

결핵퇴치 민간-공공 협력체계 시범사업 운영

클_질병관리본부 질병예방센터 에이즈·결핵관리팀

오늘날 결핵은 의학적으로 치유가 가능할 뿐 아니라 보건학적으로도 관리가 가능한 질병으로 잘 알려져 있음에도 불구하고 개발도상국가는 물론이고 아직까지 선진국에서도 중요한 보건문제이다.

현재 전 세계 인구의 1/3인 20억 명이 결핵에 감염된 것으로 추정되며, 최근 세계보건기구(World Health Organization ; 이하 WHO) 보고서에 의하면 2006년 한 해 동안 전 세계에서 920만 명(139/105)의 새로운 결핵 환자가 발생하고, 170만 명(25/105)이 결핵으로 사망하고 있다[1].

우리나라의 체계적인 국가결핵관리 대책은 1962년 이후 전국의 보건소 조직망을 통해 도입되었으며, 당시 결핵환자는 누구든지 관할 보건소에 등록하면 무료 치료혜택을 받게 되고, 환자 가족은 각종 검사와 예방접종을 받을 수 있었다[2].

이후 1980년대 리팜피신(rifampicin)이 포함된 9개월 단기 초치료 처방이 도입되면서 결핵환자의 치료 효율이 향상되고[3], 전 국민 의료보험 도입에 따른 의료 접근도의 향상 등으로 전국 결핵실태조사 결과 흉부 엑스선 사진 상 활동성 결핵환자의 유병률은 1965년 5.1%에서 1995년 1.0%로 감소하였으며 도말 양성 환자의 유병률도 0.69%(1965)에서 0.09%(1995)로 감소하였다[4].

그러나 그간의 노력에도 불구하고 국내에는 아직도 매년 3만 명 이상의 결핵환자가 발생하고 있으며, 2천 명 이상의 결핵환자가 사망하고 있다[5]. 또한 이러한 2001-2007년 기간 동안 나타난 연간 3.8%인 결핵 감소율로는 2100년이 되어야 선진국 수준인 도말 양성 신환자 발생률이 인구 10만 명당 1명 미만에 도달할 것으로 추정되어 이를 2030년으로 앞

당기기 위해서는 획기적인 결핵 발견율과 치료 성공률의 향상을 위한 전략과 대책이 필요한 시점이다. 즉, 그간 새롭게 알려진 역학적인 상황과 사회경제적 여건을 보다 정밀하게 검토해 새로운 계획을 수립해야 한다.

WHO 서태평양지역에서 1999년 ‘결핵위기’를 선언한 뒤 2000년에는 결핵 유병률과 결핵 사망률을 2010년까지 2000년의 50% 수준으로 낮추는 것을 목표로 설정하였다. 이 목표를 달성하기 위해서는 결핵약제와 검사의 질 확보, 결핵과 에이즈의 중복감염과 약제내성에 대한 대응, 환자발견율의 증대, DOTS(Directly Observed Treatment; 결핵관리에 있어 전 세계적으로 권장되는 방법)에 투입되는 공공과 민간부문 보건관계자의 열정적인 노력이 핵심 요소이다.

이러한 목표를 달성하는 데 있어 우리나라의 가장 큰 장애물 중 하나가 민간 의료부문의 결핵환자 추구관리가 부재하다는 것이다. 대부분의 국가에서 민간부문의 결핵 환자 치료에 큰 역할을 하고 있다는 것은 잘 알려져 있다.

민간부문이 발달된 국가에서는 많은 결핵 유증상자와 환자들이 민간부문과 첫 번째로 접촉하고 있기 때문에 민간 부문의 효과적 대처 없이는 결핵 퇴치 목표의 달성은 어려울 것으로 보고 있다.

이에 따라 WHO는 각국의 결핵 문제의 퇴치를 위해 민간 의료기관에서 치료받는 환자들에 대해서도 적극적 환자관리를 실시할 것을 강력히 촉구하고 있으며, 지난 수년간 공공-민간 협력 모델 도입을 위한 사업을 여러 나라에서 실시해 왔다. 이러한 세계적인 추세에 발맞추어 우리나라에서도 2007년부터 공공-민간 협력체계(Public-Private Mix ; 이하 PPM) 시범사업을 수행하였다.

우리나라 결핵 관리 및 환자 신고 양상

현재 우리나라의 결핵관리는 민간부문과 공공부문으로 나누어 수행되고 있다. 1996년에는 결핵환자의 치료기관 선호도가 보건소 67%, 민간 병·의원 33% 수준이었는데, 보건 의료 환경 변화에 따라 2007년에는 보건소 23%, 민간 병·의원 77% 수준으로 변화되었다. 또한 2007년도 민간 병·의원에서 신고된 환자의 분포를 보면 이들 중 69.7%가 종합병원, 17.3%가 병원, 13.0%가 의원에서 신고되어 종합병원에서 신고되는 환자의 비율이 높다.

결핵환자의 치료기관별 분포로 미루어 볼 때, 민간 의료기관에서의 결핵환자 관리의 중요성이 확대됨에 따라 민간부문의 결핵관리 부실을 최소화해야 하는 문제가 해결해야 할 과제로 남게 되었다. 민간 의료기관은 환자 치료 이외의 환자관리(복약독려, 상담 등) 기능의 부족으로 치료 지속 및 순응도가 저조할 수 있으며 실제 몇몇 연구 결과에 따르면 민간 의료기관을 이용하는 결핵 환자의 치료 중단율이 보건소보다 훨씬 더 높은 것으로 나타나 이러한 우려를 뒷받침하고 있다.

또한 우리나라의 결핵관리는 민간 의료부문의 참여가 거의 이루어지지 않는 상태로 운영되고 있어 민간 의료부문에서 진단되고 치료받는 결핵환자의 규모와 치료 결과가 정확히 파악되지 않고 있다. 민간 의료기관을 이용하는 결핵환자 수가 증가하고 있는 만큼, 이들에 대한 관리를 더 이상 늦출 수 없는 실정이며 민간 의료기관을 이용하는 결핵환자의 치료 성공률 제고를 위해 공공 부문과 민간 부문이 상호 협조할 수 있는 PPM 시범사업을 수행하게 되었다. †

[참고문헌]

1. WHO. Global Tuberculosis Control WHO Report. 2008
2. 대한결핵협회. 한국결핵사, 1999
3. 질병관리본부, 대한결핵협회·결핵연구원. 결핵관리, 2008
4. 보건복지부, 대한결핵협회. 제7차 전국결핵실태조사 결과보고, 1996
5. 질병관리본부. 2007 결핵환자 신고현황 연보, 2008

용어 정의(국가 결핵 관리지침에 의한 정의)

■환자 등록구분

- (1) 신환(new) : 과거 치료력이 없거나, 1개월(30일 기준) 미만의 치료력이 있는 환자
- (2) 재발(relapse) : 과거 완치자가 다시 발병하여 상기 결핵진단기준에 해당하는 환자
- (3) 초치료 실패(failure) : 과거 치료에 실패(계속적으로 균 양성, 혹은 균 음성에서 다시 균 양성으로 전환)하여 새로운 처방으로 재치료가 요구되는 환자
- (4) 중단후 재등록(treatment after default) : 과거 치료력이 1개월 이상이면서, 치료를 2개월 이상 중단한 환자

- (5) 전입(transferred-in) : 과거 치료력이 1개월 이상이며, 치료를 2개월 이상 중단하지 않은 상태에서 치료 장소를 옮겨 내소(원)한 환자
- (6) 만성 배균지(chronic carrier) : 재치료(2차 결핵약제 포함)에 실패하고 계속 균 양성인 환자
- (7) 기타 : 상기 구분에 해당되지 않는 환자

■치료결과 구분

(1) 완치(cure) 퇴록

- 가) 도말양성환자(smear positive) : 각 처방에 따른 치료기간동안 치료를 받고 판정기준에 의해 완치된 자
- 나) 도말음성환자(smear negative) : 추구검사에서 균 음성이 확인된 자
 - ※ 추구검사를 지침에 따라 전부하는 것을 원칙으로 하나, 치료기간동안에 부득이하여 한번만 시행하였다라도 객담검사 결과가 음성이면 완치로 판정한다.

(2) 치료완료(판정불가, completed) 퇴록

- 가) 도말양성환자 : 각 처방에 따른 치료기간동안 치료는 완료했으나 추구검사 미비로 완치판정이 불가한 자
- 나) 도말음성환자 : 각 처방에 따른 치료기간동안 치료는 완료했으나 추구객담검사를 한 번도 실시하지 못한 자

(3) 실패 퇴록(failed)

- 가) 도말양성환자 : 각 처방에 따른 치료기간동안 치료를 하였으나 판정기준에 의해 실패로 판정된 자
- 나) 도말음성환자 : 추구검사에서 한 번이라도 도말양성으로 나오면 도말양성환자 처방 판정기준에 따른다.

(4) 사망 퇴록(died) : 치료도중 결핵 및 기타 이유로 사망한 자

(5) 중단 퇴록(defaulted) : 치료도중 치료거부, 행방불명, 무단전출 등으로 2개월 이상 계속 수약하지 않아 퇴록된 자

(6) 전출 퇴록(transfer) : 환자의 개인사정(이사, 전근 등)이나 병의 상태에 따라 타 보건소 또는 국립결핵병원, 민간 병·의원으로 치료처를 옮겨 퇴록한 자

(7) 진단변경 퇴록 : 치료 도중 결핵 이외의 소견 및 타 질환으로 판정되어 퇴록한 자

(8) 기타 퇴록 : 위 사유 이외로 퇴록한 자