

최신 GLP-1 치료제, 급여됐는데 왜 못 쓰나
**당뇨병 환자 치료 기회 확대 위한
신약 처방 지침 개정 심포지엄**

임상 지침-가이드라인 간극 해소 모색

2026년 07월 01일 (수) 14:30
한국프레스센터 19층 기자회견장

주최

KAMJ
한국의학바이오기자협회
Korean Assc. Medical Journalists.

KDA 대한당뇨병학회
Korean Diabetes Association

| 프로그램 |

시간	내용	발표자
사회 김경수 대한당뇨병학회 홍보간사·서정운 한국의학바이오기자협회 총무이사		
14:30-14:40	개 회 사	김성래 대한당뇨병학회 이사장
	환 영 사	민태원 한국의학바이오기자협회 회장
	사진 촬영	
1부. 주제발표		
14:40-15:00	[발표1] 대한당뇨병학회 최신 진료지침 변화와 임상적 의의 - 맞춤형 치료 전략과 합병증 예방을 중심으로	조영민 대한당뇨병학회 진료지침이사
15:00-15:20	[발표2] 현행 당뇨병용제 보험급여 일반원칙의 문제점과 쟁점 - 임상 현장의 처방 장벽과 환자 접근성 한계	김종화 대한당뇨병학회 보험이사
15:20-15:30	Coffee Break	
2부. 종합 토론		
좌장 박철영 대한당뇨병학회 홍보이사·이진한 한국의학바이오기자협회 수석부회장		
15:30-16:00	가이드라인과 급여 기준의 조화를 위한 정책적 과제	권혁상 대한당뇨병학회 학술이사
		강준혁 보건복지부 보험약제과 과장
		염동식 당뇨와건강 환우회 회장
		김잔디 한국의학바이오기자협회 홍보이사(연합뉴스)
		이다해 채널A 기자
질의응답 및 폐회(16:00-)		

| 개 회 사 |

안녕하십니까. 대한당뇨병학회 이사장 김성래입니다.

바쁘신 가운데도 오늘 대한당뇨병학회와 한국의학바이오기자협회가 공동으로 주관하는 「최신 GLP-1 치료제, 급여됐는데 왜 못 쓰나: 당뇨병약 일반 지침 개정을 위한 심포지엄」에 참석해 주신 보건복지부 강준혁 보험약제과 과장님, 한국의학바이오기자협회 민태원 회장님, 당뇨와 건강 환우회 염동식 회장님, 언론계 여러분, 그리고 내외 귀빈 여러분께 깊이 감사드립니다.

오늘 이 자리는 단순히 한 약제의 급여 여부를 논의하기 위한 자리가 아닙니다. 또한 특정 기관이나 특정 주체의 책임을 따지기 위한 자리도 아닙니다. 오늘 우리가 함께 논의하고자 하는 핵심은 분명합니다.

의학은 이미 앞으로 나아갔는데, 제도는 아직 그 속도를 따라오지 못하고 있다는 것입니다. 그리고 그 간극의 부담을 결국 환자들이 온몸으로 감당하고 있다는 사실입니다. 우리나라 당뇨병 환자는 이미 600만 명을 넘어섰습니다. 당뇨병은 이제 한 개인의 생활습관 문제나 혈당 수치의 문제가 아닙니다. 심혈관질환, 신장질환, 심부전, 비만, 고령화, 의료비 부담이 복합적으로 얽힌 국가적 보건의료 과제입니다.

최근 의학계는 당뇨병 치료의 패러다임이 바뀌는 거대한 변혁을 맞이했습니다. GLP-1 수용체 작용제와 SGLT-2 억제제 같은 혁신 신약들은 단순히 '혈당을 내리는 약'에 머무르지 않습니다. 이 약제들은 강력한 혈당 강하를 넘어 심혈관 질환으로 인한 사망을 줄이고, 신장을 보호하며, 심부전을 예방하는 탁월한 '장기 보호 효과'를 전 세계 임상시험을 통해 입증해 냈습니다. 이에 전 세계 주요 학회는 물론, 대한당뇨병학회 역시 최신 임상 근거를 바탕으로 진료지침을 개정하여 동반질환이 있는 환자들에게 이러한 혁신 신약을 '초기에 병용하고 우선 처방'하도록 강력히 권고하고 있습니다.

그러나 안타깝게도 우리의 냉혹한 임상 현장은 글로벌 표준 가이드라인과 너무나도 멀리 떨어져 있습니다.

최근 GLP-1 치료제가 급여화되었다는 소식에 많은 환자와 의료진이 기대를 품었지만, 정작 현장에서는 '그림의 떡'에 불과합니다. 현행 건강보험 당뇨병용제 일반원칙은 과거 메트포민 중심의 단계적 처방만을 완고하게 고수하고 있으며, 혁신 약제의 조기 투여나 병용 요법에 여전히 엄격한 빗장을 걸어 잠그고 있습니다. 가이드라인이라는 '의학적 표준'과 급여 기준이라는 '행정적 규제' 사이에 거대한 간극이 존재하는 것입니다.

의사는 최신 근거와 진료지침에 따라 환자에게 가장 적절한 치료를 권하고 싶어도, 현행 건강보험 급여 기준이 이를 충분히 뒷받침하지 못하는 경우가 많습니다.

일부 약제는 급여 기준이 마련되어 있음에도 실제 처방 과정에서는 제한이 많고, 조기 병용이나 동반질환 중심의 치료 전략은 여전히 제도 안에서 충분히 구현되기 어렵습니다.

그 결과, 의료진은 알고도 처방하지 못하고, 환자는 필요해도 접근하지 못하는 상황이 반복되고 있습니다.

| 개 회 사 |

특히 GLP-1 계열 약제와 관련해서는 이 문제가 더욱 선명하게 드러났습니다.

비만과 2형 당뇨병을 함께 가진 고위험 환자, 기존 치료로 혈당 조절이 어렵고 합병증 위험이 높은 환자에게는 이 약제가 단순한 선택지가 아니라 매우 중요한 치료 기회가 될 수 있습니다. 그런데 정작 가장 필요한 환자들에게는 비용과 급여 기준의 장벽 때문에 여전히 멀리 있는 치료로 남아 있습니다.

우리가 주목해야 할 본질은, 당뇨병 치료에 비용을 아끼려다 더 큰 사회적 비용을 치르게 된다는 사실입니다. 혁신 신약의 처방을 막아 당장 눈앞의 약제비를 아끼는 것은 단견(短見)에 불과합니다. 제때 적절한 치료를 받지 못한 환자들이 결국 심부전, 뇌졸중, 만성 신부전증으로 투석을 받게 될 때 국가가 부담해야 할 합병증 치료비와 사회적 비용은 약제비와는 비교할 수 없을 정도로 천문학적입니다. 소 잃고 외양간 고치는 식의 사후 약방문식 보건행정은 이제 끝나야 합니다. 혁신 약제에 대한 과감한 건강보험 보장성 확대는 비용이 아니라, 미래의 국가 의료비 재정을 절감하고 국민 건강권을 지키는 가장 확실한 '선제적 투자'입니다.

이것은 의료계만의 문제가 아닙니다. 제약사만의 문제도 아니고, 보험자만의 문제도 아닙니다. 허가 제도, 급여 평가, 약가 협상, 재정 지속가능성, 다적응증 약제 관리, 의료 현장의 합리적 사용 원칙이 서로 맞물린 구조적 문제입니다.

따라서 해법도 어느 한쪽에만 요구해서는 나오기 어렵습니다.

보건당국은 혁신 신약의 의학적 가치와 장기적 사회적 편익을 더 정교하게 평가할 수 있는 제도적 유연성을 마련해야 합니다.

보험자는 단기적 약제비 증가만이 아니라, 합병증 예방과 입원 감소, 장기 의료비 절감이라는 더 큰 관점에서 판단할 필요가 있습니다.

제약사는 혁신의 가치를 인정받기 위해서라도, 정말 필요한 환자가 감당 가능한 비용으로 치료 받을 수 있도록 더 전향적이고 책임 있는 대안을 제시해야 합니다.

의료계 역시 오남용을 막고, 근거에 기반한 합리적 사용 원칙을 분명히 하며, 정책을 설득할 수 있는 데이터를 더 적극적으로 제시해야 합니다.

대한당뇨병학회도 이 책임에서 자유롭지 않습니다.

오늘 이 자리는 학회가 단순히 요구만 하는 자리가 아닙니다.

학회 역시 최신 의학적 근거를 바탕으로 어떤 환자에게, 어떤 치료가, 왜 필요한지 더 명확히 설명하고, 제한된 건강보험 재정 안에서 합리적 우선순위를 함께 제시하겠다는 약속의 자리입니다.

우리가 원하는 것은 무조건적인 급여 확대가 아닙니다.

우리가 요구하는 것은 근거에 맞는 급여, 환자 위험도에 맞는 급여, 그리고 실제 임상현장에서 작동하는 급여 기준입니다. 급여 기준은 행정 문서에 머물러서는 안 됩니다. 진료실에서 의사가 환자에게 설명할 수 있어야 하고, 환자가 납득할 수 있어야 하며, 최신 의학 근거와도 일치해야 합니다. 무엇보다, 제도는 환자를 위해 존재해야 합니다.

| 개 회 사 |

오늘 심포지엄의 제목은 매우 직접적입니다. “최신 GLP-1 치료제, 급여됐는데 왜 못 쓰나.” 이 질문은 불편하지만 반드시 던져야 할 질문입니다. 급여가 되었는데도 실제로 쓰기 어렵다면, 그 급여 기준은 현실을 충분히 반영하지 못하고 있는 것입니다. 효과와 안전성이 입증된 치료법이 있는데도 필요한 환자에게 닿지 못한다면, 그 제도는 다시 점검되어야 합니다.

오늘 이 자리에서 모든 해답이 한 번에 나오기는 어렵습니다. 그러나 오늘의 논의가 중요한 출발점이 되기를 바랍니다. 학회, 정부, 보험자, 환자단체, 언론, 제약사, 그리고 의료 현장이 함께 모여, 비난이 아니라 해법을 찾고, 지연이 아니라 실행을 논의하는 자리가 되기를 기대합니다.

당뇨병 치료의 목표는 숫자를 낮추는 데 그치지 않습니다. 심근경색을 줄이고, 투석을 늦추고, 심부전을 예방하고, 환자가 더 오래, 더 건강하게 살아가도록 돕는 것입니다. 그것이 최신 치료제의 진정한 가치이며, 건강보험 제도가 지향해야 할 방향입니다.

이제는 환자를 다시 중심에 두어야 합니다. 제도의 출발점도 환자여야 하고, 협상의 종착점도 환자여야 합니다. 그리고 오늘 이 심포지엄이 그 방향을 확인하는 뜻깊은 계기가 되기를 바랍니다.

다시 한번 귀한 시간을 내어 참석해 주신 모든 분들께 감사드립니다.

대한당뇨병학회는 앞으로도 당뇨병 환자들이 최신 의학 근거에 기반한 적절한 치료를 제때 받을 수 있도록, 정부와 의료계, 환자단체, 언론과 함께 책임 있게 소통하고 협력하겠습니다.

감사합니다.

대한당뇨병학회 이사장 김 성 래

| 환영사 |

안녕하십니까. 한국의학바이오기자협회장 민태원입니다.

먼저, 바쁘신 일정 중에도 오늘 '당뇨병 환자 치료 기회 확대를 위한 신약 처방 지침 개정 심포지엄'에 참석해 주신 대한당뇨병학회 김성래 이사장님과 관계자 여러분, 의학적 전문가, 정부 관계자, 환우분들, 언론인 여러분께 진심으로 감사드립니다. 특히 이번 심포지엄을 공동 주최하며 전문적인 식견을 아낌없이 공유해 주신 대한당뇨병학회에 깊은 감사의 말씀을 전합니다.

오늘 우리가 모인 이유는 명확합니다. "최신 GLP-1 치료제가 급여화되었음에도 불구하고, 왜 정작 임상 현장의 당뇨병 환자들은 이 혁신적인 신약을 제대로 쓰지 못하고 있는가?"라는 무거운 질문에 답을 찾기 위해서입니다.

최근 전 세계 당뇨병 진료 지침은 환자의 합병증 예방과 삶의 질 개선을 위해 GLP-1 작용제 등 혁신 신약의 조기 처방을 강력하게 권고하고 있습니다. 의학적 근거는 이미 충분합니다. 하지만 안타깝게도 대한민국의 현실은 이러한 글로벌 표준과 동떨어져 있습니다. 현행 당뇨병 용제 보험급여의 엄격하고 제한적인 일반 원칙이 혁신 신약의 발목을 잡고 있기 때문입니다. 의학이 발전해 아무리 좋은 무기가 개발되어도, 제도적 장벽에 가로막혀 환자에게 닿지 못한다면 그 기술은 반쪽짜리에 불과합니다. 까다로운 급여 기준 때문에 치료 시기를 놓치거나, 경제적 부담으로 인해 신약 혜택에서 소외되는 당뇨병 환자들이 여전히 많습니다. 이는 단순한 제도의 문제를 넘어, 환자들의 '치료받을 권리'와 직결된 문제입니다.

우리 한국의학바이오기자협회는 언론의 눈으로 이 모순을 직시해 왔습니다. 오늘 심포지엄은 현행 보험급여 원칙의 문제점과 쟁점을 철저하게 분석하고, 임상 현장의 목소리를 반영한 합리적인 처방 지침 개정 방향을 모색하는 뜻깊은 자리가 될 것입니다.

오늘 발표와 토론을 통해 도출될 건설적인 제안들이 보건 당국의 정책 변화로 이어져, 600만 대한민국 당뇨병 환자들의 치료 기회가 실질적으로 확대되기를 간절히 바랍니다. 의학바이오기자협회 역시 오늘 논의된 소중한 의견들이 사회적 공론화가 될 수 있도록 노력하겠습니다. 다시 한번 오늘 이 자리를 빛내주신 모든 분께 감사드리며 활발한 토론과 혜안이 가득한 시간이 되기를 기대합니다.

감사합니다.

한국의학바이오기자협회 회장 민 태 원

| 발표1 |

대한당뇨병학회 최신 진료지침 변화와 임상적 의의
- 맞춤형 치료 전략과 합병증 예방을 중심으로

조영민

대한당뇨병학회 진료지침이사(서울의대 내과학교실)

당뇨병
진료지침

Clinical Practice Guidelines for Diabetes

2025

제9판

대한당뇨병학회 최신 진료지침 변화와 임상적 의의

맞춤형 치료 전략과 합병증 예방을 중심으로



진료지침이사

서울대학교병원 조영민

03

혈당조절 목표 및 저혈당 예방

3-1. 당뇨병 성인에게서 혈당조절 목표

1. 미세혈관 및 대혈관합병증을 예방하기 위해 혈당을 적극적으로 조절한다. [무작위대조군연구, 일반적권고]
2. 2형당뇨병 성인에게서 일반적인 혈당조절 목표는 당화혈색소 6.5% 미만이다. [무작위대조군연구, 일반적권고]
3. 1형당뇨병 성인에게서 일반적인 혈당조절 목표는 당화혈색소 7.0% 미만이다. [무작위대조군연구, 일반적권고]
4. 혈당조절 목표는 환자의 신체적, 정신적, 사회적 여건, 기대여명, 동반질환의 중증도 혹은 저혈당 위험도에 따라 개별화한다. [비무작위대조군연구, 일반적권고]
5. 연속혈당측정장치를 사용하는 경우 목표혈당범위(70-180 mg/dL) 내 시간이 70%를 초과하고, 목표혈당범위 미만 (<70 mg/dL) 시간을 4% 미만, 특히 54 mg/dL 미만의 저혈당 시간은 1% 미만이다. [비무작위대조군연구, 일반적권고]

6-1. 1형당뇨병의 약물치료

1. 1형당뇨병 성인에게는 다회인슐린주사나 인슐린펌프를 이용한 치료를 한다.
[무작위대조군연구, 일반적권고]
2. 1형당뇨병 성인에서 다회인슐린주사나 인슐린펌프 치료 시 연속혈당측정기를 연동한 치료를 한다.
[무작위대조군연구, 일반적권고]
3. 1형당뇨병 성인에게 다회인슐린주사요법 시 초단기작용인슐린유사체와 장기작용인슐린유사체를 우선 사용한다.
[무작위대조군연구, 일반적권고]
4. 자동인슐린주입(automated insulin delivery)기기를 안전하게 사용할 수 있는 모든 1형당뇨병 성인은 저혈당 위험과 당화혈색소를 모두 낮추기 위해 자동인슐린주입기기를 사용한다.
[무작위대조군연구, 일반적권고]

6-2. 2형당뇨병의 약물치료

2. 약물 선택 시 동반질환(심부전, 죽상경화심혈관질환, 만성신장질환)에 대한 이득, 혈당강하 효과, 체중에 대한 효과, 저혈당 위험도, 부작용, 비용 등의 약물의 특성과 치료수용성과 관련된 환자의 특성을 고려한다.
[전문가의견, 일반적권고]
3. 과이화작용 증상(체중 감소, 다음, 다뇨 등의 증상)과 동반된 고혈당의 경우는 인슐린치료를 시행한다.
[전문가의견, 일반적권고]

6-2. 2형당뇨병의 약물치료

2. 약물 선택 시 동반질환(심부전, 죽상경화심혈관질환, 만성신장질환)에 대한 이득, 혈당강하 효과, 체중에 대한 효과, 저혈당 위험도, 부작용, 비용 등의 약물의 특성과 치료수용성과 관련된 환자의 특성을 고려한다.

[전문가의견, 일반적권고]

3. 과이화작용 증상(체중 감소, 다음, 다뇨 등의 증상)과 동반된 고혈당의 경우는 인슐린치료를 시행한다.

[전문가의견, 일반적권고]

혈당조절

합병증
예방/치료

체중조절

저혈당
예방

부작용
고려

비용고려

증상조절

혈당조절

합병증
예방/치료

체중조절

저혈당
예방

부작용
고려

비용고려

증상조절

점유율

패스성공률

득점

파울

실점

선수연봉

승점

6-2. 2형당뇨병의 약물치료

6. 목표 당화혈색소에 도달하지 못한 경우 기존 약물의 증량 또는 다른 계열 약물과의 병용요법을 조속히 시행한다. **[무작위대조군연구, 일반적권고]**
7. 강력한 혈당강하 효과를 중점적으로 고려할 경우 주사제를 포함한 치료를 한다. **[무작위대조군연구, 일반적권고]**
 - 1) 주사제 기반의 병용요법을 고려할 때 기저인슐린보다 GLP-1수용체작용제를 우선한다. **[무작위대조군연구, 일반적권고]**
 - 2) GLP-1수용체작용제 또는 기저인슐린 단독으로 목표혈당에 도달하지 못할 경우 두 약물을 병용한다. **[무작위대조군연구, 제한적권고]**
 - 3) GLP-1수용체작용제 또는 기저인슐린치료에도 목표혈당에 도달하지 못할 경우 인슐린강화요법을 한다. **[무작위대조군연구, 제한적권고]**



월드컵 스포츠 신문

2026년 6월 17일 수요일

오늘의 날씨
서울 24°C
흐림 우름

점유율은 앞섰지만... 한 번의 역습에 무너졌다

슈티스, 키커스전 내내 경기를 지배하고도 결정력 부족에 발목... 후반 막판 실점으로 0-1 패배
김민수 기자



슈티스 0 - 1 키커스

경기 주요 기록

점유율	68% - 32%
슈팅	19 - 6
유효슈팅	7 - 2
코너킥	8 - 2
패스	11 - 14

후반 4분, 키커스의 역습 끝에 슈티스 선수들이 역공하고 있다. / 사진: 월드컵 스포츠 신문 김민수 기자

슈티스가 키커스를 상대로 압도적인 경기력을 보여주고도 단 한 번의 슈팅 실수에 무너졌다. 슈티스는 16일 열린 월드컵 조별리그 2차전에서 키커스에 0-1로 패했다.

슈티스는 경기 내내 볼을 지배하며 키커스 전방을 끊임없이 압박했다. 전체 점유율은 68%에 달했고, 슈팅 수에서도 19개로 키커스(6개)를 크게 앞섰다. 그러나 결정적인 마무리가 부족했다.

승부는 후반 막판에 갈렸다. 슈티스가 공격에 집중할 사이, 키커스는 후반 44분 날카로운 역습을 전개했고, 빠른 침투를 시도한 마르코 유리치가 오른쪽 슛으로 결승골을 터뜨렸다.

슈티스는 남은 시간 총공세를 펼쳤지만 끝내 골망을 흔들지 못했다. 키커스 골키퍼 다미안 루는 몇 차례 선방으로 팀의 승리를 지켜냈다.

MATCH HIGHLIGHT



후반 44분 키커스 골문을 강타한 마르코 유리의 역습 골

승률 분포도



시간대별 점유율



다음 경기 일정

6월 22일(월) 오전 10:00 vs 리버사이드 FC

장소: ○ 스타디움

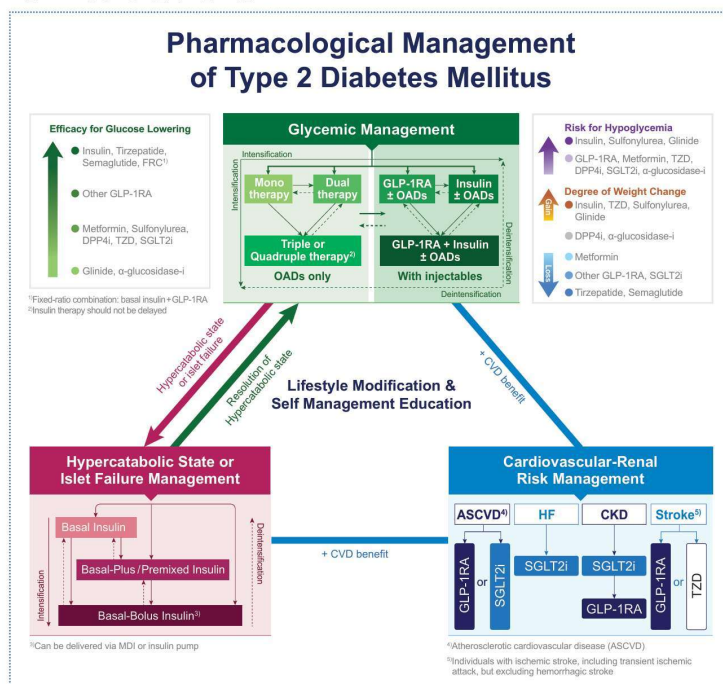
분석: 조병희 & 최민

6-2. 2형당뇨병의 약물치료

Outcome 연구를 기반으로 한 권고

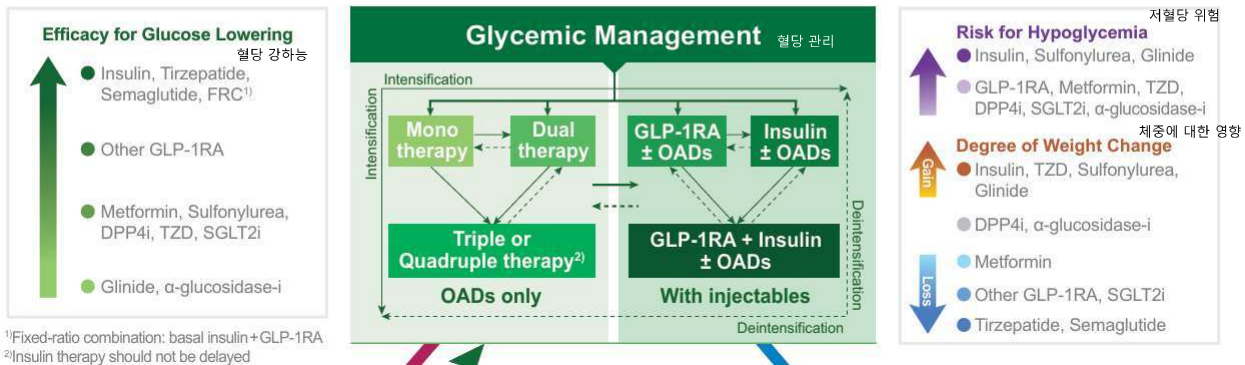
8. 심부전을 동반한 경우 심부전이익이 입증된 SGLT2억제제를 당화혈색소 수치와 무관하게 우선 사용하고 금기나 부작용이 없는 한 유지한다. [무작위대조군연구, 일반적권고]
9. 알부민뇨가 있거나 추정사구체여과율이 감소한 경우 신장이익이 입증된 SGLT2억제제를 당화혈색소 수치와 무관하게 우선 사용하고 금기나 부작용이 없는 한 유지한다. [무작위대조군연구, 일반적권고]
10. 죽상경화심혈관질환을 동반한 경우 심혈관이익이 입증된 GLP-1수용체작용제 혹은 SGLT2억제제를 포함한 치료를 우선한다. [무작위대조군연구, 일반적권고]

그림 6-2.1 2형당뇨병 약물치료 알고리즘



Pharmacological Management of Type 2 Diabetes Mellitus

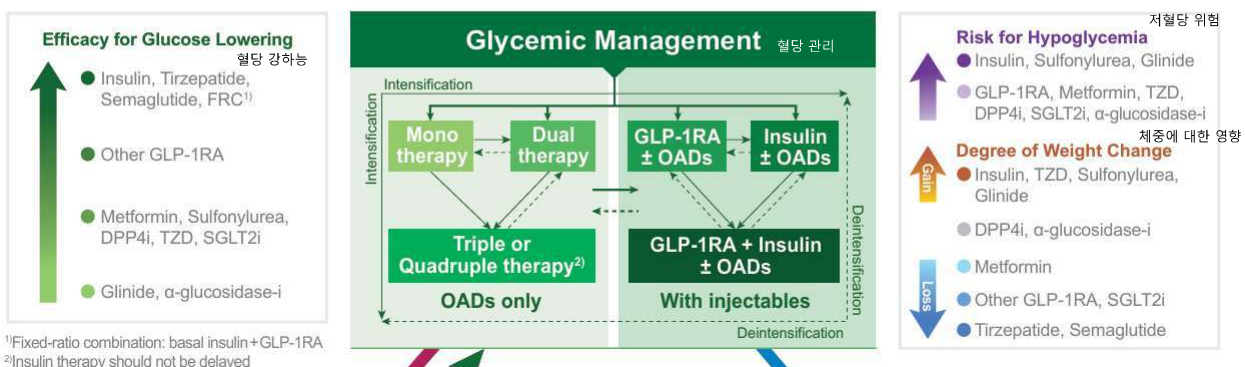
2형 당뇨병의 약물 요법



메트포르민이 어디 갔나?

Pharmacological Management of Type 2 Diabetes Mellitus

2형 당뇨병의 약물 요법



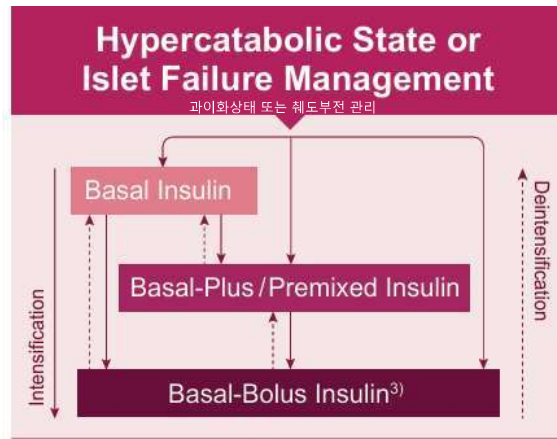
11.2형당뇨병의 약물치료(2)

2023 당뇨병 진료지침

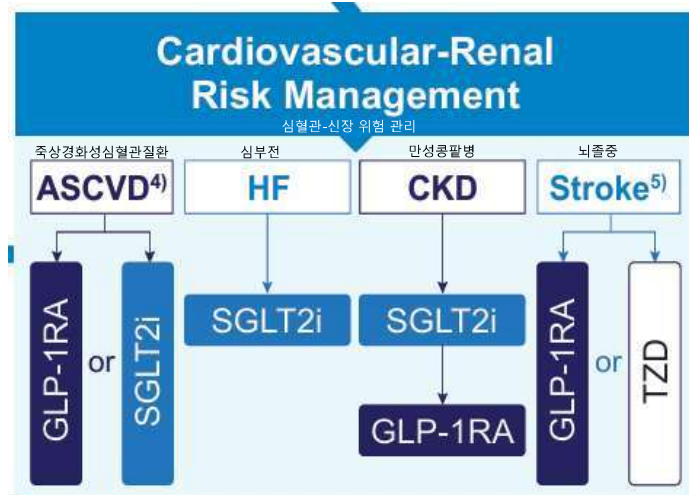


4. 약물치료를 시작할 때 당화혈색소의 목표와 현재 수준을 고려하여 단독 또는 병용요법을 한다. [무작위대조연구, 일반적권고]
5. 혈당조절 실패의 위험을 낮추기 위해 진단 초기부터 병용요법을 적극적으로 고려한다. [무작위대조연구, 제한적권고]
6. 약물치료 시 주기적으로 복약순응도를 확인하고, 필요한 경우 약물을 조정한다. [전문가의견, 일반적권고]
7. 목표 당화혈색소에 도달하지 못한 경우 기존 약물의 증량 또는 다른 계열 약물과의 병용요법을 조속히 시행한다. [무작위대조연구, 일반적권고]
- ➔ 8. 약물치료 시 메트포민을 우선 사용하고 금기나 부작용이 없는 한 유지한다. [무작위대조연구, 일반적권고]

대한당뇨병학회 진료지침은 기존에 UKPDS 이후의 여러 임상시험들의 메타분석 결과와 국내 연구인 Practical Evidences of Antidiabetic Monotherapy(PEAM) 연구를 근거로 메트포민을 초치료 약물로 권고했다. 메트포민은 당화혈색소 감소효과가 다른 약물들과 유사하며, 저혈당 위험이나 체중증가 우려가 없고 가격이 저렴해 경제적인 이점이 있다. 또한 미국당뇨병학회, 유럽당뇨병학회, 국제당뇨병연맹 등 주요 학회들도 오랜 기간 이를 초치료 약물로 권고해 왔다. 그러나 이 근거는 주로 SGLT2 억제제와 GLP-1수용체작용제 사용 이전의 오래된 연구들에 기반하고 있다. 또한 특정 약물을 일반적인 2형당뇨병환자에게 우선 권고하는 방식은 다양한 특성을 가진 약물들이 사용 가능한 현재 의료환경에서 “환자중심접근”이라는 대전제와 상충된다. 이에 따라 주요 국외 당뇨병학회들도 최근에 메트포민을 초치료 약물로 우선 권고하는 것을 철회하였다. 따라서 대한당뇨병학회도 이번 진료지침에서 이러한 근거와 흐름을 반영해 철회하기로 하였다. 다만 메트포민은 오랜 임상경험을 통해 혈당강하 효과와 안전성이 입증된 약물이다. 또한 저렴한 약가와 현재의 국민건강보험 보험급여 기준을 고려할 때, 다른 계열 약물을 우선적으로 고려할 만한 동반질환이 없고 메트포민에 금기나 부작용 우려가 없으며 환자가 사용을 꺼리지 않는 경우, 여전히 초치료 약물로 우선 고려할 수 있다.



³⁾Can be delivered via MDI or insulin pump



⁴⁾Atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD)

⁵⁾Individuals with ischemic stroke, including transient ischemic attack, but excluding hemorrhagic stroke

당뇨병 치료가 너무나 빠른 속도로 발전하고 있는데, 약제 승인과 보험급여 기준은 답보 상태

Orforglipron compared with dapagliflozin in adults with type 2 diabetes and inadequate glycaemic control with metformin (ACHIEVE-2): a multicentre, randomised, non-inferiority, open-label, phase 3 trial

Michelle Welch, Thomas Forst, Weiping Jia, Pedro Orozco del Pino, Max Denning, Wen-Shuo Wu, Jianghao Li, Rong Liu, Michele Eifu, Yanyun Chen, for the ACHIEVE-2 Trial Investigators*

Elecoglipron, an oral small molecule GLP-1 receptor agonist in adults with type 2 diabetes (SOLSTICE): a multicentre, phase 2b, randomised, placebo-controlled trial

Vanita R Arora, Melanie J Davies, Jill Maaske, Marcus Millegård, Víctor López Juan, Jens Aberle, Andrea Ciudin, Rory J McCrimmon, Olof Eklund, Judy L Shih, Mikaela Sjostrand, Donna Zarzuela, Julio Rosenstock

Cagrilintide–semaglutide (CagriSema) as an add-on to basal insulin in adults with type 2 diabetes (REIMAGINE 3): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre, phase 3 study

Julio Rosenstock, Liana K Billings, Reena Gajra, Francesco Giordano, Nanna Borup Johansen, Klara R Klein, Usha K Thamattoor, John B Buse, Akshay B Jain

ORIGINAL ARTICLE

Survodutide Once Weekly for the Treatment of Adults with Obesity

C.W. le Roux,^{1,2} S. Wharton,^{3,4} E. Startseva,⁵ I.M. Kloer,⁵ S.A. Hussain,⁵ A. Unsel,⁶ B. Bozkurt,⁷ J.D. Ard,^{8,9} H.E. Bays,¹⁰ P. Bogdański,¹¹ E.I. Ekinci,¹²⁻¹⁵ A.M. Jastreboff,¹⁶⁻¹⁸ L. Ji,^{19,20} W. Ogawa,^{21,22} S.D. Pedersen,^{23,24} K.H. Pietiläinen,^{25,26} N. Sattar,²⁷ J. Seufert,²⁸ K. Stenlöf,^{29,30} A.P. van Beek,³¹ R. Vangoitsenhoven,^{32,33} M. Brueckmann,^{3,34} R. Younes,⁵ and L.M. Kaplan,^{35,36} for the SYNCHRONIZE-1 Investigators*



Efficacy and safety of retatrutide, a GIP, GLP-1, and glucagon receptor agonist, in people with type 2 diabetes and inadequate glycaemic control with diet and exercise (TRANSCEND-T2D-1): a double-blind, randomised, phase 3 trial

Harpreet S Bajaj, Michelle Welch, Parag Shah, Eduardo Luna, Fatima Zahra Jaoumaa, Bing Liu, Rong Liu, Yanyun Chen, Hiren Patel, Amy Bartee

연합뉴스

[월간2019] '혁신이나, 불법이나 불법은 모빌리티 논쟁

◇ '타다 금지법' vs. '택시 상생법'
작년 말 카카오가 내놓은 카풀 서비스로 인한 갈등이 연초부터 계속된 가운데 카카오는 1월15일 카풀 서비스 정정 중단을 발표했다. 이에 택시업계가 협상 테이블에 참여하기로 결정, 같은달 22일 택시4단체와 카카오모빌리티, 민주당, 국토교통부가 참여하는 사회적 대타협기구가 출범했다.

사회적 대타협기구는 논의 끝에 3월7일 출퇴근 시간에 한정해 카풀 서비스를 허용하고 규제적 실험 플랫폼 택시를 상반기 중 출시하는 등의 내용을 골자로 한 합의안을 발표했다.

이후 극한으로 치닫던 택시와 카풀 업계의 갈등은 잠정해졌지만 카카오모빌리티를 제외한 다른 업체들이 일제히 합의안을 비판하면서 승차 공유 업계가 내분 조짐을 보이기도 했다.



2019-12-18 연합뉴스 장하나 기자

서울, KR 도시별권

Uber의 글로벌 택시 플랫폼

지금 픽업

픽업 위치

배달 주소

요금 보기 로그인하여 최근 활동 확인하기

이행할 준비가 되셨나요? 미리 예약하세요

차량 서비스, 예약, 일반 택시XL, 공항, 풀북, Uber 린드, 시니더

승점을 올려야 하는데, 점유율만 강조하고 있지는 않은가?

2026년 6월 17일 수요일

점유율은 앞섰지만... 한 번의 역습에 무너졌다

슈터스, 키퍼스전 내내 경기를 지배하고도 결정력 부족에 발목... 후반 막판 실점으로 0-1 패배
김민수 기자



점유율	68% - 32%
슈팅	19 - 6
유효슈팅	7 - 2
코너킥	8 - 2
패스	11 - 14

후반 44분, 키퍼스의 역습 골이 슈터스 선수들이 아쉬워하고 있다. / 사진: 월드컵 스포츠 전문 기자

슈터스가 키퍼스를 상대로 압도적인 경기력을 보여주고도 단 한 번의 수비 실수에 무너졌다. 슈터스는 16일 열린 클럽 월드컵 로열리그 2차전에서 키퍼스에 0-1로 패했다.

슈터스는 경기 내내 볼을 지배하며 키퍼스 진영을 끊임없이 압박했다. 전체 점유율은 68%에 달했고, 슈팅 수에서도 19개로 키퍼스(6개)를 크게 앞섰다. 그러나 결정적인 마무리가 부족했다.

슈터스는 후반 막판에 걸렸다. 슈터스가 공격에 집중할 사이, 키퍼스는 후반 44분 날카로운 역습을 전개했고, 빠른 침투를 시도한 마르크 로드리가 오른쪽 슛으로 결승골을 터뜨렸다.

슈터스는 남은 시간 총공세를 펼쳤지만 끝내 골망을 흔들지 못했다. 키퍼스 골키퍼 다미안 유는 몇 차례 신방으로 팀의 승리를 지켜냈다.

개인 분석

- ① 높은 점유율에도 낮은 득점 전환율
- ② 박스 안 마무리 부족
- ③ 역습 상황 수비 전환 미흡

감독: "내용은 나쁘지 않았지만, 결과를 만드는 결정력이 부족했다. 마지막 실점 장면은 아쉬운 부분이다."

MATCH HIGHLIGHT
후반 44분 키퍼스 결승골 장면. 슈터스 선수들이 아쉬워하고 있다.

승점 분포도
● 슈터스 승점 19점 ● 키퍼스 승점 6점

시간대별 점유율
0% 20% 40% 60% 80%
00:00 15' 30' 45' 60' 75' 90'

다음 경기 일정
6월 22일(월) 오전 10:00 vs 리버풀 FC
장소: 스타디움

본인 홈페이지 3페이지

By ChatGPT

| 발표2 |

현행 당뇨병용제 보험급여 일반원칙의 문제점과 쟁점 - 임상 현장의 처방 장벽과 환자 접근성 한계

김종화

대한당뇨병학회 보험이사(부천세종병원 내분비내과)

현행 당뇨병용제 보험급여 일반원칙의 문제점과 쟁점

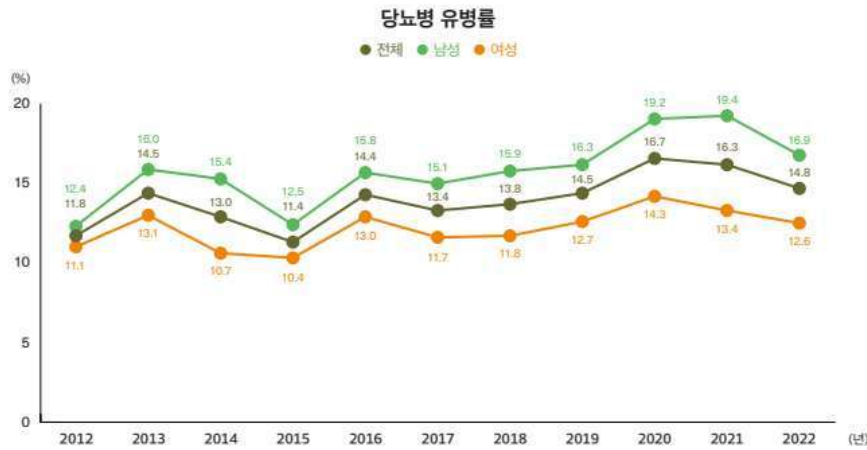
-임상현장의 처방 장벽과 환자 접근성의 한계

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

나눌내용

- 국내당뇨병 현황
- 당뇨병 치료 패러다임 변화- 진료지침
- 당뇨병용제 일반원칙과 문제점
- 당뇨병 용제 일반원칙 개정
- 맺음말

최근 11년간 당뇨병 유병률 및 인구 변화 (2012-2022년)

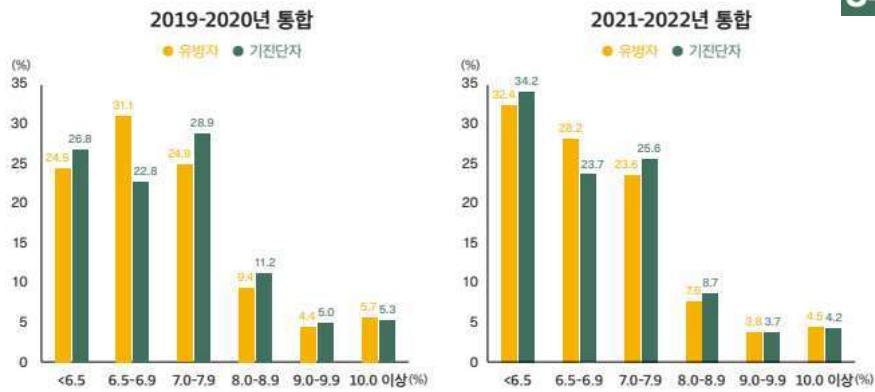


DIABETES FACT SHEET IN KOREA 2024(KDA)

혈당 조절 상태

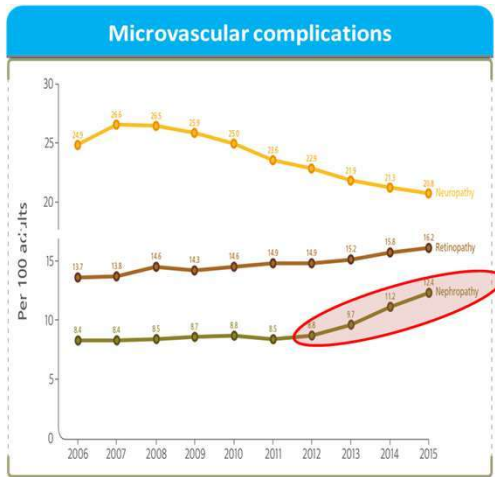
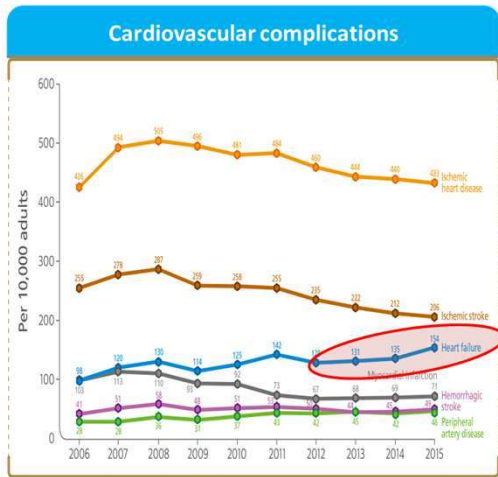
- 당뇨병 유병자 중 당화혈색소가 6.5% 미만인 경우는 3명 중 1명 (32.4%) 밖에 되지 않았고,
- 당화혈색소가 7.0% 미만으로 조절되는 경우는 60.6%임.
- 당화혈색소가 8.0% 이상으로 적극적인 치료가 필요한 경우는 16%임.

<6.5%, 기진단자
34.2%



DIABETES FACT SHEET IN KOREA 2024(KDA)

당뇨병 환자들의 심혈관질환 및 미세혈관 합병증 현황

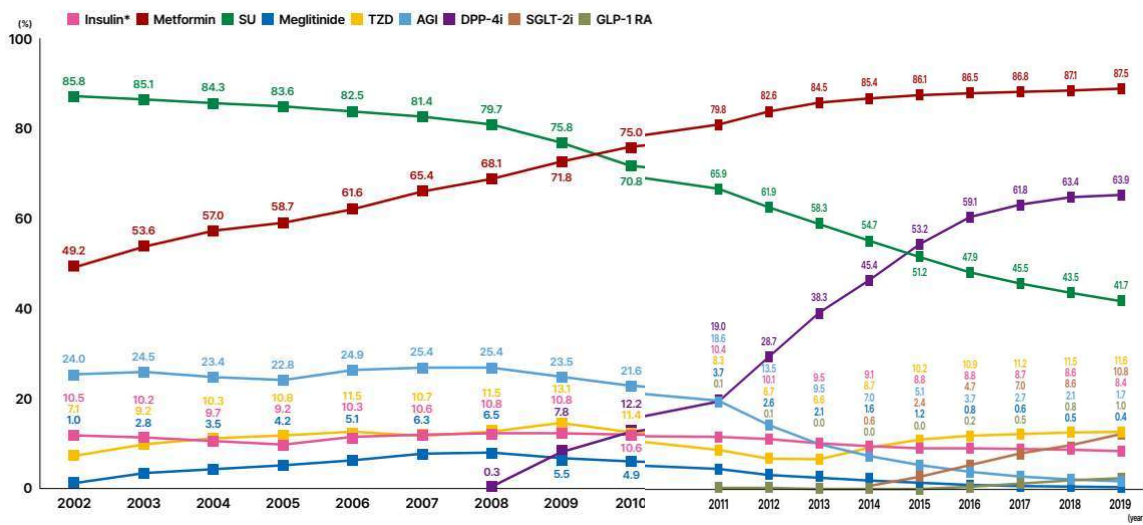


Age-standardized prevalence of rate based on the 2011 population among adults aged 30 years or older with diabetes

Age-standardized prevalence of rate based on the 2011 population among adults aged 30 years or older with diabetes

Reference 1. 대한당뇨병학회. Diabetes & Complications in Korea. Available at: <https://www.diabetes.or.kr/pro/news/admin.php?code=admin&category=A&number=1788&mode=view>. Accessed on Dec 2021.

당뇨병 용제별 사용 현황

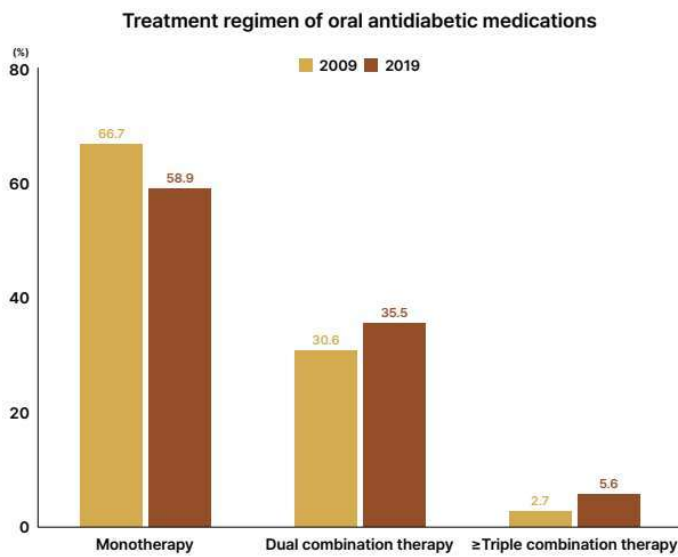


당뇨병 용제 병용요법 현황



DIABETES FACT SHEET IN KOREA 2022(KDA)

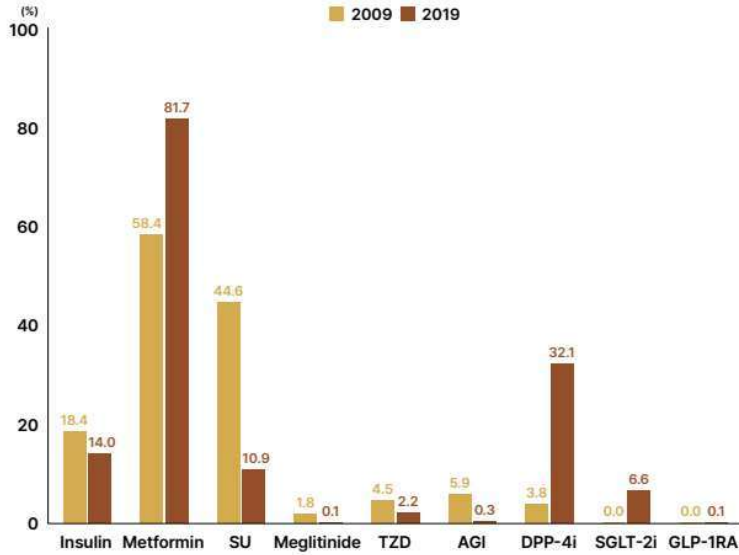
당뇨병 용제 초기요법 현황



DIABETES FACT SHEET IN KOREA 2022(KDA)

당뇨병 용제 계열별 초기선택 현황

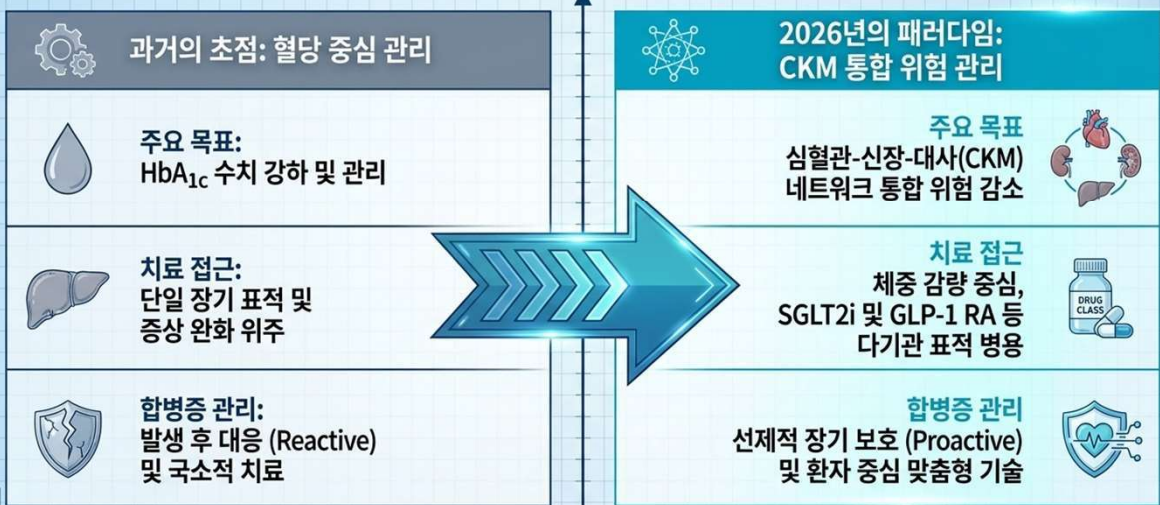
Prescription rates of antidiabetic medications



DIABETES FACT SHEET IN KOREA 2022(KDA)

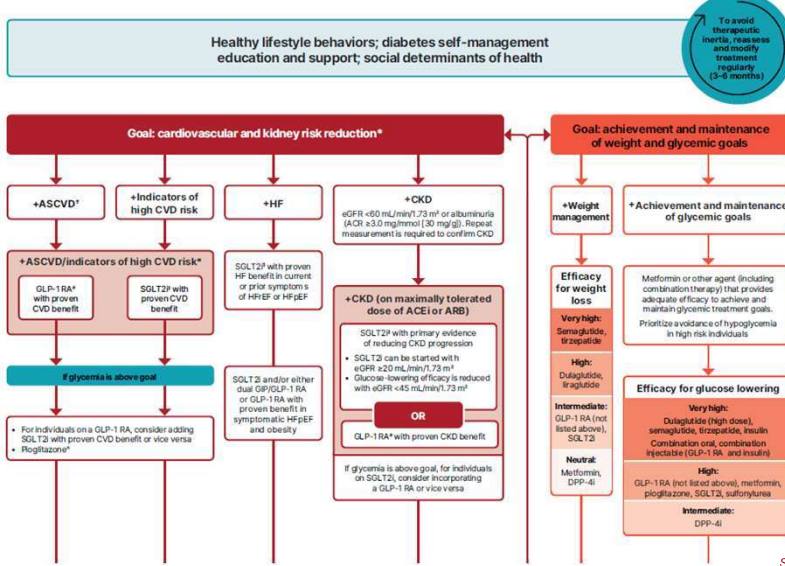
KDA 2025 ADA 2026: 패러다임의 대전환

혈당 강하라는 단일 목표를 넘어, CKM 증후군이라는 전신 대사 붕괴를 선제적으로 방어합니다.



2026 미국당뇨병학회 약제 치료 권고안

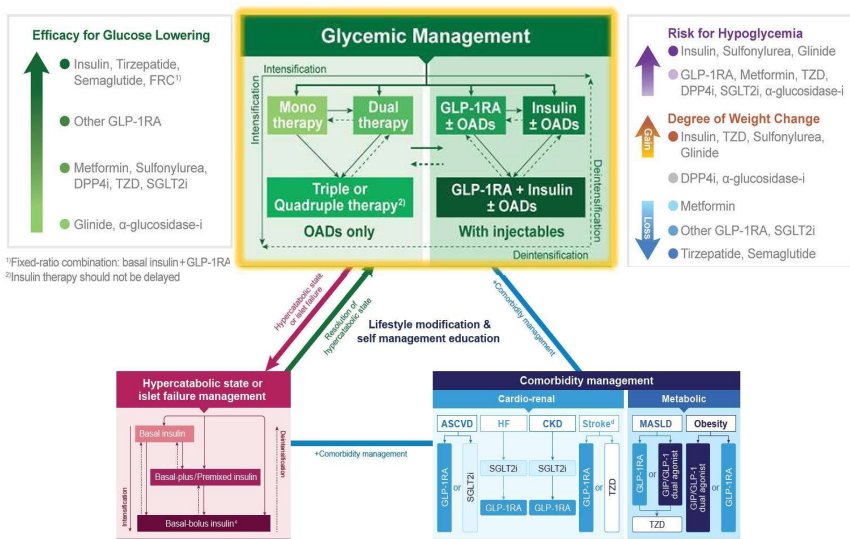
Use of glucose-lowering medications in the management of type 2 diabetes
(For recommendations for specific conditions, including non-glucose-lowering medications, refer to pertinent sections)



- ▶ 동반 질환을 고려하여 환자 중심 접근법을 통한 혈당 강하법을 제시하고 있으며, ASCVD, 심혈관계 고위험군, 심부전 동반 환자에게 우선적으로 SGLT2i or GLP-1RA 사용 권장
- ▶ 만성콩팥병을 동반한 환자(추정사구체여과율(eGFR) 20 mL/min/1.73m² 이상)-CKD 진행을 늦추고 CVD 이점이 입증된 SGLT2i or GLP-1RA 사용을 권장

Standards of Care in Diabetes - 2026. Diabetes Care 2026;49(Suppl. 1):S183-215

2025 대한당뇨병학회 약제 치료 권고안



1. 대한당뇨병학회 2025 당뇨병 진료지침 2. Lee BW et al. Diabetes Metab J. 2025 Nov;49(6):1155-1177.

2025 KDA 진료지침(T2DM)

2형당뇨병의 약물치료

1. 당
2. 약
- 용성
4. 과
5. 약
- 1) 약물치료 시작 시 단독 또는 병용요법을 위한 1차요법(2제요법)을 우선한다. [무작위대조군연구, 일반적권고]
2. 약
3. 목
6. 약
7. 목
8. 강
- 1) 치료에 기원의 영향은 별로 없으며, 케타민은 심혈관질환을 악화시킨다는 증거를 포함한다. [무작위대조군연구, 일반적권고]
2. 약
3. 목
9. 심
10. 약
- [무작위대조군연구, 일반적권고]
11. 죽상경화심혈관질환을 동반한 경우 심혈관이약이 입증된 GLP-1수용체작용제 혹은 SGLT2억제제를 포함한 치료를 우선한다. [무작위대조군연구, 일반적권고]

1. 2025 KDA Guideline

당뇨병약제 보험급여 일반원칙(2011.7)

1 단독요법으로 2~4개월 이상 투여해도 다음의 하나에 해당하는 경우 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법 인정

- ① HbA1c $\geq 7.0\%$
- ② 공복혈당 ≥ 130 mg/dL
- ③ 식후혈당 ≥ 180 mg/dL

2 HbA1c $\geq 7.5\%$ 경우에는 Metformin을 포함한 2제요법을 처음부터 인정함

3 2제요법 투여대상으로 2제요법 인정 가능 성분 중 1종만 투여한 경우도 인정함

4 2제 요법을 2-4개월 이상 투여해도 HbA1C가 7% 이상인 경우에는 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함
단, 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니되나, 다음의 3제요법은 인정함

- (1) Metformin + SGLT-2 inhibitor + DPP-IV inhibitor
- (2) Metformin + SGLT-2 inhibitor (ertugliflozin, enavogliflozin 제외) + Thiazolidinedione

2제요법

구분	Metformin	Sulfonylurea	Meglitinide	α-glucosidase inhibitor	Thiazolidinedione	DPP-IV inhibitor	SGLT-2 inhibitor				
							dapagliflozin	ipragliflozin	empagliflozin	ertugliflozin	enavogliflozin
Metformin		인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
Sulfonylurea	인정		X	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	X
Meglitinide	인정	X		인정	인정	X	X	X	X	X	X
α-glucosidase inhibitor	인정	인정	인정		X	X	X	X	X	X	X
Thiazolidinedione	인정	인정	인정	X		인정	X	X	X	X	X
DPP-IV inhibitor	인정	인정	X	X	인정		X	X	X	X	X
SGLT-2 inhibitor	dapagliflozin	인정	인정	X	X	X					
	ipragliflozin	인정	인정	X	X	X					
	empagliflozin	인정	인정	X	X	X					
	ertugliflozin	인정	인정	X	X	X					
	enavogliflozin	인정	X	X	X	X					

DPP-4I, dipeptidyl peptidase-4 inhibitor; HbA1c, glycated hemoglobin; SGLT-2I, sodium-glucose cotransporter-2 inhibitor

1. 보건복지부 고시 제2024-130호, [일반원칙] 당뇨병용제

당뇨병약제 보험급여 확대- 3제요법(2023)

3제 요법

- 2제 요법을 2-4개월 이상 투여해도 HbA1C가 7% 이상인 경우에는 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함. 단, 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니되나, 다음의 3제요법은 인정함.

(1)Metformin + SGLT-2 inhibitor + DPP-IV inhibitor

(2)Metformin + SGLT-2 inhibitor + Thiazolidinedione

(enavogliflozin 제외)

1. 보건복지부 고시 제2024-130호. [일반원칙] 당뇨병용제

Insulin 요법

1) 단독요법

가) 초기 HbA1C가 9% 이상인 경우, 성인의 지연형 자가면역당뇨병(LADA), 제1형 당뇨병과 감별이 어려운 경우, 고혈당과 관련된 급성합병증, 신장·간손상, 심근경색증, 뇌졸중, 급성질환 발병 시, 수술 및 임신한 경우 등에는 Insulin 주사제 투여를 인정함.

나) 경구용 당뇨병 치료제 병용투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin요법을 인정함.

2) 경구제와 병용요법

Insulin 단독요법 또는 경구용 당뇨병치료제 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin과 경구용 당뇨병치료제의 병용요법을 인정함.

가) Insulin과 경구용 당뇨병치료제 2종까지 병용요법을 인정함. 단, 경구용 당뇨병 치료제 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니 됨.

나) Ertugliflozin, Ipragliflozin은 Insulin 주사제와 병용시 인정하지 아니함.

GLP-1 수용체 효능제

1) 경구제와 병용요법

가) 투여대상

Metformin+Sulfonylurea계 약제 병용투여로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 환자 중

- (1) 체질량지수(BMI: Body mass index) $\geq 25\text{kg/m}^2$ 또는
- (2) Insulin 요법을 할 수 없는 환자

나) 투여방법

- (1) 3종 병용요법(Metformin +Sulfonylurea+GLP-1 수용체 효능제)을 인정
- (2) 3종 병용요법으로 현저한 혈당개선이 이루어진 경우 2종 병용요법(Metformin+GLP-1 수용체 효능제)을 인정

2) Insulin과 병용요법(단일제)

가) 투여대상

기저 Insulin(Insulin 단독 또는 Metformin 병용) 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우

나) 투여방법

기저 Insulin+GLP-1 수용체 효능제(+Metformin)을 인정

3) Insulin과 병용요법(복합제)-Soliqua, Xultophy

가) 투여대상

기저 Insulin(Insulin 단독 또는 Metformin 병용) 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우

(다만, Insulin degludec +Liraglutide의 경우에는 기저 Insulin과 Metformin 병용 시만 인정)

나) 투여방법

- (1) Insulin glargine + Lixisenatide: 단독 또는 Metformin 병용 시 인정
- (2) Insulin degludec + Liraglutide: Metformin과 병용 시 인정

Semaglutide 주사제 (품명 : 오젠퍹프리필드펜 2mg 등)

허가사항 중 2형 당뇨병 환자에게 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.

-아 래-

가. 경구제와 병용요법

1) 투여대상

Metformin+Sulfonylurea계 약제를 2~4개월 이상 병용 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 환자 중

가) 체질량지수(BMI: Body mass index) $\geq 25\text{kg/m}^2$ 또는

나) Insulin 요법을 할 수 없는 환자

2) 투여방법

가) 3종 병용요법(Metformin+Sulfonylurea+오젠퍹프리필드펜)을 인정

나) 3종 병용요법으로 현저한 혈당개선이 이루어진 경우 2종 병용요법(Metformin+오젠퍹프리필드펜)을 인정

나. Insulin과 병용요법

1) 투여대상

가) 기저 Insulin(Insulin 단독 또는 Metformin 병용) 2~4개월 이상 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우

나) 오젠퍹프리필드펜과 Metformin(+Sulfonylurea) 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우

2) 투여방법

기저 Insulin+오젠퍹프리필드펜(+Metformin)을 인정

다. 최초 투여시 투여대상 관련 객관적 자료(약제투여 과거력, 검사결과(HbA1C, BMI 등))를 제출하여야 함. 이후 3개월 마다 HbA1C를 평가함

라. 1회 처방기간은 허가사항에 따라 용량 증감이 필요한 첫 3개월은 최대 4~6주분까지 인정하며, 3개월 이후에는 최대 3개월분까지 인정함.

당뇨병약제 보험급여 일반원칙 문제점

- 일반원칙 제정이 너무 오래됨-2011
- 메트포민 초치료제
- 2제요법불가- DPP4i+SGLT-2i, TZD+SGLT-2i 등
- GLP-1RA 사용 제한 -SU+Met 만 사용후 급여(오젠퍹 포함)

당뇨병약제 급여-일반원칙 개정의 주요 요점

- 이번 개정 건의의 핵심은 최신 진료지침에 입각하여 동반 질환에 따른 맞춤형 약제 처방이 가능하도록 기준을 유연화
- 1차 약제 기준의 유연화:
 - 기본적으로 메트포르민을 사용,
 - 금기나 부작용이 있는 경우 설폰닐유레아 외에 다른 기전의 약제도 단독 투여를 인정.
- 동반 질환(CKD, HF, ASCVD) 우선순위 반영:
 - 만성 신장병(CKD), 만성 심부전(HF), 죽상경화 심혈관질환(ASCVD) 동반 환자에게는 혈당 조절과 무관하게 SGLT-2 억제제 또는 GLP-1RA를 처음부터 1차 약제로 사용

당뇨병약제 급여-일반원칙 개정의 주요 요점

- 병용 요법 조합의 확대:
 - 기전상 상충되는 조합(DPP-4 억제제 + GLP-1 수용체 작용제 등)을 제외하고,
 - 환자에게 적합한 모든 2~3제 조합을 자유롭게 선택(DPP4i+SGLT-2i, TZD+SGLT-2i, DPP4i+TZD+SGLT-2i 등).
- 인슐린 및 GLP-1 RA 기준 개정:
 - 인슐린과 경구제 2종까지의 병용을 인정하고(DPP4i+SGLT-2i, TZD+SGLT-2i 등),
 - GLP-1 RA과 병용을 인정하고(TZD+SGLT-2i 등),
 - GLP-1 RA 사용의 경우 비만 기준(BMI)이나 특정 약제 선행 조건-SU+Met 등의 제약을 삭제.

요약

- 당뇨병용제 보험급여 일반원칙은 단순한 비용 통제 장치가 아니라, 환자의 예후를 좌우하는 치료 접근성의 기준이므로 최신 근거와 진료지침을 반영해 전면적으로 재정비되어야 한다.
- 혈당조절뿐 아니라 심혈관, 신장, 체중, 저혈당 위험, 복약순응도까지 고려하는 통합적 치료가 표준이 된 만큼, 급여기준도 이에 맞춰 더 유연해져야 한다.
- 동반질환 기반의 우선 사용을 인정하고, 합리적인 병용조합을 확대하며, GLP-1RA와 SGLT2 억제제의 조기 접근성을 높이는 방향의 개정이 필요하다.
- 임상현장의 처방 장벽을 줄이고, 환자에게 실질적인 치료 혜택을 제공하는 가장 현실적인 해법이다.

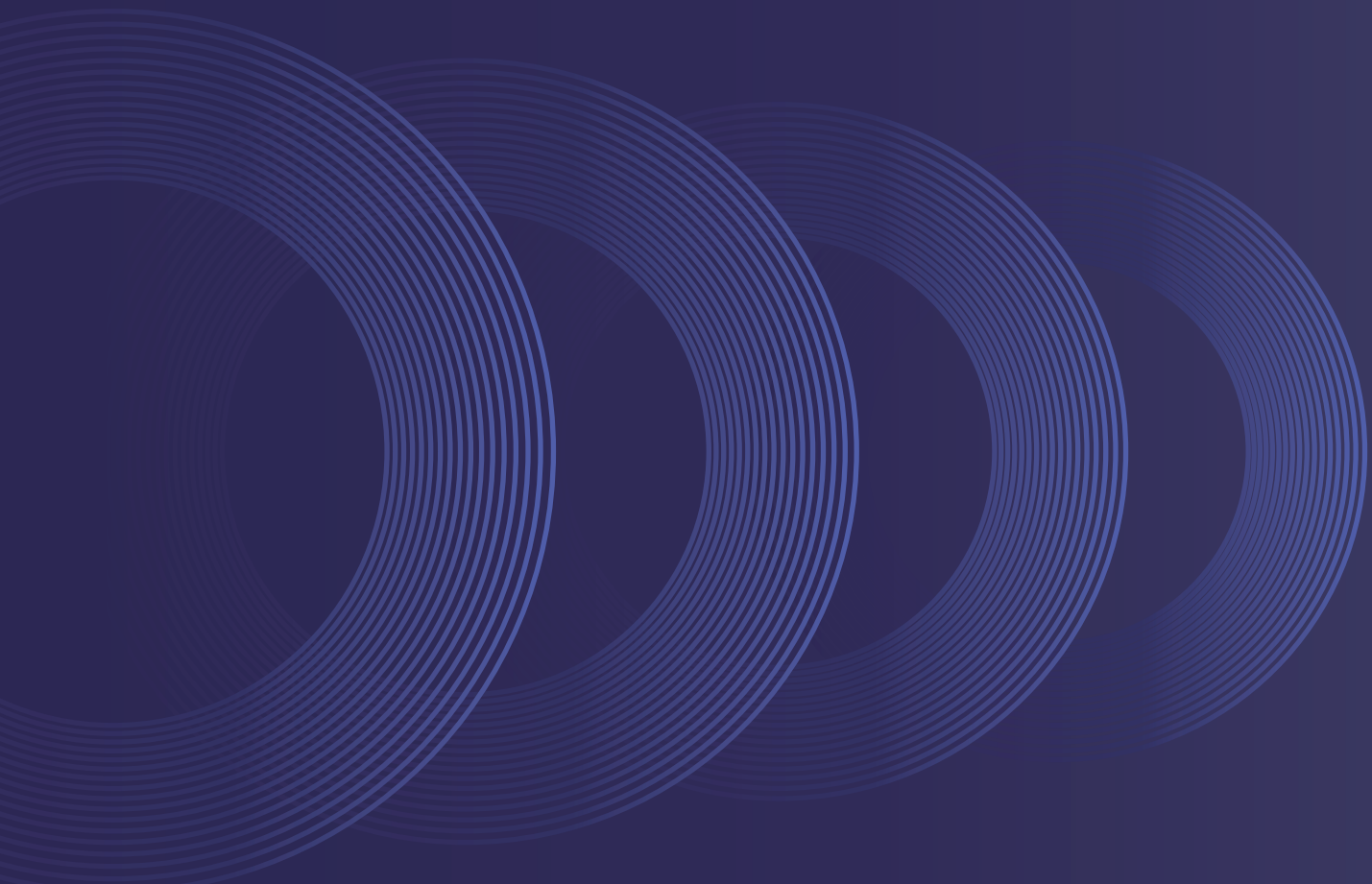
맺음말

- 성인당뇨병환자 유병율은 15% 정도이며, 6.5% 이내 도달율은 34%, 7%이내 도달율 60%
- 당뇨병 약제 치료는 통합적치료로 패러다임 변화되어 당뇨병 용제 급여 일반 원칙은 2011년 제정된 후 전면적인 개정이 필요함.
- 환자 동반질환에 따른 약제 선택 및 통합적인 치료(심혈관,신장 및 대사질환)에 맞춘 급여 개정은 필수적이고 당뇨병환자의 사망률 및 삶의 질 개선 효과

감사합니다!

QnA





주최

KAMJ
한국의학바이오키자협회
Korean Assc. Medical Journalists.

KDA 대한당뇨병학회
Korean Diabetes Association