

건강보험에서의 건강증진사업 활성화 방향

김 운 목

건강보험심사평가원 상근직원 연구위원

I. 머리말

우리나라 건강보험제도는 1963년 제정한 의료보험법을 전문개정하여 1977년 7월부터 500인 이상 사업장의 근로자에게 직장 의료보험을 당연적용하면서 본격적으로 시행되었다. 이후 적용 확대를 추진하는 보편화 과정을 거쳐 1989년 전국민 의료보장시대를 이룩하였고 2000년대에 이르러 그동안 다수 보험자(조합)방식으로 운영하던 관리운영시스템을 국민건강보험공단으로 통합하였으며 근래에 이르러 보험급여의 보장성 강화와 보험료부담의 적정화를 추진하는 과정을 거치고 있다.

의료보험 보험자를 통합하면서 제도의 명칭은 “의료보험”에서 “건강보험”으로 변화하였고, 보장하는 보험사고(risks covered)⁷⁾의 내용은 “국민의 질병·부상·분만 또는 사망 등에 대하여 보험급여”를 행하는 것(의료보험: 질병치료 중심의 급여체계)으로부터 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여”를 실시하는 것(건강보험: 예방과 건강증진을 포함하는 급여체계)으로 발전하였다.

한편, 질병의 양상과 건강에 대한 인식이 변화하면서 건강증진이 새로운 공중보건(New Public Health, WHO)으로서 보건의료와 건강수준의 향상을 위한 새로운 대안으로 부각되는 추세에 맞추어 1995년에 국민건강증진법이 제정 시행되면서 건강증진과 건강보험은 재정관계와 사업내용에서는 긴밀하지만, 한편으로 건강증진기금의 조성과 사용에 있어서는 긴장관계를 보이고 있다.

건강증진기금을 조성하기 시작한 초기 1997년부터 2001년까지는 의료보험 보험자가 예방보건사업비의 5%를 건강증진기금으로 부담하여 동기간에 조성한 총기금

7) 보험법에서 보험사고(保險事故)라 함은 보험자의 책임을 구체화시키는 우연한 사고를 말하는 것이므로 (정희철, 상법학(하), 박영사, 1990, 375), 건강보험의 보험사고는 건강보험 보험자의 보험급여 책임을 구체화시키는 『① 질병에 대한 예방·진단·치료·재활 ② 부상에 대한 예방·진단·치료·재활 ③ 출산 ④ 사망 ⑤ 건강증진』으로 분류할 수 있다(국민건강보험법 제1조).

액 686억원의 35.3%인 242억원이 의료보험으로부터 조달되었다.

그리고 2001년 발생한 건강보험의 재정위기에 대처하기 위하여 제정된 국민건강보험재정건전화특별법이 정하는 바에 따라 2002년부터 2006년까지 담배부담금으로 조달되는 건강증진기금에서 지역보험 급여비용의 10% 상당액을 재정 지원하였고 건강보험은 이를 노인의 보험급여비용으로 사용하였다.

정부는 한시법(限時法)이었던 국민건강보험재정건전화특별법의 만료에 즈음하여 2006. 6월에 건강증진기금에서의 재정지원을 국민건강보험법의 규정으로 건강보험에 대한 국고지원 방식으로 제도화하고자 국민건강보험법 개정안을 국회에 제출하였다. 이 건강보험법 개정안(안 제92조)은 건강증진기금에서의 지원규모를 기금 예상수입액의 65% 이내에서 건강보험 보험료 예상수입액의 6%에 상당하는 금액으로 하도록 하고, 지원된 재원의 용도는 건강검진 등 건강증진사업, 흡연으로 인한 질병에 대한 보험급여와 노인에 대한 보험급여에 사용하도록 예정하고 있었다. 이 건강보험법 개정안은 국회 심의과정에서 건강증진기금에서의 건강보험에 대한 재정지원을 2007년부터 2011년까지 다시 5년 동안 한시적으로 기간을 연장하는 것으로 의결되었다. 재정지원 규모와 용도는 당초 개정안대로 보험료 예상수입액의 6% 상당액을 부담금 예상수입액의 65% 이내에서 지원하고, 이는 건강검진 등 건강증진사업, 흡연원인 질병에 대한 보험급여와 노인에 대한 보험급여에 사용하도록 되었다(국민건강보험법 제92조, 동법부칙 제7조 2항: 국민건강증진법 부칙 개정사항)

이와 같이 건강증진기금에서 건강보험재정을 지원하는 것에 대해서 부정적인 의견을 표출하거나, 건강보험재정상 부득이하므로 한시법에 의한 임시적인 조치로 인식하거나, 또는 담배가격의 인상과 관련해서는 일반예산에서 조달해야 하는 사업을 건강증진기금의 활용으로 전가하고 있다는 비판을 나타내는 경우가 많다. 그동안 정부 내에서도 건강증진기금의 수입금이 건강증진 사업보다 지역건강보험 급여비용으로 충당되는 것은 건강보험 재정적자 보전의 방편이 되고 있어 담배부담금 부과 타당성을 미약하게 한다는 평가('04 부담금운용평가단, 기획예산처)를 하기도 하였고, 건강증진기금은 본래의 목적에 사용될 수 있도록 건강증진 및 질병관리 사업에 집중 투자되어야 하는 것으로 지적하고 있다⁸⁾.

이러한 지적과 부정적 의견은, 단지 건강보험 재정이 어려운 사정에 있으므로 지

8) 보건복지부, 국민건강증진기금중기사업계획('05-'09), 2005, 2-11

원해야 한다는 것은 논리적으로 충분한 지원근거가 될 수 없다는 점과 건강보험을 운영함에 있어 건강증진사업과 관련되는 합리적 연관성과 기여의 가능성이 구체적으로 제시되지 못함에 원인이 있는 것으로 판단된다.

따라서 건강보험과 건강증진제도간의 법정책 및 사업의 연계성을 확인하고 건강보험제도의 운영을 통하여 건강증진사업에 대한 기여와 활성화를 도모하도록 방향을 제시하는 것은 재정지원의 타당성에 대한 논리적 근거를 규명하는 것일 뿐만 아니라 양제도간의 긴장관계를 해소하고 건강보험과 건강증진제도의 운영에서 상승효과를 제고시키는 것이 된다고 생각한다.

II. 건강증진기금의 조성과 건강보험 재정지원 현황

건강증진기금은 국민건강증진사업을 원활하게 추진하기 위하여 설치된 재원이며 (국민건강증진법 제22조), 기금의 재원이 되고 있는 부담금은 건강위해요인(담배)에 대한 원인자 부담과 수익자 부담의 성격을 동시에 내포하고 있다. 건강증진기금을 조성하기 시작한 초기에는 담배부담금과 의료보험 보험자 부담금을 합하여 기금을 조성하였고 2002년부터 현재는 담배부담금과 기금운용 수익금으로 기금을 조성하고 있는데, 그 현황을 보면 아래 <표 1>와 같다.

<표 1> 국민건강증진기금(부담금) 조성

(단위 : 억원)

구분	'97 '99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 (계획)
계	402	146	138	5,109	7,020	7,458	13,267	16,446
담배 부담금	240	105	99	5,109	7,020	7,458	13,267	16,446
1갑당	2원	2원	2원	2월부터 150원	150원	12.30부 터354원	354원	7.1부터 558원예정
보 험 자 부 담 금	162	41	39	-	-	-	-	-

건강증진기금을 조성하기 시작한 초기부터 2001년까지는 의료보험에서도 건강증진기금의 일부를 부담하였는데, 의료보험 보험자의 예방보건을 위한 사업비(건강검진비 포함)의 5%를 건강증진기금으로 부담하였다. 의료보험 보험자 부담금은 보험자의 전년도 예방보건사업비(건강검진비 포함)를 기준으로 산정하되 전년도 보험급여비용의 일부를 국고부담액으로 지급한 보험자에게는 부담금을 감면할 수 있도록 하여 당시 재정상태가 어려운 지역보험에 대해서는 부담금을 감면하였고 부담금의 산정과 징수에 관한 제반업무를 보험자단체인 의료보험연합회에 위탁하여 처리토록 하였다.

의료보험 보험자가 부담한 건강증진기금의 현황은 <표 2>에서 보는 바와 같다.

<표 2> 의료보험부담 건강증진기금 현황

(단위: 억원)

구분	계	1995*	1996*	1997*	1998	1999
계	162	4	23	46	39	50
의료보험 조합부담	127	2	21	33	35	36
공교의보 공단부담	35	2	2	13	4	14

자료: 의료보험연합회, 1999년도 의보련사업보고서, 2000, 91

* '95-'97년도 3년분을 '97년에 일괄부담(의료보험연합회, 1997년도 의보련사업보고서, 1998, 90-91)

한편, 2002년부터 2006년까지 5년간 건강증진기금에서의 건강보험에 대한 재정지원액은 3조 8,130억원으로 같은 기간에 조성한 기금 총조성액 4조 9,104억원의 77.65%에 이른다. 이는 동기간 건강보험의 총 보험료수입액 75조 5,868억원의 약 5.03% 수준에 해당하며, 또한 건강보험에 대한 총 국고지원금 17조 5,565억원의 약 21.72%에 달한다.

<표 3> 건강증진기금 재정투자현황

(단위: 억원)

구분	계	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
계	49,555	136	129	186	5,719	6,759	6,614	12,934	17,078
보건의료· 사회복지 등	11,425	136	129	186	263	313	351	3,681	6,366
건강보험부문 (기금대비:%)	38,130	-	-	-	5,456 (95.4)	6,446 (95.4)	6,263 (94.7)	9,253 (71.5)	10,712 (62.7)

자료: 보건복지부, 국민건강증진기금중기사업계획('05-'09), 2005, 2; 2005년도 부담금 운용보고서(국민건강증진기금); 국민건강증진기금중기사업계획('06-'10), 2006, 7;

* 보건복지부, 2006년도 국민건강증진기금운용계획, 2006, 4.

이를 종합하여 볼 때, 건강증진기금의 건강보험에 대한 재정지원은 건강보험 재정의 건전화에 기여하였으며 이로써 건강보험은 보험급여의 보장성 강화 대책을 추진할 수 있는 여지를 마련하였고 보험재정에 대한 국고지원의 증액요구를 억제하여 국고운용의 탄력성 확보하는 등 건강보험제도의 안정적 운영과 발전에 기여한 바가 크다고 할 수 있다.

한편, 건강증진정책을 체계화하기 위하여 정부가 2005년 말에 개편 발표한 국민건강증진종합계획(2005 Health Plan 2010)을 추진하는 기간(2006년부터 2010년까지)에도 조성되는 건강증진기금액의 65% 상당액을 건강보험의 재정으로 지원하며 이는 건강증진사업에 투입하는 예산액의 약 2배액에 달한다.

<표 4> 건강증진기금 부문별·사업별 운용 방향

【분야부문 총괄표】

(단위 : 억원, %)

구분	'06예산	'07년	'08년	'09년	'10년	연평균 증가율
기금	64,943	78,407	88,572	101,728	113,749	15.0
【사회복지분야】	734	672	694	705	553	△6.9
·취약계층지원부문	279	151	270	271	13	△53.6

· 노인 청소년 부문	283	354	222	211	296	1.1
· 보육가족 및 여성부문	131	158	194	215	235	15.7
· 사회복지일반부문	41	9	9	9	9	△32.0
【보건 분야】	16,344	20,165	20,683	21,304	20,144	5.4
· 보건의료부문	5,632	6,383	7,038	6,601	6,771	47
· 건강보험부문	10,712	13,783	13,645	13,508	13,373	5.7

자료: 보건복지부, 국민건강증진기금 중기사업계획('06-'10), 2006, 20

따라서 현실적인 건강보험 재정정책 수요에 의하여 건강증진기금에서 건강보험에 재정 지원하는 금액의 규모와 건강증진사업의 효과성을 제고해야하는 건강증진정책상의 긴요함을 감안할 때, 재정지원에 상응할 수 있도록 건강보험에서의 건강증진사업에 대한 기여도를 높일 수 있는 방안을 모색하는 것은 시급한 과제라 할 것이다. 즉, 재정지원과 관련한 합당한 논리적 근거를 파악하고, 건강보험에서의 건강증진사업 추진을 강화시켜 두 제도의 정책효과를 높이도록 제도간 건강증진사업 활성화를 위한 연계방안을 개발할 필요가 있다.

Ⅲ. 건강보험과 건강증진 제도의 관련성

1. 제도 발생사적 관계와 근거법상 규범목적의 공통성⁹⁾

건강보험제도와 건강증진제도는 헌법이 규정하는 국민의 인간다운 생활을 할 권리(헌법 제34조)에 포함된 사회보장권과 건강권(헌법 제36조)을 구체적으로 보장하기 위한 국가공중보건정책의 실현수단으로 제도화된 것이다. 두 제도는 제도성립의 목적에서 국민의 건강권을 보호하기 위한 공공 보건의료제도로서의 공통적 지향점을 가지고 있으며 제도의 근거인 법체계가 동일한 국가보건법체계로서 공중보

9) 이하 자세한 것은 김운묵, 건강증진기금의 건강보험재원 활용과 그 타당성에 대한 법정정책적 고찰, 의료법학 제7권 제1호, 대한의료법학회, 2006, 269-322 참조

건강정책에 관한 법률에 속하고 있다.

또한 두 제도는 헌법상 행복추구권(제10조)의 주요내용을 이루는 국민의 건강권을 보장하는 목적을 공통으로 하면서, 다만 각 제도가 가지고 있는 고유한 개념, 성격, 행정형식과 방법상의 차이에 따라 국민의 건강권을 보장하는 방법과 접근방식에서 차이가 있을 뿐이다. 즉, 건강보험은 사회보험제도로써 국민의 건강권 보장에 필요한 재원조달과 개입의 수단 및 방식을 주로 결과로써 구체화되는 보험사고에 대하여 보험급여를 보장하는 측면에서 접근하고 건강증진제도는 국민들이 건강을 관리하는 능력을 높이고 개선할 수 있도록 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천을 촉진하는 조장적(助長的) 행정과 참여 및 규제를 배합하며 국민의 건강권 보호에 접근하는 차이가 있을 뿐이라 할 것이다.

그리고 두 제도는 국민의 건강권 보장을 위한 국가의 보건의료정책적 수요에 기여하고자 하는 공통요소를 규범목적으로 규정¹⁰⁾하고 있는 바, 국민건강보험법은 규범목적으로 “국민보건의 향상, 사회보장의 증진”을 규정하고 있고 국민건강증진법은 그 규범목적으로 “국민의 건강증진”을 선언하고 있어 규범목적에서 공통성을 분명하게 하고 있다. 또한 건강보험법은 5대 보험사고의 하나로서 “건강증진”을 규정하고 건강증진의 주요한 접근방식인 “질병·부상에 대한 예방”도 보험사고의 내용으로 수용함으로써 두 제도가 밀접한 관련성을 가지고 있음을 제도적으로 명백하게 하고 있다.

2. 건강보험제도에서의 건강증진사업 운용

건강보험제도는 질병치료 중심의 급여체계이었던 의료보험제도와 달리 “건강증진”을 새로운 보험사고로 포괄하고 있다. 즉, 의료보험제도로부터 건강증진을 포섭함으로써 건강보험제도로 발전한 것으로 전염성 급성질병의 진단과 치료가 중심이었던 과거 질병관리로부터 건강생활의 개선과 실천을 통하여 만성퇴행성 질환 등에 대비하고 질병을 예방하며 적극적으로 건강복지를 추구하는 방향으로 건강증진을 중시하는 시대적 흐름을 건강보험이 제도적으로 받아들이려는 것이다. 다만 건강보험 보험급여제도에서 새로운 보험사고인 “건강증진”에 대하여 아무런 내용도

10) - 국민건강보험법 제1조(목적): 이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다.

- 국민건강증진법 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.

보장하지 않아 목적규정의 발전과는 조화를 이루지 못하고 있다. 즉, 건강보험제도는 법정급여로서 건강증진을 직접 받아들이고 있지 못하여 건강증진에 대한 법제도적 장치는 아직 미흡하다.

건강보험법이 건강보험공단이 관장하는 업무의 하나로써 “가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업”을 규정하고 있고, 질병·부상·출산 등에 대한 요양급여시행 항목 중의 하나로 예방과 재활을 규정하고 있으나 이는 건강증진의 본질적 내용을 받아들이지는 못한 것이다. 그리고 건강검진은 법적 근거가 있으나 이는 의료보험법 제39조의2에서 “건강진단”이라는 제목으로 규율했던 내용(1995년 8월 신설)을 승계한 것이며, 건강검진은 건강증진사업의 기본 업무이기보다는 건강증진사업의 여러 접근전략과 수단중의 하나로 건강행태의 변화와 건강관련 사회적 환경의 변화 추진, 건강위해 환경에 대한 조치 등과 같은 차원에서 전개하는 예방보건서비스의 제공이라는 접근전략과 수단의 한 부분으로 파악될 것이므로 이것도 미흡한 것이다.

이와 같이 법제도적 장치가 미흡하게 된 것은 두 제도의 관계와 정책추진상의 상승효과 도모에 대한 관심의 부족과 재원조성 및 재정 지원관계를 서로 보완적 관계로 생각하지 못한 데에 그 원인이 있는 것으로 보인다.

무릇 건강보험제도에서 건강증진에 대한 개념과 취지는 건강증진법제도의 운용에 따라야 할 것이므로 “건강증진은” 포괄적으로 “건강의 가능성을 높여주는 모든 수단”을 의미하는 것으로 폭넓게 해석되어야 할 것이다. 따라서 건강증진은 “건강의 행태적(behavioral), 사회적, 환경적, 그리고 생물학적 요소들을 최적의 수준으로 성취하고 유지하도록 함으로써 복지를 증진시키고 건강의 위해요소를 제거하는 것”¹¹⁾으로 정의되고, 건강증진은 사람들이 건강을 관리하고, 개선시킬 수 있도록 조장하는 과정이므로 건강보험에서도 공중보건으로서의 건강증진정책은 건강과 사회복지간, 그리고 사회적인 삶의 질과 개인의 삶의 질 간의 관계를 재정립하고자 하는 정책으로 실행되어야 할 것이다. 그리고 건강증진정책은 “건강한 생활양식에 대한 정책”이며, 이 정책의 실행은 복지사회(welfare society)로 가는 중요한 과업¹²⁾이므로 사회보장적 개념을 가지고 건강보험정책과의 연계성을 재확인시켜 준다.

11) Breslow L, The Future of Public Health, Prospects in the United States for the 1990's, Annu. Rev. Public Health, 1990, 18

12) Kickbusch I, Health Promotion: A Global Perspective, Health Promotion, An Anthology, Pan American Health Organization, WHO Scientific Publication No 557, 1996, 22

IV. 건강보험에서의 건강증진정책 추진

1. 당위성과 필요성

건강증진과 건강보험에서 추진하는 건강증진사업은 국가 공중보건정책의 목표에서 서로 보완적으로 양립하고 정책적 상승효과로 연결될 수 있다. 건강보험은 재정을 지원받는 것과 관련하여 실질적인 논리와 근거를 확보하는 효과를 얻을 수 있고 건강보험의 보장성 강화와 관련하여 급여정책의 우선과제로 건강증진을 추진할 수 있다. 한편, 우리나라 건강증진정책은 아직 시행초기에 있어 추진분야와 사업은 매우 많고 광범위하며 조사·연구해야 할 영역이 많이 있음에도 불구하고 건강증진 사업을 추진하는 기구와 조직은 매우 부족하고 현실적으로 그 체계도 미흡한 상태에 있는 실정이며 새롭게 그 시스템을 완비하여 구축하는 것도 쉽지 아니하다.

이와 관련하여 국민과 밀착하여 보건복지사업을 전개할 수 있도록 잘 정비된 전국적 관리조직체계를 구축하고 있으며 보건의료, 사회보장 정책 실무에 대한 경험을 축적하고 있는 건강보험의 조직과 인력을 활용하는 것은 두 제도 서로에게 긴요한 자원이 된다고 할 것이다. 또한 건강보험에서도 제도 본연의 규범목적을 달성하는 측면에서 보다 적극적으로 건강증진사업에 대응해야 할 필요가 있는데, 이를 통하여 건강보험과 국가보건의료정책에 대한 국민의 신뢰도와 만족도를 제고시킬 수 있다고 본다.

건강보험정책에서 건강증진사업의 추진에 대해서는 Helen Halpin Schauffler 교수의 세 가지 접근방식¹³⁾을 원용하고 우리 제도에 맞추어 보완적으로 검토하고자 한다. Schauffler교수는 건강증진정책에서 주요한 건강생활 실천사항 중 하나인 흡연문제에 대처하는 금연정책의 틀로써 건강보험제도가 접근할 수 있는 대책을 제시¹⁴⁾하고 있는데, 첫째로 흡연상태에 따라 보험료를 차등 부과(risk rating insurance premiums)하는 것과 둘째로 금연 서비스를 보험급여에 포함(paying for smoking cessation services)시키는 것, 그리고 셋째로 담배에 대한 공공정책의 강화에 건강보험이 적극 참여(influencing public policy on tobacco)하는 것을 제시

13) Schauffler H.H, Health Insurance Policy and the Politics of Tobacco, Smoking Policy : Law, Politics, & Culture, Oxford University Press, New York, 1993, 184-188

14) 이에 대하여 자세한 내용은, 김운목, 건강보험 가입자의 흡연피해와 관련한 보험자의 구상권 행사, 인체대학교대학원 보건학박사학위논문, 2001, 56-61 참조

하고 있다.

이러한 Schaffler교수의 대책은 흡연문제에 대처하는 보험자 중심의 정책을 제시하고 있으나, 이는 금연대책뿐만 아니라 절주, 운동, 영양 등 건강증진 정책을 위한 건강생활실천을 확산함에 있어 건강보험에서 건강증진정책으로 받아들일 수 있는 방안들을 개발하고 응용할 수 있는 것을 시사하고 있다. 따라서 건강보험 관계에서 건강증진정책에 주요한 역할을 담당해야 할 요양기관의 건강증진사업 참여를 먼저 검토하고 Schaffler교수의 대책을 흡연과 과음 등을 포함하는 건강위해행위에 원용하여 검토하고자 한다.

2. 요양기관의 건강증진사업 참여

의료영역에서의 법률관계가 환자와 의사간의 자유로운 사적 계약관계로부터 사회적 권리관계로 전환되는 것은 의료의 사회화 과정, 즉 의료를 보편적 사회보장제도로 받아들이는 과정을 거치면서 이루어졌다¹⁵⁾. 보편적 사회보장제도로 국민의 의료를 보장하기 위해서 그에 따르는 공적 건강보험제도의 관리·운영 시스템을 제도화하게 되고 제도화 과정에 수반하여 관리운영 주체와 객체 간의 법률관계가 형성된다. 건강보험 급여형태가 현물급여를 제공하여 질병, 부상, 출산, 사망 및 건강증진 등의 보험사고에 대한 보험급여로 수급자를 보호하고 있으며, 보험자는 현실적으로 현물급여를 수급자에게 직접 제공할 수 있는 의료시설이 크게 부족하므로 필연적으로 의료제공자인 요양기관은 건강보험 급여관계의 중요한 당사자가 되고 진료관계도 건강보험 법률관계의 중요한 구성부분이¹⁶⁾ 된다.

건강보험의 관리운영주체인 보험자와 수급권자의 관계에서 요양기관은 일단 제3자적 지위에 있게 되지만, 요양기관은 보험자와의 관계와 함께 심사평가기관 및 수급권자와도 법률관계가 구성되는 다면적 관계를 형성하게 된다.¹⁷⁾

즉, 현실적으로 현물급여가 중심으로 되어있는 건강보험제도 운영에서 보험급여의 제공 및 비용의 심사지급, 평가 등에서 요양기관은 보험급여 수급과 보험재정의 흐름에 있어 중심축을 형성하는 지위에 있게 되고 보험자와 요양기관 간에는 중요한

15) 荒木誠之, 社會保障の 法的構造, 有斐閣, 1983, 139-141

16) 전광석, 국민건강보험의 법률관계, 의료법학 제2권 제1호, 대한의료법학회, 2001. 6, 280-283; 이상광, 사회법, 박영사, 2002, 688-692

17) 이상광, 전제서, 688

법률적 관계를 구성한다. 또한 요양기관은 심사평가기관과의 관계로서 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성에 대한 평가를 받게 되는 관계가 된다. 이 관계는 심사평가기관이 요양기관에서 보험급여 제공의 결과에 따른 비용의 지급을 보험자에게 청구하는 것에 대하여 그 청구자 및 청구의 내용과 절차가 적법하고 타당하며 적정한 것인지에 대하여 판단하는 관계를 말한다.

위와 같은 건강보험 법률관계에서 요양기관은 건강보험 수급자를 건강보험으로 진료하고 그 비용을 수급자와 보험자에게 적법하게 청구하고 수납할 권리를 가지는 지위에 있게 되는데, 이 관계는 1회성이 아니라 계속적 법률관계로서 당사자간의 신뢰성이 토대를 이루는 관계로서의 법적 성격을 가지고 있다. 또한 요양기관은 건강보험이 요구하는 법정책에 따라야 할 의무가 있으므로 건강보험은 법정책으로써 요양기관에 건강증진에 관하여 필요한 정책사항을 시행할 수 있다.

이러한 법률적 기초와 위임을 받아 건강보험은 요양기관이 건강보험 수급자를 진료함에 있어 지켜야 할 것으로 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에서 '요양급여의 일반원칙'을 정하고 있다. 이 원칙을 살펴보면, 요양급여는 가입자등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위안에서 최적의 방법으로 실시하고, 또한 의료인은 의학적 윤리를 견지하도록 환자에게 심리적 건강효과를 주도록 노력하여야 하며, 요양상 필요한 사항이나 예방의학 및 공중보건에 관한 지식을 환자 또는 보호자에게 이해하기 쉽도록 적절하게 설명하고 지도하도록 하고 있다(동기준 별표1: 요양급여의 적용기준 및 방법 - 요양급여의 일반원칙 가항 및 나항).

그리고 건강보험법은 요양기관이 보험급여를 취급함에 있어 수급자에게 '요양에 관한 지시'를 할 수 있고 수급자가 그 지시에 따르지 아니한 때에는 건강보험공단에 통보하여 보험급여를 제한하도록 규정하고 있는 바(제48조 제1항), 여기서의 '요양에 관한 지시'에는 수급자가 진료받는 보험급여와 관련이 있는 경우의 금연, 절주 등 수급자의 건강생활 실천에 관한 사항도 포함된다고 할 것이다. 따라서 요양기관은 건강보험 수급자가 진료를 요구하는 때에 그 진료와 관련될 수 있는 건강생활 실천사항을 점검하고 건강생활의 실천에 의하여 요양 효과를 기대할 수 있는 경우에는 수급자에게 금연, 절주, 운동, 영양관리 등의 건강생활을 실천하도록 요양에 관한 지도·지시를 하여야 할 것이다. 그리고 그와 관련하여 요양기관이 진

료에 임하여 건강보험 수급자에 대하여 기본적으로 항상 건강위해행위 여부를 체크하고 건강생활의 실천을 상담하고 권고하도록 하는 것은 의료인의 전문성과 위상을 높이는 데에도 기여할 수 있다. 이에 대해서는 관련되는 건강보험 진료수가를 인상하거나 적정하게 새로운 수가로 보상하는 방안을 모색하는 것이 타당할 것이다. 특히 담배값의 인상을 통한 건강증진 정책에 요양기관이 적극적으로 지원하고 동참하는 것은 그로 인하여 추가 확보되는 재원의 일부를 건강보험 진료수가의 인상에 활용할 것을 요구할 수 있는 근거가 될 수 있을 것이다. 그리고 요양기관과 그의 구성원으로 하여금 건강증진사업에 적극 참여하도록 하는 것으로 보건의료인의 금연, 요양기관내의 엄격한 흡연·음주의 통제, 구내매점 등에서의 담배 및 주류의 판매금지 등을 지속적으로 강력하게 권고할 필요가 있다.

3. 보험료 차등부과

Schauffler교수가 흡연문제에 대처하는 보험자 중심의 정책으로 제시하는 것 중 하나는, 가입자의 건강생활 실천 여부에 따라 건강보험 보험료를 차등 부과하는 것으로 보험료부과를 건강증진정책과 연결시키는 것이다.

건강보험 보험료는 건강보험이라는 공익사업과 특별 이해관계에 있는 가입자와 사용자가 건강보험사업 경비에 충당하기 위해 부담하는 인적공용부담의 법적 성격을 가지고 있고, 우리나라는 가입자, 사용자와 국가가 부담하는 3자부담의 형태 유지하고 있다. 가입자가 보험료를 부담하는 근거는 보험사고의 발생에 따른 위험은 제1차적으로 가입자에게 귀속되고 기본적으로 가입자를 위한 제도라는 점, 수급권의 근거가 되는 점, 제도운영 참여권과 책임성을 확보할 수 있다는 점과 건강보험 제도를 통하여 건강을 보호받고 생존권적 기본권을 보장받는 주체라는 점을 들 수 있다. 그리고 사용자가 보험료를 부담하는 근거는 피용자인 가입자의 보험사고에 대한 보호책임이 사용자에게 있다는 점, 가입자의 건강증진과 유지는 생산성 확보와 연결되고 생산성 확보에 따르는 이득의 일부를 배분하는 것이 공평하다는 점과 건강보험제도의 유지가 근로복지와 관련되고 산업평화(노사화합)에도 기여하게 되므로 사용자가 비용의 일부를 부담하는 것이 타당하다는 점을 들 수 있다. 그리고 국가가 보험재정을 지원하는 근거를 살펴보면, 국가는 국민의 보건과 복지에 대하여 기본적인 보호책임이 있다는 것, 건강한 노동력으로 생산성이 증가함에 따르는

국부 증가를 건강보험제도에 대한 국고부담으로 배분하는 것이 타당하다는 점, 그리고 건강보험제도를 포함한 사회보장제도의 운영에서 귀결되는 산업평화(노사화합)와 복지수준의 향상은 국가 경영자의 통치부담을 경감시키는 것이므로 그 일부를 부담하는 것은 합리성을 가질 수 있다는 점을 거론할 수 있다.

이와 같이 건강보험 보험료와 재원조달제도는 재정을 확보하는 수단적 기능뿐만 아니라 건강보험제도의 목적 실현과 국가 사회경제정책으로서의 가치와 기능을 내재하고 있으므로 그 조달과정에 합리적인 범위에서는 보험료를 차등 부과하는 건강증진정책을 개입시킬 수 있다고 본다. 건강보험에서 흡연, 과음, 비만 등 건강 위해행위 여부에 따라 보험료를 차등 부과하는 방안은 건강 위해행위자에 대한 부담으로 보험료를 할증시키는 방안, 건강생활 실천자에 대한 보상으로 보험료를 경감해주는 방안과 이 두 가지 방안을 결합하여 건강 위해행위자에 대해서는 보험료를 할증시키고 건강생활 실천자에 대해서는 경감시키는 방안이 있는데, 현행 건강보험법에서는 보험료 차등제도를 직접 시행하기가 어렵고 법률을 개정해야 가능한 것으로 판단된다.

보험료를 차등 부과하는 것은 개인 책임을 강조하고 건강보험을 보상체계의 한 부분으로 만드는 것으로 건강생활을 실천하는 사람은 보험료 경감의 보상을 받고 그렇지 않는 사람은 보험료 할증으로 불이익 또는 보험료의 경감의 보상을 받지 못하므로 각자는 어떤 건강생활양식(lifestyle)을 취하는가에 대하여 직접 규제받지는 않지만, 노력에 따라 보상이 배분되므로 사람들의 건강생활 실천에 큰 영향을 미치게 된다. 여기서 건강생활의 실천여부에 대한 개인의 선택에 대해서 건강보험이 개입할 수 있는 또 하나의 근거는 다른 사람에게 피해를 주는 것을 방지하는 것인데 건강 위해행위에 따른 질병으로 급여비용을 증가시키면 건강행위를 실천하는 사람들의 조세나 보험료부담을 증가시키는 피해를 주게 되므로 이를 방지할 필요가 있다는 점이다.

보험료를 차등 부과하는 것은 형평성에 기초하여 논의되는 것으로 건강위해 행위자가 발생시키는 높은 의료비를 건강생활을 잘 실천하는 사람들에게 전가하는 것을 방지하는 것은 불공평하다는 것이다. 이는 주로 민간보험에서 발전해온 것으로 사회보험제도인 건강보험의 사보험화(私保險化) 현상이라는 비난이 제기될 우려도 있으나 사회보험제도에 대한 가입자들의 책임감을 확인시켜 제도의 건전운영에 대한 신뢰를 높일 수 있다.

한편, 보험료 차등제는 보험자와 건강위해 행위자를 대립적인 위치에 있게 하고 건강위해 행위자와 건강행위 실천자간의 대립을 초래할 수도 있으며, 건강보험 재원을 조달하는 과정에서 기능하는 재분배구조에서 건강위해 행위자를 소외시키게 되고 건강 위해행위의 희생자에게 책임을 묻는 것이라는 비판이 제기될 소지도 있다. 또한 건강생활 실천율이 높은 중·상층 소득자의 부담은 경감될 것이고 건강생활 실천율이 낮은 저소득자의 부담이 증가하여 소득계층간 격차를 심화시킬 수 있다는 우려가 있다는 점도 고려할 필요가 있다

그렇지만 보험료 차등제는 건강행위자가 부담하는 보험료의 일부를 행위책임이 있는 건강위해 행위자에게로 이전시켜 건강행위의 선택에 따르는 형평성과 공정성을 확보하고 건강생활 실천율을 크게 높이게 될 것이다. 따라서 흡연과 같은 건강위해행위에 대하여 적은 금액범위부터 차등 부과하는 것을 제도화하기 시작한다면 사회적 관심과 파장은 매우 클 것이고 건강 위해행위에 대하여 건강보험이 공적으로 문제점을 제기하고 있다는 정책효과로 인하여 건강생활 실천에 관한 사회분위기를 조성하게 되고 건강보험제도를 통하여 건강증진사업의 성과를 제고하게 될 것이다.

4. 건강증진 급여관리

가. 건강생활 실천 촉진 보험급여

건강보험 보험자 중심의 정책으로 보험급여를 실시함에 있어 건강증진 정책을 개입시키는 방안은 건강증진에 관한 서비스를 급여대상에 포함시킴으로써 건강 위해행위라는 생활태도에 관계없이 보험료를 부담하고 보험자가 건강증진에 관한 서비스를 보험급여로 제공하는 것이다.

건강보험의 보험급여는 건강보험법에 의한 수급권의 객체로서 법에 의하여 수급권자가 청구할 수 있는 이익을 말하며, 건강보험제도의 목적을 달성하는 기본 수단이 된다. 현행 건강보험법은 건강증진에 관한 사항을 독립적 보험급여의 항목으로 규정하고 있지 않으므로 건강보험에서 건강증진 서비스를 보험급여로 설치하려면 개정입법으로 보완함이 타당하나 부분적으로는 현행 제도에서도 법시행령 등 하부규범의 보완에 의해서 건강증진사업을 지원할 수 있도록 보험급여를 관리하는 방안이 가능한 것으로 판단된다.

건강증진정책을 중시하는 방향으로 보험급여를 시행하도록 하는 것은 건강보험에서는 건강증진기금으로부터의 재정지원을 받는 당위성과 타당성의 근거를 보강할 수 있는 계기가 되고, 건강증진에서는 사업의 활성화를 크게 도모할 수 있어 서로 높은 정책적 시너지효과를 기대할 수 있다.

이와 관련하여 질병과 사망원인 중에서 가장 예방가능성이 높고 중요한 흡연문제를 대처하기 위한 금연서비스(전문가 금연상담, 흡연자 금연프로그램 참여, 금연보조제의 투여 등)를 우선 급여항목으로 하는 것이 타당하다고 본다. 이어서 절주서비스(전문가 절주상담, 문제음주자 단주 및 사회복귀프로그램 참여 등)와 건강생활 상담서비스 등으로 확산시켜 가는 것이 적절할 것이다.

건강증진을 위한 보험급여와 관련하여 급여대상 항목의 개발, 그 우선순위의 조정, 단계별 추진전략, 그 투입비용과 효과에 대한 분석, 추진 사항의 과정 및 성과에 대한 평가 등은 건강보험 요양급여의 적정성에 대한 평가를 거쳐 개발하는 것이 타당하며 따라서 지속적인 평가와 조사연구가 필요할 것이다.

건강증진서비스를 건강보험 급여대상에 포함하는 것은 수급권자에게 건강위해의 결과가 발생하는 것을 방지하기 위하여 수급권을 확장하는 기능을 가지며, 급여를 받을 수 있는 기회를 평등하게 제공한다. 이때 건강위해 행위자는 통제대상이 아니라 '잘 몰라서' 건강 위해행위를 하게 되었거나 '잘못된 생활습관의 피해자'로 간주되는데, 그 이유는 건강위해 행위자가 결과를 충분히 예측할 수 없었고 꼭 고의적인 것만은 아니라는 점(흡연, 음주의 중독성)과 청소년기에 흡연이나 음주를 시작할 때에는 그 결과를 알지 못했고 성인들도 흡연이나 음주를 시작할 때 그 해악과 그 중독으로부터 벗어나기가 어렵다는 것을 몰랐다고 인정함으로써 그에 대한 비난을 줄이는 것이다. 건강보험 급여로서 건강증진에 관한 서비스가 중점을 두는 목표는 흡연이나 문제음주라는 건강 위해행위를 개선하는 것으로 흡연이나 음주는 대부분 중독상태이고 행위자들도 벗어나려고 노력하고 있어 그 개인에게 문제가 있기보다 니코틴이나 알코올의 중독과 그로부터 이득을 취하는 건강 위해산업을 주범으로 생각한다.

즉, 건강위해 행위자가 건강 위해행위로부터 벗어나는 것을 도와주기 위해서 그 행위를 치료받는데 겪는 금전적 어려움을 덜어 주고 건강증진에 관한 서비스를 쉽게 받기 어려운 저소득자에게 서비스에 대한 접근성을 높여 줄 수 있게 되므로 사회복지적 효용성도 내포하게 된다.

나. 건강보험법령과 건강증진을 위한 급여관리

건강보험법을 종합적으로 검토하여 볼 때, 일부 건강증진 서비스는 법개정을 하지 아니하고도 하부규정의 정비에 의하여 일부 보험급여에 포함시킬 수 있는 것으로 해석되는데, 건강증진서비스 급여에 해당하는 각 행위(금연 및 절주서비스 등의 각 행위항목)를 상대가치점수를 부여하는 기초 요양급여항목으로 포함시키면 가능하다고 본다. 이와 유사한 사례는 2002년부터 수가로 산정하도록 한 만성질환관리¹⁸⁾ 경우가 있다. 그러나, ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’은 “금연 등을 위한 진료”를 비급여대상으로 규정하고 있어 건강증진을 보험급여로 포함하기 위해서는 이 규칙의 정비가 필요하다.

규칙의 정비에 즈음하여 건강보험 비급여대상¹⁹⁾을 정함에 있어 건강 위해행위자의 행위에 기인하여 발생한 질병을 비급여대상에 포함시킴으로써 건강증진 정책을 직접적으로 수용하는 방안도 고려할 수 있다. 이 방안은 행위책임을 강조하고 건강보험을 보상체계의 일부로 파악하는 정책수단으로써 질병이 발생했을 때 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위에 의하여 질병이 발생한 사람은 보험급여를 받지 못하는 불이익을 받게 하는 것이다. 각 개인의 흡연이나 과음 등 건강 위해행위 여부에 대하여 건강보험이 직접적으로 개입하지는 않지만, 결국 질병이 발생하여 보험급여가 필요하게 된 때 원인에 따라 보장여부가 결정되므로 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위를 하지 않도록 촉구하는 강력한 효과를 발휘할 수 있다.

자유주의적 시각에서 볼 때, 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위는 행위자가 선택한 행위이기 때문에 행위 결과로서 발생하는 질병에 대한 책임도 행위를 한 당사자가 부담하는 것이 당연하다고 본다. 그리고 논리적으로 보험사고 발생의 우연성이 배제된 상태를 행위자가 스스로 선택한 결과에 대해서 사회보험인 건강보험이 보험급여로써 보호하는 것은 오히려 사회보험원리에도 부합하지 않는다고 할 것이다. 또한 한정된 재원을 가지고 국가 보건의료정책을 추진한다는 것과 낮은 수준에

18) 만성질환관리는 고혈압, 당뇨병 등으로 지속적으로 내원하는 환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립하는 것으로 질병 관리에 관한 것이지만, 서비스유형이 건강증진을 보험급여로 인정하는 경우에 매우 유사하다.

19) 국민건강보험법제39조(요양급여) 제3항은 “보건복지부장관은 제2항의 규정에 의하여 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환과 기타 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외할 수 있다.”고 규정하고 있고 이에 따라 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조의 별표2에서 비급여대상을 규정하고 있다.

있는 보험급여의 보장성을 높여 나가는 데 있어서 정책 우선순위를 검토할 때, 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위의 결과로써 발생하는 질병을 보장하는 것은 선순위로 배분하기 어렵다는 논리적 근거도 내포하고 있다.

한편, 건강위해 행위자와 건강생활 실천자간에 있는 부담과 급여이용간의 형평성을 검토할 때에도 행위자의 선택(건강위해 행위)에 의하여 발생한 질병에 대하여 보험급여를 하게 되면 그에 소요되는 재원은 결국 보험료의 공평부담원리에 따라 건강행위를 실천하는 사람들에게 전가시키게 되는 불공평을 초래하는 모순이 있다는 것이다.

이 방안은 건강보험이 개인의 생활에 직접 개입하는 것은 아니지만 실제로는 건강 위해행위에 대하여 강력한 통제수단으로 작용하게 되고 건강생활 실천에 대한 책임감을 확인하여 건강증진효과를 크게 높일 수 있으며 건강보험제도와 건강증진과의 연계성을 확보하여 두 제도의 성과를 높일 것이다.

다. 건강증진을 위한 건강보험법의 운용

현행 건강보험법령의 범주내에서 합리적인 해석과 운용을 통하여 건강증진 정책에 부응하도록 하는 방안은 두가지를 생각할 수 있다.

그 첫번째 방안은 건강보험 급여제한제도²⁰⁾를 운용함에 있어 건강증진효과를 제고하도록 해석하고 운용하는 것으로 보험자와 요양기관이 수급권자에 대하여 요양에 관한 지시를 할 수 있고 수급권자가 고의 또는 중대한 과실로 이 지시에 따르지 아니한 때 보험자가 보험급여를 제한하는 제도를 적극적으로 활용하는 것이다. 즉, 흡연행위나 과음행위 등과 관련하여 공단이나 요양기관이 요양에 관한 지시(금연, 절주 등)를 하였을 때 수급권자가 고의 또는 중대한 과실로 그 지시에 따르지 아니하면 보험급여의 이용을 제한하는 것이다.,

또한, 보험사고로서 질병과 부상은 발생의 우연성을 본질로 하여 수급권자가 “고의로 사고를 발생시킨 때”에는 보험급여를 제한한다. 따라서 흡연자나 문제음주자 등이 흡연행위나 과음의 위험성을 알거나 그 위험에 대하여 충분히 경고를 받았음

20) 보험급여 제한제도(제48조)는 보험급여를 이용하는데 우려될 수 있는 도덕적 해이(moral hazard)를 방지하여 제도의 건전성을 확보하려는 법적 장치라고 할 것이다. 건강보험법 제48조(급여의 제한) ① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 1에 해당하는 때에는 보험급여를 하지 아니한다. 1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 고의로 사고를 발생시킨 때, 2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 때, 3. 고의 또는 중대한 과실로 제50조의 규정에 의한 문서 기타 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 때, 4. 생략

에도 불구하고 그 흡연행위 등을 계속하여 그에 관련되는 질병이 발생되었다면, 이것은 흡연자나 문제음주자 등이 고의로 사고를 발생시킨 때에 해당하므로 보험급여를 제한하는 것으로 운용해야 할 것이다.

한편, 두번째 방안은 건강보험 보험자가 사법적(司法的)으로 흡연문제에 대응하는 담배소송을 추진²¹⁾함으로써 건강증진효과를 극대화시키고 건강증진기금의 재정 지원에 따르는 명분과 당위성을 확보하는 것이다.

미국에서 1954년 시작된 담배소송은 처음에는 공중보건에 미치는 성과²²⁾가 크지 않았으나 담배갑에 경고문을 쓰기 전부터 흡연해온 원고에게 승소판결²³⁾을 내린 이후 건강증진정책을 지지하는 방향이 되었고 집단소송과 각 주정부가 Medicaid의 의료비와 관련하여 담배소송을 제기한 것에 대해 손해배상책임을 담배회사에게 부담시키는 방향으로 전환되어 담배소송은 담배를 규제하는 중요한 정책수단²⁴⁾이 되었다. 주정부들이 제기한 담배소송은 1998년 2460억 달러의 합의배상(settlement)으로 종결되었고 1999년 미연방정부가 제기한 담배소송(초기 과징금 2890억 달러)에 대해서는 2006. 8월에 판결이 있었다. 이 판결에서 Gladys Kessler 판사는 담배회사에 대한 민사책임을 묻지 않는 대신 지난 50년 동안 담배회사가 국민들에게 행한 불법행위 및 부도덕성과 담배의 해악을 사법적으로 철저히 확인하였다.²⁵⁾

담배소송은 민사소송이지만 소송이 진행됨에 따라 흡연의 해악에 대한 홍보와 흡연피해의 구제효과가 높아진다. 그리고 원고가 승소하면 흡연관련 질병비용을 담배회사로 이전시키며, 흡연피해자가 패소하더라도 담배소송이 누적되면 그 비용을 부담해야하는 담배회사에게는 큰 부담이 되고²⁶⁾ 이 비용은 곧 담배가격 인상으로

21) 이에 대하여 자세한 내용은, 김운목, 건강보험 가입자의 흡연피해와 관련한 보험자의 구상권 행사, 인체대학교대학원 보건학박사학위논문, 2001 참조

22) 자세한 것은, 김운목, 미국의 담배소송과 공중보건정책, 의료법학 제2권 제2호, 2001, 214-253. 참조

23) Carter v. Brown & Williamson Tobacco Corp. (Florida, 1996)

24) Jacobson PD, Wasserman J, Tobacco Control Laws, Implementation and Enforcement, Rand, Washington, D.C, 1997, 54

25) CNN/Money, Sides with government in multibillion-dollar racketeering case, 2006. 8. 17: MarketWatch, No monetary penalties in tobacco case, But federal judge rules cigarette makers lied about smoking risks, 2006. 8. 17

26) 금연운동가의 분석에 의하면 담배회사들은 매년 약 50건 정도의 담배소송에 약 6억달러를 투입하는 것으로 추계되었고, Cipollone 사건에서 원고측은 약 10년간 약 355만달러를 지출하였으나 담배회사측은 최소 7,500만달러를 투입했다고 한다.

반영되며 담배값의 인상은 담배소비 감소를 유발하는 건강증진효과를 발휘한다. 그리고 주정부와 연방정부가 제기한 담배소송에서 담배의 해악이 사법적으로 확인함에 따라 흡연의 해악에 대한 사회적 인식이 크게 개선되었고, 언론에서는 담배산업을 “죽음과 불행을 파는 장사꾼(merchants of death and misery)”이나 “살인기업(killer industry)”이라고 비난하며 흡연의 해악성을 적나라하게 공표²⁷⁾한다.

우리나라에서는 1999년 9월과 12월에 담배소송이 최초로 제기된 것이 2007. 1월 제1심에서 흡연피해자인 원고측이 패소하는 판결이 있었다. 제1심 법원은 원고측의 폐암발생과 흡연과의 인과관계를 인정할 만한 증거가 부족하다고 판단하였으나, 흡연과 질병발생의 관계는 이제 개별적으로 증명해야 할 사항이 아니라 이미 객관적으로 정립된 지식이 되었다고 할 것이므로, 우리나라 법원도 곧 흡연규제를 통하여 공중보건을 보호하려는 세계적 흐름에 따를 수밖에 없을 것이다.

따라서 건강보험 보험자가 이러한 시대적 흐름을 선도하여 담배소송이 가지는 건강증진효과가 발휘되도록 촉진하고 보험재정의 부당유출을 방지하기 위해서 흡연피해 수급자를 대위하여 담배소송을 제기하는 적극적 역할을 담당할 필요가 있다고 할 것이며, 보험자가 담배소송을 제기하거나 개입할 수 있는 근거는 제3자에 대한 구상권제도로 건강보험법에 이미 규정되어 있다.

보험자의 제3자에 대한 구상권제도는 수급권자가 제3자의 행위로 인하여 질병, 부상 등을 입은 경우에 보험급여를 제공한 보험자가 수급권자의 가해자(제3자)에 대한 손해배상청구권을 급여비용의 한도에서 대위취득하는 것이다. 따라서 흡연피해를 입은 건강보험 수급자가 흡연으로 인한 질병에 대하여 보험급여를 받았다면 보험자는 그에 소요된 비용의 한도내에서 담배회사에 대한 손해배상의 권리를 취득하였으므로 이 구상권을 행사하여야 하는 것이다.

5. 건강증진에 대한 공공정책 참여

Schauffler교수가 흡연문제에 대처하는 보험자 정책으로서 제시하는 것 중 다른 하나는 건강보험 보험자가 담배에 대한 공공정책을 강화하는데 적극 참여하는 것

27) Hartford (CT) Courant, A Judge Clears The Smoke, 2006. 8. 31 : Columbia (SC) State, Cigarette industry must be treated as rogue it is, 2006. 9. 6 : Los Angeles Times, Major cigarette makers lied for decades about the risks of smoking, a judge rules. Her words are harsh, but her sanctions are light, 2006. 8. 18

이며, 이것은 보험자 자체사업장에서의 건강증진운동 전개와 건강증진 공공정책에 의 적극적 참여를 생각할 수 있다.

먼저 보험자 자체사업장에서의 건강증진운동 전개에 대하여 살펴보면, 건강보험 공단은 유일한 통합보험자로서 우리나라 전체 건강보험에 대한 관리운영을 책임지고 있는 전국 규모의 매우 큰 공공기관이다. 공단이 국가 보건의료정책을 수행하는 공공기관으로서 위상을 정립하기 위해서는 기관과 구성원의 건강생활부터 개선하려는 노력을 선행할 필요가 있는데, 이것은 건강보험과 건강증진사업을 서로 연계하는 정책의 상승효과를 높이고 건강보험 중추기관으로서의 위상을 제고할 수 있는 것이라고 할 것이다. 따라서 세계보건기구(WHO)가 자카르타선언(Jakarta Statement on Healthy Workplaces(1997))을 통하여 추진하고 있는 “건강한 일터 만들기(Healthy Workplaces Project)”를 자체 사업장부터 선도적으로 시행함이 타당하다.

즉, 건강보험공단의 모든 구성원이 업무 내·외에 걸쳐 사내외에서 금연과 절주를 철저히 이행하여 사업장의 공기를 맑게 하고(간접흡연까지 배격), 음주 후유증을 없애 직장의 근무분위기를 개선하며, 운동과 영양관리 등의 건강증진사업을 자체 사업장에서 먼저 시행하고, 이후 성과를 축적하여 직장보험 적용사업장으로 확산시켜 나가는 것이다. 그 성과를 높이기 위하여 건강한 일터 만들기 사업에 대한 추진 선언문 개발과 대대적 발표 및 홍보, 철저히 지속적인 모니터링을 통한 사후관리, 임직원 교육 및 건강생활실천 서약유도, 급여 및 인사상 인센티브제도와의 연결, 그리고 유관기관에의 확산계획 등을 포함하는 것이 타당할 것이다. 이를 통하여 대외적으로 건강보험공단의 이미지를 건강 친화적으로 개선하고 위상을 제고하면서, 건강보험이 건강증진기금으로부터 재정을 지원받는 합목적적인 이유와 당위성이 있는 위상과 역할을 가진 정책기관이라는 신뢰를 확보할 수 있을 것이다.

그리고 보험자가 건강증진 공공정책에 적극 참여하는 것은, 공공 및 민간기관이 전개하는 건강증진 공공정책에 대하여 건강보험 보험자가 참여와 관심을 넓히고 이를 대내외적으로 광고할 필요가 있다는 것이다. 이것은 건강보험이 조직의 역량을 활용하여 건강증진정책을 주도적으로 추진하거나 건강증진 공공정책에 적극 참여하여 사업의 성과를 높이려는 것이다. 이 과정을 통하여 건강증진기금에서 재정 지원받는 논리적 근거를 확보하고 건강보험의 업무영역을 확대하며 그 위상을 높여 기관조직의 발전기회도 확대하는 것이다.

이와 관련하여 건강보험이 다른 공공기관과 민간 건강증진기구가 추진하는 다양한 금연운동, 절주운동 등에 참여하는 것을 우선으로 하면서 건강증진사업과 관련되는 여러 사업과 연계성을 높이기 위한 자체 프로그램도 개발·시행한다. 그리고 흡연문제에 대처하기 위한 담배가격의 인상이나, 술에 대한 건강증진 부담금 부과 등 국가적으로 건강증진사업을 추진함에 있어 필요로 하는 사회 각계의 지원을 건강보험 보험자로서 유도하고, 또한 그에 대항하는 건강 위해산업의 활동을 저지하기 위해서도 보험자는 기관의 역량을 투입할 필요가 있다.

V. 맺음말

건강보험과 건강증진은 헌법이 규정하고 있는 국민의 인간다운 생활을 할 권리에 포함되는 국민의 사회보장권과 건강권을 구체적으로 보장하려는 국가 공중보건정책의 제도적 실현수단으로서 제도 발생사적 밀접성과 근거법상 규범목적의 공통성이 명백한 관계에 있다. 두 제도는 각각의 정책 접근수단을 가지고 있어 독립적인 국가 보건의료정책으로 보이고 있지만, 그 정책을 실행함에 있어서 상승효과를 도모할 수 있는 제도적·논리적 근거가 충분하고, 현실적인 필요에 의하여 볼 때 서로 협조·지원할 수 있는 집행 분야와 그 폭이 매우 넓다. 건강증진정책의 목표가 공중보건의 향상에 있고, 또한 국민의 건강을 증진시키기 위하여 국민들이 건강한 생활양식(lifestyle)를 가질 수 있도록 조장하여야 한다면 일차적으로 건강 위해행위를 최소화시킬 수 있는 건강사회를 추구하게 된다. 각 행위자별로 접근하여 건강생활 실천을 위한 보건교육과 홍보를 강화하고 공공정책으로 건강 위해행위에 대한 각종 규제를 도입하며, 특히 건강 위해산업을 상대로 소송을 제기하는 등의 지속적인 압박을 가함에 있어서는 국가와 지방자치단체뿐만 아니라 건강보험 보험자와 건강증진기구가 함께 추구하는 것으로 더 큰 상승적 정책효과를 도모할 수 있을 것이다.

흡연이나 과음 등의 건강 위해행위는 부분적으로는 행위자 자신의 선택이라는 성격도 있으나, 대부분의 경우에는 그 행위자가 속하는 환경에 의해서 결정되기 때문에 건강 위해행위는 그 행위자의 사회문화적 환경을 고려하여 판단할 필요가 있다. 어느 개인이 흡연이나 문제음주의 폐해를 잘 알고 있더라도 건강 위해행위를 꺾은 것으로 받아들이는 문화적 풍토와 건강 위해산업이 번창하는 사회에서는

각 개인이 알아서 이러한 건강 위해행위를 배척하기는 어려움이 크다. 따라서 건강 위해행위는 사회문화 환경의 산물로서 어느 시각에서는 흡연이나 문제음주 등의 건강 위해행위자는 건강 위해산업이나 그 사회문화 환경의 희생자일 가능성이 높기 때문에 그 행위자만을 크게 비난할 수 없게 된다.

그러므로 건강 위해행위자 개개인의 생활행태를 건강생활 실천으로 바꾸도록 지각론적 시각으로 접근하는 정책을 추진하는 것만으로는 크게 성공할 수 없다. 여기에 더하여 비지각론적 시각을 종합함으로써 사회에 연속되어 있는 건강 위해행위에 대한 사회적 인식구조까지 바꾸도록 하는 것이 매우 중요하므로 건강증진기구 뿐만 아니라 건강보험을 포함한 다양한 정책 수단이 공동으로 참여하여 건강증진 정책의 상승효과를 제고할 필요가 있다. 그러므로 건강보험정책과 건강증진정책이 긴장관계에서 탈피하여 구조적 접근방식에 주도적으로 참여하고 다양한 측면에서 정책 협조에 성공한다면 정책 추진력에서 건강 위해산업에 비하여 열악한 상태에 있는 불균형을 크게 감소시키고 건강증진사업을 활력 있게 추진하는 계기를 마련할 수 있을 것이다.

건강보험 보험자의 측면에서는 흡연과 과음 등 건강 위해행위가 그에 따르는 진료비를 분담하게 되는 근로자와 사용자뿐만 아니라 보험자에게도 큰 재정부담이 되므로 건강 위해산업에 대항하고 사회문화적 환경을 건강증진 친화적으로 개선하는데 있어 건강증진기구와 근로자 및 사용자와 공동으로 대처할 필요가 있다. 또한 건강증진 정책의 실행에 따라 건강 위해행위로부터 벗어나기 위한 행위부담은 흡연율이나 음주율이 상대적으로 높은 저소득층에 주로 있게 되지만, 그 결과의 혜택은 저소득층에게 더 민감하고 크므로 건강증진 정책은 사회복지적 효과가 매우 높아 사회보장정책 실행기관으로서의 참여 의미가 매우 크다고 할 수 있다. 그리고 건강보험 정책과 건강증진 정책은 공통적으로 건강 위해행위에 대한 사회문화적 태도, 건강 위해물질에의 접근과 그 이용에 영향을 미치는 산업과 관련 단체의 행태를 변화시키는 데에도 목표를 두어야 하므로 두 제도가 함께 추진하는 건강증진 사업은 보다 인본적인 성공을 거둘 것이고 보험자와 건강증진기구의 위상과 전문성을 확보하는 데에도 유리하다고 할 것이다. 즉, 건강보험정책과 건강증진정책은 서로 대립되거나 모순되는 관계가 아니며 공중보건을 위한 국가 정책을 개발함에 있어서 상호 보완적이고 발전적인 의미를 가진다.

참고문헌

- 권영성, 헌법학원론, 법문사, 2005
- 김공현 외, 건강증진 개념과 기본적 전략, 인제대학원대학교, 2005
- 김운목, 건강보험 권리구제제도의 개선 방향에 관한 연구, 의료법학 제7권 제2호, 대한의료법학회, 2006
- 김운목, 건강증진기금의 건강보험재원 활용과 그 타당성에 대한 법정책적 고찰, 의료법학 제7권 제1호, 대한의료법학회, 2006
- 김운목, 미국의 담배소송과 공중보건정책, 의료법학 제2권 제2호, 2001
- 김운목, 건강보험 가입자의 흡연피해와 관련한 보험자의 구상권 행사, 인제대학교대학원 보건학박사학위논문, 2001
- 김철수, 헌법학개론, 박영사, 1997
- 문옥륜 외, 건강보장론, 신광출판사, 2004
- 박승두, 사회보장법, 중앙경제사, 1996
- 배금자, 담배사업자의 흡연피해로 인한 보상과 책임, 보건복지포럼, 한국보건사회연구원, 2006. 6월(통권 제116호)
- 이상광, 사회법, 박영사, 2002
- 전광석, 한국사회보장법론, 법문사, 2005
- 전광석, 국민건강보험의 법률관계, 의료법학 제2권 제1호, 대한의료법학회, 2001
- 정영호 외, 우리나라 국민의 건강결정요인 분석 - Determinants of Health in Korea, 한국보건사회연구원 건강증진사업지원단, 2006
- 정희철, 상법학(하), 박영사, 1990
- 정홍기 외, 국민건강보험법, 한국법제연구원, 2005
- 건강보험심사평가원, 건강보험요양급여비용 2007년 1월판, 2007
- 의료보험연합회, 1997년도 의보련사업보고서, 1998
- 의료보험연합회, 1999년도 의보련사업보고서, 2000
- 건강보험관리공단, 2005년도 경영실적 보고서, 2006
- 국민건강보험공단, 각 연도 결산서(2000-2005)
- 국민건강보험공단, 2006년도 예산서
- 국민건강보험공단, 주요업무 추진현황(제260회 임시국회 보고자료), 2006. 6
- 국민건강보험공단, 건강보험백서(통합공단 출범(2000. 7월 ~ 2003년), 2004

- 법제처, 법령입안심사기준, 1996
- 보건복지부, 2005 국민건강증진종합계획(요약), 2005
- 보건복지부, 2005 국민건강증진종합계획(분야별 세부추진계획), 2005
- 보건복지부, 국민건강증진기금중기사업계획('05-'09), 2005
- 보건복지부, 2005년도 부담금운용보고서(국민건강증진기금), 2006
- 보건복지부, 국민건강증진기금중기사업계획('06-'10), 2006
- 보건복지부, 2006년도 국민건강증진기금운용계획, 2006
- 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 옮김, 국가산업보건제도와 정책, 한울, 1997
- 지역보건연구회 역, 건강증진을 위한 지역사회 예방서비스(Community Preventive Services), 계축문화사, 2005
- 한국보건교육·건강증진학회, 건강증진사업의 새로운 도전,
국민건강증진법 제정 10주년 기념 학술대회 자료, 2005
- 한국보건교육·건강증진학회, 건강증진의 방향 및 분야별 건강증진,
2005년 춘계학술대회, 2005
- 荒木誠之, 社會保障の 法的構造, 有斐閣, 1983
- 坂本重雄, 社會保障と人權 - 年金·醫療の再編と 生存權 -, 勁草書房, 1987
- Breslow L., The Future of Public Health, Prospects in the United States for the 1990's, Annu. Rev. Public Health, 1990
- Buchanan D.R., An Ethic for Health Promotion, Oxford University Press, New York, 2000
- Jacobson P.D., Wasserman J., Tobacco Control Laws, Implementation and Enforcement, Rand, Washington, D.C, 1997
- Jha P., Chaloupka F.K., Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 2000
- Kickbusch I., Health Promotion: A Global Perspective, Health Promotion, An Anthology, Pan American Health Organization, WHO Scientific Publication No 557, 1996
- Mann J.M., Gruskin S., Health and Human Rights, Routledge, New York and London, 1999
- Sugarman S.D., Disparate Treatment of Smokers in Employment and Insurance,

Smoking Policy: Law, Politics, & Culture, Oxford University Press, New York, 1993

Schauffler H.H., Health Insurance Policy and the Politics of Tobacco, Smoking Policy: Law, Politics, & Culture, Oxford University Press, New York, 1993

Terris M., Public Health Policy for the 1990s, *Annu. Rev. Public Health*, 1990.