

# 건강관리서비스와 만성질환 예방서비스

## Health Promotion Services and Chronic Disease Management and Preventive services



전 기 홍 | 아주의대 예방의학교실 | Ki Hong Chun, MD, Ph D  
 Department of Preventive Medicine & Public Health, Ajou University College of Medicine  
 E-mail : ajoujkh@ajou.ac.kr  
 J Korean Med Assoc 2009; 52(4): 322 - 325

### Abstract

The goal is to improve the national health level in our country. To achieve this how to manage the chronic diseases cost-effectively is very important. Population-based comprehensive Chronic Care Model approach should be arranged in the national health insurance framework. It is necessary that private health promotion services are launched in the market, but we should focus on which way of delivering preventive services can benefit in the future.

**Keywords:** Chronic disease management; Preventive service; Population-based comprehensive service; Health promotion service

**핵심용어:** 만성질환 관리; 예방서비스; 인구집단 기반 포괄적 서비스; 건강관리서비스

건강을 정의하는 것은 여간 까다로운 일이 아니다. 넓은 범위의 상태로부터 너무 완벽한 상태에 이르기 까지 다양하다. 건강을 정의할 때 질병의 반대 개념으로 보면 이해하기 쉽다. 질병에 이환되지 않은 상태를 건강하다고 할 수 있다. 이런 상태로 오래 사는 것이 건강의 목표이다. 그러나 누구나 질병을 앓는다. 가벼운 질환부터 위중한 질환까지 우리를 위협하는 질환은 많다. 따라서 건강하게 오래 사는 것은 모든 사람의 바람같이 한결같이 이루어지지 않는다.

건강하게 오래 살기 위해서는 질병에 이환되었을 때 가능한 빨리 이것으로부터 벗어나야 한다. 더 이상적인 것은 질병에 이환되지 않는 것이다. 이를 위해서는 예방이 중요하

고 질병에 이환되면 가능한 빨리 발견하고 치료하는 것이 건강을 유지하는 방법이다.

우리나라도 생활수준 향상과 의학의 발전으로 사망원인이 급성질환에서 만성질환으로 변한지 오래이다. 사망원인의 55%가 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 고혈압 등의 만성질환이다(1). 이들 질환은 모두 예방이 가능하다는 공통점이 있다. 따라서 평상시 예방을 철저히 하면 건강하게 오래 살 수 있다. 암은 좋은 건강행태를 일생에 걸쳐 지속적으로 수행하면 예방이 가능한 것으로 알려져 있다.

고혈압과 이상지질혈증 두 가지만 제거하여도 중풍으로 알려진 뇌혈관질환의 46%, 최근에 급증하고 있는 허혈성

심장질환의 68%를 예방할 수 있다(2). 고혈압과 당뇨병은 혈액투석이나 신장이식 이외에는 치료방법이 없는 만성신부전의 대부분의 원인이다. 고혈압 환자의 관상동맥질환 위험이 정상인에 비해 2~4배, 심근경색은 2배 가량 증가하고(3), 당뇨병 환자의 뇌졸중 발생률은 정상인에 비해 2~3배(4), 심혈관질환은 2~4배 높고, 고혈압이 동반된 경우에는 8배(5), 지질 이상 환자의 경우에는 관상동맥질환 위험이 13배 증가한다(6). 이와 같이 암을 제외하고 우리나라의 가장 많은 사망원인인 심·뇌혈관질환은 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증을 관리함으로써 예방이 가능하다. 그런데 의학의 발전으로 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증을 효과적으로 치료할 수 있게 되었고 그 결과로 많은 사람이 건강하게 오래 살 수 있는 여건이 되었다.

예방을 크게 3단계로 구분한다. 1차 예방은 질환이나 손상 발생의 위험요인을 줄이는 것으로 예를 들면, 소아마비 예방주사, 환경오염 통제, 규칙적인 운동 등이다. 2차 예방은 질환의 진행 단계에서 조기 발견함으로써 상태를 완화하거나 진행을 차단하는 것이다. 3차 예방은 발견된 질환을 치료함으로써 질병의 진행을 막는 것이다. 예를 들어 당뇨병 합병증을 예방하기 위해 혈당을 철저히 조절하는 것이다.

1차 예방이 가장 사회적인 손실을 줄이면서 비용·효과적이다. 전염성질환의 예방을 위한 인구집단에 대한 예방접종이나 환경오염 방지를 위한 입법 등 국가 사회 차원의 접근이 요구된다. 그러나 중요한 건강 문제인 만성질환의 예방은 개인 차원의 건강행태 변화를 필요로 한다. 소득, 교육 수준이 상대적으로 높은 계층은 비교적 건강에 관심이 높아 스스로 건강행태를 실행한다. 그러나 그렇지 않은 사람들에게 대해서는 개인의 생활양식에 개입할 수 없기 때문에 1차 예방을 위한 접근이 효과를 거두기 어렵다.

2차 예방과 3차 예방은 비용이 수반된다. 질환을 조기 발견하기 위해서는 일정 기간마다 지속적으로 건강검진을 받아야 한다. 일단 만성질환이 발견되면 지속적으로 치료를 해야 한다. 모두 비용이 든다. 비용을 보상하는 방법은 보건 의료체계에 따라 국가마다 다르다. 영국 등의 국가 보건의료서비스(national health service, NHS)를 하는 곳은 모든 것을 국가가 부담한다. 그러나 우리나라와 같이 행위별

수가제(Fee for Service)를 수행하는 곳에서는 건강보험의 적용 범위에 따라 달라진다. 우리나라 국민건강보험에서는 2년에 한번씩 40세 이상을 대상으로 무료로 건강검진을 실시한다. 주요 만성질환을 스크린(screen)할 수 있는 검사항목이 포함되어 있으나 검진율은 50%정도로 낮다(7). 또 검사의 질의 문제가 남아있다. 그러나 이것 이외에 더 많은 항목의 검사나 정밀한 검사를 원하면 전액 본인이 부담해야 한다. 건강보험 적용범위 밖인 것이다.

3차 예방을 위한 만성질환의 치료는 건강보험 적용을 받지만 다른 질환이나 의료이용과 동일하게 다룬다. 정책적으로 만성질환의 3차 예방을 위한 건강보험의 확대 적용 등은 없다. 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등 주요 만성질환은 증상이 없다. 일단 발생하면 자연 치유가 되지 않고 평생 지속된다. 그 동안에 지속적으로 혈관에 비가역적인 손상과 협착을 일으키고 시간이 지나면서 이것이 주요 사망원인인 심·뇌혈관질환의 원인이 된다. 따라서 국민 건강수준 향상을 위해서는 주요 만성질환의 3차 예방과 관리를 위한 체계적인 정책적 접근이 요구된다.

국가 사회가 국민의 건강수준을 높이기 위해 수행하는 이상적인 만성질환 관리 활동은 다음과 같다. 인구집단을 대상으로 접근해야 하며, 대상자들에게 1차 예방을 위한 교육 등 건강증진 프로그램을 적용하고, 2차 예방을 위한 정기적인 검사를 수행, 감시, 지도 등을 하며, 3차 예방을 위한 지속적 투약 관리, 정기적인 추구검사 등을 한다. 그러나 이런 만성질환 관리 활동이 꼭 필요함에도 불구하고 현재의 우리나라 건강보험 적용범위에 포함되어 있지 않다. 결국 인구집단을 대상으로 하는 체계적인 만성질환 관리는 우리나라 어디에서도 행해지지 않는다.

인구집단을 대상으로 하는 만성질환 관리가 필요한 가장 중요한 이유는 상대적으로 소득이 낮은 계층에 대한 만성질환 관리가 꼭 필요하기 때문이다. 우리나라 하위 5분위 소득 계층의 가족당 평균 진료비는 상위 5분위 소득계층의 3분의 1에 불과하다(8). 의료이용 빈도도 같다. 부자가 가난한 사람보다 더 건강한 것을 감안하면 소득계층간 의료이용 접근성의 차이는 더 심할 것으로 추측된다. 의료이용 접근성의 계층간 차이로 인한 영향은 급성질환보다 만성질환이 더 크

게 영향을 받을 것이다. 일상적인 생활에 문제가 없으면서 비가역적인 손상이 발생하는 만성질환은 건강에 관심이 적거나 동일한 본인부담액이라고 하더라도 경제적 부담이 더 큰 낮은 소득계층에게 위협적인 질환이기 때문이다.

국가 차원의 만성질환 관리는 크게 두 가지 접근이 필요할 것으로 판단된다. 첫 번째는 민간부문에서 국민을 대상으로 포괄적인 만성질환 관리서비스를 할 수 있는 환경을 조성하는 것이고, 두 번째는 공공부문의 만성질환 관리서비스를 개발 적용하는 것이다. 공공부문의 만성질환 관리서비스는 소득이 낮은 계층에 대한 국가 차원의 지원을 뜻한다. 공공보건의료기관인 보건소를 통한 만성질환 관리사업의 활성화도 좋은 대안이지만 3차 예방을 지속적으로 수행하기 위해서는 의료기관을 통한 관리가 병행해야 할 것이다. 국민건강보험의 급여를 소득계층별로 차별화해 저소득 계층에게는 정해진 만성질환 관리서비스에 대해 본인부담금을 경감하고 지속적 관리를 위해 지역사회 의료기관 네트워크를 이용한 만성질환 관리 주치의 제도를 도입할 수 있겠다.

민간부문의 만성질환 관리 서비스는 근래에 정부가 추진하고 있는 “건강관리서비스”와 연관되어 최근에 부상하는 이슈이다(9). “건강관리 서비스”는 결국 만성질환을 예방하기 위한 일련의 활동들을 시장에 맡기고자 하는 것이다. 이에 대해 만성질환자 혹은 고위험군에게 필요한 전문적인 의료관련 활동들을 시장 기능에 맡기는 것이 타당 하느냐에 대한 논란이 있다. 건강관리회사의 지배구조가 어떻게 되는지 의사 등 의료인들을 고용해 활동을 하고 의료기관과 경쟁함으로써 국민들의 선택 폭이 넓어지고 건강서비스 시장이 발달하는 것은 다수가 동의한다. 따라서 건강관리회사의 시장 진입은 핵심 이슈라고 할 수 없다.

이 이슈를 보는 관점을 크게 두 가지로 생각할 수 있다. 하나는 대상자의 단위이고, 다른 하나는 대상 서비스의 예방수준 포괄 범위이다. 대상자의 단위는 개인인지 인구집단인지에 대한 것이고 예방 수준은 1차, 2차, 3차 예방을 어느 정도 포괄하는 지이다.

전체 국민을 대상으로 하는 만성질환 관리서비스를 조직화하는 것은 반드시 필요하다. 그러나 인구집단을 대상으로

포괄적인 보건의료서비스가 제공되도록 추진되어야 한다. 우리나라 국민건강보험은 전 국민을 대상으로 하는 단일 보험자 방식이다. 국민건강보험이 만성질환 관리에 대한 새로운 급여를 개발하고 정책적으로 인구집단에 대한 포괄적인 관리서비스가 이루어지도록 새로운 형태의 서비스공급조직을 개발하는 것이 미래 국민 건강수준 향상을 위해 필요하다. 이와 같이 근본적인 만성질환 관리에 대한 접근 없이 개인을 대상으로 건강보험 범위 이외의 건강증진 행위들만을 시장에서 활성화하려고 하는 것은 적절치 않다.

“건강관리서비스”는 주로 1차 예방에 해당하는 생활습관 개선이 주요 활동이다. 그러나 우리가 궁극적으로 목표로 하는 것은 만성질환을 예방함으로써 치명적인 합병증 발생을 억제하고 국민의 평균 수명을 연장하고자 하는 것이다. 따라서 국민의 관점에서 “건강관리서비스”를 보아야 한다. 문제는 국민의 입장에서 이것이 전체 국민의 만성질환 관리를 위한 합리적이고 총체적인 접근으로 타당한가이다.

미국의 관리의료회사(Managed care organization)가 가입자들의 만성질환자 관리를 위해 팀(team)을 구성하고 수행하고 있는 활동들-자가관리를 위한 교육, 방문서비스, 지침에 의한 관리 등-은 좋은 예라고 할 수 있다. 결국 바람직한 만성질환 관리모형은 인구집단을 대상으로 의사를 포함한 만성질환 관리서비스 팀이 포괄적인 만성질환 관리서비스를 제공하는 것이다. 개인에 대한 피상적인 건강관리 서비스는 건강관련 시장을 키울 수는 있지만 국민 건강수준 향상을 위한 만성질환 관리와는 거리가 멀다. 특히 만성질환에 취약한 소득이 낮은 계층의 만성질환 예방 관리서비스에 대한 구조적인 건강보험 정책 변화가 없이 시행한다면 계층간 갈등의 불씨를 키울 수도 있다.

결국 우리 모두의 목표는 분명하다. 국민의 건강수준을 개선하기 위해 만성질환 관리를 어떻게 비용·효과적으로 할 것인가이다. 현재 우리나라 국민건강보험의 틀 속에서 장기적인 관점에 의거 미래 국민에게 가장 큰 편익으로 돌아올 것이 무엇인지를 논의하는 것이 필요하다. 이를 위해 건강보험이 어떤 역할을 해야 하고 어떻게 이를 달성할 수 있는지를 모든 사람이 머리를 맞대어야 하고 국민의 합의를 끌어내야 할 것이다.

---

참고문헌

1. Korea National Statistical Office. Annual Report on the Cause of Death Statistics, 2008.
2. Brownson RC, Remington PL, Davis JR. Chronic disease epidemiology and control. American Public Health Association, 1993.
3. William B.K, Melvin J.S, Patricia M.M. Blood pressure and risk of Coronary heart disease: The Framingham study. Chest 1969; 56: 43-52.
4. Najarian RM, Sullivan LM, Kannel WB, Wilson PW, D'Agostino RB, Wolf PA. Metabolic Syndrome Compared With Type 2 Diabetes Mellitus as a Risk Factor for Stroke: The Framingham Offspring Study. Arch Intern Med 2006; 166: 106-111.
5. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease: The Framingham study. JAMA 1979; 241: 2035-2038.
6. Satoh H, Nishino T, Tomita K, Tsutsui H. Fasting triglyceride is a significant risk factor for coronary artery disease in middle-aged Japanese men. Circ J 2006; 70: 227-231.
7. Chun KH, Yoon JL, Paek KW, Park CY. Strategies of Improvement for Health Service Quality in National Health Insurance. National Health Insurance Corporation, 2007: 58-72.
8. Kang SW, Shin YS, Lee TJ, Kang EJ, Kim TW, Choi HS, Lim YS. A Study on Social Polarization in Korea. Korea Institute for Health and Social Affairs, 2006.
9. Korea Health Industry Development Institute. About Improvement of Health promotion services. Korea Pharmaceutical Association Wednesday Forum, 2008.