

■ 세 미 나

금연진료 건강보험급여화의 전략

조 홍 준

울산의대 서울중앙병원 가정의학과

초 록

금연진료 보험급여화는 의료제공자에 의한 금연진료 제공수준을 높일 수 있는 비용/효과적인 방법임에도 불구하고 보험자, 의료공급자, 정책결정자의 잘못된 이해 등 여러 가지 장애요인으로 인해 아직 시행되지 않고 있다.

이 세미나에서는 금연진료 보험급여화의 장애요인, 외국의 사례 등을 살펴보고 우리나라에서 금연진료를 보험급여화하기 위한 구체적인 전략에 대해서 논의할 것이다.

1. 서론: 금연진료의 필요성과 비용/효과

우리 나라의 흡연율, 특히 성인 남자의 흡연율은 세계적으로 매우 높은 수준이다. 미국의 경우 연간 전체 사망자 중 남자는 22%, 여자는 11%가 흡연 때문인 것으로 분석되고 있으며 일본의 경우도 이 비율이 각각 16.6%와 3.5%인 것으로 발표되고 있으며, 우리나라의 경우도 연간 사망자의 약 11%인 2만 5천명 정도가 흡연으로 사망하는 것으로 계산된다.¹⁾ 따라서 흡연을 감소는 가장 중요한 보건정책 과제 중의 하나이다.

흡연을 감소 전략은 크게 공중보건학적 접근(public health approach)과 흡연자 개인에 대한 접근(personal approach)이 있다. 이제까지 흡연을 감소 전략은 주로 인구집단을 대상으로 한 공중보건학적 접근(금연구역 확대, 미성년자에 대한 담배 판매 금지 등)이 주류를 형성하고 있었으며, 이는 흡연을 감소의 매우 효과적인 전략이었다. 그러나 공중보건학적 접근만으로는 담배를 끊지 못하는 사람이 있으며, 이런 사람

은 개인을 대상으로 한 금연진료에 의해 금연에 성공하게 되는데 이런 사람과 공중보건학적 방법에 의해 금연에 성공하는 사람간에는 서로 다른 특성이 존재한다는 것이 밝혀졌다.²⁾

개인을 대상으로 한 여러 진료법이 금연에 효과적임이 밝혀져 있다. 미국과 영국에서는 최근 효과가 입증된 금연진료의 근거를 요약해서 발표한 바 있다.^{3,4)} 이 지침에 의하면 외래진료에서 흡연확인시스템의 도입, 의사(어떤 의료인이든)의 금연권고, 니코틴 대체요법, 부프로피온 투여 등이 금연에 효과적이다(표 1).

금연진료는 효과적일 뿐만 아니라 비용/효과적이기도 하다. 영국에서 이루어진 연구에 의하면 의사의 간단한 상담(brief advice)은 생존기간을 1년 늘이는데 £212이 소요되고, 교육자료(self-help)를 상담과 함께 제공할 때는 £259, 상담, 교육자료와 함께 니코틴 대체요법을 시행하면 £696, 여기에 금연전문클리닉서비스(specialist cessation service)를 제공하더라도 £873가 소요된다고 하였다⁵⁾(표 2). 310가지의 의

<Table 1> Incremental effects of smoking cessation interventions on abstinence fo six months or longer

Intervention	Target population	Effect size ^a	95% confidence Interval ^b
Brief opportunistic advice from a physician to stop	Smokers attending GP surgeries or outpatient clinics	2%	1% to 3%
Face to face intensive behavioural support from a specialist ^c	Moderate to heavy smokers seeking help with stopping	7%	3% to 10%
Face to face intensive behavioural support from a specialist	Pregnant smokers	7%	5% to 9%
Face to face intensive behavioural support from a specialist ^d	Smokers admitted to hospital	4%	0% to 8%
Proactive telephone counselling ^e	Smokers wanting help with stopping but not receiving face to face support	2%	1% to 4%
Written self-help materials	Smokers seeking help and not receiving other support	1%	0% to 2%
Nicotine gum	Moderate to heavy smokers receiving <u>limited</u> behavioural support ^f	5%	4% to 6%
Nicotine gum	Moderate to heavy smokers receiving <u>intensive</u> behavioural support	8%	6% to 10%
Nicotine transdermal patch	Moderate to heavy smokers receiving <u>limited</u> behavioural support	5%	4% - 7%
Nicotine transdermal patch	Moderate to heavy smokers receiving <u>intensive</u> behavioural support	6%	5% to 8%
Nicotine nasal spray	Moderate to heavy smokers receiving <u>intensive</u> behavioural support	12%	7% to 17%
Nicotine inhalator	Moderate to heavy smokers receiving <u>intensive</u> behavioural support	8%	4% to 12%
Nicotine sublingual tablet	Moderate to heavy smokers receiving <u>intensive</u> behavioural support	8%	1% to 14%
Bupropion (300 mg/day sustained release)	Moderate to heavy smokers receiving <u>intensive</u> behavioural support	9%	5% to 14%
Intensive behavioural support plus NRT or bupropion ^g	Moderate to heavy smokers seeking help from a smokers' clinic	13 - 19%	-

^a Difference in >16 month abstinence rate between intervention and control/placebo in the studies reported; data from Cochrane meta-analyses unless otherwise stated.

^b The range within which one can be 95% confident that the true underlying value lies

^c Efficacy figures based on subset of studies from general population with biochemical verification

^d No Cochrane review available, data from USDHHS meta-analysis

^e No Cochrane review available, data from USDHHS meta-analysis

^f The term “limited behavioural support” refers to brief sessions required primarily for collecting data. Following the Cochrane definition, “intensive” behavioural support was defined as an initial session of more than 30 minutes, or an initial session of less than 30 minutes plus more than two subsequent visits

^g Expected effect combining effect of medication with effect of behavioural support

<자료> West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*. 2000;55:987-99.

Table 2. Cost effectiveness estimates of smoking cessation services(societal perspective)

	Costs per life year saved	
	Undiscounted	Discounted
Face to face interventions		
Brief advice	£ 136	£ 212
Brief advice + self-help	£ 167	£ 259
Brief advice + self-help + NRT	£ 448	£ 696
Brief advice + self-help + NRT + specialist cessation service	£ 562	£ 873

<자료> Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax*. 1998;53(Suppl 5, Pt 2):S2-38.

학적 개입에 대한 최근의 국제적 분석에 따르면 이들 개입이 1년의 생존기간 연장을 위해 필요한 비용의 중앙값(median)이 £17,000이라고 한다.⁶⁾ 이것과 비교할 때 금연진료가 얼마나 비용효과적인가를 잘 알 수 있다. 비용과 효과가 다른 영국의 연구결과를 우리나라에 그대로 적용할 수는 없으나 금연진료가 다른 의학적 개입과 비교해서 더 비용효과적이라는 점은 틀림없는 사실일 것이다.

우리나라는 국민 1인당 외래 수진율이 연 8.7회이며 의원이 외래진료의 71%를 담당하기 때문에, 의원에 대한 접근도가 매우 높은 편이다.⁷⁾ 따라서 접근도 면에서는 1차의료기관이 금연진료에서 중요한 역할을 담당할 가능성은 확보되어 있다고 할 수 있다.

금연진료를 보험급여화는 국민의 입장에서는 금연진료 이용의 경제적 장벽이 낮아지는 것을 의미하며,

이는 금연진료 이용을 촉진하는 계기가 될 수 있다. 의료공급자의 입장에서는 새로운 의료서비스의 창출이라는 의미를 가지게 된다.

금연진료에 대한 보험 미적용이 금연진료에 대한 접근도를 어느 정도 제한하는가에 관한 실증적인 연구는 많지 않다. 이중 몇 가지 연구를 소개해보면 미국에서 1차의료의사가 제공하는 금연상담에 대해 보험적용을 했을 때 금연율에 어떤 영향을 주었는가를 연구한 바에 의하면, 실험지역의 금연율이 대조지역에 비해 높았으며, 금연율은 연령에 따라 차이가 있었다. 즉, 18-49세에서는 금연율 차이가 8%, 50-64세에서는 31% 이었으나, 65세 이상에서는 차이가 없었다.⁸⁾ 니코틴검을 무료로 제공하게 되면 의사와 치과과의사는 이를 환자에게 더 많이 처방하였고⁹⁻¹³⁾ 이는 결과적으로 금연시도와 금연 성공률을 높이게 된

다.

본인부담수준이 금연율에 미치는 영향은 일관된 결과를 보여주지 않고 있다. 일부 연구에서는 비용 본인 부담이 흡연자의 금연동기를 유발시켜 오히려 금연율을 높일 것이라고 하지만 다른 연구에서는 무료 프로그램이 재정적인 장애를 제거하여 금연율을 높일 것이라고 한다. 따라서 본인부담수준이 금연율에 미치는 영향에 대해서는 아직 확실한 결론이 나지 않고 있다. 그러나 일반적으로 비용본인부담(cost sharing)은 적절하지 못한 의료이용을 제한하는데는 효과가 있으나, 금연서비스와 같이 필요성에 비해 적게 이용되고 있으며 따라서 이용을 높여야 할 필요가 있는 경우에는 적절한 정책수단이 되지 못한다.¹⁴⁾ 필요하지만 잘 이용되지 않는 서비스에 대해서는 본인부담금을 면제하여 조그마한 재정적 장애라도 제거하는 것이 올바른 접근 방법이다. 특히 저소득층은 고소득층에 비해 흡연율이 높고, 의료접근도는 낮기 때문에 금연진료에 대한 본인부담금 면제가 더욱 절실히 필요하다.

2. 금연진료 보험급여화의 장애요인

금연진료가 비용/효과적이며, 금연진료의 보험급여화를 통해 금연진료의 이용을 촉진하는 방법이 주요한 금연수단의 하나가 될 수 있음에도 불구하고, 이 정책이 받아들여지지 않는 이유는 무엇인가? 이를 보험자, 정부, 의료제공자의 입장에서 살펴보기로 하자.

1) 보험자의 입장에서 느끼는 장애요인

(1) 의학적 필요성과 비용/효과에 대한 확신 부족

보험자의 1차적인 관심은 보험재정을 보호하고 이를 효율적으로 이용하는 것이다. 따라서 이들에게는 금연진료의 비용/효과성이 일차적인 관심이 될 것이다.

이제까지 의료보험은 질병을 ‘진단’하고 ‘치료’하는데 “의학적으로 필요”하다고 생각되는 서비스에 대해서만 보험급여를 해주는 정책을 취해왔다. 이런 관점에서 본다면 금연진료를 포함한 건강증진 프로그램은 이런 조건을 만족하지 못한다고 할 수 있다. 그러나

의료보험의 역할을 변화시켜야 한다는 주장이 근거를 가지고 있다. 만성퇴행성 질환이 대다수를 차지하면서 조기발견과 예방의 중요성이 점차 그 중요성을 인정받고 있기 때문이다. 이런 맥락에서 우리 나라도 의료보험을 ‘건강보험’으로 변경하고, 질병예방과 건강증진 서비스를 보험급여에 포함시키게 되었다. 이런 법률적 규정이 구체적인 현실에서는 실현되지 않고 있으나 새로운 인식전환을 위한 기초는 마련되었다고 볼 수 있다.

어떤 예방서비스도 비용을 절감한다는 증거는 가지고 있지 못하다. 그러나 많은 예방서비스가 다른 치료서비스에 비해 비용/효과적이라는 사실은 잘 알려져 있으며 금연진료도 역시 마찬가지이다.¹⁵⁾ 문제는 보험자가 단기적인 재정 보호라는 눈앞의 목적달성을 위해 중장기적인 비용/효과를 고려하지 못하고 있다는 점이다.

예방서비스를 보험적용 하는 경우에도 생의학적인 모델에 근거한 자궁암 검진, 유방조영 등은 우선적으로 보험적용이 되는 경향이 있으나 보건교육과 상담 등 생활습관 교정 등은 거의 보험적용이 되지 않고 있다.¹⁶⁾

(2) 예방서비스에 대한 이종 잣대

보험자와 정책결정자는 의료보험 급여 여부를 결정할 때 예방서비스에 대해서는 치료서비스 보다 매우 엄격한 기준을 적용하는 경향이 있다. 예를 들어 감기에서의 항생제 처방, 간질환에서의 간장약(hepatotonics) 등의 효과는 근거가 미약함에도 불구하고 보험적용이 되고 있으나, 금연에 대한 의사의 상담이나 니코틴 대체요법 등은 효과에 대한 명확한 근거가 있음에도 불구하고 보험적용에서 제외되고 있는 것이다. 이런 현상은 합리적인 의사결정이라고 할 수 없다.

(3) 금연진료의 효과에 대한 의문

남의 도움을 받지 않고 금연에 성공한 사람의 대부분은 평균 3-4회의 시도 후에 금연에 성공한다. 미국에서 금연진료의 도움을 받고 금연에 성공한 사람은 전체 금연자의 15%에 불과하다. 이런 두 가지 사실

이 금연진료에 대한 의료자원 투입(보험급여화도 이런 방안의 하나)을 반대하는 근거가 되었다. 그러나 금연진료의 도움을 받아 금연을 하는 사람은 스스로 금연하는 사람과 다른 특성을 가진 사람이며 따라서 금연을 위해서는 공중보건학적 수단과 함께 금연진료를 제공하는 것은 필요하다는 것이 밝혀지면서 이런 반대는 수그러들었다.¹⁷⁾ 더구나 최근 미국과 영국 보건부의 금연치료지침에 금연진료의 효과 또는 비용/효과가 잘 정리되어 있으므로 금연진료의 효과에 대한 의문은 완전히 불식되었다.

2) 의료제공자 입장에서의 장애

금연진료가 보험급여화 된다고 모든 문제가 해결되는 것은 아니다. 금연진료를 담당할 의료제공자의 금연진료 능력이 충분하지, 이를 함양하는데 필요한 교육과 훈련은 잘 이루어지고 있는지, 그리고 이들이 근무하는 의료기관이 금연진료에 적절한 체계를 갖추고 있는가가 매우 중요하다. 의료제공자의 입장에서는 금연진료에 대한 교육과 훈련이 매우 부족하다.

(1) 의사에 대한 교육과 훈련 부족

의사의 금연상담이 환자의 금연율을 높인다는 사실은 여러 연구에서 잘 밝혀져 있다.^{18,19)} 그러나 의사는 환자의 흡연습관을 변화시킬 수 있는 자신의 능력에 대해서 확신을 가지지 못하고 있다. 우리 나라 개원의에 대한 설문에 의하면 흡연에 대한 의사의 개입이 '매우 효과적'이라는 응답은 전체의 31%에 불과하며, 금연상담에 대해서 '매우 충분'하게 준비가 되어 있다고 응답한 사람은 전체의 17.2% 이었다.²⁰⁾

서흥관 등의 연구에 의하면 금연방법에 대해 정식으로 교육을 받은 적이 없는 의사가 97.9%에 달했으며, 금연진료를 위한 준비가 전혀 되어 있지 않다고 응답한 의사가 52.8%로 절반을 넘어서고 있다. 같은 연구에서 금연을 위해 약물을 사용하는 의사는 전체의 11.9%에 불과했다.²¹⁾

이는 의과대학이나 전공의 수련과정에서 금연진료에 대한 교육과 훈련이 충분히 이루어지지 않고 있음을 잘 보여준다. 이는 대부분의 의사가 금연진료를 제공할 능력이 충분하지 않다고 느끼게 하고, 결국

금연진료의 시행을 낮추는 요인이 되게 한다.

(2) 진료 시스템의 문제점

금연율을 높이기 위해서는 의료기관 시스템의 변화가 필요하다. 중요한 시스템의 변화중의 하나는 환자의 흡연 상태를 매 방문 시마다 일상적으로 평가하고 흡연상태를 의무기록에 표시하는 것이다. 이런 변화만으로도 의사의 금연상담은 물론이고 환자의 금연율도 증가한다고 알려져 있다.

(3) 금연 제공자의 질(Quality)

금연제공자의 질이 장애가 될 수 있다. 보험자는 금연진료를 보험급여화 하기 이전에 금연 상담 제공자가 금연진료를 위한 최소한도의 자격을 갖추고 있으며 효과적인 서비스를 제공할 수 있는 능력을 지니고 있음을 확인하길 원한다. 의료제공자가 금연서비스에 대한 보상을 받기 위해서는 금연상담에 대한 교육을 받아야 한다. 미국 암협회는 무작위 임상시험결과에 근거해서 실용적인 금연 방법에 대한 매뉴얼을 제작하고 금연서비스 제공자를 위해 3시간 짜리 교육을 고안하였다. 보험자는 보험급여의 대상이 되기 위해서 의료제공자가 갖추어야 할 구체적인 기준을 제시할 수 있다. 아울러 금연율을 높이기 위해 병원의 조직변화를 요구할 수 있다.

3) 정책상의 장애

금연서비스를 보험급여화 하는데 정책적 결정이 필요한 몇 가지 쟁점이 있다. 쟁점 중의 하나는 금연서비스를 예방서비스에 더해서 니코틴 중독에 대한 치료로 간주할 것인가 하는 점이며, 다른 하나는 금연에 대한 보험급여화와 같은 개인 행태를 변화시키는 방법이 사회 전체의 흡연 감소를 위한 공중보건정책과 어떻게 양립할 수 있는가 하는 점이다.

(1) 니코틴 중독으로서의 흡연

정책결정자는 금연에 대한 비용지불을 니코틴 중독에 대한 치료라는 사실에 근거해서 결정할 것인가 하

Table 3. The key results show that in England, during the period april 2000 to march 2001:

<ul style="list-style-type: none"> - 약 132,500 명이 금연진료제공을 통해 금연일을 결정하였으며, 이들 중 58%는 여성이며 42%는 남성이었다. - 4주 후 추구관리시 금연일을 결정한 사람 중 약 64,600명 (49%)이 성공적으로 금연을 하였다(자가 보고에 근거). - 금연일을 결정한 사람 중 약 48,200 (36%)이 무료 니코틴 대체요법을 받거나 이를 받을 수 있는 티켓을 받았다. - 금연서비스에 대한 지출은, 니코틴 대체요법과 자이반에 대한 처방에 지불된 비용을 제외할 때, 2 천백 50만 파운드이다.

는 점에 의문을 가지고 있다. 흡연자의 어느 정도가 이런 집중치료를 필요로 하며, 누가 이런 치료에 의해 가장 큰 편익을 얻을 수 있는가가 제대로 밝혀져 있지 않다.

또한 과학적으로 정확하고 의학적으로 수용 가능하다 하더라도 중독모델은 흡연자에게 부정적인 의미를 주게 된다. 흔히 알코올 중독이나 약물중독은 의학적 문제가 아닌 교정이 필요한 문제라는 인식을 갖게 되며 이는 치료를 거부하게 되는 이유가 될 수도 있을 것이다.

(2) 금연에 대한 공중보건학적 접근과의 구별

미국의 흡연율이 1965년의 40% 수준에서 1989년의 29% 수준으로 감소한 것은 전적으로 공중보건학적 접근에 의한 것이다. 과거의 이런 공중보건학적 성공이 개인의 행동변화를 통한 모델, 즉 금연서비스에 대한 비용지불을 지지하는 주장을 약화시키는 근거가 되고 있다. 이는 미국에서 HCFA가 메디케어나 메디케이드에서 금연진료에 보험급여화를 거부하는 주요한 근거로 이용되고 있다. 이런 주장의 근거에는 과거와 같은 공중보건학적 수단이 앞으로도 흡연율을 낮추는데 유용할 것이라는 가정이 있다. 그러나 최근의 연구결과에 의하면 금연에 성공하지 못하는 사람은 공중보건학적 방법에 의해 금연을 하는 사람에 비해서 흡연량이 많고, 여러번 금연을 시도한 과거력이 있는 등 다른 특성을 가지고 있으며 이런 경우에는 금연진료가 도움을 줄 수 있다는 것이다.²²⁾ 따라서 정책결정자가 결정해야 할 문제는 보험적용과 공중보건학적 접근간의 선택이 아니라 우리 사회에서 흡연율

을 낮추기 위해서 기존의 공중보건학적 수단에 보험 적용이라는 새로운 수단을 추가할 것인가의 선택인 것이다.

3. 외국의 금연진료 보험급여화

1) 영국

영국에서는 1999년부터 인구 1,300만 명이 거주하는 26개 지역(Health authority)을 건강행동지역(Health Action Zone)을 지정하고 이곳에 거주하는 사람(대개 사회경제적으로 어려운 사람)에 대해서 1주일간 무료로 니코틴 대체요법을 제공하고 있다.²³⁾

아울러 이 지역에는 금연클리닉(special smoking cessation clinic)을 설치하여 환자 본인이나 가정의에 의해 의뢰되는 환자에 대해 전문가의 상담과 니코틴 대체요법을 받도록 하고 있다. 이 프로그램은 2001년까지 100개 지역(Health authority)로 확대되었으며, 그 효과는 다음과 같이 요약되어 있다(표 3).

영국정부는 2000년 6월부터 부프로피온을 보험적용 하였으며, 2001년 3월부터는 니코틴 대체요법에 대해서도 보험적용을 시작하여, 가정의가 이들 약제를 처방할 수 있도록 하였다.

2) 미국

미국 보건부는 Healthy People 2000에서 금연진료와 관련하여 건강플랜(보험회사)의 100%가 니코틴 중독치료서비스를 제공하는 것을 목표로 하고 있었으며²⁴⁾, 이 목적은 Healthy People 2010에서 "니코틴 의

존도에 대한 근거 있는 치료방법의 보험적용 100%를 달성"하는 것으로 바뀌었다.²⁵⁾ 보건부에서 발행한 Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence는 보험자와 행정가에게 다음과 같은 정책을 택할 것을 촉구하고 있으며 효과가 있다고 판명된 금연진료에 대한 보험적용이 여기에 포함되어 있다.²⁶⁾

○ 모든 병의원에서 흡연자 식별 체계를 시행 (체계 전략 1)

○ 제공자의 진료능력 향상을 위한 교육, 자원, 피드백을 제공 (체계전략 2)

○ 금연진료 담당 및 금연진료수행을 평가할 수 있는 인원 배치 (체계전략 3)

○ 효과가 판명된 금연진료의 의료보험 적용 (체계 전략 4)

○ 효과적인 금연진료 제공자에 대한 보상 및 금연진료를 진료제공자의 임무에 포함 (체계전략 5)

미국은 민간에서 운영하는 민간보험과 HMO (Health Maintenance Organization)가 의료보장의 주를 이루며 노인과 저소득층을 위해 연방정부와 주정부가 운영하는 메디케어와 메디케이드가 있다. 미국 민간의료보험회사 모두가 금연치료를 (약물치료나 상담 모두) 보험팩키지로 제공하지는 않고 있다. 특히 행위별 수가제를 채택하는 보험회사나 PPO (Preferred provider organization)에서는 금연치료를 보험적용하는 경우가 매우 드물다.²⁷⁻²⁹⁾ 또한 22개 주에서만 메디케이드 적용자에 대해서 금연치료를 보험급여화하고 있다.³⁰⁾ 다른 연구에 의하면 관리진료기구 (managed care organization)의 39%에서만 금연진료 지침의 일부를 이행하고 있었고, 단지 9%에서만 미국 보건부의 금연지침 전체를 제대로 이행하고 있었다.³¹⁾ 금연치료를 보험적용 하는 경우는 HMO 중에서도 staff and group model HMO의 경우에 비교적 흔하다. 금연치료를 직접 제공하거나 보험적용 하거나 또는 보조금을 지급하는 어떤 경우에도 이 금연치료 서비스의 이용율은 낮은 편이다.³²⁾

4. 우리나라에서 금연진료의 의료보험 급여화를 위한 정책 검토

1) 누가 제공해야 하는가?

다양한 종류의 임상가 (clinician)에 의해 제공되는 치료가 금연율을 높이며 따라서 모든 임상가는 금연 서비스를 제공해야 한다고 권고하고 있다. 임상가의 종류에 상관없이 의료제공자 (예를 들어 의사, 심리학자, 간호사, 치과의사, 상담가 등)에 의해 제공되는 금연서비스는 그렇지 않은 경우에 비해 금연율이 높았다

의사가 아닌 의료제공자 즉, 간호사 심리학자, 상담가 등에 의해 제공되는 금연서비스도 의사에 의해 제공되는 금연서비스와 비슷한 정도의 금연효과를 가지고 있기 때문에 의사 아닌 의료제공자에 의한 서비스 제공이 더 비용효과적 일 수 있다. 그러나 우리나라 의원에서 의사 이외에 금연서비스를 제공할 다른 의료제공자가 거의 없는 상황에서는 의사 이외의 대안은 현실성이 없다. 다만 이런 인력이 활용 가능한 병원급 의료기관에서는 의사 이외의 인력 활용을 검토할 필요가 있다.

2) 어떤 서비스를 보험적용 해야 하는가?

금연진료 중 현재까지 효과와 비용/효과가 입증된 서비스를 보험적용 대상으로 하되, 재정이 문제가 될 수 있으므로 대상자, 제공자 중 특정 특성을 기준으로 우선순위를 정할 수 있을 것이다.

현재까지 효과가 입증된 금연서비스는 1) 병의원에서의 흡연여부 스크리닝 2) 금연권고 3) 상담과 행동요법 4) 약물치료 등이다.

(1) 흡연여부 확인

이런 연구결과는 병원에서 환자의 흡연상태를 파악하도록 하는 체계 도입의 중요성을 보여주고 있다. 과제는 어떻게 병원으로 하여금 이런 체계를 도입하도록 할 것인가 하는 점이다. 개원의가 흡연에 대한 문진을 하지 않은 가장 중요한 이유로 '시간부족'을, 두 번째 중요한 이유로 '잊어버려서'라고 응답하고 있으며,³³⁾ 이는 흡연상태 파악 시스템의 도입으로 해결될 수 있다. 물론 이는 병원의 시스템을 바꾸어야 하는 문제이기 때문에 단순히 보험적용여부만 해결될 문제가 아니지만 이를 의료기관서비스평가나 병원신임을 위한 평가에 포함시키는 것을 검토해볼

수 있을 것이다. 향후 건강보험심사평가원에서 이를 진료비 보상이나 의료기관의 질 평가에 활용하는 방안도 고려해야 할 것이다.

(2) 금연권고

3분 이내의 간단한 의사의 금연권고도 환자의 금연율을 30% 정도 증가시킨다. 매년 많은 환자가 의료기관을 이용하기 때문에 의료제공자 특히 의사로 하여금 흡연자에게 간단한 금연권고를 하도록 하는 방법은 매우 비용/효과적인 방법이다. 과제는 어떻게 하면 의료제공자로 하여금 간단한 금연권고를 하도록 할 것인가 하는 점이다. 이에 대한 보상체계를 만드는 것이 필요한데, 이를 행위별수가제로 보상 해주는 데는 몇 가지 문제가 있다. 가장 큰 문제는 금연권고 시행여부 확인이 쉽지 않다는 점이다. 그래서 Schaffer는 임상가의 금연권고에 대해서는 수행평가(performance evaluation)를 통해서 이를 평가한 후 의료기관 전체에 비용을 덩어리로 지불하는 것이 합리적이라고 제안하고 있다.³⁴⁾

(3) 약물요법

금연에 쓰이는 약물요법 중 효과가 입증된 것은 니코틴 대체요법, 부프로피온, 클로니딘, 노트립틸린 등이 있으며 니코틴 대체요법과 부프로피온이 일차약제로 사용될 수 있다.

일차약제는 금연에 효과적이고 안전하며 모두 미국 식품의약품안전청의 승인을 받았다. 금기증이 없는 경우에는 1차약제가 니코틴의존성 치료의 1차수단으로 사용되어야 한다.

부프로피온과 니코틴대체요법은 금연진료의 효과적인 패키지를 구성하는데 핵심적인 요소이며, 가격이 비싸기 때문에 금연진료를 이용하는데 중요한 장애요인이 될 수 있다. 최소한 보험자는 효과가 입증된 부프로피온과 니코틴대체요법의 비용을 보상해주어 소비자가 지속적으로 담배를 사는 대신 부프로피온과 니코틴대체요법을 이용할 수 있도록 해주어야 한다. 과도한 보험재정 지출이 문제가 된다면(사실 이들 약제에 대한 비용지출은 곧 금연율의 증가로 이어지기 때문에 보험자로서는 큰 문제가 되지 않지만 그래도

문제가 된다면) 보험자는 부프로피온과 니코틴대체요법 비용을 줄이기 위해 일회에 처방이 가능한 기간이나 1년간 처방가능한 약제의 양을 제한하거나 또는 1년에 국민 한 사람이 지출 가능한 비용을 정하여 금연진료에 이용되는 약제비를 제한할 수 있을 것이다.

니코틴 의존성 치료를 위한 2차약제로 클로니딘(clonidine)과 노트립틸린(nortriptyline)이 있다. 클로니딘은 고혈압 치료에 쓰이는 약제이며 노트립틸린은 항우울제이다. 이들 약물의 금연에 대한 효과는 아직 확실하게 입증되어 있지 않으며, 1차약제에 반응하지 않는 경우에 의사의 지시 하에 사용될 수 있을 것이다. 따라서 이에 대한 보험급여는 전문적 금연치료센터에 국한되어야 할 것이다.

3) 우리 나라에서 금연진료 보험급여화를 위한 구체적인 전략

우리 나라에서 금연진료를 보험적용하기 위해서는 주요한 장애요인을 극복하기 위한 구체적인 전략이 필요하다. 위에서 열거한 장애요인 중 핵심적인 것으로는 1) 보험재정문제 2) 제공자의 금연서비스 제공능력 3) 의료기관의 시스템 변화 등이다.

(1) 보험재정

기본적인 재정추계 자료가 없기 때문에 병의원에서의 흡연상태 파악, 약물요법, 금연상담 등을 보험적용하였을 때 드는 보험 재정의 크기를 현 단계에서 추정하는 것은 불가능하다. 더구나 행위별수가제(fee for service)를 채택하고 있는 우리 나라 상황에서 금연서비스, 특히 상담요법 등의 무형서비스를 보험적용 하는데는 기술적 문제가 있다. 일반적으로 행위별수가제를 채택하고 있는 의료제도에서 의사는 단위시간 당 더 많은 수입을 올릴 수 있는 항목을 더 많이 청구하는 경향을 보여주고 있으며, 이때 서비스의 적응증이 불명확할 경우(일반적인 행동교정서비스가 이에 해당한다)에는 좀더 이윤이 많이 남는 서비스로 이동할 가능성이 있다(fee creep).³⁵⁾

병의원에서의 흡연상태 파악의 한 가지 방법은 의무기록에 환자의 흡연상태가 얼마나 기록되었는가를 평가하는 것이다. 이를 위해서는 주기적으로 의무기

록을 무작위 평가할 필요가 있다.

다른 방법은 최근 방문에서 금연 권고를 받은 흡연자의 비율을 측정하는 것이다. 이 방법은 환자가 자신이 받은 권고를 기억하지 못할 가능성이 있으며, 대부분의 의사가 환자에게 상담한 내용을 일상적으로 기록하지 않기 때문에 환자의 보고의 타당성을 검증하기도 쉽지 않다. 환자는 상담 받은 사실을 낮게 보고할 가능성이 있지만, 환자가 이를 기억하지 못하는 것은 상담이 효과적으로 제공되지 못하였다는 것을 의미하기 때문에 큰 문제가 되지는 않는다. 이 방법의 약점은 상담의 내용, 길이, 질 등을 평가하기 어렵다는 점이다. 또 다른 방법은 지난 1년간 금연시도를 한 사람의 비율을 측정하는 것이며, 이는 환자에 대한 금연상담의 효과를 측정하고자 하는 것이다.

우리 나라에서는 이런 수행평가에 따라 의료제공자에 대한 보상을 가감한 적이 없으나, 건강보험심사평가원이 의료서비스의 질을 평가하여 진료비를 가감 지급할 수 있는 권한을 가지고 있으므로 이런 수행평가를 근거로 금연진료에 대한 보상액 규모를 달리하는 방법을 강구할 수 있을 것으로 생각된다.

보험적용 인구집단을 제한하거나 보험적용이 되는 약제의 처방을 제한하는 방법으로 보험재정을 최소화할 수도 있을 것이다. 그러나 금연치료 대상이 되는 인구집단을 제한하는 것은 현실적으로 어려울 뿐만 아니라 바람직하지 않다. 왜냐하면 금연으로 더 큰 도움을 받을 수 있는 인구집단을 결정하기도 어려울 뿐만 아니라 의료제공자가 실제 진료과정에서 보험적용이 되는 대상을 구분하는 것도 가능하지 않기 때문이다. 따라서 보험적용을 시작하는 단계에서는 보험재정지출을 최소화하기 위해서는 1인당 진료비를 줄이는 방향으로 접근하는 것이 좋다. 먼저 1인당 처방가능기간을 제한하는 방법이 있다.

실제 영국에서는 니코틴대체요법 제공기간을 1주일로 제한하고 있다. 금연 후 금단증상이 가장 심한 기간이 금연 3일 경부터 1주일까지라는 것을 근거로 제시하고 있으나 현재까지 이를 뒷받침할 수 있는 연구결과가 발표된 바는 없다. 현재까지의 연구결과는 대개 2-3개월 길게는 6개월에서 12개월까지 사용하는 경우도 있다. 약제를 처음에 모두 처방하지 않고 일정 기간만 처방한 후 실제 금연을 하고 있는 사람에게만 약제를 다시 처방하는 방법(abstinent-contingent

treatment model)을 사용하면 불필요한 약제 사용을 줄일 수 있을 것이다.³⁶⁾

1인당 1년에 금연치료를 위해 사용 가능한 금액의 상한을 결정하는 방법도 있을 것이다. 이는 의료비를 억제하면서 의료제공자에 의한 과잉 이용 가능성을 어느 정도 제어하는 기능도 할 수 있을 것이지만 실제 적용하는 데는 행정비용이 많이 소요될 것이다.

본인부담수준의 결정도 중요하다. 불필요한 의료이용을 막을 목적으로 본인부담금을 도입하는 것이 일반적이다. 그러나 우리 나라의 경우에는 법정본인부담금이 비교적 높을 뿐만 아니라 보험적용이 되지 않는 서비스가 많아 실제 본인부담금 수준은 더 높다. 금연진료와 같이 비용효과적 이지만 환자가 서비스를 이용할 필요성을 크게 느끼지 못하는 경우에 높은 본인부담금의 적용은 의료서비스의 이용을 크게 낮출 것이다. 금연진료가 비용효과적이며 따라서 이를 적극적으로 도입하려고 한다면 니코틴대체요법 등 금연 약물치료를 위한 본인부담금 수준을 현재보다 더 낮추거나 없애야 할 것이며, 보험재정 보호를 중시한다면 현재와 같은 수준의 본인부담금을 유지할 수 있을 것이다.

(2) 의료제공자의 금연진료 제공 능력 향상

의료제공자의 금연진료 능력을 향상시키기 위해서는 물론 의과대학 교과과정과 졸업 후 수련과정에 금연진료가 포함되도록 노력을 해야 할 것이다. 이런 노력을 촉발하기 위해서는 금연진료에 대해서 일정 정도의 능력을 가진 의사나 병의원에 대해서만 보험적용을 해주는 방안을 마련하는 것이 필요할 것이다. 일정시간의 연수교육을 이수하고 시험에 합격한 경우에 금연상담과 약물요법에 대한 보험적용을 해주는 방안이 바람직할 것이다. 필요한 경우에는 주기적으로 이에 대한 연수교육을 이수하도록 하는 규정도 필요할 것이다. 이런 노력과 더불어 의과대학 교과과정과 전공의 교육과정에 금연진료에 대한 내용이 포함되도록 해야 할 것이다.

(3) 의료기관의 시스템 변화

금연진료의 보험적용이 이루어진다고 해서 금연진

료에 적합하도록 병의원의 시스템이 자동적으로 변화되지는 않을 것이며 이를 위한 별도의 노력이 필요하다. 흡연상태를 식별하는 시스템의 도입이 의료제공자의 금연시도율과 흡연자의 금연율을 높인다는 증거가 있으므로 모든 병의원이 흡연자 식별을 위한 시스템을 도입하도록 해야 할 것이다. 이를 위한 실무적 지원과 함께 이 시스템 도입을 촉진하기 위한 재정적 인센티브를 부여하는 것이 바람직하다. 흡연자 식별 체계 유무를 서비스평가나 병원 신임제도의 평가 항목에 포함시키는 것이 필요할 것이며, 건강보험심사평가원에서 의료서비스의 질을 평가하기 위한 지표에 포함시키는 방안도 검토해야 한다.

4. 결 론

금연에 대한 체계적인 접근이 필요하다. 우리나라의 경우 금연을 위한 법의 정비는 이루어져 있으나 이를 실행하기 위한 구체적인 정책이 미흡하다. 그리고 인구집단 전체를 대상으로 한 공중보건학적인 접근이 주를 이루고, 금연을 위하는 흡연자 개개인을 도와주는 체계가 불비하다.

의료제공자의 입장에서는 금연진료의 필요성에 대한 인식 수준이 낮고, 금연진료를 위한 준비가 제대로 되어 있지 않다. 따라서 흡연자 개인을 도와줄 수 있는 체계, 병원에서의 흡연자 확인을 위한 체계 정비, 의료제공자 개개인의 진료수준을 높이는 노력과 함께 금연진료의 경제적 장벽을 없애려는 노력(금연진료의 보험급여화)이 함께 진행되어야 효과적인 금연진료의 제공이 가능할 것이다.

참 고 문 헌

1. 한국금연운동협의회. 흡연과 건강. 서울, 2000.
2. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, et al. Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? JAMA. 1991;263:2760-5.
3. USDHHS. Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research Quality. 2000.
4. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation

- guidelines for health professionals: an update. Thorax. 2000;55:987-99.
5. Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. Thorax. 1998;53 (Suppl 5, Pt 2):S2-38.
6. Tengs TO, Adams ME, Pilskin JS, et al. Five hundred life saving interventions and their cost effectiveness. Risk Analysis. 1995;15:369-90.
7. 국민건강보험공단. 2000 건강보험통계연보. 국민건강보험공단, 2001.
8. INSURE Project: Final Report of the INSURE Project, New York, April 25, 1988 In: Schauffler HH, Parkinson MD. Health insurance coverage for smoking cessation services. Health Education Quarterly, 1993;20(2):185-206.
9. Cohen SJ, Christen AG, Katz BP, Drook CA, Davis BJ, Smith DM, Stookey GK. Counselling medical and dental patients about cigarette smoking: The impact of nicotine gum and chart reminders. Am J Public Health 1987;77:313-6.
10. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, et al. Helping smokers quit: A randomized controlled trial with private practice dentists. J Am Dent Assoc 1989;118:41-5.
11. Cummings SR, Hansen B, Richard R, Stein CJ, Coates TJ. Internists and nicotine gum JAMA 1988;260:1565-9.
12. Hughs J, Wadland W, Fenwalk J, Lewis J, Bickel WK. Effect of cost on self-administration and efficacy of nicotine gum: A preliminary study. Prev Med 1991;20:486-96.
13. Oster G, Huse DM, Delea TE, Colditz GA. Cost-effectiveness of nicotine gum as an adjunct to physician's advice against smoking JAMA 1986; 256:1315-8.
14. Schauffler HH, Rodriguez T. Managed care for preventive services: a review of policy options. Med Care Rev 1993;50:153-98.
15. Schauffler HH. Defining benefits and payment for smoking cessation treatments. Tobacco Con-

- trol 1997;6(suppl 1):S81-85.
16. Davis K, Bialek R, Parkinson M, Smith J, Vellozzi C. Paying for preventive care: Moving the debate forward. *Am J Prev Med* 1990;6:1-21.
 17. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, et al. Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *JAMA* 1991;263:2760-5.
 18. Russel MA, Wilson C, Taylor C, et al. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ*. 1979;2:231-5.
 19. Kreuter MW, Chhela SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med*. 2000;9:426-33.
 20. 조홍준, 선우성, 송윤미. 1차의료기관의 건강증진 및 질병예방 서비스 제공실태조사 및 제공수준 향상을 위한 정책방안 연구. 보건복지부, 2000.
 21. 인제대학교. 우리 나라 의사 흡연을 및 흡연 행태 조사. 2001.
 22. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, et al. Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *JAMA* 1991;263:2760-5.
 23. Department of Health, Smoking Kills- A White paper on Tobacco. London, 1998.
 24. US Department of Health and Human Services. Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington DC: US Department of Health and Human Service, Public Health Service, 1995.
 25. US Department of Health and Human Service. Healthy People 2010. Washington DC. 2000.
 26. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence. Washington DC, US Department of Health and Human Service, 2000.
 27. Schauffler HH. Integrating smoking control policies into employee benefits: a survey of large California corporations. *Am J Public Health* 1993;83:1226-30.
 28. Schauffler HH, Gentry D. Smoking control policies in private health insurance in California: results of statewide survey. *Tobacco Control* 1994;3:124-9.
 29. Schauffler HH, Brown ER, Rice T. The state of health insurance in California, 1996. Los Angeles, California; UCLA Center for Health Policy Research, 1997.
 30. Barker D, Orleans CT, Schauffler HH. Tobacco treatment services should be covered under Medicaid (letter). *Tob Control* 1998;7(1):92.
 31. McPhillip-Tangum C. Results from the first annual survey on Addressing Tobacco in Managed Care. *Tob Control* 1998;7(Suppl):S11-4.
 32. Schauffler HH, Rodriguez T. Availability and utilisation of health promotion programs and satisfaction with health plan. *Med Care* 1994;32:1182-96.
 33. 조홍준, 선우성, 송윤미. 1차의료기관의 건강증진 및 질병예방 서비스 제공실태조사 및 제공수준 향상을 위한 정책방안 연구. 보건복지부, 2000.
 34. Schauffler HH. Defining benefits and payments for smoking cessation treatments. *Tobacco Control* 6(suppl 1):s81-5, 1997.
 35. Evans RG. Economic barriers to preventive services: Clinical obstacle or fiscal defence? In: Battista RN, Lawrence BS. Ed., *Implementing Preventive Services*. Suppl to *Am J Prev Medicine* 4(4):127-37. Oxford University Press, New York, 1988.
 36. Stapleton JA, Lowin A, Russel MAH. Prescription of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evaluation of cost-effectiveness. *The Lancet*. 1999;354:210-5.