

당뇨병 치료의 새로운 패러다임

중증 당뇨병

혜택은 넓히고 부담은 줄이고

2026년 10월 15일 (목) 09:30

코엑스 마곡 컨벤션센터 311호

주최

KAMJ
한국의학바이오기자협회
Korean Assc. Medical Journalists.

KDA

대한당뇨병학회
Korean Diabetes Association

| 프로그램 |

시 간	내 용	발 표 자
사회 이진한 한국의학바이오기자협회 수석부회장		
09:30-09:35	개 회 사	김성래 대한당뇨병학회 이사장
	환 영 사	민태원 한국의학바이오기자협회 회장
	사진 촬영	
1부. 주제발표		
09:35-09:55	[발표1] 췌장장애·췌도부전 2형당뇨병: '중증 2형당뇨병'의 의미와 관리의 중요성	김남훈 대한당뇨병학회 당뇨병특성화TF팀장 (고려대안암병원 내분비내과 교수)
09:55-10:15	[발표2] 중증 당뇨병 환자의 CGM 등 보장성 강화의 의의와 대안	김종화 대한당뇨병학회 보험이사 (부천세종병원 내분비내과 진료과장)
10:15-10:20	휴 식	
2부. 종합토론·질의응답		
좌장 박철영 대한당뇨병학회 언론·홍보이사·정명진 한국의학바이오기자협회 감사		
10:20-10:50	윤재승 대한당뇨병학회 디지털헬스이사(가톨릭대 성빈센트병원 내분비내과 교수)	
	권영인 재단법인 청년재단 정책기획팀장	
	서정윤 한국의학바이오기자협회 총무이사(매경헬스 기자)	
	유정민 보건복지부 보험급여과장	
폐회(10:50-)		

| 개 회 사 |

안녕하십니까. 대한당뇨병학회 이사장 김성래입니다.

오늘 “중증 당뇨병, 혜택은 넓히고 부담은 줄이고”라는 매우 중요한 주제로 여러분과 함께하게 되어 뜻깊게 생각합니다.

먼저 이 자리를 함께 마련해 주신 한국의학바이오기자협회 민태원 회장님과 관계자 여러분께 감사드립니다. 또한 바쁘신 가운데 참석해 주신 보건복지부 유정민 보험급여과장님, 청년 환자들의 현실과 정책적 과제를 전해 주실 청년재단 권영인 정책기획팀장님, 그리고 오늘 발표와 토론을 맡아 주신 모든 분들께 깊이 감사드립니다.

최근 당뇨병 치료는 빠르게 발전하고 있습니다. 연속혈당측정기와 인슐린 전달 기술을 비롯한 새로운 치료 수단이 도입되면서 과거에는 기대하기 어려웠던 수준의 혈당 관리가 가능해졌고, 정부의 지원 역시 점차 확대되어 왔습니다.

그러나 치료 기술이 발전할수록 오히려 우리가 더욱 분명하게 보게 되는 문제가 있습니다.

같은 당뇨병이라 하더라도 환자마다 질병의 중증도와 치료 부담은 크게 다르다는 사실입니다.

특히 2형당뇨병으로 진단받았지만 인슐린 분비 능력이 거의 소실되어 하루에도 여러 차례 인슐린을 투여하고, 빈번한 혈당 측정과 저혈당의 위험 속에서 생활해야 하는 환자들이 있습니다. 실제 치료의 강도와 일상의 부담은 1형당뇨병 환자와 크게 다르지 않음에도 불구하고, 지금까지의 제도는 상당 부분 ‘1형인가, 2형인가’라는 진단명을 기준으로 지원 대상을 구분해 왔습니다.

이제는 이러한 틀을 한 번 다시 생각해 볼 시점이라고 생각합니다.

당뇨병 정책도 진단명의 분류만을 보는 단계에서, 환자가 실제로 얼마나 중증한 상태에 있는지, 얼마나 많은 치료 부담과 위험을 감당하고 있는지를 함께 보는 방향으로 발전해야 합니다.

바로 이러한 문제의식에서 ‘중증당뇨병’이라는 개념이 중요해지고 있습니다.

물론 중증당뇨병의 정의와 기준은 충분한 의학적 근거를 바탕으로 신중하게 만들어져야 합니다. 누구를 중증 환자로 정의할 것인지, 어떤 치료가 반드시 필요한지, 어느 범위까지 사회가 지원할 것인지는 학계와 정부, 환자, 언론이 함께 충분히 논의해야 할 문제입니다.

그러나 한 가지 원칙은 분명합니다.

치료가 절실하게 필요한 환자가 단지 진단명의 차이 때문에 적절한 치료의 기회에서 소외되어서는 안 됩니다.

그리고 필요한 환자에게 적절한 시기에 치료를 지원하는 것은 단순히 의료비를 더 사용하는 일이 아닙니다. 심각한 저혈당과 당뇨병 합병증을 예방하고 환자의 삶과 사회생활을 지켜주는 일이며, 장기적으로는 우리 사회 전체의 의료비 부담을 줄이는 투자이기도 합니다.

| 개 회 사 |

오늘 첫 번째 세션에서는 중증 2형당뇨병의 임상적 의미와 연속혈당측정기 보장성 문제를 의학적 근거를 중심으로 살펴보고, 이어지는 종합토론에서는 의료계와 정부, 언론, 정책 현장이 함께 현실적인 해법을 논의하게 됩니다.

대한당뇨병학회도 중증당뇨병에 대한 객관적이고 합리적인 기준을 마련하고, 과학적 근거를 바탕으로 필요한 환자가 필요한 치료를 받을 수 있는 제도를 만드는 데 책임을 다하겠습니다. 특히 오늘 이 자리를 언론인 여러분과 함께한다는 데 큰 의미가 있다고 생각합니다. 좋은 정책은 전문가들의 논의만으로 완성되는 것이 아니라 국민의 이해와 공감 속에서 만들어지기 때문입니다. 오늘 논의되는 환자들의 어려움과 의료 현장의 목소리가 기자 여러분을 통해 우리 사회에 정확하게 전달되기를 기대합니다.

오늘 심포지엄의 제목처럼 중증당뇨병 환자의 치료 혜택은 넓히고, 환자와 가족이 감당해야 하는 부담은 줄이는 것, 그것이 우리가 함께 만들어가야 할 방향이라고 생각합니다.

오늘 이 자리가 우리나라 당뇨병 치료와 정책이 '진단명 중심'에서 '환자의 필요와 중증도 중심'으로 한 단계 발전하는 의미 있는 출발점이 되기를 기대합니다.

함께해 주신 모든 분들께 다시 한번 감사드립니다.

감사합니다.

대한당뇨병학회 이사장 **김 성 래**

| 환영사 |

안녕하십니까. 한국의학바이오기자협회장 민태원입니다.

바쁘신 일정 중에도 오늘 대한당뇨병학회와 한국의학바이오기자협회가 공동 주최하는 의미 깊은 심포지엄에 참석해 주신 모든 분들께 환영의 인사를 드립니다. 아울러 심포지엄을 함께 준비하고 당뇨병 환자들의 삶의 질 향상을 위해 늘 헌신해 주시는 대한당뇨병학회 김성래 이사장님을 비롯한 임원진 여러분께도 깊은 감사의 말씀을 전합니다.

우리가 흔히 접하는 당뇨병은 흔한 만성질환으로 인식되기 쉽지만, 그 안을 들여다보면 환자마다의 상태와 중증도가 너무나도 다릅니다. 특히 췌장 기능이 황폐화되어 인슐린이 거의 분비되지 않는 '췌도부전 2형당뇨병'이나 심각한 합병증을 동반한 중증 당뇨병 환자들의 고통은 상상을 초월합니다.

그러나 안타깝게도 현행 보장성 제도는 1형과 2형이라는 단순한 이분법적 분류에 갇혀 있었습니다. 이 때문에 사실상 1형당뇨병에 준하는 집중 관리가 필요한 중증 2형당뇨병 환자들만 연속혈당측정기 (CGM)나 인슐린 펌프 같은 필수 기기 지원에서 소외되어 경제적, 신체적 고통을 고스란히 떠안아 왔습니다.

정말 다행스럽게도, 오는 12월부터는 췌장장애와 췌도부전 수준의 중증 2형당뇨병 환자들에게도 보장성이 강화되는 정책이 시행됩니다. 약 1만1000명의 환자가 새롭게 혜택을 받게 된 이번 정책은 질환의 유형이 아닌, 환자의 실제 '중증도'를 중심으로 보장성 정책의 패러다임이 전환되었다는 점에서 매우 뜻깊은 첫걸음입니다.

하지만 이번 정책 시행이 끝이 되어서는 안 되며, 이를 계기로 더욱 고도화되고 촘촘한 지원책이 뒤따라야 합니다.

단순한 기기 구입비 지원을 넘어선 '의료 체계로의 안전한 통합'이 필요합니다. 첨단 기기에서 쏟아지는 수많은 혈당 데이터는 의료진의 전문적인 해석과 교육이 수반될 때 비로소 진가를 발휘합니다. 장기적으로는 현재의 요양비 지원 형태에서 건강보험 요양급여(수가) 체계로 완전히 전환되어 병원 중심의 체계적인 관리가 이루어져야 합니다.

아울러 이번 조치를 마중물 삼아, 매일 인슐린 주사를 맞으며 사투를 벌이는 '전체 인슐린 투여 2형 당뇨병 환자들'로 보장 범위를 단계적으로 넓혀나가야 할 것입니다.

오늘 심포지엄은 바로 이러한 과제들을 풀기 위한 지혜를 모으는 자리입니다. 의료 현장의 목소리를 전해줄 학계 전문가, 누구보다 제도의 변화와 보완을 기다려온 환자단체, 정책을 집행하는 보건복지부, 그리고 여론을 전달하는 기자들이 한자리에 모였습니다. 오늘 이 자리에서 12월 정책의 성공적인 안착을 돕고, 나아가 대한민국 당뇨병 관리 체계를 한 단계 더 높은 수준으로 끌어올릴 구체적이고 지속 가능한 정책적 대안이 도출되기를 기대합니다.

다시 한번 참석해 주신 모든 분께 감사드리며, 오늘 심포지엄이 대한민국 모든 당뇨병 환자들에게 진정한 혜택과 희망을 주는 이정표가 되기를 희망합니다. 감사합니다.

한국의학바이오기자협회 회장 민 태 원

| 발표1 |

췌장장애·췌도부전 2형당뇨병: '중증 2형당뇨병'의 의미와 관리의 중요성

김 남 훈

대한당뇨병학회 당뇨병특성화TF팀장
(고려대안암병원 내분비내과)



중증당뇨병

Severe Diabetes Mellitus

대한당뇨병학회 당뇨병특성화TF
고려대학교 안암병원 내분비내과

김남훈

목차

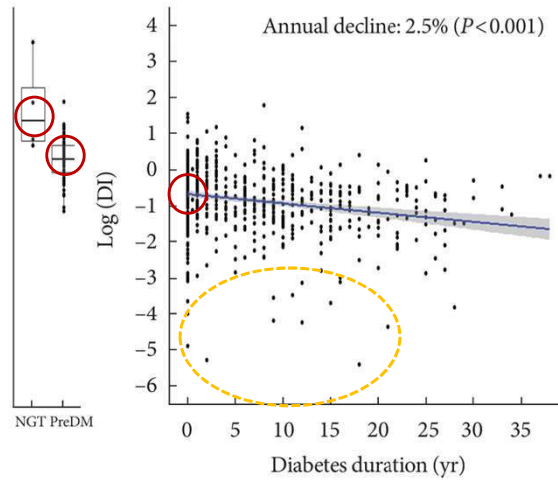
1. 췌도부전당뇨병
2. 췌장장애
3. 중증당뇨병

췌도부전 당뇨병

당뇨병 유형 분류

유형	정의
1형당뇨병	주로 자가면역에 의한 췌장 베타세포의 파괴로 발생하며, 대개 절대적인 인슐린 결핍으로 진행 하는 당뇨병.
2형당뇨병	비자가면역성 베타세포 기능 저하로 충분한 인슐린 분비 능력이 점진적으로 감소 하여 발생하며, 흔히 인슐린저항성 이 동반되는 당뇨병.
기타 특정 유형의 당뇨병	특정 유전적 이상, 질환, 약물 등 확인 가능한 다른 원인으로 발생하는 당뇨병. 단일유전자당뇨병(MODY, 신생아당뇨병 등), 췌장질환 관련 당뇨병(췌장염, 췌장절제 등), 약물 유발 당뇨병(글루코코르티코이드 등) 등.

국내 2형당뇨병 환자의 인슐린 분비능 변화



Kim JY et al. Diab Metab J 2024

인슐린 분비능

정상 수준

분비능 거의 소실



정상인

초기 2형당뇨병

췌도부전당뇨병

진행된 2형당뇨병
대부분의 1형당뇨병
췌장 절제 후 당뇨병

치료 단계

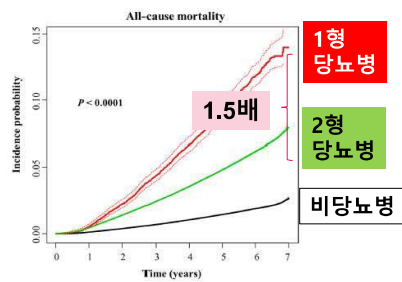
생활습관교정 및
경구약제로 조절 가능

기저인슐린
1회 투여 필요

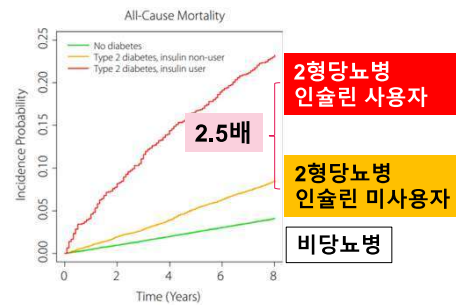
인슐린 다회 투여 필요
(초속효성 인슐린 투여 필요)

췌도부전당뇨병 환자의 예후

국내 당뇨병환자 사망률



Lee YB et al. Cardiovascular Diabetology 2019



Lee YB et al. J Diabetes Investig 2021

췌도부전 환자의 임상적 어려움

- 저혈당 위험
- 혈당변동성
- 급성대사위기 (케톤산증 등) 위험



- 응급실 방문율 증가
- 혈관합병증 위험 증가
- 인지기능저하

췌도부전당뇨병 용어 제안 배경

- 모든 당뇨병은 경증 질환이라는 잘못된 인식

- 보건복지부고시 제2022-136호 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제5조의3 **'중증난치질환의 정의'**

: 치료법은 있으나 **완치가 어렵고 지속적인 치료가 필요**하며
치료를 중단하는 경우 사망 또는 심각한 장애를 초래하는 수준의 증상을 보이며
진단 및 치료에 드는 **사회·경제적 부담이 상당**한 수준을 보이는 질환

췌도부전당뇨병은 **중증난치질환**입니다.

췌도부전당뇨병 용어 제안 배경



- 심부전, 신부전, 간부전 등 다른 장기의 부전을 표현하는 용어처럼 '췌도부전'이라는 용어를 제안
- 신부전의 원인이 되는 신장질환은 다양하지만 eGFR에 따라 1기에서 5기까지의 만성신부전을 정의하는 것과 비슷
- 말기신부전의 경우
(1) 중증난치질환을 인정받아 상급종합병원 진료가 정당화
(2) 신장내과를 수련 받은 의사가 투석전문병원을 운영 가능

췌도부전당뇨병

- 해당 질병을 중증난치질환으로 지정 받고
- 투석전문병원처럼 내분비내과 수련 후에도 췌도부전당뇨병 분야의 전문진료가 가능한 환경 조성
- 환자가 전문적인 진료를 받을 수 있게 함으로써 환자의 치료 예후를 향상시키는 데에도 도움이 될 것으로 기대

췌도부전당뇨병 진단 기준

Position Statement

J Korean Diabetes 2024;25:124-134
<https://doi.org/10.4093/jkd.2024.25.3.124>
pISSN 2233-7431 · eISSN 2714-0547

jkd The Journal of Korean Diabetes
Vol.25, No.3, 2024



췌도부전당뇨병에 대한 입장 성명서

김지윤¹, 진상만¹, 김규리¹, 김수경², 김원준³, 문선준⁴, 유지희⁵, 이다영⁶, 이승은⁷, 전지은⁸, 김재현¹; 대한당뇨병학회 췌도부전당뇨병 TFT

¹성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 내분비대사내과, ²경성대학교 의과대학 경상국립대학교병원 내분비내과, ³울산대학교 의과대학 강릉아산병원 내분비내과, ⁴성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 내분비내과, ⁵중앙대학교 의과대학 중앙대학교광명병원 내분비내과, ⁶고려대학교 의과대학 고려대학교안산병원 내분비내과, ⁷울산대학교 의과대학 울산대학교병원 내분비내과, ⁸경희대학교 의과대학 강동경희대병원 내분비대사내과

C-peptide

췌장 베타세포가 인슐린을 만들 때 함께 생성/분비되는 펩타이드로, '몸에서 인슐린을 얼마나 분비하는지'를 평가하는 지표 (인슐린과 C-peptide가 1:1 비율로 분비됨)

- 인슐린 치료 중에도 남아있는 자신의 인슐린 분비 능력을 평가할 수 있음.
- 낮은 C-peptide는 인슐린 결핍을 시사함.
- 동시에 측정한 혈당과 신장기능을 함께 봐야 함.

췌도부전당뇨병 진단기준

2. 췌도부전당뇨병 진단기준

췌도부전당뇨병의 진단기준은 다음과 같이 제안한다.

췌도부전당뇨병: 가와 나.를 모두 만족하는 경우
가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우
(1) 공복 C-peptide 0.6 ng/mL 이하
(2) 비공복(식사 5시간 이내) C-peptide 1.8 ng/mL 이하
(3) 24시간 소변 C-peptide 수치 30 μ g/24 h 미만
(4) 단회뇨 C-peptide/creatinine ratio 0.6 nmol/mmol 이하
나. 초단기작용인슐린유사체를 포함하여 다회인슐린주사요법을 받거나 인슐린펌프를 사용하는 경우

C-peptide 기준>

췌도부전당뇨병 ≡ 1형당뇨병
중증췌도부전당뇨병 ≡ 췌장장애

중증췌도부전당뇨병: 가와 나.를 모두 만족하는 경우
가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우
(1) 공복 C-peptide 0.24 ng/mL 미만
(2) 비공복 C-peptide 0.6 ng/mL 미만
(3) 단회뇨 C-peptide/creatinine ratio 0.2 nmol/mmol 미만
나. 초단기작용인슐린유사체를 포함하여 다회인슐린주사요법을 받거나 인슐린펌프를 사용하는 경우

췌도부전당뇨병의 진단기준

2. 췌도부전당뇨병 진단기준

췌도부전당뇨병의 진단기준은 다음과 같이 제안한다.

췌도부전당뇨병: 가와 나.를 모두 만족하는 경우
가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우
(1) 공복 C-peptide 0.6 ng/mL 이하
(2) 비공복(식사 5시간 이내) C-peptide 1.8 ng/mL 이하
(3) 24시간 소변 C-peptide 수치 30 μ g/24 h 미만
(4) 단회뇨 C-peptide/creatinine ratio 0.6 nmol/mmol 이하
나. 초단기작용인슐린유사체를 포함하여 다회인슐린주사요법을 받거나 인슐린펌프를 사용하는 경우

제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우
	[] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [] 24시간 소변 시렙타이드(C-peptide) 수치가 30 μ g/24hr 미만 [] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
	(2) [] 인슐린 투여

국내 건강보험 1형당뇨병 환자 등록 기준 중
인슐린분비능과 관련된 기준과 동일

치료적인 관점에서 인슐린분비능이 떨어진
환자를 선별하고 혈당조절 효과가 입증된 적극적인 치료 방법으로
유도하기 위함

중증췌도부전당뇨병 진단기준

- 절대적 인슐린 결핍에 해당함

중증췌도부전당뇨병: 가와 나.를 모두 만족하는 경우
가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우
(1) 공복 C-peptide 0.24 ng/mL 미만
(2) 비공복 C-peptide 0.6 ng/mL 미만
(3) 단회뇨 C-peptide/creatinine ratio 0.2 nmol/mmol
미만
나. 초단기작용인슐린유사제를 포함하여 다회인슐린주
사요법을 받거나 인슐린펌프를 사용하는 경우

} 췌장장애 기준과 동일

췌장장애

췌장장애 판정기준 (보건복지부 고시 제 2025-228호)

2026년 7월부터 시행

<장애 정도 기준>

장애정도	장애상태
장애의 정도가 심한 장애인	1. 혈장포도당 농도가 <u>140 mg/dL 이상</u> 이면서 이와 동시에 측정한 중증췌도부전당뇨병에 해당 { (1) C-peptide가 0.6 ng/mL 미만 또는 (2) <u>단회뇨 C-peptide/creatinine ratio가 0.2 nmol/mmol 미만</u> 중 하나에 해당하고, <u>6개월 이상 다회인슐린주사요법을 받거나 인슐린자동주입기를 사용하는 사람</u>
장애의 정도가 심하지 않은 장애인	1. 췌장을 이식 받은 사람

췌장장애 판정기준 (보건복지부 고시 제 2025-228호)

다. 장애진단 및 재판정 시기

- (1) 췌장장애는 **6개월 이상 적극적인 인슐린치료 (다회인슐린주사요법 또는 인슐린자동주입기 사용)**에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없는 췌장의 만성적인 중증 내분비기능 이상을 보이는 경우에 진단한다. 단, **전체췌장절제**로 장애 고착이 명백하거나 2종 이상의 자가항체가 양성인 경우에는 치료 기간과 무관하게 진단할 수 있다.
- (2) 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장애진단을 처치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건상 그 수술이 쉽게 행하여지지 아니하는 경우와 장애인의 건강 상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 할 수 있다.
- (3) 최초 판정 후 매 2년마다 재판정한다. 다만 3회에 걸친 재판정에서 장애 판정을 받은 경우에는 재판정에서 제외할 수 있다.
- (4) 췌장전절제술을 받은 경우에는 재판정을 제외한다.

다회인슐린주사요법이란

정상인의 인슐린 분비

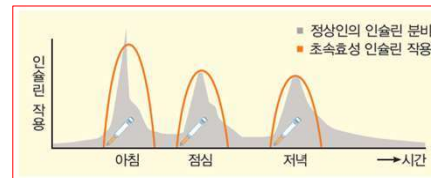
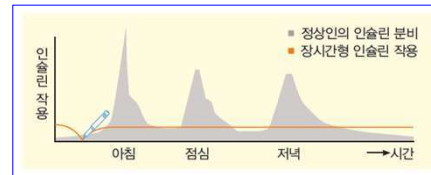
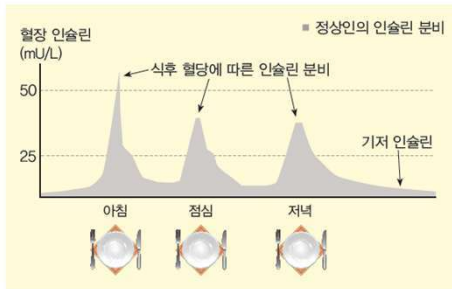
: 하루 종일 일정량의 인슐린이 분비 되고,

음식을 섭취하면 이에 비례하여 인슐린이 추가로 분비됨

당뇨병 환자는 정상인의 인슐린 분비와 유사하도록 인슐린 주사를 맞게 됨.

기저 인슐린 (장시간형 인슐린): 보통 하루 1회 주사

초속효성 인슐린: 매 식전 주사



다회인슐린주사요법을 위해 체계적인 교육은 필수

● 지금 혈당이 200 인데, 식사로 밥 1 공기, 고기, 야채, 감자 1개, 사과 1/3 조각을 먹을 예정이라면...

1. 식사에 포함된 탄수화물 양 계산
: 밥 1공기 70g + 감자 1개 23g + 사과 1/3 12g = 105g
2. 탄수화물 계수에 따른 인슐린 기준용량 계산
: $105\text{g} / (\text{환자의 탄수화물 계수 (ex. 15)}) = 7\text{단위}$
3. 교정 계수에 따른 교정용량 계산
: $(\text{현재 혈당 } 200 - \text{목표혈당 } 120) / \text{환자의 교정계수 (ex. 40)} = 2\text{단위}$
4. 2단계와 3단계에서 구한 인슐린을 더해 (7단위+2단위=9단위) 주사
5. 식후 혈당을 보고 필요 시 추가로 교정 용량 주사
6. 인슐린 주입 시간 점검
7. 상황 별 조절



의료진이 교육할 내용이 인슐린을 쓰지 않는 2형당뇨병 환자에 비해 훨씬 많고 어렵다

조기 인슐린, CGM, 인슐린 펌프 연계와 재택관리 체계가 필수!



국민 목숨을 살리고, 새로운 의료수요 대응을 위한
건강보험 보장 1단계 혁신방안

'26. 9. 7.



- ② 체장장애 등 중증당뇨병 지원 확대
- 지원 대상 : 1형 → 1형 + 중증 2형
 - 청년층 인슐린 펌프 지원기준 합리화

향후 발전 방향 제안

- 현재의 요양비 지원을 넘어 **요양급여** 체계로의 전환을 추진
- 재택관리 시범사업의 **본사업으로의 전환**
- 지원 대상을 **다회인슐린주사요법을 받는 2형당뇨병 환자로 확대**
: 경제성평가에서도 확대하는 것이 경제적임을 확인함.
- **중증난치질환 (산정특례질환)**으로 지정

요양비제도

- 환자가 스스로 **병원 밖**에서 기기를
구매해야 하는 현실

→ **진입장벽**

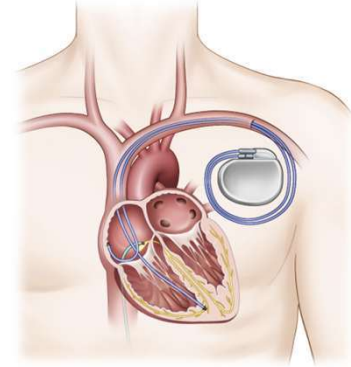


인슐린 펌프, 스마트 인슐린 펜 = 4등급 의료기기

4등급: 고도의 위해성을 가짐

따라서 **병원 안에서의 의료진의 적절한 관리**가 필수적임

4등급 의료기기의 예시
: 인공심장박동기



요양비제도

- '요양비' 제도는 자가혈당측정을 위한 채혈침처럼 환자가 스스로 구매해 사용하는 것에 문제가 없는 단순한 의료기기, 즉 소모품을 위한 제도
- 이러한 체제로는 전문가의 교육이 원천적으로 불가능

알콜솜,
자가혈당측정채혈침
(요양비 제도)



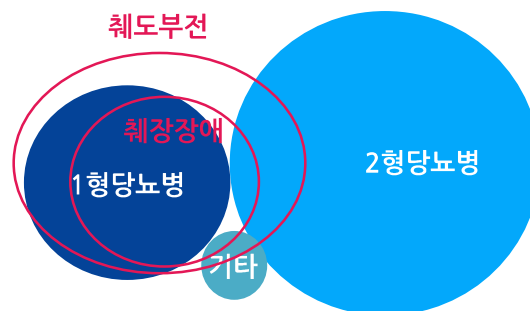
연속혈당측정기,
인슐린펌프 (4등급 의료기기
:고도의 위해성을 가짐)

산정특례질환 인정 필요성

- 보건복지부고시 제2022-136호 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제5조의3 **‘중증난치질환의 정의’**

: 치료법은 있으나 **완치가 어렵고 지속적인 치료가 필요**하며
치료를 중단하는 경우 사망 또는 심각한 장애를 초래하는 수준의 증상을 보이며
진단 및 치료에 드는 **사회·경제적 부담이 상당**한 수준을 보이는 질환

췌도부전당뇨병 (특히 췌장장애)는 중증난치질환입니다.

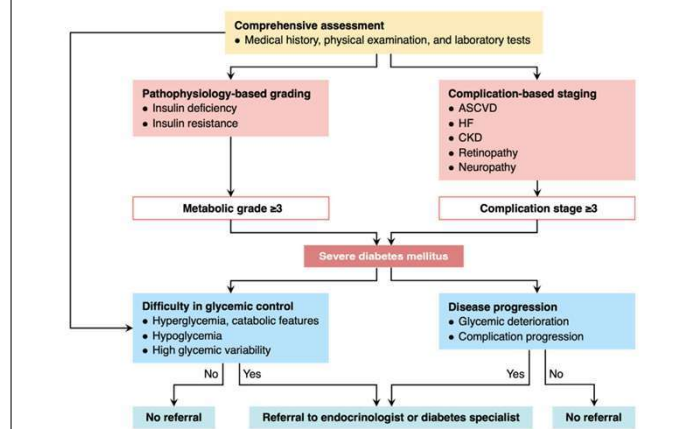


중증당뇨병

Defining Severe Diabetes Mellitus: A Consensus Framework for Grading and Staging Diabetes Based on Pathophysiology and Complications

Jae Hyun Bae, Hun Jee Choe, Ye Seul Yang, Mi Hae Seo, Jong Han Choi, Gyuri Kim, Young Sang Lyu, Jeung Hun Han, Shinae Kang, Won Jun Kim, Kyung-Soo Kim, Young Min Cho, Bong Soo Cha, for the Severe Diabetes Mellitus Task Force of the Korean Diabetes Association

Diabetes Metab J 2025;49:1141-1154 | <https://doi.org/10.4093/dmj.2025.0739>



췌장장애·췌도부전 2형당뇨병: '중증 2형당뇨병'의 의미와 관리의 중요성

당뇨병의 Grade-Stage Classification (DGSC)



병태생리 기반 등급(Grade) × 합병증 기반 병기(Stage)의 통합 중증도 분류

		병태생리 기반 등급 (Metabolic Grade)			
		GRADE 1 Mild	GRADE 2 Moderate	GRADE 3 Severe	GRADE 4 Very severe
합병증 기반 병기 (Complication Stage)	STAGE 1 At risk				
	STAGE 2 Subclinical				
	STAGE 3 Clinical				
	STAGE 4 Advanced				

중증도 Mild Moderate High Very High

* Grade≥3 또는 Stage≥3 → 중증당뇨병 (Severe Diabetes Mellitus)

병태생리 기반 등급·중증도 기준

- Grade 1 • Mild** Non-fasting C-peptide >1.8 ng/mL · TDD < 0.4 U/kg
- Grade 2 • Moderate** 0.6–1.8 ng/mL · 0.4–0.9 U/kg
- Grade 3 • Severe** 0.24–0.6 ng/mL · 1.0–1.9 U/kg
- Grade 4 • Very severe** < 0.24 ng/mL · ≥ 2.0 U/kg

TDD, total daily insulin dose

합병증 기반 병기·중증도 기준

- Stage 1 • At risk** 위험인자만 존재, 합병증 없음
- Stage 2 • Subclinical** 무증상 표적장기 침범 (선별검사)
- Stage 3 • Clinical** 증상성 · 기능제한 합병증
- Stage 4 • Advanced** 비가역 · 생명위협 합병증

Diabetes & Metabolism Journal 2025;49(6):1141-1154.

중증당뇨병이란?



아래 두 축의 중대한 장애로 정의된다.

병인론

Pathophysiology

심한 인슐린 분비능 혹은 인슐린 감수성의 중대한 장애



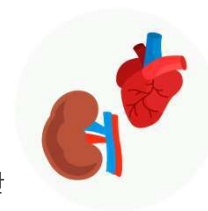
정량적 기준

- C-peptide < 0.6 ng/mL
- 하루 인슐린 요구량 ≥ 1 U/kg

동반합병증

Diabetic Complications

진행되었거나 악화 중인 미세혈관·대혈관 합병증의 동반



- 심장혈관 · 뇌혈관 · 말초동맥질환
- 증상을 동반한 심부전
- 거대단백뇨 · stage 3 이상 신장애
- 조절되지 않거나 진행 중인 망막병증 · 신경병증

67세 남자

- 당화혈색소 7.0% (경구 당뇨병약 3제)
- 고혈압, 이상지혈증, 증식성망막병증, 만성콩팥병 4기, 심부전
- C-peptide 2.1 ng/ml
- 호흡곤란, 말초부종, 손발저림

증상에 대한 조절,
합병증 악화를 예방하기
위한 치료,
위험인자의 적극적 관리

다학제 진료
(안과, 신장내과, 심장내과)
새로운 치료법의 도입,
중재 기술

췌장장애, 췌도부전: 인슐린 분비능 기반의 평가/주로 1형당뇨병

중증당뇨병: 병인론과 합병증 포괄 평가/1형 및 2형당뇨병

내분비내과 전문의로의 의뢰 기준

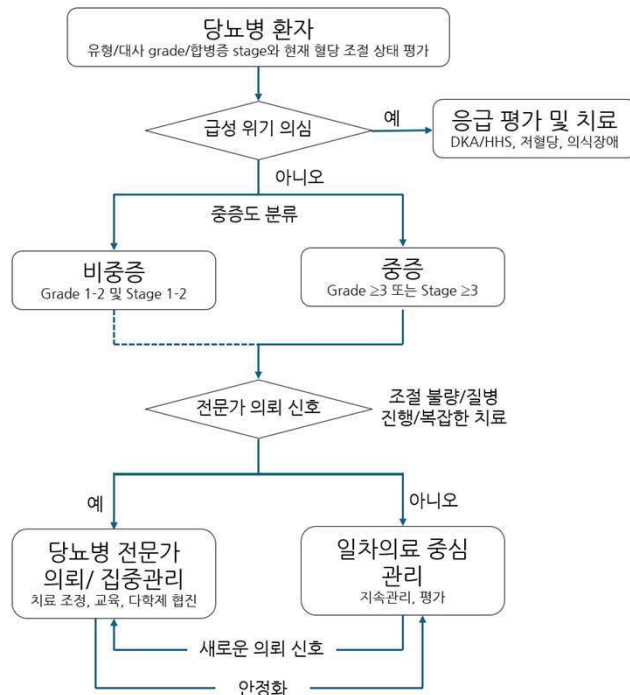


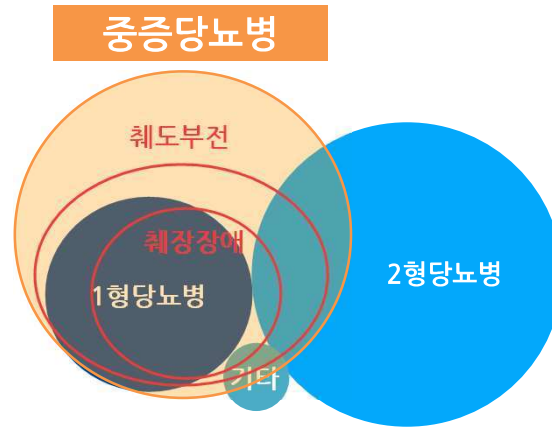
중증당뇨병의 기준에 해당되는 환자이면서, 혈당 조절이 어렵거나 질병이 진행하는 경우, **내분비내과 혹은 당뇨병 전문의로의 의뢰를 권고**합니다.

- 1 다회 인슐린 치료가 필요한 당뇨병과 췌도부전 당뇨병 (췌장장애 포함)
- 2 조절되지 않는 고혈당: 인슐린이나 경구약 3제 이상 치료에도 당화혈색소 8.0% 이상인 경우
- 3 3년 이내 중증 저혈당: 응급실 내원 혹은 타인의 도움으로 회복된 저혈당이 발생한 경우
- 4 고혈당 급성합병증 (DKA/HHS)이 의심되는 경우
- 5 진행되거나 조절되지 않는 만성 합병증
예) 단백뇨의 지속적 증가, 증상 호전이 없는 말초신경병증 증상, 조절되지 않는 고혈압 혹은 이상지질혈증 등



당뇨병 중증도 기반 의뢰/회송 체계





당뇨병 환자 중 난치의 영역이자 전문가 치료가 필요한 영역

요약

당뇨병의 전통적 유형 분류만으로는 고도화된 치료를 요하는 환자를 구분하기 어렵다.

췌도부전은 유형 분류를 넘어서 인슐린 분비능 장애를 의미한다. 췌도부전 환자의 대부분은 전문화된 인슐린 치료를 요한다.

DGSC는 당뇨병의 중/경증을 분류한다. 중증과 경증의 구분은 치료의 강도와 범위, 치료받는 의료기관의 종류와 역할의 구분을 요구한다.

기기 지원과 전문적인 교육/치료를 연결하는 실제적인 제도 개선이 필요하다.

감사합니다

| 발표2 |

중증 당뇨병 환자의 CGM 등 보장성 강화의 의의와 대안

김 종 화

대한당뇨병학회 보험이사
(부천세종병원 내분비내과)

CGM

중증 당뇨병 환자의 CGM 등 보장성 강화의 의의와 대안

2026년 12월 확대를 출발점으로, “치료 포기 없는 당뇨병 관리”로

Kim Chong Hwa MD, PhD
Sejong general hospital,
Division of Endocrinology & Metabolism
대한당뇨병학회 보험이사

정책 혁신 요약



약 1.1만 명

(신규 지원 대상)

췌장장애-췌도부전 수준의
중증 2형당뇨병 환자
신규 편입.



연 418만 원

(1인당 환자 부담 완화)

요양비 및 재택관리 지원
확대를 통한
실질적 경제 장벽 해소



**‘유형’에서
‘중증도’로**

(패러다임의 전환)

기존 질환 분류(1형/2형)를 넘어,
실제 췌장 기능 소실이라는
‘병태생리’를 기준으로 한
획기적 지원 체계 전환.

당뇨병은 혈당 수치 그 이상의 '보이지 않는 장애(Invisible Disability)'



고혈당 및 합병증
(HbA1c)

24시간 생존을 위한 자기관리
(빈번한 혈당 확인, 인슐린 용량 조절)

당뇨병 디스트레스 & 심리사회적 부담
(우울, 불안, 저혈당 공포)

외분비 기능장애
(지방흡수장애, 영양결핍, 골대사 이상)

동일한 혈당 수치라도 췌장 기능부전 환자는 질적으로 다른 평생의 질병 부담을 감당해야 합니다.

Gemini Notebook

병태생리는 동일하나 보장성은 0%였던 사각지대

임상적 필요성	1형 당뇨병	중증 2형 당뇨병 (췌장장애 수준)
내인성 인슐린 분비	고갈	고갈
일상적 저혈당 위험	매우 높음	매우 높음
다회 인슐린 주사 필요성	필수	필수
기존 건보 지원율 (기기 비용)	70~90% 지원	0% (전액 본인부담)

핵심 모순: 췌장 기능이 완전히 소실되어 1형과 유사한 인슐린 의존 상태임에도, 단지 '2형'이라는 꼬리표 때문에 모든 재정적 부담과 관리의 책임을 환자가 홀로 감당해왔습니다.

Gemini Notebook

2026년 12월, '중증도' 기반의 보장성 체계 개편

2026. 12.
혁신방안

췌장장애 (Pancreatic Disability)

기준: C-peptide 0.6ng/mL 미만
지원: 인슐린 펌프 90% (연령 무관),
CGM 전액 10% 본인부담

1형 당뇨병과 완벽히 동일한 수준의 보장.

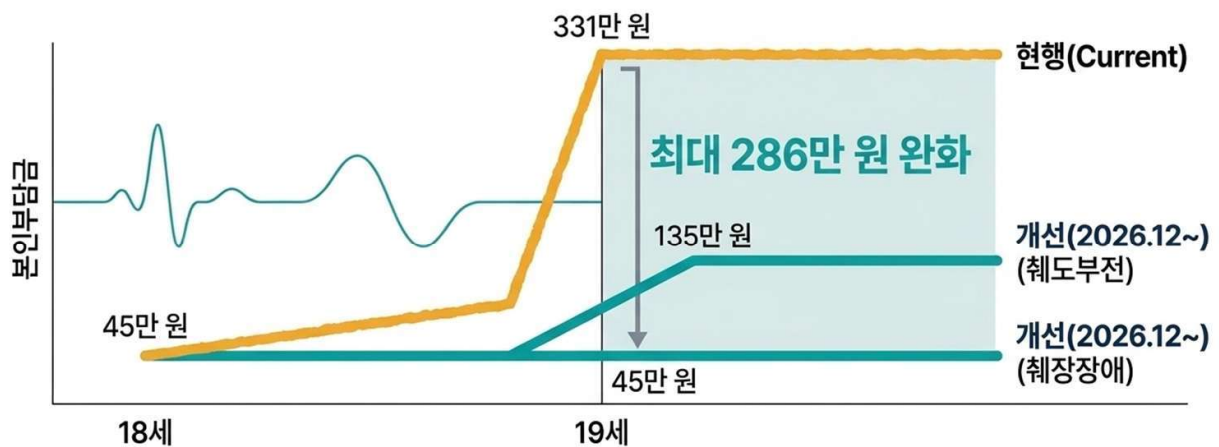
췌도부전 (Pancreatic Insufficiency)

기준: C-peptide 1.8ng/mL 이하
지원: 인슐린 펌프 70%,
CGM 전액 20% 본인부담

상당한 췌장 기능 저하 환자를 위한 두터운 지원망.

Gemini Notebook

청년 환자를 덮치던 '연령 절벽(Age Cliff)'의 해소



소아청소년기에서 성인기로 넘어가는 이행기(Transition to adult care)의 막대한 경제적 부담을 제거하여 치료의 연속성을 보장합니다.

Gemini Notebook

보장성 강화의 3대 축과 선순환 구조



Gemini Notebook

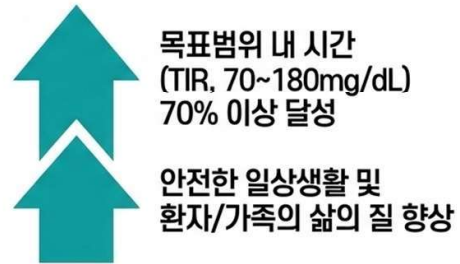
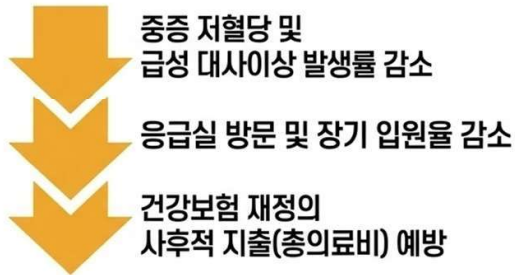
비용이 아닌 예방적 '투자'



지원 확대는 모든 시나리오에서 환자 1인당 연 약 418만 원의 부담을 완화하며 총의료비 절감을 가져옵니다.

Gemini Notebook

단순한 비용이 아닌, 총의료비 절감을 위한 '투자'



연 700억 원의 예산은 건강보험 1단계 혁신방안(총 8,000억 원)의 9% 수준이며,
응급/입원 예방을 통해 명확한 경제성을 확보합니다.

Gemini Notebook

훌륭한 첫걸음, 그러나 완성을 위해 채워야 할 두 개의 빈칸

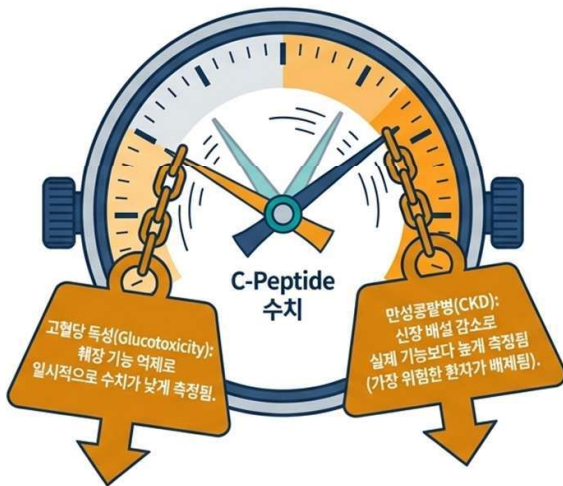
1. 판정 기준의 경직성
(단일 C-peptide 지표가 가지는
임상적 역설과 시각지대)

2. 현장 관리 인프라의 부재
(기기 보급 후 진료와 데이터가
연결되지 않는 분절된 요양비 시스템)



Gemini Notebook

[제언 1] C-Peptide의 역설과 '복합 중증도 지수' 도입



해결 방안: 복합 중증도 지수 (Composite Severity Index)로의 고도화

- ☑ 단일 수치가 아닌 종합 평가: TIR/저혈당 이력 + 동반질환(CKD/ASCVD) + 이화작용 증상
- ☑ 가중치 기반의 평가 시스템 도입
- ☑ 6~12개월 주기의 동적 재평가 기회 부여

Gemini Notebook

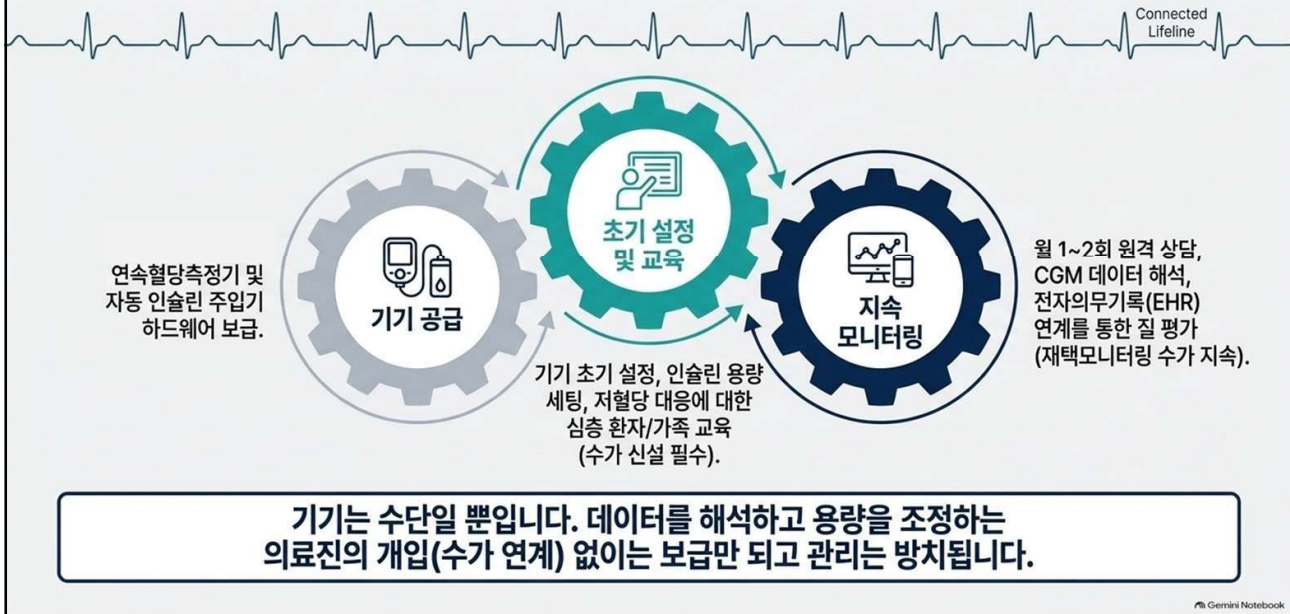
[제언 2 & 5] 단계적 확대 로드맵과 본인부담 형평성 강화



본인부담 형평성 전략: 희귀·중증난치질환 산정특례 인하 방향(10%→5%)과 연계하여,
중증 2형 당뇨 기기 본인부담을 궁극적으로 5~10% 수준으로 안정화.

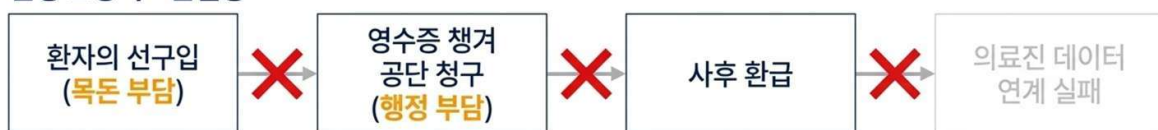
Gemini Notebook

[제언 3] 기기를 넘어선 관리: 수가 및 교육 인프라 신설



[제언 4] 근본적 체계 혁신: '요양비'에서 '요양급여'로

현행 요양비 - 단절형



개선 요양급여 - 통합형



제안: 2027-2028년 「중증 당뇨병 재택관리 시범사업」을 실증 플랫폼으로 삼아, 사후 관리가 부실한 요양비 구조를 요양급여로 전면 일원화

재택관리 시범사업: 요양비→요양급여 전환의 실증 플랫폼

- **사업명(안):** “체장장애 및 중증 2형당뇨병 재택관리 시범사업(요양비→요양급여 전환 모델)”
- **목적:** CGM·인슐린펌프와 재택모니터링·원격상담을 **요양급여**로 전환하여 임상적 이득·경제성·현장 수용성을 실증.
- **대상:** 체장장애 및 중증 인슐린 주사 투여 2형당뇨병
- **평가 지표:** TIR 향상, 저혈당 감소, HbA1c 변화, 입원율·응급실 방문 감소, 환자 만족도, 총의료비 절감.
- **기간:** 2027년 1월–2028년 6월(18개월).
- **확대 방안:** 시범사업 결과에 따라 2028년 하반기부터 **전국 요양급여**로 전환.

[제언 5] 형평성 강화와 재정의 지속 가능성

우려: 2형은 단순 생활습관병 아닌가?

Fact: 대상 환자는 체장 기능이 완전히 소실된 ‘1형과 동일한 인슐린 의존 상태’입니다.

원인이 아닌 병태생리적 중증도가 기준입니다.



우려: 재정 부담이 통제 불가능해지지 않는가?

Fact: 입원 및 응급실 방문 감소를 통한 강력한 의료비 상쇄 효과가 발생합니다. 시범사업을 통해 예측 가능성을 철저히 통제할 수 있습니다.

요약: 성공적인 안착을 위한 5대 실행 과제

- 1 중증도 중심 판정 고도화**
C-peptide 단일 기준을 넘어선 가중치 기반 복합 지표 도입
- 2 단계적 확대 로드맵**
체도부전에서 저혈당 다발/인슐린 의존 2형 전반으로 확대
- 3 수가·교육 인프라**
초기 설정, 재택 원격 모니터링, EHR 연계 수가 신설
- 4 영양급여 전환**
분절된 영양비(환자 선부담) 구조를 처방-관리 일원화 체계로 개편
- 5 본인부담 형평성 강화**
희귀·중증 질환 수준(5~10%)으로 본인부담률 안정화

Gemini Notebook

**“CGM과 인슐린펌프 보장성 강화는
단순한 기기 지원이 아니라,
환자의 병태생리에 부합하는
치료 체계로의 근본적인 전환입니다.”**

2026년 12월, 비용이나 인프라 부재로 인해
누구도 생존을 위한 관리를 포기하지 않는
‘치료 포기 없는 당뇨병 관리’의 진짜 출발점이 되어야 합니다.

Gemini Notebook

감사합니다!



| 종합토론 |

좌 장	박 철 영	대한당뇨병학회 언론-홍보이사
	정 명 진	한국의학바이오기자협회 감사
패 널	윤 재 승	대한당뇨병학회 디지털헬스이사
	권 영 인	재단법인 청년재단 정책기획팀장
	서 정 윤	한국의학바이오기자협회 총무이사
	유 정 민	보건복지부 보험급여과장

중증 당뇨병 보장성 강화와 청년의 삶 ‘치료의 연속성’을 넘어 ‘삶의 연속성’으로

권영인 | 재단법인 청년재단 정책기획팀장

올해 정부가 청년 건강을 별도의 정책영역으로 다루기 시작하고, 청년의 만성 질환 관리와 통합지원체계 구축을 정책과제로 제시했다. 이제 다음 질문은 “이미 만성질환을 가지고 살아가는 청년을 어떻게 지원할 것인가”라고 생각한다. 특히 소아청소년기부터 지속적인 치료를 받아온 청년에게 성인이 된다는 것은 단순히 연령이 바뀌는 일이 아니다. 소아청소년 의료체계에서 성인의료체계로 이동하고, 부모의 관리에서 자기관리로 전환하며, 동시에 학교에서 일터로, 족의 보호에서 독립으로 이동한다. 따라서 청년기의 만성질환은 의료의 문제면서 동시에 교육·취업·소득·주거·독립이라는 삶의 문제이기도 하다.

청년정책의 관점에서는 여기에서 한 가지 질문을 더해보고자 한다.

치료를 계속할 수 있게 하는 것에서 더 나아가,

치료하면서도 청년의 삶을 계속할 수 있도록 하려면 무엇이 필요할까?

1. 청년기의 의료전환을 생애전환과 함께 볼 필요가 있다.

청년정책 현장에서는 제도가 전혀 없어서 발생하는 문제만큼이나 제도와 제도 사이가 끊어져 생기는 문제를 자주 확인한다.

아동·청소년기에 이용하던 지원이 종료된 뒤 성인 대상 제도로 자연스럽게 이어지지 않거나, 취업·독립 등 삶의 조건이 달라지면서 필요한 지원도 바뀌었지만 그다음 정책을 본인이 직접 찾아야 하는 경우다. 중증당뇨병을 가진 청년에게도 이와 유사한 전환이 발생한다고 보여진다. 소아청소년기에는 부모와 의료진이 질환관리의 상당 부분을 함께 담당하지만, 성인이 되면 병원 선택과 진료예약, 기기사용, 식사·혈당관리, 보험과 지원제도 확인 등 상당 부분을 스스로 책임져야 한다. 그 시기에 다시 다음과 같은 변화가 한꺼번에 겹친다.

의료에서의 전환	삶에서의 전환
소아청소년 진료 → 성인진료	학교 → 대학·직장
보호자 중심 관리 → 자기관리	가족의 보호 → 독립생활
치료기기·지원체계 변화	소득 형성·주거비 부담 발생
정기적 보호자 동행 → 스스로 의료이용	취업·군복무·지역이동 등 생활환경 변화

따라서 청년의 '연령 절벽'을 단순히 본인부담이 달라지는 시점으로만 보기 보다는, 치료환경과 생활환경이 동시에 변하는 전환의 절벽으로 볼 필요가 있다. 국제적으로도 이러한 관점은 이미 의료체계 안에서 제기되고 있다. 2026년 ISPAD·EASD·ADA 공동합의문을 통해 확인된 청소년에서 성인으로의 당뇨 의료전환을 단순한 진료과 변경이 아니라, 심리·사회적 변화와 교육·직업 변화까지 고려해 사전 준비와 지속적인 추적이 필요한 과정으로 제시한 것이 큰 의미가 있다고 생각된다.

결국 청년기의 건강정책은 특정 연령의 지원을 단순히 연장하는 데서 그치기보다, 삶의 단계가 바뀌더라도 치료와 관리가 끊기지 않도록 연결하는 방향으로 발전할 필요가 있다.

2. 청년에게 건강은 의료영역 안에서만 머물지 않는다.

청년정책에서 건강을 중요하게 보는 이유는 건강 문제가 다른 삶의 영역과 밀접하게 연결되어 있기 때문이다.

2024년 「청년의 삶 실태조사」에서도 청년의 번아웃 경험은 32.2%였고, 필요한 의료서비스를 받지 못한 이유로는 시간 부족 48.9%, 의료비 부담 36.6%가 요하게 나타났다. 의료기관이 없어서가 아니라 **시간과 경제적 여건이 의료 이용을 제약할 수 있다는 것이다.**

최근 청년 건강 연구에서도 건강을 개인의 생활습관만으로 설명하기보다 고용·소득·주거·교육·사회적 관계 등 **건강의 사회적 결정요인**과 함께 살펴볼 필요성이 제기되고 있다. 특정 취약청년을 분석한 연구에서도 건강과 정서의 어려움은 고용·소득 문제와 따로 나타나지 않았다. 고립·은둔 청년 가운데 '건강·정서취약형'에서는 우울과 소진, 활동제약뿐 아니라 미취업과 저소득 등이 함께 높은 수준으로 나타났다. 이러한 결과를 인과관계로 단정할 수는 없지만 분명한 것은 **청년의 건강취약성이 다른 삶의 어려움과 중첩될 수 있다는 점이다.**

중증당뇨병을 가진 청년도 마찬가지일 수 있다. 예를 들어 취업준비 중인 청년의 혈당관리는 시험이나 면접시간과 충돌할 수 있고, 첫 직장엔 입사한 청년은 수습기간엔 혈당을 확인하거나 인슐린을 투여하기 위해 휴식이 필요하다고 말하는 것 자체가 부담스러울 수 있다. 야간·교대근무를 하는 청년은 규칙적인 식사와 수면을 유지하기 어려울 수도 있다.

따라서 필요한 치료수단에 안정적으로 접근할 수 있게 하는 것이 청년에게 **학업을 지속하고, 일을 시작하고, 직장을 유지하고, 독립적인 생활을 이어갈 수 있게 하는 기반**이 될 수 있다.

즉, 청년에게 보장성 강화는 ‘치료를 받을 수 있게 하는 것’에서 ‘치료하면서 자신의 삶도 지속할 수 있게 하는 것’으로 한 단계 확장해서 볼 필요가 있다고 사료된다.

3. 정책의 성과도 ‘치료성과’와 함께 ‘삶의 지속’을 살펴볼 수 있다.

향후 재택관리시범사업에서는 TIR 향상, 저혈당 감소, HbA1c 변화, 입원·응급실 이용 감소, 환자 만족도, 총의료비 절감 등이 중요한 평가기준이 될 것이다. 실제 발표에서도 이러한 임상적·경제적 지표가 제시되고 있다.

여기에 청년층의 특성을 조금 더 살펴보고자 한다. 의료성과를 고용성이나 교육성으로 평가하자는 의미는 아니다. 다만 **치료가 실제 삶 속에서 지속될 수 있었는지 확인하기 위한 보조적인 지표**는 필요할 수 있다.

예를 들어 다음과 같은 사항이다.

구분	내용예시
치료 지속	비용 또는 생활상의 어려움으로 진료·CGM·펌프 사용을 중단한 경험
교육	질환관리로 인한 휴학·수업결손·시험상 어려움
고용	취업 또는 근로유지 과정에서 경험한 질환 관련 제약
직업 선택	교대근무·현장근무 등 직업 선택에서 경험한 제한
독립생활	혼자 거주하며 질환관리와 응급상황에 대응하는 데 겪는 어려움
심라·사회	자기관리 부담, 질환 공개에 대한 부담, 사회적 관계에서의 어려움

특히 향후 시범사업이나 정책효과 분석에서는 청년층을 하나의 연령집단으로 묶기보다, 학업·취업·소득 형성·주거독립 등 생애전환 단계별 특성을 함께 분석할 필요가 있다. 동일한 질환과 치료조건을 가지고 있더라도 어떤 생애 단계에 놓여 있는지에 따라 치료 지속의 부담과 필요한 지원이 달라질 수 있기 때문이다.

4. ‘청년 만성질환 전환지원’이라는 관점이 필요하다.

어릴 때부터 지속적인 치료가 필요한 만성질환을 가진 청년에게는 공통적으로 **성인기로의 전환**이라는 시기가 존재한다. 이 시기에 중요한 것은 새로운 제도를 하나 더 만드는 것보다 기존 의료와 사회정책 사이의 연결이 실제로 작동 하도록 하는 것이다.

예를 들면 다음과 같은 흐름을 생각해볼 수 있다.



이를 가칭 ‘청년 만성질환 전환지원’이라는 관점으로 생각해볼 수 있다.

여기서 모든 역할을 의료기관이 담당할 필요는 없고, 현실적으로도 어려울 것이다. 의료기관은 질환과 치료를 담당하고, 진료 과정에서 치료를 지속하기 어렵게 만드는 생활상의 문제가 발견된다면 **청년지원기관, 고용·복지기관, 지역사회 서비스로 연결될 수 있도록 하는 접점을 만드는 것이 중요하다.**

예를 들어 진료실에서 “**혈당관리는 어떠세요?**”라는 질문과 함께, “**치료 때문에 학교나 직장생활에서 어려운 점은 없으세요?**”라는 질문이 추가될 수 있다.

그 답이 의료의 영역이라면 의료체계가 해결하고, 의료 밖의 문제라면 다른 정책이 이어받는 것이다. 중요한 것은 의료가 청년의 모든 문제를 해결하는 것이 아니라 **청년의 어려움이 어디에서 발생하는지를 발견하고 다음 정책으로 연결될 수 있게 하는 것**이라고 할 수 있겠다.

5. 앞으로는 ‘얼마나 많은 청년이 어디에서 이탈하는가’를 확인할 필요가 있다.

이러한 논의를 실제 정책으로 발전시키기 위해서는 기초적인 데이터가 필요하다. 첫째, 소아청소년 진료에서 성인 진료체계로 넘어가는 18~20대 초반 환자 가운데 진료나 CGM·펌프 사용을 중단하는 비율이 얼마나 되는지 확인할 필요가 있다.

둘째, 중단의 이유는 무엇인가에 대한 확인이 필요하다. 비용 때문인지, 기기 사용이나 자기관리가 어려워서인지, 지원제도를 몰라서인지, 학교나 직장 생활과 치료를 병행하기 어려워서인지 구분해서 볼 필요가 있다.

셋째, 청년 중증당뇨병 환자가 실제 생활에서 가장 어려움을 겪는 영역이 무엇인지 확인할 필요가 있다. 의료진이 예상하는 어려움과 당사자가 느끼는 어려움이 다를 수 있기 때문이다.

따라서 향후 연구나 시범사업에서는 청년환자의 **치료이탈 경로와 생활상의 어려움, 정책수요를 함께 조사**하는 것도 필요하다.

이를 통해 어떤 문제는 보장성 강화로 해결해야 하고, 어떤 문제는 자기관리 교육으로, 또 어떤 문제는 고용·복지·청년정책에서 해결해야 하는지를 보다 명확하게 구분할 수 있을 것이다.

6. 결론

중증당뇨병 보장성 강화의 중요한 목적은 경제적 이유나 제도적 제약 때문에 필요한 치료를 포기하지 않도록 하는 데 있을 것이다. 청년에게 질환은 단순히 병원 안에서 관리되는 문제가 아니다. 질환을 관리하면서 학교를 다녀야 하고, 취업해야 하고, 첫 직장에 적응해야 하며, 소득을 만들고 독립해야 한다.

따라서 청년에게 필요한 것은 **질환이 없는 삶만이 아니라, 질환이 있더라도 자신의 삶의 경로를 계속 이어갈 수 있는 환경**이다.

앞으로의 당뇨병 정책이 **‘치료 포기 없는 당뇨병 관리’에서 ‘삶의 포기 없는 당뇨병 관리’**로 확장될 수 있기를 기대해본다.

‘질환이 있다는 이유로 치료뿐 아니라 학업과 일, 독립과 미래의 선택까지 포기하지 않도록 하는 것’ 바로 그 지점에서 **의료의 보장성과 청년의 기회가 만날 수 있다고** 사료된다.

[illegible]

주최



대한당뇨병학회
Korean Diabetes Association