금연치료 급여화방안과 소요재정

윤영덕*

국민건강보험공단
건강보험정책연구원

접수일 : 2014년 12월 12일
수정일 : 2014년 12월 30일
승인일 : 2014년 12월 31일

*교신저자 : 윤영덕
국민건강보험공단
건강보험정책연구원
서울시 마포구 공덕동 254-8
☎ 121-710
Tel: +82-2-3270-9850
Fax: +82-2-3275-8063
E-mail: plazasuite@nhis.or.kr

Smoking Cessation Treatments Covered by the National Health Insurance and Its Financial Impact

Young-Duk Yun*

Health Insurance Policy Research Institute, National Health Insurance Service, Seoul, Korea

Although smoking cessation is the No. 1 priority in clinical preventive services for the National Health Insurance (NHI), smoking cessation treatments have not been provided as a benefit by the NHI. Recently however, according to tobacco tax increase, there have been discussions on smoking cessation treatment covered by the NHI. Basic model of smoking cessation treatment must provide pharmacotherapy and counseling. Twelve week smoking cessation treatment costs are derived according to the type of medicine used. Thus, nicotine patch and varenicline treatments are estimated at 222,249 KRW and 366,812 KRW respectively. Annually five hundred and ninety thousand people will likely participate in treatment programs. In line with this figure, total expenditure of NHI is estimated at 47.3 billion KRW and 96.5 billion KRW.

Key Words: Smoking Cessation; Insurance Benefit; Insurance; Health

Copyright © 2015 by Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco.

서론

금연치료의 효과는 이미 수많은 연구를 통해 명확히 입증되어 왔다. 이러한 연구결과들을 종합하여 세계 각국에서는 금연치료 지침을 개발하고 있는데 2008년 개정된 미국의 권고안이 대표적으로 널리 알려져 있다. 미국의 금연치료 권고안은 37명의 전문가 그룹이 체계적 문헌고찰을 통해 8,700여 개의 연구결과를 분석한 후 메타분석방법을 통해 결론을 도출하였는데 신뢰성 있게 장기 금연성공률을 높이는 7종류의 1차 약물(부프로피온, 바레니클린, 5가지 종류의 니코틴 대체제)과 개인 대상, 집단 대상, 전화를 통한 교육상담을 효과적인 금연치료방법으로 권고하였다. 그리고 교육상담과 약물치료를 조합하는 경우 단독 사용보다 더 효과적이라고 권고하였으며 담배 의존증 치료가 임상적으로 효과적일 뿐

만 아니라 동시에 다른 임상질환 치료에 비해 매우 비용효과적이기 때문에 보험자와 구매자는 본 가이드라인에 효과적이라고 구분되어 있는 교육상담과 약물치료를 급여항목에 포함하여 보험계획을 보장해야 한다고 제안하였다.(1) 2009년 미국 질병예방위원회(U.S. Preventive Services Task Force, 이하 USPSTF)에서는 예방가능한 임상적 부담과 비용효과를 복합적으로 고려하여 예방의료서비스의 상대적 가치를 추정하였는데 금연교육상담과 약물요법은 아스피린 복용과 함께 10점 만점을 받아 공동 1위로 평가되었다.(2) 이후 미국에서는 2010년 9월부터 모든 보험자가 가입자에게 질병관리센터(CDC) 및 USPSTF가 권고하는 예방서비스와 예방접종에 대해 본인부담 없이 보험급여를 제공해야 한다고 법적으로 규정하였으며(Affordable Care Act, 2010) 금연치료는 대표적인 본인부담 면제 예방의료서비스로 보

험을 통해 제공되게 되었다.

우리나라에서도 2013년 전문가 델파이조사를 통해 예방 의료서비스의 급여우선순위를 평가한 연구가 있었는데 그 결과에서도 마찬가지로 금연교육상담이 1위, 금연약물요법이 2위로 평가된 바 있다.(3) 그러나 우리나라에서 금연치료는 대표적인 비급여 항목으로 명시되어 있다. ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에서는 ‘질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료’를 비급여 대상으로 규정하고 있는데 대표적인 항목으로 ‘금연 등을 위한 진료’를 들고 있다. 이렇듯 전문가 사이에서 금연치료가 예방의료서비스 중 최우선순위 급여대상으로 인정됨에도 불구하고 건강보험 급여항목으로 제공되고 있지 못하는 이유는 위급성, 중대성 등의 관점에서 여타 질병치료 서비스에 비해 예방의료서비스 전반의 우선순위가 낮게 평가되기 때문으로 여겨진다. 이러한 인식에도 불구하고 최근 들어 담배가격 인상이 가시화되면서 금연치료 급여화에 대한 논의는 활발히 진행되고 있다. 예방의료서비스 전반에 대한 우선순위 인식이 여전히 낮은 상황에서 특별한 정책상황에 기인하여 금연치료 급여화에 대한 논의가 부상하고 있다는 점은 다소 아쉽지만 본 글에서는 예방의료서비스 급여화의 본격적인 시작이 되기를 기대하며 금연치료의 기본적인 급여화 방안 및 관련 비용을 검토하여 제안하고자 한다.

본 론

1. 주요 외국의 금연치료 지원 현황

WHO 담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)을 승인하고 발효한 국가는 총 178개국으로 협약 당사국은 협약에 대한 이행 보고서를 2년에 한번씩 FCTC 사무국에 제출할 의무가 있다. FCTC 사무국은 당사국이 제출한 이행보고서를 데이터베이스로 구축하여 공개하고 있으며, 세계 이행현황 보고서(Global Progress Report)를 작성하는데 이를 재정리하여 OECD 국가를 중심으로 각국의 금연약물(니코틴대체제, 부프로피온, 바레니클린) 지원 현황을 정리해 보면 표 1과 같다.(4)

OECD 34개 국가 중 15개 국가가 금연약물의 비용을 지원하고 있었는데 5개국(벨기에, 프랑스, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 영국)에서는 3가지 금연약물의 비용을 공공재원 또는 보

험재정을 통해 완전하게 지원하고 있었다. 니코틴 대체제에 대해 공공재원 또는 보험재정을 통해 비용을 부분적으로 지원하고 있는 국가는 7개 국가(호주, 캐나다, 그리스, 아일랜드, 일본, 한국, 터키)였으며, 부프로피온은 8개 국가(호주, 캐나다, 그리스, 아일랜드, 이스라엘, 스페인, 스웨덴, 터키), 바레니클린은 9개 국가(호주, 캐나다, 그리스, 아일랜드, 이스라엘, 일본, 스페인, 스웨덴, 터키)에서 공공재원 또는 보험재정을 통해 비용을 부분적으로 지원하고 있었다. 참고로 미국과 스위스는 FCTC를 발효한 당사국이 아니며, 체코의 경우 2012년 승인하여 아직까지 제출된 이행보고서가 없는 상태이다.

세부적인 급여사례를 살펴보면 호주의 경우 기본적으로 금연치료제는 의사 또는 간호사의 처방전이 필수적이며, 금연상담 프로그램에 등록한 경우에 급여로 인정되는 방식을 가지고 있다. 니코틴 패치의 경우 12개월 기간 내에 12주에 한해 급여가 인정되는데 니코틴 패치로 금연에 실패하는 경우 같은 12개월 동안 부프로피온 또는 바레니클린을 사용할 수 있다.(5) 캐나다 브리티시 컬럼비아 주에서도 모든 주민은 12주 프로그램에 참여할 수 있는데 니코틴대체제(패치 또는 껌, 둘 중 하나) 또는 처방약(부프로피온, 바레니클린) 중 하나를 선택하여야 하며 두 가지를 모두 선택할 수는 없다. 니코틴 대체제의 경우 무료로 12주까지 제공되며 부프로피온 또는 바레니클린은 12주의 한도 내에서 처방받을 수 있으나 일정부분 본인부담 비용이 있다.

여러 국가의 사례에서 금연치료의 비용을 지원하고 있는 국가의 대부분은 효과성이 검증된 3가지 금연약물(니코틴 대체제, 부프로피온, 바레니클린)을 모두 지원하고 있었으며 급여 방식은 3가지 금연약물 중 하나를 선택하여 사용하도록 하고 있었다. 3가지 금연약물은 일반적으로 연간 급여기간이 제한되어 있는데 니코틴 대체제는 일반적으로 연간 12주의 사용을 지원하고 있었으며 보통은 니코틴 패치를 지원하는 경우가 많았다. 부프로피온의 경우는 8주(영국), 9주(호주), 12주(캐나다) 등 국가별로 차이가 있었다. 바레니클린은 일반적으로 연간 12주 사용을 지원하고 있으며 호주의 경우 첫 12주가 성공적인 경우에 12주 추가 연장이 가능한 특징을 가지고 있다.

또한 주요 외국의 금연치료 건강보험 적용사례를 살펴보면 교육상담과 약물치료를 함께 제공하고 있는 경우가 흔하다. 미국 메디케어(Part A/B) 대상자는 행위별 수가제를 통

Table 1. Status of drug supply for smoking cessation in OECD countries.

OECD 국가	공공재원에서 제공 또는 보험급여 여부		
	NRT	부프로피온	바레니클린
Australia	Partially	Partially	Partially
Austria	No	No	No
Belgium	Fully	Fully	Fully
Canada	Partially (70%) 개인 비용 : 약 4-8 \$/일	Partially (60%)	Partially (71%)
Chile	No	No	No
Czech Republic*	-	-	-
Denmark	No	No	No
Estonia	No	No	No
Finland	No	No	No
France	Fully	Fully	Fully
Germany			
Greece	Partially	Partially	Partially
Hungary	No	No	No
Iceland	No	No	No
Ireland	Partially (GMS에 등록된 흡연자에게는 처방전 발행, 약값 무료)	Partially	Partially
Israel	No	Partially	Partially
Italy	No	No	No
Japan	Partially	-	Partially
Luxembourg	Fully	Fully	Fully
Mexico	No	No	No
Netherlands	No	No	No
New Zealand	Fully	Fully	Fully
Norway	No	No	No
Poland	No	No	No
Portugal	No	No	No
Republic of Korea	Partially	No	No
Slovakia	No	No	No
Slovenia	No	No	No
Spain	No	Partially	Partially
Sweden	No	Partially	Partially
Switzerland*		-	-
Turkey	Partially	Partially	Partially
UK	Fully	Fully	Fully
USA*	-	-	-

*미국과 스위스는 FCTC를 발효한 당사국이 아니며, 체코의 경우 2012년 승인하여 아직까지 제출된 이행보고서가 없는 상태임.

해 12개월 동안 총 8회의 상담 및 약물처방(bupropion, varenicline)을 지원받는다. 영국 국가보건서비스(National Health Service, 이하 NHS)의 사례를 살펴보면 캠브리지셔(Cambridgeshire)의 금연치료 서비스(Camquit)에서도 금연치료제와 함께 상담서비스가 제공되는데 특별한 등록 절차 없이 방문하여 서비스를 이용할 수 있으며, 첫번째 방문에서 약 20분 상담 후, 3-4회(매회 약 10분) 추가적인 상담서

비스가 제공된다. 일본 역시 금연치료가 2006년부터 건강보험을 통해 급여로 제공되었는데 금연치료계획 수립과 상담에 대해 니코틴 의존증 관리료를 5회까지 산정하고 있다.

2. 금연치료 급여화의 기본 방향

효과적인 금연치료의 종류와 내용, 주요 외국의 금연치료 지원 사례 등을 고려하였을 때 우리나라에서 금연치료 급여

Table 2. Cases of drug supply for smoking cessation in Canada, Australia and British Columbia.

구분	NRT	부프로피온	바레니클린
호주	<ul style="list-style-type: none"> - 대상자: 2011년 2월 1일부터 전체 국민으로 확대(기존에는 원주민 및 Torres Strait 섬 주민만 대상이었음) - 제공형태 : 니코틴 패치(지속 시간에 따라 16 h, 24 h. 니코틴 용량에 따라 15 mg-21 mg-25 mg, 7 mg-14 mg-21 mg) - 급여기간: 12개월 기간 내에 12주(3회로 나누어 지급) - 의사 또는 간호사의 처방전이 필수적이며, 금연 상담 프로그램에 등록한 경우에 급여됨 ※ 니코틴 패치로 금연에 실패하는 경우 같은 12개월 동안 부프로피온 또는 바레니클린을 사용할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 제공형태: 150 mg(30정 또는 50정) - 급여기간: 12개월 동안 9주(연장 불가능) - 의사 또는 간호사의 처방전이 필수적이며, 금연 상담 프로그램에 등록한 경우에 급여됨 - 처방전 발행 전 정부 승인 절차(전화 또는 문서)가 필요함 - 과거에 부프로피온을 처방받은 적이 있는 경우에 50정 패키지를 처방할 수 있음 - GP 진료지침에서는 2주 처방을 시작으로 최소 7주 치료기간을 권장 	<ul style="list-style-type: none"> - 제공형태 : 용량 0.5 mg, 1 mg - 급여기간: 12개월 동안 12주에서 최대 24주(첫 12주가 성공적인 경우에 추가적으로 12주까지 연장 가능) - 의사 또는 간호사의 처방전이 필수적이며, 금연 상담 프로그램에 등록한 경우에 급여됨 - 처방전 발행 전 정부 승인 절차(전화 또는 문서)가 필요함 - 과거에 바레니클린을 처방받은 적이 있는 경우에 용량 1 mg 바레니클린을 처방할 수 있음 - GP 진료지침에서는 4주 처방을 시작으로 12주의 치료기간을 권장
캐나다 브리티시 컬럼비아 (British Columbia, B.C) 주정부	<ul style="list-style-type: none"> - 대상자: 매년 1월 1일을 기점으로 B.C 지역주민 누구나 12주 금연 프로그램에 참여할 수 있음 - NRT 또는 처방약(부프로피온, 바레니클린) 중 하나를 선택하여야 하며 두 가지를 모두 선택할 수는 없음 - 제공형태: 패치(Habitrol 7 mg/14 mg/21 mg)와 껌(Thrive 2 mg/4 mg) 중 한 가지로 둘 다 선택할 수는 없음 - 비용 : 무료 제공 - 제공기간 : 4주씩 3번 총 12주 - 제공방법 : 전화로 등록 신청 후, 약국에서 픽업하거나 우편 배송받음 	<ul style="list-style-type: none"> - 급여 약품 : 부프로피온, 바레니클린 중 하나 - 대상 : B.C 주민으로 건강보험과 PharmaCare에 가입되어 있는 흡연자로서 의사로부터 처방전을 발급받은 경우 - 비용 : 가입된 PharmaCare plan에 따라 처방약에 대한 본인부담 차등이 있음(Plan B, C, G에 가입한 경우 무료. Fair PharmaCare에 가입된 일반적인 경우 다른 약과 마찬가지로 연간 deductible 적용을 받음) - 급여 기간 : 4주씩 3번 총 12주 - 제공방법 : 의사 처방전을 발급받아 약국에서 구입 	

화의 기본 방향은 다음과 같이 제안해 볼 수 있다.

우선 금연치료의 급여 대상은 금연의지를 가지고 치료받고자 하는 모든 흡연자가 기본 대상이 될 수 있다. 단, 18세 미만, 임신부, 수유부 등을 포함할지 여부에 대해서는 추가적인 검토가 필요하다. 흡연의 폐해를 고려할 경우 이러한 대상까지도 포함해야 한다는 의견도 있을 수 있지만 영국에서는 이런 경우 금연치료를 적용하지 않는 것을 기본 원칙으로 하고 있다. 한편, 일본에서는 흡연자의 니코틴 의존증 수준을 평가하여 급여 대상을 선별하고 있는데 이는 예방의료 서비스의 과도한 이용을 규제하려는 목적이 강하며 다른 국

가의 사례에서는 찾아보기 어려운 방식이므로 급여 대상의 요건으로 검토할 필요성은 낮아 보인다.

급여 항목은 그 효과성이 명백히 입증된 금연약물(니코틴 패치, 부프로피온, 바레니클린)과 금연교육상담 서비스를 포함하는 것이 필요하며 금연약물의 경우 1개 약물을 선택하여 연간 12주 이내 사용, 금연교육상담 서비스의 경우 연간 6회 이내 수준으로 산정하는 것이 일반적인 급여제공방식으로 보인다. 급여제공방식에 있어 쟁점은 금연교육상담 서비스 제공자의 범위 및 질관리 방식이다. 최근의 체계적 문헌고찰 연구에서 의사의 금연권고 외에 간호사의 금연중

Table 3. Expected amounts of the medical expense and deductible in 12week smoking cessation program.

(Won)

구분	진료비				공단부담금	본인부담금
	진찰료 및 금연교육상담료	약제비	약가	합계		
니코틴패치 사용시(80% 약가 적용)	94,145	35,182	90,922	220,249	154,174	66,074
부프로피온 사용시	94,145	35,182	116,424	245,751	172,026	73,725
바레니클린 사용시(80% 약가 적용)	94,145	35,182	237,485	366,812	256,768	110,044

재 역시 효과적인 결과를 보이고 있다는 점, 현실적으로 진료현장에서 의사의 금연상담이 충분한 시간동안 이루어지기 어렵다는 점 등을 고려한다면 교육상담서비스의 제공자 범위를 간호사까지 확대할 필요가 있는 것으로 보인다.(5) 참고로 정신과 영역을 제외하면 현재 우리나라 건강보험체계 내에서 영유아 건강검진 및 생애전환기 2차 검진에서 제공되고 있는 상담이 교육상담료로 인정되고 있다고 볼 수 있는데 이러한 상담은 세부규정에서 의사가 수행해야 한다고 명시되어 있으며 이러한 상담서비스의 질관리 기전으로 의사 대상의 교육과정이 운영되고 있다. 금연교육상담 역시 질관리 기전으로 의사협회나 관련 학회 및 단체에 위탁하여 교육과정을 운영하고 해당 교육과정을 수료한 경우 금연교육상담료를 산정할 수 있도록 하는 방식을 고려할 수 있다. 의사와 간호사 모두 관련 교육과정을 수료할 경우 일부 금연교육상담의 업무를 간호사에 위임하는 방식으로 적용하는 것도 가능하다.

3. 1인당 금연치료(12주 프로그램) 비용

금연치료 프로그램의 비용 요소는 크게 약가, 교육상담료, 기본적인 외래진찰료 및 약제비로 구성된다.

약가는 사용하는 금연약물에 따라 상이한데 부프로피온의 경우 현재 현재 우울증 치료제로서 보험급여가 되고 있으며 2014년 3월 17일 기준 보험적용 상한 약가는 한 정당 673원-693원으로 공급되고 있기에 1인당 비용 및 소요재정 추계 시 한 정당 693원의 가격으로 12주(168T) 사용을 가정하였다. 니코틴패치는 현재 건강보험 비급여 품목으로 약국에서 1매당 평균 1,353원(종류별 1,304원-1,514원)의 공급단가로 유통되고 있는데 1인당 비용 및 소요재정 추계 시 약가 협상 과정에서의 가격 인하를 감안하여 유통가격의 80% 수준으로 12주(84매) 사용을 가정하였다. 바레니클린도 현재 건강보험 비급여 품목으로 한 정당 1,767원의 공급단가로

유통되고 있는데 유통가격의 80% 수준으로 12주(84매) 사용을 가정하였다. 교육상담료의 경우 더욱 수가 가정이 어려운 측면이 있는데 기존 영유아 건강검진의 상담 수가(6,600원-15,600원), 생애전환기 건강검진의 상담 수가(6,000원-12,000원), 개인정신치료의 지지요법(15분 미만) 수가(의원급 기준 12,859원) 등 유사 교육상담료 수가를 참고하였으며 1인당 비용 및 소요재정 추계 시 12주 프로그램을 기준으로 4회 방문(금연교육상담료 4회 산정, 개인정신치료 지지요법 기준)을 가정하였다. 그 외에도 1인당 비용 및 소요재정 추계 시 12주 프로그램을 기준으로 4회 외래방문(외래진찰료 4회 산정) 및 4회 약국 방문(4주 처방 2회, 2주 처방 2회)을 가정하였을 때 12주 금연프로그램의 총 비용은 220,249원(니코틴 패치)에서 366,812원(바레니클린) 수준으로 추정되었다(표 3).

4. 금연치료 급여화 소요재정 추계

금연치료 급여화의 소요재정을 추계하는 데 있어 대상자(이용자) 수, 프로그램의 비용(3개 약물의 처방 비율), 금연치료 중 탈락률에 대한 가정이 필요하다.

2012년 기준 19세 이상의 건강보험 적용인구는 3,957만 명이며 국민건강영양조사의 흡연율을 적용할 경우 흡연자 수는 약 1,002만 명으로 추정된다. 여기에 국민건강영양조사의 현재흡연자의 금연시도율(55%)를 적용하면 금연시도자는 약 554만 명인데 이 중 금연치료 급여화 이후 적극적으로 의료기관이나 보건소 등을 이용하는 적극적 금연시도자의 규모는 금연시도자의 18.2% 수준인 약 100만명으로 추정된다. 18.2%는 논란의 여지가 있을 수 있는데 이는 영국 NHS에서 금연치료를 본격적으로 제공하기 시작한 2007년에 금연시도자 중 18.2%가 stop smoking service(일종의 지역사회 금연클리닉)를 이용하거나 의사(General Physician, GP)를 방문하여 금연약물을 처방받은 점을 고려한 비율이

다(그림 1). 2012년 기준 보건소 금연클리닉 참여자가 약 41만 명임을 고려하여 적극적 금연시도자로 추정되는 100만 명 중 의료기관을 이용할 가능성이 있는 최종 대상은 약 59만 명으로 추정하였다(표 4). 급여화 이후에도 보건소 금연클리닉 이용자의 규모가 그대로 유지될지에 대해서는 예측하기 어려운 측면이 있다. 그러나 급여화 이후에 금연치료에 대한 관심과 수요가 증가할 것이며 보건소 역시 사업 규모를 최소한 유지할 것이라는 가정을 적용하여 급여이용자 수 추정에 반영하였다.

3개 금연약물의 처방 비율은 기본적으로 바레니클린 90% 처방, 부프로피온 및 니코틴패치는 각각 5% 처방을 가정하였는데 3개 금연약물의 처방비율을 고려할 경우 12주 금연 프로그램의 1인당 평균 공단부담금은 247,401원 수준이었다. 한편, 니코틴 패치의 처방비율을 90%로 가정하고 바레니클린과 부프로피온의 처방비율을 각각 5%라고 가정할 경우에는 12주 금연프로그램의 1인당 평균 공단부담금은 160,196원 수준이었다.

마지막으로 금연치료 탈락률은 금연프로그램 이용자 중 약 50%가 4주만에 탈락하는 것으로 가정하였는데 이러한 기본 가정에 따라 계산된 금연치료 연간 소요재정은 약 625억 원에서 965억 원 규모로 추정되었다. 4주 탈락률을 75%

까지 가정할 경우 연간 소요재정은 473억 원에서 731억원 규모로 추정되었다(표 5).

5. 금연치료 급여화에 따른 추가적인 금연자 수 추정

현재 우리나라 성인흡연율이 정체상태임을 감안하면 연간 금연자의 수와 신규 흡연자의 수는 크게 차이가 없다고 볼 수 있다. 연간 금연시도자 550만 명 중 52주 금연성공자

Figure 1. Type of Attempt to stop smoking in UK (2007-2011).

Table 4. The expected number of participants for smoking cessation program.

(No.)

구분	건강보험 적용인구 (2012년)	흡연자 수*	금연 시도자 ⁺	적극적 금연시도자 (의료기관 또는 보건소 이용)	금연치료 급여이용자 (의료기관 이용)
19세 이상	39,576,185	10,023,064	5,541,478	1,008,548	591,277

*흡연자 수=건강보험 적용 대상인구(2012년) * 국민건강영양조사 흡연율(5기 3년차, 2012년)

⁺금연시도자=흡연자 수 * 국민건강영양조사 현재흡연자의 금연 시도율(5기 3년차, 2012년)

Table 5. The requirement of public finance for smoking cessation program.

대상자 규모	1인당 공단부담금	소요재정 (공단부담금)	탈락률 고려시 최종 소요재정
591,277명 (금연시도율 55%, 적극적 이용율 18.2% 적용)	247,401원 (바레니클린:부프로피온:니코틴패 치 처방비율을 90:5:5 가정)	1,462억 8,252만원	965억 4,646만원 (4주 탈락률 50% 가정) 731억 4,126만원 (4주 탈락률 75% 가정)
	160,196원 (바레니클린:부프로피온:니코틴패 치 처방비율을 5:5:90 가정)	947억 2,038만원	625억 1,545만원 (4주 탈락률 50% 가정) 473억 6,019만원 (4주 탈락률 75% 가정)

Table 6. Expected number of quitters in smoking cessation program by medical insurance reimbursement.

구분		52주 금연성공율	금연자 수	추가 금연자 수
금연급여화 이전	금연시도자(550만명)	5%	27만 5000명	4만 2300명
금연급여화 이후	금연시도자(550만명)	5.77%	31만 7300명	
	금연프로그램 미참여자(490만명)	5%	24만 5000명	-
	금연프로그램 참여자(60만명)			
	소계	12.05%	7만 2300명	-
	니코틴대체제(3만명)	8%	2400명	
	부프로피온(3만명)	8%	2400명	-
	바레니클린(54만명)	12.5%	6만 7500명	-

가 약 5%(27만 5천명)라고 가정한다면 신규 흡연자의 수도 비슷한 수준으로 추정된다. 니코틴대체요법과 부프로피온 사용시 금연성공율이 약 1.6배 높아지며, 바레니클린 사용시 금연성공율이 약 2.5배 높아진다고 가정할 경우 금연치료 참여자의 약 7%가 추가적으로 금연에 성공할 것으로 예상할 수 있다. 이를 단순 계산해 보면 60만명이 금연치료를 이용할 경우 4만 2300명(금연치료 이용자의 약 7%)이 추가적으로 52주 금연에 성공할 수 있을 것으로 기대할 수 있다(표 6).

결 론

담배가격 인상과 맞물려 금연치료 급여화에 대한 논의가 본격적으로 진행되고 있다. 효과적인 금연치료 방법과 주요 외국의 사례를 검토했을 때 금연치료 급여화는 금연약물 뿐만 아니라 금연교육상담까지 포함해야 할 필요성이 높다. 그렇지만 금연교육상담을 급여로 제공하기 위해서는 교육상담자의 범위, 금연진료 교육과정의 내용과 운영주체, 질관리 기전, 상담수가의 산출 등 추가적인 고민이 필요하다. 뿐만 아니라 앞서 언급하였듯이 금연치료 대상자 범위에 청소년과 임신부의 포함 여부, 금연치료 탈락자 중 추가 금연시도자는 급여를 어떻게 인정해야 할지에 대한 결정, 금연치료 급여화 이후 기존의 보건소 금연클리닉 적용 방안 등 앞으로 검토해야 할 과제는 여전히 많이 남아있다.

그렇지만 앞으로 검토해야 할 과제가 많기 때문에 금연치료 급여화의 진행이 중단되리라 보이지는 않는다. 오히려 우려되는 점은 담배가격 인상에 따른 여론의 반발을 고려하여 금연치료 프로그램이 제대로 검토되지 않은 상태로 급여화가 진행될 수 있다는 점이다. 건강보험 급여체계 내에서 교

육상담에 대한 검토가 거의 최초로 이루어지는 만큼 적절한 제공모형과 보상기전, 체계적인 교육과정과 질관리 기전이 프로그램 내에 포함되기를 바란다.

요 약

흡연이 국가건강보험체계에서 첫번째로 고려되는 임상 예방 서비스임에도 불구하고, 아직 이에 대한 급여화는 이뤄지지 않고 있다. 하지만 최근 담뱃값 인상으로 인해 보험급여화에 대한 논의가 활발하게 이뤄지고 있다. 기본적인 모형은 상담과 약물치료를 포함하는 것으로, 사용되는 약물의 종류에 따라 12주의 금연치료 비용을 추산할 수 있다. 이에 따르면 니코틴 패치를 사용할 경우 222,249원이, 바레니클린을 사용할 경우 366,812원의 총 비용이 발생하고, 연간 59만 명 정도가 이러한 서비스를 받을 것으로 추산할 수 있다. 이에 따른 총 비용은 각각 연간 473억과 965억으로 추산된다.

References

1. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008;53:1217-22.
2. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Solberg LI. Prioritizing Clinical Preventive Services: A Review and Framework with Implications for Community Preventive Services. *Annu Rev Public Health*. 2009;30:341-55
3. Ko MJ, Kim YJ, Park JY, An JH, Kim JM, Baek YJ, et al. Priority setting of clinical preventive services for benefits extension, National Evidence-based Healthcare Collaboration Agency, 2013
4. WHO "2012 Global Progress Report on Implementation of the WHO

- Framework Convention on Tobacco Control" [cited 2014 March 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79170/1/9789241504652_eng.pdf?ua=1
5. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD001188
6. West R, Brown J. Robert West and Jenny Fidler Smoking and Smoking Cessation in England 2011 [cited 2014 Nov 23]. Available from: www.smokinginengland.info.