

2014년

심뇌혈관질환 예방관리 사업계획

2013. 2.

서울특별시
(보건의료정책과)

목 차

○ 요약문	1
I. 일반현황	4
1. 주요 만성질환현황 및 관리실태	4
2. 심뇌혈관질환 예방관리사업 조직 및 담당인력 현황	6
II. 심뇌혈관질환 예방관리사업 계획	7
1. 배경 및 필요성	7
2. 그간 추진실적	8
3. 추진방향	14
4. 목적 및 목표	15
5. 세부사업 추진계획	16
가. 세부사업 현황	16
나. 사업추진 논리모형	17
다. 추진체계	18
라. 세부사업 추진내용	19
마. 자체평가 및 모니터링 계획	31
바. 추진일정	34
사. 사업예산	35
6. 전문인력 교육훈련 계획	37
7. 기대효과	38
III. 행정사항	38

요 약 문

구 분	내 용
사 업 명	심뇌혈관질환 예방관리 사업
사업목적	<ul style="list-style-type: none"> ○ 통합 건강관리 서비스로 시민의 건강증진과 질병예방 <ul style="list-style-type: none"> - 통합형 대사증후군 관리 모형 구축 및 대사증후군 인지도 확산 통합 서비스를 통한 예방 중심의 시민 자가 건강관리 강화 - 심뇌혈관질환 예방관리사업 전략개발 교육자료 개발 및 홍보, 민간협력체계 구축으로 심뇌혈관 선형질환 관리강화 - 보건소 사업 기술지원, 담당인력 교육 등을 통한 보건소 심뇌혈관 선형질환 관리수준 향상 - 심뇌혈관질환에 의한 예방 가능한 조기사망과 장애 및 질병부담의 감소
사업목표 및 성과지표	<ul style="list-style-type: none"> ○ 목 표 <ul style="list-style-type: none"> - 단기목표: 교육 및 상담이수율 향상 통합건강관리서비스를 위한 사업간 연계 강화, 민관지원 협력 강화 - 중기목표: 만성질환(고혈압·당뇨) 지속치료를 대사증후군 위험요인 개선을 향상 - 장기목표: 사망률 감소, 합병증 발생률 및 유병률 감소 ○ 성과지표 <ul style="list-style-type: none"> - 대사증후군 등록실적 및 추후검사를 위험요인 개선을 - 만성질환자 연계 등록 실적, 교육·상담 이수율, 전문교육상담 인력 활용 실적 - 표준진료지침 실천율, 진료 서비스 이용자 만족도 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>건강한 시민! 행복지수 Up, 의료비 부담 Down</p> <p>시민들의 건강행태 개선, 자가건강관리 역량 강화</p> <p>질환전 단계(예방) 만성질환자(고혈압, 당뇨병 등) 단계</p> <p>설문조사 및 검진 검진결과 상담(영양, 운동, 흡연 등) 건강생활실천 및 교육 추구관리(3,6,9,12개월)</p> <p>검사 및 진료·투약 지역사회 연계 및 홍보 교육(환자용 표준교육), 자조모임 참여 유도 투약 및 지속 치료여부 관찰 ⇒ 평생관리</p> <p>사업 간 유기적 연계를 통한 시민건강관리 서비스 제공</p> <p>대사증후군관리사업 심뇌혈관질환관리사업 진료실</p> </div>

구 분	내 용		
주요사업 내용 및 사업대상	단위과제	세부사업명	주요 내용
	대사증후군 (만성질환 고위험군) 관리	건강검진 사후관리서비스 활성화	- 국가건강검진 연계 사후관리 서비스 활성화
		대상자 연계 강화	- 약물복용자 만성질환관리사업 연계 체계화
		서비스 질 관리 강화	- POCT 검사장비의 정도관리 강화로 검사 신뢰도 향상 - 업무 프로세스 준수여부 모니터링 실시
	보건소 진료 수준 향상	표준진료지침 개발	- 진료실 실태조사를 통한 개선계획 수립 - 고혈압, 당뇨병 checklist 활용 정착화 - 합병증 검사주기, 건강관리이력 피드백 등 지침 개발
		진료 인력 교육	- 표준진료 필요성 - 표준진료지침 안내
		진료 수준 평가	- 표준진료지침 준수 여부 모니터링 - 진료실 이용 만족도 조사 실시 및 환류
	만성질환 등록관리 체계화	지역보건의료정보 시스템 활용 고혈압·당뇨환자 등록관리	- 타사(방문건강관리, 진료실, 대사증후군관리사업 등) 연계를 통한 신환자 발견 - 고혈압, 당뇨 환자 건강관리이력(교육, 상담, 검진, 진료 등) DB 구축
		대상자 맞춤형 상설교육 표준화	- 고혈압, 당뇨 표준교육 지침 개발 - 환자 맞춤형 건강관리 방안 제시
		온라인 교육 시스템 구축	- 교육 접근성을 높이기 위하여 온라인 교육자료 개발 - 서울시 평생교육포털 연계 교육 강좌 개설
	민간자원 활용 강화	민간의료기관 연계 시민건강포인트 운영	- 시민건강포인트 정보관리시스템 활용 환자정보 공유 - 환자 건강관리(검진, 교육) 및 포인트 현황 DB화 - 건강포인트: 등록, 재진, 교육, 성과에 따라 포인트 적립(최대 20,000p 누적) 후 등록의원에서 필수검사, 예방접종비로 사용
		전문 교육상담 인력풀(Pool) 운영	- 표준 교육을 수행할 수 있는 인력 확보 - 보건소 인력 부족 및 예산 절감 효과
		건강 지도자 양성	- 환자 스스로 자조모임에 참여하여 다양한 건강정보를 안내하고 건강관리를 독려할 수 있는 촉진자 양성
	만성질환 예방관리를 위한 홍보마케팅	언론매체 활용 기획 홍보	- 다양한 언론매체를 통하여 시의적절한 보도자료 제공 - 보건복지부 홍보물(동영상, 인쇄물 등) 활용
		우수사례 공모	- 시민이 직접 참여하도록 하여 사업에 대한 관심 유도
홍보자료 뱅크		- 중앙홍보물 및 서울시 홍보자료 공유 및 제공	
지원단 운영을 통한 보건소 기술지원	광역단위 브랜드 홍보	- 광범위한 매체 활용 일관성 있는 메시지 제공 - 이메일 소식 매월 발간·배부	
	상시 기술자문 및 전략 개발	- 상시적 기술자문 및 자문위원회 운영 - 자치구 모니터링, 실무자 집담회 - 사업매뉴얼 개발 지원	
	보건소 분야별 담당인력 전문화	- 대사증후군관리 인력 전문교육 - 만성질환관리 인력 전문교육 - 진료인력 교육	

구 분	내 용
추진방법 및 추진체계	<p>○ 통합건강관리시스템으로 고위험군과 질환군의 체계적 관리</p> <p>- 기존의 중복적이고 비효율적인 성인대상 건강관리 사업을 “통합 건강관리 시스템”으로 개선하여 실효성 있는 건강관리 사업을 추진하여 심뇌혈관질환을 효과적으로 예방함</p>
	<p>○ 사업 지원단 운영</p> <p>- 전문적 기술지원, 보건소 인력 역량강화, 사업 모니터링 및 효과성 평가 등을 효율적으로 추진할 수 있는 전문기관에 민간위탁하여 대사증후군 관리, 심뇌혈관질환 예방관리사업 지원단 운영</p> <ul style="list-style-type: none"> · 심뇌혈관질환 예방관리 사업단 운영 · 대사증후군 관리사업 지원단 운영
기대효과	<p>○ 기존사업 및 자원의 유기적 연계를 통한건강관리서비스를 제공함으로써 시민 중심의 편의성과 효율적인 업무수행이 가능해짐</p> <p>○ 고혈압, 당뇨병 진료 표준지침에 의해 시민의 건강특성 고려한 맞춤형 접근으로 환자의 건강상태를 통합적으로 관리하여 보건소 만족도 제고</p> <p>○ 만성질환 고위험군(대사증후군)과 만성질환자를 등록하고 건강이력을 추적관리하여 환자 스스로 건강관리할 수 있는 역량 제고</p> <p>○ 사회적 네트워크를 통한 상호 협력적인 관리 모델로 지역별 민간 협력체계 구축되어 맞춤형 전문 건강관리 서비스를 제공함으로써 서울시민의 건강한 생활보장 및 사회경제적 비용 부담 경감효과</p>

I 일반 현황

1 주요 만성질환 현황 및 관리실태

□ 인구고령화와 질병부담 증가

- 급속한 노령화와 평균수명의 증가는 노인의 주요질환인 심뇌혈관질환에 대한 장애 부담 초래
 - 심뇌혈관질환은 서울시 사망원인 2위, 전체 사망자의 23%
 - * 사망원인 1위 암, 2위 심뇌혈관질환
 - * 서울시 전체 사망자 41,514명 중 심뇌혈관질환 사망자 9,467명 (2012 사망원인통계)
 - 심뇌혈관질환 사망률은 지속적으로 감소 추세지만 유병율은 증가하고 있어 장애 부담 증가
 - * 최근 10년간 서울시 중풍·뇌혈관질환 유병률 2배, 협심증·심근경색증 유병률 3.4배 (2010 서울시민보건지표조사)



○ 심뇌혈관질환의 선행질환인 고혈압·당뇨병 유병율 증가와 그로 인한 경제적·사회적 부담 기증

- 최근 10년간 서울시 당뇨병 유병률은 1.6배, 고혈압 유병률은 2배 증가
 - * 고혈압 '01년 7.43%→'10년 15%, 당뇨 '01년 3.56%→'10년 5.57(2010 서울시민보건지표조사)
- 서울시 고혈압, 당뇨병으로 인한 질병부담은 약 7.6천억원으로 '06년 대비 4배 증가
 - * 고혈압 4.8천억원, 당뇨 2.8천억원(2012 건강보험공단통계)

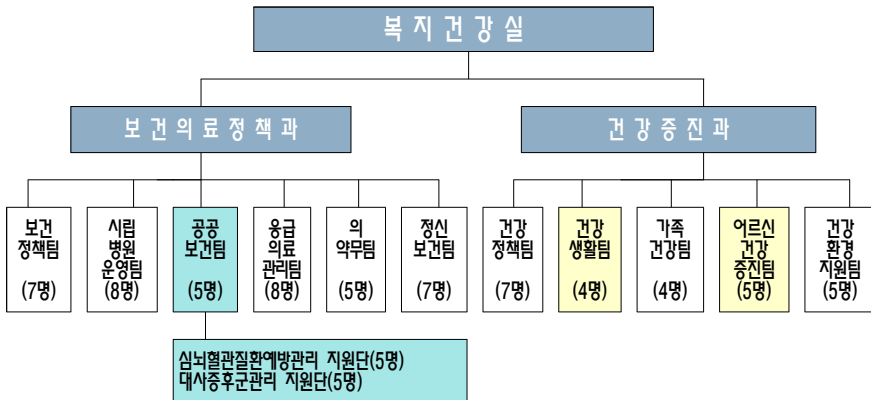
□ 만성질환의 적극적, 체계적인 관리 미흡으로 지속치료를 저조

- 보건소 진료수준 향상 및 만족도 제고 필요
 - 진료, 교육, 상담 등 관리가 유기적으로 연계되지 못하고 중복 또는 분절적으로 수행
 - 진료실은 검진과 처방을, 보건사업은 상담, 검사, 교육 위주로 진행
 - 보건소 진료의사 1인당 평균 106명/일이며 특정시간에 몰림으로 진료시간 부족
- 고혈압·당뇨병 관리실태 미흡
 - 서울시 고혈압, 당뇨병 관리교육 이수율 낮음
 - 서울시 고혈압·당뇨병 환자 중 지속적으로 치료받는 환자 비율 낮음
 - 미치료자 및 혈압, 혈당 조절자 비율 낮음 (2012 국민건강영양조사)
- 국민건강보험공단 검진자의 사후 등록관리가 활성화되지 못 함

2 심뇌혈관질환 예방관리사업 담당인력 및 조직 현황

□ 담당조직 명 : 보건의료정책과 공공보건팀

- 조직도 현황
 - 복지건강실 보건정책관 조직은 5개 '과' 25개 '팀'으로 구성됨
 - 보건의료정책과, 건강증진과, 식품안전과, 생활보건과, 동물보호과로 나뉘고 25개 보건소가 독립적인 기능을 담당하고 있음
 - 심뇌혈관질환 예방관리사업은 보건의료정책과 공공보건팀에서 주도하며 심뇌혈관질환 예방관리사업 지원단과 대사증후군 관리사업 지원단을 두고 있음.
 - 또한 건강증진과 건강생활팀의 건강생활실천사업과 어르신건강팀의 방문보건사업이 연계 추진되고 있으며 25개 보건소에서 심뇌혈관질환 예방관리사업이 실행되고 있음.



□ 인력 현황 : 총 15명

- 내부인력(5명) : 의사(2), 간호사(5), 운동사(1), 보건행정(7)
- 지원단(10명) : 의사(2), 간호사(3), 보건학(2), 영양사(1), 운동사(1), 통계학(1)

II 심뇌혈관질환 예방관리사업 계획

1 배경 및 필요성

- 건강관리에 대한 시민들의 요구도 증대, 질 높은 보건서비스 기대
 - 서울시민 65%는 복지서비스 중 “건강관리 및 건강증진 서비스” 확충 필요하다 응답 (2011 사회조사)
 - 예방접종, 진료 외 만성질환관리 및 건강증진서비스에 대한 수요 증대
- 만성질환 중심으로 질병패턴 급속하게 변화
 - 최근 10년간 서울시 심뇌혈관질환 유병율 2~3배 증가(2010 서울시민보건지표조사)
 - 흡연, 운동부족 등 생활습관 변화, 선형질환의 적정관리 실패에 기인
- 반면, 만성질환의 적극적, 체계적인 관리 미흡으로 만족도 저조
 - 만성질환 합병증 예방을 위한 검사의뢰 부족(족부검사 12.5%, 안저검사 10.8%)
 - 이상혈압 발견시 의사가 직접 혈압을 측정하는 경우: 26.8%
 - 보건소 진료실 평가(PACIC) 결과 진료후 서비스 연계 가장 미흡(1.68/5점)
- 이용시민 만족도 제고와 한정된 인력·예산의 효율적 운용을 위해 분절·중복적으로 수행하고 있는 만성질환관리 보건사업 연계 추진 필요
 - 1차진료실, 심뇌혈관질환관리사업 및 대사증후군관리사업 연계 추진
- 각 분야별 서비스 질 향상을 위한 전략 수립 필요

2 그간 추진실적

가 2013년 추진실적

□ 대사증후군 관리사업

○ 등록인원 : 175,385명('12년도 대비 22% 증가)

군분류	2010년	2011년	2012년	2013	비고(율,%)
적극적상담군	12,529	20,552	25,378	29,645	16.9
동기부여상담군 A	27,121	43,800	58,088	73,133	41.7
동기부여상담군 B	21,255	29,195	34,170	38,450	21.9
정보제공군	13,589	19,053	25,961	34,157	19.5
계	74,494	112,600	143,597	175,385	

※ 국민건강검진 사후관리 등록인원(비율): 15,480명(전체 등록인원의 8.8%)

○ 추구관리율(%) : 적극적상담군 및 동기부여상담군A·B

관리연도	첫 등록기간	6개월 관리율	12개월 관리율	비고
2011년	2010.1.1~12.31	21.8	12.1	15개보전소
2012년	2011.1.1~12.31	33.1	19.7	25개보전소
2013년	2012.1.1~12.31	41.5	24.6	

- 적극적상담군 6개월 추구관리율 : 29.1%('12년) ⇒ 40.5%('13년)

- 적극적상담군 12개월 추구관리율 : 16.2%('12년) ⇒ 21.4%('13년)

○ 위험요인 개선율(%) : 적극적상담군 및 동기부여상담군A·B

연도	적극적상담군 6개월 사후관리자 중 위험요인 2개 이하 감소 비율	적극적상담군+동기부여상담군A,B 6개월 사후관리자 중 위험요인 1개 이상 개선 비율
2011년	55.3%	42.7%
2012년	60.9%	49.3%
2013년	59.5%	41.6%

○ 질병 예방율 : 적극적상담군

: 6개월/12개월 사후관리자 중 질병(고혈압, 당뇨, 비만) 개선 또는 유지자 수 비율

연도	고혈압		당뇨		비만		비고
	6개월	12개월	6개월	12개월	6개월	12개월	
2011년	53.1	58.1	57.6	59.4	52.7	54.8	15개보전소
2012년	59.3	60.1	62.8	60.5	54.4	54.5	25개보전소
2013년	63.0	-	64.2	-	55.2	-	

○ 주요 지표별 목표대비 달성율

구분	목표	실적	달성율(%)
대사증후군 누적등록 실인원	50만명	52.5만명	105%
대사증후군 연간등록 실인원(A)	15만명	17.5만명	116.6%
검진전송자료 중 대사증후군 등록인원(B)	15,000명	15,480명	104.6%
대사증후군 인지율	33%	37.1%	112.4%
적극적상담군 위험요인 2개이하 감소비율	30%	59.5%	198.3%

○ 웹방식 통합DB시스템 구축, 서버 데이터센터로 이전

- 추진상황 실시간 모니터링 및 과학적 통계관리 가능
 - 월별 내소 동기별, 위험요인 개선 실적 등 주요 지표별 모니터링 가능
 - 소득, 학력별 주요 지표에 대한 모니터링 가능하도록 일부 기능 추가
- 서버를 데이터센터로 이전하여 개인정보 보호기능 강화

○ 『건강검진자 사후관리 지침』 개발 및 보급

- 국민건강보험공단 건강검진 결과 이상소견자에 대한 사후 건강관리 서비스 제공을 위한 「대사증후군 검진사후관리 지침」을 개발 및 보급
- '13년말 15,480명 등록, 전년도 2,552명 대비 6.1배 증가
- 건강검진 결과 활용한 사후 건강관리 서비스 제공의 기틀 마련

○ 『POCT 정도관리 지침』 개발 및 보급

- 현장검사기기(POCT)에 대한 정형화된 관리 가능
- 웹프로그램을 통한 정도관리 보고할 수 있도록 시스템 구축
- 모니터링을 통한 미비점 보완 등 검사기기의 과학적 관리 가능

○ 전문교육과정 운영

- 수요자 요구도 반영 맞춤형 교육 및 집담회: 7과정, 784명 참석(담당의사 교육: 19명)
- 정보습득, 상담기법 학습 및 상호 토론 등 교육 커리큘럼 다양화

○ 홍보사업

- 「북한산 둘레길四季 체험단」 운영 : 7개월(5~11월), 총 192명 참석
- 여성환경연대 '제로제로 대사증후군 건강축제'와 연계한 대사증후군 홍보
- 인지도 향상을 위한 「아파트 엘리베이터 광고」 실시 : 1개월 / 10,400개
- 타 기관의 지원단 방문 및 대사증후군 관리사업 소개발표를 통한 사업홍보
- 외국인 대상 홍보물(영문 포스터 및 리플릿) 제작 보급 : 2,500부

□ 심뇌혈관질환관리사업

○ 시민건강포인트 사업

- 참여의원 모집 현황 : 84개소
- 관리환자 현황 : 2,919명
- 포인트 현황 : 적립포인트 5,236,000 사용포인트 11,500

○ 보건소 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 예방관리 교육

구분	2011년	2012년	2013.10월
계	327,684	1,065,676	1,576,220
교육인원(명)	106,372	512,289	266,114
상담인원(명)	221,312	553,387	1,310,106

○ 보건소 진료실 이용 실태 조사

- 조사기간 : 2013.11.15. ~12.5
- 조사대상 : 6개월 이상 보건소 진료를 받은 고혈압·당뇨환자 500명(보건소별 20명)
- 조사도구 : 만성질환관리모형에 기초하여 개발한 표준화된 평가도구(PACIC)
- 조사결과 : 5개 영역 전반적으로 부정적 평가
 - 투약과 생활습관 개선에 대한 소극적인 형태의 질병관리(식습관개선, 운동 권유 등)는 상대적으로 높은 평가
 - 비의사전문가 방문 권유, 타 전문의 소개, 치료계획서 전달, 지역사회 프로그램 소개, 진료 후 추후관리 등과 같은 보건소 서비스 제공의 후속관리나 다른 서비스의 소개, 조정 등은 거의 이루어지지 않음

○ 시민건강포인트 시범사업 기반구축

- 타사업, 타시도 유사 사업의 전산시스템을 충분히 검토하여 예산을 절감하고 효율적으로 사업을 추진개발할 수 있는 방안 모색

○ 시민건강포인트 시범사업 홍보강화

- 시민건강포인트사업을 단편적으로 홍보하는 것보다 고혈압예방을 위한 건강안전망 구축의 일환으로 보도하여 시민의 이해도 제고
- 시민건강포인트 사업 홍보를 위해 일관성 있는 홍보매체를 서울시에서 개발하여 자치구에 배포함으로써 예산 절감 및 홍보 효과 제고

○ 고혈압·당뇨환자 교육 상담 기술지원

- 보건소 인력에 대해 반복적으로 전문화교육을 실시하여 고혈압·당뇨병 환자를 대상으로 표준화된 교육과 상담을 할 수 있도록 지원 실시(4회)

나 문제점 및 개선방안

□ 동기부여상담군B에 대한 관리 미흡

○ “동기부여상담군B”는 고혈압·당뇨병 등 약물 복용하는 만성질환자임

- 대상인원(13년말) : 38,450명(전체등록자 175,385명의 21.9%)

○ 동기부여상담군B에 대한 교육, 자조모임 연계 미흡 및 중재지침 필요

- 동기부여상담군B에 대한 교육 및 자조모임 활성화 미흡

- 합병증 예방을 위해 적극적상담군 보다 더 집중적인 통합관리가 필요해 보이나,
- 동기부여상담군A(비질환자)과 유사한 수준의 검진, 상담, 추후관리 진행 : 방문검진 2회(6개월, 12개월), SMS 문자발송(2회/월), 전화 추후관리(1회/월)

○ 동기부여상담군B 의사 상담율 저조

- 동기부여상담군B는 약물 복용자로 의사상담이 필요하나 대사증후군전문센터 내 전담의사 배치는 7개 보건소뿐(겸임 15, 필요시 3)

동기부여상담군B 관리 개선방안

- ▶ 대상자를 심뇌혈관질환관리사업과 연계하여 교육 및 자조모임 참여 유도(필수)
- ▶ 군분류 명칭을 대상자 특성에 맞게 약물복용군으로 변경
- ▶ 대사증후군관리전문센터 내 의사배치 확대 필요

□ 국민건강보험공단 검진자의 사후관리 등록이 활성화되지 못 함

- 건강검진자 사후관리 등록인원은 대사증후군관리사업 전체 등록 인원 8.8%, 국민건강보험공단 통보 인원의 8.2% 등록

공단 통보	활용 불가			활용 가능			
	계	미기재, 오류	미수신, 변경	계	상담거부	전화상담	상담 및 방문등록
188,007	82,706 (44%)	45,484	37,222	105,301 (56%)	45,527 (24.2%)	44,294 (23.6%)	15,480 (8.2%)

- 전화번호 미기재, 오류 등 근원적 활용 불가능 자료가 44%(82,706건) 차지
- 전화 상담 미시도 및 상담거절 등 자료가 24%(45,527건) 차지
- 상담 완료된 사람들 중에서도 방문 등록으로까지 연계된 비율이 낮음 : 59,774건 중 방문등록까지 연계는 25.9%(15,480건)

검진 사후관리 등록을 제고방안

- ▶ 검진자의 사업 참여 동의를 및 개인정보의 정확한 작성 홍보 및 협조(유관기관 등)
- ▶ 건강검진 후 검진자 스스로 보건소 방문하여 상담 받을 수 있도록 홍보 활성화 필요
- ▶ 전화 상담 후 방문등록 연계를 제고방안 마련 ⇒ 방문당(진)일 별도 안내 전화 실시 등

□ 대사증후군관리사업의 취약계층 참여율 저조

- 만성질환 유병율은 소득 및 교육수준이 낮을수록 높아 건강격차가 심한 질환
- 의료급여는 대사증후군 전체 등록인원의 2.9%(5,089명). 서울시 의료급여자 비율(2.08%) 대비 다소 높은 수준이기는 하나, 일부 자치구를 제외한 다수의 자치구에서는 등록 관리율 저조함: 강남(최저) 0.47%, 강동(최고) 11%

취약계층 검진 참여율 제고방안

- ▶ 의료급여 등 저소득층 등록인원을 일정비율 이상 유지하도록 사업 목표 설정 추진
- ▶ 검진 접근성 제고를 위해 지소, 열린보건소, 찾아가는 건강상담실 등 연계 활성화
- ▶ 방문건강관리사업 등과 유기적 연계를 통한 사업 대상자 발굴 확대 및 검진
- ▶ 장애인 연령제한 규정을 탄력적 적용(완화)하는 방안 강구 ⇒ 등록인원에 포함
- ▶ 취약계층 검진 참여현황 지속 모니터링 및 결과지표 분석·공유

□ 공복 채혈 원칙 미준수 사례가 있음

- 대상증후군 발견검사를 위해 10시간이상 공복 후 채혈하도록 하고 있으나, 일부 자치구에서 이를 준수하지 않는 사례가 있음.
: 캠페인 등 외부 행사 시 공복 미준수 채혈

- 공복 채혈 원칙 미준수는 검사결과 및 사업에 대한 신뢰도 저하 야기

서비스 질 제고방안

- ▶ 공복 준수가 사실상 불가능한 오후 행사는 검진 자제, 홍보 위주로 진행하도록 조치
- ▶ 지속적 모니터링(전화, 현장방문 등) 및 결과 분석·공유
- ▶ 원칙 미준수 사례는 인센티브 평가 시 반영 또는 보충자료로 활용(감점, 포상제외 등)

□ 심뇌혈관질환관리사업 체계화 미흡

- 사업 추진에 소요되는 예산 및 전담인력의 절대 부족
 - 통합건강증진사업비로 예산(국비)이 포괄적으로 교부되고 있으나 자치구의 예산 확보금액이 지나치게 소액(평균 5백만원)
 - 전담 인력 없이 대부분 타 사업 병행 수행(담당자 업무비중 평균 80%)
- 환자 발견 및 등록관리 체계 비활성화(등록정보 통합관리 미흡)
 - 대상자 발견 경로가 다양 : 진료실, 방문보건사업, 건강검진, 심뇌혈관질환관리사업(이동검진 포함), 대상증후군관리사업 등
 - 통합 등록관리 미흡(PHIS 활용 어려움) : 교육·상담 등 정보 공유 곤란
- 대상자의 동기강화 교육 및 상담과정 표준화 필요
 - 예방교육과 질환자 관리교육에 대한 기준이 없어 보건소별 교육 편차 큼
 - 질환자 관리교육과 예방교육의 기준 및 교육 표준화 필요
 - 담당인력 잦은 교체와 복수의 업무처리 등으로 전문화된 상담의 어려움

심뇌혈관질환관리사업 체계화 제고방안

- ▶ 지역보건정보시스템 활용 고혈압·당뇨환자 등록관리 활성화
- ▶ 유관사업과 유기적 연계를 통한 신환자 발견 및 등록 강화
- ▶ 고혈압·당뇨환자 자가관리능력 향상을 위한 표준 교육 및 자조모임 운영
- ▶ 민간의료기관 및 건강보험공단과 네트워크를 형성하여 포괄적 건강관리사업 추진

□ 보건소 진료 및 사업에 대한 부정적 인식

- 보건소 진료실에서 고혈압·당뇨 필수검사 실시율 매우 낮음
- 보건소 진료실 평가(PACIC) 진료 후 서비스 연계부분 미흡
- 보건소 진료환자가 특정시간에 몰림으로 진료시간 부족

진료수준 향상 제고방안

- ▶ 보건소 진료실 실태조사를 통한 개선계획 수립
- ▶ 진료 표준화 및 질적 향상을 위한 진료 가이드라인 개발·보급
- ▶ 진료인력에 대한 전문화 교육 실시

3 추진 방향

만성질환자의 통합 건강관리서비스 제공을 위하여 건강검진 사후관리, 대상증후군 관리사업, 고혈압·당뇨병 등록관리 사업 및 진료의 통합 운영관리

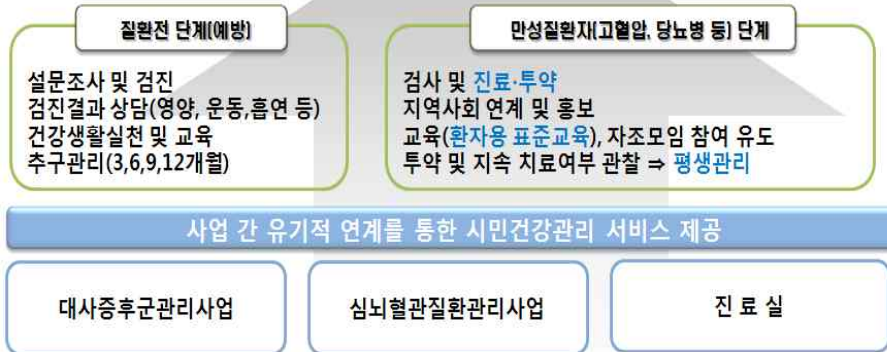
- 대상증후군 검진·등록 확대 및 내실있는 관리
 - 전문상담실 확대 운영으로 검진의 편의성 제고
 - 동기부여상담군B 관리방법 개선
 - 건강검진 사후등록 활성화 및 취약계층 검진 참여 확대
- 대상증후군 관리서비스의 질 관리 강화
 - POCT 장비관리 전담자 지정, 공복채혈 원칙 준수
 - 사업 담당자 전문교육과정 운영
- 고혈압·당뇨환자 진료 수준 향상
 - 만성질환자 맞춤형 통합건강관리(진료, 교육, 검사 등)로 진료 수준 향상
 - 적정진료시간 확보를 통한 충분한 상담으로 보건소 이용 만족도 제고
- 고혈압·당뇨환자 등록관리 강화
 - 전문 인력의 부족을 보완하기 위한 상담인력 풀 구축
 - 고혈압, 당뇨 환자의 표준 교육 자료 및 상담 자료의 보완 및 전문인력 교육
- 민간보건의료기관 협력 네트워크 구축
 - 민간의료기관과의 신뢰관계를 바탕으로 만성질환자 통합 건강관리
 - 건강보험공단과의 정보공유와 협업으로 사업의 효율성 제고
- 온, 오프라인 교육 병행으로 서비스 접근성 제고
 - 온라인에서 제공하는 것이 효율적이고 효과적인 정보는 ICT(Information Communication Technology)를 이용
- 대시민 홍보 활성화
- 웹방식 DB 시스템 안정화·업그레이드 지속
- 사업 효과성 평가 및 모니터링 활동 강화

- 사업관계자들 사이의 의사소통 확대
 - 정기적인 간담회 및 소통창구(홈페이지 게시판) 마련
- 타당하고 신뢰성 있는 보건소 평가지표의 개발

4 목적 및 목표

건강한 시민! 행복지수 Up, 의료비 부담 Down

시민들의 건강행태 개선, 자가건강관리 역량 강화



추진목표

○ 결과목표

- 장기 결과목표: 심뇌혈관질환의 합병증 발생률 및 사망률 감소.
- 중기 결과목표: 심뇌혈관질환의 조기발견을 위한 검진율 향상, 지속치료율 향상.
- 단기 결과목표: 고혈압·당뇨환자의 교육 경험율 향상, 등록환자의 자가 건강관리 능력향상과 제공받은 서비스에 대한 만족도 증가

○ 과정목표

구 분	2013년 추진실적	2014년	비고
대사증후군 연간등록 실인원	17.5만	18만명	
대사증후군 추구관리(6개월) 실적	41.5%	43%	
적극적 상담군 위험요인 감소비율(2개 이하)	58.8%	60%	
시민건강포인트 참여의원	84개소	150개소	
시민건강포인트 등록환자 인원	2,919명	20,000명	
보건소 등록환자 교육인원(연인원)	266,114명	250,000명	'13년은 지역사회 고혈압·당뇨환자 전체 대상

5 세부사업 추진계획

가. 세부사업 현황

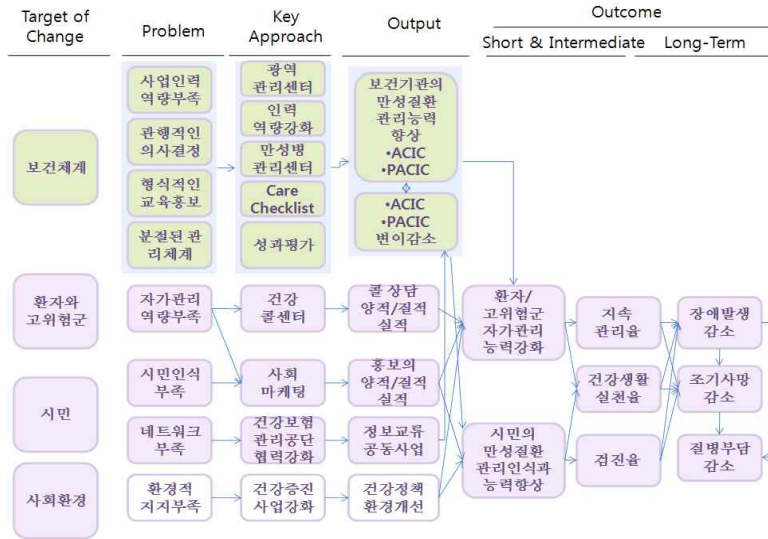
정책과제	단위과제	세부사업명	주요 내용
만성질환 예방 강화	고위험군(대사증후군) 조기 발견 및 적정 관리	검진 및 등록관리 확대	- 접근성 제고를 위한 전문관리센터 확대 운영 - 국가건강검진 연계 사후관리 서비스 활성화 - 취약계층 검진 참여 확대로 건강격차 완화
		서비스 질 관리 강화	- 대상자별 맞춤형 추구관리로 자가건강관리 역량 제고 - POCT 검사장비의 정도관리 강화로 검사 신뢰도 향상 - 사업 참여자 모니터링 실시
		통합DB시스템 운영	- 추진상황 실시간 모니터링 및 객관적 데이터 관리 - 과학적 분석 및 공정한 성과평가로 사업의 상향 평준화
만성질환자 건강관리 체계화	보건소 진료 수준 향상	보건소 진료 현황 모니터링	- 진료실 실태조사를 통한 개선계획 수립 - 진료실 이용 만족도 조사 실시 및 환류
		진료 가이드라인 개발	- 고혈압, 당뇨병 checklist 활용 정착화 - 합병증 검사주기, 건강관리이력 피드백 등 지침 개발
	만성질환자 등록관리 활성화	지역보건의료정보 시스템 활용 고혈압·당뇨환자 등록관리	- 타사업(방문건강관리, 진료실, 대사증후군관리사업 등) 연계를 통한 신환자 발견 - 고혈압, 당뇨 환자 건강관리이력(교육, 상담, 검진, 진료 등) DB 구축
만성질환자 자가관리능력 향상	대상자 맞춤형 상설교육 표준화	온라인 교육 시스템 구축	- 고혈압, 당뇨 표준교육 지침 개발 - 환자 맞춤형 건강관리 방안 제시 - 교육 접근성을 높이기 위하여 온라인 교육자료 개발 - 서울시 평생교육포털 연계 교육 강화 개설
		건강 지도자 양성	- 환자 스스로 자조모임에 참여하여 다양한 건강정보를 안내하고 건강관리를 독려할 수 있는 촉진자 양성
지역사회 자원 활용	민간 전문인력 확보	민간의료기관 연계 건강포인트 운영	- 시민건강포인트 정보관리시스템 활용 환자정보 공유 - 환자 건강관리(검진, 교육) 및 포인트 현황 DB화 - 건강포인트: 등록, 검진, 교육, 성과에 따라 포인트 적립(최대 20,000p 누적) 후 등록의원에서 필수검사, 예방접종비로 사용
		전문 교육상담 인력풀(Pool) 운영	- 표준 교육을 수행할 수 있는 인력 확보 - 보건소 인력 부족 및 예산 절감 효과
		건강 지도자 양성	- 환자 스스로 자조모임에 참여하여 다양한 건강정보를 안내하고 건강관리를 독려할 수 있는 촉진자 양성
인지도 향상을 위한 홍보 확대	만성질환 예방관리를 위한 홍보마케팅	언론매체 활용 기획 홍보	- 다양한 언론매체를 통하여 시의적절한 보도자료 제공 - 보건복지부 홍보물(동영상, 인쇄물 등) 활용
		우수사례 공모	- 시민이 직접 참여하도록 하여 사업에 대한 관심 유도
		홍보자료뱅크	- 중앙홍보물 및 서울시 홍보자료 공유 및 제공
보건소 역량강화	지원단 운영을 통한 보건소 기술지원	광역단위 브랜드 홍보	- 광범위한 매체 활용 일관성 있는 메시지 제공 - 이메일 소식 매월 발간·매부
		상시 기술자문 및 전략 개발	- 상시적 기술자문 및 자문위원회 운영 - 자치구 모니터링, 실무자 집담회 - 사업매뉴얼 개발 지원
		보건소 분야별 담당인력 전문화	- 대사증후군관리 인력 전문교육 - 만성질환관리 인력 전문교육 - 진료인력 교육

■ : 신규사업

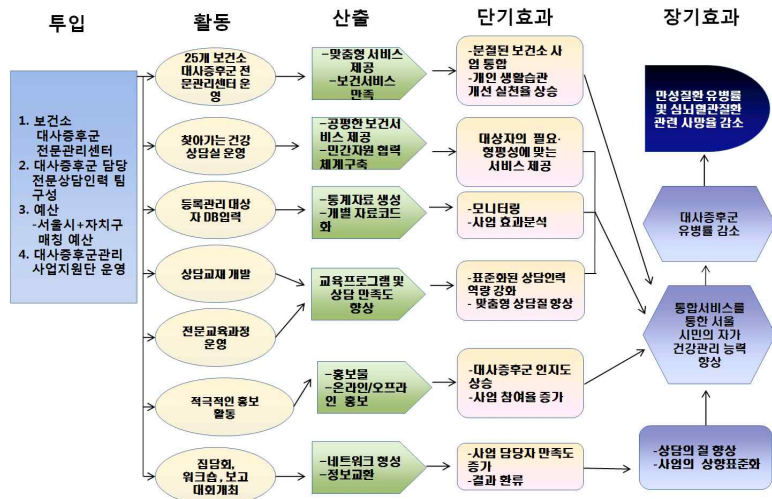
나. 사업추진 논리모형

심뇌혈관질환 사업의 논리적 모형

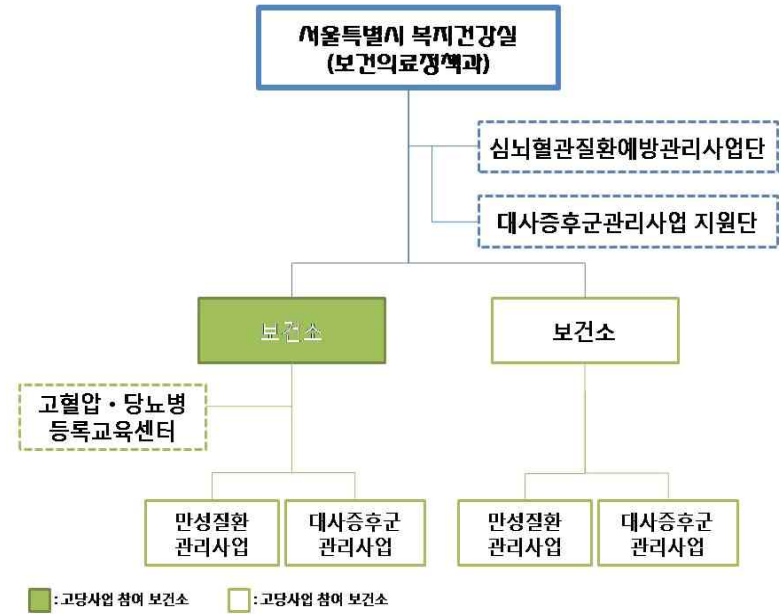
심·뇌혈관질환관리의 비전과 목적을 달성하기 위한 목표의 논리적 체계를 결과목표와 산출목표로 구분하여 아래와 같이 제시함



대사증후군 관리사업 사업모형



다. 추진체계



○ 서울특별시

- 사업 기본계획 수립, 예산 지원
- 사업 평가 및 환류
- 유관기관 협력관계 구축

○ 서울시 지원단(심뇌질환예방관리, 대사증후군관리)

- 상시모니터링 및 기술지원
- 보건소 전문인력 교육
- 대시민 홍보
- 홈페이지 및 DB 운영

○ 보건소

- 사업 세부추진계획 수립
- 대사증후군 관리센터 운영
- 고혈압·당뇨 등록관리사업 운영
- 시민건강포인트사업 운영

○ 보건소 진료 수준 향상

추진전략	추진과제	추진내용
건강주치의 운영	만성질환자 맞춤형 통합건강관리	- 건강매니저 역할 추가 : 고혈압, 당뇨병자 교육 및 상담 이력 관리 - 보건소 타사업 연계 활성화
	통합건강관리 DB화	- 보건기관통합정보시스템(PHIS) 활성화
적정진료 시간 확보	진료예약제 시범운영	- 충분한 상담을 통한 적정진료로 이용자 만족도 제고
표준진료 기술지원	보건소 표준진료지침 개발	- 고혈압, 당뇨 체크리스트 - 정기적인 합병증 검사 의뢰 - 진료상담 자료 개발·보급
	진료인력 교육	- 표준진료지침 교육 - 동기강화상담 교육
서비스 질 평가	보건소 진료실 이용 만족도 평가	- 보건소 진료실 이용자에 대한 만족도 평가 - 평가 결과 사업 환류

세부사업 1 보건소 진료실 모니터링

- 목적 : 보건소 진료실 실태조사를 통한 진료서비스 개선 계획 수립 및 평가 활용
- 대상 : 25개구 보건소 진료실(내과)
- 전략 : 환자 건강관리 피드백(feedback)을 통한 이용자 만족도 제고

- ① 보건소 진료현황 실태조사 실시
 - 기간 : 2014. 2~3월
 - 대상 : 25개 보건소 진료실(내과)
 - 방법 : 자체진단도구 활용 조사(ACIC) 및 문헌자료 참조
 - 내용 : 진료현황(평균 진료인원, 진료시간, 검사항목 및 검사주기 등)
 - 활용 : 수준 높은 진료를 위한 진료 가이드라인 개발시 활용
- ② 보건소 이용자 만족도 조사 및 질 평가
 - 기간 : 2014. 11월
 - 대상 : 25개 보건소 진료실(내과) 이용자(500명)
 - 방법 : 진료실 이용자 만족도 조사(PACIC)

- 내용 : 후속관리 및 서비스 의뢰율, 치료목표 설정과 지원, 서비스제공 및 의사결정지원 등
- 활용 : 교육전후 실무자 및 관리 의사의 평가 체계 구축, 평가지표 개발(의무기록, 필수검사실시율, 사후관리실시율, 교육실시율 등)

세부사업 2 고혈압당뇨 진료 가이드라인 개발

- 목적 : 표준화된 진료 가이드라인 보완으로 환자관리의 질(quality) 향상
- 대상 : 25개구 보건소 진료실(내과)
- 전략 : 보건의료체계의 표준화된 진료 및 관리 지원

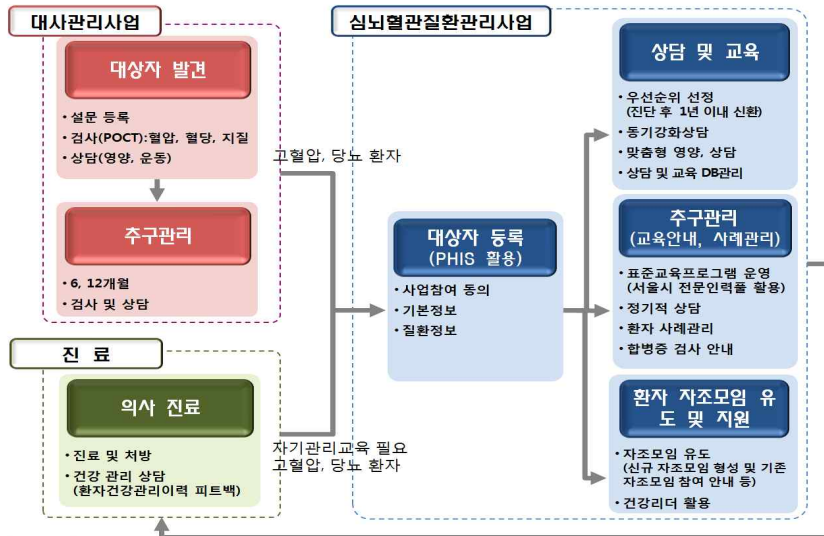
- ① 다양한 의견수렴
 - 기간 : 2014. 3~4월
 - 실태조사 결과를 근거로 표준화 진료 항목 및 기준에 대한 전문가 자문회의 및 진료의사 초첨집단 감담회(focus group interview)를 통한 의견 수렴
- ② 진료 가이드라인 개발 가이드라인 개발
 - 기간 : 2014. 4~6월
 - 내용 : 진료 단계별 서비스 기능 개선
 - 진료실 안내 기능강화(건강매니저): 단순접수 → 보건소 서비스 조정
 - 충분한 상담이 가능한 적정진료시간 확보: 진료예약제 권고
 - 초진상담 후 치료계획서 제공: 동기부여 상담후 공동치료목표 설정
: 보건소 건강생활실천사업 및 지역자원 연계 지원 등 사업 전반에 대한 설명과 공감대 마련, 동기 부여
: 대상자의 건강검진결과 상담, 병력/가족력 평가, 건강위험요인에 대한 분석을 통한 건강관리계획 수립 및 공동치료목표 설정
 - 질환별·생애주기별 필수검사 수행: 혈압, 혈당, 심전도, 안저검사, 발검사 등에 대한 검사주기 및 의뢰 기준 제공
 - 만성질환 자가관리 지원 : 고혈압·당뇨 표준교육 서비스 연계
 - 합병증 위험환자에 대한 진료연계 서비스: 시립병원, 민간협력병원 등
- ③ 보건소 진료인력 네트워크 형성 : 진료의사, 간호사(건강매니저)
 - 기간 : 2014. 3~11월
 - 집담회를 통한 정보공유 및 효과적인 진료 방안 논의

○ 고혈압·당뇨환자 등록 관리

세부사업 1 대상자 연계 등록 강화

- 목적 : 사업간 연계를 통한 고혈압·당뇨 환자 조기 발견으로 인력, 예산 등의 사업 효율성 및 환자 등록관리율 제고
- 대상 : 보건소 유관사업(대사증후군관리, 진료실(내과), 방문건강관리 등)
- 전략 : 사업간 칸막이를 없애고 시민 중심의 통합적 만성질환 관리체계 구축하도록 사업 연계 강화

- ① 대증후군관리사업 동기부여상담B군 : 1차 상담 및 검진 후 연계
: 차지구별 최소 518명에서 최대 5,509명으로 추정(2013.12월 기준)
- ② 진료실 만성질환자
: 진료 후 자가관리교육 필요시 ⇨ 지역보건의료정보시스템 연계 대상자 등록
- ③ 방문건강관리사업 만성질환자
: 서비스 후 자가관리교육 필요시 ⇨ 지역보건의료정보시스템 연계 대상자 등록
- ④ 건강검진 연계 사후관리
- 대상자 : 건강검진 결과 유질환자
- 내용 : 고혈압·당뇨 상설교육 및 시민건강포인트 사업 안내
- 전략 : 민간의료기관, 주민센터 등 지역자원을 활용한 보건소 외 교육 프로그램 운영



세부사업 2 지역보건의료정보시스템 활용 만성질환자 등록관리 활성화

- 목적 : 체계적인 환자 등록관리를 통해 질환에 대한 환자의 자가관리능력 제고
- 대상 : 보건소 심뇌혈관질환예방관리사업(만성질환 관리사업)
- 전략 : 전산시스템을 통한 고혈압·당뇨 환자 등록관리로 환자 건강관리 이력 공유하여 사업간 칸막이 제거, 통합적 운영

- ① 환자 자료 DB구축으로 체계적인 정보 관리
 - 환자의 기본정보 및 진료, 검사, 교육·상담 이력을 전산화하여 사업간 정보를 공유함으로써 환자에 대한 질환을 효과적으로 통합 관리
 - 제공서비스 : 건강관리 그래프, 교육참여내역 조회, 상담일정 및 검사의뢰 현황 등
- ② 지역보건의료정보시스템을 통한 실시간 모니터링
 - 사업 실적 및 통계자료가 자동화되어 실시간으로 확인 가능하므로 문제점 개선을 위한 사업 환류를 위한 행정적 효율성을 제고할 수 있음
 - 현황 조회 : 대상자 등록대장, 만성질환 종합관리대장 등
- ③ 고혈압·당뇨환자 등록관리 운영지침 개발 및 보급
 - 대상자 우선순위 선정 : 신규환자(진단 후 1년 이내), 복합질환자
 - 표준교육 및 상담 지침 : 소규모 집단교육, 통합교육(동기강화, 운동, 영양, 질환) 지향
 - 지역보건의료정보시스템 활용 방법 교육
 - 환자의 통합건강관리 전략 개발 : 지역사회 건강리더 활용 자조모임 활성화 등
- ④ 보건소 인센티브 평가지표 반영
 - 사업간 연계 실적
 - 고혈압·당뇨환자 등록실적
 - 고혈압·당뇨 등록환자 교육이수율
 - 표준교육프로그램 실시율(전문교육상담인력 활용 및 1인 수료 교육차수 등)

○ 만성질환자 자가관리능력 향상

세부사업 2 대상자 맞춤형 상설교육 표준화

- 목적 : 고혈압·당뇨환자의 지속치료를 및 환자의 건강관리 수준 향상
- 대상 : 보건소 심뇌혈관질환예방관리사업(만성질환관리사업)
- 전략 : 기존 교육자료를 활용하고 사용자의 의견을 수렴하여 사업에 환류

- ① 보건소 고혈압·당뇨교육 현황 모니터링
 - 기간 : 2014. 1~2월
 - 내용 : 교육대상자, 등록 여부, 교육기간, 교육내용, 교육자료 등에 대한 자료 수집 및 분석
 - 활용 : 표준 교육프로그램 개발 근거 활용
- ② 표준 교육프로그램 운영 및 보완
 - 기간 : 2014. 4~5월
 - 내용 : 서울시 표준교육프로그램 및 경기도 고혈압·당뇨병 광역교육센터 교육자료 활용 ⇨ 운영 결과 문제점 및 개선요청사항에 대해 교육자료 보완(요청)
 - 기준 : 교육대상자의 적합성, 교육기간의 양적 충분성, 교육내용의 질적 우월성, 교육시행의 용이성 등
 - 방법 : 델파이 조사(2회), 전문가 자문회의(1회)
- ③ 리콜·리마인더 서비스
 - 리콜 서비스 : 진료·교육예약일 통보 SMS 발송
 - 리마인더 서비스 : 진료·교육 예약 후 미방문자에게 전화상담 및 실시, 정기적 정보 제공 (SMS, 교육자료, 소식지 등), 불규칙 의료이용자 사례 관리
- ④ 표준 교육프로그램 운영에 필요한 교육 자료 개발 및 보급(3종)
 - 표준 교육에 상당할 수 있는 자료집 제작(교수용 PPT, 탁상형 등)

세부사업 3 온라인 교육시스템 구축

- 목적 : 환자의 교육이수율 향상으로 질환관리에 대한 올바른 정보 제공 및 건강행태 개선 독려
- 대상 : 서울시 고혈압·당뇨 환자
- 전략 : 직장, 시간 등의 이유로 보건소에 방문하여 교육을 받지 못하는 고혈압·당뇨 환자를 위한 온라인 교육 기회 제공으로 교육접근성 향상

- ① 질환별 교육 동영상 개발(3종)
 - 고혈압, 당뇨병에 대한 운동, 영양, 약물복용 등의 생활지침을 알려주는 동영상 개발
 - 플래시 애니메이션을 활용하여 지루할 수 있는 정보를 재미있게 제공
 - 일방적인 정보제공의 한계를 극복하기 위해, 다양한 Quiz 등을 통한 참여 유도
- ② 고혈압·당뇨 온라인 강좌 개설
 - 서울시 평생교육포털 연계 온라인 강좌 개설
 - 시민건강포인트 사업 연계 : 시민건강포인트 등록환자가 온라인 교육 수료시 교육포인트가 지급되도록 시스템 개발
 - 자치구 교육 강좌 개설 권고

○ 민간 전문인력 확보

세부사업 1 민간 보건의료기관 연계

- 목적 : 지역사회 보건의료기관과의 네트워크 형성으로 공공보건의료 서비스 강화
- 전략
 - 활발한 정보 공유와 참여로 자원 중복 투자 방지
 - 민간의료기관과의 신뢰관계 회복으로 사업의 주체적 역할 부여

- ① 민간의료기관 연계 시민건강포인트 운영
 - 역할 분담: 만성질환자에 대한 '민간의원의 치료'와 '보건소의 교육'에 대한 역할 구분 철저
 - 시범보건소(7개구) : 용산, 성북, 강북, 구로, 관악, 서초 강동
 - 건강포인트 적립 및 사용
 - 등록, 방문, 교육, 성과에 따라 건강포인트를 적립하고 등록의원에서 필수검사비, 예방접종비로 사용(최대 누적 20,000포인트, 1포인트=1원)
 - 환자의 교육이수율 및 지속치료를 제고를 위하여 포인트 구성 개선(안)

구분	변경전		변경후		비고
	포인트	최대누적 포인트	포인트	최대누적 포인트	
등록	3,000	3,000	3,000	3,000	년1회 → 최초 등록시에만 제공
교육	1,000	5,000	2,000	9,000	교육 수료시 1,000 → 2,000, 등록 이전(6개월) 교육 포인트 소급 가능
방문	1,000	8,000	1,000	12,000	월1회 8회/년 → 월1회 12회/년
성과	2,000	4,000	2,000	4,000	고혈압·당뇨 조절성공시 연1회 제공
계		20,000		25,000	최대 적립 20,000 → 최대 누적 20,000

- 사업 효과 평가
 - 기간 : 2014. 10~11월
 - 평가 지표 : 민간의원 참여율, 환자등록율, 교육이수율, 이용자 만족도 등
 - 평가 방법 : 등록환자 표본추출하여 설문조사, 정보관리시스템 데이터 활용
- ② 건강보험공단 협력체계 구축
 - 정보교류 및 사업협력 : 환자발견 및 지속관리에 대한 정보 공유, 중복서비스에 대한 조정으로 사업의 효율성 제고
 - 시범보건소 지역의 국민건강보험공단 지사에서 검진결과지 발송 시 대사증후군 진단과 서울시 보건소 대사증후군 관리사업 안내문구 발송
 - 국민건강보험공단 검사자 중 대사증후군 진단 대상자 검색 가능하게 하여 보건소 방문 유도를 위한 안내문 발송
 - 대사증후군 관리 프로세스 적용하여 서비스 제공
 - 지속적인 간담회를 통해 건강검진 사후관리 자료의 활용 활성화 방안 논의

세부사업 2 민간 전문인력 양성

- 목적 : 만성질환자 자기관리역량 강화에 필요한 교육 및 자조모임 운영을 실시할 민간전문인력을 양성하여 보건소 만성질환관리사업을 지원하고자 함
- 전략
 - 표준 교육 수행 인력을 확보하여 보건소 인력 부족 및 예산절감 효과 기대
 - 환자 자조모임을 활성화할 수 있는 촉진자 양성

① 인력모집

- 기간 : 2014. 1~2월
- 모집분야
 - 전문 교육상담 강사 : 고혈압·당뇨 표준 교육(영양, 운동, 질환, 약물복용) 강사
 - 건강지도자 : 고혈압·당뇨 자조모임 지도자
- 모집방안
 - 보건소 추천 : 현재 보건소에서 시행하고 있는 교육 및 상담 프로그램에 강사, 또는 상담자로 참여하고 있는 전문가
 - 관련 대학원 및 유관 전문단체 추천 : 간호학과, 약학과, 식품영양학과, 운동처방학과, 체육관련 학과, 의사협회, 간호사협회, 임상영양학회, 임상약학회, 임상건강증진학회 등.

② 인력 양성

- 기간 : 2014. 3~12월
- 전문 교육상담 강사 과정
 - 최초교육(2회): 서울시 표준 심뇌혈관질환 교육 및 상담 프로그램 교육 3일
 - 보수교육(분기 1회): 분기별 1일씩 교육을 시행
- 건강지도자 과정(2회) : 고혈압·당뇨 관리를 위한 환자의 역할 등을 숙지하여 수동적인 교육이 아닌 쌍방향의 정보교환을 위한 자조모임 활성화시킬 수 있는 촉진자

③ 인력 활용

- 인력정보 제공 : 기본 정보(인적 사항, 전문분야, 활용 현황과 평가 등)를 홈페이지에 게시. 상세한 정보는 보건소의 요청에 의해 제공.
- 보건소에서 활용하고자 하는 상담인력과 접촉하여 활용하고 인건비를 지불
- 보건소 담당자는 사용 인력에 대한 평가표를 작성, 사업단에 통보
- 사업단에서는 인력 활용 현황과 평가표를 사업담당자들에게 공개하여 보건소에서 활용할 인력의 선정에 참고하도록 함.

○ 만성질환 예방관리를 위한 홍보마케팅

세부사업 1 언론매체 활용 기획 홍보

- 목적 : 서울시 만성질환 예방관리를 위한 필요성 및 인지도 제고
- 전략
 - 미디어를 집중 활용하여 인지도 극대화
 - 스토리텔링(이용자 사례) 형식의 보도자료 제공

① 중앙 일간지 신문과 자치구 지역신문을 통한 홍보

- 중앙 일간지 홍보 : 기획기사 등 보도
 - 서울시·지원단에서 기사 정보 제공
 - 시민들의 관심을 끌 수 있는 이벤트 진행 시 신문사로 보도자료 제공
- '세계 고혈압의 날', '세계 당뇨의 날' 기념 보도자료 제공
 - 대사증후군관리사업 및 심뇌혈관질환예방관리사업, 시민건강포인트사업 등을 이용한 시민을 대상으로 사업 참여 동기, 만족도, 바라는 점 등을 취재하여 스토리텔링 형식의 보도자료 제공

② 공중파 방송을 통한 홍보

- 방법 : 연예인 혹은 시민 중 보건소 대사증후군 전문관리센터를 방문하여 대사증후군 관리프로그램에 대한 소개, 대상자 선정, 상담과정, 교육과정, 사후관리 받는 전체적인 과정을 촬영하여 공중파 방송의 교양정보 프로그램에 방송되게 함
- 준비사항 : 시나리오 작성, 모델 섭외, 장소 협조
 - ※ 홍보 진행시 예산 문제와 방송사와의 기획의도 파악과 일치 문제, 제작 후에도 방송사 사정으로 방송에서 제외될 수 있음

세부사업 2 우수사례기 공모전 개최

① 홈페이지를 활용한 우수사례수기 공모전 개최

- 배경 및 목적 : 본 사업의 참여를 통한 서울시민의 건강생활을 독려하고 우수 건강관리 사례를 발굴하기 위해 사업 참여시민을 대상으로 수기 모집을 실시하고자함
- 모집 주제 : 서울시 대사증후군 관리사업 체험 수기, 사업 참여를 통한 건강생활 실천 사례
- 모집 대상 : 서울시 대사증후군 관리사업에 참여한 서울시민
- 수기 활용 : 최종 당선작은 서울시 대사증후군 관리사업 공식 홈페이지에 게시
- 접수 방법 : 우편 또는 홈페이지 접수(www.5check.or.kr)

세부사업 3 홍보자료뱅크 구축

- ① 중앙홍보자료 활용 안내 및 서울시 홍보자료 공유
 - 자치구 매체 매칭 중앙 TV 광고물 적극 활용 권고
 - 홈페이지 배너 링크 : TV 광고물 17종
- ② 홍보자료 공유 : 홈페이지 게시
 - 중앙홍보물 다운로드 링크 : 라디오 광고, 플래시애니메이션, 인쇄물 파일 등
 - 서울시 제작 홍보물 자료실 공유 : 교육자료(캘린더, PPT), 포스터 등

세부사업 4 광역 단위의 브랜드 홍보

- ① 광범위한 홍보로 브랜드 인지도 제고
 - 일관성 있는 홍보로 사업에 대한 브랜드(ex. '서울시와 오라하자', '고혈압·당뇨병 관리만 잘해도 포인트가 쌓여요') 인지도 제고
 - 다양한 홍보매체를 통해 메시지를 광범위하게 노출하여 홍보효과 제고
 - : 아파트 엘리베이터, 지하철 광고 등
- ② 중앙·지역 합동캠페인 실시
 - 시기 : 2014. 5월(세계고혈압의 날 기념)
 - 방법 : 고혈압에 대하여 보건학적 접근으로 시도되고 있거나 정착되어진 보건사업 소개 및 시민 참여를 향상을 위한 기획으로 행사 개최
- ③ 소식지 홍보(월1회)
 - 뉴스레터 형태의 소식지를 매월 발간하여 사업관계자와 구독을 희망하는 시민에게 이메일 발송
 - 대상 : 보건소장, 담당과장, 팀장, 담당자(상담사), 보건복지부, 질병관리본부 관계자, 홈페이지 가입자 ⇨ 대사증후군, 만성질환 등록관리자 확대 예정
 - 내용 : 대사증후군 및 심뇌혈관질환관리 이슈, 사업소식, 현장의 소리(인터뷰), 사업 근거 등

○ 지원단 운영을 통한 보건소 기술지원

세부사업 1 지원단 연계 강화를 통한 통합 기술지원

- ① 지원단 운영
 - 심뇌혈관질환예방관리 사업단(한림대학교 산학협력단: 배상수 책임연구원)
 - 대사증후군 관리사업 지원단(고려대학교 산학협력단: 임도선 책임연구원)
- ② 통합 워크숍 개최
 - 각 지원단이 통합으로 워크숍을 실시하여 대사증후군관리사업과 심뇌혈관질환관리사업의 유기적인 연계를 지원을 위하여 사업의 추진방향 안내

- 시기 : 2014. 5월
- 내용 : 주요 변경사항, 추진방향, 지침 안내, 사례 발표
- ② 상시적 기술자문 : 25개 보건소 문의전화 응대
 - 응대 내용 관련 대장 작성
 - 문의한 내용 중 자문 또는 논의가 필요한 사항은 자문단 또는 실무자 등의 회의를 거쳐 응대
- ③ 서울시 심뇌혈관질환 예방관리사업 협의체 운영
 - 구성 : 심뇌혈관질환예방관리사업단장, 대사증후군관리사업지원단장, 성동구 고혈압·당뇨병 등록교육센터장, 기타 지역사회 관련 전문가
 - 운영 : 분기 1회 운영(필요시 수시 개최)
- ④ 자문위원회 운영
 - 목적
 - 외부 전문가 및 관련 기관 등과의 협조적인 관계를 유지
 - 학계 전문가, 실무 연구진의 자문 및 회의를 통해 사업의 방향 및 의견수렴으로 사업의 내실화
 - 운영내용 : 자문위원회 년 2회 이상 개최
- ⑤ 자치구 모니터링을 위한 간담회
 - 목적 : 사업수행 과정 중 자치구별 사업 진행 과정을 모니터링을 하고, 자치구별 발생하는 문제점을 안전으로 자문과 의견 교환을 통하여 문제해결을 하기 위함
 - 간담회 종류 : 자치구 모니터링을 위한 보건소장 간담회 또는 자치구 모니터링을 위한 보건소 실무자 간담회로 안전에 따라 구분하여 개최
- ⑥ 보건소 집담회
 - 행사명 : 대사증후군 관리, 심뇌혈관질환 예방관리 보건소 집담회
 - 참석대상 : 서울시 25개 보건소 사업 관련 담당자 및 내용에 관심 있는 직원
 - 패널 : 대사증후군 및 심뇌혈관질환 예방관리 사업 운영위원회 위원

세부사업 2 보건소 분야별 전문인력 전문화

- 목적
 - 신규 인력을 대상으로 사업의 전반적인 이해 및 전문가적 기량 발휘를 도모
 - 2013년 전문교육과정을 기반으로 하여 보다 심층적이고 실제적인 사례관리 및 실무 능력을 배양
 - 건강매니저의 역할과 기능을 정립하고, 대상자 중심의 포괄적이고 전문적인 상담역량을 증진시키며, 다학제적 접근 및 데이터 관리 능력 제고
- 교육과정 개요 및 내용
 - 운영시기 : 2014년 4월 ~ 12월
 - 수행기관 : 지원단, 대학 교수 및 연구원으로 구성

- ① 기존 교육과정 및 의견수렴 내용에 기초한 대상자 특성별 교육 프로그램 개발
- 교육 내용 : 사업기획, 임상적 지식, 의사소통 능력, 상담기술, 다학제간 접근능력, 보건교육 능력, 체계적인 접근, 임상자료의 분석과 관리, 건강매니저의 역할과 기능
 - 교육 방법 : 강의, 그룹토의 및 사례발표
- ② 전문교육과정 운영
- 대사증후군 관리사업 교육과정 운영
 - 대상 : 보건소의 영양, 운동 담당자, 실무자
 - 내용 : 사업 안내, 대사증후군 관련 지식, 사례관리 실습, 상담기술
 - 심뇌혈관질환 예방관리 교육과정 운영
 - 대상 : 보건소의 영양, 운동 담당자, 실무자
 - 내용 : 사업 안내, 심뇌혈관질환 예방관리 지식, 자체 교육프로그램 운영 방법
 - 건강매니저 대상 교육과정 운영
 - 대상 : 보건소의 건강매니저
 - 내용 : 대상자에 대한 포괄적 요구사정, 다학제적 접근 전략, DB 등의 자원 연계 및 활용방안, 자료분석 및 관리, 건강매니저 운영 전략

마. 자체평가 및 모니터링 계획

- 목 적 : 사업계획에서 제시된 목표의 달성정도와 이를 위한 노력의 성공요인 및 문제점을 구체적으로 파악하여 2014년 사업계획에 반영하여 보완
- 평가기준 및 차기 사업적용

평가기준	탁월 (90점이상)	우수 (80~89점)	보통 (70~79점)	미흡 (60~69점)	미달 (60점미만)
차기 사업적용	유지	보완, 유지	보완, 발전	재검토, 활성화	사업 수정보완 또는 변경

○ 평가지표

① 구조평가(20점)

평가단계	평가항목	평가지표	평가기준	배점	결과
구조 평가 (20점)	사업선정의 적절성	○ 지역사회 요구도 파악 ○ 지역사회 기초자료 근거	모두포함	5	
			1요소포함	3	
			미포함	1	
	사업대상자	○ 사업대상자 선정의 적절성	적절	5	
			부적절	3	
	조직·인력	○ 적절한 전문인 투입 ○ 적절한 인력의 투입 ○ 업무분장의 적절성	모두포함	5	
2요소포함			3		
1요소포함			1		
예산	○ 예산 확보의 적절성	적절	3		
		부적절	1		
지역지원	○ 협조체계설정 명확성	적절	2		
		부적절	1		

② 과정평가 (55점)

평가단계	평가항목	평가지표	평가기준	배점	결과
지원단 운영 (21)	행사 (11)	○ 워크숍 및 평가대회 개최 ○ 집담회 및 간담회 개최 ○ 캠페인 개최	1회 이하 2회 3회 이상	1 2 3	
			1회 이하 2-5회 6회이상	1 3 5	
			미개최 개최	0 3	
	회의 개최 (8)	○ 운영회의 회의 ○ 자문위원회 개최 ○ 사업 지원단 내부 회의	5회 미만 5-9회 10회이상	1 2 3	
			미개최 개최	0 2	
			15회 미만 15-29회 30회이상	1 2 3	
기술지원 (2)	○ 사업 수행 가이드라인 제공	미제공 제공	0 2		
기술 지원 (7)	교육 훈련 과정 (3)	○ 전문화교육 실시	1회 이하 2~3회 4회 이상	1 2 3	
	교육자료 개발 (2)	○ 교육자료 제작 및 보급	1종 이하 2종 이상	1 2	
	모니터링 (2)	○ 현장 밀착형 교육 지도 및 평가	미수행 수행	0 2	
가변확대 (12)	전문교육상담인력 풀 운영(5)	○ 전문교육상담인력 풀 구축 ○ 전문교육상담인력 활용	미구축 구축	0 2	
			3회 이하 3~10회 10회 이상	1 2 3	
	온라인 교육시스템 구축(7)	○ 온라인교육시스템 구축 ○ 온라인교육 콘텐츠 개발	미구축 구축	0 4	
			미개발 개발	0 3	
DB 관리 (4)	통합 DB 수정·보완(2) 웹가변DB 운영(2)	○ 시스템 오류 보정 ○ 사업 통계 업데이트 ○ 웹가변DB프로그램 운영	미 시행 시행	0 2	
			미운영 운영	0 2	

평가단계	평가항목	평가지표	평가기준	배점	결과
법사민적 홍보 (9)	홍보물 개발 (3)	○홍보 계획 수립 인지도 향상 변화 목표 설정 세부 홍보 실행 전략 개발	미수립 수립	0 1	
		○홍보물 디자인 개발 및 제작	미개발 1-2종 3종이상	0 1 2	
	온라인 홍보계획 (6)	○홈페이지 및 블로그 유지, 관리 ○모바일웹, 어플리케이션 유지,관리	미 시행 월1회이상 업데이트	0 1	
		○온라인(홈페이지, 블로그)을 통한 홍보	5회 미만 5회 이상	1 2	
		○우수사례 수가공모	미시행 시행	0 1	
		○뉴스레터 및 소식지 발송	10회 미만 10-19회 20회이상	0 1 2	
평가(2)	보건소 평가(2)	○평가지표 활용 2014년 보건소 사업평가	미시행 시행	0 2	

③ 결과평가(25점)

평가단계	평가항목	평가지표	평가기준	배점	결과
결과 평가 (25점)	성 과	▶ 대사증후군 등록실적	14만명 이하 14만~18만명 18만명 이상	1 2 3	
		▶ 대사증후군 추구관리실적	34% 이하 34~43% 43% 이상	1 2 3	
		▶ 대사증후군 위험요인 개선인원	45% 이하 45~60% 60%이상	1 2 4	
		▶ 시민건강포인트 참여인원	100개소 이하 100~150개소 150개소 이상	1 2 3	
		▶ 시민건강포인트 등록관리환자 인원	1만명 이하 1만~1만5천명 1만5천~2만명 2만명 이상	1 2 3 4	
		▶ 보건소 등록환자인원	10만명 이하 10만~15만명 15만명 이상	1 2 3	
		▶ 보건소 등록환자 교육인원	15만명 이하 18만~20만명 20만명~25만명 25만명 이상	1 2 3 5	

바. 추진 일정

단위과제	세부사업명	추진일정 (월)											
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
고위험군 (대사증후군) 조기발견 및 적정관리	검진 및 등록관리 확대	공단 협의	지침 개선								전문인력 교육		집담 회
	건강검진 사후등록관리 및 대상증후군 등록 및 상담(교육)												
	서비스 질 관리 강화					현장 방문					전화 확인		
	대상증후군 등록 및 상담(교육)												
보건소 진료수준 향상	보건소 진료 현황 모니터링	실태조사 문헌조사											만족도 조사
	진료 가이드라인 개발		자문회의 간담회										
	진료인력 네트워크 구축		집담 회		집담 회						집담 회		
	가이드라인 개발 가이드라인 활용												
만성질환자 등록관리 활성화	지역보건의료정 보시스템 활용 고혈압·당뇨환자 등록관리	운영지침 개발	시스템 교육							시스템 교육			
만성질환자 자가관리능력 향상	대상자 맞춤형 상설교육 표준화	보건소 교육 모니터링	델파이조사 자문회의					교육자료 개발·보급					
	온라인 교육시스템 구축	온라인 교육 콘텐츠 개발											
지역사회 자원 활용	민간의료기관 연계 건강포인트 운영	실무 회의	운영		실무 회의		운영		실무 회의	평가	운영		실무 회의
	전문 교육상담 인력풀(P.OOL) 운영	인력모집	운영		인력 모집		운영						
	건강 지도자 양성				양성 교육					양성 교육			
	언론매체 활용 기획 홍보		고혈압의 날 기획 보도							당뇨의 날 기획 보도			
인지도 향상을 위한 홍보 확대	우수사례 공모												
	홍보자료뱅크	홍보자료 수집 및 게시·공유											
	광역단위 브랜드 홍보	소식지 발행											
보건소 역량강화	상시 기술자문 및 전략 개발	상시 지원											
	보건소 분야별 담당인력 전문화							만성질환관리 및 조사 감시 전문인력 교육(FMITP)					
					고혈압·당뇨 교육상담인력 교육								

사. 사업 예산

○ 국고보조금 신청금액

(단위 : 만원)

'13년 예산(국비)	'14년 예산				비고(증감사유)
	총액	국비	시비 (자체예산 포함)	구비 (자체예산 포함)	
48,407	607,468	26,174	313,707	267,587	민관협력 고혈압·당뇨 등록관리사업의 등록자수(13.12.31 기준)으로 '12년 국민건강정보협동단 외래실인원 반영하여 산출

○ 세부사업별 소요예산

(단위 : 천원)

사업명	'13년 예산	'14년 예산	증가액	산출내역
계	6,982,702	6,074,674	△908,028	
심뇌혈관질환예방관리 사업단 운영	200,000	200,000	0	국비 100,000천원 시비 100,000천원
민간위탁비	200,000	200,000	0	
대사증후군관리 사업지원단 운영	5,501,570	5,322,200	△21,243	시비 2,742,200천원 구비 2,580,000천원
사무관리비	29,570	5,000	△24,570	예방, 홍보 및 실무자 교육(시비100%)
민간위탁비	250,000	237,200	△12,800	대사증후군관리사업지원단 운영(시비100%)
자치단체경상보조금	5,222,000	5,080,000	△142,000	자치구 사업비(시비50%, 구비50%)
전문인력 교육훈련비	78,000	60,000	△18,000	국비 30,000천원 구비 30,000천원
사무관리비	3,000	0	0	서울시 심뇌혈관질환관리 담당자 교육 수료
자치단체경상보조금	75,000	60,000	△15,000	자치구 심뇌혈관질환관리 전문인력 교육훈련 3,000천원×20명=60,000천원(국비50%, 구비50%)
민관협력 고혈압 당뇨병 관리사업	693,132	263,474	△429,658	국비 131,737천원 시비65,869천원 구비65,868천원
자치단체경상보조금	693,132	263,474	△429,658	민관 협력 고혈압·당뇨병 등록관리(시범구) ('13년 : 국비50%시비25%, 구비25%)
시민건강포인트	510,000	229,000	△281,000	시비 229,000천원
사무관리비	23,000	5,000	△18,000	◦ 전문가자문, 사업평가 50,000천원(시비100%)
전산개발비	87,000	0	△87,000	◦ 전산시스템 개발 완료
자치단체경상보조금	400,000	224,000	△176,000	◦ 자치구 전산시스템 설치운영 100천원×210개소=21,000천원(시비100%) ◦ 자치구 만성질환교육 및 건강서비스 등 20,000천원×1명×7개구=140,000천원(시비100%) ◦ 건강포인트 상환 63,000천원(시비100%)

○ 비목별 사업예산

사업명	비목	산출내역	금액(천원)	비율(%)	
총 계			6,074,674	100	
심뇌혈관질환 예방관리사업	시도 합계		523,474	9	
	자치단체등 이전	자치구 만성질환관리 전문인력 교육(FMTP) 3,000천원×20명=60,000천원	60,000		
		민관협력 고혈압·당뇨 등록관리 시범사업 운영(성동구)	263,474		
	지원단 소개		200,000		
	인건비	책임연구원 외 4명	69,699		
	운영비	4대보험료, 여비, 소모품비 등 운영비	14,715		
	사업비	사업 총괄 조정	운영회의, 자문회의, 집담회, 평가대회 등	7,284	
		사업 기술지원	표준교육자료 개발, 보건소 전문인력 교육, 시민건강포인트 사업 지원	15,137	
		사업 기반확대	전문교육담당인력 운영, 자조모임 리더 양성, 온라인 교육시스템 개발 등	80,577	
	위탁수수료	민간위탁금액의 2%	3,748		
	기타	계약심사 조정금액	8,840		
	합계			229,000	4
시민건강포인트사업	운영비	전문가 자문, 사업평가 등	5,000		
	자치단체등 이전	자치구 전산시스템 설치운영 100천원×210개소=21,000천원	21,000		
		자치구 만성질환교육 및 건강서비스 등 20,000천원×1명×7개구=140,000천원	140,000		
		건강포인트 상환 63,000천원	63,000		
합계			5,322,200	87	
대사증후군 관리사업	운영비	자문회의, 자치구 평가 및 모니터링	5,000		
	자치단체등 이전	자치구 대사증후군관리사업 (대사증후군 발견 및 등록관리)	5,080,000		
	지원단 소개		237,200		
	인건비	책임연구원 외 3명	138,209		
	운영비	4대보험료, 여비, 소모품비 등 운영비	25,844		
	사업비	홍보, 우수사례 발굴, DB시스템 관리, 워크숍, 운영회의, 자무노허의 등	55,032		
	위탁수수료	민간위탁금액의 2%	4,382		
	기타	계약심사 조정금액	13,733		

6 전문인력 교육훈련 계획

- 만성질환 관리사업 권역별 전문인력 교육훈련(FMTP) 참여
 - 총 20명 : 보건소당 1명× 20개구(용산, 강북, 은평, 강서, 금천구 불참)
- 자체 교육과정 운영
 - 목적
 - 신규 인력을 대상으로 사업의 전반적인 이해 및 전문가적 기량 발휘를 도모
 - 작년에 이어져 지속적으로 본 사업에 참여하고 있는 인력을 대상으로 2012년 전문교육과정을 기반으로 하여 보다 심층적이고 실제적인 사례관리 및 실무 능력을 배양
 - 건강매니저의 역할과 기능을 정립하고, 대상자 중심의 포괄적이고 전문적인 상담역량을 증진시키며, 다학제적 접근 및 데이터 관리 능력 제고
 - 교육과정 개요 및 내용
 - 운영시기 : 2014년 4월 ~ 12월
 - 수행기관 : 지원단, 대학 교수 및 연구원으로 구성
 - 기존 교육과정 및 의견수렴 내용에 기초한 대상자 특성별 교육 프로그램 개발
 - 교육 내용 : 사업기획, 임상적 지식, 의사소통 능력, 상담기술, 다학제간 접근능력, 보건교육 능력, 체계적인 접근, 임상자료의 분석과 관리, 건강매니저의 역할과 기능
 - 교육 방법 : 강의, 그룹토의 및 사례발표
 - 전문교육과정 운영
 - 대사증후군 관리사업 교육과정 운영
 - ⇒ 대상 : 보건소의 영양, 운동 담당자, 실무자
 - 내용 : 사업 안내, 대사증후군 관련 지식, 사례관리 실습, 상담기술
 - 심뇌혈관질환 예방관리 교육과정 운영
 - ⇒ 대상 : 보건소의 영양, 운동 담당자, 실무자
 - 내용 : 사업안내, 심뇌혈관질환 예방관리 지식, 자체 교육프로그램 운영 방법
 - 건강매니저 대상 교육과정 운영
 - ⇒ 대상 : 보건소의 건강매니저
 - 내용 : 대상자에 대한 포괄적 요구사항, 다학제적 접근 전략, DB 등의 자원연계 및 활용 방안, 자료분석 및 관리, 건강매니저 운영 전략
 - 진료의사 대상 교육과정 운영
 - ⇒ 대상 : 보건소의 진료의사(내과)
 - 내용 : 진료서비스 디자인 교육, 만성질환자 통합 건강관리계획 수립 전략, 지역보건의료정보시스템 DB 활용 방안

7 기대 효과

- 기존사업 및 자원과의 유기적 연계를 통한건강관리서비스를 제공함으로써 시민 중심의 편의성과 효율적인 업무수행이 가능해짐
- 고혈압, 당뇨병 진료 표준지침에 의거 시민의 건강특성 고려한 맞춤형 접근으로 환자의 건강상태를 통합적으로 관리하여 보건소 만족도 제고
- 만성질환 고위험군(대사증후군)과 만성질환자를 등록하고 건강이력을 추적관리하여 환자 스스로 건강관리할 수 있는 역량 제고
- 사회적 네트워크를 통한 상호 협력적인 관리 모델로 지역별 민관 협력체계 구축되어 맞춤형 전문 건강관리 서비스를 제공함으로써 서울시민의 건강한 생활보장 및 사회경제적 비용 부담 경감효과

III 행정 사항

1 심뇌혈관질환관리사업

- 자치구 사업 추진계획 및 실적 보고
 - 사업 추진계획서 : 통합건강증진사업 포함 작성
 - 사업추진실적 : 반기 종료 익월 5일까지
- 사업비 교부 및 정산보고
 - 교부내역
 - 심뇌혈관질환예방관리 사업단 : 191,160천원
 - 자치구 : 통합건강증진사업 포괄보조금
 - 민관협력 고혈압·당뇨병 등록관리(시범사업) : 263,474천원(국 50%, 시 25%, 구 25%)
 - 만성질환관리 및 건강조사 전문인력 FMTP : 300,000천원(국 50%, 구 50%)
 - 정산보고 : 익년 1월 15일까지 제출
- 사업 평가
 - 시기: 연도 말
 - 방법: 평가지표 <별지 서식>에 의거 평가 후 우수자치구 질병관리본부 제출

2 시민건강포인트사업

자치구 사업 추진계획 및 실적 보고

- 사업 추진계획서 : 2.28일 까지
- 사업추진실적 : 매분기 종료 익월 5일까지

사업비 교부 및 정산보고

- 교부내역 (시 100%)
 - 사업 운영비(인건비) 교부 : 20,000천원/구(균등지원)
 - 건강포인트 상환 및 전산시스템 설치 : 2,000~30,000천원/구
 - ※ 자치구별 사업 추진실적(등록인원, 참여의원개수)에 따라 차등지원
- 정산보고 : 익년 1월 15일까지 제출

사업 모니터링 및 평가 등 관련 세부 추진계획은 별도 수립 추진

3 대사증후군 관리사업

자치구 사업 추진계획 및 실적 보고

- 사업 추진계획서 : 2.28일 까지
- 사업추진실적 : 매분기 종료 익월 5일까지

사업비 교부 및 정산보고

- 교부내역
 - 대사증후군관리사업 지원단 : 223,467천원
 - 자치구 : 2,500,000천원(시 50%, 구 50%)
- 정산보고 : 익년 1월 15일까지 제출

사업 모니터링 및 평가 등 관련 세부 추진계획은 별도 수립 추진