

# 일차의료 만성질환관리 보상체계 개발

Developing payment system for chronic  
disease management in primary care



이도경 부연구위원  
건강보험심사평가원 의료이용체계연구부

- Key Points**
- ✓ 10여 년간의 만성질환관리 사업의 한계를 탈피하고 제도 확산에 대한 전략이 필요
  - ✓ 사업 참여율 및 의료 질 성과에 대한 보상을 통해 지속적인 질 개선 유인 제공 필요
  - ✓ 중장기적으로 질환의 확대, 평가 영역의 확대, 평가대상의 확대를 통해 일차의료 강화 필요
- Key Words** 만성질환, 일차의료, 일차의료 만성질환관리 사업, 의료공급자 보상, 성과지불보상  
chronic disease management in primary care, provider payment, pay-for-performance

## 1. 들어가며<sup>1)</sup>

2000년 이후 정부에서는 만성질환관리를 위해 다양한 사업을 시행하였으나, 사업 모형, 전달체계, 재정구조가 상이하여 확산 및 제도화에 어려움이 있었다. 이에 따라 효과적인 만성질환관리를 위해 정부에서는 일차의료 만성질환관리 추진단을 출범하고, 고혈압·당뇨병 등록관리사업, 만성질환관리제(고혈압·당뇨병 가산지급사업 등), 지역사회 일차의료시범사업과 만성질환관리 수가시범사업을 단계적으로 통합하는 계획을 발표했다(2018년 6월).

통합 1단계로 지역사회 일차의료 시범사업(2014년~2018년)과 만성질환관리 수가시범사업(2016년~2018년)을 통합하여 2019년 1월 중순부터 일차의료 만성질환관리 시범사업을 시행하고 있다. 일차의료 만성질환관리 시범사업은 지속적이고 포괄적인 만성질환관리 체

1) 이 글은 2019년 건강보험심사평가원에서 수행된 「일차의료 만성질환관리 보상체계 개발」 연구보고서 내용의 일부를 재구성하여 작성된 것이다.

계를 구축하여 만성질환자의 건강결과를 향상시키고, 이를 바탕으로 의료전달체계 효율화에 기여하는 것을 목적으로 한다.

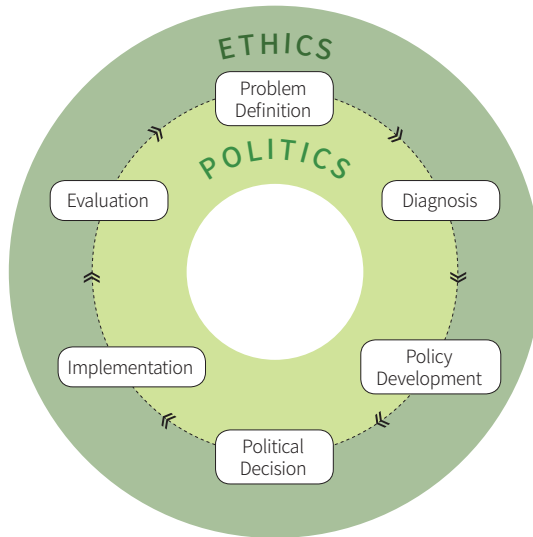
의료공급자에 대한 지불방식은 보건의료 정책의 중요한 정책 수단이다. 이 글에서는 국내 일차의료 만성질환관련 정책 진단을 통해 보상방향을 설정하고, 만성질환관리 체계 구축과 일차의료 활성화를 위한 보상체계를 제시하였다.

## 2. 일차의료 만성질환관련 정책 진단

### 가. 일차의료 만성질환관련 정책 진단 틀

정책은 정책의 의도로 평가되지 않고 실제 정책으로 인한 변화로 평가되므로, 목표 달성을 위한 적절한 방향 설정과 정책 수단을 채택하고 있는지 지속적인 점검이 필요하다. 따라서 일차의료 만성질환관리 정책의 배경 및 실행 과정을 복기하고 논의사항을 재정리함으로써 정책 목표와 실제 실행되고 있는 정책 간 간극이 발생하는 지점에 대해 점검하고자 한다. 이를 통해 일차의료 만성질환관리 보상체계의 중점 영역을 도출하고자 한다.

Roberts 등(2008)에 따르면 보건의료 정책은 정책문제 정의, 진단, 정책 개발, 정치적 의사결정, 실행, 평가의 순환구조를 가진다. 그리고 이 모든 과정에는 한 사회가 전반적으로 추구하는 사회윤리적 규범과 이해관계자들 사이의 정치가 작동한다.



[그림 1] 보건의료 정책 순환구조

자료: Roberts 등. Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. 2008.

## 나. 일차의료 만성질환관련 정책 순환구조

기존 만성질환관리 사업이 동네의원을 대상으로 하며 일차의료 활성화에 목적을 두었다. 하지만 엄밀히 말하면 만성질환관리와 일차의료의 논의의 내용이 중첩될 수 있으나 온전히 동일하지 않다. 따라서 명확한 논의를 위해 고혈압·당뇨병 중심의 만성질환관리 정책과 일차의료 관련 정책 순환구조를 구분하여 검토하였다.

정책순환구조는 문제 정의, 원인 진단, 정책 개발, 정치적 의사결정과 실행 순으로 정리하였으며, 문제 정의는 기존 연구 등에서 제기된 문제점, 현재 시점에 이르기 까지 정책과 그 정책의 문제점을 위주로, 원인 진단은 보건복지부에서 실제 제안한 정책대안의 원인을 중심으로 정리하였다.

### 1) 만성질환 관리 정책

#### 가) 문제 정의

국내 만성질환관련 정책의 최초 시작은 심뇌혈관질환 관리의 필요성에서 시작하였다. 심뇌혈관질환은 전체 사망 중 24.8%(2014년 기준)으로 높은 수준으로 유지하고 있다. 또한 심뇌혈관질환으로 인한 의료비 증가, 노동력 상실, 조기 사망 등 사회경제적 비용은 4조 2천억 원으로 파악되었다(이진세, 2016).

정부에서 2006년 제 1기 심뇌혈관질환 종합대책을 수립하였으며, 심뇌혈관질환의 위험요인인 고혈압·당뇨병의 치료율을 개선하고, 지역사회 중심의 포괄적 서비스를 제공하기 위해 2007년 9월 질병관리본부의 고혈압·당뇨병 등록관리사업을 도입했다. 지역의 보건소와 등록관리센터가 중심이 되어 의원과 환자간 치료일정, 교육 등 관리서비스를 연계하였으며, 등록환자에게 의료비를 지원하고 의원에게는 등록비를 지원하였다.

이후 건강보험 내 정책으로는 동네의원에서 지속적으로 고혈압·당뇨병 환자를 관리할 수 있도록 2012년 의원급 만성질환관리제, 2014년 지역사회 일차의료 시범사업, 2016년 만성질환관리 수가 시범사업이 선행 사업의 한계점을 보완하며 순차적으로 도입되었다. 의원급 만성질환관리제에서는 고혈압·당뇨병 환자가 의원에 등록하여 이용하는 경우 환자의 본인부담금을 경감하고, 의원의 질 평가를 통해 우수기관에게 인센티브를 지급하도록 했다. 또한 지역사회 일차의료 시범사업에서는 기존 만성질환관리사업의 미흡했던 포괄평가 및 교육·상담료가 신설되었다. 그리고 만성질환관리 수가시범사업에서는 환자관리에 초점을 두어 비대면 서비스에 대해 보상하는 방안이 시행되었다.

이러한 만성질환관리 사업의 효과가 일부 보고되었는데, 고혈압·당뇨병 등록관리사업은 대조군에 비해 등록환자군에서 지속치료율과 혈압 조절률이 개선된 것으로 보고된 바

있다. 지역사회 일차의료 시범사업 및 만성질환관리 시범사업의 경우도 참여군에서 생활습관 개선, 의사환자관계 개선, 혈압 조절률이 개선되었다(김희선, 2018 재인용).

하지만 국가 전체적으로 2016년 기준 고혈압·당뇨병 유병인구수(고혈압 약 1,100만 명, 당뇨병 약 500만 명)는 증가하였고, 고혈압의 조절률은 44%, 당뇨병의 조절률은 25%(대한고혈압학회, 2018; 대한당뇨병학회, 2018)로 개선이 필요한 상황이다.

#### 나) 원인 진단

기존 만성질환관리 정책의 효과에도 불구하고 국가 전체 고혈압·당뇨병 관리수준이 크게 개선되지 않은 것은 급격한 인구 고령화에 따른 절대적인 만성질환자 증가도 원인이며, 기존 사업이 전체 만성질환관리 체계에 미친 영향이 크지 않았기 때문이다. 시범사업의 경우 사업에 등록된 환자들만 혜택을 보는 구조였고, 기존 사업의 모형, 전달체계, 재원이 상이하여 제도의 확산에 한계가 있었다.

고혈압·당뇨병 등록관리사업은 10여 년 동안 시행되었으나 2018년 기준 19개 지역, 25개 보건소, 1,446개 기관, 42만 명의 환자가 참여하였다. 지역사회 일차의료 시범사업은 16개 지역, 의원급 의료기관 726개, 환자 약 8만 명이 참여하였고, 만성질환관리 시범사업은 의원급 의료기관 1,172개, 환자 약 5만 명이 참여하였다.

#### 다) 정책 개발 및 정치적 의사결정

2017년 11월 보건복지위원회에서 만성질환관리 사업 운영의 효율성 증대를 위해 만성질환관리 사업간 통합이 제안되었다. 이에 따라 복지부는 2018년 6월 기준 4개의 만성질환관리 사업의 단계적 통합(안)을 마련하였고, 6개의 보건의로 공공기관<sup>2)</sup>으로 구성된 일차의료 만성질환관리 추진단을 출범하였다. 또한 전문가 및 이해관계자 22명으로 구성된 추진위원회를 구성하였다.

일차의료 만성질환관리 시범사업은 기존 시범사업이 바탕이 되었고 정부기관을 중심으로 추진되었기 때문에 빠르게 사업을 추진할 수 있었다. 하지만 의료계에서는 보건복지부가 의사결정 과정에서 대한의사협회와 논의하지 않은 점, 추진단이 의료계의 참여 없이 정부기관으로만 구성된 점, 그리고 추진위원회 내 의료계 인사는 2명으로 소수인 점을 비판하고 일방적으로 진행되는 사업을 반대하는 의사를 표시하였다(이정환, 2018). 이후 보건복지부가 시범사업 수가와 모델을 의협과 논의하여 적용하기로 하였고, 이에 대해 의협은 복지부가 신뢰를 보여줬다고 평가하고 시범사업을 잘 추진하겠다고 하였다(박진규, 2018).

시범사업 참여지역을 모집하는 중 2019년 2월 정부가 진찰료 30% 인상에 대한 의협의

2) 보건복지부, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 질병관리본부, 한국보건의료연구원

요구를 수용하지 않자 전국광역시의사회협의회가 대한의사회 집행부에 일차의료 만성 질환관리 시범사업 전면 철회를 권고하는 등 여파가 있었다. 의료계 내부적으로는 시범사업이 장기적으로 바람직한 사업인데 시범사업 참여 철회가 의사와 환자간의 신뢰를 깎아 수 있다는 우려도 제기되었다(신형주, 2019).

## 라) 실행

여러 진통 끝에 2018년 12월부터 2019년 5월까지 4차례에 걸쳐 참여의원을 모집하였다. 신청 주체는 개별의원이 아닌 지역 내 20개 이상의 의원을 모집한 지역의사회였으며, 보건소·건강보험공단 지사 등 지역 보건의료기관과 협력체계 구축이 신청 조건이었다. 그 결과 총 2,186개 의원이 참여하였으며, 1차 참여의원은 2019년 1월부터 시범사업을 시작하였다.

## 2) 일차의료 관련 정책

### 가) 일차의료 정의

1996년 미국의학회에서는 일차의료를 다음과 같이 정의한다.

“개인의 보건의료 필요 대부분을 해결하고 환자와 지속적인 동반자 관계를 형성하며 가족과 지역사회의 맥락에서 활동하는 책임을 지는 임상외과사가, 통합적이고 접근성 높은 보건의료서비스를 제공하는 것”(최용준 등, 2013 인용)

우리나라 일차의료연구에서 2007년 제안한 일차의료에 대한 정의는 다음과 같다.

“일차의료란 건강을 위하여 가장 먼저 대하는 보건의료를 말한다. 환자의 가족과 지역사회를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민에게 흔한 건강문제를 해결하는 분야이다. 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민 참여가 필요하다.”

### 나) 문제 정의

일차의료 관련 학회에서 제시한 일차의료에 대한 정의에도 불구하고, 아직 국내 사회적으로 합의된 일차의료에 대한 정의는 부재한 상황이다. 국내 의료기관에 대한 명시된 역할 정의는 의료법이 유일하다. 의료법에 의하면 의원은 외래환자를 대상으로 진료하고, 병원은 주로 입원환자(병원급 30병상 이상, 종합병원급 100병상)를, 상급종합병원은 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 것으로 정의하고 있다.

의료법의 정의에도 불구하고 국내 현실은 의료기관 종별로 기능이 분리되어 있지 않다. 건강보험 요양급여비용에서 의원의 비중은 2003년 45.5%에서 2014년 27.5%로 감소한 반면, 상급종합병원의 외래 수입 비중은 2003년 21.5%에서 2014년 31.3%로 증가하였다(조비용 등, 2016). 대표적인 외래 민감성 질환인 호흡기계질환의 외래 진료비 변화율을 종별로 살펴보면 2002년 대비 2013년 상급종합 1.3%, 종합병원 2.4%, 병원 4.7% 증가한 반면, 의원은 8.2% 감소하였다(윤강재 등, 2014). 의원에서 충분히 진료할 수 있는 환자가 병원급 의료기관을 이용한다는 것은 의료자원 이용의 비효율성이 높다는 것이다

의원의 신규개원수 대비 폐업기관수의 비율이 80% 이상으로 매우 높게 나타났다. 의원의 경영난과 함께 의료계에서는 수가가 원가의 75%에 불과하기 때문에 수가 인상을 주장하고 있다(임술, 2014). 의료계의 짧은 진료시간으로 인한 질 저하의 원인도 낮은 수가에 기인한 것이라는 주장도 있다(박재영, 2015).

지난 2009년 보건복지부에서는 「일차의료 기능정립 TF」를 구성하여 일차의료 활성화 논의를 시작하였다. 2011년에는 수요자 중심의 지속가능한 보건의료체계를 구축하기 위해 「의료기관 기능 재정립 기본계획」을 발표한 바 있다. 큰 골자는 의료기관 종별 기능의 명확화, 종별 기능에 따른 체계적 의료이용, 의원의 의료서비스 질 제고, 병원의 전문화 및 필수의료 지원, 대형병원 기능의 고도화, 의료자원 관리체계 선진화, 의료서비스 수준 향상을 위한 기반 확충이다. 그 중 의원에 해당하는 내용은 의원급의 외래 수가 인상, 만성질환자·노인 본인부담의 경감, 의료기관간 정보교류를 위한 EHR 표준체계 마련 및 관련 수가 보상체계 마련, 만성질환·노인 관리체계 구축(선택의원제)<sup>3)</sup>, 의원 공동개원 활성화 및 환자 중심 협력 진료 강화, 일차의료 인력 양성 및 임상역량 강화이다.

2014년 국정감사 결과, 의료기관 기능 재정립 기본계획 30개 추진과제 중 완료한 과제는 경증 외래 환자 약국 본인부담 차등제, 연구중심 병원 지정 등 10개였다. 완료된 과제 중에서도 의료기관간 협력체계 구축 등 5개 과제는 효과가 미비하고 지속 추진과제로 남았다.

2017년 정부는 국정과제로 건강보험 보장성 강화대책을 발표하였고 2018년부터 단계적으로 비급여의 급여화를 시작하였다. 환자의 경제적 부담 완화를 목적으로 하였으나 반작용으로 상급종합병원의 경제적 문턱이 낮아져 상급종합병원에 대한 의료이용 쏠림 가능성이 지적되었다.

의료이용 분석 결과, 2008년 대비 2018년 진료비 점유율과 외래내원일수 변화율을 보면 상급종합병원이 다른 종별보다 많은 증가를 보였다. 진료비 점유율은 상급종합병원이 3.1%p 증가한 반면, 의원은 6.1%p 감소하였다. 또한 외래내원일수 증가율의 경우 상급종합병원은 66% 증가, 의원은 14% 증가한 것으로 나타났다(보건복지부a, 2019).

3) 선택의원제는 주치의 제도라는 비판을 받아 제도를 수정하여 만성질환관리제로 명칭을 변경하여 2012년 시행

#### 다) 원인 진단

정부는 합리적 의료이용과 지역의료 활성화를 위한 「의료전달체계 개선 단기대책」(2019년 9월)을 발표하였다. 주요 내용은 상급종합병원의 중증환자 위주 진료를 위한 평가·보상 개선, 적정 의료기관에서 진료 받도록 의뢰 내실화, 경증·중증 치료 후 관리 환자의 지역 병의원 회송 활성화, 환자의 적정 의료이용 유도, 지역 의료의 해결능력 제고 및 지역 병·의원 신뢰기반 구축이다.

의원과 관련된 내용은 만성질환관리 시범사업의 확대·개선과 수술전후 관리 교육상담 시범사업의 지속 및 분야 확대를 제시하고, 이를 통해 동네의원 일차의료 기능 강화를 유도하고자 하였다.

동네의원 일차의료 기능 강화로 의원의 교육·상담기능 강화를 제시한 이유는 의원의 낮은 질을 원인으로 진단하였기 때문이다. 정부는 이에 대한 근거로 동네의원 환자 만족도 33.2%가 대학병원 등의 환자 만족도 46.2% 보다 낮고, 주 불만족 사유로 낮은 치료효과(26.6%)와 낮은 진단 신뢰성(25.8%)을 제시한 연구결과를 인용하였다(보건복지부a, 2019).

동일한 원인진단이 제 1차 국민건강보험종합계획<2019~2023>에서도 나타난다. 예방 중심 건강관리 기능 강화로 일차의료 만성질환관리 시범사업과 의원 교육·상담 활성화를 제시하였다(보건복지부b, 2019). 이는 의원의 교육·상담수가를 통해 예방서비스 등 의원 서비스의 질을 개선하고자 하는 것이다.

#### 라) 실행

의원의 의료질 개선을 위해 외과계 수술 전후 교육·상담 수가가 2018년 9월 시행되었으며, 일차의료 만성질환관리 시범사업은 2019년 1월 시행되었다. 또한 기존 시범사업의 확장판으로 전체 의원급 의료기관을 대상으로 하는 교육상담료 시범사업이 2019년 5월 건강보험정책심의회에서 논의되었다(고신정, 2019). 시범사업의 주요 내용은 의원에서 체계적이고 구조화된 교육상담 또는 집중 진찰을 제공하면 진찰료 이외 별도의 수가로 인정하는 것이다. 교육 상담이 필요한 질환은 치매, 천식, 알레르기성 비염, 이상지질혈증, 녹내장, 폐경기질환 등이 거론되고 있으며, 논의를 통해 확정될 예정이다.

### 다. 일차의료 만성질환관련 정책 순환 구조 시사점

일차의료와 만성질환관련 논의를 살펴보면 만성질환관리를 위해 일차의료의 역할이 중요함을 언급하고 있다. 또한 비효율적인 의료전달체계 개선을 위해 일차의료 활성화가 필요하며, 일차의료 활성화 방안으로 만성질환관리 사업을 제시한다. 현재의 논의는 일차의료와 만성질환관리에 대한 문제인식과 방향만을 담고 있으며, 두 개의 이슈 간 구체적인 연



계방안은 없는 실정이다.

국내 만성질환관리 주요 핵심은 하나의 의원에서 고혈압과 당뇨병 환자를 지속적으로 관리할 수 있는 시스템을 갖추는 것이다. 이후 질환 포괄평가, 교육·상담 기능, 비대면 서비스 제공 등이 순차적으로 추가되었다. 서비스 제공대상은 특정 질환을 가진 참여환자로 국한되는 질환관리 사업으로 일차의료 활성화를 지향하고 있다.

WHO(2008)에 따르면 질병관리프로그램과 환자중심 일차의료는 차이가 있다. 질병관리 프로그램은 대상 질환에 초점을 맞춰 프로그램 내 서비스를 인구집단 중 등록환자에게 제공한다. 환자는 프로그램의 대상이며, 환자와 의사와의 관계는 프로그램내로 제한된다. 반면 환자중심 일차의료는 환자의 건강 니즈에 초점을 맞추고 포괄적이고 지속적인 환자중심 서비스를 지역사회 인구집단에게 제공한다. 또한 환자는 건강관리 파트너로서 의사와 지속적인 관계를 맺는다. 이와 같이 질환관리 프로그램과 일차의료는 대상 질환, 관리 인구집단, 서비스, 의사와 환자와의 관계에 있어 차이가 있다.

질환관리 프로그램과 일차의료는 차이가 있음에도 불구하고 국내에서는 질환관리 프로그램을 어떻게 발전시켜 일차의료 활성화에 기여할 것인지에 대한 논의는 부재한 상황이다. 일차의료 활성화를 위해서는 만성질환뿐만 아니라 급성질환, 건강증진, 예방서비스 등도 포괄해야 하며, 이러한 서비스를 제공할 수 있는 인력, 시스템 등 구조적인 측면도 갖추어야 한다. 일차의료 관련 논의의 시작은 국내에 적합한 일차의료의 정의, 역할, 모형, 지원체계 등에서 시작해야 할 것이다. 이러한 논의를 동반해야 결국 만성질환관리 사업이 일차의료 활성화에 어떠한 역할을 할지도 결정할 수 있다.

일차의료관련 정책의 논의 및 실행이 쉽지 않기 때문에, 우선 실행 가능한 만성질환관리 특히, 고혈압과 당뇨병 중심으로 접근하여 의원의 진료문화를 개선하고 의료 질 개선 유도를 시도할 수 있다. 하지만 제 4차 국민건강증진종합계획에 목표로 제시된 고혈압·당뇨병의 유병률, 인지율, 치료율, 조절률 개선을 위해서는, 사업에 참여하는 의원과 환자뿐만 아니라 그 효과가 국한되었던 지난 10년간의 고혈압·당뇨병 관리 모형의 한계를 벗어나야 한다. 잘 설계된 모형 뿐만 아니라 의원의 사업에 대한 접근가능성 및 수용성을 높여 어떻게 제도를 확산시킬 것인지에 대한 고민과 전략이 필요하다.

사업 확대를 위해서는 유사 제도 간 상호작용 또한 고려해야 한다. 의원의 의료 질 개선을 위해 일차의료 만성질환관리 사업뿐만 아니라 교육상담료 시범사업이 시행될 예정이기 때문에, 각 사업간 특장점 및 역할에 대한 검토도 필요하다.

지난 약 10년간 일차의료와 만성질환관련 많은 연구와 논의, 정책들이 실행되었다. 그리고 정책효과가 일부 있었으나 본래 의도한 만성질환관리 체계 구축 및 일차의료 활성화에는 역부족이었다. 2011년 복지부의 의료기능 재정립 기본계획은 일차의료관련 포괄적인 개선방안을 담고 있었으나 결국 제대로 실행되지 못했다. 그 이유는 정부와 의료계간 의견의



격차를 줄이기 어려웠고, 불신과 반목을 해소하지 못하였기 때문이다.

현재 문제인식과 정책의 방향성은 2000년대 후반과 크게 달라지지 않았다. 과거와 비교하여 의료기관 중별 기능 미분화, 비효율적인 의료이용 등 문제의 내용은 동일하지만 인구 고령화 등으로 만성질환자의 증가 및 의료이용의 비효율성의 크기는 커질 수 있다. 이에 대한 제시된 해결방향은 과거와 유사하다. 문제와 해결방향이 같다면 접근 방식 즉, 구체적인 정책을 개발하고 실행하는 과정을 개선해야 한다. 특히 과거의 시행착오에서 교훈을 얻어 의료계와의 상호 신뢰할 수 있는 협력 프로세스 구축이 필요하다.

정책순환구조를 분석한 결과, 일차의료 만성질환관련 정책이 나아가야 하는 방향은 미흡한 고혈압 및 당뇨병 관리 질을 개선하고, 시범사업의 참여 의원·환자 및 질환 확대를 통한 국가 전반적인 만성질환관리의 체계화와 정책 효과를 확대하고, 이를 기반으로 일차의료 강화에 기여하는 것이다. 따라서 본 연구에서는 만성질환관리 질 개선, 시범사업의 확대, 일차의료 강화에 초점을 두고 일차의료 만성질환관리 보상체계를 논의하고자 한다.

### 3. 일차의료 만성질환관리 보상체계 개발

#### 가. 국내외 일차의료 만성질환관리 보상제도

일차의료 및 만성질환 관리를 위해 여러 정책을 시행하고 있는 영국, 미국, 호주의 보상제도와 국내 보상제도를 비교하여 시사점을 도출하고자 한다. 각 국가별로 포괄적인 만성질환관리 및 일차의료 질 개선이라는 목적을 달성하기 위해 기본 지불제도 내 만성질환관련 별도 보상 및 성과연동지불제도를 운영하고 있지만 구체적인 실행방식은 상이하였다.

영국은 일차의료 기본지불제도로 인두제를 채택하고 있다. 반면, 한국, 미국, 호주는 기본지불제도로 행위별 수가를 적용하고 있으며, 행위별 수가 산정기준은 국가별로 달랐다. 한국과 미국은 의로서비스에 소모되는 자원량을 반영한 상대가치점수를 기반으로 한다. 자원의 소모량을 공통적으로 반영하지만, 소모량을 측정하는 범위 또는 기준은 다르다. 한국은 초진 여부, 환자의 연령, 진료시간외 진료, 환자대면 여부에 따라 상대가치 점수가 다르다. 미국의 상대가치 점수는 진료강도 및 진료시간에 따라 결정된다. 호주는 가정의 초진과 재진을 구분하지 않으며, 진찰 장소, 진료시간 등에 따라 수가가 산정된다.

인두제를 시행하고 있는 영국을 제외한 행위별 수가를 기본지불제도로 채택하고 있는 나라에서는 만성질환관련 수가를 별도로 지불하고 있다. 국내에서는 지속치료에 대한 만성질환관리료와 만성질환관련 시범사업에 대해 별도 수가를 지불하고 있다. 호주에서는 치료계획, 팀 진료 등에 대해, 그리고 미국에서는 복합만성질환자에 대한 비대면 서비스를 진찰료 이외에 별도로 보상하고 있다.

각 국가에서는 기본지불제도의 보완적 제도로서 의료 질 향상을 위해 성과연동지불제도를 시행하고 있다. 평가대상, 평가질환의 범위, 성과연동지불 방법 등 제도의 세부적인 내용은 국가별로 차이가 있지만 공통적으로 만성질환을 포함한 전반적인 일차의료 질을 측정하고 있다. 영국 Quality and Outcomes Framework(QOF)는 일차의료 기관(general practice)의 성과를 고혈압, 당뇨병, 천식, COPD, 암, 치매 등 만성질환과 비만, 흡연 등 건강증진 및 예방 관련 의료 질 수준으로 측정하고 있다. 성과점수당 단가를 곱하여 인센티브 금액을 산출한다. QOF 참여는 선택이지만 대부분의 일차의료 진료소가 참여하고 있다.

미국 Merit-Based Incentive Payment System(이하 MIPS)는 Medicare 외래(Part B) 의료공급자(의사, 간호사, 물리치료사 등)를 대상으로 고혈압, 당뇨병, 암, 치매, 우울, 백내장 수술, 관상동맥질환, 환자만족도 등 의료 질 수준을 측정하고 있다. 평가대상 및 평가질환이 포괄적이며, 의료 질뿐만 아니라 비용, 기술 영역의 성과를 측정하여 지불하고 있다. 인센티브 지급방법은 추가 보상인 보너스가 아닌 평가결과를 수가에 반영한다. 재정중립을 원칙으로 하므로 전체 기관의 수가연계 폭은 유동적이다.

미국의 Comprehensive Primary Care Plus(CPC+)는 일차의료 강화를 위한 인센티브 사업으로 대면서비스에 대한 행위별 수가, 비대면 서비스에 대한 정액 수가, 성과 평가를 통한 인센티브 지불로 구성되어 있다. 성과평가는 질과 비용으로 평가하며 질 측정 도구는 환자경험조사와 일차의료기관에서 선택한 질 지표이다.

호주 Practice Incentives Program(PIP)는 가정의가 제공하는 의료서비스에 대한 진료소 단위의 성과평가제도로서, 다른 국가들과 비교하여 당뇨병, 자궁경부암 검사 등 제한적인 영역의 의료 질을 측정한다. 또한 초과근무, 교육, 지방 자원 등 자원 측면의 인센티브도 제공한다. 최근까지 의료 질 영역의 프로그램은 처방, 당뇨병, 천식 등으로 나뉘어 가정의가 프로그램별로 선택적으로 참여하였으나, 2019년 8월부터 건강증진(흡연, 음주)을 포함하여 질 영역이 통합되었다. 다른 국가들과 차별화된 점은 Medicare 비용을 이용하여 각 기관별 환자에게 제공한 의료서비스 총합<sup>4)</sup>을 구하고 의료서비스 양에 따라 인센티브를 지급한다.

각 국가별로 성과평가 대상 환자 선정방식에도 차이가 있다. 영국은 진료소에 등록된 환자가 대상이다. 한국의 가산지급사업은 환자가 등록을 하지 않지만 평가대상기간 동안 동일한 기관을 이용한 환자로 평가대상을 제한함으로써 환자를 진료한 의원의 책무성을 더 강조한다. 반면 호주는 평가대상기관을 이용한 모든 환자가 대상이다. 이는 호주 가정의를 자유롭게 선택할 수 있는 호주의 의료이용체계를 반영한 것이다. 평가지표 산출에는 모든 환자들이 포함되지만, 인센티브 금액 산출은 환자의 의료이용이 많을수록 많이 지급한다.

4) Standardization Whole Patient Equivalent(SWPE): 환자들에게 제공된 진료소의 의료서비스의 총합을 수치화 한 것

기관의 의료서비스 금액을 반영한다는 점에서 국내 가산지급사업과 유사할 수 있으나, 호주의 경우 절대적인 이용량 보다는 환자 1명당 가중치 1을 설정하여 환자수준에서 의료이용이 많았던 기관에 더 많은 가중치를 부여하는 방식이다.

(표 1) 외국 일차의료 만성질환 보상제도

		한국	영국	호주	미국
기본지불제도		행위별수가제	인두제	행위별수가제	행위별수가제
만성질환관련 수가 및 내용		만성질환관리료 - 지속관리 일차의료 만성질환 관리 시범사업 - 등록 및 지속관리	별도 없음	Chronic Disease Management - 복합만성질환자에 대한 체계적 팀관리	Chronic Care Management - 비대면 진료관리, 진료조정 서비스
성과 연동 지불 제도	명칭	고혈압·당뇨병 가산지급사업	Quality and Outcomes Framework (QOF)	Practice Incentives Program (PIP)	Merit-Based Incentive Payment System (MIPS)
	대상 질환	고혈압, 당뇨병	만성질환 - 고혈압, 당뇨병, 천식, COPD, 암, 우울증 등 건강증진 - 흡연, 비만 등	당뇨병, 자궁경부암, 천식 등	고혈압, 당뇨병, 암, 치매, 우울 등
	평가 영역	의료 질	의료 질	의료 질, 의료 자원 등	의료 질, 환자 만족도, 비용 등
	평가 단위	기관-질환단위	기관단위	기관단위	기관단위
	보상 기준	기준 달성	기준 달성 및 향상	기준 달성	기준 달성 및 향상
	보상 방식	보너스	보너스	보너스	수가 조정

국내외 모두 공통적으로 지속적이고 포괄적인 만성질환관리 서비스는 주로 별도의 수가를 통해 제공하였다. 일차의료 만성질환관리 시범사업의 포괄평가, 교육·상담료, 비대면 환자관리 수가는 미국의 비대면수가인 Chronic Care Management 수가, 호주의 진료 계획 수립 및 팀 구성 수가인 Chronic Disease Management 수가와 동일한 취지이다.

국내외 가장 차이가 큰 부분은 성과연동지불제도이며, 제외국 사례를 참고하여 일차의료 만성질환관리 성과연동지불제도를 설계할 필요가 있다. 평가대상 측면에서 미국의 MIPS는 평가대상을 의사뿐만 아니라 간호사, 물리치료사, 영양사 등 다양한 일차의료 서비스 공급자를 평가할 수 있도록 하였다. 평가대상은 정책 목표에 따라 선정이 필요하며, 시범사업 도입과 함께 간호사, 영양사 등 케어코디네이터가 만성질환관리의 중추적인 역할을 하고 지역사회 내 자원연계를 위해 보건소와 지역사회와의 협력이 중요하므로 기존

의료서비스 기관 중심의 평가를 탈피하여 평가대상을 다양화할 필요가 있다.

국내 가산지급사업은 고혈압, 당뇨병 각 질환별로 별도 평가하여 인센티브를 지급하고 있다. 하지만 영국, 미국, 호주는 당뇨병 등 만성질환을 포함한 건강증진, 예방 영역을 포괄하여 분절적인 평가가 아닌 기관단위로 통합하여 평가하고 있다. 또한 미국은 의료 질 측면에서도 환자가 보고하는 지표를 포함하여 환자중심성을 강화하였으며, 비용, 기술 영역까지 함께 측정한다. 따라서 제외국 사례를 참고하고 만성질환관리를 위한 일차의료 확립이라는 일차의료 만성질환관리 시범사업의 목적을 고려하면, 질환단위의 분절적 평가가 아닌 일차의료 기관단위의 통합평가를 수행해야 하며, 평가영역 또한 환자중심성과 효율성 측면에서도 고려가 필요하다.

성과 보상기준의 경우 영국과 미국은 성취뿐만 아니라 향상도 함께 측정한다. 하지만 국내 가산지급사업은 양호기관 선정을 위해 성취 측면을 강조하고 있어 질 개선을 위한 유인동기가 적을 수 있으므로, 성취뿐만 아니라 향상 또한 성과에 반영해야 한다.

보상방식의 경우 국내에서는 보너스 형태의 인센티브를 지급하고 있으나, 미국의 경우 평가결과에 따라 행위별 수가를 조정하는 방식, 행위별 수가 · 정액수가 및 성과연동지불제도를 혼합하는 방식 등 다양한 방식을 채택하고 있어 이를 참고하여 검토할 필요가 있다.

## 나. 일차의료 만성질환관리 성과연동지불제도 모형

### 1) 성과영역

일차의료 만성질환관리 성과연동지불 모형의 성과영역 설정 시, 궁극적으로 우리나라 보건의료시스템 내 만성질환관리의 질적 목표에 맞는 성과영역 설정이 필수적이다.

고혈압의 경우, 2016년 기준 우리나라 성인 인구 중 약 1,100만 명이 고혈압 유병자인 것으로 추정된다. 만 30세 이상 인구의 고혈압 유병률은 29%이며, 유병자 중 인지율은 65%, 치료율은 61%, 조절률은 44%이다. 특히 치료자 기준 조절률은 70%인 반면, 유병자 기준 조절률은 46.5%로 저조하다(대한고혈압학회, 2018).

당뇨병 유병 인구는 30세 이상 성인 중 약 501만 명(2016년 기준)으로 추정된다. 30세 이상 성인 7명 중 한 명(14.4%)이 당뇨병 환자이며, 65세 이상 인구에서는 10명 중 3명이 당뇨병 환자이다. 만 30세 이상 당뇨병 유병인구 중 인지율이 63%, 치료율은 57%, 조절률은 25%이다. 인지율 및 치료율에 비해 조절률이 낮고, 당뇨병 치료를 받고 있는 사람 중 조절률은 37%이다(대한당뇨병학회, 2018).

고혈압과 당뇨병은 흡연, 음주, 비만과 같은 생활습관 관리가 중요하지만 생활습관관리는 개선되지 않고 악화되고 있다. 2007년 대비 2016년 걷기 실천율은 45.7%에서 39.6%로 6.1% 감소하였으며, 에너지 과잉 섭취자는 12.5%에서 21.1%로 8.6% 증가하였다. 또

한 비만은 당뇨병의 위험을 2배 이상 증가시키는 주요 위험요인이나, 19세 이상 비만 유병률이 2016년 기준 37%로 성인 3명 중 1명이 비만인 것으로 나타났다(질병관리본부, 2018).

고혈압·당뇨병 환자의 지속치료를 및 치료 결과 개선이 필요한 점, 생활습관개선 등 환자별 맞춤 자기관리능력이 중요하고 다양한 환자의 요구를 충족시켜야 하는 점을 고려하면, 개선이 필요한 만성질환 질관리 영역은 접근성, 효과성 및 환자중심성이다.

## 2) 성과측정

지표 선정은 질 개선이 필요한 영역에 대한 지표로서, 인센티브 보상 목적과 방향에 부합해야 한다. 앞에서 확인한 고혈압·당뇨병 질 관리 영역과 관련하여, 제외국의 지표를 고찰한 결과 각 영역별로 다음과 같은 지표를 신규지표로 검토할 수 있다. 최종 평가지표를 선정하기 위해서는 전문가 및 이해관계자의 의견수렴 및 지표의 적용가능성, 변별력, 타당도, 신뢰도 등 추가검토가 필요하다.

(표 2) 만성질환 성과영역 및 성과지표

성과영역	성과지표
접근성	동일의원 지속 방문 환자 비율
효과성	혈압 조절률, 혈당 조절률, 당뇨병 관련 검사율
환자중심성	질환, 질환관리, 약제 복용에 대한 충분한 설명, 서비스 만족도 등

(표 3) 성과연동지불제도 적용 고혈압·당뇨병 평가지표

구분	세부 내용	영국 QOF <sup>1)</sup>	미국 MIPS <sup>2)</sup>	한국 가산지급
<b>고혈압</b>				
처방	처방일수율 비율			○
	처방지속군 비율			○
	동일성분군 중복처방률			○
	동반상병 없는 환자	이노제 병용 투여율		
미권장 병용요법 처방률				○
결과	140/90mmHg 이하인 환자 비율	○ (80세 미만)	○ (18~75세)	
	150/90mmHg 이하인 환자 비율	○ (80세 이상)		

구분	세부 내용	영국 QOF <sup>1)</sup>	미국 MIPS <sup>2)</sup>	한국 가산지급
<b>당뇨병</b>				
지속 치료	분기별 1회 이상 방문환자 비율			○
교육	교육 프로그램을 의뢰 환자 비율	○ (신규환자)		
검사	족부 검사 및 위험분류 기록 <sup>3)</sup> 비율	○	○ (족부)	
	안저검사		○	○
	신장기능 검사		○	
	당화혈색소 검사			○
	지질검사			○
처방	(심혈관 질환 과거력/ 중등도 또는 중증 노쇠가 없는 40세 이상 환자) 현재 statin 치료 환자의 비율	○		
	(심혈관질환 과거력 환자) statin 치료중인 환자 비율	○		
	(신장병증/미세알부민뇨 환자) ACEI <sup>4)</sup> 또는 ARB <sup>5)</sup> 투약 환자 비율	○		
	처방일수율			○
	동일성분군 중복 처방률			○
	4성분군 이상 처방률			○
결과	(중등도 또는 중증 노쇠 아닌 환자) 혈압 수치가 140/80mmHg 이하 환자의 비율	○		
	(중등도 또는 중증 노쇠 아닌 환자) HbA1c가 58mmol/mol <sup>6)</sup> (7.5% <sup>7)</sup> ) 이하인 중등도 또는 중증 노쇠가 없는 등록된 환자의 비율	○		
	(중등도 또는 중증 노쇠인 환자) HbA1c가 75mmol/mol(9.0%) 이하인 의 비율	○	○ (18~75세)	
예방	인플루엔자 예방 접종을 받은 환자의 비율	○		

주: 1) Quality and Outcomes Framework  
 2) Merit-Based Incentive Payment System  
 3) 위험분류: ① 저위험(정상 감각, 촉지 가능한 맥박), ② 위험증가(신장병증 또는 맥박 소실), ③ 고위험(신장병증 또는 맥박소실과 이전 궤양 기형 또는 피부 변화) ④ 지난 12개월 이내에 족부 궤양화  
 4) Angiotension converting enzyme inhibitor  
 5) Angiotension II receptor blocker  
 6) 유럽의 IFCC(International Federation of Clinical Chemistry)에 따른 당화혈색소 표기 방법  
 7) 미국의 NGSP(National Glycohemoglobin Standardization Program) 표기방법으로 IFCC 방식으로 전환되고 있음



### 3) 보상구조

인센티브 지급 대상 선정 시, 의원 간 의료 질의 큰 변이를 낮추고 전체 의원의 전반적인 의료 질 향상을 유도해야하므로 질 향상 기관에 대한 인센티브를 적극적으로 고려할 필요가 있다.

또한 인센티브의 규모는 근거를 기반으로 내재적 요인을 저해하지 않으면서 질 개선 노력 보상을 할 수 있는 규모여야 한다. 국외 성과연동지불제도 현황 및 국내 가감지급 사업의 가산금 크기 규모를 비교하면 만성질환관리에 대한 가산금 증액이 필요하다. 증액을 위해서는 재원조달이 필요하므로, 증액규모와 재원조달방안을 연계하여 검토 필요하다.

재원조달 방법으로 단기적으로는 추가재원을, 장기적으로는 절감액을 고려할 수 있다. 단기적인 추가재원은 장기적인 효과를 위한 투자 성격이기 때문에 장기 재정절감액을 추정하여 적절한 수준으로 보험자와 의료공급자간 합의를 통해 결정해야 한다. 또한 예측 값은 방법 및 자료의 정확도에 따라 변동성이 크므로 주기적으로 사업의 효과를 측정하고 제도 점검을 통해 재원규모를 조정해야 한다.

장기적으로는 현재와 같이 하나의 의료기관에 대한 평가로는 절감액이 발생하기 어렵지만, 의료기관과 보건소, 지역의회 등과의 협력을 통해 지역 내 인구집단에 대한 만성질환관리체계가 강화된다면 일정 규모 이상의 절감액이 발생할 수 있다.

인센티브 모형으로는 현재 국내 만성질환관련 성과연동지불제도인 고혈압·가산지급사업과 국외 만성질환 성과연동지불제도를 바탕으로 모형을 제시하였다. 현재 적정성평가는 질환단위 분절적인 평가가 문제점으로 지적되고 있으며 질환단위가 아닌 질환 포괄적인 기관단위 평가가 대안으로 제안되고 있다. 고혈압, 당뇨병 가산지급사업도 각각 평가결과를 안내하고 있어 종합적인 정보제공이 이루어지지 않는다. 또한 질환별로 인센티브 금액이 산정되어 소액으로 나눠짐에 따라 기관 행태변화에 미치는 영향이 적을 수 있다. 또한, 영국, 미국, 호주는 당뇨병 등 만성질환을 포함한 건강증진, 예방 영역을 포괄하여 분절적인 평가가 아닌 기관단위로 통합하여 평가하고 있다. 따라서 고혈압·당뇨병 분절적 평가에서 통합평가 모형으로, 관리 질과 관리환자 수가 별도로 적용되는 모형에서 관리 질이 개선될수록 관리환자수가 많을수록 인센티브가 증가하는 구조로 개선되어야 한다.

### 4) 거버넌스

현재의 정부기관 중심적인 체계가 빠른 의사결정 및 신속한 실행을 위해서 효율적일 수 있으나, 정책의 수용성 및 실효성 제고를 위해서는 지역에 있는 의원, 간호사, 영양사, 보건소 및 지역의회와 원활하게 소통할 수 있는 구조로 재편되어야 한다. 다양한 이해관계자로 운영체계를 구성하므로 시행착오가 있을 수 있으나, 2026년 초고령화 사회 진입에 대비하여, 지역 내 만성질환관리의 요구와 관리 자원 등 지역 여건에 맞게 효율적으로 대응할

수 있는 체계를 갖추어 나가야 한다.

만성질환관리에 대한 전반적인 의원의 질 개선을 위해서는 일차의료 만성질환관리 시범사업에 참여하는 환자와 참여하지 않은 환자 모두 평가하여 기관단위 질 수준에 대한 모니터링 및 정보제공이 필요하다. 따라서 청구자료와 일차의료 만성질환관리 사업 전산시스템의 연계가 필요하다. 또한 결과지표 도입을 위해서 가산지급사업의 경우 자료입력에 대한 인센티브를 제공함으로써 환자 상태 및 결과지표 제출을 활성화해야 한다. 일차의료 만성질환관리 사업은 신뢰할 수 있는 결과지표 입력을 기본 조건으로 해야 한다.

#### 다. 일차의료 만성질환관리 보상체계

성과연동지불제도 모형 검토결과는 주로 단기적인 고혈압·당뇨병 관리 측면의 의원에 대한 보상방안을 중점으로 논의하였다. 고혈압과 당뇨병은 유병률이 높은 대표적인 만성질환이지만 만성질환자의 40%가 복합만성질환자이며, 복합만성질환자 의료비가 전체 만성질환자 의료비의 60%를 차지한다(김창훈 등, 2014). 이를 감안하면 전반적인 만성질환 관리 질 개선 및 일차의료 활성화를 위해서는 질환의 확대, 평가대상의 확대가 단계적으로 필요하다. 따라서 정책 진단에서 도출된 보상 중점영역을 중심으로 수가개선방향과 성과연동지불제도 모형을 시간의 순서대로 배치하여 종합적인 보상체계(안)을 제시하고자 한다.

단기적으로는 국내 만성질환 중 대표적인 고혈압·당뇨병 관리 질 개선과 일차의료 만성질환관리 시범사업의 확대가 필요하다. 관리 질 개선과 시범사업 확대를 위해 케어코디네이터 인건비 지원과 성과평가를 통한 인센티브를 지급해야 한다. 성과평가는 시범사업의 확대를 위해 시범사업 참여율에 비중을 두고 처방지속성, 합병증 검사율 등 과정지표에 대한 평가가 필요하다. 평가를 수행하면서 자료수집시스템을 점검할 필요가 있다. 또한 중기 결과지표 평가를 위해 결과지표 및 환자 건강상태 자료에 대한 신뢰도 점검 방안도 마련이 필요하다.

중기에는 고혈압·당뇨병 이외 만성질환으로 질환을 확대하여 관리 질 제고가 필요하다. 또한 일차의료 만성질환관리 시범사업의 한 축이며 지역사회에서 중요한 역할을 하는 보건소에 대한 평가를 수행하여 관리 질 개선을 유도해야 한다. 3차 상대가치개편을 통해 적정 자원소모량을 반영하여 행위별 수가의 전체 크기를 키우고, 결과지표 도입을 통해 인센티브 규모도 증액이 필요하다.

단기, 중기를 통해 시범사업이 확대되고 만성질환 관리 질이 개선되었다면 의원에서 지속 관리 받는 환자수가 증가할 것이기 때문에 장기적으로는 전체 보상규모가 단기, 중기보다 증가할 것이다. 이를 기반으로 만성질환 이외 건강증진 및 예방 등 일차의료 기능 강화가 필요하다. 장기에 일차의료 강화를 위한 질 평가를 수행하기 위해서는 단기, 중기에 걸

쳐 우리나라에 적합한 일차의료의 정의, 역할, 모형, 지원체계 등에 대한 논의가 필요하며, 인력양성이 필요하다.


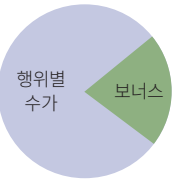

또한 지역사회 내 건강관리의 책무성을 강화하기 위해 보건소뿐만 아니라 지역의사회에 대한 평가를 고려할 수 있다. 평가지표로는 OECD, AHRQ, CDC에서 지역단위 외래서비스의 질을 점검하기 위해 사용하는 당뇨병·고혈압 등으로 인한 예방가능한 입원율 등의 지표를 활용할 수 있다. 일차의료 기능 강화 및 보건소·지역의사회 등과의 협력을 통한 지역 내 인구집단에 대한 만성질환관리체계가 강화된다면 만성질환의 발생이 예방되고, 만성질환자의 악화 및 합병증이 예방되어 진료비 절감효과가 발생할 것으로 기대된다. 이를 바탕으로 보상의 크기를 키우고 질 개선 유인이 클 수 있는 성과연동 수기<sup>5)</sup>도 고려할 수 있다.

단기, 중기, 장기 단계별 효과 극대화를 통해 만성질환관리 질이 개선되고 보상크기가 증가하는 선순환 구조가 중요하다. 의원의 기능 약화의 근거로 건강보험 요양급여비용 중 의원 진료비 점유율 감소와 상급종합병원 대비 의원의 외래 내원일수 변화가 제시되고 있으며, 의료계에서는 의원의 경영난 등을 호소하며 진찰료 인상을 요구하고 있다. 의원의 만성질환관리 등 기능 강화를 통해 의원의 진료비 비중을 증가시키고 이를 통해 다시 질을 개선하는 선순환 구조가 필요하다.

---

5) 증가된 재원을 바탕으로 성과가 높은 기관에는 상대적으로 큰 보상을, 성과가 낮은 기관에는 상대적으로 작은 보상을 하는 것을 의미함. 기존 재원을 활용하여 일부 기관에는 이익을, 일부 기관에는 손실이 발생하는 각출 후 보상과는 차이가 있음.

(표 4) 일차의료 만성질환관리 보상체계(안)

		단기	중기	장기
목표		고혈압·당뇨병 관리 질 개선 및 시범사업 확대	만성질환관리 질 개선 및 시범사업 확대	일차의료 강화
보상 방식		행위별 수가 + 성과연동 보너스 	행위별 수가 + 성과연동 보너스 	행위별 수가 + 성과연동 수가 + 성과연동 보너스 
행위별 수가 (지원금)		케어코디네이터 인건비 지원	적정 자원소모량을 반영 (3차 상대가치 개편)	
성과 연동 지불	평가 질환	고혈압, 당뇨병	천식, COPD 등	건강증진 및 예방
	평가 영역	접근성 진료 효과성	진료 효과성 환자 중심성, 구조	일차의료 속성 강화 지역단위
	평가 대상	의원	의원, 보건소	의원, 보건소, 지역외사회
	평가 지표	<b>의원</b> · 시범사업 참여율 · 처방지속률 · 합병증 검사율 · 케어프로세스 완료율	<b>의원</b> · 시범사업 참여율 · 혈압·혈당 조절률 · 환자 경험, 삶의 질 · 케어코디네이터 고용률, 보건소 연계 활동 등  <b>보건소</b> · 교육 이수율 · 환자만족도 등	<b>의원</b> · 접근성, 포괄성, 조정성, 지속성, 책임성 등  <b>보건소, 지역외사회</b> · 예방가능한 입원율 등
	재원 조달	추가재원	추가재원	절감액

#### 4. 나가며

급속한 고령화와 인구절벽이 사회적 문제로 제기되고 있다. 올해 발표된 통계청 인구추계에 따르면 2030년에는 인구 4명 중 1명은 65세 이상 고령인구가 될 예정이며, 2050년에는 90세 인구가 30세 인구보다 많을 것으로 전망된다.

인구 구조의 변화로 만성질환관련 의료서비스에 대한 수요는 증가하고 의료비 지출도 현재보다 더욱 늘어날 것이다. 따라서 만성질환에 대한 효율적인 관리 대책마련은 국민들의

삶의 질 측면에서, 건강보험의 지속가능성 측면에서 매우 중요한 문제이다.

최근 정부에서는 분절적으로 시행된 일차의료 만성질환 관련 사업을 통합하여 일차의료 만성질환관리 시범사업을 시행하였다. 기존 사업의 장점을 바탕으로 모형을 개선하고, 합병증 예방 등 관리 질 개선과 의료전달체계 효율화에 기여하는 것을 목적으로 하고 있다.

시범사업이 목적을 달성하기 위해서는 기존 사업의 장점을 바탕으로 서비스 제공 모형을 설계하되, 기존 모형의 한계를 답습하면 안 된다. 기존 만성질환관리 사업은 사업의 효과가 사업에 참여하는 의원과 환자에게만 국한되어 효과적인 만성질환관리 체계 구축에는 역부족이었다. 따라서 잘 설계된 모형뿐만 아니라 의원과 환자에 대한 접근성을 높이고 제도를 어떻게 확산시킬 것인지에 대한 고민과 전략이 필요하다.

사업의 확대 시 경제적 보상은 의료공급자에게 중요한 유인요소가 될 수 있어 매우 중요하다. 따라서 의료공급자의 투입시간과 노력에 대한 보상과 함께 환자의 참여율이 높은 의원에 대한 보상이 필요하며, 의료 질 성과에 대한 보상을 통해 지속적인 질 개선을 위한 유인을 제공해야한다.

또한 참여의원과 환자의 증가와 함께, 고혈압·당뇨병 이외 만성질환에 대한 확대, 만성질환관리의 주축인 코디네이터, 보건소와 지역의사회의 역할 확대가 수반되어야 본래 목적인 포괄적인 만성질환관리 체계 구축 및 일차의료 활성화를 달성할 수 있을 것이다. X

## 참고문헌

- 고신정. 의원 '교육상담료 수가' 신설 시범사업 추진. 의협신문. 2019.5.22.
- 김창훈, 이미리, 유원섭. 복합만성질환자의 다빈도 만성질환 조합 유형과 질병부담. 보건경제와 정책연구 제20권 제4호. 2014.
- 김희선, 유빛나, 이은환. 우리나라 만성질환관리 사업의 발전과정과 향후 과제. 대한공공의학회지 Vol.2. 2018.
- 대한고혈압학회. Korea Hypertension Fact Sheet 2018. 대한고혈압학회. 2018.
- 대한당뇨병학회. Diabetes Fact Sheet in Korea 2018. 대한당뇨병학회. 2018.
- 박재영. '15분 초진 5만원'을 제도화하라. 청년의사. 2015.2.8.
- 박진규. 의협이 '만성질환관리 시범사업' 참여로 돌아선 이유는. 라포르시안. 2018.8.13.
- 보건복지부a. 의료전달체계 개선 단기대책. 보건복지부. 2019.
- 보건복지부b. 제 1차 국민건강보험종합계획 <2019~2023>. 보건복지부. 2019.
- 신형주. 의협 만관제 보이콧? 환자 신뢰 스스로 걷어차나. 메디칼업저버. 2019.3.25.
- 윤강재, 하솔임, 여지영, 김진호, 신영석, 이수형. 의료전달체계 개선 논의의 경향과 과제. 한국보건사회연구원. 2014.
- 이건세. 심뇌혈관질환 종합대책 성과와 발전계획. 대한심장학회 제 60차 추계학술대회 발표자료. 2016.9.28.
- 이정환. 의협·시도의사회, "정부 독단적 만성질환 관리사업 반대". 의협신문. 2018.8.12.
- 임술. 의사 월급 얼마가 적당할까...醫政, 적정수가 놓고 시각차. 조선비즈. 2014.11.14.
- 조비룡, 김희선, 박진호, 신동욱, 김경우, 김상혁 등. 만성질환의 효율적·질적 관리를 위한 한국형 일차의료 서비스 제공 모형 개발. 한국보건 의료연구원. 2016.
- 질병관리본부. 2018 만성질환 현황과 이슈. 질병관리본부. 2018.
- 최용준, 고병수, 조경희, 이재호. 일차의료의 개념과 가치, 그리고 한국의 현실과 과제. 대한의학협회지. 56(10). 2013.