

문서번호	보건의료정책과-8401	시 민			
결재일자	2012. 11. 28.	주무관	공공보건팀장	보건의료정책과장	보건정책관
공개여부	대시민공개	이수미	박유미	代윤재삼	11/28 김창보
방침번호					

시민 건강포인트 사업 계획

2012. 11

복 지 건 강 실
(보건의료정책과)

사전 검토항목

∴ 해당사항이 없을 경우 '무 ■' 표시하시기 바랍니다.

검토항목	검 토 여 부 (■ 표시)
시 민 참 여 고 려 사 항	● 시 민 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 이 해 당 사 자 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 전 문 가 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 음 브 즈 만 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
법 령 및 기 타 고 려 사 항	● 법 령 규 정 : 교통 <input type="checkbox"/> 환경 <input type="checkbox"/> 재해 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 기 타 사 항 : 고용효과 <input type="checkbox"/> 노동인지 <input type="checkbox"/> 균형인지 <input type="checkbox"/> 홍보 <input type="checkbox"/> 취약계층 <input type="checkbox"/> 성인지 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 디자인 <input type="checkbox"/> 갈등발생 가능성 <input type="checkbox"/> 유지관리 비용 <input type="checkbox"/> 무 ■
타 자 원 의 활 용	● 중 앙 부 처 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 민 간 단 체 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 기 업 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
관 계 기 관 및 단 체 협 의	● 관 계 기 관 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 민 간 단 체 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 시 산 하 기 관 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■

시민 건강포인트 사업 계획

고혈압, 당뇨병 환자와 의사의 적극적 참여를 이끌 동기유발을 위하여 건강포인트를 도입하고 이를 통한 지속적 치료 및 건강행태 개선으로 심뇌혈관질환과 당뇨병으로 인한 사망, 중증 합병증 발생, 유병률 감소로 건강수명을 연장하고자 함.

I 큰 거

- 보건의료법 제41조(만성질환의 예방 및 관리)
- 건강서울 36.5 프로젝트(시장방침 제313호, 2012.10.11)

II 필요성

b 고혈압 당뇨병 환자 등록관리 사업은 보건소를 중심으로 진행 되고 있어 일부 환자에게만 단계별 보건교육 프로그램이 제공되고 있으며 대부분의 환자에게 필요한 의료정보를 충분히 제공하지 못하고 있음.

- 민간병의원 의료현황

- 기존의 보건의료체계는 급성기 증상 치료를 중요하게 여기고 있음
- 공급자 중심의 서비스 제공 체계로 인하여 환자의 역할이 평가 절하되고 있음.
- 의사들의 진료행위에 있어 변이가 크고 임상진료 지침 준수가 미흡
- 고혈압, 당뇨병 환자의 병력 기재와 기본 검사가 등한시 됨
- 환자에게 제공되는 서비스 수준이 의사의 시간과 기억력에 좌우됨

- 보건소 의료현황

- 유질환자인 시민대상 보건교육 및 상담서비스를 제공하고 있으나 지원 범위에 한계가 있음
- 다만, 서울시는 흡연율, 고위험 음주율, 걷기 운동 실천율, 중등도 운동 실천율 등 심·뇌혈관질환과 관련한 결정요인 측면에서는 타 지역에 비해 서울지역이 건강한 수준인 것으로 평가됨
- 보건소에서 내소자 위주의 환자관리사업 실시하고 있으나, 등록 환자에게도 종합적이고 효과적인 서비스 제공 체계는 미흡함
- 보건소, 의료기관, 건강보험공단 간 정보공유 및 활용이 부족함.
- 공공보건 사업과 민간의료 서비스 간의 연계가 부족함

○ 고혈압, 당뇨병 환자가 심뇌혈관질환(뇌졸중, 심근경색등)으로 진행되는 것을 예방하기 위하여 지속적 포괄적 관리능력 향상이 필요

- 고혈압, 당뇨병이 심뇌혈관질환으로 진행되는 것을 막기 위해 질환관리 조절이 필요함.
 - 서울시 30세 이상 고혈압 당뇨병 환자 수 추정
 - : 고혈압 2,130천명(31.9%), 당뇨병 667천명(10.0%)
 - 고혈압, 당뇨병 환자와 의사의 적극적 참여를 이끌 동기유발(건강포인트)을 통하여 지속적 치료 및 건강행태 개선으로 심뇌혈관질환과 당뇨병으로 인한 사망, 중증 합병증 발생, 유병률을 감소할 수 있음.
- 고혈압 당뇨병 환자에게 지속적 치료서비스와 건강행태 개선을 위한 전문적 보건교육의 통합적 제공으로 자가 건강관리 역량 향상하여야 함.

○ 고혈압, 당뇨병에 대한 인지도, 치료율, 조절율을 향상시키기 위해서는 리콜, 리마인더 서비스를 중심으로 한 등록 관리개념의 관리체계가 필요하며 지역사회 등록 관리 체계 구축을 위해서는 공공과 민간의 파트너십이 필수

- 동네의원은 약물치료와 함께 병행되어야 할 운동, 영양 등 서비스 제공은 상대적으로 더욱 취약함
- 고혈압과 당뇨병 관리의 대부분을 민간의료기관에서 담당하고 있기 때문에, 민간의 협력 없이는 효과적인 관리가 어려움
- 개인 책임 위주의 관리체계로는 고혈압, 당뇨병 관리의 질이 개선되기 어려움
- 심뇌혈관질환 예방관리사업에서 민간부문의 참여는 의료서비스의 질 향상, 주요 보건서비스 공급 확대의 기능을 가지고 있음

III

현 황

○ 암과 심뇌혈관질환 사망이 전체 사망의 절반을 차지하여 그 선행질환 관리가 중요함.

- 10대 주요사인은 2007년부터 2011년까지 신생물, 뇌혈관 질환, 심장질환 순으로 변함이 없으며, 서울의 경우 2007년 이후로 뇌혈관질환은 감소추세 (2007년 4,439명 → 2011년 3,606명)이나 자살(2,045명 → 2,722명)의 경우 계속 상승 추세임

[표 : 2007~2011년 서울시 주요 사망자수]

사망 원인별		2007	2008	2009	2010	2011
전체사망원인(명)		38,645	38,298	38,790	40,130	40,320
1	악성신생물(암) (C00-C97)	11,719	11,662	11,709	12,122	12,095
2	뇌혈관 질환 (I60-I69)	4,439	4,248	3,813	3,882	3,606
3	심장 질환 (I20-I51)	3,626	3,477	3,338	3,298	3,157
4	고의적 자해(자살) (X60-X84)	2,045	2,200	2,662	2,668	2,722
5	당뇨병 (E10-E14)	1,662	1,546	1,587	1,663	1,779
6	폐렴 (J12-J18)	527	533	844	1,100	1,200
7	간 질환 (K70-K76)	1,086	1,052	1,084	1,080	990
8	만성 하기도 질환 (J40-J47)	886	861	764	771	729
9	운수사고 (V01-V99)	801	785	768	684	637
10	고혈압성 질환 (I10-I13)	775	711	635	608	545

○ **만성질환 (고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증) 유병률 증가대비 조절률이 낮고 관리실태가 미흡함.**

- **고혈압**

보건소에 등록된 당뇨병 환자의 약 60%가 고혈압을 함께 가지고 있음. 서울시의 고혈압의 의사진단 경험률이 증가하는 추세를 보이고 있으며, 만30세 이상에서 의사진단 경험률은 28.9%, 약물치료율은 85.1%이나 고혈압의 치료 지속율은 22.2% 정도이고 고혈압 관리교육 이수율은 32.5%에 불과함. ('10 서울시 지역사회건강조사).

- **당뇨병**

국민건강보험공단의 검진 자료를 분석해보면 서울시는 당뇨병 유병률이 평균 10.2% 정도로 추정됨. 2010년 국민건강영양조사 자료에 따르면 만30세 이상에서 고혈압 유병률은 28.9%, 당뇨병 유병률은 10.1%, 이상지질혈증은 14.1%이다. 2010년 지역사회 건강조사에 따르면, 전국에 걸쳐 당뇨병 의사진단 경험률이 해마다 증가하고 있으며 연령에 따라 유병률이 높아 짐. 고혈압 약물치료율은 85.1%당뇨병 인지율은 69.3%, 치료율은 82.82%이고, 권고 지침 대로 조절되고 있는 경우는 33.5%에 불과하고, 당뇨병 관리교육 이수율은 46.6%가 되어 자가 관리의 문제가 발생할 수 있음. 당뇨병 환자의 3대 합병증 검진율이 매우 낮으며, 교육과 상담서비스 제공체계도 취약함 ('10 국민건강영양조사 자료, '10 서울시 지역사회건강조사)

- 서울시 월평균 20일 이상(연 240일 이상) 급여자 비율은 고혈압 57.3%, 당뇨병 47.0%

[표 : 2010년 고혈압 급여일수 구간별 급여현황]

[표 : 2010년 당뇨병 급여일수 구간별 급여현황]

급여일수 구간	전국		서울시		급여일수 구간	전국		서울시	
	실인원	비율(%)	실인원	비율(%)		실인원	비율(%)	실인원	비율(%)
179일 이하	2,036,935	36.8	358,616	34.6	239일 이하	1,223,483	55.3	219,175	53.0
180~239일	455,600	8.2	84,167	8.1	240~299일	208,154	9.4	39,001	9.4
240~360일	1,688,081	30.5	311,218	30.1	300~360일	330,976	15.0	59,397	14.4
360일 이상	1,351,132	24.4	281,158	27.2	360일 이상	448,121	20.3	96,105	23.2

○ **건강행태관리로 고혈압, 당뇨병과 심뇌혈관질환 예방 가능성이 높은 것으로 보고됨(WHO)**

- 심뇌혈관 질환의 경우 생활행태개선을 통해 80%이상 예방 가능함

[표 : 만성질환과 변화 가능한 위험 요인]

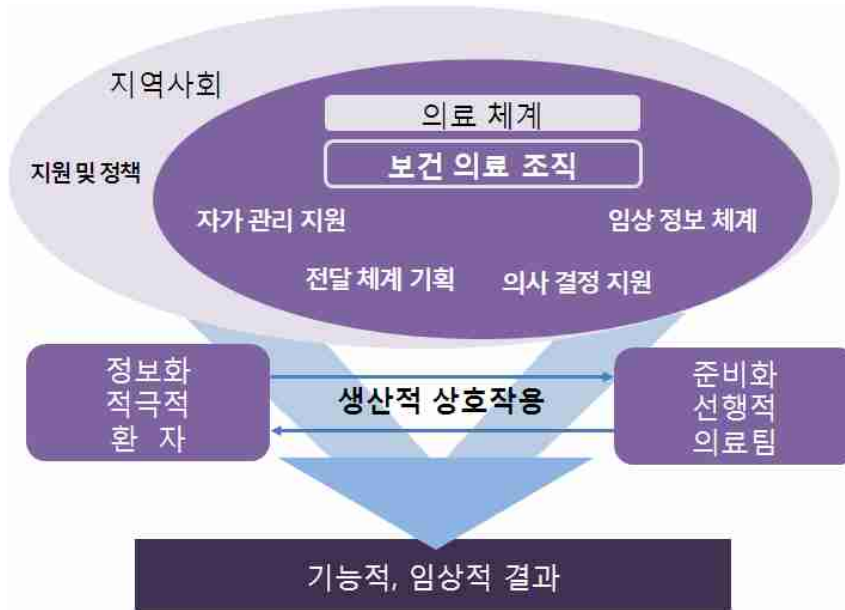
구분	심장병	암	당뇨병	간경화	근골격계질환	신경계질환
흡연	●	●			●	◎
음주	●	●		●	●	●
고지혈증	●					
고혈압	●					●
식습관	●	●	●		●	◎
운동부족	●	●	●		●	●
비만	●	●	●		●	●
스트레스	◎					
간접흡연	◎	●				◎
직업	◎	●		◎	●	
환경오염	●	●	●	●		
저소득층	●	●			●	

(자료출처 : Brownson RC, et al. Chronic disease epidemiology and control.American Public Health Association, 1998)

※ 주 : ●는 입증된 위험요인, ◎는 가능한 위험 요인

○ 최근 당뇨병 환자관리를 위해 만성질환관리 모형 CCM(Chronic Care Model)이 운영되고 있음.

- CCM의 기본적 개념은 환자 치료팀을 구성하고 팀내에서 지속적으로 환자를 관리하는 것임
- 팀 구성원으로 의사, 간호사, 영양사, 운동사 등이 팀원이 됨
- 의사는 의료서비스(치료 등)를 제공하며 팀원들이 3~6개월 기간동안 짧게는 2~3일에 한번 길게는 2~3주에 한번씩 보건교육 및 상담 등을 통해 지속적으로 관리하는 것임



IV 추진 방향

- 건강행태개선을 위한 보건적 접근과 지속적 치료율을 높이는 진료서비스 제공이 통합적으로 제공되며 지속적 참여를 위한 동기유발로 건강포인트를 도입함.
 - 민간의원과 협력하여 환자가 자발적으로 참여하고 지속적 질환 관리를 하면 성과보상으로서 순환적 인센티브인 건강포인트를 제공함.
- 단계별 보건교육 표준가이드라인을 보건소에 지원하여 민간의원을 이용하는 환자 대상으로 전문적 보건교육 프로그램을 상설 운영함(기존 대사증후군 인프라 활용).

※ 시민 건강포인트

고혈압, 당뇨병 환자가 의료기관 등록, 재진료, 교육, 필수검사 실시하면 포인트를 부여하고, 등록된 의료기관에서 합병증 검사 및 예방접종 등에 포인트를 사용하는 제도

V

사업 내용

○ 목적

- 민관협력 고혈압 당뇨병 환자 등록관리로 환자 스스로 질환에 대한 관리역량 향상을 통하여 심뇌혈관질환과 당뇨병으로 인한 사망, 중증 합병증 발생, 유병률 감소로 건강수명을 연장하고자 함.

○ 목표

- 등록 환자의 지속치료를 향상 및 합병증 발생률 감소
 - 건강포인트 프로세스 매뉴얼 및 보건소 상설보건교육장 마련
 - 환자 등록 관리 및 실적 모니터링, 건강포인트 지급관련 시스템 구축

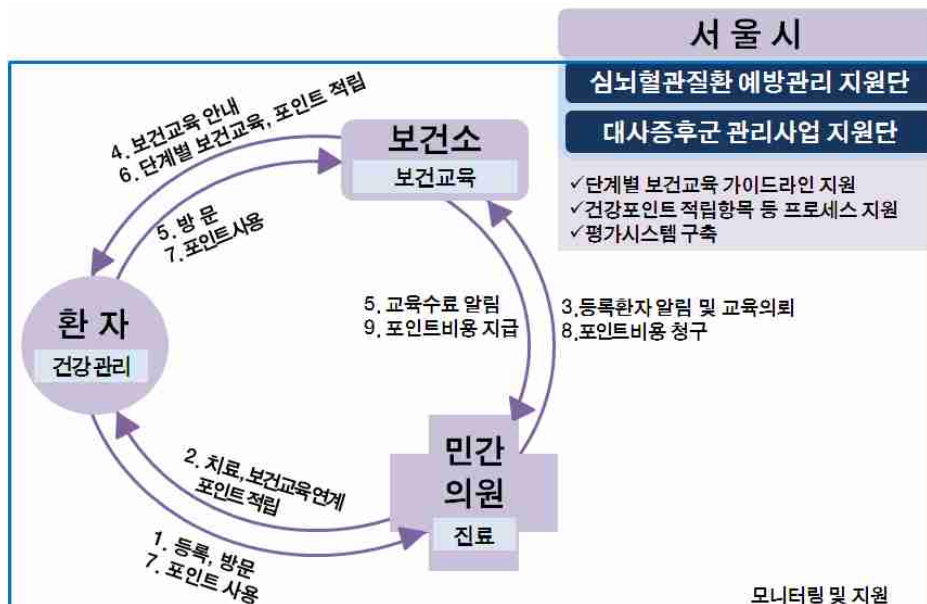
○ 사업대상

- 시범 자치구(7개소)의 고혈압, 당뇨병 환자

○ 추진체계

- 서울시 : 표준 매뉴얼 및 웹기반 환자등록관리 및 운영 시스템 마련
사업 시범 자치구 선정 및 기술 지원
- 시범 자치구
 - 보건소 : 참여 민간의원 선정, 상설 교육장 마련, 민간의원 건강포인트 비용 지급과 연계
 - 참여 민간의원 : 환자 등록관리, 보건소 보건교육연계

[서울시 민관협력 시민 건강포인트 모형(안)]



○ 사업 내용

(1) 기반 마련

- 심뇌혈관질환 예방관리 전문가 자문
 - 일 시 : 2013.1월~6월
 - 자문회의 횟수 : 5회
 - 내 용
 - : 사업추진 방향 설정 등을 위한 전문가 자문
 - : 민간의원 참여를 위한 서울시의사회 간담회
 - : 사례분석 및 보건소 실무자 의견수렴 등
- 단계별 보건교육 및 건강포인트 지급 프로세스 표준매뉴얼 개발
 - 일 시 : 2013.1월~6월
 - 방 법 : 심뇌혈관질환 예방관리사업 지원단 과제 제시
 - 내 용
 - : 고혈압, 당뇨병 관련 지속적인 진료 관리
 - : 단계별 보건교육 및 상담 표준매뉴얼 개발
 - : 건강포인트 지급에 관한 프로세스 개발
- 민간의료기관, 보건소 현장점검 등 모니터링 및 전문기술 지원체계 구축
 - 일 시 : 2013.1월~12월
 - 방 법 : 심뇌혈관질환 예방관리사업 지원단 과제 제시
 - 내 용
 - : 참여 민간의원, 보건소 현장 모니터링 및 건강포인트 지급 지도점검
 - : 진료의사 및 실무자를 위한 전문분야 기술지원
- 보건소 전문 보건교육프로그램 상설운영 조직 마련
 - 일 시 : 2013. 6월~12월
 - 방 법 : 공공의료지원단을 통한 보건소 보건교육 조직(안) 마련
 - : 시범 보건소(7개) 공모
 - 내 용
 - : 시범보건소 공모 및 선정
 - : 보건소 보건교육 조직 신설에 대한 실무자 및 보건소장 간담회 개최
 - : 대사증후군 사업 인력 및 조직 통합 운영을 위한 관련 지원단 협력회의 개최
- 평가시스템 구축
 - 일 시 : 2013. 12월
 - 방 법 : 심뇌혈관질환 예방관리사업 지원단 과제 제시
 - 내 용 : 환자 등록 및 치료율, 보건교육 이수율 등 평가시스템 구축

(2) 건강포인트 운영

- 대상
 - 환자 : 고혈압, 당뇨병 등록환자(대사증후군에서 고혈압, 당뇨병 진단 환자 포함) 중 동의한 사람
 - 의료기관 : 의원급으로 함
- 건강포인트 적립항목 : 등록, 재진, 교육, 필수검사 등
 - 최대 20,000포인트/년 적립(1포인트 상환금 1원) (※ 일부 변경 가능함)

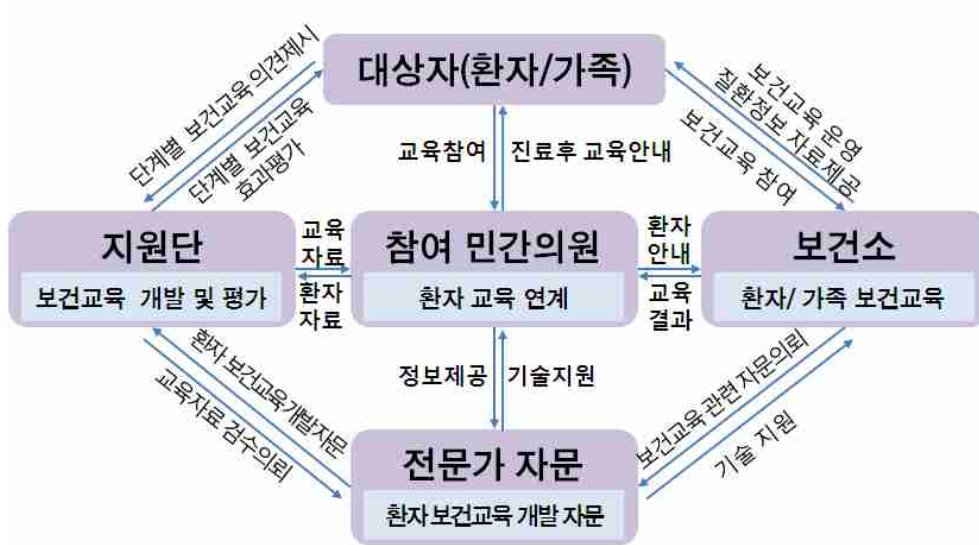
적립항목	포인트	1년 최대 적립가능 포인트	비 고
계		20,000	
등록 포인트	5,000	5,000	최초 등록
방문 포인트	1,000	12,000	12회/년 인정
교육 포인트	500	2,000	교육 3회/년 인정 상담 1회/년 인정
검진 포인트	500	1,000	필수검사 2회/년 인정

- 건강포인트 사용방법 : 등록의원 또는 보건소에서 검사, 예방접종 등 의료비에 현금처럼 사용
- 환자 건강관리 : 민관협력의 포괄적 건강관리를 통해 행태 조절 및 자기관리 역량향상
 - 환자의 지속 관리를 위한 진료, 검사 등 주기적 관리
 - 건강행태 개선을 위한 보건소 단계별 보건교육서비스 제공
 - 건강포인트를 활용한 필수검사 등 건강증진

(3) 보건소 단계별 보건교육 프로그램 운영

- 보건소 역량강화를 위한 보건의료인, 실무자 교육
 - 일 시 : 2013. 6월~12월
 - 횟 수 : 3회
 - 대 상 : 시범 보건소(7개) 공모
 - 방 법 : 심뇌혈관질환 예방관리사업 지원단 과제 제시
 - 내 용
 - : 보건교육 프로그램 운영에 대한 설명회
 - : 진료의사를 위한 최신 지견 연수강좌
 - : 보건 관리자 및 실무담당자를 위한 심포지엄
- 보건소 상설 보건교육 프로그램 운영
 - 일 시 : 2013. 6월~12월
 - 대 상 : 참여 민간의원 등록 고혈압, 당뇨병 환자
 - 방 법 : 전담인력 채용, 대사증후군 인력 및 전산 인프라 등 활용
 - 교육내용
 - : 전당뇨병 기본교육, 심화교육
 - : 고혈압, 당뇨병 기본교육 (집단교육)
 - : 당뇨병 공개강좌(당뇨병 합병증 시리즈)
 - : 심뇌혈관질환에 대한 기본교육(뇌졸중, 심근경색 등)

[보건교육 프로그램 운영 모형(안)]



○ 소요예산 : 510백만원 (시비100%)

○ 추진일정

사업 내용	추진 일정											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
전문가 자문 및 실무자 의견수렴												
단계별 교육프로그램 개발												
건강포인트 프로세스 개발												
모니터링 체계 구축												
사업설명회 개최												
시범 보건소 선정												
보건소 보건교육 상설운영 조직 마련												
참여 민간의원 모집												
환자 등록 및 사후관리												
만족도 조사												

○ 성과평가

- 평가주기 : 년1회

- 평가 지표

지 표		지 표 정 의	측 정 방 법
투입	인력	인력투입	인력투입 명수
	예산	예산투입	예산액 및 집행률
과정	표준 가이드라인 개발	단계별 보건교육 가이드라인 개발	개발 여부
		건강포인트 지급 프로세스 개발	개발 여부
	참여의원 모집	참여 의원수	참여 의원수
	대상자 등록관리	사업참여 등록자	등록자 수
	교육상설운영 조직마련	대사증후군 조직 통합 운영	조직 구성
	교육 규모	상시교육 현황	교육 횟수 및 수료자수
	지역사회 연계	건강보험공단 사업 연계	연계 건수
산출	질환인식 수준	당뇨병, 고혈압에 대한 환자의 이해	인지도 변화정도 확인
	자가관리 능력	자가관리 능력 향상도	혈압, 혈당 체크 횟수
	등록자 지속유지 수준	등록환자 지속정도	등록환자 건강관리 기간
	건강포인트 활용정도	등록환자 건강포인트 사용	포인트 사용 비용상환
	건강검진 사후관리	건강보험공단 건강검진 사후관리	건강검진 사후관리 건수
	합병증 검사	합병증 검사	검사 횟수

- 평가결과 활용 : 다음연도 사업계획에 반영

VI 기대 효과

- 심뇌혈관질환 예방관리에 대한 민관 협력 통합적 건강관리 모델을 구축하고 환자 모두가 참여 할 수 있는 보편적 건강관리서비스 제공으로 건강격차 해소
- 보건소 보건교육 표준화 및 지속적 피드백을 통해 의료 질 향상과 환자 스스로 질환을 관리할 수 있는 역량 강화
- 적정진료 확대와 건강생활실천의 생활화로 심뇌혈관질환으로의 진행을 예방하여 의료비 절감과 건강수명 연장. 끝.