

건강생활관리서비스 사업모형 연구

2014. 7

조용운 · 오승연 · 김미화

머 리 말

보험산업은 그 동안 건강보험상품의 위험관리를 위해 보장항목 및 보장한도 조정 등과 같은 사후적 방법에 의존해 왔다. 이러한 방법은 위험의 근본적 원인을 관리하는 것이 아니어서 증가하는 질병발생률, 급증하는 의료비에 대한 대책이 되지는 못한다. 이제는 위험발생의 원인에 대한 사전적 관리에 관심을 가져야 할 때인 듯하다.

해외 주요국들은 사전적 방법으로 건강생활관리서비스를 활용하고 있다. 이 서비스는 의료비 증가세를 둔화시키고 건강을 증진시키는 효과가 있는 것으로 알려져 있다. 그러나 우리나라는 제도정비의 미흡으로 건강생활관리서비스 시장이 활성화되어 있지 못한 상황이다. 최근에 이르러서야 활성화를 위한 논의가 활발하게 진행되고 있기는 하지만 방향을 잡는데 난항을 겪고 있다. 더욱이 보험산업은 동 산업에서 중심적인 역할을 할 수 있는데도 불구하고 관련 정보 및 노하우가 부족하여 논의의 중심에서 멀어져 있는 상황이다.

본 연구는 보험산업이 건강생활관리서비스업의 활성화에 주도적인 역할을 하는 데 필요한 정보를 제공하고자 하였다. 그리고 다양한 보험산업의 참여모형을 구축해 보면서 국가적인 차원에서 가장 효율적인 모형을 제안하였다. 이 보고서가 우리나라 보험산업이 동 서비스 산업에 적극적으로 참여하는데 조금이나마 기여할 수 있기를 기대한다.

마지막으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구자들 개인의 의견이며, 보험연구원의 공식 의견이 아님을 밝혀둔다.

2014년 7월
보 험 연 구 원
원장 강 호

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 16

1. 연구 배경 및 목적 / 16
2. 선행연구 / 20
3. 연구방법 및 범위 / 21

II. 우리나라 건강관리서비스 공급현황 / 23

1. 우리나라 건강증진사업 / 23
2. 보건소 / 26
3. 민간의료기관 / 30
4. 건강관리서비스 전문기관 / 33
5. 보험회사 / 34
6. 소결 / 36

III. 주요국의 건강관리서비스 / 38

1. 미국 / 40
2. 일본 / 71
3. 호주 / 96

IV. 건강생활관리서비스 공급모형 / 120

1. 공급과정 / 120
2. 서비스 내용 / 124
3. 동기부여 / 125
4. 공급주체 / 132

V. 기대효과 / 141

1. 의료비 절감 효과 / 141
2. 건강 증진 효과 / 146

■ 목차

3. 직장 건강생활관리 효과 / 147

4. 잠재시장 검토 / 151

Ⅵ. 맺음말 / 161

1. 공급측면 / 161

2. 수요측면 / 164

3. 향후과제 / 165

| 참고문헌 | / 166

| 부록 | / 172

■ 표 차례

- 〈표 Ⅱ-1〉 건강관리와 관련된 건강증진종합계획의 중점과제 / 25
- 〈표 Ⅱ-2〉 대사증후군관리사업 등록인원 / 28
- 〈표 Ⅱ-3〉 대사증후군 위험요인 수 변화(기간: 2011. 01. 01~2011. 12. 31) / 29
- 〈표 Ⅱ-4〉 대사증후군 관리 성공률(기간: 2010. 01. 01~2011. 12. 31) / 29
- 〈표 Ⅱ-5〉 생명보험회사의 건강관리서비스 위탁 내용 및 목적 / 35
- 〈표 Ⅱ-6〉 생명보험회사의 건강관리서비스 위탁실적(2012년) / 36
- 〈표 Ⅲ-1〉 주요 국가별 건강관리서비스 비교 / 39
- 〈표 Ⅲ-2〉 미국의 소비자주도형 의료보험 / 41
- 〈표 Ⅲ-3〉 미국에서 민영의료보험을 공급하는 조직의 형태 / 44
- 〈표 Ⅲ-4〉 미국 건강관리서비스 기업 통합(2006~2008년) / 46
- 〈표 Ⅲ-5〉 미국 시그나의 주요 의료보험상품과 현물서비스 / 47
- 〈표 Ⅲ-6〉 미국 시그나의 개인정보 집적 내용 / 49
- 〈표 Ⅲ-7〉 미국 시그나의 건강위험계층 예측모형 / 49
- 〈표 Ⅲ-8〉 미국 시그나의 주요 건강관리서비스 내용 / 50
- 〈표 Ⅲ-9〉 미국 시그나의 주요 건강생활관리서비스 내용 / 51
- 〈표 Ⅲ-10〉 미국 시그나의 주요 건강관리서비스 대상 질병 / 52
- 〈표 Ⅲ-11〉 미국 시그나의 인센티브 / 55
- 〈표 Ⅲ-12〉 미국 시그나의 주요 제휴 건강생활관리서비스 / 56
- 〈표 Ⅲ-13〉 Gallup-Healthways Well-Being 5TM의 5가지 요소 / 60
- 〈표 Ⅲ-14〉 미국 Healthways의 Well-Being Index 조사내용 / 61
- 〈표 Ⅲ-15〉 미국 Healthways의 주요 건강생활관리서비스 내용 / 64
- 〈표 Ⅲ-16〉 미국 메디케어의 보장내용 / 67
- 〈표 Ⅲ-17〉 미국 건강관리서비스 공급주체별 주요 특징 비교 / 69
- 〈표 Ⅲ-18〉 미국 2011년 건강플랜산업의 주요 관심테마 / 70
- 〈표 Ⅲ-19〉 일본의 공적 의료보험자(2011년) / 71
- 〈표 Ⅲ-20〉 일본 공적 의료보험 근거법 / 72
- 〈표 Ⅲ-21〉 일본의 생활습관병 종합대책(2005. 12) / 74
- 〈표 Ⅲ-22〉 일본의 연도별 특정건강검진 실시현황 / 75

■ 표 차례

- 〈표 Ⅲ-23〉 일본의 건강위험 수준별 표준 특정보건지도 내용 / 77
- 〈표 Ⅲ-24〉 일본 의료보험시장 규모 / 83
- 〈표 Ⅲ-25〉 일본 전국방문건강지도협회 특정보건지도 내용 / 85
- 〈표 Ⅲ-26〉 일본 전국방문건강지도협회(주)의 기타 보건지도 내용 / 86
- 〈표 Ⅲ-27〉 일본 Life Care Partners 건강생활·장기간병서비스 내용 / 89
- 〈표 Ⅲ-28〉 일본 보험회사별 건강관리서비스 주요 특징 비교 / 95
- 〈표 Ⅲ-29〉 호주 빅토리아주 2011년 보건의료체계 / 100
- 〈표 Ⅲ-30〉 호주 민영의료보험 성과 추이 / 108
- 〈표 Ⅲ-31〉 총의료비 지출 및 GDP 증가율 / 110
- 〈표 Ⅲ-32〉 호주 Medibank 회사개요 / 111
- 〈표 Ⅲ-33〉 호주 메디뱅크 주요 서비스 개요 / 112
- 〈표 IV-1〉 소비자 참여 독려 방법 / 127
- 〈표 IV-2〉 개인건강기록 인터넷 애플리케이션 활용 방법 / 129
- 〈표 IV-3〉 미국 건강보험회사의 온라인 건강관리 방법 / 129
- 〈표 IV-4〉 미국 인터넷 건강관리기관의 온라인 건강관리 도구 / 131
- 〈표 IV-5〉 건강생활관리서비스기관과 의료기관과의 연계 시 법적 검토 / 136
- 〈표 V-1〉 Baicker et al.(2010) 연구에 포함된 직장 건강생활관리 프로그램의 특징 요약 / 145
- 〈표 V-2〉 건강위험요인이 생산성에 미치는 영향 / 149
- 〈표 V-3〉 건강생활관리 프로그램과 근로자 만족도에 관한 설문조사 / 151
- 〈표 V-4〉 미국 건강관리서비스 산업 개인의료기술 수입 예측 / 152
- 〈표 V-5〉 주요국의 1인당 실질 GDP 대비 의료비 추이 / 153
- 〈표 V-6〉 기대수명과 건강수명의 차이 추이(남) / 154
- 〈표 V-7〉 기대수명과 건강수명의 차이 추이(여) / 154
- 〈표 V-8〉 연령별 주요 만성질환 유병률(의사진단 유병률) / 156

■ 그림 차례

- 〈그림 Ⅱ-1〉 서울시의 대사증후군관리사업 프로세스 / 27
- 〈그림 Ⅱ-2〉 건강관리서비스 제공주체의 포괄 영역 / 37
- 〈그림 Ⅲ-1〉 미국 건강관리서비스 산업의 성장 추이
(1995~2008년, 총수입 기준) / 45
- 〈그림 Ⅲ-2〉 미국 건강관리서비스 전문회사의 시장 점유율(2008년, 총수입) / 46
- 〈그림 Ⅲ-3〉 미국 시그나의 HealthEView: 개인 식별 건강정보 입력 / 53
- 〈그림 Ⅲ-4〉 미국 시그나의 HealthEView: 개인식별이 불가한 정보의 흐름 / 54
- 〈그림 Ⅲ-5〉 미국 Healthways의 건강관리서비스 제공과정 / 63
- 〈그림 Ⅲ-6〉 일본의 특정검진·보건지도 과정 / 78
- 〈그림 Ⅲ-7〉 호주 보건의료체계와 재원의 흐름 / 104
- 〈그림 Ⅲ-8〉 호주 공·사 의료보험 재원에 영향을 주는 제도 / 106
- 〈그림 Ⅲ-9〉 메디뱅크의 건강관리서비스 프로그램 / 114
- 〈그림 Ⅲ-10〉 호주 메디뱅크의 기업 건강생활관리서비스 모델 / 116
- 〈그림 Ⅳ-1〉 건강생활관리서비스 관리과정 / 123
- 〈그림 Ⅳ-2〉 의료기관과 건강생활관리서비스기관 간의 연계모형 / 135
- 〈그림 Ⅳ-3〉 보험회사의 자회사를 통한 건강생활관리서비스 공급 / 138
- 〈그림 Ⅴ-1〉 직장 건강생활관리의 이해 당사자들 / 148
- 〈그림 Ⅴ-2〉 10대 질환 의료비, 약제비, 결근, 프리젠티즘 비용 규모 / 150

A Study on the Business Model of Health and Wellness Management

Many advanced countries including Korea have experienced increases in chronic diseases, medical expenditures, and the gap between life expectancy and healthy life expectancy. The World Health Organization(WHO) reports that most chronic diseases are the result of particular behaviors such as tobacco use, physical inactivity, unhealthy diet, and the harmful use of alcohol. Preventive interventions can help individuals to change their unhealthy behaviors.

In an attempt to reduce risk factors leading to chronic diseases, many governments have implemented a wide range of policies promoting healthy lifestyles. Public and private health insurers play a major role in providing disease prevention and wellness programs because they have interests in keeping the insured healthy to prevent chronic diseases and save medical expenditures.

In Korea, however, health and wellness management services are premature and the markets for those services is hampered by a lack of supporting legal and institutional system. The purpose of this study is to provide supporting materials so that insurance industry can supply for those services.

First, we investigate the health and wellness management systems in three leading countries(the U.S., Japan, and Australia) to provide insurance industry with necessary information. Second, carefully considering the protection of personal information, we construct a

business model of health and wellness management services fitting to our environments. Finally, we suggest government an efficient way of harnessing national resources for nation's preventive health care system.

요 약

I. 서론

- 세계보건기구에 따르면 현대에 들어서면서 흡연, 신체활동 부족, 불량한 식습관, 음주 등의 생활습관이 주요 건강위험요인으로 나타나고 있음.
 - 건강생활습관은 의료비 지출과 노동생산성에 영향을 줄 수 있음.
 - 우리나라는 만성질환이 증가하고 있고 의료비가 급증하고 있어 건강생활습관의 관리가 필요함.

- 건강생활습관을 개선하여 의료비 지출을 줄이고 노동생산성을 향상시키고자 하는 서비스가 건강생활관리서비스임.
 - 건강생활관리서비스란 개인의 건강위험요인을 관리하기 위한 기획, 상담·교육, 정보 제공 등의 서비스를 말하며, 체육관에서 운동지도자가 운동지도서비스를 제공하는 것과 같은 실천적 서비스가 아님. 일본의 경우 이를 의료행위에 포함시키지 않고 있음.
 - 질병관리서비스는 질환군에 대한 기획, 상담 및 교육, 정보 제공 등의 서비스를 말함.
 - 건강생활관리와 질병관리가 결합된 개념이 건강관리서비스임.

- 우리나라 민영의료보험은 건강생활관리서비스를 공급하는데 경쟁력이 있음에도 불구하고 사업 시행을 위한 관련 정보 및 노하우가 부족함.
 - 민영의료보험은 피보험자라는 자체의 수요자들을 가지고 있어 마케팅 비용이 절약될 수 있음.
 - 피보험자의 계약정보 및 보험금 지급정보를 보유하고 있어 집중적 건강생활관리 대상자의 선별이 가능하여 효율적으로 동 서비스 제공이 가능함.

○ 지급보험금을 줄일 수 있으므로 적극적 제공의 동기를 가지고 있음.

■ 본 연구는 보험산업을 중심으로 건강생활관리서비스를 공급하는데 필요한 정보 및 공급모형을 제공하여 향후 사업 추진 방향에 도움이 되고자 함.

○ 동 서비스 산업이 발달되어 있는 주요국의 사례를 조사함.

○ 우리나라 상황에 적합한 동 서비스 공급모형을 제안함.

○ 국가적인 차원에서 자원의 효율적 이용방안을 제안하여 향후 정책결정에 도움이 되고자 함.

II. 우리나라 건강관리서비스 공급현황

■ 초창기 미국에서 질병관리서비스가 시작되었는데, 이 후 질병 발생 자체의 예방을 목적으로 하는 건강생활관리서비스가 탄생하였음.

○ 1980년대에 들어서 의료비 지출이 급격히 증가하면서 기업과 보험회사는 의료비 절감을 위해 질환자를 대상으로 하는 질병관리서비스에 관심을 갖기 시작하였고 이것이 공급시장 발전의 계기가 됨.

○ 2000년대 중반 질병관리가 의료비 절감에 회의적이라는 주장이 확산되는 가운데 질환자가 아닌 사람도 대상으로 하는 건강생활관리서비스가 의료비 절감에 효과적이라는 주장이 제기되면서 동 서비스가 발전하게 됨.

■ 우리나라는 현재 2011년에 수립된 제3차 「국민건강증진종합계획2020」이 이행되고 있지만 생활습관병의 예방을 위한 재원은 제한적인 상황임.

○ 금연, 절주, 적정한 운동 및 균형있는 영양 관리가 중점과제이나 예산은 전체 국민건강기금의 6.7%(1,369억 원)에 불과함.

- 서울시 보건소는 2009년 건강관리사업으로 ‘대사증후군 프로젝트’를 실시하고 있으나 동 프로젝트는 동기부여 장치 마련 및 효율적 체계 면에서 미흡함.
 - 보건소가 별도의 건강검진을 실시하고 이를 토대로 정보제공군(건강체군), 동기부여상담군(건강위험군), 적극적상담군(고건강위험군)으로 나누어 허리둘레, 혈압, 혈당, 콜레스테롤, 중성지방 등을 관리함.
 - 동 프로젝트는 참여자 스스로 자신의 건강생활정보를 기록, 관리할 수 있는 장치 마련이 되어있지 않고, 다양한 혜택 제공을 통한 적극적 참여유도가 미흡함.
 - 서울시 보건소는 향후 국민건강보험의 건강검진 자료를 활용하여 별도의 검진에 따른 비용발생을 줄일 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있음.

- 민간의료기관은 현재 국민건강보험법 체제에서 만성질환에 대한 질병관리서비스와 건강생활관리서비스를 제공할 수 있으나 이를 적극적으로 공급하기 어려운 상황임.
 - 고질적인 만성질환에 대한 서비스는 국민건강보험의 급여항목이지만 급여수가가 낮아 공급이 저조하고, 고질적이지 않은 7가지 만성질환 즉, 당뇨병, 고혈압, 심장질환, 암, 장루수술, 투석, 치주질환에 대한 서비스는 비급여항목으로 분류되어 있어 서비스료를 환자에게 청구할 수 있으나 극히 일부 환자만이 참여하고 있음.
 - 국민건강보험법 체제에서 건강생활관리서비스 제공을 위한 법적 근거는 아직 마련되어 있지 않아 서비스료의 청구가 가능하지 않음.
 - 고질적인 만성질환관리서비스 수가를 현실화하고, 건강생활관리서비스 제공을 위한 법적 근거를 마련하여 활성화를 도모할 필요가 있음.

- 현재 약 10여 개의 전문 건강관리서비스기관이 주로 기업, 보험회사, 보건소로부터 위탁을 받아 서비스를 제공하고 있으나 위법의 소지가 있음.
 - 주요 서비스 내용으로는 행정대행(예약대행, 입퇴원 동행 등), 건강생활관

리, 질병관리, 건강정보 제공, 고령자대상 서비스(간병상담 등)가 있음.

- 의료기관이 아니기 때문에 주로 중증 환자를 대상으로 하고 있는 질병관리 위법의 소지가 있음.
- 건강관리서비스를 의료행위 부분과 비의료행위 부분으로 구분하여 비의료기관이 제공할 수 있는 서비스 범위를 국민건강보험법 체계에 혹은 별도의 법 등으로 명확히 규정할 필요가 있음.

■ 보험회사는 건강생활관리서비스가 의료행위를 포함하고 있을 수 있어 직접 공급이 어려운 상황임.

- 2012년 현재 생명보험회사를 대상으로 본 연구가 조사한 바에 따르면 보험회사는 총 231,701명을 위탁관리하고 있으며, 주요 서비스로는 명의 찾기 및 진료예약, 중대질환자 이송서비스, 치매검사 등이 있음.
- 현재 주로 종신보험 고액보험료를 납입하는 피보험자를 대상으로 위탁하고 있으나, 향후에는 건강위험이 높은 피보험자를 대상으로 제공하여 보험금 지급을 낮추는 효과를 얻고자 하는 것이 바람직함.
- 건강생활관리서비스를 비의료적 행위로 규정하고 비의료기관이 제공할 수 있도록 제도개선이 필요함.

■ 전반적으로 건강생활관리서비스 공급시장이 발달해 있지 못한 상황이며, 이에 정부는 민간부문의 공급을 활성화시키기 위한 건강생활관리서비스 제도 도입을 추진하고 있음.

Ⅲ. 주요국의 건강관리서비스

■ 건강관리서비스가 발달해 있는 미국, 일본, 호주 세 나라의 사례조사를 통해서 다른 보험 및 의료제도 하에서 어떻게 건강관리서비스가 발달해 왔는

지 의료보험회사를 중심으로 조사하였음.

- 미국은 주로 민영의료보험이 정부를 대신하는 대체형, 일본은 공적 의료보험이 전 국민에게 의료비를 보장하는 공적보험 유일형, 호주는 정부의 의료보장과 민영의료보험의 보장이 공존하는 중복형임.

1. 미국

- 민간주도의 건강관리서비스 산업이 발달하였고, 주요 공급주체는 민영의료보험회사와 건강관리서비스 전문회사임.

- Healthways사와 같은 전문건강관리서비스회사가 건강관리 시장의 성장을 견인해 왔으나 최근 그 수가 줄어드는 추세에 있음.
- 민영의료보험자도 건강관리서비스를 공급할 수 있음.
- 공·사보험자가 주요 서비스 공급자인 동시에 수요자임.

- 건강생활관리서비스 내용은 공급주체를 불문하고 비슷하며, 소비자의 적극적인 참여를 유도하기 위해 다양한 인센티브를 제공하고, IT기술을 이용해 정보의 집적 및 전달체계를 구축하고 있음.

- 개인정보를 집적하고 건강위험도를 평가하며 건강위험도 수준별로 적합한 서비스를 제공하는 모든 단계를 하나의 공급주체가 담당하며, 주요 관리 내용은 금연, 운동, 식단, 스트레스임.
- IT기술은 정보의 집적, 건강위험도 평가, 개개인의 건강생활실천 내용 피드백, 소셜 네트워킹을 통한 성취의욕 제고 등에 이용되고 있음.

〈요약 표 1〉 미국 민영의료보험자인 시그나의 주요 건강생활관리서비스 내용

분류	지원 전략	세부내용
건강군	- 건강증진 및 건강생활 지원 (health promotion & wellness) - 온라인 교육 및 요청에 의한 상담을 통한 동기부여	- 건강생활 선별 - 건강교육 및 온라인 코칭서비스 - 온라인 건강정보 및 툴 제공 - 참가자 요청에 의한 24시간 간호사 상담(24-hour Nurseline)
건강위험군 (At-Risk)	- 행동변화 지원 (behavior modification) - 주로 다가가는 서비스 등을 통한 적극적 개입	- 생활스타일코칭(lifestyle coaching) (주로 정신건강 코칭) - 중독 치료, 온라인 코칭 - 건강위험에 다가가는 서비스 - 건강생활 코칭(wellness coaching)

■ 법률상 보호가 필요한 개인정보는 제도적으로 상담자, 콜센터 등에게 전달되지 않도록 하고 있음.

○ HIPAA(Health Insurance Portability and Accountability Act)법상 “개인 식별 건강정보”로 보호대상인 개인의 생체정보, 보험금 청구기록, 신상정보 등은 상담자에게 제공되지 않음.

○ 개인의 건강정보는 집적 시스템을 통해 식별 불가능한 “스코어”로 입력되어 상담자에게 연결되고 건강생활관리 서비스를 위해 활용됨.

2. 일본

■ 의원, 전문회사, 민영보험회사 등이 건강관리서비스를 공급할 수 있으나 대부분이 건강생활관리서비스 공급에 집중하고 있음.

○ 공적 보험자는 건강생활관리 사업을 기획하고 실제 서비스 공급은 보험회사, 의료기관, 전문기관 등이 실시하고 있음.

○ 최근 수익성 부족으로 전문기관 수는 줄어들고 있음.

○ 공적 보험자가 서비스 공급자인 동시에 수요자임.

- 일본은 검진기관이 건강위험도를 평가하고 건강생활실천 지도는 민간 전문 기관이 실시할 수 있도록 하는 이원적 체계임.
 - 검진기관이 개인의 검진결과를 공적 보험자를 경유하여 민간기관에 넘겨 주고 있음.
 - 개인정보 보호를 위해 위탁기관이 개인정보의 양 및 내용을 적절히 관리 하고 있는지를 제3기관으로부터 평가받아야만 공급자격을 가질 수 있음.
- 민영보험회사는 주로 자회사를 통해 건강생활관리서비스를 공급하고 있으며, 공적 보험자로부터 위탁받은 업무 외에도 독자적 건강생활관리서비스, 장기간병서비스, 요양시설서비스 등을 종합적으로 공급하고 있음.

3. 호주

- 정부투자 영리보험회사인 메디뱅크가 주요 건강관리서비스 공급자임.
 - 메디뱅크는 연방정부의 위탁을 받아 전체 국민을 대상으로 공급하고 있고 자체 피보험자를 대상으로 공급하기도 함.
 - 메디뱅크는 2003년부터 건강관리서비스를 시작했는데, 질병관리는 전화를 통해, 건강생활관리는 웹 기반으로 제공하고 있음.
- 민간부문에서는 전문기관을 중심으로 미국식 건강관리서비스가 확산되어가고 있음.
 - 민영의료보험회사가 직접적으로 건강관리서비스를 제공하는 사례는 찾기 어려운데, 이는 민영의료보험이 건강관리서비스를 제공하기에 적합한 기초진료인 외래서비스를 보장하지 않기 때문임.

〈요약 표 2〉 주요 국가별 건강관리서비스 비교

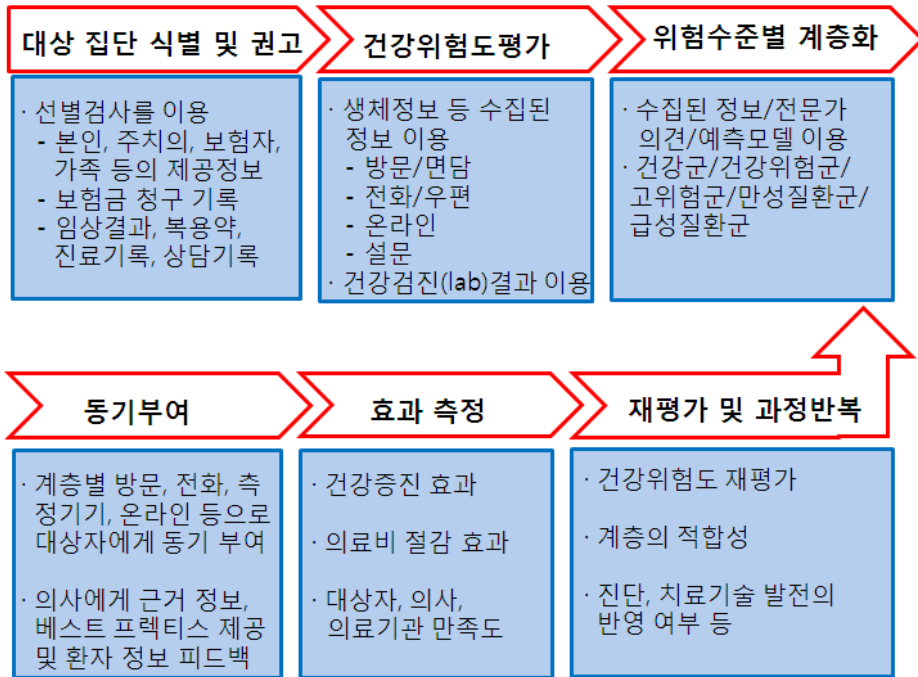
구분	미국	일본	호주
민영 의료 보험 형태	민영의료보험 주도형(민간이 정부를 대신하는 대체형)	공적의료보험 주도형(민영실손 의료보험은 사실상 없음; 공보험 유일형)	공사의료보험 중복형(공공병원 이용시 무료, 민영피보험자가 민영병원 이용 시 정부가 민영보험 보조)
서비스 공급자	- 보험회사 - 전문회사	- 보험회사 - 전문회사 - 병원	- 정부투자 영리보험사 - 비영리 보험회사 - 전문회사 - 민영보험회사는 검토 중
주요 목적	의료비 절감	의료비 절감	- 의료비 절감 - 건강형평성 제고
서비스 내용	질병관리와 건강생활관리 통합	건강생활관리 중심(비만관리)	질병관리와 건강생활관리 통합
서비스 수요자	- 공보험자 - 자가보험자 - 의료보험회사 - 일반기업	공보험자	- 정부 - 의료보험회사 - 일반기업
과정의 주요 특징	공급자와 건강위험도 평가자가 동일	공급자와 건강위험도 평가자가 상이	공급자와 건강위험도 평가자가 동일

IV. 건강생활관리서비스 공급모형

1. 공급과정

- 일반적으로 생활습관 개선을 위한 서비스를 소비자에게 전달하는 과정은 6 단계를 거치고 있음.

〈요약 그림 1〉 건강생활관리서비스 제공과정



○ 일본의 경우 첫 번째 단계와 두 번째 단계는 의료기관이 수행하여 그 결과를 시행회사에 전달하고 있음.

- 건강위험도 평가결과와 수집된 정보를 예측모형에 적용하여 개인을 건강체군, 건강위험군, 건강고위험군, 만성질환군, 급성질환군으로 계층화함.

2. 서비스 내용

- 건강위험 계층별로 건강생활관리서비스 내용을 달리하여 관리비용을 절약함.
 - 건강군에게는 동 서비스를 온라인 중심으로 공급하고, 건강위험군에게는 개인 맞춤형 실행 계획의 작성, 정보 제공 및 모니터링 등 전문적 지원서비스를 온라인 및 전화 상담을 중심으로 제공함.

- 건강생활관리서비스의 내용과 범위를 구체적으로 정의하여 질병관리서비스와 엄격히 구분하여 운용할 수 있도록 법적 근거를 마련해야 함.

3. 동기부여

- 동기부여 방법으로는 금전적 인센티브 제공, 지도자 및 건강생활 정보에의 용이한 접근과 지속적 피드백, 소셜 네트워크를 통한 교류 향상 등이 있음.

〈요약 표 3〉 소비자 참여 독려 방법

종류		내용
용이한 접근과 지속적 피드백	참여 의사결정 지원도구 (Decision Support Tools)	• 질병의 진행과정, 수술, 연구결과 등을 보여주는 그래픽 자료, 교육용 자료
	모니터링 기구 (Monitoring Devices)	• 혈압 및 혈당 모니터링, 만보기 등의 기구를 통해 자신의 건강상태에 대한 경각심을 일깨움
	모바일 기술 (Mobile Technologies)	• 스마트폰 애플리케이션 등을 이용하여 접근의 편리성 제고
인센티브 제도	보상제도 (Incentives)	• 건강보험료 할인, 계층화된 건강보험 제공, 방문당 진찰료 할인, 건강저축계좌 개인분담금 제공, 현금 제공, 상품권 제공(Gift card(\$50~\$500)), 현물 제공 등 • Healthways(주)와 같은 전문기관은 기업 등에게 이러한 인센티브 등을 적용하도록 권유함
	벌칙제도 (Disincentives)	• 건강보험료 할증, 의료기관 방문당 진찰료 할증 (Co-pay increase), 근로자 복지 축소(Reduced Benefit), 임금 삭감(Salary reduction) 등이 있음
사회적 연계망	건강관련 사회게임 (Health Focused Social Gaming)	• 소비자 참여를 위한 가상집단 형성 • 단체가입의 경우 팀별 수행성과 비교

4. 공급주체

가. 단일 건강생활관리서비스기관의 공급

- 미국과 호주의 보험회사는 별도의 건강검진기관을 활용하는 대신 단독으로 자료의 수집부터 최종단계인 건강상태 재평가까지 전 과정을 수행함.
 - 예방을 통한 의료비 절감은 보험회사의 지급보험금을 줄이고 기업의 보험료 지출을 줄일 수 있으므로 기업 등 의뢰자와 재원을 마련하여 대상자에게 보험료 인하, 현금 지급 등의 인센티브를 제공할 수 있는 장점이 있음.
 - 보험회사의 보유자료가 충분치 않거나 개인정보 보호 등의 문제로 자료의 집적 및 활용을 할 수 없는 경우가 발생할 수 있음.
- 의료기관이 인력과 시설을 갖추고 건강검진을 통한 건강위험 계층화 및 직접 건강생활습관 개입서비스(동기부여 및 효과 측정)를 공급할 수 있음.
 - 개인정보 보호 논란이 가장 적게 발생하고 정밀한 검진결과를 이용할 수 있다는 장점이 있음.
 - 의료기관을 이용하는 질환자를 중심으로 한 서비스 공급이 이루어질 수 있기 때문에 건강위험군 등을 대상으로 한 예방적 건강생활관리서비스 효과를 얻는 데는 제한적일 수 있음.
 - 예방을 통한 의료비 절감이 의료기관의 직접적인 수익증대 효과와 무관하기 때문에 적극적 서비스 공급 및 인센티브 제공이 어려울 수 있음.

나. 의료기관과 건강생활관리서비스기관의 연계모형

- 의료기관이 건강검진을 통해 위험도 평가 및 계층화를 공급하고, 보험회사 등 건강생활관리서비스기관이 개입서비스(동기부여 및 효과 측정)를 담당하는 이원화된 모형이 가능함.

- 민영의료보험이 필요한 자료를 보유하지 못하거나 개인정보 보호 문제로 자료 집적을 할 수 없을 때 유용한 모형임.
- 개인의 건강자료가 의료기관에 집적되므로 개인정보 보호 논쟁은 줄어들 것이나 건강검진 비용 및 행정비용의 발생으로 가격이 상승할 것임.
- 의료기관이 직접 건강생활습관 개입서비스를 공급하는 경우보다 다양한 서비스 공급이 가능할 것임.

■ 우리나라의 경우 이 모형을 현실화하기 위해서는 의료기관과 건강생활관리 서비스기관의 연계를 위한 법적 근거를 마련해야 함.

- 의료기관이 대상자에게 건강생활관리서비스를 권고하고, 관련 기관에 대한 정보 제공이 가능하며, 의뢰서를 발급하고 비용을 청구할 수 있는 근거 마련이 필요함.
- 건강생활서비스기관이 소비자에게 의료기관에 대한 정보를 제공하고 검진예약 대행 등을 할 수 있도록 허용해야 함.

다. 공보험자와 건강생활관리서비스기관의 연계모형

■ 공보험자가 건강검진 자료를 이용하여 위험도 평가 및 계층화 자료를 공급하고, 보험회사 등 건강생활관리서비스기관이 개입서비스(동기부여 및 효과 측정)를 담당하는 이원화된 모형이 가능함.

- 우리나라 국민건강보험은 ‘전 국민 건강정보 DB’를 구축하고 있으므로 피보험자 자신이 국민건강보험으로부터 그 내용을 발급받아 건강생활관리 서비스 공급자에게 제출하도록 하면 본인동의가 이루어지는 것이므로 개인정보 보호의 법적 문제가 발생하지 않음.
- 추가적 건강검진이 필요하지 않아 개인은 비용지출을 최소화할 수 있음.
- 국민건강보험에 자료가 집적되어 있지 않은 사람에 대해서는 국민건강보험의 주도 하에 건강검진이 필요함.

- 이 연계모형 자체를 위한 별도의 법적 근거를 마련할 필요가 없으며 가장 비용 절약적인 모형임.
- 그리고 가장 빠르게 공급시장 활성화 효과를 얻을 수 있고 의료비 절감 효과를 기대할 수 있음.

라. 보험산업의 최적모형

- 우리나라 보험산업은 자회사를 통하여 건강생활습관 개입서비스를 공급하는 것이 바람직함.
 - 본사가 공급과정에서 획득한 개인정보를 본인동의 없이 보험판매 및 보험금지급 등 타목적에 활용할 가능성이 있다는 우려를 피할 수 있음.
 - 보험회사는 서비스 공급과정에서 발생할 수 있는 민원, 불투명한 사업성으로부터 오는 리스크를 줄일 수 있음.
- 보험회사의 자회사는 국민건강보험이 온라인을 통하여 제공하고 있는 건강위험도 평가결과를 우선 활용하고 그 다음 의료기관의 검진결과를 활용하여 공급함.
 - 우리나라 보험회사의 자회사는 물론 기타 전문기관은 건강위험도를 평가하기에 필요한 자료가 충분하지 않음.
 - 보험산업의 경우 모회사가 건강위험도를 평가하여 결과만을 제공하면서 자회사에게 위탁하는 것이 이상적일 수 있으나, 모회사도 충분한 자료를 보유하고 있다고 보기는 어렵고 개인정보 보호의 논란 때문에 가능하지 않을 수 있음.
 - 건강생활개선을 통한 의료비 절감 효과는 국민건강보험에도 발생하기 때문에 공·사 협력은 두 주체 모두에게 도움이 될 것임.

V. 기대효과

1. 의료비 절감 효과

- 미국의 질병관리서비스의 의료비 절감 효과에 대한 실증분석들은 긍정적인 결과와 부정적인 결과를 혼합하여 보여주는 반면, 건강생활관리서비스의 의료비 절감 효과는 대체로 긍정적인 것으로 나타남.

2. 건강 증진 효과

- 미국과 호주의 사례들을 살펴보면, 건강생활관리 프로그램의 참가자는 체중 조절, 콜레스테롤 수치, 혈압 등에서 건강증진 효과를 보임.

3. 직장 건강생활관리 효과

- 직장에서 건강생활관리의 효과가 생산성 증대, 회사에 대한 만족도 향상, 상해발생 감소, 회사 이미지 향상 등으로 나타남.

4. 잠재시장 검토

- 우리나라는 현재 건강생활관리서비스 공급시장이 발달해 있지 않지만, 만성 질병 유병률 증가추세, 의료비 증가 추세, 기대수명과 건강수명의 격차 증가 등을 볼 때 정책적 차원에서 지원이 이루어져 활성화될 가능성이 큼.
 - 해외 사례를 보면 미국, 일본, 호주 모두에서 정부 및 공·사건강보험이 건강생활관리서비스의 큰 수요자임.
 - 우리나라 공·사건강보험은 향후 의료비 절감을 위해 동 서비스를 적극 수요할 가능성이 있음.

- 기업의 경우 생산성 증대 효과를 목표로 단체 계약을 통해 동 서비스를 수요할 수 있음.

VI. 맺음말

- 건강증진에의 투자는 질 높은 노동력을 확보하게 하고 의료비용을 줄여 국가의 경쟁력을 제고시킨다고 할 수 있음.
- 국가의 경쟁력 제고를 위해 공·사건강보험이 건강생활관리서비스 공급에 보다 적극적이어야 함.
 - 국민건강보험은 현재 구축되어 있는 ‘전 국민 건강정보 DB’를 토대로 건강콜센터를 통해 건강상담 서비스를 제공할 필요가 있고, 건강검진 결과 및 건강위험도 평가결과를 피보험자에게 제공하여 건강생활관리서비스에 활용되도록 지원할 필요가 있음.
 - 민영보험산업은 동 서비스 공급을 위한 노하우 집적, 전문가 확보, 시스템 개발에 적극적으로 투자하여야 할 것임.
- 효율적 공급을 위하여 공·사건강보험의 협력이 필요할 것임.
 - 건강생활관리서비스기관이 직접 자료를 집적하여 건강위험도 평가를 수행하는 것이 쉽지 않고, 건강위험도 평가를 위해 추가적인 건강검진을 수행하는 것은 비용이 소요되므로 이미 구축되어 있는 ‘전 국민 건강정보 DB’를 활용하는 것이 효율적일 것임.
- 우리나라도 보험산업이 동 서비스 산업에 적극적으로 투자할 수 있는 환경이 조성되어 국가경쟁력을 제고시키는데 기여할 수 있기를 기대함.

I. 서론

1. 연구 배경 및 목적

전통적으로 건강상태에 부정적인 영향을 미치는 요인은 영양실조, 위생불량, 공기·수질·하수오염 등으로 인식되어 왔다. 하지만 세계보건기구에 따르면 현대에 들어서면서 선진국은 물론 개발도상국가에서도 흡연, 신체활동 부족, 불량한 식습관, 음주 등이 주요 건강위험요인으로 나타나고 있다(WHO 2012). 주요 건강위험요인에 변화가 일어난 것이다.

현대적 건강위험요인으로 인해 주요 선진국들은 비용부담 측면에서 의료비의 증가를 경험하고 있다. 미국 HERO(Health Enhancement Research Organization)¹⁾가 1990~1995년 기간을 분석기간으로 하여 46,000명의 직장근로자를 대상으로 연구한 결과에 따르면 흡연, 신체활동 부족, 불량한 식습관, 비만²⁾으로 인하여 의료비의 25%가 지출되고 있다. HERO 연구는 이 중에서도 신체활동 부족(32%)과 흡연(31%)이 가장 큰 건강위험요인임을 밝히고 있다. 그리고 운동량과 의료비 지출의 관계를 분석한 연구(Andreyeva et al. 2006)가 있는데 이 연구는 2년 동안의 의료비 지출을 비교했을 때 운동을 하는 사람이 하지 않는 사람에 비해 7% 정도 의료비 지출이 적다고 추정하고 있다.

건강생활습관은 비용지출을 초래함과 동시에 노동생산성에도 영향을 준다. Jacobson et al.(2001)에 따르면 운동을 하지 않는 집단의 결근율이 주당 1회 운동을 하는 집단의 결근율 보다 46% 높은 것으로 나타났다. 그리고 Bunn, et

1) HERO(<http://www.the-hero.org>).

2) 여기서 비만은 건강위험요인으로 보기 보다는 결과로 보는 것이 적절함.

al.(2006)는 흡연에 대해 연구하였는데 건강악화로 인한 생산손실 일수가 비흡연자에 비해 흡연자가 더 많고, 이를 금액으로 환산하면 연간 1인당 2,000달러의 비용이 발생하는 것으로 추정하였다. 한편, 스트레스 관리가 잘 이루어지지 않은 근로자의 평균 생산시간 손실은 주당 5.3시간으로 추정한 연구도 있다(Burton, et al. 1999).

이 때문에 해외 국가는 물론 해외 기업은 건강생활습관들을 개선하기 위해 투자를 마다하지 않는다. 그 방법 중의 하나가 건강생활관리서비스에 투자하는 것이다. 건강생활관리서비스³⁾란 개인의 건강위험요인을 관리하기 위한 기획, 상담·교육, 정보 제공 등의 서비스를 말한다. 체육관에서 운동지도자가 운동지도서비스를 제공하는 것과 같은 서비스가 아니다. 이러한 서비스에 대한 투자를 통해서 건강생활습관이 개선되면 건강이 증진되어 의료비 지출은 줄어들고 노동생산성은 높아진다는 것이다. 투입비에 비해 의료비 절감 효과와 노동생산성 증대효과가 더 큰지에 대한 논쟁과 연구는 지속되고 있지만 현재까지 대체적인 결론을 보면 투자가치가 있는 것으로 보인다.

우리나라도 적극적 건강생활관리서비스의 활용이 필요한 상황이다. 첫째, 우리나라는 만성질환 유병률이 증가하는 추세에 있다. 만 19세 이상 비만율은 2001년부터 9년간 29.2%에서 31.3%로 증가하였고, 만 30세 이상 당뇨병 유병률은 8.6%에서 9.6%로 증가하였다(유재성, et al. 2011). 둘째, 우리나라는 주요 선진국과 같이 기대수명과 건강수명의 격차가⁴⁾ 심화되고 있다. GBD(2012) 연구 결과에 따르면, 우리나라 남성의 기대수명은 1990년 68.1세에서 2010년 76.5세로 8.4세 증

3) 건강생활관리서비스는 질병관리서비스로부터 발전된 서비스임. 질병관리서비스는 질환군을 관리하기 위한 기획, 상담 및 교육, 정보 제공 서비스를 말함. 질병관리서비스는 치료효과 극대화를 위한 만성질환관리지원(Chronic Condition Support) 서비스와 재발방지를 위한 행위치료(Behavioral Solutions) 서비스, 급성질환에 대한 지원서비스를 통해 의료비를 절감하고자 하는 서비스임. 이러한 질병관리서비스가 의료비 절감에 기여하는 바에 대한 회의적 논쟁이 심화되는 가운데 예방적인 건강생활관리서비스가 등장하였음. 건강생활관리서비스가 의료비의 절감 및 노동생산성 증대에 효과적이라는 것임. 건강생활관리서비스와 질병관리서비스가 결합된 개념이 건강관리서비스(Health and Wellness Management Service)임.

4) 세계보건기구는 1997년 제4차 자카르타 건강증진 국제회의(WHO 1997)에서 건강증진의 궁극적 목표를 '건강수명의 연장 및 집단간 건강수명격차 축소'로 제시하였음. 최근 아태라이드 선언에서도 이 목표는 변화하지 않고 있음(WHO 2010).

가하였고 건강수명은 동 기간 동안 60.6세에서 67.9세로 7.3세 증가하였다. 그러나 기대수명과 건강수명의 격차가 1990년 7.5세에서 2010년 8.6세로 오히려 증가하였다. 여성의 경우도 비슷한 현상을 보이고 있다. 셋째, 우리나라는 의료비 급증을 경험하고 있다. 1인당 GDP에서 1인당 의료비가 차지하는 비중의 증가율이 심각한 상황이다. 지난 2002년부터 10여 년간 미국 1.6%, 일본 2.6%, 호주 1.0%에 비해 우리나라는 4.6%에 이른다(OECD 2013).

우리나라는 해외와 달리 건강생활관리서비스의 공급시장이 활성화되어 있지 않다. 일부 의료기관과 10여 개의 소규모 전문기관이 극히 일부의 사람을 대상으로 서비스를 제공하고 있다. 그리고 보건소가 일부 지역주민을 대상으로 하여 건강관리서비스를 제공하고 있기는 하지만 극히 제한된 서비스에 국한되어 있고 적극적인 개입은 미흡한 상황이다.

정부는 이러한 상황을 인식하고 2013년 건강생활관리서비스 공급산업의 활성화를 위한 법률 제·개정을 추진 한 바 있다. 아직은 구체적 일정이 드러나 있지 않지만 의료비의 절감 효과, 생산성 증대 효과, 고용 창출 효과, 건강수명의 연장 효과, 소비자 선택권 강화 효과⁵⁾ 등을 감안하면 조속히 시행될 수 있도록 하여야 할 것이다.

민영의료보험은 동 서비스에 대해 경쟁력을 가지고 공급할 수 있는 환경에 놓여 있다. 피보험자의 계약정보 및 보험금 지급정보를 보유하고 있어 집중적 건강생활관리 대상자의 선별이 가능하여 효율적으로 동 서비스를 공급할 수 있다. 그리고 의료보험자는 의료보험 피보험자라는 자체의 수요자들을 가지고 있다. 마케팅 비용을 절감할 수 있는 것이다. 마지막으로, 의료보험자는 건강생활관리 서비스를 피보험자에게 공급함으로써 증가하는 의료비 부담과 증가하는 질병 발생률의 부담 즉, 지급보험금을 줄일 수 있다. 지급보험금 절감 효과는 저렴한

5) 소비자들은 자신의 건강을 증진시키기 위해 최선의 선택을 하려고 함. 그런데 소비자는 최선의 선택을 위해 충분한 정보를 가지고 있다고 보기는 어려움. 소비자가 건강 증진을 위한 최선의 선택을 하도록 건강정보를 제공하고 동기부여를 하는 것이 건강생활관리서비스임. 건강생활관리서비스 공급시장이 발달하면 소비자가 최선의 선택을 할 수 있는 권리가 강화되는 효과를 기대할 수 있는 것임.

서비스 수수료 혹은 양질의 서비스를 공급하는 것을 가능하게 할 것이다.

그러나 건강생활관리서비스 공급의 활성화를 위한 논의가 활발하게 진행되는 가운데 우리나라 보험산업은 관련 정보 및 노하우가 부족한 상황이다. 본 연구는 첫째, 보험산업이 건강생활관리서비스를 공급하는데 필요한 정보를 제공하고자 한다. 이를 위해 동 산업이 발달해 있는 주요국의 사례를 면밀히 조사한다. 이제까지 해외 보험산업이 동 서비스 시장의 중심에 있음에도 불구하고 우리나라는 보험산업을 중심으로 한 심층적 조사가 흔하지 않다. 더욱이 건강관리서비스에 대한 조사는 부분적으로 이루어진 바 있지만 건강생활관리서비스를 중심으로 한 조사연구는 찾아보기 어렵다.

둘째, 동 서비스의 공급모형을 구상해 보고자 한다. 동 서비스는 고도의 전문성과, 비용이 많이 요구되는 서비스이다. 다양한 모형을 구축해 보면서 전문적 정보를 활용하면서도 효율적인 모형을 제안하여 향후 보험산업의 시장 참여시 시행착오를 줄이는 데 도움이 되고자 한다.

마지막으로 국가적인 차원에서 추진해야 할 방향을 제안하고자 한다. 국가 자원이 가장 효율적으로 이용될 수 있는 방안이 무엇인가를 제안하여 향후 정책 결정에 도움이 되고자 한다.

결론을 미리 말하자면 다음과 같다. 동 서비스 공급과정은 대상자 선별검사, 대상자의 건강위험도 평가, 건강위험도 계층화, 생활습관 개선을 위한 계층별 동기부여, 효과 측정 및 건강위험도 재평가의 단계를 거치고 있다. 선별검사 및 건강위험도 평가는 많은 개인정보의 집적을 필요로 한다. 보험회사는 부분적 선별검사가 가능할 정도의 정보를 보유하고 있다. 건강위험도 평가를 위해서는 추가적인 정보의 집적이 필요한데 이는 개인정보의 타목적 이용가능성에 대한 논란을 유발할 것이다. 이러한 논란을 최소화시키기 위해서 보험산업은 자회사 형태로 동서비스 공급시장에 참여하는 것이 바람직하다. 그러나 자회사는 필요한 정보를 가지고 있지 않다. 이 문제는 현재 국민건강보험이 집적하여 제공하고 있는 ‘전 국민 건강정보 DB’를 활용하면 해결될 수 있을 것이다. 대상자 본인이 ‘전 국민 건강정보 DB’로부터 자료를 획득하여 제출하게 하면 본인동의 하에 개인 정보가

이용되는 것이므로 논란의 여지가 사라지게 된다. 그리고 추가적인 건강검진 절차를 줄일 수 있기 때문에 비용절약적인 방법일 수 있다.

그리고 국민건강보험은 ‘전 국민 건강정보 DB’를 활용하여 국민에게 건강상담 및 교육이 가능한 콜센터를 운영할 필요가 있다. 이는 의료비 지출을 줄여 재정에 도움이 될 것이다.

2. 선행연구

해외에서는 건강관리서비스에 대한 공급모형 및 효과에 대한 논의가 활발하게 이루어지고 있다. 그리고 보험산업이 논의의 중심에 있으며 주도적으로 서비스를 제공하고 있다. 반면에 우리나라는 주로 공적 부문에서 논의가 이루어지고 있으며, 보험산업은 배제된 상황이다.

이상영 외 5인(2012)은 건강관리서비스 제공의 사각지대 완화를 위해 공공기관 간의 연계성을 강조하고 있다. 현재는 지역단위에서 보건 및 복지서비스 연계를 위한 실질적인 활동이 동기부여의 부족으로 거의 이루어지지 못하고 있음을 지적하면서 정책적으로 보건소와 기존의 거대한 각종 지역복지시설의 연계 활동을 활성화할 수 있도록 지원이 필요하다고 주장하고 있다. 그러나 민간부문과의 연계 등을 고려하고 있지는 않다.

이윤태 외 3인(2011)은 U-Health를 이용한 의료서비스 및 질병관리서비스 공급에 대한 해외사례를 조사하였다. 질병관리서비스 중심으로 조사가 이루어져 건강생활관리서비스에 대해서는 다루지 않고 있다.

이윤태 외 6인(2009)은 건강관리서비스에 대한 해외사례 조사를 통하여 우리나라에서 활성화 방안을 모색하고 있다. 보험회사를 포함한 건강관리서비스 전문회사의 건강관리서비스 공급 사례를 다방면으로 검토하고 정부가 민간 건강관리 서비스기관을 관리할 경우 고려해야 할 사항을 제시하고 있다. 건강생활관리서비스를 분리하여 다루고 있지 않다.

조용운·이상우(2012)는 보험산업이 건강생활관리서비스를 제공하는 것에 대한 법적 당위성을 주장하고 있다. 그리고 보험산업이 지급보험금 절감이라는 유인을 가지고 있기 때문에 현재 정부가 추진 중인 법안의 입법목적 달성에 기여할 수 있을 것임을 주장하고 있다.

주요 선행연구를 볼 때 전체적으로 보험산업 중심의 연구조사, 건강생활관리서비스 중심의 연구조사 그리고 효율적인 모형이 무엇인가에 대한 성찰이 미흡한 실정이다.

3. 연구방법 및 범위

가. 연구방법

본 연구는 우리나라 현황 및 문제점을 파악하기 위해 국내 기존문헌과 인터넷을 이용해 실태를 조사한다.

그리고 생명보험회사의 설문조사를 통하여 보험회사의 건강생활관리서비스 주요 실적 및 내용을 조사하고 문제점을 파악한다.

본 연구는 우리나라 현황과 해외사례에 기초하여 보험회사가 건강생활관리서비스를 공급할 수 있는 모형을 구상한다. 이를 위해 국내외 기존 문헌을 조사하고 인터넷을 통한 해외 보험회사의 건강생활관리서비스 공급 현황을 조사한다. 미국에 관한 조사는 미국 시그나 사가 제공한 자료를 통하여 보완하고, 일본에 대한 조사는 삼성생명이 실시한 현지조사 내용을 이용하여 보완한다. 그리고 현지조사를 실시한다. 호주 정부, 민영의료보험회사, 건강관리서비스 전문회사를 방문하여 자문을 구하고 자료를 수집한다.

우리나라와 미국, 일본, 호주 해외 전문가의 자문을 통하여 문헌 및 인터넷만으로는 알 수 없는 규제 및 동향 등을 파악한다.

나. 연구범위

본 연구는 첫째, 건강생활관리서비스 공급모형 연구에 국한한다. 질병관리서비스는 의료행위를 포함할 소지가 있어 다루지 않는다. 이해를 돕기 위하여 질병관리서비스에 대한 조사연구를 병행하지만 논의의 초점은 건강생활관리서비스에 둔다.

둘째, 질병관리서비스와 건강생활관리서비스를 구분하고 건강생활관리서비스는 의료서비스에 해당하지 않는다고 가정하고 접근한다. 일본은 건강생활관리서비스인 특정보건지도에 대해서 의료서비스로 규정하고 있지 않다. 이 가정은 현실성 있는 가정이며, 만일 받아들여진다면 의료서비스의 민영화에 대한 논란으로부터 자유로울 수 있는 모형이 될 것이다. 그리고 의료행위가 아니기 때문에 건강위험군은 물론 질환자를 대상으로 할 수 있을 것이다.

셋째, 공급모형을 구상함에 있어 기본적으로 공공부문과 민영부문의 역할을 동시에 고려한다. 예를 들어, 국민건강보험을 활용할 수 있는 경우도 고려한다.

넷째, 서비스의 내용 및 효율적 전달 방법까지 고려한다. 서비스의 전달 방법은 단순히 전화걸기, 직접 방문하기 등이 있을 수 있다. 그러나 이러한 방법은 비용이 많이 들기 때문에 인터넷 등 저비용으로 전달할 수 있는 방법에 대해서도 조사한다.

다섯째, 개인정보 보호를 감안한 모형을 구상한다. 민영보험회사는 건강생활관리 서비스를 공급하면서 개인정보의 타 목적 활용 가능성이 있다는 비판을 받아 왔으므로 이를 감안한 모형을 구상한다.

여섯째, 건강생활관리서비스에 대한 투자효과가 있는지를 검토할 것이다. 즉, 건강증진효과, 의료비 절감 효과 및 생산성 증대효과를 검토할 것이다. 우리나라는 관련 연구가 사실상 이루어지지 않고 있다. 해외 연구를 통해 건강생활관리서비스가 활성화되었을 경우 기대할 수 있는 효과를 정리해 보고자 한다.

마지막으로, 우리나라 의료비, 건강수명, 만성질환 유병률 현황을 살펴보면서 향후 동 서비스 시장의 확대가능성을 검토해 보고자 한다. 이는 시장진입의 필요성에 대한 판단에 도움이 될 수 있을 것이다. 직접적으로 우리나라 시장규모나 수익성을 파악하는 것이 필요하지만 이는 사실상 가능하지 않다.

Ⅱ. 우리나라 건강관리서비스 공급현황

1. 우리나라 건강증진사업

가. 기본 방향

건강증진사업을 담당하는 총괄부처인 보건복지부는 1995년 제정된 「국민건강증진법」 제4조에 따라 매 5년마다 「국민건강증진종합계획」을 수립하고, 건강증진사업의 추진과 평가 등에 대한 업무를 책임지고 있다.

「국민건강증진종합계획」은 2002년 1차 계획을 시작으로 현재는 2011년에 수립된 제3차 「국민건강증진종합계획 2020」(HP 2020)이 이행되고 있는 중이다. 「국민건강증진종합계획 2020」은 WHO(1986) 오타와현장,⁶⁾ WHO(2005) 방콕현장⁷⁾ 등의 건강 및 건강증진의 정의에 근거하여 기본방향을 설정하였다. 「국민건강증진종합계획 2020」의 비전은 “온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상”이다. 총괄적 목표는 WHO(1997)가 제시하고 있는 목표⁸⁾와 동일하게 ‘건강수명

6) 세계보건기구는 캐나다 오타와에서 개최된 제1차 건강증진 국제회의에서 “건강증진은 건강을 위한 정보와 교육, 기술 제공을 통해 개인과 사회의 발전을 지원함으로써 사람들이 자신의 건강과 환경을 잘 관리하고 건강에 유익한 선택을 할 수 있는 기회를 늘리며 생애주기별 각 단계에서 발생할 수 있는 만성질환과 장애에 대처해 갈 수 있도록 하는 과정”으로 정의하였음.

7) 2005년 방콕에서 개최된 제6차 건강증진대회에서 건강증진을 위한 방콕현장이 채택되었음. 방콕현장은 건강증진을 “사람들이 자신들의 건강과 건강결정요인에 대한 관리능력을 증가시켜서 결과적으로 스스로 건강수준을 향상해 가는 것을 가능하게 하는 과정”으로 정의하고 있음. 이 현장의 실천전략은 건강결정요인들을 관리할 수 있는 지속 가능한 정책 및 활동을 지원하고 건강증진을 위한 하부구조에 투자한다는 것과 공공과 민간 부문의 파트너십 형성의 필요성을 강조하고 있음.

8) 1997년 세계보건기구의 제4차 자카르타 건강증진 국제회의는 건강증진의 궁극적 목

의 연장과 건강형평성의 제고'이다. 정책방향은 건강문제와 관련된 우리나라의 환경변화에 대한 전망을 통해 설정하고 있다. 무엇보다도 건강생활관리서비스에 대한 내용을 포함하고 있다. 첫째, 증가하는 의료비에 대한 대책, 둘째, 저출산 경향이 지속되는 가운데 향후 인구의 자질향상을 위해 지속적인 모성 및 영유아 건강에 대한 정책 강화, 셋째, 경제성장 전망 하에 심화되는 양극화 현상에 대한 대책(형평성 제고), 넷째, 현대생활 특성상 운동부족으로 인한 비만, 대사성질환 등에 대한 대책이 그것이다.

「국민건강증진종합계획 2020」의 총괄적 목표 달성을 위한 건강관리사업의 과제는 건강결정요인에 근거하여 건강생활 실천의 확산, 예방 중심의 질병관리이다. 건강생활 실천의 확산 분야는 건강생활습관 중에서 만성질환과 관련성이 높은 금연, 절주, 적절한 운동 및 균형 있는 영양이 중점과제이다. 만성질환 관련 중점과제로 암, 뇌혈관 질환, 심혈관 질환, 고혈압, 고지혈증, 당뇨, 비만, 정신보건, 구강보건 등에 관한 것이 있다. 예방 중심의 질병 관리 분야는 현재 유병률이 높거나, 조기사망의 원인인면서 예방관리를 통하여 유병률을 낮출 수 있는 질병에 대한 예방적 관리 분야이다.

한편, 총괄적 목표의 하나인 '건강 형평성 제고'를 위해서 다문화가정, 취약가정을 주 대상으로 하는 방문보건 등이 포함되어 있다.

전체적으로 우리나라는 생활습관의 관리 및 예방의 중요성을 인식한 계획을 세우고 있다고 할 수 있다. 그리고 건강 형평성을 제고하기 위하여 취약계층을 위한 정책을 포함하고 있어 국제적인 정책 흐름과 부합되고 있다고 할 수 있다.

나. 건강증진사업 예산

우리나라 건강증진사업의 주된 재원은 국민건강증진기금이다. 국민건강증진기금은 담배 중 쉼련 및 전자담배에 부담금을 부과하여 조성한다.

표를 '건강수명의 연장 및 집단간 건강수명격차 축소'로 제시하였음. 건강수명격차 축소는 건강 형평성 제고의 의미로 해석될 수 있음.

〈표 II-1〉 건강관리와 관련된 건강증진종합계획의 중점과제

분야명		1차 계획(HP2010)	2차 계획(HP2020)
		중점과제명	중점과제명
건강생활 실천 확산		금연, 절주 신체활동, 영양	금연, 절주 신체활동, 영양
예방 중심의 상병 관리	만성 퇴행성 질환과 발병 위험요인 관리	암 건강검진 관절염 심뇌혈관 질환 - - 비만 정신보건 구강보건	암관리 - 관절염 심뇌혈관 질환 고혈압 당뇨병 과체중 비만 정신보건 구강보건
	감염 질환 관리	예방접종 비상방역체계 의료관련감염 - 결핵 에이즈 -	예방접종 대상 전염병관리 - - 매개체 전염병 결핵·호흡기질환 및 약제내성관리 에이즈·성병 및 혈액매개 전염병관리 신종 전염병관리

자료: 이상영 외 5인(2012)을 재구성함.

국민건강증진기금의 용도는 금연교육 및 광고 등 흡연자를 위한 건강관리사업, 건강생활의 지원사업, 보건교육 및 그 자료의 개발, 보건통계의 작성·보급과 보건의료관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업, 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업, 국민관리영양사업, 구강건강관리사업, 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업, 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충, 기금의 관리·운용에 필요한 경비, 그 밖에 국민건강증진사

업에 소요되는 경비로써 대통령령이 정하는 사업 등으로 되어 있다(「국민건강증진법」 제25조 제1항).

국민건강증진기금의 건강생활실천지원 예산은 꾸준히 증가하고 있지만 매우 부족한 상태에 있다. 국민건강증진기금은 2013년의 경우 예산이 2조 4백억 원에 이른다. 이 중 국민건강보험 재정지원금에 49.8%가 투입된다. 그리고 보건의료부문에 47.7%(9천 770억 원)이 투입된다. 보건의료부문 중에서 보건소가 주체가 되어 시행하는 건강증진사업인 국민건강생활실천 지원 예산은 1천 369억 원(국민건강증진기금의 6.7%)에 불과하다(보건복지부 2013). 생활습관병의 예방을 위한 재원은 제한되어 있는 것이다.

2. 보건소

가. 보건소의 건강증진사업

「국민건강증진법」 제19조에 따르면 지역주민을 위한 건강증진사업의 주체를 보건소로 규정하고 있다. 보건소의 사업은 국민건강증진기금의 국민건강생활실천 예산으로부터 지원받아 추진된다. 2013년에는 국민건강증진기금의 국민건강생활실천 예산(1천 369억 원) 중에서 보건소 건강증진사업 지원에 66.6%(9백 34억 원)를 할당하고 있다.

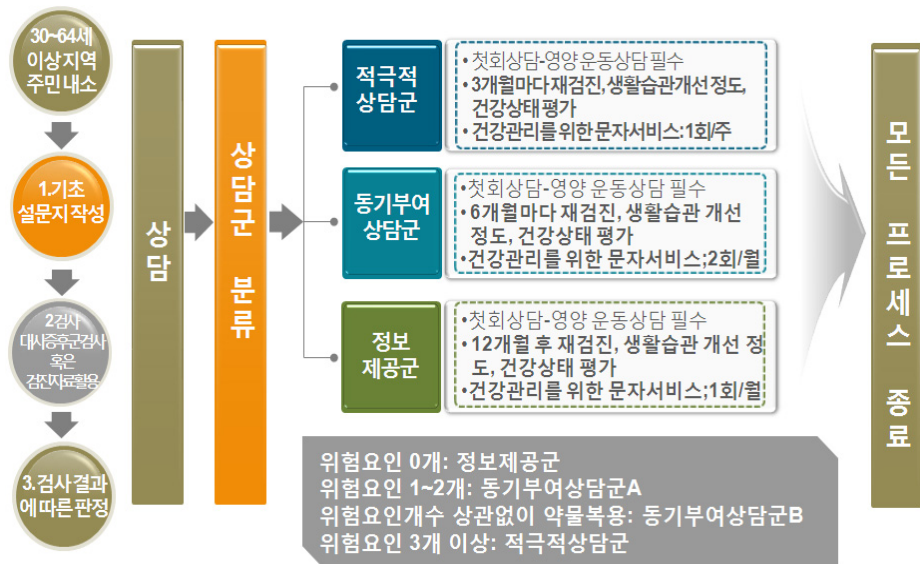
보건소 건강증진사업은 1998년 18개 보건소에서 시범사업을 통해 건강증진에 관한 사회분위기 조성 등 기초를 다지고, 2003년에 100개 보건소에서 그리고 2005년에 모든 보건소에서 금연, 운동, 영양, 절주에 관한 생활습관 관련 환경조성 사업을 실시하고 있다. 2005년에는 주민건강증진센터 시범사업을 실시하여 개인 맞춤형 서비스의 제공을 시작하였고, 2011년에는 개인에게 기존의 보건소 만성질환관리서비스를 통합하여 개인 맞춤형 서비스를 제공하기 시작하였다. 2012년부터는 지역단위의 건강생활실천 사업을 강화하고 있다.

나. 서울시 보건소의 건강생활관리서비스 사례

1) 모형

그동안 보건소의 건강증진사업은 건강생활습관의 변화에 적극적으로 개입하지 못하고 있었다. 이를 개선하고자 2009년 전국 최초로 서울시 보건소는 서울시민을 대상으로 ‘서울시와 오락(5樂)하자’라는 ‘대사증후군 프로젝트’를 실시하기에 이르렀다. 이 프로젝트는 첫째, 허리둘레 줄이기(남자, 90cm 이상, 여자, 85cm 이상자 대상), 둘째, 혈압 낮추기(130/85mmHg 이상, 혹은 고혈압 치료제 복용), 셋째, 혈당 막기(공복혈당 100mg/dL 이상, 혹은 치료제 복용), 넷째, 좋은 콜레스테롤 높이기(고밀도 콜레스테롤 혈중 남자 40mg/dL 미만, 여자 50mg/dL 미만, 혹은 치료제 복용), 다섯째, 중성지방 잡기(150mg/dL 이상, 혹은 치료제 복용)의 5가지에 대한 운동으로 건강생활관리서비스에 해당한다.

〈그림 II-1〉 서울시의 대사증후군관리사업 프로세스



자료: 윤석준(2013).

이 프로젝트는 시민을 정보제공군(건강체군), 동기부여상담군(건강위험군), 적극적상담군(고건강위험군)으로 분류하고 있다. 각 건강계층별 서비스 내용은 처음에는 공통적으로 영양과 운동에 대해서 대면 상담을 한다. 동기부여상담군(건강위험군)은 문자서비스를 월 2회 제공하고 6개월마다 재검진을 하여 생활습관개선 정도 및 건강상태를 평가한다. 적극적상담군(고건강위험군)의 경우 문자서비스를 주 1회 제공하고 3개월마다 재검진을 하여 생활습관개선 정도 및 건강상태를 평가한다.

2) 실적

등록인원은 2011년 112,590명에서 2012년 141,668명으로 증가하였지만, 인구를 감안할 때 참여 실적은 기대에 미치지 못하고 있다.

〈표 II-2〉 대사증후군관리사업 등록인원

분류	2010년	2011년	2012년	계(명(%))
적극적상담군	12,529	20,549	25,166	58,244(17.7)
동기부여상담군 A	27,121	43,800	57,241	128,162(39.0)
동기부여상담군 B	21,255	29,195	33,707	84,157(25.6)
정보제공군	13,589	19,046	25,554	58,189(17.7)
계	74,494	112,590	141,668	328,752(100)

자료: 윤석준(2013).

2012년 등록자의 9개월(2012. 01. 01~2012. 09. 30) 평균 추구관리율(적극적상담군+동기부여상담군 A, B)은 40.2%로 2011년(2011. 01. 01~2011. 12. 31) 34.0%에 비해 높게 나타났다. 관리가 필요한 사람들이 증가하고 있는 것이다.

2011년 1년 동안 대사증후군 관리사업 등록인원 중 적극적상담군의 위험요인 수는 3.4개에서 2.4개로 감소하였으며, 동기부여상담군 A의 경우 1.33개로 감소한 것으로 나타났다.

〈표 II-3〉 대사증후군 위험요인 수 변화(기간: 2011. 01. 01~2011. 12. 31)

분류	군 정의	0	6개월 (P<0.001)	12개월 (P<0.001)
적극적상담군 (n=2,995, 15.5%)	위험요인 3개 이상	3.43	2.50	2.41
동기부여상담군 A (n=7,460, 38.6%)	위험요인 1~2개	1.47	1.40	1.33
동기부여상담군 B (n=6,125, 31.7%)	약물복용자	3.00	2.71	2.82

주: p-value는 paired t-test(0/6개월, 0/12개월)에 의한 값.

자료: 윤석준(2013).

2011년 대사증후군 관리 사업의 성공률은 적극적상담군의 경우 51.5%, 동기부여상담군 A의 경우 84.8%로 나타났다.

〈표 II-4〉 대사증후군 관리 성공률(기간: 2010. 01. 01~2011. 12. 31)

분류	2010	2011
적극적상담군	42.0%(n=1,246, 15.7%)	51.5%(n=2,995, 15.5%)
동기부여상담군 A	81.8%(n=2,822, 35.5%)	84.8%(n=7,460, 38.6%)

주: 적극적상담군과 동기부여상담군A가 12개월이 되는 시점에 대사증후군의 유무에 따라 성공으로 분류, 성공률(%)=성공(명)/전체(명)×100

자료: 윤석준(2013).

3) 서울시 보건소 사업 평가

전체적으로 참여자의 건강증진효과는 있다고 볼 수 있다. 그러나 이러한 모형은 효과를 극대화하기에는 다음과 같이 미흡한 점이 있다. 첫째, 소비자가 스스로 자신의 건강생활정보를 기록하고 관리할 수 있는 장치가 마련되어 있지 않다. 소비자의 건강생활 실천에 대한 스스로의 모니터링 과정이 없어 소비자 스스로 점검하고 동기부여를 하는 것이 가능하지 않은 것이다. 둘째, 참여자의 건강생활 실천에 대한 부가적 인센티브가 없다. 건강보험료 인하, 스포츠클럽 할인 등의

인센티브가 주어지지 않아 적극적 참여를 유도하기에는 어려움이 있을 것이다. 셋째, 동기부여서비스는 문자서비스를 보내는 것이 전부이어서 다양한 전달 방법이 부족하다. 인터넷 개인의료기록(PHR) 서비스와 연계한 모니터링 기기 등을 활용한 서비스 제공 등의 방법을 고려해 볼 만 하다. 넷째, 국민건강보험과 연계한 종합적이고 효율적인 서비스의 제공이 이루어지지 않고 있다. 국민건강보험은 40세 이상에 대해 건강검진을 실시하고 있고 2012년 전국민 건강정보 데이터 베이스를 구축하고 있으며 개선의 여지가 있기는 하지만 건강정보 및 일부 건강관리서비스를 제공하기도 한다. 이미 건강위험정보가 있음에도 불구하고 보건소는 반복하여 건강검진 및 건강위험도 평가를 하고 있는 것이다.

한편 서울시는 웹기반 대사증후군 관리사업과 보건정보시스템을 연동한 웹기반 통합보건관리시스템을 구축하여 서울시 대사증후군관리사업의 효과성을 평가할 수 있도록 할 계획이다. 건강증진효과 및 의료비 절감 효과를 평가하는 과정에서 국민건강보험과 연계하는 방안도 모색되어야 할 것으로 본다.

전체적으로 보건소 건강증진사업은 최근 건강생활관리서비스를 제공하는 등 꾸준히 발전하고 있다. 그러나 다양한 서비스 그리고 적극적인 생활습관 개입서비스가 제공되고 있다고 보기는 어려운 상태이다. 다양한 소비자 인센티브, 건강생활습관 개선을 위한 다양한 동기부여 방법의 접목 등이 필요한데 이는 공적 접근으로는 어려움이 있을 것이다.

3. 민간의료기관

가. 법적 근거

현재의 국민건강보험법 체제에서 질병관리서비스와 관련하여 민간의료기관이 서비스를 제공하고 보상을 받을 수 있는 법적인 근거는 두 가지가 있다.

첫째, 고질적인 만성질환자를 대상으로 한 질병관리서비스료를 급여로 인정하고 있다. 의료기관은 현재 고혈압, 당뇨병 등의 질병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 한하여 수가를 산정할 수 있다(상대가치점수 24.24점). 한편 의료기관 당 한 환자에 대해 연간 12회 이내(단, 월 2회 이내)로 진료비를 산정할 수 있도록 되어 있다(이정찬 2010). 현재의 상황에서 고질적인 만성질환자를 대상으로 한 교육·상담 등을 통하여 합병증을 예방할 수 있도록 건강관리서비스를 공급할 수 있는 것이다.

둘째, 고질적이지 않은 만성질환자를 대상으로 한 관리료를 비급여로 인정하고 있다. 당뇨병, 고혈압, 심장질환, 암, 장루수술, 투석, 치주질환의 7가지 질병에 대해 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우 비급여로 산정할 수 있도록 되어 있다(보건복지가족부 고시 제 2008-126호, 2008. 10. 28). 고질적인 만성질환자는 아니지만 환자가 원할 경우 질병관리서비스료를 환자에게 청구할 수 있도록 한 것이다. 교육은 담당의사의 지시에 따라 실시하고 교육자는 미리 계획된 교육프로그램으로 시행한 뒤 관련내용을 진료기록부에 기록·관리해야 한다. 이와 함께 요양기관별로 교육자 중 상근교육전담인력을 배치해야 하며, 교육이 원활히 이루어질 수 있는 별도의 공간을 확보하고 교육별로 전과정을 30분 이상 실시하도록 하고 있다. 교육프로그램 전체 과정을 포함한 비용은 1회 산정 가능하며, 비용에는 교육프로그램 일부 내용의 반복교육 및 추후관리가 포함된다.

현재의 국민건강보험법체계상 질병관리서비스가 활성화되기 어려운 상황이다. 첫째, 고질적인 만성질환자를 대상으로 한 관리료가 너무 낮게 책정되어 있다. 2010년 환산지수를 적용하면 질병관리서비스료가 한 건당 병원 1,560원, 의원 1,580원에 불과하다. 둘째, 고질적이지 않은 만성질환자에 대한 비급여 인정 질환이 7가지에 불과하다. 언급된 7가지 질환 이외의 질환과 관련한 교육·상담 등은 법적으로 비용부과가 허용된 행위가 아닌 것이다. 셋째, 급여부분이든 비급여부분이든 비용청구대상 질환이 만성질환에 국한되어 있다. 급성질환에 관하여는 구체적인 언급이 없다.

그리고 현재의 법체제상 의료기관을 중심으로 건강생활관리서비스가 활성화되기 어려운 상황이다. 건강생활관리서비스에 대한 서비스 내용이나 구체적 생활습관 개입에 대한 규정 및 보상체계가 마련되어 있지 않기 때문이다.

나. 현황 및 개선방향

전국 병원급 이상 의료기관 및 가정의학과 의원을 선정(총 76개)하여 건강관리서비스 제공 실태 파악을 위한 의견조사 결과(이윤태 외 6인 2009)를 보면 건강관리서비스가 활성화되어 있지 않다는 것을 알 수 있다.

건강생활관리서비스와 질병관리서비스의 서비스 내용을 개략적으로 보면 상담서비스를 제공하면서 평가 및 교육 그리고 식이 및 운동처방이 병행되고 있는 것으로 나타났다.

건강생활관리서비스 제공 실적현황을 보면 흡연(24%) 그리고 영양(24%)에 대한 관리서비스의 제공기관이 많은 것으로 나타났다. 그런데 이러한 서비스에 대한 비용청구가 가능하지 않아 무료로 제공되는 경우가 대부분이다. 현재 건강생활관리서비스의 제공을 적극적으로 하기에는 어려운 실정인 것이다.

생활습관형 질병관리를 보면 고혈압(33%)과 당뇨병(33%), 비만(25%) 순으로 많이 제공하고 있는 것으로 나타났다. 만성질병관리서비스를 공급하는 민간의료기관이 많지 않다. 급여비로 인정되더라도 수가가 매우 낮고 법적으로 비용부과가 허용될 수 있는 조건이 엄격하기 때문이다. 그리고 비급여비용을 부과할 수 있는 질병이 매우 제한적이어서 전반적 상해 및 질병에 대해서 서비스를 제공하는 것이 어렵기 때문이다. 급여 수가제도의 정비 및 비급여 인정 대상 질병의 확대 등의 개선이 이루어져야 할 것이다.

4. 건강관리서비스 전문기관

가. 현황

현재 우리나라에는 약 10여 개의 건강관리서비스기관이 주로 일반기업의 피고용자, 보험회사의 피보험자, 보건소로부터 의뢰를 받은 취약계층을 대상으로 서비스를 제공하고 있다.

건강관리서비스기관의 인력은 의사, 간호사, 영양사, 운동지도사, 헬스코디네이터 등으로 구성되어 있다. 건강관리서비스 제공을 위해 콜센터, 건강상담실, 건강증진연구소 등의 시설과 Web server, DB server, Mail server, 체성분 측정기, U-Health 장비 등을 갖추고 있다(이윤태 외 6인 2009).

본 연구는 주요 건강관리서비스기관의 서비스 내용을 인터넷을 통하여 조사하였다. 그 내용을 보면 다섯 가지로 구분할 수 있다.

첫째, 행정 대행이다. 건강검진 및 진료 예약, 의료기관 안내, 중증환자 입·퇴원 동행 등의 서비스이다.

둘째, 건강생활관리서비스이다. 건강위험도평가(HRA: Health Risk Assessment)⁹⁾, 영양·운동 상담(비만/다이어트관리 등)서비스이다.

셋째, 질병관리서비스이다. 건강 상담 및 교육, 중증 환자 방문 교육 및 상담 등의 서비스이다.

넷째, 정보 제공이다. 다양한 매체를 통한 건강정보 제공이다.

다섯째, 고령자를 위해 전문화된 서비스를 제공하는 기관도 있다. 고령자를 위한 주택설계 컨설팅, 간병상담, 고령자를 위한 영양 및 운동 상담 등을 제공하고 있다.

그리고 외국인을 대상으로 하는 의료관광 사업을 병행하기도 한다. 여기서

9) 예를 들어, 비만의 위험도를 매우 낮음, 낮음, 약간 낮음, 보통, 약간 높음, 높음, 매우 높음 등으로 평가함. 비만의 경우 주로 BMI(body mass index = 체중/(신장×신장))을 이용함.

건강생활관리서비스와 관련하여 흡연 및 음주, 스트레스에 관한 구체적인 프로그램을 제공하는 기관은 찾아보기 어렵다는 것을 알 수 있다. 조사내용은 〈부록〉에 담아 두었다.

나. 법적 검토 및 개선 방향

고질적 만성질환에 대한 서비스는 국민건강보험의 급여항목이고 7가지의 일반적인 만성질환에 대한 서비스는 비급여항목이다. 급여항목과 비급여항목으로 인정하는 것은 국민건강보험법의 취지상 의료행위로 보고 있는 것이다. 따라서 의료기관이 아닌 건강관리서비스기관이 제공하는 7가지의 만성질환 외의 질환에 대한 관리서비스는 의료법 제2장 제3절 제27조에 의해 무면허의료행위로 간주되게 된다.

건강관리서비스를 의료행위적 부분과 비의료행위적 부분으로 구분하고 비의료행위적 부분 즉, 건강생활관리서비스를 공급할 수 있게 하면 이는 위법적이지 않다. 이렇게 되면 비의료행위적 부분은 의료기관에서만 공급되어야할 법적 이유는 없게 된다(이운태 외 6인 2009).

건강관리서비스기관이 현재 제공하고 있는 의료행위적 관리서비스를 제공하게 할지에 관해서는 향후 많은 논의가 필요할 것이다.

5. 보험회사

가. 법적 근거

건강생활관리서비스가 의료행위를 포함하고 있을 수 있어 보험회사는 직접 공급을 하지 않고 있다. 의료행위와 비의료행위의 구분을 위한 법적근거 마련이 필요한 상황이다. 현재 보험회사는 전문기관에 위탁하여 일부 피보험자에게 서

비스를 제공하고 있다. 보험회사는 서비스의 수요자인 셈인데 그 현황을 알아보고자 한다.

나. 현황 및 개선 방향

본 연구는 2013년 7월 생명보험회사를 전수 조사하였다. 13개 회사가 응답하였고 이 중에서 7개의 생명보험회사가 건강관리서비스 전문기관에 위탁하여 피보험자에게 건강관리서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다.

2012년 현재 국내 생명보험회사는 정보 제공 및 상담, 명의 찾기 및 진료예약, 중대질환자 안심케어(이송서비스), 인지능력 검사(치매), 6세 이하 성장발달 검사를 외주업체를 이용하여 제공하고 있다. 최근에는 17대 질환의 보험금 청구자에 대한 건강관리서비스를 추가로 제공하고 있다.

〈표 II-5〉 생명보험회사의 건강관리서비스 위탁 내용 및 목적

위탁대상	서비스 내용	위탁목적
• 종신보험 피보험자 (CI보험, 변액종신보험 포함)	• 건강정보, 도서 제공 및 상담 • 질환별 명의 찾기 및 신속한 예약 • 중대질환자 안심 케어(이송서비스) • 치매 선별검사 • 6세 이하 성장발달 검사 • 운동, 영양관리서비스 • 건강검진 안내	• 피보험자의 건강관리에 대한 편리성 제고를 통한 보험만족도 제고 • 마케팅 지원 • 보험 이미지 개선

주: 본 연구를 위해 생명보험회사를 대상으로 전수 조사한 자료임.

2012년 현재 생명보험산업은 총 231,701명을 위탁관리하고 있다. 이는 종신보험 피보험자 중 2.58%에 불과하여 매우 적은 수준이다.

1인당 위탁비용은 연간 약 14,154원이다. 이 비용으로 실질적으로 건강증진에 도움이 되는 서비스를 제공하고 있다고 보기는 어려울 것이다.

위탁 대상은 주로 종신보험 고액피보험자이다. 이들에게 서비스를 제공함으로써 계약을 유지시키는 것이 주요 목적이다. 향후에는 건강위험도가 높은 사람

을 위탁하여 건강증진을 통한 실손 및 정액형 의료보험 보험금 지급수준을 낮출 수 있도록 하는 것이 바람직할 것이다.

〈표 II -6〉 생명보험회사의 건강관리서비스 위탁실적(2012년)

총위탁비용 (백만 원)	종신보험피보험자 수(2011) (명)	총위탁자 수 (명)	1인당위탁비용 (원)
3,280	8,973,760	231,701(2.58%)	14,154

주: 1) 총위탁자 수 비율 2.58%는 종신보험피보험자 중에서 차지하는 비율임.

2) 본 연구를 위해 생명보험회사를 대상으로 전수 조사한 자료임.

6. 소결

우리나라 건강증진 정책은 생활습관의 관리 및 예방의 중요성을 반영하고 있다고 할 수 있다. 그리고 그 실행주체인 보건소는 꾸준히 건강증진을 위한 서비스를 강화하고 있다. 보건소가 적극적으로 건강생활관리서비스를 공급하고 있는 사례는 서울시 보건소가 2009년에 시작한 ‘서울시와 오락하자’ 프로젝트이다. 이는 비만관리를 주요 내용으로 하고 있으나 다양한 서비스 및 개인인센티브 제공 부재 등 공적으로 접근함에 따른 한계가 드러나고 있다.

국민건강보험법 체계에서는 의료기관의 건강생활관리를 급여로 인정하지 않아 의료기관은 극히 제한된 서비스를 무료로 제공하고 있다. 민간의료기관과 10여 개의 전문 건강관리서비스기관은 극히 일부의 중산층 이상을 대상으로 건강관리서비스를 공급하고 있다. 보험회사는 건강관리서비스를 공급하고 있지 않다.

전반적으로 건강생활관리서비스 공급시장이 발달해 있지 못하고 있는 상황이다. 이에 대한 대책으로 정부는 민간이 공급주체가 되는 건강생활관리서비스 제도 도입을 추진하고 있는 중이다. 동 제도 하에서 보험회사가 일정 부분 공급자로서의 역할을 할 수 있기를 기대한다.

〈그림 Ⅱ-2〉 건강관리서비스 제공주체의 포괄 영역

구분	질병 및 건강생활관리	
	저소득층	중산층 이상
민간의료기관 건강관리서비스기관		건강생활관리서비스법 추진 중
		일부 가입자
보건소 (지소, 진료소 포함)		
	일부 저소득층	

주: 서울시 보건소는 전체 시민을 대상으로 건강생활관리서비스를 제공하고 있음.

Ⅲ. 주요국의 건강관리서비스

본 연구에서는 건강관리서비스가 발달해 있는 미국, 일본, 호주 세 나라를 조사하고자 한다. 이들 국가의 민영의료보험은 각기 다른 역할을 하고 있다. 미국은 민영의료보험이 정부를 대신하는 대체형이다. 물론 공적 보험인 메디케어를 보충하여 보장하는 민영보험이 있기는 하지만 일반적으로는 대체형이다. 반대로 일본은 공적의료보험이 전 국민에게 의료비를 보장하고 있고, 실손형 민영의료보험은 사실상 그 역할을 하고 있지 못하다. 공적보험 유일형이라고 할 수 있는 것이다. 호주는 정부의 의료보장과 민영의료보험의 보장이 중복적으로 공존한다. 공공병원 이용 시 무료이지만 대기시간이 길어 민간병원을 이용한다. 민간병원 이용 시 민영의료보험이 보장을 한다. 환자가 공공병원을 이용할 수 있는데 민간병원을 이용하였기 때문에 정부지출이 절감되므로 정부가 민영의료보험을 보조하고 있다. 호주는 정부의 의료보장과 민영의료보험이 중복해서 보장하고 있는 중복형이라고 할 수 있다.

미국은 급증하는 의료비에 대한 대책으로 민간주도로 건강관리서비스 산업이 발달하였다. 일본은 급증하는 의료비에 대한 대책으로 미국의 사례를 참고로 하여 공적보험 주도로 건강생활관리서비스를 제공하고 있다. 호주는 미국식의 건강관리서비스가 민간 부문에서 확산되어가고 있는 추세에 있으며 정부가 정부투자 보험회사에 위탁하여 건강관리서비스를 제공하고 있다.

이와 같이 각국은 각각 다른 특징을 가지고 있다. 각각 다른 환경에서 어떻게 건강관리서비스가 발달해 있는지 조사하여 시사점을 얻고자 한다.

주요 차이점을 보면 미국은 첫째, 질병관리와 건강생활관리가 통합되어 종합적인 서비스를 하고 있다. 둘째, 건강생활관리서비스 공급자와 건강위험도 평가자가 동일

하다. 셋째, 공급자는 관리대상자에 대한 건강정보를 직접 집적하고 있고 이를 토대로 건강검진 없이 건강위험도를 평가하고 있다. 일본은 미국과 사뭇 다른 특징을 보이고 있다. 첫째, 건강생활관리 특히 비만관리에 집중하고 있다. 둘째, 건강생활관리 서비스 공급자(보험사 등 서비스 공급기관)와 건강위험도 평가자(의료기관)가 다르다. 셋째, 공급자는 관리대상자에 대한 건강정보를 직접 집적하지 않고 별도로 건강검진기관이 제공한 건강위험도 평가결과를 기초로 서비스를 제공한다. 이외에 일본의 경우 특이한 점은 공적 보험자가 건강위험도 평가결과를 민간 기구에 전달하고 있다는 점이다.

〈표 Ⅲ-1〉 주요 국가별 건강관리서비스 비교

구분	미국	일본	호주
민영 의료 보험 형태	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)
서비스 공급자	- 보험회사 - 전문회사	- 보험회사 - 전문회사	- 정부투자영리보험사 - 비영리 보험회사 - 전문회사 - 영리보험회사는 진입 검토 중(보험이 일반의 서비스(주로 외래)를 보장할 수 없기 때문)
주요 목적	의료비 절감	의료비 절감	- 의료비 절감 - 건강형평성 제고
서비스 내용	질병관리와 건강생활 관리통합	건강생활관리 중심 (비만관리)	질병관리와 건강생활관리 통합
서비스 수요자	- 공보험자 - 자가보험자 - 의료보험회사 - 일반기업	공보험자	- 정부 - 의료보험회사 - 일반기업
과정의 주요 특징	건강생활관리서비스 공급자와 건강위험도 평가자가 동일	공급자와 건강위험도 평가자(별도의 검진기관)가 상이	공급자와 건강위험도 평가자가 동일

1. 미국

가. 민영의료보험

미국은 민영의료보험자가 건강관리서비스를 공급하고 있기 때문에 민영의료보험자에 대해서 먼저 조사하고자 한다. 민영의료보험자는 네 가지 형태로 분류할 수 있다.

1) 전형적 의료보험회사

첫 번째 형태는 전형적 의료보험회사이다. 이들은 전통적인 의료보험상품을 판매하고 있다. 전통적인 보장형 의료보험상품은 진료비(통원비, 수술비, 진단비, 응급실 이용 등), 입원비, 그리고 정신과 비용을 보장한다(이창우 · 이상우 2010). 전통적인 의료보험상품의 의료비 지급보상방법은 주로 행위별 수가제를 적용하고 있고 대체로 상대적으로 높은 본인부담금이 설정되어 있다.

또한 전형적 의료보험회사는 고액공제 의료보험(HDHP: High Deductible Health Plan)을 판매하고 있다. 고액공제 의료보험은 1996년 늘어나는 의료비지출을 소비자 측면에서 통제하고 생애 말기 의료비지출에 대한 재원마련을 돕기 위해 생겨났다. 고액공제 의료보험은 최초 발생 의료비를 보장하지 않고 보통의 의료보험대비 높은 연간 공제금이 설정되어 있어¹⁰⁾ 보험료가 저렴한 의료보험이다.

10) Minimum (Annual) Deductible과 Out of Pocket Maximum이 설정되어 있음. 2012년도 최소 연간공제는 개인은 \$1,200, 가구는 \$2,400 이상임. 2012년도 개인부담금 최고액은 deductible(연간공제), copayment(방문당 정액본인부담), coinsurance(입원 정률 공제) 포함, 개인 최대 \$5,950, 가구 최대 \$12,100임. 개인부담 상한은 과도한 의료비로 인한 개인 파산을 막는 안전 장치(safety net)임.

〈표 Ⅲ-2〉 미국의 소비자주도형 의료보험

구분	HSA (2003)	Archer MSA (1996)	FSAs	HRAs (2001)
특 징	• 사업장규모와 상관 없이 피고용자가 가입 • Archer MSA를 대체하는 성격	• 소기업 피고용자, 자영업자를 위한 제도	• 피고용자가 의료비를 고용자로부터 상환 받는 제도	• 고용자가 피고용자에게 주는 복지제도
자 격	• 메디케어 비가입자 • 반드시 HDHP를 가입	• HDHP를 제공하는 50인 미만 기업 피고용자 • 고액공제보험가입자	• 가입의료보험 종류 무관(대개 HDHP) • 자영업자 가입불가	• 가입의료보험 종류 무관(대개 HDHP) • 자영업자 가입불가
혜 택	• 고용자 기여분 소득공제 • 이자소득면세 • 소득공제 • 이직시 이전	• 좌동	• 고용주적립금 소득공제 • 의료비지출면세 • 고용주적립금 초과 인출 가능	• 고용주적립금 소득공제 • 의료비지출면세 • 차년 이연 가능
적 립 자	• 피고용자와 고용자 • 자영업자 • 가족이나 타인이 대납가능	• 피고용자 • 자영업자본인 • 피고용자와 고용자 동시 적립 불가	• 피고용자가 자율적으로 자신의 임금에서 적립액을 결정 • 고용자가 대신 적립 가능	• 고용자만 적립가능
용 도	• 보험공제액에 대한 지출 • 다른 용도 사용은 소득세원에 포함되며 20% 가산세	• 의료보험 공제액에 대한 지출 • 의료보험 비급여비 • 다른 용도 사용 시 과세	• 1년 간 약정한 적립금 내에서 의료비 지출 • 잔여 적립금 인출불가 • 차년 이연 불가	• 의료비 지출에 대한 세금을 상환지급 • 의료비 외 사용은 과세

자료: IRS, CMS 홈페이지를 참고하여 작성함.

고액공제 의료보험은 주로 아처 의료저축계좌(Archer MSAs), 건강저축계좌(HSAs: Health Saving Accounts)¹¹⁾¹²⁾와 건강상환계좌(HRAs: Health Reimbursement

11) HSA 적격 HDHP의 연간 평균보험료는 개인보장이 \$4,427, 가족보장이 \$12,655로 통상의 비의료저축계좌형(non-savings) 의료보험에 비해 개인보장은 약 26%, 가족보장은 약 21% 정도 저렴함. 예외적으로 예방적 의료서비스에 대해서는 최초 발생 의료비(no deductible)를 보장함.

12) 개인 \$3,050, 가구 \$6,150('11년 기준)의 연간 적립액 한도 내에서 자유롭게 적립 가능함. 55세 이상의 고령자는 \$1,000 이내에서 추가 적립 허용함.

Accounts), 자유지출계좌(FSA: Flexible Spending Account) 등 의료저축계좌¹³⁾와 결합되어 판매된다. 이렇게 결합된 상품을 소비자주도형 의료보험(CDHPs: Consumer-directed Health Plans) 상품이라고 한다.

2) 블루 크로스 앤 블루실드 의료보험회사

두 번째 형태는 대다수가 비영리 조직인 블루 크로스 앤 블루실드 플랜(Blue Cross and Blue Shield Plans)을 제공하는 회사이다. 현재는 대부분이 전통적 보장형 의료보험 상품을 제공하지만 몇몇 주에서는 의무적으로 보다 폭넓은 보장범위를 제공해야 한다(이창우 · 이상우 2010).

3) 건강관리조직

세 번째 형태는 의료보험과 의료서비스 공급을 통합한 건강관리조직(HMO: Health Maintenance Organization)이다. 관리형 의료보험은 보험회사가 의료공급자와 의료서비스 양, 가격, 의료비 지급방법(주로 인두제, 봉급제) 등을 계약하고 보험회사는 계약 내용을 심사·평가하는 권한을 갖는다. 보험회사는 1차 진료제도(primary doctors)와 피보험자가 이용할 수 있는 의료이용의 제한을 통해서 의료비를 절감하고자 하고 있다. 그리고 1차 진료제도를 운영하기 때문에 지역의 의료기관을 주로 이용할 수밖에 없어 지역 보험적 성격이 강하다.

PPO(Preferred Provider Organization)는 보험회사가 아니라 의료공급자의 네

13) ① HIPAA(Health Insurance Portability and Accountability Act)에 근거하여 자영업자와 50인 미만 사업장의 피고용인만을 대상으로 하는 아처 의료저축계좌(Archer MSAs)가 처음 도입되었음.

② 1997년 Balance Budget Act에 의해 Medicare 피보험자인 65세 이상의 노인층을 대상으로 한 의료저축계좌인 Medicare Advantage MSAs가 도입됨.

③ 2003년 메디케어 현대화법(Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act)에 의해 HSAs가 도입되었음.

④ 이후 다양한 형태로 변형된 소비자주도형 의료보험이 나타나고 있음.

트위크이지만 건강관리조직으로 분류하고 있다. 일차 진료 의사를 정하고 있지 않으며, 지정된 의료기관이 사실상 특정지역에 한정되어 있지 않다는 점에서 HMO와 다르고 전통적인 의료보험(indemnity 플랜)에 가깝다. 의료공급자 네트워크와 계약한 보험회사는 피보험자의 의료공급자 선택의 자유를 어느 정도 제한하여 의료기관에 대해 일정 수의 환자를 확보해 주는 대신에 전통적 상품보다는 할인된 행위별 수가를 책정하여 의료공급자가 의료비 억제를 위한 노력을 하도록 하고 있다(이창우 · 이상우 2010).

ACO(Accountable Care Organizations)는 주치의를 중심으로 의료기관 간 진료정보 교류를 통해 진료비를 절약하려는 건강관리조직이다. ACO은 아직 몇 개밖에 없고 대부분의 미국인은 HMO를 통해서 의료서비스를 제공받고 있다. ACO는 주로 행위별수가제로 의료기관에 보상하고 있다. 이는 의료기관이 의료비용을 줄이고 대신 의료의 질을 향상시키면 더 많은 보상이 가도록 하기 위함이다.

4) 자가보험자

50인 이상의 대기업이 내부의 재원을 조성하여 의료비를 지급하는 자가보험이 있다. 최근에 그 수가 늘어가고 있으며 운영은 보험회사에 위탁한다. 보험회사는 여러 가지 상품에 가입시키지만 보험료는 자가보험자와 계약한다. 자가보험자는 보험상품이나 의료기관과의 계약 등을 통해 의료비를 줄이고자 하는 것보다는 근로자들의 건강증진을 통해서 의료비를 줄이고자 노력한다. 근로자들의 의료이용을 줄이는 것이 재원을 유지하기 위한 중요한 요소이기 때문이다.

〈표 Ⅲ-3〉 미국에서 민영의료보험을 공급하는 조직의 형태

보험자	영리추구 유무	소비자그룹	공급하는 상품
전통적 형태의 보험회사	영리	근로자, 개인	전통적 보장형 의료보험, 관리형 의료보험, 소비자주도형 의료보험
블루크로스/블루실드	비영리/영리/ 공공	근로자, 개인	전통적 보장형 의료보험, 관리형 의료보험, 소비자주도형 의료보험
건강관리조직	비영리/영리	근로자, 개인	관리형 의료보험
자가보험	영리	대기업 (50인 이상) 근로자	전통적 보장형 의료보험, 관리형 의료보험, 소비자주도형 의료보험

자료: 이창우 · 이상우(2010).

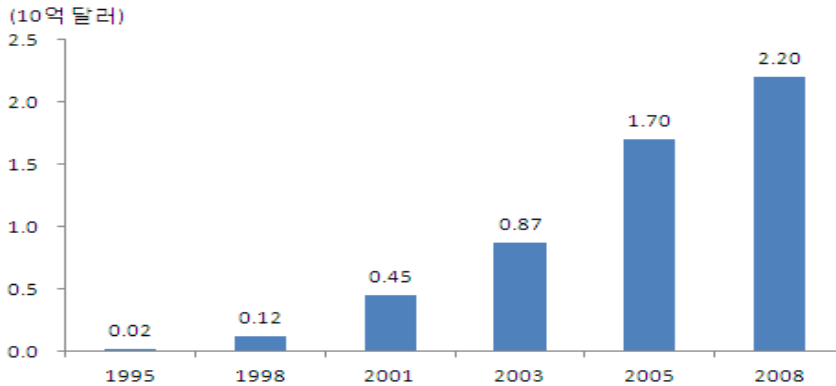
나. 건강관리서비스의 시장현황

1) 규모

Parks Associates(2009)에 따르면 1998~2008년 동안 건강관리서비스 산업은 1.2억 달러 산업에서 22억 달러 산업으로 폭발적으로 성장하였다(10년간 연평균 성장률은 34%). 아직 그 규모는 작지만 이렇게 성장을 할 수 있었던 이유로 Parks Associates(2009)은 세 가지를 들고 있다. 첫째, 건강관리서비스 산업은 2000년 초 질병관리 대상 소비자 풀을 병원에서 관리의료조직으로 확대하였다. 둘째, 2003~2004년에는 자가보험자 시장(Self-insured Employer Market)에 성공적으로 진출하였다. 마지막으로 2006~2008년 건강생활 및 피트니스 서비스(Wellness and Fitness)에 대한 자가보험자의 수요가 증가하였다.

이러한 성장은 의료비 절감이라는 목표 달성을 의료이용을 제한하려는 방법에서 찾기보다는 건강증진에서 찾고자 하는 노력에서 기인된 면이 크다. 관리의료형 상품은 의료비 절감에는 기여했지만 그 동안 많은 비판을 받아왔다. 미국은 더 이상 관리의료 형태로 의료비를 줄일 수 없었을 것이며 그 대안으로 건강관리 서비스를 찾는 듯하다.

〈그림 Ⅲ-1〉 미국 건강관리서비스 산업의 성장 추이(1995~2008년, 총수입 기준)



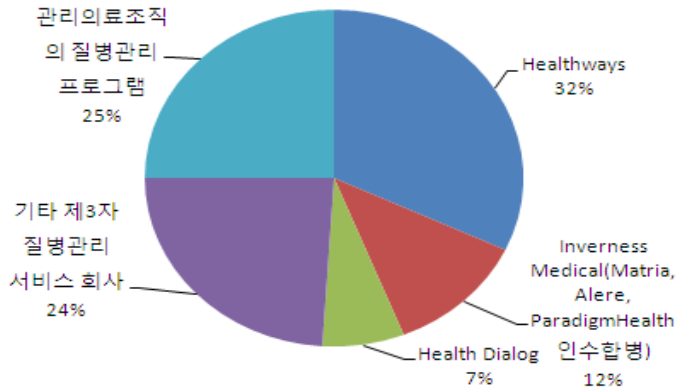
자료: Parks Associates(2009).

2) 건강관리서비스 전문회사의 규모

Parks Associates(2009)는 2008년 말까지 건강관리 시장에서 전문건강관리서비스회사(Third-party Disease Management Vendors)의 비중이 75%에 이르는 것으로 추정하고 있다. 최대의 건강관리서비스 회사인 Healthways가 시장의 32%(수입규모 기준)를 차지하고 있으며 그 뒤를 Inverness Medical과 Health Dialog가 차지하고 있다.

의료 진단장치 제조회사 등 다양한 회사들이 건강관리서비스에 관심을 보여 왔다. 이들은 기존 회사와의 제휴 또는 소규모 기업 인수를 통해서 건강관리서비스 산업에 진입하였으나 최근에는 그 수가 줄어드는 것으로 알려져 있다. Parks Associates(2009)에 따르면 1998년에 20개 미만에서 2003~2005년 성장기에는 200여 개 이상의 전문회사가 경쟁하였다. 2005년 이후 산업통합시기에는 그 수가 줄어들어 2007년에 70개 이하로 감소하였다. 그 이유를 Parks Associates(2009)은 대형 회사의 경쟁과 관리의료조직의 내부적 제공 확대에서 찾고 있다.

〈그림 Ⅲ-2〉 미국 건강관리서비스 전문회사의 시장 점유율(2008년, 총수입)



자료: Parks Associates(2009).

〈표 Ⅲ-4〉 미국 건강관리서비스 기업 통합(2006~2008년)

시기	산업통합
2004년 3월	• 현재는 CVSCaremark가 일부인 Caremark사가 질병관리 공급회사인 AdvancePCS를 인수
2006년 1월	• Matria Healthcare는 2006년 질병관리 서비스 공급 시장의 4위 기업인 CorSolutions Medical을 인수
2006년 10월	• Healthways는 웰니스 솔루션 회사(wellnaess solution provider)인 Axia Health를 인수
2007년 5월	• U.S. Preventive Medicine이 Specialty Disease Management Services를 인수
2007년 8~12월	• Inverness Medical Innovations가 Alere Medical, Paradigm Health, Matria Healthcare 인수
2007년 10월	• British United Provident Association(BUPA)이 Health Dialog의 잔여 지분 인수
2008년 5월	• QMed가 파산 위기를 겪음

자료: Parks Associates(2009).

다. 의료보험회사의 건강관리서비스 사례: CIGNA

1) 회사 개요

미국 필라델피아에 본사를 둔 시그나는 200년의 역사를 가진 미국 상위 6위의 수입규모(2011년 219억 USD)를 가진 의료보험회사이다. 근로자 수는 3,000명에 이르고 46백만 명의 피보험자에게 다양한 의료보험상품과 건강저축계좌, 건강관리서비스를 제공하고 있다.

〈표 Ⅲ-5〉 미국 시그나의 주요 의료보험상품과 현물서비스

구분	상품
의료보험	• 의료기관 네트워크 진료 & 플랜 설계 (HMO, PPO, CDHP, 국가지정 병원 외의 병원 이용 가능한 OAP(Open Access Plan), ACO) • HMO(국가지정병원 이용 중심) • 건강저축계좌(HSA, FSA, HRA, DCSA) • 한도를 초과하는 부분을 추가적으로 보장하는 손실방지보험
의약품보험	• 약제비 보장 • 고액 전문의약품 관리
건강관리 (Health and Wellness)	• 현장임상서비스(건강센터/생체특성 측정 및 분류) • 건강위험도 평가 • 개인별로 적합한 건강생활관리서비스 및 질병관리서비스 • 근로자 지원프로그램¹⁴⁾ • 중증 치료가 필요한 환자의 케이스 관리

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

14) 근로자 지원프로그램(EAP, Employee Assistance Program): 건강생활(wellness), 의료(medical), 약제(pharmacy)와 같은 모든 측면을 고려하여, 개인의 건강상태가 악화되기 전에 행동건강(Behavioral Health)과 관련된 문제들을 관리함으로써, 궁극적으로 입원에 따른 비용 감소를 목적으로 함.

2) 건강관리서비스 제공과정 및 서비스 내용

가) 선별검사

시그나의 건강관리서비스 제공과정은 다음과 같다. 건강상태에 대한 생체 선별검사¹⁵⁾(Onsite Health's Biometric Screening Tests)를 온라인 상에서 실시한다. 이는 질병의 잠재적 위험 요소를 초기에 감지하고 식별할 수 있도록 설계되어 있다. 이를 기초로 서비스 과정에 참여를 권유하게 된다.

나) 건강위험도 평가

건강위험도 평가(HRA)를 위해서는 시그나 및 유사의료(CareAllies) 대행회사에서 획득된 정보가 통합된다. 일반기업과 계약 등에 의해서 건강관리서비스에 가입한 사람(single sign-on)의 건강평가를 위해서 온라인 건강 생체측정 자료 또는 승인된 유사의료 회사로부터 획득한 총 콜레스테롤, HDL, 신장, 체중, 혈압, 허리둘레에 대한 자료를 이용한다.

시그나의 의료보험에 가입한 사람의 건강위험도 평가(HRA)는 피보험자의 WebMD PHR에 사전에 입력된 건강 생체 선별검사 자료 또는 승인된 유사의료 회사로부터 획득한 총 콜레스테롤, HDL, LDL, 혈당, 중성지방, 신장, 체중, 혈압, BMI 값을 이용한다.

15) 징후가 나타나기 전에 질병을 발견하기 위한 검사. 흔한 질병, 공중보건에 영향이 있는 심한 질병, 기존에 알고 있는 증상을 초래해야 하고, 조기치료하면 증상이 호전되어야 하고, 선별검사가 단순하고 신뢰성이 있어야 하며, 위양성/위음성이 낮고, 비용 대비 효과가 좋아야 함.

〈표 Ⅲ-6〉 미국 시그나의 개인정보 집적 내용

분류	획득 개인정보
선별검사 (Screening Tests)	신장, 체중, BMI, 허리둘레 혈압, 혈당, 관상동맥 위험률 총 콜레스테롤, HDL 콜레스테롤, LDL 콜레스테롤 중성지방
코칭	건강 코칭 자료

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

다) 건강위험 수준별 계층화

소비자와 그들의 의사가 적절한 프로그램과 건강의 변화를 낳는 건강자원에 참여할 수 있도록 예측모형(predictive modeling engine)을 이용하여 건강위험 수준별로 계층화한다.

〈표 Ⅲ-7〉 미국 시그나의 건강위험계층 예측모형

데이터	예측 모형	계층
• 생체측정 결과 (BMI, 혈압, 체지방, 콜레스테롤 등) • 생체측정 결과를 이용한 건강위험도 평가 결과 (건강위험의 발견) • 보험금 청구 기록 • 본인과 의사가 제공한 정보 • 기타	• 모든 구성원 대상 잠재적 고비용 지출 가능성 사전적 판단(prisevis) • 건강상태, 건강위험 파악	• 건강군 • 건강위험군 • 만성질환군 • 급성질환군
	• 건강위험도 평가결과를 이용한 추세관리시스템을 통한 미래 건강상태 및 장해에 대한 예측 • 급성질환자의 의료이용량이나 장해 예측을 통한 증거기반 치료 공백의 파악 (Gaps in care analysis)	
	• 재입원 가능성 사전적 판단(prevue)	
	• 선호에 기초한 치료 의사결정 예측	

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

라) 건강위험수준별 서비스 제공

계층화의 목적은 계층별로 적절한 서비스를 제공하여 비용을 절감하기 위함이다. 건강군에 대해서는 건강교육, 건강생활 선별(wellness screening), 온라인 코

칭서비스, 온라인 건강정보 및 톨과 24시간 간호사 상담서비스를 제공한다. 주로 온라인 이용 및 참여 소비자가 전화를 걸어 올 경우 상담을 해 주는 방식으로 동기부여를 한다.

건강위험군은 질병을 가지고 있지는 않지만 가질 가능성이 높은 군으로 이에 대해서는 라이프스타일 지도, 중독 치료, 온라인 지도, 건강위험에 다가가는 서비스(At-Risk Outreach), 건강생활 지도(wellness coaching) 서비스를 제공한다. 온라인을 활용함과 동시에 콜센터가 전화를 하는 방식 등으로 적극적 건강생활 개입을 한다. 라이프스타일 지도는 직장의 생산성에 영향을 미칠 수 있는 정서적인 문제에 대해 온화한 성격을 보유하도록 하는데 초점을 맞추고 있다. 건강생활 지도는 건강행동을 배우고 채택하도록 하며, 건강정보를 찾고 실천하도록 하는 내용을 포함하고 있다.

〈표 Ⅲ-8〉 미국 시그나의 주요 건강관리서비스 내용

분류	지원 전략	세부내용
건강군 (43%가 의료비 7% 지출)	- 건강증진 및 건강생활 지원 (health promotion & wellness) - 온라인 교육 및 요청에 의한 상담을 통한 동기부여	- 건강교육 - 건강생활 선별 - 온라인 코칭서비스 - 온라인 건강정보 및 톨 제공 - 참가자 요청에 의한 24시간 간호사 상담(24-hour Nurseline)
건강위험군 (At-Risk) (22%가 의료비 10% 지출)	- 행동변화 지원 (behavior modification) - 주로 다가가는 서비스 등을 통한 적극적 개입	- 라이프스타일 지도(lifestyle coaching) (주로 정신건강 코칭) - 중독 치료, 온라인 지도 - 건강위험에 다가가는 서비스 (At-Risk Outreach) - 건강생활 지도(wellness coaching)
만성질환군 (23%가 의료비 39% 지출)	질병관리 지원 (disease/condition support)	- 질병관리 - 해당질병 교육 - 치료 의사결정 지원서비스
급성질환군 (12%가 의료비 44% 지출)	진료 조율 (care coordination)	- 사례관리(중대 질환자 관리) - 의료이용관리 - 이식 관리, 장애관리 - 응급실 이용관리 - 치료공백 관리

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

시그나의 경우 주로 건강위험군에 제공되는 건강생활서비스는 전체적으로 감성에 호소하는 방법을 채택하고 있다는 특징을 보이고 있다.

금연프로그램은 다양한 전략을 취하고 있다. 정서적 변화를 유도하기 위한 카운슬링과 사회적 모임 지원을 함과 동시에 직접적 지원을 위한 니코틴 대체치료법을 제공하고 있다. 체중관리 프로그램은 식생활습관 관리에 초점을 두고 있다. 섭취량을 줄이는 다이어트 접근이 아니라 건강한 식생활, 활동의 작은 변화가 체중관리에 도움이 된다는 정서적 변화를 유도하는 접근을 하고 있다. 스트레스관리는 다면적으로 접근하고 있다. 직장과 개인적 대인관계에 따른 스트레스, 업무량과 생활의 시간관리, 신체적 활동, 영양, 수면 등을 관리하고 있다.

〈표 Ⅲ-9〉 미국 시그나의 주요 건강생활관리서비스 내용

종류	전화(적극적 개입)	온라인
금연	• 개인별 맞춤프로그램 안내책자 • 니코틴 대체치료법 가정배달 • 교육자료 • 주간 금연모임 주선 • 프로그램 졸업 후 관리전화	• 개인별 요청 정보 제공 • 니코틴 대체치료법 가정배달 • 연구물, 금연도구 등에 접속 • 금연과정에서 주요시점에 이메일
체중/ 스트레스	• 개인별 맞춤프로그램 안내책자 • 툴킷 제공 • 프로그램 졸업 후 관리전화	• 연구물, 체중관리도구 등에 접속 • 관리과정에서 주요시점에 이메일

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

만성질환군에 대해서는 질병관리, 교육, 치료방식 의사결정 지원(Treatment Decision Support) 서비스를 제공한다. 이 때 질병관리는 자가치료법의 학습 및 적용이 가능하도록 하며, 합병증을 줄이고, 급성으로의 이행을 피할 수 있도록 하는 내용을 담고 있다. 치료방식 의사결정 지원 프로그램은 진단과 치료를 담당할 경험이 많은 간호사, 의사 등과 각 개인을 연결해 주는 서비스이다.

급성질환군에 대해서는 사례관리, 의료이용관리, 이식관리, 장애관리(Disability Coordination), 치료공백 관리(Gaps in Care Management), 응급실 이용관리 서비스를 제공한다. 이때, 의료이용에 대한 관리(Utilization Management)는 복잡한 의

료체계 하에서 최선의 의료서비스가 이루어질 수 있도록 각 개인에게 방향성을 제시해 주는 프로그램이다. 소비자들이 가장 편리한 방식을 통해 혜택은 많이 받으면서도 본인부담금을 최소화할 수 있는 최적의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 지원하는 것이다.

사례관리(Case Management)란 높은 의료비용을 수반하는 피보험자를 대상으로 치료효과를 극대화하고 합병증을 방지하기 위한 서비스이다. 사례관리에서 취급하고 있는 주요 대상으로는 대규모 보험금 관리 프로그램, 이식, 출산관리, 심혈관 질환, 전이관리(Transitional Case Management Programs), 뇌혈관 질환, 종양 및 암, 당뇨병, 신생아 집중치료 등이 있다.

〈표 Ⅲ-10〉 미국 시그나의 주요 건강관리서비스 대상 질병

서비스	내용
10개 만성질환 관리 (10 Chronic Condition Management(CCM))	• 관상동맥 질환, 말초 동맥 질환, 울혈성 심부전 • 천식, 만성폐쇄성 폐 질환 • 당뇨, 관절염, 요통 • 체중 관련 질환 • 우울증
치료 결정 지원	• 관상 동맥 질환 • 관절염(엉덩이, 무릎), 허리통증 • 양성 자궁, 전립선암, 유방암
리스크 경감 및 건강 교육 지원/코칭	• 고혈압, 고지혈증 • 예방 • 당뇨병 전기(Pre-Diabetes) • 건강한 식생활, 신체 활동

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

장해관리(Disability Management)는 결근 방지, 안전한 작업환경 조성, 직장으로의 조기 복귀에 초점을 맞추고 있다.

응급실결정지원(Emergency Room Decision Support) 서비스는 각 응급실 방문 이후 각 개인의 선택을 지원하며, 질병관리 프로그램이나 행동관리서비스에 대한 추천, 1차 의료공급자와 개인 간 연결을 도와주는 역할을 담당한다.

이외에 서비스 비용 및 질에 대한 투명한 정보 제공(Cost & Quality Transparency

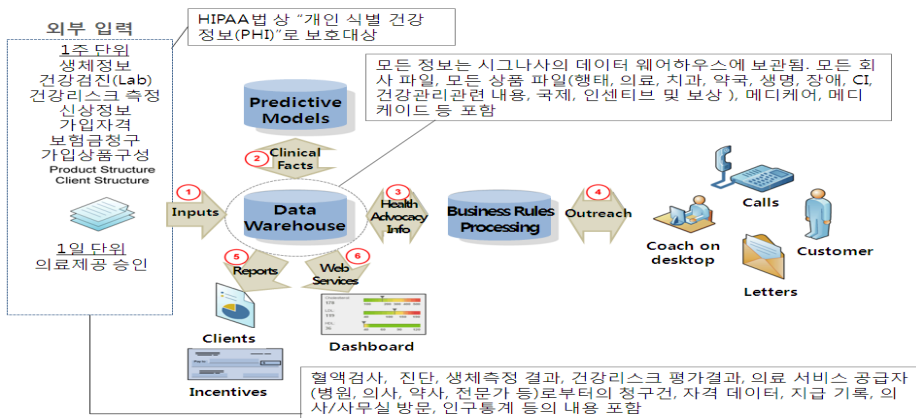
Tools)서비스가 있다. 소비자들이 소요되는 총비용을 인지함과 더불어 저렴한 비용으로 양질의 의료서비스를 이용할 수 있도록 도와주는 서비스이다. 동 프로그램에서 제공되는 일부 방식의 경우, 소비자가 본인이 선택하는 치료방식에 따라 발생하게 될 비용을 이해할 수 있도록 맞춤화 되고, 종합적인 견적을 제공한다.

3) 개인정보의 흐름 및 보호

시그나는 건강관리서비스를 제공하기 위하여 HealthEView를 구축하였다. HealthEView란 전체적인 건강관리서비스를 지원하도록 설계된 통합 지원시스템이다. HealthEView는 기술과 데이터의 통합을 통해서, 개개인의 건강에 영향을 미치는 모든 요소를 지속적으로 심도 있게 파악할 수 있도록 해 준다.

개인정보(PHI: Personal Health Information)는 HealthEView의 운영에 핵심 구성 요소이다. ① 개인건강정보를 HealthEView 시스템에 입력한다. ② 정보는 예측모델을 통과한 후 ③ 건강위험 등급 결정 등의 업무규정에 따라 건강지원 대상을 결정한다. ④ 서비스를 제공한 후 ⑤ 정보흐름에 관리대상자와의 상호작용이 추가되어 최종적으로 보고 및 ⑥ 웹 서비스가 이루어진다.

〈그림 Ⅲ-3〉 미국 시그나의 HealthEView: 개인 식별 건강정보 입력



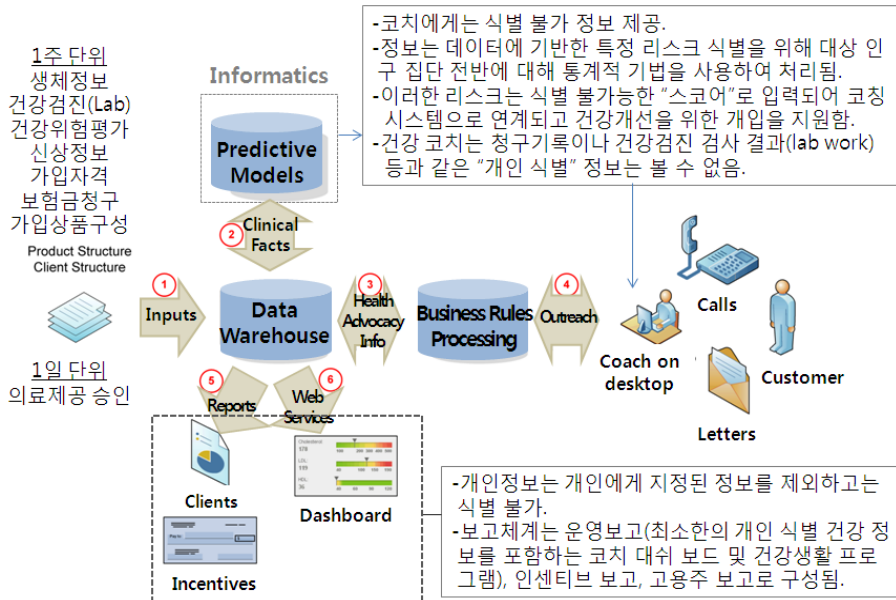
각주: 1) PHI: HIPAA의 프라이버시 규칙은 "개인 식별 건강 정보"를 보호하도록 하고 있으며, 이러한 정보를 PHI 또는 "보호된 건강 정보"라고 부름.

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

이 과정에서 맨 먼저 개인정보를 입력하게 된다. 이 정보는 법률상 보호가 요구되는 정보이다.

개인정보가 입력된 후에는 예측모델을 통한 분석이 이루어지게 되고 그 후에는 건강코치에게 개인정보가 전달되지 않게 되어 개인정보가 보호되도록 시스템이 구축되어 있다. 참가자에 대한 결과 보고서는 개별 참가자에게만 주어지며 건강선별검사(Screening Test)를 설명하고, 그 결과를 기록하고 있다. 참가자 집계 보고서는 건강상태 검사 결과의 요약 보고서로 고용자에게만 전달되며 근로자의 건강 개선을 달성하도록 돕기 위한 권장 사항을 제공한다. 그리고 참가자 목록 보고서는 참가자의 이름만 기록(PHI data 아님)한다.

〈그림 Ⅲ-4〉 미국 시그나의 HealthEView: 개인식별이 불가능한 정보의 흐름



자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

4) 인센티브

소비자 참여를 위해 무엇보다도 건강상태의 개선성과에 대한 인센티브 제도가 현실감이 있기 때문에 효과적일 수가 있다. 시그나의 인센티브는 고용주가 지급하며 참여 소비자(근로자)에게 직접 혜택이 돌아가도록 설계되어 있고 건강생활서비스의 성과와 연계되어 있다.

〈표 Ⅲ-11〉 미국 시그나의 인센티브

종류	내용
Choice Fund Incentives Program	• 시그나가 제공하는 프로그램에 끝까지 참여했을 때 고용자가 현금을 근로자의 HRA 혹은 HSA에 입금 • Choice Fund HRA 혹은 Choice Fund HSA와 건강증진 프로그램이 결합된 플랜
Healthy Awards Account Program	• 고용자가 설계한 인센티브 프로그램의 완료시 개인에게 지원되는 현금 • HRA에 만 해당
Incentive Points Program	• 포인트를 적립하고 포인트를 상품 구입 및 보험료 납부에 사용할 수 있도록 함

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

시그나가 설계한 인센티브 프로그램(Choice Fund Incentives Program)은 시그나에 건강저축계좌(HRA 혹은 HSA)를 개설한 250명 이상의 직장에 적용된다. 소비자는 Choice Fund HRAs(Health Reimbursement Accounts) 혹은 Choice Fund HSAs(Health Saving Accounts) 중 하나와 시그나가 제공하는 건강증진 프로그램을 결합하여 선택한다. 고용자가 현금을 적립하고 근로자의 본인부담의료비의 지급에 사용한다. 본인부담의료비를 지급하고도 남은 잔여금은 의료저축계좌와 같이 의료비로 사용이 가능하고 다음 해로 이전가능하다.

고용자가 설계한 인센티브 프로그램(Healthy Awards Account Program)은 고용자가 설계한 건강증진 프로그램에 참여하였을 경우 Choice Fund HRAs에 고용자가 현금을 입금한다. 적립금은 근로자의 본인부담의료비의 지급에 사용한다. 프로그램이 진행 중인 해에는 사용하지 못하고 그 다음 해에는 가능하다.

포인트 프로그램은 각종 건강증진프로그램에 적극적 참여를 유도하기 위한 것이다. 시그나는 온라인으로 서비스를 제공하는 IncentOne사와 제휴를 맺고 시그나가 제공하는 대부분의 의료보험상품과 연계해서 인센티브를 제공하고 있다. 고용자는 인센티브 프로그램을 선택할 수 있고 재원을 부담한다. 근로자는 포인트를 기프트 카드, 현물상품, 여행상품, 기부, 데빗 카드, 보험료 납부, HRA 혹은 HSA 적립 등에 사용할 수 있다. 프로그램 당해 연도에는 사용할 수 없고 다음 해부터 사용할 수 있다. 고용자는 포인트의 상한선을 설정할 수 있고 용도를 설정할 수도 있다.

또한 시그나는 건강관리서비스 관련 기업들과 다양한 제휴프로그램을 운영하고 있다. 시그나는 별도의 비용을 수반하지 않고 타 보험사와 차별화된 경쟁력을 확보한다는 차원에서 2001년 4개 프로그램으로 출발하여 현재 9개 테마에 26개 제휴 프로그램을 운영하고 있다.

〈표 Ⅲ-12〉 미국 시그나의 주요 제휴 건강생활관리서비스

종류	프로그램	서비스 세부 내용
체중 및 식단 관리	Weight Watchers	• 체중관리 프로그램 • 참여시 15% 할인
	Jenny Craig	• 1대1 식단관리 프로그램 : 3식 및 간식 • 1달 무료체험, 6개월 회비 50% 할인, 체중 감량 후 1년 유지/관리 프로그램의 20% 할인 중 택일
	Healthy Roads	• 전화를 활용한 체중관리 프로그램 • 회원비 10% 할인
	NutriSystem	• 개별 특성에 맞춘 식단관리 • 회비 15% 할인
	Scale	• Drugstore.com을 통해 체중계 구입 시 10\$ 할인
Fitness	Fitness Clubs	• Ballys, New York Sports Clubs, Gold's Gym, Curves(여성전용 헬스) 등 헬스 클럽 회비 할인
	10,000 steps a day	• 만보기, 올바른 걷기/체조 가이드북, 온라인 프로그램 등을 제공 • 8주 프로그램을 24\$에 제공 • 8주 후 52주 추가 연장시 20\$ 추가할인

주: Tobacco Cessation(3개), Vision and Hearing Care(3개), Mind/Body(2개), Vitamins Health and Wellness Products(4개), Alternative Medicine(2개), Dental Care(2개), Healthy Lifestyle Products(2개).

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

5) IT 기술 이용

시그나는 수백여 가지의 건강관련 주제에 관한 전문가의 의견, 의학연구조사 결과, 건강상식 등을 팟캐스트(Apple's iTunes podcast)¹⁶⁾를 통해 제공하고 있다. 예를 들면, ‘가족 건강’이라는 카테고리 하에 일상생활에서 조심해야 하는 행동들, 아이들의 건강한 학교생활을 위한 팁 등을 제공하며, ‘일과 생활(work/life)’에서는 일상생활에서 운동을 하는 요령, 마라톤과 같은 이벤트 소개 등을 제공하고 있다. ‘약(pharmacy)’ 카테고리에서는 약을 구입하는 요령, 복용 시 주의사항 등의 약에 관한 전반적인 내용을 제공한다.

시그나는 디지털 건강앱 전문회사인 SocialWellthTM과 합작하여 앱처리 플랫폼(app curation platform)인 Go You Cigna MarketplaceTM를 개발하였다. 현재 건강, 휘트니스 관련 어플리케이션은 40,000여 개에 달해 실제로 소비자가 어떤 것을 선택해야 할지 어려움이 많다. 이러한 문제를 해결하고자 개발된 이 프로그램은 많은 건강 앱들 가운데 양질의 앱들을 골라내 보증해주고(SocialWellth사가 주로 담당하는데), 이렇게 추려진 양질의 앱들 가운데서 개인의 건강상태와 선호에 맞는 앱을 선택해 주는 역할을 한다. 이후 더 발전되면 이러한 앱들은 시그나의 건강 교육, 기업이 스폰서 하는 건강 인센티브 프로그램들과 통합되어 더 풍부한 내용을 제공할 수 있다.¹⁷⁾

이 프로그램은 온라인과 휴대폰을 통해 제공될 것이며 시그나 피보험자들은 시그나 계정 혹은 페이스북 계정을 통해 접속할 수 있다. 일단 접속하면 피보험자들은 시그나에 저장된 정보에 근거해서 최적화된 앱들을 추천받아 사용하게 된다. 피보험자들은 일단 사용해 본 결과를 회원들 간에 사회적 네트워크를 통해 공유할 수 있다. 그리고 최종적으로 시그나 피보험자들이 사용하고 있는 앱의 데이터는 다시 시그나의 GoYou 시스템에 공유되게 된다.

Aetna에서도 이와 비슷한 CarePass platform을 운영하고 있으나 CarePass가

16) 시그나(<http://www.cigna.com/healthwellness/audio-library>).

17) MobiHealthNews(2013. 10. 1), “Cigna enters app curation, data sharing with GoYou”.

모든 사람에게 개방된 프로그램인 반면, 시그나의 Go You Marketplace는 오직 시그나 피보험자들에게만 개방된다.

시그나 회원은 구글 플레이나 앱 스토어에서 언제 어디서나 앱(myCigna Mobile App)을 다운받아 이용할 수 있다. 앱이 제공하는 내용들은 의사, 병원 위치 찾기, 전체 가족의 ID카드 정보 확인, 공제액(deductible) · 계좌 잔액 · 청구상태 등의 확인, 약 조제비용 비교 등이다.

6) 건강관리서비스 위탁 사례

시그나는 주로 자기회사의 피보험자를 대상으로 건강관리프로그램을 제공하고 있는데 다른 기업이나 보험회사로부터 시그나의 건강관리프로그램을 위탁 받아 운영하기도 한다.

한 예로 시그나는 2013년 6월 전문 운전자들을 대상으로 한 건강관리 프로그램 제공회사인 Rolling Strong사의 건강관리 회원(Wellness Program Members)을 대상으로 시그나의 건강관리서비스를 제공하기로 계약을 체결했다. Rolling Strong은 트럭, 버스 운전자 등에 특화된 건강관리서비스를 개발하여 제공해 왔으나 전국 어디서나 접근이 용이하지 못한 한계를 가지고 있어 시그나의 광범위한 체계를 이용해 보다 나은 서비스를 제공하려는 것이 목적이다.

Rolling Strong 멤버들이 시그나로부터 제공받게 되는 서비스는 다음과 같다. 첫째, 미국 전역의 1,100여 개의 트럭 주차가 가능한 병원에서 매월 1회 무료로 건강진단(혈압, 맥박수, BMI, 체중)을 받을 수 있다. 둘째, 월~금 아침 9시부터 밤 9시까지 아무 때나 전화를 통한 건강상담 및 교육을 무제한으로 받을 수 있다. 그 외에도 여러 가지 서비스를 받을 수 있다.

라. 건강관리서비스 전문회사 사례: Healthways

1) 회사 개요

1981년 American Healthcorp로 출발한 Healthways는 건강관리서비스 전문 회사로 미국에서 가장 큰 시장점유율을 차지하고 있다. 2011년 근로자 수가 4,000명, 관리대상자 수는 2,700만 명, 매출액은 8,000억 USD에 이른다. 이 회사는 독일, 프랑스, 호주, 브라질에 진출하여 사업을 하고 있기도 하다.¹⁸⁾

초기에는 병원 경영을 하다가 1983년 질병관리센터(Disease Management Treatment Centers)를 설립하면서 질병관리서비스 사업을 시작하였다. 2006년 이후에는 질환자뿐만 아니라 건강한 사람도 대상으로 한 영양관리, 운동관리 등의 건강생활관리서비스(Wellness and Fitness)를 제공하기 시작하였다. 주요 대상자는 대기업, 정부(메디케어), 보험회사이다.

2) Gallup-Healthways 웰빙 솔루션

건강관리서비스를 공급하기 위해서는 대상자의 건강위험요인을 알아야 한다. 이를 위해서 2008년에 Healthways사는 Gallup과 공동으로 수십 년간의 임상연구, 건강관련 사업 경험, 행동경제학의 연구결과들을 융합하여 건강한 삶을 유도하는 주요 요인들을 이해하고 추적하는 사업에 착수하였다. 그 결과로 웰빙 측정 시스템인 Gallup-Healthways Well-Being 5TM와 웰빙지수(Well-Being Index)를 개발하였다.

Gallup-Healthways Well-Being 5TM은 Healthways사가 갤럽사와 함께 개발한 종합적인 웰빙 측정 방법이다. Gallup-Healthways Well-Being 5TM은 과학자들이 개발한 엄격한 프로세스를 통해 개인이나 단체의 웰빙 상태를 추적·보고하는 과학적인 설문조사로써 다섯 가지 요소를 포함한다.

18) Healthways(<http://www.healthways.com>).

Gallup-Healthways Well-Being Index(WBI)는 Gallup사와 Healthways사가 공동 개발한 웰빙지수(well-being index)이다. 이를 위해 Gallup-Healthways는 30년간 축적된 Healthways사 건강관련 데이터와 갤럽사의 Gallup World Poll을 결합하여 미국 국민의 건강상태를 측정하고 있다. Gallup World Poll은 미국 전역에 걸쳐 실시되는 광범위한 설문조사로서 2008년 1월 2일에 시작되어 이제까지 190만 명이 조사에 응했다. 웰빙지수를 만들기 위해 갤럽은 또한 매년 1,000명의 미국 성인을 대상으로 7일 동안(주요 공휴일을 제외) 전화 인터뷰를 실시한다. 조사를 바탕으로 매년 미국 50개 주와 각 주의 주요 도시의 웰빙 상태에 관한 보고서를 발간하고 있다. 이 결과는 건강을 개선하기 위한 목표와 계획을 수립하는데 근거자료로 활용된다. 2013년부터는 전 세계 주요국의 웰빙지수를 측정하고 있고 그 결과는 2014년에 발표될 예정이다.

〈표 III-13〉 Gallup-Healthways Well-Being 5TM의 5가지 요소

구분	내용
Purpose(목표)	• 매일 하는 일을 좋아하고 목표를 달성하기 위해 동기부여를 하는 요소
Social(사회적 관계)	• 지지하고 응원하는 사회적 관계를 형성하는 요소
Financial(경제 관리)	• 스트레스를 줄이고 삶의 안정성을 증진시키기 위해 개인의 경제상태 관리 요소
Community(지역환경)	• 살고 있는 지역을 좋아하고, 안전하게 느끼게 하는 요소
Physical(신체건강)	• 건강을 유지하고 매일 할 일을 하기 위한 에너지를 충분히 가지게 하는 요소

자료 : Healthways(<http://www.healthways.com>).

웰빙지수는 여섯 개 분야별 점수의 평균으로 이루어진다. 여섯 개 분야는 생활평가, 정서건강, 신체건강, 건강생활실천, 근무환경, 기초조사로 이루어져 있다. 생활평가(life evaluation)는 Cantril의 자아준거적 성취척도(Cantril Self-Anchoring Striving Scale) 기법¹⁹⁾에 근거해서 개인의 현재 상태를 5년 후에 예상되는 상태

19) 삶의 질을 측정하는 방법 중 하나로서 인지적 접근(Cognitive Approach)을 시도하는 방법임. 인지적 접근이란 개인이 복지를 현재 상태와 기대하는 상태 내지는 바람직

와 비교한 평가를 결합하여 측정한다. 신체적 건강은 BMI, 질병, 아픈 날 수, 육체적 고통, 병력, 매일의 생활 에너지 등에 관한 질문으로 이루어져 있다.

〈표 Ⅲ-14〉 미국 Healthways의 Well-Being Index 조사내용

구분	내용
생활평가	• 0~10까지 중 지수 선택
정서건강	• 웃음, 존경, 즐거움, 행복, 걱정, 슬픔, 화, 스트레스, 흥미 있는 일을 하거나 배움, 우울
건강생활실천	• 흡연, 건강식이, 과일야채 섭취 횟수, 운동 횟수
근무환경	• 직업 만족도, 업무 강도와 능력, 관리자의 처리능력, 관리자의 신뢰도
기초조사	• 지역사회 만족도, 살기 좋은 지역, 깨끗한 상수도, 의료, 운동 장소, 저렴한 과일·야채 가격, 밤길 안전, 음식, 쉼터, 건강케어를 위한 재정 상태, 최근 치과치료, 의사 상담, 의료보험
신체건강	• 생체특성 평가

자료: 1) Healthways(<http://www.healthways.com>).

2) 최상태(2013)를 재구성함.

3) 건강관리서비스(Health & Well-being Service) 제공과정

Healthways의 서비스 제공과정은 시그나와 유사하다. 첫 번째 단계로 Well-Being 5TM를 이용해서 웰빙진단(WBA: Well-Being Assessment)을 실시한다. WBA는 시그나의 건강위험도 평가(HRA)에 해당한다.

Healthways의 웰빙진단은 기관이나 조직에 특화된 건강위험 진단서비스로 신체적, 정신적 건강상태 진단과 더불어 생산성 그리고 Well-Being Index에 포함된 여섯 가지 범주의 건강 상태를 평가하고 있다. Healthways의 웰빙 개념은 정서적, 신체적 건강뿐만 아니라 직장, 재정 그리고 개인의 사회적 인간관계까지 포함하는 종합적인 개념이다.

Healthways가 제공하는 WBA의 특징을 살펴보면, 첫째, 기관 혹은 조직의 생

하다고 느끼는 상태와의 괴리로서 만족-불만족의 정도를 측정하는 방식임.

산성, 장기 혹은 습관적 결근(absenteeism), 그리고 습관적으로 직장에 머물기(presenteeism)가 사회적, 정서적, 신체적 건강과 상호작용한다는 인식하에 일반 건강위험도 평가(HRA)와 달리 스트레스, 직장문화, 리더십 그리고 건강 자원 등의 진단을 통해 직장 근무환경의 실질적인 질을 평가한다는 점이다. Sears et al.(2013)의 연구결과를 보면 종합적인 WBA 수치의 개선은 건강(의료비, 병원 방문 횟수, 입원), 생산성(결근, 업무성취도, 프리젠티즘), 그리고 이직여부에서 모두 긍정적인 효과를 가져왔음을 보이고 있다. 이는 종합적 웰빙 개선이 실질적으로 직장 내 고용인들의 건강, 생산성, 이직여부 등을 예측하는 중요한 자료가 될 수 있으며 기업의 성과에 영향을 미친다는 것을 시사하고 있다.

둘째, WBA는 해당 기관이나 조직의 건강 상태를 내·외적으로 비교할 수 있게 해준다. 조직에 속한 개인들의 평가 결과를 미국 전체 수치와 비교하거나, 혹은 같은 기업 내의 다른 부서 혹은 다른 지역을 서로 비교할 수 있게 해준다. 주로 기업, 단체보험, 혹은 병원 등의 기관들과 계약을 맺어 실시하며 평가 시작부터 30일 이내에 종합적인 웰빙 보고서를 제공하는데 여기에는 전국의 Well-Being Index와 해당 기관과의 비교가 포함되어 있다. 기관에 소속된 각 개인들도 개인 웰빙보고서를 제공받는다. 검사 과정에서 나타난 개인의 응답과 건강위험을 반영하여 건강상태를 증진시킬 수 있는 맞춤형 웰빙 플랜도 제시된다.

WBA가 평가되면 개인과 대상 집단의 건강리스크 수준별로 계층화하고 계층별로 동기부여를 위한 교육 및 코칭을 실시한다. 마지막 단계에서는 프로그램 효과평가를 하고 초기단계로 피드백을 한다.

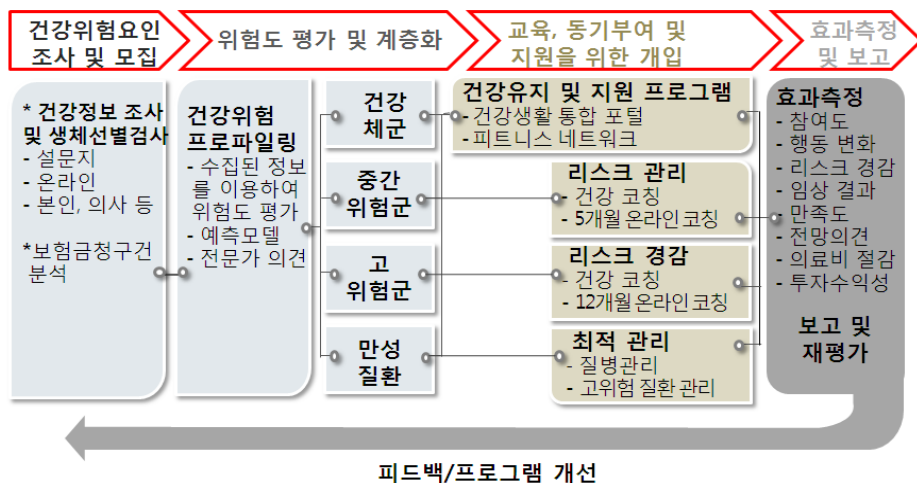
4) 건강생활관리서비스 내용

Healthways는 다양한 프로그램을 운영하고 있다. QuitNet[®]은 세계 최대의 성공적 금연 웹사이트이다. 주로 단체가입자이며 약 100만 여 명이 가입하고 있다.

Prime Fitness 프로그램은 8,000여 개 휘트니스 센터와 네트워크를 구축하여 개인별 코치를 하는 서비스이다. 온라인으로 회원 등록하면 피트니스 계획 및 목표를

설정하고 월별 및 분기별 자세한 결과표를 제공하면서 다음 단계를 설정한다. 프로그램 계획 설정 시 재등록 기회, 현금, 포인트, 쿠폰 등의 인센티브를 통하여 참여도를 높이고 있다.

〈그림 Ⅲ-5〉 미국 Healthways의 건강관리서비스 제공과정



자료: 1) Healthways(<http://www.healthways.com>).
2) Parks Associates(2009).

SilverSneakers®는 65세 이상 메디케어 어드벤처지 플랜 피보험자를 대상으로 한 신체 활동 장려 및 사회적 이벤트를 제공하는 프로그램이다. 1992년에 만들어진 SilverSneakers는 현재 미국 전역에 천만 명 이상의 회원을 보유하고 14,000여 개의 센터가 있다. 65세 이상자는 자동으로 등록된다. ID 카드가 발급되면 전화 또는 웹사이트로 지역 내 프로그램에 등록하고 피트니스, 운동 프로그램 등에 참여하게 된다. 지역별 회원 정기 모임 등 사회적 이벤트에 참여를 권장하고 있다.

Innergy™는 비만관리 프로그램으로 생체선별(Biometric Screening) 시스템을 이용하여 데이터 관리 및 분석을 하고 이를 기초로 전화와 모바일을 이용한 코치의 지도, 웹사이트 및 모바일 웹을 통한 1일 단위 지원 및 그룹 커뮤니티 등이 제공되고 있다. 그리고 온라인을 이용하여 지속적인 체중 조사 및 상담이 이루어지고 있다.

〈표 Ⅲ-15〉 미국 Healthways의 주요 건강생활관리서비스 내용

구분	내용
QuitNet® (금연 프로그램) http://www.quitnet.com	1단계 • 금연 가이드 및 이행 추적 도구 제공 • 매일 이메일 발송 : 각자의 금연상태, 성적 증명서, 동기부여 • 온라인 전문 상담가의 조언 • 회원들의 게시물 및 온라인 채팅 기능 무제한 접근
	2단계 • 전문 금연 상담가의 전화 상담 • 금연 60일 이후 재발방지 전화 • 무제한 인바운드 콜 • 행동변화를 위한 프로그램 병행 가능(몸무게, 영양, 스트레스 관리)
	3단계 • 니코틴 대체 약물 검사/설문 조사 • 니코틴 대체 요법 지원 및 배달, 금연 처방약 할인
Prime Fitness (운동량관리 프로그램)	• 8,000여 개 휘트니스 센터와 네트워크 구축하여 관리서비스 제공
SilverSneakers® (노인 운동 및 사회관계 프로그램)	• 65세 이상 메디케어 어드벤처지 가입자 대상 • 휘트니스(이용 무료, 개인 트레이너 이용 시 본인부담) • 운동 프로그램 : 헬스, 에어로빅, 수영, 요가 • Prime Fitness 및 QuitNet 이용 • 건강교육 세미나, 행사 참여, 운동 비디오 제공 • 운동, 영양, 건강 전문가 상담 • 건강 맞춤형 보고서 제공 • 전용 웹사이트 운영
Innergy™ (비만관리 프로그램)	• 존스홉킨스 의대에서 개발한 비만관리 프로그램 • 기업, 의료보험회사, 의사 네트워크, 정부가 주요 참여자
Physical Medicine Benefit Management (물리치료 관리)	• 척추지압요법(chiropractic), 물리치료에 대해 부적절한 이용을 방지
Patient-Centered Medical Home	• 소비자와 요양원의 예방봉사활동 연결 사업

자료: 1) Healthways(<http://www.healthways.com>).

2) 최상태(2013)를 재구성함.

5) 온라인 활용

Healthways는 온라인 건강관리 서비스로 웹사이트인 Well-Being Connect™와 모바일 어플리케이션인 WellbeingGO™를 운영하고 있다. Well-Being

Connect™ 는 웹기반 개인 맞춤형 행위교정 응용프로그램으로 소비자들은 자신의 건강 상태를 진단하고 필요한 목표를 세워 달성해 가는 전 과정을 도와준다. WellbeingGO™ 는 건강을 지키는 생활습관과 행위를 하도록 도와주는 응용프로그램으로 2012년 현재 대략 6백 5십만 명에 달하는 소비자들이 이 프로그램들을 사용 중이다.

온라인 건강관리서비스의 구체적인 내용을 알아보기 위해 Healthways가 건강관리 서비스를 제공하고 있는 보험회사인 Partners for Health의 사례를 살펴보면 다음과 같다.

소비자들은 먼저 웰빙 계좌를 만든 다음 건강관련 설문조사로 이루어진 온라인 WBA(Well-Being Assessment)를 받게 된다. 온라인 WBA를 마치고 나면 평가 결과에 따라 개인에 맞춰진 웰빙 플랜이 24시간 이내 전달된다. WBA 결과에 근거해서 개인에게 필요한 세 가지 핵심영역(Focus Areas)의 행위목표가 제시되면 소비자는 Well-Being Connect에 접속해서 자신에 맞는 행동 목표를 수립하고 이후 달성해 가는 과정을 지속적으로 관리 받을 수 있다.

소비자들이 언제 어디서나 손쉽게 활용할 수 있는 WellbeingGO™ 를 이용하기 위해서는 우선 Well-Being Connect™ 에 접속해서 어플리케이션을 다운받고 모바일 계정을 만들면 된다. Well-Being Connect에 저장된 개인의 데이터가 모바일폰과 연동되어 있어 장소에 구애 없이 이용할 수 있으며 건강 전문가, 코치, 그리고 동료들과 인터넷으로 소통할 수 있다.

6) 보험회사로부터 위탁 사례

Healthways는 1996년 맨 처음 질병관리서비스 계약을 맺은 이후 다양한 보험회사들을 대상으로 건강관리서비스를 제공하고 있다.

대표적인 민영의료보험으로는 시그나(CIGNA Healthcare), 병원중심의 민영의료보험인 블루크로스과 블루실드(Blue Cross and Blue Shield),²⁰⁾ 웰초이스(WellChoice), 미시간헬스플러스(Health Plus of Michigan), 뉴욕 옥스포드보험

(Oxford Health Plans of New York) 등이 있다.

대규모 보험회사의 경우는 자체 건강관리프로그램을 가지고 있는 경우가 많은데 이 경우 Healthways는 특정 프로그램(예를 들면, SilverSneakers)을 공급하는 계약을 맺기도 한다. Healthways는 블루크로스와 블루실드 보험회사와 파트너십을 맺고 블루365(Blue365)²¹⁾를 통해 월 25달러에 여러 지역에 분산되어 있는 8,000여 개의 Healthways Fitness를 이용할 수 있도록 하고 있다.

한편, 소규모 보험회사, 기업이 제공하는 단체보험, 주 정부 혹은 의료단체에서 제공하는 보험의 경우는 Healthways에 건강관리서비스 전체를 위탁하는 경우가 많다. 예를 들면, 사모펀드 회사들이 연합해서 보험을 제공하고 있는 Equity Healthcare²²⁾의 경우 2011년 Healthways의 통합된 건강관리서비스를 제공받는 계약을 체결했다.

7) 공적 의료보험과 연계사례

65세 이상 노년층을 대상으로 하는 공적 의료보장제도인 메디케어는 크게 두 가지로 구분되는데, 연방정부에 의해 직접 관리되는 메디케어 고유플랜(Original Medicare Plan)과 민영 의료보험회사를 통해 운영되는 메디케어 어드벤처지 플랜(Medicare Advantage Plan)이다. 메디케어 어드벤처지 플랜은 오리지날 메디케어에서 커버하지 않은 시력, 청력, 치아와 더불어 건강관리에 대한 추가적인 의료보장을 제공하고 있다.

20) 이 가운데 블루크로스와 블루실드는 미국에서 가장 오래되고 큰 보험회사로 전국적으로 90%의 병원과 80%의 의사들이 네트워크로 연결되어 있음. 38개의 지역기반 독립적인 보험회사의 전국연합으로 모두 합쳐 미국 인구의 1/3에 해당하는 9천 9백만 명에 이르는 피보험자를 보유하고 있음.

21) 블루365(Blue365)는 블루크로스와 블루실드에 가입한 회원을 대상으로 운동기구, 체육관 회원권, 건강 식단 등에 할인을 제공하는 프로그램임.

22) 2008년 블랙스톤 그룹(Blackstone Group)에 의해 설립되었고 30만 명에 이르는 회원을 보유하고 있으며 연간 의료 지출이 15억 달러에 이르고 있음.

〈표 Ⅲ-16〉 미국 메디케어의 보장내용

구분	주요 보장내용
메디케어 파트 A (Medicare Part A)	• 병원에서의 입원 및 재택/시설간병을 보장하는 입원보장보험(Hospital Insurance) • 일정 기준을 충족할 경우 전문간병시설(skilled nursing facility), 말기환자간병(hospice), 재택간병(home healthcare)도 보장
메디케어 파트 B (Medicare Part B)	• 의사의 진료서비스나 외래진료 같은 의학적 필요서비스를 보장하는 의료보험(Medical Insurance) • 건강을 보장하고 질병의 악화를 방지하는 일부 예방서비스도 보장
메디케어 파트 C (Medicare Part C) (= Medicare Advantage Plan)	• 파트A, 파트B, 때로는 파트D(처방약)까지 통합하여 메디케어 보험급여를 받을 수 있는 메디케어 맞춤형플랜(Medicare Advantage Plan) • 메디케어에서 승인한 건강플랜 옵션(Medicare HMO나 Medicare PPO 등)으로 민영보험회사에서 운영
메디케어 파트 D (Medicare Part D)	• 메디케어 처방약보장플랜(Medicare Prescription Drug Coverage) • 메디케어의 승인을 얻은 보험회사가 판매
메디갭 (Medigap)	• 메디케어 고유플랜(A+B)의 보충형 상품으로 민영보험회사에서 판매

주: 메디케어 고유플랜은 A+B임.

Healthways는 메디케어 어드벤처지 플랜 피보험자를 대상으로 건강관리서비스를 제공하고 있다. 메디케어를 전반적으로 관리하는 연방정부 산하의 CMS(Center for Medicare & Medicaid Services) 승인을 받은 노인 대상 건강위험진단(Senior WBA)과 그 결과에 근거해 제시된 맞춤형 웰빙 플랜, 그리고 이를 성취하기 위한 수단으로 Well-Being Connect, 전화를 통한 건강 지도, Silver Sneakers Fitness Program 등이 제공되고 있다.

한편, Healthways는 주정부와 직접적인 계약을 통해 건강관리 서비스를 제공하기도 한다. 2013년 조지아주 지역의료부의 State Health Benefit Plan(SHBP)을 통해 건강생활관리서비스를 2014년부터 제공하기로 계약을 맺었다. 65만 명에 달하는 조지아주 고용자와 그 가족들을 대상으로 제공될 서비스는 Healthways의 WBA, Well-Being Connect™, WellbeingGO, 생체측정 등이 있다.

마. 미국 건강관리서비스 평가

1) 주요특징

미국은 조사된 운영 주체를 불문하고 다음과 같은 공통점을 가지고 있다.

첫째, 서비스의 제공과정은 동일하다. 주어진 정보를 이용한 선별검사, 건강 위험도 평가, 예측모형을 이용한 건강위험군 계층화, 각 군 별로 적합한 건강관리서비스 제공, 성과 평가의 단계를 거치고 있다.

둘째, 건강생활관리서비스 대상 건강위험요인은 동일하다. 금연, 운동량 관리, 영양관리, 스트레스 관리가 그것이다. 음주관리를 별도의 프로그램을 통해 적극적으로 제공하는 회사는 찾아보기 어렵다.

셋째, 질병관리와 건강생활관리서비스를 통합하여 제공하고 있다. 미국은 본래 질병관리서비스로 출발하여 최근에 건강생활관리서비스를 제공하기 시작하였다. 한편, 방문서비스를 제공하는 회사도 있다.

넷째, 의료보험회사는 물론 건강관리서비스 회사들이 온라인 전략을 사업모형에 추가하고 있다. 건강관리서비스 분야에서 인터넷이 어떤 다른 통신 플랫폼보다 효율적이기 때문이다. 1) 건강위험도 평가(HRA)를 예로 들어 보면, 과거에 HRA는 종이로 처리되었으며, 의료보험회사나 고용자들은 직접 HRA 데이터를 수집하고 분석해야 했다. 이러한 과정은 악필 또는 데이터 입력 실수로 인해 오류가 발생할 가능성이 있었다. 이제 HRA는 주로 온라인 및 전자 메일을 통해 이루어지고 있다. 데이터 입력 및 편집 속도가 빨라졌으며, 분석이 용이해졌고, 소비자들은 자신의 개인 기록에서 결과를 보고 관리자 및 의료진과의 정보 공유를 허락할 수 있게 되었다. 2) 건강관리서비스회사들은 인터넷을 이용하여 잠재 회원들을 모으고, 프로그램 참가자들을 교육시키고, 구성원의 경과에 대한 실시간 피드백을 제공하고 있다. 3) 소셜 네트워킹을 통해서 구성원을 자극하여 프로그램 결과에 긍정적 영향을 미칠 수 있다. 시그나와 Healthways는 정기적 금연모임을 주선하는 등 사회적 연계성을 고려하고 있다. 4) 인터넷 기술을 이용하여 데

이터 마이닝 및 처리에 활용하고, 보다 나은 추적 및 경고 시스템을 구축하며, 임상 정보 교환 및 행동 계획의 실행을 조정할 수 있다.

〈표 Ⅲ-17〉 미국 건강관리서비스 공급주체별 주요 특징 비교

구분	의료보험회사: Cigna	건강관리서비스 전문회사: Healthways
개요	• 6위 의료보험회사로 의료보험, 의약품보험, 건강관리서비스를 종합적으로 제공	• 1위 건강관리서비스 전문회사로 호주, 독일 등에도 진출
서비스 제공 과정	• 관리대상선별⇒ 건강위험도 평가⇒ 위험수준별계층화⇒ 동기부여⇒ 효과측정⇒ 재평가 및 과정반복 • 계층별로 적절한 서비스 제공	• 건강위험도 평가(HRA) 대신에 보다 종합적인 웰빙 평가(WBA) • 이하 동일
IT 이용	• Apple's iTunes podcast: 전문 정보 직접 제공 • Go You Cigna MarketplaceTM: 개인별 최적 앱 검색 • IncentOne와 제휴: 포인트 인센티브 제공 전담 시스템	• Well-Being Connect는 웹기반 개인 맞춤형 교정 응용프로그램 • WellbeingGO는 건강을 지키는 생활 습관과 행위를 하도록 도와주는 응용 프로그램
주요 대상자	• 공보험자 • 자가보험자 • 일반기업 • 의료단체 • 자사 보험가입 기업	• 주정부 • 공사보험자 • 자가보험자 • 일반기업 • 의료단체
인센티브	• 고용주가 근로자의 본인부담금 지급, 건강저축계좌 적립 및 고용주가 근로자에게 기프트 카드/현물상품/기부/여행상품/데빗카드, 보험료 등 제공 • 제휴업체의 할인서비스	• 고용주에게 권유 • 금연 처방약 할인 • Prime Fitness 프로그램은 재등록 기회, 현금, 포인트, 쿠폰 등 • SilverSneakers®는 사회적 이벤트 추천

2) 의료보험회사의 건강관리서비스에 대한 주요 과제

최근 미국 의료보험회사의 주요 관심사는 피보험자를 체계적으로 관리할 수 있도록 하기 위해 온라인, 면접, 설문지, 제휴회사 파일 등의 형식으로 존재하는 피보험자의 각종 데이터를 통합하는 데에 있다. 건강생활관리부터 의료서비스의 제공에 이르기 까지 개인의 건강을 총체적으로 관리하기 위함이다. 그리고 이러한 통합데이터를 이용하여 온라인서비스 등 하이테크를 적용하기 위함이다. 다음으로 의료비 절감을 위한 인센티브 디자인에 관심을 두고 있고 단체 중심 계약에서 개인 계약에도 관심을 두기 시작하였다.

〈표 Ⅲ-18〉 미국 2011년 건강플랜산업의 주요 관심테마

○ 비 선호 ○ 다소 선호 ● 선호 ● 완전 선호

주요 테마	Aetna	UHC	WellPoint	CIGNA	추가 설명
근로자의 의료비에 대한 고용자의 부담분 줄이기	●	●	○	○	Aetna와 UHC의 하이테크 플랫폼은 도움이 됨
의료저축계좌에 대한 책임감을 불어넣는 인센티브 디자인 (Value-based Incentive Designs, VBID)	●	●	●	○	UHC, WellPoint, CIGNA는 이미 여러 VBID상품들을 가지고 있으며, UHC 것은 생체측정치에 기초함
높은 질과 효율적인 비용관리를 이끌어주는 네트워크 계층화	●	○	●	●	UHC는 공격적으로 네트워크의 계층화를 추진하지 않고 있음
구성원의 데이터 통합	●	●	●	●	UHC의 Optum과 Aetna의 CareEngine은 구성원의 데이터 통합에 유리
의료보험시장을 도매(단체)에서 소매로 발전시키기 위한 자본형성	●	○	●	○	Aetna와 WellPoint는 이미 소매시장을 점유
짧은 기간에 비용을 절감할 수 있도록 인구전체 대신에 개인 케이스와 케어관리	●	●	○	●	UHC의 하이테크 플랫폼과 서비스제공의 4단계 접근법은 약간의 유리함을 가지고 있음

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

2. 일본

가. 공적 의료보험제도

일본은 공적 의료보험자가 민간 공급자에게 위탁하여 건강생활관리서비스를 제공하고 있다. 공적 의료보험자가 수요자인 셈이다. 먼저 공적의료보험의 구조를 살펴보는 것이 이해에 도움이 될 것이다. 일본의 공적 의료보험제도²³⁾는 크게 직장보험 및 지역보험으로 구분된다. 직장보험은 사기업 근로자 대상의 건강보험, 선원 대상의 선원보험, 각종공제로 구분된다. 지역의료보험은 국민건강보험과 75세 이상을 대상으로 한 후기고령자의료보험으로 구분된다.

〈표 Ⅲ-19〉 일본의 공적 의료보험자(2011년)

제도명		대상	보험자	피보험자 수(천 명)
직장	건강보험	대기업 및 일부중소기업 피고용자	전국건강보험협회	34,828
		대부분 중소기업 피고용자	1,473개 건강보험자	29,951
	선원보험	선원	전국건강보험협회	141
	각종공제	국가공무원 지방공무원 등 사학교직원	20개 공제조합 62개 공제조합 1개 사업단	9,118
지역	국민건강보험	농업자, 의사, 이용사, 등 자영업자	165개 국민건강보험자	39,098
		피용자보험의 퇴직자 (75세 미만)	1,723개 시정촌	
	후기고령자의료보험	75세 이상자	후기고령자의료광역연합	13,894

자료: 최상태(2013).

23) 일본 후생노동성(<http://www.mhlw.go.jp>).

일본의 공적 의료보험제도는 복수 보험자이어서 다소 복잡하기는 하지만 전 국민이 의료보험에 가입할 수 있도록 설계되어 있다. 사회보험방식으로 운영되고 있으며 피보험자는 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있도록 되어 있다.

일본의 경우도 미국과 같이 급격한 의료비의 상승을 경험하게 됨에 따라 의료 보험제도의 개혁을 지속적으로 추진하고 있다. 이창우·이상우(2010)에 따르면 직장의료보험의 본인부담률을 1997년 10%에서 20%로 늘리고 2002년에는 30%로 늘렸다. 그리고 노인 대상 보험의 본인부담을 증가시켰다. 70세 이상~75세 미만의 전기고령자의 경우 자기부담금을 종전의 10%에서 20%로 인상시켰다. 2008년부터 실시되고 있는 지역보험의 일종인 ‘후기고령자의료보험제도’는 75세 이상의 후기고령자의 경우 종전의 자기부담금 비율(10%)을 유지하고 있다.

〈표 Ⅲ-20〉 일본 공적 의료보험 근거법

연도	주요 제도변화	주요내용
1922	건강보험법 제정 및 시행(1927)	직장근로자 대상
1938	국민건강보험법 제정	자영업자, 퇴직자 대상
1939	선원보험법 제정	선원 대상
1949	공무원공제조합법 제정	사학공제 포함
1961	전국민 보험제도 시행	
1972	노인복지법	노인의료 무료 실시
1983	노인복지법 폐지, 노인보건법 도입	노인의료비 100% 급여 폐지 및 본인부담 10%, 공적건강보험 40%, 정부 50% 제도 도입(1984년 실시)
1984	퇴직자의료제도 도입	퇴직 근로자 대상
1997	직장의료보험 개정	본인부담 10%→20%로 인상
2001	노인보건법 개정	외래약제 본인부담 폐지
2002	직장의료보험 개정	본인부담 30%로 인상, 상여금에 보험료 부가
2008	노인보건법 폐지, 후기고령자의료보험 도입	전기고령자 자기부담비율 20%로 인상, 후기고령자는 10% 유지

자료: 이창우·이상우(2010)를 재구성함.

나. 공적 건강생활관리서비스 공급제도

1) 배경

일본 후생성은 우리나라의 국민건강증진사업에 해당하는 ‘국민건강가꾸기 운동’을 1978년 이후 3차례에 걸쳐 실시해 왔다. 이운태 외 6인(2009)의 조사에 따르면 최근의 3차 운동은 ‘Healthy Japan(2000~2010)’로 불리고 있으며 우리나라와 유사하게 건강수명연장 및 집단간 건강불균형 해소, 예방서비스 접근성 제고를 목표로 하고 있다.

그러나 2005년에 실시하고 2007년에 발표한 ‘Healthy Japan(2000~2010)’의 중간 평가 결과는 건강검진 등 모니터링 중심의 건강증진 정책이 실제로 국민의 의료비 절감에 기여하고 있다고 보기 어렵다는 것이었다. 이운태 외 6인(2009)의 조사에 따르면 이러한 실패의 원인으로 3가지가 지적되고 있고 그에 대한 대책 3가지가 발표되기에 이른다. 첫째, 기존의 건강증진 사업이 검진 및 정밀검사 중심으로 시행되어 왔다. 둘째, 검진 결과를 전달하고 생활습관에 관한 일반적 정보 제공만 있었을 뿐, 생활습관 개선을 위한 기획, 교육·상담의 실시율이 낮았다. 셋째, 기획, 교육·상담의 건강지원이 가능한 전문가가 부족하였다. 이러한 지적에 대해 개선안으로 첫째, 기존의 건강증진 사업이 검진 및 정밀검사 중심으로 시행되어 성공적이지 못한 점을 개선하고자 기존의 지방정부가 아닌 공적 의료보험자가 주체가 된 메타볼릭신드롬(metabolic syndrome; 대사성 내장지방증후군)의 관리를 추가한다. 둘째, 건강위험 수준별 계층화를 통한 관리의 적정성을 제고한다. 마지막으로, 실행 프로그램(특정건강검진 및 보건지도²⁴⁾)을 과학적 근거에 기초하여 표준화한다.

이때, 보건지도란 건강생활관리서비스와 같은 개념으로 체육관에서 지도자가 행하는 운동지도, 영양지도 등과 같은 실천적 지도가 아니다. 건강생활실천

24) 이 때 ‘특정’이라는 용어는 정해진 목적을 가진 즉, 메타볼릭신드롬 관리가 목적이라는 의미로 사용된 것임. 특정검진 및 보건지도는 기존의 건강검진 제도 및 사후관리 제도를 의무화시키고 일부 내용을 개선한 제도임.

을 위한 의사결정을 지원하고 스스로 행동목표를 설정하여 목표달성을 위해 행동을 하도록 교육 및 상담, 정보를 제공하는 것이다. 의사, 보건사, 관리영양사가 건강생활실천을 하도록 교육 및 상담, 정보를 제공하면 이에 따라 보건지도 대상자가 스스로 운동, 영양관리 등을 실천하도록 하는 것이다.

그 후 2006년 특정건강검진 및 보건지도의 구체적 내용을 발표하였다. 이운태 외 6인(2009)의 조사에 따르면 1) 공적 보험자가 피부양자를 포함한 피보험자를 대상으로 특정건강검진 및 특정보건지도를 계획을 세워 실시한다. 이제까지는 지방정부 중심이었다. 2) 공적 보험자, 보건지도 사업자(민간 보험회사 등), 지방자치단체 등을 연계하고 그 역할을 분담한다. 공적 보험자가 건강검진을 실시하고 보건지도는 민간사업자가 실시하도록 하는 것이 주요 내용이다. 3) 2008년 공적 보험자는 특정검진 및 보건지도 사업을 의무적으로 시행하고 2013년에 공적 보험자가 납부하고 있는 ‘후기고령자의료보험지원금’을 실적에 따라 가산·감산한다.²⁵⁾

〈표 Ⅲ-21〉 일본의 생활습관병 종합대책(2005. 12)

구분	대책
당뇨병 및 순환기계 질환	1) 기존의 검진 및 보건지도에 생활습관병으로서 메타볼릭신드롬의 개념을 도입하고, 2) 예방에 중점을 두며, 3) 운동지도와 영양지도를 연계
암	1) 금연을 지원하고, 2) 예방과 조기발견을 위한 암 검진의 내실화를 추진하며, 3) 치료 및 완화를 위한 종합적 관리를 실시

자료: 이운태 외 6인(2009)을 재구성함.

공적 보험자에게 의무를 부과함으로써 특정검진 및 보건지도의 성과 평가가 가능해졌고²⁶⁾ 보험자의 성과에 따라 보상이 가능하게 되었다.

25) 5년 후 성과를 판정하여 결과에 따라 보험자에게 인센티브 및 페널티를 부여함. 공적 보험자가 후기고령자의료광역연합에 납부하는 후기고령자지원금이 조정되게 됨. 목표 달성 시 지원금을 10% 경감하고 실패 시 10% 증액함. 후기고령자의료보험의 재원은 공적 보험자(약 40%)와 정부 그리고 10%의 본인부담임.

이러한 노력에 힘입어 최상태(2013)의 조사결과에 따르면 최근에는 특정건강검진 실시율이 증가하는 추세에 있다. 2009년에는 38.9%에 머물렀지만 2011년에는 43.3%로 상승하였다. 보건지도를 받은 사람은 건강검진 결과 보건지도 대상으로 판정된 사람의 약 15~20% 정도인 것으로 추계되고 있어 아직은 미흡하지만 증가 추세에 있다.

〈표 Ⅲ-22〉 일본의 연도별 특정건강검진 실시현황

제도명		보험자	특정건강검진 실시율(%)		
			2009년	2010년	2011년
직장	건강보험	전국건강보험협회	30.1	31.3	34.5
		1,473개 조합	59.5	65.0	67.6
	선원보험	전국건강보험협회	22.8	32.1	34.7
		82개 공제조합 1개 사업단	59.9	68.1	70.9
지역	국민건강보험	165개 국민건강보험자	31.8	36.1	38.6
		1,723개 시정촌	30.9	31.4	32.0
	후기고령자 의료보험	대상 아님	대상 아님	대상 아님	대상 아님
전체	-	-	38.9	41.3	43.3

주: 2015년 특정보건지도 실시율 목표는 60%임.
자료: 최상태(2013).

2) 특정건강검진 및 특정보건지도 재원

공적 보험자 및 정부는 특정검진과 보건지도를 위하여 막대한 비용을 부담하고 있다. 이정수(2014)에 따르면 일부 공적 보험자는 참여율을 높이기 위한 방법으로 일부본인부담금(1,000~5,000엔)을 부과하고 있다. 지역보험자의 경우는 고령자층 등의 저소득자가 많이 가입하고 있어 정부는 검진 및 보건지도에 대한

- 26) 공적 보험자는 기록보존을 위하여 특정건강검진 및 보건지도 내용에 대해 표준적인 전산화를 실시하여야 함. 피보험자의 이동시 공적 보험자는 기록을 의무적으로 제공하여야 함(이윤태 외 6인 2009).

재정적 지원을 하고 있다. 시군 1/3, 도 1/3, 중앙정부 1/3을 부담하고 있다.

직장의료보험의 경우는 보험료를 재원으로 해서 보건사업비의 명목으로 보건지도를 한다. 검진은 고용자가 의무적으로 부담하기 때문에 직장의료보험자의 부담은 검진 데이터를 받기 위한 행정비용뿐이고, 이 비용은 정부가 모두 보조를 한다. 직장보험자는 직장으로부터 검진 결과를 받아 보건지도에 활용하고 있다.

전국적으로 편차는 있지만 평균적으로 검진비는 5,000~10,000엔, 보건지도료는 6개월에 21,000~25,000엔 수준이다. 공적 의료보험자와의 계약에 의해 개별로 결정되기 때문에 일률적으로 정해지지는 않는다.

3) 특정건강검진 및 특정보건지도 과정

법적으로 규정된 바와 같이 특정건강검진 및 특정보건지도 프로그램은 표준화 되어 있다. 이운태 외 6인(2009)에 따르면 프로그램은 다음과 같다.

① 계획 작성: 공적 보험자는 대상 집단(40~74세 피보험자 및 피부양자)의 건강상태 및 생활습관 현황을 파악하고 이를 토대로 특정검진 및 보건지도 계획을 수립한다.

② 특정검진 실시: 대상 집단에 대해 의료기관이 표준화된 특정검진을 실시한다. 의료기관은 신장, 체중, 체질량지수(BMI), 허리둘레, 혈압 및 혈액, 소변 등의 검사결과에 따라 메타볼릭신드롬 위험도를 추정하고 복약이력, 흡연이력 등에 관한 질문서를 활용하여 각 수진자의 건강위험수준을 계층화한다. 계층은 건강체(정보지원군), 동기부여 대상자, 적극적 지원 대상자로 분류한다.

③ 특정보건지도: 검진 의사가 판단하여 보건지도를 직접 수행하거나 여러 정보를 고려하여 다른 기관에 의뢰를 한다. 의뢰의 경우 보험회사, 보건지도 전문회사 등이 의사 없이 보건사, 관리영양사를 중심으로 특정보건지도를 실시한다. 즉, 특정보건지도는 의사, 보건사, 관리영양사만이 가능하다. 특정검진 수진자가 보건지도의 대상이 아닐 경우 공적 보험자가 기본적인 정보 제공만 하게 된다. 동기부여 대상자에게는 특정보건지도이용권을 우송하여 1회 면접을 통해 생활습관의 개선에 대한 필

요한 의사결정을 지원하고 6개월 후 평가한다. 적극적 지원 그룹에게는 특정보건지도이용권을 우송하여 동기를 부여하고 정기적이고 계속적인 지원을 한다. 개별지원, 그룹지원, 전화지원, 전자메일지원 등을 3~6개월간 실시한다. 표준적인 서비스는 최소한의 기준이고 보건지도 대상자에게 추가적인 서비스의 제공은 가능하다.

〈표 Ⅲ-23〉 일본의 건강위험 수준별 표준 특정보건지도 내용

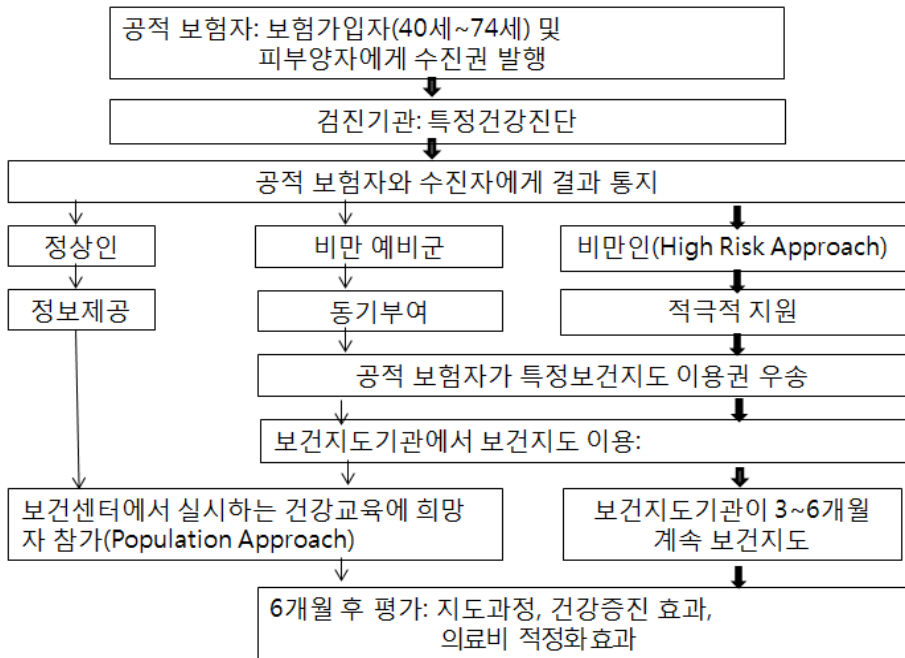
대상자	프로그램	내용
특정건강검진 결과: 정상인	정보 제공	- 검진결과와 제공과 함께 기본적 정보 제공 - 자신의 신체 상황을 인식하고 건강한 생활습관의 중요성에 대한 이해와 관심을 깊게 하여 생활습관을 재평가하는 계기가 되도록 함 - 보건센터에서 실시하는 건강교육 등에 참가희망자는 참가
비만 예비군	동기 부여	- 특정보건지도이용권 우송 - 의사, 보건사, 또는 관리영양사의 면접 및 지도 하에 행동계획을 수립하여 생활습관 개선을 위한 동기 부여 - 보건센터에서 실시하는 건강교육 등에 참가희망자는 참가 6개월 이상 경과 후 실적 평가
비만인	적극적 지원	- 특정보건지도이용권 우송 - 의사, 보건사, 또는 관리영양사의 면접 및 지도 하에 행동계획을 수립하여 대상자의 주체적인 실행을 위해 적절한 동기를 가질 수 있도록 3~6개월 계속해서 지원 3개월 후 중간 평가를 하고 6개월 이상 경과 후 계획의 진척 상황 평가와 계획의 실적평가

자료: 이운태 외 6인(2009)를 재구성함.

④ 공적 보험자는 전년도 결과에 따라 차년도 계획을 작성한다.

⑤ 진료 권장: 특정검진 수진자가 의료기관의 진료가 필요할 경우 의료기관에 수진을 권장한다. 이정수(2014)에 따르면 이는 두 가지 의미를 포함하고 있다. 하나는, 보건지도는 원칙적으로 질환자를 포함하여야 한다. 그러나 질환자의 보건지도 범위는 광범위하고 비용은 과도할 수 있기 때문에 질환자를 특정보건지도 대상자에 포함시키느냐 여부는 공적 보험자의 자율에 맡겨두고 있다. 그리고 또 다른 의미는 특정보건지도는 의료행위로 규정되어 있지 않다는 것이다.

〈그림 Ⅲ-6〉 일본의 특정검진·보건지도 과정



자료: 이윤태 외 6인(2009)과 이정수(2014)의 자문을 참조하여 작성함.

4) 보건지도의 실시자

이정수(2014)의 자문에 따르면 보건지도 업무는 1) 첫 회 개별면담, 2) 대상자의 행동목표 및 지원계획의 작성, 3) 보건지도의 평가 업무를 말한다. 개별면담은 보건지도 전반을 기획 및 관리하는 것이 가능하고 개개인에 맞춘 목표치 설정이 가능한 인력이 수행하여야 하기 때문에 필요한 의학, 공중위생학, 행동과학적 지식이 있다는 전제하에 의사, 보건사, 관리영양사 세 직종만이 가능하다. 여기서 보건사는 간호사 자격이 있는 자가 1년 이상, 관리영양사란 영양사가 1년 이상의 교육을 이수한 후 국가자격시험을 통과한 자를 말한다. 앞으로는 2년의 교육으로 바뀌는 것으로 알려져 있다.

개별면담 후의 생활습관개선의 실천지원 업무는 치과의사, 산업보건지도자,

약제사, 조산사, 이학요법사, 간호사, 보건교육사 등이 필요한 연수(최소 33시간)를 받은 후 수행이 가능하다.

보건지도 지원 프로그램에서 식생활·운동에 관한 실천적 보건지도는 폭 넓은 직종에 허용되고 있다. 식생활 개선 또는 운동지도에 관한 전문적 지식 및 기술을 보유한 자로 인정되는 자가 담당할 수 있도록 하고 있다. 이는 경쟁을 유도하고, 전문인력을 확보하기 위함이다.

5) 보건지도의 외부위탁

공적 보험자는 보건지도 업무에 관해 의료기관, 보건지도기관 등에 전면위탁 혹은 일부위탁을 자율적으로 실시하고 있다. 이정수(2014)에 따르면 이렇게 민간 보건지도를 허용한 것은 전문인력 확보가 필요하였기 때문이다. 외부위탁을 하되 보건지도 사업의 기획업무는 공적 보험자가 직접 실시하고 있다. 외부위탁은 계약제로 실시하여 위탁을 받은 기관이 계약을 유지하기 위해 최선의 노력을 기울이도록 유도하고 있다. 그리고 위탁받은 기관 간에 경쟁을 유도하여 보건지도가 효율적으로 이루어 질 수 있도록 하고 있다. 실제로 위탁받은 보건지도 기관은 의료기관보다 효율성 제고를 위해 여러 아이디어를 발굴하고 있는 것으로 알려져 있다.

특정검진 및 보건지도 실시에 관한 민간위탁 기준이 후생노동성에 의해 규정되어져 있다. 이윤태 외 6인(2009) 조사에 의하면 이 기준은 공적 보험자가 직접 실시하는 경우에도 같은 기준을 준수하여야 한다. 위탁 기준은 1) 인력에 관한 기준, 2) 시설 및 설비에 관한 기준, 3) 보건지도 내용에 관한 기준, 4) 보건지도 기록 등 개인정보 취급에 관한 기준, 5) 운영에 관한 기준으로 구성되어 있다.

6) 개인정보 보호

보건지도 위탁을 받은 기관은 공적 보험자로부터 건강위험도 평가결과가 포

함된 검진 결과를 넘겨받게 된다. 개인정보가 공적 기관으로부터 민간기관으로 전달되는 것이다. 이정수(2014)에 따르면 직장건강검진결과를 공적 보험자에게 전달하도록 권고하고 있고 대부분의 직장은 이를 따르고 있다. 이 검진 결과를 이용하여 공적 보험자는 보건의도 여부를 결정하고 보건의도를 외부에 위탁한다.

개인정보 보호를 위해 간호사가 아니라 개인정보 보호에 관한 교육을 이수한 보건사, 영양사가 아니라 관리영양사로 하여금 보건의도 기획이 가능하도록 하고 있다. 그리고 공적 보험자는 개인정보 보호를 위해 적절한 보호장치를 정비하고 있는 민간 기관에 프라이버시마크를 부여하는 제도를 운영하고 있다. 이 마크의 취득을 위해서는 개인정보의 양 및 내용이 적절하게 관리되고 있는가에 대해서 전문평가기관의 평가를 받아야 한다. 이 때 정해진 지표에 따라 회사 내의 개인정보가 계속적으로 관리되고 있는 것이 필요하다.

7) 문제점 및 과제

조사 내용과 일본 전문가의 자문 등을 기초로 종합적으로 검토해 볼 때 다음과 같은 판단이 가능할 것이다.

첫째, 동 제도를 도입한 목적 중의 하나가 고령화에 따른 의료비 적정화이다. 그러나 생활습관병 예방효과는 있지만 의료비 억제가 가능하다는 명확한 증거가 제시된 바는 없다. 최상태(2013)의 조사결과에 따르면 그 이유에 대한 여러 가지 의견들이 제시되고 있다.

① 잠재적인 고위험자, 가벼운 증상을 가진 사람까지 의료기관을 이용하여 의료비가 증가할 수 있다는 의견이 있다.

② 사망 전 1년간에 평생 의료비의 큰 부분을 사용한다는 연구결과를 고려할 때 75세 이상자를 제외하기 때문에 의료비 억제 효과가 없을 수 있다는 의견도 있다.

③ 정책적으로는 의료비 절감을 목표로 한 다른 정책과의 연계가 명확하지 않기 때문이라는 지적이 있다.

의료비 절감 효과가 명시적으로 나타나고 있지 않기 때문에 사회보장비용 억제 정책으로서 적절한지에 대한 문제가 제기되고 있는 상황이다. 그러나 이러한 평가는 시간을 두고 이루어져야 할 것으로 본다. 의료이용량 감소 효과는 장기적인 관점에서 측정 및 평가를 하는 것이 바람직하다. 단기적으로 보면 잠재적인 고위험자, 가벼운 증상을 가진 사람까지 의료기관을 이용하여 의료비 절감 효과를 상쇄시켰을 가능성이 있는 듯하다. 현재 제도적으로 건강위험도평가 결과 질병보유자의 경우는 공적 보험자가 의료기관을 방문할 것을 적극적으로 권고하고 있다. 의료기관을 방문하지 않을 경우는 보건지도를 하지 않고 있다. 그러나 이러한 의료기관 이용 증가효과는 질병의 조기 발병으로 중증화를 방지할 수 있기 때문에 단기적일 것이다. 향후 제도를 보완하면서 지속적으로 실시한다면 의료비 절감 효과를 기대할 수 있을 것으로 본다.

둘째, 보건지도는 1차 예방 중 의료행위가 아닌 건강생활습관을 중심적인 관리 영역으로 하고 있다. 질병군의 관리 여부는 공적 보험자가 자율적으로 결정하도록 하고 있다. 미국 등 다른 국가에서는 2차 예방, 3차 예방을 포함하는 경우가 많다. 질병관리가 적극적으로 이루어지도록 해야 의료비 절감 효과와 건강증진효과를 더 얻을 수 있을 것으로 본다.

셋째, 공적 보험자가 납부하는 후기고령자보험지원금이 실적에 따라 조정되게 된다. 실적이 좋은 경우 10% 감액하고 좋지 않은 경우 10% 증액한다. 역량이 부족한 공적 보험자가 인센티브를 받지 못하면 상대적으로 역량이 더 소진될 수 있다는 점도 고려되어야 할 것이다.

넷째, 공적 보험자에게는 인센티브가 있지만 참여자 개인에 대해서는 없어 정책효과를 극대화하기 어려운 듯하다. 적극적 참여자 등에게 보험료 할인, 운동 시설 이용 시 할인 등의 인센티브가 필요할 것으로 본다.

다섯째, 최상태(2013)의 조사결과에 따르면 중앙집권적으로 세부적인 부분까지 통일된 서비스를 전국적으로 제공하여 프로그램의 자율성이 낮다는 것이 지적되고 있다. 생활습관 개입 시간, 개입 방법 등 프로그램의 상세한 부분까지 일률적으로 규정하여 실행하는 방식은 효율적 수행을 위한 현장의 다양한 아이디

어를 발굴할 기회를 빼앗는다는 것이다. 혁신을 촉진하여 정책목적을 달성하기 위해서는 공적 보험자와 보건지도자 및 실천적 건강생활관리 수행자의 재량권을 높이는 것이 필요할 것이다.

여섯째, 동 제도는 전 국민을 대상으로 공적 보험자가 주체가 되어 수행하도록 되어 있다. 건강관리는 지방정부의 역할이었는데 그 주체가 바뀐 것이다. 지방자치단체는 건강관리에 경험이 부족하고 다양한 서비스 제공에 한계가 있을 것이다. 그리고 의료보험자는 건강증진을 통해 의료비를 절감할 수 있기 때문에 건강생활관리서비스를 적극적으로 제공할 유인을 가지고 있다. 이러한 측면을 고려할 때 보험자가 주체가 되는 것이 적절한 것으로 보인다.

일곱째, 실적을 보았을 때 지역에서는 저조하다. 보건지도기관이 거주지 근처에 있지 않아 방문이 번거롭기 때문일 것이다. 지역주민 간의 소셜네트워크 같은 것을 활성화시키는 것이 필요한 듯하다. 미국의 경우 정기적으로 동아리모임을 주선하여 대상자 간에 서로 정보 제공 등을 할 수 있도록 하고 있다. 특히 지역의료보험의 경우 이러한 모임은 단체를 대상으로 한 서비스 제공의 기회가 생기기 때문에 비용효과적일 수 있다. 그리고 중도에 포기하는 사람을 줄일 수도 있다. 한편, 원격 혹은 하이테크 보건지도 시스템의 도입을 고려할 필요가 있다.

마지막으로, 보건지도 대상자에 대한 정보가 공적 보험자로부터 민간 보건지도 시행회사로 전달되고 있다. 민간 보건지도 시행회사가 개인정보를 철저히 관리하도록 조치를 취한 상태이지만 정보누출 사고의 위험이 상존한다. 수많은 회사가 연루되어 있으므로 체계적이고 상시적인 정보 보호 시스템이 갖추어져야 할 것이다.

다. 민영보험회사의 보건지도 사례

1) 민영의료보험 개요

일본의 공적 건강보험의 보장률은 전체 의료비의 약 70% 정도이다. 이창우·이상우(2010)에 따르면 2008년 생명보험사(44개사)의 정액형 의료보험 수입보험료 규모는 개인보험 수입보험료 21.5조 엔 중에서 약 5.1조 엔을 차지하며, 손해보험사의 정액형 의료보험은 약 1조 엔 이상일 것으로 추정되고 있다. 민영실손의료보험은 공적 건강보험의 법정본인부담금과 비급여 항목을 보장해 주는 보충형 보험이지만 판매는 거의 이루어지지 않고 있다.

〈표 Ⅲ-24〉 일본 의료보험시장 규모

(단위: 조 엔, %)

구분	생명보험				손해보험			
	FY2004	FY2005	FY2007	FY2008	FY2008	FY2004	FY2005	FY2008
전체시장	17.7	18.4	21.0	21.5	21.5	8.7	6.6	n.a.
민영의료보험시장	4.1 (23.9)	4.4 (23.9)	4.9 (23.3)	5.1 (23.7)	5.1 (23.7)	1.4 (16.9)	1.3 (17.0)	n.a.

주: 전체시장은 개인보험시장이며, ()안은 비중임.

자료: 이창우·이상우(2010).

일본에는 2012년 현재 등록자가 2만 명 이상인 전국적인 대형 건강생활관리 서비스회사가 4개 있다. 등록자가 1만 명 정도인 중형사는 20~30개사가 있고, 소형사는 1,000개 가량 있는 것으로 알려져 있다. 이렇게 많은 기관들이 참여하고 있지만 2008년 이후 많은 기관들이 폐업, 흡수 합병(M&A)되고 있는 추세에 있다. 종합해 볼 때 보건지도 사업이 공적으로 이루어지고 있기 때문에 수익을 내기가 쉽지 않으며 일반 대기업이 내부에 전문인을 두어 서비스를 제공하는 추세도 나타나고 있기 때문이다.²⁷⁾

27) 이후 일본 보험회사의 사례는 삼성생명의 도움으로 작성되었음을 밝혀 둔.

2) 전국방문건강지도협회(주)

(1) 회사개요

전국방문건강지도협회(주)²⁸⁾는 2005년 10월에 자본금 24.5억 엔으로 시작하였고 NKSJ홀딩스(NKSJ Holdings, Inc)²⁹⁾와 NTT데이터(주)³⁰⁾가 대주주로 있는 회사이다. 특정보건지도에 집중하고 있는 것이 주요 특징이며 동 사업으로부터 6년간 적자 후 최근 흑자를 기록하면서 동 산업에서 1위 자리를 유지하고 있다.

(2) 특정보건지도

일본 최대 규모의 네트워크(보건지도사 200명, 관리영양사 500명, 간호사 300명 등 1,000명이 재택근무)를 구축하여 특정보건지도를 공적 건강보험으로부터 위탁받아 제공하고 있다. 특정보건지도 내용은 표준화되어 있기 때문에 그 내용을 따르고 있다.

(3) 기타 보건지도

특정보건지도는 표준적인 것 외에 질병관리서비스도 공급할 수 있도록 되어 있다. 그러나 그것은 많은 투자를 필요로 하기 때문에 일반적으로 제공되고 있지 않다. 전국방문건강지도협회(주)는 전면적인 질병관리서비스는 제공하지 않고 부분적인 서비스를 공급하고 있다. 최상태(2013)에 따르면 정상인 및 투약자 등을 대상으로 한 서비스, 그리고 전기고령자(65~74세)와 0~4세 아이의 생모 방문보건지도 등을 제공하고 있다.

28) 전국방문건강지도협회(<http://www.kenko-shien.jp>).

29) NKSJ홀딩스는 2010년 4월 설립된 지주회사로 손보재팬, 일본홍아손보, 손보24, 센존 자동차화재의 손해보험회사와 NKSJ히마와리생명, 손보재팬DIY생명의 생명보험회사를 자회사로 두고 있음. 자산관리사업, 리스크컨설팅사업, 그리고 헬스케어사업과 유료 노인홈(CEDAR)사업도 하고 있음(최상태 2013).

30) NTT데이터(주)는 2001년부터 인터넷을 사용해 건강증진·생활습관병 예방지원서비스를 법의학원에게 개인별 맞춤형으로 제공하고 있음(최상태 2013).

〈표 Ⅲ-25〉 일본 전국방문건강지도협회 특정보건지도 내용

대상	내용
예비만인의 동기부여 지원	• 사업소방문 코스 - 대상자 : 피보험자 - 소요시간 : 30분 - 피보험자의 직장에 방문하여 면접을 실시하고 문제 행동 등을 파악하여 효과적으로 생활습관 개선
	• 가정방문 코스 - 대상자 : 피보험자 피부양자 - 소요시간 : 1시간 - 대상자의 자택을 방문하여 건강상담을 하고 생활상황 파악, 부인 면담, 가족단위 건강 상담, 가정전체의 건강관리 지원
	• 1회 최초 면담 후 전화지원 3회 • 6개월 간의 보건지도 실시 후 평가 실시
비만인의 적극적 지원	〈면담지원 중심코스〉 • 초기지원(면접) : 생활습관 개선 목표 설정 • A코스 : 셀프모니터링+우편 지원 - 셀프모니터링 시트를 송부하면 상황을 확인하고 확인내용에 따라 어드바이스 시트를 발송 • B코스 : 전화 + 우편 지원 - 정기적으로 전화를 하여 상황을 확인하고 확인내용에 따라 어드바이스 시트를 송부 • C코스 : 우편 지원 - 면접시 설정한 목표에 따라 어드바이스 시트 송부
	〈전화지원 중심코스〉 • 초기지원(면접) : 생활습관 개선 목표 설정 - 전화지원(4회) : 2개월 차, 3개월 차, 5개월 차, 6개월 차 - 인터넷, FAX로 실천기록 제출 → 실천기록에 따른 어드바이스(실천반복, 효과확인, 행동목표 변경, 목표달성 정보 제공) → 전화 면담내용 메일 또는 문서 송부 • 시간과 장소를 정하여 지원하기 어려운 경우 3개월간 집중적으로 개입하여 행동 변화 촉진

자료: 1) 전국방문건강지도협회(<http://www.kenko-shien.jp>).

2) 최상태(2013)를 재구성함.

또한, 전국방문건강지도협회(주)는 건강생활관리와 관련한 인터넷 강좌를 개설하여 다른 회사와 차별성을 추구하고 있다. 최상태(2013)에 따르면 특정보건지도와 관련하여 생활습관병 인터넷 강좌인 ‘생활습관병 네비’를 운영하고 있

다. 생활습관병 예방에 관한 지식을 알기 쉽게 소개하면서 생활습관병이 어떤 병인가, 실제로 어떻게 하면 되는지, 생활습관에 의한 위험도 체크, 고혈압·당뇨·비만 이해도 테스트, 라이프스타일 개선 방법, 생활습관개선 요리 레시피 등 8개 강좌를 제공하고 있다.

〈표 Ⅲ-26〉 일본 전국방문건강지도협회(주)의 기타 보건지도 내용

구분	프로그램 명	내용
건강검진 팔로워 사업	정상인 및 투약자 지원 프로그램	• 특정보건지도 대상자 이외의 사람을 대상으로 건강관리 지원
임산부 보건지도 사업	임산부 보건지도 사업	• 조산사, 보건사, 간호사 등이 모자의 건강한 생활을 지원
전기고령자 방문건강지도사업	전기고령자 지원 프로그램	• 건강상담원이 전기고령자를 대상으로 건강지도, 건강위험 경감과 의료비 적정화를 지원
의료비 분석 사업	공적건강보험 데이터 분석 지원 사업	• 재정 개선, 보건지도사업 강화를 위하여 특정건강검진결과와 의료비를 분석하여 접근할 대상을 명확히 하고 공적보험자의 실정에 맞는 보건지도사업의 기획 입안을 지원

자료: 1) 전국방문건강지도협회(<http://www.kenko-shien.jp>).

2) 최상태(2013)를 재구성함.

3) 라이프케어파트너스(주)

(1) 회사 개요

2001년 7월에 3억 5천만 엔의 자본금으로 설립된 Life Care Partners Co., Ltd³¹⁾는 일본생명과 니치이학관³²⁾이 98% 이상의 지분을 보유하고 있는 회사로

31) 라이프케어파트너스(<http://www.nissay.co.jp>).

32) 니치이학관(주)은 전국적인 장기간병서비스 망을 운영하는 회사임. 재택지원서비스(장기간병상담, 공적 장기간병 인정 신청대행), 케어플랜 작성 서비스, 방문장기간병, 주택 개보수 서비스, 교육강좌(홈ヘル퍼 1, 2급 과정, 의료사고 강좌, 베이비시터 양성 강좌), 친자 장기간병상황보고 서비스(떨어져 생활하는 가족에게 부모의 장기간병상

건강관리부터 장기간병까지 종합적 서비스를 제공하고 있다. 생명보험과 장기간병의 결합서비스를 통하여 시너지 효과를 얻고자 하고 있으며, NTT데이터(주)도 지분에 참여하도록 하여 온라인 서비스의 공급이 원활할 수 있도록 하고 있다. 주로 모회사인 일본생명과 니치이학관과 제휴하여 이들이 위탁한 건강 및 장기간병 관련 부대서비스를 제공하고 있다는 것이 주요 특징이다. 2008년부터는 특정보건지도 서비스를 제공하기 시작하였다.

(2) 일본생명의 위탁내용

일본생명은 생명보험 판매 외에 거의 무료로 건강상담 및 장기간병 관련하여 부대서비스를 라이프케어파트너스(주)에 위탁하여 제공하고 있다. 일본생명은 건강생활과 관련하여 주로 무료안내 및 제휴기관 이용 시 할인 서비스를 제공하고 있다. 무료로 좋은 의사를 소개(Best Doctors 서비스, 세컨드오피니언은 이용자 부담)한다거나 스포츠 시설(400개) 및 의료기관과 제휴하여 할인서비스를 제공(운영은 라이프케어파트너스(주)에 위탁)하고 있다. 예를 들어, 일본생명 홈페이지에서 피보험자가 제휴한 의료기관을 선정하고 전화 또는 e-메일로 신청하면(라이프케어파트너스(주) 응대) 제휴 의료기관에서 서비스에 관한 상세한 설명을 해 줄 수 있도록 하고 있다. 그리고 식생활 개선을 돕는 메뉴 BOOK 365일 프로그램을 제공하고 있으며, 거의 무료로 가까운 수준으로 금연운동프로그램을 제공하고 있다.

일본생명은 장기간병에 관련하여 장기간병보장보험 피보험자를 대상으로 장기간병서비스 이용 방법 등에 관련한 무료상담서비스를 자회사인 라이프케어파트너스(주)에 위탁하여 제공하고 있다. 최상태(2013)에 따르면 상담과정에서 가사대행서비스가 필요한 경우 제휴한 장기간병전문회사를 소개하고 할인해주는 서비스를 제공하고 있다. 이 때 제휴 장기간병전문회사는 라이프케어파트

태를 알려주는 서비스), 복지용구 렌트 및 판매(20%) 할인 서비스를 제공함(니치이학관(<http://www.nichiihakkan.co.jp>); 최상태(2013)).

너스(주)의 모회사인 니치이학관(주)이다. 그리고 상담과정에서 필요한 경우 노인홈³³⁾을 소개하고 할인서비스를 제공하고 있다. 기타 간병과 관련하여 노부모 등의 건강 및 이동경로를 알려주는 안부확인 “미마모리 핫라인” 서비스를 자회사인 라이프케어파트너스(주)에 위탁하여 유료로 제공하고 있다.

(3) 특정보건지도

특정보건지도는 표준화되어 있기 때문에 서비스의 차별화가 어렵다. 라이프케어파트너스는 전국적인 대면서비스망 구축, 영양사회와 제휴 등의 차별화 전략을 구사하고 있다.

(4) 건강생활·장기간병 서비스 내용

라이프케어파트너스(주)는 특정보건지도 외의 업무에 집중하고 있다는 점이 주요 특징이다. 주로 모회사인 일본생명과 니치이학관(주)이 위탁한 부가서비스 업무를 수행하고 있으며, 건강·장기간병상담, 장기간병 토털 서비스, EAP (멘탈헬스) 서비스 등 종합적인 건강 및 장기간병서비스를 제공하고 있다. 그리고 복지용구 사업자, 다른 건강생활·장기간병 서비스 사업자를 컨설팅하는 업무도 수행하고 있다.

33) 일본생명은 일본 최초의 노인홈 사업인 'Well Aging Plaza 나라 닛세이 에텐동산'(1989년)과 '마츠도 닛세이 에텐동산'(2003년)을 운영하고 있음.

〈표 Ⅲ-27〉 일본 Life Care Partners 건강생활·장기간병서비스 내용

구분	내용
건강·장기간 병관련 서비스	• 상담·정보 제공 서비스 - 건강·장기간병상담 : 24시간 365일 보건사, 간호사, 케어매니저 등 자격증을 소지한 임상경험이 풍부한 전문스텝이 전화, 메일 상담 - 의료기관 정보 제공 : 전국 16만 건 의료기관 DB를 활용, 증상별 근거리 의료기관, 휴일 야간 의료기관 안내 - 장기간병시설 정보 제공 • 중개 서비스 - 유료 노인홈 중개 : 전국 노인홈 무료체험 등 안내 - 니치이학관 장기간병서비스 중개 • 제휴 할인 서비스 - 복지용품 할인판매, 의료전문 강좌, 홈페이지 강좌 할인 - 정밀 검강검진 : PET검사 네트워크 할인가격 안내 - 유방암 진단 할인, 생활습관병 진단 할인, 재택검진키트 할인 - 스포츠클럽 할인 • 장기간병 토털 서비스 - 고령화의 급속한 진전에 대응하여 현상 인식(장기간병의 현상파악), 준비(장기간병리스크 경감), 실제(발생시 대응)를 토털 서포트 - 정기방문서비스(만일 안심서비스) : 고령으로 홀로 생활하는 부모님을 장기간병상태가 되기 전부터 전문가가 정기적으로 방문하여 근로자에게 상황을 보고, 갑자기 장기간병상태가 되는 것을 예방 - 안부확인 “미마모리 핫라인” 서비스
EAP (멘탈 헬스) 서비스	• 단계별 서비스 - 1차예방(발생 방지) : 정신불안 예방을 위한 전화 및 메일상담, 연수 서비스 - 2차예방(조기발견·조기치료) : 전문가에 의한 전화 및 대면 카운슬링, 정신과의사 상담 - 3차예방(회복·직장복귀) : 정신과의사 상담, 복직지원 서비스 • Web상담·정보 제공 서비스 • 대면 카운슬링 • 복직지원 서비스 • 정신과의사 상담 서비스
기타	• 인터넷을 이용한 복지용구사업자에게 장기간병기기 등에 관한 취급절차 등 지원 서비스 • 장기간병, 의료 등의 케어관리사업자에게 케어플랜 작성 지원

자료: 1) 전국방문건강지도협회(<http://www.kenko-shien.jp>).
 2) 최상태(2013)를 재구성함.

4) 동경해상일동메디컬서비스(주)

1987년 1억 엔의 자본금으로 설립된 이 회사는 동경해상홀딩스(주)가 대주주로 있는 회사이다. 주요 특징은 특정보건지도 사업을 중단하였다는 것이다. 수익성이 투자에 비해 좋지 않다는 것이 주된 이유였다. 그리고 최상태(2013)에 따르면 장기간병서비스³⁴⁾와 유료 노인홈³⁵⁾ 사업은 모회사인 동경해상홀딩스(주)가 별도의 자회사를 통해서 공급하고 있다. 마지막으로 건강관리사업 외에 제휴 의료기관 운영지원 사업,³⁶⁾ 전문적 진료 적정성 평가와 의료비 심사 및 분석 사업,³⁷⁾ 의료 위험 관리서비스(병원 컨설팅)³⁸⁾ 등을 수행하고 있다는 것이 다른 회사에서는 찾아보기 힘든 특징이다. 더욱이 동경해상일동메디컬서비스(주)의 건강관리서비스는 건강생활습관의 개선을 지원하는 서비스라고 보기 어렵다. 최상태(2013)에 따르면 의료진, 보건사, 임상심리사, 관리영양사 등이 기

34) 동경해상일동(주)의 자회사인 동경해상일동베터라이프서비스(주)(Tokio Marine Nichido Better Life Service Co., Ltd.)는 전국에 33개의 지점을 가진 재택 장기간병서비스 전문 회사임(<http://www.mizutama-kaigo.jp>).

이 회사는 최상태(2013)에 따르면 공적 장기간병보험의 지정회사로 장기간병이 필요한 사람들에게 케어플랜 작성을 지원한다. 전화신청을 하면 신청자의 심신상황을 방문하여 파악하고, 필요한 장기간병서비스의 종류와 이용 스케줄 작성 및 간병서비스 제공사업자 소개·조정서비스를 제공한다. 신청자와 가족에게 케어플랜을 방문설명하고 동의를 구한 후 서비스를 이용할 수 있도록 하는 서비스를 제공한다. 이러한 케어플랜 작성 비용은 공적 보험으로 보장되어 본인부담은 없다.

그리고 간병서비스를 직접 제공한다. 구체적 방문서비스는 입욕, 식사, 외출, 조리, 세탁, 청소, 시장보기 등이 있고, 공적 장기간병보험으로 충분히 제공할 수 없는 이 미용 서비스 등도 제공한다. 포털사이트를 운영하여 장기간병정보를 제공하기도 한다.

35) 동경해상홀딩스(주)의 100% 자회사 동경해상일동사무엘(주)가 있음. 이 회사는 11개의 유료 노인홈을 주 사업내용으로 하고 있음(<http://www.hyldemoer.com>).

36) 의료기기 선정, 리스, 설비운영, 의료기관의 개설, 개선 등의 기획 업무 등 의료기관 경영전반에 관한 조언, 컨설팅 서비스를 제공한다.

37) 보험사, 기업, 단체, 정부로부터 위탁을 받아 각종 진료내용에 관한 의견서 작성, 의료 전반에 관한 상담, 생명보험관련 계약인수심사 및 지급심사, 의료비 분석 및 의사 의견 제공, 대체 시술료 분석 및 의사 의견 제공, 의료비 청구서 점검 등의 서비스를 제공한다.

38) 의사, 간호사, 약사 등 메디컬 스텝과 법률, 심리학 전문가가 사고방지, 분쟁방지, 사고발생 시 적절한 대응방안을 지원하는 서비스임. 의료안전 및 장기간병에 관한 연수서비스를 제공하기도 함.

업, 건강보험자 등에 산업보건업무지원 서비스, 메디컬 콜센터, 기업 정신건강을 지원하는 EAP(Employee Assistant Program)서비스를 제공하고 있다. 그 구체적 내용을 보면 다음과 같다.

(1) 산업보건업무지원 서비스

산업보건업무지원 서비스는 기업의 노무관리 및 건강관리업무를 지원하는 서비스이다. 일본은 직장 특정보건지도, 법적으로 준수해야 하는 각종 근로환경 규제업무 등 전문성이 요구되는 노무업무가 복잡하게 얽혀 있다. 동경해상 일동메디컬서비스(주)는 이러한 업무를 대행하는 서비스를 제공하고 있다. 건강데이터 관리, 건강관리업무 지원, 노동안전위생법·개인정보 보호법에 대응한 건강관리 체계 구축, 정신건강관리 수요에 대응하기 위한 사내시스템 구축 등의 서비스를 제공하고 있다.

(2) 메디컬 콜센터

메디컬 콜센터 서비스는 분야별 전문가가 의료·건강·장기간병에 관한 상담을 제공하는 서비스이다. 다양한 서비스가 제공되고 있다고 할 수 있으나 모회사 계약자 및 가족, 각종 단체, 기업, 건강보험자의 피보험자·피부양자 등을 대상으로 하여 범 국민적 서비스를 제공하고 있다고 보기는 어렵다. 그리고 건강생활습관 개선에 관한 서비스는 제공되고 있지 않다는 점이 주요 특징이라고 할 수 있다.

최상태(2013)에 따르면 서비스 내용은 다양하다. 첫째, 일반 건강상담 서비스가 있다. 간호사가 신체이상 고민, 병원 처방약 설명, 장기간병 고민 등에 대해 응답한다. 메디컬소셜워커가 의료제도, 장기투병생활, 재택의료 등 환자와 가족 생활 고민을 상담한다. 둘째, 응급 서비스가 있다. 응급전문의와 간호사가 긴급 의료상담을 제공한다. 셋째, 전문의 예약상담 서비스가 있다. 각 분야의 일본 최고의 전문의가 예약에 따라 30개 이상의 진료 분야에서 전화 상담을 한다. 그리고 암전용 상담 창구를 개설하고 있다. 넷째, 기업정신건강 서비스가 있다. 임상

심리사 등이 직장의 인간관계와 정신적인 고민 등을 전화로 상담한다. 다섯째, 의료기관 안내 서비스가 있다. 야간 휴일에 수진 가능한 긴급의료기관, 여행 중 근거리 의료기관 등을 전화로 안내한다. 민간구급차 및 항공기 특수 탑승 수속 등 대행서비스도 병행한다. 여섯째, 외국 주재원을 대상으로 하는 콜센터를 별도의 회사를 통하여 운영하고 있다.

(3) 정신건강서비스

일본은 정신건강이 중요한 이슈이고 그 산업 또한 발전하고 있다. 이에 동경 해상일동메디컬서비스(주)는 정신건강 콜센터를 운영함과 동시에 별도의 정신건강 프로그램을 개발하여 서비스를 제공하고 있다. 동경해상일동메디컬서비스(주)의 정신건강서비스는 주로 기업을 대상으로 정신과 전문의, 임상심리사, 상담사 등이 스트레스 검사에 의한 셀프케어 지원, 웹 등 각종 매체를 이용한 상담서비스를 제공하는 프로그램이다. 최상태(2013)에 따르면 동경해상일동메디컬서비스(주)는 온라인 상의 네비체크(스트레스 체크) 프로그램을 이용하여 자가진단이 가능하도록 하고 있다. 네비체크는 스트레스 체크와 상담 창구가 링크되어 있어 개인이 간단하게 셀프케어가 가능하도록 되어 있다. 그리고 회사가 네비체크 기간을 정하여 실시하고 결과를 집계하여 보고서를 회사에 제공하기도 한다. 회사차원에서 정신건강의 현황을 파악하고 대책을 수립하는데 활용할 수 있게 하기 위함이다. 이를 TMS NAVIGATOR 프로그램을 통해 휴대전화로 제공하기도 한다.

한편, 동경해상일동메디컬서비스(주)의 정신건강 프로그램은 대면을 통한 상담, 전국 제휴 의료기관과 카운슬링기관 안내, 직장 스트레스 수준 분석, 정신건강 체제구축에 관한 컨설팅, 휴직 및 복직 지원 서비스 등을 제공하기도 한다.

라. 일본 보험회사의 건강생활관리서비스 평가

1) 주요 특징

첫째, 특정보건지도의 제공과정은 표준화되어 있다. 미국의 경우 선별검사 및 건강위험도 평가자와 평가결과에 기초한 생활습관 개입서비스 제공자가 동일한 반면 일본은 별도의 검진기관이 평가한다.

둘째, 특정보건지도는 비만관리에 집중되어 있다. 미국이 금연, 운동량 관리, 영양관리, 스트레스 관리 서비스를 제공하는 것 그리고 질병관리와 건강생활관리서비스를 통합하여 제공하고 있다는 것과는 차이가 있다.

셋째, 자회사 형태로 특정보건지도 및 기타 건강생활관리서비스를 제공하고 있다. 전국방문건강지도협회(주)는 NKSJ홀딩스(주)의 자회사이고, 라이프케어파트너스(주)는 일본생명과 니치이학관(주)의 자회사이다. 본사가 직접 제공할 경우 민원, 의료사고 위험이 크다고 판단했기 때문이라고 한다.

넷째, 아웃소싱보다는 자회사 형태의 참여를 선호하고 있다. 자체 경험과 노하우 축적 및 데이터 집적을 통한 의료비 분석 및 상품개발에 활용이 가능하고 내부 건강관리 스텝을 양성하여 타사와의 차별화 시도에 용이하기 때문이라고 한다.

다섯째, 다른 회사와의 차별성을 추구하고 있다. 특정보건지도 내용은 표준화되어 있어 회사마다 동일한 서비스를 제공하고 있으나 그 외에 추가적인 사업은 다양하고 독자적인 서비스를 개발하여 제공하고 있다. 전국방문건강지도협회(주)는 특정보건지도에 집중하고 있다. 라이프케어파트너스(주)는 특정보건지도 외에 모회사가 위탁한 부가서비스 업무를 수행하고 있으며, 건강·장기간병, EAP(멘탈헬스) 서비스 등 종합적인 건강 및 장기간병서비스를 제공하고 있다. 동경해상일동메디컬서비스(주)는 특정보건지도를 제공하지 않고 병원경영, 응급질환관리 및 다양한 질병관리서비스에 집중하고 있다.

여섯째, 건강생활 관련한 서비스를 종합적으로 제공하고 있다. 특정보건지도,

독자적 건강생활관리서비스, 장기간병서비스, 요양시설서비스 상호간의 연계발전 관계를 도모하고 있다. 일본생명의 경우 본체의 피보험자를 대상으로 건강 및 장기간병서비스, 유료 노인홈을 안내하고 실제 현물서비스의 제공은 자회사 혹은 전문적인 기관에 위탁하고 있다.

일곱째, 전문성을 얻고자 하고 있다. 건강 및 장기간병 관련서비스는 전문성이 요구되는 서비스이다. 이러한 전문성을 가진 회사와 제휴 혹은 합작을 통하여 소비자 신뢰를 얻고자 하고 있다. 실제로 라이프케어파트너스(주)는 일본생명과 니치이학관(주)가 대주주이다. 니치이학관(주)는 전국망을 가진 장기간병 사업자이다. 장기간병서비스 이용자들은 니치이학관(주)이 서비스를 제공하고 있다는 사실로부터 안심을 한다고 한다.

여덟째, 보험상품과 분리해서 건강생활관리서비스를 제공하고 있다. 서비스 내용을 보면 보험상품과 직접적인 연계성을 찾기 어렵다. 예를 들어, 최상태(2013)에 따르면 일본생명은 건강생활관리서비스 비용을 보험료에 가산하지 않는다. 각 상품별 보험료에 반영 시 약관, 사업방법서에 명시해야 하고 엄격한 운영 및 전체 계약자에게 공평한 서비스를 제공해야 하기 때문이다. 대안으로 각 상품별로 반영하지 않고 회사 전체 사업비(관리비)의 일부로 계상하고 있다.

마지막으로, 중장기적으로 보험회사는 통계 부족 해결 방안으로 건강생활관리서비스를 제공하는 면이 있다. 실제로 일본생명은 데이터를 축적하여 상품을 개발할 계획을 세우고 있다고 한다.

〈표 Ⅲ-28〉 일본 보험회사별 건강관리서비스 주요 특징 비교

구분	전국방문건강지도협회(주)	Life Care Partners(주)	동경해상일동메디컬서비스(주)
개요	보험지주 NKSJ홀딩스의 자회사로 특정보건지도 규모 1위의 회사	일본생명과 니치이학관의 자회사로 모회사가 위탁한 부가업무 및 건강 및 장기간병서비스 제공	동경해상홀딩스의 자회사로 질병관리서비스 및 의료기관 지원 서비스를 제공(유일한 질병관리 제공 회사)
특정보건지도	특정보건지도에 특화	특정보건지도는 영양사와 제후 등을 통한 차별화 전략	공급하지 않음 (수익내지 못해서)
서비스 주요 특징	- 특정보건지도 대상자 외의 사람에게 건강관리 병행 - 특정보건지도 외의 서비스는 미미	- 건강·장기간병 관련 상담 및 정보 제공 서비스에 특화 - 두 모회사와 제휴하여 건강관리서비스 및 장기간병서비스정보 제공	- 생활습관관리서비스는 제공하지 않음 - 기업노무 및 건강관리 - 메디컬 콜센터(질병상담 및 의료기관 안내) - 기업정신건강서비스 - 장기간병서비스는 모회사의 별도자회사를 통해 제공
IT이용	생활습관병 네비: 인터넷 강좌	고령자 안부확인 서비스인 '미마모리 핫라인'	TMS NAVIGATOR

2) 주요 과제

첫째, 건강생활관리서비스의 건강증진효과는 있으나 의료비 절감 효과는 밝혀진 바 없다고 한다. 조기 검진 등으로 의료이용량이 증가하기 때문이라는 것이 그 주된 이유라고 한다. 장기적인 효과를 기대하는 것이 필요해 보이며 향후 의료비 절감 효과를 얻을 수 있도록 소비자의 적극적 참여를 유도하는 전략이 필요하다고 본다.

둘째, 전문인력의 확보가 필요하다. 건강상담에서 가장 중요한 것은 상담원의 전문성이다. 하지만 전문인력이 부족하여 지역 등에서는 서비스의 활성화가 미흡하다고 한다. 정부 차원의 특정보건지도 및 건강생활 관련 전문인력 양성이 필요하다고 하겠다.

셋째, 질병관리서비스의 활성화가 필요하다. 질병관리서비스가 발전하지 않아 건강증진효과 및 의료비 절감 효과가 제한적일 것이다. 향후 질병관리와 건강생활관리의 통합 서비스의 활성화가 필요할 것으로 본다.

넷째, 보험회사의 자회사는 IT기술 활용이 미흡하다. 인력부족 해소, 수익성 제고 등을 위하여 온라인, 스마트폰, 온라인 연계 개인 모니터링 장치 등 IT기술 활용을 적극적으로 확대할 필요가 있다.

다섯째, 특정보건지도는 건강형평성 제고에 관한 내용을 다루지 않고 있다. 세계보건기구의 건강증진 목표는 건강수명의 연장 및 건강형평성 제고임을 고려할 필요가 있다.

3. 호주

가. 보건의료 및 건강증진 체계

1) 정부의 역할

정부는 연방정부(Commonwealth), 6개의 주(State)와 2개의 테리토리(Territory), 560개가 넘는 지방정부(Local)로 구성되어 있다. 호주는 다양한 형태의 의료서비스 제공자들이 있고, 공공병원과 민영병원이 공존하고 있어 이들을 관리하는 각 정부의 역할이 복잡한 구조를 가지고 있다.

연방정부 보건의료부의 역할(DoHA: Department of Health and Ageing)은 전국민 의료보험을 관장하는 메디케어(Medicare Australia)를 책임지고 있다. 의료수가(MBS: Medical Benefits Scheme, 연방정부 의료비 지출의 30%) 및 약품수가(PBS: Pharmaceutical Benefits Scheme, 연방정부 의료비 지출의 16%)의 급여 항목 범위 및 가격을 정하고 그에 따라 소비자와 의료공급자(주로 일반의)에게 의료비를 지급보상 한다.

연방정부 보건의료부는 주정부가 관리하는 공공병원을 지원(연방정부 의료비 지출의 26%)하며 장애 혹은 고령으로 더 이상 집에서 관리될 수 없는 사람에게 제공되는 장기요양원서비스(High-Level Residential Care, 연방의료비 지출의 10%)를 지원하며 가족계획, 수혈서비스를 지원하고 있다.

연방정부 보건의료부는 민영의료보험 가입 권장과 미가입시 페널티를 위해 민영의료보험 리베이트,³⁹⁾ 조기가입을 유도하는 평생건강보장제도⁴⁰⁾(Lifetime Health Cover) 등을 실시하고 있다. 민영의료보험 가입은 자발적이지만 가입하지 않은 고소득층은 연령에 관계없이 1%(개인 \$88,001-\$102,000)~1.5%(개인 \$136,001 이상)의 추가적인 메디케어세(Medicare Levy Surcharge)를 납부해야 한다. 민영의료보험의 가입을 장려하고 공공병원의 이용을 줄여 공공지출을 줄이고자 함이다.

주정부는 급성기병원, 정신병원, 노인병원 및 정신지체(발달장애)병원 등 공공병원에 대한 법적 권한을 가지고 다양한 보건의료서비스를 직접 공급하고 있다. 식품안전, 수질관리, 공기오염, 하수관리 등을 책임지며 예방접종 등 질병예방 캠페인에 대해서는 중앙정부와 재정을 공동으로 부담하여 시행하고 있다.

주정부는 민간병원과 요양원(Nursing Home)에 대한 허가과 규제를 책임지고 있다.

지방정부의 역할은 상대적으로 미미하다. 재정의 일정부분은 주정부로부터 지원되고 보건의료 부문에서는 재가간호와 유방암 검진과 같은 질병예방서비스의 일정부분 역할을 하고 있다.

39) 호주는 민영의료보험의 가입을 장려하고 있음. 그 방법 중의 하나인 메디케어 리베이트는 연방정부가 연령과 소득에 따라 민영의료보험료를 소득세 납부 시 감면해주는 것을 말함. 메디케어가 민영의료보험료의 일부를 대납해 주는 것임. 민영의료보험을 가입하지 않을 시 이러한 혜택을 받지 못함.

40) 평생건강보장제도는 생애최초 민영의료보험 피보험자와 30세 이후에 재가입한 사람은 30세 이후에 2%의 추가 보험료를 납입하게 하는 제도임. 이는 70세 이후 혹은 병원보장보험을 10년간 연속으로 가입한 후에는 해당되지 않음.

2) 보건의료 체계

호주는 필요한 모든 단계를 고려하여 보건의료서비스를 공급하고 있다. 공급 과정에는 정부, 지역공동체 그리고 여러 민간의료서비스 공급자들이 서로 연계되어 있다. 그러한 역할분담이 빈틈없는 서비스를 제공한다고 볼 수 있지만 책임소재를 밝히기는 어려운 면이 있다는 것이 문제점으로 지적되기도 한다.

이러한 연계는 대략 4개의 범주로 구분할 수 있다. 공공 건강증진 및 질병예방서비스, 기초 진료, 2차 진료, 3차 진료가 그것이다.⁴¹⁾ 기본적으로 과거에 주로 병원입원으로 제공되던 서비스를 외래서비스, 지역공동체서비스, 재가서비스 등에서 제공될 수 있도록 제도를 설계하고 있는 추세에 있다.

가) 공공 건강증진 및 질병예방서비스

공공 건강증진 및 질병예방서비스(Health Promotion and Disease Prevention)는 공중보건 및 개별건강증진을 포함하고 있다. 공중보건은 식수, 공기관리는 물론 흡연, 식생활에 관한 캠페인을 포함하고 있다. 개별건강증진은 만성질환을 일으킬 수 있는 위험요소에 관한 교육프로그램을 포함하고 있다. 이러한 서비스는 지역공동체, 비정부조직, 지방정부(Local Government), 공공병원, 일반의(General Practitioners)가 유기적으로 연계하여 제공하고 있다. 민간병원에서는 참여하지 않고 있다.

나) 기초진료

기초진료(Primary Health Care)는 의원(Clinics)급에서 주로 일반의에 의해서 이루어지며 사람들이 질환이 있을 때 맨 처음으로 접하게 되는 단계이다. 기초 진료는 상담 중심의 서비스로 일반의의 서비스(주로 외래서비스), 의료 및 간호

41) Victorian health Priorities Framework 2012-2022: Metropolitan Health Plan(2011), <http://www.health.vic.gov.au/healthplan> 2022.

서비스, 방문간호서비스를 포함하는 지역공동체 서비스, 구강 및 어린이와 산모에 대한 유사의료서비스(Allied Health),⁴²⁾ 구강과 안경 및 심리상담을 포함하는 민간 유사의료서비스(Private Allied Health)를 포함하고 있다. 그리고 만성질병에 대한 조기 개입 프로그램 등 지역공동체의 요구를 충족시키기 위한 전문화된 서비스가 발전되고 있다.⁴³⁾

일반의는 민간인 신분이며 전체 의사의 65%를 차지하고 있다. 일반의는 행위당수가(Uncapped Medical Fee and Fee-for-service)로 진료비를 환자에게 상환제 혹은 메디케어에 청구(제3자 지급제)할 수 있다. 의사가 환자에게 청구한 경우는 환자가 의사에게 지급한 후 메디케어에 청구한다. 이때 메디케어는 메디케어 기준수가(MBS: Medicare Benefits Schedule)에 따라 환자에게 상환 지급한다. 이 때 기준수를 초과하는 부분은 환자 본인부담이다. 메디케어에 청구하는 경우는 직접청구(Bulk-billing or Direct Billing)에 대한 메디케어의 사전적 동의가 있어야 한다. 이때 환자본인부담은 없다. 직접청구의 경우 수가는 MBS의 85~100%를 적용한다. 직접청구 제도는 공급자의 가격경쟁을 유도하고 소비자의 과도한 자기부담을 방지하는 장치이다.

일반의가 병원에 Visiting Medical Officer로 외래, 입원, 수술환자를 볼 경우 대부분 금액결정에 제한이 없는 행위당 수가이지만 정해진 계약에 따른 봉급, 시간급으로 병원을 통해 보상을 받기도 한다.

42) allied health providers는 물리치료사, 영양사, 사회복지사, 치기공기사, 수련학생에 이르기까지 병원에서 가용한 모든 의료 관련자들을 일컬음.

43) 민간병원에서는 공공 건강증진 및 질병예방서비스를 제공하지 않고 있음. 일반의의 영역이라고 보고 있는 것임.

〈표 Ⅲ-29〉 호주 빅토리아주 2011년 보건의료체계

구분	건강증진 및 질병예방	기초 진료	2차 진료	3차 진료
서비스 형태	건강보호 프로그램 (주로 주정부 재원 및 약간의 연방정 부 재원)	기초의료진료 (주로 연방정부 재 원 및 약간의 본 인 재원)	전문의의 급성 혹은 아급성 병원진료 및 비병원 서비스 (주로 주정부 재원 그리고 약간의 민간 보험 및 본인 재원)	전문의의 급성 혹은 아급성 병원진료 서비스 (주로 주정부 재 원 그리고 약간의 민간보험 및 본인 재원)
	건강증진 및 질병 예방 프로그램 (주로 주정부 재원 및 약간의 연방정 부 재원)	지역공동체의 기 초건강서비스 (주로 주정부 재 원 그리고 연방정 부 및 본인재원)	장기시설요양 서비스 (주로 연방정부 재 원 그리고 주정부 및 본인 재원)	
	공적 건강 및 건강 생활 프로그램 (주로 주정부 재원 그리고 약간의 연방 정부 및 본인 재원)	독립적 일상생활 보조 (주로 주정부 재원 그리고 지역 정부 및 본인 재원)		
	기타 (주로 주정부 재원 및 약간의 민간 재원)			
서비스 공급자	- 지역공동체 건강서비스 (Community health services) - 일반의 - 비정부조직 - 지방정부 - 공공병원 및 공공 건강서비스		- 공공병원 및 공공 건강서비스 - 민간병원 - 지역공동체 건강서비스 - 노인시설 - 장애 서비스 - 일반의	- 공공병원 및 공 공 건강서비스 - 민간병원

기초진료 단계에서 일반의 서비스에 대한 재원은 주로 연방정부로부터 조달되고 일부는 환자본인부담으로 조달된다. 민영의료보험이 일반의 서비스에 대해서는 보장하고 있지 않다.

지역공동체 건강서비스의 재원은 주로 주정부로부터 조달되고, 아주 적은 부분이 본인부담이다.

민간 유사의료서비스의 비용은 본인부담금과 민간건강보험으로 구성된다. 저소득층은 기초진료의 필수요료를 무료 혹은 거의 무료로 이용할 수 있다.

지역공동체 서비스는 단기적인 서비스를 제공한다. 지역공동체 서비스는 기본적으로 기초진료 서비스에 해당하지만 일부는 2차 진료에 해당하기도 한다. 이 서비스는 간호, 샤워 혹은 집안청소와 식사 보조 같은 개인적인 서비스를 포함한다. 이 서비스의 목적은 개인이 가능한 한 집에서 머물 수 있게 하는 데에 있다. 이 서비스는 지역공동체에서 공무원, 혹은 자원봉사자 등으로 조직된 공급자가 제공한다. 재원은 주로 주정부 그리고 일부는 연방정부 및 본인이다.

다) 2차 진료

2차 진료는 공공병원과 민간병원에서 주로 이루어지며 전문의가 특정질병 혹은 만성질환을 가진 사람에게 제공한다. 일반의가 보다 정밀한 검사를 요청하면 전문의가 2차 진료 서비스를 제공한다. 급성 시설(Acute Facility)에서 치료한 후의 재활, 재가 간호, 정신보건, 노인의료 등 아급성(Sub-acute)에 대한 2차 진료는 병원 혹은 집으로 돌아왔을 경우 지역공동체 서비스 형태로 이루어진다.

응급실 진료는 주로 공공병원(2008~2009년 응급실 진료의 약 94%)에서 이루어지고 있으며 대기시간은 23분, 적절한 시간 내에 진료가 이루어지는 비율은 70% 정도이다(정기혜 외 2인 2012).

2009~2010년 기준으로 전체 병원은 1,326개, 84,938개의 병상을 갖추고 있다. 공공병원은 753개, 56,900개의 병상으로(급성기 병원 736개 54,872개 병상, 정신병원 17개 2,088개 병상) 전체 병상의 67%를 차지하고 있다. 민간병원 573개, 28,038개의 병상(Free Standing Day Hospital 293개 2,260개 병상, 기타 280개 25,778개 병상)으로 전체 병상의 33%를 차지하고 있다.

인구 1,000명 당 급성기 병상수가 3.4개로 한국의 5.5개에 비해 낮으나 OECD 평균과 같은 수준이다. 현재 아급성 서비스가 지역에서 적절히 이루어지지 않아 급성시설의 이용이 발생하고 있다는 평가가 있다.

연간 8.5백만 입원 건 중 약 60%가 공공병원에서 제공되고 있다. 2005~2006년과 2009~2010년간 민간병원의 입원환자 증가율이 22%로 공공병원의 14%에 비해 높는데 이는 공공병원이 대기시간이 있는 데 반해 민간병원은 당일 입원 등이 가능하기 때문이다.

2차 진료에 대한 주정부 재원은 몇몇 입원서비스, 전문의 응급서비스에 지원된다. 2차 진료는 민간전문의에 대한 연방정부의 보조서비스와 일반의가 의뢰한 환자에게 제공되는 진단서비스를 포함한다.

2차 진료에 해당하는 장기시설요양(Residential Care) 서비스는 장애 혹은 고령으로 더 이상 집에서 관리될 수 없는 사람에게 제공된다. 샤워 혹은 집안청소와 식사 보조 같은 개인적인 서비스, 의료서비스, 심리서비스 등을 포함하며 장기요양시설은 공공, 민간 비영리기구, 영리기구에 의해서 운영된다. 재원은 주로 연방정부가 조달하고 일부는 주정부 및 본인이 조달한다.

라) 3차 진료

3차 진료는 전형적으로 병원 및 수술의원에서 제공된다. 응급실 혹은 외래 의원(기초진료 일반의)을 통해서 접근된다.

마) 공공병원과 민간병원 재원의 흐름

호주 국민은 사실상 무료로 공공병원을 이용할 수 있다. 이때 전문의를 선택할 수 없고 장기간 대기시간이 발생할 수 있다.

민영의료보험 피보험자나 본인부담자도 공공병원을 이용할 수 있다. 이때 전문의를 선택할 수 있고 대기시간이 짧은 것이 다른 점이다. 이 경우 메디케어가 입원에 대해서 민영의료보험회사에게 기준수가의 75%를 보상해 주고 있다.

공공병원의 재원은 60%를 주정부가 조달하고 40%를 연방정부가 조달한다. 이 재원은 소득수준에 따라 1%~1.5%에 해당하는 메디케어세로 충당된다. 주정부는 연방정부와 예산할당액에 대해서 협상을 하고 주어진 예산을 가지고 공공

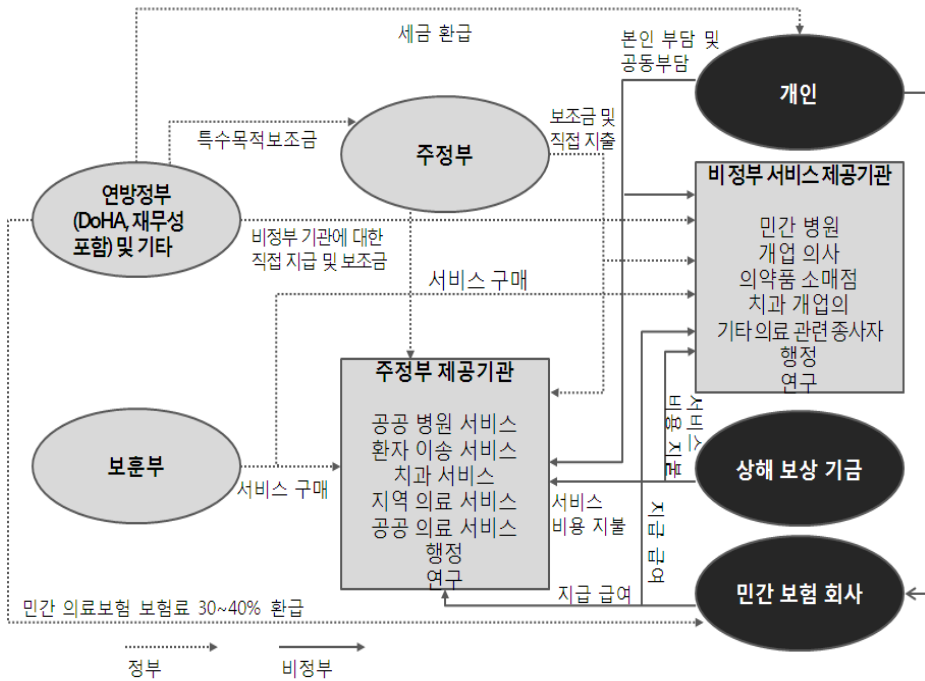
병원에 총액예산제(Global Prospective Budgets), 호주식 포괄수가제(Patient Case-mix) 방식으로 예산을 분배한다.

민간병원(호주 전체 2,999개) 이용의 재원은 민영의료보험, 메디케어 리베이트, 그리고 환자본인이다. 민간병원을 이용할 경우 메디케어는 민영의료보험에게 기준수가의 75%를 지급한다. 메디케어 리베이트는 연방정부가 연령과 소득에 따라 민영의료보험료를 소득세 납부 시 감면해 주는 것을 말한다. 개인소득 \$88,001 미만은 30%(65세 미만)~40%(70+), 개인소득 \$88,001-\$102,000은 20%(65세 미만)~30%(70+), 개인소득 \$102,001-\$136,000은 10%(65세 미만)~20%(70+), 개인소득 \$136,000 이상은 0%이다. 민영의료보험 가입을 장려하여 공공병원 이용을 줄이려는 목적이다.

민간병원은 대부분이 입원서비스를 제공하고 극히 소수의 민간병원만이 응급실을 운영하고 있다. 다수의 환자를 진료하는데 집중하고, 복잡하지 않고 낮은 진료비용이 드는 환자를 주로 진료하고 있다. 그래서 입원기간이 공공병원보다 짧다.

민간병원을 이용할 경우 민영의료보험에서 보장하지 않거나 MBS에 해당하지 않는 경우 본인부담이 발생할 수 있다. 개인의 부담은 2012년 17.3%로 OECD 평균 16%보다 높고 한국의 37%에 비하면 낮은 편이다.

〈그림 Ⅲ-7〉 호주 보건의료체계와 재원의 흐름



나. 민영의료보험

1) 민영의료보험의 개요

민영의료보험 피보험자인 민간환자는 공공병원, 민간병원 어디에서나 진료를 받는 것이 가능하다. 민간병원을 선택할 경우 대기시간 등을 줄이면서 전문의를 선택하는 등 본인의 의사대로 진료를 받을 수 있다. 공공병원은 본인부담이 없다는 장점이 있지만 입원 대기시간이 수개월에 이를 수 있고 전문의의 선택이 가능하지 않다.

2009~2010년 기준으로 전체 입원 건수 중 공공병원환자가 52%, 민간병원환자가 38%, 전액본인부담환자가 4%, 참전자가 4%, 산재, 자동차 등 기타환자가 2.2%였다.

소비자들이 조기에 그리고 지속적으로 민영의료보험에 가입하도록 하고, 민영의료보험 산업이 지속가능하고 경쟁적일 수 있도록 하는 몇몇 정책이 있다. 메디케어세 추가부담제도, 메디케어 리베이트, 평생건강보장제도(Lifetime Health Cover loading)가 그것이다.⁴⁴⁾

공·사의료보험의 재원은 중복되어 조달되지 않도록 설계되어 있다. 그리고 보건의료서비스에 대한 민간 재원의 조달을 용이하도록 하고, 민영보험료를 지역 공동체율을 사용하도록 하여 건강체와 비건강체의 상호 보조를 공유화하도록 설계되어 있다.

민영의료보험은 공·사병원에서 민영의료보험 피보험자의 치료비용을 보장할 수 있다. 그리고 치과, 안과, 물리치료, 카이어로프래틱(Chiropractic Care) 등과 같은 메디케어(공공병원)에서 보장하지 않는 서비스를 보장할 수 있다. 그러나 민영의료보험은 일반의 서비스, 의약품수가표(Pharmaceutical Benefits Scheme)에 있는 의약품, 고령자 진료(예를 들어, 요양원)를 보장할 수 없다. 이는 메디케어(공공병원)에서 보장한다. 결과적으로 민영의료보험은 병원진료 범위 내에서 보장이 가능하다.

최근에 이러한 전통적 민영의료보험의 보장 영역은 변화하고 있다. 민영의료보험법(PHI Act 2007)이 예방적 건강관리서비스를 허용하고 있기 때문이다 (Private Health Insurance Administration Council 2013).

2) 민영의료보험 규제

민영의료보험은 정부의 규제를 강하게 받고 있다고 할 수 있다. 먼저 보장내용을 규제하고 있다. 보장하여야 하는 것, 보장할 수 있는 것, 보장하지 말아야 하는 것을 명문화하여 규제하고 있다. 병의 근본 원인을 치료하지 않는 일시적인 처방(Palliative Care), 재활 치료, 정신과 치료 등은 보장하여야만 하고, 입원

44) <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2007A00031>(Private Health Insurance Act 2007).

진료는 보장할 수 있으며, 외래 및 일반의 서비스는 보장하지 말아야 한다.

그리고 보험료를 규제하고 있다. 보험료 변경은 1년에 1번 이루어 질 수 있으며 장관의 승인을 얻어야 한다. 보험료의 인상은 모든 보험회사에 동일 시점에 적용된다. 보험료 할인은 연간 최대 12% 이내에서 이루어져야 한다.

〈그림 Ⅲ-8〉 호주 공·사 의료보험 재원에 영향을 주는 제도



자료: Private Health Insurance Administration Council(2013).

지역공동체 위험률(Community Rating)을 사용하여야 한다. 연령, 건강상태, 소득 수준에 관계없이 동일 지역 사람들에게는 동일 보험료가 부과된다. 지역공동체 위험률 제도의 목적은 민영의료보험이 공동체의 사람 모두에게 동등하게 접근이 가능하도록 하기 위함이다. 그리고 보건의료재정 절감을 위해 민영의료보험의 역할을 확대하여 전국민 보장을 달성하기 위함이다. 또한, 보험회사가 건강체만을 가입시키려는 문제를 완화하기 위함이다. 그러나 이 제도는 보험회사들이 피보험자의 건강관리를 하고자 하는 유인을 줄이고 고정된 보험료 제도 하에서 의료이용을 하지 않는 건강체가 보험료를 많이 부담해야한다는 점이 단점으로 지적되고 있다.

위험 동등화 펀드(Risk Equalization Trust Fund)에 참여하여야 한다. 이 제도는 주 단위로 특정 보험회사에 발생할 수 있는 고액 보험금 지급 부담을 여러 보험회사들이 분담하기 위함이다. 고액 보험금지급이 발생한 후 펀드에 지원금을 청구하며, 1년에 35일 이상 입원한 경우와 50,000달러를 초과한 경우를 대상으로 한다.

소비자는 한 보험회사 내에서 그리고 보험회사 간 보험상품을 바꿀 수 있다.

민영의료보험은 기본적으로 모두가 가입이 가능할 수 있도록 하고, 동등한 서비스를 받을 수 있도록 하며, 정부가 보장하는 서비스를 포함하여 모든 서비스 비용을 보장할 수 있도록 하는 것을 지향하고 있다(Private Health Insurance Administration Council 2013).

3) 시장현황

호주는 2012년 35개의 민영의료보험회사가 있다. 주요 추세는 첫째, 민영의료보험회사 수가 줄어들고 있다. 1990년 59개이던 것이 2012년에는 35개로 줄어들었다. 둘째, 건강관리서비스를 제공하기 시작하였다. 가장 큰 회사는 정부가 대주주인 Medibank Private(27.1%)인데 최근 건강관리서비스를 제공하기 시작하였다. 두 번째로 큰 회사는 영국에 본사를 둔 BUPA(26.7%)사이다. 셋째, 영리회사와 비영리회사로 나눌 수 있는데 자본이용의 유연성이 있는 영리회사로 전환하는 추세에 있다. Medibank Private은 2008년 영리회사로 전환하였다. nib(Newcastle Industrial Benefits)사는 병원펀드인데 2007년 영리 보험회사(5위 규모, 7.6%)로 전환하였다(Private Health Insurance Administration Council 2013).

〈표 Ⅲ-30〉 호주 민영의료보험 성과 추이

분류	2009	2010	2011	2012	변화율(%)
수입보험료(\$m)	13,078	14,170	15,421	16,721	8.4
총수입(\$m)	13,069	14,729	16,026	17,172	7.1
총지급보험금(\$m)	11,349	12,226	13,160	14,350	9.0
조수익(%)	13.2	13.7	14.7	14.2	-3.3
사업비(%)	10.0	9.2	9.1	9.3	2.9
순수익(%)	3.2	4.5	5.6	4.8	-13.4
피보험자 수(천 명)	11,258	11,561	11,902	12,322	3.5

자료: HCF Annual Report(2012).

2012년 피보험자 수는 12,322천 명(인구의 47%)으로 전년에 비해 3.5% 증가하였다. 수입보험료는 16,721백만 호주달러로 전년에 비해 8.4% 증가하였다. 이는 피보험자 수의 증가와 정부가 정하는 보험료 인상률에 기인한다. 총지급보험금은 전년에 비해 9% 증가하였는데 이는 5.6%의 인플레이션에 기인한 바가 크다. 순수익은 전년에 비해 줄어들었다. 이는 주로 투자수익의 감소에 기인한다.

다. 보험회사의 건강관리서비스: Medibank

1) 배경

호주는 공공병원의 비중이 높고 이용은 거의 무료이다. 그리고 공공병원의 의료서비스 수준이 민영병원보다 높고 중증질환자를 치료하기에 유리하지만 건강관리서비스 수준은 실질적 건강생활 개입이 이루어지지 않고 있기 때문에 미흡하다. 민간병원에서는 건강관리서비스에 참여하지 않고 있다. 기초 진료자인 일반의가 건강관리서비스를 제공할 수 있는 좋은 환경에 있으나 수익성 부족 등으로 적극적으로 참여하고 있지는 않은 상황이다. 민영의료보험은 일반의 서비스를 보장할 수 없기 때문에 민영의료보험 상품으로 건강관리서비스를 보장하는 것이 가능하지 않다.

이러한 체계 하에서 호주는 의료비의 급상승을 경험하게 된다. 2001~2012년 동안 총 실질의료비 지출은 연평균 5.4% 증가하였으며, 실질 GDP는 연평균 3.1% 증가하였다. GDP와 의료비 지출 증가율 차이가 가장 크게 나타난 것은 2008~2009년으로 GDP 증가율이 1.6%인데 반해 의료비는 6.8% 증가한 것으로 나타났다.

2006~2007년에서 2011~2012년에 이르는 최근 5년간 실질의료비 지출의 연평균 증가율(6.0%)은 2001~2002년에서 2006~2007년에 이르는 5년간의 성장률(4.8%) 보다 더 크게 나타났다. 최근으로 올수록 의료비지출 증가세는 강화되고 있는 것이다.

반면, GDP 증가율은 최근 5년간 2.7% 증가율을 보여 2001~2002년에서 2006~2007년에 이르는 5년간의 증가율 3.5%보다 낮게 나타났다. 의료비 지출 증가세는 최근으로 올수록 강화되는 데 소득 증가세는 약화되고 있는 것이다. 1인당 의료비 증가율을 보더라도 GDP 증가율보다 높게 나타나고 있다.

GDP 대비 의료비의 지출규모는 지난 10년간 7.9%에서 9.4%로 매년 늘고 있다. OECD 평균 9.6%보다 낮지만 한국의 7.1%보다는 높은 수준이다.

정부는 이러한 의료비 증가세에 대한 대책 중의 하나로 최근 건강관리서비스를 영리추구 공기업인 Medibank(100% 정부투자 보험회사)에 위탁하여 공급하기에 이른다.

〈표 Ⅲ-31〉 총의료비 지출 및 GDP 증가율

연도	총 의료비 지출		GDP		1인당 의료비 지출	
	금액 (백만 달러)	성장률 (%)	금액 (백만 달러)	성장률 (%)	금액 (달러)	성장률 (%)
2001~02	82,886	—	1,909,637	—	4,276	—
2002~03	87,705	5.8	1,125,002	3.2	4,474	4.6
2003~04	90,611	3.3	1,171,661	4.1	4,571	2.2
2004~05	96,503	6.5	1,209,001	3.2	4,815	5.3
2005~06	99,079	2.7	1,245,788	3.0	4,879	1.3
2006~07	104,974	5.9	1,292,978	3.8	5,090	4.3
2007~08	112,099	6.8	1,341,709	3.8	5,335	4.8
2008~09	119,758	6.8	1,363,823	1.6	5,577	4.5
2009~10	124,782	4.2	1,392,294	2.1	5,708	2.3
2010~11	132,578	6.2	1,426,171	2.4	5,980	4.8
2011~12	140,241	5.8	1,474,628	3.4	6,230	4.2
연평균 증가율(%)						
2001~02부터 2006~07	—	4.8	—	3.5	—	3.5
2006~07부터 2011~12	—	6.0	—	2.7	—	4.1
2011~02부터 2011~12	—	5.4	—	3.1	—	3.8

주: 2011-12년 불변가격 기준.

자료: AIHW health expenditure database, ABS 2013c.

2) 메디뱅크(Medibank) 개요

메디뱅크 스탠다드(Medibank Standard)는 국가건강보험제도로 1975년, 메디뱅크 프라이빗(Medibank Private)은 1976년에 설립되었다. 메디뱅크 스탠다드는 1984년 메디케어에 의해 대체되었고, 메디뱅크 프라이빗은 현재의 메디뱅크로 남아 있다. 메디뱅크는 1998년 호주 정부가 유일한 주주인 비영리 공기업이 되었고, 2009년 PHIAC(The Private Health Insurance Administration Council)의 인가를 받아 영리추구 공기업으로 전환되었다.

2009년 뉴사우스웨일즈의 울런공(Wollongong)에 위치한 보험사인 AHM(Australian Helath Management)을 인수하였고, 같은 해 공기업인 HSA(Health Services Australia)그룹과 합병을 했다. 2012년 현재 메디뱅크 의료보험 피보험자는 3백 8십만 명으로 전체 민영의료보험시장의 30%를 차지하며 의료보험회사 중 가장 큰 규모로 성장하였다. 건강관리서비스 회원 수는 53,400명 수준에 머무르고 있다.

〈표 Ⅲ-32〉 호주 Medibank 회사개요

구분	내용
설립	• 1976년
직원 수	• 4,819명 • 1,500명 정도가 건강관련 전문가들로 구성
사업 내용	• 건강보험, 전화의료상담서비스, 질병관리, 건강생활관리서비스
주요 수요자	• 연방정부, 주정부, 공공기관, 기업, 민영보험회사
매출액	• 59억 AUD
관리대상자 수	• 의료보험피보험자 3백 8십만 명, 건강관리프로그램 53,400명

자료: <http://www.medibank.com.au/>, / Medibank Annual Report 2012/13.

현재의 메디뱅크는 의료보험을 비롯한 제반 보험(해외학생비자보험, 여행보험, 생명보험, 애완동물보험)과 의료상담 콜센터, 건강관리서비스 등을 제공하고 있다. 2010년에는 ‘Healthdirect Australia’, ‘NURSE-ON-CALL’, 그리고 ‘Healthline’과 같은 전화 의료상담서비스를 제공하고 있는 McKesson Asia-Pacific이라는 호주의 대규모 전화의료서비스 회사를 인수하여 건강관리서비스를 제공하고 있는 ‘Health Solution’에 통합시켰다.

주요 고객으로는 호주 연방정부, 주 정부(빅토리아, 뉴사우스웨일즈 등), 교원노조의료, 전국 건강 콜센터 네트워크(National Health Call Centre Network), 빅토리아주 Work Safe, IBM 등이 있다.

3) 주요 상품 및 서비스(Health Solutions Overview)

메디뱅크의 주요 상품 및 서비스를 크게 전화와 온라인을 통한 서비스(Telephone & Online Services)와 의료 및 유사의료서비스(Medical & Allied Health Services)로 나눌 수 있다.

〈표 Ⅲ-33〉 호주 메디뱅크 주요 서비스 개요

구분		내용
주요 서비스 내용	전화와 온라인 서비스	- 전화진단서비스(Triage), 질병관리(Disease Management), 정신건강(Mental Health), 병원 대체 프로그램(Hospital Substitution programs) - 연중무휴 24시간 이용가능
	의료 및 유사의료 서비스	건강검진(Health Assessments), 예방접종(Vaccinations), 부상치료 및 관리(Injury Treatment and Management), 재활치료(Injury Rehabilitation), 여행 건강서비스(Travel Health Service)
서비스 이용 규모		- 전화상담 규모: 3백만 건 - 프로그램 참여자: 4만 명 - 온라인 사용자: 십만 명 - 대면 상담: 4십만 건
사업 관련 종업원 수		• 2,000여 명의 직원(1,000여 명의 임상 의)
주요 고객		• 정부, 기업, 민영의료보험

자료: Medibank(2013, 11), "Overview of Medibank Health Solutions".

전화진단서비스(Triage), 질병관리서비스, 건강코칭, 정신건강서비스, 병원대체 프로그램 등이 모두 전화와 온라인을 통해 제공된다. 이러한 전화와 온라인 서비스는 비용절감효과와 언제 어디서나 접근이 가능한 유연성이 장점이다.

또한 직장건강관리서비스의 선두 주자로서 호바트(Hobart) 지역의 제조업에서부터 카라타(Karratha) 지역의 광산에 이르기까지 다양한 산업분야에서 작업장 부상 및 질병관리, 건강생활관리, 취업건강진단(Pre-employment Medical Examination) 등을 제공하고 있다.

4) 건강관리서비스(Health Management)

메디뱅크의 건강관리서비스는 2003년부터 시작되었다. 그 후 전화나 온라인 그리고 외부 건강관리회사로의 위탁을 통해 경험을 축적해 왔다.

먼저 건강상태를 진단하기 위해 “Medibank's Betterhealth Online” 웹사이트를 통해 건강위험도평가(HRA)을 수행한다. 건강군에 속한 사람들에게는 건강 관련 정보와 예방관리정보를 “Feelbetter” 잡지, “Medibank's Betterhealth Online” 웹사이트 등 다양한 매체를 통해 제공한다. 또한 회원들을 위한 세미나와 캠페인 등을 펼치고 있다.

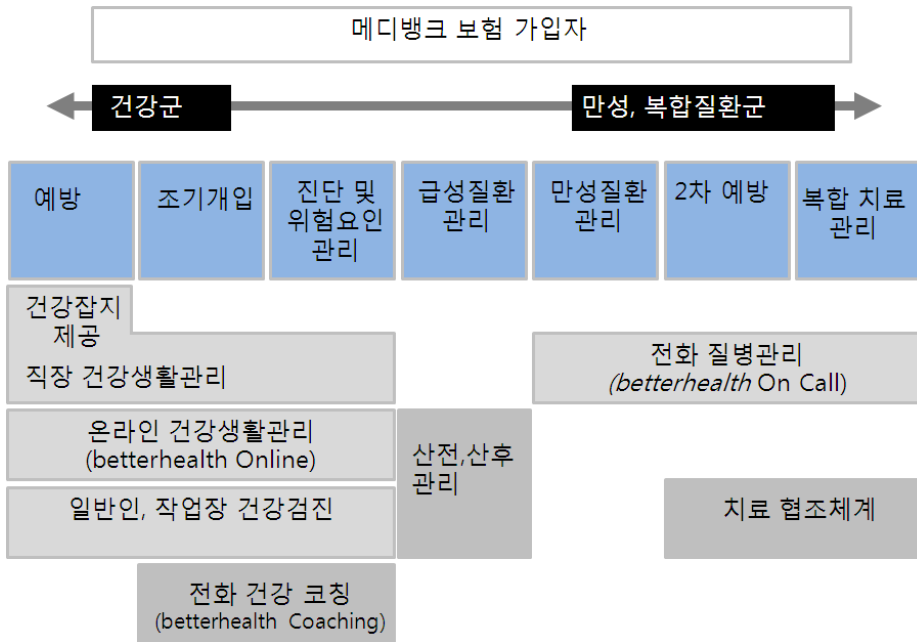
건강위험군에게 조기개입(Early Intervention)을 하고 조기개입은 생활습관 교정을 목표로 하며 체중조절, 식단, 운동, 스트레스 조절, 금연, 심장건강을 포함한 주요 위험요인을 관리하는 데 초점을 둔다. 전화를 통한 건강코칭(Betterhealth Coaching)을 6개월 동안 제공하는데, 이는 차후에 심장질환이나 제2당뇨와 같은 질병에 노출되지 않도록 예방하는 것을 돕기 위해서이다.

피보험자가 건강위험을 보유하고 있다고 식별되거나 만성질환의 진단을 받은 경우 개인의 상태에 맞게 다양한 범위의 관리를 제공한다.

메디뱅크는 전화에 기반한 질병관리서비스를 메디뱅크 피보험자 그리고 정부나 다른 민영보험회사로부터 위탁받아 제공하고 있다. 질병관리서비스는 건강한 라이프스타일과 치료과정에 충실한 자기관리 행위들을 증진시키며, 의료 이용과 비용 절감, 그리고 참여자의 만족도 증가를 목표로 한다.

질병관리서비스에서 관리하는 질병들은 만성 폐쇄성 폐질환(Chronic Obstructive Pulmonary Disease), 당뇨, 울혈성 심부전(Congestive Heart Failure), 관상동맥질환(Coronary Artery Disease), 정신질환(우울이나 불안), 그 외 건강위험요인(비만, 흡연, 음주, 도박) 등이 있다.

〈그림 Ⅲ-9〉 메디뱅크의 건강관리서비스 프로그램



질병관리프로그램의 프로토콜을 살펴보면, 먼저 참여자를 병원 데이터베이스를 통해 식별(identify)한 후 참여자의 자료가 서비스 제공자에게 전송된다. 전화를 통해 가입하고 임상 진단을 받은 다음 위험군 분류를 통해 개인에게 적합한 프로그램을 만들고, 12개월 동안의 전화 코칭 프로그램을 수행한다.

전화 코칭 프로그램(Betterhealth On Call)은 12개월 동안 개인에게 특화된 케어를 제공한다. 서비스 제공자들은 등록간호사, 전문 치료사, 영양사, 심리치료사, 조산사, 심리학자들로 구성되어 있다. 주요 내용으로는 생활습관 교정, 자기통제 강화, 그리고 질병과 관련된 임상지표의 개선 등을 포함한다. 등록간호사로부터 정기적인 점검을 받으며, 언제라도 궁금한 것이 있을 때는 간호사들에게 전화를 할 수 있다. 만성질환 상태를 가지고 있는 사람의 건강을 지키는데 도움이 되는 책자를 제공받으며 관련된 정보에 대해 웹사이트를 통해 얻을 수 있다.

5) 건강생활관리서비스

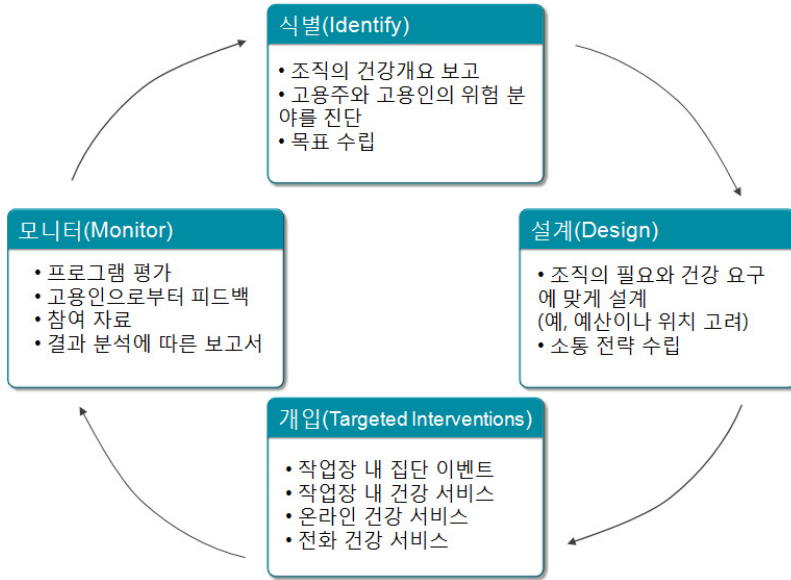
메디뱅크의 건강생활관리서비스(Health and Wellbeing)는 웹기반 프로그램이며 정부, 기업 등 대규모 집단을 대상으로 한다. 만성질환의 위험을 안고 있는 사람을 식별해 내고 그들의 생활습관을 바꾸게 하는 것을 목표로 하고 있다.

운영방식은 질병관리프로그램과 비슷한데, 질병관리가 주로 전화에 기반해서 운영되는 것에 반해 건강생활관리서비스는 온라인에 기반해서 운영되고 있다. 절차를 보면, 온라인상으로 가입 후 건강위험도평가를 통해 개인의 위험을 계층화한다. 건강위험도평가 결과에 따라 개인 맞춤형 프로그램을 설계하고 온라인 교육과 코칭이 이루어진다.

건강위험도평가는 각 참여자들에게 그들의 강점과 약점, 건강나이, 건강목표 제안 등을 포함하는 보고서를 검진 즉시 제공한다. 보고서에는 전체적인 건강 상태점수가 주어지고, 생체, 라이프스타일, 건강력, 건강생활 분야별로 위험요인 등이 포함되어 있다. 건강위험도평가는 집적된 자료에 기반해서 개인에게 가장 효과적인 전화 또는 온라인 행동교정 프로그램, 혹은 질병관리프로그램을 추천해 준다.

메디뱅크는 특히 기업을 대상으로 한 건강생활관리서비스가 잘 발달되어 있다. 작업장은 개인이 자신의 건강을 조절하는데 이로운 공간으로 건강생활관리 프로그램의 효과가 상대적으로 크다. 회사의 입장에서든 결근 혹은 필요 없이 회사에 오래 머물러 있는 프리젠티이즘(presenteeism)으로 인한 비용을 줄일 수 있는 유인이 있다. 기업 건강관리의 예로 메디뱅크는 빅토리아주 노동자들에게 직장 건강생활관리프로그램인 “WorkHealth”를 제공하고 있다. 빅토리아 주정부와 5년 동안 4천만 달러에 계약을 맺었는데, 빅토리아 주정부는 이 프로그램을 통해 1억 달러의 비용절감 효과를 예상하고 있다.

〈그림 Ⅲ-10〉 호주 메디뱅크의 기업 건강생활관리서비스 모델



6) 주요 프로그램

가) 전화진단 서비스(Telephone Triage)

전화진단서비스는 메디뱅크가 연방정부의 위탁을 받아 전체 국민을 대상으로 이루어지는 서비스이다. 전화 인터뷰를 통해 환자의 증상을 위급성과 심각성에 따라 분류하고, 그렇게 분류된 환자의 필요에 따라 적절한 처치와 치료를 받을 수 있는 곳으로 의뢰하는 서비스이다.

이 서비스는 병을 진단하는 서비스(Diagnostic Service)가 아니라 소비자가 자신의 증상에 적합한 치료 판단을 할 수 있도록 도와주는 서비스이다. 병원과 일반인들의 환자 부담을 줄이기 위해 고안된 제도로써, 등록된 간호사들과 통화를 하게 된다.

연간 2백만 건의 통화가 이루어지며, 전체 통화의 3% 정도가 앰블런스를 불

러주고, 12% 정도가 응급실 치료를 추천한다. 전체 통화의 80%가 20초 이내에 연결되며, 불만율은 1% 이하로 집계되고 있다. 그리고 98%의 진료의뢰(referral)가 적절한 것으로 평가되고 있다.

이러한 전화 진단서비스의 장점은 자가치료(self-care)를 늘려 병원 방문에 따른 비용을 줄이며, 한 명의 간호사가 1년에 대략 6,000건의 통화를 처리할 수 있어 의료비를 절감하는 데 효과적이라는 것이다. 접근성 측면에서도 업무 이외의 시간대에 어느 지역에서나 서비스를 받을 수 있는 장점이 있다. 장기적으로는 소비자들의 건강 문맹을 낮추는 효과도 기대해 볼 수 있다.

나) 모바일 앱 서비스

메디뱅크가 제공하는 앱은 크게 세 가지가 있다.

첫째, 메디뱅크 모바일 앱이 있다. 메디뱅크 피보험자들은 이 앱을 통해 피보험자들의 혜택에 관한 자료를 얻거나, 의료비를 청구할 수 있고, 의료서비스 제공자 정보 등을 쉽게 얻을 수 있다.

둘째, 증상점검(Symptom Checker)앱의 경우는 여러 가지 증상을 식별해서 증세에 따라 어떻게 대처할 것인지를 도와주는 기능을 하는 건강 앱이다. 두통이나 목의 통증같이 작은 증세들에 대해서는 집에서 처치하는 방법을 알려주고, 보다 심각한 증세들에 대해서는 언제 전문가들의 처치가 필요한지, 일반의나 지역병원의 응급번호 등을 알려준다.

셋째, 에너지 밸런서(Energy Balancer)가 있다. 개인이 섭취하는 음식의 열량을 소모하기 위해서 얼마만큼의 운동이 필요한지를 계산해주는 앱이다. 예를 들어 ‘마나나 1개=걷기 15분’과 같은 정보를 제공해 준다.

다) 온라인 건강 허브(Online Health Hub)

메디뱅크는 회원들을 대상으로 온라인 건강 허브를 통해 전문가의 어드바이스와 정보, 건강자원 등을 제공하고 있다. 포함된 정보나 내용들은 호주의 의사

들에 의해 감독, 유지되고 있다.

건강 및 의료관련 다양한 자료들을 얻을 수 있고, 건강위험진단을 통해 심장 질환이나 제2당뇨병 등의 질환에 걸릴 가능성을 알아보고, 자신의 상태에 맞게 식단이나 운동 계획을 수립하는데 도움을 받을 수 있으며, 온라인 코칭 프로그램을 수행할 수 있다.

라. 호주 건강관리서비스의 평가

호주의 건강관리서비스는 미국의 경우와 유사하다. 다만 서비스가 정부투자 영리의료보험회사 혹은 전문회사를 중심으로 이루어지고 있고, 영리 민영의료 보험회사는 아직 활발하게 진입하고 있지 않다는 점이 다르다.

첫째, 건강관리서비스의 제공과정은 공급주체별로 동일하다. 주어진 정보를 이용한 선별검사, 건강위험도 평가, 예측모형을 이용한 건강위험군 계층화, 각 군 별로 적합한 건강관리서비스 제공, 성과 평가의 단계를 거치고 있다. 이 과정은 미국, 일본의 경우와 동일하다.

둘째, 건강생활관리서비스 대상 건강위험요인은 공급주체별로 동일하다. 금연, 운동량 관리, 영양관리, 음주, 스트레스 관리가 그것이다.

셋째, 질병관리와 건강생활관리서비스를 통합하기도 하고 분리하기도 한다. HCF(The Hospitals Contribution Fund of Australia Limited)⁴⁵⁾는 건강생활관리 서비스를 분리하여 전문회사에 위탁하고 있다.

넷째, 건강관리서비스 회사들이 온라인 전략을 사업모형에 추가하고 있다. 대부분의 회사는 온라인 시스템을 운영하고 있으며 이는 강화되고 있는 추세에 있다. 일반적으로 건강군으로 분류되는 사람들은 주로 온라인상으로 관리하고, 만성질환군에 속한 사람들은 전문가들과의 전화 상담을 통해 관리한다.

다섯째, 모니터링장치의 활용을 시도하고 있다. Remedy⁴⁶⁾는 스마트폰과 연

45) 〈부록〉에 자세한 내용을 담아 두었음.

46) 〈부록〉에 자세한 내용을 담아 두었음.

결된 모니터링 장치를 활용하여 비용 절감 및 효과 극대화를 추구하고 있다.

여섯째, 영리민영의료보험회사가 직접적으로 건강관리서비스를 제공하는 사례를 찾아보기 힘들다. 기초 진료자인 일반의가 건강관리서비스를 제공하기에 적합하다. 그러나 민영의료보험은 민간병원의료비를 보장할 수 있지만 일반의 서비스를 보장할 수 없다. 영리민영의료보험회사가 직접적으로 건강관리서비스를 공급하기에는 어려움이 있어 보인다. 일반의의 영역이기 때문이다.

IV. 건강생활관리서비스 공급모형

1. 공급과정

해외사례를 보면 흡연, 신체활동, 영양, 음주, 스트레스에 관한 생활습관 개선을 위한 지원서비스를 소비자에게 전달하는 과정은 공통적으로 다음과 같다.

첫 번째 단계, 본인 및 가족 등이 제공한 정보, 진료기록, 보험금 청구기록, 상담기록 등을 이용하여 선별검사(Biometrics Screening Tests)를 하고 이를 토대로 참여를 독려한다. 이는 추가적인 건강검진 비용지출 없이 수행하려는 보험회사의 경우이다. 이러한 정보가 없을 경우 건강검진을 통하여 정보를 얻을 수 있다.

두 번째 단계, 건강위험도를 평가한다. 건강위험도의 평가 과정에서 선별검사 결과, 온라인 · 설문 · 면담 등을 통한 생체정보⁴⁷⁾ 등 각종 정보가 필요하다. 미국과 호주에서는 기본적으로 설문 · 면담을 이용하지만 최근에 온라인을 이용하여 각종 정보를 집적하는 추세에 있다. 이를 위해 먼저 건강생활관리서비스를 제공하는 회사는 소비자에게 만보계, 스포츠시계와 같은 모니터링 장치⁴⁸⁾를 이용할 것을 권장하고 있다. 모니터링 장치는 사용자의 심박 수, 체중 변동

47) 생체정보는 신장, 체중, BMI, 허리 둘레, 혈압, 혈당, 총 콜레스테롤, HDL 콜레스테롤, LDL 콜레스테롤, 관상동맥 위험률, 중성지방 등이 있음.

48) 모니터링 장치는 Garmin의 GPS 장착 Forerunner 시리즈(스포츠시계의 일종)와 같은 통합 전자장치가 될 수도 있음. 이러한 장치들은 순전히 건강관리 목적으로만 사용되는 것이 아니기 때문에 건강생활관리서비스회사 혹은 보험회사가 비용을 보장해 줄 필요는 없음. 건강생활관리서비스회사들이 경우에 따라 이러한 장치를 선별된 사용자 그룹에 배포할 수도 있지만, 대부분의 경우에 있어서는 소비자들이 직접 구매하도록 권장하여야 할 것임.

등을 측정하여 칼로리 소모, 달린 거리 등과 같은 운동 결과를 기록한다.

그리고 관리회사는 모니터링 장치 사용자들에게 개인건강기록 데이터를 온라인 상에 입력하도록 권장하고 있다. 데이터를 입력할 수 있도록 하는 서비스는 Microsoft의 HealthVault⁴⁹⁾ 등과 같은 온라인 개인건강기록장치(ePHRs: Personal Health Records)가 있다. 일단 데이터가 ePHRs에 업로드 되면 소비자들은 의료진, 간병인, 코치 등에게 데이터 접속 권한을 부여할 수 있으며, 의료진, 간병인, 코치들은 소비자의 건강 상태를 검토하고 건강위험도를 평가할 때 이러한 데이터를 고려할 수 있다. 소비자 입장에서는 전문가에게 접근이 용이해지고 공급자 입장에서는 효율적으로 서비스를 제공할 수 있다. 미국 의료보험회사들이 데이터의 통합에 관심을 가지는 것은 이러한 이유 때문이기도 하다.

정보가 충분하지 않을 경우 혹은 제도에 따라 별도의 건강검진 결과를 이용하기도 한다. 일본의 경우와 같이 공적 건강보험을 통해서 전 국민적으로 실시할 경우 정책적으로 서비스를 위한 검진절차를 두어 그 결과를 이용하여 건강위험도를 평가한다. 우리나라 서울시 보건소는 건강생활관리서비스의 공급을 위해 건강검진을 실시하여 정보를 얻고 있다.

세 번째 단계, 건강위험도 평가결과와 수집된 정보를 예측모형에 적용하여 개인을 건강위험수준별로 계층화한다. 계층화 단계는 국가별로 그리고 회사별로 조금씩 다르기는 하지만 기본적으로 건강체군, 건강위험군, 건강고위험군, 만성질환군, 급성질환군으로 분류된다.

네 번째 단계, 각 위험계층별로 적절한 서비스를 공급(동기부여 혹은 건강생활습관 개입)한다. 건강체군에 대한 동기부여 내용은 주로 건강정보 제공에 그

49) 2007년 시작된 Microsoft HealthVault(<http://www.healthvault.com>)는 다양한 출처에서 얻은 개인의 건강과 피트니스 정보를 저장하기 위한 웹베이스 플랫폼임. 2010년에는 영국에 사이트를 개설하는 등 확대 추세에 있음(<http://www.healthvault.co.uk>). 기록에 접근은 HealthVault account을 통해서 가능하고 개인은 의료진 혹은 가족 등에게 접근을 허용할 수 있음.

건강관리서비스 공급자 및 의료 서비스 공급자는 HealthVault를 통해 원만한 의사소통을 할 수 있고, 이용자와 전자 형식으로 의료 영상 등과 같은 정보를 교환함으로써 업무 비용을 절감할 수 있음. 이용자와 치료계획 이행 혹은 건강생활 계획 이행 등 중요한 정보를 공유하여 효과를 증진시킬 수 있음.

치며 제공 방법은 주로 온라인을 통해서 이루어진다. 건강교육 및 상담서비스는 대상자가 요청할 경우 이루어질 수 있다. 그리고 위험군 혹은 고위험군에게 제공되는 서비스는 전문적인 지원서비스가 될 것이다. 온라인을 통해서 정보를 제공하는 것은 물론이고, 전화로 상담을 하기도 하고 전화를 걸어서 동기부여를 하기도 한다. 그리고 필요한 도구를 지원하기도 한다. 위험군과 고위험군을 분리해서 서비스의 정도를 달리할 수 있다. 만성질환군 그리고 급성질환군은 의료서비스를 받은 후에 건강생활관리서비스를 받을 수 있다.

의료적 처치가 필요한 만성질환군 그리고 급성질환군은 의료기관의 진료가 필요하다. 일본의 경우 이들에게 적극적으로 의료기관의 방문을 권유하고 있다.⁵⁰⁾

다섯 번째 단계, 효과를 측정한다. 이를 위해서는 모니터링 체계를 구축하여야 한다. 이 과정은 복잡하고 전문적인 지식이 필요하다. 전문적인 대행회사가 있을 정도이다. 그리고 측정 결과를 본인 및 고용주 등 의뢰자에게 보고를 한다. 미국의 경우 기업 혹은 공·사보험자가 의뢰자이다. 고용주에게 보고되는 내용은 개인정보가 보호될 수 있도록 최소한의 정보여야 할 것이다. 일본의 경우 의뢰자는 공적 보험자이다. 이때는 공적 보험자가 지속적인 관리를 하여야 하므로 이에 필요한 정보가 제공될 수 있다.

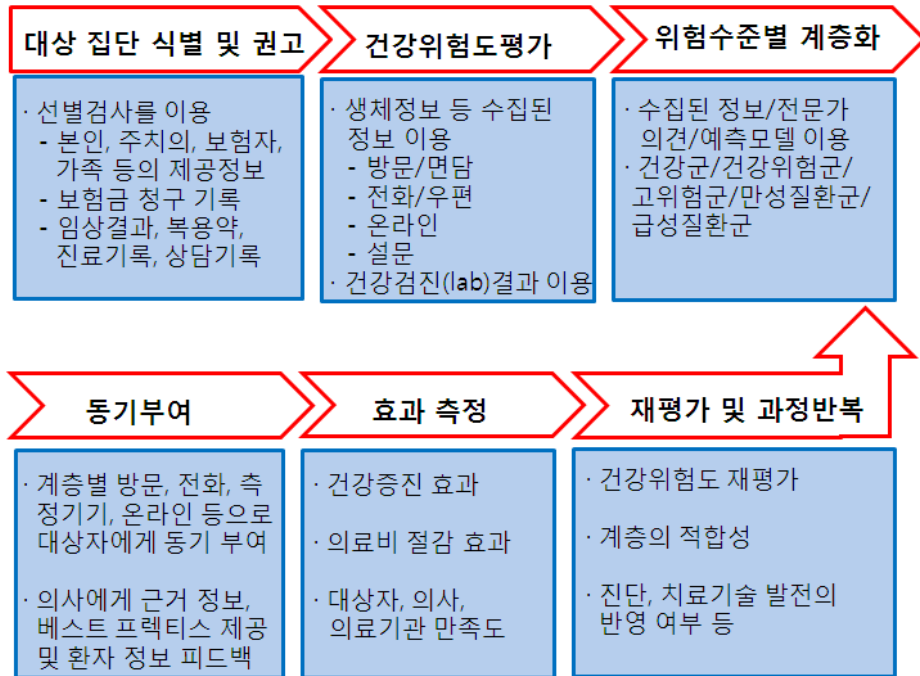
여섯 번째 단계, 건강위험도를 재평가하고 과정을 반복한다.

미국의 경우 초기 서비스 공급방식은 만성질환을 앓는 인구집단과 상호작용할 수 있는 숙련 간호사들을 이용하는 것이었다. 건강위험도의 평가과정 없이 대부분 우편과 전화를 이용해서 환자들에게 질병관리에 대한 교육, 안내, 지침 등을 공급하였다. 이러한 모형에서 질병관리서비스기관들은 콜센터 설비 및 간호사 채용, 교육, 업무 프로세스 관리 등에 크게 투자하였다. 그러나 시간이

50) 우리나라의 경우 건강생활관리서비스 기관이 의료기관에 관리대상자를 소개하는 것은 유인·알선행위를 금지하는 의료법의 위반 소지가 있음. 이때 환자에게 관련 결과를 제시함과 동시에 의료법에 따라 일반적인 의료기관 목록 및 전문 과목 등에 대한 정보만을 제공하는 것은 가능할 것임. 의료기관 및 건강생활관리서비스회사가 상호 제공할 수 있는 정보의 범위는 정부에서 정책적으로 설정하여야 할 것임.

지남에 따라 질병관리회사와 소비자들은 엄격한 건강위험 관리시스템이 효과 면에서나 자원 투입 적정화 면에서 더 나은 성과를 얻는데 도움이 된다는 것을 깨닫게 되었다. 현재는 위와 같은 6단계의 엄격한 관리과정을 구축하여 서비스를 공급하고 있다. 건강위험 수준별로 적절한 자원을 투입하여 효율적 관리가 이루어지게 하기 위함이다. 건강생활관리서비스 공급을 위해서도 이와 같은 체계를 이용하고 있다.

〈그림 IV-1〉 건강생활관리서비스 관리과정



호주의 메디뱅크 사례를 보면 질병관리가 주로 전화에 기반해서 운영되는 것에 반해 건강생활관리서비스는 저렴한 온라인에 기반해서 운영되고 있다. 절차를 보면, 소비자가 온라인상으로 등록하면 이 과정에서 획득된 정보를 이용하여 관리기관은 건강위험도 평가를 통해 개인의 위험을 계층화한다. 건강위험 계층에 따라 개인 맞춤형 프로그램을 설계하고 교육·상담과 지도가 이루어진다.

2. 서비스 내용

가. 법적 근거

건강생활관리서비스는 주로 흡연, 신체활동, 영양, 음주, 스트레스에 관한 기획, 교육 및 상담, 정보 제공 서비스로 질병관리서비스와는 구별된다. 국민건강보험이 일부 고질적 만성질환자를 대상으로 질병관리서비스를 보장하고 있지만 이는 건강검진을 제외한 건강생활습관 개입서비스와 구분된다. 현재 우리나라는 건강생활습관 개입서비스에 대한 법적 근거가 마련되어 있지 않다. 건강생활습관 개입서비스를 의료서비스 혹은 질병관리서비스와 엄격히 구분하여 운영하려면 건강생활관리서비스의 범위를 법적으로 정의할 필요가 있다. 일본의 건강검진을 제외한 보건지도(건강생활습관 개입서비스)는 의료행위로 보지 않고 있다.

나. 서비스 내용

구체적으로 서비스 내용을 정리해 보면 무엇보다도 건강위험도의 평가 및 계층화 서비스가 제공되어야 할 것이다. 건강생활관리서비스가 제공되기 위해서는 필수적으로 필요한 기초서비스이다.

그리고 건강위험 계층별로 서비스 내용을 달리하여야 할 것이다. 건강체군에게는 관리비용의 효율성을 감안하여 상담·교육 및 정보 제공 서비스를 온라인 중심으로 제공하고, 건강위험군 혹은 건강고위험군에게는 생활습관의 변화를 유도하기 위한 개인 맞춤형 실행 계획의 작성, 지침 제공 및 모니터링 등 전문적 지원서비스를 온라인 및 전화 상담을 중심으로 제공한다. 온라인만으로는 적극적인 지원이 어렵기 때문이다.

미국 Healthways(주)의 QuitNet® 금연서비스를 보면 1단계는 온라인 중심, 2단계는 전화 상담 중심, 3단계는 현물 제공 서비스를 제공하고 있다. 미국 시그

나의 경우는 건강체에 대해서는 온라인 중심으로 정보를 제공하고, 중간위험군 혹은 고위험군에게는 전화 및 온라인을 병행하여 이용하고 있다.

일본의 공적 비만관리 프로그램인 특정보건지도와 우리나라 서울시의 경우는 계층별로 다른 서비스를 제공하고 있다.

3. 동기부여

가. 동기부여 방법

소비자의 적극적 참여는 건강생활관리서비스 제공 과정에서 중요한 요소 중 하나이다. 행동경제학의 현재편향(Present Bias) 이론(Laibson 1997)에 따르면 사람들은 장기적으로 이익이 됨에도 불구하고 당장에 하기 싫은 행위들을 최대한 미룬다. 이러한 편향성은 자기조절 문제를 불러일으킨다(O'Donoghue and Rabin 1999). 만성질환의 발병에 관련되는 흡연, 음주, 식이, 운동 등 개인의 생활습관을 본인 스스로 조절하는 데 한계가 있기 때문에 건강생활관리서비스를 통해 외부로부터의 관리가 필요하다.

지속적으로 소비자들의 바람직한 건강생활습관 행위를 유도하기 위한 동기부여 방법으로는 크게 세 가지가 있다. 첫째, 건강상태의 개선 성과에 대한 금전적 인센티브를 제공한다. 금전적 인센티브는 포지티브 인센티브와 네거티브 인센티브가 있다. 여기서는 포지티브를 중심으로 다룬다. 금전적 인센티브는 적극적 참여를 유도하는 중요한 유인책이다. 인센티브의 규모가 클수록 효과는 크다. 그리고 적절한 목표에 대해 보상하는 것은 잠재적인 성공을 강화시킨다. 체중감량프로그램에서 목표 체중감량을 성취하였을 때 인센티브의 제공은 더 많은 체중감량을 가져온다. 저소득층에게 인센티브는 건강증진 프로그램 참여의 경제적 장벽을 낮추어 준다(정영호 · 고숙자 2011).

인센티브를 제공하기 위해서는 재원을 마련해야 하기 때문에 주로 건강생활

관리서비스를 통해 의료비 절감효과 혹은 생산성 증대 효과를 가지는 주체들이 재원을 제공할 수 있다. 미국의 경우 기업의 고용주가 재원을 조달하고 있다. 시그나가 설계한 인센티브 프로그램(Choice Fund Incentives Program)과 고용자가 설계한 인센티브 프로그램(Healthy Awards Account Program)은 근로자의 본인부담의료비 지급 그리고 의료계좌(HRA 혹은 HSA)에 입금되도록 설계되어 있다. 시그나는 포인트 프로그램을 운영하고 있는데 이는 온라인으로 포인트 운영 서비스를 제공하는 IncentOne사와 제휴를 맺고 포인트를 적립할 수 있도록 하는 인센티브 제도이다. 포인트는 기프트 카드, 현물상품, 여행상품, 기부, 데빗 카드, 보험료 납부, 의료계좌에 납입 등에 활용할 수 있고 재원은 고용자가 부담한다.

둘째, 건강생활에 대한 용이한 접근과 지속적 피드백이다. 모니터링 기구 및 모바일 기술을 이용하여 소비자의 건강상태와 건강행위 수행성과에 대한 지속적인 피드백을 제공하여 소비자의 건강증진에 대한 책임감을 일깨운다. 또한 언제 어디서나 전문가와 상담이 가능하고 필요한 건강관련 정보를 얻을 수 있도록 IT 기술을 적극 활용한다.

금전적 인센티브와 같은 외부적 동기부여는 통제받는 느낌을 주어 장기적 효과를 기대하기 어려울 수 있다. 사람들이 스스로 선택한 생활 습관들은 내재적 동기에 기인한다. 외부적 동기부여가 내재적 동기를 잠재우기는 어려울 것이다. 금전적 인센티브가 끝나면 원래의 생활 습관으로 되돌아 갈 수 있는 것이다 (정영호 · 고숙자 2011). 건강생활에의 접근이 용이하도록 하는 등 삶의 기술을 향상시킬 수 있는 프로그램이 효과적일 수 있는 것이다.

셋째, 금전적 인센티브를 사용함과 동시에 동료 효과(Peer Effect)를 이용하기 위해 사회적 연계망을 구축한다. 금전적 인센티브는 단기적으로 효과가 있을지 몰라도 장기적 건강생활 습관을 유도하는 데는 한계가 있을 수 있다. 사람들은 현재 바람직하지 않은 건강생활 습관을 가지고 있으면서도 현재 습관들로부터 만족을 얻고 있고 미래에도 그럴 것이라고 생각하여 행동양식을 바꾸지 않는다. 질병발생은 너무 먼 미래로 인식을 하는 것이다. 금전적 인센티브가 주어지면

그 기간 동안은 행동양식을 바꿀지 몰라도 인센티브가 끝나면 원래대로 돌아갈 수 있는 것이다.

〈표 IV-1〉 소비자 참여 독려 방법

종류		내용
용이한 접근과 지속적 피드백	참여 의사결정 지원도구 (Decision Support Tools)	• 질병의 진행과정, 수술, 연구결과 등을 보여주는 그래픽 자료, 교육용 자료
	모니터링 기구 (Monitoring Devices)	• 혈압 및 혈당(Blood Glucose) 모니터링, 만보기 (Step Counter) 등의 기구를 통해 자신의 건강상태에 대한 경각심을 일깨움
	모바일 기술 (Mobile Technologies)	• 스마트 폰 애플리케이션 등을 이용하여 접근의 편리성 제고
인센티브 제도	보상제도 (Incentives)	• 예방프로그램에서 설정한 목표를 달성하였을 경우에 제공될 수 있는 인센티브로는 의료보험회사는 건강보험료 할인, 계층화된 건강보험 제공 (Tiered Health Insurance offering), 방문당 진찰료 할인(Co-pay Reduction), 건강저축계좌 개인 분담금 제공(Health Account Contribution), 현금 제공(Cash Bonuses), 상품권 제공(Gift card(\$50 ~ \$500)), 현물 제공(Tangible gift) 등 다양함 • Healthways(주)와 같은 전문기관은 기업 등에게 이러한 인센티브 등을 적용하도록 권유함
	벌칙제도 (Disincentives)	• 건강보험료 할증, 의료기관 방문당 진찰료 할증 (Co-pay Increase), 근로자 복지 축소(Reduced Benefit), 임금 삭감(Salary Reduction) 등이 있음
사회적 연계망	건강관련 사회게임 (Health Focused Social Gaming)	• 소비자 참여를 위한 가상집단 형성 • 단체가입의 경우 팀별 수행성과 비교

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

행동양식은 다양한 사회문화적 요인들에 의해서 결정되는 데 사회문화적 요인들을 공유할 수 있는 집단을 형성하여 동료효과를 끌어내는 것이 한 방법일 수 있다. 동료효과란 동료의 행동과 사고방식에 영향을 받아 개인의 행동이 변하는 것을 의미한다. 일상에서 쉽게 소통할 수 있는 직장 동료 혹은 인터넷 공간

에서 맺은 가상의 친구들이 서로의 건강생활에 대해 논의하고 영향을 줄 수 있도록 네트워크를 제공하여 개인의 참여를 독려할 수 있다. 미국의 시그나사와 Healthways(주)는 정기적 모임을 주선하는 프로그램을 가지고 있다.

나. 인터넷의 활용

1) 사례

바람직한 건강생활습관 행위를 유도하기 위한 동기부여 방법으로 건강생활에 대한 용이한 접근과 지속적 피드백이 있음을 언급한 바가 있다. 이에 대한 상세한 방법을 조사하고자 한다.

건강생활관리서비스 전달과정에서 많은 정보의 교환이 필요하다. 소비자에게 서비스를 제공할 때 건강생활 정보에 대한 용이한 접근과 지속적 피드백이 이루어져야 하기 때문이다.

효율적으로 정보의 교환을 위해서 건강생활관리서비스 회사는 다양한 수단을 사용한다. 전통적으로는 콜센터를 활용하고 있지만 이는 비용이 많이 소요된다. 최근에는 인터넷 포털, 인터넷 애플리케이션, 휴대 전화, 대화형 음성 응답(IVR: Interactive Voice Response) 또는 가정건강모니터링 장치를 통해서 서비스를 제공하고 있다.

특히 온라인의 활용이 확대되고 있는 추세이다. 건강증진의 성공적 목표달성을 위해서는 서비스는 개인 맞춤형일 필요가 있고, 전문가에 대한 접근이 용이하도록 하여야 하며, 소비자들의 상호 교류가 이루어질 수 있도록 하여야 한다. 온라인은 이것들을 가능하게 한다.

〈표 IV-2〉 개인건강기록 인터넷 애플리케이션 활용 방법

단계	전화
건강모니터링 장치	• 만보계, 스포츠시계 등 • 심박수, 체중, 혈압, 체온, 호흡변동, 칼로리 소모, 달린 거리 등을 기록
⇒ 인터넷 애플리케이션에 개인건강기록(PHR) 입력 권장	• PHR 애플리케이션은 Microsoft의 HealthVault 등 200여 개 • Microsoft는 Aetna의 6백만 명 가입자기록을 HealthVault로 이전하는 작업을 함 • Dossia는 AT/T, Wal-Mart 등의 건강기록 관리 • CMS는 2008년 PHRs를 자체개발 유료로 서비스 제공 • Healthways와 Matria Healthcare는 HealthVault 공동개발 및 활용
⇒ 건강관리자에게 접속허용	• 건강위험 평가 및 코칭에 활용

자료: Parks Associates(2009).

해외의 대형 보험회사들은 온라인 포털을 이용하여 교육을 제공하고, 비의료적 소비자 요구를 처리하며, 특정 질병 및 건강위험을 대상으로 하는 예방적 프로그램을 운영한다. 미국 Blue Shield of California의 Healthy Lifestyle Reward Program과 WellPoint의 360° Health Program을 예로 들 수 있다.

〈표 IV-3〉 미국 건강보험회사의 온라인 건강관리 방법

프로그램	프로그램 내용
Healthy Lifestyle Reward Program (Blue Shield of California)	• 운동, 영양, 스트레스 해소, 금연, 체중관리와 같은 Healthy Living 온라인 프로그램을 제공 • 증상 검사기, 건강 추적기, 메시지 보드 및 교육 자료 등 제공 • 각 프로그램은 12주 단위로 운영되며, 참가자는 완료시 50달러, 연간 최대 150달러까지 지급 받을 수 있음
360° Health program (WellPoint)	• 예방 치료 프로그램, 건강생활 정보, 사례 관리 및 치료 조정 서비스를 포괄하여 제공 • 등록회원이 건강위험을 식별하고, 정기검진 및 연간 예방접종을 기억하도록 도우며, 피트니스 프로그램을 디자인하고, WebMD의 온라인프로그램인 My Health에 참여하여 금연, 운동, 영양 및 체중관리를 받을 수 있도록 함 • 사용자의 개인정보를 WellPoint의 청구데이터와 결합한 전자 개인 건강 기록인 My Health Record를 제공함

자료: Parks Associates(2009).

Healthways는 온라인 건강관리서비스로 웹사이트인 Well-Being Connect™와 모바일 어플리케이션인 WellbeingGO™를 운영하고 있다. Well-Being Connect™는 웹기반 개인 맞춤형 생활습관 교정 응용프로그램으로 소비자 자신의 건강 상태를 진단하고 필요한 목표를 세워 달성해 가는 전 과정을 도와준다. WellbeingGO™는 건강을 지키는 생활습관을 갖도록 도와주는 응용프로그램으로 2012년 현재 대략 6백 5십만 명에 달하는 사용자들이 있다.

온라인의 활용을 확대하는 추세는 휴대전화의 보급으로 가속화 되고 있다. Weight Watchers는 체중 감량용 음식과 식단, 체중관리 프로그램 등을 제공하는 체중관리 서비스 회사이다. Weight Watchers Online은 Weight Watchers가 제공하는 온라인 체중감량 프로그램이다. 휴대전화와 휴대전화에 장착하는 개인활동 추적기(Personal Activity Tracker)를 이용하여 서비스를 제공한다.

Fit4D는 당뇨병 환자 및 당뇨 전단계의 사람들에게 당뇨병 치료 및 관리를 위한 개인별 영양, 운동, 교육 등의 프로그램을 제공하는 회사이다.

Myca의 Hello Health는 EHR에 기반한 회원제 진료 서비스로 진료 관리 소프트웨어, 인터넷과 휴대전화를 이용한 대상자와 의사간 커뮤니케이션 툴 등을 제공한다.

〈표 IV-4〉 미국 인터넷 건강관리기관의 온라인 건강관리 도구

회사	서비스 내용	비즈니스 모델
Weight Watchers Online	- 영양 섭취를 분석하고 체중을 추적하는 쌍방향 툴(interactive tools)의 온라인 체중감량 프로그램 - 사용자들은 컴퓨터나 모바일 장치(예를 들어, iPhone)를 통해 개인활동 추적기(personal activity tracker)에 접속	주당 5\$ 또는 월간 16.95\$의 표준을 적용 (첫 달 비용은 46.9\$)
Fit4D	- 당뇨 치료 관리 및 전화, e-mail, 인터넷을 통한 상담 - 혈당 관리, 피트니스, 체중 감소, 삶의 질 목표에 대한 지속적인 일대일 코칭을 통해 치료 공백을 메움	상담 세션 판매: 세션당 (85\$), 최초 가입회원 (2개월 495\$), 4개월 ACHIEVE 회원(525\$) 또는 custom programs
Myca	- Hello Health 서비스를 통해 사용자가 개인 의료 기록에 접속할 수 있도록 하고, 의사와의 비디오 기반 대화형 세션을 시작하였으며, 온라인 처방 및 약물 복용 알림을 설정해 줌. 웹사이트는 원격 모니터링 장치와 통합할 수 있으며, 건강생활에 관한 지원을 제공함 - 인터넷과 휴대전화를 통해 서비스	사용자는 매월 가입비 35\$, 사무실 직접 방문당 100~200\$, 전화, 온라인 비디오를 통한 방문은 50~100\$을 지급해야 함 (e-mail은 무료)

자료: Parks Associates(2009).

2) 인터넷이 건강생활관리서비스에 미치는 영향 전망

대부분의 건강관리서비스 회사들은 최근 몇 년간 인터넷 전략을 강화시켜 왔다. 온라인 서비스 시장이 무시할 수 없는 발전을 하고 있기 때문이다. 특히 질병관리 서비스 보다는 건강생활관리서비스 산업에서 온라인 시장의 성장이 두드러지고 있다. 점점 더 많은 사람들이 체중 감소 추적, 혈압 추이 판독, 칼로리 계산 및 약물 복용 알림 설정 등에 웹을 사용할 수 있다는 것을 알아 가고 있기 때문이다.

웹을 사용하는 사람들이 의사 등과의 온라인 커뮤니케이션 툴에 익숙해지기만 하면, 병원방문과 같은 전통적인 건강생활관리서비스는 상당부분 생략할 수 있으며 따라서 현재의 간호사, 콜센터 모델과 같은 모델은 그 입지가 축소될 것이다. 인터넷 커뮤니케이션 툴 및 e-Visit Model⁵¹⁾의 도입 증가로 인해 소비자가

관리자, 의사의 도움을 받아 인터넷으로 자신의 건강상태를 추적하고 관리할 수 있기 때문이다.

온라인 건강생활관리서비스가 진정한 자기관리 모델로 성장할 것으로 보인다. 따라서 전통적 서비스 방식으로 서비스를 제공하는 기관들의 건강생활관리 서비스 사업은 어려움을 겪을 것으로 보인다. 건강생활관리서비스 산업은 전통적 모형에 집중하기 보다는 인터넷 애플리케이션, 웹 등의 적절한 조합이 필요하다. 건강생활관리서비스 산업은 인터넷에 정통해야 하며, 소비자의 사용이 용이한 Web tool을 설계할 능력이 있어야 할 것이다.

4. 공급주체

공급주체가 누구인가에 따라서 여러 가지 이슈가 제기될 수 있다. 비용을 기준으로 한 이슈, 의료비 절감 등 서비스의 효과성을 기준으로 한 이슈, 대중화 정도 등 정책효과를 중심으로 한 이슈, 여러 이해당사자들 사이의 정치적 이슈 등이 있을 수 있다. 본 절은 이러한 이슈들에 대해 간접적으로나마 답이 될 수 있도록 하고자 한다.

가. 단일 건강생활관리서비스기관의 공급

1) 보험회사

서비스 공급을 위한 자료의 수집부터 동기부여 그리고 최종단계인 건강상태의 재평가에 이르는 전 과정을 한 기관이 수행할 수 있다. 보험회사가 주체가 될

51) e-Visit는 보안 메시징 또는 보안 채팅 애플리케이션을 통해 소비자가 의사와 온라인 치료 세션을 시작하도록 해줌. 이러한 형태의 치료는 Aetna, Cigna, Medicare 등 다수의 민간 및 공공 보험사가 보장해주고 있음. 최근 Medicare의 승인을 통해 이러한 서비스가 새로운 치료 전달 모델에 보편적으로 도입될 수 있을 것임.

경우는 별도로 건강검진을 수행하지 않는다. 본인 및 가족 등이 제공한 정보, 진료기록, 보험금 청구기록, 상담기록 등을 이용하여 선별검사를 하고, 선별검사 결과, 온라인·설문·면담 등을 통한 생체정보를 이용하여 건강위험도를 측정한다. 미국 및 호주는 보험회사가 별도의 건강검진 없이 선별검사 및 건강위험도의 평가를 하고 있다.

비용 측면에서만 보면 보험회사가 기존의 자료를 이용하여 선별검사 및 건강위험도의 평가를 하여 서비스를 공급하는 것이 비용을 최소화하는 방법일 수 있다. 건강검진 비용이 별도로 지출되지 않기 때문이다.

그러나 의료보험회사가 자료를 보유하고 있지 못할 가능성이 있고 개인정보 보호 등의 문제로 기존 자료를 활용하지 못하거나 추가적인 자료수집이 어려울 수 있다. 이러한 경우는 별도의 건강검진이 필요할 것이다.

한편, 보험회사가 동서비스를 목적으로 하지 않은 자료를 동 서비스의 목적으로 활용할 수 있다는 개인정보 보호의 문제를 야기할 수 있다.

2) 의료기관

의료기관이 인력과 시설을 갖추고 건강검진을 수행하고 직접 건강생활습관 개입서비스(동기부여 및 효과 측정)를 제공할 수 있다.

이 모형 하에서 의료기관은 건강생활관리서비스는 물론 질병관리서비스를 제공하는 것이 가능할 것이다. 현재 우리나라는 법적으로 의료기관이 질병관리 서비스 비용을 청구하는 것이 제한적이지만 향후 이를 정책적으로 개선하여 의료기관이 적극적으로 서비스를 제공할 수 있도록 하여야 할 것이다. 질병관리 서비스와 건강생활관리서비스의 동시적 제공을 통한 시너지 효과를 기대할 수 있기 때문이다.

이 모형의 또 다른 장점은 개인정보 보호에 관한 논란이 적게 발생할 것이라는 것이다. 개인정보의 타목적 이용 가능성이 줄어들기 때문이다.

그러나 이 모형은 의료기관을 방문하는 사람을 중심으로 서비스가 제공될 개연성이 크다. 건강체군 혹은 건강위험군에 예방적 건강생활관리서비스를 제공하여 건강증진 및 의료비 절감효과를 얻는 데는 제한적인 효과만을 얻게 되는 것이다.

그리고 가격 경쟁력이 있을지 의문이다. 첫째, 예방을 통한 의료비 절감이라는 효과가 의료기관에 수익증대 효과를 주지 않기 때문에 저비용으로 제공하는 것이 어려울 가능성이 있다. 둘째, 건강검진이 중복적으로 이루어져 소비자가 지출하는 비용 면에서 바람직하지 않을 수 있다. 중복 건강검진을 최소화할 수 있다면 이 문제는 발생하지 않는다.

나. 의료기관과 건강생활관리서비스기관의 연계모형

1) 모형

의료기관이 건강검진을 수행하여 건강위험도 평가 및 계층화 단계를 담당하게 하고, 보험회사 등 건강생활관리서비스기관이 건강생활습관 개입서비스(동기부여 및 효과 측정)를 담당하게 하는 이원화된 모형을 생각할 수 있다.⁵²⁾ 민영의료보험회사 입장에서 보면 민영의료보험회사가 필요한 자료를 보유하고 있지 못한 경우 그리고 개인정보 보호 등의 문제로 기존 자료를 활용하지 못하거나 추가적인 자료수집이 어려운 경우 유용한 모형일 수 있다. 일본의 모형은 이에 해당한다.

52) 손숙미 의원이 발의한(2011. 4. 29) ‘건강생활관리서비스 법안’은 건강위험도 측정의 실시 기관(「의료법」에 따른 의료기관)을 정하고 있음. 동 법안은 정기적인 건강위험도 측정 결과를 토대로 건강상태, 생활습관, 건강증진 욕구 및 여건 등을 종합적으로 고려하여 건강생활관리서비스기관이 서비스를 제공하도록 하고 있음.

〈그림 IV-2〉 의료기관과 건강생활관리서비스기관 간의 연계모형



개인의 건강위험도 평가 및 계층화를 위한 자료가 의료기관에 집적되므로 서비스를 건강생활관리서비스기관이 모두 제공하는 경우 보다 개인정보 보호의 우려는 줄어들 것이다. 그리고 의료기관이 직접 건강생활습관 개입서비스를 제공하는 경우보다는 다양한 건강생활관리서비스기관과 연계가 가능하여 다양한 서비스가 가능하다.

그러나 건강검진 비용 및 행정비용의 발생으로 가격이 높을 것이라는 점은 단점으로 남는다.

2) 법적 검토

현재 별개의 두 기관을 연계시킬 수 있는 명확한 법적 근거가 없다. 이운태 외 6인(2009)에 따르면 원활한 정보 소통 및 양질의 서비스 제공을 위해 적절한 연계 체계가 필요하지만 의료기관이 건강생활 개입서비스를 제공하는 기관에 의뢰하기 위한 법적 근거가 없다.⁵³⁾

이 체계에서 의료기관은 대상자에게 건강생활습관 개입서비스를 받을 것을 권고하는 건강생활서비스의뢰서를 발급하고 동시에 건강생활습관 개입서비스

53) 손숙미 의원이 발의한(2011. 4. 29) 건강생활관리서비스법안은 검진을 수행하는 의료기관과 건강생활습관 개입서비스를 제공하는 건강생활관리서비스기관 간의 연계에 대한 법적 근거를 제공할 것임.

를 공급하는 기관에 대한 포괄적 정보를 제공한다. 이때 대상자는 적절한 기관을 선택하여 서비스를 제공 받고, 동 서비스를 제공하는 기관은 서비스를 제공한 후 서비스 내용 및 평가 결과를 대상자 및 의뢰서를 발급한 의료기관에 제출한다.

이 과정에서 현재 국민건강보험법 상 의료기관에서는 처방전 외에는 발급하지 못하도록 되어 있으므로 건강생활서비스의뢰서를 발급할 수 있도록 법 개정이 필요하다.

그리고 의료기관이 특정 건강생활습관 개입서비스를 제공하는 기관을 지정할 수 있는지를 검토해야 할 것이다. 건강생활습관 개입서비스는 의료서비스가 아니기 때문에 유인·알선을 금지하는 의료법에 저촉되지 않을 수 있다. 저촉된다고 하더라도 건강생활습관 개입서비스를 제공하는 기관에 관한 목록 등의 포괄적 정보는 제공이 가능할 것이다.

〈표 IV-5〉 건강생활관리서비스기관과 의료기관과의 연계 시 법적 검토

구분	서비스 내용 예	현행(관련법)	개선 방향
건강생활관리 서비스기관 ⇒ 의료기관	병원 및 의료인 안내	의료기관 소개, 유 인, 알선으로 불법 (의료법)	의료기관 및 전문 과목 등에 대한 일반적인 정보 제공 가능 (협약을 맺은 특정 의료기관에 대 한 예약 대행을 위해 의료법 개정 필요)
	예약 대행		
	에스코트		환자의 요청에 의해 가능 (특정 기관만 제공하는 것은 법 개정 필요)
의료기관 ⇒ 건강생활관 리 서비스기관	건강생활관리 서비스 의뢰	의료기관에서는 처 방전 외에는 발급 하지 못함 (국민건강보험법)	건강생활서비스의뢰서 발급 (국민건강보험법 개정 필요)

자료: 이윤태 외 6인(2009)을 재구성함.

다. 공적 보험자와 건강생활관리서비스기관의 연계모형: 최적모형

의료기관이 전 과정을 공급하는 모형과 의료기관과 건강생활 개입서비스를 제공하는 기관의 직접적 연계모형은 의료기관이 건강검진과 건강위험계층화를 별도로 하게 되어 비용을 추가로 지출해야 한다는 단점이 있다.

우리나라 국민건강보험은 국민건강정보 DB(국민건강보험공단 홈페이지; 건강정보 건강IN)를 구축하여 건강위험도 평가 및 건강정보 제공 서비스를 제공하고 있다. 이러한 상황에서 의료기관이 별도의 건강검진과 건강위험 계층화를 하는 것은 중복 자료집적 및 건강검진이 이루어지게 되는 것이다.

공적 보험자의 자료를 활용하면 추가적인 비용의 발생을 최소화시키면서 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 공적 보험자가 건강검진과 건강위험도 평가(계층화 포함) 결과를 제공하고 건강생활습관 개입서비스기관이 이를 활용하는 모형은 사회적 비용을 절감할 수 있다. 일본은 공적 보험자가 건강생활습관 개입서비스기관에 건강위험도 평가(계층화 포함) 결과를 제공하고 있다.

이 모형은 개인정보 보호의 문제가 발생하지 않을 수 있다. 대상자 자신이 국민건강보험으로부터 발급 받아 혹은 인터넷에서 다운 받아 건강생활습관 개입서비스기관에 제출하도록 하면 개인의 본인동의 하에 서비스가 이루어지기 때문이다. 취급기관에 대해 엄격한 규정을 적용한다는 것을 전제로 할 경우일 것이다.

이 모형은 저변확대를 위해 바람직한 모형일 것이다. 소비자는 별도의 건강검진을 위해 시간과 비용을 지출하지 않아도 된다. 서비스 공급자는 별도의 정보수집을 위한 시간 및 비용을 투입할 필요가 없다. 서비스 공급시장의 활성화를 통한 고용창출효과가 크게 나타날 수 있는 것이다. 그리고 국민건강보험은 의료비 절감효과를 크게 얻을 수 있는 것이다.

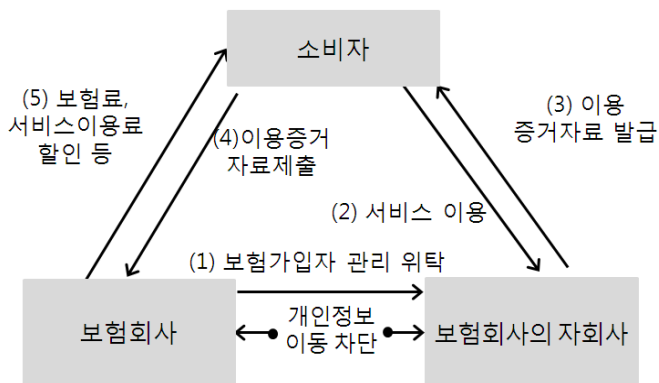
라. 보험산업의 최적모형

1) 공·사 의료보험 협력모형

미국과 호주의 의료보험회사는 공·사 의료보험 피보험자 및 기업근로자 단체를 대상으로 건강검진 없이 내부자료 그리고 온라인 자료를 활용하여 건강위험도 평가 및 건강생활습관 개입서비스를 직접 공급하고 있다.

그러나 우리나라에서는 미국 혹은 호주와 달리 이 모형 아래에서 건강위험도 평가 및 건강생활습관 개입서비스 제공과정에서 획득한 개인정보를 개인동의 없이 보험판매 및 보험금지급 등 타목적에 활용할 가능성이 있다는 우려의 목소리가 높다. 이러한 가능성을 근본적으로 차단할 수 있는 방법이 자회사를 통하여 피보험자에게 건강위험도 평가 및 건강생활습관 개입서비스를 제공하는 것이다. 자회사의 전산망을 모회사와 독립적으로 운영하고, 모회사의 피보험자를 자회사에게 위탁한 경우 자회사는 관리를 한 후 건강증진효과를 개인식별이 가능하지 않은 상태로 모회사에게 보고하게 하면 개인정보가 타목적에 이용될 가능성은 차단되는 것이다(조용운·이상우 2012).

〈그림 IV-3〉 보험회사의 자회사를 통한 건강생활관리서비스 공급



자료: 조용운·이상우(2012).

모회사가 자회사의 건강생활관리서비스에 참여하고 있는 피보험자에게 인센티브를 주는 경우에도 주어진 서비스 계약기간 동안 출석을 성실히 한 사람, 본인이 체중감량 등의 성과를 직접 제출한 사람 등을 대상으로 하면 개인정보의 목적 외 이용은 차단될 것이다.

그러나 자회사는 건강위험도를 평가할 자료가 충분하지 않다. 모회사가 건강위험도를 평가하여 결과만을 제공하면서 위탁하는 것이 가능할 수도 있을 것이다. 그러나 모회사도 건강위험도 평가업무를 수행할 수 있을 지는 논란의 여지가 있다. 먼저 기술적으로 가능하지 않을 것이다. 우리나라 보험회사들이 충분한 자료를 보유하고 있다고 보기는 어렵기 때문이다. 그리고 개인정보 보호의 논란 때문에 가능하지 않을 수 있다. 기존의 자료가 충분하지 않다면 의료정보의 가능성이 있는 개인정보의 집적이 필요하다. 그러나 개인정보를 집적할 수 있는가는 사회적 합의를 필요로 한다.

이때 국민건강보험이 집적하고 있는 건강위험도 평가결과 혹은 의료기관의 검진결과를 활용하면 그러한 논란은 피할 수 있다. 소비자가 자신의 건강위험도 평가결과를 국민건강보험으로부터 직접 혹은 전산망을 통해 수령하여 생활습관 개입서비스를 제공하는 기관에 제출하도록 하면 본인동의를 이루어지게 되는 것이므로 개인정보 보호의 문제는 발생하지 않게 된다. 자회사와 일반 기업과 단체계약의 경우에도 이 모형은 유효할 것이다.

국민건강보험의 건강위험도 평가결과를 기초로 민영의료보험회사의 자회사가 적극적 생활습관 개입서비스를 제공하는 것이 바람직한 모형일 수 있다. 첫째, 민영의료보험회사의 자회사가 건강위험도 평가를 별도로 시행할 필요가 없어 별도의 건강검진이 필요 없으며 개인정보의 보호도 가능하게 되기 때문이다. 둘째, 민영의료보험회사의 자회사는 서비스 질에 대한 경쟁력을 가질 수 있다. 생활습관 개입서비스 제공을 통한 의료비 절감효과 및 건강증진 효과가 민영의료보험 피보험자에게 나타나기 때문에 모회사가 자회사의 건강생활관리서비스에 참여하고 있는 피보험자에게 인센티브를 주는 것이 가능하기 때문이다. 마지막으로, 이때 의료비절감 효과가 국민건강보험에도 발생하기 때문에 국민건

강보험에게도 바람직한 모형이다.

서울특별시 보건소는 건강위험도 평가 및 적극적 생활습관 개입서비스를 제공하고 있다. 국민건강보험이 건강위험도를 평가하고 있는 상황에서 중복 평가가 이루어지고 있어 국가 자원의 비효율적 지출을 초래하고 있다. 일본의 경우에서와 같이 공적 보험의 정보를 활용할 필요가 있는 것이다.

2) 법적 검토

우리나라 보험회사는 금융위원회에 신고를 하면 건강생활관리서비스를 자회사 업무로 영위하는 것이 가능하다. 보험회사가 특정 업무를 영위하는 자회사를 소유하려면 금융위원회의 승인을 받거나, 신고를 해야 한다(보험업법 §115). 그런데 건강·장묘·장기간병·신체장애 등의 사회복지사업 및 이와 관련된 조사·분석·조언 업무 등은 신고로써 승인에 갈음하도록 되어 있다.

V. 기대효과

우리나라는 건강생활관리서비스가 활성화되어 있지 않아 의료비 절감효과, 건강증진 효과 및 생산성 증대효과 등에 대한 실증적 연구를 수행하기가 어려운 상황이다. 해외의 연구를 통해 건강생활관리서비스가 활성화되었을 경우 기대할 수 있는 효과를 정리해 보고자 한다.

이는 수요측면을 알아보고자 함이다. 효과가 크다면 그만큼 수요시장은 클 것이기 때문이다. 우리나라의 의료비, 건강수명, 만성질환 발생 현황을 간략히 살펴보면서 향후 동 서비스 수요시장의 확대가능성을 검토해 보고자 한다. 직접적인 수요시장 규모를 파악하는 것이 필요하지만 이는 사실상 가능하지 않다. 다만 해외 사례를 기초로 매우 제한적이거나 수요시장 규모를 제시한다.

1. 의료비 절감 효과

가. 미국 질병관리서비스 효과에 관한 논쟁

2008년 현재 미국 민영의료보험의 95%가 질병관리서비스를 제공하고 있다. 또한 민영보험회사가 운영하는 Medicare Advantage Plans, Medicaid HMO Plans과 같은 정부 지원 보험(Government-sponsored Plans)에서도 널리 채택되고 있다. 그러나 그 효과는 논란이 많은 상태에 있다.

Ozminkowski et al.(2002)는 Johnson & Johnson사⁵⁴⁾가 도입한 직장 건강관

54) Johnson & Johnson은 미국 기업들 가운데 가장 먼저 LIVE FOR LIFE[®]라는 건강생활

리의 장기적인 효과를 분석하고 있다. 이 연구는 총 19,105명의 미국 국내 직장 근로자를 대상으로 Johnson & Johnson Health & Wellness Program이 도입되기 전 5년과 도입된 후 4년 동안에 대해 회귀분석 방법을 이용해 분석하였다. 분석 결과를 보면 병원 이용횟수는 프로그램 도입 직후에는 약간 증가하였다가 후반으로 갈수록 이용횟수가 더 크게 줄어들었다. 비용절감 측면에서는 프로그램 도입 후 4년 동안 직장근로자 일인당 연간 의료비가 \$224.66 만큼 감소한 것으로 나타났는데 대부분의 비용절감 효과는 3년과 4년차 사이에 발생하였다.

이렇게 긍정적인 평가가 있는 반면, 미국 질병관리 산업은 의료비 절감효과 논쟁에서 자유롭지 않은 상태에 있다. 10년의 성장 이후에도 질병관리회사들은 아직 의료비절감 효과를 명쾌히 보여주지 못하고 있다는 비판을 받고 있다. 예를 들어 Congressional Budget Office(CBO)가 2004년에 발간한 보고서는 “발간된 연구들이 질병 관리 프로그램이 일반적으로 총 비용을 절감한다는 결론에 대해 확고한 근거를 제공하지 않는다(do not provide a firm basis for concluding that disease management programs generally reduce total costs)”라고 기술하고 있다.

공적 의료보험인 메디케어는 2005년 8월부터 2008년 7월까지 3년간에 걸쳐 메디케어의 행위별 수가제 피보험자에 대해 ‘Medicare Health Support(MHS)’라는 질병관리프로그램을 실험적으로 실시한 바 있다. 여러 가지의 만성질환을 가진 메디케어 수급자를 대상으로 8개 지역에서 질병관리프로그램을 실시하고 그 효과를 검증하고자 하였다. 효과 검증 대상은 의료의 질적 향상, 환자와 의료 공급자의 만족도 향상, 의료비 증가 억제 효과 3가지였다. MHS 실시에 소요되는 비용을 의료비의 증가 억제효과와 범위 내에서 억제하는 것이 목표였으며 그 효과가 확인되면 실시범위를 확대할 예정이었다. 그러나 효과 검증 결과보고서에 따르면 환자 만족도와 의료의 질적 향상에 관한 지표는 개선된 것이 확인되었으나 MHS 실시에 수반된 비용이 의료비 증가 억제 효과의 범위를 초과하는

것으로 나타났다. 이와 같이 질병관리프로그램의 의료비 증가 억제에 한계가 나타난 것은 보험회사의 의료비 청구 데이터로 대상 환자 및 중증도를 판단하는데 어려움이 있어 적절한 서비스가 제공되지 못했으며, 질병관리프로그램 사업자와 의사의 연계가 불충분하였기 때문이라고 평가되었다. 결과적으로 미국 메디케어는 메디케어의 행위별 수가제(FFS: Fee-For-Service) 적용 인구집단에 대한 질병관리서비스를 유일하게 재승인하지 않았다.

이에 따라 2000년대 후반에 질병관리프로그램의 의료비 증가 억제 효과에 대한 신뢰가 흔들리기 시작하면서 대체 방안으로 건강생활관리(Wellness) 프로그램에 대한 관심이 증대되었다는 의견도 있다.

나. 건강생활관리서비스의 의료비 절감효과

미국 건강생활관리서비스 산업은 질병관리서비스와 달리 의료비 절감효과를 얻고 있는 것으로 보인다.

비만의 위험은 널리 알려져 있으나 실제로 체중감량을 효과적으로 이룰 수 있는 방법에 관한 임상실험결과는 드문 편이다. Appel et al.(2011)은 체중 감량을 위한 두 가지 개입방식(원격지원과 대면지원)의 효과를 검증하기 위해 스스로 체중감량을 시도한 대조군과 외부의 지원을 받은 두 실험군의 체중감량 효과를 비교하였다.

실험은 볼티모어의 1차 진료기관 환자들 중 21세 이상인 415명의 비만 환자들을 대상으로 24개월 동안 수행되었다. 두 가지 실험군 중 원격 지원 그룹에게는 전화(1달에 1번), 웹사이트(매주 1번), 전자우편의 세 가지 방식으로 체중감량을 지원하였고, 대면지원 그룹에게는 전화, 웹사이트, 전자우편에 더하여 한 달에 세 번씩(한 번은 개인, 두 번은 단체) 직접 코치를 만나서 체중감량을 지원받도록 하였다. 두 실험군 모두에게 기본적인 체중감량 방법을 안내해주고 진행과정을 점검하며 동기부여를 하기 위해 1차 진료의사(Primary Care Provider)들이 주기적으로 참여자를 만났다.

실험결과 스스로 체중감량을 수행한 통제군은 0.8kg의 체중감소가 일어난 반면, 원격지원을 받은 실험군은 4.6kg, 대면지원을 받은 실험군은 5.1kg의 체중감량이 있었다. 참여자 가운데 원래 체중의 5% 이상 감량 효과를 가진 사람의 비중은 통제군이 18.8%, 원격지원군은 38.2%, 대면지원군은 41.4%로 나타났다. 외부로부터 체중감량에 관한 지원을 받은 두 실험군과 통제군의 격차가 컸고, 지원을 받은 두 실험군 사이의 격차는 상대적으로 작게 나타났다. 이 실험 결과는 건강생활관리 방식이 어떠한 형태이든지(온라인방식, 전화, 대면방식 등) 개인 스스로 하는 것에 비해 통계적으로 유의한 건강증진 효과를 가져올 수 있다는 것을 보여주고 있다.

대기업으로 구성된 헬스케어를 촉진하는 단체인 National Business Group on Health(2008)의 조사에 따르면 ‘의료비 증가억제 대책으로 가장 효과적인 것은 질병관리프로그램이다’ 라고 회답한 기업이 8%인데 반해 ‘건강생활관리서비스(Wellness) 프로그램이다’ 라고 회답한 기업은 32%에 이르렀다.

Baicker et al.(2010)은 과거 30년간 이루어진 100여 개 이상의 연구들을 대상으로 메타분석(Meta-analysis)을 수행하였다. 연구에 포함된 직장 건강생활관리 프로그램은 주로 건강위험도 평가가 가장 많았고 대부분의 기업들이 여러 가지 프로그램을 함께 제공하였다. 연구 결과 평균적으로 피고용인 1인 기준 건강생활관리 프로그램에 소요된 비용 1달러당 3.27달러의 의료비 절감효과와 2.73달러의 결근으로 인한 비용 감소 효과가 있는 것으로 나타났다. 이 결과는 선택편의(Selection Bias)와 비관찰요인(Unobserved Factors)을 통제하지 못한 한계가 있음에 유의해야 할 것이나 건강생활관리서비스는 의료비 절감과 생산성 향상에 긍정적인 영향을 미침을 보여준다.

〈표 V-1〉 Baicker et al.(2010) 연구에 포함된 직장 건강생활관리 프로그램의 특징 요약

수행 방법	참여 기업의 비율(%)
건강 위험도 평가(Health Risk Assessment)	81
자율 교육 자료(Self-help Education Materials)	42
개별 상담(Individual Counseling)	39
강좌, 세미나, 집단 활동(Classes, Seminars, Group Activities)	36
금전적 지원(Added Incentives for Participation)	31
개입 내용	
체중조절과 피트니스	66
금연	50
복합적 위험 요인관리 *	75

주*: 스트레스 조절, 허리 치료, 영양관리, 알콜섭취 조절, 혈압 등을 복합적으로 관리함을 의미.
 자료: Baicker et al.(2010).

건강·의료관련 조사·정보를 제공하는 비영리단체인 Center for Health Value Innovation이 실시한 조사(2010년)에 따르면 근로자의 건강증진을 경영상 전략으로 삼아 건강생활관리(Wellness) 프로그램을 도입하여 실시한 기업에 있어서 최근 3~4년간 의료비 증가율은 4%로서 미국 전체 의료비 증가율 년 8~10%의 절반 수준으로 나타나고 있다(Cyndy Nayer, et al. 2010).

미국 노동부(Department of Labor)와 보건복지부(Department of Health and Human Services)가 발주하여 수행된 RAND Corporation의 연구보고서(RAND Health 2013)는 직장 건강생활관리프로그램의 효과를 분석하고 있다. RAND가 직장근로자 50명 이상을 가진 공·사 기업들(연방정부, 주정부, 민간 기업들)을 대상으로 정기적으로 수행하고 있는 RAND 고용주 조사(RAND Employer Survey) 자료에 따르면, 대부분의 기업들이 건강생활관리 프로그램의 효과를 매우 긍정적으로 평가하고 있으며, 60% 이상의 기업이 의료비 절감효과를 보았다고 응답했다. 하지만 44%만이 정기적으로 건강생활관리프로그램을 평가하고 있으며 실질적인 절감효과를 추정한 기업은 2%에 불과했다. RAND가 또 다른 기업 데이터베이스인 CCA(Care Continuum Alliance)를 이용해 분석한 결과에

따르면 건강생활관리프로그램에 참가한 사람의 의료비가 비참가자에 비해 프로그램 참여 첫 해에는 매달 \$2.38만 큼 5년 후에는 \$3.46만 큼 적은 것으로 나타났다. 이 결과는 통계적으로 유의하지 않지만 의료비 증가 추세에서 프로그램 참여자의 의료비가 비참여자에 비해 서서히 증가함을 보여주고 있어 미래의 비용절감효과가 현실화될 수 있는 가능성을 보여주고 있다.

많은 연구들이 건강생활관리서비스의 투자대비수익(ROI: Return On Investment)을 추정하고 있으나 다양한 외부 환경의 효과를 통제하기 어렵고, 샘플 크기(참가자수)가 충분하지 않은 등 한계가 있다. 전문가들은 건강생활관리서비스의 효과가 당장에 나타나기보다 장기적으로 실현되기 때문에 처음 1, 2년 동안에는 큰 기대를 하지 않는 것이 좋고, 4, 5년 후에야 비용대비 효과를 볼 수 있을 것으로 보고 있다(Tu, Ha T. and Ralph C. Mayrell 2010).

2. 건강 증진 효과

RAND Health(2013) 보고서는 CCA(Care Continuum Alliance) 자료에서 직장 건강생활관리프로그램의 건강증진효과에 대해서도 분석하고 있다. 분석에 이용된 네 개의 기업에서 프로그램 도입 이전 과체중과 비만이었던 근로자는 각각 39%와 28%였다. 체중 조절 프로그램에 참여했던 참가자들은 프로그램을 시작한 해에 BMI가 약 0.15만 큼 감소하였고, 그 효과는 3년째까지 유지되었다. 시뮬레이션 결과에 따르면 5년간 체중조절 프로그램에 참여한 사람의 경우 1.9 BMI 만 큼의 감소효과를 갖는 반면 비슷한 유형의 비참가자는 0.5 BMI 만 큼 증가할 것으로 추정되었다.

콜레스테롤 수치를 조사한 결과를 보면 조사 기간 동안 프로그램 참가자와 비참가자를 포함한 종업원 전체의 콜레스테롤 수치가 감소하는 추세를 보여서 프로그램 참가여부가 콜레스테롤 감소에 유효한 결과를 보이지는 않았다. 하지만 생체진단을 받고 최소 두 번 이상의 지속적인 진단을 받은 참가자의 경우는 체

중, 혈압, 콜레스테롤 수치 등에서 개선된 결과를 보였다.

호주 정부의 사례로, 서부 호주 정부가 West Perth에서 2007년 도입한 건강생활관리프로그램인 “Work Safe, Work Well”을 들 수 있다(Western Australian Department of Sport and Recreation and Department of Health 2009). 주요 프로그램 내용인 Healthy Heart Check는 도입 전과 비교해서 정상체중을 가진 종업원 비중이 19% 증가하고 비만은 12% 감소했다. 정상혈압 비중이 4% 증가했고, 콜레스테롤 수치도 12% 개선을 보였다.

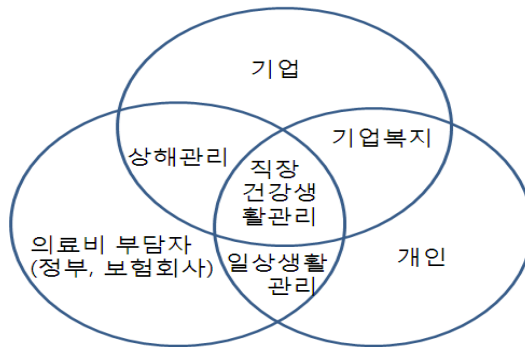
3. 직장 건강생활관리 효과

건강증진을 위한 투자는 생산성을 향상시키기 때문에 투자재로 보는 시각이 있다. 특히 직장에서는 생산성 증대 정도가 어느 정도인지에 관심을 가질 것이다. WHO는 직장을 건강증진이 이루어질 수 있는 핵심 공간으로 보고 있으며(WHO 2007), 실제로 성인들은 삶의 1/3을 직장에서 보내고 있다(ILO 1995).

의료체계의 의료비 부담자(정부와 의료보험자), 개인, 기업은 직장 내 건강증진이라는 공동의 이해를 갖는다. 미국은 자가보험을 제공하는 기업들이 많아서 근로자들의 건강생활에 직접적인 이해관계를 갖기 때문에 직장 건강생활관리 프로그램이 가장 발달되어 있다. 미국과 달리 공적 건강보험제도가 확립된 우리나라와 호주의 경우는 기업이 직접 근로자의 병원비를 지급하지 않는다 하더라도 생산성 증대와 기업복지 확대 차원에서 민영보험회사나 근로자와 공통된 이해를 형성하게 된다.

직장 건강생활관리 효과로는 크게 근로자의 생산성 증대와 회사에 대한 만족도 향상이며 그 외에도 상해 발생 감소, 병가 감소, 이직률 감소, 회사 이미지 향상 등의 부대효과가 있다(ACT Work Safety Commissioner 2009).

〈그림 V-1〉 직장 건강생활관리의 이해 당사자들



자료: Pricewaterhouse Coopers(2010), "Workplace Wellness in Australia".

가. 근로자의 생산성 향상

건강생활습관과 같은 건강위험요인은 노동생산성에도 영향을 준다. 직장근로자의 생활습관과 생산성의 관련성에 대한 연구결과가 많이 발표되고 있어 많은 기업이 그 효과에 대하여 주목하고 있다. 운동을 하지 않는 그룹의 결근율이 주당 1회 운동을 하는 그룹의 결근율 보다 46% 높은 것으로 나타났다(Jacobson, Bert H. and Aldana, Steven G. 2001). 건강악화로 인한 생산손실 일수가 비흡연자에 비해 흡연자가 더 많고, 이를 금액으로 환산하면 연간 1인당 2,000달러의 비용이 발생하는 것으로 추정한 연구가 있다(Bunn, et al. 2006). 스트레스 관리가 잘 이루어지지 않은 근로자의 평균 생산시간 손실은 주당 5.3 시간으로 추정한 연구도 있다(Burton, et al. 1999).

Loeppke, et al(2007)은 주요 만성질환의 의료비, 약제비 및 생산성 저하를 가져오는 결근(Absenteeism) 및 직장에서 필요 이상으로 머물기(Presenteeism)⁵⁵⁾의 비용 규모를 추정하였다. 57,666명의 상근근로자를 대상으로 조사한 결과 건강과 관련하여 손실된 생산성은 의료비 및 약제비에 비해 더 큰 것으로 나타났다.

55) Presenteeism은 Absenteeism에 반대되는 개념으로 건강문제나 더 이상 효과적이지 않은 장시간 근무 등으로 인해 쉬어야 함에도 일을 하는 것을 의미함.

〈표 V-2〉 건강위험요인이 생산성에 미치는 영향

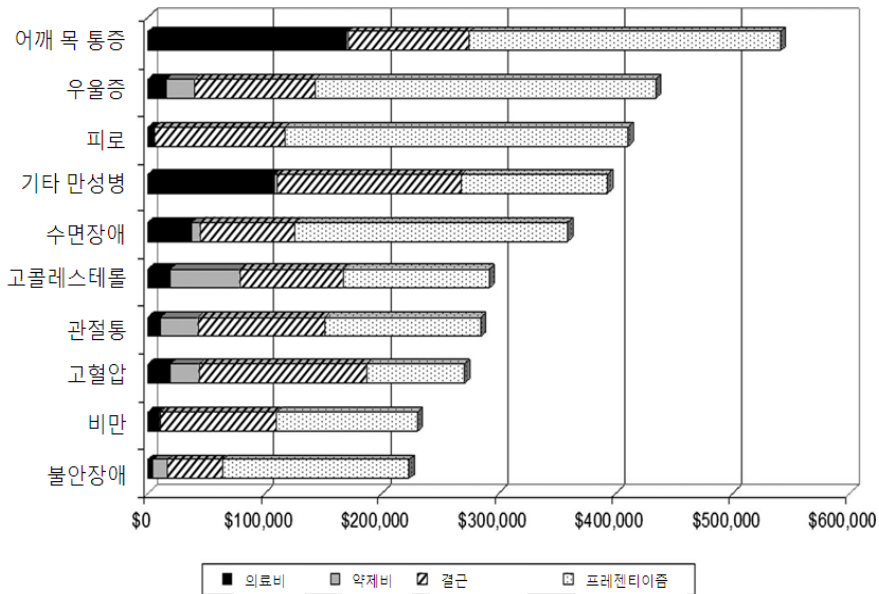
구분	연구	표본 크기 및 설명	생산성과의 관계
수면	Doi, Minowa (2003)	Telco 직장근로자 5,000명을 대상으로 한 일본 연구	수면의 질이 낮은 집단이 병가를 낼 확률이 89% 더 높으며, 업무 수행에 어려움을 겪을 확률은 135% 더 높음
스트레스	Burton, Conti, Chen, Schultz, Edington(1999)	Bank One(현 JPMC) 전화교환원 564명 대상	스트레스 관리가 잘 이루어지지 않은 직원의 평균 생산시간 손실은 주당 5.3시간임
운동	Jacobson & Aldana(2001)	미국 79,000명 직장근로자를 대상으로 건강 및 라이프스타일에 대한 설문조사	운동을 하지 않는 그룹의 결근율이 주당 1회 운동 그룹의 결근율보다 46% 높음
흡연	Bunn, Stave, Downs, Alvir & Dirani(2006)	미국 147개 회사 직장근로자 40,000명 대상	건강악화로 인한 손실 일수가 비흡연자에 비해 흡연자가 더 많고, 이를 금액으로 환산하면 연간 1인당 2,000달러 생산비용이 초래됨

자료: 시그나가 본 연구를 위해 제공함(2012).

〈그림 V-2〉는 모든 질환에서 의료비와 약제비보다 결근 및 프리젠티즘의 비용이 더 높은 것을 보여주고 있다. 따라서 기업의 인적 자본 비용 관리 전략을 실행함에 있어 건강상태 불량으로 인한 비용(치료비)뿐만 아니라 총비용(의료비, 약제비, 결근 및 프리젠티즘의 비용)에서 각각의 요소가 기여하는 정도를 모두 고려해야 한다. 즉, 기업은 건강과 관련된 전체 비용을 평가하여 근로자의 건강 증진과 질병 관리 및 예방을 위한 포괄적이고 통합된 접근법을 사용하여야 한다.

Chapman(2005)은 건강생활관리 프로그램에 의한 근로자의 결근 억제효과를 검토한 25개의 논문을 분석하였다. 건강생활관리 프로그램을 실시해서 평균적으로 결근에 따른 비용이 26.8% 감소한 것으로 분석하고 있다. 이러한 논문 분석 결과를 토대로 근로자의 평균 연령이 급격히 상승하고 있는 미국 기업에 있어 기업의 건강생활관리 프로그램이 생산성 향상을 위한 가장 효과적인 전략 중 하나라고 설명하고 있다.

〈그림 V-2〉 10대 질환 의료비, 약제비, 결근, 프리젠테이션 비용 규모



주: 상근종업원 1,000명당 비용합계.

자료: Loeppke, et al. (2007).

2010년 The Kaizer Family Foundation이 실시한 근로자 200명 이상의 기업에 대한 조사에 따르면, 기업이 건강생활관리 프로그램을 도입한 이유는 ‘근로자의 건강도 향상 및 결근 억제’가 34%로 가장 높게 나타나고 있고, ‘의료비 증가 억제’가 28%로 나타나고 있다.

나. 근로자의 만족도 향상

기업은 건강생활관리 프로그램을 도입하여 근로자의 업무 만족도, 사기 향상과 우수한 인재 유치 효과에 주목하고 있다. 조사전문회사 Maritzms 정규직 근로자 1,478명을 대상으로 건강생활관리 프로그램과 근로자 만족도와의 관련성을 조사하였다. 기업에서 제공하는 건강생활관리(Wellness) 프로그램에 참여한 근로자는 참여하지 않은 근로자보다 현재 업무에 대한 만족감이 높고 장래에 계

속해서 근무할 의향이 높으며 친구나 가족에게 자신의 직장이 최고라고 자랑할 수 있는 것으로 나타났다.

〈표 V-3〉 건강생활관리 프로그램과 근로자 만족도에 관한 설문조사

구분	프로그램에 참가하고 있는 종업원	프로그램에 참가하고 있지 않은 종업원
일에 충분히 만족하고 있다	20%	13%
앞으로 즐겁게 회사에 계속 다닐 것이다	27%	18%
친구, 가족에게 회사가 최고의 직장이라고 강력히 자랑한다	32%	21%

자료: Ronald, et al, (2007).

4. 잠재시장 검토

가. 시장전망 미국사례

Parks Associates(2009)은 2008년 질병관리 프로그램 참여에 동의(Opt-in)한 인구가 약 2.2백만 명인 것으로 추정하고 있으며, 이 인구가 주요 개인의료기술 도입 대상인 것으로 보고 있다. 이러한 인구 집단 가운데, 가정 건강 모니터링 프로그램을 사용하는 환자의 수가 2008년 86,000명에서 2013년에는 470,000명 이상으로 증가할 것으로 전망하고 있다.

그리고 자가보험자와 Medicare 및 Medicaid 피보험자들의 관심 증대로 인해 건강생활관리 프로그램 등록인구가 2008년 16백만 명에서 2013년 31백만 명으로 증가할 것으로 보고 있다.

건강생활 모니터링 장치 사용은 갈수록 증가할 것으로 보고 있다. 이는 건강생활 진행과정을 추적하고 추세를 살펴보며, 비교할 수 있는 인터넷/모바일 애플리케이션의 이용 가능성이 증대하였기 때문이다. 또한 제조업체들이 휴대전

화, MP3 플레이어와 같은 소비자 전자기기 및 만보계에서 러닝머신에 이르는 일반 피트니스 장비에 웰니스/피트니스 기능을 통합함으로써 인해 하드웨어 비용이 절감되기 때문이기도 하다.

Parks Associates(2009)은 2008년에서 2013년까지 건강생활 모니터링 장치와 함께 건강생활 소프트웨어 및 웹 서비스를 사용하는 인구 수가 160,000명에서 2.4백만 명 이상으로 증가할 것으로 추정하고 있다. 이들 인구는 이러한 장치에 2008년 16백만 달러에서 2013년에는 70백만 달러 이상 소비할 것으로 보고 있다.

Parks Associates은 건강관리서비스 산업 전체로는 개인의료기술 제공 회사들이 2008년 109백만 달러에서 2013년 461백만 달러 이상의 수입을 창출하여 34%의 5년 누적 연간 성장률을 달성할 것으로 추정하고 있다.

〈표 V-4〉 미국 건강관리서비스 산업 개인의료기술 수입 예측

(단위: 백만 달러, 백만 명)

총수익	2008	2009	2010	2011	2012	2013	5-year CAGR
만성질환 질병관리프로그램의 총 수입	92.9	123	185.3	270.7	346.1	391.3	33%
건강생활관리(웰니스) 프로그램의 하드웨어 수입	15.9	18.5	28	58.9	68.6	70.6	35%
총 수익	108.8	141.6	213.3	329.7	414.9	461.9	34%
만성질환 질병관리프로그램 개인의료기술 사용자	0.086	0.119	0.182	0.275	0.379	0.473	41%
건강생활관리(웰니스)프로 그램 개인의료기술사용자	0.163	0.282	0.511	1.079	1.779	2.443	72%
총 사용자	0.249	0.401	0.692	1.354	2.159	2.915	64%

자료: Parks Associates(2009).

나. 우리나라 잠재시장 검토

우리나라는 현재 건강생활관리서비스 시장이 발달해 있지는 않지만 우리나라 환경을 볼 때 정책적 차원에서 지원이 이루어져 활성화될 가능성이 크다.

먼저 우리나라는 1인당 실질 GDP에서 1인당 실질 의료비가 차지하는 비중이 심각한 상황이다. 지난 2002년부터 10여 년간 미국 1.6%, 일본 2.6%, 호주 1.0%에 비해 우리나라는 4.6%에 이른다. 의료비 증가율 억제를 위한 대책이 절실한 상황이다. 해외 연구를 통해서 보았을 때 건강생활관리서비스가 좋은 대안이 될 수 있다.

〈표 V-5〉 주요국의 1인당 실질 GDP 대비 의료비 추이

(단위: US \$, %)

연도	1인당 실질 GDP				1인당 실질 의료비/1인당 실질 GDP			
	한국	미국	일본	호주	한국	미국	일본	호주
2002	20,598	41,242	28,955	32,737	4.8	14.7	7.9	8.4
2003	21,070	42,003	29,389	33,685	5.2	15.2	8.0	8.4
2004	21,961	43,206	30,059	34,346	5.2	15.2	8.0	8.6
2005	22,783	44,242	30,446	34,888	5.6	15.2	8.2	8.5
2006	23,847	44,993	30,941	35,637	6.1	15.3	8.2	8.6
2007	24,948	45,361	31,584	36,303	6.4	15.5	8.2	8.7
2008	25,339	44,806	31,239	36,108	6.6	16.0	8.6	8.9
2009	25,299	43,169	29,515	36,194	7.1	16.9	9.6	9.2
2010	26,774	43,889	30,886	36,582	7.3	16.9	9.6	9.1
2011	27,554	44,376	30,761	37,257	7.4	16.9	—	—
2012	27,991	45,283	31,433	38,016	7.5	—	—	—
연평균 증가율	3.1	1.0	0.9	1.5	4.6	1.6	2.6	1.0

자료: OECD(2013).

우리나라는 기대수명과 건강수명의 격차가 커지고 있다. GBD(2012)에 따르면, 우리나라 남성의 기대수명은 1990년 68.1세에서 2010년 76.5세로 8.4세 증가하였다. 건강수명은 동 기간 동안 60.6세에서 67.9세로 7.3세 증가하였다. 기대수명과 건강수명의 격차가 1990년 7.5세에서 2010년 8.6세로 오히려 증가한 것이다. 이는 생애 마지막 8.6년을 질병이나 부상으로 고통 받을 수 있음을 의미한다. 여성의 경우도 비슷한 현상을 보이고 있다.

이러한 추세는 OECD 국가에서 일반적으로 나타나고 있다. 동 기간 동안 OECD 평균 남성의 기대수명은 5.3세, 건강수명은 4.1세 증가하였다. 기대수명과 건강수명의 격차는 9.0세에서 10.2세로 증가하였다.

〈표 V-6〉 기대수명과 건강수명의 차이 추이(남)

(단위: 세)

국가	기대수명(A)			건강수명(B)			차이(A-B)	
	1990	2010	증가연수	1990	2010	증가연수	1990	2010
터키	63.7	71.2	7.5	55.3	61.8	6.5	8.4	9.4
미국	71.7	75.9	4.2	63.0	66.2	3.2	8.7	9.7
OECD	71.3	76.6	5.3	62.3	66.4	4.1	9.0	10.2
프랑스	73.0	77.5	4.5	63.6	67.0	3.4	9.4	10.5
독일	71.9	77.5	5.6	62.8	67.1	4.3	9.1	10.4
영국	72.9	77.8	4.9	63.4	67.1	3.7	9.5	10.7
한국	68.1	76.5	8.4	60.6	67.9	7.3	7.5	8.6
호주	73.8	79.2	5.4	64.1	68.4	4.3	9.7	10.8
일본	76.0	79.3	3.3	67.7	70.6	2.9	8.3	8.7

자료: GBD(2012).

〈표 V-7〉 기대수명과 건강수명의 차이 추이(여)

(단위: 세)

국가	기대수명(A)			건강수명(B)			차이(A-B)	
	1990	2010	증가연수	1990	2010	증가연수	1990	2010
터키	70.9	77.7	6.8	60.1	66.0	5.9	10.8	11.7
미국	78.6	80.5	1.9	68.1	69.5	1.4	10.5	11.0
OECD	78.1	82.2	4.1	67.2	70.5	3.3	10.9	11.7
프랑스	81.1	84.3	3.2	69.4	71.9	2.5	11.7	12.4
독일	78.4	82.8	4.4	67.5	70.9	3.4	10.9	11.9
영국	78.3	81.9	3.6	67.4	70.1	2.7	10.9	11.8
한국	76.2	82.7	6.5	67.1	72.6	5.5	9.1	10.1
호주	80.0	83.8	3.8	68.8	71.8	3.0	11.2	12.0
일본	82.0	85.9	3.9	72.3	75.5	3.2	9.7	10.4

자료: GBD(2012).

우리나라는 2001년부터 9년간 만성질환 유병률을 보았을 때 증가 추세에 있다. <표 V-8>을 보면 만 19세 이상 비만율은 29.2%에서 31.3%로 증가하였고, 만 30세 이상 당뇨병 유병률은 8.6%에서 9.6%로 증가하였다. 고혈압은 28.6%에서 30.3%로 증가하였다.

의료비 증가추세 둔화, 건강수명 연장, 만성질환 발생 예방을 위해서 적극적 건강생활관리서비스의 활용이 필요한 상황이다. 이러한 상황에서 우리나라도 정부, 공·사건강보험자, 기업의 건강생활관리서비스 수요는 점점 커질 것으로 예상된다.

해외사례를 보면 미국, 일본, 호주 모두에서 공적 건강보험이 건강생활관리서비스의 주요 수요자이다. 건강생활관리서비스를 제공함으로써 의료비를 절감하고 동시에 건강증진효과를 얻을 수 있기 때문이다.

그러나 우리나라 국민건강보험은 건강생활관리서비스를 사실상 제공하고 있지 않다. 2012년 전 국민건강정보 데이터 베이스를 구축하여 서비스 제공을 위한 정보는 보유하고 있으나 적극적 건강생활습관 개입은 이루어지지 않고 있다. 건강관리가 필요한 경우 간단한 정보지를 제공하는 것이 전부이다.

국민건강보험은 보장확대 요구, 만성질환 증가, 고령화로 인한 지출 급증 등으로 재정 안정성이 위협받고 있다. 그러나 재정 안정성을 확보하기 위해서 근본적 처방을 내리지는 못하고 있는 상황이다. 해외문헌에서 보았듯이 건강생활관리서비스를 피보험자에게 적극적으로 제공한다면 의료비 절감을 기대할 수 있어 재정 안정성에 도움이 될 것이다.

민영실손의료보험의 경우도 사정은 마찬가지이다. 손해보험산업은 실손의료보험의 보험료 수입에 비해 보험금 지급이 더 크게 나타나는 현상이 수년째 이어지고 있다. 그리고 2014년에는 고령자를 위한 실손의료보험이 등장할 전망이다. 고령자의 의료비 지출은 예측하기가 어려워 근본적인 위험요인 관리의 병행이 필요하다. 건강생활관리서비스에 대한 수요 유인이 있는 것이다. 이러한 상황에서 공·사건강보험이 건강생활관리서비스를 피보험자에게 제공하기 시작할 경우 건강생활관리서비스 공급 시장의 미래는 매우 밝을 것으로 본다.

한편, 건강생활관리서비스는 기업의 생산성 증대 효과를 가져올 수 있기 때문

에 기업 또한 건강생활관리서비스를 수요할 유인이 있다. 그러나 우리나라 기업은 아직 건강생활관리서비스를 근로자에게 제공하고 있다고 보기는 어렵다. 기업이 건강생활관리서비스를 수요하기 시작하면, 이 시장은 한층 큰 폭의 성장이 있을 것으로 본다.

〈표 V-8〉 연령별 주요 만성질환 유병률(의사진단 유병률)

(단위: %)

구분		2001	2005	2007	2008	2009
비만 (만 19세 이상)	전체(19세 이상)	29.2	31.3	31.7	30.7	31.3
	19-29세	17.3	19.3	22.0	23.0	22.1
	30-39세	25.6	29.0	27.8	28.0	29.5
	40-49세	35.8	35.2	32.5	34.4	34.7
	50-59세	37.2	42.1	42.4	37.4	40.0
	60-69세	38.3	39.6	46.2	37.2	37.0
	70세 이상	29.5	31.5	31.7	29.3	31.1
당뇨병 (만 30세 이상)	전체(30세 이상)	8.6	9.1	9.6	9.7	9.6
	30-39세	4.9	1.4	4.2	2.1	2.5
	40-49세	5.9	7.4	5.7	7.6	5.8
	50-59세	10.2	14.0	13.4	12.6	12.3
	60-69세	16.1	18.1	19.7	21.1	22.0
	70세 이상	15.1	17.9	17.5	19.2	21.8
고콜레스테롤혈증 (만 30세 이상)	전체(30세 이상)	9.1	8.0	10.7	10.9	11.5
	30-39세	5.4	3.9	5.5	5.9	6.3
	40-49세	7.5	7.1	8.4	8.5	9.4
	50-59세	11.8	11.5	15.0	15.2	17.4
	60-69세	16.8	13.5	18.7	18.2	18.0
	70세 이상	10.3	9.7	15.2	15.6	14.0
고중성지방혈증 (만 30세 이상)	전체(30세 이상)	19.6	16.7	16.9	17.3	16.5
	30-39세	14.4	12.6	11.7	14.7	12.4
	40-49세	19.2	18.5	17.1	18.3	15.5
	50-59세	23.1	21.1	24.5	18.7	21.8
	60-69세	24.8	17.5	19.9	17.7	21.7
	70세 이상	23.4	14.4	14.5	19.3	15.9
고혈압 (만 30세 이상)	전체(30세 이상)	28.6	28.0	24.6	26.9	30.3
	30-39세	10.3	8.8	7.5	10.7	9.1
	40-49세	20.7	19.7	15.7	19.9	22.7
	50-59세	36.1	41.3	33.6	35.0	39.2
	60-69세	57.2	53.7	45.9	47.5	55.6
	70세 이상	58.1	55.0	60.2	56.8	69.5

자료: 유재성 외 5인(2011).

다. 수요사례

1) 국·내외 위탁 현황

공·사건강보험자는 건강생활관리서비스의 주요 수요자이다. 공·사건강보험자는 고령화 및 만성질환 등의 증가로 늘어나는 지급보험금 부담을 줄이고자 피보험자를 대상으로 건강생활관리서비스를 제공할 유인이 있기 때문이다.

실제로 공·사보험자는 피보험자에게 건강생활관리서비스를 전문기관에 위탁하여 피보험자에게 제공하는 경우가 많다. 일본의 경우 공적 보험자는 검진 자료를 모집하고 이를 이용하여 피보험자 및 그 가족의 건강위험도를 계층화하고 건강생활습관 개입서비스를 외부에 위탁하는 구조를 가지고 있다. 검진기관의 검진결과 및 건강위험 계층화 결과는 공적 보험자에게 전달되게 되고 공적 보험자는 건강위험 계층화 결과를 보건지도기관(건강생활습관 개입서비스 기관)에 제공하게 된다.

민영의료보험이 주가 되는 미국의 경우 대규모 의료보험회사들은 건강위험도 평가를 포함하는 건강생활관리서비스를 자신의 피보험자에게 직접 제공하고 있고, 자가보험을 제공하는 회사나 중소기업 의료보험회사들은 외부 공급자와 위탁 계약을 통해 근로자나 피보험자에게 서비스를 제공하고 있다.

우리나라는 일부 대형 생명보험회사들이 건강관리서비스 전문기관과 위탁계약을 맺고 있다. 현재는 건강상태와 관계없이 보험계약 규모에 따라 극히 제한된 서비스를 제공하고 있다. 건강위험도 평가 서비스는 제공하고 있지 않다.

이 같은 위탁 계약을 맺는 경우 주인-대리인 문제가 발생할 수 있다. 의뢰자와 건강생활관리서비스 제공자의 계약에서 의뢰자는 주인이고 건강생활관리서비스 제공자는 대리인이라 볼 수 있다. 이때 의뢰자의 입장에서 건강생활관리서비스 제공자가 적극적으로 피보험자나 근로자를 관리하는 지를 완전하게 감시하는 것은 불가능하기 때문에 대리인의 모럴해저드가 발생할 가능성이 있다. 효과평가가 엄격하게 이루어질 필요가 있고 이를 위탁계약에 반영하여야 할 것이다. 실제로 미국의 경우 효과에 따라 위탁수수료를 가감한다.

2) 위탁 계약 방법

미국에서 초기에는 공·사보험자가 전문적인 질병관리서비스기관에게 위탁하여 질병관리서비스를 피보험자에게 제공하는 모형이었다. 보험자는 전문적인 질병관리서비스기관에 질병유무 혹은 서비스를 받는 것에 대한 피보험자의 동의 여부와 관계없이 특정 피보험자 집단(Population Subset)의 전체 피보험자를 대상(Carve-out)으로 하여 회원당·월간 관리료를 지급하였다. 보험회사가 간호사, 의사, 약사, 사회복지사 등과 같은 의료관리 인력을 이용하여 보험회사 내부의 질병관리 역량을 키우는데 적극적으로 나서기 시작한 2006년까지는 이 모형이 표준이었다.

보험자들은 카브아웃(Carve-out) 위탁계약을 하면서 전문질병관리서비스기관의 높은 책임 수준을 요구하였다. 계약 만기에 보험회사는 계약 인구집단의 총지급보험금을 비교 대상 집단 또는 동일 집단의 이전 기간 총지급보험금과 비교하였다. 의료비절감 성과가 좋지 않을 경우 계약을 갱신하지 않았고 계약 조건에 따라서 질병관리서비스기관은 관리료의 일부 또는 전부를 반환하기도 하였다. 우수한 성과에 대해서는 질병관리서비스기관에 보너스를 지급하였다.

카브아웃(Carve-out) 위탁계약 하에서 서비스는 피보험자의 참여 동의 여부와 관계없이 제공(Opt-out⁵⁶⁾)되었고 실제 질병관리 프로그램 참여율은 40%를 초과하지 않았다. 그러나 전문질병관리서비스기관들은 비참여 인구 60%에 대해서도 보수를 지급 받았다. 이러한 모형은 질병관리서비스기관의 성과가 전체 인구의 건강 증진과 보험금 청구 감소로 측정된다고 하더라도, 참여자 증대를 유인하지는 않았다.

그러나 현재 보험회사는 점차 서비스 프로그램에 등록된 회원에 한정하여 회원당·월간 기준으로 서비스료를 지급(Opt-in)하는 모형을 점차 전문질병관리

56) 옵트 인(Opt-in) 방식은 수신 전에 신청을 통해 사전 동의를 표시한 사람에게만 어떤 제도나 서비스가 적용되는 방식을 말한다. 옵트 아웃(Opt-out) 방식은 사전 동의 없이 사용자가 무조건적으로 제도나 서비스의 동의자로 등록된 후에 사용자가 수신 거부 의사를 밝혀야만 이를 중단시키는 방식을 말한다.

서비스기관에게 요구하고 있다. 대신 보험회사들은 보다 높은 수준의 서비스료를 기꺼이 지급할 뿐만 아니라 Opt-out 모형보다 더 높은 수준에도 서비스료를 지급하는 경우도 많이 발생하고 있다. 이러한 참여자 대상 서비스료 지급 방식으로의 변화는 건강관리서비스 산업에 다음과 같은 영향을 미치고 있다.

첫째, 참여대상자 식별과 모집이 실질 수익에 영향을 미친다. Opt-out 모형에서는 위험도가 낮은 사람들의 참여가 전문질병관리서비스기관의 수익과 관련성이 적었으나 Opt-in 수익모형 하에서는 모든 등록회원이 전문질병관리서비스기관의 수익과 관계있으며, 보다 적은 자원을 사용하는 회원은 특히 수익에 크게 기여한다. 건강체가 등록하는 것이 전문질병관리서비스기관에는 유리한 것이다.

둘째, 건강위험도 평가 및 관련 지원 자원 최적화는 사업에 있어 핵심 의사결정 내용이 된다. 이전에는 비참여 회원들로부터 창출된 수익이 참여 회원의 관리 비용을 보조할 수 있었다. Opt-in 수익모형에서는 특정 피보험자 집단의 전체가 등록하도록 등록 극대화 전략을 구사하기 때문에 참여자의 요구 수준이 다양할 것이며 보다 이질적인 건강위험 프로파일을 가진 참가자의 숫자가 증가하게 될 것이다. 이러한 상황은 건강위험도가 낮은 사람에 대한 과도한 서비스 제공을 피하기 위한 최적화 도구를 필요로 한다. 이를 위해 선별검사, 위험도 측정, 위험계층화, 계층별 서비스 제공, 재평가라는 서비스 과정이 요구되었다.

셋째, 실행은 보다 복잡해진다. 전문질병관리서비스기관은 등록회원들이 계약기간 동안 프로그램을 유지하도록 설득할 수 있는 인센티브 및 보다 효과적인 참여 도구를 고려해야 한다. 이는 실행 비용의 상승을 가져오고 계약 마진이 감소하는 결과를 가져온다.

이러한 미국의 사례는 건강생활관리서비스에도 적용될 수 있다.

3) 위탁과 개인정보 보호

위탁 계약을 맺는 경우 보험자로부터 건강생활관리서비스 제공자에게 개인정보의 이동이 있게 된다. 일본의 경우를 보면 개인정보가 공적 기관으로부터 민간기관으로 전달된다.

일본은 개인정보 보호를 위해 건강생활습관 개입서비스 취급자 기준을 엄격하게 제한하고 있다. 간호사가 아니라 보건사, 영양사가 아니라 관리영양사 그리고 의사로 하여금 초회 면담이 가능하도록 하고 있다. 그리고 공적 보험자는 개인정보 보호를 위해 적절한 보호장치를 정비하고 있는 민간 건강생활서비스 기관에 프라이버시마크를 부여하는 제도를 운영하고 있다.

전체 서비스 과정을 미국의 보험회사와 같이 하나의 기관이 수행할 경우 동기 부여(개입) 단계에서 건강위험 계층별 서비스를 전달하기 위해서는 개인정보가 콜센터, 간호사, 건강코치, 이메일 발송자 등에게 전달되어야 하는데 이 과정에서는 그 내용이 엄격한 기준 하에 제한되어야 할 것이다. 미국의 HIPPA⁵⁷⁾은 엄격한 기준을 설정하고 있다.

미국 시그나의 경우 개인정보가 입력된 후에는 예측모델을 통한 건강위험 계층화가 이루어지게 되고 그 후 콜센터, 건강코치 등에게 세부 개인정보가 전달되지 않도록 시스템이 구축되어 있다. 서비스를 제공한 후 참가자에 대한 결과 보고서는 개별 참가자에게만 주어지게 되어있다. 고용자에게는 건강상태 검사 결과의 개인식별이 가능하지 않은 요약 보고서만 전달되며 근로자의 건강 개선을 달성하도록 돕기 위한 권장 사항을 담고 있다.

57) 동 법안(Health Insurance Portability and Accountability Act 1996)은 “의료보험정보 활용 및 책임에 관한 법” 또는 “의료보험의 이전과 그에 수반하는 책임에 관한 법률”로 불리기도 함. HIPAA에 관한 자세한 내용은 <부록>에 담아 두었음.

VI. 맺음말

건강증진을 위한 투자는 질 높은 노동력을 확보하게 하고 의료비용을 줄여 국가의 경쟁력을 제고시킨다고 할 수 있다. 건강증진에 투자하는 방법 중의 하나는 건강생활관리서비스 시장을 활용하는 것이다.

1. 공급측면

미국, 일본, 호주 등 해외 주요국에서는 최근 10여 년간 생활습관 개선을 지원하는 건강생활관리서비스를 공급하는 산업이 발전하고 있다. 미국의 경우 의료비를 절감하고자 민간 주도로 발전하고 있다. 질병관리서비스를 중심으로 발전하여 오다가 2005년에서 2006년에 많은 일반기업이 추가로 건강생활관리서비스를 구매하게 되면서 건강생활관리서비스 공급시장 규모는 확대되고 있는 추세에 있다. 그리고 IT 기술을 이용한 다양한 서비스가 발전하고 있다.

일본은 의료비 상승 추세를 둔화시키려는 정부의 정책적 지원 아래 동 서비스 공급시장이 발전하였다. 2000년대 중반에 공적 보험자가 건강생활관리서비스(특정보건지도)를 민간에 위탁하면서 보험회사를 포함한 많은 공급기관이 등장하였다. 그리고 보험회사는 특정보건지도 외에 다양한 서비스를 개발하고 있다. 최근에 공급기관 수는 줄어들고 있는 추세에 있지만 효율적 운영이 가능한 회사는 수익을 올리기 시작하였다.

그러나 우리나라는 공적이든 사적이든 건강생활관리서비스를 공급하는 시장이 발달해 있지 않다. 이러한 공급시장의 활성화가 미흡한 상황에 대한 대책으

로 정부는 의료기관이 건강검진을 실시하고 그 결과를 토대로 민간이 생활습관 개입서비스를 공급하는 건강생활관리서비스제도 도입을 추진하고 있다. 아직 도입 가능성이 불투명하지만 우리나라 만성질환 유병률 증가 추세, 의료비 증가 추세 등의 환경을 고려할 때 동 서비스 공급시장 활성화는 머지않아 이루어질 것으로 본다.

이제는 공·사건강보험이 건강생활관리서비스 공급을 어떻게 하여야 할 것인가를 고민할 때이다. 현재의 상태에서 먼저 국민건강보험은 현재 구축되어 있는 ‘전 국민 건강정보 DB’를 토대로 건강콜센터를 운영하여 국민들이 필요할 때 건강상담 서비스를 제공하는 것을 고려해 볼 수 있다. 찾아가는 생활습관 개입서비스를 제공하기에는 많은 사전준비가 필요하여 당분간 어렵겠지만 국민의 요청 시 응대해 주는 상담 및 교육서비스는 가능할 것이다.

민영보험산업은 참여형태를 고민하여야 할 때이고, 운영노하우 등에 대해 적극적으로 준비를 하여야 할 때이다. 먼저 참여형태는 자회사의 형태가 바람직할 것이다. 민영의료보험의 본사가 개인정보를 집적하여 건강위험도를 평가하고자 할 경우에는 개인정보의 타목적 이용에 대한 우려로부터 자유롭지 못하게 된다. 그리고 건강생활관리서비스로부터 발생할 수 있는 민원, 불확실한 사업성 등을 감안하면 본사의 직접공급보다는 자회사를 이용하는 것이 바람직하다. 일본의 경우 대부분의 민영보험회사가 민원발생 가능성 및 사업 불확실성의 이유로 자회사를 설립하여 서비스를 공급하고 있다.

민영보험회사의 자회사를 포함한 대부분의 전문 건강생활관리서비스 기관은 건강위험도의 평가가 가능한 정도의 자료 집적이 어려울 것이고, 자료를 집적하고자 하여도 많은 시간과 비용이 소요될 것이다. 그리고 전문 서비스 공급기관은 비의료법인이므로 건강위험도의 평가를 위한 자료의 획득을 위해 건강검진을 직접 수행하는 것이 가능하지 않을 것이다. 건강위험도의 평가를 의료기관이 담당하게 하고 그 결과를 기초로 전문 건강생활관리서비스 기관이 건강생활습관 개입서비스를 제공하도록 하는 것이 대안일 수 있다.

하지만 건강위험도의 평가를 의료기관이 담당하게 하면 비용이 발생한다. 이

비용은 소비자가 부담하게 되므로 절감할 수 있는 방안이 필요하다. 국민건강보험은 ‘전 국민 건강정보 DB’를 구축하여 정보 제공 서비스를 제공하고 있다. 일차적으로 이 정보를 활용하는 것이 반복적 건강검진을 줄여 비용을 최소화할 수 있는 최적의 모형이라고 본다. 소비자가 동 서비스를 받기 위해서는 일반적으로 1차 면접이 요구된다. 이 때 ‘전 국민 건강정보 DB’에 접촉할 수 있게 하면 반복적 건강검진이 줄어들고 본인동의를 얻게 되는 것이므로 개인정보 보호 문제도 발생하지 않게 된다. 활용이 가능하지 않은 경우에는 의료기관의 건강검진이 필요할 것이다.

보험산업이 동 서비스 공급을 위해서 안고 있는 과제도 많다. 먼저 국내외 건강생활관리서비스 전문회사로부터 소비자 관리과정 최적화에 대해 많은 것을 배워야 한다. 건강위험도 평가 및 계층화는 상당한 전문성이 요구된다. 관련 시스템 구축 및 전문인력 양성에 집중하여야 할 것이다. 그리고 생활습관 변화를 위한 동기부여(생활습관 개입) 단계에서 상담원의 전문성은 매우 중요한 요소이다. 전문 상담원 확보 및 교육에 투자하여야 할 것이다. 마지막으로 온라인의 적극적 활용을 위한 투자가 필요하다. 건강생활관리서비스 내용을 개발하고 이를 인터넷에 연결이 가능한 개인의료장비기술과 접목할 수 있도록 하는 데 투자해야 할 것이다.⁵⁸⁾ 미국의 경우 콜센터에 의존하는 전통적 건강생활관리서비스 전문기관들이 15년 이상 의존해 온 간호사 콜센터 모형이 더 이상 경쟁 우위를 제공하지 못하고 있다. 이는 인터넷을 활용하는 데 적극적이지 않았기 때문이다. 결과적으로 그들의 서비스는 보험산업이 제공할 수 있는 서비스와 차별화되어 있지 않은데다가 대부분의 경우 보험회사가 제공하는 것 보다 비싸기 때문이다. 현재 이미 미국과 일본의 경우 전통적 전문기관 수는 줄어들고 있다.

우리나라는 단기적으로 학습과정을 거치겠지만 공·사 협력 체계가 구축되고 이와 같은 과제를 극복하면 중장기에는 보험산업이 공급시장을 선도할 수 있을 것으로 본다.

58) 통합 기술은 개인의료기술 공급회사들이 보유하고 있고 발전시켜나가고 있음. 미국의 경우에서와 같이 발전된 시장에서는 보다 통합된 서비스를 제공하는 추세에 있음. 그래서 많은 개인의료기술 공급업체들이 IBM의 수년 전 사업 모델과 같이 하드웨어 및 소프트웨어 판매에서 서비스 플랫폼의 판매로 전환하고 있음.

2. 주요측면

다소 논란이 있지만 여러 연구결과들을 종합해 볼 때 건강생활관리서비스의 활용으로 건강이 증진되고 의료비가 절감되는 것으로 나타났다. 공·사 의료보험자는 동 서비스를 제공할 유인을 가지고 있는 것이다.

국민건강보험은 건강위험군 혹은 고건강위험군을 건강생활관리서비스 공급기관에 위탁하여 관리할 필요가 있다. 국민건강보험은 건강위험 등급을 피보험자에게 통보할 수 있는 체계를 구축하고, 피보험자가 자신의 건강위험도 평가결과를 국민건강보험으로부터 직접 혹은 ‘전 국민 건강정보 DB’를 통해 수령하여 건강생활습관 개입서비스를 공급하는 기관에 제출하도록 하면, 공급기관은 그 자료를 활용하여 지원서비스를 제공하도록 하는 것이다. 이 때, 건강검진을 별도로 수행할 필요가 없어 국가적으로 비용이 절감될 수 있으며, 본인동의가 이루어지게 되는 것이므로 개인정보의 타목적 이용 문제는 발생하지 않게 된다.

실제로 미국, 일본 등의 공적 의료보험은 의료비를 절감하고자 막대한 비용을 지급하면서 민영의료보험회사 혹은 전문기관 등 민간부문에 피보험자들을 위탁관리하고 있다.

민영의료보험회사는 피보험자에게 자체적으로 동 서비스를 제공하거나 혹은 전문기관에 위탁하여 제공할 필요가 있다. 현재 민영의료보험이 전문기관에 위탁하여 제공하고 있기는 하지만 위탁 내용과 대상자를 볼 때 사실상 위탁제공을 하지 않는 것과 다름없다. 위탁 내용은 건강생활습관 개선을 위한 개입이 아니며, 대상자들은 고액 보험료 납부자들이다. 지급보험금 관리를 위하여 고위험군 등에게 동 서비스를 제공하는 것이 바람직하다.

직장의 고용주도 동서비스를 근로자들에게 제공하는 것을 적극 고려할 필요가 있다. 미국의 경우 95% 이상의 직장이 근로자에게 동 서비스를 제공하고 있다. 결근이 줄어들고 근로시간의 집중도가 증가하여 노동생산성이 증대하는 것으로 나타나기 때문이다.

3. 향후과제

향후 본 연구의 후속 과제는 서비스 가격, 서비스 공급비용, 서비스 수요자규모 등에 관한 연구가 될 것이다. 서비스 종류 및 질은 매우 다양할 수 있는데 현재는 이에 대한 기준, 의료행위여부에 대한 기준 등이 법적으로 마련되어 있지 않을 뿐더러 관련 데이터가 부재한 상황이어서 이들에 대해 가늠해 보기는 어려운 상황이다.

해외 정부가 건강생활관리서비스 시장을 활용하려는 목적은 고령화가 진행되고 있고 만성질환자가 증가하여 의료비가 증가하고 있기 때문에 이를 효율적으로 관리하기 위함이다. 그리고 해외 정부는 수요와 공급의 중심에 보험자를 두고 있다. 보험자는 피보험자라는 자체 수요자에 대해 적극적으로 서비스를 공급할 것이기 때문이다. 이러한 특성은 의료비 증가추세 완화라는 건강생활관리서비스 시장의 활성화 목적달성에 도움이 될 것이다. 우리나라도 보험산업이 건강생활관리서비스 산업에 적극적으로 투자할 수 있는 환경이 조성되어 의료비 증가추세 완화에 기여할 수 있기를 기대한다.

참고문헌

- 보건복지부(2011), 「제3차 국민건강증진종합계획」.
- _____ (2013), 「복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요」.
- 손숙미 · 이한성 · 김태원 · 조원진 · 김성태 · 이진복 · 원희룡 · 심재철 · 조전혁 · 강석호(2011), 「국민건강관리서비스법안」.
- 이상영 · 이주열 · 조소영 · 이수형 · 오영인 · 장진영(2012), 「건강증진서비스 전달체계 확충방안 연구」, 한국보건사회연구원.
- 이윤태 · 박정선 · 광미숙 · 김지양(2011), 「국외 u-Health 현황 및 정책적 시사점」, 한국보건산업진흥원.
- 이윤태 · 김시연 · 이상구 · 박재산 · 박수범 · 방성숙 · 현정희(2009), 「건강생활서비스 시장 활성화 방안 연구」, 한국보건산업진흥원.
- 이정수(2014. 2), 「일본 특정건강검진 · 특정보건지도에 관한 자문회의」, 동경대학교 보건대학원.
- 이정찬(2010), 「건강관리서비스 도입방안 검토와 대안모색」, 의료정책연구소.
- 이창우 · 이상우(2010), 「주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점-미국, 독일, 네덜란드, 일본을 중심으로」, 보험연구원.
- 유재성 · 김기향 · 임달오 · 박종숙 · 장현숙 · 박조원(2011), 「고령친화산업 실태조사 및 산업분석」, 보건복지부 · 한국보건산업진흥원.
- 윤석준(2013), 「서울시 대사증후군관리사업 계획」, 서울시.
- 정기혜 · 김용하 · 이지현(2012), 「주요국의 사회보장제도: 호주」, 보건사회연구원.
- 정영호 · 고숙자(2011), 「건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구」, 한국보건사회연구원.
- 조용운 · 이상우(2012), 「건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토」, 보험연구원.
- 최상태(2013), 「美日보험회사 건강관리 · 장기요양서비스의 현황 및 시사점」, 삼성생명(주) 은퇴연구소 내부자료.
- 통계청(2011), 「2010년 생명표」.

_____(2011), 「장래인구추계: 2010년~2060년」, (<http://kostat.go.kr>).

ACT Work Safety Commissioner(2009), “A Guide to Promoting Health and Wellbeing in the Workplace”, Canberra Australia.

AIHW, “Health Expenditure Database”, ABS 2013c.

Andreyeva, T. and Sturm R.(2006), “Physical activity and changes in health care costs in late middle age”, *Journal of Physical Activity & Health*, 3, S6-S19.

Baicker, Katherine, David Cutler, and Zirui Song(2010), “Workplace Wellness Programs Can Generate Savings”, *Health Affairs*, 29, No. 2.

Bunn, W.B., Stave, G.M., Downs, K.E., Alvir, J.J. and Dirani, R.(2006), “Effects of Smoking Status on Productivity Loss”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 48(10), pp. 1099~1108.

Burton, W. N., Conti, D. J., Chen, C. Y., Schultz, A. B. and Edington, D. W.(1999), “The role of health risk factors and disease on worker productivity”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 41(10), pp. 863~877.

Cyndy Nayer, et al(2010), “Wellness, Hard to Define, Reduces Trend up to 4 Percent”, *Population Health Management*, Volume 13, No 2.

Department of Health, Victoria(2011), “Victorian health Priorities Framework 2012~2022: Metropolitan Health Plan”.

GBD(2012), “Global Burden of Disease Study 2010, Healthy life expectancy for 187 countries, 1990~2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010”.

HCF(2013), “HCF Annual Report 2012”.

Healthy people(1979), “the Surgeon General’s report on health promotion and disease prevention”, Washington, DC: U.S. Department of Health,

- Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General.
- Howard K. Koh(2010), “A 2020 Vision for Healthy People”, *New England Journal of Medicine* Vol. 362, No. 18.
- ILO(1995), “Global Strategy on Occupational Health For All: The Way To Health At Work”.
- Jacobson, Bert H. and Aldana, Steven G.(2001). “Relationship Between Frequency of Aerobic Activity and Illness-Related Absenteeism in a Large Employee Sample”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 43, No. 12, pp. 1019~1025.
- Laibson, D.(1997) “Golden Eggs and Hyperbolic Discounting”, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 112, No. 2, pp. 443~478.
- Lalonde M.(1974), “A new perspective on the health of Canadians, A working document, Ottawa: Government of Canada”.
- Larry S. Chapman(2005), “Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update”, *The Art of Health Promotion*.
- Lindsay E. Sears, Yuyan Shi, Carter R. Coberley, and James E. Pope(2013), “Overall Well-Being as a Predictor of Health care, Productivity, and Retention Outcomes in a Large Employer”, *Population Health Management, ahead of print*.
- Medibank(2013), “Annual Report 2012/13”.
- _____ (2013), “Overview of Medibank Health Solutions”.
- MobiHealthNews(2013), “Cigna enters app curation, data sharing with GoYou”.
- National Business Group on Health(2010), “Large Employers’ 2009 Health Plan Designs Results from the National Business Group on Health’s Annual Survey”.
- Nguyen, Huong Q., Ronald T. Ackermann, Matthew Maciejewski, Ethan Berke,

- Marsha Patrick, Barbara Williams, and James P. LoGerfo.(2008),
 “Managed-Medicare Health Club Benefit and Reduced Health Care
 Costs Among Older Adults”, *Preventing Chronic Disease public health
 research, practice, and policy*, Vol. 5, No. 1.
- OECD(2009), “Health Data 2009”.
- _____(2013), “Health Data 2013”.
- O’Donoghue, T. and M. Rabin (1999) “Doing It Now or Later”, *American
 Economic Review*, Vol. 89, No. 1, pp. 103~124.
- Ozminkowski, Ronald, Davina Ling, Ron Z. Goetzel, Jennifer A. Bruno,
 Kathleen R. Rutter, Fikry Isaac, and Sara Wang (2002), “Long-Term
 Impact of Johnson & Johnson’s Health & Wellness Program on Health
 Care Utilization and Expenditures”, *Journal of Occupational and
 Environmental Medicine*, Vol. 44, No. 1, pp. 21~29.
- Parks Associates(2009), “Disease Management Industry and High-Tech
 Adoption”.
- Private Health Insurance Administration Council(2013), “Competition in the
 Australian Private Health Insurance Market”.
- PricewaterhouseCoopers(2010), “Workplace Wellness in Australia”.
- RAND Health(2013), “Workplace Wellness programs Study”, RAND
 Corporation.
- Ronald Loeppke, et al.(2007), “Health and Productivity as a Business Strategy”,
Journal of Occupational Environment Medicine, Vol. 49.
- Remedy(2013), “Remedy Healthcare Employers & Organisations Company
 Overview”.
- Tu, Ha T. and Ralph C. Mayrell(2010), “Employer Wellness Initiatives Grow,
 but Effectiveness Varies Widely”, *NIHCR Research Brief*, No. 1.
- Western Australian Department of Sport and Recreation and Department of

Health(2009), “A resource kit for physical activity and health in the workplace”.

WHO(1986), “The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa”.

_____(1997), “Jakarta Declaration on health promotion into the 21st century”.

_____(2005), “The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World”.

_____(2007), “Workers’ Health Global Plan of Action, Sixtieth World Health Assembly”.

_____(2009), “Milestones in Health Promotions: Statements for Global Conferences, (Geneva : WHO/NMH/CHP)”.

_____(2010), “Adelaide Statement on Health in All Policies : Moving towards a shared governance for health and well-being”, International Meeting on Health in All Policies, Adelaide.

_____(2012), “Global Health Observatory: Risk Factors”.

<http://www.aimmed.com>

<http://www.cigna.com/healthwellness/audio-library/>

<http://www.comlaw.gov.au/Details/C2007A00031> : Private Health Insurance Act 2007

<http://www.everhealthcare.co.kr>

<http://www.gchealthcare.com>

<http://www.goo.ne.jp>

<http://www.health.vic.gov.au/healthplan2022>

<http://www.healthways.com>

<http://www.hyldemoer.com>

<http://www.lifecp.co.jp>

<http://www.mizutama-kaigo.jp>

<http://www.nichiihakkan.co.jp>

<http://www.phiac.gov.au>

<http://www.the-hero.org>

<http://www.tokio-mednet.co.jp>

<http://www.365homecare.com>

부 록 I : 우리나라 건강관리서비스회사의 서비스 내용

〈부록 I-1〉 365홈케어 서비스 내용

종류	내용
케어너스 서비스	○ 진료예약 - 일정확보 및 전반적인 일정관리 ○ 진료/검사/입원 에스코트 - 전담 간호사가 병원동행 및 검사, 입원수속 등 업무절차 지원 ○ 정보 제공 및 사후관리 - 수술·퇴원 후 전담 간호사와 주치의가 상담 및 의료정보 제공
건강관리 서비스	○ 건강상담 서비스 - 전문의료진(의사, 간호사, 영양사)과 실시간으로 상담 ○ 예약 서비스 ○ 건강정보 제공 서비스 - 건강상식부터 전문 질환까지 고객별 맞춤형 건강정보 제공
건강체크 서비스	○ 365콜 서비스 - 일상생활 속의 건강에 대한 궁금증을 주치의 팀과 전화로 상담 ○ 건강 앙케이트 서비스 - 남녀 약 3만 명을 대상으로 위험도를 조사·분석한 결과와 고객의 건강상태를 비교하여 건강 위험요인을 파악·제공하는 서비스
실버 서비스	○ 건강정보 제공 솔루션 - 만성질환 및 건강유지에 필요한 정보를 지속적으로 제공 · 핸드폰 문자: 연령별, 성별 맞춤형 정보, 월 1회 제공 · 메일진: 계절별, 질환별 유용한 건강정보를 월 1회 제공 · 건강책자 제공: 다양한 건강정보가 담긴 종합책자, 연 2회 제공 ○ 예약 서비스 ○ 맞춤형 건강정보 제공 서비스 - 설문을 통해 건강위험, 질병위험, 신체활동 및 신체 기능 등을 체크하고 그에 따른 결과를 제시, 프로그램 결과에 따라 주치의 팀과의 1대 1 전화 상담이 실시되며 맞춤정보가 주기적으로 제공 · 맞춤형 건강정보: 건강상태평가 설문 실시, 결과는 웹에서 바로 확인 가능, 필요시 주치의 팀과 맞춤형 건강상담 제공 ○ 간병상담 솔루션 - 전화나 홈페이지를 통해 신청하면 간병관련 정보 제공, 주치의팀에 의한 만성질환 및 노인성질환을 위한 특화상담과 운동처방사, 영양사에 의한 재활 및 운동상담, 영양 및 식이요법 등 상담

자료: <http://www.365homecare.com>,

〈부록 I-2〉 녹십자 헬스케어 서비스 내용

종류	내용
고객 건강관리	○ 보험 및 금융사를 중심으로 피보험자 대상 건강관리서비스를 제공 - 평상시 건강관리 : 건강정보/건강상담/검진예약우대 - 질병 및 증상 발생시 : 병원안내/진료 예약 대행 - 중대질환 발병시 : 간호사 방문교육/입·퇴원 동행
기업 임직원 건강관리	○ 임직원들의 건강검진관리 및 직종별 집중 건강관리서비스 제공 - 건강검진대행 : 검진예약/결과관리, 유소견자 추적관리 - 운동/영양관리 : 비만/다이어트, 개별선택 프로그램운영(피로/근골격계/피부미용 등)맞춤형 건강프로그램 제공] - 만성질환자관리 : 대사성증후군 집중관리(당뇨, 고지혈증 등)(병원연계관리]
질환자 관리	○ 암환우를 대상으로 암전문 정보, 방문간호사에 의한 실시간 정보, 환우 및 환우가족을 위한 동병상련 커뮤니티를 통해 질환자를 위한 전문 포털서비스(암닥터 : http://www.amdoctor.com) 제공 - SNS(Social Network Service) 기반 암 정보 공유 - 실시간 최신정보(병원소식, 뉴스), 암 전문 정보 - 암 특화 상품치료 & 지원 서비스
시니어 헬스케어	○ 시니어주택 개발 컨설팅 및 서비스상품개발을 통해서 시니어주택 운영시 효과적인 솔루션과 운영프로그램을 제공 - 개발 컨설팅 : 사업환경분석 및 사례분석, 타당성 분석, 상품개발 및 운영 컨셉 제안 - 시니어 주택 운영 서비스 : Lifecare+Healthcare
해외 의료관광	○ 외국인 환자를 위한 프로그램 개발 및 외국인 환자유치사업모델 개발, 전용 코디네이터 서비스 등 의료관광사업 추진 - 서비스/편의 확보 · 365일 24시간 콜센터, 영어 가능 전문인력 확보 · 대형 종합병원네트워크 : JCI획득 병원 외국인환자유치협약, 건강검진 등 네트워크 확대, 환자 연계 프로세스 확립 - 수술/치료 · 중대질환 및 외과적 수술 : 암/심장질환 등 중대질환, 디스크수술, 부인과 성형 등 · 미용관련 수술(비급여) : 성형외과(쌍꺼풀, 코, 턱 등), 피부과(주름 제거, 지방흡입), 치과(임플란트, 치아성형) - 인프라 구축완료 이후 · 전 질환자에 대한 의료관광 서비스 도입 : 건강검진, 한방치료, 피부, 비만, 치과, 안과, 중대수술, 외과수술 등을 포함 · MSO사업을 통한 사업확대 : 공급물량을 바탕으로 비급여 의료기관 공동투자 및 이익분배
U-Health	○ 스마트폰과 측정장비를 통해서 실시간으로 측정된 결과를 분석하여 개인 맞춤형 건강관리솔루션을 제공

자료: <http://www.gchealthcare.com>.

〈부록 I-3〉 에버헬스케어 서비스 내용

종류	내용
헬스케어 서비스	○ 헬스케어 서비스 - Step 1 건강위험도 분석 : 방문검진 의료진 상담 - Step 2 건강검진 설계 : 개인별 맞춤 건강검진 설계 - Step 3 건강로드맵 제공 : 건강문제 확인, 해결방법 제시, 의료진 상시 방문상담 - Step 4 건강증진프로그램 : 주치의시스템에 의한 집중관리 - Step 5 건강증진평가 : 건강 상태 개선 평가 ○ 건강비서 서비스 - 전담 건강비서 혹은 주치의 방문 헬스 컨설팅, 건강위험요인 분석, 맞춤형 건강검진 설계, 건강로드맵 제공, 24시간 건강상담, 그룹 주치의 및 병원예약 서비스, 암 전문 토털 서비스, 질환 관리 및 진료예약(건강비서 동행), 응급상황 발생 시 방문케어 서비스, 국외치료 지원서비스, 온라인 건강정보 제공 서비스, 가족우대 및 각종 편의 서비스
임직원 건강관리	○ 임직원 : 개인에 맞는 맞춤형 건강검진 설계 제공, 건강검진결과 누적 관리 및 필요시 언제라도 사용, 의사 및 병원 소개 및 예약, 전문간호사가 병원 동행, 생활 습관 교정을 위한 개별 맞춤형 프로그램 제공 ○ 회사 : 효율적 검진관리 시스템 제공, 건강검진센터 아웃소싱 비용 및 검진항목 조정, 임직원의 건강상태 및 증진정도 파악, 임직원 건강검진 일정 자동 조정 및 검진결과 체계적 누적 관리 ○ 가족 : 가족 질병 발생 시 병원 예약, 의사 연계 및 치료 지원, 필요시 언제든지 건강상담, 건강 검진 설계 및 우대혜택
U-헬스케어	○ Healthcare Solution과 최첨단 IT 기술을 활용한 Open Platform 기반의 U-Health Service를 기관에 제공
라이프케어 서비스	○ 헬스케어 서비스를 통해 구축된 Global Network를 기반으로 헬스케어 서비스의 영역을 확장하여 “One Call One Direct System”으로 제공되는 서비스 - 의료·웰빙 : 국내 유명 의료기관 및 해외 유명 의료기관과 연계하여 의료지원, 맞춤형 건강 컨설팅, 개인 건강비서에서 운동 트레이너, 푸드스타일리스트 소개 등 - 문화·예술 : 공연장 및 전시장 대여 안내 서비스, 국내외 유명 공연정보 및 예매 대행, 유명 아티스트 전시회 정보, 예술품 구매 등 - 여행·레저 : 호텔 예약, 항공관련 업무, 전용비행기 이용 관련 서비스 제공, 국내외 레저 스포츠 지원 - 명품·쇼핑 : 국내외 유명 브랜드 상품의 패션동향 및 쇼핑관련 정보 제공, 명품 아이템 쇼핑 구매 대행 등 - 자문 컨설팅 : 개인 재무설계, 세무, 법률, 부동산 관련 상담, 유학, 진로 컨설팅 등 - 생활·편의 : 웨딩컨설팅, 기념일 이벤트 지원, 각종 행사 개최 및 지원, 홈데코, 인테리어, 리무진 서비스 등

〈부록 I -3〉 에버헬스케어 서비스 내용(계속)

종류	내용
웹 솔루션	○ 개인별 건강위험도 평가 및 분석서비스 : 건강과 관련이 있는 식생활습관, 가족력, 현재 및 과거병력 등을 분석하여 향후 10년 이내에 뇌졸중, 심혈관 질환, 주요 암에 걸릴 위험도 예측 및 생활습관과의 상관관계를 산출하는 프로그램 - 신체 건강 나이(실제 나이와 비교) - 주요 질병의 발생 위험도 - 적정 체중과 1일 칼로리 권장량 - 생활 습관과 관련된 8가지 건강요소의 개인별 결과 · 8가지 건강요소 : 혈압, 체질량 지수, 음식 선호도, 식성, 커피, 운동, 음주, 흡연 - 개인별 주요 질병 발생 위험도에 따른 맞춤 헬스 컨설팅 자료 : 질병 정보, 질병 예방 수칙, 식이 및 영양 정보, 생활 습관 정보 - 외식 1인 분량 칼로리표, 운동별 소모칼로리표 ○ 웹피패 : 맞춤형 식단 구성 프로그램으로 기존의 대부분 영양 처방 사이트에서 처방 칼로리만 제공되는 데에 비해, 끼니별로 하루 맞춤 처방 단위수에 맞춰서 개인이 스스로 식단을 계획할 수 있음 - 개인신장, 체중, 활동패턴에 따른 처방 제공 - 개인별 맞춤 음식 권장 칼로리 처방 제공 - 아침, 점심, 저녁 끼니 별 처방 제공 - 당뇨병자를 위해 개발된 식품 교환표 개념 도입 - 당뇨병자 식단을 위한 각 끼니별 식품군별 처방 - 단위수를 포함한 맞춤 식단 제공 ○ 고객 맞춤형 제휴물 솔루션
외국인 건강 관리	○ 응급의료지원 : 외국인에 대한 응급의료지원 서비스 및 편의 제공 서비스로 IAG, Euro Cross, IMA, Travel Guard Chartis와 함께 진행 ○ 기업임직원 건강관리 : 국내에 근무하는 외국인 임직원들을 대상으로 헬스케어 서비스 제공 - 외국인 임직원 : 낯선 의료 환경에서 건강에 대한 불안감 감소, 언제든지 영어로 의사소통 가능한 건강비서를 통한 평상시 건강관리 서비스, 질환이 있는 경우 최적의 병원 연계를 통한 빠른 치료, 건강위험 요인을 분석하여 관리, 외래예약 등을 통한 편의 제공 서비스로 시간 절약, 건강상의 문제로 본국 송환 시 글로벌 네트워크를 통한 빠른 대처 가능 - 외국인 임직원이 맘 놓고 일 할 수 있는 환경을 제공하여 만족도 향상, 질환으로 인한 이환을 예방하여 업무 효율성 강화, 질환에 걸렸을 경우라도 최적의 병원 연계 및 질환 관리를 통한 빠른 업무 복귀, 건강상의 문제로 본국 송환시 글로벌 네트워크 활용을 통한 빠른 대처

자료: <http://www.everhealthcare.co.kr>.

〈부록 I-4〉 에임메드(AIM-MED) 서비스 내용

종류	내용
Healthcare service	○ Bizcare : 기업임직원의 건강검진 프로그램을 설계-검진-예약대행-검진결과 통합의 사후관리 프로그램 - 건강검진 서비스 : 건강검진 컨설팅, 병원 네트워크 연계 전국 150여개, 예약 & 수검확인, 청구 및 정산, 검진결과 관리 - 헬스케어 서비스 : 사후관리 프로그램, 전문의 의료상담, 건강위험도 평가, 클리닉 네트워크, 건강 콘텐츠 제공 ○ Insucare : 보험 판매시 고객에게 건강설계 및 지속적 건강관리 서비스를 제공 - 예방관리 서비스 : 365일 전문의료진 전화상담의료, 자가 건강진단 프로그램 제공, 개인별 맞춤 건강정보 제공 - 질병관리 서비스 : 간호사 동반 지원서비스, 해외진료 안내 서비스, 환자 이송 서비스 - 회복관리 서비스 : 퇴원 후 정기 전화상담(연 2회), 간호사 방문 질병관리 교육서비스 - 우대 서비스 : 종합 건강정보 서비스, Data 누적 관리, 병원 안내 및 진료 예약 대행 ○ Homecare : 건강관리를 위하여 고객이 직접 의료기관을 방문하는 대신 통신, 방송, 인터넷 등을 이용하거나 간호사의 직접 방문을 통한 건강관리 서비스 - 셀트리 프리미엄 서비스 : 母 기업에서 제공하는 셀트리 제대혈 상품을 구입하는 고객을 대상으로 가정간호사에 의한 전문 건강관리 서비스 제공(10,000명 대상 서비스 제공) - Mom & Baby Homecare : 헬스케어 사이트를 통해 프리미엄 서비스를 개별적으로 신청한 산모를 대상으로 서비스 제공 - 에버 그린칩 서비스 : 보건복지부와 협력하여 진행하는 유아 대상 국책사업(1,900명 대상 서비스 운영 중) - 플러스 메디컬 보험 : 지자체+보험사와 연계한 산모건강관리 서비스 ○ U-Health : 기존 헬스케어 서비스에 진보된 IT 기술을 융합하여 모든 국민이 자신의 거주지와 상관없이 수준 높은 다양한 건강관리 서비스 혜택을 받을 수 있도록 하는 서비스 - (단기)인터넷 기반 E-Health → (중기)IPTV, PMP, Mobile, Home-Network와의 연계를 통한 U-Health → (장기)화상전화 및 U-Health Device를 이용한 Total U-Health (예정) · 서비스 대상 : 하나포스 가입 고객 중 홈닥터 신청고객으로 약 20만명 이상 고객 유치 · 서비스 내용 : 주치의 서비스 및 간호사 방문 서비스, 효도콜 같은 다양한 헬스케어 서비스 제공

〈부록 I-4〉 에임메드(AIM-MED) 서비스 내용(계속)

종류	내용
Education & Consulting	○ Education : 축적된 건강관리/헬시케어 서비스 노하우에 기반하여 고객에게 필요한 맞춤형 보건, 의료 교육 서비스를 제공 ○ Consulting : 선진화된 서비스 노하우를 통해 고객에게 의료산업의 시장성, 경제성, 기술성 등에 대한 검토와 자문을 제공
Medical Consulting	○ MediCredit : 고가의 비급여 진료를 받는 고객에게 3~12개월의 무이자 할부 서비스를 제공하는 의료금융 프로그램 ○ MSO사업 : 기존 Healthcare 콘텐츠 서비스와 교육서비스를 개인고객 및 네트워크에 소속된 병원에 제공 ○ 병영경영자문 : Management-Doctor라는 자체 병원 경영진단 툴을 이용한 경영자문 서비스를 의료기관에 제공 ○ 의료기관평가 : 의료산업으로의 사업확장을 도모하는 기업이나 의료기관을 이용하는 환자들에게 보다 객관적인 사업성과 임상질 지표에 대한 정보를 제공 - 또한 의료기관의 해외진출을 위한 사업에 대한 합리적인 평가를 통해 국내 우수의료기관의 해외진출에 보다 현실적으로 접근 ○ BT & Healthcare 사업성평가자문 : 보다 전문화된 의료/의료경영 인력들이 정부의 의료관련정책, 의료시장의 동향, Hot Issue 등을 바탕으로 기본적인 시장성, 경제성 기술성에 대한 검토와 자문을 제공 - 또한 고객의 특성과 사업목적에 맞춰 효율적인 정보를 제공하고 의견을 수렴하여 가장 효율적인 추진관리 조직/시스템 성과를 낼 수 있도록 전문적인 자문 서비스 제공

자료: <http://www.aimmed.com>,

부 록 II: 미국 HIPAA의 개인정보 보호

미국의 경우 개인정보는 법률상 보호가 요구되는 정보이다. 건강보험 정보의 이전 및 그 책임에 관한 법률(HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act 1996)⁵⁹⁾은 보건의료체계의 효율성을 높이고자 의료관련 행정 및 금융 자료의 전자교환을 표준화하는 법률이다. HIPAA는 총 5편으로 구성되어 있어있고,⁶⁰⁾ 개인의료정보의 보호에 관한 법률 제정의 근간이 된 부분은 제2편 F부 행정의 간소화(Title II, Substitute F - Administrative Simplification) 부분에서 다루고 있다. HIPAA에서는 일상적인 의료업무 차원에서 수집되는 개인의 건강에 관한 정보를 그 이외의 목적으로 이용하는 것을 건강정보의 이차적 이용이라고 정의한 후 이를 원칙적으로 금지하고 있으며, 이와 같은 개인건강정보 보호에 관련된 HIPAA 상 규칙을 개인정보 보호 규칙(Privacy Rule)⁶¹⁾이라 칭하고 있다. 적용대상자(Covered Entities)는 공사건강보험자(Health Plans), 의료공급자, 의료정보교환소(Health Care Clearinghouses)이다.

공 · 사건강보험은 의료비용을 지급하는 주체로서, 보험사, 건강관리기구

59) 동 법안은 “건강보험정보 활용 및 책임에 관한 법” 또는 “의료보험의 이전과 그에 수반하는 책임에 관한 법률”로 불리기도 함.

60) Title I. Health Care Access, Portability, and Renewability Title II. Preventing Health Care Fraud and Abuse; Administrative Simplification; Medical Liability Reform

2.1 Privacy Rule

2.2 Transactions and Code Sets Rule

2.3 Security Rule

2.4 Unique Identifiers Rule (National Provider Identifier)

2.5 Enforcement Rule

61) Privacy Rule은 개인의료정보의 보호를 위해 제정된 규칙으로, 이는 “식별가능한 개인보건의료정보의 보호에 관한 표준(Standard for Privacy of Individually Identifiable Health Information)”의 약칭임.

(HMOs), Medicare, Medicaid, Medicare+Choice, Medicare 보충형 보험회사, 장기병보험회사 등이 이에 해당된다.⁶²⁾

의료공급자는 의료기관, 의료 혹은 건강서비스공급자(Providers of Medical or Health Services),⁶³⁾ 건강서비스의 공급·금액청구·수납 등의 업무를 수행하는 기타 개인 또는 단체 등을 포함하고 있다.

의료정보교환소(Health Care Clearinghouses)는 건강정보를 관리, 처리하는 기관으로, ① 다른 정보기관에서 비표준적인 형태로 받은 건강정보를 표준 형태로 변환하는 작업을 하는 기관 또는 ② 다른 기관으로부터 표준 업무처리⁶⁴⁾에 의해 정보를 취득하고 이를 비표준형태로 가공하는 기관을 의미한다. 대부분의 경우 건강관리정보센터(Health Care Clearinghouses)는 업무제휴자로서 건강보험(Health Plan)이나 의료공급자(Health Care Provider)에 이와 같은 서비스를 제공하는 경우 개인을 식별할 수 있는 건강정보(Individually Identifiable Health Information)를 받게 된다. 이 경우 개인정보 보호 규칙에 따라 보호건강정보의 이용 및 공개의 적용을 받는 대상은 건강관리정보센터이다. 개인정보 보호 규칙에서는 규제대상 또는 업무제휴자들이 보유하거나 교환하는 “개인을 식별할 수 있는 건강정보⁶⁵⁾”를 보호하고 있으며, 이러한 정보를 “보호건강정보(PHI: Protected Health Information)”라 칭한다. 특정 정보주체임을 확인할 수 있는 건강정보는 다음과 같은 인구통계학적 자료를 포함한 모든 정보를 말한다. 첫째, 개인의 과거, 현재, 미래의 육체적 또는 정신적 건강상태, 둘째, 각 개인이 제공 받은 의료서비스(진료기록), 셋째, 의료서비스 이용에 따라 각 개인이 지급한 금액, 특정 정보주체의 정보임이 식별 가능한 건강정보로는 환자의 이름, 주소, 생년월일, 사회보장번호 등과 같이 공통 식별자들도 포함된다. 반면, 개인정보 보

62) 단체 건강보험, 정부 및 교회 후원 건강보험, 복수기업주 건강보험 등도 해당함.

63) 내과, 외과, 치과의사 등과 같이 기관형태가 아닌 공급자(non-institutional provider).

64) 표준 업무처리로는 ① 의료보상과 환자 정보에 대한 요청, ② 건강관리서비스에 대한 지불과 송금통지, ③ 급여의 조정, ④ 건강보험 가입 및 탈퇴, ⑤ 건강보험 자격요건, ⑥ 건강보험료 지급, ⑦ 건강관리서비스 요청 첨부서 등이 있음.

65) 건강정보가 특정 정보주체의 정보인 것이 식별 가능한 정보를 의미.

호규칙에서는 규제대상기관에서 보유하고 있는 고용기록 등은 보호되는 건강 정보범위에서 제외시키고 있다.

한편, 식별가능하지 않은 건강정보(De-identified Health Information)⁶⁶⁾의 활용이나 공개에 대해서는 어떠한 제약도 존재하지 않는다. 식별가능하지 않은 건강정보라 함은 개인임을 확인할 수 없거나 그 주체가 누구인지 확인하는데 이용할 수 있는 합리적인 근거를 제공하지 않고 있는 정보를 의미한다.

규제대상기관들은 다음과 같은 목적이나 상황에 한정해서 각 개인의 동의없이 개인건강정보를 이용하거나 공개하는 것이 허용된다.

첫째, 정보 제공자 본인이 요구하는 경우: 본 법안의 규제대상자들은 정보 제공자가 본인의 건강정보를 요청하는 경우 보호건강정보를 공개할 수 있음.

둘째, 치료, 의료비 납입, 건강관리시스템 운영과 관련된 사항: 한 명 이상의 건강관리서비스 제공자가 개인의 치료목적으로 협의하는 경우, 치료에 대한 비용 청구 및 수납, 또는 사기나 의료 오남용 방지를 위한 다른 조직과의 협업이 이루어지는 경우 의료정보의 공개가 가능함.

셋째, 개인의 동의나 반대 의사 표명이 있는 경우: 응급상황 등 개인이 의사표시를 할 수 없는 경우 건강보험서비스제공자는 개인을 대신하여 최선의 이익을 줄 수 있도록 건강정보를 사용하거나 공개할 수 있음.

넷째, 우발적인 정보의 이용 및 공개: 개인정보 보호원칙에서는 보호되고 있는 건강정보의 우발적인 이용이나 공개될 수 있는 위험을 제거해야 한다고 요구하고 있지는 않으나, 개인정보 보호원칙 요구하는 적정 안전장치를 마련하고 이러한 정보가 “최소한의 필요”에 한정되는 경우에 한해서만 공개가 가능함.

다섯째, 공공의 이해⁶⁷⁾에 부합하는 경우

여섯째, 연구목적, 공적건강보험 운영을 위한 제한된 자료의 이용

66) 정보주체의 정보임이 식별불가능하다고 여겨지는 정보.

67) 법적요구, 보건감시활동, 폭력 및 약물 오남용 방지, 소송 및 분쟁, 법 집행, 검사관이나 장례담당자에게 사망자 정보공개, 장기 및 조직 기증, NIH 개인의료정보 보호 지침을 따르는 연구, 공공보건 및 안전, 군사활동 및 국가보안, 근로자재해보상 등.

부 록 Ⅲ: 기타 건강관리서비스회사 사례

1. 호주

가. 비영리 보험회사의 건강관리서비스 사례: HCF

1) 회사 개요

HCF(The Hospitals Contribution Fund of Australia Limited)는 1932년에 설립되어 80여 년의 역사를 가지고 있으며 호주의 가장 큰 비영리 건강기금이다. HCF 그룹(HCF Health Fund와 Manchester Unity)은 세 번째로 큰 의료보험회사로 시장 점유율이 2010년 기준 10.3%였다. 전체 수입 규모는 19억 5천 달러(2012년) 수준이며 근로자 수는 1,179(2010년 기준)명에 이른다. 의료보험 외에도 생명보험, 여행자보험, 애완동물보험 등 다양한 보험상품을 판매하고 있으며 그 외에도 실버타운 및 노인 요양 서비스 사업을 하고 있다.

2) 건강관리서비스 내용

의료보험보험 피보험자를 대상으로 한 서비스는 건강관리서비스(Health and Well-Being), 병원케어, 홈케어, 그 외 다양한 서비스를 제공하고 있다. 2009년 건강생활관리서비스인 건강지킴이(My Health Guardian) 서비스를 제공하기 시작했고, 2012년부터는 세 가지 질병관리서비스인 글로벌 스페셜리스트(My Global Specialist), 홈 닥터(My Home Doctor), 빅터 장 검진(Victor Chang

Health Check Booth) 서비스를 제공하고 있다. 이 서비스들은 기본적으로 전화와 인터넷을 통해 개인의 건강상태에 따라 맞춤형으로 제공되고 있다.

〈부록 Ⅲ-1〉 호주 HCF의 건강관리서비스 내용

구분	내용
질병 관리 서비스	글로벌 스페셜리스트 (My Global Specialist) • 전 세계 글로벌 네트워크에 포함된 의료전문가들이 회원들의 의료 케이스들에 대한 의학적 도움을 주거나 회원들의 질문에 대한 답을 주는 서비스 • 고급 상품에 가입한 피보험자의 본인부담금은 없음
	만성질환군을 대상으로 한 체중관리 프로그램 (Healthy Weight for Life Program) • 제 2형 당뇨병과 심혈관 질환자 가운데 BMI지수가 30인 과체중자를 대상으로 하는 체중관리 서비스 • 18주간에 걸쳐 체중을 줄이고 혈당량, 혈압, 콜레스테롤 수치 개선을 도와줌 • 저열량 식단(KicStart Program), 식생활습관개선(TEMplate System), 교육, 인터넷과 전화 상담 및 모니터링, 코칭 등을 제공함 • 관절염 환자의 경우는 12개월 프로그램으로 체중감소를 통해 상태악화 방지, 고통과 스트레스경감이 목적
	정신장애관리 (Helping Hand Program) • 정신장애 회원을 대상으로 일반의 또는 전문의 치료를 보조해주는 연중무휴 24시간 전화상담 프로그램 • 병이 재발하는 징조를 일찍 찾아내거나, 피보험자의 상태에 맞춰진 재발방지 보조 프로그램
	심장건강진단 (Victor Chang heart checks) • 빅터 장 심장 연구소(Victor Chang Cardiac Research Institute)에 위탁하여 시행하고 있음 • 지역별로 순회하면서 검진 부스(Booth)를 설치하여 무료 건강 진단을 제공함 • Extras cover를 가진 피보험자에 한함 • 등록된 간호사들이 세 가지 검진(혈압, 콜레스테롤, 혈당량)을 수행하고 그 결과는 10분 안에 바로 제공
	기타 질병관리 • 불안장애, 우울증환자를 위한 온라인 교육과정(This Way Up) • 심장 쇼크로 병원치료 받은 사람을 대상으로 퇴원 후 관리 서비스(CHOICE)
건강 생활 관리 서비스	건강지킴이 (My Health Guardian) • 전화와 온라인을 통한 개인 맞춤형 관리 서비스

자료: HCF사 제공.

3) 건강생활관리서비스 위탁 내용

HCF는 건강지킴이(My Health Guardian)라는 건강관리서비스를 호주 Healthways에 위탁 운영하고 있다. 모든 피보험자들에게 무료로 제공되는 건강지킴이(My Health Guardian) 서비스는 전화와 인터넷을 통한 개인 맞춤형 건강관리 프로그램이다.

프로그램의 내용을 살펴보면 기본적으로 미국 Healthways사의 건강생활관리 서비스와 유사하다. 먼저 피보험자들은 온라인을 통해 건강진단(Wellbeing Assessment)을 받고, 그 결과에 따라 중점관리 분야를 추천 받는다. 이에 근거해서 각자가 목표와 실행 계획을 세우면 그에 따라 필요한 정보와 조언을 받게 된다. 온라인 상에서 자격증을 가진 생리학자나 영양사들과 즉석에서 연결되어 상담할 수 있고 모바일 앱을 통해 모든 서비스에 접근이 가능하다.

건강군으로 분류되는 사람들은 주로 온라인상으로 관리하고, 만성질환군에 속한 사람들은 치료에 병행해서 등록된 전문가들과의 전화 상담을 통해 관리한다. 만성질환군으로 분류가 되면, Progress Tracker를 통해 목표 수행과정을 지속적으로 모니터하게 된다. 2012년 현재 22,000명의 만성질환을 가진 회원들이 이 건강지킴이 프로그램에 참여하고 있다.

HCF사의 경우 피보험자의 질병관리와 독립적으로 건강생활관리서비스가 제공된다.

〈부록 Ⅲ-2〉 호주 HCF의 건강지킴이(My Health Guardian) 서비스 내용

구분	내용
건강 진단 (My Wellbeing Assessment)	• 신체적 건강 • 정서적 건강 • 체중 조절 및 운동 습관 • 음주, 흡연, 수면 습관
건강 목표 수립 및 수행 (Taking action)	• Wellbeing Assessment의 결과에 따라 중점 개선 분야(Focus Area)를 추천받아 선택함 • 선택한 목표를 온라인상에 입력하면 그에 관련된 프로그램이나 정보 등이 제공됨 • 일단 계획을 수립하면 그에 따라 수행과정을 온라인상에서 기록하고 추적함
온라인 건강관리사 (Your personal health coach)	• 온라인 상에서 자격증을 가진 운동 생리학자(exercise physiologist)와 영양사들이 상담을 함 • 2012년 6월 기준 2만 명에 달하는 회원들이 등록되어있음
운동과 식단관리	• 각자의 체력에 맞게 단계별로 피트니스 프로그램을 수행함 • 체질, 건강상태, 그리고 운동정도에 맞는 식단을 만드는데 도움을 받음
온라인 자료 도서관	• 질병치료, 건강생활, 건강검진 등 건강에 관한 제반 자료들을 제공
건강기록 (My health record)	• 개인의 건강진단결과, 생체정보, 복용약, 알리지 등에 관한 개인 의료 정보 그리고 의료시설 및 서비스에 관한 모든 정보를 한 곳에 모아 관리 • 이 정보들이 웰빙플랜을 세우는데 사용됨
모바일 앱 (Well-Being Plus)	• Trackers: 매일 혹은 매주 자신이 수행한 행위와 그 패턴을 기록하여 주별 혹은 월별로 결과를 보여줌 • Mobile health coach: 앱에서도 건강코치와 연결이 가능 • Experience Points: 앱을 이용한 모든 행위들이 포인트로 쌓여 건강 증진을 위한 노력을 얼마나 하고 있는지 수치로 보여줌

자료: HCF사 제공.

나. 건강관리서비스 전문 회사: Remedy Health Care

1) 회사 개요

Remedy Healthcare는 Australian Unity Limited의 자회사로 건강관리서비스를 전문으로 하는 회사이다. 2008년에 설립되었고 질병관리서비스와 건강예방 프로그램들을 제공하고 있다. 주 고객은 모회사인 Australian Unity와 다른 의료 보험회사들이다.

Remedy는 개인의 건강 증진과 자신의 건강을 관리하는데 독립성과 자신감을 향상시키고 질병으로 인한 병원치료를 줄이는 것을 목표로 하고 있다.

만성질환 진단을 받거나 곧 걸릴 위험에 처해있는 사람들을 대상으로 한 만성질환 자기관리 프로그램과 건강지도, 그 외에도 병원에서 퇴원한 환자들을 대상으로 한 사후관리 서비스, 산모관리서비스 등을 제공하고 있다. 기업을 대상으로 “Corporate Health Coaching” 프로그램을 제공하고 있는데, 2013년 2월에는 비영리 의료보험회사인 GMHBA와 계약을 맺기도 했다.

2) 건강관리서비스 내용

Remedy Healthcare가 제공하는 건강관리서비스는 크게 만성질환자를 대상으로 한 질병관리서비스와 아직 진단을 받지 않는 앓으나 발병 위험이 있는 사람들을 대상으로 한 위험요인관리서비스 그리고 기타 의료 관련 서비스로 이루어져 있다. 질병관리서비스는 질환의 성격에 따라 만성질환관리와 복합질환관리로 분류하고 있다.

Remedy Healthcare의 프로그램들은 간호, 영양, 운동, 조산, 물리치료, 당뇨 교육 등 다양한 분야의 전문가들에 의해 수행된다. 또한 이들 임상 의들은 행동 심리학과 동기유발 상담 기술을 가지고 있어 고객들이 건강하지 못한 습관을 인식하고 바르게 교정할 수 있도록 내적 동기를 유발하는 데 초점을 두고 있다.

Remedy Healthcare는 호주의 우수한 의료 전문가들이 모인 임상자문단을 구성하고 있는데, 이들은 Remedy의 프로그램들을 평가하고 최신 정보로 바꾸는 역할을 담당하고 있다.

〈부록 Ⅲ-3〉 호주 Remedy Healthcare의 건강관리서비스 내용

구분	내용
Chronic condition management (만성질환관리)	• 만성질환 진단을 받은 사람을 대상으로 6개월 동안 전화 상담서비스를 제공 • Diabetes Action Program(당뇨관리, 4~6개월 전화) • Healthy Hear Program(심장질환관리, 6개월 전화) • Bone Health program(골다공증관리, 6개월 전화)
Complex Care (복합질환관리)	• Integrated care(만성복합질환을 가지며 잦은 입원치료를 받고 있는 노인을 대상으로 한 서비스) • Heart Failure Program(심부전관리, 12개월 전화) • Vascular Health Program(말초혈관계질환, 6개월 전화) • COPD program(폐쇄성 폐질환 관리, 12개월 전화, 필요 시 in-home 서비스)
Preventive Health (예방서비스)	• Risk Factor Management Program(위험요인관리, 4개월 전화상담)
Allied Health (기타 서비스)	• Maternity Support(임산부관리, 전화 혹은 이메일을 통해 숙련된 조산사와 연결) • 물리치료, 작업치료 등

자료: <http://www.remedyhealthcare.com.au>, Remedy(2013), "Remedy Healthcare Employers & Organisations Company Overview" 참고.

가) 만성질환관리

한 가지 이상의 만성질환(관상동맥질환, 제2당뇨, 골다공증 등)을 진단받은 사람을 대상으로 질병의 발전이나 입원을 방지하도록 하는 자기관리 프로그램이다. 대략 4~6개월 동안 전문가와의 통화를 통해 이루어진다. 한 통화는 보통 30분 이내로 이루어지고 있다. 고객의 필요에 따라 약복용, 체지방, 혈압, 혈당, 체중, 운동량, 흡연, 음주 등 다양한 범위에 걸친 관리가 이루어진다. 참여자를 담당하는 일반의(GP)와 정기적인 의견교환을 나누는 것은 프로그램의 중요한

구성 요소이다. 필요에 따라 적절한 시기에 다른 전문가에게 진료의뢰를 하는 등 협조체제를 구축하고 있다.

Remedy는 만성질환관리시스템(CDMS: Chronic Disease Management System)으로 불리는 자체 소프트웨어 시스템을 구축하여 고객의 병력, 질병률, 위험요인 등의 정보에 기반하여 맞춤형 계획을 수립하는데 도움을 주고 있다. 2013년 현재 10,000여명의 회원이 질병관리프로그램의 코칭을 받고 있다.

나) 위험요인관리 프로그램

위험요인관리 프로그램은 만성질환 진단을 받은 것은 아니나 중단기 내에 심혈관 질환이나 제2당뇨와 같은 질환이 발병할 위험을 갖고 있는 사람을 대상으로 하는 프로그램이다. 건강생활관리에 해당한다고 할 수 있다. 보통 4개월 동안 전화로 전문가와의 상담을 통해 수행된다.

위험요인관리를 받을 사람은 과체중이나 비만인 사람, 일주일에 2.5시간 이하의 운동을 하는 사람, 고혈압 진단을 받거나 약을 복용하는 사람, 고지혈증이나 콜레스테롤 약을 복용하는 사람, 혈당치가 높은 사람, 심장질환이나 제2당뇨의 가족 병력이 있는 사람, 흡연자가 해당된다.

건강 전문가들은 고객의 행동습관에 따른 위험요인을 식별해내는데 호주의 임상결과에 근거해 만들어진 제2당뇨 위험진단 도구인 AUSDRISK를 이용한다. 또한 심장질환의 가능성이 있는 위험군으로 분류된 고객들은 심장 건강을 개선시키는 식단, 체중감량, 콜레스테롤과 혈압 낮추기, 체력단련 및 약복용, 흡연 등을 관리한다.

다) 효과

처음 시행된 2009년 이래로 350명의 Australian Unity 피보험자가 제2형 당뇨 프로그램을 마쳤고, 졸업자들은 위험요인의 감소와 입원감소의 효과를 보았다

고 보고하고 있다. 프로그램 참여자 그룹은 참가하지 않은 다른 피보험자들에 비해 입원 치료비용이 30% 낮은 것으로 나타났다. 한편, 당뇨관리프로그램의 경우 Remedy Healthcare의 피보험자 자료에 따르면 프로그램을 완수한 참가자가 비참가자에 비해 1인당 1,000달러 상당의 의료비 청구액이 감소한 것으로 나타났다.

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

■ 연구보고서

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목, 장동식, 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식, 이경희, 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안/ 안철경, 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원, 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식, 이창우, 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출방법 연구 / 기승도, 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도, 김대환, 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원, 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태, 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진익, 김동겸 2010.7

■ 정책보고서

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호, 최원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 이태열, 신중협, 황진태, 유진아, 김세환, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진익, 이민환, 유경원, 최영목, 최형선, 최원, 이경아, 이해은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수, 김경환, 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 황진태, 변혜원, 이경희, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 / 2009.12

- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경, 변혜원, 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 김대환, 이경희, 이정환, 최원, 김세중, 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수, 안철경, 변혜원, 최영목, 최형선, 김경환, 이상우, 박정희, 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수, 김경환, 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈, 류건식, 오영수, 조용운, 진익, 유진아, 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경, 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 황진태, 이정환, 최원, 김세중, 오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린, 이기형, 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형, 변혜원, 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환, 유진아, 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형, 임준환, 김해식, 이경희, 조영현, 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우, 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식, 김대환, 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 전용식, 이정환, 최원, 김세중, 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진익, 오병국, 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준, 김해식, 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 전용식, 최원, 김세중, 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준, 강민규, 이해량 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린, 김해식, 김석영 2014.3

- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열, 강성호,
김유미 2014.4

■ 경영보고서

- 2009-1 기업휴지보험 활성화 방안 연구 / 이기형, 한상용 2009.3
 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진익 2009.3
 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진익, 유시용, 이경아 2009.3
 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목, 최원 2009.6
 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경, 권오경 2010.2
 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수, 김경환 2010.2
 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.3
 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실, 정책연구실,
동향분석실 2010.6
 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실, 재무연구실
2010.6
 2010-5 변액보험 보증리스크 관리연구 / 권용재, 장동식, 서성민 2010.4
 2010-6 RBC 내부모형 도입방안 / 김해식, 최영목, 김소연, 장동식, 서성민
2010.10
 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경, 변혜원, 서성민 2011.1
 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목, 김소연, 김동겸 2011.2
 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도, 황진태 2011.3
 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태, 기승도, 권오경 2011.5
 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아, 정인영 2011.6
 2011-6 민영의료보험의 보험리스크 관리방안 / 조용운, 황진태, 김미화 2011.8
 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식, 김대환, 이상우 2011.9
 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환,
류건식, 이상우 2011.10
 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현, 전용식, 이해은
2012.7
 2012-2 보험산업 비전 2020 : ④ sure 4.0 / 진익, 김동겸, 김혜란 2012.7
 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식, 김석영, 김세영,
이해은 2012.9

- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환, 류건식, 김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린, 황진태, 권용재, 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식, 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도, 조용운, 이소양 2013.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문, 김진억, 지재원, 박정희, 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 기승도, 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 이상우, 권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크평가모형 및 측정방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면, 이정환, 최이섭, 정중영, 최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진익, 김상수, 김종훈, 변귀영, 유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환, 전선애, 최원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교, 오영수, 김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환, 이민환, 윤건용, 최원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운, 김세환, 김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식, 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신중협, 최형선, 최원 2010.3

- 2010-2 금융산업의 영업행위규제 개선방안 / 서대교, 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체계와 시사점 / 이창우, 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원, 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체계에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준, 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운, 서대교, 김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진익, 김해식, 유진아, 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경, 황진태, 서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환, 최원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진익, 김해식, 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우, 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운, 변혜원, 이승준, 김경환, 오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태, 전용식, 윤상호, 기승도, 이상우, 최원 2012. 6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체계 특징과 시사점 / 이상우, 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식, 김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식, 황진태, 변혜원, 정원석, 박선영, 이상우, 최원 2013. 8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운, 황진태, 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식, 변혜원, 황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원, 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입방안 / 박선영, 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석, 강성호, 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위규제 등을 중심으로/ 한기정, 최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구/ 황진태, 박선영, 권오경 2014.4

- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석/전성주, 전용식 2014.5
 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토/전용식, 윤성훈, 채원영
 2014.5

■ 연차보고서

- 제1호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
 제2호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
 제3호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
 제4호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
 제5호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
 제6호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12

■ 영문발간물

- 제7호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
 제8호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
 제9호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
- 제1호 Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2011 / KIRI, 2012.8
 제2호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2012 / KIRI, 2012.10
 제3호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2012 / KIRI, 2012.12
 제4호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2012 / KIRI, 2013.4
 제5호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2013 / KIRI, 2013.11
 제6호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2

■ CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식, 서성민
 2008.12

- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험료율 적용의 타당성 검토 / 류건식, 김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식, 이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식, 이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환, 이상우, 김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환, 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식, 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체계 / 최형선, 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환, 류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운, 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈, 전용식, 전성주, 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(Ⅰ): 정책공약집을 중심으로 / 이기형, 정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환, 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식, 윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영, 김세중 2014.6

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식, 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경, 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식, 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진익 2008.7
- 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희, 서성민 2008.9

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

정기간행물

■ 간행물

- 보험동향 / 계간
- 고령화리뷰 / 연 1회
- 보험금융연구 / 연 4회

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구
	- 본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료(PDF) - 영문보고서	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113, 9080 팩스 : (02)3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성 · 등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 보험자료실, 교보문고, 영풍문고, 반디앤루니스

부산 : 영광도서

저 자 약 력

조 용 운

The University of Houston 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : ywcho@kiri.or.kr)

오 승 연

The University of Massachusetts 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : oh@kiri.or.kr)

김 미 화

경북대학교 경제학 석사
보험연구원 연구원
(E-mail : mhkim@kiri.or.kr)

조사보고서 2014-7

건강생활관리서비스 사업모형 연구

발행일 2014년 7월

발행인 강 호

발행처 보 험 연 구 원
서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38
화재보험협회빌딩
대표전화 : (02) 3775-9000

조 판 및
인 쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-85691-09-1

정가 10,000원