

의료보험과 보건교육

이 규 식 · 홍 상 진

(연세대학교 보건과학대학 보건행정학과 교수)

(한국의료관리연구원 연구원)

목 차

I. 보건문제의 변화와 의료보험의 한계	IV. 의료보험에서의 보건교육
II. 건강증진과 보건교육의 역할	V 의료보험에서 보건교육의 과제
III. 의료보험에서 보건교육을 담당해야 하는 타당성	참고문헌

I. 보건문제의 변화와 의료보험의 한계

전염성질환이 집단으로 발생하던 1900년대 이전과 달리 1900년대 이후에는 개인적 차원에서 전염성질환이 발생하였다. 즉 19세기 Koch나 Pasteur 등에 의한 세균설의 제시로 시작되어 약의 발명, 1928년 Flemming에 의한 페니실린의 발견, 그리고 의과대학의 개설 등이 어우러져서 1940년대에는 항생제의 개발과 함께 의학의 급속한 발전을 이룩하여 그동안 인간의 건강과 생명을 위협하던 이러한 전염성질환도 퇴치가 가능하게 되었다. 특히 2차 대전 당시 전쟁으로 인한 부상병 및 질병치료를 위한 노력의 투입이 의료분야의 기술혁신에도 크게 기여하여 전염성질환의 퇴치로 연결되었다. 그러나 급성 전염성질환의 퇴치로 인간의 수명이 연장됨에 따라 오늘날 현대인들은 만성퇴행성질환이라는 또다른 보건의료문제에 직면하고 있다(Strauss and Corbin, 1988, pp. 9-11).

이와같은 만성퇴행성질환은 우선 전염성질환이나 기생충 질환과는 달리 현재 유효한 형태로 간직되어 있으며 언제 그러한 질환이 발병했는지에 대한 정확한 발병 시기를 모르고 현재의 의학기술 수준으로는 완치가 불가

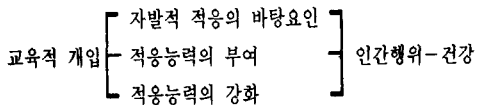
능하며 질병의 특성상 응급을 요하여 재원치료를 필요로 한다기 보다는 가정에서의 관리가 가능하다는 특징이 있다(Strauss and Corbin, 1988, pp. 4-6). 따라서 만성 퇴행성질환은 병의원이 아닌 다른 체계의 관리가 필요하다고 하겠다.

그런데 불행하게도 오늘날 각국의 의료체계는 그 골격이 2차대전 이전에 급성질환이 중심적인 보건문제로 대두될 때 이를 극복하기 위해 형성되어 발전되어 왔던 관계로 단기적이고 단절적인 성격으로 되어왔다. 그리고 의료보험 역시 이러한 시대에 확립되었던 관계로 치료 중심에서 벗어나지 못하고 있다. 물론 의료보험이 초기 단계인 2차 세계대전 이전에는 질병으로 일을 못하여 소득이 중단되는데 대한 대비로 상병수당을 보험급여의 주 대상으로 하였던 것이 2차대전 전후 의료비가 급격히 증가하자 상병수당보다는 치료비를 주로 부담해주는 요양급여(service benefit) 중심으로 변천하여 왔다. 그러나 현재의 상병구조가 만성퇴행성질환 중심인데도 의료보험제도도 아직도 치료중심에서 벗어나지 못하고 있음은 의료보험제도가 갖는 한계점의 하나라 하겠다. 즉 의료보험제도가 장기적이고 지속적인 건강관리 보다는 환자 개개인의 진료서비스에 대한 비용상환에 더욱 초점을

들에 따라 병의 원인적 요인을 방지해야 하는 만성병의 관리와는 의료체계가 맞지 않게 되었고(Torrens, 1988, p. 8), 특히 의료보험제도가 예방이나 보건교육 등에 인센티브를 주지 못하여 의료비 지출의 증가가 건강수준의 향상에는 크게 기여하지 못한다는 문제점을 남기게 되었다.

II. 건강증진과 보건교육의 역할

보건교육에 대하여 Green(1980)은 건강에 도움이 되는 개인적 또는 집단적 인간행위의 자발적 적응의 바탕을 만들어 내고 적응능력을 부여하고, 적응을 강화시키도록 고안된 학습경험의 총합으로 정의하였다.



Griffiths(1972)는 보건교육을 최적의 건강을 유지하는데 필요한 건강습관에 관하여 이미 알려진 것과 더 밝혀져야 할 것 간의 격차를 좁혀나가는 노력으로 정의하였으며 Simonds(1976)은 개인과 집단 및 대규모 인구집단의 현재와 미래의 건강수준이 향상되도록 행위의 변화를 가져오는 것이라고 하였다. 결국 보건교육이란 개인과 집단의 건강을 유지하고 증진하는 데 필요한 지식을 학습함으로써 사람들로 하여금 올바른 건강태도를 가지고 바람직한 건강습관에 따라 행동하도록 하는 모든 활동을 포함한다고 할 것이다.

인간의 건강을 증진시키는데는 여러가지 다양한 방법들이 있을 수 있겠다. Feldstein(1988)은 질병에 이환된 환자에 대한 의료서비스의 제공이나 의학연구를 통해 질병의 극복방법을 찾아내거나 환경보건 프로그램을 통해 공해를 관리하거나 보건교육을 통하여 생활관습 자체를 변화 개선시키는 것과 함께 영양상태를 적정화시키는 것 등을 제시하고 있다.

이와 같은 여러가지 요인 중에서 보건교육이 의료서비스의 이용이나 의료비 지출의 증가에 비해 건강수준을 향상시키는데 보다 크게 기여한다는 내용의 결과가 그동안 여러 연구자들에 의해 보고되었다. <표 1>은 Auster 등(1969)에 의한 것으로 사망을 저하에 미치는 각 요

표 1. 사망을 저하와 다음 각 요인간의 탄력성

1% 증가	사망율의 %변화
의료비 증가	0.1% 감소
담배소비량 증가	0.1% 증가
소득 증가	0.2% 증가
교육비 증가	0.2% 감소

자료 : Auster R., I. Leveson and D. Sarachek, "The Production of Health, an Exploratory Study," *Journal of Human Resources*. Vol. IV, 1969.

인들의 영향 정도를 나타낸 것이다. 제시된 자료에 의하면 교육비를 1% 증가시키는 것이 의료비를 1% 증가시키는 것보다 사망율을 두배 감소시키는 것을 알 수 있다. Grossman(1972)은 교육이 건강수준 향상에 가장 큰 역할을 하는 이유로 교육이 건강을 생산하는 효율성을 제고시키기 때문이라고 하였다.

이와 함께 상기한 표에서 나타난 특이한 점으로 소득의 증가 결과 사망율이 증가하였다는 점이다. 일반적으로 소득증가로 인한 생활시설과 환경수준의 향상은 사망율 감소효과를 초래하는 반면 생활수준의 향상으로 과잉 영양섭취나 소득을 증대시키기 위한 경제활동이 주는 스트레스의 증가 등 선진국에서 나타나고 있는 이와같은 현상은 반대로 사망율의 증가를 초래하는 것이다. 따라서 소득 증가는 사망율의 증감효과를 모두 가지고 있다고 할 수 있다. Benham 등(1975)은 의료이용의 증가가 건강수준 향상에 크게 기여치 못하였다고 주장하였으며 Fuchs(1974)는 건강에의 영향은 인간행위와 관련되는 요인이 가장 중요하다고 주장하였다. 한편 RAND Study (RAND Health Experiments Study, Brook 1983)에 따르면 의료이용과 건강증진 간에는 큰 상관성이 없으며 따라서 의료보험에서 본인부담금(Coinsurance) 제도를 도입하여 의료수요를 억제시켜도 의료보험 가입자들의 건강수준을 악화시키지 않음을 보고하였다.

기존의 연구결과를 종합하여 볼 때 인구집단의 건강을 증진시키는데는 의료이용의 증가보다는 보건교육을 통한 생활관습(life style)의 변화가 더 효과적이고 중요하다는 것을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 세계 각국의 의료비 증가율이 국민소득 증가율을 상회하고 있는 이유는 의료체계가 예방적 활동보다는 임상적인 치료활동에 더

비중을 두고 있으며 의료수가내역에서도 예방적 서비스에 대한 보상이 없거나 아주 제한적이기 때문이다.

오늘날 선진국에서의 주요 사망원인을 살펴보면 감염성질환이 급격히 감소하고 뇌졸중, 암, 당뇨병, 심장병 등의 만성퇴행성질환의 급격한 증가와 사고나 상해로 인한 것 등이 있다. 오늘날 이러한 질병이 만연하는 이유로 평균수명의 증가 및 노인인구의 증가로 노화과정과 더불어 신체기능의 저하와 질병에 대한 저항력 자체의 감소, 문명의 발달과 산업화로 인한 생활관습과 환경의 변화를 들 수 있으며 이러한 질병이 사회적 의학적으로 미치는 영향을 고려해 볼 때 생활관습의 변화를 유도하여 질병을 사전에 예방하는 것이 매우 중요하다고 하겠다. 만성퇴행성질환의 대부분은 인간의 잘못된 습관이나 행위가 원인이 되는 것으로 인간의 행위를 올바르게 이끌도록 유도하고 교육함으로써 이와 같은 질환을 예방할 수 있을 것이다.

<표 2>는 미국의 10대 사인과 이러한 질병을 초래하는 위험요인 및 결정적 행위요인으로 작용하는 인간행위요인을 제시한 것으로 인간의 행위가 질병에 얼마나 많은 연관성을 끼치고 있는가를 알 수 있다. 여기서 주목할 것은 위험요인을 초래하는 인간의 행위가 두가지 이상 복합될 때는 단일요인에 의해 초래되는 위험들을 단순히 합한 것보다 더 큰 상승효과를 일으켜 위험율이 높아진다는 사실이다(Kannel et al, 1984).

III. 의료보험에서 보건교육을 담당해야 하는 타당성

아직도 의료보험계의 일각에서는 보건교육을 의료보험 사업의 범위에 포함시킬 것인가에 대한 논쟁이 끊이지 않는 실정이다. 그 결과 보건교육에 의하여 예견되는 효과성에도 불구하고 의료보험사업에서 보건교육이 차지하는 비중은 미약한 수준에 머물러 있는 것도 사실이다. 의료보험의 범위를 소득보장설의 입장에서 볼 경우 의료보험은 질병으로 인한 소득상실에 대비하는 역할만 해야하기 때문에 보건교육은 의료보험의 영역밖에 있는 것으로 이 경우 보건교육은 국가의 공공보건사업의 영역에 속하게 된다. 반면에 의료보험의 범위를 의료보장설의 입장에서 볼 경우 포괄적인 의료서비스(예방, 치료, 재활)에 의한 건강보장이 의료보험의 영역이므로 보건

표 2. 미국의 10대 사인(1985)과 행위 및 생리적 위험요인

10대 사인	행위 및 생리적 위험 요인	생리적 위험요인에 대한 결정적 행위요인
1. 심장질환	흡 연 육체적 비활동 피임약 고혈압콜레스테롤 비 만 고혈압 당 뇨	고지방 식사 고칼로리 식사 고염분 식사 고칼로리 식사
2. 악성신생물	흡 연 고지방 식사 저섬유질 식사	
3. 뇌혈관질환	고혈압 동맥경화	고염분 식사 고지방 식사
4. 불의의 사고	음 주 부주의한 운전 안전벨트 미착용	
5. 만성폐질환	흡 연	
6. 폐염 및 인프렌저	예방접종상태 예방접종상태 영양실조	예방접종여부 예방접종여부 부적절한 식사
7. 자살 및 타살	음 주 총기사용	
8. 당뇨병	비 만	고칼로리 식사
9. 만성간질환	음 주	
10. 동맥경화	흡 연 고혈당 콜레스테롤	고지방 식사

자료 : Green, L. W. and D. G. Simons-Morton, "Education Life-Style Determinants of Health and Disease," in *Oxford Textbook of Public Health*(2nd ed.), Vol, 1, Oxford University Press, 1991.

교육은 의료보험의 중요 영역이 되어야 하는 것이다. 그런데 사회보험제도가 등장될 초기단계에는 의료보험의 범위가 소득보장설에 한정되었으나 1942년 Beveridge

표 3. 질병으로 부터 건강을 지키기 위한 조치들의 단계

1차예방 Primary prevention	예방서비스 Preventive health service	1차진료 Primary care	2차진료 Secondary care
질병의 원인이 되는 요소들을 제거	질병을 찾아내고 예방 하는 적극적인 방법의 활용	통상적인 질병의 조기 진단과 치료	기술집약적인 진료(심장 수술, 이식, 특수 클리닉 운영 등)
보건교육 영양개선 환경위생개선	예방접종	조기진단 의원급서비스	재 활 2차 및 3차 병원서비스

보고서가 발표된 이후에는 포괄적인 의료보장으로 그 범위가 확대되고 있어 의료보험에서 보건교육을 담당해야 함은 당연하다고 하겠다.

사회보험으로서 의료보험의 범위에 관한 논쟁을 떠나서도 의료보험에서 보건교육을 담당해야 하는 이유는 다음과 같이 크게 두 가지로 설명될 수 있겠다.

첫째, 보건교육을 통해 만성퇴행성질환을 사전에 예방함으로써 보험재정을 절감할 수 있기 때문이다. 질병으로부터 건강을 지키기 위한 조치들을 단계적으로 살펴보면 <표 3>과 같다. 보건교육은 <표 3>이 제시하는 4가지 단계에 있어서 가장 선행적 단계이며 질병의 원인이 되는 요소들을 제거하는 것으로 그 중요성이 무엇보다도 강조된다. 특히 Goss(1985)는 고혈압 예방을 위하여 염분(鹽分)의 섭취량을 반감시키는 보건교육활동의 비용-편익분석을 시도한 바, 보건교육 캠페인을 통해 1인년(per life year)의 생명을 연장시키는데 소요되는 비용은 208 오스트랄리아 달러로 측정되었다. 이 액수는 Stason과 Weinstein(1977)이 미국에서 고혈압 환자에 대한 스크리닝과 약물치료 방법을 사용하여 1인년을 연장시키는데 드는 비용을 추계하면 인년당 9,520 혹은 20,620 오스트랄리아 달러가 소요되는 것으로 나타났다. 결국 비용편익 측면에서 볼 때 보건교육에 의한 방법이 스크리닝과 약물치료에 의한 방법보다도 46배에서 99배 정도 효과적인 것을 알 수 있다. 이상의 연구 결과를 토대로 할 때 1차 예방으로서의 보건교육이 비용절감적인 사업이 됨을 알 수 있으며, 의료보험에서 보건교육을 담당할 경우 보험재정은 장기적으로 크게 절감될 수 있을 것으로 보여진다.

둘째, 인구구조 및 상병구조의 변화를 들 수 있다. 20세기에 들어와 인간의 수명은 26년이나 늘었는데 이는 기원전 3천년, 즉 역사시대 이후 부터 19세기 말까지 연장된 평균수명과 맞먹는 것이다. 이러한 평균수명의 연장은 특히 선진국들에 있어서 노인인구의 절대적, 상대적 증가를 가져왔다. 이들 인구집단의 특징은 신체기능의 저하로 저항력의 감소와 청년기에 비해 더 높은 유병율과 치료기간 및 비용이 소모되어 소수의 노인인구가 국민의료비의 상당액을 소비하고 있는 실정이다. 따라서 질병이 발생하기 이전에 영양개선이나 건강한 생활관습의 이행, 보건교육, 환경개선 등의 적극적인 1차 예방활동을 전개하여야 할 것이다. 우리나라도 1970년의 경우 65세 이상의 노인인구가 전체인구에서 차지하는 비율은 3.3%에 불과했으나 오는 2000년에는 6.8%, 2020년에 가서는 전체인구의 12.5%를 차지할 전망이다. 이와 함께 상병구조도 영양실조와 전염병 등의 감염성질환이 급격한 감소를 보인 반면 성인병이라 불리는 만성퇴행성질환이 급격히 증가하고 있어 상병구조가 선진국의 형태를 따라가고 있는 실정이다(표 4).

노인인구의 비중이 증가하고 상병구조가 만성질환 중심으로 전환하고 있는 점을 염두에 둘 때 현재와 같은 급성질환에 대처하는 의료체계로는 의료비 절감에 효과적으로 대처할 수 없을 것이다. 이러한 점에서 질병의 원인이 되는 위험요소를 제거하는 보건교육과 같은 1차 예방활동이 의료보험의 주요 사업내용이 되어야 한다. 이러한 정책은 보험재정을 절감하고 궁극적으로 국민의료비를 절감시킬 수 있기 때문이다.

표 4. 주요국의 주요사인별 사망 비교

(인구 10만명당 사망수)

국가	한국	일본	중국	미국	영국	프랑스	스웨덴	소련
주요사인	('91)	('90)	('89)	('88)	('90)	('89)	('88)	('90)
감염성질환	14.4	9.8	23.0	12.8	4.9	12.1	8.3	16.6
(결핵)	11.0	3.0	12.6	0.8	0.7	1.8	0.6	7.8
악성신생물	105.3	177.2	112.5	197.8	280.8	246.8	240.0	166.6
(위암)	29.5	38.7	21.8	5.6	17.1	12.2	15.4	29.7
(간암)	23.7	14.6	20.4	1.4	1.3	5.3	3.6	-
(폐암)	15.2	29.7	22.1	54.7	68.4	38.5	32.2	35.7
(결장암)	2.3	12.6	6.8	19.6	22.7	20.2	20.5	8.1
당뇨병	12.4	7.7	5.1	16.4	14.8	11.8	17.4	6.3
순환기계질환	157.2	48.1	204.8	396.2	515.3	318.8	597.2	547.7
(뇌혈관질환)	72.6	99.4	112.0	61.0	133.1	90.4	115.9	188.5
(고혈압성질환)	29.9	7.5	7.3	12.9	6.3	10.9	5.1	7.8
(혈압성심질환)	11.6	41.9	33.2	207.7	295.3	89.5	332.8	286.1
만성간질환	28.8	13.7	10.8	10.9	6.3	18.7	7.2	-
손상 및 중독	85.8	45.3	56.3	62.9	37.1	85.8	62.1	113.1
(교통사고)	38.2	12.9	10.2	21.4	10.7	18.9	11.3	27.0
(타살)	1.7	0.6	2.0	9.0	0.7	1.1	1.3	11.1
(자살)	8.4	16.4	17.2	12.6	8.1	20.9	18.8	21.0

자료 : 1) WHO, 1990 세계보건통계연감, 1992

2) 1991, 사망원인통계연보 참조 p. 33

IV. 의료보험에서의 보건교육

의료보험에서 보건교육을 실시하는 법적근거로 의료보험법 제26조, 공교의료보험법 제26조(예방사업)을 들 수 있다(표 5). 이를 근거로 일부 의료보험조합에서 독자적으로 실시하던 보건예방사업에 대하여 보건사회부에서 '90년대 보건예방사업 실시지침(보사부 급여 31510-2860)'을 시달하고, 이어 의료보험연합회에서 '보건예방사업 실무편람(1990)'의 발간을 계기로 비로소 체계적인 보건예방사업이 시작되었다고 할 수 있다(김수춘, 이충섭 1990, p. 42).

상기한 법적근거 아래 의료보험관리공단(공교)와 의료보험연합회(직장)의 보건예방사업은 <표 6>, <표 7>과 같다. 직장 및 공교의료보험의 보건예방사업 중 공히 시행하고 있는 사업으로는 보건교육 및 홍보사업, 피보

표 5. 현행법규에 나타난 보건교육사업의 법적 근거

① 의료보험법
26조(예방사업 등)
: - 조합은 피보험자 및 피부양자의 건강의 유지 및 증진을 위하여 필요한 예방사업을 할 수 있다.
② 공교의료보험
26조(의료시설 및 복지시설)
: - 공단은 피보험자 및 피부양자의 질병 또는 부상의 요양과 건강의 유지 및 증진을 위하여 필요한 예방사업과 의료시설 및 복지시설을 설치 운영할 수 있다.

자료 : 1) 의료보험법

2) 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법

표 6. 보건예방사업 내용(직장)

사업 내용	대상자
보건교육 및 홍보사업	전 피보험자 및 피부양자
건강검진사업	피보험자
성인병예방사업	35세 이상 피보험자 및 피부양자
부인병예방사업	기혼여성 피보험자 및 피부양자
간염예방사업	피보험자 및 피부양자

자료: 연합회 1992년도 사업실적

표 7. 보건예방사업 내용(공교)

사업 내용	대상자
보건교육 및 홍보사업	전 피보험자 및 피부양자
건강검진사업	
피보험자 검진사업	피보험자
가족간염검사	간염항원보유자의 가족
암검진사업	희망자
피부양자검진사업	40세 이상 피부양자

자료: 질병예방사업의 개선방안, 공교 내부자료

협자 건강검진사업이 있다. 공교의 암검진사업은 희망자에 한하여 실비를 받아 시행하는 것이다. 보건예방사업에 투입되는 예산규모는 공교와 직장 모두 총예산의 3% 미만이다. 이를 금액으로 환산해 보면 1992년 기준 공교가 140억원, 직장이 354억원 수준이다(표 8). 한편 직장의 예방보건사업 실시현황은 교육홍보사업, 성인병 예방사업, 간염예방사업 순이었다(표 9). 비록 교육홍보사업에 대한 예산규모는 많지 않지만 총 153개 조합중 전체의 71%에 달하는 109개 조합에서 교육홍보사업을 실시하였다는 것은 보건교육과 홍보의 중요성을 어느정도 인식하고 있는 것을 나타내는 예가 될 것이다. 현재 보건교육과 관련하여 공단('90-'92)과 직장('92)의 사업실적을 살펴보면 <표 10>과 같다.

일본의 경우 1982년 노인보건법제정을 계기로 만성퇴행성질환의 관리를 위해 40세 이상의 국민에 대해 시, 정, 촌에서 보건교육, 건강진단, 기능훈련, 방문지도사업을 실시하고 있다. 사업은 건강진단을 제외하고는 주로 보건교육과 관련되는 내용으로 구성되어 있다.

의료비 증가에 대한 대책으로 후생성에서는 종래의 보건의료행정 중심에서 제 1차 예방(건강증진 및 보건

표 8. 보건예방사업에의 예산투여('92년)

	공교		직장	
	금액(백만원)	구성비(%)	금액(백만원)	구성비(%)
총예산	530,667	100.0	1,526,451	100.00
보건예방사업비	13,936	2.63	35,411	2.32
보건교육홍보	182	0.034	4,647	0.30
건강진단예방사업	13,754	2.59	30,764	2.01

자료: 1) 공단 사업예산서

2) 연합회 사업예산 보고현황자료

표 9. '92년 보건예방사업별 인원(직장)

사업내용	조합수	계획인원(천명)	실시인원(천명)	비율(%)
성인병	106	1,601	490	30.6
간염	82	2,093	1,079	51.6
교육·홍보	109			

자료: 연합회 내부자료

표 10. 보건교육 사업실적

구 분	사 업 명	사 업 내 역	
공 단	건강생활문고 발간	순환기계질환의 예방 및 관리 등 8종 직장인의 정신건강 등 5종 가정에서의 건강관리 등 5종	
	리 플릿	일상생활 중 건강유지 증진방법 치아건강, 감기의 예방관리 등 2종 약의 바른사용	
	시청각교재	만성퇴행성질환의 예방관리 등 7종 직장인의 건강관리 등 4종 심장질환의 예방 등 4종	
	전문인을 통한 보건교육	지부별 보건교육위원위촉 87명	
	건강가족찾기 캠페인	건강생활실천수기 공모 및 입상작 수상 수기모음 책자 발간 배포	
	직 장	교육자료 제작	
		건강문고	임신과 출산 건강한 어린이 장년의 건강 암의 예방
		소책자	1,705,453부
		팸플릿	795,164부
		포스타	92,198부
표어		38,410부	
현수막		164개	
비디오테이프		1종 1700조	
스티커		5000매	
건강인식도에 관한 설문조사		18회	
검진안내서 등 제작	성인병 및 간염검진 안내	2,186,782매	
	유소견자 안내	567,689부	
	교육실시	사업장근로자 교육 194회	
기 타	건강표어 공모	1회	
	건강가족 선정 및 표창	1회	

자료 : 1) 공단 사업예산서

2) 연합회 사업예산 보고현황자료

교육)과 제2차예방(예방접종, 조기발견)을 중시하는 쪽으로 정책방향을 전환하면서 1978년 '제1차 건강가꾸기 대책'을 발표하였다. 그 후 인구의 고령화와 생활방식의 변화에 따른 성인병의 증가와 의료비의 증가현

상이 심화되자 적당한 영양, 운동, 휴식 등 건강의 3요소를 갖춘 생활습관으로 개선시켜 나가고자 하는 기본정책을 갖고 제2차 건강가꾸기 운동을 전개하였다. 제2차 건강가꾸기 운동은 그동안 해오던 질병의 조기발견

이라는 '2차 예방'에서 한단계 더 나아가 보건교육, 건강증진을 위한 '1차 예방'에 중점을 두었다는 점과, 영양, 운동, 휴식 등 건강만들기 3요소의 균형을 갖춘

표 11. 건강가꾸기 운동의 중점사업 및 실천방안(일본)

1차 건강가꾸기 운동(1978년 후생성 발표)

생애를 통한 건강가꾸기 체계확립

: 모자건강확보를 위한 영유아 및 임산부 대상의 건강진단과 보건지도

가정부인 대상의 암 및 순환기 질환의 검진과 보건지도
직장인 대상의 결핵검진 및 정기건강진단

학생대상의 건강진단

노인대상의 건강상담, 가정방문간호 및 건강지도사업

건강가꾸기의 기반정보로서 인력과 시설을 정비

건강가꾸기의 계몽활동

: 전국규모의 계몽보급활동 전개

2차 건강가꾸기 운동(Active '80 Health Plan : 1988년 후생성 발표)

활력있는 장수사회의 건설

성인병의 예방

증대하는 의료비 억제

국민건강요구에 부응

사업실천방안

건강운동 지도자 양성

우량한 건강증진시설의 정비촉진

: 운동형시설, 온천이용형 장수마을 가꾸기,

질병예방운동 센터 등

운동시설의 이용촉진

: 보험조합과의 연계

운동을 통한 건강가꾸기 의식의 개발보급

: 운동학습의 보급, 운동보급추진원 등에 의한 지역

이벤트 실시

도도부현을 통한 시책의 전국적 전개

자료: 김수춘, 이충섭, 국민건강실천운동의 모형개발에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 1990

건강한 생활관습의 확립, 공적부문에 의한 건강만들기 대책과 더불어 민간부문의 적극적 참여를 특징으로 들 수 있다. 1차 및 2차 건강가꾸기 대책의 중점사업 및 실천방안은 <표 11>과 같다.

의료보험의 보건시설사업과 관련하여 일본에서는 보험자는 건강교육, 건강상담, 건강진단, 기타 피보험자의 건강증진을 위해 필요한 시설, 보험급여를 위해 필요한 시설, 피보험자의 요양을 위한 비용에 관계되는 자금의 대부 및 필요한 시설을 할 수 있도록 하고 있다. 이 규정에 따라 건강검진 센터, 직영진료소, 건강회복 증진을 위해 휴양(요양)소 등을 설치 운영하고 있다. 이 밖에도 의료보험의 건강증진사업과 관련하여 다음과 같은 사업을 진행하고 있다(표 12).

표 12. 건강증진사업(일본)

사업명	사업내역
- 피보험자의 바람직한 적정수진에 관한 책자	정수진을 위한 교육지도
정수진을 위한 교육지도	시청각교재의 작성
사업	다수진세대, 중복수진자 등의 생활지도
	수진 등에 즈음하여 필요한 지식, 정보의 제공
- 피보험자가 실천해야 할 건강관리 촉진에 관한 사업	건강관리 강좌의 개최
	건강상담
	건강체조의 보급
	건강안내서 배포
	건강수첩의 작성
	건강관리시설의 설치운영
	건강한 사람의 표창
- 피보험자에 대한 질병예방, 증중화방지에 관한 사업	성인병, 인프렌자, 충치의 예방
	중고령자 검진과 사후계속 관리
	기능회복훈련의 지도
	재택간호의 기술지도

자료: 김수춘, 이충섭, 국민건강실천운동의 모형개발에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 1990

표 13. 보건교육사업의 체계화 방안

기 본 방 향	구체적 실천방안
-홍보물이나 시청각자료 중심에서 발전되어야 함.	-살빼고 싶은 사람 교실
-특정 인구대상별 프로그램의 개발, 운영	-고혈압교실
	-이유식교실
	-치아건강교실
	-주민건강대회
	-다 수진자 보건상담사업
	-무 수진세대 포상실시 등
-노인재활사업도 포함하는 프로그램 운영	-노인건강 대회
	-와상노인 줄이기 운동 등
-보건교육사업 방안 마련을 위한 연구	-Macro 한 보건교육의 이념적이며 개념적 연구에서 탈피
	-소규모 프로그램이라도 실천적 방안을 제시하는 프로그램 개발연구
-보건시설의 확보	-예방보건사업과 의료시설과의 연계, 전문인력의 활용 가능
보험자 직영 의료시설 확보	
· 보험자 직영 건강시설 확보	-건강검진센터, 지역별 건강관리시설의 설치
· 보험자 직영 휴양시설 확보	

V. 의료보험에서 보건교육의 과제

앞으로 의료보험조직에서 보건교육을 제대로 실시하기 위한 정책과제는 다음과 같다.

첫째, 보사부 고위정책 결정자로 부터 의료보험조합이나 공단지부의 일선 실무자에 이르기까지 보건교육의 중요성에 대하여 인식하도록 하여야 한다. 보건교육이란 질병의 위험요인을 근원적으로 제거할 수 있는 영역으로 특히 만성퇴행성질환이 주류를 이루는 오늘날에는 보건교육활동을 통해 보험급여를 절감할 수 있다는 점을 인식시킬 필요가 있겠다.

둘째, 건강증진과 건강보호 등 보건교육에 대한 목표를 명확히 설정해야 한다. 국민의료비 절감과 같은 거시적 목표로 부터 일본의 건강가꾸기 운동에서와 같은 실천적 목표에 이르기까지 명확한 목표설정이 이루어져야 한다.

셋째, 보건교육 조직을 체계화 하여야 한다. 의료보험관리공단의 경우 본부에는 건강관리부 정도의 조직을 갖고 지부에도 하부조직을 갖추어야 하며, 의료보험연

합회의 경우 역시 건강관리부의 설치 및 각 조합에 보건교육을 담당할 조직을 갖추어야 한다.

넷째, 보건교육을 담당할 인력을 양성하여야 한다. 이를 위하여 시도급 인사는 해외로 파견하여 선진국에서 실시하고 있는 보건교육의 실태와 방안을 배우도록 하고 실무인력은 국내 보건계통 대학 졸업자로 충원 양성하여 보건교육의 전문인력을 배양하여야 한다.

다섯째, 보건교육 사업을 체계화 하여야 하는데 그 구체적인 방안은 다음과 같다(표 13).

여섯째, 보험제도 및 운영상의 개선이 이루어져야 한다. 정부의 획일적 운영을 탈피하고 보험자의 재정 및 보험관리방침에 따라 사업이 전개되어야 할 것이다. 따라서 필요할 경우 보험법의 개정도 이루어져야 할 것이다. 기존의 행위별 수가제 하에서는 진료중심의 의료서비스 전개가 불가피하다. 따라서 예방보건활동이 강화될 수 있도록 의료보험의 진료지불제도개선도 점진적으로 검토되어야 할 것이다.

일곱째, 보건교육의 효과에 대한 평가와 시범사업을

실시하여야 한다. 우리나라의 보건교육 역사는 그리 길지 않은 실정이므로 보건교육사업에 대한 기획과 평가 등에 관련된 연구가 활발하게 전개되지 못했다. 그러나 사업에 대한 정확한 평가 및 연구는 새로운 보건교육사업의 수행과 발전에 기본 전제가 되는 것으로 관련 학술단체의 연구활동에 대한 지속적인 지원과 함께 이들 단체와의 공동사업 추진 등 보건교육활성화를 위한 사업이 강구되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 김수춘, 이충섭, 국민건강실천운동의 모형개발에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 1990
2. 1991 사망원인통계연보, 대한통계협회, 1992
3. 1991 세계보건통계연감, 세계보건기구, 1992
4. 의료보험관리공단, 1992년도 의료보험사업보고, 1993
5. 의료보험관리공단, 질병예방사업의 개선방안, 1992
6. 의료보험연합회, 보건교육 및 홍보사업실무, 1991
7. 의료보험연합회, 직장의료보험조합 보건예방사업의 활성화 방안 연구, 1990
8. 의료보험연합회, 1992년 보건교육 사업실적, 의료보험연합회 내부자료, 1993
9. 이규식, 의료보험에서 보건교육의 역할 및 과제, 보건과학논집, 제2권, 1992
10. 이규식, 의료비 절감을 위한 보건의료정책의 우선순위, 의료보험, 통권 101호, 1990
11. Auster R., I. Leveson and D. Sarachek, "The Production of Health, an Exploratory Study," *Journal of Human Resources*, Vol. IV, 1969.
12. Benham L. and D. Benham, "The Impact of Incremental Medical Services on Health Status 1963-1970," in *Equity in Health Services : Empirical Analysis of Social Policy* edited by Anderson R., et al, Cambridge Mass : Balinger, 1975.
13. Brook R. H., et al, "Does Free Care Improve Adults' Health?" Results from a Randomized Controlled Trial," *New England Journal of Medicine*, Vol. 309 (23), 1983.
14. Feldstein P. J., *Health Care Economics* (3rd ed), Delmar Publishers Inc., 1988.
15. Fuchs V. R., *Who Shall Live ?* Basic Books Inc., 1974
16. Glanz K., et al, "The Scope of Health Education : Parameters of an Maturing Field," in *Health Behavior and Health Education*, edited by Glanz K., et al, Jossey-Bass, 1990.
17. Goss J., "The Economics of Reducing Hypertension Through Reduction of Sodium Intake," in *Economics and Health*, edited by J. R. G. Butler and D. P. Doessel, *Proceedings of the 7th Australian Conference of Health Economics*, Univ. of New South Wales, Kensington, 1985.
18. Green L. W., et al, *Health Education Planning : A Diagnostic Approach*, Mayfield, 1980.
19. Green L. W. and D. G. Simons-Morton, "Education Life-Style Determinants of Health and Disease," in *Oxford Textbook of Public Health*(2nd ed.), Vol. 1, Oxford University Press, 1991.
20. Griffiths W., "Health Education Definitions, Problems, and Philosophies," *Health Education Monographs*, Vol. 31, 1972.
21. Grossman M., "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *Journal of Political Economy*, Vol. 80(2), 1972, pp. 223-255.
22. Kannel W. B., et al, "Optimal Resources for Primary Prevention of Atherosclerotic Disease : Report of the Inter-Society Commission for Heart Disease Resources," *Circulation* 70, 155, 1984.
23. McLeroy K. R., D. Bibeau, A. Steckler and K. Glanz, "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs", *Health Education Quarterly*, Vol. 15, 1988, pp. 351-377.
24. Simonds S.K., "Health Education in the Mid-1970s : State of the Art," in *Preventive Medicine USA*, Prodist, 1976.
25. Strauss A. and J. M. Corbin, *Shapping A New Health Care Systems*, Jossey-Bass, 1988 Torrens P. R., "Historical Evolution and Overview of Health Services in the United States", in *Introduction to Health Services*(3rd ed.) edited by Williams and P. R. Torrens, Delmar Publishers Inc., 1988, pp. 3-31.

〈Abstract〉

Medical Insurance and Health Education

Kyu Sik Lee* and Sang Jin Hong**

(*Professor of Health Administration, Dep. of Social Science, Yonsei University)

(**Korea Institution of health Service Management)

Recently the structure of disease is changing its form into chronic disease. Taking into consideration this, the health care system doesn't cope with this tendency. With the health care system for acute disease, it is difficult to decrease medical care cost. At this point, Health education like primary health care can reduce risk factors and possibilities of occurrence of disease. This can cut off the medical insurance finance further more cuts off the rates of insurance cost. This is why health education is the principle part of medical insurance service. Though the law shows health education must be executed in the field of Medical insurance, still it is not enough. In order to carry out health education in the medical insurance organization, the efforts we should make are as follows :

1. Recognize the importance of health education.
2. Set the clear goals in health education.
3. Organize health education system.
4. Train health workers.
5. Systematize health education service.
6. Reform the medical insurance system.
7. Evaluate the effect of health education and practice the model.