

우리나라 만성질환 관리 사업의 현황과 개선방향



윤석준 교수
고려대학교 의과대학 예방의학교실

1. 서론

최근 일본에서는 국가 중심의 사전예방적 건강관리 프로그램을 전격적으로 도입해 운영 중에 있다. 특정검진·특정보건지도사업으로 명명된 이 사업은 2008년 4월부터 심뇌혈관 질환의 전 단계라 할 수 있는 대사증후군 관리를 위해 정부 및 보험자가 나서서 40세 이상부터 74세까지의 일본 국민을 대상으로 시행하고 있다. 특정검진에서 대사증후군으로 분류된 국민에게 6개월간 생활습관 교정을 위한 보건지도비로 건강관리서비스회사 등에 1인당 약 5만엔을 지불하여 관리하는 방식이다. 일본이 이러한 사업을 추진하게 된 배경은 평균수명이 세계에서 가장 높은 상태임에도 불구하고 인구의 급격한 고령화가 계속 진행되고 있으며 질병의 구조가 변화하여 암, 순환기 질환(심장병, 뇌졸중), 당뇨병 등의 이른바 생활습관병의 증가가 심각한 사회문제로 대두되었기 때문이다(이정수, 2008).

최근 UN은 2011년 9월 고위급 정상 회의를 통해 전세계 만성질환(Non Communicable Disease)의 예방과 관리 문제에 대처하기 위한 국가역량 강화 및 국제협력 증진 방안에 대해 논의하였다. 이렇듯 만성질환의 문제는 이제 이웃나라 일본을 넘어서 전세계적인 주요 정책 의제로 등장할 만큼 상황이 심각해져 있다.

최근 시행된 질병부담 연구에 따르면 우리나라 또한 대부분의 질병부담이 만성질환에서 비롯되고 있는 것으로 나타났다(오인환 등, 2011). 특히 직접의료비인 진료비 측면에

※ 본 논문은 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원으로 대표되는 보험자가 제공하는 프로그램을 제외한 국가 또는 지방 정부 중심 만성질환 관리사업만을 대상으로 하였음

국한하더라도 고혈압, 당뇨병 등으로 대표되는 만성질환으로 인한 진료비가 최근 10년간 5배 이상 급증하고 있다. 이러한 현실은 우리나라와 같이 일차의료에 있어 문지기시스템 (gatekeeper system)도 없고 접근하기 쉬운 적절한 사전예방중심의 교육 시스템도 잘 갖춰져 있지 않은 상황을 고려하면 심각한 수준이며 이를 위해서는 국가 차원의 관리대책 수립이 시급한 실정이다.

이와 같은 배경 하에 본 논문에서는 우리나라 만성질환 관리사업의 현황을 살펴보고 그 한계 및 개선 방향을 제시해 보고자 한다.

2. 만성질환 관리사업의 현황

가. 국가 단위 만성질환 관리 종합계획

1) 새국민건강증진종합계획(New Health Plan 2020, 보건복지부, 2011)

국가 단위 만성질환 관리현황을 살펴보면 ‘온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상’이라는 비전하에 건강증진종합계획이 진행 중이다. 본 건강증진사업은 건강수명의 연장과 건강형평성 제고를 위해 각 사업분야 별 달성 목표를 설정하여 2020년까지 추진할 계획이며, 세부내용은 아래와 같다(그림 1).

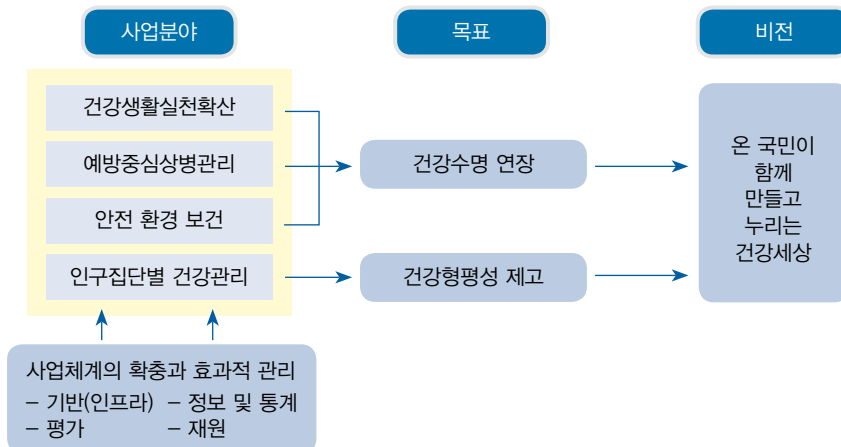


그림 1. 새국민건강증진종합계획 2020 기본 틀

출처 : 보건복지부, 2011

특히 예방중심의 상병 관리 분야에서는 현재 유병률이 높거나, 조기사망의 원인이면서 예방 관리를 통하여 유병률과 사망률을 낮출 수 있는 질환을 대상으로 하고 있다. 중점과제로서 각종 악성신생물, 뇌혈관 질환, 심장질환이 포함되며 고혈압, 고지혈증, 당뇨병, 비만 등 선행질환에 대한 자가관리 능력 및 지속 치료 향상을 목표로 세부 목표를 수립하여 추진하고 있다<표 1>.

표 1. 국민건강증진종합계획(HP 2020) 예방중심의 상병관리 분야 중점과제

분야		중점과제
예방중심의 상병관리	만성퇴행성질환과 발병위험요인 관리	1. 건강검진
		2. 암
		3. 관절염
		4. 심혈관질환
		5. 고혈압
		6. 뇌혈관질환
		7. 당뇨병
		8. 고지혈증
		9. 비만
		10. 정신보건
	11. 구강보건	
	감염질환관리	

출처 : 보건복지부, 2011

2) 심뇌혈관질환종합대책(보건복지부, 2010)

앞에서 살펴 본 HP 2020에 포함되어 있기는 하지만 보건복지부 질병정책과를 중심으로 고민해 온 심뇌혈관질환종합대책은 해당 분야에 대해 보다 구체적인 자체 계획을 수립해 놓고 있다. 자세한 내용은 <그림 2>와 같다.

이 정책은 특히, 분산된 심뇌혈관질환 감시체계를 통합 운영함으로써 과거 전국적인 발생규모를 대표할 만한 질병통계자료의 부재와 관련된 문제를 해결하고자 하였다. 통합 대상 감시체계와 관련된 내용은 아래와 같다.

- 심정지 발생 빈도 등 역학자료 분석(소방방재청)
- 심뇌혈관질환자 발생 추세 분석(응급환자진료정보망)
- 병원(응급실)방문 심뇌혈관질환자 표본 심층 조사('07년 도입)
- 퇴원 심뇌혈관질환자 의무기록조사('07년 도입)
- 발생률, 사망률 등 역학적 지표부터 우선적으로 산출
- 의료서비스 질 관리 지표는 수용 가능한 것부터 단계적으로 추진

또한 등록자료의 질 관리 강화를 위하여 첫째, 질 관리를 위한 기술 자문위원회를 구성하고 운영을 활성화 하였으며, 둘째, 양질의 데이터 생산 및 관리를 위한 가이드라인을 개발·보급하고, 셋째, 분기별 등록자료에 대한 감사 및 조사감시에 대한 평가를 실시하고 있다. 이에대한 정책개발 지원기능을 강화하기 위하여 질병관리본부 만성병 조사과에 전담부서를 설치하고 자문위원회를 운영하고 있으며 감시체계 통계를 활용한 예방관리 수칙 개발 및 보급을 위해 노력하고 있다.

목표	심근경색, 뇌졸중 발생, 사망 및 장애 감소	고혈압, 당뇨병 지속치료를 등 관리수준 향상	
전략 방향	연속적, 통합적인 심뇌혈관질환 예방관리 체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> · 1차-2차-3차 예방의 단계에 따른 연속적인 관리체계 구축 · 공통 위험요인 및 선행질환에 대한 통합적 관리방안 도입 · 민간 협력을 통한 서비스 제공의 양적, 질적 확대 		
중점 추진 과제	1차 예방	2차 예방	3차 예방
	건강증진 종합대책 지속 추진 -금연, 절주, 운동, 영양 홍보종합대책 추진 -예방관리수칙 보급 건강예보제 도입 지역사회 중심 보건교육 활성화 -상설교육장 운영 등	고혈압, 당뇨병 등록관리사업 실시 -치료일정안내 (SMS) 65세 이상 노인 등 진료비 경감 -월 4,000원 정액지원 건강검진 강화 -생애전환기 맞춤형 건강진단 -합병증 검사 바우처	응급의료 인프라 강화 심뇌혈관질환 센터 운영 -중앙, 권역, 지역 취약계층 가정간호사업 -가정간호 전문병원 지정·운영
	인프라 구축 <ul style="list-style-type: none"> · 만성질환 관리법 제정 및 심뇌혈관질환 종합대책 법정 계획화 · 심뇌혈관질환 감시체계 강화 - 국민건강영양조사 확대, Registry 구축 · 사업추진 및 지원체계 강화 - 전담조직 신설, 심뇌혈관질환 관리위원회 운영 · 치료 신기술 등 연구개발 분야 투자 확대 		

그림 2. 심뇌혈관질환 예방관리정책

출처 : 보건복지부, 2011

나. 국가 단위 만성질환 관리 프로그램

1) 보건소 중심 프로그램(보건복지부, 2010)

(1) 사전예방형 건강관리서비스 사업

보건복지부는 건강주의군을 중점 대상으로 하여 보건소를 통한 예방중심의 보건사업을 계획하고 있다. 건강주의군이란 비만도, 혈압, 혈당, 콜레스테롤 등의 수치가 위험범위에 있어 향후 만성질환으로 진행될 가능성이 높은 사람을 말한다. 건강관리서비스의 주요 내용을 살펴보면, 첫째, 정기적 건강상태 점검 및 생활습관 개선 등을 위한 상담교육, 둘째, 영양 및 운동 프로그램 설계 및 지도, 셋째, u-Health 기기, 전화, 이메일, 문자 메시지 등을 활용한 건강상태 모니터링 등이 있다.

(2) 시·군·구(보건소) 만성질환 관리사업

보건복지부는 또한 지역사회주민을 대상으로 심뇌혈관질환(뇌졸중, 심근경색 등)과 당뇨병으로 인한 사망, 중증 합병증의 발생, 유병률 등 질병부담을 감소시키고 국민건강수명 연장을 도모하고자 보건소 단위의 심뇌혈관질환 예방관리사업을 실시하고 있다.

사업대상질환은 심뇌혈관질환 고위험요인인 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등과 심뇌혈관질환인 뇌졸중, 심근경색증 등이다. 대상자에게 지역사회 예방교육 및 홍보, 환자조기발견사업을 실시하고, 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 환자 등록관리사업을 통해 맞춤형 방문건강관리사업, 지역특화 건강행태개선사업(영양, 금연 등) 등 타 사업과 연계된 서비스를 제공하고 있다.

(3) 맞춤형 방문건강관리 사업(보건복지부, 2011)

취약계층의 자가 건강관리능력 및 삶의 질 향상을 통하여 건강 형평성을 확보하고자 맞춤형 방문건강관리사업이 진행되고 있다. 취약계층의 건강관리 및 취약계층 만성질환자와 보호자의 건강관리를 위해 보건복지부, 시·도 지자체 및 보건소 간 연계체계가 구축되었으며 이를 통해 방문건강관리전담팀이 구성되어 서비스가 제공되고 있다.

2) 병원 중심 프로그램: 권역 심뇌혈관센터 운영(보건복지부, 2010)

심뇌혈관질환 등록감시 정보시스템을 구축하고자 주로 도단위 지방대학병원을 권역 심뇌혈관질환센터로 지정하여 운영하고 있다. 해당 기관은 심뇌혈관질환 적정 진료체계 구축(24시간 진료체계, 재활 등), 지역사회 보건의료인 교육 및 훈련(병의원, 응급구조요원, 보건소 등), 지역사회 주민 및 환자 대상 홍보·교육, 심뇌혈관질환 등록감시체계 참여, 임상진료지침 개발 및 연구 등의 역할을 담당하고 있다.

다. 광역자치단체 단위 만성질환 프로그램

1) 고혈압 당뇨병 등록 관리사업(보건복지부, 2010)

대구광역시와 광명시는 지역사회 기반의 포괄적인 예방 서비스 제공을 통해 심·뇌혈관질환의 선형질환 지속치료를 향상시키고, 합병증 발생 및 이로 인한 사망과 장애, 의료비 부담을 감소시키고자 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업을 추진하였다(이경수 등, 2006).

사업의 내용은 지역사회를 기반으로 하여 1차 예방적 차원의 포괄적 건강캠페인을 시행하고(대중매체를 이용한 홍보 활동 및 주민 연계활동 지원 등) 정부와 민간 의료기관, 주민 등 민간협력을 통해 고혈압·당뇨병 환자를 등록관리하는 것이다. 이를 위해 65세 이상의 취약계층에게 1인당 월 4천원의 치료비 감면 혜택과 등록환자 자가관리 지원 맞춤형 교육·상담 서비스를 제공하며 콜센터를 설치·운영하여 치료일정이나 누락된 일정을 안내, 등록관리 지원 시스템을 개발 및 배포하였다. 이 프로그램은 지역사회 건강교육 지원 시설과 장비 확충 및 인력개발 등의 업무수행을 통하여 지역사회 역량을 강화시켰다는데 의의가 있다.

이 사업은 그간 대구광역시와 광명시 등에서 진행해 왔으나 대구광역시는 진료비 지원사업이 등록 유도율을 높인다는 결과만을 확인한 후 비용부담 때문에 진료비 지원사업을 조기종료했다(시범사업 기간: 2007.9-2010.8). 경기도 광명시는 2009년 7월부터 본 사업에 참여하고 있으며 의료기관의 73%(73개), 약국의 100%(106개)가 참여하고 있다. 또한 병의원을 이용하는 65세 이상 환자들의 72%가 등록하는 등 높은 등록률을 보이고 있다.

2) 인천광역시 만성질환 건강포인트 사업¹⁾(임준 등, 2009)

본 사업은 정기적 치료, 교육, 합병증 검사 등을 통해 만성질환을 잘 관리한 환자에게 포

1) 인천광역시 만성질환예방관리사업단. <http://icdc.incheon.go.kr>

인트를 적립하고 이를 합병증 검사, 필수예방접종 등에 사용하게 함으로써 지속적 치료와 관리를 유도하는 한편, 궁극적으로 합병증 발병을 줄여 의료비와 사회경제적 질병부담을 감소 시키는데 그 목적이 있다. 이 프로그램은 모든 연령층 환자를 대상으로 1인당 연간 최대 2만원의 인센티브를 환급해 주는 간접 인센티브 시스템이다. 본 사업의 실시는 지역사회 전체를 포괄하여 협력을 이끌어 내었고 조직 및 인력의 재배치를 통하여 효율성을 극대화하였으며 보건소, 국민건강보험공단 등 공공부문과 연계하여 역량을 강화하였다는 평가를 받고 있다.

3) 서울시 대사증후군 관리사업

서울특별시는 최근 보건소를 중심으로 대사증후군 관리사업을 전개하고 있다. 30세 이상 서울 시민 3명 중 약 1명이 대사증후군인 상황(국민건강영양조사, 2007)에서 대사증후군이라는 임상적으로 공인된 효과적인 위험군 단계 관리를 통해 “치료에서 예방으로”라는 보건 의료정책의 근본적 패러다임 전환을 본 사업을 통해서 수행하고자 노력하고 있다.

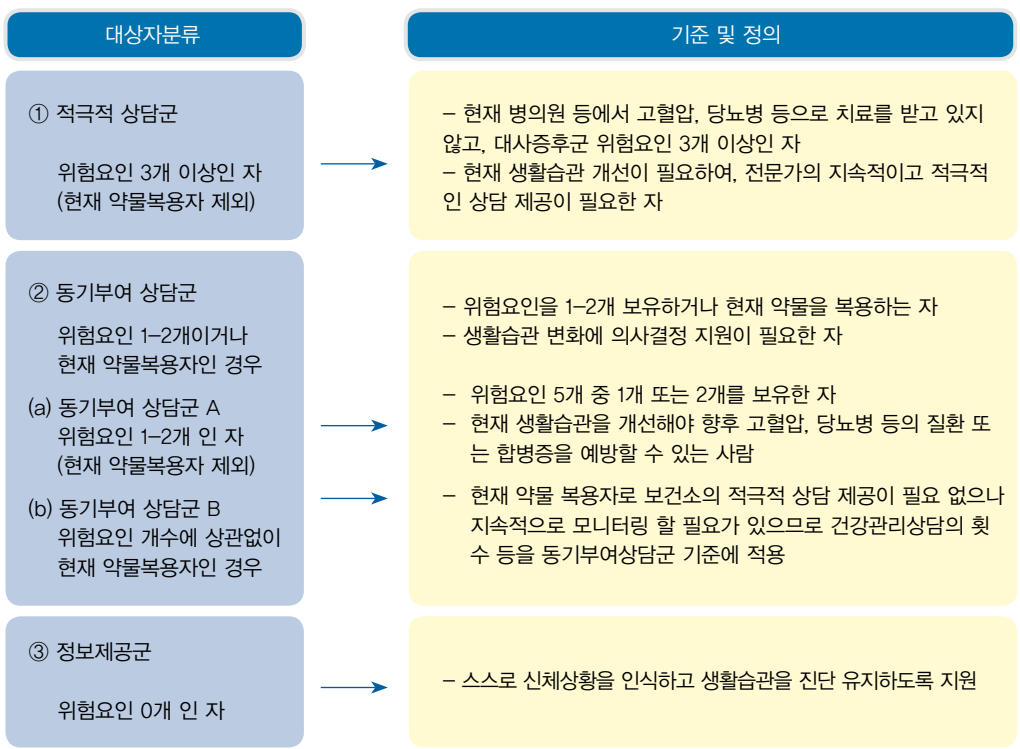


그림 3. 서울시 대사증후군 관리사업 대상자 분류체계

출처: 서울시 대사증후군관리사업지원단, 2011


서울시 사업은 일반적인 대사증후군 진단기준인 NCEP-ATP III 기준을 사용하여 서울시민 대상자의 대사증후군 여부를 판별하고 있으며 5개 항목 중 3개 항목 이상인 자를 적극 상담군으로 분류하고(약물 복용자 제외) 위험요인 1-2개 보유자를 동기부여 상담군으로 분류하였다.

서울시는 대상군별로 특화된 서비스를 제공하고 있는데 적극적 상담군에게는 3개월 간격으로 방문하게 하여 생활습관 변화 평가 및 재검진을 유도하고 있고 전화나 SMS를 통하여 지속적인 추구관리를 하고 있다. 기본적으로 서울시는 모든 대상자에게 1년 주기의 서비스 모형을 채택하였으며 1년이 지난 시점에서 대상자를 최종적으로 평가하는 체계를 갖추고 있다.

3. 우리나라 만성질환 관리사업의 한계 및 개선 방향

이상과 같이 살펴본 우리나라 만성질환 관리사업은 만성질환 예방관리 국가종합대책을 기본으로 하여 보건복지부, 질병관리본부, 광역자치단체 및 시·군·구 보건소 단위로 실시되고 있다. 이와는 별도로 보험자 차원에서도 만성질환 관리를 위한 사업이 진행되고 있는데 국민건강보험공단에서는 유질환자를 대상으로 건강지원사업과 건강검진 사후관리 프로그램을 운영하고 있고, 건강보험심사평가원에서는 영양기관 대상 만성질환 적정성 평가를 실시하는 등 다양한 사업이 시행중이다.

그런데 이와 같은 노력에도 불구하고 포괄적인 만성질환 관리체계라 하기에는 아직 미흡해 보인다. 그 이유는 현재의 만성질환 관리체계를 이루는 각각의 사업들이 분절적으로 이루어지고 있으며 그 대상자 또한 제한적이기 때문인 것으로 사료된다. 이와 같은 상황은 서비스 제공의 중복 문제나 사각지대를 발생시킬 가능성이 있으며 궁극적으로는 의료자원의 효율적 활용을 저해하는 요소로 작용할 수 있다. 따라서 관리주체들의 역할분담을 통하여 유기적인 만성질환관리체계를 구축하는 것이 절실하다. 이를 위해서는 물론 중앙정부인 보건복지부의 방향 설정이 가장 중요하다. 먼저, 병원 등에서 만성질환 관리의 지속성이 유지될 수 있도록 보험자를 적극적으로 활용하고, 보건소 등에서 맞춤형 상담 교육을 정기적으로 제공받으면 인센티브를 제공하는 시스템이 확립되어야 한다. 이 방향 하에 기존에 제공되고 있는 만성질환 관리 프로그램을 적절하게 배치하는 과정이 수행되면 앞에서 살펴 본 모든 만성질환관리 프로그램 간에 시너지 효과가 발휘될 수 있을 것이다. 우리나라의 만성질환 관리사업의 궁극적인 목적은 서비스의 질 향상과 함께 건강보험 재정이 효율적으로 운영되어 국민 건강수준을 비용효과적으로 향상시키는데 있다. 제공되는 서비

스가 분절적이고 그 범위가 제한적이라는 한계를 극복하기 위해 제공주체 간 상생의 지혜를 모아야 할 때이다. 

참고 문헌

1. 보건복지부. 국민건강영양조사 제4기 1차년도. 서울:보건복지부;2007.
2. 보건복지부 질병정책과. 2010년도 주요만성질환관리사업 안내. 서울:보건복지부; 2010.
3. 보건복지부. 제3차 국민건강증진종합계획(2011-2020). 서울:보건복지부;2011.
4. 보건복지부. 보건의료미래위원회. 서울:보건복지부;2011.
5. 서울시 대사증후군관리사업지원단. 서울시 대사증후군 관리사업 성과와 향후 발전방향. 서울:대사증후군 관리사업지원단;2011
6. 이정수. 일본의 건강증진정책. 한국보건교육·건강증진학회 학술대회 발표논문집, 서울:한국보건교육·건강증진학회;2008.
7. 오인환, 윤석준, 김은정. 한국인의 질병부담. 대한의사협회지 2011;54(6):646-652.
8. 이경수, 김보완, 천병렬, 감신, 이연경, 이중정 등. 민간과 연계한 광역단위 건강증진 프로그램 효과분석. 서울:건강증진사업지원단;2006.
9. 임준, 김건엽, 김윤, 박종현, 유원섭, 이진석 등. 만성질환 지속치료를 향상을 위한 건강포인트제도 연구. 서울:건강증진사업지원단;2009.
10. 일본 국립보건의료과학원. 특정검진 특정보건지도사업 중간성과평가. 일본:국립보건의료과학원;2010.