

건강관리서비스법률안 비판적 검토

- 건강관리, 건강보험 적용과 일차의료강화로 해결해야

2010.09.6 | 이은경_새사연 연구원 | eundust@saesayon.org

목 차

<요약문>

1. 건강관리서비스 법안의 개요
2. 건강관리 해준다는데 뭐가 문제지?
3. 건강관리서비스, 시급히 도입해야 한다.
4. 건강관리, 외국에서는 어떻게 하고 있나?
5. 건강보험 적용과 일차의료강화를 통한 건강증진



새로운 사회를 여는 연구원

<http://saesayon.org>

요약

[건강관리서비스법]안은 지난 5월 17일 변웅전 의원이 대표로 10명의 국회의원들과 함께 국회에 발의했다. 하지만 이 법안의 내용을 실제 준비하고 추진하는 주체는 보건복지부이다. 복지부에서는 이 법안을 국민의 건강증진과 건강관리를 위한 보건 정책, 2조원 규모의 시장 형성, 3만 8천여명의 일자리 창출이 기대되는 산업정책으로 대대적인 홍보를 하고 있다. 복지부에서는 이번 개각이후 건강관리서비스 법안만큼은 반드시 통과시키겠다고 공공연하게 언급하고 있어 의료민영화의 핵심적 정책으로 부상하고 있다. 하지만 현재 국회에 상정되어 있는 건강관리서비스 법안은 MB정부가 건강관리서비스‘시장’을 형성하기 위한 산업정책의 일환에 불과하다. 건강관리란 국민들의 건강보장에서 핵심적 내용으로 국가가 책임져야 할 내용이다. 예방 및 건강증진, 건강관리, 치료, 재활 및 요양서비스가 국가가 담당해야 할 기본적인 건강보장인 것이다. 여기에서 예방, 건강증진 및 건강관리를 뚝 떼내서 시장화하겠다는 것은 국민의 건강을 시장에 맡기겠다는 것에 다름아니다.

정부의 정책핵심은 일차의료를 통한 건강증진과 관리를 효율적으로 도입하는 것이 되어야 한다. 하지만 우리나라의 경우, 지역을 중심으로 한 효율적인 건강증진시스템과 일차의료를 구축하는데 많은 장애가 존재한다. 세계적으로 가장 낮은 수준의 공공의료는 건강증진 정책을 실현할 수 있는 방법을 찾을 수 없는 결과로 이어지고, 턱없이 부족한 건강보험의 재정은 건강증진과 일차의료를 확대할 수 있는 자원 마련을 어렵게 하고 있다. 극도로 영리적 경쟁에 내몰리고 있는 의료기관은 보험적용이나 수익을 낼 수 없는 예방 및 건강관리 서비스를 제공할 유인을 갖지 못하고 있는 형편이다.

외국의 사례를 보면 복지부가 주장하는 개인의 생활양식에 대한 개별적 건강관리서비스만을 특화하여 제공하고 있는 경우는 거의 없다는 것을 알 수 있다. 오히려 의료선진국일수록 포괄적이며 상호협력적인 방식을 도입하고 있으며 그 중심에 주치의와 지역공공보건센터가 있다. 또한 국가가 가이드라인과 프로그램을 제공하고 서비스에 대한 적절한 규제와 인센티브를 도입하고 있으며 대부분의 비용은 보험과 공공재정에서 담당하고 있는 것이다. 즉 서비스의 도입이 만성질환을 관리하고 건강증진을 활성화하여 의료비를 절감하기 위한 목적으로 시도되었지 산업화, 시장 확대, 고용창출이라는 측면에서 접근하고 있는 경우는 찾기 힘들다. 심지어 미국에서

조차 건강증진서비스는 의료비를 절감하기 위해 도입되었음을 주목해야 한다. 따라서 서비스의 핵심에는 국가 차원의 건강증진 계획이 있고 주치의와 지역공공보건센터가 중추적 역할을 하고 있는 것이다.

- 건강관리서비스 법안의 즉각적 폐지
- 건강보험 적용이 되는 건강관리서비스를 도입해야 한다.
- 주치의 제도 도입
- 인구집단의 생애주기별 특성에 맞는 포괄적이고 통합적인 건강증진 프로그램의 도입
- 영리법인 금지

본문

1. 건강관리서비스 과연 무엇인가?

[건강관리서비스법]안은 지난 5월 17일 변웅전 의원이 대표로 10명의 국회의원과 함께 국회에 발의했다. 하지만 이 법안의 내용을 실제 준비하고 추진하는 주체는 보건복지부이다. 복지부에서는 이 법안을 국민의 건강증진과 건강관리를 위한 보건정책, 2조원 규모의 시장 형성, 3만 8천여명의 일자리 창출이 기대되는 산업정책으로 대대적인 홍보를 하고 있다. 이에 따라 정부 내 경제부처와 기업들이 적극적으로 지지를 표명하고 있고 관련 이해당사자인 의료인, 영양사, 운동처방사, 보건교육사 등은 이 새로운 시장에서 유리한 입장을 점하기 위해 이해득실을 따지고 있다. 대한의사협회에서는 의료인만이 할 수 있는 건강관리서비스 법안을 주장하고 있는 등 다른 집단들은 유리한 방향으로 참여하기 위해 노력하고 있는 것이다. 한편, 복지부에서는 이번 개각이후 건강관리서비스 법안 만큼은 반드시 통과시키겠다고 공공연하게 언급하고 있어 하반기 의료민영화의 핵심적 정책으로 부상하고 있다.

표 1 건강관리서비스 법안의 주요내용

- 건강상담, 건강관리교육, 영양운동지도, 건강정보제공 등을 의료서비스에서 분리하여 별도의 '건강관리서비스'의 개념 도입
- 의료기관과는 별도의 '건강관리서비스 제공기관'을 설립하도록 허용하고 건강관리서비스를 제공할 수 있는 인력의 기준과 범위를 제시하여 새로운 서비스 영역으로 함.
- 개설자를 개인/법인, 의료인/비의료인, 영리/비영리를 따지지 않고 모두에게 허용함. 따라서 이윤추구를 목적으로 하는 보험회사도 설립 가능함.
- 건강관리서비스 이용자는 '건강측정'을 의무적으로 받아 '질환군/건강주의군/건강군'의 판정을 받아야 하며, 이에 따라 건강관리서비스 이용이 달라짐.
- 건강측정을 비롯한 건강관리서비스 이용의 모든 비용은 전액 환자가 부담해야 함.
국민건강보험에서 제공하지 않음.
- 정부 및 지방자치단체는 장애인 및 저소득층에게 바우처 발급할 수 있음.

출처 : 김창보 외, 건강관리서비스 법, 시민의 건강증진을 위한 대안인가?, 2010

의료서비스는 예방과 건강증진, 치료서비스, 재활과 요양서비스로 연계된다. 현재 우리나라 건강보험은 치료서비스의 일부만을 보장해주고 있으며 예방과 건강증진, 재활과 요양서비스는 대부분 본인이 부담하고 있다. 2009년에 노인장기요양보험이 도입되면서 노인 장기요양서비스는 일부 보험적용을 받게 되었지만 대상자와 보상 폭이 지나치게 협소하고 제공기관이 대부분 민간이어서 제대로 된 노인요양서비스

건강관리, 건강보험 적용과 일차의료강화로 해결해야 한다.

를 충족시키지 못하고 있다. 즉 우리나라는 급성기 치료와 일부 노인요양을 제외하고는 공적으로 보장이 되지 못하고 있고 이로 인한 개인의 의료비 지출은 가계경제의 큰 부담이 되고 있다. 이런 상황에서 정부는 예방과 건강증진의 영역을 완전히 시장에 맡기겠다는 의지를 밝힌 것이다.

그림 1 건강관리서비스 제공체계



출처 : 보건복지부

2. 건강을 관리해 준다는데 뭐가 문제지?

시장화 정책에 불과한 건강관리서비스 법안

현재 국회에 상정되어 있는 건강관리서비스 법안은 MB정부가 건강관리서비스‘시장’을 형성하기 위한 산업정책의 일환에 불과하다. 복지부 내에서 추진하고 있는 주체도 의료정책 부서가 아닌 산업정책을 담당하는 부서에서 추진하고 있고 실제 법안의 목표도 2조원 시장 형성, 3만 8천여명의 일자리를 창출에 포커스가 맞춰져 있다. 건강관리란 국민들의 건강보장에서 핵심적 내용으로 국가가 책임져야 할 내용이다. 예방 및 건강증진, 건강관리, 치료, 재활 및 요양서비스가 국가가 담당해야 할 기본적인 건강보장인 것이다. 여기에서 예방, 건강증진 및 건강관리를 뜯 떼내서 시장화하겠다는 것은 국민의 건강을 시장에 맡기겠다는 것에 불과하다. 이 법안이 통과되면 그동안 보건소와 국민건강보험공단을 중심으로 수행해왔던 건강관리서비스가 ‘주식회사’ 형태의 민간회사로 넘어가게 된다. “주식회사 ○○ 건강관리”라는 영리회사가 등장하게 되는 것이다. 또한 이 회사들은 보험회사와 바로 연결될 전망이

다. 세계에서 유일하게 건강관리서비스가 상업화 되어있는 미국에서는 대부분의 건강관리가 보험회사와 병원들의 연합체에서 판매되는 상품이다. 정부는 의료기관이 제공하는 모델, 보험회사 등 기업이 참여하는 형태, 혼합형 등 여러 모델을 검토해 왔고 'u-health' 라는 개념을 중심으로 이에 대한 상업적 형태도 다양하게 추진해 오고 있다.

'u-health'를 비롯한 건강관리 상업화 시도

'u-health'란 시간과 장소를 떠나 의료서비스와 건강관리서비스를 받을 수 있도록 IT시스템을 갖추고 서비스를 제공하는 것이다. 이와 관련하여 이명박 정부는 '질병 원격모니터링', '조기진단', '건강관리'의 3개 분야를 전략적으로 선정하여 지원할 예정이다. 지식경제부에서는 U-health 서비스를 대상에 따라 세 가지로 분류하고 있는데, 만성질환자를 대상으로 하는 u-medical, 노인을 대상으로 하는 요양중심의 u-silver, 일반인을 대상으로 건강관리서비스를 제공하는 u-wellness 분야가 그것이다. 그 중 만성질환자를 대상으로 하는 u-medical분야를 스마트케어라는 이름으로 대규모 시범사업을 하겠다고 밝히고 있다.(박스 기사 참조)

지식경제부는 11일 SK텔레콤, LG 전자 등 2개 컨소시엄과 스마트케어서비스 시범사업 협약을 체결한 자리에서 유헬스 산업의 본격적인 육성을 위한 종합 지원방안인 '유헬스 신산업 창출전략'을 발표했다. 정부는 유헬스 산업이 앞으로 연평균 12% 이상 고속 성장할 것이라며 IT 인프라와 신기술 수용문화, 높은 의료기술 등 국내 유헬스 산업의 잠재력을 현실화할 경우 오는 2014년까지 3만9000명의 고용을 창출할 것으로 예상했다. 올해 유헬스 산업의 국내 고용창출 인원은 2만2000명 수준이다.

유실버 분야에선 고령 친화형 제품개발과 함께 사용자의 부담을 덜어 주 수요를 이끌어 낸다는 전략이다. 고령친화 체험관 등 체험 네트워크를 강화하는 등 수요 연계형 육성전략을 추진하기로 했다. 일반인들을 대상으로 하며, 의료 관련 법규의 제한이 없는 유헬스 분야에선 다양한 업종의 사업자에게 성공적인 비즈니스 모델을 제시해 민간의 투자를 촉발시킨다는 구상이다. 건강센터 중심의 운동 관리 서비스 등 민간의 시범 사업을 통해 새로운 수익모델 개발 가능성을 열어주는 등 새로운 시장을 창출하는 촉매제 역할을 중심으로 추진할 계획이다.

즉 올해 10월부터 SKT, LG 전자와 같은 IT 대기업과 국내 대형병원들이 컨소시엄

을 구축하여 고혈압, 당뇨병 등 1만 2천명의 만성질환자를 대상으로 3년간 521억을 투자하는 사업을 전개한다는 것이다. 이를 위해 원격진료를 허용하는 의료법 개정안까지 국회에 상정하고 있다. 문제는 이 원격진료와 u-health가 실제 의료서비스가 필요하나 제대로 제공받지 못하는 도서지역이나 교도소 등과 같이 반드시 필요한 대상자를 위한 서비스가 아니라는 점이다. 여기에는 의료소외지역의 건강증진을 위한 기획은 보이지 않고 u-health의 인프라를 독점하고 건강관리의 시장을 선점하기 위한 기업의 경쟁만 치열하다. 보건산업연구원의 연구를 보면 를 위해 국민들을 건강군, 위험군, 질병군으로 나누고 각각의 대상자들에게 u-health를 제공할 것이라고 하고 있다.

생각해 보자. 우리나라처럼 교통이 발달하고 병의원이 주변에 산재해 있어서 조금만 나가면 의료서비스를 받을 수 있는 나라에서 집에서 u-health를 통한 원격진료를 받을 필요가 얼마나 있겠는가? 결국 목적은 막대한 돈을 투자해 u-health에 필요한 IT인프라를 전국에 깔고 u-health의 기반이 구축된 건물과 아파트 등의 경쟁력을 올려 부동산 시장을 활성화함과 동시에 산업의 새로운 시장을 형성할 수 있다는 계산인 것이다. 여기에 ‘건강관리서비스’의 시장화와 맞물리는 지점이 생긴다. ‘건강관리서비스’의 시장화가 u-health와 같은 정보기술과 결합될 경우 시장의 규모를 확대하는데 유리할 것이고 u-health 산업 역시 기존의 의료서비스 외에 새로운 영역의 개척이 필요하기 때문이다. 밑의 그림(그림 2)을 보면 u-wellness라는 영역에서 일반인을 대상으로 한 건강증진을 거론하고 있다.

그림 2 u-health 신산업 창출 비즈니스 컨셉

☞ u-Health 산업을 u-Medical, u-Silver, u-Wellness 영역으로 구분



출처 : u-health 신산업 창출을 위한 사업화 전략연구, 보건산업진흥원, 2010

3. 건강관리, 매우 중요하며 시급히 도입되어야 한다.

건강관리는 보다 일반적으로는 건강증진, 만성질환 관리라는 개념으로 이해된다. 고령화가 진행되고 질병양상이 변하면서 국민 건강을 위한 올바른 대응과 효율적인 의료비 관리를 위해 전 세계적으로 도입하고 있는 것이 바로 건강증진과 만성질환의 효율적 관리를 위한 일차의료 강화인 것이다. 이는 건강을 위협하는 요인이 전염병이나 급성 질환에서 만성적이고 생활습관에서 유래된 질병으로 넘어가고 있기 때문이다. 이러한 만성질환들은 치료보다는 예방과 일상생활에서의 건강증진, 스스로의 건강관리, 효율적인 1차의료 관리가 훨씬 경제적이면서도 건강유지에 도움이 된다는 특징을 갖는다. 우리나라의 일차의료점수는 매우 낮다.(표 2) 수치상으로 비교해 보지 않더라도 주변에 건강을 관리하고 질병을 예방할 수 있는 서비스가 제공되고 있지 못하다는 것은 쉽게 알 수 있다. 비정규직과 영세 자영업자, 청년실업이 폭발적으로 증가하는 고용시장에서 건강한 직장생활은 년센스처럼 들리고 학생들은 성인보다 훨씬 심한 학습강도에 시달리고 있다. 노인들은 근처에 운동하고 건강을 관리받을 수 있는 시설이 있는 지역에 사는 소수의 부유층을 제외하고는 집에서 병을 키우고 있고 그 결과 병이 심각한 수준으로 진행되어서야 병원을 찾게 되어 의료비로 인한 노인층의 부담은 갈수록 증가하고 있다.

표 2 13개 선진국과 우리나라의 일차의료수준 점수/보건의료비 비교

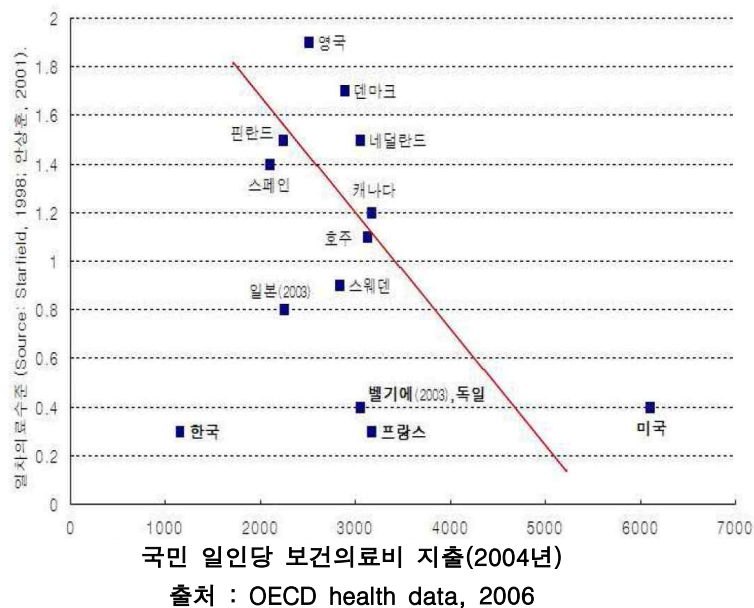
국 명	일차의료 수준 점수 [†]	GDP대비 보건의료비 지출 (%) [‡] (2004년)
영국	1.9	8.1
덴마크	1.7	8.9
핀란드	1.5	7.5
네덜란드	1.5	9.2
스페인	1.4	8.1
캐나다	1.2	9.9
호주	1.1	9.6
스웨덴	0.9	9.1
일본	0.8	8.0*
미국	0.4	15.3
독일	0.4	10.6
벨기에	0.4	10.1*
프랑스	0.3	10.5
한국	0.3	5.6

Source: [†]일차의료수준 점수 - 한국을 제외한 나라는 Starfield (1998), 한국은 안상훈(2001), [‡]OECD health data (2006); *벨기에와 일본은 2003년 자료임.

건강관리, 건강보험 적용과 일차의료강화로 해결해야 한다.

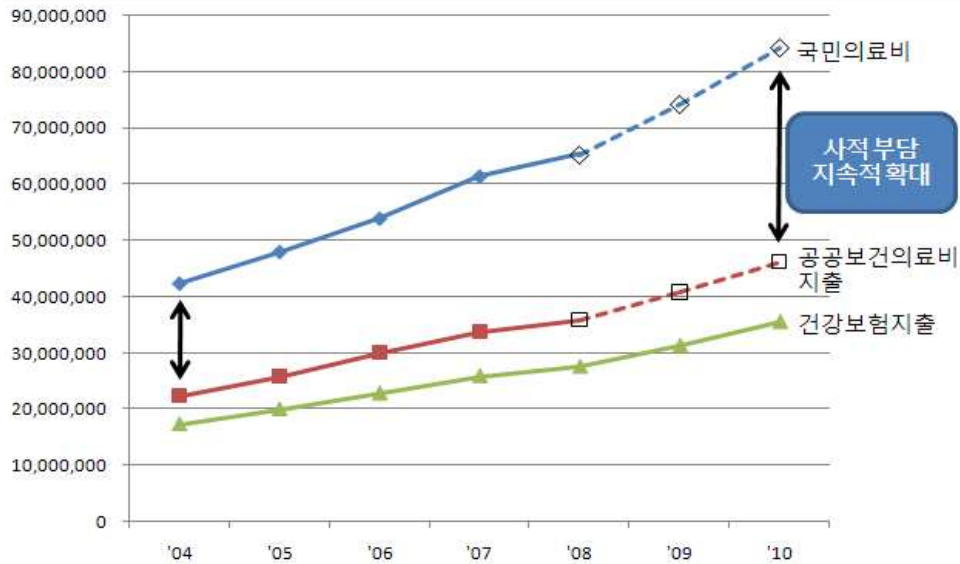
대부분의 선진국들은 보건의료비를 적정 수준에서 유지하면서도 일차의료에 더 많은 자원투자를 통해 높은 건강수준을 유지하고 있다. 또한 일차의료수준이 높을수록 국민의료비를 절감하고 있는 것이 확실히 증명되고 있다.(그림 3) 유일하게 의료가 상업화되어 있는 미국만 보건의료비가 매우 높음에도 불구하고 일차의료 수준이 매우 낮는데 이는 일차의료와 건강증진 마저도 시장에 맡겨져 있기 때문임을 알 수 있다. 그 결과 국민소득과 총 GDP가 제일 높고 총의료비 지출도 세계 최고인 국가임에도 불구하고 건강수준은 선진국 최하위라는 불명예를 안게 된 것이다.

그림 3 선진국과 우리나라의 일차의료 수준 vs 국민 1인당 보건의료비.



우리나라의 경우, 의료비와 일차의료 수준이 모두 낮다. 의료비가 낮은 요인으로 가장 크게 지적되는 것은 아직 고령사회로 진입하지 않아 의료수요가 상대적으로 낮다는 점이다. 따라서 몇 년 사이 선진국 수준으로 고령사회로 진입하고 만성질환 치료수요로 인한 의료비 폭등이 예견되는 상황이다.(그림 4)

그림 4. 국민의료비와 건강보험지출 증가 추이



'09-'10년 건강보험지출은 건강보험공단 잠정추정치, '08-'10년 국민의료비와 공공보건의료비 지출액은 당해 연도 건강보험지출 증가율 적용
자료: 당해 연도 건강보험통계연보, OECD Health Data 2008

또한 지금도 의료비 증가율은 세계에가 가장 높은 수준이다.(그림 5, 6) 고령화 사회에서 의료비를 적절한 수준으로 통제하고 국민의 건강을 치료가 필요한 전 단계에서 관리하는 것은 보건학적 측면만이 아닌 국가적 과제이다. 70년대 이후 모든 선진국에서 일차의료를 개혁하고 건강증진정책을 앞다투어 도입한 이유가 의료비지출로 인한 경제부담을 완화하고 효율적인 건강관리를 할 필요성이 크게 대두되었기 때문이다. 우리나라의 경우 의료환경은 급변하고 있는 반면에 이런 측면에 대한 대비는 극히 미비하다. 특히 의료상업화가 가속화되고 있어 불필요한 과잉진료와 의료양극화가 매우 심각한 상황에서 효율적인 건강관리가 되지 못하는 점이 가중되면 필수적인 치료비는 매우 높아지게 될 것이고 이는 건강보험만으로는 국민의료비를 담당하지 못하게 되는 결과로 이어질 가능성이 높다.

건강관리, 건강보험 적용과 일차의료강화로 해결해야 한다.

그림 5 일인당 의료비 연평균 증가율 국제비교



출처 : OECD Health at a Glance 2009" 한글판, 보건복지부, 2010

그림 6 1인당 의료비와 GDP의 연평균 실질 증가율



따라서 정부의 정책핵심은 일차의료를 통한 건강증진과 관리를 효율적으로 도입하는 것이 되어야 한다. 하지만 우리나라의 경우, 지역을 중심으로 한 효율적인 건강증진시스템과 일차의료를 구축하는데 많은 장애가 존재한다. 세계적으로 가장 낮은 수준의 공공의료는 건강증진 정책을 실현할 수 있는 방법을 찾을 수 없게 하고 있고, 턱없이 부족한 건강보험의 재정은 건강증진과 일차의료를 확대할 수 있는 자원 마련을 어렵게 하고 있다. 극도로 영리적 경쟁에 내몰리고 있는 의료기관은 보험적 용이나 수익을 낼 수 없는 예방 및 건강관리 서비스를 제공할 유인을 갖지 못하고 있는 형편이다.

사실 우리나라에서는 건강증진을 위해 국민건강증진법과 지역보건법 등을 제정하고 보건소와 공공의료기관을 중심으로 한 건강증진사업을 진행해왔다. 1995년 국민건강증진법의 제정과 보건소법을 지역보건법으로 전면 개정하여 보건소를 지역주민의 평생건강관리 중추기관으로 육성하기 위한 국가차원의 노력이 시작되었다. 지난 1999년부터 2001년 사이 건강증진시범사업을 실시하고 타 보건소로 확대시켜 나가기 시작하였으며, 2001년도에는 국민건강증진사업 편람을 발간하였다. 2002년에

는 건강증진사업을 효과적으로 추진하기 위한 전략으로 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)을 발표하여 2010년도까지 건강증진사업을 통해 달성해야 할 목표를 계량화하여 제시하고 있다. 사업의 방향은 인구집단의 생애주기별 특성에 맞춰 포괄적이고 부문간 연계를 통한 일차의료적 방식을 포함하고 있다.

하지만 제대로 된 법집행과 예산배정이 되지 못하고 의료시스템을 개혁하지 못하면서 실효성있는 건강증진을 시행해오지 못하고 있는 것이다. 그 와중에 의료에 산업적 목표를 부여하기 시작하면서 건강증진은 건강관리서비스로 바뀌어 고용창출과 GDP성장이라는 목표를 위해 시장에 건강관리를 맡기는 새로운 법을 제정하자고 하고 있다. 복지부의 주장에 따르면 그렇기 때문에 건강관리 서비스를 시장적 방식으로 도입하자고 하고 있다. 과연 시장적 방식의 건강관리서비스가 가능한가? 오히려 국가가 책임져야 할 건강증진에 대한 책임을 민간과 개인에 전가하는 것은 아닌가? 이를 증명하기 위해 예방과 건강증진을 국가차원에서 도입하여 제공하고 있는 나라들의 사례를 살펴보는 것이 필요하다.

4. 건강관리, 외국에서는 어떻게 하고 있나?

복지부 건강관리 서비스 법안의 토대는 2008년 보건산업진흥원에서 발표한 ‘건강관리서비스 산업 실태 조사 및 육성방안 개발 연구’ 보고서이다. 앞서 설명한대로 건강관리는 의료서비스의 일환으로 건강증진을 목표로 추진되어야 한다. 하지만 이 보고서에서는 건강증진과 건강관리를 구분하면서 개인에게 개별적으로 제공되는 건강관리서비스를 분절화하여 제공하는 것이 필요하다고 주장하고 있다. 이 보고서에 따르면 WHO와 각국 정부 주도의 건강증진 전략은 체계적 접근법과 생활양식 접근법 중의 집단적 접근법에 해당한다고 보고 있다. 우리나라의 기존 건강증진 전략도 인구집단을 대상으로 하는 생활양식 접근법으로 분류될 수 있다는 것이다. 또한 이러한 생활습관개선은 건강지식이나 건강정보의 확산에 의해서만은 쉽게 이루어지지 않으며, 건강증진 전문가에 의한 개별적 지지과정(supportive process)이 필요하다고 하고 있다. 이러한 근거로 개인적 접근에 의한 생활습관개선 유도, 즉 개인차원에서의 건강증진 지원 서비스 영역을 ‘건강관리 서비스’로 정의하고 개인차원의 건강관리가 더더욱 중요하다고 주장하고 있는 것이다.

하지만 이러한 접근은 실제와 다르다. 대부분의 나라에서 강조하고 있는 것은 인구

집단을 대상으로 한 포괄적 방식의 건강증진이며 개입방식도 개인의 생활습관을 조정하는 것에서 사회전반을 건강한 삶의 방식이 가능한 사회로 개선하는 건강형평성의 개념으로 확장시켜 나가고 있다. 건강지식이나 건강정보의 확산을 통해서만 이루어 지는 것이 아니라는 점에는 인식을 같이 하지만 그 해법이 개별 대상자에 대한 건강관리를 제공하는 것에만 그치는 것이 아니라 건강한 삶이 가능할 수 있는 사회적 조건을 제도화하는 것에 주목하고 있는 것이다. 또한 그 제도적 접근은 지역사회 공공보건사업의 강화, 주치의 도입을 통한 일차의료의 강화로 나타나고 있다. 보고서에서 예로 들고 있는 나라는 일본과 미국, 호주이다. 하지만 이 나라들 중 미국을 제외하고는 대부분 공공영역에서 국가보험으로 건강관리서비스를 제공하고 있으며 서비스를 분절하는 방식이 아닌 지역사회 보건사업, 예방 및 건강증진, 치료서비스, 재활 및 영양으로 이어지는 포괄적 건강증진 전략을 채택하고 있다. 이를 보다 구체적으로 살펴보자.

일본

일본의 의료시스템을 보면 우리나라와 상당히 유사한 형태를 취하고 있다. 건강보험은 전 국민이 적용받는 다수 보험자에 의한 사회보험방식이며 공급측면의 사적소유와 재정측면의 공적재원조달 체계를 특징으로 하고 서비스전달에서 환자의 공급자 선택의 자유가 보장되고 있다(동일한 의사에게 정기적으로 방문하나 주치의 제도는 없다). 정부에서 주장하고 있는 건강관리서비스와 유사한 사업으로는 특정검진·특정보건지도 사업이 존재하는데 이 서비스는 예방영역에서 보험자 역할을 강화하는 것에 초점이 맞춰져 있다. 2005년 특정건강검진·특정보건지도도입을 시작으로 2008년 특정건강검진·특정보건지도의료보험자 의무실시를 확대하였는데 재정 부담은 의료보험+본인부담이 기본이고 국가 및 지자체에서 서비스를 제공할 경우에는 무료거나 실비 지원을 하고 있다. 주된 서비스 공급 체계는 정부와 공공/민간으로 구성된 건강관리회사이며 건강검진유형, 병의원유형, 민간기업유형, 보건사와 관리영양사 등 기업유형(비영리)등이 존재하나 병의원 제외한 주식회사 등은 23.7%에 불과하다. 사업의 내용으로는 생활습관병 위험요인을 평가하여 영양, 운동, 흡연 등 건전한 생활습관 형성 위한 보건 지도 실시하는 것이 핵심이다. 즉 특정검진 통해 4단계 걸쳐 보건지도 대상자를 선정한 후, 정보제공군, 동기부여군, 적극적 지원군으로 구분하여 보건지도를 시행하는 것이다.

이 제도는 우리나라 건강검진 이후 사후 관리를 담당하는 제도라고 보면 되는데 우

리나라에는 검진만하고 사후 관리는 안하고 있는 반면 일본은 2001년부터 검진후 관리를 안하면 패널티를 주는 제도를 도입한 것이다. 주로 비만관리를 하는 것으로 알려져 있으며 치료중인 사람은 관리 대상자가 아니고 치료 전단계에 있는 사람만 대상자이며 지자체나 공공기관에서 주로 하고 있다. 즉 주식회사도 있긴 있으나 그 시장이 크지 않고, 국가와 지자체가 위주가 된 건강관리 사업으로 이해할 수 있다.

호주

호주의 의료시스템은 NHS로 국가가 재원을 조세(연방+ 주정부)를 통해 모든 보건 서비스를 제공하고 있다. 의료 제공체계는 공공과 민간 혼합되어 있어 1차의료(주로 예방, 상담, 간단 수술)는 민간 GP에 의해 제공되고 병원급 의료제공은 대부분 국영(70% 이상)으로 민간병원은 소규모 병원이다. 건강관리서비스와 유사한 서비스로는 SNAP(Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity) 프로그램이 존재하는데 국가적으로 일차보건의료에서 환자들의 건강생활습관 효과적 개선하는 것을 목표로 하고 있다. 2004년 호주 가정의학회에 의해 SNAP 지침이 개발되고 2005년 개원의 중심으로 보급되고 있다. 1차 의료 영역은 조세로 충당하고 있으며 민간 건강관리서비스업체의 경우에는 무료 또는 본인부담, 사보험, 메디케어, 저비용, 기금 등 다양하나 대부분은 1차 의료영역에서 담당하고 있다. 연방정부-주정부-지방정부 연계체계를 구축하고 있으며 최근 민간회사가 의료기관과 연계하여 건강증진프로그램을 제공하는 것을 도입했다. 1년마다 일차진료의가 수행하는 기회검진 결과와 검진 시행하는 Lifescript를 활용하여 건강생활습관 평가 → 생활습관개선 위한 의사 처방→ 전문 위탁 관리업체가 건강증진서비스 제공하는 체계이다.

호주의 특징은 일차의료 강화라는 개혁과제를 수행하면서 동시에 매년 건강검진을 시행하고 1차 진료의사에게 생활습관을 평가하도록 하여 주치의가 두 가지 결과에 근거해 생활습관 개선 처방을 내리도록 하는 시스템이다. 지역보건서비스가 매우 잘 조직되어 있어 지역의 경우 원주민 보건, 성인보건서비스, 노인보건사정 서비스(ACAT), 알콜과 약물 서비스, 도농간 제휴 보건서비스, 유방 스크리닝, 아동과 청소년 정신보건, 소수민족 보건, 가족지지 서비스, 방문보건서비스, 성보건, 아동 치료 및 지지 서비스, 초기 성인 보건 등 총 13가지의 서비스가 각 인구 집단마다 촘촘히 보건서비스를 제공하고 있다. 대부분 간호사로 구성되었고, 그 외 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사도 있으며, full time 의사는 별로 없고 필요시 관내 GP와 연계하여 서비스를 제공하고 있다. 이렇듯 호주의 경우는 주치의를 중심으로 지방

정부의 주도하에 제공하고 있는데 이러한 호주의 사례를 건강관리서비스의 민영화로 소개하는 것이 이해가 되지 않는다.

미국

미국의 경우야말로 현 정부가 가정하는 민간 중심의 건강관리서비스 제공 사례에 가장 부합한다. 미국에서 건강관리와 유사한 서비스로 공공영역에서는 CDC 등의 프로젝트성 사업으로 진행하고 있으며 민간 기업에서는 UPMC Health Plan, Healthways Inc., Kaiser Permanents, Kaiser Permanents 등 MCO·기타 Medical Fitness Association 등에서 참여하고 있다.(비영리조직 61%, 영리조직 24%) 공공에서 진행하는 CDC WiseWoman Project(심혈관계 질환 예방 프로그램)의 경우에는 검진, 사후관리(진료의뢰, 생활습관중재)등을 진행하고 민간보험회사 UPMC Health Plan 같은 경우에는 온라인 건강정보 · 건강평가 · 조사 도구 제공, 산업장 건강 프로그램과 의료지원을 제공하고 있으며 통합 건강의료지원 전문회사 Healthways에서는 건강수준 평가, 건강증진, 질병관리, 의료관리를 제공, HMO Kaiser Permanents에서는 온라인 건강정보 제공·만성질환관리 프로그램, 보험가입자 건강 프로그램 등을 제공하고 있다.

하지만 미국의 경우에도 건강관리서비스만을 독립적으로 제공하고 있지는 않다. 건강관리서비스의 제도도입 자체가 만성질환을 효율적으로 관리하고 건강을 평소에 유지하게 하여 의료비를 절감하면서도 건강을 유지하게 하는 것을 목표로 주치의제도와 건강증진프로그램을 도입한 것이다. 따라서 예방 및 건강관리와 치료, 2 3차 의료전달, 재활 및 영양, 심지어 호스피스 관리까지 이어지는 포괄적 시스템을 구축하고 있고 관련 프로그램별로 국가가 인증하는 가이드라인을 구축하고 있는 것이 우리나라와의 차이점이라고 할 수 있다. 또한 전체 의료비 중에서 건강증진에 사용되는 예산규모와 지지조직이 매우 협소하여 병을 조기에 예방하고 관리하기 보다는 치료서비스를 중심으로 발전해온 의료시스템 덕분에 세상에서 가장 많은 의료비를 지출하고도 선진국 중 건강수준은 가장 낮은 나라이다. 미국식 보다 더 관리되지 않는 건강관리 서비스를 시장방식으로 도입하겠다고 하는 것은 도저히 이해할 수 없는 결정인 것이다.

캐나다

캐나다는 1978년 Lalonde의 “A New Perspective on the Health of Canadians”라는 보고서가 나온 이래 “the Federal Health Promotion Directorate”를 “Departement of National Health and Welfare”안에 설립하고,

- Social marketing (공공 교육과 정보)
- 지역사회 건강증진 사업에 지원 (금전적 지원)
- 정책과 프로그램 개발
- 지식 개발 등에 힘써 왔다.

건강증진의 시작에서부터 연방정부가 주도적 역할을 해왔지만 주정부 역시 건강교육의 경험을 바탕으로 건강증진 사업에 착수하기 시작했다. 주정부는 “Healthy cities/community”운동과 관련 사업을 시작하였고, 초기에는 연방정부가 주정부에 재정적인 도움을 주었다. 캐나다의 보건에 투자되는 비용은 주정부의 경우 건강관련 예산의 6-19%정도이고 나머지 예산은 의료서비스를 제공하는데 투자되고 있다. 여기에는 직장 건강증진, 고용과 소득 지원/Child care/Homes for the aged/보건 서비스/ Lodging homes/emergency hostels/지역사회 재정지원/Housing and shelter 등을 제공하는 지역 보건복지서비스, healthy babies(임신부를 위한 프로그램), 산모를 위한 프로그램, 탁아 프로그램(18달에서 5살까지), 가정 경영 프로그램(home management), 청소년 카운슬링 프로그램, 노인들의 장기간호를 위한 시설 등 다양한 프로그램이 지역정부차원에서 제공되고 있다. 또한 Health Promoter라는 새로운 직업을 도입하여 전공에 상관없이 보건에 대한 기본적인 이해와 경력을 바탕으로 전공은 다양하나 지역사회의 건강증진 요구를 진단하고 중재하는 일을 하는 전문가를 육성하고 지역에서 활동할 수 있도록 하고 있다.

영국

영국을 비롯한 유럽 대부분의 나라들은 주치의제도를 중심으로 한 일차의료와 지역 공공의료기관을 중심으로 한 지역보건사업이 촘촘히 건강관리서비스를 제공하고 있다. 건강관리서비스를 따로 빼서 민간이 제공하고 있는 사례는 거의 찾아볼 수 없고 주치의를 중심으로 지역보건팀과 지역내 건강유지를 위한 기구들이 유기적으로 결합되어 있다. 이중 대표적인 국가가 영국이다. 영국의 주치의 서비스는 일차의료 트러스트가 주도하는 일차의료의 핵심 영역이다. 일차의료트러스트는 주치의 서비스를 구매함으로써 지역 내 일차의료를 제공하며, 동시에 NHS Direct와 NHS 방문 센터(NHS Walk-in-Center)등 공공기관을 직접 운영함으로써 주치의 서비스를 보

조한다. 주치의는 문지기로서 등록환자에 대한 포괄적 서비스의 제공은 물론 필요한 경우 진료의뢰를 통해 전체 의료이용을 조정한다. 주치위에 대한 보상은 인두제를 기본으로 만성질환자 진료·영유아 예방접종·자궁경부암 검사 등 ‘질적 지표 실적’에 근거한 일종의 성과급인 QOF, 지역사회 단위 예방·건강증진 활동에의 참여에 따른 비용을 보상하는 LES로 구성된다. 지불 방식의 변화는 일차의료 강화에 많은 주안점을 두고 있으며, 일차의료 강화의 방향은 경쟁보다는 협력과 조화에 따른 형평, 이를 뒷받침하기 위한 고른 질적 수준의 향상이라는 영국 주치의 제도가 추구하는 변화의 방향과 맥을 같이 한다.

그 뿐만 아니라 주치위를 정점으로 한 일차의료의 통합화와 일차의료서비스의 질적 수준 강화를 위해 정부 차원에서 NICE(National Institute for Clinical Excellence), CHI(The Commission for Health Improvement), CHAI(Commission for Healthcare Audit and Inspection)를 설립하여 건강증진, 질병예방에 필요한 전국적인 진료지침을 개발하고 의료기술에 대한 객관적인 평가를 실시하고 있다. 또한 모든 의료기관은 의료의 질과 성과에 대한 객관적인 평가를 받고 개선점에 대한 실행 계획을 작성하고 있다.

이상 외국의 사례를 보면 복지부가 주장하는 개인의 생활양식에 대한 개별적 건강관리서비스만을 특화하여 제공하고 있는 경우는 거의 없다는 것을 알 수 있다. 오히려 의료선진국일수록 포괄적이며 상호협력적인 방식을 도입하고 있으며 그 중심에 주치위와 지역공공보건센터가 있는 것이다. 또한 국가가 가이드라인과 프로그램을 제공하고 서비스에 대한 적절한 규제와 인센티브를 도입하고 있으며 대부분의 비용은 보험과 공공재정에서 담당하고 있다. 즉 서비스의 도입이 만성질환을 관리하고 건강증진을 활성화하여 의료비를 절감하기 위한 목적으로 시도되었지 산업화, 시장확대, 고용창출이라는 측면에서 접근하고 있는 경우는 찾기 힘들다. 심지어 미국에서조차 건강증진서비스는 의료비를 절감하기 위해 도입되었음을 주목해야 한다. 따라서 서비스의 핵심에는 국가 차원의 건강증진 계획이 있고 주치위와 지역공공보건센터가 중추적 역할을 하고 있는 것이다.

5. 대안-건강관리 건강보험 적용과 일차의료 강화로

건강관리 서비스 법안의 즉각 폐지

무엇보다 중요한 것은 현재 상정되어 있는 건강관리서비스 법안의 즉각적 폐지이다. 지나치게 영리화되어 있는 의료시스템에서 건강관리를 시장화하게 되면 곧바로 시장포화로 이어질 가능성이 높다. 노인장기요양서비스를 도입한지 1년도 되지 않아 요양보호사와 기관이 폭발적으로 증가해 질관리와 안정고용이 불가능해진 상황을 교훈으로 삼아야 한다. 관련 서비스 프로그램에 대한 가이드라인과 비용, 교육체계 등 핵심적 내용이 준비되지 않은 상황에서 법안도입이 될 경우 국민 비용 부담과 관리되지 못한 서비스 제공으로 인한 안전성 문제, 건강관리 양극화, 보험회사의 무분별한 확장 등이 예상된다. 무엇보다 이 법안의 폐지가 우선되어야 한다.

건강보험 적용이 되는 건강관리서비스를 도입해야 한다.

앞서 지적했듯이 건강관리서비스는 국민 건강보장의 핵심적 내용이며 변화하는 인구구조와 질병양상, 폭등하는 의료비관리를 위한 핵심적 서비스이다. 오히려 건강보험에서 적극적으로 보장할 수 있는 방안을 모색해야 한다. 그를 위해 국민건강증진법과 지역보건법, 국민건강보험법을 개정하여 국민건강증진을 위한 종합적인 플랜을 제정하고 지역에서 구체적으로 서비스를 제공할 수 있는 체계를 구축하며, 건강보험 보장범위에 포함시켜야 한다.

주치의 제도를 도입해야 한다.

서구의 경험을 보더라도 건강증진과 만성질환 관리는 주치의제도를 포함한 지역사회 일차의료 시스템에서 다루고 있다. 주치의제도와 건강증진서비스를 시행할 수 있는 일차보건의력(보건간호사, 운동지도사, 영양관리사, 학교보건 담당자, 정신보건 전문가 등)의 팀별 건강관리시스템의 구축이 필요하다.

인구집단의 생애주기별 특성에 맞는 포괄적이고 통합적인 건강증진 프로그램이 도입되어야 한다.

건강증진은 따로 분절적으로 존재하는 서비스가 아니다. 건강군, 위험군, 질병군 각각이 필요한 건강증진이 있고 심지어 재활과 요양영역에서도 건강증진은 필요하다. 또한 인구집단별로 처해 있는 조건에 따라 필요한 서비스가 제공되어야 하며 서비스 제공역시 다른 기관을 설립하는 것이 아니라 기존의 공공보건시스템과 의료시스템을 더욱 주민밀착형으로 개선해가면서 이루어 져야 한다. 그를 위해서는 인구집

단의 생애주기별 특성에 맞는 포괄적이고 통합적인 건강증진 프로그램의 도입이 필요하다.

영리법인에게 허용되어서는 않된다.

건강관리 서비스는 공공영역에서 다루어져야 한다. 노인장기요양서비스를 보더라도 모든 제공이 민간에게 맡겨짐으로 해서 많은 문제가 발생하고 있으며 우리나라 사회서비스 전 영역에서 공공부문에서 진행하는 서비스에 대한 질평가와 대상자의 만족도가 훨씬 높다. 특히나 건강관리서비스는 보험회사를 비롯한 대형 자본에서 시장확대를 노리고 있는 상황에서 영리법인을 허용할 경우, 보험사와의 연계를 통한 개인질병정보의 유출, 대형병원과의 커넥션을 통한 영리화, 자본유출의 통로로 작동할 가능성 등이 농후하다. 건강증진서비스를 철저히 공공이 관리하고 부분적으로 민간이 필요한 영역에 대해 철저하게 검증을 거친후 일정부분 참여할 수 있는 방안을

을 모색해야 한다.  saesayon.org