

# 건강생활서비스 공 · 사 협력 방안

2018. 2

조용운 · 오승연 · 김동겸



## 머 리 말

현대로 오면서 개인적으로 선택한 생활습관을 요인으로 하는 만성질환이 증가하고 있다. 이에 공공부문은 개인의 만성질환 예방 행태의 확산을 활발히 지원하고 있지만 민간부문은 그렇다고 보기 어려운 상황이다. 그 교량 역할을 하는 건강생활서비스가 의료행위에 해당하는 부분이 있어서 민간 비의료기관이 이를 제공하는 것이 어렵기 때문이다.

본고는 건강생활서비스를 서비스 단계별로 분리하여 의료행위 해당 여부의 법적 검토를 하고 공적 부문의 역할을 강화하되 민간 비의료기관이 참여할 수 있는 부분을 찾고자 하였다. 그리고 법적 검토 결과에 기초하여 보험회사가 건강생활서비스를 공급할 수 있는 방안을 제안하고 있다. 한편, 보험회사는 피보험자에게 건강생활 실천에 대해 인센티브를 제공할 수 있어서 건강생활서비스 효과 극대화를 위한 인센티브 전략을 함께 제안하고 있다.

건강생활서비스는 개인의 건강행태에 변화를 주어 건강상태를 개선한다. 건강행태는 건강생활양식의 일부이기 때문에 개인적 요인뿐 아니라 사회의 규범, 문화, 제도 등의 영향을 받아 오랜 시간에 걸쳐 형성된다. 따라서 개인의 건강행태 변화를 위해서는 개인뿐만 아니라 사회적 환경 모두를 고려하는 종합적인 지원이 이루어져야 하는 것이다.

이 보고서는 공공부문과 민간부문을 종합적으로 고려하여 개인의 건강행태 변화를 효과적으로 지원할 수 있는 방안을 제안하고 있다. 이러한 제안이 만성질환을 효과적으로 예방하는 데 조금이나마 기여할 수 있기를 기대한다.

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

2018년 2월

보 험 연 구 원  
원장 한 기 정



# ■ 목차

---

요약 / 1

I. 서론 / 14

1. 연구 배경 및 목적 / 14
2. 선행연구 / 19
3. 연구방법 및 범위 / 21

II. 건강생활서비스의 구조 / 23

1. 이론적 배경: 다이론 통합모형 / 24
2. 효과 실증연구 사례 / 29

III. 한국과 일본의 건강생활서비스 / 39

1. 일본의 공적 제도 및 프로그램 / 40
2. 한국의 공적 제도 및 프로그램 / 77
3. 한국 보험회사의 건강생활서비스 / 93

IV. 건강생활서비스와 인센티브 / 97

1. 인센티브 유형 분류 / 98
2. 인센티브의 효과성 평가 / 100
3. 새로운 인센티브의 설계: 행동경제학적 접근 / 105
4. 효과적 인센티브 설계 원리 / 107

V. 건강생활서비스 발전 방안 / 112

1. 공적 부문 / 113
2. 사적 부문: 보험산업의 활용 방안 / 131

VI. 맺음말 / 141

| 참고문헌 | / 144

## ■ 목차

---

### | 부록 | / 150

부록 I. 건강일본 21(제2차) 관련 수치 목표 / 150

부록 II. 특정건강검진 수진 결과통지표 / 151

부록 III. 특정보건지도 지원계획 및 실시보고서 / 153

부록 IV. 특정보건지도기관의 표준질문표 / 156

## ■ 표 차례

---

- 〈표 I -1〉 건강생활서비스 단계별 연구 내용 / 18
- 〈표 II -1〉 변화과정 이론 및 개입 예 / 28
- 〈표 III -1〉 특정건강검진 · 특정보건지도의 기본개념 / 42
- 〈표 III -2〉 기본건강검진 항목 / 44
- 〈표 III -3〉 일본 특정보건지도 대상자 계층화 / 45
- 〈표 III -4〉 특정보건지도 정보 제공지원 내용 / 49
- 〈표 III -5〉 일본 특정보건지도 지원 포인트 / 55
- 〈표 III -6〉 적극지원 패턴(계속적 실천지원에서 지원 A의 개별지원과 전화 결합 예) / 56
- 〈표 III -7〉 행동계획 실시 상황파악을 위한 체크리스트의 구체적인 예 / 58
- 〈표 III -8〉 식생활 개선을 위한 초회 면담지원 사례 / 59
- 〈표 III -9〉 운동 실천 중심의 적극지원 프로그램(기본형) / 60
- 〈표 III -10〉 금연방법 선택 기준 / 62
- 〈표 III -11〉 일본 특정보건지도 수행자 및 업무범위 / 63
- 〈표 III -12〉 한국 1차 건강검진 목표질병 및 검사 항목 / 79
- 〈표 III -13〉 한국 1차 건강검진 결과통보서 내용 / 81
- 〈표 III -14〉 한국 2차 건강검진 목표질병 및 검사 항목 / 84
- 〈표 III -15〉 한국 2차 건강검진 결과통보서 내용 / 85
- 〈표 III -16〉 한국 생애전환기 건강검진 생활습관 평가 도구 및 처방전 서식 / 87
- 〈표 III -17〉 한국 생애전환기 건강검진 생활습관 평가 도구 및 처방전 서식  
(계속) / 88
- 〈표 III -18〉 2011~2016년 건강검진 수검률 추이 / 89
- 〈표 III -19〉 연도별 1차 건강검진 판정비율 현황 / 90
- 〈표 III -20〉 2016년 2차 건강진단 유질병 판정 비율 현황 / 90
- 〈표 III -21〉 2016년 일반건강검진 대사증후군 위험요인 보유 현황 / 91
- 〈표 III -22〉 보험회사의 생활습관 변화 실천지원서비스 및 인센티브 사례 / 94
- 〈표 V -1〉 일본 건강생활 데이터 활용 관련 그레이존 해소 제도 활용 사례 / 116
- 〈표 V -2〉 의료에 관한 용어 / 124

## ■ 표 차례

---

〈표 V-3〉 일본 건강생활과 의료행위 관련 그레이존 해소 제도 활용 사례 / 129

〈표 V-4〉 일본 건강생활과 의료행위 관련 그레이존 해소 제도 활용 사례  
(계속) / 130

## ■ 그림 차례

---

- 〈그림 Ⅱ-1〉 변화단계 및 변화전략 / 26
- 〈그림 Ⅲ-1〉 특정건강검진 및 특정보건지도의 흐름 / 48
- 〈그림 Ⅲ-2〉 국민건강보험공단의 일반건강검진 사후관리 체계 / 82
- 〈그림 V-1〉 건강검진 및 사후관리 제도 개선 방안 / 114



# **A Study on Wellness Service and Its Applications in Insurance Industry**

Many countries including Korea have experienced increases in chronic diseases, which are the result of lifestyles such as tobacco use, physical inactivity, unhealthy diet, and the harmful use of alcohol.

In an attempt to reduce those risk factors leading to chronic diseases, many countries have implemented a wide range of policies promoting healthy lifestyles, using public and private health insurers, which play a major role in providing disease prevention and wellness service programs. Because they have interests in keeping the insured healthy to prevent chronic diseases and save medical costs,

In Korea, however, wellness 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 study public and private wellness service systems in Japan to provide Korea with necessary information. Second, carefully Considering medical behavior and non-medical behavior, we Construct a cooperation model of public and private insurer on wellness services. Finally, we suggest government an efficient way to provide wellness service using private sectors.



## 요 약

### I. 서론

- 생활습관을 요인으로 한 만성질환이 증가하고 있어 공공부문은 만성질환 예방 행태 확산에 대한 지원을 증가시키고 있음
  - 보건소와 국민건강보험은 만성질환 예방을 위한 정책을 강화하고 있음
  
- 민간부문은 예방 행태 확산을 충분히 지원하고 있다고 보기 어려움
  - 예방 행태 확산에 교량 역할을 하는 건강생활서비스가 의료행위와 비의료 행위를 모두 포함할 수 있기 때문에 민간 비의료기관이 제공하는 데 어려움이 많은 상황임
  
- 본고는 먼저 공공부문의 만성질환 예방 행태 지원 강화 과정에 민간부문의 역할이 있는지를 모색하고자 함
  - 공적 부문의 역할을 강화하되 민간이 참여할 수 있는 부분을 찾고자 함
  - 건강생활서비스를 서비스 단계별로 분리하여 의료행위 해당 여부의 법적 검토를 병행하고자 함(〈요약 표 1〉 참조)
  - 공·사 협력 방안 및 법적 검토결과에 기초하여 보험회사가 건강생활서비스를 공급할 수 있는 방안을 제안하고자 함
  
- 한편, 2017년 11월 정부의 ‘건강 증진형 보험상품 가이드라인’과 관련한 예상 이슈를 제기하고 검토하여 향후 건강생활서비스 효과 극대화를 위한 인센티브 전략을 제안하고자 함

〈요약 표 1〉 건강생활서비스 단계별 연구 내용

서비스 단계		생활습관		
질병	생활습관	구분	일본	한국
진찰	생활습관별 건강위험도 평가	수행 주체	의료기관 (의사)	의료기관 (의사)
		의료 행위	해당	해당
처방	생활습관 면담 및 지원계획 수립	수행 주체	민간 비의료기관 (특정보건지도기관의 의사, 보건사, 관리영양사)	의료기관 (생애전환기건강진단 2차 검진 수행 의사가 실시) (일반건강검진에서는 미실시: 본고는 2차 검진에 대사증후군 포함하여 면담·처방 실시 제안)
		의료 행위	해당	해당
치료	실천지원 (면담, 지도, IT기술 등 이용)	수행 주체	민간 비의료기관 (지원계획에 기초 특정보건지도기관의 실천적 지도자)	국민건강보험공단 17개 지역건강 증진센터와 보건소
		의료 행위	해당 없음	불분명 (본고는 법적 검토 결과 해당 없다고 봄. 따라서 공보험이 지속성, 접근성, 다양성, 유인성 부족하므로 민간참여 허용을 제안, 보험회사는 보험상품에 반영 후 공급 혹은 독립프로그램 개발 허용)
완치 확인	생활습관 개선 성과평가	수행 주체	민간 비의료기관 (특정보건지도기관의 의사, 보건사, 관리영양사)	미실시
		의료 행위	불분명 (특정보건지도기관의 의사, 보건사, 관리영양사가 설명 및 중간에 계획 변경 가능)	불분명 (본고는 성과측정 결과를 판단·설명하지 않으면 비의료기관이 인센티브 제공에 활용 가능하다고 봄)

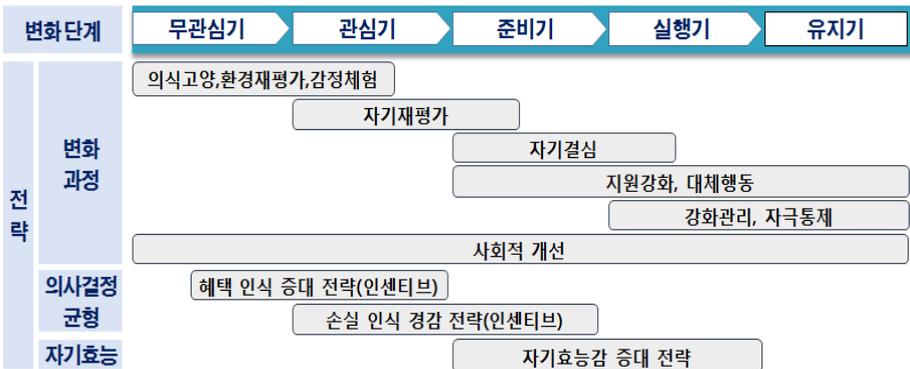
## II. 건강생활서비스의 구조

- 건강생활서비스의 실천지원서비스 단계는 중심이 되는 단계이고 의료행위에 해당하는지 논란의 중심에 있어 상세한 검토가 필요함

### 1. 이론적 배경: 다이론 통합모형

- 실천지원서비스를 효과적으로 제공할 수 있는 방법 중의 하나가 다이론 통합모형임
  - 목표달성을 위한 조치를 취할 마음의 준비를 하고 실천하기까지 진행과정을 여러 단계(변화단계)로 나누고 한 단계에서 다음 단계로 변화를 촉진시키기 위해 필요한 변화전략에 관한 여러 가지 이론을 통합한 것임
  - 변화전략에 관한 대표적 이론은 변화과정 이론, 의사결정 균형 이론, 자기효능감 이론이 있음

〈요약 그림 1〉 변화단계 및 변화전략



- 다이론 통합모형은 다른 방법보다도 변화를 이끌어 내는 데 효과적이라는 연구 결과가 있고 한국과 일본의 공적 건강보험은 이 모형을 적용하고 있음

## 2. 효과 실증연구 사례

- 다이론 통합모형을 적용하고 전통적 도구(전화와 우편)를 이용한 실천지원서비스가 생활습관 변화를 유도하는 데 효과가 있다는 선행연구가 있음
- 최근 실증연구는 다이론 통합모형을 적용하지 않는 상태에서 실천지원서비스 제공을 위해 전화와 우편 외에 인터넷, 문자서비스, 어플리케이션 및 개인용 건강관리기 등을 이용하는 추세에 있고 이 방법 또한 변화 유도에 효과가 있다는 결론을 내리고 있음

## Ⅲ. 한국과 일본의 건강생활서비스

### 1. 일본의 공적 제도 및 프로그램

- 일본은 대사증후군에 집중한 건강검진(이하 ‘특정건강검진’이라 함) 및 그 결과에 따른 보건지도(이하 ‘특정보건지도’라 함)를 공적 의료보험자가 의무적으로 실시하도록 하고 있음
- 특정건강검진은 효율적으로 특정보건지도를 수행할 수 있도록 실시함
  - 검진기관의 건강검진 결과를 이용하여 의료보험자, 위탁건강검진기관이 기준에 따라 개별 항목별 건강위험도 평가 및 전체적 건강상태 계층화(정보 제공 지원, 동기부여지원, 적극지원)를 수행함
    - 건강생활서비스 4단계 중 첫 번째 단계에 해당함
  - 건강검진기관은 대사증후군 판정 결과와 보건지도 수준 판정 결과를 기록한 개인별 데이터 파일(본인에게 전달되는 건강검진 결과 통지표)을 의료보험자와 수진자, 보건지도기관에 송부하고, 의료보험자 혹은 보건지도기관은 이에

## 근거하여 특정보건지도 대상자를 결정함

- 특정보건지도는 생활습관병 예비군이 생활습관병자로 이행하지 않도록 함
  - 건강생활서비스 4단계 중 두 번째 단계(행동계획의 수립 및 행동 목표 설정 지도), 세 번째 단계(실천지원), 네 번째 단계(성과평가)를 포함함
  - 정보 제공지원은 대상자가 생활습관병이나 건강검진 결과로부터 자신의 신체 상황을 인식하고, 건강한 생활습관의 중요성에 대한 이해와 관심을 높이고, 생활습관을 직시하는 계기가 되도록 개인의 생활습관과 그 개선에 관한 기본적인 정보를 제공하는 것을 말함
    - 정보 제공은 특정건강검진을 받은 사람 전원을 대상으로 연 1회(검진결과 통지와 동시 실시) 또는 그 이상 실시함
  - 동기부여지원은 대상자가 자신의 건강 상태를 자각하고 생활 습관의 개선에 관한 자주적 실천을 할 수 있도록 하는 것을 목적으로 후생노동성이 정하는 방법에 의해 실시하는 보건지도를 말함
    - 동기부여지원은 두 번째 단계 수행 1회만을 원칙으로 함
  - 적극지원은 대상자가 자신의 건강 상태를 자각하고 생활습관의 개선에 관한 자주적인 활동을 지속적으로 실천하도록 하는 것을 목적으로 후생노동성이 정하는 방법에 의해 실시하는 보건지도를 말함
    - 지원 횟수는 두 번째 단계의 초회 면담 후 세 번째 단계의 3개월 이상 지속적 지원이 이루어지므로 여러 번이고, 지원기간은 초회 면담부터 6개월 이상 경과 후 실적 평가를 하므로 약 6개월이 됨
- 특정보건지도 수행자는 업무별로 다양한 전문가가 될 수 있음
  - 동기부여지원 및 적극지원 과정에서 초회 면담 시 대상자의 행동계획의 수립 및 행동 목표 설정 지도 및 6개월 후 성과평가는 의사·보건사·관리영양사가 수행하여야 함
  - 적극지원 과정에서 3개월 이상 지속적 실천지원은 의사·보건사·관리영양

사뿐만 아니라 식생활 지도 및 운동 지도에 관한 전문지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자(이른바 ‘실천적 지도자’)도 수행할 수 있음

- 특정건강검진·특정보건지도제도는 의료보험자가 가능한 한 많은 대상자에게 확실하게 실시할 수 있도록 하고 또한, 건강검진·보건지도기관 간의 자유롭고 공정한 경쟁을 통해 양질의 서비스가 저렴하게 공급될 수 있도록 민간 사업자를 포함한 다양한 기관에 아웃소싱을 할 수 있도록 하고 있음

## 2. 한국의 공적 제도 및 프로그램

- 한국의 공적 건강보험은 일본의 공적 건강보험과 유사한 제도를 운영하고 있음
  - 특정건강검진의 대사증후군 검진 항목을 포함하는 일반건강검진과 생활습관 평가 및 처방을 포함하는 생애전환기건강진단 제도를 운영하고 있고, 특정보건지도와 유사한 건강검진 사후관리 제도를 운영하고 있음
- 한국의 일반건강검진은 1차와 2차 검진으로 진행하고 있음
  - 1차 검진은 대상자를 5분류 즉, 정상A, 정상B, 일반질병 의심, 고혈압 또는 당뇨병 질병 의심, 유질병자 중 선택하는 형식으로 계층화함
  - 1차 검진은 체질량, 혈압, 혈당, LDL콜레스테롤에 대한 각각의 3단계 평가(위험, 경계, 정상)와 음주, 흡연, 신체활동(식생활 및 스트레스 제외)에 대한 각각의 3단계 평가(위험, 경계, 정상)를 포함하고 있음
  - 1차 검진은 건강위험평가 결과를 주요 질병별 건강위험도와 건강위험요인을 서술하는 형식으로 포함하고 있고 생활습관 평가 결과를 포함하고 있지 않음
  - 2차 검진은 고혈압 또는 당뇨병 의심자, 인지기능장애 고위험군에 대한 확진을 위해 실시함
- 한국의 국민건강보험은 일반건강검진 결과 대사증후군 주의군과 위험군에게 사

후관리를 실시하고 있음

- 주의군과 위험군에게 ‘대사증후군 관리지침서’와 ‘나의 맞춤 건강노트’를 우편으로 발송하고, SMS 수신에 동의하는 경우 6개월 동안 2주 간격으로 총 12번의 건강생활 실천 메시지를 전송함
  - 대사증후군 위험군에 해당하면 개인 맞춤형 서비스를 직접 1회 제공함
    - 6개월 동안 3회의 건강 상담 전화서비스 및 정보 제공 서비스를 제공함
    - 국민건강보험공단의 전국 17개 건강 증진센터(의사, 영양사, 운동 관련 지도자 등)에서 의학상담 및 영양상담, 체력측정, 운동지도 등의 서비스(최대 6개월 무료)를 받을 수 있도록 하고 있음
    - 지역보건소와 연계하여 운동, 영양, 금연, 금주/절주, 비만 관련 상담 등의 서비스를 받을 수 있도록 하고 있음
    - 흡연자에게는 금연프로그램 운영 요양기관과 연계하여 최대 6회 상담(2회까지 본인부담금 발생) 및 12주 약처방 서비스를 제공함
- 국민건강보험은 만성질환 및 건강위험요인의 조기발견 및 예방적 건강관리를 강화하기 위해 2007년 4월 만 40세와 만 66세를 대상으로 한 생애전환기건강진단 제도를 도입함
- 일반건강검진과 다르게 1차 진단 결과와 관계없이 수검자 모두가 2차 검진을 받도록 하고 있고, 1차 건강진단에 기초한 상담, 생활습관 평가도구(문진표) 및 처방전 서식을 이용한 생활습관 평가(흡연, 음주, 운동, 영양, 비만) 및 처방을 수행함
  - 그러나 처방에 기초한 별도의 사후관리는 이루어지고 있지 않음
- 수검률(2016년 일반건강검진 77.7%)은 높지만 사후관리율은 저조한 상태(12년 21.6%)에 있다는 것이 지속적으로 지적되고 있음
- 공적 부문은 검진에 대한 수검자의 인식 및 검진 결과에 대한 이해도를 높이고 사후관리가 1회성에 그치지 않고 계속적으로 이루어져야 하며, 국민건강보험공단의 17개 건강 증진센터와 보건소에 국한되어 있는 제공기관을 확대

하여 지역적 접근성을 높여야 한다는 것 등을 제안하고 있음

- 이는 공적 부문 내에서 모든 대책을 찾고 있어 다각적인 대안을 제시하고 있다고 보기 어렵고 국민건강보험 재정 문제, 지역적 형평성 문제 등 먼저 해결해야 할 문제들을 안고 있음

■ **검진효과 평가체계의 부재로 인해 효과적인 검진정책 개발이 어려움**

- 검진효과는 사후관리를 통해서 구현될 것인데 사후관리가 미흡하고, 참여하더라도 그 성과평가가 이루어지고 있지 않음

### 3. 한국 보험회사의 건강생활서비스

■ **한국 보험회사는 최근 정부의 「모바일 의료용 앱 안전관리 지침」 및 「의료기기 와 개인용 건강관리(웰니스) 제품 판단 기준」에 기초하여 소비자에게 자가 건강 관리를 지원하는 서비스 및 인센티브 제공을 시작함**

- 소비자의 자발적 참여를 피동적으로 기다리는 프로그램이며, 생활습관의 평가 및 이에 기초한 직접 개입이 이루어지고 있지 않음
- 인센티브는 극히 작은 규모이지만 참여 및 행동기반, 성과기반 등 다양하게 시도되고 있음

## IV. 건강생활서비스와 인센티브

■ **2017년 11월 2일 정부는 보험회사가 보험계약자 등의 건강관리 노력 및 성과에 따라 보험료 할인 등의 인센티브를 제공할 수 있도록 하는 ‘건강 증진형 보험상품 가이드라인’을 발표하였음**

- 이 가이드라인은 질병 및 사망보험 등 건강관리 노력과 관련된 새로운 보험상품 개발 및 기존 보험상품의 ‘특약’ 개발을 통해 인센티브 제공이 가능하도록 하였

고, 인센티브는 건강관리용 웨어러블 기기 구매비용 보조, 보험료 할인, 보험금 증액, 캐쉬백, 포인트, 건강 관련 서비스 등 광범위하게 허용하고 있음

- 여기서 건강 관련 서비스는 의료행위에 해당하지 않아야 함

#### ■ 인센티브 효과는 제공되는 기준에 따라 다르게 나타남

- 참여기반과 성과기반 보상으로 분류할 수 있고, 참여기반은 다시 단순참여와 행위기반으로 세분화할 수 있음
- 일회적 혹은 단기적 참여기반 인센티브의 효과는 생활습관 변화가 단순하고 한 번만 요구될 때, 제공되는 인센티브 규모가 클수록, 변화의 초기 단계일수록 큰 것으로 나타남
- 성과기반 인센티브는 단순참여 및 행위기반 보상과 비교해서 효과는 더 오래 지속됨
  - 인센티브 조건을 확인하는 과정에서 비용이 소요되며, 보상을 받기 위한 조건이 참여기반 보상보다 어렵기 때문에 상대적으로 더 큰 규모의 인센티브를 제공해야 함
  - 인센티브 제공자는 개인들이 인센티브의 기준과 성취방법들을 충분히 숙지하고 이해하도록 해야 함
- 참여기반과 성과기반 인센티브는 동일 보상액을 매주 규칙적으로 제공하는 것보다 간헐적이더라도 인센티브의 제공 기간이 길수록 효과적임

#### ■ 또한, 인센티브 효과는 개인의 건강생활 실천 변화단계에 따라 다르게 나타날 수 있음

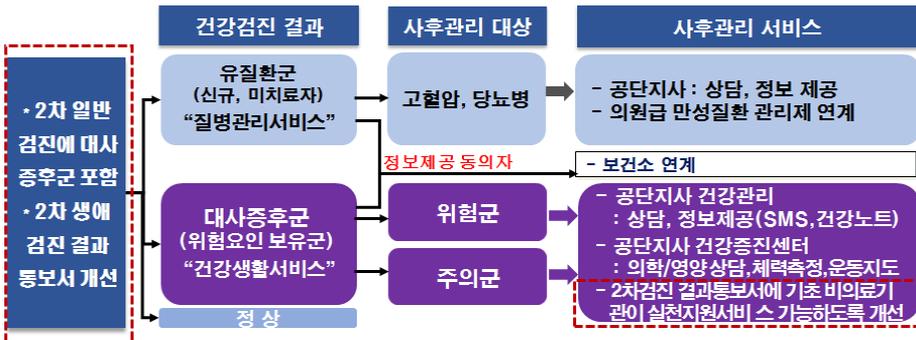
- 건강생활을 전혀 실천하고 있지 않은 사람에게는 금액의 규모에 관계없이 현금 인센티브를 제공하는 것 자체가 행동변화를 유도하는 데 효과적임
- 실천하고 있는 사람에게는 현금이든 포인트 제공이든 인센티브를 최대한 긴 기간 동안 제공하는 것이 건강생활을 습관화하게 하는 데 효과적임

## V. 건강생활서비스 발전 방안

### 1. 공적 부문

- 본고는 첫째, 일반건강검진 1차 검진 결과 정상B를 2차 검진대상에 포함하고, 둘째, 2차 검진 과정에서 생활습관 평가 및 처방이 이루어질 수 있도록 하며, 셋째, 생활습관 평가 및 처방을 근거로 요양기관 혹은 비의료기관의 실천적 지도자가 실천지원서비스를 제공할 수 있도록 하는 제도를 제안함
  - 생활습관 평가 및 처방은 검진 결과를 해석하고 설명하여야 하기 때문에 의료행위에 해당하므로 요양기관이 수행하도록 하고, 실천지원서비스는 처방에 따라 실천을 권유하는 것이기 때문에 의료행위에 해당하지 않을 수 있으므로 요양기관·비의료기관의 실천적 지도자가 수행하도록 함

〈요약 그림 2〉 건강검진 및 사후관리 제도 개선 방안



- 민간부문에 실천지원서비스를 허용하면, 다양한 서비스와 인센티브를 통한 사후관리 참여율 증대를 기대할 수 있음
  - 민간부문은 다양한 서비스 프로그램을 개발할 것이고 이것은 참여율 증대를 가져올 것임
  - 요양기관의 비의료인 혹은 민간 사업자가 대상자의 성과를 측정하고 그 결과의 판단 및 설명 없이 성과 기반 인센티브 제공에 활용할 수 있도록 하면 개인

의 참여율 증대를 기대할 수 있음

- 그리고 민간부문이 성과 측정 결과를 국민건강보험에 알리도록 하면 국민건강보험의 검진 효과 평가체계 부재 문제를 부분적으로나마 해결할 수 있음
  - 한편, 성과 측정 결과를 보고 의학적 판단이 필요한 경우 의학적 판단 및 설명 없이 의료인의 진찰을 권유할 수 있도록 하면 의료행위를 행하지 않으면서 의료적 리스크를 줄일 수 있을 것으로 봄
- 실천지원서비스는 현행 「의료법」 체계상 의료행위에 해당하지 않을 수 있으므로 민간부문에 실천지원서비스를 허용할 수 있다고 봄
  - 건강생활서비스의 첫 번째 단계는 항목별 건강위험도 평가 및 전체적 건강수준 계층화 단계로 건강상태를 평가하므로 의료행위에 해당한다고 봄
  - 두 번째 단계는 첫 번째 단계의 자료 및 결과를 기초로 자격을 가진 자가 면담을 통하여 개인 스스로 생활습관 개선을 위한 행동 목표 및 행동계획을 수립할 수 있도록 지원하는 단계로 타인을 대상으로 건강상태를 판단하고 설명하여야 하므로 의료행위에 해당한다고 봄
  - 세 번째 단계는 두 번째 단계의 생활습관 상담 및 처방을 기초로 하여 생활습관 변화 실천지원(권유) 단계로 실천을 권유할 뿐 건강상태의 평가 및 설명을 하는 것이 아니므로 의료행위에 해당하지 않을 수 있다고 봄
  - 네 번째 단계는 성과평가 단계로 성과평가 결과 산출에 그치고 판단이나 설명을 하지 않는다면 의료행위에 해당하지 않을 수 있음

## 2. 사적 부문: 보험산업의 활용 방안

- 보험회사가 실천지원서비스 관련 내용을 보험상품의 기초서류에 반영하고 보험료를 부과하면서 신상품 혹은 기존상품의 연계 특약 형태로 개발이 가능해보임
  - 개인의 건강에 관한 정보는 민감정보로서, 법령에서 민감정보의 처리를 요구

하거나 허용하는 경우가 아닌 한, 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받을 것이 요구됨

- 개인의 질병정보를 이용해야 하는 경우, 해당 상품 보장내용의 일환으로 실천 지원서비스를 제공한다는 점에서 일단 보험계약과 관련하여 질병정보를 이용하는 경우에 해당한다고 주장해 볼 소지는 있으나 이에 대해 감독당국의 유권 해석 혹은 근거 규정을 마련하는 것이 필요할 수 있음

■ 인센티브를 보험상품의 기초서류에 반영하여 보험회사와 피보험자의 가치공유를 통한 보험 신뢰 제고에 활용할 수 있음

- ‘건강 증진형 보험상품 가이드라인’은 인센티브를 보험상품 기초서류에 반영하는 경우 「보험업법」상 금지대상인 특별이익으로 해석하지 않는다는 것을 전제로 함
- 인센티브 제공을 위해 성과평가를 어떻게 할 것이고, 이것이 의료행위에 해당하지 않는가?
  - 본고는 개인이 스스로 생활습관 변화를 위한 실천을 하고 비의료 목적의 앱 및 개인용 건강관리기기를 이용하여 자신의 상태를 측정하고 결과 혹은 개인이 수령한 일반건강검진 및 생애전환기건강진단 결과통보서의 결과를 보험회사 등이 인센티브 제공을 위해 이용만 하고 의학적 판단 및 설명을 하지 않는다면 의료행위에 해당하지 않을 수 있다고 봄
- 의료행위에 해당하지 않는 인센티브로서의 건강 관련 서비스는 무엇인가?
  - 본고는 실천지원서비스는 의료행위에 해당하지 않으므로 이를 제공하고 동시에 앱 및 개인용 건강관리기기 이용하여 성과를 측정하거나 혹은 건강검진 등의 결과를 이용하여 의학적 판단과 설명을 하지 않는 범위 내에서 인센티브를 제공할 수 있을 것으로 봄

■ 보험회사가 서비스료를 부과하면서 보험상품과는 별개의 부수업무로 기존의 피보험자에게 생활습관 변화 실천지원 및 인센티브를 금융위원회에 사전 신고함으

로써 제공하는 것이 가능하다고 봄

- 다만, 생애전환기건강진단 2차 검진 생활습관 평가결과통보서(일반건강검진 2차 검진에 대사증후군 포함의 경우 동일)의 개선 과정에서 포함하는 내용이 ‘개인의 질병에 관한 정보’에 해당하지 않고 ‘개인의 건강에 관한 정보’에 해당할 수 있도록 조정되어야 할 것으로 봄

## V. 맺음말

■ 이러한 모형은 국민건강보험에 바람직할 수 있다고 봄

- 첫째, 국민건강보험 및 요양기관의 역할이 확대되고 비의료행위 부분만을 민간 사업자에게 허용하므로 의료민영화 논란이 줄어들 것임
- 둘째, 국민건강보험은 건강검진 사후관리의 완결성을 제고할 수 있음
- 셋째, 국민건강보험은 낮은 비용으로 사후관리를 제공할 수 있음
- 넷째, 국민건강보험 건강검진 및 사후관리 효과 평가체계 부재의 문제를 부분적으로 해결할 수 있음
- 마지막으로, 공·사 건강보험자의 협력을 통해 국민건강 증진 및 진료비 절감 효과를 얻을 수 있음

■ 이러한 모형은 낮은 비용으로 단기간에 공급 산업 활성화를 기대할 수 있음

- 첫째, 비의료기관도 참여할 수 있어 다양한 산업의 참여가 가능함
- 둘째, 비의료기관은 요양기관의 검진 결과에 근거해서 서비스를 제공하므로 별도의 정보 수집을 위한 시간 및 비용을 투입할 필요가 없음
- 셋째, 건강검진, 건강위험도 측정, 생활습관 조회 면담 및 처방 등 요양기관 관련 업무가 증가하여 많은 요양기관의 참여를 기대할 수 있음
- 마지막으로, 공적 건강보험은 인센티브를 제공할 수 없지만 보험회사는 인센티브를 제공할 수 있고 이는 개인의 참여 증진 효과를 가져올 것임

---

# I. 서론

---

## 1. 연구 배경 및 목적

현대에는 운동부족, 고열량 식습관, 흡연, 과도한 음주, 스트레스 등 개인적으로 선택한 생활습관을 요인으로 한 만성질환<sup>1)</sup>이 증가하고 있다.<sup>2)</sup> 생활습관을 개선하여 만성질환 발생을 줄여야 하는 상황인 것이다. 한국의 경우 2000년대에 들어오면서 개인들은 건강한 음식 찾기, 조기축구회·요가클럽 가입, 비만관리 등의 개인적 예방 행태<sup>3)</sup>를 일상생활화하는 경향을 보이고 있다.

---

1) 한국 국민건강영양조사 제5기(2010~2012)에서 만성질환은 보통 6개월 혹은 1년 이상 계속 되는 질병을 말하며, 급성질환과 대응하는 질병으로 정의하고, 그 범위를 구체적으로 정하고 있음. 1) 순환기계(고혈압, 이상지혈증, 뇌졸중(중풍), 심근경색, 협심증), 2) 근골격기계(골관절염, 류마티스관절염), 3) 호흡기계(폐결핵, 천식), 4) 내분비 대사성질환(당뇨병, 갑상샘질환), 5) 암(위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암, 갑상샘암, 기타), 6) 기타 질환(우울증, 아토피피부염, 신부전, B형간염, C형간염, 간경변증)(백종환·이선미·곽동선·강하림·윤영덕(2015))

2) WHO(2012), "Global Health Observatory: Risk Factors"

3) 질병예방(Disease Prevention)은 크게 1차, 2차, 3차 예방이 있음. 1차 예방은 질병자체의 발생빈도(Disease Frequency) 및 그 질병심도(Disease Severity)를 사전에 낮추는 것으로 비흡연, 적절한 운동, 금주, 식습관 개선, 스트레스 관리 등 개인의 행태적 건강위험요인(Behavioural Health Risk Factors) 관리와 공중위생, 예방접종 등 사회집단의 관리를 말함. 2차 예방은 조기 혹은 적시에 질병을 발견하고 그에 상응하는 적정 치료를 조기에 제공하는 것으로, 생활습관병과 같은 생체 의학적 건강위험요인(Biomedical Health Risk Factors)에 대한 정기적인 건강검진과 조기치료 등을 예로 들 수 있음. 3차 예방은 중증화를 방지하고 잔재효과를 최대한 줄임으로써 장애를 예방하는 것과 불구가 되었을 때에도 남아있는 기능을 최대한 활용하고 재활시켜서 사회에 복귀하여 적응할 수 있게 하는 것을 말함. 건강행태란 건강 상태를 유지 혹은 보다 높은 수준의 건강 상태에 도달하기 위한 행위로 건강상태에 따라 일반적으로 세 가지로 분류함. 자신은 건강하다고 생각하는 사람이 질병의 예방 및 발견을 위해 취하는 모든 행위를 예방적 건강행태, 건강한 상태가 아니라고 생각하는 사람이 질병의 상태를 명백히 하고 적절한 치료를 받기 위해 취하는 모든 행위를 질병행태, 질병을 가지고 있는 사람이 치료를 위해 취하는 행위를 환자역할 행태

한국의 공공부문은 이러한 시대적 변화에 맞추어 개인의 만성질병 예방 행태에 대한 지원을 증가시키고 있다. 예를 들어, 보건복지부가 2011년에 수립한 ‘제3차 국민건강 증진종합계획 2020’은 ‘건강수명의 연장과 건강형평성의 제고’를 목표로 하고 ‘건강결정요인에 근거한 건강생활 실천의 확산, 예방 중심의 질병관리’를 과제로 하고 있다.<sup>4)</sup> 보건소가 과제 추진을 진행하고 있는데, 2011년에 만성질환자에게 맞춤형 만성질환관리서비스를 제공하기 시작하였고, 최근에는 만성질환 예방을 위한 건강생활 서비스 제공을 확대하고 있다. 또한, 국민건강보험도 건강생활 실천의 확산 및 만성질환 예방을 위한 노력을 하고 있다. 일반건강검진,<sup>5)</sup> 생애전환기건강진단(2007년 4월) 제도를 통하여 이상 소견자(대사증후군 보유자,<sup>6)</sup> 일부 유질환자)에 대해서는 사후관리를 실시하고 있다. 개인적 예방 행태를 주로 필요로 하는 만성질환에 대해 사회 집단적 예방체계 구축을 강화하고 있다고 볼 수 있다.

민간부문 주도 만성질환 예방 행태 확산을 위한 정책적 지원은 충분히 이루어지고

---

(Sick-role Behavior)라 함. 건강행태는 건강생활양식의 일부이기 때문에 개인적 요인뿐 아니라 사회의 규범, 문화, 제도 등의 영향을 받아 오랜 시간에 걸쳐 형성됨(이윤태·김시연·이상구·박재산·박수범·방성숙·현정희(2009))

4) 보건복지부(2011)

5) 1980년 공무원 및 사립학교 교직원 대상 건강진단 실시가 국가적 일반건강검진의 시작이라고 할 수 있음

6) 2005년 4월에 일본내과학회 등 내과계 8개 학회가 합동으로 대사증후군 질병 개념과 진단 기준을 제시함. 주요 내용은 다음과 같음. 첫째, 대사증후군은 내장지방형 비만을 공통의 요인으로 하여 혈당 최고치, 지질 이상, 혈압 최고치를 나타내는 병으로 각각이 중복될 경우, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환 등의 발병 위험이 높음. 둘째, 내장지방을 감소시키는 것은 그 발병 위험 감소를 도모할 수 있음. 즉, 일본내과학회 등은 내장지방형 비만으로 인한 당뇨병, 이상지질혈증, 고혈압은 생활습관의 개선으로 예방 가능하며, 또한 발병 해버린 후에도 혈당, 혈압 등을 제어함으로써 심근경색 등의 허혈성심장질환, 뇌경색 등의 뇌혈관 질환, 인공투석을 필요로 하는 신부전 등의 진전이나 중증화를 예방하는 것이 가능하다고 함. 이렇게 대사증후군의 개념을 도입함으로써 내장지방의 축적과 체중 증가가 혈당과 중성 지방, 혈압 등의 상승을 초래하고, 다양한 형태로 혈관을 손상하여 동맥 경화를 일으키고, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환, 신부전 등에 이르는 원인이 되는 것을 자세히 설명할 수 있게 됨. 따라서 건강검진 수신자에게 생활습관과 건강검진 결과, 질병 발병과의 관계를 이해하기 쉽게 설명할 수 있고, 생활습관의 개선을 위한 명확한 동기를 부여할 수 있게 됨(厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4))

참고로 이상지질혈증(Dyslipidemia)이란 혈중에 총콜레스테롤, LDL콜레스테롤, 중성지방이 증가된 상태거나 HDL콜레스테롤이 감소된 상태를 말함. 대부분 비만, 당뇨병, 음주와 같은 원인에 의해서 발생할 수 있으나, 유전적 요인으로 나타나는 경우도 있음(건강백과)

있다고 보기 어렵다. 그 확산에 중요한 교량 역할을 하는 건강생활서비스를 민간 의료기관이 제공하는 데는 어려움이 많은 상황이다. 여러 이유가 있겠지만 무엇보다도 의료행위와 비의료행위의 구분이 모호하기 때문인 듯하다.

본고는 먼저 공공부문의 사회 집단적 만성질병 예방 행태 지원 강화 과정에 민간 부문의 역할이 있는지를 모색하고자 한다. 현재 공공부문의 건강생활서비스는 1회성 서비스, 획일적 서비스, 검진 효과 평가체계 부재, 지역적 형평성 미흡 등의 문제를 안고 있고 참여율이 낮다는 점이 지적되고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서 민간부문의 역할이 필요할 것이다. 취약계층은 공적 부문에서 무료로 제공하고 있는 건강생활서비스를 이용할 수 있고, 부유층은 개인적으로 고급서비스를 이용할 수 있다. 하지만 대부분의 중간 계층은 마땅한 건강생활서비스를 찾고 있지 못한 상황이다. 본고는 건강생활서비스 공급의 사각지대를 해소하기 위해서, 맞춤형 접근이 효과적일 수 있다는 건강생활서비스 특성 및 건강검진 제도 등 공적 인프라를 고려할 때 공·사가 협력해야 한다고 보고 공적 부문의 역할을 강화하되 민간이 참여할 수 있는 부분을 찾아보고자 한다.

공·사 협력이 이루어지더라도 다양한 사업자가 서비스를 제공할 수 있기 위해서는 해당 서비스가 의료행위에 해당하지 않아야 할 것이다. 본고는 건강생활서비스를 서비스 단계별로 분리하여 의료행위 해당 여부의 법적 검토를 병행하고자 한다. 일반적으로 건강관리서비스(Health Management Service)는 질병관리서비스(Disease Management Service)와 건강생활서비스(Wellness Service)를 포괄하는 개념이다. 질병관리서비스는 질병군을 대상으로 한 치료효과극대화서비스, 재발방지서비스 등을 말한다. 건강생활서비스는 질병군을 제외한 건강군과 주의군, 위험군을 대상으로 생활습관의 변화(운동 및 신체활동, 금연, 영양관리, 금주 혹은 절주, 스트레스 관리 등)를 지원하는 상담·교육, 지도, 정보 제공 등의 개입 서비스를 말하며, 일반적으로 다음 4개 단계를 포함한다. 첫 번째 단계는 건강검진 자료 및 수집 자료 등을 이용한 생활습관 항목별 건강위험도 평가 및 전체적 건강수준 계층화(건강군, 주의군, 위험군으로 분류) 단계이다. 건강상태에 문제가 있는지를 진찰하고 중증도에 따라 분류하는 단계로 질병의 경우와 비교하면 병상 및 병명을 진찰하는 단계라고 할 수 있다. 두

번째 단계는 항목별 건강위험도 및 전체적 건강수준에 문제가 있는 개인을 대상으로 초회 면담을 하면서 스스로 행동계획(하루 만 보 걷기 등) 및 행동 목표(6개월 후 체중 5% 감량 등) 등을 수립할 수 있도록 지원하는 단계이다. 건강상태 문제 요인을 생활습관으로 보고 생활습관에 대한 평가 및 처방을 하는 단계로 질병의 경우에 비유하면 질병에 대한 처방을 하는 단계이다. 세 번째 단계는 수립된 계획 등에 기초하여 실천지원서비스를 제공하는 단계이다. 문제의 생활습관 개선을 위한 개입 단계로 질병의 경우에 비유하면 질병에 대한 치료를 하는 단계이다. 네 번째 단계는 건강생활서비스 과정 및 성과를 평가하는 단계이다. 질병의 경우에 비유하면 질병이 완치되었는지 확인하는 단계이다. 각 단계별로 한국과 일본의 제도 및 프로그램 사례를 조사하고 법적 검토를 통하여 의료행위 해당 여부를 판단하고자 한다(〈표 I-1〉 참조).

마지막으로, 공·사 협력 방안 및 법적 검토결과에 기초하여 보험회사가 건강생활서비스를 공급할 수 있는 방안을 제안하고자 한다. 여기서는 한국 사람들의 건강생활습관 변화에 대한 인식 및 실천 상황을 설문조사하여 잠재 수요를 예상해 보고 수요를 극대화할 수 있는 전략을 함께 제안하고자 한다.

한편, 2017년 11월 2일 정부는 보험회사가 보험계약자 등의 건강관리 노력 및 성과에 따라 보험료 할인 등의 인센티브를 제공할 수 있도록 하는 ‘건강 증진형 보험상품 가이드라인’을 발표하였다. ‘보험’과 ‘스마트 헬스케어 서비스’ 등이 결합된 건강 증진형 혁신 보험상품 개발을 추진하겠다는 것이 주요 취지이다.

동 가이드라인은 질병 및 사망보험 등 건강관리 노력과 관련된 새로운 상품 개발 및 기존 상품의 ‘특약’ 개발을 통해 인센티브 제공이 가능하도록 하였다. 인센티브는 건강관리용 웨어러블 기기 구매비용 보조, 보험료 할인, 보험금 증액, 캐쉬백, 포인트, 건강 관련 서비스 등 광범위하게 허용하고 있다. 여기서 건강 관련 서비스는 인센티브로 제공되며 「의료법」 등 현행 법령상 허용된 범위에 한정하고 있다. 본고는 동 가이드라인과 관련한 예상이슈를 제기하고 검토하여 건강생활서비스 효과 극대화를 위한 인센티브 전략을 제안하고자 한다.

〈표 I-1〉 건강생활서비스 단계별 연구 내용

서비스 단계		생활습관		
질병	생활습관	구분	일본	한국
진찰	생활습관별 건강위험도 평가	수행 주체	의료기관 (의사)	의료기관 (의사)
		의료 행위	해당	해당
처방	생활습관 면담 및 처방	수행 주체	민간 비의료기관 (특정보건지도기관의 의사, 보건사, 관리영양사 <sup>7)</sup> )	의료기관 (생애전환기건강진단 2차 검진 수행 의사가 생활습관 면담·처방 실시) (일반건강검진은 미실시: 본고는 2차 검진에 대사증후군 포함하여 생활습관 면담·처방 실시 제안)
		의료 행위	해당	해당
치료	실천지원 (면담, 지도, IT기술 등 이용)	수행 주체	민간 비의료기관 (지원계획에 기초 특정보건지도기관의 실천적 지도자)	국민건강보험공단 17개 지역건강 증진센터와 보건소
		의료 행위	해당 없음	불분명 (본고는 법적 검토 결과 해당 없다고 봄. 따라서 공보험이 지속성, 접근성, 다양성, 유인성 부족하므로 민간참여 허용을 제안, 보험회사는 보험상품에 반영 후 공급 혹은 독립프로그램 개발 허용)
완치 확인	생활습관 개선 성과평가	수행 주체	민간 비의료기관 (특정보건지도기관의 의사, 보건사, 관리영양사)	미실시
		의료 행위	불분명 (특정보건지도기관의 의사, 보건사, 관리영양사가 설명 및 중간에 계획 변경 가능)	불분명 (본고는 성과측정 결과를 판단·설명하지 않으면 비의료기관이 인센티브 제공에 활용 가능하다고 봄)

7) 보건사는 간호사 자격이 있는 자가 1년 이상, 관리영양사는 영양사가 1년 이상의 교육을 이수한 후 국가자격시험을 통과한 자를 말함

건강생활서비스는 서비스 공급자가 주로 만성질병 위험인자 보유자를 대상으로 생활습관 평가 및 변화를 위한 직접적 개입을 하는 것이다. 이것은 평가 및 직접적 개입 과정에서 하이테크 및 많은 전문 인력을 필요로 한다. 그런데 일반적 의료정보를 제공하는 앱 혹은 개인 맞춤형 진단·치료법 제공 없이 만성질환자들의 자가건강관리를 돕는 앱<sup>8)</sup>과 개인용 건강관리기기<sup>9)</sup>를 이용한 서비스는 변화를 위해 전문 인력의 직접적 개입을 하는 것이 아니기 때문에 건강 증진 및 고용창출에 제한적일 수 있다. 본고는 전문 인력의 직접적 개입 모형을 제안하여 건강 증진 및 고용창출에 도움이 되고자한다.

## 2. 선행연구

최중명 외 8인(2013)은 일본의 특정건강검진 및 특정보건지도의 특징을 조사하여 한국에 대한 시사점을 제시하고 있다. 첫째, 한국의 경우도 일본과 같이 만성질병 예방을 위하여 만성질병 고위험계층을 건강관리서비스 제공의 주 대상으로 할 필요가 있다. 둘째, 일본은 수혜자인 공적 의료보험이 소요비용을 부담하고 있어서 한국도 일본과 같이 건강보험에서 비용을 부담해야 한다는 주장이 있을 수 있고, 건강관리서비스는 국가의 책무 중의 하나이기 때문에 국가가 비용을 부담해야한다는 주장도 있을 수 있다고 밝히면서 결론은 내리지 않고 있다. 셋째, 일본은 공적 의료보험 재정을 재원으로 하고 있으므로 수혜의 형평성으로 볼 때 적절하다. 넷째, 일본은 40~74세를 대상으로 하되 65~74세는 정보 제공에 그치고 40~64세 연령층에 중점을 두고 있다. 이는 공적 의료보험 재정상의 한계 등에 기인한 것으로 보이므로 한국의 경우에는 연령 제한을 두지 않을 것을 제안하고 있다. 마지막으로, 일본의 경우 대사증후군이 발견되는 한 제한 없이 지속적으로 지원을 하고 있다. 한국의 경우 재원상의 제약, 도덕적해이, 지원사업의 효율성 등을 고려하여 제한을 두는 것이 바람직하다. 이 연구는

8) 식품의약품안전처(2013. 12. 26)

9) 식품의약품안전처(2015. 7. 10)

공적 부문에서의 제도 방향성을 제시하는 데 초점이 맞추어져 있고 민간부문의 역할 제시, 의료행위 해당 여부에 대한 접근 등은 하지 않고 있다.

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 각종 지역복지시설의 연계활동을 활성화할 수 있도록 지원이 필요하다고 주장하고 있다. 그러나 의료행위와 비의료행위의 구분 및 공·사 연계 등을 고려하고 있지는 않다.

이윤태 외 6인(2009)은 보험회사를 포함한 건강관리서비스 전문회사의 건강관리서비스 공급 사례를 다방면으로 검토하고 정부가 민간 건강관리서비스기관을 관리할 경우 고려해야 할 사항을 제시하고 있다. 의료행위와 비의료행위를 구분하지 않고 있고 질병관리서비스와 건강생활서비스를 분리하여 다루고 있지 않다.

조용운·이상우(2012)는 보험산업이 건강생활서비스를 제공하는 것에 대한 당위성을 주장하고 있다. 보험산업이 지급보험금 절감이라는 유인을 가지고 있기 때문에 보험산업은 낮은 비용으로 서비스를 공급할 수 있을 것임을 주장하고 있다. 의료행위 해당 여부, 공·사 연계 등은 고려하고 있지 않다.

조용운 외 2인(2014)은 정부 및 민간의료기관의 건강생활서비스, 질병자 에스코트 서비스, 병원 예약 대행 서비스 등에 대한 보험회사의 건강관리 전문기관에 위탁현황 등을 조사하면서 건강생활서비스 산업이 미흡함을 밝히고자 하였다. 그리고 현재 보험회사는 사실상 건강생활서비스를 직접 제공하지 않고 있음을 조사하였다. 이에 대한 대책으로 주요국의 사례를 조사하고 이를 기초로 보험회사가 건강생활서비스를 공급할 수 있는 부수업무 혹은 자회사 모형을 검토하였다. 하지만 국민건강보험 건강검진 사후관리 제도와 보험회사의 직접적인 건강생활서비스 및 인센티브 제공에 대해서 검토하지 않았고, 공·사 보험자의 협력 방안 및 구체적 보험상품 개발 방안을 다루지 않았다. 다른 선행연구와 마찬가지로 건강생활서비스 산업 활성화의 주요 걸림돌이 되고 있는 의료행위 해당 여부 규명 및 인센티브 전략을 검토하고 있지 않다.

조용운(2016)은 판례를 검토하여 건강생활서비스의 의료행위 해당 여부를 밝히고

자 시도하였고, 국민건강보험이 건강검진을 시행하고 있는 상황에서 공·사가 협력할 필요가 있다는 주장을 하였다. 본고는 이를 발전시키기 위해 면밀한 법규 및 판례 검토를 통하여 의료행위 해당 여부를 규명하고, 일본 사례와 한국 상황을 고려하여 공·사 협력 방안을 구체적으로 제안하며, 보험상품 개발 및 인센티브 제공 방안 등에 대하여 연구하고자 한다. 그리고 건강생활서비스의 이론적 배경을 검토하고 효과에 관한 실증연구 사례를 조사한다.

전체적으로 질병관리서비스와 건강생활서비스를 분리하고 후자에 집중하여 연구한 사례는 찾아보기 어렵다. 더욱이 의료행위와 비의료행위를 구분하면서 건강생활서비스에 접근한 연구는 찾아보기 힘들다. 그리고 공·사가 협력할 수 있는 구체적 방안에 대해서 연구한 사례도 찾아보기 어렵다.

### 3. 연구방법 및 범위

#### 가. 연구방법

본 연구의 중요한 과제 중의 하나는 건강생활서비스에 대한 이해와 의료행위 해당 여부에 대한 평가이다. 깊이 이해하기 위해 먼저 이론적 배경 및 실증연구에 대한 문헌조사를 실시한다. 그리고 이론적 배경하에 소비자설문조사를 실시하여 건강생활서비스에 대한 개인의 인식 상황을 수치화하고 건강생활서비스를 효율적으로 제공하는 전략 구상에 활용한다. 의료행위 해당 여부에 대한 평가를 위해서는 법적 검토를 실시하면서 전문가의 자문을 구한다.

본고는 일본제도 및 프로그램을 현지 조사하여 한국과 비교 평가한다. 그리고 한국과 미국 및 일본 해외 전문가의 자문을 구한다.

## 나. 연구범위

본고는 첫째, 질병관리서비스는 다루지 않는다. 질병관리서비스는 질병자를 대상으로 하기 때문에 의료서비스에 해당할 수 있어 본 연구의 범위에서 제외한다. 둘째, 건강생활서비스 공급 산업 연구에 국한한다. 수요부문은 추후 연구 과제로 남겨둔다. 셋째, 해외사례 조사는 별도의 건강생활서비스 제도를 가지고 있는 일본에 국한한다. 미국 등은 질병관리와 건강생활서비스를 동시에 제공하기 때문에 이를 한국에 적용하기에는 어려움이 있다. 넷째, 명의 찾기 서비스, 질병자 에스코트 서비스, 병원 예약 대행 서비스 등과 같은 생활습관 변화를 위한 개입과 관련이 적은 서비스는 다루지 않는다. 이들 서비스는 만성질병 예방과 관련이 적고 변화를 권유하지 않기 때문에 의료행위에 해당하는지 여부에 대한 이슈와 거리가 있기 때문이다. 마지막으로, 건강생활서비스 공급 활성화를 통한 생활습관의 변화를 위하여 공공부문과 민간부문의 역할을 동시에 고려한다.

---

## II. 건강생활서비스의 구조

---

건강생활서비스의 첫 번째 단계는 생활습관 항목별 건강위험도 측정 및 전체적 건강수준 계층화(생활습관 진찰 단계라고 할 수 있음)이며, 두 번째 단계는 문제가 있는 대상자에게 초회 면담을 수행하면서 생활습관 개선을 위한 행동계획 수립 및 행동 목표 설정 등을 포함하는 계획 작성 지원(생활습관 평가 및 처방 단계라고 할 수 있음), 세 번째 단계는 생활습관 변화를 위한 실천지원서비스 제공(문제의 생활습관 치료 단계라고 할 수 있음), 네 번째 단계는 서비스 과정 및 성과평가(생활습관 개선 확인 단계라고 할 수 있음)한다.

첫 번째와 두 번째 단계는 준비하는 단계로 볼 수 있고, 세 번째는 수행 단계, 네 번째는 마무리 단계로 볼 수 있다. 가장 중심이 되는 단계는 실제로 변화를 이끌어 내야 하는 세 번째 단계이기 때문에 이에 대한 이론적 배경 및 실증연구 등 상세한 검토가 필요하다. 더욱이 실천지원서비스가 의료행위에 해당하는지 여부가 논란의 중심에 있기 때문에 충분한 검토가 이루어져야 할 것이다.

실천지원서비스는 개인이 건강한 생활습관을 선택하고 실천하도록 변화시키는 작용을 한다. 개인의 행동이 변화한다는 것은 근본적으로 심리적 변화를 동반하고 있을 것이다. 실제로 생활습관 변화에 관한 연구는 심리학 분야에서 많이 이루어지고 있고, 한국과 일본의 공적 건강보험 제도의 건강생활서비스는 그러한 연구 결과를 적용하고 있다. 여기서는 생활습관 변화에 대한 심리학적 접근이 어떻게 이루어지는지를 조사하고, 그 방법이 효과가 있는지를 알아보기 위하여 그에 대한 실증연구들을 조사한다. 그리고 한국 제도가 연구 결과들을 충분히 반영하고 있는지를 알아보고 이에 기초하여 실천지원서비스를 효과적으로 제공하기 위해서 개선해야 할 점을 찾는 데 활용하고자 한다.

## 1. 이론적 배경: 다이론 통합모형

실천지원서비스 즉, 문제의 생활습관에 대한 개입의 목표는 건강한 생활습관에 대해서 무관심하거나 관심은 있지만 실천하고 있지 않은 개인이 건강한 생활습관을 선택하고 실천하도록 변화시키는 것이다. 그러면 그 변화를 어떻게 효과적으로 이끌어 낼 수 있는가? 그 방법의 하나가 다이론 통합모형(TTM: Transtheoretical Model)이다.<sup>10)</sup> 다이론 통합모형은 목표달성을 위한 조치를 취할 마음의 준비를 하고 실천하기까지 진행과정을 여러 단계(변화단계(Stages of Change))로 나누고 한 단계에서 다음 단계로 변화를 촉진시키기 위해 필요한 변화전략에 관한 여러 가지 이론을 통합한 것이다. 변화전략에 관한 대표적 이론은 변화과정(Processes of Change)<sup>11)</sup> 이론(〈표 II-1〉 참조), 의사결정 균형(Decisional Balance)<sup>12)13)</sup> 이론, 자기효능감(Self-efficacy)<sup>14)</sup> 이론이 있다.<sup>15)</sup>

실제로 다이론 통합모형과 유사한 접근법이 건강생활서비스 제공 과정에 적용되는 경우가 있고 금연, 운동 및 신체활동 촉진, 체중감량 등 다양한 분야에서 효과를 거두고 있는 것으로 평가되고 있다.

10) James O. Prochaska와 Carlo Di Clemente이 동료들과 함께 1997년 기존 모형을 발전시켜 이 모형을 정립함. 다양한 심리학 이론이 적용된다고 하여 다이론 통합모형이라 명명함 ([https://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical\\_model](https://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical_model))

11) 다이론 통합모형에서 무관심단계로부터 유지단계까지 변화를 진척시키고 유지시키는데 도움이 될 수 있는 공개 혹은 비공개 전략을 변화 과정(Processes of Change)이라 함. 변화를 위한 개입이 변화단계에 맞추어 이루어지면 효과적일 것이라는 것임. 이에 맞춘 변화 과정은 10과정으로 구성되어 있음

12) 의사결정 균형(Decisional Balance)은 변화에 대해 개인이 느끼는 Cons(Costs, 손실, 부정적인 마음)와 Pros(Benefits, 혜택, 긍정적인 마음)의 균형 상태를 말함. 개인은 자신에게 발생하는 잠재적 혜택과 손실의 비교 평가 결과에 따라 의사결정을 함. 변화의 잠재적 혜택이 손실보다 크면 행동변화를 일으키게 됨

13) Prochaska, JO(1997)

14) 자기효능감(Self-efficacy)은 건강위험군에 속해 있다는 문제를 인지하고 그것을 극복할 수 있다는 자신감을 말함. 자기효능감이 높을수록 행동변화 5단계도 진전하는 것으로 알려져 있음

15) 이외에 여러 가지가 있을 수 있지만 그 중 하나로 상황적응 이론(Contingency Model)이 있음. 사람들의 행동변화가 그를 둘러싼 상황적 요인의 영향을 받는다는 것임

변화단계는 목표달성을 위한 조치를 취할 마음의 준비를 하고 실천하기까지 진행 과정을 여러 단계로 나누어 놓은 것을 말한다.<sup>16)</sup> 변화단계의 초기 단계는 생각의 이동 시기이고, 후반 단계는 행동의 이동 시기이다.

첫 번째 단계는 무관심단계(Precontemplation stage(not ready))로, 이 단계에 있는 개인은 자신의 행동이 문제가 있는지를 인지하지 못하고 있으며 6개월 이내에 변화할 의사가 없는 상태에 있다.

두 번째 단계는 관심단계(Contemplation stage(getting ready))로, 이 단계에 있는 개인은 자신의 행동이 문제가 있다는 것을 인지하고 변화의 혜택(Pros)과 손실(Cons)을 생각하기 시작했으며 6개월 이내에 변화할 의사가 있지만 1개월 이내는 아닌 상태에 있다.

세 번째 단계는 준비단계(Preparation stage(ready))로, 이 단계에 있는 개인은 1개월 이내에 변화할 의사가 있고 그를 위해 준비하고 있는 상태에 있다.

네 번째 단계는 실행단계(Action stage(current action))이다. 현재 문제의 행동을 바로잡고자 구체적이고 공개적인 변화된 행동을 하고 있지만 6개월이 지나지 않았고 변화된 행동을 향후 6개월 이상 지속할 것 같지 않은 상태에 있다.

마지막 다섯 번째 단계는 유지단계(Maintenance stage)이다. 재발 방지를 위해 노력하고 있으며 6개월 이상 변화된 행동을 계속하고 있는 상태에 있다.

다이론 통합모형에서 변화란 무관심단계에서 유지단계로 진행을 의미한다. 실천 지원서비스는 이러한 변화를 지원(Advice)하는 것이다. 다이론 통합모형을 적용하면 변화를 이끌어 내기 위한 실천지원서비스 내용은 다음과 같다(<그림 II-1>, <표 II-1> 참조).<sup>17)</sup>

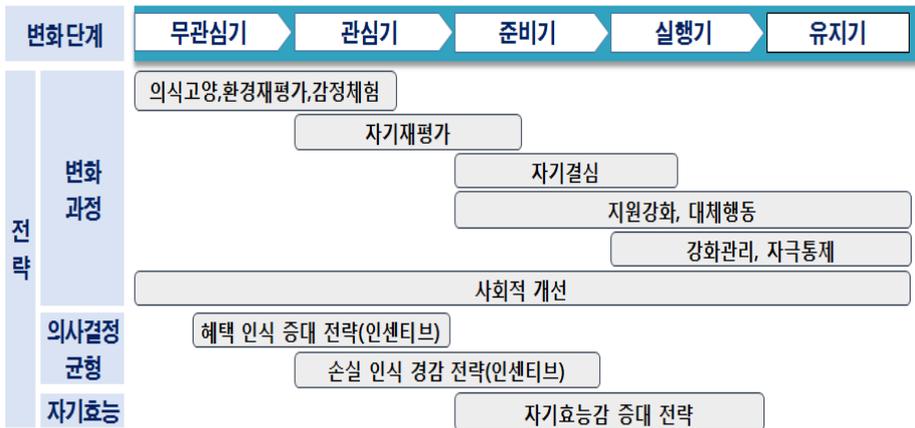
예를 들면, 무관심단계에 있는 개인은 금연할 생각이 없는 사람이다. 1일 1만 보 걷기 등을 실천할 마음이 없는 사람이다. 그리고 지도자가 행동계획을 세워 준다고 해도 그 실천에 관심이 없는 사람이다. 이 단계에 있는 개인들에게 적합한 전략(변화과정 이론)은 문제 습관에 대한 경각심을 갖고 변화에 관심을 가지도록 하는 것이다

16) Prochaska, JO, Norcross, JC, DiClemente, CC(1994)

17) Prochaska, JO(1997)

(〈표 II-1〉 참조). 관심을 가지도록 하는 방법은 건강검진 결과 및 건강상태에 대한 이해 및 관심 촉구와 일상생활을 되돌아보도록 면담 중심의 지원을 실행하는 것이다(의식의 고양). 흡연으로 질병이 발생하면 주위에 영향을 준다는 것을 인식하게 한다거나(환경의 재평가), 질병이 곧 발생할 수 있다는 것을 인식하게 하는 것(감정적 체험)이다. 담배 갑에 혐오스러운 그림을 넣는다거나 금연구역을 확대하는 등 대중 접근(population approach)에 의한 사회적 환경을 조성하는 것이다.

〈그림 II-1〉 변화단계 및 변화전략



무관심단계에 있는 개인은 일반적으로 변화에 따른 혜택(Pros)을 과소평가하고 손실(Cons)을 과대평가하고 있다. 즉, 변화로 인한 손실을 크게 느끼고 있기 때문에 변화를 이끌어 내기 위해서 변화로 인한 혜택을 생각하도록 하는 것이 필요한 사람이다. 이들에게 적합한 변화전략(의사결정균형 이론)은 예를 들면, 건강상태가 개선되면 좋아하는 취미 활동을 더 많이 할 수 있다는 것을 인식하도록 하는 것이다. 금연하면 현금 등의 인센티브가 있다는 것을 알려주는 것 등이다.

관심단계에 있는 개인은 무관심단계에 있는 사람보다 건강 행태를 보이고 있는 사람으로부터 많이 배우고 있는 사람이다. 금연 방법, 체중감량 방법 등을 알아보고 있는 사람이다. 이 단계에 있는 개인들에게 적합한 변화전략(변화과정 이론)은 생활습관에 문제가 있으므로 주위 사람들에게 건강행태를 할 것이라고 선언하게 하는 것(자

기 재평가) 등이다.

이들은 변화의 혜택과 손실이 균형을 이루고 있는 사람이다. 이들에게 적합한 변화 전략(의사결정균형 이론)은 이들이 변화의 부담감을 줄일 수 있도록 교육 등으로 지원하는 것이다. 그리고 인센티브가 있다는 것을 강조하는 것 등이 있다.

준비단계에 있는 개인은 변화의 첫 걸음을 내딛고 있는 사람이다. 예를 들어, 운동복, 금연 패치를 구매하는 사람이다. 적합한 변화전략(변화과정 이론)은 질병이 발생하면 그리고 건강 행태를 실행하면 자신의 생활이 어떻게 될지 연상되도록 교육을 시키거나(자기결심) 신뢰하는 친구 혹은 지도자로부터 지원을 받을 수 있도록 하는 것(지원강화)이 적절할 것이다. 자동차를 이용하는 대신 걷기 등의 대체행동을 하도록 권장하는 것이다.

이들은 변화의 혜택을 손실보다 크게 느끼기 시작한 상태에 있다. 이들에게 적합한 변화전략(의사결정균형 이론)은 관심단계와 마찬가지로 변화의 부담감을 덜어주는 교육, 인센티브 정보 제공 등이 있다.

그리고 준비단계에 있는 개인은 실패할 것을 가장 두려워한다. 자신의 문제 습관을 극복할 수 있다는 자신감을 증대시키는 전략이 필요한 사람이다. 적합한 변화전략(자기효능감 이론)은 과거에 비슷한 건강행태를 잘 할 수 있었던 자신의 경험을 상기 시키기, 자신과 처지가 비슷한 사람이 잘 하는 것을 관찰할 수 있도록 하기, 다른 사람이 '당신이라면 할 수 있다'고 설득하기 등이 있다.

실행단계에 있는 개인은 건강행태를 실행하고 있는 상태에 있지만 6개월 이상 지속될 것 같지 않기 때문에 유지시키기 위한 노력이 필요한 단계에 있는 사람이다. 예를 들어 금연을 시작한 사람이다. 적합한 변화전략(변화과정 이론)은 준비단계와 마찬가지로 가족과 지도자의 도움을 계속해서 받도록 하고(지원강화) 대체행동을 하도록 하는 것이 있다. 그리고 건강행태를 저해하는 사람과 환경을 피하는 방법과 같은 것을 교육(자극 통제)하는 것이다.

〈표 II-1〉 변화과정 이론 및 개입 예

10개 전략	개입 내용
의식의 고양	정보, 교육을 통하여 문제 습관에 대한 경각심을 갖고 변화에 관심을 가지도록 함 [개입 예] 간단한 지식을 제공하거나 건강 잡지를 전달, 검진 결과를 보고 자신의 건강 상태를 이해할 수 있도록 하고, 텔레비전의 건강 프로그램을 보게 하는 등 실행 가능한 작은 목표 설정이 적합
환경의 재평가	자신의 문제 습관이 다른 사람에 대한 부정적 영향, 물리적·사회적 환경에 어떻게 영향을 미치고 있는지를 생각하거나 평가하도록 함 [개입 예] 질병이 발생하면 주위에 영향을 준다는 것을 생각하게 함
감정적 체험	문제 습관이 건강에 미치는 영향을 감정적으로 느끼게 함 [개입 예] 질병이 곧 발생할 수 있다는 것을 생각하도록 함
자기 결심	건강행태가 중요한 부분임을 인식하도록 함 [개입 예] 질병이 발생하면 그리고 건강 증진 행태를 실행하면 자신의 생활이 어떻게 될지 연상되도록 함
사회적 개선	건강행태가 사회에서 어떻게 진행되고 있는지 관찰하고 수용하여 사회는 건강행태를 지원하고 있다는 것을 인지하도록 함 [개입 예] 사회의 건강 증진 시책 및 시설을 소개
자기 재평가	문제 습관을 변화시킬 능력이 있음을 믿도록 함 [개입 예] 주위 사람들에게 건강행태를 할 것이라고 선언하게 함
대체 행동	문제 습관에 대체되는 습관을 실행하도록 함 [개입 예] 자동차 이용 대신 걷기 등의 행동을 하도록 함
지원관계 강화	다른 사람의 도움을 받도록 함 [개입 예] 가족에게 걷는 것이 좋다고 말하라고 함, 신뢰하는 친구 혹은 지도자로부터 지원을 받도록 함
강화 관리	건강행태를 유지함에 따른 자신 또는 다른 사람으로부터 혜택을 인식하도록 함 [개입 예] 수행할 때 그리고 달성할 때 자신에 대한 혜택을 생각하게 함
자극 통제	문제 습관의 계기가 되는 자극을 피하고 건강행태의 계기가 되는 자극을 증가시키도록 함 [개입 예] 건강행태를 실행할 것을 상기시키는 것을 주변에 놓아 둬, 건강행태를 저해하는 사람과 환경을 피하는 방법과 같은 것을 교육, 스트레스 등 다시 건강행태를 하지 않게 되는 상황에 놓이지 않게 함

주: 사회적 개선 과정은 모든 단계 공통임

이들은 변화의 혜택을 손실보다 크게 느끼고 있다. 변화로 인한 혜택을 인식하도록 하는 전략보다는 실천하여 생리 상태나 정서적 변화의 발생을 체험하게 하기 등을 통해 자신감을 증대시키는 전략이 효과적일 수 있다(자기효능감 이론).

유지단계에 있는 개인은 장기간 건강행태를 실행하고 있는 상태에 있다. 적합한

변화전략(변화과정 이론)은 실행단계와 마찬가지로 가족 및 지도자의 지원 강화, 대체행동 지원, 저해환경 회피 방법 교육 등이 있을 수 있다.

이러한 다이론 통합모형은 다른 방법보다도 변화를 이끌어 내는 데 효과적이라는 연구 결과가 있다.<sup>18)</sup>

## 2. 효과 실증연구 사례

본고는 먼저 다이론 통합모형을 적용한 서비스를 제공하면서 개입을 위해 전통적 도구(전화와 우편)를 이용하는 것이 생활습관 변화를 유도하는 데 효과가 있는지에 대한 선행연구를 조사한다. 이 조사는 다이론 통합모형이 변화를 유도하는 데 어떻게 적용되고 있는지 그리고 서비스 내용이 무엇인지를 알아볼 수 있도록 한다.

최근에는 전화와 우편 외에 인터넷, 문자서비스, 어플리케이션 등을 이용하여 개입을 하고 있는 추세이다. 다이론 통합모형을 적용하기 위해서는 전화와 우편이 필요한 부분이 있는데 이것은 시간과 비용을 수반한다. 그래서 최근에는 변화단계를 평가함이 없이 인터넷, 문자서비스, 앱 등의 하이테크 수단을 이용하는 경향이 있고 이러한 개입이 변화 유도에 효과가 있는지를 연구하는 활동이 활발하게 이루어지고 있다. 이에 대한 선행연구를 서비스 내용도 알 수 있도록 조사한다.

18) Prochaska et al.(1993)은 방법1, 미국 폐건강협회(ALA)와 암학회(ACS)가 발간한 금연 표준화 매뉴얼, 방법2, 다이론 통합모형 기반 개인 맞춤형 매뉴얼, 방법3, 방법2에 개인의 금연 변화단계와 흡연 욕구상황에 대한 컴퓨터 분석 결과 설명 및 전체와 개인의 비교 등 피드백을 추가한 리포트, 방법4, 방법3에 추가하여 맞춤형 피드백 제공을 위한 상담원 전화지원 등 총 네 가지 유형의 금연 효과를 비교·분석하였음. 변화단계별 성과측정을 위해 총 756명의 실험 참가자를 평가하여 무관심단계(93명), 관심단계(435명), 준비단계(228명) 세 집단으로 분류하고 각 방법별로 개입 후 6개월, 12개월, 18개월 시점에서 금연행태를 조사하였음. 결론적으로 Prochaska et al.(1993)은 다이론 통합모형을 적용한 매뉴얼을 활용하면서 컴퓨터 리포트 제공이 이루어지는 경우 흡연자들의 금연 유도 효과가 가장 크게 나타난다고 주장함. 6개월과 12개월 시점 금연율은 표준화 매뉴얼 = 다이론 통합모형 매뉴얼 < 상담원 = 컴퓨터 리포트(표준화 매뉴얼의 2배)로 나타남. 18개월 시점 금연율은 표준화 매뉴얼 < 다이론 통합모형 매뉴얼 = 상담원 < 컴퓨터 리포트로 나타남(Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S.(1993), pp. 399~405)

## 가. 전통적 도구 활용

### 1) 금연 관리

금연 프로그램 효과는 인구통계학 집단별(성별, 나이, 교육수준 등)로 그리고 흡연 행동별(흡연 시작 시기, 과거 금연 시도 기간, 흡연기간, 흡연개비 수, 흡연행동 변화의 단계)로 다를 수 있다. 이에 관한 많은 연구들이 있지만 결과는 일괄적으로 이야기할 수 있는 상황이 아니다. 이는 표본 추출 방법, 매우 다양한 행동 및 약물 개입, 표본 크기에 영향 받는 통계적 유의성 분석 방법 차이, 금연서비스 방법의 차이 등에 기인한다고 알려져 있다. 본고는 다이론 통합모형이 변화를 유도하는 데 어떻게 적용되고 있는지 그리고 그 효과를 알아보기 위해 표본 크기가 큰 연구를 소개한다.

Velicer et al.(2007)<sup>19)</sup>은 동일 표본 추출 방법과 동일 개입을 실시한 5개 연구에서 이용된 실험집단(n = 1,358)을 통합(Secondary data)하고 이들에 직접 접촉하여 자격을 갖춘 대상자를 추출하였다. 모든 개입은 전화조사를 통해서 얻은 인구통계학적 변수, 흡연행동 변수,<sup>20)</sup> 다이론 통합모형 관련 변수<sup>21)</sup>에 기초해서 이루어졌다. 이 분석에 참여한 모든 흡연자는 변화단계에 맞추어 컴퓨터 프로그램화된 리포트를 산출하는 전문적 시스템<sup>22)</sup>의 실천지원을 받았다. 이 실천지원을 위한 리포트는 시작 시점, 3개월 시점, 6개월 시점 혹은 시작 시점, 6개월 시점, 12개월 시점에 제공되었다. 첫 번째 리포트는 스스로 변화에 가장 성공적인 사례와 참여자를 전체 평균과 비

19) Velicer, W. F., Redding, C. A., Sun, X., & Prochaska, J. O.(2007), pp. 278~287

20) 흡연행태 변수는 다음 질문을 통해서 얻음. 1) 최초의 흡연 시기는 몇 세 때 입니까? 2) 과거에 가장 오랫동안 금연을 시도했던 기간은 어느 정도 입니까? 3) 지난해에 적어도 24시간 이상 금연을 시도한 것이 몇 번입니까? 지난주에 하루에 몇 개비를 흡연하였습니까?

21) 변화단계를 평가하기 위해서 다음을 질문함. 1) 현재 흡연을 하고 있습니까? 2) 현재 흡연하고 있다면, 6개월 이내에 금연을 심각하게 고려하고 있습니까? 3) 30일 이내에 금연을 계획하고 있습니까? 4) 만약 현재 흡연하고 있지 않다면, 최근 6개월 동안 흡연한 적이 있습니까?

22) 전문적 시스템에 대한 자세한 것은 다음을 참조할 수 있음. Velicer, W. F., Prochaska, J. O., & Redding, C. A.(2006), pp. 47~55

교<sup>23)</sup>한 내용에 관한 것이다. 두 번째와 세 번째 리포트는 전체 평균과 참여자 비교 평가와 자신의 성과평가(Ipsative)에 관한 내용을 포함한다. 이 리포트들은 전화 조사 직후 혹은 우편 조사 응답이 도착하는 즉시 우편으로 발송되었다. 12개월, 24개월 시점에 금연 여부 결과를 조사하였다.

금연율은 24개월 시점에 통계적으로 유의한 효과가 있었다. 무관심단계에 있던 집단에 대한 금연효과는 준비단계에 있었던 집단보다 통계적으로 덜 성공적이었다. 그리고 하루에 9~10개비 흡연자의 금연 성공률은 하루에 20개비 이상 흡연자보다 통계적으로 유의하게 더 성공적이었다.

## 2) 식생활 및 운동 관리를 통한 비만 관리

체중 관리는 식생활 습관과 운동 습관을 각각 변화시키기 보다는 동시에 변화시켜야 효과적이기 때문에 다면 실천지원<sup>24)</sup>이 필요하다는 것이 일반적으로 받아들여지고 있다. 한 연구 예로 Johnson et al.(2008)<sup>25)</sup>은 비만 성인을 대상으로 가정에서 이루어지고 다이론 통합모형에 기초한 다면 행동실천지원(식생활, 운동)이 효과가 있다는 것을 보이고 있다.

이 연구는 1,277명의 비만 성인(BMI = 25-39.9)을 전화, 이메일, 광고를 이용하여 전국에서 모집하고 무작위로 실험집단(628명)과 통제집단으로 나누었다. 실험집단은 초기, 그리고 3, 6, 9개월 시점에 평가에 기초해서 변화단계에 따라 작성된 3가지 행동에 관한 맞춤형 리포트(변화전략 이론)를 우편으로 받았다. 3가지 행동은 건강한

23) 동료효과(Peer effect)를 활용하는 것으로 볼 수 있음. 금연프로그램에서 다른 사람들과의 비교를 통해 더 효과적인 동기부여가 가능함. 예를 들어, 흡연자에게 같은 나이 또래 비 흡연 인구의 폐 상태 혹은 폐 연령과 자신의 것을 비교하여 제시함을 통해 성공률을 높이는 실험 결과가 있음(Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, and Dent R.(2008)).

한편, 동료들 간에 서로의 건강에 대해 멘토링하도록 하는 방법이 매우 효과적이라는 연구가 있음(Long JA, Jahnle EC, Richardson DM, Loewenstein G, Volpp KG(2012))

24) '다면 행동개입'이라는 용어를 쓰기도 함

25) Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J. A., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M., & Sherman, K.(2008), pp. 238~246

식사(식단의 지방 30% 줄이기, 하루 500칼로리 줄이기), 완만한 운동(적어도 하루에 30분씩 일주일에 5일 이상 걷기), 식사를 하지 않음에 따른 감정적 고충 관리(식사를 하기 보다는 산책하기 등 전략을 사용하기)이다. 통제집단은 실천지원이 없었으며 초기, 6, 12, 24개월 시점에 평가하였다.

결과는 실행기 혹은 유지기로 변화시키는 데 효과가 있다는 것이다.<sup>26)</sup> 결과적으로 체중이 줄어들었다.<sup>27) 28)</sup>

### 3) 스트레스 관리

스트레스 경험은 개인과 환경의 상호작용으로 형성된다.<sup>29)</sup> 그래서 스트레스 관리는 대개 3개 수준으로 이루어진다.<sup>30)</sup> 1차 수준의 실천지원은 과중한 업무 같은 환경 조건의 변화를 위한 것이다. 개인의 업무 부담을 덜어주는 방법을 찾는 것이다. 2차 수준의 실천지원은 개인이 조금 더 효과적 스트레스 관리 행동을 할 수 있도록 하는 휴식, 명상, 운동, 긍정적이고 이성적 사고를 위한 인지요법(Cognitive Reframing) 등

26) 건강한 식생활의 경우 실험집단이 통제집단보다 초기에 비해 더 많이 실행단계와 유지단계로 이동하였음. 6개월 시점(43.9%, 31.3%), 12개월 시점(43.10%, 35.2%), 24개월 시점(47.5%, 34.3%) 모두에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났음. 운동의 경우도 실험집단과 통제집단은 실행단계와 유지단계로 이동 비율이 6개월(43%, 34.6%), 12개월(37.7%, 35.9%), 24개월(44.9%, 38.1%) 모두에서 통계적으로 유의한 차이를 보였음. 감정적 고충 관리의 경우 준비단계에 있던 실험집단이 통제집단에 비해 6개월(44%, 25.3%), 12개월(45%, 38.3%), 24개월(49.7%, 30.3%) 모두에서 유의한 차이를 가지고 성공하였음

27) 건강한 식사에 대해서 초기에 준비단계에 있던 사람들 중 실험집단의 27.4%(통제집단은 20.3%)가 24개월 후에 적어도 그들 체중의 5%를 감량했음. 운동에 대해서 초기에 준비단계에 있던 사람들 중 실험집단의 28.8%(통제집단은 19.4%)가 24개월 후에 적어도 그들 체중의 5%를 감량했음. 두 경우 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였고 시간이 지나갈수록 그 차이는 커졌음

28) 이 연구에서 식생활 습관 및 운동 습관의 동시 변화를 위한 다면 행동개입의 일반 대중에 대한 변화 영향은 68.8%임. 즉, 한 사람당 0.7 행동이 변화되었음. 식생활 습관 및 운동 습관 각각에 대한 단면 개입효과와 다면 동시개입 효과를 비교하는 것이 적절해보임. 이 연구는 단면 개입효과를 연구하지 않고 참고 자료로 금연에 대한 단일 행동개입은 0.2 행동이라고 밝히고 있음

29) Lazarus, R. S., & Cohen, J. B.(1977), pp. 89-127

30) Briner, R. B.(1997), pp. 61-71

스트레스 극복 기술 교육과정 혹은 의료 관련 강습을 포함한다(Ivancevich et al 1990).<sup>31)</sup> 개인의 관리 능력을 증가시키는 것이다. 3차 수준의 실천지원은 카운슬링 그리고 심리치료인데 분노, 우울증, 학대 등으로 어려움을 겪고 있는 사람을 위해 설계된다. 관리될 수 없는 스트레스로부터 결과물일 수 있는 증상을 줄일 수 있는 방법을 찾는 것이다.

이제까지 대부분의 선행연구는 2차 수준의 실천지원에 관한 것이다.<sup>32)</sup> 그리고 실천지원은 대개 2가지 이상이 적용된다. 인지요법과 휴식이 가장 자주 조합을 이루고 그 다음이 인지요법과 운동 등이다. 한 연구 사례로 Evers et al.(2006)의 연구가 있다. 첫째, 범 국민적 표본을 이용한다. 둘째, 위험군에 속한 모든 개인의 변화단계별 접근 방식을 적용한다. 여기서 실행단계에 이용될 수 있는 행동은 정기적 휴식, 신체활동, 대화, 사회활동이다. 셋째, 개입은 컴퓨터 기반으로 작성된 맞춤형 리포트를 가정에 전달하는 방식이다. 마지막으로, 단기(6개월)와 장기(18개월) 효과를 평가한다.

Evers et al.(2006)의 연구는 소화불량, 두통, 수면장애와 같은 스트레스 관련 징후(OTC 의약품을 구매한 경력이 있는 사람)가 있는 사람을 모집하기 위하여 시장조사 기관으로부터 표본이 미국 전국에 걸쳐 분포하는 데이터(n = 1,361)를 구매하였다. 이들을 대상으로 전화와 우편으로 현재 효과적 스트레스 관리를 실행하고 있지 않은 참여자를 모집하였다.

전화와 우편을 이용한 기초조사 시점에 변화단계를 결정하기 위하여 스트레스 관리의 정의를 설명하였다. “스트레스 관리는 정기적인 휴식과 신체활동, 대화, 사회활동 시간 갖기를 포함합니다.” 그리고 질문을 하였다. “귀하는 일상생활 속에서 효과적으로 스트레스 관리를 하고 계십니까?” 응답은 5가지 변화단계 중 하나<sup>33)</sup>를 선택하도록 하고 실행단계와 유지단계에 있는 개인은 실험에서 제외하였다. 준비단계에 있

31) Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S.(1990), 252~261

32) Evers, K. E., Prochaska, J. O., Johnson, J. L., Mauriello, L. M., Padula, J. A., & Prochaska, J. M.(2006), pp. 521~529

33) 6개월 이내에 시작할 의향이 없음. 30일 이내는 아니지만 6개월 이내에 시작할 의향이 있음. 30일 이내에 시작할 의향이 있음. 행동을 실행하고 있으나 6개월이 지나지 않았음. 6개월 이상 동안 실행하고 있음

는 개인만이 본 연구에 포함된 것이다( $n = 1,085$ ).<sup>34)</sup>

실험집단은 기초조사 시점에 변화단계에 맞춘 행동 목표 등 스트레스 관리 자가 실천 매뉴얼을 받았고 이를 보완하는 전자화된 전문시스템 피드백 리포트를 함께 받았다(변화전략 이론). 행동 목표에 대한 피드백은 첫째, 인지요법(Cognitive Reframing), 둘째, 한계설정(Setting Limits), 셋째, 장래 계획(Planning Ahead), 마지막으로, 건강하지 않은 행동에 대한 의존 회피에 관한 것이다. 피드백 리포트는 설문 응답에 기초하여 변화단계, 변화과정, 자기효능감, 의사결정균형 응답에 관한 것이었다. 그리고 피드백 리포트는 기초 조사 시점, 3개월, 6개월 시점에는 동료와 비교한 규범적인 내용과 3개월, 6개월 시점에는 자신의 변화를 평가한 결과가 포함되도록 하였다. 통제집단은 6개월간 별도의 자료를 보내지 않았다. 평가는 모두 6개월 단위로 이루어졌다.

분석 결과, 끝까지 참여한 실험집단 개인은 60% 이상이 6개월 시점에 효과적 스트레스 관리를 실천하여 실행단계 혹은 유지단계에 있었고, 이것은 18개월간 유지되었다. 실험집단 중도 포기자와 통제집단은 6개월 시점에 약 36%, 12개월 시점에는 약 40%가 실행단계 혹은 유지단계에 있었고, 이후 이는 18개월 시점까지 유지되었다.

## 나. 하이테크 활용

전체적으로 문자메시지 서비스(SMS: Short Message Service) 등 하이테크를 이용한 신체활동 및 식습관 실천지원이 체중 관리에 효과가 있다는 결론을 내리고 있다. 하이테크를 이용한 생활습관 변화 연구들은 대체로 첫째, 변화단계를 평가하지 않는다. 따라서 변화단계별 맞춤형 실천지원을 하고 있지 않다. 둘째, 대상자는 심신에 질병은 없지만 체중관리가 필요한 사람을 중심으로 하고 있다. 즉, 질병자를 제외하고 있다. 마지막으로, 변화전략이 다양하다. 신체활동량 및 칼로리 섭취량과 자신이 정한

34) 참여자들의 나이는 18-91세(평균 = 55.3, SD = 14.1)이고 48개 주에 분포함. 변화단계 평가 후에 개인들을 무작위로 실험집단(48%)과 통제집단(52%)으로 분류함. 1,085명 중에 778명(72%)이 18개월째 평가에 참여함

목표 등에 대한 자기 점검 리포트에 따른 개인과 전체의 비교, 영양 균형에 대한 팁, 식단에 대한 제안, 운동에 대한 격려 메시지, 체중 감량에 도움이 되는 사진이나 그림, 영양 균형에 대한 팁, 식단에 대한 제안, 참가자 스스로 자신을 모니터링할 수 있도록 하는 상호교류 및 자가 점검 형식의 문자메시지, 영양소와 체중감량, 걷기 운동의 기초, 채소와 과일에 대한 기본 정보, 운동을 습관화하는 방법 등의 내용을 담고 있다. 그 몇몇 연구 사례를 소개하고자 한다.

운동을 돕는 지도자 전화 및 면담보다 문자메시지가 운동습관 변화에 도움이 된다는 주장을 간접적으로 하고 있는 연구가 있다. Fjeldsoe et al. (2010)<sup>35)</sup>은 호주의 출산 후 여성 88명을 대상으로 전화, 면담, SMS가 운동습관 변화에 미치는 효과를 연구하였다. 298명의 참가자를 대상으로 사전 설문조사를 했으며, 이 중 88명을 무작위로 선택하여 실험집단(45명)과 통제집단(43명)으로 나누고 실험을 진행하였다. 실천지원은 변화단계별로 이루어지지는 않았지만 그 내용은 다이론 통합이론의 변화전략을 적용하였다. 두 집단 모두 신체활동의 이점, 신체활동에 참여할 수 있는 지역기관 정보, 신체활동 무료 체험권과 같은 신체활동에 관련한 정보가 포함된 정보 패키지를 제공받았다. 통제집단은 이후 어떠한 자극도 주어지지 않았다. 실험집단은 운동 목표 2회 상담기회(1회는 전화, 1회는 면담), 운동 목표를 시각화한 냉장고 자석, 운동습관 변화를 위한 행동 및 인지적 전략을 제공하는 42회의 개인 문자메시지, 목표 달성을 점검하는 11회의 문자메시지 등 추가 정보 패키지를 받았다. 문자 메시지는 첫 2주에는 주 5회, 그 다음 2주에는 주 4회, 나머지 주에는 주 3회 전송되었다. 문자 메시지는 참가자와 운동을 돕는 지도자, 잠재적 운동 파트너, 행동 카운슬러들이 주고받는 형태이며, 내용은 자신감 향상, 운동 예상결과, 사회적 지원, 운동이 가능한 환경적 기회의 인지 등에 대한 것이었다. 결과는 참가자들이 최소 30분 이상 운동(MVPA: Moderate to Vigorous Physical Activity) 빈도와 운동 시간 동안에 걸음 수 등으로 측정되었다.<sup>36)</sup> 평균 1일 MVPA 빈도는 실험집단이 통제집단보다 통계적으로 유의하게

35) Fjeldsoe, Brianna S., Yvette D. Miller, and Alison L. Marshall(2010), pp. 101~111

36) 참가자의 평균 나이는 30세였으며, 참가자의 67%가 전업주부였음. 6주간 프로그램을 유지한 비율은 77%이며, 13주 간 프로그램을 유지한 비율은 69%이었음

높게 나타났다. MVPA 평균 지속 시간 역시 실험집단이 통제집단보다 1주일에 60분 더 많은 것으로 나타났으며, 평균 보행시간도 실험집단이 통제집단보다 1주일에 40분 더 많이 걷는 것으로 나타났다. 한편, 인터뷰에서 실험집단은 문자메시지를 통한 자극이 운동에 도움을 주었고 운동을 돕는 지도자의 전화 및 면담은 거의 도움이 되지 않았다고 응답하였다.

우편이나 전화걸기 등 전통적인 도구를 전혀 이용하지 않고 인터넷, 이메일, 휴대전화, 손목에 착용하는 속도계를 이용한 완전 자동화된 신체활동 개입시스템을 이용하는 것이 체중감량에 효과가 있다는 결론을 내리는 연구가 있다. Hurling et al.(2007)<sup>37)</sup>은 시장조사연구소로부터 소개받은 영국사람 140명 중 과격한 운동을 하지 않고 있고, 정기적으로 처방약을 복용하고 있지 않은 여성 51명과 남성 26명을 전화로 선별하여 9주간 이루어졌다. 이들은 나이가 30~55세(평균 40.4세, SD = 7.6)이고, BMI가 19 ~ 30(평균 26.3(SD = 3.4))이다. 여자 77명은 연구센터에 방문하여 손목에 착용하는 속도계와 블루투스 기능이 있는 휴대전화를 제공받았다. 3주간 신체활동을 모니터링하여 기준 값을 정하고, 나이, 성별, BMI에 따라 무작위로 통제집단(30명)과 실험집단(47명)으로 나누었다. 그리고 실험집단은 9주 동안 자동지원시스템을 이용할 수 있도록 하였다. 자동지원시스템은 실험집단에게 신체활동의 장애요인을 인식할 수 있도록 도와주고, 이를 극복할 수 있는 맞춤형 방법<sup>38)</sup>을 제시하며, 프로그램에 집중할 수 있도록 도와주는 적절한 휴대전화 문자를 전송한다. 구체적으로 이 시스템은 주간 신체활동 프로그램을 포함하고 있고 참여자들에게 1주 단위로 신체활동 수준을 자동평가 창을 통해서 보고하도록 하여 그 수준을 자신의 목표와 실험집단 전체와 비교한 결과(도표 등)를 제공한다.<sup>39)</sup> 통제집단에게는 단지 권장

37) Hurling, R., Catt, M., De Boni, M., Fairley, B., Hurst, T., Murray, P. and Sodhi, J.(2007)

38) "You can't exercise because there's something else on at the same time," one of the solutions offered could be "Form a habit: If you always exercise on the same days at the same time, your routine will become a fixture in your life, not a whim. Not exercising will feel unnatural. Choose some days of the week where you'll always reserve a slot for exercise, starting now!"

39) 실험집단은 처음 4주간은 86.4%(SD = 2.1)가 이용하였고, 그 후 5주간은 76.1%(SD = 5.1)가 이용하였음

되는 신체활동 수준에 대해 구두로 설명하였다. 이 연구는 두 집단 사이에 완만한 신체활동 시간, BMI와 체지방률 변화의 차이는 통계적으로 유의하다고 결론 내리고 있다.

신체활동 개입을 위해 페이스북과 문자메시지를 병행하는 프로그램이 체중감량에 효과가 있다는 연구가 있다. Napolitano et al.(2013)<sup>40)</sup>은 신체활동에 문제가 없고, BMI 지수가  $25\sim 50\text{kg}/\text{m}^2$ 이며, 임신 상태가 아니고, 지난 6개월간 우울증 등의 정신질환도 없는 18~29세의 비만 대학생을 대상으로 실험하였다. 통제집단(17명), 페이스북만 사용하여 개입하는 페이스북 집단(17명), 페이스북과 문자 메시지를 함께 사용하고 이에 대한 개별적 피드백이 있는 페이스북 플러스 집단(18명)으로 구분하였다. 페이스북 집단은 매주 다른 주제에 관한 내용을 페이스북 비밀 그룹을 통해 전달 받았으며, 체중 범위에 따라 목표로 하는 칼로리 소모량 및 운동량을 전달받았다. 페이스북 플러스 집단은 페이스북 집단과 동일한 내용을 페이스북 비밀 그룹을 통해 전달 받으며, 추가적으로 문자 메시지를 받았다. 문자 메시지는 초반에는 1주일에 3회, 후반에는 2회 제공되었고 신체활동량 및 칼로리 섭취량과 자신이 정한 행동계획 등에 대한 자기 점검 보고에 따른 간단한 개인별 피드백과 활동에 대한 격려 메시지 등에 관한 내용이다. 결과적으로 통제집단은  $-1.4\text{kg}\sim 2.0\text{kg}$ , 페이스북 집단은  $-1.86\sim 0.9\text{kg}$ , 페이스북 플러스 집단은  $-3.3\sim -0.1\text{kg}$ 의 체중변화가 있었다.

식습관 개입을 위해 문자메시지를 이용하는 것이 체중감량에 도움이 될 수 있다는 연구가 있다. Patrick et al.(2009)<sup>41)</sup>는 65명의 22세에서 55세 미국인( $\text{BMI} \geq 25\sim 39.9$ )을 대상으로 총 4개월간 실험을 진행하였다. 문자 메시지는 식단을 개선하고, 체중을 감량할 수 있도록 구성되었다. 문자메시지에는 체중 감량에 도움이 되는 사진이나 그림, 영양소와 관련한 주제가 포함되었다. 참가자들은 영양 균형에 대한 팁, 식단에 대한 제안, 운동에 대한 격려 문자 메시지 등을 선택해서 받을 수 있다. 참가자들에게 질문을 하여 참가자 스스로 자신을 모니터링할 수 있도록 하는 상호교류 및 자가 점검 형식의 문자메시지도 전송되었다. 또한, 실험집단(33명)에게는 1~2 쪽으로 구성된

40) Napolitano, Melissa A., et al.(2013), pp. 25~31

41) Patrick, Kevin, et al(2009), pp. 1~9

식습관 평가서가 한 달에 한 번 제공되었다. 식습관 평가서는 영양소와 체중감량, 걷기 운동의 기초, 채소와 과일에 대한 기본 정보, 운동을 습관화하는 방법을 포함하고 있다. 통제집단(32명)에게는 전화나 문자메시지가 전달되지 않았다.<sup>42)</sup> 4개월간 각 집단의 평균체중은 통제집단의 경우 88kg에서 87.85kg으로 변화하였고, 실험집단의 경우 90kg에서 85.17kg으로 변화하였다.<sup>43)</sup>

다면 개입을 위해 식단과 신체활동에 관한 문자메시지 및 웹사이트를 이용하는 경우, 체중 및 허리둘레에 미치는 효과에 대한 연구가 있다.<sup>44)</sup> Haapala et al.(2009)<sup>45)</sup>는 핀란드 국민 125명을 대상으로 하는 실험을 총 12개월 진행하였으며, 실험참가자는 자발적 참여자로 소화 장애나 심리적 문제가 없으나 비만(BMI = 26~36kg/m<sup>2</sup>)이 있는 25~44세 120명의 여성과 35명의 남성이다. 표본추출 방식으로 선발한 실험집단(62명)은 체중감량 프로그램을 자유롭게 사용할 수 있도록 하였으나 통제집단(63명)은 어떤 개입도 제공하지 않았다. 이 프로그램은 실험집단의 개인에게 적합한 식단과 신체활동에 관한 내용을 참가자에 따라 일주일에 3회에서 최대 8회까지 자동 전송하였다. 그리고 매일 체중을 웹사이트 등을 이용하여 보고하도록 하였다. 실험결과<sup>46)</sup> 개입이 있는 경우 체중 감량 및 허리둘레 감소에 통계적으로 유의한 효과가 있는 것으로 나타났다. 한편, 체중감량 후 체중을 유지한 사람은 자기 효능감과 신체활동이 증가하고, 식단도 개선된 반면, 체중감량 후 다시 체중이 돌아온 사람은 오히려 신체활동이나 자기효능감이 감소되었다.

42) 전체 참가자의 평균 나이는 44.9세, 평균 체중은 89kg, 평균 BMI는 33.2kg/m<sup>2</sup>이었음

43) 이 연구에서 통계적으로 유의한 차이인지에 관한 분석결과가 제시되고 있지 않음

44) 이 연구는 상황적응 이론(Contingency Model)과 자기 효능감 이론(Self-efficacy Theory)을 적용함. 상황적응 이론은 개인의 행동변화가 그를 둘러싼 상황적 요인의 영향을 받는다는 것임. 상황적응 이론은 SMS 프로그램을 상황 요인으로 설정하였고, 자기효능감 이론은 체중감량을 자기효능감을 증가시키는 요인으로 설정하였음

45) Haapala, I., Barengo, N. C., Biggs, S., Surakka, L., & Manninen, P.(2009), pp. 2382~2391

46) 통제집단의 체중은 1.1kg(SD 5.8) 감소한 것에 비해 실험집단은 4.5kg(SD 5.0) 감소하여 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 통제집단의 허리둘레는 2.4cm(SD 5.4) 줄어든데 반해, 실험집단은 6.3cm(SD 5.3) 줄어들었음

---

## Ⅲ. 한국과 일본의 건강생활서비스

---

건강생활서비스는 4단계에 걸쳐서 이루어진다고 밝힌 바 있다. 첫 번째 단계는 건강검진 자료 등을 이용한 개별 항목별 건강위험도 평가 및 전체적 건강수준 계층화 단계이다. 건강상태에 문제가 있는지를 진찰하고 중증도에 따라 분류하는 단계라 할 수 있다. 계층화는 실천지원이 크게 필요하지 않은 개인에게 과도한 자원을 투입하지 않기 위함이다. 일본은 자료를 확보하기 위하여 기존의 건강검진 결과를 활용함과 동시에 건강검진 결과가 없는 사람을 위하여 별도의 건강검진 제도를 운영하고 있다. 한국 국민건강보험 건강검진 제도는 기존의 건강검진 결과를 활용하고 있다. 두 나라의 항목별 건강위험도 평가 기준 및 전체적 계층화 기준은 두 나라가 크게 다르지 않다. 본고는 구체적으로 그 기준을 조사하고 계층별로 어느 정도의 자원을 투입하고 있는지를 조사하여 한국이 활성화할 경우 참조가 가능할 수 있도록 하고자 한다.

두 번째 단계는 문제가 있는 개인을 대상으로 초회 면담을 하면서 스스로 행동계획(하루만 보 걷기 등) 및 행동 목표(6개월 후 체중 5% 감량 등) 등을 수립할 수 있도록 지원하는 단계이다. 건강상태 문제 요인을 생활습관으로 보고 생활습관에 대한 평가 및 처방을 하는 단계라 할 수 있다. 일본은 의료기관과 특정보건지도 기관 모두가 생활습관 평가 및 처방을 할 수 있도록 하고 있고, 한국은 의료기관이 생애전환기 건강검진 과정에서 평가 및 처방을 하고 있다. 일본은 평가 및 처방이 매년 정교하게 이루어지고 있는 반면, 한국은 평가 및 처방을 효과적으로 활용할 수 있을 정도로 정비되어 있다고 보기 어렵다. 본고는 평가 및 처방 제도를 조사하고 한국이 건강생활서비스를 효과적으로 제공할 수 있기 위해서 개선해야 할 사항에 대한 시사점을 얻고자 한다.

세 번째 단계는 생활습관에 대한 평가 및 처방에 기초하여 생활습관 변화를 위한 실천지원서비스를 제공하는 단계이다. 변화를 효과적으로 이끌어 내기 위하여 실천

지원서비스에 다이론 통합모형을 적용하고 있다는 것을 앞서 밝힌 바 있다. 일본은 실천지원서비스를 제공하기 위하여 별도의 제도를 운영하고 있고, 그 제도는 민간 사업자에게 실천지원서비스 제공을 허용하고 있다. 일본의 제도 및 실제 실천지원서비스 내용을 조사하고 한국과 비교·평가하면서, 이 단계가 「의료법」상 의료행위에 해당하는지 법적 검토를 하고자 한다. 의료행위에 해당하지 않는 부분이 있는 경우 이를 민간 사업자가 제공할 수 있도록 하는 방안을 모색하려 한다.

네 번째 단계는 서비스 과정 및 성과를 평가하는 단계이다. 일본은 생활습관 평가 및 처방을 할 수 있는 자가 이를 수행하고 그 결과를 대상자와 공적 보험자에게 통보한다. 그리고 다음 회에 효과적으로 서비스를 제공하기 위하여 그 결과를 활용하고 있다. 한국은 이 단계가 이루어지고 있지 않다. 본고는 의료행위에 해당 없이 어떻게 성과평가 결과를 이용하여 개인에게 인센티브를 제공할 수 있는지에 대해 참조가 될 수 있도록 하고자 한다.

## 1. 일본의 공적 제도 및 프로그램

### 가. 배경

일본은 2000년부터 '21세기의 국민건강 증진운동(건강 일본 21)' 계획을 수립하여 만성질환 중 생활습관병<sup>47)</sup>에 대한 1차 예방(발생 방지) 및 2차 예방(조기발견·

47) 생활습관병이란 일본의 경우 고혈압·고지혈증·당뇨병 이외에 이러한 질병의 합병증인 신장 질병, 심장 질병 등의 내장 질병, 뇌 질병을 포함시키고 있음. 뇌경색이나 심근경색 등 생명의 위기로 이어질 질병도 생활습관병인 것임. 또한, 현재는 생활습관병으로 분류되고 있지는 않지만, 암, 요통, 치주 질병 등이 의학적으로는 생활습관병과 깊은 관련이 있는 것으로 알려져 있음. 이러한 생활습관병은 첫째, 자각 증상이 없는 채로 진행, 둘째, 오랜 생활습관에 기인, 마지막으로, 질병 발병의 예측이 가능한 것을 특징으로 함. 참고로 일본 노동후생성은 생활습관병을 기준으로 내분비·영양 및 대사질환(당뇨병, 고지혈증, 고노산혈증), 순환계통의 질병(고혈압, 고혈압성 신장장애, 뇌혈관질환, 허혈성심질환), 소화계통의 질병(간기능장애), 비노생식계통 질병(고혈압성 신장장애)으로 질병을 분류하고 있음(厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4))

조기치료)에 중점을 두고 건강 증진 대책을 추진하였으나 중간보고서(2007년 4월)에서 당뇨병 유병자·예비군 증가, 20~60대 남성 비만 증가, 채소 섭취량 부족, 일상생활에서 보행 감소 등 건강상태 및 생활습관의 개선이 인정되지 않거나 악화되는 것으로 밝혀졌다.<sup>48)</sup>

이러한 문제를 해결하기 위해서는 새로운 관점에서 생활습관병 대책을 강화하는 것이 필요하다는 인식이 확산되어 일본은 2008년 4월 「고령자의의료의확보에관한 법률」(이하 「고령자의료확보법」이라 함)을 제정·시행하기에 이르렀다. 이 법은 공적 의료보험자(국민건강보험·피고용자 보험)가 내장지방의 축적 등에 집중된 생활습관병에 관한 건강검진(이하 '특정건강검진'이라 함) 및 그 결과에 따라 건강 증진을 위해 노력할 필요가 있는 자에 대한 보건지도(이하 '특정보건지도'라 함)를 의무적으로 실시하도록 하고 있다. 「고령자의료확보법」은 보건사업 중 특정건강검진·특정보건지도를 의료보험자가 수행하도록 의무화 한 것이다. 의료보험자는 생활습관병 대책에 의한 의료비 절감 효과의 직접적인 혜택을 누릴 수 있으며, 관리 대상자 파악을 비교적 용이하게 할 수 있고, 건강검진·보건지도를 확실히 실시할 수 있을 것으로 기대할 수 있어 실시 의무를 담당하게 되었다(〈표 Ⅲ-1〉 참조).

「고령자의료확보법」의 주요 내용<sup>49)</sup>은 다음과 같다. 첫째, 각 의료보험자가 실시 계획에 따라 건강검진을 실시한다. 둘째, 건강검진 결과 보건지도 필요자에 대해 보건지도를 실시한다. 셋째, 피고용자 보험의 피부양자 등은 지자체(시정촌)에서 건강검진 및 보건지도를 받을 수 있도록 한다. 넷째, 의료보험자는 건강검진 결과를 활용하여 보건지도 대상자를 선정하고 사업평가를 실시한다. 다섯째, 피보험자·피부양자에게 건강진단 등의 결과를 활용하기 쉬운 형태로 제공한다. 여섯째, 2013년도부터 의료보험자별로 목표달성 정도에 따라 후기고령자지원금을 추가·감산한다.<sup>50)</sup> 마지막으로, 지자체 국민건강보험이나 피고용자 보험의 건강검

48) 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

49) 厚生労働省 保険局, 平成 25年 4月(2013. 4)

50) 목표 달성 시 지원금을 10% 경감하고 실패 시 10% 증액함. 후기고령자의료보험의 재원은 공적 보험자(약 40%)와 정부 그리고 10%의 본인부담금

진에 대해 공적 자금을 일부 지원한다.<sup>51)</sup>

〈표 Ⅲ-1〉 특정건강검진·특정보건지도의 기본개념

구분	이전 건강검진·보건지도	현재 특정건강검진·특정보건지도
검진·보건지도의 관계	검진에 추가한 보건지도	내장지방형 비만에 기인하는 생활습관병 예방을 위한 보건지도 필요자 선정 목적의 검진
특징	과정 중심의 보건지도	결과 중심의 보건지도
목적	개별 질병의 조기 발견·조기 치료	내장지방형 비만 관리 대상자에 대해 의사, 보건사, 관리영양사가 조기에 개입하고 행동 변화로 이어지도록 보건지도를 실시
내용	검진 결과 전달 및 이상적 생활습관에 관한 일반적인 정보 제공	대상자가 신체 메커니즘과 생활습관과의 관계를 이해하고 생활습관 개선을 스스로 선택하고 실천하도록 변화를 유도
보건지도 대상자	검진결과 지도 필요자, 건강교육 등의 보건사업에 참가한 자	검진 수진자 전원에게 필요한 정도에 따라 계층화된 보건지도 제공
방법	1회 검진에 기초한 획일적 보건지도	검진결과의 연도별 변화 및 미래 예측을 감안한 보건지도
평가	사업 실시량 평가, 실시 횟수 및 참가 인원	결과 평가
실시주체	지자체	의료보험자

자료: 厚生労働省 保険局, 平成 25年 4月(2013. 4)

2011년 10월 ‘건강 일본 21’ 최종 평가에서는 중간 평가와 마찬가지로 당뇨병 유병자·예비군 증가, 20~60대 남성 비만 증가, 채소섭취량 부족, 일상생활에서 보행 감소처럼 건강 상태 및 생활습관의 개선이 인정되지 않거나 악화되는 항목이 있었다. 더욱이 특정검진 실시율은 41.3%, 특정보건지도 실시율은 12.3%(2009년)에 불과하여 향후 한층 더 생활습관병 대책 강화가 필요하다는 지적이 있었다.

이에 국민건강 증진운동은 2013년 4월부터 새롭게 ‘건강 일본 21(제2차)’을 시작하

51) 지역보험자의 경우는 고령자층 등이 많이 가입하고 있어 정부는 검진 및 보건지도에 대한 재정적 지원을 함. 시군이 1/3, 도가 1/3, 중앙정부가 1/3을 부담하고 있음. 직장의료보험은 보험료를 재원으로 해서 보건지도를 실시함. 검진은 고용자가 의무적으로 부담함. 검진에 대한 직장의료보험자의 부담은 검진 데이터를 받기 위한 행정비용뿐이고, 이 비용은 정부가 모두 보조함

여 건강수명의 연장과 건강격차의 축소를 비롯한 생활습관의 개선과 사회 환경의 정비 등에 관해 총 53개항의 구체적인 목표를 설정하기에 이르렀다.<sup>52)</sup> 이를 바탕으로 2022년도까지 10년의 기간에 걸쳐 지방자치 단체를 비롯한 관계 단체나 기업 등과 연계하면서 대책을 추진하기로 하였다.

## 나. 특정건강검진

2008년 4월부터 공적 의료보험자(국민건강보험·피고용자 보험)가 40~74세의 가입자(피보험자·피부양자)를 대상으로 매년 계획적으로 실시하는 대사증후군에 주목한 검진항목의 건강검진을 특정건강검진이라고 한다.<sup>53)54)</sup> 여러 건강검진이 있지만 의료보험자가 실시하는 대사증후군에 주목한 건강검진을 특정건강검진이라 한다.<sup>55)</sup>

자료 확보를 위해 건강검진을 실시하고 이에 기초하여 수진자의 건강위험도를 측정하고 계층화하는 단계이다.

### 1) 검진항목

특정건강검진은 1차 검진에 그치며 기본건강검진 항목과 상세건강검진 항목이 있다. 기본 항목은 모두를 대상으로 대사증후군을 판정하기 위한 것이다. 상세 항목은 의사의 판단에 따라 중증 의심자에게 해당한다(〈표 Ⅲ-2〉 참조).

52) 〈부록 I〉 참조

53) 「고령자의의료확보에관한법률」 제20조: 보험자는 '특정건강진사등실시계획'에 따라 후생노동성령에서 정하는 바에 의거하여 40세 이상 가입자에게 특정건강검진을 실시하는 것으로 한다. 그러나 가입자가 특정건강검진에 상당하는 건강검진을 받아 그 결과를 증명하는 서면 제출을 받았을 때 또는 제26조제2항의 규정에 의하여 특정건강검진에 관한 기록을 송부받은 때에는 그러하지 아니하다

54) 「고령자의의료확보에관한법률」의 규정에 의한 후생노동성령 '특정건강진단·특정보건지도의 실시에 관한 기준'(이하 '실시기준'으로 표기)에 검진항목 등 자세한 내용이 규정되어 있음. 또한, 관계 행정성령과 관련 고시규정 통지 1 「특정건강검진 및 특정보건지도의 실시에 대해 (2008년 3월 10일 健発第 0310007호, 保発 제0310001호)」에서 보여주고 있음

55) 厚生労働省 保険局, 平成 25年 4月(2013. 4)

〈표 Ⅲ-2〉 기본건강검진 항목

항목	내용	
문진표 병력 조사	· 복약 경력 및 흡연 습관 상황에 관한 조사	
자각 및 타각 증상 유무 검사	· 이학적 검사	
계측 검사	신장, 체중 및 허리둘레, BMI 측정 (비만)	· 후생노동성이 정하는 기준(BMI가 $20\text{kg}/\text{m}^2$ 미만인 자 또는 $22\text{kg}/\text{m}^2$ 미만에서 스스로 허리둘레를 측정 신고한 자)에 따라 의사가 필요하지 아니하다고 인정할 때는 생략 · 허리둘레 측정 대신에 내장지방 면적의 측정도 가능
	혈압측정	· 이완기, 수축기 측정
혈액 검사	간 기능 검사 (간장 질병)	· AST(GOT), ALT(GPT) · 감마 글루타밀트랜스페펩티타제 ( $\gamma$ -GTP)
	이상지질혈증 검사	· 혈청 트리글리세라이드(중성 지방) 양 · HDL, LDL 콜레스테롤 양
	혈당검사(당뇨)	· 공복 시 혈당 또는 헤모글로빈 A1c(HbA1c)
요검사(신장질환)	· 소변에 당분과 단백질의 유무	

주: 1) 금식 후 수진을 해야 한다고 사전 통지했다고 하더라도 공복 채혈을 할 수 없는 상황이 있을 수 있기 때문에 공복혈당과 HbA1c 검사를 동시에 실시하는 것이 바람직함

2) 상제건강검진 대상자 및 항목은 다음과 같음. 빈혈 기왕력자 또는 시진 등으로 빈혈 의심자는 빈혈 검사, 전년도에 내장지방 축적 위험판정자(허리둘레 90cm 이상(남성), 85cm 이상(여성) 혹은 BMI가  $25\text{kg}/\text{m}^2$  이상 자) 동시에 혈당, 이상지질, 혈압 3가지에 대한 대사증후군 위험 판정기준 모두 해당자는 의사의 판단에 따라 심전도 검사와 안저 검사를 실시함

## 2) 계층화

### 가) 계층화 기준

건강검진 결과(특정건강검진 결과뿐만 아니라 다른 법령에 근거한 건강검진 결과 데이터도 대상)를 이용하여 기준에 따라 계층화한다(〈표 Ⅲ-3〉 참조).

건강검진기관은 대사증후군 판정 결과와 보건지도 수준 판정 결과를 기록한 개인 별 데이터 파일(본인에게 전달되는 건강검진 결과 통지표)을 의료보험자와 수진자에게 송부한다. 의료보험자는 이에 근거하여 동기부여지원 및 적극지원 대상자를 결정하게 된다.

〈표 Ⅲ-3〉 일본 특정보건지도 대상자 계층화

1단계	2단계(추가 위험요소 수의 판정)		3단계 보건지도 대상 분류)		
내장지방 축적 위험판정	대사증후군 위험 판정	기타	기준(1단계 해당함과 동시에 2단계 추가 위험 수에 따라 판정)	40~64세	65~74세
허리 둘레 ≥90cm (남성) ≥85cm (여성)	① 혈당: 공복혈당 100 mg/dL 이상 또는 HbA1c (NGSP) 5.6% 이상 또는 복약 중 ② 지질이상: 중성지방 150 mg/dL 이상 또는 HDL 콜레스테롤 40 mg/dL 미만 또는 복약 중 ③ 혈압: 수축기 130 mmHg 이상 또는 이완기 85 mmHg 이상 또는 복약 중	④ 과거 및 최근 1개월 간 흡연 경력 (문진표)	대사증후군 위험 2가지 이상 해당	적극 지원	동기 부여 지원
			대사증후군 위험 1가지 해당하고 흡연 경력 있음	적극 지원	
허리 둘레 기준 이외 자 BMI ≥ 25 kg/m <sup>2</sup>	상동	상동	대사증후군 위험 3가지 해당	적극 지원	
			대사증후군 위험 2가지 해당하고 흡연 경력 있음	적극 지원	
			대사증후군 위험 2가지 해당하고 흡연 경력 없음	동기 부여 지원	
			대사증후군 위험 1가지 해당	동기 부여 지원	

- 주: 1) 흡연력은 대사증후군 위험 판정기준의 하나 이상 해당인 경우에만 계층화 과정에 고려함  
 2) 예외 첫째, 65세 이상 75세 미만의 사람에 대해서는, 일상생활 동작능력, 운동기능 등을 근거로 삶의 질 저하 예방을 고려한 생활습관의 개선이 중요하므로 “적극지원”의 대상이 된 경우에도 “동기부여지원”을 함. 예외 둘째, 복약 중인 사람은 의료기관에서 진찰하고 있기 때문에 의료기관에서 지속적인 의학적 관리의 일환으로 생활습관 개선 지원이 적절함. 따라서 의료보험자에 의한 특정보건지도를 의무화하지 않음. 그러나 치밀한 생활습관 개선 지원이나 치료 중단 방지의 관점에서 주치의와 연계한 보건지도를 실시하는 것은 가능함  
 3) 이른바 8학회 기준은 대사증후군 판정기준에 공복 시 혈당만 규정하고 HbA1c 결과는 고려하고 있지 않음. 계층화에 이용하는 보건지도 판정 값인 공복혈당 100mg/dL에 해당하는 HbA1c 값은 NGSP 5.6% 임

자료: 厚生労働省 健康局, 平成 25年(2013. 4)

특정보건지도 대상자 중 '적극지원'이 매우 많은 경우에는 건강검진 결과 및 문진표 등을 통해 생활습관의 개선으로 예방 효과가 크게 기대되는 사람을 명확하게 하고 우선순위를 정하여 보건지도를 실시한다.<sup>56)</sup> 우선순위는 첫째, 나이가 비교적 젊은 대상자, 둘째, 검진 결과에 따른 보건지도 수준이 정보 제공 수준에서 동기부여지원 수준, 동기부여지원 수준에서 적극지원 수준으로 전년도와 비교해서 악화되어 보다 치밀한 보건지도가 필요한 자, 셋째, 표준 문진표의 답변을 통해 생활습관 개선의 필요성이 높다고 인정되는 자, 마지막으로, 전년도 대상자였음에도 불구하고 보건지도를 받지 않은 자 등을 기준으로 정한다.<sup>57)</sup>

특정건강검진 결과 의료기관에서 진찰을 받을 필요가 있다고 판단된 자에게는 의료기관 예약을 확인하는 등 진료와 결합되는 내용의 통지를 한다. 특히, 각 검진 항목에서 즉시 의료관리에 두는 것이 필요한 사람은 특정보건지도의 대상자라도 의료기관 진찰을 권장한다. 복약 중이 아니면 특정보건지도의 대상자는 될 수 있지만 긴급성을 우선하여 판단할 필요가 있다.<sup>58)</sup>

## 나) 계층화 수행자

대상자 계층화 및 선정 수행자는 의료보험자, 위탁건강검진기관, 위탁보건지도기관이 될 수 있다. 특정건강검진·특정보건지도 실시의무가 있는 것은 의료보험자이기 때문에 계층화 및 대상자 선정은 1차적으로 의료보험자 의무이다.

특정건강검진 실시를 의료보험자가 건강검진기관에 위탁하는 경우 대상자의 계층화 및 선정은 건강검진 업무의 일부라고 할 수 있으므로 위탁받은 건강검진기관이 실시해야 한다.<sup>59)</sup>

56) 厚生労働省 健康局, 平成 25年(2013. 4)

57) 우선순위 대상자만 보건지도를 실시한 경우에도 후기고령자지원금의 가·감산 평가 시 특정보건지도의 실시 비율 산정에서 분모(대상자)는 대상자 전원이 됨(厚生労働省 保険局, 平成 25年 4月(2013. 4))

58) 厚生労働省 健康局, 平成 25年(2013. 4)

59) 계층화 자체는 기준에 따라 자동으로 판정되므로 건강검진기관이 수신자에게 건강검진 결과 설명 시에는 계층화 정보(특정건강검진의 경우 보건지도의 유형(적극지원 / 동기부

특정건강검진의 검진기관 위탁계약에 계층화 수행을 포함시키지 않고 특정보건지도 위탁 시 민간 특정보건지도기관에 건강검진 결과를 전달하여 대상자의 선정 및 확정을 포함하여 위탁하는 경우 특정보건지도기관이 계층화 수행자가 된다.

### 3) 결과 통지

결과통지표<sup>60)</sup>의 송부는 특정건강검진 실시 의무가 있는 것은 의료보험자이기 때문에 의료보험자 스스로 검진 실시 혹은 위탁 실시에 관계없이 일차적으로 의료보험자의 의무이다.<sup>61)</sup> 단, 특정건강검진의 실시를 건강검진기관에 위탁하는 경우 결과 설명 및 통지가 건강검진의 일부이므로 결과 통지를 건강검진기관이 본인에게 직송하는 형태를 권장한다(반드시 건강검진기관에 결과 통지까지 위탁해야 한다는 것은 아니다).

통지 양식 앞면은 기본검진, 뒷면은 상세검진 항목을 기록한 것이다. 특정보건지도기관은 공적 의료보험자 혹은 대상자로부터 결과통지표를 받아 이에 기초하여 지원계획 수립을 지원하게 된다.

통지 방법은 개인별 결과통지표를 수진자 본인에게 직접 전달하는 방법과 송부하는 방법이 있다. 결과통지표가 수진자 본인에게 직접 전달될 수 있는 경우는 수진자가 자신의 건강 상태를 이해할 수 있는 기회로 이용하도록 한다. 결과통지표 전달뿐만 아니라 검사 값의 해석과 대상자 개개인의 위험과 노화 등을 설명하고 지속적으로 건강검진을 받는 것이 중요함을 설명한다.

통지표의 본인 송부는 전자파일 전송 형태보다 서면 인쇄물 송부 형태를 권장한다. 사전에 의료보험자가 대상자 본인이 가고자 하는 보건지도기관을 파악할 수 있다면 의료보험자가 건강검진 데이터 파일을 보건지도기관에 직송하는 것이 가능하다.

여지원 / 없음 / 판정 불능)보다는 대사증후군 판정 결과(기준 해당 / 예비군 해당 / 비 해당 / 판정 불능)를 중심으로 함

60) <부록 II> 참조

61) 「고령자의의료의확보에관한법률」 제23조

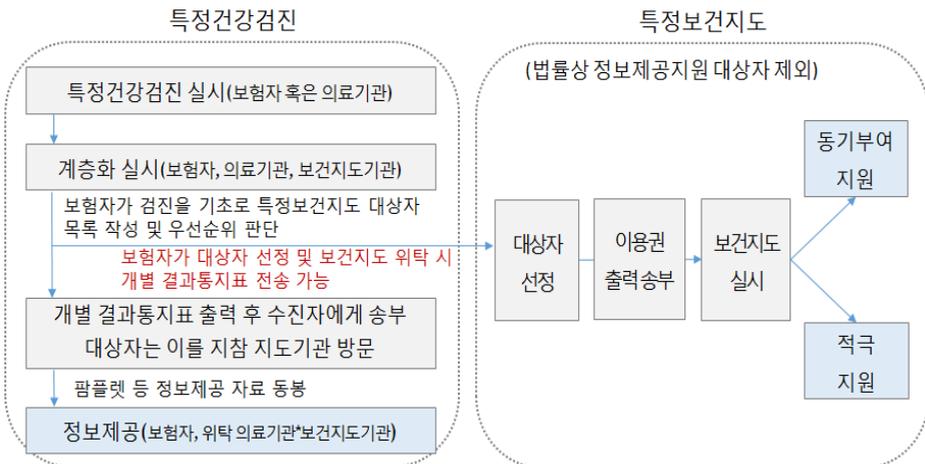
그러나 의료보험자가 여러 보건지도기관과 공동 계약한 경우 또는 대상자가 개별 계약을 체결한 경우 언제 어느 보건지도기관을 방문하는지를 사전에 파악하는 것이 곤란하기 때문에 직송하는 것이 가능하지 않다. 이 경우 본인이 통지표를 지참하여야 하는데, 직접 인쇄하여 지참하는 것이 번거로울 수 있으므로 서면 인쇄물을 송부하는 것을 권장한다.

#### 다. 특정보건지도

공적 의료보험자가 특정건강검진 결과에 따라 건강을 유지하기 위해 노력할 필요가 있는 자(대사증후군 예비위험군, 위험군)에 대해 매년 계획적으로 실시하는 동기부여 지원·적극지원을 특정보건지도라 한다.<sup>62)</sup> 건강군은 정보 제공지원에 그치고 특정보건지도 의무 대상에서 제외한다. 여러 보건지도가 있지만 특정건강검진 결과에 따라 실시하는 보건지도를 특정보건지도라 한다(〈그림 Ⅲ-1〉 참조).

특정보건지도는 건강생활서비스 4단계 중 두 번째 단계 이하를 포함한다.

〈그림 Ⅲ-1〉 특정건강검진 및 특정보건지도의 흐름



자료: 1) 厚生労働省 保険局, 平成 25年 4月(2013. 4)  
2) 조용운(2017)

62) 厚生労働省 保険局, 平成 25年 4月(2013. 4)

특정보건지도의 목표는 생활습관병 예비군이 생활습관병자로 이행하지 않도록 하는 것이다. 이러한 목표하에 특정보건지도란 대상자 자신이 건강검진 결과를 이해하고, 몸의 변화에 주의하며, 자신의 생활습관을 되돌아보고, 생활습관을 개선하기 위한 행동 목표 및 행동계획을 스스로 설정하고 실천할 수 있도록 지원하여 이로 인해 대상자가 자신의 건강에 대한 자기 관리를 할 수 있도록 한다.<sup>63)</sup>

1) 정보 제공지원

가) 개요

정보 제공지원은 대상자가 생활습관병이나 건강검진 결과로부터 자신의 신체 상황을 인식하고, 건강한 생활습관의 중요성에 대한 이해와 관심을 높이고, 생활습관을 직시하는 계기가 되도록 개인의 생활습관과 그 개선에 관한 기본적인 정보를 제공하는 것을 말한다(〈표 Ⅲ-4〉 참조).<sup>64)</sup>

〈표 Ⅲ-4〉 특정보건지도 정보 제공지원 내용

항목	내용
검진 결과	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 검진의 의의(자신의 건강 상태를 인식할 수 있는 기회, 평소의 생활습관이 검진 결과에 나타남 등) 및 결과의 해석(데이터의 의미를 자신의 신체에서 일어나고 있는 일들과 연관하여 설명)을 전달함</li> <li>· 연도별 검진 결과의 변화를 그래프 등으로 알기 쉽게 제시하여 대상자가 연도별 신체의 변화를 이해할 수 있도록 함</li> </ul>
생활습관	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 대사증후군이나 생활습관병에 대한 기본적 지식, 대상자 생활습관이 생활습관병의 원인일 가능성, 식사 균형 가이드 및 건강 증진을 위한 신체활동 기준 등에 따라 식생활과 운동 습관의 균형, 요리와 음식의 에너지 양, 일상생활 활동과 운동에 의한 에너지 소비 등에 대해 문진에서 얻어진 대상자의 상황에 맞추어 구체적 개선 방법 제시 등</li> <li>· 대상자의 건강 상태와 생활습관에서 중요도가 높고 취하기 쉬운 정보를 제공하는 것이 바람직함</li> </ul>
사회자원	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 대상자에게 친근하고 활용할 수 있는 건강 증진 시설, 지역 스포츠 클럽이나 운동 교실, 건강을 배려 한 음식점이나 구내식당에 대한 정보를 제공함</li> </ul>

주: 한국 국민건강보험공단이 제공하는 '대사증후군 관리지침서' 내용과 유사함  
 자료: 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

63) 의료기관 수진권장에 있는 내용은 '厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

64) 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

정보 제공지원은 모두에게 획일적인 정보를 제공하는 것이 아니라, 검진 결과 및 검진 시의 문진표에 따라 대상자 개인에 맞는 정보를 제공한다. 특히, 정보 제공만을 하게 되는 특정보건지도 비대상자<sup>65)</sup>에 대한 내용은 첫째, 일반적으로 대상자의 검진 결과에 따라 생활습관의 개선에 대한 인식부여를 하는 내용, 둘째, 검진 결과 및 문진표에서 문제가 없는 자에 대하여는 검진 결과의 해석, 건강의 유지·증진에 도움이 되는 내용 및 매년 지속적인 검진 수진의 중요성에 대하여 설명하는 내용을 포함하고,<sup>66)</sup> 마지막으로, 의료기관에 진료와 계속 치료가 필요한 대상자에 대해서는 검진 및 투약의 중요성을 인식할 수 있도록 하는 내용 등을 포함한다.

## 나) 지원 형태

정보 제공은 특정건강검진을 받은 사람 전원을 대상으로 연 1회(검진결과 통지와 동시 실시) 또는 그 이상 실시한다.<sup>67)</sup> 단, 실시에 있어서는 의료보험자 스스로 하는 방법과 건강검진·보건지도 기관 등에 실시를 위탁하는 방법이 있다.

대상자와 의료보험자의 특성에 맞게 지원형태나 방법을 선택한다. 첫째, 정보 제공용 자료를 이용하여 개별적으로 설명한다. 둘째, 건강진단 결과를 통지할 때 정보 제공용 자료를 함께 제공한다. 셋째, 직장 등에서 일상적으로 정보 통신 기술(ICT)을 활용하고 있으면, 개인 정보 제공 화면을 이용한다. 마지막으로, 결과 설명회에서 정보 제공용 자료를 배포한다.

65) 첫째, 검사 데이터의 이상이 거의 없고 생활습관도 문제가 없는 자, 둘째, 검사 데이터의 이상은 거의 없지만, 생활 습관에 문제가 있는 자, 셋째, 검사 데이터는 보건지도 판정 값 이상이지만 비만이 없기 때문에 특정보건지도의 대상이 되지 아니한 자(비만과 마찬가지로 위험하다는 정보 제공), 마지막으로, 복약 중이기 때문에 특정보건지도의 대상이 되지 아니한 자(厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4))

66) 그 설명 내용은 생활습관 변화와 건강진단 결과 변화의 관계를 이해할 수 있도록 하고, 검진 결과를 확인하고 생활습관 개선의 의미이나 합리성에 대해 납득할 수 있도록 하는 것임

67) 厚生労働省 保険局, 平成 25年 4月(2013. 4)

## 2) 동기부여지원

### 가) 개요

동기부여지원은 동기부여지원 대상자가 자신의 건강 상태를 자각하고 생활 습관의 개선에 관한 자주적 실천에 도움을 주는 것을 목적으로 후생노동성이 정하는 방법에 의해 실시되는 보건지도를 말한다.

그 방법은 건강생활서비스 4단계별로 다음과 같다. 건강생활서비스 두 번째 단계(면담에 의한 지원계획 수립)를 수행한다. 동기부여지원 대상자가 의사, 보건사 또는 관리영양사의 초회 면담지도 아래 행동 목표와 행동계획을 포함하는 지원계획을 수립한다(계획수립을 지원할 수 있는 자는 의사, 보건사 또는 관리영양사 3직종). 구체적으로 실시해야 할 내용은 다음과 같다.<sup>68)</sup> 첫째, 생활습관과 특정건강검진 결과의 관계 이해, 생활습관 되돌아보기, 대사증후군이나 생활습관병에 관한 지식의 습득 및 이들이 본인의 생활에 미치는 영향 등 생활습관 개선의 필요성에 대해 인식할 수 있도록 설명한다. 둘째, 생활습관을 개선하는 경우의 장점과 개선하지 않으면 발생할 수 있는 불이익에 대해 설명한다. 셋째, 식생활, 운동 등 생활습관의 개선에 필요한 사항에 대해 실천적인 지도(초회 면담 당일에 이루어짐)를 한다. 넷째, 동기부여지원 대상자의 행동 목표 설정 및 실적평가 시기 설정에 대해 지원하고, 생활습관을 개선하는 데 필요한 사회자원 소개 및 효율적 활용을 위한 방법을 지원한다. 마지막으로, 체중과 허리둘레 측정방법을 설명한다.

건강생활서비스 세 번째 단계(실천지원)를 수행한다. 의사, 보건사, 관리영양사 또는 식생활 개선지도 또는 운동지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자가 후생노동성이 정하는 바에 따라 동기부여지원 대상자에게 생활습관의 개선을 위해 노력하도록 하는 동기부여지원의 실천지원서비스 부분을 실시한다. 동기부여지원 대상자에게는 지속적인 실천지원서비스 제공을 하지 않는다.

68) '특정건강진단·특정보건지도의 실시에 관한 기준' 제7조 제1항 및 제8조 제1항의 규정에 따라 후생노동성이 정하는 특정보건지도의 실시 방법(후생노동성 고시 제91호)

건강생활서비스 마지막 단계(성과평가)를 수행한다. 동기부여지원 대상자, 면담지도를 실시한 자 혹은 대상자의 건강상태 등에 관한 정보를 관리하는 사람과 이를 공유하는 의사, 보건사 또는 관리영양사(면담지원 시 동 기관에 근무한 자에 한정)가 행동계획 수립 시점부터 6개월 이상 경과한 날에 행동계획의 실행 실적에 대한 평가를 한다.

개인의 목표달성 실적 평가는 면담 또는 통신(전화 또는 이메일, FAX, 편지 등)을 이용하여 실시한다. 통신 등을 이용하는 경우는 보건지도기관의 일방적 평가를 피하고 양방향 커뮤니케이션을 통해 평가에 필요한 정보를 얻으면서 수행하는 것으로 한다.

구체적 실적평가 내용은 다음과 같다. 첫째, 실적평가는 개별 동기부여지원 대상자에 대한 특정보건지도의 효과를 평가한다. 둘째, 설정한 행동 목표가 달성되었는지 여부 및 신체 상황 및 생활습관에 변화가 있는지 여부에 대한 평가를 한다. 셋째, 행동계획 수립일로부터 6개월 경과하기 전에 평가시기를 설정하여 동기부여지원 대상자가 스스로 평가하도록 하고, 행동계획의 수립일로부터 6개월 이상 경과 후에는 의사, 보건사 또는 관리영양사에 의한 평가를 실시하여 평가 결과를 동기부여지원 대상자에게 제공한다.

## 나) 지원 형태

동기부여지원은 면담지원 1회만을 원칙으로 한다. 지원기간은 면담 시점(행동계획 작성일)부터 6개월 경과 후 실적 평가를 하므로 약 6개월이 된다.

초회 면담 지원은 1인당 20분 이상의 개별지원 또는 1그룹(1그룹은 8명 이하) 당 80분 이상 실시한다.

## 3) 적극지원

### 가) 개요

적극지원은 대상자가 자신의 건강 상태를 자각하고 생활습관의 개선에 관한 자주적인 활동을 지속적으로 실시하도록 하는 것을 목적으로 후생노동성이 정하는 방법

에 의해 실시하는 보건지도를 말한다.

그 방법은 건강생활서비스 4단계별로 다음과 같다. 건강생활서비스 4단계 중 두 번째 단계를 수행한다. 적극지원 대상자가 스스로<sup>69)</sup> 의사, 보건사 또는 관리영양사의 초회 면담지도 아래 지원계획을 수립한다.<sup>70)71)</sup> 특정보건지도 지원계획은 적극지원의 초회 면담에서 특정건강검진 결과와 대상자의 생활습관·변화단계의 상황 등을 감안하여 대상자가 선택한 구체적으로 실천 가능한 행동 목표·행동계획을 대상자가 계속할 수 있도록 필요한 개입·지원 등의 내용을 정리한 것을 말한다. 구체적으로 면담에서 실시해야 할 내용은 다음과 같다.<sup>72)</sup> 첫째, 적극지원 대상자가 자신의 건강 상태, 생활 습관의 개선해야 할 점 등을 자각하고 생활습관의 개선을 위한 자발적인 노력을 계속할 수 있는 내용이어야 한다. 둘째, 특정건강검진 결과 및 식습관, 운동 습관, 흡연 습관, 휴식 습관, 기타 생활습관의 상황에 관한 문진조사 결과(상세문진표에서 대상자의 생활습관이나 다이론 통합모형의 변화단계를 파악)를 바탕으로 적극 지원 대상자의 생활습관이나 행동변화 상황을 파악하고, 당해 연도 및 과거의 특정진

69) Milkman KL, Beshears J, Choi JJ, Laibson D, Madrian BC(2011)은 독감예방주사를 독려하는 안내문을 발송하는데 세 그룹으로 나누어 그 내용을 다르게 한 결과를 측정하였음. 첫 번째 그룹에게는 예방주사를 맞을 수 있는 장소와 시간만을 안내한 반면, 두 번째 그룹에게는 장소 및 시간에 대한 안내와 더불어 예방주사를 맞을 날짜를 쓰도록 제안하였으며, 세 번째 그룹에게는 날짜뿐만 아니라 시간까지 쓰도록 하였음. 실험결과 대조군에 해당되는 첫 번째 그룹의 주사 맞은 비중은 33.1%였음. 두 번째 그룹의 주사를 맞은 비중은 첫 번째 그룹보다 1.5%p가 높았는데, 이 차이는 통계적으로 유의한 차이가 아니었음. 하지만 세 번째 그룹의 주사 맞은 비중은 첫 번째 그룹의 비중보다 4.2%p 높게 나타났으며 이 차이는 통계적으로 유의한 수준이었음. 단순히 안내 책자만 전달한 그룹보다 예방주사를 맞을 날짜나 시간을 스스로 쓰도록 하여 주의를 환기시킴으로써 추가적인 비용지출 없이도 예방주사 맞는 비중을 증가시키는 결과를 가져온 것임

70) <부록 Ⅲ> 참조

71) 특정보건지도 지원계획 및 실시보고서(<부록 Ⅲ> 참조)는 지도기간 동안 대상자 개인의 기록(대상자마다 보건지도의 실시 상황 및 결과 등을 요약한 것)임. 이 기록(양식)은 보건지도 종료 시 의료보험자에게 실시 보고하는 경우, 종료 시 이외에서도 의료보험자나 대상자의 요구에 응답하는 경우에 이용됨. 초회 면담 수행자·중간 평가자·6개월 후 평가자는 동일 기관 내에서 보건지도 수행자 간에 적절하게 정보 공유가 되는 경우에는 반드시 동일한 사람이 할 필요는 없음. 이런 경우를 대비하여 통일적인 지원계획 및 보고서를 이용하도록 함(厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4))

72) ‘특정건강진단·특정보건지도의 실시에 관한 기준’ 제7조 제1항 및 제8조 제1항의 규정에 따라 후생노동성이 정하는 특정보건지도의 실시 방법(후생노동성 고시 제91호)

강검진 결과 등을 근거로 적극지원 대상자가 자신의 신체 상황의 변화를 이해할 수 있도록 한다. 셋째, 적극지원 대상자의 건강에 관한 생각을 받아들여 대상자가 생각하는 미래의 생활상을 명확히 한 후, 행동변화의 필요성을 실감할 수 있도록 하고, 구체적으로 실천 가능한 행동 목표 및 행동계획의 우선순위를 적극지원 대상자가 스스로 선택할 수 있도록 지원한다. 넷째, 의사, 보건사 또는 관리영양사는 특정보건지도 지원계획을 수립(〈부록 Ⅲ〉 참조)하고 대상자의 생활습관이나 행동 변화 상황 파악 및 그 평가에 따라 특정보건지도 지원계획의 변경 등을 실시한다.

건강생활서비스 세 번째 단계에서는 실천지원서비스를 제공한다. 의사, 보건사, 관리영양사 혹은 식생활 개선지도 또는 운동지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자(〈표 Ⅲ-11〉 참조)가 후생노동성이 정하는 바에 따라 적극지원의 실천지원서비스 부분 제공을 상당 기간(3개월 이상) 계속한다. 특정보건지도 실천 지원 수행자들은 적극지원 대상자가 행동을 계속할 수 있도록 정기적으로 지원한다.

마지막으로, 건강생활서비스 마지막 단계(성과평가)를 수행한다. 적극지원 대상자, 면담지도를 한 자 및 대상자의 건강상태 등에 관한 정보를 관리하는 사람과 이를 공유하는 의사, 보건사 또는 관리영양사(면담지원 시 근무한 자에 한정)가 행동계획의 진척 상황 및 행동계획 수립일 이후 6개월 이상 경과한 날에 행동계획의 실행실적에 대한 평가를 한다.<sup>73)</sup> 적극지원을 종료할 때에는 대상자가 생활습관의 변화를 실천한 후 동 행동을 계속하도록 인식부여를 한다. 면담 또는 통신을 이용하여 실시하고 통신을 이용하는 경우는 보건지도기관의 일방적 평가가 아닌 양방향 커뮤니케이션을 통해 평가에 필요한 정보를 얻으면서 실시하는 것으로 한다. 계속적 실천지원의 최종회와 동시에 실시해도 무방하다.

## 나) 지원 형태

지원 횟수는 초회 면담 후 3개월 이상 지속적으로 지원하므로 여러 번이고, 지원기간은 초회 면담(행동계획 작성일)부터 6개월 이상경과 후 실적 평가를 하므로 약 6개

73) '특정건강진단·특정보건지도의 실시에 관한 기준' 제8조

월이 된다.

초회 면담 지원은 1인당 20분 이상의 개별지원 또는 1그룹(1그룹은 8명 이하) 당 80분 이상 실시한다.

〈표 Ⅲ-5〉 일본 특정보건지도 지원 포인트

구분	단위당 포인트	1회당 최소 개입량	포인트의 상한
개별지원 A	5분 20포인트	10분	1회 30분 이상 실시한 경우에도 120포인트까지
개별지원 B	5분 10포인트	5분	1회 10분 이상 실시한 경우에도 20포인트까지
그룹지원	10분 10포인트	40분	1회 120분 이상 실시한 경우에도 120포인트까지
전화 A	5분 15포인트	5분	1회 20분 이상 실시한 경우에도 60포인트까지
전화 B	5분 10포인트	5분	1회 10분 이상 실시한 경우에도 20포인트까지
e-mail A (e-mail, FAX, 편지 등)	1왕복 40포인트	1왕복	해당 없음
e-mail B (e-mail, FAX, 편지 등)	1왕복 5포인트	1왕복	해당 없음

- 주: 1) 1일 1회 지원만을 계산하는 것으로 동일 날 여러 지원 형태에 따른 지원을 한 경우 가장 포인트가 높은 지원 형태의 것만을 계산해야 함  
 2) 보건지도와 직접 관련이 없는 정보(보건지도에 관한 전문적인 지식·기술 필요 없는 정보: 다음 약속이나 잡담 등)의 교환은 지원 시간에 포함되지 않음  
 3) 전화 또는 e-mail의 지원에서 양방향으로 정보 교환(일방적인 정보 제공(가입이나 메일링 리스트에 의한 정보 제공)은 포함하지 않음)을 계산함  
 4) e-mail 1왕복: 특정보건지도 수행자와 적극지원 대상자 간에 필요한 정보의 공유를 도모함으로써 지원을 완료했다고 당해 특정보건지도 수행자가 판단할 때까지 이메일·FAX·편지 등을 통해 지원에 필요한 정보 교환을 실시하는 것을 말함

자료: 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

3개월 이상 계속적 실천지원은 포인트제에 따라 실시한다(〈표 Ⅲ-5〉 참조). 지원 A만의 방법으로 180포인트 이상 또는 ‘지원 A(적극 참여 유형)’<sup>74)</sup> 방법으로 최소 160점

74) 지원A(적극 참여 유형): 행동계획의 실시 상황을 확인하여 영양·운동 등의 생활습관의 개선에 필요한 실천적인 지도를 실시함. 중간 평가로 실천과 결과에 대한 평가와 재평가를 하고 생활습관을 되돌아보며 필요하다고 인정할 때는, 행동 목표와 행동계획을 다시 설정함

이상과 ‘지원 B(격려 유형)<sup>75)</sup>’ 방법에 의한 포인트의 합계가 180점 이상의 지원을 실시하는 것을 최소 조건으로 한다(〈표 Ⅲ-6〉 참조).

〈표 Ⅲ-6〉 적극지원 패턴(계속적 실천지원에서 지원 A의 개별지원과 전화 결합 예)

지원 종류	횟수	시기	지원 형태	지원 시간 (분)	획득 포인 트	합계 포인 트		지원내용
						지원 A	지원 B	
초회 면담	1	최초 면담	개별지원	20	-	-	-	① 생활 습관과 검진 결과의 관계를 이해, 대사중후군이나 생활습관병에 관한 지식의 습득, 생활습관을 되돌아 봄 등으로부터 본인이 생활습관 개선의 필요성을 인식하고 자신의 일로서 그 중요성을 이해할 수 있도록 지원 ② 본인이 생활습관 개선의 장점과 현재 생활 계속의 단점에 대해 이해할 수 있도록 지원 ③ 영양·운동 등의 생활습관의 개선에 필요한 실천적 지원 ④ 대상자의 행동 목표와 평가시기 설정을 지원(지원 계획 작성), 필요한 사회자원을 소개하고 유효하게 활용할 수 있도록 지원 ⑤ 체중, 허리둘레 측정 방법을 설명
계속 적 실천 지원	2	2주 후	전화A	10	30	30	-	① 생활습관을 되돌아보고 필요하다고 인정하는 경우 행동 목표·행동계획 재설정(중간 평가) ② 영양·운동 등의 생활습관의 개선에 필요한 실천 지원
	3	1개월 후	이메일A	1	40	70	-	
	4	2개월 후	개별지원A (중간평가)	10	40	110	-	
	5		이메일A	1	40	150	-	
6	3개월 후	전화A	10	30	180	-		
평가	7	6개월 후	-	-	-	-	-	① 신체 상황이나 생활 습관에 변화가 있는지 확인

자료: 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

75) 지원B(격려 유형): 행동계획의 실시 상황 확인과 행동계획으로 내세운 행동과 노력을 유지시키기 위해 칭찬과 격려를 함

## 다) 적극지원 사례

### ① 식생활 변화

조사한 특정보건지도기관은 먼저 서비스 제공을 위한 사전준비를 한다. 현상 파악을 위해 건강진단자료 및 표준질문표<sup>76)</sup>확인, 정보수집에 필요한 내용을 정리하고, 행동 변화 유도를 위한 학습 교재(유인물, 파워포인트)를 작성한다.<sup>77)</sup>

다음으로 초회 면담을 실시한다. 먼저 표준질문표를 이용하여 식생활 습관에 문제가 있는지를 평가한다. 검진 데이터와 식생활의 관련성을 확인하고 대사증후군 판정 및 지원수준 판정(적극지원 혹은 동기부여지원)에 대한 검진 데이터를 설명하여 개선 동기를 확립한다. 장기 체중 감량 달성 목표 즉, 행동 목표를 숫자화하여 설정하고, 이를 위해 행동계획을 스스로 작성하도록 한다. 향후 셀프 모니터링(체중 측정, 가정 실천 기록표 작성(<표 Ⅲ-7> 참조))을 제안하는 등 스스로 지원 일정 및 방법을 계획할 수 있도록 지원한다(<표 Ⅲ-8> 참조).

초회 면담 이후에는 실천지원서비스를 제공한다. 적극지원 대상자의 경우 설문(변화단계를 알 수 있는 항목), 가정 실천 기록표 등을 통하여 체중 및 허리둘레, 행동 목표치 실천 상황을 확인하여 응원 메시지를 보내고, 초회 면담에 전하지 않은 어려운 상황에 대한 대처 방법(배고픔을 참지 않는 방법, 혈당 컨트롤 방법, 식이 섬유 풍부 한 야채 섭취 방법 등)을 제안한다.

최종적으로는 객관적 데이터를 이용하여 변화 정도(식습관 개선 의식 변화단계, 식사 섭취 상황, 체중, 허리둘레, 혈액 데이터, 대사증후군의 개선)를 확인하고 행동 목표를 달성하였을 경우 식사의 균형을 정리한 정보를 제공하고 목표를 달성하지 못하였을 경우 다음 건강검진에 대비하도록 행동 목표를 수정한다.

76) <부록 Ⅳ> 참조

77) 특정보건지도의 에센스, 실무자를 위한 가이드, 후생노동과학연구(「지역, 직역의 생활습관병 예방 활동 및 질병 관리에 의한 의료비 적정화 효과에 관한 연구」)에 근거함(特定保健指導のエッセンス, 実践者のためのマニュアル, 厚生労働科学研究(2010))

〈표 Ⅲ-7〉 행동계획 실시 상황파악을 위한 체크리스트의 구체적인 예

월	일(월)	일(화)	일(수)	일(목)	일(금)	일(토)	일(일)
날씨							

신체검사

체중측정 (매일아침 측정)	<input type="checkbox"/> 측정함 (측정시간) <input type="checkbox"/> 측정않음						
오늘의 체중	( )kg						
허리둘레 측정 (매주1회)	<input type="checkbox"/> 측정함 ( )cm <input type="checkbox"/> 측정하지 않음						

운동 검사 목표 : 60Kcal/일 소비량 올리기 기준 → 일반적으로 도보(10분) 약 40Kcal

보통보행 10분	<input type="checkbox"/> 시행함 <input type="checkbox"/> 시행않음						
속보 10분 약 1,000보	<input type="checkbox"/> 시행함 <input type="checkbox"/> 시행않음						
복근	<input type="checkbox"/> 시행함 ( )회 <input type="checkbox"/> 시행않음						
오늘 도보수	( )보						

식사 체크 목표 : 140Kcal/일 섭취 줄이기 기준 → 크림빵 / 잼빵(각 1개) 약 300Kcal

메밀 국수(보통 모듬 1인분) 약 300Kcal

탄산음료 마시지 않음 *1개 (500ml) 약200Kcal	<input type="checkbox"/> 시행함 <input type="checkbox"/> 시행 않음						
커피의 설탕은 감미료 (에너지양 낮음)로 함 *스틱 설탕 (1개) 약 12Kcal 감미료(1개) 약 2Kcal	<input type="checkbox"/> 시행함 <input type="checkbox"/> 시행 않음						
튀김·볶음은 1일 1요리까지	<input type="checkbox"/> 시행함 <input type="checkbox"/> 시행 않음						
기타							

종합검사

오늘은 잘 노력했나?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
기분 좋은 하루였나?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						

자료: 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

〈표 Ⅲ-8〉 식생활 개선을 위한 초회 면담지원 사례

목적	내용	
신뢰 관계 구축	목적 설정	· 대사증후군 관련 질병 예방
목적의 명확화	최초 지원 목적 설정	· 6개월간 체중 감소 및 내장지방 줄이기
식생활 문제점 파악	식생활 습관 평가	· 표준설문지 이용하여 식사 시간, 메뉴와 양 등
검진 데이터와 식생활 상황의 관련성을 확인	식습관 개선의 필요성 이해 (개선 동기 확립)	· 대사증후군 판정, 지원수준 판정에 대한 검진 데이터를 설명 · 식습관을 검토하고 체중 감소(내장지방 감소)를 전망하는 정보 제공
체중 감량 달성 목표를 설정	장기 목표 체중과 기간 등을 명확한 숫자로 표시	· 서비스 기간의 목표 설정 · 체중 감량 기간과 유지단계 기간 설정 · 체중 감소기에 하루 에너지 감소량 결정 · 운동 목표 및 식사 목표
식사 밸런스 가이드 등을 활용하여 구체적인 행동계획 설정	무리 없이 생활 변화에 도움이 되는 계획을 자기가 선택하고 결정	· 하루에 무엇을 얼마나 먹으면 좋을지와 실제와 어디에 차이가 있는지 확인 · 본인 생각, 생활 배경(직장, 가족 등)을 고려 에너지 양을 얼마나 줄일지에 초점을 맞추어 행동계획 설정(점심도시락에서 튀김 하나 남기기(100 kcal 감소)) · 행동계획은 '무엇을, 언제, 얼마나'에 대해 구체적 숫자로 확인할 수 있도록 구성(에너지 감소량 전망 계산)
	기호음료, 음주 관리	· 캔 커피(60kcal 감소)는 연유 타입에서 블랙으로 전환할 방책 제안, 영양 성분표시 확인 정보 추가 · 음주하지 않는 간격(요일도 설정) 조절 방법 제안, 체질에 맞는 적정 음주량도 함께 제시
	과자류 관리	· 과자와 빵을 주먹밥, 케이크 대신에 만두 등으로 바꾸는 대책 제안, 공복에 쇼핑 자제, 식후 바로 양치질 등도 제안
	식습관 문제가 없어 스텝 업을 원하는 경우 식습관 검토	· 내장지방이 쌓이기 쉬운 식사, 채소 섭취량, 식사 리듬(취침 전 식사 등)을 확인
향후 실행 계획의 확인	지원 일정과 방법 확인	· 셀프 모니터링(체중 측정, 가정 실천 기록표 작성) 제안

## ② 운동 및 신체활동

조사대상 기관은 단체 대상자를 위하여 매월 1회당 120분, 총 3~6회 운동 및 교육 교실에 참여하고 행동 목표를 달성할 수 있는지 여부를 매번 체크하는 것을 기본으로 하는 프로그램을 개발하였다(〈표 Ⅲ-9〉 참조). 체중, 만보기 등의 기록을 집적하고 혈액 검사도 필요에 따라 실시하고 있다. 교실 개최일이 정해져 있기 때문에 그 날에 참가할 수 없는 대상자에 대한 예비 날짜를 마련하는 등 참석하기 쉬운 환경을 정비하여 탈락자를 적게 하려는 노력을 하고 있다.<sup>78)</sup>

〈표 Ⅲ-9〉 운동 실천 중심의 적극지원 프로그램(기본형)

절차	내용(90~120분)	면담시간	
예진	채혈, 문진, 정보 제공	60분	
초회면담	체력측정, 생활습관조사, 개별면담	40분	
계속적 실천 지원	1 개월 차	운동과 식사 강연, 운동실천, 개별면담 운동 예: 스트레치 체조, 자전거, 체력훈련, 수중보행 등 강연 예: ‘비만이란?’ ‘식사방법을 변화시키는 것으로 체중감량 가능’	20분(1회당)
	2	운동과 식사 강연, 운동실천, 개별면담 운동 예: 운동량 증가: 첫째 달 운동에 도보, 단체체조 추가 강연 예: ‘비만과 스트레스’ ‘체중감량 위한 식사요령’ ‘살찌는 방법’ ‘더 날씬해질 수 있는 운동과 다이어트’	20분(1회당)
	3	식사 강연(요리교실), 운동실천	5분(1회당)
		운동 예: 계속 체중감량: 둘째 달 운동에 리듬체조, 아쿠아로빅 추가 강연 예: ‘체중감량을 위한 식사요령’	
	4	운동과 식사 강연, 운동실천, 개별면담	20분(1회당)
	5	운동과 식사 강연, 운동실천	5분(1회당)
6	채혈, 체력측정, 생활습관조사, 개별면담	20분(1회당)	
평가	객관적 데이터와 행동 목표를 비교 평가하여 우편, 이메일 등으로 결과 전달	-	

주: 1) 3개월 프로그램으로 운영 가능함

2) 운동과 식생활 지도를 동시에 할 경우 참여 유지율이 높아지는 것으로 알려져 있음

78) 特定保健指導のエッセンス, 実践者のためのマニュアル, 厚生労働科学研究(2010)

조사한 특정보건지도기관은 운동 및 신체활동 실천 보건지도 적극지원 프로그램도 식생활 개선 프로그램과 동일한 절차를 가지고 진행한다.

초회 면담 시 체력 측정을 실시하고 있다. 이것은 개인의 운동 능력을 파악할 수 있으며 보다 안전하게 운동 실천지원을 할 수 있고 동기부여에도 유효하기 때문이다. 초회 면담에서 표준설문지 이용 생활습관 개선에 걸림돌이 되는 문제점 정리, 검진자료와 운동 및 신체활동 상황의 관련성 분석, 대사증후군 판정 및 지원수준 판정(적극지원 혹은 동기부여 지원)에 대한 검진자료를 설명하여 개선 동기를 확립하고, 대상자 스스로 달성 가능한 행동 목표의 설정 및 실행계획을 작성하도록 지원한다.

초회 면담 이후에는 개인마다 생활습관 개선을 위한 마음 혹은 실천의 준비도가 다르기 때문에 변화단계에 따라 그 대상자에 맞춘 지원을 실시한다.

프로그램 종료 후 행동 목표(허리 둘레 3cm 줄이기, 체중 3kg 감량)를 달성하였는지를 객관적인 데이터(체중과 혈액 등)에 따라 평가하고 있다.

한편, 대사증후군을 보유한 사람 또는 그 예비군은 건강한 사람과 비교하여 운동·신체활동 수행 시 상해나 내과적 사고가 발생할 위험이 높다. 따라서 동기부여지원 및 적극지원 대상자에 대한 운동·신체활동을 지도할 때 충분히 리스크 관리를 할 필요가 있다. 그러기 위해서 조사한 특정보건지도기관은 대상자의 위험 파악 및 계층화, 상해 및 사고 예방 대책을 실시하고 있다.

### ③ 금연

특정보건지도기관은 먼저 “금연을 해야 한다”는 것을 명확하게 전달하고, 금연이 중요하고 우선순위가 높은 건강 과제를 강조하고 있다. 명확한 금연 메시지를 전하면 ‘담배는 피우고 있어도 상관없다’라는 잘못된 생각을 버리게 될 수 있기 때문이다. 구체적으로 병력이나 검사 결과에 이상 자각 증상이 있다면 그들과 흡연과의 관계를 연계하여 흡연의 영향과 금연효과에 대해 설명한다. 문제가 없는 흡연자에게는 이상이 없는 것을 설명하고 흡연이 해결해야 할 중요한 건강 과제를 전한다.

다음으로 편하게, 확실히, 저비용으로 금연할 수 있다는 것을 전한다. 흡연자의 대

부분은 ‘금연은 자신의 힘으로 해결하지 않으면 안 된다’ 그리고 ‘괴로운 것’이라고 믿고 있는 경향이 있다. 그 믿음을 바꾸고 금연 비용이 그만큼 들지 않고 효과적인 해결책이 있다는 것을 알리는 것이 중요하기 때문이다.

그리고 금연 치료에 대한 소개를 한다. 첫째, 니코틴 중독 선별 검사(TDS)에서 니코틴 중독으로 진단된 자, 둘째, 1일 흡연 개비 수 × 흡연 연수가 200 이상인 자, 셋째, 즉시 금연하고 싶어서 금연 프로그램의 설명을 받아 서면으로 동의한 자 등의 요건을 모두 충족하는 경우 특정보건지도기관은 공적 건강보험에 의한 금연 치료 의료기관을 소개하고 있다. 이 때 의료기관은 니코틴 패치 또는 내복약을 건강보험 급여 처방약으로 처방할 수 있다.

공적 건강보험 적용 환자 요건을 충족하지 못한 흡연자에 대해서는 OTC 의약품에 의한 방법 또는 의료기관에서 금연 치료를 권한다. OTC 니코틴 패치는 의료용 니코틴 패치와 비교해 니코틴 보충이 불충분할 수 있다. OTC 니코틴 패치로 금연 못하면 의료기관에서 치료를 권한다(〈표 Ⅲ-10〉 참조).

〈표 Ⅲ-10〉 금연방법 선택 기준

금연법	권장 대상자
의료기관에서 금연 치료	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 흡연 양이 많은 사람</li> <li>· 금연 자신감이 없는 사람</li> <li>· 과거에 금연 금단 증상이 강했던 사람</li> <li>· 정신 질병 등 금연이 어려운 특성을 갖는 사람</li> <li>· 약제 선택 등 금연에 의사의 판단을 필요로 하는 사람</li> </ul>
약국에서 니코틴 패치와 니코틴 껌을 구입하여 금연	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 흡연 양이 적은 사람</li> <li>· 금연 자신감이 상대적으로 있는 사람</li> <li>· 바빠서 의료기관에서 진찰받을 수 없는 사람</li> <li>· 공적 건강보험에 의한 금연 치료 기준에 맞지 않는 사람</li> </ul>

금연 후 체중이 늘어나는 것으로 알려져 있다. 이 때문에 특정보건지도기관은 체중을 늘리고 싶지 않은 흡연자에게는 금연 보조제의 사용이 시작되면서 비교적 일찍부터 운동을 권한다. 금연 보조제를 사용하는 장점은 니코틴 금단 증상의 억제, 간식 등의 섭취 증가 억제를 할 수 있다. 또한, 니코틴 패치 등은 금연 후 체중 증가를 늦추는 효과가 있다. 체중 증가 억제 효과를 높이기 위하여 중등도의 운동이나 신체활동

(속보, 자전거 타기 등)을 권장하고 있다.

식사 내용은 금연 직후부터 과도한 식이 제한은 흡연 욕구를 증가시킬 수 있으므로 금연이 안정되는 것을 기다리고, 고 에너지 음식을 줄이고 대신 야채와 과일을 늘리고 음주량을 줄이도록 하고 있다.

#### 4) 특정보건지도 수행자

특정보건지도는 보건지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가진 자가 실시하여야 한다(〈표 Ⅲ-11〉 참조).<sup>79)</sup>

〈표 Ⅲ-11〉 일본 특정보건지도 수행자 및 업무범위

수행자 구분		보건지도 사업의 총괄자	동기부여 지원	적극 지원
			초회면담, 계획작성, 평가	3개월 이상 계속적 실천지원
전문적인 지식과 기술을 가진 자	의사	O(상근)	O	O
	보건사	O(상근)	O	O
	관리영양사	O(상근)	O	O
	간호사(특정보건지도의 실무 경험이 있는 자, 2017년까지)	X	O	O
(이른바 ‘실천적 지도자’)				
① 간호사, 영양사(관리영양사와 다름)와 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자(식생활 지도에 관해서는 치과 의사, 약사, 조산사, 준 간호사, 치과위생사)(운동지도에 관해서는 치과 의사, 약사, 조산사, 준간호사, 물리치료사)				
② 동등 이상의 능력을 가지고 있다고 인정되는 자(식생활 지도에 관해서는 사업장 산업영양 지도담당자 및 산업보건지도 담당자로서 소 정의 추가 교육을 수강한 자)(운동지도에 관 해서는 재단법인 건강·체력 만들기 사업 재 단이 인정하는 건강운동지도사 및 운동지도 담당자로서 소정의 추가 연수를 수강한 자)		X	X	O

79) 「고령자의의료의확보에관한법률」 제18조 제1항

보건지도 사업의 총괄 관리자는 상근 의사·보건사·관리영양사 3직종만이 가능하다. 상근자가 아니면 가능하지 않다.

동기부여지원 과정에서 초회 면담 시 대상자의 행동계획의 수립 및 행동 목표 설정 지도와 지원계획 등의 작성 및 6개월 후 계획 실적 평가는 의사·보건사·관리영양사가 수행하여야 한다. 상근자가 아니어도 가능하다. 그리고 2017년 말까지의 경과 조치로서 위의 3직종에 더해 보건지도에 관한 일정한 실무 경험을 가진 간호사도 가능하다(실시기준 부칙 제2조). 초회 면담지도 중 행동계획의 수립 및 행동 목표 설정 지도와 행동계획 등의 작성지원 이외의 실천적 지원은 4직종 이외에 식생활 지도 및 운동지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 사람(이른바 ‘실천적 지도자’)이 수행할 수 있다.

적극지원 과정에서 초회 면담 시 대상자의 행동계획 수립 및 행동 목표 설정 지도 및 6개월 후 실적 평가는 의사·보건사·관리영양사 및 보건지도에 관한 일정한 실무 경험이 있는 간호사(2017년 말까지)가 시행하여야 한다. 상근자가 아니어도 가능하다. 지원계획 수립 이외의 3개월 이상 지속적 지원은 의사·보건사·관리영양사 및 보건지도에 관한 일정한 실무 경험이 있는 간호사뿐만 아니라 식생활 지도 및 운동 지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자(이른바 ‘실천적 지도자’)도 수행할 수 있다.<sup>80)</sup>

## 라. 성과평가 제도

### 1) 방법

의료보험자가 실시한 특정건강검진·특정보건지도 사업의 성과에 대한 평가는 궁극적 목표인 당뇨병 등 생활습관병의 유병자·예비군의 감소 및 의료비 적정화 관점에서 실시한다. 그 성과가 수치 데이터로 나타나는 것은 여러 해가 지난 후가 될 것으

80) 2008년 3월 10일 健發第 0310007호, 保發第 0310001호

로 예상되므로, 건강검진 결과와 생활습관의 개선 상황 등에 대한 단기 평가를 병행하여 실시한다.

단기 평가 방법은 세 가지를 생각할 수 있다. 첫 번째, 개인을 대상으로 한 평가 방법이다. 개인 단위 평가는 비만도 및 검사 데이터의 개선도, 행동 목표의 달성도, 생활습관의 개선 상황 등을 평가한다. 개인 단위 평가 결과는 보건지도 방법을 보다 효과적인 것으로 개선하거나 보건지도의 질을 향상시키는 데 활용될 수 있다. 두 번째, 사업장 단위와 지역 단위에서 집단으로 평가하는 방법이다. 이것은 건강검진 결과의 개선도와 금연 및 운동습관 등의 생활습관에 대한 개선도를 집단으로 평가하는 것이다. 이러한 평가 결과에 따라 집단간 비교가 가능하게 된다. 마지막으로, 건강검진·보건지도의 '사업'으로서의 평가이다. 사업이기 때문에 비용 효율성, 대상자의 만족도, 대상자 선정의 적절성, 프로그램 구성의 효과성, 수진이 권장된 사람의 수진율과 보건지도의 연속성 등 사업의 과정을 평가할 수 있다.<sup>81)</sup>

## 2) 적극지원 평가 사례

### 가) 생활습관병 예방 효과

아이치 현, 오사카, 오카야마 현, 나가노 현, 후쿠오카 현의 7개 특정보건지도기관은 적극지원 수준 해당자에게 적극지원을 실시하였다. 그리고 적극지원을 통한 건강지표의 개선 효과는 체중 감소율, 체중 4% 감소 성취자율, 대사증후군 감소자 비율, 계층화 판정 개선자 비율을 평가하였다.<sup>82)</sup>

4,006명을 대상으로 초회 면담지원을 실시하였고, 그 중 2009년 12월 시점에서 6개월 후 평가까지 완료한 대상자는 1,384명(남성 1,235명, 여성 149명, 나이 49.4 ± 6.6세)이었다. 6개월 후 채혈 등을 실시하고 대사증후군 판정이 가능한 대상자는 912명, 문진을 다시 실시하고 계층화 판정이 가능했던 대상자는 827명이었다.

81) 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

82) 特定保健指導のエッセンス, 実践者のためのマニュアル, 厚生労働科学研究(2010)

전체적으로 6개월 후 체중 감소는 평균  $2.4 \pm 3.6$  kg, 체중 4% 감량 성취자 비율은 37.4%로 나타났다. 대사증후군 감소자 비율은 51.9%(31.4~72.4%)이었다. 또한, 35.7%(29.6~54.2%)가 적극지원 수준에서 동기부여지원 수준 또는 정보 제공지원 수준으로 변화하는 계층화 판정의 개선을 보였다.

세부적으로는 직원 전체에 작용하는 대중 접근(population approach)을 병행하는 경우 효과가 더 크게 나타났다. C(172명), D(218명) 두 의료보험 가입자를 대상으로 동일 지원 프로그램을 실시하였다. C는 제조업, D는 금융업이다. C 의료보험에서는 사내 건강교육, 직원 식당의 열량 표시 등 대중 접근을 실시하였다. 같은 프로그램을 실시했음에도 불구하고 체중감소는 C( $4.9 \pm 4.6$ kg) > D( $2.6 \pm 4.5$ kg)이며, 이에 따라 대사증후군 감소자 비율은 C(63.2%) > D(41.7%), 계층화 판정 개선자 비율도 C(54.4%) > D(37.2%)로 나타났다. 직원 전체에 작용하는 대중 접근이 결과에 영향을 준 것으로 평가되고 있다.

연령별 효과를 알아보기 위하여 동일 지원 프로그램에 참여한 C 의료보험조합 가입자 남성 대해 50세 미만과 50세 이상으로 분류하고 보건지도 효과를 비교하였다. 다른 비율은 차이가 없었지만, 대사증후군 감소자 비율(50세 미만(46.3%) > 50세 이상(36.9%))과 계층화 판정 개선 비율(50세 미만(70.4%) > 50세 이상(39.5%))은 50세 미만에서 높게 나타났다.

#### 나) 의료비 절감효과

일본 제도에서 의료비 억제 효과가 있다는 증거가 제시된 바는 없다. 의료보험자는 의료비 절감효과와 관련하여 다음과 같은 것들이 고려되어야 할 것으로 보고 있다. 생활습관병 예방 효과는 측정이 가능하지만 의료비 억제 효과는 장기에 걸쳐서 나타나거나 혹은 측정되지 않을 수 있다. 앞에서 사례를 본 바와 같이 현재 생활습관병 예방 효과는 나타나고 있는 것으로 알려져 있다. 의료보험자는 이 예방 효과가 장기적으로 의료비 절감을 가져올 수 있을 것으로 보고 있다.

## 마. 아웃소싱 제도

### 1) 개요

특정건강검진·특정보건지도 제도는 의료보험자가 가능한 한 많은 대상자에게 확실하게 실시(예를 들어, 주말·공휴일·야간에 실시하는 등)할 수 있도록 하고 또한, 건강검진·보건지도 기관 간의 자유롭고 공정한 경쟁을 통해 양질의 서비스가 저렴하게 공급될 수 있도록 민간 사업자를 포함한 다양한 기관에 아웃소싱을 할 수 있도록 하고 있다.

이 사업은 많은 인적 자원이 필요하다. 보건사·관리영양사 등의 전문인이 요구되며, 보건지도의 실적을 쌓아 연구를 거듭하여 보건지도 기술을 고도화해 나가는 것이 요구된다. 또한, IT 산업이 개발하는 생활습관 개선 지원 기기를 활용한 보건지도 방법의 도입과 대상자의 요구를 반영한 다양한 보건지도의 실시 체제가 요구되고 있어 이에 관한 전문 인력이 필요하다.

현재 지자체나 공적 건강보험 등에서 보건지도에 종사하고 있는 보건사·관리영양사 등 만으로는 증가하는 보건지도 업무에 충분히 대응할 수 없을 것으로 예상되며 그렇다고 이들 기관에 대폭적인 증원을 하기 어려운 상황이다. 따라서 동 제도는 검진 후 보건지도를 실시하는 사업자를 육성하고 이러한 수요에 대응할 수 있는 보건사·관리영양사 등을 확보하기 위해 보건지도의 아웃소싱을 할 수 있도록 하고 있다.<sup>83)</sup>

### 2) 아웃소싱의 대상이 되는 보건지도 업무

특정보건지도 업무의 위탁은 부분 위탁과 전면 위탁을 생각할 수 있다. 어떤 위탁의 경우에도 사업 목적의 공유화, 대상자 선정방법 및 특정보건지도 내용의 정합성 유지, 결과 평가 기준 등은 의료보험자가 관리하도록 한다.

83) 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

전면 위탁하는 경우 사업자의 재량이 증가하여 다양한 연구와 효율화를 도모할 수 있을 것이다. 그러나 특정보건지도 업무 성과평가에는 기간이 오래 걸릴 수 있어서 성과가 있는 특정보건지도가 이루어지고 있는지의 판단이 지연되는 위험을 의료보험자는 부담하게 된다. 성과가 없는 데도 불구하고 장기간 위탁을 하게 될 가능성이 있는 것이다.

부분 위탁의 경우 위탁된 업무의 효율화는 기대할 수 없지만, 의료보험자에게 업무 수행이 남기 때문에 소속 보건사·관리영양사 등의 기술향상과 생활습관병 대책에 대한 적극적 수행을 기대할 수 있다. 또한, 의료보험자가 대상자의 문제와 과제를 조기에 파악할 수 있으며 개선을 위한 사업의 기획이 가능하다.

‘정보 제공’ 업무는 특정한건강검진 결과와 문진표의 내용에 따라 대상자 전원에게 개별적으로 처리한다. 전면 위탁하는 경우에 사업자는 건강검진기관에서 직접 데이터를 받아 결과 테이블을 작성하여 대상자에게 제공한다. 의료보험자는 정보 제공을 했다는 결과를 사업자로부터 보고받게 된다.

검진 결과와 문진표 내용 결과표 작성까지를 위탁하고 대상자에게 정보 제공 역할을 의료보험자 자신이 수행하는 부분 위탁의 경우가 있을 수 있다. 의료보험자가 검진 결과를 전달할 때 특정보건지도의 중요한 기회로 보고 검진 결과와 생활습관에 대한 정보를 의료보험자 소속 보건사·관리영양사 등이 직접 설명하는 방식을 취하는 경우이다.

‘동기부여지원’에 대한 위탁은 예를 들어, 개별 면담과 그룹 면담을 조합하는 지원 전체를 위탁하는 경우 전면 위탁이 된다. 동기부여지원 대상자의 직장을 방문하여 행하는 면담에 의한 지원을 위탁하거나 그룹 면담에 의해 지원하는 업무를 모두 위탁하는 경우도 전면 위탁에 해당한다.

부분 위탁의 예로는 지원 과정 동안 추가적인 지원을 계획하고 운동지도 부분만을 위탁하는 경우 등을 생각할 수 있다.

‘적극지원’은 3개월에서 6개월 정도의 지원 프로그램을 계획하여 수행하는 것이므로 전면 위탁의 경우 첫 면담부터 계속적 실천지원 실시, 중간평가, 6개월 후 평가, 사업 전체 평가 등 일련의 업무를 위탁하게 된다.

부분 위탁은 많은 경우가 있을 수 있다. 예를 들어, 초회 면담에서 지원계획 수립, 중간평가, 6개월 후 평가 등은 의료보험자의 의사, 보건사, 관리영양사 등이 실시하고 시설을 사용하는 식생활지도 및 운동지도와 같은 대상자가 스스로 실천하는 사업에 대해서 위탁하는 경우가 있을 수 있다. 그리고 사업평가만 의료보험자가 실시하고 지원계획 수립, 개인의 6개월 후 평가까지를 위탁하는 경우도 생각할 수 있다.

### 3) 위탁기준<sup>84)</sup>

#### 가) 특정건강검진의 외부 위탁에 관한 기준

위탁받는 기관에 대해 일정한 기준을 마련하여 그 기준을 충족하는 기관이면 자유롭게 위탁계약을 할 수 있도록 하고 있다. 위탁 기준은 위탁받은 기관만이 준수해야 할 기준이 아니라 의료보험자 스스로 실시하는 경우에 의료보험자도 준수해야 할 기준이다.

인원에 관한 기준은 2가지가 있다. 첫째, 특정건강검진을 적절히 수행하기 위해 필요한 의사, 간호사 등이 질적 및 양적으로 확보되어 있어야 한다. 마지막으로, 상근 관리자(특정건강검진에 관한 업무에 부수하는 업무를 관리하는 사람)가 있어야 한다. 관리상 지장이 없는 경우에는 당해 상근 관리자는 특정건강검진을 실시하는 기관의 다른 직무에 종사하거나 동일한 부지 내에 있는 다른 사업소, 시설 등의 직무에 종사할 수 있다.

시설 및 설비 등에 관한 기준은 4가지가 있다. 첫째, 특정건강검진을 적절히 수행하기 위해 필요한 시설 및 설비를 가지고 있어야 한다. 둘째, 검사와 진찰을 할 때 수진자의 개인정보가 충분히 보호되는 시설 및 설비 등이 확보되어 있어야 한다. 셋째, 응급 시 응급처치를 위한 체제가 갖추어 있어야 한다. 마지막으로, 건강 증진법(平成 14年(2002년) 법률 제103호 제25조)에 규정하는 간접흡연 방지 조치를 취할 수 있어

84) 1) 2013년 후생노동성 고시 제92호(외부 위탁 기준) 및 93호(시설 등에 관한 기준)

2) 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

야 한다.

정확도 관리에 관한 기준은 4가지가 있다. 첫째, 특정건강검진 항목에 대해 내부 정확도 관리가 정기적으로 이루어져 검사 값의 정확도가 보증되어야 한다. 둘째, 외부 정확도 관리를 정기적으로 받아 검사 값의 정확도가 보장되어야 한다. 셋째, 특정 건강검진의 정확도 관리상의 문제점이 있는 경우에 적절한 대응책을 강구할 수 있도록 필요한 체제를 정비하여야 한다. 마지막으로, 검사의 전부 또는 일부를 외부에 위탁하는 경우에는 위탁받은 사업자에게 조치를 취할 수 있도록 적절한 관리를 할 수 있어야 한다.

특정건강검진 결과 등의 정보의 취급에 관한 기준은 6가지가 있다. 첫째, 특정건강검진에 관한 기록을 전자적 방법(전자적 방식, 자기적 방식, 그 외인의 지각(知覺)에 따라서는 인식할 수 없는 방식 모두를 말함. 이하 같음)에 따라 작성하여 의료보험자에게 당해 기록을 안전하고 신속하게 제출할 수 있어야 한다. 둘째, 특정건강검진에 관한 기록의 보존 및 관리가 적절하게 이루어져야 한다. 셋째, 비밀유지 의무를 준수하여야 한다.<sup>85)</sup> 넷째, 「개인정보의보호에관한법률(2003년 법률 제57호)」 및 이에 근거한 지침 등을 준수하여야 한다. 다섯째, 의료보험자의 위탁을 받아 특정건강검진의 결과를 저장하는 경우에는 의료정보의 안전관리(조직적, 물리적, 기술적, 인적 안전 대책 등)를 철저히 해야 한다. 마지막으로, 특정건강검진 결과의 분석 등을 위해 의료보험자의 위탁을 받아 특정건강검진의 결과에 관한 정보를 외부에 제공하는 경우에는 분석 등을 함에 있어서 필요로 하는 정보의 범위에 한해서 제공하고, 제공에 있어서는 개인정보 마스킹이나 개인을 특정할 수 없는 번호의 부여 등을 통해 당해 개인정보를 익명화한다.

운영 등에 관한 기준은 11가지가 있다. 첫째, 특정건강검진의 수진이 용이하도록, 주말·공휴일·야간에 특정건강검진을 실시하는 등 수진자의 편의를 고려하여 특정 건강검진의 수진율을 올릴 수 있도록 하여야 한다. 둘째, 의료보험자의 요구에 따라 의료보험자가 특정건강검진의 실시 상황을 확인하는 데 필요한 자료의 제출 등을 신

85) 비밀유지 의무는 「고령자의의료의확보에관한법률」 제30조에 규정된 의무를 말함

속하게 하여야 한다. 셋째, 특정건강검진의 실시에 필요한 교육을 정기적으로 실시하는 등 실시자의 자질 향상에 노력하여야 한다. 넷째, 특정건강검진을 적절하고 지속적으로 실시할 수 있는 재무 기반을 가지고 있어야 한다. 다섯째, 의료보험자로부터 위탁받은 업무의 일부를 재위탁하는 경우에는 재위탁기관과의 계약에서 여기에서 정하는 기준에 열거하는 사항을 준수할 것을 명시한다. 여섯째, ‘운영에 관한 중요 사항’<sup>86)</sup>에 관한 규정을 정비하고 당해 규정의 개요를 의료보험자 및 특정건강검진 수진자가 쉽게 확인할 수 있는 방법(홈페이지에서의 게재 등)에 따라 폭넓게 공지하여야 한다. 일곱째, 특정건강검진의 실시자는 신분을 증명하는 서류를 휴대하고 특정건강검진 수진자 등으로부터 요구받은 때에는 이를 제시하여야 한다. 여덟째, 특정건강검진 실시자의 청결 유지 및 건강 상태에 대해 필요한 관리를 하고, 특정건강검진을 실시하는 시설의 설비 및 비품 등에 대해 위생 관리를 한다. 아홉째, 허위 또는 과대광고를 하지 않는다. 열째, 특정건강검진 수진자 등의 불만에 신속하고 적절하게 대응하기 위해 불만 접수창구를 설치하는 등의 필요한 조치를 취하고 불만을 접수한 경우에는 당해 불만 내용 등을 기록한다. 마지막으로, 종사자 및 회계에 관한 여러 기록을 정비한다.

#### 나) 특정보건지도의 외부 위탁에 관한 기준

인원에 관한 기준은 9가지가 있다. 첫째, 특정보건지도 업무를 총괄하는 자(특정보건지도를 실시하는 각 시설에서 동기부여지원 및 적극지원을 실시하고 기타 특정보건지도에 관한 업무 전반을 총괄 관리하는 자를 말함)는 상근 의사, 보건사 또는 관리영양사 3직종으로 한다. 둘째, 상근 관리자(특정보건지도를 실시하는 각 시설에서 특

---

86) · 사업의 목적과 운영 방침  
 · 종업원의 직종, 인원 수 및 직무의 내용  
 · 특정건강검진의 실시일 및 실시 시간  
 · 특정건강검진의 내용 및 가격 기타 비용의 금액  
 · 사업의 실시 지역  
 · 긴급 시의 대응  
 · 기타 운영에 관한 중요 사항

정보건지도 업무에 관련된 사무를 담당하는 자)가 있어야 한다. 그러나 관리상 지장이 없는 경우에는 특정보건지도를 실시하는 기관의 다른 직무에 종사하거나 동일한 부지 내에 있는 다른 사업소 및 시설 등의 직무에 종사할 수 있는 것으로 한다. 셋째, 동기부여지원 또는 적극지원에서 초회 면접, 특정보건지도 대상자의 행동 목표와 행동계획의 작성 및 행동계획의 실적 평가(행동계획 수립일로부터 6개월 이상 경과 후 평가를 말함)를 하는 사람은 의사, 보건사 또는 관리영양사(2017년도 말까지 보건지도에 관한 일정한 실무 경험이 있는 간호사를 포함) 3직종이 담당하도록 한다. 넷째, 적극지원 대상자마다 특정보건지도 지원계획의 실시(특정보건지도 지원계획의 작성, 특정보건지도 대상자의 생활 습관이나 행동 변화 상황 파악 및 그 평가에 따라 특정보건지도 지원계획의 변경 등을 실시하는 것을 말함)에 대한 총괄적인 책임을 가진 의사, 보건사 또는 관리영양사(2017년도 말까지 보건지도에 관한 일정한 실무경험이 있는 간호사를 포함)가 정해져 있어야 한다. 다섯째, 동기부여지원 또는 적극지원 대상자에 대한 식생활 지도는 의사, 보건사, 관리영양사(2017년도 말까지 보건지도에 관한 일정한 실무경험이 있는 간호사를 포함) 또는 식생활개선 지도에 관한 전문 지식 및 기술을 가진다고 인정되는 자<sup>87)</sup>에 의해 제공되도록 하고 또한, 식생활에 대한 실천적인 지도를 스스로 수행하는 경우에도 관리영양사, 기타 식생활 개선지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자를 확보하는 것을 권장한다. 여섯째, 동기부여지원 대상자 또는 적극지원 대상자에 대한 운동에 대한 실천적 지도는 의사, 보건사, 관리영양사(2017년도 말까지 보건지도에 관한 일정한 실무 경험이 있는 간호사를 포함) 또는 운동지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자에 의해 제공되도록 하고 또한, 운동에 대한 실천적인 지도를 스스로 수행하는 경우에도 운동지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자를 확보하는 것을 권장한다. 일곱째, 동기부여지원 또는 적극지원 프로그램의 내용에 따라 사업의 재위탁처 및 기타 건강 증진 시설 등과 필요한 협력을 도모하여야 한다.

87) 특정건강검진 및 특정보건지도의 실시에 관한 기준 제7조 제1항 제2호 및 제8조 제1항 제2호의 규정에 근거하여 후생노동성이 정하는 식생활 개선지도 또는 운동지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자(이하 “실천적 지도 실시자 기준”이라 함)

여덟째, 특정보건지도 실시지는 국가, 지방 자치단체, 의료보험자, 일본의사회, 일본 간호협회, 일본다이아트협회 등이 실시하는 일정의 연수를 수료하는 것이 바람직하다. 마지막으로, 특정보건지도의 대상자가 치료 중인 경우에는 총괄적인 책임을 가진 사람이 필요에 따라 해당 대상자의 주치의와 연계를 도모하도록 한다.

시설 및 설비 등에 관한 기준은 4가지가 있다. 첫째, 특정보건지도를 적절히 실시하기 위해 필요한 시설 및 설비 등을 가지고 있어야 한다. 둘째, 개별 지원을 할 때 대상자의 개인정보가 충분히 보호되는 시설 및 설비 등이 확보되어 있어야 한다. 셋째, 운동에 관한 실천적 지도를 실시하는 경우에는 응급 시 응급 처치를 위한 체제를 갖추고 있어야 한다. 마지막으로, 간접흡연 방지 조치를 취하고 있어야 한다.

특정보건지도의 내용에 관한 기준은 6가지가 있다. 첫째, 후생노동성이 정하는 특정보건지도의 실시 방법<sup>88)</sup>을 준수하며, 과학적 근거에 기초하고, 특정보건지도 대상자의 특징, 지역 및 직역의 특성을 고려하여야 한다. 둘째, 구체적인 동기부여지원 또는 적극지원 프로그램(지원을 위한 재료, 학습 교재 등을 포함함)은 의료보험자에게 제시하여 의료보험자의 양해를 얻어야 한다. 셋째, 최신 지식 및 정보 기반 지원을 위한 재료, 학습 교재 등을 사용하여야 한다. 넷째, 개별 지원을 할 경우, 특정보건지도 대상자의 개인정보가 충분히 보호되는 장소에서 행해져야 한다. 다섯째, 위탁계약 기간 동안 특정보건지도 대상자로부터 특정보건지도의 내용 상담이 있을 경우는 상담에 응하여야 한다. 마지막으로, 특정보건지도의 대상자 중 특정보건지도를 받지 않은 자 또는 특정보건지도를 중단한 자에 대하여는 특정보건지도 대상자 본인의 의사에 따라 적절하고 적극적인 대응을 하여야 한다.

특정보건지도의 기록 등 정보의 취급에 관한 기준은 7가지가 있다. 첫째, 특정보건지도에 관한 기록을 전자적 방법으로 작성하여 의료보험자에게 당해 기록을 안전하고 신속하게 제출할 수 있어야 한다. 둘째, 의료보험자의 위탁을 받아 특정보건지도에 이용한 상세한 설문, 평가, 구체적 지도 내용, 보충 상황 등을 저장하는 경우에는 이들을 적절하게 저장하고 관리할 수 있어야 한다. 셋째, 비밀유지 의무를 준수하여

88) 특정건강검진 및 특정보건지도의 실시에 관한 기준 제7조 제1항 및 제8조 제1항의 규정에 근거함

야 한다. 넷째, 개인정보보호에 관한 법률 및 이에 근거한 지침 등을 준수하여야 한다. 다섯째, 의료보험자의 위탁을 받아 특정보건지도의 결과를 저장하는 경우에는 의료정보의 안전관리(조직적, 물리적, 기술적, 인적 안전 대책 등)를 철저히 한다. 여섯째, 특정보건지도의 결과 분석 등을 위한 의료보험자의 위탁을 받아 특정보건지도의 결과에 관한 정보를 외부에 제공하는 경우에는 분석 등을 함에 있어서 필요로 하는 정보의 범위에 한해서 제공하고, 제공에 있어서는 개인정보 마스킹이나 개인을 특정할 수 없는 번호의 부여 등을 통해 당해 개인정보를 익명화한다. 마지막으로, 인터넷을 이용한 지원을 할 경우에는 의료정보의 안전관리(조직적, 물리적, 기술적, 인적 안전 대책 등)를 철저히 하고, 다음 조치 등을 취하여 외부에 정보 누설, 부정 접속, 컴퓨터 바이러스의 침입 등을 방지한다.

- 기밀성 확보를 위한 적절한 암호화, 통신의 시작과 끝의 식별을 위한 인증 및 원격 로그인 제한 기능을 통해 안전관리를 한다.
- 인터넷에서 특정보건지도의 대상자가 얻을 수 있는 정보의 성격에 따라 암호를 여럿 설치하여야 한다.
- 인터넷에서 특정건강검진 결과의 데이터를 입수할 수 있는 서비스를 제공하는 경우 반드시 본인의 동의를 받은 대상자에 관한 것이어야 한다.
- 본인의 동의를 얻지 못한 경우의 특정건강검진 결과의 데이터는 인터넷에서 동의를 얻은 사람의 특정건강검진 결과 데이터와 다른 위치에 저장하여 외부에서 물리적으로 액세스할 수 없도록 한다.

운영 등에 관한 기준은 13가지가 있다. 첫째, 특정보건지도의 이용이 용이하도록, 주말·공휴일·야간에 특정보건지도를 실시하는 등 이용자의 편리성을 고려하여 특정보건지도 실시율을 올리도록 한다. 둘째, 의료보험자의 요구에 따라 의료보험자가 특정보건지도의 실시 상황을 확인하는 데 필요한 자료의 제출 등을 신속하게 하여야 한다. 셋째, 특정보건지도를 실시할 때에 상품 등의 권유, 판매 등을 하지 않아야 한다. 또한, 특정보건지도 실시 지위를 이용한 부당한 권장 판매(상품 등을 특정보건지

도 대상자에게 잘못된 방법으로 조언 등) 등을 하지 말아야 한다. 넷째, 특정보건지도 실시자에게 필요한 교육을 정기적으로 실시하여 당해 실시자들의 자질 향상에 노력한다. 다섯째, 특정보건지도를 적절하고 지속적으로 실시할 수 있는 재무 기반을 가지고 있어야 한다. 여섯째, 의료보험자로부터 위탁받은 업무의 일부를 재위탁하는 경우에는 재위탁기관과의 계약에서 여기에서 정하는 기준에 열거하는 사항을 준수할 것을 명시한다. 일곱째, ‘운영에 관한 중요사항<sup>89)</sup>을 담은 규정을 정비하고 당해 규정의 개요를 의료보험자 및 특정보건지도의 이용자가 쉽게 확인할 수 있는 방법(홈페이지에서의 게재 등)에 따라 폭넓게 공지해야 한다. 여덟째, 특정보건지도 실시자에게 신분을 증명하는 서류를 휴대하게 하고 특정보건지도의 이용자 등으로부터 요구 받은 때에는 이를 제시하여야 한다. 아홉째, 특정보건지도 실시자의 청결 유지 및 건강 상태에 대해 필요한 관리를 하고, 특정보건지도를 실시하는 시설의 설비 및 비품 등에 대해 위생 관리를 한다. 열째, 허위 또는 과대광고를 하지 않는다. 열한째, 특정보건지도의 이용자 등의 불만에 신속하고 적절하게 대응하기 위해 불만접수 창구를 설치하는 등의 필요한 조치를 취하고 불만을 접수한 경우에는 당해 불만 내용 등을 기록한다. 열두째, 종사자 및 회계에 관한 여러 기록을 정비한다. 열셋째, 의료보험자로부터 위탁받은 업무의 일부를 재위탁하는 경우에는 다음 사항을 준수한다.

- 재위탁기관은 여기서 열거하는 사항을 준수하여야 한다는 것을 명시한다.
- 의료보험자에 대한 특정보건지도 결과보고 등을 할 때에는 재위탁한 부분을 포함하여 일괄적으로 한다.
- 재위탁기관 및 재위탁하는 업무의 내용을 운영에 관한 중요 사항에 관한 규정에 명시하고, 해당 규정의 개요에 명시한다.
- 재위탁기관에 대한 필요하고 적절한 감독을 실시하고, 의료보험자에 대하여 재위탁하는 업무의 책임을 진다.

89) 사업의 목적과 운영 방침, 총괄자 성명 및 직위, 종업원의 직종, 인원 수 및 직무의 내용, 특정보건지도의 실시일 및 실시 시간, 특정보건지도의 내용 및 가격 기타 비용, 사업의 실시 지역, 긴급 시의 대응, 기타 운영에 관한 중요 사항

## 바. 일본제도 평가

### 1) 획일적 서비스

일본 제도는 매년 실시하여 지속적으로 서비스를 제공하고 있다. 그리고 특정보건 지도를 민간 사업자에게 허용하여 지역적 접근성이 좋은 상황이다. 그런데도 일본은 특정건강검진 실시율이 41.3%이고, 동기부여지원 및 적극지원 대상자의 특정보건지도 참여율이 12.3%(2009년)로 매우 낮다는 것이 문제이다.<sup>90)</sup> 이것은 제도가 단일 표준프로그램을 제시하고 있어 다양한 실천지원서비스 개발을 저해하고 있기 때문일 수 있다고 본다.<sup>91)</sup> 참여자의 유인을 위해서는 다양한 개인 맞춤형 서비스 설계가 중요한데 다이론 통합모형을 적용하여 맞춤형 서비스를 제공하려고 하고 있더라도 이는 단일 프로그램 내에서 가능한 것에 지나지 않다.<sup>92)</sup>

그리고 모든 특정보건지도기관에 동일하게 적용되는 가이드라인, 후생노동성령, 실시기준, 고시 등으로 지나칠 정도로 세세하게 규율하고 있기 때문일 수 있다. 이러한 획일성과 세밀성은 자율적으로 서비스 내용 및 실시 방법 등을 개선해 나아가는 것을 어렵게 한다. 본고는 참여율을 높이기 위해서 의료보험자와 보건지도기관의 재량권을 확대하여 대상자의 특성과 선호를 고려한 세분화와 그에 적합한 서비스 내용 개발이 가능할 수 있도록 하여야 한다고 본다.

### 2) 인센티브 부재

일본은 여러 공적 의료보험자가 75세 이상자를 대상으로 하는 후기고령자보험의 재원을 위한 지원금을 납부하고 있다. 이 지원금은 특정보건지도 실시율, 생활습관

90) <부록 1> 참조

91) 조용운(2017)

92) 건강검진 과정에서 상세문진표를 이용하여 의사, 보건사, 관리영양사, 보건지도 경력 간호사(2017년까지)가 변화단계를 측정하는 것이 권장되고 있음. 그러나 이들은 단지 'One-fits-all Program'을 선택할 수 있음(일본 현지 전문가 인터뷰)

개선 효과 등의 성과에 따라 차등 부과된다. 그리고 의료보험자는 특정건강검진 및 특정보건지도를 실시함에 따라 장기적으로 의료비 절감 효과를 기대할 수 있다. 의료보험자는 적극적으로 특정건강검진 및 특정보건지도를 제공할 인센티브가 있는 것이다. 그러나 특정보건지도기관이 민간 사업자임에도 불구하고 개인에 대해서 현금, 포인트, 보험료 인하 등과 같은 인센티브를 제공할 수 있는 제도가 마련되어 있지 않다. 본고는 일본이 특정보건지도 대상자의 자율적 참여를 유인하기 위해서 인센티브 제도의 도입이 필요하다고 본다.

## 2. 한국의 공적 제도 및 프로그램

한국 공적 건강보험은 일본 공적 건강보험의 특정건강검진 및 특정보건지도와 같이 대사증후군 중심의 제도는 있지 않다. 그런데 특정건강검진과 유사한 대사증후군 검진을 포함하는 일반건강검진과 생애전환기건강진단 제도를 운영하고 있고, 특정보건지도와 유사한 건강검진 사후관리 제도를 운영하고 있다.

본고는 공적 건강보험의 대사증후군 관리 부분에 대한 두 나라 제도를 지속성, 지역적 접근성, 다양성, 인센티브 제공 여부를 기준으로 비교·평가하여 한국의 문제점을 알아보고 개선점을 찾는 데 도움이 되도록 하고자 한다.

### 가. 일반건강검진

일반건강검진은 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 40세 이상인 지역가입자 및 40세 이상인 피부양자를 대상으로 한다. 이는 일본의 특정건강검진 대상자(40~74세)와 유사하다. 일반건강검진은 2년마다 1회 이상 실시하되, 사무직에 종사하지 아니하는 직장가입자에 대해서는 1년에 1회 실시한다.<sup>93)</sup> 의료급여수급권자에 대해서는 2년마

93) 「국민건강보험법」 시행령 제25조(건강검진)

다 1회 이상 실시한다.<sup>94)</sup> 그리고 지정된 건강검진기관에서 실시하여야 한다. 일본의 특정건강검진이 매년 지정된 건강검진기관에서 실시하고 있는 것과 유사하다.

한국의 일반건강검진과 일본의 특정건강검진의 차이는 한국은 1차와 2차 검진으로 진행되는 반면, 일본은 대사증후군 관리 목적의 1차 검진에 그치고 있다는 점이다. 한국 2차 검진은 몇몇 질병 의심자만을 대상으로 하고 있다는 점에서 특정질병의 조기 발견을 목표로 하고 있다.

### 1) 일반건강검진 1차 검진

#### 가) 검진항목

1차 검진 항목은 대사증후군 대상자 판별이 가능하도록 하고 있고 이 항목은 일본 특정건강검진 기본항목을 모두 포괄하고 있다(〈표 Ⅲ-12〉 참조).<sup>95)</sup>

---

94) 보건복지부 고시 「건강검진실시기준」

95) 보건복지부 고시 「건강검진실시기준」

〈표 Ⅲ-12〉 한국 1차 건강검진 목표질병 및 검사 항목

검사항목	목표질병	일반건강검진 세부항목	생애전환기건강진단 세부항목	
문진과 진찰 및 상담	건강위험평가 (진찰 및 상담은 의사만)	수검자 작성 문진표의 과거병력, 증상에 대한 상담 (질병력, 흡연, 음주, 운동, 기분상태)(주 참조)	좌동 *만 66세: 인지기능 관련 문진 문항 추가, 생애전환기 건강진단 별도 문진표 응답 추가	
	인지기능장애	문진표 인지기능 관련 문항 (만 70, 74세만 해당) * 고위험군 2차 검진	*만 40세: 기분상태 관련 문진 문항 추가	
계측검사	비만	신장, 체중, 허리둘레, BMI	좌동	
	고혈압	수축기 혈압, 이완기 혈압		
흉부방사선	시각·청각이상	시력, 청력	좌동	
요검사	폐결핵흉부질병	흉부방사선 판독		
혈액검사	요검사	신장질병	요단백	
	혈액검사	빈혈	혈색소	좌동 *만 40세 간염검사 추가 항목: B형 간염표면항원, B형간염표면항체
		당뇨병	공복혈당	
		이상지질혈증	총콜레스테롤, HDL, LDL 콜레스테롤, 트리글리세라이드(중성지방)	
		신장질병	혈청 크레아티닌, 신사구체여과율(e-GFR)	
간장질병	AST(SGOT), ALT(SGPT), 감마지티피(r-GTP),			
구강검진 (문진과 진찰 및 상담)	구강건강 (진찰 및 상담은 치과의사만)	치아검사, 치주조직검사(시진), 문진 시 치과병력·구강건강 인식도·구강건강습관 이상자는 구강보건 교육 및 상담	좌동 만 40세 추가 항목: 치면세균막 검사	
골밀도 검사	골다공증 (만 66세 여성)	해당없음	양방사선골밀도검사, 양방사선 말단골밀도 측정, 정량적 전산화 단층 골밀도 검사, 초음파골밀도 측정 중 1개	
낙상검사	노인신체기능 (만 66세)	해당없음	3m 걷기 검사, 한 발로 서기 능력 검사	

주: 일반건강검진 및 생애전환기건강진단 공통 문진표는 질병력(과거력, 가족력, 현재 약물 치료 여부, B형간염 바이러스 보유 여부), 흡연(흡연력, 현재 흡연량), 음주(현재 음주 습관), 신체활동 및 운동(현재 운동 강도 및 횟수), 인지기능(만 66세, 70세, 74세 대상으로 현재 기억력), 기분상태(만 40세 생애전환기건강진단 대상으로 귀찮고 우울한 정도, 만 66세 생애전환기건강진단은 별도 문진표로 일상생활 수행능력, 생활의욕, 낙상 및 배뇨장애 관련 추가 문진) 항목을 포함하고 있음

## 나) 결과통보 내용

검진기관은 1차 건강검진 후 15일 이내에 일반건강검진 결과통보서(〈표 Ⅲ-13〉 참조)를 작성하여 우편, 이메일, 모바일 앱 등으로 수검자에게 통보한다. 검진기관이 통보하지 않을 경우 국민건강보험공단이 통보한다. 국민건강보험공단 ‘건강 in’ 사이트에서 확인할 수도 있다.

통보내용에는 건강검진 종합소견 항목을 포함하고 있어 전체적인 건강상태 계층화가 이루어지고 있다고 할 수 있다. 대상자를 5분류 즉, 정상A, 정상B, 일반질병 의심, 고혈압 또는 당뇨병 질병 의심, 유질병자 중 선택하는 형식이다. 여기서 정상A는 1차 검진 결과 건강이 양호한 자를 말하고, 정상B는 건강에 이상은 없으나 생활습관, 환경 개선 등의 자가 관리 및 예방조치가 필요한 사람이다. 고혈압 또는 당뇨병 질병 의심자는 해당질병이 의심되는 자(확진을 위한 2차 검진 대상자), 일반질병 의심자는 질병으로 발전할 가능성이 있어 추적검사나 전문 의료기관을 통한 정확한 진단과 치료가 필요한 자, 유질병자는 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 폐결핵으로 판정받고, 현재 약물치료를 받고 있는 자를 말한다. 일본은 정상B를 대사증후군 중심으로 주의군과 위험군으로 계층화하고 있다고 할 수 있다. 한국도 대상자들이 활용할 수 있도록 정상B를 세분화할 필요가 있다.

그리고 통보내용은 대사증후군과 직접적으로 관련이 있는 주요상태 결과 항목을 포함하고 있다(〈표 Ⅲ-13〉 참조). 체질량, 혈압, 혈당, LDL콜레스테롤에 대한 각각의 3단계 평가(위험, 경계, 정상)와 음주, 흡연, 신체활동(식생활 및 스트레스 제외)에 대한 각각의 3단계 평가(위험, 경계, 정상)를 포함하고 있어 일본 특정건강검진 수진 기본항목 결과통지 내용을 포괄하고 있다.<sup>96)</sup> 이 자료를 기초로 기준에 따라 자동으로 정상B의 계층화를 세분화하여 수행할 수 있다.

한편, 건강위험평가 결과를 질병별 건강위험도와 건강위험요인을 서술하는 형식으로 포함하고 있고 생활습관평가 결과를 포함하고 있지 않다.

96) 〈부록 Ⅱ〉 참조

〈표 Ⅲ-13〉 한국 1차 건강검진 결과통보서 내용

분류	일반건강검진	생애전환기
건강검진 종합소견	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정상A, 정상B, 일반질병 의심, 고혈압 또는 당뇨병 의심(2차 검진대상), 유질병자 중 선택</li> <li>· 바로 조치가 필요한 사항 서술</li> <li>· 적극적 관리가 필요한 사항 서술</li> </ul>	좌동(40세, 66세)
주요 상태 결과	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 체질량, 혈압, 혈당, LDL 콜레스테롤 각각 3단계 평가(위험, 경계, 정상)</li> <li>· 음주, 흡연, 신체활동 각각 3단계 평가(위험, 경계, 정상)</li> </ul>	좌동(40세, 66세)
검진결과 수치	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 검사 결과 수치 모두 (계측검사, 혈액검사, 요검사, 흉부영상검사)</li> <li>· 문진표 진찰 결과를 간단히 서술(과거 병력진단, 생활습관, 일반상태, 약물치료, 외상 및 후유증, 인지기능장애)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 검사 결과 수치 모두</li> <li>- B형감염 결과(40세) 및 노인 신체기능 결과(66세) 추가</li> <li>· 문진표 진찰 결과는 좌동</li> <li>- 다만, (40세)인지기능장애 대신 우울증 검사결과 추가</li> <li>- (66세)우울증 검사결과 추가</li> </ul>
건강위험 평가 결과	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 질병별 건강 위험도 서술</li> <li>· 건강위험요인 알아보기 서술</li> <li>· 건강위험요인 조절하기 서술</li> </ul>	좌동(40세, 66세)
생활습관 평가 결과	해당없음	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 생활습관평가 결과 서술(40세, 66세)</li> <li>- 2차 검진 시 상세 설명</li> </ul>
질병예방과 일상생활 수행능력 평가 및 노인신체 기능 평가	해당없음	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 질병예방과 일상생활 수행능력 평가 결과(66세)</li> <li>- 독감예방접종, 낙상경험, 배노장애, 골다공증에 대해 '예, 아니오'로 평가</li> <li>- 일상생활수행능력 4단계 평가</li> <li>· 노인신체기능 평가결과(66세)</li> </ul>

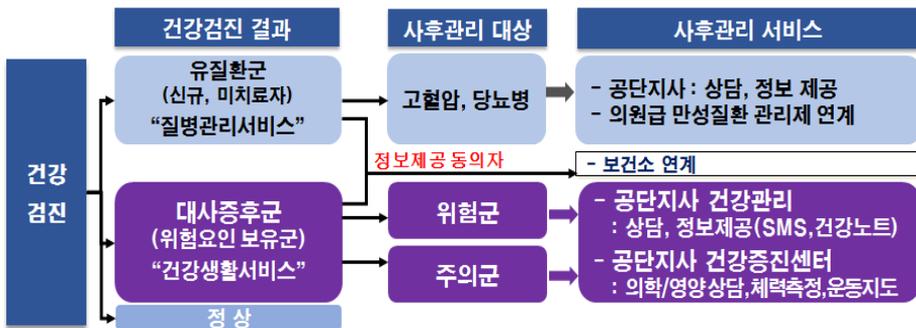
### 3) 사후관리

국민건강보험공단은 직접 1차 검진 결과에 기초하여 5가지 대사증후군 위험요인<sup>97)</sup>을 기준으로 주의군(대사증후군 위험요인 1개 혹은 2개)과 위험군(대사증후군

위험요인 3개 이상)으로 수검자를 계층화하고 있다. 계층화 기준은 일본의 기준과 사실상 동일하다. 다만, 일본은 흡연을 포함하여 고려하고 있으나 한국은 흡연을 별개로 다루고 있다는 점이 큰 차이점이다.

먼저 주의군(일본의 예비위험군)과 위험군(일본의 위험군)에게 ‘대사증후군 관리지침서’와 ‘나의 맞춤 건강노트’를 우편으로 발송한다. ‘대사증후군 관리지침서’는 모든 상담자에게 제공되는 대사증후군 관리를 위한 일반적 정보 제공서이다. 이것은 일본 특정보건지도 정보 제공지원에 해당한다. ‘나의 맞춤 건강노트’는 필요한 대상자에게 발송하여 대상자가 스스로 행동계획 실시 상황을 파악하도록 돕는 체크리스트이다. 이것은 일본 동기부여지원과 적극지원 대상자에게 제공되는 ‘행동계획 실시 상황파악 체크리스트’와 유사하다고 할 수 있다. 그리고 SMS 수신에 동의하는 경우 6개월 동안 2주 간격으로 총 12번의 건강생활 실천 메시지를 전송한다(〈그림 Ⅲ-2〉 참조).

〈그림 Ⅲ-2〉 국민건강보험공단의 일반건강검진 사후관리 체계



자료: 이선미 외 3인(2016)

그리고 국민건강보험공단은 대상자가 원하는 경우 대사증후군 위험군에 해당하면 개인 맞춤형 서비스를 직접 제공하고 있다. 6개월 동안 3회 건강 상담 전화서비스 및

- 97) 첫째, 복부비만: 허리둘레 남성 90cm 이상, 여성 85cm 이상 혹은  $BMI \geq 25kg/m^2$   
 둘째, 혈압: 수축기 혈압 130mmHg 이상 혹은 이완기 혈압 85mmHg 이상  
 셋째, 혈당: 공복혈당 100mg/dL 이상  
 넷째, 중성지방혈증: 중성지방(트리글리세라이드) 150mg/dL 이상  
 다섯째, HDL콜레스테롤혈증: HDL 콜레스테롤 남성 40mg/dL 미만, 여성 50mg/dL 미만  
 (일본은 남녀 모두 40mg/dL 미만)

정보 제공 서비스를 제공한다. 이것은 건강생활서비스 4단계 중 세 번째 단계(실천지원서비스)에 해당한다고 할 수 있다. 국민건강보험공단 지사가 운영하는 전국 17개 건강 증진센터(의사, 영양사, 운동 관련 지도자 등)에서 의학상담 및 영양상담, 체력 측정, 운동지도 등의 서비스(최대 6개월 무료)를 받을 수 있도록 하고 있다. 검진결과에 따른 건강관리를 지역보건소에서 받길 원할 경우 지역보건소와 연계하여 운동, 영양, 금연, 금주/절주, 비만 관련 상담 등의 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다.

한편, 흡연자에게는 금연프로그램 운영 요양기관과 연계하여 최대 6회 상담(2회까지 본인부담금 발생) 및 12주 약 처방 서비스를 제공하고 있다.

## 2) 일반건강검진 2차 검진

### 가) 검진항목

고혈압 또는 당뇨병 질병 의심자, 인지기능장애 고위험군에 대해서는 확진을 위해 2차 검진을 실시하고 있다(〈표 Ⅲ-14〉 참조).<sup>98)</sup> 그리고 그 결과에 기초하여 질병관리 서비스를 제공한다.

2차 검진에 대사증후군 주의군 및 위험군은 포함되어 있지 않다. 본고는 이들을 포함하여 2차 검진을 실시하면서 상담을 하고 이들의 생활습관 평가 및 처방이 이루어질 수 있도록 개선해야 한다고 본다. 그러면 그 처방에 따라 개인은 생활습관 개선을 시도할 수 있고, 비의료 민간 기관은 그 처방에 따라 실천적지원서비스를 제공할 수 있을 것으로 본다. 이렇게 되면 일본의 특정보건지도의 실천적 지도와 유사하게 대사증후군 관리가 이루어질 수 있는 것이다.

98) 보건복지부 고시 「건강검진실시기준」

〈표 Ⅲ-14〉 한국 2차 건강검진 목표질병 및 검사 항목

검사항목	목표질병	일반건강검진 대상자	생애전환기건강진단 대상자
· 건강검진 결과 상담 · 건강위험평가 상담 · 보건교육 · 결과통보 및 입력 등 (결과상담은 의사가 실시)	1차 검진 결과 상담 등	1차 검진 결과 고혈압, 당뇨병 질병 의심자로 판정된 자	1차 검진 수검자 모두
· 혈압측정	고혈압	1차 검진 결과 고혈압 의심자	좌동
· 공복혈당	당뇨병	1차 검진 결과 당뇨병 의심자	좌동
· KDSQ-C 선별검사 및 상담(결과상담은 의사가 실시)	인지기능 장애	만 70세와 74세 일반건강검진 1차 검진 수검자 중 인지기능장애 고위험군	만 66세 생애전환기건강진단 1차 검진 수검자 중 인지기능장애 고위험군
· 생활습관평가 (흡연, 음주, 운동, 영양, 비만) 생활습관 평가도구(문진표) 및 처방전 서식을 사용하며, 결과상담은 의사가 실시	생활습관	해당 없음	1차 검진 수검자 생활습관평가
· 만 40세 우울증: CES-D 선별검사 및 상담 · 만 66세 우울증: GDS 선별검사 및 상담 (결과상담은 의사가 실시)	우울증	해당 없음	1차 검진 수검자 중 우울증 고위험군

주: 처방전 사용은 사전에 준비되어 있는 양식의 해당 항목에 체크하는 형식을 취함

## 나) 결과통보 내용 및 사후관리

검진기관은 2차 일반건강검진 결과통보서를 작성하여 우편, 이메일, 모바일 앱 등으로 대상자에게 통보한다(〈표 Ⅲ-15〉 참조). 통보내용은 첫째, 건강검진 종합소견(바로 조치가 필요한 사항, 적극적 관리가 필요한 사항 서술), 둘째, 건강검진 결과(당뇨병, 고혈압 검진결과 수치와 정상, 경계, 질병 해당 등의 판정 결과 및 인지기능장애 여부)를 포함하고 있다.

〈표 Ⅲ-15〉 한국 2차 건강검진 결과통보서 내용

분류	일반건강검진	생애전환기건강진단
건강검진 종합소견	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 바로조치가 필요한 사항 서술</li> <li>· 적극적 관리가 필요한 사항 서술</li> </ul>	좌동
검진 결과	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 당뇨병 혈당수치 및 등급 판정 결과(정상, 공복혈당 장애, 당뇨병)</li> <li>· 고혈압 수치 및 등급 판정 결과(정상, 전단계, 고혈압)</li> <li>· 인지기능장애 여부</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 좌동</li> <li>· 우울증 등급 판정 결과(없음, 경계상태, 의심)</li> </ul>
생활습관 평가 결과	해당 없음	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 평가: 흡연, 음주, 운동, 영양은 3단계로 건강위험도를 평가하고 비만은 BMI 이용 4단계, 허리둘레 이용 복부비만 여부 평가</li> <li>· 처방:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>흡연 - 상담 및 교육, 니코틴 대체, 클리닉 또는 콜센터 연계</li> <li>음주 - 상담 /교육, 약물치료, 클리닉 연계</li> <li>운동 - 6개 종류 및 연계, 시간, 빈도</li> <li>영양 - 야채 등을 더 드십시오, 지방 등을 줄이십시오, 골고루 먹기 등 올바른 식사습관, 영양교실 연계</li> <li>비만 - 식사량 줄이기, 간식과 야식 줄이기, 음주 /외식 줄이기, 클리닉 연계 등</li> </ul> </li> </ul>

국민건강보험공단은 사후관리를 위해 제한적이거나 질병관리서비스를 제공하고 있다(〈그림 Ⅲ-2〉 참조). 일반건강검진 2차 검진 결과 고혈압, 당뇨병 신규 판정자는 유질병군으로 분류하여 3개월간 2회 상담을 실시한다. 1차 상담에서는 건강정보 제공, 생활습관 개선 유도, 의원급 만성질환 관리제에 대한 소개가 이루어진다. 1차 상담 후 3개월 이내 고혈압과 당뇨병 미 치료자에 대해서는 2차 안내문을 발송해 2차 상담을 실시한다.

## 나. 생애전환기건강진단

일반건강검진은 질병의 조기 발견 및 치료에 중점을 두어 예방을 위한 생활습관 개선 지원이 미흡하다는 지적을 받아 왔다. 이에 국민건강보험은 만성질환 및 건강위험요인의 조기발견 및 예방적 건강관리를 강화하기 위해 2007년 4월 생애전환기건강진단 제도를 도입하기에 이른다.

생애전환기건강진단은 일반건강검진 대상자와 의료급여수급권자 중 생애전환기(중년기 만 40세, 노년기 만 66세, 일반건강검진 대상에서는 제외)에 해당하는 인구를 대상<sup>99)</sup>으로 생애 2회 실시한다.

### 1) 생애전환기건강진단 1차 검진

생애전환기건강진단은 일반건강검진과 마찬가지로 1차와 2차 진단으로 이루어진다. 1차 검진 항목은 일반건강검진 항목을 모두 포함하고 추가로 연령별 맞춤형 건강검진을 실시하고자 만 66세 여성에 대한 골다공증 검사, 만 66세 노인에게 대한 노인신체기능 검사항목 등을 포함하고 있다(〈표 Ⅲ-12〉 참조).

### 2) 생애전환기건강진단 2차 검진

생애전환기건강진단은 일반건강검진과 다르게 1차 진단 결과와 관계없이 수검자 모두가 2차 검진을 받도록 하고 있다. 2차 검진 항목은 일반건강검진 2차 검진항목을 모두 포함하고 있다. 또한, 1차 건강진단에 기초한 상담, 생활습관 평가도구(문진표) 및 처방전 서식(〈표 Ⅲ-16〉 참조)을 사용한 생활습관 평가(흡연, 음주, 운동, 영양, 비만) 및 처방, 1차 검진 수검자 중 우울증 고위험군에 대한 검사를 포함하고 있다(〈표 Ⅲ-14〉 참조). 여기서 생활습관 평가 및 처방은 일본의 특정보건지도 기관이 실시하는 초회 면담과 유사한 성격을 지니고 있다고 할 수 있다.

99) 「건강검진실시기준」 제2조 제4호

〈표 Ⅲ-16〉 한국 생애전환기 건강검진 생활습관 평가 도구 및 처방전 서식

종류	생활습관 평가 도구(문진표)	처방전 서식 내용	
		평가 결과	처방
금연	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 변화단계 질문(1개월 이내에 담배를 끊을 계획이 있으십니까? 등)</li> <li>· 자기효능감 질문(오늘 금연을 한다면 금연 성공을 얼마나 확신하십니까?)</li> <li>· 기타 흡연 습관 질문 (하루에 담배를 몇 개비나 피우십니까? 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 니코틴 의존도 3단계 (낮음, 중간, 높음)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[5가지]</li> <li>· 지속적 금연 상담 및 교육 필요</li> <li>· 니코틴 대체요법 필요</li> <li>· 금연 약물 복용 필요</li> <li>· 금연지원 서비스 (클리닉 또는 콜센터)에 의뢰</li> <li>· 기타</li> </ul>
운동	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1주일에 운동 정도 · 심장에 문제가 있어 의사 권고 받은 경험 여부</li> <li>· 운동할 때 가슴통증 여부 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 3단계 (부족, 기본, 충분)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[3가지]</li> <li>· 운동 종류 11가지 중 선택 (빠르게 걷기, 걷기, 수영, 등산, 수중운동, 자전거, 에어로빅, 댄스, 근력운동, 요가, 기타)</li> <li>· 시간 4가지 중 선택(10분, 15~30분, 30분 이상)</li> <li>· 빈도 3가지 중 선택 (주 1~2회, 주 3~4회, 주 5회 이상)</li> </ul>
영양	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 우유나 칼슘강화두유, 기타 유제품(요구르트 등)을 매일 1컵 이상 마시는 정도</li> <li>· 육류, 생선, 달걀, 콩 등으로 된 음식을 매일 3회 이상 먹는 정도</li> <li>· 김치 이외의 채소를 식사할 때마다 먹는 정도 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 3단계 (나쁨, 보통, 양호)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[12가지 중 선택]</li> <li>· 더 드십시오: ①저지방 우유/요구르트/칼슘강화두유, ②콩/두부/생선/육류, ③ 야채, ④ 과일,</li> <li>· 조리방법: ⑤볶음보다 구이/찜, ⑥살코기 위주)</li> <li>· 줄이십시오: ⑦ 아이스크림/과자 등 단순당, ⑧국물보다 건더기/젓갈 등 염분)</li> <li>· 올바른 식습관: ⑨아침식사 하기, ⑩골고루 먹기, ⑪외식 줄이기, ⑫ 매일 물 8잔 이상</li> </ul>

자료: 보건복지부 고시, 「건강검진실시기준」

〈표 Ⅲ-17〉 한국 생애전환기 건강검진 생활습관 평가 도구 및 처방전 서식(계속)

종류	생활습관 평가 도구(문진표)	처방전 내용	
		평가 결과	처방
비만	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 변화단계 질문(정상 체중 유지에 관심이 있는 정도(관심이 없다, 관심이 있다, 매우 관심이 있다))</li> <li>· 신장, 체중, 허리둘레, 체질량지수 계측 결과</li> <li>· 체중이 20대 초반이었을 때와 비교하여 10kg 이상 늘었는지 여부</li> <li>· 체중감량 시도 횟수</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 4단계 (저체중, 정상체중, 비만, 고도비만)</li> <li>· 복부비만 여부</li> <li>· 현재 체중으로 동반 질병(심·뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압, 이상지혈증 등)이 발생할 위험 정도</li> <li>6단계(낮음부터 매우 증가)</li> </ul>	[2가지] <ul style="list-style-type: none"> <li>· 목표 체중 설정</li> <li>· 비만 처방 6가지 중 선택:               <ol style="list-style-type: none"> <li>①식사량을 줄이십시오,</li> <li>②간식/야식을 줄이십시오,</li> <li>③외식과 패스트푸드를 줄이십시오,</li> <li>④흡연/음주/운동/영양 처방을 받으록 하십시오,</li> <li>⑤약물 치료가 필요합니다,</li> <li>⑥기타</li> </ol> </li> </ul>
음주	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 음주습관에 대한 질문</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 4단계(적정, 위험, 남용, 알코올 의존)</li> </ul>	[3가지] <ul style="list-style-type: none"> <li>· 상담 및 교육 필요합니다 (머칠 동안 반드시 금주가 필요합니다 등 4가지 중 선택)</li> <li>· 약물 처방합니다</li> <li>· 관리 의뢰</li> </ul>

주: 각 처방전별로 생활습관 개선을 통해서 호전을 기대할 수 있는 질병상태를 열거해 놓고 그 중 선택하도록 하고 있음

2차 검진 후 검진기관은 수검자에게 생애전환기건강진단 결과통보서를 우편, 이메일, 모바일 등으로 통보한다.<sup>100)</sup> 검진기관이 통보하지 않을 경우 국민건강보험 공단이 통보한다.

통보내용은 2차 일반건강검진 통보내용(건강검진 종합소견, 당뇨병, 고혈압, 인지 기능장애 3가지 검진결과 수치와 정상여부 판정 결과)과 2가지가 다르다. 첫째, 우울증 검진 결과를 추가하고 있다. 그리고, 흡연, 음주, 운동, 영양, 비만 5가지에 관한 생활습관평가 결과 및 처방을 포함하고 있다(〈표 Ⅲ-15〉 참조). 이러한 처방은 구체성은 부족하지만 일본의 특정보건지도 기관 초회 면담과정에서 이루어지는 계획 수립 내용과 유사한 성격을 지니고 있다고 할 수 있다. 이 처방에 기초하여 개인이 자신의

100) 보건복지부 고시, 「건강검진실시기준」 제11조 제1항 제7호

생활습관을 개선하거나 다이론 통합모형을 고려하는 등 공적이든 사적이든 실천지원서비스를 효과적으로 제공할 수 있도록 개선해야 한다고 본다.

## 다. 검진 실적 현황 및 문제점

### 1) 실적 현황

최근 수검률은 증가추세를 이어가고 있다. 5년간 건강검진종별 수검률을 비교해 볼 때, 일반건강검진은 2011년 72.6%에서 2016년 77.7%로 5.1%p 증가하였으며, 생애 전환기건강진단은 2011년 70.7%에서 2016년 79.3%로 8.6%p 증가하였다(〈표 Ⅲ-18〉 참조).

〈표 Ⅲ-18〉 2011~2016년 건강검진 수검률 추이

(단위: 천 명, %, %p)

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011 대비 2016 증감
일반 건강검진	대상인원	15,250	15,673	15,776	16,456	17,357	17,633	2,383
	수검인원	11,071	11,419	11,381	12,302	13,213	13,709	2,638
	수검률	72.6	72.9	72.1	74.8	76.1	77.7	5.1
생애전환기 건강진단	대상인원	1,073	1,053	1,132	1,098	1,053	1,057	△16
	수검인원	758	755	819	826	812	839	81
	수검률	70.7	71.7	72.4	75.2	77.1	79.3	8.6

주: 수검률(%) = (수검인원/대상인원) \* 100

자료: 국민건강보험 보도자료(2017. 11. 22), “2016년 건강검진통계연보”

1차 일반건강검진의 종합판정 비율은 정상A 7.4%, 정상B 34.6%, 질병 의심 37.2%, 유질병자 20.8%로 나타났다. 2016년 일반건강검진 1차 판정 비율은 고령화 등의 영향으로 2011년에 비해 정상A와 정상B는 감소하였고 질병 의심 및 유질병자는 증가하였다. 정상B가 건강생활서비스의 주요 대상이다(〈표 Ⅲ-19〉 참조).

〈표 Ⅲ-19〉 연도별 1차 건강검진 판정비율 현황

(단위: %, %p)

구분		일반건강검진						2016 생애검진	
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	40세	66세
정상	계(A+B)	49.4	47.7	46.5	44.5	42.8	42.0 (△7.4)	52.8	17.0
	정상A	10.2	9.6	8.9	8.4	7.9	7.4 (△2.8)	10.6	1.3
	정상B	39.2	38.1	37.6	36.1	34.9	34.6 (△4.6)	42.2	15.7
질병 의심 = (일반질병)+ (고혈압+당뇨병)		35.5	35.4	35.1	36.6	38.5	37.2 (1.7)	41.9	35.3
유질병자		15.1	16.9	18.4	18.9	18.7	20.8 (5.7)	5.3	47.7

주: 1) 괄호 안은 2011년 대비 2016년 증감을 나타냄

2) 고혈압과 당뇨병은 중복 수검가능

자료: 국민건강보험 보도자료(2017. 11. 22), “2016년 건강검진통계연보”

일반건강검진과 생애전환기건강진단의 1차 검진 결과 당뇨병, 고혈압 의심자는 2차 검진 대상이다. 생애전환기건강진단의 경우 2차 수검률은 40세의 경우 42%, 66세 60.9%, 일반건강검진은 49.9%로 전체적으로 낮은 편은 아니라고 할 수 있다(〈표 Ⅲ-20〉 참조). 2차 검진 대상은 건강생활서비스 대상이 아니다.

〈표 Ⅲ-20〉 2016년 2차 건강진단 유질병 판정 비율 현황

(단위: 명, %)

구분		생애전환기건강진단		일반건강검진
		40세	66세	
1차 고혈압, 당뇨병 의심자		42,970	26,787	1,118,377
2차 고혈압, 당뇨병 수검인원		18,056	16,307	557,835
2차 고혈압, 당뇨병 수검률		42.0	60.9	49.9
당뇨병	수검인원	5,568	6,210	212,821
	판정비율	58.1	49.5	50.5
고혈압	수검인원	12,488	10,097	345,014
	판정비율	54.3	43.9	52.1

자료: 국민건강보험 보도자료(2017. 11. 22), “2016년 건강검진통계연보”

건강생활서비스의 대상자를 구체적으로 보면, 일반건강검진 수검인원 1천5백만 명 중 25%가 대사증후군 위험군인 것으로 나타났으며, 47.6%가 주의군으로 나타났다. 1개 이상의 위험요인을 가지고 있는 사람이 72.6%에 이르는 것이다(〈표 Ⅲ-21〉 참조). 그러나 이들에 대한 사후관리는 양적으로 그리고 질적으로 미흡하다는 것이 지속적으로 지적되어 오고 있다. 이들이 질병자로 판정되는 것을 줄이는 대책이 필요한 상황이다.

〈표 Ⅲ-21〉 2016년 일반건강검진 대사증후군 위험요인 보유 현황

(단위: %)

구분	전체	주의군(1~2개)			위험군(3~5개)			
		소계	1개	2개	소계	3개	4개	5개
계	72.6	47.6	26.1	21.6	25.0	14.8	7.8	2.4
남성	79.8	51.4	26.6	24.9	28.4	17.3	8.7	2.3
여성	64.3	43.2	25.5	17.8	21.1	11.9	6.7	2.4

주: 1) 위험요인: 복부비만, 높은 혈압, 높은 혈당, 고중성지방혈증, 낮은 HDL 콜레스테롤혈증

2) 생애전환기건강진단에 대한 대사증후군 위험요인 현황은 발표되고 있지 않음

자료: 국민건강보험 보도자료(2017. 11. 22), “2016년 건강검진통계연보”

## 2) 문제점

한국 건강검진제도는 1차 수검률은 높은 수준이다. 이것은 대사증후군 관련하여 풍부한 자료가 확보되고 있다고 할 수 있다. 그러나 이를 이용한 사후관리에 관련해서는 공식적으로 실적과 효과에 관한 자료가 발표되고 있지 않다. 이렇게 양적으로 풍부한 검진자료를 국민건강 증진을 위해 어떻게 효과적으로 사후관리에 활용해야 할지 검토할 필요가 있다고 본다.

한국 국가건강검진체계의 문제점에 대한 몇 가지 논의가 있다. 전체적으로 복잡한 국가건강검진 체계, 한국인의 특성을 고려한 목표질병과 검사방법의 타당성 부족, 검진 프로그램의 비효율적 운영, 검진 사후관리 미흡, 검진 효과의 평가체계 부재 등으로 분류할 수 있다. 본고는 본고의 연구 목적에 맞추어 검진 사후관리 미흡, 검진 효과의 평가체계 부재에 관해 검토하고자 한다.

한국 일반건강검진 수검률은 높은 상태(2012년 72.9%)에 있지만 사후관리율은 저조한 상태(2012년 21.6%)에 있다는 것은 지속적으로 지적되고 있는 상황이다.<sup>101)</sup> 실제로 수검자들은 검진 결과를 단순히 통보함에 그치고 검진 결과에 대한 불충분한 설명과 상담 및 지속적 관리 부재 등을 문제로 제기하고 있다.<sup>102)103)104)</sup>

공적 부문에서는 이러한 문제에 대한 대책으로 검진에 대한 수검자의 인식 및 검진 결과에 대한 이해도를 높이고, 사후관리가 1회성에 그치지 않고 계속적으로 이루어져야 하며, 대사증후군 관리의 경우 국민건강보험공단의 17개 건강 증진센터와 보건소(서울시는 별도의 프로그램을 운영 중임)에 국한되어 있는 제공기관을 확대하여 지역적 접근성을 높여야 한다는 것 등을 제안하고 있다.<sup>105)106)107)</sup> 하지만 이는 공적 부분 내에서 모든 대책을 찾고 있어 다각적인 대안을 제시하고 있다고 보기는 어렵다. 그리고 국민건강보험 재정 문제, 지역적 형평성 문제 등 먼저 해결해야 할 문제들을 안고 있다고 본다.

검진효과 평가체계 부재로 인해 효과적인 검진정책 개발에 어려움을 겪고 있다. 검진효과는 사후관리를 통해서 구현될 것인데 사후관리에 참여하더라도 1회 참여에 대한 서비스 제공에 그치고 그에 대한 성과평가가 이루어지고 있지 않다. 그 결과에 따라 다음 회에 적절한 서비스를 제공할 수 있도록 하는 체계가 구축되어 있지 않다. 앞에서 조사한 일본의 특정건강검진 및 특정보건지도 성과평가 사례를 참조할 수 있다.

본고는 단일 프로그램이 갖는 서비스 내용의 획일성 문제와 대상자에 대한 인센티브 부재도 참여율을 낮추고 있다고 본다. 일본의 경우도 특정보건지도 참여율이 낮은 것이 문제였다. 일단 참여한 자는 생활습관이 개선되는 것으로 나타나므로 참여율을 높이는 것이 두 나라 모두에게 중요한 과제인 듯하다. 본고는 민간부문을 활

101) 조비룡(2015)

102) 오임정 · 최효윤 · 강서영 · 이정아 · 김영식(2017)

103) Shin YS, Park CY, Jung SH, Jung HY, Kang HY(2006)

104) Yeo JY, Jeong HS(2012)

105) 오임정 · 최효윤 · 강서영 · 이정아 · 김영식(2017)

106) Jeon CS(2008)

107) Shin ST(2015)

용하여 공적 부문이 안고 있는 1회성 사후관리, 획일성, 인센티브 부재 문제를 해소하는 방법으로 사후관리 참여율을 높일 수 있는 방안을 제안하고자 한다. 그리고 검진효과 평가가 가능한 대안을 찾고자 한다.

### 3. 한국 보험회사의 건강생활서비스

#### 가. 현황

한국 보험회사는 몇 년 전부터 피보험자에게 생활습관 변화를 위한 실천지원서비스 및 인센티브 제공을 시작하였다. 대표적으로 A생명보험회사는 2015년부터 세계적인 다이어트 앱 제공회사와 제휴하여 온라인보험과 연동된 운동 및 신체활동과 식생활 중심의 개입서비스를 제공하고 있다. 그리고 건강마일리지를 운영하여 1보 당 1포인트, 초록색 음식 섭취 시 최대 2천 포인트를 부여하여 1달에 15만 포인트를 달성하면 온라인보험 피보험자에게 인센티브로 현금 2,000원을 제공한다(〈표 III-22〉 참조).

B생명보험회사는 운동 및 신체활동을 지원하기 위해 게임의 요소를 적용한 생활습관 변화 실천지원서비스 및 인센티브를 제공하는 앱을 운영하고 있다. 이 앱은 뉴욕, 파리, 홍콩, 제주 등 국내외 도시를 목적지로 설정하고 다양한 미션을 수행하며 해당 거리만큼 걷도록 하고 있다. 그리고 추첨을 통해 국내외 여행권, 이어폰, 운동화 상품권, 건강음료, 기프트콘을 인센티브로 제공하고 있다.

C생명보험회사는 2017년 4월 오프라인에서 게임의 개념을 적용하여 재미있게 신체활동을 유도하는 생활습관 변화 실천지원서비스 및 인센티브 제공을 시작하였다. 일정 공간에 건강에 대한 이해(Know Your Health) 존, 건강 증진(Improve Your Health) 존, 보상혜택(Enjoy the Reward) 존을 마련하여 개인이 직접 참여할 수 있도록 하고 있다. 건강에 대한 이해 존에서는 본인의 체중·신장을 측정하고, 체성분 측정기를 통한 체지방·골격근량 등을 직접 측정할 수 있도록 하고 있다. 건강 증진 존에서는 다양한 트렉킹 코스를 접목한 러닝머신, 농구 게임 및 동작 인식 게임 프로그

램 등의 기구들을 체험해 볼 수 있도록 하고 있다. 보상혜택 존에서는 신체 상태에 대한 간단한 체크와 참여자에게 건강음료 등의 인센티브를 제공하고 있다. 이 회사는 향후에 이러한 서비스와 인공지능 Aibril(에이브릴)을 결합하여 건강관리 플랫폼을 개발한다는 계획이다. 참여자가 스스로 건강한 생활습관을 갖게 함으로써 만성질환에 대한 위험을 줄이는 것이 목적이다.

〈표 III-22〉 보험회사의 생활습관 변화 실천지원서비스 및 인센티브 사례

회사	서비스 종류	내용
A생명	생활습관 변화 자가실천 지원 앱	· 신체활동 지원: 운동법에 관한 정보, 만보기 기능 제공 · 식이요법 지원: 조리방법, 칼로리, 재료, 이미지, 영양정보를 아침, 점심, 저녁, 간식으로 나누어 제공
	인센티브	· 건강마일리지를 운영하여 1보 당 1포인트, 초록색 음식 섭취 시 최대 2천 포인트를 부여하여 1달에 15만 마일리지를 달성하면 온라인보험 피보험자에게 현금 2,000원 제공
B생명	생활습관 변화 자가실천 지원 앱	· 신체활동을 지원: 몇몇 국내외 지역을 정해놓고 다양한 미션을 수행하며 해당 거리만큼 걷도록 하는 게임의 요소를 적용한 앱 운영
	인센티브	· 추첨을 통해 국내외 여행권, 이어폰, 운동화상품권, 건강음료, 기프트콘 제공
C생명	생활습관 변화 실천지원 오픈 라인 시설	· 건강에 대한 이해 존: 본인의 체중·신장을 측정하고, 체성분 측정기를 통한 체지방·골격근량 등을 직접 측정 · 건강 증진 존: 다양한 트레킹 코스를 접목한 러닝머신, 농구 게임 및 동작 인식 게임 프로그램 등의 기구를 체험
	인센티브	· 보상혜택 존을 설치하여 신체 상태에 대한 간단한 체크 서비스 및 건강음료 등 제공
D손해	피보험자 질환 자가 관리 및 예방 지원	· 당뇨관리용 앱을 설치하여 보험상품 피보험자가 활동량, 식사량, 혈당 등의 정보를 입력하면 상태에 따른 교육 자료와 권장 운동량, 식사량에 대한 맞춤 메시지를 1년간 무상 발송함
	인센티브	· 피보험자가 기간별 혈당 조절에 성공했을 경우 인센티브를 걸음 수, 식사량, 혈당 입력횟수에 등에 따라 1·4·12개월로 구분해 포인트로 지급함 · 계약일로부터 1년 후 혈당 수치를 확인해 설정 목표에 도달했을 경우, 건강체인 경우 1만 포인트, 당뇨유병자의 경우 10만 원의 인센티브를 추가로 지급함

자료: 1) 조용운·오승연(2017)  
2) 이정택(2017. 8)

D손해보험회사는 2017년 중반에 당뇨증상을 가지고 있는 사람과 건강한 사람 모두에게 당뇨관리용 앱서비스를 1년 동안 무상 제공하는 보험상품을 개발하였다. 당뇨관리용 앱을 설치하여 피보험자가 활동량, 식사량, 혈당 등의 정보를 입력하면 건강상태에 따른 교육 자료와 권장 운동량, 식사량에 대한 맞춤 메시지를 발송한다. 피보험자가 기간별 혈당 조절에 성공했을 경우 인센티브를 걸음 수, 식사량, 혈당 입력 횟수에 등에 따라 1·4·12개월로 구분해 포인트로 지급한다. 계약일로부터 1년 후 혈당 수치를 확인해 설정 목표에 도달했을 경우, 건강체인 경우 1만 포인트, 당뇨유병자의 경우 10만 원의 인센티브를 추가로 지급한다.

## 나. 문제점

현재 보험회사 프로그램은 참여자의 건강상태 및 생활습관을 평가하고 이에 기초하여 생활습관 변화를 위한 직접 개입서비스를 제공하고 있지 않다. 스스로 참여를 결정하고, 스스로 생활습관을 평가하며, 스스로 개선을 위해 실천할 수 있도록 하는 자가진단 프로그램을 제공하고 있는 것이다. 건강생활서비스는 서비스 제공 주체가 개인의 건강상태 혹은 생활습관을 평가하고 그에 기초하여 정보 제공, 운동지도, 영양지도 등 개선을 위한 직접 개입을 하는 것이라고 보면, 현재 보험회사가 제공하는 서비스는 건강생활서비스와 성격이 다르다고 할 수 있다.<sup>108)</sup>

이러한 자가 관리 지원서비스는 「모바일 의료용 앱 안전관리 지침」<sup>109)</sup> 및 「의료기기와 개인용 건강관리(웰니스) 제품 판단 기준」<sup>110)</sup>을 따르고 있다고 할 수 있다. 「모바일 의료용 앱 안전관리 지침」은 의료기기에 해당하는 의료 목적의 모바일 앱과 의료기기에 해당하지 않는 비의료 목적의 모바일 앱을 구분하고 해당 제품을 예시하고 있다. 예시는 일반적 의료정보를 제공하는 앱과 환자 맞춤형 진단·치료법 제공 없이 자가 건강관리를 돕는 앱으로 구분하고 있다. 여기서 자가 건강관리를 돕는 앱은 고

108) 생활습관 개선을 목적으로 한다는 측면에서 건강생활서비스에 포함시킬 수도 있다고 봄

109) 식품의약품안전처(2013)

110) 식품의약품안전처(2015)

혈압, 비만, 당뇨 환자들의 영양섭취, 체중조절 등을 안내하는 앱 등 비만, 당뇨 환자들의 영양섭취 및 생활습관 등을 관리할 수 있도록 돕는 것이다.

「의료기기와 개인용 건강관리(웰니스) 제품 판단 기준」은 의료기기와 의료기기에 해당하지 않는 개인용 건강관리 제품을 구분하여 해당제품을 예시하고 있다. 여기서 의료기기에 해당하지 않는 개인용 건강관리 제품은 일상적 건강관리용과 만성질환자 자가관리용으로 구분하고 있다. 일상적 건강관리용은 어떤 질병이나 상태를 언급하지 않고 일반적인 건강상태와 관련된 기능 및 상태의 유지·향상을 목적으로 하는 것으로 생체 현상 측정·분석용 등이다. 만성질환자 자가관리용은 건강한 생활방식을 선택할 수 있도록 유도·장려하여 특정한 만성질환 또는 상태의 위험을 줄이거나 유지하는데 도움이 됨을 목적으로 하는 것으로 만성질환 현상 관리용 등이다.

전체적으로 보험회사는 사실상 건강생활서비스의 실천지원서비스를 운영하고 있다고 보기 어려운 상황이다. 개인에 대한 평가 및 직접 개입이 참여 유도 및 건강 증진에 효과적이라고 보고, 본고는 직접적인 개입이 가능한 보험상품 개발 및 독립적인 프로그램 개발이 이루어질 수 있는 방안에 대해서 제안하고자 한다. 이는 국민건강보험 사후관리의 문제점 해결 방안과 연계하여 수행하고자 한다.

한편, 현재 보험회사가 제공하고 있는 인센티브는 그 대상이 단순할 뿐만 아니라 참여 및 행동기반에 집중되어 있고 성과기반은 D손해보험회사의 경우에 불과하다. 서비스 제공의 효과를 높이기 위해서는 인센티브 전략이 중요하다. 본고는 효과적 인센티브 전략을 제안하고자 한다.

---

## IV. 건강생활서비스와 인센티브

---

2017년 11월 2일 정부는 보험회사가 보험계약자 등의 건강관리노력 및 성과에 따라 보험료 할인 등의 인센티브를 제공할 수 있도록 하는 '건강 증진형 보험상품 가이드라인'을 발표하였다. '보험'과 '스마트 헬스케어 서비스' 등이 결합된 건강 증진형 혁신 보험상품 개발을 촉진하겠다는 것이 주요 취지이다.

이 가이드라인은 질병 및 사망보험 등 건강관리 노력과 관련된 새로운 보험상품 개발 및 기존 보험상품의 '특약' 개발을 통해 인센티브 제공이 가능하도록 하였다. 인센티브는 건강관리용 웨어러블 기기 구매비용 보조, 보험료 할인, 보험금 증액, 캐시백, 포인트, 건강 관련 서비스 등 광범위하게 허용하고 있다.

그러면 인센티브 효과를 극대화할 수 있는 방법은 무엇인가? 본고는 4장에서 인센티브 효과 극대화 전략에 대해서 다루고자 한다. 생활습관 변화는 복잡하고 장기간에 걸쳐 이루어지며 스스로 실행하기 쉽지 않아 지속적인 동기부여가 필요하다. 동기부여의 한 방법으로서 인센티브가 흔히 이용된다. 인센티브는 제공 방식에 따라 개인의 생활습관 변화에 미치는 효과의 크기 및 지속 기간이 다를 수 있다. 본 장에서는 인센티브 제공의 효과성에 대한 다양한 연구 결과, 미국의 인센티브 전략에 대한 평가, 그리고 최근 행동경제학에 근거한 인센티브 제도 발전 방향 등을 살펴봄을 통해 초기적 수준에 머물러 있는 한국 인센티브 제공 전략에 대한 시사점을 도출하고자 한다.

## 1. 인센티브 유형 분류

### 가. 인센티브 제공 기준에 따라

인센티브는 제공되는 기준에 따라 크게 참여기반과 성과기반 보상으로 분류할 수 있다. 참여기반 보상(Participatory Rewards) 방식은 다시 단순참여와 행위기반(Activity-only Rewards)으로 세분화할 수 있다. 단순참여 보상은 개인의 건강을 증진시키는 소비 혹은 건강검진 등 주로 일회성 이벤트에 참여하는 것 자체로 인센티브를 제공하는 것을 말한다. 단순참여 보상의 경우 누구나 쉽게 참여할 수 있어 많은 사람이 혜택의 대상이 된다는 장점이 있으나, 건강위험을 발견하기 위한 검사만으로 실제 건강한 생활을 실천하는 것은 아니므로 그 다음 단계로 발전이 보장되지 않는 문제가 있다. 행위기반 보상 방식은 지정된 행위를 수행 혹은 해당 프로그램 과정을 완료했을 때 인센티브를 제공하는 것이다. 주로 금연 프로그램을 마친 경우에 인센티브를 제공하는 것이 여기에 해당된다. 행위기반 보상의 경우는 건강한 생활습관을 실제로 실천하게 되는 계기가 되지만 요구되는 프로그램이 끝난 후에는 지속되기 어려운 한계가 있다.

성과기반 보상(Outcome-based Rewards) 방식은 특정한 목표치나 건강상태를 미리 설정하고 이를 달성해야만 인센티브를 제공하는 방식이다. 성과기반 보상의 경우 목표 달성 및 실천 유지에 효과적이며 개인 특성을 반영하여 적절한 도움을 줄 수 있다는 장점이 있으나, 여러 보상 형태 중 비용이 가장 많이 들며, 가장 심한 개입이 이루어지므로 사생활 침해에 대한 우려가 있다.

### 나. 제공 형태 및 시점에 따라

인센티브는 제공되는 형태에 따라 현금 보조금과 보험료 할인 보조금으로 나눌 수 있다. 초기 인센티브는 쿠폰이나 현금 등 비교적 단순한 형태였으나, 현재 미국의 경우 대부분 보험료 할인 형태를 취하고 있다. 현금 형태의 인센티브와 보험료 할인의

차이는 다음과 같다. 현금보상은 받는 즉시 눈으로 확인할 수 있어 체감효과가 큰 반면, 보험료 할인의 경우는 매달 일정하게 작은 액수로 나뉘지고 직접 손에 잡히는 현금 지급방식이 아니므로 체감효과가 크지 않을 수 있다.<sup>111)</sup> 반면, 현금보상은 세금을 내야하는 단점이 있으며, 특정 행위에 대한 보상이므로 장기적으로 생활습관의 변화를 가져오는 데 한계가 있을 수 있다.

다음으로 제공되는 시점에 따라 즉시보조금과 사후보조금으로 나눌 수 있는데, 보조금이 지급되는 시점은 건강 증진 효과뿐만 아니라 필요한 자원 수준에도 영향을 줄 수 있다. 즉시보조금은 건강 증진에 도움이 되는 물품을 구매하는 시점에 혹은 건강 증진 프로그램에 등록하는 순간에 즉각적인 인센티브를 제공하는 것이며, 사후보조금은 건강 관련 행위의 수행이나 건강상태에 따라 사후적으로 보상받는 것을 말한다. 행위 혹은 성과기반 보상, 그리고 보험료 할인할증 등은 사후보조금으로 볼 수 있다. 건강한 소비를 진작시키는 목적에서는 즉시보조금이 사후보조금보다 효과가 클 수 있다.<sup>112)</sup> 즉시보조금과 사후보조금의 심리적 동기유발 효과를 행동경제학적으로 비교해 보면, 쌍곡형 할인(Hyperbolic Discounting)<sup>113)</sup>으로 인해 현재의 보조금이 미래의 보조금보다 훨씬 크게 평가될 수 있다. 동일한 건강 증진 효과를 가져오기 위해서는 미래 시점에 지급되는 보조금의 규모가 즉시보조금에 비해 훨씬 커야 하며, 따라서 인센티브 제공자의 재정 부담이 더 커질 수 있다.

마지막으로 인센티브의 또 다른 유형으로 건강에 좋은 행위에 대한 보상으로 제공하는 방법 또는 건강에 나쁜 행위에 대한 패널티로 제공하는 방법이 있다. 보상과 패널티 중 어느 것이 더 효과적인지에 대한 명확한 증거는 없다. 그러나 건강에 좋은 행위에 대한 보상을 할 때는 보험료를 할인하는 방식과 따로 현금으로 지급하는 방식 모두가 가능하다. 패널티의 경우는 따로 소비자에게 현금을 부담하도록 하기 어렵기

111) 현금은 즉시 보조금의 일종이고 보험료 할인은 사후보조금의 일종으로 이러한 체감효과와 차이는 인센티브 제공 시점의 차이와 비슷함

112) Kamila Danilowicz and Robert Schwager(2013)

113) 쌍곡형 할인은 평가 대상의 가치가 처음에는 급격히 감소하지만 시간이 흐르면서 가치가 감소하는 비율이 줄어들게 드는 할인 방식임. 유사한 개념으로 시간의 경과에 따라 일정한 비율로 평가대상의 가치가 감소하는 지수형 할인(Exponential Discounting)이 있음

때문에 보험료 할증방식으로 적용될 수밖에 없다.

한편, 보상방식 인센티브의 또 다른 이슈는 담배를 피우지 않는 사람 입장에서 흡연자에게 금연에 대한 보상을 제공하는 것이 공정하지 못하다고 느끼는 문제가 존재한다.

## 2. 인센티브의 효과성 평가

인센티브는 제공받는 대상의 현재 건강상태로부터 미래의 목표치인 상태로 변화시켜주는 촉매제 역할이라고 볼 수 있다. 많은 사례 연구들이 인센티브 제공이 건강 증진 효과를 가진다고 보고하고 있다.<sup>114)</sup> 하지만 의료비 절감효과를 가지는지, 장기적인 생활습관 변화를 가져오는지에 대해서는 서로 다른 연구 결과들이 존재하여 아직 확실히 정립되지 않은 상태이다.

인센티브의 효과성은 제공되는 기준과 더불어 제공 시점, 제공 형태, 그리고 어떻게 인식되는가에 따라 달라진다. 건강생활서비스가 가장 발달한 국가인 미국의 인센티브 효과에 대한 평가는 우리에게 많은 시사점을 제공해 준다. 본 절에서는 인센티브의 다양한 유형에 따른 효과성과 지속성에 대한 연구결과들을 살펴보고, 최근 미국의 인센티브 효과에 대한 평가를 정리해보고자 한다.

### 가. 인센티브 유형에 따른 효과성 비교

인센티브의 두 가지 형태인 참여기반과 성과기반 보상의 효과를 비교해 보자. 일회적 혹은 단기적인 참여기반 인센티브의 효과는 행동변화가 단순하고 한 번만 요구될 때, 제공되는 인센티브 규모가 클수록, 생활습관 변화의 초기 단계일수록 큰 것으로 나타난다.<sup>115)</sup> 그러나 이 경우 인센티브 제공이 중단된 후 그 효과가 장기적으로 지속되기 어렵다.<sup>116)</sup>

114) RAND Health(2013); Kaiser Family(2016)

115) Hall, Jane(2009)

성과기반 인센티브는 참여 및 행위기반 보상과 비교해서 효과는 더 오래 지속되지만 인센티브 조건을 확인하는 과정에서 비용이 소요되며, 보상을 받기위한 조건이 참여기반 보상보다 어렵기 때문에 상대적으로 더 큰 규모의 인센티브를 제공해야 한다. 미국 GE사 흡연자 878명을 대상으로 금연 인센티브를 제공한 사례를 보면, 금연 프로그램 이수 시 \$100, 3개월 이상 금연 시 \$250, 6개월 이상 금연 시 추가 \$400를 인센티브로 지급하였다.<sup>117)</sup> 참여보상에 비해 성과보상의 인센티브 제공 액수가 커짐을 알 수 있다. 그런데 성과보상 효과가 더 큰지는 불분명하다. 전체적으로는 9개월 이상 금연율의 경우 인센티브 받은 그룹이 받지 않은 그룹보다 3.16배 높게 나타났다.

일반적으로 인센티브라는 것 자체가 성과에 기반한 보상이기 때문에, 성과기반 보상이 참여기반 보상보다 건강에 대한 개인의 책임성을 높이고 따라서 건강 증진이라는 목표에 더 효과적일 것이라고 생각할 수 있다. 하지만 최근의 연구 결과는 반드시 그렇지 않다는 것을 보여준다.<sup>118)</sup> 이 실험은 건강검진을 받은 개인들이 기준 연도 대비 1년 후에 BMI와 혈압, 콜레스테롤(HDL) 수치 등 건강상태의 개선이 얼마나 이루어졌는지 비교한 것이다. 참여기반 인센티브와 성과기반 인센티브 효과를 비교하기 위해 4가지 서로 다른 인센티브 유형을 비교하였다. 4가지 유형은 ‘참여기반 인센티브’, ‘성과기반 인센티브’, ‘하이브리드(참여기반+부분적 성과기반 결합)’, ‘인센티브 없음’이다. 먼저 프로그램의 참여율에 미치는 영향에서 인센티브의 종류는 통계적으로 유의미한 변수가 아니었다. 통계적으로 유의미한 영향을 미친 변수들로는 인센티브의 크기가 클수록, 여성일수록, 이메일 수신이 가능한 그룹일수록 인센티브의 건강 증진 효과가 크게 나타났다. 둘째로 건강상태 증진에 미친 영향에서도 인센티브의 유형은 통계적으로 유의미한 차이를 보여주지 않았다. 연령과 성별이 인센티브의 건강 증진효과에서 유의미한 차이를 보였다. 이처럼 성과기반 인센티브가 효과성 측면에

116) 물론 인센티브가 중단된 후에도 지속적인 효과가 나타난 몇몇 사례들도 존재함. 대표적으로 Charness and Gneezy(2009) 참조

117) Volpp et al.(2009)

118) Nathan A. Barleen, Mary L. Marzec, Nicholas L. Boerger, Daniel P. Moloney, Eric M. Zimmerman, and Jeff Dobro(2017)

서 참여기반에 비해 유의미한 차이를 보이지 않은 이유는 개인들이 성과기반 인센티브의 목표를 충분히 숙지하지 못했거나 어떻게 목표에 도달할 수 있는지를 잘 몰라서일 수 있다. 따라서 성과기반 인센티브를 제공할 때, 인센티브 제공자는 개인들이 인센티브의 기준과 성취방법들을 충분히 숙지하고 이해하도록 하는 것이 매우 중요하다.

#### 나. 인센티브 효과의 지속성 문제

금전적 인센티브와 관련해서 가장 중요하면서도 아직까지 확실하게 정립되지 못한 것은 인센티브 효과의 지속성에 관한 것이다. 최근 많은 실험결과를 모아서 분석한 메타분석에 따르면,<sup>119)</sup> 금전적 인센티브는 생활습관의 변화를 가져오고 유지하는데 효과적이었지만 인센티브 제공을 중단한 이후에는 3개월까지만 그 효과가 유지되었고 3개월 이후부터는 인센티브 제공효과가 지속되지 못한 것으로 나타났다. 그리고 이 연구는 최소 6개월 이상 기간 동안 제공된 사례들만을 대상으로 보았을 때 인센티브가 제공되는 기간이었던 6개월부터 18개월까지 금전적 인센티브에 따른 생활습관의 개선 효과는 유지된 것으로 나타났다. 적어도 인센티브가 제공되는 동안은 장기간이더라도 효과가 있다는 것이다. 물론 인센티브 효과의 크기는 목표로 삼은 행위, 제공된 인센티브의 규모와 인센티브 획득 가능성, 인센티브 수령자의 사회경제적 수준에 따라 다르게 나타났다.

건강한 생활습관 유지 효과를 최대한 장기간에 걸쳐 나타나도록 하는 것은 동일한 금액을 매주 일정하게 지급하는 것보다 간헐적이더라도 더 긴 기간 동안 제공하는 것이 효과적이라는 연구 결과도 존재한다.<sup>120)</sup>

119) Eleni Mantzari, Florian Vogt, Ian Shemilt, Yinghui Wei, Julian P.T. Higgins, Theresa M. Marteau(2015)

120) Carrera et. al(2015)

#### 다. 미국 기업 건강생활서비스의 인센티브 평가와 시사점

200인 이상 고용하고 있는 기업의 대다수가 건강생활관리와 질병관리 서비스 프로그램을 제공하고 있으며, 개인의 건강에 대한 책임성을 강화하기 위해 대부분 인센티브를 부여하고 있다. 기업들은 인센티브 제공방식을 참여기반에서 성과기반으로 변화시켜왔다. 이렇게 기업들이 성과기반 보상을 많이 사용하게 된 배경에는 성과기반 보상을 허용하고 이에 대한 가이드라인을 제시한 오바마 케어의 영향이 크다.

최근 미국 기업이 제공하는 건강생활서비스의 인센티브 효과성에 대한 평가들을 보면, 의료비 절약 측면에서는 기대만큼 만족스럽지 못한 것으로 나타났다. 가장 대표적인 RAND 보고서에 따르면,<sup>121)</sup> 인센티브가 충분한 의료비 절감 효과로 이어지고 있지는 못한 것으로 보인다. 미국 기업은 건강생활관리와 질병관리 서비스를 동시에 제공하고 있다. 이 보고서에 따르면, 전체 의료비 지출이 1인당 매달 \$30 정도 감소하는 것으로 나타났는데, 그 중 87%가 질병관리의 효과였다. 구체적으로, 프로그램 전체의 ROI(Return-On-Investment)가 \$1.5(\$1 투입 당 이득)였는데, 질병관리는 \$3.8인 반면, 건강생활서비스는 \$0.5에 불과하였다. 건강생활서비스가 결근을 줄이는 효과는 확실하게 나타났으나 의료비 절감 효과는 크지 않게 나타난 것이다.

그런데 이러한 결과는 당연한 것일 수 있다. 첫째, 모든 흡연자가 폐암에 걸리는 것은 아니기 때문에 금연 프로그램에 대한 지출의 일부만이 폐암 예방 효과로 나타날 것이다. 둘째, 비만과 같은 생활습관적 위험요인은 오랜 시간 후에 당뇨와 같은 의료비 부담이 큰 질병으로 발전하기 때문에 단기적 평가로는 그 효과를 제대로 측정하기 어려울 수 있다.

미국의 고용주들은 건강한 생활습관을 확산시키기 위해 인센티브를 지속적으로 증가시켜 왔지만 근로자들의 프로그램 참여는 더디게 증가하는 것으로 나타나고 있다. 40%의 근로자들이 건강생활관리와 질병관리 서비스 프로그램에 참여하지 않아 어떤

121) Matke, Soeren, Hangsheng Liu, John Caloyeras, Christina Y. Huang, Kristin R. Van Busum, Dmitry Khodyakov and Victoria Shier(2013), [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR254.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR254.html)

인센티브도 받지 못하고 있으며, 인센티브를 받는다 하더라도 오직 42%만이 주어진 인센티브의 최대치를 받고 있다.<sup>122)</sup> 또 다른 서베이에 따르면, 대규모 기업의 87%가 건강생활관리와 질병관리 서비스 프로그램을 제공하고 있으나, 금연이나 비만관리와 같은 건강생활관리 프로그램에는 5~10% 정도로 낮은 참여율을 보이고 있다.<sup>123)</sup>

한편, 인센티브 제공방식이 오랫동안 동일하게 유지되어 온 경우 근로자들은 어느 순간부터 인센티브를 당연히 받아야 하는 것으로 인식하는 문제도 있다. 그 결과 근로자들이 더 이상 인센티브를 받기 위한 조건인 건강에 좋은 행위들을 덜 가치 있게 여기는 결과도 가져왔다. 게다가 일부 고용주들은 건강과 연관성이 뚜렷하지 않은 행위에 인센티브를 제공하거나 애초 달성이 어려운 목표를 제시하기도 하는 문제점 역시 지적되고 있다.<sup>124)</sup>

기존 인센티브를 재평가함을 통해 비용이 덜 들면서도 지속적인 생활습관의 변화를 달성할 수 있는 인센티브 제도를 새롭게 설계할 필요가 있어 보인다. 최근에 인센티브의 설계에 행동경제학을 적용하여 비용대비 효과성을 높이는 논의가 활발하게 이루어지고 있으며, 이는 다음에 별도의 제목으로 보다 자세하게 소개하도록 한다.

이러한 미국의 다양한 시도로부터 얻을 수 있는 교훈은 첫째로, 건강생활서비스가 흡연, 비만, 운동부족 등의 건강위험요인을 줄이는 것은 사실이다. 따라서 건강생활서비스의 목표가 근로자의 건강이나 생산성을 향상시키는 것이라면 분명한 효과가 있다고 볼 수 있다. 그러나 단기적 의료비 절감을 목표로 한다면 이미 질병을 가지고 있는 사람들을 대상으로 프로그램을 제공하는 것이 필요해 보인다. 둘째로, 건강생활서비스는 의료비 절감효과가 뚜렷하지 않기 때문에 건강생활서비스의 인센티브에 무리하게 비용을 지출하는 것에는 신중해야 할 것으로 본다.

122) Levin-Scherz(2017)

123) National Business Group on Health와 Towers Watson의 공동으로 조사한 설문결과임; Nyce S.(2010)

124) <https://www.willistowerswatson.com/en/insights/2016/04/2015-2016-staying-at-work-united-states-research-findings>

### 3. 새로운 인센티브의 설계: 행동경제학적 접근

기존의 인센티브는 건강한 생활습관이 무엇인지를 교육하는 관점에서 제공되었고, 이는 사람들이 합리적이란 가정하에 무엇을 해야 할지 알면 그대로 실행한다는 것을 전제로 한 모델이다.<sup>125)</sup> 하지만 사람들은 그다지 합리적이지 않고 다양한 편향을 가지고 행동한다. 행동경제학은 이러한 개인들의 편향성에 관한 이론으로, 금전적 인센티브를 설계할 때 보상과 행위의 변화를 거래적인 관점에서 접근하기보다 심리학적인 접근을 취한다. 인센티브를 어떻게 설계하느냐에 따라 동일한 비용 대비 효과가 매우 다르게 나타난다. 편향성을 이해하고 거기에 맞는 인센티브를 설계할 경우 같은 비용으로 훨씬 더 큰 효과를 얻을 수 있다. 이는 의료와 같이 자원문제가 심각한 분야에서는 매우 중요하게 고려해야 할 사항이다.

행동경제학의 다양한 편향 개념들을 인센티브 설계에 적용할 수 있다. 우선, 인센티브 제공 전략에 근거가 되는 가장 중요한 편향이 현재편향이다. 현재편향은 먼 미래의 이익보다는 당장의 이익을 더 크게 생각하는 행동을 말한다. 이는 당장의 사소한 행위들이 누적되어 가져오는 먼 미래의 결과를 정확히 이해하는 데 한계가 있음을 의미한다. 사람들의 현재편향은 당장의 불편함의 비용을 미래의 보험료 할인과 같은 이득보다 훨씬 더 크게 느끼기 때문에, 연간 보험료 할인과 같은 보상 방식은 비용대비 효과가 크지 않을 수 있다. 따라서 인센티브는 작더라도 눈 앞에 보이는 것 그리고 잦은 긍정적인 피드백이나 보상의 경우에 효과가 크게 나타난다고 할 수 있다. 예를 들어, 한 해 동안 체육관에 간 행위를 기준으로 연말에 리베이트를 받거나, 보험료 할인을 받는 것은 매년 체육관에 방문할 때마다 작지만 상징적인 동기부여를 하는 것에 비해 효과가 작을 수 있다. 짧은 기간에 달성하기 쉬운 목표를 설정하는 것이 장기적으로 달성하기 어려운 목표를 설정하는 것보다 더 효과적일 것이다. 즉, 한 달에 1kg 감량 목표가 1년 동안 12kg 감량 목표보다 성취하는데 더 효과적일 것이다.

두 번째는 행동경제학에서 개인들은 이득보다는 손실을 훨씬 크게 평가하는 편향

125) Asch(2016)

이 있다. 이는 인센티브 제공에서 나타나는 문제 중 하나인 ‘역선택’을 해결하는 데 도움을 줄 수 있다. 일반적으로 인센티브의 효과는 이미 자신의 건강을 잘 돌보고 있는 사람들에게 훨씬 긍정적으로 나타난다. 하지만 정작 비용을 지급하는 인센티브의 주요한 타겟은 평소에 건강한 생활습관이 부족한 사람들이다. 이는 일종의 역선택이라 할 수 있다. 인센티브 제공 과정에서 나타나는 이러한 역선택을 보여주는 대표적인 사례로,<sup>126)</sup> 1년에 헬스장에 120번 이상 가는 사람에게 \$150를 주는 인센티브를 제공하는 회사가 있었다. 그 프로그램은 이 한 가지 기준으로만 보상을 실시하였다. 즉 110번을 간 사람은 보상을 전혀 받을 수 없었다. 이미 1년에 100번 정도 다니고 있는 사람에게는 조금만 더 노력하면 달성할 수 있는 목표일 것이다. 그러나 이 프로그램이 가장 영향을 미치고 싶은 사람은 헬스장에 전혀 가지 않는 사람들일 것이다. 문제는 헬스장에 1년에 한 번도 가지 않는 사람에게는 1년에 120번이라는 인센티브 제공 기준이 매우 높게 느껴져서 시도할 엄두를 내지 못한다는 것이다. 또한 이 금전적 보상은 1년 후에 이루어지는 것이기 때문에 집 거실 소파에 누워있는 대신 일어나 운동하러 가는데 한 번에 \$1.25는 너무 작은 보상으로 여겨질 것이다.

이러한 역선택 문제는 행동경제학의 직관을 사용해서 보다 효과적으로 개선할 수 있다. 하나의 사례 연구는 하루 7,000보 걷기 운동을 독려하는 인센티브를 가지고 실험하였다. 사람들을 세 그룹으로 나눴는데, 첫 번째 그룹은 인센티브 없이 자신들이 하루에 얼마나 걸었는지를 보고하도록 하였다. 두 번째 그룹에게는 보통의 인센티브를 제공하는 방식으로 하루 7,000보 걸었을 때 \$1.4를 보상하였다. 세 번째 그룹에게는 초기에 가상의 계좌에 매달 \$42(하루 \$1.4)를 넣어주고 매일 7,000보 목표달성을 하지 못했을 시 \$1.4씩 차감하는 방법으로 인센티브를 제공하였다. 합리적으로 생각하면 두 번째와 세 번째 방법은 차이가 전혀 없는 것이지만 실제 실험결과는 전혀 다르게 나타났다. 두 번째 그룹은 대조군인 첫 번째 그룹과 비교해 통계적으로 유의미하게 걷기를 더 하지 않은 것으로 나타난 반면, 손실을 동기부여의 수단으로 제공한 세 번째 그룹은 대조군에 비해 50%p 더 걷기를 수행한 것으로 나타났다.<sup>127)</sup>

126) George Loewenstein, David A. Asch, and Kevin G. Volpp(2013)

127) Patel, M., Ash, D., Rosin, R., Small, D., Bellamy, S., Heuer, J. ... Volpp, K.(2016)

마지막으로, 심적 회계(Mental Accounting)<sup>128)</sup> 개념은 사람들이 금전적 보상을 어떻게 생각하는가에 영향을 준다. 전체 보험료에서 \$100 할인은 크게 느껴지지 않지만, 따로 \$100를 받았을 때는 훨씬 크게 느낀다. 동일한 액수의 금전적 인센티브라 하더라도 인센티브가 더 큰 총액(여기서는 전체 보험료)과 비교되었을 때는 인센티브 액수만 제시되었을 때보다 그 효과가 체감된다.

그런데 이러한 행동경제학적 개입은 시간이 지나면서 사라진다는 문제가 제기되기도 한다. 따라서 행동경제학적 개입 정책의 중장기적 효과는 아직은 확실하게 정립된 상태가 아니어서 향후 지속적인 검증이 필요할 것이다.

## 4. 효과적 인센티브 설계 원리

### 가. 효과 지속성을 최대화

건강생활서비스에서 제공하는 인센티브는 최대한 장기적으로 효과가 유지되어 생활습관 개선으로 이어질 수 있도록 설계되어야 한다. 인센티브의 지속성 측면에서 비교해 볼 때 동일 보상액을 매주 규칙적으로 제공하는 것보다 간헐적이더라도 인센티브의 제공 기간이 길수록 효과적이었다.<sup>129)</sup> 걷기 운동을 독려하기 위해 만보기 결과에 따라 인센티브를 지급한 실험결과에 따르면, 인센티브 총액이 동일한 조건하에서 일정한 액수의 인센티브 지급이 점차로 증가하거나 감소하는 인센티브 구조보다는

128) 도모노 노리오는 행동경제학에서 심적 회계를 다음과 같이 설명하고 있음. “사람들이 금전에 대한 의사결정을 할 때 다양한 요인이나 선택대안을 종합적으로 평가하여 합리적으로 결정을 하는 것이 아니라, 비교적 좁은 프레임을 만든 다음 그 프레임에 끼워넣어 결정한다고 주장한다. 리처드 쉐일러는 이 같은 프레임을 기업의 회계장부나 가정의 가계부에 비유하여 심적 회계(Mental Accounting)라 이름 지었다”

129) Carrera et al.(2015); 이 연구는 최근 포춘 500대 기업을 대상으로 일주일에 두 번 이상 운동하는 경우 보상하는(행위기반 보상) 인센티브 효과를 비교함. 동일한 재원의 인센티브를 8주 동안 매주 제공하는 것보다 제공하는 주를 무작위적으로 8번 선정하되 총 16주 동안 제공하는 방식의 운동증진 효과가 더 좋았음

더 효과적인 것으로 나타났다.<sup>130)</sup>

## 나. 개인의 건강생활습관 변화단계별 차등화

인센티브 제공의 목적을 건강생활 실천 인구 규모 확대(Extensive Margin)와 장기적인 건강생활의 습관화(Intensive Margin)로 나누어 볼 수 있는데,<sup>131)</sup> 건강생활 실천 인구 규모 확대는 건강생활을 전혀 실천하고 있지 않은 사람으로 하여금 일단 건강생활 실천을 시작하도록 만드는 것인 반면, 장기적인 건강생활의 습관화(Intensive Margin)는 가끔씩이라도 건강생활을 실천하고 있는 사람들로 하여금 장기적으로 건강생활을 습관으로 유지하게 만드는 것이다. 인센티브 설계는 건강생활서비스 대상자의 건강생활 실천 단계에 따라 달라져야 할 것이다. 건강생활 실천 단계를 평가하는 방법은 다이론 통합모형의 변화단계 이론을 참조할 수 있다.

건강생활을 전혀 실천하고 있지 않은 사람에게는 일단 건강한 생활을 시작하도록 하는 것이 일차적 목표이며 이러한 동기를 유발시킬 수 있는 인센티브를 먼저 제공할 필요가 있다.<sup>132)</sup> 초기 제공하는 인센티브의 경우 금액의 규모에 관계없이 현금 인센티브를 제공하는 것 자체가 행동변화를 유도하는 데 효과가 있는 것으로 나타났다.<sup>133)</sup>

건강생활을 습관화하게 만들기 위해서는 인센티브를 최대한 긴 기간 동안 제공하는 것이 효과적일 수 있다. 주어진 예산제약하에서 인센티브를 제공하는 기간을 최대한 늘리기 위해 무작위적으로 제공 시점을 정하거나 복권 형식으로 제공하는 방법 등이 고려될 수 있다.

보다 구체적으로 개인의 건강생활 실천 변화단계에 따라 달성에 효과적인 인센티브 제공방식을 발견하기 위해, 포춘 500대 기업 중 하나를 대상으로 한 실험을 소개하고자 한다. 일주일에 두 번 이상 운동하는 경우 최대 \$160의 동일한 현금 인센티브를

130) Bachireddy et al.(2017)

131) Carrera et. al(2015)

132) 건강생활을 시작할 유인을 제공하는 사례 연구로 Charness and Gneezy(2009)와 Acland and Levy(2015) 참고

133) Carrera et. al(2015)

8주 동안 다양한 방식으로 제공하고 그 결과를 비교하는 실험을 수행하였다. 건강생활 실천을 인구 규모 확대(Extensive Margin)에 효과적인 인센티브 제공방식을 찾기 위해 초기에 현금을 많이 주는 인센티브 구조(일주일에 처음 두 주 동안 매회 \$25를 제공하고 나머지 6주 동안 매회 \$5씩 제공)와 장기간동안 일정한 금액을 주는 인센티브 구조(일주일에 두 번 이상 체육관에 가는 경우, 매회 \$10씩 8주간 제공)의 효과를 비교한 결과 건강생활을 시작하는 데 미친 효과는 비슷하게 나타났다. 이는 건강생활 규모 확대 측면에서 초기 제공하는 액수의 규모가 크든 작든 일단 현금 인센티브를 제공하는 것 자체가 행동변화를 유도하는 데 효과가 있는 것으로 해석할 수 있다.

#### 다. 적절한 인센티브 수준

보험회사가 제공하는 건강생활서비스의 인센티브 제공 수준은 보험회사의 비용/편익을 분석하여 적절한 수준으로 결정되어야 할 것이다. 미국의 오바마 케어는 인센티브의 상한선을 기존의 건강보험료 20%에서 30% 수준으로 인상시켰으나<sup>134)</sup> 한국의 경우 미국과 같은 수준으로 인센티브를 제공하는 것은 무리일 것이다. 보험회사의 비용 대비 편익 수준은 기업에 비교해서 작기 때문이다. 보험회사가 제공하는 건강생활서비스는 의료비 지출 감소를 주요 목적으로 하지만, 기업의 입장에서 건강생활서비스의 효과는 근로자의 의료비 지출의 감소뿐만 아니라 근태와 생산성 증진 등도 포함된다.

보험료 할인 혹은 보조금 형태의 인센티브는 건강생활서비스를 제공하는 건강보험의 비용과 보험료 부담을 증가시키는 결과를 가져올 수 있다. 금전적 인센티브를 장기간 동안 제공할 경우 건강보험 재정을 악화시킬 수 있다. 인센티브 제공이 보험료 인상으로 귀결되지 않으려면 인센티브 제공에 따른 보험금 지급 절감효과를 충분히 검토하고 절감 효과에 상응하는 수준으로 인센티브 비용이 책정되어야 할 것이다.

134) U.S. Departments of Health and Human Services, Labor and the Treasury(2013)

## 라. 인센티브 제공 목표별 적정 유형

인센티브 제공의 목표는 건강생활 실천 인구 규모 확대(Extensive Margin) 및 장기적인 건강생활의 습관화(Intensive Margin)가 있을 수 있다. 인센티브 유형과 연계시켜 보면 참여 및 행위 기반 인센티브가 건강생활 실천 인구 규모 확대에 적합하고, 장기적인 건강생활의 습관화에는 성과기반 인센티브가 적합한 형태라고 할 수 있다.

건강생활 실천 인구 규모 확대가 목표라면 비교적 관리가 쉬운 건강검진 참여 혹은 금연 프로그램 완수와 같은 행위 기준에 근거해 인센티브를 제공하는 것이 비용 측면에서 효과적일 수 있다. 반면, 건강생활의 습관화가 목표인 경우는 맞춤형 건강생활서비스를 제공하고 그에 적합한 성과기반 인센티브 제공이 효과적일 것으로 본다.

## 마. 인센티브 제공 시 주의할 점

인센티브를 통해 동기유발이 가장 필요한 건강취약계층이 인센티브 제공 기준을 만족시키기 어려워 건강한 계층보다 인센티브 혜택을 오히려 적게 받는 형평성 문제가 생길 수 있다. 이를 보완하기 위해 미국에서는 건강보험의 비차별적 웰니스 프로그램 법규(Nondiscriminatory Wellness Programs in Group Health Plans)<sup>135)</sup>에서 합리적 대체기준(Reasonable Alternative Standards)을 도입하도록 하고 있다. 즉, 건강상태와 무관하게 모두에게 공동으로 적용되는 기본적인 인센티브 기준을 만족시키기 어려운 개인들도 인센티브 혜택을 받을 수 있도록 기존의 기준과 다른 기준을 설정하고 실행할 수 있도록 허용하는 제도이다.

또한, 건강생활서비스와 인센티브의 재원을 사업비에서 충당하는 경우 이는 보험료 상승으로 이어질 수 있고, 이 경우 건강군에서 위험군으로 비용전가가 이루어질 수 있다. 보험상품을 통해 건강생활서비스를 제공하는 경우는 대상자가 비용을 부담하도록 하고, 인센티브 제공 규모도 의료비 절감을 통한 보험금 지출 감소의 예상 범

135) Incentives for Nondiscriminatory Wellness Programs in Group Health Plans; Final Rule, 45 C.F.R. §146-147, (2013)

위 내로 결정함이 타당할 것으로 본다.

건강습관 개선을 위해 건강생활서비스가 적극적으로 개입하는 과정에서 개인의 프라이버시나 자율적 의사결정권을 침해하지 않도록 하는 제도적 장치가 필요하다. 특히, 개개인의 특성에 맞춘 건강 목표를 설정하고 성과에 기반하여 인센티브를 지급할 경우 개인의 건강정보 활용이 필수적이므로 개인건강정보 보호 장치가 요구된다.

---

## V. 건강생활서비스 발전 방안

---

한국 국민건강보험 건강검진 제도는 사후관리 미흡 및 검진효과 평가체계 부재 문제를 안고 있다고 앞서 밝힌 바 있다. 그리고 보고는 한국과 일본의 제도는 사후관리 서비스의 획일성 문제와 개인 인센티브 부재 문제를 가지고 있다고 주장한 바 있다.

사후관리 미흡 문제는 질적 미흡과 양적 미흡으로 나누어 볼 수 있다. 질적 문제로 수검자들은 검진 결과를 단순히 통보함에 그치고 그에 대한 불충분한 설명과 상담이 이루어지고 있지 않다고 응답하고 있다는 것을 앞에서 밝힌 바 있다. 이러한 문제에 대한 대책을 다루고 있는 문헌은 찾아보기 어렵다. 이에 보고는 건강검진 제도의 확대 방안을 논하면서 검진 결과의 단순 통보 문제와 사후관리 서비스의 획일성 문제 해결 방안을 제안하고자 한다.

그리고 양적 문제로 수검자들은 1회성에 그치고 있는 사후관리 문제를 지적하고 있음을 밝힌 바 있다. 이에 대한 대책으로 공공부문 중심의 논의에서는 1회성 사후관리 탈피 및 지역적 접근성 확충을 대안으로 제시하고 있지만 이에 따르는 국민건강보험 재정 문제, 지역적 형평성 문제 등에 대해서는 구체적이고 현실적인 방안을 내놓지 못하고 있는 상황이다. 보고는 민간부문을 활용하여 이러한 문제를 해결할 수 있는 방안을 제안하고자 한다.

한편, 검진 효과 체계의 부재 문제에 대한 대안을 논의하는 문헌을 찾아보기 어렵다. 검진 효과는 검진 결과의 활용을 통한 사후관리와 관련이 있을 것이다. 검진 결과를 활용한 사후관리의 건강 증진 성과평가 방안 및 성과 기반 인센티브 제공 방안을 제안하고자 한다.

## 1. 공적 부문

### 가. 공·사 협력체계 구축

본고는 첫째, 일반건강검진 1차 검진 결과 정상B 대상자를 2차 검진대상에 포함하고, 둘째, 2차 검진 과정에서 생활습관 평가 및 처방이 이루어질 수 있도록 하며, 셋째, 생활습관 평가 및 처방을 근거로 영양기관 혹은 비의료기관의 실천적 지도자(〈표 III-11〉 참조)가 실천지원서비스를 제공할 수 있도록 하고, 마지막으로, 영양기관의 비의료인 혹은 민간 사업자가 대상자의 체중 감량 등 실천지원서비스의 성과를 측정하고 그 결과를 설명함이 없이 성과기반 인센티브 제공에 활용할 수 있도록 하는 제도를 제안한다.

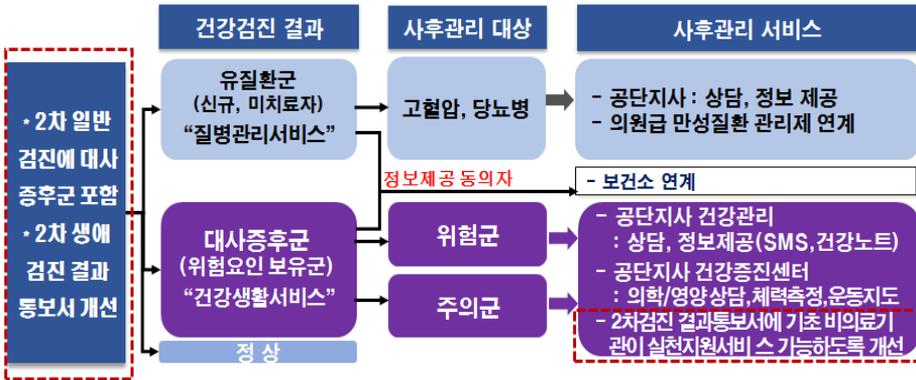
생애전환기건강진단은 모든 1차 수검자를 대상으로 한 2차 검진에서 생활습관 평가 및 처방을 하고 있다. 첫 번째와 두 번째 제안은 이를 일반건강검진에서 선별적으로 수행하자는 것이다.

세 번째 제안은 법적 검토를 필요로 한다. 면담에 의한 생활습관 평가 및 처방 단계는 검진 결과를 해석하고 설명하여야 하기 때문에 의료행위에 해당할 수 있으므로 영양기관 등이 수행하도록 하고, 실천지원서비스는 생활습관 평가 및 처방에 따라 실천을 권유하는 것이기 때문에 의료행위에 해당하지 않을 수 있으므로 영양기관 혹은 비의료기관의 실천적 지도자가 수행할 수 있도록 하자는 것이다(〈그림 V-1〉 참조). 여기서 실천지원서비스가 의료행위에 해당하는지에 대해 논란이 있을 수 있다. 이에 대해서는 바로 다음 지면을 할애하여 검토할 것이다.

마지막 제안은 성과 측정 결과를 의료행위에 해당함이 없이 성과 기반 인센티브 제공에 활용할 수 있도록 하자는 것이다. 성과 측정 결과를 보고 의학적 판단이 필요한 경우 의학적 판단 및 설명 없이 의료인의 진찰을 권유할 수 있도록 하면 의료행위를 행하지 않으면서 의료적 리스크를 줄일 수 있을 것으로 본다. 대상자들은 질병자가 아니기 때문에 의료인의 지속적인 모니터링은 과도한 의료 자원의 투입일 수 있으므로, 일정 자격을 갖춘 실천적 지도자가 모니터링할 수 있도록 하는 것이 바람직할

것이다. 한편, 측정 결과를 국민건강보험에 알리도록 한다면 국민건강보험의 검진 효과 평가체계의 부재 문제를 부분적으로나마 해결할 수 있다고 본다.

〈그림 Ⅴ-1〉 건강검진 및 사후관리 제도 개선 방안



국민건강보험은 사후관리 비용에 대한 부담을 최소화하면서 민간을 통해 지속적이고 다양한 서비스를 제공할 수 있고, 지역적 형평성 문제도 발생하지 않으며, 검진 효과 평가체계의 부재 문제를 해결할 수 있는 방안이다. 결과적으로, 민간 비의료부문의 다양한 서비스와 인센티브를 통한 사후관리 참여율 증대 효과를 기대할 수 있다. 다만, 다양한 서비스 개발 환경 조성과 인센티브 가능 체계의 구축이 필요할 것이다.

### 1) 다양한 서비스 개발 환경 조성

일반건강검진의 대사증후군 사후관리는 보건소와 연계하거나 국민건강보험공단 지사에서 제공하는 단일 프로그램이다. 예를 들어, 개인별로 선호하는 많은 식단이 있고 많은 운동 종류가 있는데, 국민건강보험공단 건강 증진센터는 이를 고려한 서비스를 제공하고 있다고 보기는 어렵다. 일본 사례(〈표 Ⅲ-9〉 참조)를 보면 식단관리와 다양한 운동지도를 결합한 프로그램을 제공하고 있다.

생애전환기건강진단의 생활습관 처방도 단일 프로그램이다. 처방내용을 보면 금연의 경우 ‘금연 상담 및 교육 필요’ 혹은 ‘니코틴 대체요법 필요’ 등 5가지 중에 한 가

지를 선택하도록 되어 있다. 예를 들어, 운동과 금연의 결합 등 다양한 프로그램이 있는 것은 아니다. 운동 처방의 경우도 몇몇 운동 중에 선택하도록 되어 있다. 개인들이 선호하는 많은 운동 종류가 있는데 이를 고려한 운동 조합을 통하여 흥미를 유도하고 있다고 보기 어려운 상황이다. 더욱이 비만관리는 식생활과 운동 관리를 동시에 하여야 효과가 크다고 알려져 있는 데도 불구하고 이러한 것들이 고려되고 있다고 보기 어렵다.

본고는 다양한 프로그램이 개발될 수 있는 환경 조성이 필요하다고 본다. 건강검진 생활습관 평가 및 처방 결과의 민간 비의료기관 활용 활성화, 대상자 세분화와 그에 적합한 서비스 개발, 다양한 인력 참여 허용 등이 필요 할 것이다.

#### 가) 데이터 활용 활성화

먼저, 건강검진 생활습관 평가 및 처방 데이터의 활용 활성화가 필요하다. 개인이 직접 자신의 건강검진 자료, 비의료 목적의 개인용 건강관리기기를 이용하여 측정 및 검사한 결과 등을 사업자에게 제공하고 이를 이용하여 사업자가 맞춤형 직접 개입 서비스를 제공하는 것이 가능하도록 환경을 조성할 필요가 있다. 현재 일반적 의료정보를 제공하는 앱 혹은 환자의 평가·치료법 제공 없이 만성질환자들의 영양섭취, 체중조절 등을 안내하는 앱 등 자가건강관리를 돕는 앱을 활용할 수 있다.<sup>136)</sup> 그러나 개인의 생활습관을 평가하고 그에 적합한 맞춤형 직접 개입서비스를 제공할 수 없는 상태에 있다.

일본은 의료기관 및 공적 보험자가 민간보건지도기관에 건강검진 결과를 통지할 수 있도록 하고 있다. 그리고 일본 경제산업성은 「산업경쟁력강화법」에 근거한 「그레이트존 해소 제도」를 도입하여, 비의료기관이 건강데이터를 활용할 수 있도록 하고 있다(〈표 V-1〉 참조).

136) 식품의약품안전처(2013)

〈표 V-1〉 일본 건강생활 데이터 활용 관련 그레이존 해소 제도 활용 사례

조회내용	회답내용	의의
<p>건강생활서비스 코디 사업자가 소비자에 대해 ① 이용자에 관한 생활정보, 의료정보 등을 관계자(의료기관, 운동, 영양서비스 사업자)에게 공유하면서 ② 의사의 지시·조언에 따라 생활정보에 근거한 운동 메뉴, 검진 결과에 따른 식사 메뉴 등의 작성, 관련 서비스의 소개와 그 이용 상황의 관리 등을 실시</p> <p>①은 정보를 공유하는 데 동의를 얻는 방법 등 ②는 메뉴 만들기 등이 의사에게만 인정되는 “의료행위”에 해당하는지 여부 등을 조회</p>	<p>①에 대해서는 미리 이용자의 동의를 얻거나, 공유되는 정보의 항목 및 이용자의 범위 등을 명시함으로써 개인정보보호법에 규정된 제삼자에게 제공 제한에 저촉되지 않는 것을 확인</p> <p>②에 대해서는 이용자의 개인의료정보 등을 바탕으로 한 의학적 판단을 수반하는 것은 아닌 범위에서 건강생활 지원서비스 메뉴 만들기 등을 실시하는 것은 “의료행위”에 해당하지 않는 것 등이 확인됨 (경제산업성) (회답일, 2014년 7월 30일)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 소비자가 의료기관과 민간 사업자가 제휴한 건강 서비스를 직접 이용할 수 있는 환경을 정비</li> <li>· 생활습관병의 예방</li> </ul>
<p>의료비 청구서 데이터 등의 분석을 수행할 조회자가 공보험자가 보유하고 있는 가입자의 특정진진·의료비 청구서 데이터 등과 기업이 보유한 직원의 정기진진 데이터 등을 집계·통합하고 진진 후 의료기관 수진 상황 등을 파악·분석하여, 공보험자와 기업 모두에게 그 분석 결과를 제공하기에 앞서 가입자 및 직원의 개인 정보에 대한 동의를 얻는 방법에 대해 조회</p>	<p>공보험자 및 기업이 기존 가입자 및 직원에 대해 의료비 청구서 데이터 분석 결과를 기업에 제공하거나, 정기검진 데이터 분석 결과를 공보험자에게 제공하는 것에 대해, 본인의 요구가 있으면 그 사람이 식별되는 개인 데이터의 제공을 중지한다는 것 등이 공개된 경우에는 이러한 분석 결과의 제공이 모두 개인정보보호법에 규정된 제삼자에게 제공 제한에 해당하지 않는 것으로 확인됨 (경제산업성) (회답일, 2014년 6월 20일)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공보험자와 기업의 연계를 통한 보건사업을 하는 환경이 정비됨</li> <li>· 질병의 조기 발견과 중증 예방</li> </ul>
<p>의사가 진찰하지 않고 검사 데이터를 바탕으로 수진을 권장할 경우 의사법 제 20조의 관계에서 무진찰치료(無診察治療)의 금지에 해당하지 않는가를 조회</p>	<p>의사가 검사 데이터를 보고 수진을 권장하는 것은 치료 또는 진단 행위에 해당하지 않음. 그리고 의사가 건강진단 등의 결과에만 근거하여 이를 행해도 동조의 규정을 위반하는 것은 아님 (경제산업성 및 후생노동성)</p>	<p>검진데이터에 따라 의사의 수진 권장 레터 발급과 의료 행위의 관계가 명확해짐</p>

자료: 1) 조용운(2017)  
2) 經濟産業省(2017)

## 나) 대상자 세분화와 그에 적합한 서비스 개발

일본은 다이론 통합모형을 반영하여 효과적으로 변화를 유도하고자 하고 있다. ‘특정보건지도 지원계획 및 실시보고서’<sup>137)</sup>를 보면 초회 면담과정에서 변화단계를 기록하도록 하고 있다. 일본 제도가 단일 프로그램이기는 하지만 다이론 통합모형을 반영하여 맞춤형 서비스 제공을 위해서 노력하고 있는 것이다. 반면, 한국의 일반건강검진은 생활습관 평가가 이루어지고 있지 않아 다이론 통합모형을 고려하고 있지 않고 (<표 Ⅲ-13> 참조), 생애전환기 건강검진의 경우도 적용이 미흡한 상황이다(<표 Ⅲ-15> 참조).

생애전환기건강진단의 생활습관 평가는 생활습관 평가 도구(문진표) 및 사전에 준비되어 있는 처방전 양식을 사용한다. 금연 생활습관 평가 도구는 변화단계 및 자기효능감 판단을 위한 문항을 포함하고 있고, 비만의 경우는 변화단계 판단 문항을 포함하고 있다. 운동, 영양, 음주 3가지는 변화단계 및 자기효능감 판단을 위한 문항을 포함하고 있지 않다.

본고는 변화단계 및 자기효능감 수준 판단을 하더라도 이 결과가 생애전환기건강진단 2차 검진 결과통보서의 내용과 연계되어 있다고 보기는 어렵다고 판단한다. 개인 맞춤형 변화 개입을 효과적으로 수행하기 위해서 변화단계 및 자기효능감은 물론 이려니와 변화과정 이론, 의사결정균형 이론을 고려하여 생활습관 평가 도구 및 처방전 서식을 설계하고 2차 검진 결과통보서에 그 결과가 반영되도록 하여야 할 것이다. 그리고 실천지원서비스 제공기관이 생애전환기건강진단 2차 검진 결과통보서(일반건강검진이 대사증후군을 2차 검진에 포함한 경우도 해당)를 근거로 개인의 변화단계에 기초한 변화전략을 수행하는 것이 가능하도록 환경을 조성해야 할 것이다.

한편, 빅데이터를 이용하여 변화단계별로 세분화된 그룹을 형성하고 그에 적합한 서비스가 개발되어야 한다고 본다.

137) <부록 Ⅱ> 참조

## 다) 다양한 인력 참여 허용

실천지원서비스는 다면적으로 제공되어야 효과가 크다고 알려져 있다. 예를 들면, 식생활 전문가와 운동 전문가가 공동으로 서비스를 제공할 필요가 있는 것이다(표 Ⅲ-9) 참조).<sup>138)139)</sup> 다양한 전문가들이 참여할 수 있도록 환경이 조성되어야 할 것이다.

일본은 이른바 ‘실천적 지도자’를 규정하여 다양한 직종이 특정보건지도의 실천적 지원을 담당할 수 있도록 하고 있다(표 Ⅲ-11) 참조). 그러나 한국은 대사증후군과 관련하여 누가 어느 서비스를 제공할 수 있는지에 대해서 규정된 바가 없다. 이는 의료행위 해당 여부에 대한 판단 기준이 정립되어 있지 않은 데 기인한다고 본다. 의료행위 해당 여부를 명확히 함과 동시에 생활습관 변화 실천지원서비스를 제공할 수 있는 실천적 지도자를 규정하고 이들이 제공할 수 있는 서비스 범위에 대한 기준 등이 마련되어야 할 것이다.

## 2) 인센티브 가능 체계 구축

일본은 특정보건지도기관이 민간사업자임에도 불구하고 개인에 대해서 현금, 포인트, 보험료 인하 등과 같은 인센티브를 제공할 수 있는 제도가 마련되어 있지 않다. 한국 국민건강보험의 사후관리 제도도 마찬가지이다. 국민건강보험은 사회통합의 원칙하에 운영되기 때문에 형평성 있는 서비스를 제공할 수밖에 없어 인센티브 제도를 도입하지 않고 있다. 국민건강보험은 사후관리 서비스를 도입하여 건강 증진을 통한 진료비 절감효과를 얻을 수 있을지 몰라도, 개인은 적극적 참여에 따른 인센티브를 가지고 있지 않은 것이다.

인센티브는 참여율을 높이는 데 효과적일 수 있다.<sup>140)</sup> 따라서 사후관리에 민간 사업자의 참여를 허용하고 민간사업자가 인센티브를 제공할 수 있도록 하는 체계의 구

138) Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J. A., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M., & Sherman, K.(2008)

139) Haapala, I., Barengo, N. C., Biggs, S., Surakka, L., & Manninen, P.(2009)

140) 조용운·김동겸(2017)

축이 필요하다. 이는 건강 증진 효과를 기대할 수 있기 때문에 국민건강보험의 건강 검진 사후관리 목적 달성에 도움이 될 수 있을 것이다.

## 나. 법적 검토

본고는 국민건강보험 건강검진 생활습관 평가 및 처방을 기초로 비의료기관의 실 천적 지도자가 생활습관 변화를 위한 실천지원서비스를 제공할 수 있도록 해야 한다고 제안하고 있다. 그러면 이것이 의료행위에 해당한다고 할 수 있는가? 비의료 민간 부문에서 제공할 수 있기 위해서는 현행 「의료법」 체계상 의료행위에 해당하지 않아야 할 것이다.

건강생활서비스는 4단계에 걸쳐서 이루어진다고 앞에서 밝힌 바 있다. 첫 번째 단계는 생활습관 항목별 건강위험도 평가 및 전체적 건강수준 계층화 단계이다. 타인에 대해 수행하는 경우 일본의 특정건강검진처럼 자료를 확보하기 위하여 건강검진을 실시할 수도 있다. 타인에 대해 건강위험도를 평가하므로 의료행위에 해당한다고 봄이 타당하다. 스스로 자기 신체에 대해 수행하는 경우는 판례 등이 없어 의료행위 여부에 대한 판단이 어려운 상황이다.<sup>141)</sup>

두 번째 단계는 첫 번째 단계의 자료 및 결과를 기초로 자격을 가진 자가 건강상태에 대한 초회 면담을 통하여 개인 스스로 생활습관 개선을 위한 행동 목표 및 행동계획을 수립할 수 있도록 지원하는 단계이다. 생애전환기건강진단의 2차 검진에서 생활습관 상담 및 처방 과정이 이에 해당한다고 할 수 있다. 자격을 가진 자가 타인을 대상으로 건강위험도 평가 결과에 기초하여 건강상태를 판단하고 설명하여야 하므

141) “자기 신체에 대하여 의료행위를 한 경우 타인에 대한 의료행위가 아니므로 「의료법」 상 무면허 의료행위 금지 조항 위반이 되지 않는다는 견해와 계속·반복될 경우 위반이 될 수 있다는 견해가 있음. 무면허의료행위 금지 조항은 개인법익을 보호법익으로 하고 있는 것이 아니라 사회법익을 보호법익으로 하고 있는 것이므로 위법성 구성요건에서 타인성을 요구한다고 해석하는 견해가 있음. 하지만 자기 신체에 대하여 의료행위를 한 경우 보건 위생에 큰 영향을 미치지 않는 이유는 1회적으로 이루어졌기 때문이지, 계속·반복적으로 혐의의 의료행위를 해오던 사람이 다른 사람에게 하던 의료행위를 자기 자신에 대하여도 계속·반복적으로 한 경우에 그 행위 자체는 보건위생상 위해를 가할 우려가 없다고 보기는 어렵다는 견해가 있음”(조용운 2017)

로 의료행위에 해당한다고 할 수 있다. 일본의 특정보건지도 초회 면담은 의사, 보건사, 관리영양사 3직군으로 제한하고 있다. 특정건강검진 결과를 해석하고 대상자에게 설명을 하여야 하기 때문에 의료행위에 해당한다고 보고 있는 것이다. 의사 외에 보건사 및 관리영양사에게 허용한 것은 특정보건지도의 인력을 확보하기 위한 것이다.

세 번째 단계는 두 번째 단계의 생활습관 상담 및 처방을 기초로 하여 이메일, SMS, 전화, 우편, 면담, 지도 등을 이용한 실천지원(권유) 단계이다. 이것은 실천을 권유할 뿐 건강상태의 진찰 및 설명을 하는 것이 아니므로 의료행위에 해당하지 않을 수 있다. 일본은 초회 면담 과정에서 수립한 특정보건지도 지원계획(생활습관 개선 처방)에 따라 간호사, 영양사와 전문적인 지식과 기술을 가지고 있다고 인정되는 자 혹은 동등 이상의 능력을 가지고 있다고 인정되는 자 등 실천적 지도자가 적극지원을 수행한다. 한국 「의료법」에 견주어 보면 의료행위에 해당한다고 보고 있지 않는 것이다.

네 번째 단계는 성과평가 단계이다. 성과를 평가하고 건강상태를 판단하여 설명을 하면 의료행위에 해당할 수 있다. 일본은 초회 면담 자격자가 평가하도록 하고 있고 평가 결과를 이용하여 중간에 지원계획을 변경하거나 다음해 계획 등에 대해서 설명을 한다. 의료행위에 해당할 수 있는 것이다. 그러나 허리둘레 감소 목표 달성, 체질량지수 개선, 체중감량 목표 달성, 계층화 판정 개선 정도 등 성과평가 결과 산출에 그치고 건강상태 판단이나 설명을 하지 않는다면 의료행위에 해당하지 않을 수 있다.

본고는 단계별로 의료행위 해당 여부를 법적으로 검토하고자 한다.<sup>142)</sup>

### 1) 의료행위의 정의

현행 「의료법」은 ‘의료’라는 용어 혹은 의료를 행하는 것이라고 정의할 수 있는 의료행위에 대해서 명확한 정의를 내리고 있지 않다. 동법 제12조는 “의료인이 하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행(이하 “의료행위”라 함)”이라고 규정하여 의료기술의 시행을 의료행위로 정의하고 있는데 이것은 의료행위에 대한 사전적 개념의 설

142) 본 섹션은 조용운(2017)을 본고의 제안에 적용하고 있음(조용운 2017)

명에 지나지 않는다. 그 정의를 「의료법」에 명시하지 않는 것은 다양하고 새로운 의료행위가 나타나고 의료기술의 발전으로 그 개념이 변할 수 있을 것이기 때문이라고 대법원 판례<sup>143)</sup>는 밝히고 있다.

실제로 그 정의는 대법원 판시에 의해서 형성되어 왔고, 그 내용은 위해도<sup>144)</sup>를 중심 개념으로 하고 있으며 시대에 따라 조금씩 변해 왔다. 그 취지가 최근까지 영향을 미치고 있는 최초 판례가 1974년 대법원<sup>145)</sup> 판결이다.

“의료행위라고 함은 질병의 예방이나 치료행위를 하는 것으로 풀이하여 보면 의학의 전문적 지식을 기초로 하는 경험과 기능으로써 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과 수술 등의 행위를 말하는 것이라고 할 것인 바, 이는 의사의 의료행위가 고도의 전문적 지식과 경험을 필요로 함과 동시에 사람의 생명, 신체 또는 일반 공중위생에 밀접하고 중대한 관계가 있기 때문에(이하 생략)”

여기서의 진찰 및 치료에 대한 정의는 1978년 대법원<sup>146)</sup> 판결에 나타나 있다.

“진찰이라 함은 환자의 용태를 듣고 관찰하여 병상 및 병명을 규명·판단하는 작용인데 그 진단방법으로서는 문진, 시진, 청진, 타진, 촉진 기타 각종의 과학적 방법을 써서 검사하는 등 여러 가지가 있고 위와 같은 작용에 의하여 밝혀진 질병에 적합한 약품을 조제·공여하거나 시술을 하는 것이 소위 치료행위에 속한다 할 것이다”

그러나 판결은 예방에 대한 정의를 내리고 있지 않아 생활습관 변화를 위한 실천 지원서비스의 의료행위 해당 여부에 대한 판단이 어려운 상황이다. 본고는 예방의 정

143) 대법원 1974. 11. 26. 선고 74도1114 전원합의체 판결: “의료행위의 내용에 관하여는 이에 관한 정의를 내리고 있는 법조문이 없으므로 결국은 구체적 사안에 따라 이를 정할 수밖에 없는 것인 바 위의 개념은 의학의 발달과 사회의 발전 등에 수반하여 변화될 수 있는 것이어서 앞에서 말한 「의료법」의 목적 즉, 의학상의 전문지식이 있는 의사가 아닌 일반사람에게 어떤 시술행위를 하게 함으로써 사람의 생명, 신체상의 위험이나 일반공중위생상의 위험이 발생할 수 있는 여부 등을 감안한 사회통념에 비추어 의료행위 내용을 판단하여야 할 것이다.”

144) 위해도(Risk)란 안전에 미치는 위해의 정도를 말함

145) 대법원 1974. 11. 26. 선고 74도1114 전원합의체 판결

146) 대법원 1978. 9. 26. 선고 77도3156 판결

의 및 범위에 대한 유권해석 혹은 판결이 필요하다고 본다. 실천지원서비스는 대사증후군 등의 예방 혹은 완화를 목적으로 하고 있고, 의료행위는 질병의 예방 또는 치료를 목적으로 한다. 1974년 대법원 판결에 따라 예방을 “넓은 의미의 치료로서 예방은 구체적 사안에서 당해 환자에게 특정 질병의 발생을 방지하기 위한 활동”으로 해석하는 경우가 있다.<sup>147)</sup> 의학의 전문적 지식을 기초로 하는 경험과 기능으로써 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과수술 등의 행위를 질병의 예방이나 치료행위로 정의하고 있으므로 이러한 해석은 일견 타당해 보인다. 그러나 환자는 이미 질병이 발생한 사람인데 이를 대상으로 질병의 발생을 방지한다는 것이 무엇을 의미하는지, 그리고 대사증후군 보유자 등이 “당해 환자”에 포함되는지 불분명하다. 실천지원서비스와 관련하여 이러한 혼동을 줄일 수 있도록 대사증후군의 예방 및 질병에 대한 예방의 정의 및 범위가 분명해져야 할 것으로 본다.

이러한 의료행위에 대한 정의가 적용되다가 1999년 대법원<sup>148)</sup>은 그 기본 취지는 유지하되 다소 다른 정의를 판시하고 있고, 그 후 현재까지 이 정의는 유지되고 있다.

“의료행위라 함은 의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과적 시술을 시행하여야 하는 질병의 예방 또는 치료행위 및 그 밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위를 의미하는 것(이하 생략)”

동 판결은 ‘의사’라는 용어를 의료인<sup>149)</sup>이라는 용어로 바꾸고 있는데 이것은 의사만이 의료를 행할 수 있는 것으로 해석될 소지를 제거하고 있다는 면에서 타당하다고 할 수 있다. 그리고 ‘사람의 생명, 신체’라는 문구를 포함하지 않고 있는데 이것은 사람의 생명, 신체상의 위험은 1회의 의료행위로도 초래할 수 있는 반면, 보건위생상 위해는 계속·반복적인 행위로 초래될 수 있으므로 1회의 의료행위로 해석될 여지를

147) 노태현(2010)

148) 대법원 1999. 3. 26. 선고 98도2481 판결

149) 「의료법」상의 의료인은 의사, 치과의사, 한의사 및 조산사, 간호사를 말함(「의료법」 제2조 제2항 제1호 내지 제5호, 「의료법」 제12조)

제거하는 것이라는 해석이 있다.<sup>150)</sup>

동 판결과 관련하여 의료행위의 범위는 최광의로 해석하는 것이 일반적이다(〈표 V-2〉 참조). ‘의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위를 의미하는 것’이라는 의료행위의 정의는 「의료법」 제27조<sup>151)</sup>상의 무면허 의료행위 금지 규정에 해당하는 의료행위의 범위를 의제의료를 포함하는 최광의로 보고 있다는 것이 일반적 해석이다. 즉, 보완대체의료,<sup>152)</sup> 확장된 의료,<sup>153)</sup> 금지된 의료,<sup>154)</sup> 비의료기술<sup>155)</sup> 등 협의의 의료에 대응하는 의제의료는 「의료법」상 무면허의료행위 금지의 대상에 포함된다.<sup>156)</sup>

「의료법」상의 “보건지도”, “구강 보건지도”, “한방 보건지도”, “보건과 양호지도”, “보건활동”<sup>157)</sup>은 의료기술의 시행으로 이루어지는 것은 아니므로 의료행위로 정의하기는 어렵고 보건의료<sup>158)</sup>로 정의하는 것이 일반적이다. 보건지도는 「의료법」상

150) 노태현(2010)

151) “의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다”

152) 의학적 방법론에 의하지 않고 질병의 진단, 치료, 예방을 목적으로 이루어지는 의료. 일반적으로 보완대체의료는 다양하게 정의되고 있음. 보건위생관련 행위 중에서 전통적 의료(의학의료와 한방의료)와 자녀의 이갈이를 도와주는 행위나 간병하는 행위 등 일상생활성 의료행위를 제외한 일체의 것(노태현 2010)

153) 의학적 방법론에 의하되 질병의 진단, 치료, 예방 외의 목적으로 이루어지는 의료, 예를 들어, 질병의 정도에 이르지 아니한 사람에 대한 체중감량을 위하여 약제를 처방하는 행위, 미용을 위하여 이루어지는 성형수술 등

154) 환자의 건강에 대한 이익보다 부작용의 위험 등이 더 크거나 위험 대비 효과가 더 큰 의료가 개발되어 제도적 의료 영역에서도 이루어지면 안 되는 의료

155) 의학적 방법론에 의하지 않고 치료 외의 목적으로 이루어지는 의료(예: 문신)

156) 노태현(2010)

157) 「의료법」 제2조 제2항 제1호 내지 제5호

158) 「보건의료기본법」 제3조는 “보건의료란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다”고 정의하고 있음. 그리고 “보건의료서비스란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다”라고 정의하고 있음. “보건의료인이라 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자를 말한다”고 정의하고 있음. 노태현(2010)은 여기서 보건의료인은 「의료법」상 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사) 외에도 한지의료인(「의료법」 제79조), 간호조무사(「의료법」 제80조), 의료유사업자(「의료법」 제81조), 안마사(「의료법」 제82조), 약사와 한약사(「약사법」 제2조 제2호), 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료

무면허의료행위 금지 대상에 포함되지 않는 것이다.<sup>159)</sup>

〈표 V-2〉 의료에 관한 용어

용어		정의	관련법
당연 의료	최협의의 의료	· 「의료법」상 의료인 중 의사 직역이 의료인으로서 병을 진단, 치료, 예방하는 의료	· 「의료법」 제2조 제2항 제1호
	협의의 의료	· 「의료법」상 의사의 의료, 치과의사의 치과 의료, 한의사의 한방 의료 등을 포괄	· 「의료법」 제2조 제2항 제1호 내지 제3호
	광의의 의료	· 「의료법」상의 의료인(의사, 치과의사, 한의사 및 조산사, 간호사)이 행하는 제도권 내의 의료	· 「의료법」 제2조 제2항 제1호 내지 제5호 · 「의료법」 제12조
의제의료		· 당연의료 외에서 이루어지는 행위 중에서도 국민의 건강을 보호, 증진시키기 위하여 지도, 감독이나 규제가 필요한 의료	· 보완대체의료, 확장된 의료, 금지된 의료, 비의료기술
최광의의 의료		· 협의의 의료에 대응하는 의제의료와 광의의 의료 등을 합한 개념으로 무면허의료행위 금지 조항에 해당	· 「의료법」 제27조
보건의료		· 국민의 건강을 보호·증진시키기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동으로서 가장 넓은 의미의 의료로 최광의의 의료와 보건지도 등을 포함	· 「보건의료기본법」 제3조 제1호 내지 제3호 · 「의료법」상(의료법 제2조 제2항 제1호 내지 제5호)의 보건지도, 구강 보건지도, 한방 보건지도, 보건과 양호지도, 보건활동

자료: 조용운(2017)

「의료법」상의 “보건지도”, “구강 보건지도”, “한방 보건지도”, “보건과 양호지도”, “보건활동”<sup>160)</sup>은 의료기술의 시행으로 이루어지는 것은 아니므로 의료행위로 정의

사, 치과기공사, 치과위생사 등 의료기사와 안경사(「의료기사등에관한법률」 제1조, 제2조), 응급구조사(「응급의료에관한법률」 제36조), 정신보건전문요원(「정신보건법」 제7조) 등이 모두 포함될 수 있다고 봄. 본고는 일본의 특정보건지도도를 고려할 경우 영양지도자, 운동지도자 등도 포함하여야 할 것으로 봄

159) 노태현(2010)

160) 「의료법」 제2조 제2항 제1호 내지 제5호

하기는 어렵고 보건의료<sup>161)</sup>로 정의하는 것이 일반적이다. 보건지도는 「의료법」상 무면허의료행위 금지 대상에 포함되지 않는 것이다.<sup>162)</sup>

본고는 금연, 절주 등이 건강에 도움이 된다는 식의 조언 즉, 실천지원서비스는 보건지도의 영역에 속한다고 할 것이고 의료행위로 보기 어렵다고 본다. 의료행위의 범위를 최광의로 정의한다고 하더라도 실천지원서비스는 이에 해당하지 않을 것이라고 보는 것이다.

일본 특정보건지도의 초회면담 및 계획 작성(생활습관 처방단계)는 의료인(의사, 보건사, 관리영양사)이 수행하고, 실천지원서비스는 의료인과 보건의료인(실천적 지도자)이 수행할 수 있도록 하고 있다(〈표 Ⅲ-11〉 참조). 일본은 실천지원서비스를 보건지도의 영역에 속하는 것으로 보고 있다고 할 수 있다.

## 2) 비의료행위의 정의

### 가) 타인에 대한 행위

실천지원서비스가 최광의의 의료행위에 속하지 않는다는 것은 대법원 판례를 통해서도 확인할 수 있다. 2001년 대법원<sup>163)</sup>은 타인의 증상에 대하여 듣고 특정

161) 「보건의료기본법」 제3조는 “보건의료란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다”고 정의하고 있음. 그리고 “보건의료서비스란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다”라고 정의하고 있음. “보건의료인이라 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자를 말한다”고 정의하고 있음. 노태현(2010)은 여기서 보건의료인은 「의료법」상 의료인(의사, 치과 의사, 한의사, 조산사, 간호사) 외에도 한지의료인(「의료법」 제79조, 간호조무사(「의료법」 제80조), 의료유사업자(「의료법」 제81조), 안마사(「의료법」 제82조), 약사와 한약사(「약사법」 제2조 제2호), 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사 등 의료기사와 안경사(「의료기사등에관한법률」 제1조, 제2조), 응급구조사(「응급의료에관한법률」 제36조), 정신보건전문요원(「정신보건법」 제7조) 등이 모두 포함될 수 있다고 봄. 본고는 일본의 특정보건지도를 고려할 경우 영양지도자, 운동지도자 등도 포함하여야 할 것으로 봄

162) 노태현(2010)

163) 대법원 2001.7.13. 선고 99도2328 판결

행위를 권유하였을 뿐 병상이나 병명이 무엇인지를 규명하여 판단을 하거나 설명을 한 바가 없는 경우는 의료행위에 해당하지 않는다고 판결하였다.

“건강원을 운영하는 자가 손님들에게 뱀가루를 판매함에 있어 그들의 증상에 대하여 듣고 뱀가루를 복용할 것을 권유하였을 뿐 병상이나 병명이 무엇인지를 규명하여 판단을 하거나 설명을 한 바가 없는 경우, 그 행위는 뱀가루 판매를 용이하게 하기 위한 부수적인 행위에 해당할 뿐 병상이나 병명을 규명·판단하는 진찰행위에 해당한다고 볼 수 없다는 이유로 의료행위에 해당하지 않는다”

1978년 대법원<sup>164)</sup> 판결에 따르면 병상이나 병명이 무엇인지를 규명·판단하는 작용은 진찰에 해당하고, 진찰에 의하여 밝혀진 질병에 적합한 약품을 조제·공여하거나 시술을 하는 것은 소위 치료행위에 해당한다. 2001년 대법원 판결은 진찰을 행하지 않는 것은 의료행위라고 할 수 없다는 취지로 해석된다.

#### 나) 자신의 신체에 대한 행위

2001년 대법원의 판결은 자신의 신체에 관한 것이 아니라 타인에 관한 것이다. 「의료법」과 판례는 자기 신체에 대하여 예방, 진찰, 치료행위를 한 경우를 명시적으로 다루고 있지 않다.<sup>165)</sup>

자기 신체에 대하여 예방, 진찰, 치료행위를 한 경우 타인에 대한 의료행위가 아니므로 무면허 의료행위 금지 조항 위반이 되지 않는다는 견해와 계속·반복될 경우 위반이 될 수 있다는 견해가 있다. 「의료법」의 무면허의료행위 금지 조항은 개인법익을 보호법익으로 하고 있는 것이 아니라 사회법익을 보호법익으로 하고 있는 것이므로 위법성 구성요건에서 타인성을 요구한다고 해석하는 견해가 있다. 하지만 자기 신체에 대하여 의료행위를 한 경우 보건위생에 큰 영향을 미치지 않는 이유는 1회적으로 이루어졌기 때문이지, 계

164) 대법원 1978. 9. 26. 선고 77도3156 판결

165) 조용운(2017)

속·반복적으로 의료행위를 해오던 사람이 다른 사람에게 하던 의료행위를 자기 자신에 대하여도 계속·반복적으로 한 경우에 그 행위 자체는 보건위생상 위해를 가할 우려가 없다고 보기는 어렵다는 견해가 있다.<sup>166)</sup>

그러나 실천지원서비스는 자기 신체에 계속·반복적으로 수행하더라도 의료행위에 해당하지 않을 것이다. 「모바일 의료용 앱 안전관리 지침」<sup>167)</sup> 및 「의료기기와 개인용 건강관리(웰니스) 제품 판단 기준」<sup>168)</sup>은 자기 신체의 건강관리를 돕는 경우 의료에 해당하지 않는 제품을 예시하고 있다. 이 제품은 대법원 판례에 따라 병상이나 병명이 무엇인지를 규명하여 판단을 하거나 치료법 설명을 하지 않아야 한다. 이 지침 및 기준은 자기 신체에 대한 계속·반복적 실천지원이 의료행위에 해당하지 않는 범위에 대한 정부의 유권해석으로 볼 수 있다.

이러한 앱 및 기기를 이용하여 개인은 자기 신체에 대해 계속·반복적 생체 현상 측정·분석을 할 수 있고, 이는 의료행위에 해당하지 않는다. 그리고 그 결과를 인센티브 요청 등에 활용할 수 있고, 인센티브 제공자는 어떤 질병이나 상태를 언급하지 않은 상태에서 인센티브를 제공할 수 있을 것이다. 다만 인센티브 제공자는 개인 건강정보 활용에 대한 본인 동의를 얻어야 할 것이다.

### 3) 생활습관 변화 실천지원서비스의 의료행위 해당 여부

건강생활서비스의 첫 번째 단계는 타인의 건강검진 자료 등을 이용하여 생활습관 항목별 건강위험도 평가 및 전체적 건강수준 계층화를 실행하는 경우 타인의 건강상태를 진찰하고 설명하는 것이므로 의료행위에 해당한다고 볼 수 있다. 자기신체에 관련 하여는 다른 해석이 있을 수 있다. 만성질환자가 아닌 대사증후군을 보유한 자가 의료 목적이 아닌 모바일 앱 및 개인용 건강관리기기 등을 이용하여 스스로 자기 신체의 건강위험도 측정 및 건강수준 계층화(자동 산출) 결과를 산출 하는 것은 의료행

166) 노태현(2010)

167) 식품의약품안전처(2013)

168) 식품의약품안전처(2015)

위에 해당하지 않을 수 있다고 본다. 이때 측정 결과에 따른 치료법 혹은 처방이 있어서는 안 된다. 타인성 요건이 충족되지 않으며, 의료 목적이 아닌 개인용 건강관리기기 및 모바일 앱을 이용하기 때문에 계속·반복적으로 사용하더라도 위해가 미미할 수 있다는 주장이 가능하다고 본다. 이러한 해석이 가능하다면 건강위험도를 측정만 하고 판단함이 없이 인센티브를 제공할 수 있을 것으로 본다. 이러한 해석에 대한 법적 리스크를 피하기 위하여 유권해석이나 판결이 필요할 것이다.<sup>169)</sup>

두 번째 단계의 경우 첫 번째 단계의 자료 및 결과를 기초로 지도자가 타인에게 생활습관 상담을 통하여 개인 스스로 행동 목표 및 행동계획을 설정할 수 있도록 지원한다면 상담 및 처방을 하여야 하므로 일견 의료행위에 해당한다고 할 수 있다. 일본의 특정보건지도의 경우 초회 상담을 통한 지원계획 수립 과정에 해당하고 한국 생애 전환기건강진단의 경우 2차 검진의 생활습관 상담 및 처방 과정에 해당한다고 할 수 있다. 그런데 의료행위라고 하더라도 「의료법」상 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사) 중 의사 직역만이 수행할 수 있도록 하여야 하는지는 제도적 개선 혹은 유권해석 등이 필요하다고 본다. 일본의 경우 의사, 보건사, 관리영양사 3직군이 수행할 수 있도록 하고 있다. 1999년 대법원 판결은 사람의 신체에 가벼운 위험은 계속·반복되더라도 의료행위에서 배제할 수 있는 여지를 두고 있다는 해석이 가능하므로 이를 고려할 수 있다고 본다.

세 번째 단계의 경우 두 번째 단계의 계획(〈부록 Ⅲ〉, 〈표 Ⅲ-8〉, 〈표 Ⅲ-9〉 참조) 혹은 생애전환기건강진단 2차 검진(제도 개선이 이루어져 일반건강검진의 2차 검진에 대사증후군을 포함한 경우도 해당)의 생활습관 처방을 기초로 하여 실천지원서비스 기관이 건강한 생활방식을 선택할 수 있도록 유도·장려하기 위해 이메일, SMS, 전화, 우편, 상담, 지도, 비의료용 앱 및 개인용 건강관리기기 등을 이용하여 실천지원서비스를 제공하는 것이므로 의료행위에 해당한다고 보기 어렵다. 특정 행위를 권유하였을 뿐 진찰을 하거나 설명을 한 바가 없는 경우는 의료행위에 해당하지 않는다는 2001년 대법원 판결을 참고할 수 있다고 본다. 그리고 노태현(2010)은 판례상 의료행위에 해당하는 예방은

169) 조용운(2017)

“일반적으로 건강을 유지하는 데 도움을 주는 것을 포함하지 않는다”고 해석하고 있다.

해외사례를 보면 일본의 경우 실천지원서비스 단계는 의료행위로 보고 있지 않고 할 수 있다. 일본 「그레이존 해소 제도」의 발표 내용을 보면 건강생활과 의료행위에 관련한 것은 대략 7건으로 파악된다(〈표 V-3〉 참조).

〈표 V-3〉 일본 건강생활과 의료행위 관련 그레이존 해소 제도 활용 사례

조회내용	회답내용	의의
의사의 지도·조언을 바탕으로 피트니스 클럽에서 그 직원이 운동에 관한 교육을 실시하는 경우, 그것이 의사에게만 인정되는 “의료행위”에 해당하는지 여부 등을 조회	의사의 지도·조언에 따라 스트레칭과 컴퓨터교육의 방법을 가르치는 등의 의학적 판단과 기술을 수반하지 않는 범위 내에서 운동지도를 실시하는 것은 “의료행위”에 해당하지 않음 (경제산업성) (회답일, 2014년 2월 25일)	· 소비자가 의료 연계 민간 건강 서비스를 직접 이용할 수 있는 환경 정비 · 생활습관병의 예방
건강생활서비스 코디 사업자가 소비자에 대해 ① 이용자에 관한 생활정보, 의료정보 등을 관계자(의료기관, 운동, 영양서비스 사업자)에게 공유하면서 ② 의사의 지시·조언에 따라 생활정보에 근거한 운동 메뉴, 검진 결과에 따른 식사 메뉴 등의 작성, 관련 서비스의 소개와 그 이용 상황의 관리 등을 실시 ①은 정보를 공유하는 데 동의를 얻는 방법 등 ②는 메뉴 만들기 등이 의사에게만 인정되는 “의료행위”에 해당하는지 여부 등을 조회	①에 대해서는 미리 이용자의 동의를 얻거나, 공유되는 정보의 항목 및 이용하는 사람의 범위 등을 명시함으로써 개인정보보호법에 규정된 제삼자에게 제공 제한에 저촉되지 않는 것을 확인 ②에 대해서는 이용자의 개인의료정보 등을 바탕으로 한 의학적 판단을 수반하는 것은 아닌 범위에서 건강생활 지원서비스 메뉴 만들기 등을 실시하는 것은 “의료행위”에 해당하지 않는 것 등이 확인됨 (경제산업성) (회답일, 2014년 7월 30일)	· 소비자가 의료기관과 민간 사업자가 제휴한 건강 서비스를 직접 이용할 수 있는 환경을 정비 · 생활습관병의 예방
이용자가 스스로 채혈한 혈액을 사업자가 간이 검사하여 이용자에게 검사 결과를 통지하는 경우, 이용자가 자기 채혈하는 것과 사업자가 혈액 검사결과를 통지하는 것이 각각 의사에게만 인정되는 “의료업”에 해당하는지 여부를 조회	이용자가 자기 채혈하는 것은 “의료업”에 해당하지 않는 것으로 확인됨. 또한, 사업자가 검사결과를 사실을 통지할 뿐만 아니라, 추가 검진을 받도록 조언하는 것 등도 “의료업”에 해당하지 않는 것 등이 확인됨 (경제산업성) (회답일, 2014년 2월 25일)	· 스스로 건강관리를 할 수 있는 기회를 · 친근하게 제공 · 질병의 조기 발견

〈표 V-4〉 일본 건강생활과 의료행위 관련 그레이존 해소 제도 활용 사례 (계속)

<p>환자가 집에서 재택요양지원 진료소에 전화하는 경우 응대를 사업자가 자사의 콜센터에서 대행하는 새로운 사업을 실시함에 있어서 건강보험법 관련 통지에 규정된 해당 병원의 시설 기준에 긴급 연락처의 취급에 대해 조회</p>	<p>전화 지원을 대행하는 콜센터의 연락처를 긴급연락 체제 및 24시간 왕진할 수 있는 체제를 확보하고 있는 병원의 연락처로 한 경우 건강보험법 제76조에 따른 “특별(特掲)진료료의 시설 기준 등”을 충족하는 것으로 밝혀짐 (경제산업성, 후생노동성) (회답일, 2016년 10월 27일)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 재택요양지원 진료소에 대한 전화 응대 대행 서비스 실시에 관한 건강보험법의 취급 명확화</li> <li>· 병원에 대한 위탁 사업 진흥 기대</li> </ul>
<p>소비자에게 수면환경 개선 조건과 제품 제안 서비스, 컨설팅 시트 등을 이용한 셀프 체크가 의사법 규정 저촉 여부 또한, 활동량 측정 및 전용 시스템을 이용한 수면 환경의 분석 등을 통한 수면 환경에 관한 종합적인 컨설팅이 의약품의료기기등법의 규정에 저촉 여부 조회</p>	<p>각각 의사법 제17조, 의약품 의료기기 등 법 제2조 4항의 규정에 위반하지 않음 (경제산업성 및 후생노동성) (회답일, 2017년 3월 21일)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 수면환경 종합 컨설팅 관련 의사법, 의약품의료기기 등 법의 취급 명확화</li> <li>· 신사업 모델로 본 서비스의 도입, 측면에 관한 신셀프 메디케이션 확산 기대</li> </ul>
<p>의사가 진찰하지 않고 검사 데이터를 바탕으로 수진을 권장할 경우 의사법 제 20 조와의 관계에서 무진찰치료(無診察治療)의 금지에 해당하지 않는가를 조회</p>	<p>의사가 검사 데이터를 바탕으로 수진을 권장하는 것은 치료 또는 진단 행위에 해당하지 않음. 그리고 의사가 건강진단 등의 결과에만 근거하여 이를 행해도 동조의 규정을 위반하는 것은 아님 (경제산업성 및 후생노동성)</p>	<p>검진 데이터 등의 결과에 따라 의사의 수진 권장 레터의 발급과 의료 행위와의 관계가 명확해짐</p>
<p>잇몸건강을 위한 타액우송검사 서비스의 제공에 있어서 검사 결과의 통지 및 타액 검사를 실시하는 시설, 타액의 우송에 대해 조회</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 검사 결과 통지는 치과의사법에 규정된 “치과의술”에 해당하지 않음</li> <li>· 타액 검사를 실시하는 시설은 본 서비스에서 검사가 진료를 목적으로 하는 것이 아닌 점에서 임상검사기사 등에 관한 법률 제20조의3에 규정된 “위생 검사소”의 등록이 필요하지 않음</li> <li>· 타액의 우송은 “우편금지품”에 해당하지 않음 (후생노동성 및 총무 대신) (회답일, 2015년 10월 23일)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 손쉽게 잇몸의 건강을 체크하는 것이 가능해짐</li> <li>· 셀프 메디케이션에 의한 건강 장수 사회의 실현 기대</li> </ul>

자료: 1) 조용운(2017)  
2) 經濟産業省(2017)

네 번째 단계는 성과평가 단계로 허리둘레 감소 목표 달성, 체질량지수 개선, 체중 감량 목표 달성, 계층화 판정 개선 정도 등을 측정·평가하는 단계이다. 본고는 이러한 측정·평가가 측정에 머물고 이에 기초하여 건강상태를 평가하거나 설명하지 않는다면 의료행위에 해당하지 않는다고 본다. 이는 성과에 기초하여 보험회사 등이 인센티브를 제공할 경우 의료행위와 무관할 수 있음을 의미한다. 개인이 비의료 목적 개인용 건강관리기기 및 모바일 앱 등을 이용하여 스스로 측정한 결과 그리고 자신의 건강검진 결과를 인센티브 요청을 위해 이용한다면, 그리고 요청받은 기관은 인센티브 제공을 위해 이를 이용한다면 이것이 의료행위에 해당하지 않을 것으로 본다.

#### 다. 실천지원서비스 제공기관 선정

본고는 생활습관 평가 및 처방 단계는 의료행위에 해당하므로 요양기관이 담당하도록 하고, 실천지원서비스 단계 부분을 민간 사업자에게 허용할 것을 제안한 바 있다. 실천지원서비스 사업자 선정 기준은 앞에서 조사한 일본 특정보건지도의 외부 위탁에 관한 기준을 참조할 수 있을 것이다.

## 2. 사적 부문: 보험산업의 활용 방안

### 가. 생활습관 변화 실천지원서비스 활용

#### 1) 직접 제공

한국 프로그램은 보험상품과 연계하여 생활습관 변화 실천지원 및 인센티브 프로그램을 개발하고 있는 사례가 있으나 보험료에 반영하는 등 직접적 활용 사례는 찾아보기 어렵다.

본고는 대사증후군(정상B)을 2차 일반건강검진 대상자에 포함할 것을 제안한 바

있다. 그리고 그 결과통보서와 2차 생애전환기건강진단 결과통보서의 생활습관 평가 결과 및 처방 부분을 다이론 통합모형의 변화단계 등을 포함하는 등 생활습관 변화를 위한 실천지원서비스를 실천적 지도자가 효과적으로 수행할 수 있도록 개선할 필요가 있다고 제안한 바 있다. 이 결과통보서에 기초한 실천지원서비스는 의료행위에 해당하지 않을 수 있음을 보인 바 있다. 따라서 보험회사가 건강 관련 서비스로서 결과통보서에 기초한 실천지원서비스 관련 내용을 보험상품의 기초서류에 반영하고 보험료를 부과하면서 새로운 보험상품을 개발할 수 있을 것으로 본다. 기존에 있는 보험상품의 특약 형태로 개발하여 피보험자에게 제공할 수 있을 것이다.

## 2) 법적 검토

다만, 개인정보 이용에 관한 법적 검토가 필요해 보인다.<sup>170)</sup> 건강검진 생활습관 평가 결과통보서 혹은 자체 수집 데이터에 기초하여 실천지원서비스 및 인센티브를 제공하는 것은 의료행위에 해당하지 않을 수 있어도 개인건강정보 이용에 해당하게 된다. 개인의 건강에 관한 정보는 민감정보<sup>171)</sup>로서, 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우가 아닌 한, 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받을 것이 요구된다.<sup>172)</sup>

그리고 개인질병정보 이용에 해당할 수 있다. 개인의 질병에 관한 정보<sup>173)</sup>와 관련하여서는 대통령령이 정하는 일정한 목적으로만 이를 이용할 수 있도록 「신용정보의

170) 조용운·백영화(2017)

171) 「개인정보보호법」상 민감정보란 “사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보”를 말한다. 「개인정보보호법」은 건강정보에 대해 별도로 정의하고 있지 않음. 한편, 「개인정보보호법」 제정 당시 행정안전부가 작성한 “개인정보 보호법령 및 지침고시 해설”(2011. 12)에서 다음과 같이 정의하고 있음; “건강 및 성생활 등에 관한 정보란 개인의 과거 및 현재의 병력(病歷), 신체적·정신적 장애(장애등급 유무 등), 성적 취향 등에 관한 정보이다. 혈액형은 이해 해당하지 않는다”

172) 「개인정보보호법」 제23조 제1항

173) 「신용정보법」상 질병정보에 대한 정의는 따로 없음

이용 및 보호에 관한 법률」(이하 「신용정보법」)에서 별도로 규율하고 있다.<sup>174)</sup> 여기서 이용 해당 목적은 보험회사, 체신관서, 공제조합 등이 개인의 질병에 관한 정보를 그 정보가 필요한 보험계약·공제계약 및 보험금·공제금 지급업무와 관련하여 이용하는 경우이다.<sup>175)</sup>

개인의 질병 정보를 이용해야 하는 경우, 해당 상품 보장내용의 일환으로 서비스를 제공한다는 점에서 일단 보험계약과 관련하여 질병정보를 이용하는 경우에 해당한다고 주장해 볼 소지는 있다. 그러나 감독당국으로서는 「신용정보법 시행령」 제13조에 대해 해당 보험계약 본연의 업무(보험계약 및 보험금 지급)와 관련하여 이용하는 경우에 한정되는 것이며 상품의 보장내용 연계 특약 서비스 제공을 위해 이용하는 경우는 포함되지 않는다고 해석할 가능성도 있어 보인다. 이에 보험상품에서 정한 실천 지원서비스 및 인센티브 제공과 관련하여 개인의 질병 정보를 이용하는 것이 「신용정보법 시행령」 제13조에 따른 목적 범위에 포함된다는 점에 대해 감독당국의 유권 해석 혹은 별도의 법령에서 근거 규정을 마련하는 것이 필요할 수 있다.

## 나. 인센티브의 활용

현재는 다양성이나 규모를 볼 때 인센티브 활용은 시작단계 수준에 있다고 할 수 있다. 참여 혹은 행동기반 인센티브 제공에 국한되어 있고 금연 성공, 목표 체중 감량 달성 등과 같은 성과에 기반한 인센티브 제공 사례는 찾아보기 어렵다. 이러한 현황은 앞에서 제시하였다.

2017년 11월 2일 정부는 보험회사가 보험계약자 등의 건강관리노력 및 성과에 따라 보험료 할인 등의 인센티브를 제공할 수 있도록 하는 '건강 증진형 보험상품 가이드라인'을 발표하였다. 동 가이드라인은 질병 및 사망보험 등 건강관리 노력과 관련된 새로운 보험상품 개발 및 기존 보험상품의 '특약' 개발을 통해 인센티브 제공이 가능하도록 하였다. 인센티브는 건강관리용 웨어러블 기기 구매비용 보조, 보험료 할

174) 「신용정보법」 제16조 제2항

175) 「신용정보법 시행령」 제13조

인, 보험금 증액, 캐쉬백, 포인트, 건강 관련 서비스 등 광범위하게 허용하고 있다.

여기서 건강 관련 서비스는 인센티브로 한정하며 「의료법」 등 현행 법령상 허용된 범위에 한정하고 있다. 건강 관련 서비스가 인센티브의 일부라는 것은 개인이 스스로 생활습관 변화를 위한 실천을 하고 그 행동 혹은 성과를 입증하면 보험회사는 관련 내용이 보험상품 기초서류에 반영되어 있는 경우 인센티브로서 건강 관련 서비스를 제공할 수 있다는 것을 의미한다. 보험회사가 보험료에 반영하여 직접 실천지원서비스를 제공할 수 있도록 하는 것인지는 검토가 필요하다고 본다.

이 가이드라인은 인센티브를 보험상품에 반영하는 경우 「보험업법」상 금지대상인 특별이익<sup>176)</sup>으로 해석하지 않는다는 것을 전제로 하고 있다. 본고는 보험상품에 반영하였으므로 인센티브를 제공하더라도 특별이익의 제공을 금지하는 「보험업법」에 저촉되지 않을 것으로 본다.<sup>177)</sup> 해당 상품 계약자 혹은 피보험자에게 일률적으로 기회가 주어지는 것이고 또한, 해당 서비스 제공 관련 비용이 예정사업비에 포함되어 보험료에도 반영되어 있기 때문에 특별이익 금지 취지에 반하지 않을 것이다.

이외에 동 가이드라인과 관련하여 예상되는 이슈는 인센티브 제공을 위해 성과평가를 어떻게 할 것이고, 이것이 의료행위에 해당하지 않는가?이다. 「모바일 의료용 앱 안전관리 지침」 및 「의료기기와 개인용 건강관리(웰니스) 제품 판단 기준」은 자기 신체의 건강관리를 돕는 앱 및 개인용 건강관리기기가 의료에 해당하지 않는 경우를 명시적으로 예시하고 있다. 하지만 이것은 자기 신체에 대해서 스스로 활용하는 것은 의료행위에 해당하지 않을 수 있다는 것을 의미한다. 그 측정 결과를 보험회사 등이 활용하는 것은 타인의 측정결과를 이용하는 것이기 때문에 한국 「의료법」과 판례상

176) 「보험업법」 제98조(특별이익의 제공 금지) 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집과 관련하여 보험계약자나 피보험자에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특별이익을 제공하거나 제공하기로 약속하여서는 아니 된다. ① 금품(최초 1년간 납입보험료의 10%와 3만 원을 초과하지 않는 경우는 제외), ② 기초서류에서 정한 사유에 근거하지 아니한 보험료의 할인 또는 수수료의 지급, ③ 기초서류에서 정한 보험금액보다 많은 보험금액의 지급 약속, ④ 보험계약자나 피보험자를 위한 보험료의 대납, ⑤ 보험계약자나 피보험자가 해당 보험회사로부터 받은 대출금에 대한 이자의 대납, ⑥ 보험료로 받은 수표 또는 어음에 대한 이자상당액의 대납, ⑦ 「상법」 제682조에 따른 제3자에 대한 청구권 대위행사의 포기

177) 조용운·백영화(2017)

의료행위에 해당할 수 있다.

본고는 개인이 스스로 생활습관 변화를 위한 실천을 하고 비의료 목적의 앱 및 개인용 건강관리기기를 이용하여 측정한 결과 혹은 개인이 수령한 일반건강검진 및 생애전환기건강진단 결과를 보험회사 등이 인센티브 제공을 위해 이용만하고 의학적 판단 및 설명을 하지 않는다면 의료행위에 해당하지 않을 수 있다고 본다. 그리고 인센티브와 관련하여 생활습관 변화를 위해 노력할 것을 권장하는 것이 의료행위에 해당하지 않을 수 있다고 본다.

이 가이드라인과 관련하여 예상되는 또 하나의 이슈는 「의료법」에 저촉되지 않는 ‘건강 관련 서비스’는 무엇인가? 이다. 본고는 생활습관 변화 실천지원서비스는 의료행위에 해당하지 않으므로 이에 해당할 수 있을 것으로 본다. 그리고 앱 및 개인용 건강관리기기를 이용한 자가건강관리를 지원하는 것이 이에 해당할 수 있다고 본다.

#### 다. 실천지원서비스 및 인센티브 동시 활용

실천지원서비스와 인센티브 제공의 법적 가능성에 관해서 검토해 보았다. 그러면 이들을 어떻게 활용하는 것이 개인의 참여를 효과적으로 이끌어 낼 수 있는가? 조용운·김동겸(2017)은 한국 개인의 생활습관 변화에 대한 인식과 실천지원서비스 및 인센티브가 개인의 참여 의향에 미치는 영향에 대한 소비자 설문조사<sup>178)</sup> 결과를 발표하였다.

한국 대다수 국민은 생활습관 변화에 대해 무관심한 상태에 있는 것으로 나타났다.<sup>179)</sup> 최근 6개월 동안 1개비 이상 흡연자를 대상으로 금연 계획을 질문한 결과 무관심 비율은 78.8%, 스트레스 관리<sup>180)</sup>와 금주 또는 절주에 대한 무관심 비율도 각각

178) 본 조사는 2017년 중반에 전국(제주 제외) 만 20세 이상 성인 남·여 총 2,200명(유효표본)을 대상으로 구조화된 설문지를 이용한 가정 방문 일대일 개별 면담 방법으로 이루어짐. 조사기관은 (주)코리아리서치센터임

179) 질문: 현재 귀하께서는 생활습관 변화를 위한 실천(프로그램 참여, 자율적 개선행동 등)을 진지하게 계획 중이십니까?

180) “스트레스 관리는 정기적인 휴식과 신체활동, 대화, 사회활동 시간 갖기를 포함합니다” “귀하는 일상생활 속에서 효과적으로 스트레스 관리를 하고 계십니까?”

73.7%와 79.0%로 높게 나타났다. 한편, 운동 횟수 늘리기, 식단관리 강화의 경우 무관심한 사람의 비율이 각각 54.5%와 67.9%로 다른 건강생활 프로그램에 비해 무관심도가 상대적으로 낮은 것으로 나타났다.

무관심단계에 있는 사람은 행동계획을 스스로 세울 마음이 없고 지도자가 행동계획을 세워 준다고 해도 그 실천에 관심이 없는 사람이다. 무관심단계에 있는 개인은 일반적으로 변화로 인한 손실(Cons)을 크게 느끼고 있기 때문에 변화를 이끌어 내기 위해서 변화로 인한 혜택(Pros)을 생각하도록 하는 것이 필요한 사람이다. 예를 들면, 건강해지면 좋아하는 취미 활동을 더 많이 할 수 있다는 것을 인식하도록 하는 것 등이다.

보고는 기존의 변화전략 이론 틀 속에 포인트, 현금, 보험료 인하 등 변화에 따른 인센티브를 제공하는 방법을 추가할 수 있다고 본다. 정보 제공과 교육 등의 정서적 접근과 경제적 접근을 동시에 하면 변화 효과를 더 크게 기대할 수 있을 것으로 보는 것이다.

조용운·김동겸(2017)은 동시제공 효과를 알아보는 설문조사 결과를 발표하였다. 먼저, 생활습관 변화에 대해 무관심한 상태에 있는 개인들에게 생활습관 변화를 위한 실천지원서비스가 있을 경우 변화할 의향이 있는지를 질문하였다.<sup>181)</sup> 변화에 대해 무관심한 개인의 비율은 소폭 줄어들고 그만큼 관심을 보이거나 곧 실천 준비를 하고자 하는 사람의 비율은 증가하는 것으로 나타났다. 예를 들어, 무관심한 사람의 비율 감소폭은 금연계획(-9.2%p)이 가장 크게 나타났으나 그 감소폭이 크다고 할 수는 없어서 생활습관 변화 실천지원서비스가 제공될 경우 단기기간에 개인의 생활습관 변화에 미칠 영향은 크지 않을 것으로 예상된다.

그리고 변화를 위한 실천지원서비스가 제공되지 않고 자율적 생활습관 변화에 대해 현금, 포인트, 보험료 인하 등의 인센티브를 제공할 경우 변화할 의향이 있는지를 질문하였다.<sup>182)</sup> 변화를 위한 실천지원서비스만을 제공할 때 보다 무관심한

181) 질문: 만약, 보험회사가 피보험자에게 생활습관 개선에 도움을 주는 상담, 문자, 이메일, 전화, 개인용 건강관리기기(웨어러블, 앱 등) 이용 서비스 등을 제공한다면, 생활습관 변화를 위한 실천을 진지하게 계획하시겠습니까?

개인의 비율이 금연(-18.0%)은 약 2배, 나머지 4가지는 전체적으로 2배 이상 크게 줄어들었다. 그리고 그만큼 관심을 보이거나 건강생활을 30일 내에 실천할 준비를 하고자 하는 개인이 늘어났다. 본 설문은 변화에 대한 인센티브의 제공이 혜택(Pros)을 생각하도록 하기 때문에 생활습관 변화에 효과적일 수 있다는 것을 보여주고 있다.

마지막으로 실천지원서비스와 인센티브를 동시에 제공할 경우 생활습관 변화의 향을 질문하였다.<sup>183)</sup> 흡연자를 대상으로 금연 계획을 질문한 결과 무관심 비율은 27.4%p 줄어들었다. 이는 실천지원서비스만을 제공할 경우 -9.2%p보다 3배 가까이 줄어든 결과이다. 나머지 4가지도 실천지원서비스만을 제공할 경우보다 3배 정도로 크게 줄어들었다.

결론적으로 보고는 성공적인 참여증진 효과를 얻기 위해서는 실천지원서비스와 인센티브를 동시에 제공하는 것이 바람직하다고 본다. 국민건강보험 사후관리 제도는 이를 참조할 필요가 있다.

## 라. 독립 프로그램 개발

### 1) 법적 검토

한국 보험회사 등이 보험상품과 독립된 프로그램으로 실천지원서비스 및 인센티브를 제공하고 있으나 앞서 사례 조사에서 본 바와 같이 그 수는 극히 미미한 상황이다. 더욱이 서비스료를 수수하는 프로그램은 없는 상황이다.

보험회사가 기존의 질병보험 혹은 사망보험 피보험자를 대상으로 서비스료를 수

182) 질문: 만약, 보험회사가 생활습관 개선에 도움을 주는 상담, 문자, 이메일, 전화, 개인용 건강관리기기 이용 서비스 등을 제공하지 않고 피보험자의 자율적 행동(예: 1만 보 걷기, 녹색 식단 등)에 대해 현금, 포인트, 보험료 인하 등의 인센티브를 제공한다면, 생활습관 변화를 위한 실천을 진지하게 계획하시겠습니까?

183) 질문: 만약, 보험회사가 생활습관 개선에 도움을 주는 상담, 문자, 이메일, 전화, 개인용 건강관리기기 이용 서비스 등을 제공하면서, 생활습관 개선 프로그램 참여 혹은 자율적 개선행동에 대해 현금, 포인트, 보험료 인하 등의 인센티브를 제공한다면, 생활습관 변화를 위한 실천을 진지하게 계획하시겠습니까?

수하면서 실천지원서비스 및 인센티브를 제공하려면 독립 프로그램 개발을 필요로 한다. 보험회사는 지급보험금이 줄어드는 효과를 기대할 수 있어 낮은 서비스료를 부과할 수 있을 것이다.

앞서 실천지원서비스 및 인센티브 제공이 의료행위에 해당하지 않을 수 있음을 검토한 바 있다. 이 경우 보험회사가 서비스료를 부과하면서 직접 보험상품과는 별개의 부수업무<sup>184)185)</sup>로서 실천지원서비스 및 인센티브 제공 서비스를 금융위원회에 사전 신고함으로써 제공하는 것이 가능하다고 본다.<sup>186)187)</sup> 「보험업법」은 부수업무의 내용이 경영건전성을 해치는 경우, 보험계약자 보호에 지장을 가지고 오는 경우, 그리고 금융시장의 안정성을 해치는 경우에는 금융위원회로 하여금 그 업무를 제한하거나 시정명령을 할 수 있도록 하고 있다.<sup>188)</sup> 생활습관 변화를 위한 실천지원 업무 등은 제한 업무 대상에 해당된다고 할 수 없다고 본다. 실천지원은 질병보험 혹은 종신보험 피보험자의 건강을 증진시켜 지급보험금을 줄어들게 하는 효과가 있으므로 보험회사의 경영건전성을 해친다고 볼 수 없고, 피보험자 보호를 강화하는 효과를 가져올 것이므로 보험회사가 부수업무로서 해당 서비스를 제공하는 것이 제한될 이유는 없어 보인다.

보험회사가 부수업무로서 생활습관 변화 실천지원서비스 및 인센티브를 제공함에 있어 개인의 질병 정보를 이용해야 하는 경우, 이것이 「신용정보법 시행령」상의 '보험계약 및 보험금 지급업무와 관련하여 이용하는 경우'에 해당한다고 보기는 어려울

184) 2017년 금융감독원에 신고한 부수업무는 금융자문 및 대출의 주선·대리, 전산시스템 등 대여업무, 홈페이지를 통한 광고대행 업무 등, 신용카드 모집 관련 업무, 본인인증 대행업무, 카드상품 광고대행 등, 경영자문 및 지원업무가 있음. 2016년 신고한 것은 2017년 부수업무를 제외하면 재공제 업무, 보증상품 위탁 취급 업무, IT시스템 운영 업무, 부동산 에스크로가 있음. 2개년도 동안 생활습관 관련 업무는 없음. 2015년, 2014년에도 생활습관 관련 업무는 없음

185) 「보험업법」 제11조 제1항에서는 보험회사는 부수업무를 하려는 날의 7일 전까지 금융위원회에 신고하여야 한다고 규정하고 있으나, 이러한 부수업무 신고의 접수 업무는 금융감독원장에 위탁되어 있음(「보험업법」 시행령 별표8 제7호)

186) 조용운·백영화(2017)

187) 조용운·오승연·김미화(2014)

188) 「보험업법」은 부수업무의 내용이 경영건전성을 해치는 경우, 보험계약자 보호에 지장을 가지고 오는 경우, 그리고 금융시장의 안정성을 해치는 경우에는 금융위원회로 하여금 그 업무를 제한하거나 시정명령을 할 수 있도록 하고 있음(「보험업법」 제11조의2 제2항)

것이다(자회사의 경우도 동일함).<sup>189)</sup>

본고는 생애전환기건강진단 2차 검진 생활습관 평가결과통보서(일반건강검진 2차 검진에 대사증후군 포함의 경우 동일)의 개선 과정에서 포함하는 내용이 '개인의 질병에 관한 정보'에 해당하지 않고 '개인의 건강에 관한 정보'에 해당할 수 있도록 조정되어야 할 것으로 본다. 이렇게 되면 별도의 개인 동의를 얻어 부수업무로서 실천지원 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 실천지원서비스는 질병자를 대상으로 하지 않고 대사증후군을 대상으로 한다는 점을 고려하고 생활습관 평가 결과 및 처방을 검진결과와 다른 부분과 분리해서 통보하도록 하면 '개인의 건강에 관한 정보'에 해당하도록 할 수 있을 것으로 본다. 실천지원서비스 제공과 관련하여 '개인의 건강에 관한 정보' 이기는 하지만 '개인의 질병에 관한 정보'로는 볼 수 없는 정보를 이용하는 경우라면, 해당 정보가 「신용정보법」상의 질병 정보에 해당하지 않는다는 점에 대한 법 개정 혹은 감독당국의 유권해석을 받는 것이 필요할 것이다.

장기적으로는 보험회사 등이 부수업무로 제공하는 실천지원서비스 및 인센티브가 보험계약·공제계약 및 보험금·공제금 지급업무와 관련하여 이용하는 경우에 해당한다는 법 개정 혹은 유권 해석을 고려할 수 있다.

한편, 본고는 보험회사가 자회사를 소유하고 2차 건강검진 결과통보서에 기초하여 실천지원서비스 및 인센티브 프로그램을 사전신고를 통해 제공할 수 있을 것으로 본다.<sup>190)</sup> 「보험업법」이 허용한 보험회사의 자회사 업무에는 건강과 관련된 업무를 포함하고 있다.<sup>191)</sup>

## 2) 프로그램 개발 방향

한국 보험회사는 향후 개발과정에서 다음을 고려할 필요가 있다. 첫째, 직접 개입

189) 조용운·백영화(2017)

190) 「보험업법」 제115조에 따른 자회사 소유에 관한 신고의 접수 업무는 금융감독원장에 위탁되어 있음(「보험업법」 시행령 별표8 제24호)

191) 「보험업법」 시행령 제59조 제1항 제12호: 건강·장묘·장기간병·신체장애 등의 사회복지사업 및 이와 관련된 조사·분석·조언 업무

서비스 개발이 이루어져야 할 것이다. 현재는 보험회사가 직접 개입하는 서비스가 아니라 자가건강관리를 지원함에 그치는 피동적인 상태에 머물러 있다. 참여 여부가 전적으로 개인의 의지에 의해서 결정되고 있고 보험회사가 참여를 권유하고 있지는 않다. 참여를 촉진하고 건강 증진 효과를 높이기 위해서는 실천지원서비스와 같은 직접 개입 서비스 개발이 필요하다.

둘째, 개인의 변화단계 등을 고려하여야 할 것이다. 개인은 변화를 받아들일 수 있는 정서적 준비 정도가 다르다. 이에 맞추어 변화를 위한 적합한 전략이 필요하다.

셋째, 2017년 정부는 보험회사가 앱 및 개인용 건강관리기기를 피보험자에게 제공하더라도 특별이익 제공에 따른 조치를 취하지 않는다고 발표한 바 있다. 그리고 2015년 정부는 비의료 목적 앱 및 개인용 건강관리기기에 관한 가이드라인을 발표한 바 있다. 비의료 목적 앱 및 개인용 건강관리기기를 활용할 수 있는 법적 환경은 조성되어 있다고 할 수 있는 것이다. 그러나 앱 및 개인용 건강관리기기가 의료기기가 아니더라도 이를 이용한 보험회사의 개인 평가 및 직접 개입 서비스는 의료행위에 해당할 수 있다. 타인이 그 결과를 해석하고 설명하면 의료행위에 해당할 수 있기 때문이다. 프로그램 개발 과정에서 이러한 점이 검토되어야 할 것이다.

넷째, 다양한 제휴전략이 필요하다. 참여를 촉진하고 건강 증진 효과를 높이기 위해서 다양한 개입서비스 및 인센티브 제공을 위한 제휴 전략을 활용하는 것이 바람직하다.

마지막으로, 개인이 참여하더라도 지속적으로 참여할 수 있도록 동기를 부여하는 전략이 필요하다. 이를 고려한 장기적 인센티브 전략이 필요한 것이다. 이 전략에 대해서는 앞에서 설명한 바 있다.

---

## VI. 맺음말

---

본고는 먼저 개인의 생활습관을 효과적으로 변화시키는 것과 관련된 과학적 방법론을 검토하였다. 그리고 이러한 방법론을 적용하고 있는 일본 공적 건강보험의 제도 및 프로그램 사례를 조사하고 한국 국민건강보험과 비교하면서 현행법 체계 내에서 개선 방안을 제시하고자 하였다.<sup>192)</sup>

한국과 일본의 큰 차이점은 일본은 민간 사업자에게 건강생활서비스 제공의 일부 업무를 허용하고 있었고, 한국은 허용하지 않고 있다는 것이다. 본고는 일본의 경우를 참조하여 한국은 국민건강보험의 건강검진 제도를 일반건강검진 2차 검진에 대사증후군을 포함하는 등 확대 개편하고, 그 결과를 이용하여 실천지원서비스 부분을 요양기관 혹은 민간 사업자가 제공할 수 있도록 하며, 요양기관의 비의료인 혹은 민간 사업자가 실천지원서비스의 성과를 측정하고 그 결과를 설명함이 없이 성과 기반 인센티브 제공에 활용할 수 있도록 하는 제도를 제안하였다. 실천지원서비스는 의료행위에 해당하지 않을 수 있다는 점에 대한 법적 검토도 병행하였다.

보험회사는 실천지원서비스 부분을 보험상품 기초서류에 반영하거나 독립적인 프로그램을 개발하여 제공할 수 있음도 법적 검토에 근거하여 제안하였다. 보험회사는 실천지원서비스를 제공하면서 국민건강보험과는 달리 인센티브를 제공할 수 있어 대상자의 참여율을 높일 수 있다는 장점이 있다는 것도 설문조사를 통하여 제시하였다. 장·단기 효과적 인센티브 제공 전략도 제안하였다.

이러한 모형은 국민건강보험에게 바람직할 수 있다고 본다. 첫째, 의료민영화 논란이 줄어들 것이다. 본고의 대안은 국민건강보험 및 요양기관의 역할이 확대되고 비의료행위 부분만을 민간 사업자에게 허용하도록 하고 있다. 둘째, 국민건강보험은 건

---

192) 성승제(2013)는 현행 「의료법」 체계 자체를 개선해야 한다고 주장하고 있음(성승제 2013)

강검진 사후관리의 완결성을 제고할 수 있다. 그동안 사후관리서비스가 국민건강보험공단 17개 지역건강 증진센터와 보건소로 제한된 지역에서 제공되어 지역적 형평성 문제가 제기되어 왔다. 그리고 1회성에 그치고 있다는 문제점이 지적되어 왔다. 민간부문이 참여함으로써 이러한 문제가 줄어들게 될 것이다. 셋째, 국민건강보험은 낮은 비용으로 사후관리를 제공할 수 있다. 사후관리에 필요한 생활습관 평가 및 처방은 국민건강보험이 부담하지만 그에 기초한 사후관리를 민간부문이 부담하여 국민건강보험 재정 부담이 크게 증가하지 않는다. 넷째, 국민건강보험 건강검진 및 사후관리 효과 평가체계 부재 문제를 부분적으로 해결할 수 있다. 민간부문이 사후관리 성과평가결과를 인센티브 제공에 활용하고 국민건강보험에 알리도록 하면 평가체계가 갖추어질 수 있다. 마지막으로, 공·사건강보험자의 협력을 통해 국민건강 증진 및 진료비 절감효과를 얻을 수 있다. 보험회사는 실천지원서비스 제공을 통한 의료비 절감 및 건강 증진 효과가 피보험자에게 나타나기 때문에 실천지원서비스에 참여하고 있는 피보험자에게 참여를 촉진하는 인센티브를 제공하는 것이 가능하다. 이때 진료비 절감 효과가 국민건강보험에도 발생하기 때문에 국민건강보험에도 바람직한 모형일 수 있다.

이 방안은 낮은 비용으로 단기간에 공급 산업 활성화를 기대할 수 있다고 본다. 첫째, 비의료기관도 참여할 수 있어 다양한 산업의 참여가 가능하다. 둘째, 비의료기관은 요양기관의 검진 결과에 근거해서 서비스를 제공하므로 별도의 정보 수집을 위한 시간 및 비용을 투입할 필요가 없다. 셋째, 건강검진, 건강위험도 측정, 생활습관 조회 면담 및 처방 등 요양기관 관련 업무가 증가하여 많은 요양기관의 참여를 기대할 수 있다. 넷째, 공적 건강보험은 인센티브를 제공할 수 없지만 보험회사는 인센티브를 제공할 수 있고 이는 개인의 참여 증진 효과를 가져올 것이다. 마지막으로, 건강생활서비스는 질병자를 대상으로 하지 않기 때문에 개인질병정보 유출 문제가 발생할 소지를 줄일 수 있다.

생활습관은 생활양식<sup>193)</sup>의 일부이기 때문에 개인적 요인뿐 아니라 사회의 규범,

193) 생활양식은 생활선택(life choice)과 생활기회(life chance)로 구성됨. 생활선택은 생활양식을 고르는 것이고, 생활기회는 선택한 것을 실현해 나갈 가능성을 말함. 건강 관련

문화, 제도 등의 영향을 받아 오랜 시간에 걸쳐 형성된다. 생활습관 변화를 위해서는 개인뿐만 아니라 사회적 환경 모두를 고려하는 지원이 장기적으로 이루어져야 하는 것이다. 건강한 생활습관이 하나의 생활양식으로 자리잡을 수 있도록 공공부문, IT산업, 의료산업, 보험산업 등 관련 부문들이 유기적으로 협력하여 지원할 수 있는 환경 조성이 필요하다.

---

생활의 선택과 선택한 건강생활을 실현해 나가는 것이 건강생활양식임. 개인은 완전히 개별적인 생활의 선택을 하기도 하고 다양한 문화와 사회경제적 요인 간의 복잡한 상호관계 속에서의 선택을 하기도 함. 복잡한 상호관계 속에서의 생활 선택과 선택한 생활을 실현해 나가는 것이 생활양식이며, 이는 특정집단의 규범과 가치를 반영하는 것이기 때문에 특정집단 내에서 다른 집단과 구별되는 일정한 양상을 따름. 실증 연구들은 소득, 직업 등에 따라 구별되는 양상을 보이는 지를 분석함(Gochman DS 1997)

## 참고문헌

- 노태현(2010), 「의료행위에 관한 용어정리 및 판례분석」, 대한의료법학회, 『의료법학』, 제11권, 제2호
- 백종환·이선미·곽동선·강하림·윤영덕(2015), 『만성질환관리제를 통한 건강지원서비스의 의료이용 효과분석』, 건강보험정책연구원
- 보건복지부(2011), 「제3차 국민건강 증진종합계획」
- 보험연구원(2017), 『2017년도 보험소비자 설문조사』
- 성승제(2013), 「경쟁제한적 규제 개선방안 연구(보건·의료Ⅱ 분야)」, 한국재정법학회, 공정거래위원회 연구용역 보고서
- 식품의약품안전처(2013), 「모바일 의료용 앱 안전관리 지침」
- \_\_\_\_\_ (2015), 「의료기기와 개인용 건강관리(웰니스) 제품 판단 기준」
- 오임정·최효운·강서영·이정아·김영식(2017), 「일반건강검진과 생애전환기건강진단 결과지에 대한 수검자 이해도 조사」, Korean J Health Promot 2017, 17(3)
- 이상영·이주열·조소영·이수형·오영인·장진영(2012), 『건강 증진서비스 전달체계 확충방안 연구』, 한국보건사회연구원
- 이선미·백종환·김경아·곽동선(2016), 『국가건강검진 2차 검진제도 개선방안 연구』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
- 이운태·김시연·이상구·박재산·박수범·방성숙·현정희(2009), 『건강생활서비스 시장 활성화 방안 연구』, 한국보건산업진흥원
- 이정택(2017), 「보험회사의 건강생활서비스 활용 상품」, 핫이슈, 보험연구원
- 조비룡(2015), 『일차의료기관을 통한 만성질환자 및 건강고위험군 대상 예방서비스 급여항목 개발 연구』, 국민건강보험
- 조용운(2017), 「건강생활서비스와 의료행위 그레이존 검토」, 고령화리뷰, 보험연구원
- \_\_\_\_\_ (2017), 「한·일 공적 건강보험 건강생활서비스 비교 평가」, 고령화리뷰, 보험연구원
- \_\_\_\_\_ (2016), 「헬스케어서비스 보험산업 활용 방안」, 정책세미나, 보험연구원

- 조용운 · 김동겸(2017), 「건강생활서비스 제공에 따른 소비자 인식변화 조사」, 고령화리뷰, 보험연구원
- 조용운 · 백영화(2017), 「보험회사의 건강생활서비스 제공 관련 법적 쟁점」, 고령화리뷰, 보험연구원
- 조용운 · 오승연(2017), 「건강생활서비스의 효과적인 인센티브 제공 방식」, KiRi 리포트, 보험연구원
- 조용운 · 오승연 · 김미화(2014), 『건강생활관리서비스 사업모형 연구』, 보험연구원
- 조용운 · 이상우(2012), 『건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토』, 보험연구원
- 최중명 · 손락성 · 오인환 · 이종근 · 진미란 · 이상호 · 최경식 · 김해성 · 이병호 (2013), 『의원에 적합한 건강관리서비스 모형 연구』, 의료정책연구소
- Asch(2016), “Less Logic, More Health: How Behavioral Economics Can Improve Incentives”, Global Focus, Wharton School of the University of Pennsylvania
- Bachireddy et al.(2017), “How can We Optimally Reward Exercise and Build Lasting Habits? A Field Experiment”, Working Paper
- Briner, R. B.(1997), “Improving stress assessment: Toward an evidencebased approach to organizational stress interventions”, *Journal of Psychosomatic Research*, 43
- Carrera et. al(2015), “The Structure of Health Incentives: Evidence from a Field Experiment”, NBER Working Papers, No. 23188
- Charness and Gneezy(2009), “Incentives to Exercise”, *Econometrica*, 77(3)
- Eleni Mantzari, Florian Vogt, Ian Shemilt, Yinghui Wei, Julian P.T. Higgins, Theresa M. Marteau(2015), “Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: A systematic review and meta-analysis”, *Preventive Medicine*, 75
- Evers, K. E., Prochaska, J. O., Johnson, J. L., Mauriello, L. M., Padula, J. A., &

- Prochaska, J. M.(2006), “A randomized clinical trial of a population- and transtheoretical model-based stress-management intervention”, *Health Psychol*, 25
- Fjeldsoe, Brianna S., Yvette D. Miller, and Alison L. Marshall(2010), “MobileMums: a randomized controlled trial of an SMS-based physical activity intervention”, *Annals of Behavioral Medicine*, 39.2
- George Loewenstein, David A. Asch, and Kevin G. Volpp(2013), “Behavioral Economics Holds Potential to Deliver Better Results for Patients, Insurers, and Employers”, *Health Affairs*, 32 No. 7
- Gochman DS.(1997), “Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants”, New York: Plenum Press; Cockerham WC. Chapter 12. Lifestyles, Social Class, Demographic Characteristics, and Health Behavior
- Haapala, I., Barengo, N. C., Biggs, S., Surakka, L., & Manninen, P.(2009), “Weight loss by mobile phone: a 1-year effectiveness study”, *Public health nutrition*, 12(12)
- Hall, Jane(2009), “Financial incentives for health behavior change: a rapid review”, the Sax Institute
- Hurling, R., Catt, M., De Boni, M., Fairley, B., Hurst, T., Murray, P. and Sodhi, J.(2007), “Using internet and mobile phone technology to deliver an automated physical activity program: randomized controlled trial”, *Journal of medical Internet research*, 9(2), e7
- Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S.(1990), “Worksite stress management interventions”, *American Psychologist*, 45
- Jeon CS.(2008), “Primary care and framework act on health screenin”, Seoul: Korean Society for Health Promotion and Disease Prevention
- Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J.,

- Wright, J. A., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M., & Sherman, K. (2008), "Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis", *Preventive Medicine*, 46
- Kaiser Family(2016), "2016 Employer Health Benefits Survey"
- Kamila Danilowicz and Robert Schwager(2013), "Subsidizing Health-Conscious Behavior Now or Later", Annual Conference 2013(Duesseldorf): Competition Policy and Regulation in a Global Economic Order from German Economic Association
- Lazarus, R. S., & Cohen, J. B.(1977), "Environmental stress. In I. Altman & J. F. Wohlwill(Eds.), *Human behavior and environment*", New York: Plenum Press
- Levin-Scherz(2017), "Health outcomes: Employers should re-evaluate their wellness and incentive programs", Willis Towers Watson
- Long JA, Jahnle EC, Richardson DM, Loewenstein G, Volpp KG(2012), "Peer mentoring and financial incentive to improve glucose control in African American veterans: a randomized trial", *Annals of Internal Medicine*, 156(6)
- Mattke, Soeren, Hangsheng Liu, John Caloyeras, Christina Y. Huang, Kristin R. Van Busum, Dmitry Khodyakov and Victoria Shier(2013), "Workplace Wellness Programs Study: Final Report", Santa Monica, CA: RAND Corporation
- Milkman KL, Beshears J, Choi JJ, Laibson D, Madrian BC(2011), "Using implementation intentions prompts to enhance influenza vaccination rates", *Proceedings of National Academy of Sciences of USA*, 108(26)
- Nathan A, Barleen, Mary L, Marzec, Nicholas L, Boerger, Daniel P, Moloney, Eric M, Zimmerman, and Jeff Dobro(2017), "Outcome-based and Participation-based Wellness Incentives: Impacts on Program Participation and Achievement of Health Improvement Targets",

- Journal of E Medicine*, Vol 59, No. 3
- Napolitano, Melissa A., et al.(2013), “Using Facebook and text messaging to deliver a weight loss program to college students”, *Obesity* 21.1
- Nyce S.(2010), “Boosting employee wellness without breaking the bank”, New York, Towers Watson
- Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, and Dent R.(2008), “Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial”, *BMJ*
- Patel, M., Ash, D., Rosin, R., Small, D., Bellamy, S., Heuer, J. ... Volpp, K. (2016), “Framing financial incentives to increase physical activity among overweight and obese adults”, *Annals of Internal Medicine*, 164(6)
- Patrick, Kevin, et al(2009), “A text message-based intervention for weight loss: randomized controlled trial”, *Journal of medical Internet research*, 11.1, e1
- Prochaska, J. O, Velicer, WF(1997), “2 The transtheoretical model of health behavior change”, *Am J Health Promot* 1997 Sep-Oct;12(1)
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Fava, J. L., Rossi, J. S., & Tsoh, J. Y.(2001), “Evaluating a population-based recruitment approach and a stagebased expert system intervention for smoking cessation”, *Addictive Behaviors*, 26
- Prochaska, J. O, Norcross, JC, DiClemente, CC.(1994), “Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits”, New York: W. Morrow
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S.(1993), “Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation”, *Health Psychology*, 12
- RAND Health(2013), “Workpalce Wellness programs Study”
- Shin ST.(2015), “Problems and improvement of national health screening”, Seoul: Research institute for healthcare policy

- Shin YS, Park CY, Jung SH, Jung HY, Kang HY.(2006), "Comparison of customer satisfaction with health examination programs provided by the Korea National Health Insurance and private healthcare organizations in Korea", *J Korean Soc Qual Assur Health Care*
- U.S. Departments of Health and Human Services, Labor and the Treasury(2013), "Incentives for Nondiscriminatory Wellness Programs in Group Health Plans". Final rule on employment-based wellness programs in compliance with the ACA
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., & Redding, C. A.(2006), "Tailored communications for smoking cessation: Past successes and future directions", *Drug and Alcohol Review*
- Velicer, W. F., Redding, C. A., Sun, X., & Prochaska, J. O.(2007), "Demographic variables, smoking variables, and outcome across five studies", *Health Psychology*
- Volpp et al.(2009), "A Randomized, Controlled Trial of Financial Incentives for Smoking Cessation", *New England Journal of Medicine* 360, no. 7
- WHO(2012), "Global Health Observatory: Risk Factors"
- Yeo JY, Jeong HS.(2012), "Determinants of health screening and its effects on health behaviors", *Health Policy and Management*
- 経済産業省(2017), 企業実証特例制度及びグレーゾーン解消制度の活用実績  
厚生労働省健康局, 平成 25年 4月(2013. 4), 標準的な健診・保健指導プログラム 【改訂版】  
厚生労働省 保険局, 平成 25年 4月(2013. 4), 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き  
特定保健指導のエッセンス, 実践者のためのマニュアル, 厚生労働科学研究(2010), 「地域・職域における生活習慣病予防活動が疾病管理による医療費適正イヒ効果に関する研究」, の成果より

## 부록 I. 건강일본 21(제2차) 관련 수치 목표

항목	현황	목표
허혈성심장질환·뇌혈관질환의 연령조정 사망률 감소 (10만 명당)	· 뇌혈관 질환 남성 49.5명, 여성 26.9명 · 허혈성 심질환 남성 36.9명, 여성 15.3명 (2010년)	· 뇌혈관 질환 남성 41.6명, 여성 24.7명 · 허혈성 심질환 남성 31.8명, 여성 13.7명 (2022년)
고혈압 개선(수축기 혈압 평균치 저하)	· 남성 138mmHg · 여성 133mmHg (2010년)	· 남성 134mmHg · 여성 129mmHg (2022년)
지질이상병 감소	· 총 콜레스테롤 240mg/dL 이상 사람 비율 남성 13.8%, 여성 22.0% · LDL 콜레스테롤 160mg/dL 이상 사람 비율 남성 8.3%, 여성 11.7% (2010년)	· 총 콜레스테롤 240mg/dL 이상인 사람 비율 남성 10%, 여성 17% · LDL 콜레스테롤 160mg/dL 이상 사람 비율 남성 6.2%, 여성 8.8% (2022년)
당뇨병에 의한 연간 신규 투석 환자 수 감소	16,247명 (2010년)	15,000명 (2022년)
당뇨병 치료 계속자 비율 증가	63.7% (2010년)	75% (2022년)
혈당 조절 지표 컨트롤 불량자 비율 감소 (HbA1c가 JDS 값 8.0% NGSP 값 8.4% 이상자 비율 감소)	1.2% (2009년)	1.0% (2022년)
당뇨 유병자 증가 억제	890만 명(2007년)	1,000만 명(2022년)
대사증후군 해당자와 예비군 감소	1,400만 명 (2008년)	2008년에 비해 25% 감소 (2015년)
특정건강검진·특정보건지도 실시율 향상	· 특정검진 실시율 41.3% · 특정보건지도 실시율 12.3% (2009년)	· 2013년도부터 시작하는 2기 의료비 적정화 계획에 맞게 설정 (2017년)

## 부록 Ⅱ. 특정건강검진 수진 결과통지표

앞면

		생년월일		검진 년 월 일	
성명		성별/연령		특정건강검진 수진권 번호	

병력				
복약력		흡연력		
자각병상				
타각병상				

항목		기준 치	금번회	전회	전전회
			연월일	연월일	연월일
신체계측	신장(cm)				
	체중(kg)				
	허리둘레(cm)				
	BMI				
혈압	수축기 혈압(mmHg)				
	확장기 혈압(mmHg)				
혈중지질 검사	중성 지방(mg/dl)				
	H D L - 콜레스테롤(mg/dl)				
	L D L - 콜레스테롤(mg/dl)				
간기능검사	G O T(IU/l)				
	G P T(IU/l)				
	$\gamma$ - G T P (IU/l)				
혈당검사 (한 항목 실시 가능)	공복시 혈당(mg/dl)				
	헤모글로빈 A1c(%)				
소변 검사	당				
	단백질				

※ 헤모글로빈 A1c 검사의 결과 값은 NGSP 치에 의한 검사 결과 값이 기재되어 있습니다.<sup>194)</sup> JDS 치에 의한 검사 결과 값에 대한 기준 값이 다릅니다(JDS 값 기준치 3.9 ~ 5.2)

194) 2013년부터는 기존의 JDS 값이 아니라 NGSP 값으로 표기함. JDS 값과 NGSP 값은 아래의 식으로 상호 전환이 가능함

$$JDS \text{ 값}(\%) = 0.980 \times NGSP \text{ 값}(\%) - 0.245 \%$$

$$NGSP \text{ 값}(\%) = 1.02 \times JDS \text{ 값}(\%) + 0.25 \%$$

뒷면

빈혈 검사	적혈구 수(만/mm <sup>3</sup> )				
	혈색 소량(g/dl)				
	혈소판(%)				
심전도 검사	소견				
안저 검사	소견				
대사증후군 판정					
의사의 판단					
판단한 의사의 성명					

(비고)

1. 이 용지는 일본 공업 규격 A 열 4 버전이어야 한다
2. 「성별」란에 해당하지 않는 문자를 쓰지 않는다
3. 기준치를 벗어나는 경우에는 측정결과란에 기입한다
4. 「대사증후군 판정」란은 “기준 해당 / 예비군 해당 / 비 해당”을 기입한다
5. 「의사의 판단」란은
  - ① 특정건강검진 결과를 근거로 한 의사의 소견
  - ② 빈혈 검사, 심전도 검사 및 안저 검사를 실시한 경우의 이유를 기입한다

# 부록 Ⅲ. 특정보건지도 자원계획 및 실시보고서

1. 보건지도대상자명	이용권번호

2. 보험자명	보험자번호

3. 보건지도기관명(번호) · 보건지도책임자명

총괄보건지도기관명	보건지도기관번호

보건지도책임자명(직종)	(    )
--------------	--------

4. 지원레벨

	동기부여지원
	적극지원

5. 보건지도 코스명

--

6. 계속적 지원기간

지원기간	예정기간

개시(초회면담실시)년월일	
종료 년 월 일	주

7. 초회 면담에 의한 지원의 지원 형태 · 실시하는 사람의 직종

	실적
지원형태	개별/그룹
실시하는 자 성명	
실시하는 자 직종	

9. 실시체계 표(위탁사업사)

	개별 A	개별 B	그룹	전화 A	전화 B	이메일 A	이메일 B
A사 기관 번호		○		○	○		
B사	○					○	
C사			○				○
D사							

8. 지속적 지원의 지원 형태 · 포인트

계획	지원형태	회수	포인트
	개별A	2	160
		0	0
	그룹	0	0
	전화A	0	0
	전화B	1	10
	e-mail A	0	0
	e-mail B	2	10
	합계	5	180
	포인트 내역		(A)160 (B)20

10. 보건지도의 평가  
1) 중간평가

	실시 년 월 일	지원 형태	실시자의 성명	실시자의 직종
계획		개별/그룹		
실시		개별/그룹		

2) 6개월 후의 평가

	실시 년 월 일	지원 형태	실시자의 성명	실시자의 직종
계획		개별/그룹		
실시		개별/그룹		

11. 행동 목표, 행동계획

행동 목표 · 계획의 설정 및 변경	설정일시	년 월 일	년 월 일(중간평가)	년월일	
	목표치	허리둘레			
		체중			
		수축기혈압			
		확장기혈압			
		1일 감소 목표 에너지 량			
		1일 운동에 의한 목표 에너지 량			
		1일 식사에 의한 목표 에너지 량			
	행동 목표	6개월 후 체중을 3kg 감소			
행동계획	① 1일 30분 걷기 ② 체중을 매일 측정	① 1일 30분 걷기 ② 체중을 매일 측정 ③ 야식 횟수를 주 7회에서 주 3회로 감소			
변경이유					

12. 보건지도의 실시상황

1) 초회면담에 의한 지원

초회	보건지도자명·기관명·번호(직종)	실시년월일	실시시간	복부둘레	체중	수축기혈압	확장기혈압	행동변화단계	보건지도 실시내용	보건지도 지원형태 1) 개별 2) 그룹 (실시시간)
				cm	kg	mmhg	mmhg	1)무관심단계 2)관심단계 3)준비단계 4)실행단계 5)유지단계	· 생활습관과 검진결과의 관계 · 표준적 식사량, 운동량 제시 · 생활습관을 되돌아봄 · 행동 목표 및 계획 수립	1. 개별 ( 분) 2. 그룹 ( 분)

2) 계속적 실천지원(혈압, 생활습관 개선상황(흡연) 등 정보 입수 경우에 기재)

(1)개별 · 그룹 · 전화A · e-mail A에 의한 지원(지원 A)

	보건지도자명·기관명·번호	실시년월일	실시시간	복부둘레	체중	수축기혈압	확장기혈압	생활습관 개선상황	지도의 종류	보건지도 지원형태 1)개별 2)그룹 3)전화A 4)이메일A (실시시간)	지원 실시 포인트	합계 포인트
2회차 O중간 O종료 O6개월평가				cm	kg	mmhg	mmhg	-영양 · 식생활 0. 변화없음 1. 개선 2. 악화 - 신체활동 0. 변화없음 1. 개선 2. 악화 - 흡연 0. 변화없음 1. 개선 2. 악화	식사 운동 흡연	1) 개별 ( 분) 2) 그룹 ( 분) 3) 전화A ( 분) 4) e-mail A ( 분)		2,3, 4,5 회차 합계

주: 3회차, 4회차, 5회차 동일

2) 계속적 지원(혈압, 생활습관의 개선상황(흡연) 자세한 정보를 입수한 경우에 기재)  
 (2) 개별B · 전화B · e-mail B에 의한 지원(지원 B)

	보건지도 기관명	번호	보건 지도자명	직종	실시 년월일	실시시간	지원실시 포인트	합계 포인트
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

13. 6개월 후 평가(단, 허리둘레, 체중은 필수이며 혈압은 정보 입수 경우에 기재)

	보건지도 도자명 기관명 번호	실시 년 월 일	복부둘 레	체중	수축기 혈압	확장기 혈압	생활습관 개선상황	유의사항, 비고 등	보건지도 지원형태 1) 개별 2) 그룹 3)전화A 4)e-mail A
6개월 후의 평가			cm	kg	mmhg	mmhg	-영양 · 식생활 0. 변화없음 1. 개선 2. 악화  - 신체활동 0. 변화없음 1. 개선 2. 악화  - 흡연 1. 흡연계속 2. 비계속 3. 비흡연 4. 금연의사 없음	식사 O 운동 O 흡연 O	1) 개별 ( 분) 2) 그룹 ( 분) 3) 전화A ( 분) 4) e-mail A ( 분)

자료: 厚生労働省 健康局, 平成 25年 4月(2013. 4)

## 부록 IV. 특정보건지도기관의 표준질문표

	질문항목	회답	분야
1	혈압약을 복용하고 있습니까?	예, 아니오	복약력
2	인슐린 주사 또는 혈당약을 복용하고 있습니까?	예, 아니오	복약력
3	콜레스테롤을 낮추는 약물을 복용하고 있습니까?	예, 아니오	복약력
4	의사로부터 뇌졸중(뇌출혈, 뇌경색 등) 증세가 있다고 들은 적이 있거나 치료를 받은 경험이 있습니까?	예, 아니오	병력
5	의사로부터 심장 질병(협심증, 심근경색 등) 증세가 있다고 들은 적이 있거나 치료를 받은 경험이 있습니까?	예, 아니오	병력
6	의사로부터 만성신부전 증세가 있다고 들은 적이 있거나 치료를 받은 경험이 있습니까?	예, 아니오	병력
7	현재 담배를 습관적으로 피우고 있습니까? (※ 총 100개비 이상 또는 6개월 이상 피우고 있는 사람이며, 최근 1개월간 피우고 있는 사람)	예, 아니오	흡연
8	20세 때의 체중에서 10kg 이상 증가하였습니까?	예, 아니오	체중
9	1회 30분 이상 가볍게 땀을 흘리는 운동을 주 2일 이상, 1년 이상 실시하고 있습니까?	예, 아니오	운동
10	일상생활에서 보행 또는 동등한 신체활동을 1일 1시간 이상 실시하고 있습니까?	예, 아니오	운동
11	동 세대의 동성과 비교하여 걷는 속도가 빠릅니까?	예, 아니오	운동
12	1년 동안 체중의 증감이 ± 3kg 이상 있었습니까?	예, 아니오	체중
13	빠르게 먹고 과식하고 있습니까?	예, 아니오	영양
14	취침 2시간 이내에 식사를 하는 경우가 1주에 3회 이상 있습니까?	예, 아니오	영양
15	야식과 간식이 많습니까?	예, 아니오	영양
16	아침 식사를 굶는 경우가 많습니까?	예, 아니오	영양
17	거의 매일 술을 마시고 있습니까?	예, 아니오	영양
18	수면에서 휴식을 얻을 수 있습니까?	예, 아니오	휴양

## 보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서, 조사보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

### ■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영 · 윤성훈 · 이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선방안 / 전용식 · 채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석 · 강성호 · 마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열 · 최장훈 · 김유미 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선방안 / 이승준 · 정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 이해은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환 2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정 · 박지운 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형 · 이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호 · 류건식 · 김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안 / 송운아 · 이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈 · 이태열 · 김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석 · 이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희 · 한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중 · 김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유보가격 측정 연구 /

지흥민 2017.12

2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화 · 박정희 2018.1

### ■ 연구보고서(구)

- 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 산출 방법 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 / 진 익 · 김동겸 2010.7

### ■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호 · 최 원 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 / 진 익 · 이민환 · 유경원 · 최영목 · 최형선 · 최 원 · 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 · 최 원 · 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 · 진 익 · 유진아 · 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경 · 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 황진태 · 이정환 · 최 원 · 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 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체계 개편과 보험산업 역할 / 진 익 · 오병국 · 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준 · 김해식 · 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 최 원 · 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
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진억 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사 건강보험 협력방안 / 조용운 · 김경환 · 김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제-IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식 · 조재린 · 이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진억 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호 · 정봉은 · 김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준 · 이정택 · 김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

### ■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업휴직보험 활성화 방안 연구 / 이기형 · 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익 · 유시용 · 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목 · 최 원 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 보증리스크관리연구 / 권용재 · 장동식 · 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부부형 도입 방안 / 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 보험리스크관리방안 / 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 : ㉠ sure 4.0 / 진 익 · 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
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환 · 정봉은 · 황인창 · 이해은 · 김혜란 · 정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로 / 최창희 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸 2016.5

## ■ 조사보고서(구)

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문 · 김진익 · 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 리스크 평가모형 및 측정 방법 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 / 진 익 · 김상수 · 김종훈 · 변귀영 · 유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환 · 전선애 · 최 원 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 · 최 원 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 / 신종협 · 최형선 · 최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교 · 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우 · 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원 · 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 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 / 진 익 · 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 · 최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익 · 김해식 · 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 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 · 최 원 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 · 최 원 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 도입 방안 / 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, 행위 규제 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
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운 · 오승연 · 김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환 · 강민규 · 이해량 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 ·  
오승연 · 이상우 · 최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영 · 김세중 · 김혜란 2014.11

- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언/ 전용식 · 조영현 · 채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안/ 박선영 · 권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리/ 조영현 · 조재린 · 김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 -대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희 · 정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안/ 이태열 · 황진태 · 이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사/ 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향/ 오승연 · 김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략/ 전용식 · 조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안/ 이승준 · 민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리/ 김해식 · 김세중 · 김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점/ 전용식 · 송윤아 · 채원영 2016.4
- 2016-5 금융 · 보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로/ 정원석 · 임 준 · 김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교/ 조재린 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중 · 소형 보험회사의 생존전략/ 이태열 · 김해식 · 김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중 · 김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사/ 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구/ 이기형 · 김혜란 2016.9

#### ■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화/ 최 원 · 김세중 2014.6
- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구 -Own Risk and Solvency Assessment - / 장동식 · 이정환 2014.8
- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호 · 정원석 · 김동겸

- 2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매실태 도입방안 / 정봉은 · 이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원 · 이해량 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근 · 박춘원 · 이항용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주 · 박선영 · 김유미 2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석 · 김미화 2015.5
- 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영 · 김혜란 2015.12

#### ■ 연차보고서

---

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
- 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
- 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
- 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1

#### ■ 영문발간물

---

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제 9 호 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
- 제13호 Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8

제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
제16호	Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제10호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제11호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11

## ■ 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 예금보험요율 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
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열 · 조재린 · 황진태 · 송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환 · 황인창 · 이해은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호 · 류건식 · 정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6

- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10  
 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1  
 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7  
 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창 · 조재린 2016.7  
 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희 · 이태열 2016.9  
 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2  
 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7  
 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식 · 이태열 2017.7

### ■ 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 / 진 익 2008.7  
 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희 · 서성민 2008.9

### ■ 간행물

---

- 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

# 『 도서회원 가입안내 』

## 회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연구보고서</li> <li>- 기타보고서</li> <li>- 연속간행물</li> <li>· 보험금융연구</li> <li>· 보험동향</li> <li>· KIRI 포커스 모음집</li> <li>· KIRI 이슈 모음집</li> <li>· KOREA INSURANCE INDUSTRY</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연구보고서</li> <li>- 기타보고서</li> <li>- 연속간행물</li> <li>· 보험금융연구</li> <li>· 보험동향</li> <li>· KIRI 포커스 모음집</li> <li>· KIRI 이슈 모음집</li> <li>· KOREA INSURANCE INDUSTRY</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연구보고서</li> <li>- 기타보고서</li> <li>- 연속간행물</li> <li>· 보험금융연구</li> <li>· 보험동향</li> <li>· KIRI 포커스 모음집</li> <li>· KIRI 이슈 모음집</li> <li>· KOREA INSURANCE INDUSTRY</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 영문연차보고서</li> </ul>	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

## 가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775-9080 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 자료실 (02-3775-9080 / pgc0703@kiri.or.kr)



## 저자약력

### 조용운

University of Houston 경제학 박사  
보험연구원 연구위원  
(E-mail : ywcho@kiri.or.kr)

### 오승연

Massachusetts대 경제학 박사  
보험연구원 연구위원  
(E-mail : oh@kiri.or.kr)

### 김동겸

성균관대 경제학 석사  
보험연구원 선임연구원  
(E-mail : dgkim@kiri.or.kr)

연구보고서 2018-2

## 건강생활서비스 공·사 협력 방안

---

발행일 2018년 2월

발행인 한기정

발행처 **보 함 연 구 원**  
서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38  
화재보험협회빌딩  
대표전화 : (02) 3775-9000

조판및  
인쇄 고려씨엔피

---

ISBN 979-11-85691-75-6 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원