

질병구조의 변화와 향후 정책방향

劉永學 / 보건복지부 보건정책과장

1. 머리말

최근 경제발전으로 인한 생활환경과 위생수준의 향상 및 의료기술의 발전에 따라 우리나라 질병발생 양상에도 많은 변화가 나타나고 있다. 즉, 전염성질환은 현저히 감소되고 있는 반면 각종 암과 당뇨병, 고혈압, 뇌혈관질환, 허혈성심질환 등 각종 순환기계질환과 만성간질환 및 간경변증 등의 만성퇴행성질환(일명 '성인병')은 계속 증가하고 있는 추세이다. 더욱이 평균수명의 연장에 따라 인구가 점차 노령화되고 있는 점을 감안할 때 앞으로 각종 만성퇴행성질환의 이환과 이로 인한 사망은 더욱 심화될 전망이다. 또한 도시화, 산업화에 따라 사회가 복잡화되면서 각종 정신질환도 늘어나고 있어 국민 정신건강의 증진을 위한 대책의 마련이 시급한 과제로 대두되고 있다.

특히 이러한 만성퇴행성질환은 현대 의료기술로도 완치가 어렵고, 치료를 하더라도 장기간의 장애를 수반하는 경우가

많기 때문에 생산적인 경제활동의 저해로 인한 개인적·사회적인 경제적 손실은 물론 환자 본인과 가족의 '삶의 질'에도 나쁜 영향을 주게 된다. 암을 비롯한 각종 만성퇴행성질환은 개인은 물론 가정이나 사회적으로 가장 활동력이 왕성한 30대부터 발병률이 높아질 뿐만 아니라 한번 발병하면 치유가 어렵기 때문에 예방과 관리가 무엇보다 중요하다. 따라서 암을 비롯한 각종 만성퇴행성질환의 예방과 관리는 그 동안 개인의 책임에 의존하던 시대에서 국가적 차원의 노력이 필요한 시대로 이행되고 있다.

이에 따라 정부에서는 1995년 1월 5일 국민건강증진법을 제정하고 동년 9월 시행령과 시행규칙을 공포·시행하고 있다. 동법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진하는데 개인은 물론 국가가 이에 대한 노력과 책임을 지도록 법적으로

로 명문화하였다. 또한 정부는 1995년 12월 30일 정신보건법을 제정하여 정신질환의 예방과 치료, 사회복지에 대한 국가의 책임을 규정하고 정신질환관리에 관한 제도적 기반을 마련하였으며, 1996년 3월에는 암정복 10개년 계획을 수립하는 등 지금까지 전염병 관리위주의 보건정책에서 점차 암등 만성퇴행성질환과 정신질환 등 비전염성질환에 대한 국가적 차원의 정책을 개발해 나가고 있다.

2. 질병구조의 변화추이

한국보건사회연구원에서 조사한(1992년 및 1995년 국민건강 및 보건의식행태조사) 각종 질병의 유병률을 살펴보면, 감염성질환이나 기생충의 인구 1천명당 유

병건수는 1992년 3.4에서 1995년에는 2.5로 감소된 반면, 순환기계질환은 동 기간 동안 32.2에서 57.3, 신생물은 2.3에서 3.2, 내분비장애는 12.6에서 20.3 등으로 각각 증가하여 만성퇴행성질환의 유병률이 증가하고 있음을 보여주고 있다.

이러한 추세는 사망률에서도 나타나고 있는데, 우리 나라의 연도별 사망률 추이(표 1 참조)를 살펴보면, 감염성질환으로 인한 사망은 점차 줄어들고 있는 반면, 악성신생물(암)과 당뇨병, 허혈성심질환, 뇌혈관질환 등 만성퇴행성질환으로 인한 사망은 급격히 늘어나고 있음을 알 수 있다.

감염성질환으로 인한 사망률은 1985년 인구 10만명당 23.2명이었으나, 1990년에는 15.7명, 1995년에는 11.6명으로 감소한

표 1. 주요사인의 사망률(인구 10만명당)

(단위: 명)

구 분	한 국			일본 (1993)	미국 (1991)	프랑스 (1992)
	1985	1990	1995			
전체사망률	568.0	549.1	526.3	711.1	861.6	910.6
감염성질환	23.2	15.7	11.6	11.3	12.2	12.2
악성신생물	85.9	110.4	112.1	191.3	204.5	247.3
당뇨병	6.8	11.8	17.2	8.3	19.4	10.5
허혈성심질환	3.8	10.4	13.1	41.9	192.8	84.1
고혈압성질환	48.2	35.6	18.3	6.7	13.2	10.0
뇌혈관질환	76.6	75.7	79.7	95.9	56.7	80.3
소화기계질환	51.2	44.5	39.2	32.3	30.0	45.6
각종 사고	65.9	84.8	75.4	48.0	59.8	81.6

자료: 통계청, 『사망원인통계연보』, 1994, 1995.

반면 각종 암으로 인한 사망률은 1985년 인구 10만명당 85.9명에서 1990년 110.4명, 1995년에는 112.1명으로 매년 증가하여 사망원인의 1위를 차지하였고 당뇨병, 허혈성심질환, 뇌혈관질환 등 만성퇴행성질환은 증가추세를 보이고 있으며, 앞으로도 계속 증가할 것으로 전망되고 있다.

만성퇴행성질환의 의료비는 국민의료비 중에도 큰 부분을 차지하고 있으며 비용 부담도 급격히 늘어나는 추세에 있다. 의료보험에서의 수진건수와 진료비 지급내역을 살펴보면 암 진료건수는 1990년 93만 2천건이었으나 1994년에는 126만건으로 약 35%가 증가되었으며, 동 기간 동안 진료비도 1587억원에서 2857억원으로 80%가 증가되었다. 전체 의료보험 진료비 중에서 차지하는 암환자 진료비의 비율도 1990년의 5.4%에서 1994년에는 6.0%로 증가하였다. 한편 고혈압성질환, 동맥경화증, 뇌졸중, 당뇨병, 심장질환 등 성인병

우리 나라의 연도별 사망률 추이를 살펴보면, 감염성질환으로 인한 사망은 점차 줄어들고 있는 반면, 악성신생물과 당뇨병, 허혈성심질환, 뇌혈관질환 등 만성퇴행성질환으로 인한 사망은 급격히 늘어나고 있다.

에 대한 진료건수도 1990년 423만 5천건에서 1994년에는 832만건으로 2배 가까이 증가되었으며, 진료비도 2237억원에서 4942억원으로 2.2배 증가하여 전체 진료비중 차지하는 비율이 7.6%에서 10.3%로 늘어나게 되었다.

3. 향후 정책방향

가. 암관리 정책

1992년 보건복지부에서 조사한 암환자 조사보고서에 따르면 우리 나라 암환자의 수는 약 10만명이며, 인구 10만명당 유병

표 2. 암·성인병 진료건수 및 진료비

구 분	1990			1994			
	계	입 원	외 래	계	입 원	외 래	
암환자	진료건수(건)	931,661	165,168	766,493	1,260,487	216,175	1,044,312
	진료비(억원)	1,587	1,279	308	2,857	2,234	623
	총진료비대비(%)	(5.39)	(12.36)	(1.61)	(5.95)	(12.57)	(2.06)
기타 성인병 ¹⁾	진료건수(건)	4,235,030	188,672	4,046,358	8,320,299	278,213	8,043,086
	진료비(억원)	2,237	1,208	1,029	4,942	2,306	2,636
	총진료비대비(%)	(7.60)	(11.67)	(5.40)	(10.29)	(12.98)	(8.71)

주: 1) 고혈압성질환, 동맥경화증, 뇌졸중, 당뇨병, 심장질환 등
 자료: 의료보험관리공단, 『의료보험통계연보』, 각년도

률은 230.66명으로서 이 가운데 위암이 인구 10만명당 55.46명으로 가장 많고 다음이 자궁경부암 24.38명, 폐암 22.37명, 간암 22.03명, 유방암 15.64명의 순이었다.

암은 조기에 발견하여 치료하지 않으면 치사율이 높은 질병이기 때문에 암으로 인한 사망자도 우리 나라 전체 사망자 중 많은 비중을 차지하고 있다. 1995년의 경우 우리 나라 총 사망자 수는 23만 8천명인데 이 가운데 암으로 사망한 사람의 수는 약 5만 1천명으로서 전체 사망자의 21.3%에 이르고 있어 국민건강을 위협하는 중요한 요인으로 대두되고 있다.

이에 따라 정부에서는 국가차원의 암 연구·치료를 위하여 1991년부터 경기도 일산에 국립암센터를 건립중에 있으며 1999년 개원예정으로 있다. 또한 1994년 6월부터 암관련전문가등 28명으로 『암정복 10개년 계획 수립추진위원회』를 구성, 1996년 3월 『암정복 10개년 계획』을 수립하였다.

『암정복 10개년 계획』의 목표는 첫째, 암의 증가율을 예상증가치의 1/2 수준으

로 억제하고, 둘째, 암의 조기진단율을 현재의 약 15% 수준에서 약 40~50% 수준으로 향상시키고, 셋째, 암치료를 현재의 약 30% 수준에서 50~60% 수준으로 높인다는 것이며 이를 위해서 국가 암관리사업과 연구수준을 선진국 수준으로 향상시켜 나가는 것이다. 이러한 기본목표를 달성하기 위한 사업목표로서는 ① 전국적인 암예방 교육체계를 확립하고, ② 일반국민을 대상으로 하는 5대암 조기검진사업을 실시하며, ③ 국립암센터와 전국 6개 지역암센터를 설치, 운영하는 한편, ④ 암관련 기술을 개발하고 전문인력을 양성해 나간다는 것이다.

암정복 10개년 계획은 크게 4단계로 나누어지는데, 우선 1996년은 『준비단계』로서 암정복 10개년 계획을 수립하고 추진기획단을 구성하였으며 암정복 10개년 계획의 추진에 필요한 기초적인 연구사업을 추진하였다. 1997년부터 1999년까지는 『암관리 기반의 조성단계』로서 우선 정확한 암통계를 확보하기 위한 암등록사업을 추진하고 주요 암에 대한 조기발견 사업을

표 3. 주요 암의 발생부위별 유병률(인구 10만명당)

(단위: 명)

구 분	전 체	위	간	폐	자궁경부	유방	직장	결장
전 체	230.66	55.46	22.03	22.37	24.38	15.64	9.83	8.21
남	231.71	72.03	33.14	31.92	-	0.09	10.44	9.01
여	229.60	38.67	10.77	12.69	49.10	31.41	9.22	7.40

자료: 보건복지부, 1992년도 암환자조사보고서

추진해 나가는 한편, 국가 암관리사업의 효과적 추진을 위하여 국립암센터를 개원 운영할 계획이다. 이에 따라 1997년 예산에 암등록사업 예산을 확보하여 하반기에는 사업대상을 선정, 암등록사업을 시작해 나갈 계획이며, 국민건강증진기금 등의 재원을 활용하여 저소득층에 대한 자궁암 무료검진사업을 실시하는 방안도 검토 중에 있다.

2000년에서 2002년까지는 『암관리기반의 확대단계』로서 기반조성단계에서 시작된 사업을 확대해 나가는데 주력하게 될 것이다. 즉, 암등록사업 실시대상을 확대하고 암예방교육 실시 보건소를 전국적으로 확대하며, 암 조기검진을 위한 암의 종류와 검진대상도 확대해 나갈 계획이다. 한편 국가 암관리사업의 효과적인 수행을 위하여 전국 3개지역에 지역암센터를 지정하여 정부의 역할 수행에 필요한 재정지원을 하는 한편 기능상으로는 국립암센터의 산하기관으로 운영해 나갈 계획이다.

끝으로 2003년부터 2005년까지는 『암관리기반의 확립단계』로서 전국 6개 지역암센터를 지정하여 국립암센터와 지역암센터, 그리고 보건소등 공공보건의료기관을 중심으로 전국적인 암예방 교육체계를 확립하고, 저소득층과 일반국민에 대한 5대 암(위, 간, 자궁경부, 유방, 대장암) 검진사업을 실시함으로써 전국적인 암관리체계를 확립해 나갈 계획이다.

그러나 암을 정복하기 위해서는 무엇보다

암은 어느 정도 예방이 가능하고 정기적인 검진을 통해서 조기에 발견하면 치료율도 높은 질병이므로 교육과 홍보를 통해 암에 대한 일반국민들의 인식을 '예방과 치료의 대상으로 전환시켜 나가야 한다.

다 암에 대한 인식을 바꾸어 나가야 한다. 암은 적절한 식생활과 건강한 생활습관으로 어느 정도 예방이 가능하고 정기적인 검진을 통해서 조기에 발견하여 적절한 치료만 한다면 치료율도 높은 질병이다. 이런 점에서 교육과 홍보를 통해서 암에 대한 일반국민들의 인식을 '공포의 대상'에서 일반 질병과 같은 '예방과 치료의 대상'으로 전환시켜 나가는 것도 앞으로 해나가야 할 과제의 하나일 것이다.

나. 만성퇴행성질환 관리

만성퇴행성질환은 20대 후반이나 30대 초반부터 발생하기 시작하여 연령이 높아질수록 증가하며 한 번 발병하면 치유가 매우 어려운 질병으로서 대부분 합병증을 동반하게 된다. 만성퇴행성질환의 종류는 암을 비롯하여 고혈압, 당뇨병, 심장병, 뇌혈관질환 등 여러 종류의 질병으로 분류되고 있다.

만성퇴행성질환에 대하여는 그 동안 국가차원의 개입이 거의 이루어지지 못하였기 때문에 주요 만성퇴행성질환의 유병률 등 기초통계가 미비한 실정이다. 일본의 경우 1958년에 제1차 악성신생물 실태조

사를 실시하였고, 그후 1961~62년간에는 혈압, 요단백검사, 심전도검사 등으로 제 1차 성인병 기초조사를 실시하였으며 그 후 수차에 걸쳐 만성퇴행성질환에 대한 조사를 실시해 오고 있다. 미국의 경우도 1960년대초부터 주기적으로 ‘국민건강 진단조사’(The National Health Examination Survey)를 실시해 왔는데 1988년에는 제7차 조사로서 9월부터 6년간 전국 88개 지역을 대상으로 약 4만명에 대한 질병검사, 건강행태 및 영양 등 종합적인 건강상태를 검사 및 설문방법에 의해 조사하였다. 우리 나라의 경우에도 국민건강증진법에 따라 매 3년마다 국민영양조사를 실시하도록 되어 있으므로 동 조사시에 국민들의 건강상태와 건강행태 등을 종합적으로 조사할 수 있는 방안을 검토 중에 있으며 필요하다면 주요 성인병에 대한 실태조사를 별도로 실시해 나가는 방안도 검토해 나가야 할 것이다.

만성퇴행성질환 가운데서도 고혈압은 각종 순환기계통질환의 원인이 되고 뇌졸중, 심장병, 신장병 등 여러 가지 합병증을 초래하는 위험한 질병으로서, 경제사회 발전에 따른 소득수준의 향상과 생활환경의 변화 및 인구의 노령화 등으로 고혈압 유병률은 점차 증가하고 있다. 최근 조사에 따르면 우리 나라 30세 이상 인구의 약 20%가 고혈압인 것으로 조사되고 있으며, 1995년도 고혈압으로 인한 사망률은 인구 10만명당 18.3명으로서 일본의 6.7명, 미국의 13.2명 등에 비해 매우 높

은 수준으로 나타나고 있어 국민건강상 중요한 위험요인이 되고 있다. 고혈압은 심장이 수축하여 혈액을 뿜어낼 때 나타나는 수축기(최고) 혈압과 심장이 확장하여 혈액을 받아들일 때 나타나는 확장기(최저) 혈압이 140/90mmHg 이상(미국의 고혈압 진단, 평가 및 치료에 관한 합동위원회, 1992) 또는 160/95mmHg(WHO 기준)일 경우를 말한다. 고혈압 예방관리사업으로서 미국의 경우에는 고혈압 교육사업(National High Blood Pressure Education Program)을 실시하여 왔는데 주로 일차예방과 발견된 환자의 치료, 관리에 중점을 두고 있으며, 일본의 경우에는 노인보건법의 시행에 따라 40세 이상 인구를 대상으로 성인병 검진을 실시하여 환자를 발견하는데 중점을 두고 있다.

당뇨병도 생활양식과 식생활습관의 변화에 따라 최근 급격히 증가하고 있는 만성퇴행성질환의 하나이다. 당뇨병은 포도당이 노에 나오는 병으로서, 사람은 혈액 속에 있는 포도당 즉, 혈당을 에너지원으로 하여 생명을 유지하고 활동하는데, 혈중 포도당이 140mg/dl 이상인 경우에는 당뇨병으로 분류되며 당뇨병에 걸리면 과다한 혈중 포도당이 소변으로 빠져나가게 된다. 우리 나라의 당뇨병 발생빈도는 인구의 약 5%로서 전국에 약 150만명의 당뇨병 환자가 있는 것으로 추정되고 있다. 당뇨병으로 인한 사망률도 1985년 인구 10만명당 6.8명에 불과하였으나, 1990년에는 11.8명, 1995년에는 17.2명으로 10년사

이에 약 2.5배가 증가하였다. 당뇨병으로 인한 사망률은 미국의 19.4명(1991), 캐나다의 15.7명(1992), 호주의 13.8명(1992) 보다는 낮으나, 일본의 8.3명(1993), 싱가포르의 8.4명(1992)보다는 높은 수준으로 나타나고 있으며 특히 최근 10년사이에 사망률이 급격히 증가하고 있어 국민건강상 심각한 문제로 대두되고 있다.

고혈압, 당뇨병 등 만성퇴행성질환은 한번 이환되면 치료가 어렵거나 치료에 장기간이 걸리는 경우가 많으므로 무엇보다 사전예방이 중요하다. 따라서 국민건강증진법에 따라 흡연과 음주등 건강에 해로운 행위에 대한 제재와 함께 홍보·교육자료의 개발과 보급을 위한 센터의 설치와 공공보건의료기관 등을 활용한 효과적인 만성퇴행성질환 예방관리 홍보·교육체계도 수립해 나가야 할 것이다. 또한 민간단체의 활동이 활성화될 수 있도록 필요한 재정지원등 적극적인 뒷받침이 필요할 것이다.

우리 나라의 경우 1988년부터 지역의료보험의 40세 이상 피보험자를 대상으로 성인병 검진사업을 실시하고, 1993년부터는 직장, 공·교의료보험 40세 이상 피부양자를 대상으로 성인병검사를 실시하여 왔으며 보건소등 공공보건의료기관에서도 자체적으로 고혈압등 성인병검진사업을 실시하여 왔다. 그러나 사업의 효과면에서 환자의 발견이나 치료보다는 국민전체를 대상으로 한 일차예방에 중점을 두어야 한다는 의견도 제기되고 있어 앞으로

국민건강증진법에 따라 흡연과 음주등 건강에 해로운 행위에 대한 제재와 함께 공공보건의료기관 등을 활용한 효과적인 만성퇴행성질환 예방관리 홍보·교육체계도 수립해 나가야 할 것이다.

일반국민을 대상으로 한 보건교육과 이를 위한 관리기준과 예방교육자료의 개발 등을 적극 추진해 나가야 할 것이다.

다. 정신질환 관리

WHO는 건강을 '신체적, 정신적, 사회적 안녕'이라고 정의함으로써 정신적 안녕이 건강의 요소임을 분명히 하였다. 1997년 현재 우리 나라 정신질환자수는 99만 3천명이며, 이 가운데 입원을 필요로 하는 환자의 수는 전체환자의 11.6%인 11만 5천명으로서 이들을 위한 소요병상수는 35,700병상으로 추산되고 있다. 사회의 복잡화에 따라 정신분열증 외에도 우울증, 약물남용 등 각종 정신질환이 중요한 문제로 대두되고 있다. 이에 따라 정부에서는 정신질환자들의 인권과 권익을 보호하고 정신질환의 예방과 치료, 그리고 환자들의 재활과 사회복지를 도모함과 동시에 국민 정신건강의 증진을 위하여 1995년 12월 『정신보건법』을 제정하였다.

그 동안 우리 나라 정신보건 분야에 있어서 문제점은 크게 1) 정신질환자의 인권보호 문제, 2) 전문치료시설의 부족, 3) 재활·사회복귀를 위한 프로그램의 부재

등 세 가지로 나누어진다.

정신질환자에 대한 인권과 권익보호를 위해서 정신보건법은 다양한 제도적 장치를 마련하고 있는데 우선 입원의 종류를 자의입원, 동의입원, 평가입원, 시·도지사 에 의한 입원 및 응급입원 등 5종류로 구분하여 각각의 입원에 대한 요건과 절차를 매우 엄격하게 규정하는 한편, 입원한 환자는 언제든지 퇴원청구를 할 수 있도록 하였으며, 법조계, 정신과 전문의, 임상심리·간호·사회복지분야 등 각계 전문가로 구성된 정신보건심의위원회에서 퇴원 여부에 대한 심사를 담당토록 하였다. 또한 입원환자에 대한 면회, 통신의 자유 보장, 정신질환을 이유로 한 차별의 금지, 특수치료의 제한 등 각종 권익보호 규정을 마련하고 있다.

1997년 현재 필요한 정신병상수는 35,700 병상으로 추산되고 있으나 전문병상수는 약 24,000병상에 불과하여 전문 치료시설이 절대 부족한 실정이며 이에 따라 약 1만 9천명의 정신질환자들이 전문적인 치료나 재활기능이 없는 정신요양시설 등에 단순 수용보호되고 있는 실정이다.

이에 따라 『정신보건법』은 현재 운영되고 있는 78개 정신요양시설을 2003년까지

정신요양병원이나 사회복지시설로 전환토록 규정하고 있으나, 현 정신요양시설의 규모나 지리적 위치, 수용환자의 성격 등을 고려할 때 사회복지시설로 전환할 시설은 많지 않으며 상당수의 시설이 정신요양병원으로 전환할 것이 예상된다. 따라서 이들 요양시설이 요양병원으로 전환하게 되면 정신병상의 부족문제는 거의 해소될 것으로 전망된다.

한편 지금까지 정신질환자에 대한 정책은 입원·수용보호하는 위주로 추진되어 옴으로써 정신질환자들이 일정한 재활훈련을 거쳐 사회에 복귀할 수 있도록 도와주는 프로그램은 거의 전무했던 실정이었다. 이에 따라 정신의료기관에서 퇴원환자가 사회에 적응하지 못하고 다시 재입원하는등 소위 회전문 현상을 초래하여 입원기간의 장기화와 사회복지 불능화가 초래되었다. 따라서 앞으로는 정신질환자들이 일정한 재활훈련을 거쳐 지역사회에서 어느 정도의 자립생활을 해 나갈 수 있도록 전문인력을 양성하고 재활시설을 확충해 나갈 계획이다. 이에 따라 보건복지부에서는 1997년부터 정신질환자 사회복지시설의 설치 및 운영비를 지원하고 있으며 일부 지방자치단체에서도 정신보

표 4. 각국의 인구 1만명당 정신병상수(1990)

(단위: 개)

국가	한국(1996)	일본	아일랜드	스위스	스웨덴	영국	덴마크	미국
병상수	5.2	29.1	25.7	17.5	17.0	15.0	7.1	6.2

건센터의 운영등 지역정신보건사업을 활발히 전개해 나가고 있다. 한편 정신보건 임상심리사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사 등 정신보건분야의 전문인력을 양성하여 보건소등 공공보건기관에 배치하고 사회복지시설을 운영토록 함으로써 다양하고 전문적인 지역정신보건서비스가 제공될 수 있도록 해 나갈 계획이다.

4. 맺는말

생활양식의 변화, 인구구조의 변화에 따라 앞으로도 만성퇴행성질환은 계속 증가될 것으로 예상된다. 따라서 이러한 질병구조의 변화에 맞추어 정부의 보건정책도 소극적인 사후치료 위주에서 적극적인 건강증진 및 예방사업 위주로 전개해 나가야 할 것이며, 사업수행을 위한 자원의 배분에도 점진적인 조정이 필요할 것으로

만성퇴행성질환은 적극적인 예방·홍보교육에 중점을 둔 1차 예방과 질환의 조기발견과 치료를 통한 2차 예방, 질병으로 인한 장애를 최소화하기 위한 3차 예방에 이르기까지 종합적이고 적극적인 대처를 해 나가야 할 것이다.

본다. 특히 만성퇴행성질환의 경우는 치료가 어렵기 때문에 무엇보다 1차 예방에 중점을 두어 적극적인 예방·홍보교육을 전개해 나가야 하며, 질환의 조기발견과 치료를 통한 2차 예방, 나아가 질병으로 인한 장애를 최소화하기 위한 3차 예방에 이르기까지 종합적이고 적극적인 대처를 해 나가야 할 것이다. 아울러 국민 각자도 평소의 건강관리에 주의를 기울여 예방 가능한 질환에 걸리지 않도록 노력해 나가야 할 것이다. 