

# 지역사회 중심 일차의료 강화를 위한 만성질환관리 사업 소개 및 향후 발전 방안



김남희 부장  
건강보험심사평가원 의료수가개선부

## Key Point

- ☑ OECD 국가와 비교한 한국 만성질환관리의 문제점
- ☑ 만성질환의 예방 및 관리를 위한 국내 시범사업 현황
- ☑ 지역사회 중심의 일차의료 질 강화를 위한 「일차의료 만성질환관리 통합 시범사업」의 주요내용

Key Word 일차의료, 만성질환, 만성질환관리

## 1. 들어가며

한국은 2017년 65세 이상 인구가 총인구의 14%를 넘는 고령사회에 진입하였다. 인구 고령화와 서구적 식생활 등으로 만성질환이 급증하여 2016년 건강보험 적용인구의 33.1%인 1,679만명이 만성질환을 가지고 있으며, 이에 따른 의료비 증가는 사회·경제적 부담을 가중시킬 것으로 예상된다.

그러나 만성질환관리 실패에 따른 한국의 2013년 예방 가능한 당뇨병 입원율은 인구 10만 명당 281명으로, OECD 평균 137명의 2배 수준이다. 또한 경증 만성질환관리에 대한 일차의료 역할이 미흡하여 대형병원을 이용하는 진료행태가 늘어나 의원급 외래 비중이 2007년 41.6%, 2014년 38.3%, 2016년 37.8%로 지속적으로 감소되어 일차의료 강화 방안이 필요한 상황이다.

그간 정부 주도로 만성질환의 예방·관리를 위한 다양한 사업<sup>1)</sup>이 운영되고 있으며, 2016년부터는 보건복지부 주관으로 일차의료기관의 만성질환관리 역량을 강화하기 위한 건강보험 수가 시범사업<sup>2)</sup>이 시행 중이다. 그러나 만성질환관리 사업 간 중복 문제와 대상자 관리범위 제한 등에 대한 지적이 제기되고 있다.

이에 정부에서는 만성질환관리 사업의 효율적인 운영을 위해 「동네의원 중심 만성질환관리」를 국정과제에 포함시키고, 기존 만성질환관리 사업을 연계한 통합 모형 개발 및 제도화<sup>3)</sup>를 추진 중에 있다.

본 고에서는 일차의료의 질을 강화하기 위해 추진된 만성질환관리 사업 및 건강보험 수가 시범사업을 소개하고, 일차의료 만성질환관리 통합 시범사업의 주요내용과 향후 발전방안을 제언하고자 한다.

## 2. 만성질환관리 사업 소개

급증하는 만성질환을 관리하기 위해 국가적 차원에서 환자가 스스로 자기 관리하기 어려운 현실이라고 판단하여 정부차원에서 고혈압·당뇨병 등록·관리 사업을 보건소 중심으로 운영하고, 보험자 차원에서는 의원급 만성질환관리제, 지역사회 일차의료시범사업, 만성질환관리 수가 시범사업을 의원 중심으로 실시하고 있다(표 1).

(표 1) 만성질환관리 사업·제도 비교

구분	고혈압·당뇨병 등록·관리사업	의원급 만성질환관리제	지역사회 일차의료 시범사업	만성질환관리 수가 시범사업
시작	2007년~	2012년~	2014년 7월~	2016년 9월~
소관	질병관리본부	보건복지부	보건복지부	보건복지부
대상 지역	25개 보건소(국비50%) 6개 보건소(지방비100%)	전국 단위	16개 시·군·구	전국 단위
참여 대상	대상지역 소재 지정 의원 및 약국 (*17.9. 현황: 의원1,510개소, 약국2,108개소)	전체 의원 (*17.상반기 현황: 7,885개소)	대상지역 소재 의원 (*18.5. 현황: 741개소)	참여 신청 의원 1,870개 (*18.7. 현황: 1,173개소)
	대상지역 주민 중 고혈압·당뇨병 환자(만30세~) (*17.9. 현황:약 41만명)	고혈압·당뇨병 환자 (*17.상반기 현황: 222만명)	참여 의원에 다니는 고혈압·당뇨병 환자 (*18.5. 현황: 약 10.1만명)	참여 의원에 다니는 고혈압·당뇨병 환자 (의원 당 100명 이내) (*18.7. 현황: 5.1만명)

1) 대구광역시 심뇌혈관질환 예방관리사업(2007년~), 고혈압·당뇨병 등록관리사업(2007년~), 서울시 대사증후군 관리사업(2009년~), 의원급 만성질환관리제(2012년~), 지역사회 일차의료 시범사업(2014년~2017년 10월 4개 시·군·구. 국고사업), 지역사회 통합건강증진사업(2016년~)

2) 만성질환관리 수가 시범사업(2016년~), 지역사회 일차의료 시범사업(2017년 11월~)

3) 만성질환관리 수가 시범사업, 지역사회 일차의료 시범사업, 의원급 만성질환관리제, 고혈압·당뇨병 등록사업 단계적 통합 추진 예정

## 가. 고혈압·당뇨병 등록 관리사업

### 1) 관리사업 개요

의원에서 고혈압·당뇨병 환자의 적절한 약물치료 뿐 아니라 건강행태 개선에 적극적으로 개입하여 지속적·효율적·포괄적 관리를 시행함으로써 약물지속치료율과 혈압·혈당 조절률을 향상시켜 뇌졸중 및 심장질환의 발병률을 감소시키기 위해 추진되었다.

### 2) 주요 내용

주민등록상 사업지역에 거주하는 30세 이상 고혈압·당뇨병 환자가 관할 보건소로부터 고혈압·당뇨병 등록관리 의료기관으로 지정·승인을 받은 의료기관에 방문하여 등록 시 65세 이상 환자는 1인당 연간 1,000원, 30~64세 환자는 1인당 연간 5,000원의 환자등록비가 의원에게 지급된다. 65세 이상 등록 환자의 경우, 1인당 월 3,500원(연 42,000원 수준)의 본인부담금(진료비, 약제비, 합병증 검사비)이 지원된다.

환자의 자기관리능력 향상을 위하여 혈압·혈당 조절상태, 영양교육, 보건교육 일정 안내 및 개인별 특성과 위험요인에 따른 맞춤형 보건교육을 받을 수 있다. 합병증 발생, 거동장애 등으로 장기간 병의원을 방문하기 어려운 경우 보건소를 통하여 개별 전화상담 서비스를 제공받을 수 있다.

### 3) 참여 현황

동 사업은 대구광역시에서 시행된 교육중심의 고혈압·당뇨병 관리사업(2002년)을 기반으로 2007년부터 추진되었다. 2010년 심뇌혈관질환 종합대책 수립 후 2012년 7월부터 사업이 확대되어 19개 시·군·구에서 참여하였고, 대상지역 소재 1,510개 의원 및 2,108개 약국이 지정되어 약 41만명의 환자가 등록(2017.9. 기준)되었다.

## 나. 의원급 만성질환관리제

### 1) 관리제도 개요

고혈압·당뇨병 환자가 동네의원에서 적절한 진료 및 건강관리를 지속적이고 체계적으로 받을 수 있도록 지원하여 만성질환 환자의 건강을 증진시키고, 대형병원 쏠림 완화 및 일차료를 활성화하기 위하여 2012년 4월부터 추진되었다.

## 2) 주요 내용

고혈압·당뇨병 환자가 지속적으로 치료·관리 받을 동네의원 및 의사를 지정하여 치료·관리 시, 환자의 재진 진찰료에 대한 본인부담률이 10%경감(30% → 20%)되며, 건강지원서비스를 통해 알림서비스(SMS), 건강전문상담, 혈압측정기 및 혈당측정기 대여, 책자제공 등의 서비스를 제공받을 수 있다. 또한 만성질환자를 지속적으로 적정하게 관리하는 의원의 질환관리 노력을 향상시키기 위해 고혈압·당뇨병 적정성평가 결과가 양호한 의원에게 질환별(고혈압·당뇨병)로 인센티브를 지급하고 있다.

## 3) 관리 현황

2015년 기준 7,935개 의료기관이 참여하여 연 인원 13만명에게 건강지원 서비스가 제공되었고, 이중 교육서비스 참여인원은 1만 3천명으로, 동 제도에 참여한 고혈압·당뇨병 환자의 외래 진료 지속성(1.6~9.7배)과 투약 순응도(1.1~1.3배)가 유지·호전되었다.<sup>4)</sup>

2016년 적정성 평가결과 당뇨병 평가 인센티브지급 기관은 3,194개소, 지급액은 약 39억원이었고, 고혈압 평가 인센티브지급 기관은 5,341개소, 지급액은 약 118억원이었다.<sup>5)</sup>

## 다. 지역사회 일차의료 시범사업

### 1) 시범사업 개요

일차의료의 질을 강화하기 위해 동네의원에 만성질환관리 교육·상담 수가를 도입하여 충분한 진료시간을 보장하고, 포괄적 관리계획 수립과 지역사회 건강자원의 연계를 통하여 체계적으로 만성질환을 관리하기 위해 추진되었다.

2014년부터 4개 시·군·구에서 국고지원금으로 운영되던 시범사업을 2017년 11월에 건강보험 수가시범사업으로 전환하고 참여지역을 확대하여, 16개 시·군·구 741개소 의원의 10만 1천여명이 참여(2018.5.기준)하고 있다.

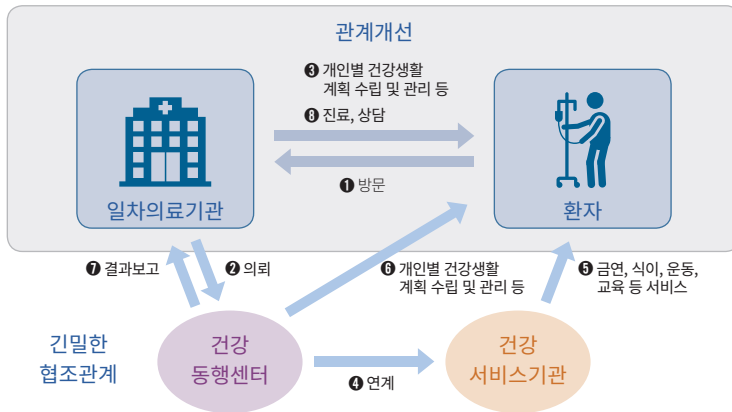
### 2) 서비스 모형 및 특징

의사는 고혈압·당뇨병 환자의 질환관리 상태, 생활습관 등을 포괄적으로 평가하여 연 단위 관리계획을 수립하고, 질환의 이해를 돕기 위한 질병관리 교육·상담과 생활습관 개선을 위한 교육·상담(영양, 운동, 흡연 등)을 실시한다. 필요시 생활습관 개선 교육·상담은 건강동행센터에 등에 연계하여 간호사, 영양사 등 전문가가 맞춤형 교육·상담을 제공한다.

4) 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. 만성질환관리제를 통한 건강지원 서비스의 의료이용 효과분석. 2015.

5) 건강보험심사평가원. 건강을 가꾸는 사람들. 2018 March+April 03/04 Vol.163

동 시범사업은 지역의사회를 대상으로 공모를 통해 참여지역을 선정하여 지역의사회의 주도적·자율적 참여를 기반으로 지역 내 일차의료기관과 협력체계를 구축하고, 세계보건기구가 인정한 질환별 표준화된 25종의 교육자료와 의사용 교육매뉴얼을 제공하여 일차의료 의사의 역량 향상과 질 강화를 지원하고 있다. 또한, 생활습관 개선 교육·상담은 건강동행센터 등을 통해 전문가에 의한 개인 맞춤형으로 제공하여 참여환자의 만족도가 높으며, 의사는 질환관리에 집중할 수 있도록 지원하고 있다[그림 1].



[그림 1] 지역사회 일차의료 시범사업 서비스 모형

### 3) 시범사업 수가

건강보험 시범수가는 국고 시범사업(2014년~2017년 10월)의 큰 틀은 유지하여 사업의 연속성은 확보하되, 건강보험체계 내 적합성 등을 고려하였으며, 교육·상담의 수가를 인상하여 현장의 수용성을 높이하고자 하였다.

수가는 실시단계에 따라 ‘포괄평가 및 계획수립료’, ‘교육·상담료’로 구분하며, 포괄평가는 2회 방문(초회 방문시 포괄적 평가 및 검사 실시, 차기 방문시 검사결과 등을 토대로 연단위 관리 계획 수립)의 묶음수가, 교육·상담료는 행위별 수가를 적용하고 있다. 환자당 연간 최대 14만원 수준으로, 시범기간 동안 환자 본인부담은 면제하고 있다(표 2).

(표 2) 지역사회 일차의료 시범사업 수가 분류 및 수준

구분	행위분류	행위정의	수가수준(산정회수)
포괄평가 및 계획수립	포괄평가 및 계획수립료 (2회 방문 묶음수가)	건강문제를 포괄적으로 평가, 연간 관리 계획 수립, 종합관리계획서 제공	67,800원 (연1회)
교육·상담	질병관리 교육·상담료	질환 소개, 치료, 합병증관리 등 질병관리에 대한 교육·상담 실시	8,960원 (연4회)
	생활습관개선 교육·상담료	영양, 금연, 운동 등 생활습관 개선을 위한 교육·상담 실시	8,960원 (연4회)
	연계 조정료	건강동행센터에서 실시한 생활습관 개선 교육·상담 결과 확인, 만성질환관리에 환류 시행	
(차기년도) 포괄평가 및 계획수립	(차기년도) 포괄평가 및 계획수립	이전주기 관리계획 점검 및 건강상태 포괄평가, 차기년도 관리계획 수립	67,800원 (연1회)

## 라. 만성질환관리 수가 시범사업

### 1) 시범사업 개요

고혈압·당뇨병 환자의 상태를 잘 아는 동네의원 의사가 대면진료와 비대면 관찰·상담을 지속적으로 제공하여 환자의 자기 관리를 강화하고, 일차의료 중심으로 만성질환을 효율적으로 관리하기 위해 추진되었다.

동 시범사업은 2016년 9월에 시작하여 전국 소재 1,173개 의원의 고혈압·당뇨병 환자 5만 1천여 명이 참여(2018.7.등록기준)하고 있다.

### 2) 서비스 모형 및 특징

의사는 대면진료시 환자의 건강상태를 평가하여 관리계획을 수립하고, 다음 대면진료 사이에 환자가 주1회 이상 주기적으로 혈압·혈당을 측정하여 모바일앱·인터넷 등을 통해 수치를 전송하면 모니터링 후 피드백을 실시하고, 필요시 월2회 이내로 전화상담을 제공한다.

또한 스마트폰 또는 인터넷이 없거나 이용에 어려움을 겪는 만65세 이상 노인의 경우 의원에 전화 또는 문자로 직접 혈압·혈당수치를 알려주도록 하여 참여를 유도하고 있다. 시간적 제약으로 의료기관 이용이 어려운 직장인 등은 비대면 관리를 통해 효율적으로 만성질환관리가 가능하여 높은 만족도를 보이고 있다[그림 2].



[그림 2] 만성질환관리 수가 시범사업 서비스 모형

### 3) 시범사업 수가

수가는 실시단계에 따라 ‘계획 수립, 점검 및 평가’, ‘지속관찰 관리’, ‘전화상담’으로 구분하고, 각 행위별 특성에 따라 행위별 수가 또는 월정액 수가로 지급하고 있다. 환자당 월 평균 2.9만원(최소 1만원~최대 3.7만원, 2018년 기준) 수준으로, 시범기간 동안 환자 본인부담은 면제하고 있다(표 3).

(표 3) 만성질환관리 시범사업 수가 분류 및 수준

구분	행위분류	행위정의	수가수준(산정회수)
대면진료	계획 수립, 점검 및 평가	환자 상태를 평가하여 관리계획을 수립하고, 자가측정 등 교육 실시	9,850원 (월1회)
비대면 관리	지속관찰 관리 (월정액)	모바일앱·인터넷 등을 통해 주1회 이상 전송된 혈압·혈당정보 확인하고, 주단위로 월2회 이상 recall(문자메시지) 서비스 제공	11,170원 (월1회)
	전화상담[1일당]	계획단계에서 체크된 생활습관 위험요인 등에 대해 필요시 상담 실시	7,980원 (월2회)
(차기방문) 대면진료	(차기방문) 계획 수립, 점검 및 평가	환자 상태에 대한 모니터링 결과에 따라 관리계획 점검, 차기 관리계획 수립	9,850원 (월1회)

### 3. 지역사회 중심 일차의료 강화를 위한 「일차의료 만성질환관리」 통합 시범사업 준비

#### 가. 시범사업 추진 배경

그간 중복적으로 운영되던 만성질환관리 사업들의 한계점을 보완하고, 일차의료기관 중심으로 만성질환의 포괄적 관리 서비스 제공체계 구축을 통한 일차의료의 접근성·포괄성·지속성·조정성 속성에 대한 강화가 요구되었다. 또한, 지역사회 자원과 연계·활용을 통해 일차의료기관에 대한 생활습관 개선 교육·상담 제공 등 지원이 필요하였다.

이에 복지부는 일차의료 만성질환관리 사업 간 통합 추진을 위해 전문가로 구성된 사전 준비단을 구성·운영하여, 만성질환관리 수가 시범사업과 지역사회 일차의료 시범사업 등의 장점을 반영한 만성질환 통합 관리 모형을 개발하였다.

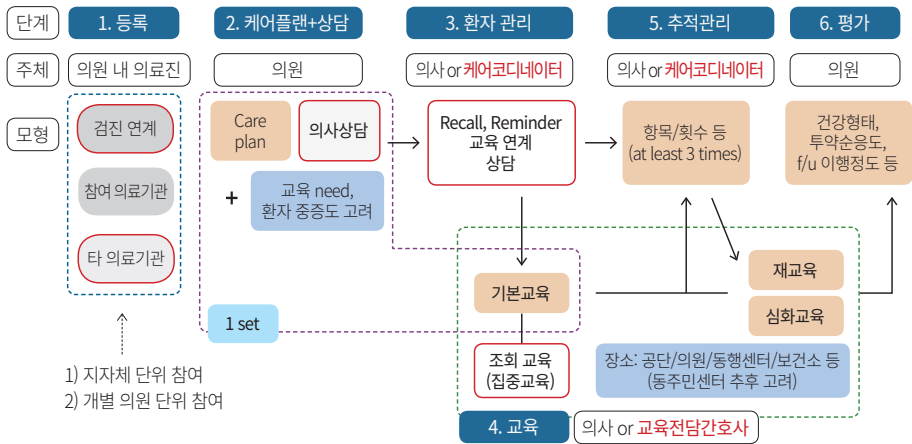
올 6월에는 효과적인 사업 추진을 위해 ‘일차의료 만성질환관리 추진단’을 발족하고, 12월에 통합 시범사업의 시행을 목표로 추진을 준비하고 있다. 향후 의원급 만성질환관리제, 고혈압·당뇨 등록관리 사업도 단계적으로 통합될 예정이다.

#### 나. 서비스 모형

지역의사회의 참여 신청을 통해 선정된 지역 내 의원급 의료기관에서 고혈압·당뇨병 환자를 대상으로 [그림 3]의 서비스를 제공할 예정이다.

의사는 질환 중증도·환자의 요구도 등을 충분히 평가해 연단위로 맞춤형 관리계획(케어플랜)을 수립하고, 케어코디네이터에 의한 질환상태 추적관찰 등 환자관리를 도입하며, 의사·간호사는 환자 상황에 맞는 다양한 교육·상담을 제공한다. 또한 관리계획의 이행여부 및 질환 상태 등을 주기적으로 점검·평가하고, 보건소·건강생활지원센터 등 지역사회 내 건강자원과 연계하여 참여기관에서 의뢰한 환자의 운동·영양 등 생활습관 개선 교육·상담을 제공한다.





[그림 3] 일차의료 만성질환관리 통합 시범사업 서비스 모형(안)

#### 다. 시범사업 수가

부분 월정액제로 복약·방문 리마인드 등 환자관리 서비스는 환자 1인당 월정액으로 하고, 케어플랜, 교육·상담, 추적관리는 행위별로 지불한다. 시범수가 수준은 행위별 특성, 기존 시범사업 수가와 건강보험 내 유사 수가 등을 고려하여 관련 전문가 및 이해관계자 등과 추가 논의를 거쳐 확정할 예정이다.

### 4. 통합 시범사업의 향후 발전방안 제언

만성질환 통합 시범사업의 성공적인 정착을 위한 장기 발전방안을 제언하고자 한다.

첫째, 일차의료기관들이 보다 적극적으로 만성질환관리에 참여하도록 환자의 건강성과에 기반을 둔 보상체계 마련을 도입해야 한다. 환자의 건강성과는 만성질환관리에 따른 혈압·혈당 관리정도, 복약순응도 등 지표를 개발·관리하여 관리 성과에 따른 인센티브 방안으로 활용될 수 있을 것이다. 아울러, 만성질환관리 성과가 우수한 기관에 대해 그린처방의원과 같은 비금전적 보상체계를 도입하여 의료기관의 자발적인 질 향상을 견인할 필요가 있다.

둘째, 환자의 참여를 유도하기 위한 다양한 인센티브 제도도 고려해야 한다. 기존 건강보험 수가 시범사업은 환자 본인부담금 면제에도 참여율이 낮아, 향후 통합 시범사업의 환자 본인부담금 부과에 따른 제도 확산에 대한 우려가 존재한다. 만성질환관리계획에 따른 교육·상담을 모두 이수한 경우 적립금 등의 인센티브를 제공하여 당일 진료비 지불에 사용하도록 지원하는 방안 등에 대한 검토가 필요할 것이다.

셋째, 행위별 보상체계에서 다양한 지불보상체계 도입이 필요할 것이다. 만성질환관리 서비스를 연단위로 제공함에 따라 의사의 환자참여 독려 및 지속적 관리 역할 수행이 중요하다. 행위별 수가제 적용시 의료계의 수용도가 높아 제도 확산에 유리하나, 수가수준이 높은 ‘포괄평가 및 계획수립(케어플랜)’에만 집중하고 이후 교육·상담 등의 지속적인 관리가 미흡할 수 있다. 이에 제도 안착 후 점진적으로 묶음수거나 월단위 정액수가제 등으로 전환하여 일차의료의 지속성과 책무성을 강화시켜야 할 것이다.

넷째, 지역사회 자원과 연계한 생활습관개선 교육·상담 인프라를 강화하는 방안을 모색해야 한다. 만성질환관리에는 생활습관 개선이 매우 중요하므로, 지역사회 인프라와 네트워크체계 구축을 통한 자원의 공동 활용으로 일차의료지원센터를 확대하여 환자의 접근성을 개선할 필요가 있다.

## 5. 나가며

일차의료 만성질환관리 통합 시범사업은 일차의료기관에서 만성질환에 대한 포괄적인 의료서비스를 제공하고, 의원의 생활습관·의료 이용의 네비게이터 기능을 강화하여 만성질환을 효과적으로 관리하기 위해 추진되고 있다.

향후 관계기관이 참여한 ‘일차의료 만성질환관리 추진단’을 중심으로 만성질환관리 서비스 제공 프로토콜을 구체화·표준화하고 일차의료기관에 대한 지원을 통해 일차의료의 질을 강화함과 동시에 합리적인 지불체계 마련으로 전국 단위로 제도 확산에 이바지해야 할 것이다.

이를 통해 치료중심의 건강보험체계를 예방관리 중심의 패러다임으로 전환하고, 만성질환의 악화 예방과 합병증 발생률 감소로 건강보험 재정의 지속성을 확보할 수 있을 것이다. 또한 지역사회 중심의 건강관리체계 강화를 통해 커뮤니티케어의 사회적 가치 실현을 기대할 수 있을 것이다. X

## 참고문헌

- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. 2016년 건강보험 통계연보. 2017.  
 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 지역사회 자원을 연계한 만성질환관리 통합 서비스 제공모델 개발. 2016.  
 국민건강보험공단 만성질환관리 시범사업지원단. 만성질환관리 시범사업 업무 매뉴얼. 2016.  
 보건복지부 지역사회 일차의료 시범사업 사무국. 지역사회 일차의료 시범사업 운영지침. 2017.  
 질병관리본부. 고혈압·당뇨병 등록관리사업 표준실무지침. 2017.  
 OECD. 2017 OECD 한눈에 보는 보건. 2017.