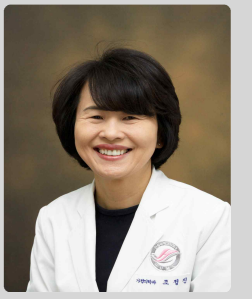
해외에서의 일차의료 만성질환관리 사업과 시사점



조 정 진
한림대학교동탄성심병원 가정의학과 교수
threej@hallym.or.kr

서론

급격한 고령사회에서 만성질환 관리는 중요한 과제이다. 정부는 '지역사회일차의료시범사업'과 '만성질환관리 수가 시범사업' 등 기존 사업의 장점을 살려 연계 · 개선한 일차의료 만성질환 관리 통합 사업을 실시한다고 한다. 이에 대한의사협회[1]와 대한개원내과의사회[2]는 의료계와 논의 없이 진행한다고 우려를 표명하고 있다. 따라서 이 글에서는 해외 일차의료 만성질환 관리경험들의 정책 특징과 작동기제를 살펴보고 한국사회에 담아야할 정책 방향에 대한 시사점을 정리해보고자 한다.

해외 주요국의 일차의료 만성질환관리 정책 특징과 작동기제

세계적으로 만성질환 관리의 정책 목표는 병원의 존도를 줄이기 위해 일차의료를 강화하고 보다 지역사회와 연계한 포괄적인 보건의료 서비스를 제공하여 만성질환의 합병증을 예방하고, 치료 성과를 높여 의료비 절감과 의료 질을 향상하는 것이다. 만성질환자 개인의 건강문제도 임상적 측면에서만 해결할 수 없는 경우가 많고 환자를 둘러싼 가족, 사회 등의 문제와 긴밀하게 연결되어 있어 환자가 거주하고 있는 지역 중심으로 즉 지역 사회적 접근방식이 필요한데 이러한 내용이 지역사회 기반 일차의료 통합서비스(community based integrated primary care service)라고 부를 수 있다.[3] 만성질환자는 자가 생활에 재활이 필요하거나 도움이 필요한 만성질환자와 자가 생활이 가능한 만성질환자로 분류할 수 있다. 자가 생활에 도움이 필요하거나 재활이 필요한 만성질환자는 돌봄과 재활에 중점을 둔 서비스[1]가 필요하고, 자가 생활이 가능한 만성질환자는 건강증진과 합병증예방에 초점을 둔 서비스가 필요하며, 더 나아가 지역주민의 건강증진과 만성질환 예방을 위한 예방의료서비스도 포함된다.

해외 주요국에서 제공하는 만성질환자의 합병증을 예방하고 건강증진에 초점을 둔 지역사회 기반 일차의료 통합서비스 내용은 다른 연구 결과[4]에 잘 정리되어 있고 국가별로 크게 차이가 없다. 다만 일차의료 만성질환 관리 정책을 통해 궁극적으로 이루고자 하는 목표는 비슷하나 각 나라마다 보건의료시스템의 역사와 구조가 다르고, 일차의료를 둘러싼 지불체계와 의료전달체계가 다르기 때문에 해외 경험을 통해 시사점을 찾을 때는 정책 내용뿐만 아니라 작동기제를 같이 살펴보는 것이 중요하다. 이에 해외 선진국 경험에서 정책 특징과 작동기제를 더 구체적으로 살펴보고자 한다.

1) 지역사회 연계 통합서비스 제공 확대

환자 중심 만성질환의 효율적인 관리는 급속한 고령화로 인해 복합만성질환자가 늘어나고 있기 때문에 단순한 의료서비스로만 해결할 수 없고 지역사회 일차의료 통합서비스 제공을 필요로 한다. 통합수준은 단순한 다학제적인 의료서비스 연계부터 보건-복지 연계까지 국가별로 수준의 차이가 있다.

미국 책임의료조직(Accountable Care Organization, 이하 ACO)[2]는 일차의료기관에서 가정의학과, 내과, 소아과, 산부인과 등 일차의료 전담 의사들이 그룹으로 서비스를 제공하고 있고, 다학제적인 접근을 할 수 있도록 간호사, 사회복지사, 코디네이터 등 다양한 직종이 근무하고 있다. 최근 지역 연계 서비스 제공을 높이기 위해 일차의료 클리닉에 사회복지사 배치가 확대되고 있다. 오래곤 주는 다른 주 정부와 달리 통합적 서비스 제공을 주정부의 과제로 인식하고 있고, 지역사회통합의료모형(Coordinated Care Orga- nization, 이하 CCO)을 통해 메디케이드 환자에게 치과 및 정신건강파트까지 통합하여 서비스를 제공하고 있다. CCO에서는 PCPCH(Patient- Centered Primary Care Home) Program라는 기준을 권장한다. 이 프로그

1) 대개 커뮤니티케어 혹은 지역포괄케어라는 용어로 지칭되고 있기도 하며, 아급성기 병원, 재활 및 요양병원, 요양시설에 대한 내용을 아울러야 된다. 이 영역 역시 일차의료 영역도 포함하나 이 글의 범위를 넘어 다루지 않고자 한다.

2) ACOs는 의사, 병원 및 의료 서비스 제공자가 자발적으로 협력하여 메디케어 환자들에게 양질의 의료 서비스를 제공하는 연합조직이다.

램을 인증 받은 클리닉은 지역사회통합서비스를 지원하기 위한 팀 인력이 대개 Care coordinator/Care manager/Behavioral Health Clinician/Clinical Pharmacist/Nurse/Social Worker/Community Health Worker/Nutrition educator/Dietician으로 구성되어 있다.[2]

호주는 2004년 10월 finance and administration 포트폴리오의 일환으로 보건과 복지의 통합 연계 측면에서 즉 고용, 주거, 의료, 건강(정신건강 등), 가족폭력 등 여러 분야의 민원서비스를 한 장소에서 제공하기 위해 정부 the department of human service가 관할하는 센터링크가 설립되었으며, 2011년 Human Service Legislation Amendment Act에 의해 복지서비스인 센터링크와 의료서비스인 메티케어가 한 사무실에서 보건-복지 연계를 통합하여 제공하고 있다.[2] 물론 동일 장소 연계 제공이며, 아직 예산이나 조직을 통합한 차원은 아니다.

2) 일차의료 강화와 지역사회 연계 통계서비스에서 일차의료 의사 거버넌스 인정

선진국에서 일차의료 전담의사의 구심점 강화에 중요한 토대는 3가지인데 하나는 일차의료와 상급병원의 명확한 역할 분담이다. 의료체계 내 일차의료 전담의사(general practitioner)의 기능은 전문과목의사(consultant)에게 자문(consult)하거나 의뢰(refer)하는 조정자(navigater) 역할과 불필요한 경우 의뢰를 하지 않도록 부여된 문지기(gatekeeper) 역할이다.[3] 두 번째는 타과 전문과목 의사부터 지역사회 팀원까지 다양한 직종의 통합 연계서비스 제공에서 일차의료 전담의사(general practitioner specialty, 이하 GP[3])의 중심적 역할, 즉 거버넌스를 인정하고 있다는 것이다. 마지막으로 이러한 역할을 위해서는 의무기록 연계를 통한 환자 건강과 진료 정보 공유가 기본이므로 EMR 체계가 확립되어야 한다.

영국 NHS는 원래부터 주치의 등록제, 상급의료기관 이용 시 의뢰 필수 등 의료전달체계가 잘 정립되어 있다.

호주에서 환자는 특정개업의에게 등록해야 하는 의무 없이 본인이 원하는 일반개업의를 자유롭게 선택할 수 있다. 다만 의뢰는 필수이다. 일차진료를 거쳐 GP에서 진료 의뢰를 받은 경우 2차, 3차 병원 서비스를 받을 수 있다.

의료전달체계가 취약한 미국에서는 ACO를 통해 일차의료 개념을 정립하고 있다. ACO 이전 모델인 HMO에서도 환자는 일차의료공급자를 선택하는 권한이 있으며 응급상황을 제외하고 일차의료공급자가 모든 케어를 관장하고 전원을 승인하게 하였다. 더 나아가 ACO는 잘 조정된 치료를 통해 환자가 적절한 시기에 적절한 치료를 받을 수 있도록 하는 동시에 불필요한 서비스 중복을 피하고 의학적 오류를 예방하는 것을 목표로 설계되었다. 비용절감을 도모하고, ACO 의료공급자 내부의 자발성과 서로 공유하는 작동기제를 통해 일차의료와 상급의료기관간의 경쟁이 존재하지 않은 시스템을 구축하였다. 아울러 PCMH(patient centered

3) GP는 영국에서 generalist를 혼용하여 사용하지만, 정확히는 전문의(General_Practitioner specialty, GPs)를 뜻한다. 이 때 generalist 개념은 전문의가 특정분야 국한된 영역을 담당하는데 반해, 광범위한 영역을 본다는 것을 의미한다. specialty와 대비하여 generalist로 부르는데 이를 번역한 '일반의'란 용어는 전문 수련을 받지 않은 의사를 말하기 때문에 일반의라는 용어보다 일차의료 전담의사인력을 호칭하는 용어로 적절하다.

medical home) 원칙 즉 환자중심이고, 지속적 포괄적이며, 조직적인 방식을 지향하며 안전과 질적 향상에 초점을 둔 일차의료 전달 방식을 지키게 하고 있다. PCMH 계약 시 EHR을 이용은 필수 중요 요건 중 하나이며, 지원된 예산에 대한 재무 감사를 받는다.[2] 더 나아가 미국 오래곤 주 정부는 정부 조직 내에 일차의료지원조직인 Transformation Center를 두고 PCPCH 프로그램 인증을 지원하고 있다.[2]

3) 경제 유인 동기 기반 및 재정 절감 결합 보건의료시스템 설계

선진국은 보건의료시스템 설계시 유인동기로 경제논리를 충분히 고려하고 있다. 단순히 급여항목을 늘리거나 질 관리 인센티브 활용만을 이야기 하는 것이 아니라 전체 시스템을 전문가 내부의 자율적인 경영 원칙을 중심으로 설계하고 있다.

미국 ACO는 대표적으로 경제유인동기를 통해 재정 절감을 이루는 모델 설계이다. 2015년 4월, 메디케어 404 Medicare Shared Saving Program (MSSP) ACOs를 승인하였고, 49개 주에서 7.3백만의 가입자를 커버하였으며, 2014년 기준, MSSP ACO는 $338million의 의료비를 절감, 가입자당 $63달러의 재정을 절감하였다고 한다.[5] 이러한 재정 절감의 기본 작동기제는 ACO에는 할당된 환자 수에 따라 총액 급여예산이 지급되고, 의사에게는 행위별 수가제로 지불하고 병원에는 포괄수가제로 지불을 하며, 의료의 질을 특정 목표에 도달시키면서 예상되는 의료비 지출 밑으로 비용을 유지할 수 있으면 의사와 병원에 비용절감(cost savings)를 일부 공유하는 방식이다. 일차의료 영역은 알츠하이머, 치매, 관절염(류마티스), 천식, 심방세동, 자폐 스펙트럼 장애, 암, 만성 폐쇄성 폐질환, 우울증, 당뇨병, 심부전, 고혈압, 허혈성 심질환, 골다공증 등 만성질환관리서비스 수가를 신설 · 관리하고 있다.[1] ACOs 가입한 공급자 전체의 질 향상을 묶어서 평가하는 인센티브 프로그램(예 Medicare Shared Saving Program, 이하 MSSP)에 참여하면 질 성과를 평가하는 데 필요한 정보를 완전하고 정확하게 보고해야만 하고, 그 결과 미국 의료보장청이 제공하는 Benchmark 기준을 충족하면 인센티브가 지급되는데[5] 여기에는 일차의료 만성질환관리내용이 포함된다. 그러나 이 인센티브는 개별 기관의 질 관리에 따른 개별 기관 인센티브가 아니라 전체 ACO차원의 인센티브라는 점에 주목해야 한다. 또한 정책 과정도 획일적으로 강요되는 것이 아니라 계약주의에 기반 하여 선택을 통해 자발적으로 실천되도록 유도하고 있다. 다만 정부는 일차의료 분야 질 향상을 위한 인센티브 제도 기준들을 마련하여 일차의료 강화를 위한 방향을 제시하고, 재정 절감된 비용을 ACO에 되돌려줄 뿐이다. ACO가 총액 예산을 어떻게 배분하느냐는 것이 공급자 그룹 관리 경영전략으로 경제 유인 동기 기반 및 재정 절감 결합 보건의료시스템을 구축하고 있는 것이다. 오래곤 주의 CCO는 PCPCH Program 이식을 위해 환자 접근성, 책임, 지속성, 조정 및 통합성, 환자 중심성을 평가받아 재정 인센티브를 제공한다.[5]

호주 연방정부는 GP 중심의 일차의료 및 지역사회 중심에, 주정부는 공공병원 운영에 예산을 투입하고 있어 서로 예산이 분리되어 있다. 전체 보건의료 지출에서 일차보건의료는 38.2%, 병원서비스가 40.4%, 행정 및 기타 21.3%를 고정적으로 배분

한다.[2] 재정 분리는 전체 보건의료재정을 연방정부와 주정부가 적절하게 견제와 균형을 유지하도록 하는 메커니즘으로 작동되기도 하고, 결과적으로 일차의료와 병원서비스의 경쟁을 경제적 유인 측면에서 저절로 해소하는데 기여하고 있다.[2] 재정 분리 기반 하에 일반개업의는 행위별 수가제(fee-for service)에 의한 보상을 받고 있으므로 공적보험제도인 Medicare에서 교육상담, 예방적 약물 및 치료, 건강검진 관련 상담 및 예방차원의 상담 등의 급여되는 서비스를 확대하고, Practice Incentives Program(PIP)라는 일차의료 분야 인센티브 제도를 통해 의사들의 만성질환관리 활동을 보상하고 있다.[4]

영국 NHS 조차도 만성질환 관리를 위하여 위험도 단계별 관리와 Quality and Outcomes Framework(질-결과 프로그램)을 통한 인센티브 정책을 활용하고 있는 것[4]은 질 관리뿐만 아니라 대표적인 인두제 기반 지불구조 내에서 경제적 유인동기가 미비한 점을 보완하고자 하는 것이다. 이는 궁극적으로 일차의료를 강화함으로써 비용절감이 이루어지기 때문으로 보인다.

4) 정부 역할과 민간 자율성의 적절한 조합

영국처럼 아예 민간영역이 적은 나라를 제외하면 대개 정부와 민간의 적절한 역할 배분 또한 중요한 정책기제이다.

첫 번째는 공적자금이 커버하는 대상에 대한 시사점이다. 공적자금이 투여되는 보건소의 서비스가 취약계층에 한정되지 않은 우리나라 현실과 비교하여 국가 예산을 투자하여 책임지는 대상을 취약계층으로 한정하고 있다는 점이다.

미국 ACO 적용 대상군이 노인층을 위한 메디케어(Medicare)이며, 오래곤 주의 CCO는 저소득층을 위한 메디케이드(Medicaid)를 대상으로 한다. 물론 CCO 운영은 민간보험자들도 기능을 대신할 수 있도록 하고 있다.

호주에서 연방정부는 GP 중심의 일차의료 및 지역사회 중심으로 재정투입을 하지만 취약계층 즉 원주민, 지적장애인, 피난민 및 망명자, 노숙자, 심각한 정신장애, 가정 외 보호 서비스 내 아동을 대상으로는 주정부 예산이 투여 된다. 빅토리아 주의 Cohealth와 같은 community health centers들에서는 지역사회 수요에 맞는 지역보건사업을 수행하고 취약계층에 초점을 둔 의료서비스를 제공하고 있다.[5] 취약계층이 아닌 경우 접근이 다르며 민간이 주도한다. 2015년 7월에 일반개원의를 지원하기 위해 비영리기구인 Primary Care Network이 설립되었다.[5] 환자에게 적시에 적절한 장소에서 적절한 의료서비스를 제공하기 위해 협력을 증진시키고 환자에게 제공되는 의료적 서비스의 효과와 효율을 증진하기 위한 목적이다.

두 번째는 ACO와 CCO에서 보듯이 정부는 기준과 방향을 제시하고, 민간의 자율성 기반으로 운영된다는 점이다.

한국에의 시사점

해외 주요국의 일차의료 만성질환관리 정책 방향과 작동기제를 요약해보면 첫째, 지역사회 연계 통합서비스 제공이 확대되고 있으며, 둘째, 일차의료 강화를 위해 지역사회 연계 통합서비스에서 GP의 거버넌스를 인정하고 있으며 셋째, 보건의료시스

템 설계 시 경제 유인 동기와 결합한 재정 절감 모델 설계를 꾸준히 시도하고 있으며 마지막, 정부 선도 역할과 민간 자율성의 적절한 조합으로 정리할 수 있다. 외국 제도 도입 시 중요한 점은 정책의 한 가지 작동기제만 벤치마킹한다고 본래 의도하는 정책 목표를 이룰 수는 없다는 점이다. 중장기 계획 속에서 여러 작동기제가 함께 작동해야만 소기의 목적에 도달할 수 있다. 아울러 정책 목표를 도달하는 과정에서 이해당사자의 자율성에 기반 한 능동적 참여는 매우 중요하다.

필자 본인이 2014년부터 지난 4년 동안 추진공동위원장으로 활동해 온 '지역사회일차의료시범사업'은 의원급 의료기관이 외래중심으로 지역사회 자원을 연계하는 효과적인 만성질환관리체계를 구축하는 사업이고 기존의 만성질환 관리사업의 한계인 일차의료의사의 역할부재를 타개하고자 한 사업이다.[4] 의료진이나 수요자인 환자 모두에서 만족도와 수용성이 높고,[7] 환자의 생활습관 및 임상지표도 개선되었다는 한국보건의료연구원의 연구결과[8]를 바탕으로 문재인 정부의 국정과제에 '지역사회 기반 의료체계 구축, 동네의원 중심 만성질환관리'로 포함되었으며 2017년 10월 31일 하반기부터는 13개 지역의사회를 추가로 선정하여 확대하였다. 지역은 지역의사회, 지역사회 자원 즉, 보건소나 건강보험공단 등과 연계에 얼마나 능동적이며, 자발적인 참여의지를 평가하여 선정하였다. 이는 '지역사회일차의료시범사업'이 초기부터 2가지 정책 특징을 작동기제로 설계되었기 때문이다. 하나는 일차의료기관 의사의 주도적 참여를 위한 공급자 경제적 유인 정책이고 두 번째는 일방적 관 주도 사업의 한계를 극복하고 지역사회에 기반을 둔 자원의 효율적 활용을 위한 지역의사회와 공적기관의 공조체계에 초점을 두고 지역의사회의 거버넌스에 심혈을 기울인 사업이었다.[6]

일차의료영역에서 GP 전문가 자율성의 중요성은 지역사회 일차의료시범사업에 참여한 의료진들을 대상으로 참여 지속 요인에 대한 심층인터뷰를 통한 질적조사[9]에서 잘 나타나 있다. 시범사업 참여 의료진이 참여 강화에 가장 중요한 요인으로 우선 지역사회의사회의 역할과 의사주도 사업의 신뢰성을 언급하고 있는데 잘 드러나 있다. 지역의사회의 적극적인 참여 권유는 이러한 사업의 취지나 내용을 모르던 의료진들에게 참여를 결정하게 하는 것은 물론, 추후 참여를 지속하게 하는데 가장 강력한 요인으로 작용한다고 평가하였다.[7]

정부가 이제 다시 시작하고자 하는 통합 사업에 대한 의료계의 반발 배경은 「일차의료 만성질환관리 추진단」의 구성에 만성질환 관리를 실제적으로 담당하는 의사와 그 대표단체인 대한의사협회가 배제되고 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 한국보건의료연구원, 한국건강증진개발원 등 6개 기관장 중심, 즉 관 중심 사고방식의 재현으로 지역의사회의 거버넌스 즉 전문가 자율성을 토대로 한 '지역사회일차의료시범사업'의 성공요인을 간과하고 있기 때문에 나타났다는 점은 심히 우려되는 대목이다.

아울러 선진국 시스템에서 살펴보았듯이 일차의료 전담의사의 구심점 강화에 중요한 토대인 일차의료와 상급병원의 명확한 역할 분담에 대한 대안 없이 통합 사업의 수가구조만으로 일차의료 만성질환관리 문제를 해결할 수 없다. 특히 특수한 한국 보건의료 환경에 대한 심층적 접근이 필요하다. 전국이 일일생활권일 정도로 좁은 영토로 인해 의료기관 접근성이 높고, 의료비가 상대적으로 저렴하고,

상급기관과 일차의료기관 간의 무한 경쟁이 존재하는 현실이다. 이러한 현실에서 보장성확대가 오히려 단기적으로 상급병원의 문턱을 낮추어 일차의료와 상급병원이 더욱 경쟁하는 방식으로 진행된다면 지속가능한 보건의료체계의 발전이 될 수 있을지 고민해봐야 한다. 도시지역에는 한 빌딩에 여러 명의 GP와 타과전문의가 개업해 있는 현실에서 통합서비스 제공의 중장기 모델뿐만 아니라 정부 선도 역할과 민간 자율성의 적절한 조합에 대한 심층적인 접근이 부족한 상태이다.

마지막으로 우리나라는 일차의료에 대한 정립[4]이 아직은 모호한 상태이며, 자가 생활에 도움이 필요하거나 재활이 필요한 만성질환자에게 돌봄과 재활에 중점을 둔 서비스를 어떻게 재편할 것인지, 어떤 역할 분담과 연계 방식을 가져야 하는지도 일차의료 만성질환관리의 중요 이슈이다. 환자의 의료요구도에 따라 급성, 아급성, 요양, 가정을 포함한 지역사회 등으로 역할분담과 통합연계체계가 확립되어 있지 않고, 중앙정부와 지방정부의 자원과 건강보험재정과 건강증진 등 재정 관리의 구분이 명확하지 않다. 따라서 향후 우리나라에서도 여러 논의를 통하여 재정 및 자원의 효율적 사용을 위해 일차의료를 중심으로 중앙정부와 지방정부의 재정투입 및 역할분담 등이 필요할 것으로 사료된다.[5]

참고문헌

[1] http://www.kukinews.com/news/article.html?no=575753
[2] http://www.medigatenews.com/news/1822636396
[3] 조정진. 지역사회기반 일차의료와 공공의료, 대한공공의학회지. 2017;1(1):99-105.
[4] 김계현. 주요국의 만성질환관리를 위한 예방의료서비스 현황 조사. 의료정책포럼. 2015;13(1):53-59.
[5] 조정진, 일차의료 강화를 위한 지역사회중심의 건강관리의 서비스디자인 개발 - 만성질환관리를 중심으로. 한림대학교 산학협력단 보건의료연구개발사업 HI13C1461 보고서 2017.
[6] 조정진. 지역사회 일차의료 시범사업의 현황과 정책적 함의. 의료정책포럼. 2015;13(1):53-59.
[7] 조정진, 권용진, 정성훈. 만성질환관리를 위한 보건의료서비스모형과 지역사회 일차의료 시범사업 현황, 대한가정의학회지. 2015;5(3):173-178.
[8] 한국보건의료연구원 지역사회 일차의료 시범사업 1차 평가 연구. 서울, 한국; 보건복지부; 2016.
[9] 조정진 등, 만성질환관리를 위한 보건의료서비스 모형의 효과와 전망 - 지역사회 일차의료 시범사업 제공자 및 수요자 심층면접조사, 한림대학교 출판부. 2016.10.

4) 일차의료의사의 역할을 중심으로 일차의료를 정의할 때는 'primary medical care'라는 용어를 사용하지만 환자가 거주하고 있는 지역 중심으로 즉 지역 사회적 접근방식이 필요하며, 지역사회의 일차의료 건강문제 모두를 해결하는 역할 즉 광의의 일차의료는 primary care 혹은 primary health care라고 부를 수 있다.[5] 광의 일차의료에서 GP 이외의 역할 규정은 국가별로 보건의료인력 구조와 경제발전과 보건의료 재정 상태에 따라 다르기 때문에 한국사회에서 각각의 역할 정립에 대한 논의가 필요하지만 선진국 어느 나라에서 GP의 주도적 역할을 인정하지 않는 나라는 없다.