

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

□ 출장목적

- (배경 및 필요성) 한국 의료급여는 건강보험과 분리 운영되는 공적부조로, 고령화·복합질환 증가와 빈곤층 증가가 결합되며 국가 재정 부담이 가파르게 증가하는 추세
- (정책 논의) 의료급여 진입 지연(선행 제도의 적극적 보장), 자격·서비스의 맞춤형 유형화, 적극적 질환관리, 사회보장·지역자원 연계 등 사례관리 효과성 확대 논의가 진행 중
 - 저소득·취약계층 의료보장과 사례관리를 선행 운영해 온 국외 사례로부터 사례관리의 '대상 선정-개입 시점-개입 내용-운영 기반' 설계 원리를 확인하고, 의료급여 사례관리 고도화에 적용 가능한 벤치마킹 사례 발굴 필요
- (대상국1: 미국 피츠버그) 펜실베이니아주는 메디케이드 수급자 대다수를 관리의료(HealthChoices) 체계로 관리하며, 사례관리 인력의 케이스로드 규율, 재원의 용도 지정, 고위험군 위험층화 등 사례관리 운영 기반을 제도적으로 정비한 사례임
 - (조사 내용) 1) 주정부의 메디케이드 사례관리 운영 구조(대상 선정-케이스로드 규율-재원 규율), 2) 보험자-공급자 소유통합 조직(UPMC)의 사례관리 투자 유인 구조와케어매니저 배치·운영 방식, 3) 취약계층 대상 일차의료-행동건강 통합모형(협력진료 모형) 및 디지털 건강관리 도구의 활용 조건
- (대상국2: 캐나다 토론토) 온타리오주는 보편적 공보험 하에서 행위별수가→혼합인두제 전환, 팀 기반 일차의료 확충 등 지불·전달체계 개혁을 추진 중이며, 정신건강·중독 등 복합욕구 취약계층에 대한 지역사회 기반 다학제팀(ACT/FACT)과 사례관리 체계를 운영 중인 사례임
 - (조사내용) 1) 취약계층(정신건강·중독) 통합케어와 지역사회 복지자원 연계 방식 및 거버넌스(CAMH), 2) 도시 저소득·취약계층 대상 일차의료 개혁, 팀 기반 진료, 사례관리-일차의료 연계 실태와 건강 형평성 관점의 성과관리(St. Michael's Hospital)
- (공동 현지조사) 「환자중심성과 지속가능성 확보를 위한 건강보험 지불제도 개편 방안: 일차의료 모형을 중심으로」와 「의료급여 진입 경로와 이용궤적 통합분석 연구」는 '저소득·취약계층을 포괄하는 지역사회 기반 통합 의료체계 구축'이라는 공통된 정책 목표를 지향함.
 - 취약계층이 의료체계에 진입하여 이용·관리되는 전 주기(의료보장→일차의료 진입·이용→지역자원 연계·사후관리) 관점에서 보장과 전달체계를 통합적으로 설계하기 위해 공동 현지조사(미국)를 수행하였음.

☐ **과제명**

○ 의료급여 진입 경로와 이용궤적 통합분석 연구

☐ **출장기간**

○ '26. 7. 22. (수) ~ '26. 7. 30. (목), 7박 9일 (기내 1박, 현지 7박)

☐ **출장국가(도시)**

○ 미국(피츠버그), 캐나다(토론토)

☐ **출장자**

소속	직위	이름
한국보건사회연구원	선임연구위원	강희정
	전문연구원	이재은

☐ **일정요약** ※공동 현지조사건 중 관련 회의 일정만 작성

일자	국가 [도시]	방문기관	면담자	주요 활동상황
7/22 ^(수)	국가간 이동	-	-	○ 국가간 이동(인천 → 피츠버그)
7/23 ^(목)	피츠버그	13:00 ~17:00 펜실베이니아 주정부	David K. Kelley 외	○ 펜실베이니아 주정부 메디케이드 사례관리 운영 구조 및 시사점
7/24 ^(금)	피츠버그	14:00 ~16:00 UPMC Health Plan	Eric Frankel 외	○ UPMC 통합 조직의 사례관리 유인 구조 및 운영 체계 시사점
	피츠버그	16:00~18:00 Healthy Home Laboratory	Jon Pearlman 외	○ 스마트홈·디지털 헬스 기술을 활용한 고령자의 건강·안전관리 및 재가생활 지원 사례(시설 견학)
7/25 ^(토)	피츠버그	16:00~18:00 Univ Pitts	Bruce Rollman 외	○ 취약계층 중심의 디지털·행동건강 통합 모델
7/26 ^(일)	국가간 이동	- 18:00~19:00	박금령	○ 국가간 이동(피츠버그 → 캐나다) ○ 캐나다 방문기관 면담을 위한 사전 논의
7/27 ^(월)	토론토	13:00~14:30 CAMH	Patricia Cavanagh 외	○ 취약계층 통합 케어 및 지역사회 복지자원 연계 방식에 대한 현장 경험 청취
7/28 ^(화)	토론토	12:30~14:00 St. Michael's Hospital	Richard Glazi 외	○ 도시 저소득·취약계층 의료보장, 건강 형평성, 통합 건강관리 방식에 대한 현장 경험 청취
		16:00~17:00	박금령	○ 캐나다 방문기관 면담 결과 종합 논의
7/29 ^(수)	국가간 이동	-	-	○ 국가간 이동(토론토 → 인천, 7/30 도착)

①	펜실베이니아 주정부
일 시	2026.7.23.(목) 13:00~17:00
장 소	UPMC 회의실
참석자	PA Department of Human Services : David K. Kelley, Jocelyn M. Maddox, Daniel Bates, Joseph Skolnicki, Michael Bocan UPMC : Jatin Dave, Raghu Ram, Maria Guyette, Dillon Stein Univ of Pittsburg : Eric Frankel, Emily Buland, Everette James, Pamela E. Toto 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구위원(한국보건사회연구원)

주요 논의사항

1) 비교의 맥락: 펜실베이니아 메디케이드와 의료급여

□ 제도 간 특성 비교

- (유사점) 메디케이드는 저소득층 대상 공공재원 의료보장으로, 수급 규모 확대와 재정부담 증가 국면에서 사례관리를 핵심 관리수단으로 활용한다는 점에서 의료급여와 비교 가능함
 - 펜실베이니아 수급자 약 300만 명 중 약 250만 명이 **관리의료(HealthChoices)***로 관리되며, ACA 확장으로 약 75만 명이 신규 진입한 상태에서 이용관리 체계를 정비함
- * 메디케이드 전달 방식은 보장기관이 의료기관에 건별로 직접 지불하는 행위별수가(FFS) 방식과, 주정부가 민간 보험조직(MCO)에 1인당 정액을 지급하고 지불·이용관리를 위탁하는 관리의료 방식으로 나뉘는데, 한국 의료급여는 구조적으로 전자(FFS)에 상응함. 관리의료 전환 시에도 법정 급여 범위는 동일하며, 달라지는 것은 지불 경로와 관리 주체(네트워크 이용 제약, MCO의 사례관리·이용심사 추가)임
- (차이점) 미국은 **주정부가 관리의료조직(MCO)에 위험조정 월정액(PMPM)을 지급하고 MCO가 지출·이용을 관리**하는 구조이나, 한국은 단일 보장기관·행위별수가 구조로 지출관리를 위한 중간주체가 없음
 - (**MCO 역할**) MCO는 주정부로부터 보험자 기능을 위탁받은 민간 보험조직으로, 한국 제도에서는 보험자·심사 기능에 가까움. 주정부는 사례관리를 직접 제공하지 않고, MCO와의 계약 요건·요율·감독을 통해 구매·규율하는 역할을 수행함
 - (**의료서비스 제공 구조**) 한국은 수급자가 원칙적으로 모든 의료기관을 이용할 수 있으나, 미국은 MCO 네트워크에 계약 참여한 기관만 이용 가능하고 낮은 수가로 인한 참여 기피가 만연함. 또한 미국은 네트워크 참여 조건을 토대로 의료기관에 협력을 강제할 수 있으나 한국은 수가·시범사업 인센티브를 통한 의료기관 협력 유도 중심임.
 - (**인력 구조**) 미국 케어매니저(MCO·의료기관 소속)와 한국 의료급여관리사(행정기관 소속)는 대인 사례관리라는 기능은 유사하나 소속·권한 등이 다름
- 따라서 미국 펜실베이니아주 사례와 관련해, 사례관리의 '대상 선정-개입 시점-개입 내용-운영 기반' 설계 원리를 참고하는 것이 적절함

2) 사례관리 수행 구조: 인력의 소속과 유인

□ (한국) 행정기관 소속형 과다이용 중심형 사례관리

- 시·군·구 소속 의료급여관리사가 수행하며(국고·지방비 재원), 의료기관과 제도적 연결이 없음
 - 의료이용의 관찰·상담은 가능하나 급여 결정이나 서비스 제공에 직접 관여하기 어려움
 - 대상 선정이 과다이용자(다빈도 외래·장기입원 등)의 사후 통제에 집중됨

□ (펜실베이니아) 지출관리 주체 소속형 예방·조정 중심형 사례관리

- (배치) 사례관리 인력(케어매니저)이 MCO 또는 의료기관에 소속되어, 지출을 관리하는 주체의 내부 기능으로 배치됨
 - (MCO가 케어매니저 고용) 사례관리로 입원·응급실 이용이 감소하면 절감분이 MCO에 귀속되어 인력 투입 유인이 직접 형성됨
 - (의료기관 내 케어매니저 배치) 절감분을 직접 보유하지는 않으나, MCO가 지급하는 케어매니지먼트 관리료(PMPM)와 질지표 성과급으로 인건비를 보상
- (역할) 케어매니저는 케어플랜을 통해 급여 범위 내 서비스를 연결·조정하는 역할을 수행함
 - 방문간호·이송·유급 간병 등 급여 서비스의 연계를 주선하며, 장기요양(CHC)의 서비스 코디네이터는 케어플랜 상 서비스 시간 배정까지 담당

3) 대상자 선정과 층화: 고위험군 집중 관리

□ 필요 수준을 급여가 아닌 관리 자원으로 반영

- 노령·장애 인구 약 40만 명은 복합 만성질환 비율이 높아, 수급자가 받는 급여 범위·본인부담 등 보장 조건은 다른 집단과 동일하게 유지되되, 해당 집단을 맡은 MCO에 지급하는 1인당 **요율(위험보정)을 예상 의료비 수준에 따라 높게 책정함**
 - 요율은 진료비 전체와 관리운영비를 포괄하는 단가이며, 이 중 관리운영비 부분이 케어매니저 등 관리 인력 투입의 재원이 됨. 즉 필요가 큰 집단에 관리 자원 차등으로 대응함
- **청구자료 기반으로 고위험 궤적(다빈도 응급실·입원, 고비용 상위 5%)을 식별하여 표적 개입함**
 - 지역사회 건강요원(CHW)을 고위험군에 투입해 순절감(약 120만 달러)을 확인하고 인력을 확대한 MCO 사례 존재

4) 사례관리 개입 수단 : 수급자 건강관리 측면

□ 시설-재가 리밸런싱: Community HealthChoices(CHC)···주정부 관리의료 제도

- 이중수급 고령자·장애인 등 중증 돌봄 필요군에게 개인별 케어플랜에 따라 비의료적 돌봄(ADL 지원, 비의료 교통 포함)을 급여로 제공함
- 2018년 단계 도입(2020. 1. 전체 주로 확대) 이후 대상 인구 중 요양시설 거주 비중이 초기 약 65%(면담 진술)에서 25~26% 수준으로 감소

□ 퇴원 시점 개입(불필요한 시설 입소 억제): UPMC Home First^{UPMC 프로그램}

- 퇴원 후 전문요양시설(SNF) 전원 관행(FFS 메디케어 1,000명당 50건 대비 UPMC 69건, 내 부자료)을 문제로 인식하고, 시설 전원 요청 시 케어매니저·사회복지사·간호사·의사 다학제팀 이 심사·중재함
 - 주거 환경(낙상 위험, 계단), 동거인 돌봄 역량, 재택의료 충족 가능성을 포괄 평가
 - 환자가 인지하지 못했거나 거부했던 미이용 급여(유급 간병 등)를 발굴·연계하여 재택을 기본 선택지(Home as Default)로 설정
- (운영 성과) 불필요한 SNF 입소가 크게 감소하였고, 조기 퇴원에 따른 재입원 증가 등 풍선효과는 확인되지 않음

□ 가정방문형 통합진료 : York Care^{UPMC 프로그램}

- 고위험군 상위 5%(대부분 이중수급자) 대상, 간호 케어매니저·전문간호사(NP) 중심 가정방문형 통합진료 운영(이송비 지급을 통한 외래 유도와 원격의료를 병행 활용)
 - 메디케어 가입자 대상 프로그램으로 메디케이드(의료급여) 직접 사례는 아니나, 취약 고령층 방문형 관리모형으로 참고 가치가 있음
 - UPMC는 자체 개발 York Care와 인수 조직 Wellbe 간 내부 성과 경쟁으로 재택의료 질 향상을 견인함
 - (참고) 메디케이드 행동건강 급여로는 이동이 어렵거나 치료를 기피하는 중증 정신질환자 대상 방문형 다학제팀(ACT)이 별도 서비스 모델로 운영됨

5) 운영 기반: 자원·인력 기준

□ 사례관리 재원의 규율

- (용도 지정) 오피오이드 중독 환자 관리를 위해 주정부가 MCO에 회원당 월 277.22달러 지급을 강제(지정지급)하여 전담인력 운영비를 담보함(2023. 1.부터 주 계획 정규 급여로 전환, 지급 의무 유지)
 - 중간조직을 거치는 재원이 실제 현장 인력에 도달하는지를 별도로 담보해야 한다는 문제의식이 반영됨
- (원가 기반 보상) 취약계층 진료 거점인 연방인증보건센터(FQHC)에는 방문당 원가 기반 전향수가(기관별 상이, 약 250달러 수준)를 적용함
- (절감 환류) 취약계층 관리로 절감한 비용(공유절감금 300만 달러)의 절반을 케어매니저 증원·질 향상에 재투자한 사례 확인
- (공유 인프라) 개별 의원이 인력을 단독 확보할 수 없는 현실을 전제로, 연방 자원(RHTP)으로 케어팀 공유형 지역 인프라 구축을 추진함

□ 케어매니저 담당 비율(케이스로드) 관리

- (규율 방식) 프로그램별 개입 강도에 따라 규율 강도를 차등 적용함
 - 개입 강도(접촉 빈도, 방문 필요성, 업무 복잡도)가 높을수록 1인당 담당 가능 인원이 줄어듦

므로, 대상 집단의 성격에 맞춰 규율 방식(① 모니터링 - ② 계약 명시(계약상 의무) - ③ 법적 의무)을 달리 설계함

- **(1단계: 모니터링형)** 신체건강 HealthChoices의 일반 사례관리와 오피오이드 중점센터(COE, 마약성 진통제 중독 환자 전담 치료·사례관리 거점)
 - MCO·의료기관이 제출하는 정기 보고서상 케어매니저 1인당 담당 인원이 50~75명을 초과하면 주정부가 질의하고 개선을 요구하는 방식으로 운영
- **(2단계: 계약 명시형)** 장기요양 Community HealthChoices(CHC)의 서비스 코디네이터
 - MCO와의 계약서에 코디네이터 1인당 담당 비율을 명시하되, 시설 거주자와 재가 대상자를 구분하여 비율을 달리 정하고, 제도 정착에 따라 비율을 점진적으로 하향 조정함
 - 월별 보고 의무가 있고, 주정부 주관 질 포럼에서 MCO 간 실적을 비교 공개하며, 미준수 시 시정계획 제출·행정제재가 부과되는 계약상 이행 의무임
 - 주대상이 중증 돌봄 필요군으로, 관리 공백이 낙상·시설 재입소 등 안전 위해로 직결되기 때문에 보다 강한 규율 강도를 적용
- **(3단계: 법정 상한형)** 행동건강 표적 사례관리(중증 정신질환자 대상)
 - 담당 건수에 법령상 상한을 두는 가장 강한 규율 방식으로, 개입 강도 등급(집중형·일반형 등)에 따라 상한을 달리 적용함
 - 중증 정신질환 관리는 잦은 대면 접촉과 위기 대응이 필수적이어서, 케이스로드 초과가 곧 서비스 질 저하로 이어질 수 있기 때문에 가장 강한 규율 강도를 적용
- **(인력 유지)** 소진 방지 지원, 지속 교육, 인정 프로그램을 케어매니저 채용·유지의 핵심 요인으로 운영함

❖ 시사점 : 사례관리 고도화 방안

- **(대상 선정)** 급여 차등 없는 관리 자원 차등
 - 복합 만성질환 최종증군 등 고위험 집단에 대해 사례관리 인력 배치 밀도와 예산 배정을 차등하는 방식을 대상 선정·예산 산정에 적용 가능
- **(개입 시점)** 자격 변동·고위험군을 활용한 개입 접점은 현행 제도에도 일부 존재하나(신규수급자 사례관리 및 다빈도·장기입원자 중심 고위험군 관리) 사례관리 내용의 고도화 등 필요
 - (진입) 현행 신규수급자 관리는 제도 이용 안내 중심이나, 펜실베이니아 사례의 진입 개입은 건강 위험 평가와 주치의·치료 연결 등 임상적 연계가 핵심임. 미충족 의료를 안고 진입하는 신규 수급자에 대해 '안내형'에서 '임상 연계형'으로의 사례관리 고도화 필요
 - (전출) 통보로 종결되는 자격 탈락에 치료 연속성 전환관리 기능 신설 검토
 - (퇴원) 요양병원 전원 여부에 대한 다학제 심사 관문(Home First형: 주거·돌봄 역량·미이용 급여 평가 후 재택 우선 검토)은 현행 제도에 부재하며, 사회적 입원 억제 수단으로 도입 검토
- **(개입 내용)** 관찰·상담 중심의 현행 업무에 서비스 연계·조정 기능(방문형 관리, 미충족 의료 발굴 등)을 보강

☐ (운영 기반) 재원 규율과 인력 배치 기준 ○ 사례관리 재원을 지자체에 교부할 때 용도 지정과 집행 실적 확인을 병행하고, 절감 성과의 일부를 인력 확충에 환류하는 규정 검토 ○ 개입 강도별 케어매니저 적정 담당 비율을 예산·평가 기준으로 명문화하고, 소진 방지·교육 등 인력 유지 지원을 병행	
②	UPMC Health Plan
일 시	2026.7.24.(금) 14:00~16:00
장 소	UPMC 회의실
참석자	Eric Frankel (UPMC Primary Care Service Line), Jatin Dave (UPMC) 산동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구위원(한국보건사회연구원)
☞ 주요 논의사항	
1) UPMC 개요	
☐ UPMC는 보험부문(가입자 400만 명 이상)과 의료공급부문(병원 40여 개, 고용의사 4,900명 이상)이 동일 기업집단에 속한 보험자-공급자 소유통합 조직임	
☐ 산하에 메디케이드 신체건강 MCO(UPMC for You)와 행동건강 MCO(Community Care)를 두고 있으며, 의료급여 상응 인구를 직접 관리하는 보험자이기도 함	
2) 사례관리 투자의 유인 구조	
☐ 보험자가 사례관리 인건비를 전액 부담함 ○ 일차의료 외래진료 자체는 의료공급부문에 큰 이익을 남기지 않으나, 예방·선제적 만성질환 관리로 입원과 고비용 수술이 억제될 때의 절감분은 보험부문에 귀속됨 - 이에 따라 보험부문(UPMC Health Plan)이 직접 재원을 투입해 일차의료 케어매니저 인건비를 전액 부담하고 예방적 케어팀에 선제 투자하는 구조가 확립됨 ○ 보험과 병원이 분리된 체계에서는 입원 억제/유치와 관련된 입장이 상충될 수 있으나 UPMC는 소유통합으로 이를 조직 내부에서 일치시킴 - 다만 '입원 회피로 아낀 비용'을 어떻게 측정·보상할 것인가는 통합 조직에서도 지불 설계의 난제로 남아 있음 ○ (주요 함의) 한국에서 이용 감소의 절감분은 의료급여기금(국가·지자체)에 귀속되고 의료기관에는 남지 않으므로, 절감의 수혜자인 정부가 UPMC 보험부문의 역할(사례관리 재원 부담과 협력 보상 경로 설계)을 수행해야 함을 시사	
3) 케어매니저 배치·운영 방식	
☐ 배치 기준과 위험층화	

- 도입 당시(2015년 전후) 케어매니저 1인당 환자 패널 약 4,000~6,000명을 기준으로 배치하였음. 이는 전체 패널 인구 기준이며, 고강도 사례관리 대상과는 관리 강도 층위가 다름. 전체 인구를 얇게 포괄하는 층과 고위험군을 깊게 관리하는 층의 이중 구조로 이해할 필요
- 환자 중증도·위험층화에 기반하여 고필요 환자 중심으로 케어매니저 재배치를 추진 중임
 - CMS 표준 위험도(HCC) 외에 자체 머신러닝 알고리즘으로 상위 5% 초고위험·고자원 이용군을 선별하여 관리함

□ 의원 규모별 운영과 인건비 조달

- 대형 진료소는 전담인력을 상주시키고, 소형 진료소는 지역 인접 기관끼리 요일제로 순회 공유하며 전자의무기록 기반 원격지원을 병행함
- 개별 의원 단독으로는 케어매니저 인건비를 감당할 수 없으며, 대형 통합시스템 및 보험자의 재정 결합이 필수 전제임

□ 사회적 자원 연계 기능

- 케어매니저먼트팀이 교통 불편, 약값 부담 등 건강의 사회적 장벽을 발굴하여 지역자원에 연계함
 - 다만 지역별 복지자원 편차가 크고 표준화된 연계 도구가 부족하여 현장 과제로 남아 있음
 - 수급자의 미충족 의료가 의료 외 요인에서 비롯되는 의료급여 여건과 직결되는 기능임

4) 고위험군 특화 재택의료

□ 상위 5% 초고위험군 대상 방문형 관리

- 자체 위험층화로 선별한 상위 5% 초고위험·고자원 이용군에 대해, 기존 지역 주치의·전문의 진료 관계를 단절하지 않고 가정방문 진료를 보완적으로 연계하여 불필요한 응급실 방문과 재입원을 억제함
 - 간호 케어매니저·전문간호사 중심의 가정방문형 통합진료(York Care)로 운영

▶ 시사점

- **(대상 층화)** 전체 수급자를 얇게 포괄하는 층(데이터 모니터링·등록 관리)과 고강도 사례관리가 필요한 층(고위험군)으로 구분하고, 위험층화 결과에 따라 인력을 재배치하는 운영 방식을 의료급여관리사 업무·배치 기준에 적용 가능
- **(개입 내용)** 사회적 장벽 발굴·연계 기능의 공식화
 - 교통·비용·정보 등 진료실에서 보이지 않는 이용 장벽의 발굴·연계를 사례관리의 공식 업무로 명시하고, 지역 복지자원 연계의 표준 도구(연계 대상 목록·절차)를 정비할 필요
 - 비응급 이용의 대체 경로(상담 전화, 비대면 상담 등)를 수급자 접근성 보완 장치로 검토 가능
- **(운영 기반)** 사업 예산에서 추가 인건비 외에 현장 운영 지원(업무 프로세스 정착, 지표 정렬, 교육)의 비중을 명시적으로 확보

③	취약계층 디지털행동건강 통합모델 운영 사례(전문가 발제 및 논의)
일 시	2026.7.25.(토) 16:00~18:00
장 소	UPMC 회의실
참석자	Bruce Rollman(Univ Pitts) 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원(한국보건사회연구원)

▶ 주요 논의사항

1) 문제 인식: 취약계층의 정신건강 동반과 고비용 구조

- 저소득·취약계층 만성질환자는 우울·불안이 동반될 경우 자기관리 포기과 응급실 방문 증가로 동일 질환 대비 의료비가 약 40% 급증함
- 지역사회 내 우울 등 정신건강 문제를 가진 주민의 비중은 10~20%으로, 이들을 정신과 진료가 아닌 일차의료 범위에서 포괄하는 것이 필요하다는 인식 하에, 미국은 일차의료-정신건강 통합 모형의 효과·실행방법 연구를 연방 연구비로 지원하고 있음
- (선제 개입 사례) 메디케이드 환자 비중이 높은 의원(31%)에서 퇴원 후 7일 이내 간호사 전화 워크플로에 우울·불안 선별을 기본 탑재하여, 초고비용 재입원을 선제적으로 억제함
 - 별도 사업이 아니라 기존 퇴원 후 관리 절차 안에 선별 문항을 심는 방식으로, 추가 인력 없이 개입 접점을 확보한 사례임

2) 협력진료 모형(Collaborative Care Model, CoCM)

- 협력진료 모형은 일차의료에 행동건강 케어매니지먼트와 정신과 전문의 자문을 추가하는 팀 기반 운영모형임
 - 인지행동치료(CBT) 등 개별 치료기법과 구별되는 '진료 운영방식'이며, 중증화 이전에 개입하는 예방적 서비스에 해당함
- 운영 흐름은 ① 일차의료 의사가 우울·불안 환자를 선별 → ② 행동건강 케어매니저가 개입(추적 관리) → ③ 정신과 전문의가 자문으로 투입되는 3자 구조임
 - 정신과 의사가 환자를 직접 진료하는 것이 아니라 케어매니저를 통해 다수 환자를 간접 관리하므로, 부족한 정신과 인력으로 넓은 인구를 포괄하는 구조임
 - 대상 환자를 별도 등록시스템(케이스 리뷰 목록)으로 관리하며, 치료성과를 질지표(HEDIS)에 반영하고 입원·응급실 감소로 총진료비 성과를 달성하는 경로를 취함

3) 디지털 도구의 활용 조건

- 인지기능과 디지털 숙련도가 낮은 취약계층에게 앱(디지털치료기기, 전산화 인지행동치료)만 배포했을 때 참여율이 매우 저조하였음
- 케어매니저(간호사)의 전화·대면 밀착 동행이 결합될 때만 첫 세션 이수율 97%, 8세션 완주율 50%를 달성하고 기분·불안 증상이 유의하게 개선됨

- 디지털 도구의 효과를 좌우하는 변수가 도구 성능이 아니라 '동행 인력의 존재'로, 취약계층 디지털 사업의 설계 단위는 '도구+인력 패키지'임을 시사

4) 지불보상 설계 원칙

- 메디케어 협력진료 수가(월 단위 환자관리료)와 같이 '의사+간호사 팀의 월정액 관리료' 안에 디지털 도구 활용을 묶어 보상하는 방식을 원칙으로 함
- 펜실베이니아 주정부도 동일 원칙(FDA 승인은 안전성 확인일 뿐 비용효과성과 별개이므로 단독 수가 등재 전면 거부, 케어매니지먼트·협력진료 프로그램 내장형만 지원)을 유지함

5) 절감 재정의 재투자

- 취약계층 관리로 절감한 응급실·입원 비용(공유절감금 300만 달러)의 절반을 취약계층 전담 케어매니저 증원과 질 향상 활동에 재투자하여 지속가능성을 확보함
- 절감 편익이 조직 외부로 유출되지 않고 취약계층 관리 인프라로 환류되는 구조로, 소유통합 체계가 아니더라도 공유절감 배분 규정에 재투자 용도를 명시하는 방식으로 구현 가능함

❖ 시사점

□ (개입 내용) 사례관리에 정신건강 선별·연계 기능 탑재

- 의료급여 수급자는 우울 등 정신건강 문제 동반율이 높은 집단이므로, 사례관리 접점(신규수급자 상담, 퇴원 후 관리, 고위험군 관리)에 우울·불안 선별을 위한 기본 절차를 마련하고 정신건강복지센터 등 연계 경로를 정비하는 방안 검토

□ (디지털 도입 원칙) 인력 결합 필수

- 수급자 대상 디지털 건강관리 도구(만성질환 앱, 디지털치료기기 등) 도입 시, 단독 보급·단독 수가 등재가 아니라 사례관리 인력의 동행(전화·대면 지원)과 결합한 패키지로 설계하고, 보상도 관리료 내장형으로 구성할 필요

□ (운영 기반) 절감 환류 규정

- 관련 사례에서는 수급자 관리로 발생한 절감 성과의 일부를 사례관리 인력 확충·질 향상에 재투자하는 용도 규정이 마련되어 있음

□ (재정 분석) 정신건강 동반을 고비용 원인 변수로 검증 필요

- 고비용·다빈도 수급자 현황분석 시 정신건강 동반 여부를 층화 변수로 투입하여, 재정 압박 중 신체질환 자체가 아닌 '정신건강 동반에 따른 관리 이탈'에서 비롯되는 비중을 분해하는 분석 설계 가능
 - 검증 시 재정 대책의 표적이 진료비 통제가 아니라 정신건강 개입으로 이동하는 근거가 되며, 자격이동 분석과도 연결됨(정신건강 문제가 수급 진입과 탈락 후 재진입의 주요 경로인지 여부도 확인 필요)

④	CAMH(Centre for Addiction and Mental Health)
일 시	2026.7.27.(월) 13:30~14:30
장 소	CAMH(Centre for Addiction and Mental Health)
참석자	Patricia Cavanagh(MD, CAMH), Samuel Law(MD, Unity Health Toronto) 박금령 교수(고려대), 강희정 선임연구위원, 이재은 전문연구원(한국보건사회연구원)

주요 논의사항

1) 비교의 맥락: 온타리오 정신건강·복합욕구 관리체계와 의료급여

□ 제도 간 특성 비교

- (유사점) 캐나다는 연방·주정부 운영의 공공 단일보험 체계로, 저소득·복합욕구 인구에 대한 의료·사회서비스 연계와 일차의료 중심 조정이 공통 과제임
- (차이점) 한국 의료급여는 수급 자격(1-2종)에 따른 비용 보장 중심 제도인 반면, 온타리오는 전 주민 무상 의료를 전제로 '누가, 어떤 강도의 관리·조정 서비스를 받는가'가 쟁점임

2) 거버넌스

□ (성공 사례) Cancer Care Ontario

- 주 전역 암 치료를 규율하는 전담기구로, 지정 전문센터에 대한 자원 배분을 근거기반 진료지침 준수와 직접 연동함
 - 암종·중증도별 세분화된 기준에 따라 기관 지정 및 보상하며, 지침 미준수 시 재원이 배분되지 않는 구조로 협력이 강제됨
 - 운영 결과 거주 지역과 무관하게 동일 수준의 근거기반 치료 접근이 보장되어 형평성 달성. 온타리오에서 자원-기준 연동 규율이 실제 작동한 대표 사례임
- 반면 정신건강 영역은 CAMH, University Health Network, St. Michael's 등 독립 병원·기관이 각자 기준으로 서비스를 제공하고, 환자를 거부해도 아무런 제재가 없는 분절적 구조(One Front Door 부재)임

□ (실패 사례) OCAN(Ontario Common Assessment of Need) 의무화 무산

- 약 15~20년 전 정부 재정지원 기관(쉼터, 드롭인센터, ACT팀, 사례관리기관 등) 전체에 6개월 주기 공통 욕구평가(중독·주거·심리·신체 건강 등 다차원 평가 및 복합성 점수화)를 의무화함
 - 그러나 미제출 시 재원 회수라는 제재가 실제로 집행되지 않아 이행률이 30% 미만으로 하락
- 평가도구 자체의 완성도보다 자원·제재 연동 여부가 제도 지속성을 결정하며, 실질적 강제력을 갖춘 중앙 보건당국·거버넌스가 필요함을 시사

3) 일차의료 기반 조정

□ 가정의학 보건팀(Family Health Team)과 혼합 지불구조

- 온타리오의 행위별수가와 인두제·봉급제 기반 가정의학 보건팀이 병존하는 이원 구조로 운영
 - 인두제 모형에서는 등록 환자의 복합도(고령, 중증 정신질환 등)에 따라 보상을 차등하고, 환자가 주치의 의뢰 없이 응급실·전문의를 이용하면 보수가 삭감되는 책임 연동 구조를 적용함
 - (팀 역량 재원의 분리) 의사 진료보수와 별도로, 정부가 전문간호사(NP)·사회복지사·사례관리자·상담사·물리치료사 등 보조 전문인력 인건비를 지원함
 - 사회복지사가 주거·소득보장(장애소득 ODSP 등) 연계를 담당하는 등, 의료-사회서비스 연계 기능이 팀 내부에 내장됨. 취약계층에 대한 일차의료 서비스 모형을 운영하기 위해서는 이러한 팀 거버넌스와 역량에 대한 투자가 선행되어야 함을 강조
 - (관련 사례) St. Michael's Hospital 가정의학 보건팀은 사회정의 지향·도심 취약계층(inner-city health) 특화로 복합 의료·정신건강 욕구 관리를 가장 잘 수행하는 사례임
- 봉급제 기반 다학제 정신건강팀: ACT/FACT
- 적극적 지역사회치료(ACT)·유연 적극적 지역사회치료(FACT) 팀의 정신과 의사는 경쟁력 있는 봉급제로 보상받음
 - 행위별수가 하에서는 청구코드가 없어 수행되지 않는 업무(가정방문, 가족·교사·사회복지사와의 전화 조정 등)가 봉급제 하에서는 정규 업무로 수행 가능함
- 대상자 발굴 및 연계
- 캐나다에서 일차의(PCP) 환자를 지역 사회서비스에 연결하는 기전은 다층적, 유동적이지만 분절적인 접근 구조로, 부문별로 상이한 평가도구(암: 자체 기준, 재가·장기요양: interRAI·CHESS, 정신건강: OCAN·HoNOS)가 병존하고 상호 연동되지 않음
 - (1차: 소비자 주도) 당사자가 스스로 소득지원·주치의·사회복지기관을 찾아가는 자유시장형 문화가 기본값임
 - (2차: 일차의료 관문) 가정의가 진료 중 건강의 사회적 결정요인(주거 불안정, 중독, 과밀거주 징후 등)을 식별하도록 훈련되어 있어, 팀 내 사회복지사 등에게 의뢰함
 - (3차: 기관별 자체 심사) 의뢰받은 각 기관이 자체 기준(빈곤 여부, ODSP 수급, 주거 적정성 등)으로 서비스 자격을 판정함

4) 성과평가

- 위험도 분류 및 성과 측정 체계 구축
- 대상자 위험도 분류뿐만 아니라 개입 성과 측정이 재정 확보·제도 정당화의 핵심 수단임을 강조
 - (예시) 주거지원팀에 200만 달러 투자 → 2년 후 80% 주거 유지라는 성과 지표가 정부 재정 확보의 직접 근거로 작동한 사례
 - 일차의료 사례관리에서도 "무엇을 성과로 측정할 것인가"를 위험도 분류와 동일한 비중으로 사전 설계할 것을 권고함

▶ 시사점

- (거버넌스) OCAN 실패 사례는 공통 평가도구 도입 시 제출·활용 실적을 재원 배분과 실질 연동하고 미이행 제재를 실제 집행해야 함을 시사함. Cancer Care Ontario 모형은 '기준 설정 권한 + 재원 배분 권한'의 결합이 기관 협력을 강제하는 핵심임을 보여줌. 의료급여 협력 의료기관 지정·차등 보상 설계 시 참고 가능
- (보상체계) ACT/FACT 사례를 통해 가정방문·전화 조정·가족 면담 등 비진료 조정 업무가 행위별수가 하에서는 구조적으로 수행되기 어려움을 확인함. 의료급여 수급자 대상 포괄적 시범사업 설계 시 조정 업무를 포괄 보상(정액·월정액형)하는 방식 검토
 - 전문의→일차의료 전환관리 시 '위기 시 재의뢰 보장'을 포함한 공유진료형 설계가 일차의료의 수용성을 높이는 조건임
- (인력 기반) 온타리오는 사회복지사·사례관리자 등 보조 전문인력 인건비를 의사 보수와 별도 재원으로 지원함. 의료급여관리사 확충과 별개로, 일차의료기관 내 연계 인력 배치 지원방안(또는 관련 사업과 연계) 검토 필요(팀 역량 지원)
- (성과 관리) 사례관리 대상 선정 및 위험 분류뿐만 아니라 개입 성과지표(재입원·응급실 이용·주거 안정·사회서비스 연계율 등)를 사전적으로 정의하고, 성과 실적을 예산 확보·확대의 근거로 환류하는 체계 구축 필요

⑤	St. Michael's Hospital
일 시	2026.7.28.(화) 12:30~14:00
장 소	St. Michael's Hospital
참석자	Richard Glazier, Stephen Hwang, Navindra Persaud(St. Michael's Hospital) 박금령 교수(고려대), 강희정 선임연구위원, 이재은 전문연구위원(한국보건사회연구원)

▶ 주요 논의사항

1) 비교의 맥락: 온타리오 일차의료 개혁과 의료급여

- 제도 간 특성 비교
 - (유사점) 캐나다의 지역사회 일차의료의 기본 구조는 한국과 유사한 민간 개원의 중심 모형(주정부 수가표에 따른 행위별수가 청구)에서 출발했으며, 행위별수가가 진료량 유지는 가능하나 적시 접근·조정·포괄성·연속성·환자중심성을 담보하지 못한다는 문제의식에서 지불제도 개혁을 추진 중이라는 점에서 한국의 개혁 방향과 맥락이 같음
 - (차이점) 캐나다는 빈부와 무관하게 동일 체계로 보장하는 단일보험 구조로, 한국처럼 본인부담이 다른 두 제도(건강보험, 의료급여)가 병존하지 않음
 - (개혁 현황) 온타리오는 2026년 4월 주요 지불모형 개정으로 전체 의사의 절반 이상이 혼합인두제

모형(Family Health Organization/FHO+)에 편입되었고, 서류작업·케어 코디네이션 시간에 대한 보상 항목과 (소규모의) 복합도 가산을 신설함

- 행위별수가→혼합인두제 전환이 전 주(州)에서의 지불보상 개혁 방향임

2) 일차의료 기반

□ 주민-일차의료 연계 정책

- 온타리오주는 4년간 23억 달러를 투입하여 전 주민의 일차의료 등록을 추진 중이며, 현재 88%가 가정의 또는 전문간호사(NP)에 등록됨(전국 평균 86%, 미등록 약 200만 명)
 - 다만 저소득층·농촌·인종적 소수자·이민자에 미등록자가 편중되어 있어 형평성 문제가 존재하고, 의사 인력의 고령화와 포괄 진료 기피(입원전담의·응급·스포츠의학 등으로 이탈)로 인한 공급 제약 요인이 존재함
- (장기 비전) 거주지 기반으로 지역 클리닉·주치의를 자동 등록되는 영국·서유럽형 등록 체계가 주정부의 지향점이나, 인력 부족으로 미실현 상태임

□ 팀 기반 진료의 확산과 한계

- 팀 기반 진료(가정의학 보건팀 등) 등록 인구는 전체의 약 25%에 불과하며, 향후 2~3년간 빠른 확대가 예정됨
 - 지역사회보건센터(CHC: 봉급제 의사·지역사회 이사회 운영, 인구의 5% 미만 담당)는 취약계층 접근성 보장을 명시적 의무로 규정하며, 연계 클리닉 확장을 통해 일차의료 확충의 축 역할을 수행하고 있음
 - 다만, 팀 확대가 곧 수용 인구 확대로 이어지지 않는다는 딜레마가 존재함. 퀘벡주는 팀 등록률은 최고이나 전체 등록률은 최저 수준으로, "팀을 어떻게 설계해야 더 많은 인구를 감당하는가"가 미해결 과제로 남아있음
- Ontario Health Team·일차의료 네트워크를 통한 수직적(병원-일차의료-재가-지역사회), 수평적(일차의료 간) 통합을 추진 중이나 진행 속도는 더딤
- (St. Michael's 가정의학 보건팀 사례) 5개 지역, 약 5만 명 환자를 담당하는 대형 팀으로, 의사·간호사·NP 외에 사회복지사, 소득보장 지원인력, 상주 법률지원팀, 중독상담사, 물리치료·카이로프랙틱 등을 무상 제공함
 - 상주 변호사는 주거·이민·고용 문제, 급여 수급 이의신청 등을 대리하고, 의료진 교육을 통해 높은 욕구를 가진 환자의 식별·의뢰를 촉진함
 - 다만 이는 데이터 기반 레지스트리가 아닌 임상 현장의 식별 교육 + 환자명부 검색 방식이며, 취약계층 식별·우선순위화를 위한 정부 차원의 시스템은 부재함
- (65세 전환기 지원 이니셔티브) 64→65세 고령자 전환으로 약제 급여·소득원·주거지원이 동시에 변동되어 어려움을 겪는 환자를 위한 전환관리 프로그램을 자체 운영 중임

3) 사례관리·사회서비스 연계

□ 사례관리 체계의 이원화

- 캐나다의 사례관리는 일차의료와 분리된 별도 체계로, 중증 정신질환·물질사용장애·발달장애 등 특정 취약집단별 사례관리 기관이 병렬 운영됨
 - 사례관리자는 대부분 비의료인으로, 환자를 일차의료에 데려오는 중개 역할에 가깝고 진료팀과 통합되어 있지 않음. 가정의학 보건팀 내에도 '사례관리자' 직함은 없으며 사회복지사·간호사가 제한적으로 유사 기능 수행
 - 지역사회 정신건강 기관은 소구역 내에도 십수 개(청소년·노인·중증질환별)가 난립하나 일차의료·병원과 직접 관계가 없어 상호 인지조차 어렵고, 환자가 탈락하기 쉬운 구조임
- 치매·중증 정신질환·물질사용 환자는 지역사회 워커의 동행·기록·이송 없이는 예약된 진료에 도달하지 못하는 경우가 많아, 동행 지원이 실질적 접근성을 좌우함. 다만 워커의 잦은 이직이 신뢰관계 형성을 저해함

□ 비의료 인력의 확충 전략

- 대형 센터 접근이 어려운 인구를 위한 내비게이터·건강중개인(health broker)·일반인 건강요원(lay health worker) 모형 운영
 - 난민·이민자 대상 건강중개인은 의료 자격 없이 언어·문화 역량으로 제도 안내, 예약 대행, 진료 동행을 수행함
- (인력 경쟁 제약) 간호·사회복지·약사 등 팀 인력은 병원(수술실·병동·공공보건)과의 채용 경쟁에 상시 노출되어 있어, 의사·간호사 증원만으로는 한계가 있고 비의료 인력 중심의 역할 재설계가 불가피하다는 인식을 공유

4) 정부 역할 및 보장 범위

□ 정부 역할 및 책임 구조

- 연방정부(Canada Health Act, 1984)는 의사·병원 서비스만 보장 의무화하고, 실제 운영은 주정부 소관이며, 기초지자체는 보건을 주정부 책임으로 주장하며 부담을 회피하려는 경향
 - 재가의료도 주 내 지역별로 급여 범위가 달라(예: 고관절 치환 후 방문 물리치료 포함 여부 등) 동일 주 안에서도 접근 격차 발생
- (보장 공백) 약제·치과·안과는 보편 급여가 아니며, 캐나다는 보편 의료보장이 있으나 보편 약제 급여가 없는 유일한 국가임

❖ 시사점

□ (대상 선정) 사례관리 효과의 표적화와 현실적 기대 설정

- '예방 가능한 입원'(심부전·불안정 당뇨 등 관리 가능 만성질환군)과 '예방 불가능한 입원'(24시간 돌봄 필요군)을 구분하여 사례관리 표적과 성과 기대치를 차등 설정할 필요. 후자는 사례관리가 아

년 돌봄·시설 자원 확충의 문제로 접근

□ (개입 시점) 자격·급여 전환기 관리의 제도화

○ St. Michael's의 65세 전환기 프로그램은 급여·소득·주거 지원이 동시 변동되는 시점이 취약성 집중 구간임을 시사함. 의료급여 수급 개시·탈락, 장기요양 전환 등 제도 간 이동 시점을 사례관리의 핵심 개입 접점으로 검토 필요

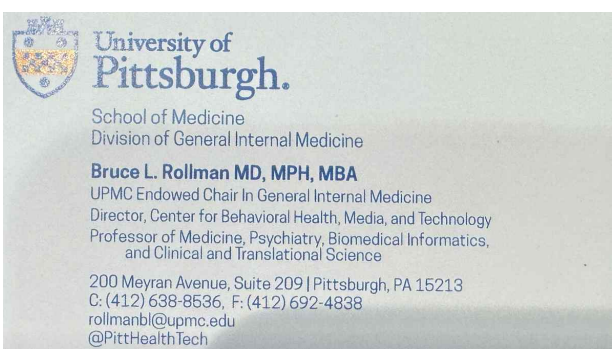
□ (수요 관리) 의료급여 이용 관리는 서비스 공급(주거·돌봄 연계)과 공급 관리(입원 적정성 심사) 중심으로 설계되어야 함. 필요 기반 고이용과의 구분을 위한 실증 분석 병행 필요

□ (구조 설계) 캐나다의 실패 경험(일차의료와 분리된 사례관리 기관의 병렬적 운영 → 상호 미인지, 환자 탈락)은 의료급여관리사·통합돌봄 인력을 의료기관·일차의료팀과 제도적으로 연결(정보 공유, 합동 케어플랜)하는 설계의 중요성을 보여줌. 분리 배치 시 중개 이상의 기능 수행이 구조적으로 어려움

□ (성과 평가) 성과평가체계에서 의료비 절감과 입원 감소를 일차적 목표로 전면화하기보다, 미충족 필요 해소, 사회서비스 연계율 등 과정지표를 병행하여 필요 의료 위축 부작용을 방지하는 지표 설계 필요

3

출장 증빙 회의 현장 사진, 면담자 명함 등

①	펜실베이니아 주정부	②	UPMC Health Plan
			
③	Univ Pitts Healthy Home Laboratory	④	Bruce Rollman(Univ Pitts)
			
⑤	CAMH	⑥	St. Michael's Hospital
			