

동네의원 이용 만성질환자의 지속적인 건강관리 강화계획



성창현 서기관
보건복지부 보건의료정책과

1. 만성질환의 체계적 관리 필요

심화되는 고령화와 서구화 된 생활습관 등으로 인한 노인 및 만성질환의 급격한 증가는 수년전부터 문제로 지적되어왔다. 노인진료비의 경우 2010년 전체진료비의 30.9%를 차지했으며, 이러한 추세가 지속될 시 2030년에는 65.4%에 달할 것이라 추계된다. 또한 대표적 만성질환인 고혈압과 당뇨의 유병율은 각각 28.6%(2001)에서 30.3%(2009), 8.6%(2001)에서 9.6%(2009)로 증가추세에 있다.

그러나 문제 상황 인식에 따른 국가적 차원의 체계적인 지원은 그간 부족했던 것이 사실이다. 고혈압·당뇨병 유병자 중 치료율은 각각 59.4%, 52.3%(2008) 이고 유병자 중 조절률 또한 각각 42.4%, 27.1%(2008)로 질환에 대한 적절한 관리가 되고 있지 못한 상황이다. 만성질환의 지속적 관리가 중요한 이유는 치료, 투약 등 외래에서 지속적 관리가 이루어지지 않을 경우 입원, 합병증으로 이어져 국민건강을 심각하게 위협하기 때문이다. 인구 10만명당 주요 합병증 및 입원율 지표에 따르면 고혈압, 당뇨로 인한 입원은 2005년 324건에서 2009년 472건(연평균 9.8% 증가), 당뇨로 인한 하지절단의 경우 2005년 5.2건에서 2009년 7.1건(연평균 8.2% 증가)으로 유의미하게 증가하고 있다. 2009년 통계청 자료에서도 우리나라 사망원인중 당뇨, 고혈압 또는 이로 인한 심뇌혈관질환이 전체 사망자의 25.4%로 2위로 나타나 국가적 차원의 만성질환관리가 시급함을 보여주고 있다.

이에 보건복지부는 동네의원에서 만성질환을 체계적으로 관리받을 수 있는 제도적 기반

을 마련하기 위해 의료기관 기능 재정립 및 의원급의 만성질환 관리·예방 기능 강화를 목표로 2011.12월 건강보험정책심의위원회의 의결을 통해 ‘동네의원 이용 만성질환자의 지속적인 건강관리 강화계획’을 확정하였고 2012년 4월부터 시행할 예정이다.

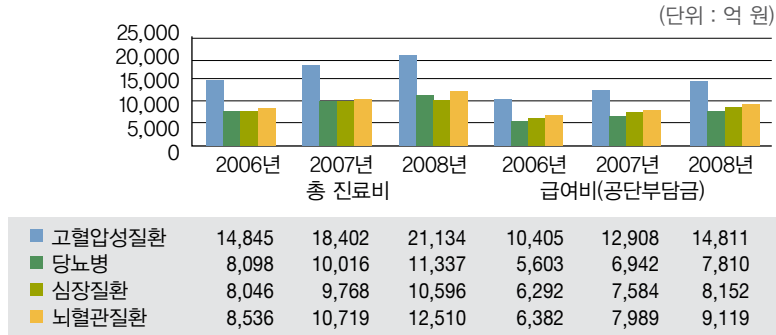


그림 1. 만성질환별 건강보험 진료비/급여비 추이

2. 동네의원을 이용하는 만성질환자의 지속적인 건강관리 강화계획

동 제도는 참여자의 자율과 선택을 기본으로 하여 만성질환자가 동네의원을 지속적으로 이용하여 해당 질환을 관리하면 진찰료를 깎아주고, 환자를 잘 관리하는 의원에게도 인센티브를 주는 것으로 압축하여 설명할 수 있다. 제도의 구체적인 내용은 만성질환자와 의원이 참여할 때 받는 혜택에 따라 크게 두가지로 나누어 볼 수 있다.

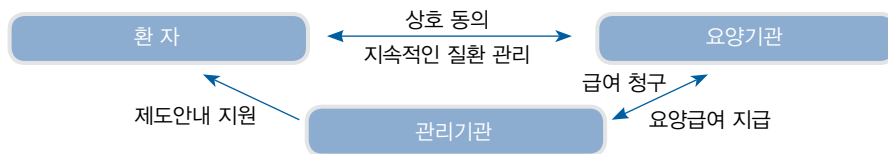


그림 2. 동네의원 이용 만성질환자의 건강관리 강화계획

먼저 참여환자부터 살펴보면, 신청대상은 의원급 의료기관을 이용하는 고혈압 및 당뇨병 환자이며 의원에서 환자의 제도참여 의사를 확인하여 혜택을 부여한다. 의원에 방문한 환자에게 의사가 지속적 질환관리의 필요성을 설명하고, 환자가 해당 의원을 지속적으로 이용할 의사를 표명하면 다음 진료시부터 진찰료 본인부담이 현행 30%에서 20%로 감면되는 방식이다. 65세 이상 정액제 구간 환자는 진찰료가 1,500원 수준이므로 추가감면은 없으나, 정액제 구간이 아닌 경우에는 동일한 혜택이 주어진다. 이사, 직장이전 등으로 환자가 이용 의원을 변경하는 경우에도 별도의 절차 없이 동일한 방식으로 신청이 가능하다. 환자가 제도 취지를 잘 알 수 있도록 개별 의원 및 공단지사 등에 안내자료를 비치하고 자격

인정시 제공서비스를 전화·우편 등을 통해 개별적으로 안내할 예정이다.

또한 건강지원서비스 제공을 원하는 환자에 대해 건강정보, 질환에 대한 교육정보, 진료 주기에 맞는 필수검사 실시시기 등 검증되고 질 높은 건강정보를 우편, 이메일, 전화 등 연령별로 접근성이 높은 방식으로 제공하여 건강관리를 지원한다. 아울러 교육이 필요하다고 판단되는 환자 및 교육을 원하는 환자는 의사 상담을 거쳐 지역 보건소나 공단에서 환자교육을 받을 수 있도록 보건소·1차의료기관 간 환자교육도 연계할 예정이다.

참여 의료기관에는, P4P(Pay for Performance)를 통해 양질의 환자관리 여부를 평가하여 관리환자수에 따라 약 350억원 내외 규모의 인센티브를 지급한다. 일차의료의사의 대응성 강화 및 효율성 증진에 대한 도전에 직면하여 재정적 인센티브를 부여하는 것은 현재 영국, 프랑스 등 대부분의 선진국에서 취하고 있는 전략이다. 호주의 경우, 진료보상프로그램(Practive Incentive Program, PIP)을 운영하여 전통적인 GP(General Practitioner)에 대한 기본적 지불 보수는 별도로 추가지불보상을 하고 있으며 여기에는 만성질환 관리를 위한 인센티브 제도도 포함되어 있으며, 각종 검진 등 치료주기별 최소요구사항도 마련되어 있다. 동네의원 이용 만성질환자의 지속적인 건강관리 강화계획의 평가기준, 평가계획, 인센티브 지급 방법 등은 소비자단체, 의료계, 심평원 등이 참여하는 중앙평가위원회에서 심의할 것이며 환자관리의 지속성과 적정성을 평가할 수 있는 적정성 평가 자료 등을 최대한 활용하여 설계할 계획이다.

제도가 시작되는 4월 이후부터는 미흡한 점을 개선하고 제도가 안정적으로 발전하도록 가입자단체, 의료계, 전문가, 정부가 참여하는 정책평가기구를 구성하여 분기별로 추진상황을 점검하고 현장의 애로를 개선한다. 이 논의체계에서는 단기적 제도 운영 뿐 아니라 환자 만족도 개선, 이용행태 및 진료행태 변화 등을 평가할 계획이다.

3. 결어

이제 급증하는 노인·만성질환을 통제하기 위해 개인이 열심히 치료를 받기를 기대하는 것만으로는 어려운 상황에 이르렀다. 노령 질병과 각종 심뇌혈관질환의 핵심원인인 고혈압·당뇨에 대하여 국가 차원에서 전면 대응이 필요한 시점인 것이다. ‘동네의원 이용 만성질환자의 건강관리 제도’는 이러한 문제의식에서 시작된 제도이다. 동 제도는 참여자에게 혜택을 주는 일견 단순한 제도로 여겨질 수 있지만 국가가 국민의 지속적 의료이용을 지원하고 보다 질 높은 의료서비스를 유도한다는 점에서 의미가 크다고 할 수 있다. 제도의 성공적 안착을 통해 만성질환 예방·관리 중심의 일차의료가 확립됨은 물론, 국민건강 증진에도 이바지할 수 있을 것이라 기대한다. 