



## 우리나라 만성질환관리 변화에 대한 고찰

이정림

서울아산병원 당뇨병센터 교육실

### Review the Change of Chronic Disease Care in Korea

**Jeong Rim Lee**

Diabetes Nurse Educator, Diabetes Center, Asan Medical Center, Seoul, Korea

#### Abstract

Globally, chronic diseases have a high burden and are a significant factor affecting society, such as through economic productivity and deepening social inequality. Deaths from chronic diseases in Korea accounted for 79.6% of all deaths as of 2021, and medical expenses from chronic diseases in Korea accounted for 85.0% of all national medical expenses as of 2020. Since the 1970s, chronic disease management in Korea has focused on projects such as acute infectious diseases, maternal and child health, and family planning by region, sporadically centered on universities. Since then, the importance of prevention and management of chronic diseases has been highlighted, and a comprehensive plan for national health promotion was established in 2002 to provide policy support. Here, we looked at the progress of the chronic disease management project and its effects and review suggestions for efficient establishment of a primary medical chronic disease management project to be carried out in the future.

**Keywords:** Chronic disease; Korea; National health programs; Primary health care

Corresponding author: Jeong Rim Lee

Diabetes Nurse Educator, Diabetes Center, Asan Medical Center, 88 Olympic-ro 43-gil, Songpa-gu, Seoul 05505, Korea, E-mail: jrlee@amc.seoul.kr

Received: Nov. 1, 2022; Accepted: Nov. 3, 2022

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Copyright © 2022 Korean Diabetes Association

## 서론

최근 질병관리청에서는 ‘2022 만성질환 현황과 이슈’라는 제목으로 만성질환 팩트북(fact book)을 발행하였다. 우리나라 국민의 기대수명은 2020년 기준 83.6년이며 2000년 이후 약 7.5년이 증가하였고 OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development) 평균보다 2.3년 긴 것으로 나타났다. 2022년 65세 이상 고령인구는 전체 인구의 17.5%로, 향후 계속 증가하여 2025년에는 20.6%로 우리나라가 초고령사회로 진입할 것으로 전망된다. 이러한 노인인구 증가로 인해 만성질환 부담이 지속적으로 증가할 전망이다 [1].

우리나라 만성질환으로 인한 사망은 2021년 기준 전체 사망의 79.6%를 차지하며, 우리나라 만성질환으로 인한 진료비는 2020년 기준 71조 원으로 전체 진료비의 85.0%를 차지하고 있다[1].

2015년 고혈압환자의 입원율은 OECD 평균보다 1.8배, 당뇨병환자의 입원율은 OECD 평균보다 2배로 높게 나타났다 [2]. 2020 국민건강통계에 따르면 고혈압 유병자의 조절률은 47.6%, 치료자의 조절률은 72.2%였고 당뇨병 유병자의 조절률은 24.1%, 치료자의 조절률은 25.1%였다. 당뇨병의 조절률은 30% 미만으로 고혈압, 고콜레스테롤혈증에 비해 낮은 수준으로 나타났다. 고혈압과 당뇨병 모두 인지율과 치료율은 개선되었으나 치료자의 조절률은 소폭 감소하였다[3].

여러 가지 통계자료를 통해 알 수 있듯이 우리나라는 만성질환으로 인한 사망과 질병 부담이 높아 이에 대한 예방관리에 지속적인 투자와 확대가 필요한 시점이다.

필자는 종합병원에서 당뇨병교육을 담당하고 있으면서, 지역병원에서 당뇨병을 진단 받고 관리를 하고 있었지만 만성 합병증이 동반되어 큰 어려움을 겪는 사례들을 접할 때마다 지역사회 의 당뇨병관리에 문제가 있음을 절감하곤 하였다. Cho [4]는 우리나라 일차의료가 만성질환관리를 잘 하지 못하는 이유로, 가장 큰 원인은 만성질환관리에 꼭 필요한 자기관리 또는 지역사회 자원 활용에 대한 지원이 없거나 매우 낮아 자기관리와 지역사회 자원 활용이 제대로 이루어지지 못

하고 있으며 만성질환관리에 꼭 필요한 내용에 대한 상담이나 교육수가는 현저히 적고, 검사와 치료에 대한 수가는 상대적으로 높아 자기관리가 등한시되고 있음을 지적하였다[4].

필자는 당뇨병학회와 당뇨병교육간호사회의 활동을 하면서 2018년 일차의료 만성질환관리사업을 위한 자료들을 만드는 과정에 참여하게 되면서 국가가 만성질환관리를 하기 위하여 어떻게 사업을 전개하고 있는지를 처음으로 경험하게 되었다. 이미 관련 사업에 참여하면서 진행과정을 익히 알고 있는 분들도 있으리라 생각된다. 본고는 필자와 같이 대표적인 만성질환인 당뇨병환자들을 교육하는 전문인들에게 우리나라에서 만성질환관리사업이 어떻게 시작되었고, 현재 어떠한 체계를 가지고 진행되는지, 나아가 앞으로 효율적으로 적용되기 위해서 필요한 것이 무엇인지 이해하는 데 도움이 될 수 있을 것이다.

본 고에서는 Lee 등[5]이 발표한 ‘우리나라 고혈압·당뇨병 예방관리사업 정책 동향과 분석 그리고 한국형 만성질환 예방관리 모형’ 종설 연구와 Kim 등[6]이 발표한 ‘우리나라 만성질환관리 사업의 발전과정과 향후 과제’ 내용을 토대로 하여 우리나라 만성질환관리모델 변화를 요약하였다. 이어서 Song 등[7]이 발표한 ‘일차의료 만성질환관리 시범사업 소개 및 효과’를 살펴보고 시범사업에서 본사업으로 진행하려는 현시점에서 향후 이 사업이 우리나라의 만성질환관리에 효과적으로 적용되기 위해 필요하다고 제시되고 있는 내용을 살펴보았다.

## 본론

### 1. 우리나라 만성질환관리사업의 발전과정

#### 1) 1970년~1990년대

이 시기의 우리나라 만성질환관리사업은 초기에는 보건사업의 개념을 정립하고 지역사회에서 실행가능한 모델을 대학주도 연구를 통하여 시행되었다. 1990년대 후반에 만성질환관리를 위한 민간과의 협력모형 개발이 시도되었고, 시범사업은 사업대상자 등록관리, 서비스 제공을 위한 인력개

발, 지역사회 참여, 정보체계 개발 등을 수행하였다. 주요 사업들은 아래와 같다[5].

#### ① 강화군 지역사회보건의사업(1974~1989)

사업 초기에는 모자보건, 가족계획, 결핵관리사업을 시행하였고, 1980년대 중반부터는 고혈압, 신생물, 정신병, 만성 간질환관리, 1986년 고혈압관리사업, 1987년 정신보건, 구강보건사업 등을 중심으로 사업을 하였다.

#### ② 전남대 곡성군 보건시범사업

지역사회 주민 요구를 우선순위를 높여 수용함으로써 지역 보건문제를 스스로 해결하는 자립심 및 능력이 개발되었다. 1989~1992년까지 4년간 보건복지부와 세계보건기구의 후원과 협조로 일차보건의료에 기초한 지역보건의료체계 사업을 수행하였다. 고혈압관리사업, 만성질환관리사업으로 지역사회 주민들의 만족도를 높일 수 있었고, 보건의료 인력의 관리능력이 향상되었다.

#### ③ 한림대학교 화천군 지역보건 시범사업

1990~1992년까지 사업 초기에는 예방접종, 모자보건, 결핵관리, 가족계획에 중점을 두었으나 이후 노인 인구증가와 만성퇴행성질환이 주된 건강문제로 등장하여 만성퇴행성질환관리를 위한 지역 보건적 접근방안 개발을 핵심과제로 삼고 사업을 진행하였다.

#### ④ 서울시 성북구 지역사회 고혈압관리사업

1999년 1차 조사 실시 후 2000년도에 시범적 운영된 민관협력체계 구축사업은 민관협력체계에 기반을 둔 지역사회 고혈압관리사업을 추진하는 데 필요한 조건과 관련 요인, 그리고 지역사회 고혈압관리사업에 대한 민관협력체계의 효과를 파악하였다. 등록환자의 지속적 관리를 위해서는 교육이 매우 중요하며 개인교육과 집단교육을 함께 실시하는 것이 등록환자의 순응도를 높이고 치료율, 관리율을 높일 수 있었지만 투약률에는 차이가 없었다.

#### 2) 2000년 이후 우리나라 만성질환관리사업 현황

우리나라는 2002년부터 국민건강증진종합계획을 수립하여 주요 만성질환 예방 및 관리, 건강생활습관 실천을 정책적으로 지원하고 있다. 정부의 만성질환관리사업은 2006년 뇌혈관질환 종합대책이 수립된 이후 2007년 9월 지역사회단체를 중심으로 고혈압·당뇨병 등록관리시범사업, 2012년 4월 의원급 만성질환관리제, 2014년 3월 지역사회 일차의료 시범사업, 2016년 9월 만성질환관리수가 시범사업에 이어 2019년 1월부터 일차의료 만성질환관리시범사업이 실시되고 있다. 각 단계별 만성질환관리사업의 특징과 제한점을 살펴보고자 한다.

#### ① 고혈압·당뇨병 등록관리사업(2007년)

이 사업은 대구광역시에서 지자체와 민간의료기관이 협조하여 자체적으로 추진하던 고혈압·당뇨병관리사업(2002년)을 2006년 정부의 뇌혈관질환 종합대책이 수립된 이후 지역사회중심의 포괄적 예방 서비스 제공을 목적으로 2007년 9월부터 국가시범사업으로 전환하여 시작되었다. 이후 2010년 심뇌혈관질환 종합대책 수립 후 2012년 7월부터 사업이 확대되어 19개 시군구에서 참여하였다[6].

이 시범사업의 성과로는 고혈압·당뇨병 진료기관과 약국의 높은 참여(80%), 지속치료율 증가, 일차의료 이용률 증가, 등록환자의 건강행태 개선, 사업 참여자의 높은 만족도 및 지도, 지역사회 민간협력체계 구축, 팀 접근·맞춤형 교육상담 등 질병관리 지원프로그램 개발, 국내 사업의 선구자적 역할 수행이라는 점을 들 수 있다. 환자 본인부담금을 상환해주고 리콜·리마인드 서비스를 통해 추적관리, 교육센터를 지정·운영하여 표준화된 서비스를 제공하는 것이 이 사업의 특징이라고 할 수 있다[6]. 그럼에도 불구하고 이 사업의 한계점은 낮은 교육 이수율, 65세 미만의 낮은 등록률, 중앙 집중식 운영에 따른 지역맞춤형 사업운영체계의 미흡, 참여의료기관(의원, 약국)의 환자관리를 위한 역할 미흡, 예산기반의 사업임에 따른 사업지속성 확보의 어려움 등이 한계점으로 평가되었다[6].

### ② 의원급 만성질환관리제(2012)

이 사업은 2012년 4월 1일부터 고혈압환자 및 당뇨병환자가 동네의원을 이용하여 지속적이고 체계적으로 관리를 받을 수 있도록 지원함으로써 의료기관의 기능 재정립 차원에서 1차 의료를 활성화하기 위한 제도로 대형병원 쏠림 완화 및 일차의료 활성화를 위하여 시행하였다. 참여 대상자들에게 진찰료 본인 부담 경감과 건강지원서비스를 제공하는 제도로, 이는 지속적으로 건강관리를 원하는 환자들에게 쌍방향 개인별 맞춤형 서비스 제공은 부족하며, 환자가 체감하는 인센티브 효과가 미미하다. 이 모형의 경우 고혈압·당뇨병을 진단 받은 환자에 대한 인센티브제를 주요 내용으로 하는 보험정책으로서의 만성질환관리제를 시행하는 정도이고 케어코디네이션이나 보건소와의 연계를 통한 기본적인 건강교육과 맞춤형 개인상담은 작동하지 않았다[5].

### ③ 지역사회 일차의료 시범사업(2014)

본 사업은 병원의존성이 높고 일차의료체계가 미흡한 국내 상황에서 기존 만성질환관리사업들의 공통적 한계점 중 하나였던 의료계의 적극적 참여 부족을 극복하고자, 예방과 일차의료중심이라는 관점에서 추진된 사업이다. 시범사업 모형은 2014년 10월부터 2017년 8월까지 1주기 시범사업 모형과 케어플랜(care plan)과 진료 의뢰가 추가된 2017년 9월부터 2주기 시범사업 모형으로 구분된다. 2주기 시범사업의 관리 과정은 등록, 평가 및 관리계획 수립(포괄 평가-케어플랜), 교육·상담, 건강동행센터 의뢰, 최종평가 5단계로 나누어지며, 포괄평가는 케어플랜을 수립하는 과정으로서 의사의 문진 등을 통해 환자의 건강상태를 전체적으로 평가하여 수립한다. 평가내용은 가족력, 관련 질병, 합병증, 우울증, 생활습관, 신체측정 및 기타 위험요인의 7가지 항목으로 구성되며, 케어플랜 계획을 고려하여 개인별 교육 및 상담을 연 8회 이내에 처방할 수 있다. 케어플랜 계획을 고려하여 개인별 교육 및 상담을 연 8회 이내에 처방할 수 있다. 지역사회 일차의료 시범사업 모형은 의사 주도로 자가관리 서비스가 제공되며, 지역위원회를 구성·운영함으로써 지역사회 자원 활용을 도모하였다는 점에 차이가 있다[6].

시범사업의 성과는 참여환자의 진료 및 상담 시간의 증가, 의사에 대한 신뢰 향상, 의사-환자 관계 개선, 참여 후 환자들의 복약 순응도, 식사조절, 운동 실천, 정기적인 의원 방문 등의 긍정적 변화와 함께 일차의료 질적 수준 개선 등으로 보고되고 있다. 전술한 성과에도 불구하고 지역사회 일차의료 시범사업은 교육상담을 위해 물리적으로 동떨어진 건강동행센터에 방문하도록 설계된 바, 지리적 접근성 문제의 한계를 극복하기 어려운 단점이 있다. 실제로 의료현장에서 충분한 시간과 방법으로 교육상담을 제공하기에는 구조적 한계가 많고, 의사 주도의 서비스 제공을 강조하여 설계되어 초기 보건소와의 공조체계 구축이 다소 어려웠으며, 이로 인해 지역사회 자원활용과 연계가 어려운 한계점이 있다[6].

### ④ 만성질환수가 시범사업(2016)

보건복지부 '만성질환수가 시범사업'은 고혈압·당뇨병의 지속관리체계 구축을 위하여 지속 관찰과 상담에 비대면 관리방식을 도입한 시범사업으로서 만성질환자의 자기관리 강화에 초점이 맞추어져 있다. 초기 사업의 시작은 비대면 관리를 위하여 자가측정장비를 활용하여 사업을 실시함에 따라 의료영리화나 원격의료에 대한 찬반 논리에 부딪혔으나, 이후 만성질환자의 자기관리를 위하여 비대면 관리를 접목하는 것임을 의료계와의 소통을 통해 해결함으로써 2016년 9월 사업이 착수하게 되었다[6]. 이에 사업의 시작부터 의정 태스크포스(task force)를 구축하여 사업의 모형과 평가 등을 공동으로 진행하였다는 점과 시범사업의 이름에서 볼 수 있듯이 비대면 관리에 수가를 적용하였다는 점에서 타 사업과의 차별점이 있다. 또한, 사업대상자도 자기관리를 위한 비대면 서비스라는 점을 감안하여 고혈압·당뇨병 재진환자로 국한하였으며 의료기관당 등록환자수를 제한하는 방식으로 진행되었다는 점에서도 다른 사업과 차별성을 가진다[6].

그러나 사업 참여 후 중단 의사를 밝힌 사람 중 다수(55.9%)가 자기측정과 수치전송의 어려움 등을 겪어 1~2개월 내 사업을 중단한 사람들로, 사업의 실효성을 위하여 탈락자 최소화 전략 마련이 필요한 것으로 분석되었다. 뿐만 아니라 지침에 근거하여 참여기간 동안 주 1회 이상 본인의 생체정보



(자가모니터링)를 80% 이상 완료한 사람은 20.2% 내외로 지침 준수가 현실적으로 수행되기 어렵다는 한계를 보였다. 또한, 의사나 의원이 환자가 전송한 임상 수치를 확인하고 대면을 통하여 생활습관 확인을 했으나 이에 따른 구체적 교육상담 및 관리 서비스 제공에 대한 내용이 지침에 없어 통합적이고 포괄적인 만성질환관리 서비스가 제공되기에는 한계가 있었다[6].

#### ⑤ 일차의료 만성질환관리시범사업(2019)

이 사업은 지역사회 일차의료 시범사업(2014. 10~2018. 12)과 만성질환수가 시범사업(2016. 9~2018. 12)의 장점을 통합해 마련한 것으로, 환자 개인별 케어플랜을 마련하고 의사와 케어코디네이터가 협력해 비대면 모니터링, 서비스 연계·조정, 교육, 상담 등을 제공하는 방식으로 이뤄진다[8].

서비스 제공주기는 12개월이며, 전년도 케어플랜 수립일로부터 12개월 후 신체진찰 및 임상검사를 재시행하고 이에 따른 차기년도 케어플랜을 수립하면 지속적으로 제공할 수 있으며 담당의사의 판단 및 참여환자의 요청으로 서비스를 종결할 수 있고, 등록환자수는 의원당 최대 300명이다[7].

이 사업은 고혈압·당뇨병환자를 대상으로 케어플랜 수립, 환자관리(교육 포함) 등을 수행하여 만성질환자의 자기관리를 지원하고 동네의원과 지역사회 보건의료자원과의 연계를 통해 포괄적인 만성질환관리 기반을 마련하는 것이다. 대상자들의 발병 초기부터 동네의원중심의 지속적이고 포괄적인 관리체계를 구축하여 환자 만족도 증가 및 의료전달체계 효율화에 기여하며, 근거기반에 따른 치료를 통해 조절률을 향상시키고 합병증 발생을 지연시키거나 예방하기 위함이다[7].

주요사업 내용은, 연간 개인별 혈압 또는 혈당관리 계획을 세우고, 개인별 질병관리 및 생활습관개선을 위한 교육과 상담을 진행한다. 질병관리에 필요한 영양 및 운동교육은 건강보험공단 건강증진센터, 보건소 등 지역협력기관에 의뢰하여 진행할 수 있으며 교육은 초회교육, 기본교육, 집중으로 진행된다. 교육 이후 문자, 전화, The건강보험 애플리케이션을 이용하여 환자 모니터링과 상담을 진행한다. 환자관리 상태에 따라 주기적으로 케어플랜을 점검하고 케어플랜 목표달성도

를 최소 6개월 이내로 평가하며 임상검사 등을 참고하여 케어플랜을 수정·보완한다[7].

## 2. 일차의료 만성질환관리시범사업의 효과와 성공적인 본사업 진행을 위한 제언

### 1) 일차의료 만성질환관리시범사업 효과

2019년 1월부터 일차의료 만성질환관리시범사업을 시행한 이후 지난 3년간의 시범사업에 대한 평가는 당초 목표를 달성한 것으로 평가하고 있다. 시범사업에 참여한 환자들의 혈압과 혈당 조절이 유의미하게 개선되었으며, 합병증으로 인한 입원율은 50%, 응급실 방문을 역시 45% 감소했다[9].

시범사업 참여환자가 비참여기관의 환자 대비 임상검사 시행과 약물순응도 모두 높게 나타났다. 또한 고혈압 조절률은 83.3%에서 시범 사업 참여 후 90.1%로 7.8%p 증가했고, 당뇨병 역시 29.4%에서 31.5%로 2.1%p 올랐다. 복합환자에서는 고혈압과 당뇨병 각각 6.2%p, 1.6%p씩 증가했다[8].

내원일수를 비롯한 합병증 관련 입원과 응급실 방문이 모두 감소하는 효과가 나타났다. 실제 사업참여 전후 대비 연간 내원일수가 1.1일(10%) 감소했고, 코로나19 영향을 고려하더라도 0.7%가 감소한 것으로 분석됐다[8].

만성질환관리실 이은영 실장은 “시범사업은 질환관리를 위한 환자 교육 외에 다양한 환자관리 활동을 구성해 의사와 간호사 등이 협업하는 케어코디네이터 개념을 도입해 환자중심의 포괄적 서비스를 제공토록 제시했다”며 “간호사 등 케어코디네이터 인력이 환자에게 충분한 교육과 상담, 모니터링, 서비스 연계 등을 통해 건강한 생활을 유지할 수 있도록 지지하는 환자관리 역할이 매우 크다”고 설명했다[9].

고혈압·당뇨병환자의 투약순응도는 환자관리에 있어서 가장 중요한 요소이다. 특히 과소투약군은 치료가 적절하지 않은 환자들로 이들이 시범사업에 참여하여 정상투약군으로 변화한 것은 주목할 만한 성과라고 할 수 있다. 또한 1년 단위의 서비스를 다 받은 당뇨병환자에서 혈당조절률이 향상되었다. 당뇨병환자의 치료 목표인 혈당조절률이 향상되었음은 시범사업 서비스가 당뇨병관리에 좋은 수단이라는 것을 시사한

다고 평가하였다[7].

짧은 시범사업기간으로 유병기간이 긴 만성질환관리에 대한 건강상 이득, 특히 합병증 발생을 예방하고 건강한 삶을 연장하는지에 대한 판단은 어렵다. 그러나 주기적인 모니터링, 질환 교육과 상담은 진료와 약물 치료만으로 부족했던 질환관리를 보강할 수 있을 것으로 기대한다[7].

## 2) 본사업 진행을 앞둔 시기에 효과적인 시행을 위한 제언

사업성과 평가 연구결과와 정책토론회, 기자간담회 등을 토대로 하여 제시된 제안을 정리하면 다음과 같다.

### ① 전 국민의 인식 변화

처방전을 받지 않고 교육 및 검사결과 상담을 하기 위해 내원하는 경우 발생하는 본인부담금에 대해 환자들에게 상당한 부담감이 있어 이에 대한 전 국민의 인식 변화가 필요하다[7]. 건강을 증진시키고 질병을 예방하는 이러한 정책변화에 대한 국민들의 긍정적인 인식과 자세의 변화는 매우 중요하다[4].

### ② 케어코디네이션을 위한 인력육성과 능력 고도화

장기적인 만성질환 예방과 관리의 활성화를 위하여, 별도의 인력양성기관또는 기관을 지정하여 인력양성 교육훈련프로그램 운영하거나 정부가 지원하는 광역 및 지역교육정보센터를 설치하고 인력을 양성하고 배치하는 방식이 적극 검토되어야 할 것이다[8]. 케어코디네이션 인력이 부족한 경우에는 사업실행 시 발생하는 문제점을 해결하는 데 매우 취약하다. 질병관리, 사례관리, 통합적 케어코디네이션 모델의 경우에도 관련 정보를 제공하여 이해할 수 있도록 설명하고, 반복적으로 숙지시키는 것을 케어코디네이터가 시행하여야 한다. 그러므로 이들을 일정 수준 이상의 건강교육과 상담 및 의사소통 문화적 역량까지 갖추도록 하는 것이 필요할 것이다[5].

자기관리 능력을 효과적이면서도 개인에 맞게 제공하려면 동기부여, 심리 행동의학적 방법이 제공되어야 한다. 이를 위해 서비스를 제공하는 인력들의 능력 향상이 필요하다[4].

### ③ 사업 참여기관의 확대

의원급 만성질환관리제, 적정성 평가 등 본질적으로 운영되는 만성질환 관련 정부 사업들과 통합해 사업의 시너지 효과를 도모하여 참여기관을 확대하기 위한 전략이 필요하다. 이를 위해 인지도를 제고하는 한편, 초기 시행의 복잡성을 고려해 행정업무, 정보시스템 활용 등 초기 사업 참여에 대한 집중적인 지원체계도 마련해야 한다[7,8]. 지역사회를 기반으로 여러 서비스가 연계된 포괄적인 의료서비스를 제공하는 것이 필요한데, 이를 위해서는 지역운영위원회, 일차의료지원단, 일차의료지원센터 등의 지역사회 거버넌스 구조를 고려할 수 있다[4].

### ④ 적절한 수가체계와 객관적인 평가지표 수립

사업효과와 모델을 바탕으로 적절한 수가를 결정하고 청구시스템의 편의성을 제고해야 한다. 현행 행위별 수가체계 기반의 사업체계를 환자경험 평가, 조절률, 의료이용 변화 등 사업성과에 기반해 '지불보상제도'로 개선할 필요가 있다[7,8]. 객관적인 평가지표와 체계를 설계하고 평가 결과의 공개와 피드백을 통해 사업의 질을 제고해야 한다[6].

### ⑤ 사업모델의 정교화

사업효과를 다방면으로 평가하여 사업모델을 정교화해야 한다. 인구 고령화에 따른 복합만성질환 증가를 고려해 고혈압, 당뇨병뿐만 아니라 다양한 만성적 건강문제를 종합적으로 접근하는 방향으로 가야 한다[8].

## 결론

1970년대 이후 약 20년 동안 우리나라의 만성질환관리는 지역보건의사업의 개념을 정립하였고, 모자보건, 가족계획, 결핵관리 등의 급성전염병관리가 각 지역의 계획과 요구에 따라 산발적으로 진행되었다. 1995년 건강증진법의 재정 이래, 2002년부터 국민건강증진 종합계획을 수립하여 주요 만성질환 예방 및 관리, 건강생활습관 실천을 정책적으로 지원하고 있다. 정부의 만성질환관리사업은 2006년 뇌혈관질환 중

합대책이 수립된 이후 2007년 9월 지역사회단체를 중심으로 고혈압·당뇨병 등록관리시범사업, 2012년 4월 의원급 만성질환관리제, 2014년 3월 지역사회 일차의료 시범사업, 2016년 9월 만성질환수가 시범사업에 이어 2019년 1월부터 일차의료 만성질환관리시범사업을 시행하면서 환자중심의 교육과 상담을 통해 케어코디네이션을 적용하고 일차의료의 취약점들을 개선하여 여러 지표에서 긍정적 성과를 보였다. 그럼에도 불구하고 국가 차원의 체계적이고 포괄적인 사업수행이 어렵다는 한계점이 제기됨을 알 수 있다.

만성질환관리는 자기관리 능력을 효과적으로 강화시키고 생활습관의 변화와 투약순응도를 향상시킴으로써 소기의 목적을 달성할 수 있을 것이다. 2007년 이후 시행되는 다양한 사업들이 교육과 상담을 제공하고 동기부여를 하여 사업효과를 달성하고 있음이 고무적이다. 일차의료 만성질환관리사업이 본사업으로 진행되는 과정에서 적절한 수가가 책정이 되고, 각 과정마다 적절한 관리를 제공할 수 있는 케어코디네이터의 역할이 더 고도화되어 만성질환자들의 자기관리 능력이 개선될 수 있기를 기대한다. 더불어 IT 기술을 통하여 체계적인 환자 등록과 근거기반의 행위에 대한 평가와 행위시행주체에 대한 적절한 보상이 되고 급여수가체계가 수립될 수 있기를 기대한다.

## REFERENCES

1. Korea Disease Control and Prevention Agency. 2022 Chronic disease fact book. Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2022.
2. Lee JH. Current status and major issues of primary medical care in Korea based on OECD statistics. HIRA Policy Trend 2018;12:17-32.
3. Korea Disease Control and Prevention Agency. 2020 Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VIII-2). Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2022. p26.
4. Cho B. Comprehensive chronic disease management plan centered on local clinics through foreign cases. HIRA Policy Trend 2018;12:7-17.
5. Lee MS, Lee KS, Lee JJ, Hwang TY, Lee JY, Yoo WS, et al. Directions and current issues on the policy of prevention and management for hypertension and diabetes, and development of chronic disease prevention and management model in Korea. J Agric Med Community Health 2020;45:13-40.
6. Kim HS, Yoo BN, Lee EW. Evaluation of the national chronic diseases management policy: performance and future directions. Public Health Aff 2018;2:105-20.
7. Song EJ, Kim YE, Ji SM. Impact of a primary health care chronic diseases management pilot program. Korean J Med 2021;96:7-12.
8. Seo MJ. Field-oriented discussion on primary healthcare enhancement. Available from: <https://m.medigatenews.com/news/2810364745> (updated 2022 Feb 12).
9. Cho JK. Press conference of chronic disease control office of National Health Insurance Service corporation. Available from: <http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=218161> (updated 2022 Mar 23).