



시민건강이슈 2019-09

PHI Issue Paper 2019-09

*시민건강도, 공공성도 안중에 없는
정부의 건강관리서비스 추진에 반대한다*


시민건강연구소
PEOPLE'S HEALTH INSTITUTE

**시민건강도, 공공성도 안중에 없는
정부의 건강관리서비스 추진에 반대한다**

출판일 || 2019년 09월 20일

편집인 || 김명희 시민건강연구소 연구원
 || 김성이 시민건강연구소 연구원

필진 || 김명희 시민건강연구소 연구원
 || 김성이 시민건강연구소 연구원
 || 김지영 시민건강연구소 회원
 || 이도연 시민건강연구소 회원
 || 하랑경 시민건강연구소 회원

펴낸 곳 (사) 시민건강연구소
 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층
 전화: 02-535-1848 팩스: 02 581-0339
 누리집: www.health.re.kr
 전자우편: phikorea@gmail.com

< 목 차 >

요약문	i
Abstract	x
1. Again 2010, 왜 다시 건강관리서비스인가?	1
2. 건강관리서비스의 탄생과 진화	5
2.1. 정부의 움직임	5
2.1.1. 이명박 정부 (2008-2012)	5
2.1.2. 박근혜 정부 (2013-2017.4)	11
2.1.3. 문재인 정부 (2017.5 - 현재)	15
2.2. 시장의 움직임	21
2.2.1. ‘산(産)-학(學)-정(政)’ 네트워크	21
2.2.2. 연구용역과 시범사업	27
2.2.3. 헬스케어 업체 지원	30
2.3. 건강관리서비스 추진을 뒷받침하는 논거와 지식생산	33
2.3.1. 추진의 논거	33
2.3.2. 연구 동향	35
3. 건강관리서비스라는 떡이를 노리는 자들	49
3.1. 건강관리서비스 업체	50
3.1.1. 하드웨어 부문	51
3.1.2. 소프트웨어 부문	53
3.1.3. 서비스 부문	56
3.2. 건강관리서비스에 대한 금융자본의 관심	59
3.3. 정보통신기술(ICT) 산업의 이해	64
4. 건강관리서비스 도입, 무엇이 문제인가?	68
4.1. ‘의료 서비스’와 ‘비의료 서비스’의 임의 구분은 가능한가?	68
4.2. 개인의 건강 선택은 사회적 진공 속에서 이루어지는가?	72
4.3. 개인의 건강정보는 충분히 보호될 수 있는가?	73
4.4. 경제성장 수단으로 적절한가?	75
4.5. 국가의 건강보호 책무성에 합당한가?	76
5. 상업적 건강관리서비스가 아니라 공공적 일차보건의료	80
5.1. 일차보건의료 강화가 답이다	80
5.2. 미국 질병관리프로그램으로부터의 교훈	81
6. 글을 마치며	86

<표 차례>

<표 1> 2010 - 2011년 건강관리서비스 활성화 포럼 8
 <표 2> 건강관리서비스 활성화 포럼 위원 명단 9
 <표 3> 2010년 건강관리서비스 활성화 TF의 산업계 부문 인적 구성 23
 <표 4> 2017년 미래보건의료포럼의 인적 구성 23
 <표 5> 헬스케어 포럼의 인적 구성 24
 <표 6> 한국스마트헬스케어협회 참여 기업 구성 26
 <표 7> 디지털 헬스케어 파트너스 인력구성 32
 <표 8> 2010년 이후 건강관리서비스 관련 연구의 발주·주관 기관과 연구비 37
 <표 9> 2010년 이후 건강관리서비스 관련 연구의 주관·참여 기관 39
 <표 10> 스마트 헬스케어 산업 분류체계 50
 <표 11> 국내 건강관리 하드웨어 상품들의 사례 51
 <표 12> 건강관리 소프트웨어(앱, 플랫폼) 상품들의 사례 53
 <표 13> 건강관리 서비스 상품들의 사례 56
 <표 14> 민간보험사와 연구기관이 심평원으로부터 구입한 환자 데이터 60
 <표 15> 금융업계의 건강증진형 금융 상품들의 예 63
 <표 16> 공공영역 건강관리서비스 사례 77
 <표 17> 질병관리를 위한 구성요소 84

<그림 차례>

<그림 1> 바이오헬스산업 혁신전략발표 뉴스기사 3
 <그림 2> 의료민영화를 둘러싼 기업과 정부의 결탁을 시사하는 언론기사 4
 <그림 3> 헬스케어산업 패러다임의 변화 6
 <그림 4> 2016년 제18차 경제관계장관회의 뉴스기사 14
 <그림 5> 2017년 제2차 경제관계장관회의 개최 보도자료 15
 <그림 6> 헬스케어 특별위원회 4차 산업혁명 기반 헬스케어 발전전략 중 16
 <그림 7> 헬스케어 특별위원회·관계부처 합동 4차 산업혁명 기반 헬스케어 발전전략(2018.12) 17
 <그림 8> 헬스케어 특별위원회 명단 뉴스기사 18
 <그림 9> 2010년 건강관리서비스 활성화 포럼과 2015년 미래보건의료포럼 24
 <그림 10> 1차 - 3차 헬스케어 미래포럼 25
 <그림 11> 한국스마트헬스케어협회 홈페이지 27
 <그림 12> 삼성경제연구소 연구용역에 대한 보건복지부 보도해명자료 28
 <그림 13> PHR기반 개인맞춤형 건강관리시스템 수행체계도 29
 <그림 14> 한국산업기술시험원, 4차산업혁명을 주도할 스마트 헬스케어 30
 <그림 15> 보건의료의 패러다임 변화 34
 <그림 16> 개인사용자의 개인건강기록(PHR) 시스템 이용 개요 35
 <그림 17> 심전도, 광혈류 측정을 이용한 혈압측정 디바이스 개발 42
 <그림 18> EMR과 CoPHR 플랫폼 간의 연계 구성도 43
 <그림 19> 건강의료정보 플랫폼 서비스 제공 방안 44
 <그림 20> 리햐프 마스터-스마트 관절동작분석 시스템 45

<그림 21> 리햐프 마스터 사용 예시	45
<그림 22> 원격재활 서비스 플랫폼	46
<그림 23> 모바일 서비스를 활용한 건강관리 서비스 관리 모델	47
<그림 24> 학생용 해피미 모바일 앱	48
<그림 25> 스마트헬스산업(헬스케어산업) 생태계 모식도	49
<그림 26> ㈜녹십자헬스케어의 ‘보험사 고객건강관리 시스템 및 방법’ 특허 소개	59
<그림 27> ㈜레이니스트의뱅크샐러드 보험설계 서비스	61
<그림 28> 금융위원회 가이드라인 후 판매된 건강증진형 보험상품	62
<그림 29> 캐시워크 앱 설치 시 화면 및 구매가능 상품의 예시	64
<그림 30> IT업계와 보험사 제휴 관련 기사	65
<그림 31> 네이버 2018 스마트헬스케어 미래전략 세미나 (2018.11.28.) 발표자료	66
<그림 32> 국내 주요 IT 대기업의 보건의료산업 가치사슬	67
<그림 33> 2010년 건강관리서비스법안 주요 내용	71
<그림 34> 비의료 건강관리서비스 제공방식	74
<그림 35> 스마트헬스케어 기업의 매출액 추이(왼쪽) 및 부문별 매출 비중(오른쪽)	75

<글상자 차례>

<글상자 1> 바이오헬스산업 혁신전략 (2019.5.22. 관계부처 합동)	2
<글상자 2> 주요 민간경제연구소의 유헬스(U-Helath) 및 건강관리서비스제도에 대한 연구	6
<글상자 3> 관계부처합동 2012년 서비스산업 선진화 추진계획 (2012.2.22.)	10
<글상자 4> 민간보험사들의 건강관리서비스 시장 진입허용을 주장하는 보고서	11
<글상자 5> 2016년 2월 투자활성화대책 중 건강관리서비스 가이드라인(예)	12
<글상자 6> 제9차 투자활성화 대책 헬스케어산업 활성화 자료(2016.2.17.)	13
<글상자 7> 보험연구원(2014) 『건강생활관리서비스 사업모형연구』 보고서	13
<글상자 8> 금융위원회 금융감독원, 건강증진형 보험상품 가이드라인(2017.11)	19
<글상자 9> 가이드라인에 소개된 비의료 건강관리서비스 개념	20
<글상자 10> 건강서비스 활성화 TF 회의 내역	22
<글상자 11> 가이드라인에 제시된 건강관리서비스 적용사례	69
<글상자 12> 가이드라인을 소개하는 보건복지부의 보도자료(2019.05.21.)	72
<글상자 13> 제2차(2016-2020년) 국민건강검진 종합계획	78
<글상자 14> 2019년 보건복지부 주요업무 계획	78

요약문

1. Again 2010, 왜 다시 건강관리서비스인가?

- 2019년 5월 21일 보건복지부에서는 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」(약칭 「건강관리서비스 가이드라인」)을 발표함. 이명박정부에서 2010년과 2011년 두 차례에 걸쳐 의원입법으로 [건강관리서비스법(안)]이 발의되었다가 폐기되자, 박근혜정부에서는 ‘가이드라인’으로 제정하겠다는 예고를 몇 차례 했으나 끝내 발표되지 않았음.
- 2010년에 처음 [건강관리서비스법(안)]이 공개되었을 때, 시민건강연구소를 포함하여 보건 의료계 및 시민사회에서는 건강관리서비스 제도를 법률적, 보건학적, 산업적 관점에서 분석하고 국민건강증진을 위한 대안이 될 수 없으므로 즉각 폐기할 것을 요구한 바 있음.
- 이후에도 서비스산업 선진화 정책의 일환으로 건강관리서비스 도입이 언급될 때마다 의료 제도의 왜곡과 전면적인 의료영리화 촉발 가능성을 지적하며 철회요구를 이어왔음.
- 2019년 5월 모습을 드러낸 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」은 2010년/2011년 [건강관리서비스법(안)]과 비교하여 오히려 법률적, 보건학적 측면에서 절차적, 내용적으로 후퇴하였음. 그러나 건강관리서비스는 산업적 측면에서 제약, 의료기기, 빅데이터 등과 결합하여 ‘4차산업혁명’ ‘바이오헬스산업’의 주요 전략으로 강력한 드라이브가 걸려있는 상황임.
- 이 글에서는 2019년 「건강관리서비스 가이드라인」이 발표되기까지 역대 정부와 민간부문에서의 추진경과를 살펴보고 이처럼 집요하게 이 제도를 도입하고자 하는 세력은 누구인지 추적하며, 현 가이드라인을 보건학적 측면, 정부의 책무성 관점 그리고 산업정책적 이해관계와 관련하여 비판적으로 검토하고자 함.

2. 건강관리서비스의 탄생과 진화

2.1. 정부의 움직임

- 이명박정부에서는 투자활성화와 일자리 확대를 위한 의료분야 서비스산업 선진화방안의 일환으로 2009년 건강관리서비스 도입을 발표하였고, 이후 의원입법으로 두 차례 관련 법안이 발의되었음(2010년 [건강관리서비스법(안)], 2011년 [국민건강관리서비스법(안)]).

- 그러나 두 법안 모두 보건학적·법률적 미비점이 많았으며, 무엇보다 건강관리서비스는 보건의정책이 아닌 산업정책으로 구상·도입되어 국가의 국민건강 보장책임과 공공성의 원칙을 회피하며 의료영리화를 촉진할 뿐이라는 시민사회와 의료계의 거센 반발에 부딪쳐 자동폐기되었음.
- 당시 건강관리서비스제도 도입 필요성과 경제적 효과에 대한 근거는 삼성과 LG등 민간경제연구소에서 제공하였고, 특히 2010년 9월 발표된 삼성경제연구소의 『미래복지사회 실현을 위한 보건의료산업 선진화방안』은 복지부와의 수의계약으로 작성되어 MB정부 의료서비스 선진화정책의 논리를 제공했다는 비판을 받았음.
- 2011년 재발의된 [국민건강관리서비스법]의 국회통과가 어려워지자 18대 국회에서 [건강생활서비스법]으로 명칭을 변경해 정부입법으로 재추진하려고 했으나, 이 역시 야당의 반대로 시행되지는 못함.
- 한동안 정책이슈가 되지 않았던 건강관리서비스는 박근혜정부 후반인 2016년 2월 ‘헬스케어산업 활성화대책’에 등장하였고, 정부는 곧 건강관리서비스업에 대한 ‘가이드라인’을 발표하겠다고 예고했음. 그러나 박근혜정부에서 가이드라인은 끝내 발표되지 못했음.
- 이때에도 건강관리서비스 활성화방안이 경제부처에서 의료서비스시장 확대를 위한 산업정책으로 추진되고 있다는 정황들이 복지부 관계자들의 발언을 통해 언론에 보도되었음. 또한 박근혜정부에서 발표된 건강관리서비스 활성화 근거자료들은 [건강관리서비스법(안)] 추진이 어려워진 2012년 이후 보험연구원과 보험업계에서 주장했던 내용을 활용하는 등 보험산업계는 건강관리서비스제도 도입의 강력한 이해관계자로 영향력을 행사하고 있었음.
- 한편 ‘가이드라인’은 법적 효력도 없고 행정기관 내부 업무처리지침에 불과한데, 이런 형태로 건강관리서비스를 추진하는 것은 정부의 절차적 책무성의 방기이며, 심각한 ‘행정독재’라는 비판을 받았음.
- 문재인정부 출범 첫해인 2017년 10월 ‘4차산업혁명위원회’가 발족하고, 12월에 ‘헬스케어특별위원회’가 추가 설치됨. 헬스케어특위는 산업계와 친산업계 위원들로 구성되었고 특위 아젠다의 근거기반도 민간경제연구소로부터 차용하여 사실상 민간주도의 바이오헬스분야 규제개선 등을 주로 논의했다고 볼 수 있음.
- 헬스케어특위는 2018년 12월에 발표한 <4차산업혁명 기반 헬스케어 발전전략>에 민간 기업에서 요구해오던 전면적인 규제완화를 포함시켰는데, 이를 통해 헬스케어 특위 자체가 시민관점에서의 편익과 안전, 공공성을 고려하지 않는 경제성장과 일자리 확대를 명분으로

의료산업적 정책추진을 위한 구성이었음이 드러남. 더욱이 바이오신약과 기술정책에 대한 정부의 공적 책무성을 담보할 방법이나 시민사회와 보건의료계의 비판이 개입할 여지가 없다는 것이 더 큰 문제임.

- 문재인정부에서 건강관리서비스 시장 확대정책은 2017년 금융위원회와 금융감독원이 발표한 <건강증진형 보험상품 가이드라인 주요내용-헬스케어산업과 보험산업의 융·복합 활성화>에서 이미 시작되었다고 볼 수 있음. 현재 금융위원회는 2012년 이후 보험업계에서 주장해왔던 민간보험사들의 건강관리서비스업 진출과 건강정보수집과 활용을 위한 관련금융업법 개정 지원대책을 내놓는 등 전면적인 지원을 하고 있음.
- 2018년 규제샌드박스법 통과, 2019년 5월 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집 (1차)」 발표, 2019년 7월 강원도 디지털헬스케어 규제자유특구 지정 외에도, 현재 의료영리화를 촉진할 다양한 규제완화 입법이 국회에 상정되어 통과를 기다리는 중임.

2.2. 시장의 움직임

- 건강관리서비스 분야는 [의료법], [개인정보보호법] 등 법률과 윤리, 제도상의 문제들이 산재하여 기업들이 스스로 시장을 개척하고 자생적 생태계를 구성하기 어려운 규제적 환경이 존재함.
- 따라서 국내 건강관리서비스산업은 산업활성화를 내세우는 정부와 기업의 이해가 맞아 상당부분 정부의 지원을 발판으로 삼아 추진되는 경향이 있음. 기업들은 정부주도의 포럼, 연구과제, 시범사업 등에 활발히 참여하여 자신들의 사업기반을 확대하고 법과 제도를 유리한 방향으로 변화시켜가고 있음.
- 정부와 건강관리서비스 산업계 인사들의 네트워크는 2008년 ‘건강서비스 활성화 1차 TF’에서부터 볼 수 있음. 당시 시민사회는 이 TF가 의료민영화의 발판이 될 수 있고 시민대표가 포함되지 않아 부적절하다는 사실을 지적했고, 의사협회의 탈퇴 선언과 잔류 번복 등 불협화음이 있었음에도 불구하고 2010년 3차 TF까지 지속되었음.
- 박근혜정부에서는 의료계, 산업계 인사들을 포함하는 더 영향력이 커진 ‘미래보건의료포럼’을 구성하여 2015년부터 2017년까지 운영함. 문재인정부에서도 2019년부터 ‘헬스케어 미래포럼’을 구성, 운영하고 있음. ‘건강관리서비스 활성화 포럼’과 ‘미래보건의료포럼’에는 보건복지부 장·차관이 참석하는 등 산업계와 정부의 긴밀한 관심을 보여주고 있음.
- 건강관리서비스를 추진·지원하기 위한 민간네트워크도 활발하게 운영 중인데, 서울대학교

병원장들이 역대 회장을 역임해오고 있는 ‘한국스마트헬스케어협회’가 대표적임. 2017년에는 디지털헬스산업 육성을 위하여 건강관리기업, 법무법인, 벤처캐피탈, 학계, 의료기관을 포함하는 ‘한국디지털헬스산업협회’가 발족함. 이들은 건강관리서비스 활성화에 제약이 되는 각종 규제개선을 위하여 네트워크를 운영하고 있음.

- 이명박정부 이후 대규모 국책 건강관리서비스 연구 및 시범사업을 위하여 민간 기업들이 참여하고 있음. 대표적으로 2009년 지식경제부(300억), 2015년 산업자원통상부(95억) 사업에는 국내 대형 전자, 통신, 제약기업 및 의료계와 IT업계, 지방정부가 참여하였으나 예산낭비와 개인건강기록의 영리적 활용 가능성 등의 문제를 드러냄. 또한 정부사업에 참여한 업체 외에 건강관리서비스 산업 전반의 성장에는 영향을 주지 못하고 있음이 드러남.
- 그럼에도 불구하고 헬스케어 업체들의 육성과 투자에 대한 정부의 지원(‘스마트헬스케어종합지원센터’)과 민간(‘파이디지털헬스케어’, ‘G4A코리아’ 등)의 참여는 활발한 상태임. 더욱이 헬스케어 스타트업 회사들의 출범과 성장을 돕는 스타트업 액셀러레이터들이 등장하고 있음.

2.3. 건강관리서비스 추진을 뒷받침하는 논거와 지식생산

- 정부는 인구고령화, 의료비증가, 질병구조의 변화라는 환경이 ICT기술과 바이오기술 발달과 결합하여 개인 맞춤형 의학으로 보건의료패러다임을 바꾸고 있으며, 이를 위하여 개인이 적극적으로 자기건강정보를 관리하고 질병문제를 해결할 수 있도록 지원하는 건강관리서비스가 필요하다고 제시하고 있음.
- 그리고 이러한 스마트헬스시대에 개인건강기록의 공유와 정보통합기술 개발과 적용, 오픈소스 소프트웨어 개발, 건강관리서비스 인력양성과 기술개발 정책이 필요하며 이는 관련산업 활성화 및 국민건강증진에 기여한다는 논리를 펴고 있음.
- 이를 뒷받침하기 위하여 정부 연구는 크게 건강관리서비스기관의 설립 및 서비스 표준화 방식에 대한 연구와 맞춤형 건강관리서비스 제공을 위해 웨어러블 기기 표준개발·서비스 플랫폼 표준화 연구, 개인건강정보관리 플랫폼 구축 관련 연구 세 분야로 수행되고 있음.
- 장애인, 독거노인 등 건강 및 의료취약계층을 위한 건강증진 자가관리 프로그램에 대한 기술과 플랫폼 개발, 국민건강보험공단 검진결과를 활용한 모바일 맞춤형 건강관리서비스 관리모델 개발, 아동 청소년 대상 비만예방관리서비스 콘텐츠 개발 등도 진행되고 있음.
- 그러나 건강관리서비스 관련 연구들의 핵심은 개인건강정보 수집을 위한 기술과 모바일 앱

개발에 있으며, 이것은 개인건강정보의 전송과 수집·집적된 데이터 활용을 위한 사전단계로 볼 수 있음.

3. 건강관리서비스라는 먹이를 노리는 자들

3.1. 건강관리서비스 업체

- 건강관리서비스로 수익을 내고자 하는 민간기업들은 건강관리서비스업체를 비롯하여 보험사, 은행, 벤처 캐피탈 등 금융자본과 정보통신 기업들이 대거 관여되어 있으며, 개인건강정보를 활용하려는 빅데이터 시장까지 확대되고 있음.
- 스마트헬스케어 산업군은 하드웨어 산업군(측정 기기), 소프트웨어 산업군(앱, 플랫폼 등), 서비스 산업군(건강상담, 원격의료, 유전자 분석 등)으로 나눌 수 있음.

3.2. 건강관리서비스에 대한 금융자본의 관심

- 금융자본은 특히 손해보험, 생명보험등 보험사들로서 개인건강의 사전위험 관리를 명분으로 내세우고 있지만, 실제로는 개인건강정보를 통해 보험사와 가입자 사이의 정보 비대칭을 줄여 보험사의 수익 극대화를 추구하기 위한 것이라 볼 수 있음. 이는 민간보험사가 건강보험심사평가원으로부터 다량의 환자 데이터를 구매해왔던 사실로도 증명되는 바임.
- 이미 ‘뱅크샐러드’는 건강검진 데이터를 기반으로 보험추천 서비스를 제공하고 있으며, 많은 보험사들이 이 뱅크샐러드 보험설계 서비스에 들어와 있는 상태임.
- 금융위원회는 이미 2019년 하반기부터 건강관리서비스업을 보험업계의 부수업무화하기로 약속한 상황임. 여기에 카드사와 은행 등도 건강증진형 상품을 출시하고 있으나, 그 내용은 건강증진에 도움이 된다거나 이용자들에게 경제적 편익을 준다고 보기 어려운 상황임.

3.3. 정보통신기술(ICT) 산업의 이해

- ICT 기술은 건강관리서비스 운영의 핵심요소인데, ICT 기업들은 소비자들이 자신의 건강정보를 모니터링하고 관리하는 면을 부각시켜 소비자 주권으로 포장하고 있음. 하지만 중요한 것은 이런 건강정보가 민간회사에도 축적되고 있으며, 이런 정보는 보험사를 비롯하여 여러 기업들에서 상업적 목적으로 활용될 가능성이 매우 높음. 건강정보는 아니지만, 페이

스북 접속자들의 개인정보를 광고주들에게 팔고, 선거캠프에 유출했던 사례처럼 민감한 개인건강정보의 악용우려는 상존함.

- 현재 삼성, LG, SK텔레콤, 네이버 등 대기업들이 건강정보수집을 위한 프로그램과 망구축에 뛰어든 상태이며, 주목할 만한 점은 대기업들이 기기제조업체부터 솔루션 제공자, 통신 서비스 제공자, 의료서비스 제공자, 보험사, 보험사 등 스마트헬스산업 가치사슬 모두를 관할하는 수직계열화를 추진하고 있다는 사실임.
- 거대 IT기업들이 건강관리서비스업에 진출하는 현 상황은 건강정보 소유권을 대기업들이 독차지 하고 스마트헬스케어 산업 전반에서 기업의 영향력을 강화하는데 이바지하게 될 확률을 높임.

4. 건강관리서비스 도입, 무엇이 문제인가?

4.1. '의료 서비스'와 '비의료 서비스'의 임의 구분은 가능한가?

- 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」에서는 의료 서비스와 비의료 서비스를 굳이 구분하려고 했지만, 개별 질환자나 수많은 구체적인 질환과 환자를 다루는 현장에서 그 둘의 거의 불가능하며 무엇보다 이런 구분은 건강관리라는 본질적 목표를 위해서도 효과적인 돌봄 방안이 될 수 없음.

4.2. 개인의 건강 선택은 사회적 진공 속에서 이루어지는가?

- 건강관리서비스는 개인에게 건강관리서비스의 선택과 그에 따른 책임을 부과하는 방식으로 국가의 국민건강 보호 의무를 회피하고 있음. 건강의 사회적 결정요인관점이 철저히 부재한 이 제도로는 극히 부분적으로만 국민건강증진에 기여할 수 있을 것임.
- 이런 건강관리의 개인화는 인구집단간의 건강불평등을 초래하는 더 큰 문제를 발생시킴. 즉 건강의 사회적 결정요인은 개인의 인구학적 특성과 건강행태요인을 넘어서 개인의 건강에 영향을 미치는 더 광범한 사회경제적, 문화환경적 조건들을 말하는데, 이로 인해 인구집단간 건강에 확연한 차이가 드러난다는 사실이 이 국내외 다수 연구와 실증을 통해 밝혀지고 있음.

4.3. 개인의 건강정보는 충분히 보호될 수 있는가?

- 반면, 건강관리서비스 운영방식에서 ICT와 개인정보 데이터 활용은 한층 강화되었으나, 개인건강정보 데이터를 다루는 기관에 대한 시설과 장비·인력에 대한 관리감독, 보건의료 빅데이터의 영리적 활용을 규제하는 조치들은 전혀 고려되지 못하고 있음.

4.4. 경제성장 수단으로 적절한가?

- 정부가 주장하듯이 건강관리서비스가 일자리 창출과 경제활성화에 기여할 수 있음을 증명하는 자료는 거의 부재한 상황임. 산업연구원(2017)의 분석에 따르면 스마트헬스케어 분야 기업수는 ‘하드웨어’에 집중되어 있고, ‘서비스’ 제공업체는 극소수에 불과하며 매출액은 2014-2015년 오히려 감소함.
- 정부의 건강관리서비스 도입에 따른 일자리와 시장창출 경제효과분석도 터무니없는 추정이라는 비판을 받았음에도 정부는 여전히 경제성장 수단이라는 허울을 벗지 못하고 있으며 건강관리서비스를 노리는 보험사, ICT 업체, 그리고 그 가치사슬 맨 위에 있는 대기업들의 시장확대 편의를 봐주는 노릇을 하고 있음.

4.5 국가의 건강보호 책무성에 합당한가?

- 건강관리서비스가 도입된다면 현행 의료이용체계, 건강보장제도, 보건의료인력 수급 등 제반 보건의료제도 전반에 막대한 변화를 줄 것으로 충분히 예상됨에도, 입법조차 불가능한 상태에서 ‘가이드라인’으로 발표하고 추진한다는 것은 심각한 공적 책무성의 위반이라고 할 수 있음.
- 정부는 그동안 일부 취약계층과 건강위험군에 대하여 공공적 건강관리체계를 구축하려는 시도를 지속해왔고, <제2차 국민건강검진 종합계획>(2016년)에서도 생활밀착형 지역사회 건강관리서비스 모형을 개발하려는 계획을 밝힌 바 있음.
- 그러나 이번 가이드라인에는 공공부문에서의 건강관리서비스 제공 계획은 전무한 채, 개인이 민간기관을 이용하도록 제시하고 있음.
- 게다가 2010년과 2011년의 [건강관리서비스법(안)]과 비교하면 비의료기관설립 기준, 서비스 제공인력과 서비스 질 관리, 건강관리서비스업에 대한 정부의 규제나 관리절차는 언급되지 않거나 내용적으로 오히려 후퇴한 것을 볼 수 있음. 오히려 가이드라인을 통해, 건강관리서비스가 의료행위와 분리될 수 없는 일부이며 특히 일차의료서비스와 통합적으로 운

영되어야 함을 스스로 드러내고 있음. 또한 산업적 목적에서 별도의 비의료기관 건강관리 서비스 시장을 인위적으로 만드는 것보다 국가가 책임지는 건강보장제도 내에서 양질의, 일원화된 건강관리서비스 확대가 필요함을 반증하고 있음.

5. 상업적 건강관리서비스가 아니라 공공적 일차보건의료

5.1. 일차보건의료 강화가 답이다

- 건강관리서비스가 등장하는 배경은 한국 일차의료체계의 부재가 큰 원인이기도 한데, 사실상 건강관리서비스에서 제공하려는 서비스는 의료행위와 구분되는 비의료행위가 아닌, 일차의료의 핵심기능임. 건강관리서비스는 지역사회의 일차보건의료체계 안에서 통합적으로 운영되는 것이 바람직함.

5.2. 미국 질병관리프로그램으로부터의 교훈

- 정부에서 추진하는 건강관리서비스의 원형이랄 수 있는 미국의 질병관리 프로그램에 대한 연구들을 통해 현재의 건강관리서비스 가이드라인의 문제를 파악할 수 있음. 한국의 건강보험제도는 통합적으로 가입자들의 건강관리를 할 수 있는 단일보험자체제로서 의료비지출 억제에 위하여 미국과 같은 민간 건강관리서비스 기관을 외부에 둘 필요가 없음.
- 미국의 사례를 보면, 민간 건강관리서비스 기관은 실제로 건강관리를 받을 필요성은 크지만 제공기관의 수익에 도움이 되지 않는 취약계층을 배제하고 필요한 의료비의 지출을 줄이는 방식으로 오히려 건강불평등을 강화하고 있다는 평가를 받음.
- 또한 건강관리서비스는 지역사회 보건의료체계 내에서 의료서비스와 비의료기관 공급자들 간에 엄격한 임상적 근거를 바탕으로 팀 협력을 이룰 때 효과적인 것으로 요약되지만, 한국의 가이드라인에는 이런 고려가 전혀 없는 상태임.

6. 글을 마치며

- 우리가 확인한 것은 현재 추진되고 있는 건강관리서비스가 국민건강증진을 위해 꼭 필요한 수단이라기보다, 건강관리서비스 시장에 사활을 걸고 있는 민간기업들의 이해를 보장하기 위해 국민건강이 핑계거리로 전락했다는 점이다.

- 현재 정부가 추진하고 있는 방식의 건강관리서비스는 여러 가지 측면에서 타당하지 않고 바람직하지도 않다. 일단 의료서비스와 비의료 서비스의 임의 구분 자체가 현실적으로 불가능하며, ‘건강의 사회적 결정요인’에 대한 광범위한 학술적·정책적 합의를 벗어나 건강 행동을 개인의 선택과 책임으로만 간주하고 있다. 민감정보로 분류되는 개인의 건강정보를 보호할 수 있는 방안에 대한 대비책도 충분치 않다. 심지어 그토록 강조하는 경제적 효과에 대해서도 근거자료가 너무나 취약하다. 이 모든 것은 국민의 건강보호에 대한 국가의 책무성 방기라는 결론으로 이어진다.
- 또한 보건의료와 건강보장 체계에 중요한 영향을 미칠 수도 있는 제도를 충분한 법적 기반도 없이, 국민 당사자와 비판적 시민사회, 전문가들의 의견도 듣지 않고 졸속으로 추진하는 것은 민주주의를 부정하는 행위에 다름 아니다. 국민의 건강과 건강정보를 기업들의 이윤을 보장하는 수단으로 삼는 정책은 폐기되어 마땅하다.
- 우리는 인구고령화의 시대를 맞아 만성질환의 관리, 질병의 예방이 점차 중요해지고, 또 폭증하는 의료비를 절감할 수 있는 대책을 마련하는 것이 필수적이라는 점을 부정하지 않는다. 또한 이 모든 과정에 최선의 과학기술을 활용하여 효율성과 효과성을 높이는 것이 마땅하다고 생각한다. 그러나 이러한 문제에 대한 해결책이 현재 정부가 추진하고 있는 상업적 건강관리서비스는 아니라고 생각한다.
- 질병예방에서부터 관리에 이르기까지 전 과정이 튼튼한 일차보건의료체계 안에서 통합적으로 이루어져야 하며, 정보통신기술은 이를 촉진하는 보조수단이 되어야지 주인공이 되어서는 안 된다. 또한 이러한 통합적 서비스를 시장에 맡겨두어 자원과 기회의 불평등이 건강관리에서의 불평등으로 그대로 이어지게 두어서는 안 된다. 공공적 체계 안에서 이러한 서비스가 이루어지도록 해야 하며, 건강보험 공단은 재원조달과 기획, 조정 과정에 핵심적 역할을 해야 한다.

Abstract

On April 21st, the Ministry of Health and Welfare of South Korea announced 「Non-medical Health Management Services Guideline and Casebook 1st ed.」, which was widely criticized by civil society advocating public health. People's Health Institute (hereafter, PHI) reviewed the policy process and role of key players including governments and private sectors, regarding introduction and expansion of Health Management Services. Also, PHI critically appraised the Guideline in terms of public health, accountability of government and industrial policy, respectively.

PHI found that the Health Management Services system mainly driven by government is not an effective means for population health promotion but a tool for increasing business profits. The word of 'population health' seemed to be a disguise to hide business' interests. The current Health Management Services system has critical problems as follows; first, the arbitrary distinctions between medical service and non-medical service is practically impossible. Second, it is based on the misconception that health behaviors are pure personal choices, ignoring broad consensus on social determinants of health. Third, there is no sound measures for protecting personal health data, which is classified as sensitive information by law. Forth, in spite of 'optimistic' rhetorics, even its economic impact is dubious and unfounded. All of these indicate that governments have failed to meet their accountability for protecting population health and privacy.

The current government implemented the Health Management Service based on a government guideline, detouring legislation process and avoiding public discussions. It seems the government' sly tactics to evade critics of civil society. This is no more than denial of democracy.

PHI does not oppose the argument that chronic disease management and containment of medical expense is important. However, we strongly argue that it should be done by public health approach other than individualized commercial services. The Health Management Service should be integrated in the primary healthcare system and managed by the public organization such as the National Health Insurance Service.

1. Again 2010, 왜 다시 건강관리서비스인가?

지난 5월 21일 보건복지부는 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」을 발표했다. 2010년 이명박 정부에서 [건강관리서비스법(안)]이 최초 발의된 이후 거의 10년 만에 ‘실체’가 구체적으로 드러난 셈이다. 이명박 정부에서는 2010년과 2011년 잇따라 건강관리서비스 관련 법안을 발의했지만 시민사회의 반발 속에 국회 문턱을 넘지 못했다. 박근혜 정부에서는 2016년 이후 입법화 대신 건강관리서비스 ‘가이드라인’을 발표하겠다는 예고만 수차례 하고 정작 아무것도 내놓지 못했다. 그런데 드디어 2019년 5월 그 모습을 드러낸 것이다.

2010년에 처음 [건강관리서비스법(안)]이 발의되었을 때, 시민건강연구소에서는 이 법안을 법률적, 보건학적, 산업적 관점에서 상세하게 분석한 후 ‘시민의 건강증진을 위한 대안이 될 수 없으므로 즉각 폐기하고 지역사회 건강증진사업 활성화 대책을 내놓아야 한다’는 이슈페이퍼를 낸 바 있다.¹⁾ 시민사회와 의료계는 이 제도가 국민건강 향상을 명분으로 의료제도를 왜곡하고 전면적 의료영리화를 촉발시킬 수 있다는 점을 지적하며 폐지를 요구했었다.²⁾ 이후에도 정부가 건강관리서비스 도입을 언급할 때마다 비판과 철회요구가 이어졌다.³⁾

불행하게도 2019년 모습을 드러낸 「건강관리서비스 가이드라인」은 법률적·보건학적·산업적 측면에서 그동안의 우려를 한 치도 벗어나지 않았다. 절차적 측면에서는 오히려 2010년 법안보다 후퇴한 모습을 보여주었다. 그러나 ‘바이오헬스산업’ 또는 ‘4차산업혁명’이라는 이름으로 정보통신기술(ICT), 빅데이터, 바이오제약, 의료기기를 포괄하는 거대 경제정책의 긴밀한 부분을 구성하며, 산업적 측면에서 강력한 드라이브가 걸려있는 상태이다 (글상자1).

1) 시민건강연구소(2010), 『시민건강이슈 1호: 건강관리서비스법, 시민의 건강증진을 위한 대안인가?』

2) 메디컬옵저버(2010.06.16.). “[“건강관리서비스법안” 의약·시민단체 반대 거세](#)”

3) 건강권실현을 위한 보건의료단체연합 보도자료(2016.2.18.). “[박근혜정부 ‘건강관리서비스’는 미국형 기업의료 허용조치.](#)”

<글상자 1> 바이오헬스산업 혁신전략 (2019.5.22. 관계부처 합동)

[바이오헬스산업 혁신전략 목표]

- ▶ 혁신신약·의료기기 세계시장 점유율 3배 확대
 - * 제약·의료기기 등 세계시장 점유율(%): ('18) 1.8 → ('22) 3 → ('30) 6
- ▶ 바이오헬스 산업을 5대 수출 주력산업으로 육성
 - * 제약·의료기기 등 수출액(억 달러): ('18) 144 → ('22) 200 → ('30) 500
- ▶ 신규 일자리 30만 명 창출
 - * 바이오헬스 일자리(만 명): ('18) 87 → ('22) 97 → ('30) 117

쫓붙의 힘으로 출범한 문재인 정부는 집권 첫해에 ‘헬스케어산업과 보험산업의 융복합’ 사례로 건강증진형 보험상품을 도입했고 이를 통해 건강관리서비스의 모습이 드러났다. 그리고 이후 건강관리서비스를 추진하는데 도움이 될 만한 법과 제도들이 속속 만들어지고 있는 중이다. 이후 2018년 ‘규제샌드박스법⁴⁾’ 통과를 비롯해 2019년 5월에는 <바이오헬스 산업 혁신전략>⁵⁾이 발표되었고, 얼마 전에는 강원도가 디지털헬스케어 규제자유특구로 지정되었다.⁶⁾

4) 규제혁신법률 일명 규제샌드박스법은 [산업융합촉진법], [정보통신융합법], [지역특구법]으로서 소관부처가 각각 과기부, 산업부, 중기부이다.

5) 4차산업혁명위원회 헬스케어특별위원회에서 제안한 신약과 의료기기의 상업화를 촉진하는 각종 규제완화와 개인정보 빅데이터 활용 방안들 대거 포함

6) 라포르시안(2019.07.24.). [“규제자유특구 7곳 지정...강원도 '의사-환자 원격의료' 허용”](#)



<그림 1> 바이오헬스산업 혁신전략발표 뉴스기사
(연합뉴스. 2019.05.22)

뿐만 아니다. 현재 국회에는 사실상 ‘영리병원’을 허용하는 [보건의료기술진흥법], 건강정보의 상업적 활용이 가능한 [개인정보보호법] 개정안, 실손보험 청구간소화를 위한 [보험업법] 개정안, 그리고 보건의료 규제개악 3법이라고 하는 [첨단재생의료법], [혁신의료기기법], [체의진단기기법]이 상정되어 통과를 기다리고 있다. 시민사회의 지적처럼 “의료영리화를 4차 산업혁명으로 포장해 바이오, 제약, 의료기기를 국가의 차세대 먹거리 중 하나로 상정하고 무차별적 규제완화”⁷⁾가 진행되는 중이다.

7) 의료민영화저지와 무상의료실현을 위한 운동본부 기자회견(2019.02.21.). “[문재인정부는 국민의 생명과 안전을 팔아먹는 규제샌드박스 의료민영화를 중단하라](#)”

삼성, MB 정부에 '의료 민영화' 지침서 썼나?

의료 민영화 지지 병국보, 삼성경제연구소 보고서 공개

등록수일 2010.10.06 18:45:00

지난 3월 25일 이견회 전 삼성그룹 회장이 '삼성전자 회장'이라는 타이틀로 경영에 공식 복했다. '삼성 특검' 재판으로 유죄 판결을 받은 지 8개월, 지난해 연말 단독 사면된 지 불과 37 만이었다. 세계적인 경제 불황과 급변하는 산업구조 속에서 삼성의 위기를 헤쳐나가기 위 '결단'이라고 했다.

이견회의 신속중 사업과 삼성뿐 보고서... "의료 민영화 싸움, 이제 2라운드"

한 언론사 편집인이 "한 편의 사"라 극찬했던 이견회 회장의 복귀 메시지, "지금 이 진짜 위기 앞만 보고 가자"의 구체적인 청사진은 두 달 뒤인 5월에 발표했다. 2020년까지 23조3000억 을 투자해 태양전지, 자동차용 전지, 발광다이오드(LED), 바이오 제약, 의료기기 등 친환경 건강중진 사업을 신속중 사업으로 육성하기로 한 것이다.

(프레시안, 2010.10.06.)

김동연, 이재용 만난 뒤 "삼성이 바이오산업 규제완화 요청했다"

김도연 기자
2018-08-06 14:30:21

0



(비즈니스포스트, 2018.08.06.)

<그림 2> 의료민영화를 둘러싼 기업과 정부의 결탁을 시사하는 언론기사

우리는 한마디로 '허술하다'고 할 수 밖에 없는 내용의 「건강관리서비스 가이드라인」을 보면서, "도대체 왜 이렇게까지?"라는 질문을 하지 않을 수 없었다. 그리고 이처럼 집요하게 이 제도를 도입하고자 하는 세력은 과연 누구인가에 주목하지 않을 수 없었다.

이슈페이퍼는 2010년 이후 건강관리서비스 추진경과를 살펴보고, 이것이 가진 문제점을 비판적으로 분석하며, 숨은 이해관계 세력들을 전면에 드러내고자 한다.

2. 건강관리서비스의 탄생과 진화

2.1. 정부의 움직임

2.1.1. 이명박 정부 (2008-2012)

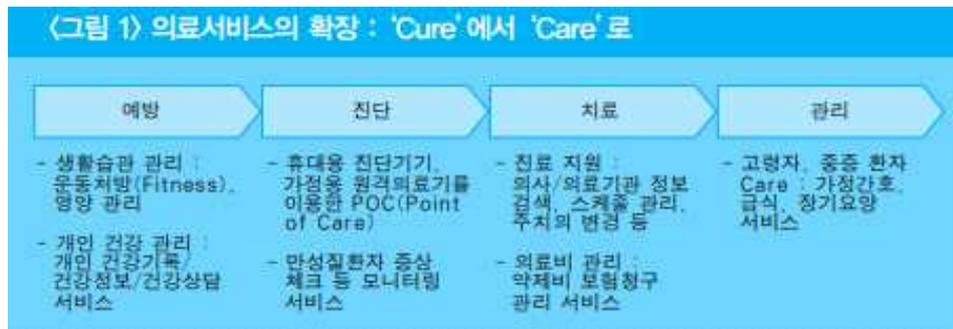
- **2008년 ~ 2009년** 이명박 정부는 집권 첫 해부터 ‘경제위기 대응과 성장기반 확충을 위한 투자활성화와 일자리확대’의 일환으로 각종 정책들을 발표한다.⁸⁾ 2009년에 발표된 의료분야 서비스산업 선진화 방안은 ‘새로운 의료서비스시장 형성을 위한 제도적 기반을 만들고 투자활성화를 위해 규제를 완화’하는데 초점이 맞춰졌다. 그 핵심과제로 건강관리서비스 시장기반 조성, 경제자유구역 내 외국의료기관 유치제도 기반조성 등이 포함되었다⁹⁾. 이 발표 전에 이미 보건복지가족부는 2008년 4월부터 9월까지 건강관리서비스 1차 태스크포스(TF)를 구성하고 13차에 걸쳐 회의를 진행했다. 같은 해 10월 한국보건산업진흥원은 ‘한국에서 건강관리 서비스의 필요성과 외국의 현황’이라는 심포지엄을 개최했고,¹⁰⁾ 이어서 건강관리서비스 도입의 근거와 운영방안을 검토한 『건강관리서비스 및 U-Healthcare 시장 규모 추계』, 『건강서비스시장 활성화 방안 연구』 등의 연구보고서를 발간했다.
- 정부가 이러한 정책과정을 진행하기 직전인 2007년부터 민간경제연구소들을 중심으로 ‘전자 및 IT기업은 차세대 수증사업으로 유헬스(U-Health) 관련 기기 및 솔루션 사업에 주목할 필요가 있다’¹¹⁾는 주장이 나오고 있었다. 이들은 예방과 진단, 치료, 관리를 아우르는 의료패러다임의 변화에 따라 전자정보통신기술을 적극적으로 이용하여 개인의 건강을 관리할 것을 강조했다 (그림3, 글상자2).

8) 2008년 9월 대통령 주재 제2차 투자활성화 및 일자리 확대를 위한 민관합동회의와 2009년 5월 대통령 주재 경제난국 극복 및 성장기반 확충을 위한 민관합동회의 ‘서비스산업 선진화 방안’ 발표 등.

9) 기획재정부 보도자료(2009.05.08). 10개 분야에 대한 「서비스산업 선진화 방안」 발표.

10) 한국보건산업진흥원 보도자료(20108.10.02) “[한국에서 건강관리 서비스의 필요성과 외국의 현황](#) 심포지엄 개최”

11) 삼성경제연구소(2007). 유헬스(U-Health) 시대의 도래.



<그림 3> 헬스케어산업 패러다임의 변화
(출처: LG경제연구원(2007). 맞춤형 건강관리 서비스가 뜬다)

<글상자 2> 주요 민간경제연구소의 유헬스(U-Health) 및 건강관리서비스제도에 대한 연구

- 삼성경제연구소(2007). 의료서비스산업 고도화와 과제
- 삼성경제연구소(2007). 유헬스(U-Health) 시대의 도래
- LG경제연구원(2007). 맞춤형 건강관리 서비스가 뜬다
- LG경제연구원(2009). 건강관리서비스, 시장원리와 제도적 지원 병행 필요
- KT경제경영연구소(2010). U-헬스 시장을 향한 ICT업계의 본격화된 경쟁
- KT종합기술원(2010). U-헬스케어 확산의 도화선 바이오센서(Bio Sensor)
- 삼성경제연구소(2010). 미래복지사회 실현을 위한 보건의료산업 선진화 방안(HT보고서)

- 2010년 5월 [건강관리서비스법(안)] 발의 이후 9월에 삼성경제연구소는 『미래복지사회 실현을 위한 보건의료산업 선진화방안』이라는 보고서를 발간했다. 이는 2009년 11월 복지부와 수의계약을 통해 발주된 것으로, 건강관리서비스의 시장화와 원격의료 도입을 강조하고 있다는 점에서 ‘MB정부와 삼성의 합작품’이라는 비판을 받았다.¹²⁾ 삼성과 LG등 민간경제연구소들이 건강관리서비스 개념을 적극적으로 제기하고, 삼성경제연구소의 연구보고서가 그대로 보건복지부의 정책근거자료가 되는 과정은 이명박 정부의 의료서비스선진화정책들이 태생적으로 자본의 논리와 이해로부터 출발했음을 충분히 짐작케 한다.
- 2010년 5월 7일 보건복지부(장관 전재희)는 2009년에 이어 의료서비스에 대한 규제 선진화, 새로운 의료서비스시장 발굴·육성, 소비자 선택권 제고를 추진과제로 하는 <의료분야 서비스산업 선진화 방안>을 발표한다. 그리고 새로운 의료서비스 시장으로 건강관리서비스를 소개했다. 보도자료에 따르면, 건강관리서비스는 “건강에 대한 국민의 관심과 수요 증가로 성장 잠재력이 높은 새로운 시장으로 대두” 할 것으로 전망되며, 정부는 건강관리서비스 시장이 형성될 수 있도록 법제도를 개정하고 건강관리서비스 모형을 만들어가는

12) 프레시안(2010.10.06.). “[삼성, MB정부에 ‘의료민영화’ 지킴서 왔나?](#)”

것을 추진하겠다고 했다.¹³⁾ 국민들의 자가건강관리 필요를 돕는 예방적 의료서비스라고 소개했지만, 건강관리서비스는 명백하게 도입초기부터 산업적 효과와 ‘시장’을 염두에 둔, 의료산업화를 촉진시키기 위한 정책과제라 할 수 있었다.

- **2010년 5월 17일** <의료분야 서비스산업 선진화 방안>이 발표된 지 열흘 후, 의원입법 형식으로 변용전의원(자유선진당)이 [건강관리서비스법(안)]을 발의하였다. 당시 시민건강연구소를 포함하여 의료계와 시민사회단체들은 이를 보건학적, 법률적, 산업적 측면에서 검토하고, 애초에 보건정책이 아니라 일자리 창출과 시장형성이라는 산업정책으로 기획된 건강관리서비스로는 국민건강증진과 질병예방의 목적을 달성할 수 없다고 비판하며 당장 폐기할 것을 요구했다. 그 대신 [보건의료기본법], [국민건강증진법], [의료법] 등 기존의 법률에 명시된 국가의 건강보장책임과 공공성의 원칙을 충실하게 수행하는 것이 우선이라는 점을 분명히 했다. 이는 민간 기업의 이윤증대를 보조하는 의료영리화를 통해서가 아니라 의료전달체계의 합리적 활용과 정부가 주도적으로 건강증진프로그램과 재정을 투입하여 건강관리서비스를 확대 시행함으로써 가능할 수 있다고 지적했다.¹⁴⁾
- **2010년 7월 ~ 2011년 5월** 시민사회단체와 의료계의 거센 반발에도 불구하고 정부는 건강관리서비스법안 강행 의지를 굽히지 않는다. 보건복지부는 시민단체와 의료계가 건강관리서비스제도 도입의 사회적 필요성은 인정하지만 다양한 우려를 표명한다고 판단, 이를 해소하고자 <건강관리서비스 Q&A>를 발표하고 ‘건강관리서비스 활성화포럼’을 개최하기도 했다.¹⁵⁾ 정부·학계·관련단체·언론계 등을 망라하여 약 30여명으로 구성된 위원회는 2010년 7월부터 총 7차에 걸쳐 ‘건강관리서비스 활성화포럼’을 진행했다. 위원회의 인적 구성은 유관단체를 포괄한다고 하였지만, 사실은 건강관리서비스 도입을 지지하는 산업계와 일부 의료계, 민간연구소가 주를 이루었다 (표1~2).
- 포럼과 공청회를 통해 제기된 일부 지적사항(민간보험회사의 개설 제한, 건강정보 보호강화 등)을 반영하여 2011년 4월 손숙미의원(한나라당)이 [국민건강관리서비스법(안)]을 대표발의한다. 2011년 5월에 열린 7차 포럼에서 복지부 관계자는 “주요 우려사항에 대한 보완방안이 마련되었으니, 6월 국회에서 꼭 논의될 수 있기를 바란다”¹⁶⁾ 라고 하면서 입법화

13) 보건복지부 보도자료(2010.05.07.) “의료서비스산업 선진화 추진과제 확정”

14) 국회의원 박은수, 국회의원곽정숙, 의료민영화 저지 및 건강보험보장성 강화를 위한 범국민운동본부 국회토론회(2010.06.16.) “[건강관리서비스법안, 무엇이 문제인가](#)” ; 시민건강연구소(2010.08.04.), 시민건강이슈 I.

15) 보건복지부 보도자료(2010.06.30.). “복지부, 「건강관리서비스 Q&A」 발표 및 「건강관리서비스 활성화 포럼」 개최”

16) 보건복지부 보도자료(2011.05.19.) “「건강관리서비스 활성화 포럼」 개최”

를 강력하게 지원했다. 그러나 이 법안도 앞서 변용전의원 안처럼 자동폐기되는 수순을 밟는다. 이후의 정부 행보를 보자면, 두 번의 법안통과가 실패하자 입법화를 우회하여 행정부의 ‘가이드라인’ 형태로 건강관리서비스를 도입하기로 전술을 바꾼 것으로 추정된다.

<표 1> 2010 - 2011년 건강관리서비스 활성화 포럼

개최 일시	포럼 주제
1차 (2010.07.02.)	건강관리서비스 전망 및 성공적 발전 방안
2차 (2010.08.27.)	일본 미국의 건강관리서비스 현황 및 전망
3차 (2010.10.08.)	실제적인 건강관리서비스 제공방안과 보건의료체계의 변화
4차 (2010.11.02.)	건강관리서비스 제도화를 위한 공청회
5차 (2010.12.07.)	국민의 건강관리욕구(needs)에 따른 건강관리서비스 제공방안
6차 (2011.02.09.)	건강관리서비스 바우처 지원사업 수행결과
7차 (2011.05.20.)	지자체주도 건강관리서비스 발전방향(서울시 대사증후군 관리사업)

* 해당 포럼에 대한 보건복지부 보도자료 참고.

<표 2> 건강관리서비스 활성화 포럼 위원 명단

구분	기관	성명(직위)
총 30 명		
보건복지부 (4)	건강정책국	최희주 국장
	보건산업정책과	박금렬 과장
	의료자원과	정윤순 과장
	보험급여과	은성호 과장
관련단체 (6)	대한의사협회	송우철 총무이사 이원철 기획이사
	대한한의사협회	정채빈 의무이사
	대한간호사협회	변영순 이사
	대한영양사협회	조영연 부회장
	대한병원협회	김상일 보험이사
u-Health 산업계 (4)	SK텔레콤	신창석 기업사업본부장
	KT	황영헌 기술개발실 신사업지원담당상무
	인성정보	김홍진 이사
	헬스맥스	이상호 대표이사
병원 (5)	서울아산병원	최재원 건강증진센터소장
	세브란스병원	홍천수 VIP 건강증진센터소장
	서울대병원	조비룡 건강증진센터장
	강북삼성병원	김현수 진료부원장
	서울성모병원	윤건호 가톨릭u-헬스산업단장
언론계 (3)	조선일보	김철중 기자
	연합뉴스	정주호 기자
	매일경제	노원명 기자
학계·연구계 (8)	경희대학교	최중명 교수
	서울대학교	김석화 교수
	인제대학교	이기효 교수
	한국보건산업진흥원	이윤태 의료산업팀장
	한국병원경영학회	임배만 회장
	건강증진사업지원단	양승주 단장
	LG경제연구원	윤수영 연구위원
	삼성경제연구소	이성호 수석연구원

* 간사 : 보건복지부 건강정책과장

출처: 보건복지부 보도자료(2010.06.30.)

- **2012년 2월 22일** 기획재정부 장관주재 위기관리대책회의에서 <2012년 서비스산업 선진화 추진계획>이 발표된다. 추진계획에는 ‘일자리 창출과 서비스산업 생산성 향상’이라는 수사 아래 [서비스산업발전기본법(안)]과 의료서비스 선진화관련 법률안들의 입법추진이 포함되어 있다. 또한 [국민건강관리서비스법(안)]이 상임위 상정조차 되지 못하자 국회에서 처리가능성이 낮은 법률안으로 분류하면서 정부입법으로 재추진한다고 밝혔다. 이는 어떻게라도 건강관리서비스제도의 도입을 관철시키겠다는 정부의 강력한 의지를 보여준다.

<글상자 3> 관계부처합동 2012년 서비스산업 선진화 추진계획 (2012.2.22.)

- **의료서비스 선진화 관련 법률** 중 18대 국회 내 처리해야 할 법률¹⁷⁾은 국회 설득 노력을 지속
- 1) 원격진료 허용을 위한 의료법 개정은 원격진료의 안정성, 허용범위, 책임분담 문제 등을 정리하여 국회 설득
 - 2) 경제자유구역법 및 제주도특별법은 18대 국회 내 처리노력 지속
- 상임위에 미상정되거나 논의가 이루어지지 않는 등 **처리 가능성이 낮은 법률안**¹⁸⁾은 추후 국회에서 재추진
- 1) 의료법인 합병 절차 마련 및 병원경영지원사업 허용 등 의료법, 약국법인 설립 허용의 약사법, 의료채권발행법 등
 - 2) 건강관리서비스법 제정은 18대국회에서 폐기시 정부입법으로 재추진

- **2012년 7월** 2월에 발표한 서비스산업 선진화추진계획에 명시한 대로 보건복지부가 [건강관리서비스법(안)]을 [건강생활서비스법]으로 명칭을 변경하고 2014년 1월 시행목표로 입법을 추진할 계획이라는 보도가 나왔다. 당시 야당이었던 민주당은 “의료민영화법으로 규정되어 폐기된 법안을 이름만 바꿔 정부입법으로 발의하는 것”이라고 비판하고 입법계획을 철회하라고 요구했다.¹⁷⁾
- **2012년 ~ 2016년** 몇 차례의 입법화 시도는 무산되었으나, 정부가 건강관리서비스를 추진하겠다는 강력한 의지를 거듭 천명하면서 중요한 움직임이 감지되기 시작한다. 그것은 2011년 발의된 손숙미의원의 법안에 포함된 ‘보험회사의 건강관리서비스회사 개설 제한’ 조건을 무효화시키기 위한 보험업계의 활동이다. 2010년 5월 발의된 변웅전의원안은 건강관리서비스업 허가에 제한이 없었다. 하지만 손숙미의원안에서는 이를 비판하는 시민사회의 여론을 반영하여 ‘개인 건강정보 유출의 우려’를 달랠 수 있도록 ‘보험사 등의 건강관리서비스업 개설·출자·투자를 금지’하는 것으로 변경된 상태였다. 앞으로 정부입법이 된다고 하면 이 개설제한 조건이 포함될 가능성이 높았기 때문에, 이때부터 보험연구원을 앞세운 민간보험사들은 ‘보험소비자의 선택권을 보장하기 위해 보험산업이 건강관리서비스에 참여할 수 있도록 해야 한다’¹⁸⁾ 는 주장을 폈다 (글상자4). 보험연구원은 미국과 일본, 호주의 사례를 들면서 ‘보험회사가 자사 보험가입자 중 건강정보 활용에 동의한 고객에 한정하여 건강관리서비스를 제공하는 방안’을 고려해야 한다고 주장했다.¹⁹⁾ 2015년 KB금융지주경영연구소는 미국과 일본의 보험사들의 자회사로 운영하는 건강관리서비스를 소개하고 (미국의 Cigna, Healthway, Kaiser와 일본의 Kife Care Partner, 전국방문건강지도협회

17) 약사공론(2012.07.21.). “[‘건강관리서비스’ 포기 안한 복지부에 野 ‘으름장’](#)”

18) 보험연구원(2012). 『보험회사의 건강관리서비스 제공 필요성과 방안』

19) 보험연구원(2014). 『건강관리서비스 사업모형연구』

(주)), 보험업계가 건강관리업체와의 제휴를 통해 U-헬스케어를 제공하는 것이 적합하다고 제안했다. 또한 보험업계는 ‘건강관리서비스를 의료행위 부분과 비의료행위 부분으로 구분하여 비의료기관이 제공할 수 있는 서비스 범위를 법체계 내에 명확히 규정할 필요가 있다’ 고도 했다. 그리고 이런 보험산업계의 주장은 2019년 5월 발표한 「건강관리서비스 가이드라인」에 고스란히 반영되었다. 건강관리서비스업 개설자격에 제한을 두지 않고, 의료행위와 비의료기관 건강관리서비스를 구분하는 내용이 그 핵심에 자리하고 있다.

<글상자 4> 민간보험사들의 건강관리서비스 시장 진입허용을 주장하는 보고서

- 보험연구원(2012), 보험회사의 건강관리서비스 제공 필요성과 방안
- 보험연구원(2012), 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토
- 보험연구원(2014), 건강생활관리서비스 사업모형 연구
- KB금융지주 경영연구소(2015), 국내외 건강관리서비스 사례와 금융권 활용가능성

2.1.2. 박근혜 정부 (2013-2017.4)

- **2016년 2월** 건강관리서비스는 박근혜정부에서 한 동안 언급되지 않다가, 정권 후기 투자 활성화대책에 다시 등장한다. 2016년 2월 대통령 주재 제9차 무역투자진흥회의에서 새로운 수출동력 창출을 위한 민간 신산업 진출 촉진방안으로 ‘헬스케어산업 활성화’가 발표된다. 당시 투자활성화 대책에 포함된 새로운 서비스 시장은 스포츠산업, 공유경제, 헬스케어, 대학해외진출 네 가지였다. 이때 ‘헬스케어산업’이라는 용어가 전면에 등장했다. 기존의 의료서비스산업에서 이름을 바꾼 헬스케어산업은 만성질환 증가에 따른 대응을 빌미삼아 의료영리화를 촉진할 수 있는 정책들이 모두 망라되었다. 한국은 ‘기술경쟁력, 세계적 수준의 건강정보 빅데이터, ICT인프라’에 강점이 있으므로 헬스케어산업은 산업적 전망이 크다고 소개되었다. 여기에는 건강관리서비스, 재생의료, 신의료기술 규제완화, 원격의료, 빅데이터, 정밀의료, 영리병원 및 영리자회사 추진 등 이명박정부에서 추진하려고 했던 의료서비스산업 선진화방안을 비롯하여, 유전자검사허용과 신약과 의료기기·기술지원등이 모두 포함되어 있었다. 건강관리서비스업에 대해서도 2010년과 마찬가지로 고령화와 의료비지출 증가라는 상황에 대응하기 위한 것이라고 했지만, 정보통신기술(ICT)과 웨어러블 기기를 적극 활용하는 것이 주된 목표라 할 수 있었다. 아울러 정부는 ‘건강관리서비스의 정의와 비즈니스 모델이 불명확하여 민간의 적극적인 투자가 이루어지지 못하는 상황’이라

고 진단하고, ‘2016년 3/4분기까지 가이드라인을 제정하여 서비스 영역창출을 지원하겠다’는 계획을 밝히면서 가이드라인의 예를 제시하였다 (글상자5).

<글상자 5> 2016년 2월 투자활성화대책 중 건강관리서비스 가이드라인(예)

<p>① 정의: 건강의 유지·증진과 질병의 사전예방·악화방지 등을 목적으로 생활습관 개선 및 올바른 건강관리를 유도하는 적극적·예방적 서비스</p> <p>② 범위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의료기관의 진단·처방을 토대로 한 사후관리(ex. 처방을 잘 따를 수 있도록 의약품 섭취, 식사, 운동 등을 도와주는 서비스) - 스마트기기를 활용한 생활습관정보 축적·관리 및 이를 활용한 서비스 (ex. 전송된 데이터를 모니터링하여 위험요인 발생시 이를 고지) - 맞춤형 영양·식단·운동 프로그램 등 설계 - 금연·절주 등 생활습관 개선을 위한 상담 및 관련 용품 제공

- 그러나 발표 이후 경향신문 2월 9일자에는 “대한상공회의소 등이 경제부처에 ‘웨어러블 기기 등을 활용하는 사업모델이 많으니 정부가 기준을 만들어 달라’고 건의한 것으로 알고 있다”라는 복지부 관계자의 발언이 실렸다²⁰⁾. 또한 “경제활성화를 위한 업체들의 건강관리서비스 건의가 강해 연구용역 등으로 일시 시간을 벌었다. 복지부 입장도 난감하다”는 복지부 관계자의 발언도 전해졌다²¹⁾. 건강관리서비스가 의료서비스 시장 확대를 위한 산업정책의 일환이라는 증거들이 명백했다. 실제로 2016년 박근혜정부가 발표한 건강관리서비스 활성화 근거자료는 2014년 보험연구원의 보고서²²⁾를 여러 차례 인용하고 있다. 정부 발표자료와 보험연구원 보고서에서 사례로 소개한 건강관리서비스 운영국가는 미국, 일본, 호주 3개국으로 동일하고, 미국의 건강관리서비스 산업의 성장 추이 자료도 동일하다.²³⁾ 이것은 보험산업계에서 정부에 건강관리서비스 도입과 구축 논리와 자료를 직접 제공하며 큰 영향력을 미쳤음을 시사한다 (글상자6, 글상자7).

20) 경향신문(2016.02.19.). “정부 건강관리서비스 정책, 기업 시나리오대로 착착?”

21) 메디컬타임스(2016.02.22.). “정부 건강관리서비스 정책, 알고보니 Ctrl+c, Ctrl+v”

22) 보험연구원(2014). 건강관리서비스 사업모형 연구

23) 시장규모를 “88년 1.2억불”이라고 표기한 것은 “98년 1.2억불”의 오기로 보임.

<글상자 6> 제9차 투자활성화 대책 헬스케어산업 활성화 자료(2016.2.17.)

<외국의 건강관리서비스 현황>

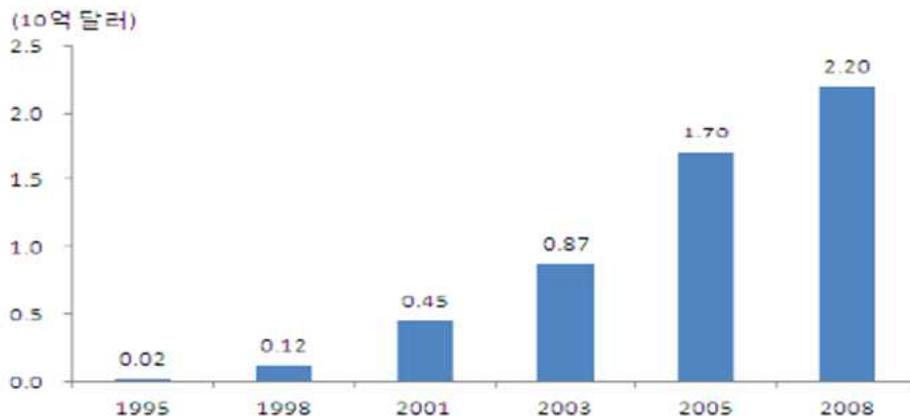
- (일본) 의료비 증가에 대한 대책으로 공공기관 주도로 만성질환 예방프로그램을 제공하며, 민간에서도 전문업체·보험업체 자회사 등에 의한 건강관리 시장 형성
- (미국) '90년대 중반 의료비가 급증하자 전문적 건강관리회사가 설립되기 시작하였고, 이후 급성장하여 Healthways, Cigna 등 대형업체들이 활발하게 활동
 - * 미국 건강관리서비스 시장 규모: '88년 1.2억불 → '08년 22억불
- (호주) 공공에 의한 생활습관개선 서비스 (Lifscript 프로그램 등)와 민간주도의 건강관리가 혼용되어 있으며, Alere 등 글로벌 건강관리서비스기업 존재

<글상자 7> 보험연구원(2014) 『건강생활관리서비스 사업모형연구』 보고서

<그림Ⅲ-1> 주요 국가별 건강관리서비스 비교

구분	미국	일본	호주
민영의료보험형태	· 민영의료보험 주도형 (민간이 정부를 대신 하는 대체형)	· 공적의료보험 주도형 (민영실손의료보험은 사실상 없음; 공보험 유일형)	· 공사의료보험 중복형 (공공병원 이용시 무료, 민영보험 피보험자가 민영병원 이용시 정부가 민영보험 보조)
서비스공급자	· 보험회사 · 전문회사	· 보험회사 · 전문회사	· 정부투자영리보험사 · 비영리 보험회사 · 전문회사 · 영리보험회사는 진입 검토중 (보험이 일반의 서비스(주로 외래)를 보장할 수 없기 때문)

<그림Ⅲ-1> 미국 건강관리서비스 산업의 성장 추이 (1995~2008년, 총수입 기준)



자료: Parks Associates(2009).

- 이 가이드라인의 더욱 큰 문제는 민간보험사와 기업들의 이윤추구를 위해 개인들의 건강과 질병정보를 시장에 유통시키고, 기존의 보건의료관련 법제도의 근간을 흔드는 제도를

법적 효력도 없고, 행정기관 내부 업무처리지침에 불과한 ‘가이드라인’(행정지침) 형태로 추진한다는 점이였다. 당시 시민사회단체들은 이를 ‘행정독재’라며 강력하게 비판했으나,²⁴⁾ 가이드라인 방식은 2019년에 그대로 재현되었다.

- **2016년 7월 ~12월** 7월에 보건복지부는 <제2차(2016-2020년) 국민건강검진 종합계획>에서 ‘수요자가 만족하는 편리한 검진’을 위해 건강관리서비스를 활성화하며, 2016년 하반기에 비의료기관에서 서비스를 제공할 수 있도록 가이드라인을 제정하겠다는 계획을 발표한다. 또한 11월에 열린 제18차 경제관계장관회의에서도 의료분야와 관련하여 원격의료와 건강관리서비스 가이드라인을 12월까지 마련할 계획이라고 발표했다.²⁵⁾ 그러나 이후 이어진 정치적 격랑 속에서 아무것도 발표되지 않았다.



<그림 4> 2016년 제18차 경제관계장관회의의 뉴스기사
(약사공론, 2016.11.16.)

24) 뉴스민(2016.02.19.). “[무상건강관리까지 기업에? 의료계, “사실상 의료민영화”](#)”

25) 약사공론(2016.11.16.). “[政 건강관리서비스·원격의료 드라이브... 보건의료 빅데이터도](#)”

- **2017년 2월** 탄핵정국에서 열린 제2차 경제관계장관회의에서 유일호 부총리는 “건강관리 서비스는 기기와 의료를 결합해 국민건강을 효과적으로 증진시킬 수 있는 신서비스로 4차 산업혁명의 좋은 사례”라고 설명하고, 정부차원의 가이드라인을 조속히 마련하여 건강관리 서비스를 활성화할 계획이라고 밝혔다. 이날 경제관계장관회의에서 다뤄진 세 가지 주제가 서비스 R&D 증장기 추진전략 및 투자계획, 건강관리서비스 활성화 방안, 중소·중견기업 수출동향 및 정책방향이었다는 점에서 정부가 건강관리서비스를 얼마나 중요한 산업정책으로 여기는지 짐작할 수 있다. 그러나 2016년 2월 이후 2017년 2월까지 1년 동안 ‘가이드라인 발표 계획’만 계속 보도되다가, 끝내 가이드라인은 발표되지 않고 정권이 막을 내렸다.

경제혁신	
경제부흥, 국민행복, 문화융성, 평화통일 기반 구축	
보도자료	
보도일시	배 포 시
배포일시	2017. 2. 1(수) 08:30
담당과장	경제조정국 경제조정총괄과장 강준석 (044-215-4510)
담당자	박승환 사무관 (044-215-4513) niceguystar@korea.kr
2017년 제2차 「경제관계장관회의」 개최	
□ 유일호 부총리 는 2.1.(수) 08시00분 정부서울청사에서 2017년 제2차 「 경제관계장관회의 」를 주재하여,	
◦ ‘서비스 R&D 증장기 추진전략 및 투자계획’ * 담당자 : 미래부 기계정보통신조정과 점상오 주무관(02-2110-2645)	
◦ ‘건강관리서비스 활성화 방안’ * 담당자 : 복지부 건강정책과 이교윤 사무관(044-202-2807)	
◦ ‘중소·중견기업 수출 동향 및 정책방향’ 을 논의하였다.	

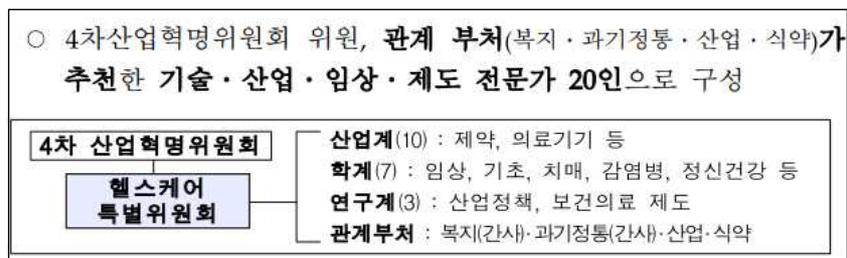
<그림 5> 2017년 제2차 경제관계장관회의 개최 보도자료

2.1.3. 문재인 정부(2017.5 - 현재)

- 건강관리서비스는 2010년 등장 이후 2019년 현재까지 세 번의 정부를 거치며 의료서비스 산업 선진화방안, 헬스케어산업, 바이오헬스산업²⁶⁾으로 명칭과 외연이 확장되는 의료영리

화정책의 일부로 계속 유지되었다. 이 과정에서 건강관리서비스는 기획재정부 주도하에 더욱 친기업적, 영리적 활용을 높이는 방향으로 진화했다. 그리고 앞선 정부에서 달성하지 못했던 입법화나 가이드라인 발표를 문재인정부는 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」이라는 형태로 내놓았다. 2010년 최초 도입단계에서는 보건복지부가 주체가 되어 유관단체/산업계/병원/언론계/학계가 참여하는 건강관리서비스 입법화를 위한 다양한 연구와 심포지엄, 토론회가 공개적으로 열리기도 했다. 그러나 가이드라인으로 시행방침을 정한 이후로는 공적 논의의 장 자체가 매우 드물어졌다. 시민사회나 의료계 등과 논의할 사항이 아니라 산업적 효과를 위해 추진해야 할 과제로 성격 자체가 분명해진 것으로 보인다.

- **2017년 12월 ~ 2018년 12월** 문재인정부 출범 첫째 10월, 대통령 직속 ‘4차산업혁명위원회’가 출범하였다. 앞선 정부에서 경제위기 극복, 일자리 창출, 투자활성화라는 이름으로 경제성장대책을 발표했다면, 문재인정부는 첨단 과학기술산업 중심의 4차산업혁명을 화두로 내세웠다. ‘4차산업혁명위원회’에는 정보통신, 인공지능, IT, IoT, 소프트웨어 등 주로 산업계에서 활동하는 20인의 민간위원을 중심으로 과학기술혁신위원회, 산업경제혁신위원회, 사회제도혁신위원회가 구성되었고, 여기에 12월 산·학·연구계를 포함하는 헬스케어특별위원회가 추가 설치되었다 (그림6).

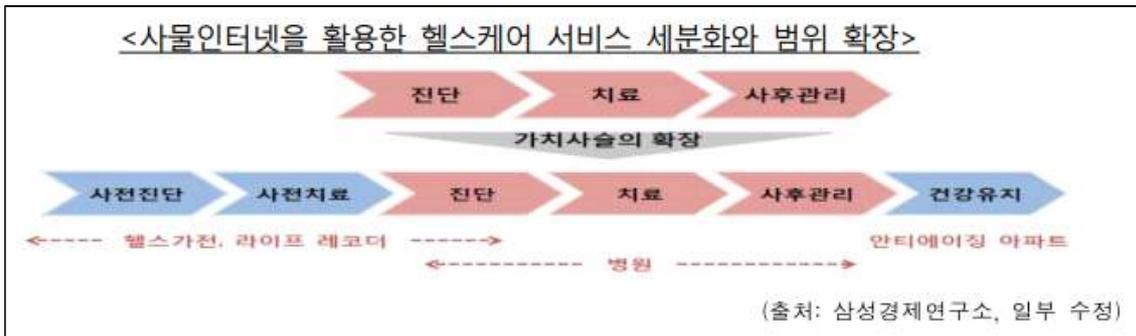


<그림 6> 헬스케어 특별위원회 4차 산업혁명 기반 헬스케어 발전전략 중

- 헬스케어특위에서는 헬스케어 6대 프로젝트(①헬스케어산업 생태계 조성, ②헬스케어 빅데이터 생산·관리 시범체계 구축, ③인공지능 활용 신약개발, ④스마트 임상시험 체계 구축,

26) 바이오헬스 산업의 개념은 ‘생명공학, 의·약학 지식에 기초하여 인체에 사용되는 제품을 생산하거나 서비스를 생산하는 산업’이다. 의약품, 의료기기 등 제조업과 디지털 헬스케어 서비스 등 의료·건강관리 서비스업을 포함한다(2019.5.22. 관계부처 합동, 바이오헬스산업 혁신전략, 바이오헬스 산업 개요 및 특징)

⑤스마트 융복합 헬스케어기기, ⑥체외진단기기²⁷⁾)를 선정하고 사실상 바이오헬스 분야 규제개선 등을 주로 논의하였다. 보건복지부 의료산업정책과의 보도자료가 밝히고 있다시피, ‘특위민간위원의 신규 프로젝트 제안·기획을 통해 민간(현장) 주도의 정책 아젠다화 및 추진동력을 마련’²⁸⁾하기 위한 것으로, 아젠다의 근거 기반도 민간경제연구소로부터 차용하고 있다 (그림7).



<그림 7> 헬스케어 특별위원회·관계부처 합동 4차 산업혁명 기반 헬스케어 발전전략(2018.12) 중

- 2010년 입법화 시도기에는 정부와 민간기업의 공모라는 비판을 의식하여 보건복지부가 삼성경제연구소에 연구보고서 용역을 발주했다는 사실 자체를 은폐하려 했었다. 그러나 이제는 거리낄 것이 없다. 민간 기업들은 자신들이 원하는 사업모형의 정책 근거를 제공하고 민관공식 기구를 통해 규제완화를 요구하며, 정부는 이 기구에 적극 협력하는 형식으로 변모했다. 헬스케어특위는 1년간의 활동 끝에 <4차산업혁명 기반 헬스케어 발전전략>(2018년 12월 10일)을 발표한다. 여기에는 신약임상시험계획 승인기간 단축, 융복합 의료기기 신속허가 가이드라인 마련, 신의료기술 평가 심의 간소화 및 별도 평가트랙 신설, 체외진단기기 ‘선진입 후평가’ 허가절차 간소화 등 그동안 민간 기업에서 요구해오던 전면적 규제완화 조치가 모두 포함되었다.
- 헬스케어특위의 성격은 특위에 참여하는 전문가들의 면면을 살펴보면 더 잘 드러난다. 헬스케어특위의 절반이 산업계 인력일 뿐만 아니라, 학계 위원으로 위촉된 교수들 일부는 관련 기업의 사내·외 이사 또는 임상자문위원을 맡고 있다.²⁹⁾ 헬스케어 특위 자체가 시민 관

27) 6대 프로젝트로 TF가 운영되었으나, 일부 세부과제 중복으로 ‘융복합 헬스케어기기’와 ‘체외진단기기’ 프로젝트 통합

28) 보건복지부 보도자료(2018.12.10.). 4차 산업혁명 기반 헬스케어 발전전략 발표

29) 참세상(2019.02.13.) “의료민영화, 브레이크없이 악셀 밟고 가실게요” 기사 중 일부를 그대로 인용하면 다음과 같다. “장정호 세월셀론텍 대표가 줄기세포 분야의 공식적 대표자로 참여하고 있음에도, 줄기세포 기술개발 기업과 관계를 맺고 있는 인물들이 위원장 및 학계 대표로 위촉됐다. 우선 특위 위원장인 박웅양 성균관대 의대교수는 삼성유전체연구소에서 유전체 분석시스템을 개발하고 있다. 또 ‘마크로젠’

점에서의 편익과 안전, 공공성보다는 의료산업적 이해에 치중될 가능성을 강력히 시사한다. 이 모든 것이 경제성장, 일자리 확대라는 명분으로 허용되는 가운데, 정부의 공적 책무성을 담보할 방법이나 시민사회가 개입할 수 있는 거버넌스 구조는 존재하지 않는다.

참고		헬스케어 특별위원회 위원명단	
연번	위원	소속 및 직위	비고
1	박용양	성균관대 의대 교수	위원장
2	정현호	메디톡스 대표	산업계
3	문여동	풀스타헬스케어 대표	
4	김종철	맥아이씨에스 대표	
5	장정호	세원셀론텍 대표	
6	남수연	인츠바이오 대표	
7	이진휴	동방의료기기 상무	
8	황태순	테라젠이텍스 대표	
9	김소연	PCL 대표	
10	최재규	BBB 대표	
11	백승욱	{4차위 위원} 루닛 대표	
12	기모란	국립암센터 국제암대학원 교수	학계
13	박윤정	서울대 치의학대학원 교수	
14	유소영	서울아산병원 정책부장	
15	강민아	{4차위 위원} 이화여대 행정학과 교수	
16	오정미	{4차위 위원} 서울대 약학대학 교수	
17	박종오	{4차위 위원} 전남대 기계공학부 교수	
18	이대식	{4차위 위원} 부산대 경제학부 교수	
19	이윤태	보건산업진흥원 본부장	연구계
20	김태억	범부처신약개발사업단 사업본부장	
21	이명화	STEPI 연구위원	
22	강도태	{간사} 보건복지부 보건의료정책실장	정부부처
23	정병선	{간사} 과기정통부 연구개발정책실장	
24	문승욱	산업통상자원부 산업기반실장	
25	최성락	식품의약품안전처 차장	

<그림 8> 헬스케어 특별위원회 명단 뉴스기사 (메디게이트, 2017.12.19.)

이라는 생명공학 벤처기업 전문업체에서 2006년부터 3년간 사내이사로 재직했다. 마크로젠은 개인 유전정보 분석, 질환예측 및 진단용 유전자 발굴, 줄기세포 기술개발에 집중하는 회사다. 박윤정 서울대 치의학대학원 교수는 2016년 주식회사 ‘나이백’에서 경영개발기획본부장, 전무이사 등을 맡았다. 나이백은 펩타이드 헬스케어 전문기업으로, 의료용품 및 기타 의약품관련제품인 치아미백제, 치과용 골이식제 제조사업을 비롯해 화장품 사업까지 하고 있다. 박교수는 나이백의 주식 4.20%를 보유하고 있다. 오정미 서울대 약학대학 교수는 ‘하임바이오’에서 임상 자문위원을 맡고 있다. 하임바이오는 차세대 항암제 신약개발, 건강기능성 제품 개발, 스마트 헬스케어 등의 사업을 하고 있다. 오교수는 2011년부터 1년간 의료기기 판매업체인 엔케이바이오(현 셀텍)의 사외이사를 지내기도 했다.”

- **2017년 11월** 문재인정부가 건강관리서비스를 전면에 내세운 것은 2019년 5월 「의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」 발표 때이지만, 건강관리서비스를 시장에서 확산하기 위한 정책은 사실상 2017년부터 준비되고 있었다. 2017년 11월 금융위원회와 금융감독원은 <건강증진형 보험상품 가이드라인 주요내용-헬스케어산업과 보험산업의 융·복합 활성화>라는 보도자료를 발표한다. 보고자료에 따르면, ‘보험’과 ‘스마트 헬스케어서비스’가 결합된 건강증진형 보험상품은 ‘새로운 성장동력의 마중물’이자 ‘유망한 인슈어테크(Insuretech) 분야’로 제시된다.

<글상자 8> 금융위원회 금융감독원, 건강증진형 보험상품 가이드라인(2017.11)

③ 경제 전체적으로는 헬스케어 산업 등 新성장동력의 마중물이 되어 일자리 창출*, 창업 활성화 등 경기 활성화에 기여

* 헬스케어 산업의 취업유발계수 (14년, 한은): 19.2명/10억원(全산업 평균 12.9명)
 헬스케어 산업의 고용유발계수 (14년, 한은): 16.7명/10억원(全산업 평균 8.7명)

- 건강증진형 보험상품의 내용은 ‘민간보험회사에서 IT기술이나 빅데이터 등 혁신기술을 결합한 ‘스마트 헬스케어’ 통해 보험계약자의 건강정보를 수집·관리하고, 보험계약자는 건강관리를 통해 보험을 할인 등 혜택을 볼 수 있다’는 것이다. 이것은 앞서 2012년부터 보험연구원 등에서 주장하던 ‘보험사들이 자사 가입고객들에게 건강관리서비스를 제공할 수 있도록 해달라’는 요청이 반영된 것이다. 금융위원회와 금융감독원이 발표한 가이드라인 추진 경과는 “(보험업계에서) 그간 제기된 애로사항을 해소하고 다양한 혁신상품의 개발을 가로막는 장애요인을 걷어내기 위해” 마련했다고 스스로 밝히고 있다. 향후 이런 보험 내용의 적용에 기존 가입자를 배제한다는 조건이 없기 때문에, 사실상 민간보험가입자 전체에 대해 건강관리서비스가 가능해졌다고 볼 수 있다. 또한 이런 보험상품들의 예시로 웨어러블 기기, 건강관리서비스를 제공할 수 있는 제휴 헬스케어 회사와의 결합을 보여줌으로써 2019년 5월에 발표될 「건강관리서비스 가이드라인」의 포석을 마련했다고 할 수 있다. 공식 가이드라인 이전에도 이미 보험사들은 건강관리서비스의 상품화를 시작하고 있었던 것이다.
- 이 발표 후 2018년 4월부터 건강증진형 보험상품이 판매되기 시작했다. 2018년 6월 8일자 금융위원회 보도자료 <건강증진형 보험상품 출시 및 판매동향>에는 ‘4-5월 두 달간 60,371건(37.5억원 실적)이 판매되었으며, 추가로 2018년 중에 16개 회사가 출시를 검토 중’이라고 밝히고 있다. 또한 ‘기존 가입자에게도 건강증진형 서비스를 확대 적용할 예정’

이라고 밝혀, 사실상 민간보험사들이 건강관리서비스를 전체 가입자에게 적용하는데 문제가 없게 되었다. 더욱이 금융당국은 보험회사의 이런 상품의 개발과 확대를 지원하겠다고 밝혔다.³⁰⁾ 정부가 나서서 민간보험사들의 요청을 들어주고 적극 공조하는 양상이다. 금융위원회는 2019년 3월 국민체감형 금융혁신 과제에 보험업 건강증진형 보험 활성화를 위한 웨어러블 기기 지원 허용 등 규제완화를 포함시켰다. 7월에도 ‘소비자 건강증진형 보험상품·서비스 활성화 현장간담회’를 개최하여 보험업계의 건강관리서비스업 진출지원과 건강정보수집과 활용을 위한 관련금융법령 개정을 지원하는 대책을 내놓았다. 보험업계를 전면적으로 지원하고 있는 셈이다. 2019년 5월 김용태 자유한국당 의원은 ‘건강증진형 보험’ 가입자에게 3만 원 이상 웨어러블 기기를 제공할 수 있는 법안(‘보험업법 일부개정법률안’)을 발의하기까지 했다. 해당 법안이 통과된다면 건강관리서비스는 행정부의 가이드라인으로 추진되고, 건강관리서비스를 포함하는 건강증진형 보험은 오히려 상위법의 보호를 받는 주객전도의 상황이 일어날 수 있다.

- **2019년 5월 21일** 보건복지부는 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」을 발표한다. 그동안 여러 차례 예고만 되었던 가이드라인을 처음 내놓으면서 보건복지부는 ‘건강관리서비스의 개념이 명확하지 않고 포괄적이어서 의료법에 위반되는지 여부를 판단하기 어렵다는 업계의 요구와 국민들의 건강증진 활동을 지원하기 위한 것’이라고 이유를 밝혔다 (글상자9). 의료법 위반여부에 대해서는 민관법령해석위원회에서 검토를 마쳤다고 했다. 발표된 가이드라인의 문제점은 3장에서 짚어보도록 하겠다.

<글상자 9> 가이드라인에 소개된 비의료 건강관리서비스 개념

- (정의) **건강의 유지·증진**과 질병의 사전예방·악화 방지를 목적으로, **위해한 생활습관을 개선**하고 올바른 건강관리를 유도하기 위해
- **제공자의 판단이 개입(의료적 판단 제외)된 상담·교육·훈련·실천** 프로그램 작성 및 유관 서비스를 제공하는 행위

30) “금융당국은 이러한 건강증진형 보험이 소비자에게는 건강증진과 보험료 절감 혜택으로, 보험회사에게는 보험위험(손해율) 감소로 이어질 수 있도록 지원하는 한편, 앞으로도 IoT기기 연계보험 등 새로운 상품 출시를 통하여 소비자 혜택이 늘어날 수 있는 방안을 추진할 예정.”(2018.06.08. 금융위원회 보도자료(제목:건강증진형 보험상품 출시 및 판매 동향) 중)

2.2. 시장의 움직임

- 정부의 지원 없이 민간 회사가 독자적으로 건강관리서비스 사업을 추진하기는 쉽지 않다. 의료법, 개인정보보호 같은 법적, 제도적 장벽들이 존재하기 때문이다. 일례로 일찍이 2004년 LG전자는 혈당을 재고 투약 이력을 관리하는 기능을 가진 ‘당뇨폰’을 개발해 건강관리서비스를 제공하겠다고 발표하여 세간의 이목을 끌었다. 당뇨폰의 후속으로 다이어트 폰, 스트레스폰도 출시하겠다는 계획이었다³¹⁾. 하지만 혈당 측정 기능 때문에 이 핸드폰은 의료기기로 분류되어 의료기기 허가를 받아야 했고, 의료기기 취급 허가를 받은 곳에서만 판매해야 했기에 사업을 접을 수밖에 없었다³²⁾. 즉, 건강관리분야는 기업들이 스스로 시장을 개척하고 자생적 생태계를 구성하기는 어려운 규제적 환경이 존재한다.
- 이렇게 보면 국내 건강관리서비스 산업은 정부의 지원과 규제완화를 발판으로 삼지 않고는 추진되기 어렵다. 건강관리서비스 시장 확대의 배후에는 규제를 풀고 기업들을 밀어주는 정부가 있다. 정부는 산업 활성화 명목 아래 건강관리서비스 법안을 추진하고, 기업의 이해가 달려 있는 각종 건강관리서비스 정책과 사업들을 주도적으로 이끌어 왔다. 기업들은 정부가 마련한 모임, 연구와 시범사업 등에 활발히 참여하여 자신들의 사업기반을 확대하고 법과 제도를 유리한 방향으로 변화시켰다. 이는 현재 진행형이다.

2.2.1. ‘산(産)-학(學)-정(政)’ 네트워크

- 정부와 건강관리서비스 산업계 인사들의 네트워크가 본격적으로 형성된 것은 이명박 정부 때부터인 것으로 보인다. 집권 첫해인 2008년 4월 22일 보건복지부(당시 보건복지가족부)는 민간 부문의 건강관리서비스 제공을 법제화하고자 ‘건강서비스 활성화 TF’를 발족했다. TF는 총 15명으로 구성되었으며, 정부와 의료계뿐 아니라 민간건강관리회사(주에임페드)와 생명보험회사 대표가 참여했다. 이들은 4월부터 9월까지 13차례에 걸쳐 회의를 진행했다. TF 구성원들의 긴밀한 관계와 사안에 대한 큰 관심을 짐작할 수 있다 (글상자10).

31) 서울신문(2004.11.01.). “[최첨단·웰빙 폰 바람](#)”.

32) 한겨레(2010.03.26.). “[혈당관리 ‘당뇨폰’ 개발하고도 포기한 이유는?](#)”

<글상자 10> 건강서비스 활성화 TF 회의 내역

<p><2008년 건강서비스 활성화 TF 회의 내역></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ TF 구성 및 준비모임 (4.17, 목) ○ 1차 회의(4.22) : 건강관리서비스 현황 분석 ○ 2차 회의(4.29) : 각 단체별 건강관리서비스 입법건의내용 검토 ○ 3차 회의(5.6) : 정책방향에 대한 쟁점 도출 (1) ○ 4차 회의(5.13) : 정책방향에 대한 쟁점 도출 (2) ○ 5차 회의(5.20) : 개념, 범위, 방향 등 쟁점 논의 ○ 6차 회의(5.27) : 건강관리서비스기관의 종류 및 업무범위 ○ 7차 회의(6.3) : 소비자 보호방안 및 품질관리방안 논의 ○ 8차 회의(6.10) : 건강관리서비스의 분류체계 모형 논의(진홍원) ○ 9차 회의(6.17) : 업종관리방식, 의료기관 정보교류 및 연계서비스(1) <ul style="list-style-type: none"> ※ 대한의사협회·대한병원협회 공동 공청회(6.20) ○ 10차 회의(7.1) : 업종관리방식, 의료기관 정보교류 및 연계서비스(2) <ul style="list-style-type: none"> ※ 대한병원협회 공청회 ‘바람직한 건강서비스 정책방향’ (7.10) ○ 11차 회의(7.22) : 건강관리서비스의 필요성 정리(진홍원) ○ 12차 회의(8.12) : 시장조사결과 발표(진홍원) ○ 13차 회의(9.23) : 제도화 일정 변경 및 TF논의 정리

(출처: 이윤태. 대한약사회 수요포럼 토론 자료, 2008.10.29.)

- 시민사회는 이 TF에 대해 지속적으로 문제를 제기했다. TF가 의료 민영화의 발판이 될 수 있다는 우려의 목소리를 냈고, TF에 시민 대표가 포함되지 않은 점 등을 비판했다³³⁾, TF 구성원이었던 의사협회가 2008년 6월 탈퇴를 선언했다가 다시 번복하는 사태도 있었다³⁴⁾. 이러한 불협화음에도 불구하고 정부는 이듬해에 2차 TF, 그다음 해에 3차 TF를 줄기차게 밀고 나갔다.
- 특히 2010년에 운영된 건강관리서비스 활성화 3차 TF는 인원을 기존의 두 배인 30명으로 늘렸다. 여기에는 국내 IT 대기업인 SK 텔레콤과 KT, 건강관리서비스 회사인 (주)인성정보와 (주)헬스맥스 4개사가 포함되었다. 또한 학계를 포함한다는 명목으로 대기업 연구소인 LG경제연구원과 삼성경제연구소의 연구원들을 참여시켰다 (표3).

33) 김종명(2009). [건강관리서비스 활성화의 문제점](#).

34) 청년의사(2008.06.04.) [“의협 "민간 건강관리회사 활성화 반대”](#)

<표 3> 2010년 건강관리서비스 활성화 TF의 산업계 부문 인적 구성

기관	성명(직위)
SK텔레콤	신창석 기업사업본부장
KT	황영현 기술개발실 신사업지원담당상무
인성정보	김홍진 이사
헬스팩스	이상호 대표이사
LG경제연구원	윤수영 연구위원
삼성경제연구소	이성호 수석연구원

(출처: 보건복지부 보도자료(2010) 재구성)

- 이후 박근혜 정부에서도 TF는 이름만 달라졌을 뿐 이전보다 다양한 산업의 이해를 포함할 수 있는 확대된 형태로 이어졌다. 이른바 ‘미래보건의료포럼’은 2015년 2차례, 2016년 5차례, 2017년 4차례 모임을 지속했다. 이 포럼은 보건의료분야에서 고령화와 양극화, ICT융합 등 사회변화에 대응하고자 4개 분과(‘기술·서비스’, ‘임상연구’, ‘제도개선·정책기획’, ‘확산·실행’)에 의료계, 산업계, 언론계 등의 관련 전문가 약 70명으로 구성되어 있었다. 포럼의 주최는 보건복지부 보건의료정책과였고, 주관은 한국보건의료연구원(NECA 미래보건의료정책연구단)에서 맡았다 (표4, 그림9).

<표 4> 2017년 미래보건의료포럼의 인적 구성

이름	참여자격	소속 및 직위	비고
김강립	포럼 공동위원장	보건복지부 보건의료정책실장	정부
임태환		대한민국의학한림원 부회장	의료분야 연구·자문 대표단체
추무진	관련단체	대한의사협회	의료인 단체
홍정용		대한병원협회	의료기관 단체
이운성		대한의학회	의료학술단체
강건욱	제1분과위원장	서울대학교 의과대학 교수	예방진단의료 및 의료정보화
조비룡	제2분과위원장	서울대학교 의과대학 교수	일차의료 등 의료전달체계
백남중	제3분과위원장	서울대학교 의과대학 교수	재활 등 건강관리
서준범	제4분과위원장	울산대학교 의과대학 교수	인공지능 및 정밀의료
박래용	제5분과위원장	아주대학교 의과대학 교수	대한의료정보학회이사장, 의료정보학
김옥주	전문가	서울대학교 의과대학 교수	의료윤리
박현애	전문가	서울대학교 간호대학 교수	세계의료정보학회회장 의료정보분야전문가
윤건호	전문가	가톨릭대학교 의과대학 교수	만성질환관리 및 디지털 헬스케어
김성수	전문가	연세대학교 의과대학 교수	의료정보
박용양	전문가	성균관대학교 의과대학 교수	유전체의학
강정화	환자/소비자단체	한국소비자단체협의회회장	의료소비자
신성식	언론인	중앙일보 논설위원	언론
김승환	공공기관	한국전자통신연구원(ETRI)	바이오의료IT포함 전자,정보통신분야 공공기관
최두진	공공기관	한국정보화진흥원(NIA)	ICT융합포함정보통신분야, 공공기관

* 간사 : 보건복지부 의료정보정책과장 (출처: 보건복지부 보도자료)

2010년 1차 건강서비스 활성화 포럼 (이명박 정부)	2015년 1차 미래보건의료포럼 (박근혜 정부)
	
<p>서울 그랜드 힐튼 호텔에서 전재희 전 보건복지부 장관이 건강서비스 활성화 포럼 참여자들에게 상장을 수여하고 있다. (출처: 보건복지부)</p>	<p>서울 롯데 호텔에서 권덕철 전 보건복지부 차관이 미래보건의료포럼 참여자들과 대화를 나누고 있다. (출처: 보건복지부)</p>

<그림 9> 2010년 건강관리서비스 활성화 포럼과 2015년 미래보건의료포럼

- 문재인 정부도 올해 4월부터 ‘헬스케어 포럼’을 구성하여 운영하고 있다. 산업계 참여자로 벤처캐피탈 LSK인베스트먼트 대표도 포함된 점이 눈에 띈다(표5). 포럼은 출범한 지 불과 4개월여밖에 되지 않았지만 벌써 세 차례 개최되었다(그림10). 첫 포럼은 보건의료산업 실증특례사업을 소개하는 자리로 (주)마크로젠과 (주)휴이노가 각각 유전체 분석을 기반으로 한 앱 연계 맞춤형 건강증진서비스와 웨어러블 기기를 활용한 심장관리 프로그램에 대하여 발표했다.

<표 5> 헬스케어 포럼의 인적 구성

연번	구분	성명	소속 및 직급	비고
1	공공	이영찬	한국보건산업진흥원장	공동위원장
2		임인택	보건복지부 보건산업정책국장	
3	민간 전문가	송시영	연세대학교 의과대학 교수	공동위원장
4		박용양	성균관대학교 의과대학 교수	
5		정진현	연세대학교 제약산업학과 교수	
6		김희찬	서울대학교 의과대학 교수	
7		곽노성	한양대학교 과학기술정책학과 교수	
8		윤건호	가톨릭대학교 중앙의료원 유헬스케어사업단 단장	
9		김명기	LSK인베스트먼트 대표	
10		이명화	STEPI 국가연구개발분석단장	
11		허윤정	건강보험심사평가원 연구소장	

(출처: 보건복지부 보도자료)

1차 헬스케어 미래포럼 (2019.4.30.)	2차 헬스케어 미래포럼 (2019.5.27)	3차 헬스케어 미래포럼 (2019.7.19.)																																																			
<p>제1회 헬스케어 미래포럼 바이오헬스 성장동력 제고를 위한 규제혁신의 방향</p> <p>한국보건산업진흥원은 바이오헬스 육성을 위한 다양한 이슈와 정책사항에 대한 안보토론회를 통한 '헬스케어 미래포럼'을 개최한다. 산업계, 학계, 시민단체 등 다양한 이해관계자가 참여하는 심도있는 대화와 토론을 통해 사회적 합의와 공감대를 기반으로 바이오헬스 육성의 방향성을 모색하고자 한다.</p> <p>제1회 포럼의 주제는 '바이오헬스 성장동력 제고를 위한 규제혁신의 방향'이다. 최근 DTx, 유전자검사 및 소류시약형 심근지표 등지를 활용한 건강관리 서비스 이용으로 눈앞의 눈앞의 '규제샌드박스(실용특례사업 제도)'를 중심으로 다룬다. 향후 바이오헬스 규제혁신과 실용특례 사업제 도입을 통해 바이오헬스 산업의 활성화를 도모한다.</p> <p>■ 포럼 개요</p> <ul style="list-style-type: none"> • 일시: 2019. 4. 30(화) 15:00~17:30 • 장소: 글래드 에피타이 홀팅 Bloom A • 주제: 바이오헬스 성장동력 제고를 위한 규제혁신의 방향 - (주)아로(주) 바이오헬스, 산업과 규제혁신 - (메디포콘) 바이오헬스, 규제혁신과 국민보건: 실용특례사업을 중심으로 • 주최: 한국보건산업진흥원 • 후원: 보건복지부, 식품의약품안전처, 산업통상부, 과학기술정보통신부 • 사전등록: 4,261명까지 온오프믹스 사이트를 통해 접수 <p>■ 프로그램</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>시간</th> <th>구분</th> <th>내용 및 연사</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15:00-15:30</td> <td>오프닝</td> <td>• 보건복지부 장관 기회사 • 한국보건산업진흥원 환영사</td> </tr> <tr> <td>15:30-15:45 (10분)</td> <td>오프닝</td> <td>• 바이오헬스 산업과 규제혁신</td> </tr> <tr> <td>15:45-15:50 (5분)</td> <td>주제 발표</td> <td>• 바이오헬스 산업의 육성을 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 세계 바이오헬스 규제혁신 최신 동향 • OTC와 STx의 국가간 규제분담 제정</td> </tr> <tr> <td>15:50-17:30(100분)</td> <td>패널 토론</td> <td>• 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제</td> </tr> </tbody> </table>	시간	구분	내용 및 연사	15:00-15:30	오프닝	• 보건복지부 장관 기회사 • 한국보건산업진흥원 환영사	15:30-15:45 (10분)	오프닝	• 바이오헬스 산업과 규제혁신	15:45-15:50 (5분)	주제 발표	• 바이오헬스 산업의 육성을 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 세계 바이오헬스 규제혁신 최신 동향 • OTC와 STx의 국가간 규제분담 제정	15:50-17:30(100분)	패널 토론	• 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제	<p>제2회 헬스케어 미래포럼 환자관리 패러다임 변화</p> <p>한국보건산업진흥원은 바이오헬스 육성을 위한 다양한 이슈와 정책사항에 대한 안보토론회를 통한 '헬스케어 미래포럼'을 개최한다. 산업계, 학계, 시민단체 등 다양한 이해관계자가 참여하는 심도있는 대화와 토론을 통해 사회적 합의와 공감대를 기반으로 바이오헬스 육성의 방향성을 모색하고자 한다.</p> <p>제2회 포럼의 주제는 '환자관리 패러다임 변화'이다. 환자관리, 원격의료, 인공지능 등을 통한 환자관리의 패러다임 변화에 대해 다룬다. 환자관리의 패러다임 변화에 대해 다룬다. 환자관리의 패러다임 변화에 대해 다룬다.</p> <p>■ 포럼 개요</p> <ul style="list-style-type: none"> • 일시: 2019. 5. 27(월) 15:00~17:30 • 장소: 글래드 에피타이 홀팅 Bloom A • 주제: 환자관리의 패러다임 변화(환자관리, 원격의료, 인공지능) • 주최: 한국보건산업진흥원 • 후원: 보건복지부 • 사전등록: 5,265명까지 온오프믹스 사이트(www.onoffmix.com)를 통해 접수 <p>■ 프로그램</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>시간</th> <th>구분</th> <th>내용 및 연사</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15:00-15:30</td> <td>오프닝</td> <td>• 행사안내 및 참석처 소개</td> </tr> <tr> <td>15:30-15:45</td> <td>주제 발표</td> <td>• 환자관리의 패러다임 변화(환자관리, 원격의료, 인공지능) • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화</td> </tr> <tr> <td>15:50-16:00</td> <td>키비 브리핑</td> <td>• 환자관리의 패러다임 변화에 따른 정책지원 방안 소개</td> </tr> <tr> <td>16:00-17:30</td> <td>패널 토론</td> <td>• 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화</td> </tr> </tbody> </table>	시간	구분	내용 및 연사	15:00-15:30	오프닝	• 행사안내 및 참석처 소개	15:30-15:45	주제 발표	• 환자관리의 패러다임 변화(환자관리, 원격의료, 인공지능) • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화	15:50-16:00	키비 브리핑	• 환자관리의 패러다임 변화에 따른 정책지원 방안 소개	16:00-17:30	패널 토론	• 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화	<p>제3회 헬스케어 미래포럼 의료데이터, 어떻게 활용할 것인가?</p> <p>한국보건산업진흥원은 바이오헬스 육성을 위한 다양한 이슈와 정책사항에 대한 안보토론회를 통한 '헬스케어 미래포럼'을 개최한다. 산업계, 학계, 시민단체 등 다양한 이해관계자가 참여하는 심도있는 대화와 토론을 통해 사회적 합의와 공감대를 기반으로 바이오헬스 육성의 방향성을 모색하고자 한다.</p> <p>제3회 포럼의 주제는 '의료데이터, 어떻게 활용할 것인가?'이다. 의료데이터의 활용에 대해 다룬다. 의료데이터의 활용에 대해 다룬다. 의료데이터의 활용에 대해 다룬다.</p> <p>■ 포럼 개요</p> <ul style="list-style-type: none"> • 일시: 2019. 7. 19(금) 15:00~18:00 • 장소: 에피타이 홀팅 Bloom A • 주제: 의료데이터, 어떻게 활용할 것인가? • 주최: 한국보건산업진흥원 • 후원: 보건복지부 • 사전등록: 7,188명까지 온오프믹스 사이트(www.onoffmix.com)를 통해 접수 <p>■ 프로그램</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>시간</th> <th>구분</th> <th>내용 및 연사</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14:30-15:00</td> <td>등록</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15:00-15:30</td> <td>오프닝</td> <td>• 행사안내 및 참석처 소개</td> </tr> <tr> <td>15:30-15:45</td> <td>주제 발표</td> <td>• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개</td> </tr> <tr> <td>15:45-15:50</td> <td>주제 발표</td> <td>• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개</td> </tr> <tr> <td>15:50-16:00</td> <td>주제 발표</td> <td>• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개</td> </tr> <tr> <td>16:00-18:00</td> <td>패널 토론</td> <td>• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개</td> </tr> </tbody> </table>	시간	구분	내용 및 연사	14:30-15:00	등록		15:00-15:30	오프닝	• 행사안내 및 참석처 소개	15:30-15:45	주제 발표	• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개	15:45-15:50	주제 발표	• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개	15:50-16:00	주제 발표	• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개	16:00-18:00	패널 토론	• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개
시간	구분	내용 및 연사																																																			
15:00-15:30	오프닝	• 보건복지부 장관 기회사 • 한국보건산업진흥원 환영사																																																			
15:30-15:45 (10분)	오프닝	• 바이오헬스 산업과 규제혁신																																																			
15:45-15:50 (5분)	주제 발표	• 바이오헬스 산업의 육성을 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 세계 바이오헬스 규제혁신 최신 동향 • OTC와 STx의 국가간 규제분담 제정																																																			
15:50-17:30(100분)	패널 토론	• 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제 • 바이오헬스 산업의 활성화를 위한 규제혁신 과제																																																			
시간	구분	내용 및 연사																																																			
15:00-15:30	오프닝	• 행사안내 및 참석처 소개																																																			
15:30-15:45	주제 발표	• 환자관리의 패러다임 변화(환자관리, 원격의료, 인공지능) • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화																																																			
15:50-16:00	키비 브리핑	• 환자관리의 패러다임 변화에 따른 정책지원 방안 소개																																																			
16:00-17:30	패널 토론	• 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화 • 인공지능을 활용한 환자관리의 패러다임 변화																																																			
시간	구분	내용 및 연사																																																			
14:30-15:00	등록																																																				
15:00-15:30	오프닝	• 행사안내 및 참석처 소개																																																			
15:30-15:45	주제 발표	• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개																																																			
15:45-15:50	주제 발표	• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개																																																			
15:50-16:00	주제 발표	• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개																																																			
16:00-18:00	패널 토론	• 의료데이터의 활용에 대한 정책지원 방안 소개																																																			

<그림 10> 1차 - 3차 헬스케어 미래포럼

- 뿐만 아니라 민간 기업들의 자체 네트워킹도 활발하다. 그러나 정부 주도 네트워크와 마찬가지로, 민간 부문의 네트워크도 단순히 건강관리회사들만의 연계가 아니라 의료계, 학계, IT 기업들이 대거 참여하고 있다. 대표적으로 정부가 [건강관리서비스법(안)] 도입을 추진하던 2010년경 설립되어 현재까지 활동을 이어가고 있는 ‘한국스마트헬스케어협회’를 꼽을 수 있다. 이 협회는 2010년 ‘한국U헬스협회’로 설립되어 2018년 ‘한국스마트헬스케어협회’로 명칭을 변경하였다. 협회에는 라이프시멘틱스, 인바디 등의 건강관리업체들도 포함되어 있지만 IT 대기업인 KT, LG, SK 등과 서울대, 가천대, 삼성의료원 등의 대형 병원들이 임원으로 포함되어 있다. 또한 초대회장이었던 정상철 서울대학교병원장을 필두로 현재까지 서울대학교병원장들이 줄곧 회장을 역임해오고 있다 (표6, 그림11).

<표 6> 한국스마트헬스케어협회 참여 기업 구성

연번	구분	성명	소속 및 직급
1	임원사	서창석 원장	서울대학교병원
2		이동면 융합기술원장	KT 융합기술원
3		안승권 CTO	LG 전자
4		육태선 신규사업단장	SK 텔레콤
5		원종윤 대표이사	인성정보
6		최상만 본부장	한국스마트헬스케어협회
7		박동균 교수	가천의대길병원
8		고범석 교수	동양미래대학교
9		송승재 대표이사	라이프시맨틱스
10		방사익 교수	삼성의료원
11		김정은 교수	서울대학교 간호대학
12		박범교수	아주대학교
13		김남현 교수	연세대학교의료원
14		위원량 대표이사	이지케어텍
15		차기철 대표이사	인바디
16		박노택 대표이사	텔레필드
17		이의훈 교수	카이스트
18		회원사	전도규 대표이사
19	윤영욱 상무이사		GE Healthcare Korea
20	김민준 대표이사		H3 System
21	이상현 부원장		고려대학교 안암병원
22	김일두 대표이사		광컴
23	정문기 대표		레드서브마린
24	배윤정 대표이사		메디플러스솔루션
25	임미애 대표		바셀메디케이션
26	허병우 대표이사		보령A&D메디칼
27	김성일 대표이사		볼트마이크로
28	김은선 대표이사		비알네트콤
29	전진욱 대표이사		비트컴퓨터
30	이상수 대표이사		소프트넷
31	이영신 대표이사		씨어스테크놀로지
32	조준희 대표이사		유라클
33	이미숙 대표이사		코어메드
34	이승엽 대표이사		하이디어솔루션즈
35	노태환 대표		헬스리안
36	이상호 대표이사		헬스맥스
37	임태호 대표이사		헬스커넥트
38	차정학 대표이사	휴마시스	

(출처: 한국스마트헬스케어협회 홈페이지)



<그림 11> 한국스마트헬스케어협회 홈페이지

- 그런가 하면, 비교적 최근인 2017년 출범한 ‘한국디지털헬스산업협회(KoDHIA, Korea Digital Health Industry Association)’도 있다. 이는 국내 디지털헬스산업 육성을 위한 민간 네트워크로서 건강관리기업뿐 아니라 학계, 공공 및 지역 의료기관, 연구기관, 법률자문을 도와줄 수 있는 법무법인(윤춘, 김앤장, 테크앤로 등), 벤처캐피탈(인터베스트, 마그마인베스트 등)까지 포함하고 있다. 즉, 건강관리시장에 눈독을 들이고 있는 민간부문은 의료계와 학계, 법조계 등 여러 이해관계자를 끌어들여 건강서비스 활성화에 제약이 되는 각종 규제를 풀기 위한 ‘진영’을 구축하는데 네트워크를 활용하고 있다.

2.2.2. 연구용역과 시범사업

- 또 하나 주목할 것은 이명박 정부 들어서부터 민간기업들이 대규모 국책 건강관리서비스 연구와 시범사업들을 수행하기 시작했다는 것이다. 물론 민간 기업의 국책 시범사업 참여가 이전에 전혀 없었던 것은 아니지만 보건 분야에서 수억~수백억대의 예산 규모는 매우 이례적이다. 몇 가지 사례를 살펴보자.
- 2009년 삼성경제연구소는 보건복지부로부터 5억 원을 받고 『미래복지사회 실현을 위한 보건의료 산업 선진화 방안』(연구기간: 2009.12.01.~2010.11.31.) 연구를 수행했다. 연구비 규모가 상당히 크지만 공개 입찰이 아닌 수의계약 방식으로 진행되었다. 특히 수행 주체가 삼성 연구소라는 점에서 특혜 의혹이 제기되었으며, 일명 ‘의료민영화 보고서’라는 논란에 휩싸여 복지부가 여러 차례 해명 발표를 내기도 했다 (그림12).

국민 누구나 건강하고 행복이 넘치는 사회를 실현			
 보건복지부		보도해명자료	
배 포 일	10월 6일 / (총 1 매)	담당부서	보건산업기술과
과 장	맹 호 영	전 화	02-2023-7610
담당자	정 통 령		02-2023-7595
보건복지부는 의료민영화 관련한 범국민운동본부 기자회견(‘10.10.6.) 보도내용에 대해 아래와 같이 밝힙니다. <=> 10월 6일자 연합뉴스 등 “HT산업 통한 의료민영화는 재벌이윤 추구” 기사 관련			
□ 기사 주요내용			
○ ‘의료민영화 저지 및 건강보험 보장성 강화를 위한 범국민운동본부’는 “정부와 삼성이 ‘건강관리서비스와 원격의료’라는 새로운 틀로 의료민영화 제2라운드를 추진하고 있다”고 주장 - 시민단체, 복지부 의뢰 삼성연구원 보고서 공개			
□ 해명내용			
○ 동 과제는 범 부처 보건의료 R&D를 총괄하는 중장기 추진전략인 ‘HT(Health Technology) Initiative’ 수립을 위한 기초자료로 활용하기 위해 발주한 것으로 의료민영화 전략과는 전혀 관련이 없음			

국민 누구나 건강하고 행복이 넘치는 사회를 실현			
 보건복지부		보도해명자료	
배 포 일	10월 12일 / (총 9 매)	담당부서	보건산업기술과
과 장	맹 호 영	전 화	02-2023-7610
담당자	정 통 령		02-2023-7595
보건복지부는 ‘삼성경제연구소 연구용역 계약시 특혜 의혹’과 관련한 보도내용에 대해 아래와 같이 밝힙니다. <=> 10월 11일자 한겨레신문 기사 “삼성경제연 5억짜리 ‘의료민영화’ 보고서 복지부, 수익계약 특혜 의혹” 관련			
□ 기사 주요내용			
○ 관련 시민단체들은 삼성경제연구소 보고서를 공개하면서 정부와 삼성이 새로운 방향의 의료민영화 정책을 추진하고 있다고 비판 - 이 보고서의 연구용역비가 5억원에 이르는데도 보건복지부가 공모를 하지 않고 연구소에 수익계약을 하는 등 특혜를 줬다는 주장 - 시민단체들은 삼성경제연구소의 연구팀이 ‘최고의 연구팀’에 해당하는지에 대해 의문 제기			
□ 해명내용			
1. 동 보고서가 ‘의료민영화’와 관련이 있다는 주장에 대하여			

<그림 12> 삼성경제연구소 연구용역에 대한 보건복지부 보도해명자료
(출처: 보건복지부, 2010)

- 그런가 하면 2009년 지식경제부는 무려 300억원 규모의 만성질환 관리를 위한 ‘스마트케어 서비스 시범사업(사업기간:2010.04 ~ 2013.06)’을 발주했다. 사업 수행주체로는 LG 컨소시엄(LG전자, LG텔레콤, SH제약, 바이오스페이스, 넷블루, 대진정보기술, 대구광역시)과 SKT컨소시엄(SK텔레콤, 삼성전자, 삼성생명, 인성정보, 인포피아, 경기·전남·충북)이 선정되었다. 애초 이 사업은 만성질환자 1만여 명을 대상으로 원격진료와 건강관리서비스 제공을 주 내용으로 했으나 실제 사업 참여자가 3,447명에 그쳤고 국가 예산 낭비라는 질타를 받았다³⁵⁾.
- 2015년에는 산업자원통상부가 신규 먹거리 산업 창출을 지원한다는 명목으로 약 95억 원 규모의 ‘창의산업미래성장동력(PHR 기반 개인맞춤형 건강관리 시스템 개발) 사업’을 공모했다. 수행자로는 (주)라이프시맨틱스 컨소시엄이 선정되었다. 컨소시엄에는 (주)라이프시맨틱스나 (주)헬스커넥트, (주)마크로젠 같은 건강관리회사들 뿐 아니라 서울아산병원, 삼성서울병원 등 의료계, 네이버, 비트컴퓨터 등 다수의 IT업계가 참여했다 (그림13). 이렇게 여러 산업의 업체들이 참여하다보니 프로젝트를 통해 확보되는 개인건강기록(Personal Health Record, 이하 PHR)이 영리 목적으로 활용될 가능성이 크다는 점이 문제로 제기되었다. 2015년 오영식 위원(새정치민주연합)이 산업자원통상부 국정감사 때 이를 지적했지만 이 사업은 2019년에도 명맥을 잇고 있다. 산업통상자원부에 따르면 2019년도 창의산업미래성

35) 라포르시안(2013.11.13.). “[산자부의 영터리 스마트케어 시범사업 분석...곳곳에 오류](#)”

2.2.3. 헬스케어 업체 지원

- 헬스케어 업체를 양성하고 지원하는 정부 활동도 점차 활발해지고 있다. 2015년 한국산업기술시험원(ktl) 하에 설립된 ‘스마트헬스케어종합지원센터’를 그 사례로 들 수 있다. 이 센터는 산업통상자원부의 창의산업기술개발기반구축사업의 일환으로, 대구테크노파크 바이오헬스융합센터에 건립되었다. 주요 역할은 스마트 헬스케어 기업들을 대상으로 제품 기획 단계에서부터 상담, 교육, 분석, 인증 등을 지원하여 건강관리제품의 상품화를 돕고 국내외 시장 진출 등을 지원하는 것이다.³⁷⁾
- 현재 이 센터에는 (재)대구테크노파크, 경북대학교, 한국정보통신기술협회, 한국스마트헬스케어협회, 고려대학교 구로병원이 참여기관으로 협력하고 있다. 2015년 9월부터 2020년 8월까지 60개월 동안 사업비 약 178억원(국비 88억원, 대구시 58억원, 민간투자금 32억원)을 투입하기로 되어 있다 (그림14).



<그림 14> 한국산업기술시험원. 4차산업혁명을 주도할 스마트 헬스케어 세미나 및 기업토론회자료(2018.07.04)

- 헬스케어 업체를 지원하는 인프라 차원에서 대구시는 조금 더 두드러져 보인다. 대구시는 2015년 스마트헬스케어종합지원센터 설립에 이어 2016년 디지털 헬스케어 소프트웨어 실

37)대구신문(2015.09.17.). “스마트 헬스케어 지원센터 대구서 첫발”

협평가센터를 건립했다. 이 센터는 디지털 헬스케어 관련 기업들의 소프트웨어 시험평가를 지원하여 국내외 시장 진출 지원을 목적으로 하고 있다. 2016년부터 2020년까지 5년간 총 143억 원(국비 100억 원, 대구시 22억 원, 민간투자금 21억 원)을 투입하기로 했다³⁸⁾. 대구테크노파크, 아주대학교 산학협력단, 한국바이오협회와 대구 가톨릭대학교병원이 참여 중이다.

- 민간기업들도 헬스케어 업체의 육성과 투자에 뛰어들고 있다. 대기업들은 기술력이나 창의적 아이디어를 가진 스타트업 회사들과 협력하여 시장 경쟁력을 확보하고자 투자에 나섰다. 일례로 카카오인베스트먼트는 연세대학교의료원과 kt의 합작사인 파이디지털헬스케어에 100억 투자 협약을 체결했으며³⁹⁾, 바이엘코리아는 KOTRA와 국내 유망 스타트업 육성 프로그램인 G4A코리아(Grants4Apps Korea)'를 운영하여 디지털헬스케어 지원자를 모집하기도 했다⁴⁰⁾.
- 근래에 눈에 띄는 것은 헬스케어 스타트업 회사들의 출발과 성장을 돕는 '스타트업 엑셀러레이터'의 등장이다. 이를테면 네이버의 기술 스타트업 엑셀러레이터인 D2 Startup Factory와 뉴플라이트는 디지털헬스케어 스타트업 지원을 위한 MOU를 체결했다⁴¹⁾. 또, 헬스케어 스타트업 엑셀러레이터로 2016년 설립된 '디지털 헬스케어 파트너스'란 곳도 있다. 이 회사는 설립 후 매년 여러 헬스케어 스타트업들을 선별하여 투자, 육성을 지원하고 있다. 2019년 2분기까지 모바일 헬스, 유전체 분석, 의료 VR, 헬스케어 블록체인 등 총 12개 헬스케어 스타트업을 지원했다⁴²⁾. 이곳의 인력구성을 보면 산업, 의료, 법, 회계, 경영 등 다양한 분야의 전문가들이 대거 참여하고 있다는 점이 눈에 띈다 (표7).

38) 중앙일보(2016.12.14.). "[디지털 헬스케어 SW 시험평가센터 대구 설립](#)"

39) 노컷뉴스(2019.03.04.). "[카카오, 헬스케어 산업진출까지](#)"

40) 한국경제(2019.05.09.). "[바이엘-KOTRA, 국내 지원 스타트업 3개사 발표](#)"

41) 바이오스펙테이터(2019.04.19.). "[뉴플라이트-네이버D2SF "디지털헬스케어 스타트업 지원"](#)"

42) 디지털헬스케어파트너스(2019.07.). [디지털헬스케어파트너스 소개자료](#).

<표 7> 디지털 헬스케어 파트너스 인력구성

이름	소속
최윤섭 (공동설립자)	성균관대학교 디지털헬스학과 교수, 최윤섭 디지털 헬스케어 연구소 소장, (전)서울대학교 의과대학 암연구소 교수
정지훈 (공동설립자)	MD, MPH, PhD. 경희사이버대학 미디어커뮤니케이션학과 교수, 빅뱅엔젤스 파트너, (전)명지병원 IT 융합연구소장
김치원 (공동설립자)	MD, MPH. 내과전문의, 서울와이즈요양병원장, 성균관대학교 디지털헬스학과 교수, (전)맥킨지서울사무소 컨설턴트, (전)삼성서울병원 의료관리학과 교수
윤상철	안과전문의, 연세의료원 안과교수, (전)에티오피아 국제협력의사
김우성	소아청소년과 전문의, 방배GF소아과 원장, 카톨릭대학교 의료경영학 겸임교수
신재원	MD. 가정의학과 전문의, 에임메드 대표이사, (전)모바일다터 대표이사
김준환	MD. 내과전문의, 입원의학전문가, 서울아산병원 내과교수
김현정	MD, PhD. 피부과 전문의, 차의과대학 피부과 교수, (전)서울의료원 피부과 과장
김태호	MD. 내분비내과 전문의, 서울의료원 내분비내과 과장, (전)명지병원IT융합연구소 부소장
명유진	MD. 성형외과 전문의, 아주대병원 성형외과 교수, (전)분당서울대병원 성형외과 교수
백승재	MD, PhD. 이비인후과 전문의, (전)다국적제약사 의학부 상무, (전)연세대학교 의과대학교수
주세경	PhD. 의공학 전문가, 서울아산병원 의공학과 부교수, 울산의대 의공학교실 주임교수
유규하	PhD. 규제/인허가 전문가, 성균관대 의료기기산업학과 교수, (전)식약처 의료기기심사 부장
정재호	임팩트 투자자, (전)카이스트 청년창업 이사, (전)SK텔레콤 신사업추진단
신수용	PhD. 의료-IT/기계학습 전문가, 성균관대학교 디지털헬스학과 교수, (전)서울아산병원 의생명정보학과 교수
장진규	PhD. HCI/UX아키텍처 전문가, 연세대학교 인지과학연구소 교수, (전)융합기술원 컴패노이드랩스
허정윤	UX 전문가, 국민대 자동차운송디자인학과 교수, 국민대 디자인융합창조센터 소장
구태언	변호사, 태크앤로 법률사무소 대표파트너, (전)김앤장법률사무소
김신호	회계사, 정현회계법인 이사, (전)삼일회계법인

*디지털헬스케어파트너스(DHP) 소개 자료 인용

2.3. 건강관리서비스 추진을 뒷받침하는 논거와 지식생산

2.3.1. 추진의 논거

- 정부는 건강관리서비스를 추진하는 근거로 크게 두 가지를 들고 있다. 첫째는 보건학적 논거다. 이 서비스가 국민의 건강증진에 기여한다는 것이다. 인구 고령화, 의료비 증가, 질병 구조의 변화라는 상황에서 보건의료서비스의 패러다임 전환을 이야기한다. 이제는 환자의 증상을 진단하고 치료하는 방식을 벗어나 건강위험요인을 예측하여 사전에 질병 유발 인자를 제거하는 방식의 맞춤형의료의 미래 보건의료의 모습이라는 주장이다. IT기술의 발달은 u-Health 환경 조성을 가속화시켜 언제 어디서나 개인에게 맞춤형 보건의료서비스 제공을 가능하게 해 준다 (그림15). 개인 중심의 건강증진 욕구는 높아지는데 건강관리서비스 공급은 부족하니 이를 적극적으로 육성해야 한다는 것이 정부의 주장이다. 이렇게 되면 국민들의 건강증진으로 의료비도 절감하고 노동생산성의 증대도 가져올 수 있다. 두 번째 논거는 건강관리서비스의 산업적·경제적 측면이다. 이 혁신적 분야가 양질의 일자리 증대를 가져오고, 바이오헬스, IT 산업의 성장을 통해 경제적 부를 창출할 수 있다는 주장이다. 경제적 측면에서는 개인의 건강관리와 질병예방을 통해 건강보험 지출 절감효과를 가져올 수 있다는 것이다. 웨어러블 기기를 통해 생체정보를 저장 및 전송으로 건강관리를 함으로써, 불필요한 외래방문과 입원을 방지할 수 있다는 논리이다. 또한 핸드폰 또는 웨어러블 기기를 이용한 질환관리가 병원 의외에 장소에서 건강관리가 가능해지고, 이는 방문간호를 위한 신규 일자리 창출뿐 아니라 건강관리서비스 플랫폼 유지와 관리를 위한 일자리도 함께 늘어날 것이라고 전망했다. 산업적 측면에서는 맞춤형 건강관리가 병원을 중심으로 이루어지는 것을 넘어서 작업장에서 노동자의 건강상태를 모니터링하고 분석하는 산업으로도 확대가능하다. 또한 국내의 고도화된 IT(Information Technology)와 BT(Biology Technology)기술을 이용하여 다양한 응용 프로그램 개발 및 의료기기 생산이 가능할 것이라고 기대했다. 2014년 기준, 건강관리서비스 수요 증가와 만성질환 만연함에 따라 국내 u-Health는 3만9천명 이상의 고용창출이 가능할 것이라고 전망했다. 또한 시장규모도 2010년 기준 1.7조원에서 2014년 기준 3.1조원이 될 것이라고 추정했다.⁴³⁾ 또 다른 연구에 따르면⁴⁴⁾ 2015에 u-Health를 이용률이 전체 인구의 20%로 가정했을 때, u-Health 시장

43) 이운태 외(2010). u-Health 서비스 활성화 기반 구축.

44) 황보택근 외(2011). 2010년 IT융합 고급인력과정 지원 실적보고서.

매출액은 최소 2.3조원이며, 고용창출인원은 3만 명이 될 것이라고 지적했다.



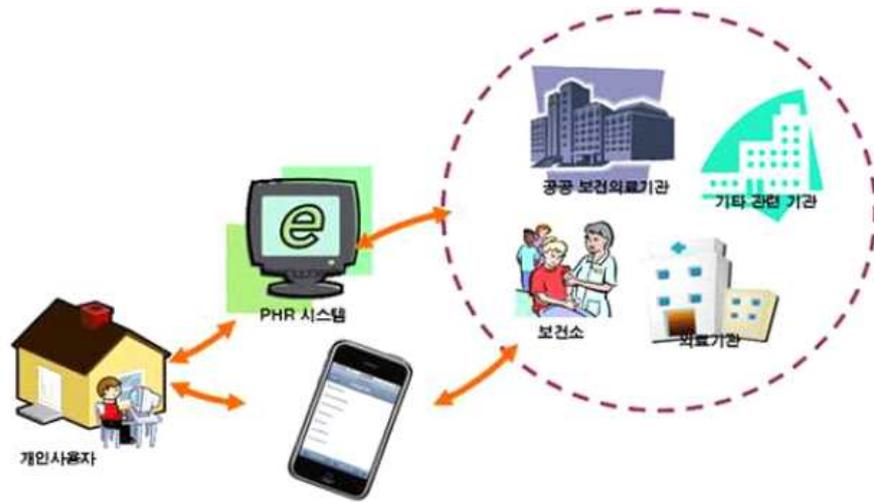
<그림 15> 보건의료의 패러다임 변화

(자료: 이윤태 외. (2010). 건강관리서비스 표준서비스 제공체계 연구. p.34 재인용)

- 이들 주장을 조금 자세하게 살펴보자. 우선 정부가 이야기하는 ‘라이프 케어’⁴⁵⁾ 또는 ‘라이프 스타일’ 개념은 개인이 일상생활 속에서 삶의 질을 높이는 수단의 하나로 건강관리를 강조한다. 스마트 기기 확산과 웨어러블 기기 발전을 거치며 개인들이 생활습관 패턴을 파악하고 정보를 수집하려는 요구가 증가하고 있다는 것이다. 또한 건강관리에 개인의 적극적 참여가 중요해지면서 개인중심의 건강정보 통합은 정보주체로서 자기결정권을 보장하고 건강정보의 분절 문제를 해결하는 핵심적인 방안이 될 것이라고 했다.
- 이렇게 ‘스마트 헬스’ 시대가 도래하고⁴⁶⁾ 온라인을 통해 건강정보를 찾는 의료소비자가 증가하기 때문에, 평생에 걸친 개인 건강정보를 축적하고 통합적으로 관리할 수 있는 시스템이 필요하다고 지적했다. 일차적으로 환자의 전자의무기록(Electronic Medical Record, EMR)은 각 의료기관에 흩어져 있기 때문에 개인별 진료정보 공유하고 통합하는 기술이 필요하다. 즉 여러 기관의 시스템으로부터 건강정보를 제공받고, 또 저장된 개인의 건강정보를 외부 어플리케이션에서 활용하기 위해서는 개방형 플랫폼 형식의 개인건강기록(Personal Health Record, PHR) 시스템이 필요하다. 이는 개인이 보건의료기관으로부터 자신의 건강정보에 대한 통제권을 부여받는 것으로, 개인 중심의 의료정보교환도 가능하다고 언급했다 (그림16).

45) 적극적인 건강증진과 예방활동을 통해 최적의 건강상태와 높은 수준의 삶을 추구하는데 필요한 서비스를 제공하는 것을 의미하는 것임. 치료 시점 전의 건강관리 단계가 웰니스, 치료가 시작된 이후부터의 관리단계는 헬스케어라고 한다면, 라이프케어는 웰니스와 헬스케어 전 영역을 대상으로 하여 삶의 질을 높이는 서비스를 제공하는 것이라고 함(전종홍 외, 2015, p.3 재인용).

46) 기존 의료 시스템에 IT 기술을 적용하여 보건의료, 서비스, 지식, 제품을 소비자에게 제공하고 건강상태를 어디서나 파악할 수 있게 하는 것을 말함(이중식 외, 2014, p.13 재인용).



<그림 16> 개인사용자의 개인건강기록(PHR) 시스템 이용 개요
 (자료: 김주한 외. (2011). 모바일 환경에서 국제표준에 기반한 개인건강기록 정보교류 시스템 구축 및 다기관 임상적용 서비스플랫폼 개발. p.110 재인용)

- 또한 정부는 건강관리서비스를 제공할 수 있는 인력을 양성하고 기술을 발전시키는 것은 양질의 일자리를 창출할 수 있다고 주장한다. 지식집약적 특성을 가진 보건산업은 전문인력 양성의 중요성이 더욱 커지고 있는 바, 효과적인 전문인력 양성에 관한 정책수립이 필수 불가결하다는 것이다. 건강관리서비스에 대한 투자를 통해서 개인의 건강이 증진되면 의료비 지출이 감소할 뿐 아니라 노동생산성이 향상된다는 논리 또한 건강관리서비스 활용을 옹호하는 논리이다. IT 산업의 발전과 더불어 u-Health 기기 개발의 가능성이 커지고 관련 산업이 활성화되는 것도 중요하다. 즉, 이 모든 것을 위해 체계적인 건강관리서비스 제공을 가능케 하는 제도화가 시급한 것이다.

2.3.2. 연구 동향

- 이러한 주요 논거들을 뒷받침하는 연구는 크게 두 가지 영역에서 찾아볼 수 있다. 첫째, 건강관리서비스기관을 설립하고 서비스를 표준화하는 방식에 대한 연구, 둘째, 맞춤형 건강관리 서비스 제공을 위해 웨어러블 기기 표준개발, 서비스 플랫폼을 표준화하는 연구 영역이다. 두 가지 주제 모두 대단히 실무적이고 기술적 주제인 반면, 건강관리서비스 추진의 가장 중요한 논거인 ‘건강관리서비스가 국민 건강증진에 기여할 수 있다’는 주장에 대해서는 이를 뒷받침하는 실증연구가 충분하지 않다. 예를 들면, 2010년 산업통상자원부가 발주

했던 ‘원격의료/건강관리 통합 스마트 헬스케어서비스 지원센터’라는 연구는 보도자료를 통해 만성질환 재진환자를 대상으로 원격서비스를 실시하여 치료효과 개선이 나타났다는 결과를 발표한 바 있다. 그러나 이 연구보고서는 현재 열람을 할 수 없는 비공개 상태라 이 연구가 어떤 대상자에 대하여 어떻게 서비스를 제공하고 치료효과를 평가했는지 그 과정을 알 수 없다.

- 건강관리서비스 관련 연구들의 연구기간은 길게는 3년에서 아주 짧게는 2개월짜리 연구도⁴⁷⁾ 있었다. 연구비는 대체로 정부와 민간이 함께 부담하는 방식이며, 최소 2천만 원에서 최대 355억 이상인 연구과제도⁴⁸⁾ 있었다. 연구수행기관은 한국보건산업진흥원, 한국전자통신연구원, 여러 대학의 산학협력단 등이 주를 이루었고, 민간기업의 참여도 활발했다. 대표적으로 (주)비트컴퓨터, 주식회사 라이프시맨틱스, (주)참케어 등을 들 수 있다. 연구과제 발주부처는 과학기술정보통신부와 보건복지부인 경우가 많았고, 보건산업이나 기술과 관련된 연구는 산업통상자원부가 주관부처를 맡기도 했다. 주목할 것은 중소벤처기업부에서 발주하는 연구들인데, 대부분 웨어러블 기기에 관한 연구들이었고 연구 보고서는 원문이 모두 비공개 상태로 열람이 불가능했다 (표8과 표9).

47) 정기택 외. (2013). 헬스케어 신시장 창출을 위한 정책연구.

48) 엘지전자(주). (2010). 원격의료/건강관리 통합 스마트 헬스케어서비스 지원센터.

<표 8> 2010년 이후 건강관리서비스 관련 연구의 발주·주관 기관과 연구비

연도*	과제명	발주부처**				주관기관**					연구비(천원)***		
		과기부	산업부	복지부	중소	공단	보험	질본	진흥원	소비	정부	민간	
												현금	현물
2010 년도	• 건강관리서비스 표준서비스 제공체계 연구			■							확인 불가능		
	• uHealth 서비스 활성화 기반 구축			■						971,000			
	• 신체변화 모니터링 맞춤형 사이버 주치의 정밀 건강관리 시스템 개발	■								7,600,000	264,920	2,345,400	
	• 원격 의료/건강관리 통합 스마트 헬스케어서비스 지원센터		■							6,850,000 지자체: 6,030,000	10,750, 000	11,910,00 0	
2011 년도	• 건강관리서비스기관 운영 및 관련 인력 양성을 위한 표준모형 개발			■							확인 불가능		
	• 소비자 중심의 개방형 개인건강정보관리 플랫폼 및 서비스 개발			■						250,000	57,000		
	• 모바일 환경에서 국제표준에 기반한 개인건강기록 정보교류 시스템 구축 및 다기관 임상적용 서비스 플랫폼 개발			■						560,000			
	• 국내 u-Health 서비스 실태 조사 분석***							■			확인 불가능		
2012 년도	• 독거노인을 위한 지역사회 기반 고혈압 자가관리 프로그램 개발 및 효과 평가:U-Health 서비스의 적용	■								101,360			
	• 보건산업 전문인력 수급전망(u-Health)***								■				
2013 년도	• 모바일 개인건강기록(PHR) 기반 진료정보교류 플랫폼 표준화 및 개발		■							330,000	56,700		
	• 헬스케어 신시장 창출을 위한 정책연구		■							19,900			
	• u-Health 전문인력 수요 전망***							■		확인 불가능			
2014 년도	• 개인 건강정보 기반 개방형 ICT 힐링 플랫폼 기술 개발	■								9,000,000	308,250	2,845,760	
	• 개인건강정보 표준화 및 상호운용성 기술 표준 개발	■								1,450,000		121,500	
	• 아동 청소년 비만예방관리를 위한 맞춤형 서비스 플랫폼 개발	■								460,000	300,000		
	• 장애인 u-health 스마트 건강 서비스 모델 개발			■						458,000	46,800		
	• 라이프스타일 개선을 돕는 건강 스스로 지킴이: UX(사용자경험)기반의 건강상태 정보수집 기술개발과 행동변화 디자인 및 실증 연구			■						360,000			
	• 건강생활관리서비스 사업모형 연구***							■		확인 불가능			

연도*	과제명	발주부처**				주관기관**					연구비(천원)***			
		과기부	산업부	복지부	중소	공단	보험	질본	진흥원	소비	정부	민간		
												현금	현물	
2015 년도	• 라이프케어에 위한 스마트 웨어러블 표준 개발	■									1,120,000			
	• ICT 인문사회 혁신기반 구축(Ⅲ)총괄보고서: 웰니스케어 확산과 미래 의료시스템	■									500,000			
	• IT 기술을 활용한 만성질환 건강관리 유용성 연구 - 1차 의료기관의 당뇨병 환자를 대상으로 한 원격모니터링 혈당관리 서비스의 만족도 조사-			■								49,600		
	• 건강의료정보 개방형 플랫폼 설계							■				47,800		
	• 심전도, 맥박, 스트레스등의 생체신호 측정 및 다양한 외부 생체신호 측정 기기와 확장 연동이 가능한 손목형 웨어러블 기기 개발				■							200,000	13,400	53,400
	• 맥박 및 혈압 측정용 손목형 웨어러블기기를 통한 만성질환자를 위한 건강관리 솔루션				■							174,000	11,600	46,400
2016 년도	• 소비자 지향적 건강관리서비스 체계 구축에 관한 연구***								■	확인 불가능				
	• 산소포화도, 심전도, 혈압 및 체온 측정용 손목형 웨어러블 기기 및 환자 모니터링 솔루션				■						425,000	137,820	91,880	
2017 년도	• 건강검진결과 정보활용서비스 표준화 기반 조성		■								150,000	64,800		
	• 일상생활 중 실시간 측정을 위해 움직임 오차를 보정한 혈압모니터링밴드 개발		■								170,000	22,800	34,200	
	• 모바일을 활용한 건강관리서비스 콘텐츠 및 알고리즘 개발					■					190,000			
	• 생체신호 기반의 비가압적 웨어러블 혈압측정 기기개발	■									450,000	7,500	142,500	
2018 년도	• 간편한 건강체크를 위한 혈압, 맥박, 심전도, 산소포화도 측정용 손목밴드형 의료기기				■						92,000	30,000	142,000	

*: 시작연도를 기준으로 정리함.

** : 부처 및 기관명은 약칭을 사용함.

과기정통부(미래창조과학부 발주과제 포함): 과학기술정보통신부, 산업부: 산업통상자원부, 중소(중소기업청 발주과제 포함): 중소기업벤처기업부, 복지부: 보건복지부, 공단: 국민건강보험공단, 보험: 보험연구원, 질본: 질병관리본부, 진흥원: 한국보건산업진흥원, 소비: 한국 소비자원

***: 기관의 자체과제임.

****: 국가과학기술지식정보서비스의 국가R&D 과제정보를 중심으로 연구비를 정리함.

<표 9> 2010년 이후 건강관리서비스 관련 연구의 주관·참여 기관

연도*	과제명	연구책임자	주관연구기관	참여기업 또는 참여기관
2010 년도	• 건강관리서비스 표준서비스 제공체계 연구	이운태	한국보건산업진흥원	
	• u-Health 서비스 활성화 기반 구축	주관: 이운태 1세부: 이운택 2세부: 유돈식	한국보건산업진흥원	한국전자통신연구원
	• 신체변화 모니터링 맞춤형 사이버 주치의 정밀 건강관리 시스템 개발	한형수	경북대학교	광주과학기술원 전자부품연구원 한국전자통신연구원 (주)인포피아 (주)녹십자헬스케어 (주)비트컴퓨터 (주)엠피웨어 가천대학교 산학협력단
	• 원격 의료/건강관리 통합 스마트 헬스케어서비스 지원센터**		엘지전자(주)	(주)넷블루 (주)엘지유플러스 (주)오성전자 대진기술정보(주) 바이오스페이스
2011 년도	• 건강관리서비스기관 운영 및 관련 인력 양성을 위한 표준모형 개발	정기택	경희대학교	
	• 소비자 중심의 개방형 개인건강정보관리 플랫폼 및 서비스 개발	주관: 김석화 1세부: 김석화 2세부: 안기환 3세부: 진현석	서울대학교병원	주식회사 케이티 (주)비트컴퓨터 주식회사 라이프시맨틱스
	• 모바일 환경에서 국제표준에 기반한 개인건강기록 정보교류 시스템 구축 및 다기관 임상적용 서비스 플랫폼 개발	주관: 김주한 1세부: 박동균 2세부: 구호석	서울대학교병원	가천의과대학 길병원 인제대학교
	• 국내 u-Health 서비스 실태 조사 분석***	이운태	한국보건산업진흥원	한국스마트홈산업협회
2012 년도	• 독거노인을 위한 지역사회 기반 고혈압 자가관리 프로그램 개발 및 효과 평가:U-Health 서비스의 적용	이종은	카톨릭대학교 성의교정	
	• u-Health 전문인력 수요 전망***	박수경	한국보건산업진흥원	
2013 년도	• 모바일 개인건강기록(PHR) 기반 진료정보교류 플랫폼 표준화 및 개발	이병기	삼성서울병원	경북대학교 산학협력단
	• 헬스케어 신시장 창출을 위한 정책연구	정기택	경희대학교	
	• 보건산업 전문인력 수급전망(u-Health)***	박수경	한국보건산업진흥원	
2014 년도	• 개인 건강정보 기반 개방형 ICT 힐링 플랫폼 기술 개발	김승환	한국전자통신연구원	가천대학교 서울대학교병원 이화여자대학교 한국정보통신기술협회 국민건강보험공단 (주)유라클 (주)라이프시맨틱스 (주)블루와이즈
	• 개인건강정보 표준화 및 상호운용성 기술 표준 개발	유돈식	한국전자통신연구원	가천대학교 서울대병원 한국한의학연구원
	• 아동 청소년 비만예방관리를 위한 맞춤형	안삼성	(재)차세대융합기술연	(주)휴레이포지티브

연도*	과제명	연구책임자	주관연구기관	참여기업 또는 참여기관
	서비스 플랫폼 개발		구원	(주)밥스누
	<ul style="list-style-type: none"> 장애인 u-health 스마트 건강 서비스 모델개발 	주관: 박시복 1세부: 박시복 2세부: 김영국 3세부: 변용찬	한양대학교	디게이트(주) 한국장애인개발원
	<ul style="list-style-type: none"> 라이프스타일 개선을 돕는 건강 스스로 지킴이: UX(사용자경험)기반의 건강상태 정보수집 기술개발과 행동변화 디자인 및 실증 연구 건강생활관리서비스 사업모형 연구*** 	주관: 이중식 1세부: 이중식 2세부: 김정훈	서울대학교	분당서울대학교병원
	<ul style="list-style-type: none"> 라이프케어에 위한 스마트 웨어러블 표준 개발 	전중훈	한국전자통신연구원	
	<ul style="list-style-type: none"> ICT 인문사회 혁신기반 구축(Ⅲ)총괄보고서: 웰니스케어 확산과 미래 의료시스템 	조성은	정보통신정책연구원	
	<ul style="list-style-type: none"> IT 기술을 활용한 만성질환 건강관리 유용성 연구 - 1차 의료기관의 당뇨병 환자를 대상으로 한 원격모니터링 혈당관리 서비스의 만족도 조사- 	김현성	가톨릭대학교	
	<ul style="list-style-type: none"> 건강의료정보 개방형 플랫폼 설계 	홍봉희	부산대학교	
	<ul style="list-style-type: none"> 심전도, 맥박, 스트레스 등의 생체신호 측정 및 다양한 외부 생체신호 측정 기기와 확장 연동이 가능한 손목형 웨어러블 기기 개발** 	이상기	(주)투비시스	
	<ul style="list-style-type: none"> 맥박 및 혈압 측정용 손목형 웨어러블기기를 통한 만성질환자를 위한 건강관리 솔루션** 	이동화	(주)참케어	
2015 년도	<ul style="list-style-type: none"> 소비자 지향적 건강관리서비스 체계 구축에 관한 연구*** 산소포화도, 심전도, 혈압 및 체온 측정용 손목형 웨어러블 기기 및 환자 모니터링 솔루션** 	송순영 이동화	한국소비자원 (주)참케어	
2016 년도	<ul style="list-style-type: none"> 건강검진결과 정보활용서비스 표준화 기반 조성 일상생활 중 실시간 측정을 위해 움직임 오차를 보정한 혈압모니터링밴드 개발** 모바일을 활용한 건강관리서비스 콘텐츠 및 알고리즘 개발 생체신호 기반의 비가압적 웨어러블 혈압측정 기기개발 	정정운 이동화 박철영 이대호	삼성서울병원 (주)참케어 삼성의료재단 강북삼성병원 (주)원소프트다임	포항공과대학교
2017 년도	<ul style="list-style-type: none"> 간편한 건강체크를 위한 혈압, 맥박, 심전도, 산소포화도 측정용 손목밴드형 의료기기** 	이동화	(주)참케어	

*: 시작연도를 기준으로 정리함.
 **: 비공개 과제로 원문열람 불가
 ***: 기관의 자체과제임.

2.3.2.1 건강관리서비스기관 설립과 서비스 표준화에 관한 연구

- 먼저 건강관리서비스기관 설립에 관한 연구들은 대체로 2010년 5월에 발의된 건강관리서비스 법안을 뒷받침하기 위해 수행된 것들이다. 내용은 크게 세 가지로 구분할 수 있다. ① 건강관리서비스기관 설립과 관련된 시설, 인력, 장비 기준(안) 마련, ② 건강관리서비스 표

준 제공 모형(안) 마련 ③ 건강관리서비스 바우처 제공모형(안) 이다.

- 이들 연구가 제시한 시설기준(안)에서는 건강관리서비스기관 개설과 관련하여 전문자격 취득방식은 적용하기 어렵기 때문에 법에 규정한 자격을 갖춘 자를 고용하여 기관운영이 가능하도록 했다. 보험회사의 건강관리서비스 기관 개설은 겸업에 해당하므로 원칙적으로 금지했으며, 의료법인의 건강관리서비스 기관 설립은 의료법 위반에 해당하여 불가능하도록 했다. 인력기준(안)의 경우 의사, 한의사, 간호사, 영양사, 운동상담직은 필수배치 인력으로 규정했다. 장비기준(안)에 경우, 건강관리서비스 자료기록관리장비, 건강관리서비스 제공내역서 발급 장비는 필수구비목록으로 정했다.
- 건강관리서비스 표준 제공 모형(안)은 건강위험도 평가를 통해서 ①질환군, ②건강주의군, ③건강군으로 구분하여 대상자별 건강관리서비스를 제공하는 것이 핵심이다. 건강관리서비스와 무관한 서비스 제공, 예컨대 건강관리서비스와 직접적인 관련이 없는 상품 판매나 홍보는 불가능하며, 보건복지부 산하에 건강관리서비스 평가위원회를 두어 건강관리서비스의 품질관리를 맡도록 했다.
- 건강관리서비스를 시장에서 구매하기 어려운 사람들을 고려하여 건강관리서비스 바우처 제공모형(안)도 마련했다. 사업의 주요 대상자는 저소득층 내지는 서민층으로 하며, 서비스 내용은 건강위험도 평가에 따른 상담, 생활습관 개선을 위한 건강정보 제공 등이 포함되었다. 바우처 가격은 약 59,000원-64,000원 수준으로 설정했다.

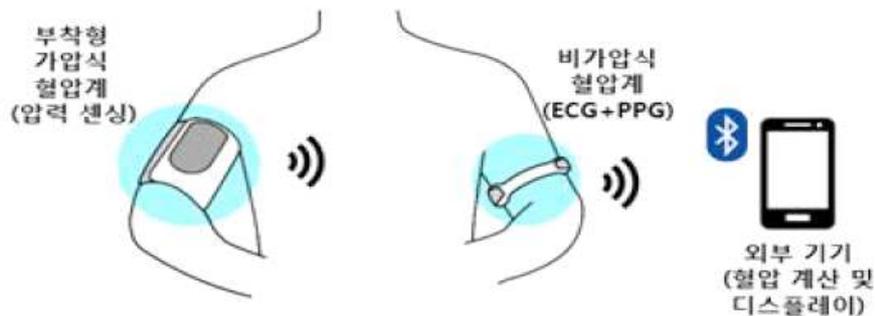
2.3.2.2. 개인용 디바이스 관련 연구

- 앞서 건강관리서비스 모형 개발에 대한 연구와 달리, 개인의 건강정보를 모니터링하는 디바이스나 이를 활용하는 플랫폼 구축과 관련된 연구는 현재도 활발히 진행 중이다. 개인이 웨어러블 기기를 통해 운동, 음주, 흡연, 식이 등과 같은 정보를 클라우드 기반 개방형 플랫폼에 전송하고 개인의 진료기록과 연계하여 개인건강기록(Personal Health Record, PHR)을 구축하고 구현하는 것이 핵심이다. 연계된 자료를 통해 건강평가 결과에 따라 모바일 앱으로 맞춤형 건강관리 정보를 제공하고, 맞춤형 건강위험인자 관리가 가능해진다.
- 건강관리서비스의 근간이 되는 개인별 정보를 수집하는 개인용 디바이스 중 가장 대표적인 것이 웨어러블 기기이다. 이는 사용자 신체에 부착하여 개인의 일상생활 중 신체변화에 대한 정보를 지속적으로 기록 및 수집할 수 있다.⁴⁹⁾ 그러나 웨어러블 기기들 사이에 상호

49) 이를 라이프로그(lifelog) 관리라고 함.

호환성 수준이 낮기 때문에 활용에 제약이 있으므로 표준 프로토콜을 개발하는 것이 반드시 필요하다. 표준화 대상 항목은 ① 라이프케어 데이터 표준, ② 스마트 웨어러블 기기 표준, ③ 스마트 웨어러블 라이프케어 서비스 표준으로 구분된다.

- 개인용 디바이스 개발 연구의 또 다른 영역은 실질적 기기 개발에 초점을 두고 있다. 예컨대 고혈압 관리를 위한 휴대용 비침습적, 비가압식 혈압측정 기기와 이를 연동하는 어플리케이션 개발이 그것이다. 그러나 이 사례에서 비가압식 혈압측정 기기는 가압식 기기에 비해 정확도가 낮다는 문제점이 있다. 그래서 휴대가능한 부착식 혈압계도 함께 개발하여 비가압식 혈압계와 연동하여 혈압수치 결과를 캘리브레이션(calibration)⁵⁰할 수 있는 시스템이 장착된 모바일 연동 어플리케이션도 함께 개발했다.



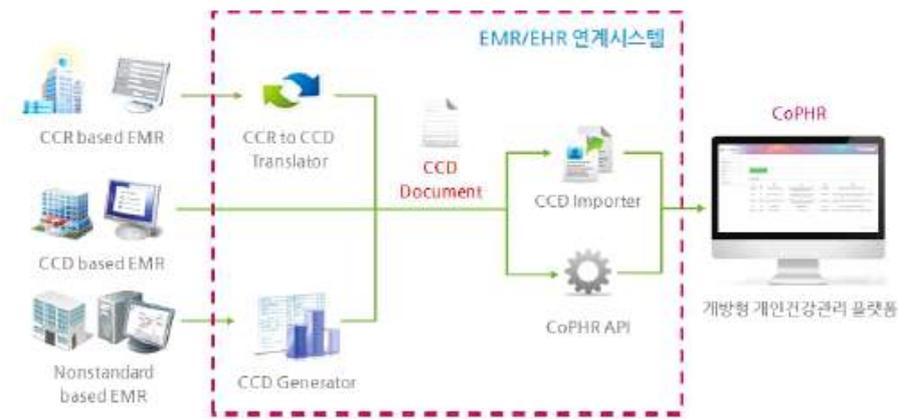
<그림 17> 심전도(electrocardiogram), 광혈류측정(photoplethysmogram)을 이용한 혈압측정 디바이스 개발 (자료: 이대호 외. (2017). 생체신호 기반의 비가압적 웨어러블 혈압측정 기기 개발에 관한 연구. p.12 재인용)

2.3.2.3. 개인건강정보관리 플랫폼 구축 관련 연구

- 개인건강정보관리 플랫폼 구축에 관한 연구는 기본적으로 개인건강정보 관리를 위한 개방형 오픈소스를 개발하고 이를 기반으로 모바일 건강관리 앱을 개발하거나, 병의원의 전자 의무기록과 개인건강정보관리 플랫폼을 연동하기 위한 기술을 개발하는 데 초점을 둔다.
- 개인건강정보관리 플랫폼은 개인정보의 입력, 수정, 삭제, 조회를 중심으로 접근을 제어하고 외부 시스템과 소통하기 위한 인터페이스로 구성된다. 이러한 인터페이스는 개인건강정보를 입력받거나 플랫폼에 저장된 데이터를 외부 사용자에게 제공할 수 있다. 모바일 건강

50) 특정조건에서 측정기기, 표준물질, 척도 또는 측정체계 등에 의하여 결정된 값을 표준에 의하여 결정된 값 사이의 관계로 확정하는 일련의 작업을 말한다.(두산백과)

관리 앱은 서비스 시나리오를 분석하여 이용자의 이용 흐름에 가장 적합한 화면 배치와 내용을 보여주는 User Interface(UI), User Experience(UX)를 설계하는데 이용자의 연령, IT 친숙도 등을 고려한다. 개인건강정보관리 플랫폼과 EMR/EHR 시스템 간 인터페이스를 통해 진료의뢰서/전원 의뢰서(CCR/CCD) 표준 포맷으로 변환된 데이터를 전송하는 기능을 구현하도록 개발했다.⁵¹⁾



<그림 18> EMR과 CoPHR 플랫폼 간의 연계 구성도
(자료:김석화 외(2011). 소비자중심의 개방형 개인건강정보관리 플랫폼 및 서비스개발. p.321 재인용)

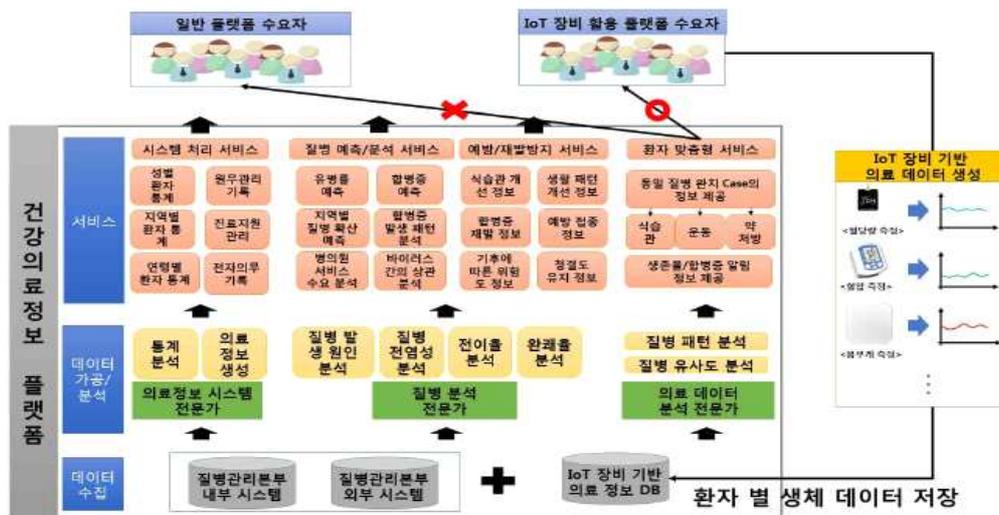
- 플랫폼 구축 연구와 더불어 개인정보보호와 관련된 문제를 파악하고 보안 대책을 마련하는 연구도 있다. 현재 개인건강정보는 민감정보로 분류되며, 개인정보보호법에 따라 보호받는다. 이 법에 따라 모든 개인과 기관은 개인건강정보의 수집, 저장과 보존, 이용, 폐기의 전 단계에 걸쳐 개인건강정보를 보호해야 하는 의무를 부담하게 된다. 이런 상황에서 김석화 등(2011)은 개인건강관리 서비스가 활성화되기 위해 ① 개인정보 중 민감정보에 해당하는 건강정보는 개인정보보호법을 적용하고, ② 보건의료분야 공인전자문서 보관소 지정 방안에 대한 법령을 개정하며, ③ 개인건강기록(PHR)에 의료기관의 진료기록부와 동일한 법적 지위를 부여하고 ④ 의료법시행 규칙 개정을 통해서 ‘PHR 문진기록부’ 추가가 필요하다고 지적했다.⁵²⁾
- 건강의료정보 개방형 플랫폼 개발에 관한 또 다른 연구는⁵³⁾ 질병관리본부에서 수집하는

51) 김석화 외. (2011). 소비자 중심의 개방형 개인건강정보관리 플랫폼 및 서비스 개발. p.43, p.260, p.307 재인용.

52) 김석화 외. (2011). 소비자 중심의 개방형 개인건강정보관리 플랫폼 및 서비스 개발. p.219 재인용.

53) 홍봉희 외. (2015). 건강의료정보 개방형 플랫폼 설계.

만성질환 관련 자료인 고혈압, 당뇨병 환자 관련 정보(2차 질환)와 뇌졸중, 심근경색 관련 환자 정보(3차 질환)를 이용했다. 이들 정보를 연계하고, 유관기관 의료정보 자료와 통합하는 플랫폼 개발을 통해서 환자 관리, 2차 질환에서 3차질환의 전이율 예측, 과다 진료비 추적 등이 가능해지도록 플랫폼의 기본 모형을 구상하여 제시했다. 질병관리본부 내부의 만성질환 관련 자료를 활용하고, 기상청의 기상 데이터, 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단 등의 환자 진료정보, 그리고 개인이 제공하는 생체 데이터를 통합하는 방식이다. 수집된 전수 데이터를 이용하여 만성질환 관련 통계, 개인 맞춤형 의료 정보 분석이 가능하다. 또한 건강의료 정보 플랫폼을 통해서 오진이나 의약품 오남용을 예방하기 위한 환자 신뢰 서비스, 의료정보 제공 확대를 통한 올바른 의료정보 제공 서비스, 기상 데이터 기반 생활 관리 서비스, 헬스 IoT 데이터 기반 개인 건강관리 서비스, 가족력 추적 서비스, 만성질환별 위험률 예측 서비스, 만성질환별 전이 추적 서비스, 만성질환 환자 식생활 가이드 서비스 제공이 가능하다는 것이 본 연구의 주요 내용이었다.



<그림 19> 건강의료정보 플랫폼 서비스 제공 방안
(자료: 홍봉희 외. (2015). 건강의료정보 개방형 플랫폼 설계. p.73 재인용)

2.3.2.4. 취약계층을 대상으로 한 연구

- 이 영역에는 장애인과 독거노인을 대상으로 한 연구들이 있다. 우선 장애인의 재활치료와 관련하여 u-Health 디바이스와 콘텐츠를 개발하는 연구가 여기에 해당한다. 이를테면 깊이 카메라를 이용하여 환자의 관절각을 실시간으로 측정하는 스마트 관절동작분석 시스템을

개발하고 이를 이용하여 운동수행 결과를 의료진, 운동처방사, 개인 등에게 전달한다. 또한 환자가 자신의 아바타를 따라하면서 동작분석-재활훈련-재활게임-치료에 대한 실시간 반응을 분석하는 것이 가능하다. 건강과 의료 취약계층에 해당하는 장애인의 지속적 건강관리와 증진을 위해 생체신호와 운동측정 데이터를 통해 체력과 정신건강 상태를 측정하는 기술을 개발한 연구도 있다. 정상, 위험군, 질환자 모두에게 맞춤형 교육 프로그램을, 위험군에게는 맞춤형 예방 프로그램을, 경증 질환자에게는 맞춤형 재활 프로그램을 제공하는 콘텐츠를 만들었다.



<그림 20> 리랩 마스터-스마트 관절동작분석 시스템
(자료: 박시복 외. (2014). 장애인 u-health 스마트 건강 서비스 모델 개발. p56 재인용.)



<그림 21> 리랩 마스터 사용 예시
(자료: 박시복 외. (2014). 장애인 u-health 스마트 건강 서비스 모델 개발. p.111 재인용)

- 이 연구들에 따르면 보건소, 병원, 운동센터, 상담센터와의 연동을 통해서 건강증진 시스템이 구축되고 가정과 병원을 연계하여 원격재활이 가능해진다. 이러한 장점을 활용하여 거동이 불편한 장애인뿐 아니라 고령자를 대상으로도 시범 서비스가 실시되었다.



<그림 22> 원격재활 서비스 플랫폼

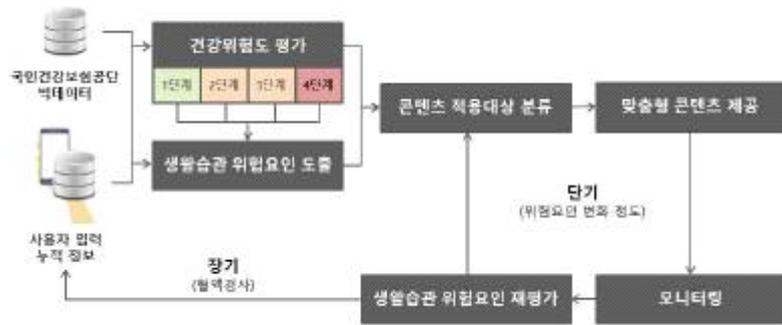
(자료: 박시복 외. (2014). 장애인 u-health 스마트 건강 서비스 모델 개발. p.124 재인용)

- 독거노인을 대상으로 한 고혈압 자가관리 프로그램에 관한 연구는⁵⁴⁾ 2년 동안 이루어졌다. 노인층을 대상으로 u-Health를 적용하기 위해 경로당에 방문하여 혈압측정, 만보기 수치 확인 및 모니터링 하는 방식으로 수행되었다. 또한 개인별 맞춤형 고혈압 자가관리 전화상담 프로토콜을 개발하고 상담을 실시했다. 고혈압 자가관리 프로그램 제공 전·후 효과분석에 관한 결과는 분석 중인 것으로 나타나 확인이 불가능했다.

2.3.2.5. 그 외

- 건강보험공단의 건강검진 결과를 활용하여 건강위험요인에 따른 질병 위험도 평가 알고리즘을 설계하고, 설계된 알고리즘 항목에 따라 건강관리 콘텐츠를 개발하며, 대상자를 건강위험요인에 따라 분류하고 개인별 특성과 요구에 적합한 맞춤형 건강관리서비스 제공과 관련된 연구도 있었다. 개발된 건강관리 콘텐츠는 혈당, 혈압, 이상지질 등을 관리하는 교육형 콘텐츠와 위험군에게 알림 메시지를 전송하는 것 같은 건강위험요인 관리형 콘텐츠로 구분할 수 있다. 혈압, 혈당 수치, 영양, 금연, 절주 등의 건강관리정보는 모바일로 수집한다.

54) 본 연구의 최종보고서는 구독이 불가능했으며, 요약된 결과만 열람이 가능했음.



<그림 23> 모바일 서비스를 활용한 건강관리 서비스 관리 모델
 (자료: 박철영 외. (2017). 모바일을 활용한 건강관리서비스 콘텐츠 및 알고리즘 개발 p.65 재인용)

- 그밖에 아동·청소년을 대상으로 비만예방관리서비스 관련 콘텐츠와 모바일 앱을 개발하는 연구도 있었다. 4D 운동동작 콘텐츠를 개발하여 교사들이 학생들을 지도할 수 있도록 하고, 영양 콘텐츠는 학부모에게 정보를 제공하는 것을 목적으로 한다. ‘해피미’라는 앱을 개발하여 라이프로그를 수집하고 UI/UX를 통한 행동변화 유도를 위해 기록수집을 자동화, 간편화했으며, 게이미피케이션(Gamification)을⁵⁵⁾ 적용하여 지식콘텐츠를 제공했다.

55) 게이미피케이션(Gamification)은 게임(Game)과 접미사 ‘화(化, fication)’를 합친 신조어로 게임에서 흔히 볼 수 있는 재미·보상·경쟁 등의 요소를 다른 분야에 적용하는 기법이다. 게이미피케이션은 ‘사람들은 재미를 느끼면 어떠한 활동이든 기꺼이 한다’는 재미 이론을 핵심으로 삼고 있다. (네이버 지식백과)



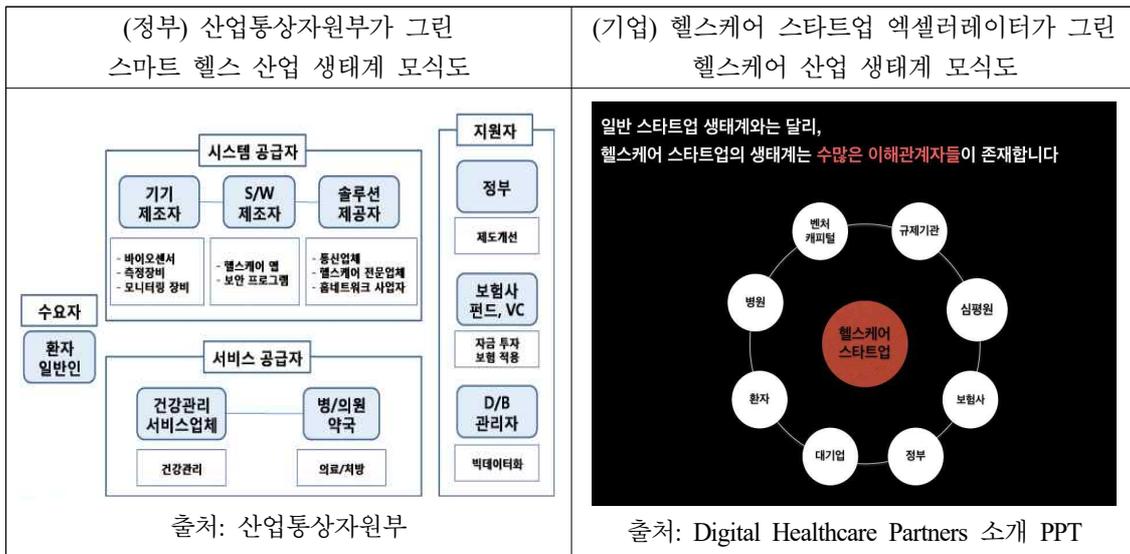
	<p>기록 자동화 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 점심식사: 학교 급식 DB 활용 ▪ 신체활동(걸음): 3rd party 활동량계 ▪ 체력증진: 학교 PAPS 측정 활용 <p>-회원가입 후 자발적 기록이 아니어도 점심식사, 활동량 기록이 되도록 함.</p> <p>기록 간편화 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kcal 기반 → 건강관리지표수행 기반 ▪ 식사: 일괄기록, 간편기록 ▪ 체력증진: 간편기록 	<p>Closed SNS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 그룹 자동 생성: 학급 ▪ 그룹 매뉴얼 생성: 친구, 결심 ▪ 그룹 공유: 기록 내역 ▪ 그룹 랭킹 ▪ 소곤소곤: 1:1 커뮤니케이션 - 친구 vs 친구 - 나 vs 부모 - 나 vs 선생님 ▪ 친구추천 및 친구맺기 	
	<p>게이미피케이션</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 내적동기 유발: 그룹생성, 친구 ▪ 외적동기 유발 - 포인트: 기록에 대한 보상 - 랭킹: 전체(행복지수) 부문별 (식사, 활동, 생활, 보너스) 주간단위 명예의 전당 - 레벨 <p>*게이미피케이션과 SNS를 조합하여 내적동기 강화에 초점</p>	<p>Contents</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 맞춤형 정보의 지속적 업데이트를 통한 사용동기 유발 ▪ 학생, 부모, 선생님의 유기적 관계를 활용한 지식 교육 강화 ▪ CMS (Contents Management system)를 통한 유지보수 및 운영 관리 	

<그림 24> 학생용 해피미 모바일 앱

(자료: 안삼성 외. (2017). 아동 청소년 비만예방관리를 위한 맞춤형 서비스 플랫폼 개발. p.28 재인용)

3. 건강관리서비스라는 먹이를 노리는 자들

- 지금까지의 경과를 보면, 국민의 건강증진을 위해 건강관리서비스를 활용한다기보다 건강관리서비스 그 자체가 목적이고, 이를 합리화시키기 위한 수단으로 국민건강증진이라는 ‘핑계’를 동원한다는 인상을 지을 수 없다. 시장을 창출하고 경제성장의 동력을 창출하는 것이 진짜 목표이고, 이는 기업들의 강력한 요구에 대한 부응이라 할 수 있다. 그렇다면 이러한 건강관리서비스 ‘시장’을 노리는 플레이어들은 누구인가? 건강관리서비스 업체들? 이들은 그야말로 빙산의 일각이다. 보험사, 은행, 벤처 캐피털 등 금융자본과 정보통신기업들이 대거 관여하고 있으며 소비자들의 건강정보를 축적·연계하여 활용하려는 빅데이터 시장이 배후에 있다.
- 이 장에서는 건강관리서비스 업체들이 제공하는 상품들을 유형화하고, 금융자본과 ICT 기업, 빅데이터 시장이 어떻게 이에 개입되어 있는지를 살펴보고자 한다 (그림25).



<그림 25> 스마트헬스산업(헬스케어산업) 생태계 모식도

3.1. 건강관리서비스 업체

- 스마트 헬스케어 산업군은 크게 하드웨어, 소프트웨어, 서비스 차원으로 구분할 수 있다(산업연구원, 2017). 하드웨어 산업군은 혈압, 혈당, 체지방 등을 측정하는 기기 개발과 관련 있고, 소프트웨어 산업군에는 운동이나 식이, 복약 등을 돕는 건강 관련 앱(app), 혹은 기기나 앱을 통한 축적된 건강정보를 모아서 저장, 관리하는 플랫폼 개발 등이 해당한다. 서비스 산업군은 건강 상담, 원격의료, 유전자 분석 등을 제공한다 (표10).

<표 10> 스마트 헬스케어 산업 분류체계

분류	상세분류	설명	관련 제품 및 용도
하드웨어	[HW-1]제품·서비스 일체형, 단품 형태 제품 (265개 기업)	<ul style="list-style-type: none"> · 개인건강관리 기기: 건강관리를 위해 건강 생체신호를 측정하는 (의료) 기기, 식약처 승인이 필요한 기기 · 웨어러블 기기: 건강증진·개선을 위해 신체에 착용되어 생체신호 측정과 모니터링을 하는 기기 	게이트웨이, 혈당 측정, 혈압 측정, 심전도 측정, 활동량 측정, 요화학(소변) 분석, 헤모글로빈 측정, 체성분/체지방 측정, 의료용센서 삽입 스마트기기, 현장검사 기기(POCT), 밴드/목걸이형, 부착(패치)형, 인체 삽입형, 기타
	[HW-2]부품 (118개 기업)	<ul style="list-style-type: none"> · 부품, 장치, 시약 	시약, 바이오센서, 저장 및 디스플레이 장치, 통신 장치
소프트웨어	[SW-1]의료·건강관리 콘텐츠 (23개 기업)	<ul style="list-style-type: none"> · 건강정보 제공 앱: 일반적 의학 정보, 운동정보, 영양정보 등 건강 정보 제공 · 맞춤형 건강관리 앱: 개인 건강 정보를 수집하여 맞춤형 건강관리 제공 	웰니스(휴식방법, 요가, 뷰티팁 등) 앱, 영양관리 및 정보 제공 앱, 의학적 정보(약품, 질병, 복약, 등) 제공 앱, 개인 건강기록 (PHR) 앱, 병원기록 관리 앱, 피트니스 또는 운동 관리 앱, 기타
	[SW-2]미들웨어, 플랫폼, 통신네트워크 (61개 기업)	<ul style="list-style-type: none"> · 의료정보관리 플랫폼/DB: 의료기관 의료정보 통합 저장/관리 시스템 · 개인건강정보관리 플랫폼/DB: 건강·의료정보 통합 저장, 관리 	의료정보관리 플랫폼 (EMR, EHR), 개인건강정보관리 플랫폼, 기타
서비스	[SVC-1]진단 서비스 (15개 기업)	<ul style="list-style-type: none"> · 진단서비스 : 유전자, 의료진단 서비스 	체외진단 서비스 유전자/유전체 분석 서비스
	[SVC-2]건강관리서비스 (14개 기업)	<ul style="list-style-type: none"> · 건강관리 서비스: 하드웨어 기기의 건강정보 및 의료정보 분석, 건강관리 서비스 · 원격의료 서비스: 원격으로 행해지는 진단 및 의료 서비스 	개인건강검진 관리 서비스, 개인 건강기록(PHR) 관리 및 맞춤형 서비스, 노인건강관리 서비스, 건강관리 포털 서비스, 원격상담 서비스, 원격모니터링 서비스, 기타

(출처: 산업연구원, 2017)

- 산업연구원(2017)에서 이러한 분류체계를 따라 한국기업 DB를 활용해 국내 기업들을 분류해 보았을 때 2016년 기준 약 497개 기업이 스마트 헬스케어 산업군에 해당했다. 영역별 비중은 하드웨어(77%), 소프트웨어(17%), 서비스(6%) 순이었다.

3.1.1. 하드웨어 부문

- 건강관리서비스에 활용되는 하드웨어에는 혈압, 체온, 체지방, 소변 등을 생체정보를 모니터링하는 기기들이 포함된다. 최근에는 시계나 의류, 렌즈, 벨트, 신발의 깔창 같이 사람의 몸에 밀착되는 웨어러블 기기를 비롯하여 물을 담은 보틀, 의자의 방석까지 다양한 일상생활 제품에 건강관리 기능이 추가되어 판매된다. 이러한 스마트 헬스케어 기기들은 기존 의료기와 달리 네트워크를 통해 측정 정보를 외부 기기 또는 앱과 연동할 수 있으며, 이러한 정보들은 건강관리서비스 제공에 활용된다 (표11).

<표 11> 국내 건강관리 하드웨어 상품들의 사례

업체명	주요 제품	설명	관련 사진
(주)인바디	인바디	체성분분석기: BMI 지수 계산 및 체형 관리. 앱과 연동하여 데이터 추적 및 관리	 출처: 인바디 홈페이지
(주)헬스맥스	CADY PRO, CADY Home 등	가정 또는 지역사회, 기업, 아파트 등에서 사용하는 개인 맞춤형 건강관리서비스 제공 기기. 앱과 연동	 출처: 캐디 홈페이지

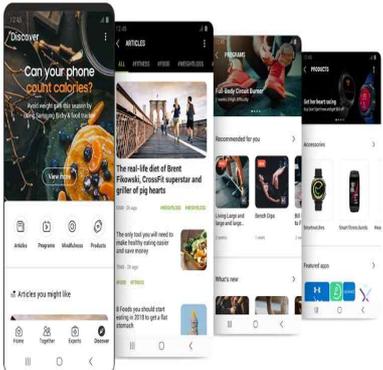
업체명	주요 제품	설명	관련 사진
(주)삼성	삼성 기어(Gear) 시리즈	S헬스 앱과 연동하여 걷기, 신체 활동 내역 등 관리.	 <p>출처: 삼성 홈페이지</p>
(주)웰트	WELT	스마트벨트: 허리둘레 측정 및 관리하며 건강상태, 생활습관 분석	 <p>출처: 웰트 홈페이지</p>
(주)하이디어솔루션즈	LivOn	텔레케어(Telecare): 응급 호출기, 활동량 감지 센서 등을 활용하여 고령자(특히 독거노인), 장애인 등의 응급상황을 관리. *’09년 독거노인 응급안전 시스템 구축 사업을 통해 고령층 실버케어 전문기업으로 등극	 <p>출처: 하이디어솔루션즈 홈페이지</p>
(주)직토	직토 (ZIKTO) 워치	걸음걸이 교정 스마트 밴드: 모션 센서로 데이터 수집하여 걸음걸이 자세 분석. 더 밸런스 멤버십, 더 챌린지 앱 등을 통해 의료, 금융권 과도 연계. *’18년 말부터 보험회사로 업태 변경	 <p>출처: 산업통상자원부(2015)</p>
(주) 3 L Labs	스마트 방식, 스마트 깔창		 <p>출처: 3L Labs 홈페이지</p>

업체명	주요 제품	설명	관련 사진
(주)젤리코스터	에잇컵스 (eight cups)	스마트 보틀: 수분섭취율 계산, 알람, 수분 섭취 패턴 기록 등. 앱과 연동	 <p>출처: 3L Labs 홈페이지</p>

3.1.2. 소프트웨어 부문

- 건강관리와 관련된 수많은 앱들이 개발되어 있다. 앱은 걷기나 식이 조절 같은 건강행동을 측정하고 기록하며, 목표치를 달성할 수 있도록 일정한 ‘보상’을 제공한다. 보험회사나 카드사 등 금융기업들의 관여는 이 지점과 관계있다 (표12).

<표 12> 건강관리 소프트웨어(앱, 플랫폼) 상품들의 사례

업체명	주요 상품	설명	관련 사진
(주)삼성	S 헬스 앱	건강기록관리 앱: 삼성의 웨어러블 기기나 스마트폰을 통해 측정한 건강 정보들(영양, 활동량, 수면 등)을 추적하여 관리.	 <p>출처: 삼성</p>

업체명	주요 상품	설명	관련 사진
<p>(주)휴레이 포지티브</p>	<p>헬스 스위치 앱</p>	<p>건강생활습관을 기록하고 코칭을 받는 앱</p>	 <p>출처: 휴레이포지티브</p>
	<p>마이헬스노트 앱 (삼성화재)</p>	<p>보험 가입자들의 당뇨병 코칭 건강앱</p>	
	<p>똑똑*건강 UP 앱 (국민건강보험공단)</p>	<p>국민건강보험공단 대사증후군 관리 서비스 앱</p>	
	<p>S 진료노트 앱 (강북삼성병원)</p>	<p>당뇨심혈관센터 방문 환자들을 위해 검사, 처방전 등의 정보제공 앱</p>	
<p>(주)캐시워크</p>	<p>캐시워크 앱</p>	<p>걷기 앱: 하루 최대 100캐시(10,000걸음) 적립 가능</p>	 <p>출처: 캐시워크</p>
<p>(주)NHN</p>	<p>핑크다이어리 앱</p>	<p>여성 건강관리 앱 : 캘린더에서 생리일자를 등록하면 다음 생리 예정일 알림 서비스 제공. 배란예정일, 가임기, 오늘의 임신확률 등. 여성 건강 용품 및 유아용품 판매</p>	 <p>출처: (주)NHN</p>

업체명	주요 상품	설명	관련 사진
(주)눔코리아	눔코치 앱	비만 조절 및 체중감량앱	 <p>출처: 눀코리아 홈페이지</p>
(주)닥터 다이어리	닥터 다이어리 앱	당뇨병 환자의 혈당 관리 콘텐츠를 제공하며 당뇨 환자 전용 쇼핑몰 운영	 <p>출처: 닥터다이어리 홈페이지</p>
(주)딥메디	S-vital 앱	만성질환건강관리앱	 <p>출처: (주)딥메디 홈페이지</p>
(주)라이프시맨틱스	라이프레코드	개인건강기록 데이터 플랫폼: 진료 및 유전 정보, 라이프로그 등 개인건강기록 데이터를 수집, 저장, 교환할 수 있는 플랫폼으로 앱과 연동하여 각종 서비스 제공	 <p>출처: (주)라이프시맨틱스 홈페이지</p>

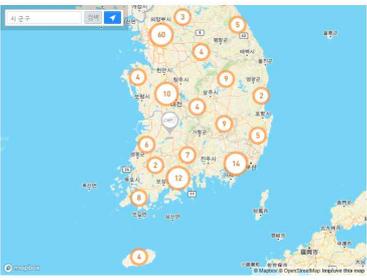
업체명	주요 상품	설명	관련 사진
(주)인성정보	Hicare Hub, Hicare M, Hicare Home Doctor	의료정보/건강관리 의료서비스 플랫폼: 가정에서 측정된 생체 데이터를 홈헬스 게이트웨이를 통해 수집	 <p>출처: (주)인성정보 홈페이지</p>

3.1.3. 서비스 부문

- 서비스 부문에는 원격의료와 운동코칭, 영양 상담, 복약, 금연, 운동 등을 관리하는 서비스 개발이 해당된다. 대부분의 업체가 웨어러블 기기와 같은 하드웨어를 기반으로 그와 연동된 앱 등의 소프트웨어를 통해 운동이나 영양 관련 서비스를 제공하고 있기 때문에 하드웨어, 소프트웨어, 서비스가 궁극적으로는 모두 연결된 형태로 제공된다 (표13).

<표 13> 건강관리 서비스 상품들의 사례

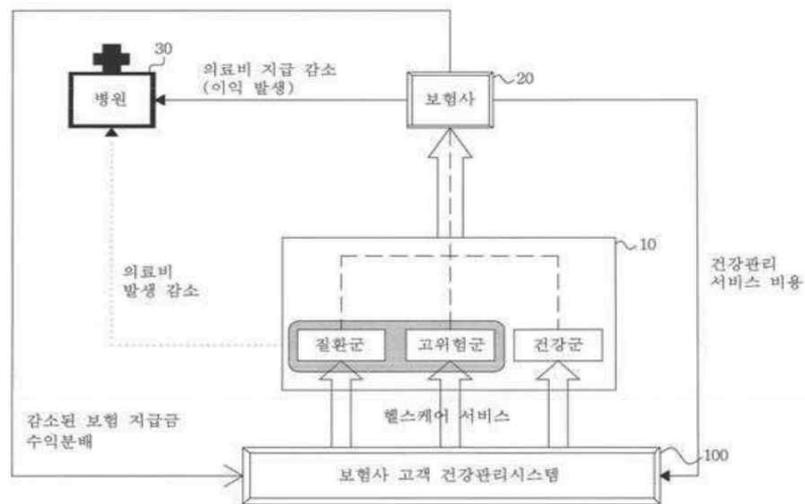
업체명	주요 상품	설명	관련 사진
(주)유인케어	U I N C A R E Home, UINCARE Pro, UIN Health, U I N C A R E Mobile	원격재활 솔루션: 3D 동작분석 시스템 등을 통해 환자가 가정 내에서 맞춤형 재활운동을 수행할 수 있도록 피드백, 모니터링 등을 제공	 <p>출처: (주)유인케어</p>

업체명	주요 상품	설명	관련 사진
<p>(주)녹십자 헬스케어</p>	<p>중대질환관리 솔루션</p>	<p>수술 및 퇴원 후 스마트 기술 기반 맞춤형 사후관리 서비스: 5개 병원과 권역별 1차 병원 협력으로 중증질환자, 암환자 및 외국인 방문환자 총 1,000여명 대상</p>	<div style="text-align: center;">  <p>현재 환자의 상태에 대한 전반적인 모니터링 후 치료 과정 중 현재 위치에서의 영양/운동 교육 실시</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>정기적 F/U</p> <p>운동/영양/의료 전문가 통합 관리</p> </div> <p style="text-align: center;">출처: (주)녹십자헬스케어</p>
	<p>만성질환관리 솔루션</p>	<p>개인건강기기를 활용한 건강정보 모니터링 및 전문가 연계 피드백 제공 서비스</p>	
	<p>지능형건강관리 솔루션</p>	<p>뇌심혈관계 질환 바이오마커 기반 환자-의사 연계 맞춤형 사이버 주치의 건강관리 시스템</p>	
	<p>운동영양통합 관리 솔루션</p>	<p>스마트폰 연동 건강체크 및 관리 솔루션</p>	
	<p>물음용습관화 관리 솔루션</p>	<p>개인 신체 및 건강상태 반영 물음용 목표 산출 및 제시</p>	
<p>(주)헬스 커넥트</p>	<p>Health On Solution, 기업건강 관리서비스</p>	<p>건강관리 솔루션: 설문을 통해 건강상태를 체크하며, 간호사, 운동처방사, 영양사 등 건강관리 전문가를 통한 코칭 기능 제공</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">출처: (주)헬스커넥트</p>
<p>(주)헬스 맥스</p>	<p>u-Health Zone, 건강증진사업, 건강교육 프로그램, 건강체험관 등</p>	<p>보건소, 공원, 기업, 아파트 등에 건강관리부스(u-Health Zone) 설치 후 측정 데이터 모니터링 및 개인별 맞춤 헬스케어 서비스 제공</p>	<p>u-Health Zone 설치 장소</p> <p>기업/기관/주민센터/공원/아파트/학교/체육시설 등 설치 가능 장소입니다. (주)헬스맥스에서는 기업/기관/주민센터/공원/아파트/학교/체육시설 등 설치 가능 장소에 대해 정기적으로 모니터링을 실시하고 있습니다. 해당 지역을 누르면 지역별 해당되는 설치장소가 목록이 나옵니다. 검색어를 입력하면 해당 지역을 검색할 수 있습니다. (주)헬스맥스 홈페이지에 접속하시면 됩니다.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">출처: (주)헬스맥스</p>

업체명	주요 상품	설명	관련 사진
(주)차케어스	차맘스케어	산모와 아기 건강 케어 (방문간호, 차병원 예약서비스 등 포함하여 추가 선택시 집먼지 진드기 케어, 공간오염 분석, 산모 체형 플래너, 산모 두피컨설팅, 모유성분 분석 등 제공)	<p>산후 조리원을 내집에...</p> <p>50년간 늘 산모와 아기의 곁에서 함께한 차그림이 건강한 산후 회복기를 위해 드디어 가정으로 찾아갑니다.</p> <p>임신과 출산에 이은 전과정을 산모와의 입장에서 가장 편안하고 행복하게 만들어 드립니다 (주)차케어스는, 산과 경력 간호사(사)의 장기적인 가정 방문과 전문적으로 교육 훈련된 CARE-MATE 돌이 엄마와 아기의 건강을 소중하게 지켜드립니다. 산전에서 산후까지 각 단계별 전문가들로 구성된 MON-SYOF 케어 서비스 시스템은 엄마와 아기 그리고 행복한 가족을 편안하게 만들 것입니다.</p> <p><u>생생애 단 하루뿐인 소중한 아기, 그리고, 그 아기와 함께 하는 나만의 특별한 시간.</u></p> <p>케어스케어는 신남과 함께 못할 소중한 추억 만들어 드립니다.</p> <p style="text-align: center;">출처: (주)차맘스케어</p>
	차실버케어	노인층 대상 방문요양, 방문간호, 방문목욕 등 제공	
	헬스케어	국내 대기업 및 공공기관, 등 기업 임직원 질병 예방 및 건강증진 통합 건강관리 서비스	
(주)마크로젠	My Genomestory	개인 유전정보 분석 서비스 제공 및 질병 예측 및 개인 장내 미생물 분석	 <p style="text-align: center;">출처: (주)마크로젠</p>
	My Biomestory	장 속 유익균과 유해균 분석하여 장내 환경 파악	
	헬스&뷰티 유전자 검사	피부, 헤어, 헬스와 관련한 총 14가지 항목을 검사하여 유전자 맞춤형 솔루션 제공	
(주)메디플러스솔루션	세컨드윈드	개인 맞춤형 건강관리 솔루션: 사용자, 의료진, 보호자가 함께하는 상태를 모니터링하고 영양, 운동, 복약, 금연 등을 관리하는 만성질환관리 서비스	 <p style="text-align: center;">출처: (주)메디플러스솔루션</p>
	세컨드닥터 (위암, 유방암, 전립선암, 대장암)	암 경험자의 회복을 돕는 맞춤형 건강관리 정보와 서비스 툴	
	Be Healthy (건강해)	개인 건강검진 기록 관리 및 개선 서비스 제공	
	Health Notio	건강정보를 게이미피케이션을 통해 학습	

3.2. 건강관리서비스에 대한 금융자본의 관심

- 언뜻 무관해보이지만 건강관리서비스 추진 초기부터 금융산업은 빠지지 않고 등장하는 중요한 플레이어였다. 특히 손해보험, 생명보험 등 보험사들은 건강관리서비스를 통해 보험 가입자의 질병, 사고, 사망 위험을 낮추면 보험금 지출을 줄일 수 있다는 점에서 관심을 쏟고 있다. 목돈이 필요한 상황의 재정적 위기관리를 담당해 오던 민간보험은 이제 지출 발생의 원천인 위험 자체를 사전에 관리해나가려고 한다. 보험사는 지출을 줄이고 보험 가입자는 건강을 얻을 수 있으니 모두에게 득이 된다는 주장이다. 이를 액면 그대로 믿어도 될까? (그림26)



<그림 26> (주)녹십자헬스케어의 ‘보험사 고객건강관리 시스템 및 방법’ 특허 소개 그림 (출처: <https://patents.google.com/patent/KR20140090451A/ko>)

- 건강이나 질병 관련 개인정보는 보험사에 매우 귀중한 자산이다. 보험회사와 가입자 사이의 정보 비대칭을 획기적으로 줄여줄 수 있기 때문이다. 보험사들은 수많은 고객 데이터를 바탕으로 보험상품을 개발하고 홍보한다. 위험률과 보험료율 등을 계산하고, 나아가 보험금 지급의 심사기준, 보험 가입 시의 차별기준 등을 수립할 수도 있다. 민간보험사에게는 ‘만 보 걷기’처럼 건강행태 개선을 통해 추후에 달성할 수 있는 지출 절감보다 보험 가입자들이 자발적으로 제공하는 데이터 그 자체가 더 중요하다. 민간보험사가 건강보험심사평가원으로부터 다량의 환자 데이터를 구매해 왔던 사실이 밝혀져 논란이 된 적이 있다.⁵⁶⁾

56) 메디컬타임즈(2017.10.24.). “[심평원, 3년 간 민간보험사에 6천만명 데이터 넘겨](#)”

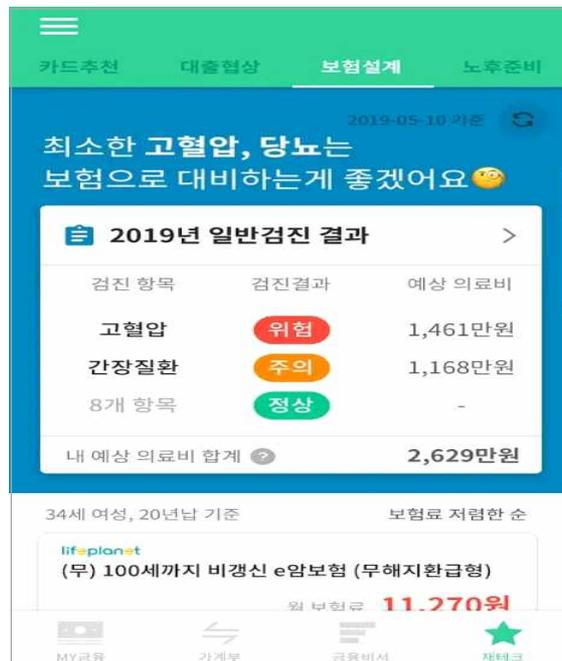
보험사들에게 가입자의 건강정보는 그 무엇보다 중요하다 (표14).

<표 14> 민간보험사와 연구기관이 심평원으로부터 구입한 환자 데이터

구분	제공받은 기관(제공된 데이터건수)	제공받은 데이터	활용목적
민간보험사	AIA생명(12), KB생명(10), KB손해(3), SCOR(2), 롯데손해(2), 미래에셋생명(3), 현대라이프생명(6), 흥국화재해상보험(9)	각 연도별 전체/입원/고령/소아 환자 데이터셋 등	-진료환자 분석 -당사 위험률 개발 -보험상품연구개발 위한 위험률 산출 등
민간보험연구기관	보험개발원(4), 보험연구원(1)		-순보험료 산출 -위험률 산출 등

(출처: 정춘숙 의원실 보도자료. 2017.10.24.)

- 최근에는 개인들로부터 확보한 건강정보에 기반하여 보험상품을 홍보하는 것이 광범위하게 이루어지고 있다. 대표적 사례가 (주)레이니스트의 ‘뱅크샐러드’ 앱이다. 이는 개개인이 거래하는 여러 금융기관의 정보를 한데 모아 지출과 잔액을 관리해주는 자산관리 앱이다. (주)레이니스트는 작년 말부터 여기에 건강검진 데이터에 기초한 보험 추천 서비스를 덧붙였다. 사용자가 자신의 건강보험공단 건강검진 내역 제공에 동의하면 앱으로 해당 정보를 불러들여 분석한 뒤 검진항목별(예. 고혈압, 비만, 당뇨 등)로 ‘정상, 주의, 위험’ 상태를 진단해 주고 건강관리의 필요성에 대한 조언을 제공한다. 그리고 이에 더해 추후 예상 의료비와 함께 보험상품을 최저금액부터 순서대로 추천해 준다. 가족력 정보를 추가하면 이를 반영하여 더 세분화된 보험상품을 추천해준다고 한다. 이미 한화생명, 교보라이프플래닛, 미래에셋생명 등 여러 보험사들이 이 시장에 진출해 있다.



<그림 27> (주)레이니스트의뱅크샐러드 보험설계 서비스 (출처: 뱅크샐러드)

- 또한 보험사는 개인의 건강정보를 돈벌이에 활용하는 것에서 더 나아가 직접 건강관리서비스를 제공하는 시장에 뛰어들려 하고 있다. 즉, 보험업에서의 이익 창출을 넘어 궁극적으로는 의료서비스 제공까지 포괄하는 큰 사업을 지향하고 있는 것이다. 보험 가입 알선에서부터 건강관리, 의료서비스 제공까지 모두 민간보험회사가 아우를 수 있게 되는 것, 바로 취약한 공적 의료보장체계로 몸살을 앓고 있는 미국의 모습이다.
- 이러한 상황에서 국내 민간보험사의 건강서비스제공 영역은 점차 확대되고 있다. 본격적 시작은 2017년 12월 금융위원회와 금융감독원이 <건강증진형 보험상품 개발·판매 가이드라인>을 내놓으면서부터라 할 수 있다. 이 가이드라인은 보험사가 가입자를 대상으로 건강활동에 대해 보험료 할인 등의 인센티브를 제공하는 보험상품을 출시할 수 있다고 안내했다. 또한 금융위원회는 가이드라인을 통해 건강증진형 보험상품 가입 알선을 위한 특별이익제공의 범위를 완화했다. 현행 보험업법상 보험사는 가입자가 지불해야 하는 첫 1년의 보험료 중 3만원 또는 보험료의 10% 중 적은 금액까지만 할인할 수 있다. 그러나 근거가 있을 경우 3만원을 초과하는 금액까지도 제공할 수 있도록 했다. 금융위원회는 가이드라인 발표 후 겨우 4개월 만에 네 개 보험사가 건강증진형 보험상품을 판매하게 되었다는 보도자료를 내기도 했다 (그림28).

< 회사별 건강증진형 보험상품 주요내용 >

<p>A사 (생보) 월 평균 보험료 6만원 내외</p>	<p>암보험 가입자에게 걷기, 칼로리 소모 등 일일 목표* 달성시 50~100포인트를 부여하고 최초 1년간 1만 포인트 달성·보유한 경우 14회차 보험료부터 10% 할인</p> <p>* 예) 7,500보 이상 또는 300칼로리 이상 소모 등 → 50포인트 12,500보 이상 또는 600칼로리 이상 소모 등 → 100포인트 (기타 심장박동 수, 헬스클럽방문 등도 포인트 지급, 하루 최대 100포인트 이내)</p>
<p>B사 (생보) 월 평균 보험료 16만원 내외</p>	<p>CI중신보험 가입자에게 일 평균 1만보를 달성한 개월 수 및 국민체육진흥공단의 체력인증* 등급에 따라 보험료 일부 환급(월납 보험료 150% 등 최대 50만원)</p> <p>* [국민체력 100] 국민체육진흥공단에서 운영하는 대국민스포츠복지서비스(무료)로, 성별·연령별로 건강체력(근력, 심폐지구력, 유연성 등), 운동체력(민첩성 등), 신체조성(BMI 등)을 종합하여 인증</p>
<p>C사 (손보) 월 평균 보험료 6만원 내외</p>	<p>당뇨보험 가입자에게 걷기, 달리기 등 목표* 달성시 월 최대 4,500포인트를 제공하고, 당뇨진단 후에는 의료기관을 통해 식사·혈당 등 당뇨관리서비스 제공</p> <p>* 예) 일목표 : 8천보 또는 달리기 1km 등 달성 → 100포인트 월목표 : 전월보다 더 걸기(하루 500보 등) → 최대 1,500포인트 ※ 제휴 쇼핑몰에서 1포인트당 1원으로 기프트콘 구매 가능</p>
<p>D사 (손보) 월 평균 보험료 7만원 내외</p>	<p>당뇨환자만 가입할 수 있는 보험으로 혈당 체크, 걷기 등 건강미션* 달성시 포인트를 제공(연 5만 포인트 내외)</p> <p>* 예) 30일 주기로 20만보 이상 → 1,000포인트 30일 주기로 혈당체크 15일 이상 → 1,500포인트, 병원 방문 혈당체크 → 5,000포인트 매일 혈당, 혈압, 식사 등 건강관리 정보입력 → 5~15포인트 ※ 어플리케이션 내에서 1포인트당 1원으로 건강관리용품, 건강식품 등 구매 가능</p>

주1) 상품별 건강증진혜택은 실제 계약시 제공받은 약관 및 안내자료를 확인하시기 바랍니다.
주2) 예시된 '월 평균 보험료'는 실제 체결된 계약의 단순 평균값으로, 가입 조건과 연령 등에 따라 실제 보험료는 다를 수 있습니다.

<그림 28> 금융위원회 가이드라인 후 판매된 건강증진형 보험상품
(출처: 금융위원회 보도자료, 2018.6.8.)

- 금융위원회가 가이드라인을 발표할 때만 해도 함께 논의한 일이 아니라고 받을 뻔했던 보건복지부는 올해 5월 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」에서 “건강 활동에 대한 목표설정 및 인센티브 지급 행위”를 비의료 건강관리서비스로 적시했다. 그리고 인센티브의 예로 “보험료 할인”을 명시했다. 보험사의 건강증진형 상품 개발은 더욱 활발해질 전망이다.
- 금융위원회는 한걸음 더 나아가 올해 하반기부터 건강관리서비스업을 아예 보험업계의 부수업무화시키겠다고 발표했다⁵⁷⁾. [신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률](약칭: 신용정보법) 상 보험회사의 질병정보 활용범위가 보험업으로 한정되어 있기 때문에 이 규제를 완화하겠다는 것이다. 보험사의 건강관리서비스업이 가능해지면 보험알선을 위한 건강관리 기기 제공도 가능해질 것으로 보인다.
- 이처럼 금융산업 내에서 건강관리서비스 시장에 가장 큰 관심을 보이는 것은 단연 민간보험사들이지만, 카드사, 은행 등도 가만히 있는 것은 아니다. 이들 또한 건강 부문으로 사업

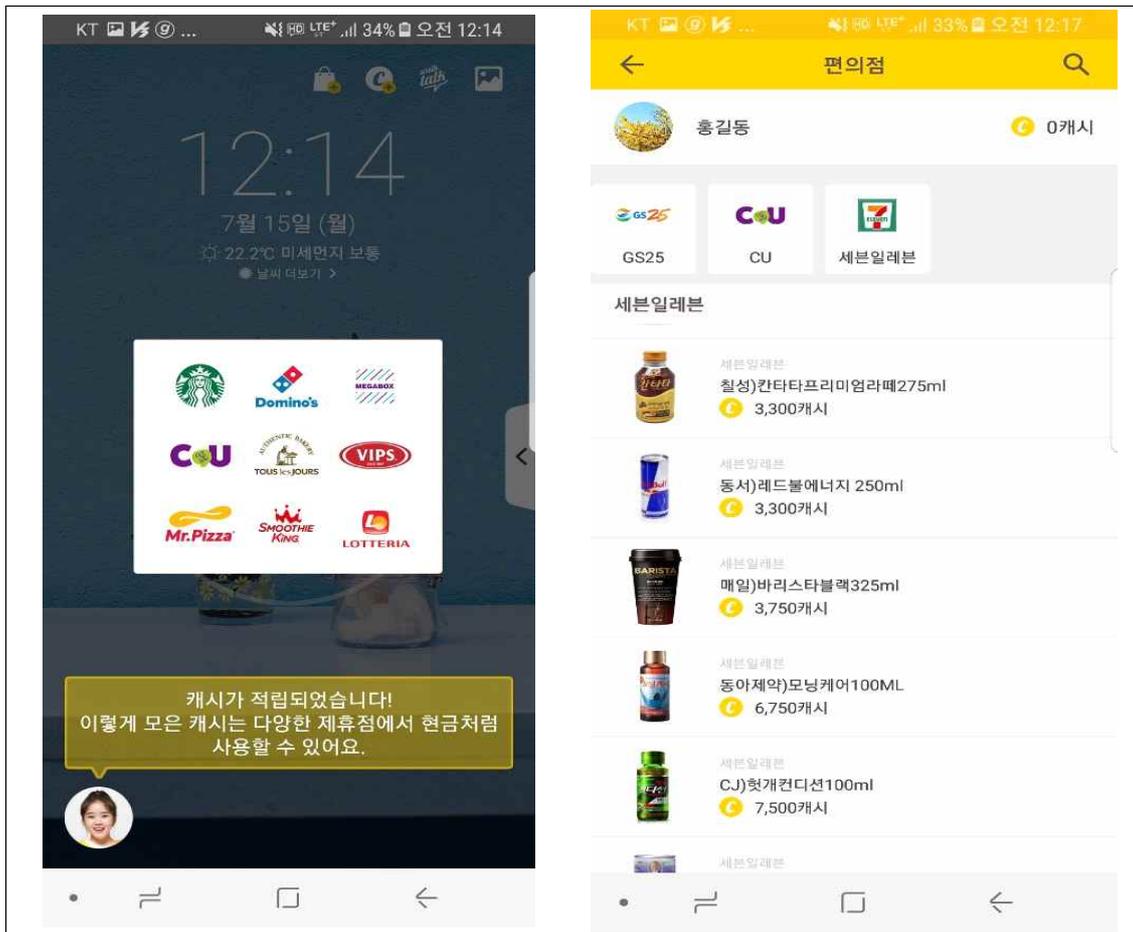
57) 한국금융(2019.07.08.). “[\[하반기 보험업계 전망①\] ‘걸음마 수준’이던 인슈어테크 급물살, 당국 규제 완화 의지](#)”

영역을 확대하여 새로운 시장을 개척하고 고객을 확대하고자 한다. 건강에 관심 있는 소비자들이 건강 혜택이 연동된 상품에 관심을 가질 수 있기 때문이다 (표15).

<표 15> 금융업계의 건강증진형 금융 상품들의 예

금융사	건강증진형 금융 상품	내용
KB국민카드	'가온 워킹업카드'	- 측정된 전월의 걸음 수가 30만보 이상일 경우 2% 포인트 적립
BMK부산은행	'금연돼지 적금'	- 흡연자의 경우 적금 가입 시 금연 다짐 서약을, 금연자의 경우 금연 유지 서약을 하면 우대금리 0.3% 제공
하나은행	'도전 365적금'	- 걸음 수 (삼성전자 S헬스 등으로 확인)에 따라 최대 연 3.75% 우대금리 제공

- 하지만 카드 혜택, 포인트 적립, 금리 혜택 같은 금전적 인센티브가 과연 건강증진에 실질적 도움이 되는지는 확실치 않다. 오히려 건강에 나쁜 영향을 줄 수도 있다. 예컨대 '캐시워크'라는 앱은 걸음 수 목표를 달성하면 제휴업체들의 상품을 구매할 수 있는 '캐시'를 준다. 그런데 이 '캐시'로 구매할 수 있는 상품들은 건강에 해로운 인스턴트 식품들과 에너지 드링크, 커피, 혹은 피자과 햄버거 같은 고열량 식품들이 대부분이다. 기업들이 표면적으로는 걷기를 통한 건강 증진을 표방하지만 실질적으로는 소비자의 건강증진에 별 관심이 없다고 추론할 수 있다. 또한 여러 종류의 걷기 연동 앱들은 일명 걸으면 돈을 벌게 해 주는 '돈 버는 앱'으로도 불리며 소비자들을 현혹한다. 그러나 제휴된 상품들의 가격은 평소에 소비자가 이들을 구매할 때 지불하는 가격보다 높게 책정되어 있다. 그러다보니 순수하게 걷기만을 통해 상품을 구매하기는 쉽지 않고, 결국 시민들의 추가적으로 지갑을 열게 만든다는 점에서 앱을 설치했던 소비자들로부터 불만을 사기도 했다 (그림29).



<그림 29> 캐시위크 앱 설치 시 화면 및 구매가능 상품의 예시 (2019.07.15. 접속 기준)

3.3. 정보통신기술(ICT) 산업의 이해

- 건강관리서비스 시장에서 정보통신기술의 중요성은 나날이 커지고 있다. ICT를 접목하면 장소에 구애받지 않고 건강관리 서비스를 제공할 수 있으며, 다량의 건강정보를 훨씬 쉽게 축적하고 분석할 수 있다. 또한 사용자와 실시간 상호작용하는 방식의 서비스를 운영하는 것도 가능하기 때문에 전에 없던 형태의 건강관리서비스를 제공할 수 있다. 건강관리업체나 보험회사들도 ICT 기술의 중요성을 알고 있기 때문에, ICT 기업들과 손을 잡고 데이터 기반의 맞춤형 건강관리 상품들을 제공해나가고 있다 (그림30).

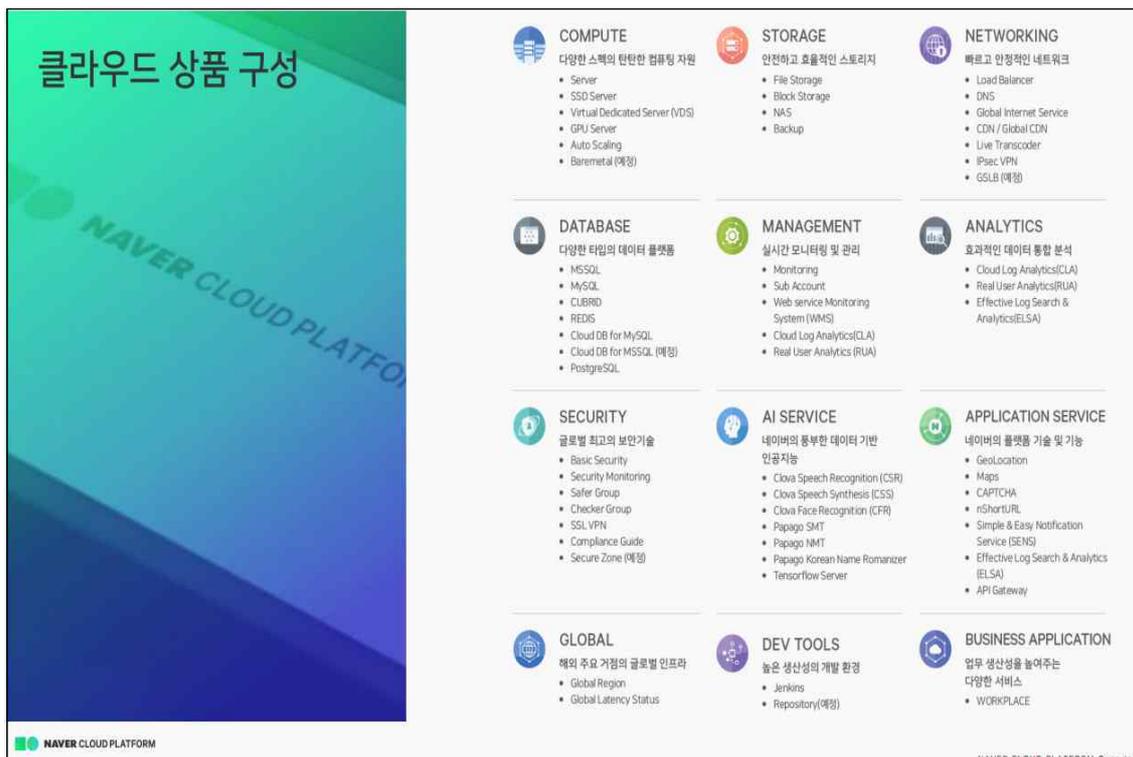


<그림 30> IT업계와 보험사 제휴 관련 기사
(출처: 보험신보, 2018.03.26.)

- 건강관리서비스 제공과 ICT의 결합 과정에서 기업들이 가장 눈독을 들이는 부분은 아마도 대량의 건강정보를 집적하여 분석할 수 있게 되었다는 점일 것이다. 업체들은 웨어러블 기기나 앱 등을 통해 측정된 건강정보를 소비자가 실시간으로 모니터링하고 관리할 수 있다는 점을 부각시키며, 이것이 진정한 ‘소비자 주권’인 양 포장하고 있다. 하지만 이 건강정보는 소비자의 스마트폰만이 아니라 기업에 전달되어 축적된다.
- 이렇게 수집한 정보들은 앞서 보험회사를 비롯하여 여러 기업들에 의해 상업적 목적으로 활용될 가능성이 크다. 특히 자료수집과 관리의 핵심 역할을 담당하게 될 IT 기업들은 확보된 대량의 건강정보를 다른 기업들에 재판매하는 등 건강정보 장사를 하게 될 여지도 크다. 페이스북이 접속자들의 개인정보를 비밀리에 광고주들에게 판매하고 이것이 선거 여론전에 악용되었던 사건, 또한 미국에서 건강·의료정보들이 무차별적으로 판매되고 표적화된 마케팅에 활용되는 사례들을 볼 때 이는 매우 우려스러운 대목이다.
- 바로 이런 점에서 삼성, LG, SK 텔레콤 등 거대 ICT 기업들이 건강관리서비스 시장에 뛰어 들고 있다는 사실에 주목할 필요가 있다. 이미 대기업들은 각자의 사업 기반과 전문화

특성에 따라 건강정보를 점유해나갈 전략을 세우고 있다. 이를테면 SK텔레콤은 사물인터넷(IoT) 전용망 개발에 힘쓰고 있다. SK 텔레콤은 (주)아이센스와 함께 IoT를 활용한 혈당 측정기(명칭: 케어센스 N IoT)를 개발했고, 2018년 4월부터 전용망인 LTE Cat.M1을 활용하여 혈당측정기로 수집한 혈당 수치를 본인과 가족, 건강관리서비스 기관에 전송할 수 있게 하였다⁵⁸⁾.

- 네이버의 경우 자신들의 장점인 클라우드를 적극적으로 밀고 있다. 특히 클라우드를 통해 병원의 전자의무기록을 확보하여 빅데이터를 구축하는 데 관심을 두고 있다. 2016년 8월부터 의료법이 개정되면서 병원 내 전자의무기록을 외부에 보관하는 것이 허용되기 시작했다. 이제 전국의 각 병원들이 전자의무기록을 보관하고 관리하는 데 네이버 클라우드를 사용할 수 있다. 네이버 클라우드 플랫폼 이사가 ‘2018 스마트헬스케어 미래전략 세미나’에서 발표한 자료를 보면, 네이버의 클라우드 상품에는 데이터의 실시간 모니터링과 관리, 효과적인 통합 분석 등이 포함되어 있다 (그림31). 여러 병원의 의무기록들이 하나의 플랫폼에 누적되고 모니터링과 분석이 이루어진다면, 이러한 건강정보들은 높은 가격에 판매되고 활용될 수 있을 것이다.



<그림 31> 네이버 2018 스마트헬스케어 미래전략 세미나 (2018.11.28.) 발표자료

58) 데일리메디(2018.11.02.). “SK텔레콤, 사물인터넷(IoT) 활용 혈당측정기 선풍”

- 이런 IT 기업들의 행태에서 주목할 점은 대기업들이 특색 있는 아이디어나 기술을 갖춘 중소기업들과 제휴를 맺기도 하지만 전반적으로 수직계열화가 두드러지고 있다는 것이다. 그 대표적 예로 삼성을 들 수 있다. 삼성은 IT(삼성전자, 삼성 SDS, 삼성네트웍스 등), 보험(삼성화재, 삼성생명 등), 바이오(삼성바이오로직스, 삼성바이오에피스 등), 병원(삼성의료원) 부문을 포괄하고 있는 재벌 기업이다. 스마트 헬스케어 산업의 가치사슬에 존재하는 대부분의 주요 영역을 꿰차고 있는 것이다. 삼성은 건강관리서비스 영역에 진출하면 전 단계에서 수익을 창출할 수 있는 기반을 갖추고 있다. 이는 U-헬스 도입 초기에 삼성이 구상했던 그대로이다. 실제로 삼성전자에서 개발한 모바일 헬스 앱인 애니핏(Anyfit)을 사용하면 걸음 수에 따라 포인트를 쌓을 수 있고, 이 포인트는 포인트몰에서 사용하거나 삼성화재가 출시한 보험상품 가입 시 보험료 할인에 사용할 수 있다. kt 경제경영연구소(2010)의 분석에 따르면 LG와 SK도 삼성과 마찬가지로 스마트헬스케어산업의 가치사슬 거의 모든 영역을 아우를 수 있는 상황이다 (그림32). SK는 보험 사업 부문이 없는데 작년에 AIA 생명과 협약을 맺고 건강관리서비스를 제공한 바 있다⁵⁹⁾.
- 기존 재벌 기업들이 건강관리서비스 부문에 진출하고 있는 현 상황은, 정부 말대로 혁신적인 바이오/IT 기업들이 성장하는 기회가 되기보다는 건강정보 소유권을 대기업들이 독차지하고 스마트헬스케어 산업 전반에서 이들의 영향력을 강화하는데 이바지하게 될 가능성이 높다.

[그림] U-헬스 산업 밸류체인에 따른 국내 주요 대기업의 관련 회사



<그림 32> 국내 주요 IT 대기업의 보건의료산업 가치사슬
(출처: kt 경제경영연구소, 2010)

59) IT Daily(2018.08.16.). “[SK\(주\)C&C-AIA-SKT, 빅데이터 기반 건강관리서비스 출시](#)”

4. 건강관리서비스 도입, 무엇이 문제인가?

4.1. ‘의료 서비스’와 ‘비의료 서비스’의 임의 구분은 가능한가?

- 이번 가이드라인의 목적은 의료법에 따른 의료행위와 비의료기관의 건강관리서비스를 구분하는 것이다. 그러나 이러한 구분은 과연 가능한 것일까? 그리고 이 두 가지를 분리하는 것이 시민의 건강을 증진시키는데 효과적일까?
- 먼저 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집」(2019)은 의료행위를 ‘의학적 전문 지식과 기술에 기초하여 행하는 검사·진단·처방·처치·시술·수술·지도 등의 행위’로 정의하고 비의료기관에서는 이런 행위를 금지한다고 분명히 밝혔다. 비의료 건강관리서비스는 ‘건강의 유지 및 증진과 질병의 사전 예방을 목적으로 제공자의 판단이 개입된 상담·교육·훈련·실천 프로그램 작성과 유관 서비스를 제공하는 행위’라고 정의했다. 하지만 세계보건기구가 정의한 일차보건의료는 건강증진, 예방, 치료 및 재활 서비스 등의 포괄적 보건의료를 개인, 가족 및 지역사회에 제공하는 것을 의미한다(WHO, 1978). 건강관리서비스는 일차보건의료의 일부인 셈이다.
- 현실에서 인위적으로 이를 구분하기 어렵다는 점을 정부도 모르지 않는다. 그래서 가이드라인까지 발간하며 제공 가능한 비의료 건강관리서비스 행위와 불가능한 행위를 구분하여 사례를 제공하고 있다. 소개된 사례는 건강한 사람 대상서비스와 비만관리, 고혈압·당뇨병 환자 대상서비스이다 (글상자11).

<글상자 11> 가이드라인에 제시된 건강관리서비스 적용사례

건강관리서비스 업체가 할 수 있는 비의료서비스 사례

- 건강한 사람 대상 서비스
 - 통계·연구자료 등에 근거하여 특정 질환의 유병률 등을 안내하는 행위
 - 건강정보(혈압, 혈당, 비만도 등)를 수집하고 해당 정보의 정상범위 안내해주기
 - 걸음 수, 식단 등 안내 서비스
- 비만관리서비스
 - BMI(체질량 지수, 비만도) 지수의 계산
 - 체성분 분석기를 활용한 체내 성분을 분석
 - 일일 적정 운동목표량 설정
 - 운동별 소모칼로리 분석
- 고혈압·당뇨병 환자 대상 서비스
 - 개인용 의료기기를 통해 환자 자가측정 후 기록
 - 공신력있는 기관에서 제시하는 고혈압 예방·관리 사항 등 정보제공 및 안내
 - 병원 내원일 알람 서비스
 - 운동요법의 효과, 방법 등 안내
 - 금연, 금주 등 생활습관 개선 상담 및 조언
 - 당뇨병 환자가 주의해야 할 일반적인 식이요법 및 식품군 등에 대한 설명

건강관리서비스 업체가 할 수 없는 의료서비스 사례

- 건강한 사람 대상 서비스
 - 대상자의 상태 및 증상 등을 확인하고 질병의 의심소견을 밝히거나 의학적 지식에 기반한 상담 및 조언을 행하는 행위
- 비만관리서비스
 - 의료적 검사·처방·처치·시술·수술 및 이와 관련한 의료적 상담·조언에 해당하는 행위
- 고혈압·당뇨병 환자 대상 서비스
 - 비의료기관이 환자의 혈압을 직접 측정 후 기록
 - 상황에 따른 혈압·혈당 목표
 - (약사·의사가 아닌 사람이)약물에 대해 설명을 하는 것
 - 급격한 혈압강하·상승시 조치방법 등 의료적 상담
 - 위험한 혈당 수치별 당질 섭취기준 등 의료적 처방에 가까운 행위

(출처: 보건복지부 보도자료, 2019.05.21.)

- 그러나 이 구분은 쉽지 않다. 예를 들어 뇌파 측정을 통해 얻은 정보를 바탕으로 음악과 게임 등을 제공하는 정신건강관리서비스가 적법한 것인지의 여부는 정부가 제시한 가이드라인만으로 판단하기 어렵다.⁶⁰⁾ 또한 고혈압과 당뇨병 등 만성질환자를 대상으로 한 식이,

60) 매일경제 (2019.05.26.) “[뇌파 활용한 헬스케어사업 신청에…3개월째 답 못주는 정부](#)”

운동에 관한 상담과 조언이 만성질환 관리를 목적으로 한다면 적법하지만, 질환을 치료하기 위한 목적이라면 위법에 해당한다. 그런데 당뇨병 환자에게 식이 조절이란 과연 치료효과 없는 ‘관리’이기만 한 것일까? 의학적 치료가 아니니까 의사들은 애써 식이조절에 대해서 강조할 필요가 없는 것일까? 보통 만성질환은 ‘완치’라는 개념이 없으며 투약과 생활습관 조절을 더 이상의 악화나 합병증이 생기지 않도록 ‘관리’하는 것이 중요하다. 그래서 만성질환자에 대한 상담과 조언이 엄밀하게 의학적 조언인지 비의학적 조언인지를 구분하는 것은 매우 어렵다.

- 또한 혈압·혈당 관리의 경우, 웨어러블 기기나 모바일 앱을 통해 주기적으로 혈압이나 혈당 수치를 모니터링하여 평균치보다 벗어난 경우 ‘주의가 필요하다’는 안내를 전달하는 것은 합법이지만, 혈압 수치에 대한 조치의 필요성을 조언하는 것은 위법에 해당한다. 이 경우 ‘문구의 모호성’이 여전히 문제될 뿐 아니라 실질적으로 이를 구분하는 것이 가능할지 의문이다. 국내 당뇨병 유병자의 절반 이상은 고혈압에도 이환되어 있다⁶¹⁾. 만성질환자의 경우 복합 상병에 이환된 경우가 다수이며, 고령 만성질환자의 70%는 소위 ‘복합’만성질환자이다(정영호 외, 2013). 이런 복합만성질환에 대해 운동, 식이 등 단일 위험요인에만 초점을 두거나 의료적 요인과 비의료적 요인을 구분하여 관리하는 것은 바람직하지 않을 뿐 아니라 현실적으로 가능하지도 않을 것이다.
- 게다가 정부는 비의료 건강관리서비스 가이드라인만 제시했을 뿐, 비의료기관 설립에 대한 기준, 관련 서비스 제공 인력 등에 대한 검증, 서비스 질 관리 체계, 심지어 건강관리서비스업에 대한 정부의 규제 또는 관리절차에 대해서는 명시하지 않았다. 이렇게 검증되지 않은 건강관리서비스는 오히려 건강에 해를 미칠 수도 있다. 이를테면 스마트워치의 심전도(ECG) 측정 기능이 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 보도가 그것이다.⁶²⁾⁶³⁾ 심박센서 기능으로 신체이상을 모니터링할 수 있지만 ‘진단’을 할 수 없기 때문에, 실질적 심방세동이 없는데도 일시적으로 불규칙한 심박 때문에 병원을 찾는 일이 발생한다는 것이다. 이는 아무런 증상이 없는 사람들에게 불필요한 불안과 의료이용을 조장할 수 있다. 또한 실제로는 위험이 있는데도 이를 제대로 판별해내지 못함으로써 건강상태에 대한 그릇된 판단을 하게 만들어 환자를 위험에 빠뜨릴 수도 있다. 그러나 가이드라인에는 이러한 우려에 대한 보완조치가 제시되지 않았다.
- 질환군 관리 측면에서 보면, 2010년의 건강관리서비스 법안은 의료기관의 ‘의뢰서’를 통해

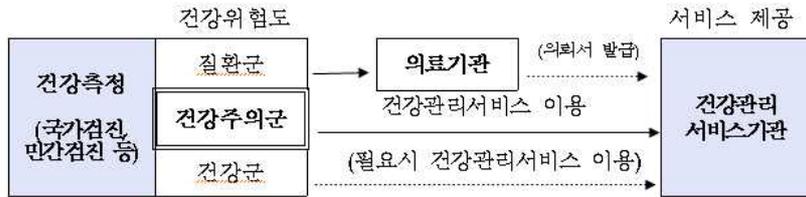
61) 대한당뇨병학회(2018), Diabetes Fact Sheet in Korea.

62) wired(2018.09.13.). “[The New ECG Apple Watch Could Do More Harm Than Good](#)”

63) 한겨레(2019.07.31.). “[스마트워치, 심박체크 건강 역효과](#)”

‘질환군’에게 밀착형 상담과 관리를 제공하고, ‘건강주의군’도 체계적 관리를 받을 수 있었다 (그림33).

○ 건강관리서비스 제공체계 (법 제5~6조, 제11조~14조)



<그림 33> 2010년 건강관리서비스법안 주요 내용

- 반면 2019년 「건강관리서비스 가이드라인」에서는 질환자에 대하여 ‘의사의 처방·권고사항에 대한 ‘서면’ 확인을 권장하지만, 환자로부터 구두확인도 가능하다’고 조건을 완화했다. 질환군에서는 비의료적 상담·조언과 의료적 상담·조언을 명확하게 분리하기 어렵다는 점은 차치하고, 의료인의 판단·지도·감독·의뢰 하에서 행하는 경우라 하더라도 의료인들이 의료법상 전달체계에 포함되지도 않는 비의료기관과 건강관리서비스에 대해 긴밀한 치료관리 정보를 공유할 것인지 의문이다. 이번 사례집에서는 비만, 고혈압, 당뇨를 예시로 들었지만, 수많은 질병들에 대해 의료적 행위와 비의료적 행위를 분명하게 구분해서 사례집으로 내놓을 수 있을지 의문이다. 같은 질환이라고 해도 사람마다 진단과 처치, 상담과 조언 등이 다르고 이 과정이 분리될 수 없는 일이라는 것은 누구보다 의료현장의 의료인들이 지적하고 있다. 정부에게 ‘비의료 건강관리서비스 방안을 중지하고 건강보험과 연계한 의료기관내 건강관리서비스로 전면 개선할 것을 촉구한다’⁶⁴⁾는 이들의 비판에는 이유가 있다.
- 또한 가이드라인은 시설과 인력기준 측면에서 ‘별도의 건강관리서비스업 개설허가는 필요하지 않다’고 설명한다. “현행 법률상 ‘건강관리서비스업’에 대한 허가 규정이 없기 때문”이라고 덧붙였다. 그러면서 비의료기관 건강관리서비스 제공기관의 사례로 ‘의료법 제3조의 의료기관에 해당하지 않고 체육시설업, 소프트웨어개발업 등 건강관리서비스를 제공하는 것을 업으로 하는 자’로 제시했다. 또한 건강관리서비스 인력도 “관련 법률에서 제공인력을 제한하고 있지 않다면, 보건의료의 인력채용은 ‘권장사항’일 뿐 의무사항은 아니”라고 답변하고 있다. 2010년 건강관리서비스 법안에서는 서비스 인력을 ‘의사, 간호사, 영양사 등 국가가 공인한 인력으로 한정하고 양질의 서비스를 위해 의료인등 전문인력 중심으로 제도를 설계’하고, 시설기준도 ‘양질의 서비스를 위한 합당한 시설을 갖추도록 한다’고

64) 메디게이트(2019.05.22.). “[비의료 건강관리 서비스, 민간보험사·기업을 위한 의료영리화 사업일 뿐](#)”

했었다.⁶⁵⁾ 2019년 가이드라인은 2010년의 법안에 비해서도 한참 후퇴했다고 볼 수 있다.

- ‘비의료 건강관리서비스’에 대한 정부의 무리수는 보도자료 맨 마지막에 허무개그처럼 등장한다 (글상자12). 만일 이 설명처럼 비의료기관에서 받은 건강관리서비스가 질환의 치료 목적도 아니고, 그 서비스가 위해한지 여부를 다시 의료기관에서 확인해야 한다면, 과연 누가 건강관리서비스를 이용하게 될까? 이러한 말 자체가 건강관리서비스가 의료행위와 분리될 수 없는 일부이며, 특히 일차의료서비스와 통합적으로 운영되어야 한다는 것을 반증하는 것이다.

<글상자 12> 가이드라인을 소개하는 보건복지부의 보도자료(2019.05.21.)

한편, 사례집에서는 비의료기관에서 건강관리서비스를 제공할 때 유의할 사항도 안내하고 있다.

○ 제공하는 건강관리서비스가 질환의 치료 목적의 서비스가 아니라는 점을 알리고, 질환보유자에게는 서비스가 위해하지 않은지 의료기관의 상담을 받아보도록 권고하는 등의 사전 안내가 필요하다.

4.2. 개인의 건강 선택은 사회적 진공 속에서 이루어지는가?

- 현재 정부가 추진하는 건강관리서비스는 건강관리를 위해서 개인이 스스로 관련 서비스를 선택하고 그에 따른 건강 결과에 책임을 지게 하는 방식이라고 볼 수 있다. 그러나 개인의 건강 선택은 사회적 진공 속에서 개인의 ‘지식’과 ‘자유의지’에 의해서만 이루어지지 않는다. 건강에 대한 지식과 문해력, 준거집단의 사회적/문화적 규범, 그리고 이러한 선택을 가능하거나 불가능하게 만드는 자원과 기회는 모두 사회적으로 유형화된다.
- 가장 대표적인 사례가 흡연이다. 흡연에서의 사회적 불평등을 보여주는 국내외 연구는 다수 존재한다. 이를테면 국내 노동자들을 대상으로 한 연구에서, 불안정 고용 노동자의 경우 정규직에 비해 흡연률이 더 높고 금연율은 낮았으며, 금연을 하다가 흡연을 다시 시작할 비율도 더 높았다 (Jung et al., 2013). 직업군에 따라서도, 남성은 사무직에 비해 전문직의 흡연율이 더 낮고, 단순 노무직은 사무직에 비해 흡연율이 두 배정도 높았다. 여성의 경우에도 서비스 직종과 단순 노무직에서 흡연율이 높았으며, 교육이나 혼인 상태를 보정하면 격차는 더욱 커졌다(Cho et al., 2006; 김창엽 외, 2015). 흡연률을 감소시키기 위한

65) 보건복지부 보도자료(2010.06.30.). 「건강관리서비스 Q&A」

조치의 효과에서도 비슷한 양상이 나타난다. 담배규제정책의 효과에 대한 폭넓은 리뷰 결과에 의하면, 약물이든 행동치료가든 개인 대상 금연 지원 프로그램 성공률은 빈곤층에서 일관되게 낮았다 (Brown et al., 2014a.). 하지만 빈곤 지역에 서비스를 집중적으로 제공하는 방식의 ‘역차별’을 두었던 영국의 경우, 결국 순 효과 면에서 빈곤 지역 금연자의 비중이 높아짐으로써 불평등을 완화하는 효과를 거둘 수 있었다 (Bauld et al., 2010). 담배규제와 관련하여 청소년이든 성인이든 가장 일관되게 불평등을 완화하는데 기여한 것은 담배가격 인상정책이었다 (Brown et al., 2014a;2014b; Hill et al., 2014; Thomas et al., 2008). 개인을 대상으로 한 금연중재는 담배규제 정책의 아주 작은 일부분일 뿐이며, 가격규제, 광고금지, 경고문구 표시와 공공장소 금연 같은 사회적 조치가 중요하다.

- 이러한 맥락에서 세계보건기구를 비롯한 국제보건 거버넌스, 학계와 시민사회는 한목소리로 ‘건강의 사회적 결정요인’을 강조하고 있다. ‘오타와 헌장’(WHO, 1986), ‘방콕헌장’(WHO, 2008) 같은 건강증진 관련 국제 선언들도 건강의 사회적 결정요인을 중심으로 정책과 건강 지향적 환경개선, 지역사회 활동 강화를 강조한 바 있다.
- 이러한 국제적 컨센서스와 학계의 폭넓은 근거기반에도 불구하고, 건강행동의 사회적 맥락에 대한 고려 없이 ‘지식/인식 → 태도 → 행동개선’이라는 단선적 모형에 근거하여 개인 건강관리서비스를 적극 추진하는 것은 그저 무지의 소산일까?

4.3. 개인의 건강정보는 충분히 보호될 수 있는가?

- 2010년 최초 발의한 법안에 비해 2019년의 가이드라인은 건강관리서비스업 개설조건과 전문 인력 요건 등 서비스 질관리 대책은 상당히 후퇴한 반면, 서비스 제공방식에서 ICT와 개인정보 활용은 한층 강화되었다. 2010년에는 상담·교육·조언과 U-Health 디바이스, 전화, 메일 등이 서비스 내용이였다면, 2019년에는 보다 온라인 기반의, 데이터집적형 서비스를 구상하고 있다 (그림34).



<그림 34> 비의료 건강관리서비스 제공방식
(보건복지부, 「비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차)」)

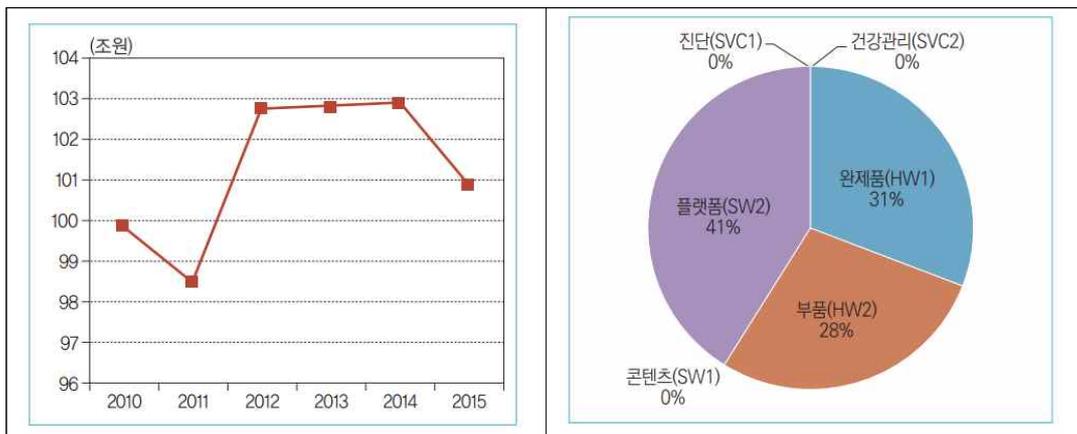
- 개인동의에 기반하여 자료를 수집하거나 이용자의 자가측정 건강정보를 분석하기 개인정보 데이터를 다루는 전문기관이 필요하다. 개별 건강관리서비스 제공기관이 이를 직접 처리하려면 상당한 규모의 시설과 장비, 인력을 투입할 수 있어야 한다. 지금으로서는 보험업계 정도가 이러한 역량을 갖추고 있다고 볼 수 있다. 국내 민간의료보험 가입 가구 비율은 2016년 현재 79.9%이고 가구 평균 4개 정도 보험상품에 가입해 있다.⁶⁶⁾ 보험업계는 자사 보험가입자를 대상으로 건강관리서비스업을 시작하여, 보험료 할인 등 인센티브와 결합하여 고객을 확보한 후 최종적으로는 보험사별로 건강관리서비스 제공체계를 구축할 가능성이 높다. 미국식의 민간보험사-건강관리서비스기관 연계체계가 확립되는 것이다. 고객들은 서비스이용을 조건으로 보험회사의 안정적 수익구조 창출에 기여하게 되는 것이다. 그리고 그 과정에서 확보되는 개인건강정보 데이터는 보험가입자를 선별하거나, 의료이용이 많은 가입자의 보험료를 올려서 보험사의 이익을 보전하는데 이용될 수 있다.
- 더 우려스러운 것은 건강관리서비스와 병원이용 내역이 결합된 개인건강정보 데이터가 거래되는 것이다. 건강관리서비스를 통해 생산되는 보건의료 빅데이터는 그 자체로 기업들의 영리적 활용의 좋은 목표가 될 것이다. 미국에서는 이러한 개인의 건강·의료정보를 거래하는 대규모 데이터산업이 이미 성황이며, 한국의 처방내역 정보가 이미 미국 데이터기업에게 판매되어 거래되고 있다.⁶⁷⁾ 그러나 가이드라인에는 이런 문제에 대한 고려가 충분히 담겨 있지 않다.

66) 정형준(2019), 참여연대 사회복지위원회, 민간의료보험 실태와 문제점. 2018년 건강보험정책연구원 보고서 재인용(<http://www.peoplepower21.org/Welfare/1610335>)

67) 애덤 태너 지음·김재용, 김주연, 이희영 옮김. 따비(2019) 『보건의료 빅데이터로 영리를 추구하는 기업들』에는 개인의 의료기록이 유통되어 민간기업체의 영리적 활용대상이 되는 과정을 잘 설명하고 있다.

4.4. 경제성장 수단으로 적절한가?

- 이명박 정부에서부터 문재인 정부에 이르기까지, 정부는 건강관리서비스 도입을 이야기하면서 경제 활성화와 일자리 창출이라는 슬로건을 제시했다. 건강관리서비스 ‘산업’을 육성하여 신성장동력을 찾으려는 열망이 매우 큰 것 같다. 그러나 실제 경제적 효과는 그러한 낙관적 전망에 크게 미치지 못하는 것으로 보인다.
- 산업연구원(2017)의 분석 결과에 따르면, 스마트헬스케어 분야의 기업 수는 2010~2015년 동안 연평균 5.8%씩 계속 늘어났다. 그러나 전체 기업의 2/3는 하드웨어 부문에 집중되어 있으며 건강관리 ‘서비스’ 제공에 특화된 기업은 극소수(6%)에 불과했다. 주목할 부분은 전체 매출액 추이가 2011년~2012년에 큰 폭으로 성장한 것을 제외하고는 그 뒤로 거의 증가하지 않았고 2014~2015년에는 오히려 감소했다는 점이다. 매출의 대부분도 서비스업체가 아닌 하드웨어나 플랫폼 개발 기업에서 발생했다 (그림35).
- 산업연구원은 건강관련 서비스 제공의 법, 제도적 제약이 많아 아직 산업이 본격화되지 못했기 때문이라는 해석을 내놓았다. 이는 사실일까? 스마트헬스케어 산업에서 수익이 나는 분야는 일부 하드웨어 분야에 편중되어 있으며, 이미 일부 대기업들이 건강관리서비스의 전 영역에 진출해 있다. 이러한 상황에서 고용의 대부분을 차지하는 중소기업들이 양질의 대규모 일자리를 창출하고 혁신을 창출하기란 거의 불가능해 보인다.



<그림 35> 스마트헬스케어 기업의 매출액 추이(왼쪽) 및 부문별 매출 비중(오른쪽)
(출처: 산업연구원, 2017)

- 무엇보다, 정부는 장밋빛 전망을 이야기하면서도 정작 제대로 된 경제 효과 분석을 내놓은 적이 없다. 체계적으로 수집된 근거나 분석에 기초하기보다는 단순 추정을 바탕으로 발표

한 경우가 대부분이었다. 일례로 과거 산업자원통상부(이하 산자부)는 약 300억 원 규모를 투자했던 만성질환자 대상 스마트케어서비스 시범사업에 대해 어처구니없는 효과 추정치를 제시한 적이 있다. 당시 산자부는 전국에 총 737개~884개의 스마트케어센터가 설치되고, 센터별로 일일 평균 4,620명 이상에게 서비스가 제공될 경우 손익분기점을 넘길 수 있다는 전망을 내놓았다. 이 추정대로라면 전국적으로 하루 340만 명 (737개 센터 * 4,620명)이 서비스를 이용해야 한다. 이는 국내 만성질환자 수를 고려하더라도 1인이 하루 두 번 이상 센터를 이용해야 할 정도로 큰 수치였다. 논란이 불거지자 산자부는 ‘월 평균’을 ‘일 평균’으로 잘못 표기한 것이라 해명했지만 그렇게 바뀌보아도 과대 추정이긴 마찬가지였다.⁶⁸⁾

- 뿐만 아니라 산자부는 사업이 전국에 확대되면 전국에 7,370개~8,840개의 일자리가 창출될 것이라고 전망했다. 이 또한 매우 단순한 셈법에 따른 추정치였다. 앞서 총 737개~884개 스마트케어센터가 설치된다는 가정 하에 센터마다 대략 10명 정도 근무한다고 추정한 것이다⁶⁹⁾. 이렇게 어설픈 근거를 기반으로 수십억, 수백억 원의 국민세금을 투자한다는 것이 믿어지지 않을 지경이다.
- 정부가 “일자리 OO개 창출”, “OO조 규모 시장” 등을 이야기한 것이 이번이 처음은 아니다. 그러한 효과는 차치하더라도, 이렇게 어설픈 근거를 바탕으로 졸속 추진된 정책들이 국가 재정은 물론이고 국민들의 삶의 질에 치명적 결과를 초래한 상황을 우리는 이미 경험한 바 있다. 이명박 정부에서 추진된 4대강 사업이 대표적이다. 건강관리서비스가 보험사와 ICT 기업들의 돈벌이 수단으로 전락하고, 국민들의 건강정보가 상품화되면서 일어나게 될 건강불평등과 프라이버시의 침해, 공공보건의료체계의 침식에 따른 부정적 경제효과는 어떻게 감당할 것인가?

4.5. 국가의 건강보호 책무성에 합당한가?

- 건강관리서비스 도입의 바탕에는 건강을 개인의 선택과 책임으로 간주하는 비합리적 전제가 자리해있다. 건강관리를 위해서 개인이 스스로 서비스를 선택하여 구매하고, 그에 따른 결과도 본인이 책임지게 하는 방식은 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”는 헌법36조에 부합하지 않는다. 이는 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재

68) 라포르시안(2013.11.13.). “[산자부의 영터리 스마트케어 시범사업 분석...곳곳에 오류](#)”

69) 라포르시안, 앞의 기사.

활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다”는 국민건강보험법 제1조와도 맞지 않는다.

- 한국은 이미 의료서비스 공급의 90% 이상을 민간에 의존하고 있다. 이런 상황에서 건강관리서비스 또한 시장에 전적으로 맡기려 하는 것이다. 일자리와 경제성장 유발효과는 강조하면서도, 건강관리서비스의 가격이나 비용, 공적 재원에 대한 언급이 전혀 없는 것은 이것이 전적으로 시장에서 거래되는 상품이 될 것임을 시사한다. 공공적 건강관리 체계는 과연 불가능한 것일까? 사실 정부는 그동안 <표16>과 같은 보건소 중심의 건강관리서비스를 제공해왔다. 이들 사업은 ‘건강관리서비스’라는 명칭을 그대로 사용하지는 않았지만, 질병 예방과 질환의 관리에 초점을 두고 병원과 보건소, 혹은 지역사회 연계 방식을 활용하고 있다.

<표 16> 공공영역 건강관리서비스 사례

연도	사업명	포함내용
2011	북한이탈주민 건강관리사업	간호사와 북한이탈주민 출신 상담사가 함께 방문하여 건강관리서비스를 제공 ⁷⁰⁾
2013	한센인 평생건강관리서비스 제공을 위한 정보화 기반 구축	국립소록도병원에서 한센인의 평생건강관리 서비스를 제공을 위한 병원 정보화 기반 구축 ⁷¹⁾
2015	제4차 국민건강증진종합계획	국가건강검진과 연계하여 건강보험공단(건강증진센터) 및 보건소에서 생활습관개선을 지원하는 건강관리서비스 추진 ⁷²⁾
2016	제2차 국민건강검진종합계획	건강위험군에 대해 생애주기별 건강관리가 이루어질 수 있도록 의료기관, 보건소 중심의 생활 밀착형 지역사회 건강관리서비스 모형 개발 계획
2018	국가 비만관리 종합대책 (2018-2022)	영양위험요인이 있는 영유아·임산부에 대한 영양플러스사업 확대, 건강한 돌봄놀이터 사업 확대, 과일간식 지원사업 확대, 유치원·어린이집 표준교육과정 개편, 음주가이드라인·폭식조장 미디어 광고 가이드라인 개발, 건강증진 프로그램 보급, 건강친화기업(가칭) 인증제도 도입 등
2019	2019년 드림스타트사업	보건소에서 제공하는 영유아 대상 건강관리서비스 포함

- 박근혜정부의 2016년 <제2차(2016-2020) 국민건강검진 종합계획>은 ‘건강관리에 대한 국민수요가 크게 증가하였으나, 건강위험군(대상자 663만 명) 일부(보건소 17.5만명, 공단 26만명)에게만 제한적으로 건강관리서비스를 제공’하는 것을 문제점으로 지적했다. 그에 따

70) 보건복지부(2011.04.14.). 북한이탈주민이 북한이탈주민 건강 돌본다.

71) 보건복지부(2013.12.17.). 국립소록도병원, 선진의료정보화 기틀 마련.

72) 보건복지부(2015.12.28.). 건강수명 75세를 위해 사전예방적 건강관리 강화한다.

라 지역사회 건강관리서비스 모형을 개발하고 비의료기관에도 건강관리서비스를 제공하는 공-사(公-私) 이중체제에 대한 계획이 포함되었다. 이 종합계획이 실제로 추진되지는 않았지만, 최소한 공공영역에서 건강관리가 확충되어야 한다는 점은 분명히 명시했다 (글상자 13).

<글상자 13> 제2차(2016-2020년) 국민건강검진 종합계획

- **건강관리서비스 활성화 추진** (‘16년 하반기)
 - 생애주기별 건강관리가 이루어질 수 있도록 **의료기관·보건소 중심의 생활밀착형 지역사회 건강관리서비스 모형** 개발
 - **비의료기관에서도 건강관리서비스를 제공할 수 있도록 건강관리서비스 가이드라인** 제정

- 그러나 이번 가이드라인은 민간공급을 기본으로 하고, 취약집단에 대한 별도의 서비스 이용안내도 없고, 지역사회 공공기관의 건강관리서비스 계획도 아예 포함되어 있지 않다. 반면 「2019년 보건복지부 주요업무계획」에는 소생활권 기반 맞춤형 건강증진 시범사업이 포함되어 있다 (글상자14). 그러면서도 만성질환 고위험군에 대한 모바일 헬스케어서비스 제공 확대가 포함되어 있어, IT를 활용한 건강관리서비스에 대한 집착을 다시금 확인할 수 있다. 공적으로 활용되는 이러한 모바일 헬스케어 서비스가 안전성과 안정성 측면에서 얼마나 충분한 검증이 이루어졌는지 의문도 남는다.

<글상자 14> 2019년 보건복지부 주요업무 계획

- 국민들의 건강한 생활 지원을 위한 **예방·건강 투자 강화**
 - (인프라 확충) **건강생활지원센터 및 건강증진형 보건지소를 확충***하고, 소생활권 기반 맞춤형 건강증진 시범사업(‘19 상) 실시
 - * `18. 66개소 → `19. 75개소 → `22. 250개소 (시군구당 평균 1개소 설치)
 - 만성질환 고위험군 대상 생활습관(운동 영양 등) 개선 및 건강관리 지원을 위해 **모바일 헬스케어 서비스 제공 확대**(`18. 70 → `19. 100개소)

- 민간중심 보건의료체계의 한계가 점차 분명해지고, 공공보건의료체계의 강화에 대한 사회적 목소리가 높은 상황에서 새롭게 추진하는 건강관리서비스 또한 민간에 의존하겠다는 것은 국민의 건강보호에 대한 국가의 책무성을 그저 방기하겠다는 것에 다름 아니다. 문제는 이러한 정책 도입을 절차적 정당성도 없이 시도하고 있다는 점이다. 건강관리서비스는

현재 입법사항도 아니고 법적효력이 없는 행정지침으로 발표되었다.⁷³⁾ 일차보건의료와 의료전달체계, 건강보장제도, 보건의료인력 수급, 그리고 환자의 안전과 개인정보 보호 등 중요한 문제들이 연관된다. 그런데 앞선 정부들조차 ‘행정독재’라는 비난 때문에 시행하지 못했던 건강관리서비스를 촛불정부가 ‘가이드라인’이라는 형태로 도입하는 것은 이하기 어렵다. 스스로 ‘급증하는 국민의료비의 관리를 위해 첨단기술산업을 활용하는 중요하고 혁신적인 변화가 될’ 것이라고 주장하는 건강관리서비스를 이렇게 절차적으로 취약한 방식으로, 또 상업성을 극대화하는 방식으로 추진하는 이유를 거듭 묻지 않을 수 없다.

73) 한국노동사회연구소(2015), 고용노동부 가이드라인에 대한 법적 검토. “정부의 가이드라인은 행정지침이라고도 하는데, 이는 국회법 제98조 제3항 소정의 행정입법에 해당하지만, 법규명령도 아니고 행정기관 내부에서 업무처리의 기준으로 삼기 위해 작성한 지침에 해당한다. 이러한 행정기관 내부 업무처리 기준인 예규나 지침에 대해 대법원 및 헌법재판소는 원칙적으로 그 법적 효력을 부정하고 있다.”

5. 상업적 건강관리서비스가 아니라 공공적 일차보건의료

5.1. 일차보건의료 강화가 답이다

- 한국 일차의료연구회의 정의에 따르면, 일차의료란 “건강을 위하여 가장 먼저 대하는 보건의료”를 말한다. “환자의 가족과 지역사회를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건의료자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민에게 흔한 건강문제들을 해결하는” 것이고, “일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민의 참여가 필요하다”(Lee et al., 2007). 일차의료에 갖추어야 할 핵심기능은 최초 접촉(first contact care), 포괄성(comprehensiveness), 조정기능(coordination), 지속성(longitudinality), 가족과 지역사회 맥락으로 구성된다 (Starfield, 1998). 그러나 이러한 핵심 기능에 따라 국내 일차의료 수준을 평가한 연구에 따르면, 체계특성요인은 총 18점에서 4점, 업무특성요인은 총 12점 중 1점으로 OECD 회원국 13개 국가와 비교했을 때 최하위 수준으로 나타났다 (안상훈, 2001; 황나미, 2013, p.32 재인용). 일차의료에 제대로 작동하지 못하는 정도가 아니라, 아예 존재하지 않는다고 말하는 게 더 나은 수준이다.
- 그러나 영국을 비롯한 유럽 국가들이나 쿠바 등 주치의와 예방적 의료, 지역사회보전이 잘 발달한 국가에서는 건강관리서비스라는 것이 별도로 존재하지 않고, 일차보건의료체계 안에서 해결하고 있다. 앞서 지적한 것처럼 대부분의 만성질환에서 ‘의료 vs. 비의료’ 서비스의 구분이 불가능하고 타당하지도 않기 때문이다. 예컨대 영국은 NHS에서 ‘지속적인 보건의료(continuing healthcare)’를 통해 장기적으로 복합적인 건강 필요를 가진 사람들에게 방문건강관리 서비스 등을 제공하고 있다.⁷⁴⁾ 유럽의 일차보건의료 체계와 관련 보고서에서는 일차보건의료의 포괄성을 나타내는 지표로 건강증진과 예방의료서비스를 일차보건의료 영역에서 얼마나 잘 제공하는지를 평가한다. 이 보고서에 수록된 유럽 31개 국가 중 18개 국가에서 일차보건의료의사가 비만, 신체활동, 금연, 금주, 콜레스테롤 수치 측정 등 예방과 건강증진에 대한 상담을 제공하고 있다 (Kringos et al., 2015). 한국 정부가 건강관리 서비스에 포함시키려고 하는 서비스들이다. 쿠바도 일차보건의료체계를 중심으로 예방과 지역사회기반 보건의료서비스에 중점을 두고 있는 국가이다. 쿠바에서는 모든 국민이 1년

74)

<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/money-work-and-benefits/nhs-continuing-healthcare/>

에 1회 가정방문진료를 받으며, 일상적 건강관리 또한 지역사회 참여를 중심으로 이루어지고 있다 (Campion & Morrissey, 2013). 이 국가들의 경험을 본다면 건강관리를 의료/의료 부문으로 임의 구분하여 시장에 맡기지 않고도 공공적 일차보건의료체계 안에서 통합적으로 제공하는 것이 충분히 가능하다. 통합적 서비스가 가능하기 때문에, 보건학적 타당성이 높은 것은 당연하다.

- 현재 국내에서 이러한 체계가 가능하려면, 일차보건의료에 대한 획기적 투자와 개혁이 필요하다. 현재와 같은 전문의, 단독 개원의 중심의 동네 의원 구조에서는 조정기능이나 포괄성, 지속가능성을 모두 충족할 수 없기 때문이다. 앞서 소개한 영국이라 유럽, 쿠바 등에서는 한국보다 유난히 의사들이 친절하고 유능해서 이러한 서비스를 제공할 수 있는 것이 아니다. 의사 혼자 모든 것을 다 하는 것이 아니라 간호와 영양, 운동재활, 사회복지 등 다양한 인력이 팀으로 접근하기 때문에 이러한 서비스 제공이 가능하다. 그나마 다행인 것은, 이미 만성질환 전담 단골의사제도나 주치의제도처럼 효율적이고 지속적으로 환자를 관리할 수 있는 제도들이 제안되었고, 건강보장체계 내에서 이를 안착시키려는 다양한 실험들이 진행 중이라는 점이다.⁷⁵⁾ 정부가 정말로 건강관리서비스를 통해 국민의 건강증진을 도모하겠다면, 효과가 검증되지 않는 서비스 체계나 기술적 해법에서 답을 찾을 것이 아니라, 기본으로 돌아가 일차보건의료체계를 획기적으로 강화하는 노력을 기울여야 한다.

5.2. 미국 질병관리프로그램으로부터의 교훈

- 정부가 주장하는 건강관리서비스의 원형은 미국의 질병관리(Disease management) 프로그램에서 찾을 수 있다. 미국에서는 만성질환자의 자가관리를 도와 건강을 개선하고, 피할 수 있는 합병증이나 응급실 방문과 입원으로 인한 의료비를 줄이기 위해 1990년대 ‘질병관리’라는 개념을 도입했다 (Bodenheimer, 1999). 2000년대 초반 자료에서 미국인구의 44%가 만성질환을 가지고 있으며 이들이 전체 의료비의 78%를 지출한다는 사실이 보고되면서,⁷⁶⁾ 질병관리 프로그램에 대한 수요는 더욱 늘어났다. 질병관리 프로그램의 대상 질환은 울혈성 심부전, 관상동맥질환과 고혈압을 포함하는 심장질환, 만성폐쇄성폐질환, 간질환, 당뇨병, 우울증과 같은 정신질환, 알츠하이머병 또는 기타 치매, 암, 관절염, 골다공증, 수면 무호흡증, 비만, 천식 등이다(Disease Management Association of America,

75) 보건복지부 보도자료(2018.06.26.). 일차의료중심의 만성질환 관리사업 통합 본격 추진 ‘일차의료 만성질환관리 추진단’ 출범 및 기념 포럼 개최.

76) Partnership for Solutions (2002).

DMAA).

- 미국은 국가가 운영하는 공적건강보험(NHI)이나 국영의료서비스(NHS)를 갖고 있지 않다.⁷⁷⁾ 메디케어(Medicare)나 메디케이드(Medicaid) 같은 일부의 공적 건강보장 프로그램을 제외하고는 국민 다수가 민간 건강관리기구(Health Maintenance Organization, HMO)가 제공하는 건강보험을 이용하고 있다. 건강보험료 지출을 줄이려는 고용주나 연방/주 정부는 민간의 상업적 질병관리회사가 판매하는 질병관리 프로그램을 구매하여 고용인들이나 메디케어나 메디케이드 수혜자에게 제공한다. 질병관리프로그램은 전문 질병관리회사 뿐 아니라, HMO, 의료재단과 병원 등에서도 제공할 수 있다(Bodenheimer, 2000). 구글에서 “disease management” 로 검색하면 수많은 상업적 질병관리회사의 웹사이트와 프로그램들을 쉽게 찾아볼 수 있다.
- 그러나 이러한 질병관리프로그램이 목표했던 대로 의료비를 절감하고 만성질환자에 대한 돌봄의 질을 향상시켰는가에 대한 평가는 부정적이다. 건강상태가 일부 호전되기는 했으나 지출을 효과적으로 감소시켰다고 보기는 어렵다는 것이 2000년대까지의 연구, 민간 컨설팅사들의 평가였다 (Mattke et al., 2007; National Health Information, 1999). 토마스 보딘하이머(Thomas Bodenheimer, 2000)는 질병관리프로그램에 관한 많은 연구 문헌들을 검토하고 질병관리 전문가, 질병관리회사의 임원들에 대한 인터뷰를 통해, 상업회사들이 운영하는 많은 질병관리 프로그램의 일부에서는 비용절감과 건강개선 효과가 나타났지만, 전반적으로 질병관리 프로그램이 효과적이라고는 말할 수 없다고 결론내렸다. 그 이유로는 상업적 질병관리프로그램이 기업의 수익을 극대화하기 위하여 실제로 돌봄에 필요한 만큼의 돈을 지불하지 않았다는 사실을 지적했다. 절감되는 의료비용 규모도 연간 1% 미만으로 적었다. 무엇보다 상업적 질병관리프로그램은 치료 가이드라인을 잘 지키고 자발성이 높은 만성질환자들을 선별적으로 등록시키고 건강관리를 하기 때문에 의료비를 줄일 수 있었다는 것이다. 즉, 사회경제적 이유로 질병관리 프로그램에 등록하지 못하고 치료요법을 잘 따를 수 없어서 의료비 증가가 예상되는 사람들을 배제하는 방식의 선별과정이 작동한다는 점에서 이를 ‘의심스러운 비용절감’이라고 표현했다. 환자들의 자발성이 프로그램 등록에 미치는 영향에 대해서는 다른 연구도 지적한 바 있다 (Buntin, et al, 2009). 또 다른 연구는 질병관리프로그램의 비용절감효과를 분석한 선행 연구들이 단기간에 국한되지

77) 2010년 전 국민의 건강보험가입을 의무화하는 일명 ‘오바마 케어법(Affordable Care Act, ACA)’이 통과되었으나, 트럼프정부는 2017년 말 행정부의 세계개편법안에서 건강보험에 가입하지 않은 개인에게 부과하는 벌금을 없애 사실상 의무가입조항을 폐지했다. 2018년 12월 공화당 소속 20개주 주지사들과 법무부 장관이 소송을 제기해 텍사스 주 포트워스 연방지방법원에서는 오바마케어의 위헌이라는 판결이 내려지기도 했으나, 이 제도를 지지하는 다른 주에서는 이 판결에 항소하기로 했다.

나 일부 프로그램의 효과만을 측정했기 때문에 질병관리프로그램 전체의 장기적 효과에 대해서는 여전히 답하기 어렵다고 지적했다. 그러면서 환자의 순응도, 의료공급자의 참여, 환자와 의료공급자 간의 의사소통 개선 등 프로그램의 효과에 영향을 줄 수 있는 요인들을 종합적으로 고려해야 한다고 설명했다 (AAHP/HIAA, 2003).

- 보딘하이머는 환자들이 질병관리회사를 거쳐 각각의 질병별로 특화된 의료기관으로 의뢰되는 분절적 시스템보다 지역사회를 기반으로 보건의료기관 내에서, 특히 일차의료에서 통합적으로 치료·관리되는 것이 바람직하다고 제안했다. 마찬가지로 미국질병관리협회 (Disease Management Association of America, DMAA)도 장기적으로 효과적인 질병관리의 구성요소로 의료인·간호사·약사·영양사 등의 공급자 협력, 그리고 환자의 상태와 필요한 돌봄에 대한 건강관리서비스 공급자들 간의 지속적인 보고와 피드백이 필요하다고 지적했다.⁷⁸⁾ 그 밖에도 미국질병관리협회에서 제시하는 질병관리의 주요 구성요소는 <표17>과 같다.

78) Disease Management Programs: Improving health while reducing costs? (<https://hpi.georgetown.edu/management/>)

<표 17> 질병관리를 위한 구성요소

<p>대상인구집단 확인 (population identification process)</p>	<p>인구학적 특성과 보건의료 비용지출을 고려하여 질병관리프로그램을 이용하여 혜택을 볼 수 있을 특정 질병을 가진 개인을 식별하고 프로그램에 등록하기. 특정 질병은 천식, 당뇨병, 울혈성 심부전, 관상동맥 심장질환, 말기 신장질환, 우울증, 고위험 임신, 고혈압 및 관절염 등 의료비가 많이 드는 만성질환임.</p>
<p>근거기반의 실천 가이드라인 (evidence-based practice guidelines)</p>	<p>프로그램의 의사와 다른 제공자들은 임상적 근거에 기반한 실천지침으로 환자의 자가관리 교육을 지속하고, 이를 통해 대상집단 전체의 치료일관성을 보장해야 함.</p>
<p>협력실천 모델 (collaborative practice models)</p>	<p>질병관리를 위하여 일반적으로 의사, 간호사, 약사, 영양사, 치료사 및 심리사를 포함한 여러 분야 전문가가 팀을 이루어 개인의 상태를 관리하고 교육함. 팀에서 부족한 부분을 보충하기 위해 외부의 전문가와도 협업함.</p>
<p>환자 자가관리 교육 (patient self-management education)</p>	<p>개인들이 자신의 상태를 관리하고 통제하도록 잘 교육을 받으면 돌봄이 개선되고 궁극적으로 의료비를 절감할 수 있음. 프로그램 등록자들은 의료처방 외에 상담, 가정방문, 24시간 콜센터 및 약속알림시스템 등을 제공받을 수 있음.</p>
<p>과정과 결과 측정 (process and outcomes measurement)</p>	<p>의료이용과 비용, 환자 만족도를 포함하는 프로그램의 결과를 측정하기 위해 프로그램을 시작하기 전에 결과측정방법을 결정함. 프로그램의 영향을 측정하기 위해 대조군과의 비교 방법도 이용됨.</p>
<p>환자와 프로그램 제공자들, 건강계획 간의 일상적인 보고와 피드백 (routine reporting and feedback between patients, providers, and health plans)</p>	<p>환자와 프로그램팀 간의 일상적인 보고와 피드백은 환자가 자신의 상태를 효과적으로 관리하고 필요한 치료를 받기 위하여 필요함. 또한 프로그램의 효과를 평가하기 위해 환자와 제공자들은 건강계획에 대해서도 피드백을 주고 받음.</p>

- 이상의 내용을 종합해보면, 미국의 사례를 모델로 삼아 건강관리서비스제도를 도입하는 것에는 상당한 주의가 필요함을 알 수 있다. 첫째, 한국 정부와 여러 기업연구소에서 해외의 건강관리서비스제도로 소개하는 미국의 사례는 한국과는 매우 다른 건강보장체계를 배경으로 등장했다는 점이다. 미국에서 질병관리서비스가 처음 등장했던 1990년대에 미국인의 70%는 민간보험 가입자였다. 고용주와 연방/주정부는 만성질환 가입자들로 인해 보험료 지급부담이 커지는 것을 막기 위해 질병관리서비스를 통해 가입자들의 자가관리 교육과 통합적 치료에 적극적으로 개입하고자 했다. 건강유지기구(HMO)들이 초기에는 독립적으로 설립된 질병관리회사와 계약을 맺었으나, 이후에는 대규모 건강유지기구(HMO)가 직접 질병관리회사를 운영하기도 했다. 그러나 질병관리회사의 상업적 이윤추구 때문에, 질병관

리서비스를 필요한 만큼 충분하게 제공하지 않거나 아픈 환자들에 대한 치료를 거부하면서 수익을 낸다는 문제점이 드러났다 (Blendon, et al., 1998). 이러한 미국의 시스템을 가져오자 한다면, 한국은 국민건강보험 단일 보험자 시스템이기 때문에 건강보험공단이 질병의 예방과 치료에 대한 공적 책임을 가지고 전체 보험가입자들에게 건강관리서비스를 제공하는 것이 타당하다. 건강보험공단은 의료비 관리의 책무성도 갖지만 수익을 추구하는 것이 일차적 목표가 아니다. 그렇기에 미국에서와 같은 환자 선별과 배제는 일어나지 않을 것이다. 건강보험제도를 활용하여 만성질환자 관리를 잘 할 수 있도록 1차 의료기관의 질 향상과 기능 강화를 지원하고, 환자관리 결과에 따른 인센티브를 제공하는 편이 굳이 별도의 건강관리서비스 기관을 운영하면서 행정비용을 투입하거나 시장에 맡겨두는 것보다 훨씬 실효성이 클 것이다.

- 둘째, 미국의 질병관리 프로그램을 검토한 여러 연구들은 공통적으로 만성질환자 관리는 일차의료에서 의료적 진단과 처치를 기본으로 다른 건강관리서비스가 협력하는 것이 효과적이라고 지적한다. 그러나 현재 한국의 ‘비의료기관 건강관리서비스 가이드라인’에는 의료인과 비의료기관 공급자들간의 협력을 필수 조건으로 보지 않는다. 또한 미국질병관리협회에서 제시한 질병관리프로그램은 의료비 관리와 자가관리능력 향상을 위하여 엄격한 임상적 근거를 기반으로, 프로그램에 대한 구체적인 평가 기준을 가지고 환자관리에 임하도록 하고 있다. 그러나 ‘비의료기관 건강관리서비스 가이드라인’에는 비의료적 상담관리를 단순히 ‘개인용 건강관리 기기를 활용하여 체성분 등 건강정보·지표를 자가 측정 및 모니터링’ 하거나, ‘공신력있는 기관의 공인된 기준·지침·통계 등을 단순 안내하는 행위’로 소개하고 있다. 질환군에 대해서도 서비스 제공자가 전문성을 발휘할 여지가 거의 없어서 과연 건강관리서비스가 목표하는 의료비관리와 돌봄이 질 향상이라는 책임을 감당할 수 있을까라는 의심마저 들게 한다.
- 국내 건강관리서비스는 ‘선진 미국’의 제도를 가져왔다고 하지만, 내용과 맥락은 간과한 채 껍데기만 베껴온 것이나 다름없다. 한편으로 미국 제도에서의 의료와 비의료서비스 통합, 근거 기반의 질 표준에 대한 강조는 외면하고, 다른 한편으로 시장에 맡겨두었더니 발생한 문제, 즉 환자의 선별과 배제. 불충분한 서비스를 통해 기업의 이윤을 확보한 사실에 대해서는 눈을 감아버렸다.

6. 글을 마치며

- 지금까지 건강관리서비스의 추진 경과를 정부와 시장의 움직임 측면에서 살펴보고, 이러한 추진을 뒷받침하는 논거와 지식생산체계를 검토했다. 또한 건강관리서비스 시장의 핵심적 이해당사자들인 건강관리서비스업체, 금융자본, 정보통신기술 산업의 현황도 짚어보았다.
- 우리가 확인한 것은 현재 추진되고 있는 건강관리서비스가 국민건강증진을 위해 꼭 필요한 수단이라기보다, 건강관리서비스 시장에 사활을 걸고 있는 민간기업들의 이해를 보장하기 위해 국민건강이 핑계거리로 전락했다는 점이다. 현재 정부가 추진하고 있는 방식의 건강관리서비스는 여러 가지 측면에서 타당하지 않고 바람직하지도 않다. 일단 의료서비스와 비의료 서비스의 임의 구분 자체가 현실적으로 불가능하며, ‘건강의 사회적 결정요인’에 대한 광범위한 학술적·정책적 합의를 벗어나 건강행동을 개인의 선택과 책임으로만 간주하고 있다. 민감정보로 분류되는 개인의 건강정보를 보호할 수 있는 방안에 대한 대비책도 충분치 않다. 심지어 그토록 강조하는 경제적 효과에 대해서도 근거자료가 너무나 취약하다. 이 모든 것은 국민의 건강보호에 대한 국가의 책무성 방기라는 결론으로 이어진다.
- 또한 보건의료와 건강보장 체계에 중요한 영향을 미칠 수도 있는 제도를 충분한 법적 기반도 없이, 국민 당사자와 비판적 시민사회, 전문가들의 의견도 듣지 않고 졸속으로 추진하는 것은 민주주의를 부정하는 행위에 다름 아니다. 국민의 건강과 건강정보를 기업들의 이윤을 보장하는 수단으로 삼는 정책은 폐기되어 마땅하다.
- 우리는 인구고령화의 시대를 맞아 만성질환의 관리, 질병의 예방이 점차 중요해지고, 또 폭증하는 의료비를 절감할 수 있는 대책을 마련하는 것이 필수적이라는 점을 부정하지 않는다. 또한 이 모든 과정에 최선의 과학기술을 활용하여 효율성과 효과성을 높이는 것이 마땅하다고 생각한다. 그러나 이러한 문제에 대한 해결책이 현재 정부가 추진하고 있는 상업적 건강관리서비스는 아니라고 생각한다. 질병예방에서부터 관리에 이르기까지 전 과정이 튼튼한 일차보건의료체계 안에서 통합적으로 이루어져야 하며, 정보통신기술은 이를 촉진하는 보조수단이 되어야지 주인공이 되어서는 안 된다. 또한 이러한 통합적 서비스를 시장에 맡겨두어 자원과 기회의 불평등이 건강관리에서의 불평등으로 그대로 이어지게 두어서는 안 된다. 공공적 체계 안에서 이러한 서비스가 이루어지도록 해야 하며, 건강보험 공단은 재원조달과 기획, 조정 과정에 핵심적 역할을 해야 한다.

참고문헌

- 국가통계청(KOSIS). <http://kosis.kr/search/search.do>에서 2019.7.29. 인출
- 국회토론회(2010.06.16.). ‘건강관리서비스법안, 무엇이 문제인가’(<http://kfhr.org/?p=32812>)
- 김동진(2015). 우리나라 의료이용 및 건강수준 불평등. 한국보건사회연구원.
- 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경, 손수인, 김새롬, 박여리(2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구원.
- 김석화 외(2011). 소비자 중심의 개방형 개인건강정보관리 플랫폼 및 서비스 개발.
- 김종명(2009). 건강관리서비스 활성화의 문제점. 월간 복지동향, (129), pp23-27.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인(2015). 한국의 건강불평등. 서울대학교출판문화원.
- 대한당뇨병학회(2018). Diabetes Fact Sheet in Korea.
- 보험연구원(2012). 보험회사의 건강관리서비스 제공 필요성과 방안.
- 보험연구원(2014). 건강관리서비스 사업모형연구.
- 산업연구원(2016). 스마트헬스케어산업의 사회경제적 효과와 정책적 시사점.
- 산업연구원(2017). 4차 산업혁명 시대의 신성장동력, 스마트헬스케어산업. 산업경제이슈(12)
- 삼성경제연구소(2007). 유헬스(U-Health) 시대의 도래.
- 시민건강연구소(2010). 시민건강이슈 1호: 건강관리서비스법, 시민의 건강증진을 위한 대안인가?
- 안상훈(2001). 우리나라 일차의료수준의 평가와 선진국들과의 비교분석. 가정의학회지, 22(4).
- 임금자(2010). 의료전달체계 재정립 방안. 의료정책포럼 8(2): pp.114-151.
- 애덤 태너 지음·김재용, 김주연, 이희영 옮김. 따비(2019). 보건의료 빅데이터로 영리를 추구하는 기업들.
- 정기택 외(2013). 헬스케어 신시장 창출을 위한 정책연구.
- 정보통신산업진흥원(2017). 스마트 헬스케어 서비스 분야 도입사례 분석집.
- 정영호, 고숙자, 김은주(2013). 효과적인 만성질환 관리방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 정형준(2019), 참여연대 사회복지위원회, 민간의료보험 실태와 문제점. 2018년 건강보험정책연구원 보고서 재인용(<http://www.peoplepower21.org/Welfare/1610335>)
- kt 경제경영연구소(2010). U-헬스 시장을 향한 ICT업계의 본격화된 경쟁.
- 한국노동사회연구소(2015). 고용노동부 가이드라인에 대한 법적 검토.
- 한국보건산업진흥원(<https://www.khidi.or.kr/board/view?linkId=104211&menuId=MENU00100>)
- 한국u헬스협회(2015.11.). 스마트 헬스케어 산업군 분석 및 통계조사.
- 황나미(2013). 일차의료의 질 향상을 위한 접근 방향. 보건복지포럼.

- AAHP/HIAA (2003). The Cost Savings of Disease Management Programs: Report on a Study of Health Plans (Washington, DC: AAHP/HIAA).
- Bauld L, Bell K, McCullough L, Richardson L, Greaves L. The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. Journal of Public Health 2010;32:71-82.
- Blendon RJ, Brodie M, Benson JM, Altman DE, Levitt L, Hoff T, et al. Understanding the managed care backlash. Health Aff (Millwood) 1998;17:80-94
- Bodenheimer T. Disease Management — Promise and Pitfalls. The New England Journal of Medicine 1999;240(15): 1202-1205.
- Bodenheimer T. Disease management in the American market, BMJ 2000;320
- Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions

- to reduce smoking in adults: a systematic review. *Eur J Public Health* 2014;24:551-6.
- Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. *Tobacco control* 2014
 - Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2014;138:7-16.
 - Buntin MB, Jain AK, Mattke S, Lurie N. Who Gets Disease Management? *J Gen Intern Med.* 2009; 24(5): 649 - 655.
 - Campion EW, Morrissey S. A Different Model – Medical Care in Cuba. *New England Journal of Medicine* 2013;368(4): 297 - 299.
 - Cho HJ, Khang YH, Yun SC. Occupational Differentials in Cigarette Smoking in South Korea: Findings from the 2003 Social Statistics Survey. *J Preventive Medicine and Public Health*, 2006;39(4): 365-370.
 - Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies, 1991, 1-69.
 - Demakakos, P, Marmot M, Steptoe A. Socioeconomic position and the incidence of type 2 diabetes: the ELSA study. *European journal of epidemiology* 2012;27(5): 367-378.
 - Disease Management Programs: Improving health while reducing costs? (<https://hpi.georgetown.edu/management/>)
 - Hill S, Amos A, Clifford D, et al. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco control* 2014;23(e2):e89-e97
 - Hwang J, Shon C, Relationship between socioeconomic status and type 2 diabetes: results from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) 2010 - 2012. *BMJ open*, 2014;4(8): e005710.
 - Jung Y, et al. The effects of employment conditions on smoking status and smoking intensity: the analysis of korean labor & income panel 8th - 10th wave. *PLoS one*, 2013;8(2): e57109.
 - Khang YH, et al. The contribution of material, psychosocial, and behavioral factors in explaining educational and occupational mortality inequalities in a nationally representative sample of South Koreans: relative and absolute perspectives. *Social Science & Medicine* 2009;68(5): 858-866.
 - Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Health inequalities in Korea: age-and sex-specific educational differences in the 10 leading causes of death. *Int J Epidemiology* 2004;33(2):299-308.
 - Kim, S., et al., Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Korea: Korean National Health and Nutrition Survey 2001. *Diabetes care* 2006;29(2): 226-231.
 - Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (eds). (2015). Building primary care in a changing Europe - Case studies. Copenhagen, World Health Organization, 304.
 - Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med* 2007;39: 425-431.
 - Marmot M, Allen J, Goldblatt P. Fair society, healthy lives, Inequalities in health : Concepts, measures, and ethics. 2013. p.282.
 - Mattke S, Seid M, Ma S. Evidence of the effect of disease management: Is \$1 billion a year a good investment? *Am J Managed Care* 2007;13(12):670 - 6.
 - National Health Information. 1999 disease management directory and guidebook. Atlanta, GA: National Health Information; 1999.
 - National Health Information. 1999 disease management directory and guidebook. Atlanta, GA: National Health Information; 1999.
 - Partnership for Solutions (2002).

- Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
- Thomas S, Fayter D, Misso K, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. Tobacco Control 2008;17.
- WHO. Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion: the Move Towards a New Public Health, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada. WHO.
- WHO. (2008). The Bangkok charter for health promotion in a globalized world.
- World Health Organization (1978). Primary Health Care. Geneva: World Health Organization

시민건강이슈는...

시민건강연구소의 상근연구원 뿐 아니라

회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.

제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면,

논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : people@health.re.kr

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소