

# 건강증진기금의 건강보험재원 활용과 그 타당성에 대한 법정책적 고찰

김 운 목 \*

I. 들어가며	IV. 건강보험에서의 건강증진 법정책
II. 건강보험 재정지원 및 건강증진 사업 현황	1. 당위성과 필요성
1. 건강증진기금의 조성과 국민건 강 증진종합계획	2. 건강 위해행위에 따른 보험료 차 등부과
2. 재정지원 현황 및 계획	3. 건강행위 실천을 촉진하기 위한 보험급여
3. 건강보험의 건강증진사업 현황과 과제	4. 건강증진에 대한 공공정책참여
III. 건강보험과 건강증진의 관련성	V. 요약 및 결어
1. 국민건강보험법과 국민건강증진 법의 관계	
2. 국민건강보험법의 건강 증진관련 규정	

## I. 들어가며

우리나라 의료보험에 관한 최초의 법률은 1963년 12월 제정되었으나 제도의 본격적인 시행은 1976년 12월 개정된 의료보험법<sup>1)</sup>에 따라 1977년 7월부터 시작하였다. 이후 의료보험제도는 적용의 보편화를 위하여 꾸준한 확대과정을 거쳐 의료보험제도 시행 12년인 1989년 7월 전국민 의료 보장시대를 이룩하였고, 1990년대 이후는 시행초기 보편화 과정에서 부득이했던 저부담 저급여구조의 한계를 극복하기 위하여 보험급여의 수준을 개선하고 보험료부담의 적정화를 추진하는 과정과 관리운영시스템을 대대적으로 재편하는 의료보험통합의 과정을 거치게 되었다.

\* 건강보험심사평가원 상근직원 연구위원, 보건학박사

1) 1963년 제정된 의료보험법은 임의적용제도이어서 유명무실하였고, 1970년 8월 개정된 의료보험법은 당연적용제도를 도입하는 것이었으나 시행여건이 미비하여 시행되지 못했다.

이 과정에서 제도의 명칭은 “의료보험제도”에서 “건강보험제도”로 발전<sup>2)</sup>하였지만 건강보험의 보험급여는 그 내용과 운용에 있어 의료보험에 비하여 실질적으로 큰 변화를 가져오지 못했다.

이후 2001년 건강보험이 재정위기에 봉착하였을 때 정부는 1995년 제정된 국민건강증진법에 따라 건강증진사업을 추진하기 위한 재원으로 조성되는 건강증진기금의 85% 이상을 2002년부터 지금까지 건강보험에 대한 재정지원으로 사용하여 왔다. 그리고 국민건강증진정책을 체계화하기 위하여 정부가 2005년 말에 개편 발표한 국민건강증진종합계획(2005 Health Plan 2010)<sup>3)</sup>을 추진하는 기간(2006년부터 2010년까지)에도 조성되는 건강증진기금액 중에서 건강증진사업에 투입하는 예산액의 2배액에 상당하는 금액을 건강보험의 재정을 지원하는데 사용하는 것으로 예정하고 있다.

이와 같이 건강증진기금이 건강보험재정을 지원한 것과 또한 앞으로도 계속적으로 지원할 것에 대해서 그 당위성과 필요성을 긍정적으로 평가를 하는 것은 아직까지 찾아보기가 어려우며, 일반적으로 건강보험에 대한 재정지원은 특별법에 의한 임시적인 조치<sup>4)</sup>로 인식되고 있다. 즉, 이러한 재정지원에 대하여 담배가격의 인상과 관련해서는 일반예산에서 조달

2) 제도의 명칭이 변경되면서 제도를 통하여 보장하고자 하는 보험사고(risks covered)에 대한 규정은, 국민의 “질병·부상·분만 또는 사망 등에 대하여 보험급여”(의료보험법 제1조(목적))에서 국민의 “질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여”(국민건강보험법 제1조(목적))를 실시하는 것으로 변화하였다.

3) 보건복지부는 국민건강증진법 제4조의 규정에 근거하여 국민건강의 증진에 관한 기본시책으로 2002년 처음 국민건강증진종합계획을 수립하였고, 2005년말에는 그동안 변화된 건강증진 관련 내외 환경변화를 고려하여 많은 전문가의 참여 아래 이를 개편하였다. 새로운 국민건강증진종합계획은 그동안 변화된 현실을 반영하여 건강증진사업을 효과적으로 추진하기 위한 목표를 구체화하고 연차적 실행계획이 예산계획과 연결되도록 구성함으로써 체계적인 성과관리가 가능하게 하였다(보건복지부, 2005 국민건강증진종합계획(요약), 2005).

4) 2001년에 닦친 건강보험 재정위기를 극복하기 위하여 2002년 초 제정한 국민건강보험재정건전화특별법은 건강증진기금에서 건강보험에 재정을 지원하도록 규정하였는데, 이법은 2006년 말까지 효력을 가지는 한시법이다.

해야 하는 사업을 건강증진기금의 활용에 전가하고 있다는 비판과 함께 부정적인 의견으로 나타나는 경우도 많다.

정부 내에서도 건강증진기금의 수입금이 건강증진 사업보다 지역건강 보험 급여비용으로 충당되는 것은 건강보험 재정적자 보전의 방편이 되고 있어 담배부담금 부과 타당성을 미약하게 한다는 평가('04 부담금 운용평가단, 기획예산처)를 받기도 하였고, 건강증진기금은 본래의 목적에 사용될 수 있도록 건강증진 및 질병관리 사업에 집중 투자되어야 하는 것으로 판단하고 있다.<sup>5)</sup>

이러한 지적과 판단은 건강증진 기금의 활용이 주로 건강보험재정을 지원하는 것은 바람직하지 않다는 시각을 표현하는 것으로 볼 수 있는데, 한편으로 정부는 2006. 6월 국민건강보험법 개정안을 국회에 제출하여 건강보험재정에 대한 정부지원의 한 방식으로 건강증진기금에서 건강보험 재정지원을 계속하도록 하는 것을 제도화<sup>6)</sup>하여 해결할 것으로 추진하고 있다.

건강증진기금에서 건강보험재정을 지원하는 것과 관련하여 단지 건강보험재정이 어려운 사정에 있어 건강증진기금으로부터 지원을 받아야 하는 것으로 인정해야 한다는 것은 논리적으로 충분한 근거가 되기 어렵다.

건강증진기금으로부터 지원을 받는 금액의 규모와 건강보험에서는 재정지원의 법적 제도화가 긴요함에 비추어 볼 때, 이에 대해서는 논리적 근거를 충분히 검토해서 마련해야 할 필요가 있으며, 만일 그 근거를 규명하지 못한다면 제도화를 위한 개정 입법과정에서 장애에 봉착할 우려도 있다고 할 것이다.

그리고 국민건강증진법에 의하여 건강증진기금으로 조성되는 부담금

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

6) 개정안은 국민건강보험재정안정화특별법에 의한 현재의 한시적 지원제도를 국민건강보험법의 규정으로 건강보험에 대한 국고지원의 한 방식으로 제도화하는 것이다. 개정안은 건강증진기금에서의 지원규모를 건강증진기금 예상수입액의 65% 이내에서 건강보험 보험료 예상수입액의 6%에 상당하는 금액으로, 지원된 재원의 용도는 건강검진 등 건강증진사업, 흡연으로 인한 질병에 대한 보험급여와 노인에 대한 보험급여에 사용하도록 하고 있다(개정안 제92조).

은 건강위해요인(담배)에 대한 원인자 부담과 수익자 부담의 성격을 내포하고 있어 부담금의 부과 대상은 현재의 담배뿐만 아니라 앞으로 다른 건강위해요인(술 등)으로 확대될 것으로 예상할<sup>7)</sup> 수 있다. 이 경우 건강보험과 건강증진제도간의 연계성과 논리적 근거를 규명하지 못한다면, 건강증진기금재원은 계속 확대될 가능성이 매우 높음에도<sup>8)</sup> 불구하고 건강보험으로의 재정지원은 한계에 부딪치게 될 것이다.<sup>9)</sup>

여기서 건강보험과 건강증진제도간의 연계성을 확인하고 재정지원의 타당성에 대한 논리적 근거를 바르게 규명한다면, 재원확보에 어려움이 있는 건강보험이 재원조달 원천의 하나로써 건강증진기금으로부터 상당한 규모까지 재원을 확보할 수 있는 계기를 마련하게 될 것이다.

이 연구에서는 건강증진기금에서 건강보험재정을 지원하는 것에 대하여 국민건강증진법과 국민건강보험법과의 관계를 중심으로 상호간의 연

7) 술에 대하여 건강증진부담금을 부과하려는 국민건강증진법 개정안은 1996년 당시 신한국당의 정의화의원, 2001년 당시 한나라당 김홍신의원의 대표발의로 입법화를 추진하였고, 2005년 열린우리당의 김춘진의원이 개정안을 대표발의(알콜분 30도 이상의 주류에 과표액의 3% 부과방안)하여 현재 국회에 계류 중이다. 또한 주류부담금을 부과하자는 주장은 학계에서도 계속 제기되고 있다.(김병익, 주류의 건강부담금 부과에 대한 보건정책학적 입장, 한국알코올과학회 춘계학술세미나, 2002, 23-24; 이주열, 주류에 대한 건강증진세 부과 및 활용방안, 한국알코올과학회 추계학술세미나, 2001, 59-60; 천성수, 알코올 소비량 감소를 위한 알코올통제정책에 관한 연구, 건강증진사업지원단, 2005, 164-168; 김광기, 건강한 음주문화조성과 알코올정책의 활성화, 한국보건교육·건강증진학회 2005춘계학술대회, 2005, 133-135)

8) 건강위험요인의 질병비용에의 기여도(전체 질병비용의 34.49%)를 보면 흡연은 9.12%(연간 2조 9676억원), 음주 8.58%(연간 2조 7917억원), 대기오염 3.59%(연간 1조 1679억원) 등으로 나타나고 있어(정영호 외, 우리나라 국민의 건강결정요인 분석-Determinants of Health in Korea, 한국보건사회연합 건강증진사업지원단, 2006, 168-171), 앞으로 건강위험요인에 대하여 그 원인자와 수익자에게 그 비용의 상당부분을 부담하도록 계속 개발·발전시킨다면 건강증진기금의 부과원은 매우 크다고 예측된다.

9) 2005년 김춘진의원이 대표발의(알콜분 30도 이상의 주류에 과표액의 3% 부과방안)하여 현재 국회에 계류중인 국민건강증진법 개정안에 의하면, 국민건강증진기금 중 국민건강보험급여에 사용할 수 있는 금액은 담배에 부과되는 부담금으로 조성된 금액에 한정(개정안 법률 제6619호 국민건강증진법중개정법률 부칙 제2조 본문)하도록 제안하고 있어(김춘진, 술에 대한 건강증진부담금 부과를 위한 입법 공청회자료, 2005, 50-53), 주류부담금은 건강보험 재정지원으로 사용하지 못하도록 입법 제안하고 있다.

계성과 재정지원의 타당성을 검토하고, 건강증진기금의 건강보험재정에 대한 지원이 타당성과 논리적 근거를 확보하기 위하여 필요한 요건을 파악하고자 한다. 이를 위하여 건강증진제도와 연결되는 건강보험제도의 현행 법률의 규정과 법운영을 검토하고 두 제도의 규범목적은 달성하는데 요구되는 법정책적 요소와 필요한 고찰을 살펴보고자 한다.

## Ⅱ. 건강보험 재정지원과 건강증진사업 현황

### 1. 건강증진기금의 조성과 국민건강증진종합계획

질병양상의 변화와 건강에 대한 인식변화 등 시대의 흐름에 부응하여, “국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 국민 스스로가 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성하고자” 함을 목적으로 한 국민건강증진법이 1995년 9월부터 시행되었다.

이법에 따라 국민건강증진기금이 설치되어 1997년 5월부터 담배 중 켈런(20개비) 1갑당 2원의 부담금을 부과하기 시작하여 2002년 2월에 부담금을 150원으로 인상하였고 여기에 2004년 12월에 204원을 인상하여 담배 1갑당 부담금을 354원으로 하였다. 그리고 당초 2004년 말에 부담금을 408원 인상(담배소비세의 인상 등을 포함하여 담배가격은 1,000원이 인상됨)하여 담배 1갑당 부담금이 558원이 되도록 국민건강증진법 개정을 추진하였던 정부는, 2005년 이후 계속하여 현재 부담금 354원에 204원을 더 인상(담배가격은 500원 추가인상)함으로써 담배 1갑당 558원씩의 담배부담금을 징수하여 건강증진기금으로 활용하도록 하는 국민건강증진법 개정안을 국회에 제출한 상태에 있다.

건강증진기금의 주된 목적은 국민건강증진사업을 원활하게 추진함에 필요한 재원을 확보하는 데 있다(국민건강증진법 제22조). 국민건강증진정책을 체계화하고 그 효과성을 높이기 위하여 보건복지부가 2005년 12월에 새롭게 개편하여 발표한 국민건강증진종합계획(2005 Health Plan

2010)에 의하면, 정부는 2010년까지 국민의 건강수명을 72.0세(남자 69.7세, 여자 74.2세)를 큰 목표로 하여 건강생활실천의 확산, 예방중심의 건강관리, 인구집단별 건강관리, 건강환경의 조성이라는 4개 분야를 중심으로 건강증진정책을 추진하는 것으로 계획하고 있으며, 이 4개 분야에서 모두 24개 중점과제를 선정하여 각 중점과제별로 목적, 목표와 세부추진계획을 마련하고 있다. 분야별 중점과제는 첫째, 건강생활실천 확산분야에서는 금연, 절주, 운동, 영양 등 4개 과제, 둘째, 예방중심의 건강관리 분야에서는 암관리, 고혈압, 당뇨병, 과체중과 비만, 심·뇌혈관질환 관리 등 14개 과제, 셋째, 인구집단별 건강관리 분야에서는 모성보건, 영유아보건, 노인보건, 근로자건강관리, 학교보건 등 5개 과제, 넷째로 건강환경의 조성 분야에서는 건강형평성의 확보라는 과제를 그 분야의 중점과제로 하고 있다.

중점과제별로 실행 목표<sup>10)</sup>(총 172개 목표)를 정하고 이를 달성하기 위하여 총 108개의 세부사업<sup>11)</sup>을 추진하는 것으로 계획하고 있는데, 이 새로운 국민건강증진종합계획의 추진을 위하여 예산은 2006년 3,062억원, 2007년 5,263억원, 2008년 6,725억원, 2009년 8,562억원, 2010년 1조 100억원으로 2006년부터 2010년까지 5년간 총 3조 3,713억원을 투입하는 것으로 계획하고 있다.<sup>12)</sup> 그러나 이 계획에서 기금액의 65% 수준을 지원받는 건강보험과 연계하여 건강증진사업의 성과를 제고하려는 조치는 찾아보기 어렵다.

10) 예를 들면, 금연이라는 중점과제의 목표는 ① 청소년 흡연율의 감소 ② 성인 흡연율의 감소 ③ 흡연성인의 금연 시도율 증가 ④ 흡연성인의 1개월내 금연 결심을 증가 ⑤ 청소년 흡연시도 평균연령 저하 억제 ⑥ 청소년 흡연시작 평균연령 저하 억제 ⑦ 금연홍보에 대한 인지도 제고 ⑧ 흡연예방 교육 경험을 증가 ⑨ 금연상담 경험을 제고 ⑩ 간접흡연 노출시간 감소 등으로 하고 있다.(보건복지부, 국민건강증진종합계획(분야별 세부추진계획), 2005, 8-9)

11) 금연과제 추진의 사례를 보면, 흡연예방 및 금연을 위한 교육홍보, 금연클리닉 확대 운영, 금연상담전화 정착, 흡연 규제 강화, 흡연을 모니터링 체계 구축을 세부사업으로 정하고 각 세부사업에 대한 연차별 사업내용과 예산계획을 정하고 있다.

12) 보건복지부, 국민건강증진종합계획(분야별세부추진계획), 2005, 219-238

## 2. 재정지원 현황 및 계획

1999년부터 2005년까지의 기간동안 건강증진기금의 재정투자현황을 보면 (표 1)과 같다.

(표 1)건강증진기금 재정투자현황

(단위: 억원)

구분	계	1999	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*
기금계	31,244	136	182	181	4,637	6,743	6,6021	2,763
보건의료· 식약안전부문	4,886	136	182	181	245	297	336	3,509
건강보험부문 (기금대비:%)	26,358	-	-	-	4,392 (94.7)	6,446 (95.6)	6,266 (94.9)	9,254 (72.5)

자료: 보건복지부, 국민건강증진기금중기사업계획( '05-' 09), 2005, 2;

\* 보건복지부, 2005년도 부담금운용보고서(국민건강증진기금), 2006

2001년 건강보험 재정위기 이후 건강증진기금에서 건강보험에 재정을 지원하기 시작한 2002년부터 2005년까지의 지원내역을 보면, 그 기간동안 조성한 건강증진기금액은 3조 745억원이고 그 중에서 85.7%에 해당하는 2조 6,358억원을 건강보험재정을 지원하는데 사용하였다.

한편 건강보험의 재정 중에서 건강증진기금 지원액(담배부담금)이 기여하는 비중은 (표 2)에서 보는 바와 같다.

(표 2) 연도별 건강보험 재정현황

(단위: 억원)

구 분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	
보험료수입 (A)	72,288	88,562	109,277	137,409	156,142	169,277	183,763	
국고지원금 계(B)	15,527	26,250	30,139	34,238	34,830	36,948	39,410	
보험재정 국고지원금	13,810	24,666	24,448	26,429	27,162	26,430	27,565	
담배부담금 (P)	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	10,712	
비율 (%)	P/A	-	-	4.0	4.7	4.0	5.5	5.8
	P/B	-	-	14.6	18.8	18.0	25.0	27.2

자료: 국민건강보험공단, 각 연도 결산서(2000-2005)

\* 국민건강보험공단, 2006년도 예산서

(표 2)의 재정현황에 의하면 건강보험이 건강증진기금에서 지원받은 재정은 보험료수입의 4.0% 수준(2002년, 2004년)에서 5.8% 수준(2006년)으로 점점 높아지고 있다.

건강보험재정에 대한 일반회계 국고예산지원은 2000년 1조 4천억원 수준에서 보험재정이 위기상태에 있었던 2001년에는 2조 5천억원으로 크게 지원규모를 늘렸으나, 그 이후에는 큰 규모의 확대 없이 매년 2조 6천억원 내지 2조 8천억원의 수준으로 지원하였다. 이에 비하여 건강증진기금에서의 지원액은 계속 확대되어 전체 국고지원금에서 차지하는 비율도 14.6% 수준(2002년)에서 27.2% 수준(2006년)으로 높아졌다. 한편 2005년 말 현재 건강보험재정 누적 준비금적립금은 9,954억원으로 2002년-2005년간 건강증진기금에서 지원된 3조 745억원 수준에 미달하고 있다.

이를 종합하면, 건강증진기금에서 지원되는 재정은 건강보험 재정의



건전화를 도모하고 보험급여의 보장성 강화 등을 추진할 수 있는 주요재원이 되었고 건강보험제도를 안정적으로 운영하고 발전시키는데 중요한 역할을 하였으며, 보험재정에 대한 국고지원의 증액요구가 증가하는 것을 억제하여 국고운용의 탄력성을 확보하는데도 기여하였다.

만일 건강증진기금으로부터의 재정지원이 중단된다면, 건강보험제도를 정상적으로 운영하기 위해서는 현재 수준보다 보험료를 크게 인상(평균 6% 이상)하거나 국고지원을 크게 증액(30% 정도)할 수밖에 없는 상황에 이르게 될 것이다.

따라서 정부도 앞서 본 바와 같이 2006년 말로 만료되는 건강보험재정 건전화특별법을 대체하여 국민건강보험법에서 건강증진기금의 건강보험에 대한 지원을 제도화하고자 계획하고 있는데, 이 개정안에 제시된 재정소요추계는 (표 3)에서 보는 바와 같다.

(표 3)건강보험 재정소요 추계결과

(단위:조원)

구 분	2007	2008	2009	2010	2011
지 출(A)	25.8	28.6	31.3	34.2	37.3
보험급여비	24.6	27.3	30.0	32.8	35.8
관리운영비	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1
기타지출	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4
수 입(B)	25.6	28.5	31.3	34.3	37.6
보험료수입	21.1	23.7	26.1	28.7	31.6
정부지원	4.2	4.6	4.9	5.3	5.7
국고(일반회계)	2.9	3.2	3.6	3.9	4.4
국민건강증진기금	1.3	1.4	1.4	1.3	1.3
기타수입	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
당기수지 (B-A)	△0.2	△0.04	△0.01	0.1	0.3
누적수지	0.8	0.7	0.7	0.8	1.1

자료: 국민건강보험법 일부개정법률안(정부, 2006.6.19제출) 재정소요추계서

(표 3)의 재정소요추계에 의하면 건강증진기금으로부터 지원받는 재정규모는 2006년 1조 2천억원, 2007년 1조 3천억원,<sup>13)</sup> 2008년 1조 4천억원, 2009년 1조 4천억원, 2010년 1조 3천억원, 2011년 1조 3천억원 등으로 이와 같은 추세로 계속 지원하는 것으로 예정하고 있다. 그리고 (표 3)에서 보는 바와 같이 건강보험재정에 지원되는 건강증진기금의 규모는 같은 기간동안 국민건강증진종합계획에 투입하는 예산의 약 2배 수준에 해당하는 것으로 계획하고 있다.<sup>14)</sup>

### 3. 건강보험의 건강증진사업 현황과 과제

건강보험의 보험자로 가입자 및 피부양자의 건강보험을 관리·운영하는 국민건강보험공단은 자격관리, 보험료 부과·징수관리, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업과 보험급여비용의 지급 등의 업무 등을 관장한다. 한편 건강보험공단이 건강보험의 보험자로서 출범한 2000년 7월 이후 2003년까지 수행한 건강증진 사업을 보면 건강생활 캠페인, 건강생활 실천, 건강마일리지제도 운영 등으로 요약<sup>15)</sup>되고 있는데, 이것은 국민건강증진법이 규정하는 바와 부합하는 의미있는 건강증진사업 내용으로 보기 어렵다.

한편 2004년 이후 건강보험공단의 건강증진사업은 가입자 보호 또는 지원사업으로 추진되고 있는데, 이를 달성하기 위한 주요사업으로 “건강검진사업, 건강증진(검진결과 사후관리(건강위험평가, 정보제공), 건강강좌 등), 의료이용상담, 의료소비자 고충처리, 질병사례관리확대”로 하고 있다.<sup>16)</sup>

13) 2006년 예산은 2005년 1월에 발간된 보건복지부의 국민건강증진기금 중기사업계획(‘05~’09)에 의한 예산이며, 2007년-2010년간은 정부가 2006. 6. 19일 국회에 제출한 국민건강보험법 개정안의 재정소요추계서에 제시된 예산

14) 국민건강증진부담금의 65%이내에서 건강보험 보험료 예상수입액의 6% 수준에 상당하는 금액을 지원하도록 한다(국민건강보험법 일부개정안 제92조)

15) 국민건강보험공단, 건강보험백서(통합공단 출범(2000. 7월) ~ 2003년), 2004, 194-196

16) 이애경 외, 맞춤형 의료정보제공을 위한 건강관리모형 개발 및 활용방안, 국민건강

즉, 건강보험공단은 건강증진사업을 가입자 보호사업에 이를 내포시켜 파악하고 있으며, 건강검진사업을 건강증진사업의 가장 기본적인 업무로 보고 있다.<sup>17)</sup>

그리고 이 사업을 세부적으로 분류하여 건강검진사업을 추진하는 것과 건강검진 사후관리(질환 의심자에 대한 건강관리 정보제공, 건강주의자 및 유질환자 유선상담, 건강주의자 및 유질환자 방문면담) 업무를 수행하는 것을 사업의 주 내용으로 하고 있다.<sup>18)</sup>

그러나 이와 같이 건강보험공단이 건강검진사업을 건강증진사업의 기본적인 업무로 파악하면서 그와 관련되는 사항을 중심으로 건강증진사업에 접근하는 것은, 오늘날 발전하고 있는 건강증진의 개념<sup>19)</sup>에 비하여 크게 뒤떨어지고 있다고 할 것이다. 또한 정부가 추진하고 있는 국민건강증진종합계획에 나타나 있는 건강증진의 개념, 추진목표, 추진할 과제와 추진전략 등에 비하여도 아주 좁은 의미로 한정하고 있는 것이다.

이러한 상태에서 건강증진기금을 건강보험재정에 지원하는 것을 제도화하도록 추진하는 것은 명분과 설득력이 부족하다는 지적을 받을 우려가 있고 자칫 개정입법을 논의하는 과정에서 타당성에 대한 논란을 야기할 우려가 있게 된다.

따라서 건강보험제도가 당연히 수행해야 할 건강증진사업과 그 관련성이 있는 재원으로써 건강보험에 대한 재정지원의 타당성과 당위성을 확인할 필요성이 긴급하다고 할 것이므로, 이하에서는 우선 국민건강보험법과 국민건강증진법에 내재된 원리와 그 상호간의 관련성을 파악하고자

---

보험공단, 2004, 58-61 : 백운국 외, 통합건강보험의 평가 및 발전방향에 관한 연구, 국민건강보험공단, 2004, 111-112

17) 이애경 외, 전개논문, 60

18) 건강보험관리공단, 2005년도 경영실적 보고서, 2006, 283-289

19) “건강증진”은 21세기 공중보건에서 세계를 회자할 화두라고 주장하는 학자도 있으며(김공현 외, 건강증진 개념과 기본적 전략, 인제대학원대학교, 2005. 6-7), 보건의료전문가들의 대다수는 오늘날의 공중보건 과제를 전염성 질병의 진단과 치료가 중심이었던 과거의 질병관리로부터 만성퇴행성 질환 등에 대비하고 질병을 예방하며 적극적으로 건강복지를 추구하는 방향, 즉 건강증진을 중시하는 방향으로 전환되고 있다고 보고 있다.

한다.

이어 국민건강보험법 중 건강증진 관련규정에 대한 해석론에 기초하여 건강보험제도에 내포되어 있는 건강증진의 개념과 사업의 의미를 새롭게 조명하여 건강증진사업이 건강보험의 목적과 보험급여 등에서 본질적 사업으로 연계되어 있음을 확인하고자 한다. 그리고 건강증진제도와 건강보험제도의 목적을 효율적이고 효과적으로 추구하기 위하여 법정책적으로 검토해야할 필요가 있는 사항에 대해서 살펴보고자 한다.

### Ⅲ. 건강보험과 건강증진의 관련성

#### 1. 국민건강보험법과 국민건강증진법의 관계

##### 가. 국민건강보험법과 국민건강증진법의 발생사적 관계

국민건강보험법과 국민건강증진법은 모두 헌법이 규정하고 있는 국민의 인간다운 생활을 할 권리(헌법 제34조)에 포함된 사회보장권과 건강권(헌법 제36조)을 구체적으로 보장하기 위하여 국가가 추진하는 공중보건정책의 근거규범으로 제정된 법률이다.

이 두 법률은 입법 발생초기 단계부터 그 규범목적에서 국민의 건강권을 보호하기 위한 제도적 기초로서의 공통적 지향점을 가지고 있고, 법체계상 동일한 보건법체계에 속하며 국가의 공중보건정책에 관한 법률로서 같은 범주에 속한다.

즉, 헌법이 보장하고자 하는 행복추구권(제10조)의 한 내용을 이루고 있는 국민의 건강권<sup>20)</sup>을 보장하는 목적을 공통으로 하고, 다만 각 제도가 가지고 있는 고유한 개념, 성격, 행정형식과 방법상의 차이에 따라 국민의

20) 김철수, 헌법학개론, 박영사, 1997, 347-354, 이와 같은 취지에서 권영성교수는 헌법 용어에 따라 보건권으로 분류하고, 건강은 생존과 행복의 전제이며 인간다운 생활에 필수적인 요소이므로 보건권은 생명권·행복추구권·인간다운 생활권 등과 이념적으로 일체를 이루고 상호 관련을 가지고 있다고 본다(권영성, 헌법학원론, 법문사, 2005, 694-696).

건강권을 보장하는 방법과 접근방향에서 차이가 있을 뿐이라 할 것이다.

그 차이는 국민건강보험법은 사회보험제도로써 국민의 건강권 보장에 필요한 재원조달과 개입의 수단 및 방식을 주로 결과로써 구체화되는 보험사고(保險事故)<sup>21)</sup>에 대하여 보험급여를 보장하는 측면에서 접근하는 것이고, 국민건강증진법은 국민들이 건강을 관리하는 능력을 높이고 개선할 수 있도록 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천을 촉진하는 조장적(助長的) 측면에서 국민의 건강권 보호에 접근하는 것이다.

#### 나. 규범목적의 공통성과 관련성

##### (1) 법률의 규정

(가) 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.

(나) 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.

##### (2) 규범목적의 공통성과 관련성에 대한 판단

법령에는 그 법령이 달성하려는 목적 등을 밝혀 일반국민으로 하여금 입법의 목적이나 취지를 추측하고 이해할 수 있도록 함과 동시에 그 법령의 조문을 해석함에 있어서 하나의 지침을 부여하기 위하여 일반적으로 제1조에 목적규정을 두는데, 목적규정은 그 법령의 목적·내용에 비추어 가장 적절한 것으로 규정한다.<sup>22)</sup>

21) 보험법에서 보험사고(risks covered)는 보험자의 책임을 구체화시키는 우연한 사고를 말하고(정희철, 상법학(하), 박영사, 1990, 375), 국민건강보험법(제1조)에서의 보험사고는 보험급여의 대상이 되는 『① 질병에 대한 예방·진단·치료·재활 ② 부상에 대한 예방·진단·치료·재활 ③ 출산 ④ 사망 ⑤ 건강증진』의 5대 보험사고로 분류할 수 있다.

22) 법제처, 법령입안심사기준, 1996, 32-33

여기서 두 법률의 규범목적을 보면, “국민보건의 향상, 사회보장의 증진”(국민건강보험법)과 “국민의 건강증진”(국민건강증진법)으로 규정하고 있어, 두 법률이 모두 국민의 건강권 보장을 위한 국가의 보건의료정책적 수요에 기여하고자 하는 공통요소를 규범목적으로 선언하고 있다.

또한 국민건강보험법은 그 목적을 달성하기 위하여 보험급여로써 보장하는 5대 보험사고중의 하나로 “건강증진”을 명시적으로 포괄하고 있고, 또한 건강증진의 주요한 접근방식의 하나인 “질병·부상에 대한 예방”도 5대 보험사고중 하나의 내용으로 목적규정에서 명문으로 수용하고 있다.

즉, 두 법률은 규범목적에서 건강권의 보장이라는 공통성을 함의(含意)하고 있으며, 국민건강보험법은 그 목적달성을 위한 기본 보험급여로써 “건강증진”을 명시적으로 포괄하여 서로 매우 밀접한 관계에 있음을 분명하게 하면서, 다만 규범목적의 실현형식에 있어서 국민건강보험법은 사회보험방식을 활용하고, 국민건강증진법은 사회적 조장, 참여와 규제방식을 활용하게 된다.

두 법률은 궁극적으로 국민의 보건복지의 향상을 추구하는 목적을 공통으로 하고 있고 이를 실현하는 접근방법을 중요한 측면에서 서로 지원하는 밀접한 연계성을 가지고 있으며, 따라서 각 법률의 집행과 해석에 있어서도 상호 유기적이고 긴밀하게 조화를 이루는 방향으로 검토하여야 할 당위성을 가지고 있다.

## 2. 국민건강보험법의 건강증진관련 규정

질병에 대한 치료를 중심으로 급여체계를 구성했던 구 의료보험법의 규정<sup>23)</sup>과 달리 국민건강보험법은 목적에서 “건강증진”을 새로운 보험사고로 규정하고 질병·부상·출산·사망에 더하여 건강증진에 대하여도

23) 국민건강보험법을 시행(2000년 7월)하기 이전까지 우리나라 의료보장제도를 규율한 의료보험법은 목적(제1조)을 “이 법은 국민의 질병·부상·분만 또는 사망등에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장의 증진을 도모함을 목적으로 한다.”라고 규정하고 있었다.

보험급여를 실시하여 국민보건의 향상과 사회보장의 증진이라는 제도의 목적달성에 기여하도록 규정하고 있다.

그러나 건강보험법은 보험급여(제4장 제39조 내지 제54조)편에서 이 새로운 보험사고인 “건강증진”에 대하여 아무런 규정도 하고 있지 않아 목적규정과 조화를 이루지 못하고 있다. 따라서 “건강증진”을 법의 목적규정에 보험사고로 신설하고 “의료보험”에서 “건강보험”으로 의료보장 제도의 명칭을 발전시킨 당초 취지가 크게 퇴색되어 있다.

국가 의료보장제도의 명칭을 “의료보험”에서 “건강보험”으로 발전시키고 “건강증진”을 목적규정에 새로운 보험사고로 포괄시킨 것은, 전염성 급성질병의 진단과 치료가 중심이었던 과거의 질병관리로부터 오늘날의 공중보건과제가 만성퇴행성 질환 등에 대비하고 질병을 예방하며 적극적으로 건강복지를 추구하는 방향으로 건강증진을 중시하는 시대적 흐름을 받아들이는 것이다.

여기서 건강보험법이 규정한 건강증진의 개념내용과 취지는 건강증진법의 해석과 운용에 따라야 할 것이며, 여기의 “건강증진은” 포괄적 의미로서 “건강의 가능성을 높여주는 모든 수단”을 의미한다고 할 것이다. 따라서 건강증진은 “건강의 행태적(behavioral), 사회적, 환경적, 그리고 생물학적 요소들을 최적의 수준으로 성취하고 유지하도록 함으로써 복지를 증진시키고 건강의 위해요소를 제거하는 것”<sup>24)</sup>으로 정의할 수 있다.

즉, 건강증진은 사람들이 건강을 관리하고, 개선시킬 수 있도록 조장하는 과정이고 공중보건으로서의 건강증진정책은 건강과 사회복지간, 그리고 사회적인 삶의 질과 개인의 삶의 질간의 관계를 재정립하고자 하는 정책이다.

또한 건강증진정책은 “건강한 생활양식에 대한 정책(policy of lifestyles)”이며, 이 정책의 실행은 복지사회(welfare society)로 가는 중요한 과업<sup>25)</sup>이 되는데, 이런 관점에서 파악하는 건강증진은 사회보장적 의

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

미를 내포하는 개념으로서 의료보장제도인 건강보험정책과의 연계성을 재확인하여 주는 것이다.

이와 같은 건강증진의 실질을 추구하기 위하여 중요한 과제는 국민이 건강한 생활양식(lifestyles)을 따르도록 하는 것이며, 건강한 생활양식을 유지하려는 사회환경으로의 변화가 건강증진정책의 초점이 되고, 이것은 결국 사회적으로 "건강한 생활수준의 향상(development of healthful living standards)"<sup>26)</sup>을 촉진하고 조장하는 것이다.

현재 건강보험법은 건강보험공단이 관장하는 업무<sup>27)</sup>의 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, 건강증진을 보험급여로 직접 규율하는 규정은 없다.

한편, 건강보험공단이 건강증진을 가입자보호사업에 포함하여 건강증진사업의 가장 기본적인 업무로 간주하고 있는 건강검진은 국민건강보험법에 그 근거<sup>28)</sup>가 있다. 그러나 이 규정은 구 의료보험법이 제39조의2에서 "건강진단"이라는 조문제목으로 규율했던 것(1995년 8월 신설)을 그대로 승계한 것으로 국민건강보험법이 건강증진 급여를 위하여 새롭게 도입한 제도가 아니다.

그리고 건강검진은 건강증진사업의 가장 기본적인 업무로 간주되기보

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

26) Terris M, Public Health Policy for the 1990s, Annu. Rev. Public Health, 1990, 43

27) 제13조 (업무 등) ①공단은 다음 각호의 업무를 관장한다.

1. 가입자 및 피부양자의 자격관리 2. 보험료 기타 이 법에 의한 징수금의 부과·징수 3. 보험급여의 관리 4. 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업 5. 보험급여비용의 지급 6. 자산의 관리·운영 및 증식사업 7. 의료시설의 운영 8. 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보 9. 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력 10. 이 법 또는 다른 법령에 의하여 위탁받은 업무 11. 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

28) 제47조 (건강검진) ①공단은 가입자 및 피부양자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다.



다는 건강증진사업의 접근전략과 수단중의 하나로 건강행태의 변화 추진, 건강관련 사회적 환경의 변화 추진, 건강위해 환경에 대한 조치 등과 같은 차원에서 전개하는 예방보건서비스의 제공이라는 접근전략과 수단<sup>29)</sup>의 한 부분에 해당한다고 보는 것이 타당할 것이다.

결국 국민건강보험법에는 법정급여로서 건강증진에 관한 규정이 독립적으로 규정되어 있지 않아 법제도적 장치는 미흡하다고 할 것이다. 이를 보충하여 건강증진사업을 임의급여의 범주에서 실시하려면 동법 제45조(임의급여)의 규정에 의한 대통령령으로 건강증진 급여를 정하여 장제비, 상병수당 외에 기타의 임의급여로 실시할 수 있을 것이나 현행 국민건강보험법시행령은 장제비와 본인부담액보상금만을 임의급여(시행령 제25조)로 하고 있을 뿐이어서 법시행령에서도 “건강증진”에 대한 보험급여를 제대로 고려하지 못하고 있다.

따라서 국민건강보험법이 “건강증진”을 질병, 부상, 출산, 사망과 함께 5대 보험사고중의 하나로 새롭게 규정하고 있는 바에 맞도록 하기 위해서는 건강증진의 실질적 내용이 법정급여가 될 수 있도록 세부입법을 정비하여야 할 필요가 크다.

그렇지만, 그러한 입법이 이루어지기 전까지에도 현행 건강보험법의 해석과 집행, 그리고 건강보험 법률관계에 있는 각 당사자<sup>30)</sup>에 대한 관계를 설정하고 보험급여를 관리함에 있어서 “건강증진”은 법의 규범목적에 부합되고 건강보험제도의 목적달성에 함께 기여하도록 항상 중요하게 고려되어야 할 것이다.

29) 보건복지부, 국민건강증진종합계획(분야별세부추진계획), 2005, 1-3

30) 국민건강보험법 법률관계의 당사자로는 ① 보험급여의 수급주체로서 가입자와 그 피부양자 ② 건강보험사업의 관리주체로서 보험자인 국민건강보험공단 ③ 요양급여와 그 비용의 심사·평가기관으로서 건강보험심사평가원 ④ 요양급여의 취급자로서 요양기관 ⑤ 건강보험사업의 총체적 관장자로서의 국가와 ⑥기타의 제3자들을 들 수 있다.

## Ⅳ. 건강보험에서의 건강증진 법정책

### 1. 당위성과 필요성

국민의 건강을 증진시키기 위하여 건강 위해행위를 개선하고 건강생활을 실천하도록 조장하는 각국의 노력은 다양한 방식의 보건의료정책으로 건강보험제도와의 연결하고 있는데, 먼저 근래에 있는 외국의 동향을 간략하게 살펴본다.

미국은 1960년 이후 국민의료비가 지속적으로 증가하여 2005년에는 GDP의 16%에 이르고 1인당 연간의료비는 1960년의 700달러 정도에서 2005년에는 6,000달러 수준으로 증가하여 세계에서 가장 비싼 의료체계를 유지하는 것으로 보고되고 있다.

이에 대하여 Johns Hopkins 대학교(Bloomberg 보건대학원) Gerald Anderson교수는 예방의료보다 질병치료에 초점을 두는 보건의료체계에 고비용의 원인이 있다고 분석하고, Harvard 대학교 David M. Cutler교수는 이런 고비용에도 불구하고 미국의 의료체계는 평균기대수명이 1960년 69.9세에서 2000년 76.9세로 증가하는 등의 성과와 좋은 가치를 가지고 있으며, 그 성과는 주로 흡연율과 치명적 사고율의 감소에 따른 것이고 또한 성과의 절반은 향상된 의료에서 기인한다고 보고 있다.<sup>31)</sup>

한편, 미국 Wall Street Journal/Harris Poll이 최근 성인미국인 2,325명에게 설문조사한 결과에 의하면, 건강생활을 실천하는 사람보다 불건강한 생활태도(unhealthy lifestyles)를 하는 사람에게 건강보험료를 더 많이 부과하는 것에 대하여, 그것이 공평하다고 대답한 사람이 53%로 나타났고 불공평한 것이라고 응답한 사람은 32%로 나타났다. 지난 2003년의 같은 조사에서는 응답자의 37%만이 불건강한 생활태도를 행하는 사람에 대한 보험료 할증부과가 공평하다고 응답했고 45%가 불공평한 것이라고 응답하였다.<sup>32)</sup>

31) Christopher Lee, Study Finds Health Care Good Value Despite Costs, Washingtonpost.com, 2006. 8. 31

대만은 2002년부터 담배에 부과하던 건강특별세를 2006년부터 2배로 인상하여 부과함으로써 연간 60억 대만달러를 조달하여 그 90%는 국민 건강보험의 재원으로 충당하고 나머지 10%는 사회복지와 불법담배단속 등의 비용으로 사용한다. 대만에서는 흡연관련 질병에 연간 평균 180억 대만달러가 소비되는 것으로 보고 있는데, 대만 보건당국은 담배에 대한 건강세를 2배로 인상함으로써 담배가격을 올리도록 하여 흡연을 방지하고, 그로써 흡연관련 질병의 발생을 감소시킬 것으로 기대하고 있다.<sup>32)</sup>

캐나다의 Maclean's Magazine이 설문조사하여 발표한 자료에 의하면, 의사들이 흡연, 과식 및 약물중독 환자 등 자해성 결함(self-destructive vices)에 대하여 진료를 거부할 수 있는가라는 질문에 35%는 '그렇다'고 응답했고 나머지 66%는 '평등하게 진료해야 한다'고 응답한 것으로 나타났다.

그리고 각 개인이 캐나다 공공보건의료 시스템의 건전화를 위해서 책임성을 가지고 있으며 스스로 건강생활을 하지 않는 사람을 보건의료서비스의 우선순위에서 제외해야 하는가라는 질문에 대해서 캐나다인의 81%가 '그렇다'고 응답했고 8%만이 '그렇지 않다'고 응답했다. 이와 같이 건강생활에 대한 개인의 책임성을 긍정하는 비율은 65세 이상의 계층(90%)이 35-44세(77%), 45-54세(78%)구간에 비하여 높았고, 대학 이상의 교육을 받은 계층(84%)이 고졸 이하(71%)에 비하여 높게 나타났다.<sup>34)</sup>

호주 West Australia주에 있는 호주의사협회는 비만환자나, 흡연자, 과음자 등의 일부환자에게는 시술의 위험성이 시술의 이익보다 너무 크므로 이들 비만환자나, 흡연자, 과음자 등에 대해서는 시술과 일부 의료의

32) Gordian Health Solutions, Inc., Public Attitude Shifts in Favor of Employer Incentives to Change Employee Health Behavior, 2006. 7. 20

33) Jackie Lin, Health tax on cigarette packs to rise on Thursday, Taipei Times, 2006. 2. 13 : Jackie Lin and Ko Shu-ling, Government doubles health tax on tobacco products, Taipei Times, 2006. 1. 4 : Agence France Presse (AFP), Taiwan to double tobacco tax, 2006. 1. 3

34) Maclean's Magazine, Should doctors be able to refuse to treat patients with self-destructive vices, like smoking, over-eating or drug addiction?, 2006. 4. 20 : Rogers Media Inc., Overeaters, smokers and drinkers: the doctor won't see you now, 2006. 4. 18

제공을 거부할 필요가 있다고 경고했다. 호주의사협회 부회장인 Geoff Dobb는 의료제공의 거부는 민감한 문제이지만 경제적으로 의료서비스제도를 운영해야 한다는 점에서 이를 공론화할 필요가 있다고 문제를 제기했다.<sup>35)</sup>

일본은 국민건강의 증진과 의료비 억제 등을 위해 2006년 4월부터 금연 치료를 건강보험급여대상에 포함시키고 있다.

일본 정부는 건강보험급여에 의하여 금연치료가 활성화되면 15년 안에 남성과 여성의 흡연율을 각 26%, 9% 떨어뜨릴 수 있을 것으로 기대하고 있다. 이를 통하여 후생노동성은 주로 흡연에 원인이 있는 폐암과 심근경색, 뇌졸중 등의 발병률을 줄여 연간 1천 846억엔 정도의 의료비를 절감할 수 있을 것으로 추산하고 있다. 급여대상은 금연치료 프로그램을 원하는 흡연자 가운데 테스트를 거쳐 니코틴 의존증 환자로 판정된 경우이다.<sup>36)</sup>

2005년 말에 영국 국립의료연구소(NICE ; National Institute for Clinical Excellence)는 NHS가 정맥폐색으로 다리를 잃을 수도 있는 60세의 환자에게 최소 6개월 이내에 금연하지 않으면 급여를 제공할 수 없다며 진료약속을 거부하는 것을 인정하여 논란이 있었다.<sup>37)</sup> 또한 NICE는 East Suffolk의 NHS Trust가 재정을 절감하기 위해 비만환자의 엉덩이와 무릎의 수술을 거부한 것과 관련하여 환자의 생활양식이 수술효과에 영향을 미친다면 투약을 중지하는 것을 고려해야 한다고 권고하였다.<sup>38)</sup> 동 권고는 특별한 치료를 요하는 상태를 스스로 야기했다면 그것을 감안하는 것

35) CATHY O' LEARY MEDICAL EDITOR, Smokers may be denied surgery, West Australian, 2006. 2. 4

36) 헬스조선, 일본, 금연패치에도 의료보험 적용, 2006. 5. 12 : 연합뉴스, 일 금연치료에 의료보험 적용키로, 2005. 11.9

37) Joanna Bale, Smoker told to give up if he wants consultant to treat him, 2005. 12. 19 : The Sun (uk), You smoke you croak, 2005. 12. 19 : The Sun (uk), Fatties, smokers' NHS ban, 2005. 12. 24

38) "비만환자, 흡연자에 대한 국가의료서비스 제한" (Fatties, Smokers' NHS ban, 2006. 2. 14) (<http://www.thesun.co.uk/article>) : Mirror.co.uk, FAT CAN 'BLOCK' NHS OPS, 2005. 12. 9 : Guardian, Healthcare in the balance, 2005.12. 14

이 적절하다는 것이다. 이에 대하여 영국 보건공보관은 재원부족을 이유로 생활양식에 문제가 있는 국민의 진료를 거부할 수는 없으며 NHS는 국민의 건강을 지키는 것이지 각 개인들을 심판하는 것이 아니라고 지침을 제시하였다. 그러나 이 지침과 관련하여 NICE는 환자가 선택한 생활양식에 따라 치료효과가 떨어질 수 있다는 것은 중요한 것이며, 이것은 진료의 효과에 관한 것이지 생활양식에 대하여 심판을 하는 것은 아니라고 반박하고 있다.

NHS의 의료급여와 관련하여 영국 의사 10명중 4명은 수술을 거부한 NHS Trust의 조치가 옳다고 생각하고 있으며 흡연자와 과음주자 등에 대해서 일정 진료를 거부하는 정책을 확대할 것을 요구하고 있다. 이와 관련하여 1/2에 해당하는 의사는 반대의견을 표시했지만, 의사의 96%는 의료급여의 거부가능성에 대하여 공개적으로 토론을 해야 할 시기가 되었다고 응답하고 있다.<sup>39)</sup>

이상에 본 바와 같이 외국의 경우 건강 위해행위를 개선하고 국민이 건강생활을 잘 실천하도록 조장하고 규제하려는 노력은 다양한 방식으로 건강보험제도와 연결되고 있다.

우리나라는 앞의 항목들에서 살펴본 바와 같이 건강보험과 건강증진제도를 통하여 국가적으로 추진하는 공중보건정책의 목표가 서로 보완적으로 양립하고 있고 정책적 상승효과를 가져오도록 연결되어 있다.

그리고 현재 우리나라 건강증진정책은 시행초기에 있어 추진해야 할 분야와 사업은 매우 광범위하고 많으며 조사·연구해야 할 영역도 폭넓게 남아 있으나, 건강증진사업을 추진하는 기구와 조직은 매우 부족하고 그 체계도 아직 미흡하다.

여기서 전국적으로 국민과 밀착하여 사업을 전개할 수 있도록 정비된 관리조직체계를 이미 구축하고 있으며 보건의료, 사회보장 정책 실무에

39) Guardian, Smokers and alcoholics 'should pay for operations', 2006. 6. 29 : Guardian, Doctors want debate on rationing of treatment, 2006. 2. 3

대한 오랜 경험을 축적하고 있는 건강보험이 제도 본연의 규범목적에 달성하는 측면에서도 보다 적극적으로 건강증진사업에 대응해야 할 필요가 있다.

건강증진정책에서 주요한 건강생활 실천사항 중 하나인 흡연문제에 대처하는 금연정책의 틀로써 건강보험제도가 접근할 수 있는 대책에 대하여 California대학교(Berkeley)의 Helen Halpin Schauffler 교수는 세 가지 방식을 제시하고 있다.<sup>40)</sup>

첫째는 자유주의적 방식으로 흡연상태에 따라 보험료를 차등적으로 부과하는 것(risk rating insurance premiums)이고, 둘째는 평등주의적 방식으로 금연을 위한 서비스를 보험급여에 포함하는 것(paying for smoking cessation services)이며, 셋째는 구조적 접근 방식으로 담배에 대한 공공정책의 강화에 건강보험에서 적극 참여하는 것(influencing public policy on tobacco)이다.<sup>41)</sup>

첫 번째와 두 번째의 정책방식은 건강보험 보험자의 기본적인 기능이 보험료를 부과·징수하고 보험급여 및 급여비용의 지급을 관리하는 것이라는 점에서 정책결정권자가 법률로써 의사결정을 하는 것이다.

이와 관련되는 흡연대책을 보면, 우선 보험료를 차등적으로 부과하는 것은 자유주의적 정책이념에 따라 개인의 책임을 강조하고 건강보험을 보상체계의 한 부분으로 보며, 각자의 노력에 따라 그 보상이 배분되는 것으로 본다.

결과에 있어서 흡연을 하지 않는 사람은 보험료가 경감되어 보상을 받게 되고, 흡연자는 할증된 보험료를 부담하도록 제도적으로 장치하는 것이다.

그리고 금연을 위한 서비스를 보험급여에 포함하는 것은 의사의 금연상담, 흡연자의 금연프로그램 참여, 금연보조제의 투여 등의 금연서비스

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

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

를 보험급여에 포함시키는 것으로 금연 서비스에 대한 부담을 경감시켜 그 접근성을 높이려는 것이다.

세번째 방식은 개별적 접근방식을 넘어서 건강보험 보험자가 가지고 있는 조직력과 영향력을 공중보건정책의 효과를 높이는데 적극적으로 활용하는 것이다.

흡연문제에 대한 Schauffler 교수의 이러한 분류와 접근 방식은 금연대책뿐만 아니라 절주, 운동, 영양 등 건강증진정책을 위한 건강생활의 실천을 확산함에 있어 건강보험에서 건강증진정책으로 받아들일 수 있는 방안들을 개발하고 응용할 수 있는 주요한 방식을 시사하고 있다.

이하에서는 Schauffler 교수의 이러한 분류와 접근 방식을 원용하여 건강보험에서의 건강증진정책을, 현행 국민건강보험법의 법집행적 정책방안(해석론적 접근)과 개정입법을 고려한 정책방안(입법론적 접근)의 측면에서 함께 검토하고자 한다.

## 2. 건강 위해행위에 따른 보험료 차등부과

### 가. 보험료 차등부과방안의 구상

건강보험 보험료는 건강보험이라는 공익사업과 특별한 이해관계에 있는 건강보험 가입자와 그 사용자가 건강보험사업의 경비에 충당하기 위하여 부담하는 인적 공용부담이다.<sup>42)</sup> 우리나라는 보험료로 건강보험재정의 80% 정도를 조달하고 있는데, 우리 보험재정은 가입자, 사용자, 국가가 부담하는 3자부담의 형태를 유지하고 있다.

가입자가 보험료를 부담하는 근거는 건강보험사고의 발생에 따른 위험은 제1차적으로 가입자에게 귀속되므로 기본적으로 가입자를 위한 제도라는 점, 보험급여를 받을 수 있는 권리(수급권)의 근거가 되는 점,<sup>43)</sup> 제도운영에의 참여권과 책임성을 확보할 수 있다는 점, 그리고 가입자는

42) 건강보험 보험료의 법적 성격을 논하는 것은 찾아보기가 어려우나, 정홍기(정홍기 외, 국민건강보험법, 한국법제연구원, 2005, 563-564)는 사회보험료를 기존의 공과금체계에 편입시킬 수 없는 독자적 성격을 가진다고 보고 있다.

43) 문옥륜 외, 건강보장론, 신광출판사, 2004, 139-140

건강보험이라는 사회보장제도를 통하여 건강을 보호받고 생존권적 기본권을 보장받는 주체라는 것 등을 들 수 있다.

그리고 사용자가 보험료의 일부(직장가입자 보험료의 50%)를 부담하는 근거는, 피용자인 가입자의 질병·부상 등 보험사고에 대한 보호책임이 사용자에게도 있다는 점, 근로자인 가입자의 건강증진과 유지는 생산성 확보와 연결되고 사용자가 생산성 확보에 따르는 이득의 일부를 보험료로 배분하는 것이 공평하다는 점, 건강보험제도의 유지가 가입자의 근로복지와 관련되고 산업평화(노사화합)에도 기여하는 계기가 되므로 사용자가 그 비용의 일부를 보험료로써 부담하는 것이 타당하다는 점 등을 들 수 있다.

한편, 국가가 보험재정의 일부를 지원하는 근거로는, 국가는 국민의 보건과 복지에 대하여 기본적인 보호책임을 지고 있다는 것, 건강한 노동력으로 생산성이 증가함에 따르는 국부의 증가를 건강보험제도에 대한 국고부담으로 국민에게 배분하는 것이 타당하다는 점, 건강보험제도를 포함한 사회보장제도의 운영에서 귀결되는 산업평화(노사화합)와 복지수준의 향상은 국가 경영자의 통치부담을 경감시키는 것이므로 그 비용의 일부를 국고지원으로 부담하는 것은 합리성을 가질 수 있다는 점 등을 들 수 있다.

이와 같이 건강보험에서의 보험료와 재원조달제도는 단순히 재정을 확보하는 수단으로서 기능만을 가지는 것에 그치지 않고 건강보험제도의 목적 실현과 국가 사회경제정책으로서 그 이상의 가치를 추구하는 수단으로서의 기능을 내재하고 있다.

따라서 건강증진기금을 건강보험 재원조달제도에 포섭될 수 있도록 개편하고 운영함으로써 건강보험과 건강증진제도가 국가의 공공 보건의료 체계로서 보다 더 합목적적이고 합리적으로 기능할 수가 있다면 그 방안은 긍정적으로 개발하고 검토해야 할 대상이다.

구체적으로 건강보험에서 흡연, 과음, 비만 등 건강 위해행위 여부에 따라 보험료를 차등적으로 부과하는 방안에 대해서는 여러 가지 형태를 구



상할 수 있다.

먼저 건강 위해행위자에 대한 부담으로 보험료를 할증시키는 방안, 건강생활 실천자에 대한 보상으로 보험료를 경감해주는 방안, 그리고 이 두 방안을 결합하여 건강보험 보험료를 건강 위해행위자에 대해서는 할증시키고 건강생활 실천자에 대해서는 경감해주는 방안 등을 생각할 수 있다.

#### 나. 보험료 차등부과방안의 취지

건강보험에서 건강 위해행위 상태에 따라 보험료를 차등 부과하는 것은 자유주의적 정책이념에 따라 개인의 책임을 강조하고 건강보험을 보상체계의 한 부분으로 만들어 가는 것이다.

즉, 건강생활을 실천하는 사람은 보험료의 경감으로 보상을 받게 되고 그렇지 않는 사람은 보험료의 할증으로 불이익을 받거나 보험료의 경감이라는 보상을 받지 못하는 것이다. 따라서 각 개인은 건강생활의 실천에서 어떤 생활양식(lifestyle)을 취하는가에 대하여 규제받지는 않지만, 각자 노력에 따라 그 보상이 합리적으로 배분되므로 사람들이 건강생활의 실천에 어떤 선택을 하는 것이 옳은가에 대해서 큰 영향을 미치게 된다.

건강 위해행위에 따라 보험료를 차등적으로 부과하는 것은 행위자가 스스로의 건강을 손상함에 따라 건강보험 급여를 많이 이용하게 되는 직접의료비의 손실이 고려되지만 간접적 경제손실도 감안하는 것이다. 즉, 건강생활의 실천여부에 대한 각 개인의 선택에 대해서 건강보험이 개입할 수 있는 근거는 건강생활을 실천하는 것이 그 개인에게 이롭다는 것에만 있는 것이 아니라 다른 사람에게 피해를 주는 것을 방지하는 것에 있다는 것이 자유주의적이기 때문이다. 부연하면, 건강 위해행위는 간접적으로 또는 2차적으로 다른 사람에게 피해를 준다는 것, 즉 건강 위해행위와 관련하여 발생하는 질병으로 인하여 급여비용을 증가시키는 것이 건강행위를 잘 실천하는 사람들의 자세와 보험료 부담을 증가시킨다는 것이다.

건강 위해행위의 결과로 발생하는 이러한 2차적인 피해를 인식한다면 건강위해 행위자들은 자신의 고의적 건강 위해행위에 의하여 증가된 급

여비용에 대하여 책임을 져야 하고 그것이 바로 건강 위해행위에 따르는 보험료 할증부담제도이다.

건강 위해행위의 폐해를 감안한 건강보험 보험료 차등방식은 형평성에 기초하여 논의되는 것으로 건강위해 행위자가 발생시키는 높은 의료비를 건강생활을 잘 실천하는 사람들에게 전가하는 것을 방지하는 것은 공평하지 못하다는 것이다. 그리고 이 방안은 주로 민간보험에서 발전해온 것으로 사회보험제도인 건강보험의 사보험화(私保險化) 현상으로 우려할 수 있으나, 사회보험제도에 대한 가입자들의 책임감을 확인하여 건강보험제도의 건전운영에 대한 신뢰를 높일 수 있다.

#### 다. 보험료 차등부과방안의 분석

현행 국민건강보험법에서 직장가입자의 보험료는 가입자가 일정기간 동안 지급받은 보수를 기준으로 하여 등급별로 산정한 표준보수월액에 일정한 보험료율을 곱하여 얻은 금액(제62조 3항, 제63조, 제65조)으로 하고 있어 건강 위해행위의 상태에 따라 보험료를 차등 부과하는 제도를 도입하기 위해서는 이 규정을 개정하여야 한다.

지역가입자의 보험료액은 소득·재산·생활수준·직업·경제활동참가율 등을 참작하여 산정한 부과표준소득에 따른 등급구분에 의하여 부과(제62조 4항, 제64조)하고 있어 지역가입자에 대하여도 국민건강보험법의 개정입법이 있기까지는 보험료 차등부과제를 도입하기 어렵다.

그리고 보험료경감제도를 통하여 건강생활 실천자에 대해서 보험료의 일부를 경감한다면 차등부과제를 도입하는 부분적 효과를 볼 수 있는데, 현행법상 경감대상은 도서·벽지·농어촌 등 거주지역, 65세 이상인 자, 등록 장애인과 국가유공자의 일부(제62조 5항)에 국한하고 있어 이 제도를 활용하기도 어렵다.

건강 위해행위에 따라 보험료를 차등 부과하는 방안이 그 정책논리에서 중점을 두는 대상은 결국 건강위해 행위자인데 보험료를 차등 부과한 결과는 행위자의 행위를 개선하기보다는 건강 위해행위라는 현상에 대한 제재이거나 건강생활의 실천에 대한 보상의 성격을 가지게 될 가능성이

있다.

그리고 건강 위해행위에 기초하는 보험료 차등부과는 보험자와 건강 위해행위자를 서로 대립적인 위치에 있게 하며, 또한 건강위해 행위자와 건강행위자간의 대립을 초래할 수도 있어 이 방안의 개발과 시행에 부담으로 작용할 수 있다.

또한 이 방안은 건강보험제도가 재원을 조달하는 과정에서 기능하는 재분배구조에서 자칫 건강위해 행위자를 소외시키게 되며, 또한 건강 위해행위의 희생자에게 책임을 묻는 것이라는 비판이 제기될 수 있다. 즉, 건강 위해행위자는 흡연, 과음 등 건강 위해행위에 따라 조기사망과 질병의 위험에 노출되어 있을 뿐만 아니라, 비록 자신의 행위에 원인하고 있지만 건강 위해행위에 따르는 자신의 건강상태에 대해서 부담을 지고 있는데, 여기에 건강 위해행위에 대한 경제적 부담까지 지도록 하는 것은 가혹할 수 있다는 것이다.

요약컨대, 건강보험에서 건강 위해행위에 따르는 보험료 차등제를 도입하는 것은 그동안 건강행위자가 부담한 보험료의 일부를 행위 책임이 있는 건강위해 행위자에게로 이전시켜 건강행위의 선택에 따르는 형평성과 공정성을 확보하고 건강생활 실천율을 크게 높일 수 있다. 그러나 일반적으로 건강생활 실천율이 높은 중·상층 소득자의 보험료부담은 경감될 것이고 건강생활 실천율이 낮은 저소득자는 부담이 증가하여 소득계층간의 격차를 심화시킬 수 있다는 우려가 제기될 수 있다는 점을 고려하여야 한다.

#### 라. 보험료 차등부과방안에 대한 고찰

우리나라 건강보험에서 지금까지 보험료를 차등적으로 부과하는 근거는 소득수준이며 이는 가입자의 경제적 능력에 기초하는 것으로 이 소득에 따른 보험료 차등부과는 보험료부과의 형평성이라는 명제로 우리나라 건강보험제도에서 기본원칙으로 받아들여지고 있다.<sup>44)</sup> 즉, 우리나라 사

44) 차홍봉 외, 새로운 보험료부과체계 설계 방안, 한림대학교사회과학연구소, 한국보

회보험 보험료 부과율의 원리로 작용하고 있는 소득수준에 따른 보험료 차등부담은 사회보장제도의 소득재분배(소득계층간 수직적 소득재분배) 기능에 논리적 근거를 두고 있고 그 원리는 매우 확고한 지지를 받고 있다.

건강 위해행위에 따르는 보험료 차등제의 도입이 소득수준에 따른 보험료 차등부과제와 같이 확고한 지지를 받기 위해서는 많은 논의가 필요할 것이다.

우선, 건강보험제도에서 건강 위해행위에 따라 보험료를 차등하는 것은, 위험이 낮은 계층으로부터 위험이 높은 계층으로 소득을 배분(수평적 소득재분배)하는 것으로 기능하고자 하는 사회보험제도의 원리와 충돌하는 것으로 보일 수 있다. 그러나 사회보험제도에서 수평적 소득재분배 기능으로 보장하려는 위험은 우연성을 요건으로 하여 발생한 결과로서의 보험사고를 의미하는 것이므로 위와 같은 지적은 적절하지 않다.

한편, 이 제도를 도입하기 위해서는 검토해야 할 전제가 많이 있는데, ① 흡연, 음주, 신체활동 부족, 비만, 영양관리 소홀, 건강검진 소홀, 위험한 성행동, 약물남용, 안전사고 위험 등 많은 건강 위해행위 중에서 어느 위해행위를 대상으로 차등할 것인가 ② 각 대상별로 또는 특정 위해요소(흡연부터 시작, 순차적 확대 가능성 등)에 대하여 어떤 방식과 절차로 추진할 것인가 ③ 할증 또는 감경할 수 있는 범위와 한계는 어떻게 할 것인가 ④ 직장보험과 지역보험에서 개별적으로 차등방식을 적용할 것인가, 또는 사업장단위로 적용할 것인가 ⑤ 이행에 대한 모니터링 방법, 주기 등과 모니터링 결과의 적용은 어떻게 할 것인가(위반시 제재 방법, 소급 적용 등) 등의 내용을 포함하여 여러 가능한 방안과 예상되는 문제점들을 심층적으로 검토해야 할 것이다.

건강보험제도에서 흡연과 같은 건강 위해행위에 대하여 보험료를 차등 부과하는 것을 우선하여 제도화한다면 그로써 발생하는 사회적 관심과

---

건사회연구원, 2004, 43 : 문옥륜 외, 건강보장론, 신광출판사, 2004, 138-139 : 정홍기 외, 국민건강보험법, 한국법제연구원, 2005, 564-587 : 박송두, 사회보장법, 중앙경제사, 1996, 103-104

파장은 매우 클 것으로 생각되며, 그것은 바로 그 건강 위해행위에 대하여 건강보험이 공적으로 문제점을 제기하고 있다는 정책홍보 효과를 거두는 것이다. 즉, 건강보험에서 흡연과 같은 특정한 건강 위해행위를 대상으로 보험료를 차등부과하는 방안을 모색한다고 공식화하면, 그것을 제도화하는데 시일이 걸리더라도 그 과정에서 많은 효과를 거둘 수 있다.

그것은 흡연, 과음 등의 행위가 국가적으로 문제가 될 만큼 심각하다는 것, 그래서 그 위해행위에서 벗어나야 할 사회적 당위성과 명분이 크다는 사회분위기와 개인 인식의 개선을 촉구하게 되고 나아가 흡연이나 과음 행위자의 행동을 개선하려는 노력을 고무시키게 될 것이다.

이러한 정책의 홍보효과를 높이는 것은 결국 건강보험제도를 통하여 건강증진사업의 성과를 상승시키는 것이 된다. 따라서 건강보험에서 흡연, 과음과 같은 특정한 건강 위해행위를 우선 대상으로 보험료를 차등부과하는 방안을 모색하는 것으로 공식화하고 행정추진 전략상 공식화하는 과정에서 먼저 그에 대하여 제기될 수 있는 시행방안의 문제점과 반대논리 등을 제시하며, 차등부과제도의 개발을 위한 조사·연구의 시행 또는 시범사업의 개발을 추진한다면 건강보험의 건강증진정책으로 매우 긍정적 효과를 거둘 수 있다고 생각된다.

### 3. 건강행위 실천을 촉진하기 위한 보험급여

#### 가. 건강행위 실천 촉진 보험급여의 구상

건강보험의 보험급여는, 건강보험법에 의한 수급권의 객체로서 법에 의하여 건강보험 수급권자<sup>45)</sup>가 청구할 수 있는 이익<sup>46)</sup>을 말한다. 따라서 건강보험법에서 건강증진에 관한 사항을 보험급여로 하기 위해서는 국민

45) 국민건강보험법은 보험급여를 받을 권리를 “수급권”으로 규정하면서도(제54조), “수급권자”는 공적부조제도인 의료급여법에 따라 의료급여를 받는 자(제5조 1항 제1호)를 약칭하는 것으로 혼용하고 있다. 이 논문에서는 “수급권자”를 건강보험 가입자 또는 피부양자로서 보험급여를 청구할 권리를 가진 자로 한다.

46) 따라서 이 논문 후반에서 검토하는 건강증진에 관한 공공정책의 시행 등에 의하여 수급권자 등이 갖게 되는 반사적이익은 건강보험의 보험급여가 아니다.

건강보험법에 건강증진에 관한 사항을 법정급여로 규정하거나 임의급여 47)의 내용에 포함되어야 한다.

그러나 건강보험법에 보험급여로서 건강증진에 관한 사항이 독립적으로 규정되어 있지 않다. 그러므로 건강보험에서 목적규범의 실효성을 확보하고 정책효과를 높이기 위하여 건강증진에 관한 사항을 보험급여로 설치하려면 개정입법으로 보완함이 타당할 것이지만 부분적으로는 현행 제도에서도 법시행령 등 하부규범의 보완에 의해서 건강증진사업을 지원할 수 있는 보험급여 관리방안의 시행을 모색할 수 있다고 생각한다.

건강증진에 관한 사항 중에서 보험급여의 내용으로 하는 것은 우선적으로 건강증진으로부터의 재정지원과 연계성이 커서 재정지원의 명분으로 잘 활용할 수 있고, 높은 정책적 시너지효과를 기대할 수 있으며, 기존 급여체계와 잘 연계될 수 있는 사항으로 추진하는 것이 타당하다고 본다.

즉, 질병과 사망원인 중에서 가장 예방 가능성이 높고 중요성이 큰 흡연문제(U.S. Department of Health and Human Services, 1989)부터 대처하기 위한 금연서비스(의사 또는 전문가의 금연상담, 흡연자의 금연프로그램 참여, 금연보조제의 투여 등)를 먼저 급여항목으로 하는 것이 타당하다. 그리고 이어서 절주서비스(의사 또는 전문가의 절주상담, 문제음주자의 단주 및 사회복지프로그램 참여 등)와 의사의 건강생활 상담서비스 등으로 확산하는 것이 적절하다.

미국의 경우 흡연의 폐해에 관한 과학적 기초적인 연구가 나오기 시작한 1920년-1930년대부터 민간 건강보험이 발달하였고 1980년대까지는 공적으로 건강보험 보험자로 하여금 흡연관련 질병을 감소시키도록 하는 노력을 크게 기울이지 않았으나, 건강보험 보험자들은 1964년 최초의

---

47) 보험급여를 분류함에 있어 보험자의 재량에 의한 급여인가의 여부에 따라 수급권자에게 법적 청구권을 발생시키고 법정요건이 충족된 경우 보험자가 수급권자에게 급여를 지급할 의무가 있을 때 이를 법정급여라고 하고 보험자의 재량에 의하여 지급되는 경우를 재량급여라고 한다(이상광, 사회법, 박영사, 2002, 596-601). 그러나 여기서 임의급여는 보험자의 재량에 의한 급여가 아니고 국민건강보험법이 하위법령에 설치근거를 위임한 급여를 말하고, 그 요건이 구비되면 수급권의 행사에 있어 법적 효력은 법정급여와 동일하다.

Surgeon General's Report 가 발간된 이후에 즉각 흡연상태에 따라 보험료를 차등화하기 시작했고, 1988년 미국 공중보건국(Surgeon General)은 모든 건강보험 보험자에게 금연서비스(smoking-cessation treatments)를 보험급여에 포함하도록 하였다.<sup>48)</sup>

미국에서 공중보건정책의 개발과 평가를 위하여 연속적으로 발간되는 Surgeon General's Report 와 이에 수반되는 정책은 지속적인 연구와 조사 의 과정을 거쳐 이루어지고 있다.

건강증진 즉, 건강행위의 실천을 촉진하기 위한 보험급여와 관련하여 급여대상 항목의 개발, 그 우선순위의 조정, 단계별 추진전략, 그 투입비용과 효과에 대한 분석, 추진 사항의 과정 및 성과에 대한 평가 등은 지속적인 조사연구를 필요로 한다. 건강보험 보험자는 건강증진사업의 개발, 그 추진전략개발, 과정 및 성과에 대한 분석을 위하여 건강증진에 관한 조사와 연구<sup>49)</sup>를 활성화하고 그 결과에 따라 건강증진에 관한 급여항목을 개발하고 점진적으로 확대하는 것이 합리적이다.

#### 나. 건강행위 촉진 보험급여의 취지 및 분석

건강증진에 관한 서비스를 건강보험의 급여대상에 포함시키는 것은 보험급여를 보상체계로 보지 않고 보다 평등주의적인 시각으로 보는 것이며, 건강 위해행위라는 생활태도에 관계없이 가입자들이 보험료를 부담하고 보험자는 건강증진에 관한 서비스를 보험급여로 제공하는 것이다.

이러한 평등주의적 가치체계 아래에서 건강보험은 어느 행위에 대한 보상이나 제재적 측면을 강조하기보다는 수급권자에게 건강위해의 결과가 발생하는 것을 방지하기 위하여 수급권을 확장하는 기능을 가지며, 정

48) Schauffler H.H, Health Insurance Policy and the Politics of Tobacco, Smoking Policy : Law, Politics, & Culture, Oxford University Press, New York, 1993, 188-189

49) 건강보험에서의 건강증진에 관한 조사연구는 의학적 접근보다 건강증진사업의 효과를 보다 제고할 수 있는 방향으로 사회제도적(국내외 법률 및 관련제도), 보건경제적, 사회심리적 측면의 연구를 중심으로 수행할 필요가 있다. 이로써 의료적 접근이 중심되어 있는 기존 연구를 보충하고 건강보험과의 연계성을 강화하며, 건강보험에서 접근할 건강 증진 프로그램의 기획, 수행, 평가, 환류와 홍보, 교육에도 바로 연결할 수 있도록 해야 한다.

책의 중점을 급여를 받을 수 있는 기회를 평등하게 제공하는 것에 둔다.

이 관점에서 건강위해 행위자는 정책의 통제대상이 아니라 ‘잘 몰라서’ 건강 위해행위를 하게 되었거나 ‘잘못된 생활습관의 피해자’로 간주되고 그 위해행위자에 대한 비난은 감소된다. 물론 흡연자, 문제음주자 등 건강위해 행위자는 자신의 건강 위해행위에 대하여 책임을 져야 하지만 결과를 충분히 예측할 수 없었고 또한 꼭 고의적인 것만은 아니라는 점(흡연, 음주의 중독성)과 특히 청소년기에 흡연이나 음주를 시작할 때에는 그 결과를 알지 못했고 대부분의 성인들도 흡연이나 음주를 시작할 때 그 해악과 그 중독으로부터 벗어나기가 어렵다는 것을 몰랐다고 본다.

건강보험 급여로서 건강증진에 관한 서비스가 중점을 두는 목표는 흡연이나 문제음주라는 건강 위해행위 자체를 개선함에 있다. 즉, 흡연이나 음주는 대부분이 중독 상태이고 정상 상태에서는 그 행위자 대부분이 벗어나려고 노력하고 있어 흡연자나 음주자라는 개인에게 문제가 있기보다 니코틴이나 알코올의 중독과 그로부터 이득을 취하는 건강 위해산업을 주범으로 보고 건강위해 행위자인 개인은 선량하다고 본다.

건강증진에 관한 서비스를 보험급여에 포함시키는 것은 건강위해 행위자가 금연이나 절주(단주) 등 건강위해 행위로부터 벗어나는 것을 도와주기 위한 것으로 건강위해 행위자가 그 행위를 치료받는데 겪는 금전적 어려움을 덜어 준다. 또한 보험자도 건강증진 프로그램을 활용할 수 있는 주도권을 가지고 프로그램에 참여하는 수급자를 잘 활용할 수 있어 정치적으로 볼 때 보험자와 수급권자가 함께 건강증진 추진이라는 공동전선을 구축하여 보험자를 중심으로 건강증진에 관한 거대한 네트워크를 형성하게 된다.

건강증진서비스를 보험급여하는 것은 건강 위해행위에 따라 보험료를 차등 부과하는 제도와는 다르게 보험재정의 흐름을 통하여 건강생활을 실천하고 있는 수급자가 건강 위해행위자의 비용을 부담하는 결과로 나타나므로 건강증진에 관한 서비스를 쉽게 받기 어려운 저소득자에게 서비스에 대한 접근성을 높여 줄 수 있어 사회복지적 효용성도 내포하고 있



다. 즉, 건강증진에 관한 보험급여를 통하여 저소득자의 건강증진에 대한 접근성을 높여 질병과 가난의 악순환이라는 함정에 빠지지 않도록 지원하는 복지증진 효과도 얻을 수 있다.

다. 현행 건강보험법 규정과 건강증진을 위한 급여관리

건강증진사업과 연계되는 건강보험 보험급여의 역할은 두가지 측면에서 고찰될 수 있다.

첫째로 건강보험법이 목적규범에서 보험급여를 해야 할 보험사고로 건강증진을 포괄하고 있어 건강보험에서 건강증진사업은 중요한 법률적 의미를 가지고 있다는 점이다.

둘째로 건강보험제도는 국민보건의 향상과 사회보장의 증진을 그 목적으로 하는 국가 보건의료 및 사회보장제도이므로 국가 공중보건정책의 방향에 부합하여야 할 것이고, 따라서 건강보험정책의 기능과 역할로서 건강증진을 보험급여로 제공할 수 있도록 건강보험 급여제도를 운영하여야 한다는 것이다.

이하에서는 건강보험이 법률의 규정에서 아직 건강증진사업을 보험급여 내용으로 반영하고 있지 못하더라도 현행 국민건강보험법의 보험급여 제도 내에서 건강증진사업을 지원할 수 있는 가능한 해석론을 모색하고자 한다.

#### (1) 건강증진 급여에 관한 건강보험법령의 규정

건강보험 요양급여는 가입자와 그 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송을 실시하는 것을 내용으로 하고 있다. 그리고 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정하도록 위임하고 있다(제39조 1, 2항).

요양급여비용은 행위별수가제(fee-for-services)를 기초로 매년 보험자(건강보험공단의 이사장)와 요양급여 취급자(의약계를 대표하는 자)간의 계약으로 정한다. 이 건강보험수가의 계약은 각 요양급여 상대가치점수

의 점수당 단가를 정하는 방식으로 체결하는데, 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간에 상대적 점수로 나타낸 것으로 한다.(법 제42조, 법시행령 제24조).

따라서 건강증진에 관한 사항을 요양급여에 포함시키려면 먼저 건강증진서비스 급여에 해당하는 각 행위(금연서비스 및 절주서비스 등의 각 행위항목)를 상대가치점수를 부여하는 기초 요양급여항목으로 포함시켜야 한다. 즉, 건강증진서비스급여는 건강보험법의 개정을 전제로 하지 아니하고도 건강보험정책에 의한 하부규정의 정비에 의하여 보험급여에 포함시킬 수 있는 것으로 해석된다.

이와 유사한 사례는 2002년 1월부터 수가로 산정하도록 한 만성질환관리료에서 볼 수 있다(건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수 제2부 행위급여목록·상대가치점수표 및 산정지침 가-14, 보건복지부 고시 제 2005-88호, 2005. 12. 22). 이 만성질환관리료는 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 의료기관에 지속적으로 내원하는 환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정하는 것이다. 이것은 질병의 관리에 대한 수가의 산정방법이지만, 서비스 유형이 건강증진을 보험급여로 인정하는 경우의 서비스에 매우 근접하고 있어 좋은 단서가 될 수 있다고 본다.

그러나, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령 제 328호, 2005. 10. 11)은 “금연 등을 위한 진료”를 비급여대상으로 규정하고(동규칙 제9조(비급여대상),〈별표 2〉3-마, 사)<sup>50)</sup> 있다. 이 규정은 건강

50) 동〈별표 2〉(비급여대상) 제3호의 규정은 다음과 같다.

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료  
 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외), 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외), 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거, 라. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 진료, 마. 멀미 예방, 금연 등을

증진에 관한 서비스에 속하는 핵심항목을 건강보험의 비급여대상으로 하고 있는 것이어서 건강증진을 보험급여로 포함하기 위해서는 이 규칙의 정비가 우선적으로 필요하다.

## (2) 건강증진사업을 위한 건강보험법의 운용

건강보험법령의 개정과 더불어 법령의 운용을 통하여 건강보험이 건강증진사업과 연계하여 법정책 효과를 높이는 방안은 세 가지 측면에서 찾아보고자 한다.

첫째는 흡연 또는 과음 등의 건강 위해행위에 기인하는 질환을 비급여 대상으로 규율하는 방안이다.

둘째로는 건강보험법이 규정하는 급여제한에 관한 규정을 적극적으로 활용하여 보험급여를 관리함으로써 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위에 건강보험 보험자가 적극 대처하는 것이다.

셋째는 우선 흡연문제에 대응하는 것으로 수급권자의 흡연피해 질병에 따라 급여비용을 부담한 보험자가 건강보험법상 제3자에 대한 구상권제도에 따라 담배소송을 추진함으로써 건강증진사업과 관련되는 중요사항을 사법적(司法的) 아젠다로 부각시켜 금연정책의 홍보효과를 극대화하고 보험자가 그 중심에 서는 것이다.

첫째 방안은 건강보험 급여제도를 적정하게 운용하기 위한 비급여대상<sup>51)</sup>을 정함에 있어 건강 위해행위자의 건강 위해행위에 기인하여 발생한 질병을 비급여대상에 포함시키려는 것이다. 이 방안은 건강보험에서 건강 위해행위의 상태에 따라 보험료를 차등 부과하는 것과 마찬가지로 개

---

위한 진료, 바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사, 사. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

51) 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.

인의 책임을 강조하고 건강보험을 보상체계의 한 부분으로 파악하는 정책수단이 된다.

같은 질병이 발생했을 때, 건강 위해행위를 하지 않는 사람은 보험급여를 보장받게 되고 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위에 의하여 질병이 발생한 사람은 보험급여를 받지 못하는 불이익을 받게 하는 것이다. 따라서 각 개인의 흡연이나 과음 등 건강 위해행위 여부에 대하여 건강보험이 직접적으로 개입하지는 않지만, 질병이 발생하여 보험급여가 필요하게 될 때 그 원인에 따라 보장여부가 결정되므로 사람들이 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위를 하지 않도록 촉구하는 강력한 효과를 가지게 된다.

이를 자유주의적 시각에서 볼 때, 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위는 그 행위자가 자유의지에 따라 선택한 행위이기 때문에 그 행위의 결과로써 발생하는 질병에 대한 책임도 흡연이나 과음 등의 행위를 한 당사자가 모두 부담하는 것이고 매우 당연한 것이 된다.

즉, 논리적으로 상당히 보험사고 발생의 우연성이 배제된 상태를 행위자가 스스로 선택한 결과에 대해서 사회보험인 건강보험이 보험급여로써 보호하는 것은 오히려 사회보험원리에도 부합하지 않는다고 할 것이기 때문이다.

그리고 한정된 재원을 가지고 국가 보건의료정책을 추진한다는 것과 낮은 수준에 있는 보험급여의 보장성을 높여 나가는 데 있어서 정책 우선순위를 검토할 때에도, 흡연이나 과음 등의 건강 위해행위의 결과로써 발생하는 질병을 보장하는 것은 선순위로 배분하기 어렵다고 볼 것이다.

또한 건강위해 행위자와 건강생활 실천자간에 있게 되는 부담과 급여이용간의 형평성을 검토할 때, 건강위해 행위자가 스스로의 행위에 의하여 발생한 질병에 대하여 보험급여하면, 그에 소요되는 재원은 결국 보험료의 공평부담원리에 따라 건강행위를 잘 실천하는 사람들에게까지 전가시키게 되는데, 오히려 이것은 공평하지 않다는 점이다.

이 방안은 건강보험이 각 개인의 생활양식에 직접적으로 개입하는 것은 아니지만 실제에 있어서는 건강 위해행위에 대하여 강력한 통제수단

으로 작용하고 건강생활 실천에 대한 책임감을 확인하여 건강증진효과를 크게 높일 수 있으며 건강보험제도와 건강증진과의 연계성을 확보하고 두 제도의 성과를 높일 수 있다.

**건강증진사업을 위한 건강보험 급여의 두 번째 운용방안**은 첫째의 방안과도 논리적으로 연결되는데, 건강보험법 제49조의 급여제한제도<sup>52)</sup>를 건강증진효과를 높이는 방향으로 운용하는 것이다.

규정 제2호와 3호에 의하면, 건강보험공단이나 요양기관은 수급권자에 대하여 요양에 관한 지시를 할 수 있고 수급권자가 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 때에는 보험급여를 제한하도록 하고 있다. 따라서 흡연행위나 과음행위 등과 관련하여 공단이나 요양기관이 요양에 관한 지시를 하였을 때 수급권자가 고의 또는 중대한 과실로 그 지시에 따르지 아니하면 공단은 보험급여를 제한해야 한다.

이러한 법률운용은 특히 흡연이나 과음 등과 관련이 되는 질병이 있는 환자에게 요양상 지시방법으로 금연이나 절주(단주)를 촉구하여 질병의 악화를 방지하고 보험재정의 부당한 유출을 막고자 하는 것이다. 또한 이것은 급여를 이용함에 있어 우려가 있는 도덕적 해이(moral hazard)를 방지하여 제도의 건전성을 확보하는데 긴요한 법적 장치라고 할 것이지만 이런 해석에 기초하여 급여제한제도를 건강증진과 연계하여 운용한 사례는 아직까지 보고된 바가 없다.

한편, 급여제한에 관한 위 규정 제1호 후반에 의하면, 수급권자가 “고의로 사고를 발생시킨 때”에는 보험급여를 하지 아니하도록 규정하고 있다. 이 규정의 취지는 건강보험이 사회보험으로서 제도를 통하여 보장하

---

52) 건강보험법 제48조 1항 “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”

려는 보험사고 중 질병과 부상은 그 발생에 있어 우연성을 본질로 하므로 고의의 사고에 기인하는 질병이나 부상은 보험급여의 범주로 삼을 수 없다는 것이다.

따라서, 흡연자나 문제음주자 등이 흡연행위나 과음의 위험성을 알거나 그 위험에 대하여 충분히 경고를 받았음에도 불구하고 그 흡연행위 등을 계속하여 그에 관련되는 질병이 발생되었다면, 이것은 흡연자나 문제음주자 등이 고의로 사고를 발생시킨 때에 해당하므로 공단은 이에 대하여 보험급여를 제한해야 한다.

이 규정의 운용을 앞서 검토한 요양지시위반에 대한 급여제한제도와 연계하는 경우에는 급여제도를 통하여 흡연, 문제음주 등의 건강 위해행위를 제어함에 있어서 효과가 매우 큰 건강증진사업으로 연결시키는 법적 장치로 활용할 수 있으나, 아직까지 이와 같은 해석에 기초하여 건강증진사업과 건강보험의 급여제한제도를 연계하고 운용한 사례도 발표된 적이 없다.

**건강보험법의 해석과 운용으로 건강보험 보험자가 건강증진사업을 추진하기 위한 셋째 방안**은 사법적(司法的)으로 건강 위해물질에 대응하는 대표적 사례인 담배소송을 건강보험 보험자가 추진함으로써 건강증진효과를 극대화시키고 건강증진기금의 재정지원에 따르는 명분과 당위성을 확보하려는 것이다.

흡연의 규제는 흡연이 생명 및 건강에 미치는 해악과 비용규모가 막대한 것에 초점이 있고, 간접흡연은 흡연자도 비흡연자에 대한 가해자라는 도덕적·법적 문제를 내포하고 있다. 따라서 흡연문제는 중요한 국가 공중보건정책과제가 되었고, 국제적으로도 국가 간의 협조체제를 구축하여 건강증진을 향상시키기 위하여 흡연규제정책을 추진하며 이제는 “담배가 없는 사회”를 지향하고 있다.

이러한 담배규제정책의 흐름에서 1954년 미국에서 시작된 담배소송이 처음에는 공중보건에 미치는 성과<sup>53)</sup>가 크지 않았으나 Carter v. Brown & Williamson Tobacco Corp. (Florida, 1996) 사건에서 담배갑에 경고문을 쓰

기 전부터 흡연해온 원고에게 승소판결을 내린 이후 건강증진정책을 지지하는 방향이 되었다. 집단소송과 각 주정부가 Medicaid의 의료비와 관련하여 담배소송을 제기한 것에 대하여 흡연의 폐해에 따른 손해배상책임을 담배회사에게 부담시키는 방향으로 전환되어 담배소송은 담배를 규제하는 중요한 정책수단이 되고 있다.<sup>54)</sup>

주정부가 제기한 담배소송이 1998년 2460억불의 합의배상(settlement)으로 종결되고 1999년 미연방정부가 제기한 담배소송(초기 과징금 2890억불)에 대하여 2006. 8월 판결이 있었다. Gladys Kessler 판사는 1653페이지에 달하는 판결문에서 담배회사에 대한 민사책임을 묻지 않는 대신 지난 50년 동안 담배회사가 국민들에게 행한 불법행위 및 부도덕성과 담배의 해악을 분명하게 사법적으로 확인하고 있다.<sup>55)</sup> 미국 노인협회연합(United Seniors Association : USA)도 2005년 8월 제기한 700억불 이상의 배상을 청구하는 담배소송을 제기하였다가 2006. 8월 원고 패소했으나, 즉각 상소를 준비하고 있다.<sup>56)</sup>

이러한 담배소송은 담배회사를 피고로 하는 민사소송에 불과하지만 미국의 경우에서 보면, 담배소송이 수행됨에 따라 건강증진대책으로서 흡연의 해악과 그로부터 발생하는 건강침해에 대한 구제효과가 크게 높아지고 있다. 불법행위제도에서 가해자로 하여금 피해자에게 손해를 배상하도록 하는 것은 그러한 불법행위를 예방하는 효과도 가진다.

담배소송에서 원고가 승소하면 흡연관련 질병 비용의 대부분을 담배회사로 이전시키게 되며, 흡연피해자가 패소하더라도 담배소송이 누적되면 소송비용을 집중적으로 부담해야하는 담배회사에게는 큰 부담으로 작용

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

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

55) 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

56) United Seniors Association, Inc., Seniors Group Girds for Next Round in Fight to Recover Billions From Tobacco Companies for Taxpayers, PR Newswire, 2006. 9. 8

한다.<sup>57)</sup> 이 비용은 즉시 담배가격의 인상으로, 그 담배값의 인상은 이어서 담배소비의 감소를 유발하는 건강증진효과를 발휘하게 된다.

미국에서 담배소송은 성인남자 흡연율을 초기인 1955년의 53% 수준에서 1980년 33%, 1997년 27.7%, 2001년에는 20.2%로 줄어둘 수 있도록 기여하여 소송초기에 비해 성인남자 흡연율이 약 1/2 이하의 수준으로 감소하는데 큰 역할을 하였다.

주정부와 연방정부가 제기한 담배소송에서 담배의 해악이 사법적으로 공식 확인됨에 따라 흡연의 해악에 대한 사회적 인식이 크게 개선되었고, 연방정부가 제기한 담배소송의 결과에 따라 언론에서는 담배산업을 “죽음과 불행을 파는 장사꾼(merchants of death and misery)”이나 “살인기업(killer industry)”이라고 공개적으로 비난하며 흡연의 해악성을 적나라하게 공표<sup>58)</sup>하고 있다.

즉, 담배소송은 홍보효과를 크게 높일 뿐만 아니라, 보건경제적으로는 그동안 흡연피해자와 사회적인 비용부담으로 끝났던 흡연피해에 따른 손해비용을 그 책임자인 담배회사 측의 부담으로 전환시키고 이것이 담배가격의 인상을 촉발시켜 흡연인구의 감소에도 크게 기여하는 방식으로 건강증진에 대한 선순환 구조를 형성함으로써 이와 관련되는 건강증진효과를 극대화한다.

우리나라에서는 1999년 9월 처음 담배소송이 제기되었고 그해 12월에 흡연피해자와 가족 등으로 원고단을 구성하여 공동소송으로 두번째 담배소송이 제기되었으며 2005월에 흡연피해자 유족 2명이 제기한 담배소송 등 3건이 계류 중에 있다.<sup>59)</sup> 아직 1심법원에서 심리가 진행 중이므로 담

57) 대표적 담배소송인 Cipollone 사건에서 원고측이 약 10년간의 소송에서 약 355만달러를 지출한데 비하여 담배회사측은 그 20배가 넘는 최소 7,500만달러를 투입하였다고 한다. 한 금연운동가의 분석에 의하면 담배회사들은 매년 약 50건 정도 계속되는 담배소송에 약 6억달러를 투입한 것으로 추계되었다.

58) 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

59) 배금자, 담배사업자의 흡연피해로 인한 보상과 책임, 보건복지포럼, 한국보건사회연구원, 2006. 6월(통권 제116호)



배에 관한 우리 법원의 시각을 추론하기 어렵지만, 장기적 법원도 흡연규제를 통하여 공중보건을 보호하려는 세계적 흐름에 따를 수밖에 없으리라 생각한다.

다만, 이러한 흐름을 보다 원활하게 하기 위해서는 흡연을 규제하려는 입법적·정책적 조치를 더욱 강화하고 흡연의 위험성에 대한 사회적 인식을 크게 제고시키며 건강보험 보험자도 담배소송에서 법률상 가능한 역할을 담당할 필요가 있다.

보험자가 담배소송을 제기하거나 개입할 수 있는 근거는 제3자에 대한 구상권제도로 이미 건강보험법에 마련되어 있다.<sup>60)</sup> 건강보험의 구상권제도는 수급권자가 제3자의 행위로 인하여 질병, 부상 등을 입은 경우에 보험급여를 제공한 보험자가 수급권자의 가해자(제3자)에 대한 손해배상청구권을 급여비용의 한도에서 대위취득하는 것이다.

이에 대하여 연구한 결과,<sup>61)</sup> 현행 민법규정에 의한 불법행위 또는 계약위반에 따르는 담배회사의 책임에서뿐만 아니라, 2002년 7월부터 시행되고 있는 제조물책임법에 의해서도 흡연관련 질병에 대해서 보험급여를 한 보험자는 급여비용의 범위에서 담배회사에 대하여 구상권으로 청구권을 행사할 수 있다.

보험자가 담배소송을 제기하고 관리하기 위해서는 추진전략을 체계적으로 기획하고, 관련되는 법률논리를 연구개발하며, 소송효과가 유리한 흡연피해자를 발굴하고, 흡연피해를 입증하는 객관적인 자료를 확보하는 등의 종합적인 검토와 준비가 필요하다. 또한 담배소송의 외부효과를 최대한 높일 수 있는 전략을 개발하고 그 법리와 소송방법에 대하여 깊은

---

60) 제53조 (구상권) ①공단은 제3자의 행위로 인한 보험급여사유가 발생하여 가입자에게 보험급여를 한 때에는 그 급여에 소요된 비용의 한도내에서 그 제3자에 대한 손해배상청구의 권리를 얻는다.

②제1항의 경우에 있어 보험급여를 받은 자가 제3자로부터 이미 손해배상을 받은 때에는 공단은 그 배상액의 한도내에서 보험급여를 하지 아니한다.

61) 이에 대하여 자세한 것은, 김운목, 건강보험 가입자의 흡연피해와 관련한 보험자의 구상권 행사, 인제대학교대학원 보건학박사학위논문, 2001, 72-106 참조

연구를 선행시켜야 할 것이다. 따라서 담배소송의 경험이 있거나 수행능력이 있는 법률가와 의학자 및 보건역학자, 금연운동가 등이 공동으로 담배소송추진에 참여할 수 있도록 계획을 수립하여야 한다.

그리고 현재 민간차원에서 진행하고 있는 담배소송의 원고가 흡연으로 인한 질병에 대하여 보험급여를 받았다면 공단은 그 담배소송에 당사자로 절차에 따라 소송참가할 수 있다고 본다. 그 담배소송에 당사자의 하나로 소송참가하여 진행 중인 소송에서 구상권을 행사함으로써 담배소송의 경험과 관련연구 및 기획자료도 축적하고 이미 급여비로 지출된 보험재정을 보전하려는 노력을 보여야 할 것이며, 특히 건강보험공단이 담배소송을 본격적으로 제기할 의사를 표시함으로써 건강보험에서의 건강증진에 대한 법정책 홍보효과를 크게 높여 갈 필요가 있다.

#### 4. 건강증진에 대한 공공정책 참여

앞에서 살펴 본 보험료 차등부과방안과 건강행위 실천을 촉진하기 위한 보험급여제도 운용방안은 수급권자 개개인의 건강 위해행위를 대상으로 건강보험에서 건강증진사업을 추진하는 것이다. 이에 비하여 건강증진에 대한 공공정책에 건강보험이 참여하는 것은 건강보험의 재원과 조직 역량을 건강 위해행위를 상업적으로 이용하는 정치적·경제적 이익을 가진 기업 및 단체 등에 대항하고, 또한 국가 및 공공기관과 민간 건강증진기구가 추진하고 있는 건강증진사업을 강화시키자는 것이다.

이 방안은 국가 및 공공기관과 건강 위해행위를 상업적으로 이용하는 정치적·경제적 이익을 가진 기업 간의 상호관계에 목표를 두는 구조적 접근방식으로 상대방은 건강 위해행위를 상업적으로 이용하는 산업과 그것을 지원하는 정부의 정책이 된다. 즉, 이 방안에서는 건강 위해행위를 상업적으로 이용하는 산업뿐만 아니라, 정부가 건강위해산업의 생산과 판매에 대하여 보조해주거나 그 산업의 해악이 공중보건에 미치는 해악에 걸 맞는 수준만큼 통제를 하지 못하고 있는 경우에, 공공 및 민간 건강증진단체가 건강 위해산업에 대한 통제를 강화할 것을 촉구하고 건의함

에 있어 건강보험이 함께 참여하고 촉구할 필요가 있다는 것이다.

#### 가. 건강보험공단의 사업장 건강증진 운동 전개 및 확산

2000. 7월 통합 국민건강보험법의 시행에 따라 국민건강보험공단은 우리나라의 유일한 통합보험자로서 국가 전체 건강보험에 대한 관리운영을 책임지고 있는 공공기관이다. 그 조직은 서울에 본부를 두고 전국에 걸쳐 6개 지역본부와 227개 지사를 설치하고 있고, 조직의 정원이 10,454명에 달하며, 보험급여비를 포함하여 2006년도 총예산이 24조원에 이르는 매우 큰 공공기관<sup>62)</sup>이다.

건강보험공단은 건강보험백서를 통하여, 고령화 사회 진입과 국민의 의료서비스 욕구 증가에 발맞추어 공단의 주기능을 보험료 부과·징수위주의 보험자 기능 중심기능에서 건강사업 강화 및 가입자 권익보호 등 수요자 중심기능으로 전환하여 가입자에게 실질적 서비스를 제공할 수 있는 체계로 개편함으로써 질병의 조기발견 및 예방을 통하여 국민의 건강증진을 꾀하고 장기적으로 보험재정절감에 기여하여 “국민에게 신뢰받는 새로운 공단 모습”을 구현하기 위해 노력하고 있다고 강조<sup>63)</sup>하고 있다.

공단이 그 위상을 정립하기 위해서는 우선 국가 보건의료정책을 수행하는 공공기관으로서 그 기관과 구성원에 대한 대내외 인식을 개선하려는 노력을 선행하여야 할 필요가 있다. 이러한 노력은 건강보험공단이 건강증진사업과 연계하는 정책의 상승효과를 높이고 건강보험 중추기관으로서의 위상을 제고할 수 있는 것으로 추진함이 바람직하다.

이와 관련하여 건강보험공단은 자율적으로 세계보건기구(WHO)가 자카르타선언(Jakarta Statement on Healthy Workplaces(1997))을 통하여 추진하고 있는 “건강한 일터 만들기(Healthy Workplaces Project)”를 공단 자체 사업장부터 선도적으로 시행하는 것이 타당하다고 생각한다.

그 배경과 취지는 근로자의 건강은 국가경제와 사회개발에 큰 영향을 미치고 국가발전의 원동력이 되므로 범국가적으로 노동생산성을 높이고

62) 국민건강보험공단, 주요업무 추진현황(제260회 임시국회 보고자료), 2006. 6, 7-8

63) 국민건강보험공단, 건강보험백서, 2004, 43-44

노동복지 및 근로자의 보건복지를 향상시키기 위하여 노력하고 있는 바에 맞추어 먼저 건강보험공단 임직원과 그 사업장의 환경을 건강에 이롭도록 개선하는 것이다.

즉, 건강보험공단의 모든 구성원이 업무 내·외에 걸쳐 사내외에서 금연과 절주를 철저히 이행하여 사업장의 공기를 맑게 하고(직접·간접 흡연 배격), 음주 후유증을 없애 직장의 분위기를 개선하며, 운동과 영양관리 등의 건강증진사업을 전개하는 계획을 수립하여 자체 사업장에서 먼저 시행하고, 이후 성과를 축적하며 직장보험 적용사업장으로 확산시켜 나가는 것이다.

이 계획에는 건강한 일터 만들기 사업에 대한 추진선언문의 개발과 대대적인 발표 및 홍보, 철저히 하고 지속적인 모니터링을 통한 사후관리, 임직원의 교육 및 건강생활실천 서약유도, 급여 및 인사상 인센티브제도와 연결, 그리고 유관기관에의 확산계획 등을 포함하여야 한다. 그리고 건강한 일터 만들기 운동을 사업장에서 가정으로 연결하도록 발전시켜 건강한 직장생활이 행복한 가정을 위한 기초가 된다는 기정사실에 대한 공감대를 사회적으로 재확인하고 확산시켜야 한다.

이를 통하여 대외적으로 건강보험공단의 이미지를 개선하고 위상을 제고하면서, 근본적으로 건강보험이 건강증진기금으로부터 재정을 지원받아야 하는 합목적적인 이유와 당위성이 있는 위상과 역할을 가진 정책기관이라는 신뢰를 확보하고 대내적으로 건강증진에 관한 공단 임직원의 건강증진에 대한 인식과 관심을 높이고 건강증진사업에 대한 적극적 참여와 확고한 자세를 확보하여야 한다.

세계보건기구에 의하면 오늘날 선진적이고 현대적인 사업장에서의 산업보건은 초기 개념으로부터 발전하여 “건강에 이로운 사업장 만들기 (For Development of Healthy Workplaces Project)”의 단계로 진전하고 있다. 즉, “건강한 일터 만들기 운동”은 근로자의 건강증진, 노동생산성의 향상, 근로자의 근로 및 삶의 의욕을 촉진하는 만족스런 근로환경 조성, 근로자와 그 가족 및 해당 지역사회의 건강수준 향상도모, 성공적인 기관

경영의 촉진 등으로 노동복지와 근로자의 보건복지 향상에 기여하는 것이다.

산업보건서비스에 대한 WHO 등 국제기구의 지침에 근거하여 구체화된 다섯 가지 원칙 중 건강증진의 원칙<sup>64)</sup>을 보면, 산업보건서비스의 전반적인 목표는 근로자의 신체적·정신적·및 사회적 안녕을 확대하는 것을 포함하고 있어 이러한 “건강한 일터 만들기 운동”을 통하여 위의 목표를 적극 추구할 수 있음을 알 수 있다.

따라서 건강보험공단은 그 법률적 역할과 위상에 부합하도록 “건강한 일터 만들기 운동”을 앞장서서 전개함으로써 임직원과 그 가족들의 건강복지를 제고할 뿐만 아니라 국가의 건강증진정책에 선도적으로 호응하는 긍정적인 위상을 정립하는데 활용함이 타당하다고 생각된다.

건강보험공단이 전개할 필요성이 큰 “건강한 일터 만들기 운동은 건강보험재정의 6% 수준에 상당하는 재정(연간 1조원 3천억원 이상 : (표 3)건강보험 재정소요 추계결과 참조)을 건강증진기금으로부터 조달하는 것으로 개정입법이 추진되고 있고 그 타당성에 대하여 논의가 있는 현실에서 시기상으로도 매우 적절하다.

즉, 건강보험 보험자가 자체 사업장 구성원으로부터 건강증진에 노력하는 자세를 견지하는 것을 대내외적으로 선언하고 과시할 필요성이 있으며, 이는 보험자가 국민건강의 파수꾼으로서 적정한 역할까지 할 수 있는 선도적이고 전문적인 기관이라는 이미지를 구축하는데 긴요하다고 할 것이다.

그리고 이러한 사업의 성과는 그 평가와 환류를 통하여 건강보험에서 추진해야 하는 근로자 건강증진사업(직장보험 사업장)의 모델로 잘 활용할 수 있을 것이며, 산업보건사업과도 유기적으로 연결하여 직장가입자의 복지를 종합·체계화하는 계기를 마련하게 할 수 있다. 나아가 “건강한 일터 만들기 운동”을 “건강한 일터!, 행복한 가정!”이라는 선언으로

64) 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 율김, 국가산업보건제도와 정책, 세계보건기구의 책, 한울, 1997, 35-39

발전시켜 가정복지에까지 기여하는 종합적 보건복지 내지 사회복지의 선도기관이라는 이미지를 확보할 수 있다고 본다.

#### 나. 건강증진 공공정책 참여

앞에서 살펴 본 '건강보험공단의 사업장 건강증진 운동 전개 및 확산'은 주로 건강보험 보험자가 건강증진사업에 참여하기 위하여 내부적 역량과 자세를 정비하는 것에 중점을 둔다. 이렇게 증강된 내부적 건강증진 역량은 건강보험제도의 목적에 따라 국민의 건강증진을 향상시키는 방향으로 활용되어야 한다.

건강보험에서의 건강증진을 위한 법정책은 관련법의 개정을 추진함과 아울러 건강보험 보험자가 공공 및 민간기관이 전개하는 건강증진 공공정책에 대하여 참여와 관심을 넓히고 이를 대내외적으로 광고할 필요가 있다. 즉, 건강보험에서 추진할 수 있는 건강증진 사업을 기획하고 실행할 뿐만 아니라 건강증진에 관한 각종 공공정책에 참여함으로써 건강증진사업에 대한 건강보험의 당위성을 확보하고, 가능한 범위에서 조직의 역량을 활용하여 건강증진정책을 주도적으로 추진하며 건강증진사업의 성과를 높여 나가야 한다.

결국 건강보험이 건강증진사업에 참여하고 상당한 건강증진사업 부문을 주도적으로 실행함으로써 건강증진기금을 건강보험재정으로 지원하는 제도의 논리적 근거를 확고하게 지지하는 것이다. 그리고 조직 인력과 역량의 상당한 부분을 건강증진사업에 투입하는 것은 조직의 업무영역을 확대하고 위상을 높여 기관조직의 발전을 확대 재생산시키는 효과를 가져 올 것으로 생각된다.

그를 위한 초기사업의 예를 든다면, 건강보험이 다른 공공기관과 민간 건강증진기구가 추진하는 다양한 금연운동, 절주운동 등에 참여하는 것을 우선으로 하여 건강증진사업과 관련되는 여러 사업과 연계성을 높이기 위한 자체 프로그램도 개발하여야 한다. 그리고 흡연문제에 대처하기 위한 담배가격의 인상이나, 술에 대한 건강증진 부담금 부과 등 국가적으로 건강증진사업을 추진함에 있어 필요로 하는 사회 각계의 지원을 건강

보험 보험자로서 유도하고, 또한 그에 대항하는 건강 위해산업의 활동을 저지하기 위해서도 보험자는 기관의 역량을 투입해야 한다.

흡연이나 문제음주 등과 같은 건강 위해행위는 대부분의 경우에 중독성이 있는 위해물질이나 행위습관에 의하여 발생한다. 그리고 건강 위해행위는 부분적으로는 행위자 자신의 선택이라는 성격을 가지고 있으나, 많은 경우에 그 행위자가 속하는 환경에 의해서 결정되기 때문에 건강 위해행위는 그 행위자의 사회문화적 환경을 고려하여 판단해야 한다. 즉, 각 개인이 흡연이나 문제음주의 폐해를 잘 알고 있더라도 그러한 건강 위해행위를 꾀찮은 것으로 받아들이는 문화적 풍토와 건강 위해산업이 상업적으로 번창하는 사회에서는 각 개인이 잘 알아서 이러한 건강 위해행위를 배척하기는 쉽지 않다. 이런 경우에 건강 위해행위는 그 사회문화적 환경의 산물로서 흡연이나 문제음주 등의 건강 위해행위자는 희생자일 가능성이 높기 때문에 크게 비난할 수 없게 된다.

결국, 건강 위해행위자는 그가 살고 있으며 담배와 술 등을 생산하고 흡연과 음주하는 것을 용인하는 정치·경제·사회적인 구조의 산출물에 불과하고 건강 위해산업정책의 희생자가 되는 것이므로 비교적 책임이 줄어들었다고 볼 수 있다. 따라서 건강 위해행위자 개개인의 생활행태를 바꾸도록 하는 것만으로는 건강증진정책은 크게 성공할 수 없으며, 사회에 연속되어 있는 건강 위해행위에 대한 사회적인 인식구조를 바꾸는 것이 매우 중요하다.

그런데 이러한 사회적인 인식을 개선하려는 노력에 투입되는 공공 및 민간의 조직과 자원은 담배산업 및 주류산업 등 건강 위해산업이 동원하는 조직과 자원에 비하여 항상 초라하다. 예를 들면, 흡연에 대한 규제가 활발하게 전개되고 있는 미국의 경우 정부의 규제에 대처하기 위하여 담배회사가 사용하는 재원은 흡연을 사회적으로 받아들일 수 없는 것으로 만들려는 금연운동 관련 공공재원보다 훨씬 크고 담배산업은 정치적으로 이익단체를 활용하며(Wilson, 1980), 미국에서 담배는 North Carolina주, Virginia주와 Kentucky주 등 3개 주에서 6개 회사가 만드는데 반해 금연운

동에 필요한 재원은 전국으로 분산될 수밖에 없어 항상 부족하고 힘겨운 것이라고 한다.<sup>65)</sup>

이러한 구조적 접근방식에 보험자가 참여하는 것은 수급권자의 건강 위해행위의 결과에 기인하는 급여비용을 부담하게 되는 건강보험 보험자가 공공 및 민간 건강증진기구와 연대하고 서로 지원하는 구조를 구축하여 강력한 건강증진 이익단체를 형성하고 건강 위해산업에 비하여 열악한 불균형을 시정하려는 것이다. 그리고 현재 건강보험공단과 같은 큰 규모의 공공기관이 이 구조적 접근방식에 주도적으로 참여하는 것은 건강 위해산업에 비하여 열악한 불균형을 상당히 감소시키고 건강증진사업을 활력 있게 추진하는 계기가 될 수 있다.

그리고 참여의 근거는 흡연과 과음 등 건강 위해행위는 건강보험 보험자와 진료비를 부담하는 근로자 및 사용자에게 큰 재정부담이 되므로 건강 위해산업을 옹호하는 시책에 보험자가 근로자 및 사용자와 공동으로 대처할 필요가 있고 또한 건강 위해산업에 대항하는 사회운동에 참여해야 한다는 것이다.

이 접근방식에서 건강 위해행위로부터 벗어나기 위한 부담은 흡연률이나 음주율이 상대적으로 높은 저소득층에 주로 있게 되지만, 그 결과의 혜택은 저소득층에게 더 민감하므로 사회복지적 효과<sup>66)</sup>가 높다. 여기에서 보험자는 건강위해 행위자에게 직접적으로 금연이나 단주를 하도록 요구하거나 재정부담을 주지는 않지만 그 대신 건강 위해행위에 대한 사회문화적 태도, 건강 위해물질에의 접근과 그 이용에 영향을 미치는 산업과 관련 단체의 행태를 변화시키는데 목표를 두게 되므로 보다 인본적(humanistic)이고 보험자의 위상과 전문성을 확보하는데 더욱 유리하다.

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

66) 건강보험이 수행하는 건강증진사업이 사회복지적 효과가 있다는 것은 해석에 의하거나 입법적으로 사회복지공동모금회법에 의한 재원을 건강보험재원으로 배분받을 수 있는 요건을 마련하는 것이며, 또한 논리적으로 건강보험재원조달을 기금과 모금이나 기부금까지 확대할 수 있는 명분을 축적시키는 결과도 얻게 된다.



이런 관점에서 건강보험공단은 정부가 핵심 공중보건정책으로 추진하고 있는 국민건강증진종합계획(2005. 12)의 세부내용을 상세하게 검토하고 건강보험과 연계가능성이 있는 모든 분야에 공단의 조직과 역량을 활용하여 건강증진사업을 지원하고, 직접 수행하거나 유기적인 연계를 통하여 그 성과를 제고시킴으로써 건강증진 법정책의 효과를 높여야 한다.

## V. 요약 및 결어

현대 복지국가에서 국민의 사회보장 수급권과 보건권은 질병으로부터 자유로운 인격을 실현하기 위한 생존권적 기본권으로 인식된다. 그리고 건강보험제도와 건강증진정책은 국민의 보건권을 보장하기 위한 규범목적은 공통으로 추구하고 있고 그 제도와 정책의 실행을 통하여 현대 복지국가의 이념을 추구하기 위한 국가 보건의료정책으로 기능하여야 한다.

질병·부상 등의 보험사고에 대한 요양급여를 주 급여대상으로 하던 의료보험제도가 2000년 7월 국민건강보험법의 시행을 통하여 목적규정에 건강증진을 새로운 보험사고로 규정하고 건강보험제도로 발전하였다. 그러나 현재의 건강보험은 건강증진을 실질적으로 수용할 급여제도에서의 법적 장치가 미흡하거나 건강증진을 건강보험의 실행정책으로 적극 수행하려는 법정책적 해석과 이를 뒷받침할 수 있는 업무개발이나 의지가 미흡하다.

한편 건강보험은 그동안 건강증진기금으로부터 3조원 이상 재정지원을 받았고 앞으로도 계속 더 많은 지원을 받아야 할 필요성이 있음에도 재정지원의 타당성을 논증하거나 논리적 당위성을 확보하기 위한 별다른 노력을 기울이지 못하고 있다. 그동안 건강증진에 대하여 보험자는 적극 개입할 논리와 계기를 거의 마련하지 못하고 건강보험과 관련되는 업무의 극히 일부로서만 건강증진사업을 취급하였을 뿐이었다.

이와 관련하여 살펴본 결과, 보험자가 지금까지 건강증진을 적극 수용

하지 못했더라도, 두 제도가 입법에 있어 헌법이 규정하는 국민의 보건권을 보장하는 발생사적 공통성을 가지고 있고 두 제도가 지향하는 규범목적에 현행 법정책속에 긴밀한 상호간의 연관성을 내포하고 있음을 확인할 수 있었다. 그리고 건강보험이 법정신에 맞추어 건강증진사업을 적극 추진한다면 국민의 건강권과 사회보장권을 보장하는 역량을 더욱 높일 수 있을 것으로 판단되었다.

따라서 정부가 건강보험법의 개정을 통하여 건강증진기금의 주요부분을 건강보험재원으로 계속 지원하도록 추진하는 것은 제도의 논리적 근거와 법정책적으로 타당성이 확인되는 바람직한 입법정책 방향인 것으로 판단되었다.

건강보험이 법정책적으로 건강증진에 연계할 수 있는 근거를 요약하면, 먼저 두 제도가 추구하는 규범목적의 공통성에서 찾을 수 있고, 또한 건강보험법이 목적규범에서 건강증진을 보험사고의 하나로 규정하고 있으므로 건강증진은 중요한 건강보험 법정책으로 규범적 성격을 가진다는 법률적 의미에서도 찾을 수 있다. 그리고 건강보험과 건강증진제도간의 밀접한 연계성에 따라 건강보험제도가 그 목적을 달성하기 위하여 건강증진에 법정책적으로 대응할 수 있는 방안은 보험료 부과, 보험급여 관리, 공공 보건의료정책의 수행 등 각 분야에서 발견할 수 있으나 아직은 규정의 미비나 해석의 차이에 의해서 서로 연계되지 못하고 있다.

이를 살펴본 결과, 보험료를 부과함에 있어 흡연이나 과음 등 건강 위해행위를 감안한 차등부과에 대해서는 건강보험이 이를 수용할 수 있는 법적 장치가 미비하였다.

그리고 급여제도에서 금연서비스와 같은 건강증진서비스는 비급여대상으로 분류되고 있고 급여의 운용에 있어 건강증진제도와 유기적으로 연결할 수 있는 법정책으로, 흡연이나 과음 등 건강 위해행위에 기인한 질병을 비급여대상으로 하는 것, 건강보험법의 급여제한 규정을 적극 활용하여 흡연이나 과음 등 건강 위해행위에 보험자가 대처하는 것과 보험자가 가입자의 흡연피해를 대위하여 제3자에 대한 구상권 행사로 담배소

송을 제기하는 것 등이 있으나, 아직까지 실행되지 않고 있었다.

또한 건강보험에서는 아직 공중보건정책으로 추진되는 건강증진정책에 소극적이었다.

즉, 건강보험과 건강증진은 규범목적을 공통으로 하고 있고 의료보험에서 건강보험으로의 발전과정을 합리화하는 중요한 법률적 의미를 건강증진으로 규정하고 있으며, 보험재정의 큰 부분을 건강증진기금으로부터 지원받고 앞으로도 계속 보험료재정의 6% 수준에 해당하는 재정을 지원받고자 개정입법을 추진하고 있는 것에 지극히 타당한 근거를 가지고 있음에도, 건강보험이 그 타당성을 확보하려는 법논리적 연구와 법정책의 집행에 있어서는 매우 미흡했던 것으로 검토되었다.

건강보험이 목적규범에서 포괄한 건강증진을 규범적으로 추진할 수 있도록 제도를 정비하는데 힘을 기울이고 현행 법률규정의 범위 내에서도 건강증진 대책에 부합하도록 실행할 수 있는 것으로 검토되는 사항은 제대로 집행할 태세를 갖추어야 할 것이다.

보험자가 건강증진사업을 적극 실행하는 것은, 우선 건강증진기금으로부터의 재정지원을 합목적적인 지원으로 인정받게 하여 그 당위성을 확보하게 된다. 이것은 보험재정의 안정화와 건전화에 매우 중요한 계기를 마련하는 것이고 주류부담금의 부과추진 등에 따르는 건강증진기금의 확대 가능성은 건강보험재원의 확대와 바로 연결되는 효과까지 얻게 된다.

게다가 건강증진은 인본적이고 사회복지적 기여도가 크며 발전가능성이 큰 국가 보건의료정책이므로 이 사업을 중심으로 추진하는 보험자는 그 위상과 전문성을 높일 수 있고 구성원은 스스로 건강증진을 실천 수행함으로써 건강한 행복을 얻고 직업적 성취감과 발전기회도 확보할 수 있다.

그러므로 보험자는 재정의 안정화를 추구하고 국민의 건강권과 사회보장권을 보장하여 건강보험제도의 목적달성에 기여하도록 건강증진사업을 건강보험의 중요한 법정책으로 수행할 필요가 있다.

[ 참 고 문 헌 ]

(국내자료)

권영성, 헌법학원론, 법문사, 2005

김공현 외, 건강증진 개념과 기본적 전략, 인제대학원대학교, 2005

김광기, 건강한 음주문화조성과 알코올정책의 활성화,  
한국보건교육·건강증진학회 2005춘계학술대회, 2005

김동희, 행정법Ⅱ, 박영사, 1997

김병익, 주류의 건강부담금 부과에 대한 보건정책학적 입장,  
한국알코올과학회 춘계학술세미나, 2002

김운목, 건강보험 가입자의 흡연피해와 관련한 보험자의 구상권 행사,  
인제대학교대학원 보건학박사학위논문, 2001

김운목, 미국의 담배소송과 공중보건정책, 의료법학 제2권 제2호, 2001

김철수, 헌법학개론, 박영사, 1997

김춘진, 술에 대한 건강증진부담금 부과를 위한 입법 공청회자료, 2005

문옥륜 외, 건강보장론, 신광출판사, 2004

박승두, 사회보장법, 중앙경제사, 1996

배금자, 담배사업자의 흡연피해로 인한 보상과 책임, 보건복지포럼,  
한국보건사회연구원, 2006. 6월(통권 제116호)

백운국 외, 통합건강보험의 평가 및 발전방향에 관한 연구,  
국민건강보험공단, 2004

이상광, 사회법, 박영사, 2002

이애경 외, 맞춤형 의료정보제공을 위한 건강관리모형 개발 및 활용  
방안, 국민건강보험공단, 2004

이주열, 주류에 대한 건강증진세 부과 및 활용방안,  
한국알코올과학회 추계학술세미나, 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
- 차홍봉 외, 새로운 보험료부과체계 설계 방안, 한림대학교사회과학  
연구소, 한국보건사회연구원, 2004
- 천성수, 알코올 소비량 감소를 위한 알코올통제정책에 관한 연구,  
건강증진사업지원단, 2005
- 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 건강증진사업 안내, 2005
- 보건복지부, 2005 국민건강증진종합계획(요약), 2005
- 보건복지부, 2005 국민건강증진종합계획(분야별 세부추진계획), 2005
- 보건복지부, 국민건강증진기금중기사업계획('05-'09), 2005
- 보건복지부, 2005년도 부담금운용보고서(국민건강증진기금), 2006
- 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 옮김, 국가산업보건제도와 정책,  
세계보건기구의 책, 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

(외국자료)

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 Promdntion, Oxford University Press, New York, 2000

Gostin O.G., Public Health Law(power, duty, restraint), University of California Press, 2000

Jacobson P.D., Wasserman J, Tobacco Control Laws, Implementation and Enforcement, Rand, Washington, D.C, 1997

Jacobson P.D., Hoffman R.E., Regulating Public Health: Principles and Applications of Administrative Law, Law in Public Health Practice, Oxford University Press, 2003

Kickbusch I., Health Promotion: A Global Perspective, Health Promotion, An Anthology, Pan American Health Organization,

WHO Scientific Publication No 557, 1996

Mann J.M., Health and Human Rights, Routledge, New York,, 1999

Sugarman S,D.,, Disparate Treatement 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 Unïversity Press, New York, 1993

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