았으며, 저소득층 중년 남성은 고위험 음주가, 중년 여성은 높은 비만율이 두드러졌다.

직업군별로는 중년 남성 블루칼라 종사자의 흡연율과 고위험 음주율, 중년과 노년 여성 블루칼라 종사자의 비만율이 높게 나타났다. 비경제활동 노년층은 신체활동과 건강한 식생활 실천율이 낮은 특성을 보였다. 이러한 결과는 선행연구에서 인구사회학적 특성별 건강행동 실천율이 다르며, 특히 사회경제적 위치가 낮은 집단의 건강행동 실천율이 낮고 건강위험행동 실천율이 높다고 나타난 것과 일치한다(김동진 외, 2017; 보건복지부, 질병관리청, 2020). 인구집단의 특성별로 건강행동 실천에 차이가 나타난 것은 개인의 노력이나 의지가 아니라, 주위의 사회경제적 환경이 건강행동 수행에 영향을 미쳤기 때문이라고 볼 수 있다. 이러한 원인으로 많은 연구가 보건 분야를 포함한 공공정책 및 사업의 기획에 건강의 사회적 결정요인을 고려할 것을 제안한다(Braveman, & Gottlieb, 2014; Marmot, 2005).

한국의료패널 대상자의 4년간의 건강행동 변화를 분석한 결과, 건강행동을 지속해서 실천하는 사람이 적은 것으로 나타났다. 남성 중년층과 노년층은 흡연을, 남녀 모든 연령대에서 격렬한 신체활동 또는 중등도 신체활동을 지속해서 실천하지 않는 비율이 60% 이상이었다. 또한, 건강행동을 시도했다가 다시 건강하지 않은 행동으로 회귀하는 비율은 다른 건강행동에 비해 신체활동에서 높게 나타났다.

분석 결과를 종합하여, 각 인구집단의 특성에 따라 중재가 필요한 건강행동을 도출한 결과는 (표 3-13)과 같다. 인구집단별로 다르게 나타나는 건강행동 실천 양상을 고려하여, 건강증진 정책 및 사업은 각 집단에 필요한 중재를 제공할 수 있는 전략을 마련하는 것이 필요할 것이다. 예를 들어, 저소득층을 대상으로 하는 건강증진 사업은 청년층보다는 중년층과 노인층을 대상으로 하는 것이 효과적일 것이며, 여성을 대상으로 하는 금연 사업은 청년층 블루칼라 종사자를 대상으로 하는 것이 효과적일 것이다. 또한 정책과 사업의 대상이 건강행동을 지속해서 수행할 수 있게 하는 전략이 함께 마련되어야 한다. 이러한 건강증진 사업 및 전략을 고려할 때는 특정 인구집단이 건강행동을 실천하지 못하도록 하는 구조적 요인에 대한 고려가 함께 있어야 할 것이다.

〈표 3-13〉 인구사회학적 특성별 중재가 필요한 건강행동

| 생애주기 | 청년 | | 중년 | | 노년 | |
|--------------|----|------------|---|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | 남 | 여 | 남 | 여 | 남 | 여 |
| 전체 | | 흡연 신체활동 | 흡연, 고위험 음주 | | 식생활 | 식생활 |
| 저소득층 | 흡연 | 흡연 | 흡연 고위험 음주 신체활동 건강검진 구강검진 | 흡연 비만 신체활동 건강검진 | 식생활 신체활동 건강검진 구강검진 | 신체활동 식생활 건강검진 구강검진 |
| 화이트칼라 종사자 | | | 비만 | | | |
| 블루칼라 종사자 | | 흡연 | 흡연 고위험 음주 구강검진 | 비만 | 구강검진 | 신체활동 식생활 비만 구강검진 |
| 비경제활동 인구 | | 비만 | 건강검진 | | 신체활동 식생활 건강검진 | 신체활동 식생활 비만 구강검진 |

주: 연구진 작성

이 장에서는 건강행동 실천 현황 분석 대상을 기존 건강인센티브 프로그램의 주요 대상인 만 19세 이상 성인으로 한정했다. 영유아기, 아동기, 청소년기는 성장 발달의 시기인 만큼 건강행동 실천을 통한 건강생활 습관 확립 및 건강증진이 중요한데, 이 장의 분석대상으로 포함하지 않은 제한점이 있다. 성인기 이전의 생애주기 인구집단의 건강증진을 위한 전략 수립에서도 인구집단의 특성에 따라 개선이 필요한 건강행동을 파악하여, 맞춤형 건강증진 프로그램을 설계할 수 있도록 할 필요가 있다.



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제4장

건강인센티브 현황

제1절 국내 건강인센티브 현황

제2절 국외 건강인센티브 현황

제3절 소결



제4장 건강인센티브 현황

제1절 국내 건강인센티브 현황

1. 공공 부문 건강증진 프로그램 운영 현황

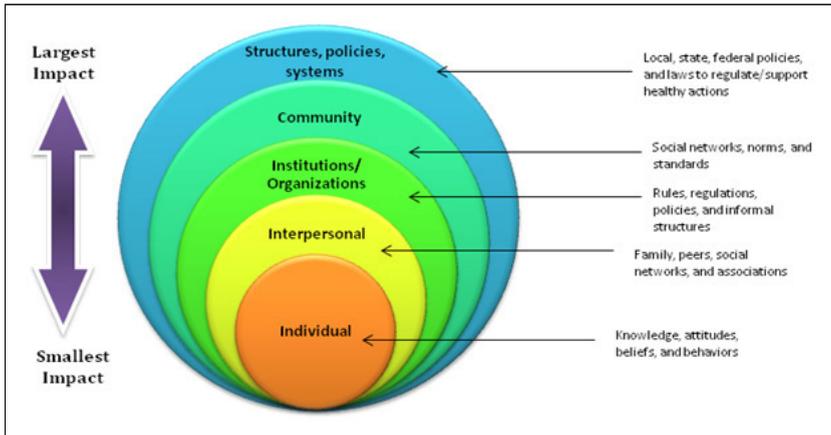
가. 사회생태학적 모델에 따른 공공 부문 건강증진 사업 운영 현황

건강의 사회생태학적 모형에 따르면, 건강행동은 개인적 요인뿐만 아니라 개인 간(가족, 친구, 사회적 네트워크) 요인, 조직, 지역사회, 정책적 요인에 이르는 다차원적인 수준에 영향을 받으며(McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988; Cohen, Scribner, & Farley, 2000; Pellmar, Brandt, & Baird, 2002), 각 요인은 상호작용하므로 건강행동의 변화를 도모하기 위해서는 개별적 차원의 접근보다 포괄적인 개입이 효과적이다(김혜경, 2010). 사회적, 심리적 요인뿐만 아니라 환경적, 정책적 맥락을 강조한 사회생태학적 모형에 따라 지난 20년간 건강행동과 관련된 프로그램, 사업, 정책에서 다수준 접근을 적용한 사례가 증가하고 있다(Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; 김혜경, 2010).

우리나라의 제5차 국민건강증진 종합계획 또한 건강 결정요인을 개인의 건강행동, 사회경제적 특성, 보건 의료체계, 사회·물리적 환경으로 구분하여 정책 목표를 설정하였다(관계부처합동, 2021). 그리고 보건소를 기반으로 한 지역사회 통합건강증진사업에서도 상담 및 교육과 같은 개인 수준의 서비스 제공부터 건강한 생활환경 조성·지원까지를 접근 전략

으로 활용하는 등(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2021b) 건강의 다차원적 요인을 고려하여 정책과 사업을 제공하고 있다. 이 절에서는 국내 공공부문에서 운영하는 건강증진 사업을 사회생태학적 모델에 적용하여 살펴보고자 한다.

[그림 4-1] 사회생태학적 모형에 따른 건강에 영향을 미치는 요인



자료: Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Health equity resource toolkit for state practitioners addressing obesity disparities. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. p. 14.

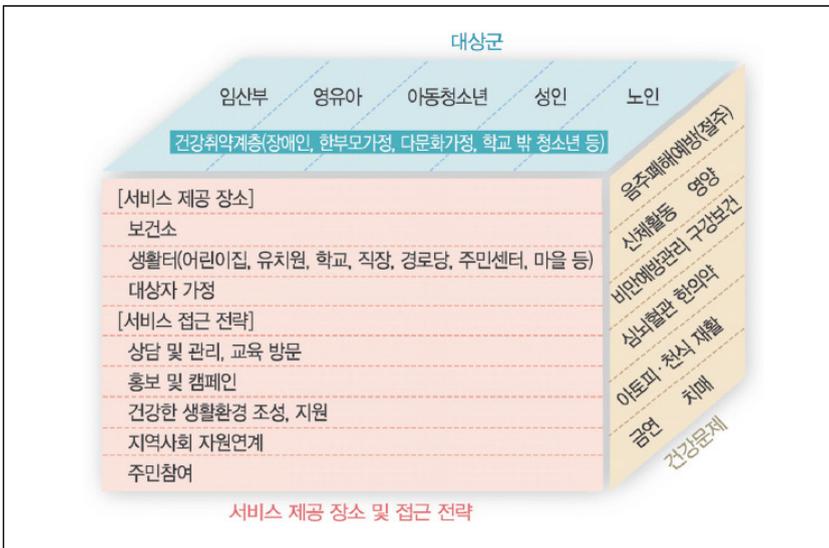
1) 개인 수준 접근

사회생태학적 모델을 건강증진 전략과 건강 정책에 적용하면서 개인적 차원을 넘어 조직, 지역사회 단위의 건강증진 사업이 시도되고 있으나 지금까지는 자원과 역량 등의 한계로 개인을 대상으로 하는 사업이 많은 상황이다. 공공 부문에서 제공하는 교육과 상담, 검진 등 서비스 대부분이 개인을 대상으로 한다.

가장 대표적인 공공 부문의 건강증진 프로그램은 보건소에서 지역주민을 대상으로 운영하는 지역사회 통합건강증진사업이다. 지역사회 통합

건강증진사업은 지역주민의 건강생활 실천, 만성질환 예방, 취약계층 건강 관리를 위해 지자체가 주도적으로 기획, 운영하는 사업으로서, 음주 폐해 예방(절주), 신체활동, 영양, 비만 예방관리, 구강보건, 심뇌혈관질환 예방관리, 한의약 건강증진, 아토피와 천식 예방관리, 여성과 어린이 특화, 지역사회 중심 재활, 금연, 방문 건강 관리, 치매 관리의 13개 영역으로 구성된다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2021b). 지역사회 통합 건강증진사업 중 개인 단위로 제공되는 서비스는 금연 상담, 모유 수유 클리닉, 건강교육(영양교육, 고혈압·당뇨 관리 교육, 금연·절주 교육 등), 대사증후군 관리, 검진 및 검사(치매, 고혈압·당뇨 합병증 등), 모바일을 활용한 건강 관리 서비스(모바일 헬스케어 사업), 방문 건강 관리사업 등이 있다.

[그림 4-2] 지역사회 통합건강증진사업 모형



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2021b). 2021년도 지역사회 통합건강증진사업 안내(총괄). 세종: 보건복지부, 서울: 한국건강증진개발원. p.12

지역사회 통합건강증진사업 외에도 건강증진사업과 프로그램을 운영하는 공공기관으로는 국민건강보험공단이 있다. 국민건강보험공단이 운영하는 사업에는 건강백세 운동교실, 대사증후군 프로그램, 아동 치과 주치의 시범사업 등이 있다. 국민건강보험공단의 대표적 신체활동 프로그램인 건강백세 운동교실은 운동 강습, 건강 강좌, 건강 측정(신체기능, 우울, 허약, 체성분, 인지기능 등)의 프로그램으로 구성되며, 제공하는 운동 종목은 표준 운동 프로그램, 치매 예방운동, 요가, 실버체조, 댄스 등이다(국민건강보험, 2021a). 대사증후군 프로그램은 개인 건강검진 결과를 기반으로 다섯 가지 항목(고혈압, 당뇨, 이상지질혈증, 비만, 흡연)의 위험도를 평가하고 이메일로 건강정보(식이, 운동, 스트레스, 절주, 흡연)를 제공한다(국민건강보험, 2021b). 아동 치과 주치의 시범사업은 광주광역시, 세종특별자치시 소재 초등학교 4학년을 대상으로 3년간 구강 건강 관리 서비스(구강 상태 평가, 예방 진료 등)를 지원하는 사업이다(국민건강보험, 2021c).

이와 더불어 한국건강증진개발원과 국가금연지원센터가 운영하는 금연 캠프, 국립암센터에서 운영하는 금연 상담전화, 보건복지부와 산하기관이 참여하는 일차의료 만성질환관리 시범사업(그림 4-3 참조) 등이 개인 단위 접근의 건강증진 사업에 해당한다.

보건복지부 외에 교육부, 문화체육관광부가 건강증진 프로그램을 운영한다. 문화체육관광부는 국민체육진흥공단과 함께 참여자의 체력을 측정하고 평가한 결과를 기반으로 운동 상담과 처방을 제공하는 ‘국민체력 100’ 사업을 시행하고 있다(국민체력100, 2021). 교육부는 비만 학생 대상 대사증후군 선별검사 실시 및 관리, 소아당뇨 학생 대상 당뇨병 소모성 재료 급여, 정신건강 관련 문자·사이버 상담 등을 운영 중이다(교육부, 2019.3.15.).

[그림 4-3] 일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스 내용



자료: 국민건강보험. (2021d). 건강프로그램 - 일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스 안내. <http://nhis.or.kr/nhis/healthin/retrieveFrstMdcCrntDiseMgmt.do>에서 2021. 6. 2. 인출.

2) 개인 간 수준 접근

개인 간 요인의 접근은 가족, 직장 모임, 친구 관계 등 사회적 관계망이나 사회적 지지를 이용하는 것을 의미하며, 동아리와 가족 단위 프로그램 등이 포함된다. 개인 간 요인 접근 방식을 활용한 가장 대표적인 건강증진 사업은 ‘걷기 동아리’ 운영으로, 서울의 노원구·성북구·금천구, 인천시 부평구, 충남 괴산군, 대구 남구, 울산 남구, 전남 무안군, 강원 철원군, 서귀포 보건소 등 여러 보건소에서 통합건강증진사업 신체활동 사업의 일환으로 운영하고 있다. 코로나19로 인해 건강증진 사업을 비대면으로 운영하는 사례가 증가하면서 가족이나 친구들과 함께 참여할 수 있는 사업도 확대되고 있다. 2020년 경기 양주시 보건소는 운동 영상을 제공하여 가족 단위로 참여할 수 있는 ‘면역력UP 행복도UP 가족건강 챌린지’ 사업을 진행하였고, 충북 진천군 보건소는 가족과 함께 둘레길 걷기 인증 사업을, 전북 완주군 보건소는 모바일 앱을 활용한 자율 걷기 동아리 운영 사업을 운영하였다.

3) 조직 수준 접근

조직 단위 건강증진 사업은 생활터인 학교와 직장 등을 대상으로 한다. ‘아토피·천식 안심학교’는 아토피나 천식이 있는 학생이 학교에서 건강하게 생활하고 학습할 수 있는 환경을 조성하는 사업으로, 아토피·천식 안심학교를 선정하여 알레르기질환 관리 대상자를 조사하고 관리하거나 응급상황 대응체계를 구축하고 관련 교육을 제공한다(보건복지부, 질병관리청, 2021). 이 밖에도 학교를 기반으로 아동의 예방 중심 구강질환 관리 접근성을 향상하기 위한 학교 구강보건실 설치·운영 사업, 직장 단위로 찾아가는 금연지원서비스, 학교 흡연예방사업 등이 조직 요인으로 접근한 건강증진 사업에 해당한다.

4) 지역사회 및 정책 수준의 접근

지역사회 및 정책적 차원의 접근은 캠페인·홍보, 환경 조성, 지역사회 자원 연계, 모니터링, 법적·제도적 정비 등이 포함된다. 신체활동, 금연, 절주, 아토피·천식, 대사증후군 등에 대한 인식 개선이나 정보 제공을 위한 홍보 및 캠페인, 신체활동 증진을 위한 걷기 코스 및 운동시설 조성, 저염식당 및 영양식당 지정, 건강매점 개설, 절주 공원 조성, 치매 안심마을 운영 등이 모두 지역사회 차원의 접근이라고 볼 수 있다.

나. 건강인센티브 제공 사업 및 프로그램 운영 현황

공공 부문에서 운영하는 건강증진 사업 중 프로그램에 참여하거나 일정 기준을 달성했을 때 현금, 현물을 지급하는 사업은 다음과 같다.

1) 지역사회 통합건강증진사업 - 금연사업

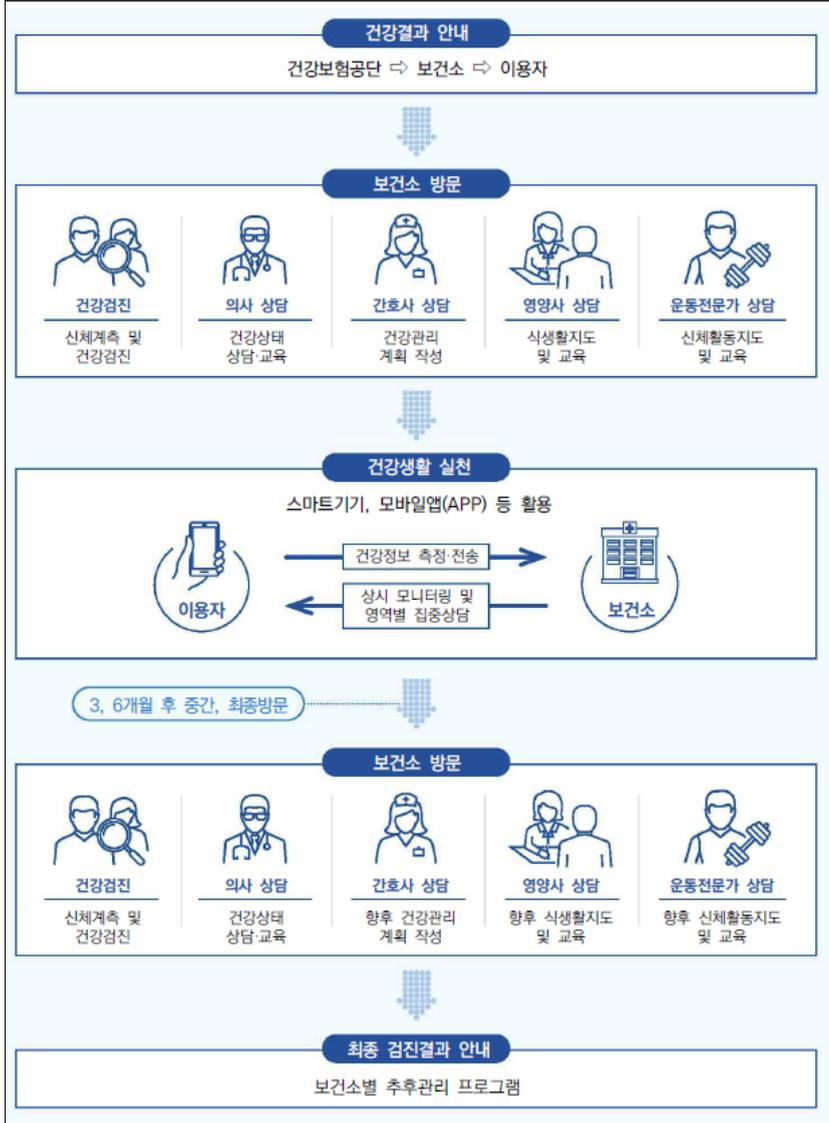
보건소 지역사회 통합건강증진사업 금연사업은 참여자가 3개월 동안 금연에 성공했을 때, 금연 동기 강화 목적으로 금연 홍보 물품을 지급할 수 있도록 한다. 제공하는 물품은 축구공, 줄넘기, 지압봉 등 운동 및 건강 관련 물품 제공을 권장하고 있다.

6개월 금연 성공자에게는 1인당 최대 5만 원 이내로 기념품을 제공할 수 있으며, 3개월 성공 보상 물품과 똑같이 건강 관련 물품(목 안마기, 전동칫솔, 체중계, 혈압계, 구급함 등)을 지급하는 것을 권장하고 있다.

2) 지역사회 통합건강증진사업 - 모바일 헬스케어 사업

보건소 지역사회 통합건강증진사업 중 모바일 헬스케어 사업은 건강위험요인이 있는 사람에게 모바일 앱을 통해 보건소 전문가(의사, 코디네이터, 간호사, 영양사, 운동전문가)가 맞춤형 건강상담을 제공하는 서비스이다. 모바일 앱과 연동되는 기기를 통해 걸음 수, 심박수, 소모 칼로리를 측정하고, 대상자는 운동일기, 식사일기, 식생활 미션 실천 여부를 입력하고 식사 사진을 등록한다. 대상자의 건강생활 실천 데이터를 바탕으로 보건소 전문가는 대상자에게 상담을 제공한다. 또한 대상자의 건강행동 실천을 독려하기 위해 미션을 제공하기도 한다. 보건소 여건에 따라 참여자에게 중간 방문·상담·검진 참여 기념품, 24주 지속 참여 성공 기념품, 미션 달성 기념품 등을 제공할 수 있다(그림 4-4).

[그림 4-4] 보건소 모바일 헬스케어 사업 주요 서비스



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2021a). 2021년 보건소 모바일 헬스케어 사업 안내서. 서울: 한국건강증진개발원. p.31, 그림 7.

3) 지역사회 통합건강증진사업 - 신체활동 사업

보건소 지역사회 통합건강증진사업 신체활동 사업의 일환으로 모바일 앱(워크온)을 활용한 걷기 사업이 많은 보건소에서 운영되고 있다. 해당 사업에 참여하거나 목표 걸음을 달성할 때 기념품, 쿠폰 등을 제공하거나 참여자 이름으로 기부를 하는 등의 방법으로 인센티브를 지급하고 있다.

[그림 4-5] 워크온 걷기 사업(세종시 보건소, 광양시 보건소)

| 세종시 보건소 워크온 걷기 사업 ¹⁾ | 광양시 보건소 워크온 걷기 사업 ²⁾ |
|--|---|
|  <p>워크온(WalkON) 가입방법</p> <p>3천원 쿠폰 (20만 마일리지 차감 킬)/ 200명</p> <p>5천원 쿠폰 (28만 마일리지 차감 킬)/ 100명</p> <p>1만원 쿠폰 (40만 마일리지 차감 킬)/ 150명</p> <p>50일! 2021.06.07.~ 07.26.</p> <p># 광양시민 걸기로 건강한 여름나기, 함께 걸어요.</p> |  <p>워크온(WalkON) 가입방법</p> <p>3천원 쿠폰 (20만 마일리지 차감 킬)/ 200명</p> <p>5천원 쿠폰 (28만 마일리지 차감 킬)/ 100명</p> <p>1만원 쿠폰 (40만 마일리지 차감 킬)/ 150명</p> <p>50일! 2021.06.07.~ 07.26.</p> <p># 광양시민 걸기로 건강한 여름나기, 함께 걸어요.</p> |

- 1) 송경화. (2020.9.14.). “워크온 깔고 걷기만 하면 상품권 쏟아진다”. 굿뉴스365. <http://www.goodnews365.net/news/articleView.html?idxno=153239>에서 2021.6.21. 인출.
- 2) 박혜윤. (2021.6.4.). 광양시, ‘모바일 앱 워크온 걷기 마일리지’ 운영. 무한뉴스. <https://www.moohannews.com/news/articleView.html?idxno=628861>에서 2021.6.21. 인출.

4) 지역사회 통합건강증진사업 - 심뇌혈관질환 예방관리사업

보건소 지역사회 통합건강증진사업의 심뇌혈관질환 예방사업 중 고혈압 당뇨 교육에 참여하거나 건강 개선 정도 등에 따라 인센티브를 지급하

는 사례가 있는데, 지자체 보건소마다 사업 내용은 조금씩 차이가 있다.

경기도 하남시에서는 2020년 비대면 고혈압 당뇨 교육 수료 시 선물 증정 이벤트를 진행했다. 세종시는 2016년 고혈압, 당뇨 환자를 대상으로 흡연, 고지혈증, 고혈압 중 개선하고 싶은 한 가지를 선택하여 사전검사와 3개월 후 사후 검사를 통해 기준에 충족하면 온누리 상품권(5만 원 상당)을 지급하였다.

5) 노인건강마일리지 시범사업

국민건강보험공단에서 운영하는 노인건강마일리지 시범사업은 대상 노인들이 경로당 등에서 건강체조 등의 프로그램에 참여한 시간만큼 마일리지를 적립하고, 최대 200점 범위에서 연말에 생활용품(쌀, 치약 등)과 온누리상품권 등의 보상품으로 교환할 수 있도록 한다.

6) 서울시 건강 관리 마일리지 사업

서울시 건강 관리 마일리지 사업은 2013년에 시작되었으며, 2020년까지 시민건강포인트 사업으로 불리다 2021년 이름이 변경되었다. 건강 관리 마일리지 사업은 고혈압, 당뇨 환자가 동네 의원에서 꾸준히 치료받거나(의원 방문) 자가관리 교육 받을 때 건강 포인트를 지급하고, 이 포인트를 쌓아 추가적인 건강 관리(필수 검사, 예방접종)를 받을 수 있는 제도이다. 2020년 기준, 서울시 17개 구가 참여하였다. 서울시는 참여자에게 연간 최대 30,000 포인트를 지급하며, 3,000 포인트 이상이 되면 등록된 의원에서 10포인트 단위로 사용할 수 있다. 포인트는 필수 검사료나 예방접종료 본인부담금으로 사용할 수 있다. 사업에 참여한 의원은 고혈압, 당뇨병 환자에게 상담과 치료를 제공한다. 참여 의원과 보건소는 고혈압·

당뇨병 자가관리를 위한 교육 프로그램을 제공하며, 교육 참여자는 포인트를 받을 수 있다(서울특별시, 2013.10.14.; 서울특별시 건강 관리 마일리지 시스템, n.d.; 손창우, 2018). 서울시는 2015년에 사업에 참여한 환자의 240일 이상 지속 치료율이 건강보험공단 통계에서 제공하는 일반 환자보다 높고, 참여자의 75% 이상이 사업에 만족한다는 점을 근거로 사업이 효과적이라고 밝힌 바 있다(서울특별시, 2016.8.3.).

7) 서울시 온서울 건강은 시범사업

서울시는 2021년 11월부터 서울형 스마트 헬스케어인 ‘온서울 건강은’ 시범사업을 시작했다. 스마트폰을 소지한 19~64세 서울시민 5만 명이 참여 대상이다. 참여자의 걸음 수, 운동량, 소비 열량, 심박수 등의 데이터를 스마트밴드로 수집하고, 건강 데이터를 모바일 앱으로 확인할 수 있다. 건강 데이터 측정 및 수집을 위한 스마트밴드는 서울시에서 지원한다. 걸음 수, 소비 열량, 식단 기록, 건강목표 달성, 건강 콘텐츠 이용 등에 대해 포인트를 제공하여 연간 최대 10만 포인트를 적립할 수 있다. 적립한 포인트는 1포인트=1원으로 환산되며, 지정된 건강관련 시설(체육시설 등)과 서울시 공공서비스 이용에 사용할 수 있다. 시범사업은 참여자의 건강활동 실천율(신체활동 주 2회 이상 실천) 50% 달성을 목표로 한다(서울특별시, 2021.10.27.).

8) 코로나19 건강수칙 인증 이벤트

보건복지부는 2021년 3월 25일부터 일주일 동안 코로나19 건강생활 수칙 SNS 인증 이벤트를 진행하였다. SNS에 보건복지부에서 배포한 건강생활 수칙을 실천하는 사진이나 동영상을 올려 인증한 국민 100명을

추첨하여 편의점 상품권 1만 원권을 지급하였다(구무서, 2021. 3. 24.).

다. 건강생활실천지원금제 시범사업

정부 차원의 건강인센티브에 대한 논의는 2018년 7월 발표된 ‘국가 비만 관리 종합대책’에서 시작되었다고 할 수 있다. 비만 관리 종합대책은 지속해서 증가하는 성인 및 노인 대상 비만 예방관리를 위한 추진전략 중 하나로 건강인센티브제 도입을 제시했다. 이는 그동안의 비만 예방·관리 정책의 한계로 나타난 지역사회 프로그램 간 연계 미흡, 비만관리 서비스 확대 및 국민 인식 개선 필요 등에 따라 개인 신체활동 활성화 대책의 일환으로 제시되었다. 비만 관리 종합대책에서 제시한 건강인센티브제는 운동 등 생활 습관 개선, 건강 관리 정도 등을 평가하여 우수자에게 체육 시설 이용권, 진료 바우처(상품권) 등의 인센티브를 제공하는 것이다. 타 부처 및 지자체에서 수행 중인 건강증진 관련 프로그램(광역 알뜰 교통카드, 따릉이 사업 등)에서 적립되는 보행·자전거 이용 실적을 우수자 평가에 반영하여 부처 간 사업 연계 효과성을 제고하려는 목적을 함께 가지고 있었다(보건복지부, 2018.7.26.).

비만관리 종합대책에 이어 2021년 1월에 발표된 제5차 국민건강증진 종합계획은 국민의 건강생활 장려를 위해 건강인센티브제 도입을 포함했다. 국민건강증진 종합계획에 건강인센티브의 설계와 시행 방안이 자세히 제시되지 않았으나 보건복지부 관계자는 언론 브리핑을 통해 건강생활을 실천한 사람에게 본인부담금 인하, 포인트 제공, 계좌로 적립 등 다양한 방식을 고려 중이라고 밝혔다(곽성순, 2021.1.28.). 이후 보건복지부는 정부, 관련 단체, 전문가를 포함한 건강인센티브제도 추진위원회와 전문위원회를 구성하여 건강인센티브제 모형과 시범사업 지역을 선정하

는 과정을 거쳤다(보건복지부, 국민건강보험, 2021). 2021년 6월 4일 열린 건강보험정책심의위원회는 건강인센티브 시범사업을 ‘건강생활실천 지원금제’의 이름으로 실시할 것을 결정했다(보건복지부, 2021.6.4.). 이어 6월 9일 발표된 제3차(2021~2025년) 국가건강검진종합계획은 추진 전략 ‘건강생활 실천을 이끄는 건강검진’의 중점과제로 건강생활실천지원금제 시범사업을 포함하였다(관계부처 합동, 2021.6.9.).

보건복지부는 2021년 7월 29일자 보도자료를 통해 건강생활실천지원금제 시범사업의 시작을 알렸다. 건강생활실천지원금제는 개인이 스스로 건강 관리를 하도록 하여 중증이나 고액의 질병 발생을 예방하고 불필요한 의료비 지출을 감소시키는 것을 목적으로 한다고 밝혔다. 7월 29일부터 시범사업 참여자를 모집하며, 전국 24개 지역의 연간 약 34만 명을 대상으로 2021년 7월부터 3년간 시범사업을 시행한 후 평가할 예정이다. 시범사업은 건강예방형과 건강 관리형의 두 가지 유형으로 구성되었다. 건강예방형은 국민건강보험공단에서 주관하는 국가건강검진을 받은 만 20~64세 중 건강 관리(체질량지수, 혈압, 공복혈당 관련)가 필요한 국민을 대상으로 하며, 연간 최대 5만 원의 인센티브를 제공한다. 건강 관리형은 일차의료 만성질환관리 시범사업에 등록된 고혈압·당뇨병 환자를 대상으로 하며 연간 최대 5만 원(고혈압 환자) 또는 6만 원(당뇨병환자, 고혈압·당뇨 복합질환자)의 인센티브를 제공한다. 인센티브는 건강생활실천지원금과 건강 개선 지원금으로 나뉜다. 건강생활실천지원금은 건강 관리 프로그램, 교육 참여, 걸음 수 목표 달성, 혈압이나 혈당을 측정(건강 관리형만 해당)할 경우 제공한다. 건강개선 지원금은 혈압, 공복혈당/당화혈색소, 체중의 개선 정도에 따라 제공한다. 자세한 시범사업의 인센티브 적립 기준은 <표 4-1>과 같다. 인센티브는 1만 원이 적립된 후부터 최대 3년간 사용할 수 있다. 시범사업과 연계된 온라인 쇼핑몰, 가맹점 등

에서 현금처럼 이용하거나 모바일 상품권으로 교환하여 사용할 수 있다 (그림 4-6) (보건복지부, 2021.7.29.; 보건복지부, 국민건강보험, 2021).

〈표 4-1〉 건강생활실천지원금제 시범사업 인센티브 적립 기준

| 공통 적립기준: 시범사업 신규 참여 시 2,000원 | | | | | |
|--|--|--|--------------------|------------------------------|------------------------------------|
| (1) 건강예방형: 연간 최대 5만원(실천형, 개선형은 참여자가 사업 참여 신청 시 자율적으로 선택) | | | | | |
| | 구분 | 기준 | | 적립금액 | 연간 최대 적립금액 |
| 실천 지원금 | 건강 관리 프로그램 ¹⁾ | 최대 주 1회 인정 | 대면 | 1,000원/회 | 실천형: 18,000원 개선형: 10,000원 |
| | | | 비대면 | 500원/회 | |
| | 걸음 수 | 하루 8,000~9,999보 | | 80원/일 | 실천형: 12,000원 개선형: 10,000원 |
| | | 하루 10,000보 이상 | | 100원/일 | |
| 개선 지원금 ²⁾ | BMI 25kg/m ² 이상인면서 혈압과 공복혈당 모두 주의군 이상 | 혈압, 공복혈당, 체중 모두 1단계 ³⁾ 이상 개선 | | 실천형: 15,000원 개선형: 20,000원 | |
| | | 혈압, 공복혈당, 체중 모두 2단계 ³⁾ 개선 | | 실천형: 20,000원 개선형: 30,000원 | |
| | BMI 25kg/m ² 이상인면서 혈압이나 공복혈당 중 한 가지가 주의군 이상 | 체중과 혈압 또는 혈당이 1단계 이상 개선 | | 실천형: 15,000원 개선형: 20,000원 | |
| | | 체중과 혈압 또는 혈당이 2단계 이상 개선 | | 실천형: 20,000원 개선형: 30,000원 | |
| 1) 건강 관리 프로그램 이수 인정 기준: 국가(지방자치단체 포함), 공공기관, 의료기관, 사업장에서 제공하는 건강 관리 프로그램(대면 및 비대면 서비스)만 인정. | | | | | |
| 2) 건강생활실천 지원금 적립(걷기 및 건강 관리 프로그램 이수) 없이 건강개선 기준 충족 시 해당 지원금의 80% 적립. 다만, 건강생활실천이 불가하여 별도로 정하는 장애인에 해당하는 경우 100% 적립 | | | | | |
| 3) 단계별 건강 개선 기준 | | | | | |
| 구분 | 체중 | | 혈압, 공복혈당 | | |
| 1단계 | 5% 이상 10% 미만 감소 | | 위험 → 주의 주의 → 정상 | | |
| 2단계 | 10% 이상 감소 | | 위험 → 정상 | | |

(2) 건강 관리형

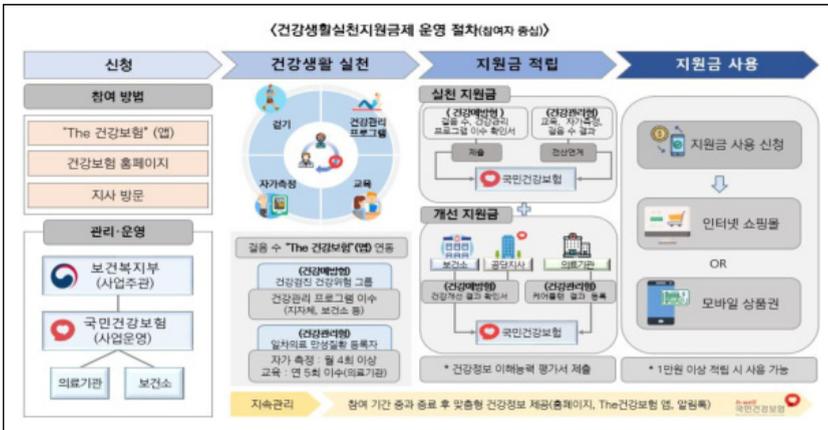
- 고혈압: 연간 최대 5만 원 (건강생활 실천지원금 최대 2만 원, 건강 개선 지원금 최대 3만 원)
- 당뇨병, 복합: 연간 최대 6만 원 (건강생활 실천지원금 최대 2만 원, 건강 개선 지원금 최대 4만 원)

| | 구분 | 기준 | 적립금액 | 연간최대 적립금액 |
|-----------|-------------|--|----------|--------------|
| 실천 지원금 | 교육 | 케어플랜 수립일로부터 종료일까지 5회 이상 교육 이수 | 일시 적립 | 6,000원 |
| | 자가 측정 | 월 4회 이상(주 1회) 자가 측정값(혈압, 혈당) 제출 | 월 1,000원 | 6,000원 |
| | 걸음 수 | 목표 걸음 수 이상 또는 하루 8,000보 이상 | 80원/일 | 8,000원 |
| 개선 지원금 | 고혈압 | 목표 혈압 달성 | 15,000원 | |
| | | 목표 혈압 달성, 체중 ¹⁾ 5% 이상 감소 | 30,000원 | |
| | 당뇨병 (복합) | 목표 당화혈색소 달성 | 20,000원 | |
| | | 목표 당화혈색소 달성, 체중 ¹⁾ 5% 이상 감소 | 40,000원 | |

1) 참여 신청 당시 정상체중이었다면 최대 15,000원만 적립 가능

자료: 보건복지부, 국민건강보험. (2021). 건강생활실천지원금제 시범사업 안내. 세종: 보건복지부, 원주: 국민건강보험. pp.14~17 의 내용을 재구성함.

[그림 4-6] 건강생활실천지원금제 운영 절차



자료: 보건복지부. (2021.7.29). 스스로 건강 관리, 이제 국가가 지원합니다. - '21. 7. 29.부터 건강생활실천지원금제 시범사업 시행 -. 보건복지부 보도자료, p. 6.

2. 민간 부문 건강인센티브 제공 사례

건강인센티브 전략을 가장 잘 활용하고 있는 민간 분야는 보험업계이다. 여러 민간 보험사는 보험가입자가 건강 관리를 스스로 하도록 신체 활동량에 따라 마일리지, 포인트를 지급하고 현금처럼 사용할 수 있게 하거나 기프트콘으로 교환해주는 리워드 앱(reward application)을 운영하고 있다. 또한 일부 보험사는 비흡연자와 건강한 사람에게 보험료를 할인해주는 ‘건강체 할인(우량체 할인)’을 운영하고 있다. 건강상태는 주로 체질량지수(BMI)와 혈압을 기준으로 한다. 생명보험협회 공시에 따르면 생명보험사의 약 10%가 건강체 할인을 적용하고 있으며, 평생 비흡연자에게는 더 높은 할인율을 제공하는 사례도 있다(경향신문, 2021.4.9.).

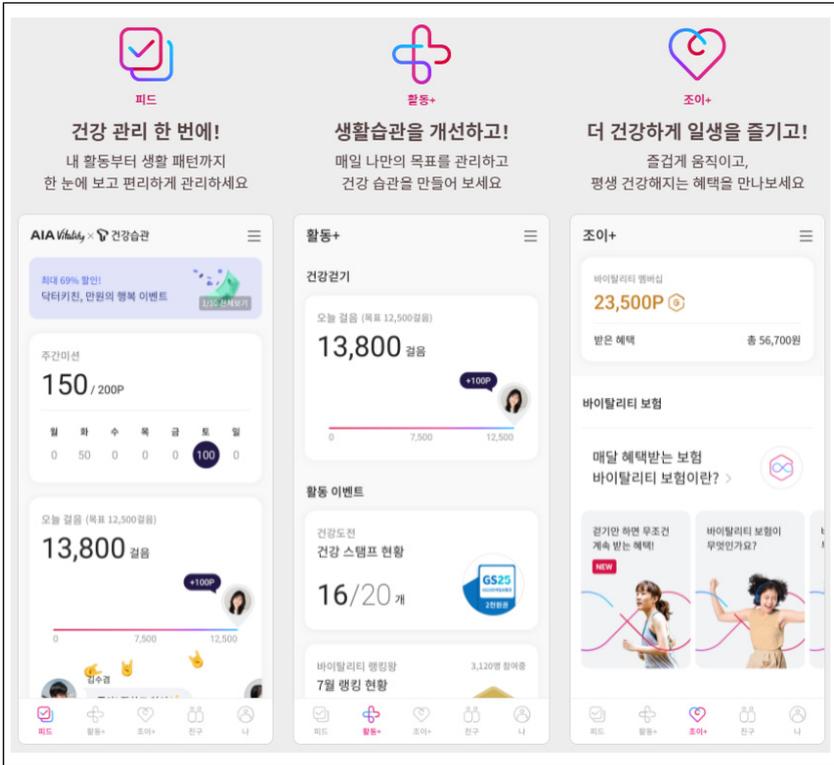
가. 민간보험사의 건강인센티브 제공 사례

1) AIA 바이탈리티

AIA 생명보험사에서 제공하는 유료 모바일 건강 관리 서비스이다. 월 5,500원의 회비를 내야 하는 멤버십 전용 프로그램과 멤버십 미가입자 대상의 12주 체험 프로그램이 있다. 멤버십 프로그램은 건강행동을 수행하면 보험료, 항공권 및 영화 예매 할인, 음료·도서 등의 교환권 제공 등의 인센티브를 제공한다. 건강행동 수행에 대한 측정은 전용 앱을 사용하여 걸음 수를 측정하거나 앱과 연동된 스마트워치에서 측정된 운동 데이터를 활용한다. 또한 AIA 바이탈리티와 연계한 보험 상품 ‘바이탈리티 통합형 보험’도 판매한다. 연계 보험은 바이탈리티 주간 리워드 혜택 기간 확대(24주 → 최대 5년), 바이탈리티 등급에 따라 최대 5% 보험료를 할인하는 혜택을 제공한다. 멤버십 미가입자의 체험 프로그램에서도 주간 미

선 리워드, 건강정보 서비스를 제공한다(AIA, 2021).

[그림 4-7] AIA 바이탈리티 서비스(일부)



자료: AIA. (2021). AIA 바이탈리티 소개. <https://www.aia.co.kr/ko/vitality.html?trackCode=B211119001ESHPI>에서 2021. 11. 30. 인출.

2) 삼성화재 다이렉트 애니핏 서비스

삼성화재에서 제공하는 통합 헬스케어 서비스로, 질병 예방 및 관리, 병원 찾기 및 검진·진료 예약, 건강행동 목표 달성에 따른 인센티브 제공 등을 포함한다. 특히, 건강 활동 도전 프로그램은 건강 활동 목표를 달성하면 월 최대 3,000포인트를 제공한다. 하루 걸음 8,000보, 달리기

1km, 하이킹 2km 중 1개 이상 달성 시 포인트가 주어진다. 포인트로 보험료를 납입하거나 포인트몰에서 물건을 구매할 수 있으며, 기부도 가능하다(삼성화재 다이렉트, 2021).

[그림 4-8] 삼성 애니핏 서비스 내용



365일, 당신의 건강 파트너 애니핏!

- 매일 주어지는 걷기 목표 달성과 다양한 이벤트 참여로 건강도 UP, 혜택도 UP 하시고 보험료 납입, 애니포인트몰 이용 등에 사용할 수 있는 포인트를 적립하세요.

애니포인트 적립 및 사용

- **건강활동 도전**
 - 건강활동 목표를 달성하면 월 최대 3,000포인트 적립
 - 현재 건강활동 목표: 하루에 걸음 8,000보, 달리기 1km, 하이킹 2km 중 1개 달성
 - ※ 목표는 당시의 사정에 따라 식사, 운동, 체중 등의 기록 및 건강정보 열람 등 다른 건강활동으로 변경될 수 있으며, 이용 약관에 따라 변경 즉시 고지됩니다. (기존 목표는 '22년 5월 이후 변경 예정)
- **이벤트 참여**
 - 애니핏에서 진행하는 각종 이벤트에 참여하면 포인트 적립
- **포인트 사용**
 - 적립된 포인트로 보험료 결제, 또는 애니포인트몰에서 상품 구매
 - [포인트 사용방법 자세히 보기](#)

자료: 삼성화재 다이렉트. (2021). 애니핏 서비스. https://direct.samsungfire.com/club/PP050402_001.html에서 2021. 10. 5. 인출.

3) 한화생명 라이프플러스(LIFEPLUS) 운동하는 건강보험

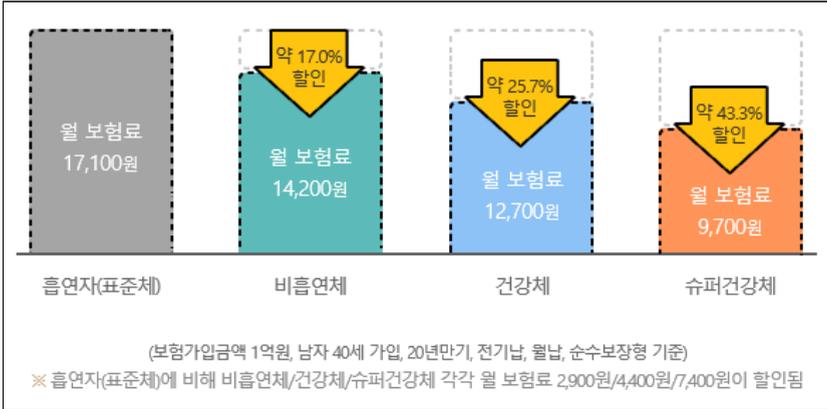
한화생명의 라이프플러스 운동하는 건강보험은 건강 관리 활동 목표 달성에 따라 보험료를 할인해주는 상품이다. 건강 관리 활동에는 걷기, 달리기, 자전거타기, 수영, 하이킹이 포함된다. 건강 관리 활동 목표 설정 이후 측정 기간 동안 평균 걸음 수가 기준 걸음 수(7,500보) 이상이면서, 측정 기간 종료 후 3일 이내에 매월 보험료 할인을 신청하면 다음 달 보험

료를 할인받을 수 있다. 5년납일 경우 보험료의 10%, 10년납은 15%, 15년납은 20%, 20년납 이상은 25% 할인을 제공한다. 걷기 이외의 건강 관리 활동은 활동별로 인정 기준을 마련하고 있다.

4) 건강체 보험료 할인 사례: 교보라이프플래닛

교보라이프플래닛은 비흡연자, 건강체, 슈퍼건강체 조건을 만족하는 피보험자들을 대상으로 월 보험료를 2,900원에서 최대 7,400원까지 할인하는 보험 상품을 판매한다. 건강체는 다음의 세 가지 기준을 충족시키는 사람으로 정의한다: (1) 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 기타 이와 유사한 형태로 사용(흡연)하지 않아야 함, (2) 혈압: 최고(수축기) 혈압 140mmHg 미만, 최저(이완기) 혈압 90mmHg, (3) BMI: 18.5kg/m² 이상~26.5kg/m² 미만. 슈퍼건강체는 다음의 여섯 가지 기준을 충족시키는 사람으로 정의한다: (1) 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 기타 이와 유사한 형태로 사용(흡연)하지 않아야 함, (2) 혈압: 최고(수축기) 혈압 120mmHg 미만, 최저(이완기) 혈압 80mmHg 미만, (3) BMI: 20.0kg/m² 이상~25.0kg/m² 미만, (4) 총 콜레스테롤: 190mg/dl 미만, (5) HDL 콜레스테롤: 남자 50mg/dl 이상, 여자 60mg/dl 이상, (6) 당뇨: 당뇨병 진단이 없으며, 공복혈당 110mg/dl 미만. 즉, 건강체 보험료 할인 상품은 건강행동에 대한 보상보다는 건강한 상태에 대해 보상한다(교보라이프플래닛생명, 2021).

[그림 4-9] 교보라이프플래닛 건강체 보험료 할인



자료: 교보라이프플래닛생명. (2021). 건강체 보험료 할인 내용. <https://www.lifeplanet.co.kr/products/dth/HPPC61SON.dev>에서 2021. 7. 20. 인출.

실제로 건강체 할인제도를 이용하는 사람들은 많지 않은 것으로 확인된다. 2016년 말 기준 건강체 할인제도를 운영 중인 14개 보험사의 가입 실적은 3.8% 수준으로, 그 효과는 크지 않은 것으로 파악되고 있다(전종현, 2021.2.16.). 이 밖에도 신한생명은 건강검진 후 건강나이를 계산하여 보험료를 산출하는 ‘건강나이 보험료 적용 특약’을 운영하며, 비흡연자에게 치아보험료를 할인해주는 미래에셋생명의 ‘비흡연 치아보험료 할인 특약’ 등 민간보험 분야에서 건강인센티브 전략을 활발하게 사용하고 있다.

나. 리워드 앱의 건강인센티브 제공 사례

건강행동을 수행하면 리워드(인센티브)를 제공하는 모바일 앱이 증가하고 있다. 리워드 앱은 주로 걸음 수에 대해 보상하며, 리워드 앱을 이용하여 포인트를 모으는 것을 ‘앱 테크’(앱과 재테크의 합성어)라고 부르기도 한다.

1) 캐시워크

캐시워크는 걸음 수에 따라 포인트(캐시)를 지급하는 만보기 앱이다. 100보마다 1캐시를 지급하여 하루 최대 1만 보, 100캐시까지 적립할 수 있다. 적립한 캐시는 식당, 카페 등 제휴사에서 이용할 수 있는 기프트콘으로 교환하거나 즉석 복권 당첨의 기회로 사용할 수 있다. 제공하는 캐시는 실제 화폐 가치보다 낮으며, 캐시 1원은 약 0.6원 정도의 가치를 가진다.

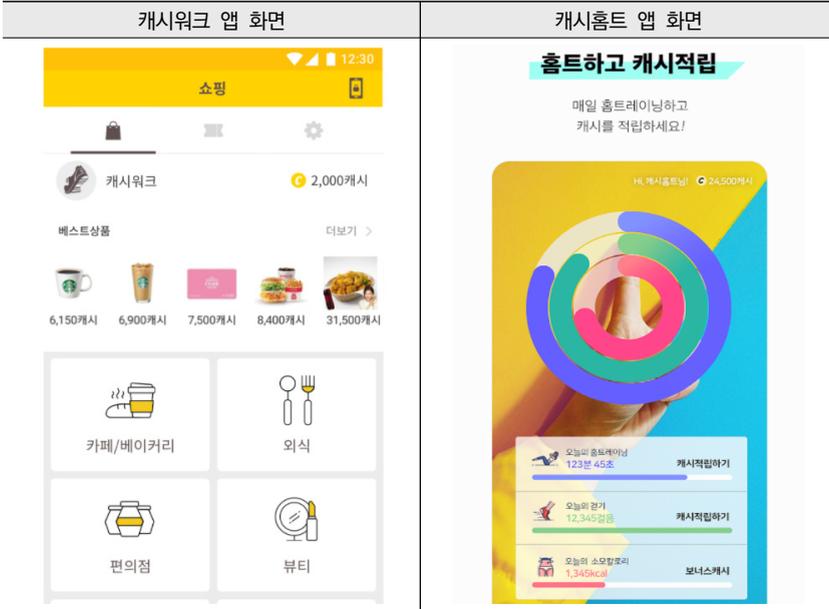
2) 토스 만보기

토스 만보기는 금융 앱 '토스(toss)' 내에 탑재된 서비스 중 하나이며, 걸음 수에 따라 10~40원의 인센티브를 지급한다. '친구들과 합산 3만 보 걸음 걷기'와 같이 주변 사람들과 함께 걸음 수를 누적하여 인센티브를 받을 수 있는 서비스를 제공한다. 또한 주변 장소를 방문하면 추가적인 인센티브(장소 당 20원, 일 최대 100원)를 제공한다. 적립한 인센티브는 토스를 이용한 결제에 사용하거나 계좌로 이체할 수 있다.

3) 캐시홈트

캐시홈트는 홈트레이닝에 대한 보상을 지급하는 앱으로, 캐시홈트의 영상을 보고 운동을 하면 30초에 1캐시씩 적립해주는 앱이다. 또한 걸음 100보당 1캐시를 적립할 수 있다. 또한 직접 홈트레이닝 영상을 제작해 올릴 수 있는 플랫폼을 갖추고 있어 제작한 동영상의 조회 수와 재생 시간에 따라 수익 창출도 가능하다. 적립한 캐시는 카페, 편의점 등에서 현금처럼 사용할 수 있다.

[그림 4-10] 건강행동 리워드 앱 예시



자료: 캐시워크(2021). <https://cashwalk.com/#section-2>에서 2021.10.5. 인출.
 캐시홈트(2021). <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.kicklive.android.cashomt&hl=ko&gl=US>에서 2021.10.5. 인출.

다. 기타 건강인센티브 제공 사례

헬스케어 기업인 카디오헬스케어는 가정 또는 체육관의 운동장비(러닝 머신, 실내 자전거)에 인공지능 기반 센서를 부착하여, 사용자의 운동량 데이터를 수집한다. 객관적이고 정확하게 수집한 운동량 데이터를 바탕으로 사용자에게 보상(미국: 최대 30달러/월, 한국: 45,000원/월)한다 (Cardiohealthcare, n.d.).

카디오헬스케어는 개인뿐만 아니라 민간 운동업체 및 사업장 등과 협력하여 건강인센티브 프로그램을 제공하고 있으며, 카디오헬스케어의 한국 지사는 최근 인천광역시와 협력하여 인천시민의 운동 수행에 인센티

브를 제공하는 시범사업을 시작하였다. 제공하는 인센티브는 건강생활실천지원금제의 예산으로 지급할 예정이다(안수민, 2021.11.15.).

제2절 국외 건강인센티브 현황

1. 일본

가. 스마트 웰니스(Smart Wellness) 포인트 제도

1) 개요

웰니스 포인트는 건강에 관심이 없는 사람을 포함한 일본 국민의 신체 활동량을 증가시키고, 고령화 문제 해결을 위해 시작된 일본 내각부 프로젝트인 ‘스마트 웰니스 시티(Smart Wellness City)’의 일환으로 수행된 프로그램이다. 웰니스 포인트는 2014년 12월부터 2017년 3월까지 일본의 6개 지역(후쿠시마현 다테시, 도치기현 오타와라시, 치바현, 우라야스시, 니가타현 미츠헌시, 오사카부 타카이시시, 오카야마현 오카야마시)의 지자체를 중심으로 시행되었다(Yuka Kume, 2017.6.30.). 웰니스 포인트는 신체활동 달성 결과에 대해 포인트를 지급하고, 이를 현금처럼 사용할 수 있는 프로그램으로, 인센티브 제공을 통해 건강 무관심층의 건강행동 변화를 도모하는 것을 목적으로 한다.

2) 주요 내용

웰니스 포인트 대상자는 해당 지자체 거주자로, 시행 초기에는 참여 연

령을 40세 이상으로 한정하였다. 이는 일본 특정 검진(40세 이상)과 비교하여 의료비 지출에 대한 효과를 분석하기 위해서였는데, 2015년 이후부터는 참여 대상자의 연령을 제한하지 않았다(임준 외, 2016).

웰니스 프로그램은 지자체에서 운영하는 약 200개 건강 프로그램의 지속적인 참여를 위해 포인트를 지급했다. 각 건강 행위에 따라 지급되는 포인트가 상이하여, 적게는 월 200포인트(운동 프로그램 참여 시)부터 많게는 월 3,000포인트(프로그램 최초 등록, 건강검진 결과 개선)까지 지급되었다. 참여자가 최대 받을 수 있는 포인트는 연간 24,000포인트이었고, 1포인트 당 1엔으로 현금화가 가능했다. 즉, 받을 수 있는 최대 인센티브는 한화로 약 24만 원 수준이다.

신체활동 측정 방식은 대상자에게 만보계를 지급하여, 누적된 걸음 수를 측정하거나, 운동 센터에 설치된 체질량 측정 장비로 체지방 개선 정도를 파악하였다. 수집된 참여 대상자의 데이터를 바탕으로 기준에 따라 포인트를 제공했다. 적립된 포인트는 Ponta(폰타) 포인트(일본의 대표적인 멤버십 포인트)나 지역·전국 상품권으로 교환하거나 기부할 수 있다.

〈표 4-2〉 스마트 웰니스 포인트 형태

| 구분 | 포인트 | 연간 최대 부여 포인트 |
|-----------------|------------------|--------------|
| 프로그램 등록 | 3,000 포인트(최초 등록) | 3,000 포인트 |
| 걷기 | 800 포인트/월 | 9,600 포인트 |
| 운동프로그램 참여 | 200 포인트/월 | 2,400 포인트 |
| 신체활동 6개월 유지 | 500 포인트/월 | 1,000 포인트 |
| 체지방 개선 | 1,000 포인트/월 | 4,000 포인트 |
| 건강검진 수검 | 1,000 포인트/월 | 1,000 포인트 |
| 건강검진 결과 향상 | 3,000 포인트/월 | 3,000 포인트 |
| 연간 최대 부여 가능 포인트 | | 24,000 포인트 |

자료: Shinya Kuno 교수 발표자료; 임준 외. (2016). 서울시 만성질환 예방 관리사업의 효율적 추진을 위한 개선방안. 서울특별시 서울의료원·가천대학교, p. 33에서 재인용

3) 효과

3년간 진행된 스마트 웰니스 포인트 제도는 네 가지 측면에서 긍정적인 효과가 나타났다(츠쿠바대학교, n.d.). 첫 번째, 건강에 관심이 없었던 참가자에게 건강증진 효과가 나타났다. 약 12,600명의 참가자 중 76%는 평소 규칙적인 운동을 하지 않거나, 운동에 관심이 없었다. 연구 결과, 참가자의 걸음 수는 평균 약 2,000보/일 증가하였고, 프로그램 첫 주 동안 하루 평균 6,473걸음에서 6개월 후 국가 신체활동 권장 걸음인 8,000걸음 이상으로 증가하였다. 이는 일시적인 증가가 아니었으며, 18개월 후에도 권장 걸음보다 높은 수준인 평균 8,647걸음을 유지한 것으로 나타났다. 두 번째, BMI 및 신진대사의 개선 효과를 가져왔다. 프로젝트 시작 전 BMI가 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 를 초과한 참가자 중 26%가 18개월 후 BMI가 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 미만으로 개선되었다. 또한 프로젝트 시작 전 대사증후군을 앓았거나, 앓을 가능성이 있던 참가자 중 35%는 건강이 개선되었고, 2년 후 건강검진에서 대사증후군이 아닌 것으로 진단을 받았다. 세 번째, 일부 참가 지역의 체력 수준이 향상되었다. Sanjo 지역의 프로그램 참여 이전 체력 나이는 65.0세로 실제 평균 나이였던 60.5세 보다 높게 측정되었는데, 프로그램 참여 이후 체력은 60.6세 수준으로 향상되었다. Date 지역에서도 참여 이전 체력 나이가 67세(실제 평균 나이 60.1세)에서 61.5세 수준으로 향상되었으며, Mitsuke 지역 또한 참여 이전 체력 나이가 65.6세(실제 평균 나이 57.5세)에서 60.7세로 향상되었다. 마지막으로, 의료비 절감 및 지역 경제에 긍정적인 효과가 나타났다. 프로그램 착수 후 일본 국민건강보험 회원을 대상으로 실시한 설문조사에 따르면, 프로그램 참여 6개 지역의 연간 총 의료비가 60대는 1인당 4만 3천 엔(약 384달러), 70대 이상은 1인당 9만 7천 엔(약 866달러)이 절감된 것으로 나타났다. 사업을 주도한 츠쿠바 대학교에 따르면, 프로그램 참여 초기에

는 참여자의 연간 의료비가 대조군보다 높았으나, 프로그램 이후 적게 나타났다으며, 참여 3년 이후부터 참여자의 연간 의료비(270,000엔)가 대조군(374,000엔)보다 104,000엔 적게 나타났다(츠쿠바대학교, n.d.).

지역 경제에 미치는 파급효과는 1억 2천만 엔(한화 약 12억 4천만 원)에 달하였으며, 전체 프로젝트의 순이익(의료비 총 감소+지역경제에 미치는 파급효과에서 연간 총 사업비 제외)은 약 4억 7천만 엔(한화 약 48억 5천만 원)으로 추정되었다. 스마트웰니스 시티 프로젝트가 종료되면서 웰니스 포인트 제도는 2017년 3월에 종료되었다. 종료 후에도 6개 참여 도시 중 5개 도시에서 자체 예산으로 프로젝트를 지속하였고, 다른 지자체에서도 자체적으로 프로그램을 시행하였다.

나. 일본 건강증진형 보험 프로그램 ‘Vitality’

1) 개요

일본의 많은 생명보험회사는 현재 건강증진형 보험을 중심으로 다양한 건강 지원 서비스와 보험상품을 연계하는 전략을 추진하고 있다. 이 중 대표적인 예는 ‘Vitality’ 건강프로그램이다. 이 프로그램은 세계 최대 생명보험사 중 하나인 ‘스미토모(Sumitomo)’에서 출시한 프로그램으로 보험가입자의 건강 상태 및 운동 현황에 점수를 부여하고 평가한다. 2019년 기준 약 30만 명이 가입하여 사용하고 있다(안재현, 2021.5.25.).

2) 주요 내용³⁾

Vitality 프로그램은 스마트폰 앱을 통해 서비스를 이용할 수 있다. 세부 프로그램은 <표 4-3>과 같으며, 행위별로 부여되는 보상 포인트가 상이하다. 포인트를 보상받는 방법은 온라인 평가의 경우 포털을 통해 평가를 시행할 수 있으며, 건강진단 및 검진은 완료 후 포털을 통해 필요한 사진을 업로드하여 증빙하면 된다. 걸음 수, 심박수 등 신체활동은 스마트폰 또는 웨어러블 기기를 통해 얻은 데이터를 업로드하여 증빙하며, 헬스클럽은 프로그램에서 지정하는 장소에 등록하면 된다.

<표 4-3> Vitality 프로그램 세부 내용

| 행위 종류 | | 점수 | 비고 |
|---------------|---------|-------------|---|
| 1단계. 건강 상태 알기 | | | |
| 온라인 평가 | 건강검진 | 750점 | 1년에 최대 3,000점까지 가능 |
| | 영양평가 | 750점 | |
| | 금연 | 750점 | |
| | 정신건강 평가 | 250점x3가지 유형 | |
| 건강진단 | BMI | 500점 | 1년에 최대 10,000점까지 가능(65세 이상은 12,500점까지) |
| | 혈압 | 500점 | |
| | 혈당 | 500점 | |
| | 콜레스테롤 | 500점 | |
| | 요단백 | 500점 | |

3) Sumitomo Life. (2018.7.19). Release of New Product, SUMITOMO LIFE Vitality Shared-Value Insurance that changes the future. <https://www.sumitomolife.co.jp/english/newsrelease/pdf/nr20180719.pdf>에서 2021.9.30. 인출.을 바탕으로 작성함.

| 행위 종류 | | 점수 | 비고 |
|--------------|----------------------------|------------|---------------------------|
| 건강검진 | 대장내시경(40세 이상) | 1,000점 | 1년에 최대 2,000점까지 가능 |
| | 암 검진(40세 이상) | 1,000점 | |
| | 위암 검진(40세 이상) | 1,000점 | |
| | 유방조영술(40세 이상) | 1,000점 | |
| | 자궁경부암(20세 이상) | 1,000점 | |
| | 폐렴구균 예방접종 (65세 이상) | 1,000점 | |
| 2단계. 건강 향상시킴 | | | |
| 신체활동* | 걸음 수 | 20~60점 | 걸음 수에 따라 점수 상이 |
| | 심박수 | 40~60점 | 운동시간+평균 심박수별로 점수 상이 |
| | 헬스클럽 방문 | 60점 | - |
| | 걷기, 조깅, 수영, 사이클, 트라이애슬론 | 100~2,000점 | km당 점수 상이 |

자료: Sumitomo Life(2018.7.19). Release of New Product, SUMITOMO LIFE Vitality Shared-Value Insurance that changes the future. p.8 재구성.

<https://www.sumitomolife.co.jp/english/newsrelease/pdf/nr20180719.pdf>에서 2021.9.30. 인출.

주: 신체활동의 경우 모든 활동을 합쳐서 1년에 최대 14,000포인트까지 제한됨.

〈표 4-4〉 Vitality 프로그램의 걸음 수에 따른 부여 점수

| 구분 | 걸음 수 | 점수 |
|--------|--------|-----|
| 65세 이하 | 8,000 | 20점 |
| | 10,000 | 40점 |
| | 12,000 | 60점 |
| 65세 이상 | 6,000 | 20점 |
| | 8,000 | 40점 |
| | 10,000 | 60점 |

자료: Sumitomo Life(2018.7.19). Release of New Product, SUMITOMO LIFE Vitality Shared-Value Insurance that changes the future. p.8 재구성.

<https://www.sumitomolife.co.jp/english/newsrelease/pdf/nr20180719.pdf>에서 2021.9.30. 인출.

〈표 4-5〉 Vitality 프로그램의 신체활동별 부여 점수

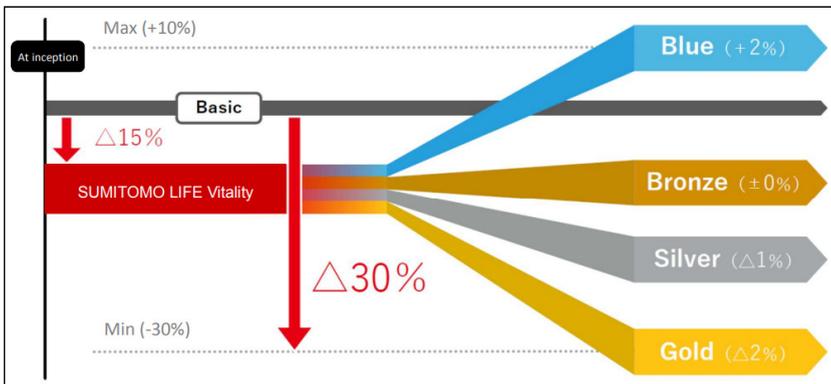
| 구분 | 100점 | 200점 | 600점 | 1,200점 | 2,000점 |
|--------|--------|-----------|------------|--------------|---------|
| 걷기 | 4~10km | 10~15km | 15~30km | 30~50km | 50km~ |
| 조깅 | - | 5~10km | 10~21km | 21~42.1km | 42.1km~ |
| 수영 | - | 0.6~2.5km | 2.5~5km | 5~8km | 8km~ |
| 사이클 | - | 15~25km | 25~50km | 50~100km | 100km~ |
| 트라이애슬론 | - | - | 14~25.75km | 25.75~51.5km | 51.5km~ |

자료: Sumitomo Life(2018.7.19). Release of New Product, SUMITOMO LIFE Vitality Shared-Value Insurance that changes the future. p.9 재구성.

<https://www.sumitomolife.co.jp/english/newsrelease/pdf/nr20180719.pdf>에서 2021.9.30. 인출.

운동 성과를 달성하여 1년간 누적된 총 포인트를 기준으로 보험가입자의 순위가 결정되는데, Blue(0점~12,000점), Bronze(12,000점 이상), Silver(20,000점 이상), Gold(24,000점 이상)로 나뉜다. 가입자는 순위에 따라 보험료를 최대 30%까지 할인받을 수 있다(그림 4-11 참조).

[그림 4-11] Vitality 순위별 보험료 혜택 범위



자료: Sumitomo Life(2018.7.19). Release of New Product, SUMITOMO LIFE Vitality Shared-Value Insurance that changes the future. p.7.

<https://www.sumitomolife.co.jp/english/newsrelease/pdf/nr20180719.pdf>에서 2021.9.30. 인출.

보험료 할인 외에도 가입자는 누적된 포인트를 활용하여 앱을 통해 프랜차이즈 카페 음료 또는 편의점 상품 교환권을 받을 수 있고, 각종 제휴 회사의 상품을 할인된 가격으로 구입할 수 있다.

3) 효과

2019년 가입자를 대상으로 한 설문조사 결과, 전체 가입자 중 93%가 프로그램 참여 이전보다 건강을 의식하게 되었으며, 84%는 삶의 질이 높아졌다고 의식하는 것으로 나타났다. 건강증진 측면에서는 가입자의 하루 걸음 수가 약 17% 증가하였고, 전체 가입자의 94%는 혈압이 10mmHg 감소했다(Vitality 홈페이지, n.d.).

2. 독일

독일은 1989년 치과 정기검진자 본인 부담 인하 목적으로 인센티브제를 도입하였으며, 사회보장법(Sozialgesetzbuch V) 제5장 제65조 '건강 인식 행동을 위한 인센티브'에 근거하여 인센티브를 제공하고 있다. 인센티브의 도입 목적은 증가하는 만성질환의 예방 및 관리를 위한 개인 행태 변화 유도, 의료자원 활용의 극대화 추구(적정 의료 이용 유도), 질병 조합 간 경쟁 강화(피보험자의 보험자 선택) 등이다(김진수, 신영석, 황도경, 김경하, 2011). 독일의 보험사는 가입자에게 보너스 프로그램을 제공하는데, Barmer 질병 금고의 보너스 프로그램과 TK(Die Techniker Krankenkasse) 보너스 프로그램이 대표적이다.

【독일 사회보장법(제5장 제65조) ① 건강 인식 행위를 위한 인센티브】

- 질병금고는 건강증진, 예방, 검진 프로그램에 참여할 경우 '보너스'를 제공할 수 있다.
- 보너스 기금은 질병금고 보험료가 아닌 증진, 검진, 예방 프로그램 참여를 통해 발생한 수익을 통해 조성된다.
- 각 금고는 적어도 매 3년마다 프로그램 운영실적을 통해 적립된 기금계정을 보고해야 한다. 그리고 기금이 조성된 이후에 보너스 지급이 가능하다.

자료: 독일 사회보장법(제5장 제65조); 김진수, 신영석, 황도경, 김경하. (2011). 보건의료분야 인센티브제도 도입방안. 보건복지부·한국보건사회연구원. p.83에서 재인용

가. Barmer 질병 금고의 보너스 프로그램

1) 개요

독일 질병 금고 중 가장 큰 부류에 속하는 Barmer 질병 금고의 보너스 프로그램은 건강증진, 예방, 검진 프로그램에 참여한 가입자를 위해 보너스(현금, 현물, 보험료 감면)를 제공하는 프로그램이다. 프로그램 대상자는 아동(~12세), 청소년(13~17세), 성인(18세 이상)으로 구분되며, 15세 미만의 청소년은 법적 보호자의 추가 동의가 필요하다.

2) 주요 내용

Barmer 보너스 프로그램은 Barmer 앱을 통해 참여하거나, 종이 형태의 참여 신청서를 제출하여 프로그램 참여를 확인하는 고전적 방법으로 참여할 수 있다. 프로그램에서는 행위별로 보너스 포인트가 제공되는데, 당국이 지정한 권위자(의사 또는 프로그램 진행자)가 프로그램에 참여한 가입자에게 해당 포인트를 제공하는 방식이다(김진수 외 2011, p. 84). 보너스 프로그램은 예방 및 건강증진 분야와 조기 감지 및 예방 영역으로 구분되며, 대상자(성인, 청소년, 아동)별, 행동별로 부여되는 보상 포인트가 상이하다.

〈표 4-6〉 독일 Barmer 보너스 프로그램의 행동별 보상 점수 - 성인

| 행동 종류 | 설명 | 보상 점수 |
|----------------------|--|-------|
| 예방 및 건강증진 분야 | | |
| 스포츠 동아리 | 축구, 핸드볼, 수영, 춤, 하이킹 등 활동에 대해 1년에 1회 보상 | 200점 |
| 피트니스 센터 | 정기적인 피트니스 센터 방문 | 200점 |
| 운동 코스 | 심혈관훈련, 노르딕 워킹, 아쿠아 피트니스 등 | 150점 |
| 휴식 코스 | 스트레스에 대처하는 특별 코스 참여 | 150점 |
| 영양 코스 | 개별 영양상담, 필수 영양소 및 다양한 식사법 교육 프로그램 | 150점 |
| 금연 코스 | 금연 프로그램 참여 | 150점 |
| 금연 상태 | 의사로부터 6개월 동안 흡연하지 않았음을 증명받음. | 150점 |
| 스포츠 성적 증명 | 스포츠 배지, 수영협회, 인명 구조협회, 사이클리스트 협회, 체조 연맹, 하이킹 배지 등 1년에 1회 각 협회 성과 인증서 인정 | 200점 |
| 체질량지수(BMI) | 체질량지수가 18.5~25kg/m ² 인 경우 | 150점 |
| 혈압 | 수축기 140mmHg, 이완기 90mmHg 미만 | 150점 |
| 조기 감지 및 예방 영역 | | |
| 조기 암 발견 | 20세 이상 여성: 1년에 1회 자궁암 검진 30세 이상 여성: 매년 유방 검사 45세 이상 남성: 1년에 1회 전립선암, 생식기암 검진 | 150점 |
| 유방 조영술 검사 | 50세~69세 여성: 조기 유방암 진단을 위한 유방 조영술(2년 마다) | 150점 |
| 결합된 조기암 발견 | 1년에 1회 검사 | 150점 |
| 임상 검사 | 1년에 1회 검사 | 150점 |
| 대장암 검진 | 50세부터 검진 가능 | 150점 |
| 대변 검사 | 대장암 조기 발견을 위한 검사(2년마다) | 150점 |
| 대장내시경 | 10년마다 2회의 대장 내시경 검사 | 150점 |
| 건강검진 | - | 150점 |
| 피부암 조기진단 | 2년마다 검진 | 150점 |
| 예방접종 | 여러 차례 예방접종을 할 경우 1년에 1회 보너스 보상 | 150점 |
| 임신 및 출산관리 | 1년에 2회 검사 | 150점 |
| 치과진료 | 1년에 2회 보너스 보상 | 150점 |
| 스케일링 | - | 150점 |

자료: Barmer (2021). Für diese Maßnahmen erhalten Sie Bonuspunkte(보너스 프로그램 소개). <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/bonusprogramm/massnahmenkatalog> /massnahmenkatalog-198048에서 2021.6.17.인출.을 바탕으로 작성함.

〈표 4-7〉 독일 Barmer 보너스 프로그램의 행동별 보상 점수 - 청소년

| 행동 종류 | 설명 | 보상 점수 |
|----------------------|--|-------|
| 예방 및 건강증진 분야 | | |
| 스포츠 동아리 | 축구, 핸드볼, 수영, 춤, 하이킹 등 활동에 대해 1년에 1번 보상 | 250점 |
| 피트니스 센터 | 정기적인 피트니스 센터 방문 | 250점 |
| 스포츠 성적 증명 | 스포츠 배지, 수영협회, 사이클리스트 협회, 체조연맹 등 1년에 한 번 각 협회 성과 인증서 인정 | 250점 |
| 조기 감지 및 예방 영역 | | |
| 예방접종 | 여러 차례 예방접종을 할 경우 1년에 한 번 보너스 보상 | 250점 |
| 청소년 건강검진 | 12~14세 사이의 청소년 건강검진 | 250점 |
| 치과검진 | 6개월에 1회씩 치과검진 | 250점 |
| 스케일링 | | 250점 |
| 피부암 검진 | 2년마다 검진 | 250점 |

자료: Barmer (2021). Für diese Maßnahmen erhalten Sie Bonuspunkte(보너스 프로그램 소개). <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/bonusprogramm/massnahmenkatalog/massnahmenkatalog-198048>에서 2021.6.17.인출.을 바탕으로 작성함.

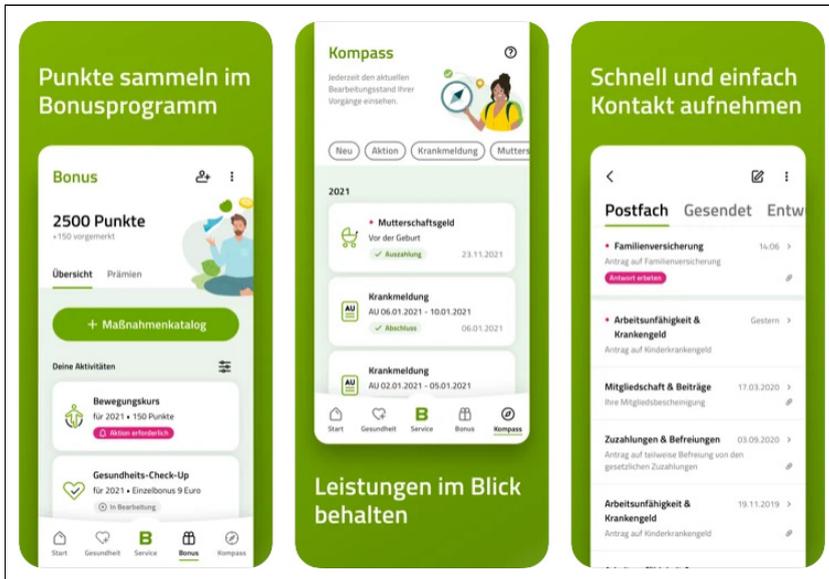
〈표 4-8〉 독일 Barmer 보너스 프로그램의 행동별 보상 점수 - 아동

| 행동 종류 | 설명 | 보상 점수 |
|----------------------|---|-------|
| 예방 및 건강증진 분야 | | |
| 스포츠 동아리 | 축구, 핸드볼, 수영, 춤, 하이킹 등 활동에 대해 1년에 1회 보상 | 250점 |
| 스포츠 성적 증명 | 스포츠 배지, 수영협회, 사이클리스트 협회, 체조연맹 등 1년에 1회 각 협회 성과 인증서 인정 | 250점 |
| 조기 감지 및 예방 영역 | | |
| 예방접종 | 여러 차례 예방접종을 할 경우 1년에 1회 보너스 보상 | 250점 |
| 아동검진 | 의사에게 아동검진(신생아검사, 발달검사, 신경검사 등)을 받을 때마다 보상 | 250점 |
| 청소년 건강검진 | 12~14세 사이의 청소년 건강검진 | 250점 |
| 치과검진 | 6개월에 1회씩 치과 검진 | 250점 |
| 스케일링 | - | 250점 |
| 시력검사 | - | |
| 피부암 검진 | 2년마다 검진 | 250점 |

자료: Barmer (2021). Für diese Maßnahmen erhalten Sie Bonuspunkte(보너스 프로그램 소개). <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/bonusprogramm/massnahmenkatalog/massnahmenkatalog-198048>에서 2021.6.17.인출.을 바탕으로 작성함.

프로그램 참여 후 Barmer 앱의 사진 업로드 기능을 이용하여 프로그램에 참여한 증빙 자료(이용자 정보, 참여 날짜, 프로그램 제공 업체 정보, 증명서, 필요시 업체 서명 등)를 업로드하여 포인트를 받을 수 있다. 포인트는 적립 후 3년 동안 유효하다. 2년간 500포인트 또는 그 이상의 포인트를 얻었을 경우 특정 현물이나 현금으로 교환할 수 있다. 현물은 가방, 자전거, 헬멧, 스포츠 시계, 운동기구 등이 있다(Schmidt, Gerber, & Stock, 2009). 현금은 개인은 연간 30유로, 가족 단위는 120유로까지 교환할 수 있다(김진수 외 2011, p. 84). 아동의 경우 부모 계정에 '가족 보험 자녀 추가'를 활용하여 계정을 추가하여 관리할 수 있고, 15세 이상부터는 자신의 Barmer 계정을 가질 수 있어 독립적인 포인트 적립 및 사용할 수 있다(Barmer-App 홈페이지, n.d.).

[그림 4-12] 독일 Barmer 보너스 프로그램 스마트폰 앱 화면



자료: Barmer-App (n.d.). <https://apps.apple.com/de/app/barmer-service/id956752981>에서 2021.12.27. 인출.

나. TK (Die Techniker Krankenkasse) 보너스 프로그램

1) 개요

독일의 공공건강보험 회사 중 하나인 TK사에서 제공하는 TK 보너스 프로그램은 특정 건강증진 프로그램에 참여한 가입자에게 보너스(현금, 현물)를 제공하는 프로그램이다. TK 보험가입자 누구나 참여 가능하며, 15세 미만 아동의 경우 부모 또는 법적 보호자가 등록해야 한다.

2) 주요 내용

TK 보너스 프로그램은 Barmer 보너스 프로그램과 유사하다. 각 건강 행동 프로그램에 참여한 가입자에게 포인트를 제공하는 방식이며, 행동별로 부여되는 보너스 점수가 다르다.

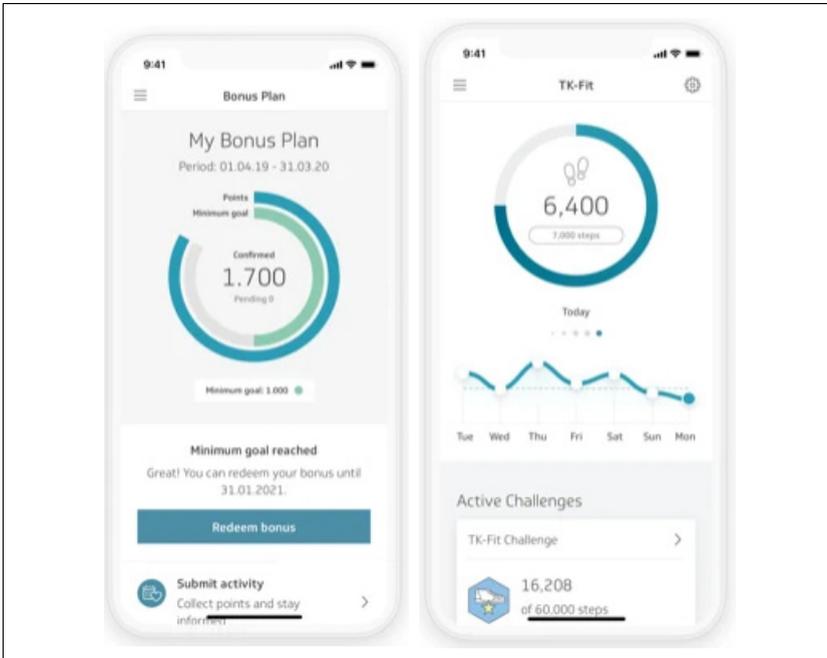
〈표 4-9〉 독일 TK 보너스 프로그램에서의 행동별 보상점수(성인 기준)

| 행동 종류 | 보상 점수 |
|-----------------------------|--------|
| 조기 암 검진 | 200점 |
| 피부암 검진 | 200점 |
| 건강검진 | 200점 |
| 치과검진 | 200점 |
| 산전관리 | 200점 |
| 운동, 영양, 체중 관리, 약물남용 등 건강 코스 | 각 400점 |
| 산후 운동 수업 | 400점 |
| 백신 접종 | 400점 |
| 스포츠클럽, 피트니스 회원 | 500점 |
| 독일 스포츠 배지(badge) 획득 | 500점 |
| 스포츠 적극적 참여 이벤트 | 500점 |
| TK 건강 코칭 온라인 참여(최대 2회) | 각 500점 |

자료: Die Techniker(2017). TK Bonus Plan. <https://www.tk.de/resource/blob/2066014/c68f8b033bd9b55466d55a39fc29ccb1/tk-bonusprogramm-englisch-data.pdf>에서 2021.5.27. 인출.

포인트는 TK 보너스 프로그램 자체 앱을 통해 관리할 수 있다. 참여자는 앱을 통해 프로그램에 참여한 증빙 자료(사진)를 업로드하여 포인트를 얻는다. 포인트 적립 한도는 없으며, 참여자는 포인트를 활용하여 현금 또는 현물 중 선택하여 받을 수 있다. 현금 교환의 경우 1,000포인트는 30유로, 100포인트는 2.5유로로 계산되며, 현물 교환의 경우 현금의 두 배로 인정된다. 보너스 포인트는 1년간 누적하여 모을 수 있으며, 적립 이후 3개월 동안 사용할 수 있다. Barmer 프로그램의 포인트는 적립 이후 3년 동안 사용 가능한 것에 비해 TK 보너스 사용 기간은 비교적 짧은 편이다(TKARE, 2021.2.3.).

[그림 4-13] TK 보너스 프로그램 스마트폰 앱 화면



자료: TK-App. (n.d.). <https://coredp.com/tk-app/#download>에서 2021.12.27. 인출.

다. 효과

2003년부터 2008년까지 독일 건강 보험사 보너스 프로그램이 건강 예방 효과 및 건강 관리 비용에 미치는 영향을 조사한 결과, 프로그램은 개인의 건강 예방 효과를 높이고, 의료비 지출 순 절감을 달성하는 것에 성공적인 것으로 나타났다. 그러나 의료비 지출에 대한 효과는 시행 첫해에만 통계적으로 유의미하였고, 2~4년 차에 대한 효과는 미미했다 (Augurzky, Reichert, & Schmidt, 2012). Schmidt et al.(2009)은 프로그램으로 인해 단기적으로 의료비 절감 효과가 나타났지만, 전반적인 의료비용을 절감할 수 있는지는 밝혀지지 않았다고 보고했다.

3. 캐나다

가. 캐롯 리워드(Carrot Rewards)

1) 개요

캐나다의 캐롯 리워드(Carrot Rewards)는 ‘Social Change Rewards’라는 벤처기업에서 개발한 무료 앱으로 걷기 및 건강교육 관련 퀴즈 또는 설문조사에 참여하면 포인트를 제공한다. 캐롯 리워드는 2016년 브리티시 컬럼비아(British Columbia) 주에서 250만 달러를 투자하고, 연방정부가 500만 달러를 기부하면서 시작되었으며, 브리티시 컬럼비아 주를 시작으로 온타리오, 뉴펀들랜드, 래브라도, 노스웨스트 주 전역에서 약 110만 명이 참여하였다(CBC News, 2020.1.6.).

2018년 11월, 앱에 선택적 유료 등급이 추가되면서 일정 목표 달성 시 보너스 포인트를 추가로 받을 수 있게 되었으나, 2019년 6월 회사 자금

부족 문제로 캐롯 리워드 사용이 중지되었다. 이후 2020년 1월 Optimity라는 회사가 캐롯 리워드를 인수하면서 'Optimity: Health & Rewards'란 이름으로 프로그램 운영이 재개되었다.

2) 주요 내용

캐롯 리워드 프로그램은 앱 다운로드를 통해 누구나 무료로 참여할 수 있다. 캐롯 리워드는 건강한 행동을 실천하는 사용자에게 포인트(보상)를 제공하는 세계 최초의 공개 참여 플랫폼이다. 포인트 적립 방법은 캐롯 리워드 앱을 통한 걷기 활동과 정기적인 건강 퀴즈나 설문조사에 참여하는 방식으로 할 수 있다. 걷기에 참여하는 경우 사용자는 며칠간 연속적인 걸음 기록을 유지해야 하고, 걸음 수 목표 달성 정도에 따라 더 많은 포인트를 받을 수 있다. 이외에도 친구 추천을 통해 친구가 앱에 참여하는 경우 1명 추천 당 약 \$1.25 포인트를 얻을 수 있으며, 'Step-together Challenge'를 통해 7일 동안 사용자와 친구가 함께 걸음 수 목표를 달성하면 더 많은 포인트를 보상받을 수 있다. 적립된 포인트는 캐나다 국민이 선호하는 네 가지 종류의 상업 포인트(항공마일리지, 주유 포인트, 호텔 포인트, 영화 포인트) 중 선호하는 형태로 사용할 수 있으며, 이는 소비자 맞춤형 인센티브를 제공한다는 점에 의의가 있다(질병관리청, 2016).

한편 2020년에 Optimity 회사를 통해 재출시된 'Optimity: Health & Rewards' 프로그램은 이전 캐롯 리워드처럼 걸음 수 추적, 퀴즈나 설문조사 참여 등을 통해 포인트를 받을 수 있다. 포인트 사용 방법이 추가되어, 이전의 네 가지 종류의 포인트로 받는 방식과 더불어 기간 한정 기프트 카드로 교환을 받거나, 가격이 있는 상품에 대한 추첨에 참여하는 용도로도 사용할 수 있다. 이외에도 운동, 스트레칭, 명상 등 짧은 시간 내 완료할 수 있는 운동 영상 제공, 친구나 가족들과 경쟁하며 건강생활

에 동기를 부여할 수 있는 커뮤니티 서비스도 있다(Echakowitz, 2020).

3) 효과

캐롯 리워드 측은 2021년 8월, 사용자들이 참여 후 6개월 동안 평소보다 20% 더 많이 걸었고, 2,500만 건의 건강 관련 퀴즈 및 설문조사를 완료했다고 밝혔다. 참여자가 총 약 15억 포인트를 획득했는데, 이는 영화표 60만 장의 가치를 지닌다(Cision News, 2018.8.21.).

Pearson et al.(2020)은 캐롯 리워드 사용자 61,170명을 대상으로 그룹 기반의 재정적 인센티브 지급 시 걸음 수 변화에 대한 사례 연구를 수행하였다. 이를 위해 캐롯 리워드 서비스 중 친구로 등록된 사용자와 함께 목표 걸음 수를 달성하면 포인트를 더 많이 보상받을 수 있는 ‘Step together challenge’의 효과를 평가했다. 연구 결과, 그룹 기반의 재정적 인센티브를 추가하면 참여자의 걸음 수가 증가하는 것으로 나타났다. 구체적으로 24주간의 기간 동안 그룹 기반의 재정적 인센티브를 받은 참여자와 대조군(개인 참여자)의 하루 걸음 수 차이는 평균 537걸음이었고, 주당 걸음 수 차이는 평균 3,759걸음이었다. 연구에서는 이러한 결과가 개인이 독립적인 결정을 내리는 대신 다른 사람의 행동을 따르는 경향을 설명하는 행동경제학 이론 중 ‘군집 행동’에 기인하는 것으로 해석했다 (Pearson et al., 2020).

4. 미국

가. 메디케이드 수급자 대상 건강인센티브

1) 개요

메디케이드(Medicaid)는 미국의 저소득층을 위한 의료보장 프로그램이다. 일부 주(州)는 메디케이드 수급자를 대상으로 건강행동 및 예방적 의료서비스 참여에 재정적 인센티브를 제공하는 프로그램을 시행하고 있다. 인센티브 프로그램은 메디케이드 수급자의 건강 향상과 보건의료비용 절감을 위해 도입되었다. 인센티브 프로그램의 대상 건강행동은 주로 금연과 비만 예방이며, 인센티브의 규모 및 제공 시점 등 설계 방식은 주마다 다르다.

2) 주요 내용⁴⁾

메디케이드 수급자를 대상으로 하는 건강행동 인센티브는 여러 주에서 다양한 건강 상태와 다양한 인구집단을 대상으로 시행되고 있다. 전통적인 메디케이드 규정상 건강행동에 대한 재정적 인센티브를 제공하는 것을 허용하지 않았으므로, 주 정부는 연구비 프로그램(grant programs), MCO contracts(계약), 1115 waivers(면제)와 같은 다양한 정책 매커니즘을 통해 프로그램을 시행해왔다. 이러한 매커니즘은 법·제도, 건강 관

4) Saunders, R., Vulimiri, M., Japinga, M., Bleser, W., & Wong, C. (2018). Are carrots good for your health? Current evidence on health behavior incentives in the Medicaid program. Duke Margolis Center for Health Policy. https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/2019-11/duke_healthybehaviorincentives_6.1.pdf에서 2021.6.16. 인출을 바탕으로 작성함.

리 추이 등으로 인해 시간이 지남에 따라 변화되어왔다.

2012년 이전의 초기 인센티브 프로그램에서는 일부 4개 주(플로리다, 인디애나, 웨스트 버지니아, 위스콘신)에서 전체 수급자 집단 또는 아동을 대상으로 한 일회성의 예방적 의료서비스(아동 검진, 진단검사, 백신)와 간헐적 행동(만성질환, 금연, 체중 감량)에 대한 인센티브를 지급하였다. 제공한 인센티브는 건강제품, 건강 서비스 이용 포인트, 바우처 등이었다.

이후 오바마케어로 불리는 Affordable Care Act에 따라 2012년~2017년까지 만성질환 예방을 위한 연방 메디케이드 인센티브(MIPCD, Medicaid Incentives for the Prevention of Chronic Diseases) 프로그램이 시행되었다. 프로그램은 10개 주로 확대되었고, 특정 건강 상태나 건강 위험을 가진 메디케이드 수급자를 대상으로 만성질환과 관련된 건강행동(금연, 당뇨 예방 및 관리, 체중 감량)에 대한 인센티브를 지급하였다. 초기 인센티브 프로그램에서 지급하던 바우처나 포인트에서 현금, 기프트카드, 교통수단 등 제공하는 인센티브의 유형이 확대되었다.

2014년에는 일부 주에서 1115 Waiver 프로그램이 시행되었는데, 모든 수급자 또는 메디케이드 확장(Medicaid expansion) 해당자를 대상으로 일회성 예방적 행동과 만성질환 관련 장기적 행동에 대한 혼합된 형태의 인센티브를 제공하였다. HSA(health saving account) 보조, 본인 부담금 인하, 기프트카드를 인센티브로 제공하였다. 이 프로그램의 특징으로는 건강행동을 하지 않았을 경우 본인부담금 부여, 서비스 이용 제한 등의 페널티가 있었다. Medicaid Managed Care Organizations (MCOs)는 MCOs 회원 또는 특정 집단(임신부, 아동)을 대상으로 일회성의 예방적 의료서비스(산전 관리, 정기검진, 암 또는 당뇨 검진, 백신)와 간헐적 건강행동(금연, 건강행동 관련 기관 방문, 치과 이용 등)에 대한 인센티브를 지급하였다.

〈표 4-10〉 미국 메디케이드 수급자 대상 건강인센티브 사례

| 수행 체계 | 대상 건강행동 | 인센티브 유형 | 대상 집단 |
|--|---|--|------------------------------------|
| 초기 인센티브 프로그램 (2012년 이전) | 상시: 일회성의 예방적 의료서비스(예: 아동 검진, 진단검사, 백신) 간헐적: 만성질환, 금연, 체중 감량 | 건강제품이나 서비스를 위해 이용할 수 있는 포인트 또는 바우처 | 전체 수급자 집단 또는 일부(예: 아동) |
| MIPCD(Medicaid Incentives for the Prevention of Chronic Diseases) grant program (2012-2017) | 만성질환 관련 행동(예: 금연, 당뇨 예방, 관리, 체중 감량) | 기프트카드, 현금, 바우처, 교통수단, 동료 지도 | 특정 건강 상태나 건강위험요인을 가진 모든 메디케이드 수급자 |
| 1115 Waiver Program(2014~) | 일회성 예방적 행동, 만성질환 관련 장기적인 행동 | HSA(health saving account) 보조, 본인부담금 인하, 기프트카드, 페널티(본인 부담금, 서비스 이용 제한) | 모든 수급자 또는 Medicaid expansion 해당자 |
| Medicaid Managed Care Organizations (MCOs) | 상시: 일회성의 예방적 의료서비스(예: 산전관리, 정기검진, 암/당뇨 검진, 백신 접종) 간헐적: 금연, 건강행동 관련 방문, 치과 방문 | 기프트카드, 경품 | MCOs의 모든 회원 또는 특정 인구집단(예: 임신부, 아동) |

자료: Saunders, R., Vulimiri, M., Japinga, M., Bleser, W., & Wong, C. (2018). Are carrots good for your health? Current evidence on health behavior incentives in the Medicaid program. Duke Margolis Center for Health Policy. https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/2019-11/duke_healthybehaviorincentives_6.1.pdf에서 2021.6.17. 인출.

메디케이드 수혜자를 대상으로 한 건강행동 인센티브 프로그램은 주로 임신 관리방문, 일차의료 방문, 만성질환 관리, 건강검진, 건강행동 또는 약물 남용 관리, 금연, 백신 접종, 치과 방문에 대해 인센티브를 제공한다. 제공하는 인센티브의 형태는 기프트카드 또는 바우처, 경품, 본인부담금 보조, 사회적 지원 및 서비스인데, 이중에서 기프트카드와 바우처가

가장 일반적인 보상형태이다. 일부 프로그램은 건강행동을 수행하지 않는 데에 대한 페널티가 있는 경우도 있다.

3) 효과

Huf et al.(2018)은 메디케이드 수혜자 대상 건강행동 프로그램 도입이 인구집단 수준에서 건강행동, 특히 금연, 흡연, 체질량 지수의 변화를 나타냈는지 평가하였다. 2011년부터 2016년까지 442,089명의 저소득층과 676,883명의 고등학교 교육 이하인 개인 데이터를 기반으로 한 코호트 연구⁵⁾에서, 두 그룹 모두 메디케이드 인센티브 프로그램의 시행 첫 2년 동안 금연 또는 체중감소와 같은 건강행동이 크게 개선되지 않은 것으로 나타났다. Nelson, Sommers, Singer, Arntson, & Tipirnen(2020)은 건강행동에 인센티브를 제공하는 프로그램(HBI)과 인센티브 프로그램을 도입하지 않은 전통적인 메디케이드 확장(TE, traditional expansion)이 저소득층의 건강보장, 접근, 건강 평가 결과와 어떠한 관련이 있는지 조사하였다. 이를 위해 2011년부터 2017년까지 저소득층 737,612명을 대상으로 해당 주의 데이터를 분석한 결과, 건강행동 인센티브 및 TE를 시행하는 주에서는 비 확장 주와 비교하였을 때, 보험(메디케이드 포함) 미가입자가 감소하고, 메디케이드 가입자가 증가하였다. 또한 두 유형(HBI, TE) 모두 개인 주치의 선정 및 유방조영술 비용 증가와 관련이 있었다. 건강검진은 TE보다 인센티브 프로그램 대상자에게서 더 많이 증가하였고, 그 외 다른 건강행동 변화는 큰 차이가 없는 것으로 나타났다.

5) 메디케이드 수혜자를 대상으로 한 연구가 아니라 메디케이드 수혜자와 유사한 특성일 가진 코호트를 대상으로 한 연구 결과임을 유의해야 함.

나. SNAP의 건강인센티브 프로그램(The Healthy Incentives Program)

1) 개요

보충적 영양지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)은 과거 푸드 스탬프(Food Stamp)라고 불린, 저소득층의 식생활을 지원하는 미국의 대표적인 공적 부조 프로그램이다. SNAP은 지원 대상자에게 매달 식품을 구매할 수 있는 일정 금액을 직불카드의 형태인 전자카드(EBT: Electronic Benefit Transfer)로 제공한다. 일부 주는 SNAP EBT 카드로 과일이나 채소를 구매하면, 구매 금액 1달러당 0.3~1달러까지 돌려주는 건강인센티브 프로그램(HIP, The Healthy Incentives Program)을 운영하고 있다. SNAP 인센티브 프로그램은 재정적 인센티브 제공을 통해 SNAP 참여자의 파머스마켓(Farmer's Markets) 이용을 독려하는 것을 목적으로 한다.

2) 주요 내용⁶⁾

지정된 마켓에서 과일과 채소를 구매하면 EBT 카드에 환급 금액이 즉시 지급되며, SNAP 사용처에서 해당 잔액을 쓸 수 있다. 인센티브 프로그램을 통해 환급받을 수 있는 금액은 가구원이 1~2인일 경우 한 달에 최대 40달러, 3~5인은 최대 60달러, 6인 이상이면 최대 80달러이다.

파머스마켓(농산물 직거래 시장), 모바일 파머스마켓, 농장 앞의 가판대, 공동체 지원 농업 팜 셰어 프로그램(Community Supported Agriculture farm share programs)에서 과일, 채소를 구입하면 인센

6) The Food Bank of Western Mass. (n.d). What's the Healthy Incentives Program? <https://www.foodbankwma.org/hip/>에서 2021.6.16.인출.을 바탕으로 작성함.

티브를 받을 수 있다. 일반 식료품점에서 구매하는 식품은 인센티브 대상이 아니다. 또한 모든 파머스 마켓이 해당 프로그램에 참여하지 않기 때문에 'HIP' 로고가 부착된 마켓에서만 인센티브를 받을 수 있는 과일과 채소를 구입할 수 있다. EBT 카드에 지급된 환급받은 인센티브는 SNAP을 사용할 수 있는 일반 식료품점이나 기타 상점에서 사용할 수 있다.

단, 구매가능한 모든 과일과 채소가 인센티브 대상은 아니다. 신선식품, 통조림, 건조 및 냉동된 과일과 채소 종류에 한정하여 구입 시에 인센티브를 받을 수 있고, 설탕이나 소금, 지방 또는 오일이 첨가된 종류(주스류, 장식용 과일 및 채소, 건조 향신료 등)는 인센티브가 제한된다.

3) 효과

SNAP 건강인센티브 클러스터 평가 보고서(2013)에 따르면, SNAP 인센티브는 저소득 지역사회의 건강한 식생활을 크게 향상시키고, 지역 경제를 강화하는 것으로 나타났다. SNAP 수혜자가 지역 인근에서 재배한 과일과 채소를 구매하는 비율이 증가했으며, 인센티브 프로그램이 대상자의 건강한 식습관 실천을 크게 향상시키는 것으로 나타났다. 또한 건강 식품 구매에 대해 직접적으로 SNAP 달러를 지원함으로써, SNAP 인센티브의 제공을 통해 지역 경제활동에서 430만 달러 이상이 창출되었고, 지역 내 최대 47개의 일자리가 창출된 것으로 보고되었다(Community Science, 2013, p. 25).

제3절 소결

이 장은 국내외에서 시행하고 있는 건강인센티브 프로그램의 현황을 살펴보았다. 국내 공공 부문의 건강인센티브 프로그램은 주로 금연, 걷기를 실천하거나 설정한 미션(교육 참여, 식사일기 등록 등)을 달성하는 경우에 인센티브를 제공했다. 일부는 지속적인 프로그램이 아닌 일회성 이벤트로 운영되는 경우도 있었다. 공공 부문 건강인센티브 프로그램의 효과에 대한 평가 결과가 많이 보고되어 있지 않아 기존의 건강인센티브 프로그램이 대상자의 건강행동 실천, 유지, 건강결과 개선, 나아가 장기적으로 좋은 건강 상태의 유지와 의료비 절감에 어떠한 영향을 미치는지 알 수 없었다.

민간 영역에서는 민간보험사와 개별 리워드 앱이 건강인센티브 프로그램을 운영하고 있다. 민간보험사의 건강인센티브는 주로 보험가입자의 걷기, 신체활동 실천과 건강한 상태의 유지(비만이 아닌 상태, 정상혈압 유지 등)에 대해 보험료 할인을 제공한다. 민간보험사는 보험가입자의 건강 상태 유지가 회사의 이익과 연결되므로, 향후 건강증진형 보험상품의 출시가 증가할 것으로 예상된다. 그러나 이러한 건강증진형 보험상품은 건강행동을 수행하지 않는 사람에 대한 보험료 인상으로 이용될 가능성도 있을 것이다. 또한 건강증진형 프로그램의 가입자의 건강행동 기록이 보험사에 누적되었을 경우, 향후 가입자의 질병 발생 시 개인의 책임으로 전가하여 보험금을 삭감하는 사례가 없도록 모니터링이 필요할 것이다. 이와 함께 건강행동의 수행이 아닌 이미 건강한 사람(건강체)의 건강한 상태에 대해 혜택을 제공하는 것은 건강행동의 유도보다는 여러 이유로 건강하지 못한 상태에 있는 사람을 차별하는 결과를 초래할 우려가 있다.

민간 영역에서 운영하는 건강인센티브 프로그램이 건강하지 않은 사람

에 대한 차별을 유도할 가능성이 있는지를 검토하고, 과도한 차별을 유도하지 않도록 하는 방안에 대한 고려가 필요할 것이다. 또한 민간보험사의 사례에서 나타날 우려가 있는 건강인센티브 프로그램으로 인해 건강하지 않은 사람에 대한 잠재적인 차별이 공공 부문의 건강인센티브 프로그램에서도 나타날 가능성이 있는지에 대한 검토도 필요할 것이다.

건강행동에 인센티브를 제공하는 리워드 앱은 주로 걷기를 포함한 신체활동을 대상으로 하고 있다. 다른 건강행동에 비해 신체활동의 측정이 상대적으로 쉬우므로 주로 신체활동 수행에 대해 인센티브를 제공하는 것으로 보인다. 그러나 신체활동의 측정도 여전히 정확성의 문제가 있으며, 일부 사용자는 인센티브를 받기 위해 부정확한 방법으로 신체 활동량을 증가시키는 경우가 있는 것으로 알려져 있다. 본문에서 사례로 든 인공지능 기반 센서를 이용하여 신체 활동량을 측정하는 방법 등 신기술을 활용하여 더 정확하게 활동량을 측정하는 방안의 마련이 필요할 것이다.

외국은 민간과 공공에서 다양한 건강인센티브 프로그램을 운영하는 것으로 나타났다. 외국 사례도 주로 신체활동에 인센티브를 제공하고 있지만 걷기 위주가 아닌 보다 다양한 신체활동 참여에 인센티브를 제공하며, 특히 독일의 인센티브 프로그램은 스포츠 참여를 장려한다. 또한 운동 실천의 과정(등록, 참여, 유지 등)과 실천의 정도(걸음 수, 운동 거리 등)에 따라 인센티브의 가치를 다양하게 설계하는 등, 신체활동을 세분화하여 인센티브를 지급하고 있다. 이외에도 건강검진과 백신 접종을 포함한 예방적 의료서비스의 이용, 금연, 체중관리, 식생활, 건강 상태 평가 등 국내 건강인센티브 프로그램보다 다양한 종류의 건강행동에 보상하고 있다. 외국에서 인센티브의 대상으로 포함한 다양한 건강행동을 국내 건강인센티브 프로그램의 대상으로 고려할 수 있을 것이다.

외국에서 운영한 일부 건강인센티브 프로그램은 건강행동 증진에 효과

가 있는 것으로 나타났으나 일부는 효과가 불분명한 것으로 나타났다. 건강인센티브 프로그램의 효과평가는 참여자만을 대상으로 하지 않고, 참여자와 유사한 특성을 가진 대조군과 비교하기도 하였으며, 인센티브 프로그램이 건강행동 수행뿐만 아니라 건강 상태와 의료서비스 이용의 변화, 지역 경제에 미치는 효과를 측정하는 등 다양한 방식으로 수행되었다. 이는 건강인센티브 프로그램의 효과에 관한 평가를 계획할 때, 프로그램의 직접적인 산출물(건강행동 수행)에 대한 효과와 함께 결과(건강 상태)와 간접적 효과(지역경제에 미치는 영향)까지 고려할 필요가 있음을 보여준다.

외국의 일부 건강인센티브 프로그램은 자금 문제, 또는 정부 지원 중단 후 운영이 중단되는 경우도 있었다. 건강인센티브 프로그램의 지속적인 운영을 위해서는 효과평가를 통해 비용 대비 효과를 파악할 필요가 있으며, 이를 토대로 자원의 마련이 필요할 것이다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제5장

건강인센티브에 대한 인식

제1절 국민 인식 조사

제2절 전문가 조사

제3절 포커스그룹 인터뷰

제4절 소결



제 5 장 건강인센티브에 대한 인식

제1절 국민 인식 조사

1. 조사 개요

일부 조사에서 건강행동 수행에 인센티브를 제공하는 제도에 대한 인식 조사가 이루어졌으나, 응답자의 특성에 따른 건강인센티브에 대한 인식과 참여 의도의 차이에 대한 분석은 이루어지지 않았다. 이 연구에서는 인구사회학적 특성 및 건강 상태, 현재 건강행동의 수행 단계에 따라 건강인센티브에 대한 수용성, 효과성에 대한 인식, 참여 의도 등에 차이가 있는지 파악하기 위해 설문조사를 수행했다.

설문조사는 전화조사와 온라인 조사의 두 가지 형태로 이루어졌다. 온라인 조사는 주로 조사업체가 보유한 패널을 응답 대상으로 하므로, 디지털 접근성이 떨어지는 사람들의 참여가 제한된다. 다양한 특성을 가진 사람을 설문조사의 대상으로 포함하기 위해 전화조사와 온라인 조사를 병행하였다.

2. 연구 방법

가. 연구 대상

설문조사 대상은 만 19세 이상 성인 남녀로 목표 표본 수는 전화조사

500명, 온라인 조사 1,500명이었다. 주민등록인구통계(거주자) 4월 기준 자료를 표본 틀로 사용하여 거주지역별, 성별, 연령별 인구 비례에 따라 표본을 할당했다. 온라인 조사는 고령층의 모집이 어려울 것으로 예상되어 조사 대상을 19~69세로 한정하였으나, 전화조사는 연령 상한 없이 진행하였다. 이에 따라 전화조사와 온라인 조사 표본 구성에 차이가 있으며, 전화조사 대상자의 고령층 비율이 더 높았다. 군 지역 거주자의 응답을 확보하기 위해 온라인 조사와 전화조사 모두 군 지역 거주자의 비율을 최소 10% 확보하는 것을 목표로 하였다.

전화조사는 2021년 5월 28일, 29일, 31일 총 3일간 진행했으며, 유무선 전화 RDD(random digit dialing) 표집 틀을 활용하여 진행했다. 총 507명이 조사에 참여했으며(유선전화 38.5%, 무선전화 61.5%), 응답률은 7.4%였다. 최대 허용오차는 95% 신뢰수준에서 $\pm 4.4\%p$ 이다. 온라인 조사는 2021년 6월 11~15일 5일간 조사업체의 패널을 활용하여 진행했다. 총 1,537명이 조사에 참여했으며, 최대 허용오차는 95% 신뢰수준에서 $\pm 2.5\%p$ 이다. 두 조사는 한국보건사회연구원 연구윤리위원회의 승인을 받고 진행했다.

나. 측정 도구

전화조사와 온라인 조사 모두 조사 대상자의 건강행동 실천, 건강행동 수행을 위한 인센티브의 필요성, 건강인센티브 효과성 인식, 건강인센티브 프로그램 참여 경험, 건강인센티브에 대한 태도, 건강 상태, 인구사회학적 특성 관련 문항을 포함했다. 온라인 조사는 건강행동 별로 자세히 조사하였으나, 전화조사는 조사의 특성상 많은 문항을 질문하기 어려워 온라인 조사 일부 문항을 변경하거나, 제외하여 진행했다. 전화조사와 온

라인 조사에 포함된 문항은 <표 5-1>과 같다.

건강행동 실천은 중강도·고강도 신체활동, 근력운동, 걷기, 흡연(일반 담배, 전자담배), 고위험 음주, 건강한 식생활에 대한 문항을 포함했다. 또한 선행연구(Takada et al., 2019)에서 범이론적 모형(Prochaska & Velicer, 1997)의 건강행동 단계를 측정된 문항을 활용하여 각 건강행동 별로 건강행동 단계를 측정했다. 건강행동 단계의 측정은 2단계의 질문으로 구성된다. 먼저, 이전 문항에서 건강행동(신체활동, 걷기, 흡연, 고위험 음주, 식생활)을 건강행동 관련 각종 지침이 권장하는 만큼 수행(예: 중강도 또는 고강도 신체활동 1주일에 총 150분 이상 수행, 흡연의 경우 금연하는지)한 사람들에게 그러한 행동을 수행한 지 얼마나 되었는지 물었다. 이 문항에서 ‘6개월 이상’으로 응답하면 유지 단계, ‘6개월 미만’이면 행동 단계로 구분했다. 건강행동을 권장량보다 적게 한 사람들을 대상으로는 해당 건강행동을 새롭게 시작하거나 현재보다 더 많이 할 계획이 있는지 질문했다. ‘1개월 이내’에 할 계획이 있으면 준비 단계, ‘6개월 이내’에 할 계획이 있으면 고려 단계, 계획이 없으면 ‘고려 전’ 단계로 분류했다. 범이론적 모형의 마지막 단계인 종료 단계는 고려하지 않았다. 전화조사에서는 건강행동을 특정하지 않고, 건강증진을 위해 행동 변화를 할 의도가 있는지 질문한 후, 변화 의도가 있다고 응답한 대상자에게 건강행동을 어떻게 바꾸고 싶은지를 질문했다.

조사 대상자가 각 건강행동을 수행하기 위해 인센티브를 제공하는 것이 필요한지, 인센티브를 제공한다면 받을 의사가 있는지 질문했다. 인센티브를 받고 싶지 않다고 응답한 사람에게는 그 이유를 질문했다. 인센티브를 받을 의사가 있는 사람에게 받고 싶은 인센티브의 금액(1개월 기준), 인센티브 제공 주기를 질문했다. 온라인 조사는 각 건강행동 별로 질문했으나 전화조사는 행동을 특정하지 않고 질문했다.

국민건강보험공단에서 수행한 건강인센티브 제도 도입 국민여론조사 문항(한국리서치, 국민건강보험공단, 2019)을 활용하여 온라인 조사 대상자에게 하고자 하는 건강행동을 할 때, 어느 정도 금액을 제공하면 건강행동을 하는 데 효과가 있을 것으로 생각하는지 물었다. 첫 번째 질문은 3개월 동안 15,000원의 인센티브 효과성에 관해 물었다. 15,000원이 효과가 없다고 응답한 대상자에게는 인센티브 금액을 3만 원으로 증가시켜 질문했다. 이 금액이 효과가 없다고 응답한 대상자에게는 인센티브 금액을 5만 원으로 증가시켜 같은 질문을 했다.

온라인 조사와 전화조사 모두 조사 참여자가 건강행동을 하면 혜택을 주는 프로그램에 참여하거나 스마트폰 앱을 이용한 적이 있는지에 대해 질문했다. 프로그램 참여 여부는 운영 주체(정부/보건소, 기업/민간단체)로 나누어 질문하였다. 참여했던 경험이 있는 대상자에게 혜택을 제공하는 대상 건강행동, 혜택이 건강행동 수행에 도움이 되었는지, 도움이 되지 않았다면 그 이유를 질문했다.

건강인센티브에 대한 태도를 파악하려고 국민의 건강증진을 위해 건강행동을 할 때 혜택을 제공하는 것이 필요한지에 대해 질문했다. 필요하다고 응답한 사람을 대상으로 인센티브 제공 주체와 대상, 인센티브 제공이 적절한 대상 집단, 인센티브 대상 건강행동, 인센티브 유형별 건강행동 도움 정도에 대해 질문했다. 건강행동에 대한 혜택이 필요하지 않다고 응답한 대상자에게는 필요하지 않은 이유를 질문했다.

조사 대상자의 건강 상태를 파악하기 위해 주관적 건강 상태, 평소 건강 관리 노력 정도, 건강 관리의 어려운 점, 의사 진단 만성질환의 수 및 종류, 현재 키, 몸무게를 조사했다. 일반적 특성에 관한 질문은 성, 연령, 거주지역, 결혼상태, 교육 수준, 경제활동 참여, 장애 여부, 가구원 수 건강보험 가입 종류, 가구소득을 포함한다.

〈표 5-1〉 건강인센티브 인식 조사 문항

| 영역 | 조사항목 | 전화조사 | 온라인 조사 |
|------------------------------|------------------------|-------|----------|
| 건강행동 실천 | 최근 1주일 중강도/고강도 신체활동 시간 | ○ | ○ |
| | 신체활동 지속 기간 | | ○ |
| | 최근 1주일 근력운동 기간(일) | ○ | ○ |
| | 근력운동 지속 기간 | | ○ |
| | 신체활동 장소 | | ○ |
| | 신체활동 시작/증가 계획 | | ○ |
| | 최근 1주일 걷기 시간 | ○ | ○ |
| | 걷기 지속 기간 | | ○ |
| | 걷기 시작/증가 계획 | | ○ |
| | 현재 일반담배/전자담배 흡연 | ○ | ○ |
| | 일반담배/전자담배 금연 기간 | | ○ |
| | 일반담배/전자담배 금연 계획 | | ○ |
| | 고위험 음주 (음주 빈도, 음주량) | ○ | ○ |
| | 음주 기간 | | ○ |
| | 절주 계획 | | ○ |
| | 건강 식생활 실천 | 일부 문항 | ○ |
| | 건강 식생활 실천 기간 | | ○ |
| | 식생활 개선 계획 | | ○ |
| | 건강행동 변화 의도 | ○ | |
| | 바꾸고 싶은 건강행동 종류 | ○ | |
| (본인의) 건강행동 수행을 위한 건강인센티브 필요성 | 건강행동 수행에 대한 인센티브 필요성 | | 건강행동별 질문 |
| | 인센티브 수령 의향 | ○ | 건강행동별 질문 |
| | 인센티브를 받고 싶지 않은 이유 | ○ | 건강행동별 질문 |
| | 원하는 인센티브 가치 | ○ | 건강행동별 질문 |
| | 원하는 인센티브 제공 주기 | | 건강행동별 질문 |
| | 원하는 인센티브 제공 프로그램의 기간 | | 건강행동별 질문 |

| 영역 | 조사항목 | 전화조사 | 온라인 조사 |
|------------------|--|------|--------|
| 건강인센티브 효과성 인식 | 15,000원/3개월 인센티브의 효과 | | ○ |
| | 30,000원/3개월 인센티브의 효과 | | ○ |
| | 50,000원/3개월 인센티브의 효과 | | ○ |
| 건강인센티브 참여 경험 | 참여 경험 | ○ | ○ |
| | 대상 건강행동 | ○ | ○ |
| | 참여 건강인센티브 프로그램의 건강행동 수행 도움 인식 | ○ | ○ |
| | 도움되지 않은 이유 | ○ | ○ |
| 건강인센티브에 대한 태도 | 건강인센티브 필요성 | ○ | ○ |
| | 건강인센티브가 필요 없는 이유 | ○ | ○ |
| | 건강인센티브 제공 주체와 대상 | ○ | ○ |
| | 건강인센티브 제공이 적절한 대상집단 | ○ | ○ |
| | 건강인센티브 대상 건강행동 | | ○ |
| | 건강인센티브 종류에 따른 효과성 인식 | | ○ |
| 건강 상태 | 주관적 건강 상태, 만성질환, 키, 몸무게 | ○ | ○ |
| | 평소 건강 관리를 위한 노력, 건강 관리 어려운 점 | | ○ |
| 대상자 기본정보 | 성, 연령, 거주지역, 결혼상태, 교육 수준, 장애 여부, 가구원 수, 건강보험 종류, 가구소득 | ○ | ○ |
| | 경제활동 상태 | | ○ |

주: 연구진 작성

다. 분석 방법

온라인 조사와 전화조사의 각 문항에 대한 빈도와 백분율을 제시했다. 온라인 조사, 전화조사에 공통으로 포함된 문항에 대한 결과의 값은 함께 제시했다. 대상자의 거주지는 특별시 또는 광역시에 거주하는 경우 대도시, 그 이외 시 지역에 거주하는 경우 중소도시, 읍·면에 거주하는 경우 군 지역으로 분류했다. 조사 참여자가 응답한 월 근로 소득과 부동산 등 기타 소득을 활용하여 가구 균등화 소득수준을 산출하고, 가구소득을 4분위(하, 중하, 중상, 상)로 나누었다. 조사 참여자의 인구사회학적 특성

및 건강 특성에 따른 건강인센티브에 대한 인식의 차이를 제시했다. 모든 분석은 SAS 9.4를 이용했다.

3. 조사 결과

가. 조사 참여자의 인구사회학적 특성

전화조사를 완료한 사람은 507명, 온라인 조사 완료자는 1,537명으로 총 2,044명이 조사에 참여했다. 참여자의 인구사회학적 특성은 <표 5-2>와 같다. 남자가 50.5%, 여자가 49.5%였으며, 19~29세 18.4%, 30대 17.5%, 40대 20.9%, 50대 22.2%, 60대 16.5%, 70세 이상 4.4%였다. 전화조사 대상자의 연령층이 온라인 조사 대상자보다 다소 높았는데, 이는 전화조사는 연령 상한을 두지 않고 조사했기 때문이다. 대도시 거주자는 44.3%였으며 중소도시 거주자 45.0%, 군 지역 거주자가 10.7%였다.

조사 대상자의 55.5%는 배우자와 함께 거주하고 있었고 대학교 재학 이상이 66.6%, 고등학교 졸업 27.0%, 중학교 졸업 2.4%, 초등학교 졸업 이하 3.7%이었다. 전화조사와 온라인 조사 참여자의 학력 수준에 차이가 났는데, 이는 전화조사 참여자가 상대적으로 고령층이 많기 때문으로 보인다. 장애가 있는 사람은 7.1%였으며 혼자 거주하는 사람이 14.7%였다. 93.4%는 건강보험 가입자였고 4.8%는 의료급여 수급자였다.

〈표 5-2〉 조사 대상자의 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

| 구분 | | 전화조사 (n=507) | 온라인 조사 (n=1,537) | 전체 (n=2,044) |
|-------|---------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 성 | 남자 | 251(49.5) | 782(50.9) | 1,033(50.5) |
| | 여자 | 256(50.5) | 755(49.1) | 1,011(49.5) |
| 연령 | 19~29세 | 85(16.8) | 292(19.0) | 377(18.4) |
| | 30~39세 | 78(15.4) | 280(18.2) | 358(17.5) |
| | 40~49세 | 97(19.1) | 331(21.5) | 428(20.9) |
| | 50~59세 | 100(19.7) | 353(23.0) | 453(22.2) |
| | 60~69세 | 57(11.2) | 281(18.3) | 338(16.5) |
| | 70세 이상 | 90(17.7) | 0(0.0) | 90(4.4) |
| 지역 | 대도시 | 216(42.6) | 690(44.9) | 906(44.3) |
| | 중소도시 | 226(44.6) | 694(45.1) | 920(45.0) |
| | 군 지역 | 65(12.8) | 153(10.0) | 218(10.7) |
| 혼인 여부 | 배우자가 있으며, 함께 살고 있다 | 282(55.7) | 852(55.4) | 1134(55.5) |
| | 배우자가 있으나, 함께 살고 있지 않다 | 8(1.6) | 43(2.8) | 51(2.5) |
| | 배우자 사망 또는 이혼으로 배우자가 없다 | 62(12.3) | 71(4.6) | 133(6.5) |
| | 결혼한 적 없다 | 154(30.4) | 571(37.2) | 725(35.5) |
| 학력 | 초등학교 졸업 이하 | 66(13.1) | 9(0.6) | 75(3.7) |
| | 중학교 졸업 | 31(6.2) | 19(1.2) | 50(2.4) |
| | 고등학교 졸업 | 154(30.7) | 398(25.9) | 552(27.0) |
| | 대학교 재학 이상 | 251(50.0) | 1,111(72.3) | 1362(66.6) |
| 장애 여부 | 장애 있음 | 53(10.5) | 92(6.0) | 145(7.1) |
| | 장애 없음 | 454(89.5) | 1445(94.0) | 1899(92.9) |
| 가구원 수 | 1명 | 98(19.3) | 203(13.2) | 301(14.7) |
| | 2명 | 147(29.0) | 330(21.5) | 477(23.3) |
| | 3명 | 106(20.9) | 481(31.3) | 587(28.7) |
| | 4명 | 111(21.9) | 445(29.0) | 556(27.2) |
| | 5명 이상 | 45(8.9) | 78(5.1) | 123(6.0) |

| 구분 | | 전화조사 (n=507) | 온라인 조사 (n=1,537) | 전체 (n=2,044) |
|------------------------------|-------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 가구 균등화 소득수준 ¹⁾ | 하 | 105(25.4) | 383(24.9) | 488(23.9) |
| | 중하 | 100(24.2) | 382(24.9) | 482(23.6) |
| | 중상 | 103(24.9) | 390(25.4) | 493(24.1) |
| | 상 | 106(25.6) | 382(24.9) | 488(23.9) |
| 건강보험 가입 형태 | 건강보험 | 486(95.9) | 1,423(92.6) | 1909(93.4) |
| | 의료급여 | 18(3.6) | 81(5.3) | 99(4.8) |
| | 국가유공자 | 2(0.4) | 10(0.7) | 12(0.6) |
| | 미가입 | 1(0.2) | 23(1.5) | 24(1.2) |

주: 1) 월 가구소득 또는 기타 소득을 응답하지 않은 대상을 제외하고 분석함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사, 전화조사) 분석 결과임.

응답자의 약 35%가 한 개 이상의 만성질환을 앓고 있었다. 16.1%는 고혈압, 8.0%는 당뇨병, 11.3%는 고지혈증, 5.8%는 관절염을 앓고 있었다. 5.9%는 본인의 평소 건강 상태가 매우 좋다고 평가하였으며 24.9%는 좋다고 평가하였다. 53.8%는 보통으로, 14.0%는 건강 상태가 나쁜 것으로, 1.5%는 건강 상태가 매우 나쁘다고 평가하였다(표 5-3).

〈표 5-3〉 조사 대상자의 건강 수준

(단위: 명, %)

| 구분 | | 전화조사 (N=507) | 온라인 조사 (N=1,537) | 전체 (N=2,044) |
|------------|-----------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 만성질환 개수 | 0개 | 320(63.2) | 1,004(65.3) | 1,324(64.8) |
| | 1개 | 82(16.2) | 327(21.8) | 409(20.0) |
| | 2개 | 57(11.2) | 161(10.5) | 218(10.7) |
| | 3개 이상 | 48(9.5) | 45(2.9) | 93(4.5) |
| 만성질환 종류 | 고혈압 | 100(19.7) | 230(15.0) | 330(16.1) |
| | 당뇨병 | 58(11.4) | 106(6.9) | 164(8.0) |
| | 고지혈증 | 58(11.4) | 172(11.2) | 230(11.3) |
| | 협심증/심근경색증 | 25(4.9) | 26(1.7) | 51(2.5) |
| | 뇌졸중 | 12(2.4) | 14(0.9) | 26(1.3) |
| | 관절염 | 55(10.8) | 63(4.1) | 118(5.8) |
| 기타 만성질환 | 69(13.6) | 144(9.4) | 213(10.4) | |

| 구분 | | 전화조사 (N=507) | 온라인 조사 (N=1,537) | 전체 (N=2,044) |
|-------------|-------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 평소 건강 상태 | 매우 좋음 | 48(9.5) | 73(4.8) | 121(5.9) |
| | 좋음 | 126(24.9) | 382(24.9) | 508(24.9) |
| | 보통 | 262(51.7) | 837(54.5) | 1,099(53.8) |
| | 나쁨 | 54(10.7) | 232(15.1) | 286(14.0) |
| | 매우 나쁨 | 17(3.4) | 13(0.9) | 30(1.5) |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사, 전화조사) 분석 결과임.

조사 참여자의 21.0%가 현재 흡연자였으며, 11.6%는 현재 전자담배를 피우고 있었다. 고위험 음주를 하는 대상자는 12.3%였다. 52.6%는 유산소운동, 48.7%는 걷기 운동, 43.6%는 근력운동을 실천하고 있었다. 20.2%는 하루에 한 번 과일을 섭취하고 있었고 8.0%는 하루에 두 번 이상 과일을 섭취하였다. 27.1%는 BMI 25kg/m² 이상인 비만이었다.

〈표 5-4〉 조사 대상자의 건강행동 실천 현황

(단위: 명, %)

| 구분 | | 전화조사 (N=507) | 온라인 조사 (N=1,537) | 전체 (N=2,044) |
|--------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 흡연 (꺾련) | 현재 흡연자 | 91(17.9) | 338(22.0) | 429(21.0) |
| | 과거흡연자 | 83(16.4) | 189(12.3) | 272(13.3) |
| | 비흡연자 | 333(65.7) | 1,010(65.7) | 1,343(65.7) |
| 흡연 (전자담배) | 매일 또는 가끔 피움 | 20(3.9) | 218(14.2) | 238(11.6) |
| | 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음 | 23(4.5) | 86(5.6) | 109(5.3) |
| | 전혀 피우지 않음 | 464(91.5) | 1,233(80.2) | 1,697(83.0) |
| 고위험 음주 | 고위험 음주를 함 | 80(15.8) | 171(11.1) | 251(12.3) |
| | 고위험 음주를 하지 않음 | 427(84.2) | 1,366(88.9) | 1,793(87.7) |
| 유산소 운동 실천 | 실천함 | 155(30.6) | 920(59.9) | 1,075(52.6) |
| | 실천 안 함 | 352(69.4) | 617(40.4) | 969(47.4) |
| 걷기 운동 실천 | 실천함 | 216(42.6) | 780(50.8) | 996(48.7) |
| | 실천 안 함 | 291(57.4) | 757(49.3) | 1,048(51.3) |

| 구분 | | 전화조사 (N=507) | 온라인 조사 (N=1,537) | 전체 (N=2,044) |
|-------|----------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 근력운동 | 실천함 | 155(30.6) | 736(47.9) | 891(43.6) |
| | 실천 안 함 | 352(69.4) | 801(52.1) | 1,153(56.4) |
| 과일 섭취 | 2주일에 한 번 이하 | 96(18.9) | 307(20.0) | 403(19.7) |
| | 일주일에 1~3번 | 165(32.5) | 637(41.4) | 802(39.2) |
| | 일주일에 4~6번 | 39(7.7) | 225(14.6) | 264(12.9) |
| | 하루에 한 번 | 139(27.4) | 273(17.8) | 412(20.2) |
| | 하루에 두 번 이상 | 68(13.4) | 95(6.2) | 163(8.0) |
| 비만 수준 | BMI 25kg/m ² 이상 | 161(31.8) | 393(25.6) | 554(27.1) |
| | BMI 25kg/m ² 미만 | 346(68.2) | 1,144(74.4) | 1,490(72.9) |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사, 전화조사) 분석 결과임.

나. 건강인센티브에 대한 태도

전화조사 참여자에게는 전반적인 건강행동에 대한 인센티브 제공을, 온라인 조사 참여자에게는 건강행동에 대한 인센티브 제공에 대한 태도를 질문했다.

1) 전화조사 참여자의 건강인센티브에 대한 태도

“귀하의 건강증진을 위해 귀하가 운동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등과 같은 건강한 행동을 했을 때, 국가 등에서 인센티브와 같은 혜택을 준다면 받기를 원하십니까?”라는 질문에 73.8%는 받기를 원한다고 대답하였다. 금액으로 환산할 경우 1개월에 받고 싶은 혜택(인센티브)은 1~9.9만 원이 46.3%, 10~29.9만 원 36.4%, 1만 원 미만 4.8%, 30~49.9만 원 8.3%이었다. 인센티브를 원하지 않는다고 응답한 133명에게 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유를 물었다. ‘건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로’를 선택한 사람이 47.4%로 가장 많았고 ‘절차가 까다로울 것 같아

서’ 13.5%, ‘귀찮아서’ 10.5%, ‘혜택(인센티브)에 관심이 없어서’ 9.8%, ‘국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에’ 6.8%, 기타 12.0%였다(표 5-5).

〈표 5-5〉 전화조사 참여자의 건강인센티브에 대한 태도

(단위: 명, %)

| 구분 | | 명 | % |
|---------------------|-----------------------------------|-----|------|
| 건강인센티브를 받기 원함 | 예 | 374 | 73.8 |
| | 아니오 | 133 | 26.2 |
| 인센티브 수준 (월 단위) | 1만 원 미만 | 18 | 4.8 |
| | 1만~9.9만 원 | 173 | 46.3 |
| | 10~29.9만 원 | 136 | 36.4 |
| | 30~49.9만 원 | 31 | 8.3 |
| | 50만 원 이상 | 16 | 4.3 |
| 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유 | 건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로 | 63 | 47.4 |
| | 귀찮아서 | 14 | 10.5 |
| | 혜택(인센티브)에 관심이 없어서 | 13 | 9.8 |
| | 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에 | 9 | 6.8 |
| | 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서 | 18 | 13.5 |
| | 기타 | 16 | 12.0 |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(전화조사) 분석 결과임.

연령, 만성질환 보유 여부, 가구소득에 따라 건강인센티브에 대한 태도에 차이가 있었다. 19~49세 응답자의 81.2%, 50~64세 응답자의 73.1%가 건강인센티브를 받기를 원한다는 데 비해, 65세 이상 응답자는 58.1%가 건강인센티브를 받기를 원한다고 대답하였다. 만성질환이 있는 사람보다 만성질환이 없는 사람이, 가구소득이 낮은 사람보다 중하, 중상에 속하는 사람이 건강인센티브를 받기를 원하는 비율이 높았다(표 5-6).

〈표 5-6〉 전화조사 참여자의 인구사회학적 특성에 따른 건강인센티브에 대한 태도

(단위: 명, %)

| 구분 | | 건강인센티브를 받기를 원함 | 건강인센티브를 받기를 원하지 않음 | p-value |
|------|--------|----------------|--------------------|---------|
| 연령 | 19~49세 | 211(81.2) | 49(18.8) | <0.001 |
| | 50~64세 | 95(73.1) | 35(26.9) | |
| | 65세 이상 | 68(58.1) | 49(41.9) | |
| 성별 | 남자 | 177(70.5) | 74(29.5) | 0.010 |
| | 여자 | 197(77.0) | 59(23.0) | |
| 만성질환 | 없음 | 250(78.1) | 70(21.9) | 0.004 |
| | 있음 | 124(66.3) | 63(33.7) | |
| 가구소득 | 하 | 65(61.9) | 40(38.1) | 0.003 |
| | 중하 | 78(78.0) | 22(22.0) | |
| | 중상 | 86(83.5) | 17(16.5) | |
| | 상 | 80(75.5) | 26(24.5) | |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(전화조사) 분석 결과임.

유산소 운동 실천 여부, 걷기운동 실천 여부, 건강행동 변화 의도, 건강인센티브 프로그램 참여 경험에 따라 건강인센티브에 대한 태도가 차이가 났다. 유산소 운동을 실천하는 사람, 근력운동을 실천하는 사람 중 건강인센티브를 받기를 원하는 사람의 비율이 실천하지 않는 사람보다 더 높았다. 건강행동을 바꾸기를 원하는 사람의 80.2%가 건강인센티브를 받기를 원한다고 응답하였으나 건강행동을 바꾸기를 원하지 않는 사람은 65.3%가 건강인센티브 받기를 원한다고 응답하였다. 건강행동에 보상을 제공하는 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람이 경험이 없는 사람보다 건강인센티브를 받기를 원하는 비율이 높았다(표 5-7).

〈표 5-7〉 전화조사 참여자의 건강행태에 따른 건강인센티브에 대한 태도

단위: 명(%)

| 구분 | | 건강인센티브를 받기를 원함 | 건강인센티브를 받기를 원하지 않음 | p-value |
|-----------------|----------------------------|----------------|--------------------|---------|
| 흡연 (궤련) | 현재 흡연 | 70(76.9) | 21(23.1) | 0.572 |
| | 과거 흡연 | 58(69.9) | 25(30.1) | |
| | 비흡연 | 246(73.9) | 87(26.1) | |
| 흡연 (전자담배) | 현재 흡연 | 12(75.0) | 4(25.0) | 0.647 |
| | 과거 흡연 | 15(65.2) | 8(34.8) | |
| | 비흡연 | 343(73.9) | 121(26.1) | |
| 고위험 음주 | 고위험 음주를 함 | 56(70.0) | 24(30.0) | 0.404 |
| | 고위험 음주를 하지 않음 | 318(74.5) | 109(25.5) | |
| 유산소 운동 | 실천 | 124(80.0) | 31(20.0) | 0.034 |
| | 미실천 | 250(71.0) | 102(29.0) | |
| 걷기 운동 | 실천 | 169(78.2) | 47(21.8) | 0.049 |
| | 미실천 | 205(70.5) | 86(29.6) | |
| 근력운동 | 실천 | 120(77.4) | 35(22.6) | 0.215 |
| | 미실천 | 254(72.2) | 98(27.8) | |
| 과일 섭취 | 2주일에 한 번 이하 | 63(65.6) | 33(34.4) | 0.126 |
| | 1주일에 1~6번 | 153(75.0) | 51(25.0) | |
| | 하루에 한 번 이상 | 158(76.3) | 49(23.7) | |
| 비만도 | BMI 25kg/m ² 이상 | 125(77.6) | 36(22.4) | 0.176 |
| | BMI 25kg/m ² 미만 | 249(72.0) | 97(28.0) | |
| 건강행동 변화 의도 | 건강행동을 바꾸기 원함 | 231(80.2) | 57(19.8) | <0.001 |
| | 건강행동을 바꾸기 원하지 않음 | 143(65.3) | 76(34.7) | |
| 건강인센티브 참여 경험 | 참여 경험 있음 | 69(88.5) | 9(11.5) | 0.001 |
| | 참여 경험 없음 | 305(71.1) | 124(28.9) | |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(전화조사) 분석 결과임.

2) 온라인 조사 참여자의 신체활동(걷기 제외)에 제공하는 건강인센티브에 대한 태도

“귀하의 건강증진을 위해 귀하가 신체활동을 할 때 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하다고 생각하십니까?”라는 질문에 30.5%는 매우 필요하다고 응답하였고, 45.7%는 필요한 편이라고 응답하였다. 신체활동 개선 계획이 있는 사람들이 개선 계획이 없는 사람보다 신체활동 건강인센티브를 제공하는 것이 필요하다고 응답한 사람이 많았다.

“귀하가 신체활동을 할 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?”라는 질문에 대해 89.3%가 받기를 원한다고 응답하였고 신체활동 개선 계획이 있는 사람이 개선 계획이 없는 사람보다 신체활동 건강인센티브 받기를 원한다고 응답한 사람이 많았다 (표 5-8).

〈표 5-8〉 온라인 조사 참여자의 신체활동 개선 계획 단계별 신체활동 건강인센티브에 대한 인식 (단위: %)

| 구분 | | 전체 | 신체활동 개선 계획 | | | |
|---------------------------|----------------------|------|--------------|--------------|-------|---------|
| | | | 1개월 이내 개선 | 6개월 이내 개선 | 계획 없음 | p-value |
| 신체활동 건강인센티브 제공의 필요성 | 매우 필요하다 | 30.5 | 41.2 | 26.4 | 13.2 | <0.001 |
| | 필요한 편이다 | 45.7 | 42.0 | 55.0 | 10.6 | |
| | 필요하지 않은 편이다 | 12.6 | 9.5 | 12.8 | 18.7 | |
| | 전혀 필요하지 않다 | 1.8 | 1.5 | 0.4 | 4.1 | |
| | 잘 모르겠다 | 9.6 | 5.8 | 5.3 | 23.4 | |
| 신체활동 건강인센티브 수혜 의도 | 건강인센티브를 받기 원함 | 89.3 | 93.5 | 92.5 | 75.7 | <0.001 |
| | 건강인센티브 받기를 원하지 않음 | 10.7 | 6.5 | 7.5 | 10.7 | |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

금액으로 환산할 경우 1개월에 받고 싶은 혜택(인센티브)은 1~9.9만원이 71.2%로 가장 많았고, 10~29.9만 원 18.5%, 1만 원 미만 8.6%, 30~49.9만 원 1.7%이었다. 인센티브 제공 주기는 1개월에 한 번이 66.2%로 가장 많았고, 인센티브 프로그램 운영 기간은 3개월 이상 6개월 미만이 28.9%, 6개월 이상 1년 미만이 25.8%였다.

인센티브 받기를 원하지 않는다고 응답한 165명에게 신체활동 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유를 물어보았다. ‘건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로’를 선택한 사람이 47.9%로 가장 많았고 ‘참여하는 절차가 까다로울 것 같아서’ 13.3%, ‘귀찮아서’ 10.9%, ‘국가/기업 등이 내 건강 정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에’ 9.1%, ‘혜택(인센티브)에 관심이 없어서’ 7.3%, 기타 4.2%였다(표 5-9).

〈표 5-9〉 온라인 조사 참여자의 신체활동 건강인센티브에 대한 인식

(단위: 명, %)

| 구분 | | 명 | % |
|----------------------------|------------------|-----|------|
| 인센티브 수준(원/월) ¹⁾ | 1만 원 미만 | 118 | 8.6 |
| | 1~9.9만 원 | 977 | 71.2 |
| | 10~29.9만 원 | 254 | 18.5 |
| | 30~49.9만 원 | 23 | 1.7 |
| | 50만 원 이상 | 0 | 0.0 |
| 인센티브 제공 주기 ¹⁾ | 1주일에 한 번 | 171 | 12.5 |
| | 1개월에 한 번 | 908 | 66.2 |
| | 3개월에 한 번 | 183 | 13.3 |
| | 6개월에 한 번 | 59 | 4.3 |
| | 1년에 한 번 | 11 | 0.8 |
| | 프로그램 기간 종료 후 한 번 | 40 | 2.9 |

| 구분 | | 명 | % |
|--|-----------------------------------|-----|------|
| 인센티브 대상 프로그램의 기간 ¹⁾ | 3개월 미만 | 176 | 12.8 |
| | 3개월 이상~6개월 미만 | 396 | 28.9 |
| | 6개월 이상~1년 미만 | 354 | 25.8 |
| | 1년 이상~2년 미만 | 132 | 9.6 |
| | 2년 이상~5년 미만 | 24 | 1.8 |
| | 지속적인 프로그램 | 252 | 18.4 |
| | 기간 상관없음 | 38 | 2.8 |
| 신체활동 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유 ²⁾ | 건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로 | 79 | 47.9 |
| | 귀찮아서 | 18 | 10.9 |
| | 혜택(인센티브)에 관심이 없어서 | 12 | 7.3 |
| | 신체활동이 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서 | 12 | 7.3 |
| | 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에 | 15 | 9.1 |
| | 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서 | 22 | 13.3 |
| | 기타 | 7 | 4.2 |

주: 1) 귀하가 신체활동을 할 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원한다고 응답한 1,372명을 대상으로 %를 산출함.

2) 귀하가 신체활동을 할 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하지 않는다고 응답한 165명을 대상으로 %를 산출함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

3) 온라인 조사 참여자의 걸기에 제공하는 건강인센티브에 대한 태도

“귀하가 건강증진을 위해 일정 시간 이상 걸을 때 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하다고 생각하십니까?”라는 질문에 29.8%는 매우 필요하다고 응답하였고 43.6%는 필요한 편이라고 응답하였다. 더 많이 걸을 계획이 있는 사람이 계획이 없는 사람보다 더 많이 걷는 것에 대해 건강인센티브를 제공하는 것이 필요하다고 응답한 사람이 많았다.

“귀하가 일정 시간 이상을 걷는 것에 대해 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?”라는 질문에 86.4%가 받기를 원한다고 응답하였고, 더 많이 걸을 계획이 있는 사람이 계획이 없

는 사람보다 걷기 건강인센티브를 받기를 원한다고 응답한 사람이 많았다(표 5-10).

〈표 5-10〉 온라인 조사 참여자의 걷기 개선 계획 단계별 걷기 건강인센티브에 대한 인식 (단위: %)

| 구분 | | 전체 | 걷기 개선 계획 | | | p-value |
|-------------------|-------------------|------|-----------|-----------|-------|---------|
| | | | 1개월 이내 개선 | 6개월 이내 개선 | 계획 없음 | |
| 걷기 건강인센티브 제공의 필요성 | 매우 필요하다 | 29.8 | 36.0 | 28.3 | 17.8 | <0.001 |
| | 필요한 편이다 | 43.6 | 42.8 | 49.7 | 36.5 | |
| | 필요하지 않은 편이다 | 15.9 | 13.2 | 17.6 | 19.6 | |
| | 전혀 필요하지 않다 | 3.1 | 1.2 | 1.9 | 9.4 | |
| | 잘 모르겠다 | 7.6 | 6.8 | 2.5 | 16.8 | |
| 걷기 건강인센티브 수혜 의도 | 건강인센티브를 받기 원함 | 86.4 | 92.8 | 85.5 | 72.9 | <0.001 |
| | 건강인센티브 받기를 원하지 않음 | 13.6 | 7.2 | 14.5 | 27.1 | |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

금액으로 환산할 경우 1개월에 받고 싶은 혜택(인센티브)은 1~9.9만원이 76.6%로 가장 많았고, 10~29.9만 원 11.5%, 1만 원 미만 11.1%, 30~49.9만 원 0.8%이었다. 인센티브 제공 주기는 1개월에 한 번이 63.9%로 가장 많았고 인센티브 프로그램 운영 기간은 6개월 이상 1년 미만이 26.0%, 3개월 이상 6개월 미만이 24.3%였다.

인센티브를 받기를 원하지 않는다고 응답한 210명에게 걷기 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유를 물어보았다. ‘건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로’를 선택한 사람이 54.3%로 가장 많았고 ‘참여하는 절차가 까다로울 것 같아서’ 12.4%, ‘귀찮아서’ 11.9%, ‘국가/기업 등이 내 건강 정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에’ 7.6%, ‘혜택(인센티브)에 관심이 없어서’ 5.7%, 기타 3.3%였다(표 5-11).

〈표 5-11〉 온라인 조사 참여자의 걷기 건강인센티브에 대한 인식

(단위: 명, %)

| 구분 | | 명 | % |
|--|--------------------------------------|------|------|
| 인센티브 수준 (월 단위) ¹⁾ | 1만 원 미만 | 147 | 11.1 |
| | 1~9.9만 원 | 1017 | 76.6 |
| | 10~29.9만 원 | 153 | 11.5 |
| | 30~49.9만 원 | 10 | 0.8 |
| | 50만 원 이상 | 0 | 0.0 |
| 인센티브 제공 주기 ¹⁾ | 1주일에 한 번 | 184 | 13.9 |
| | 1개월에 한 번 | 848 | 63.9 |
| | 3개월에 한 번 | 192 | 14.5 |
| | 6개월에 한 번 | 47 | 3.5 |
| | 1년에 한 번 | 23 | 1.7 |
| | 프로그램 기간 종료 후 한 번 | 33 | 2.5 |
| 인센티브 대상 프로그램의 기간 ¹⁾ | 3개월 미만 | 153 | 11.5 |
| | 3개월 이상~6개월 미만 | 323 | 24.3 |
| | 6개월 이상~1년 미만 | 345 | 26.0 |
| | 1년 이상~2년 미만 | 138 | 10.4 |
| | 2년 이상~5년 미만 | 28 | 2.1 |
| | 지속적인 프로그램 | 295 | 22.2 |
| | 기간 상관없음 | 45 | 3.4 |
| 걷기 인센티브를 받고 싶지 않은 이유 ²⁾ | 건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로 | 114 | 54.3 |
| | 귀찮아서 | 25 | 11.9 |
| | 혜택(인센티브)에 관심이 없어서 | 12 | 5.7 |
| | 신체활동이 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서 | 10 | 4.8 |
| | 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에 | 16 | 7.6 |
| | 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서 | 26 | 12.4 |
| | 기타 | 7 | 3.3 |

주: 1) 귀하가 일정 시간 이상 걷는 것에 대해 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원한다고 응답한 1,327명을 대상으로 %를 산출함.

2) 귀하가 일정 시간 이상 걷는 것에 대해 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하지 않는다고 응답한 210명을 대상으로 %를 산출함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 걷기 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

4) 온라인 조사 참여자의 금연에 제공하는 건강인센티브에 대한 태도

“귀하의 건강증진을 위해 일반담배(궐련) 또는 전자담배를 금연할 때 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하다고 생각하십니까?”라는 질문에 39.2%는 매우 필요하다고 응답하였고, 38.6%는 필요한 편이라고 응답하였다. 궐련 또는 전자담배를 끊을 계획이 있는 사람이 계획이 없는 사람보다 금연에 대해 건강인센티브를 제공하는 것이 필요하다고 응답한 사람이 많았으나 신체활동에 대해 그 차이가 크지는 않았다.

“귀하가 일반담배(궐련) 또는 전자담배를 금연할 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?”라는 질문에 대해 85.8%가 받기를 원한다고 응답하였고 금연할 계획이 있는 사람이 계획이 없는 사람보다 금연 건강인센티브를 받기 원한다고 응답한 사람이 많았다(표 5-12).

〈표 5-12〉 온라인 조사 참여자의 금연 개선 계획 단계별 금연 건강인센티브에 대한 인식 (단위: %)

| 구분 | 전체 | 궐련 또는 전자담배 금연 계획 | | | | p-value |
|-------------------|-------------------|------------------|-----------|-------|------|---------|
| | | 1개월 이내 개선 | 6개월 이내 개선 | 계획 없음 | | |
| 금연 건강인센티브 제공의 필요성 | 매우 필요하다 | 39.2 | 41.6 | 38.3 | 39.3 | 0.263 |
| | 필요한 편이다 | 38.6 | 35.1 | 41.4 | 25.0 | |
| | 필요하지 않은 편이다 | 13.9 | 15.6 | 13.2 | 14.3 | |
| | 전혀 필요하지 않다 | 3.9 | 5.2 | 2.6 | 10.7 | |
| | 잘 모르겠다 | 4.5 | 2.6 | 4.4 | 10.7 | |
| 금연 건강인센티브 수혜 의도 | 건강인센티브를 받기 원함 | 85.8 | 88.3 | 86.3 | 75.0 | 0.208 |
| | 건강인센티브 받기를 원하지 않음 | 14.2 | 11.7 | 13.7 | 25.0 | |
| | | | | | | |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

금액으로 환산할 경우 1개월에 받고 싶은 혜택(인센티브)은 1~9.9만원이 67.6%로 가장 많았고, 10~29.9만 원 24.1%, 1만 원 미만 6.2%, 30~49.9만 원 2.1%이었다. 인센티브 제공 주기는 1개월에 한 번이 49.9%로 가장 많았고, 인센티브 프로그램 운영 기간은 6개월 이상 1년 미만이 29.5%, 3개월 이상 6개월 미만이 19.8%였다.

인센티브 받기를 원하지 않는다고 응답한 88명에게 금연 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유를 물어보았다. ‘건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로’를 선택한 사람이 40.9%로 가장 많았고 ‘참여하는 절차가 까다로울 것 같아서’ 14.8%, ‘귀찮아서’ 11.4%, ‘혜택(인센티브)에 관심이 없어서’ 10.2%, ‘국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에’ 9.1%, 기타 3.4%였다(표 5-13).

〈표 5-13〉 온라인 조사 참여자의 금연 건강인센티브에 대한 인식

(단위: 명, %)

| 구분 | | 명 | % |
|-----------------------------------|------------------|-----|------|
| 인센티브 수준 (월 단위) ¹⁾ | 1만 원 미만 | 23 | 6.2 |
| | 1~9.9만 원 | 252 | 67.6 |
| | 10~29.9만 원 | 90 | 24.1 |
| | 30~49.9만 원 | 8 | 2.1 |
| | 50만 원 이상 | 0 | 0.0 |
| 인센티브 제공 주기 ¹⁾ | 1주일에 한 번 | 29 | 7.8 |
| | 1개월에 한 번 | 186 | 49.9 |
| | 3개월에 한 번 | 71 | 19.0 |
| | 6개월에 한 번 | 32 | 8.6 |
| | 1년에 한 번 | 16 | 4.3 |
| | 프로그램 기간 종료 후 한 번 | 17 | 4.6 |
| | 기타 | 22 | 5.9 |
| 인센티브 대상 프로그램의 기간 ¹⁾ | 3개월 미만 | 36 | 9.7 |
| | 3개월 이상~6개월 미만 | 74 | 19.8 |
| | 6개월 이상~1년 미만 | 110 | 29.5 |

| 구분 | | 명 | % |
|---------------------------------|-----------------------------------|----|------|
| | 1년 이상~2년 미만 | 49 | 13.1 |
| | 2년 이상~5년 미만 | 21 | 5.6 |
| | 지속적인 프로그램 | 78 | 20.9 |
| | 기간 상관없음 | 5 | 1.3 |
| 인센티브를 받고 싶지 않은 이유 ²⁾ | 건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로 | 36 | 40.9 |
| | 귀찮아서 | 10 | 11.4 |
| | 혜택(인센티브)에 관심이 없어서 | 9 | 10.2 |
| | 금연이 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서 | 9 | 10.2 |
| | 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에 | 8 | 9.1 |
| | 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서 | 13 | 14.8 |
| | 기타 | 3 | 3.4 |

주: 1) 일반 담배 또는 전자담배를 금연할 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원한다고 응답한 373명을 대상으로 %를 산출함.

2) 일반 담배 또는 전자담배를 금연할 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하지 않는다고 응답한 88명을 대상으로 %를 산출함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

5) 온라인 조사 참여자의 고위험 음주에 제공하는 건강인센티브에 대한 태도

“귀하가 건강증진을 위해 술을 마시는 양이나 횟수를 줄이면 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하다고 생각하십니까?”라는 질문에 22.3%는 매우 필요하다고 응답하였고, 32.7%는 필요한 편이라고 응답하였다. 절주 또는 금주할 계획이 있는 사람이 계획이 없는 사람보다 절주금주에 대해 건강인센티브를 제공하는 것이 필요하다고 응답한 사람이 많았다.

“귀하가 술을 마시는 양이나 횟수를 줄이면 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?”라는 질문에 대해 69.7%가 받기를 원한다고 응답하였고, 절주 또는 금주할 계획이 있는 사람이 계획이 없는 사람보다 절주금주 건강인센티브 받기를 원한다고 응답한 사람이 많았다(표 5-14).

〈표 5-14〉 온라인 조사 참여자의 음주 개선 계획 단계별 절주 건강인센티브에 대한 인식
(단위: %)

| 구분 | | 전체 | 절주·금주 계획 | | | p-value |
|----------------------------|----------------------|------|--------------|--------------|-------|---------|
| | | | 1개월 이내 개선 | 6개월 이내 개선 | 계획 없음 | |
| 절주·금주 건강인센티브 제공의 필요성 | 매우 필요하다 | 22.3 | 37.9 | 25.9 | 11.2 | <0.001 |
| | 필요한 편이다 | 32.7 | 36.5 | 43.9 | 25.0 | |
| | 필요하지 않은 편이다 | 25.1 | 15.5 | 23.0 | 31.9 | |
| | 전혀 필요하지 않다 | 11.5 | 5.8 | 5.8 | 17.8 | |
| | 잘 모르겠다 | 8.4 | 4.3 | 1.4 | 14.1 | |
| 절주·금주 건강인센티브 수혜 의도 | 건강인센티브를 받기 원함 | 69.7 | 83.3 | 78.8 | 57.2 | <0.001 |
| | 건강인센티브 받기를 원하지 않음 | 30.3 | 16.7 | 21.2 | 42.8 | |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

금액으로 환산할 경우 1개월에 받고 싶은 혜택(인센티브)은 1~9.9만원이 74.2%로 가장 많았고, 10~29.9만원 14.2%, 1만원 미만 10.9%, 30~49.9만원 0.7%이었다. 인센티브 제공 주기는 1개월에 1번이 54.8%로 가장 많았고, 인센티브 프로그램 운영 기간은 6개월 이상 1년 미만이 25.9%, 3개월 이상 6개월 미만이 22.5%, 지속적인 프로그램이 23.2%였다.

인센티브 받기를 원하지 않는다고 응답한 365명에게 절주·금주 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유를 물어보았다. ‘건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로’를 선택한 사람이 49.3%로 가장 많았고, ‘금연·절주가 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서’ 14.3%, ‘참여하는 절차가 까다로울 것 같아서’ 11.8%, ‘국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에’ 7.1%, ‘귀찮아서’ 6.9%, ‘혜택(인센티브)에 관심이 없어서’ 6.3%, 기타 4.4%였다(표 5-15).

〈표 5-15〉 온라인 조사 참여자의 절주 건강인센티브에 대한 인식

| | | (단위: 명, %) | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------|------|
| 구분 | | 명 | % |
| 인센티브 수준 (월 단위) ¹⁾ | 1만 원 미만 | 92 | 10.9 |
| | 1~9.9만 원 | 624 | 74.2 |
| | 10~29.9만 원 | 119 | 14.2 |
| | 30~49.9만 원 | 6 | 0.7 |
| | 50만 원 이상 | 0 | 0.0 |
| 인센티브 제공 주기 ¹⁾ | 1주일에 한 번 | 83 | 9.9 |
| | 1개월에 한 번 | 461 | 54.8 |
| | 3개월에 한 번 | 129 | 15.3 |
| | 6개월에 한 번 | 65 | 7.7 |
| | 1년에 한 번 | 26 | 3.1 |
| | 프로그램 기간 종료 후 한 번 | 44 | 5.2 |
| | 기타 | 33 | 3.9 |
| 인센티브 대상 프로그램의 기간 ¹⁾ | 3개월 미만 | 90 | 10.7 |
| | 3개월 이상~6개월 미만 | 189 | 22.5 |
| | 6개월 이상~1년 미만 | 218 | 25.9 |
| | 1년 이상~2년 미만 | 101 | 12.0 |
| | 2년 이상~5년 미만 | 26 | 3.1 |
| | 지속적인 프로그램 | 195 | 23.2 |
| | 기간 상관없음 | 22 | 2.6 |
| 인센티브를 받고 싶지 않은 이유 ²⁾ | 건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로 | 180 | 49.3 |
| | 귀찮아서 | 25 | 6.9 |
| | 혜택(인센티브)에 관심이 없어서 | 23 | 6.3 |
| | 절주·금주가 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서 | 52 | 14.3 |
| | 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에 | 26 | 7.1 |
| | 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서 | 43 | 11.8 |
| | 기타 | 16 | 4.4 |

주: 1) 음주를 하는 사람 중 술을 마시는 양이나 횟수를 줄일 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원한다고 응답한 841명을 대상으로 %를 산출함.

2) 음주를 하는 사람 중 술을 마시는 양이나 횟수를 줄일 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하지 않는다고 응답한 365명을 대상으로 %를 산출함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

6) 온라인 조사 참여자의 식생활에 제공하는 건강인센티브에 대한 태도

“귀하의 건강증진을 위해 건강한 식생활을 하면 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하다고 생각하십니까?”라는 질문에 26.4%는 매우 필요하다고 응답하였고, 35.5%는 필요한 편이라고 응답하였다. 식생활을 개선할 계획이 있는 사람이 계획이 없는 사람보다 식생활 개선에 대해 건강인센티브를 제공하는 것이 필요하다고 응답한 사람이 많았다.

“귀하가 건강한 식생활을 하면 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?”라는 질문에 대해 71.7%가 받기를 원한다고 응답하였고, 식생활을 개선할 계획이 있는 사람이 계획이 없는 사람보다 식생활 개선에 대해 건강인센티브 받기를 원한다고 응답한 사람이 많았다(표 5-16).

(표 5-16) 온라인 조사 참여자의 식생활 개선 계획 단계별 식생활 건강인센티브에 대한 인식

(단위: %)

| 구분 | | 전체 | 식생활 개선 계획 | | | p-value |
|---------------------------------|----------------------|------|--------------|--------------|-------|---------|
| | | | 1개월 이내 개선 | 6개월 이내 개선 | 계획 없음 | |
| 건강한 식생활 건강인센티브 제공의 필요성 | 매우 필요하다 | 26.4 | 39.6 | 25.7 | 13.8 | <0.001 |
| | 필요한 편이다 | 35.5 | 34.8 | 47.1 | 26.7 | |
| | 필요하지 않은 편이다 | 20.8 | 16.6 | 15.8 | 28.9 | |
| | 전혀 필요하지 않다 | 7.8 | 5.3 | 5.4 | 12.2 | |
| | 잘 모르겠다 | 9.6 | 3.7 | 6.1 | 18.4 | |
| 건강한 식생활 건강인센티브 수혜 의도 | 건강인센티브를 받기 원함 | 71.7 | 81.4 | 76.4 | 58.4 | <0.001 |
| | 건강인센티브 받기를 원하지 않음 | 28.3 | 18.6 | 23.7 | 41.6 | |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

금액으로 환산할 경우 1개월에 받고 싶은 혜택(인센티브)은 1~9.9만원이 75.9%로 가장 많았고, 10~29.9만 원 12.0%, 1만 원 미만 11.3%, 30~49.9만 원 0.9%이었다. 인센티브 제공 주기는 1개월에 한 번이

56.5%로 가장 많았고, 인센티브 프로그램 운영 기간은 6개월 이상 1년 미만이 25.9%, 3개월 이상 6개월 미만이 21.5%, 지속적인 프로그램이 24.9%였다.

인센티브 받기를 원하지 않는다고 응답한 435명에게 식생활 개선에 대해 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유를 물어보았다. '건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로'를 선택한 사람이 55.4%로 가장 많았고, '참여하는 절차가 까다로울 것 같아서' 14.0%, '귀찮아서' 10.1%, '국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에' 8.1%, '식생활 개선이 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서' 5.8%, '혜택(인센티브)에 관심이 없어서' 3.9%, 기타 2.8%였다(표 5-17).

〈표 5-17〉 온라인 조사 참여자의 건강한 식생활 건강인센티브에 대한 인식

| 구분 | | 명 | % |
|-----------------------------------|------------------|-----|------|
| 인센티브 수준 (월 단위) ¹⁾ | 1만 원 미만 | 124 | 11.3 |
| | 1~9.9만 원 | 836 | 75.9 |
| | 10~29.9만 원 | 132 | 12.0 |
| | 30~49.9만 원 | 10 | 0.9 |
| | 50만 원 이상 | 0 | 0.0 |
| 인센티브 제공 주기 ¹⁾ | 1주일에 한 번 | 132 | 12.0 |
| | 1개월에 한 번 | 623 | 56.5 |
| | 3개월에 한 번 | 168 | 15.3 |
| | 6개월에 한 번 | 75 | 6.8 |
| | 1년에 한 번 | 46 | 4.2 |
| | 프로그램 기간 종료 후 한 번 | 58 | 5.3 |
| 인센티브 대상 프로그램의 기간 ¹⁾ | 3개월 미만 | 118 | 10.7 |
| | 3개월 이상~6개월 미만 | 237 | 21.5 |
| | 6개월 이상~1년 미만 | 285 | 25.9 |
| | 1년 이상~2년 미만 | 119 | 10.8 |
| | 2년 이상~5년 미만 | 31 | 2.8 |
| | 지속적인 프로그램 | 274 | 24.9 |
| 기간 상관없음 | 38 | 3.5 | |

| 구분 | | 명 | % |
|---|--------------------------------------|-----|------|
| 식생활 개선 건강인센티브를 받고 싶지 않은 이유 ²⁾ | 건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로 | 241 | 55.4 |
| | 귀찮아서 | 44 | 10.1 |
| | 혜택(인센티브)에 관심이 없어서 | 17 | 3.9 |
| | 식생활 개선이 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서 | 25 | 5.8 |
| | 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에 | 35 | 8.1 |
| | 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서 | 61 | 14.0 |
| | 기타 | 12 | 2.8 |

주: 1) 건강한 식생활을 하면 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원한다고 응답한 1,102명을 대상으로 %를 산출함.

2) 건강한 식생활을 하면 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하지 않는다고 응답한 435명을 대상으로 %를 산출함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

7) 온라인 조사 참여자의 건강인센티브 금액별 건강행동에 미치는 효과에 대한 인식

온라인 조사 참여자에게 건강행동을 3개월 동안 실천하면 15,000원 상당의 인센티브(현재 건강생활실천 지원금제 시범사업의 인센티브 금액 상당)를 받는 것이 건강행동 실천에 효과가 있을 것으로 생각하는지 질문했다. 조사 대상자의 69.2%가 15,000원 상당의 인센티브가 건강행동 실천에 매우 효과가 있거나 효과가 있을 것이라고 응답하였다. 효과가 없다고 응답한 473명에게 3개월간 30,000원을 받을 경우를 물어봤을 때 29.2%(전체 응답자의 9.0%)가 건강행동 실천에 매우 효과가 있거나 효과가 있다고 응답하였다. 30,000원의 인센티브가 효과가 없다고 응답한 335명에게 3개월간 50,000원의 건강인센티브의 효과성에 관해 물었을 때, 37.9%(전체 대상자의 8.3%)가 효과가 있다고 응답하였다. 온라인 조사 참여자의 13.5%인 208명은 5만 원 이하의 금액은 건강행동 실천에 효과가 없을 것으로 인식했다(표 5-18).

〈표 5-18〉 건강인센티브 금액별 건강행동 실천 효과에 대한 의견(온라인 조사)

(단위: 명, %)

| 건강행동 실천 효과 | 건강인센티브 금액 | | |
|------------|-------------|---------------------------|---------------------------|
| | 15,000원/3개월 | 30,000원/3개월 ¹⁾ | 50,000원/3개월 ²⁾ |
| 매우 효과가 있음 | 374(24.3) | 8(1.7) | 2(0.6) |
| 효과가 있음 | 690(44.9) | 130(27.5) | 125(37.3) |
| 효과가 없는 편임 | 348(22.6) | 246(52.0) | 140(41.8) |
| 전혀 효과가 없음 | 125(8.1) | 89(18.8) | 68(20.3) |

주: 1) 3개월 15,000원의 인센티브가 건강행동 실천에 효과가 없다고 응답한 473명을 대상으로 함.

2) 3개월 30,000원의 인센티브가 건강행동 실천에 효과가 없다고 응답한 335명을 대상으로 함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

8) 온라인 조사 참여자의 건강인센티브 유형별 건강행동에 미치는 효과에 대한 인식

온라인 조사 참여자에게 제공할 수 있는 인센티브의 여러 가지 유형을 제시하고, 각 유형의 인센티브가 건강행동 실천에 효과가 있을 것으로 생각하는지 질문했다. 매우 도움이 된다는 응답을 기준으로 했을 때, 45.4%가 지역화폐/현금 제공이 건강행동에 매우 도움이 된다고 응답하였다. 다음으로는 상품권/쇼핑 포인트(33.9%), 의료비 할인·지원(27.6%), 운동시설 등 이용료 할인/프로그램 참가비 지원(18.1%), 건강용품 제공(14.9%), 식품/음료수 제공(13.1%), 포인트 기부(12.3%) 순이었다.

〈표 5-19〉 건강인센티브 유형별 건강행동에 도움이 되는 정도(온라인 조사)

단위: %

| 구분 | 매우 도움이 됨 | 도움이 됨 | 보통 | 도움되지 않음 | 전혀 도움되지 않음 |
|-------------------------------|-------------|-------|------|------------|------------------|
| 상품권/쇼핑 포인트 제공 | 33.9 | 48.4 | 14.0 | 2.6 | 1.1 |
| 지역화폐/현금 제공 | 45.4 | 39.9 | 11.2 | 2.5 | 1.0 |
| 의료비 할인·지원 | 27.6 | 47.4 | 18.6 | 5.1 | 1.3 |
| 운동시설 등 이용료 할인/ 프로그램 참가비 지원 | 18.1 | 45.8 | 26.7 | 8.0 | 1.5 |
| 건강용품 제공 | 14.9 | 41.8 | 29.8 | 11.1 | 2.4 |
| 식품/음료수 제공 | 13.1 | 35.0 | 36.2 | 12.3 | 3.4 |
| 포인트 기부 | 12.3 | 39.1 | 34.0 | 11.4 | 3.3 |

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

다. 건강인센티브 참여 경험

“귀하는 걷기, 운동, 금연, 절주, 식생활 개선 등의 건강한 행동을 하면 모바일 상품권, 포인트, 물품 등의 혜택을 주는 프로그램에 참여하거나 스마트폰 앱을 이용하신 적이 있습니까?”라고 물었을 때 응답자의 34.1%가 참여 경험이 있었다. 전화조사 대상자는 15.4%가 참여 경험이 있다고 답한 반면에, 온라인 조사 대상자는 40.3%로 차이가 났다. 조사 대상자의 22.9%는 기업/민간단체에서 실시하는 프로그램/스마트폰 앱에 참여한 경험이 있었고, 14.7%는 정부/보건소에서 실시하는 프로그램/스마트폰 앱에 참여한 경험이 있었다. 참여했던 프로그램이나 이용했던 앱이 혜택(인센티브)을 제공한 건강행동은 걷기가 65.8%로 가장 많았고 걷기를 제외한 운동 18.5%, 체중관리 17.9%, 건강한 식생활 13.4%, 금연 12.7%의 순이었다.

“혜택(인센티브)을 제공하는 것이 귀하가 건강행동(신체활동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등)을 하는 데 도움이 되었다고 생각하십니까?”라고 질

문하였을 때 ‘매우 그렇다’ 27.9%, ‘그렇다’ 44.3%로 조사 대상자의 약 3/4이 인센티브 프로그램이 건강행동 실천에 도움이 되었다고 인식하였다(표 5-20).

〈표 5-20〉 건강인센티브 참여 경험

(단위: 명, %)

| 구분 | | 전화조사 (n=507) | 온라인 조사 (n=1,537) | 전체 (n=2,044) |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 건강인센티브 참여 경험 | 없음 | 429(84.6) | 917(60) | 1,346(65.9) |
| | 있음 | 78(15.4) | 620(40.3) | 698(34.1) |
| 건강인센티브 유형 (중복응답) | 정부/보건소에서 실시하는 프로그램/스마트폰 앱 | 23(4.5) | 278(18.1) | 301(14.7) |
| | 기업/민간단체에서 실시하는 프로그램/스마트폰 앱 | 59(11.6) | 430(28.0) | 489(22.9) |
| | 기타 | 3(0.6) | 0(0.0) | 3(0.1) |
| 건강인센티브 대상 건강행동1) (중복응답) | 걷기 | 53(10.5) | 469(75.7) | 522(65.8) |
| | 운동(걷기 제외) | 19(3.7) | 128(20.7) | 147(18.5) |
| | 금연 | 9(1.8) | 93(15) | 102(12.7) |
| | 술 마시는 양을 줄이거나 술을 안 마시는 것 | 0(0.0) | 71(11.5) | 71(9.0) |
| | 건강한 식생활 | 4(0.8) | 102(16.5) | 106(13.4) |
| | 체중관리 | 9(1.8) | 133(21.5) | 142(17.9) |
| | 혈당조절 | 3(0.6) | 56(9.0) | 59(7.4) |
| | 혈압조절 | 6(1.2) | 47(7.6) | 53(6.7) |
| 기타 | 0(0.0) | 47(7.6) | 5(0.6) | |
| 건강인센티브의 건강행동 실천 도움 정도2) | 매우 그렇다 | 21(26.9) | 174(28.1) | 195(27.9) |
| | 그렇다 | 36(46.2) | 273(44.0) | 309(44.3) |
| | 보통이다 | 20(25.6) | 131(21.1) | 151(21.6) |
| | 그렇지 않다 | 0(0.0) | 36(5.8) | 36(5.2) |
| | 매우 그렇지 않다 | 1(1.3) | 6(1.0) | 7(1.0) |

주: 1) 건강인센티브 유형(중복응답)을 분모로 %를 산출함.

2) 건강인센티브 참여 경험이 있는 대상을 분모로 %를 산출함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(온라인 조사) 분석 결과임.

라. 건강인센티브 필요성에 대한 인식

“국민의 건강증진을 위해 운동, 금연, 절주, 식생활 개선 등 건강한 행동을 했을 때, 상품권 등의 혜택을 제공하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?”라고 물었을 때 ‘매우 필요하다’ 21.4%, ‘필요한 편이다’ 51.1%로 필요하다고 인식하는 사람이 72.5%였고, ‘필요하지 않은 편이다’라고 응답한 사람이 16.0%, ‘전혀 필요하지 않다’라고 응답한 사람이 5.6%였다.

“누구에게 혜택(인센티브)을 주는 것이 가장 적절하다고 생각하십니까?”에 대한 질문에 44.4%는 ‘국가에서 국민을 대상으로 제공’을 선택하였고 44.1%는 ‘국민건강보험에서 건강보험 가입자를 대상으로 제공’을 선택하였다. ‘민간기업에서 직원을 대상으로 제공’을 선택한 사람은 4.9%, ‘민간기업에서 고객(소비자)을 대상으로 제공’을 선택한 사람은 3.0%였다.

건강한 행동을 하는 것에 대해 혜택(인센티브)을 주는 것이 특히 적절하다고 생각하는 대상을 중복으로 선택하도록 하였을 때, 44.4%가 만성 질환자를 선택하였다. 그 외 모든 사람(37.0%), 저소득층(34.7%), 노인(33.5%)이 높은 응답률을 보였다.

건강인센티브가 필요하지 않다고 대답한 442명에게 필요하지 않다고 생각하는 주요 이유를 질문하였다. ‘건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로’가 53.8%로 가장 많았고, 질병 등으로 운동 등 건강한 행동을 하기 어려운 사람은 혜택을 받지 못하므로’ 20.1%, ‘국가나 기업이 개인의 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에’ 8.8%, ‘경제적으로 부유한 사람들에게 혜택이 더 돌아갈 것 같아서’ 7.5%, ‘국가/기업 등에서 지출하는 비용만큼 국민의 건강 개선에 효과가 없을 것 같아서’ 4.1%였다(표 5-21).

〈표 5-21〉 건강인센티브 필요성에 대한 인식

(단위: 명, %)

| 구분 | | 전화조사 (n=507) | 온라인 조사 (n=1,537) | 전체 (n=2,044) |
|--|---|-----------------|---------------------|-----------------|
| 건강행동에 대한 건강 인센티브 제공의 필요성 | 매우 필요하다 | 98(19.3) | 340(22.1) | 438(21.4) |
| | 필요한 편이다 | 245(48.3) | 800(52.0) | 1045(51.1) |
| | 필요하지 않은 편이다 | 80(15.8) | 248(16.1) | 328(16.0) |
| | 전혀 필요하지 않다 | 67(13.2) | 47(3.1) | 114(5.6) |
| | 잘 모르겠다 | 17(3.4) | 102(6.6) | 119(5.8) |
| 건강인센티브 제공 대상 범위 ¹⁾ | 국가에서 국민을 대상으로 제공 | 145(42.3) | 513(45.0) | 658(44.4) |
| | 국민건강보험에서 건강보험 가입자를 대상으로 제공 | 158(46.1) | 496(43.5) | 654(44.1) |
| | 민간기업에서 직원을 대상으로 제공 | 21(6.1) | 52(4.6) | 73(4.9) |
| | 민간기업에서 고객 (소비자)을 대상으로 제공 | 5(1.5) | 39(3.4) | 44(3.0) |
| | 잘 모르겠다 | 14(4.1) | 40(3.5) | 54(3.6) |
| 건강인센티브 대상(중복응답) ¹⁾ | 만성질환자 | 87(25.4) | 572(50.2) | 659(44.4) |
| | 저소득층 | 76(22.2) | 438(38.4) | 514(34.7) |
| | 임산부 | 37(10.8) | 156(13.7) | 193(13.0) |
| | 유아/어린이 | 29(8.5) | 160(14.0) | 189(12.7) |
| | 청소년 | 42(12.2) | 273(23.9) | 315(21.2) |
| | 노인 | 84(24.5) | 413(36.2) | 497(33.5) |
| | 기타 | 12(3.5) | 5(0.4) | 17(1.1) |
| | 모든 사람 | 181(52.8) | 368(32.3) | 549(37.0) |
| 건강인센티브가 필요하지 않은 이유 ²⁾ | 건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로 | 85(57.8) | 153(51.9) | 238(53.8) |
| | 질병 등으로 운동 등 건강한 행동을 하기 어려운 사람은 혜택을 받지 못하므로 | 26(17.7) | 63(21.4) | 89(20.1) |
| | 국가나 기업이 개인의 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에 | 13(8.8) | 26(8.8) | 39(8.8) |

| 구분 | | 전화조사 (n=507) | 온라인 조사 (n=1,537) | 전체 (n=2,044) |
|----|--|-----------------|---------------------|-----------------|
| | 경제적으로 부유한 사람들에게 혜택이 더 돌아갈 것 같아서 | 5(3.4) | 28(9.5) | 33(7.5) |
| | 국가/기업 등에서 지출하는 비용만큼 국민의 건강 개선에 효과가 없을 것 같아서 | 5(3.4) | 13(4.4) | 18(4.1) |
| | 기타 | 13(8.8) | 12(4.1) | 25(5.7) |

주: 1) 건강인센티브가 매우 필요하거나 필요한 편이라고 응답한 1483명을 대상으로 %를 산출함.
 2) 건강인센티브가 필요하지 않거나 전혀 필요하지 않다고 응답한 442명을 대상으로 %를 산출함.
 자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(전화조사, 온라인 조사) 분석 결과임.

건강인센티브가 필요(매우 필요+필요)하다고 응답한 사람과 필요하지 않은 편(필요하지 않은 편+전혀 필요하지 않음)이라고 응답한 사람의 특성을 비교한 결과는 <표 5-22>와 같다. 전화조사와 온라인 조사 참여자 모두 연령대가 증가할수록 건강인센티브가 필요하다고 인식하는 비율이 감소했다. 성별, 만성질환 보유 여부, 가구소득에 따른 유의한 차이는 없었다. 건강인센티브 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람은 건강인센티브가 필요하다고 인식하는 비율이 경험이 없는 사람보다 유의하게 높았다(표 5-22).

〈표 5-22〉 응답자의 특성에 따른 건강인센티브 필요성에 대한 인식

| 구분 | 전화조사 | | | | 온라인 조사 | | | | 전체 | | p-value* |
|--------------|------------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----|-----------|-----------|--|----------|
| | 필요함 | 필요하지 않음 | p-value* | 필요함 | 필요하지 않음 | p-value* | 필요함 | 필요하지 않음 | | | |
| | (단위: 명, %) | | | | | | | | | | |
| 연령 | 19~49세 | 191(73.8) | 68(26.2) | | 694(82.2) | 150(17.8) | | 885(80.2) | 218(19.8) | | <0.001 |
| | 50~64세 | 93(72.7) | 35(27.3) | 0.006 | 372(77.0) | 111(23.0) | | 465(76.1) | 146(23.9) | | |
| | 65세 이상 | 59(57.3) | 44(42.7) | | 74(68.5) | 34(31.5) | | 133(63.0) | 78(37.0) | | |
| 성별 | 남자 | 164(66.7) | 82(33.3) | 0.106 | 586(79.7) | 149(20.3) | | 750(76.5) | 231(23.5) | | 0.551 |
| | 여자 | 179(73.4) | 65(26.6) | | 554(79.1) | 146(20.9) | | 733(77.6) | 211(22.4) | | |
| 만성질환 | 없음 | 226(71.8) | 89(28.3) | 0.258 | 733(78.7) | 198(21.3) | | 959(77.0) | 287(23.0) | | 0.955 |
| | 있음 | 117(66.9) | 58(33.1) | | 407(80.8) | 97(19.2) | | 524(77.2) | 155(22.8) | | |
| 가구 소득 | 하 | 62(65.3) | 33(37.7) | | 131(77.1) | 39(22.9) | | 193(72.8) | 72(27.2) | | 0.118 |
| | 중하 | 70(71.4) | 28(28.6) | 0.221 | 342(80.5) | 83(19.5) | | 412(78.8) | 111(21.2) | | |
| | 중상 | 81(78.6) | 22(21.4) | | 388(80.2) | 96(19.8) | | 469(79.9) | 118(20.1) | | |
| | 하 | 74(71.8) | 30(28.3) | | 279(78.4) | 77(21.6) | | 353(76.7) | 107(23.3) | | |
| 건강인센티브 참여 경험 | 경험 있음 | 70(89.7) | 8(10.3) | <0.001 | 513(84.9) | 91(15.1) | | 583(85.5) | 99(14.6) | | <0.001 |
| | 경험 없음 | 273(66.3) | 139(33.7) | | 627(75.5) | 204(24.5) | | 900(72.4) | 343(27.6) | | |

*: 카이제곱 분석 결과

주: '잘 모르겠다'고 응답한 사람은 분석에서 제외함.

자료: 이 연구에서 실시한 국민의 건강인센티브에 대한 인식 조사(전화조사, 온라인 조사) 분석 결과임.

제2절 전문가 조사

1. 전문가 조사 개요

건강인센티브제도에 대한 관련 전문가의 인식을 파악하기 위해 온라인 설문조사를 수행했다. 조사는 2021년 8월 19일~9월 13일 동안 시행하였으며, 건강인센티브 제도 도입의 필요성, 대상 집단, 대상 건강행동, 예산 재원, 제도 도입 시 고려사항 등에 대한 문항을 포함했다. 총 30명이 전문가 조사에 참여했으며, 조사 참여자의 특성은 <표 5-23>과 같다. 참여 전문가의 전공은 보건학이 46.7%로 가장 많았고, 의학 33.3%, 영양학 13.3%의 순이었다. 그 외 체육학과, 경제학 전공 전문가가 각 1명씩 참여했다. 조사 참여자의 63.3%는 대학에 근무 중이었고, 20%는 의료기관, 10%는 연구기관에 근무했으며, 기타 공공기관과 산업체에 근무하는 사람은 각 1명씩(3.3%)이었다. 참여자는 관련 분야에서 평균 22년의 경력(최소 7년~최대 37년)의 경력이 있었다. 참여자의 1/3은 해당 분야 경력이 20년 미만이었으며, 나머지 1/3은 각각 20~29년, 30년 이상의 경력이 있었다.

<표 5-23> 전문가 조사 참여자의 특성

(단위: 명, %)

| 구분 | | 명(%) |
|----|-----|----------|
| 전공 | 의학 | 10(33.3) |
| | 보건학 | 14(46.7) |
| | 영양학 | 4(13.3) |
| | 체육학 | 1(3.3) |
| | 경제학 | 1(3.3) |

| 구분 | | 명(%) |
|----------|---------|----------|
| 소속 기관 | 대학 | 19(63.3) |
| | 의료기관 | 6(20.0) |
| | 연구기관 | 3(10.0) |
| | 기타 공공기관 | 1(3.3) |
| | 산업체 | 1(3.3) |
| 해당 분야 경력 | 20년 미만 | 10(33.3) |
| | 15~29년 | 10(33.3) |
| | 30년 이상 | 10(33.3) |

자료: 이 연구에서 실시한 관련 전문가의 건강인센티브에 대한 인식 조사 분석 결과임.

2. 전문가 조사 결과: 우리나라 국민의 건강문제에 대한 인식

조사에 참여한 전문가에게 우리나라 국민 중 건강 개선이 가장 필요한 인구집단을 1~3순위 선택하도록 질문한 결과, 전문가의 86.7%가 만성질환자가 건강 개선이 가장 필요하다고 응답했다. 또한 전문가의 50% 이상이 저소득층(70.0%), 노인(53.3%), 비만인(50.0%)의 건강 개선이 필요하다고 응답했다(표 5-24).

〈표 5-24〉 건강 개선이 필요한 인구집단

(단위: 명, %)

| | 전체 (1+2+3순위) | 1순위 | 2순위 | 3순위 |
|-------|-----------------|----------|----------|---------|
| 비만인 | 15(50.0) | 6(20.0) | 7(23.3) | 2(6.7) |
| 만성질환자 | 26(86.7) | 11(36.7) | 10(33.3) | 5(16.7) |
| 저소득층 | 21(70.0) | 6(20.0) | 8(26.7) | 7(23.3) |
| 청소년 | 5(16.7) | 1(3.3) | 1(3.3) | 3(10.0) |
| 모든 성인 | 7(23.3) | 3(10.0) | 0(0.0) | 4(13.3) |
| 노인 | 16(53.3) | 3(10.0) | 4(13.3) | 9(30.0) |

자료: 이 연구에서 실시한 관련 전문가의 건강인센티브에 대한 인식 조사 분석 결과임.

국민의 건강증진을 위해 가장 개선이 필요한 건강행동을 각 인구집단별로 1~3순위로 선택하도록 한 결과, 인구집단별로 전문가가 인식한 개선이 필요한 건강행동이 다르게 나타났다(표 5-25). 전체 국민, 만성질환자, 모든 성인의 경우 신체활동, 금연, 절주, 건강 식생활 실천 등 다양한 건강행동에 대해 개선이 필요하다는 응답이 고르게 분포했다. 비만인의 경우 건강 식생활 실천, 영유아·어린이와 청소년은 신체활동과 건강 식생활 실천, 노인은 걷기와 건강 식생활 실천이 필요하다는 응답이 다른 건강행동이 필요하다는 응답에 비해 높게 나타났다. 응답을 종합하면, 조사대상 전문가는 모든 인구집단에서 식생활 개선이 필요하다고 인식했다. 만성질환의 위험요인인 흡연과 음주에 대한 개선은 전체 국민, 전체 성인, 저소득층, 만성질환자에서 개선이 필요한 것으로 응답했다. 성장기인 영유아·어린이, 청소년은 식생활과 신체활동의 개선에 대한 응답이, 그 외 신체활동을 통해 건강 이익이 클 것으로 예상되는 비만인, 성인, 노인이 신체활동 개선이 필요하다는 응답이 많았다. 국가건강검진, 구강 건강검진의 개선 필요성은 상대적으로 우선순위가 낮았다.

〈표 5-25〉 인구집단별 개선이 필요한 건강행동

| | (단위 : 명, %) | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|
| | 전체 국민 | 비만인 | 만성질환자 | 저소득층 | 영유아·어린이 | 청소년 | 모든 성인 | 노인 | | |
| 걷기 | 15(50.0) | 20(66.7) | 12(40.0) | 8(26.7) | 8(26.7) | 10(33.3) | 11(36.7) | 21(70.0) | | |
| 신체활동 (걷기 제외) | 15(50.0) | 19(63.3) | 15(50.0) | 9(30.0) | 25(83.3) | 26(86.7) | 15(50.0) | 15(50.0) | | |
| 금연 | 19(63.3) | 4(13.3) | 17(56.7) | 21(70.0) | - | 16(53.3) | 20(66.7) | 6(20.0) | | |
| 절주 (고위험 음주 관리) | 18(60.0) | 17(56.7) | 16(53.3) | 22(73.3) | - | 2(6.7) | 20(66.7) | 8(26.7) | | |
| 건강 식생활 실천 | 17(56.7) | 29(96.7) | 20(66.7) | 20(66.7) | 29(96.7) | 25(83.3) | 16(53.3) | 24(80.0) | | |
| 국가건강검진 수검 | 6(20.0) | 1(3.3) | 8(26.7) | 9(30.0) | 12(40.0) | 5(16.7) | 8(26.7) | 10(33.3) | | |
| 구강검진 수검 | - | - | - | - | 13(43.3) | 2(6.7) | - | 6(20.0) | | |
| 기타 | - | - | - | - | 3(10.0) | 4(13.3) | - | - | | |

주: 1~3순위를 합친 결과의 값임.

자료: 이 연구에서 실시한 관련 전문가의 건강인센티브에 대한 인식 조사 분석 결과임.

3. 전문가 조사 결과: 건강인센티브에 대한 인식

가. 건강인센티브의 필요성

조사에 참여한 전문가에게 국민의 건강증진을 위해 건강행동을 하거나 건강 결과를 달성했을 때, 정부가 인센티브를 제공하는 것이 필요한지에 대해 질문했다. 건강행동 별로 질문한 결과, 모든 건강행동에 대해 인센티브 제공이 필요(매우 필요+필요)하다는 응답이 70% 이상으로 높았다. 조사 대상 전문가의 상당수가 건강행동 수행에 대한 인센티브 제공의 필요성에 대해 긍정적으로 인식하고 있다고 할 수 있다.

각 건강행동에 대한 인센티브 제공이 필요한 이유를 주관식으로 물었을 때, 전문가들은 해당 건강행동의 실천이 건강 향상, 만성질환 관리 및 예방, 의료비 절감 등에 기여할 수 있다는 점을 이유로 제시했다. 걷기의 경우 특징적으로 소득 수준, 직업 등과 무관하게 누구나 일상에서 쉽게 실천할 수 있는 건강행동이므로 대중의 수용성이 높고, 측정이 쉽고 건강 및 경제적(의료비 절감) 효과가 좋다는 이유가 제시되었다. 또한, 신체활동에 대한 인센티브 제공이 필요한 이유로는 걷기만으로 최적의 건강 상태를 달성하기 어려우므로, 보다 강도가 센 운동을 수행하기 위한 동기 부여가 필요하므로, 걷기보다 운동의 효과가 더 크므로 등이 이유로 제시되었고 유산소운동과 근력운동 모두를 고려해야 한다는 제안이 있었다. 음주와 흡연의 경우 알코올과 니코틴은 중독성이 있으며, 사회전반적으로 음주를 장려하는 문화가 있으므로, 인센티브 제공을 통해 개인의 실천 의지를 향상시킬 수 있을 것이라는 의견을 제시했다. 이와 함께 음주, 흡연, 건강한 식생활 실천은 중요하지만 인센티브 제공을 위한 실천 정도를 측정하기 어렵다는 우려가 있었다.

〈표 5-26〉 인센티브 제공의 필요성

(단위: 명, %)

| 구분 | 전혀 필요하지 않다 | 필요하지 않은 편이다 | 필요한 편이다 | 매우 필요하다 |
|---------------|------------|-------------|----------|----------|
| 걷기 | 3(10.0) | 1(3.3) | 13(43.3) | 13(43.3) |
| 신체활동(걷기 제외) | 5(16.7) | 2(6.7) | 15(50.0) | 8(26.7) |
| 금연 | 2(6.7) | 2(6.7) | 9(30.0) | 17(56.7) |
| 절주(고위험 음주 관리) | 2(6.7) | 5(16.7) | 11(36.7) | 12(40.0) |
| 건강 식생활 실천 | 2(6.7) | 6(20.0) | 10(33.3) | 12(40.0) |
| 국가건강검진 수검 | 2(6.7) | 4(13.3) | 15(50.0) | 9(30.0) |
| 구강검진 수검 | 2(6.7) | 6(20.0) | 16(53.3) | 6(20.0) |
| 체중관리 | 2(6.7) | 3(10.0) | 13(43.3) | 12(40.0) |
| 혈압조절 | 2(6.7) | 4(13.3) | 10(33.3) | 14(46.7) |
| 혈당조절 | 2(6.7) | 4(13.3) | 9(30.0) | 15(50.0) |
| 건강교육 참여 | 2(6.7) | 6(20.0) | 12(40.0) | 10(33.3) |

자료: 이 연구에서 실시한 관련 전문가의 건강인센티브에 대한 인식 조사 분석 결과임.

모든 건강행동에 대해 인센티브 제공이 필요 없다고 응답한 전문가는 총 3명이었다. 인센티브 제공이 필요 없는 이유에 대해 1~3가지 선택하도록 한 결과, '건강 형평성 악화 우려'가 66.7%로 가장 높게 나타났다. 또한 '국가에서 지출하는 비용만큼 국민의 건강 개선에 효과가 없을 것 같아서', '개인의 건강행동 변화보다는 시스템, 환경적 변화 정책이 더 필요하므로'가 각각 33.3%이었다.

각 건강행동에 대해 인센티브 제공이 필요 없다고 응답한 전문가에게 그 이유를 건강행동 별로 물어본 결과 걷기, 신체활동, 금연, 절주, 건강한 식생활 실천, 구강 건강검진, 체중 관리, 혈당 조절은 '측정이 부정확해서'로 응답한 전문가가 50% 이상이었다. 인센티브 제공이 필요 없다고 응답한 전문가의 50% 이상이 '질병 등으로 건강행동을 하기 어려운 사람은 혜택을 받지 못하므로'를 이유로 선택한 건강행동은 걷기, 신체활동, 국가 건강검진, 혈당 조절이었다. 인센티브가 필요 없다고 응답한 전문가

의 50% 이상이 ‘국가에서 지출하는 비용만큼 국민의 건강 개선에 효과가 없을 것 같아서’를 선택한 건강행동은 금연, 절주, 건강한 식생활 실천, 구강검진, 체중 관리, 혈압 조절, 건강교육 참여였다. 금연, 절주, 체중 관리에 대한 인센티브 제공이 필요 없다고 응답한 전문가의 50% 이상은 ‘건강 관리는 개인 스스로 하는 것이므로’를 이유로 응답했다. 또한 체중 관리, 혈압 조절, 혈당 조절에 대해 인센티브가 필요 없다고 응답한 전문가의 50% 이상은 ‘개인 건강정보 유출 우려’를, 걷기와 신체활동에 대한 인센티브 제공이 필요 없다고 응답한 전문가의 50% 이상은 ‘디지털 취약 계층이 소외될 우려가 있어서’를 이유로 선택했다. 건강한 식생활 실천에 대한 인센티브가 필요 없다고 응답한 전문가의 50% 이상은 ‘개인의 건강 행동 변화보다는 시스템, 환경적 변화 정책이 더 필요하므로’를 이유로 선택했다.

그 외 주관식 응답으로 국가건강검진은 정부에서 검사비 지원을 하고 있으므로 별도의 인센티브가 필요 없다는 의견이 있었다.

나. 건강인센티브 설계

1) 인센티브를 제공하는 조건

건강프로그램 등록·참여·건강행동 실천·건강행동을 지침에 충족하도록 실천·건강행동 실천을 일정 기간 이상 유지, 건강 목표 설정, 건강목표 달성/건강 결과 개선 중 어떠한 조건을 충족시켰을 때 인센티브를 제공하는 것이 적절한지를 물었다. 인센티브 제공이 적절(매우 적절+적절)하다고 응답한 전문가의 비율이 가장 높은 조건은 건강행동 실천을 일정 기간 이상 유지하는 것(86.7%)이었다. 그 외에 건강행동을 지침에 충족하도록 실천(80.0%), 건강 목표 달성/건강 결과 개선(73.3%), 건강 목표 설정

(70.0%), 건강프로그램 참여(66.6%)에 인센티브를 제공하는 것이 적절하다는 응답의 비율이 높았다. 반면, 건강프로그램 등록(40.0%), 건강행동 실천(23.3%)은 인센티브를 제공하는 것이 적절하지 않다(전혀 적절하지 않음+적절하지 않음)는 응답이 상대적으로 많았다. 즉, 조사에 참여한 전문가들은 단순한 건강행동 실천보다는 특정 조건(지침, 일정 기간 유지)을 충족시키는 건강행동의 실천과 건강 목표를 세우고, 이를 달성하는데 인센티브를 제공하는 것을 더 적절하다고 인식하는 것으로 나타났다.

〈표 5-27〉 인센티브 제공 조건의 적절성

(단위: 명, %)

| 구분 | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------|----------|----------|---------|---------|------------|
| 건강 프로그램 등록 | 3(10.0) | 10(33.3) | 5(16.7) | 8(26.7) | 4(13.3) |
| 건강 프로그램 참여 | 10(33.3) | 10(33.3) | 5(16.7) | 3(10.0) | 2(6.7) |
| 건강행동 실천 | 7(23.3) | 8(26.7) | 8(26.7) | 4(13.3) | 3(10.0) |
| 건강행동을 지침에 충족하도록 실천 | 13(43.3) | 11(36.7) | 3(10.0) | 2(6.7) | 1(3.3) |
| 건강행동 실천 일정 기간 이상 유지 | 14(46.7) | 12(40.0) | 2(6.7) | 1(3.3) | 1(3.3) |
| 건강 목표 설정 | 13(43.3) | 8(26.7) | 5(16.7) | 3(10.0) | 1(3.3) |
| 건강 목표 달성/건강결과 개선 | 12(40.0) | 10(33.3) | 6(20.0) | 1(3.3) | 1(3.3) |
| 기타 | 1(50.0) | 1(50.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |

주: 기타의견으로 '건강 목표 일정 기간 유지', '개인 상황을 고려한 건강목표 달성을 위한 건강행동 실천 기준을 선정하고, 지속적 실천을 하는 경우 인센티브 지급'이 있었음.

자료: 이 연구에서 실시한 관련 전문가의 건강인센티브에 대한 인식 조사 분석 결과임.

2) 제공 인센티브의 유형

제공할 수 있는 다양한 유형의 인센티브를 제시하고, 각 인센티브가 국민이 건강행동을 하는 데 얼마나 도움이 될 것인지 물어본 결과는 <표 5-28>과 같다. 지역화폐·현금(76.7%), 상품권·쇼핑 포인트(73.3%) 제공, 의료비 할인·지원(70.0%)이 도움이 될 것이라고 응답한 전문가가 70% 이상이었다. 다른 인센티브가 도움이 될 것이라고 응답한 전문가는 각각 50% 미만이었다. 전문가들이 가장 도움이 되지 않을 것이라고 예상한 인센티브 종류는 식품·음료수 제공과 포인트 기부로, 각각 43.3%가 (전혀) 도움 되지 않을 것이라고 응답했다. 그 외에 연령별로 제공하는 인센티브를 다르게 하여 성인과 노인에게는 건강보험료 차감을 인센티브로 제공하는 방안이 제시되기도 하였다. 또한 행동경제학적인 고민을 통해 지역, 계층에 따라 다르게 인센티브를 제공하지 않고 보편적인 기준을 적용하면 성과를 거두지 못할 것이라는 우려도 제기되었다.

<표 5-28> 인센티브 유형별 건강행동 수행에 도움이 되는 정도에 대한 인식

(단위: 명, %)

| 구분 | 매우 도움이 됨 | 도움이 됨 | 보통 | 도움되지 않음 | 전혀 도움되지 않음 |
|---------------------------|----------|----------|----------|---------|------------|
| 상품권·쇼핑 포인트 제공 | 13(43.3) | 9(30.0) | 7(23.3) | 0(0.0) | 1(3.3) |
| 지역화폐·현금 제공 | 15(50.0) | 8(26.7) | 5(16.7) | 1(3.3) | 1(3.3) |
| 의료비 할인·지원 | 11(36.7) | 10(33.3) | 6(20.0) | 2(6.7) | 1(3.3) |
| 식품·음료수 제공 | 1(3.3) | 5(16.7) | 11(36.7) | 9(30.0) | 4(13.3) |
| 건강용품 제공 | 1(3.3) | 7(23.3) | 14(46.7) | 6(20.0) | 2(6.7) |
| 운동시설 등 이용료 할인/프로그램 참가비 지원 | 5(16.7) | 8(26.7) | 10(33.3) | 4(13.3) | 3(10.0) |
| 포인트 기부 | 3(10.0) | 7(23.3) | 7(23.3) | 8(26.7) | 5(16.7) |

자료: 이 연구에서 실시한 관련 전문가의 건강인센티브에 대한 인식 조사 분석 결과임.

3) 제공 인센티브의 가치

건강행동 수행 또는 건강 결과 달성에 대해 제공하는 인센티브를 금액으로 환산한다면 연간 최대 어느 정도가 적당한지에 대한 의견을 조사한 결과, 평균 248,550원을 제시했다. 최소 금액은 36,500원이었으며, 최대 금액은 100만 원이었다. 최빈값은 10만 원으로 7명의 전문가가 제시했다. 금액대별로 구분하면, 10만 원~20만 원 미만(36.7%)로 가장 높게 나타났으며, 20만 원~50만 원 미만(23.3%), 5만 원~10만 원 미만(20.0%)의 순이었다. 정책제로 인센티브를 제공하는 것이 적절한지를 고려하고, 현금성 인센티브와 건강보험료 차감 중에 선택할 수 있도록 해야 한다는 의견도 있었다. 또한 연간 최대 인센티브 금액은 경제성 평가나 국민 인식 조사를 통해 설정해야 한다는 의견이 제시되었다.

4) 인센티브 제공 주기

건강행동 수행과 건강 결과 달성에 대한 인센티브 제공 주기는 '1개월에 한 번'이 적절하다는 응답이 각각 46.7%, 30.0%로 가장 높게 나타났다. 조사 대상 전문가가 인식하는 건강행동 수행에 대한 인센티브 제공 주기가 건강결과 달성보다 약간 짧게 나타났다. 건강 결과 달성에 더 오랜 시간이 걸리기 때문에 이러한 응답의 차이가 나타난 것으로 보인다. 한 전문가는 주관식 응답을 통해 인센티브 제공 주기의 설정에는 행동경제학의 원리를 고려해야 하며, 대상별, 건강행동 별 제공 주기가 같지 않을 것이라고 의견을 제시했다.

5) 건강인센티브 제도 참여 기간

건강인센티브 제도 참여 기간은 어느 정도가 적당한지를 질문한 결과, '6개

월 이상~1년 미만'으로 응답한 전문가가 43.3%로 가장 많았다. 다음으로 특정 기간보다는 '지속적인 제도·프로그램으로 운영'해야 한다는 응답이 33.3%였다. 또한 '1년 이상~2년 미만'과 기간이 상관없다는 의견이 각 6.7%였다. 한 전문가는 시범사업을 통해 참여자들의 건강행동 단계별 이동에 걸리는 시간을 파악한 후 제도 참여 기간을 정해야 한다는 의견을 제시하였다.

〈표 5-29〉 인센티브 가치, 제공 주기, 건강인센티브 제도 참여 기간에 대한 의견

| 구분 | | 명(%) |
|------------------------|----------------------|-----------|
| 인센티브 가치 | 5만 원 미만 | 1(3.3%) |
| | 5만 원~10만 원 미만 | 6(20.0%) |
| | 10만 원~20만 원 미만 | 11(36.7%) |
| | 20만 원~50만 원 미만 | 7(23.3%) |
| | 50만 원 이상 | 5(16.7%) |
| 인센티브 제공 주기: 건강행동 수행 | 1주일에 한 번 | 4(13.3%) |
| | 1개월에 한 번 | 14(46.7%) |
| | 3개월에 한 번 | 6(20.0%) |
| | 6개월에 한 번 | 4(13.3%) |
| | 1년에 한 번 | 1(3.3%) |
| | 프로그램 기간 종료 후 한 번 | 1(3.3%) |
| 인센티브 제공 주기: 건강결과 달성 | 1주일에 1번 | 2(6.7%) |
| | 1개월에 1번 | 9(30.0%) |
| | 3개월에 1번 | 7(23.3%) |
| | 6개월에 1번 | 7(23.3%) |
| | 1년에 1번 | 4(13.3%) |
| | 프로그램 기간 종료 후 1번 | 1(3.3%) |
| 건강인센티브 제도 참여 기간 | 3개월 미만 | 0(0.0%) |
| | 3개월 이상 ~ 6개월 미만 | 1(3.3%) |
| | 6개월 이상 ~ 1년 미만 | 13(43.3%) |
| | 1년 이상 ~ 2년 미만 | 2(6.7%) |
| | 2년 이상 ~ 5년 미만 | 1(3.3%) |
| | 건강행동/건강결과 달성 시 참여 중단 | 1(3.3%) |
| | 지속적인 제도·프로그램으로 운영 | 10(33.3%) |
| | 기간 상관없다 | 2(6.7%) |

자료: 이 연구에서 실시한 관련 전문가의 건강인센티브에 대한 인식 조사 분석 결과임.

다. 건강인센티브의 효과 예상

인센티브의 제공이 각 인구집단의 건강행동에 긍정적인 효과를 나타내는 지에 대해 조사한 결과, 전문가들은 건강행동의 종류보다 인구집단에 따라 인센티브의 효과가 다를 것으로 예상했다(표 5-30). 5점 만점으로 효과성을 예상한 결과, 전체 인구집단의 전체 건강행동에 따른 효과성 평균은 3.8점으로, 전문가들은 인센티브가 건강행동을 하는 데 긍정적인 효과가 나타나는 것에 대해 ‘그렇다’에 가깝게 응답했다.

건강행동 종류에 따라 전문가가 예상한 인센티브의 효과는 각 건강행동의 평균이 3.7~3.9점으로 건강행동에 따라 예상하는 효과에 차이가 없었다. 반면, 인센티브가 인구집단의 건강행동에 미치는 효과는 집단별로 다르게 예상했다. 인센티브가 건강행동 수행에 가장 긍정적인 영향을 미칠 것으로 예상한 인구집단은 만성질환자로 평균 4.3점이었다. 대부분의 건강행동(걷기, 신체활동, 금연, 절주, 혈압 조절, 혈당 조절)에서 다른 인구집단보다 인센티브의 긍정적인 효과에 대해 높이 평가했다. 다음으로 인센티브가 건강행동 수행에 긍정적인 영향을 미칠 것이라고 예상한 평균 점수가 높은 인구집단은 비만인(4.2점)이었다. 전문가들은 비만인은 걷기, 건강한 식생활, 체중 관리 행동에서 다른 인구집단보다 긍정적인 효과가 나타날 것으로 예상했다. 노인 대상 인센티브의 예상 효과에 대한 평균은 3.9점으로 걷기, 신체활동, 건강한 식생활 행동에서 긍정적인 효과가 나타날 것으로 응답했다. 한편 임산부, 모든 사람, 모든 성인의 평균 점수는 3.4~3.5점으로 인센티브가 건강행동에 긍정적 효과가 나타날 것이라는 응답이 상대적으로 적었다.

〈표 5-30〉 인센티브가 각 인구집단의 건강행동 변화에 긍정적인 효과를 나타낼지에 대한 의견

(단위 : 평균)

| 구분 | 모든 사람 | 비만인 | 만성 질환자 | 저소득층 | 임산부 | 모든 성인 | 노인 | 건강행동 평균 |
|---------|-------|-----|--------|------|-----|-------|-----|---------|
| 걷기 | 3.5 | 4.4 | 4.4 | 3.7 | 3.2 | 3.6 | 4.1 | 3.8 |
| 신체활동 | 3.6 | 4.1 | 4.2 | 3.7 | 3.1 | 3.5 | 4.0 | 3.7 |
| 금연 | 3.4 | 3.8 | 4.2 | 3.7 | 3.6 | 3.6 | 3.9 | 3.7 |
| 절주 | 3.4 | 3.9 | 4.1 | 3.8 | 3.6 | 3.6 | 3.9 | 3.8 |
| 건강한 식생활 | 3.5 | 4.3 | 4.2 | 3.8 | 3.7 | 3.6 | 4.1 | 3.9 |
| 체중관리 | 3.5 | 4.4 | 4.2 | 3.7 | 3.2 | 3.6 | 3.9 | 3.8 |
| 혈압조절 | 3.4 | 4.2 | 4.5 | 3.6 | 3.5 | 3.5 | 3.9 | 3.8 |
| 혈당조절 | 3.3 | 4.1 | 4.3 | 3.5 | 3.4 | 3.3 | 3.7 | 3.7 |
| 인구집단 평균 | 3.5 | 4.2 | 4.3 | 3.7 | 3.4 | 3.5 | 3.9 | 3.8 |

주: 전혀 그렇지 않다(1)~매우 그렇다(5)의 평균값을 산출한 결과임.

자료: 이 연구에서 실시한 관련 전문가의 건강인센티브에 대한 인식 조사 분석 결과임.

라. 건강인센티브 제도에 대한 의견

전문가들은 건강생활실천지원금제 시범사업이 다양한 설계와 효과성을 검증하고, 본 사업화가 되기 전에 보완·발전할 수 있는 기회가 되기를 바라는 의견을 표출했다. 그 외에도 전문가들은 건강인센티브 제도의 설계 및 건강 정책으로서의 역할에 대해 의견을 제시했다.

1) 인센티브 제공 기준 및 평가 방법

단기간 또는 일시적인 관리로 건강행동이나 결과가 개선되어 인센티브를 받을 수 있도록 설계한다면, 건강인센티브 제도의 도입 목적을 달성하기 어려울 것이라는 우려가 있었다. 이러한 우려를 완화하기 위해 모니터링이 가능한 기기를 활용하여 건강행동의 지속적인 실천을 평가할 것을

제안했다. 또한 행정적인 모니터링과 결과의 확인이 아닌 의료기관의 확인을 거쳐 임상적으로 유의미한 개선을 보였는지를 확인해야 한다고 제안했다. 이 외에도 건강행동을 지속하지 못하고 과거의 건강하지 않은 행동으로 돌아갔을 경우 페널티를 적용하는 방안이 제안되었다.

객관적으로 건강행동 및 건강 결과를 측정하고, 이에 상응하는 인센티브를 제공하기 위한 정확한 모니터링과 측정이 중요함을 여러 전문가가 강조하며, ICT 기술의 활용을 제안했다. 그러나 기술적인 한계로 건강행동의 정확한 측정에 한계가 있다는 점이 지적되었으며, 인센티브의 부정수급(예: 다른 사람이 대신 걷기, 핸드폰을 흔들어서 걸음 수 올리기 등)에 대한 우려도 있었다.

2) 인센티브의 가치

현재 시범사업에서 제공하는 인센티브의 금액이 적어서 대상자의 참여 의지가 저하될 것이라는 의견이 있었다. 시범사업 참여 의지 및 건강행동 실천 동기를 고취할 수 있는 인센티브가 있어야 지속가능한 제도로 자리 잡을 수 있다고 제안했다. 또한 인센티브를 건강보험료와 연계하는 것을 제안하기도 했다.

3) 건강 형평성 악화 우려

일부 전문가들은 재정적 인센티브의 제공이 건강행동 변화에 미치는 영향이 크지 않을 것이며, 인센티브로 행동 변화가 가능한 계층은 고학력자, 고소득층, 비장애인 계층일 것으로 예상했다. 이로 인해 건강행동을 할 수 없는 계층이나 집단이 건강행동을 실천할 수 있는 기회의 확대 없이 건강인센티브 제도를 운영한다면, 이 제도가 건강 형평성을 악화시키

는 정책이 될 수 있다고 우려하였다. 건강인센티브 제도는 건강행동을 이미 하기로 하고, 건강행동을 하기 유리한 환경에 있는 사람에게 추가 인센티브까지 제공하는 것이 되어 건강행동을 하지 않는, 또는 못하는 사람에게 도움이 되지 않을 것이라고 예상했다. 현재 시범사업에서 제시하는 인센티브 금액은 기존의 행동을 변화시키는 유인책이 힘들어서, 사회경제적위치가 낮은 사람의 건강행동을 변화시키는 데는 도움이 거의 되지 않으리라 예상했다. 만약 건강인센티브 제도를 도입해야 한다면, 저소득층만을 대상으로 하고, 인센티브 금액을 상향시켜 실제적인 인센티브로 작동할 수 있도록 하는 건강 불평등 완화 정책으로 방향을 선회해야 할 것을 제안하기도 했다. 이 외에도 건강인센티브제도가 건강행동 실천을 개인에게 책임을 돌리게 할 수 있으므로, 개인 수준의 접근인 인센티브 제도보다는 건강행동의 수행은 사회적 책임이라는 관점에서 인구집단 수준에서 건강의 사회적 결정요인을 변화시킬 수 있는 정책이 마련되어야 한다고 의견을 제시했다.

이 외에 건강인센티브 제도를 지속하기 위한 재원의 마련, 효율적인 시행을 위한 전 부처 및 일차의료기관을 포함한 민간과의 협력을 제안했다. 또한 현재의 시범사업이 건강위험군과 질환자만을 포함하여 건강한 사람을 포함하는 방안, 사업의 우선 대상자를 선정하는 방안에 대한 고려가 필요하다는 제안이 있었다.

제3절 포커스그룹 인터뷰

1. 개요

공공 및 민간에서 운영하는 건강인센티브 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람들의 경험을 토대로 건강인센티브 프로그램에 대한 인식과 효과가 나타난 또는 나타나지 않은 원인을 파악하고, 정부에서 운영하는 건강인센티브 프로그램에 대한 의견을 수렴하기 위해 포커스그룹 인터뷰를 수행했다.

FGI 대상은 공공, 또는 민간 부문에서 걷기, 신체활동, 금연 등의 건강 행동을 하면 보상을 제공하는 프로그램에 참여한 경험이 있는 20세 이상 성인이다. 성별, 연령대 별로 그룹을 구성하여 9월 27일~30일 동안 총 네 그룹, 19명을 대상으로 FGI를 수행했다. 코로나19의 확산을 고려하여 대면(2그룹)과 화상(2그룹)으로 FGI를 수행했다. FGI 시작 전 조사의 목적 및 내용 등에 대한 설명을 포함한 연구 참여 동의서를 연구진이 읽고 설명했으며, 인터뷰가 진행되는 중 언제든지 인터뷰를 거부할 수 있으며, 인터뷰 거절로 인한 불이익이나 차별이 발생하지 않는다는 사실을 밝혔다. 또한, 인터뷰 내용이 녹음된다는 사실과 함께 녹음내용이 녹취록으로 작성된다는 것을 밝히고, 녹음 및 녹취된 내용은 한국보건사회연구원 내 보안 처리가 되어있는 컴퓨터에 파일로 보관된다고 밝혔다. 연구 결과물에서 인터뷰 내용이 익명으로 처리되어 포함되지만, 개인정보가 노출되지 않는 사실을 밝히고, 이에 대한 동의를 모든 참여자로부터 받았다. 연구진 한 명이 FGI를 진행했으며 FGI는 그룹 당 60~90분 소요되었다. FGI 종료 이후 녹음된 인터뷰 내용을 녹취록으로 작성했다.

FGI 참여자의 특성과 각 참여자가 이용한 건강인센티브 프로그램(모바

일 앱 포함)은 <표 5-31>과 같다.

<표 5-31> 포커스그룹 참여자의 특성

| 그룹 | ID | 연령 (세) | 직업 | 보유 만성질환 | 이용한 건강인센티브 프로그램 및 앱 | 이용 기간 |
|--------------|----|-----------|---------------|---------------------|--|------------|
| 40~50대 여성 | 1 | 42 | 전업주부 | 고혈압, 고지혈증 | 워크온(00구 건강걷기, 이마트24 걷기), 삼성헬스, 삼성화재 걷기 포인트 | 6개월 ~1년 |
| | 2 | 42 | 회사원 | 혈당 높음 | 캐시워크 | 3개월 |
| | 3 | 59 | 전업주부 | 고혈압 | 산보커피 | 1년 |
| | 4 | 59 | 전업주부 | 콜레스테롤 수치 높음, 지방간 | 워크온(보건소 프로그램), 캐시워크 | 2년 |
| 40~50대 남성 | 5 | 41 | 회사원 | 당뇨 | 나의 건강기록 | 9개월 |
| | 6 | 41 | 회사원 | | 삼성헬스 | 2년 |
| | 7 | 42 | 회사원 | 고혈압위험군 | 캐시워크, 워크온 | 1년 |
| | 8 | 51 | 회사원 | | 보건소 헬스 프로그램 | 6개월 |
| | 9 | 55 | 회사원 | 역류성식도염 | 캐시워크, AIA 바이탈리티 | 3년 |
| 20~30대 여성 | 10 | 24 | 대학생 | 비만, 당뇨 위험군 | 캐시워크, 헬피 | 2년 |
| | 11 | 25 | 회사원 (파트타임) | | 캐시워크, 돈버는 만보기, 삼성헬스 | 3년 |
| | 12 | 29 | 회사원 | | 캐시워크, 캐시 슬라이드, AIA 바이탈리티, 삼성헬스 | 현재까지 |
| | 13 | 35 | 회사원 | | 워크온 | 6개월 |
| | 14 | 38 | 회사원 | | AIA 바이탈리티 | 1년 |
| 20~30대 남성 | 15 | 24 | 대학생 | | 금연 클리닉 | 6개월 |
| | 16 | 27 | 회사원 | | 금연 프로그램 | 2년 |
| | 17 | 33 | 회사원 | | AIA 바이탈리티 | 2년 |
| | 18 | 33 | 회사원 | | 캐시워크, O樂 | 3년 |
| | 19 | 38 | 회사원 (파트타임) | | 국민건강보험공단 금연치료 | 12주 |

자료: 연구진 작성

FGI 질문은 건강인센티브 이용 경험, 인센티브에 대한 만족도, 인센티브가 건강행동 수행에 미치는 영향, 건강행동 수행에 대한 인식, 건강생활실천지원금제 시범사업에 대한 의견을 포함하였다.

2. FGI 결과

1) 건강인센티브 이용 경험

FGI 참여자 중 16명은 걷기에 보상을 주는 모바일 앱을 이용하고 있으며, 세 명은 금연 성공에 보상을 주는 프로그램에 참여했다.

인센티브 프로그램에 참여한 동기는 참여자마다 달랐다. 참여자 대부분에게 인센티브가 참여의 가장 큰 동기로 작용했다. 일상적인 활동인 걷기를 하면서 인센티브까지 받는 점을 긍정적으로 인식하여 참여한 경우가 많았다. 건강 문제 발생 후 건강 관리를 위해 걷기 앱을 이용한 경우도 있었으며, 주위 사람의 추천, 통신사 프로그램과의 연계, 원래 걷는 것을 좋아해서 등 다양한 참여 동기가 있었다. 건강 관리에 대한 동기가 부족할 때, 인센티브가 유인으로 작용한 경우도 있었다.

“핸드폰 비용 같은 게 좀 아까워가지고 조금만 좀 부담을 덜어보자 해가지고 캐시워크 먼저 깔아서 하게 됐어요.” (참여자 18)

“운동을 해야 되는데 막 너무 피가 나고 좀 그러던 차에 저희 남편이 좀 안타깝게 생각해가지고. 캐시워크라는 프로그램이 있는지도 저는 몰랐었는데 그걸 깔아주면서, 또 공짜 좋아하니까 (웃음) 이거 깔아서 어느 정도 이렇게 포인트가 쌓이면 뭐 커피도 무료로 준다고, 근데 제가 커피를 좋아해서 저녁도, 방금 여기 오면서도 커피를 사갖고 올 정도로, (웃음) 그래서 공짜로 준다는 말에 혹해서 했는데 생각보다 커피 한 잔 얻어먹기까지의 과정이 굉장히 좀 험난하긴 하더라고요. 그래도 어쨌든 내 건강 챙겨주면서 뭐 커피도 준다 하니 뭐 님도 보고 뭐 뽕도 따고 뭐 일석이조고 해서.” (참여자 3)

걷기를 하면 인센티브를 제공하는 프로그램에 참여한 경우, 인센티브 뿐만 아니라 목표를 성취하는 데 재미를 느끼기도 했으며, 가족, 특히 자녀와 함께 참여하기도 했다.

“솔직히 그런 포인트로나 선물을 받는데도 물 한 병 받기, 뭐 홍삼원 받기 뭐 이런 거에 그런 게 솔직히 받아도 그만, 안 받아도 그만인데 그거를 얻는다는 그 획득이 참 재밌더라고요. 그리고 00구 안에서 이제 그 또 내가 몇 순위를 했는지 그런 또 재미도 있었고, 그래서 시작하게 된 계기였고 아이들하고도 참 재밌게 했던 기억이 있습니다.”
(참여자 2)

한 가지 걷기 앱 이용을 시작한 후, 추천 앱 목록에 유사한 인센티브 제공 앱이 추천되어서 여러 가지 인센티브 앱을 함께 이용하는 경우도 있었다. 일부 참여자는 건강 관리가 아니라 앱 테크의 목적으로 인센티브를 제공하는 여러 앱을 동시에 이용하기도 했다. 금연 프로그램에 참여한 대상자들은 모두 금연을 결심한 이후 금연을 도와주는 프로그램에 참여했다고 응답했다. 프로그램 참여 전에 인센티브 제공에 대해 인지하고 금연을 시도한 것은 아니었다. 걷기 외에 손 씻기, 계단 오르기, 규칙적인 수면 기록에 인센티브를 주는 앱을 사용해 본 경험이 있는 참여자들도 있었다. 그러나 걷기는 앱을 통해 걸음 수가 자동으로 기록되지만, 다른 앱은 사진을 찍거나 직접 기록을 해야 하는 번거로움이 있어서 단기간만 이용했다.

2) 인센티브가 건강행동 수행에 미치는 영향

금연 프로그램 참여자들은 참여 이전에는 인센티브에 대해 사전에 알지 못했으나 본인의 금연 의지와 함께 인센티브의 제공이 동기 부여가 되었다고 인식했다. 그러나 인센티브보다는 금연 프로그램에서 제공하는 교육이나 상담이 금연 성공에 도움을 주었다고 응답했다.

걷기 앱을 이용하는 참여자의 대부분은 이전보다 걸음 수가 증가했거나, 인센티브를 받기 위하여 목표 걸음을 채우도록 노력한다고 했다. 그러나 일부 참여자는 받을 수 있는 인센티브의 가치가 크지 않으므로 걷기 앱의 이용으로 걸음 수에 변화가 나타나지 않았다고 응답했다.

“저는 확실히 한 두 배는 더 많이 걷게 된 것 같아요. 왜냐하면 ‘이왕 이거 나왔을 때 모으자’라는 생각으로 제가 원래는 버스를 더 많이 탔는데 지하철이 조금 더 멀어도 이거 나가는 김에 지하철로 좀 멀리 가서 모으자라는 생각으로 좀 더 멀리 돌아다녔더니 저절로 약간 늘게 돼서 건강에도 도움 되고 좋았던 것 같아요.” (참여자 10)

“어떤 날은 또 덜 걸을 때도 있고 어떤 날은 또 더 많이 걸을 때도 있다 보니까 아무래도 리워드를 받으려면 좀 일정 그 목표치를 좀 걸으려는 그 기준이 좀 맨날 생기는 것 같아서. 억지로라도 좀 하는 편인 것 같아요.” (참여자 17)

“저는 개인적으로는 이제 금연 프로그램은 좀 상당히 좀 도움이 많이 된 것 같은데. 저는 따로 이제 약간 뭐 그런 캐시워크나 약간 그런 걸으면 이제 보상이 좀 주어지는? 그런 거로는 딱히 걸음이 늘어난 것 같지는 않아요. 약간 뭔가 걷는 거에 비해서 뭔가 리워드가 너무 좀 적은 것 같은 느낌이 들어서 저는 그냥 딱히 변하지는 않을 것 같습니다.” (참여자 24)

인센티브 제공 앱으로 인해 평소보다 활동량이 증가했다고 응답한 참여자는 인센티브 제공 앱 이용 이후 건강 상태가 더 좋아졌다고 응답했다. 일부 참여자는 체중감량, 콜레스테롤 수치 감소의 결과를 나타내기도 했다.

3) 인센티브에 대한 만족도

참여자가 이용하는 프로그램에 따라 제공하는 인센티브의 가치가 다양했다. 걷기 앱의 경우 대부분 만 보 또는 8천 보를 기준으로 100원 또는 더 적은 금액에 상당하는 포인트를 제공했으며, 대상자들은 금액이 적다고 인식하였다. 적은 인센티브 금액은 인센티브 프로그램/앱 이용 중단 의 원인이기도 했다.

“저도 예전에 캐시워크 사용했었는데 포인트가 적어가지고 약간 모으기가 힘들더라고요. 그래서 안 쓰기 시작해가지고 포인트가 좀 적다고 생각해요.” (참여자 13)

인센티브는 주로 기프트콘으로 교환하여 이용했다. 교환하는 기프트콘의 종류에 따라 다르나 커피 전문점의 음료 교환권의 경우 약 한 달, 패스트푸드로 교환하는 경우 넉 달 이상 인센티브를 적립한 후 교환해야 했다. 보건소 행사, 기업 마케팅의 목적으로 운영하는 일회성 걷기 프로그램의 경우 칫솔, 운동용품 등 물품을 인센티브로 제공하는 경우도 있었으며, 선착순으로 특정 상점의 할인쿠폰을 제공하기도 했다.

보험사에서 운영하는 건강인센티브 프로그램은 상대적으로 제공하는 인센티브의 금액이 컸다. 프로그램에 따라 인센티브 수준이 다양하나 월 15,000원 수준으로, 걷기 앱에서 제공하는 인센티브보다 금액이 컸다. 보험사 프로그램에서 제공하는 인센티브는 주로 보험료 납부에 이용하거나 기프트콘으로 교환하여 이용했다. 금연 프로그램 참여자들은 받은 인센티브의 금액이 적다고 인식했으나, 참여 목적이 인센티브를 받는 것이 아니었기에 인센티브의 가치가 금연 의도에 영향을 미치지 않았다고 응답했다.

참여자 대부분이 인센티브의 가치가 건강행동 수행에 중요하지 않다고 응답했다. 특히 걷기의 경우 일상 활동이므로, 인센티브는 부수적인 것으로 인식했다. 인센티브를 받는 것보다는 인센티브를 받기 위해 목표를 달성하는 데에서 오는 성취감을 크게 평가했다.

“그날 만 보 채우면 괜히 막 내가 뭐가 그래도 한 것처럼 괜히 부듯하고 나한테 막 상을 주고 싶은 마음도 생기고, 그런 게 좋더라고요.” (참여자 3)

“포인트가 많고 적고를 떠나서 내가 그날 해가지고 아까 이렇게 시각적으로 내가 만 보를 걸었다는 게 뭔가 응당적으로. 내 자신한테 조금 이렇게 거 거 하는데 안 나가면 그게 없잖아요. 그렇게 포인트를 떠나서 내가 이거 운동을 하면 내 건강에 조금 노력을 안 했다는 그런 좀 그런 자신감이 조금 저하되는 그런 경우도 있어요.” (참여자 4)

또한 인센티브를 받는 것과 함께 앱을 이용하면서 숫자로 자신의 건강

행동(걸음 수)을 확인하거나, 운동량 측정기기와 인센티브 제공 앱을 연동하여 이용하는 경우 건강 상태(운동량)를 확인할 수 있다는 점을 긍정적으로 평가했다.

4) 건강생활실천지원금제 시범사업에 대한 의견

FGI 참여자들에게 건강생활실천지원금제 시범사업에 대한 정보를 제공하고, 시범사업에 대한 의견을 물었다. 시범사업에 대한 의견은 참여자마다 달랐다. 일부 참여자는 국민 건강증진을 위해 시행하는 취지를 긍정적으로 평가했으나, 일부는 효과가 없을 것으로 예상하며 예산 낭비와 건강보험료 상승 가능성에 대해 우려했다. 효과가 없을 것으로 예상하는 가장 큰 이유는 제공하는 인센티브의 가치가 사람들의 참여나 건강행동 변화를 유도하는 데 부족하다고 생각해서였다. 단기적으로는 건강행동의 변화가 있을 수 있으나, 그 효과가 장기적으로 이어지기 어려울 것으로 예상했다. 특히 평소 건강 관리에 관심이 없는 사람은 인센티브의 금액과 상관없이, 인센티브의 제공이 건강행동 수행의 동기가 되지 않으리라고 예상했다.

“연간 최대 뭐 5만 원에서 6만 원이 최대라고 했잖아요. 그 정도는 거의 용돈이에요. 그렇기 때문에 리워드로 봐서는 상식적으로 이것만 봐서는 할 의욕은 솔직히 전혀 생기지는 않을 것 같고. 굳이 돈 말고 그냥 굳이, 이왕이면 그냥 하는데 이런 게 있구나 해서 그냥 검사검사 하려고 할 때나 그렇게 그냥 도움이 될 것 같아요.... 굳이 이거 때문에 내가 뭐 걷거나 운동이나 혈압이나 뭐 체중을 빼야 되겠다 라고는 금액 이거, 금액 보상으로 봐서는 할 사람이 거의 없을 것 같아요.” (참여자 17)

“이 푼돈 때문에 엄청 막 이런 건 아닌데 이제 관리를 안 하시는 분들은 그냥 그게 그 푼돈을 가지고 뭐 약간 이렇게 생각하시는 경향이 있는 것 같아요. 저는 그 푼돈이 아니라 그냥 내가 하고 있는데 그걸 준다 하니 하는 것이어 가지고 그런 좀 성향의 차이가 있는 것 같아서. 사실 근데 그런 분들이 움직이게 하려고 하면 사실 그 분들이 핑계를 대면

온갖 핑계를 사실 다 댈 수 있잖아요. 그래서 이렇게 금액을 조금 높인다고 하더라도 엄청 과하게 사실 줄 것 같지는 않고 그냥 금액만으로는 그런 분들을 움직일 수 있을까? 하는 생각이 조금 듭니다.” (참여자 14)

또한 건강 관리가 필요한 사람이 아닌, 인센티브만을 목적으로 참여하는 사람이 많을 수 있으며, 일부는 부정한 방법으로 인센티브를 받을 수 있다고 우려했다.

“할 사람은, 저는 (시범사업 시행에) 반대인 게 할 사람은 많기는 많은데 엉뚱한 사람이 될 것 같아요. 예를 들어 가지고 이런 사업에 참여할 때는 솔직히 이게 그 뭐, 네이버 라든지 카카오톡 이용해서 공유가 되거든요. 그러면 거기 있는 사람들은 기본적으로 캐시워크하고 오락하고 그런 기본적인 걸기 프로그램 같은 게 깔려 있어요. 깔려 있는데 그거까지 플러스 알파로 해가지고 솔직히 혜택을 받아야 할 사람이 못 움직일 것 같기는 해요... 새로운 사람이 유입되는 게 아니고 똑같은 사람이, 그냥 사용했던 사람이 그냥 그대로 해가지고 캐시워크나 그런 거 해가지고 꾸준하게 모으는 그런 사람들만 하지. 사실 뭐 안 할 사람은 안 해요.” (참여자 18)

“약간 너무 단기적이고 너무 보상도 적고 약간 그런, 약간 그런 혜택만 찾아다니는 이제 약간 체리피커들의 약간 그런, 그런 쪽에만 너무 혜택이 쏠리지 않을까 싶거든요.” (참여자 15)

일부 참여자는 민간 부문에서 운영하는 인센티브 앱과의 중복성을 우려했으며, 또한 시범사업의 참여 대상자가 건강위험군 또는 고혈압, 당뇨 질환자이므로 건강한 상태인 사람이 오히려 차별받을 수 있다고 지적했다.

“민간에 일단은 여러 앱이 있는데 굳이 이것을 세금을 들여가지고 나라에서 이걸 굳이 하는 생각이 들긴 하거든요. 왜 굳이 이것을 왜 나라에서 세금을 들여가지고 해야 할까. 라고 들어서 조금 그러니까 좀 아픈 사람들이 약간 혜택을 받게 되는 거잖아요. 사실 근데 건강한 사람들은 약간 좀 불공평하다고 느낄 수도 있을 것 같아요. 이것을 세금이

나 뭐 이런 거에서 처리한다고 하면.” (참여자 12)

시범사업에 참여하여 인센티브를 받을 수 있는 다양한 조건에 대해 이해하는 데 어려움을 겪는 참여자도 있었다. 교육에 참여할 때 인센티브를 받는 것에 대해 긍정적으로 평가하는 반면, 교육 등 다양한 요소에 인센티브를 제공하는 것이 시범사업을 이해하기 어렵게 한다고 평가기도 했다.

“그리고 뭔가 너무 많은 것 같아요. 저는 제가 지금 이용하고 있는 거는 그냥 제가 일을 살아가고 있는데 내가 굳이 애쓰지 않아도 무언가를 이렇게 하는 것이어서 했는데 제가 만약에 이렇게 여기 건강검진을 받고 이런 인내를 받았을 때 제가 만약 건강이 안 좋은 상태라고 하더라도 이게 뭐라고요? 뭐 해야 된다고요? 이걸 어떻게 해야 되는데? 너무 뭐가 많고 다양해서 그냥 심플하게 아예 그냥 여러 다양한 금액을, 차라리 걷기가 중요하다면 걷기로 해서 그냥 연간으로 그냥 하나로 짝 걷기를 잘 하세요 라고 하든지 아니면 교육이 정말 필요하다면 교육은 좀 이렇게 크게 크게 따로 주시든지 하는 게 낫지 뭐가 너무 다양해서 저는 제가 봐도 좀 잘 모르겠더라고요.” (참여자 14)

그 외에 참여자들은 시범사업의 설계안에 대해 다양한 의견을 제시했다. 참여자들은 걷기에 인센티브를 제공하는 것이 측정과 실제 수행하기에 가장 편하다고 인식했다. 걷기 외에 인센티브 제공이 필요한 것으로 제안된 건강행동은 계단 오르기, 식습관, 수면 관리, 수분 섭취 등이 있었다. 시범사업 참여 기간이 1년으로 짧아서 건강 개선의 효과가 적을 것이라는 지적도 있었다. 자녀가 있는 여성 참여자들은 아동·청소년을 대상으로 건강인센티브 제도를 시행하여 건강행동이 습관화할 수 있도록 하자는 의견을 제시하기도 했다. 참여자들은 제공하는 인센티브의 형식은 현금·지역화폐를 가장 선호했으며, 의료비 할인도 선호도가 높았다. 또한 국민의 실생활에 도움이 되는 인센티브를 제공하도록 다양한 자원(예: 공공 체육시설 등)과 연계가 필요하다는 의견을 제시했다.

제4절 소결

이 장에서는 국민과 관련 분야 전문가의 건강인센티브에 대한 인식을 조사하고, 건강인센티브 프로그램 참여 경험자 대상 FGI를 통해 대상자가 인식하는 건강인센티브의 효과성에 대해 파악하고자 했다.

조사 대상 국민과 전문가의 70% 이상이 국민의 건강증진을 위해 건강인센티브가 필요하다고 인식하고 있었다. 이는 2019년 전국 성인 2,000명을 대상으로 실시한 설문조사에서 응답자의 79.6%가 건강인센티브 제도의 도입 취지와 목적에 공감한다고 나타난 것과 유사한 수치이다(한국리서치, 국민건강보험공단, 2019). 건강인센티브가 필요하지 않다고 생각하는 국민의 절반 이상은 건강 관리가 개인의 책임이기 때문에 인센티브가 필요 없다고 하였고, 전문가들은 대부분 건강 형평성 악화 우려로 인해 인센티브가 필요하지 않다고 응답했다. 국민과 전문가의 상당수가 건강인센티브를 긍정적으로 인식하지만, 건강인센티브의 제도화를 위해서는 부정적인 인식에 대한 고려가 필요할 것이다. 특히 전문가들의 건강 형평성 악화에 대한 우려는 제도의 설계 및 도입 시 충분히 검토해야 한다. 조사 대상 전문가 중 일부는 건강인센티브가 이미 건강행동을 하는 사람, 또는 건강행동을 할 수 있는 자원이 충분한 사람에게만 혜택이 돌아가 건강 격차를 악화할 것이라고 우려했다. 이에 건강인센티브의 혜택을 보기 어려운 취약계층을 위한 조치와 모든 사람이 건강행동을 실천할 수 있는 환경을 조성하고, 건강의 사회적 결정요인에 대응하기 위한 정책적 노력이 병행되어야 한다고 강조했다. 즉, 국민 건강증진을 위해서는 개인의 행동 변화에 중점을 둔 개별 정책의 추진만이 아닌 개인의 건강 상태에 영향을 미치는 사회, 경제, 환경적 요소를 고려한 다양한 분야의 정책이 추진되어야 한다.

전문가들은 만성질환자와 저소득층이 가장 건강 개선이 필요한 인구집단이며, 인구집단별로 개선이 필요한 건강행동이 다르다고 응답했다. 건강인센티브가 건강행동 개선에 효과적이라는 전제 아래 건강인센티브를 제도화할 때는 건강 개선이 필요한 인구집단에게 우선순위를 두어, 해당 인구집단의 건강문제 해결에 도움이 되는 건강행동에 대해 인센티브를 제공하는 것이 필요할 것이다. 정책 및 프로그램은 한정된 예산으로 수행하기 때문에 모든 사람, 모든 건강행동에 대해 재정적 지원을 하는 데 한계가 있을 것이므로 우선순위의 선정이 중요하다. 현재 건강생활실천지원금제 시범사업이 건강행동 중 걷기에 대해 인센티브를 제공하는 반면, 전문가의 2/3 이상이 걷기 개선이 필요하다고 응답한 인구집단은 노인과 비만인 뿐이었다. 그러나 일차의료 만성질환관리 시범사업에 등록된 노인만이 건강생활실천지원금제 시범사업의 대상으로 포함되어, 걷기 실천이 필요한 일부 인구집단은 시범사업의 대상에서 제외되었을 우려가 있다. 건강인센티브의 제도화를 위해서는 대상 인구집단, 건강행동, 예상되는 효과에 대한 검토가 필요할 것이다.

전문가와 FGI 대상자 모두 걷기가 일상생활에서 쉽게 실천할 수 있는 건강행동이므로 걷기 실천에 대해 인센티브를 제공하는 것에 긍정적이었다. 그러나 일부 부정확한 방법으로 인센티브를 받을 우려가 있고, 걷기 외에 인구집단별로 개선이 필요한 건강행동이 있다는 의견을 제시했다. 인센티브의 부정 수급에 대한 우려는 인센티브 수용성에 부정적인 영향을 미친다(Anderson et al., 2017). 인센티브 제공 대상 건강행동의 확대를 고려할 때, 건강행동을 객관적으로 측정하는 방안에 대한 고려가 함께 이루어져야 할 것이다.

전문가들은 단순히 건강행동 실천에 대해 인센티브를 제공하는 것보다 건강행동을 지침에 충족하도록 실천하고, 실천을 지속하고, 건강결과를

달성할 때 인센티브를 제공하는 것이 적절하다고 인식했다. 건강행동은 일회성이 아니라 습관화하여 지속해서 실천해야 한다. 인센티브 제공 시점의 다양화(건강행동 시작, 기간별 실천 유지, 건강결과 달성) 등 다양한 설계를 통해 건강행동을 습관화하는 방안을 마련할 수 있도록 해야 건강인센티브의 목적을 달성할 수 있을 것이다.

조사 대상 국민과 전문가가 적절하다고 생각하는 인센티브의 가치는 연간 10만 원 이상이였다. 이는 건강생활실천지원금제 시범사업에서 제공하는 연간 최대 5~6만 원보다 높은 수준이다. 전화조사 대상 국민의 4.8%만이 월 1만 원 미만의 금액이 적당하다고 응답했으며, 전문가 조사 대상자 중 23.3%만이 연간 10만 원 이하의 금액이 적당하다고 응답하여, 국민과 전문가가 기대하는 인센티브의 수준과 시범사업에서 제공할 인센티브에 차이를 보였다. FGI 대상자 역시 시범사업에서 제공하는 인센티브의 가치가 건강행동 수행의 동기를 부여하는 데 부족하다고 인식하였다. 일부 FGI 참여자는 건강행동을 수행하려는 의지가 없는 사람은 인센티브의 가치와 관계없이 시범사업에 참여하지 않을 것이라는 의견을 제시하기도 했다. 제공하는 인센티브의 가치가 참여 의도, 참여 후 사업 참여의 지속, 건강행동 실천 및 실천의 유지에 영향을 미치는지에 대한 평가가 필요할 것이다.

설문조사와 FGI 결과, 건강행동을 변화시킬 의향이 있는 사람들이 건강인센티브에 참여할 의도가 더 높은 것으로 나타났다. 이는 건강인센티브가 건강행동을 시작하려고 고려 중인 사람에게 효과적인 유인책이 될 수 있음을 시사한다. 동시에 현재 건강행동을 실천하지 않고, 앞으로도 실천할 계획이 없는 사람에게는 인센티브가 건강행동 실천의 동기 부여가 되지 않는다는 뜻이기도 하여, 건강행동 실천 의향이 없는 사람이 건강행동에 관심을 가지게 할 방안의 마련이 필요할 것이다.

건강인센티브 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람은 참여했던 인센티브 프로그램이 건강행동 수행에 도움이 되었다고 인식했다. 이러한 긍정적인 경험으로 인해 인센티브 프로그램 참여 경험자가 비경험자보다 건강인센티브가 더욱 필요하다고 설문에서 응답한 것으로 보인다. 건강인센티브 프로그램 참여 경험자인 FGI 대상자 역시 인센티브가 건강행동(주로 걷기)을 수행하는 데 동기 부여가 되었다고 보고했다. 일부 참여자는 건강인센티브 프로그램 참여로 건강행동의 변화뿐만 아니라 건강수준이 개선되었다고 인식했다. 건강인센티브 프로그램 참여를 통해 나타난 긍정적인 경험은 새로운 인센티브 프로그램의 참여 및 참여 지속 의도를 강화할 것으로 예상된다. 이러한 측면에서 건강인센티브 프로그램의 초기 경험이 중요할 것이다. 건강인센티브 프로그램에 새롭게 참여한 사람들이 긍정적인 경험을 가질 수 있도록 초기 인센티브를 강화하고, 건강행동 수행 동기 부여를 할 수 있는 보조적인 장치(교육, 주위 사람의 지지 등)의 마련이 필요할 것이다.

이 장에서는 건강인센티브에 대한 일반 국민, 유사 프로그램 경험자, 관련 전문가의 인식을 조사했다. 이를 통해 다양한 이해관계자의 의견을 파악할 수 있었으나 건강증진 사업과 건강인센티브 프로그램을 실제로 시행하는 공공 및 민간 영역 관련 인력의 건강인센티브에 대한 인식을 파악하지 못한 한계가 있다. 건강인센티브에 대한 후속 연구는 건강증진 프로그램 및 건강인센티브 프로그램을 담당하는 인력의 인식을 파악하고, 실제 프로그램의 시행과정에서 나타날 수 있는 장단점에 대한 이해를 바탕으로 개선방안을 도출할 필요가 있을 것이다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제6장

결론

제1절 주요 연구 결과

제2절 정책 제언



제 6 장 결론

제1절 주요 연구 결과

이 연구는 건강한 행동 실천에 인센티브를 제공하는 ‘건강인센티브제’의 정책적 활용 가능성과 예상되는 효과성을 파악하여 건강인센티브를 제도화할 경우 효과적인 시행을 위해 어떠한 사항을 고려해야 할지 제시하고자 했다. 제2장에서는 건강인센티브에 대한 이론적 개념을 설명하고, 건강인센티브의 효과에 대한 선행연구를 살펴보았다. 선행연구를 고찰한 결과, 대부분의 연구에서 건강한 행동 실천에 인센티브를 제공하는 것이 건강행동 실천 증가에 단기적인 효과는 보였지만, 인센티브의 제공을 중단하면 변화한 건강행동이 장기적으로 유지되지 않았다. 인센티브 제공이 건강한 행동에 미치는 영향은 대상 건강행동, 제공하는 인센티브의 유형, 가치 등에 따라 다른 것으로 나타났다. 인센티브의 효과가 중장기적으로 지속될 수 있도록 다양한 인센티브 설계를 시도하여 그 효과성을 평가할 필요가 있다.

제3장에서는 두 종류의 국가승인통계 자료를 활용하여 성인의 건강행동 실천 현황을 분석했다. 그 결과, 성, 연령, 소득수준, 직업 특성에 따라 건강한 행동을 실천하는 양상이 다르게 나타났다. 특히 사회경제적 지위가 낮은 집단은 신체활동, 건강한 식생활 등에 있어 건강한 행동을 실천하는 비율이 낮았고, 흡연, 고위험 음주 등 건강하지 않은 행동을 하는 비율이 높았다. 또한 건강행동, 특히 신체활동을 지속해서 실천하는 비율이 낮았다. 이 결과는 인구집단별 특성을 반영하여 개선이 필요한 건강행동

을 실천할 수 있도록 지원하는 전략과 건강한 행동을 할 수 있는 사회경제적 환경의 조성이 필요함을 시사한다. 이와 함께 건강행동의 실천을 지속할 수 있도록 하는 방안의 마련 또한 필요하다.

제4장은 국내외에서 건강행동 수행에 인센티브를 제공한 사례를 검토했다. 국내외 모두 민간과 공공 영역에서 건강인센티브 프로그램을 운영하고 있었으며, 특히 민간 영역은 ‘걷기’와 같은 신체활동에 보상하는 리워드 앱과 보험사가 고객(피보험자)에게 제공하는 건강서비스를 중심으로 운영되고 있었다. 외국에서 운영하는 건강인센티브 프로그램은 국내 운영 프로그램보다 다양한 건강행동에 보상을 제공하고 있었다. 건강인센티브 프로그램의 효과는 각 프로그램에 따라 다르게 나타났다. 일부는 건강행동 증진에 효과가 있었지만, 일부는 건강행동 증진 또는 의료비 절감의 효과가 부족하다는 보고가 있었다. 한편, 일부 프로그램은 자금 문제로 운영이 중단되기도 했다. 국내외 프로그램 사례에서 나타난 인센티브의 효과에 대한 다양한 보고와 운영 중단 사례를 고려할 때, 건강인센티브를 제도화하기 위해서는 인센티브가 건강행동 수행 증진, 건강 상태 개선, 중장기적인 의료비 지출에 미치는 영향에 대한 평가를 통한 비용-효과성 평가가 필요할 것으로 보인다.

제5장은 국민 인식 조사, 전문가 조사, 건강인센티브 프로그램 참여 경험자 대상 FGI를 통해 건강인센티브에 대한 인식을 파악했다. 조사 대상 국민과 전문가의 대부분은 건강행동에 인센티브를 제공하는 프로그램이 필요하다고 생각했으나, 일부는 건강 형평성 악화 우려, 건강 관리는 개인의 책임이라는 인식, 예산 낭비 등의 이유로 반대하기도 했다. 설문조사 분석 결과, 건강행동 수행을 고려하거나, 이미 수행하고 있는 사람은 건강인센티브에 대한 수용성이 높았지만 건강행동 변화를 고려하지 않는 사람은 수용성이 낮았다. FGI 대상자 역시 주위 사람에게 건강인센티브

프로그램의 참여를 권유했던 경험을 바탕으로 건강인센티브가 건강에 관심 없는 사람에게 건강행동을 수행하도록 이끄는 유인책이 되기에는 부족할 것으로 예상했다. 건강인센티브를 제도화하기 위해서는 국민과 전문가의 수용성에 대한 고려가 필요할 것이다. 인센티브 제도가 필요하지 않다고 인식하는 원인에 대한 검토와 대안의 마련이 필요하며, 인센티브 제도가 효과적이지 않을 것으로 예상되는 집단의 건강 증진을 위한 방안 마련이 필요하다.

제2절 정책 제언

1. 건강인센티브의 정책적 활용 시 고려사항

건강한 행동의 실천은 건강을 증진하고, 만성질환을 예방하고 관리하기 위해서 반드시 필요하다. 그러므로 국민의 건강행동 실천을 향상하기 위한 국가 차원의 노력은 지속되어야 하며, 효과적인 정책 방안을 찾기 위한 다양한 전략의 고려가 필요하다. 이 연구는 건강인센티브 중재 프로그램을 직접 수행하고 평가한 것이 아니므로, 건강인센티브가 국민의 건강행동 실천 향상에 도움이 될 것인지에 대해 결론을 내릴 수 없다. 다만 연구 결과, 건강인센티브의 정책적 활용에 대한 긍정적인 기대와 부정적인 예상이 모두 나타났다.

먼저 긍정적인 기대는 국민과 전문가의 건강인센티브에 대한 수용성이 높다는 것이다. 이 연구에서 조사한 국민과 전문가의 상당수가 건강인센티브 제도가 필요하다고 인식하고 있었으며, 조사 대상 국민의 상당수가 건강인센티브 제도에 참여하겠다고 답했다. 특히, 이미 건강인센티브 프

로그래에 참여한 경험이 있는 사람과 건강행동 수행을 고려하고 있는 사람의 수용성이 더욱 높아, 기존 건강인센티브 프로그램에서 긍정적인 경험을 한 사람과 건강행동을 시작하고자 하는 사람이 새로운 건강인센티브 제도가 시행되면 적극적으로 참여할 것으로 예상된다. 반면에 건강인센티브 제도에 대한 긍정적인 기대에도 불구하고, 건강인센티브의 활용의 부정적인 예상 역시 나타났다. 이에 연구 결과에서 나타난 건강인센티브에 대한 부정적인 예상을 바탕으로, 건강인센티브를 정책적으로 활용할 때 고려해야 할 사항을 제안하고자 한다.

가. 건강인센티브의 효과성

건강인센티브는 국내외에서 국민의 건강행동 실천 향상을 위하여 활용되고 있다. 인센티브 제공의 일차적인 목적은 건강행동 실천의 증가이다. 국가나 보험회사는 국민, 고객의 건강행동 증가를 통해 건강 상태의 개선, 만성질환 예방 및 관리의 긍정적인 결과, 궁극적으로 의료비 지출 절감을 기대할 것이다. 이러한 기대를 달성하기 위해서는 건강인센티브의 효과성이 보장되어야 한다. 그러나 이 연구에서 관련 선행연구를 고찰한 결과, 건강인센티브의 효과는 보장되어 있지 않은 것으로 나타나, 건강인센티브의 정책적 활용이 국민 건강행동 실천 증가와 건강증진, 의료비 지출 절감으로 이어질 것인지 의문이다.

선행연구 고찰 결과 인센티브의 제공은 건강행동을 시작하고, 일정 기간 건강행동을 수행하는 데 도움을 줄 수 있는 것으로 나타났다(Mantzari et al., 2015). 국민을 대상으로 한 설문조사에서 이미 건강행동을 실천하고 있는 사람 또는 건강행동의 실천을 고려하고 있는 사람이 건강행동 실천을 고려하지 않는 사람보다 인센티브를 받을 의향이 있다

고 응답한 비율이 높게 나타났다. 즉, 건강행동 수행에 대한 인센티브의 제공은 건강행동을 하고자 고려 중인 사람이 건강행동을 시작하도록, 또는 이미 건강행동을 실천하는 사람이 건강행동을 지속하도록 하는 데 동기 부여를 할 수 있을 것이다. 그러나 건강행동 수행을 고려하지 않는 상태인 건강 무관심군에는 인센티브의 제공이 건강행동 수행을 위한 동기 부여로 작용하는 효과가 작게 나타날 것이다. 또한 선행연구 고찰 결과 금연을 제외한 대부분의 건강행동 관련 연구에서 인센티브 제공을 중단하면, 인센티브로 인해 나타난 건강행동 실천 효과가 사라지는 것으로 나타나(Mantzari et al., 2015), 건강인센티브는 건강행동을 장기간 실천하도록 하기 위한 전략으로는 적합하지 않은 것으로 보인다. 건강 수준의 향상, 만성질환의 예방과 관리는 건강행동을 단기간 시행하여 나타나는 결과가 아니므로, 건강행동을 꾸준히 실천하는 것이 중요하다. 즉, 단순히 일정기간 인센티브를 제공하는 것만으로는 건강행동 실천율 증가를 통한 건강 상태의 개선, 의료비 지출 절감 등의 인센티브를 제공하는 목적을 달성하기 어려울 것이다. 이는 국외에서 수행한 일부 건강인센티브 프로그램에서 인센티브의 제공이 의료비 지출 절감의 효과가 없는 것으로 나타난 원인일 것이다. 제3장에서 4년간의 건강행동 실천의 변화를 분석한 결과에서 나타났듯이 건강한 행동을 지속해서 실천하기는 쉽지 않다. 인센티브의 제공을 통해 단기적으로 건강행동을 수행하더라도, 다시 건강하지 않은 행동으로 돌아가게 된다면 인센티브 프로그램은 대상자의 건강 개선 효과 없이 운영 비용만을 지출하게 되는 결과를 초래할 것이다.

그렇지만 인센티브의 제공이 건강증진 전략에 포함할 수 없는 비효율적인 방법이라고 단정 지을 수는 없다. 인센티브가 건강행동 변화의 의지가 있는 사람에게 건강행동을 시작하도록 하는 동기 부여의 효과가 있다

는 점은 중요하며, 이 효과를 유지하기 위한 적절한 증재 전략의 이용을 통해 건강인센티브의 효과를 극대화할 수 있을 것이다. 즉, 건강인센티브의 목적을 달성하기 위해서는 정교한 설계가 뒷받침되어야 한다.

나. 건강인센티브의 설계

선행연구와 국내외에서 운영하는 건강인센티브 프로그램의 검토 결과, 건강행동에 인센티브를 제공하는 프로그램은 다양한 형식으로 운영되고 있었다. 각 프로그램의 대상자, 대상 건강행동, 제공하는 인센티브의 유형과 제공 방식이 다양하였으나 특정 설계가 다른 설계보다 더 효과적인지 직접적으로 비교할 수는 없었다. 관련 연구를 고찰한 체계적 문헌 고찰 연구 역시 정확히 어떠한 디자인의 건강인센티브 증재 프로그램이 효과적인지, 어떤 특성을 가진 참여자에게 효과적인지 결론 내리기 어렵다고 보고하였다(Giles et al., 2014). 그러나 보다 효과적인 건강증진 전략으로서의 인센티브 프로그램의 설계를 위해서는 다음과 같은 사항을 고려할 필요가 있다.

1) 적절한 수준의 인센티브

선행연구 고찰 결과, 일부 연구는 인센티브의 가치가 클수록 건강행동 변화의 효과가 크다고 보고하기도 했으나 대부분 인센티브의 가치가 건강행동 변화에 미치는 영향은 유의하지 않았으며, 적은 금액의 인센티브도 건강행동에 변화를 일으킬 수 있는 것으로 나타났다(Mitchell et al., 2013; Mitchell et al., 2020). 즉, 적절하게 설계된 인센티브의 경우, 적은 금액으로도 비용 효과적으로 (단기적이라 하더라도) 건강행동 변화를 나타낼 수 있다.

제공하는 인센티브의 금액은 프로그램 운영 예산과 관련 있다. 인센티브를 많이 제공할수록 건강행동 변화에 효과가 있다 하더라도, 한정된 예산으로 제공할 수 있는 인센티브는 제한적이므로 적정 수준의 인센티브를 제공해야 한다. 적은 가치의 인센티브를 통해 건강행동 변화를 성공적으로 일으킨다면, 비용 효과적으로 건강증진과 중장기적인 의료비 절감 목표를 달성할 수 있을 것이다. 그러나 참여자가 만족하지 않는 수준의 적은 인센티브는 건강행동 수행에 영향을 미치지 이전에, 인센티브 프로그램 참여 의향에 영향을 미칠 수 있다(Thirumurthy, Asch, & Volpp, 2019). 건강인센티브 참여 경험자 대상 FGI에서도 너무 낮은 수준의 인센티브는 리워드 앱 사용 중단 의 원인이 되며, 인센티브의 가치가 낮아서 획득한 인센티브를 상품 또는 현금으로 교환하는 데 오랜 시간이 걸린다고 지적했다.

건강인센티브 프로그램은 예산 규모에 맞고, 목적을 달성하는 데 비용 효과적이면서 참여자의 기대를 충족시킬 수 있는 적정 수준의 인센티브를 제공해야 한다. 인센티브의 적정 수준을 찾기 위해서는 선행연구의 고찰, 시범사업을 통한 다양한 가치의 인센티브에 대한 반응성 평가가 필요하다.

2) 건강행동 유지 방안에 대한 고려

선행연구 고찰 결과 대부분의 연구에서 인센티브의 제공은 단기적으로 건강행동 변화에 긍정적인 효과를 나타냈으나, 인센티브 제공이 중단되면 효과가 지속되지 않는 것으로 나타났다. 즉, 인센티브를 통해 건강행동을 유도할 수 있지만 인센티브의 제공을 중단하면 그 건강행동이 지속될 것이라는 보장은 없는 것이다. 또한, 제3장에서 건강행동의 변화 양상을 분석한 결과, 건강한 행동, 특히 신체활동을 지속해서 유지하는 사람의 비율이 매우 낮았다.

건강한 행동을 습관화하기 위해서 어느 정도의 기간 동안 실천해야 하는지는 명확하지 않다. 범이론적 모형은 건강행동을 6개월 이상 실천해야 건강행동을 유지하는 단계로 간주하지만, 유지단계인 사람도 건강하지 않은 행동으로 다시 돌아갈 수 있다고 설명한다. 범이론적 모형은 건강행동 실천이 습관화가 되어 건강하지 않은 행동으로 돌아갈 의향이 없는 종료 단계에 도달하기 위해서는 건강하지 않은 행동을 수행하지 않을 자신감이 필요하다고 설명한다(Prochaska & Velicer, 1997). 선행연구는 신체활동 실천에서의 종료 단계를 5년 동안 신체활동 수행을 유지하고, 신체활동 수행과 신체활동을 하지 않도록 하는 유혹에 넘어가지 않을 완전한 자신감이 있는 상태라고 제시하기도 했다(Fallon, & Hausenblas, 2003; Prochaska, & Velicer, 1997). 건강하지 않은 행동으로 돌아가지 않도록 하는 자신감을 만들기 위한 교육, 건강행동을 지속할 수 있는 물리적인 환경, 건강행동을 지지하는 문화의 조성이 함께 이루어져야 할 것이다.

건강인센티브를 지속적으로 제공하는 것은 건강하지 않은 행동으로 돌아가지 않도록 하는 해결 방안 중 하나일 수 있다. 그러나 상시사업으로의 운영은 지속적으로 투입해야 하는 예산이 필요하며, 장기적으로 참여하는 대상자의 규모 추정이 불가능한 단점이 있다. 자금의 문제로 일시 중단되었던 캐나다 캐롯 리워드 사례를 볼 때, 건강인센티브를 추진할 때는 참여 대상의 규모를 추정해 지속적인 재원 확보방안에 대한 검토가 이루어져야 할 것이다.

3) 어떠한 건강행동에 인센티브를 제공할 것인가

제3장의 건강행동 실천율 분석 결과와 제4장의 우리나라 국민의 건강 문제에 대한 전문가 인식 조사에서 나타났듯이, 인구집단의 특성에 따라

건강문제와 건강생활 실천율은 다르다. 그러므로 건강증진 사업은 각 집단에서 개선이 필요한 건강행동에 중점을 둔 맞춤형으로 기획되어야 한다. 이 때 건강인센티브가 프로그램의 참여를 유도하고 건강한 행동을 수행하는 동기를 부여하는 데에 활용될 수 있다. 집단별 특성에 따른 맞춤형 건강증진 프로그램에 인센티브를 활용하기 위해서는 다양한 건강행동을 인센티브의 대상으로 해야 한다.

국내에서 운영하는 건강인센티브 프로그램은 주로 걷기를 대상으로 한다. 걷기는 특별한 준비물이나 비용 지출 없이 쉽게 할 수 있는 신체활동이며, 기존에 신체활동을 하지 않았던 사람, 중등도 이상의 강도로 신체활동을 수행하기 어려운 사람도 참여할 수 있다. 걷기는 다른 신체활동 수행 도중 발생할 수 있는 부상의 위험이 상대적으로 낮으면서도 실천으로 인한 긍정적인 건강 효과를 기대할 수 있다(Morris, & Hardman, 1997; Rankin, Rankin, MacIntyre, & Hillis, 2012). 또한, 측정할 수 있는 기기(만보기, 스마트폰 앱, 웨어러블 디바이스 등)와 기술이 다양하여, 다른 건강행동에 비해 측정이 쉽다. 이러한 이유로 걷기가 건강인센티브의 대상 행동으로 자주 포함되지만, 걷기 외의 다양한 건강행동에 대한 고려도 필요하다.

걷기를 포함한 신체활동 미실천 외에도 만성질환자와 중년 남성, 저소득층과 블루칼라 종사자의 흡연과 고위험 음주, 만성질환자, 비만인, 노년층, 저소득층과 비경제활동인구의 낮은 건강한 식생활 실천율은 이들의 건강과 삶의 질에 중장기적으로 부정적인 영향을 미칠 수 있어 개선이 필요하다. 또한 신체활동은 수행 시간과 강도에 따라 건강과의 상관관계가 나타나므로, 걷기 외 다른 신체활동 수행을 인센티브의 대상으로 포함하는 것도 고려할 수 있을 것이다. 국외에서 운영하는 건강인센티브 프로그램은 걸음 수뿐만 아니라 여러 종류의 신체활동과 스포츠 참여에 대해

각기 다른 수준의 인센티브를 제공한다. 이 외에도 건강 상태 평가, 건강 상담 및 교육 참여, 건강한 식품 구매, 예방적 의료서비스 이용 등 다양한 건강행동에 보상을 제공한다. 국외 사례에서 각 건강행동에 인센티브를 제공한 방식과 그 효과를 검토하여, 다양한 건강행동에 대한 포괄적인 인센티브의 제공, 또는 각 인구집단의 특성에 따른 맞춤형 인센티브를 제공하는 방안을 고려할 필요가 있다. 다양한 건강행동을 건강인센티브의 대상에 포함시킴으로써, 참여자의 건강에 더 통합적으로 접근하고, 여러 건강행동의 향상을 통해 건강증진의 시너지를 꾀할 수 있을 것이다. 특히, 건강하지 않은 여러 가지 행동은 함께하는 경향이 있는 점을 고려할 때 (예: 흡연자가 음주도 하는 경향), 다양한 건강행동에 대한 접근은 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이다(Prochaska, Nigg, Spring, Velicer, & Prochaska, 2010).

또한, 인센티브의 대상인 건강행동을 선정할 때에는 측정 방법에 대한 고려가 함께 이루어져야 한다. 인센티브를 제공하기 위한 기준을 충족시켰는지 확인하기 위해 건강행동 실천에 대한 정확한 측정이 필수적이다. 건강행동 수행의 정확한 측정은 해당 프로그램의 신뢰성, 수용성과 관련이 있다. 부정확한 방법으로 인센티브를 받을 우려가 있거나(예: 핸드폰을 흔들어서 걸음 수 증가시키기, 타인이 건강행동을 대신 수행 등), 건강행동에 대한 보상으로 제공한 인센티브를 부적절한 방법으로 사용한다는 인식은 이해관계자와 대중이 프로그램에 대해 낮은 신뢰성과 수용성을 갖게 되는 원인 중 하나이다(Anderson et al., 2017). 그러므로 보다 정확한 측정 방법을 찾기 위한 노력이 필요하다.

일부 건강행동은 측정이 쉽지 않다. 걷기와 신체활동은 웨어러블 디바이스를 통해 상대적으로 간편하게 측정할 수 있고, 건강검진·예방접종 등은 의료기록으로 증빙이 가능하다. 그러나 흡연, 음주, 식생활 등의 측정

은 상대적으로 어렵다. 흡연과 음주는 주로 보건소나 병원을 방문하여 니코틴 수준 등을 측정하지만, 참여자가 주기적으로 의료기관을 방문해야 하는 부담이 있다. 식생활의 경우 식사일기를 기록하는 형식을 가장 많이 이용하지만, 섭취한 식품을 모두 기록하는 것은 참여자에게 부담 된다. 건강 관리 관련 모바일 앱의 이용을 중단하는 주요 원인 중 하나가 데이터 입력 부담으로 보고되는 바와 같이, 건강행동의 측정 및 기록이 참여자에게 부담으로 작용한다면 프로그램을 지속해서 이용하는 참여자가 감소할 우려가 있다.

최근 인공지능 등 디지털 기술의 발달로 인공지능 센서를 통해 운동량을 측정하고, 음식 사진을 찍으면 인공지능을 통해 음식을 인식하고, 섭취 영양소를 환산하는 등 데이터 입력 부담을 감소시킬 수 있는 건강행동 측정 기술이 개발되고 있다. 인센티브 프로그램의 운영과 함께 정확하면서 참여자에게 부담 없는 측정 방법에 대한 지속적인 개발과 연구가 필요할 것이다.

4) 누구에게 인센티브를 제공할 것인가

선행연구를 살펴본 결과, 어떤 특성을 가진 집단에서 건강인센티브의 효과가 더 큰 것인지 분명하게 나타나지 않았다. 특징적으로 흡연을 하는 임신 여성에게 인센티브를 제공하는 것이 금연율 향상에 도움이 되는 것으로 나타났다(Mantzari et al., 2015; Notley et al., 2019). 임신 여성은 태아를 위해 건강한 생활 습관을 실천하고자 하는 의도가 임신하지 않은 여성보다 클 것이기 때문에, 인센티브 프로그램 참여 전에도 금연하고자 하는 의지가 있었을 것이다. 행동 변화의 의도와 함께 인센티브 제공이 건강행동 동기를 강화하여 긍정적인 효과가 나타났을 것으로 생각된다. 이러한 결과는 기존 금연 프로그램의 효과평가에서 지적되는 문제 중

하나인 자기 선택(self-selection)과 연결된다. 스스로 건강 증재 프로그램에 참여하고자 선택한 사람은 어느 정도 건강행동에 변화를 주고자 하는 의도가 있었을 것이며, 이로 인해 건강행동의 변화가 더욱 긍정적으로 나타난다. 이 연구의 설문조사 결과에서 드러난 건강행동을 개선할 의향이 있는 사람이 건강인센티브의 수용성이 높은 것 역시 같은 원리이다. 즉, 인센티브의 제공은 건강행동에 대한 변화 의도가 있는 사람에게 효과적일 것으로 예상된다.

많은 연구에서 사회경제적 수준이 낮은 사람은 그렇지 않은 사람보다 건강한 행동을 수행하는 비율이 낮다고 보고했으며, 이 연구에서 분석한 결과도 같게 나타났다. 이에 많은 건강증진 사업이 취약계층의 건강 향상을 통한 건강 불평등 감소를 목적으로 하고 있다. 그렇다면, 건강인센티브 역시 취약계층을 주요 대상 집단으로 해야 하는가? 만약 취약계층만을 건강인센티브의 주요 대상으로 한다면, 취약계층은 도움 없이 스스로 건강행동을 수행할 수 없다는 부정적인 인식이 형성될 우려가 있으며, 인센티브 프로그램 참여자에 대한 낙인이 발생할 수 있다. 또한, 기존의 개인의 실천을 요구하는 개인 대상 건강 증재 프로그램은 취약계층에서 효과가 작으며, 이로 인해 건강 격차를 더욱 크게 나타낼 수 있다는 비판을 받아왔다. 이러한 원인은 개인의 노력을 요구하는 증재 프로그램의 경우 사회경제적 요인으로 인해 건강 실천을 위한 자원이 부족하거나, 헬스 리터러시가 낮아 교육 및 상담을 이해하기 어려운 대상이 해당 증재 프로그램을 통해 다른 사람과 같은 수준의 지식을 얻고, 이를 실생활에 활용하기 어렵기 때문이다. 이러한 이유로 전문가 조사에서 일부 전문가가 개인의 행동 실천에 인센티브를 제공하는 개인 수준의 증재인 건강인센티브 역시 취약계층보다 그렇지 않은 사람에게 더 큰 효과를 나타내고, 이로 인해 기존의 건강 격차를 더욱 크게 할 것이라는 우려를 표했다.

그렇다면 건강인센티브의 효과가 적을 것으로 예상되는 건강행동 변화 의도가 없는 건강 무관심군과 건강인센티브가 부정적인 영향을 미칠 우려가 있는 취약계층은 건강인센티브의 대상에서 제외해야 하는 것인가? 이러한 의문은 인센티브의 제공만으로는 건강행동 수행 증가에 한계가 있다는 것을 반영한다. 다음에서 건강인센티브의 시행에서 함께 고려해야 하는 건강증진 정책에 대해 기술했다.

다. 건강인센티브와 이외의 건강증진 정책

개인의 건강행동에 보상을 제공하는 건강인센티브는 건강 관리의 책임을 개인에게 전가할 우려가 있다. 이는 사회경제적 수준이 낮은 사람들의 건강 관리 부담을 가중할 가능성이 있어 일부 전문가와 시민사회단체는 정부에서 발표한 건강생활실천지원금제를 비판하는 의견을 제시하기도 했다(의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부, 2021.6.4.).

건강행동 수행에 관심을 가지게 하고, 실제로 실천하도록 하기 위해서는 건강행동 수행과 건강영향에 대한 인식 향상을 위한 개인 및 집단, 지역사회 대상의 교육, 상담, 캠페인이 함께 이루어져야 하며, 특히 개인의 건강생활 실천의 장애요인으로 작용하는 구조적·환경적 요인인 건강의 사회적 결정요인에 대한 대응이 필요하다. 즉, 건강인센티브는 개인 수준에서의 건강증진 전략의 하나이며, 조직, 지역사회, 시스템 차원에 대응하는 건강증진 정책이 함께 추진되어야 한다.

단순히 건강한 행동에 인센티브를 제공하는 것보다는 건강 개선이 필요한 특정 집단을 포함한 국민이 건강한 행동을 수행할 수 있는 자원이 있는지를 파악하고, 자원이 없는 경우 건강생활을 지지할 수 있는 자원과 환경을 어떻게 조성할 것인지에 대한 전략 수립이 선행되어야 한다. 건강

친화 환경의 조성, 건강의 사회적 결정요인에 대한 대응 없이 건강인센티브 프로그램이 단독으로 추진된다면 그 효과는 적을 것이다.

2. 건강생활실천지원금제 시범사업에 대한 제언

2021년 7월부터 건강생활실천지원금제 시범사업의 대상자 모집이 시작되었다. 이 연구의 결과를 바탕으로 시행되고 있는 시범사업의 운영에 대해 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째, ‘시범’사업의 특성을 살려 사업의 확대 및 본 제도화 이전에 다양한 설계를 시도할 것을 제안한다. 연구에서 나타났듯이 인센티브가 건강행동에 미치는 영향은 인센티브 설계에 따라 다르다. 시범사업 기간 동안 다양한 설계를 시도하여, 건강생활실천지원금제의 목적을 달성할 수 있는 이상적인 설계를 찾는 것이 필요하다. 이를 위해서는 인센티브와 대상 건강행동의 다양화와 함께 참여자의 특성, 인센티브의 가치, 대상 건강행동, 참여자의 거주지 주변 건강자원환경을 다양화해야 할 것이다. 제공하는 인센티브의 가치, 종류, 제공 주기에 따라 인센티브 프로그램의 참여율이 다르게 나타나는지, 건강행동 실천과 유지에 대한 영향이 어떠한지, 이러한 결과가 대상자의 특성과 주변 건강자원에 따라 어떻게 다르게 나타나는지를 다양하게 검증할 것을 제안한다.

둘째, 다양한 시범사업의 설계를 평가할 수 있도록 정교한 평가 설계가 필요하다. 평가는 단순히 시범사업에 참여한 대상자의 전후 비교의 효과 평가만이 아닌 과정평가도 함께 이루어져야 한다. 시범사업의 결과는 사업의 유지와 중단, 예산 규모의 설정과 관련이 있으므로 시범사업에 대한 제대로 된 평가가 매우 중요하며, 시범사업의 평가를 위한 계획의 수립이 우선적으로 이루어져야 한다. 시범사업의 평가를 위해서는 다음과 같은

사항의 고려가 필요하다.

시범사업 전후 건강행동 실천의 차이를 파악하여 인센티브의 효과를 평가하기 위해서는 사업 참여 전의 건강행동 실천 정보가 필요하며, 참여자와 유사한 특성을 가진 대조군이 있어야 한다. 현재 시범사업 운영 지침은 참여자의 사업 참여 이전 건강행동 실천 정보의 수집 방안과 대조군 선정 방법에 관한 내용을 포함하지 않아 시범사업 평가의 정확한 틀을 알 수 없었다. 사업의 평가는 사업 기획 단계부터 준비해야 하며, 효과평가뿐만 아니라 과정평가도 수행하여, 계획대로 자원이 투입되는지, 참여자 탈락률과 탈락의 원인이 무엇인지, 사업의 산출물과 결과가 무엇인지 시행 단계별로 평가해야 한다. 건강생활실천지원금제의 정확한 효과를 평가하기 위해 시범사업의 과정평가와 효과평가를 위한 평가 계획의 수립과 평가지표 설정이 필요하다.

정부는 건강생활실천지원금제 시범사업에 참여 가능한 사람(예: 국가 건강검진 결과 건강위험군)에게 문자 메시지를 통해 사업 참여에 대해 알리고 있다. 메시지를 보고 스스로 참여를 신청한 사람만이 시범사업의 대상이 된다. 이러한 방식으로 시범사업에 참여한 사람은 건강에 관심이 있거나, 사업에 참여하여 건강행동을 실천할 자원과 의지가 있는 사람일 것이다. 이 연구에서 성인 대상 설문조사를 한 결과, 건강행동을 개선할 의향이 있는 사람이 건강인센티브 참여 의도가 높았던 결과가 이러한 가정을 뒷받침한다. 시범사업 참여자는 자발적인 신청을 통해 참여하였으므로, 비참여자와 다른 특성을 보일 가능성이 있다. 이러한 선택편향(selection bias)은 시범사업의 효과평가에 영향을 미칠 수 있다. 참여자와 유사한 특성(성, 연령, 거주지, 직업군, 건강 상태 등)을 가진 대조군을 선정하여 시범사업의 효과를 평가한다면 선택편향의 영향을 줄일 수 있을 것이다.

시범사업의 평가는 단기적으로 이루어지는 것이 아니라 시범사업 참여 종료자에 대한 추적, 관찰이 포함되어야 한다. 건강행동은 일회성이 아니라, 습관화하여 지속해서 수행해야 한다. 건강생활실천지원금제 시범사업의 참여 기간은 1년이며, 1년간 참여 후에도 건강 개선이 되지 않는 경우에만 재참여가 가능하다(보건복지부, 국민건강보험, 2021). 시범사업 종료 후 인센티브 제공으로 나타난 건강행동의 변화가 지속되지 않는다면, 시범사업의 목적인 질병 예방과 의료비 지출 감소를 달성할 수 없을 것이다. 시범사업 참여 종료자를 중장기적으로 추적, 관찰하여 이들의 건강행동과 건강 상태의 변화 양상을 파악하여, 건강생활실천지원금제의 참여 기간이 적합한지, 참여 종료자의 지속적인 건강행동 실천과 건강 상태 유지를 위해 필요한 지원이 무엇인지 자세히 분석해야 한다. 시범사업의 기간은 한정적이므로 장기적 효과에 대한 분석이 제한적일 것이다. 이러한 단점을 보완하기 위해 민간 영역에서 축적한 인센티브의 효과성에 관한 결과를 활용하는 방안도 고려할 수 있다. 국내의 민간 보험사는 건강인센티브를 운영한 지 얼마 되지 않았으나 보험료 절감에 미치는 효과에 대한 일부 자료가 있을 것으로 예상되며, 특히 국외 보험사에는 장기간 축적한 자료가 있을 것이다. 민간 영역과의 자료 공유 및 협력을 통해 시범사업의 장기적인 효과를 추정할 수 있을 것이다.

셋째, 일부 사업 운영 과정의 개선이 필요하다. 아직 시범사업 운영의 초기단계이므로 운영현황에 대한 평가는 불가능하나 몇 가지 우려되는 사항이 있는 것으로 보인다. 먼저 사업 참여단계이다. 시범사업의 참여는 조건(시범사업 시행 지역 거주자이면서 건강 위험군 또는 일차의료 만성질환관리 시범사업 참여자)을 충족시키는 사람이 자발적으로 신청하여 이루어진다. 시범사업 참여 신청은 인터넷 홈페이지, 모바일 앱, 또는 건강보험공단 지사 방문을 통해 가능하다. 그러나 디지털 접근성이 없는 취

약계층, 노인 등은 홈페이지나 모바일 앱을 통해 참여 신청을 하기 어려울 것이다. 또한 방문 신청이 가능하지만, 건강보험공단 지사 운영 시간 중 근로를 하는 사람, 거동이 불편한 사람, 이동 수단에 제약이 있는 사람 등은 방문 신청이 어려울 것이다. 시범사업을 통해 국민의 건강 수준을 향상하기 위해서는 적극적인 참여 신청자뿐만 아니라 건강에 관심이 없는, 또는 건강 관리를 할 수 없는 환경에 있는 사람이 사업에 참여할 수 있도록 해야 한다. 예를 들어, 건강 관리가 필요한 집단이 많이 거주하는, 또는 근로하는 장소에 찾아가서 시범사업에 대해 홍보하고 참여 신청을 받을 수 있을 것이다. 이와 함께 시범사업 참여자의 모집 과정에서 다양한 특성이 있는 사람을 고르게 모집하는 장치의 마련이 필요하다. 새롭게 시범사업 참여자를 모집할 때 건강 취약계층으로 알려진 저소득층, 교육 수준이 낮은 사람, 불안정 고용 종사자 등을 일정 수준 모집하여, 시범사업이 취약계층과 일반 집단에 미치는 영향의 크기를 분석하고, 보완 방향을 마련해야 한다.

사업에 대한 적극적인 홍보를 통해 참여가 가능한 대상자의 사업에 대한 이해를 높일 필요가 있다. 시범사업이 일부 지역에서만 이루어지기 때문에 전국적인 홍보를 하는 데 한계가 있다. 지역 단위로 홍보가 이루어지고 있으나 복잡한 참여 조건, 인센티브 제공 조건으로 인해 참여 대상자가 시범사업의 목적과 운영방식, 인센티브 지급 방식 등에 대해 정확하게 이해하지 못할 우려가 있다. 국내외에서 수행한 인센티브 프로그램에서 인센티브 설계에 대한 대상자의 이해 부족은 프로그램 접근성을 낮추어 참여율 저조로 이어지며, 인센티브를 이용한 중재의 효과를 감소시키는 것으로 나타났다(이지현, 2010; John et al., 2018). 시범사업에 대한 홍보와 함께 인센티브 설계에 대한 이해도를 높일 수 있는 자료의 제공 및 구두 설명 등이 이루어져서 참여 대상자의 이해를 높이도록 해

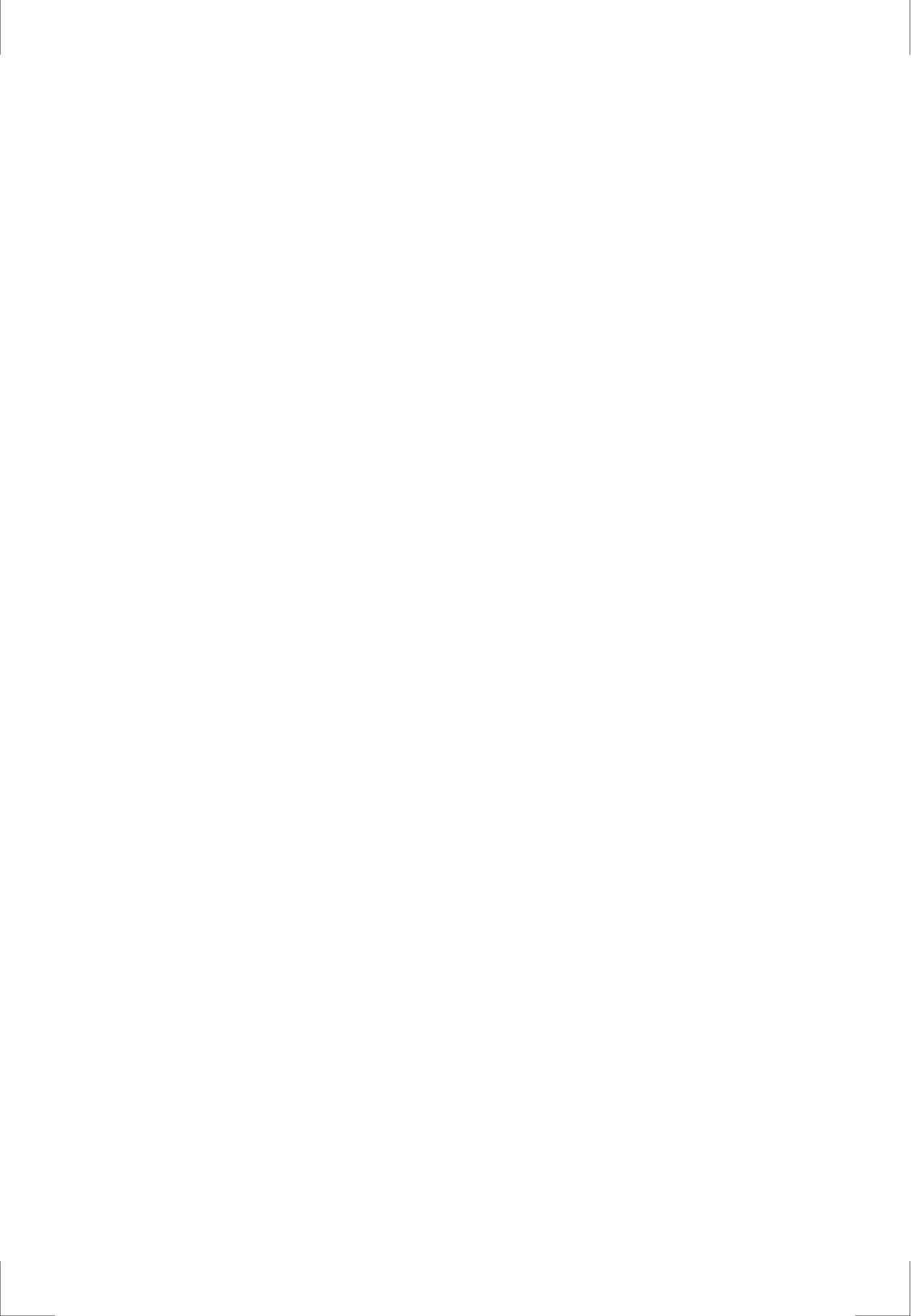
야 한다.

시범사업에 참여한 사람들의 건강자원에 대한 고려도 필요하다. 시범사업은 스마트폰 앱을 통해 걸음 수를 측정하므로, 본인 소유의 스마트폰이 없으면 참여할 수 없다. 이로 인해 스마트폰이 없는 사람은 시범사업에서 배제될 것이다. 2021년 11월부터 서울시에서 시작한 건강인센티브사업인 온서울 건강온은 참여자에게 웨어러블 기기를 지원한다. 건강생활실천지원금제 시범사업 역시 스마트폰이 없는 사람에게 웨어러블 기기, 만보계 등을 지원하여 보건소, 의료기관 등의 방문 시에 걸음 수 기록을 확인하고 인센티브를 지급할 수 있을 것이다. 한편, 시범사업에서 걸음 수 이외에 인센티브를 받을 수 있는 건강행동은 국가·지방자치단체·공공기관·의료기관·사업장에서 제공하는 건강 관리 프로그램에 참여하는 것이다. 일부 취약계층은 거주지 주위에 건강 관리 프로그램을 제공하는 기관이 없거나, 규모가 작은 사업장에서 일하여 사업장 건강 관리 프로그램이 없을 수 있으며, 또한 근로시간, 경제적 원인, 정보 부족 등으로 인해 건강 관리 프로그램에 참여할 수 없을 가능성이 있다. 시범사업 참여자에게 건강 관리 프로그램에 참여할 수 있는 자원에 대한 정보를 제공하고, 자원을 연계하며, 건강 관리 프로그램 참여가 불가능한 사람을 대상으로 한 대체 프로그램을 개발하여 건강 관리 프로그램 참여의 장애물을 낮출 수 있을 것이다.

건강인센티브와 관련한 선행연구 고찰 결과, 건강행동 변화를 위해서는 인센티브만 제공하는 것보다 교육을 함께 제공하는 것이 더 효과적이었다. 즉, 건강행동 수행을 위한 단편적인 동기 부여(인센티브 제공)뿐만 아니라 건강행동 수행 의도와 자기효능감을 증진하기 위한 전략이 함께 이루어져야 한다. 건강생활실천지원금제 시범사업도 보건기관 및 지역사회 사업장에서 참여자에게 건강상담과 교육을 제공하는 것을 사업 운영

체계에 포함하고 있다. 그러나 구체적인 건강상담, 교육의 내용과 담당 인력은 명시되지 않아, 상담과 교육의 전문성과 담당 인력의 역량이 보장되어 있지 않다. 참여자의 특성(건강 취약계층, 건강행동을 하기 어려운 환경 등)에 대한 이해 없이 제공하는 일률적인 교육 및 상담은 건강행동 실천에 도움이 되지 않을 것이다. 건강인센티브가 맞춤형 건강 관리 프로그램으로 역할을 할 수 있도록 참여자의 특성을 고려한 교육 및 상담이 필요하며, 이를 위한 교육 콘텐츠 개발 및 담당 인력의 역량 강화가 필요하다.

이 연구는 개인의 건강행동에 보상을 제공하는 건강인센티브를 정책적으로 활용할 수 있을지에 대해 살펴보고자 했다. 선행연구 고찰, 국내외 사례 검토, 국민과 전문가 인식 조사 등을 수행한 결과, 건강인센티브는 건강행동 수행에 효과적이지만 그 효과가 제한될 우려가 있으므로 정교한 설계와 인센티브의 효과평가가 필요한 것으로 나타났다. 이 밖에도 국민 건강증진을 위해 개인의 건강행동 수행 동기를 강화하기 위한 인센티브 제공뿐만 아니라 건강 친화적 환경 조성 과 건강의 사회적 결정요인에 대한 대응이 함께 이루어져야 한다. 건강인센티브를 활용하는 목적이 명확하지 않고, 목적에 부합한 체계적인 제도의 설계가 뒷받침되지 않는다면, 건강인센티브는 일시적으로 시행되는 여러 가지 건강증진사업 중의 하나로 끝나게 될 것이다. 건강인센티브가 국민 건강증진을 위한 방안으로 활용될 수 있도록 지속적인 검토와 시범사업 운영의 성과와 한계에 대한 평가가 이루어져야 할 것이다.





- 곽성순. (2021.1.28.). 운동하면 병원비 낮춰주는 ‘건강인센티브제’ 구체적 방안은?. 청년의사. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2007173>에서 2021.2.18. 인출.
- 경향신문. (2021.4.9.). 무려 보험료 43.5% 할인? 건강하면 건강채 할인을 노려라. 경향신문. <https://www.khan.co.kr/economy/economy-general/article/202104090755018>에서 2021.7.20. 인출.
- 관계부처합동. (2021). 제5차 국민건강증진종합계획.
- 관계부처합동. (2021.6.9.). 제3차(‘21~’25년) 국가건강검진종합계획.
- 교보라이프플래닛생명(2021). 건강채 보험료 할인 내용. <https://www.lifeplanet.co.kr/products/dth/HPPC61SON.dev>에서 2021.7.20. 인출.
- 교육부(2019.3.15.). 학생건강증진을 위해 12개 부처 손잡고, 대책 마련. 교육부 보도자료.
- 구무서. (2021.03.24.). 코로나19 건강수칙 인증하면 편의점 이용권 1만원 지급. 뉴시스. https://newsis.com/view/?id=NISX20210324_0001381039&cID=10201&pID=10200에서 2021.6.21. 인출.
- 국민건강보험. (2021a). 건강프로그램 - 건강백세운동교실. <http://nhis.or.kr/nhis/healthin/wbhacc09600m01.do>에서 2021.6.2. 인출.
- 국민건강보험. (2021b). 건강프로그램 - 대사증후군 프로그램. <http://nhis.or.kr/nhis/healthin/retrieveMetabolicSyndromeMgmt.do>에서 2021.6.2. 인출.
- 국민건강보험. (2021c). 건강프로그램 - 아동치과주치의 시범사업. <http://nhis.or.kr/nhis/healthin/wbhacg09000m01.do>에서 2021.6.2. 인출.
- 국민건강보험. (2021d). 건강프로그램 - 일차의료 만성질환관리 시범 사업 서비스 안내. <http://nhis.or.kr/nhis/healthin/retrieveFrstMdcCrntDiseMgmt.do>에서 2021.6.2. 인출.

- 국민체력100 홈페이지. (2021). 국민체력100. https://nfa.kspo.or.kr/front/certify/cer0101_list.do에서 2021. 6.4. 인출.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경, ..., 류한소. (2017). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강행태 모니터링 및 사업 개발 - 통계로 본 건강 불평등. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김진수, 신영석, 황도경, 김경하. (2011). 보건의료분야 인센티브제도 도입방안. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김혜경. (2010). 건강행동 변화를 위한 보건 커뮤니케이션 전략 개발: 금연을 위한 생태학적 접근전략의 적용. 보건교육건강증진학회지, 27(4), 177-188.
- 박혜윤. (2021.6.4.). 광양시, '모바일 앱 워크온 걷기 마일리지' 운영. 무한뉴스. <https://www.moohannews.com/news/articleView.html?idxno=628861>에서 2021.6. 21. 인출.
- 보건복지부. (2018.7.26.). 건강 한국, 비만 관리에서 출발한다!. 보건복지부 보도자료.
- 보건복지부. (2021.6.4.). 2021년 제12차 건강보험정책심의위원회 개최. 보건복지부 보도자료.
- 보건복지부. (2021.7.29.). 스스로 건강 관리, 이제 국가가 지원합니다. - '21. 7. 29.부터 건강생활실천지원금제 시범사업 시행 -. 보건복지부 보도자료.
- 보건복지부, 국민건강보험. (2021). 건강생활실천지원금제 시범사업 안내. 세종: 보건복지부, 원주: 국민건강보험.
- 보건복지부, 질병관리청. (2020). 2019 국민건강통계. 세종: 보건복지부, 오송: 질병관리청.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2021a). 2021년 보건소 모바일 헬스케어 사업 안내서. 서울: 한국건강증진개발원.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2021b). 2021년도 지역사회 통합건강증진사업 안내(총괄). 세종: 보건복지부, 서울: 한국건강증진개발원.
- 보건복지부, 질병관리청. (2021). 2021년도 지역사회 통합건강증진사업 안내 (아토피·천식 예방관리). 세종: 보건복지부, 오송: 질병관리청.

- 삼성화재 다이렉트. (2021). 애니핏 서비스. https://direct.samsungfire.com/club/PP050402_001.html에서 2021. 10. 5. 인출.
- 서울특별시 (2013.10.14.). 서울시, 고혈압·당뇨병 환자 돌보는 '시민건강포인트'. 서울특별시 보도자료. https://www.seoul.go.kr/news/news_report.do#view/17806에서 2021.11.18. 인출.
- 서울특별시 (2016.8.3.). (설명자료) 서울시 시민건강 포인트 사업 '지지부진' ... 참여 병의원 11% 불과 (8.3, 연합). https://www.seoul.go.kr/news/news_explanation.do#view/957?tr_code=snews에서 2021.11.18. 인출.
- 서울특별시 (2021.10.27.). 서울시, 스마트밴드로 자가 건강관리 '온서울 건강온' 시범사업...5만 명 모집. 서울특별시 보도자료. https://www.seoul.go.kr/news/news_report.do#view/349399?tr_code=snews에서 2021. 11.18. 인출.
- 서울특별시 건강관리 마일리지 시스템. (n.d.). 건강관리 마일리지 시스템. <https://spoint.seoul.go.kr/login/main.do>에서 2021.11.18. 인출.
- 손창우. (2018). 서울시 의료급여 수급권자의 건강관리와 의료이용 실태. 서울연구원 정책리포트 253.
- 송경화. (2020.9.14.). “워크온 깔고 걷기만 하면 상품권 쏟아진다”. 굿뉴스365. <http://www.goodnews365.net/news/articleView.html?idxno=153239>에서 2021.6.21. 인출.
- 안재현. (2021.5.25.). 일본 보험업계의 핀테크, InsurTech 시장동향. Kotra 해외시장뉴스. <https://news.kotra.or.kr/user/globalBbs/kotranews/782/globalBbsDataView.do?setIdx=243&dataIdx=188488>에서 2021. 9.30. 인출.
- 안수민. (2021.11.15.). 카디오헬스, “운동한 만큼, 지역화폐 지급” 인천서 시범사업. 전자신문. <https://www.etnews.com/20211115000069>에서 2021.11.15. 인출.

- 의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부. (2021.6.4.) [공동성명] 건강관리의 책임을 개인에게 전가하지 말라. 2021.7.13. <https://www.peoplepower21.org/Welfare/1798166>에서 인출.
- 이지현. (2010). 인천광역시 만성질환관리예방사업과 미추홀 건강포인트 제도. 지역정보화, 61, 26-31.
- 임준, 주영수, 김형수, 김슬기, 한진옥, 권다혜, ..., 김주호. (2016). 서울시 만성질환예방관리사업의 효율적 추진을 위한 개선방안 최종보고서. 서울: 서울특별시 서울의료원·성남: 가천대학교.
- 전종현. (2021.02.16.). “담배 끊고 40만원 받았다”... 보험료 건강체 할인 당신도. 매일경제. <https://www.mk.co.kr/news/economy/view/2021/02/153871/>에서 2021.10.5. 인출.
- 질병관리청. (2016). 공무국외여행 결과보고서-캐나다의 만성질환 예방관리 현황. 오송: 질병관리청.
- 츠쿠바 대학교. (n.d.). To create a Society for Health and well-being. <https://ura.sec.tsukuba.ac.jp/en/info/40/>에서 2021.6.15. 인출.
- 캐시워크. (2021). <https://cashwalk.com/#section-2>에서 2021.10.5. 인출.
- 캐시홈트. (2021). <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.kicklive.andrroid.cashhomt&hl=ko&gl=US>에서 2021. 10. 5. 인출.
- 통계청. (2021.9.28.). 2020년 사망원인통계 결과. 통계청 보도자료.
- 한국리서치, 국민건강보험공단. (2019). 건강 인센티브 제도 도입에 대한 국민 여론조사 결과보고서. 원주: 국민건강보험.
- Acampora, A., Grossi, A., Barbara, A., Colamesta, V., Causio, F. A., Calabrò, G. E., ... de Waure, C. (2020). Increasing HPV vaccination uptake among adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7997.
- AIA. (2021). AIA 바이탈리티 소개. <https://www.aia.co.kr/ko/vitality.html?trackCode=B211119001ESHP>에서 2021. 11. 30. 인출.

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2012). Martin Fishbein's legacy: The reasoned action approach. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 640(1), 11-27.
- Anderson, S., Jenner, E., Lass, K., & Burgess, S. (2017). Perspectives of HIV clinic staff on the implementation of a client financial incentives program targeting viral suppression. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 28(5), 770-783.
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *JBI Evidence Implementation*, 13(3), 132-140.
- Armstrong, M., & Brown, D. (2006). Strategic reward: Making it happen. London: Kogan Page.
- Arnold, H. J. Effects of performance feedback and extrinsic reward up on high intrinsic motivation. *Organizational Behavior and Human Performance*, 17(2), 1976, pp. 275-288
- Augurzyk, B., Reichert, A. R., & Schmidt, C. M. (2012). The effect of a bonus program for preventive health behavior on health expenditures. *Ruhr Economic Paper*, 373.
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Bandura, A. (1979). Self-referent mechanisms in social learning theory. *American Psychologist*, 34, 439-441.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Barmer. (2021). Für diese Maßnahmen erhalten Sie Bonuspunkte (보너스 프로그램 소개). <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/bonusprogramm/massnahmenkatalog/massnahmenkatalog-198048>에서 2021.6.17.인출.
- Barmer-App. (n.d.). <https://apps.apple.com/de/app/barmer-service/id956752981>에서 2021.12.27.인출.
- Barte, J. C., & Wendel-Vos, G. W. (2017). A systematic review of financial incentives for physical activity: the effects on physical activity and related outcomes. *Behavioral Medicine*, 43(2), 79-90.
- Bigsby, E., Seitz, H. H., Halpern, S. D., Volpp, K., & Cappella, J. N. (2017). Estimating acceptability of financial health incentives. *Health Education & Behavior*, 44(4), 513-518.
- Bloch, M. J., Armstrong, D. S., Dettling, L., Hardy, A., Caterino, K., & Barrie, S. (2006). Partners in lowering cholesterol: comparison of a multidisciplinary educational program, monetary incentives, or usual care in the treatment of dyslipidemia identified among employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(7), 675-681.
- Boonmanunt, S., Pattanaprateep, O., Ongphiphadhanakul, B., McKay, G., Attia, J., & Thakkinstian, A. (2020). Evaluation of the effectiveness of behavioural economic incentive programmes for the promotion of a healthy diet and physical activity: a protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*, 10(12), e046035.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(S2), 19-31.

- Bryant, J., & Oliver, M. B. (2009). *Media effects: Advances in theory and research*: Routledge.
- Cameron, J. & Pierce, W. D. (1994). Reinforcement, reward, and intrinsic motivation: A meta analysis. *Review of Educational Research*, 64 (3), 363-423.
- Cardiohealthcare. (n.d.). <https://cardiohealth.care/about/>에서 2021.11.18. 인출.
- CBC News. (2020.1.6.). Carrots Rewards app to relaunch under new ownership Social Sharing. <https://www.cbc.ca/news/business/carrot-rewards-to-relaunch-1.5416389>에서 2021.6.16. 인출.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Health equity resource toolkit for state practitioners addressing obesity disparities. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Chen, F., Iacobucci, W., Su, W., & Dall, T. (2015). Projecting benefits from weight loss in obese populations: a microsimulation approach. *Value in Health*, 18(3), A297.
- Cision News. (2018.8.21.). Canadian public engagement platform carrot rewards announces one trillion steps tracked by its nearly one million users. <https://www.newswire.ca/news-releases/canadian-public-engagement-platform-carrot-rewards-announces-one-trillion-steps-tracked-by-its-nearly-one-million-users-691339211.html>에서 2021.5.27. 인출.
- Cohen, D. A., Scribner, R. A., & Farley, T. A. (2000) A structural model of health behavior: a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medicine*, 30(2), 146-154.
- Community Science. (2013). SNAP Healthy Food Incentives Cluster Evaluation 2013 Final report. <https://fairfoodnetwork.org/wp-content/uploads>

/2016/09/2013-Cluster-Evaluation-Final-Report_-final_10.4.13
_Dec2013.pdf에서 2021.6.16. 인출.

- Corepal, R., Tully, M. A., Kee, F., Miller, S. J., & Hunter, R. F. (2018). Behavioural incentive interventions for health behaviour change in young people (5-18 years old): A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 110, 55-66.
- Deci, E. L., Koestner, R. & Ryan, R. M. (1999). The undermining effect is a reality after all- Extrinsic rewards, task interest, and self-determination: Reply to Eisenberger, Pierce, and Cameron (1999) and Lepper, Henderlong, and Gingras (1999). *Psychological Bulletin*, 125(6), 692-700.
- Die Techniker. (2017). TK Bonus Plan. <https://www.tk.de/resource/blob/2066014/c68f8b033bd9b55466d55a39fc29ccb1/tk-bonusprogramm-englisch-data.pdf>에서 2021.5.27. 인출.
- Echakowitz, J. (2020.12.8.). Carrot rewards program re-launched as optimity; first published user survey reveals canadian's perspectives on the flu vaccine. Businesswire.
<https://www.businesswire.com/news/home/20201208005440/en/Carrot-Rewards-Program-Re-Launched-as-Optimity-First-Published-User-Survey-Reveals-Canadians%E2%80%99-Perspectives-on-the-Flu-Vaccine>에서 2021.6.16. 인출.
- Fallon, E. A., & Hausenblas, H. A. (2003). Transtheoretical model: is termination applicable to exercise?. *American Journal of Health Studies*, 19(1), 35-44.
- Fraihat, N., Madae'en, S., Bencze, Z., Herczeg, A., & Varga, O. (2019). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of oral-health promotion in dental caries prevention among children: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2668.

- Giles, E. L., Holmes, M., McColl, E., Sniehotta, F. F., & Adams, J. M. (2015a). Acceptability of financial incentives for breastfeeding: thematic analysis of readers' comments to UK online news reports. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 116.
- Giles, E. L., Robalino, S., McColl, E., Sniehotta, F. F., & Adams, J. (2014). The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(3), e90347.
- Giles, E. L., Robalino, S., Sniehotta, F. F., Adams, J., & McColl, E. (2015b). Acceptability of financial incentives for encouraging uptake of healthy behaviours: A critical review using systematic methods. *Preventive Medicine*, 73, 145-158.
- Giles, E. L., Sniehotta, F. F., McColl, E., & Adams, J. (2016). Acceptability of financial incentives for health behaviour change to public health policymakers: A qualitative study. *BMC Public Health*, 16, 989.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Greene, E., Pack, A., Stanton, J., Shelus, V., Tolley, E. E., Taylor, J., ... & Gamble, T. (2017). "It Makes You Feel Like Someone Cares" acceptability of a financial incentive intervention for HIV viral suppression in the HPTN 065 (TLC-Plus) study. *PLoS One*, 12(2), e0170686.
- Gong, Y., Trentadue, T. P., Shrestha, S., Losina, E., & Collins, J. E. (2018). Financial incentives for objectively-measured physical activity or weight loss in adults with chronic health conditions: A meta-analysis. *PLoS One*, 13(9), e0203939.
- Gorin, M., & Schmidt, H. (2015). 'I did it for the money': incentives, rationalizations and health. *Public Health Ethics*, 8(1), 34-41.

- Haff, N., Patel, M. S., Lim, R., Zhu, J., Troxel, A. B., Asch, D. A., & Volpp, K. G. (2015). The role of behavioral economic incentive design and demographic characteristics in financial incentive-based approaches to changing health behaviors: a meta-analysis. *American Journal of Health Promotion*, 29(5), 314-323.
- Hoskins, K., Ulrich, C. M., Shinnick, J., & Bутtenheim, A. M. (2019). Acceptability of financial incentives for health-related behavior change: an updated systematic review. *Preventive Medicine*, 126, 105762.
- Huf, S. W., Volpp, K. G., Asch, D. A., Bair, E., & Venkataramani, A. (2018). Association of Medicaid healthy behavior incentive programs with smoking cessation, weight loss, and annual preventive health visits. *JAMA Network Open*, 1(8), e186185-e186185.
- Jensen, J. D., Hartmann, H., De Mul, A., Schuit, A., Brug, J., & ENERGY Consortium. (2011). Economic incentives and nutritional behavior of children in the school setting: a systematic review. *Nutrition Reviews*, 69(11), 660-674.
- Yuka Kume. (2017.6.30.). Let's enjoy walking for the benefits of better health-smart wellness point project. Japan for Sustainability, https://www.japanfs.org/en/news/archives/news_id035856.html에서 2021.5.26. 인출.
- John, L. K., Troxel, A. B., Yancy Jr, W. S., Friedman, J., Zhu, J., Yang, L., ... & Volpp, K. (2018). The effect of cost sharing on an employee weight loss program: a randomized trial. *American Journal of Health Promotion*, 32(1), 170-176.
- Lee, R., Cui, R. R., Muessig, K. E., Thirumurthy, H., & Tucker, J. D. (2014). Incentivizing HIV/STI testing: a systematic review of the literature. *AIDS and Behavior*, 18(5), 905-912.

- Lewin, K. (1951). The nature of field theory. In Marx M.H.(Ed.). *Psychological theory*. New York: MacMillan.
- Liberato, S. C., Bailie, R., & Brimblecombe, J. (2014). Nutrition interventions at point-of-sale to encourage healthier food purchasing: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 919.
- Loewenstein, G., Brennan, T., & Volpp, K. G. (2007). Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *JAMA*, 298(20), 2415-2417.
- Luong, M.-L. N., Hall, M., Bennell, K. L., Kasza, J., Harris, A., & Hinman, R. S. (2021). The impact of financial incentives on physical activity: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Health Promotion*, 35(2), 236-249.
- Mantzari, E., Vogt, F., Shemilt, I., Wei, Y., Higgins, J. P., & Marteau, T. M. (2015). Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 75, 75-85.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marteau, T. M., & Mantzari, E. (2015). The case for pay to quit. *Nature*, 523(7558), 40-41.
- Mazur, J. E. (1987). An adjusting procedure for studying delayed reinforcement. *Commons, ML.; Mazur, JE.; Nevin, JA*, 55-73.
- McGill, B., O'Hara, B. J., Grunseit, A. C., Bauman, A., Osborne, D., Lawler, L., & Phongsavan, P. (2018). Acceptability of financial incentives for maintenance of weight loss in mid-older adults: a mixed methods study. *BMC Public Health*, 18, 244.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.

- Mitchell, M. S., Goodman, J. M., Alter, D. A., John, L. K., Oh, P. I., Pakosh, M. T., & Faulkner, G. E. (2013). Financial incentives for exercise adherence in adults: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 658-667.
- Mitchell, M. S., Orstad, S. L., Biswas, A., Oh, P. I., Jay, M., Pakosh, M. T., & Faulkner, G. (2020). Financial incentives for physical activity in adults: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 54(21), 1259-1268.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Morris, J. N., & Hardman, A. E. (1997). Walking to health. *Sports Medicine*, 23(5), 306-332.
- Nakre, P. D., & Harikiran, A. (2013). Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 3(2), 103.
- Nelson, D. B., Sommers, B. D., Singer, P. M., Arntson, E. K., & Tipirneni, R. (2020). Changes in coverage, access, and health following implementation of healthy behavior incentive Medicaid expansions vs. traditional Medicaid expansions. *Journal of General Internal Medicine*, 35(9), 2521-2528.
- Nigg, C. R., Borrelli, B., Maddock, J., & Dishman, R. K. (2008). A theory of physical activity maintenance. *Applied Psychology*, 57(4), 544-560.
- Noordraven, E. L., Schermer, M. H., Blanken, P., Mulder, C. L., & Wierdsma, A. I. (2017). Ethical acceptability of offering financial incentives for taking antipsychotic depot medication: patients' and clinicians' perspectives after a 12-month randomized controlled trial. *BMC*

- Psychiatry*, 17, 313.
- Notley, C., Gentry, S., Livingstone-Banks, J., Bauld, L., Perera, R., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Ory, M. G., Lee Smith, M., Mier, N., & Wernicke, M. M. (2010). The science of sustaining health behavior change: the health maintenance consortium. *American Journal of Health Behavior*, 34(6), 647-659.
- Pearson, E., Prapavessis, H., Higgins, C., Petrella, R., White, L., & Mitchell, M. (2020). Adding team-based financial incentives to the Carrot Rewards physical activity app increases daily step count on a population scale: a 24-week matched case control study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 139.
- Pellmar, T. C., Brandt Jr, E. N., & Baird, M. A. (2002) Health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and social influences: summary of an Institute of Medicine report. *American Journal of Health Promotion*, 16(4), 206-219.
- Prochaska, J. J., Nigg, C. R., Spring, B., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2010). The benefits and challenges of multiple health behavior change in research and in practice. *Preventive Medicine*, 50(1-2), 26-29.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*: Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of the structure of change. In: *Self change* (pp. 87-114): Springer.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.

- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunker, A., ... Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76.
- Purnell, J. Q., Gernes, R., Stein, R., Sherraden, M. S., & Knoblock-Hahn, A. (2014). A systematic review of financial incentives for dietary behavior change. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(7), 1023-1035.
- Rankin, A. J., Rankin, A. C., MacIntyre, P., & Hillis, W. S. (2012). Walk or run? Is high-intensity exercise more effective than moderate-intensity exercise at reducing cardiovascular risk?. *Scottish Medical Journal*, 57(2), 99-102.
- Rhodes, R. (2015). Incentives for healthy behavior. Hastings Center Report, 45(3).
- Roux, L., Pratt, M., Tengs, T. O., Yore, M. M., Yanagawa, T. L., Van Den Bos, J., ... & Buchner, D. M. (2008). Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(6), 578-588.
- Saunders, R., Vulimiri, M., Japinga, M., Bleser, W., & Wong, C. (2018). Are carrots good for your health? Current evidence on health behavior incentives in the Medicaid program. Duke Margolis Center for Health Policy. https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/2019-11/duke_healthybehaviorincentives_6.1.pdf에서 2021.6.17. 인출.
- Schmidt, H., Gerber, A., & Stock, S. (2009). What can we learn from German health incentive schemes?. *BMJ*, 339.

- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: The Free Press.
- Stockdale, S. L., & Williams, R. L. (2004). Cooperative learning groups at the college level: Differential effects on high, average, and low exam performers. *Journal of Behavioral Education*, 13(1), 37-50.
- Strohacker, K., Galarraga, O., & Williams, D. M. (2014). The impact of incentives on exercise behavior: a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(1), 92-99.
- Sumitomo Life. (2018.7.19). Release of New Product, SUMITOMO LIFE Vitality Shared-Value Insurance that changes the future. <https://www.sumitomolife.co.jp/english/newsrelease/pdf/nr20180719.pdf> 에서 2021.9.30. 인출.
- Takada, T., Fukuma, S., Yamamoto, Y., Shimizu, S., Nihata, K., Miyashita, J., ... & Fukuhara, S. (2019). Determinants of incentive preferences for health behavior change in Japan. *Health Promotion International*, 34(4), 760-769.
- Taylor, D. H., Hasselblad, V., Henley, S. J., Thun, M. J., & Sloan, F. A. (2002). Benefits of smoking cessation for longevity. *American Journal of Public Health*, 92(6), 990-996.
- Thaler, R. H., & Shefrin, H. M. (1981). An economic theory of self-control. *Journal of Political Economy*, 89(2), 392-406.
- Thirumurthy, H., Asch, D. A., & Volpp, K. G. (2019). The uncertain effect of financial incentives to improve health behaviors. *JAMA*, 321(15), 1451-1452.
- The Food Bank of Western Mass. (n.d.). What's the healthy incentives program?. <https://www.foodbankwma.org/hip/>에서 2021.6.16. 인출.
- TKARE. (2021.2.3.). Health insurance: money back. <https://tkare.de/en/health-insurance-money-back/>에서 2021.6.15. 인출.

TK-App. (n.d.). <https://coredp.com/tk-app/#download>에서 2021.12.27. 인출.

Vitality. (n.d.). <https://vitality.sumitomolife.co.jp/>에서 2021.9.27. 인출.

Voigt, K. (2017). Too poor to say no? Health incentives for disadvantaged populations. *Journal of Medical Ethics*, 43(3), 162-166.

Whelan, B., Relton, C., Johnson, M., Strong, M., Thomas, K. J., Umney, D., & Renfrew, M. (2018). Valuing breastfeeding: health care professionals' experiences of delivering a conditional cash transfer scheme for breastfeeding in areas with low breastfeeding rates. *SAGE Open*, 8(2), 2158244018776367.

Wigham, S., Ternent, L., Bryant, A., Robalino, S., Sniehotta, F. F., & Adams, J. (2014). Parental financial incentives for increasing preschool vaccination uptake: systematic review. *Pediatrics*, 134(4), e1117-e1128.

Wolff, J. (2015). Paying people to act in their own interests: incentives versus rationalization in public health. *Public Health Ethics*, 8(1), 27-30.

[통계자료원]

보건복지부, 질병관리청. (2016~2018). 제7기 국민건강영양조사.

한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2015~2018). 한국의료패널.



[부록 1] 엠브렐라 리뷰에 포함된 인센티브와 건강행동 관련 논문

〈부표 1〉 엠브렐라 리뷰에 포함된 인센티브와 건강행동 관련 논문

| 저자, 연도 | 문헌 종류 | 고찰에 포함된 연구 설계 | 포함 연구 수 | 대상 행동 | 연구 대상 | 인센티브 종류 | 결과 요약 |
|-----------------------|------------------|--|-------------------------------|--------------------------|---------------|--|--|
| Jensen et al., 2011 | 체계적 문헌 고찰 | 증재연구, 가격 시뮬레이션 실험, 무작위 대조군연구, 판매량 비교, 단면 연구, 유사실험 연구 | 28 | 과일채소 등 식품 구매·판매·섭취, 신체활동 | 초, 중, 고등학교 학생 | 무료 과일/채소 제공, 스낵 및 과일/채소 가격 조정, 복권, 래플(raffle) 티켓 및 상품 제공 | 과일, 채소의 가격 인하, 리워드 제공, 무료 제공, 고열량 식품 가격 인상 등 가격 변화 인센티브는 학생의 학교 내 과일, 채소 구매량과 섭취량 증가에 모두 효과적, 래플 티켓 인센티브는 남학생의 신체활동량 증가에 효과적이거나 여학생에게는 효과가 나타나지 않음. |
| Mitchell et al., 2013 | 체계적 문헌 고찰, 메타 분석 | 무작위 대조군연구 | 11 (문헌 고찰) 8 (메타 분석) | 운동 수업 참여 | 18세 이상 성인 | 현금, 바우처, 비용 상환, 예치금 환급 | 현금 인센티브는 단기(4~26주) 증계에 대한 운동 수업 출석율 약 11.55% 증가 시킴. 높은 금액의 인센티브(주당 26.75~46.82 USD)는 더 큰 효과를 가져 오는 것으로 나타났으나 운동 참여 증가가 더 크지는 않음. 어떤 방식의 인센티브(예: 직접, 간접, 현금 등의 인센티브)에 따라 다름. 대부분의 연구가 교육 수준이 높고, 젊고 건강한 백인 성인을 대상으로 했기 때문에 일반화에 제한이 있음. |

| 저자, 연도 | 문헌 종류 | 고찰에 포함된 연구 설계 | 포함 연구 수 | 대상 행동 | 연구 대상 | 인센티브 종류 | 결과 요약 |
|-----------------------|------------------|------------------------|--------------------------------|-----------------|---|--|--|
| Giles et al., 2014 | 체계적 문헌 고찰, 메타 분석 | 무작위 대조군연구 | 16 (문헌 고찰) 14 (메타 분석) | 금연, 백신/검진, 신체활동 | 일반성인 | 현금, 바우처, 재정적 패널티, 경품 추첨 기회 등의 추가적인 보상) | 인센티브는 금연, 백신/검진에 각각, 모든 건강행동 변화에 효과적, 그러나 정확히 어떠한 (디자인의) 인센티브가 더 효과적인지, 어떤 특성을 지닌 참여자에게 효과적이지는 리부를 통해 결론 내릴 수 없음. |
| Lee et al., 2014 | 체계적 문헌 고찰 | 무작위 대조군연구, 유사실험연구 | 7 | 에이즈/상매개 감염병 검사 | STI 클리닉 환자, 지역사회 인구, 대학생, 위험성을 지닌 응급실 방문 환자, STI 검사들 받은 경험이 있는 개인 | 현금, 복권, 바우처, 식료품 바우처 | 현금, 복권, 바우처 모두 에이즈 및 성매개 감염병 검사 참여에 효과적이었음. 특히 임상환경(병원 등)에서 검사하는 경우보다 비의료적 환경에서 검사하는 경우 인센티브 제공의 효과가 더 크게 나타남. |
| Liberato et al., 2014 | 체계적 문헌 고찰 | 무작위 대조군연구, 실험연구, 시계열분석 | 32 | 식습관 | 일반 인구집단 | 가격 할인, 현금 | 단기적으로는 금전적 인센티브(할인 쿠폰, 바우처 등)가 상점이나 슈퍼마켓에서 건강한 식품의 구매 증가에 효과적, 건강식품의 가격 인하는 판매량 증가에 효과적이지만 영양교육과 인센티브가 동시에 제공될 필요가 있음. |

| 저자, 연도 | 문헌 종류 | 고찰에 포함된 연구 설계 | 포함 연구 수 | 대상 행동 | 연구 대상 | 인센티브 종류 | 결과 요약 |
|-------------------------|-----------|--|---------|---------------------------|---------|--|---|
| Purnell et al., 2014 | 체계적 문헌 고찰 | 시뮬레이션 연구, 관찰연구, 준실험연구, 무작위 연구(RS), 무작위 대조군연구 | 12 | 식생활, 체중 감량, 콜레스테롤 감소 | 성인 | 현금, 바우처, 복권, 예치금 환급, 비용 면제, 식품세 부과, 식품 가격 상승 | 복권, 예치금 환급, 보상, 바우처 인센티브가 적절한 방법으로 활용되었을 때 단기적으로 식생활 개선, 체중 감량, 콜레스테롤 감소에 긍정적인 영향을 미치나 장기적 효과에 대한 근거는 부족함. 과일/채소를 구매할 수 있는 바우처 제공이 저소득층 여성에게 효과적으로 나타남. |
| Strohacker et al., 2014 | 체계적 문헌 고찰 | 무작위 대조군연구 | 10 | 운동프로그램/체육관 출석, 걸음 수, 신체활동 | 어린이, 성인 | 현금, 상품권 추첨, 상품권, 지우개 등 문구류, 텔레비전 시청 | 금전적 인센티브는 운동프로그램 참여율 증가에 영향을 미침. 단기적으로 긍정적인 영향을 미치나 장기적인 영향을 측정할 연구는 적었음. 인센티브 중재 프로그램 중단 후의 효과를 측정할 연구 4편 중 2편은 중재 이후로 행동이 회귀했고, 2편은 행동 강화를 위해 일정 기간 인센티브를 지급하여 변화한 행동이 어느 정도 유지되었음. 어린이에게 단기간의 현금 인센티브는 성공적일 수 있는 것으로 나타남. 대안 내 피트니스 센터 사용을 늘리기 위해서는 고정된 현금 지급과 일정 주기(예: 매주 목요일 현금 지급)를 방문당 최소 5 USD~최대 7.75 USD 지급)의 인센티브 지급을 권장함. |

| 저자, 연도 | 문헌 종류 | 고찰에 포함된 연구 설계 | 포함 연구 수 | 대상 행동 | 연구 대상 | 인센티브 종류 | 결과 요약 |
|-----------------------|------------------|-------------------------------|--------------------------|---|-------|---|--|
| Wigham et al., 2014 | 체계적 문헌 고찰 | 무작위 대조군연구, 시계열 분석, 조사연구, 질적연구 | 10 | 백신 접종 | 유치원 | 복권 형태의 현금 인센티브, 추가적 복지 혜택 제공, 미취학 아동 필수 예방접종 미실시자의 복지혜택 삭감, 데이터케어 센터 및 학교 등록 제한, 경범죄 고발 및 부모 경고 | 어떤 방식의 인센티브가 백신 접종 향상에 효과적인지에 대한 충분한 근거가 부족함. 백신 접종과 교육을 연계한 준의무적 방식은 수용 가능한 방법이라는 일부 보고는 있으나 충분한 근거는 부족함. 복지혜택 삭감과 같은 disincentive는 백신 접종을 증가에 효과적이었음. |
| Haff et al., 2015 | 메타 분석 | 무작위 대조군연구 | 7 | 금연, 체중 감량, 복약순응, 흡강모니터 링 디바이스 (혈당 측정기, 혈압측정기, 체중계) 사용 | 성인 | 현금, 예치금 환급, 복권 | 재정적 인센티브는 체중 감량과 같은 건강행동을 포함한 행동 변화를 촉진 하는데 효과적. 예치금 환급 형태의 인센티브가 현금 지급에 비해 행동 변화의 성공 확률이 더 높음. 인센티브는 고소득자 보다 저소득자의 건강 행동 목표 달성에 더 효과적임. |
| Mantzari et al., 2015 | 체계적 문헌 고찰, 메타 분석 | 무작위 대조군연구 | 39 (문헌 고찰) 34 (메타 분석) | 금연, 식습관, 신체활동 | 성인 | 재정적 인센티브 | 인센티브 제공은 건강행동의 변화를 나타내지만 그 효과는 인센티브 제공 중단 후 3개월까지로 한정됨. 금연의 효과는 인센티브 제공 중단 이후에도 지속되는 것으로 나타났는데, 이는 임신 여성을 대상으로 한 금연 증대연구를 포함했기 때문일 수 있음. 흡연 임신 여성에게 인센티브 지급은 금연에 대한 가장 효과적인 유인책임. |

| 저자, 연도 | 문헌 종류 | 고찰에 포함된 연구 설계 | 포함 연구 수 | 대상 행동 | 연구 대상 | 인센티브 종류 | 결과 요약 |
|----------------------|------------------|---------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|---|---|
| Barte et al., 2017 | 체계적 문헌 고찰 | 무작위 시험연구 | 12 | 좌식 행동, 신체활동, 체중, BMI | 성인, 아동 | 산물, 현금, 복권(현금으로 교환 가능), 운동시설 회원권 | 운동량 달성 등의 조건 없이 무료 운동 시설 회원권 등을 인센티브로 제공하는 것은 신체활동 증가, 체중 변화 등에 영향을 미치지 않음. 운동 수업 참여에 인센티브를 제공하는 것은 수업 참여를 증가시키는 효과가 있으나 신체활동 증가, 체중 변화에는 영향이 없었음. 신체활동 증가 시 제공하는 인센티브는 신체활동 증가에 긍정적인 효과가 있으나 장기적인 효과가 나타나는지는 불분명함. |
| Corepal et al., 2018 | 체계적 문헌 고찰, 메타 분석 | 무작위 대조군연구, 클러스터 무작위 대조군연구 | 22 (리뷰), 19 (메타 분석) | 신체활동, 건강강한 식습관, 금연 | 5-18세 어린이 및 청소년 | 재정적 인센티브(현금, 바우처 등), 자가 보상(self-incentive), 비재정적 인센티브(언어적, 비언어적 보상, 놀이공원 가기, TV 시청 등) | 현금, 바우처 등 재정적 인센티브 제공은 건강행동 변화에 효과적이었음. 현금 지급이나 TV 시청과 같은 인센티브는 신체활동을 증가시키는 데 효과적이며, 성취 배치나 맞춤형 문구류 등을 인센티브로 제공하는 것이 과제 주스 섭취 증가에 효과적이었음. 그러나 인센티브가 청소년의 금연에 효과가 있는지에 대한 근거는 제한적임. |
| Gong et al., 2018 | 체계적 문헌 고찰, 메타 분석 | 무작위 대조군연구 | 11 | 신체활동, 체중 감량 | 18세 이상 성인 | 재정적 인센티브 | 현금 인센티브는 성인의 신체활동 및 체중감소를 개선하는 데 효과적. 인센티브 그룹은 대조군에 비해 하루 평균 940 걸음 많이 걸었으며, 체중은 2.3kg 더 많이 감량함. 현금 인센티브를 받는 집단이 대조군에 비해 11.6% 더 많이 운동 수업에 출석한 것으로 나타남. |

| 저자, 연도 | 문헌 종류 | 고찰에 포함된 연구 설계 | 포함 연구 수 | 대상 행동 | 연구 대상 | 인센티브 종류 | 결과 요약 |
|-----------------------|---------------------------|--|--------------------|-----------------|------------------------|---|---|
| Notley et al., 2019 | 체계적 문헌 고찰, 메타 분석 (코크란 리뷰) | 무작위 대조군연구 | 33 | 금연 | 성인(질환자, 직장인 포함), 임신 여성 | 복권 형태의 티켓, 경품 추첨, 현금, 식료품 및 상품 구매 바우처, 예치금 환급 | 인센티브 제공은 금연율을 증가시키는 것으로 나타났으며, 금연 프로그램 종료 후에도 지속적인 효과가 있었음. 제공하는 인센티브의 가치는 금연율과 관련 없었으며 작은 금액의 인센티브도 효과적이었음. 흡연 임신 여성을 대상으로 한 인센티브 제공은 임신 후반기와 출산 이후 모두에서 금연율 증가에 효과를 보임. |
| Acampora et al., 2020 | 체계적 문헌 고찰 | 무작위 대조군연구, 코호트 연구, 비무작위 대조군연구, 단면연구, 준실험연구 | 38 | 인유두종 바이러스 백신 접종 | 학생/부모, 의료인 | 무료 백신, 현금 | 무료 백신 및 현금 제공을 포함한 다양한 인센티브 제공이 한 가지에만 초점을 맞춘 것보다 백신 접종에 효과적, 한 가지 인센티브만 제공했을 때 백신 접종률이 증가한다는 근거는 나타나지 않음. |
| Mitchell et al., 2020 | 체계적 문헌 고찰, 메타 분석 | 무작위 대조군연구 | 23 (리뷰) 12 (메타 분석) | 신체활동 | 18세 이상 성인 | 재정적 인센티브 (일 평균 1.40USD) | 재정적 인센티브는 단기, 장기적으로 결음 수를 약 607보 또는 10~15% 증가시켰음. 18개의 연구 중 4개의 연구만이 인센티브 제공 중단 후에도 긍정적인 행동 변화가 유지된 것으로 나타났다. 메타 분석을 한 경우, 고찰 대상 연구에서 인센티브 중단 3~6개월 후에도 결음 수 증가 효과는 유의한 것으로 나타났다. |

| 저자, 연도 | 문헌 종류 | 고찰에 포함된 연구 설계 | 포함 연구 수 | 대상 행동 | 연구 대상 | 인센티브 종류 | 결과 요약 |
|--------------------|------------------|---------------|-----------------------------|-------|-----------|-------------|---|
| Luong et al., 2021 | 체계적 문헌 고찰, 메타 분석 | 무작위 대조군연구 | 51 (리뷰) 39 (메타 분석) | 신체활동 | 18세 이상 성인 | 현금, 상품권, 상품 | 인센티브는 신체활동(체육관/신체활동 강좌 참석)과 걸음 수를 증가시켰음. 그러나 인센티브는 칼로리 소모량과 총 신체활동 시간, 신체활동 지침에 맞게 운동하는 사람의 비율에는 영향을 미치지 않음. 14편의 연구에서 인센티브 중단 후 4~104주 간 걸음 수를 추적한 결과, 재정적 인센티브(현금, 상품)는 중재 기간 동안 증가한 걸음 수를 중재 후에도 어느 정도 유지시키는 효과가 있었음. |

[부록 2] 건강인센티브 인식 조사 설문지(전화조사)

2021년 일반인 건강인센티브 인식조사(전화조사)

안녕하세요?

저는 조사전문기관인 입소스의 면접원 000입니다.

저희는 국무총리실 소속 보건복지정책 전문연구기관인 한국보건사회연구원의 의뢰로 '건강인센티브 인식조사'를 실시하고 있습니다. 이 연구는 **건강인센티브 제도의 정책 활용 가능성과 효과성을 파악하고 우리나라의 건강인센티브 제도 도입과 관련한 시사점을 도출하는 연구**입니다.

이에, 본 조사는 연구의 목적을 달성하는 데 필요한 기초자료로 활용되며, 국민의 건강 행태, 건강인센티브 제도 수용성, 효과성, 참여 의도 파악을 목적으로 합니다.

이 조사는 전국 만19세 이상 성인남녀 500명을 대상으로 하며, 약 20분 내외로 소요될 예정입니다. 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제라도 동의를 철회하고 참여를 중단하거나 조사를 거부할 수 있습니다. 동의 철회, 참여 중단으로 인한 불이익이나 차별은 없습니다.

이 조사를 통해 도출된 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등)은 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화 절차를 거친 이후 공개될 수 있습니다. 그러나 개인을 식별할 수 있는 정보(성명, 연락처 등)는 철저히 보호할 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니, 바쁘시더라도 조사에 적극 참여 해주시기를 부탁드립니다.

2021년 5월

□ 주최기관 : 한국보건사회연구원

□ 연구책임 : 최슬기 부연구위원

□ 조사수행 : 입소스주식회사(IPSOS)

□ 연구 관련 문의 ☎

강혜리 연구원 (044-287-8144)

[유무선 구분]

SQ0. (리스트 상) 지금 받으신 전화는 집전화입니까? 직장 전화입니까?

- ① 집 전화
- ② 사업체 전화(휴대폰 착신 포함) *(선택 시 설문 중단)*
- ③ 휴대폰

[대상자 선정을 위한 질문]

[성별]

SQ1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남자 ② 여자 ③ 기타 *(선택 시 설문 중단)*

[연령]

SQ2. 귀하의 출생연도와 월은 어떻게 되십니까? _____년 _____월

[거주지역]

SQ3. 귀하가 현재 살고 계신 시도는 어디입니까?

- ① 서울특별시 ② 부산광역시 ③ 대구광역시 ④ 인천광역시 ⑤ 광주광역시
- ⑥ 대전광역시 ⑦ 울산광역시 ⑧ 세종특별자치시 ⑨ 경기도 ⑩ 강원도
- ⑪ 충청북도 ⑫ 충청남도 ⑬ 전라북도 ⑭ 전라남도 ⑮ 경상북도
- ⑯ 경상남도 ⑰ 제주특별자치도

SQ3-1. 귀하가 거주하는 지역은 다음 중 어디에 해당됩니까?

- ① 대도시(특별시, 광역시)
- ② 중소도시(특광역시기 아닌 지역의 동지역)
- ③ 군(특광역시기 아닌 지역의 읍면지역)

246 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[건강행동 실천 현황: 중등도 및 고강도 신체활동 실천] (2019 국민영 조사)

1-1. 최근 1주일 동안 평소보다 몸이 힘들거나 숨이 가쁜 스포츠, 운동, 여가활동(신체활동)을 총 몇 시간하셨습니다? 천천히 하는 수영, 복식테니스, 배구, 배드민턴, 탁구 등이 해당되며, 걷기는 제외하고 응답해주시시오.

최근 1주일 총 _____ 시간 _____ 분

전혀 하지 않음

1-2. 최근 1주일 동안 계속 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 스포츠, 운동, 여가활동(신체활동)을 총 몇 시간하셨습니다? 달리기, 조깅, 등산, 빠른 속도로 자전거 타기, 빠른 수영, 축구, 농구, 줄넘기, 스쿼시, 단식테니스 등이 해당 됩니다.

최근 1주일 총 _____ 시간 _____ 분

전혀 하지 않음

[건강행동 실천 현황: 근력운동 실천]

2. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

- ① 1일 ② 2일 ③ 3일 ④ 4일
⑤ 5일 ⑥ 6일 ⑦ 7일(매일) ⑧ 전혀 하지 않았다

[건강행동 실천 현황: 걷기 실천] (2019 국민영)

3. 귀하는 최근 1주일 동안 빠르게 걷기를 몇 시간 하셨습니다? 1주일 동안 운동을 위해 걷은 시간뿐만 아니라 이동, 직업 활동을 위해 빠르게 걷은 시간도 합하여 말씀해 주십시오.

최근 1주일 총 _____ 시간 _____ 분

전혀 하지 않음

[건강행동 실천 현황: 흡연]

4. 귀하는 현재 일반담배(꺠련)를 피우십니까? 전자담배는 제외하고 말씀해 주십시오.

- ① 매일 피운다 (ex- 4-1)
- ② 가끔 피운다 (ex- 4-1)
- ③ 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않는다 (ex- 4-1)
- ④ 전혀 피우지 않는다 (ex- 5)

4-1. 지금까지 살아오는 동안 피운 일반담배(꺠련)의 양은 총 얼마나 됩니까? 전자담배를 제외하고 말씀해 주십시오.

- ① 5꺠(100꺠비) 미만
- ② 5꺠(100꺠비) 이상

5. 귀하는 현재 아이코스, 꺠로, 릴 등과 꺠은 꺠련형 전자담배를 피우고 꺠십니까?

- ① 매일 피운다
- ② 가끔 피운다
- ③ 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않는다
- ④ 전혀 피우지 않는다

[건강행동 실천 현황: 고위험음주] (2019 국민영)

6. 귀하는 평소 술을 얼마나 자주 마십니까?

- ① 최근 1년 꺠 전혀 마시지 않았다 (ex- 7)
- ② 한달에 1번 미만 (ex- 6-1)
- ③ 한달에 1번 꺠도 (ex- 6-1)
- ④ 한달에 2~4번 (ex- 6-1)
- ⑤ 일주일에 2~3번 꺠도 (ex- 6-1)
- ⑥ 일주일에 4번 이상 (ex- 6-1)

6-1. 귀하는 한 번에 술을 얼마나 마십니까? 소주, 양주 꺠분없이 꺠각의 술잔으로 꺠산하여 말씀해 주십시오. 참고로 꺠맥주 355cc는 1.6꺠, 소주 1병은 7꺠이 나옴니다.

- ① 1~2꺠
- ② 3~4꺠
- ③ 5~6꺠
- ④ 7~9꺠
- ⑤ 10꺠 이상

250 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

10-2. 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 귀하가 건강행동(신체활동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등)을 하는데 도움이 되었다고 생각하십니까?

- ① 매우 그렇다 (ex- 11) ② 그렇다 (ex- 11) ③ 보통이다 (ex- 11)
④ 그렇지 않다 (ex- 10-3) ⑤ 매우 그렇지 않다 (ex- 10-3)

10-3. 도움이 되지 않았다고 생각하시는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 제공하는 혜택이 적어서 건강행동을 할 동기 부여가 되지 않아서
② 혜택을 받을 수 있는 목표가 너무 높아서
③ 혜택을 받기 위한 절차가 복잡해서
④ 혜택을 받기 위해 참여해야 하는 기간이 너무 길어서
⑤ 기타 ()

[건강인센티브에 대한 태도] (공단 인센티브 조사)

11. 국민의 건강증진을 위해 운동, 금연, 절주, 식생활 개선 등 건강한 행동을 했을 때, 상품권 등의 혜택을 제공하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 필요하다 (ex- 11-1) ② 필요한 편이다 (ex- 11-1)
③ 필요하지 않은 편이다 (ex- 11-3) ④ 전혀 필요하지 않다 (ex- 11-3)
⑤ 잘 모르겠다(임지 말 것) (ex- 12)

11-1. 누구에게 혜택(인센티브)을 주는 것이 가장 적절하다고 생각하십니까?

- ① 국가에서 국민을 대상으로 제공
② 국민건강보험에서 건강보험 가입자를 대상으로 제공
③ 민간 기업에서 직원을 대상으로 제공
④ 민간 기업에서 고객(소비자)를 대상으로 제공
⑤ 잘 모르겠다(임지 말 것)
⑥ 기타 ()

11-2. 건강한 행동을 하는 것에 대해 혜택(인센티브)을 주는 것이 특히 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까? 대상자를 말씀드릴테니, 적절하다고 생각하는 대상에 대해 **모두** 응답해주시기 바랍니다.

- ① 만성질환자(고혈압, 당뇨, 고지혈증/이상지질혈증 등) ② 저소득층
- ③ 임산부 ④ 유아/어린이 ⑤ 청소년 ⑥ 노인
- ⑦ 기타 () ⑧ 모든 사람

(11번에서 ①②⑤ 응답자는 제외)

11-3. 필요하지 않다고 생각하시는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
- ② 질병 등으로 운동 등 건강한 행동을 하기 어려운 사람은 혜택을 받지 못하므로
- ③ 국가나 기업이 개인의 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에
- ④ 경제적으로 부유한 사람들에게 혜택이 더 돌아갈 것 같아서
- ⑤ 국가/기업 등에서 지출하는 비용만큼 국민의 건강 개선에 효과가 없을 것 같아서
- ⑥ 기타 ()

[만성질환 유병 여부]

12. 평소에 귀하의 건강은 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨

13. 귀하는 현재 의사에게 진단받은 만성질환을 앓고 계십니까? 완치되었거나 일시적으로 앓는 감기 등은 제외하고 말씀해 주십시오.

- ① 1개 만성질환이 있다 (ex- 13-1) ② 2개 만성질환이 있다 (ex- 13-1)
- ③ 3개 이상의 만성질환이 있다 (ex- 13-1) ④ 만성질환이 없다 (ex- 14)

252 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

13-1. 현재 귀하가 알고 있는 만성질환은 다음 중 무엇입니까? 질환을 하나씩 불러드릴 테니 '있음', '없음'으로 말씀해 주십시오.

| 구분 | 있음 | 없음 |
|----------------------|----|----|
| 13-1-1. 고혈압 | ① | ② |
| 13-1-2. 당뇨병 | ① | ② |
| 13-1-3. 고지혈증 | ① | ② |
| 13-1-4. 협심증/심근경색증 | ① | ② |
| 13-1-5. 뇌졸중(중풍) | ① | ② |
| 13-1-6. 관절염 | ① | ② |
| 13-1-7. 그 외 만성질환(기타) | ① | ② |

[BMI]

14. 귀하의 현재 키와 몸무게를 말씀해 주십시오.

| 키 | 몸무게 |
|---|---|
| cm | kg |
| <input type="checkbox"/> 키 잘 모르겠다(읽지 말 것) | <input type="checkbox"/> 몸무게 잘 모르겠다(읽지 말 것) |
| <input type="checkbox"/> 키 응답하기 싫음/거절(읽지 말 것) | <input type="checkbox"/> 몸무게 응답하기 싫음/거절(읽지 말 것) |

[결혼상태]

15. 귀하의 현재 혼인 상태가 어떻게 되십니까?

- ① 배우자가 있으며, 함께 살고 있다(사실혼 상태 포함)
- ② 배우자가 있으나, 함께 살고 있지 않다(출장 등의 일시적 상태 제외)
- ③ 배우자 사망 또는 이혼으로 배우자가 없다
- ④ 결혼한 적 없다
- ⑤ 기타 ()
- ⑥ 응답하기 싫음/거절(읽지 말 것)

[교육수준]

16. 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? 혹은 다니고 계십니까?

※ 조사원 지침
중학교를 현재 다니거나 중퇴한 경우 '초등학교 졸업 이하'로, 고등학교를 현재 다니거나 중퇴한 경우 '중학교 졸업'으로, 대학교를 현재 다니거나 중퇴한 경우 '고등학교 졸업'으로 응답합니다.

- ① 초등학교 졸업 이하 ② 중학교 졸업
- ③ 고등학교 졸업 ④ 대학교 졸업 이상
- ⑨ 응답하기 싫음/거절(읽지 말 것)

[장애 여부]

17. 귀하는 신체활동, 걷기 등에 어려움이 있는 장애가 있으십니까?

- ① 예 ② 아니요

[가구원수]

18. 귀하의 가구에 귀하를 포함하여 현재 몇 명이 살고 있습니까? ()명

[건강보험]

19. 귀하는 어떤 유형의 건강보험에 가입되어 있으십니까?

※ 조사원 지침 : '③ 국가유공자' 응답한 경우, 아래 3가지 유형 재확인 필요
1) 국가유공자 건강보험 가입자인 경우, '① 직장/지역 건강보험'을 선택해 주세요.
2) 국가유공자 의료급여증이 발급된 경우, '② 의료급여'를 선택해 주세요.
3) 국가유공자 건강보험 배제 신청을 하여 위탁병원에서만 진료를 받는 경우, '③ 국가유공자'를 선택해 주세요.

- ① 직장/지역 건강보험
(공무원·교직원 건강보험 및 부모·자녀 등 가족의 건강보험에 함께 속해 있는 경우도 포함)
- ② 의료급여
- ③ 국가유공자
- ④ 미가입(외국인 등)

254 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[가구소득]

20-1. 최근 1년 동안 임금, 연금, 정부 보조금, 가족이 준 용돈 등을 모두 합할 때 가구의 월 소득은 대략 얼마입니까? 월 ()만원

- 잘 모르겠다(임지 말 것)
- 응답하기 싫음/거절(임지 말 것)

20-2. 최근 1년 동안 상여금, 부동산 소득, 이자 등 추가적인 소득이 있었다면 대략 얼마인지 말씀해 주십시오. 연 ()만원

- 잘 모르겠다(임지 말 것)
- 응답하기 싫음/거절(임지 말 것)

[부록 3] 건강인센티브 인식 조사 설문지(온라인조사)

건강행동 실천과 관련 인식에 대한 조사

안녕하십니까? 한국보건사회연구원입니다.

우리 연구원은 국무총리실 소속 보건복지정책 전문연구기관입니다. 우리 연구원에서는 현재 **건강인센티브 제도의 정책 활용 가능성과 효과성을 파악하고 우리나라의 건강인센티브 제도 도입과 관련한 시사점을 도출하는 연구를 수행**하고 있습니다.

이에, 본 조사는 연구의 목적을 달성하는 데 필요한 기초자료로 활용되며, 국민의 건강행태, 건강인센티브 제도 수용성, 효과성, 참의 의도 파악을 목적으로 합니다.

이 조사는 전국 만19세 이상 성인남녀 1,500명을 대상으로 하며, 약 20분 내외로 소요될 예정입니다. 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제든지 동의를 철회하고 참여를 중단하거나 조사를 거부할 수 있습니다. 동의 철회, 참여 중단으로 인한 불이익이나 차별은 없습니다.

이 조사의 수행 주체는 한국보건사회연구원의 조사 위탁을 받은 입소스㈜입니다.

이 조사를 통해 도출된 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등)은 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화 절차를 거친 이후 공개될 수 있습니다. 그러나 개인을 식별할 수 있는 정보(성명, 연락처 등)는 철저히 보호할 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니, 바쁘시더라도 조사에 적극 참여 해주시기를 부탁드립니다.

- 연구 책임: 한국보건사회연구원 최슬기 부연구위원
- 연구 관련 문의: 한국보건사회연구원 강혜리 연구원 ☎ 044-287-8144
- 조사 기간: 2021. 05. ~ 2021. 06.

<조사 기관 안내>

- 조사 기관: 입소스주식회사(IPSOS)

- 조사참여 동의 조사참여 비동의 (**※ 설문 중단**)

[대상자 선정을 위한 질문]

[성별]

SQ1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남자 ② 여자 ③ 기타 *(※ 설문 중단)*

[연령]

SQ2. 귀하의 출생연도와 월은 어떻게 되십니까? _____년 _____월

[거주지역]

SQ3. 귀하가 현재 살고 계신 지역은 어디입니까?

- ① 서울특별시 ② 부산광역시 ③ 대구광역시 ④ 인천광역시 ⑤ 광주광역시
⑥ 대전광역시 ⑦ 울산광역시 ⑧ 세종특별자치시 ⑨ 경기도 ⑩ 강원도
⑪ 충청북도 ⑫ 충청남도 ⑬ 전라북도 ⑭ 전라남도 ⑮ 경상북도
⑯ 경상남도 ⑰ 제주특별자치도

SQ3-1. 귀하가 거주하는 지역은 다음 중 어디에 해당습니까?

- ① 대도시(특별시, 광역시)
② 중소도시(특·광역시가 아닌 지역의 동지역)
③ 군(특·광역시가 아닌 지역의 읍면지역)

※ 다음은 **신체활동 실천**에 대한 질문입니다.

1-1. **최근 1주일 동안** 평소보다 몸이 힘들거나 숨이 가쁜 **스포츠, 운동, 여가활동(신체 활동)**을 총 몇 시간하셨습니까? **걷기를 제외**하고 응답해주시시오.

| |
|---|
| ※ 예시 : 천천히 하는 수영, 복식테니스, 배구, 배드민턴, 탁구 등 |
| ※ 전혀 하지 않은 경우, 입력란에 '0'을 작성해 주세요. |

최근 1주일 총 _____ 시간 _____ 분

1-2. **최근 1주일 동안** 계속 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 **스포츠, 운동, 여가활동(신체활동)**을 총 몇 시간하셨습니까?

| |
|--|
| ※ 예시 달리기(조깅), 등산, 빠른 속도로 자전거 타기, 빠른 수영, 축구, 농구, 줄넘기, 스쿼시, 단식테니스 등 |
| ※ 전혀 하지 않은 경우, 입력란에 '0'을 작성해 주세요. |

최근 1주일 총 _____ 시간 _____ 분

1-3. 귀하가 앞서 말씀하신 것처럼 신체활동을 하신지 얼마나 됐습니까?

- ① 6개월 이상 ② 6개월 미만

2. **최근 1주일 동안** 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

- ① 1일 (ex-3) ② 2일 ③ 3일 ④ 4일 ⑤ 5일
⑥ 6일 ⑦ 7일(매일) ⑧ 전혀 하지 않았다 (ex-3)

2-1. 귀하가 근력운동을 일주일에 2일 이상 하신지 얼마나 되었습니까?

- ① 6개월 이상 ② 6개월 미만

3. 귀하는 지난 1년 동안 신체활동, 근력운동 등(걷기 제외)을 주로 어디에서 하셨습니까?

- ① 공원, 산, 산책로 등 ② 민간상업 체육시설
③ 학교체육시설 ④ 집
⑤ 지자체 및 공공기관운영 시설 ⑥ 직장 내 체육시설
⑦ 기타 ()

4. 귀하의 신체활동을 새롭게 시작하거나 현재보다 더 많이 할 계획이 있습니까? 걷기를 제외한 유산소운동, 근력운동 등 모든 신체활동을 포함해서 말씀해 주십시오.

- ① 1개월 이내에 계획이 있다
- ② 6개월 이내에 계획이 있다
- ③ 계획 없다

5. 귀하의 건강증진을 위해 귀하가 신체활동을 할 때 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하다고 생각하십니까? 신체활동에서 걷기는 제외합니다.

- ① 매우 필요하다 ② 필요한 편이다 ③ 필요 없는 편이다
- ④ 전혀 필요없다 ⑤ 모르겠다

6. 귀하가 신체활동을 할 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까? 신체활동에서 걷기는 제외합니다.

- ① 예 (33% 6-1)
- ② 아니요 (67% 6-4)

6-1. 신체활동에 대한 혜택(인센티브)을 금액으로 환산한다면 1개월에 어느 정도 받고 싶습니까?

1개월에 ()원

6-2. 신체활동에 대한 혜택(인센티브)을 얼마나 자주 제공해야 한다고 생각하십니까?

- ① 1주일에 1번 ② 1개월에 1번 ③ 3개월에 1번
- ④ 6개월에 1번 ⑤ 1년에 1번 ⑥ 프로그램 기간 종료 후 1번
- ⑦ 기타 ()

6-3. 신체활동에 대한 혜택(인센티브)을 받을 수 있는 프로그램의 기간은 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

- ① 3개월 미만 ② 3개월 이상-6개월 미만 ③ 6개월 이상-1년 미만
- ④ 1년 이상-2년 미만 ⑤ 2년 이상-5년 미만 ⑥ 지속적인 프로그램
- ⑦ 기간 상관없다

(6번에서 ①을 응답한 사람은 이 문항에서 제외)

6-4. 신체활동에 대한 혜택(인센티브)을 받고 싶지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
- ② 귀찮아서
- ③ 혜택(인센티브)에 관심이 없어서
- ④ 신체활동이 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서
- ⑤ 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에
- ⑥ 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서
- ⑦ 기타()

※ 다음은 운동을 위한 걷기와 일상생활 속 걷기 모두에 대한 질문입니다.

[건강행동 실천 현황: 걷기 실천]

7. 귀하는 최근 1주일 동안 빠르게 걷기를 몇 시간 하셨습니까?

※ 1주일 동안 빠르게 걸은 시간을 모두 합하여 대답하며 운동을 위해 걸은 시간 뿐만 아니라 이동, 직업활동을 위해 걸은 시간을 모두 포함합니다.

※ 전혀 하지 않은 경우, 입력란에 '0'을 작성해 주세요.

최근 1주일 총 _____ 시간 _____ 분

7-1. 귀하가 앞서 말씀하신 것처럼 걷기를 한지 얼마나 됐습니까?

- ① 6개월 이상
- ② 6개월 미만

(7번 문항에서 2시간 30분 미만으로 작성한 사람만 응답)

7-2. 귀하는 더 많이 걸을 계획이 있습니까?

- ① 1개월 이내에 계획이 있다
- ② 6개월 이내에 계획이 있다
- ③ 계획 없다

8. 귀하가 건강 증진을 위해 일정시간 이상 걷을 때 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공 하는 것이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 매우 필요하다 ② 필요한 편이다 ③ 필요 없는 편이다
 ④ 전혀 필요없다 ⑤ 모르겠다

9. 귀하가 일정시간 이상을 걷는 것에 대해 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?

- ① 예 (68% 9-1) ② 아니오 (68% 9-4)

9-1. 일정시간 이상을 걷는 것에 대한 혜택(인센티브)을 금액으로 환산한다면 1개월에 어느 정도 받고 싶습니까?

1개월에 ()원

9-2. 일정시간 이상을 걷는 것에 대한 혜택(인센티브)을 얼마나 자주 제공해야 한다고 생각하십니까?

- ① 1주일에 1번 ② 1개월에 1번 ③ 3개월에 1번
 ④ 6개월에 1번 ⑤ 1년에 1번 ⑥ 프로그램 기간 종료 후 1번
 ⑦ 기타 ()

9-3. 일정시간 이상을 걷는 것에 대한 혜택(인센티브)을 받을 수 있는 프로그램의 기간은 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

- ① 3개월 미만 ② 3개월 이상-6개월 미만 ③ 6개월 이상-1년 미만
 ④ 1년 이상-2년 미만 ⑤ 2년 이상-5년 미만 ⑥ 지속적인 프로그램
 ⑦ 기간 상관없다

(9번에서 ①을 응답한 사람은 이 문항에서 제외)

9-4. 일정시간 이상을 걷는 것에 대한 혜택(인센티브)을 받고 싶지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
- ② 귀찮아서
- ③ 혜택(인센티브)에 관심이 없어서
- ④ 걷기가 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서
- ⑤ 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에
- ⑥ 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서
- ⑦ 기타()

※ 다음은 흡연에 대한 질문입니다.

일반담배와 전자담배(궐련)를 모두 피우시는 경우, 각각의 담배 형태에 따라 다른 문항으로 질문하니 유의해 주시기 바랍니다.

[건강행동 실천 현황: 흡연]

10. 귀하는 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까? (전자담배는 제외합니다)

- ① 매일 피운다 (ex- 10-1)
- ② 가끔 피운다 (ex- 10-1)
- ③ 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않는다 (ex- 10-1)
- ④ 전혀 피우지 않는다 (ex- 11)

10-1. 지금까지 살아오는 동안 피운 일반담배(궐련)의 양은 총 얼마나 됩니까? (전자담배는 제외합니다)

- ① 5갑(100개비) 미만
- ② 5갑(100개비) 이상

(10번에서 ③으로 응답한 사람만)

10-2. 귀하는 일반담배(궐련)를 금연한지 얼마나 되었습니까? (전자담배는 제외합니다)

- ① 6개월 이상
- ② 6개월 미만

262 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

(10번에서 ①, ②로 응답한 사람만)

10-3. 귀하는 일반담배(궐련)를 금연할 계획이 있습니까? (전자담배는 제외합니다)

- ① 1개월 이내에 계획이 있다
- ② 6개월 이내에 계획이 있다
- ③ 계획 없다

11. 귀하는 현재 전자담배(아이코스, 글로, 릴 등)를 피우십니까?

- ① 매일 피운다 (ex- 11-2)
- ② 가끔 피운다 (ex- 11-2)
- ③ 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않는다 (ex- 11-1)
- ④ 전혀 피우지 않는다

11-1. 전자담배를 피우지 않은지 얼마나 되었습니까?

- ① 6개월 이상
- ② 6개월 미만

11-2. 귀하는 전자담배를 금연할 계획이 있습니까?

- ① 1개월 이내에 계획이 있다
- ② 6개월 이내에 계획이 있다
- ③ 계획 없다

(흡연경험자 : 10번에서 ①, ②, ③로 응답 또는 11번에서 ①, ②, ③로 응답한 사람)

12. 귀하의 건강증진을 위해 일반담배(궐련) 또는 전자담배를 금연할 때 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 매우 필요하다
- ② 필요한 편이다
- ③ 필요 없는 편이다
- ④ 전혀 필요 없다
- ⑤ 모르겠다

(흡연자 : 10번에서 ①, ②로 응답 또는 11번에서 ①, ②로 응답한 사람)

13. 귀하가 일반담배(궐련) 또는 전자담배를 금연할 때 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?

- ① 예 (ex- 13-1)
- ② 아니오 (ex- 13-4)

13-1. 금연에 대한 혜택(인센티브)을 금액으로 환산한다면 1개월에 어느 정도 받고 싶습니까?

1개월에 ()원

13-2. 금연에 대한 혜택(인센티브)을 얼마나 자주 제공해야 한다고 생각하십니까?

- ① 1주일에 1번 ② 1개월에 1번 ③ 3개월에 1번
- ④ 6개월에 1번 ⑤ 1년에 1번 ⑥ 프로그램 기간 종료 후 1번
- ⑦ 금연에 성공했을 때 매번 ⑧ 기타 ()

13-3. 금연에 대한 혜택(인센티브)을 받을 수 있는 프로그램의 기간은 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

- ① 3개월 미만 ② 3개월 이상~6개월 미만 ③ 6개월 이상~1년 미만
- ④ 1년 이상~2년 미만 ⑤ 2년 이상~5년 미만 ⑥ 지속적인 프로그램
- ⑦ 기간 상관없다

(13번에서 ①을 응답한 사람은 이 문항에서 제외)

13-4. 금연에 대한 혜택(인센티브)을 받고 싶지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
- ② 귀찮아서
- ③ 혜택(인센티브)에 관심이 없어서
- ④ 금연이 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서
- ⑤ 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에
- ⑥ 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서
- ⑦ 기타()

16. 귀하가 술을 마시는 양이나 횟수를 줄이면 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?

- ① 예 (ex 16-1) ② 아니오 (ex 16-4)

16-1. 술을 마시는 양이나 횟수를 줄이면 제공하는 혜택(인센티브)을 금액으로 환산한다면 1개월에 어느 정도 받고 싶습니까?

1개월에 ()원

16-2. 술을 마시는 양이나 횟수를 줄이면 제공하는 혜택(인센티브)을 얼마나 자주 제공해야 한다고 생각하십니까?

- ① 1주일에 1번 ② 1개월에 1번 ③ 3개월에 1번
 ④ 6개월에 1번 ⑤ 1년에 1번 ⑥ 프로그램 기간 종료 후 1번
 ⑦ 절주에 성공했을 때 매번 ⑧ 기타 ()

16-3. 술을 마시는 양이나 횟수를 줄이면 제공하는 혜택(인센티브)을 받을 수 있는 프로그램의 기간은 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

- ① 3개월 미만 ② 3개월 이상-6개월 미만 ③ 6개월 이상-1년 미만
 ④ 1년 이상-2년 미만 ⑤ 2년 이상-5년 미만 ⑥ 지속적인 프로그램
 ⑦ 기간 상관없다

(16번에서 ①을 응답한 사람은 이 문항에서 제외)

16-4. 술을 마시는 양이나 횟수를 줄이면 제공하는 혜택(인센티브)을 받고 싶지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
 ② 귀찮아서
 ③ 혜택(인센티브)에 관심이 없어서
 ④ 절주가 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서
 ⑤ 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에
 ⑥ 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서
 ⑦ 기타()

266 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

※ 다음은 **식생활**에 대한 질문입니다.

17-1. 귀하는 **한 번 식사할 때 김치를 제외한 채소류**를 몇 가지나 드십니까?

- * 시금치나물, 콩나물, 미역나물, 쌈채소, 김구이, 시래기 국 등 나물이나 국, 찌개를 통해 섭취한 채소류를 모두 포함합니다.
- * 한 번에 섭취할 때 분량은 다음을 참고해주세요.
 - 나물류(시금치나물, 콩나물 등) 작은 1접시, 상추 5장, 김구이 전지 1장(자른 것 6장)
 - 국이나 찌개 1대접

- ① 먹지 않는다
- ② 1가지
- ③ 2가지
- ④ 3가지
- ⑤ 4가지 이상

17-2. 귀하는 **과일**을 얼마나 자주 드십니까?

- * 과일을 직접 갈아 먹는 것도 포함됩니다.
- * 한 번에 해당하는 양은 다음을 참고해주세요.
 - 사과 1/2개, 귤(중) 1개, 참외 1/2개
 - 포도 1/3송이, 수박 1조각(10cm 길이 부채꼴 모양)
 - 생과일주스 1/2컵

※ 과일을 먹지 않는 경우, '① 2주일에 1번 이하'를 선택해 주세요.

- ① 2주일에 1번 이하
- ② 일주일에 1~3번
- ③ 일주일에 4~6번
- ④ 하루에 1번
- ⑤ 하루에 2번 이상

18. 귀하는 **가당음료**를 얼마나 자주 마십니까?

- 가당음료 : 당을 첨가한 모든 음료를 말하며, 단 매실차, 유자차, 믹스커피, 콜라 등의 탄산음료가 포함됩니다.
- 한 번에 해당하는 양은 종이컵 한 잔입니다.

※ 가당음료를 먹지 않는 경우, '① 2주일에 1번 이하'를 선택해 주세요.

- ① 2주일에 1번 이하
- ② 일주일에 1~3번
- ③ 일주일에 4~6번
- ④ 하루에 1번
- ⑤ 하루에 2번 이상

19. 귀하가 현재와 같은 식생활을 한 지 얼마나 되었습니까?

- ① 6개월 이상 ② 6개월 미만

20. 귀하는 건강을 위해 식생활을 개선할 계획이 있습니까?

- ① 1개월 이내에 계획이 있다
 ② 6개월 이내에 계획이 있다
 ③ 계획 없다

21. 귀하의 건강증진을 위해 건강한 식생활을 하면 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하다고 생각하십니까?

※ 건강한 식생활이란 곡류, 어패류, 공류, 채소류, 과일류, 우유 및 유제품 등 다양한 식품을 매일 규칙적으로 섭취하는 식생활을 의미합니다.

- ① 매우 필요하다 ② 필요한 편이다 ③ 필요 없는 편이다
 ④ 전혀 필요 없다 ⑤ 모르겠다

22. 귀하가 건강한 식생활을 하면 국가 등에서 상품권 등으로 혜택(인센티브)을 준다면 받기를 원하십니까?

- ① 예 (※ 22-1) ② 아니오 (※ 22-4)

22-1. 건강한 식생활을 하면 제공하는 혜택(인센티브)을 금액으로 환산한다면 1개월에 어느 정도 받고 싶습니까?

1개월에 ()원

22-2. 건강한 식생활을 하면 제공하는 혜택(인센티브)을 얼마나 자주 제공해야 한다고 생각하십니까?

- ① 1주일에 1번 ② 1개월에 1번 ③ 3개월에 1번
 ④ 6개월에 1번 ⑤ 1년에 1번 ⑥ 프로그램 기간 종료 후 1번
 ⑦ 기타 ()

22-3. 건강한 식생활을 하면 제공하는 혜택(인센티브)을 받을 수 있는 프로그램의 기간은 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

- ① 3개월 미만 ② 3개월 이상~6개월 미만 ③ 6개월 이상~1년 미만
 ④ 1년 이상~2년 미만 ⑤ 2년 이상~5년 미만 ⑥ 지속적인 프로그램
 ⑦ 기간 상관없다

(22번에서 ①을 응답한 사람은 이 문항에서 제외)

22-4. 건강한 식생활을 하면 제공하는 혜택(인센티브)을 받고 싶지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
- ② 귀찮아서
- ③ 혜택(인센티브)에 관심이 없어서
- ④ 식생활 개선이 나의 건강에 도움이 되지 않는다고 생각해서
- ⑤ 국가/기업 등이 내 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에
- ⑥ 참여하는 절차가 까다로울 것 같아서
- ⑦ 기타()

23. 귀하가 하고자 하는 건강행동(신체활동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등)을 3개월 동안 하면 1만 5천원 정도의 혜택(인센티브)을 받는다면 귀하가 건강행동을 하는데 효과가 있을 것이라고 생각하십니까?

- ① 매우 효과가 있다 (est 24)
- ② 효과가 있는 편이다 (est 24)
- ③ 효과가 없는 편이다 (est 23-1)
- ④ 전혀 효과가 없다 (est 23-1)

23-1. 귀하가 하고자 하는 건강행동(신체활동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등)을 3개월 동안 하면 3만원 정도의 혜택(인센티브)을 받는다면 어떠합니까? 귀하가 건강행동을 하는데 효과가 있을 것이라고 생각하십니까?

- ① 매우 효과가 있다 (est 24)
- ② 효과가 있는 편이다 (est 24)
- ③ 효과가 없는 편이다 (est 23-2)
- ④ 전혀 효과가 없다 (est 23-2)

23-2. 귀하가 하고자 하는 건강행동(신체활동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등)을 3개월 동안 하면 5만원 정도의 혜택(인센티브)을 받는다면 어떠합니까? 귀하가 건강행동을 하는데 효과가 있을 것이라고 생각하십니까?

- ① 매우 효과가 있다
- ② 효과가 있는 편이다
- ③ 효과가 없는 편이다
- ④ 전혀 효과가 없다

270 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[건강인센티브에 대한 태도]

25. 국민의 건강 증진을 위해 건강한 행동(운동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등)을 할 때, 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 필요하다 (ex- 25-1)
- ② 필요한 편이다 (ex- 25-1)
- ③ 필요하지 않은 편이다 (ex- 25-5)
- ④ 전혀 필요하지 않다 (ex- 25-5)
- ⑤ 잘 모르겠다 (ex- 26)

25-1. 건강한 행동(운동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등)을 할 때, 상품권 등 혜택(인센티브)을 어떠한 방식으로 주는 것이 가장 적절하다고 생각하십니까?

- ① 국가에서 국민을 대상으로 제공
- ② 국민건강보험에서 건강보험 가입자를 대상으로 제공
- ③ 민간 기업에서 직원을 대상으로 제공
- ④ 민간 기업에서 고객(소비자)을 대상으로 제공
- ⑤ 잘 모르겠다
- ⑥ 기타()

25-2. 건강한 행동을 하는 것에 대해 혜택(인센티브)을 주는 것이 특히 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까? 모두 골라주시기 바랍니다.

- ① 만성질환자(고혈압, 당뇨, 고지혈증/이상지질혈증 등)
- ② 저소득층
- ③ 임산부
- ④ 유아/어린이
- ⑤ 청소년
- ⑥ 노인
- ⑦ 기타 ()
- ⑧ 모든 사람

25-3. 어떤 건강 행동에 대해 혜택(인센티브)을 주는 것이 적절하다고 생각하십니까? 모두 골라주시기 바랍니다.

- ① 걷기
- ② 운동(걷기 제외)
- ③ 금연
- ④ 절주
- ⑤ 건강한 식생활
- ⑥ 체중 관리
- ⑦ 혈압 조절
- ⑧ 혈당 조절
- ⑨ 기타()

25-4. 다음의 혜택(인센티브)을 주는 것이 국민들이 건강행동을 하는데 얼마나 도움이 된다고 생각하십니까?

| | 매우 도움이 됨 | 도움이 됨 | 보통 | 도움되지 않음 | 전혀 도움되지 않음 |
|---------------------------------|-------------|-------|----|------------|------------------|
| 상품권/쇼핑 포인트 제공 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 지역화폐/현금 제공 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 의료비 할인·지원 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 식품/음료수 제공 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 건강용품 제공 (예: 아령, 요가밴드, 혈압계 등) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 운동시설 등 이용료 할인/ 프로그램 참가비 지원 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 포인트 기부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타() | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

25-5. 국민의 건강 증진을 위해 건강한 행동(운동, 금연, 절주, 건강한 식생활 등)을 할 때, 상품권 등 혜택(인센티브)을 제공하는 것이 필요하지 않다고 생각하시는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
- ② 질병 등으로 운동 등 건강한 행동을 하기 어려운 사람은 혜택을 받지 못하므로
- ③ 국가나 기업이 개인의 건강정보를 아는 것을 원하지 않기 때문에
- ④ 경제적으로 부유한 사람들에게 혜택이 더 돌아갈 것 같아서
- ⑤ 국가/기업 등에서 지출하는 비용만큼 국민의 건강 개선에 효과가 없을 것 같아서
- ⑥ 기타 ()

272 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[건강상태]

26. 평소에 귀하의 건강은 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다 ④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다

27. 귀하는 평소 건강관리를 위해 노력하는 편입니까?

- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다
④ 그렇지 않다 ⑤ 매우 그렇지 않다

28. 귀하가 건강관리를 하는데 어려운 점이 있다면, 가장 큰 어려움은 무엇입니까?

- ① 어려운 점 없음
② 건강관리를 하는 것이 경제적으로 부담이 되어서
③ 시간이 없어서
④ 주위에 건강관리를 할 수 있는 장소가 없어서
⑤ 건강관리를 어떻게 해야 할지 몰라서
⑥ 건강관리를 지속하기 위한 동기나 의지가 부족해서
⑦ 기타 ()

29. 귀하는 현재 의사에게 진단받은 만성질환을 알고 계십니까?

(완치되었거나 일시적으로 앓는 감기 등은 제외합니다)

- ① 1개 만성질환이 있다 (※ 29-1) ② 2개 만성질환이 있다 (※ 29-1)
③ 3개 이상의 만성질환이 있다 (※ 29-1) ④ 만성질환이 없다 (※ 30)

29-1. 다음 중 현재 귀하가 앓고 있는 만성질환을 모두 골라주세요.

- ① 고혈압 ② 당뇨병 ③ 고지혈증 ④ 협심증/심근경색증
⑤ 뇌졸중(중풍) ⑥ 관절염 ⑦ 기타

[BMI]

30. 귀하의 현재 키와 몸무게를 말씀해 주십시오.

키()cm
몸무게()kg

[결혼상태]

31. 귀하는 혼인 상태가 어떻게 되십니까?

- ① 배우자가 있으며, 함께 살고 있다(사실혼 상태 포함)
- ② 배우자가 있으나, 함께 살고 있지 않다(출장 등의 일시적 상태 제외)
- ③ 배우자 사망으로 배우자가 없다
- ④ 이혼으로 배우자가 없다
- ⑤ 결혼한 적 없다
- ⑥ 기타 ()

[교육수준]

32. 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? 혹은 다니고 계십니까?

중학교를 현재 다니거나 중퇴한 경우 '초등학교 졸업 이하'로, 고등학교를 현재 다니거나 중퇴한 경우 '중학교 졸업'으로, 대학교를 현재 다니거나 중퇴한 경우 '고등학교 졸업'으로 응답합니다.

- ① 초등학교 졸업 이하 ② 중학교 졸업
- ③ 고등학교 졸업 ④ 대학교 졸업 이상

[경제활동 참여 상태]

33. 귀하의 지난 1년 동안 주된 경제활동 상태는 무엇입니까?

- ① 타인 또는 회사에 고용되어 보수를 받고 일한다(임금근로자) (☞ 33-1)
- ② 내 사업을 하고 고용원(종업원)이 있다(고용주)
- ③ 내 사업을 하고 고용원(종업원)이 없다(단독 자영업자)
- ④ 가족(친척)의 일을 돈을 받지 않고 돕는다(무급가족종사자)
- ⑤ 자활근로, 공공근로, 노인 일자리, 희망근로
- ⑥ 가사노동, 육아, 은퇴, 휴직 등으로 일하지 않음

33-1. 귀하의 지난 1년 동안 주된 일자리의 고용 형태는 다음 중 무엇입니까?

- ① 상용직 ② 임시직 ③ 일용직

[부록 4] 전문가 조사 설문지

건강인센티브 관련 전문가 조사

안녕하십니까? 한국보건사회연구원입니다.

국무조정실 산하 국책연구기관인 한국보건사회연구원에서는 “건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로” 연구를 수행하고 있습니다. 이 연구는 국민의 건강행동 실천에 재정적 인센티브를 제공하는 **건강인센티브 제도의 정책 활용 가능성을 파악**하고 우리나라의 **건강인센티브 제도 도입과 관련한 시사점**을 도출하는 것을 목적으로 하고 있습니다. “보건복지부와 국민건강보험공단이 건강인센티브 제도인 ‘건강생활실천지원금제’(건강생활실천에 재정적 인센티브 제공)를 시범사업으로 시행 중이나, 조사를 수행하는 이 연구는 해당 시범사업과 별개인 보건사회연구원 자체과제입니다.

이에 따라 관련 전문가를 대상으로 건강인센티브에 대한 다양한 의견을 수렴하기 위해 온라인 조사를 하고자 합니다. 건강인센티브 제도 도입의 필요성, 대상 집단, 대상 건강행동, 예산 자원, 제도 도입 시 고려사항 등에 대해 여쭙보고자 하며, 약 20분 내외로 소요될 예정입니다. 조사 응답 완료 시 소정의 사례비(5만원)를 지급해드릴 예정입니다.

응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제라도 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 동의 철회, 참여 중단으로 인한 불이익이나 차별은 없습니다.

이 조사를 통해 도출된 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등)은 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화 절차를 거친 이후 공개될 수 있습니다. 그러나 개인을 식별할 수 있는 정보(성명, 연락처 등)는 철저히 보호할 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니, 바쁘시더라도 조사에 참여해주시면 감사하겠습니다.

- 연구 책임자: 한국보건사회연구원 최슬기 부연구위원 ☎ 044-287-8415
- 공동 연구원: 한국보건사회연구원 최은진 연구위원, 박은자 연구위원
- 연구 관련 문의: 한국보건사회연구원 이수빈 연구원 ☎ 044-287-8358
- 조사 기간: 2021. 8월

<조사 기관 안내>

- 조사 기관: 한국리서치

조사참여 동의

조사참여 비동의 (※ 설문 중단)

276 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

먼저 우리나라 국민의 건강문제에 대해 어떻게 생각하시는지 여쭙보겠습니다.

1. 우리나라 국민 중 건강 개선이 가장 필요한 인구집단은 누구라고 생각하십니까? 1순위에
서 3순위까지 선택해주시시오.

| | 순위 |
|---------|-----|
| 비만인 | () |
| 만성질환자 | () |
| 저소득층 | () |
| 임산부 | () |
| 영유아/어린이 | () |
| 청소년 | () |
| 모든 성인 | () |
| 노인 | () |
| 기타 () | () |

[다음 화면]

2. 우리나라 국민의 건강증진을 위해 가장 개선이 필요한 건강행동이 무엇이라고 생각하십니까? 각 인구집단별로 1순위에서 3순위까지 선택해주시시오.

| | 전체 국민 | 비만인 | 만성질환자 | 저소득층 | 영유아 어린이 | 청소년 | 모든 성인 | 노인 |
|----------------|-------|-----|-------|------|---------|-----|-------|-----|
| | 순위 | 순위 | 순위 | 순위 | 순위 | 순위 | 순위 | 순위 |
| 걷기 | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 신체활동 (걷기 제외) | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 금연 | () | () | () | () | | () | () | () |
| 절주 (고위험 음주 관리) | () | () | () | () | | () | () | () |
| 건강 식생활 실천 | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 국가 건강검진 수검 | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 구강검진 수검 | () | () | () | () | () | () | () | () |
| 기타 () | | | | | | | | |

[다음 화면]

건강인센티브에 대한 의견을 여쭙보겠습니다.

건강인센티브는 건강행동의 형성과 유지를 위한 유인책으로 건강행동 실천 또는 건강결과에 보상을 제공하는 것입니다.

보건복지부는 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)에 국민의 건강생활 장려를 위한 건강인센티브제 도입을 포함하였고, '건강생활실천지원금제'의 이름으로 시범사업을 실시할 예정입니다. 건강생활실천지원금제는 **건강위험요인이 있는 건강보험 가입자와 일차의료 만성질환 시범사업에 참여하는 만성질환자**를 대상으로 건강생활실천과 건강 개선 결과에 따라 **연간 최대 5-6만원 상당의 인센티브**를 지급할 예정입니다.

| | 건강예방형 | 건강관리형 |
|-------|--|--|
| 참여 대상 | 국민건강보험공단에서 주관하는 국가건강검진을 받은 만 20~64세 중 건강관리(체질량지수, 혈압, 공복혈당 관련)가 필요한 국민 | 일차의료만성질환관리 시범사업에 등록된 고혈압·당뇨병 환자 |
| 지원 금액 | 연간 최대 5만원 | 고혈압 환자: 연간 최대 5만원 당뇨병 환자: 연간 최대 6만원 |
| 적립 기준 | <ul style="list-style-type: none"> 건강생활실천: 하루 8천보 이상 걷기, 건강프로그램 이수 건강 개선: 혈압, 공복혈당 조절, 체중 감량 | <ul style="list-style-type: none"> 건강생활실천: 케어플랜 수립 시 설정한 목표 결음 수 달성, 자가 측정, 교육상당 이수 건강 개선: 혈압, 당화혈색소 조절, 체중 감량 |

<적립기준 상세>
- 공동: 시범사업 신규 참여 시 2,000원

(1) 건강예방형: 연간 최대 5만원 (건강생활 실천지원금 최대 2만원, 건강 개선 지원금 최대 3만원)

278 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

| | 구분 | 기준 | 적용금액 | 연간 최대 적용금액 | |
|-------------------------|---------------------------------------|---|---------|---------------|---------|
| 실천 지원금 | 건강관리 프로그램 ¹⁾ | 최대 주 1회 인정 | 대면 | 1,000원/회 | 10,000원 |
| | | | 비대면 | 500원/회 | |
| | 걷음 수 | 하루 8,000~9,999보 | 80원/일 | 10,000원 | |
| | | 하루 10,000보 이상 | 100원/일 | | |
| 개선 지원금 ²⁾ | BMI 25 이상이면서 혈압과 공복혈당 모두 주의군 이상 | 혈압, 공복혈당, 체중 모두 1단계 ³⁾ 이상 개선 | 15,000원 | | |
| | | 혈압, 공복혈당, 체중 모두 2단계 ³⁾ 개선 | 20,000원 | | |
| | BMI 25 이상이면서 혈압 주의군 이상 | 혈압, 체중 모두 1단계 이상 개선 | 15,000원 | | |
| | | 혈압, 체중 모두 2단계 이상 개선 | 20,000원 | | |
| | BMI 25 이상이면서 공복혈당 주의군 이상 | 공복혈당, 체중 모두 1단계 이상 개선 | 15,000원 | | |
| | | 공복혈당, 체중 모두 2단계 이상 개선 | 20,000원 | | |

¹⁾ 건강관리 프로그램 이수 인정 기준: 국가(지방자치단체 포함), 공공기관, 의료기관, 사업장에서 제공하는 건강 관리 프로그램(대면 및 비대면 서비스)만 인정.

²⁾ 건강생활실천 지원금 적용(걷기 및 건강관리 프로그램 이수) 없이 건강개선 기준 충족 시 해당 지원금의 80% 적용. 다만, 건강생활실천이 불가하여 별도로 정하는 장애인에 해당되는 경우 100% 적용

³⁾ 단계별 건강개선 기준

| 구분 | 체중 | 혈압, 공복혈당 |
|-----|-----------------|--------------------|
| 1단계 | 5% 이상 10% 미만 감소 | 위험 → 주의 주의 → 정상 |
| 2단계 | 10% 이상 감소 | 위험 → 정상 |

(2) 건강관리형

- 고혈압: 연간 최대 5만원 (건강생활 실천지원금 최대 2만원, 건강 개선 지원금 최대 3만원)
- 당뇨병, 복합: 연간 최대 6만원 (건강생활 실천지원금 최대 2만원, 건강 개선 지원금 최대 4만원)

| | 구분 | 기준 | 적용금액 | 연간 최대 적용금액 |
|-----------|---------|--|--------------|---------------|
| 실천 지원금 | 교육 | 케어플랜 수립일로부터 종료일까지 5회 이상 교육 이수 | 일시 적용 6,000원 | |
| | 자가측정 | 월 4회 이상(주 1회) 자가 측정값(혈압, 혈당) 제출 | 월 1,000원 | 6,000원 |
| | 걷음 수 | 목표 걷음 수 이상 또는 하루 8,000보 이상 | 80원/일 | 8,000원 |
| 개선 지원금 | 고혈압 | 목표 혈압 달성 | 15,000원 | |
| | | 목표 혈압 달성, 체중 ¹⁾ 5% 이상 감소 | 30,000원 | |
| | 당뇨병(복합) | 목표 당화혈색소 달성 | 20,000원 | |
| | | 목표 당화혈색소 달성, 체중 ¹⁾ 5% 이상 감소 | 40,000원 | |

¹⁾ 참여 신청 당시 정상체중이었다면 최대 15,000원만 적용 가능

3. 국민의 건강증진을 위해 건강행동을 하거나 건강결과를 달성했을 때, 정부가 인센티브를 제공하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? 각 건강행동, 건강 결과 별로 응답해주시시오.

| | 매우 필요하다 | 필요한 편이다 | 필요하지 않은 편이다 | 전혀 필요하지 않다 |
|---------------------------|---------|---------|-------------|------------|
| 걷기 | ① | ② | ③ | ④ |
| 신체활동 (걷기 제외) | ① | ② | ③ | ④ |
| 금연 | ① | ② | ③ | ④ |
| 절주 (고위험 음주 관리) | ① | ② | ③ | ④ |
| 건강한 식생활 | ① | ② | ③ | ④ |
| 국가 건강검진 | ① | ② | ③ | ④ |
| 구강검진 | ① | ② | ③ | ④ |
| 체중 관리 | ① | ② | ③ | ④ |
| 혈압 조절 | ① | ② | ③ | ④ |
| 혈당 조절 | ① | ② | ③ | ④ |
| 건강교육 참여 | ① | ② | ③ | ④ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

(3번에서 하나라도 인센티브가 필요하다고 응답한 사람에게)

- 4-1. [3번에서 '매우 필요하다' 또는 '필요한 편이다' 로 응답한 건강행동/건강결과 표기, 각 응답별로 질문 반복] 000에 대해 정부가 인센티브를 제공하는 것이 필요하다고 생각하는 이유는 무엇입니까?

280 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

(주관식 응답)

[다음 화면]

(3번에서 하나라도 인센티브가 필요 없다고 응답한 사람에게, 모두 필요없다고 응답한 사람은 4-3 응답하도록)

4-2. [3번에서 '필요하지 않은 편이다' 또는 '전혀 필요하지 않다' 로 응답한 건강행동/건강결과 표기, 각 응답별로 질문 반복] 000에 대해 정부가 인센티브를 제공하는 것이 필요하지 않다고 생각하시는 이유는 무엇입니까? 1~3가지 선택해주세요.

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
- ② 건강인센티브는 건강관리의 책임을 개인에게 전가하는 것이므로
- ③ 질병 등으로 건강행동을 하기 어려운 사람은 혜택을 받지 못하므로
- ④ 디지털 취약계층이 소외될 우려가 있어서
- ⑤ 측정이 부정확해서
- ⑥ 개인 건강정보 유출 우려
- ⑦ 건강행태 형성 약화 우려
- ⑧ 국가에서 지출하는 비용만큼 국민의 건강 개선에 효과가 없을 것 같아서
- ⑨ 개인의 건강행동 변화보다는 시스템, 환경적 변화 정책이 더 필요하므로
- ⑩ 기타 ()

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주세요.

[다음 화면]

(3번에서 모든 항목에 인센티브가 필요없다고 응답한 사람에게만)

4-3. 국민의 건강행동 수행 또는 건강결과에 대해 정부가 인센티브를 제공하는 것이 필요하지 않다고 생각하시는 이유는 무엇입니까? 1~3가지 선택해주시시오.

- ① 건강관리는 개인 스스로 하는 것이므로
- ② 건강인센티브는 건강관리의 책임을 개인에게 전가하는 것이므로
- ③ 질병 등으로 건강행동을 하기 어려운 사람은 혜택을 받지 못하므로
- ④ 디지털 취약계층이 소외될 우려가 있어서
- ⑤ 측정이 부정확해서
- ⑥ 개인 건강정보 유출 우려
- ⑦ 건강형평성 악화 우려
- ⑧ 국가에서 지출하는 비용만큼 국민의 건강 개선에 효과가 없을 것 같아서
- ⑨ 개인의 건강행동 변화보다는 시스템, 환경적 변화 정책이 더 필요하므로
- ⑩ 기타 ()

282 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

(인센티브 필요 없다고 응답한 사람에게만 아래의 안내문 보이게)

다음 문항부터는 건강인센티브의 제도화가 결정되었다는 가정 하에 응답해주시면 감사하겠습니다.

5. 인센티브를 제공하기 위한 조건은 무엇이 적절하다고 생각하십니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|--|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 건강 프로그램 등록 (예: 운동 프로그램 등록, 고혈압 관리 프로그램 등록) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 건강 프로그램 참여 (예: 운동 프로그램 출석, 건강교육 이수, 건강검진 수검) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 건강행동 실천 (건강행동 실천의 양/강도 조건 없음) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 건강행동을 자침에 충족하도록 실천 (예: 신체활동 미실천자가 신체활동지침에 충족하는 수준으로 신체활동 실천) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 건강행동 실천 일정 기간 이상 유지 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 건강 목표 설정 (예: 체중 0kg 감량) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 건강 목표 달성 / 건강결과 개선 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

6. 걷기 실천에 대해 건강인센티브를 제공한다면, 건강인센티브의 대상으로 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------------|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시요.

284 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

7. 신체활동 실천(걷기 제외)에 대해 건강인센티브를 제공한다면, 건강인센티브의 대상으로 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------------|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주세요.

[다음 화면]

8. 금연에 대해 건강인센티브를 제공한다면, 건강인센티브의 대상으로 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------------|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

9. 절주(고위험 음주 관리)에 대해 건강인센티브를 제공한다면, 건강인센티브의 대상으로 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------------|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

10. 건강한 식생활 실천에 대해 건강인센티브를 제공한다면, 건강인센티브의 대상으로 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------------|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

288 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

11. **체중관리**에 대해 건강인센티브를 제공한다면, 건강인센티브의 대상으로 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------------|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

12. **혈압 조절**에 대해 건강인센티브를 제공한다면, 건강인센티브의 대상으로 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------------|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주세요.

290 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

13. 혈당 조절에 대해 건강인센티브를 제공한다면, 건강인센티브의 대상으로 적절하다고 생각하는 대상은 누구입니까?

| | 매우 적절함 | 적절함 | 보통 | 적절하지 않음 | 전혀 적절하지 않음 |
|---------------------------|-----------|-----|----|------------|------------------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

292 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

16. 건강행동 수행에 대한 인센티브를 얼마나 자주 제공해야 한다고 생각하십니까?

- ① 1주일에 1번 ② 1개월에 1번 ③ 3개월에 1번
④ 6개월에 1번 ⑤ 1년에 1번 ⑥ 프로그램 기간 종료 후 1번
⑦ 기타 ()

17. 건강결과 달성에 대한 인센티브를 얼마나 자주 제공해야 한다고 생각하십니까?

- ① 1주일에 1번 ② 1개월에 1번 ③ 3개월에 1번
④ 6개월에 1번 ⑤ 1년에 1번 ⑥ 프로그램 기간 종료 후 1번
⑦ 기타 ()

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

18. 건강인센티브 제도 참여 기간은 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

- ① 3개월 미만 ② 3개월 이상 ~ 6개월 미만 ③ 6개월 이상 ~ 1년 미만
④ 1년 이상 ~ 2년 미만 ⑤ 2년 이상 ~ 5년 미만
⑥ 건강행동/건강결과 달성 시 참여 중단 ⑦ 지속적인 제도·프로그램으로 운영
⑧ 기간 상관없다

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주세요.

[다음 화면]

19. 건강인센티브 제공이 다음 인구집단의 **건강 실천**에 긍정적인 변화를 나타내는 데 효과적일 것이라고 생각하십니까?

| | 매우 그렇다 | 그렇다 | 보통 | 그렇지 않다 | 전혀 그렇지 않다 |
|---------------------------|--------|-----|----|--------|-----------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주세요.

294 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

20. 건강인센티브 제공이 다음 인구집단의 신체활동 실천(걷기 제외)에 긍정적인 변화를 나타내는데 효과적일 것이라고 생각하십니까?

| | 매우 그렇다 | 그렇다 | 보통 | 그렇지 않다 | 전혀 그렇지 않다 |
|---------------------------|--------|-----|----|--------|-----------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

21. 건강인센티브 제공이 다음 인구집단의 금연에 긍정적인 변화를 나타내는 데 효과적일 것이라고 생각하십니까?

| | 매우 그렇다 | 그렇다 | 보통 | 그렇지 않다 | 전혀 그렇지 않다 |
|---------------------------|--------|-----|----|--------|-----------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주세요.

296 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

22. 건강인센티브 제공이 다음 인구집단의 **절주(고위험 음주 관리)**에 긍정적인 변화를 나타내는데 효과적일 것이라고 생각하십니까?

| | 매우 그렇다 | 그렇다 | 보통 | 그렇지 않다 | 전혀 그렇지 않다 |
|---------------------------|--------|-----|----|--------|-----------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

23. 건강인센티브 제공이 다음 인구집단의 **건강한 식생활 실천**에 긍정적인 변화를 나타내는 데 효과적일 것이라고 생각하십니까?

| | 매우 그렇다 | 그렇다 | 보통 | 그렇지 않다 | 전혀 그렇지 않다 |
|---------------------------|--------|-----|----|--------|-----------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주세요.

298 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

24. 건강인센티브 제공이 다음 인구집단의 **체중관리**에 긍정적인 변화를 나타내는 데 효과적인 것 이라고 생각하십니까?

| | 매우 그렇다 | 그렇다 | 보통 | 그렇지 않다 | 전혀 그렇지 않다 |
|---------------------------|--------|-----|----|--------|-----------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 영유아/어린이 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 청소년 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

25. 건강인센티브 제공이 다음 인구집단의 **혈압 조절**에 긍정적인 변화를 나타내는 데 효과적일 것이라고 생각하십니까?

| | 매우 그렇다 | 그렇다 | 보통 | 그렇지 않다 | 전혀 그렇지 않다 |
|---------------------------|--------|-----|----|--------|-----------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주세요.

300 건강생활실천 제고 방안 연구: 건강인센티브를 중심으로

[다음 화면]

26. 건강인센티브 제공이 다음 인구집단의 **혈당 조절**에 긍정적인 변화를 나타내는 데 효과적일 것이라고 생각하십니까?

| | 매우 그렇다 | 그렇다 | 보통 | 그렇지 않다 | 전혀 그렇지 않다 |
|---------------------------|--------|-----|----|--------|-----------|
| 모든 사람 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 비만인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 만성질환자 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 저소득층 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 임산부 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 모든 성인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 노인 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 기타 () | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

관련된 추가 의견이 있으시면 작성해주시시오.

[다음 화면]

27. 건강인센티브를 제도화한다면 인센티브를 제공하기 위한 **재원은** 무엇이 적당하다고 생각하십니까?

- ① 건강증진기금 사업비
- ② 건강보험 재정
- ③ 건강보험공단의 사업비
- ④ 기타 ()



간행물 회원제 안내

회원제에 대한 특전

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

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

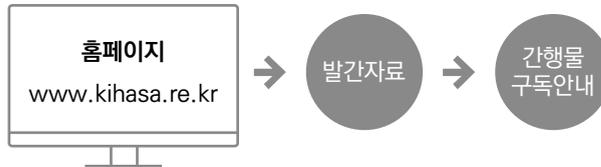
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>