



한·일 공적 건강보험 건강생활서비스 비교 평가

조용운 연구위원

- 최근 정부는 헬스케어 서비스와 보험산업의 융복합 활성화를 위하여 건강증진형 보험상품 가이드라인을 발표하는 등 민간 건강보험 부문의 건강생활서비스 산업 활성화를 적극적으로 지원하고 있음
 - 본고는 공적 건강보험 부문이 건강생활서비스 산업 활성화를 위하여 지원할 부분이 있는지를 일본과 우리나라를 비교하면서 검토함
- 우리나라의 대사증후군 사후관리와 일본의 유사 제도(특정보건지도)는 공적 건강보험이 주도하여 생활습관을 개선한다는 목적으로 도입되었다는 점에서 유사하나 두 나라 모두 개인의 참여율이 낮은 상황임
 - 일본은 특정건강검진 실시율이 41.3%인 반면, 동기부여지원 및 적극지원 대상자의 특정보건지도 참여율이 12.3%(2009년)로 매우 낮음
 - 우리나라는 일반건강검진(생애전환기건강진단 포함) 수검률은 높은 상태(2011년 72.6%)에 있지만 사후관리율은 저조한 상태(2012년 21.6%)에 있음
- 이것은 무엇보다도 공공 부문 주도의 획일적 서비스에 기인한다고 할 수 있음
 - 두 나라 모두 단일 프로그램을 제시하고 있어 다양한 서비스 개발을 저해하고 있기 때문이라고 봄
 - 우리나라는 몇몇 건강보험공단 지역건강증진센터와 보건소 연계 서비스에 국한되어 있어 민간 참여를 허용한 일본보다 다양성이 더욱 부족하므로 민간 참여를 허용하는 등 다양화 정책이 필요하다고 봄
- 또한, 우리나라와 일본은 형평성 있는 서비스 제공을 중시하여 참여자에 대한 인센티브 제도가 도입되어 있지 않기 때문이라고 할 수 있음
 - 본고는 민간 참여를 허용하는 등 인센티브를 제공할 수 있는 환경을 조성하여 사후관리 참여율을 높이고 건강증진 효과를 극대화하여야 할 것으로 봄

1. 검토 배경



- 최근 정부는 헬스케어 서비스와 보험산업의 융복합 활성화를 위하여 건강증진형 보험상품 가이드라인을 발표하는 등 민간 건강보험 부문의 건강생활서비스¹⁾ 산업 활성화를 적극적으로 지원하고 있음
 - 2017년 11월 2일 정부는 보험 계약자 등의 건강관리노력 및 성과에 따라 보험료 할인 등의 혜택을 제공하는 건강증진형 보험상품 가이드라인을 발표하여 보험과 스마트 헬스케어 서비스 등이 결합된 건강증진형 혁신 보험상품 개발을 촉진함
- 본고는 공적 건강보험 부문이 건강생활서비스 산업 활성화를 위하여 지원할 부분이 있는지를 검토하고자 함
 - 우리나라와 일본 공적 건강보험의 건강생활서비스 제공 제도를 비교 평가하면서 우리나라가 참고할 필요가 있는 부분이 있는지를 검토하고자 함
- 건강생활서비스는 일반적으로 4개 단계를 걸쳐서 제공되므로 그 단계별로 한·일 공적 건강보험제도를 조사하여 구체적으로 건강생활서비스 산업 활성화 지원 방안을 모색하고자 함
 - 첫 번째 단계는 건강검진 자료 및 기타 수집된 자료를 이용한 건강위험도 측정 및 건강수준 계층화 단계로 우리나라와 일본 공적 건강보험은 모두 건강검진을 통하여 이를 수행하고 있음
 - 두 번째 단계는 첫 번째 단계 결과를 기초로 초회 상담을 통하여 행동계획의 수립 및 행동목표 설정²⁾지도 등을 포함하는 지원계획을 수립하는 단계로 일본은 이를 민간기관에 위탁하는 등 적극적으로 시행하고 있으나 우리나라는 지원계획 제도 정비, 민간위탁 등이 미흡한 상황임
 - 세 번째 단계는 이메일, SMS, 전화, 우편, 면담 등을 이용한 생활습관 변화 실천지원 단계로 일본은 이를 공적 건강보험이 민간기관에 위탁하여 시행하고 있으나 우리나라는 국민건강보험이 직접 시행함
 - 네 번째 단계, 성과 평가 단계로 일본은 이를 민간기관이 시행 가능하도록 하고 있으나 우리나라는 구체적 제도 마련이 미흡함

1) 건강생활서비스는 질환군이 아닌 건강군과 건강위험군을 대상으로 생활습관 개선(금연, 운동, 영양 관리, 절주, 스트레스 관리 등)을 지원하는 상담·교육, 지도, 정보제공 등의 서비스를 말함

2) 여기서 행동목표는 예를 들면, 6개월 후 체중 4% 감량 등을 말함. 행동계획은 예를 들어, 식생활의 경우 점심도시락에서 튀김 하나 남기기, 운동 및 신체활동의 경우 자동차 이용 대신 걷기, 하루당 만보 걷기 등을 말함

2. 일본 제도



- 일본은 2000년부터 21세기의 국민건강증진운동(건강 일본 21) 계획을 수립하여 만성질환 중 생활습관병³⁾에 대한 1차 예방(발생 방지) 및 2차 예방(조기발견 · 조기치료)에 중점을 두고 건강 증진 대책을 추진하였으나 성공적이지 못한 것으로 나타남
 - 중간보고서(2007년 4월)에서 당뇨병 유병자 · 예비군 증가, 20~60대 남성 비만 증가, 채소 섭취량 부족, 일상생활에서 보행 감소 등 건강상태 및 생활습관의 개선이 인정되지 않거나 악화되는 것으로 밝혀짐⁴⁾
- 생활습관병 대책을 강화하는 것이 필요하다는 인식이 확산되어 일본은 2008년 4월 「고령자의료의료의 확보에관한법률」(이하 「고령자의료확보법」이라 한다)을 제정 · 시행함
 - 동 법은 공적 건강보험자가 내장지방의 축적 등에 집중된 생활습관병에 관한 건강검진(이하 특정 건강검진) 및 그 결과에 따라 건강증진을 위해 노력할 필요가 있는 자에 대한 보건지도(이하 특정 보건지도)를 의무적으로 실시하도록 하고 있음
 - 건강보험자는 생활습관병 대책에 의한 의료비 절감 효과의 직접적인 혜택을 누릴 수 있으며, 관리 대상자 파악을 비교적 용이하게 할 수 있고, 건강검진 · 보건지도를 확실히 실시할 수 있을 것으로 기대할 수 있어 실시 의무를 담당하게 됨
- 공적 건강보험자가 40~74세의 가입자(피보험자 · 피부양자)를 대상으로 매년 계획적으로 실시하는 대사증후군⁵⁾에 주목한 건강검진을 특정건강검진이라고 함

3) 생활습관병이란 일본의 경우 고혈압 · 고지혈증 · 당뇨병 이외에 이러한 질환의 합병증인 신장질환, 심장질환 등의 내장질환, 뇌질환을 포함시키고 있음. 뇌경색이나 심근경색 등 생명의 위기로 이어질 질환도 생활습관병인 것임. 또한, 현재는 생활습관병으로 분류되고 있지는 않지만, 압, 요통, 치주 질환 등이 의학적으로는 생활습관병과 깊은 관련이 있는 것으로 알려져 있음. 이러한 생활습관병은 첫째, 자각 증상이 없는 채로 진행, 둘째, 오랜 생활습관에 기인, 마지막으로, 질환 발병의 예측이 가능한 것을 특징으로 함

참고로 일본 노동후생성은 생활습관병을 기준으로 내분비 · 영양 및 대사질환(당뇨병, 고지혈증, 고노산혈증), 순환계통의 질환(고혈압, 고혈압성 신장장애, 뇌혈관질환, 허혈성심질환), 소화계통의 질환(간기능장애), 비노생식계통 질환(고혈압성 신장장애)으로 질환을 분류하고 있음(厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013년 4월), 標準的な健診・保健指導 プログラム 【改訂版】)

4) 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013년 4월), 標準的な健診・保健指導 プログラム 【改訂版】

5) 2005년 4월에 일본내과학회 등 내과계 8개 학회가 합동으로 대사증후군 질환 개념과 진단 기준을 제시함. 주요 내용은 다음과 같음. 첫째, 대사증후군은 내장지방형 비만을 공통의 요인으로 하여 혈당 최고치, 지질 이상, 혈압 최고치를 나타내는

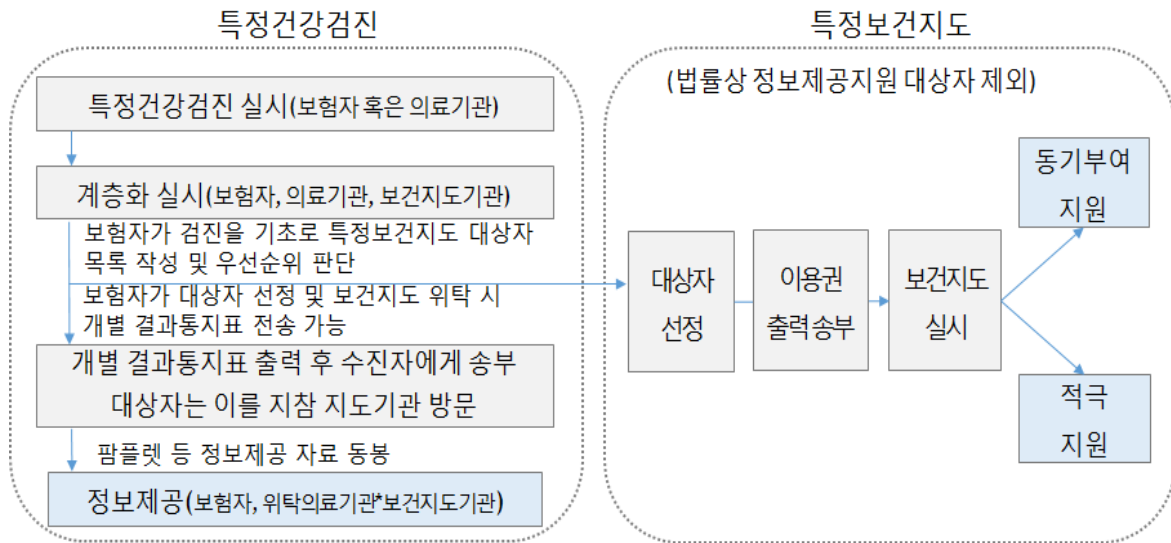
- 건강생활서비스 4단계 중 첫 번째 단계로 자료 확보를 위해 건강검진을 실시하고 이에 기초하여 수검자의 대사증후군 해당 여부 측정 및 계층화를 하는 단계임
 - 공적 건강보험자가 민간 의료기관에 위탁하면 해당 기관이 검진을 시행하고 대사증후군 해당 여부를 판정하여 공적 보험자와 수검자에게 결과를 통보하는 체계로 운영함
 - 공적 건강보험자, 위탁 민간 의료기관, 위탁 민간 특정보건지도기관이 위탁 여부에 따라 검진 결과에 기초하여 계층화를 실시할 수 있음(<그림 1> 참조)
 - 민간 특정보건지도기관에 계층화를 위탁할 경우 검진 결과 및 대사증후군 해당 여부 측정 결과를 해당 기관에 전달 함
 - 계층화는 허리둘레, 체질량지수, 혈당, 지질이상, 혈압, 흡연력을 기준으로 하여 정보제공지원, 동기부여지원, 적극지원 대상으로 분류 함
 - 특정보건지도는 예비위험군에게 동기부여지원, 위험군에게 적극지원을 의무적으로 시행하여야 하고, 건강군인 정보제공지원 대상자에게는 맞춤형 정보제공에 그침
- 공적 건강보험자가 특정건강검진 결과에 따라 건강 유지에 노력할 필요가 있는 자(대사증후군 예비위험군, 위험군)에 대하여 매년 계획적으로 실시하는 동기부여지원 · 적극지원을 특정보건지도라 하며, 이 제도는 정부의 표준 프로그램으로 운영되고 있고 민간 비의료 사업자에게 위탁 가능함⁶⁾
- 특정보건지도는 건강생활서비스 4단계 중 두 번째 단계(동기부여지원 및 적극지원 대상자에 대해 초회 면담에 의한 지원계획 수립), 세 번째 단계(적극지원 대상자에게 실천지원서비스 제공), 네 번째 단계(성과 평가)를 포함함

병으로 각각이 중복될 경우, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환 등의 발병 위험이 높음. 둘째, 내장지방을 감소시키는 것은 그 발병 위험 감소를 도모할 수 있음. 즉, 일본내과학회 등은 내장지방형 비만으로 인한 당뇨병, 이상지질혈증, 고혈압은 생활습관의 개선으로 예방 가능하며, 또한 발병해 버린 후에도 혈당, 혈압 등을 제어함으로써 심근경색 등의 허혈성 심장질환, 뇌경색 등의 뇌혈관 질환, 인공투석을 필요로 하는 신부전 등의 진전이나 중증화를 예방하는 것이 가능하다고 함. 이렇게 대사증후군의 개념을 도입함으로써 내장지방의 축적과 체중 증가가 혈당과 중성 지방, 혈압 등의 상승을 초래하고, 다양한 형태로 혈관을 손상하여 동맥 경화를 일으키고, 허혈성 심장질환, 뇌혈관질환, 신부전 등에 이르는 원인이 되는 것을 자세히 설명할 수 있게 됨. 따라서 건강검진 수진자에게 생활습관과 건강검진 결과, 질환 발병과의 관계를 이해하기 쉽게 설명할 수 있고, 생활습관의 개선을 위한 명확한 동기를 부여할 수 있게 됨(厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013년 4월), 標準的な健診・保健指導 プログラム 【改訂版】)

참고로 이상지질혈증(Dyslipidemia)이란 혈중에 총콜레스테롤, LDL 콜레스테롤, 중성지방이 증가된 상태거나 HDL 콜레스테롤이 감소된 상태를 말함. 대부분 비만, 당뇨병, 음주와 같은 원인에 의해서 발생할 수 있으나, 유전적 요인으로 나타나는 경우도 있음(건강백과)

6) 厚生労働省 厚生労働省保険局, 平成 25年 4月(2013/04), 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施oに向けた手引き

〈그림 1〉 특정건강검진 및 특정보건지도의 흐름



자료: 厚生労働省 厚生労働省保険局, 平成 25年 4月(2013/04), 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施oに向けた手引き

■ 정보제공지원은 대상자가 생활습관병이나 건강검진 결과로부터 자신의 신체 상황을 인식하고, 건강한 생활습관의 중요성에 대한 이해와 관심을 높이고, 생활습관을 직시하는 계기가 되도록 개인의 생활습관과 그 개선에 관한 기본적인 정보를 제공하는 것임

- 정보제공은 특정건강검진을 받은 사람 전원을 대상으로 연 1회(검진 결과의 통지와 동시에 실시) 또는 그 이상 실시함⁷⁾
- 지원내용은 검진 결과, 식사 균형 가이드 및 건강증진을 위한 신체활동 기준 등에 따라 식생활과 운동습관의 균형, 요리와 음식의 에너지양, 일상생활 활동과 운동에 의한 에너지 소비 등에 대해 문진에서 얻어진 대상자의 상황에 맞추어 구체적 개선 방법 예시 등 생활습관 정보, 지역 스포츠 클럽이나 운동 교실 등 사회자원에 관한 정보임

■ 동기부여지원은 대상자가 자신의 건강 상태를 자각하고 생활습관의 개선에 관한 자주적 실천에 도움을 주는 것을 목적으로 후생노동성이 정하는 방법에 의해 실시되는 보건지도를 말함

- 동기부여지원은 면담지원 1회만을 원칙으로 하고, 지원기간은 면담 시점(행동계획 작성일)부터 6개월 경과 후 실적 평가를 하므로 약 6개월임
- 동기부여지원 대상자가 의사, 보건사 또는 관리영양사의 면담지도 아래 지원계획을 수립하고(건강

7) 厚生労働省 厚生労働省保険局, 平成 25年 4月(2013/04), 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施oに向けた手引き

생활서비스 4단계 중 두 번째 단계), 의사, 보건사, 관리영양사 또는 식생활 개선지도 또는 운동지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자⁸⁾가 지원계획 아래 동기부여지원의 실천지원서비스 부분을 실시함(건강생활서비스 4단계 중 세 번째 단계)

- 지원내용은 첫째, 생활습관과 특정건강검진 결과의 관계 이해, 생활습관 되돌아보기, 대사증후군이나 생활습관병에 관한 지식의 습득 및 이들이 본인의 생활에 미치는 영향 등 생활습관 개선의 필요성에 대해 인식할 수 있도록 설명, 둘째, 생활습관을 개선하는 경우의 장점과 개선하지 않으면 발생할 수 있는 불이익에 대해 설명, 셋째, 식생활, 운동 등 생활습관의 개선에 필요한 사항에 대해 실천적인 지도(초회 면담 당일에 이루어짐), 넷째, 동기부여지원 대상자의 행동목표 설정 및 실적평가 시기 설정에 대해 지원하고, 생활습관을 개선하는 데 필요한 사회자원 소개 및 효율적 활용을 위한 방법 지원, 마지막으로, 체중과 허리둘레 측정방법 설명 등을 포함함

■ **적극지원**은 대상자가 자신의 건강 상태를 자각하고 생활습관의 개선에 관한 자주적인 활동을 지속적으로 실시하도록 하는 것을 목적으로 후생노동성이 정하는 방법에 의해 실시하는 보건지도를 말함

- 적극지원 횟수는 초회 면담 후 3개월 이상 지속적으로 지원하므로 여러 번이고, 지원기간은 초회 면담(지원계획 작성일)부터 6개월 이상 경과 후 실적 평가를 하므로 약 6개월임
- 적극지원 대상자가 스스로 의사, 보건사 또는 관리영양사의 초회 면담지도 아래 지원계획을 수립하고(건강생활서비스 4단계 중 두 번째 단계), 의사, 보건사, 관리영양사 혹은 식생활 개선지도 또는 운동지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자가 적극지원의 실천지원서비스 부분 제공을 3개월 이상 계속함(건강생활서비스 4단계 중 세 번째 단계)
- 초회 면담 지원내용은 적극지원 대상자가 자신의 건강 상태, 생활습관의 개선점 등을 자각하고 자발적인 노력을 계속할 수 있는 내용, 특정건강검진 결과 및 생활습관의 상황에 관한 문진조사 결과를 바탕으로 적극지원 대상자의 생활습관이나 행동변화 상황을 파악하고 당해 연도 및 과거의 특정건강검진 결과 등을 근거로 자신의 신체 상황의 변화를 이해할 수 있도록 하는 내용, 실천 가능한 행동목표 및 행동계획의 우선순위를 스스로 선택할 수 있도록 지원하는 것 등임

■ **일본은 공적 건강보험자가 민간 사업자에 아웃소싱을 할 수 있도록 하고 있음**

8) - 간호사, 영양사(관리영양사와 다름)와 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자(식생활 지도에 관해서는 치과 의사, 약사, 조산사, 준간호사, 치과위생사)(운동지도에 관해서는 치과의사, 약사, 조산사, 준간호사, 물리치료사)
- 동등 이상의 능력을 가지고 있다고 인정되는 자(식생활 지도에 관해서는 사업장 산업영양지도담당자 및 산업보건지도 담당자로서 소정의 추가 교육을 수강한 자)(운동지도에 관해서는 재단법인 건강·체력 만들기 사업 재단이 인정하는 건강 운동지도사 및 운동지도담당자로서 소정의 추가 연수를 수강한 자)

- 가능한 한 많은 대상자에게 확실하게 실시(예를 들어, 주말·공휴일·야간에 실시하는 등)할 수 있도록 하고 또한, 건강검진·보건지도 기관 간의 자유롭고 공정한 경쟁을 통해 양질의 서비스가 저렴하게 공급될 수 있도록 하기 위함임⁹⁾
- 그리고 이 사업은 많은 인적 자원이 필요하므로 이를 육성하고 확보하기 위함임

3. 우리나라 제도



- 우리나라 국민건강보험은 질환의 조기 발견 및 치료를 목적으로 하는 일반건강검진과 예방 중심의 생애전환기건강진단제도를 운영하고 있음¹⁰⁾
 - 일본의 특정건강검진과 같이 대사증후군 관리만을 목적으로 하는 건강검진제도는 있지 않음
 - 일본과 공통점은 건강검진제도에 대사증후군 관리를 포함하고 있고, 공적 건강보험이 대상자에게 건강검진 대상임을 미리 통지하고 건강검진 실시방법·절차 등을 안내하면 대상자가 검진기관에서 수진하는 체계로 운영되고 있다는 점임
- 일반건강검진은 질환의 조기 발견 및 치료에 중점을 두고 실시하고 있으나 대사증후군 판별이 가능하도록 하고 있음
 - 이는 주로 40세 이상을 대상으로 하고 있다는 점에서 일본 검진 대상자(40~74세)와 유사함
 - 지정된 건강검진기관에서 2년마다 1회 이상 실시하되 비사무직 직장가입자에 대해서는 1년에 1회 실시하는데¹¹⁾ 이것은 일본의 특정건강검진이 매년 지정된 건강검진기관에서 실시하고 있는 것과 유사함
 - 1차와 2차 검진으로 진행되는데 1차 검진은 일본 대사증후군 판별 항목을 포함함
 - 결과통보 내용은 대상자를 5분류 즉, 정상 A, 정상 B, 일반질환의심, 고혈압 또는 당뇨병 질환 의심(2차 검진대상), 유질환자¹²⁾로 분류하고, 대사증후군과 관련한 체질량, 혈압, 혈당, LDL 콜레스

9) 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月, 標準的な健診・保健指導 プログラム【改訂版】

10) 「국민건강보험법 시행령」 및 보건복지부 고시 「건강검진실시기준」에 따르면 이외에 국가건강검진제도는 암검진(2003년)과 영유아건강검진(2007년 4월)이 있음

11) 「국민건강보험법」 시행령 제25조(건강검진)

12) 정상A는 1차 검진 결과 건강이 양호한 자를 말하고, 정상B는 건강에 이상은 없으나 생활습관, 환경 개선 등의 자가관리 및 예방조치가 필요한 사람이며, 일반질환 의심자는 영양기관 치료를 권장하고, 고혈압 또는 당뇨병 질환 의심자는 확진을 위하여 2차 검진을 실시함

테를에 대한 각각의 3단계 평가(위험, 경계, 정상)와 음주, 흡연, 신체활동에 대한 각각의 3단계 평가(위험, 경계, 정상)를 포함하고 있음

■ 국민건강보험공단은 일반건강검진 1차 검진 결과에 기초하여 대사증후군 주의군과 위험군으로 수검자를 계층화하고 그 결과에 따라 단일의 대사증후군 관리 프로그램을 운영하고 있음

- 일본의 특정보건지도 계층화 기준은 흡연 경력을 고려하나 우리나라는 흡연을 별개로 다루고 있다는 것 외에는 사실상 동일함
- 국민건강보험공단은 모든 상담자에게 제공되는 대사증후군 관리를 위한 일반적 정보제공서인 대사증후군 관리지침서를 제공하는데, 이것은 일본 특정보건지도 정보제공지원에 해당함
- 또한, 대상자가 스스로 행동계획 실시 상황을 파악하도록 돕는 체크리스트인 나의 맞춤 건강노트를 필요한 대상자에게 발송하는데, 이것은 일본 특정보건지도의 동기부여지원과 적극지원 대상자에게 제공되는 행동계획 실시 상황파악 체크리스트와 유사함
- 국민건강보험공단은 대상자가 원하는 경우 6개월 동안 3회 건강 상담 전화 서비스 및 정보제공 서비스, 국민건강보험공단 지사가 운영하는 건강증진센터에서 의학 상담 및 영양 상담, 체력 측정, 운동지도 등의 서비스, 지역보건소에서 받길 원할 경우 지역보건소와 연계하여 운동, 영양, 금연, 금주·절주, 비만 관련 상담 등의 서비스를 받을 수 있도록 하고 있고, 흡연자에게는 금연프로그램 운영 요양기관과 연계 서비스를 제공하고 있음

■ 한편, 국민건강보험은 만성질환 및 건강위험요인의 조기발견 및 예방적 건강관리를 강화하기 위해 2007년 4월 생애전환기건강진단제도를 도입하였으나 그 사후관리는 일반건강검진의 경우와 유사함

- 생애전환기(중년기 만 40세, 노년기 만 66세, 일반건강검진 대상에서는 제외)에 해당하는 인구를 대상¹³⁾으로 생애 2회 실시함
- 일반건강검진과 마찬가지로 1차와 2차 진단으로 이루어지는데, 1차 검진 항목은 일반건강검진 항목을 모두 포함하고, 대상자 전체에 대해 추가로 연령별 맞춤형 건강검진을 실시하기 위해 만 66세 여성에 대한 골다공증 검사, 만 66세 노인에 대한 노인신체기능 검사항목 등이 추가되어 있음
- 일반건강검진과 다르게 1차 진단 결과와 관계없이 모두가 2차 검진을 받도록 하고 있는데 2차 검진 항목에는 1차 건강진단에 기초한 상담, 생활습관 평가도구(문진표) 및 처방전 서식을 사용한 생활습관 평가(흡연, 음주, 운동, 영양, 비만) 및 처방 등이¹⁴⁾ 포함되어 있어 일본의 특정보건지도기

13) 「건강검진실시기준」 제2조 제4호

관이 실시하는 초회 면담과 유사한 성격을 지니고 있다고 할 수 있음

- 2차 검진 후 검진기관은 수검자에게 생애전환기건강진단 결과통보서를 통보하는데¹⁵⁾ 통보내용은 2차 일반건강검진 통보내용(건강검진 종합소견, 당뇨병, 고혈압, 인지기능장애 검진 결과 수치와 정상 여부 판정 결과)에 우울증 검진 결과 및 흡연, 음주, 운동, 영양, 비만 5가지에 관한 생활습관 평가 결과를 포함하고 있다는 점이 다름
- 일반건강검진과 생애전환기건강진단의 사후관리 서비스는 국민건강보험공단 서비스와 공단이 연계한 보건소 서비스로 국한되어 있고 민간 부문의 참여는 이루어지지 않고 있음

4. 평가



■ 우리나라의 건강검진 사후관리서비스와 일본의 특정보건지도는 생활습관 개선을 목적으로 한다는 점에서 유사하나 두 나라 모두 대상자의 참여율이 매우 낮은 상황임

- 일본은 특정건강검진 실시율이 41.3%인 반면, 동기부여지원 및 적극지원 대상자의 특정보건지도 참여율이 12.3%(2009년)로 매우 낮음
- 우리나라도 일반건강검진(생애전환기건강진단 포함) 수검률은 높은 상태(2011년 72.6%)에 있지만 사후관리율은 저조한 상태(2012년 21.6%)에 있음¹⁶⁾

■ 이것은 무엇보다도 공공 부문 주도의 획일적 서비스에 기인한다고 할 수 있음

- 두 나라 제도가 모두 단일 프로그램을 제시하고 있어 다양한 생활습관 변화 개입 서비스 개발을 저해하고 있기 때문이라고 봄
- 일본은 건강보험자와 민간 특정보건지도기관의 재량권을 확대하여 대상자의 특성과 선호를 고려한 세분화와 그에 적합한 서비스 내용 개발이 가능할 수 있도록 하여야 한다고 봄
- 우리나라는 국민건강보험공단과 보건소 연계에 국한되어 있어 민간 위탁을 실시하고 있는 일본보다 다양한 서비스 개발이 이루어지고 있다고 할 수 없으므로 먼저 민간 비의료기관의 참여를 허용

14) 보건복지부 고시인 「건강검진실시기준」 제6조 제3항 제3호

15) 보건복지부 고시인 「건강검진실시기준」 제11조 제1항 제7호

16) 조비룡(2015), 「일차의료기관을 통한 만성질환자 및 건강고위험군 대상 예방서비스 급여항목 개발 연구」, 국민건강보험

하는 등 서비스 다양화를 위한 환경조성 정책이 필요하다고 봄

■ 또한, 우리나라와 일본은 형평성 있는 서비스 제공을 중시하여 참여자에 대한 인센티브의 활용이 부재하기 때문이라고 할 수 있음

- 일본은 특정보건지도기관이 민간사업자임에도 불구하고 개인에 대해서 현금, 포인트, 보험료 인하 등과 같은 참여 인센티브 제공 제도가 마련되어 있지 않아 참여 유인장치가 부재함
- 우리나라 국민건강보험도 인센티브 제도가 도입되어 있지 않음
- 본고는 우리나라 사후관리에 민간 사업자의 참여를 허용하고 동시에 민간사업자가 인센티브를 제공할 수 있도록 하는 체계를 구축하여 참여율을 높일 수¹⁷⁾ 있도록 해야 할 것으로 봄 **kiri**

17) 조용운·김동겸(2017. 9. 11), 「건강생활서비스 제공에 따른 소비자 인식변화 조사」, 『고령화리뷰』, 보험연구원



사무장병원의 운영실태

김동겸 선임연구원

의료법에서는 의료기관에 대한 개설 자격을 제한하고 있으나, 의료기관 개설 자격이 없는 자가 불법적으로 의료인 또는 비영리법인 명의로 개설·운영되는 사무장병원이 늘어나고 있는 상황임. 최근 5년 동안 사무장병원이 부당이득으로 취득한 금액은 1조 4천억 원에 달하고 있으나 징수율이 매우 낮은 상황임. 사무장병원은 의료의 질 저하, 건강보험재정 악화 등을 유발하고 있어 이를 해결하기 위한 다양한 제도개선 논의가 진행되고 있음

■ 의료법 제33조 제2항에서는 의료기관¹⁾에 대한 개설 자격을 전문성을 갖춘 의료인²⁾이나 공적 성격을 가진 자로 제한하고 있음³⁾

- 의료기관 개설 자격을 제한하는 이유는 건전한 의료질서 확립 및 영리목적 의료기관 개설에 따른 국민 건강상의 위험을 사전 방지하는 데 있음⁴⁾
- 이를 위반 시 의료법에 의거하여 징역 또는 벌금형 등이 선고되며, 해당 의료기관에 근무한 의료인에 대해서도 행정처벌 및 형사처벌이 취해짐
 - 먼저, 의료기관 개설 자격이 없는 자가 의료기관을 개설·운영하는 경우 5년 이하 징역 또는 2천만 원 이하의 벌금⁵⁾ 및 의료기관 개설일로부터 폐업일까지 요양급여비용에 대한 전액 환수조치,⁶⁾ 해당 의료기관에 대한 허가취소 및 폐쇄명령⁷⁾ 등이 이루어짐

1) 의료기관이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위해 의료·조산업을 하는 곳을 의미함(의료법 제3조 제1항)

2) 의료인이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 의미함(의료법 제2조)

3) 의료법 제33조(개설 등) ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 이 경우 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다

1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사 2. 국가나 지방자치단체 3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(이하 의료법인이라 한다) 4. 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인 5. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 준정부기관, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 한국보훈복지의료공단

4) 대법원 2003. 4. 22. 선고 2003다2390, 2406 판결

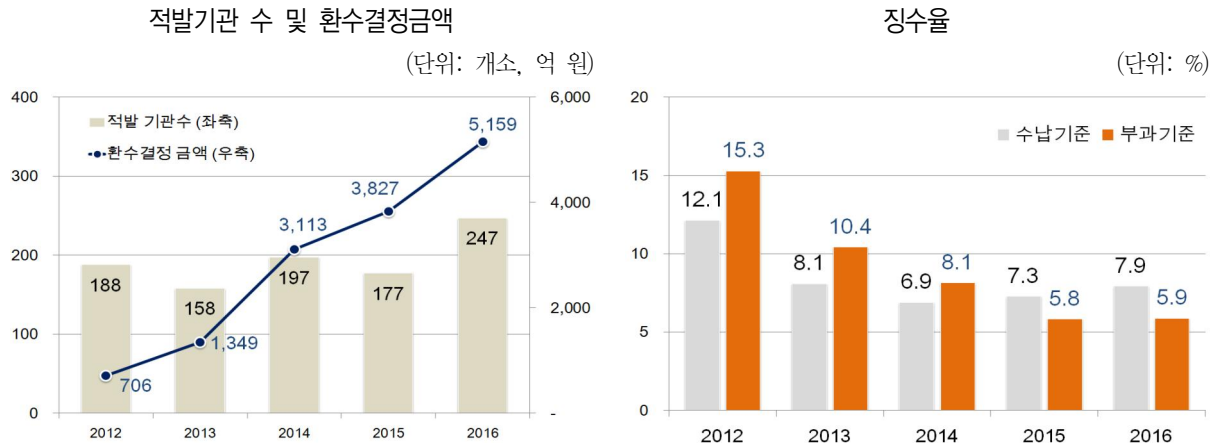
5) 의료법 제87조 제1항

- 한편, 해당 의료기관에 근무한 의료인에 대해서도 300만 원 이하의 벌금(의료법 제90조)과 더불어 1년 이내의 자격정지(의료법 제66조) 처분이 내려짐⁸⁾

■ 그럼에도 불구하고, 의료법상 의료기관 개설 자격이 없는 자가 의료인을 고용하여 의료인 또는 비영리 법인 등의 명의로 개설·운영하는 의료기관(이하 사무장병원)⁹⁾에 대한 적발과 이에 따른 환수결정금액이 매년 크게 증가하고 있음(그림 1) 참조)

- 2016년 사무장병원으로 적발된 기관수는 247개소이며, 환수결정금액은 5,159억 원으로 2012년 대비 7.3배 증가하였음
 - 최근 5년 동안 사무장병원이 부당이득으로 취득한 총금액은 1조 4,154억 원에 달함
- 사무장병원의 부당이득금액에 대한 징수율은 2016년 기준 7.9%에 불과하며, 최근 5년의 누적 실적을 기준으로 7.7%에 그치고 있음
 - 징수율이 낮은 이유로는 사무장병원으로 적발되어 수사 개시 및 환수절차 진행과정에서 재산의 처분·은닉, 폐업 등이 이루어져 징수시점에 환수할 재산이 없는 사례가 빈번하기 때문임¹⁰⁾

〈그림 1〉 사무장병원 적발실태 및 징수율



주: 1) 환수결정 기관 수는 중복 결정 건을 포함함

2) 부과기준: 징수금을 부과 연도에 납부한 것으로 반영, 수납기준: 징수금을 수납 연도에 납부한 것으로 반영

자료: 오제세 의원실 보도자료(2017); 박인숙 의원실 보도자료(2017); 국민건강보험공단(2017)

6) 국민건강보험법 제57조 제2항

7) 의료법 제64조 제1항

8) 한편, 면허를 빌려주는 등의 행위를 한 의료인에 대해서는 5년 이하의 징역 또는 2천만 원 이하의 벌금, 면허 취소 등의 조치가 취해짐(의료법 제65조)

9) 의료기관 개설주체가 다른 의료기관 개설주체의 명의를 빌려 의료기관을 개설·운영하는 경우도 사무장병원의 유형으로 파악하기도 함(기획재정부(2016. 10. 21), 제2차관 주재 7대 사회보험 재정건전화 정책협의회 3차 회의)

10) 문정립(2014), 사무장병원 근절을 위한 법 개정 추진 현황, 의료정책포럼

- 환수결정금액을 기준으로 볼 때, 요양기관 종별로는 요양병원의 비중이 높은 것으로 나타나고 있으며, 설립형태별로는 의료생활협동조합¹¹⁾ 형태의 의료기관이 최근 늘어나는 특징을 보임

- 요양기관종별 환수결정금액 비중을 보면, 요양병원(52.9%), 의원(15.2%) 등의 순임
- 설립형태별 환수결정금액 추이를 보면 의료생활협동의 환수결정금액이 2015년 이후 크게 늘어나, 2016년 기준 전체 환수결정금액의 35.6%를 차지하고 있음
 - 의료생활 조사결과에 따르면 2015년과 2016년도에 사무장병원으로 적발된 비율은 각각 79.1%와 87.9%에 달하고 있어, 소비자생활협동조합이 사무장병원의 개설통로로 악용되고 있음¹²⁾

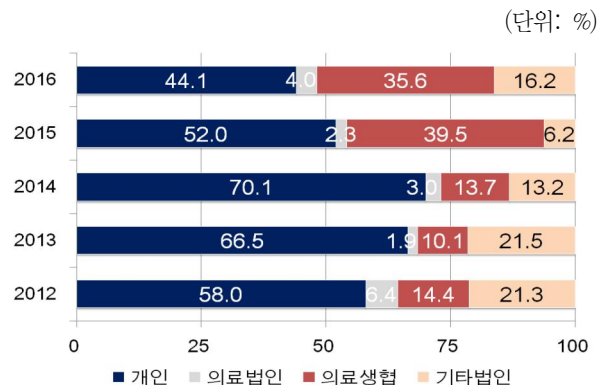
〈그림 2〉 요양기관종별 · 개설형태별 사무장병원 적발 건수 및 환수결정금액 비중

(a) 요양기관종별(최근 5년 누적실적 기준)

(b) 개설형태별

(단위: %)

구분	적발기관 수	환수결정금액
병원	6.2	14.2
요양병원	18.7	52.9
의원	39.5	15.2
치과병의원	7.1	0.8
한방병의원	19.5	4.2
약국	9.1	12.7



주: 요양기관종별 적발 건수는 2012년~2017년 6월까지의 누적실적임

자료: 오제세 의원실 보도자료(2017); 박인숙 의원실 보도자료(2017); 국민건강보험공단(2017)

- 사무장병원으로 야기되는 의료서비스의 질 저하,¹³⁾ 건강보험재정 악화 등의 문제 해결을 위한 제도개선에 대한 논의¹⁴⁾가 진행되고 있어 그 진행결과를 지켜볼 필요가 있음 **kiqi**

- 11) 의료생활협동조합이란 조합원의 의료 및 건강 개선을 위한 보건의료사업을 하는 협동조합으로, 특정요건(조합원 수, 출자금 등)을 충족할 경우 「소비자생활협동조합법」 제46조의2에 따라 의료기관 설립이 가능함
- 12) 박지순(2017), 사무장병원의 실태와 근절을 위한 법제도 개선방안, 사무장병원 근절방안 마련을 위한 법률개정 공청회
- 13) 사무장병원은 환자진료에 필요한 충분한 시설·장비·인력 부족, 의사의 잦은 교체 등으로 의료의 질 저하를 유발하며, 영리추구 목적으로 인해 과잉의료행위 및 진료비 허위·부당청구로 건강보험 재정누수의 주요 원인으로 작용하고 있음 (문정림(2014); 보건복지부 보도자료(2014. 5. 30) 등)
- 14) 20대 국회에서 최도자 의원은 사무장병원에 대한 처벌과 징수 강화 내용이 담긴 국민건강보험법 일부개정법률안(의안번호 5618, 2017. 2. 14)과 의료인이 다른 의료인의 명의를 빌려 병원을 운영하고 수익을 얻는 의사 사무장병원에 대한 처벌 내용을 담은 의료법 일부개정법률안(의안번호 제5619호, 2017. 2. 14)을 대표 발의하였으며, 단순가담 의료인의 자진신고 유도를 위해 자진신고감면(Leniency) 제도 도입에 대한 논의 등도 진행 중임



주요국 초고령자 증가 추이

김미화 연구원

평균수명 연장으로 전세계적으로 초고령 인구가 증가하고 있는 가운데, 유럽연합의 80세 이상 초고령자가 2006~2016년 10년 동안 급격히 증가함. 일본은 90세 이상 인구가 처음으로 200만 명을 넘어섰으며 100세 이상 인구도 가파른 증가세를 보이고 있음. 향후에는 우리나라, 중국 등의 국가에서 초고령자 증가 속도가 가속화될 것으로 예상됨

■ 평균수명 연장으로 전세계적으로 초고령 인구가 증가하고 있음

- 전세계적으로 80세 이상 인구는 2000년 7,213만 명에서 2015년 1억 2,600만 명으로 증가하였으며, 2050년에는 4억 2,500만 명으로 2015년에 비해 3배 이상 증가할 것으로 예상됨¹⁾
 - 80세 이상 인구 비중은 2015년 1.7%에서 2050년 4.3%로 2.6%p 증가할 전망이다

■ 유럽연합(EU-28)²⁾의 경우 80세 이상 초고령자가 2006년 700만 명에서 2016년 2,730만 명으로 크게 증가하였음³⁾

- 유럽연합의 80세 이상 인구 비중은 2006년 4.1%에서 2016년 5.4%로 1.3%p 상승하였음⁴⁾
 - 국가별로는 이탈리아(6.7%), 그리스(6.5%), 스페인(6.0%), 포르투갈(5.9%), 독일(5.8%) 순으로 80세 이상 인구 비중이 높게 나타남(〈그림 1〉 참조)
- 2006년과 비교해 볼 때 스웨덴을 제외한 모든 회원국에서 80세 이상 인구 비율이 증가하였음

1) UN(2017), World Population Prospects: The 2017 Revision

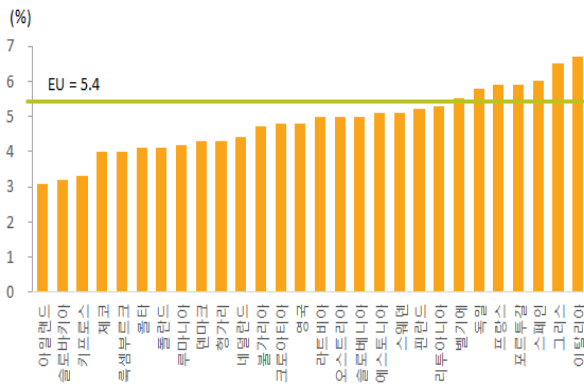
2) 유럽연합의 65세 이상 인구 비율은 19.2%로 아일랜드(13.2%)를 제외한 모든 국가가 고령사회에 속해 있으며, 독일(21.1%), 그리스(21.3%), 이탈리아(22.0%) 등의 국가는 이미 초고령사회에 진입하였음

3) Eurostat(2017)

4) 80세의 기대 여명은 2005년의 8.4년에서 2015년의 9.2년으로 증가하였음

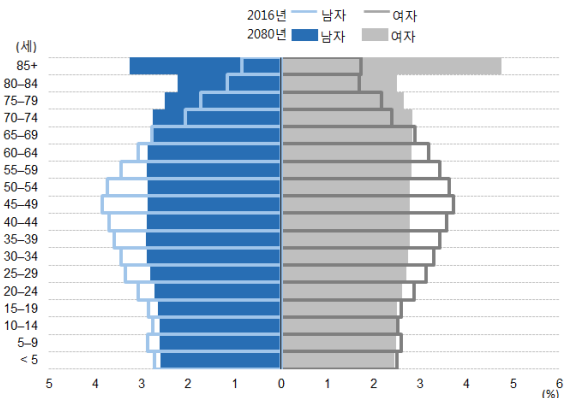
- 그리스가 2.4%p 증가로 가장 크게 증가하였고, 리투아니아(2.1%p), 포르투갈(1.9%p), 에스토니아, 라트비아 및 슬로베니아(1.8%p), 스페인, 크로아티아, 루마니아(1.7%p), 이탈리아(1.6%p) 순으로 증가하였음
- 유럽연합의 80세 이상 인구 비율은 2016년 5.4%에서 2050년 11.1%, 2080년에는 12.7%로 두 배 이상 증가할 것으로 예상됨
- 이에 인구 피라미드도 2080년에는 85세 이상 초고령층에서 가장 두터운 구조로 변화될 전망이다 (<그림 2> 참조)

〈그림 1〉 유럽연합의 80세 이상 인구 비중



자료: Eurostat(2017)

〈그림 2〉 유럽연합의 인구피라미드 변화



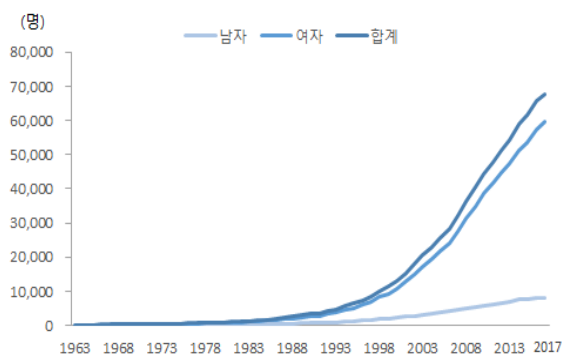
자료: Eurostat(2017)

■ 세계에서 고령 인구 비중이 가장 높은 일본은 90세 이상 인구가 처음으로 200만 명을 넘어 섰으며 100세 이상 인구도 가파른 증가세를 보이고 있음

- 2017년 일본의 80세 이상 인구는 1,074만 명으로 전체 인구의 8.5%에 이룸⁵⁾
- 90세 이상 인구는 206만 명으로 2016년에 비해 14만 명 증가하였으며, 전체 인구에서 90세 이상 인구가 차지하는 비중은 1.6%로 미국(0.8%)의 약 2배에 달함
- 100세 이상 인구 역시 2016년에 비해 2,132명 증가한 6만 7,824명으로 사상 최다를 기록함
 - 100세 이상 인구는 1963년에는 불과 153명이었으나, 1998년에 1만 명, 2012년에 5만 명, 2015년에는 6만 명을 넘어섰으며 47년 연속 증가 추세임(<그림 3> 참조)
 - 100세 이상 인구 중 5만 9,627명(87.9%)이 여성이며, 남성은 전년 대비 30명 늘어난 8,197명을 기록함

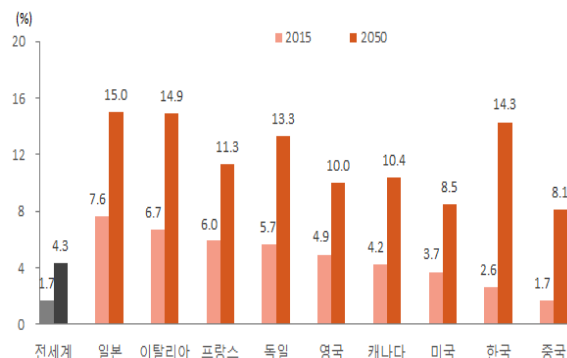
5) 総務省統計局(2017. 9. 17)

〈그림 3〉 일본 100세 이상 인구 추이



자료: 厚生省(2017. 9. 15)

〈그림 4〉 주요국 80세 이상 인구 비중 증가 추이



자료: UN(2017)

■ 초고령자는 유럽 선진국과 일본을 중심으로 급격히 증가하여 왔으나, 향후에는 우리나라, 중국 등의 국가에서 증가 속도가 가속화될 것으로 예상됨⁶⁾

- 일본, 이탈리아, 독일, 캐나다 등의 경우 80세 이상 인구 비중이 2015년에서 2050년 사이 두 배 이상 증가할 것으로 예상되는 반면, 우리나라, 중국의 경우 7배 이상 크게 증가할 것으로 전망됨
- 2017년 기준 80세 이상 인구의 27%가 유럽에 거주하고 있지만, 2050년에는 그 비율이 17%로 감소할 것으로 전망됨 **kiri**

6) UN(2017), World Population Prospects: The 2017 Revision



일본, 평균수명과 건강수명 격차 현황

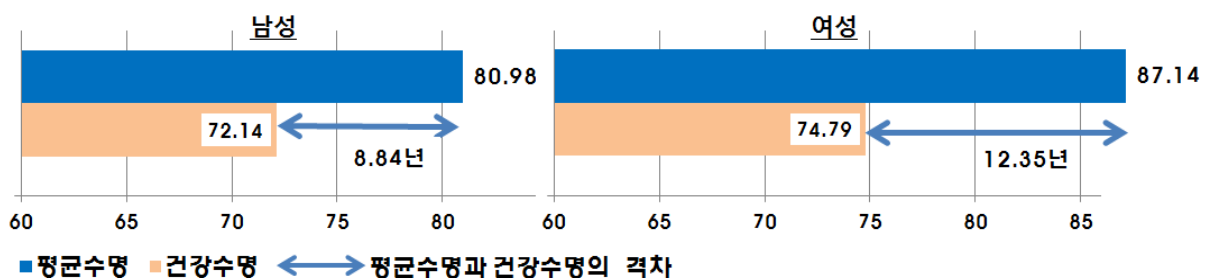
이상우 수석연구원

일본은 평균수명과 건강수명이 지속적으로 증가하고 있으나 평균수명과 건강수명의 격차 즉, 건강하지 못한 기간은 2001년 이후 개선되지 못하였거나 오히려 증가하였음. 이는 건강하지 못한 기간이 더 길어진 상태에서 평균수명이 증가하고 있다는 것을 의미하므로 질적 건강수명 개선을 위해 건강수명 지표와 함께 평균수명과 건강수명의 격차 등을 활용하는 것이 필요함

■ 일본 후생노동성¹⁾은 2016년 간이생명표에서 남성과 여성의 평균수명이 2013년보다 각각 0.8년, 0.5년 증가한 81세, 87.1세가 되어 사상 최고를 기록한 것으로 발표함

- 2016년 건강수명은 남성과 여성이 각각 74.8세, 72.1세로 잠정 집계되어 아베정부가 2015년에 목표로 한 2010~2020년까지 10년간 건강수명 1년 이상 연장²⁾이 조기에 실현될 전망이다
 - 우리나라는 2020년까지 건강수명 목표를 75세로 정하고 있으며³⁾ 현재 건강수명은 73.6세임⁴⁾
- 이에 따라 2016년 평균수명과 건강수명의 격차는 남성과 여성이 각각 8.84년, 12.35년임

〈그림 1〉 일본 남성과 여성의 평균수명과 건강수명 비교



1) 厚生労働省(2017. 7. 27), 2016 簡易生命表

2) 内閣部(2015. 7. 16), 日本再興戦略 中短期工程表

3) 보건복지부(2011. 7. 20), 제3차국민건강증진종합계획

4) 생명보험사회공헌기금(2017. 10. 10), 행복수명 국제비교 연구결과

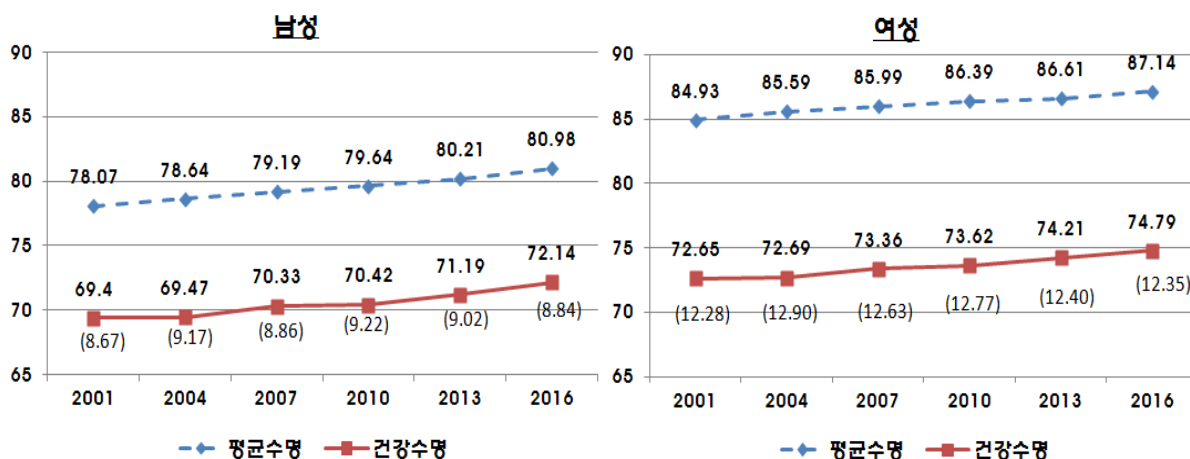
■ 일본 후생노동성은 건강수명을 건강문제로 일상생활에 지장이 없이 생활하는 기간으로 정의함

- 따라서 평균수명과 건강수명의 격차는 건강문제로 일상생활에 지장을 초래한 기간의 합산(이하, 건강하지 못한 기간)임
- 일본은 1974년 아시아에서 처음으로 건강수명을 산출하였으며, 현재는 후생노동성이 전국민 건강 상태에 대한 실태조사⁵⁾ 결과와 간이생명표 등을 기초로 건강수명을 산출함

■ 일본의 연도별 평균수명과 건강수명은 남녀 모두 지속적으로 개선되었으나 건강하지 못한 기간은 오히려 증가하거나 과거와 유사한 수준임(그림 2) 참조)

- 2016년 평균수명은 2001년 대비 남성과 여성이 각각 2.91년, 2.21년 증가하였으며, 건강수명도 남성과 여성이 각각 2.74년, 2.14년 증가하였음
- 반면, 2016년 평균수명과 건강수명의 격차는 2001년 대비 남성과 여성 각각 0.17년, 0.07년 증가하여 2001년보다 건강하지 못한 기간이 더 길어진 것으로 나타남

〈그림 2〉 일본 남성과 여성의 평균수명과 건강수명 연도별 추이



주: ()는 평균수명과 건강수명의 격차

자료: 평균수명과 건강수명은 후생노동성, 단, 2016년 건강수명은 NLI Research Institute

■ 2016년과 다른 연도와 비교한 결과 <표 1>과 같이 평균수명과 건강수명이 크게 개선된 반면 평균수명과 건강수명의 격차(건강하지 못한 기간)는 개선되지 못하거나 오히려 증가하였음

5) 후생노동성이 3년마다 실시하는 국민생활기초조사(71만 명 대상)에서 건강상 문제가 일상생활에 어떠한 영향을 주는지 건강표를 제시하여 설문조사함

- 2016년과 2013년 비교 시 남성의 경우 평균수명과 건강수명이 각각 0.77년, 0.95년 증가하였으나 평균수명과 건강수명의 격차, 즉 건강하지 못한 기간은 0.18년 개선되는 데 불과하였음
- 특히, 2010년과 2007년 비교 시 남성의 경우 평균수명과 건강수명이 각각 0.45년, 0.09년 증가하였으나 건강하지 못한 기간은 오히려 0.36년 증가하였음

〈표 1〉 일본의 평균수명, 건강수명, 평균수명과 건강수명 격차 직전조사 대비 증가값

(단위: 년)

구분	남성			여성		
	평균수명	건강수명	격차	평균수명	건강수명	격차
2001~2004	0.57	0.07	0.50	0.66	0.04	0.62
2004~2007	0.55	0.86	-0.31	0.40	0.67	-0.27
2007~2010	0.45	0.09	0.36	0.40	0.26	0.14
2010~2013	0.57	0.77	-0.20	0.22	0.59	-0.37
2013~2016	0.77	0.95	-0.18	0.53	0.58	-0.05

주: 1) 평균수명 및 건강수명 조사는 3년 단위로 실시함

2) 격차는 건강하지 못한 기간을 의미

- 일본의 경우 건강하지 못한 기간이 더 길어진 상태에서 평균수명과 건강수명이 증가하는 착시 효과가 나타남에 따라 질적 건강수명 개선을 위해서는 건강수명 지표와 함께 평균수명과 건강수명의 격차 등을 동시에 활용하는 것이 필요함 **kiri**



3. 건강

김미화 연구원, 김유미 연구원

■ 우리나라 건강지표 추이

구분		2000	2005	2010	2016
건강	GDP 대비 총 보건의료비 비중(%)	4.0	5.1	6.5	7.7
	보건의료비 중 공공재원 비율(%)	53.9	56.2	57.9	56.4
	활동의사 수(인구 천 명당)	1.3	1.6	2.0	2.3
	잠재수명 손실연수(인구 10만 명당)	4,951	3,834	3,248	2,830 ¹⁾
	자살률(인구 10만 명당)	16.6	29.9	33.5	28.7 ¹⁾

주: 1) 2013년 기준임

■ 건강지표 OECD 국가 비교(2016년)

구분	GDP 대비 총 보건의료비 비중	보건의료비 중 공공재원 비율	활동의사 수	잠재수명 손실 연수	자살률
캐나다	10.3	70.0	2.7	3,007 ⁴⁾	10.5 ⁴⁾
프랑스	11.0	78.8	3.4	3,124 ³⁾	14.4 ³⁾
독일	11.3	84.6	4.1 ¹⁾	2,836 ²⁾	10.7 ²⁾
일본	10.9	84.1	2.4 ²⁾	2,413 ³⁾	18.7 ³⁾
한국	7.7	56.4	2.3	2,830 ³⁾	28.7 ³⁾
스웨덴	11.0	83.9	4.2 ²⁾	2,347 ²⁾	11.4 ²⁾
영국	9.7	79.2	2.8	2,996 ³⁾	7.5 ³⁾
미국	17.2	49.1	2.6 ²⁾	4,584 ³⁾	13.1 ³⁾
OECD 평균	9.0	72.5	3.4	3,365 ¹⁾	12.1 ¹⁾

주: 1) 2015년 2) 2014년 3) 2013년 4) 2011년 기준임

* 고령화 지표는 1. 인구 및 복지재정 2. 노동·빈곤 및 노후소득 3. 건강으로 구분하여 분기에 한 번씩 업데이트함