

발간 번호

2011-03-01

2011년도

이슈페이퍼

유헬스(U-health) 산업 추진론 비판

송윤희 (건강과대안 연구원)



연구공동체 건강과 대안

유헬스(U-health) 산업 추진론 비판

요 약 문

유헬스란 IT 기술을 의료에 접목하여 질병과 건강 관리 등을 무구속, 무자각 환경에서 언제 어디서나 제공하는 보건의료서비스를 의미한다. 이에 대한 보건복지부를 위시한 범 정부 부처와 민간 자본층의 노력과 투자가 지속되고 있으며 건강보험 재정 적자 문제 타결, IT 강국으로서 신융합 산업의 장악과 그로 인한 경제적 이득 등이 유헬스 산업의 추진 이유이다. 현재 원활한 도입을 가로막고 있는 의료법과 같은 법제도가 정비될 경우 경제 효과는 더 커질 수 있다고 전망하고 있다. 현재 의료법 개정안과 건강관리서비스법안이 2010년 국회 통과가 좌절되었지만, 2011년 국회에서 신융합산업촉진법이 통과가 유력하며, 연구 단계에 있지만 u-Healthcare의 활성화를 위한 법률(안)도 마련되어 있는 상황이다.

유헬스산업 찬성론자들의 논점을 보면,

1. 기술 접목으로 이용자의 접근성이 제고되며,
2. 현재 건보 재정을 압박하는 고령층의 의료비 등 의료비 절감효과를 가지고,
3. 무엇보다, 시장의 확대, 고용 창출 효과 등 경제 성장에 도움이 될 것이라고 한다.
4. 또한 의료에 있어 새로운 패러다임이 도래했으며 그 전환에 부응하기 위해 필수적이라고 주장하고 있다.

그러나, 이러한 유헬스산업 찬성론자들의 논리는 과장되어 있으며, 국가 보건의료의 우선순위에 혼란을 가져올 수 있어 우려스러운 상황이다. 그 근거는 아래와 같다.

1. 유헬스를 핑계로 의료의 접근성을 높이는 기본 인프라에 대한 투자를 소홀히 할 여지가 있으며, 우선순위를 분명히 해야 한다.
2. 의료기기와 정보망에 대한 안전성이 확립되는 것이 우선이다.
3. 개인 의료 정보에 대한 보호책이 제대로 마련되어 있어야 하고, 이를 뒷받침하는 보안 기술도 마련되어 있어야 한다.
4. 진정 비용 효과가 증명이 되었나? 외국 여러 연구 결과들에 의하면 유헬스산업의 비용 대비 효과는 미진하다.
5. 정부가 제시하는 유헬스 이용자 숫자가 과장되어 있으며 건강한 이들의 건강관리 서비스를 염두에 두지 않으면 규모의 경제를 이루지 못할 것이다.

6. 민간 의료가 90% 이상 차지하는 우리나라에서는 새로운 의료기술이나 의료 전달 기술은 결국 공공 의료의 강화나 건강권 향상을 가져오기보다, 각 민간 기관의 수익 창출의 도구로서 남용되며, 1차 병원의 이용이 더 저하되어 오히려 의료 전달 체계가 악화될 것이다.

의료를 산업으로만 보는 이 모든 시도들은 결국 의료를 시장에 맡겨 국가의 역할을 축소시키며 따라서 복지로서의 역할을 위축시키는 것으로 귀결된다. 대부분의 소외계층은 유헬스보다 기본적인 의료 서비스와 의료 시설, 그리고 국가의 보조를 필요로 한다. 유헬스는 아직 시기상조다. 유헬스가 시급한 건보재정 문제를 해결해 준다고 믿는다면 큰 오산이다. 급증하는 의료비를 해결을 위해서 이미 대안으로 나온 주치의 제도, 공급체계 개편을 도입하는 것이 우선이다.

유헬스(U-health) 산업 추진론 비판

1. 유헬스란 무엇인가?

가. 유헬스 논의의 배경

인구의 고령화와 만성질환 유병율의 증가, 그리고 이로 인한 의료비의 급격한 상승이 진행되고 있는 현재 한국의 보건의료 상황에서 보건당국은 국내 유수의 IT, 전자, 건설 산업체 등 민간 영역과 손을 잡고 보건 재정의 문제를 타결하는 한 방안으로 수년전부터 유헬스를 언급해왔다. 그리고 이에 대한 투자와 법적 규제 완화를 선도하며 IT 강국으로서 타 선진국을 앞질러서 표준화된 기술과 솔루션을 만들어 내고 그로 인한 시장의 장악과 확대를 노려야 한다고 주장하고 있다. 보건복지부, 지식경제부, 정보통신부, 국토해양부 등 각종 정부부처가 의료와 IT라는 신융합 시장에 몰두하고 있으며, 이에 관련하여 유헬스 도입을 위한 수많은 연구 결과들이 나오고 있는 상황에서 진정 이것이 의료 취약 계층을 위한 가장 시급한 정책인가, 의료 접근성과 건강의 형평성을 높여주는 정책인가 비판적으로 재고해볼 필요가 있다. 또한 마치 유행처럼 한 번씩 왔다가는 신기술에 대한 맹목적인 추앙과 이미 한계점에 달한 시장 외연의 확대를 바라는 전국가적 블루오션 만들기에 의료 분야가 수시로 호명되는 지점까지 온 상황은 우려스러운 부분이 있다. 항상 그렇듯, 취약계층을 위한다는 것은 외피일 뿐, 경제적 외부효과와 시장의 활성화가 가장 근본적인 목표임은 굳이 언급하지 않아도 누구나 알고 있는 바다.

특히 시장의 확대를 위해서라면 건강한 u-Wellness군에 대한 민간 건강관리회사가 허용되어야 하기 때문에 이를 뒷받침하는 건강관리서비스법안의 통과는 유헬스 도입의 큰 관건인 셈이다. 하지만 2010년 보건복지부의 역점사업이었던 이 법안이 국회 상임위에 상정조차 되지 않으면서 제동이 걸린 바 있고, 이어 오는 2011년 3월 임시국회에도 타 안전에 밀려 상정하지 못하게 되었다. 제1야당이 과격적으로 무상의료 등 복지를 논하고, 차기 대선까지 복지국가 담론이 가장 큰 쟁점으로 떠오르는 상황에서도 의료의 산업적 부가가치 측면만 내세워 민간 자본과 함께 유헬스라는 상품 개발과 시장 창출에 현 정부는 힘을 다하고 있다. 의료의 공공성을 지켜야 하는 국가 책무의 짐을 점차 시장으로 내맡겨 버리려는 것이다.

나. 유헬스의 정의

Ubiquitous Health technology는 IT 기술과 선진의료기술이 결합된 고부가가치 융복합산업¹⁾이라고 정의된다. 이 기술력을 도입하여 의료에 접목한 것이 u-Health(이하 유헬스)인데 더 구체적으로 다음과 같은 정의를 내리고 있다.

“기술을 의료산업에 접목함으로써 질병의 예방, 진단, 치료, 사후관리뿐만 아니라 건강관리 등 필요한 보건의료서비스를 무구속, 무자각 환경에서 언제 어디서나 제공하는 서비스이다.²⁾ 이와 관련된 용어로 Telemedicine은 원거리에서 임상 데이터, 문서 그리고 원격통신시스템을 통해 제공되는 정보를 기반으로 개입하고 진단과 처치를 결정하고 권고하는 등의 의료 행위를 의미한다.(세계의사회(WMA), 1999) 그 외에 telehealth, e-Health 모두 관련된 용어로서 사용되고 있다. 여기서 e-health와 구별점을 두기도 하는데, e-health가 전자정보기술을 통해 의료기관 중심으로 전자적 보건의료 정보 교환에 초점을 두었다면 u-health는 의료 서비스 소비자와 보건의료기관 모두를 포괄하여 전자 정보를 감지하고 전달 분석하여 피드백으로 관리를 하는 전자적 공간이라는 더 넓은 개념을 포괄하고 있다.³⁾ 정리하자면 u-healthcare란 ubiquitous computing⁴⁾ 과 healthcare의 결합으로 기존의 보건의료자원과 서비스 전달과정에 물리적 공간의 지능화 및 네트워킹이 도입된 새로운 보건의료 서비스이다. 이러한 ubiquitous computing이 가능한 보건의료 환경을 u-Health 환경이라고 한다.

다. 유헬스 서비스 모델

1) 삼성경제연구소(이하 SERI) 분류

2007년 SERI의 유헬스 서비스 모델 3 가지 유형 분류는 이후 유헬스의 많은 연구에서 이용되었다.

- ① u-Hospital 군: 입원 환자군
- ② 홈 & 모바일 헬스케어군: 만성질환을 가지고 있어 관리를 요하는 안정적인 만성질환군
- ③ 웰니스 군: 환자는 아니지만 더 나은 건강 상태로 관리 받는 건강군

2) 보건복지가족부 분류

원격지 의사의 역할과 그 외 참여인력 두 가지 유형분류를 통해 5가지로 분류하기도 한다. (그림1)⁵⁾

1) 박성훈(2009), u-Health 산업의 추진전략, 경기개발연구원 (2010 u-Healthcare 이슈 및 연구 동향 한국보건사회연구원 재인용)
2) (2010) u-Healthcare 이슈 및 연구 동향 한국보건사회연구원
3) (2009) u-Healthcare 활성화 중장기 계획 보건산업진흥원
4) ubiquitous computing이란 특정 상황인식(context awareness)과 추론이라는 지능화와 기타 보건의료 자원과의 네트워킹을 의미한다.
5) (2008) 보건복지가족부, u-Healthcare 실태조사.

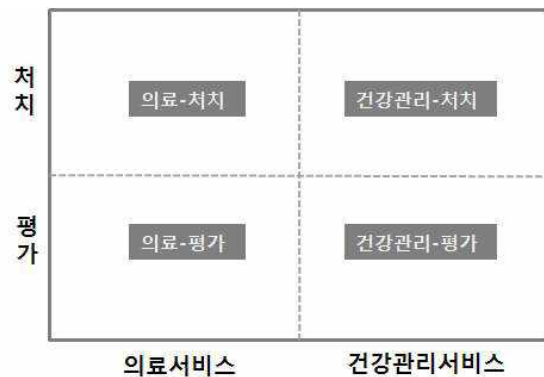
그림 1. u-Healthcare 서비스 모델 분류



3) 보건산업진흥원 분류(그림2)

서비스 대상(의료서비스 vs 건강관리서비스)과 서비스 행위 속성(처치 vs 평가)라는 기준에 따라 네 개의 영역으로 분류하기도 한다. 이 중에서 가장 대중적으로 알려지고 이용되는 개념은 SERI의 분류 체계로 보건복지부 및 관계 부처의 공식 보고서에서도 이 분류체계가 널리 활용하고 있다.

그림 2. u-Healthcare 영역



한편 유헬스를 바라보는 시선이 보건복지부와 민간업체 및 타 부서 간에 차이가 있는 것을 볼 수 있다. 양측에서 모두 유헬스로 인한 재정 절감 효과 및 경제 효과에 중점을 두고 있지만, 보건복지가족부와 달리 민간업체에서는 그 효용의 대상을 절대로 의료 취약계층이나 접근성이 떨어지는 일부 국민들로 보고 있지 않다. 다시 말하면 보건복지가족부에서는 유헬스 도입의 가장 큰 이유로 취약계층에 대한 의료 불평등 해소로 보고 있어, 앞서 말한 SERI의 분류상 u-hospital 군 혹은 만성질환군 중 의료기관에 물리적 접근성이 떨어지는 일부를 대상으로 삼고 있지만, 여러 IT, 전자 산업 등 민간업체들은 명백하게 대상을 u-wellness 로

두고 있다. 시작은 취약계층으로, 궁극적 목표는 전 국민으로 삼는 이 민간업체들의 유헬스 산업은 복지부의 다음과 같은 논리 덕에 시범 사업으로 쉽게 무임승차하여 일반인들에게 시범적으로 제공되고 있는 형편이다. 물론 비용은 세금에서 나온다.

복지부는 “원격의료는 삼성, SK 등 대기업의 입김이 아닌 취약계층의 바람이다. 거동불편 노인·장애인 등 취약계층의 의료접근성 개선이 주목적인 서비스”라는 점을 강조하고 있다. 여당에서도 “건강관리서비스, 원격의료 등의 논의 과정에서 의료민영화 논란이 제기되는 것은 이해 안 되는 부분”이라며 “보건소에서 하던 것을 민간이 한다고 해서 민영화라고 얘기하는 것은 말이 안 된다”는 의견을 제시하는 등 복지부 측 주장에 힘을 실어주는 모습이다.⁶⁾

2. 유헬스 추진론자들의 논리

가. 이용자 접근성 제고

유헬스를 주요 보건산업 정책으로 삼고 있는 보건복지부에서는 유헬스가 첨단 IT 기술을 활용하여 의료 접근성 및 편의성을 제고하는 방편이 되며 이로 인해 의료서비스 전달체계가 효율적으로 운영 될 것이라 한다. 특히 도서 산간 지역이나 교도소와 같은 의료취약지역과 거동이 불편한 노인, 장애인 등 취약계층의 의료 접근성 개선을 위한 원격의료 서비스 제공으로 의료 불평등을 해소할 수 있다고 보고 있다.

언뜻 보기에는 그럴 듯 하지만 이는 앞뒤가 뒤바뀐 정책이다. 특히 장애인이나 도서 벽지 지역에 거주하는 고령층에게는 어느 지점에서는 원격 관리로 대체될 수 없는 상황이 쉽게 있을 수 있다. 원격 진료보다 직접적인 의료진의 대면이 더더욱 필요한 이들인 것이다. 그렇다면 이들이 위급한 시기에 병의원에 접근할 수 있도록 기본 수송시설이나 보건소 건립 등을 우선시해야 할 것이다. 또한 과연 1년에 대략 20-30만원이 예상되는 원격 진료 서비스 비용이 소외계층이 감당할 수 있을지도 의문이다. 물리적 접근성을 높인다고 해도 유헬스케어가 기본적인 대면 진료를 대신할 수는 없을 것이며, 비용 부담 증가에 대한 대책도 구비되어야 할 것이다.

한편 2010년 한 연구 결과, 화상 통화를 통한 원격 진료의 경우 가정 간호나 종합병원 전문의들의 응급 출동 시에는 비용 효과적인 것으로 드러났지만, 외곽 지역에서는 오히려 그 효

6) 2011.2.1 데일리 메디. <새해 '건강관리서비스·원격의료' 운명 촉각> 백성주.

과가 명확하게 드러나지 않았다(“mixed result of cost efficiency”).⁷⁾ 정부는 도서 벽지 등 외곽 지역 주민들의 의료 접근성을 높인다는 취지를 가지고 있으나, 의료 접근성은커녕, 비용 효과에 대한 근거조차 부족하다. 또 다른 2001년 캐나다의 연구에서는 화상을 통한 원격 진료가 경제적으로나 의학적으로 더 효과적이라는 증거를 발견하기 힘들었다⁸⁾고 밝혔다. IT 기술로 물리적 거리를 극복하여 접근성이 향상되고 비용 절감의 효과도 당연히 있을 것이라 복지부는 주장하고 있지만, 지금까지의 연구 결과로는 그러한 효과를 말하기 힘든 상황이다.

나. 의료비 절감

2007년 SERI의 보고서에 의하면 2006년 기준으로 국민건강보험의 노인의료비 5.6조원 중에서 원격 환자모니터링을 통해 대략 1.5조원을 절감할 수 있는 것으로 추산하였다. 또 2008년의 보건산업진흥원 연구보고서에서는 비용편익 분석 결과 만성질환 관리 서비스와 생활 습관성 패턴 관리 서비스를 모두 합친 u-Healthcare 서비스를 통한 사회적 편익은 1년에 약 2조원에 이르는 것으로 추계되었다.⁹⁾ 그러나 명확하게 자신의 연구 한계를 명시했다. 우선 그간 수많은 타 연구보고서에서 인용되어 온 SERI 보고서를 검토해보자.

SERI는 1개 논문을 기반으로 비용 편익 분석을 단순화시켰다. 여기서는 U-healthcare를 통해 향후 건강보험 지출이 7.2% 절감할 것이라고 예상하였는데, 그 기반이 된 논문은 미국의 대표적인 민간 보험회사인 카이저 퍼머넌트에서 시행한 시범 사업의 결과로 가정의학회지에 실린 것이었다¹⁰⁾.

이에 의하면 원격의료 사용 군에서 비사용 군에 비해 약 27%의 의료비 절감을 보였는데, 이 수치를 그대로 우리나라 65세 이상 노인 인구의 의료비 5.6조원(2006년 기준)에 대입하여 1.5조원의 절감 효과를 단순 계산 한 것이다. 그 27%는 원격 의료 시행군과 비시행군 사이에 내원과 입원 총 의료비용의 차이를 통해 얻은 것이다. 시행군은 1인당 1948달러 비용이 소모됐고, 비시행군은 1인당 2674달러 비용이 들었다. 따라서 그 둘의 차이 $726/2674 \times 100\%$ 를 단순 계산해서 27%의 비용 절감 효과를 도출해 냈다.

7) BMC Health Serv Res. 2010 Aug 10;10:233. <A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication.>

8) J Telemed Telecare. 2001;7 Suppl 2:73-5. <Some successes and limitations with telehealth in Canada.> Hailey D.

9) 이윤태, 김시연 (2008) U-health care 활성화 중장기 계획 보건산업진흥원. “만성 질환 관리 서비스를 통하여 향후 얻을 수 있는 사회적 편익은 시간 비용 절감 효과와 교통비 절감 효과를 합쳐 총 약 1조 2천2억원에 달하는 것으로 추계 됨. 또한 생활 습관 패턴 관리 서비스를 통한 편익(시간 비용 절감 효과와 교통비 절감 효과의 합)은 총 약 9천 9억원에 달하는 것으로 추계됨.”

10) Johnston B. et al. (2000), "Outcomes of the Kaiser Permanente Tele-Home Health Research Project"

인용한 이 연구의 한계는 명확하다.

첫째, 비용 추산에 원격 의료 장비 하드웨어에 들어가는 비용을 제외시켰다. SERI는 2007년 유헬스의 경제적 효과와 성장 전략이라는 이슈페이퍼에서 연간 원격 의료 장치 이용에 드는 비용을 대략 33만원(대략 300달러)으로 책정한 바 있다. 미국 하니웰이 공급하고 있는 원격 환자모니터링 장비(3,325,000원)의 가격을 기준으로 10년간 감가 상각하여 연간 장비 임대료를 산출한 것이다. 같은 논리로 위 Johnston 의 논문에서 원격장비의 1년 임대료를 포함시켜서 계산을 다시 해보면 426달러로 비용 절감 효과가 떨어지는 것을 볼 수 있다.

	원격 진료 비시행군(\$)	원격 진료 시행군(\$)	비용 절감 효과
외래 진료 비용	616	890	
외래 검사 비용 등	118	170	
입원 비용	1940	1087	
총 의료비	2674	1948	-726
감가 상각비	0	300	-426
유지 관리/통신비	0	89	-337

둘째, 그 외 유지 관리비나 통신비가 비용에 포함되어 있지 않다. 대략 일 년에 통신비용을 10만원(대략 89달러)으로 보고 비용절감효과를 계산하면 337달러로 더 낮아진다.

셋째, 위 연구는 화상 진료를 받는 데 드는 비용을 책정하지 않았다. 외래나 입원진료 비용만 염두에 두고, 화상 진료는 무상으로 받는 형식으로 연구를 진행했다.

넷째, 의료 서비스에 대한 소비자 접근성을 증대시키는 유헬스로 인해 진료 서비스 이용량이 늘어나는 것을 염두에 두지 않았다. 따라서 1년에 걸친 연구 기간 동안 1인당 4회 꼴로 화상 진료를 한 것에 대한 수가를 매기고 그만큼 증가할 진료량에 대한 비용을 계산하여 최종 비용 절감 효과를 계산하는 것이 옳을 것이다.

화상 통화를 통해 환자의 의료진 접근성을 높임으로써 입원횟수와 진료비를 줄일 수 있다는 결과는 유헬스를 매력적으로 보이게 한다. 하지만, 유헬스 도입 자체에 들어가는 비용을 제대로 추산하지 않은 연구를 가지고 비용 편익 계산을 할 수는 없다.

보건산업진흥원의 보고서에서는 이 연구 결과에 대해 다음과 같은 한계를 지적하고 있다. 유헬스케어에 의해 단기적으로 새로운 형태의 의료 도입으로 인한 진료 서비스량이 늘어나지만 그로 인한 만성질환 관리의 활성화로 장기적으로는 입원서비스 이용량과 진료비가 감소

할 것이라는 단순 가정을 하고 있다는 것이다. 또한 2005년 한 연구 결과¹¹⁾에 의하면 원격의료의 경제성에 대한 명확하고 뚜렷한 증거를 제시하지는 못하고 있다고 결론짓고 있다. 이에 향후 원격의료 관련 기술의 발전과 수요 증가로 인한 규모의 경제에 따라 비용 감소가 가능할 것이라고 예측하고 있을 뿐이다. 이와 같이 명확하게 의료비 절감 효과에 대한 검증은 부족한 상황이다.

다. 시장의 확대, 고용 창출 효과 등의 경제 성장

유헤스산업 추진론자들이 가장 강력하게 이 산업을 추진하는 이유는 “의료서비스를 중심으로 관련 산업 및 연계서비스에의 막대한 파급효과¹²⁾”에 대한 기대 때문이다. 아직은 본격적인 시장이 형성되지 않았으나 큰 시장이 예상되는 도입단계라고 언급을 하며 서둘러 이 산업을 육성하여 세계적인 추세에 뒤떨어지지 않아야 함을 역설한다.

새로운 틈새시장에 국내외적으로 큰 기대가 모아지고 있다. 의료는 IT의 부속 소재로 이용당할 뿐이고 실질적으로 IT의 후속 사업의 연장으로 볼 수도 있겠다. 이 경제 성장에 대한 전망은 상당히 다양한 규모로 예측되고 있다. 가장 많이 인용되고 있는 수치는 미쓰비시 종합연구소의 결과인데, 전 세계적으로 유헤스 산업이 2006년 1,770억 달러에서 2010년 3,800억 달러로 연평균 21% 고성장을 기록할 것으로 전망하고 있다. 한편 국내에서도 상당히 높게 전망되고 있는데, business wire에 의하면 2004년 10억 달러(약 1조원)에서 2015년 340억 달러(약 34조원)로 규모 성장 예측을 하고 있고¹³⁾, 지경용¹⁴⁾은 1조원 규모로, 한국정보사회진흥원은 2-5조원, 지식경제부는 2010년 3조원에서 2020년 11조원으로 추산하고 있다.

또한 한국은행에서 작성된 2003년 산업연관표를 이용하여 유헤스 산업 중 만성질환 서비스와 생활습관 패턴 관리 서비스의 향후 경제적 파급 효과를 고찰한 바에 의하면, 그 결과 시행 1년 후 서비스 산업에 약 1조 2,703원의 생산유발을 하며 5년차에는 1조 5,796억원까지 확대되어 5년간 총 6조 9,827억원의 생산 유발이 일어날 것으로 예상되었다. 취업 유발은 1년차에 만 1,476명에서 누적되어 5년차에는 총 1만 4,800명까지 취업 인원이 유발될 것으로 계산되었다. 관련 제조산업의 파급효과는 1년 후 455억원, 5년 후 2,602억원까지 확대되어 향후 5년 간 총 6,530억원의 생산이 유발 될 것으로 예상되었다. 취업 유발 인원은 1년차 180명에서 누적되어 5년 차에는 총 1,028명까지 취업 인원이 유발될 것으로 계산되었다.¹⁵⁾ 한국

11) 이상영 (2005), 원격의료의 경제성 분석, 《보건복지포럼》, 한국보건사회연구원, 2005년 8월호, 25-35.

12) 동일 보고서

13) 노연홍 (2010), 의료산업의 환경변화와 성장전략.

14) 지경용 외, 『유비쿼터스 시대의 보건의료』, (서울 : Jinhan M&B, 2005),

15) 이운태, 김시연 (2008) U-health care 활성화 중장기 계획 보건산업진흥원.

보건산업진흥원(2009)은 2008년 우리나라의 u-Healthcare 이용자는 338만명, 시장규모는 최소 7,244억원, 고용창출 효과는 9,500명 정도인 것으로 추산하였고, 2015년 u-Health의 이용률이 인구의 20%일 경우 u-Health의 시장규모는 매출액 최소 2.3조원, 고용 창출 인원 최소 3만명일 것으로 추산하였다.¹⁶⁾

혹자는 이와 같이 각각 격차가 있지만 국내외적으로 모두 성장성이 높게 평가되고 있다는 점에서 일치한다고 보지만 이는 부풀려진 측면이 있다. 예측과 달리 2011년 현재 유헬스는 시범 사업 단계를 벗어나지 못했고, 향후에도 법적 규제 때문에 수조원의 시장을 창출하기는 힘들 것이다. 뿐만 아니라 기존의 시범 사업들이 제대로 된 모델을 도출하지 못한 결과 시장 창출에는 역부족이었다는 평가가 있다. 그렇기 때문에 복지부의 강조와는 달리, 의료 취약계층 우선 도입은 규모의 경제를 이루지 못해, 건강한 이들을 대상으로 하는 건강관리 서비스를 주축으로 삼는 민간 주도의 원격 의료 시장 창출이 주된 포커스가 될 것이라는 예측이 설득력을 갖는 것이다.

신성장동력을 외치며 보건복지부, 지식경제부, 기획재정부, 행정안전부 등 각종 정부 부처 및 지자체가 제대로 그 효과가 입증되지 않은 분야에 우르르 자본과 시간을 쏟아내면서 기존 의료 체계에서 필수적인 해결방안들을 도외시하고 있는 것은 비정상적이다. 삼성을 위시한 대기업들이 마치 기업들의 기획 사업이 이 나라의 미래를 좌우지할 수 있는 큰 동력인 양 포장하고 국민의 세금으로 시범 사업을 당당하게 펼치고 있다. 삼성, SK, LG 등 대기업들이 우리나라 대형병원들과 컨소시엄을 이루어 진행하고 있는 시범 사업의 결과가 과연 “보건의료의 공공성 강화”에 기여할 수 있을까. 민간의 병원자본이 공공성을 강화하지 못하고 오히려 각 병원의 수익률 높이기에만 열중하고 있는 것과 마찬가지로, 민간의 “원격의료 자본” 혹은 “건강관리서비스 자본” 역시 궁극적으로는 당 기업들의 이윤 추구에 몰두할 가능성이 높다.

3. 유헬스산업 추진론에 대한 비판

가. 의료의 접근성을 높이는 기본 인프라에 대한 투자가 우선이다.

먼저 도서산간지역의 의료 접근성을 높이기 위해 보건진료소 설립, 응급시의 수송 수단의 마련과 같은 기본적인 공공의료 인프라의 확대나 주치의 제도와 같이 진정한 의료의 물리적

16) 한국보건산업진흥원 (2009). 건강관리서비스 및 u-Healthcare 시장 규모 추계

사각지대의 해소를 위한 방안들을 먼저 추진하지 않고 있는 것이 문제다.

전세계적으로 앞다투어 개발하고 있는 신 시장 분야이니 IT 강력 국가인 우리나라는 더욱 앞서가야 한다고 유헬스 관련 부처는 일본이나 EU 등 기본 인프라가 갖추어져 있는 국가들의 투자 상황을 예로 들고 있다. EU, 일본의 경우 공공의 기본 인프라가 갖추어져 있고 의료전달체계가 정립이 되어 있는 상황이다. 그와 달리 민간 시장에 90% 이상이 맡겨져 있으며 1,2,3차 병의원 체계가 무너져 있는 우리나라에서는 이에 대한 체계 마련이나 공공시설 확충을 먼저 논해야 할 것이다. 기본 인프라가 갖추어져 있는 상황에서라면 여러 제한적인 단서들을 두고 추가 서비스로서 원격 의료서비스 허용은 고민해볼 여지가 있을 것이다.

나. 안전성 확립

디지털 시대이지만, 굳이 객관적인 보고서나 논문을 들지 않아도 누구나 생활 속에서 디지털의 한계를 경험하고 있다. 전산망이 다운되면 업무가 마비되고, 디도스와 같은 바이러스가 유포되면 하드웨어가 망가진다. 실제로 진료실에서 직접 환자를 대면해서 진단하고 시술을 처방한 경우에도 이따금 전산화로 인한 오진들이 있기 마련이다. 무엇보다 건강과 생명에 직결된 생체 정보의 수집, 질병의 진단과 처방이 이러한 하드웨어와 전산망에 의존적일 때 본능적으로 그 취약함에 대한 두려움을 가질 수밖에 없다. 이러한 일반적인 인식을 타파할 수 있을 정도로 기술력이 충분한지 재고해야 할 것이다.

다. 개인 의료 정보에 대한 보호책

수많은 보고서에서 개인 정보에 대한 보안책이 마련되어야 하며, 이에 대한 법적 제제가 구비되어 있어야 한다고 명시하고 있다. 하지만 실상은 다들 알다시피 법적 제제를 가한다 할지라도 수많은 개인 정보들이 아주 손쉽게 유출되고, 도용되고 있는 현실이라는 것이다. 원격 진료를 위해 허용되는 개인 생체 정보, 혹은 의학적 정보들이 웹상으로 존재할 경우 해킹을 방지하는 철저한 보안 기술이 뒷받침되어야 할 것이다. 법적 명시로 부족하다. 한 의료기관 안에서만 허용되었던 개인 정보 보호책과는 또 다른 새로운 보안 기술이 완비되고 그 안전성이 확보된 이후에 유헬스의 제한적인 도입을 논해도 늦지 않다.

라. 비용 효과성의 문제

U-health 비용대비 효과에 대한 현재까지의 연구들은 한계가 많다. 2000년부터 유헬스의 경제 효과와 비용 편익, 비용 효과 분석을 담은 수많은 리뷰논문들이 발표되었지만 아직까지는 대부분이 증거가 불충분하고 일관성을 찾을 수 없다는 결론을 내리거나 이 분야의 비용 분

석 연구 자체에 한계가 많아 신뢰성이 떨어지는 것을 볼 수 있었다.¹⁷⁾ 유헬스가 건보적자 문제를 해결할 수 있는 대책이라는 막연한 기대는 버려야 한다.

마. 적용 대상자의 한계, 규모의 경제가 가능할 것인가?

정부에서 발표하는 원격 의료 이용 대상자들 446만명은 과도한 추계로 진정 원격의료의 필요한 인원수는 훨씬 적은(실제로는 69만명 정도) 이더라는 것을 숨기고 있다. 적용 대상자를 확대한다는 것은 앞서 언급했듯이 도서벽지 주민이나 물리적인 거리가 있는 이들을 위한다는 것은 그럴듯한 명분에 불과하며, 실제로는 기타 만성질환자, 노인들과 건강한 일반인을 대상으로 하는 민간의 웰빙 사업임을 인정하는 것이다. 또한 2007년 SERI에서는 이 유헬스 비용을 본인부담금에만 의존할 경우 개개인 국민의 입장에서 편익이 오히려 마이너스가 되기 때문에 건강보험에서 수가 적용을 해야한다고 주장을 하고 있다.¹⁸⁾ 유헬스 장비 설치 및 원격 진료에 대한 국가의 보조가 필수적이라는 것이다. 과연 국민 모두에게 공감대가 형성되기 힘들고 편익 또한 일부 국민들에게 유리하게 적용될 신의료기술의 도입에 공공의 건강보험 재정 지출을 허용하는 것이 옳은지 재고해야 할 것이다.

바. 의료 전달 체계 악화

IT 산업과의 융합으로 의료 서비스 전달체계가 효율적으로 정비될 것¹⁹⁾이라는 예측을 살펴보자. 일단 시범 사업 결과가 체계적으로 평가 된 바가 없다. 전달체계의 효율화라 하면 1차와 2차 의료기관을 통한 3차 의료기관 방문을 의미하는데 과연 원격 의료 서비스가 도입되면 우리나라 국민 정서 상 얼마나 많은 사람들이 비싼 돈 주고 기기 설치를 하고나서 굳이 바로 옆에 있는 의원에게서 원격 진료를 받고 싶겠는가. 기꺼이 KTX 타고 서울까지 올라오는 지방 환자들이 적지 않은 현실에서 원격 진료의 도입은 더더욱 대형 병원의 교수진들을 쉽게 만날 수 있는 방안으로 인식되어 1차 의료에 대한 수요가 줄면 더 줄 것이라는 예상을 누구나 쉽게 할 수 있다. 물리적인 거리도 마다하고 올라오는 환자들의 쏠림 현상에 대한 규제도 제대로 하지 못하는 정부가 과연 IT를 통한 효율을 추구하려는 소비자를 규제할 수 있을지 의심스럽다.

17) Int J Med Inform. 2010 Nov;79(11):736-71. <Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews.>, J Telemed Telecare. 2000;6 Suppl 1:S38-40. <A review of telemedicine cost-effectiveness studies.>, J Telemed Telecare. 2010 Jul;16(5):229-31. Epub 2010 May 25.<Economic evaluation in telemedicine - still room for improvement.>

18) 강성욱, 김재윤. 유헬스의 경제적 효과와 성장 전략. 2007.7.15. 삼성경제 연구소.

19) 이운태, 김시연 (2008) U-health care 활성화 중장기 계획 보건산업진흥원

4. 맺으며

언제부턴가 의료 부문이 국가 경쟁력 강화라는 과제와 산업 경쟁에 꾸준히 호출되고 있다. 바로 Health technology, HT 라는 이름 하에 말이다. 이는 서비스나 기술의 상품화가 포화 상태에 이른 현 시점에서 새로운 이윤을 창출해내고자 하는 자본의 시도일 뿐이다. 이들은 이 새로운 수요로서 고금을 막론하고 본능적으로 인간에게 내재된 건강과 웰빙의 욕망을 자극하는 방법을 택했다. 민간 자본력을 동원해 그 욕망을 더 크게 충족시켜주기 위한 건강 관련 기술을 개발하고 최대한 상품화하여 그로 인한 돈의 흐름과 인위적인 효용의 증대를 도모하는 것이다. 인간의 건강과 안녕을 위해서는 크게 불필요하지만 있으면 나쁠 것 없고, 게다가 국가가 나서서 그 효용을 추구하라고 부추기고 있는 상황에서 새로운 기술과 서비스는 상품화되는 족족 구매력이 있는 일부 계층에게 구매될 것이다.

현 상황에서는 여러 시민단체와 의료 단체들 모두 위 두 가지에 반대 입장을 취하고 있다. 의료의 연장선에서 이뤄지고 있어야 할 예방적 건강관리를 민간 업체와 비의료진에게 허용하여 시장의 확대를 도모하면서 동시에 공공 보건을 축소시키고 민간으로 그 역할을 떠넘기는 건강관리 서비스라는 “웰빙 효용”에 대한 반대와, 아직 여러 모로 시장에 대한 과한 기대 외에 의학적 효과와 비용효과가 증명되지 않은 유헬스라는 “신기술 상품”에 대한 반대가 그것이다.

의료를 산업으로만 보는 이 모든 시도들은 결국 의료를 시장에 맡겨 국가의 역할을 축소시키며 따라서 복지로서의 역할을 위축시키는 것으로 귀결된다. 대부분의 소외계층은 유헬스보다 기본적인 의료 서비스와 의료 시설, 그리고 국가의 보조를 필요로 한다. 유헬스는 아직 시기상조다. 유헬스가 시급한 건보재정 문제를 해결해 준다고 믿는다면 큰 오산이다. 급증하는 의료비를 해결을 위해서 이미 대안으로 나온 주치의 제도, 공급체계 개편을 도입하는 것이 우선이다.