



PHI Report 2010-01

시민건강이슈 I



[건강관리서비스법],
시민의 건강증진을 위한 대안인가?

모두가 건강한 사회를 만들어가는

시민건강증진연구소

People's Health Institute

목차

요약문 iii

1. 우리는 왜 이 법안에 주목하는가? 1

2. 건강관리서비스의 국내외 현황 3

 2.1. 정부의 건강관리서비스 관련 추진 경과 3

 2.1.1. 국민의 정부 (1998-2002) 3

 2.1.2. 참여 정부 (2003-2007) 3

 2.1.3. 이명박 정부 (2008-현재) 4

 2.2. 국내 건강관리서비스 현황 5

 2.2.1. 국내 공공부문 사례 7

 2.2.2. 국내 민간부문 사례 8

 2.3. 해외 사례 10

 2.4. 소결 13

3. [건강관리서비스법]안 소개 14

 3.1. 법률안의 기본 구성과 내용 14

 3.2. 건강관리서비스 14

 3.3. ‘건강증정’과 ‘건강위험도 평가’ 15

 3.4. 건강관리서비스의 제공과 이용 17

 3.5. 건강관리서비스기관의 개설 및 서비스요원의 자격 18

 3.6. 건강관리서비스 관련 정보 관리 19

 3.7. 국가 및 지방자치단체의 책무 20

 3.8. 건강관리서비스의 행정관리 20

 3.9. 소결 21

4. [건강관리서비스법]에 대한 비판적 고찰 22

 4.1. 법률적 측면 22

 4.1.1. [건강관리서비스법]의 대상과 목적이 기존 법률과 중복 22

 4.1.2. ‘의료서비스’와 ‘건강관리서비스’의 분리 24

 4.1.3. 국가 및 지방자치단체의 책무 25

 4.1.4. 건강관리에 대한 비용 부담은 누가? 국가 vs 국민 27

 4.1.5. 소결 28

4.2. 보건의학적 측면	29
4.2.1. 건강/건강주의/환자군의 구분과 의료/건강관리 서비스의 구분	29
4.2.2. 개인 행태 중심 접근법의 적절성과 형평성 문제	31
4.2.3. 건강권 보장을 위한 국가의 책임성과 보건의료의 공공성	33
4.2.4. 소결	34
4.3. 산업적 측면	35
4.3.1. 정부 주장의 핵심	35
4.3.2. ‘한계상황’을 돌파할 수 있을 ‘유효수요’를 창출하려면?	35
4.3.3. 건강관리서비스 제도는 ‘보건’보다 ‘산업’ 정책	36
4.3.4. 국민의료비 절감 효과	38
4.3.5. 소결	39
4.4. 개인정보 보호 측면	40
4.4.1. [건강관리서비스법]안의 문제	40
4.4.2. 정보인권차원에서의 문제	41
4.4.3. 소결	42
5. 국민의 건강증진을 위한 대안은 무엇인가?	43
5.1. [건강관리서비스법]안은 폐기되어야 한다	43
5.2. 국가와 지방자치단체의 평생건강관리 사업을 강화해야 한다.	43
5.3. 통합적 건강관리서비스를 강화하고 확충해야 한다.	44
5.4. 국민건강관리사업 활성화를 위한 법률적 개선 사항	45
5.4.1. 주민참여 및 보건지소 활성화	45
5.4.2. 국민건강관리에 관한 보험자의 역할	45
5.4.3. 민간건강관리회사의 등록과 관리	46
5.4.4. 공공기관의 건강관리사업 위탁 제한	46
5.4.5. 법률 개정사항 요약	47
6. 참고문헌	48
부록 1. Q & A	49
부록 2-1. 건강관리서비스법(안)	55
부록 2-2. 국민건강증진법	61

요 약 문

1. 우리는 왜 이 법안에 주목하는가?

- [건강관리서비스법]안은 지난 5월 17일 변웅전 의원이 대표로 10명의 국회의원과 함께 국회에 발의함. 그러나 이 법안의 내용을 실제 준비하고 추진하는 주체는 보건복지부임.
- MB정부에게 [건강관리서비스법]은 어떤 의미일까? 국민의 건강증진과 건강관리를 위한 보건정책의 일환? 아니면 2조원 규모의 시장 형성, 3만 8천여명의 일자리 창출이 기대되는 산업정책의 일환?
- 정부내 경제부처와 기업들은 물론, 관련 이해당사자인 의료인, 영양사, 운동처방사, 보건교육사 등은 이 새로운 시장에서 유리한 입장을 점하기 위해 분주히 움직이고 있음.
- 그러나 [건강관리서비스법]안은 건강관리서비스와 의료서비스의 분리, 인구집단을 위한 건강관리사업이 아닌 개인별 소비 형태로 전환, 국가와 지방자치단체의 공공서비스가 아닌 영리적 목적의 민간에게도 허용되는 시장의 방식의 틀을 이용하는 등 특징을 갖고 있음.
- 이로 인해 [보건의료기본법], [의료법], [국민건강증진법], [지역보건법] 등 기존 보건의료 법률들과 많은 내용에서 충돌을 발생시키고 있음.
- ‘건강관리’에 대한 국가의 책임은 어디까지이며, 무엇을 근거로 경계를 나눌 수 있나? 이와 연관되어 기존 법률과의 충돌은 어떻게 이해해야 하나? [건강관리서비스법]안은 보건학적으로 어떤 문제를 가지고 있을까? 이런 문제에 대한 논의를 통해 [건강관리서비스법]의 문제를 정리하고, 대안을 모색할 수 있을 것임.

2. 건강관리서비스의 국내외 현황

2.1. 정부의 건강관리서비스 관련 추진

- 과거 ‘국민의 정부’와 ‘참여정부’에서는 건강증진, 건강생활실천, 건강행태 개선 등의 용어를 사용하며 건강관리사업을 추진해왔음. 또한 국가와 지방자치단체의 의무로 ‘평생국민건강관리’를 보건사업의 중요한 목표로 설정하고 보건소를 비롯한 공공보건의료기관을 중심으로 한 사업으로 추진되어 왔음.
- MB정부에서는 과거 정부와는 달리 민간이 참여하는 시장형으로 하는 ‘건강관리서비스’를

강력히 추진하고 있음. MB정부 첫해인 2008년 “보건복지백서”에서 ‘건강관리서비스’를 개인적 접근에 의한 서비스, 민간과 시장을 통한 제공방식을 검토하기 시작하였다는 기록을 확인할 수 있음. 또한 백서에서는 u-health 등 IT 기술 발달로 인해 건강관리서비스의 접근성을 높이고 활성화에 기여할 것으로 기대한다는 표현이 있음. 이런 점으로 볼 때 MB 정부는 ‘건강관리서비스’를 경제적 효과를 보면서 산업적 영역에서 추진하는 것으로 보임.

- ‘건강관리서비스제도’는 MB정부에서 만들어낸 것이지만, 참여정부에서 보건의료서비스의 산업화 정책의 밑그림이 그려진 이후 이를 배경으로 추진되었다는 점에서 과거 정부도 일정한 책임이 있다고 볼 수 있음.

2.2. 국내 건강관리서비스 현황

- 2008년 보건산업진흥원의 조사에 따르면 20세 이상 성인의 경우 64.7%가 생활습관 개선이나 건강유지를 위한 전문기관을 이용한 경험이 있다고 응답했으며, 18.6%는 만성질환 관리를 위한 전문기관을 이용했다고 했음. 그러나 이용기관의 86.1%는 의료기관이었으며, 공공보건기관은 10.5%였음. 건강유지시설은 21.7%였음.
- 국내 보건소에서 시행하는 건강증진 프로그램 중 ‘맞춤형 방문건강관리사업’이 있음. 2007년 4월 보건복지분야 사회서비스 확충 전략에 따라 전문인력이 확충되며 본격화된 사업인데 이 프로그램은 주민들에게 좋은 평가를 받고 있음. 2007년 복지부가 이용자를 대상으로 한 조사 결과에서 서비스 만족도가 91.9%로 평가되었음. 뿐만 아니라 2009년 사업에 대한 경제성 평가 결과 비용 대비 편익이 9배 이상인 것으로 나와 경제성에서도 좋은 평가를 받았음.
- 반면, 민간 차원에서도 건강관리회사가 등장하기 시작했음. 이들은 은행, 카드회사 등 금융업계와 국내외 보험회사 등과 협력을 구축하고, 국내외 병원과 네트워크를 형성하여 개인회원보다는 기업 임직원, 민간보험 가입자 등에게 집단적으로 서비스를 제공하고 있음. 이런 건강관리회사들은 대체로 민간보험사들과 밀접한 관련을 맺고 있는데 특히 단일한 계열사에서 의료기관 네트워크에 기반하고 있다는 점에서 미국의 관리의료기구(Managed Care Organization)와 상당히 유사한 구조를 갖추고 있음.

2.3. 해외 사례

- 정부는 ‘건강관리서비스’의 활성화를 도입하기 위하여 일본과 호주, 미국의 사례를 소개하고 있음. 그러나 전국민보험체계가 없어 민간보험 시장을 중심으로 형성된 미국을 제외하고 일본과 호주의 경우 ‘건강관리서비스’의 민간 시장을 통한 방식을 지지하는 사례로 볼 수 없음.
- 일본의 경우 2008년 4월부터 [고령자의 의료 확보에 관한 법률]에 의거해 건강보험자가 ‘특정건강검진·특정보건지도’ 제도를 시행하고 있음. 이것이 일본의 건강관리서비스라고 할 수 있음. 이와 관련한 비용은 건강보험에서 부담하고 있으며, 서비스는 병원과 그 외의 기관에서 실시하는데, 일부 민간기업이 포함되어 있음. 그러나 민간이 제공하는 양은 특정 건강검진의 경우 3.7%, 특정보건지도의 경우 20% 정도로 미미한 수준임.
- 재원을 세금으로 하고 국영의료체계를 중심으로 하는 호주의 경우 예방과 상담, 간단한 처치와 수술을 담당하는 1차의료는 매우 잘 발달되어 있음. 1차의료는 민간 일반의가 제공하는데 1년마다 기회검진과 생활기록(Lifescrpt)을 활용하여 건강생활습관을 평가하고 그에 근거하여 생활습관개선을 처방함. 호주의 건강관리서비스는 2004년 호주 가정의학회가 개발한 SNAP(Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity) 프로그램임. 이는 개원의 중심으로 보급되어 있는데, 최근에서야 민간회사가 의료기관과 연계하여 건강증진프로그램을 제공하기 시작하였음. 결국 호주도 대부분의 재원조달과 서비스 제공은 국가공영의료체계에서 이루어지고 있으므로 호주의 건강관리서비스가 시장을 통해 활성화되어 있다는 것은 사실과 다름.

3. [건강관리서비스법]안 주요 내용

3.1. 법률안의 기본 구성과 내용

- 이 법안은 2010년 5월 17일 변용전 의원이 대표로 발의했음. 모두 29조와 부칙으로 구성되어 있음.

3.2. 건강관리서비스

- 제1조 목적에서는 건강증진과 질병예방을 위하여 건강관리서비스가 필요하며 이와 관련한 사항을 규정하는 것으로 설명하고 있음.
- ‘건강관리서비스’는 건강의 유지·증진과 질병의 사전 예방·악화 방지 등을 목적으로 위해한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하는 상담·교육·훈련·실천 프로그램 작성 및 이와 관련하여 제공되는 부가적 서비스(제2조)를 말한다고 정의됨.
- 그러나 이미 다른 법률에서 ‘건강관리’, ‘보건관리’, ‘건강증진’ 등의 개념을 사용하여 이와 관련한 사항을 규정해 두고 있다는 점에서 차이를 확인하기 어려움.

3.3. ‘건강측정’과 ‘건강위험도 평가’

- ‘건강측정’은 보건복지부 장관이 정해둔 기준에 의하여 ‘각 측정 항목을 실시할 수 있는 시설·장비를 갖춘 의료기관’(제5조)에서 실시하는 ‘의료적 검사’(제2조 3항)를 말함.
- ‘건강위험도 평가’는 “건강측정 결과 도출되는 개인의 건강에 관한 위험수준을 평가하여, 질환군·건강주의군·건강군 및 그 하위 분류군으로 분류하는 것을 말한다”고 정의해 두었음(제2조 4호).
- 이처럼 ‘건강관리’라는 개념을 인구집단을 대상으로 추진하는 것에서 ‘개인’별로 전환시키고 ‘건강위험도 평가’를 통해 분류하여 건강관리서비스의 이용자를 구분하고, 이에 따라 이용 절차와 서비스 제공 방식을 다르게 규정하는 장치로 활용하고 있음.

3.4. 건강관리서비스의 제공과 이용

- 건강측정을 받지 않은 자에게 건강관리서비스를 제공할 수 없도록 했으며(제12조 1항), 건강측정을 받은 결과 ‘질환군’으로 판정된 경우 반드시 의사의 ‘건강관리의뢰서’(제11조)가 첨부되어야만 건강관리서비스를 제공할 수 있도록 함(제12조 2항, 4항). 건강군과 건강주의군의 경우 건강관리서비스 이용에는 개인에 따라 제한이 없도록 했음(제12조 3항). 건강관리서비스기관은 이용자가 정기적으로 ‘건강측정’을 받도록 ‘권장’해야 할 의무(제13조 1항)도 둠.

- 한편, 건강관리서비스기관은 의료기관에 대한 정보나 건강관리서비스의 제공과 직접적인 관련이 없는 상품의 판매 등에 대해서는 제공해서는 안될 서비스로 규정하였음(제7조 2항).
- 제7조 3항에서는 “건강상태의 지속적 관리를 위한 각종 전자적 장비 및 정보통신기술을 활용하여 제공될 수 있다”고 규정하여 u-health 와의 접목을 허용하는 근거를 둠.

3.5. 건강관리서비스기관의 개설 및 서비스 요원의 자격

- [건강관리서비스법]에서는 이와 같은 건강관리서비스를 제공하기 위해서는 ‘건강관리서비스기관’에 대한 개설 허가를 받아야 하는데, 보건복지부장관이 정하는 시설, 장비 및 인력의 기준을 구비하여 시장·군수·구청장에게 개설허가를 받도록 함(제9조).
- [건강관리서비스법]에서는 서비스 제공기관 개설신청자의 자격과 관련한 조항은 따로 두지 않았음. 개인/법인, 비영리법인/영리법인, 의료기관/비의료기관 등을 구분하여 설립자의 자격을 제한하지 않음. 따라서 개인도 가능하며, 보험회사를 비롯한 영리목적의 기업들도 가능함. 병원도 가능하며, 의료인이 아닌 자도 허용됨.
- ‘서비스 제공요원’의 자격은 ‘의사, 한의사, 간호사, 영양사’ 이면서 ‘건강관리서비스 제공에 필요한 교육을 이수한 자’이거나, ‘그밖에 건강증진 및 질병예방 등에 관한 전문적 지식을 가진 자로서 대통령령으로 자격과 경력을 가진 자’로 둠(제8조).
- 그러나 이는 다음과 같은 문제가 있음.
 - ① 의료인 중에서 치과의사가 제외되어 있으며 의료인이 아니지만 약사도 제외됨. 의료인 중에서 이처럼 구분하는 근거는 충분히 제시되지 않아 논란의 여지가 있음.
 - ② 의사나 한의사, 간호사와 같은 의료인이라고 하더라도 ‘건강관리서비스 제공에 필요한 교육을 이수한 자’에게 제한함. 이는 의료인에게 의료서비스와 함께 ‘건강관리’ 등 ‘보건지도’를 해야 한다는 [의료법]과의 규정과 충돌 발생함.
 - ③ 의료인이 아닌 경우 건강관리서비스요원의 자격을 부여할 범위로 어디까지 포괄할 수 있겠는가에 대한 명확한 기준을 만들기 어려워 논란의 여지가 있음.

3.6. 건강관리서비스 관련 정보 관리

- 건강관리서비스기관은 이용자의 건강측정 결과, 의사의 의뢰서, 건강관리서비스 제공 내역

등에 대한 정보를 3년간 보존해야 하며(제13조 2,3항) 관련 업무 종사자는 업무상 알게 된 비밀을 ‘정당한 이유 없이’ 누설해서는 안되고(제15조 1항), ‘이용자의 동의 없이’ 다른 용도로 사용하거나 유출할 수 없다(제15조 2항)고 규정함. 또한 이는 가공하거나 분석한 정보에 대해서도 해당되며(제15조 3항), 누출·변조·훼손해서도 안된다(제15조 4항)고 규정함.¹⁾

- 국민건강보험공단에게 ‘건강관리서비스 제도 및 이용과 관련한 정보를 제공하는 등 노력을 기울’이도록 규정(제16조)하고 있으나 정보요청자의 자격 및 기준에 대한 언급이 없고 다루어질 수 있는 정보의 범위도 규정되지 않음.

3.7. 국가 및 지방자치단체의 책무

- 국가와 지방자치단체는 ‘국민기초생활수급자’와 ‘장애인’에게 필요한 건강관리서비스를 제공할 수 있도록(제4조 2항) 하고 있으며, 이런 건강취약계층을 대상으로 건강관리서비스 이용을 지원하는 바우처를 발급(제4조 3항)할 수 있도록 함.

4. [건강관리서비스법]안에 대한 비판적 고찰

4.1. 법률적 측면

- [건강관리서비스법]의 대상과 목적이 기존 법률과 중첩됨. 특히 [국민건강증진법]과 비교할 때 많은 내용에서 중첩됨. [지역보건법]에서도 이와 관련한 내용이 다루어지고 있음.
- ‘의료서비스’와 ‘건강관리서비스’를 분리한 것은 [의료법]과 [보건의료기본법]의 내용과 충돌 발생함. 특히 [의료법]에서는 모든 의료인에 대하여 환자에게 ‘요양방법’ 뿐만 아니라 ‘건강관리에 필요한 사항’을 지도하도록 하고 있는 규정(제24조)과 모순됨.
- [보건의료기본법]에서는 ‘평생국민건강관리사업’을 국가와 지방자치단체가 시행해야 할 의무로 규정하면서 특히 공공보건의료기관이 중심 역할을 하도록 해야 한다고 규정함(제31조). 반면, [건강관리서비스법]은 국가와 지방자치단체의 책무를 취약계층에게 한정하는 소극적 입장으로 책임을 줄이면서 시장화된 방식으로 민간에 서비스 제공을 허용함.

1) 법률대로라면 ‘의료기관’에서 ‘건강측정’을 받은 결과는 의료기관 뿐만 아니라 건강관리서비스기관에게 전달하여 보관됨. 그런데 건강관리서비스기관은 ‘이용자의 동의’가 있다면 ‘건강측정 결과’를 ‘보험회사’나 영리를 목적으로 하는 기업에게 제공해도 됨.

- 건강관리서비스 이용을 위한 ‘건강측정’과 ‘서비스 이용’과 관련한 비용 부담에 대해 아무런 규정을 두지 않음. 사실상 국민 부담을 의미함. 반면, [국민건강증진법]에서는 ‘국민건강증진기금’을 두어 이 사업에 활용하여 국가가 재정부담을 하고 있음.

4.2. 보건학적 측면

- 이용자를 건강군/건강주의군/환자군으로 확실한 구분을 하는 것은 타당성을 결여하고 있음. 건강측정을 통해 기준을 절대화하는 것에 대해 무리가 따름. 또한 의료서비스와 건강관리서비스를 구분하는 것 역시 사실상 가능하지 않음. 따라서 1-3차 예방을 포괄적으로 제공할 수 있는 일차보건의료를 강화하는 방식이 타당함.
- 개인행태 중심 접근법은 보건학적으로 타당하지 않음. 세계 여러 나라의 경험을 통해 보더라도 보건교육이나 상담에 의한 개인의 행태 교정 효과는 그리 크지 않음. 또한 대부분의 건강행태가 사회적으로 유형화되고 사회경제적 수준에 따라 다르게 나타난다는 점을 감안하면 ‘개인’이 아니라 ‘인구집단’을 대상으로 하는 사업이 요구된다고 할 수 있음.
- 또한 고위험군을 선별하여 표적으로 삼는 방식은 제한성이 있음. 이는 ‘작은 위험에 폭로된 많은 사람들이 고위험에 폭로된 소수의 사람들에 비해 훨씬 많은 사례를 만들어낸다’는 표현으로 요약될 수 있으며, 역학적 측면에서 비교위험도가 아닌 지역사회 기여위험도 개념으로 이해할 수 있음. 전세계적으로 여러 사례를 살펴보더라도 고위험군 접근법에 비해 인구집단 전체에 대한 접근법이 갖는 예방의 잠재력이 훨씬 크다는 점을 지지하고 있음.
- 건강권에 대한 국가의 책임과 보건의료의 공공성 차원에서 보면, 최근 국가와 공공의 책임을 방기하고 개인에게 전가하면서 ‘위험의 사유화 전략’을 펴고 있음. 이는 전반적인 공공성 후퇴를 가져오며 국가의 책임성과 공공성의 원칙을 위배하는 것임. 최근 지방자치단체가 ‘건강도시’를 비롯한 건강관리사업에 대해 보였던 관심이 후퇴할 가능성이 있음.
- 또한 국민건강보험에 대해 ‘예방’과 ‘건강관리’가 제외된 반쪽짜리 ‘질병’ 보험으로 전략할 위험이 있으며, 의료기관의 경우 건강보험 비급여서비스의 창구로 악용될 가능성도 높음.

4.3. 산업적 측면

- 보건산업진흥원의 2008년 건강관리서비스 수요조사에 따르면, 월 10만원을 시장에서의 적정 비용으로 가정하는 경우, 실제 이용자는 전체 이용자의 6.6%에 불과함. 하지만 만일 본

인 부담금이 4만원으로 낮아진다면 이용자 규모는 27%에서 90% 이상으로 증가할 것으로 예상됨. 이는 서비스 가격을 인하하거나 본인부담 수준을 낮추지 않고서는 본격적인 시장 창출이 어렵다는 것을 보여줌.

- 이를 실제로 가능하게 하여 유효수요를 창출하려면 기업복지 차원에서 기업이 부담하거나 민간보험 상품으로 운영되는 것임. 그러나 이처럼 민간보험이 개입될 경우 보험회사는 이윤의 극대화를 위하여 ‘고위험군 배제 전략(cream skimming)’으로 기능하게 될 것임. 또한 미국식 관리의료(managed care)로 이어져 낭비적 지출에 의한 의료비 폭등이라는 미국의 전철을 밟게 될 가능성 높음.
- 건강관리서비스 제도는 시민의 건강 증진보다는 IT 융합산업의 성장을 뒷받침하기 위한 산업제도의 성격이 강하며, 보건과 관련된 효과성에 대해서는 국내 정책 근거자료가 부재한 상황이고, 그동안의 국내외 학술적 근거는 개인중심 단기 효과중재의 효과 낮은 것으로 평가하고 있음.
- 결국, 건강관리서비스가 현재의 법안대로 제도화된다면 IT 산업과 일부 보험사, 서비스 업체들의 성장을 통한 일자리 창출, 총합으로서의 국내총생산 증가 목표는 일부 달성할 수 있겠지만 시민 건강 수준에는 별다른 도움을 주지 못하면서 낭비적 의료지출과 그로 인한 경제적 부담으로 귀결될 가능성이 높음.

4.4. 개인정보 보호 측면

- [건강관리서비스법]은 ‘건강측정’을 핵심적인 장치로 설정해 두고 그 결과에 따라 개인별 건강관리서비스를 제공하도록 되어 있음. 또한 질환군의 경우 의사의 ‘건강관리의뢰서’도 필요함. 이처럼 법안에서는 일부 질환자가 아닌 건강군과 건강주의군을 포함하는 전국민의 ‘건강관리’를 다루고 있다는 점에서 상당히 광범위한 국민을 대상으로 건강상태에 대한 개인정보가 대량으로 생산될 가능성을 갖고 있음.
- 그러나 법안에서 다루고 있는 개인정보 보호의 수준은 엄격하게 다루어지기 보다는 다른 법률과 비교해 보더라도 매우 관대하게 구성되어 있음. 정보의 주체인 이용자에게 정보 이용에 대해 알리는 점, 개인정보 이용에 대하여 확인하고 열람할 권리 등 기본적 권리 보장에 대한 내용도 생략되어 있음. 게다가 개인정보에 대하여 ‘이용자의 동의’만 있으면 사실상 사용 가능하도록 명분을 제공해주고 있기도 함.
- 또한 건강보험공단의 정보이용에 대해서도 정보요청자와 정보내용 등에 대해 생략하고 있

을 뿐만 아니라 안이하게 다루고 있어 자칫 다른 법률을 통해서도 건강보험공단이 보유한 전국민의 개인정보가 활용될 소지를 제공한다는 점에서 우려됨.

- 결국 [건강관리서비스법]은 개인화된 서비스로 민간시장에 맡겨진다는 점에 비추어 보면 개인정보 보호 및 관리와 관련된 규정이 소극적이고 소홀하다는 비판과 함께 논란의 대상이 될 것으로 예상됨.

5. 국민의 건강증진을 위한 올바른 대안은 무엇인가?

- [건강관리서비스법]안은 폐기되어야 함.
 - 국민 건강증진을 위한 보건정책이 아닌 경제적 효과를 기대하는 ‘산업정책’임.
 - 실제 경제산업적 효과가 발생할 것인가에 대해 긍정적이지 않으며, 오히려 낭비적 의료비 지출이 확대될 가능성이 큼.
 - 기존의 법률과 충돌이 발생하고 있으며, 특히 [국민건강증진법]과 상당히 중첩됨.
 - 독립법안으로 입법될만한 필요성을 입증하지 못하였으므로 폐기하고, 필요한 경우 [국민건강증진법], [지역보건법] 또는 관련 법률의 개정을 통해 추진해야 함.
- 국가와 지방자치단체의 평생건강관리 사업을 강화해야 함.
 - 인구 5만명당 1개의 보건지소 확대를 통해 공공보건의료기관을 중심으로 평생건강관리 사업을 강화해야 함. 특히 지방자치단체의 관심을 적극 활용하고 지원해야 함. 이를 위한 예산편성에도 적극적이어야 함.
 - 지방자치단체는 ‘주민참여형 보건지소’ 운영을 활성화하고 지역사회의 건강관리사업을 주도하도록 지원해야 함.
 - 보험자는 직장의 건강관리활동을 지원하고 특정 연령층에 대한 건강관리를 강화하는 활동 필요하며, 중장기적으로 정부와 함께 주치의제 도입을 적극 추진해야 함.
- 개인에 대한 통합적 건강관리서비스가 확대되어야 함.
 - 병원, 보건소는 물론, 사회복지서비스와 직장 및 학교 등 여러 차원에서 통합적 서비스를 제공하여 건강관리의 효과를 높일 수 있음.
- 국민건강관리사업 활성화를 위한 법률 개선 사항

-
- ① 인구 5만명당 1개 이상의 보건지소 설치 의무화
 - ② 보건소 및 보건지소 운영에 주민 참여 근거 조항 설치
 - ③ 민간건강관리회사의 등록과 관리에 관한 조항
 - 유사의료행위 금지, 특정 보험회사 및 의료기관 유인 금지
 - 건강기능성식품 판매 금지, 기타 직접적 관련 없는 상품 판매 금지
 - 직장 및 단체가입 중심으로 운영
 - ④ 공공기관이 영리적 목적의 기관에 건강관리사업을 위탁하는 것을 제한해야함.
 - ⑤ 국민건강보험공단이 직장 건강관리활동을 지원하는 등 건강관리활동 근거 조항 설치

1. 우리는 왜 이 법안에 주목하는가?

지난 5월 17일 국회에 [건강관리서비스법]안이 입법 발의되었다. 현 정부 출범과 때를 맞추어 시작된 제18대 국회의 전반기에 보건복지가족위원회 위원장을 맡았던 변웅전 의원(자유선진당)이 임기를 마칠 즈음에서야 10명의 국회의원²⁾과 함께 발의한 것이다.

그러나 이 법률안은 변 의원이 아닌 이명박 정부에 의해 만들어졌다. 게다가 이유는 알 수 없으나 정부가 직접 발의하지 않고 여당인 한나라당이 아닌 다른 당 의원인 변웅전 의원을 통해 발의한 점은 뒷말을 남기고 있다. 더구나 변 의원은 이 법률안을 발의한 뒤 곧바로 ‘국토해양위원회’로 상임위원회를 옮겨, 보건복지부 입장에서는 발의한 의원의 도움 한 번 받지 못한 채 스스로 나서야 하는 입장에 놓이게 되었다.

최근 동향을 살펴보면 현 정부는 이 법률안을 통과시키기 위해 동분서주하고 있다. 주관부처인 보건복지부 뿐 아니라 경제부처에서도 상당한 관심을 나타내고 있다. 도대체 어떤 법안이 길래 이처럼 정부가 발 벗고 나서는 것일까?



<그림> 건강정책국장의 의협신문 인터뷰 기사 (2010.07.19)

[건강관리서비스법]의 핵심은 지금까지 보건의료서비스 중에서 상당히 중요하게 여겨져 왔던 ‘예방과 건강관리, 건강증진’ 서비스를 ‘의료서비스’로부터 떼어내 시장을 만드는데 있다. 정부는 이를 통해 연간 매출액 기준 2조원 규모의 시장을 형성해 최대 3만 8천여 명의 일자리를 창출할 수 있을 것으로 기대하고 있다³⁾. 건강관리서비스의 산업화가 IT 산업의 발전, u-health 활성화 등 경제적인 파급 효과가 클 것이라는 점에서 기업은 물론,

기획재정부를 비롯한 정부 내 경제부처들도 상당한 관심을 갖고 있다.

이런 점에서 [건강관리서비스법]은 ‘국민의 건강복지를 위한 정책’이 아니라 ‘보건서비스 산

- 2) 이 법률안은 변웅전 의원이 대표발의하였고, 권선택, 임영훈, 김창수, 이재선(이상 자유선진당), 손숙미, 이정선, 강명순, 윤석용(이상 한나라당), 정하균, 김혜성(이상 미래희망연대) 등 모두 10명이 동의하여 발의가 이루어졌다.
- 3) 오상윤(보건복지부 사무관), 건강관리서비스 추진 배경 및 법안 주요 내용, 성공적 건강관리서비스 도입 방안 심포지움 자료집, 2010. 7. 6.

업화'를 통한 경제정책의 일환이라고 할 수 있다. '전 국민의 만성질환 예방을 위한 건강관리를 올바르게 제도화 하는 것'⁴⁾이라는 말은 명분을 의식한 수사에 불과한 것으로 보인다.

여기에 건강관리서비스와 관련한 이해집단들도 분주히 움직이고 있다. 그동안 이러한 서비스에 참여가 제한되었다고 생각했던 영양사, 운동처방사, 보건교육사들은 이 시장을 선점하기 위한 조건을 만들기 위해 바쁘게 움직이고 있으며, 의사, 한의사, 간호사 등 의료인들은 건강관리서비스의 대상을 선별하고 처방권을 갖는 등 우월한 지위를 보장받기 위해 노력하고 있다. 한편 약사처럼 역할을 보장받지 못한 집단들은 비집고 들어갈 틈을 찾고 있다.

이렇게 혼란스럽고 분주한 상황에서 [건강관리서비스법]이 과연 정당한가, 반드시 제정되어야 할 필요가 있는 법인가에 대한 근본적인 물음은 간과되고 있다. 이 법이 가정하는 전제는 올바른 것인가? '인구집단'이 아닌 '개인'별로 접근되는 서비스는 과연 효과적인가? 의료서비스와 분리된 건강관리서비스는 바람직한가? 기존의 건강 관련 법안들로는 이러한 내용을 담아 낼 수 없는 것인가? 시민의 건강을 관리하기 위한 서비스 주체는 '민간, 시장'이어야 하는가, 아니면 여태까지처럼 국가와 지방자치단체의 의무로 바라보아야 하는가? 향후 시민들의 건강, 보건의료서비스를 포함한 공공서비스 영역에 어떤 영향을 미칠 것인가?

이 글에서는 [건강관리서비스법]의 이와 같은 전제(前提)들을 보건학적 측면에서 검토하여 문제점을 확인하고, 구체적 내용들을 기존의 법률과 비교함으로써 법률 준립의 필요성을 따져 볼 것이다. 또한 이러한 논의로부터 시민 건강증진을 위한 바람직한 공공적 대안을 제시하고자 한다.

4) 오상윤(보건복지부 사무관)의 앞의 자료

2. 건강관리서비스의 국내외 현황

이 장에서는 건강관리서비스 개념이 어떠한 변화를 거쳐 현재의 법안 형태로 발현되었는지 살펴보고, 이미 존재하고 있는 여러 가지 방식의 건강관리 서비스 현황을 살펴보고자 한다.

2.1. 정부의 건강관리서비스 관련 추진 경과

2.1.1. 국민의 정부 (1998-2002)⁵⁾

- 국민의 정부에서는 건강관리서비스와 유사한 개념으로 건강증진, 고혈압·당뇨병 관리, 건강생활 등의 용어를 사용했고, 그 중 좁은 의미의 건강관리 개념인 질병 관리에 주목했다. 하지만 집권 말기에는 보건소 중심의 질병관리 사업에서 지역사회 중심의 건강생활실천 사업으로 방향을 전환하였다. 관련 사업의 시장화, 산업화 경향은 보이지 않았다.

·1998.10.	9개 보건소에서 건강증진사업(질병관리 프로그램) 시작 → 18개 보건소로 확대
·2000~	보건소 중심 고혈압·당뇨병 관리 시범사업 추진
·2002.10~	지역사회 건강생활실천사업 (금연, 운동, 영양, 절주 등) 시작

2.1.2. 참여정부 (2003-2007)⁶⁾

- 이전 정부와 비슷하게 건강생활실천, 고혈압·당뇨병 관리, 건강행태개선 등의 용어를 사용했고, 지역사회와 보건소 중심의 공공 프로그램들을 확장했다. 특히 건강생활실천사업 개념을 정립하면서 건강증진 영역이 국가 필수사업임을 밝힌 바 있다.

·2003~	지역중심 건강생활실천사업 100개 보건소로 확대 (→ 2004년 156개소 → 2005년 전국 246개소), 보건소 중심 고혈압·당뇨병 관리 사업 전국 확대
·2006~	심·뇌혈관질환과 고혈압·당뇨병에 대한 포괄적 예방관리 대책 추진
·2008~	지역특화 건강행태개선 사업 시작

5) 자료원: 1998-2007 보건복지백서

6) 자료원: 1998-2007 보건복지백서

2.1.3. 이명박 정부 (2008-현재)⁷⁾

- 집권 첫 해인 2008년, 정부는 ‘건강관리서비스’를 ‘광의적으로 개인 생활습관 개선을 통해 건강행태를 습득하게 하여 최적의 건강을 획득하게 하는 서비스’로 정의하고, 종래의 집단적 정보제공과 보건교육에서 벗어나 개인적 접근법 영역에 해당하는 서비스, 즉 개인 맞춤형 제공 서비스라고 정의했다. 또한 구체적으로 주로 흡연·음주·영양·운동·비만 관련 영역에서 제공하는 서비스라고 밝혔다. 한편 u-Health 등 IT 기술 접목을 통해 서비스의 접근성을 높이고 비용 절감 효과를 가져 올 것이라고 주장했다.
- 같은 해 한국보건산업진흥원에서 발행한 ‘건강관리서비스 산업 실태 조사와 육성방안 개발 연구’에서는 ‘의료서비스’와 구별되는 ‘건강관리서비스’ 영역이 별도의 산업으로 존재할 수 있다고 평가하면서 미래국가 신성장 동력산업으로서의 잠재력을 극대화할 필요가 있다고 주장했다.

·2008.04	의료계, 관련업계 참여하는 ‘건강서비스 활성화 TF’ 발족
·2008.05	국민건강증진정책심의위원회: 중점과제 중 의료기관과 건강관리회사의 건강서비스 제공 후 비용청구 허용, 취약계층 보건소 방문건강관리서비스 대폭 확대 포함
·2008.09	대통령 주재 2차 투자활성화 및 일자리 확대 위한 민관합동회의에서 건강관리서비스 제공을 의료기관에 개방하는 방안, 민간보험사의 겸업 방안 검토
·2008.12	한국보건산업진흥원 ‘건강관리서비스 산업 실태 조사와 육성방안 개발 연구’ 보고서 발행
·2009.02	보건복지가족부 규제개혁 추진과제 97건 발표. 이 중 건강관리서비스 시장 조성 위해 국민건강증진법 개정, 제한적인 직접 원격 의료 허용 추진 포함
·2009.03	한국보건산업진흥원 내 보건의료산업발전 ‘미래전략 TF’ 발족, 4개 분과 중 3분과인 Green Health에 건강관리서비스 포함 한국보건산업진흥원 ‘건강관리서비스 및 u-Healthcare 시장 규모 추계 연구’ 보고서 발행
·2009.05	대통령 주재 민관합동회의에서 ‘서비스산업 선진화 방안’ 확정·발표. 건강관리서비스 시장 활성화 위해 2009년 12월까지 특별법 제정, 2011년 1월부터 시행 추진 한국개발연구원에서 ‘의료서비스산업 선진화와 개설권 규제완화’ 발표하여 의료기관 개설권 규제 완화해야 건강관리서비스 등 의료산업 발전 가능 주장
·2009.06~	보건복지가족부 건강정책국에서 건강관리서비스 TF 발족하여 8차 회의 진행
·2010.05	변웅전 의원(자유선진당) 건강관리서비스법 제정안 대표 발의
·2010.06	청와대 보건복지비서관에 대표적 의료산업화론자 정상혁 비서관 임명
·2010.07	보건복지부 ‘건강관리서비스 활성화 포럼’ 개최, 한국보건산업진흥원 ‘성공적 건강관리서비스 도입방안 심포지움’ 개최

7) 자료원: 2008 보건복지백서, 메디게이트 뉴스, 2008 진흥원 연구보고서 ‘건강관리서비스 산업 실태 조사와 육성방안 개발 연구’

2.2. 국내 건강관리서비스 현황⁸⁾

- 2008년 보건산업진흥원의 조사결과에 의하면 전국 20세 이상 성인남녀 중 전문기관에서 건강증진서비스를 이용한 비율은 64.7%, 질병관리서비스를 이용한 비율은 18.6%에 달했다. 서비스는 주로 민간 의료기관과 공공보건기관에서 이루어졌으며, 전문건강관리회사를 이용하는 빈도는 매우 낮게 나타났다. 특히 남성보다는 여성, 나이가 증가할수록, 소득수준이 낮을수록 전문회사나 민간건강유지 시설보다는 의료기관과 공공보건기관 이용을 많이 하는 것으로 나타났다.
- 현재 우리 사회에서 이루어지고 있는 건강관리 관련 서비스는 제 공 주체에 따라 공공과 민간 부 문으로 구분할 수 있다. 공공부 문의 경우, 보건소의 건강증진 프로그램, 자치단체의 건강도시 프로젝트, 국민건강보험공단의 맞춤형 건강관리사업 등의 형태로 존재하며, 민간 부문의 경우 영리적 형태의 민간건강관리회 사들이 이미 상품을 판매하고 있 다 (표 참조).



< 그림 > 서울시 강남구 건강도시 사업 안내

8) 국내 건강관리서비스 현황을 살펴보기 위해 보건산업진흥원의 2008년 보고서 ‘건강관리서비스 산업 실태 조사와 육성방안 개발 연구’와 2007년 보고서 ‘제4기 지역보건의료계획 및 시행결과 평가’를 이용하였고 보건소와 민간건강관리회사의 구체적 사례 파악을 위해 인터넷 검색사이트를 이용하였다.

<표> 국내 건강관리서비스 제공 기관 현황 및 주요 이용자

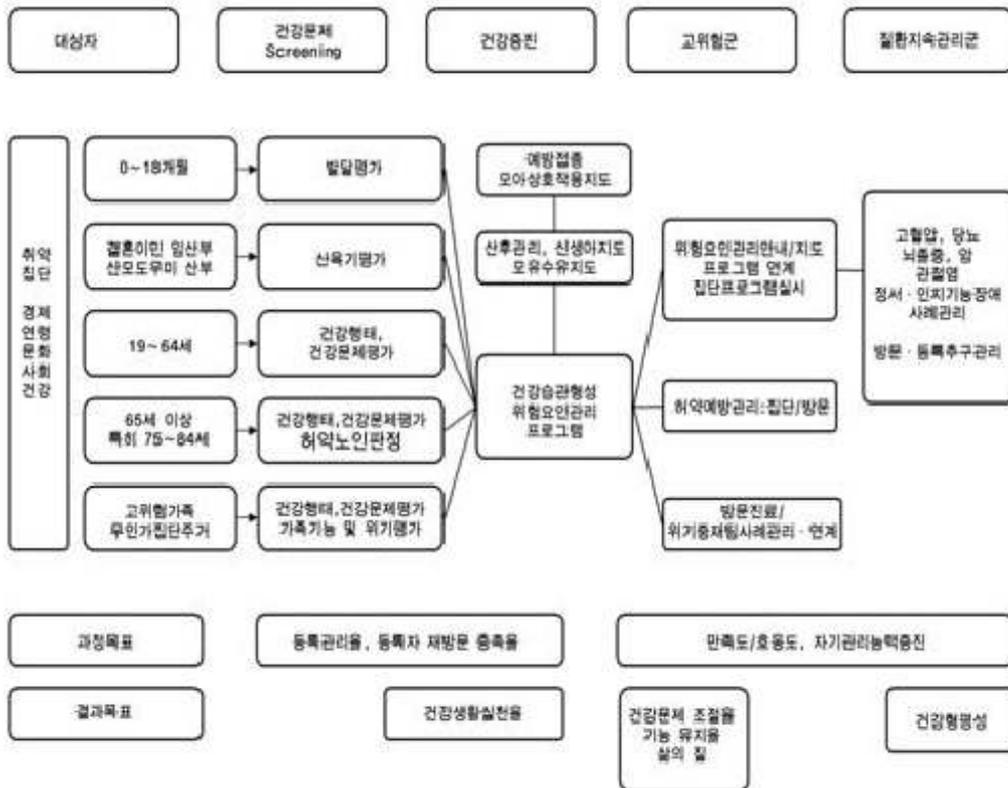
구분	진흥원 조사 대상 기관	제공 내용	주요 이용자
공공	국민건강보험공단 및 ·출형 건강관리사업(9 개 시범사업 지역방 문) [†]	·1차: 건강검진 및 결과 통보 ·2차: 1차 검진 결과 상담 및 추가 평 가와 상담: 건강위험평가, 생활습관 개선 평가/상담/처방	·1차: 보험대상자 중 40세, 66세 해 당자 ·2차: 1차 검사 후 2차 진단 피관 고자, 1차 수진자 중 상담 희망자
	·산업체 방문 건강관리 ·국고지원사업 (9개 지 역 산업간호사회) ^{††}	·소규모사업장 보건관리사업 ·건강인과 고위험군: 비만, 흡연, 음주, 영양, 운동, 스트레스관리, 우울증, 근 골격계질환관리, 작업환경관리 항목 의 평가, 상담, 교육 ·질환자: 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절 염 항목의 평가, 상담, 교육(질환관 리, 식이, 운동), 처방(식이, 운동)	·산재보험 가입 사업장 중 50인 미 만 4,050개소, 50인 이상 460개소
	·보건소 건강증진사업 (진흥원 지역보건사업 팀 영양지원센터, 각 지역보건소 질병관리 본부 협의) ^{†††}	·영역: 영양, 운동, 절주, 비만 ·예산단계 : 1단계(23개소), 3단계95개 소), 3단계(133개소)	·생활터: 어린이집·유치원, 초·중·고, 대학교, 사업장, 노인정·노인대학, 기타(마을, 지역아동센터 등) ·생애주기: 영유아기, 모자, 학령기, 청소년기, 청장년기, 노년기, 일반 주민, 일반환경, 기타(취약계층 등)
민간	·전국 병, 의원급 의료 기관(2,122개 중 76개 응답) [‡]	·건강증진(Health Support) : 비만, 흡 연, 음주, 영양, 운동, 스트레스, 건강 위험평가, 우울증, 인지기능 등 ·질병관리(Care Support): 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절염, 뇌혈관질환, 신부 전, 만성간질환 등	·개인, 회사(기업), 보험자(보험회 사), 정부(보건소 등), 기타
	·건강관리회사 조사(4 개소) ^{†††}	·건강위험인자(비만, 흡연, 음주, 영양, 운동 등) 관련 생활습관개선(상담, 교 육, 지도) 서비스 ·의료기관에 유질환자 치료 의뢰, 건 강검진과 진료예약, 유소견자예약대 행 등	·지불자(수혜자) : 개인(개인), 회사 (피고용인), 보험자(피보험자), 정 부, 보건소 등(취약계층 등 일부 국민)
	·운동지도 및 처방센터 (생활체육1급 지도사 협회 및 운동사협회) ^{‡‡}	·생활체육 1급 지도사: 전문운동처방, 맞춤형 운동 지도 등	·서울시 22개 보건소 실시 중 ·정부기구인 국민체육센터 3개소 제공 ·민간부문의 김양수 맞춤형운동센터 제공이 대표적 ·맞춤형 고급 운동처방 등 제공 전 문 민간업체 증가 추세(삼성 Wellness program)

*자료원: <건강관리서비스 산업 실태 조사와 육성방안 개발 연구> 보건산업진흥원 2008

[†]현장방문 조사 [‡]우편설문 조사 ^{‡‡}단체 자체 조사 자료 이용

2.2.1. 국내 공공부문 사례

- 국내 보건소에서 시행하는 건강증진 프로그램들은 매우 다양한데, 그 중 ‘맞춤형 방문건강관리사업’이 건강관리서비스와 가장 유사한 프로그램이라 할 수 있다. 이는 전국 보건소에서 개인 혹은 가구를 대상으로 개별화된 통합적 건강관리서비스를 제공하는 것으로, 보건 의료 전문인력이 지역 주민의 가정이나 시설을 직접 방문하여 건강문제가 있는 대상자를 확인하고 간호서비스, 재활서비스, 영양상담, 암환자 호스피스 간호 등 질병관리와 건강증진서비스를 직접 제공하거나 지역사회 자원을 연계함으로써 자기 관리 능력과 건강수준의 향상을 도모하는 포괄적인 사업이다.



< 그림 > 맞춤형 방문건강관리사업 모형 (출처: 보건복지부 2010년 가족건강사업 안내)

- 이 사업은 1990년 일부 보건소에서 시작되어 2007년 4월 보건복지분야 사회서비스 확충 전략에 따라 방문건강관리서비스 전문인력 2,000명이 충원되면서 본격화되었다. 그리고 2007~2008년 방문 형태 보건소 보건사업의 통합운영 체계가 개발되었으며, 2009년에는 전문인력이 2,700명으로 증원되는 등 사업이 확대되고 있다.

- 사업 대상은 기초생활보장수급자나 차상위 계층의 노인, 장애인, 임산부, 영유아, 다문화가족 등 사회경제적 조건이나 건강 취약집단이 우선 해당한다. 서비스 제공 인력은 보건소 소속 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 영양사, 치과위생사, 운동사 등으로 ‘팀’을 이루어 활동하고 있다.
- 이러한 프로그램은 지역주민들로부터 좋은 평가를 받고 있다. 2009년 3,612명을 대상으로 프로그램을 시행한 서울시 금천구의 ‘맞춤형 방문건강관리’는 주민들의 호평을 받는 것으로 언론에 소개되었으며⁹⁾, 2009년 6,042가구를 관리한 시흥시 보건소의 경우 이용자 조사 결과 85.8%가 만족하는 것으로 나타났다¹⁰⁾. 또한 2007년 보건복지부가 이용자 조사 결과에서도 서비스 만족도 91.9%, 설명 만족도 89%, 신속성 만족도 82.9%로 만족도는 상당히 높은 것으로 나타났다.¹¹⁾
- 한편 2009년에 실시된 해당 사업의 경제성 평가 결과, 총 비용 476억 원, 총 편익 4,356억 원으로 편익/비용 비가 9.12배로 추정된 바 있다 (이태진 등 2009). 즉, 투입 물량에 비해 의료비 절감 효과가 매우 큰 것으로 나타나, 현재 입법 발의된 건강관리서비스 제도의 목표를 이미 충분히 달성하고 있는 것으로 평가할 수 있다.

2.2.2. 국내 민간부문 사례 -

- 2008년 보건산업진흥원 연구보고서와 자료 검색을 통해서 파악한 국내 민간 건강관리회사들의 특징은 다음과 같이 요약될 수 있다.

·은행, 카드회사 등 금융업계, 국내외 민간보험사 등과 협력체계 구축
 ·국내외 병원과 의료네트워크 형성
 ·개별 회원보다는 기업 임직원, 민간보험상품 가입자, 지방자치단체 서비스 위탁 등 B to B 형태

- 이를테면 2000년에 설립된 E 업체의 경우 스스로를 ‘Total Medical & Healthcare service 를 매니지먼트하는 전문 헬스컨설팅 회사’로 소개하고 있는데, 건강위험도 분석, 건강검진 설계, 건강로드맵 제공, 건강증진 프로그램, 건강증진 개선 평가 등의 서비스를 제공하고 있다. 자사 누리집에 소개된 주요 이용자를 살펴보면 ① 한국전력거래소 임직원, KB 국민은행 임직원, LG 전자주식회사 임직원 등 기업 임직원, ② 알리안츠생명 우리가족 안심 통

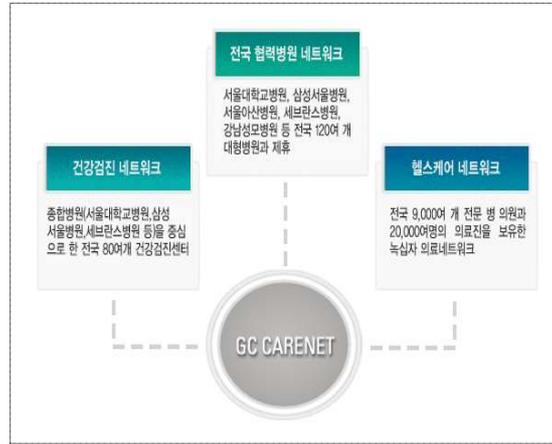
9) 아시아경제 2010.07.28 (<http://www.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2010072810322373570>)

10) 헬스조선. 2010.12.29 (http://health.chosun.com/site/data/html_dir/2009/12/29/2009122901340.html)

11) 청년의사 2007.12.21 (<http://doc3.koreahealthlog.com/17092>)

합보험 가입 고객, 우체국보험 우수고객, 기업은행 VVIP 등 금융권 우수고객이나 민간보험가입자, ③ 서울시 대사증후군 U-당뇨병관리 서비스, 국민건강보험공단 유헤스케어 시범사업자, 보건복지부 아동비만관리 사업 등 공공사업을 위탁받는 경우로 구분할 수 있다.

- 이들 민간회사들은 건강검진과 상담, 생활습관 개선 프로그램 제공뿐 아니라 연계 의료기관을 통해 다양한 의료서비스를 간접적으로 제공하고 있다. 앞서 소개한 E 업체의 경우 네트워크를 통한 ‘주치의’ 역할을 자임하고 있으며, 2003년에 설립된 G 업체의 경우 국내 120여개의 대형병원, 9천여 개의 병의원과 협력 관계를 맺고 있다 (그림 참조).



<그림> G 업체의 의료네트워크 (자사 누리집)

- 이러한 건강관리서비스 회사들은 민간보험사들과 밀접한 관련을 맺고 있는데, ① 보험사 주요 고객들에게 부가서비스 형태로 건강관리서비스를 제공하거나, ② 보험 가입 관리를 위한 검진업무 대행, 혹은 ③ 같은 계열사에 속한 보험가입자들의 건강관리를 제공하는 방식이다. 특히 세 번째 경우는 건강관리서비스와 보험상품이 단일한 계열사 내에서 운용되고 의료기관 네트워크에 기반하고 있다는 점에서 미국의 관리의료기구 (Managed Care Organization)와 상당히 유사한 구조로 볼 수 있다.

2.3. 해외 사례

- 이명박 정부는 건강관리서비스 도입이나 제도 설계에 대한 정당성을 확보하기 위해 해외 모범 사례들을 발굴하여 발표한 바 있다. 하지만 전국민보험이 없고 민간보험 중심의 시장에 의한 시스템을 갖춘 미국의 경우를 제외하고는 일본과 호주 모두 건강관리서비스의 재원조달과 서비스 제공 측면에서 공공의 비중이 현저하게 높다.
- 다음 쪽의 표는 2008년 보건산업진흥원 ‘건강관리서비스 산업 실태 조사 및 육성방안 개발 연구’ 보고서, 2009년 국민건강보험공단 ‘보험자 건강증진사업 모형 개발’ 보고서와 기타 자료들을 참조하여 일본, 미국, 호주의 사례를 한국과 비교해 정리한 것이다.
- 만일 일본의 사례를 벤치마킹한다면, 건강검진과 건강관리제도 전반의 관리운영은 국민건강보험공단이 맡고, 재원은 국민건강보험에서 조달하며, 서비스 제공은 병의원을 주축으로 하되 일부 민간기관에게도 허용될 수 있도록 하는 방식이다.
- 또한 호주의 사례를 활용한다면, 일차의료 강화라는 개혁과제를 수행하면서 동시에 매년 건강검진을 시행하고 1차 진료의사에게 생활습관을 평가하도록 하여 주치의가 두 가지 결과에 근거해 생활습관 개선 처방을 내리도록 하는 시스템이 중심이 되어야 한다. 이와 같은 점에서 일본과 호주의 사례는 정부가 생각하고 있는 건강관리서비스 산업의 활성화와는 거리가 멀다.
- 미국의 경우야말로 현 정부가 가정하는 민간 중심의 건강관리서비스 제공 사례에 가장 부합한다. 하지만 미국의 경우 국민의료비 비중이 국내 총생산의 15%를 넘는 대표적인 비효율적 보건의료체계로 이미 널리 인정되고 있는 바, ‘고령화 시대를 맞이하여 의료비 절감’을 하겠다는 제도 도입의 취지를 달성하기는 어려워 보인다.

< 표 > 건강관리서비스 관련 해외 사례에 대한 비판적 검토

	한국	일본	미국	호주
보건의료체계	전 국민 적용, 사회보험 (단일 보험자). 공급측면의 사적소유와 재정측면의 공적재원조달 체계. 서비스 전달에서 환자의 공급자 선택 자유 보장 (주치의제 없고 3단계 의료전달체계가 부재).	전 국민 적용, 사회보험(다수 보험자) 공급측면의 사적소유와 재정측면의 공적재원조달 체계. 서비스전달에서 환자의 공급자 선택 자유 보장 (동일한 의사 정기적 방문 존재, 주치의제는 부재).	전 국민 대상 공적 보장체계 부재. 메디케어, 메디케이드, S-CHIP, VA 등 공적 프로그램과 민간 의료보험 공존 (고용 기반 민간보험 우세) 서비스 전달에서 민간보험자가 의료 전달체계 관리 (주치의 존재). 국민의료비가 GDP의 15% 이상	국가보건서비스. 의료 제공체계는 공공과 민간 혼합. 1차의료(주로 예방, 상담, 간단 수술)는 민간 GP에 의해 제공, 병원급 의료제공은 대부분 국영(70% 이상), 민간병원은 소규모 병원임. 재원은 조세(연방+주정부)
관련 서비스 명칭	건강관리서비스	특정검진·특정보건지도	건강증진 서비스, 만성질환관리 서비스	SNAP (Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity) 프로그램
목적	개인별 맞춤형 건강관리서비스 제공 국민의료비 절감 경제 성장, 일자리 창출	예방영역의 보험자 역할 강화	예방영역의 보험자 역할 강화 (비용 절감) + 가입자 선별	국가적으로 일차보건의료에서 환자들의 건강생활습관 효과적 개선
도입시기	2010.5.17 법안발의 상태	2005년 특정건강검진·특정보건지도 도입 2008년 특정건강검진·특정보건지도 의료보험자 의무실시 시작	관리의료의 일환으로 제공되고 있으나 국가적 차원에서 제도화된 적은 없음	2004년 호주 가정의학회에 의해 SNAP 지침 개발, 2005년 개원의 중심으로 보급됨.
재원조달	취약계층은 국가 부담 바우처, 나머지는 100% 본인 부담 (건강보험 적용 배제)	의료보험 + 본인부담 국가 및 지자체 서비스 제공시 무료 및 실비지원.	공공기관: 공공기금 민간기관: 민간재원	1차 의료 영역은 조세 민간 건강관리서비스업체의 경우: 무료 또는 본인부담, 사보험, 메디케어, 저비용. 기금 등 다양

	한국	일본	미국	호주
서비스제공기관	3가지 검토안 ·현행 의료기관 ·의료기관 및 별도 비영리기관(국가공인자격자가 비영리기구 설립 제공) ·의료기관 및 별도기관[영리,비영리] 제공(다양한 개설 주체가 다른 형태 서비스 제공)	정부, 건강관리회사 (공공,민간) ·유형:건강검진유형, 병의원유형, 민간 기업유형, 보건사와 관리영양사 등 기업유형(비영리) ·병원 제외한 주식회사 등은 3.7% (특정건강검진), 20%(특정보건지도) 차지	공공: CDC 등의 프로젝트성 사업 민간 기업 : UPMC Health Plan, Healthways Inc., Kaiser Permanents, Kaiser Permanents 등 MCO 기타 Medical Fitness Association : 비영리조직 61%, 영리조직 24 %	연방정부-주정부-지방정부연계체계구축 ·최근 민간회사가 의료기관과 연계하여 건강증진프로그램 제공
서비스 제공 인력	의사, 한의사, 간호사, 영양사, 기타 인력(운동 등 기타 전문인력은 별도 검토)	의사, 보건사, 관리영양사	회사마다 다양: 의사, 간호사, 보건교육사, 영양사, 건강조연자, 운동처방사, 약사 등	민간 건강증진서비스업체: 의사, 간호사 등 의료인력, 영양사, 운동처방사 등 고용
내용	생활습관 개선 등의 목적으로 상담, 정보제공, 모니터링 서비스로 국한(기존 의료서비스와 구별) ·의료적 평가(건강측정 및 건강위험도 평가)에 근거해 질환군, 건강주의군, 건강군 분류. 이 중 건강주의군이 대상 (질환군은 건강관리 의뢰서 따라 이용, 나머지는 자율적 이용)	·특정검진:특정보건지도는 생활습관병 위험요인 평가하여 영양, 운동, 흡연 등 건전한 생활습관 형성 위한 보건지도 실시 ·특정검진 통해 4단계 걸쳐 보건지도 대상자 선정 후, 정보제공군, 동기부여군, 적극적 지원군으로 구분하여 보건지도	·미국 CDC WiseWoman Project (심혈관계 질환 예방 프로그램) : 검진, 사후관리(진료의뢰, 생활습관중재) ·민간보험회사 UPMC Health Plan : 온라인 건강정보 · 건강평가 · 조사 도구 제공, 산업장 건강 프로그램과 의료지원 ·통합 건강의료지원 전문회사 Healthways : 건강수준 평가, 건강증진, 질병관리, 의료관리 ·HMO Kaiser Permanents : 온라인 건강정보 제공·만성질환관리 프로그램, 보험가입자 건강 프로그램	·1년마다 일차진료의가 수행하는 기회검진 결과와 검진 시 행하는 Lifescript 활용하여 건강생활습관 평가 → 생활습관개선 위한 의사 처방 → 전문 위탁 관리업체가 건강증진 서비스 제공

2.4. 소결

- 현재 [건강관리서비스법]이 제안하고 있는 건강관리 서비스는 국내에서 이미 다양한 이름의 공공 프로그램으로 진행되고 있으며 그 중 일부는 효과성이나 만족도, 비용-편익 측면에서 상당한 성과를 거두고 있는 것으로 보인다.
- 또한 국내 민간 건강관리회사들의 대부분은 은행, 카드회사 등 금융업계, 국내외 민간보험사의 협력체계를 구축하고 국내외 병의원들과 네트워크를 형성하여 개인회원 보다는 기업의 임직원, 민간보험 가입자 등에게 서비스를 제공하는 것이 특징으로, 미국의 관리의료기구(Managed Care Organization)와 상당히 유사한 구조를 가지고 있었다.
- 한편 정부가 ‘건강관리서비스’ 산업의 모범 사례로 소개한 일본, 호주, 미국의 경우, 민간 시장 중심의 보건의료체계를 가지고 있는 미국을 제외하면 ‘산업화’의 사례로 볼 수 없었다. 일본과 호주 모두 공공 재원이나 공적 서비스 전달체계 하에서 서비스가 이루어지기 때문이다.
- 결국 현 정부는 긍정적인 성과물을 내면서 성장 중인 공공 프로그램을 외면한 채, 미국과 같은 방식의 서비스 시장을 창출하겠다는 것이다. 국민의료비 비중이 국내 총생산의 15%를 넘는 대표적인 비효율적 보건의료체계로 공인된 미국의 전례를 따르는 것이 과연 ‘고령화 시대를 맞이하여 의료비 절감’을 하겠다는 제도 도입 취지에 부합하는 것인지 의문을 제기하지 않을 수 없다.

3. [건강관리서비스법]안 소개

3.1. 법률안의 기본 구성과 내용

- 2010년 5월 17일 변용전 의원이 대표로 발의한 법률안인 [건강관리서비스법]은 모두 29조와 부칙으로 구성되어 있다. 조항의 구성과 제목은 다음과 같다.

[건강관리서비스법] 법률 구성	
제1조 (목적)	제16조 (국민건강보험공단) * 정보제공
제2조 (정의)	제17조 (건강관리서비스기관의 평가 등)
제3조 (기본원칙)	제18조 (자료의 협조 요청)
제4조 (국가 및 지방자치단체의 책무 등)	제19조 (보고 및 검사)
제5조 (건강측정 실시 기관)	제20조 (시정명령)
제6조 (건강위험도 평가 결과)	제21조 (허위, 과장광고 금지)
제7조 (건강관리서비스의 내용)	제22조 (개설허가의 취소 등)
제8조 (건강관리서비스요원의 범위)	제23조 (과징금 처분)
제9조 (건강관리서비스기관의 개설 허가)	제24조 (건강관리서비스기관 영업의 승계)
제10조 (건강관리서비스기관의 허가 제한 등)	제25조 (청문)
제11조 (건강관리의뢰서의 발급)	제26조 (벌칙)
제12조 (건강관리서비스의 제공)	제27조 (행정제재처분 효과의 승계)
제13조 (건강관리서비스의 의무)	제28조 (양벌규정)
제14조 (건강관리서비스 제공 내역의 발급)	제29조 (과태료)
제15조 (비밀 누설 및 건강정보 유출의 금지)	부칙

3.2. 건강관리서비스

- [건강관리서비스법]의 제1조는 법률의 목적을 정의하고 있다. ‘건강증진’과 ‘질병예방’이라는 궁극적 목적을 달성하기 위하여 ‘위해한 생활습관을 개선’하고 ‘건강한 삶을 영위’해야 하며, 이를 위해 ‘건강관리서비스’가 필요하니 이와 관련한 사항을 규정한다는 것이다. ‘건강관리서비스’는 제2조 1항에서 다음과 같이 정의되었다.

제2조(정의)
 1. “건강관리서비스”란 건강의 유지·증진과 질병의 사전예방·악화 방지 등을 목적으로 위해한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하는 상담·교육·훈련·실천 프로그램 작성 및 이와 관련하여 제공되는 부가적 서비스를 말한다.

- 법률 제7조 1항은 ‘건강관리서비스’의 내용이 건강상담, 생활개선 교육, 영양 및 운동에 대한 지도, 건강정보제공, 건강상태 점검 등으로 구성된다고 규정하였다.

제7조(건강관리서비스의 내용) ① 건강관리서비스는 개인의 생활습관 개선과 올바른 건강관리를 지원하기 위한 다음 각 호의 서비스를 그 내용으로 한다.

1. 건강위험도 평가 결과 및 건강상태에 관한 상담
2. 생활습관 개선 등을 위한 교육
3. 영양·운동 등에 관한 지원, 지도 및 훈련
4. 건강에 관한 정보제공
5. 건강상태의 지속적 점검 및 관찰
6. 그밖에 건강의 유지·증진과 생활습관 개선 등을 위하여 필요한 서비스

- 이상의 내용으로 볼 때 ‘건강관리서비스’는 기존의 ‘건강관리’, ‘보건관리’, ‘건강증진’ 등의 개념과 뚜렷이 구분되는, 질적으로 다른 개념이라고 보기 어렵다.

3.3. ‘건강측정’과 ‘건강위험도 평가’

- 법안의 제3조는 건강관리서비스와 관련하여 ‘수요자의 건강상태, 생활습관, 건강증진 욕구 및 여건과 환경 등을 종합적으로 고려’해야 한다는 점과 ‘정기적 건강측정을 토대로 하여 제공되어야 한다’는 원칙을 제시하고 있다.
- ‘건강측정’이란, 보건복지부 장관이 정해둔 기준에 따라 ‘각 측정 항목을 실시할 수 있는 시설·장비를 갖춘 의료기관’(제5조)에서 실시하는 ‘의료적 검사’(제2조 3항)를 의미한다. 법안 제2조 6호의 정의에 따라 의료기관에는 종합병원, 병원, 요양병원, 의원, 보건소만이 해당하며, 한의원, 한방병원, 치과의원, 치과병원은 해당되지 않는다. 이러한 규정은 [의료법]과 상충된다.
- 한편, 법률안에서 ‘건강측정’의 내용을 정의하지는 않았는데, 복지부는 이를 “비만, 혈압, 혈당, 고지혈증(중성지방·HDL 콜레스테롤), 흡연력 등 대사증후군 예방과 관련된 5~6개 내외의 검사 항목을 측정하는 것”이라고 설명하며 향후 전문가 의견수렴을 거쳐 항목을 정하겠다고 밝힌 바 있다.¹²⁾ ‘건강측정’은 사실상 일반적인 ‘건강검진’의 개념과 다를 바 없으며, 더구나 [국민건강증진법] 제20조는 이미 ‘건강검진’에 대한 규정을 두고 있다.

12) 보건복지부, 건강관리서비스법안 설명자료, 2010. 6.

- 그렇다면 왜 [건강관리서비스법]은 ‘건강검진’이 아닌 ‘건강측정’이라는 표현을 사용했을까? 이는 기존의 ‘건강검진’과 구분되는 새로운 개념을 만들어야 할 필요를 반영한 것으로 ‘건강위험도 평가’라는 개념과 연관지어 살펴볼 필요가 있다. [건강관리서비스법]에 의하면 ‘건강측정’은 ‘건강위험도 평가’를 위한 것이기 때문이다. ‘건강위험도 평가’는 건강측정 결과를 바탕으로 대상자들을 분류하는 방법을 지칭한다. 제2조의 4호는 ‘건강위험도 평가’를 “건강측정 결과 도출되는 개인의 건강에 관한 위험수준을 평가하여, 질환군·건강주의군·건강군 및 그 하위 분류군으로 분류하는 것을 말한다”고 정의했으며 각 분류군은 제6조에서 다음과 같이 정의했다.

제6조(건강위험도 평가 결과) ① 건강측정 실시에 따른 건강위험도 평가 결과는 다음과 같이 분류된다.

1. 질환군 : 건강측정 결과 의료기관을 통한 진료와 관리가 필요한 자
2. 건강주의군 : 건강측정 결과 생활습관 등을 개선하지 않을 경우 건강상태가 나빠지거나 질환군으로 이동할 가능성이 있어 건강에 대한 체계적인 관리가 필요한 자
3. 건강군 : 건강측정 결과 건강이 양호한 자

- 이렇게 ‘건강측정’이라는 장치를 만들고 이와 연계하여 ‘건강위험도 평가’를 수행하는 것은 기존의 다른 법률에서는 찾아볼 수 없는 내용이다. 이것의 뜻하는 바는 무엇일까?
- 우선, 이는 ‘건강관리’라는 개념을 인구집단에서 ‘개인’ 단위로 전환시키는 의미를 포함하고 있다. [보건의료기본법]에서는 ‘국민’, [국민건강증진법]과 [지역보건법]에서는 ‘지역사회 주민’이라는 인구집단을 대상으로 삼고 있지만, [건강관리서비스법]에서는 ‘개인’이 대상임을 분명히 하고 있다. 또한 ‘건강위험도 평가’를 통해 질환군·건강주의군·건강군으로 분류하여 서비스의 이용자와 이용절차를 세분화할 뿐 아니라 서비스 공급 방식과 절차도 구분하고 있다는 점도 특징적이다. 즉, ‘맞춤형 서비스’라는 미명 하에, [지역보건법]이나 [국민건강증진법] 등의 기존법률과 달리 건강관리 프로그램을 개인별 서비스로 전환하고 이를 상품화시키는 장치로 볼 수 있다.
- 또 한가지 주목해야 할 내용은 이 법안이 재원조달 방식에 대해서는 전혀 언급하지 않고 있다는 점이다. 관련 당국자가 밝힌 것처럼 본인 부담을 전제하고 있기 때문이다. 이에 대하여 ‘왜 건강보험 적용을 하지 않고 개인들이 스스로 부담해야 하는가’라는 질문에 앞서, 왜 ‘건강측정’이라는 필수적 진입 장치를 만들어 비용을 발생하게 만드는지, 이러한 방식의 ‘건강측정’이 건강증진을 위해 반드시 필요한 것인지 의문을 제기하지 않을 수 없다.

3.4. 건강관리서비스의 제공과 이용

- [건강관리서비스법]은 ‘이용자’가 아닌 ‘공급자’ 입장에서 법률이 구성되어 있다. 따라서 ‘건강관리서비스의 이용’에 관한 규정은 없으며, ‘건강관리서비스의 제공’이라는 시각에서만 규정이 되어 있다.
- 이 법률은 “건강관리서비스는 정기적 건강측정을 토대로 하여 제공되어야 한다” 라는 제3조 2항을 통해 ‘건강측정’을 반드시 거치도록 했으며 제 12조에서 이 내용을 더욱 구체적으로 규정하고 있다. 우선, 건강측정을 받지 않은 자에게 건강관리서비스를 제공할 수 없으며(제12조 1항), 건강측정 결과 ‘질환군’으로 판정된 경우 반드시 의사의 ‘건강관리의뢰서’(제11조)가 첨부되어야 건강관리서비스를 제공할 수 있다(제12조 2항, 4항). 한편 건강군과 건강주의군의 경우 건강관리서비스 제공에 제한이 없도록 했다(제12조 3항).
- 이처럼 ‘건강측정’을 반드시 거치고 그 결과에 따라 건강관리서비스의 이용과 제공 방식을 다르게 규정함으로써 ‘건강측정’은 건강관리서비스의 이용과 제공에서 가장 핵심적이며 필수적인 장치가 되었다. 또한 건강측정을 수행하고 특히 그 결과 질환군으로 판정된 자에 대해서는 의사의 ‘건강관리의뢰서’ 발급을 의무화함으로써 건강관리서비스 이용의 진입 과정에서 의료인에게 상당한 권한을 부여하고 있다.

제12조(건강관리서비스의 제공) ① 건강관리서비스기관은 건강관리서비스 제공을 위하여 반드시 이용자의 건강위험도 평가 결과를 확인하여야 하며, 이용자가 건강측정을 받지 아니하였거나 건강위험도 평가 결과를 제시할 수 없는 경우 건강관리서비스를 제공하여서는 아니된다.

② 제1항에도 불구하고 건강관리서비스기관은 건강관리서비스 이용자가 제11조에 따른 의뢰서를 제시하는 경우 그에 따라 건강관리서비스를 제공할 수 있으며, 필요시 건강관리서비스의 내용 및 실시방법에 관하여 의뢰서를 발급한 의료기관과 협의하여야 한다.

③ 건강관리서비스기관은 건강위험도 평가 결과 건강주의군 또는 건강군으로 분류된 이용자에게 대해서는 그 내용을 참조하여 개인별로 필요한 건강관리서비스를 제공할 수 있다.

④ 건강위험도 평가 결과 질환군으로 분류된 이용자에게 대해서 건강관리서비스기관은 제11조에 따른 의뢰서를 확인하고 그 내용에 따라 서비스를 제공하여야 하며, 의뢰서가 없는 경우 서비스를 제공하여서는 아니된다.

⑤ 건강관리서비스기관은 건강관리서비스 제공 도중 이용자의 건강상태가 저하되어 의료기관의 진료가 필요하다고 판단될 경우 이용자에게 그 사유를 알리고 의료기관 방문을 권장하여야 한다.

- 뿐만 아니라 건강관리서비스기관은 이용자가 정기적으로 ‘건강측정’을 받도록 ‘권장’해야 할 의무(제13조 1항)도 있다. 즉 서비스기관은 이용자에게 정기적으로 의사를 찾아가 건강측정을 받도록 권장해야 한다는 것이다.

- 한편, 건강관리서비스기관이 제공해서는 안 되는 서비스도 규정하고 있다(제7조 2항). 의료기관에 대한 정보 제공이나, 건강관리서비스 제공과 직접적인 관련이 없는 상품의 판매 등이 제시되어 있다.

제7조(건강관리서비스의 내용)
 ② 건강관리서비스기관은 다음 각호의 서비스를 제공하여서는 아니된다.
 1. 개별 의료기관의 서비스에 대한 구체적이고 직접적인 정보의 제공
 2. 자의적 평가 기준에 따라 의료기관의 등급을 매겨 이를 알리는 서비스
 3. 건강관리서비스의 제공과 직접적 관련이 없는 상품으로서 보건복지부령으로 정하는 상품의 판매 및 홍보
 4. 그밖에 생활습관 개선 및 건강위험요인 관리와 무관한 서비스로서 보건복지부령으로 정하는 서비스

- 여기에서 주목할 점은, 제7조의 1항이 건강관리서비스가 제공해야 할 내용들을 제시하면서 2항에서는 금지 서비스를 분명하게 규정하고 있는 바, 네거티브 리스트 방식¹³⁾으로 건강관리서비스기관의 범위를 최대한 인정하겠다는 것을 엿볼 수 있다.
- 또한 제7조의 3항에서는 “건강상태의 지속적 관리를 위한 각종 전자적 장비 및 정보통신 기술을 활용하여 제공될 수 있다”고 규정함으로써 의료장비를 비롯한 u-health와의 접목을 허용하는 근거를 마련하고 있다.

3.5. 건강관리서비스기관의 개설 및 서비스요원의 자격

- [건강관리서비스법]은 건강관리서비스를 제공하기 위해서는 ‘건강관리서비스기관’ 개설 허가를 받아야 한다고 규정하였다. 보건복지부장관이 정하는 시설, 장비 및 인력의 기준을 구비하여 시장·군수·구청장에게 개설허가를 받아야 하며(제9조), 기준에 맞지 않거나 허가가 취소 후 6개월 이내 다시 허가신청을 한 경우, 허가신청자가 파산선고를 받고 복권되지 않았거나 보건의료 관련 법률에 의해 기관 개설의 결격 사유에 해당하는 경우 허가를 내지 않을 수 있다(제10조). 또한 개설허가를 한 날로부터 3개월 이내에 정당한 사유 없이 업무를 시작하지 않았거나, 건강관리서비스 요원의 자격을 갖추지 않은 자가 서비스를 제공한 때에는 개설허가를 취소할 수 있도록 했다(제22조 1항). 이렇게 개설허가를 취소당하거나 폐쇄명령을 받은 자는 6개월 이내에 건강관리서비스기관을 개설·운영하지 못하게 했다(제22조 2항).

13) negative list 방식. 금지하는 서비스의 목록을 만들어 관리하는 방식을 말함. 반면 포지티브 리스트(positive list) 방식은 허용되는 서비스의 목록을 만들어 관리하는 방식임.

- 여기에서 주목할 점은 서비스 제공기관 개설신청자의 자격과 관련한 조항을 따로 두지 않았다는 것이다. 개인/법인, 비영리법인/영리법인, 의료기관/비의료기관 등을 구분하여 설립자의 자격을 제한하지 않은 것이다. 이대로라면 기존의 병원은 물론 의료인이 아닌 개인, 보험회사를 비롯한 영리목적의 기업들도 개설 신청이 가능하다. [의료법]의 경우, 의료서비스를 제공하기 위해서는 반드시 ‘의료기관’을 설립해야 하며, 그 개설은 해당 면허를 가진 의료인, 의료인이 아닌 경우에는 ‘비영리법인’으로 제한하고 있다(제33조).
- 한편, ‘서비스 제공요원’의 자격은 ‘의사, 한의사, 간호사, 영양사’ 이면서 ‘건강관리서비스 제공에 필요한 교육을 이수한 자’이거나, ‘그밖에 건강증진 및 질병예방 등에 관한 전문적 지식을 가진 자로서 대통령령으로 자격과 경력을 가진 자’로 두고 있다(제8조). 서비스 설립주체에 대해서는 제한을 두지 않는 대신 서비스 제공요원의 자격에 대해서는 규정을 둔 것이다. 하지만 여기에도 논란의 여지가 있다.
- 우선, 모든 의료인에게 자격이 부여되지는 않았다. 치과 의사가 제외되어 있으며, 의료법 상의 의료인은 아니지만 보건의료 서비스 제공에서 중요한 역할을 담당하는 약사도 제외되어 있다. 문제는 이에 대한 충분한 근거와 설명이 없다는데 있다. 이 때문에 논란의 여지가 남겨져 있다.
- 둘째, 의료인이라 해도 제공 자격은 ‘건강관리서비스에 필요한 교육을 이수한 자만’으로 제한되어 있다. 의사나 간호사이더라도 모든 자에게 자격을 부여한 것이 아니다. 이는 의료서비스와 함께 ‘건강관리’ 등 보건지도를 의료인의 업무로 규정한 [의료법]과 상충된다.
- 셋째, 현행법 상 의료인이 아닌 경우, 건강관리서비스요원의 자격을 부여할 인력의 범위에 대하여 명확한 기준을 만들기 어렵다는 문제점이 있다. 현재 법안에서는 비의료인으로 ‘영양사’ 만이 포함되어 있다. 물론, 제8조 1항의 3호와 2항에서 더욱 확대될 수 있는 여지를 두고 있으나 원칙이나 기준을 제시한 것은 아니기에, ‘건강관리서비스요원’의 자격을 둘러싼 논란은 앞으로 상당 기간 동안 지속될 전망이다. 이를테면 [국민건강증진법]에서 자격을 두고 있는 ‘보건교육사’(제12조의 2)와 아직은 민간 자격인 ‘운동처방사’ 등이 우선적으로 거론되고 있으며, ‘간호조무사’들도 자격을 요구하고 있다.

3.6. 건강관리서비스 관련 정보 관리

- 건강관리서비스기관은 이용자의 건강측정 결과, 의사의 의뢰서, 건강관리서비스 제공 내역 등에 대한 정보를 3년간 보존해야 하며(제13조 2항, 3항), 관련 업무 종사자는 업무상 알게

된 비밀을 ‘정당한 이유 없이’ 누설해서는 안 되고(제15조 1항), ‘이용자의 동의 없이’ 다른 용도로 사용하거나 유출할 수 없다(제15조 2항)고 규정하였다. 또한 이는 가공하거나 분석한 정보에도 적용되며(제15조 3항), 누출·변조·훼손해서도 안 된다(제15조 4항)고 정하였다.¹⁴⁾

- 한편, [건강관리서비스법]은 국민건강보험공단에게 ‘건강관리서비스 제도 및 이용과 관련한 정보를 제공하는 등 노력을 기울’이도록 하고 있다(제16조). 하지만 정보 요청자의 자격이나 기준에 대해서는 별도의 규정이 없으며, 대상 정보의 범위도 ‘제도 및 이용 관련한 정보 등’이라고 모호하게 정하고 있다.
- 또한 보건복지부장관이 건강관리서비스 제공의 관리·감독을 위해 필요한 경우 국민건강보험공단이나 건강보험심사평가원에게도 필요한 자료의 제출을 요청할 수 있도록(제18조 1항) 했다. 이 경우 정보 요청자를 분명히 밝히고 있지만, 대상이 되는 정보의 범위에 대해서는 언급하지 않았다.
- 이처럼 [건강관리서비스법]은 개인의 정보관리에 대해 엄격한 규정을 두고 있는 듯하지만, 국민건강보험공단이나 건강보험심사평가원이 보유한 전 국민의 의료정보에 대한 정보 요청자가 명시되지 않고, 대상 정보의 범위도 불분명하여 개인정보 보호에 취약할 가능성이 높다.

3.7. 국가 및 지방자치단체의 책무

- 건강관리서비스에 대한 국가 및 지방자치단체의 책무는 제4조에 정해져 있다. ‘국민기초생활수급자’와 ‘장애인’에게 필요한 건강관리서비스를 제공할 수 있도록(제4조 2항) 했으며, 이런 건강취약계층 및 저소득층의 서비스 이용을 지원하기 위해 바우처를 발급(제4조 3항)할 수 있도록 했다.

3.8. 건강관리서비스의 행정관리

- 보건복지부장관은 건강관리서비스기관에 대한 평가를 수행하고 그 결과를 공개할 수 있으며(제17조), 시장·군수·구청장은 기관의 종사자와 서비스요원을 대상으로 필요한 사항을

14) 법률대로라면 ‘의료기관’에서 ‘건강측정’을 받은 결과는 의료기관 뿐만 아니라 건강관리서비스기관에게 전달하여 보관된다. 만일 건강관리서비스기관은 ‘이용자의 동의’가 있다면 ‘건강측정 결과’를 ‘보험회사’나 영리를 목적으로 하는 기업에게 제공해도 문제가 되지 않는다.

보고하도록 명할 수 있다(제19조).

- 보건복지부장관과 시장·군수·구청장은 건강관리서비스기관에 대하여 시정명령(제20조)을 내리거나 개설허가를 취소(제22조)할 수 있다. 5천만 원 이하의 과징금을 3회까지 부과할 수 있고(제23조), 허가를 받지 않은 기관이나 건강관리서비스요원이 아닌 자가 서비스를 제공하는 경우, 5년 이하의 징역이나 2천만 원 이하의 벌금(제26조)을 부과할 수 있다. 단, 시정명령이나 개설허가 취소, 건강관리서비스 폐쇄 명령의 경우 청문을 실시하도록 규정했다(제25조).
- 건강관리서비스기관 또는 건강관리서비스요원은 거짓이나 과장된 내용의 광고를 하지 못하며(제21조), 이 조항을 어길 경우 1년 이하의 징역이나 500만원 이하의 벌금에 처하도록 했다.
- 또한 건강관리서비스기관에 대한 정보를 공개·게시하지 않거나 행정기관의 보고 명령을 이행하지 않는 경우, 혹은 방해하는 경우에는 과태료를 부과할 수 있다(제29조).
- 건강관리서비스기관이 합병할 경우 영업을 승계할 수 있도록(제24조) 했으며, 이 경우 행정제재 처분 효과 역시 승계(제27조)하도록 했다. 또한 ‘벌칙(제26조)’에 해당하는 경우 법인의 대표와 종업원에게 양벌을 할 수 있도록 규정하였다(제28조).

3.9. 소결

- 이상에서 살펴본 것처럼 [건강관리서비스법]은 ‘건강관리’라는 포괄적 개념을 개인 대상의 서비스로 협소화시키고, 국가와 지방자치단체의 의무를 소극적으로 규정하면서 시장 창출을 위해 서비스 제공을 중심으로 만들어진 법안이라 할 수 있다.
- 특히 건강관리서비스를 의료서비스로부터 분리시키고, ‘건강측정’을 필수적인 진입과정으로 규정했다는 점과 비용부담을 국가가 아닌 개인에게 전가했다는 점 등은 이후 논의하게 될 여러 가지 측면에서 문제의 소지가 있다.

4. [건강관리서비스법]에 대한 비판적 고찰

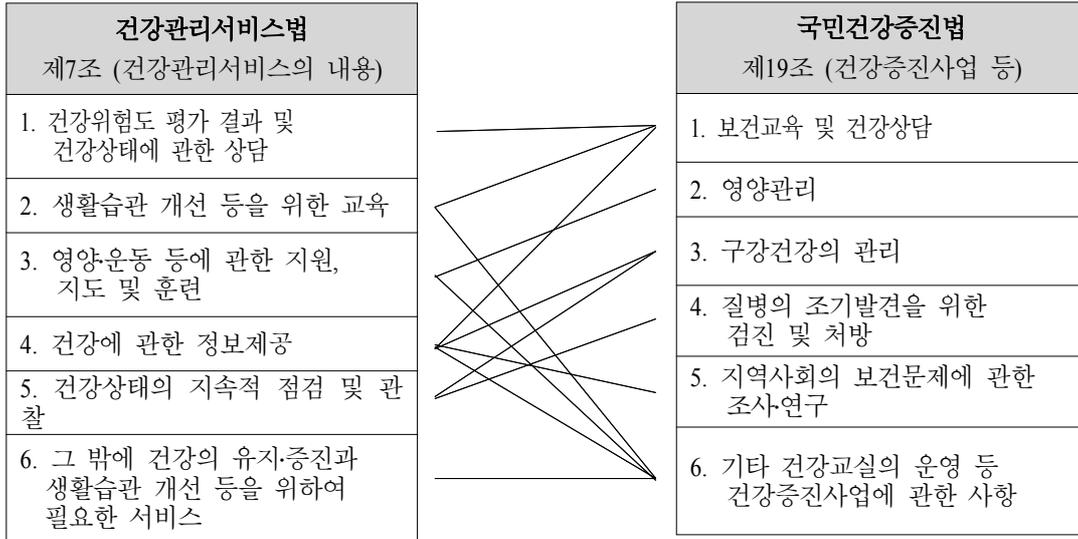
4.1. 법률적 측면

4.1.1. [건강관리서비스법]의 대상과 목적이 기존 법률과 중복

- 국민의 건강증진, 건강관리와 관련한 내용들은 [보건의료기본법], [의료법], [국민건강증진법], [지역보건법] 등 여러 법률에서 다루고 있다. 특히 [국민건강증진법]은 [건강관리서비스법]과 실제 차이를 구별하기 어려울 정도로 목적과 정의에서 중복되어 있다.

건강관리서비스법	국민건강증진법
<p>제1조(목적) 이 법은 국민의 건강증진과 질병예방을 위하여 위해한 생활습관을 개선하고 건강한 삶을 영위하는 데 필요한 건강관리서비스에 관한 제반 사항을 규정함을 목적으로 한다.</p> <p>제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “건강관리서비스”란 건강의 유지·증진과 질병의 사전예방·악화 방지 등을 목적으로 위해한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하는 상담·교육·훈련·실천 프로그램 작성 및 이와 관련하여 제공되는 부가적 서비스를 말한다. 	<p>제1조(목적) 이 법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다.</p> <p>제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. "국민건강증진사업"이라 함은 보건교육, 질병 예방, 영양개선 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다. 2. "보건교육"이라 함은 개인 또는 집단으로 하여금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육을 말한다. 3. "영양개선"이라 함은 개인 또는 집단이 균형된 식생활을 통하여 건강을 개선시키는 것을 말한다.

- 또한 두 법률에서 정하고 있는 서비스 내용을 비교해 보아도 표현과 분류상의 차이가 있을 뿐, 실질적인 내용에서는 거의 차이가 없다.



- 한편, [국민건강증진법]은 제2장을 ‘국민건강의 관리’로 두어 제6조부터 제21조까지 모두 19개의 조항을 통해 ‘국민건강관리’ 서비스 내용을 자세히 규정하고 있다.

[국민건강증진법] 제2장 국민건강의 관리	
제6조(건강생활의 지원등)	제13조(보건교육의 평가)
제7조(광고의 금지등)	제14조(보건교육의 개발등)
제8조(금연 및 절주운동등)	제15조(영양개선)
제9조(금연을 위한 조치)	제16조(국민영양조사등)
제10조(건강생활실천협의회)	제17조(구강건강사업의 계획수립 시행)
제11조(보건교육의 관장)	제18조(구강건강사업)
제12조(보건교육의 실시등)	제19조(건강증진사업등)
제12조의2(보건교육사자격증의 교부)	제20조(검진)
제12조의3(국가시험)	제21조(검진결과의 공개금지)
제12조의4(보건교육사의 채용)	

- 이처럼 [건강관리서비스법]과 [국민건강증진법]의 목적, 서비스 내용의 유사성에도 불구하고 차이를 찾는다면 [국민건강증진법]은 국가와 지방자치단체의 역할을 주로 규정하는 반면, [건강관리서비스법]은 민간차원의 서비스 제공을 중심으로 다룬다는 점이다. 그렇다면 [건강관리서비스법]이 별도 법안으로 제정될 필요가 있는지 의문을 갖지 않을 수 없다. 필요하다면 [국민건강증진법]에 서비스 제공 주체와 관련된 부분을 추가하는 방식의 부분 개정을 통해서도 얼마든지 목적하는 바를 달성할 수 있을 것이기 때문이다.

4.1.2. ‘의료서비스’와 ‘건강관리서비스’의 분리

- ‘의료서비스’와 ‘건강관리서비스’를 분리한 것은 [건강관리서비스법]의 중요한 특징이자 법률 전체에서 가장 핵심적인 전제라 할 수 있다. 이는 특히 ‘건강관리서비스요원’에 대한 규정(제8조)과 건강관리서비스기관의 개설(제9조) 조항의 중요한 근거가 된다.
- 이와 관련하여 타법의 규정들을 살펴볼 필요가 있다. 우선, 보건의료 관련 법률의 모법적 지위를 갖는 [보건의료기본법]은 ‘보건의료’라는 표현을 사용할 뿐, ‘의료서비스’와 구분된 ‘건강관리서비스’ 혹은 ‘보건서비스’라는 표현을 사용하지 않는다. 법 제3조는 ‘보건의료서비스’를 “국민의 건강을 보호·증진”하는 서비스로 묶어서 정의했고, 또 이를 위해 ‘보건의료인이 행하는 모든 활동’을 “보건의료서비스”로 규정하였다.

[보건의료기본법]

제3조(정의)

1. “보건의료”란 국민의 건강을 보호, 증진하기 위하여 국가, 지방자치단체, 보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다.
2. “보건의료서비스”란 국민의 건강을 보호, 증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다.

- [의료법]의 경우에도 ‘의료서비스’와 ‘건강관리서비스’를 구분하지 않았을 뿐 아니라 이 두 가지 서비스를 함께 행하는 것을 의료인의 의무로 규정하고 있다. 제2조와 제24조는 의료인에게 의료서비스 제공과 함께 ‘보건지도’ 내지는 ‘건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다’는 의무를 명시했다.

[의료법]

제2조(의료인)

② 의료인은 종별에 따라 다음 각호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산과 임부, 해산부, 산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 상병자나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료보조 및 대통령령으로 정하는 보건 활동을 임무로 한다.

제24조(요양방법 지도) 의료인은 환자나 환자의 보호자에게 요양방법이나 그밖에 건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다.

- 이와 같은 내용으로 볼 때 [건강관리서비스법] 제8조에서 의료인 중 의사와 한의사, 간호사에 대해 ‘건강관리서비스 제공에 필요한 교육을 이수한 자’에게만 건강관리서비스요원의 자격을 부여한 것은 논란의 여지가 있다. [의료법]에 의하면 이러한 활동은 의료인의 일반적인 의무사항이기 때문이다. 더구나 [의료법]에서 모든 의료기관은 ‘건강관리’와 관련한 서비스를 이미 제공하는 것으로 전제한다는 점에서 논란의 여지가 크다.

4.1.3. 국가 및 지방자치단체의 책무

- [보건의료기본법]은 국민의 건강관리를 위한 사업을 ‘평생국민건강관리사업’으로 표현하며 국가와 지방자치단체의 의무로 규정하고 있다(제31조 1항). 또한 ‘공공보건의료기관이 평생국민건강관리사업에서 중심 역할’을 하도록(제31조 2항) 하면서, 건강지도나 보건교육을 담당할 전문인력을 양성하고 건강관리정보체계를 구축하도록(제31조 3항) 하고 있다.

[보건의료기본법]

제31조(평생국민건강관리사업) ① 국가와 지방자치단체는 생애주기(生涯週期)별 건강상 특성과 주요 건강위험요인을 고려한 평생국민건강관리를 위한 사업을 시행하여야 한다.

② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관이 평생국민건강관리사업에서 중심 역할을 할 수 있도록 필요한 시책을 강구하여야 한다.

③ 국가와 지방자치단체는 평생국민건강관리사업을 원활하게 수행하기 위하여 건강지도·보건교육 등을 담당할 전문인력을 양성하고 건강관리정보체계를 구축하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

- 이러한 규정은 두 가지 면에서 중요하다. 하나는 국민의 건강관리라는 것이 국가와 지방자치단체가 공공보건의료기관을 중심으로 반드시 시행해야 할 사업이라고 규정한 점이며, 또 다른 하나는 이러한 사업이 단지 취약계층만이 아닌 전 국민을 대상으로 하는 적극적 의무임을 천명한 점이다.
- 따라서 취약계층만을 국가와 지방자치단체의 직접 책임으로 명시한 [건강관리서비스법]은 공공의 역할을 매우 소극적으로 축소시켰을 뿐 아니라, 기본적으로 민간 시장화를 지향하고 국가와 지방자치단체의 역할·책임을 최소화하려는 점에서 보건의료 모범이라 할 수 있는 [보건의료기본법]의 규정과 충돌한다고 볼 수 있다.

[건강관리서비스법] (변웅전 의원 발의안)

제4조(국가 및 지방자치단체의 책무 등) ① 국가 및 지방자치단체는 건강관리서비스를 통하여 국민의 건강증진과 질병예방이 효과적으로 이루어 질 수 있도록 필요한 사업을 실시하여야 한다.
 ② 국가 및 지방자치단체는 「국민기초생활보장법」 제5조에 따른 수급권자, 「장애인복지법」 제2조제1항에 따른 장애인에게 필요한 건강관리서비스를 제공할 수 있다.
 ③ 국가 및 지방자치단체는 건강취약계층 및 저소득층을 대상으로 건강관리서비스이용을 지원하는 바우처를 발급할 수 있다.
 ④ 국가 및 지방자치단체는 제2항 및 제3항에 따른 건강관리서비스를 제공하는 기관에게 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

- 한편, [국민건강증진법]은 보건복지부장관이 5년마다 ‘국민건강증진종합계획’(제4조)을 수립하고 매년 이 계획의 세부실행계획을 세우도록(제4조의 2) 하고 있으며, ‘국민건강증진심의위원회’를 두어 연도별 사업을 평가하도록 했다(제5조). 또한 지방자치단체의 수준에서도 ‘건강생활실천협의회’를 구성하여 운영하며(제10조), ‘국민건강증진사업에 필요한 요원 및 시설을 확보하고, 그 시설의 이용에 필요한 시책을 강구’(제19조)하도록 의무화하는 등 국가와 지방자치단체의 의무를 구체적이고 적극적으로 규정해 두고 있다. [건강관리서비스법]은 [보건의료기본법]과 마찬가지로 [국민건강증진법]과도 충돌하게 된다.

[국민건강증진법]

제3조(책임) ① 국가 및 지방자치단체는 건강에 관한 국민의 관심을 높이고 국민건강을 증진할 책임을 진다.
 제4조(국민건강증진종합계획의 수립) ① 보건복지부장관은 제5조의 규정에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 거쳐 국민건강증진종합계획(이하 "종합계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. 이 경우 미리 관계중앙행정기관의 장과 협의를 거쳐야 한다.
 제4조의2(실행계획의 수립 등) ① 보건복지부장관, 관계중앙행정기관의 장, 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)은 종합계획을 기초로 하여 소관 주요시책의 실행계획(이하 "실행계획"이라 한다)을 매년 수립·시행하여야 한다.
 ② 국가는 실행계획의 시행에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지방자치단체에 보조할 수 있다.
 제5조(국민건강증진정책심의위원회) ① 국민건강증진에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 국민건강증진정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
 제10조(건강생활실천협의회) ① 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 건강생활의 실천운동을 추진하기 위하여 지역사회의 주민·단체 또는 공공기관이 참여하는 건강생활실천협의회를 구성하여야 한다.
 ② 제1항의 규정에 의한 건강생활실천협의회의 조직 및 운영에 관하여 필요한 사항은 지방자치단체의 조례로 정한다.
 제19조(건강증진사업등) ① 국가 및 지방자치단체는 국민건강증진사업에 필요한 요원 및 시설을 확보하고, 그 시설의 이용에 필요한 시책을 강구하여야 한다.

- 결국 국민의 건강관리를 국가의 책임으로 볼 것인가, 아니면 상품화된 서비스 구매를 통한 개인의 책임으로 볼 것인가를 두고 [건강관리서비스법]은 기존 법률과 커다란 시각 차이를 보인다고 할 수 있다.

4.1.4. 건강관리에 대한 비용 부담은 누가? 국가 vs 국민

- [건강관리서비스법]은 비용부담에 대해 아무런 규정을 두지 않아 사실상 이용자가 전액 부담하는 방식으로 보인다. 다만, 저소득층을 비롯한 일부 취약계층에게 지방자치단체가 ‘바우처’를 제공할 수 있다(제4조 3항)는 점만 언급되어 있다.
- 복지부는 이와 관련하여 ‘건강관리서비스에 건강보험급여를 적용하는 것은 장기적으로 볼 때 바람직한 방향’이라고 인정하면서도 ‘건강관리서비스를 급여화하는 것은 현실적으로 어려움이 있’다며 ‘건강보험료 인상 등 재원확보 방안이 마련되어야 하기 때문’이라고 밝혔다.¹⁵⁾ 만일 복지부의 설명과 같이 원칙적으로 건강보험급여가 옳으나 현실적 문제가 있다고 한다면, 우선 법률에는 ‘건강보험 급여’를 적용하는 것을 명시하고 유예기간을 두는 방법도 있다. 그러나 [건강관리서비스법]안에서는 그렇게 하지 않았다.
- 만일 ‘건강관리서비스’를 국가와 지방자치단체가 전 국민을 대상으로 수행하는 의무적인 서비스로 본다면 건강보험 급여화가 가능하다. 이와 관련하여 [국민건강보험법]에서 ‘예방, 진단, 치료, 재활과 출산, 사망 및 건강증진’에 대하여 보험급여를 실시(제1조)하며, ‘예방과 재활’을 건강보험 급여서비스로 한다는 제39조의 규정이 근거가 될 수 있다.
- 그러나 ‘건강관리서비스’를 인구집단을 대상으로 하는 사업이 아닌 개인화된 서비스로 전환시켜 비용을 부담하게 한 방식에 대하여 국민건강보험으로 해야 하는가에 대한 근본적인 문제가 제기될 수 있다.
- [국민건강증진법]에서는 필요한 재정을 개인이 부담하도록 하는 방식이 아니라 ‘국민건강증진기금’을 만들어 활용하도록 하였다. ‘국민건강증진기금’을 설치하여 운영하도록 하면서(제22조), 담배소비세 등에 부과하여 재원을 마련(제23조)하고 보건복지부장관이 책임지고 관리·운영하도록(제24조) 규정하였다. 또한 국가 또는 지방자치단체에 대하여 예산의 범위 안에서 건강증진사업의 수행에 필요한 비용의 일부를 부담하거나 이를 수행하는 법인 또는 단체에 보조할 수 있다(제26조)고 덧붙였다.
- 또한 이와 같이 만들어진 재원에 대하여 [국민건강증진법]은 제25조에서 정한 건강관리 및

15) 보건복지부(2010), ‘건강관리서비스 Q & A’ 중에서

건강증진사업에 기금을 사용할 수 있도록 정해두었다.

[국민건강증진법]

제25조(기금의 사용등) ①기금은 다음 각호의 사업에 사용한다.

1. 금연교육 및 광고 등 흡연자를 위한 건강관리사업
 2. 건강생활의 지원사업
 3. 보건교육 및 그 자료의 개발
 4. 보건통계의 작성·보급과 보건의료관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업
 5. 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업
 6. 국민영양관리사업
 7. 구강건강관리사업
 8. 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업
 9. 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충
 10. 기금의 관리·운용에 필요한 경비
 11. 그 밖에 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업
- ②보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 아동·여성·노인·장애인 등에 대하여 특별히 배려·지원할 수 있다.
- ③보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 필요한 경우에는 보조금으로 교부할 수 있다.

- 즉, [국민건강증진법]은 전 국민에 대한 ‘건강관리’의 책임을 정부와 지방자치단체가 갖도록 하면서 별도의 국가 재원을 확보하여 사업기금으로 활용하게 하는 등 비용부담에 대한 책임을 국가에 두고 있다. 반면, [건강관리서비스법]은 서비스 이용의 책임을 국민에게 전가하며 이에 따르는 비용부담 역시 국민이 전액 부담하는 방식을 취하고 있다는 점에서 큰 차이를 보이고 있다.

4.1.5. 소결

- [건강관리서비스법]은 [국민건강증진법]에서 다루고 있는 서비스 대상과 목적에 상당한 수준에서 중첩되어 있다. 이런 점에서 별도의 독립 제정안으로 추진될 필요에 대한 근거가 충분하지 않다. 오히려 기존 법률과 비교해 볼 때 ‘건강관리’의 개념과 이와 관련한 의료인의 의무 등에서 혼란을 확산시킬 우려가 있다.
- 기존 법률과 비교해 보면 건강관리에 대한 국가의 의무와 책임을 어디까지로 보아야 하는가에 대한 문제가 제기된다. 이는 재정부담과 서비스 제공 주체에 대한 논의로 이어진다는 점에서 중요한 문제라고 할 수 있다. 그러나 이 법안을 준비한 보건복지부는 이와 관련한

논의가 충분했다고 보기 어렵다.

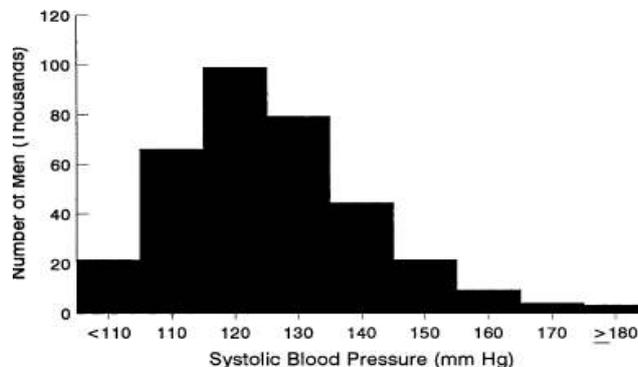
- 결국 [건강관리서비스법]은 [보건의료기본법], [의료법], [국민건강증진법], [지역보건법] 등 기존법률들과 충돌을 일으키고 있다.

4.2. 보건학적 측면

이 법안을 좀 더 근본적인 측면, 즉 전제(前提)의 타당성 측면에서 검토해보자면 다음과 같은 문제점들을 지적할 수 있다. 첫째, 건강/건강주의/환자군의 구분과 그에 따른 의료서비스/건강관리서비스의 구분과 분리가 적절한 것이냐 하는 것과, 둘째, 개인 행태 중심의 건강증진 접근법이 과연 효과적이냐 하는 것, 셋째, 건강권 보장이라는 국가의 책임성에 비추어 이것이 과연 바람직한 것이냐 하는 것이다.

4.2.1. 건강/건강주의/환자군의 구분과 의료/건강관리 서비스의 구분

- 많은 사람들이 고위험군과 정상군, 환자와 정상인의 이분법적 구분에 익숙해져있는 것은 사실이지만, 실제로 질병위험은 예/아니오의 이분형 변수로 존재하지는 않는다. 아래의 그림은 수축기 혈압의 분포를 나타낸 것인데, 고위험군과 정상군을 구분할 수 있는 경계선은 결코 존재하지 않는다. 그러한 구분은 질병관리라는 현실적 필요에서 비롯된 임의적 기준일 뿐, 절대적인 기준이 될 수는 없다. 또한 특정 요인과 관련된 초과 위험에 대한 평가는 맥락에 따라 달라지며 개인의 다른 특징들과의 관계 속에서 종합적으로 판단되어야 한다.

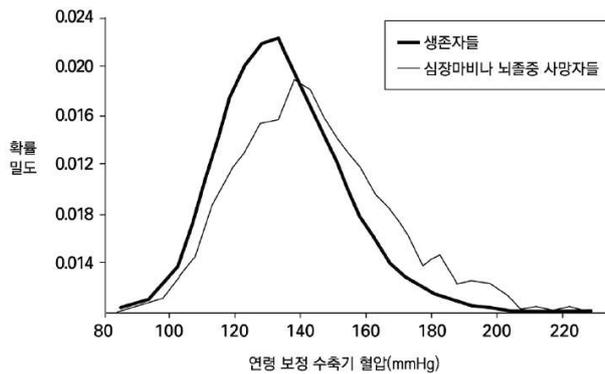


© Elsevier Ltd. Gordis: Epidemiology 3E www.studentconsult.com

<그림> 수축기 혈압의 인구집단 분포

- 이를테면 똑같이 혈압이 높더라도 고지혈증이나 비만을 동반한 경우와 그렇지 않은 경우, 다른 접근법이 필요할 수 있다. 이러한 위험 평가의 궁극적 목적은 특정 검사 결과나 위험 수준에 따라 개인들을 범주화하는 것이 아니라, 예방적 조치에 의해 도움을 받을 수 있는 사람, 그리고 가장 많은 도움을 필요로 하는 사람들을 가려내는 것이다 (Rose 1992).
- 이렇게 위험요인들이 연속적 분포 상에 존재하고 또 다른 요인들과 함께 복합적 효과를 발휘하기 때문에 개별 요인들이 개인의 미래를 예측하는 능력은 그리 충분치 못한 것이 보통이다. 이를테면 아래 그림에서 나타나듯 18년 추적 조사 끝에 심혈관 질환으로 사망한 사람들과 그렇지 않은 이들의 초기 혈압을 살펴보면 평균의 차이는 있지만 분포 곡선의 대부분이 겹쳐 있는 것을 확인할 수 있다 (Rose 1992).

<그림 4-3> 18년의 추적 조사 기간에 심장발작이나 뇌졸중으로 사망한 중년 남성들의 수축기 혈압 분포와 생존자들의 수축기 혈압 분포



<그림> 수축기 혈압 분포와 사망 추적 결과 (Rose 1992)

- 질병 예방과 관련하여 흔히 1차 (건강한 사람 대상으로 질병 발생 예방), 2차 (무증상 질환자의 조기 발견과 조기치료), 3차 예방(질환자의 치료를 통해 합병증 최소화)을 구분하고, ‘건강증진’=1차 예방=건강생활습관 실천이라고 생각하는 경향이 있지만 이견 건강증진에 대한 명백한 오해라 할 수 있다. 건강증진이란 ‘사람들로 하여금 그들의 건강에 대한 통제권을 높이고 건강 수준을 높일 수 있도록 만드는 과정’으로서, 건강을 보호하거나 증진시킬 수 있는 ‘역량강화(empowerment)’가 핵심 개념이다. 즉 ‘특정 질환에 걸릴 위험이 있는 사람들(population at risk)을 초점으로 하기보다는 일상생활의 맥락에서 인구집단 전체를 포괄하고, 건강의 결정요인이나 원인에 중점을 두’는 활동을 총칭한다고 할 수 있다 (WHO 1986).

- 이러한 배경 지식에 근거할 때, ‘영양운동 상담과 모니터링 등 건강증진을 통한 예방이 주목적으로, 치료영역으로 보기는 어렵습니다’라는 법안의 설명은 어불성설이 아닐 수 없다. 이러한 (개인 단위) 서비스들이 임상진료와 통합 서비스로 제공되어야 함은 너무도 당연하다. 물론 이것이 의사들의 독점적인 서비스 제공 권리를 보장해야 한다는 것을 뜻하는 것은 아니다. ‘예방의 의료화’ 경향을 경계해야 하는 것은 분명하지만, 건강관리서비스 영역을 임의로 분리하여 별도의 서비스로 만드는 것은 현실적이지도, 바람직하지도 않은 행위라 할 수 있다. 선별검사 정책은 모든 이에게 장기적인 돌봄의 연속성을 보장할 수 있는 보건의료 체계를 전제로 하며, 전체 인구집단을 포괄하는 일차보건의료 체계를 갖추지 않은 나라들에서 효과적인 예방 진료를 저해하는 주요 방해물이라는 것이 잘 알려져 있다 (Rose 1992). 따라서 한국 사회에서 시급한 것은 난립한 건강검진 체계의 재정비와 더불어 교과서가 제시하는 1~3차 예방을 포괄적으로 제공할 수 있는 일차보건의료를 만드는 것이라 할 수 있다.
- 실제로 보건산업진흥원의 건강관리서비스 수요조사 결과를 살펴보면, 응답자의 상당수가 다양한 관련 서비스를 이용하는 것으로 나타났는데, 이는 만성질환 관리를 포함하는 보건의료 서비스의 연장선이라 할 수 있었다. 그리고 가장 신뢰하는 건강관리서비스 제공기관으로 대부분 (83.1%) 병의원을 지목했다는 사실 또한 유념할 필요가 있다 (보건산업진흥원 2008)

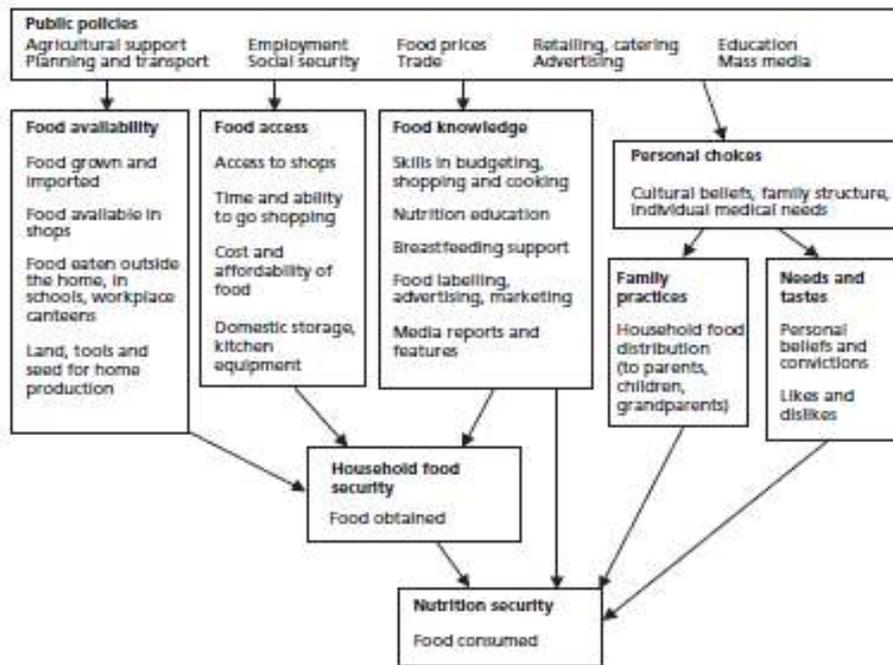
4.2.2. 개인 행태 중심 접근법의 적절성과 형평성 문제

- 보건교육이나 상담에 의한 개인의 행태 교정 효과가 그리 크지 않다는 것은 널리 알려져 있다. 이를테면 세계보건기구 유럽 지역의 ‘심장 질환 예방 공동 시험’에서 4년이라는 연구 기간 동안 참가자들은 연구진과의 지속적인 상담과 접촉을 통해 식이, 흡연, 운동 습관 등에서 괄목할 만한 개선을 이루었지만 연구기간이 종료되면서 그러한 지지가 중단되자 대부분 예전의 습관으로 돌아가고 말았다. 이는 생활양식 변화나 투약처럼 개인의 지속적인 노력이 필요한 예방 정책이 얼마나 어려운 것인지를 잘 보여준다 (Rose 1992). 건강 행동은 사회적 맥락 속에서 결정되며, 지식과 실천 사이에는 상당한 간극이 존재한다. 흡연자들이 금연하지 않는 이유가 담배의 해악을 몰라서는 아니며, 운동을 하지 않는 이유가 운동이 몸에 좋은 걸 몰라서인 것은 아니다. 금연을 어렵게 만드는 환경, 운동이라고는 할 수 없는 장시간 노동을 그대로 놔둔 채 상담과 교육을 통해 개인의 결단만을 강조하는 것

은 효과적인 접근법이 될 수 없다.

- 대부분의 건강 행태가 사회적으로 유형화되며, 사회경제적으로 불리한 집단일수록 부적절한 건강행태를 보인다는 점은 다수의 국내외 연구들이 공통적으로 지적하고 있다. 이는 낮은 사회계층일수록 건강지식이 부족하다거나 생활방식이 부주의하기 때문이라기보다 사회적으로 유형화되는 기회구조에서 그 이유를 찾아야 한다. 이를테면 다음의 그림에서 보여주듯, 개인들이 식품을 선택할 때에는 관련 지식이나 선호뿐 아니라 지역사회에서의 식품 가용성, 지리적 혹은 경제적 접근성 등의 영향을 받고, 이는 다시 광고나 미디어의 효과는 물론이거니와 농업, 교육, 복지, 산업과 무역 정책 등 광범위한 사회적/정책적 요인에 의해 영향을 받는다. 이러한 사회적 조건, 자원의 불평등한 분포에 대한 고려 없이 교육이나 상담으로 개인들의 질병 예방을 도모하겠다는 것은 합리적인 판단이라고 보기 어렵다. 정부는 저소득층에 대한 지원으로 6개월짜리 바우처 제공을 계획하고 있는데, 사회적 조건의 변화 없이 6개월 단기 프로그램으로 과연 건강 행동의 변화를 가져올 수 있을지 의문이다.

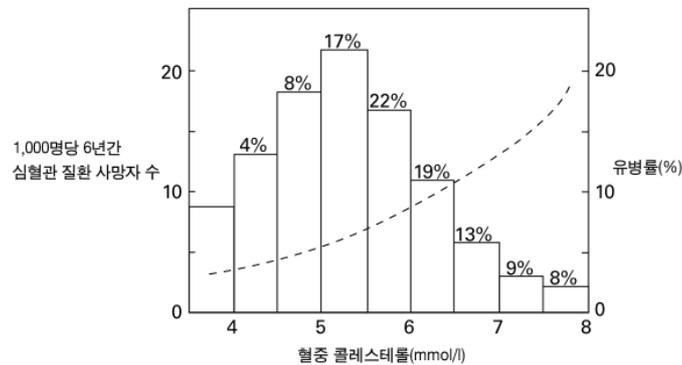
Fig. 3.5. Influences on food choices



<그림> 식품 선택의 영향 요인 (WHO 2004)

- 또한 고위험군을 선별하여 표적으로 삼는 방식의 제한성은 일찍이 밝혀진 바 있다. 이는 ‘작은 위험에 폭로된 많은 사람들이 고위험에 폭로된 소수의 사람들에 비해 훨씬 많은 사례를 만들어낸다’는 표현으로 요약될 수 있으며, 역학적 측면에서 비교위험도가 아닌 지역

사회 기여위험도 개념으로 이해할 수 있다. 아래의 그림은 혈중 콜레스테롤 농도 분포와 각 수준에서의 심혈관질환 사망자 분포를 나타낸다. 점선으로 나타낸 곡선이 보여주듯, 콜레스테롤 수준이 높아질수록 심혈관질환으로 사망할 가능성은 급격히 높아진다. 하지만 (다행스럽게도) 콜레스테롤이 아주 높은 사람들은 그리 많지 않다. 그러다보니 전체 심혈관질환으로 인한 사망자 중에서 고지혈증인 사람이 차지하는 비율은 그리 높지 않다. 오히려 콜레스테롤이 평균 혹은 그보다 약간 높은 군에서 심혈관질환의 발생 규모가 훨씬 큰 것을 확인할 수 있다. 비교위험도는 낮지만 절대 규모가 크기 때문이다 (Rose 1992).



<그림> 혈중 콜레스테롤 수준과 사망자 분포 (Rose 1992)

- 한 실증적 연구에 따르면 (Emberson et al. 2004), 전세계적으로 널리 활용되고 있는 프레임험 심혈관 위험예측 지수가 30% 이상인 고위험군을 대상으로 열심히 약물 예방치료까지 시행했을 때 심혈관질환 발생 규모가 11% 감소하는데 비해, 인구집단의 평균 혈압과 콜레스테롤을 평균 5% (혈압 7mmHg, 콜레스테롤 5.4mg/dL)만 하향 이동시키면 심혈관질환 발생 규모를 26%나 줄일 수 있는 것으로 추정되었다. 이는 고위험 접근법에 비해 인구집단 접근법이 갖는 예방의 잠재력을 잘 드러낸다.

4.2.3. 건강권 보장을 위한 국가의 책임성과 보건의료의 공공성

- 건강권 보장이라 함은 개인이 성취가능한 최고의 건강수준을 누릴 수 있는 기회를 비차별적으로 보장하는 것이다. 하지만 이러한 기회를 시장에 맡긴다는 것은 질병과 건강문제의 발생, 그것의 변화 책임을 모두 개인에게 전가한다는 것이며, 이는 국가와 공공의 책임을 방기한 일종의 ‘위험의 사유화 (privatization of risk)’ (Rockhill 2001) 전략이라 할 수 있다. 현재의 상업성에도 불구하고 보건의료 서비스가 공공재라는 인식만큼은 많은 사람들이

공유하고 있다. 하지만 건강관리 영역을 분리하여 시장에 맡겨 버리는 것은 전반적인 보건 의료 서비스 부문에서 공공성의 후퇴를 가져올 수밖에 없다. 이미 [보건의료기본법]과 [국민건강증진법]에 의해 ‘평생국민건강관리’나 ‘건강관리’ 서비스가 정부와 지방자치단체의 의무로 규정되어 있음에도 불구하고 이를 민간 시장으로 이관한다는 것은 사업의 효과성을 떠나 국가의 책임성과 공공성이라는 원칙을 위배하는 것이라 할 수 있다.

- 지금까지 지방자치단체는 ‘건강도시’ 등 건강관리사업과 관련한 사업에 관심을 보였지만, 이러한 서비스가 시장화되고 공공 프로그램은 저소득층에게만 한정되는 경우 전반적인 지원과 관심이 저하될 것은 물론 보건소 등 공공 기관의 서비스 제공 역량 자체가 퇴화될 가능성이 매우 높다. 이미 일부 보건소에서는 민간기관에 관련 프로그램을 위탁하는 방식을 채택하고 있다. 이러한 상황은 공공서비스의 질 저하, 그에 따른 시민들의 지지 감소, 재정/인력의 감축, 그로 인한 서비스의 질 저하라는 악순환으로 이어질 가능성이 높다. 이렇게 공공 프로그램이 축소되는 상황에서 민간 시장도 발달하기 어려운 취약 지역의 경우, 새로운 사각지대가 형성되고 지역적 격차가 심화될 가능성도 배제하기 어렵다.
- 또한 국민건강보험의 경우 ‘예방’과 ‘건강관리’는 제외된 반쪽짜리 ‘질병’ 보험으로 전락하게 될 가능성이 높아진다. 건강관리 서비스가 ‘건강보험 비급여서비스’의 창구로 활용되고, 건강보험 보장성 확대의 걸림돌로 작용할 수 있으며, 이는 국민건강보험에 대한 국민들의 지지 축소로 이어질 수 있다. 더구나 민간보험에서 급여를 실시한다면 불만은 훨씬 심화될 것이며, 이는 국민건강보험의 약화로 연결될 수 있음을 고려해야 한다.

4.2.4. 소결

- 요약하자면, 건강관리 서비스법안의 ‘보건학적’ 문제점은 첫째, 건강결정요인의 폭넓은 스펙트럼을 개인의 생활습관 문제로 협소화시켰다는 점, 둘째, 그러한 행태에 영향을 미치는 사회적 조건을 도외시한 채 건강의 개인의 책임성을 강조한다는 점, 셋째, 임의적 구분을 통해 서비스를 분절화시키고 보건의료 체계의 혼란과 건강자원의 낭비를 초래한다는 점을 들 수 있다.
- 하지만 무엇보다 중요한 문제점은, 건강 기회가 구매력에 따라 보장되는 ‘상품’이 아니라, 누구에게나 보장되어야 하는 기본권이라는 사실을 부정했다는 데 있다. 건강 행동의 책임은 개인에게 있겠지만, 개인들이 그러한 선택을 할 수 있는 기회를 만들고 환경을 조성하는 책임은 분명히 국가에 있다.

4.3. 산업적 측면

4.3.1. 정부 주장의 핵심 16)

- ① 자연발생적으로 생성된 건강관리 서비스 산업의 바람직한 관리와 육성 필요
 - 소규모 사업에서 생보사, 제약회사 등 대기업들의 시장 진출. 하지만 이제 시장한계 상황이라 돌파구가 필요
 - 규제 미비로 소비자 피해 및 국민건강 위해 발생 우려 → 적절한 규제 필요
- ② ‘미래 국가 신성장 동력사업’의 잠재력 극대화 - 일자리 3만 8천개 창출, 2조원 추가 시장
 - 기존 보건의료 영역과는 별개의 건강관리서비스 산업 영역 존재
 - 여타의 고령친화 사업과 함께 성장 예상

4.3.2. ‘한계상황’을 돌파할 수 있을 ‘유효수요’를 창출하려면?

- 보건산업진흥원의 2008년 건강관리서비스 수요조사에 따르면, 월 10만원을 시장에서의 적정 비용으로 가정하는 경우, 실제 이용자는 전체 이용자의 6.6%에 불과했다. 하지만 만일 본인 부담금이 4만원으로 낮아진다면 이용자 규모는 27%에서 90% 이상으로 증가할 것으로 예상되었다. 이는 서비스 가격을 인하하거나 본인부담 수준을 낮추지 않고서는 본격적인 시장 창출이 어렵다는 것을 보여준다. 실제로 삼성경제연구소의 u-Health 관련 보고서에서도 만일 이러한 건강관리서비스 이용 비용을 개인이 모두 부담한다면 시장이 활성화되기 어려울 것이며 국민건강보험에서 적극 흡수해야 한다고 제안한 바 있다.
- 이 때 서비스의 가격을 낮추는 방안은 정부가 판단한 ‘적정’ 서비스 수준을 보장하기 어렵기 때문에 채택하기 어려울 것으로 보인다. 저소득층을 위한 바우처 프로그램을 월 6만 3천원과 본인 부담 7천원으로 책정한 것은 최소 월 7만원 이상의 비용을 가정하고 있음을 보여준다. 따라서 본인 부담을 획기적으로 낮추고 단기간 내에 획기적으로 수요를 증가시키는 방법으로 개인 수준에서 ① 건강보험이나 ② 민간보험 급여, 혹은 집합적 차원에서 ③ 기업복지 프로그램 확대 혹은 ④ 지자체 단위의 공공 프로그램 도입을 고려할 수 있을 것이다.
- 이 중 ① 안은 건강보험 재정 부담을 이유로 분명한 거부의를 밝힌 상황이다.¹⁷⁾ ③ 안의 경우 대기업들은 기업복지의 일환으로 다양한 프로그램들을 이미 제공하고 있고 중소기업들은 정부 지원을 통한 건강증진 프로그램들을 시행하고 있으며, 영세사업장들은 개별 사

16) 건강관리서비스 산업 실태 조사 및 육성방안 개발 연구. 보건산업진흥원 2008.12

17) 보건복지부 건강정책국장 인터뷰. 의협신문 2010.07.19

업장 단위 프로그램을 제공하는 것이 불가능한 실정이다. 따라서 현재로서 가능한 대안은 ② 민간보험에서 급여를 시행하거나, ④ 공적 재원에 의한 공공 프로그램을 운영하되 시장을 형성할 수 있도록 서비스를 직접 제공하지 않고 민간 시장에서 ‘구매’하거나 ‘위탁’하는 방식이다.

- 이 때 ④ 안은 명백하게 공공서비스의 사유화 (privatization)라 할 수 있다. 이미 존재하는 다양한 공공 프로그램들에 비해 민간 위탁이 질적 우수성과 효율성을 보장한다는 구체적인 근거가 제시되지 않는다면 국가의 책임 회피와 공공재원의 낭비적 지출이라는 측면에서 정당화되기 어려울 것이다.
- ②안의 경우처럼 민간보험 상품으로 운영되는 경우, 이론적으로 보험사는 평소의 건강관리 서비스를 통해 질병 치료와 관련된 의료비를 절감하고 이를 통해 수익을 증대시키는 모델을 가정할 수 있다. 하지만 안정적이고 장기적인 가입자 유지를 보장할 수 없는 시장에서, 건강측정과 건강관리서비스는 고위험군 배제 전략 (cream skimming)으로 기능하게 될 가능성이 높다. 더구나 현재의 건강관리 서비스 업체들은 법안이 전제하고 있는 것과 달리 건강주의군은 물론 질환자의 생활 관리와 보건의료 기관 연계까지 맡고 있으며, 이를 위해 각급 병원들과 네트워크 관계까지 이미 형성하고 있는 실정이다. 이는 미국식 관리의료 (managed care)의 맹아적 형태로 볼 수밖에 없다. 이 경우 영리성 강화와 시장의 무정부성으로 인해, 예방활동을 통한 의료비 절감보다는 낭비적 지출에 의한 의료비 폭등이라는 미국의 전철을 밟게 될 가능성이 높아질 것으로 예상된다.

4.3.3. 건강관리서비스 제도는 ‘보건’보다 ‘산업’ 정책

- 제조업의 고용창출 효과가 정체를 거듭하면서 서비스 산업에서 신성장 동력을 찾겠다는 것은 참여정부 이래 일관된 경향이라 할 수 있다. 서비스 산업의 대표적 분야인 의료·교육·금융 분야 중에서 동북아 금융허브 전략은 일찌감치 좌초했고, 교육 분야는 ‘시장’ 창출을 논의하는 게 무의미할 만큼 사교육 시장의 과잉 팽창이 문제로 지적되고 있는 상황에서 자연스럽게 관심은 의료 분야로 집중되었다. 처음에는 생명공학기술(BT)과의 결합을 통한 의료산업의 성장가능성에 환호했지만 소위 황우석 사건이 터지면서 이와 관련된 논의는 급속하게 축소되었다. 그 다음에는 국내 부유층의 해외의료 이용으로 인한 국부유출이 상당하다는 그릇된 논거를 기반으로 국내 보건의료 기관의 고급화, 선진화를 통해 의료 관광을 발전시키자는 주장이 힘을 얻기 시작했다. 하지만 기대만큼의 성과를 달성하고 있

는지 아직 불분명하다.

- 이러한 맥락 속에서 다음 차례 성장 동력으로 부각되고 있는 것이 바로 정보통신기술(IT)과의 결합을 통한 u-Health 전략이라 할 수 있다. 어쩌면 건강관리서비스 제도는 ‘보건’보다 u-Health의 서비스 모델로써 산업적 측면의 고려가 본질이라고 할 수 있을 것이다. 이를테면 정부가 건강관리서비스의 기대효과로 언급한 고용증대와 시장창출 효과 추정은 실제로 u-Health 산업 발전에 대한 추정치에 근거하고 있다. u-Health 3대 영역 - u-Medical, u-Silver, u-Wellness -의 2014년 시점 전체 시장 규모는 3조원으로 추정되었으며, 그 중 건강관리 서비스에 해당하는 u-Wellness의 경우 시장 규모 2조원, 생산유발효과 3조 3천억, 부가가치 유발효과 1조 7천억, 고용 유발효과 2만 5천명, 취업유발효과 3만 1천명으로 추정된 바 있고¹⁸⁾, 이는 건강관리서비스의 기대효과 추정에 그대로 적용되었다.
- 또한 올해 10월 시작되는 스마트케어 시범사업¹⁹⁾의 주체가 보건복지부가 아닌 지식경제부라는 점도 눈여겨볼 필요가 있다. 향후 진행될 ‘스마트 u-라이프케어 서비스’ 시범사업의 기대효과로 언급되는 부분도 역시 ‘보건’보다 산업 육성과 일자리 창출에 맞춰져 있다 (① 세계일류상품의 가능성이 있는 IT 융복합 Wellness 기기 산업 육성, ② 스포츠산업 및 측정기기, 운동서비스 산업 활성화, ③ 만성질환 예방 및 의료비 절감, ④ u-Wellness 서비스 산업 육성을 통한 일자리 창출)
- 이러한 u-Wellness 산업의 u-건강관리, u-라이프케어 모델은 단기적 투자우선순위 높은 영역으로 분석되었고, 이를 위해 ‘건강서비스’의 범위를 규정하고 법적 기반을 구축하는 것이 선결과제로 제기된 바 있다. 이 때 u-건강관리서비스의 주요 시장/고객은 초·중·고등학교와 피트니스 클럽, 민간/공공 보건의료 기관이며 수익모델은 서비스/솔루션 판매와 유지보수로 2014년 393억 원 매출을 예상하고 있다. 한편 u-라이프케어의 주요 시장/고객은 일반 가정과 피트니스클럽/동호회들이며 수익모델은 역시 서비스/솔루션 판매와 유지보수로 5,378억 원 매출을 예상하고 있다.²⁰⁾ 이렇게 산업적 측면을 강조하다보니, 건강관리서비스의 보건학적 효과에 대해서는 중요하게 다루어지지 않고 있다. 실제로 u-Wellness 산업의 경우, 단기 편익이 크지 않다는 이유로 사회적 편익의 추계 분석에서도 제외되었다.
- 종합하자면, 건강관리서비스 제도는 시민들의 건강에 대한 일차적 관심보다는 관련 장비의 판매와 유지보수를 통한 경제성장과 고용창출이 주요 동기라 할 수 있다. 프로그램의 건강

18) U-Health 신산업 창출을 위한 사업화 전략 연구. 보건산업진흥원, 2010

19) 만성질환자 1만 명을 대상으로 3년동안 진행 예정. 정부출연금 75억 소요. 건강관리서비스에 해당하는 라이프케어 시범서비스는 2011-13년에 2천명을 대상으로 시행될 예정이며 정부출연금 규모는 120억원

20) U-Health 신산업 창출을 위한 사업화 전략 연구. 보건산업진흥원, 2010

효과성이 분명하지 않은 상황에서, 이러한 지출이 국내총생산의 일시적 상승에는 도움이 될 수 있을지 몰라도, 시민의 건강수준 향상에는 기여를 하지 못한 채 국민의료비의 낭비적 지출로 귀결될 가능성을 배제하기 어렵다. 더구나 최근의 고용없는 성장, 대기업과 중소기업의 양극화 경향을 보건데, 관련 장비의 제조/판매를 통한 수익이 일부 대기업을 넘어서 국민경제에 고른 도움이 될지 또한 미지수라 할 수 있다.

4.3.4. 국민의료비 절감 효과

- 정부는 건강관리서비스를 통해 질병을 예방함으로써 국민의료비를 절감할 수 있다는 명분을 내세우지만 그 효과성에 대한 근거자료를 제시하고 있지는 않다. 흡연, 음주, 비만 등 대표적인 건강행태들이 질병부담에 기여하는 정도를 근거삼아 간접적으로 영향을 추정할 결과만이 있을 뿐이다. 하지만 이는 행동 수정 프로그램의 충분한 효과성을 전제하는 것으로서, 개인 중심, 단기적인 행동 수정프로그램이 효과를 거두기 어렵다는 그동안의 보건학적 증거들에 부합하지 않는다 (4.2.절 참조). 보건산업 진흥원의 u-Health 사회적 편익 분석에서조차 단기적 편익이 적다는 이유로 u-Wellness가 분석에서 제외되었음을 기억할 필요가 있다.
- 오히려 우리는 미국의 경험에서 국민의료비 절감효과에 대한 단서를 찾을 수 있다. 보건산업진흥원의 보고서는 미국의 상황을 건강관리서비스 산업의 성공 사례로 들고 있는데 이는 여러 측면에서 상식적이지 않다. 우선 의료서비스와 건강관리서비스의 엄격한 분리를 전제하는 정부안과 달리, 미국은 관리의료체계 속에서 이들 서비스가 통합되어 존재하는 경향을 보이고 있다. 또한 무엇보다 다수의 보험자가 최대의 효율성을 두고 경쟁할 것이라는 가정에도 불구하고, 미국 보건의료체계의 낮은 효율성과 낭비적 지출, 그로 인한 사회적 비용에 대해서는 별도의 언급이 필요없을 정도다. 2006년 현재 미국의 국민의료비 계정은 총 2조 710억 달러로 OECD 나머지 28개국 총합 약 2조 달러를 넘어서며, 1인당 의료비 지출 6,900달러로 OECD 평균 2,777불의 두 배를 훨씬 넘는다. 국내 총생산에서 차지하는 비중도 OECD 평균이 8.7%인데 15.8%나 된다. 이를 두고 보건의료 서비스 산업의 기여효과가 커서 바람직하다고 평하는 이는 아무도 없다. 더구나 미국인의 기대여명은 78.1세로 OECD 국가 중 이보다 낮은 나라는 체코, 폴란드, 멕시코, 슬로바키아, 헝가리, 터키밖에 없다는 사실은 높은 보건의료 지출과 국민건강 수준 사이에 아무런 관련이 없다는 것을 다시 한 번 보여준다.²¹⁾

4.3.5. 소결

- 현재의 법안은 학술적으로나 실천적으로나 분리 불가능한 과정을 분리하고, 복잡한 체계 속에서 개인들이 이 모든 과정을 스스로 감당할 것을 강요하고 있다. 근거가 불충분할 뿐 아니라 사후 조치 체계가 전무한 각종 건강검진 서비스의 범람, 전문과 중심의 중복되고 비효율적인 진료체계에 덧붙여 이제 건강관리서비스까지 별도의 전문분야로 추가된다면 더 이상 복잡하고 비효율적이며 비생산적이기도 어려운 상황이 도래할 것이다. 물론 이러한 낭비적 지출을 누군가는 보건의료서비스 시장의 ‘성장’이라고 부를 것이다.
- 건강관리서비스 제도는 시민의 건강 증진보다는 IT 융합산업의 성장을 뒷받침하기 위한 산업제도의 성격이 강하며, 보건과 관련된 효과성에 대해서는 국내 정책 근거자료가 부족한 상황이고, 그동안의 국내외 학술적 근거는 개인중심 단기 효과중재의 효과 낮은 것으로 평가하고 있다.
- 또한 유효 수요를 창출하기 위해서는 공공서비스의 민간위탁이나 민간보험 급여가 가장 현실적인 대안인데, 전자는 공공의 책임을 방기하고 사유화시킨다는 측면에서 다른 부문으로의 확장을 우려하지 않을 수 없으며, 후자는 미국식의 관리의료기구 형태로 자리 잡게 될 가능성이 우려를 자아낸다.
- 결국, 건강관리서비스가 현재의 법안대로 제도화된다면 IT 산업과 일부 보험사, 서비스 업체들의 성장을 통한 일자리 창출, 총합으로서의 국내총생산 증가 목표는 일부 달성할 수 있겠지만 시민 건강 수준에는 별다른 도움을 주지 못하면서 낭비적 의료지출과 그로 인한 경제적 부담으로 귀결될 가능성이 높다.

21) OECD Health Data 2009

4.4. 개인정보 보호 측면

4.4.1. [건강관리서비스법]안의 문제

- [건강관리서비스법]은 ‘건강측정’ 결과를 의료기관이 건강관리서비스기관에 넘겨 보관하도록(제13조) 하며, 건강관리서비스기관은 이 정보를 ‘이용자의 동의 없이’ 다른 용도로 사용하거나 유출할 수 없다(제15조)고 규정하고 있다. 이는 이용자의 동의가 있다면, 건강관리서비스기관이 건강측정 결과를 다른 용도로 사용할 수 있음을 의미한다. 이런 점에서 이 법안은 정보관리에 있어서 상당히 관대한 태도를 보이고 있다. 반면, [국민건강증진법]은 국가가 국민에 대해 건강검진을 실시(제20조)할 수 있는데, “국민의 건강증진사업의 수행을 위하여 불가피한 경우를 제외하고는 정당한 사유 없이 검진결과를 공개하여서는 아니 된다”(제21조)고 규정하고 있다.
- 한편, [건강관리서비스법]은 국민건강보험공단에게 건강관리서비스 제도 및 이용과 관련한 정보를 제공하는 노력을 기울여야 한다고 규정(제16조)하였다. 그러나 이 규정에서 정보요청자가 누구인지 불분명하며, 건강보험공단이 제공해야 할 정보의 범위와 정보제공의 목적도 구체적으로 명시되지 않았다.

[건강관리서비스법] (변용전 의원 발의안)

제16조(국민건강보험공단) 「국민건강보험법」에 따라 설립된 국민건강보험공단(이하 “국민건강보험공단”이라 한다)은 건강관리서비스 제도 및 그 이용과 관련한 정보를 제공하는 등의 노력을 기울여야 한다.

제18조(자료의 협조 요청) ① 보건복지부장관은 건강관리서비스 제공의 관리·감독을 위하여 필요한 경우에는 건강관리서비스기관의 장, 건강위험도 평가를 실시하거나 의뢰서를 발급하는 의료기관의 장, 국민건강보험공단 및 「국민건강보험법」에 따라 설립된 건강보험심사평가원과 그 밖의 관계 행정기관 및 단체 등에 대하여 필요한 자료의 제출이나 의견의 진술 등을 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 자료의 제공을 요청받은 자 또는 기관은 성실히 이에 응해야 한다.

- 또한 법의 제18조에서는 보건복지부장관이 요청하는 경우 건강보험공단과 건강보험심사평가원 뿐만 아니라 관계 행정기관 및 단체에게 자료를 요청할 수 있으며, 이런 요청을 받은 기관은 성실히 응해야 한다는 규정만 강조되고 있다.
- 이런 점에서 [건강관리서비스법]은 국민건강보험공단이 보유한 전 국민 개인정보의 보호에 대해 상당히 안이한 태도를 보인다고 할 수 있다. [건강관리서비스법]에서 건강보험공단에 정보 요청을 하는 것에 대한 규정 수준은 지금까지 타법을 통해 여러 차례 시도되었던 수

준과 유사하다. 가장 최근의 사례라 할 수 있는 [보험업법] 개정안의 경우²²⁾에도 ‘조사와 관련한 목적’으로 정부기관인 ‘금융위원회’에게 정보를 제공하도록 하면서, 조사 관련 중사자에게 정보 누설을 금지하고 있다.

[보험업법] 개정안 (2009년 3월 16일 공성진 의원 대표발의)

제163조의2(자료의 요청 등) ① 금융위원회는 제162조제1항에 따른 조사업무를 수행하기 위하여 필요한 경우에는 국가, 지방자치단체, 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원, 「산업재해보상보험법」에 따른 근로복지공단, 그 밖의 공공단체 등에 대하여 관련 자료를 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 요청 받은 기관의 장은 특별한 사유가 없는 한 이에 성실히 응하여야 한다.

③ 제1항에 따라 조사와 관련된 업무에 종사하는 자 또는 종사하였던 자는 직무상 알게 된 개인정보 또는 비밀을 누설하거나 해당 목적 외의 용도로 사용하여서는 아니 된다.

- [건강관리서비스법]의 건강보험공단 정보 제공 규정은 이상의 [보험업법] 개정안과 크게 다르지 않으며, 이러한 측면에서 건강보험공단이 보유한 전국민의 개인정보가 여러 법령에 의해서도 제공될 수 있도록 물꼬를 트는 사례가 될 수 있다는 점이 우려할 수밖에 없다.

4.4.2. 정보인권차원에서의 문제²³⁾

- [건강관리서비스법]안은 건강정보서비스의 제공 및 이용에 필연적으로 수반되는 개인 건강정보의 보호 등 관리에 대한 조항이 충분히 마련되었다고 보기 어렵다. 특히 이 법안이 발표된다면, 수많은 건강관리서비스기관이 설립될 것이고 이에 따라 개인 건강정보를 관리하는 기관의 수는 지금보다 상당히 증가할 것이며 이에 따른 위험도 커질 것이다.
- “개인정보의 자기통제권(patient control)”은 정보인권의 핵심개념의 하나로 정보주체가 자기 자신에 대한 정보가 언제 어디서 어떠한 사람에 의해 어떻게 이용되고 있는가에 대해 통보받고, 그 흐름을 통제할 수 있는 권한이다. 이에 비추어 보면 [건강관리서비스법]은 이러한 개인정보의 자기통제권을 확보하기가 쉽지 않게 되어 있다.
- 또한 기관들 사이에 정보가 이동하는 경우에 해당 정보 주체가 이를 통보받을 수 있어야 한다. 특히 개인정보가 어느 기관에, 어떤 방식으로, 어떤 내용이 제공되었는지에 대한 ‘개인정보 사용내역’ 기록을 기관들이 보존하도록 의무화해야 하며, 이용자가 자신과 관련한

22) 2009년 3월 공성진 의원의 대표발의

23) “김주한(2010), 건강관리서비스에서 개인 건강정보 보호 방안, 성공적 건강관리서비스 도입방안 심포지움”의 내용을 요약하여 답함

기록을 열람할 수 있도록 보장되어야 한다.

- [의료법]에서는 자신의 진료정보에 대한 열람권이 보장되고 있으나 [건강관리서비스법]안에는 열람권조차 명시되어 있지 않다. 소극적 ‘열람권’외에도 적극적 권리인 ‘정정청구권’ 및 ‘개인정보 이용의 동의 철회권’, 그리고 ‘이용정지 신청권’과 같은 권리도 필요하다.
- 또한 개인정보활용에 동의하지 않으면, 서비스를 이용할 수 없는 기존의 금융서비스 등을 생각하면, ‘정당한 사유 없이’ 정보를 탐지할 수 없다는 문구(제15조 4항)는 개인이 동의하면 개인정보활용이 가능하도록 근거를 제공해 주는 것에 불과하다.

4.4.3. 소결

- [건강관리서비스법]에 의한 제도는 질환자는 물론 광범위한 건강위험군의 ‘건강관리’를 다룬다는 점에서 건강상태에 대한 개인정보가 대량 생산될 가능성을 갖고 있다. 그러나 법안에서 다루고 있는 개인정보 보호의 수준은 다른 법률과 비교해서도 상당히 관대하다. 특히 정보 주체인 이용자에 대한 정보 이용의 고지, 당사자가 개인정보 이용에 대해 확인하고 열람할 권리 등 기본적 권리 보장에 대한 내용도 생략되어 있다는 점은 심각한 문제가 아닐 수 없다. 뿐만 아니라 개인정보에 대해 ‘이용자의 동의’만 있으면 사실상 사용 가능하도록 해놓은 점도 문제점으로 지적될 수 있다. 또한 건강보험공단의 정보이용에 대해서도 정보 요청자와 정보내용 등을 구체적으로 명시하지 않고 있어 건강보험공단 보유 정보들이 불필요하게 공개될 가능성이 크다는 점 또한 지적해야 한다.

5. 국민의 건강증진을 위한 대안은 무엇인가?

5.1. [건강관리서비스법]안은 폐기되어야 한다

- 이상에서 논의한 내용을 종합할 때 [건강관리서비스법]은 국민의 건강증진을 목적으로 하는 보건의료 관련 법안이라기보다 ‘건강관리서비스 시장화’를 목표로 하는 산업정책이 본질이라 할 수 있다. 그러나 기대하는 만큼의 경제적·산업적 효과가 발생할 것인가에 대해서는 회의적이다. 건강관리에 대한 국민의 관심이 높아진 것은 사실이지만, 상품화된 건강관리서비스에 대한 수요로 이어질 것이라고 보기 어렵기 때문이다. 보건학적으로 보더라도 건강불평등을 악화시킬 소지가 클 뿐 아니라, 시장화로 인해 국민이 부담해야 할 낭비적 의료비 규모가 증가할 것으로 예상된다.
- 한편 [건강관리서비스법]은 기존의 제도와 법률과 중복되거나 상충하는 측면들이 적지 않아 상당한 혼란을 초래할 것으로 보인다. ‘건강관리서비스’ 시장을 형성하기 위하여 ‘건강관리’와 ‘의료’를 분리하고, 인구집단 전략을 개인화된 상품의 개념으로 바꾸며, 국가와 지방자치단체의 책임을 무력화시키는 것 등이 대표적이다.
- 이런 점에서 건강관리서비스의 시장화 방안은 전면 폐기되어야 한다. 어떤 측면에서도 긍정적 효과를 기대하기 어렵기 때문이다. 이미 [국민건강증진법]과 [지역보건법]을 통해 국민의 건강관리사업이 추진되고 있기에 기술적인 보완이 필요하다면 기존 법률의 개선을 통해서도 얼마든지 목적을 달성할 수 있다.

5.2. 국가와 지방자치단체의 평생건강관리 사업을 강화해야 한다.

- 지금까지 국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관을 중심으로 평생건강관리를 추진해 왔다. 이러한 맥락에서 도시지역 인구 5만 명당 1개의 보건지소 설치 등 공공보건인프라를 확충하여 평생국민건강관리를 위한 중심기관이 되도록 지원하는 것이 절실하다. 지방자치단체가 ‘건강도시’ 등 주민건강사업에 관심을 확대하고 있는 상황에서 중앙정부는 이를 장려하고 지원하기 위한 방안을 마련해야 한다.
- 또한, 정부는 지방자치단체가 건강관리 활동을 적극적으로 수행할 수 있도록 ‘국민건강증진기금’을 비롯한 재정적 지원을 확대해야 한다. 보건복지부는 [건강관리서비스법] 발의를 준비하면서 저소득층 바우처 지원을 위해 2011 ~ 2015년에 총 4,233억 원이 필요하다고

추계한 바 있다²⁴⁾. 이 정도 예산이라면 지방자치단체의 건강관리사업을 활성화하는데 부족함이 없다. 이런 재정을 투입해 전국적으로 보건소의 건강관리사업이 활성화된다면 취약계층은 물론 전체 시민들에게 훨씬 광범위한 효과를 낼 수 있을 것이다.

- 한편, 지방자치단체는 ‘건강한 마을 만들기’ 운동에 주민들이 참여할 수 있도록 지원하고 도시보건지소에 ‘주민참여형’ 운영이 활성화될 수 있도록 지원해야 한다. 지방자치단체는 재정과 인력을 지원하되, 운영은 ‘의료생활협동조합’처럼 지역주민이 직접 참여하는 방식을 적극 검토할 필요가 있다.
- 또한 국민건강보험 공단이라는 보험자의 역할도 강화되어야 한다. 국민건강보험공단은 일본에서 40세 이상을 대상으로 위험군에 대한 건강관리사업을 수행하는 것을 참조하여 보다 효과적이고 체계적인 사업을 개발하고 추진해야 한다. 특히 현재의 제도에서 포괄하지 못하고 있는 소규모 영세사업장 노동자들의 건강관리 활동을 지원할 수 있는 방안을 우선적으로 개발해야 한다. 또한 장기적으로 ‘주치의제’를 실시하여 포괄적인 1차 보건의료서비스를 통해 국민의 건강관리가 이루어지도록 하기 위한 제도적 차원의 방안을 추진해야 할 것이다.

5.3. 통합적 건강관리 서비스를 강화하고 확충해야 한다.

- 각 개인에 대한 건강관리 서비스는 별도의 영역으로 분리할 것이 아니라, 이미 존재하는 여러 건강관련 서비스를 강화하고 확충하는 방식으로 이루어져야 한다. 병의원과 보건소 등 보건의료기관이 개인에게 제공하는 서비스는 물론이고, 직장과 학교, 지역의 교육과 복지기관 등에서 시행하는 서비스들도 건강관리가 이루어질 수 있는 중요한 통로이자 기회이다. 예를 들어 폐질환을 진료하는 의사, 중고등학교의 보건교사, 지역의 노인을 돌보는 사회복지사는 이들이 만나는 대상자 개인의 건강관리(금연)에 중요한 역할을 할 수 있다. 다른 서비스와 동떨어진 건강관리가 아니라 통합적 전략이야말로 건강관리의 효과와 효율을 크게 높이는 핵심적인 방법이다.

24) 변웅전 의원실, ‘건강관리서비스법안 비용 추계서’

5.4. 국민건강관리사업 활성화를 위한 법률적 개선 사항

이상의 논의를 종합하면 [건강관리서비스법]은 폐기하고, 지역사회의 건강관리사업에 주민의 참여를 독려하고 보험자의 역할을 부여하며, 민간차원에서 진행되는 건강관리서비스사업에 대한 관리를 위하여 기존 법률안의 개정이 필요하다.

5.4.1. 주민참여 및 보건지소 활성화

- 현행 [지역보건법] 제10조는 지방자치단체가 조례를 통해 ‘보건소의 지소’를 설치할 수 있도록 정했지만 조직 관련 규정은 [지방자치법] 제112조를 따르도록 되어 있어 지방자치단체의 소관이 된다. 이 조항은 두 가지 측면에서 보완될 필요가 있다.
- 우선, 국민의 건강관리 사업을 수행하기 위하여 시설·인력·장비 등에서 충분한 인프라를 확보해야 한다는 것이 구체적으로 명시되어 있지 않아 이와 관련한 국가 및 지방자치단체의 의무가 유명무실하다는 점이다. 이를테면 [지역보건법] 제10조 보건지소 설치 관련 법령에 ‘인구 5만 명당 1개 이상의 보건지소 설치’를 의무화하는 조항을 포함하는 등 국민건강증진사업을 위해 필요한 시설을 확보해야 할 의무([국민건강증진법] 제19조 1항)를 구체적으로 명시할 필요가 있다.
- 또한 보건소 및 보건지소 운영에 주민참여를 보장하는 법률적 근거를 두어야 한다. 비록 지방자치단체의 조례를 통해 보건소 및 보건지소의 조직과 운영을 규정할 수 있지만, [지역보건법]에 근거가 없기 때문에 한계가 있다. 이런 점에서 [지역보건법]의 개정이 요구된다.

5.4.2. 국민건강관리에 관한 보험자의 역할

- 현행 [국민건강보험법]은 국민건강보험공단의 업무(제13조)에 ‘가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업’을 규정해 두고 있을 뿐 아니라, 건강검진(제47조)에 관한 보험급여를 언급하고 있다.
- 그러나 이 같은 규정으로는 가입자의 건강보호를 위한 보험자의 적극적 역할을 기대하기 어렵다. 일본 보험자의 건강관리서비스 통제는 한국 건강보험에 시사하는 바가 크다. 이러한 법적 근거를 확보하기 위해서는 우선, 국민건강보험공단의 업무에 ‘가입자 및 피부양자의 건강관리를 위한 활동’을 포함해야 한다. 그리고 질병의 위험이 높은 인구집단에 대한

건강관리 활동, 직장의 건강관리사업을 지원하는 활동을 수행할 수 있도록 구체적인 규정이 보충되어야 한다.

5.4.3. 민간건강관리회사의 등록과 관리

- 이미 민간 부문의 건강관리회사들이 10년 이상 영업활동을 하고 있으나 이에 대한 관리는 어떤 법에 의해서도 규정되어 있지 않고 있다. 하지만 이들 기업에 대한 등록과 관리는 여러 가지 측면에서 필요하다. 우선, 민간건강관리회사가 유사의료행위를 하지 않도록 하고, 건강관리와 직접적인 연관이 없는 상품의 판매 등을 적극적으로 규제할 필요가 있다. 둘째, 민간건강관리회사가 특정 의료기관에 대한 유인으로 연결되거나, 특정 보험회사 또는 보험 상품과 연계되는 것을 관리하고 규제해야 한다. 셋째, 민간건강관리회사는 직장 또는 단체의 건강관리 사업을 위탁받아 운영하여, 공공서비스에 대한 보조적 역할을 담당하도록 유도해야 한다. 마지막으로, 건강관리서비스 제공을 통해 발생한 개인정보를 보호하고 건강관리 이외의 상업적 이용을 금지하기 위한 제도적 보완이 필요하다.
- 이러한 내용들은 이미 기존의 법률에서 어느 정도 근거를 마련해두고 있는데 비해 민간기업에 대한 행정적 관리의 책임과 방법에 대해서는 근거규정이 없다. 또한 법률적 차원에서만 볼 때, 현행 의료기관에 대한 관리를 시·군·구 단위의 지방자치단체가 책임지고 특히 보건소에서 업무를 담당하고 있는 것에 비추어 [지역보건법]에 법률적 근거를 갖추고 보건소의 업무로 포괄하는 것이 타당해 보인다.

5.4.4. 공공기관의 건강관리사업 위탁 제한

- 현행 [국민건강증진법] 제29조와 [지역보건법] 제24조는 건강증진사업 또는 보건소의 업무를 관련 기관이나 단체, 의료인에게 위탁할 수 있도록 허용하되 위탁받는 자에 대한 자격은 명확하게 규정하지 않고 있다.
- 이와 관련하여 보건소나 국민건강보험공단, 공공병원 등 주민을 대상으로 하는 건강관리사업을 ‘영리적 목적으로 설립·운영되는 민간기관’에게 위탁할 수 없도록 제한하는 규정이 필요하다. 이는 국민을 위한 건강관리사업에 대한 책임을 국가와 지방자치단체가 우선적으로 가져야 한다는 점에서, 그리고 어떠한 이유에서든 영리적 동기가 포함되지 않도록 하기 위함이다.

5.4.5. 법률 개정사항 요약

- 이상의 논의에 근거하여 국민의 건강증진과 건강관리사업의 활성화를 위한 법률 개정사항을 정리하면 다음의 표와 같다.

<표 > 국민 건강증진과 건강관리사업의 활성화를 위한 법률 개선 과제

해당 법률	법률 개정 사항 내용
지역보건법	1) 인구 5만명당 1개 이상의 보건지소 설치 의무 (제10조 관련) 2) 보건소 및 보건지소 운영에 주민 참여 근거 조항 3) 민간건강관리회사의 등록과 관리에 필요한 조항 4) 공공기관의 건강관리사업을 영리적 목적의 기관에 위탁하는 것을 제한하는 개정 필요 (제24조 관련)
국민건강증진법	1) 민간건강관리회사의 대상 제한 : 직장 및 단체가입만 허용 2) 공공기관의 건강관리사업을 영리적 목적의 기관에 위탁하는 것을 제한하는 개정 필요 (제29조 관련)
국민건강보험법	1) 가입자 및 피부양자의 건강관리에 대한 건강보험공단의 업무에 명시 (제13조 관련) 2) 고위험군을 대상으로 한 건강관리 활동 근거 조항 3) 직장의 건강관리활동 지원 근거 조항

6. 참고문헌

1. Emberson J, et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease *European Heart Journal* 2004;25:484-491
2. Hart JT. Coronary heart disease prevention in primary care: seven lessons from three decades. *Family Practice* 1990;7(4):288-294
3. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion 1986
4. Rockhill B. The privatization of risk. *AJPH* 2001;91:365-368
5. Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford 1992
6. WHO. Food and health in Europe: a new basis for action. 2004
7. 강성욱·이성욱, U-health의 경제적 효과와 성장전략, Issue paper, 삼성경제연구소, 2007.07.
8. 고은지, 맞춤형 건강관리 서비스가 뜬다, LG주간경제, LG경제연구원, 2007.06.27
9. 김옥남, u-Healthcare가 다가온다, LGERI 리포트, LG경제연구원, 2009.08.12
10. 보건복지가족부. 2010년 가족건강사업안내. 2010.
11. 보건복지부, 건강관리법안 설명자료, 2010.06
12. 보건복지부. 맞춤형 방문건강관리사업 안내. 2008
13. 윤수영, 건강관리서비스, 시장원리와 제도적 지원 병행필요, *Weekly 포커스*, LG경제연구원 2009.10.14
14. 이태진, 김진현, 이은희, 이진희, 권창익, 박은영. 맞춤형 방문건강관리사업의 경제성 평가: 비용-편익분석. 2008.
15. 한국보건산업진흥원, 성공적 건강관리서비스 도입방안 심포지움 자료집, 2010.07.06

부록 (Appendix)

부록 1. Q & A

Q1. 정부는 [건강관리서비스법]을 ‘건강관리의 활성화 제도’라고 합니다. 그러면 지금까지 보건의료 법률에서 이와 같은 개념은 없었나요?

A : 그렇지 않습니다. [보건의료기본법]에서는 ‘평생국민건강관리’라는 개념을 사용하면서 이에 대하여 국가와 지방자치단체가 수행해야 할 사업으로 규정해 두고 있습니다. 뿐만 아니라 [국민건강증진법]에서는 제2장으로 ‘국민건강의 관리’라는 제목으로 총 19개의 조항을 두고 있습니다. 이처럼 ‘건강관리’는 이미 다른 법률에서도 다루고 있었으며, ‘평생국민건강관리’ 또는 ‘건강증진’이라는 표현으로 대신 사용되어 왔습니다.

[건강관리서비스법]은 [국민건강증진법]과 비교할 때 대상과 내용, 목적이 상당히 중첩되어 있습니다. 이런 점에서 [건강관리서비스법]을 만들지 않으면 우리나라에 ‘건강관리’와 관련한 법률이 없다거나 활성화되지 못한다는 복지부의 주장은 잘못된 것입니다.

Q2. 정부는 우리나라에서는 지금까지 ‘건강관리서비스’가 부족하며, 특히 최근 국민의 관심으로 인해 수요가 늘어나고 공급이 부족해질 것이라고 말하고 있는데 사실인가요?

A : 사실이 아닙니다. 정부에서 말하는 ‘건강관리서비스’는 개인별 맞춤형 건강관리서비스이면서 동시에 시장에서 제공되는 서비스를 말합니다. 이것은 이미 개인 맞춤형으로 제공되고 있는 병원의 질병관리서비스나 지역주민 중심으로 제공되고 있는 보건소의 건강관리·질병관리서비스는 의도적으로 제외한다는 말입니다.

따라서 정부에서 말하는 ‘건강관리서비스’ 개념만 사용하면 부족한 것으로 착각할 수 있습니다. 2008년 보건산업진흥원 보고서의 결과, 전체 건강관리서비스(질병관리 포함) 이용량 가운데 1.8%만 민간건강관리회사에서 제공되고 나머지 18.0%는 헬스클럽이나 휘트니스센터, 80.2%는 병의원이나 보건소에서 제공되었습니다.

이처럼 이미 병의원, 보건소를 통해 제공되고 있는 건강관리서비스를 외면하면서, 시장에서 제공되는 ‘건강관리서비스’가 부족하다는 이유로 새 제도를 도입하면 사회적 낭비만 증가할 뿐입니다.

Q3. 정부의 말대로 ‘건강관리’는 ‘의료서비스’와 분리·구분될 수 있는 것인가요? 정부는 ‘의료기관’과 ‘건강관리서비스기관’은 분명히 구분될 수 있다고 하는데요?

A : 절대 그렇지 않습니다. 고혈압 환자라면 의사로부터 혈압약 처방도 받고 바람직한 생활습관에 대한 조언도 듣는 것이 당연합니다. 반대로 건강검진을 해서 질병까지는 아니지만 비만 같은 문제점이 발견되었다면, 검진 결과의 해석과 함께 그에 대한 적절한 조언을 듣는 것도 의료기관일 가능성이 높습니다. 하지만 현재의 법안대로라면 건강관리서비스 전담 기관의 의사는 본인이 상담한 개인들에게 의학적 문제가 발견되어도 직접 치료하지 못하고 별도의 의료기관으로 보내야 합니다. 한편 건강검진 결과를 확인하러 온 환자가 금연하는 방법을 물어오면 별도로 마련된 공간이나 다른 전문 서비스 기관에 환자를 보내야 합니다. 이렇듯 현실적으로 분리하는 것 자체가 불가능할 뿐 아니라, 억지로 분리한다고 해도 의료진과 환자, 시민들 모두에게 불편만 초래하게 될 것입니다.

Q4. 정부는 ‘건강관리서비스’를 시장을 통해 활성화하면 모든 국민이 질 좋은 서비스를 이용하여 궁극적으로 의료비 절감에 기여할 것이라고 하는데요?

A : 정부가 건강관리서비스의 모범이라고 평가하는 미국의 사례를 보면 답을 알 수 있습니다. 시장 중심의 미국 보건의료 체계가 효율성이 낮다는 것은 이미 잘 알려져 있으며, 미국 사회는 치솟는 의료비 부담 때문에 몸살을 앓고 있습니다. 이를테면 2006년 현재 미국의 국민의료비 총지출은 2조 710억 달러로 OECD 나머지 28개국의 지출을 모두 합친 것보다 많습니다. 국민소득에서 보건의료비가 차지하는 비중도 OECD 평균 8.7%에 비해 거의 두 배나 높은 15.8%입니다. 하지만 평균 수명은 OECD 30개 국가 중 겨우 24위에 불과합니다. 이는 보건의료 시장의 활성화가 국민들의 건강을 향상시키지 못하면서 국민경제에 부담만 주게 되는 상황을 단적으로 보여줍니다. 한국도 이를 따라갈 필요가 있을까요?

Q5. 정부는 일본과 호주에서도 ‘건강관리서비스’가 시장을 통해 활성화되어 있다고 하는데 이것이 사실인가요?

A : 사실이 아닙니다. 우선, 일본의 경우는 2008년 4월부터 [고령자의 의료 확보에 관한 법률]

에 의거해 건강보험공단이 건강관리서비스를 의무적으로 수행하게 되었습니다. 일본식 표현으로는 ‘특정건강검진·특정보건지도’라고 하는데 이와 관련한 서비스는 건강보험에서 비용을 부담하며, 병원을 비롯한 별도 기관에서 제공됩니다. 그런데 이중 민간기업은 특정건강검진에서 3.7%, 특정보건지도에서 20% 정도만 해당됩니다. 그러니 일본이 건강관리서비스의 민간시장이 활성화되어 있다는 말은 사실과 다릅니다.

호주는 우리나라 보건의료체계와 달리 세금으로 운영되는 국가공영의료체계(National Health Service)로 주로 예방, 상담, 간단한 수술을 담당하는 1차 의료가 잘 발달되어 있습니다. 호주는 1년마다 기회검진과 생활기록(Lifescrpt)을 활용하여 건강생활습관을 평가하고 그에 근거하여 생활습관개선 처방을 내립니다. 호주의 건강관리서비스는 2004년 호주 가정의학회가 개발한 SNAP(Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity) 프로그램으로 1차의료를 중심으로 보급되어 있습니다. 최근에서야 민간회사가 의료기관과 연계하여 건강증진프로그램을 제공하기 시작하였다고 합니다. 결국 호주도 비용부담은 국가에서 이루어지며 1차의료를 중심으로 제공된다는 점에서 건강관리서비스 ‘시장’이 활성화되어있다고 볼 수는 없습니다.

Q6. 정부는 건강관리서비스를 통해 ‘질환군, 건강주의군, 건강군’으로 분류하여 건강관리를 하겠다고 하는데 여기에는 어떤 문제가 있나요?

A : 흔히 고위험군과 정상군, 혹은 환자와 정상인의 이분법적 구분에 익숙해져있는 것은 사실이지만, 실제로 질병위험은 '예/아니오' 형태로 존재하는 것이 아닙니다. 그러한 구분은 질병관리라는 현실적 필요에서 비롯된 임의적 기준일 뿐, 절대적인 기준이 될 수는 없습니다. 또한 특정 건강문제와 관련된 위험요인을 평가하는 것은 개인의 다른 특징들과의 관계 속에서 종합적으로 판단되어야 합니다. 이를테면 똑같이 혈압이 높더라도 고지혈증이나 비만을 동반한 경우와 그렇지 않은 경우, 다른 접근법이 필요할 수 있습니다. 따라서 건강검진 결과에 따라 대상자들을 일괄적으로 분리하고, 이를 다시 의료(치료) 서비스와 건강관리 서비스로 분리하는 방식은 보건학적으로 적절하다고 보기 어렵습니다.

Q7. [건강관리서비스법]은 지금까지 국가와 지방자치단체가 수행하던 ‘건강관리서비스’를 시장화한다는 점에서 의료민영화 관련한 법률이라고 시민단체들은 비판하고 있습니다. 이런 주장을 어떻게 보아야 하나요?

A : 현재 시민단체들이 주장하는 ‘의료민영화’는 국민의 일상생활에 필수적인 ‘보건의료서비스’를 ‘상품화’하여 영리추구의 대상화하는 것을 말합니다. 또한 이와 같은 관점에서 시민단체들은 보건의료서비스의 ‘공공성’을 강화해야 한다고 주장하고 있습니다.

이 개념을 중심으로 본다면 현재 보건소나 공공병원을 중심으로 진행되어 온 ‘건강관리서비스’가 ‘개인화된 서비스’로 변화하여 시장에 내맡겨진다는 점, 그리고 ‘건강관리서비스’를 제공하는 기관을 보험회사나 일반 영리적 목적의 주식회사들에게도 설립할 수 있도록 개방한다는 점에서 ‘의료민영화를 위한 일환’으로 볼 수 있습니다.

이에 대하여 정부는 ‘건강관리서비스’가 ‘의료서비스’가 아니라는 점에서 ‘의료민영화가 아니다’라고 설명하지만, 이는 시민단체의 문제의식을 이해하지 못하는 잘못된 설명입니다.

Q8. [건강관리서비스법]에 대해 기업은 물론, 정부의 경제부처가 관심을 갖는 이유는 무엇인가요?

A : MB정부가 ‘건강관리서비스’에 관심을 갖는 핵심적인 이유는 2조원 내외의 거대한 시장이 형성될 수 있을 것이라는 기대 때문입니다. 여기에 의료통신기기와 같은 u-health 관련 산업에 미칠 영향도 있을 것이며, 3만 8천여명의 일자리가 창출될 수 있을 것으로 기대하고 있습니다. 결국 MB정부는 국민의 건강관리 향상을 위한 보건정책으로 추진하는 것이 아니라, 보건의료 서비스산업의 일환에서 경제적 효과를 기대한 ‘산업정책’의 일환으로 보고 있는 것입니다.

따라서 MB정부는 그동안 정부와 공공기관이 주로 해오던 건강관리사업에 대하여 보험회사를 비롯한 영리적 목적의 민간기관이 진출할 수 있도록 개방하고 있으며, 국민이 개인적으로 소비하는 형태로 바꾸려 하고 있습니다.

Q9. ‘건강관리서비스의 시장화’가 MB정부의 독특한 특징인가요? 아니면 이전 정부에서도 검토되던 것인가요?

A : 정부의 공식문서인 보건복지백서를 통해 살펴보면 ‘건강관리서비스의 시장화’는 MB정부의 독특한 특징이라 볼 수 있습니다. 2008년이 되어서야 보건복지백서에서 ‘건강관리서비스’라는 용어를 처음 사용하였고 제도의 도입도 주장하였기 때문입니다.

국민의 정부와 참여 정부에서 발행된 1998 - 2007년 보건복지백서에는 ‘건강관리서비스’ 용어 대신 건강증진, 고혈압·당뇨 관리, 건강생활, 건강행태개선 등의 용어가 사용되었고 이 영역은

국가 및 지방자치단체의 책임이라고 공표하였습니다. 과거 두 정부는 MB정부의 개인별 건강관리 접근방식과 달리 지역사회, 학교, 일터 중심의 접근방식을 취하였고 건강증진사업 제공주체도 보건소와 같은 공공기관을 주축으로 추진하였습니다.

하지만 보건의료서비스의 산업화를 과거 정부에서 먼저 시작했다는 점에서 책임이 없다고 말할 수는 없습니다. 정부의 의료서비스 산업화 기조 때문에 시장 영역에서 u-healthcare, 민간보험은 성장하였고 이와 더불어 민간 건강관리회사도 성장할 수 있었기 때문입니다.

Q10. 보험회사나 영리를 목적으로 하는 주식회사에도 건강관리서비스기관의 설립이 허용된다고 하는데, 그러면 어떤 문제가 예상되나요?

A : [건강관리서비스법]에 따르면 건강관리서비스를 이용하려는 모든 사람들은 기본적으로 ‘건강측정’이라는 일종의 건강검진을 받아야 합니다. 이렇게 되면 국민의 건강상태에 대한 개인정보가 발생하게 되는데, 보험회사를 비롯하여 영리를 목적으로 하는 기업들은 이런 개인정보를 활용할 가능성이 높습니다. 보험회사는 이런 정보를 활용하여 건강상태가 좋지 않거나 질병이 있는 환자를 보험 가입에서 제외하고 건강한 이들만 골라서 가입시키려 할 것입니다. 또한 의료기관의 경우 건강관리서비스기관을 통해 건강보험 비급여 서비스를 개발하는 등 영리를 목적으로 활용할 가능성도 얼마든지 있습니다.

뿐만 아니라 영리적인 목적에서 운영할 경우 건강관리서비스를 점점 더 고급화하여 경제적 능력에 따르는 차별이 확대될 것입니다. 이렇게 되면 저소득층을 비롯한 사회적 취약계층은 사회적 돌봄이 더욱 절실히 필요함에도 불구하고 건강관리서비스에서 배제되거나 질 낮은 서비스를 이용할 수밖에 없게 될 것입니다.

Q11. 민간에게 건강관리서비스 시장을 맡기면 국민의 개인정보가 유출될 위험이 커지는 것 아닐까요?

A : 그렇습니다. 물론 [건강관리서비스법]에서는 ‘건강측정’ 결과 등 개인정보를 ‘이용자의 동의 없이’ 다른 용도로 사용하거나 유출할 수 없다고 되어 있긴 합니다만, 이는 ‘이용자의 동의’가 있다면, 개인정보를 다른 용도로 사용할 수 있다는 것을 말하기도 합니다. 이런 점에서 개인정보의 유출 위험이 커집니다.

뿐만 아니라 [건강관리서비스법]에서는 건강보험공단이 보유한 개인정보를 제공받아 활용할

수 있도록 하고 있는데, 이것이 전국민의 개인정보가 유출되어 영리적 목적으로 활용될 위험을 키우고 있습니다. 어쩌면 [건강관리서비스법]이 건강보험공단이 보유한 전국민의 개인질병 정보가 여러 법령에 의해서도 제공될 수 있도록 물꼬를 트는 사례가 될 수 있다는 점에서 상당히 우려스러운 대목입니다.

Q12. 이번에 발의된 [건강관리서비스법]은 어떻게 처리되어야 하나요? 내용이 일부 수정되면 되는 것인가요? 아니면 폐기해야 되는 것인가요?

A : 국민의 건강관리라는 문제는 국가와 지방자치단체가 책임져야 할 의무입니다. 그러나 이번에 제출된 법안은 경제적, 산업적 효과를 노리는 ‘경제적 정책’의 일환으로 추진된 것입니다. 이를 위하여 영리적 목적에서도 건강관리서비스기관을 개설할 수 있도록 할 뿐만 아니라 이에 따르는 비용은 전액 국민이 부담해야 하는 것으로 하고자 합니다. 이는 결국 국민 부담은 늘리면서 건강관리의 효과는 떨어지는 잘못된 방향입니다. 또한 기존 법률과 연관지어 볼 때 [건강관리서비스법]은 다른 법률들과 상당히 많은 충돌을 발생시켜 논란이 되고 있을 뿐만 아니라, 특히 [국민건강증진법]의 내용과 상당히 중첩된다는 점에서 독립된 개별 법안으로 입법이 되어야 할 필요는 없습니다.

따라서 [건강관리서비스법]은 폐기되어야 하며, 필요하다면 [국민건강증진법]이나 [지역보건법]의 개정을 통해 해결하는 방식이 바람직할 것입니다.

Q13. 전국민의 건강증진을 위한 올바른 대안은 무엇일까요?

A : 무엇보다도 예방과 치료, 재활이 동시에 한 곳에서 서비스를 제공받을 수 있는 포괄적인 보건의료서비스를 요구해야 합니다. 치료를 위한 의료서비스와 예방을 위한 건강관리서비스가 분절적이 되어서 우리 국민에게 좋을 수는 없을 것입니다.

한편, 건강관리는 의료나 전문가에게 반드시 의존해야 하는 것은 아닙니다. 우리 국민 모두가 건강에 위해한 요인을 제거하고 스스로 건강관리를 잘할 수 있도록 주변 환경을 조성하고 참여하도록 유도하는 것이 국가와 지방자치단체의 임무일 것입니다. 이를 위하여 도시보건지소를 확대하고 주민참여형으로 운영하여 주민들이 스스로 지역사회에서 건강관리활동에 주도적으로 나설 수 있도록 지원하는 역할을 확대해야 합니다. 또한 직장과 학교에서 건강관리를 위한 효과적인 사업을 수행할 수 있도록 지원해야 합니다.

부록 2. 관련 법률안

부록 2-1. 건강관리서비스법(안)

건강관리서비스법안

(변용전의원 대표발의)

발의연월일 : 2010. 5. 17.

발 의 자 : 변용전·권선택·정하균·손숙미·임영호·김혜성·김창수·이재선·이정선·
강명순·윤석용 의원

제1조(목적) 이 법은 국민의 건강증진과 질병예방을 위하여 위대한 생활습관을 개선하고 건강한 삶을 영위하는 데 필요한 건강관리서비스에 관한 제반 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “건강관리서비스”란 건강의 유지·증진과 질병의 사전예방·악화 방지 등을 목적으로 위대한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하는 상담·교육·훈련·실천 프로그램 작성 및 이와 관련하여 제공되는 부가적 서비스를 말한다.
2. “건강관리서비스기관”이란 제9조에 따라 허가를 받은 기관으로서 건강관리서비스를 제공하는 기관을 말한다.
3. “건강측정”이란 제5조에 따라 정하여진 항목을 포함하는 의료적 검사를 말한다.
4. “건강위험도 평가”란 건강측정 결과 도출되는 개인의 건강에 관한 위험 수준을 평가하여, 질환군·건강주의군·건강군 및 그 하위 분류군으로 분류하는 것을 말한다.
5. “건강관리서비스요원”이란 제8조에 따른 자격을 갖춘 자로서 건강관리서비스기관에 소속되어 직접적인 건강관리서비스 제공을 수행하는 자를 말한다.
6. “의료기관”이란 「의료법」 제3조제2항에 따른 의료기관 중 종합병원·병원·요양병원·의원 및 「지역보건법」 제7조에 따른 보건소(보건의료원을 포함한다)를 말한다.

제3조(기본원칙) ① 건강관리서비스는 서비스 수요자의 건강상태, 생활습관, 건강증진 욕구 및 여건과 환경 등을 종합적으로 고려하여 제공하여야 한다.

② 건강관리서비스는 정기적 건강측정을 토대로 하여 제공되어야 한다.

제4조(국가 및 지방자치단체의 책무 등) ① 국가 및 지방자치단체는 건강관리서비스를 통하여 국민의 건강증진과 질병예방이 효과적으로 이루어 질 수 있도록 필요한 사업을 실시하여야 한다.

② 국가 및 지방자치단체는 「국민기초생활 보장법」 제5조에 따른 수급권자, 「장애인복지법」 제2조제1항에 따른 장애인에게 필요한 건강관리서비스를 제공할 수 있다.

③ 국가 및 지방자치단체는 건강취약계층 및 저소득층을 대상으로 건강관리서비스이용을 지원하는 바우처를 발급할 수 있다.

④ 국가 및 지방자치단체는 제2항 및 제3항에 따른 건강관리서비스를 제공하는 기관에게 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

제5조(건강측정 실시 기관) ① 건강측정은 각 측정 항목을 실시할 수 있는 시설·설비를 갖춘 의료기관에서 실시한다.

② 건강측정의 항목 및 항목별로 실시에 필요한 시설·설비 등에 관한 세부 사항은 보건복지부장관이 정한다.

제6조(건강위험도 평가 결과) ① 건강측정 실시에 따른 건강위험도 평가 결과는 다음과 같이 분류된다.

1. 질환군: 건강측정 결과 의료기관을 통한 진료와 관리가 필요한 자
2. 건강주의군: 건강측정 결과 생활습관 등을 개선하지 않을 경우 건강상태가 나빠지거나 질환군으로 이동할 가능성이 있어 건강에 대한 체계적인 관리가 필요한 자
3. 건강군: 건강측정 결과 건강이 양호한 자

② 제1항 각 호의 분류 기준은 보건복지부장관이 정한다.

③ 제1항 각 호의 분류군은 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 각각 하위의 분류군으로 나눌 수 있다.

④ 건강측정을 실시한 의료기관은 건강측정 대상자가 원할 경우 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 건강위험도 평가 결과를 서면에 기재하여 이를 건강측정 대상자에게 교부하여야 한다.

제7조(건강관리서비스의 내용) ① 건강관리서비스는 개인의 생활습관 개선과 올바른 건강관리를 지원하기 위한 다음 각 호의 서비스를 그 내용으로 한다.

1. 건강위험도 평가 결과 및 건강상태에 관한 상담
2. 생활습관 개선 등을 위한 교육
3. 영양운동 등에 관한 지원, 지도 및 훈련
4. 건강에 관한 정보제공
5. 건강상태의 지속적 점검 및 관찰
6. 그 밖에 건강의 유지·증진과 생활습관 개선 등을 위하여 필요한 서비스

② 건강관리서비스기관은 다음 각 호의 서비스를 제공하여서는 아니 된다.

1. 개별 의료기관의 서비스에 대한 구체적이고 직접적인 정보의 제공
2. 자의적 평가 기준에 따라 의료기관의 등급을 매겨 이를 알리는 서비스
3. 건강관리서비스의 제공과 직접적 관련이 없는 상품으로서 보건복지부령으로 정하는 상품의 판매 및 홍보
4. 그 밖에 생활습관 개선 및 건강위험요인 관리와 무관한 서비스로서 보건복지부령으로 정하는 서비스

③ 제1항 각 호의 서비스는 건강상태의 지속적 관리를 위한 각종 전자적 장비 및 정보통신기술을 활용하여 제공될 수 있다.

제8조(건강관리서비스요원의 범위) ① 건강관리서비스요원은 다음 각 호의 자로 한다.

1. 「의료법」 제5조제1항에 따른 의사·한의사 및 「의료법」 제7조에 따른 간호사로서 건강관리서비스 제공에 필요한 교육을 이수한 자
2. 「국민영양관리법」 제15조에 따른 영양사로서 건강관리서비스 제공에 필요한 교육을 이수한 자
3. 그 밖에 건강증진 및 질병예방 등에 관한 전문적인 지식을 가진 자로서 대통령령으로 정한 자격과 경력을 소지한 자

② 제1항에 따른 건강관리서비스 제공에 필요한 교육과정과 교육 실시기관, 보수교육, 교육기간 및 건강관리서비스요원의 세부적인 직무 범위 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(건강관리서비스기관의 개설허가) ① 건강관리서비스를 제공하고자 하는 자는 건강관리서비스기관으로서의 시설, 장비 및 인력을 갖추어 시장·군수·구청장의 개설허가를 받아야 한다. 허가받은 사항 중 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 변경할 때에도 또한 같다.

② 제1항에 따라 허가를 받은 자가 폐업하거나 허가받은 사항 중 같은 항 후단의 중요한 사항을 제외한 경미한 사항을 변경할 때에는 시장·군수·구청장에게 이를 신고하여야 한다.

③ 제1항에 따른 허가를 받기 위한 건강관리서비스기관의 시설·장비·인력기준 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제10조(건강관리서비스기관의 허가 제한 등) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 때에는 제9조제1항에

의한 허가를 하여서는 아니 된다.

1. 해당 기관이 제9조제3항에 따른 건강관리서비스기관의 허가 기준에 맞지 아니한 경우
2. 제22조에 따라 허가가 취소되고 6개월이 지나기 전에 같은 자(법인인 경우 그 대표자를 포함한다)가 다시 허가를 신청한 경우
3. 허가를 받으려는 자(법인인 경우 그 대표자를 포함한다)가 파산선고를 받고 복권되지 아니한 경우
4. 허가를 받으려는 자(법인인 경우 그 대표자를 포함한다)가 「의료법」 제8조 각 호에 따른 결격 사유에 해당하는 경우

제11조(건강관리 의뢰서의 발급) ① 제2조제6호에 따른 의료기관에 소속된 의사는 진찰 결과 만성질환을 보유한 것으로 판명된 자 또는 건강위험도 평가 결과 질환군으로 분류된 자에 대하여 지속적인 생활습관 개선 및 체계적인 건강관리의 필요성이 인정될 경우 이를 위한 건강관리 의뢰서(이하 “의뢰서”라 한다)를 발급할 수 있다.

- ② 의사는 의뢰서를 발급할 경우 대상자의 건강위험도 평가 결과, 건강상태에 대한 의료적 소견, 필요한 건강관리서비스의 내용, 실시방법, 서비스 제공 시 유의사항 등을 기재하여야 한다.
- ③ 의사는 의뢰서에 특정 건강관리서비스기관을 기재하여 발급하거나, 유인·알선할 수 없다.
- ④ 의뢰서의 발급절차, 발급비용, 비용부담 방법, 발급 대상자의 범위, 서식 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

제12조(건강관리서비스의 제공) ① 건강관리서비스기관은 건강관리서비스 제공을 위하여 반드시 이용자의 건강위험도 평가 결과를 확인하여야 하며, 이용자가 건강측정을 받지 아니하였거나 건강위험도 평가 결과를 제시할 수 없는 경우 건강관리서비스를 제공하여서는 아니 된다.

- ② 제1항에도 불구하고 건강관리서비스기관은 건강관리서비스 이용자가 제11조에 따른 의뢰서를 제시하는 경우 그에 따라 건강관리서비스를 제공할 수 있으며, 필요시 건강관리서비스의 내용 및 실시 방법에 관하여 의뢰서를 발급한 의료기관과 협의하여야 한다.
- ③ 건강관리서비스기관은 건강위험도 평가 결과 건강주의군 또는 건강군으로 분류된 이용자에게 대해서는 그 내용을 참조하여 개인별로 필요한 건강관리서비스를 제공할 수 있다.
- ④ 건강위험도 평가 결과 질환군으로 분류된 이용자에게 대해서 건강관리서비스기관은 제11조에 따른 의뢰서를 확인하고 그 내용에 따라 서비스를 제공하여야 하며, 의뢰서가 없는 경우 서비스를 제공하여서는 아니 된다.
- ⑤ 건강관리서비스기관은 건강관리서비스 제공 도중 이용자의 건강상태가 저하되어 의료기관의 진료가 필요하다고 판단될 경우 이용자에게 그 사유를 알리고 의료기관 방문을 권장하여야 한다.

제13조(건강관리서비스기관의 의무) ① 건강관리서비스기관은 이용자가 정기적으로 건강측정을 받아 건강상태를 지속적으로 파악할 수 있도록 이를 권장하여야 한다.

- ② 건강관리서비스기관은 이용자의 건강측정 결과, 의뢰서의 내용, 제공된 건강관리서비스의 내역 등을 체계적으로 기록하여 이를 관리하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 기록은 3년간 보존하여야 한다.
- ④ 건강관리서비스기관은 이용자가 건강관리서비스를 쉽게 선택할 수 있도록 건강관리서비스의 구체적인 내용, 비용, 시설·인력 현황자료 등을 공개·게시하고, 이를 건강관리서비스 제공 이전에 충분히 설명하여야 한다.

제14조(건강관리서비스 제공 내역의 발급) ① 건강관리서비스기관은 이용자의 요청이 있는 경우 건강관리서비스 제공 내역을 발급하여야 한다.

- ② 건강관리서비스기관은 이용자가 동의할 경우 이용자의 의뢰서를 발급한 의료기관에 건강관리서비스 제공 내역을 송부할 수 있다.
- ③ 건강관리서비스 제공 내역 발급 시 포함되어야 할 세부 내용은 보건복지부령으로 정한다.

제15조(비밀 누설 및 건강정보 유출의 금지) ① 이 법에 따라 건강관리서비스 제공과 관련한 업무에

종사하는 자 또는 종사하였던 자는 그 업무상 알게 된 비밀을 정당한 이유 없이 누설하여서는 아니 된다.

- ② 건강관리서비스기관은 이용자의 건강측정 결과 및 건강관리서비스 제공 내역 등을 이용자의 동의 없이 다른 용도로 사용하거나 유출할 수 없다.
- ③ 건강관리서비스기관은 해당 기관을 이용하는 이용자들의 건강상태 및 건강관리서비스 이용 상황에 관한 집단적인 정보나 이를 가공·분석한 정보를 건강관리서비스의 효율적·효과적 제공을 위한 목적 이외의 다른 용도로 사용하거나 이를 유출할 수 없다.
- ④ 누구든지 정당한 사유 없이 건강관리서비스기관에 보관된 개인의 건강관리서비스 관련 정보를 탐지하거나 누출·변조 또는 훼손하여서는 아니 된다.
- ⑤ 건강관리서비스기관의 장은 건강관리서비스기관 영업을 폐업하거나 제22조제1항에 따라 개설허가가 취소된 경우에는 건강관리서비스 제공과 관련된 일체의 개인정보를 지체 없이 파기하여야 한다.

제16조(국민건강보험공단) 「국민건강보험법」에 따라 설립된 국민건강보험공단(이하 “국민건강보험공단”이라 한다)은 건강관리서비스 제도 및 그 이용과 관련한 정보를 제공하는 등의 노력을 기울여야 한다.

제17조(건강관리서비스기관의 평가 등) ① 보건복지부장관은 건강관리서비스의 전반적인 질을 향상시키고 무분별한 서비스 제공을 방지하기 위하여 건강관리서비스기관을 평가하고 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 할 수 있다.

- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 건강관리서비스기관의 평가, 건강관리서비스 제도에 관한 정책 개발 및 취약계층 지원 사업 운영 등의 업무를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있으며, 이 경우 필요한 예산을 지원할 수 있다.
- ③ 평가 대상인 건강관리서비스기관의 장은 특별한 사유가 있는 경우 이외에는 평가에 응하여야 한다.
- ④ 건강관리서비스기관의 평가 시기·범위·방법·절차 및 결과의 공개 등 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제18조(자료의 협조 요청) ① 보건복지부장관은 건강관리서비스 제공의 관리·감독을 위하여 필요한 경우에는 건강관리서비스기관의 장, 건강위험도 평가를 실시하거나 의뢰서를 발급한 의료기관의 장, 국민건강보험공단 및 「국민건강보험법」에 따라 설립된 건강보험심사평가원과 그 밖의 관계 행정기관 및 단체 등에 대하여 필요한 자료의 제출이나 의견의 진술 등을 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 자료의 제공을 요청받은 자 또는 기관은 성실히 이에 응하여야 한다.

제19조(보고 및 검사) ① 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 다음 각 호의 기관 및 그 소속 종사자 또는 건강관리서비스요원을 대상으로 필요한 사항을 보고하도록 명할 수 있고, 관계 공무원으로 하여금 그 업무 상황, 시설 및 인력 현황, 건강관리서비스의 제공, 건강측정의 실시, 의뢰서의 발급 등과 관련한 서류 등을 검사하게 하거나 관계인에게서 진술을 들어 사실을 확인받게 할 수 있다. 이 경우 해당 기관 및 소속 종사자 또는 건강관리서비스요원은 이를 거부하지 못한다.

- 1. 건강관리서비스기관
- 2. 제5조제1항 및 제6조제4항에 따른 의료기관
- 3. 제11조에 따라 의뢰서를 발급한 의료기관

② 제1항의 경우에 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다.

제20조(시정명령) ① 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 이 법에서 정한 건강관리서비스의 내용과 제공방법, 건강관리서비스기관의 의무 등을 지키지 아니하는 자에게 필요한 시정을 명할 수 있다.

② 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 제1항의 시정명령을 한 경우에는 그 영업을 관할하

는 관서의 장에게 그 내용을 통보하여 시정명령이 이행되도록 협조를 요청할 수 있다.

제21조(허위·과장광고 금지) 건강관리서비스기관 또는 건강관리서비스요원은 거짓이나 과장된 내용의 광고를 하지 못한다.

제22조(개설 허가의 취소 등) ① 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 건강관리서비스기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 영업을 정지시키거나 개설 허가를 취소하거나 건강관리서비스기관 폐쇄를 명할 수 있다.

1. 개설 허가를 한 날부터 3개월 이내에 정당한 사유 없이 업무를 시작하지 아니한 때
 2. 건강관리서비스요원의 자격을 갖추지 아니한 자가 건강관리서비스를 제공한 때
 3. 제19조에 따른 관계 공무원의 직무 수행을 기피 또는 방해하거나 제20조에 따른 명령을 위반한 때
- ② 제1항에 따라 개설 허가를 취소당하거나 폐쇄 명령을 받은 자는 그 취소된 날이나 폐쇄 명령을 받은 날부터 6개월 이내에, 영업정지처분을 받은 자는 그 업무 정지기간 중에 각각 건강관리서비스기관을 개설·운영하지 못한다.
- ③ 제1항에 따른 행정처분의 세부적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.

제23조(과징금 처분) ① 보건복지부장관이나 시장·군수·구청장은 건강관리서비스기관이 제22조제1항 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 영업 정지 처분을 갈음하여 5천만원 이하의 과징금을 부과할 수 있다. 이 경우 과징금은 3회까지만 부과할 수 있다.

- ② 제1항에 따른 과징금을 부과하는 위반 행위의 종류와 정도 등에 따른 과징금의 액수와 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 보건복지부장관이나 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 과징금을 기한 안에 내지 아니한 때에는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수한다.

제24조(건강관리서비스기관 영업을 승계) ① 건강관리서비스기관의 장이 그 건강관리서비스기관을 양도하거나 사망한 때 또는 법인의 합병이 있는 때에는 그 양수인·상속인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병에 의하여 설립되는 법인은 그 건강관리서비스기관의 장의 지위를 승계한다.

- ② 제1항에 따라 건강관리서비스기관의 장의 지위를 승계한 자는 1월 이내에 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.

제25조(청문) 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 처분을 하려면 청문을 실시하여야 한다.

1. 제20조에 따른 시정명령
2. 제22조제1항에 따른 개설허가 취소나 건강관리서비스기관 폐쇄 명령

제26조(벌칙) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제8조에 따른 건강관리서비스요원이 아닌 자가 건강관리서비스를 제공한 경우
 2. 제9조에 따른 건강관리서비스기관의 허가를 받지 아니하고 건강관리서비스를 제공한 경우
 3. 제15조제4항 및 제5항을 위반한 경우
- ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이하의 징역이나 1천만원 이하의 벌금에 처한다. 다만, 제5호에 해당하는 자에 대한 공소는 고소가 있어야 한다.
1. 제7조제2항을 위반한 자
 2. 제11조제1항의 건강관리의를뢰서를 허위 또는 그 밖의 부정한 방법으로 발급한 경우
 3. 제11조제3항을 위반하여 특정 건강관리서비스기관을 기재하여 발급하거나 유인·알선한 경우
 4. 제12조제1항 및 제2항을 위반하여 건강위험도 평가 결과 또는 의뢰서를 제시하지 못하는 이용자에 대하여 건강관리서비스를 제공한 경우
 5. 제12조제4항을 위반하여 건강위험도 평가 결과 질환군인 이용자에게 의뢰서 없이 건강관리서비스를 제공한 경우

6. 제15조제1항부터 제3항까지를 위반한 자

③ 제21조를 위반한 건강관리서비스기관의 장 또는 건강관리서비스요원은 1년 이하의 징역이나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 300만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제13조제2항 및 제3항에 의한 의무사항을 지키지 아니한 자
2. 제14조제2항을 위반하여 이용자의 동의 없이 의료기관에 건강관리서비스 제공 내역을 송부한 자
3. 제17조에 의한 평가에 응하지 아니한 자
4. 제20조에 따른 명령에 따르지 아니한 자

제27조(행정제재처분 효과의 승계) 영업자가 영업을 양도하거나 사망한 때 또는 법인이 합병되는 경우에는 제22조제1항을 위반한 사유로 종전의 영업자에게 행한 행정제재처분의 효과는 그 처분기간이 끝난 날부터 1년간 양수인·상속인 또는 합병 후 존속하는 법인에 승계되며, 행정제재처분 절차가 진행 중인 경우에는 양수인·상속인 또는 합병 후 존속하는 법인에 대하여 행정제재처분 절차를 계속할 수 있다. 다만, 양수인·상속인 또는 합병 후 존속하는 법인이 양수·상속하거나 합병할 때에 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 때에는 그러하지 아니하다.

제28조(양벌규정) 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제26조의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과한다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리 하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제29조(과태료) ① 제13조제4항을 위반하여 서비스에 관한 정보를 공개·게시하지 아니하거나 사실과 다르게 공개·게시한 자에게는 300만원 이하의 과태료를 부과한다.

② 제19조제1항에 따른 보고를 하지 아니하거나 검사를 거부·방해 또는 기피한 자에게는 200만원 이하의 과태료를 부과한다.

③ 제1항부터 제2항까지의 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장이 부과·징수한다.

부 칙

이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다.

부록 2-2. 국민건강증진법

국민건강증진법

[시행 2010. 8.28] [법률 제10327호, 2010. 5.27, 일부개정]

제1장 총칙

제1조(목적) 이 법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "국민건강증진사업"이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다.
2. "보건교육"이라 함은 개인 또는 집단으로 하여금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육을 말한다.
3. "영양개선"이라 함은 개인 또는 집단이 균형된 식생활을 통하여 건강을 개선시키는 것을 말한다.

제3조(책임) ① 국가 및 지방자치단체는 건강에 관한 국민의 관심을 높이고 국민건강을 증진할 책임을 진다.

② 모든 국민은 자신 및 가족의 건강을 증진하도록 노력하여야 하며, 타인의 건강에 해를 끼치는 행위를 하여서는 아니된다.

제4조(국민건강증진종합계획의 수립) ① 보건복지부장관은 제5조의 규정에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 거쳐 국민건강증진종합계획(이하 "종합계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. 이 경우 미리 관계중앙행정기관의 장과 협의를 거쳐야 한다.

② 종합계획에 포함되어야 할 사항은 다음과 같다.

1. 국민건강증진의 기본목표 및 추진방향
2. 국민건강증진을 위한 주요 추진과제 및 추진방법
3. 국민건강증진에 관한 인력의 관리 및 소요재원의 조달방안
4. 제22조의 규정에 따른 국민건강증진기금의 운용방안
5. 국민건강증진 관련 통계 및 정보의 관리 방안
6. 그 밖에 국민건강증진을 위하여 필요한 사항

제4조의2(실행계획의 수립 등) ① 보건복지부장관, 관계중앙행정기관의 장, 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)은 종합계획을 기초로 하여 소관 주요시책의 실행계획(이하 "실행계획"이라 한다)을 매년 수립·시행하여야 한다.

② 국가는 실행계획의 시행에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지방자치단체에 보조할 수 있다.

제4조의3(계획수립의 협조) ① 보건복지부장관, 관계중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 종합계획과 실행계획의 수립·시행을 위하여 필요한 때에는 관계 기관·단체 등에 대하여 자료 제공 등의 협조를 요청할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

② 제1항의 규정에 따른 협조요청을 받은 관계 기관·단체 등은 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

제5조(국민건강증진정책심의위원회) ①국민건강증진에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 국민건강증진정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

②위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다.

1. 종합계획
2. 제22조의 규정에 따른 국민건강증진기금의 연도별 운용계획안·결산 및 평가
3. 2 이상의 중앙행정기관이 관련되는 주요 국민건강증진정책에 관한 사항으로서 관계중앙행정기관의 장이 심의를 요청하는 사항
4. 그 밖에 위원장이 심의에 부치는 사항

제5조의2(위원회의 구성과 운영) ①위원회는 위원장 1인 및 부위원장 1인을 포함한 15인 이내의 위원으로 구성한다.

②위원장은 보건복지부차관이 되고, 부위원장은 위원장이 공무원이 아닌 위원 중에서 지명한 자가 된다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

③위원은 국민건강증진·질병관리에 관한 학식과 경험이 풍부한 자, 「소비자기본법」에 따른 소비자단체 및 「비영리민간단체 지원법」에 따른 비영리민간단체가 추천하는 자, 관계공무원 중에서 보건복지부장관이 위촉 또는 지명한다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

④그 밖에 위원회의 구성·운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제5조의3(국민건강증진사업지원기구의 운영·위탁) ①보건복지부장관 및 시·도지사는 제22조의 규정에 따른 국민건강증진기금의 효율적인 운영과 국민건강증진사업의 원활한 추진을 위하여 필요한 정책 수립의 지원과 사업평가 등의 업무를 수행하는 국민건강증진사업지원기구의 운영을 대통령령이 정하는 바에 따라 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

②국가 및 지방자치단체는 국민건강증진사업지원기구의 운영·위탁 등에 필요한 예산을 지원할 수 있다.

제2장 국민건강의 관리

제6조(건강생활의 지원등) ①국가 및 지방자치단체는 국민이 건강생활을 실천할 수 있도록 지원하여야 한다.

②국가는 혼인과 가정생활을 보호하기 위하여 혼인전에 혼인 당사자의 건강을 확인하도록 권장하여야 한다.

③제2항의 규정에 의한 건강확인 내용 및 절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 1997.12.13, 2008.2.29, 2010.1.18>

제7조(광고의 금지등) ①보건복지부장관은 국민건강의식을 잘못 이끄는 광고를 한 자에 대하여 그 내용의 변경 또는 금지를 명할 수 있다. <개정 1997.12.13, 2008.2.29, 2010.1.18>

②제1항의 규정에 따라 보건복지부장관이 광고내용의 변경 또는 광고의 금지를 명할 수 있는 광고는 다음 각 호와 같다. <신설 2006.9.27, 2008.2.29, 2010.1.18>

1. 「주세법」에 따른 주류의 광고
2. 의학 또는 과학적으로 검증되지 아니한 건강비법 또는 심령술의 광고
3. 그 밖에 건강에 관한 잘못된 정보를 전하는 광고로서 대통령령이 정하는 광고

③보건복지부장관은 방송법에 의한 방송위원회 및 종합유선방송법에 의한 종합유선방송위원회의 심의를 거친 광고방송이 제1항에 해당하는 경우에는 관계법률에 의하여 시정을 요청할 수 있다. <개정 1997.12.13, 2006.9.27, 2008.2.29, 2010.1.18>

④제1항의 규정에 의한 광고내용의 기준, 변경 또는 금지절차 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2006.9.27>

제8조(금연 및 절주운동등) ①국가 및 지방자치단체는 국민에게 담배의 직접흡연 또는 간접흡연과 과

다한 음주가 국민건강에 해롭다는 것을 교육·홍보하여야 한다. <개정 2006.9.27>

② 국가 및 지방자치단체는 금연 및 절주에 관한 조사·연구를 하는 법인 또는 단체를 지원할 수 있다.

③ 담배사업법에 의한 담배의 제조자 또는 수입판매업자(이하 "제조자등"이라 한다)는 담배갑포장지 앞·뒷면 및 대통령령이 정하는 광고(판매촉진 활동을 포함한다. 이하 같다)에 흡연이 폐암 등 질병의 원인이 될 수 있다는 내용의 경고문구와 다음 각 호의 발암성물질을 각각 표기하여야 한다. <개정 2002.1.19, 2007.12.14>

1. 나프틸아민
2. 니켈
3. 벤젠
4. 비닐 크롤라이드
5. 비소
6. 카드뮴

④ 주세법에 의하여 주류제조의 면허를 받은 자 또는 주류를 수입하여 판매하는 자는 대통령령이 정하는 주류의 판매용 용기에 과도한 음주는 건강에 해롭다는 내용의 경고문구를 표기하여야 한다.

⑤ 삭제 <2002.1.19>

⑥ 제3항 및 제4항의 규정에 의한 경고문구 또는 발암성물질의 표시내용, 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2002.1.19, 2007.12.14, 2008.2.29, 2010.1.18>

제9조(금연을 위한 조치) ① 보건복지부장관은 제조자등에 대하여 대통령이 정하는 바에 의하여 담배에 관한 광고를 금지 또는 제한할 수 있다.

② 담배사업법에 의한 지정소매인 기타 담배를 판매하는 자는 대통령이 정하는 장소외에서 담배자동판매기를 설치하여 담배를 판매하여서는 아니된다.

③ 제2항의 규정에 따라 대통령이 정하는 장소에 담배자동판매기를 설치하여 담배를 판매하는 자는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 성인인증장치를 부착하여야 한다.

④ 보건복지부령이 정하는 공중이 이용하는 시설의 소유자·점유자 또는 관리자는 당해 시설의 전체를 금연구역으로 지정하거나 당해 시설을 금연구역과 흡연구역으로 구분하여 지정하여야 한다. 이 경우 흡연구역을 지정하는 시설의 소유자·점유자 또는 관리자는 당해 흡연구역에 환기시설 및 칸막이를 설치하는 등 보건복지부령이 정하는 시설기준을 준수하여야 한다.

⑤ 제4항의 규정에 의한 시설을 이용하는 자는 금연구역에서 흡연하여서는 아니된다.

⑥ 제4항의 규정에 의하여 시설의 전체를 금연구역으로 지정하거나 당해 시설을 금연구역과 흡연구역으로 구분하여 지정하는 기준·방법 등은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(금연을 위한 조치) ① 보건복지부장관은 제조자등에 대하여 대통령이 정하는 바에 의하여 담배에 관한 광고를 금지 또는 제한할 수 있다.

② 담배사업법에 의한 지정소매인 기타 담배를 판매하는 자는 대통령이 정하는 장소외에서 담배자동판매기를 설치하여 담배를 판매하여서는 아니된다.

③ 제2항의 규정에 따라 대통령이 정하는 장소에 담배자동판매기를 설치하여 담배를 판매하는 자는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 성인인증장치를 부착하여야 한다.

④ 보건복지부령이 정하는 공중이 이용하는 시설의 소유자·점유자 또는 관리자는 당해 시설의 전체를 금연구역으로 지정하거나 당해 시설을 금연구역과 흡연구역으로 구분하여 지정하여야 한다. 이 경우 흡연구역을 지정하는 시설의 소유자·점유자 또는 관리자는 당해 흡연구역에 환기시설 및 칸막이를 설치하는 등 보건복지부령이 정하는 시설기준을 준수하여야 한다.

⑤ 지방자치단체는 흡연으로 인한 피해 방지와 주민의 건강 증진을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 조례로 다수인이 모이거나 오고가는 관할 구역 안의 일정한 장소를 금연구역으로 지정

할 수 있다. <신설 2010.5.27>

⑥ 누구든지 제4항 및 제5항에 따라 지정된 금연구역에서 흡연하여서는 아니 된다.

⑦ 제4항의 규정에 의하여 시설의 전체를 금연구역으로 지정하거나 당해 시설을 금연구역과 흡연구역으로 구분하여 지정하는 기준·방법 등은 보건복지부령으로 정한다.

제10조(건강생활실천협의회) ① 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 건강생활의 실천운동을 추진하기 위하여 지역사회의 주민·단체 또는 공공기관이 참여하는 건강생활실천협의회를 구성하여야 한다.

② 제1항의 규정에 의한 건강생활실천협의회의 조직 및 운영에 관하여 필요한 사항은 지방자치단체의 조례로 정한다.

제11조(보건교육의 관장) 보건복지부장관은 국민의 보건교육에 관하여 관계중앙행정기관의 장과 협의하여 이를 총괄한다. <개정 1997.12.13, 2008.2.29, 2010.1.18>

제12조(보건교육의 실시등) ① 국가 및 지방자치단체는 모든 국민이 건강생활을 실천할 수 있도록 그 대상이 되는 개인 또는 집단의 특성·건강상태·건강의식 수준등에 따라 적절한 보건교육을 실시한다.

② 국가 또는 지방자치단체는 국민건강증진사업관련 법인 또는 단체등이 보건교육을 실시할 경우 이에 필요한 지원을 할 수 있다. <개정 1999.2.8>

③ 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 제2항의 규정에 의하여 보건교육을 실시하는 국민건강증진사업관련 법인 또는 단체 등에 대하여 보건교육의 계획 및 그 결과에 관한 자료를 요청할 수 있다. <개정 1997.12.13, 1999.2.8, 2008.2.29, 2010.1.18>

④ 제1항의 규정에 의한 보건교육의 내용은 대통령령으로 정한다. <개정 1999.2.8>

제12조의2(보건교육사자격증의 교부 등) ① 보건복지부장관은 국민건강증진 및 보건교육에 관한 전문 지식을 가진 자에게 보건교육사의 자격증을 교부할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

② 다음 각호의 1에 해당하는 자는 보건교육사가 될 수 없다. <개정 2005.3.31>

1. 금치산자 또는 한정치산자
2. 파산선고를 받은 자로서 복권되지 아니한 자
3. 금고 이상의 실형의 선고를 받고 그 집행이 종료되지 아니하거나 그 집행을 받지 아니하기로 확정되지 아니한 자
4. 법률 또는 법원의 판결에 의하여 자격이 상실 또는 정지된 자

③ 제1항의 규정에 의한 보건교육사의 등급은 1급 내지 3급으로 하고, 등급별 자격기준 및 자격증의 교부절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

④ 보건교육사 1급의 자격증을 교부받고자 하는 자는 국가시험에 합격하여야 한다.

⑤ 보건복지부장관은 제1항의 규정에 의하여 보건교육사의 자격증을 교부하는 때에는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 수수료를 징수할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

제12조의3(국가시험) ① 제12조의2제4항의 규정에 의한 국가시험은 보건복지부장관이 시행한다. 다만, 보건복지부장관은 국가시험의 관리를 대통령령이 정하는 바에 의하여 시험관리능력이 있다고 인정하는 관계전문기관에 위탁할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

② 보건복지부장관은 제1항 단서의 규정에 의하여 국가시험의 관리를 위탁한 때에는 그에 소요되는 비용을 예산의 범위안에서 보조할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

③ 보건복지부장관(제1항 단서의 규정에 의하여 국가시험의 관리를 위탁받은 기관을 포함한다)은 보건복지부령이 정하는 금액을 응시수수료로 징수할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

④ 시험과목·응시자격 등 자격시험의 실시에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제12조의4(보건교육사의 채용) 국가 및 지방자치단체는 대통령령이 정하는 국민건강증진사업관련 법인 또는 단체 등에 대하여 보건교육사를 그 종사자로 채용하도록 권장하여야 한다.

제13조(보건교육의 평가) ①보건복지부장관은 정기적으로 국민의 보건교육의 성과에 관하여 평가를 하여야 한다. <개정 1997.12.13, 2008.2.29, 2010.1.18>

②제1항의 규정에 의한 평가의 방법 및 내용은 보건복지부령으로 정한다.

제14조(보건교육의 개발등) 보건복지부장관은 정부출연연구기관등의설립·운영및육성에관한법률에 의한 한국보건사회연구원으로 하여금 보건교육에 관한 정보·자료의 수집·개발 및 조사, 그 교육의 평가 기타 필요한 업무를 행하게 할 수 있다.

제15조(영양개선) ①국가 및 지방자치단체는 국민의 영양상태를 조사하여 국민의 영양개선방안을 강구하고 영양에 관한 지도를 실시하여야 한다.

②국가 및 지방자치단체는 국민의 영양개선을 위하여 다음 각호의 사업을 행한다.

1. 영양교육사업
2. 영양개선에 관한 조사·연구사업
3. 기타 영양개선에 관하여 보건복지부령이 정하는 사업

제16조(국민영양조사등) ①보건복지부장관은 국민의 건강상태·식품섭취·식생활조사등 국민의 영양에 관한 조사(이하 "국민영양조사"라 한다)를 정기적으로 실시한다.

②특별시·광역시 및 도에는 국민영양조사와 영양에 관한 지도업무를 행하게 하기 위한 공무원원을 두어야 한다.

③국민영양조사를 행하는 공무원은 그 권한을 나타내는 증표를 관계인에게 내보여야 한다.

④국민영양조사의 내용 및 방법 기타 국민영양조사와 영양에 관한 지도에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제17조(구강건강사업의 계획수립·시행) 국가 및 지방자치단체는 구강건강에 관한 사업의 계획을 수립·시행하여야 한다.

제18조(구강건강사업) ①국가 및 지방자치단체는 국민의 구강질환의 예방과 구강건강의 증진을 위하여 다음 각호의 사업을 행한다. <개정 2003.7.29>

1. 구강건강에 관한 교육사업
2. 수돗물불소농도조정사업
3. 구강건강에 관한 조사·연구사업
4. 기타 구강건강의 증진을 위하여 대통령령이 정하는 사업

②제1항 각호의 사업내용·기준 및 방법은 보건복지부령으로 정한다.

제19조(건강증진사업등) ①국가 및 지방자치단체는 국민건강증진사업에 필요한 요원 및 시설을 확보하고, 그 시설의 이용에 필요한 시책을 강구하여야 한다.

②시장·군수·구청장은 지역주민의 건강증진을 위하여 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 보건소장으로 하여금 다음 각호의 사업을 하게 할 수 있다.

1. 보건교육 및 건강상담
2. 영양관리
3. 구강건강의 관리
4. 질병의 조기발견을 위한 검진 및 처방
5. 지역사회의 보건문제에 관한 조사·연구
6. 기타 건강교실의 운영등 건강증진사업에 관한 사항

③보건소장이 제2항의 규정에 의하여 제2항제1호 내지 제4호의 업무를 행한 때에는 이용자의 개인별 건강상태를 기록하여 유지·관리하여야 한다.

④건강증진사업에 필요한 시설·운영에 관하여는 보건복지부령으로 정한다.

제20조(검진) 국가는 건강증진을 위하여 필요한 경우에 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 국민에 대하여 건강검진을 실시할 수 있다.

제21조(검진결과의 공개금지) 제20조의 규정에 의하여 건강검진을 한 자 또는 검진기관에 근무하는 자

는 국민의 건강증진사업의 수행을 위하여 불가피한 경우를 제외하고는 정당한 사유없이 검진결과를 공개하여서는 아니된다.

제3장 국민건강증진기금

제22조(기금의 설치 등) ① 보건복지부장관은 국민건강증진사업의 원활한 추진에 필요한 재원을 확보하기 위하여 국민건강증진기금(이하 "기금"이라 한다)을 설치한다.

② 기금은 다음 각호의 재원으로 조성한다. <신설 2002.1.19>

1. 제23조제1항의 규정에 의한 부담금
2. 기금의 운용 수익금

제23조(국민건강증진부담금의 부과·징수 등) ① 보건복지부장관은 제조자등이 판매하는 담배사업법 제2조의 규정에 의한 담배증 킬런(지방세법 제232조의 규정에 의하여 담배소비세가 면제되는 것, 동법 제233조의9제1항제1호 및 제2호의 규정에 의하여 담배소비세액이 공제 또는 환급되는 것을 제외한다. 이하 같다) 20개비당 354원의 부담금(이하 "부담금"이라 한다)을 부과·징수한다. <개정 2004.12.30, 2006.9.27, 2008.2.29, 2010.1.18>

② 제조자등은 매월 1일부터 말일까지 제조장 또는 보세구역에서 반출된 킬런의 수량과 산출된 부담금의 내역에 관한 자료를 다음 달 15일까지 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항의 규정에 의한 자료를 제출 받은 때에는 그 날부터 5일 이내에 부담금의 금액과 납부기한 등을 명시하여 제조자등에게 납부고지를 하여야 한다.

④ 제조자등은 제3항의 규정에 의하여 납부고지를 받은 때에는 납부고지를 받은 달의 말일까지 이를 납부하여야 한다.

⑤ 보건복지부장관은 부담금을 납부하여야 할 자가 제4항의 규정에 의한 납부기한 이내에 부담금을 납부하지 아니한 때에는 30일 이상의 기간을 정하여 이를 독촉하여야 한다. 이 경우 체납된 부담금에 대하여는 100분의 10에 상당하는 가산금을 부과한다.

⑥ 보건복지부장관은 제5항의 규정에 의하여 독촉을 받은 자가 그 기간 이내에 부담금과 가산금을 납부하지 아니한 때에는 국세체납처분의 예에 의하여 이를 징수한다.

제23조의2(부담금의 납부담보) ① 보건복지부장관은 부담금의 납부 보전을 위하여 대통령령이 정하는 바에 따라 제조자등에게 담보의 제공을 요구할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

② 보건복지부장관은 제1항의 규정에 따라 담보제공의 요구를 받은 제조자등이 담보를 제공하지 아니하거나 요구분의 일부만을 제공한 경우 특별시장·광역시장·시장·군수 및 세관장에게 담배의 반출금지를 요구할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

③ 제2항의 규정에 따라 담배의 반출금지 요구를 받은 특별시장·광역시장·시장·군수 및 세관장은 이에 응하여야 한다.

제23조의3(부담금 부과·징수의 협조) ① 보건복지부장관은 부담금의 부과·징수와 관련하여 필요한 경우에는 중앙행정기관·지방자치단체 그 밖의 관계 기관·단체 등에 대하여 자료제출 등의 협조를 요청할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

② 제1항의 규정에 따른 협조요청을 받은 중앙행정기관·지방자치단체 그 밖의 관계 기관·단체 등은 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에 따라 보건복지부장관에게 제출되는 자료에 대하여는 사용료·수수료 등을 면제한다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

제24조(기금의 관리·운용) ① 기금은 보건복지부장관이 관리·운용한다.

② 보건복지부장관은 기금의 운용성과 및 재정상태를 명확히 하기 위하여 대통령령이 정하는 바에 의하여 계리하여야 한다. <개정 1997.12.13, 2008.2.29, 2010.1.18>

③ 기금의 관리·운용 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제25조(기금의 사용등) ①기금은 다음 각호의 사업에 사용한다. <개정 2004.12.30>

1. 금연교육 및 광고 등 흡연자를 위한 건강관리사업
2. 건강생활의 지원사업
3. 보건교육 및 그 자료의 개발
4. 보건통계의 작성·보급과 보건의료관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업
5. 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업
6. 국민영양관리사업
7. 구강건강관리사업
8. 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업
9. 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충
10. 기금의 관리·운용에 필요한 경비
11. 그 밖에 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령이 정하는 사업

②보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 아동·여성·노인·장애인 등에 대하여 특별히 배려·지원할 수 있다. <신설 2004.12.30, 2008.2.29, 2010.1.18>

③보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 필요한 경우에는 보조금으로 교부할 수 있다. <개정 1997.12.13, 2008.2.29, 2010.1.18>

제4장 보칙

제26조(비용의 보조) 국가 또는 지방자치단체는 매 회계연도마다 예산의 범위안에서 건강증진사업의 수행에 필요한 비용의 일부를 부담하거나 이를 수행하는 법인 또는 단체에 보조할 수 있다.

제27조(지도·훈련) ①보건복지부장관은 보건교육을 담당하거나 국민영양조사 및 영양에 관한 지도를 담당하는 공무원 또는 보건복지부령이 정하는 단체 및 공공기관에 종사하는 담당자의 자질향상을 위하여 필요한 지도와 훈련을 할 수 있다. <개정 1997.12.13, 2008.2.29, 2010.1.18>

②제1항의 규정에 의한 훈련에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제28조(보고·검사) ①보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 필요하다고 인정하는 때에는 제7조제1항·제8조제3항 및 제4항·제9조제1항 내지 제4항 또는 제23조제1항의 규정에 해당하는 자에 대하여 당해업무에 관한 보고를 명하거나 관계공무원으로 하여금 그의 사업소 또는 사업장에 출입하여 장부·서류 기타의 물건을 검사하게 할 수 있다.

②제1항의 규정에 의하여 검사를 하는 공무원은 그 권한을 나타내는 증표를 관계인에게 내보여야 한다.

제29조(권한의 위임·위탁) ①이 법에 의한 보건복지부장관의 권한은 대통령이 정하는 바에 의하여 그 일부를 시·도지사에게 위임할 수 있다.

②보건복지부장관은 이 법에 의한 업무의 일부를 대통령이 정하는 바에 의하여 건강증진사업을 행하는 법인 또는 단체에 위탁할 수 있다.

제30조(수수료) ①지방자치단체의 장은 건강증진사업에 소요되는 경비중 일부에 대하여 그 이용자로부터 조례가 정하는 바에 의하여 수수료를 징수할 수 있다.

②제1항의 규정에 의하여 수수료를 징수하는 경우 지방자치단체의 장은 노인, 장애인, 생활보호법에 의한 생활보호대상자등에 대하여 수수료를 감면하여야 한다.

제5장 벌칙

제31조(벌칙) 다음 각호의 1에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제8조제3항 또는 제4항의 규정에 위반하여 경고문구 또는 발암성물질을 표기하지 아니

하거나 이와 다른 경고문구 또는 발암성물질을 표기한 자

2. 제9조제1항의 규정에 위반하여 담배에 관한 광고를 한 자

3. 제21조의 규정에 위반하여 정당한 사유없이 건강검진의 결과를 공개한 자

제32조(벌칙) 제7조제1항의 규정에 위반하여 정당한 사유없이 광고의 내용변경 또는 금지의 명령을 이행하지 아니한 자는 100만원 이하의 벌금에 처한다.

제33조(양벌규정) 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제31조 또는 제32조의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과(科)한다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제34조(과태료) ① 다음 각호의 1에 해당하는 자는 300만원 이하의 과태료에 처한다.

1. 제9조제2항의 규정에 위반하여 담배자동판매기를 설치하여 담배를 판매한 자

2. 제9조제4항의 전단의 규정에 위반하여 공중이 이용하는 시설의 전체를 금연구역으로 지정하지 아니하거나 당해 시설을 금연구역과 흡연구역을 구분하여 지정하지 아니한 자

3. 제23조제2항의 규정에 위반하여 자료를 제출하지 아니하거나 허위의 자료를 제출한 자

② 다음 각호의 1에 해당하는 자는 200만원 이하의 과태료에 처한다.

1. 제9조제3항의 규정에 위반하여 성인인증장치가 부착되지 아니한 담배자동판매기를 설치하여 담배를 판매한 자

2. 제9조제4항 후단의 규정에 위반하여 흡연구역의 시설기준을 준수하지 아니한 자

3. 제28조의 규정에 의한 보고를 하지 아니하거나 허위로 보고한 자와 관계공무원의 검사를 거부·방해 또는 기피한 자

제35조(과태료의 부과·징수절차) ① 제34조의 규정에 의한 과태료는 대통령령이 정하는 바에 의하여 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장(이하 "부과권자"라 한다)이 부과·징수한다.

② 제1항의 규정에 의한 과태료처분에 불복이 있는 자는 그 처분의 고지를 받은 날부터 30일 이내에 부과권자에게 이의를 제기할 수 있다.

③ 제1항의 규정에 의한 과태료처분을 받은 자가 제2항의 규정에 의하여 이의를 제기한 때에는 부과권자는 지체없이 관할법원에 그 사실을 통보하여야 한다. 그 통보를 받은 관할법원은 비송사건절차법에 의한 과태료의 재판을 한다.

④ 제2항의 규정에 의한 기간내에 이의를 제기하지 아니하고 과태료를 납부하지 아니한 때에는 국세체납처분 또는 지방세체납처분의 예에 의하여 이를 징수한다.



시민건강증진연구소와 함께 해요

- 시민건강증진연구소는 2006년 창립한 사단법인 연구소입니다. 연구소는 올해 초 김창업 서울대학교 보건대학원 교수를 소장으로 초빙한 것을 비롯하여 연구진을 새롭게 구성하고 건강권을 위한 보건의료의 대안 담론을 개발하는 연구소로 거듭나기 위해 노력하고 있습니다.
- 우리 연구소는 ‘건강불평등을 모니터하고 개선하기 위한 연구’와 ‘보건의료의 개혁과 대안 담론을 위한 연구’에 집중하고 있습니다. 또한 이와 같은 주제로 강좌를 개발하여 보건의료 부문의 종사자와 학생, 의료인 등과 함께 공부하며 인식을 넓혀가고 있습니다.
- 우리 연구소는 ‘비정부기구’로서 정부와 관련 기관으로부터의 후원을 받지 않습니다. 병원, 제약회사, 보험회사의 후원 또는 연구비 지원도 받지 않습니다. 우리 연구소는 시민의 후원에 의한 기금을 통해 독립적인 연구를 수행하는 비영리·독립 연구기관을 지향합니다.
- 이와 같은 연구소의 뜻에 힘을 보태 주십시오. 우리 연구소의 회원이 되어 주십시오. 그래서 연구소에서 진행되는 연구에 참여하여 의견을 개진하고, 연구 성과물을 함께 나누며, 한국 사회 보건의료 개혁을 함께 고민하고 실천해 나갑시다.
- 우리 연구소의 회원이 되는 방법은 인터넷 홈페이지(<http://health.re.kr>)에 접속하여 ‘회원가입안내’를 클릭하면 됩니다.
- ※ 연구소에 납부하시는 후원금에 대해 연말에 ‘소득공제용 영수증 발급’을 해드립니다.
- 그 외 후원 및 회원가입에 대한 문의는 사무실로 하면 됩니다.

전화 : 070-8658-1848, 070-8659-1848 팩스 : 02-581-0339

