

## 근로자 흡연의 건강불평등과 사업장 금연정책(5)

-건강형평성 정책(2) : 건강관리서비스와 건강형평성 논란

양산삼성병원 산업의학과 / 박 정 래

“미국의 의료보험료는 지난 8년 동안 임금 인상보다 3.7배나 더 올랐습니다. 미국에서 파산자의 절반 이상이 의료비에 기인한 것이었고, 현재 약 4천 5백만 명의 미국인들은 의료보험이 없으며, 의료보험이 없는 사람들의 80%는 현재 일을 하고 있는 상태입니다. 그 이유는 치솟는 의료비로 인해 중소기업 고용주가 근로자들에게 의료보험을 구입해주지 못하기 때문입니다.”

-미국 오바마 대통령의 선거공약에서-

### 건강관리서비스 도입관련 논란

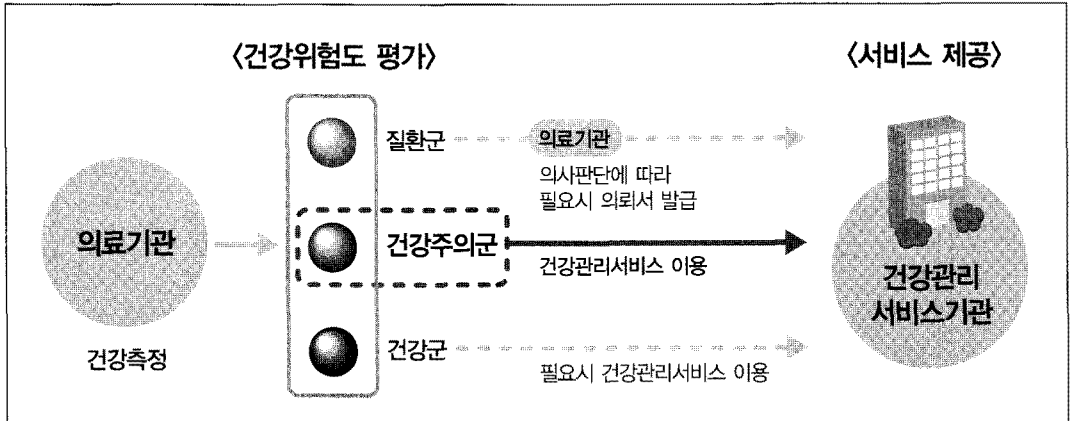
현 정부가 추진하고 있는 건강관리서비스 법안이 의사단체와 시민단체들의 격렬한 반발에 부딪혀 보건의료분야 화두로 떠오르면서 건강형평성 논란을 크게 부각시키고 있다.

건강관리서비스란 국민들이 금연, 절주,

식이관리, 운동 등 생활습관을 개선하고, 스스로 건강관리를 실시하도록 개인별 맞춤형 상담, 교육, 실천 프로그램을 지원하며 사후 모니터링을 제공하는 서비스를 지칭한다.

건강관리서비스를 제공하는 체계는 건강진단을 받는 것과 같은 ‘건강측정’을 실시하고 건강위험도를 질환군, 건강주의군, 건강군으로 분류한 후 대상자별 건강관리서비스를 제공하는 방식이다. 이때 건강측정은 혈압, 혈당, 콜레스테롤, 복부둘레 등 5-6개 항목을 측정하는 것을 뜻한다.

건강관리서비스는 주로 질병은 없지만 건강하다고 볼 수도 없는 ‘건강주의군’에 대해 중점적으로 건강상태를 점검하고 생활습관 개선 등을 위한 상담, 교육을 실시한다. 또한 개인별 영양, 운동 프로그램을 설계하고 지도하거나 전화, 문자발송, 메일링 서비스 등을 활용하여 건강상태를 모니터링하는 절차를 취하게 된다.



과연 현 정부가 주요역점사업으로 추진하고 있는 건강관리서비스가 정식법안으로 통과될 경우, 이는 기존의 사업장 보건관리에 어떠한 변화를 초래하게 될 것인가?

지금까지 우리나라에서는 사업장 보건관리대행 업무를 맡고 있는 산업보건서비스 전문기관을 비롯한 일부 병원에서 건강검진과 연계하여 금연, 절주, 운동, 비만, 식이관리 등의 일부 보건관리서비스를 제공하고 있는데, 민간회사가 건강관리서비스를 제공하면 무면허 의료행위로 처벌되게 되어있다.

이처럼 지금까지 정부(고용부)가 수행하던 ‘(근로자) 건강관리서비스’를 현 정부는 ‘시장’에 맡겨 추진하려 하고 있다.

이는 근로자 건강관리에 대한 정부(고용

부)의 역할을 줄이고 시장에 넘기려는 것이고, 그것도 영리와 이윤을 목적으로 하는 주식회사 형태를 허용하려 하는 것이다.

현 정부에서는 ‘신성장동력추진계획-고부가가치서비스산업분야’의 자료를 통해 이와 같은 ‘건강관리서비스의 시장화’를 신성장동력으로 내세우겠다고 밝히고 있다.

본래 이 제도에 관한 논의는 2007년 참여정부시절 시작된 것이다. 하지만 본격적 논의가 시작된 것은 2010년 5월 ‘건강관리서비스 법안’이 발의된 이후부터이다.

지난해 진행된 건강관리서비스 시범사업에 참여한 사람들은 서울과 경기도 양평 등 총 6개 지자체에서 2,270명에 이른다. 정부는 병원, 보건소 같은 의료기관뿐만 아니라 민간 기업이 이와 같은 서비스를 제공할 수 있게 해 건강관리서비스 시장을 키우고 일 자리를 창출한다는 계획을 가진 것으로 알

려지고 있다.

건강관리서비스 법안은 건강관리서비스와 의료서비스를 구분하고, 인구집단을 위한 건강관리사업이 아닌 개인별 소비 형태로 전환, 국가와 지방자치단체의 공공서비스가 아닌 영리적 목적의 민간에게도 허용되는 시장방식의 틀을 이용하는 특징을 갖고 있다.

한편 이 법안은 보건의료기본법, 의료법, 국민건강증진법, 지역보건법 등 현재의 보건의료법률들과 많은 내용에서 충돌을 발생시키고 있는 상태이다.

헌법 제 34조에는 “국가는 사회보장, 사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.” 라고 규정되어 있어 국가의 포괄적 사회보장성 강화에 대한 의지를 천명했고 사회보장 등의 정책을 검토할 때에는 부가가치의 창출보다는 사회보장, 사회복지 그 자체의 증진을 위한 최선의 노력을 기울여야 하는 책무를 국가에 부과하고 있다.

현재 논란이 되고 있는 건강관리서비스법안은 결국 건강관리에 대한 국가의 책임은 어디까지이며, 무엇을 근거로 경계를 나눌 수 있는가의 문제를 우리 사회에 던지고 있는 것이다.

### 1) “의료민영화” VS “고용창출 효과”

정부가 추진하는 건강관리서비스가 보건소를 중심으로 이뤄져 온 기존의 건강증진 사업을 위축시키는, 사실상 의료민영화이자 산업화가 아니냐는 우려가 의료계와 시민단체로부터 거세게 제기되고 있다.

이들 단체들은 보건의료와 같은 공공서비스가 사유화되면 국민의 기본 권리인 건강권, 역시 구매력에 의해 좌우되는 것이 불가피해 진다며 “기존 보건소 등 공공기관에서 제공하던 사업 역시 민간으로 이전되면서 위축될 것”이라는 입장을 밝히고 있다.

실례로 작년 연말 정부에서는 2011년부터 전국보건소의 금연클리닉을 사실상 없애고 금연진료를 민간 병·의원에 맡기는 방안을 확정하여 발표했다가 야당과 시민단체들의 거센 반발여론에 부딪쳐 포기한 적이 있다.

이러한 부정적 견해에 대해 정부는 새로운 건강관리서비스 시장이 열리면 지금처럼 고소득층만 이용 가능한 고급종합검진과 같은 시장이 허물어져 보건의료서비스가 보다 보편화될 것이라고 입장을 밝히고 있다.

한편 정부는 이 법안을 추진하면서 건강관리서비스가 본격적으로 제도화될 경우, 시장 규모를 3조 내지 5조로 예상하며, 고용창출효과를 2013년 기준 4만 5천 명 정도로 예측하고 있다.

## 2) 취약계층 배제 / 건강형평성 논란

현 정부가 추진하고 있는 건강관리서비스법은 비용부담에 대해 아무런 규정을 두고 있지 않아 사실상 이용자가 전액 부담하는 방식으로 보인다. 다만, 저소득층을 비롯한 일부 취약계층에게 지방자치단체가 '바우처'만 제공할 수 있다는 점을 언급하고 있다.

정부는 저소득층에 대한 지원으로 6개월 바우처 제공을 계획하고 있는데, 과연 사회경제적 조건의 변화 없이 6개월의 단기 프로그램으로 과연 저소득층의 건강행동에 변화를 가져올 수 있는지는 의문이다.

정부 관계자는 “바우처를 도입하고 보건소 단위의 건강관리 서비스도 확대할 것”이라며 “고용창출, 산업축진은 어디까지나 파생 효과”라고 주장해왔다. 기존의 보건소 중심 건강증진사업도 더욱 확대하고 건강관리서비스 바우처를 도입해 취약계층도 혜택을 볼 수 있다는 것이다.

지난 해 정부는 건강관리가 필요한 저소득층에게 바우처 이용권을 제공, 7만원의 이용비 중 6만 3000원을 지원한 바 있다.

정부가 내놓은 비용추계서에서는 저소득층에 대한 바우처 지원 금액의 상세내역만을 표시하고 있어 마치 저소득층에 대한 정부의 지원이 건강관리서비스법안의 주요골

자인 것처럼 내세우고 있다.

그러나 실제로 정부가 내놓은 2013년 기준의 건강관리서비스 시장규모인 3조에서 비용추계서에서 추계하고 있는 바우처 지원 금액인 885억 원은 전체 비용규모의 3%에도 미치지 못하는 금액이다. 결국 나머지 2조 9100억 원 이상의 비용을 국민들이 부담해야 한다는 얘기가 된다.

건강관리서비스가 도입되면 기존에 보건소를 중심으로 추진되던 영세사업장 근로자들을 포함한 저소득층의 건강관리사업이 위축될 것이란 우려도 제기된다.

시민단체에서는 “이미 전국의 모든 보건소는 무료, 혹은 약간의 부담으로 건강관리를 제공한다”며 “건강관리서비스 시장이 민간 사업자를 활성화하고 비용을 이용자에게 전액 부담시키면 서민과 부유층을 갈라놓게 될 것”이라는 우려를 밝히고 있다.

한편 정부는 보건소의 사업 위축을 우려하는 반대 목소리에 대해 그동안 건강증진사업을 민간으로 이전할 계획이 없다는 입장을 밝혀온 바 있다. 그러나 이 같은 정부의 입장은 거듭 밝히지만 작년 연말 보건소 금연클리닉의 폐지와 금연진료의 민간 병·의원 위탁방안을 확정하여 언론에 발표했던 사실을 감안할 때 그 진정성을 의심케 하고 있다.

### 3) 보건정책인가 산업정책인가

정부는 건강관리서비스제도의 도입 이유로 ‘새로운 서비스 영역을 개척하는 것’이라는 점을 강조한다.

다양화되고 고급화된 건강관리에 대한 수요를 일자리로 연결시키고, 경제의 성장 잠재력도 확충할 수 있는 보건의료분야 신규서비스를 제도화해 새로운 보건의료 수요를 창출한다는 것이다.

나아가 의료시장의 글로벌 경쟁력을 제고해 해외 보건의료서비스 수요를 국내시장에 흡수해 시장을 확대한다는 점도 강조하고 있다.

그러나 시민단체에서는 경제, 산업적 효과가 발생할 것인가에 대해 긍정적이지 않으며, 오히려 낭비적 의료비 지출이 확대될 가능성이 크다는 주장을 내세우고 있다.

이들은 ‘국민건강관리사업을 강화하기 위해서는 국가 보건소의 역할을 강화해야 하는데, 이를 민간에 넘기는 건강관리서비스법은 국민의 건강복지를 위한 정책이 아니라 보건서비스 산업화를 위한 경제 정책의 일환’이라고 주장하고 있다.

‘전 국민의 만성질환 예방을 위한 건강관리를 올바르게 제도화 하는 것’이란 말은 명분을 의식한 수사에 불과하다는 것이다.

### 4) 의료의 공공성 논란

건강권 보장이라 함은 개인이 성취 가능한 최고의 건강수준을 누릴 수 있는 기회를 차별 없이 평등하게 보장하는 것이다.

하지만 이러한 기회를 시장에 맡긴다는 것은 질병과 건강문제의 발생, 그것의 변화에 대한 책임을 모두 개인에게 전가한다는 것이며, 이는 국가와 공공의 책임을 방기한 일종의 ‘위험의 사유화(privatization of risk)’ 전략이라 할 수 있다.

현재의 상업성에도 불구하고 보건의료서비스가 공공재라는 인식만큼은 많은 사람들이 공유하고 있다. 하지만 건강관리영역을 분리하여 시장에 맡겨 버리는 것은 전반적인 보건의료서비스 부문에서 공공성의 후퇴를 가져올 수밖에 없다.

이미 ‘보건의료기본법’과 ‘국민건강증진법’에 의해 ‘평생국민건강관리’나 ‘건강관리서비스’가 정부와 지방자치단체의 의무로 규정되어 있음에도 불구하고 이를 민간 시장에 이관한다는 것은 사업의 효과성을 떠나 국가의 책임성과 공공성이라는 원칙을 위배하는 것이라 할 수 있다.

지금까지 각 지방자치단체는 ‘건강도시’ 등 건강관리사업과 관련한 사업에 관심을 보였지만, 이러한 서비스가 시장화되고 공공프로그램의 대상이 저소득층에게만 한정되는 경우 전반적인 지원과 관심이 저하될 것은 물론 보건소 등 공공기관의 서비스 제공 역

량 자체가 퇴화될 가능성이 매우 높다. 이미 일부 보건소에서는 민간기관에 관련 프로그램을 위탁하는 방식을 채택하고 있다.

이러한 상황은 공공서비스의 질 저하, 그에 따른 근로자들을 포함한 지역주민들의 만족도 및 지지 감소, 재정 및 인력 감축, 그로 인한 서비스의 질 저하라는 악순환으로 이어질 가능성이 높다.

이렇게 공공프로그램이 축소되는 상황에서 민간시장도 발달하기 어려운 취약지역의 경우, 새로운 사각지대가 형성되고 지역적 격차가 심화될 가능성도 배제하기 어렵다. 또한 국민건강보험의 경우 ‘예방’ 과 ‘건강관리’ 는 제외된 반쪽짜리 ‘질병’ 보험으로 전락하게 될 가능성이 높아진다.

건강관리서비스가 ‘건강보험 비급여서비스’의 창구로 활용될 경우, 건강보험 보장성 확대의 걸림돌로 작용할 수 있으며, 이는 국민건강보험에 대한 국민들의 지지 축소로 이어질 수 있다. 더구나 민간보험에서 급여를 실시한다면 저소득층 이용자들의 불만은 훨씬 심화될 것이며, 이는 국민건강보험의 약화로 연결될 수 있음을 고려해야 한다.

건강관리서비스의 취지가 가지는 보건학적 문제점은 첫째, 건강결정요인의 폭넓은 스펙트럼을 개인의 생활습관 문제로 협소화시켰다는 점, 둘째, 그러한 행태에 영향

을 미치는 사회구조적 조건을 도외시한 채 건강관리에 대한 개인의 책임성을 강조한다는 점, 셋째, 임의적 구분을 통해 서비스를 분절화 시키고 보건의료체계의 혼란과 건강자원의 낭비를 초래한다는 점을 들 수 있다.

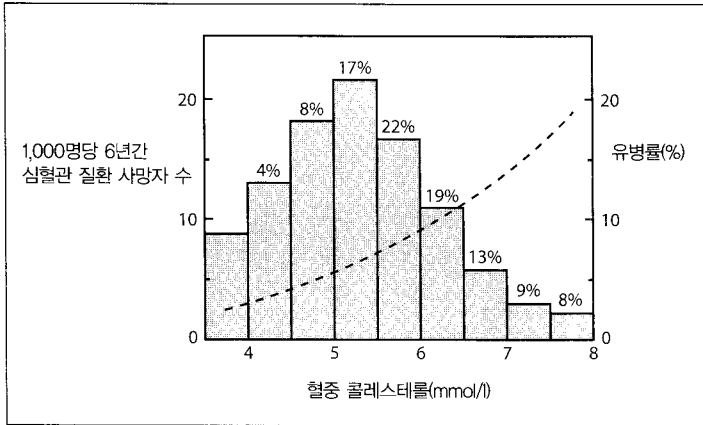
##### 5) 고위험 접근법 VS 인구집단 접근법

건강관리서비스는 지역사회 주민이나 300인 이하의 중소기업장 근로자 등과 같은 인구집단을 대상으로 하는 것이 아니라 일정한 정도의 건강주의를 필요로 하는 ‘개인별로 접근하는’ 서비스 방식으로 전환하는 것을 의미한다.

개인형태 중심의 접근법은 보건학적으로 타당하지 않다. 세계 여러 나라의 경험을 통해 보더라도 보건교육이나 건강 상담에 의한 개인의 행태 교정효과는 그리 크지 않다. 또한 대부분의 건강행태가 사회적으로 유형화되고 사회경제적 수준에 따라 다르게 나타난다는 점을 감안하면 ‘개인’이 아니라 ‘인구집단’을 대상으로 하는 사업이 더욱 요구된다고 할 수 있다.

또한 고위험군을 선별하여 표적으로 삼는 방식은 제한성이 있다.

이는 ‘작은 위험에 노출된 많은 사람들이 고위험에 노출된 소수의 사람들에 비해 훨씬



〈그림 1〉 혈중 콜레스테롤 수준과 사망자 분포(Rose, 1992)

망자 중에서 고지혈증인 사람이 차지하는 비율은 그리 높지 않다. 오히려 콜레스테롤이 평균 혹은 그보다 약간 높은 군에서 심혈관질환의 발생규모가 훨씬 큰 것을 확인할 수 있다. 비교위험도는 낮지만 절대 규모가 크기 때문이다(Rose, 1992).

‘많은 관리효과를 만들어낸다’는 표현으로 요약될 수 있으며, 역학적 측면에서 비교위험도가 아닌 지역사회 기여위험도 개념으로 이해할 수 있다.

전 세계적으로 여러 사례를 살펴보다도 고위험군 접근법에 비해 인구집단 전체에 대한 접근법이 갖는 예방의 잠재력이 훨씬 크다는 점을 지지하고 있다.

〈그림 1〉은 혈중 콜레스테롤 농도 분포와 각 수준에서의 심혈관질환 사망자 분포를 나타낸다.

점선으로 나타낸 곡선이 보여주듯, 콜레스테롤 수준이 높아질수록 심혈관질환으로 사망할 가능성은 급격히 높아진다. 하지만 다행스럽게도 콜레스테롤 수준이 매우 높은 사람들은 그리 많지 않다.

그러다보니 전체 심혈관질환으로 인한 사

한 실증적 연구에 따르면 전 세계적으로 널리 활용되

고 있는 Framingham 심혈관예측지수가 30% 이상인 고위험군을 대상으로 열심히 약물예방치료까지 시행했을 때 심혈관질환 발생 규모가 11% 감소하는 데 반해, 인구집단의 평균 혈압과 콜레스테롤을 평균 5% (혈압 7 mmHg, 콜레스테롤 5.4 mg/dL)만 하향 이동시키면 심혈관질환 발생 규모를 26%나 줄일 수 있는 것으로 추정되었다.

이는 고위험 접근법에 비해 인구집단 접근법이 갖는 예방사업의 잠재력을 잘 드러낸다.

하지만 무엇보다 중요한 점은 건강을 누릴 수 있는 기회가 구매력에 따라 보장되는 ‘상품’이 아니라, 누구에게나 보장되어야 하는 국민의 기본권이라는 사실을 부정했다는 것이다. 건강행동의 책임은 개인에게 있겠지만, 개인들이 그러한 선택을 할 수 있는

기회를 만들고 환경을 조성하는 책임은 분명히 국가에 있다.

## 정부의 건강관리서비스 관련 추진 경과

### 1) 국민의 정부 (1998-2002)

국민의 정부에서는 현 정부의 건강관리서비스와 유사한 개념으로 건강증진, 고혈압, 당뇨병 관리, 건강생활 등의 용어를 사용했고, 그 중 좁은 의미의 건강관리 개념인 질병관리에 주목했다. 하지만 집권 말기에는 보건소 중심의 질병관리 사업에서 지역사회 중심의 건강생활실천사업으로 방향을 전환하였다. 관련사업의 시장화, 산업화 경향은 보이지 않았다.

\*1998. 10. : 9개 보건소에서 건강증진사업(질병관리 프로그램) 시작 → 18개 보건소 확대

\*2000- : 보건소 중심 고혈압, 당뇨병 관리 시범사업 추진

\*2002. 10- : 지역사회 건강생활실천사업(금연, 운동, 영양, 절주 등) 시작

### 2) 참여정부 (2003-2007)

이전 정부와 비슷하게 건강생활실천, 고혈압, 당뇨병 관리, 건강행태 개선 등의 용어를 사용했고, 지역사회와 보건소 중심의

공공프로그램들로 확장했다. 특히 건강생활실천사업 개념을 정립하면서 건강증진 영역이 국가 필수사업이라는 것을 밝힌 바 있다.

\*2003- : 지역중심 건강생활실천사업 100개 보건소로 확대(2004년, 156개 → 2005년, 246개), 보건소 중심 고혈압, 당뇨병 관리사업 전국 단위 확대

\*2006- : 뇌·심혈관계 질환과 고혈압, 당뇨병에 대한 포괄적 예방관리 대책 추진

\*2008- : 지역특화 건강행태개선사업 시작

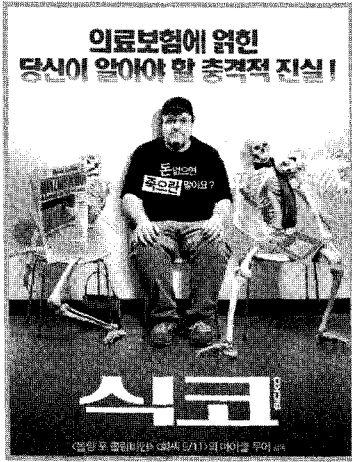
### 3) 현 정부

2008년 정부는 '건강관리서비스'를 '광의적으로 개인생활습관 개선을 통해 건강행태를 습득하게 하여 최적의 건강을 획득하게 하는 서비스'로 정의하고, 종래의 집단적 정보 제공과 보건교육에서 벗어나 개인적 접근법 영역에 해당하는 서비스, 즉 '개인 맞춤형 제공서비스'라고 밝혔다.

또한 구체적으로 주로 흡연, 음주, 운동, 영양, 비만 관련 영역에서 제공하는 서비스라고 밝혔다.

한국보건산업진흥원에서는 '의료서비스'와 구별되는 '건강관리서비스' 영역이 별도의 산업으로 존재할 수 있다고 평가하면서 미래국가 신성장동력사업으로서 잠재력을 극대화할 필요가 있다고 주장했다.





미국은 국내총생산(GDP)의 16%를 국민의료비로 사용하면서도 국가의료제도의 성과는 경제협력개발기구 국가들 중 거의 꼴찌 수준이다.

높은 의료비는 미국 기업의 경쟁력에 엄청나게 나쁜 영향을 미치고 있는데, 결과적으로 미국의 의료체계는 보험회사, 제약회사, 일부 의료자본을 제외한 미국 전체에 막대한 손해를 입히는 것으로 나타나고 있다.

지금까지 몇 차례 개혁의 시도가 있었으나 번번이 실패하였다. 이러한 사실은 이미 거대자본과 시장이 지배하는 미국의 시장주의 의료제도는 '혁명에 준하는 상황'이 전개되지 않고서는 유럽형의 공적 의료보장 제도로 개혁되기가 사실상 불가능하다는 것을 보여주고 있다.

### 건강관리서비스의 성공적 모델?

현 정부는 건강관리서비스 도입이나 제도 설계에 대한 정당성을 확보하기 위해 해외 사례들을 발표하고 있다.

그러나 전국민 보험제도가 없고 민간보험 중심의 시장경제 시스템을 갖춘 미국의 경우를 제외하고는 일본과 호주 모두 건강관리서비스의 재원 조달과 서비스 제공측면에서 공공의 비중이 현저하게 높은 것으로 나타났다.

미국의 경우는 국민의료비 비중이 국내 총생산의 16%를 넘는 대표적으로 비효율적 보건의료체계로 이미 널리 인정되고 있는 바, '고령화시대를 맞이한 의료비 절감'을 명분으로 한 제도 도입의 취지를 달성하기

는 어려워 보인다.

일본의 경우는 건강검진과 건강관리제도 전반의 관리운영을 국민건강보험공단이 맡고, 재원은 국민건강보험에서 조달하며, 서비스 제공은 병·의원을 주축으로 하되 일부 민간기관에게도 허용될 수 있도록 하는 방식이다.

또한 호주의 경우는 일차의료 강화라는 개혁과제를 수행하면서 동시에 매년 건강검진을 시행하고 1차 진료 의사에게 생활습관을 평가하도록 하여 주치의가 두 가지 결정에 근거하여 생활습관 개선처방을 내리도록 하는 시스템이 중심이 되고 있다. 최근 우리가 도입한 생애전환기 검진제도는 호주의 건강관리체계를 벤치마킹한 것이다. 일본과 호

주의 경우는 현 정부가 추진하고 있는 건강관리서비스 산업 활성화와는 거리가 멀다.

복지부는 이와 관련하여 '건강관리서비스에 건강보험 급여를 적용하는 것은 장기적으로 볼 때 바람직한 방향' 이라고 인정하면서도 '건강관리서비스를 급여화하는 것은 현실적으로 어려움이 있다'며 '건강보험료 인상 등 재원확보 방안이 마련되어야 하기 때문' 이라고 입장을 거듭 밝히고 있다.

이는 건강관리서비스를 국가와 지방자치단체가 전 국민을 대상으로 수행하는 의무적 서비스로 보게 된다면 건강보험 급여화가 가능하게 된다. 그러나 '건강관리서비스'를 인구집단을 대상으로 하는 사업이 아닌 개인화된 서비스로 전환시켜 비용을 부담하게 한 정부의 방식에 대해서는 그에 대한 근본적인 문제가 제기될 필요가 있다.

### 건강관리서비스의 시장화가 초래할 수 있는 문제점은?

첫째, 병·의원 등의 의료기관이 건강관리서비스를 수행하게 되면 사실상 환자를 생산하고 공급하는 역할을 하게 될 것이다. 고객들의 건강정보를 확보하게 됨에 따라 건강관리를 명분으로 의료 이용을 하도록 적극 유도하게 될 것이다.

이렇게 되면 필요 이상으로 많은 근로자들이 병원을 자주 이용하게 될 뿐만 아니라 그로 인해 기업과 근로자 개인의 의료비 부담이 크게 늘어나게 될 것이다.

둘째, 민간보험회사와 같은 기업이 건강관리서비스를 하게 되면, 민간보험 가입 여부와 연관 지어 가족 중 유전적 질병이 있는 근로자, 몸이 너무 마르거나 뚱뚱한 근로자, 담배를 끊지 못하는 근로자, 건강진단 결과에서 여러 가지 심각한 건강문제가 나타나는 근로자와 같이 병원을 자주 이용할 가능성이 높아서 보험회사에 경제적 부담을 가중시킬 우려가 높은 건강위험 정도가 높은 근로자 등은 민간보험 가입에서 원천적으로 배제될 가능성이 높아진다.

셋째, 근로자의 건강검진 결과가 유출될 우려가 높아진다. 민간회사가 건강관리업무를 맡게 되면, 근로자의 건강검진 정보와 질병정보를 적극적으로 수집하려 들게 된다. 그렇게 되면 민간회사는 근로자들에게 과장된 건강위험을 퍼뜨리면서 이를 돈벌이 수단으로 적극 활용하게 될 것이다.

넷째, 정부는 그동안 보건소에서 수행해 왔던 건강증진 프로그램 및 사업을 점점 줄여나갈 것이다. 그리고 이와 관련한 정부예산을 감소시킬 것입니다.

실례로 지난 연말 보건소 금연클리닉의

폐지와 금연진료의 민간 병·의원 위탁을 정책안으로 확정했던 정부는 그동안 국민건강증진기금에서 지원하던 보건소 금연클리닉 예산 166억 원을 전액 삭감한 바 있다.

결과적으로 보건소와 국민건강보험공단에서 진행해 왔던 건강관리사업은 크게 위축될 것으로 보인다. 마찬가지로 그동안 고용부가 중점적으로 추진해왔던 공단지역의 근로자 보건소라고 일컬어지는 지역산업보건센터의 확산도 벽에 부딪칠 것으로 예상된다.

다섯째, 경제적으로 부유한 사람들은 자기들만이 이용할 수 있는 별도의 건강관리회사가 생겨날 것이며, 가난한 사람들은 수준이 낮은 건강관리회사나 보건소에 자신들의 건강관리를 맡기게 될 것이다.

이를 통해 전 국민의 건강관리마저 양극화되는 결과를 낳게 될 것이다. 즉 빈곤 근로자층의 건강불평등이 심화될 것이다.

## 마치면서

건강관리서비스 법안에 따르면 일정한 시설, 장비 및 인력을 갖추고 기초자치단체의 개설허가만 받으면 개인이나 법인, 의료인이나 비의료인, 영리와 비영리를 가리지 않고 누구나 건강관리서비스 제공기관을 개설

할 수 있다.

또한 일정한 교육을 통해 형성된 ‘건강관리서비스 요원’이 서비스를 제공할 수 있기 때문에 의사, 간호사가 아닌 비(非)의료인도 의료서비스를 제공할 수 있다. 건강관리서비스에 대한 통제기전이 거의 없는 상황에서 건강관리서비스는 돈벌이의 수단이 될 가능성이 매우 높으며 서비스의 질을 일정 수준 이상으로 유지하기도 어렵다.

더 큰 문제는 건강보험에서 제공받을 수 있는 치료행위를 제외한 모든 건강관리서비스의 비용을 개인들이 전적으로 부담해야 한다는 점이다. 서비스의 질은 기관에 따라 천차만별이 되고, 그 이용은 경제력에 따라 나뉘 수밖에 없는 상황에서 돈 많은 사람들만 좋은 치료를 받을 수 있고, 그렇지 못한 취약계층은 질 낮은 건강관리서비스를 받을 것이 우려된다.

하물며 영세사업장의 사업주가 근로자들의 건강관리를 위해 구매할 수 있는 건강관리서비스는 찾기 어려워질 수 있으며 설령 존재한다고 하더라도 양질의 건강관리서비스를 기대하기는 불가능해질 수 있다.

이는 지금과 같이 고용부가 운영해 온 (산업의학)의사, 간호사 인력에 의한 영세사업장 대상의 보건관리대행서비스는 더 이상 지

속되기 어려울 수도 있다는 것을 의미한다.

정부는 이에 대해 다양한 가격대의 다양한 서비스가 생겨 중산층과 서민층도 이용할 수 있다고 반박하고 있다. 하지만 정부의 이런 낙관은 기대에 불과하다.

돈별이가 목적이 된 상황에서 '다양한 가격대의 다양한 서비스'가 의미하는 것은 결국 '돈 있으면 고급 서비스, 돈 없으면 저질 서비스'를 의미하기 때문이다. 돈 내는 만큼 건강관리 수준이 달라지게 되고 이에 따라 건강수준의 양극화가 심화될 가능성이 크다.

이 경우 상품구매력이 높은 대기업과 그렇지 않은 영세사업장의 사업주가 각자의 근로자들에게 제공해 줄 수 있는 건강관리 서비스의 질적 차별화와 그에 따른 건강 양극화 현상까지도 크게 우려되는 부분이다.

소득수준에 따른 건강양극화는 지역양극화로 나타날 가능성도 있다. 영세 농가가 밀집해 있는 농촌지역, 영세 사업장이 밀집해

있는 공단지역에 사는 주민들은 대부분이 비슷한 소득 수준과 환경에 처해 있고, 건강상의 문제들도 비슷하기 마련이다.

이들처럼 영세한 살림살이 규모에 일상적인 건강관리를 받을 수 없는 지역에 양질의 서비스를 제공하는 건강관리회사들이 들어갈 가능성은 거의 없다.

현 정부가 추진하고 있는 건강관리서비스는 결코 근로자들의 건강을 증진시킬 수 있는 방법이 되지 못한다.

오히려 그나마 정부(고용부)에서 보장해 오고 있는 기존의 중소·영세사업장 근로자 대상의 보건관리(대행)서비스 제공체계를 왜곡시킬 뿐 더러 근로자 계층 간의 건강형평성을 더욱 악화시킬 가능성이 크다.

정부가 추진하는 건강관리서비스 법안에 대응하여 근로자 계층의 건강불평등의 원인과 실체를 찾고 이를 해결하기 위한 진정한 대안을 찾는 작업이 절실히 요구되는 시점이다. ☞