

스위스의 건강투자정책과 사례: Health Promotion Switzerland의 활동을 중심으로

윤 강 재
한국보건사회연구원 선임연구원

1. 서론

참여정부는 정권 후반기의 사회정책 비전으로서 사회투자국가(Social Investment State)를 선언하고, 이를 달성하기 위한 4대 역점과제로서 아동투자 확대, 국민건강투자 확대, 노후투자 확대, 기타 과제를 선정하였다. 이 가운데 국민건강투자는 고령화·저출산, 만성질환 급증 등에 따른 보건의료정책의 패러다임 전환과 보건의료 분야 인적자원의 질적 수준 제고 및 국민의 건강수준 향상을 위한 국가의 책임과 역할 강화라는 측면을 배경으로 제기된 것이다.

건강투자정책의 목적, 즉, 국민의 기본적인 의료접근 달성이라는 과거의 목표에서 건강수명의 연장과 건강형평성의 제고라는 목표로 나아간 것은 진일보한 측면으로 평가된다. 그러나 건강투자정책은 최근에는 국민들에게 제시된 현재 진행형의 정책으로서, 과거의 각종 보건의료정책 및 국민건강증진정책과의 차별성과 목표, 정책의 추진방법, 성과 및 한계의 평가 등에 대

해서는 더 많은 논의가 필요한 실정이다.

본고는 건강투자정책과 관련된 해외사례로서 스위스의 건강투자정책을 살펴보고자 한다. 우선 스위스 건강투자정책의 배경으로서 현재 스위스 국민의 건강수준과 스위스 보건의료체계가 당면해 있는 과제를 살펴보고 건강투자정책 시행이 가지는 의미를 살펴보고자 한다. 또한 스위스의 건강투자정책을 주도적으로 수행하고 있는 HPS(Health Promotion Switzerland)의 활동을 살펴본 후, 이와 같은 스위스의 건강투자정책이 우리나라에 주는 정책적 함의에 대해 논하고자 한다.

2. 스위스 보건의료체계의 특징과 당면 과제

흔히 스위스 보건의료체계는 미국, 우리나라와 더불어 자유기업형 의료제도 또는 시장중심적 보건의료체계로 분류되는데, 이와 같은 체계



는 소비자와 공급자의 가격을 통한 선택권 보장, 자율과 경쟁, 정부의 개입 최소화를 특징으로 한다. 따라서 이와 같은 체계는 전반적으로 질높은 보건의료서비스가 제공된다는 장점과 함께 사회계층간 격차에 따른 접근성의 불형평성, 과잉진료, 보험회사의 역선택 등 단점도 가지는 것으로 평가된다.

가. 스위스 국민들의 건강수준

먼저 스위스 국민들의 전반적인 건강수준을 살펴보기로 한다. 높은 소득수준과 교육수준, 오랫동안 역사적으로 형성되어 온 사회연대성(solidarity)의 전통, 질높은 보건의료서비스는 스위스 국민으로 하여금 상당히 높은 수준의 건강을 누리게 하고 있다.

스위스 국민들의 2004년 현재 기대수명은 80.6세(남자 77.7세, 여자 83.3세)로서 OECD 회원국 가운데 일본을 제외하고는 가장 높은 수준이며, 건강수명 역시 73.2세(남자 71.1세, 여자 75.3세)에 달하고 있다. 또한 인구 1,000명당 사망률은 8.8명, 1,000명당 영아사망률 역시 4.5명 수준으로서 다른 나라에 비해 상당히 높은 건강수준에 있음을 알 수 있다.

스위스의 상황은 다른 유럽 국가들과 비교해 보아도 양호하다. 2000년에 OECD 유럽사무소가 평균수명과 영아사망률 등 13개 지표를 통하여 유럽 18개국의 건강수준을 비교한 자료에 따르면 스위스는 대부분의 지표에서 상위권을 차지하고 있으며, 10년 전에 비하여 1,000명당

영아사망률과 외부요인에 의한 상해 및 중독 항목을 제외한 전체 지표에서 향상된 결과를 보이고 있다. 이들 지표 중 평균수명과 65세 미만 인구의 뇌혈관질환 사망률은 유럽 국가 가운데 가장 좋으며, 심혈관질환과 암사망률, 자동차사고로 인한 사망률 등에서도 높은 순위이다(그림 1).

나. 스위스 보건의료의 당면 과제

앞서 살펴본 바와 같이 스위스 보건의료체계는 국민들의 건강수준을 개선하고 접근성을 강화하는 데 많은 기여를 하였다. 그러나 스위스 역시 대내외적인 환경변화로 인해 여러 가지 문제에 직면해 있는데, 이를 간략히 살펴보면 다음과 같다.

1) 인구고령화와 저출산

인구 고령화와 저출산 추세는 스위스 사회에 큰 부담이 되고 있다. 스위스의 65세 이상 인구 비율은 1994년 19.2%에서 2004년 21.4%로 증가하였으며, 이에 따른 부양비(Dependency Ratio) 역시 같은 기간 47에서 48로 증가하였다. 반대로 합계출산율(TFR: Total Fertility Rate)은 1.5에서 1.4로 감소하여 출산이 정체 내지 감소하고 있는 실정이다. 인구의 고령화와 저출산은 '부양받을' 인구는 많아지는데 반해 '부양을 담당할' 인구는 줄어드는 효과가 있기 때문에 장차 세대의 부담을 크게 하며, 생산가능인구가 감

그림 1. 유럽 18개국의 건강수준 현황과 비교

Switzerland relative to reference countries in 1980 ● and latest available year(1995-1999) ☺																							
	BEST								WORST								Reference countries						
	POSITION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Swi	Average	Min ^a	Max ^b
Life expectancy at birth(years)	☺				●															79.5	78.2	75.4	79.5
Infant mortality rate per 1000 live births		●						☺												4.0	5.3	3.8	7.6
Maternal mortality rate from all causes per 100000 live births ^c										☺										5.3	5.9	0.0	10.8
SDR ^d from cardiovascular diseases, age 0-64 years		☺																		37.0	19.3	34.1	73.1
SDR from ischaemic heart diseases, age 0-64 years				☺	●															18.5	25.0	12.7	47.7
SDR from cerebrovascular disease, age 0-64 years	☺																			5.4	9.2	5.4	20.3
SDR from cancer, age 0-64 years				☺				●												67.3	78.6	61.2	95.3
SDR from trachea/bronchitis/lung cancer, age 0-64 years					☺			●												14.6	17.3	11.3	24.6
SDR from cancer of the cervix among females aged 0-64 years				☺																1.2	2.0	0.7	3.8
SDR from breast cancer among females aged 0-64 years										☺	●									17.1	17.5	12.4	24.3
SDR from external causes of injury and poisoning												●						☺		57.8	41.0	28.2	73.5
SDR from motor vehicle traffic accidents				☺							●									6.6	10.2	3.4	20.1
SDR from suicide and self-inflicted injury												☺								17.1	11.1	3.5	23.3

☺ position improved 8 indicators ^a Lowest value observed among 18 reference countries
 ☺ position unchanged 3 indicators ^b Highest value observed among 18 reference countries
 ☺ position deteriorated 2 indicators ^c Maternal Mortality 1980-1982 and three last available years. Three-year averages.
^d SDR: Standardized death rate
^e Germany 1980 = Federal Republic of Germany only
^f 1994 data

자료: <http://www.euro.who.int>

소하여 경쟁력 확보 측면에서도 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 또한 노령층은 만성질환과 사고의 위험이 높아 의료비 지출의 비중을 늘어나게 하여 재정불안을 가져올 가능성을 높일 뿐만 아니라 신체적 기능 저하에 따른 각종 복지서비스의 이용 역시 증가하게 한다.

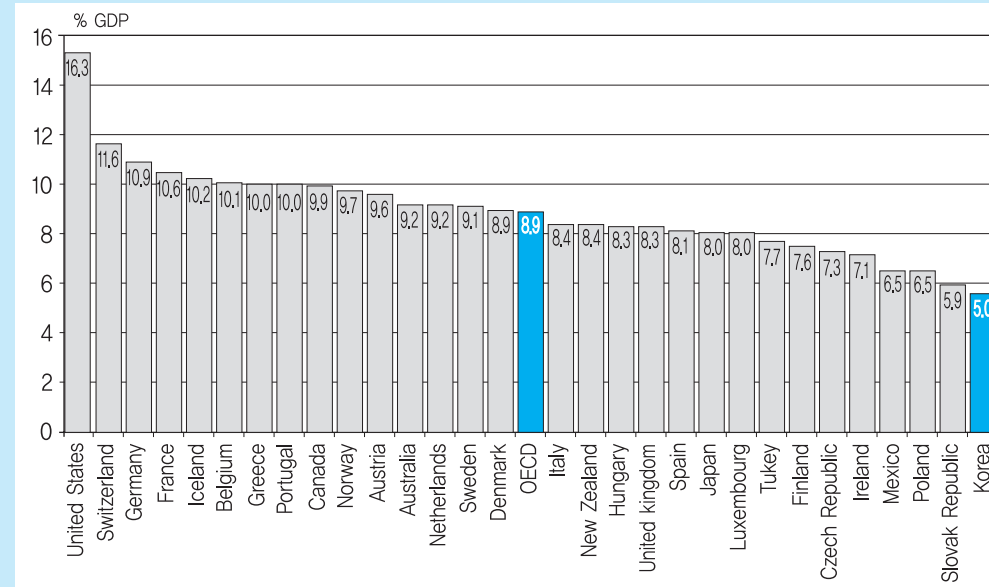
물론 스위스는 미국과 달리 전국민을 대상으로 하는 기본의료보험 체계와 '3 pillars'라고 불리는 다층적인 연금제도를 운영하고 있으므로 노령층의 증가에 따른 사회적 부담을 상쇄할 수 있는 체계를 갖추고 있다. 그럼에도 불구하고 날로 증가하는 노인인구와 이를 부양할 생산가능

인구의 정체 내지 감소는 향후 사회적 부담을 가중시킬 것이 확실해서 지역사회가 나서 노인들에게 건강한 삶을 유지하도록 하고, 삶의 질을 향상하도록 노력하는 것이 중요한 현안 과제가 되고 있다.

2) 과도한 의료비용 지출

스위스는 OECD 국가들 중에서도 의료비 지출이 가장 많은 나라 중 하나로서, 2004년의 경우 GDP 대비 의료비 지출 비율은 11.6%에 달한다. 이는 OECD 국가들의 평균인 8.9%보다 높은 수

그림 2. OECD 국가들의 GDP 대비 보건의료지출(2004)



1. 2003 Source: OECD Health Data 2005, June 2005.

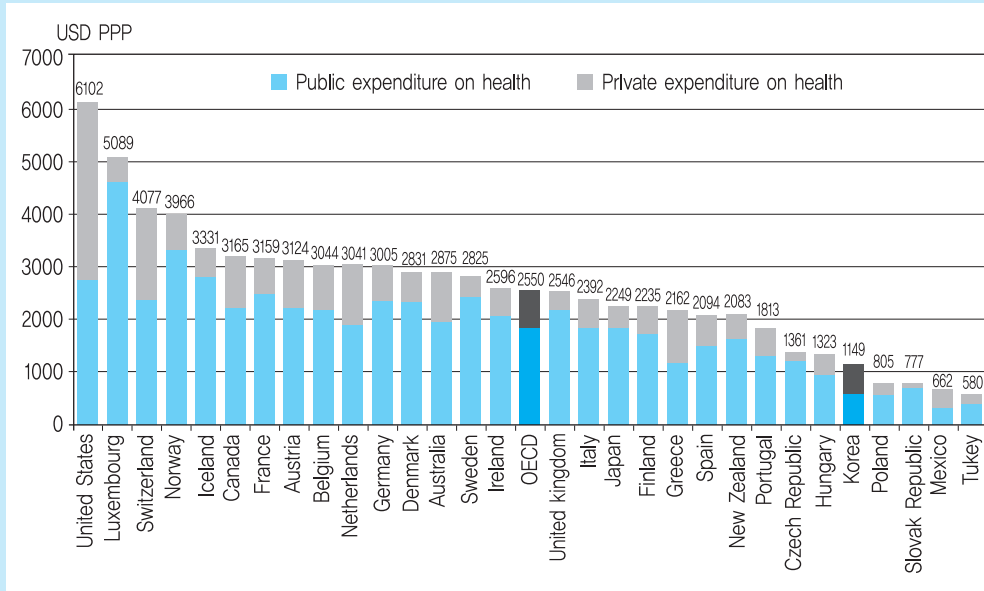
준으로서 미국을 제외하면 가장 높은 비중을 차지하는 셈이다. 의료비 지출은 앞서 언급한 고령화 등의 영향으로 계속하여 증가할 전망이다.

스위스의 보건의료비용 지출이 가지는 또 한 가지 특징은 공공부문이 차지하는 비중이 낮은 점이다. 2004년 현재 스위스에서 보건의료 비용지출 중 공공부문이 차지하는 비중은 58.5%인데, 이는 OECD 국가들 가운데 다섯 번째로 낮은 것이며, 유럽 국가 중에서는 그리스를 제외하고 가장 낮은 비중이다. 구매력평가(PPP: Purchasing Power Parities)로 보정한 국민 1인당 의료비용 지출 역시 4,077달러로서 OECD 평균

(2,550달러)보다 높은 수준이다. 이와 같은 현상은 의료인력 및 의료기관의 선택권이 개인에게 광범위하게 주어져 있기 때문에 의료비 지출을 억제할 gatekeeper 역할이 없는 체계를 가지고 있는데다가 경쟁심화에 따른 고가의료장비의 공급과 고급 의료기술 이용의 일반화, 본인부담에 의존하는 의료비지출 항목 등에 의해 발생하는 것으로 추정된다.

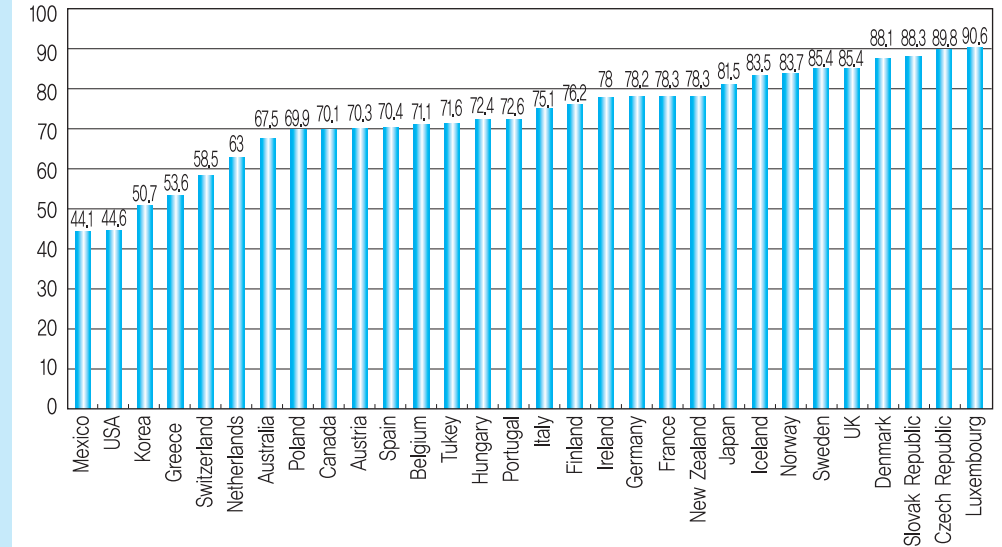
스위스의 비용지출이 얼마나 높은지는 유럽 국가들의 개인별 보험료 지출 현황을 보아도 알 수 있는데, 스위스 국민들은 평균 \$4,922를 보험료로 지출하여 가장 높은 수준을 보이고 있다.

그림 3. OECD 국가들의 공공 및 민간 보건의료 비용지출 현황(2004)



1. 2003 Source: OECD Health Data 2005, June 2005.

그림 4. OECD 국가들의 의료비용 중 공공부문이 차지하는 비중(2003)



자료: OECD Health Data 2006.

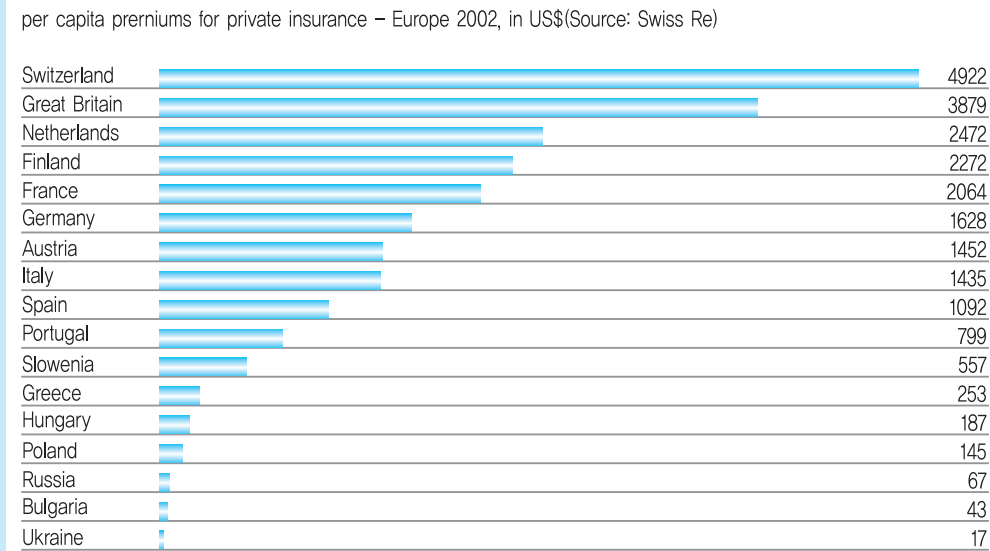
이는 세계 어느 나라보다도 높은 수준으로서, 참고로 일본의 경우 \$3,499, 미국은 \$3,462이다.

3) 보건의료서비스 접근의 불형평성

스위스 보건의료체계가 가지고 있는 자율성과 시장지향성은 질높은 서비스의 제공이라는 긍정적인 측면과 함께 인력의 과잉공급 및 서비스 접근에서의 불형평성이라는 부정적인 측면을 동시에 낳고 있다. 스위스의 인구 1,000명당 의사인력은 3.6명으로서 OECD 전체 평균인 인구 1,000명당 2.9명, 미국 2.4명, 한국 1.5명에 비

해 상당히 높은 수준이다. 스위스에서는 대학에서 의학을 전공하여 의사가 되고자 할 경우 정원 규정을 두지 않았다가 1998년이 되어서야 바젤, 베른, 프레이부르크, 쾰리히 대학에서 입학정원을 두었을 정도이다. 게다가 스위스에는 의사들이 진료할 수 있는 지역에 대한 규제가 없기 때문에 지역별로 인력의 과부족 현상이 나타나서 도시 지역에서는 의사의 과잉공급이, 반대로 농촌·산악지역에서는 의사의 수가 모자라는 현상을 보이고 있다. 예를 들어 제네바나 바젤과 같은 대도시 지역의 인구대비 의사 수는 아펜젤이나 오프왈덴과 같은 산악지대의 그것보다 크

그림 5. 유럽 국가들의 1인당 사보험 지출액(2002)



자료: Swiss Insurance Association, 『Annual Report』, 2004.

게 높은 수준이다. 1999년 현재 인구대비 의사수가 가장 많은 곳은 바젤로서 291명당 1명의 의사가 있었으며, 제네바는 인구 322명당 의사 1명이었다. 반대로 산악지대인 아펜젤과 오프왈덴의 경우 각각 의사 1인당 인구 1,115명과 994명이었다.

스위스의 입원병상은 ward, semi-private, private 등 3가지로 나누어지는데, ward에는 4~8병상이 있으며, semi-private에는 2병상, private에는 단 1개의 병상밖에 없다. 스위스 전국민이 가입하도록 되어 있는 기본적인 필수 건강보험은 ward에 입원해 있을 경우와, 자신이 거주하는

Canton에 소재하는 비영리병원에서 치료를 받은 경우에만 급여자격을 주고 있고, semi-private이나 private 또는 영리 목적의 민간의료기관에서 요양을 받을 경우에는 개별적으로 선택하는 보충보험을 통해서만 보상을 받을 수 있다.

3. 스위스의 건강투자¹⁾

스위스는 현재 보건의료 분야의 명암을 동시에 가지고 있다. 시장지향적인 보건의료체계는 공급자간 경쟁을 유도하여 질높은 서비스를 제

공하여 왔고, 이는 스위스 국민의 건강수준 향상에 적지 않게 기여하였다. 이로 인해 평균수명을 비롯한 각종 건강 관련 지표들에서 스위스 국민은 다른 유럽 국가에 비해 우수한 건강수준을 향유하고 있다.

그러나 평균수명 연장에 따른 인구의 고령화는 저출산 추세와 맞물려 사회적 부담을 증가시키고 있다. 이들에 대한 보건의료 비용지출은 국가적으로 부담이 될 뿐만 아니라, 개인이 건강의 문제를 해결해야 하는 인식이 뿌리 깊은 스위스에서는 개인에게도 큰 부담이 된다. 특히 보건의료 분야의 공공재정 지출이 적고, 기본적인 건강보험에 비해 보충건강보험의 급여혜택이 큰 상황에서 서비스 이용은 경제수준에 따른 불형평성을 가지고 나타나며, 이는 지역간 불형평성에도 맞물려 있다.

스위스 정부는 이와 같은 상황을 개선하고자 보험회사의 역차별 금지, 미국식 HMO를 통한 의료비 억제와 총액예산제 실시 등의 개혁안을 실시하고 있다. 이와 더불어 건강에 위대한 영향을 미치는 환경을 개선하고, 국민의 건강증진을 위한 정부(중앙정부 및 지방정부)의 역할 강화 및 개인과의 연대·협력 강화를 위한 건강투자정책을 HPS(Health Promotion Switzerland)를 중심으로 시행하고 있다.

가. 건강투자정책의 필요성

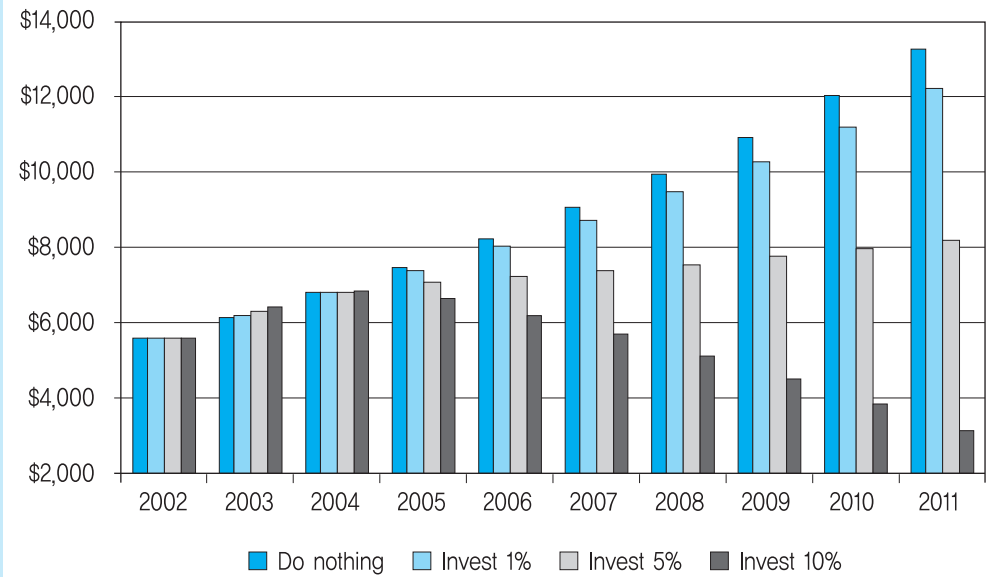
건강투자정책을 도입하여 시행하게 된 이유는 보건의료서비스에 대한 투자만으로는 국민들의 건강수준을 향상시키는 데에 한계를 보였기 때문이다. 예를 들어 [그림 6]을 보면 건강증진 분야에 대한 투자에 따라 연간 의료비지출액이 어떻게 변하는지를 추정할 수 있다. 어떠한 투자 없이 보건의료서비스에만 의존하여 보건의료 당면 문제를 해결하고자 하는 경우 지속적인 의료비 증가는 피할 수 없다. 그러나 서비스에 소요되는 의료비의 1%만이라도 예방과 건강증진 분야에 투자할 때 의료비 감소의 효과를 기대할 수 있으며, 만약 현재 의료비의 10%를 투자할 경우 투자 이후 3년이 흐른 뒤부터 투자수익(ROI)을 기대할 수 있는 것으로 나타났다.

예방과 건강증진에 따른 투자수익의 증가효과는 다른 연구에서도 나타나고 있는데, 미국에서는 건강위험요인의 감소에 투자할 경우 1:3의 수익효과가 있고, 독일에서는 1:2.5 내지 1:4.9의 수익효과가 있는 것으로 보고되었다. 결국 건강증진과 예방에 투자하는 것이 보건의료체계를 개선하는 것보다 비용효과적임을 알 수 있다.

건강투자정책이 시행된 배경에는 투자효과적인 측면과 더불어 단순히 개인에게만 위험행태의 변화를 맡겨두는 기존의 건강증진정책이 한계에 봉착했다는 현실적인 이유도 있다. 다양한 건강문제를 일으키는 위험요인을 규명하는 것

1) 이 부분의 내용은 한국보건사회연구원에서 2007년 4월 21일 개최된 『건강투자의 유효전략과 방향』 국제심포지움에서 Bertino Somaini 교수가 발표한 자료를 정리한 것이다.

그림 6. 예방과 건강증진 영역에 대한 투자 효과



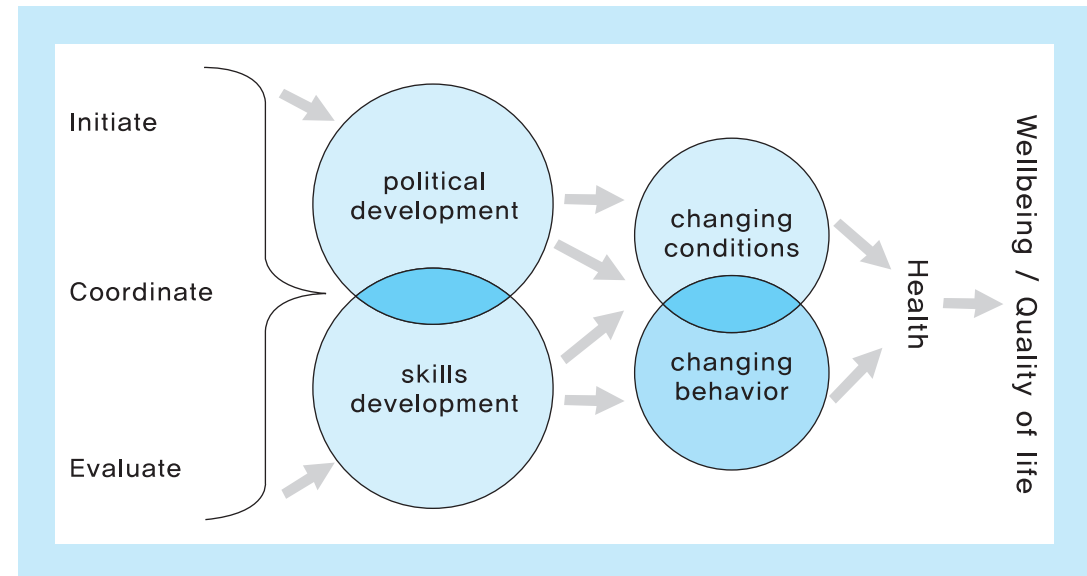
은 쉽지 않고, 개인이 스스로 행동변화를 일으킬 것을 기대하기도 어렵다. 설령 개인의 변화가 있다 하더라도 그 변화가 사회적으로 확산되지 않으면, 똑같은 위험요인을 반복하는 다른 개인이 계속해서 등장할 뿐이다. 따라서 건강한 환경의 조성은 전체 국가차원에서 다루어야 할 과제이며, 개인은 이와 같은 지역과 사회적 차원의 변화에 적극적으로 참여함으로써 행동의 변화를 확산시켜야 한다는 입장이 건강투자정책 내에 담겨 있다. 이러한 점에서 스위스의 건강투자정책은 1986년의 오타와 헌장(Ottawa Charter)에 맥이 닿아 있다고 할 수 있다.

나. Health Promotion Switzerland의 설립 목적과 핵심 목표

스위스의 건강투자정책을 담당하고 있는 조직은 Health Promotion Switzerland(이하 HPS)이라 할 수 있다. HPS는 1994년 스위스 건강보험법(Health Insurance Act)의 개정과 함께 설립된 조직으로서, 동 법으로 HPS는 건강을 증진하고 질병을 예방하기 위한 정책을 주창하고(initiate), 조정하며(coordinate), 평가하는(evaluate) 임무를 부여받았고(제19조), 기금을 제공받았다(제20조).

HPS는 사무실을 독일어 사용지역(베른)과 프랑스어 사용지역(로잔)에 각각 두고 있으며,

그림 7. Mission of Health Promotion Switzerland



2003년 현재 예산은 3,500만 달러에 이른다. 또한 HPS의 사업 수행에 있어서 중요한 의결을 위해서 보험회사, 중앙정부(연방정부), 칸톤정부(주정부), 보건 의료 전문가, 소비자 등 17명으로 구성된 평의회(council)를 두고 있다. HPS는 중장기적인 핵심 목표로서 건강증진 및 예방의 강화(Strengthening Health Promotion and Prevention), 건강한 체중조절(Healthy Weight), 스트레스 관련 정신보건(Mental Health-Stress) 등 3가지의 목표를 설정하고 있는데, 참고로 선정기준은 다음과 같다.

- 적절성(relevance): 선정된 주제는 건강증진과 예방에 적절히 관련되어 있어야 한다.
- 중요성(significance): 선정된 주제는 스위스 국민과 사회에 중요해야 하며, 더 많은 도전

을 받고 있는 주제여야 한다.

- 실행가능성(feasibility): 실행 및 중재가 가능해야 한다.
- 법적 관할성(jurisdiction): 주(canton)에 법적 책임이 존재해야 한다.

1) 건강증진 및 예방의 강화(Strengthening Health Promotion and Prevention)

공공부문 및 민간부문 모두에서 건강증진과 예방을 강화하는 것은 다소 추상적이기는 하나, HPS의 총체적이고 장기적인 목표가 될 뿐만 아니라, 모든 정책권자들, 다양한 수준의 활동가들을 참여시키는 대단히 광범위한 전략으로서도 기능한다. 따라서 HPS는 이러한 과정을 제기하

고 참여자들을 지원한다.

건강증진 및 예방의 강화라는 HPS의 전략적 목표는 그 실행과정에서 모든 시대에 지속적으로 적용되는 건강증진에 대한 인식 개선, 효과적인 정책의 추구, 모든 수준의 관련 당사자들이 신뢰할만한 네트워크의 형성 등의 효과를 기대하게 한다. 이것은 또한 금연, 절주, 체중조절, 스트레스 감소 등 스위스 사회에서 개선이 요구되는 구체적인 분야에 대해 유용한 사회구조의 확립 및 선결조건의 만족이라는 '기반'으로서의 목표가 된다.

2) 건강한 체중조절(Healthy Weight)

성인과 청소년·아동의 과체중 및 비만은 모든 선진국가에서 심각한 사회적 문제이며, 특히 스위스에서 비만관련 문제는 사회적 경종을 울릴 만큼 심각한 수준이다. 스위스 인구의 1/3이 비만이며, 남성은 여성보다, 낮은 사회적 계층에 있는 사람은 높은 사회적 계층에 있는 사람보다 더욱 심각하다. 비만은 관련된 다른 질병들, 즉, 당뇨, 관상동맥질환, 고혈압, 각종 암의 발병 위험을 증대시키는 원인이 될 뿐만 아니라 정신건강에도 부정적이며, 사회적·경제적 부담을 가중시킨다. 스위스에서 비만과 관련된 질병으로 인한 경제적 부담은 매년 27억 스위스 프랑에 달하는 것으로 추정된다.

이에 따라 HPS는 건강투자정책의 중요한 중장기 목표로서 스위스 국민의 건강한 체중조절(Healthy Weight)을 설정하고 환경의 개선과 개

인적인 행태의 개선이라는 양 측면에서 접근한다. 따라서 HPS는 건강한 체중조절을 실천하는 인구수를 늘리는 것은 물론이고, 체중조절에 도움이 되는 사회적·경제적 환경과 구조 개선 노력을 병행함으로써 사회적 요인과 개인적 행태 요인이 상호 작용하여 더 높은 시너지 효과를 구현하고자 한다.

3) 정신보건-스트레스(Mental Health-Stress)

정신보건은 다양한 건강상의 개념들이 종합되어 있는 분야이며, 삶의 질 향상에 대단히 큰 영향을 미치는 분야이다. 정신보건의 복잡한 영역 가운데 HPS는 정신질환의 중요한 매개고리로서 스트레스에 주목하기로 결정하였다. 스위스 국민을 대상으로 한 조사에서 이들이 겪고 있는 정신적 장애가 국제적 평균보다 더 높은 것으로 나타났는데, 일생 가운데 최소한 한 번은 전체 인구의 절반 정도가 정신적 문제 또는 정신적 문제로 나타나는 이차적 질환, 즉 우울증, 자살 충동 등으로 괴로움을 당하는 것으로 나타났으며, 사회적 배제 등의 원인이 되는 것으로 드러났다. 스위스의 자살율은 10만 명당 19명으로, 우려할 정도로 높은 수준이며 15~24세의 젊은 이들과 50세 이상의 남성들이 정신적 문제에 취약한 인구집단으로 간주된다. 정신질환은 개인의 삶의 질 뿐만 아니라 경제에도 큰 부담을 준다. 스위스에서 매년 직무상 스트레스 관련된 비용만 해도 42억 스위스 프랑에 달한다.

사람들에게 정신적인 도움을 줄 수 있는 구조 마련과 자신의 인생을 스스로 계획할 수 있도록 하는 기술을 습득하는 것은 정신 건강에 중요하다. HPS는 스위스 국민들의 정신보건을 향상시키기 위하여 우선 직장을 포함한 다양한 영역에서 스트레스를 줄이기 위한 사회적 구조 마련과 개인적 기술 발전에 앞장서고 있다.

다. 건강투자정책의 실행과 주체

1) 건강투자정책의 실행 수준

건강투자정책은 사회적 요인과 개인적 요인 두 가지 측면에서 동시에 수행된다. 건강증진과 예방은 사회적 수준에서의 건강친화적 환경조성과 개인적 수준에서의 행태 변화가 동시에 일어나야 효과를 기대할 수 있기 때문이다.

먼저 사회적 구조 요인을 살펴보자. 건강증진과 예방은 서로 연관되어 영향을 미치는 '환경'의 적절한 개선에 달려 있다. 이 환경에는 수많은 요소들이 있는데, 법률, 작업환경, 사회기반시설, 보건서비스, 식료품과 주택의 가격 등이 그 예이다. HPS는 스위스의 건강정책이 명확한 목표를 가지고 지속적으로 추진될 수 있도록 국가 차원에서의 전략을 고안하고 발전시킬 책임을 가지고 있다. 물론 현재 법률적으로 공중보건은 주(canton)가 일차적인 책임을 가지는 영역이다. 이는 canton 및 지역사회가 긍정적인 환경 조성에 중요하게 관련되어 있는 이유를 보여주는 것이다. 따라서 HPS는 건강투자정책의 성공을 위

한 사회환경적 요인 개선을 위하여 스위스 국민의 건강에 대한 인식을 높여주고 효과적인 정책을 주창하며 이해당사자간 협력을 이끌어 낼 수 있도록 노력한다.

개인적인 수준에서 HPS는 건강증진에 대한 개인의 책임을 고양하고 강화한다. 건강에는 개인의 자발성과 일정 정도 이상의 능력이 필요한데, HPS는 건강능력(health literacy)이라는 개념을 사용하고 있다. 이것은 개인들로 하여금 건강한 생활습관을 가질 수 있도록 동기를 부여하는 것으로서 유용한 건강정보에의 접근성 제고, 자신의 건강에 이익이 되는 건강정보의 효과적인 적용, 불필요하거나 해로운 정보에 대한 비판 능력 등을 담고 있다. HPS는 이와 같은 개인의 건강능력을 극대화하기 위하여 그들에게 적극적인 권한을 부여하고(empowerment), 건강에 대한 사회적 결정 과정에도 적극적으로 참여(participation)하도록 장려한다.

2) Health Promotion Switzerland의 협력자(partner)

① 스위스 연방정부

연방정부 부처들은 건강투자정책의 중요한 협력자이다. 부처간 조정은 상호 합의된 역할에 근거하여야 하며, 불필요한 부처간 경쟁이나 노력의 낭비를 막고 시너지 효과를 얻기 위하여 상호보완적인 마인드를 견지해야 한다.

② 주(Canton)

스위스의 사회적 전통과 법률적 권한상 Canton은 건강투자정책의 핵심적인 주체이다. HPS는 Canton들과 협력하고, 정책의 통일성을 높여서 보다 긍정적인 효과를 기대한다. 특히 HPS는 Canton들 사이의 지역적, 또는 주제에 따른 네트워크 발생을 돕고, 합리적인 수준에서 비용 부담을 하도록 조정한다.

③ 지역사회(communities)

지역사회는 건강투자정책의 구체적인 프로그램과 사업들이 실제로 이루어지는 중요한 장이며, 주민들에게 정보를 제공하고, 그들의 실질적인 요구에 부응하여 정책을 실행해가는 주체이다. 따라서 HPS는 상위 Canton과 협력하여 지역사회의 실정에 근거한 건강투자정책을 제안하며, 그들의 활동을 돕고 지원한다.

④ 보험자

스위스 국민은 의무적으로 보험에 가입해야 하며, 개인의 필요에 따라 보충적인 보험을 추가로 이용할 수 있다. 따라서 건강한 환경조성에 있어서 보험자의 활동과 보험체계는 매우 중요한 역할을 하게 된다. 특히 보험자는 HPS의 설립기금을 출연한 공동설립자로서 건강증진과 예방활동에서 중요한 역할을 담당한다.

⑤ 민간 및 공공조직

크고 작은 규모의 기업 및 이해집단들도 건강증진에서 중요한 역할을 수행한다. 예를 들어 고

용주들은 직원들의 신체적, 정신적 건강증진에 책임이 있으며, 물품 생산자들은 사람들의 건강에 영향을 미치는 물품의 수요 및 공급에 주의하고, 양질의 서비스를 제공하여야 한다.

⑥ NGO

비정부기구는 전국적인 규모이든, 지역사회 의 소규모 친목단체 규모이든, 건강증진과 예방에 크게 기여한다. 이러한 단체들은 스위스에서 사회적 자원을 증가시키며, 특정한 주제에 대하여 지원함으로써 HPS의 전략과 목표를 달성하기 위한 프로그램 및 사업의 수행에 있어서 협력자와 주체가 된다. 이들 사회단체들은 건강증진과 예방 정책의 주창자로서도 중요한 역할을 수행한다.

라. 건강투자정책의 사례: 건강한 체중조절 (Healthy Weight)

건강투자정책은 다양한 형태로 이루어질 수 있다. 스위스의 HPS는 2018년까지의 중심적인 건강투자정책으로서 건강증진 및 예방의 강화, 건강한 체중조절, 정신보건 수준 향상 등 3가지를 내놓았는데, 이들이 가장 시급하게 투자가 이루어져야 할 영역으로 파악되었기 때문이다. 본고에서는 지면의 제약상 이 가운데 '건강한 체중조절'을 간략하게 다루고자 한다.

앞서 HPS의 중점과제에서도 살펴보았듯이 스위스의 비만 문제는 심각한 수준으로서, 비만 및 과체중으로 인한 질환의 발생과 사회적 부담

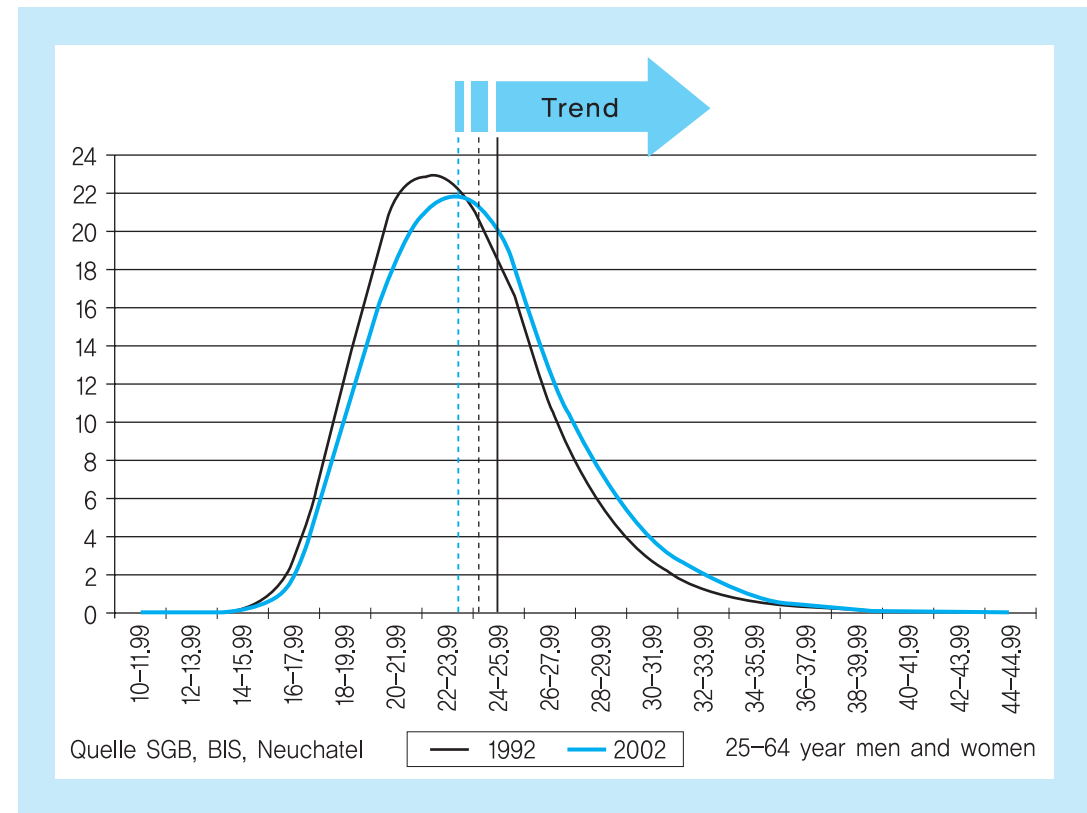
은 계속해서 증가하는 추세이다. 특히 더욱 심각한 것은 이와 같은 비만 문제가 아동 및 청소년에서 빠르게 확산되고 있다는 점인데, Swiss National Health Survey에 따르면 2002년에 과체중을 가진 아동의 비율은 1960년에 비해 3배 늘었으며, 비만인 아동의 비율은 같은 기간 6배나 증가한 것으로 나타났다. 또한 [그림 8]에서도 보듯이 1992년 이후 10년간의 성인 BMI 지수 평균 역시 증가추세에 있음을 알 수 있다.

이와 같은 비만인구의 증가는 '에너지 소비의

감소(decreased energy expenditure)'와 '에너지 섭취의 증가(increased energy intake)'가 동시에 일어나기 때문인데, 여기에는 사회적 환경(시장 환경)과 개인적 행태의 요인들이 결합되어 있다. 이를 표로 정리하면 <표 1>과 같다.

비만문제를 해결하기 위하여 HPS가 내놓은 것은 '건강한 체중조절(Healthy Weight)'이다. 건강한 체중조절을 위한 구조적인 사업모형은 [그림 9]와 같은데, 사회적 조건과 개인적 행태를 동시에 개선함으로써 섭취하는 에너지의 균

그림 8. 스위스 성인(25~64세)의 10년간 평균 BMI 변화



형을 맞추도록 하고, 이를 통해 궁극적으로 건강한 체중조절이 가능하도록 계획하였다.

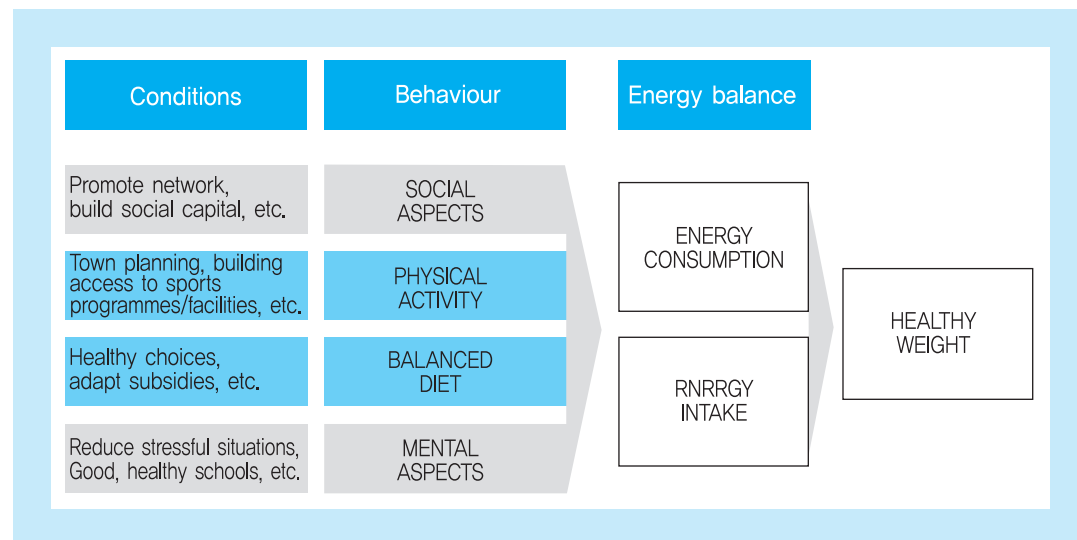
우선 사회적인 측면에서는 관련 네트워크를 강화하고 사회적 지원을 위한 자원을 확립하여

개인들로 하여금 비만해결에 대한 관점을 가지게 한다. 또한 운동에 적합한 도시계획 및 운동 프로그램과 시설에 대한 접근성을 높임으로써 신체활동의 증가를 도모하는 한편, 균형적인 식

표 1. 스위스 아동 및 청소년들의 비만 원인

	행태요인	시장환경
에너지 소비의 감소	<ul style="list-style-type: none"> 신체활동의 감소 편리한 기계 사용 	<ul style="list-style-type: none"> 자동차 의존적인 도시 설계 및 사회체계 엘리베이터 컴퓨터, TV, 게임 증가
에너지 섭취의 증가	<ul style="list-style-type: none"> 고밀도 에너지 식품 섭취 설탕 섭취 식품섭취량 증가 빈번한 스낵식품 섭취 	<ul style="list-style-type: none"> 패스트푸드 식품생산 증가 소프트 드링크, 스포츠 드링크 등의 생산 증가 높은 칼로리의 식품을 보다 저렴한 가격에 공급 스낵 자동판매기

그림 9. '건강한 체중조절'의 사업 진행 모형



Source: Somaini, Rudin 2006.

품섭취가 되도록 한다. 마지막으로 과중한 스트레스를 감소시켜서 정서적인 안정감을 가져오게 한다는 것이다.

[그림 9]와 같은 사업진행모형은 개인의 생애 주기별로, 생활공간별로, 개인에게 영향을 미치는 주위의 주제들(부모, 교사 등)을 협력자로 삼아 이루어진다. HPS는 이를 위해 여섯 가지의 Module을 제안하고 있는데, 각각의 Module은 영유아 시기부터 20세까지의 기간을 여섯 구간으로 나누어 각 구간에서 가족과 지역사회, 공공 보건 영역과 교육기관 등이 어떠한 역할을 담당해야 하는지를 구분해 놓은 것이다.

[그림 10]은 개인의 비만 상태 개선에 영향을 미칠 수 있는 요인과 기간을 정리한 것이며, [그림 11]은 건강한 체중조절을 위해 HPS가 제시한 여섯 가지의 Module을 보여주는 것이다. 건강한 체중조절을 위한 환경개선과 조성은 전체 생애 주기에 영향을 미치며, 입학해서는 학교의 환경 개선이, 직장에서는 직장의 환경개선이 각각 중요하다. 또한 가족은 개인의 비만상태 개선에 일생동안 영향을 미치며, 입학 이후에는 또래 친구집단의 영향력이 중요해지기 시작한다.

그림 10. 비만개선에 영향을 미치는 요인과 그 시점

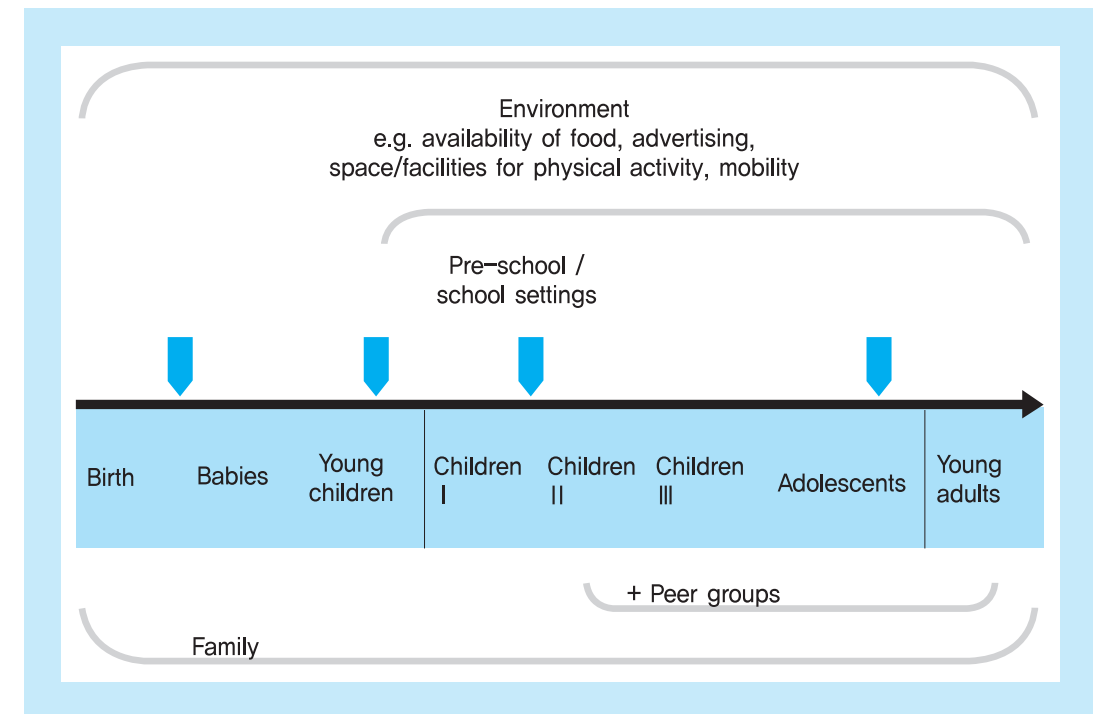


그림 11. 건강한 체중조절을 위한 여섯 가지 Module

	Module	Influential individuals and groups			
		Family	Public Health	Education	Peer Groups
I	to age 1 yr	parents	gynaecologist	ante-natal care	other perents
II	1 to 3 yrs			baby/toddler clinics	children
III	4 to 6 yrs	other family members	pediatric surgeon	day-care centres	neighbours
IV	6/7 to 10/11 yrs	educators	family doctor	pre-school	peers
V	11/12 to 15/16 yrs			school doctor	schoolteachers
VI	16 to 20 yrs

4. 결론

오타와 헌장(Ottawa Charter)은 건강증진을 위한 정책을 제시하고 이를 달성하기 위한 여건을 제시하여 건강증진 사업들의 기초를 제공하였다. 여기서 한걸음 더 나아가 2005년 WHO의 방콕 헌장(Bangkok Charter)에서는 건강증진을 주창하고(advocate), 지속가능한 정책 및 활동과 기반 구축을 위해 투자하며(invest), 이를 위한 역량 함양(build capacity)과 건강위해요인을 규제하기 위한 법규제정(regulate and legislate), 공공과 민간부문, NGO, 국제기구 및 시민사회의 파트너십과 연대(partner and alliance)를 건강증진 전략으로 주장하였다. 우리나라의 건강투자자는 이제

시작단계로서 구체적인 사업과 프로그램의 시행에서는 더욱 많은 연구와 노력이 필요한데, 이 과정에서 스위스의 건강투자정책은 적지 않은 함의를 가지고 있는 것으로 평가할 수 있다.

우선 스위스의 건강투자정책은 건강에 대한 개인의 책임에서 그치지 않고 건강친화적인 환경의 조성 및 개선에 중점을 두고 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 즉, 기존의 건강행태 중심에서 벗어나 건강에 중요한 영향을 미치는 사회적 결정요인(social determinants)인 생활여건과 사회적 환경 등에 대한 인식을 높이고, 이를 개선하기 위한 정책 수립을 위해 정부간, 정부와 민간간 통합적 노력을 기울이고 있는 것이다. 이는 향후 사회투자국가로 나아가기 위하여 '건강투

자'를 역점과제로 선정한 우리나라 입장에서도 반드시 견지해야 할 점이라 하겠다.

또한 건강투자는 반드시 다양한 협력자와 관련 당사자들의 참여가 이루어져야 한다. 민간보험회사들이 건강투자정책의 중심조직인 HPS에 적극 참여하는 것과 같이, 우리나라의 건강투자 역시 중앙정부와 지방자치단체, 시민사회단체 등이 광범위하게 참여할 수 있는 공간을 마련해야 하며, 이 과정에서 HPS와 비교될 수 있는 우리나라의 건강증진사업지원단의 역할과 기능을 재조정 할 수도 있을 것이다.

마지막으로 우리나라의 건강투자정책은 건강형평성 달성을 위한 적극적인 실천을 포함해야 할 것으로 보인다.

우리나라는 그동안 국민의 기본적 건강수준 개선과 의료접근권 달성에 많은 힘을 기울여 세계적으로 유례가 없이 모범적으로 건강지표를 개선해 왔다. 그러나 서구 선진국이 오랜 시간에

걸쳐 이룬 성과를 단기간 내에 달성한 데 따르는 부작용 또한 만만치 않아서 여전히 단기 급성기 치료중심의 의료체계를 운영하고 있고 과도한 민간중심의 전달체계로 공중보건의 기반이 미약하다는 단점을 지니고 있다. 게다가 고령화·저출산 사회의 도래와 만성질환으로의 질병구조 전환은 개인과 사회의 부담을 가중시키고 있으며, 의료시장개방은 무한경쟁을 피할 수 없는 현실로 받아들여지게 하고 있다. 이와 같은 상황 속에서 건강을 단순히 개인의 선택 문제로 간주하지 않고, 국가와 정부의 적극적인 노력의 산물로 파악하고, 이를 위한 환경조성에 주력하며, 소득과 지역에 따른 건강격차를 해소하겠다는 정부의 건강투자 계획은 시의적절한 정책으로 평가할 수 있으며, 향후 더욱 많은 연구와 사업 시행을 통해 국민건강수준의 개선과 형평성 확보에 기여하기를 기대해 본다. [GSST](#)