



▲박 병 주



▲이 중 엽

건강관리서비스 법안의 문제점과 해결방안

이 중 엽 · 박 병 주* | 서울대학교 의과대학 예방의학교실

Problems and their solutions of the proposed health management service act

Joongyeop Lee, MD · Byung-Joo Park, MD*

Department of Preventive Medicine, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Byung-Joo Park, E-mail: bjpark@snu.ac.kr

Received December 15, 2010 · Accepted December 25, 2010

To deal with the burden of chronic illnesses, the Korean government has planned to adopt the Health Management Service Act (HMS) to reduce risk factors related to lifestyle, including diet and physical activity with reinforcement of dietitians and physical education instructors and other health professionals. We welcome the strategy to expand human resources for preventing cardio-cerebrovascular events (CVE); however, the delivery system of the HMS has stimulated heated debate. The current legislative bill lacks a comprehensive perspective of clinical preventive medicine. It states that HMS is not a medical service, and therefore the HMS facilities are not medical institutions and can be operated independently from medical professionals. By excluding medical specialists who could integrate information from patients in order to prevent CVEs, the bill is incompatible with the main purpose of HMS and will fail to achieve its goal. To suggest a solution to the debate, a patient-centered, evidence-based approach should be established in order to make an arena where all disciplines related to chronic disease prevention can contribute to the HMS. The participation of medical doctors who are fundamental to health-care is essential for the successful establishment of an HMS delivery system in Korea.

Keywords: Health Management Service Act; Chronic disease; Preventive medical service; Evidence-based medicine; Clinical preventive medicine

서 론

지난 반세기 동안 급속한 경제성장을 이룩하면서 생활수준이 향상됨과 동시에 의료의 발전으로 인하여 감염성 질환의 발생이 현저히 감소하고 노인인구가 증가하면서 만성 퇴행성 질환의 발생이 급격히 늘고 있다. 이러한 사회여건의 변화에 발맞추어 이제 의료서비스도 치료중심에서 예방중심으로 그 패러다임이 바뀌어야 할 때가 되었다. 만성질환자의 증가로 인하여 국민의료비의 급속한 증가가 의료보험제정을 압박하는 주요 원인으로 작용하고 있지만, 만성질환에 의한 건강의 상실과 의료비의 증가는 상당부분 평생시의 꾸준한 건강관리로 예방이 가능하다[1]. 따라서 효과적인 예방의료서비스를 제도적으로 개발할 필요가 있고, 이러한 필요에 발맞추어 건강관리서비스법안이 제시되었다. 향후 지속적으로 노인인구가 증가하면서 이러한 서비스에 대한 수요는 폭발적으로 증가할 것이며 많은 의료계 종사자의 활동이 이러한 여건의 변화에 직간접으로 영향을 받게 될 것이 예상된다[2]. 하지만, 이미 많은 의사와 의료기관이 참여하고 있는 생애전환기검진과는 달리, 건강관리서비스법안은 준비과정에 참여한 의료단체대표자 및 실무위원들의 노력에도 불구하고 의료인들의 역할과 관련된 여러 쟁점들이 해소되지 않은 상태이다. 앞으로 이 제도를 어떻게 준비하고 추진해나가는 것이 바람직한 것인지에 관하여 논하고자 한다.

정부의 구상과 추진 현황

정부에서는 예방의료서비스를 산업화하여 미래 국가성장동력산업으로 삼겠다는 계획하에 장기적 국가사업을 추진 중에 있다. 이미 2007년에 검진서비스체계를 재정비하여 생애전환기검진을 도입한 이후 검진의 사후관리라 할 수 있는 건강관리서비스를 도입하기 위한 준비가 진행되었다. 2008년 4월부터 건강관리서비스활성화TF를 운영하여 국정과제 및 서비스산업선진화 과제로 건강관리서비스 도입을 포함시켰으며, 2009년에는 한국보건산업진흥원을 통하여 제도모형을 설계하는 용역연구를 수행하였다. 이후, 의사협회, 병원협회, 한의사협회, 간호사협회 등 의료인 단체 및 민

간사업자 등이 참여하는 실무위원회를 통하여 연구용역사업 결과를 기반으로 건강관리서비스 법안을 마련하고 2010년 5월 17일 변용진 국회의원 외 11인이 정식 발의함으로써 새로운 국가적 건강증진서비스사업을 수행하기 위한 준비가 마무리단계에 접어들었다[3].

현재 정부가 마련한 법안의 문제점과 개선방안

현재 마련된 건강관리서비스 법안 제2조는 건강관리서비스를 '건강의 유지 증진과 질병의 사전예방, 악화방지 등을 목적으로 위해한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하는 상담, 교육, 훈련, 실천 프로그램 작성 및 이와 관련하여 제공되는 부가적인 서비스'로 정의하고 있다. 이러한 정의만 보아서는 건강관리서비스에 구체적으로 어떤 내용을 포함할 것인지를 파악하는 것이 쉽지 않다. 하지만, 법안개발자가 이 법안을 통하여 규정하고자 의도한 내용을 가장 평이한 말로 설명하자면 '심혈관질환을 예방하기 위한 생활습관 개선을 돕는 서비스'라 할 수 있다. 심혈관질환에 의한 이환과 사망 및 이로 인한 의료비 지출이 노령화와 함께 급속히 증가하고 있는 현실을 생각할 때 이를 예방하기 위한 효과적인 서비스의 제공은 분명히 필요하다. 그러나 현 의료시장에서 전문한 건강관리서비스 제공을 담당할 수 있는 인력은 부족한 실정이며, 이는 지역사회에서 건강관리사업을 수행해 본 경험이 있는 모든 의료인들이 공통적으로 느끼고 있다. 이에, 서비스 공급인력의 증가를 가져올 정책이라는 점에서는 바람직하다 하겠으나, 법안의 내용을 살펴보면 건강관리서비스기관의 설립운영, 그리고 인력의 구성과 관련하여 의료인과 일반인들의 보편적인 기대가 구체적으로 반영되어 있지 않다. 아직 법안 어디에도 서비스요원의 직능별 업무범위를 명확히 제시하고 있지 않으며, 이 때문에 실제 서비스의 제공이 누구에 의해서 어떤 형태로 수행될 것인지를 파악하는 것이 불가능하다. 여기서부터 수많은 쟁점들이 가지를 치고 나오기 시작한다. 건강관리서비스 요원의 직능별 업무분장 및 직능간 협력체계에 관한 구체적인 기술 없이 효율적인 서비스 제공이 가능할지 여부, 서비스기

관을 통한 설립목적과 무관한 유사의료행위의 범람과 그에 따른 의료비의 증가, 서비스이용자들에 대한 개인정보보호 등 많은 문제를 두고 논쟁이 그치지 않고 있다.

이러한 논쟁을 종결시키고, 정책의 합리성과 성과를 극대화할 수 있는 방안으로서 과학적 근거에 기반한 서비스모델의 제시와 운영지침의 개발이 필요하다. 국가가 개별 국민의 건강을 관리하고 증진시키기 위해 노력하는 것은 건강이 국민의 기본권인 동시에 국가발전의 원동력을 고려한다면 당연한 것이며, 이러한 노력이 최선의 결과로 이어지기 위해서는 지금까지 알려진 최선의 과학적 근거를 최대한 활용하고, 정책을 객관적으로 평가하여 검토하는 것이 필요하다. 예를 들어 운동처방이 효과가 있는 지에 대한 논란은 이 전부터 계속 되어왔는데, 2002년 미국예방의료특별위원회에서는 1차 의료에서 건강인을 대상으로 신체활동 증진을 위하여 운동상담을 하는 것에 대한 근거가 충분하지 않다고 결론지은 바 있다[4]. 그러나 운동처방의 효과에 대한 긍정적인 결과들 역시 지속적으로 보고되었고 특히 심혈관질환, 당뇨, 암, 천식 등 만성질환 유병자의 삶의 질 향상 및 2차 예방에서 뚜렷한 효과를 보였으며 최근의 메타분석에서는 신체활동과 건강증진 및 비용-효과적인 측면에서의 타당성 역시 증명된 바 있다[5]. 운동처방에 있어 신체질량지수나 체중 등 개인의 특성과 상태에 따라 시간 및 강도를 조절하여 [6,7] 효과를 더욱 향상시킬 수 있는데 이러한 처방의 기준은 과학적 연구를 통하여 생성된 타당한 근거가 뒷받침되어야 한다. 비만에 관한 동양인과 서양인의 신체질량지수 기준이 다르듯 한국인에서 최선의 운동처방을 위한 기준을 마련하기 위해서는 한국인을 대상으로 수행한 예방의료서비스에 대한 과학적 평가를 통한 근거의 생성과 이에 기반한 서비스 제공이 필요하다.

또한, 법안의 서비스 제공체계를 보면 의료기관에서 서비스기관으로 의뢰를 통하여 서비스를 이용할 수 있도록 제시되어 있는데, 지금까지 우리나라에서 의료기관간 환자전달 체계의 운용 경험이나 대도시에서 3년간 수행한 심뇌혈관질환 고위험군등록관리서비스사업의 경험을 비추어 볼 때 환자가 의뢰를 받고 타 기관으로 다녀야 하는 체계가 효과적으로 작동할 지는 의문이다. 이러한 서비스제공기관의 분리와

의뢰를 정당화하는 논리적 배경은 '건강관리서비스'는 의료서비스가 아니라는 것인데 이는 이 제도가 예방의료를 포괄적으로 조망하고 개발된 것이 아니라는 생각을 갖게 한다. 대사증후군을 줄이기 위한 건강관리서비스는 궁극적으로 심뇌혈관질환의 예방을 통하여 그 효과를 평가받게 될 것인데, 이와 같은 궁극적인 목적을 생각한다면 심뇌혈관질환의 다른 위험인자들에 대한 고려없이 특정 건강관리서비스를 제공하는 것이 과연 소기의 목적을 달성할 수 있을 것인지에 대한 우려가 크다. 건강관리서비스를 제공하는 기관은 의료기관이 아니고 건강관리서비스는 의료서비스가 아니라는 단순논리를 적용하여 비의료인만으로 운영이 가능한 건강관리회사를 세우겠다는 것은 건강관리회사 존재의 정당성 자체를 부정하는 자가당착이 아닐 수 없다. 외국 건강관리서비스 제공체계를 살펴보면 미국의 건강관리회사들은 심혈관질환뿐 아니라 다양한 질환들에 대한 예방적 서비스를 제공하고 있으며, 일본의 경우도 메이지야수다 생명보험사를 비롯하여 의사가 참여하여 다양한 질환의 위험을 줄일 수 있는 서비스 프로그램을 제공하는 예를 찾을 수 있다.

국민들을 위한 질병예방과 건강증진에 대한 비전을 가지고 새로운 제도를 도입하고자 한다면 먼저 이에 필요한 장단기발전 로드맵을 개발하여 제시하는 것이 순서이다. 당장 심혈관질환의 예방이 주 목표라면 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증 등을 가지고 있는 사람을 대상으로 한 보건교육과 질병 예방을 위한 서비스, 흡연자들에 대한 금연교육과 금연보조제 처방 등을 수행할 수 있는 인력과 조직을 확보하는 방안을 제시하는 것이 설득력이 있을 것이다. 예방효과가 있는 건강관리서비스가 되기 위해서는 건강관리서비스 이용자가 중심이 되는 서비스제공체계 속에 건강상태의 평가와 처방이 예방서비스의 목표에 따라 기능적으로 통합되어 일회의 기관방문으로도 충분한 서비스 제공이 이루어지고, 지속적 추적관찰을 수행할 다학제적 접근이 가능한 체계가 구축되어야 한다[8]. 이러한 서비스제공체계에서 영양사나 생활체육지도사 등이 없어서는 안되겠지만, 환자상태에 대한 정보를 통합적으로 해석하고 관리할 수 있는 의료인, 즉 의사의 참여를 배제한 상태에서는 소기의 목적을 달성하기 어려울 것이다. 그러나 본 법안의 내용을 살펴보면 서비스이용자인

국민들보다 일부 서비스공급자의 편의를 우선적으로 배려한 구조를 가지고 있으며 이로 인하여 많은 국민들이 불편을 겪을 것이 명약관화하여 건강관리서비스의 목표부터 다시 짚어가며 서비스 제공방식을 재설계하는 것이 타당할 것으로 생각된다.

제도의 재설계를 위해서는 지금까지 수행된 국내외의 건강증진과 관련된 근거들을 체계적으로 검토하여 정책의 근거를 확보하고, 중앙정부와 지역사회가 국민들의 혈세를 투입해가며 수행해온 많은 건강증진사업들의 노후우를 충실하게 반영하여야 한다. 특정 직능과의 막연한 연관성에 근거한 기관의 설립과 이러한 기관을 통한 서비스의 제공이 국민들의 건강행태의 개선으로 이어지고 결과적으로 건강증진 및 의료비 절감이라는 소기의 목적이 달성될 것이라는 순진한 기대는 착각으로 끝날 수 있다. '건강관리서비스가 의료행위인가?' 라는 목적을 망각한 질문 보다는, '건강관리서비스' 라는 이름 속에 담겨 있는 목적을 구체화하고, 그 목적을 달성하기 위해 수행하여야 할 일들을 분명히 하고, 그 업무를 누가 어떻게 수행할 것인지를 순차적으로 정해가면 될 것이다. 이러한 결정의 과정에서 과학적 근거와 실무경험을 가장 많이 가지고 있는 전문가 집단이 해당 서비스 제공에 대해서도 일차적 책임을 지고 임하게 된다면 많은 문제들이 자연스럽게 해결될 것이다.

본 법안의 제8조 건강관리서비스요원의 범위를 '의료법 5조 1항에 따른 의사, 한의사 및 의료법 7조에 따른 간호사로서 건강관리서비스 제공에 필요한 교육을 이수한 자', 그리고 '국민영양관리법 제15조에 따른 영양사로서 건강관리서비스 제공에 필요한 교육을 이수한 자', 기타 건강증진 및 질병예방 등에 관한 전문지식을 가진 자로서 대통령령으로 정한 자격과 경력을 소지한 자로 한정하고 있는 것에 대하여 '의사', '한의사', '간호사', '영양사' 라는 직종이 구체적으로 무슨 일을 하는 지를 의학적 근거를 가지고 설명하고 참여의 적절성을 평가받아야 할 것이다. 이러한 과정은 7조 1항에 명시되어 있는 건강위험도 평가결과 및 건강상태에 대한 상담, 건강상태의 지속적 점검 및 관찰이 해당 직무에 전문성이 없는 인력이 수행하게 되는 상황과 관련된 우려를 사전에 불식시킬 수 있다. 또한, 업무가 명확히 규정되면

해당 서비스제공체계를 소비자 중심으로 계획하는 일도 가능해질 것이며, 시설의 규모와 비용에 대한 계획도 구체화되고 법안 9조 등 건강관리서비스기관의 개설허가 및 평가관리와 관련된 조항들에 대한 합리적 수정 또한 가능할 것이다. 끝으로 과학적 근거에 기반하여 제공되는 건강관리서비스인 동시에 과학적 근거를 생산할 수 있는 서비스가 될 수 있도록 법안의 개선이 요구된다. 즉, 개인정보보호를 위하여 자료의 가공과 제공을 제한하는 조항을 추가하여 정보유출 우려를 불식시키는데 그쳐서는 안되며, 국민들의 건강수준을 향상시키기 위한 과학적 근거를 생성할 수 있는 공중보건학적 연구 및 임상연구에 이 자료들이 원활히 제공될 수 있는 체계를 구축하고 운용할 수 있도록 법적인 근거를 마련하는 것이 필요하다.

결론

건강관리서비스의 궁극적인 목표는 결국 국민의 건강증진에 있다. 건강증진을 위하여 지금까지의 의료가 증상 발생 이후 개입하여 질병을 확인하고 이를 치료해왔으나, 같은 목적을 달성하기 위하여 의학적 개입의 시점은 증상의 발현 이전이 될 수도 있다. 즉, 건강관리서비스는 서비스의 본질이 질병의 발생과 자연사에 대한 개입이 주요 내용이 되는 명백한 의료서비스이며, 이는 비용과 효과를 고려한 최선의 과학적 근거에 기반하여 행해져야 한다. 예방의료서비스의 제공이 국가가 마련한 제도적 틀 속에서 고려될 수 있는 것도 이러한 과학적 근거가 있기 때문이다. 그럼에도 불구하고 의료인을 배제한 서비스의 제공이 가능한 법안이 작성되고 발의될 수 있었던 것은 지금까지 예방의료서비스가 의료 현장에서 제대로 제공되지 못했기 때문으로 사료된다. 다른 모든 의료영역처럼 임상예방의학 또한 국민들에게 서비스를 제공하는 과정을 통하여 효과를 검증하고 부적절한 것은 고쳐나가야 한다. 또한, 근거가 확보되어 있지 않은 예방의료서비스 분야에 대해서는 임상연구를 통하여 새로운 근거를 창출하여야 한다. 그리고 이 근거는 다시 예방의료서비스로서 제공되고 현장에서 다음어지는 일련의 선순환과정을 통하여 국민건강 증진에 기여하고, 부가적으로 임상예방

의료도 발전할 수 있다. 이러한 선순환구조가 확보될 수 없었던 것은 지난 반 세기 동안 1960년대와 1970년대에 치료 의학에 대한 물리적 접근성 문제를 해결하고 1980년 이후 국민의료보험을 통하여 경제적 접근성을 높이는데 정책적 역량이 집중되었기 때문이 아닐까 한다. 예방의료를 시행하고자 하여도 이를 구현할 인력과 자원이 부족하였던 현실을 고려할 때 의료인에게 예방의료서비스의 발전이 더딘 것에 대하여 모든 책임을 묻는 것은 적절하지 않다고 생각하지만, 현재 진행 중인 정책적 노력이 국민건강 수준의 향상으로 이어질 수 있도록 적극적으로 참여하지 않는 것은 우리 사회가 의료계에 걸고 있는 기대에 부응하지 못하는 행동이 아닐까 한다. 이제 예방의료에 대한 물리적 접근성 문제를 해결해 가는 시대가 열렸으며, 국민들의 건강에 관한 권리를 보장하며 노령화에 따른 의료비 증가문제를 적절히 해결하기 위하여 앞으로 예방의료서비스에 대한 경제적 접근성을 높이는 방안을 단계적으로 구축해나가야 할 것이다. 또한, 이러한 서비스의 양적 증가와 병행하여 질적인 수준향상을 위하여 의료인의 역할은 대단히 중요하다. 기존의 서비스를 평가하는 관리자로서, 새로운 서비스를 도입하고 평가하는 연구자로서, 그리고 각 서비스에 적합한 다양한 분야 사람들로 운영되는 예방의료서비스제공팀의 리더로서 역할을 수행하여야 할 것이며 이를 위한 체계적 준비작업을 지금부터 시작하여야 할 것이다. 양적 팽창기에 겪는 부작용도 많을 것이며, 새로운 제도를 도입하는 단계에 겪어야 하는 혼란과 어려움도 클 수 있지만 과학적 근거에 기반한 합리적 정책의 수립과 추진을 통하여 장차 국민들의 건강수준을 향상시키는 소기의 성

과를 달성할 수 있기를, 그리고 한편으로는 건강관리서비스의 도입이 의료계가 임상예방의학을 통하여 국민들에게 한 걸음 더 가까이 다가서는 계기가 될 수 있기를 기원한다.

핵심용어: 건강관리서비스법안; 만성질환; 예방의료서비스; 근거중심의학; 임상예방의학

REFERENCES

1. Korea Health Industry Development Institute. The study of developmental strategy for the health management service market. Seoul: Korea Health Industry Development Institute; 2009.
2. Korea Health Industry Development Institute. Estimation for the market size of health management service and U-healthcare. Seoul: Korea Health Industry Development Institute; 2009.
3. Korea Health Industry Development Institute. Symposium: successful implementation of health management service. Seoul: Korea Health Industry Development Institute; 2010.
4. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002;137:205-207.
5. Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2006;24:69-74.
6. Ehram R, Hoerler-Koerner U, Stoffel S, Melges T, Ainsworth B. Exercise prescription for the overweight and the obese: how to quantify and yet keep it simple. *Br J Sports Med* 2009; 43:951-953.
7. Pinet BM, Prud'homme D, Gallant CA, Boulay P. Exercise intensity prescription in obese individuals. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16:2088-2095.
8. Matzen RN, Lang RS. *Clinical preventive medicine*. St. Louis: Mosby;1993. 1263 p.