

일차의료 강화를 통한 효과적 만성질환 관리 방안

*Effective Chronic Disease Management:
Enhancement of Primary Care*



신 호 성
원광대학교 치과대학 인문사회치학교실 교수

인구구조 및 질병양상의 변화와 더불어 환자의 능력함양(patient empowerment)이나 개별화된 의료제공 방식에 대한 불만 증대는 통합의료에 대한 관심을 불러일으켰고 이는 환자중심의 의료체계(환자의 요구에 부응하는 서비스의 제공에 초점을 맞춘 의료체계)로 이전하는 근거를 제공하였다. 본 연구에서 제안하고 있는 통합의료적 만성질환 프로그램은 환자중심의 주치의제, 의료기관간 통합(Integrated Care)을 유기적으로 결합한 모형으로 의료정보화와 지불제도를 포함하는 일차의료중심 통합의료 전달체계이다. 새로운 제도를 시작할 때 서비스 수준을 낮은 단계에서부터 시작하는 것이 현실적으로 제도를 정착시키는데 중요하다. 정부가 일차의료 강화를 중요한 정책 목표로 삼고 일차의료 중심의 만성질환 통합 서비스를 고려하면서 중장기적인 계획을 가지고 정책을 추진하는 것이 필요하다. 새로운 제도를 추진하는데 오는 저항, 예산 배정과 관련 이익단체의 반대 등을 이겨내면서 정책을 추진하는 결단이 요청된다.

1. 서언

질병구조가 만성적인 형태로 바뀌고 인구구조가 노령화됨에 따라 의료서비스의 내용이나 전달방식의 변화가 요구되고 있지만 대부분 분절적인 방식으로 의료서비스(fragmented health care system)가 제공되고 있다. 의료서비스 제공자 중심의 의료전달 체계가 아니라 의료서비스 이용자 관점에서 의료서비스가 통합 제공될 필요가 있는데 통합적 의료서비스 체계가 지향하는 바는 이전의 공급자 중심의 분절적인 의료전달체계가 아니라 수요자 중심의 의료서비스 제공 체계이다.

우리나라의 일차의료 기반 의료전달체계 현황에 대한 연구로는 가정의학과를 중심으로 타과로의 의뢰/이송 현황에 대한 연구, 단골의사 등 진료 지속성에 대한 연구가 있었다. 일차의료 이용 환자 및 가정의학과 의사를 대상으로 일차의료에 대한 태도 및 인식도, 주치의제 도입/시행에 관한 연구 등이 주로 이루어졌고 1990년대 후반과 2000년대 초반에 걸쳐 이에 대한 연구가 활발히 수행되었다. 의약분업 이후 새로운 제도 도입에 대한 연구가 줄어들었다가 최근에 다시 새롭게 조명을 받고 있다. 이재호 등(2009)¹⁾의 연구에서는 단순히 이전의 주치의제를 도입하자고 하는 측면에서 벗어나 만성질환

환 관리 프로그램과 주치의제를 결합하여 만성 질환자에 대한 효과적인 관리방식으로서 의료의 질향상과 비용-효과적인 측면을 동시에 추구하는 방식으로 제안하고 있다. 만성질환 단골 의사 프로그램이 성공적으로 실행되기 위해서, 정부지도자의 의지, 제공자와 이용자의 참여, 진료비지불제도 변화, 전자정보체계 개발, care coordinator 확보 등이 필수적이라고 제안한바 있다.

2. 국내외 주요 만성질환 관리 사례

각국에서 시행중인 만성질환관리는 특정 만성질환에 대한 종합적 포괄적인 관리를 목표로 한다. 만성질환으로 당뇨, 심혈관질환, 만성폐쇄성폐질환, 심부전증 등이 주로 대상이 된다. 만성질환 관리를 위한 단골의사제도를 제안하는 이재호(2009)는 만성질환의 범주에 고혈압, 당뇨병, 고지혈증을 포함하였다¹⁾.

만성질환관리 프로그램은 ① 포괄적인 진료: 질환 진료의 전과정을 포괄하는 다학제적 진료 제공, ② 통합된 의료제공: 진료의 지속성, 다른 분야간의 상호 연계 및 조정, ③ 인구집단 중심, ④ 환자관리 도구의 사용(환자교육, 환자가가관리, 능력함양), ⑤ 증거중심 임상지침, 표준진료

가이드의 적용, ⑥ 의료정보 기술, ⑦ 지속적인 질 관리 등의 특징을 포함한다(Scheller-Kreinsen, 2009)³⁾. 각국에서 시행중인 만성질환 관리 프로그램은 지속성, 포괄성, 적시성(김재용, 2007)⁴⁾을 요구하는 환자의 요구에 다양한 정책 수단들이 동시에 집중하여 환자의 상태나 의료요구에 부합하는 방향으로 진행되고 있다. 누가 서비스를 제공하느냐 보다 환자에게 어떤 서비스를 제공할 것인가가 보다 중요한 점이 되는 방향으로 전환하는 것이다. 반면 만성질환관리 프로그램의 원활한 진행을 방해하는 요소로 구조화된 질병관리 프로그램과 임상지침 등의 준수 요구가 환자의 상태에 따른 개별화된 치료방법을 선택할 수 있는 의사의 자율권(autonomy)이 제한되는 것에 대한 두려움이 기저에 깔려 있고(김재용, 2007), 의료진들 간의 통합/협력 부족, 재정적 인센티브 부족, 분절되어 있는 의료체계 등이 지적되었다.

우리나라의 경우 공공보건의료체계를 중심으로 종합적인 만성질환 관리프로그램 사업을 추진 중이다(보건복지가족부, 2007). 심 뇌혈관 질환 고위험군(고혈압, 당뇨병) 등록관리 시범사업 등을 포함하여 병원기반 심근경색, 뇌졸중 조사감시체계, 천식 아토피 질환 예방관리, 생애전환기(40세, 66세) 건강검진 사업을 수행중이다. 또한 2009년부터 질병관리본부를 중심으로 시행하고 있는 고혈압, 당뇨병 만성질환관리

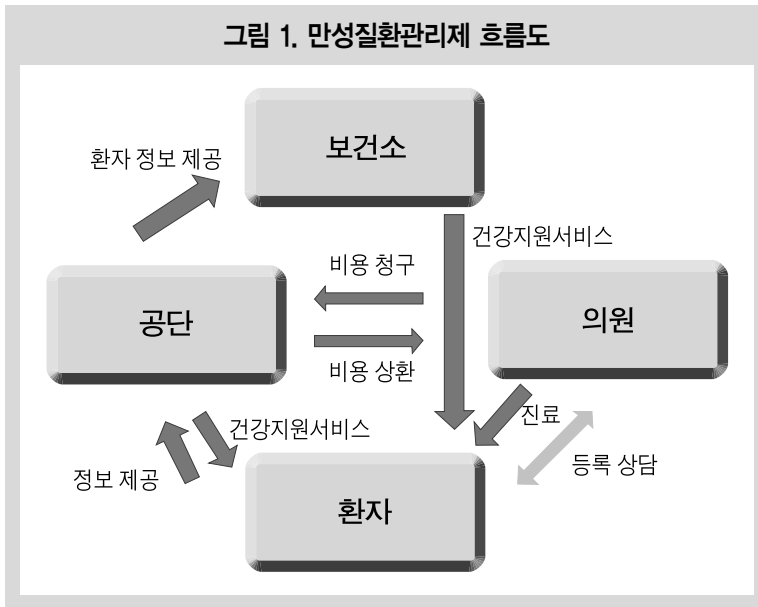
1) 이재호, 강길원, 김경우, 김철환, 은상준, 최용준, 함상근(2009). 만성질환 관리를 위한 제도 실행방안 연구. 국민건강보험공단.

2) 이를 선택한 근거로 새국민건강증진종합계획, 의원중사 의사들의 설문조사, 각국에서 사업중인 질환군 등의 이유를 들었음.

3) Scheller-Kreinsen, D., Geissler, A., Busse, R.(2009). The ABC of DRGs. *Euro Observer*, 11(4).

4) 김재용, 김혜영, 김화영, 민경완, 박석원, 박이병, 박정현, 등(2006). 우리나라 당뇨병환자의 외래이용지속성이 건강결과(health outcome)와 의료비에 미치는 영향: 건강보험 자료분석 결과. *당뇨병*, 30(5), pp.377~387.

그림 1. 만성질환관리제 흐름도



란 측면에서 진일보한 측면이 있기는 하지만 의료서비스가 연계되는 시점이 발생하면 더 이상 힘을 발휘하지 못하는 한계를 지닌다. 환자나 환자가족(또는 보호자)이 의료서비스가 연계되는 접측면에서 갖게 되는 주요 어려움은 해당 서비스에 대한 접근성, 환자의 요구에 맞춘 진료제

등록사업은 의료서비스 전달체계의 개선이 목표라기보다는 질환관리 자체에 더 많은 관심이 집중되어 있는 사업이다. 따라서 서비스 제공체계 속에서 의료공급자의 자발적인 협력과 통합을 바탕으로 만성질환 관리를 모색하는 일차의료 중심의 만성질환관리체계와는 차별성을 지닌다.

2012년 4월부터 시행 중인 만성질환관리제는 본태성고혈압, 인슐린-비의존 당뇨병환자를 대상으로 의료기관 기능정립차원에서 1차 의료를 활성화시키기 위한 제도로써 의원을 이용하는 만성질환자에게 본인부담을 경감하고 건강서비스를 지원하는 제도이다(그림 1). 이 제도는 이전의 제도가 국가 만성질환 관리프로그램 측면에서 국가기관 중심의 관리 측면에서 벗어나 건강보험체계 내에서 이루어지는 사업이라는 차이가 있다. 이 제도는 만성질환관리

공, 진료진행과정에 대한 정보제공, 진료의 연속성(진료제공 의료진의 연속성, 의료인들 간의 의사소통, 및 업무 조정), 두(외래기반, 입원기반) 시스템 간 불연속성 등이다.

국내외 사례에서 나타난 이상의 관점을 바탕으로 만성질환 관리의 구축에서 가져야 될 기본적인 관점은 환자중심, 주치의제도, 의료기관간 통합(care integration)을 포함하고 의료정보화와 지불제도 개선을 포함하는 일차의료중심 통합 의료 전달체계이다.

3. 환자중심 (Patient Centeredness)

환자중심의 의료는 미국 의학연구소(IOM)가 제안한 임상 의료의 질 향상 성취를 위한 6가지

주요 영역(domain)⁵⁾ 중의 하나이다(IOM, 2001). 반면 환자의 입장에서 의료를 바라보는 의료체계에 대한 학문적 이해와 실용적(실제적) 적용의 확산에 중심을 두고 있는 Picker 연구소의 환자중심에 대한 8가지 개념영역은 ① 환자의 가치, 취향(기호, 우선순위), 니드에 대한 존중, ② 정보 및 적절한 교육 제공, ③ 의료 접근성, ④ 불안과 걱정을 완화시킬 수단 제공, ⑤ 가족 및 지인의 참여, ⑥ 의료기관 변경 시 의료의 연속성 보장, ⑦ 안전한 물리적 환경, ⑧ 의료의 통합이다(Berenson, 2008)⁶⁾.

이상의 관점을 고려할 경우 의료서비스 공급자들은 환자의 목소리에 귀를 기울이고 환자와 환자가족의 취향이나 선호도를 존중하며 치료계획 작성시 환자나 환자가족의 의료에 대한 지식, 가치, 신념, 문화적 배경 등을 고려해야 한다. 또한 진료에 유용한 정보를 환자와 공유하며 환자와 환자가족이 진료과정에 효과적으로 참여할 수 있는 장치를 마련해야 한다. 이는 단순히 진료과정에 한정되지 않고 의료기관 전반에 걸친 정책으로 전환되어 환자와 환자가족과의 협력을 통해 의료기관의 프로그램을 개발 평가하며 진료서비스의 전달과정이나 직원들의 교육에도 이를 반영할 필요가 있다.

환자중심의 의료서비스가 이루어지기 위해서는 전화 상담과 같이 의료기관을 방문하지 않은 의료상담, 타 의료인이나 지역사회 서비스 제공기관(사회서비스 포함)과의 협력/조정 관

리, 환자의 자가관리를 위한 지원(환자교육 포함) 등 기존의 지불보상 범위에 포함되지 않지만 환자중심의 통합의료 서비스 체계에서 중요한 서비스들에 대한 보상(reimbursement)이 필수적이다.

4. 주치의제

이상적인 보건의료제도는 효율적이고 형평성이 높으면서도 국민들의 만족도 또한 높아야 한다. 이 세 가지 측면에서 어떤 선진국도 완벽한 보건의료제도를 갖춘 나라는 없을 것이다. 하지만 일부 선진국은 무상의료에 가까운 전국민 의료보장 시스템을 갖추고 있다. 이들은 재정적으로 안정되어 있으면서도 주치의제도를 일차의료의 근간으로 한 의료전달체계를 갖고 있다. 주치의제도는 의료서비스 책임성의 기본 전제가 되는 지속성 유지 및 향상을 제도화한 것이며, 보건의료 서비스의 효율성, 형평성과 함께 만족도를 높일 수 있는 제도이다(최용준 2006). 일반 국민들은 적절한 의료자원을 찾기 쉽지 않기 때문에 이를 안내하는 의사가 필요하고, 아울러 의료자원은 한정되어 있는데 이를 효율적으로 사용하려면 의료전달체계가 필요하다. Starfield 등의 연구에서 보건의료의 접근성, 만족도, 보건의료 수준이 높은 캐나다, 호주, 뉴질랜드, 영국, 네덜란드, 노르웨이 등은 모두

5) 의료의 질 향상과 관련하여 중요한 전환점이 된 보고서인 'Crossing Quality Chasm'에서 언급된 것임: 환자안전, 효과성, 시의 적절함(timeliness), 효율성, 환자중심, 형평성.

6) Berenson RA, Hammons T, Gans DN, Zuckerman S, Merrell K, Underwood WS, Williams AF(2009). A house is not a home: keeping patients at the center of practice redesign. *Health Aff(Millwood)*. 2008 Sep-Oct, 27(5), pp.1219~1230.

엄격한 주치의제도가 시행되는 국가이다(이재호, 2009).

봉승원 등의 연구를 보면 주치의제도가 필요하다는 응답은 77.0%이었고, 연령이 증가할수록 필요하다는 응답자도 증가하였다. 가장 중요한 주치의 역할로는 암이나 만성질환의 조기발견을 위한 건강진단, 예방접종과 스트레스의 관리, 만성질환의 관리 순으로 답하였다. 선호하는 주치의의 전문과목은 내과(61.0%), 가정의학과(42.3%)가 가장 많았고, 예방의학과(14.7%), 산부인과(12.2%) 순이었다. 주치의 서비스에 대한 적절한 지불금액은 연간 12만원선의 부담을 가장 선호하였고, 제공받기 원하는 주치의 서비스로는 가족포함 서비스, 전화상담 서비스, 가정방문 서비스 등을 원하였다(봉승원 2006)⁷⁾.

미국질병관리본부 CDC의 최근 사망원인 보고서에 따르면 약물 비순응은 미국 사망원인의 4번째 원인이 되고 있다(CDC, 2002). 복용 순응도가 떨어지는 원인 중의 하나로 의료공급자 문제가 있는데, 이것은 의료서비스 제공자와 환자의 관계가 좋지 못하거나(poor relationship), 의료서비스 제공자의 의사소통 기술이 부족한 탓이다. 따라서 평소 단골의사를 정하여 좋은 의사-환자 관계를 유지한다면 복용 순응도가 높아질 것이며 결과적으로 만성질환 관리가 더 잘 이루어질 수 있을 것이다. 만성질환을 잘 관리하려면 환자의 순응도가 중요하고 아울러 복용 순응도가 중요하다. 그런데 선진국의 예를 보면 주치의의를 갖고 있는 국민이 그렇지 못한 국민보

다 복용 순응도가 높고 만성질환 관리를 훨씬 잘 받는다(CDC, 2002, 세계보건기구 2003). 프랑스, 독일과 같이 주치의제도가 미약했던 나라에서 주치의제도를 강화하는 정책을 추진하고 있고 일부 성공을 거두고 있다(최기춘 2006⁸⁾, 정현진 2007⁹⁾). 결국 일차의료를 강화하면서도 효율성과 질이 보장될 수 있도록 정부가 확고한 철학을 갖고 정책을 추진하는 것이 선결되어야 할 과제이다.

주치의제도의 원래 취지는 건강 문제는 평소 자신을 잘 알고 신뢰할만한 의사와 상의하고 교감을 하면서 치료받을 때 가장 잘 치료되므로 이런 지속적이고 책임있는 관계를 제도적으로 만들자는 것이다. 유럽과 캐나다, 호주, 뉴질랜드 등 일부 국가에서는 환자와 환자의 가족은 주치의와 세세한 부분도 얘기를 나눌 수 있고, 전화 상담도 가능하며 왕진도 요청할 수 있다. 이들 국가에서 개원의는 단독으로 개원하는 경우는 거의 없고 여러 명의 의사가 공동으로 개업하여 진료 한다. 필요한 경우 야간 상담을 대행하는 기관이 있기 때문에 국민은 누구나 365일 언제든지 주치의 혹은 주치의 대행인과 상담하거나 진료를 받을 수 있다. 일차의료의사도 일정 정도의 가구 혹은 개인을 등록받은 후 진료 서비스의 양에 관계없이 일정한 수입을 얻는다. 일부 인센티브는 있지만 일정액씩 월급 형식의 수입이 있기 때문에 환자를 많이 봐야 한다는 강박에서 벗어날 수 있다. 그러므로 의사는 여유를 갖고 예방과 치료 서비스를 제공할

7) 봉승원, 김태훈, 김신실, 김영식(2006). 주치의제도의 필요성과 내용에 대한 인식도 조사. 가정의학회지 27(05), pp.370~375.

8) 최기춘, 이용강, 고민창, 정형진, 문성웅(2007). 2006년 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구. 국민건강보험공단.

9) 정현진, 황라일, 서수라, 김철웅(2007). 유럽의 일차의료현황과 주치의 제도 개혁 - 한국에의 함의. 국민건강보험공단.

수 있으므로 전문가로서 직업적 만족도가 높은 편이다.

국민, 의료인, 정부 3자가 모두 완벽하게 동의하기는 쉽지 않겠지만 어느 정도 동의하고 현실화될 수 있는 수준의 주치의제도를 구축해야 한다. 전제가 되는 것은 국민이나 의료인 모두 자발적으로 참여하는 시스템을 구축하는 것이다. 이런 측면에서 만성질환관리제나 의료생협 등에서 추진하고 있는 자발적이지만 낮은 형태의 주치의제는 향후 주치의제 도입의 좋은 사례로서 작용할 가능성이 크다.

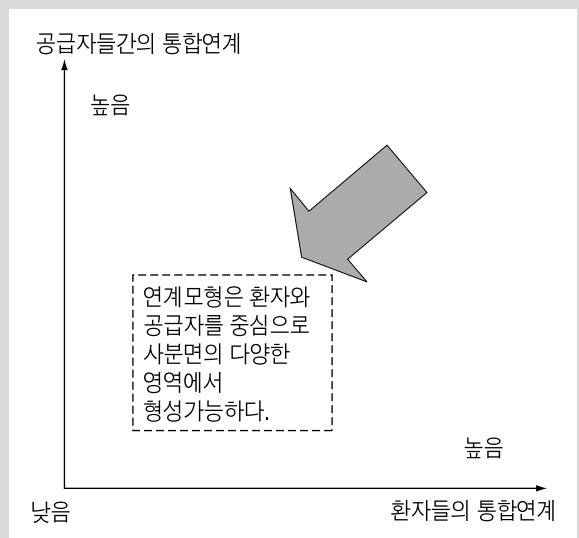
5. 의료기관간 연계강화 (Integrated Care)

주치의제나 만성질환관리제의 경우 그 대상이나 의료서비스의 연계 등에 있어서 제한된 측면이 여전히 남아있게 된다. 주치의제의 경우 주치의가 관계하는 서비스 범위를 넘어서는 의료서비스에 대하여 여전히 타 의료기관 혹은 의료서비스 공급자와의 의사소통, 연계 및 협력 등 해결해야 과제가 여전히 남는다. 만성질환관리제의 경우 역시 일부 제한된 만성질환자에 국한된 프로그램이라는 제한성과 서비스 연계에 있어 여전히 문제점이 있다. 의료기관간 연계(Integrated Care, IC)는 미국의 HMO나 독일의 polyclinic 또는 만성질환관리 모형 등의 적용 사례 등에

서 나타나는 형태로서, IC의 발달은 의료기관간 연계를 강화함으로써 의료의 질을 보다 잘 반영할 수 있다는 의견을 반영하는 것이다.

의료기관간 연계는 이해당사자에 따라 다른 의미로 해석될 수 있다. 환자의 경우 의료기관의 연계란 의료서비스의 끊김 없는 이용가능성, 보다 쉬운 서비스 검색 등을 의미하며 서비스 제공자들의 관점에서선 전통적으로 분적된 업무영역을 넘어 서로 다른 전문가들이 협력하여 서비스를 통합 제공하는 것을 의미한다. 병원 경영자의 입장에서선 조직간의 목표 및 성취도의 측정 방법의 통합이나 확대되고 다양해진 직원들의 관리를 의미하며 정책입안자들의 입장에서선 예산을 통합하고 한 분야의 정책 변화가 다른 분야에 미칠 정책 평가를 고려해야함을 의미한다. 여기서 가장 중요한 측면은 환자와 의료공

그림 2. 의료기관간 통합연계 matrix



자료: Lloyd, J & Wait, S.(2005). *Integrated Care: A Guide for Policymakers*. Alliance for Health and the Future.

급자의 관점이다. 그러나 한쪽의 연계강화가 다른 쪽의 연계강화를 동시에 의미하지 않는다는 점에서 주의깊게 고려되어야 한다(그림 2). 예를 들어 공급자들간의 조직적 연계강화가 환자의 정보를 통합하고 공유하는 것으로 나아가지 않는다면 공급자 측면에서 연계강화는 환자입장에서 여전히 이전과 같은 분절된 서비스 제공체계와 같다. 따라서 의료기관간의 연계강화를 평가할 때 종합적으로 고려되고 평가되어야 한다.

통합연계의 기본적인 모형은 5가지로 구분 가능하나 기본적인 모형들이 서로 혼합된 다양한 형태의 통합 연계 모형이 만들어 질 수 있다. 기본적인 모형은 다음과 같다(Lloyd, 2006)¹⁰⁾.

① 의료정보의 공유 기반 모형

의료기관간 혹은 사회서비스 기관들을 연계한 환자의 의료정보/사회서비스 정보의 통합으로 환자들의 치료에 통합적 관점이 부여되고 독립된 의료정보의 저장에 사용된 비용이나 분절적 정보체계로 인한 단점이 보완된다(예, 이탈리아 국가단위에서 이루어지는 의료정보체계).

② 표준화된 의사소통 규정/형식 기반 모형

보건분야와 사회서비스 분야간의 의사소통을 증진시키기 위한 표준화된 의사소통 규정/형식을 이용한다. 이는 끊임없고 통합된 의료서비스 제공을 촉진한다(예, 덴마크(MedCom), 독일(Wiesbaden 노인재활

네트워크) 등).

③ 다학제 환자평가를 통합한 단일진단 모형
환자의 사회서비스나 의료서비스의 니드와 건강상태에 대한 단일한 진단모형을 사용한다. 여러 가지 사정평가 도구를 사용하지 않는 편리함이나 비용절약 이외에 통합된 정보제공이 가능해진다(예, 영국(단일사정평가), 이탈리아(다학제평가계획)).

④ 의료서비스 단일한 제공지침 기반 모형

의료 및 사회서비스 제공에 있어서 단일한 서비스 제공지침을 기반으로 한다(예, 영국(Hospitals at Home)).

⑤ 단일 접근지점 기반 모형(single access point to care)

환자가 거쳐야할 서비스 제공 기관의 수나 만나야 할 서비스 제공자들을 가능한 줄여 이상적으로는 단일한 접촉으로 모든 서비스 이용이 가능하게 하려는 모형이다(예, 네덜란드(One-window), 영국(CARTS)).

Shortell(1996)¹¹⁾은 의료기관간 연계에 영향을 주는 요소로 전략적 차원(strategic dimension), 구조적 차원(structural dimension), 문화적 차원(cultural dimension), 기술적 차원(technical dimension)을 들었다. 전략적 차원이 미진할 경우 의료기관에서 가장 중요한 측면이 제외되며, 문화적 측면이 결핍될 경우 임상적 통합이 지속성을 가지지 못하고 일시적인 흐름으로 나타날

10) Lloyd, J. and S. Wait,(2006). *Integrated Care: a Guide for Policymakers*. London: Alliance for Health and the Future.

11) Shortell SM, Rousseau DM, Gillies RR, Devers KJ, Simons TL,(1991). Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Med Care*, 29(8), pp.709~726.

것이다. 또한 기술적인 측면이 부족하면 연계 자체를 시작하기도 어렵고 좌절감을 느낄 수 있으며 구조적 차원이 약하면 의료기관 전체로 연계를 확산시켜 내거나 연계로 인한 장점을 조직 내로 흡수하기도 어렵게 된다.

6. 의료기관간 의료정보 구축

통합의료의 의료정보가 원활하게 유통되면 정보를 제공하는 쪽과 받는 쪽 사이에 약속이 필요하고 서로 정보를 주고받을 수 있는 표준화가 전제되어야 한다. 보건의료정보표준화가 우선되어야 할 항목에 대해 살펴본 연구결과(최혜원, 2006)¹²⁾에 따르면 의료기관의 종사자의 경우 용어의 표준화가 76.9% 진료 정보의 표준화가 73.1%였으며, 학계 및 연구기관 종사자는 진료정보의 표준화가 90% 응답했으며, 용어의 표준화는 70%인 것으로 나타났다.

의료기관간 OCED 보고서¹³⁾에 따르면 의료 공급자들 간의 환자에 대한 의료정보교환 정도를 묻는 질문에 대해 조사대상 국가의 50% 정도가 의료 공급자들간에 환자의 니드와 진료기록이 공유된다고 응답하였고 1/3 정도가 공유가 잘 이루어지지 않고 있다고 응답하였다(그림 3). 의료기관간 정보 공유정도에서 가장 높은 빈도를 보이는 것은 입원과 장기요양 기관간이며, 가장 낮은 정보교환 정도가 이루어지는 것은 일

차의료와 장기요양기관 간으로 나타났다. 우리나라의 경우 일차의료와 이차의료 이상 기관간 정보교환은 잘 이루어지는 반면, 일차(또는 입원)와 장기요양 기관간 정보교환 정도는 중간으로 응답하여 전체응답과 부문별 응답간에 약간의 부조화가 있는 것으로 보고되었다.

통합의료 정보의 호환성에서 정보의 공유 정도에 따라서 체계를 다르게 하는 것을 고려해야 한다. 연계와 완전한 공유를 원한다면 데이터의 입력 및 조회의 체계뿐만 아니라 저장하는 것까지 동일해야 하는 것이 기본이 되어야 할 것이다. 이것은 모든 업무프로세스가 동일해야 함을 뜻한다. 반면, 일부의 정보를 공유하는 통합의료를 구축 할 시에는 필요한 정보만 공유할 수 있도록 해주는 단 방향 정보 공유, 또는 협력병원에서도 정보 재공 병원의 레가시(legacy) 시스템에 접근하여 입력과 조회를 동시에 할 수 있는 양 방향의 보다 활성화 되고 실제 적인 정보교류를 생각할 수 있다.

7. 지불제도

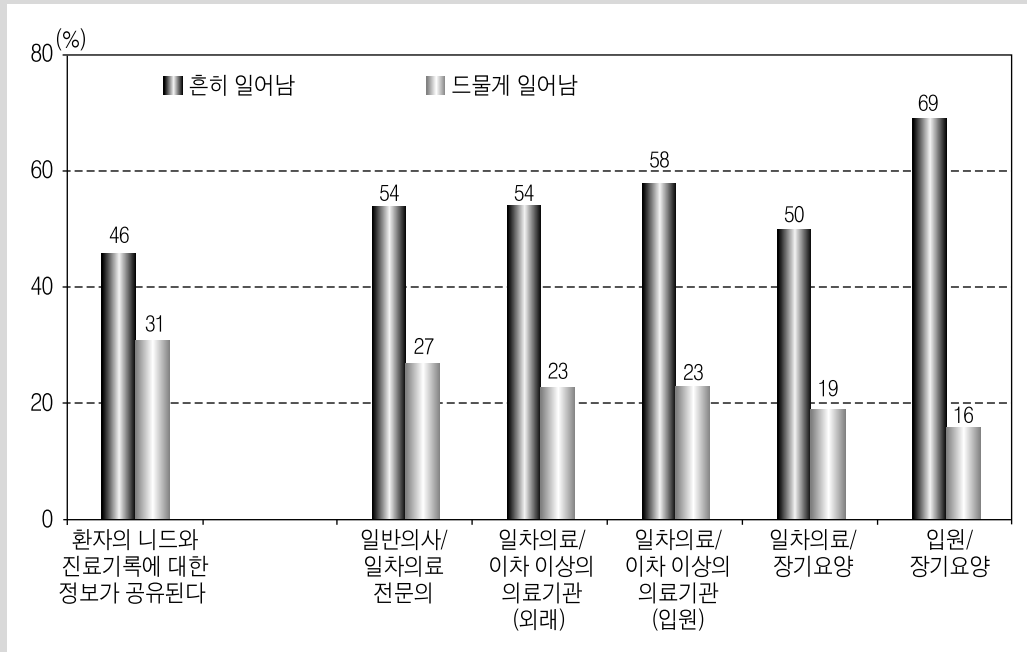
OECD 국가들에서 일차의료에 대한 가장 보편적인 지불방식은 인두제와 혼합방식(인두제나 월급제와 행위별 수가제가 혼용된 지불제도)이며 외래기반 전문의 치료¹⁴⁾에 대한 가장 일반적인 지불방식은 행위별 수가제이며 전향적 지

12) 최혜원(2006). 국가보건의료정보체계 구축방안에 대한 연구. 연세대학교 보건대학원 보건정보학과.

13) OECD(2007). *Improved health system performance through better care coordination*. OECD HEALTH WORKING PAPER #30.

14) 병원기반 전문의 진료에 대한 가장 일반적인 지불형태는 월급제임.

그림 3. 의료기관간 정보 공유(전달) 정도



자료: OECD(2007). *Improved health system performance through better care coordination*. OECD HEALTH WORKING PAPER #30.

불방식인 DRG는 급성기 병원치료에서 가장 중심적인 지불방식이 되고 있다. 장기요양의 경우 1인당 일정액을 지불하는 per diem 방식이 가장 일반적이며 다른 서비스 영역보다 상대적으로 본인부담금이 일반화되어 있는 것으로 평가된다(OECD, 2007).

2006년 OECD 조사에 따르면 아직 통합의료에 대한 시스템 전체적인 지원은 미약한 것으로 보이며 일차의료 영역에서 재정적 인센티브 또한 31% 국가들에서 그렇다고 응답하였다. 환자를 진찰하고 치료하는 시간 또한 지불보상제도에 따라 달라 행위별 수가제를 운용하는 국가에서 왕진서비스가 빈번하며 인두제와 행위별수

가제를 혼합하여 사용하는 국가에서 일차의사의 환자진료시간이 짧은 경향이 있다고 하였다(Boema, 2003).

통합의료적 관점의 만성질환관리체계에 대한 지불 보상 방식으로 제안되고 일반적인 형태는 다음과 같다. 첫째, 진료서비스에 따른 지불액 이외에 환자당 월 일정액(per person per month, PMPM) 또는 정액을 지불(lump sum)하는 방식이다. 환자진료 이외의 의료진 업무나 통합의료서비스를 지원하는 IT운용에 소요되는 비용을 월 간단위로 일정액을 지불하는 방식이다. 통합의료에 소요되는 업무의 양과 무관하게 일정액이 제공되기 때문에 업무의 효율성에 따라 비용절

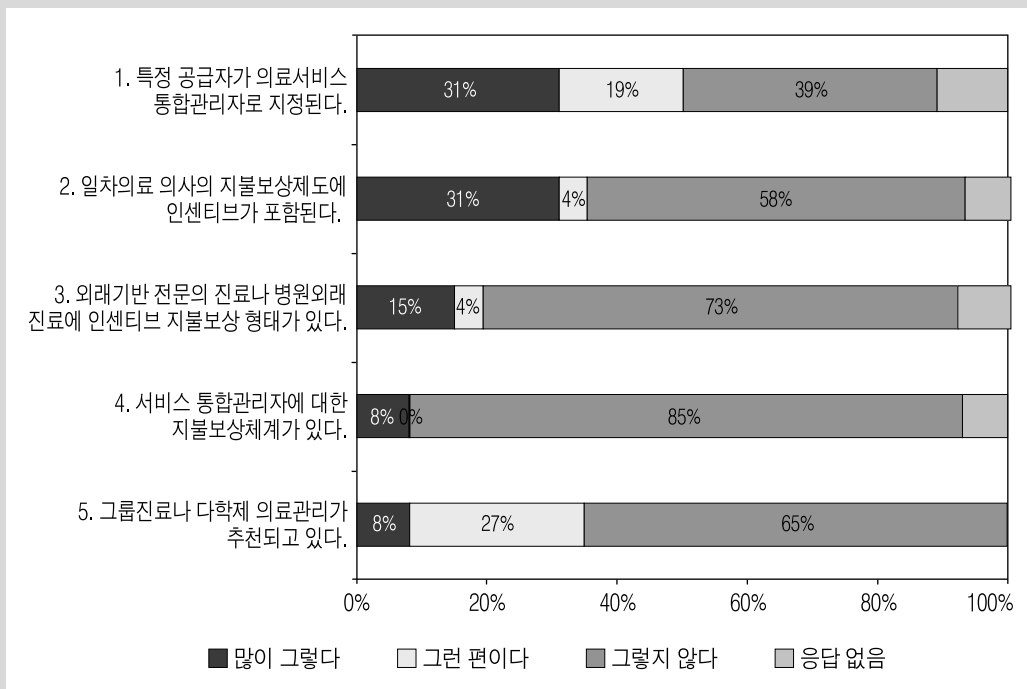
감이 가능한 전향적 지불방식의 특성을 지닌다. 그러나 이 제도가 제대로 운용되기 위해서 통합 의료지원비는 사전에 업무량이 고려된 것이어야 한다. 이는 복잡한 진료과정과 비용이 많이 소요되는 환자 회피 등의 부정적 선택이 일어나지 않도록 사전에 위험이 조정된 것이어야 함을 의미하는 것이다. 예를 들면 EMR를 사용하든가 노인, 장애인 등을 대상으로 한 서비스에 대해서 더 높은 정액을 지불하는 것이다.

두 번째 지불방식은 특정 서비스에 한하여 지불액을 증액하는 방식이다. 이 지불방식의 장점은 기존제도의 수정없이 도입가능하고 의료진

이 환자의 요구에 보다 적극적으로 대응할 동기 부여를 제공한다는 점이다. 그러나 시간이 지날수록 증액된 지불액에 대해 당연시하는 분위기가 형성될 수 있고 의료진의 보다 적극적인 대처에 대한 보상이라는 인식이 흐려질 수 있다.

세번째 지불형태는 인두제 방식이다. 이는 폭 넓은 범위의 서비스를 관리하는 수단으로 효과를 가진다. 즉 일괄적 계약형태로 통합의료료를 수행할 때 그에 상응하는 인두제를 지불하는 방식이다. 도달 목표를 정해 의료의 질이나 효율성 증대 목표를 설정하여 이를 성취하는 의료진에게 인센티브를 제공하거나(성취도에 따른 지

그림 4. 통합의료에 대한 인센티브제도



자료: OECD(2007). *Improved health system performance through better care coordination*. OECD HEALTH WORKING PAPER #30.

불), 의료비 절감액의 공동배분 등의 방식을 앞서 언급된 지불형태와 병행할 수도 있다. 예를 들어 자신의 환자 중에서 당뇨환자를 식별해내어 특별관리를 수행하는 의사들에게 인센티브를 부여하는 방식이 여기에 속한다.

한편, 이재호 등(2009)이 만성질환 관리를 위한 단골의사제도에서 제안한 지불방안은 3가지이다. 첫째는 현행 ‘행위별 수가제+만성질환자 지속성 인센티브’로서, 진료행위와 무관하게¹⁵⁾ 만성질환자의 등록 및 관리에 필요한 비용을 1인당 일정액으로 지불하는 방안이다. 둘째는 ‘대상 만성질환은 포괄수가제+나머지는 행위별수가제로 지불하는 방안’이다. 즉 만성질환 관리에 필요한 기본적인 진찰료와 검사 및 관리 비용을 포괄수가로 지불하고 나머지 진료행위는 기존의 행위별 수가제를 유지하는 방안이다. 세 번째 방식은 ‘대상 만성질환 환자(인두제)+다른 환자들은 행위별수가제 병행’ 방식으로 만성질환 관리비용과 기타 질환 관리비용을 구분하기 어렵기 때문에 이를 묶어서 연간 1인당 정액으로 보상하자는 개념이다.

3가지 지불방안 모두에 공통적으로 발생하는 인센티브로서, 사업 참여에 따른 인센티브와 질 관련 추가 인센티브를 고려할 수 있다. 의사나 환자들의 자발적 참여방식으로 사업이 진행될 경우 사업 참여에 따른 인센티브를 제공하는 데에도 많은 재정이 필요하다. 환자에 대해서는 진료비 감면을 통해 참여를 유도할 수 있고, 의사에 대해서는 환자관리 결과에 따라서 추가적인 지불을 할 수 있다.

8. 결론 및 제언

이상의 관점을 종합하여 본고에서 제안하는 만성질환관리프로그램은 주요 내용은 다음과 같다. ① 만성질환자는 지속적이고 복합적인 관리가 필요하므로 병원의 전문의나 개원의(또는 일차의사) 단독에 의한 일반적인 의료서비스보다 환자의 질병 상황에 맞고 다학제 팀에 의해 관리가 이루어지는 특별한 케어가 필요하다. 일차의사 혹은 전문의 또는 필요한 여러 의료공급자가 만성질환자의 필요에 맞는 의료서비스를 조직적으로 제공하기 위하여 의료생협과 같은 이미 조직화되어 있는 공급자 조직이나 새로운 만성질환 관리프로그램을 제안하는 공급자 조직과 건강보험공단과 만성질환 관리 프로그램의 수행에 대해 계약을 체결하여 공급자의 역할 및 의무, 지불보상 방법 등을 결정한다. 공단은 의료의 질과 가격, 성과를 바탕으로 좀 더 합리적인 계약을 체결할 수 있다.

② 의료서비스 공급자는 만성질환관리 프로그램의 제공범위에 대해 의료공급자, 의료소비자, 건강보험공단이 합의하여 작성된 표준진료지침을 따른다.

③ 만성질환관리 프로그램 가입여부는 다학제팀의 일차진료의사의 의해 판단되며 만성질환관리 프로그램에 참가한 환자는 본인부담금이 경감이나 진료비 인하와 같은 인센티브가 제공된다.

④ 만성질환관리 프로그램에서 공단은 환자교육지원, 참가의사 명단 제공, 약속날짜 환

15) 진료행위에 대해서는 행위별 수가제가 적용됨.

기(환자, 의사) 등의 역할을 수행한다. 만성질환관리 프로그램의 운영에서 통합적 의료정보의 제공 및 관리가 주요한데, 공단은 통합적 의료정보 제공을 위한 인프라 확대를 위해 노력한다.

④ 재정적 인센티브 제공은 만성질환관리 프로그램의 도입 및 정착에 중요한 역할을 수행한다. 초기의 만성질환 프로그램에 의사나 환자가 참여할 수 있도록 유도하는 정책적 방향에서 특정 진료과정이나 만성질환 프로그램 개발 유도, 의료의 질 등 제공자에 대한 인센티브 확대로 옮겨갈 필요가 있다. 재정적 인센티브 방법으로 행위별(의료서비스 제공 후 소요된 모든 비용에 대해 사후적 보상 방법) 또는 사례별(특정 서비스 제공에 미리 확정된 금액 제공) 방법을 혼용해서 사용하며 재정적 인센티브의 크기도 공급자의 행동을 변화시키기에 충분한 정도로 책정한다(영국의 경험에 의하면 의료 성취도에 따른 보수지불 방법을 사용할 경우 총 수입의 25% 정도는 되어야 의료의 질 관리에 적극적인 반응을 보이는 것으로 나타났다).

⑤ 만성질환관리프로그램은 프로그램별로 3년을 주기로 인증을 받는다. 해당 만성질환관리프로그램이 재신임을 받기 위해서는 의무적인 만성질환관리 프로그램 평가를 시행하여야 한다.

한편 일차의료 강화를 통한 만성질환 관리 전달체계의 확립을 위해 이전에 이와 유사한 의료정책이 어떻게 되었는지 살펴볼 필요가 있다. 특히 통합적 만성질환 관리 프로그램의 한부분이 될 주치의제도는 시범사업까지 계획될 정도로 심도 깊은 논의가 진행되었으나 결실을 보지

못한 경험이 있다. 당시 정부에서 추진한 주치의제도는 의사는 물론이고 국민 누구도 관심이 없었으므로 실패할 수밖에 없는 제도였다. 몇 군데서 시범실시를 한다고 하였지만 준비도 부족했고 아무런 성과도 거두지 못하고 끝났다. 앞으로도 의사단체의 찬성이 없고 국민들도 별 관심이 없는 제도를 일방적으로 추진한다면 실패할 수밖에 없을 것이다. 현재로서는 특정 지역이나 대상층 전부가 의무적으로 가입하도록 하고 의료서비스를 제공해야 하거나 모든 의료공급자가 의무적으로 참여하도록 하는 제도는 실패하기 쉬울 것이다.

새로운 의료질서(의료서비스 전달체계)를 제안하는 의료정책은 의약분업의 그늘에서 벗어날 수 없는 것처럼 보인다. 제도를 제안하는 측도 굉장히 조심스러워하고 가능한 공급자들의 미움을 사지 않으려 노력한다. 의료정책의 합리성 여부를 떠나 이익집단의 반발이나 로비가 정책의 수립과 집행에 걸림돌로 작용하고 있는 것이다. 통합의료적 관점의 만성질환관리프로그램은 의료수요의 흐름을 바꾸거나 이를 조절, 통제하는 것과 부분적으로 연계되어 있다. 따라서 정책의 실현을 위하여 다음 사항이 준수되어야 한다. 정책일관성을 유지해야 한다. 정책기조를 유지하여 정책의 투명성과 국민에 대한 정책의 예측가능성을 높여야 한다. 무기력하게 로비나 집단압력에 영향을 받지 않는다는 확고한 의지가 보여주어야 한다. 이는 장기적으로 정부에 대한 국민의 신뢰성 회복과도 밀접한 관련을 가진다. 국민의 건강과 직결되는 보건의료 정책분야에서 정부는 중재자의 입장보다는 유인과 재제의 방법을

적절히 병행하여 국민건강이라는 상위목표를 위해 이익집단이 상호 협조할 수 있는 동기를 부여해주고 필요할 경우 법적 강제력을 병행하여 사용하여야 한다.

새로운 제도를 시작할 때 서비스 수준을 낮은 단계에서부터 시작하는 것이 현실적으로 제도를 정착시키는데 중요하다. 결국 정부가 일차의료 강화를 중요한 정책 목표로 삼고 일차의료

중심의 통합 서비스를 고려하면서 중장기적인 계획을 가지고 정책을 추진하는 것이 필요하다. 어떤 제도이건 그 제도가 현실화되어 국민들에게 제공된 후 그 효과를 얻기까지 여러 가지 장애가 있기 마련이다. 정부는 새로운 제도를 추진하는데 오는 저항, 예산 배정과 관련 이익단체의 반대 등을 이겨내면서 정책을 추진하는 결단이 필요하다. 