

연구보고서 2022-27

# 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

여나금

오수진 · 권용진 · 신현웅 · 심보람 · 장연옥



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## ■ 연구진

연구책임자	여니금	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	오수진	한국보건사회연구원 전문연구원
	권용진	서울대학교병원 교수
	신현웅	한국보건사회연구원 선임연구위원
	심보람	건강보험심사평가원 부연구위원
	장연옥	한국보건사회연구원 객원연구위원

연구보고서 2022-27

### 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

발행일 2022년 12월  
발행인 이태수  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)  
인쇄처 고려씨엔피

---

© 한국보건사회연구원 2022  
ISBN 978-89-6827-891-4 [93510]  
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2022.27>

## 발|간|사

우리나라 건강보험 제도는 전 세계적으로 그 우수성을 인정받고 있다. 실제로 우리나라 국민은 상대적으로 낮은 의료비로 높은 건강성적을 누리고 있다. 특히, 코로나19 팬데믹을 거치면서 우리나라가 낮은 치명률과 최소한의 경제 역성장을 기록하면서 코로나19 위기를 극복한 주요 성공 요인으로 한국형 건강보험 제도가 큰 주목을 받고 있다.

1989년 전 국민 건강보험이 도입된 이후 지난 40여 년간 건강보험은 제도적으로 큰 성장과 성숙기를 경험해 오고 있다. 건강보험 제도로 국민들은 더 건강해졌고, 보건의료체계는 더 발전하였다. 하지만 지난 40여 년의 성과는 건강하고 젊은 인구가 주를 이루었던 인구 보너스(Bonus) 시대에 경험했던 과실이다. 앞으로 본격화될 인구 오너스(Onus) 시대에는 건강보험 제도에 대한 기대와 신뢰보다는 우려와 불신이 더 크게 제기되는 상황이다.

인구구성과 질환 특성이 달라짐에 따라 그에 맞는 의료이용체계로의 전환이 필요하다. 하지만 현재의 자유로운 의료이용 환경에 익숙해진 공급자와 국민 모두 새로운 의료이용 환경으로 전환할 필요성을 크게 체감하지 못하는 상황이다. 현재까지 누렸던 건강보험 제도의 과실을 미래세대도 함께 누릴 수 있으려면 공급자와 국민이 수용할 수 있는 새로운 의료이용 모형을 개발하고 이에 참여하도록 설득해 나가는 과정이 필요하다. 안타깝게도 우리에게 주어진 준비의 시간이 그리 길지 않다.

본 보고서는 미래 환경변화에 대응하여 그동안 주로 논의의 수준에 머물렀던 환자 중심의 연계적·통합적 의료이용체계를 실제 의료이용 현장에서 구현하는 데 필요한 의료이용 모형을 개발하고, 이를 실질적으로 작동시키기 위한 건강보험 보상체계를 설계해보고자 했다. 대상자의 특성

---

---

별로 효과적인 의료이용 모형이 다를 수 있는 만큼 대상자를 유형화하고, 유형별로 필요한 의료욕구를 반영한 모형을 설계하고 적합한 보상체계를 모듈식 사례 형태로 제시하였다.

본 연구는 여나금 부연구위원 책임하에 원내에서는 신현웅 선임연구위원, 장연옥 객원연구위원, 오수진 전문연구위원, 외부에서는 서울대 권용진 교수, 건강보험심사평가원 심보람 부연구위원이 참여하였다. 연구진은 본 연구의 진행 과정에서 유익한 조언과 진심 어린 지적을 해주신 한국폴리텍대학의 김한성 교수님과 한국보건사회연구원의 하솔잎 부연구위원께 특별히 감사를 표한다.

이 연구가 현재 우리나라 건강보험 제도가 직면한 위기를 새로운 패러다임으로 전환하기 위한 기회의 장을 열어나가는 데 기여하길 기대해 본다. 그리고 이를 통해 우리 모두 꿈꾸는 지속가능한 건강보험 제도로 도약할 수 있길 바란다. 마지막으로, 본 보고서의 내용은 연구진들의 개인적인 의견이며 본원의 공식적인 입장이 아님을 밝힌다.

2022년 12월

한국보건사회연구원 원장

이 태 수





# 목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



Abstract .....	1
요 약 .....	3
<b>제1장 서론 .....</b>	<b>9</b>
제1절 연구 배경 및 목적 .....	11
제2절 연구 내용 및 방법 .....	18
<b>제2장 의료협력체계 모형개발을 위한 사례모형 도출 .....</b>	<b>21</b>
제1절 의료협력체계 모형개발을 위한 툴킷(toolkit) 제시 .....	23
제2절 의료협력체계 대상자 분류 및 서비스 이용체계 도출 .....	26
제3절 의료협력체계 보상체계 및 관리운영체계 도출 .....	32
제4절 의료협력체계 사례모형 도출 및 모형설계 접근방식 .....	48
<b>제3장 【①서비스 연계】 아동 건강지킴 일차의료 모형 .....</b>	<b>53</b>
제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰 .....	53
제1절 【접근방식】 아동 건강지킴 일차의료 모형 설계 개요 .....	55
제2절 【특성분석】 아동 의료이용 현황 및 욕구 분석 .....	57
제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰 .....	92
제4절 【모형설계】 아동 건강지킴 일차의료 모형 및 보상체계 설계 .....	104
<b>제4장 【②의료기관 간 연계】 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 ...</b>	<b>117</b>
제1절 【접근방식】 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 설계 개요 .....	119
제2절 【특성분석】 복합만성질환자 의료이용 현황 및 욕구 분석 .....	121
제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰 .....	170
제4절 【모형설계】 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 및 보상체계 설계 .....	183

<b>제5장 【㉓지역사회 내 연계】 노인 의료-요양 지역기반</b> .....	<b>199</b>
제1절 【접근방식】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 설계 개요 .....	201
제2절 【특성분석】 노인 의료-요양 이용 현황 및 욕구 분석 .....	203
제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰 .....	232
제4절 【모형설계】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 및 보상체계 설계 .....	247
<b>제6장 결론 및 정책제언</b> .....	<b>261</b>
제1절 국민중심 의료협력체계 구축을 위한 개선방향 제언 .....	263
제2절 의료협력체계를 위한 보상체계 개선과제 제언 .....	272
제3절 의료협력체계를 위한 의료이용문화 개선과제 제언 .....	282
<b>참고문헌</b> .....	<b>301</b>
<b>부록</b> .....	<b>307</b>
[부록 1] 의료이용 경험 및 욕구 설문조사표 .....	307

# 표 목차



〈표 1-1〉 상위 10개 질환군 변화 추이(1990년 vs 2020년) .....	12
〈표 1-2〉 국민중심 의료이용체계로의 개선 방향 .....	15
〈표 1-3〉 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 보상체계 개발 필요성 .....	16
〈표 2-1〉 주요 보건의료체계 모형에서 제시한 목표 달성을 위한 구성 요인(도구) .....	23
〈표 2-2〉 의료협력체계 모형 설계를 위한 툴킷 및 접근방식 .....	24
〈표 2-3〉 의료협력체계 대상자 선정과정 .....	27
〈표 2-4〉 5세 미만 다빈도 질환(전체) .....	28
〈표 2-5〉 20~64세 다빈도 질환(외래) .....	29
〈표 2-6〉 65세 이상 다빈도 질환(입원) .....	29
〈표 2-7〉 의료협력체계 모형의 대상자 및 연계서비스 도출 .....	31
〈표 2-8〉 APM 프레임워크(4개 카테고리) .....	35
〈표 2-9〉 보험자 및 지불모형별 지불액 비중(2018) .....	35
〈표 2-10〉 CMMI의 APM 모형 유형 .....	36
〈표 2-11〉 CMS의 advanced APM 모형(2021) .....	38
〈표 2-12〉 AMP 성과 평가 결과: ❶ 일차의료 전환 모형 .....	41
〈표 2-13〉 AMP 성과 평가 결과: ❷ 에피소드 기반 지불모형 .....	42
〈표 2-14〉 AMP 성과평가 결과: ❸ ACO 모형 .....	43
〈표 2-15〉 의료협력체계 모형의 보상체계 및 관리운영체계 도출 .....	47
〈표 2-16〉 본 연구의 의료협력체계 사례모형 도출 결과(3가지) .....	48
〈표 3-1〉 아동 건강지킴 일차의료 모형 설계 개요 .....	55
〈표 3-2〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비 .....	59
〈표 3-3〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수 .....	59
〈표 3-4〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비 .....	60
〈표 3-5〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 진료비 점유율 추이: 전체 .....	60
〈표 3-6〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 진료비 점유율 추이: 입원 .....	61
〈표 3-7〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 진료비 점유율 추이: 외래 .....	62
〈표 3-8〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 입·내원일수 점유율 추이: 전체 .....	62



〈표 3-9〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 입·내원일수 점유율 추이: 입원	63
〈표 3-10〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 입·내원일수 점유율 추이: 외래	63
〈표 3-11〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 실인원 및 진료비: 상급종합병원	64
〈표 3-12〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비: 상급종합병원	65
〈표 3-13〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수: 상급종합병원	65
〈표 3-14〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비: 상급종합병원	65
〈표 3-15〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 실인원 및 진료비: 종합병원	66
〈표 3-16〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비: 종합병원	67
〈표 3-17〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수: 종합병원	67
〈표 3-18〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비: 종합병원	67
〈표 3-19〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 실인원 및 진료비: 병원급	68
〈표 3-20〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비: 병원급	69
〈표 3-21〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수: 병원급	69
〈표 3-22〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비: 병원급	69
〈표 3-23〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 실인원 및 진료비: 의원급	70
〈표 3-24〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비: 의원급	71
〈표 3-25〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수: 의원급	71
〈표 3-26〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비: 의원급	71
〈표 3-27〉 만 6세 미만 아동의 다빈도 상병(5순위)	72
〈표 3-28〉 아동 보호자 대상 설문조사 주요 내용	74
〈표 3-29〉 응답자의 일반적 특성: 아동 및 보호자	76
〈표 3-30〉 의료기관 종별 해당 의료기관을 이용한 주된 이유(1+2순위)	80
〈표 3-31〉 주 방문 의사 여부 및 건강 문제 해결 정도	81
〈표 3-32〉 아동 의료서비스 이용에 대한 전반적 만족도	83
〈표 3-33〉 응답자 특성별 아동의 의료이용 시 어려움	84
〈표 3-34〉 기타 아동의 의료이용 시 어려움	85
〈표 3-35〉 응답자 특성별 아동의 의료기관 지정 필요성	87



〈표 3-36〉 기타 아동의 의료이용 시 개선 필요사항	90
〈표 3-37〉 InCK의 목표	94
〈표 3-38〉 영유아 건강검진 주기별 항목	99
〈표 3-39〉 어린이 국가예방접종 표준예방접종 일정표(2022)	102
〈표 3-40〉 만 6세 미만 아동의 다빈도 질환	104
〈표 3-41〉 의원급 기관의 유형분류	106
〈표 3-42〉 진료과별 의원급 기관의 유형분류	107
〈표 3-43〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형의 의의	108
〈표 3-44〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형의 서비스 제공 방향	109
〈표 3-45〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형의 서비스 내용	110
〈표 3-46〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형의 서비스별 적정 횟수 및 묶음수가	111
〈표 3-47〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 평가지표 예시	112
〈표 4-1〉 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 설계 개요	119
〈표 4-2〉 OASH기준 만성질환자 수	121
〈표 4-3〉 연도별 만성질환자 비율(단일, 복합만성질환)	123
〈표 4-4〉 2021년 연령별 만성질환자 비율(단일, 복합만성질환)	124
〈표 4-5〉 연령별 단일 만성질환자 vs 복합만성질환자 비율(2021년)	124
〈표 4-6〉 만성질환자 개수별 연령대 구성 비율(2021년)	125
〈표 4-7〉 당뇨병, 고혈압 복합만성질환자 현황	126
〈표 4-8〉 연령별 당뇨병, 고혈압 복합만성질환 비율	127
〈표 4-9〉 연령별 당뇨병, 고혈압의 단일만성질환 비율 vs 복합만성질환 비율	128
〈표 4-10〉 만성질환 보유 개수별 총진료비: 전체	129
〈표 4-11〉 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비 및 입·내원일수: 전체	130
〈표 4-12〉 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비: 전체	130
〈표 4-13〉 만성질환 보유 개수별 총진료비: 입원	131
〈표 4-14〉 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비 및 입·내원일수: 입원	132
〈표 4-15〉 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비: 입원	132

〈표 4-16〉 만성질환 보유 개수별 총진료비: 외래 .....	133
〈표 4-17〉 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비 및 입·내원일수: 외래 .....	134
〈표 4-18〉 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비: 외래 .....	134
〈표 4-19〉 연령별 만성질환 보유 개수별 총진료비: 전체 .....	135
〈표 4-20〉 연령별 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비: 전체 .....	135
〈표 4-21〉 연령별 만성질환 보유 개수별 1인당 입·내원일수: 전체 .....	136
〈표 4-22〉 연령별 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비: 전체(단위: 만 명, 원) .....	136
〈표 4-23〉 의료기관 종별 만성질환 보유 개수별 총진료비 .....	137
〈표 4-24〉 의료기관 4대 종별 만성질환 보유 개수별 총진료비 .....	138
〈표 4-25〉 의료기관 종별 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비 .....	139
〈표 4-26〉 의료기관 4대 종별 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비 .....	139
〈표 4-27〉 의료기관 종별 만성질환 보유 개수별 1인당 입·내원일수 .....	140
〈표 4-28〉 의료기관 4대 종별 만성질환 보유 개수별 1인당 입·내원일수 .....	140
〈표 4-29〉 의료기관 종별 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비 .....	141
〈표 4-30〉 의료기관 4대 종별 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비 .....	141
〈표 4-31〉 효율적인 복합만성질환 관리를 위한 의료이용 모형(안) .....	145
〈표 4-32〉 복합만성질환자 대상 설문조사 주요 내용 .....	145
〈표 4-33〉 응답자의 일반적 특성: 복합만성질환자 .....	148
〈표 4-34〉 성·연령별 보유하고 있는 만성질환(복수 응답) .....	151
〈표 4-35〉 만성질환 보유 개수별 주로 방문하는 의료기관 현황 .....	153
〈표 4-36〉 만성질환 보유 개수별 주로 방문하는 의료기관 제공 서비스 .....	155
〈표 4-37〉 의료기관 종별 해당 의료기관을 이용한 주된 이유(1+2순위) .....	157
〈표 4-38〉 주 방문 의사 여부 및 건강 문제 해결 정도 .....	157
〈표 4-39〉 복합만성질환자의 의료서비스 이용에 대한 전반적 만족도 .....	158
〈표 4-40〉 응답자 특성별 아동의 의료이용 시 어려움 .....	159
〈표 4-41〉 기타 복합만성질환자의 의료이용 시 어려움 .....	160
〈표 4-42〉 응답자 특성별 복합만성질환 관리를 위한 필요 서비스 .....	162



〈표 4-43〉 응답자 특성별 복합만성질환 관리를 위해 필요한 개선과제 .....	165
〈표 4-44〉 ‘지정의료기관’으로 적절하다고 생각하는 의료기관 종별 및 이유 .....	167
〈표 4-45〉 효율적인 복합만성질환 관리를 위한 의료이용 모형(안) .....	167
〈표 4-46〉 응답자 특성별 선호 의료이용 모형 .....	169
〈표 4-47〉 기초 트랙의 MSR 산출(One-Sided) .....	173
〈표 4-48〉 기존 만성질환관리 시범사업 .....	175
〈표 4-49〉 일차의료 만성질환관리 시범사업 수가 .....	178
〈표 4-50〉 일차의료 만성질환관리 시범사업 수가의 환자관리료 구분 .....	179
〈표 4-51〉 의뢰·회송 협력진료 대상기관 및 모형 .....	181
〈표 4-52〉 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수가 .....	182
〈표 4-53〉 최근 5년의 복합만성질환자 현황(2017~2021년) .....	183
〈표 4-54〉 당뇨병, 고혈압 복합만성질환자 현황 .....	183
〈표 4-55〉 건강보험 가입자의 외래 방문 일수 구간별 가입자 수 .....	187
〈표 4-56〉 참여 인센티브: 본인부담 경감 예시 .....	188
〈표 4-57〉 참여 인센티브: 본인부담 경감 .....	188
〈표 4-58〉 진료비 보상 설계방식 .....	190
〈표 4-59〉 의료기관 네트워크모형의 주치의료기관 보상체계 설계(안) .....	192
〈표 4-60〉 의료기관 네트워크 모형: 정보공유 방식 .....	193
〈표 5-1〉 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 설계 개요 .....	201
〈표 5-2〉 2017~2021년 65세 이상 노인 1인당 진료비: 진료행태별 .....	206
〈표 5-3〉 2017~2021년 65세 이상 노인 1인당 입·내원일수: 진료행태별 .....	207
〈표 5-4〉 2017~2021년 65세 이상 노인 입·내원 일당 진료비: 진료행태별 .....	207
〈표 5-5〉 2021년 연령구간별 1인당 진료비 .....	208
〈표 5-6〉 2021년 연령구간별 1인당 입·내원일수 .....	209
〈표 5-7〉 2021년 연령구간별 입·내원 일당 진료비 .....	210
〈표 5-8〉 2021년 요양병원 입원환자의 장기요양 인정등급 현황: 건강보험 .....	212
〈표 5-9〉 2021년 장기요양등급별 1인당 의료비: 건강보험 .....	213



〈표 5-10〉 2021년 요양병원 입원환자 중 신체기능저하군 이력이 있는 환자진료 현황	214
〈표 5-11〉 2021년 요양병원 입원자의 장기요양 인정등급 현황: 의료급여	215
〈표 5-12〉 2021년 장기요양등급별 1인당 의료비: 의료급여	216
〈표 5-13〉 노인 대상 설문조사 흐름도	217
〈표 5-14〉 응답자의 일반적 특성: 노인	220
〈표 5-15〉 노인장기요양보험 등급신청 여부	221
〈표 5-16〉 응답자 특성별 노인의 의료이용 시 어려움	223
〈표 5-17〉 건강하지 않은 노인 응답자 특성별 필요한 의료·복지서비스(1순위)	226
〈표 5-18〉 건강한 노인 응답자 특성별 필요한 의료·복지서비스(1순위)	228
〈표 5-19〉 응답자 특성별 지역사회 통합돌봄서비스 이용 의향	230
〈표 5-20〉 일상생활 및 의료이용 만족도	231
〈표 5-21〉 재가 의료급여 협력의료기관 수가 구성	242
〈표 5-22〉 재가 의료급여 돌봄지원 수가 구성	243
〈표 5-23〉 재가 의료급여 식사 지원 수가 구성	244
〈표 5-24〉 재가 의료급여 이동지원 수가 구성	245
〈표 5-25〉 재가 의료급여 필수급여 예산 집행 한도	246
〈표 5-26〉 (참고) 2021년 요양병원 입원자의 장기요양 인정등급 현황: 건강보험	247
〈표 5-27〉 (참고) 2021년 요양병원 입원자의 장기요양 인정등급 현황: 건강보험	251
〈표 5-28〉 재가 의료급여: 필수급여, 선택급여(참고)	252
〈표 5-29〉 재가의료급여 서비스별 예산지원(안)	252
〈표 5-30〉 협력주체별 제공서비스 및 보상방안(재가 의료급여 시범사업 설계 참고)	253
〈표 5-31〉 노인 의료-요양 통합모형의 정보공유 범위	255
〈표 5-32〉 노인 의료-요양 통합모형의 재정운영방식	256
〈표 6-1〉 현재 보건의료 위기요인과 혁신을 위한 기회로의 전환 필요성	264
〈표 6-2〉 미래 보건의료체계의 비전 및 정책목표	265
〈표 6-3〉 의료이용의 이론과 경험의 격차	266
〈표 6-4〉 국민중심 의료협력체계 구축을 위한 개선방향: 공급자, 국민 행태변화	269





〈표 6-5〉 협력의료 관련한 정책과제(예시) .....	271
〈표 6-6〉 보상체계 개선방향: 표준의 전환 .....	272
〈표 6-7〉 지금까지의 공공정책 보상체계의 현황 및 문제의식 .....	274
〈표 6-8〉 공공정책 수가의 정의: 건강보험 역할과 책임 강화 .....	275
〈표 6-9〉 건강보험 역할 및 책임강화를 위한 보상체계 개선의 기본원칙 .....	275
〈표 6-10〉 보장방식: 의료비 보편적 보장→접근성 완결적 보장 .....	276
〈표 6-11〉 보상방식: 획일적 수가 인상 방향 vs 선별적 수가 인상 방향 .....	277
〈표 6-12〉 보상 단위: 기관단위 보상의 필요성 .....	278
〈표 6-13〉 재정관리: 가격 관리→총진료비 관리 .....	279
〈표 6-14〉 코로나 전후 호흡기 질환 진료 인원 및 진료비 변화 .....	283
〈표 6-15〉 코로나 전후 한방 및 응급실 이용의 진료 인원 및 진료비 변화 .....	283
〈표 6-16〉 의료법 제22조(진료기록부 등) .....	286
〈표 6-17〉 비급여 진료내역에 대한 국민의 정보 접근성 향상방안(안) .....	290
〈표 6-18〉 건강정보 탐색 경로 우선순위 및 정보원별 만족도 .....	293

# 그림 목차

[그림 1-1] 국민의 의료요구 복잡화·다양화	13
[그림 1-2] 연구 방법	20
[그림 2-1] 연령별 의료이용 현황(적용인구당 입·내원일수)	27
[그림 2-2] 의료협력체계 모형설계를 위한 단계별 연계 방식	30
[그림 2-3] APM 모형들의 순절감 및 손실	39
[그림 3-1] 2017~2021년 만 6세 미만 아동 진료실 인원 및 진료비	57
[그림 3-2] 2017~2021년 만 6세 미만 아동 의료이용 현황	58
[그림 3-3] 아동의 지난 6개월간 외래서비스 이용 경험	77
[그림 3-4] 아동의 지난 6개월간 입원서비스 이용 경험	78
[그림 3-5] 아동의 지난 6개월간 응급서비스 이용 경험	78
[그림 3-6] 지난 6개월간 주로 이용한 의료기관 유형	79
[그림 3-7] 해당 의료기관을 이용한 주된 이유(1, 2순위)	79
[그림 3-8] 거주지 내 아동 의료 인프라 충분성	82
[그림 3-9] 아동의 의료이용 시 어려움	84
[그림 3-10] 아동의 지정의료기관 필요성 및 유형	87
[그림 3-11] 아동의 지정의료기관에 필요한 서비스 및 기능(복수 응답)	88
[그림 3-12] 아동의 지정의료기관 불필요 사유	89
[그림 3-13] 아동의 의료이용 측면에서 개선 필요사항	89
[그림 3-14] 주요 아동 서비스	95
[그림 3-15] 6가지 주요 서비스 통합 설계 특성	96
[그림 3-16] 어린이 국가예방접종 지원사업 추진체계	101
[그림 3-17] 어린이 국가예방접종 지원사업 비용상환 흐름도	103
[그림 3-18] 아동의 의료이용 시 장애요인 및 개선 필요사항	105
[그림 3-19] 2017~2021년 만 6세 미만 아동 진료실 인원 및 진료비	108
[그림 3-20] 현재 아동의 건강, 의료정보 관리방식	113
[그림 3-21] 아동의 건강, 의료정보 관리방식 개선 방향	113
[그림 4-1] 건강보험 총진료비 대비 만성질환 진료비 비중	129



[그림 4-2] 복합만성질환 구성 및 보유 만성질환 개수 .....	149
[그림 4-3] 응답자의 복합만성질환 현황(최소 2개, 복수 응답) .....	150
[그림 4-4] 고혈압 또는 당뇨병을 처음 진단받은 의료기관 .....	152
[그림 4-5] 만성질환 관리 또는 치료 상담을 위해 주로 방문하는 의료기관 수 .....	152
[그림 4-6] 주로 방문하는 의료기관에서 제공하는 서비스 .....	154
[그림 4-7] 주로 방문하는 의료기관이 없는 이유 .....	155
[그림 4-8] 해당 의료기관을 이용한 주된 이유(1, 2순위) .....	156
[그림 4-9] 복합만성질환자의 의료이용 시 어려움 .....	159
[그림 4-10] 복합만성질환 관리를 위한 일상생활 필요 서비스 .....	161
[그림 4-11] 만성질환 보유 개수별 필요 서비스 .....	163
[그림 4-12] 복합만성질환 관리를 위해 필요한 개선과제 .....	164
[그림 4-13] '지정의료기관'으로 적절한 의료기관 종별 .....	166
[그림 4-14] 복합만성질환 관리를 위한 선호 의료이용 모형 .....	168
[그림 4-15] 만성질환 보유 개수별 선호 의료이용 모형 .....	169
[그림 4-16] 일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스 제공 내용 .....	176
[그림 4-17] 일차의료 만성질환관리 시범사업 모형 .....	177
[그림 4-18] 일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스 프로세스 .....	178
[그림 4-19] 진료의뢰·회송 중계시스템 업무 흐름도 .....	181
[그림 4-20] 복합만성질환자가 원하는 서비스 .....	184
[그림 4-21] 복합만성질환자가 원하는 지정의료기관 유형 .....	185
[그림 4-22] 복합만성질환자가 원하는 서비스 .....	186
[그림 4-23] 최근 3년간 외래 70일 이상 이용자 1인당 진료비 .....	191
[그림 5-1] 2017~2021년 65세 이상 노인 총진료비 및 실인원: 전체 .....	203
[그림 5-2] 2017~2021년 65세 이상 노인 1인당 진료비: 전체 .....	204
[그림 5-3] 2017~2021년 65세 이상 노인 1인당 입·내원일수: 전체 .....	205
[그림 5-4] 2017~2021년 65세 이상 노인 입·내원 일당 진료비: 전체 .....	205
[그림 5-5] 2021년 진료행태별 연령별 실인원 및 진료비 구성비 .....	211



[그림 5-6] 2021년 진료행태별 노인 실인원 및 진료비 구성비 .....	211
[그림 5-7] 노인의 의료이용 시 어려움 .....	222
[그림 5-8] 노인의 일상생활에서 도움을 받는 주체 .....	224
[그림 5-9] 건강하지 않은 노인에게 필요한 의료·복지서비스(1, 2순위) .....	225
[그림 5-10] 노인의 일상생활에서 타인의 도움을 받지 않는 이유 .....	227
[그림 5-11] 건강한 노인에게 필요한 의료·복지서비스(1, 2순위) .....	227
[그림 5-12] 노인의 건강 악화 시 거주 희망 장소 .....	229
[그림 5-13] 지역사회 통합돌봄서비스 이용 의향 .....	230
[그림 5-14] 지역사회 서비스 연계를 위한 자율형 전달체계 .....	237
[그림 5-15] 지역사회 통합돌봄 서비스 제공 실적(2021.8월 기준) .....	238
[그림 5-16] 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진 결과 .....	238
[그림 5-17] 재가 의료급여의 제공·연계 서비스 .....	240
[그림 5-18] 재가 의료급여 시범사업 흐름도 .....	241
[그림 5-19] 재가 의료급여 의료지원 체계도 .....	242
[그림 5-20] 재가 의료급여 돌봄지원 체계도 .....	243
[그림 5-21] 재가 의료급여 식사 지원 체계도 .....	244
[그림 5-22] 재가 의료급여 이동지원 체계도 .....	245
[그림 5-23] (참고) 노인에게 필요한 요양·의료서비스(1, 2순위) .....	248
[그림 5-24] (참고) 노인의 건강 악화 시 거주 희망 장소 .....	249
[그림 5-25] (참고) 재가 의료급여 서비스 모형 .....	250
[그림 6-1] 의료협력체계 구축을 위한 단계적 가치기반 보상체계 로드맵(예시) .....	280
[그림 6-2] 코로나19를 통한 의료이용문화 변화의 필요성 및 가능성 .....	282
[그림 6-3] 디지털 전환기반 환자의 역량 강화 .....	285
[그림 6-4] (참고) 건강정보 고속도로 모형 .....	288
[그림 6-5] (참고) 독일의 영수증 정보제공 의무화 사례 .....	291
[그림 6-6] (참고) 독일 : Terminservice .....	292
[그림 6-7] (참고) 독일 116117: Patienten-Navi online .....	295
[그림 6-8] (참고) 영국 NHS Pathway: NHS111 .....	296



## Abstract

### **A study on value-based payment development for patient-centered health care system**

Project Head: Yeo, Nageum

Traditionally, Korea's health care system has been developed in a provider-centered way to respond to acute diseases effectively. However, with the recent increase in chronic diseases, emphasis is put on the importance of a patient-centered health care cooperation system, and the model of such system can be designed in various ways depending on the target people and related services. Thus, this study is to present three case models of patient-centered health care cooperation system and to propose a value-based reward system suitable for each model. In addition, to attract providers and patients to participate in the health care cooperation system and to improve acceptance of the new system, this study proposes improvement tasks for the compensation system of providers and health care use system of patients.

**Keyword :** patient-centered, value-based payment, healthcare delivery

---

Co-Researchers: Oh, Sujin·Kwon, Yongjin·Shin, Hyunwoung·Sim, Boram·Jang, Yeonok





## 1. 연구의 배경 및 목적

그간 우리나라 의료체계는 급성기·감염성 질환에 효율적으로 대응하기 위해 ‘단일 의료기관에서 단시간 내 자원을 집중 투입’하는 형태로 발전되어 왔고, 이는 결과적으로 우리나라 의료체계가 단일 공급자 중심(Single provider)의 ‘경쟁적 의료제공체계’로 발전되어 오는 근간을 형성하였다. 하지만 질병 구조가 점차 급성기·감염성 질환에서 만성·퇴행성 질환으로 전환되고 있으며, 국민의 욕구가 복잡화·다양화되고 있는 상황에서 현재와 같은 “단일” 공급자 중심(Single provider)의 “경쟁적” 의료제공체계에서는 효과적/효율적 대응이 어려울 것이라는 우려가 제기되고 있다. 실제로 현재 우리가 직면하고 있는 인구 및 질환 특성의 변화, 의료욕구의 복잡화에 대응하여 새로운 의료이용체계로의 전환이 요구되고 있지만, 현재의 자유로운 의료이용환경에 익숙해진 공급자와 국민 모두 새로운 의료이용환경으로의 개선 필요성을 크게 체감하지 못하고 있다.

따라서 공급자와 국민이 이러한 새로운 형태의 변화를 수용할 수 있도록 보상체계와 이용체계를 전환하기 위한 정책과제들을 마련하고, 이를 단계적으로 실행해 나가는 것이 중요한 상황이다. 이를 위해서는 그간의 공급자 중심 의료서비스 제공모형에서 벗어나, 환자중심(有질환자), 더 나아가 국민중심(有질환자+無질환자)으로 공급자와 국민이 수용가능한 의료서비스 이용모형을 개발하고, 공급자와 국민의 참여를 설득해 나가는 과정이 필요하겠다.

본 연구에서는 미래 보건의료 패러다임 변화에 대응한 국민중심 의료협력체계를 국내에 확립하기 위해 구체적인 건강보험 보상체계를 개발하고자 한다.

4 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

## 2. 주요 연구 결과

〈요약 1〉 본 연구의 의료협력체계 사례모형 도출 결과(3가지)

목적	의료협력체계 모형을 3가지로 구분(서비스 연계, 의료기관 간 연계, 지역 내 연계)하여 모형별 사례 중심으로 가치기반 보상체계 개발		
구분	<b>모형①</b> 서비스 연계	<b>모형②</b> 의료기관 간 연계	<b>모형③</b> 지역사회 내 연계
의료협력 체계모형 (안)	아동 <b>건강지킴 일차의료</b> 모형 Comprehensive Primary Care Plus, CPC+	복합만성질환자 <b>의료기관 네트워크</b> 모형 Pioneer Accountable Care Organization, ACO	노인 <b>의료-요양</b> <b>지역기반 통합돌봄</b> 모형 State Innovation Model Initiative, SIM
의료협력 체계모형 도출방법	아동 의료이용 현황 (주요질환 의료이용량등)    복합만성질환 의료이용 현황 (만성질환수, 의료이용량등)    노인 의료-요양 이용 현황 (요양병원이용, 장기요양등급현황등) <b>건강보험 청구자료 분석 → 의료이용 행태 및 특성 도출</b> ..... <i>Supporting Data</i> <b>▼ 의료이용 경험 및 욕구 조사</b> (건강·의료·요양 욕구 및 현행 서비스 장애요인과 개선방안 조사)		
	Integrated Care for Kids (InCK) Model    ACO with (Medicare Shared Savings Program)    Rural Community Hospital Demonstration <b>미국의 APM Innovation Model 고찰 → 모형 설계에 참고</b> ..... <i>Payer Experience</i>		
	영유아 건강검진 제도    진료의뢰회송시범사업    재가 의료급여 시범사업 국가 어린이 예방접종사업    중증진료체계 강화 시범사업    지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) <b>국내 관련 제도 고찰 → 연계 및 활용 방안 모색</b> ..... <i>Linkage with System</i>		
지불 단위	묶음지불제도 (Single bearer of risk)	네트워크단위 지불제도 (risk among providers)	지역단위 지불제도
가치기반 보상체계 (예시)	특정대상 인구집단지불제도 (condition specific population based payment)	재정공유 지불제도 (APMs with Shared savings)	인센티브 지불제도 (Foundational payment for infrastructure & Operations)
	population based payment	APMs built on FFS	FFS Link to Quality & Value
가치기반 보상체계 도출방법	미국 VBP 도입 10년의 성과 평가 (성과가 있었던 factor를 집중 검토하여 벤치마킹 방안 도출)		FGI 및 전문가 간담회 개최 (모형별 적절한 가치기반 보상체계에 대한 의견 수렴)



본 연구에서는 의료협력체계 모형의 대상자와 서비스 연계단위를 토대로 아동기, 성인기, 노인기에 각각 필요한 연계서비스를 다음과 같이 3가지로 도출하였다.

첫째, 아동기는 의원급 급성 경증질환 외래이용이 중심이 된 의료이용을 하고 있음에 따라 단일 의료기관에서 치료 외 건강관리 서비스를 통합적으로 제공하는 아동 건강지킴 일차의료 모형이다. 본 연구에서 설정한 아동 건강지킴 일차의료 모형의 목적은 “전체 아동”을 대상으로 “의원급 단일 공급자가 통합적·포괄적 건강지킴 서비스를 제공 및 관리”하는 것으로, 이를 달성하는 데 필요한 킷별(①대상자 분류체계, ②서비스 이용체계, ③진료비 보상체계, ④관리운영체계) 설계방안을 제시하였다. 본 연구에서는 현재 시행 중인 일차의료 시범사업을 아동까지 확대하는 방향으로 의원급 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형을 제시하였다.

둘째, 성인기는 만성질환 외래이용이 중심이 된 의료이용을 하고 있음에 따라 성인기 중 (복합)만성질환자를 대상으로 의료기관 간 수평적·수직적 서비스를 연계적으로 제공하는 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형이다. 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형의 목적은 “다양한 의료적 필요도”가 있는 복합만성질환자를 대상으로 “다수의 공급자”가 “포괄적 건강·의료 서비스”를 “연계적·협력적으로 제공”하는 것으로 설정하고, 이를 달성하는 데 필요한 킷별(①대상자 분류체계, ②서비스 이용체계, ③진료비 보상체계, ④관리운영체계) 설계방안을 제시하고자 하였다. 의원급 만성질환관리 시범사업은 이미 운영 중으로, 본 연구에서는 종합병원 대상 복합만성질환자 시범사업(3년) 모형을 제시하였다.

셋째, 노인기는 노인성질환으로 인한 입원의료 중심의 의료이용을 하고 있음에 따라 지역 내에서 의료+요양·돌봄 서비스를 통합적으로 제공하는 노인 의료-요양 지역사회연계 모형이다. 노인 의료-요양 지역사회

연계 모형의 목적은 “의료적, 영양적 필요도”가 있는 노인을 대상으로 “지역사회 내 의료, 영양 등의 서비스 공급자가 대상자에 필요한 서비스”를 “연계적·협력적으로 제공”하는 것으로 설정하고, 이를 달성하는 데 필요한 톨킷별(① 대상자 분류체계, ② 서비스 이용체계, ③ 진료비 보상체계, ④ 관리운영체계) 설계방안을 제시하고자 하였다. 본 연구에서는 현재 의료급여 수급자를 대상으로 운영 중인 재가 의료급여 시범사업을 건강보험으로 확대하는 방향으로 시범사업 모형을 제시하였다.

### 3. 결론 및 시사점

우리나라 보건의료체계, 특히 건강보험 제도는 전 세계적으로 그 우수성을 높게 인정받고 있다. 우리나라 국민도 응당 우수한 건강보험에 대한 자부심을 가지고 있을 것이다.

하지만 앞으로 10년, 20년 후에도 우리가 지금처럼 건강보험 제도를 계속 자랑스러워할 수 있을지 장담할 수 없다. 물론 어디든 완벽한 제도가 있을 수 없듯이, 우리나라 건강보험 제도 역시 강점도 있고 약점도 있다. 하지만 급성기 치료가 중심이 된 지금까지의 의료환경에선 장점(높은 의료기술 및 인력)이 단점(분절적 시스템)을 보완할 수 있는 구조였다면, 만성기 치료 등 전인적 건강관리가 중심이 될 앞으로의 환경에선 장점을 단점이 더 부각될 수밖에 없다. 안타깝게도 이를 위해 우리에게 주어진 준비의 시간이 그리 길지 않은 상황이다. 따라서 현재 우리나라 보건의료가 직면한 위기요인을 직시하고, 위기를 보건의료체계 혁신을 위한 기회로 전환하기 위한 노력이 시급한 시점이다.

이를 위해서는 무엇보다 현재와 같이 자율적인 의료공급체계, 의료이용체계에 익숙한 공급자와 국민이 시스템 안에서 움직이는 국민중심 의

료협력체계에 참여할 수 있도록 유도하고, 이를 제도적으로 뒷받침해주는 것이 중요하다.

따라서 본 연구에서는 의료협력체계를 위한 보상체계 개선과제로 현재 추진 중인 건강보험 보상체계 개선방향을 반영하여 가치기반 보상체계 로드맵을 제안해 보았다. 로드맵은 현행 가치기반 보상체계의 개선과 협력 의료 모형으로 구분하였는데, 협력의료 모형은 일차의료 포괄관리, 의료기관 네트워크, 지역기반 재가의료 3가지 모형으로 구분하여 제시하였다.

또한 의료협력체계를 위한 의료이용체계 개선을 위해 디지털 전환에 기반한 환자의 선택권·참여권 확대, 환자의 정보력·문해력 향상을 위한 5가지 정책과제를 제안하였다. 먼저 국민이 언제 어디서나 나의 진료 건강 정보를 확인하는 문화를 위한 진료건강정보 구축, 국민이 진료내역 및 비용부담을 확인하는 문화를 위한 영수증 정보제공 확대, 협력의료 작동, 시간연동 보상체계 등 시간기반 의료이용문화를 위한 예약시스템 통합 및 확대, 필요기반 합리적 의료이용문화를 위한 상담 서비스 기능 강화, 마지막으로 이러한 디지털 전환을 반영한 보상체계 강화방안을 제시하였다.

주요 용어 : 의료협력체계, 가치기반 보상체계, 환자중심, 일차의료 모형, 의료기관 네트워크 모형, 지역사회 의료-요양 통합관리 모형



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제1장

## 서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법



# 제 1 장 서론

## 제1절 연구 배경 및 목적

### 1. 연구 배경

#### 가. 인구·질병구조의 변화와 이에 대응한 국민 의료욕구의 복잡화

1989년 전 국민 건강보험 도입 이후 지난 40여 년간 우리나라 의료체계는 젊은 인구가 주를 이루던 인구팽창시대(Demographic Bonus)를 맞아 급성기·감염성 질환 치료에 중점을 두고 발전하였다. 그간 우리나라 의료체계는 급성기·감염성 질환에 효율적으로 대응하기 위해 ‘단일 의료기관에서 단시간 내 자원을 집중 투입’하는 형태로 발전되어 왔고, 이는 결과적으로 우리나라 의료체계가 단일 공급자 중심(Single provider)의 ‘경쟁적 의료제공체계’로 발전되어 오는 근간을 형성하였다.

하지만 앞으로 본격화할 고령화 시대, 인구절벽시대(Demographic Onus)에서는 만성 및 퇴행성 질환을 효과적으로 관리하는 것이 주요한 정책과제로 대두되고 있다. 질병구조가 점차 급성기·감염성 질환에서 만성·퇴행성 질환으로 전환되고 있으며, 국민의 욕구가 복잡화·다양화되고 있는 상황에서 현재와 같은 “단일” 공급자 중심(Single provider)의 “경쟁적” 의료제공체계에서는 효과적/효율적 대응이 어려울 것이라는 우려가 제기되고 있다.

실제로 <표 1-1>의 우리나라 질병구조 변화 추이를 보면, 1990년에는 소화기계, 호흡기계, 감염성 및 기생충 등 급성·감염성 질환 비중이 높았

12 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

던 반면, 2020년에는 급성·감염성 질환의 비중은 감소하고 근골격계, 순환기계, 정신, 내분비 등 만성·퇴행성 질환의 비중이 증가하는 양상을 보이고 있다.

〈표 1-1〉 상위 10개 질환군 변화 추이(1990년 vs 2020년)

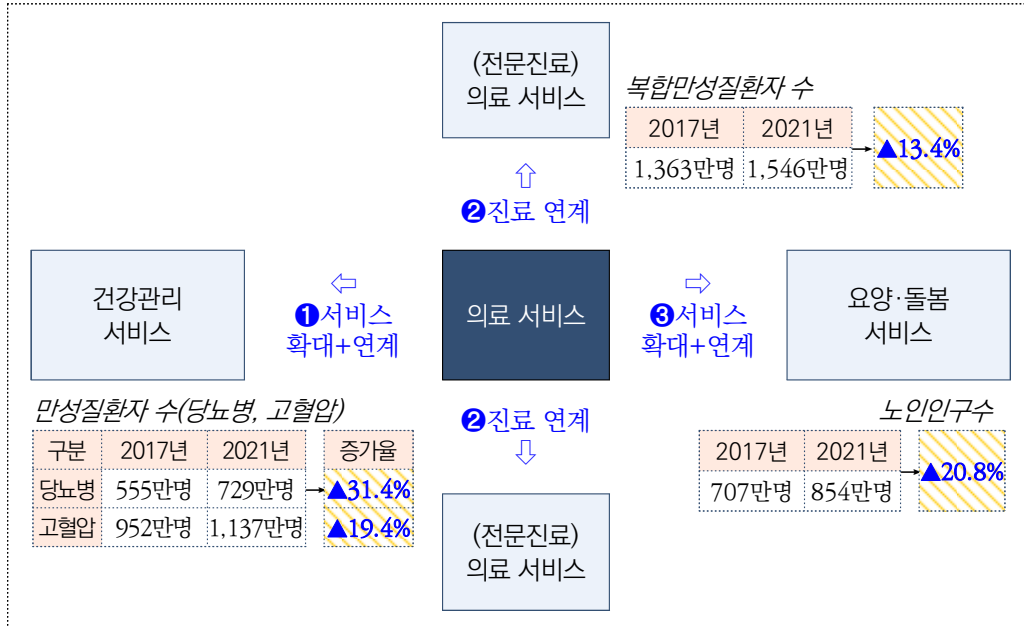
1990년 수진일수기준 <sup>1)</sup>			2020년 수진일수기준 <sup>2)</sup>			변화
순위	질병명	비율(%)	순위	질병명	비율(%)	
01위	소화기계 질환	19.8	01위	<b>근골격계및결합조직 질환</b>	<b>16.1</b>	▲
02위	호흡기계 질환	19.7	02위	소화기계 질환	13.7	▽
03위	손상,중독,외인	10.0	03위	호흡기계 질환	11.5	▽
04위	근골격계및결합조직 질환	6.9	04위	<b>순환기계 질환</b>	<b>9.1</b>	▲
05위	신경계및감각기 질환	6.4	05위	손상,중독,외인	7.1	▽
06위	비뇨생식기계 질환	5.7	06위	<b>정신 및 행동장애</b>	<b>6.3</b>	▲
07위	신생물	5.4	07위	비뇨생식기계 질환	5.1	▽
08위	순환기계 질환	5.4	08위	피부 및 피하조직 질환	4.9	▲
09위	감염성 및 기생충	4.9	09위	<b>내분비, 영양 및 대사질환</b>	<b>4.8</b>	▲
10위	임신,분만,산욕합병증	4.7	10위	눈 및 눈부속기 질환	4.4	▲

자료: 1) 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. (2012. 7. 2.). 통계로 본 건강보험 시행 35년. 국민건강보험공단 보도자료, p.15, [http://www.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1341189688776\\_20120702094128.hwp&rs=/upload/viewer/result/202212/](http://www.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1341189688776_20120702094128.hwp&rs=/upload/viewer/result/202212/)에서 2022. 5. 3. 인출.  
2) 국민건강보험공단(2020). 건강보험통계연보를 활용하여 정리

이러한 질병구조 변화에 대응하여 국민의 의료욕구도 변화되고 있다 ([그림 1-1]). 기존의 ‘단일질환 치료서비스 중심’에서, 치료와 건강관리의 포괄적 서비스 이용(①**건강-의료 통합**), 전문진료와 전문진료 간의 연계적 서비스 이용(②**의료-의료 통합**), 그리고 의료적 욕구와 요양 및 돌봄 욕구에 대한 통합적 서비스 이용(③**의료-요양 통합**) 등 국민의 의료적 욕구도 복잡화·다양화되고 있다.



[그림 1-1] 국민의 의료욕구 복잡화·다양화



이처럼 현재와 같은 공급자 중심의 의료전달체계는 만성·퇴행성 질환자 관리, 복잡화·다양화된 의료욕구에 효과적 대응이 어려울 뿐만 아니라 공급자 간 경쟁 심화, 의료서비스의 분절적 제공, 재정낭비(예: 중복검사) 등의 문제를 야기하고 있다. 이는 궁극적으로 건강성과(Health outcome), 의료의 질(Quality), 재정 효율성(Efficiency) 등 보건의료체계가 추구하는 최종가치 향상에도 악영향을 초래하고 있다.

약 40여 년의 역사를 가진 건강보험 제도는 건강보험을 둘러싼 대내외적 여건 변화, 건강보험에 대한 시대적 요구 등을 반영하여 끊임없이 변화하고 발전하였다. 이제 시대적 역할은 다했으나(Ending of Era), 이미 관행이자 기득권이 되어버린 제도를 현행 제도 틀 내에서 개선하는 것에 한계가 있다. 따라서 시대적 역할을 다한 제도들에 대해 정책 방향 등 새로운 표준을 제시해 주는 것이 필요하다(Changing Normal).

실제로 현재 우리가 직면하고 있는 인구 및 질환 특성의 변화, 의료욕

구의 복잡화에 대응하여 새로운 의료이용체계로의 전환이 요구되고 있지만, 현재의 자유로운 의료이용환경에 익숙해진 공급자와 국민 모두 새로운 환경으로의 개선 필요성을 크게 체감하지 못하고 있다.

따라서 공급자와 국민이 이러한 새로운 형태의 변화를 수용할 수 있도록 보상체계와 이용체계를 전환하기 위한 정책과제들을 마련하고, 이를 단계적으로 실행해 나가는 것이 중요하다. 이를 위해서는 그간의 공급자 중심 의료서비스 제공모형에서 벗어나, 환자중심(有질환자), 더 나아가 국민중심(有질환자+無질환자)으로 공급자와 국민이 수용가능한 의료서비스 이용모형을 개발하고, 공급자와 국민의 참여를 설득해 나가는 과정이 필요하겠다.

#### **나. 변화하는 의료수요 대응, 국민중심 연계·협력 의료체계 구축 필요**

국민중심의 완결적 의료협력체계를 확립하기 위해서는 무엇보다 단순히 “진료량”을 늘리기 위한 의료기관 개별 경쟁을 벗어나 “환자”의 건강 결과 개선(Health outcome), 의료 질 향상(Quality), 불필요한 진료 축소(Efficiency) 등을 목표로 의료기관이 상호협력할 수 있는 “의료협력체계”로 전환하는 것이 필요하다. 그리고 이를 통해 현재의 경쟁적 분절적 의료체계를 완결적 연계·협력 의료체계로 개선하는 것이 중요하다.

〈표 1-2〉 국민중심 의료이용체계로의 개선 방향

구분	현재 【의료전달체계 下 의료제공체계】	개선 【의료협력체계 下 의료이용체계】
의료체계	경쟁적 분절적 의료체계	<b>완결적 연계·협력</b> 의료체계
급성기치료	급성·감염성 질환 등 단기 치료에 효과적 대응 가능	급성기 치료 + <b>치료 후 필요한 서비스의 연계적 지원</b> 까지 가능
만성기치료	단일 의료기관에서의 급성 치료 중심 제공체계로 만성기치료에 효과적 대응 미흡	필요대응 <b>다수의 진료과, 의료기관</b> 에서 지속적·연계적 관리 가능
치료목표	질환단위 치료 중심의 단절적 관리 (치료-예방, 치료-치료, 의료-요양 단절)	<b>대상자의 건강·삶의 질</b> 중심의 <b>연속적</b> 관리(예방-치료-요양 연계)
의료비지출	의료비 중복 지출 발생	중복, 비효율 이용 방지 등 의료비 <b>절감 가능</b>

현재와 같은 경쟁적 분절적 의료체계에서는 급성·감염성 질환과 같이 단기 치료에 효과적으로 대응하는 것은 가능하다. 하지만 급성기 치료 후에 필요한 예방-재활-요양 등의 서비스를 연속적으로 제공하는 것에는 한계가 있다. 또한 이는 미래에 급증할 것으로 예상되는 복합, 만성질환자에 대한 관리 기전이 취약하다. 복합, 만성질환자는 단일 의료기관에서 단기간에 치료가 가능한 질환이 아니므로, 다수의 진료과, 다수의 의료기관에서 지속적·연계적으로 관리하는 것이 중요하다.

따라서 개별 의료기관에서 치료만 제공해주는 것이 아닌, 개별 의료기관 내 포괄적 또는 다수의 의료기관, 또는 서비스 제공 주체가 연계하여 환자의 건강 개선 및 예방적·지속적 건강관리라는 동일한 목적을 가지고 통합적 서비스를 제공하는 “완결적 연계·협력 의료체계”를 구축하는 것이 필요하다.

특히 이는 환자의 건강 결과 향상이라는 공동의 목표에 책임을 지고 효율적으로 의료서비스를 제공하도록 유도함으로써 불필요한 의료비 중복

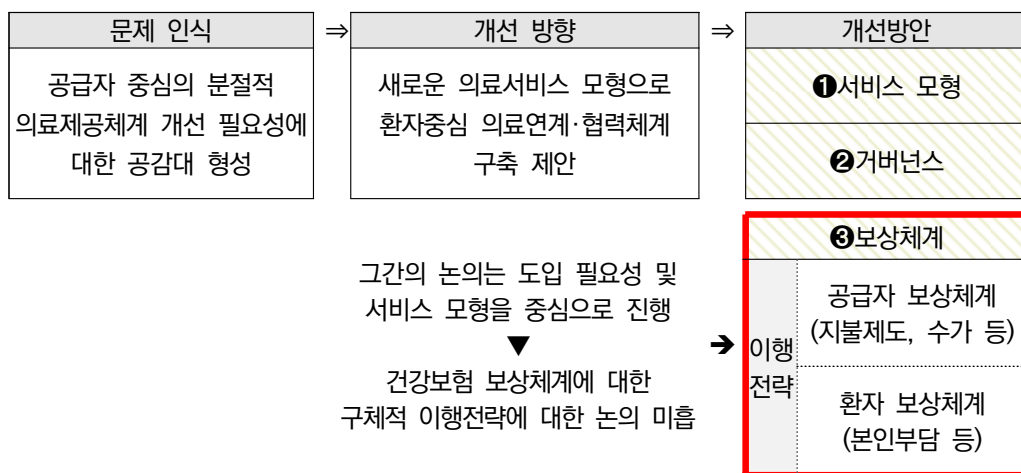
16 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

지출을 예방하여 의료비 지출 절감에도 기여할 수 있다. 실제로 지난 10여 년간 이와 같은 공급자 중심의 분절적 의료공급체계(Provider Side)로는 건강보험의 지속가능성을 담보할 수 없다는 위기의식이 촉발되면서, 환자중심의 의료이용체계(Patient Side) 도입 필요성에 대한 많은 공감대가 형성되어 왔다.

하지만 지금까지 선협국의 성공사례와 우리나라 의료전달체계의 문제점을 근거로 한 도입 필요성과 서비스 모형에 대해서는 논의가 활발하게 이루어졌으나, 이를 제도화하는 데 필요한 구체적인 보상체계 방안에 대한 논의는 미흡한 실정이다. 새로운 의료이용체계를 제도화되기 위해서는 공급자와 환자의 참여를 유도하면서 건강보험 성과향상에 기여할 수 있는 건강보험 보상체계를 구축하는 것이 무엇보다 중요하다.

따라서 본 연구에서는 미래 보건의료 패러다임 변화에 대응한 국민중심 의료협력체계를 국내에 확립하기 위해 구체적인 건강보험 보상체계를 개발하고자 한다.

〈표 1-3〉 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 보상체계 개발 필요성



## 2. 연구 목적

본 연구는 미래 보건의료 패러다임 변화에 대응하여 공급자 중심의 분절적 의료전달체계에서 국민 중심의 통합적 의료협력체계로 전환하기 위한 정책의 근거자료를 제시하는 것을 주요 목적으로 하고 있다. 이를 통해 궁극적으로 의료협력체계 도입을 통해 건강성과 향상, 의료의 질 개선, 재정 효율화 실현 등 미래세대까지 이어지는 지속가능한 보건의료 및 건강보험 제도 달성에 기여하고자 한다.

본 연구에서 제시한 의료협력체계 사례모형이 모든 의료협력체계 모형을 포괄하거나, 모형별로 완결성을 보장하는 것은 아니다. 다만, 본 연구는 다양한 의료협력체계 모형을 설계하는 데 필요한 구성 요인들을 제시하고, 이를 토대로 의료협력체계모형을 구축해 나가는 과정을 예시로 보여주는 것을 주요 목적으로 하고 있다. 이를 위한 세부 목표는 다음과 같다.

첫째, 협력 주체별(예: 서비스 연계, 의료기관 간 연계, 지역사회 내 연계)로 의료협력체계 사례모형을 선정한다. 이를 위해 의료이용행태 및 특성 분석, 국내외 관련제도 고찰 등을 수행하고자 한다.

둘째, 본 연구에서 검토할 3가지 의료협력체계 사례모형을 선정하고, 해당 사례모형별 의료협력모형을 설계하고, 이에 적합한 건강보험 보상체계를 제시하는 등 의료협력체계 모형을 구축해 나가는 과정 제시를 통해 향후 의료협력체계 모형을 개발하기 위한 근거자료를 제시하고자 한다.

셋째, 국내외 사례 고찰, 공급자, 정부 담당자, 전문가 FGI 등을 토대로 국민중심 의료협력체계 제도화를 위한 건강보험 보상체계(Value based payment), 국민중심 의료이용환경(Culture rebuilding) 개선 방향을 제언하고자 한다.

## 제2절 연구 내용 및 방법

### 1. 연구 내용

본 연구는 총 6장으로 구성되어 있다.

1장에서는 연구 배경 및 필요성, 그리고 연구 내용 및 방법에 대해 간략하게 설명하였다.

2장에서는 본 연구에서 탐색해 볼 의료협력체계 모형 사례를 정립하기 위해 1) 어떤 대상자를 대상으로 모형을 설계할 것인지, 2) 어떤 서비스를 연계할 것인지 등 대상자 특성별 의료이용과 서비스 연계단위의 정합성 등에 대해 고찰하였다. 이를 위해 우리나라 국민의 연령별, 질환별 의료이용 특성을 분석하고, 단계별 연계·협력 단위 및 연계단위별 적합한 접근방식을 검토해 보았다. 또한 미국의 VBP 도입의 10여 년의 성과 평가 및 최근의 새로운 정책 방향을 분석하여 성과가 있었던 요인을 집중적으로 검토한 다음 우리나라에 적용가능한 시사점을 도출하여 의료협력체계 사례모형에 반영하고자 하였다.

3장에서는 첫 번째 의료협력체계 모형인 서비스 연계모형으로 “아동 건강지킴 일차의료 모형 및 보상체계”를 설계하고자 했다. 먼저 아동의 의료이용 특성 및 건강관리와 의료이용을 둘러싼 욕구를 분석하고 이를 토대로 아동에게 필요한 의료협력 모형을 설계하였다. 아동은 의료이용량은 많지만 대부분 단일하고 단기적인 급성기 치료로 대응이 가능한 질환 중심으로 다수의 의료기관 간 협력하는 체계보다는 단일 의료기관에서 포괄적으로 관리해주는 형태의 모형을 제안하였다. 따라서 이에 대응하여 단일 의료기관의 포괄적 관리에 적합한 보상체계 모형을 제안하였다.

4장에서는 두 번째 의료협력체계 모형인 의료기관 간 연계모형으로 “복합만성질환자를 위한 의료기관 네트워크 모형 및 보상체계”를 설계하

고자 했다. 먼저 복합만성질환자의 의료이용 특성 및 건강관리와 의료이용 경험을 둘러싼 욕구를 분석하고 이를 토대로 복합만성질환자에게 필요한 의료협력 모형을 설계하였다. 복합만성질환자는 단일 진료과 내에서 해결하기보다는 다수 진료과의 통합적 관리가 필요하며, 특히 지속적인 건강관리와 진단이 필요함에 따라 의료기관 간 연계적 관리가 가능한 형태의 모형을 제안하였다. 따라서 이에 대응하여 다수 의료기관의 포괄적 관리에 적합한 보상체계 모형을 제안하였다.

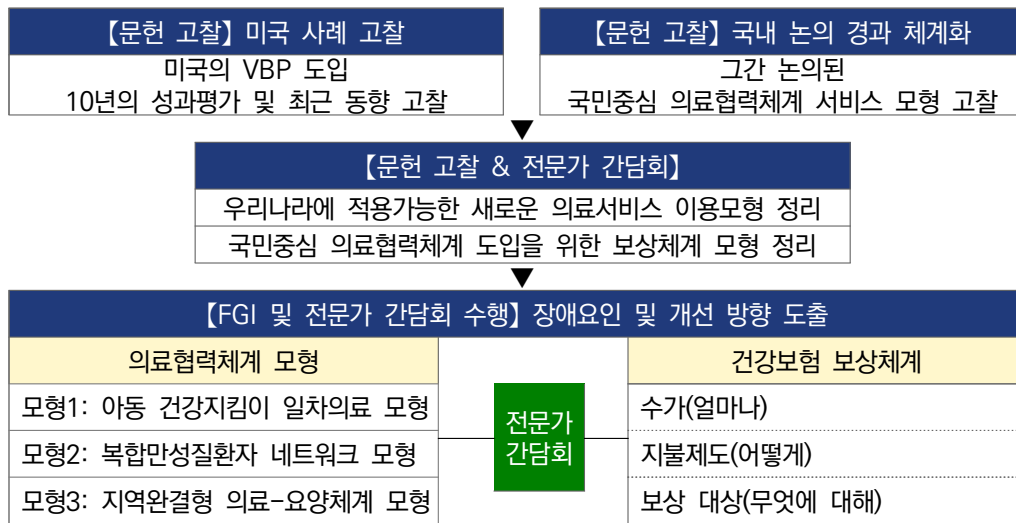
5장에서는 세 번째 의료협력체계 모형인 지역사회 내 연계모형으로 “노인을 위한 지역 내 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 및 보상체계”를 설계하고자 했다. 먼저 노인의 의료와 요양 서비스 이용 특성 및 의료와 요양, 돌봄을 둘러싼 욕구를 분석하고 이를 토대로 노인에게 필요한 의료협력 모형을 설계하였다. 노인은 의료와 요양 욕구가 반복적으로 나타날 수 있으므로 필요한 서비스가 지역사회를 기반으로 적시에 제공될 수 있는 모형을 제안하였다. 이를 위해 지역 내 의료-요양이 완결적으로 제공되는 데 적합한 보상체계 모형을 제안하였다.

마지막으로 6장에서는 3가지 모형을 설계하는 과정을 통해 파악된 현황 및 문제점, 개선과제 등을 토대로 한국형 국민중심 의료협력체계 구축을 위해 필요한 개선 방향을 제안하였다. 개선 방향은 크게 국민과 공급자 측면으로 구분해서 제안하고자 하였다. 먼저 공급자 측면에서는 국민의 건강결과에 대한 공급자들의 책임성을 강화하되, 공급자의 전문성 및 자율성을 보장해줄 수 있는 가치기반 건강보험 보상체계(Value based payment)를 구축하는 데 필요한 정책과제를 제안하였다. 그리고 국민 측면에서는 의료협력체계 내에서 국민의 선택권과 알권리를 보장해줄 수 있는 의료이용문화(Culture rebuilding) 구축에 필요한 정책과제를 제안하였다.

## 2. 연구 방법

본 연구는 국내외 문헌 고찰과 FGI 및 전문가 간담회의의 2가지 연구 방법을 통해 수행되었다.

[그림 1-2] 연구 방법



첫째, 국내외 문헌 고찰을 수행하였다.

- (미국 VBP 사례 고찰) 미국의 VBP 도입의 10여 년의 성과 평가 및 최근의 새로운 정책 방향 분석 (① 의료서비스 모형 개요(APM), ② 보상체계 운영방식(VBP), ③ 우리나라에 주는 시사점을 중심으로 분석 결과 제시)
- (국내 사례 고찰) 그간 논의된 환자중심 의료서비스 혁신모형 사례 고찰 및 체계적 구조화 실시 (① 의료서비스 모형 개요, ②보상체계 대안, ③ 제도화를 위한 구체적 이행전략을 중심으로 분석 결과 제시)

둘째, FGI 및 전문가 간담회를 수행하였다.

- 공급자, 환자, 정책담당자, 전문가 등을 대상으로 3가지 의료협력체계 사례의 모형과 보상체계 설계 방향에 대한 FGI 수행
- 국민중심 의료협력체계 제도화를 위한 의료협력체계모형 및 건강보험 보상체계 적정성에 대해 정책 간담회를 통해 의견수렴 진행





## 제2장

### 의료협력체계 모형개발을 위한 사례모형 도출

- 제1절 의료협력체계 모형개발을 위한 툴킷(toolkit) 제시
- 제2절 의료협력체계 대상자 분류 및 서비스 이용체계 도출
- 제3절 의료협력체계 보상체계 및 관리운영체계 도출
- 제4절 의료협력체계 사례모형 도출 및 모형설계 접근방식



## 제 2 장

# 의료협력체계 모형개발을 위한 사례모형 도출

### 제1절 의료협력체계 모형개발을 위한 툴킷(toolkit) 제시

본 연구는 다양한 의료협력체계 모형을 설계하는 데 필요한 요인들을 제시하고, 이를 토대로 의료협력체계 모형을 구축해 나가는 과정을 예시로 보여주는 것을 주요 목표로 하고 있다. 이를 위해 의료협력체계 모형 개발을 위해 필요한 구성 요인(툴킷)을 제공하고, 의료협력체계 모형을 개발하는 과정을 살펴보고자 한다.

먼저 전통적인 보건의료체계 모형에서 제시한 목표 달성을 위한 구성 요인(도구)을 살펴보고, 이를 참고하여 의료협력체계 모형에 필요한 구성 요인을 도출해 보고자 하였다. 신현웅 외(2015)에서 살펴본 전통적 보건의료체계 모형에서의 목표 달성을 위한 구성 요인은 크게 재정(보상+재원), 자원, 관리, 서비스 제공, 비의료적 요인으로 구성되어 있었다.

〈표 2-1〉 주요 보건의료체계 모형에서 제시한 목표 달성을 위한 구성 요인(도구)

구분	구성 요인(도구)									
	의료적 요인							비의료적요인		
	재정			자원	관리			서비스 제공	건강 행태	환경
조달	풀링	구매	규정		조직	평가				
Roemer model			■	■	■	■		■		
Behavioral Healthcare Framework								■	■	■
WHO Performance Framework	■	■	■	■	■	■	■	■		
Control Knobs Framework	■		■		■	■			■	
OECD HCQI Framework		■	■	■				■	■	
Commonwealth Fund Framework	■			■		■		■		

자료: 신현웅, 최병호, 이규식, 정형선, 이상영, 여나금, ... 심보람. (2015). 미래 보건의료 발전계획 정책과제 개발 연구, 한국보건사회연구원, p,157.

이를 토대로 본 연구에서는 국민중심 의료협력체계 모형개발의 구성 요인(틀킷)을 크게 ① 대상자 분류체계(건강행태 등 비의료적 요인), ② 서비스 이용체계(서비스 제공), ③ 진료비 보상체계(재정(보상+재원)), ④ 관리운영체계(규정, 조직, 평가 등 관리)로 제시하였다.

〈표 2-2〉 의료협력체계 모형 설계를 위한 틀킷 및 접근방식

① 대상자 분류체계	② 서비스 이용체계	③ 진료비 보상체계	④ 관리운영체계
대상단위(인구, 에피소드)	서비스범위(무엇을)	목표진료비 산출	정보체계
대상자 정의	서비스코디네이터(누가)	진료비 보상방식	평가체계
환자단위 위험도산출	서비스프로토콜(어떻게)	공급자 간 배분 방식	재정관리
▲		▲	
국민의 의료이용 현황 및 의료욕구 고찰		미국 VBP(+APM) 사례고찰	

첫째, 대상자 분류체계는 어떤 대상자에게 서비스를 제공할 것인지를 결정하는 것이다. 대상자의 단위를 인구(연령, 지역 등) 단위 또는 에피소드(질환) 단위 등으로 지정할 수 있으며, 모형별로 어떤 참여자를 대상으로 할지 정의하는 것이 필요하다. 그리고 참여 대상자 설정, 보상체계와 연동하기 위해서 대상자별로 위험도를 산출하는 체계가 함께 마련되는 것이 필요하다. 실제로 미국에서도 VBP와 APM 모형 설계 등을 위해 HCC(Hierarchical Condition Categories)와 같은 위험도 산출체계가 함께 개발되고 있다.

둘째, 서비스 이용체계는 어떤 서비스를 누가, 어떻게 제공할 것인지를 설정하는 것이다. 어떤 서비스를 연계할 것인지를 결정하고, 서비스 제공에 참여하는 공급자를 구성할 수 있으며, 이 중 누가 협력의 조정자가 될 것인지를 결정하는 것도 필요하다. 이때, 다수의 서비스 제공자가 동일한 환자의 치료에 참여함에 따라 대상 단위(인구, 질환 등)에 대해 어떤 서비

스 내용을 제공해야 할지 등에 대해 다수의 서비스 제공자에게 공유될 수 있는 서비스 프로토콜을 마련하는 것이 중요하다.

셋째, 진료비 보상체계는 의료협력체계 모형에 참여하는 서비스 제공자에게 어떻게 보상할 것인지를 설정하는 것이다. 먼저 목표진료비를 산정하는 것이 필요한데 보통 이는 각 모형 대상자 그룹의 과거 평균 진료비를 토대로 산정될 수 있다. 목표진료비가 산출되면, 실제 발생한 진료비를 어떻게 보상해 줄 것인지를 결정해야 한다. 그리고 전통적인 보상체계와는 달리 의료협력체계 보상체계에서는 해당 협력모형에 참여하는 서비스 제공자에게 수익(또는 손실)을 어떻게 배분할 것인지를 결정하는 것이 핵심이 될 수 있다.

넷째, 관리운영체계는 의료협력체계가 작동할 수 있는 인프라를 구축 및 개선하는 단계이다. 의료협력체계의 가장 중요한 인프라는 “협력”이 실제로 이루어질 수 있도록 정보공유가 이루어지는 것으로, 정보공유 체계가 마련되는 것이 필요하다. 그리고 해당 모형이 실제 의료비 절감, 의료의 질 개선 등의 가치를 향상시키고 있는지를 평가하거나(제도적 측면), 환자의 진료 성과 개선 및 진료비 보상체계와 연계하기 위해 개별 의료기관, 네트워크, 또는 지역 등 서비스 제공자의 성과를 평가하는 평가체계를 마련하는 것이 필요하다. 그리고 마지막으로 재원의 조달, 재원의 지급주체 등 재정관리 체계를 결정하는 것이 필요하다.

본 연구에서는 의료협력체계 사례모형을 도출하고, 이와 같은 4가지 구성 요인(툴킷)을 토대로 협력모형을 설계하고자 하였다. 본 연구에서 제시한 의료협력체계 사례모형은 모든 의료협력체계 모형을 포괄하지 않으며, 모형별 예시는 완결성을 보장하는 것을 목표로 하지 않는다. 본 연구는 다양한 의료협력체계 모형을 설계하는 데 필요한 요인을 제시하고, 이를 토대로 모형을 구축해 나가는 과정을 예시로 보여주는 것을 목표로 하고 있다.

## 제2절 의료협력체계 대상자 분류 및 서비스 이용체계 도출

### 1. 의료협력체계 대상자 및 연계 서비스 탐색 필요성

국민중심 의료협력체계 구축과 관련하여 진행된 선행연구와 그간의 논의 결과를 살펴보면, 국민중심 의료협력체계 모형은 단일모형으로 설계될 수 없으며, 대상자 및 질병 특성, 공급자의 의료이용 제공 행태, 지역별 대상자 구성 및 서비스 자원 등을 반영하여 다양하게 설계할 필요성이 제기되었다. 3절에서 살펴볼 미국 사례에서도 단일모형을 설계하여 확산시키기보다는 질환, 공급자, 지역, 보험자 등 각 참여 주체의 특성을 토대로 적합한 모형을 다양하게 설계하고 이를 개선해 나가고 있었다.

즉, 의료협력체계 모형은 다양성, 지역성, 그리고 이를 반영하여 자율적으로 설계되는 것이 필요하다(다양성, 지역성, 자율성의 원칙). 따라서 본 연구에서도 단일화된 모형을 제시하기보다는 3가지의 사례모형을 가지고 의료협력체계 모형을 설계하기 위한 과정을 제시해 보고자 하였다.

의료협력체계 모형설계를 위해서는 먼저 대상자 특성이 반영된 대상자 그룹을 설정하고, 이들에게 어떤 서비스를 어떠한 방식으로 제공해줄 것 인지를 정립하는 것이 필요하다.

이에 본 연구에서는 의료협력체계 사례모형 도출을 위해 1) 어떤 그룹을 대상으로 모형을 설계할 것인지(대상자 그룹 탐색), 2) 어떤 서비스를 연계하여 제공할 것인지(연계단위 탐색)를 설정하고자 하였다. 이를 위해 먼저 우리나라 국민의 연령별(생애주기별 의료이용 행태 탐색), 질환별(의료이용 사유 탐색) 의료이용 특성 분석을 수행하여 대상자 그룹을 구성해 보았다. 그리고 국민의 의료욕구를 반영하여 연계될 수 있는 서비스 단위 및 방식을 고려하여 연계·협력 서비스를 단계적으로 제시해 보았다.

## 2. 의료협력체계 모형 선정: (1) 대상자 선정

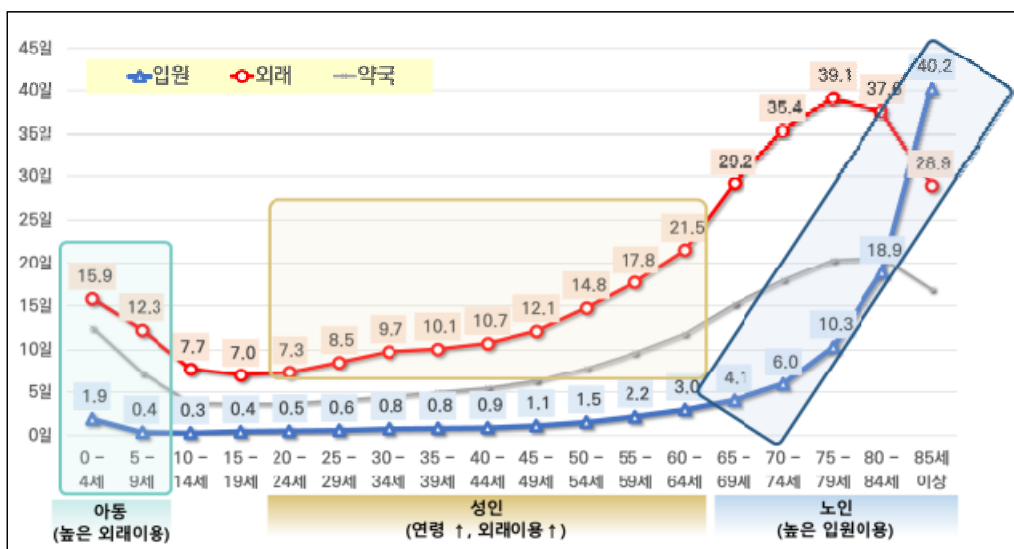
의료협력체계의 대상자 그룹을 선정하기 위해 “전체 국민”을 의료이용 및 욕구 특성별로 유형화하고자 하였다, 이를 위해 의료이용량, 의료이용 행태 (입원/외래/약국), 의료이용 원인(질환) 등을 살펴보았다.

〈표 2-3〉 의료협력체계 대상자 선정과정

1단계	2단계	3단계
의료이용량	입원/외래	질환

본 연구는 의료협력체계 사례모형을 도출하고 의료협력체계 모형을 설계하기 위한 과정을 제시하는 연구로 전체 국민을 모형에 포함한다는 측면에서 의료이용 특성을 전체 국민이 포괄되는 연령별(생애주기별)로 구분하여 분석하였다. 연령별(5세 단위)로 의료이용량과 의료이용 행태를 토대로 대상자 그룹을 아동기, 성인기, 노인기 3그룹으로 구분하여 의료이용 특성을 살펴보았다.

[그림 2-1] 연령별 의료이용 현황(적용인구당 입·내원일수)



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2021). 2021 건강보험 통계연보 활용하여 재구성.

### 가. 아동기(경증질환 외래 중심)

아동기는 노인기를 제외하고 의료이용이 가장 많은 시기였다. 특히 아동기에는 1인당 외래, 약국 이용이 높게 나타났다. 아동기의 의료이용 원인을 살펴보기 위해 아동의 다빈도 질환을 살펴보면 기관지염, 상기도감염 등의 경증질환으로 인한 외래, 약국 중심의 의료이용이 많이 발생하는 특성이 있었다.

〈표 2-4〉 5세 미만 다빈도 질환(전체)

전체	내원일수		진료실 인원 (만 명)	진료비 (억 원)
	만일	%		
총계	6,089	100%	197	26,944
급성 기관지염 및 급성 세기관지염	1,862	30.6%	166	5,136
기타 급성 상기도감염	765	12.6%	137	2,037
중이염과 중이 및 유양돌기 장애	431	7.1%	74	1,199
급성 인두염 및 급성 편도염	411	6.7%	104	1,243
기타 코 및 비동의 질환	386	6.3%	90	978
폐렴	211	3.5%	39	1,717
기타 피부 및 피하조직의 질환	182	3.0%	83	543
감염성 기원이라고 추정되는 설사와 위장염	160	2.6%	68	638
출산 장소에 따른 출생 영아	132	2.2%	29	802
기타 바이러스질환	109	1.8%	46	443

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2021). 2021 건강보험 통계연보 활용하여 재구성.

### 나. 성인기(만성질환 외래 중심)

성인기는 청년층→장년층→중년층으로 연령이 높아질수록 의료이용이 많아지는 경향이 있었다. 특히, 성인기에는 연령에 따라 입원 이용은 큰 증가가 없었으나, 고혈압, 당뇨병, 근골격계 등 만성질환으로 인해 외래 의료이용이 증가하는 특성이 있었다.



〈표 2-5〉 20~64세 다빈도 질환(외래)

전체 외래	내원일수		진료실 인원 (명)	진료비 (천 원)
	만 일	%		
총계	43,075	100%	3,180	255,204
본태성(원발성) 고혈압	2,254	5.2%	332	15,649
급성기관지염 및 급성 세기관지염	2,144	5.0%	951	6,332
연부조직 장애	2,143	5.0%	588	7,222
기타 피부 및 피하조직의 질환	1,990	4.6%	745	7,218
기타 배병증	1,901	4.4%	462	9,029
명시된 다발성 신체부위의 탈구, 염좌 및 긴장	1,526	3.5%	521	5,334
기타 급성 상기도감염	1,294	3.0%	669	3,712
당뇨병	1,130	2.6%	167	11,779
급성 인두염 및 급성 편도염	990	2.3%	538	2,848
기타 코 및 비동의 질환	934	2.2%	460	3,216

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2021). 2021 건강보험 통계연보 활용하여 재구성.

## 다. 노인기(노인성 질환 입원 중심)

노인기는 외래, 입원의 모든 의료이용이 급격하게 증가하는 시기였다. 특히 치매, 뇌혈관질환 등 노인성 질환으로 인한 입원 이용 증가가 가파르게 발생하였는데, 후기 노령 이후에는 외래 이용이 입원으로 전환되어 외래보다 입원 이용이 더 많아지는 특성이 있었다.

〈표 2-6〉 65세 이상 다빈도 질환(입원)

전체 입원	내원일수		진료실 인원 (명)	진료비 (천 원)
	만 일	%		
총계	8,677	100%	199	144,954
치매	2,308	26.6%	13	17,429
뇌경색증	638	7.4%	8	8,652
뇌성마비 및 기타 마비성 증후군	613	7.1%	4	6,615
파킨슨병	392	4.5%	3	3,602
폐렴	231	2.7%	13	5,561
목, 흉곽 또는 골반의 골절	215	2.5%	11	2,930
관절증	206	2.4%	8	5,957
대퇴골의 골절	201	2.3%	4	3,547
뇌내출혈	199	2.3%	2	3,412
신부전증	177	2.0%	4	3,719

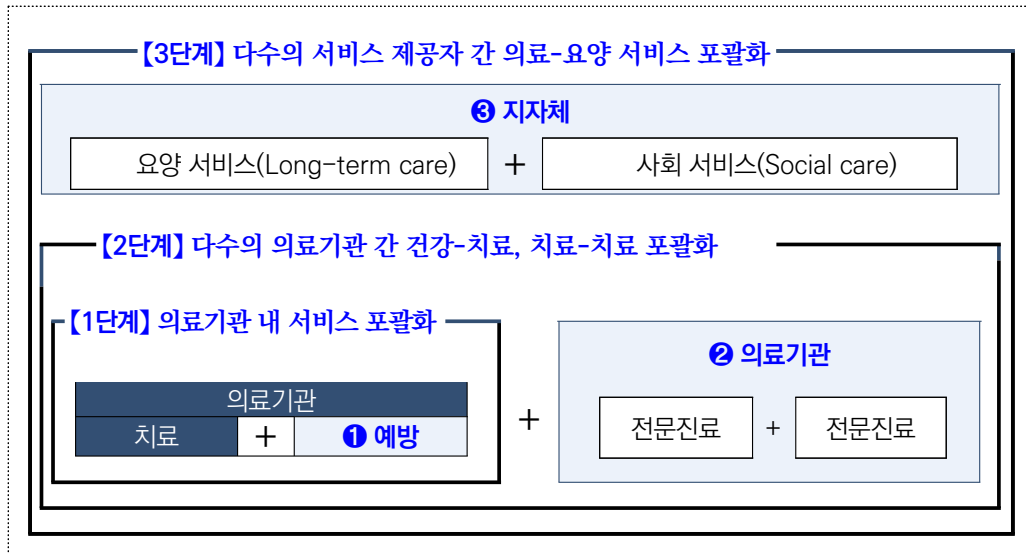
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2021). 2021 건강보험 통계연보 활용하여 재구성.

### 3. 의료협력체계 모형 선정: (2) 서비스 연계단위

국민중심 의료협력체계 모형은 단일 서비스 제공방식에서 연계 서비스 이용방식으로의 전환을 기반으로 하고 있다. 따라서 의료협력체계 모형을 설계하기 위해서는 대상자의 특성을 고려하여 어느 서비스를, 어느 단위에서 연계할 것인지를 선정하는 것이 중요하다.

이를 위해 국민의 의료욕구 변화(① 건강-의료 통합, ② 의료-의료 통합, ③ 의료-요양 통합)를 바탕으로 단계별 “연계” 단위를 탐색하고, 연계 단위별 적합한 접근방식을 검토하였다.

[그림 2-2] 의료협력체계 모형설계를 위한 단계별 연계 방식



첫 번째 연계단위는 “서비스 범위”로 현재 개별 의료기관에서 치료 중심의 의료서비스를 제공해주는 방식에서 건강관리 서비스 기능을 강화하는 단계이다. 즉 치료 서비스에 추가로 건강관리 서비스를 제공하는 것으로, 이는 단일 의료기관 내에서 건강관리와 치료를 포괄적·연계적으로 제공할 수 있다.

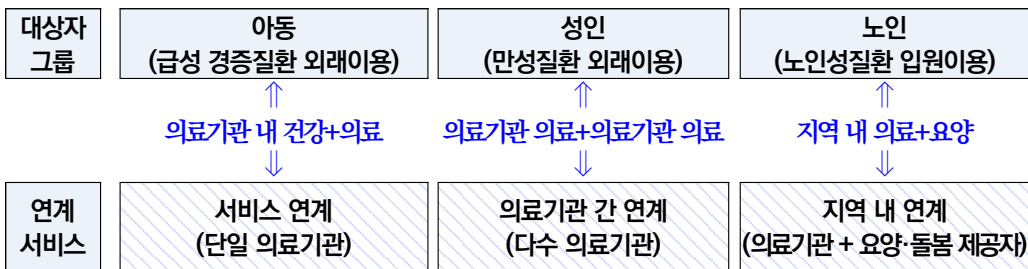
두 번째 연계단위는 “의료기관”으로, 현재 다양한 의료 필요 욕구 발생 시 필요한 개별 의료기관마다 환자가 탐색하고 방문하는 방식에서 의료기관 간 협력체계 구성을 통해 의료욕구별로 적합한 의료기관에서 통합적 치료를 협력적·연계적으로 제공해주는 접근방식이다.

세 번째 연계단위는 “지역”으로, 현재 의료는 건강보험에서, 요양은 장기요양보험에서, 사회서비스는 지자체에서 분절적으로 제공하는 방식에서, 대상자의 의료-욕구-돌봄 욕구에 대응하여 필요한 서비스를 지역사회 내에서 통합적·연계적으로 제공해주는 접근방식이다.

#### 4. 의료협력체계 사례모형의 대상자 및 연계단위 도출

의료협력체계 사례모형 도출을 위해 앞서 살펴본 의료협력체계 모형의 대상자와 서비스 연계단위를 토대로 아동기, 성인기, 노인기에 필요한 연계서비스를 다음과 같이 도출하였다. 아동기는 의원급 급성 경증질환 외래이용이 중심이므로 단일 의료기관에서 치료 외 건강관리 서비스를 통합적으로 제공하는 모형이다. 성인기는 만성질환 외래이용이 중심이므로 성인기 중 (복합)만성질환자를 대상으로 의료기관 간 수평적·수직적 서비스를 연계적으로 제공하는 모형이다. 노인기는 노인성 질환으로 인한 입원의료이 중심이므로 지역 내에서 의료+요양·돌봄 서비스를 통합적으로 제공하는 모형이다.

〈표 2-7〉 의료협력체계 모형의 대상자 및 연계서비스 도출



## 제3절 의료협력체계 보상체계 및 관리운영체계 도출

### 1. 의료협력체계 보상체계 및 관리운영체계 탐색 필요성

제2절에서는 의료협력체계의 대상자 및 연계서비스를 토대로 3가지 모형을 설계하였다. 이번 제3절에서는 3가지 모형에 적합한 보상체계와 관리운영체계를 도출해 보고자 한다.

각 대상자와 서비스의 특성을 고려했을 때 어떠한 보상체계가 적합한지, 그리고 의료협력체계 관리운영을 위해 중요한 핵심요인들이 무엇인지 등을 도출하기 위해 우리나라보다 앞서 의료협력체계를 도입 및 확산하고 있는 미국의 사례를 고찰해 보았다.

미국에서는 2010년 환자보호 및 적정의료법(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)이 통과되면서 보건의료시스템을 ‘가치(value)’ 지향적으로 전환하는 계기가 마련되었다(Burwell, 2015). 이는 의료제공자에 대한 재정적 인센티브를 비용이나 의료의 질과 연결시켜 보건의료시스템 전반의 가치(value)를 고려하는 것을 의미한다. 이와 같은 지불모형은 ‘가치기반 보상체계(VBP, Value-Based Payment)’로 일컬어진다. 미국의 가치기반 보상체계 도입은 지난 10여 년간 우리나라에서도 기존의 양적기반 행위별 수가제에서 가치기반 보상체계로 전환의 필요성이 제기되는 중요한 배경이 되었다.

지난 10여 년 동안 미국의 가치기반 보상체계와 관련하여 많은 모델이 국내에 소개되고 논의되었다. 본 연구에서는 미국의 가치기반 보상체계에 대해 일반적인 내용을 소개하기보다는 의료협력체계 모형설계의 성공적 작동을 위해 모형별로 효과적인 보상체계를 탐색해보고, 관리운영체계 측면에서 어떤 점들이 고려되어야 하는지 성공 요인(factor)을 도출해 보고자 하였다.

## 2. 미국 VBP 사례고찰: 의료협력체계 구성 요인 및 성공 요인 도출

### 가. 미국 VBP 도입배경

미국에서는 2010년 환자보호 및 적정의료법(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)이 통과되면서 ‘가치기반 보상체계(VBP, Value-Based Payment)’가 본격적으로 도입되기 시작하였다(Srinivasan, Desai, 2017).

초기 가치기반 보상체계는 기존 행위별 수가제에 단순히 보너스나 페널티를 부과하는 방식이 주를 이루었다. 하지만 이러한 접근만으로는 고착된 의료체계의 비효율성을 개선하기에 충분하지 않다는 문제가 제기되었다. 따라서 미국은 의료제공자가 질과 비용에 대한 재정적 책무를 가지게 하는 대안적 지불제도 모형(APM, Alternative Payment Model, 이하 “APM”)을 개발함으로써 의료서비스 제공 방식을 근본적으로 변화시키고자 하였다(Werner, Emanuel, Pham, Navathe, 2021, p.2.).

이를 위해 미국 보건복지부는 가치기반 보상체계로의 전환 과정 및 APM의 채택 정도를 확인하기 위한 의료제공자 지불모형 프레임워크(Payment Taxonomy Framework)를 수립하였다(Rajkumar et al., 2014). 이는 ① 질과 비용에 대한 의료제공자의 책무성, 그리고 ② 특정 서비스보다는 인구기반 건강관리에 초점을 맞추는지에 따라 (1) 의료의 질과 무관한 행위별 수가제, (2) 의료의 질과 연계한 행위별 수가제, (3) 행위별 수가제 하의 APM, (4) 인구기반 지불모형의 네 가지 범주로 구분된다. 여기에서 (2)~(4) 범주의 지불모형 모두가 가치기반 보상체계에 해당되며, 이 중 (3)~(4) 범주만 APM 모형으로 간주된다(CMS, 2015).

그런데 이와 같은 지불제도 개혁은 공공영역의 노력만으로는 한계가 있으므로, 미국 보건복지부는 2015년 공공과 민간영역을 모두 아우르는

The Health Care Payment Learning & Action Network(이하 “LAN”)를 조직함으로써 지불모형 개혁의 방향성을 논의해왔다(HCP LAN, 2017). LAN이 발표한 APM 프레임워크 백서(APM Framework White Paper)에 따르면 지불모형의 개혁은 궁극적으로 미국의 보건의료체계를 사람중심의료(person-centered care)로 전환하기 위한 수단이라고 밝혔다.

여기에서 사람중심의료란 ‘근거에 기반하고, 효율적인 방식으로 제공되는 양질의 접근 가능한 진료를 중심으로 환자와 진료팀이 파트너십을 형성하는 것, 환자와 보호자의 개별 선호도와 요구, 가치를 가장 중요시하는 것’을 의미한다(HCP LAN, 2017, p.1). 따라서 현재 행위별 수가제는 제공되는 서비스의 양을 증가시키기 위한 인센티브가 내재되어 있고, 특정 서비스의 제공은 저평가되는 구조로 되어 있어 사람중심의료를 제공하기 어렵다고 보았다. 반면, 인구기반 지불모형은 가장 수익성이 큰 영역에 전달체계의 자원을 전략적으로 투자하고, 환자를 전인적으로 치료하며, 진료 조정이 쉽게 유연성을 제공할 수 있다. 따라서 LAN은 미국이 가치기반 보건의료체제로 나아가기 위해서는 행위별 수가제를 위험공유 및 인구기반 지불모형(share risk and population-based payment)으로 전환하는 것이 필수적이라고 보았다.

이러한 맥락에서, LAN은 APM의 유형을 분류하고 미국 전역의 지불제도 개혁의 진척도를 평가하기 위한 ‘APM 프레임워크’를 발표하였다. 이는 질 및 가치와 무관한 행위별 수가제(카테고리 1)의 비중을 점차 감소시키고, APM(카테고리 3) 및 인구기반 지불제도(카테고리 4)의 채택 확대를 목표로 하였다.

〈표 2-8〉 APM 프레임워크(4개 카테고리)

가치기반 보상체계로의 전환 과정 및 APM의 채택 정도를 확인하기 위한 의료제공자 지불모형 프레임워크 수립			
의료의질 연결 無	가치기반 보상체계(VBP, Value-Based Payment) 재정적 인센티브를 비용이나 의료의 질과 연결		
	행위별수가제 중심 (+재정적 인센티브)	대안적 지불제도: 의료제공자가 질과 비용에 대한 재정적 책무 有	
		서비스 기반	인구기반
▼	▼	▼	▼
【카테고리1】 행위별수가제 의료의 질 연계 無	【카테고리2】 행위별수가제 의료의 질 연계 有	【카테고리3】 행위별수가제 APM 모형	【카테고리4】 인구기반지불모형 APM 모형

자료: HCP LAN. (2017). APM Framework, p.23, <https://hcp-lan.org/workproducts/apm-refresh-whitepaper-final.pdf>에서 2022. 10. 10.를 참고하여 연구진이 재작성하였음.

그 결과 지난 10년간 가치기반 보상체계가 미국 전역에 계속 확대되는 성과가 있었다. 2018년 보험자 및 지불모형별 지불 규모를 살펴보면, 메디케어 및 메디케어 어드밴티지의 경우 비교적 APM 및 인구기반 지불모형으로의 전환된 비중이 크게 나타난다. 그러나 전체적으로 봤을 때 질·가치와 무관한 행위별 수가제(카테고리 1)에 따른 지불액이 여전히 전체 지불액의 약 39%를 차지하고 있다. 특히 메디케이드 및 민간보험자에서는 행위별 수가제가 절반 이상을 차지하고 있어 지속적인 개혁 추진이 필요한 상황이다.

〈표 2-9〉 보험자 및 지불모형별 지불액 비중(2018)

구분	카테고리1 (질·가치와 무관한 행위별수가제)	카테고리2 (질·가치와 연계한 행위별수가제)	카테고리3 (행위별수가제 기반의 APM)	카테고리4 (인구기반 지불모형)
전체	39.1	25.1	30.7	5.1
Medicare	10.2	48.9	36.5	4.4
Medicare Advantage	39.5	6.9	36.4	17.2
Medicaid	66.1	10.6	17.4	5.9
Commercial	55.7	14.2	27.6	2.5

자료: HCPLAN. (2019). Measuring Progress: Adoption of Alternative Payment Models in Commercial, Medicaid, Medicare Advantage, and Traditional Medicare Programs. Health Care Payment Learning & Action Network. Retrieved from <http://hcp-lan.org/workproducts/apm-methodology-2019.pdf>에서 2022. 7. 4. 인출.

**나. APM 모형 유형: ①일차의료모형, ②BPIC모형, ③ACO모형**

APM은 가치기반 보상체계 중 절감분 공유, 위험공유, 양측위험과 같은 대안적 지불 접근방식을 취하거나, 가치를 창출하는 방식으로 의료전달체계 개혁을 유도하기 위해 인센티브를 제공하는 인구기반 지불 접근방식을 취하는 지불모형을 의미한다.

2010년 환자보호 및 적정의료법(PPACA)에 따라 설립된 CMS의 CMMI(Center for Medicare and Medicaid Innovation)는 다양한 APM 모형을 개발하고 검증해왔으며, 민간보험자 역시 메디케어의 주도하에 여러 에피소드·인구기반 지불모형을 시행해왔다. 이 중 CMMI의 APM 모형들을 살펴보면, 크게 세 가지의 카테고리로 구분된다.

첫 번째는 ① 일차의료 변화 모형으로 예방과 진료조정, 환자와 의료제공자 간 공유 의사결정 등이 강조된다. 두 번째는 ② 에피소드 단위로 비용과 질에 대한 책임을 지게 하는 모형이다. 마지막은 ③ ACO(accountable care organization)라는 명칭의 의료제공자 그룹이 사전에 정의된 인구에 대해 의료서비스를 제공하고, 이에 대해 일정한 책임을 지도록 하는 모형이다(MedPac, 2021, p.47).

〈표 2-10〉 CMMI의 APM 모형 유형

【APM 모형①】 일차의료 변화 모형	【APM 모형②】 에피소드 기반 지불 모형	【APM 모형③】 책임의료조직(ACO) 모형
·예방, 진료 조정, 환자와 제공자 간 공유 의사결정을 강조하기 위해 고급 일차의료 방식	·특정 임상 사건 발생 후 제한된 기간 동안 수급자에게 제공된 의료서비스 총비용과 질에 대하여 의료제공자가 책임을 지게 하는 모형	·의료제공자 그룹이 정의된 인구에 제공된 의료서비스의 총비용과 질에 대한 책임을 지도록 하는 모형
Comprehensive Primary Care Plus Model	Bundled Payments for Care Improvement Advanced Model	Pioneer ACO Model ACO Investment Model

자료: MedPac. (2021 June). Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System, pp.47, 51을 참고하여 작성



2021년 기준, CMS는 위의 세 가지 카테고리를 통틀어 총 12개의 APM 모형을 시행하고 있으며, 이는 지불옵션이나 위험계약방식에 따라 25개의 다양한 트랙으로 구분된다. 이 중 가장 큰 APM 모형은 ACA 법안에 따라 개발된 메디케어 절감분 공유 프로그램(Medicare Shared Savings Program, MSSP)이다.

2015년 통과된 Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA) 법안에서 재정 위험을 일부 포함한 ‘advanced APM(A-APM)’에 참여하는 의료제공자들에게 5%의 인센티브를 제공하도록 함에 따라 MSSP의 참여율이 크게 증가하였다(MEDPAC, 2021, p.48). 현재 MSSP 모형에 참여하는 의료제공자는 메디케어의 전체 수급자의 약 20%에 해당하는 인구를 대상으로 서비스를 제공하고 있다.

MSSP가 영구적인 것과는 달리 CMMI의 APM 모형들은 임시적으로 운영된다. 이 모형들은 평가를 통해 의료서비스의 질을 유지하면서 비용을 줄이거나, 비용증가 없이 질을 향상시킨다는 근거가 축적될 경우에만 영구 프로그램으로 확장될 수 있다.

한편, MACRA 법안은 일정 조건을 충족하는 모형을 ‘A-APM’으로 승인하고 동일한 인센티브(5%)를 적용하도록 한 바 있다. 다시 말해, 의료제공자가 ① 실제 지출이 기대 수준보다 초과하였을 때 명목상의 재정적 위험 이상을 부담하고, ② ONC(Office of the National Coordinator for Health Information Technology)가 인증한 전자건강기록(EHR)을 사용하며, ③ MACRA 법안의 MIPS(Merit-based Incentive Payment System)에서 사용되는 것과 비교할만한 질 지표를 적용하는 경우 A-APM로 승인받을 수 있다. 현재 CMMI에서 운영 중인 모형은 모두 A-APM에 해당한다.

〈표 2-11〉 CMS의 advanced APM 모형(2021)

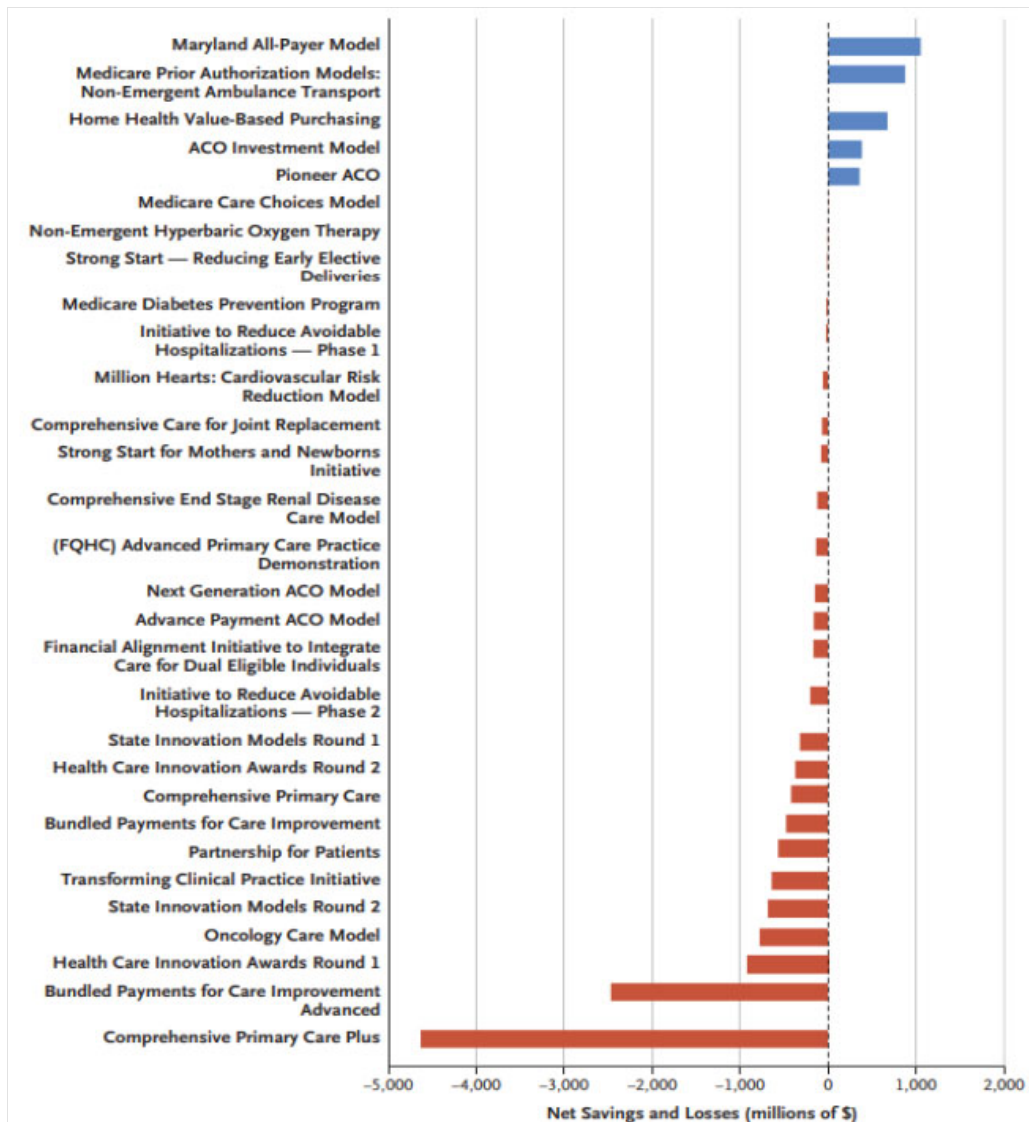
모형 구분	주요 내용
1. Medicare Shared Savings Program (MSSP)	(Track 1+모형) 다른 트랙들보다 초과분에 대한 위험(downside risk)이 적은 한시적 모형
	(기본 트랙의 Level E) ACO가 더 높은 수준의 초과분 위험 및 잠재적 보상 수준을 갖도록 전환하는 기본 트랙의 최종 레벨임. Tract 1+ 모형에서와 동일한 위험 및 잠재적 보상 수준을 갖도록 설계됨
	(Enhanced Track(이전 Track 3), Legacy Track 2) 참여하는 ACO는 다른 MSSP 트랙이나 레벨보다 더 큰 초과분 위험을 부담하며, 절감분의 더 큰 부분을 공유할 수 있음
2. Next Generation ACO Model	MSSP보다 더 큰 재정적 위험을 포함하는 ACO 모형으로, 참여하는 의료제공자가 80% 또는 100%의 절감분·초과분을 공유해야 함
3. Global and Professional Direct Contracting Model	Next Generation ACO 모형을 계승하는 모형으로서, 50%의 절감분 및 초과분 공유가 결합된 일차의료 인두제 지불을 제공하거나 (professional 옵션), 100%의 절감분 및 초과분 공유가 결합된 일차의료 인두제 및 전체 인두제(global 옵션)를 제공함
4. Comprehensive ESRD Care Model – Two-sided risk track	말기신장환자(end-stage renal disease, ESRD)를 치료하는 투석 클리닉, 신장전문의 및 기타 의료제공자에 대해 절감액을 공유하는 모형
5. Comprehensive Care for Joint Replacement	고관절 및 무릎 치환술에 대한 에피소드 기반 지불모형
6. Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Advanced Model	다양한 입원·외래 행위 및 질환에 대한 에피소드 기반의 지불모형
7. Oncology Care Model – Two sided risk track	항암요법에 대한 하이브리드 지불모형으로, 에피소드 기반 지불 및 일차의료 전환 모형의 요소를 포함
8. Comprehensive Primary Care Plus(CPC+)	일차의료 제공자에게 부분적인 인두제 금액과 소액의 성과 보너스를 지급하는 일차의료 전환 모형
9. Primary Care First Model	CPC+ 모형을 계승한 모형으로, 더 큰 성과 보너스가 포함됨
10. Maryland’s Primary Care Program & Care Redesign Program	메릴랜드 주(state)의 일차의료 프로그램은 CPC+를 모델로 함. 해당 주의 진료재설계프로그램은 BPCI Advanced의 옵션을 포함할 뿐만 아니라, 병원들이 진료 파트너들에게 진료 재설계 인터벤션(예: 진료조정, 퇴원계획, 의료 질 및 환자경험 개선)에 참여하는 것에 대한 인센티브를 제공할 수 있는 옵션을 허용함
11. Vermont ACO Initiative	Next Generation ACO 모형을 모델로 함. 이 멀티플레이어 절감분 공유 모형은 해당 주의 의료제공자 대부분이 동일한 지불구조를 사용하도록 설계됨

자료: MedPac. (2021 June). Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System, pp.48~49를 참고하여 작성

## 다. 미국 VBP 10년의 성과평가 결과

미국 의회의 자문기구인 MedPac에서는 그동안 개별 지불모형에 대한 평가사업 결과와 여러 문헌을 종합하여 APM이 미친 영향을 보다 체계적으로 정리하여 발표하였다(MedPac, 2021).

[그림 2-3] APM 모형들의 순절감 및 손실



자료: Smith. (2021). CMS Innovation Center at 10 Years-Progress and Lessons Learned. N Engl J Med 2021; 384:759-764, doi: 10.1056/NEJMs2031138, p.2.

지난 10년간 CMS가 운영한 지불모형은 약 54개에 달하며<sup>1)</sup>, 일부 모형은 긍정적인 성과를 보이고 있다. 2020년 9월, CMS의 평가 결과<sup>2)</sup>에 따르면 54개 모형 중 상위 5개 모형은 순 절감분(net savings)을 발생시킨 것으로 보고된다[그림 2-3](Smith, 2021). 여기에서 순 절감분은 총 절감분(gross savings)에서 모형의 참여자들에게 성과금(보너스)을 제공하고 남은 절감액을 의미한다.

또한 일부 모형들은 의료의 질도 개선한 것으로 평가된다. 예를 들어, 신장질환에 대한 모형인 ‘Comprehensive ESRD(End-Stage Renal Diseases) Care Model’에서는 응급투석 세션과 전체 입원율, 재입원율, ESRD 관련 합병증 입원율을 줄인 것으로 나타났다. ‘Home Health Value-based Purchasing Model’에서는 가정헬스에이전시의 질 평가 점수가 평균 4.6% 개선되는 결과를 보여주고 있다(Smith, 2021).

한편, 성과평가 결과 각 APM 모형별로 재정 및 의료 질 개선 효과의 특성이 상이하였다. 또한 동일한 APM 모형 내에서도 사업별로 총손실절감, 순손실절감, 그리고 의료의 질이 개선되는 효과에 차이가 있었다. 따라서 3가지 APM 모형별로 어떤 강점이 있는지, 어떤 사업모델로 운영할 때 효과가 있었는지 등에 대해 살펴보고자 한다.

먼저, ❶ 일차의료 전환 모형(primary care transformation model)은 메디케어 지출액에 총 손실분(gross loss)을 발생시킨 것으로 분석되었다. 그러나 일차의료 전환 모형들은 적게나마 의료의 질 개선을 가져온 성과가 있었다. 즉, 일차의료 전환 모형은 재정 절감에 대한 효과보다는 건강관리 강화, 응급실 및 입원 등 피할 수 있는 의료이용 절감에 효과가 있는 것으로 나타났다(예: Comprehensive Primary Care Plus Model).

1) 2020년 9월 기준

2) CMS를 대신하여 별도 기관에서 독립적 평가 수행

〈표 2-12〉 AMP 성과 평가 결과: ❶ 일차의료 전환 모형

CMMI 모형명	적용연도	지불액	절감 또는 손실액		의료 질 변화
			총손실(절감)	순손실(절감)	
<b>▶ 일차의료 전환 모형</b>					
Multipayer Advanced Primary Care Practice Demonstration	2011-2016 (~2014 까지 평가)	\$90 PBPY	\$40 PBPY 손실	\$130 PBPY 손실	· 일관된 영향 없음
Comprehensive Primary Care Initiative	2012-2016	\$180 PBPY	\$108 PBPY 절감(1%)	\$72 PBPY 손실(1%)	· 입원율, 응급실 방문, 응급실 재방문의 성장률 감소 · 입원진료 후 후속 진료 증가
Comprehensive Primary Care Plus Model	2017-2021	\$162 PBPY (트랙1); \$294 PBPY (트랙2)	\$36 PBPY 손실(0.3%) (트랙1); \$19 PBPY 손실(0.2%) (트랙2)	\$198 PBPY 손실*(2%) (트랙1); \$313 PBPY 손실(3%) (트랙2)	· 응급실 방문이 다소 증가 · 당뇨병 서비스, 유방암 검진, 입원진료 후 후속 진료가 다소 증가
<b>▶ 암 진료에 대한 하이브리드 모형<sup>1)</sup></b>					
Oncology Care Model	2016-2022	6개월 에피소드 당 \$862	에피소드당 \$297 PBPY 절감*(1%)	에피소드당 \$591 PBPY 손실*	· 대부분 질 변화 없음, 생애 말 입원율이 다소 감소

\*: 통계적으로 유의한 차이 ※PBPY: per beneficiary per year

1) 에피소드 기반 지불과 일차의료 전환 모형의 요소를 조합

자료: MedPac. (2021 June). Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System, pp.51~53를 참고하여 작성

둘째, ❷ 에피소드 기반 모형은 대부분 총 절감분(gross savings)은 발생하였지만, 순 절감분이 나타나지 않았다. 즉, 성과분을 의료제공자에게 지급하고 나면 메디케어 지출액이 APM을 적용하기 이전보다 오히려 커지는 모습을 보였다. 반면, Bundled Payment for Care Improvement (BPCI) Advanced 모형은 순 절감 효과가 나타났을 뿐만 아니라, 의료 질도 개선되는 효과가 있었다(예: Bundled Payment for Care Improvement (BPCI) Advanced Model).

42 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

〈표 2-13〉 AMP 성과 평가 결과: ② 에피소드 기반 지불모형

CMMI 모형명	적용연도	지불액	절감 또는 손실액		의료 질 변화
			총손실(절감)	순손실(절감)	
Acute Care Episode Demonstration	2009-2013 (초기 3년 평가)	확인되지 않음	에피소드당 \$319절감*	-	·질 변화 없음
BPCI Model 2	2013-2018	에피소드당 \$1,279	에피소드당 \$947 절감* (4%)	에피소드당 \$332 손실* (1%)	·질 변화 없음
BPCI Model 3	2013-2018	에피소드당 \$2,217	에피소드당 \$1,503 절감* (7%)	에피소드당 \$714 손실* (3%)	·질 변화 없음
Comprehensive Care for Joint Replacement Model	2016-2024 (초기 3년 평가)	에피소드당 \$787	에피소드당 \$1,323 절감*(5%)	에피소드당 \$536 절감* (2%)	·계획되지 않은 재입원을 및 합병증 감소
BPCI Advanced Model	2018-2023 (초기 10개월 평가)	에피소드당 \$1,407	에피소드당 \$646 절감* (2%)	에피소드당 \$761 절감* (2%)	·일부 에피소드 유형에서 사망률 다소 증가한 반면, 감소한 경우도 존재 ·재입원을 및 기능상태에 대한 변화 없음

\*: 통계적으로 유의한 차이 ※PBPY: per beneficiary per year

자료: MedPac. (2021 June). Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System, pp.51~53를 참고하여 작성

셋째, ③ 대부분의 ACO 모형은 메디케어 프로그램에서 적은 수준이지만 총 절감분(gross saving)을 발생시키는 것으로 나타났다. 이는 의료제공자 조직(ACO)이 소속 의사의 진료행태 변화를 유도하도록 모형의 인센티브 구조가 작동한다는 것을 의미할 수 있다. 예를 들어, 의료제공자 조직은 절감분을 발생시키기 위해 전략적으로 새로운 진료 관리 인프라에 투자하거나, 혹은 소속 의사에게 제공하는 의료서비스의 양과 조합을 변화시키도록 영향을 미칠 수 있다.

그러나 진료비의 순 절감분(net saving)은 앞서 살펴봤던 결과와 마찬가지로 모형마다 차이가 있었다. 일부 모형은 순 절감분이 나타나기도 하

였지만, 일부 모형<sup>3)</sup>은 순 손실분을 발생시키거나, 성과분을 의료제공자에게 지급하고 나면 APM을 적용하기 이전보다 지출액이 커지기도 하였다(예: *Pioneer ACO Model, ACO Investment Model*).

〈표 2-14〉 AMP 성과평가 결과: ㉓ ACO 모형

CMMI 모형명	적용연도	지불액	절감 또는 손실액		의료 질 변화
			총손실(절감)	순손실(절감)	
<b>▶ 인구 기반 모형(ACOs)</b>					
Physician Group Practice Demonstration	2005-2010	\$102 PBPY	\$171 PBPY 절감*(2%)	\$69 PBPY 절감*(1%)	·입원을 및 응급실 방문을 감소 ·당뇨병 검사 증가
Independence at Home Demonstration	2012-2020 (초기5년 평가)	\$1,091 PBPY	\$2,400 PBPY 절감(5%)	\$1,309 PBPY 절감(3%)	·질 변화 없음
Pioneer ACO Model	2012-2016 (초기2년 평가)	\$112 PBPY (1년차); \$91 PBPY (2년차)	\$427 PBPY (1년차); \$134 PBPY (2년차) 절감*	\$316 PBPY (1년차); \$43 PBPY (2년차) 절감*	·2차년도에 COPD, 노인천식 심부전 입원을 개선 ·퇴원 후 1주일 이내 후속진료
Next Generation ACO Model	2016-2021 (초기3년 평가)	\$150 PBPY	\$112 PBPY 절감*(1%)	\$38 PBPY 손실(0.3%)	·질 변화 없음
<b>▶ 인구 기반 모형(ACOs) 참여를 촉진시키는 모형</b>					
Advanced Payment ACO Model	2012-2015 (초기25년 평가)	3,000만 달러 (2.5년간 회수되지 않은 진료)	\$14백만 절감 (1.5년차); \$71백만 손실* (3년차)	\$87백만 손실*	·질 변화 없음
ACO Investment Model	2015-2018	\$58PBPY (1년차); \$81PBPY (2년차); \$197 PBPY (3년차)	절감* \$339 PBPY (3%)(1년차); \$443 PBPY (3.5%)(2년차); \$465 PBPY (4%)(3년차)	절감* \$280 PBPY (2%)(2년차); \$362 PBPY (3%)(2년차); \$268 PBPY (2%)(3년차)	·입원을, 응급실 방문을, 급성기 이후 요양시설 이용 감소
<b>▶ 신장질환에 대한 인구 기반 모형</b>					
Comprehensive ESRD Care Model	2015-2021 (초기 4년 평가)	\$1,284 PBPY	\$984PBPY 절감*	손실 \$300PBPY	·재원 기간 및 재입원을 감소 ·다양한 권장 일차의료서비스 이용 증가

\*: 통계적으로 유의한 차이 ※PBPY: per beneficiary per year  
 자료: MedPac. (2021 June). Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System, pp.51~53를 참고하여 작성

3) 초기 ACO 모형(Physician Group Practice Demonstration)과 MSSP(Pioneer ACO Model의 일부 연도), ACO Invest Model(AIM), Comprehensive Care for Joint Replacement (CJR) 모형



### 3. 미국 VBP(+AMP)사례를 통해 본 협력모형 설계의 성공요인

미국 VBP 10년의 성과평가: 성공요인 도출

- **(Two-sided risk sharing: providers share savings and losses with payers)** 공급자가 이익과 손실을 공유하는 방식, 기본적으로 더 큰 위험에는 더 큰 보상을 받는 상황으로, 위험기반계약은 비용을 관리하기 위한 더 강력한 인센티브와 더 높은 지불기회를 제공
- **(EHR 활용)** EHR 활용 및 Data Sharing 활성화 APM 성과 향상에 영향을 주는 것으로 확인 (*환자 진료 정보의 통합적 활용(진료 조정 및 관리 개선에 영향), 환자 진료 성과 모니터링(제공자별 개별성과에 대한 데이터 공유로 인한 제공자 행동 개선에 영향) 등에 영향*)
- **(참여 의무화)** APM에 자발적 참여방식보다 의무적으로 참여하도록 했던 모형의 성과가 높게 나타나는 것으로 확인 (*책임성 강화, 역선택 방지 효과*)
- **(보상체계 명확화)** 참여 의사 중 인센티브 작동방식, 보상규모, 보상의 시기 등에 대해 명확하게 이해하고 있는 정도가 낮았던 상황, 보상체계가 간단하고 명확할수록(*어떤 행동을 취했을 때, 어떤 인센티브가 발생하는지*) 참여도와 성과가 높은 상황

앞서 살펴본 바와 같이 지난 10년간 CMS가 운영한 지불모형은 약 54개에 달하며(2020년 9월 기준), 일부 모형은 긍정적인 성과를 보이고 있었다. 2020년 9월, CMS의 평가결과<sup>4)</sup>에 따르면 54개 모형 중 상위 5개 모형은 순 절감분(net savings)을 발생시킨 것으로 보고된다(Smith, 2021). 여기에서 순 절감분은 총 절감분(gross savings)에서 모형의 참여자들에게 성과금(보너스)을 제공하고 남은 절감액을 의미한다. 또한 일부 모형들은 의료의 질도 개선 시킨 것으로 평가된다.

현재까지 시행된 많은 APM들의 성과는 성공과 실패가 복합적으로 얽혀있는 것으로 판단할 수 있다. 특히 지난 10년간 시행된 54개의 모형 중

4) CMS를 대신하여 별도 기관에서 독립적 평가 수행



진료비 지불액의 순 절감을 가져온 모형이 5개에 불과하다는 점은 처음 APM을 도입할 당시의 기대했던 성과를 달성하기가 쉽지 않다는 점을 보여준다.

그러나 CMS를 비롯한 여러 연구에서는 이러한 성과가 가치기반 지불 제도를 포기하는 방향으로 나아가서는 안 된다는 점을 강조하고 있다. 그 동안의 지불모형들 중 일부는 분명한 성과를 보이고 있고, 성과가 미미한 경우에도 향후 APM 모형들을 더 개선할 수 있는 시사점을 제시하고 있기 때문이다(MedPac, 2021; Werner et al., 2021).

따라서 APM의 성공지표인 비용절감, 의료의 질 향상을 기준으로 모형의 성과달성에 기여한 성공 요인을 찾고 앞으로 이러한 성공 요인을 계속 확대하기 위한 노력이 필요할 것이다. 본 연구에서 정리한 APM의 성공 요인은 다음과 같이 크게 4가지로 요약해 볼 수 있다.

첫째, Two-sided risk sharing이 one-sided risk sharing 모형보다 성공 확률이 높았다. Two-sided risk sharing 모형의 기본 개념은 공급자가 해당 모형에 참여하여 절감액이 생기면 이익이, 초과액이 생기면 손실이 모두 발생할 수 있는 방식이다.

이는 기본적으로 공급자가 더 큰 위험이 생기면 더 큰 보상을 받는 구조로 비용 및 질을 관리하기 위한 강력한 인센티브를 제공하고 있다. 실제로 Two-sided risk sharing 모형은 ACO 모형의 10%에 불과했지만, 목표 대비 총 절감액의 30%를 창출하고, 90% 이상에서 의료의 질 향상 효과가 있는 것으로 나타났다.

둘째, EHR 활용 및 Data Sharing 활성화가 APM 성과향상에 큰 영향을 주는 것으로 나타났다. 정보공유를 통해 환자 진료정보가 통합적으로 활용될 수 있어 실제 환자의 진료 조정 및 케어 개선에 영향을 주었다. 또한 공급자는 환자 진료 성과 모니터링 자료 관리를 통해 제공자별 개별성

과에 대한 데이터를 공유하게 되고 이는 결과적으로 서비스 제공자의 행동 개선에 영향을 줄 수 있었다.

한편, EHR 활용 및 Data Sharing 활성화는 의료협력체계 구축의 주요한 성공 요인이었는데, 일부 공급자는 데이터 작성, 추출, 공유 등에 어려움이 있다고 보고하였다. 이로 인해 EHR 축적 및 활용, Data Sharing에 대한 인센티브에 대한 중요성이 강조되고 있었다.

셋째, APM에 자발적으로 참여하는 방식보다 의무적으로 참여하도록 했던 모형에서 성과가 높게 나타났다. 예를 들어, 메디케어 지출액의 순절감분을 가져온 Comprehensive Care for Joint Replacement (CJR) 모형의 경우, APM에 참여하지 않으려고 하였던 병원들까지 모두 의무적으로 참여시켰다는 특징이 있다. 의무적 참여는 공급자의 책무성을 강화하는 요인이 되기도 했으며, 의료제공자가 참여 여부에 대한 역선택을 예방하는 효과가 있었다. 그러나 지금까지 시행된 54개 모형 중 50개의 모형이 의료제공자에게 참여 여부에 대한 선택권을 주는 ‘자발적 참여’ 방식을 적용하고 있다. 이 경우, 의료제공자들은 경제적 이익이 있으면 모형에 참여하고, 손실이 예상되면 대부분 참여를 중단하는 구조가 만들어진다. 실제로 자발적 참여 모형에서는 의료제공자들이 경제적 이익이 있으면 모형에 참여하고, 손실이 예상되면 대부분 참여를 중단하는 문제가 발생하기도 하였다.

넷째, 보상체계를 명확하게 설계하고 이를 서비스 제공자가 이해하도록 하는 것이 중요한 성공 요인으로 작동하고 있었다. APM에 참여하는 의사들은 참여에 따른 인센티브 작동방식, 보상 규모, 보상 시기 등에 대해 명확하게 이해하고 있는 정도가 낮았다. 보상체계가 간단하고 명료할수록 공급자들은 자신이 어떤 행동을 취했을 때 어떤 인센티브가 발생하는지를 정확하게 인지하였으며, 참여도와 성과가 높게 나타났다.

### 4. 의료협력체계 사례모형의 보상체계 및 관리운영체계 도출

2절에서 제시한 의료협력체계 대상자, 연계 단위에 추가로 미국 VBP(+APM) 성과평가 결과를 기반으로 보상체계와 관리운영체계를 도출한 결과는 다음과 같다.

〈표 2-15〉 의료협력체계 모형의 보상체계 및 관리운영체계 도출

대상자	아동 (급성 경증질환 외래이용)	성인 (만성질환 외래이용)	노인 (노인성질환 입원이용)
	↕ 의료기관 내 건강+의료 ↕	↕ 의료기관 의료+의료기관 의료 ↕	↕ 지역 내 의료+요양 ↕
연계 서비스	서비스 연계 (단일 의료기관)	의료기관 간 연계 (다수 의료기관)	지역 내 연계 (의료기관 + 요양·돌봄 제공자)
모형 목표	현재 의료비 절감보다 의료 질 개선을 통한 미래 피할 수 있는 의료비 절감 목적	연속적 의료이용 필요자의 탐색/중복/경험 비용 절감 및 적시에 후속의료 연계 목적	의료-요양 간 필요도에 적합한 효율적 서비스 제공
협력 주체	환자-의료기관	의료기관-의료기관	지역-의료기관
정보 공유	환자-의료기관 건강·의료정보 공유	의료기관 + 의료기관 정보공유	의료기관 의료정보+ 지역 사회복지통합정보
지불 단위	인구단위 보상 ▼ 단일의료기관에 지급	인구단위 보상 ▼ 네트워크에 지급 ▼ 네트워크 내 의료기관에 분배	인구단위 보상 ▼ 지역에 지급 ▼ 지역 내 서비스 제공자에 배분
지불 방식	대상자 *수 × ∑FFS *위험보장: HCC지표 활용	∑대상자* × 평균진료비 *위험보장: HCC지표 활용	∑대상자* × 평균의료+요양비 *위험보장: HCC지표 활용
참고 모형	일차의료 변화 모형	묶음지불(BPIC) 모형	ACO 모형

## 제4절 의료협력체계 사례모형 도출 및 모형설계 접근방식

〈표 2-16〉 본 연구의 의료협력체계 사례모형 도출 결과(3가지)

목적	의료협력체계 모형을 3가지로 구분(서비스 연계, 의료기관 간 연계, 지역 내 연계)하여 모형별 사례 중심으로 가치기반 보상체계 개발		
구분	<b>모형①</b> 서비스 연계	<b>모형②</b> 의료기관 간 연계	<b>모형③</b> 지역사회 내 연계
의료협력 체계모형 (안)	아동 <b>건강지킴 일차의료</b> 모형 Comprehensive Primary Care Plus, CPC+	복합만성질환자 <b>의료기관 네트워크</b> 모형 Pioneer Accountable Care Organization, ACO	노인 <b>의료-요양</b> <b>지역기반 통합돌봄</b> 모형 State Innovation Model Initiative, SIM
의료협력 체계모형 도출방법	아동 의료이용 현황 (주요질환, 의료이용량 등)	복합만성질환 의료이용 현황 (만성질환수, 의료이용량 등)	노인 의료-요양 이용 현황 (요양병원이용, 장기요양등급현황 등)
	건강보험 청구자료 분석 → 의료이용 행태 및 특성 도출 ▼ 의료이용 경험 및 욕구 조사 (건강·의료·요양 욕구 및 현행 서비스 장애요인과 개선방안 조사)		
	Integrated Care for Kids (InCK) Model	ACO with (Medicare Shared Savings Program)	Rural Community Hospital Demonstration
	미국의 APM Innovation Model 고찰 → 모형 설계에 참고 .....Payer Experience		
영유아 건강검진 제도 국가 어린이 예방접종사업	진료의뢰회송시범사업 중증진료체계 강화 시범사업	재가 의료급여 시범사업 지역사회 통합돌봄(커뮤니케어)	
국내 관련 제도 고찰 → 연계 및 활용 방안 모색 .....Linkage with System			
가치기반 보상체계 (예시)	지불 단위	지역 단위	지역 단위
	지불 방식	지불 방식	지불 방식
	지불 방식	지불 방식	지불 방식
가치기반 보상체계 도출방법	미국 VBP 도입 10년의 성과평가 (성과가 있었던 factor를 집중 검토하여 벤치마킹 방안 도출)	FGI 및 전문가 간담회 개최 (모형별 적정한 가치기반 보상체계에 대한 의견 수렴)	

## 1. 의료협력 주체(=조정자, coordinator) 선정

기존의 의료체계는 단기간에 이루어지는 수술, 처치와 같은 의료행위를 중심으로 운영되어왔다. 하지만 의료협력체계는 기존의 의료체계와는 달리 신뢰를 기반으로 한 지속적인 참여를 통해 그 성과를 기대할 수 있다. 따라서 의료협력체계는 국민중심으로 의료서비스의 수요와 공급을 연결하기 위해 협력을 요청하고 이에 응답하는 반복적인 과정을 통해 달성될 수 있다.

수요와 공급을 연결하기 위해서는 협력을 요청하고 문제를 해결하는 주체가 필요한데 이를 협력주체 즉, 조정자(coordinator)라고 할 수 있다. 의료협력체계가 성공적으로 작동하기 위해서는 조정자가 상황을 인식하고, 협력을 긴밀하게 요청하는 것이 중요한 요소가 되며, 따라서 의료협력체계의 성패는 조정자의 역할수행 역량에 따라 결정될 수 있다.

의료협력을 위해서는 요청과 응답이 반복되는 형태의 상호 행위가 필요한데, 협력을 위한 요청과 응답은 1:1 관계로만 존재하는 것은 아니며 다양한 주체들로 구성될 수 있다. 환자는 다양한 의료기관 또는 지역사회 기관에 협력을 요청할 수 있고, 의료기관도 필요에 따라 다양한 의료기관과 지역사회기관에 협력을 요청할 수 있으며, 지역사회 기관들도 마찬가지이다. 이런 수요와 공급의 연결은 자연스럽게 연결망 구조를 갖게 된다. 이 연결망 구조는 주체의 노력에 따라 환자가 중심이 될 수도 있고 의료기관이나 지역사회 기관이 중심이 될 수도 있다.

따라서 본 연구에서는 의료협력체계의 사례모형별로 조정자(=협력 주체)를 “환자 및 보호자”(아동 대상), “의료기관”(복합만성질환자 대상), “지역사회”(노인 대상)로 나누어서 협력모형을 설계하였다.

## 2. 의료협력 주체별 공동목표의 설정과 정보공유 방식

협력의 수행에 있어 가장 중요한 단계는 공동목표의 설정과 공유이다. 기본적으로 협력의 목적 자체가 협력주체들 간의 공동의 목표를 달성하기 위한 것이기 때문이다. 3가지 사례모형의 의료협력 주체별로 공동목표를 설정하고, 이를 공유하는 방식에 대해 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 환자 및 보호자와 의료기관 간의 협력이다. 이 모형에서 협력의 기본 전제는 찾아오는 환자에게 의료서비스를 제공하는 진료 패러다임의 전환을 기반으로 한다. 환자(보호자)는 의사에게 자신의 건강 문제를 묻고 전문가에게 도움을 요청하고 전문가와 공동의 목표를 세울 수 있으며 그 목표 달성을 위해 함께 노력해야 한다. 그리고 의사는 환자를 진료의 대상이라는 관점보다 의료팀의 일원으로 인식하여 목표를 공유하고 함께 노력하여야 한다.

이를 위해서는 진료 과정(특히, 케어플랜 과정)에 환자를 참여시키고 케어플랜에 따른 진행 경과를 공유하는 것이 필요하다. 환자와 의사가 합의한 진행 과정의 공유를 위해서는 스마트폰 등 플랫폼을 통해 언제 어디서나 확인하고 이를 진료 과정에 반영하는 것이 필요하다. 예를 들어 당뇨병 환자가 자신의 주치의와 케어플랜을 공유하고 식이와 운동에 대한 처방을 받았다고 하자. 이 케어플랜은 전용 어플리케이션을 통해 환자의 수행 정도에 따라 변경될 수 있는데, 운동의 강도를 높일 수도 있고 나아가 약물을 조절할 수도 있다. 이렇게 치료계획부터 수행의 모든 과정에 환자를 적극적으로 참여시키고 이를 공유하는 것이 전제가 되어야 한다.

둘째, 의료기관과 의료기관 간의 협력이다. 이 모형의 협력은 최적의 환자 치료를 위해서는 의료기관 간 경쟁하는 것이 아닌, 의료기관의 특성과 능력에 따라 서로 부족한 역량을 채워주는 것을 기반으로 한다. 예를

들어 진단이 명확하지 않거나 치료 성과를 위한 장비 또는 인력이 부족할 때 협력의 필요가 발생한다. 이는 환자의 의뢰와 회송, 그리고 협진을 의미하는데, 이를 위해서는 무엇보다 의료기관 간 신뢰가 전제되어야 한다. 다만 의료기관 간 협력은 환자의 선택권보다 우선할 수 없으므로 환자가 동의할 수 있는 의료기관 간 네트워크가 사전에 설명되고, 구성되는 것이 필요하다.

의료기관 간 협력을 위한 정보의 공유는 환자의 진료정보를 공유하고, 이를 토대로 협력을 요청하는 의료진의 질문에, 요청받은 의료진이 답변하는 형태로 수행된다. 환자를 직접 대면하는 전원(A병원 → B병원으로 환자가 직접 이동)에 의한 협력이 있을 수 있고, 환자의 이동 없이 병원 간 정보만 보내고 질의응답을 하는 원격협진이 있을 수 있다. 전원과 원격협진 모두 정보공유의 정도와 속도에 따라 성과가 좌우될 수 있다. 의료기관 간 동일한 진료정보를 구축하는 체계(진료정보 표준화), 그리고 이를 의료기관 간 공유하는 체계(진료정보 교류), 그리고 더 나아가 교류되는 진료정보 이외에 기본적으로 모든 환자의 진료정보가 통합적으로 축적될 수 있는 체계(개인단위 건강·진료정보 플랫폼)가 구축되는 것이 필요하다.

셋째, 지역사회 내에서 의료기관과 지역사회 간의 협력이다. 의료기관은 의료 문제의 근본적인 해결을 위해 지역사회에 경제·사회적 지원을 요청할 수 있고, 지역사회는 경제·사회적 지원의 효과를 극대화하기 위해 의료적인 문제해결을 의료기관에 요청할 수 있다. 현재 이와 관련된 많은 시범사업이 추진되고 있는데 이는 그간 보험자가 의료기관에 직접 보상하는 방식을 근간으로 한다. 하지만 의료기관과 사회의 연계를 위해서는 지역사회 단위에서 의료기관의 협력을 유도하는 체계가 필요하며, 이를 위해서는 기존의 전통적인 보험자-의료기관 간의 보상체계와 달리

보험자가 지역사회를 거쳐 의료기관에 보상하는 방식 등 실제로 의료기관의 참여와 협력을 유도할 수 있는 보상체계를 개발하는 것이 필요하다.

의료기관과 지역사회의 협력을 위한 정보공유는 다른 모형에 비하여 상대적으로 논의가 부족하였었다. 실제로 현행 체계에서는 의료기관과 지역사회와의 정보이동 및 공유가 원활하지 못한 상황이다. 이는 기본적인 의료기관의 진료정보 공유에 어려움을 더하여, 지역사회의 정보는 의료정보가 아닌 행정정보이기 때문에 공무원이 아닌 자의 접근이 허용되지 않고 있는 것에 기인한다. 현재는 2013년 서울시립 북부병원에서 시작하여 운영하는 301 네트워크 사례를 참고하여 환자의 동의를 구해 지역의 사회복지사가 의료기관 전산망에 환자의 사회복지통합전산정보를 입력하면, 환자의 복지정보가 의료기관의 전자의무기록과 연동될 수 있도록 하는 것이 가장 현실적인 대안이 될 것이다. 지역사회 내 협력을 위해서는 환자의 동의하에 지역사회 정보와 의료기관 정보를 연결할 수 있도록 법적, 제도적, 인프라적 개선방안을 검토하는 것이 필요하다.





## 제3장

### 【①서비스 연계】

### 아동 건강지킴 일차의료 모형

제1절 【접근방식】 아동 건강지킴 일차의료 모형 설계 개요

제2절 【특성분석】 아동 의료이용 현황 및 욕구 분석

제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰

제4절 【모형설계】 아동 건강지킴 일차의료 모형 및  
보상체계 설계



# 제 3 장

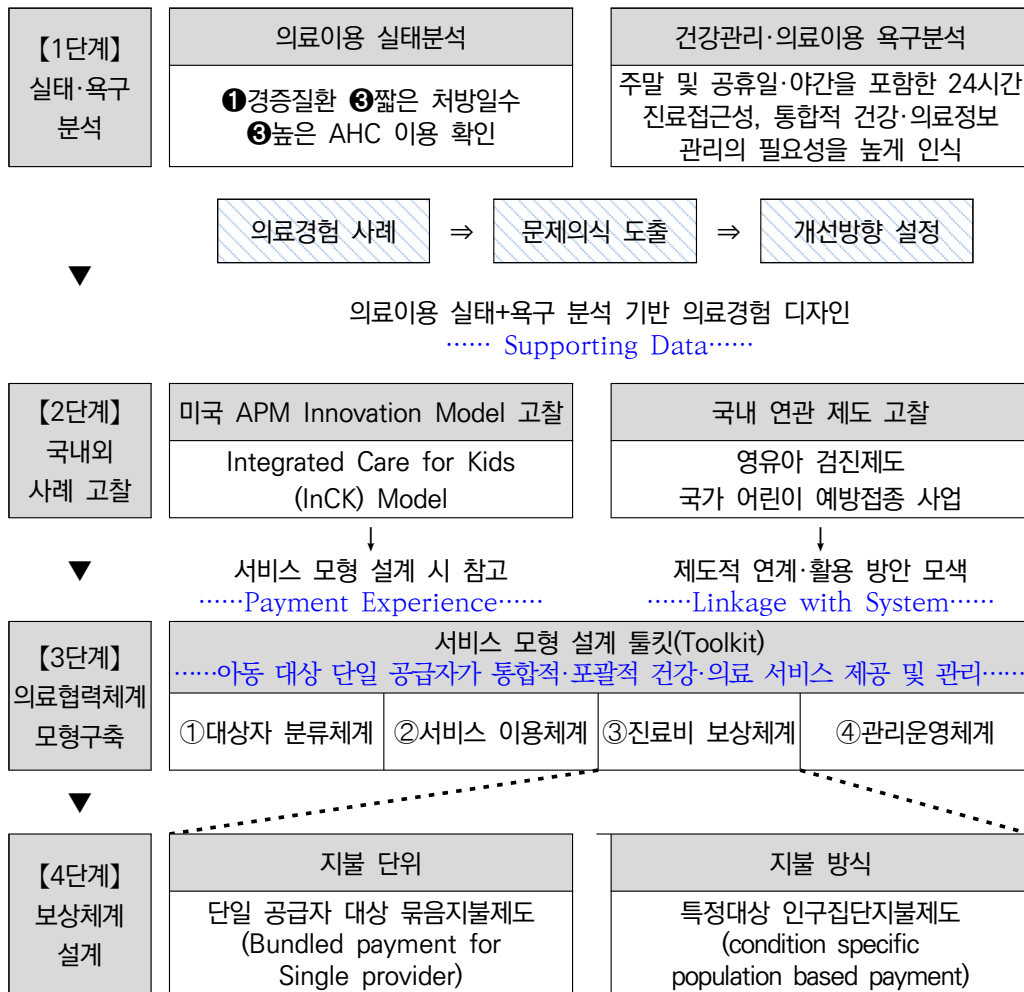
## 【①서비스 연계】

## 아동 건강지킴 일차의료 모형

### 제1절 【접근방식】 아동 건강지킴 일차의료 모형 설계 개요

본 연구에서는 아동 건강지킴 일차의료 모형 설계를 위해 다음과 같이 4단계의 과정을 수행하였다.

〈표 3-1〉 아동 건강지킴 일차의료 모형 설계 개요



먼저 1단계에서는 건강보험 청구자료를 활용하여 아동의 의료이용 현황 및 실태를 분석함으로써 아동 의료이용의 특성 및 패턴을 파악하고자 하였다. 그리고 현재 아동의 보호자를 대상으로 아동의 의료이용 시 경험했던 장애요인과 이를 개선하는 데 필요한 새로운 서비스 등 아동의 건강관리 및 의료이용 관련 욕구를 탐색해 보고자 하였다.

둘째, 미국의 APM Innovation Model 중 아동 건강주치의와 유사한 모형(Integrated Care for Kids(InCK) Model 등)을 고찰하여 아동의 포괄적 건강 및 의료이용 관리를 위해 어떤 공급자가 어떤 서비스 어떻게 제공하는 것이 효과적인지 국내에 적용이 가능한 시사점을 도출해 보았다. 그리고 영유아 건강검진제도, 국가예방접종사업과 같이 아동 건강관리와 관련된 국내 연관 제도 고찰을 통해 아동 건강지킴 일차의료 모형 설계 시 해당 제도들을 활용 또는 연계하는 방안을 모색해보았다.

셋째, 의료협력체계 구축을 위해 필요한 툴킷(Toolkit)을 ① 대상자 분류체계, ② 서비스 이용체계, ③ 진료비 보상체계, ④ 관리운영체계 4가지로 설정하고, 아동 건강지킴 서비스 모형을 설계하고자 하였다. 본 연구에서 설정한 아동 건강지킴 일차의료 모형의 목적은 “전체 아동”을 대상으로 “의원급 단일 공급자가 통합적·포괄적 건강지킴 서비스를 제공 및 관리”하는 것으로 이를 달성하는 데 필요한 툴킷별 설계방안을 제시하였다.

마지막으로 아동 건강지킴 일차의료 모형이 실질적으로 작동하기 위해 해당 모형에 대한 공급자와 국민의 참여를 유도하고, 성과를 향상시키기 위한 보상체계를 제안하였다. 보상체계 설계를 위해서는 “일차의료” “단일 공급자(single-provider)”가 집중적·통합적으로 서비스를 제공하고 환자를 관리하는 것과 관련된 미국의 Value-Based-Payment와 국내의 보상체계 개선 방향을 검토하였다.

## 제2절 【특성분석】 아동 의료이용 현황 및 욕구 분석

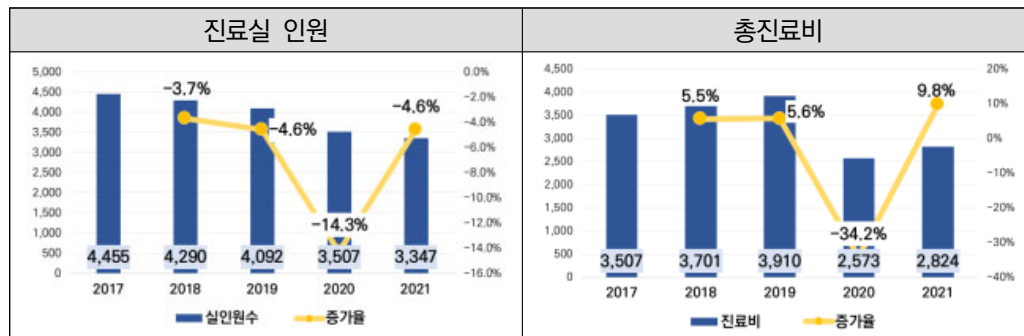
### 1. 의료이용 현황 분석

#### 가. 전체

최근 5년간(2017~2021년) 건강보험심사평가원 건강보험 청구자료를 활용하여 만 6세 미만 아동의 진료실 인원과 진료비 추이를 살펴보았다. 진료실 인원은 2017년 4,455천 명에서 2021년 3,347천 명으로 계속 감소 추세를 보였으며, 특히 2019년 대비 2020년 증가율이 큰 폭(-14.3%)으로 하락하였다. 총진료비 역시 2019년까지 증가 추세를 보이다가 2020년에 전년 대비 34.2% 하락하였으며 이후 다시 소폭 증가하였다(2021년 2,824십억 원). 이는 2020년 초에 발생한 코로나19 팬데믹에 따라 전반적인 의료이용이 감소했음을 보여주는 결과이다.

[그림 3-1] 2017~2021년 만 6세 미만 아동 진료실 인원 및 진료비

(단위: 천명, 십억 원, %)



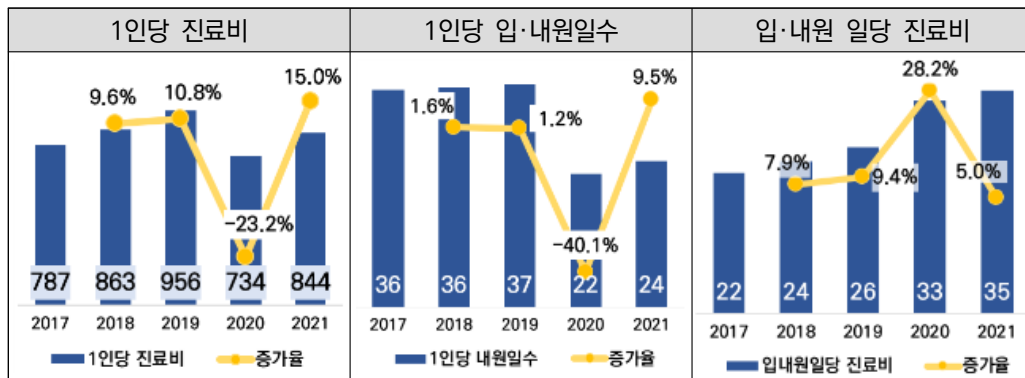
자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

1인당 진료비와 1인당 입·내원일수도 마찬가지로 계속 증가하는 경향을 보였으나, 2020년에 큰 폭으로 하락하였고(1인당 진료비 -23.2%, 1

인당 입·내원일수 -40.1%) 이후 다시 증가하였다. 2021년 1인당 진료비는 844천 원으로 전년 대비 15.0% 상승하였으며, 1인당 입·내원일수는 24일로 전년 대비 9.5% 증가하였다. 한편 입·내원 일당 진료비는 최근 5년간 꾸준히 증가하고 있었다. 여기서 주목할 만한 점은 2020년에 전년 대비 큰 폭(28.2%)으로 상승하였는데, 이는 1인당 진료비, 1인당 입·내원일수와 상반되는 결과였다. 선행연구에서도 유사한 양상이 나타났으며, 조경숙(2021)은 코로나19 시기에 질병의 중증도가 경미한 환자는 의료기관 방문을 자제하고 중증도가 높은 환자의 의료이용이 더 많았거나, 코로나19 기간 의료기관 방문을 미루어 질병이 더 악화된 것으로 유추하였다(조경숙, 2021, p.2757).

[그림 3-2] 2017~2021년 만 6세 미만 아동 의료이용 현황

(단위: 천원, 일, %)



자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

## 나. 진료행태별

2017~2021년 만 6세 미만 아동의 1인당 진료비는 연평균 1.8% 증가하였으나 진료행태에 따라 차이가 있었다. 즉, 1인당 입원 진료비는 연평균 13.4%가 증가한 반면, 외래 진료비는 3.0%가 감소하였다.

〈표 3-2〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	787	-	1,232	-	666	-
2018	863	9.6%	1,398	13.4%	714	7.2%
2019	956	10.8%	1,645	17.6%	762	6.8%
2020	734	-23.2%	1,927	17.2%	497	-34.8%
2021	844	15.0%	2,039	5.8%	589	18.4%
연평균 증가율	1.8%		13.4%		-3.0%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

아동 1인당 입·내원일수에서 입원, 외래 간 연평균 증가율 차이가 더욱 극명하게 나타났다. 2017~2021년 만 6세 미만 아동의 1인당 입원일수는 연평균 0.8% 증가한 반면, 1인당 외래 방문 일수는 10.7% 감소하였다. 2021년 기준 아동 1인당 입원일수는 7일, 외래 방문 일수는 28일이었다.

〈표 3-3〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수

구분	전체		입원		외래	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2017	36	-	7	-	43	-
2018	36	1.6%	7	1.4%	44	1.9%
2019	37	1.2%	7	0.8%	45	1.4%
2020	22	-40.1%	6	-3.9%	25	-44.4%
2021	24	9.5%	7	5.0%	28	10.8%
연평균 증가율	-9.4%		0.8%		-10.7%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

입·내원 일당 진료비는 해마다 증가하는 추세를 보였다. 2017~2021년 연평균 증가율은 12.3%였는데, 구체적으로 입원이 12.5%, 외래가 8.6% 증가하였다. 앞에서 살펴본 추이와 마찬가지로, 입원, 외래 모두 2019년 대비 2020년에 큰 폭으로 증가하였다.

〈표 3-4〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	22	-	189	-	15	-
2018	24	7.9%	211	11.9%	16	5.2%
2019	26	9.4%	246	16.6%	17	5.4%
2020	33	28.2%	300	22.0%	20	17.3%
2021	35	5.0%	303	0.8%	21	6.9%
연평균 증가율	12.3%		12.5%		8.6%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

#### 다. 의료기관 종별

주요 4대 종별을 중심으로 아동 진료비 추이를 살펴보았다. 이때 4대 종별은 상급종합병원, 종합병원, 병원(치과병원, 한방병원, 요양병원 포함), 의원(치과의원, 한의원 포함)으로 구분하였다. 지난 5년간(2017~2021년) 상급종합병원은 연평균 4.3% 증가한 반면, 나머지 의료기관은 모두 감소하였다. 의료기관 종별 진료비 점유율은 2021년 총 28,229억 원 중에서 의원(28.4%)과 상급종합병원(28.3%)이 가장 큰 비중을 차지했다. 한편, 2017년 대비 2021년 진료비 점유율은 상급종합병원 9.0%p, 병원급 2.8%p 증가하였으나, 의원급 의료기관(-3.9%p), 약국(-6.9%p)은 감소하였다.

〈표 3-5〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 진료비 점유율 추이: 전체

구분	2017년		2021년		2017~2021 진료비 증가율	2017~2021 점유율 차이
	진료비(억 원)	점유율	진료비(억 원)	점유율		
상급종합	6,752	19.3%	7,976	28.3%	4.3%	9.0%p
종합병원	4,656	13.3%	3,453	12.2%	-7.2%	-1.0%p
병원급	4,637	13.2%	4,521	16.0%	-0.6%	2.8%p
의원급	11,321	32.3%	8,020	28.4%	-8.3%	-3.9%p



구분	2017년		2021년		2017~2021 진료비 증가율	2017~2021 점유율 차이
	진료비(억 원)	점유율	진료비(억 원)	점유율		
약국	7,691	21.9%	4,259	15.1%	-13.7%	-6.9%p
합계	35,057	100%	28,229	100%	-5.3%	-

주: 병원급은 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을, 의원급은 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.  
자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

이번에는 입원, 외래 등 진료행태에 따른 진료비 점유율의 추이를 살펴 보았다. 2021년 입원 진료비 12,000억 원 중 상급종합병원이 54.5%로 가장 많은 점유율을 차지했으며, 병원급(20.4%), 종합병원(19.5%) 순으로 나타났다. 2017년 대비 2021년 입원 진료비 점유율 변화는 상급종합병원이 8.5%p 증가한 반면, 종합병원(-7.5%p)과 병원급(-1.1%p)은 감소하였다.

〈표 3-6〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 진료비 점유율 추이: 입원

구분	2017년		2021년		2017~2021 진료비 증가율	2017~2021 점유율 차이
	진료비(억 원)	점유율	진료비(억 원)	점유율		
상급종합	5,404	45.9%	6,536	54.5%	4.9%	8.5%p
종합병원	3,188	27.1%	2,346	19.5%	-7.4%	-7.5%p
병원급	2,527	21.5%	2,442	20.4%	-0.9%	-1.1%p
의원급	645	5.5%	677	5.6%	1.2%	0.2%p
합계	11,763	100%	12,000	100%	0.5%	-

주: 병원급은 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을, 의원급은 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.  
자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

2021년 기준 외래 진료비 점유율은 의원급이 45.2%로 가장 큰 비중을 차지했으며, 약국이 26.2%로 그다음이었다. 그러나 2017년 대비 2021년 아동 외래 진료비 점유율 변화에서는 의원급(-0.6%p), 약국(-6.8%p)은 모두 감소한 반면, 병원급(3.8%p), 상급종합병원(3.1%p), 종합병원(0.5%p)에서는 증가하였다. 중증질환 등 입원환자의 수술, 처치 등이 중점적으로 이루어져야 할 병원급 이상 의료기관의 외래 진료비 점유율이

증가한 반면, 주로 외래환자를 대상으로 외래 서비스를 제공해야 할 의원급 의료기관의 외래 진료비 점유율은 감소한 것이다.

〈표 3-7〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 진료비 점유율 추이: 외래

구분	2017년		2021년		2017~2021 진료비 증가율	2017~2021 점유율 차이
	진료비(억 원)	점유율	진료비(억 원)	점유율		
상급종합	1,348	5.8%	1,441	8.9%	1.7%	3.1%p
종합병원	1,469	6.3%	1,107	6.8%	-6.8%	0.5%p
병원급	2,110	9.1%	2,079	12.8%	-0.4%	3.8%p
의원급	10,676	45.8%	<b>7,343</b>	<b>45.2%</b>	-8.9%	-0.6%p
약국	7,691	33.0%	4,259	26.2%	-13.7%	-6.8%p
합계	23,294	100%	16,229	100%	-8.6%	-

주: 병원급은 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을, 의원급은 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.  
자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

이번에는 의료기관 종별에 따라 만 6세 미만 아동의 입·내원일수 점유율을 살펴보았다. 전반적으로 2017~2021년 5년간 입·내원일수 연평균 증가율은 감소하였다. 2021년 기준 입·내원일수 점유율은 의원급 42.5%, 약국 40.2%로 대부분을 차지하였다. 2017년 대비 2021년 입·내원일수 점유율은 약국(-3.1%p), 종합병원(-0.4%)에서 감소한 반면, 나머지 의료기관에서는 증가하였다.

〈표 3-8〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 입·내원일수 점유율 추이: 전체

구분	2017년		2021년		2017~2021 입·내원일수 증가율	2017~2021 점유율 차이
	입·내원일수 (천 일)	점유율	입·내원일수 (천 일)	점유율		
상급종합	3,181	2.0%	2,460	3.1%	-6.2%	1.1%p
종합병원	5,982	3.8%	2,712	3.4%	-17.9%	-0.4%p
병원급	14,653	9.2%	8,720	10.9%	-12.2%	1.6%p
의원급	66,070	41.7%	34,091	42.5%	-15.2%	0.8%p
약국	68,530	43.3%	32,256	40.2%	-17.2%	-3.1%p
합계	158,415	100%	80,240	100%	-15.6%	-

주: 병원급은 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을, 의원급은 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.  
자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

이번에는 입원, 외래로 구분하여 입·내원일수 점유율 추이를 살펴보았다. 2021년 입원일수 점유율은 병원급이 42.4%로 가장 컸고, 상급종합병원이 24.0%, 종합병원 17.6% 순이었다. 한편, 입원환자를 주로 대상으로 하는 종합병원의 입원일수 점유율은 2017년 대비 2021년 6.4%p 감소한 결과를 보였다.

〈표 3-9〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 입·내원일수 점유율 추이: 입원

구분	2017년		2021년		2017~2021 입·내원일수 증가율	2017~2021 점유율 차이
	입·내원일수 (천 일)	점유율	입·내원일수 (천 일)	점유율		
상급종합	1,188	19.1%	951	24.0%	-5.4%	4.9%p
종합병원	1,497	24.0%	698	17.6%	-17.4%	-6.4%p
병원급	2,626	42.1%	1,681	42.4%	-10.5%	0.3%p
의원급	923	14.8%	633	16.0%	-9.0%	1.2%p
합계	6,234	100%	3,963	100%	-10.7%	

주: 병원급은 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을, 의원급은 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.  
자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

2021년 기준 외래일수 점유율은 의원급이 43.9%로 가장 높았고, 그다음으로 약국이 42.3%를 차지하였다. 2017년 대비 2021년 입·내원일수 점유율은 종합병원(-0.3%p)과 약국(-2.7%p)은 감소한 반면, 병원급(1.3%p), 의원급(1.1%p), 상급종합병원(0.7%p)은 증가하였다.

〈표 3-10〉 의료기관 종별 만 6세 미만 아동 입·내원일수 점유율 추이: 외래

구분	2017년		2021년		2017~2021 입·내원일수 증가율	2017~2021 점유율 차이
	입·내원일수 (천 일)	점유율	입·내원일수 (천 일)	점유율		
상급종합	1,993	1.3%	1,509	2.0%	-6.7%	0.7%p
종합병원	4,485	2.9%	2,015	2.6%	-18.1%	-0.3%p
병원급	12,027	7.9%	7,038	9.2%	-12.5%	1.3%p
의원급	65,147	42.8%	33,458	43.9%	-15.3%	1.1%p
약국	68,530	45.0%	32,256	42.3%	-17.2%	-2.7%p
합계	152,181	100%	76,276	100%	-15.9%	

주: 병원급은 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을, 의원급은 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.  
자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

### 1) 상급종합병원<sup>5)</sup>

세부적으로 의료기관 종별에 따라 만 6세 미만 아동의 의료이용 현황을 살펴보았다. 2017~2021년 상급종합병원을 이용한 진료실 인원은 연평균 8.9% 감소하였으며(입원 -10.9%, 외래 -8.3%), 총진료비는 4.3% 증가하였다(입원 4.9%, 외래 1.7%). 한편 코로나19 영향으로 진료실 인원과 총진료비 모두 2019년 대비 2020년에 큰 폭으로 감소하였으나 이후 다시 소폭 증가하였다.

〈표 3-11〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 실인원 및 진료비: 상급종합병원

구분	전체		입원		외래	
	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)
2017	749	6,752	190	5,404	559	1,348
2018	712	7,434	183	6,025	529	1,408
2019	691	8,376	174	6,850	517	1,525
2020	482	7,356	108	6,105	374	1,252
2021	516	7,976	120	6,536	396	1,441
연평균 증가율	-8.9%	4.3%	-10.9%	4.9%	-8.3%	1.7%

주: 전체 실인원 수는 연도별 입원과 외래 실인원을 합산한 수치로 중복값이 포함되어 있음.  
 자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

아동 1인당 진료비, 1인당 입·내원일수, 입·내원 일당 진료비 모두 꾸준히 증가하는 경향을 보였으며, 특히 1인당 입원 진료비와 입원일수는 2019년 대비 2020년에 큰 폭으로 상승하였다(2019년 대비 2020년 1인당 입원 진료비 44.0% 증가, 1인당 입원일수 24.8% 증가)(〈표 3-12~14〉).

5) 의료기관 종별 세부 의료이용 현황 분석 시 전체 실인원 수는 연도별 입원과 외래 실인원 수를 합산하여 중복값이 포함되어 있음. 따라서, 1인당 전체 진료비, 입·내원일수는 실제 값보다 적게 산출되었을 수 있으니 해석에 유의할 필요가 있음.

〈표 3-12〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비: 상급종합병원

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	902	-	2,841	-	241	-
2018	1,044	15.8%	3,286	15.7%	266	10.4%
2019	1,212	16.2%	3,930	19.6%	295	10.9%
2020	1,526	25.9%	<b>5,659</b>	<b>44.0%</b>	334	13.2%
2021	1,546	1.3%	5,439	-3.9%	364	8.9%
연평균 증가율	14.4%		17.6%		10.8%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 3-13〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수: 상급종합병원

구분	전체		입원		외래	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2017	4.2	-	6.2	-	3.6	-
2018	4.2	0.0%	6.3	0.4%	3.5	-0.5%
2019	4.3	1.8%	6.4	2.7%	3.6	1.8%
2020	4.6	6.2%	<b>8.0</b>	<b>24.8%</b>	3.6	-0.3%
2021	4.8	3.8%	7.9	-1.4%	3.8	5.9%
연평균 증가율	2.9%		6.1%		1.7%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 3-14〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비: 상급종합병원

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	212	-	455	-	68	-
2018	246	15.7%	524	15.3%	75	10.9%
2019	280	14.1%	611	16.5%	82	8.9%
2020	<b>332</b>	<b>18.5%</b>	<b>705</b>	<b>15.3%</b>	<b>93</b>	<b>13.6%</b>
2021	324	-2.4%	687	-2.5%	95	2.8%
연평균 증가율	11.2%		10.9%		9.0%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

## 2) 종합병원

2017~2021년 종합병원 진료실 인원과 총진료비는 입원, 외래 모두에서 지속 감소하고 있었다. 마찬가지로 코로나19 대유행에 따라 진료실 인원과 총진료비 모두 2019년 대비 2020년에 큰 폭으로 감소하였으나 이후 다시 증가하였다.

〈표 3-15〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 실인원 및 진료비: 종합병원

구분	전체		입원		외래	
	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)
2017	1,248	4,656	284	3,188	963	1,469
2018	1,190	4,853	272	3,395	918	1,458
2019	1,107	4,950	253	3,494	854	1,455
2020	<b>676</b>	<b>3,233</b>	<b>125</b>	<b>2,323</b>	<b>551</b>	<b>911</b>
2021	693	3,453	123	2,346	570	1,107
연평균 증가율	-13.7%	-7.2%	-18.8%	-7.4%	-12.3%	-6.8%

주: 전체 실인원 수는 연도별 입원과 외래 실인원을 합산한 수치로 중복값이 포함되어 있음.  
자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

한편, 1인당 진료비와 입·내원 일당 진료비는 해마다 꾸준히 증가하고 있었다. 구체적으로 2017~2021년 1인당 입원 진료비는 연평균 14.1%, 외래 진료비는 6.3% 증가하였고, 입원 일당 진료비는 연평균 12.1%, 외래 방문 일당 진료비는 13.8% 증가하였다. 한편 종합병원의 1인당 외래 방문 일수가 크게 감소하였는데, 마찬가지로 코로나19 여파로 2019년 대비 2020년에 1.2일(25.5%)이 감소하였다(1인당 외래 방문 일수 2019년 4.6일 ⇒ 2020년 3.4일). 입원환자를 주로 진료하는 종합병원에서 1인당 외래 방문 일수가 감소한 것은 코로나19에 따른 한시적인 결과일 수도 있으나, 의료이용 행태의 긍정적인 신호가 될 수도 있다(〈표 3-16~18〉).

〈표 3-16〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비: 종합병원

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	373	-	1,122	-	152	-
2018	408	9.2%	1,246	11.1%	159	4.2%
2019	447	9.7%	1,383	11.0%	170	7.2%
2020	478	6.9%	<b>1,851</b>	<b>33.9%</b>	165	-3.0%
2021	498	4.2%	1,903	2.8%	194	17.6%
연평균 증가율	7.5%		14.1%		6.3%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 3-17〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수: 종합병원

구분	전체		입원		외래	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2017	4.8	-	5.3	-	4.7	-
2018	4.7	-1.0%	5.2	-1.1%	4.6	-1.0%
2019	4.7	-1.2%	5.1	-1.9%	4.6	-0.9%
2020	<b>3.7</b>	<b>-20.2%</b>	5.2	2.3%	<b>3.4</b>	<b>-25.5%</b>
2021	3.9	4.6%	5.7	8.2%	3.5	3.8%
연평균 증가율	-5.0%		1.8%		-6.7%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 3-18〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비: 종합병원

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	78	-	213	-	33	-
2018	86	10.3%	239	12.3%	34	5.2%
2019	95	11.0%	270	13.2%	37	8.2%
2020	<b>128</b>	<b>34.0%</b>	<b>354</b>	<b>30.9%</b>	<b>49</b>	<b>30.2%</b>
2021	127	-0.3%	336	-5.1%	55	13.2%
연평균 증가율	13.1%		12.1%		13.8%	

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

### 3) 병원급<sup>6)</sup>

2017~2021년 치과, 한방, 요양병원을 포함한 병원급 의료기관의 진료실 인원은 연평균 6.8% 감소하였으며(입원 -8.7%, 외래 -6.3%), 총진료비는 0.6% 감소하였다(입원 -0.9%, 외래 -0.4%). 병원급도 마찬가지로 코로나19 영향으로 진료실 인원과 총진료비 모두 2019년 대비 2020년에 큰 폭으로 감소하였으나 이후 다시 소폭 증가하였다.

〈표 3-19〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 실인원 및 진료비: 병원급

구분	전체		입원		외래	
	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)
2017	1,848	4,637	392	2,527	1,455	2,110
2018	1,838	5,092	400	2,894	1,438	2,198
2019	1,799	5,825	398	3,521	1,401	2,304
2020	<b>1,394</b>	<b>3,533</b>	<b>265</b>	<b>2,106</b>	<b>1,129</b>	<b>1,427</b>
2021	1,395	4,521	272	2,442	1,123	2,079
연평균 증가율	-6.8%	-0.6%	-8.7%	-0.9%	-6.3%	-0.4%

주: 1) 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 모두 합산하여 산출함.

2) 전체 실인원 수는 연도별 입원과 외래 실인원을 합산한 수치로 중복값이 포함되어 있음.

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

아동 1인당 진료비와 입·내원 일당 진료비는 지속 증가 추세를 보이고 있었으며, 특히 외래 진료비의 경우 2020년 대비 2021년에 큰 폭으로 상승하였다(2020년 대비 2021년 1인당 외래 진료비 46.5% 증가, 외래 방문 일당 진료비 35.3% 증가). 1인당 진료비와 1인당 입·내원일수는 코로나19로 인해 2019년 대비 2020년에 큰 폭으로 하락하였으나, 다시 증가 추세로 전환되었다(〈표 3-20~22〉).

6) 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 모두 포함함.



〈표 3-20〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비: 병원급

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	251	-	644	-	145	-
2018	277	10.4%	724	12.4%	153	5.4%
2019	324	16.8%	885	22.2%	164	7.6%
2020	<b>253</b>	<b>-21.7%</b>	<b>795</b>	<b>-10.1%</b>	<b>126</b>	<b>-23.2%</b>
2021	324	27.9%	897	12.8%	185	46.5%
연평균 증가율	6.6%		8.6%		6.3%	

주: 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 모두 합산하여 산출함.  
 자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 3-21〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수: 병원급

구분	전체		입원		외래	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2017	7.9	-	6.7	-	8.3	-
2018	8.1	2.0%	6.8	1.1%	8.5	2.4%
2019	8.3	2.8%	6.8	0.4%	8.7	3.4%
2020	<b>5.8</b>	<b>-30.2%</b>	<b>5.9</b>	<b>-13.3%</b>	<b>5.8</b>	<b>-33.9%</b>
2021	6.2	7.6%	6.2	4.9%	6.3	8.3%
연평균 증가율	-5.8%		-2.0%		-6.7%	

주: 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 모두 합산하여 산출함.  
 자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 3-22〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비: 병원급

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	32	-	96	-	18	-
2018	34	8.2%	107	11.1%	18	3.0%
2019	39	13.7%	<b>130</b>	<b>21.8%</b>	19	4.0%
2020	44	12.1%	135	3.7%	22	16.2%
2021	52	18.8%	145	7.6%	<b>30</b>	<b>35.3%</b>
연평균 증가율	13.1%		10.8%		13.9%	

주: 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 모두 합산하여 산출함.  
 자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

#### 4) 의원급<sup>7)</sup>

2017~2021년 의원급 진료실 인원은 입원, 외래 모두에서 지속 감소하였으며, 의원급 진료비는 2019년까지 증가하다가 2020년에 큰 폭으로 하락하였다. 특히 주로 외래환자를 대상으로 의료를 제공하는 만큼 입원 보다는 외래 진료비에 더 큰 영향을 미쳤다.

〈표 3-23〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 실인원 및 진료비: 의원급

구분	전체		입원		외래	
	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)	실인원 (천 명)	진료비 (억 원)
2017	5,067	11,321	170	645	4,897	10,676
2018	4,891	11,609	162	732	4,729	10,877
2019	4,683	11,913	151	865	4,533	11,048
2020	4,141	7,540	116	644	4,025	6,896
2021	3,974	8,020	113	677	3,861	7,343
연평균 증가율	-5.9%	-8.3%	-9.8%	1.2%	-5.8%	-8.9%

주: 1) 의원, 치과의원, 한의원을 모두 합산하여 산출함(보건기관은 제외함).

2) 전체 실인원 수는 연도별 입원과 외래 실인원을 합산한 수치로 중복값이 포함되어 있음.

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

구체적으로는 외래에서 1인당 진료비와 입·내원일수는 크게 하락했으나 입·내원 일당 진료비는 증가하였다. 한편, 2019년 대비 2020년 1인당 입원 진료비, 1인당 입원일수, 입원 일당 진료비는 모두 코로나19에 영향을 받지 않고 증가 또는 유지하였다. 입원이 외래 의료이용보다 코로나19에 덜 민감하게 반응하는 것으로 보여졌다.

7) 의원, 치과의원, 한의원을 모두 포함함(보건기관은 제외함).

〈표 3-24〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 진료비: 의원급

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	223	-	378	-	218	-
2018	237	6.2%	452	19.5%	230	5.5%
2019	254	7.2%	574	27.0%	244	6.0%
2020	182	-28.4%	555	-3.3%	171	-29.7%
2021	202	10.8%	599	8.0%	190	11.0%
연평균 증가율	-2.5%		12.2%		-3.4%	

주: 의원, 치과의원, 한의원을 모두 합산하여 산출함(보건기관은 제외함).  
 자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 3-25〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 1인당 입·내원일수: 의원급

구분	전체		입원		외래	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2017	13.0	-	5.4	-	13.3	-
2018	13.1	0.8%	5.6	3.0%	13.4	0.8%
2019	13.2	0.6%	5.7	2.8%	13.5	0.5%
2020	7.9	-40.1%	5.5	-3.9%	8.0	-40.7%
2021	8.6	8.3%	5.6	1.8%	8.7	8.4%
연평균 증가율	-9.9%		0.9%		-10.2%	

주: 의원, 치과의원, 한의원을 모두 합산하여 산출함(보건기관은 제외함).  
 자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 3-26〉 2017~2021년 만 6세 미만 아동 입·내원 일당 진료비: 의원급

구분	전체		입원		외래	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	17		70		16	
2018	18	5.4%	81	16.1%	17	4.7%
2019	19	6.5%	100	23.5%	18	5.4%
2020	23	19.5%	101	0.7%	21	18.5%
2021	24	2.4%	107	6.0%	22	2.4%
연평균 증가율	8.2%		11.2%		7.6%	

주: 의원, 치과의원, 한의원을 모두 합산하여 산출함(보건기관은 제외함).  
 자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

### 라. 다빈도 질환

마지막으로 만 6세 미만 아동의 연령별 다빈도 질환을 살펴보았는데, 전반적으로 감기와 같은 경증질환으로 외래, 약국에 자주 방문하고 있었다. 구체적으로, 다빈도 상병 1위는 ‘급성기관지염 및 급성 세기관지염 (34.9%)’이었으며, ‘기타 급성 상기도 감염’ 13.6%, ‘기타 코 및 비동의 질환’ 8.4% 순으로, 대부분이 감기와 같은 경증질환이었다.

〈표 3-27〉 만 6세 미만 아동의 다빈도 상병(5순위)

순위	0~6세	0세	1세	2세	3세	4세	5세
1위	급성 기관지염 및 급성 세기관지염	급성 기관지염 및 급성 세기관지염	급성 기관지염 및 급성 세기관지염	급성 기관지염 및 급성 세기관지염	급성 기관지염 및 급성 세기관지염	급성 기관지염 및 급성 세기관지염	급성 기관지염 및 급성 세기관지염
	34.9%	30.8%	32.8%	36.2%	37.0%	36.7%	34.7%
2위	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염
	13.6%	13.2%	15.3%	14.0%	13.6%	13.0%	12.5%
3위	기타 코 및 비동의 질환	기타 코 및 비동의 질환	중이염과 중이 및 유양 돌기장애	중이염과 중이 및 유양 돌기장애	기타 코 및 비동의 질환	기타 코 및 비동의 질환	기타 코 및 비동의 질환
	8.4%	8.6%	10.2%	8.9%	8.6%	9.0%	9.3%
4위	중이염과 중이 및 유양 돌기장애	급성 인두염 및 급성 편도염	급성 인두염 및 급성 편도염	기타 코 및 비동의 질환	중이염과 중이 및 유양 돌기장애	급성 인두염 및 급성 편도염	급성 인두염 및 급성 편도염
	7.0%	6.3%	7.4%	7.9%	6.7%	6.5%	6.5%
5위	급성 인두염 및 급성 편도염	중이염과 중이 및 유양 돌기장애	기타 코 및 비동의 질환	급성 인두염 및 급성 편도염	급성 인두염 및 급성 편도염	중이염과 중이 및 유양 돌기장애	중이염과 중이 및 유양 돌기장애
	6.7%	5.4%	7.0%	6.8%	6.6%	5.6%	5.2%

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

## 2. 의료이용 실태 및 서비스 욕구 분석

### 가. 조사 개요

아동의 의료이용 시 경험했던 장애요인과 이를 개선하는 데 필요한 새로운 서비스 등 아동의 건강관리와 의료이용 관련 욕구를 파악하고자 설문조사를 수행하였다. 조사는 만 6세 미만 취학 전 아동의 보호자를 대상으로 하였으며, 구조화된 설문지를 활용한 온라인 설문조사로 수행하였다. 조사 규모는 1,000명이었으며, 표본의 대표성을 확보하기 위해 행정안전부의 「2022년 9월 기준 주민등록인구통계」 자료를 모집단으로 활용하고 성별·연령별·지역별 인구비례 할당방식을 적용하여 표본을 추출하였다. 이때, 조사 수행기관이 보유한 전국 조사패널 117만 명을 표집 틀로 활용하였다. 조사표본 오차는 95% 신뢰수준에서  $\pm 3.10\%$ 였다.

설문조사는 조사업체에서 보유한 온라인 패널을 활용하여 2022년 10월 4일부터 10월 9일까지 6일간 실시하였으며, 한국보건사회연구원에 설치된 생명윤리위원회(IRB)로부터 승인을 받았다(제2022-103호).

### 나. 조사 내용

조사 내용은 아동의 의료서비스 이용 경험과 의료서비스 욕구의 두 가지 영역으로 구성하였다. 첫째, 아동 의료서비스 이용 경험의 경우, 지난 6개월간 외래, 입원, 응급실 이용 여부와 횟수를 물어보았다. 지난 6개월간 주로 방문한 의료기관 유형(의원, 병원, 종합병원 등)과 해당 의료기관을 이용하게 된 주된 이유를 조사하였다. 그리고 아동이 아플 때나 검사 또는 치료 상담을 하고자 할 때 주로 방문하는 의사가 있는지, 그 의사는 아동에게 발생하는 일상적인 건강 문제의 대부분을 해결해주는지도 물어

보았다. 또한 거주하고 있는 지역에 아동을 위한 의원(소아과 등), 병원 등 의료 인프라가 충분히 갖추어져 있는지를 살펴보고, 아동의 의료서비스 이용에 대해 전반적으로 얼마나 만족하는지를 파악해보았다. 마지막으로 평소 아동의 의료이용 시 겪을 수 있는 어려움들을 조사하였다.

둘째, 아동의 의료서비스 욕구에 대해서도 파악해보았다. 어느 한 의료기관을 지정해서 아동의 건강을 관리하고 의료를 이용하는 것이 필요한지와, 그렇다면 지정 의료기관은 어느 유형이 적절한지, 지정 의료기관에는 어떠한 서비스 또는 기능이 필요하다고 생각하는지를 조사하였다. 마지막으로 아동의 의료이용 측면에서 개선이 필요한 사항들을 파악해보았다. 이 외에 응답자 특성으로는 아동의 성별, 연령, 그리고 보호자의 성별, 최종학력, 혼인상태, 월평균 가구소득, 평소 건강 상태를 물어보았다.

아울러 만 6세 미만 취학 전 아동이 2명 이상 있을 경우, 평소 의료이용이 더 많은 자녀를 중심으로 답변하도록 하였다.

〈표 3-28〉 아동 보호자 대상 설문조사 주요 내용

구분		주요 설문 내용	
아동 의료서비스 이용 경험	의료이용	실태 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최근 6개월간 외래서비스 이용 여부/횟수</li> <li>- 최근 6개월간 입원서비스 이용 여부/횟수</li> <li>- 최근 6개월간 응급서비스 이용 여부/횟수</li> <li>- 최근 6개월간 주로 이용한 의료기관 유형                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 의료기관을 이용하게 된 주된 이유</li> </ul> </li> <li>- 아동의 치료상담, 검사를 위해 주로 방문하는 의사 여부                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 일상적인 건강 문제에 대한 해결 정도</li> </ul> </li> </ul>	
		인프라	- 아동을 위한 의료 인프라의 충분성
		만족도	- 아동 의료 서비스 이용에 대한 전반적 만족도
	의료이용 시 장애요인	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 아이가 아플 때 방문해야 하는 의료기관 정보 부재</li> <li>- 아이의 건강 상태를 상담할 수 있는 서비스 부재</li> <li>- 야간 또는 주말(공휴일)에 의료이용 시 어려움</li> <li>- 잦은 의료기관 방문 빈도에 따른 번거로움</li> <li>- 아이의 건강 상태와 의료이용에 대한 정보관리체계 부재</li> </ul>	

구분		주요 설문 내용
아동 의료서비스 욕구	지정 의료기관	- 지정 의료기관을 통한 건강관리 및 의료이용의 필요성 • (필요) 지정 의료기관의 유형 • (필요) 지정 의료기관에 필요한 서비스 또는 기능 • (불필요) 불필요한 이유
	의료이용 시 개선 필요사항	- 아이가 아플 때 상담, 방문 기관에 대한 정보, 서비스 - 아이의 건강 상태 등에 대한 충분한 상담 서비스 - 야간 또는 주말(공휴일) 등 24시간 의료접근성 보장 - 전화상담을 통한 약 처방 등 비대면 진료 - 예방접종, 영유아 검진, 치료 등 통합연계서비스 구축
일반사항	아동 특성	- 성, 연령
	보호자 특성	- 성, 거주지, 최종학력, 혼인상태, 월평균 가구소득, 평소 건강 상태

주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

## 다. 조사 결과

### 1) 응답자 특성

먼저 아동의 특성을 살펴보면, 성·연령·지역별 인구비례 할당방식으로 표본을 추출했기 때문에 각 집단의 비율이 고루 분포하고 있다. 남아(51.2%)가 여아(48.8%)보다 더 많았으며, 만 5세가 21.8%로 가장 많았다. 아동 보호자의 특성에서 성별 분포는 여자(54.7%)가 더 많았으며, 최종학력은 대학교 졸업이 67.2%로 가장 큰 비중을 차지하였다. 혼인상태는 유배우자(94.6%)가 대부분이었고, 월평균 가구소득은 300~500만 원 미만이 39.7%로 가장 많았다. 평소 건강 상태는 보통(57.3%), 좋음(35.6%), 나쁨(7.1%) 순으로 나타났다.

〈표 3-29〉 응답자의 일반적 특성: 아동 및 보호자

구분			빈도(명)	비율(%)
전체			1,000	100
아동	성별	남자	512	51.2
		여자	488	48.8
	연령	만 0세	102	10.2
		만 1세	178	17.8
		만 2세	150	15.0
		만 3세	177	17.7
		만 4세	175	17.5
만 5세	218	21.8		
보호자	성별	남자	453	45.3
		여자	547	54.7
	거주지 (권역)	서울	159	15.9
		인천/경기	355	35.5
		대전/충북/충남/세종	116	11.6
		광주/전북/전남	93	9.3
		대구/경북	90	9.0
		부산/울산/경남	144	14.4
		강원	28	2.8
		제주	15	1.5
	최종학력	고등학교 졸업(대학 재학/휴학/중퇴 포함)	94	9.4
		전문대 졸업	145	14.5
		대학교 졸업	672	67.2
대학원 이상		89	8.9	
혼인상태	배우자 있음	946	94.6	
	배우자 없음(별거, 이혼, 사별)	25	2.5	
	미혼	29	2.9	
월평균 가구소득	100만 원 미만	16	1.6	
	100~200만 원 미만	27	2.7	
	200~300만 원 미만	150	15.0	
	300~500만 원 미만	397	39.7	
	500~700만 원 미만	265	26.5	
	700만 원 이상	145	14.5	
평소 건강상태	나쁨	71	7.1	
	보통	573	57.3	
	좋음	356	35.6	

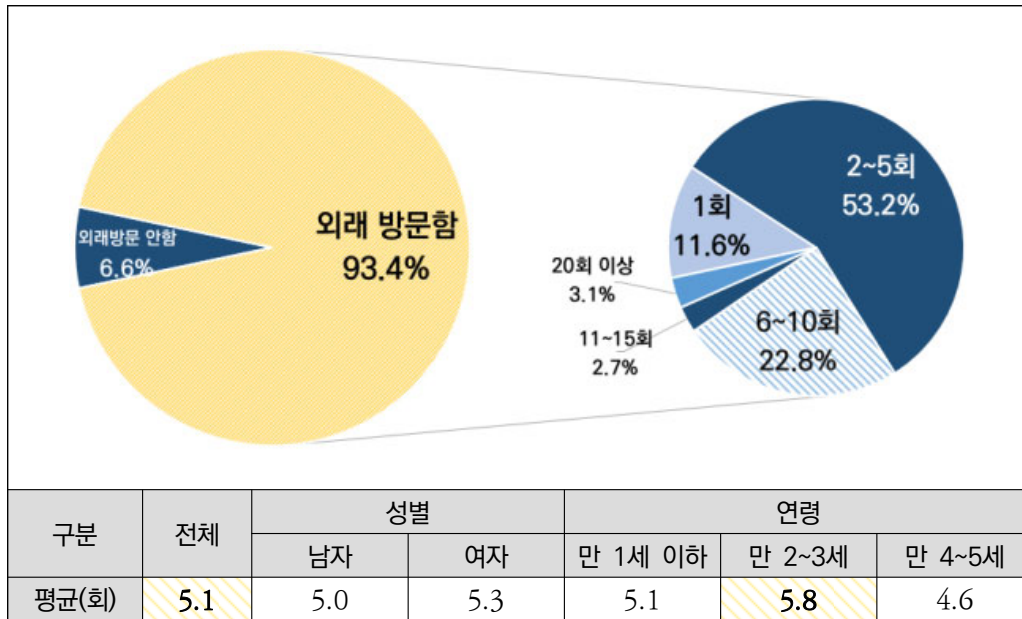
주: 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.



## 2) 아동 의료서비스 이용 경험

먼저 아동의 의료서비스 이용 실태를 살펴보았다. 지난 6개월간 10명 중 9명은 의료기관에서 외래서비스를 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다. 2~5회 방문이 53.2%로 가장 많았고, 6~10회 22.8%, 1회 11.6% 순이었다. 평균 방문 횟수는 5.1회였으며, 만 2~3세 아동이 5.8회로 가장 높은 빈도를 보였다.

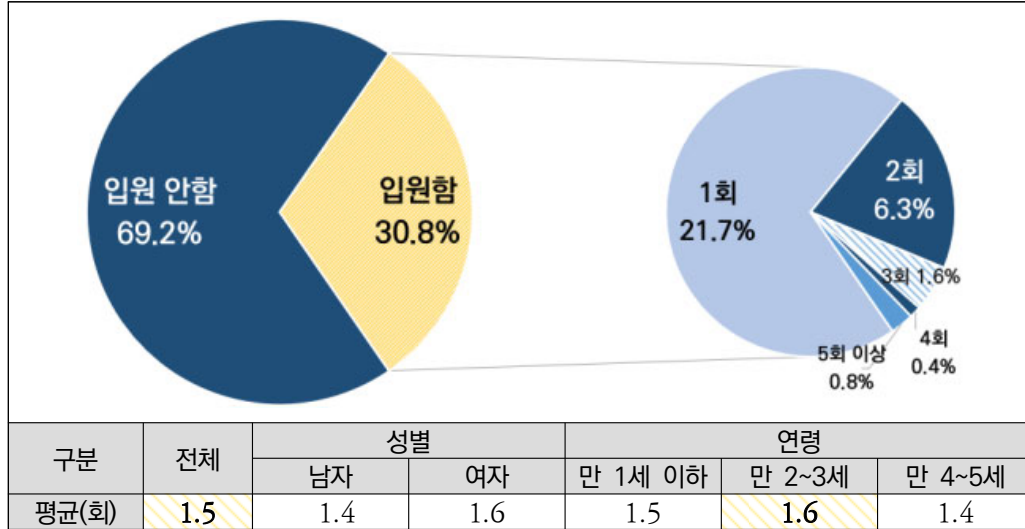
[그림 3-3] 아동의 지난 6개월간 외래서비스 이용 경험



주: 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

지난 6개월간 입원한 경험이 있는 아동은 30.8%였으며, 평균 입원 횟수는 1.5회였다. 입원 횟수는 1회가 21.7%로 가장 많았으며, 2회 6.3%, 3회 1.6% 순이었다.

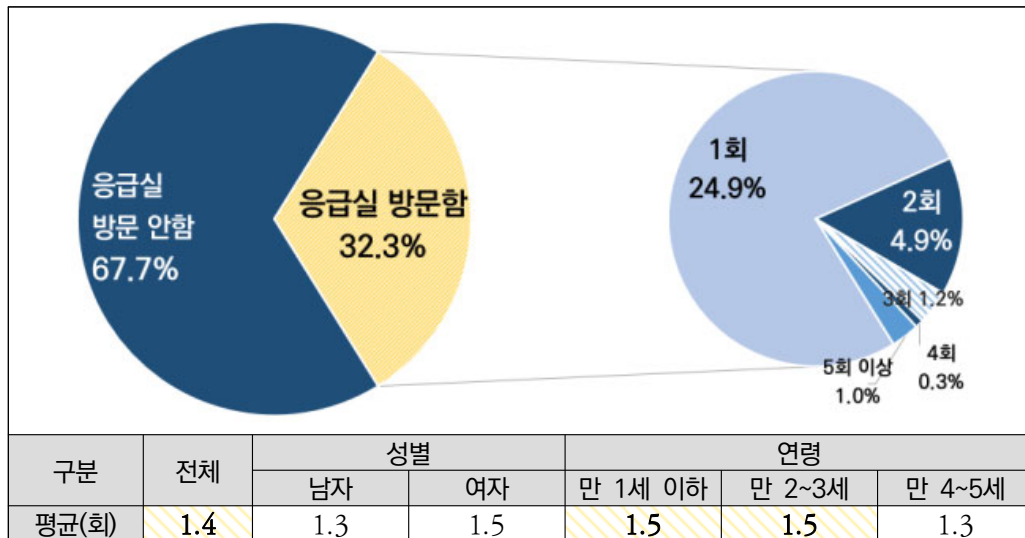
[그림 3-4] 아동의 지난 6개월간 입원서비스 이용 경험



주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

입원 경험과 비슷하게 아동의 10명 중 3명은 지난 6개월 동안 응급실을 방문한 적이 있었다. 평균 방문 횟수는 1.4회였으며, 1회 방문 24.9%, 2회 4.9%, 3회 1.2% 순으로 빈도가 높았다.

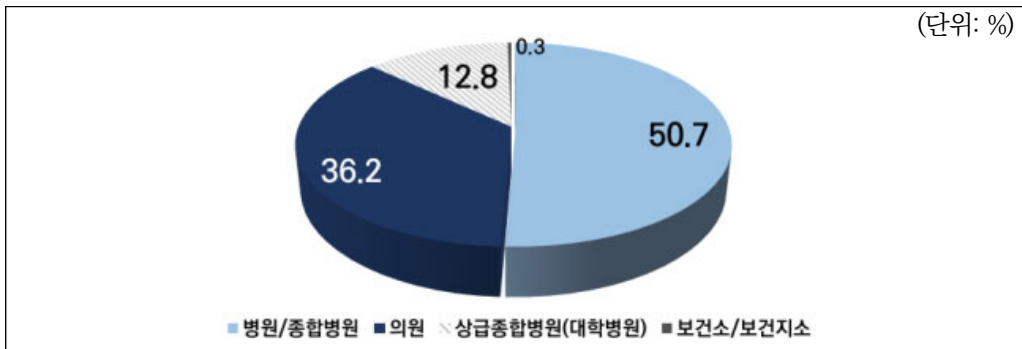
[그림 3-5] 아동의 지난 6개월간 응급서비스 이용 경험



주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

다음으로는 지난 6개월간 아동이 아플 때 주로 어느 의료기관을 이용했는지를 물어보았다. 병원/종합병원이 50.7%로 가장 많은 이용률을 보였고, 의원 36.2%, 상급종합병원 12.8% 순이었다.

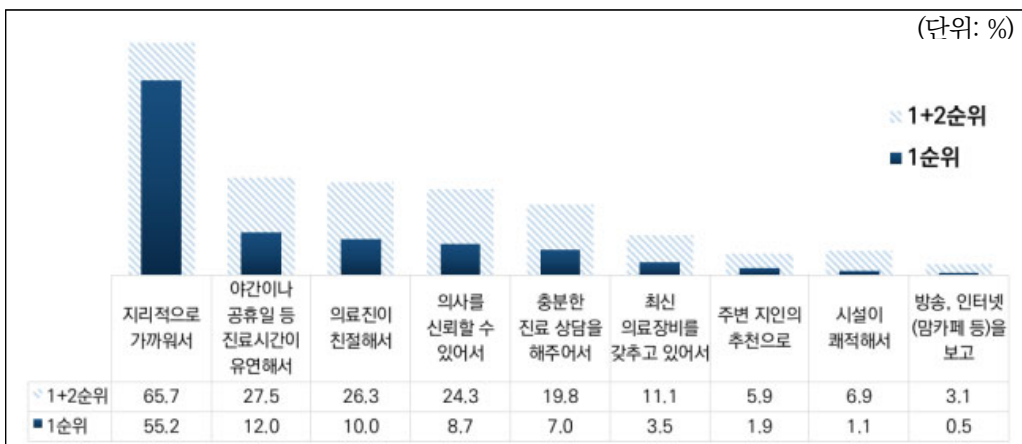
[그림 3-6] 지난 6개월간 주로 이용한 의료기관 유형



주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

앞서 응답한 해당 의료기관을 이용하게 된 주된 이유를 최대 2순위까지 물어보았는데, ‘지리적으로 가까워서’가 1순위(55.2%)로 꼽혔다. 그 다음으로 ‘야간이나 공휴일 등 진료 시간이 유연해서’ 12.0%, ‘의료진이 친절해서’ 10.0% 등 순이었으나 1위와의 격차가 크게 나타났다(1순위 기준). 1, 2순위를 모두 고려한 분석 결과에서도 이러한 경향은 똑같았다.

[그림 3-7] 해당 의료기관을 이용한 주된 이유(1, 2순위)



주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

이번에는 의료기관 종별에 따라 그 이유를 살펴보았다. 응답자의 절반 정도가 주로 병원/종합병원을 이용한다고 답하였는데, 주된 이유가 ‘지리적으로 가까워서(61.3%)’였고, ‘야간이나 공휴일 등 진료 시간이 유연해서(33.2%)’가 그다음 순이었다. 의원을 주로 이용한 응답자의 83.8%는 마찬가지로 ‘지리적으로 가까워서’가 주된 이유였고, ‘의료진이 친절해서’가 32.6%로 그다음 순이었다. 상급종합병원의 경우 ‘최신 의료 장비를 갖추고 있어서(40.0%)’, ‘의사를 신뢰할 수 있어서(39.2%)’, ‘야간, 공휴일 등 진료 시간이 유연해서(33.3%)’ 순으로 나타났다.

〈표 3-30〉 의료기관 종별 해당 의료기관을 이용한 주된 이유(1+2순위)

(단위: 명, %)

구분	의원	병원, 종합병원	상급종합병원 (대학병원)	보건소, 보건지소
사례 수	340	476	120	3
지리적으로 가까워서	<b>83.8</b>	<b>61.3</b>	30.8	100.0
야간, 공휴일 등 진료 시간이 유연해서	17.4	<b>33.2</b>	<b>33.3</b>	33.3
의료진이 친절해서	<b>32.6</b>	24.6	15.8	0.0
의사를 신뢰할 수 있어서	17.9	25.2	<b>39.2</b>	0.0
충분한 진료 상담을 해주어서	20.3	19.5	19.2	33.3
최신 의료 장비를 갖추고 있어서	0.6	11.3	<b>40.0</b>	0.0
시설이 쾌적해서	6.2	7.4	7.5	0.0
주변 지인의 추천으로	3.5	7.6	5.0	33.3
방송, 인터넷(맘카페 등)을 보고	2.4	3.6	3.3	0.0

주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

다음으로 아동이 아플 때나 검사 또는 치료 상담을 하기 위해 주로 방문하는 의사, 즉 소위 일컫는 ‘주치의’가 있는지를 물어보았다. 10명 중 약 7~8명 정도 아동에게 주 방문 의사가 있었으며(78.6%), 아동에게 발생하는 일상적인 건강 문제를 대부분 해결해주는 것으로 나타났다(89.3%).

〈표 3-31〉 주 방문 의사 여부 및 건강 문제 해결 정도

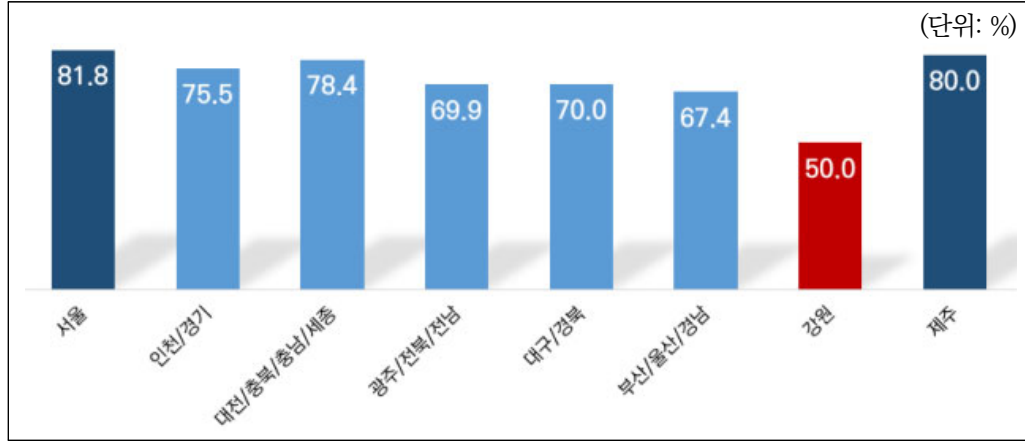
(단위: 명, %)

구분	사례 수	주 방문 의사 여부		('있음' 응답한 경우) 주 방문 의사의 건강 문제 해결 정도				
		있음	없음	전혀 해결 못함	해결 못함	어느 정도 해결함	대부분 해결함	
전체	1,000	78.6	21.4	0.8	9.9	78.9	10.4	
성별	남자	453	76.4	23.6	0.6	9.8	80.3	9.2
	여자	547	80.4	19.6	0.9	10.0	77.7	11.4
연령	만 0세	102	76.5	23.5	1.3	10.3	82.1	6.4
	만 1세	178	79.2	20.8	1.4	9.2	77.3	12.1
	만 2세	150	78.7	21.3	1.7	14.4	74.6	9.3
	만 3세	177	85.3	14.7	0.7	7.3	78.8	13.2
	만 4세	175	80.0	20.0	0.0	10.0	80.0	10.0
	만 5세	218	72.5	27.5	0.0	9.5	81.0	9.5

주: 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

다음으로는 거주하고 있는 지역에 아동을 위한 의원(소아과 등), 병원 등 의료 인프라가 충분히 갖추어져 있는지를 조사하였다. 아동은 면역력이 약해 감기 등 가벼운 질환에 자주 노출되고 발열이 잦아, 아동에게 지역 내 의료 인프라는 매우 중요한 요소이다. 조사 결과, 응답자의 74%가 거주 지역의 의료 인프라가 충분하다고 답하였다('충분하다' 63.2%, '매우 충분하다' 10.8%). 다만, 지역별로 편차가 있었는데, 서울(81.8%), 제주(80.0%) 지역 거주자의 10명 중 8명 정도가 의료 인프라가 충분히 갖추어져 있다고 응답한 반면, 강원(50.0%) 지역은 절반 정도만이 충분하다고 답하였다('충분하다' 50%, '매우 충분하다' 0%).

[그림 3-8] 거주지 내 아동 의료 인프라 충분성



주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

아동의 의료서비스 이용에 대해 전반적으로 어느 정도 만족하는지를 물어보았는데, 응답자의 53.0%만이 만족한다고 답하였다. 거주지역, 월평균 가구소득, 아동 보호자의 평소 건강 상태에 따라 살펴보면, 앞서 의료 인프라 충분성 결과와 유사하게 서울(62.9%), 제주(66.7%) 지역의 의료서비스 만족도가 높게 나타난 반면, 강원(32.1%), 부산/울산/경남(44.4%) 지역 거주자들의 만족도는 상대적으로 낮았다. 월평균 가구소득이 높을수록 아동의 의료서비스 이용에 대한 만족도가 높았으며(100만원 미만 31.3%, 700만원 이상 58.6%), 아동 보호자의 건강 상태가 좋을수록 만족도 역시 높게 나타났다.

〈표 3-32〉 아동 의료서비스 이용에 대한 전반적 만족도

(단위: 명, %)

구분		사례 수	만족도(%)			평균 (5점)
			불만족	보통	만족	
전체		1,000	9.7	37.3	53.0	3.48
아동 연령	만 0세	102	9.8	44.1	46.1	3.40
	만 1세	178	10.7	41.0	48.3	3.43
	만 2세	150	12.7	35.3	52.0	3.46
아동 연령 (계속)	만 3세	177	9.0	33.9	57.1	3.52
	만 4세	175	10.9	36.6	52.6	3.47
	만 5세	218	6.4	35.8	57.8	3.55
거주지 (권역)	서울	159	6.3	30.8	62.9	3.63
	인천/경기	355	7.9	37.5	54.6	3.51
	대전/충북/충남/세종	116	16.4	31.9	51.7	3.40
	광주/전북/전남	93	6.5	44.1	49.5	3.51
	대구/경북	90	11.1	36.7	52.2	3.43
	부산/울산/경남	144	11.1	44.4	44.4	3.40
	강원	28	25.0	42.9	32.1	3.04
	제주	15	6.7	26.7	66.7	3.67
월평균 가구소득	100만 원 미만	16	25.0	43.8	31.3	3.00
	100~200만 원 미만	27	7.4	48.1	44.4	3.44
	200~300만 원 미만	150	8.7	43.3	48.0	3.44
	300~500만 원 미만	397	11.6	36.8	51.6	3.43
	500~700만 원 미만	265	8.7	34.3	57.0	3.55
	700만 원 이상	145	6.2	35.2	58.6	3.59
평소 건강 상태	나쁨	71	16.9	42.3	40.8	3.21
	보통	573	11.0	43.6	45.4	3.37
	좋음	356	6.2	26.1	67.7	3.71

주: 1) 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

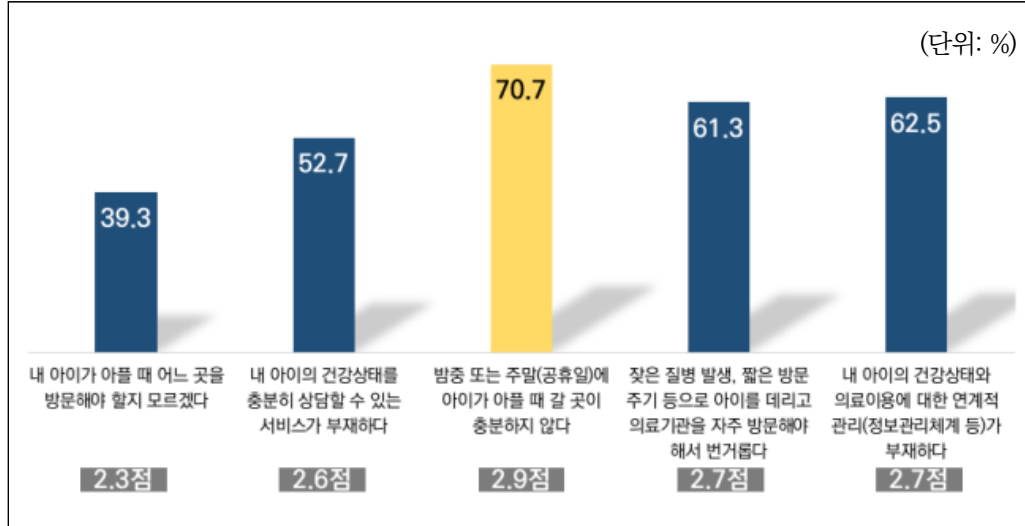
2) 불만족은 '매우 불만족'과 '불만족'을, 만족은 '만족'과 '매우 만족'을 합한 수치임.

다음으로 평소 아동이 의료서비스를 이용하면서 겪을 수 있는 어려움에 대해 파악해보고자 했다. 전체적으로 밤중 또는 주말(공휴일 포함)에 아이가 아플 때 갈 곳이 충분하지 않아 이로 인해 겪는 어려움이 가장 컸다(70.7%). 아이의 건강 상태와 의료이용에 대한 연계적 관리(정보관리 체계 등)가 부재한 점도 어려움으로 꼽혔다(62.5%). 구체적으로 응답자 특성별로는 유의미한 차이는 없었지만, 전반적으로 아동 보호자의 건강 상태가 나쁠수록 의료이용의 어려움을 상대적으로 크게 느끼고 있었다.



84 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

[그림 3-9] 아동의 의료이용 시 어려움



주: 1) 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.  
 2) 막대그래프는 '그렇다'와 '매우 그렇다'를 합한 수치이며, 그림 아래 회색 상자는 의료이용 어려움을 4점 만점으로 환산한 점수임.

<표 3-33> 응답자 특성별 아동의 의료이용 시 어려움

구분		사례 수	방문기관 선택	상담서비스 부재	야간, 주말 이용	찾은 병원 방문	연계적관리 부재
전체		1,000	39.3	52.7	70.7	61.3	62.5
아동 연령	만 0세	102	50.0	58.8	66.7	55.9	60.8
	만 1세	178	35.4	51.7	68.0	55.6	62.4
	만 2세	150	46.0	60.7	73.3	68.0	65.3
	만 3세	177	37.9	52.0	71.8	66.1	63.3
	만 4세	175	32.6	51.4	74.9	62.3	64.6
	만 5세	218	39.4	46.8	68.8	59.2	59.2
평소 건강 상태	나쁨	71	45.1	63.4	70.4	73.2	74.6
	보통	573	40.8	53.6	72.1	64.4	64.7
	좋음	356	35.7	49.2	68.5	53.9	56.5

주: 1) 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.  
 2) 표 내용은 아동의 의료이용 시 각각의 '어려움'을 나타낸 수치임.



이 외에 아동의 의료서비스를 이용하면서 경험한 어려움을 물어보았는데, 앞서 조사 결과와 유사하게 365일 24시간 운영하는 병원이 부족하다(15.0%)는 점을 가장 많이 언급하였다. 이 외에도 야간, 주말, 공휴일에 이용할 수 있는 소아과, 응급실, 입원실이 없으며, 이용하더라도 대기시간이 길거나, 접수 마감이 빠르고 진료 시간이 한정적이라는 등 애로사항을 들려주었다. 한편, 응급 상황 시 병원 안내와 정보가 부족하다는 의견도 있었으며, 병원 간 진료 정보 연계가 부재하여 설명·전달하는 과정이 번거롭다는 불만도 있었다.

〈표 3-34〉 기타 아동의 의료이용 시 어려움

범주	내용
시설, 인력 등 인프라 부족	‘24시(365일) 운영하는 병원이 부족하다’ ‘소아전문병원이 부족하다’ ‘체계적인 의료 인프라가 부족하다’ ‘병원 수가 부족하다’ ‘가까운 소아과, 응급실, 입원실이 없다’ ‘야간/주말/공휴일 응급실, 입원실이 없다’ ‘대학병원 소아응급실이 부족하다’ ‘야간, 주말에는 소아과 전문의가 없다’ ‘응급실에는 소아과 전문의가 없다’
대기 및 진료 시간 문제	‘대기시간이 길다’ ‘응급실 대기시간이 길다’ ‘상급종합병원/대학병원은 대기시간이 길다’ ‘진료 시간이 한정적이다’ ‘환자가 많아 접수 마감이 빠르다’
야간, 주말 진료 어려움	‘야간/주말/공휴일 대기시간이 길다’ ‘야간 진료 시 진료 및 접수가 신속하지 않다’ ‘야간 진료 시간이 짧다’ ‘야간/주말/공휴일 예약/접수 마감이 빠르다’ ‘야간/주말/공휴일 운영병원 정보가 부족하다’ ‘야간/주말/공휴일 약국 이용이 어렵다’

범주	내용
의료정보 및 상담서비스 부재	'응급 상황 시 병원 관련 안내 및 정보가 부족하다' '특정 질환 전문의 정보가 부족하다' '의료서비스 관련 정보 및 사용 방법 안내가 자세하지 않다' '다양한 궁금증을 해결할 문의처가 없다' '기본/전문 지식 부족으로 과잉 치료 및 반복적 방문이 이루어진다' '응급 처치 방법 및 숙지가 부족하다' '정보가 부족하다' '접종 시기에 연락이 없어 시기를 지나친다' '심리적 건강 상담이 부족하다'
처방 관련 문제	'증상이 다른데 같은 약을 처방한다' '증상이 같은데 의료진의 진료 및 처방이 다르다' '증상이 같은데 전화로 처방전을 받을 수 없다' '감기는 진료 및 약 처방을 위해 자주 가야 한다' '1~2일 처방으로 잦은 내원을 유도한다'
진료 정보 연계시스템 부재	'상급종합병원/대학병원으로의 연계가 미흡하다' '여러 타과에서 진료 보기를 원하는 경우 선택이 어렵다' '어플에 설명한 증상을 중복 설명해야 한다' '병원 간 진료 정보 연계 부재로 설명/전달하는 과정이 번거롭다' '아동 관련 데이터 등의 통합적인 관리가 이루어지지 않는다'

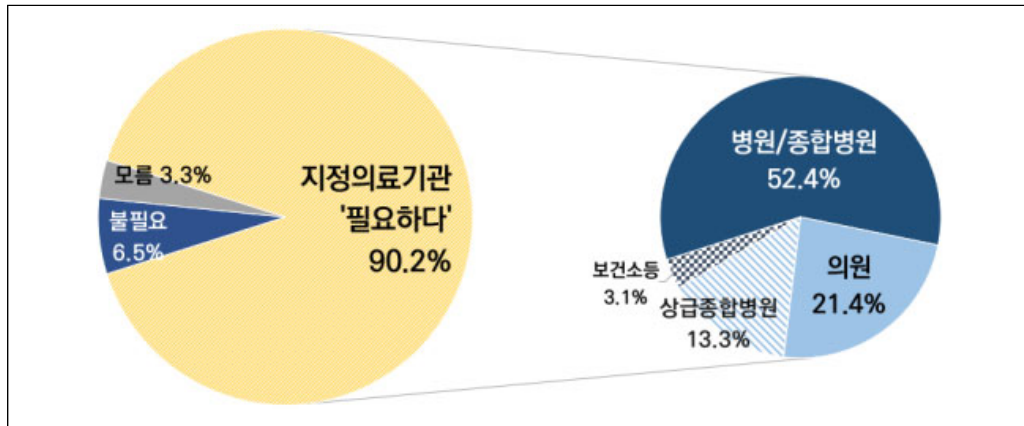
주: 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

### 3) 아동 의료서비스 욕구

지금까지 아동 보호자를 대상으로 아동의 의료이용 실태와 장애요인을 살펴보았는데, 이제는 이를 개선하는 데 필요한 새로운 서비스 등 아동의 건강관리 및 의료이용 욕구를 파악해보고자 한다. 먼저 어느 한 의료기관을 지정해서 아동의 건강을 관리하고 의료서비스를 이용하는 것이 필요한지를 물어보았다. 응답자의 10명 중 9명이 지정의료기관이 필요하다고 한목소리를 내었으며(90.2%), '잘 모르겠다'고 응답한 사람은 3.3%였다. 응답자 특성에 따라서는 고학력일수록, 평소 건강 상태가 좋을수록 지정 의료기관에 대한 욕구가 높았다(〈표 3-35〉).

그렇다면 지정의료기관으로는 어느 종별이 적절할까? 지정의료기관이 필요하다고 응답한 사람의 52.4%가 병원/종합병원이 적절하다고 답하였고, 의원(21.4%), 상급종합병원(13.3%)이 그 뒤를 이었다.

[그림 3-10] 아동의 지정의료기관 필요성 및 유형



주: 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

<표 3-35> 응답자 특성별 아동의 의료기관 지정 필요성

(단위: 명, %)

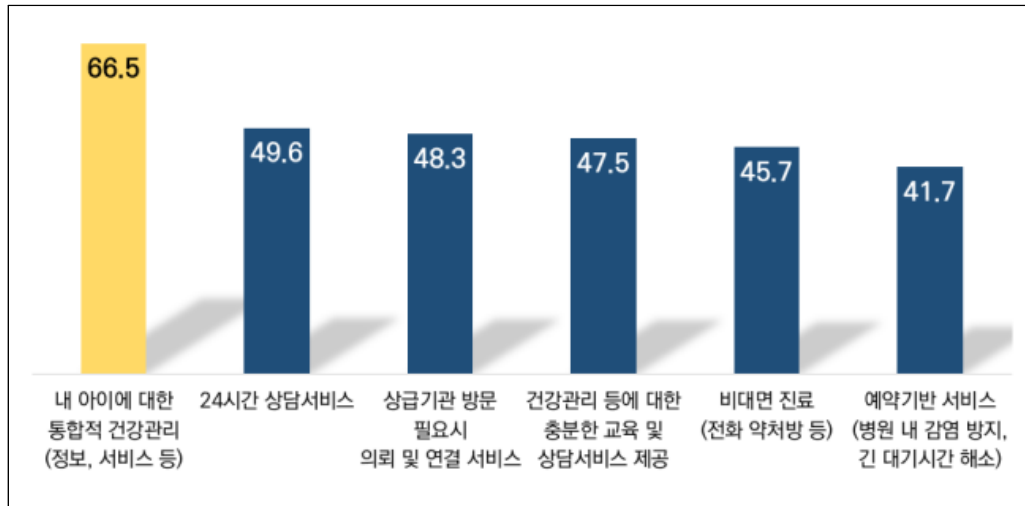
구분		사례 수	불필요	필요	모르겠음
전체		1,000	6.5	90.2	3.3
아동 연령	만 0세	102	9.8	88.2	2.0
	만 1세	178	6.2	90.4	3.4
	만 2세	150	3.3	90.0	6.7
	만 3세	177	6.8	91.5	1.7
	만 4세	175	8.0	88.6	3.4
	만 5세	218	6.0	91.3	2.8
최종학력	고등학교 졸업 이하 (대학 재학/휴학/중퇴 포함)	94	8.5	87.2	4.3
	전문대 졸업	145	7.6	89.0	3.4
	대학교 졸업	672	6.3	90.6	3.1
	대학원 이상	89	4.5	92.1	3.4
평소 건강 상태	나쁨	71	14.1	84.5	1.4
	보통	573	6.3	90.6	3.1
	좋음	356	5.3	90.7	3.9

주: 1) 이 연구에서 수행한 '아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

2) 불필요는 '전혀 필요하지 않다'와 '필요하지 않다'를, 필요는 '필요하다'와 '매우 필요하다'를 합한 수치임.

이어서 지정의료기관에는 어떠한 서비스 또는 기능이 필요하다고 생각하는지를 조사하였다. 가장 필요로 하는 서비스 또는 기능은 ‘내 아이에 대한 통합적 건강관리(정보, 서비스 등)’가 66.5%로 가장 높았다. ‘24시간 상담서비스(49.6%)’, ‘상급의료기관 방문 필요시 의뢰 및 연결 서비스(48.3%)’, ‘건강관리 등에 대한 충분한 교육 및 상담서비스 제공(47.5%)’ 등 근소한 차이로 필요도가 높았다.

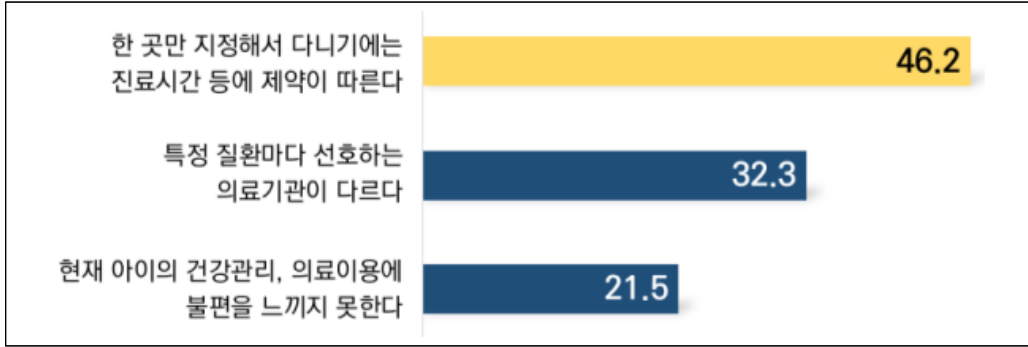
[그림 3-11] 아동의 지정의료기관에 필요한 서비스 및 기능(복수 응답)



주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

한편, 응답자의 6.5%는 지정의료기관의 필요성을 느끼지 못했는데, 한 곳만 지정해서 다니기에는 진료 시간 등에 제약이 따르기 때문이었다 (46.2%). 또 다른 이유로는 ‘특정 질환마다 선호하는 의료기관이 달라서’가 32.3%, ‘현재 아이의 건강관리와 의료이용에 불편을 느끼지 못해서’가 21.5%였다.

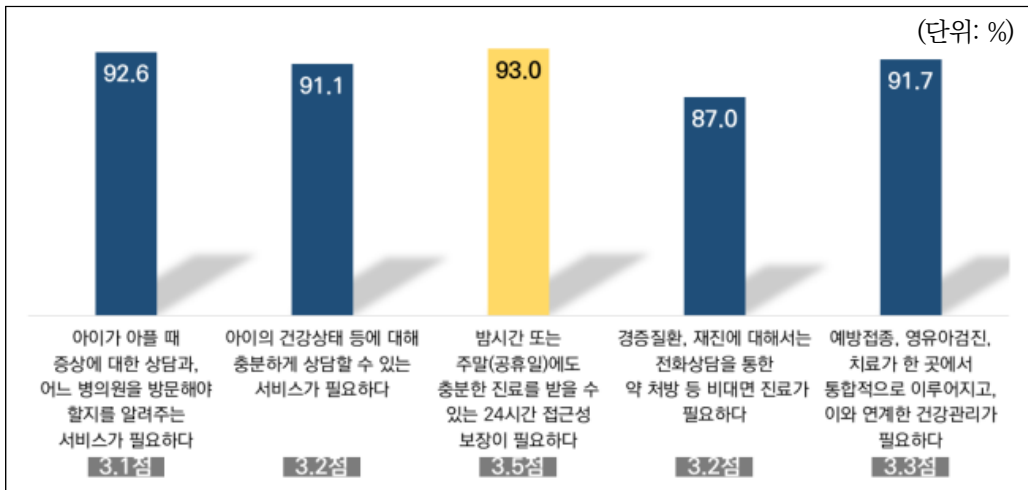
[그림 3-12] 아동의 지정의료기관 불필요 사유



주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

다음으로 아동의 의료이용 측면에서 개선이 필요한 사항이 무엇인지 파악해보고자 했다. 전반적으로 밤시간 또는 주말(공휴일)에도 충분한 진료를 받을 수 있는 24시간 접근성 보장이 필요하다는 의견에 가장 많은 동의를 표했다(93.0%). 뒤이어 ‘아이가 아플 때 증상에 대한 상담과 어느 병의원을 방문해야 할지를 알려주는 서비스가 필요하다(92.6%)’, ‘예방접종, 영·유아 검진, 치료가 한 곳에서 통합적으로 이루어지고 이와 연계한 건강관리가 필요하다(91.7%)’는 욕구도 컸다.

[그림 3-13] 아동의 의료이용 측면에서 개선 필요사항



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 막대그래프는 ‘그렇다’와 ‘매우 그렇다’를 합한 수치이며, 그림 아래 회색 상자는 의료이용 어려움을 4점 만점으로 환산한 점수임.

마지막으로 아동의 의료이용을 위해 개선이 필요한 사항을 자유롭게 작성토록 하였다. 그 결과 아동의 의료이용을 위한 접근성을 확대(24시간 운영, 소아응급실 및 전담의사 상주 등)해야 한다는 요구가 가장 많았다. 이 외에도 비대면 상담 및 진료 확대, 아동의 건강검진, 예방접종, 진료 등 분절적 정보 연계, 아동의 건강관리와 의료이용을 위한 상담창구 확대 및 관련 정보의 제공 등 다양한 의견이 있었다. 특히 독감, 수족구 등 계절성 질환에 대한 정보와 예방접종 및 건강검진 안내 등 아동의 건강관리와 의료이용을 위한 정보 수요가 높았다.

〈표 3-36〉 기타 아동의 의료이용 시 개선 필요사항

범주	내용
아동의 의료이용 접근성 확대	'24시(야간, 주말, 공휴일) 운영병원 확대' '아동 응급실 확대' '응급 상황 시 진료의 신속성 및 용이성 강화' '응급 입원 시 코로나 검사 등 절차 간소화 필요' '야간, 주말, 공휴일 전담 주치의 상주' '응급실 아동 전문의 상주'
비대면 상담 및 진료 확대	'비대면 상담 및 의료서비스 범위 확대' '전화를 통한 비대면 진료' '화상을 통한 원격 진료' 'AI 상담 및 의료서비스'
아동의 건강검진, 예방접종, 진료 등 정보 연계	'병원 간 연계 서비스 강화' '긴급 상황 시 지정/상급 병원으로의 연계성 강화' '방문 가능한 병원 연계 서비스 필요' '아동 진료내용 공유로 의료 환경 개선' '보호자 동의 하에 아동 정보를 공유할 수 있는 블록체인 기술 사용' '병원 및 의사 관련 정보 통합 관리 필요'
아동의 건강관리 및 의료이용을 위한 상담창구 확대	'긴급 상황 시 상담 전화 확대' '상담 창구 확대' '24시(야간/주말/공휴일) 상담 및 의료서비스' '방문 상담 및 의료서비스' '병원 외 경증 상담 서비스' '보호자와의 상담 시간 확대'

범주	내용
아동의 건강관리 및 의료이용을 위한 정보 제공	‘전반적인 건강 상태와 예측 가능한 질병 유형과 예방법 안내’ ‘예방접종 종류와 특성 등 정부 차원에서의 안내 필요’ ‘영유아 건강검진 알림서비스 필요’ ‘독감, 수족구 등 특이 질병 유행 시 안전 문자 발송’ ‘연령별, 계절별 질병에 대한 주의 안내 필요’ ‘보호자가 할 수 있는 응급 처치법 안내 필요’ ‘보호자에게 주기적인 안내 필요’ ‘증상/질병에 따른 해당 병원 안내의 상세성 강화’ ‘신속하고 다양한 정보 제공’ ‘아이들 기준에 맞는 처방 약품 정보를 알기 쉽게 공개’

주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

## 제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰

### 1. 미국 Integrated Care for Kids(InCK) Model<sup>8)</sup>

#### 가. InCK 개요

메디케어(Medicare) 및 메디케이드(Medicaid) 혁신 센터는 국가의 아편제제(opioid) 위기에 대처하기 위한 다각적 전략의 일환으로 사회보장법 섹션 1115A의 권한 하에 실험된 새로운 모델을 발표하였다. InCK(Integrated Care for Kids) 모델은 예방, 조기 식별을 통해 메디케이드 및 CHIP(Children's Health Insurance Program)가 적용되는 아동에 대한 지출을 줄이고 보육의 질을 개선하기 위한 아동 중심의 지역 서비스 제공 및 국가 지불 모델이다. 모델의 주요 서비스는 행동 건강 문제 및 신체 건강 요구와 같이 우선순위가 높은 건강 문제의 치료이다. 이 모델은 행동, 신체 및 기타 아동에 대한 의료제공자 전반에 걸쳐 아동 중심 케어 통합의 프레임워크를 통해 이러한 우선순위를 해결하기 위해 주 및 지역의 제공자를 지원한다.

#### 나. InCK 모델 배경

아편유사제 및 기타 물질의 사용을 포함한 아동 및 청소년의 행동 건강 상태는 심각한 이환율, 의료이용 및 조기 사망을 유발한다. 메디케이드와 CHIP의 어린이 3명 중 1명은 행동 건강의 개입이 필요하지만 필요한 어

---

8) CMS. (2018). Integrated Care for Kids (InCK) Model. Fact sheet, <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/integrated-care-kids-inck-model>에서 2022. 8. 5. 인출.



린이의 3분의 1만이 보살핌을 받고 있다. 또한, 약물 과다복용으로 인한 청소년 사망이 증가하고 있으며, 2015년 청소년의 마약 관련 과다복용 중 절반 이상이 아편유사제였다. 현재 아동 건강관리 시스템은 행동 건강 상태에 대한 위험 요소를 식별하고 해결하는 데 어려움을 겪고 있다. 문제의 초기 징후는 학교에서의 행동 문제 또는 가정상황 등 임상 치료 외부에서 나타나기 때문이다. 어린이의 건강을 지원하기 위해 다양한 연방, 주 및 지역 서비스가 존재하지만 제한된 정보 공유와 다양한 자격 및 등록 절차는 어린이와 가족을 보살핌의 중심에 두는 데 장애가 될 수 있다.

InCK 모델의 목표는 아동의 건강을 개선하고, 피할 수 있는 입원 및 자택 배치를 줄이고, 지속 가능한 대체지불모델(APM)을 만드는 것이다. InCK 모델은 여러 환경에서 건강관리 필요가 있는 아동을 조기에 식별하고 치료할 수 있도록 주 및 지역 제공자를 지원한다. 참가자는 아동 및 가족 중심의 보살핌을 제공하기 위해 신체 및 행동 건강 및 기타 지역 서비스 제공자 전반에 걸쳐 돌봄 조정 및 사례 관리를 통합해야 한다. 마지막으로, 이 모델을 가지고 개발된 APM을 통해 주와 지역 제공자는 비용 및 결과에 대한 책임을 공유한다. 이러한 개입은 행동 건강 접근성을 높이고 아편유사제 유행에 대응하며 다음 세대의 건강에 긍정적인 영향을 미치도록 설계되었다.

#### 다. InCK 목표 및 달성 가능성

InCK 모델은 다음과 같은 목표를 가지고 기존 전달 시스템 혁신을 기반으로 주와 지역사회 협력 계약을 체결한다.

〈표 3-37〉 InCK의 목표

목표1	목표2	목표3
약물사용장애 예방을 포함한 아동의 건강 결과 개선	보완 치료를 포함하여 피할 수 있는 입원 및 재택 치료의 감소	비용 및 결과에 대한 책임을 보장하는 지속가능한 APM(대체지불모델) 구축
▲	▲	▲
조기확인 및 치료	통합 조정 및 사례 관리	주 특성에 맞는 APM개발
아동의 신체적, 행동적, 다른 건강 관련 위험요소에 대한 평가 및 위험 계층화	아동을 위한 신체건강, 행동건강, 지역 제공자 등이 학교, 지역사회, 가정에서 영향을 미치고 작동	양질의 케어에 대한 지불과 개선된 아동건강 결과 및 장기적인 보건시스템의 지속가능성에 대한 책임 지원

자료: CMS. (2018). Integrated Care for Kids (InCK) Model. Fact sheet, <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/integrated-care-kids-inck-model>에서 2022. 8. 5. 인출.

InCK 참가자들은 신체적, 행동적, 그리고 불안정한 식량, 주거와 같은 기타 건강 관련 요구가 있는 아동을 위해 아동 및 가족 중심의 통합 치료 및 사례 관리를 제공한다. 모델 참가자는 가정 및 지역사회 기반 서비스 (HCBS)를 통해 더 효과적이고 효율적이며 저렴한 치료를 제공할 수 있는 지역사회 역량을 구축하여 불필요한 입원 및 재택 치료를 감소시킨다. 주 참가자는 CMS 및 Lead Organization과 협력하여 기존 필수 및 선택적 메디케이드 및 CHIP 혜택의 광범위한 배열을 활용하여 제공자에게 권한을 부여하고 비용 절감, 품질 개선 및 주 유연성을 촉진하는 지역 상황 및 우선순위에 대응하는 APM을 개발한다.

## 라. InCK 대상

InCK 모델에는 주 메디케이드 기관과 “선도 기관”이라고 하는 지역 기관이 주로 참여한다. 선도 기관은 지역사회 파트너를 소집하여 InCK 모델의 핵심 아동 서비스의 조정 및 관리를 통합한다. 선도 조직은 인구 수

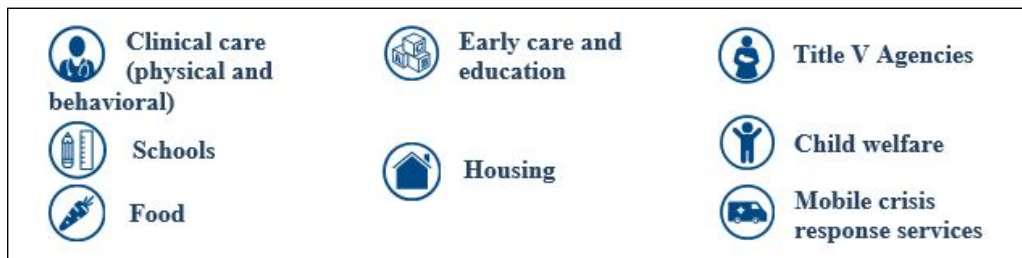
준의 의료 질과 결과를 개선하고 서비스 통합 프로토콜과 프로세스를 개발할 책임이 있다. 주 메디케이드 기관을 포함하여 HIPAA 적용 대상은 Lead Organization으로 활동할 수 있다. 주 메디케이드 기관은 지리적 서비스 지역에 대한 인구 수준 데이터를 제공하고, 정보 공유 계획 및 기반 시설의 개발을 지원한다. 또한 아동 중심 주 기관 전반에 걸쳐 모델에 대한 지원을 조정하고, 소아 APM을 개발함으로써 지역 구현을 지원한다. InCK 모델 참여자는 수혜자가 지정한(및 CMS 승인) 하위 주의 지리적 서비스 지역에 거주하는 태아기부터 최대 21세까지 메디케이드 및 CHIP(해당되는 경우)가 적용되는 모든 어린이를 지원할 준비가 되어 있어야 한다.

## 마. InCK 주요 구성 요소

### 1) 주요 아동 서비스

선도 조직은 다음의 주요 서비스 유형의 통합을 조정한다. 선도 조직은 적절하게 다른 하위 서비스 유형을 포함하는 것을 고려할 수 있다.

[그림 3-14] 주요 아동 서비스

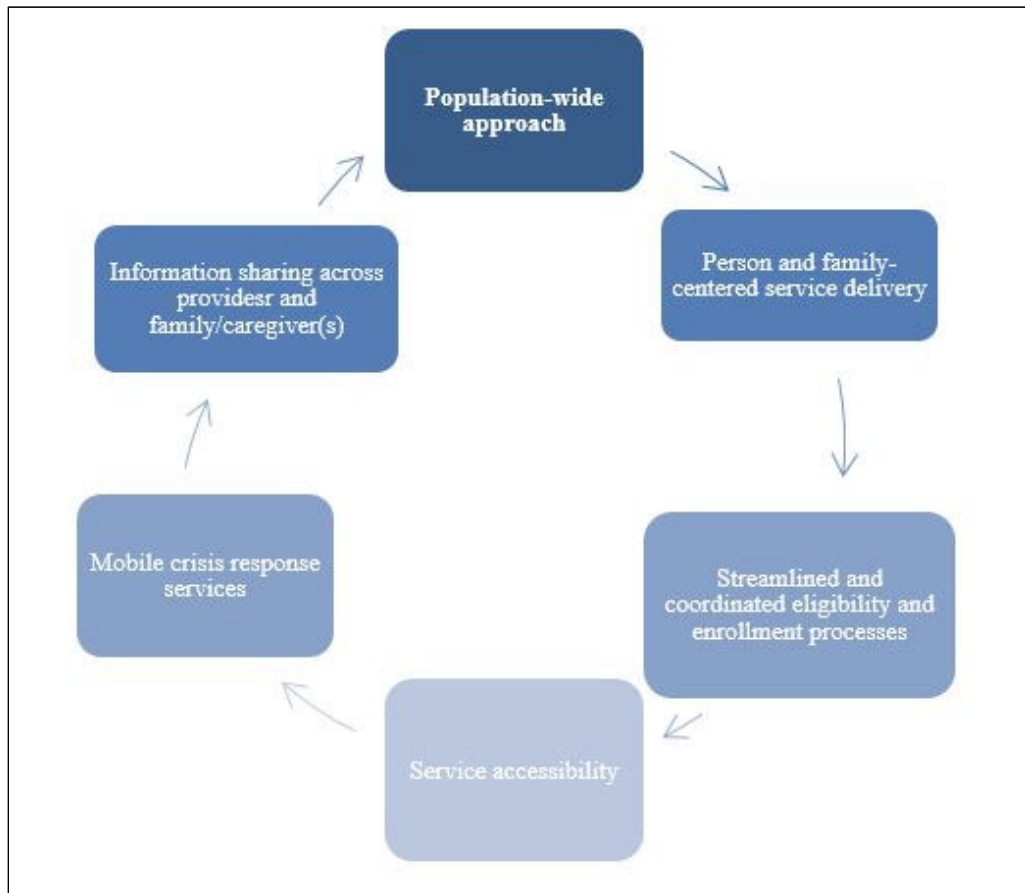


자료: CMS. (2018). Integrated Care for Kids (InCK) Model. Fact sheet, <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/integrated-care-kids-inck-model>에서 2022. 8. 5. 인출.

## 2) 통합 서비스

InCK 모델은 선도 조직과 파트너에게 현지 상황에서 모델의 목표를 달성하는 데 가장 적합한 서비스 통합 전략을 채택할 수 있는 유연성을 제공한다. 6가지 주요 서비스 통합 설계의 특성은 다음과 같다.

[그림 3-15] 6가지 주요 서비스 통합 설계 특성



자료: CMS. (2018). Integrated Care for Kids (InCK) Model. Fact sheet, <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/integrated-care-kids-inck-model>에서 2022. 8. 5. 인출.

### 3) 위험요소 계층화 접근방식 및 서비스 제공

InCK 서비스 통합 구조는 필요 수준에 따른 인구 전반의 위험 계층화를 기반으로 한다. 서비스 통합 수준(SIL)은 통합 치료 조정 및 개별 요구에 따라 증가하는 강도의 사례 관리 수준으로 구성된다. 계층화의 목표는 아동이 제한이 적은 환경 아래서 필요한 개별화된 보살핌을 받을 수 있도록 하는 것이다. SIL 1에는 수혜자의 지리적 서비스 지역에 거주하는 최대 21세까지 메디케이드 또는 CHIP이 적용되는 모든 어린이가 포함된다. SIL 2 및 3에 속하는 아동은 다양한 분야의 요구와 기능적 장애가 있으며 현재 집 밖에 있거나 위험에 처해 있다.

### 4) 대체지불모델

주 정부는 CMS 및 선도 조직과 협력하여 메디케이드(및 해당되는 경우 CHIP)에서 하나 이상의 아동 중심 APM을 설계 및 구현한다. 그 대신 기존 APM이 있는 주는 모델의 기준을 충족하기 위해 필요에 따라 변경할 수 있다. 이 모델은 참여 국가가 메디케이드 및 CHIP에서 사용할 수 있는 기존 기관을 통해 치료 조정, 사례 관리, 모바일 위기 대응 및 안정화 서비스를 지원하기 위한 APM을 개발하도록 요구한다. APM의 목표는 ① 피할 수 있는 집 밖 배치 및 아편류 사용 비율과 같은 개선된 결과에 대한 책임을 촉진하고, ② 모델의 장기적 지속가능성을 보장하는 것이다.

### 바. InCK 자금 배분

InCK Model 재원은 협력 협약을 통해 지급된다. CMS는 InCK 모델에 따라 최대 8개의 협력 계약에 대한 신청을 요청하기 위해 자금조달 기

회 통지(NOFO)를 발표하였다. 각 협력 계약은 7년 모델 기간에 최대 1,600만 달러이다. 모델 자금은 모델 계획 및 구현 활동을 지원하기 위해 서만 사용될 수 있으므로 신청자는 기존 자금 출처를 사용하여 수혜자에게 서비스를 제공할 방법을 설명해야 한다. 주 메디케이드 기관과 Lead Organization은 함께 협력하여 신청서를 작성하지만 이러한 기관 중 하나만 신청자와 모델 수혜자로 간주된다. NOFO에서는 추가 모델 및 응용 프로그램 요구 사항과 수혜자 자격 기준에 대해 설명한다.

## 2. 국내 영유아 건강검진 제도

영유아 건강검진은 “영유아 월령에 적합한 건강검진을 실시함으로써 영유아의 성장 발달 사항을 추적 관리하고 보호자에게 적절한 교육 프로그램을 제공하여 영유아 건강증진을 도모”하는 데 있다(보건복지부, 2020, p.8). 「건강검진기본법」 제5조(국가와 지방자치단체의 의무), 「국민건강보험법」 제52조(건강검진) 및 「국민건강보험법 시행령」 제25조, 「의료급여법」 제14조(건강검진)에 의거하여 수행한다.

검진 대상은 만 6세 미만의 영유아이며, 주요 선별 목표 질환은 성장 및 발달 이상, 비만, 안전사고, 영아돌연사증후군, 청각 및 시각 이상, 치아우식증 등으로 구성한다. 5개 분야(계측, 측정, 문진, 진찰, 교육) 24개 항목을 검진하며, 7차 검진 주기에 걸쳐 차수별 월령에 적합한 검진 항목을 중심으로 이루어진다(보건복지부, 2022, p.24). 이는 연 단위로 실시되는 성인 검진과는 다르게 성장과 발달이 급격하게 이루어지는 영유아 검진의 특성을 고려하여 월령별 검진시기와 검진가능기간을 산정한 것인데, 되도록이면 예방접종 시기와 일치하도록 구성하여 수검자의 만족도를 높이고 있다(보건복지부, 2022, p.26). 비용은 건강보험 가입자의 경

우 건강보험 재정으로 부담하고, 의료급여 수급자는 국고 및 지방비로 부담한다(보건복지부, 2022, p.26).

〈표 3-38〉 영유아 건강검진 주기별 항목

검진 항목	1차	2차	3차	4차	5차	6차	7차	8차
	생후 14~35일	생후 4~6개월	생후 9~12개월	생후 18~24개월	생후 30~36개월	생후 42~48개월	생후 54~60개월	생후 66~71개월
문진 및 진찰	●	●	●	●	●	●	●	●
신체계측	●	●	●	●	●	●	●	●
발달평가 및 상담			●	●	●	●	●	●
건강 교육 및 상담	안전사고 예방	●	●	●	●	●	●	●
	영양	●	●	●	●	●	●	●
	영아돌연사증후군예방	●	●					
	치아발육상태(구강)			●				
	대소변 가리기				●	●		
	전자미디어 노출		●		●		●	
	사회성 발달			●				
	개인위생				●			
	취학 전 준비					●		●
구강검진(치아우식증)	●	●	●	●		●	●	●

자료: 보건복지부 온라인 민원서비스 홈페이지, <https://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardArticle.do?bbsId=U00322&nttId=381804&menuNo=200406&lang=&searchCndSj=&searchCndCt=&searchWrd=&pageIndex=1&vType=Z1>에서 2022. 10. 3. 인출

영유아 성장과 발달이 중요한 시기에 필수 진찰 프로그램을 도입함으로써 영유아에서 중요한 건강 문제를 우선적인 목표 질환으로 선정하였다는 데 의의가 있다. 1세 미만의 경우 생후 14~35일, 4~6개월, 9~12개월 3회의 검진을 통해 간단한 육안 진찰로 가능한 이상 소견을 발견할 수 있다. 또한 출생 후 71개월까지 성장·발달의 시계열적인 추적이 가능하며, 영유아 건강검진은 질환의 조기 발견 외에 성장 및 발달 사항에 대한 정기적인 진찰이 중요하다. 매회 검진 시기마다 공통적인 검진 항목을 적용하며(신체 계측, 필수 문진 사항 등), 검진 후 의심소견 발견 시 정밀검

사를 유도하거나 다음 검진에서 재확인하는 절차를 거치고 있다. 영유아 검진은 건강하고 안전한 양육환경 조성을 위해 보호자를 대상으로도 건강 교육을 시행하고 있다. 즉, 많이 발생하는 영아돌연사증후군 예방을 위한 수면 자세, 카시트 사용 방법 등 영유아 안전사고에 대한 보호자 교육을 하고 있다. 그뿐만 아니라, 영유아의 모유 수유, 이유식 등 검진 때마다 해당 월령에 필요한 영양 교육을 시행하며, 해당 월령에 필요한 건강 교육 및 상담을 통해 보호자에게 올바른 육아 정보를 제공하고 있다 (보건복지부, 2022, p.27).

### 3. 국내 어린이 국가예방접종 지원사업

사업 배경은 저출산 시대에 예방접종 비용으로 인한 육아 부담을 경감하고, 예방접종률을 향상하여 예방접종 대상 감염병으로부터 국민을 보호하기 위해 민간의료기관의 예방접종 비용까지 확대 지원하고 있다(질병관리청, 2022, p.3). 2005~2006년에 2개년에 걸쳐 시범사업으로 운영하다가, 2006~2007년에 근거 법령이 제·개정되면서 2009년부터 지원사업으로 실시하고 있다. 예방접종률 향상을 통합 예방접종 대상 감염병 퇴치를 목표로 설정하고, 공공기능 강화, 대국민 서비스 강화, 예방접종 인프라 강화 등 세 가지 전략을 수립하였다.

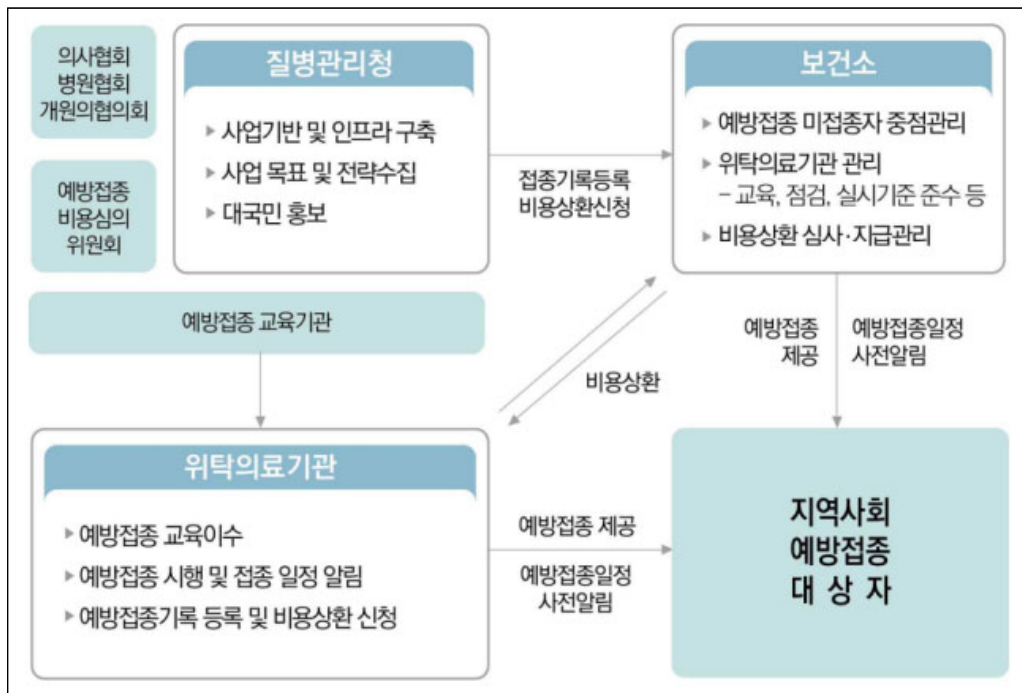
어린이 국가예방접종 지원사업은 “감염병 예방을 위해 꼭 필요한 예방접종 서비스를 가까운 지정의료기관에서도 비용부담 없이 접종할 수 있도록, 국가에서 지원하는 백신(17종) 예방접종 비용을 지원하는 사업”이다(질병관리청 홈페이지). 만 12세 이하 어린이를 대상으로 하며, 필수예방접종의 백신비, 예방접종 시행비를 포함한 접종 비용 전액을 지원하고 있다. 전국 보건소와 지정의료기관에서 접종할 수 있으며, 이 외 기관에



서는 예방접종 비용을 지원받을 수 없다. 지원백신은 총 17종이며, 질병관리청에서 제공하는 표준예방접종 일정표에 따라 접종을 권장하고 있다 (<표 3-39>).

해당 사업은 질병관리청에서 사업 기반 및 인프라 구축, 사업목표 및 전략 수립 등을 수행하고, 보건소에서 예방접종 미접종자 중점 관리, 비용상환 심사 및 지급 관리 등을 통해 이루어지고 있다. 또한 위탁의료기관에서는 예방접종 교육 이수, 시행 및 접종 일정 알림, 예방접종기록 등록 및 비용상환 신청 등을 실시한다.

[그림 3-16] 어린이 국가예방접종 지원사업 추진체계



자료: 질병관리청. (2022). 국가예방접종 지원사업 관리지침, p.13.

〈표 3-39〉 어린이 국가예방접종 표준예방접종 일정표(2022)

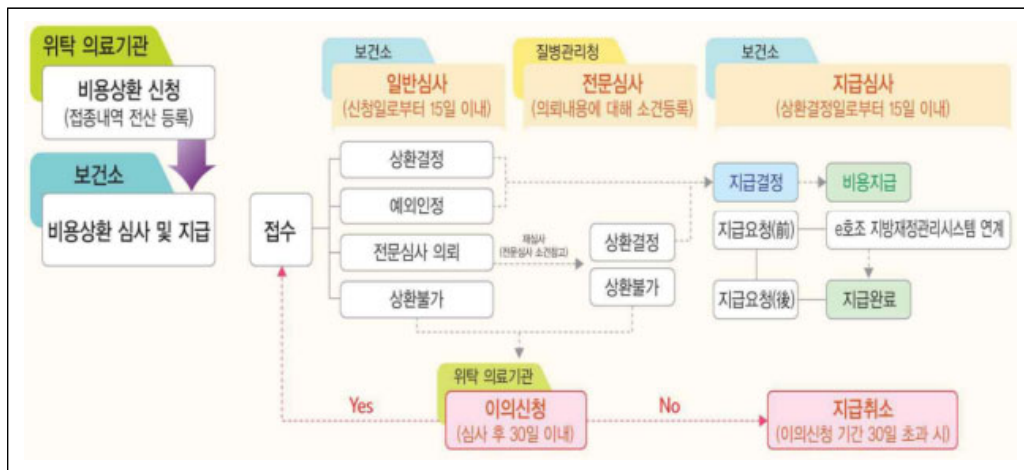
대상감염병	백신 종류 및 방법	회수	0세							3세 36개월	만11세	만12세					
			0개월	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월				18개월	24개월			
결핵	BCG(피내용)	1	1회														
B형간염	HepB	3	1차	2차			3차										
디프테리아	DTaP	5			1차	2차	3차		4차					5차			
파상풍백일해	Tdap	1															6차
폴리오	IPV	4			1차	2차	3차							4차			
Hib (b형헤모필루스 플루엔자)	PRP-T/HbOC	4			1차	2차	3차		4차								
	PRP-OMP	3			1차	2차			3차								
	PCV(단백결합)	4			1차	2차	3차		4차								
폐렴구균	PPSV(다당질)	1															
홍역·행성 이하신염·풍진	MMR	2							1차								2차
수두	Var	1							1회								
A형간염	HepA	2											1~2차				
일본뇌염	JEV(사백신)	5											1~3차				5차
	JEV(생백신)	2											1~2차				
사람유두종 바이러스	HPV2/HPV4	2															1~2차
인플루엔자	Flu(사백신)	1															

매년 접종

자료: 질병관리청 예방접종도우미 홈페이지, <https://nip.kdca.go.kr/irhp/index.jsp>에서 2022. 10. 4. 인출.

다음으로 어린이 국가예방접종 지원사업의 비용상환 체계를 살펴보았다. 먼저 지자체에서는 관내 의료기관에 예방접종 업무를 위탁하고, 위탁 의료기관이 청구한 비용상환에 대해 피접종자 주민등록상 주소지 보건소에서 예방접종 비용 지급 심사 후 비용을 지급한다. 위탁의료기관은 피접종자 본인 여부, 과거 접종력 등을 확인 후 예방접종을 시행하고, 당일 접종 내역을 전산 등록하고 비용 상환을 신청한다. 보건소에서 신청 내역이 접수되면 심사 후 심사 결과에 따라 비용을 지급토록 한다.

[그림 3-17] 어린이 국가예방접종 지원사업 비용상환 흐름도



자료: 질병관리청. (2022). 국가예방접종 지원사업 관리지침, p.14.

## 제4절 【모형설계】 아동 건강지킴 일차의료 모형 및 보상체계 설계

### 1. 아동 의료이용 현황 및 욕구 분석 주요 결과

만 6세 미만 아동의 다빈도 질환을 보면 급성 기관지염, 기타 급성 상기도 감염 등 감기와 같은 경증질환이 주를 이룬다. 즉, 아동 의료이용의 주요 특성은 경증 질환, 짧은 처방일수, 잦은 외래 방문으로 요약해 볼 수 있겠다. 이처럼 아동들은 지속적인 의료이용 및 전문진료가 필요한 성인기와 입원 중심의 의료이용이 이루어지는 노인기와는 차이가 있다. 따라서 아동 건강모형도 이와 같은 아동의 의료이용 특성을 반영하여 설계하는 것이 필요하다.

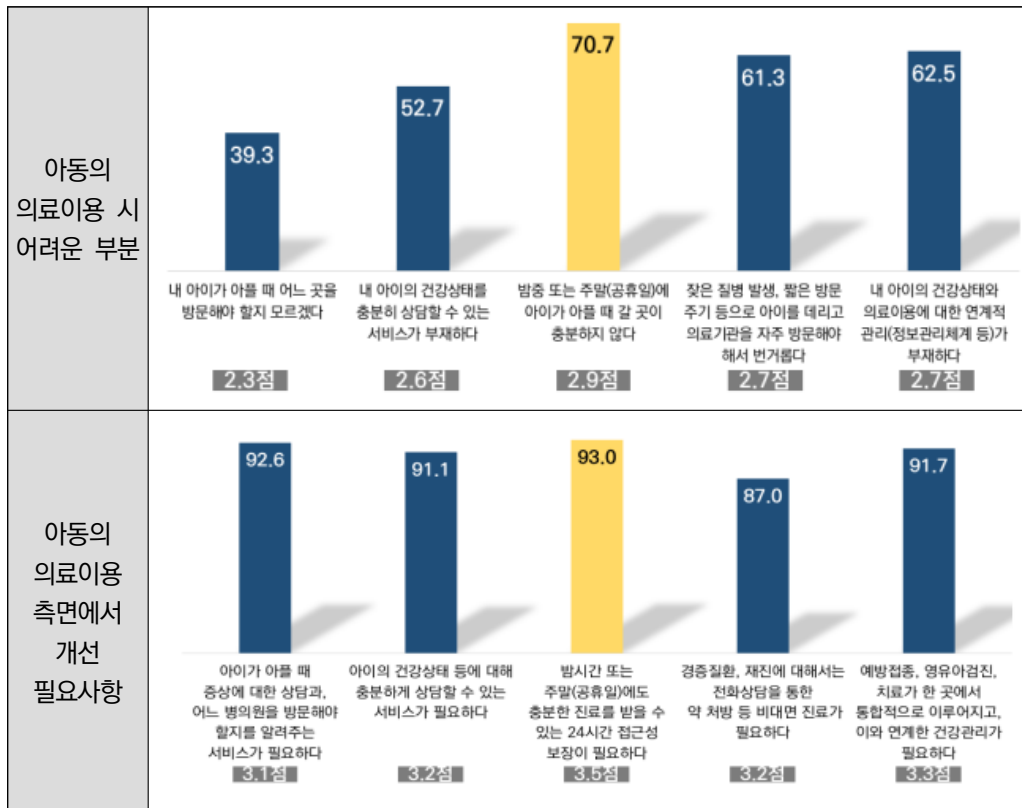
〈표 3-40〉 만 6세 미만 아동의 다빈도 질환

순위	만 0~5세	0세	1세	2세	3세	4세	5세
1위	급성 기관지염	급성 기관지염	급성 기관지염	급성 기관지염	급성 기관지염	급성 기관지염	급성 기관지염
	급성세기관지염	급성세기관지염	급성세기관지염	급성세기관지염	급성세기관지염	급성세기관지염	급성세기관지염
	34.9%	30.8%	32.8%	36.2%	37.0%	36.7%	34.7%
2위	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염	기타 급성 상기도 감염
	13.6%	13.2%	15.3%	14.0%	13.6%	13.0%	12.5%
3위	기타 코 및 비동의 질환	기타 코 및 비동의 질환	중이염과 중이 및유양돌기장애	중이염과 중이 및유양돌기장애	기타 코 및 비동의 질환	기타 코 및 비동의 질환	기타 코 및 비동의 질환
	8.4%	8.6%	10.2%	8.9%	8.6%	9.0%	9.3%
4위	중이염과 중이 및유양돌기장애	급성 인두염 및 급성 편도염	급성 인두염 및 급성 편도염	기타 코 및 비동의 질환	중이염과 중이 및유양돌기장애	급성 인두염 및 급성 편도염	급성 인두염 및 급성 편도염
	7.0%	6.3%	7.4%	7.9%	6.7%	6.5%	6.5%
5위	급성 인두염 및 급성 편도염	중이염과 중이 및유양돌기장애	기타 코 및 비동의 질환	급성 인두염 및 급성 편도염	급성 인두염 및 급성 편도염	중이염과 중이 및유양돌기장애	중이염과 중이 및유양돌기장애
	6.7%	5.4%	7.0%	6.8%	6.6%	5.6%	5.2%

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

본 연구에서 수행한 아동의 건강관리 및 의료욕구 조사 결과를 보면 아동의 의료이용 시 가장 큰 어려움은 밤중 또는 주말(공휴일)에 아이가 아플 때 갈 곳이 충분하지 않은 문제임을 확인할 수 있었다. 아동들은 대부분 경증질환이지만 감기, 기관지염 등과 같은 증상이 고열과 관련되어 있어 아이의 건강 상태 진단 및 해열제 등 감기약 처방을 위해 급하게 의료 시설을 방문할 필요성을 느끼게 된다. 이에 경증질환임에도 불구하고 야간, 공휴일에 불필요하게 응급실을 방문해야 하는 상황에 직면하는 경우가 많았다. 실제로 아동 보호자들은 아동 관련 의료이용 개선 필요사항으로 야간, 공휴 등을 포함한 24시간 의료접근성이 보장되는 것이 필요하다고 응답하였다.

[그림 3-18] 아동의 의료이용 시 장애요인 및 개선 필요사항



주: 이 연구에서 수행한 ‘아동보호자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

## 2. 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형(안)

현재 시행 중인 일차의료 시범사업을 아동까지 확대하는 방향으로  
의원급 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형 제시

현재 의원급 내에는 이질적인 성격의 의료기관들이 존재하고 있다. 따라서 의원급 의료기관을 진료 형태 및 내용에 따라 유형을 구분하고 진료 과별 선호도(필수 의료 보호 측면) 등을 반영하여 일차의료 개편 방향을 설계해 나가는 것이 필요하다.

〈표 3-41〉 의원급 기관의 유형분류

구분			진료 형태	
			외래중심	입원중심
진료 내용	진찰 (검사중심)	일차의료	유형1 (주치의 기능 강화)	유형4
		전문의료*	유형2 (전문진료 기능 강화)	
	수술(처치중심)		유형3 (수술 질 관리 강화)	

의원급 의료기관을 진료형태별로 크게 3가지 유형으로 구분해 볼 수 있다. 먼저 주치의 성격을 가진 의료기관으로 진료의 지속성, 포괄성이 필요한 분야이다(유형①일반 일차의료기관). 둘째, 병원급까지 가지 않아도 되는 경증 전문진료로 의료전달체계 효율화에 기여할 수 있는 분야이다(유형②전문진료 일차의료기관). 셋째, 경증 수술을 수행하는 기관으로, 높은 접근성과 상대적으로 저렴한 비용으로 의료전달체계 효율화에 기여할 수 있는 분야이다(유형③수술전문 일차의료기관).

이를 토대로 의원을 진료과별로 구분하여 그 특성을 살펴보면, 내과, 가정의, 일반의, 정신, 산과, 소아과 등이 진료의 지속성 및 포괄성 측면에서 일차의료의 성격에 가장 적합한 측면이 있다.

그런데 현재, 내과, 가정의, 일반의, 정신과 등에 대해서는 일차의료 시범사업이 진행 중이나, 소아청소년과에 대해서는 별도의 일차의료 시범사업이 진행되지 않고 있다. 따라서 아동에 대한 일차의료 기능 강화 측면에서 현재 시행 중인 일차의료 시범사업을 아동까지 확대한다는 방향으로 의원급 “아동 건강지킴 일차의료 시범사업”을 제안하고자 한다.

〈표 3-42〉 진료과별 의원급 기관의 유형분류

내과, 가정의, 일반의 6.4조(38.1%)	정신 0.5조 (3.5%)	산과, 소아 1.7조 (9.9%)	이비인후과, 안과 3.1조(18.5%)	정형, 재활, 마취, 신경 3.0조(17.7%)	외과, 비뇨기과 1.4조 (8.6%)	기타* 0.1조	피부 성형 0.5조
일차의료 중심 (51.5%)			일차의료+전문진료 혼합				전문

일차의료 기능 강화 지원 중요	일차의료 기능 및 속성				
	최초접촉	포괄성	지속성	조정기능	
	교육상담, 심층진찰기능 강화		연계적 협력체계 구축		
	현행				개선방향

<b>외래+진찰(검사)</b> 중심의 의원 (지속·포괄적 관리를 위한 일차의료 특성)	<b>입원+수술(처치)</b> 중심의 의원 (특정 제한된 간단한 수술을 시행하는 특성)
일차의료 기능 강화 지원 중요	수술 안전성 및 질 향상 지원 중요

또한 소아청소년은 “사람” 단위의 일차의료에 가장 적합한 진료과로서 아동기부터 일차의료(주치의)를 자연스러운 문화로 수용하게 되면 성인기에도 주치의에 대한 수용성을 향상시킬 수 있다. 또한 현재 저출산으로 인한 소아청소년과 진료비 감소 및 전공의 선택 기피 문제해결 등과 연계 하여서도 시범사업을 마련하는 것이 필요한 상황이다.

〈표 3-43〉 아동 건강지킴이 일차의료 시범사업 모형의 의의

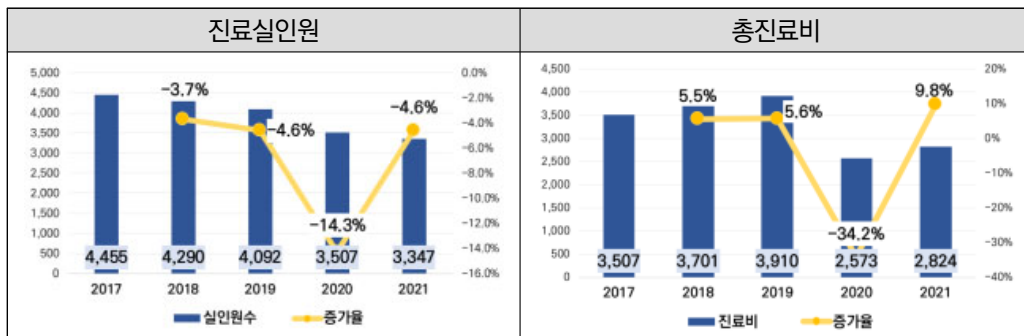
현재의 의의	미래의 의의
아동기 건강은 성인이 되어서도 이어지는 중요한 첫걸음	성인이 된 후 주치의에 익숙한 주치의 선호문화 형성 가능
높고 낮은 의료 필요도 발생+ 건강 및 발달 이상 시 신속대응 필요+ 치료를 넘어 포괄적 건강관리 필요 (Culture Rebuilding)	영유아-아동-청소년기를 거쳐 주치의 제도를 이용하면서 주치의 제도를 자연스러운 문화로 수용 (Culture Rebuilding)

### 가. 대상자 분류체계

참여대상은 기본적으로 만 0~6세 미만의 아동으로 설정할 수 있다. 그리고 향후 만 7~12세, 만 13~18세까지 단계적으로 확대해 나가 궁극적으로 전 소아청소년들이 일차의료에서 건강관리 서비스를 제공받는 체계를 구축할 수 있다.

〔그림 3-19〕 2017~2021년 만 6세 미만 아동 진료실 인원 및 진료비

(단위: 천 명, 십억 원, %)



자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

이때 아동의 참여를 유도하기 위해 추가 서비스와 본인부담 경감을 인센티브로 지원할 수 있는데, 현재 임신부에게 제공되는 고운맘카드와 연계하여 본인부담을 지원하는 방안을 마련해 볼 수 있다.



## 나. 서비스 제공체계

〈표 3-44〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형의 서비스 제공 방향

구분	현재		개선
서비스 내용	치료중심	→	교육·상담
서비스 범위	질병치료	→	건강, 습관, 발달, 정신
제공방식	방문진료	→	온라인(전화, 문자)
제공 주체	단독진료	→	타 병원, 학교 등 연계

아동 건강지킴 일차의료 모형은 기존에 치료 중심의 서비스를 제공하던 방식에서 교육과 상담 기능을 추가하는 것을 골자로 한다. 또한 질병치료 뿐만 아니라 건강, 습관, 발달, 정신 등 아이의 전인적 건강 및 발달과 관련하여 포괄적인 케어를 받을 수 있는 환경을 제공한다. 이를 위해서는 현재의 방문진료 방식에서 방문진료와 온라인진료를 병행하여 의사와 상담할 수 있는 기능도 추가할 수 있다. 또한 현재 단독의료기관에서만 아동의 의료이용을 관리하던 방식에서 등록 아동이 타 의료기관에서 검진 및 진료한 내용을 건강지킴 의료기관에서 통합적으로 관리하는 것이 필요하겠다.

건강지킴 의료기관은 동네 병·의원의 소아청소년과 전문의로 지정하고, 의사 1인당 등록환자 수를 제한할 수 있다(예: 100~150명). 제공하는 서비스는 필수 서비스와 선택 서비스로 구분할 수 있다. 필수 서비스는 건강계획 수립 및 점검, 건강관리 서비스 제공, 주간진료, 야간 공휴, 응급진료로 구성해 볼 수 있다. 이때 야간 공휴, 응급진료는 직접 서비스를 제공할 수도 있지만 대부분 1인 전문의로 운영되는 현재의 소아청소년과 의원의 인력 구성을 고려했을 때, 연계기관을 미리 지정해주는 방식으로 서비스를 제공할 수 있다(예: “이번주는 응급시 △△병원을 이용하세요”로 지정 및 안내하고, 해당 환자의 정보를 공유하는 체계 마련).

〈표 3-45〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형의 서비스 내용

구분	서비스 내용	주치의료기관
필수 서비스	1) 건강계획 (케어플랜, 지속계획 수립, 점검 및 평가)	일차의료 만성질환 시범사업 내용 참고
	2) 건강관리 (검진, 예방접종 직접 제공 또는 정보 통합관리)	보호자 요청 시 추가 교육 및 상담
	3) 주간진료	재진에 한해 비대면 진료 제공
	4) 야간 공휴, 응급진료	직접 제공 또는 타 병원 지정 및 연계 (예: 이번 주는 어느 병원을 이용하세요 안내)
선택 서비스	1) 24시간 상담서비스	
	2) 심리 및 마음건강 관리	
	3) 신체발달 등 성장 전반 상담	

### 다. 진료비 보상체계

아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형은 단일 의료기관의 아동에 대한 건강관리 서비스 제공에 대해 보상하는 것을 기반으로 한다. 따라서 기본적으로 각 서비스에 대한 합산을 통해 연령별 묶음수가를 만들고 추가적 성과에 연동하여 최종적인 보상수준을 결정하는 방식을 검토해 볼 수 있다.

연령별 묶음수가	×	성과평가 인센티브(±)	=	보상수준
----------	---	--------------	---	------

먼저 연령별 묶음 수가를 마련하기 위해서 서비스별로 적정 횟수를 산정하고, 이에 대한 현행 수가 또는 참조 수가를 적용하여 최종적으로 연령별 묶음수가를 마련할 수 있다. 이때 서비스별로 적합한 서비스 제공 횟수는 현재 아동의 의료이용량을 기반으로 산출하였다.

〈표 3-46〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형의 서비스별 적정 횟수 및 묶음수가

제공 서비스		0세	1세	2세	3세	4세	5세
건강계획	초기평가 및 계획수립	1회	1회	1회	1회	1회	1회
	지속계획수립	2회	1회	1회	1회	1회	1회
	점검 및 평가	2회	1회	1회	1회	1회	1회
건강관리	상담 및 보건교육	2회	-	-	-	-	-
	예방접종	7종 1회	5종 1회	1종 1회	1종 1회	1종 1회	1종 1회
	건강검진	1~3차	4차	5차	6차	7차	8차
	구강검진	-	-	1차	2차	3차	-
주간진료	주간진료**	4회	6회	5회	4회	3회	2회
	전화 관리	2회	2회	2회	1회	1회	1회
야간공휴 진료	야간·공휴/심야**	1회/1회	1회/1회	1회/1회	1회/1회	1회/1회	1회/1회
	전화관리	2회	2회	2회	2회	2회	2회

제공 서비스		0세	1세	2세	3세	4세	5세
건강 계획	초기평가 및 계획수립	46,110	46,110	46,110	46,110	46,110	46,110
	지속계획수립	51,460	25,730	25,730	25,730	25,730	25,730
	점검 및 평가	51,460	25,730	25,730	25,730	25,730	25,730
건강 관리	상담 및 보건교육	61,550					
	예방접종	649,830	250,460	30,670	30,670	30,670	30,670
	건강검진	91,020	37,050	34,950	30,750	32,850	32,850
	구강검진	-	-	14,590	14,590	14,590	-
주간 진료	주간진료	65,960	91,380	76,150	60,920	45,690	
	전화관리	10,180	10,180	10,180	10,180	10,180	10,180
야간공휴 진료	야간진료	54,940	54,940	54,940	54,940	54,940	54,940
	전화관리	10,180	10,180	10,180	10,180	10,180	10,180
합계		1,092,690	551,760	329,230	309,800	296,670	236,390

묶음수가 외에 추가적으로 서비스 질, 비용 등 평가결과를 보상수준에 반영하는 인센티브 제도의 도입으로 서비스의 지속적인 가치향상 개선을 유도하는 것도 필요하다. 서비스 질 평가는 자원, 과정, 결과 및 경험평가 등으로 평가지표를 구성할 수 있다. 이에 대한 모니터링 및 평가를 통해

의료기관별로 성과연동 인센티브를 추가로 지급해 줄 수 있다. 특히 아동 일차의료 모형은 미국의 APM의 사례에서도 확인한 바와 같이 단기적인 재정절감을 목표로 하기보다는 현재 적정 관리를 바탕으로 한 아동의 건강향상을 통해 미래에 피할 수 있는 의료비를 절감하는 것을 목표로 보상체계를 설계할 필요가 있다.

〈표 3-47〉 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 평가지표 예시

구분	주요 평가내용
구조평가	- 아동주치의 서비스를 제공하는 소아청소년과 의원급 의료기관을 중심으로 협력의료기관(의원, 상급의료기관), 협력약국 현황 및 주치의 서비스를 제공하는 데 필요한 자원 등 구조적 특성을 갖추었는지 평가
과정평가	- 사업대상 영유아·아동이 예방접종, 건강검진 등 필수적인 의료서비스를 제때에 충실히 제공받았는지, 건강관리 계획에 부합하도록 의료서비스를 제공하였는지 평가
결과평가	- 당초에 수립한 건강관리 계획에 부합하여, 건강성과, 재정 효율성 등 목표한 바를 달성하였는지 등 의료서비스의 결과평가
경험평가	- 의사, 간호사, 의료기관 및 지역사회 의료기관과의 연계 등 주치의 제도가 제공한 서비스를 제공받는 동안 환자가 경험한 것을 평가

## 라. 관리운영체계

아동 건강지킴 일차의료 모형의 핵심은 현재 분절적으로 관리되고 있는 아동의 건강, 의료정보를 하나로 통합하는 것에서부터 시작된다. 아동 시기에는 긴밀한 건강관리가 중요한데 현재 8차례의 영유아 검진, 예방접종, 의료정보 등이 다 분절적으로 관리되고 있다. 또한 보호자들은 아동의 건강관리를 위해 보통 산부인과에서 제공받은 수첩으로 검진이나 예방접종 등을 관리하고 있다.

[그림 3-20] 현재 아동의 건강, 의료정보 관리방식



아동 건강지킴 일차의료 모형 시범사업에서는 아동지킴 통합플랫폼 구축을 통해 아동의 건강, 의료정보가 통합적으로 관리되는 기전을 마련하는 것이 필요하다. 또한 해당 플랫폼의 기능을 확장하여 추가로 의료진 또는 AI 조정자 등을 통한 건강상담, 그리고 재진 진료 등에 대한 비대면 진료(온라인 처방 등) 서비스를 제공하는 방안도 검토해 볼 수 있을 것이다.

[그림 3-21] 아동의 건강, 의료정보 관리방식 개선 방향



**[요약] 아동 의료이용 현황 및 욕구 분석 주요 결과**

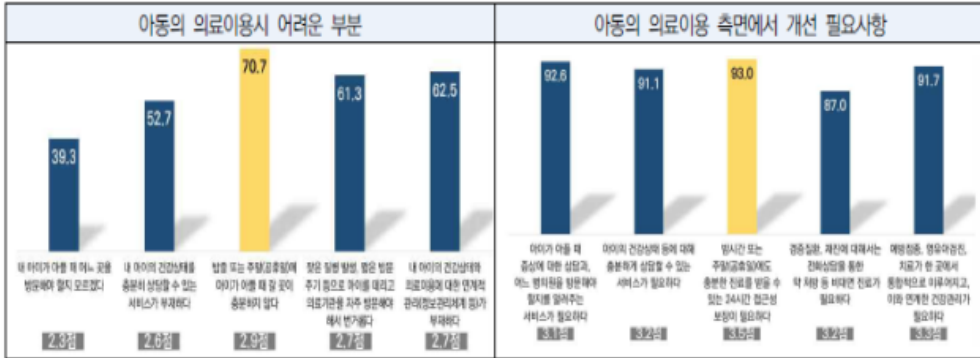
**시사점1 경증질환, 짧은 처방일수, 잦은 외래 방문**

아동들은 감기와 같은 경증질환으로 외래, 약국에 자주 방문하는 상황 (경증질환에 대한 다빈도 방문)

순위	0-6세	0세	1세	2세	3세	4세	5세
1위	급성 기관지염 및 급성세기관지염 34.9%	급성 기관지염 및 급성세기관지염 30.8%	급성 기관지염 및 급성세기관지염 32.8%	급성 기관지염 및 급성세기관지염 36.2%	급성 기관지염 및 급성세기관지염 37.0%	급성 기관지염 및 급성세기관지염 36.7%	급성 기관지염 및 급성세기관지염 34.7%
2위	기타 급성 상기도 감염 13.6%	기타 급성 상기도 감염 13.2%	기타 급성 상기도 감염 15.3%	기타 급성 상기도 감염 14.0%	기타 급성 상기도 감염 13.6%	기타 급성 상기도 감염 13.0%	기타 급성 상기도 감염 12.5%
3위	기타 코 및 비동의 질환 8.4%	기타 코 및 비동의 질환 8.6%	중이염과 중이 및유양돌기장애 10.2%	중이염과 중이 및유양돌기장애 8.9%	기타 코 및 비동의 질환 8.6%	기타 코 및 비동의 질환 9.0%	기타 코 및 비동의 질환 9.3%
4위	중이염과 중이 및유양돌기장애 7.0%	급성 인두염 및 급성 편도염 6.3%	급성 인두염 및 급성 편도염 7.4%	기타 코 및 비동의 질환 7.9%	중이염과 중이 및유양돌기장애 6.7%	급성 인두염 및 급성 편도염 6.5%	급성 인두염 및 급성 편도염 6.5%
5위	급성 인두염 및 급성 편도염 6.7%	중이염과 중이 및유양돌기장애 5.4%	기타 코 및 비동의 질환 7.0%	급성 인두염 및 급성 편도염 6.8%	급성 인두염 및 급성 편도염 6.6%	중이염과 중이 및유양돌기장애 5.6%	중이염과 중이 및유양돌기장애 5.2%

**시사점2 야간, 공휴 등 단절없는 서비스 제공**

아동 의료이용시 개선이 필요한 상황으로 야간, 공휴 등을 포함한 24시간 의료접근성이 제시  
특히, 야간, 공휴에 의료필요도 발생 시, 불필요하게 응급실을 방문해야 하는 상황에 직면



최근 3년간 소아청소년 경증환자 이용 현황					
2018년		2019년		2020년	
건	비율	건	비율	건	비율
106,696	54.8	93,118	50.4%	27,238	54.4

**시사점3 아동의 건강 및 의료이용 제공 및 정보의 통합적 관리**

예방접종 내역, 검진결과 등이 대부분 종이(예: 예방접종 수첩, 검진결과 인쇄물)로 관리  
보호자들은 주치의로기관 기능으로 통합적 건강관리 제공(정보, 서비스 등)을 가장 높게 응답

지정의료기관에 필요한 서비스 및 기능				
통합적 건강관리(정보, 서비스)	24시간 상담서비스	상급기관 방문시연료 및 연결	충분한 교육 및 상담	예약기반 서비스
66.5	49.6%	48.3	47.5	41.7



## 【요약】 아동 건강지킴 일차의료 모형 및 보상체계 설계

현재 시행중인 일차의료 시범사업을 아동까지 확대하는 방향으로 의원급 아동 건강지킴 일차의료 시범사업 모형 제시

### ① 대상자 분류체계

- (참여대상) 만 0-6세부터 시범사업 추진(향후 만 7-12세, 만13-18세로 단계적 확대)
- (참여유인) 추가서비스 제공 및 본인부담 지원(고운맘카드 활용)

### ② 서비스 제공체계

- (공급자) 소아청소년과 전문의(동네병원 중심), 의사1인당 등록환자수 제한(예: 100-150명)

\* 경증질환 관리 및 지속적 건강관리 욕구가 높은 아동의 특성을 고려하여 접근성 동네병원 중심의 서비스 제공 필요

구분	현재	개선	구분	현재	개선
서비스내용	치료중심	→ 교육·상담	제공방식	방문진료	→ 온라인(전화, 문자)
서비스범위	질병치료	→ 건강, 습관, 발달, 정신	제공주체	단독진료	→ 타 병원, 학교 등 연계

- (제공서비스) 필수 서비스와 선택 서비스로 구분 (서비스 제공 범위에 따라 차등보상)

구분	서비스 내용	주치의료기관
필수 서비스	1) 건강계획(케어플랜, 지속계획 수립, 점검 및 평가)	일차의료 만성질환 시범사업 내용 참고 보호자 요청시 추가 교육 및 상담 재진에 한해 비대면 진료 제공 직접 제공 또는 타 병원 지정 및 연계 (예: 이버주는 어느 병원을 이용하세요 안내)
	2) 건강관리(검진, 예방접종 직접 제공 또는 정보 통합관리)	
	3) 주간진료	
	4) 야간공휴, 응급진료	
선택 서비스	1) 24시간 상담서비스	
	2) 심리 및 마음건강 관리	
	3) 신체발달 등 성장지반 상담	

제공 서비스		0세	1세	2세	3세	4세	5세
건강계획	초기평가 및 계획수립	1회	1회	1회	1회	1회	1회
	지속계획수립	2회	1회	1회	1회	1회	1회
	점검 및 평가	2회	1회	1회	1회	1회	1회
건강관리	상담 및 보건교육	2회	-	-	-	-	-
	예방접종	7종 1회	5종 1회	1종 1회	1종 1회	1종 1회	1종 1회
	건강검진	1-3차	4차	5차	6차	7차	8차
주간진료	구강검진	-	-	1차	2차	3차	-
	주간진료**	4회	6회	5회	4회	3회	2회
	전화관리	2회	2회	2회	1회	1회	1회
야간공휴진료	야간·공휴/심야**	1회/1회	1회/1회	1회/1회	1회/1회	1회/1회	1회/1회
	전화관리	2회	2회	2회	2회	2회	2회

### ③ 진료비 보상체계

- (보상방식) 연령별 묶음수가로 제공(기존 영유아검진, 예방접종 지원비 통합)
  - 서비스 질, 비용 등 평가결과를 보상수준에 반영하는 인센티브 제도의 도입으로 서비스의 지속적인 가치향상 개선 유도 \*서비스 질 평가 결과(자원 과정 결과 및 경험 평가)와 연동

연령별 묶음수가	±	성가평가 인센티브	=	보상수준
----------	---	-----------	---	------

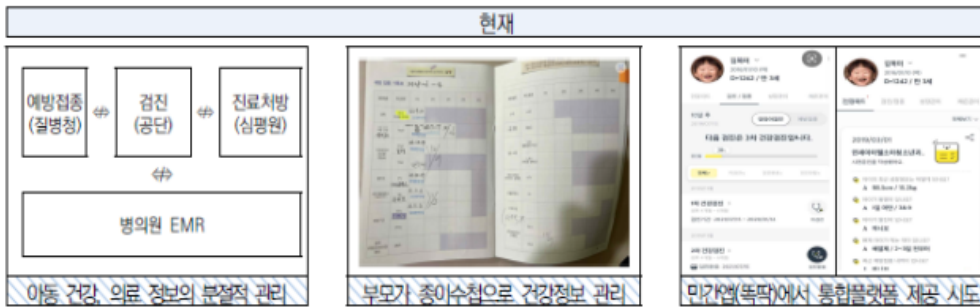
\* 아동의 경우 재정 효율성 보다 아동의 건강보호(+소청과 지원)등의 측면에서 비용 보다는 아동의 건강성과 향상에 중점을 둔 인센티브 설계 필요

**【요약】 아동 건강지킴 일차의료 모형 및 보상체계 설계**

구분	주요 평가내용
구조평가	-아동주치의 서비스를 제공하는 소아청소년과 의원급 의료기관을 중심으로 협력의료기관(의원, 상급의료기관), 협력약국 현황 및 주치의 서비스를 제공하기 위해 필요한 자원 등 구조적 특성을 갖추었는지 평가
과정평가	-사업대상 영유아·아동이 예방접종, 건강검진 등 필수적인 의료서비스를 제때에 충실히 제공받았는지, 건강관리 계획에 부합하도록 의료서비스를 제공하였는지 평가
결과평가	-당초에 수립한 건강관리 계획에 부합하여, 건강성과, 재정효율성 등 목표한 바를 달성하였는지 등 의료서비스의 결과평가
경험평가	-의사, 간호사, 의료기관 및 지역사회의료기관과의 연계 등 주치의제도가 제공한 서비스를 제공받는 동안 환자가 경험한 것을 평가

제공 서비스		0세	1세	2세	3세	4세	5세
건강계획	초기평가 및 계획수립	46,110	46,110	46,110	46,110	46,110	46,110
	지속계획수립	51,460	25,730	25,730	25,730	25,730	25,730
	점검 및 평가	51,460	25,730	25,730	25,730	25,730	25,730
건강관리	상담 및 보건교육	61,550	-	-	-	-	-
	예방접종	649,830	250,460	30,670	30,670	30,670	30,670
	건강검진	91,020	37,050	34,950	30,750	32,850	32,850
	구강검진	-	-	14,590	14,590	14,590	-
주간진료	주간진료	65,960	91,380	76,150	60,920	45,690	-
	전화관리	10,180	10,180	10,180	10,180	10,180	10,180
야간공휴진료	야간진료	54,940	54,940	54,940	54,940	54,940	54,940
	전화관리	10,180	10,180	10,180	10,180	10,180	10,180
합계		1,092,690	551,760	329,230	309,800	296,670	236,390

**④ 관리운영체계**



**개선: 아동지킴 통합플랫폼 구축** 추가신설 필요







## 제4장

### 【②의료기관 간 연계】 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형

제1절 【접근방식】 복합만성질환자 의료기관 네트워크  
모형 설계 개요

제2절 【특성분석】 복합만성질환자 의료이용 현황 및 욕구  
분석

제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰

제4절 【모형설계】 복합만성질환자 의료기관 네트워크  
모형 및 보상체계 설계



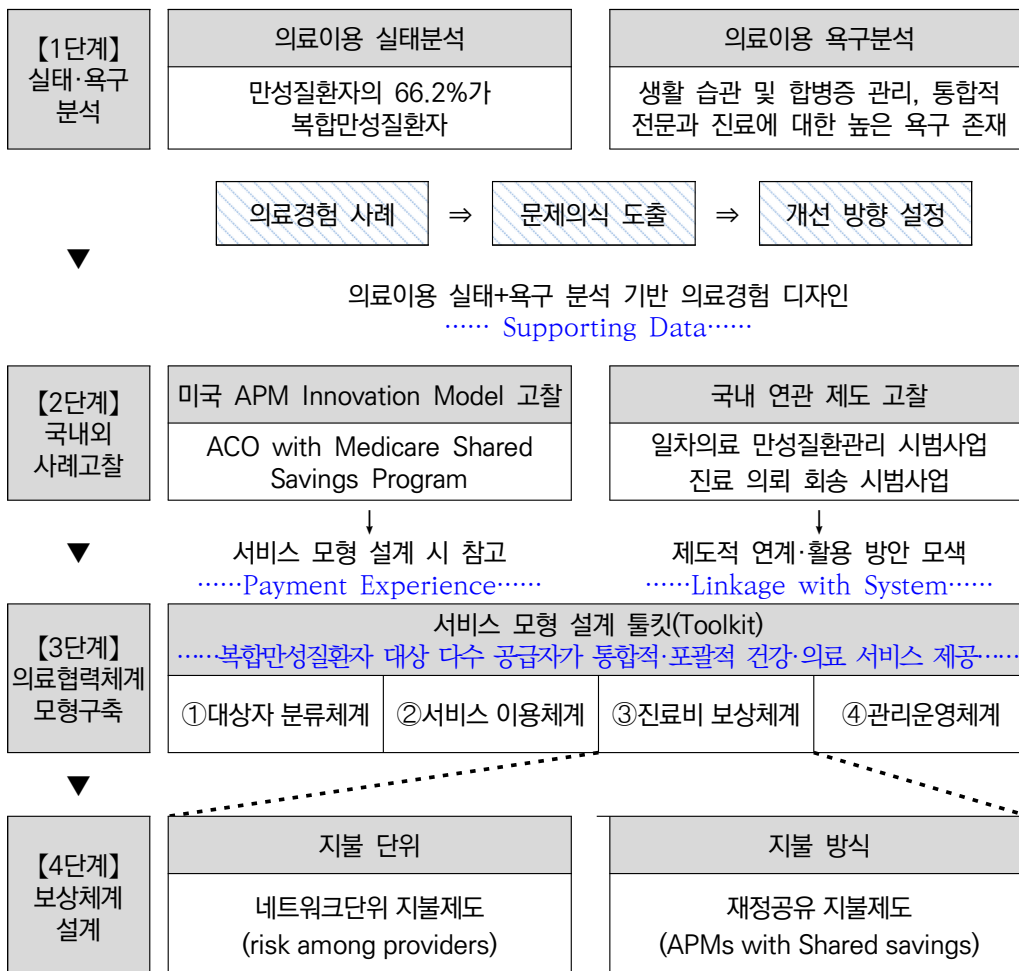
# 제 4 장

## 【②의료기관 간 연계】 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형

### 제1절 【접근방식】 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 설계 개요

본 연구에서는 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 설계를 위해 다음과 같이 4단계의 과정을 수행하였다.

〈표 4-1〉 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 설계 개요



먼저 1단계에서는 건강보험 청구자료를 활용해 복합만성질환자의 의료이용 현황 및 실태를 분석함으로써 복합만성질환자 의료이용의 특성 및 패턴을 파악하고자 했다. 그리고 복합만성질환자를 대상으로 의료이용 시 경험했던 장애요인과 이를 위한 개선과제 등을 조사하여 복합만성질환자의 의료이용 관련 욕구를 탐색해 보고자 했다.

둘째, 미국의 APM Innovation Model 중 복합만성질환자 관리와 유사한 모형(*ACO with Medicare Shared Savings Program Model* 등)을 고찰하여 복합만성질환자의 포괄적 건강 및 의료이용 관리를 위해 어떤 공급자가 어떤 서비스를 어떻게 제공하는 것이 효과적인지 국내에 적용이 가능한 시사점을 도출해 보았다. 그리고 일차의료 만성질환관리 시범사업, 진료의뢰회송 시범사업과 같이 복합만성질환자 의료이용 관리, 연계협력 관리와 관련된 국내 연관 제도 고찰을 통해 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 설계 시 해당 제도들을 활용 또는 연계하는 방안을 모색해 보고자 했다.

셋째, 본 연구에서 설정한 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형의 목적은 “다양한 의료적 필요도”가 있는 복합만성질환자를 대상으로 “다수의 공급자”가 “포괄적 건강·의료 서비스”를 “연계적·협력적으로 제공”하는 것으로 설정하고, 이를 달성하는 데 필요한 툴킷별(①대상자 분류체계, ②서비스 이용체계, ③진료비 보상체계, ④관리운영체계) 설계방안을 제시하고자 하였다.

마지막으로 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형이 실질적으로 작동하기 위해 해당 모형에 대한 공급자와 국민의 참여를 유인하고, 성과를 향상하기 위한 보상체계를 제안하였다. 보상체계 설계를 위해서는 “복합만성질환자”를 대상으로 “다수 공급자(multi-provider)”가 포괄적·협력적으로 서비스를 제공하고 환자를 관리하는 것과 관련된 미국의 Value-Based Payment와 국내 보상체계의 개선 방향성을 검토하였다.

## 제2절 【특성분석】 복합만성질환자 의료이용 현황 및 욕구 분석

### 1. 의료이용 현황 분석

#### 가. 복합만성질환자 현황

##### 1) 복합만성질환자 정의

우리나라의 복합만성질환자의 수, 의료이용 특성 등을 파악하기 위해 건강보험 청구자료를 활용하여 복합만성질환자 현황을 살펴보았다. 복합만성질환자 현황을 파악하기 위해서는 먼저 복합만성질환자를 정의하는 것이 필요하다. 현재 복합만성질환자에 대한 공식적으로 표준화된 정의가 없어서, 본 연구에서는 Goodman 등(2013)이 제시한 OASH 질환군을 적용하여 복합만성질환자를 정의하였다(Goodman, Posner, Huang, Parekh & Koh, 2013, pp.10~14).

Goodman 등(2013)은 미국보건부(Office of the Assistant Secretary of Health, OASH)의 요청으로 유병률이 높으면서 공중보건 및 임상적 중재의 대상이 되는 핵심질환을 제시하였는데, 본 연구에서는 OASH에서 제시한 20개 만성질환 중 2개 이상을 보유한 대상자를 복합만성질환자로 정의하였다.

〈표 4-2〉 OASH기준 만성질환자 수

(단위: 만 명)

만성질환 종류		2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
01	관절병증	1,064	1,143	1,143	1,211	1,176
02	천식	381	425	425	424	280
03	자폐증	0	1	1	1	1
04	심장부정맥	44	46	46	48	48
05	만성신장병	36	40	40	45	48

만성질환 종류		2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
06	만성폐색성폐질환	56	60	60	61	54
07	울혈성심부전	75	84	84	92	98
08	만성허혈성심질환	56	59	59	62	62
09	치매	93	101	101	108	112
10	우울증	230	246	246	261	269
11	당뇨병	555	595	595	638	667
12	만성간염	148	176	176	187	184
13	에이즈	1	1	1	1	2
14	이상지질혈증	1,067	1,159	1,159	1,244	1,292
15	고혈압	952	997	997	1,042	1,079
16	골다공증	272	293	293	320	325
17	조현병	30	31	31	32	33
18	뇌졸중	101	105	105	109	108
19	의존성물질중독장애	21	21	21	22	21
20	악성신생물	187	170	201	214	215

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

## 2) 복합만성질환자 현황

### 가) 전체

2021년 만성질환자는 2,336만 명으로 전체 건강보험 가입자의 45.4%가 1개 이상의 만성질환을 보유하고 있는 것으로 나타났다. 최근 5년간 만성질환자 현황을 보면 2017년 2,171만 명에서 2,336만 명으로 약 165만 명 증가하였으며, 전체 건강보험 가입자 중 1개 이상 만성질환을 보유한 비율은 42.6%에서 45.4%로 2.8%p 증가하였다.

2021년, 만성질환자 중 단일 만성질환자는 790만 명으로 전체 만성질환자의 33.8%를 차지하고 있었으며, 2개 이상의 복합만성질환자는 1,546만 명으로 66.2%, 3개 이상의 복합만성질환자는 1,026만 명으로 43.9%를 차지하고 있었다. 만성질환 보유자의 3명 중 2명이 복합만성질환자였으며, 5명 중 2명은 3개 이상의 만성질환자를 가진 복합만성질환자였다. 최근 5년간 복합만성질환자 현황을 보면 2017년 1,363만 명에

서 1,546만 명으로 약 183만 명 증가하였으며, 전체 건강보험 가입자 중 2개 이상 만성질환을 보유한 복합만성질환자 비율은 26.8%에서 30.1%로 3.3%p 증가하였다.

〈표 4-3〉 연도별 만성질환자 비율(단일, 복합만성질환)

개수	2017년		2018년		2019년		2020년		2021년		
	만 명	%	만 명	%	만 명	%	만 명	%	만 명	%	%
전체	5,094	100.0	5,107	100.0	5,139	100.0	5,134	100.0	5,141	100.0	-
합계	<b>2,171</b>	<b>42.6</b>	<b>2,282</b>	<b>44.7</b>	<b>2,289</b>	<b>44.5</b>	<b>2,382</b>	<b>46.4</b>	<b>2,336</b>	<b>45.4</b>	<b>100.0</b>
1개	808	15.9	828	16.2	829	16.1	839	16.3	790	15.4	<b>33.8</b>
2개	492	9.7	511	10.0	512	10.0	528	10.3	520	10.1	<b>22.3</b>
3개	369	7.2	390	7.6	391	7.6	412	8.0	423	8.2	<b>18.1</b>
4개	245	4.8	265	5.2	266	5.2	286	5.6	292	5.7	<b>12.5</b>
5개	137	2.7	151	3.0	152	3.0	165	3.2	165	3.2	<b>7.1</b>
6개	68	1.3	76	1.5	77	1.5	84	1.6	82	1.6	<b>3.5</b>
7개	31	0.6	35	0.7	36	0.7	39	0.8	38	0.7	<b>1.6</b>
8개	13	0.3	15	0.3	16	0.3	17	0.3	16	0.3	<b>0.7</b>
9개	5	0.1	6	0.1	6	0.1	7	0.1	7	0.1	<b>0.3</b>
10개	2	0.0	2	0.0	2	0.0	3	0.1	2	0.0	<b>0.1</b>
11개이상	1	0.0	1	0.0	1	0.0	1	0.0	1	0.0	<b>0.0</b>
2개이상	1,363	26.8	1,454	28.5	1,460	28.4	1,543	30.1	1,546	30.1	<b>66.2</b>
3개이상	871	17.1	943	18.5	948	18.4	1,015	19.8	1,026	20.0	<b>43.9</b>

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

## 나) 연령별

연령별 복합만성질환자 현황을 살펴보면, 연령이 높아질수록 단일 만성질환자보다 복합만성질환자 비율이 높아지는 경향을 보였다. 20대 만성질환자 비율은 21.1%였으며, 80대 이상에는 95.1%까지 증가하였다. 복합 만성질환자 비율을 보면, 20대는 5.3%, 30대는 10.9%, 40대는 21.2%였는데, 50대는 40%, 60대는 60%, 70대는 80%대로 급증하는 모습을 보였다.

〈표 4-4〉 2021년 연령별 만성질환자 비율(단일, 복합만성질환)

구분	전체 인구 만 명	만성질환 합계 만명 %		단일 만성질환 만 명 %		복합 만성질환			
						2개 이상		3개 이상	
						만 명	%	만 명	%
20대	666	140	21.1%	105	15.7%	36	5.3%	11	1.6%
30대	672	207	30.8%	134	19.9%	73	10.9%	29	4.3%
40대	817	351	43.0%	178	21.7%	173	21.2%	85	10.4%
50대	864	546	63.3%	194	22.4%	353	40.9%	208	24.0%
60대	716	552	77.0%	120	16.8%	431	60.2%	302	42.2%
70대	372	343	92.3%	41	11.1%	302	81.3%	244	65.6%
80이상	210	200	95.1%	19	9.0%	181	86.0%	150	71.6%

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

연령별 만성질환자를 대상으로 단일 만성질환자 비율과 복합 만성질환자 비율을 살펴보았다. 2021년, 단일 만성질환자 비율이 20대는 75.0%, 30대는 64.7%로 단일 만성질환자 비율이 더 높았다. 40대는 단일 만성질환자 비율과 복합 만성질환자 비율에 거의 차이가 없었으며, 50대부터는 복합만성질환자 비율이 더 높았다. 복합만성질환자 비율이 50대는 64.7%, 60대는 78.1%, 70대는 88.0%, 80대는 90.8%였다.

〈표 4-5〉 연령별 단일 만성질환자 vs 복합만성질환자 비율(2021년)

구분	합계 만 명 %		1개 만 명 %		복합만성질환자			
					2개 이상		3개 이상	
					만 명	%	만 명	%
20대	140	100%	105	75.0%	36	25.7%	11	7.9%
30대	207	100%	134	64.7%	73	35.3%	29	14.0%
40대	351	100%	178	50.7%	173	49.3%	85	24.2%
50대	546	100%	194	35.5%	353	64.7%	208	38.1%
60대	552	100%	120	21.7%	431	78.1%	302	54.7%
70대	343	100%	41	12.0%	302	88.0%	244	71.1%
80대	173	100%	16	9.2%	157	90.8%	131	75.7%
90이상	27	100%	3	11.1%	24	88.9%	19	70.4%
합계	2,339	100%	790	33.8%	1,548	66.2%	1,028	44.0%

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과



만성질환자 개수별 연령별 구성을 보면, 1개의 만성질환을 보유한 단일 만성질환자는 20~30대부터 서서히 증가하기 시작하여 40대, 50대에 비중이 가장 높았다. 2개 이상의 만성질환을 보유한 복합만성질환자는 20~30대에는 비중이 낮았으나 40대에 본격적으로 증가하기 시작하여 50대, 60대에 가장 높았다. 3개 이상의 만성질환을 보유한 복합만성질환자는 20~40대에는 비중이 낮았는데, 50대에 증가하기 시작하여 60대, 70대에 비중이 가장 높았다.

이처럼 복합만성질환자의 특성을 연령별로 구분해서 살펴보면, 30~40대에 만성질환이 발생하여 40~60대에 2개, 60~70대에 3개 이상의 복합만성질환로 전환되는 경향을 보이고 있었다.

〈표 4-6〉 만성질환자 개수별 연령대 구성 비율(2021년)

구분	합계		1개		복합만성질환자			
	만 명	%	만 명	%	2개 이상		3개 이상	
					만 명	%	만 명	%
20대	140	6.0%	105	13.3%	36	2.3%	11	1.1%
30대	207	8.8%	134	16.9%	73	4.7%	29	2.8%
40대	351	15.0%	178	22.5%	173	11.2%	85	8.2%
50대	546	23.4%	194	24.5%	353	22.8%	208	20.2%
60대	552	23.6%	120	15.2%	431	27.9%	302	29.4%
70대	343	14.7%	41	5.2%	302	19.5%	244	23.7%
80대	173	7.4%	16	2.0%	157	10.1%	131	12.8%
90이상	27	1.2%	3	0.4%	24	1.5%	19	1.8%
	2,339	100%	790	100%	1,548	100%	1,028	100%

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

#### 다) 질환별(당뇨병, 고혈압)

20개 만성질환 중 가장 대표적인 만성질환인 당뇨병, 고혈압 환자 중 복합만성질환자 현황을 추가로 살펴보았다.

2021년 당뇨병 환자는 729만 명이었는데, 이 중 당뇨병 외 1개 이상의 만성질환이 있던 복합만성질환자는 708만 명으로 당뇨병 환자의 97.1%가 복합만성질환자로 나타났다. 또한 당뇨병 외 2개 이상의 만성질환이 있던 복합만성질환자는 613만 명으로 당뇨병 환자의 84.1%를 차지하고 있었다.

2021년 고혈압 환자는 1,137만 명이었는데, 이 중 고혈압 외 1개 이상의 만성질환이 있던 복합만성질환자는 1,028만 명으로 고혈압 환자의 90.4%가 복합만성질환자로 나타났다. 또한 고혈압 외 2개 이상의 만성질환이 있던 복합만성질환자는 819만 명으로 고혈압 환자의 72.0%를 차지하고 있었다. 이처럼 당뇨병과 고혈압 환자의 경우 90.4~97.1%가 복합만성질환자인 것으로 나타나 복합만성질환 비율이 높은 경향을 보였다.

〈표 4-7〉 당뇨병, 고혈압 복합만성질환자 현황

만성질환 개수	당뇨병 복합만성질환자		만성질환 개수	고혈압 복합만성질환자	
	만 명	%		만 명	%
합계	729	100%	합계	1,137	100%
1개	21	2.9%	1개	109	9.6%
2개	95	13.1%	2개	209	18.4%
3개	185	25.4%	3개	282	24.8%
4개	183	25.1%	4개	243	21.4%
5개	122	16.8%	5개	152	13.3%
6개	66	9.1%	6개	79	6.9%
7개	32	4.4%	7개	37	3.3%
8개	15	2.0%	8개	16	1.4%
9개	6	0.8%	9개	7	0.6%
10개	2	0.3%	10개	3	0.2%
11개 이상	1	0.2%	11개 이상	1	0.1%
2개 이상	708	97.1%	2개 이상	1,028	90.4%
3개 이상	613	84.1%	3개 이상	819	72.0%

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

전체 만성질환과 당뇨병, 고혈압의 복합만성질환 비율을 비교해 보면, 전체 만성질환의 복합만성질환 비율은 66.2%였던 반면, 당뇨병은 97.1%, 고혈압은 90.4%로 크게 높은 것으로 나타났다.

특히, 연령별로 구분해서 살펴보면, 당뇨병과 고혈압은 모든 연령대에서 복합만성질환 비율이 높게 나타났다. 당뇨병은 복합만성질환 비율이 20대 83.8%, 30대 89.3%로 20~30대에서도 높게 나타났다. 고혈압도 20대 70.8%, 30대 77.3%로 전체 만성질환과 비교 시 젊은 연령대에도 복합만성질환 비율이 높은 경향을 보였다.

〈표 4-8〉 연령별 당뇨병, 고혈압 복합만성질환 비율

구분	전체 복합만성질환 비율		당뇨병 복합만성질환 비율			고혈압 복합만성질환 비율		
	만 명	% A	만 명	% B	B-A	만 명	% C	C-A
합계	1,548	<b>66.2%</b>	708	<b>97.1%</b>	30.9%p	1,028	<b>90.4%</b>	24.2%p
20대	36	25.7%	10	<b>83.8%</b>	58.1%p	6	<b>70.8%</b>	45.1%p
30대	73	35.3%	26	<b>89.3%</b>	54.0%p	23	<b>77.3%</b>	42.0%p
40대	173	49.3%	70	<b>94.1%</b>	44.8%p	85	<b>80.8%</b>	31.5%p
50대	353	<b>64.7%</b>	152	<b>96.6%</b>	31.9%p	207	<b>86.0%</b>	21.3%p
60대	431	<b>78.1%</b>	212	<b>98.1%</b>	20.0%p	308	<b>92.0%</b>	13.9%p
70대	302	<b>88.0%</b>	152	<b>99.0%</b>	11.0%p	237	<b>95.3%</b>	7.3%p
80대	157	<b>90.8%</b>	78	<b>99.3%</b>	8.5%p	140	<b>95.8%</b>	5.0%p
90이상	24	<b>88.9%</b>	9	<b>99.3%</b>	10.4%p	22	<b>94.3%</b>	5.4%p

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

한편, 당뇨병, 고혈압의 복합만성질환자 중 60대 이상 비율을 보면 전체 만성질환자는 59.0% 수준이었던 반면, 당뇨병은 63.7%, 고혈압은 68.8%로 높게 나타났다.

〈표 4-9〉 연령별 당뇨병, 고혈압의 단일만성질환 비율 vs 복합만성질환 비율

구분	전체				당뇨병				고혈압			
	단일		복합		단일		복합		단일		복합	
	만 명	%	만 명	%	만 명	%	만 명	%	만 명	%	만 명	%
합계	790	100%	1,548	100%	21	100%	708	100%	109	100%	1,028	100%
20대	105	13.3%	36	2.3%	2	9.5%	10	1.5%	2	2.3%	6	0.6%
30대	134	16.9%	73	4.7%	3	14.5%	26	3.6%	7	6.1%	23	2.2%
40대	178	22.5%	173	11.2%	4	20.7%	70	9.9%	20	18.6%	85	8.3%
50대	<b>194</b>	<b>24.5%</b>	353	22.8%	<b>5</b>	<b>25.6%</b>	152	21.5%	<b>34</b>	<b>30.8%</b>	207	20.1%
60대	120	15.2%	<b>431</b>	<b>27.9%</b>	4	19.7%	<b>212</b>	<b>30.0%</b>	27	24.8%	<b>308</b>	<b>30.0%</b>
70대	41	5.2%	302	19.5%	2	7.2%	152	21.4%	12	10.6%	237	23.1%
80대	16	2.0%	157	10.1%	1	2.5%	78	10.9%	6	5.6%	140	13.6%
90이상	3	0.4%	24	1.5%	0	0.3%	9	1.3%	1	1.2%	22	2.1%
60이상			<b>914</b>	<b>59.0%</b>			<b>451</b>	<b>63.7%</b>			<b>707</b>	<b>68.8%</b>

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

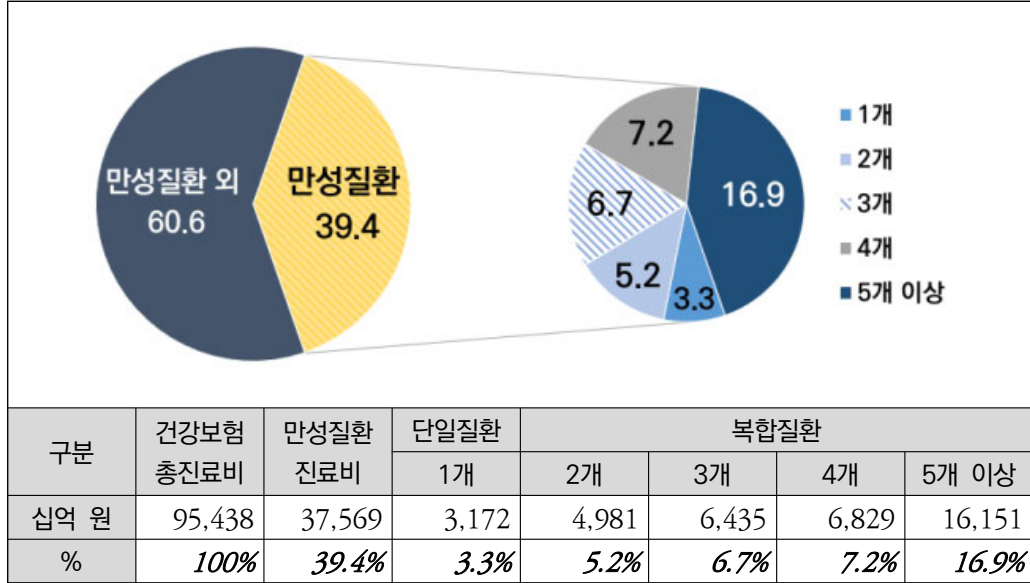
## 나. 복합만성질환자 의료이용 현황

### 1) 전체

이번에는 2021년 건강보험심사평가원 건강보험 청구자료를 활용하여 복합만성질환자의 의료이용 현황을 살펴보았다. 2021년 기준 건강보험 가입자의 만성질환 진료비는 37,569십억 원으로 건강보험 총진료비(95,438십억 원)의 39.4%를 차지하고 있었다. 단일보다는 복합에서, 특히 보유개수가 증가할수록 진료비가 차지하는 비중 역시 늘어났다(〈그림 4-1〉). 만성질환 총진료비(37,569십억 원)를 기준으로 보면 단일만성질환이 8.4%를 차지한 반면, 5개 이상 복합만성질환 비중은 43.0%로 큰 차이를 보였다(〈표 4-10〉).

[그림 4-1] 건강보험 총진료비 대비 만성질환 진료비 비중

(단위: %)



자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

<표 4-10> 만성질환 보유 개수별 총진료비: 전체

(단위: 만 명, 십억 원)

구분	적용인구 (만 명)	총진료비		공단부담금		본인부담금		
		십억 원	%	십억 원	%	십억 원	%	
단일	1개	790	3,172	8.4%	2,499	8.2%	667	9.3%
복합	2개	520	4,981	13.3%	3,946	13.0%	1,035	14.4%
	3개	423	6,435	17.1%	5,116	16.8%	1,320	18.4%
	4개	292	6,829	18.2%	5,488	18.1%	1,341	18.7%
	5개 이상	311	16,151	43.0%	13,344	43.9%	2,808	39.2%
합계	2,336	37,569	100%	30,393	100%	7,170	100%	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

이번에는 만성질환 보유 개수별 적용인구 1인당 진료비와 입·내원일수를 살펴보았다. 1인당 진료비는 단일만성질환이 401천 원, 5개 이상 복합만성질환이 5,197천 원으로 그 차이가 상당히 컸다. 1인당 입·내원일

수도 단일만성질환의 경우 4.8일이었으나, 5개 이상 복합만성질환은 34.9일로 약 7배가량 차이가 났다.

〈표 4-11〉 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비 및 입·내원일수: 전체

(단위: 만 명, 천 원, 만 일, 일)

구분	적용인구 (만 명)	1인당			입·내원일수 (만 일)	1인당 입·내원일수	
		총진료비 (천 원)	공단부담금 (천 원)	본인부담금 (천 원)			
단일	1개	790	401	316	84	3,766	4.8
복합	2개	520	958	759	199	5,584	10.7
	3개	423	1,521	1,209	312	6,841	16.2
	4개	292	2,339	1,880	459	6,412	22.0
	5개 이상	311	5,197	4,294	903	10,839	34.9
전체	2,336	1,608	1,301	307	33,441	14.3	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

다음으로 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비를 분석하였다. 1개 만성질환의 입·내원일수당 진료비는 84,240원이었으며, 만성질환 보유개수가 증가할수록 입·내원 일당 진료비가 늘어나 5개 이상에서 149,015원으로 가장 높은 수치를 기록하였다.

〈표 4-12〉 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비: 전체

(단위: 만 명, 만 일, 원)

구분	적용인구 (만 명)	입·내원일수 (만 일)	입·내원 일당			
			총진료비(원)	공단부담금(원)	본인부담금(원)	
단일	1개	790	3,766	84,240	66,369	17,706
복합	2개	520	5,584	89,203	70,670	18,533
	3개	423	6,841	94,069	74,780	19,290
	4개	292	6,412	106,508	85,595	20,913
	5개 이상	311	10,839	149,015	123,110	25,905
전체	2,336	33,441	112,344	90,885	21,440	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

## 2) 진료행태별

### 가) 입원

다음은 입원, 외래 등 진료행태별 양상을 살펴보았다. 먼저 입원 총진료비는 23,613십억 원으로 단일만성질환(1,417십억 원)보다 5개 이상 복합만성질환(11,330십억원) 진료비가 8배 더 많이 발생하였다.

〈표 4-13〉 만성질환 보유 개수별 총진료비: 입원

(단위: 만 명, 십억 원)

구분		적용인구 (만 명)	총진료비 A+B (십억 원)	공단부담금 A (십억 원)	본인부담금 B (십억 원)
단일	1개	790	1,417	1,178	234
복합	2개	520	2,752	2,268	484
	3개	423	3,845	3,165	680
	4개	292	4,268	3,534	735
	5개 이상	311	11,330	9,514	1,816
합계		2,336	23,613	19,659	3,949

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

적용인구당 입원 진료비도 만성질환 보유개수에 따라 편차가 크게 나타났다는데, 단일만성질환(179천 원)과 5개 이상 복합만성질환(3,646천 원) 간 약 20배 정도 차이가 났다. 1인당 입·내원일수는 단일만성질환이 0.9일, 2개 복합만성질환이 2.9일이었으며, 만성질환 보유개수가 많을수록 입·내원일수가 상대적으로 더 길었다(5개 이상 복합만성질환 13.6 일).

〈표 4-14〉 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비 및 입·내원일수: 입원

(단위: 만 명, 천 원, 만 일, 일)

구분	적용인구 (만 명)	1인당			입·내원일수 (만 일)	1인당 입·내원일수	
		총진료비 (천 원)	공단부담금 (천 원)	본인부담금 (천 원)			
단일	1개	790	179	149	30	712	0.9
복합	2개	520	529	436	93	1,534	2.9
	3개	423	909	748	161	2,077	4.9
	4개	292	1,462	1,210	252	2,036	7.0
	5개 이상	311	3,646	3,061	584	4,225	13.6
전체	2,336	1,011	841	169	10,584	4.5	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

이번에는 입원 일당 진료비를 분석해보았다. 전체 입원 일당 진료비는 223,091원이었으며, 단일만성질환 199,027원에서 5개 이상 복합만성질환 268,140원으로 약 7만 원 정도 차이가 났다. 3~4개 복합만성질환에서 유의미한 변화는 없었지만, 전반적으로 질환 보유개수가 증가할수록 진료비 역시 증가하는 양상을 보였다.

〈표 4-15〉 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비: 입원

(단위: 만 명, 만 일, 원)

구분	적용인구 (만 명)	입·내원일수 (만 일)	입·내원 일당			
			총진료비(원)	공단부담금(원)	본인부담금(원)	
단일	1개	790	712	199,027	165,380	32,852
복합	2개	520	1,534	179,445	147,899	31,546
	3개	423	2,077	185,133	152,391	32,742
	4개	292	2,036	209,617	173,538	36,079
	5개 이상	311	4,225	268,140	225,158	42,982
전체	2,336	10,584	223,091	185,732	37,306	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과



## 나) 외래

2021년 외래 총진료비는 13,956십억 원이었으며, 마찬가지로 만성질환 보유개수가 증가할수록 총진료비, 1인당 외래 진료비, 1인당 외래 방문 일수 모두 증가하였다. 전반적으로 단일만성질환(1,755십억 원)보다 5개 이상 복합만성질환(4,821십억 원) 진료비가 약 2.7배 더 많았다(〈표 4-16〉). 적용인구 1인당 외래 진료비와 외래 방문 일수는 만성질환 보유개수에 따라 차이가 크게 나타났는데, 단일만성질환보다 5개 이상 복합만성질환의 1인당 외래 진료비는 약 7배가 더 많았고, 외래 방문 일수는 약 5.5배가 더 길었다(1개 222천 원, 3.9일 ⇔ 5개 이상 1,551천 원, 21.3일).

한편, 외래 방문 일당 진료비는 61,059원이었으며, 만성질환 개수가 늘어날수록 진료비 역시 증가하는 경향을 보였다(57,474천 원~72,904천 원)(〈표 4-18〉).

〈표 4-16〉 만성질환 보유 개수별 총진료비: 외래

(단위: 만 명, 십억 원)

구분		적용인구 (만 명)	총진료비 A+B (십억 원)	공단부담금 A (십억 원)	본인부담금 B (십억 원)
단일	1개	790	1,755	1,322	433
복합	2개	520	2,228	1,678	551
	3개	423	2,590	1,951	640
	4개	292	2,561	1,955	606
	5개 이상	311	4,821	3,830	992
합계		2,336	13,956	10,734	3,221

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 4-17〉 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비 및 입·내원일수: 외래

(단위: 만 명, 천 원, 만 일, 일)

구분	적용인구 (만 명)	1인당			입·내원일수 (만 일)	1인당 입·내원일수	
		총진료비 (천 원)	공단부담금 (천 원)	본인부담금 (천 원)			
단일	1개	790	222	167	55	3,054	3.9
복합	2개	520	428	323	106	4,050	7.8
	3개	423	612	461	151	4,764	11.3
	4개	292	877	669	208	4,376	15.0
	5개 이상	311	1,551	1,232	319	6,613	21.3
전체	2,336	597	459	138	22,857	9.8	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 4-18〉 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비: 외래

(단위: 만 명, 만 일, 원)

구분	적용인구 (만 명)	입·내원일수 (만 일)	입·내원 일당			
			총진료비(원)	공단부담금(원)	본인부담금(원)	
단일	1개	790	3,054	57,474	43,282	14,174
복합	2개	520	4,050	55,027	41,422	13,605
	3개	423	4,764	54,372	40,947	13,425
	4개	292	4,376	58,523	44,668	13,856
	5개 이상	311	6,613	72,904	57,910	14,994
전체	2,336	22,857	61,059	46,963	14,093	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

### 3) 연령별

앞서 복합만성질환자 특성에서 연령별로 살펴보았듯이 만성질환은 주로 30~40대에 발병하고, 40~60대에 2개, 60~70대에 3개 이상의 복합 만성질환으로 전환되는 양상을 보였다. 이와 마찬가지로 만성질환 보유 개수별 총진료비도 유사한 경향을 나타냈는데, 대부분 50~70대에서 총진료비가 많이 발생하고 있었다. 특히 5개 이상 복합만성질환을 앓고 있

는 70대 전후로 총진료비가 가장 많이 발생했다(〈표 4-19〉). 이번에는 연령별로 만성질환 보유개수에 따른 1인당 진료비를 분석해보았다. 먼저 20대의 1인당 진료비는 572천 원, 90대 이상은 5,275천 원으로 약 9배 정도 편차가 있었다. 보유질환 개수에 따라서는 단일만성질환의 1인당 진료비는 20대가 가장 많았으며, 2개 이상 복합만성질환의 1인당 진료비는 고연령대에서 많이 발생하였다(〈표 4-20〉).

〈표 4-19〉 연령별 만성질환 보유 개수별 총진료비: 전체

(단위: 만 명, 십억 원)

구분	적용인구 (만 명)	총진료비 (십억 원)	복합질환				
			단일질환 1개	2개	3개	4개	5개 이상
20대	140	804	331	217	118	66	71
30대	207	1,379	429	359	249	158	185
40대	351	3,045	647	717	630	467	584
50대	546	5,919	736	1,114	1,279	1,129	1,662
60대	551	9,313	551	1,149	1,719	1,943	3,952
70대	342	8,825	243	651	1,167	1,598	5,166
80대	172	6,867	178	568	975	1,195	3,952
90대 이상	27	1,418	59	206	301	274	579
합계	2,336	37,569	3,172	4,981	6,435	6,829	16,151

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 4-20〉 연령별 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비: 전체

(단위: 만 명, 천 원)

구분	적용인구 (만 명)	1인당 진료비	복합질환				
			단일질환 1개	2개	3개	4개	5개 이상
20대	140	572	236	155	84	47	50
30대	207	667	207	174	120	76	89
40대	351	868	184	204	179	133	167
50대	546	1,084	135	204	234	207	304
60대	551	1,689	100	208	312	352	717
70대	342	2,580	71	190	341	467	1,511
80대	172	3,998	103	330	567	696	2,301
90대 이상	27	5,275	218	766	1,119	1,019	2,155
합계	2,336	1,608	136	213	275	292	691

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

1인당 입·내원일수는 20대 5.1일, 80대 36일, 90대 이상이 53.7일로 저연령층과 고연령층 간 차이가 약 10배 이상 나타났다. 특히 만성질환 개수와 상관없이 고연령대에서 1인당 입·내원일수가 가장 긴 것으로 나타났다. 보유질환 개수에 따라서는 단일만성질환일수록 저연령층에서 (20대 2.6일), 복합만성질환일수록 고연령층에서의 입·내원일수가 상대적으로 더 길었다. 즉 5개 이상 복합만성질환을 앓고 있는 90대 이상 노인의 1인당 입·내원일수는 17.2일로 가장 길었다(〈표 4-21〉). 흥미롭게도 입원 일당 진료비는 상반되는 결과를 보였는데, 만성질환 개수와 상관없이 저연령층에서 입원 일당 진료비가 모두 높게 나타났다(〈표 4-22〉).

〈표 4-21〉 연령별 만성질환 보유 개수별 1인당 입·내원일수: 전체

(단위: 만 명, 일)

구분	적용인구 (만 명)	1인당 입·내원일수	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
20대	140	5.1	2.6	1.3	0.6	0.3	0.2	
30대	207	5.6	2.2	1.5	0.9	0.5	0.4	
40대	351	7.5	2.0	2.0	1.6	1.0	0.9	
50대	546	9.9	1.7	2.3	2.4	1.8	1.7	
60대	551	15.1	1.3	2.5	3.4	3.3	4.6	
70대	342	22.2	0.9	2.3	3.8	4.7	10.5	
80대	172	36.0	1.4	4.0	6.5	7.2	16.8	
90대 이상	27	53.7	2.8	9.4	13.1	11.1	17.2	
합계	2,336	14.3	1.6	2.4	2.9	2.7	4.6	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 4-22〉 연령별 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비: 전체(단위: 만 명, 원)

구분	적용인구 (만 명)	입·내원 일당 진료비	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
20대	140	113,118	90,538	115,917	135,234	164,242	241,119	
30대	207	118,914	94,802	113,939	126,639	146,498	209,207	
40대	351	115,617	91,365	102,065	110,259	133,131	194,045	
50대	546	109,569	81,524	88,170	97,006	117,216	173,974	

구분	적용인구 (만 명)	입·내원 일당 진료비	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
60대	551	111,894	77,601	83,407	91,065	106,844	156,179	
70대	342	116,260	76,352	82,348	88,895	100,423	144,384	
80대	172	111,130	76,132	81,673	87,309	96,240	136,609	
90대 이상	27	98,278	76,883	81,664	85,303	91,528	125,071	
합계	2,336	112,344	84,240	89,203	94,069	106,508	149,015	

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

#### 4) 의료기관 종별

의료기관 종별에 따라 만성질환 진료비가 어떻게 분포해있는지를 살펴 보았다. 상급종합병원에서 총진료비가 가장 많이 발생하였는데, 특히 만성질환 보유개수가 많을수록 진료비도 증가하는 양상을 나타냈다. 단일 만성질환은 주로 의원에서, 복합만성질환은 병원급 이상에서 진료비가 발생하고 있었다(〈표 4-23〉).

〈표 4-23〉 의료기관 종별 만성질환 보유 개수별 총진료비

(단위: 만 명, 십억 원)

구분	총진료비 (십억 원)	단일질환	복합질환				
		1개	2개	3개	4개	5개 이상	
상급종합병원	12,086	978	1,516	1,912	2,113	5,567	
종합병원	9,089	598	971	1,328	1,558	4,635	
병원	4,030	299	455	623	745	1,907	
요양병원	5,434	319	868	1,228	1,127	1,892	
정신병원	410	72	87	79	65	107	
한방병원	152	12	19	26	30	64	
의원	6,165	868	1,025	1,196	1,151	1,924	
한의원	125	18	19	24	25	39	
보건기관	78	8	19	19	15	17	
합계	37,569	3,172	4,981	6,435	6,829	16,151	

주: 보건기관은 보건소, 보건지소, 보건진료소, 보건의료원을 모두 합산한 수치임.  
자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

상급종합병원, 종합병원, 병원급, 의원급 등 4대 의료기관 종별에 따른 진료비도 확인해보았다. 여기서 병원급은 한방병원, 정신병원, 요양병원을, 의원급은 한의원을 포함한 것으로 보건소 등 보건기관은 제외하였다. 4대 종별로 구분해 보았을 때, 단일만성질환은 주로 의원에서, 2개 이상 복합만성질환은 병원급 이상에서 진료비가 더 많이 발생하였고, 그 양상이 뚜렷하게 나타났다(〈표 4-24〉).

〈표 4-24〉 의료기관 4대 종별 만성질환 보유 개수별 총진료비

(단위: 만 명, 십억 원)

구분	총진료비 (십억 원)	단일질환	복합질환			
		1개	2개	3개	4개	5개 이상
상급종합병원	12,086	978	1,516	1,912	2,113	5,567
종합병원	9,089	598	971	1,328	1,558	4,635
병원급	10,026	703	1,431	1,956	1,967	3,970
의원급	6,289	886	1,044	1,220	1,177	1,962
합계	37,491	3,165	4,962	6,416	6,814	16,134

주: 병원급은 한방병원과 정신병원, 요양병원을, 의원급은 한의원을 포함한 수치임(보건기관은 제외).  
 자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

이번에는 의료기관 종별에 따른 1인당 진료비를 살펴보았다. 앞서 분석들과는 달리 1인당 진료비, 입·내원일수를 산출할 때 의료기관 종별 실인원을 적용해 산출하였다. 실인원은 의원급이 1,747만 명으로 가장 많았으며 종합병원(626만 명), 상급종합병원(486만 명) 순이었다. 보유개수에 따라서는 요양병원의 1인당 진료비가 단일, 복합 상관없이 압도적으로 많이 발생하였는데(〈표 4-25〉), 이는 인구 고령화로 인해 지속적인 치료와 관리가 필요한 노인인구와 만성질환자가 급증하였고, 이에 따라 요양병원의 수도 2020년 기준 1,582개로 2008년 대비 2배가 증가한(노대영, 2022) 사회적 환경 변화에서 파생된 결과라 볼 수 있다.

〈표 4-25〉 의료기관 종별 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비

(단위: 만 명, 천 원)

구분	실인원 (만 명)	1인당 진료비	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
상급종합병원	486	2,486	1,375	1,709	1,960	2,372	3,988	
종합병원	626	1,452	588	838	1,066	1,415	2,667	
병원	450	896	293	521	719	1,013	1,907	
요양병원	53	10,251	6,324	10,818	12,306	11,776	9,280	
정신병원	17	2,408	1,860	2,414	2,797	2,740	2,459	
한방병원	10	1,561	789	1,181	1,415	1,719	2,143	
의원	1,747	353	164	261	354	478	781	
한의원	52	238	186	224	241	251	273	
보건기관	41	192	106	202	209	213	217	
전체	3,482	1,079	382	695	946	1,255	2,276	

주: 보건기관은 보건소, 보건지소, 보건진료소, 보건의료원을 모두 합산한 수치임.  
 자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

4대 종별에 따라서는 상급종합병원 1인당 진료비가 2,486천 원으로 가장 많았고, 복합만성질환 보유개수가 증가할수록 진료비도 늘어났다. 또한 만성질환 개수와 상관없이 상급종합병원의 1인당 진료비가 가장 높았다(〈표 4-26〉).

〈표 4-26〉 의료기관 4대 종별 만성질환 보유 개수별 1인당 진료비

(단위: 만 명, 천 원)

구분	실인원 (만 명)	1인당 진료비	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
상급종합병원	486	2,486	1,375	1,709	1,960	2,372	3,988	
종합병원	626	1,452	588	838	1,066	1,415	2,667	
병원급	530	1,893	624	1,421	1,930	2,254	3,107	
의원급	1,799	350	164	260	351	469	754	
전체	3,441	1,090	384	702	956	1,269	2,300	

주: 병원급은 한방병원과 정신병원, 요양병원을, 의원급은 한의원을 포함한 수치임(보건기관은 제외).  
 자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

의료기관 종별에 따른 1인당 입·내원일수도 요양병원이 110.3일로 가장 길었고, 정신병원 27.1일, 한의원 15.5일 순으로 나타났다. 만성질환 보유개수와 무관하게 요양병원의 1인당 입·내원일수가 가장 길었으며 다른 종별과의 격차도 컸다. 4대 종별에 따라서는 병원급이 17.9일로 가장 길었으며, 복합만성질환 개수가 증가할수록 1인당 입·내원일수 역시 증가하였다.

〈표 4-27〉 의료기관 종별 만성질환 보유 개수별 1인당 입·내원일수

(단위: 만 명, 일)

구분	실인원 (만 명)	1인당 입·내원일수	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
상급종합병원	486	7.3	4.6	5.6	6.3	7.2	10.3	
종합병원	626	7.1	3.5	4.8	6.0	7.3	11.5	
병원	450	6.7	3.3	5.0	6.2	7.5	11.5	
요양병원	53	110.3	73.6	123.3	137.5	127.7	92.7	
정신병원	17	27.1	21.4	27.6	31.5	30.8	26.9	
한방병원	10	8.8	4.1	7.3	9.8	12.3	16.2	
의원	1,747	5.4	5.2	5.5	5.5	5.4	5.4	
한의원	52	15.5	9.9	13.0	14.9	16.9	19.0	
보건기관	41	8.7	6.5	8.0	8.8	9.3	10.1	
전체	3,482	9.6	4.5	7.8	10.1	11.8	15.3	

주: 보건기관은 보건소, 보건지소, 보건진료소, 보건의료원을 모두 합산한 수치임.  
 자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 4-28〉 의료기관 4대 종별 만성질환 보유 개수별 1인당 입·내원일수

(단위: 만 명, 일)

구분	실인원 (만 명)	1인당 입·내원일수	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
상급종합병원	486	7.3	4.6	5.6	6.3	7.2	10.3	
종합병원	626	7.1	3.5	4.8	6.0	7.3	11.5	
병원급	530	17.9	7.2	15.4	20.0	21.5	25.2	
의원급	1,799	8.8	4.2	7.3	9.8	12.2	15.9	
전체	3,441	9.7	4.5	7.8	10.1	11.9	15.4	

주: 병원급은 한방병원과 정신병원, 요양병원을, 의원급은 한의원을 포함한 수치임(보건기관은 제외).  
 자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과



다음으로 입·내원 일당 진료비를 살펴보았다. 만성질환 보유개수와 상관없이 상급종합병원이 342,905원으로 가장 높았고, 종합병원 203,810원, 병원 133,466원이 그 뒤를 이었다. 다만, 모든 종별에서 복합만성질환 수가 증가할수록 입·내원 일당 진료비 역시 증가하는 양상은 동일하게 나타났다.

〈표 4-29〉 의료기관 종별 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비 (단위: 만 명, 원)

구분	실인원 (만명)	입·내원 일당 진료비	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
상급종합병원	486	342,905	297,276	305,519	311,756	328,722	385,718	
종합병원	626	203,810	169,351	173,141	178,431	193,864	231,957	
병원	450	133,466	88,368	104,209	115,856	135,180	165,150	
요양병원	53	92,958	85,974	87,721	89,494	92,212	100,070	
정신병원	17	88,870	86,728	87,517	88,931	89,103	91,363	
한방병원	10	40,278	39,890	35,854	36,039	38,919	48,192	
의원	1,747	35,529	20,572	36,851	38,039	39,243	40,468	
한의원	52	101,007	79,937	90,866	94,879	101,623	112,792	
보건기관	41	27,395	28,745	27,934	27,286	26,926	26,915	
전체	3,482	112,344	84,240	89,203	94,069	106,508	149,015	

주: 보건기관은 보건소, 보건지소, 보건진료소, 보건의료원을 모두 합산한 수치임.  
 자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 4-30〉 의료기관 4대 종별 만성질환 보유 개수별 입·내원 일당 진료비 (단위: 만 명, 원)

구분	실인원 (만 명)	입·내원 일당 진료비	단일질환	복합질환				
			1개	2개	3개	4개	5개 이상	
상급종합병원	486	342,905	297,276	305,519	311,756	328,722	385,718	
종합병원	626	203,810	169,351	173,141	178,431	193,864	231,957	
병원급	530	105,793	86,948	92,405	96,538	104,861	123,331	
의원급	1,799	39,906	39,571	35,674	35,815	38,552	47,452	
전체	3,441	112,851	84,865	89,694	94,483	106,906	149,448	

주: 병원급은 한방병원과 정신병원, 요양병원을, 의원급은 한의원을 포함한 수치임(보건기관은 제외).  
 자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

## 2. 의료이용 실태 및 서비스 욕구 분석

### 가. 조사 개요

복합만성질환자가 의료이용 시 경험했던 장애요인과 이를 개선하는 데 필요한 새로운 서비스 등 복합만성질환자의 건강관리와 의료이용 관련 욕구를 파악하고자 설문조사를 수행하였다. 조사는 당뇨병 또는 고혈압을 포함한 2개 이상의 복합만성질환을 가지고 있는 성인을 대상으로 하였으며, 구조화된 설문지를 활용한 온라인 설문조사로 수행하였다. 조사업체가 보유한 전국 조사패널 117만 명을 표집 틀로 활용하였으며, 표집 방식은 만 59세 이하와 만 60세 이상 연령을 5:5로 임의 할당하였다. 일반적으로 만성질환의 유병률은 40대부터 증가하기 시작해 5~70대 연령에 집중적으로 분포한다. 특히 2개 이상의 복합만성질환 규모는 고 연령군에서 급격하게 증가하므로(Fortin, Stewart, Poitras 외, 2012; 박새영, 이연숙, 양윤준, 윤영숙, 이준형, 허연, ..., 문정원, 2021, pp.22~23에서 재인용), 표본 추출 시 이러한 양태를 고려하고자 한 것이다. 유효 표본은 1,000명이며, 95% 신뢰수준에서  $\pm 3.10\%p$  표본 오차를 보였다.

설문조사는 조사업체에서 보유한 온라인 패널을 활용하여 2022년 10월 4일부터 10월 10일까지 7일간 실시하였으며, 한국보건사회연구원에 설치된 생명윤리위원회(IRB)로부터 승인을 받았다(제2022-103호).

### 나. 조사 내용

조사 내용은 연구 대상인 복합만성질환자를 가려내기 위한 조사 대상자 선별 문항, 복합만성질환자의 의료이용 경험, 의료서비스 욕구, 응답자 특성 등 크게 네 가지 영역으로 구성하였다.

## 1) 조사 대상자 선별

조사 대상자 선별 문항으로 ‘만 나이’와 ‘현재 당뇨병 또는 고혈압을 포함한 2개 이상의 만성질환을 가지고 있는지’를 물어보았다. 여기서 만성질환이라 함은 ‘3개월 이상 지속적 치료, 약 복용 등의 관리가 필요한 질환’을 의미한다. 2개 이상의 만성질환에 동시에 이환된 복합만성질환 분류는 미국 보건부 Office of Assistant Secretary of Health(이하 ‘OASH’)에서 선정한 OASH 만성질환군(OASH list)을 중심으로 하였다. 여기에는 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 관절염, 천식, 암, 부정맥, 만성신장질환, 만성폐쇄성폐질환(COPD), 울혈성 심부전, 관상동맥질환, 치매, 우울증, 간염, 인간면역결핍바이러스(HIV), 골다공증, 정신분열증, 뇌졸중, 자폐스펙트럼장애, 약물남용장애 등 20개 질환으로 구성된다(Goodman et al, 2013, pp.10~14). 본 연구에서는 당뇨병 또는 고혈압을 포함한 2개 이상의 만성질환으로 대상과 범위를 국한하였으며, 조사 참여 시 당뇨병 또는 고혈압 질환을 중심으로 응답하도록 했다.

## 2) 의료서비스 이용 경험

복합만성질환자의 의료서비스 이용 경험에서는 만성질환을 처음 진단 받은 의료기관 유형과, 만성질환관리 또는 치료 상담을 위해 주로 방문하는 의료기관이 있는지, 있다면 이용 중인 기관 개수와 주로 방문하는 기관에서 만성질환관리를 위해 제공하는 서비스에는 무엇이 있는지를 살펴 보았다. 다음으로 만성질환관리에서 중요한 개념인 상용치료원 여부를 파악해보고자 했다. 상용치료원은 주치의 제도의 넓은 개념으로, 환자가 건강 문제로 상담이 필요할 때 주로 방문하는 전문 의료인이나 병·의원 등 의료기관을 의미한다(오종묵, 황종남, 2021, p.234). 특히나 상용치

료원은 환자-의사 커뮤니케이션 수준을 향상시키는 데 효과적이어서, 치료결정 과정에서 환자의 참여를 증진할 수 있는 주요한 수단으로 고려해야 한다는 선행연구 결과도 있었다(오종묵, 황종남, 2021, p.234). 상용 치료원에 대한 문항은 2018년 한국의료패널 조사표에서 일부 활용하였다(한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 2018, p.11). 조사 내용은 주로 이용하는 의료기관 유형과 해당 기관을 이용하게 된 주된 이유를 살펴보고, 아플 때나 검사 또는 치료 상담이 필요할 때 주로 방문하는 의사가 있는지, 그 의사는 대상자에게 발생하는 일반적인 건강 문제의 대부분을 해결해주는지를 물어보았다. 마지막으로 의료서비스 이용에 대한 전반적인 만족도와, 복합만성질환으로 의료이용 시 겪을 수 있는 어려움을 조사하였다.

### 3) 의료서비스 욕구

마지막으로 복합만성질환자의 의료서비스 욕구에 대해서도 살펴보았다. 만성질환관리를 위해 제공되는 서비스, 즉 복약지도, 생활습관 관리를 위한 교육 및 상담, 합병증 관리, 필요한 서비스 연계·조정, 모니터링 등이 일상생활에서 얼마나 필요한지 수요를 파악해보고자 했다. 또한 복합만성질환 관리를 위해 필요한 개선과제들을 나열하고 얼마만큼 동의하는지를 살펴보았다. 개선과제는 효율적인 질환 관리를 위한 지정의료기관 선정, 방문해야 하는 병·의원에 대한 정보 제공, 환자 중심의 유기적 진료과 연계, 건강관리를 포함한 포괄적 복합만성질환관리(원스톱 서비스), 통합적 건강 및 의료정보체계 구축 등 5가지로 제시하였으며, 이 외에 복합만성질환자의 의료이용을 위해 개선이 필요한 사항에 대해 개방형 문항으로 물어보았다.

마지막으로, 효율적인 복합만성질환 관리를 위해 선호하는 의료이용

모형에 대해서 파악해보고자 했다. 모형은 크게 ①동네 병·의원을 주치의 의료기관으로 지정하고 타 의원 또는 타 상급 기관에서 연계해 치료를 제공하는 모형과, ②종합병원을 주치의 의료기관으로 지정하고 해당 의료기관에서 통합 치료를 제공하는 모형, ③지정의료기관 없이 필요시 원하는 의료기관을 자유롭게 이용하는 모형으로 구성하였다.

〈표 4-31〉 효율적인 복합만성질환 관리를 위한 의료이용 모형(안)

주치의 의료기관		치료 제공		모형(안)
동네 병·의원	&	타 의원 또는 상급 기관에의 유기적 연계를 통한 치료 제공	⇒	1안
종합병원	&	해당 종합병원에서 통합적 치료 제공	⇒	2안
기존과 동일	&	기존과 동일 (필요시 원하는 의료기관 자유롭게 이용)	⇒	3안

〈표 4-32〉 복합만성질환자 대상 설문조사 주요 내용

구분	주요 설문 내용
조사 대상자 선별	- 만 나이 - 당뇨병 또는 고혈압을 포함한 2개 이상의 만성질환 보유 여부 - 현재 앓고 있는 만성질환
복합만성질환자 의료서비스 이용 경험	만성질환 진단 및 관리 - 고혈압 또는 당뇨병을 처음 진단받은 의료기관 ※ 검진으로 진단받은 경우, 검진받은 기관 선택 - 만성질환 관리 또는 치료 상담을 위해 주로 방문하는 의료기관 여부 • (있음) 의료기관 이용 개수, 주로 이용하는 기관에서 만성질환 관리를 위해 제공하는 서비스 • (없음) 주 방문 기관이 없는 이유

146 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

구분		주요 설문 내용
복합만성질환자 의료서비스 이용 경험 (계속)	상용치료원	- 주로 방문하는 의료기관 유형 • 해당 의료기관을 이용하게 된 주된 이유 - 아플 때나 치료 상담, 검사를 위해 주로 방문하는 의사 여부 • 일상적인 건강 문제에 대한 해결 정도
	만족도	- 의료서비스 이용에 대한 전반적 만족도
	의료이용 시 장애요인	- 방문해야 하는 의료기관 정보 부재 - 방문해야 하는 의료기관 정보 과다(선택의 어려움) - 치료를 위해 여러 병·의원을 돌아다녀야 하는 불편함 - 치료 시 생활습관 관리 등을 포함한 포괄적 관리 부재 - 건강 의료 정보 연계 부재로 반복적 설명과 검사 요구
복합만성질환자 의료서비스 욕구	필요 서비스	- 복약지도(약제의 복약 방법 설명 등 제공) - 생활습관 관리(운동, 식이조절 등)를 위한 교육 및 상담 - 합병증 관리 - 필요한 서비스 연계 및 조정 - 모니터링(전화 등을 통한 주기적 상태 점검) - 기타 서비스
	필요 개선과제	- 효율적 질환 관리를 위한 '지정 의료기관' 선정 • 지정기관의 유형(의료기관 종별) • 해당 의료기관이 적절하다고 생각하는 이유 - 방문해야 하는 병·의원에 대한 정보 제공 - 환자 중심의 진료과 연계 - 건강관리를 포함한 포괄적 관리(원스톱 서비스) 제공 - 통합적 건강 및 의료정보체계 구축·공유
	선호 의료이용 모형	- 동네 병·의원을 주치의 의료기관으로 지정 & 타 의원 또는 타 상급 기관에서 연계 치료 제공 - 종합병원을 주치의 의료기관으로 지정 & 해당 의료기관에서 통합 치료 제공 - 지정의료기관 없이 필요시 원하는 의료기관 자유롭게 이용
일반사항		- 성, 거주지, 최종학력, 혼인상태, 월평균 가구소득, 평소 건강 상태

주: 이 연구에서 수행한 '복합만성질환자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

## 다. 조사 결과

### 1) 응답자 특성

응답자의 특성을 살펴보면, 연령(만 59세 이하, 만 60세 이상)을 기준으로 임의 할당하였기 때문에 각 집단의 비율이 고르지 않다. 따라서 분석 결과를 해석할 때 주의할 필요가 있다. 성별은 남자(65.6%)가 여자(34.4%)보다 많았는데, 우리나라 19세 이상 성인의 고혈압, 당뇨병 유병률 모두 남자가 더 높은 특성과 일맥상통하는 결과이다. 2020년 기준 고혈압 유병률은 남자가 28.6%, 여자가 16.8%였고, 당뇨병 유병률은 남자가 13.0%, 여자가 8.2%를 기록하였다. 두 질환 모두 전년 대비 남자에서 증가한 반면, 여자는 큰 변화가 없었다(질병관리청 건강영양조사분석과, 2021, p.2). 연령은 60세 이상이 50.0%로 큰 비중을 차지하였는데, 이는 연령을 기준으로 임의 할당하였기 때문이다. 50대 17.3%, 40대 16.6%, 30대 10.4% 순으로 높았으며 20대가 5.7%로 가장 낮았다. 지역 분포는 서울, 인천, 경기를 포함한 수도권 거주자가 66.4%로 많았으며(서울 35.9%, 인천/경기 30.5%), 부산/울산/경남(11.8%)이 그 뒤를 이었다. 한편, 제주 및 강원 지역에 거주하는 응답자는 각각 0.2%, 2.5%에 불과했다. 보유 만성질환은 고혈압이 87.5%, 당뇨병이 46.0% 순으로 많았다. 최종학력은 대학교 졸업이 56.4%로 절반 이상을 차지했으며, 혼인상태는 유배우자(76.2%)가, 월평균 가구소득은 300~500만 원 미만(28.6%)이 큰 비중을 차지했다. 평소 건강 상태는 보통(57.9%), 나쁨(26.2%), 좋음(15.9%) 순으로 인식하고 있었다.

〈표 4-33〉 응답자의 일반적 특성: 복합만성질환자

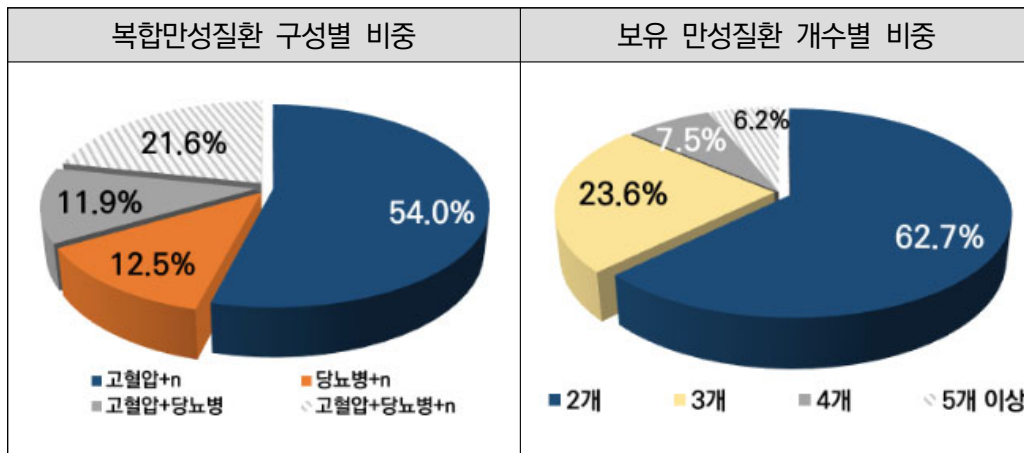
구분		빈도(명)	비율(%)
전체		1,000	100
성별	남자	656	65.6
	여자	344	34.4
연령	20~29세	57	5.7
	30~39세	104	10.4
	40~49세	166	16.6
	50~59세	173	17.3
	60세 이상	500	50.0
거주지 (권역)	서울	359	35.9
	인천/경기	305	30.5
	대전/충북/충남/세종	61	6.1
	광주/전북/전남	72	7.2
	대구/경북	58	5.8
	부산/울산/경남	118	11.8
	강원	25	2.5
	제주	2	0.2
보유 만성질환 (복수)	당뇨병	460	46.0
	고혈압	875	87.5
	그 외	881	88.1
최종학력	중학교 졸업 이하	22	2.2
	고등학교 졸업(대학 재학/휴학/중퇴 포함)	197	19.7
	전문대 졸업	96	9.6
	대학교 졸업	564	56.4
	대학원 이상	121	12.1
혼인상태	배우자 있음	762	76.2
	배우자 없음(별거, 이혼, 사별)	118	11.8
	미혼	120	12.0
월평균 가구소득	100만 원 미만	59	5.9
	100~200만 원 미만	84	8.4
	200~300만 원 미만	149	14.9
	300~500만 원 미만	286	28.6
	500~700만 원 미만	231	23.1
	700만 원 이상	191	19.1
평소 건강 상태	나쁨	262	26.2
	보통	579	57.9
	좋음	159	15.9

주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 대상 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.



이어서 응답자가 현재 앓고 있는 복합만성질환을 구체적으로 살펴보았다. 전술한 바와 같이 조사 대상은 당뇨병이나 고혈압 중 최소 1개를 가지고 있는 복합만성질환자이다. 세부 질환 구성별로 보면 크게 고혈압+n, 당뇨병+n, 고혈압+당뇨병, 고혈압+당뇨병+n으로 구분할 수 있다. 고혈압+n이 절반 이상 분포하고 있었으며(54.0%), 고혈압+당뇨병+n 조합이 21.6%, 당뇨병+n 조합이 12.5%였다. 한편, 고혈압과 당뇨병 2개를 동시에 앓고 있는 응답자는 전체 10명 중 1명 정도였다(11.9%). 보유 만성질환 개수에 따라서는 2~3개 보유하고 있는 응답자가 전체 86.3%로 큰 비중을 나타냈으며(2개 62.7%, 3개 23.6%), 5개 이상은 6.2%였다.

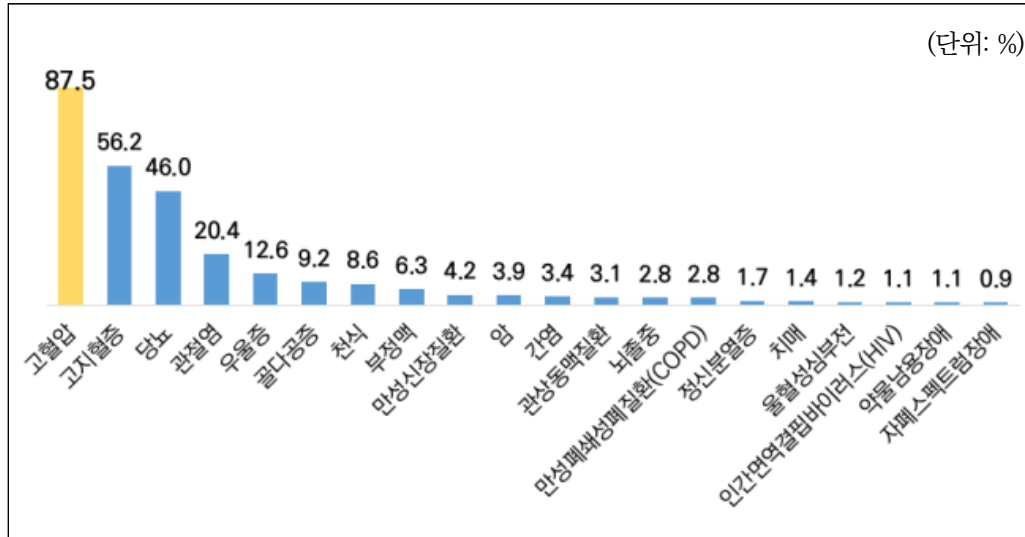
[그림 4-2] 복합만성질환 구성 및 보유 만성질환 개수



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

미국 OASH 리스트를 바탕으로 현재 앓고 있는 만성질환에 모두 답하도록 한 결과(복수 응답), 고혈압이 87.5%로 가장 많았으며, 이어서 고지혈증 56.2%, 당뇨병 46.0%, 관절염 20.4%, 우울증 12.6% 순으로 나타났다.

[그림 4-3] 응답자의 복합만성질환 현황(최소 2개, 복수 응답)



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

성별에 따라서는 남자가 고혈압(88.7%), 고지혈증(58.8%), 당뇨병(47.1%)을 더 많이 보유한 반면, 여자는 관절염(29.4%), 우울증(14.0%), 골다공증(18.9%), 천식(11.0%)을 상대적으로 더 많이 앓고 있었다. 연령에 따라서는 40대 이하보다 60대 이상에서 고혈압, 고지혈증, 골다공증이 많았고, 반대로 40대 이하에서는 당뇨병(50.5%), 우울증(24.5%), 천식(14.1%) 환자 비중이 컸다. 2022년 6월에 건강보험심사평가원에서 발표한 최근 5년간(2017~2021년) 우울증 진료 현황 분석 결과에 따르면, 2021년 기준 여자가 남자보다 우울증이 2.1배 더 많았고, 2017년 대비 2021년 우울증 환자가 20대에서 큰 폭(127.1%)으로 증가한 사실을 확인할 수 있다(건강보험심사평가원 급여정보분석실, 2022, p.1).

〈표 4-34〉 성·연령별 보유하고 있는 만성질환(복수 응답)

(단위: 명, %)

구분	전체	성별		연령		
		남자	여자	40대 이하	50대	60대 이상
사례 수	1,000	656	344	327	173	500
고혈압	87.5	88.7	85.2	85.3	87.9	88.8
고지혈증	56.2	58.8	51.2	46.5	57.2	62.2
당뇨병	46.0	47.1	43.9	50.5	38.2	45.8
관절염	20.4	15.7	29.4	16.5	23.7	21.8
우울증	12.6	11.9	14.0	24.5	6.9	6.8
골다공증	9.2	4.1	18.9	7.0	9.8	10.4
천식	8.6	7.3	11.0	14.1	4.6	6.4
부정맥	6.3	6.7	5.5	7.0	6.4	5.8
만성신장질환	4.2	4.4	3.8	5.2	2.9	4.0
암	3.9	3.8	4.1	4.3	1.7	4.4
간염	3.4	3.7	2.9	5.2	2.9	2.4
관상동맥질환	3.1	3.0	3.2	3.1	1.2	3.8
뇌졸중	2.8	2.7	2.9	3.1	1.7	3.0
만성폐쇄성폐질환(COPD)	2.8	2.6	3.2	4.0	0.6	2.8
정신분열증	1.7	1.8	1.5	3.7	0.6	0.8
치매	1.4	1.1	2.0	2.4	-	1.2
울혈성심부전	1.2	1.2	1.2	1.8	-	1.2
인간면역결핍바이러스(HIV)	1.1	1.1	1.2	3.1	-	0.2
약물남용장애	1.1	0.9	1.5	2.4	-	0.6
자폐스펙트럼장애	0.9	0.9	0.9	2.4	-	0.2

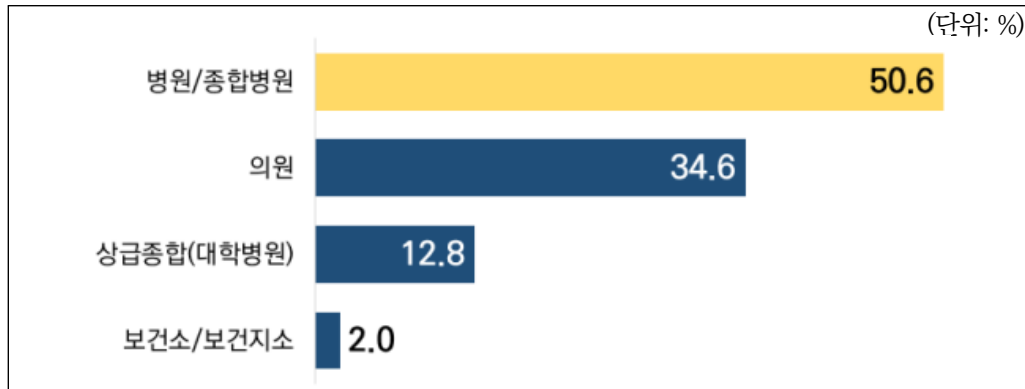
주: 이 연구에서 수행한 '복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

## 2) 복합만성질환자 의료서비스 이용 경험

다음으로 복합만성질환자의 의료이용 경험에 대해 살펴보았다. 먼저 고혈압 또는 당뇨병을 처음 진단받은 의료기관 유형을 물어보았는데, 절반 정도가 병원/종합병원에서, 34.6%가 의원에서 진단받았다고 답하였

다. 이때 건강검진을 통해 진단받은 경우, 검진받은 의료기관을 선택하도록 했다.

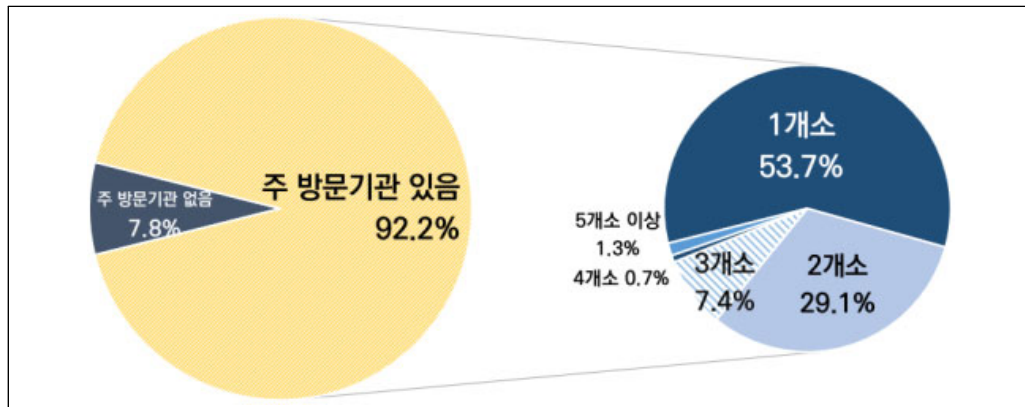
[그림 4-4] 고혈압 또는 당뇨병을 처음 진단받은 의료기관



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

대부분 응답자가 현재 해당 만성질환 관리 또는 치료 상담을 위해 주로 방문하는 의료기관이 있다고 응답하였으며(92.2%), 평균 1.6개소를 이용하고 있는 것으로 나타났다. 몇 개의 의료기관을 이용하고 있는지를 자세히 살펴봤을 때, 1개소가 53.7%로 가장 많았고 2개소가 29.1%였다. 대부분의 복합만성질환자들은 1~2개소 내에서 건강관리와 의료이용을 하는 것으로 보였다.

[그림 4-5] 만성질환 관리 또는 치료 상담을 위해 주로 방문하는 의료기관 수



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

이를 바탕으로 만성질환 보유개수에 따라 의료기관을 어느 정도 이용하고 있는지를 살펴보았다. 최소 2개의 만성질환을 앓고 있는 응답자가 주로 방문하는 의료기관은 1개소(64.9%)가 많았으나, 약 35% 정도는 2개소 이상을 방문하는 것으로 나타났다. 또한 3개 질환 보유자의 절반 정도(52.5%)만이 의료기관을 1개소만 이용하였고, 32.1%는 2개소를 이용하고 있었다. 5개 이상의 복합만성질환자는 주로 의료기관 2개소를 이용하였다. 이처럼 보유 질환 수가 증가할수록 만성질환 치료와 관리를 위해 주로 방문하는 기관의 수도 역시 늘어났다. 다양한 특성을 가진 복합만성질환을 한 곳에서 포괄적으로 케어하는 것이 현실적으로 어렵다는 사실을 보여주는 결과이다.

〈표 4-35〉 만성질환 보유 개수별 주로 방문하는 의료기관 현황

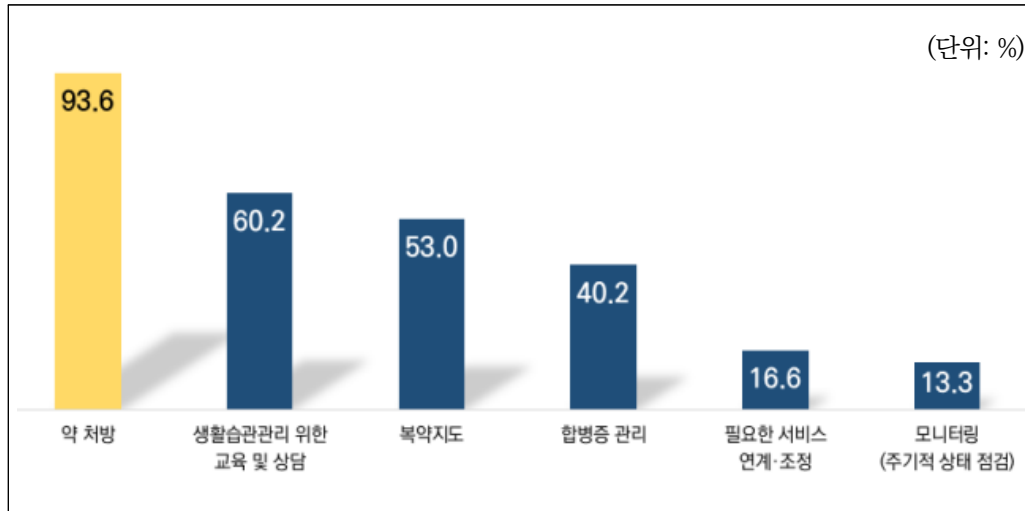
(단위: 명, %)

구분		사례 수	주로 이용하는 의료기관 수			
			1개소	2개소	3개소	4개소 이상
보유 질환 수	2개	570	64.9	28.6	4.7	1.8
	3개	221	52.5	32.1	14.0	1.4
	4개	71	45.1	39.4	11.3	4.2
	5개 이상	60	31.7	48.3	13.3	6.7

주: 이 연구에서 수행한 '복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

이어서 주로 이용하는 의료기관에서 만성질환관리를 위해 제공하고 있는 서비스를 조사하였다. 기본적으로 행해지는 약 처방이 93.6%로 가장 큰 비중을 차지했으며, 운동, 식이조절 등 생활습관 관리를 위한 교육 및 상담(60.2%), 복약지도(53.0%)도 어느 정도 이루어지고 있었다. 한편, 전화 등을 통해 주기적으로 상태를 점검하는 모니터링은 13.3%만이 제공한다고 답하였다.

[그림 4-6] 주로 방문하는 의료기관에서 제공하는 서비스



주: 이 연구에서 수행한 '복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.

이번에는 응답자의 만성질환 보유개수에 따라 주 방문기관에서 제공하는 서비스 양태를 살펴보았다. 대상자가 최소 2개 이상의 복합만성질환을 가지고 있다는 점을 강조하기 위함이었다. 분석 결과, 약 처방은 보유질환 수와 상관없이 대부분 잘 이루어지고 있었으나(91.7%~97.2%), 필요한 서비스의 연계·조정과 모니터링은 원활하지 못했다. 지속적인 관심과 케어가 필요한 복합만성질환자에게 주기적인 상태를 점검하는 모니터링은 특히나 중요한 요소이다. 또 단일질환이 아닌 여러 질환에 동시에 노출되어 있고, 질환마다 특이성이 다르므로 필요한 서비스를 연계 제공하는 것도 모니터링만큼 중요하다. 하지만 현실적으로 어느 한 곳에서 복합만성질환자에 대한 포괄적 관리가 이루어지고 있지 않아 모니터링이 원활하지 않고, 여기서 파생되는 필요한 상담이나 서비스 연계마저도 기대하기 어려운 상황이다.

〈표 4-36〉 만성질환 보유 개수별 주로 방문하는 의료기관 제공 서비스

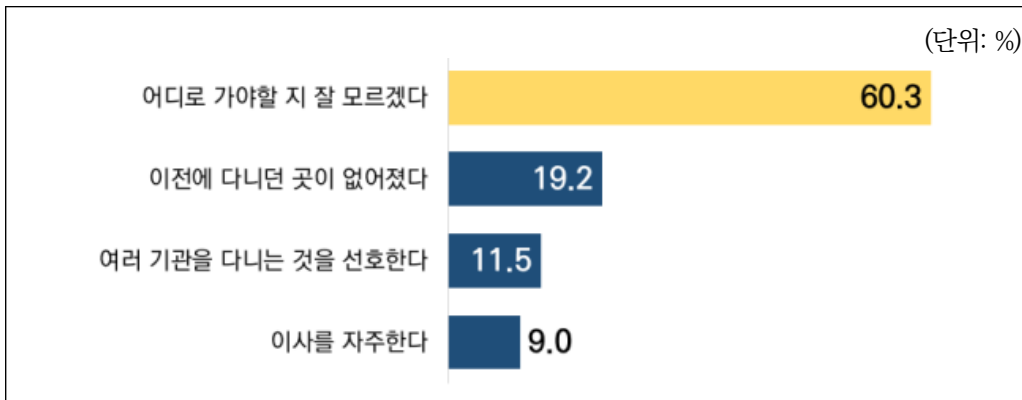
(단위: 명, %)

구분	사례 수	주로 이용하는 의료기관의 제공 서비스						
		약 처방	생활습관 관리를 위한 교육/상담	복약지도	합병증 관리	필요서비스 연계·조정	모니터링	
보유 질환 수	2개	570	93.0	46.3	54.7	31.8	12.8	13.0
	3개	221	94.6	58.8	63.8	50.2	18.1	11.3
	4개	71	97.2	66.2	73.2	53.5	18.3	9.9
	5개 이상	60	91.7	80.0	83.3	68.3	45.0	28.3

주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

한편, 앞서 만성질환 관리 또는 치료 상담을 위해 주로 방문하는 의료기관이 없다고 응답한 사람(7.8%)에게 그 이유를 물어보았다. ‘어디로 가야할지 잘 모르겠어서’가 60.3%로 가장 많았고, ‘이전에 다니던 곳이 없어져서’ 19.2%, ‘여러 기관을 다니는 것을 선호해서’ 11.5% 순으로 나타났다. 물론 주 방문 기관이 없다고 응답한 사람은 소수에 불과하지만, 만성질환이 질병 악화와 합병증 예방을 위해 꾸준한 치료와 관리를 요하는 점을 고려할 때 방문해야 하는 병·의원에 대한 정보 공유가 필요하다.

[그림 4-7] 주로 방문하는 의료기관이 없는 이유

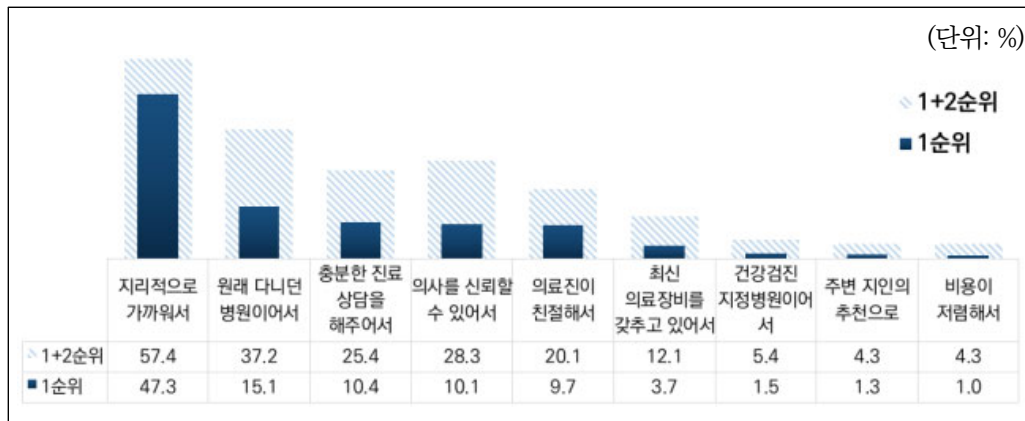


주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.



다음으로, 복합만성질환자의 상용치료원 여부를 파악해보고자 했다. 현재 앓고 있는 만성질환을 포함하여 일상에서 주로 방문하는 의료기관 유형을 조사하였는데, 주로 의원(41.2%)과 병원/종합병원(40.7%)을 이용하는 것으로 나타났다. 그렇다면 왜 해당 의료기관을 이용하게 되었을까? 주된 이유를 최대 2개까지 물어보았다. ‘지리적으로 가까워서’가 1순위(47.3%)로 꼽혔다. 그다음으로 ‘원래 다니던 병원이어서’ 15.1%, ‘충분한 진료 상담을 해주어서’ 10.4% 등 순이었으나 1위와의 격차가 컸다(1순위 기준). 1, 2순위를 모두 고려한 분석 결과에서도 이러한 경향은 유사하게 나타났으나, 의사에 대한 높은 신뢰도가 28.3%로 충분한 진료 상담(25.4%)보다 더 높게 나타났다.

[그림 4-8] 해당 의료기관을 이용한 주된 이유(1, 2순위)



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

이번에는 의료기관 종별에 따라 그 이유를 살펴보았다. 응답자의 40% 정도가 주로 의원과 병원/종합병원을 이용한다고 답하였는데, 주된 이유는 모두 ‘지리적으로 가까워서’였다(의원 79.5%, 병원/종합병원 50.7%), 상급종합병원을 주로 이용하는 응답자의 절반 정도는 의사에 대한 높은 신뢰도를 이유로 방문하는 것으로 나타났고, 이 외에 최신 의료장비를 갖추고 있는 점도 주된 이유였다(39.0%).



〈표 4-37〉 의료기관 종별 해당 의료기관을 이용한 주된 이유(1+2순위) (단위: 명, %)

구분	의원	병원, 종합병원	상급종합병원 (대학병원)	보건소, 보건지소
사례 수	380	375	159	8
지리적으로 가까워서	79.5	50.7	20.8	50.0
의료진이 친절해서	21.1	21.9	13.2	25.0
충분한 진료 상담을 해주어서	21.3	29.9	24.5	25.0
의사를 신뢰할 수 있어서	19.2	28.5	50.3	12.5
원래 다니던 병원이어서	36.3	37.3	39.6	25.0
최신 의료 장비를 갖추고 있어서	0.8	12.5	39.0	-
건강검진 지정병원이어서	3.7	8.0	3.8	-
주변 지인의 추천으로	4.7	3.7	5.0	-
비용이 저렴해서	6.3	2.9	0.6	-

주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

아플 때나 검사 또는 치료 상담을 하기 위해 주로 방문하는 의사, 즉 소위 일컫는 ‘주치의’가 있는지를 물어보았다. 10명 중 약 7~8명 정도는 주 방문 의사가 있었으며(77.9%), 이들에게 발생하는 일상적인 건강 문제를 대부분 해결해주는 것으로 나타났다(78.0%).

〈표 4-38〉 주 방문 의사 여부 및 건강 문제 해결 정도 (단위: 명, %)

구분	사례 수	주 방문 의사 여부		('있음' 응답한 경우) 주 방문 의사의 건강 문제 해결 정도				
		있음	없음	전혀 해결 못함	해결 못함	어느 정도 해결함	대부분 해결함	
전체	1,000	77.9	22.1	0.9	21.1	70.6	7.4	
성별	남자	656	76.1	23.9	0.6	21.4	70.5	7.4
	여자	344	81.4	18.6	1.4	20.4	70.7	7.5
연령	20대 이하	57	73.7	26.3	4.8	19.0	66.7	9.5
	30대	104	76.0	24.0	1.3	21.5	69.6	7.6
	40대	166	76.5	23.5	1.6	20.5	68.5	9.4
	50대	173	78.0	22.0	0.7	22.2	74.8	2.2
	60대 이상	500	79.2	20.8	0.3	21.0	70.5	8.3

주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

복합만성질환자의 의료서비스 이용에 대해 전반적으로 어느 정도 만족하는지를 물어보았는데, 응답자의 55.4%만이 만족한다고 답하였다(만족 48.4%, 매우 만족 7.0%). 응답자 특성에 따라서는 월평균 가구소득이 높을수록 복합만성질환에 대한 의료서비스 만족도가 높았으며 저소득과 고소득 간 격차가 컸다(39.0%~64.9%), 평소 건강 상태도 마찬가지로 ‘보통(50.8%)’이거나 ‘나쁨(53.8%)’보다는 ‘ 좋음(74.8%)’으로 인식하는 응답자에게서 만족도가 상대적으로 더 높았다.

〈표 4-39〉 복합만성질환자의 의료서비스 이용에 대한 전반적 만족도

(단위: 명, %)

구분	사례 수	만족도(%)			평균 (5점)	
		불만족	보통	만족		
전체	1,000	5.3	39.3	55.4	3.56	
월평균 가구소득	100만 원 미만	59	10.2	50.8	<b>39.0</b>	<b>3.36</b>
	100~200만 원 미만	84	4.8	41.7	53.6	3.51
	200~300만 원 미만	149	6.0	40.9	53.0	3.53
	300~500만 원 미만	286	5.2	42.0	52.8	3.53
	500~700만 원 미만	231	3.9	39.0	57.1	3.61
	700만 원 이상	191	5.2	29.8	<b>64.9</b>	<b>3.67</b>
평소 건강 상태	나쁨	262	10.7	35.5	<b>53.8</b>	<b>3.47</b>
	보통	579	4.0	45.3	50.8	3.52
	좋음	159	1.3	23.9	<b>74.8</b>	<b>3.88</b>

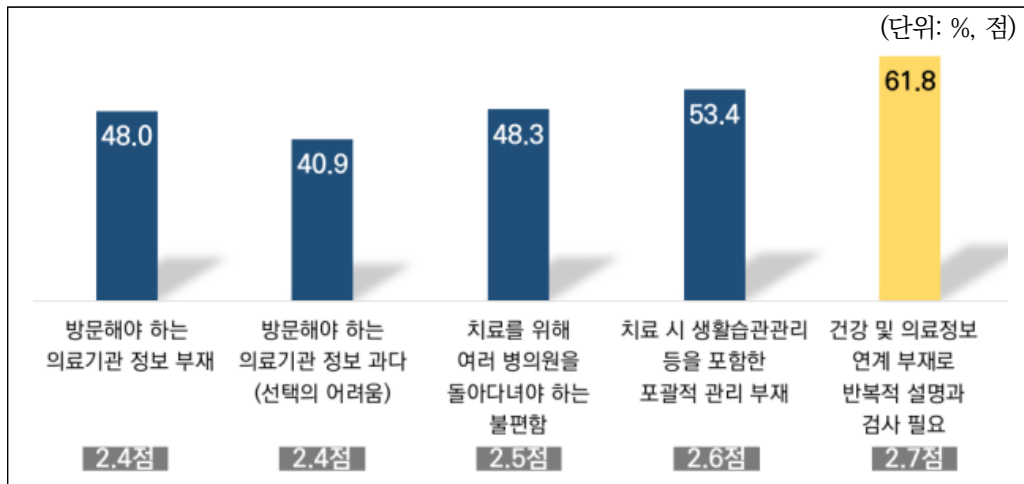
주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

2) 불만족은 ‘매우 불만족’과 ‘불만족’을, 만족은 ‘만족’과 ‘매우 만족’을 합한 수치임.

다음으로 평소 복합만성질환자가 의료서비스를 이용하면서 겪을 수 있는 장애요인에 대해 파악해보고자 했다. 전반적으로 의료이용 시 건강 및 의료이용 정보 연계가 되지 않아 반복적인 설명과 검사를 해야 하는 어려움이 61.8%로 가장 컸다. 응답자의 53.4%가 치료 시 생활습관관리 등을 포함한 포괄적인 관리를 받지 못한다고 느끼고 있었으며, 치료를 위해 여러 병·의원을 돌아다녀야 하는 불편함(48.3%) 역시 장애요인으로 작용하고 있었다. 구체적으로 응답자 특성에 따라서는 유의미한 차이는 없었지

만, 고연령보다 젊은 연령층에서 정보 부족, 정보 과다로 선택의 어려움, 여러 병·의원 방문, 포괄적 관리 부재, 반복적 설명 등 전반적으로 의료이용 시 어려움을 크게 느끼고 있었다. 그리고 평소 건강 상태가 좋을수록 의료이용에 어려움이 있는 것으로 보였다.

[그림 4-9] 복합만성질환자의 의료이용 시 어려움



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 막대그래프는 ‘그렇다’와 ‘매우 그렇다’를 합한 수치이며, 그림 아래 회색 상자는 의료이용 어려움을 4점 만점으로 환산한 점수임.

<표 4-40> 응답자 특성별 아동의 의료이용 시 어려움

(단위: 명, %)

구분	사례 수	정보 부족	정보 과다	다수 병원 방문	포괄적 관리 부재	반복적 설명/검사	
전체	1,000	48.0	40.9	48.3	53.4	61.8	
아동 연령	20대 이하	57	61.4	66.7	61.4	73.7	63.2
	30대	104	61.5	55.8	56.7	61.5	62.5
	40대	166	57.8	45.8	57.8	56.0	64.5
	50대	173	51.4	39.9	52.0	54.9	60.7
	60대 이상	500	39.2	33.6	40.6	48.0	61.0
평소 건강상태	나쁨	262	40.5	37.8	47.7	50.4	60.3
	보통	579	50.1	39.7	48.2	55.6	61.8
	좋음	159	52.8	50.3	49.7	50.3	64.2

주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 표 내용은 복합만성질환자의 의료이용 시 각각의 ‘어려움’을 나타낸 수치임.

이 외에 복합만성질환자가 의료서비스를 이용하면서 경험한 어려움을 물어보았다. 진료(과잉 진료, 형식적 진료, 처방 위주의 진료 등), 처방(과다 처방, 약 복용의 어려움 등), 검사(과잉 검사, 시설 부족, 불충분한 설명 등) 측면에서 다양한 의견을 주었다. 또한 의료접근성과 만성질환에 대한 전문성 부재, 불충분한 의료진 면담·상담·설명, 분절적인 의료이용 및 관리에 따른 효율성 저하 등 애로사항도 있었다.

특히 ‘긴 대기시간’, ‘비싼 진료(검사)비’, ‘의료접근성 부재’, ‘의료진의 불충분한 설명’, ‘한 곳에서 통합진료 및 관리 어려움’에 대한 문제를 많이 지적해주었다.

〈표 4-41〉 기타 복합만성질환자의 의료이용 시 어려움

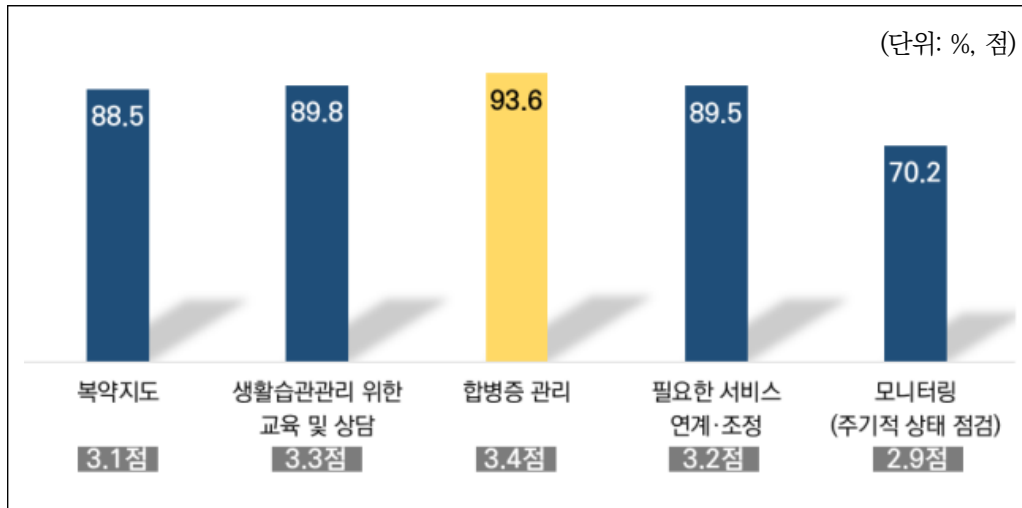
범주	내용
진료, 처방, 검사 등 전반	- (진료) 장기 진료/입원에 따른 무력감, 과잉 진료, 빠른 진단/치료의 어려움, 형식적인 진료/치료, 환자에 대한 모니터링 부족, 추적관리 부재로 이중 치료에 대한 부담감, 정확한 진단을 위한 긴 시간 소요 - (처방/복약) 과다한 투약 지도, 장기 약물복용에 따른 문제, 약 복용의 어려움, 과다한 처방, 처방 위주의 진료, 약 중단을 위한 방법 제시 불충분, 약 처방 받기 어려움 - (검사) 과잉 검사(불필요한 검사 요구, 잦은 검사 빈도, 많은 검사량), 검사 시설 부족, 매끄럽지 못한 검사 연계, 검사에 대한 불충분한 설명, 긴 검사 시간
의료접근성 및 전문성 부재	- (접근성) 병원의 접근성 부족, 근거리에 대형 종합병원의 부재, 긴 대기시간, 병원 예약의 어려움, 야간에 병원 이용 어려움, 진료 가능한 병원 찾기 어려움, 의료 시설 부족 - (전문성) 전문적 병원 찾기 어려움, 종합병원을 제외한 중급병원 부재, 단계별 방문병원 선정 어려움, 동네병원에서 전문서비스 기대 어려움
불충분한 의료진 면담, 상담, 설명 등	- 의료진의 설명 부족, 의료진마다 다른 치료/처방, 의료진의 불충분한 상담, 형식적인 의료진 상담, 의료진과 소통 부재, 의료진의 상담 연계 어려움, 담당 의사의 잦은 출타, 담당 의사와 면담/통화 어려움, 담당 의사 면담 어려움(지정일에만 가능)
분절적인 의료이용 및 관리	질병별 병원이 달라 시간적 효율성 낮음, 진료 시 파트별 협업 부족, 증상에 따른 진료과 선정 어려움, 진료과가 세분화되어 타과로 이동해야 하는 불편함, 한 곳에서 통합진료/관리 어려움, 환자 중심의 진료체계가 아님, 주치의 통한 관리시스템 필요

주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

### 3) 복합만성질환자 의료서비스 욕구

지금까지 복합만성질환자를 대상으로 의료이용 실태와 장애요인을 살펴보고왔다. 이를 바탕으로 복합만성질환자의 의료욕구를 살펴보고자 한다. 먼저, 만성질환관리를 위해 제공되는 서비스, 즉 복약지도, 생활습관관리를 위한 교육 및 상담, 합병증 관리, 필요한 서비스 연계 및 조정, 모니터링이 이들의 일상생활에서 얼마나 필요한지 수요를 파악해보았다. 합병증 관리가 93.6%로 수요가 가장 높았으며, 생활습관관리를 위한 교육 및 상담(89.8%), 필요한 서비스 연계 및 조정(89.5%) 순이었다. 한편 주기적인 상태를 점검하는 모니터링은 70.2%로 가장 낮았다.

[그림 4-10] 복합만성질환 관리를 위한 일상생활 필요 서비스



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 막대그래프는 ‘필요하다’와 ‘매우 필요하다’를 합한 수치이며, 그림 아래 회색 상자는 필요도를 4점 만점으로 환산한 점수임.

응답자 특성에 따라서는 유의미한 차이는 없었지만, 몇 가지 눈에 띄는 점이 있었다. ‘생활습관관리를 위한 교육 및 상담(90.4%)’과 ‘합병증 관

리(95.2%)’는 고연령층에서 수요가 높은 반면, ‘복약지도(92.8%)’, ‘필요 서비스 연계 및 조정(92.3%)’, ‘모니터링(80.8%)’ 서비스는 30~40대에 서 필요성을 더 많이 느끼고 있었다. 평소 건강 상태가 좋을수록 일상생활에서 ‘생활습관관리를 위한 교육 및 상담(91.2%)’, ‘모니터링(72.3%)’ 이 필요하다고 응답하였고, 반면에 ‘합병증 관리’는 건강 상태가 ‘나쁨’으로 인식하고 있는 응답자에게서 더 필요로 하는 것으로 보여졌다(95.0%).

〈표 4-42〉 응답자 특성별 복합만성질환 관리를 위한 필요 서비스

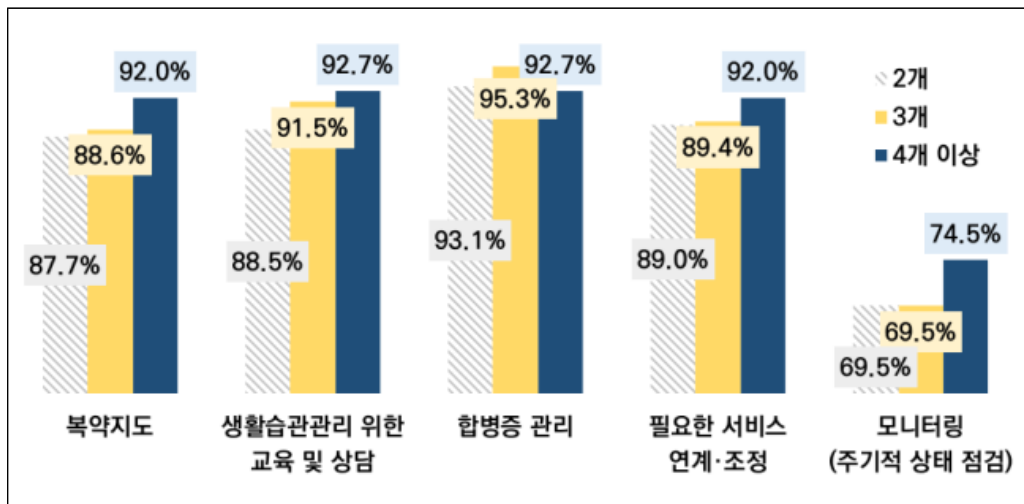
(단위: 명, %)

구분		사례 수	복약지도	교육 및 상담	합병증 관리	필요서비스 연계조정	모니터링
전체		1,000	88.5	89.8	93.6	89.5	70.2
연령	20대 이하	57	91.2	84.2	86.0	87.7	73.7
	30대	104	85.6	89.4	90.4	<b>92.3</b>	<b>80.8</b>
	40대	166	<b>92.8</b>	89.8	92.2	91.0	77.7
	50대	173	91.3	90.2	94.8	89.6	67.6
	60대 이상	500	86.4	<b>90.4</b>	<b>95.2</b>	88.6	66.0
월평균 가구소득	100만원 미만	59	89.8	81.4	89.8	83.1	61.0
	100~200만원	84	78.6	85.7	89.3	78.6	57.1
	200~300만원	149	87.2	89.3	94.0	87.9	67.1
	300~500만원	286	89.5	<b>93.0</b>	94.1	92.0	70.6
	500~700만원	231	<b>91.8</b>	<b>91.3</b>	93.9	92.2	<b>75.3</b>
	700만원 이상	191	88.0	88.0	<b>95.3</b>	<b>90.6</b>	<b>74.3</b>
평소 건강상태	나쁨	262	90.1	89.7	<b>95.0</b>	90.5	67.6
	보통	579	86.9	89.5	93.4	88.4	70.8
	좋음	159	91.8	<b>91.2</b>	91.8	91.8	<b>72.3</b>

주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 표 내용은 ‘필요하다’와 ‘매우 필요하다’를 합한 수치임.

이번에는 만성질환 보유 개수에 따라 필요한 서비스를 파악해보았다. 모니터링을 제외한 전반적인 서비스 필요도는 90% 내외로 그 수요가 높았다. 특히 보유질환 수가 증가할수록, 즉 2개보다 4개 이상에서 서비스 수요가 높았는데, 만성질환을 4개 이상 보유하고 있는 응답자는 모니터링을 제외한 나머지 서비스(복약지도 등)에서 92%를 웃도는 수준이었다. 한편, 모니터링의 필요도는 보유 질환 수와 상관없이 상대적으로 낮게 나타났다.

[그림 4-11] 만성질환 보유 개수별 필요 서비스

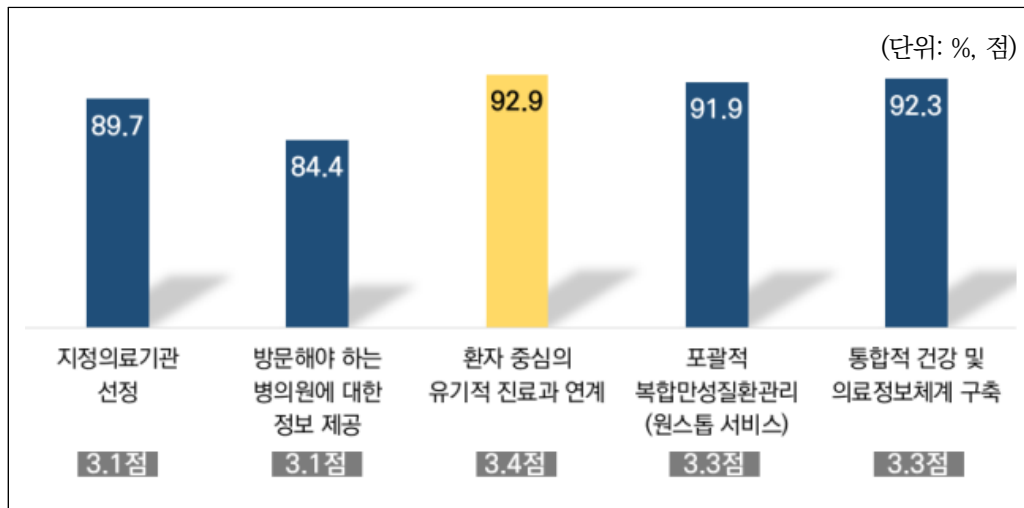


주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 막대그래프는 ‘필요하다’와 ‘매우 필요하다’를 합한 수치임.

다음으로 복합만성질환 관리를 위해 필요한 개선과제를 조사하였다. 개선과제는 ① 효율적인 질환 관리를 위한 지정 의료기관 선정, ② 방문해야 하는 병·의원에 대한 정보 제공, ③ 환자 중심의 유기적 진료과 연계, ④ 건강관리를 포함한 포괄적 복합만성질환관리(원스톱 서비스), ⑤ 통합적 건강 및 의료정보체계 구축 등 5가지로 제시하였으며, 이 외에 복합만성질환자의 의료이용을 위해 개선이 필요한 사항에 대해서도 물어보았다.

분석 결과, ‘환자 중심으로 여러 진료과(의원)가 유기적으로 연계되었으면 좋겠다’는 의견이 92.9%로 가장 많았다. 근소한 차이로 ‘건강 및 의료이용 정보가 통합적으로 구축 및 공유되었으면 좋겠다’는 의견이 92.3%, ‘건강관리를 포함해 포괄적 관리(원스톱 서비스)를 해주었으면 좋겠다’는 의견이 91.9%로 복합만성질환 관리를 위해 필요한 개선과제를 제시해주었다.

[그림 4-12] 복합만성질환 관리를 위해 필요한 개선과제



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 막대그래프는 ‘필요하다’와 ‘매우 필요하다’를 합한 수치이며, 그림 아래 회색 상자는 필요도를 4점 만점으로 환산한 점수임.

응답자 특성에 따라서는 고연령층에서 주로 환자 중심의 진료과 연계 (94.8%)와 통합적 건강 및 의료이용 정보체계 구축(95.0%)을 가장 필요한 개선과제로 여겼다. 월평균 가구소득이 높을수록 복합만성질환 관리를 위한 ‘지정기관 선정’부터 ‘통합적 건강 및 의료이용 정보체계 구축’까지 모두 필요로 하였다. 평소 건강 상태가 ‘나쁘다’고 인식하는 응답자의 경우, 환자 중심의 통합적·포괄적 관리와 관련성이 높은 과제가 큰 비중



을 차지하였다(‘환자 중심의 진료과 연계’ 95.4%, ‘포괄적 관리’ 93.5%, ‘통합적 건강 및 의료이용 정보체계 구축’ 95.4%).

〈표 4-43〉 응답자 특성별 복합만성질환 관리를 위해 필요한 개선과제

(단위: 명, %)

구분		사례 수	지정기관 선정	방문기관 정보	진료과 연계	포괄적 관리	의료정보 통합
전체		1,000	89.7	84.4	92.9	91.9	92.3
연령	20대 이하	57	84.2	84.2	84.2	93.0	82.5
	30대	104	91.3	88.5	88.5	87.5	89.4
	40대	166	91.6	84.9	91.6	94.0	89.2
	50대	173	91.9	86.1	94.2	90.8	92.5
	60대 이상	500	88.6	82.8	94.8	92.4	95.0
월평균 가구소득	100만 원 미만	59	86.4	81.4	89.8	84.7	96.6
	100~200만 원	84	77.4	72.6	86.9	88.1	89.3
	200~300만 원	149	87.2	81.2	92.6	90.6	93.3
	300~500만 원	286	90.9	85.0	93.7	91.6	92.0
	500~700만 원	231	93.1	87.9	93.5	93.1	91.3
	700만 원 이상	191	92.1	88.0	94.8	95.8	93.2
평소 건강 상태	나쁨	262	89.3	84.7	95.4	93.5	95.4
	보통	579	89.1	83.6	91.5	90.8	91.7
	좋음	159	92.5	86.8	93.7	93.1	89.3

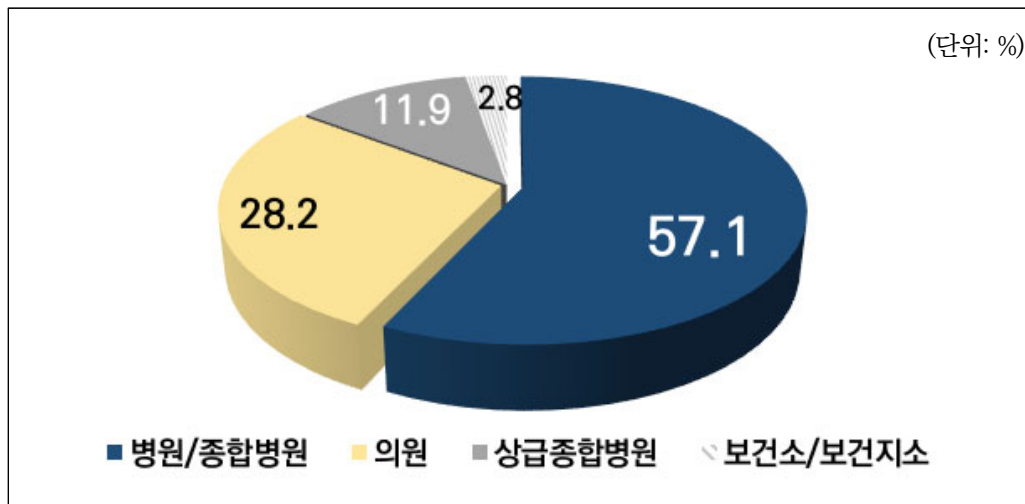
주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

2) 표 내용은 ‘필요하다’와 ‘매우 필요하다’를 합한 수치임.

한편, 앞서 효율적인 질환 관리를 위해 ‘지정의료기관’이 필요하다고 동의한 응답자에게 과연 어떤 의료기관 종별이 적절하다고 생각하는지를 물어보았다. 병원/종합병원이 절반 이상으로 가장 큰 비중을 보였고 (57.1%), 의원이 28.2%로 그다음 순이었다. 그렇다면 해당 의료기관이 적절하다고 생각한 이유는 무엇일까? 전체적으로는 지리적으로 가까워서

가 27.1%로 가장 많았고, ‘통합적 치료 가능’ 26.6%, ‘의료진에 대한 신뢰도’ 25.6%, ‘합리적 비용’ 15.7% 순으로 나타났다.

[그림 4-13] ‘지정의료기관’으로 적절한 의료기관 종별



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

의료기관 종별에 따라 그 이유를 구체적으로 살펴보았다. 지정의료기관으로 병원/종합병원이 적절하다고 선택한 큰 이유는 통합적 치료가 가능하고(37.3%), 의료진에 대한 신뢰도(28.5%)가 있기 때문이었다. 의원의 경우 거리가 가까워서가 63.2%로 큰 비중을 차지했고, 합리적 비용(17.0%)도 적절하다고 생각한 이유였다. 상급종합병원은 의료진에 대한 신뢰도가 높고(46.7%), 통합적 치료가 가능해서(39.3%) 순으로 나타났다. 한편, 보건소/보건지소를 지정의료기관으로 적절하다고 선택한 이유는 합리적 비용이 많은 부분을 차지했다(64.0%).

〈표 4-44〉 ‘지정의료기관’으로 적절하다고 생각하는 의료기관 종별 및 이유

(단위: 명, %)

구분	의원	병원, 종합병원	상급종합병원 (대학병원)	보건소, 보건지소
사례 수	253	512	107	25
가까운 거리	63.2	15.2	2.8	8.0
통합적 치료 가능	1.2	37.3	39.3	12.0
의료진에 대한 신뢰도	12.6	28.5	46.7	8.0
합리적 비용	17.0	14.6	6.5	64.0
기존에 다니던 의료기관	5.9	4.3	4.7	8.0

주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 복합만성질환 관리를 위해 ‘지정의료기관’이 필요한 개선과제라고 응답(그렇다+매우 그렇다)한 대상자(897명)만 분석한 결과임.

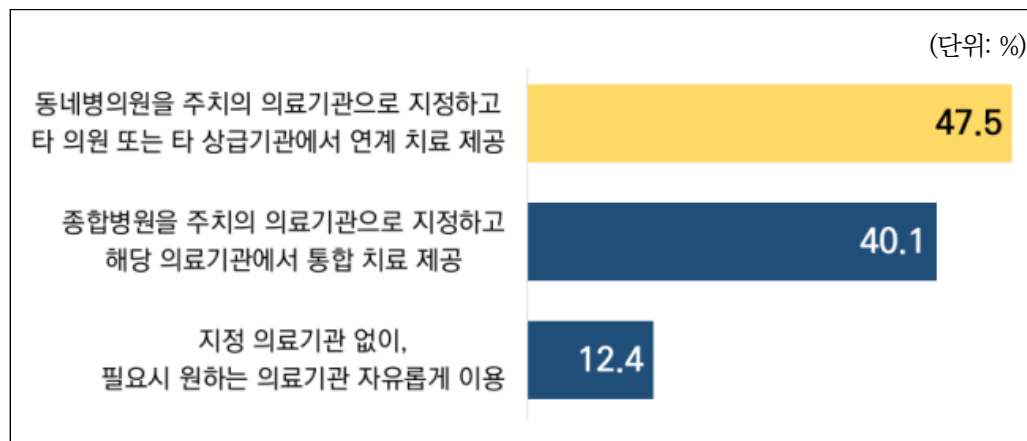
마지막으로 효율적인 복합만성질환 관리를 위해 가장 선호하는 의료이용 모형을 조사하였다. 모형은 크게 동네 병·의원을 주치의 의료기관으로 지정하고 타 의원 또는 타 상급 기관에서 연계해 치료를 제공하는 모형(1안)과, 종합병원을 주치의 의료기관으로 지정하고 해당 의료기관에서 통합 치료를 제공하는 모형(2안), 지정의료기관 없이 필요시 원하는 의료기관을 자유롭게 이용하는 모형(3안)으로 구성하였다.

〈표 4-45〉 효율적인 복합만성질환 관리를 위한 의료이용 모형(안)

주치의 의료기관	치료 제공	모형(안)
동네 병·의원	& 타 의원 또는 상급 기관에의 유기적 연계를 통한 치료 제공	⇒ 1안
종합병원	& 해당 종합병원에서 통합적 치료 제공	⇒ 2안
기존과 동일	& 기존과 동일 (필요시 원하는 의료기관 자유롭게 이용)	⇒ 3안

분석 결과, 모형 1안과 2안의 선호도가 팽팽하게 나타났다. 근소한 차이로 동네 병·의원을 주치의 의료기관으로 지정하고, 필요시 타 의원 또는 타 상급 기관에서 연계적 치료를 제공하는 모형, 즉 1안에 대한 선호도가 47.5%로 더 높았다. 한편, 지정의료기관 없이 필요시 원하는 의료기관을 자유롭게 이용하는 현행 방식은 12.4%로 선호도가 가장 낮았다.

[그림 4-14] 복합만성질환 관리를 위한 선호 의료이용 모형



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

응답자 특성에 따라서는 뚜렷한 차이가 나타나지 않았지만 연령이 높을수록, 저소득 계층일수록 동네 병·의원에서 연계 치료하는 방식(1안)을 선호한 반면, 연령대가 낮거나 월평균 가구소득이 300~500만 원 미만인 경우에는 종합병원에서 통합 치료하는 방식(2안)을 선호하였다. 그리고 평소 건강 상태가 나쁘다고 인식하고 있는 응답자는 동네 병·의원에서 연계치료 방식을 선호하였다(47.3%)(<표 4-46>).

이번에는 응답자가 보유하고 있는 만성질환 수에 따라 선호하는 의료이용 모형이 어떻게 다른지를 파악해보았다. 보유질환 수가 2개인 경우는 동네 병·의원에서 연계치료하는 방식을 선호하였고, 보유질환 수가 증가할수록 종합병원에서 통합 치료하는 방식을 더 선호하였다([그림 4-15]).

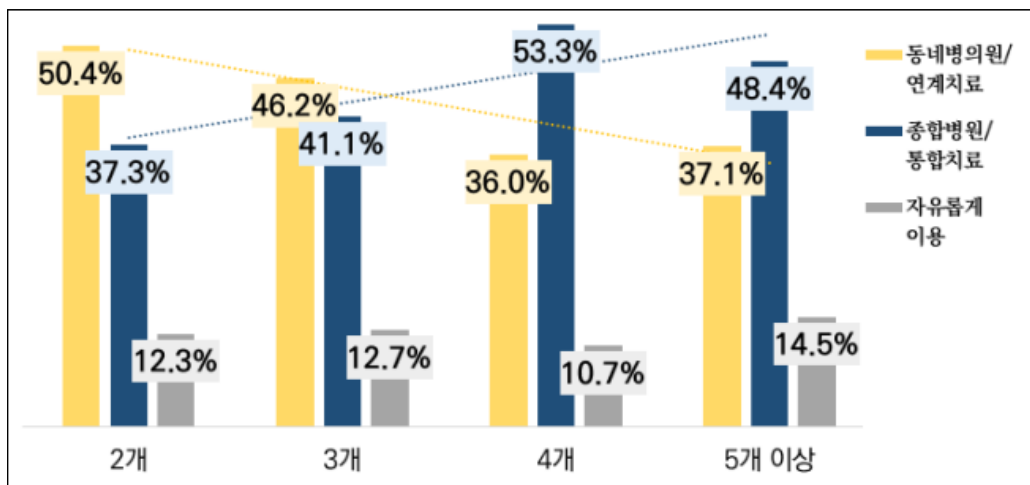
〈표 4-46〉 응답자 특성별 선호 의료이용 모형

(단위: 명, %)

구분		사례 수	(모형1) 동네 병·의원/ 연계 치료	(모형2) 종합병원/ 통합 치료	(모형3) 자유롭게 이용 (현행 유지)
전체		1,000	47.5	40.1	12.4
연령	20대 이하	57	22.8	54.4	22.8
	30대	104	28.8	55.8	15.4
	40대	166	40.4	50.0	9.6
	50대	173	54.3	35.8	9.8
	60대 이상	500	54.2	33.4	12.4
월평균 가구소득	100만원 미만	59	61.0	23.7	15.3
	100~200만원	84	45.2	39.3	15.5
	200~300만원	149	47.7	40.3	12.1
	300~500만원	286	40.6	45.1	14.3
	500~700만원	231	48.9	41.1	10.0
	700만원 이상	191	52.9	36.6	10.5
평소 건강상태	나쁨	262	47.3	39.3	13.4
	보통	579	48.5	39.4	12.1
	좋음	159	44.0	44.0	11.9

주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

[그림 4-15] 만성질환 보유 개수별 선호 의료이용 모형



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

### 제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰

#### 1. 미국 ACO with Medicare Shared Savings Program<sup>9)</sup>

메디케어 절감액 공유 프로그램(Medicare Shared Savings Program(이하 ‘MSSP’)은 개인의 건강과 인구의 건강을 개선하며 지출 증가율을 낮추는 데 전념하고 있다. MSSP는 제공자 및 공급자(예: 의사, 병원, 환자 치료에 관련된 기타)에게 Accountable Care Organization(이하 ‘ACO’)를 만들 수 있는 기회를 제공한다. ACO는 배정된 메디케어 행위별 수가제(fee-for-service, FFS) 수혜자의 의료의 질, 비용 및 경험에 대한 책임을 진다. 공유 저축 프로그램에는 ACO가 조직에 가장 적합한 방식을 선택할 수 있는 다양한 트랙이 있다. MSSP는 CMS 지불 시스템을 진료량에서 가치와 결과로 옮기기 위한 중요한 혁신이며 대체지불 모델이다. 즉, 환자 집단에 대한 책임을 촉진하고, 메디케어 FFS 수혜자를 위한 항목 및 서비스를 조정하며, 양질의 효율적인 서비스에 대한 투자를 장려토록 한다. 지난 트럼프 행정부는 “성공을 향한 경로(Pathways to Success)”하에 ACOs를 위한 메디케어의 주요 프로그램인 ‘절감액 공유 프로그램(Shared Savings Program)’을 재설계하고 새로운 방향을 설정했다. 프로그램을 재설계하기 전에 미국 CMS에서 처음 6년 동안은 비용 목표 대비 프로그램의 비용 절감을 볼 수 없었다. 비용이 증가했을 때, 대다수 메디케어 ACOs는 재정적 결과에 치우치지 않았다(이상수, 2019).

한편, MSSP는 의사, 병원 및 기타 의료제공자 그룹이 ACO로 함께 모

9) CMS. (2022.12.15. last modified). Shared Savings Program -About the Program, <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/about>에서 2022. 10. 3. 인출.

여 메디케어 수혜자에게 조정된 양질의 치료를 제공하도록 권장하는 자발적 프로그램이다. MSSP는 ACO가 위험을 감수할 수 있도록 다양한 참여 옵션을 제공한다. 2019년 7월 1일부터 시작하여, 이후 최소 5년의 계약 기간에 대한 기초(basic) 트랙과 심화(enhanced) 트랙의 참여 옵션을 제공하고 있다. 한편, CMS는 ACO의 참여 옵션을 결정하기 위해 1) 성과 기반 위험 메디케어 ACO 이니셔티브에서 ACO 및 ACO 참가자의 과거 경험과, 2) 저수익 ACO인지 고수익 ACO인지 여부를 고려한다. 적절한 ACO는 전문간호시설(SNF) 3일 규칙 면제를 신청하거나 수혜자 인센티브 프로그램(BIP)을 수립·운영하고 확장된 원격의료 서비스를 사용할 수 있다.

MSSP에 참여하고 ACO를 구성하려면 참여 의사 및 기타 제공자가 최소 5,000명의 메디케어 FFS 수혜자에게 평가 및 관리(E&M) 서비스를 제공하고 프로그램에 참여해야 한다. 이전 트랙의 경우 최소 3년, 새로운 기초 또는 심화 트랙의 경우 최소 5년 이상의 MSSP의 참가자는 “메디케어 등록 청구 TIN에 의해 식별되어 이를 통해 하나 이상의 ACO 제공자/공급자가 메디케어에 청구하고, 단독으로 또는 하나 이상의 다른 ACO 참가자와 함께 ACO를 구성하고 포함되는 단체”로 정의된다. 아래 그룹의 의사, 의료제공자 및 메디케어 서비스 공급자는 ACO를 구성할 수 있다.

- ACO 전문가(예: 의사, 의사 보조, 개업 간호사 및 임상 간호 전문가)  
그룹 진료 계약
- ACO 전문가의 개별 실무 네트워크
- 병원과 ACO 전문가 간의 파트너십 또는 합작 투자 계약
- ACO 전문가를 고용하는 병원
- 특정 중요 접근 병원
- 연방 정부의 인증을 받은 의료 센터

- 지역 보건클리닉
- 의사의 직접 의료 및 외과 서비스에 대해 합리적 비용을 기준으로 지불을 받기로 선택한 수련병원

ACO가 두 명 이상의 의사, 의료제공자 또는 공급업체에 의해 구성되는 경우 ACO를 구성한 설립자와 별도의 법인이어야 한다.<sup>10)</sup> CMS는 환자의 비용, 질 및 치료를 의사 또는 기타 제공자에게 할당한다. 특정 트랙 간에 기술적인 차이는 있으나, 일반적으로 ACO는 수혜자를 전향적 및 하이브리드 접근방식을 통해 수혜자가 MSSP ACO와의 연계를 선택할 수 있도록 하는 “자발적 연계”를 통해 귀속할 수 있다. 수혜자는 ACO의 1차 진료 의사로부터 다수의 1차 진료 서비스를 받는 경우 ACO에 귀속된다. 수혜자가 ACO 내외부 1차 진료 의사로부터 1차 진료 서비스를 받지 않은 경우, 다른 적격 ACO 전문가로부터 다수의 1차 진료 서비스를 받은 경우 수혜자는 여전히 ACO에 귀속될 수 있다.

메디케어는 현재와 같이 보장 항목 및 서비스에 대해 개별 ACO 제공자 및 공급자에게 지불하나, 설정한 성과 연도 벤치마크와 비교한 성과를 기반으로 공유 절감액을 받거나 공유 손실에 대한 책임을 진다. MSSP는 다양한 트랙을 제공하는데, 각 트랙에는 ACO의 선호도에 따라 위험(손실 공유)과 보상(절감액 공유)이 서로 다르게 조합되어 있다.

새로운 기초 트랙의 레벨 A와 B는 “상향 위험”만 제공되는 유일한 모델이다. 상승 위험은 손실 가능성 없이 참여 ACO가 받을 수 있는 절감액을 나타내는데, 절감액을 받으려면 ACO가 최소한 질(quality) 기준을 충족해야 한다. 이러한 성과 표준은 ACO 벤치마크의 백분율인 최소 절감률(Minimum Saving Rate, 이하 ‘MSR’)의 형태로 계산되며 할당된 수

10) 즉, ACO에는 고유한 과세식별번호(TIN)가 있어야 함.



혜자 수에 따라 조정된다. 즉, ACO가 작을수록 MSR이 높다. ACO가 MSR 이상의 절감액을 달성하면 트랙 1에 있는 경우 해당 절감액의 최대 50%를, 기초 트랙의 레벨 A 또는 B에 있는 경우 해당 절감액의 40%를 받을 수 있다. 이러한 ACO가 받는 절감액은 업데이트된 벤치마크의 10%로 제한된다. 이는 위험을 최소화한 조치이기 때문이다.

〈표 4-47〉 기초 트랙의 MSR 산출(One-Sided)

수혜자 수	MSR (%) (low end of assigned beneficiaries)	MSR (%) (high end of assigned beneficiaries)
1-499	≥12.2	
500-999	12.2	8.7
1,000-2,000	8.7	5.0
3,000-4,999	5.0	3.9
5,000-5,999	3.9	3.6
6,000-6,999	3.6	3.4
7,000-7,999	3.4	3.2
8,000-8,999	3.2	3.1
9,000-9,999	3.1	3.0
10,000-14,999	3.0	2.7
15,000-19,999	2.7	2.5
20,000-49,999	2.5	2.2
50,000-59,999	2.2	2.0
60,000+	2.0	2.0

자료: Physicians Advocacy Institute. (2022). Medicare Shared Savings Program (MSSP) Accountable Care Organizations Overview. p.8, <http://www.physiciansadvocacyinstitute.org/Portals/0/assets/docs/Advanced-APM-Pathway/Medicare%20Shared%20Savings%20Program%20Overview.pdf>에서 2022. 10. 3. 인출.

MSSP의 나머지 모든 트랙에는 향상된 공유 절감 기회와 함께 “하향 위험”이 포함된다. 하향 위험은 비용이 최소 손실률(Minimum Loss Rate, 이하 ‘MLR’)이라고 하는 임계값을 초과하는 경우, 참여 ACO가 책임져야 하는 공유 손실을 나타낸다. MSR과 유사하게 MLR은 ACO 벤치마크의 백분율이기도 하다.

레벨 C, D, E 기초 트랙 ACO 및 심화 트랙 ACO는 다음 중 하나를 선택할 수 있다.

- MLR/MSR을 0%로 설정한다.
- 0%에서 2% 사이에서 0.5%씩(예: ACO가 MLR을 1.5%로 설정하는 경우) MSR 및 MLR을 대칭적으로 설정(MSR 및 MLR이 벤치마크 위아래로 동일한 수준으로 설정) 또한 MSR을 1.5%로 설정한다.
- ACO에 할당된 수혜자 수에 따라 달라지는 MSR/MLR을 대칭적으로 설정한다(One-Sided 트랙의 경우, 위의 <표 4-47>과 같이 MLR은 MSR의 음수 값과 동일). ACO가 MLR을 초과하면 선택한 위험 트랙에 따라 손실의 일정 부분을 책임진다. 이러한 손실은 ACO 벤치마크의 특정 비율(시간이 지남에 따라 점차 증가)로 제한된다.

생성된 절감액을 공유할 수 있으려면 ACO가 해당 성과 연도에 해당하는 확립된 질 성과 표준을 충족해야 한다. 첫 번째 계약 기간의 첫 번째 수행 연도에 ACO는 모든 질 측정을 완전하고 정확하게 보고하는 경우 질 기준을 충족하고 최대 절감액 공유분을 받을 수 있다. 후속 성과 연도에 질 성과 벤치마크는 성과 측정에 대해 단계적으로 도입되고 질 성과 표준은 ACO가 모든 측정에 대한 질 데이터를 계속 보고하도록 요구하지만 ACO의 최종 공유 비율은 국가 벤치마크와 비교한 성과를 기반으로 결정된다.

## 2. 국내 일차의료 만성질환관리 시범사업

“「일차의료 만성질환관리 시범사업」은 동네의원을 중심으로 지역사회 자원을 연계한 포괄적인 고혈압, 당뇨병 관리 서비스이다”(한국건강증진개발원 홈페이지). 이 사업은 기존 만성질환관리 시범사업이었던 지역사

회 일차의료 시범사업, 만성질환 수가 시범사업을 2018년 12월에 통합한 것으로, 지역사회 만성질환관리를 체계적, 포괄적으로 수행하기 위해 서비스 모델과 민간·공공 협력 활동 등을 개발하고 지원하고자 했다.

〈표 4-48〉 기존 만성질환관리 시범사업

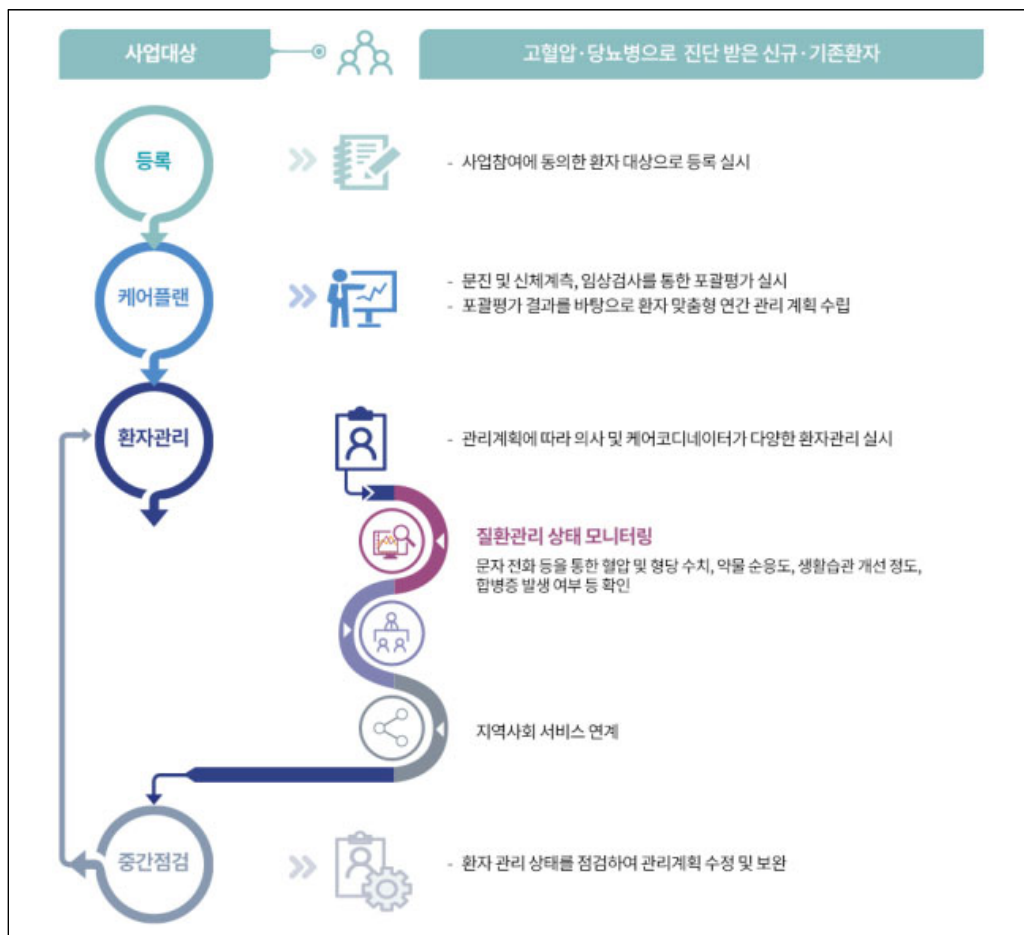
구분	고혈압·당뇨병 등록·관리사업	의원급 만성질환관리제	지역사회 일차의료 시범사업	만성질환관리 수가 시범사업
시작	2007.9월	2012.4월	2014.3월	2016.9월
소관	질병관리청	보건복지부	보건복지부	보건복지부
대상 지역	25개 보건소 (국비 50%) 6개 보건소 (지방비 100%)	전국 단위	16개 시군구	전국 단위
참여 대상	의료 기관	전체 의원 ('18.6월 현황: 7,804개소)	대상 지역 소재 의원 (2018.5월 현황: 741개소)	참여 신청 의원 1,870개 (2018.7월 현황: 1,173개소)
	환자	대상 지역 주민 중 고혈압·당뇨병 환자 (만30세~) (2017.9월 현황: 약 41만 명)	고혈압·당뇨병 환자 ('17년 상반기 현황: 약 222만 명)	참여 의원에 다니는 고혈압·당뇨병 환자 (의원당 100명 이내) (2018.7월 현황: 5.1만 명)
(2018.12월) '일차의료 만성질환관리 시범사업'으로 통합되어 사업 종료				

자료: 김남희. (2018). 지역사회 중심 일차의료 강화를 위한 만성질환관리 사업 소개 및 향후 발전방안, HIRA 정책동향. 12(5). 건강보험심사평가원, p.19; 보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내(3차 개정), p.5. 내용 재구성.

사업의 궁극적인 목적은 고혈압과 당뇨병 발병 초기부터 동네의원 중심의 지속적, 포괄적 관리체계를 구축함으로써 고혈압·당뇨병 환자의 건강수명 연장과 나아가 국민 의료비 적정화에 기여하기 위함이다(보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심

사평가원, 2021, p.8). 이 사업은 2017년 5월 「동네의원 중심 만성질환 관리」 사업 국정과제<sup>11)</sup>의 일환으로 추진되었으며(보건복지부 외, 2021, p.5), 보건복지부 주관하에 질병관리청, 국민건강보험공단, 지역 의사회 등이 참여하여 운영되고 있다. 일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스 제공은 다음 그림과 같다.

[그림 4-16] 일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스 제공 내용

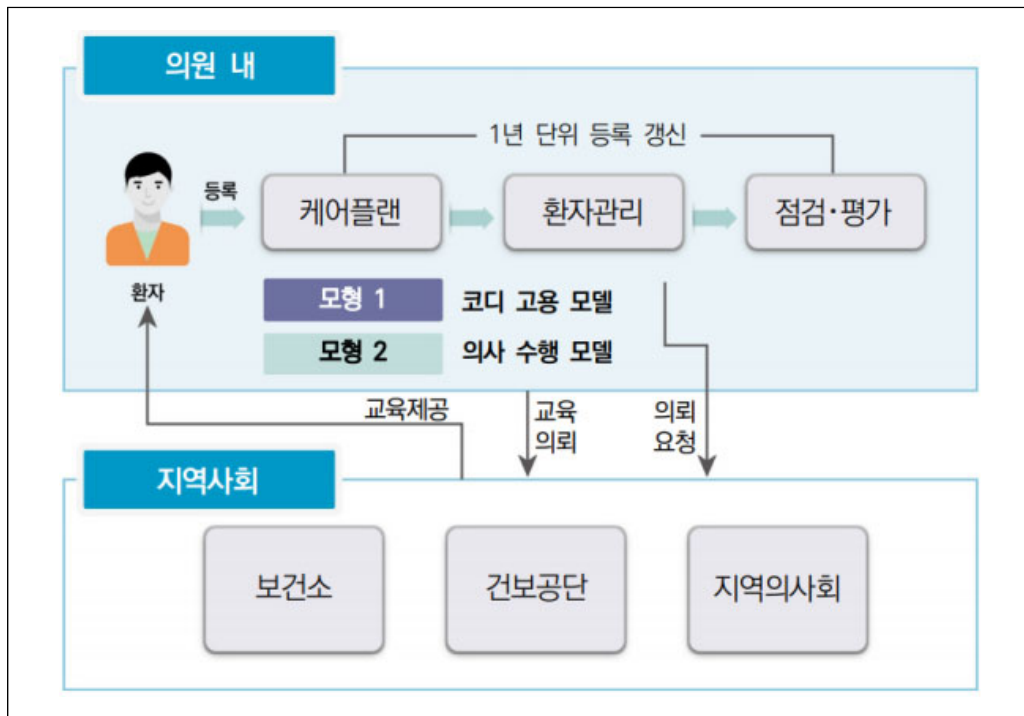


자료: 한국건강증진개발원 홈페이지, [https://www.khealth.or.kr/board;jsessionid=V9i53ZB8R4VJBDfIUaSQ1Dm2r5wClCCj304fiax22x9cTEEZbHwX9OBDbOQuIE8I.khealth-was\\_servlet\\_khealth2018?menuId=MENU01075&siteId=null](https://www.khealth.or.kr/board;jsessionid=V9i53ZB8R4VJBDfIUaSQ1Dm2r5wClCCj304fiax22x9cTEEZbHwX9OBDbOQuIE8I.khealth-was_servlet_khealth2018?menuId=MENU01075&siteId=null)에서 2022. 11. 20. 인출.

11) 국정과제 45. 의료공공성 확보 및 환자중심 의료서비스, ① 지역사회기반 환자중심 의료체계 강화

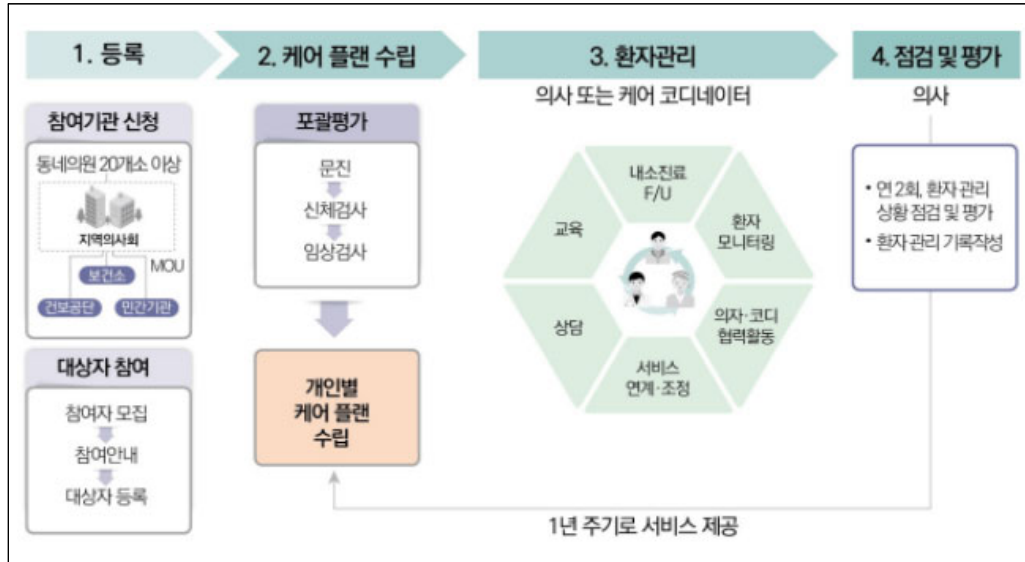
사업 대상은 의원급 의료기관에서 외래진료를 받는 고혈압·당뇨병 환자이며, 여기에는 건강보험 가입자 및 피부양자, 의료급여 수급권자가 모두 포함된다. 의원 1개소당 최대 500명까지 등록 가능하며 의사 2인 이상이 함께 운영하는 의료기관도 동일 적용된다(보건복지부 외, 2021, p.27). 사업 모형은 의원에서 케어 코디네이터를 직접 고용하는 모델1과, 의사가 환자관리부터 질병 및 생활습관 교육상담 등의 서비스를 직접 제공하는 모델2 두 가지로 구성되며, 시범사업 참여기관에서 자율적으로 선택할 수 있다(보건복지부 외, 2021, p.27). 시범사업 서비스는 “① 환자 등록 → ② 케어플랜 수립 → ③ 환자관리(모니터링, 상담, 서비스 연계·조정 등) → ④ 점검 및 평가(중간 점검)” 프로세스로 이루어진다(보건복지부 외, 2021, p.29).

[그림 4-17] 일차의료 만성질환관리 시범사업 모형



자료: 보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내(3차 개정), p.28.

[그림 4-18] 일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스 프로세스



자료: 보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내(3차 개정), p.30.

만성질환자 통합관리료(시범 수가)는 포괄평가 및 계획관리료, 환자관리료, 교육상담료로 구성된다. 아래 표에서 구분되어 있는 환자관리료는 등록된 고혈압, 당뇨병 환자(I)와 집중관리가 필요한 환자(II)를 구분 산정한다.

<표 4-49> 일차의료 만성질환관리 시범사업 수가

분류	점수	금액(원)
<b>1. 포괄평가 및 계획관리료</b>		
가. 포괄평가 및 계획수립 (연 1회)		
(1) 초기평가 및 계획수립	526.38	46,110
(2) 지속 계획수립(2주기부터)	293.76	25,730
나. 점검 및 평가 (연 2회 이내)	293.76	25,730
<b>2. 환자관리료 (분기별 1회)</b>		
가. 환자관리료 I	335.73	29,410
나. 환자관리료 II (연 2회 이내)	529.13	46,350

분류	점수	금액(원)
<b>3. 교육·상담료</b>		
가. 초회 교육·상담 [의사] (연 1회 이내)		
(1) 초기	413.67	36,240
(2) 지속(2주기부터)	288.97	25,310
나. 기본 교육·상담 (연 8회 이내)		
(1) 질병관리 및 생활습관 개선 [의사]		
(가) 개인	124.70	10,920
(나) 집단	37.17	3,260
(2) 생활습관 개선 [간호사 또는 영양사]		
(가) 개인	106.71	9,350
(나) 집단	31.18	2,730
다. 집중 교육·상담 [의사, 간호사 또는 영양사] (연 1회 이내)		
(1) 개인	230.22	20,170
(2) 집단	68.35	5,990

자료: 보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내(3차 개정), p.89.

〈표 4-50〉 일차의료 만성질환관리 시범사업 수가의 환자관리료 구분

구분	환자관리료 I	환자관리료 II
대상자	등록된 고혈압, 당뇨병 환자	등록된 고혈압, 당뇨병 환자 중 집중관리*가 필요한 환자 * 신규 환자, 고령으로 자가 관리가 어려운 환자 등 환자 상태나 요구도를 고려해 진료 담당 의사가 판단
제공수단	전화(쌍방향 소통 가능한 메신저 포함) 또는 문자 등 다양한 방법	전화(쌍방향 소통 가능한 메신저 포함)
실시횟수	월 1회 이상, 분기별 6회 이상	월 2회 이상, 분기별 12회 이상
산정기준	주기적으로 임상수치 확인 필수	- 주 3일 이상 환자가 자가 측정한 임상수치 확인 필수 - 연간 2회(2분기) 이내 산정
수가(분기당)	29,410원	46,350원

자료: 보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내(3차 개정), p.87; 배재용, 오수진, 황도경. (2021). 선택의료급여기관제도 개선을 위한 시범사업 모형개발 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.36에서 재인용.

### 3. 국내 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업

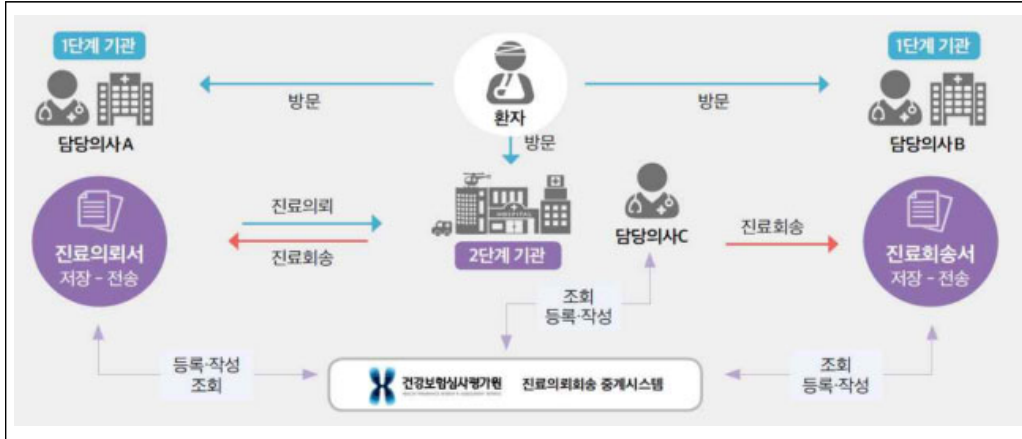
협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업은 2016년 5월에 처음 시작하였으며 참여기관을 점차 확대해 나가고 있다. 사업의 목적은 진료협력체계를 갖춘 의료기관을 중심으로 진료의뢰 및 회송을 시행하고, 이 과정에서 발생한 비용을 건강보험에서 일부 보상함으로써 충실한 협력진료를 유도하고 대형병원의 환자쏠림 현상을 완화하는 데 있다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022, p.1). 「보건의료기본법」 제44조(보건의료 시범사업), 제5조(보건의료인의 책임), 제26조(보건의료인 간의 협력)에 의거해 수행하며(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022, p.1), 보건복지부에서 사업을 총괄하고, 건강보험심사평가원에서 주관하여 운영하고 있다.

사업 내용을 구체적으로 살펴보면, 의뢰 시범기관(=1단계 시범기관)과 회송 시범기관(=2단계 시범기관) 간에 구축된 협력진료체계를 활용하여 연속성 있는 의료서비스가 이루어질 수 있도록 진료정보를 제공하고, 진료의뢰·회송에 대한 건강보험 수가를 적용하고 있다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022, p.3). 여기서 대상기관으로서 의뢰를 담당하는 1단계 시범기관은 2단계 시범사업과 협력관계에 있는 1단계 진료기관이며, 회송을 담당하는 2단계 시범기관은 종합병원, 전문병원 등 2단계 진료기관이다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022, p.4).

다만 2020년 10월부터 기존 시범사업 수가로 적용되었던 상급종합병원 '회송환자관리료'가 정규 수가인 '회송료'로 전환됨에 따라, 협력기관이 아닌 요양기관에서 상급종합병원에 의뢰하는 경우에도 건강보험 수가를 적용하고 있다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022, p.3).



[그림 4-19] 진료의뢰·회송 중계시스템 업무 흐름도



자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2022). 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, p.8.

<표 4-51> 의뢰·회송 협력진료 대상기관 및 모형

의뢰·회송 협력진료 대상기관		의뢰·회송 협력진료 모형
<p>의뢰 담당 1단계 시범기관</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-2단계 시범기관과 협력관계에 있는 1단계 진료기관</li> <li>-상급종합병원에 의뢰하는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제2조 제2항의 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관</li> </ul>	
<p>회송 담당 2단계 시범기관</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-보건복지부 장관이 지정한 종합병원 이하 2단계 진료기관 (종합병원·전문병원)</li> </ul>	

주: 협력기관의 지역 범위: 별도의 제한 없음. 단, 서울 소재 2단계(전문병원 제외) 진료기관의 경우 서울경기·인천지역 소재 기관과만 협약 가능함.  
 자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2022). 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, p.4.

시범사업 수가는 의뢰료(진료의뢰료 I, II, III)와 회송료(종합병원, 전문병원)로 구분된다.

〈표 4-52〉 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수가

분류번호	코드	분류	점수
의뢰회송	IA100 (90100)	<b>의뢰료</b> 주: 1. 의뢰기관에서 환자의 진료의뢰서를 작성하고 의뢰·회송 중계시스템을 통하여 상급종합병원 등에 환자를 의뢰한 경우 산정한다. 2. 비수도권에서 동일 시·도내 기관에 의뢰한 경우 35.76점을 별도 산정한다. 3. 「나」와 「다」는 중복하여 산정하지 아니한다	
		<b>가. 진료의뢰료 I</b>	
		IA101 (1) 의원, 보건의료원 내 의과	117.37
		IA102 (2) 병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과	132.15
		IA103 (3) 종합병원	132.15
		IA104 (4) 치과의원, 보건의료원 내 치과	115.22
		IA105 (5) 치과병원, 병원·요양병원·한방병원 내 치과	115.22
		IA106 (6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원	115.22
		IA107 (7) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	115.22
		90108 (8) 한의원, 국립병원 내의 한방진료부, 상급종합병원·종합병원·병원·요양병원·치과병원·보건의료원 내 한의과	115.35
		90109 (9) 한방병원	115.35
		<b>나. 진료의뢰료 II</b>	
		IA110 (90110) 주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 50.80점을 별도 산정한다.	
<b>다. 진료의뢰료 III</b>			
IA120 (90120) 주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보와 영상정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 99.83점을 별도 산정한다.			
의뢰회송		<b>회송료</b>	
		<b>가. 종합병원</b>	
		IA221 (1) 입원	699.36
		IA231 (2) 외래	524.52
		<b>나. 전문병원(종합병원 제외)</b>	
		IA222 (1) 입원	605.48
IA232 (2) 외래	454.11		

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2022). 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, pp.14~15.

## 제4절【모형설계】복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 및 보상체계 설계

### 1. 복합만성질환자 의료이용 현황 및 욕구 분석 주요 결과

앞서 살펴본 바와 같이 만성질환자 중 복합만성질환자 비율은 66.2%로 대부분 만성질환자가 2개 이상의 만성질환을 가지고 있었다. 특히, 당뇨병 환자는 97.1%, 고혈압 환자는 90.4%가 복합만성질환자였다. 따라서 만성질환자 관리는 단순히 해당 질환을 치료한다는 차원을 넘어 만성질환자의 건강을 통합적으로 관리하는 접근이 필요하다(질환단위 치료→환자단위 건강관리).

〈표 4-53〉 최근 5년의 복합만성질환자 현황(2017~2021년)

개수	2017년		2018년		2019년		2020년		2021년		
	만 명	%	만 명	%	만 명	%	만 명	%	만 명	%	%
전체	5,094	100%	5,107	100%	5,139	100%	5,134	100%	5,141	100%	-
만성질환자	2,171	42.6%	2,282	44.7%	2,289	44.5%	2,382	46.4%	2,336	45.4%	100%
1개	808	15.9%	828	16.2%	829	16.1%	839	16.3%	790	15.4%	33.8%
2개 이상	1,363	26.8%	1,454	28.5%	1,460	28.4%	1,543	30.1%	1,546	30.1%	66.2%
3개 이상	871	17.1%	943	18.5%	948	18.4%	1,015	19.8%	1,026	20.0%	43.9%
4개 이상	502	9.9%	551	10.8%	556	10.8%	602	11.7%	603	11.7%	25.8%
5개 이상	257	5.0%	286	5.6%	290	5.6%	316	6.2%	311	6.0%	13.3%

자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과

〈표 4-54〉 당뇨병, 고혈압 복합만성질환자 현황

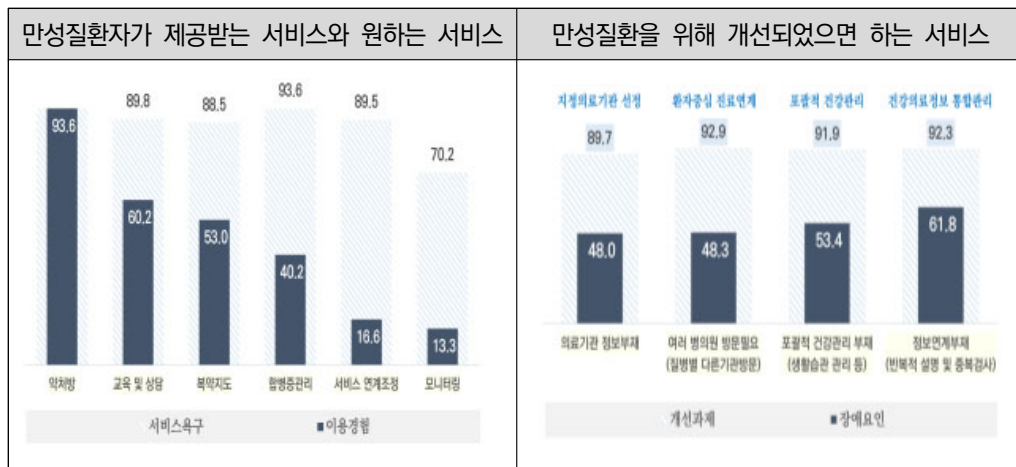
만성질환 갯수	당뇨병 복합만성질환자		고혈압 복합만성질환자	
	만 명	%	만 명	%
합계	729	100.0%	1,137	100.0%
1개	21	2.9%	109	9.6%
2개 이상	708	97.1%	1,028	90.4%
3개 이상	613	84.1%	819	72.0%
4개 이상	427	58.6%	538	47.3%
5개 이상	244	33.5%	295	25.9%

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

현재 복합만성질환자는 의료이용 시 주로 “약 처방” 서비스만을 제공 받고 있었다. 반면 만성질환자가 원하는 것은 약 처방보다는 합병증 관리, 생활습관 관리, 서비스 연계조정 등에 대한 욕구가 높게 나타났다. 즉, 만성질환자는 병원에서 약을 처방받는 것을 넘어 생활습관 등의 기본적인 건강관리와 함께 만성질환으로 발생할 수 있는 합병증과 같은 전문 진료를 함께 제공받고 싶은 욕구가 있었다(약 처방 중심 진료→포괄적 서비스 제공(생활습관, 합병증 관리)).

또한 현재 복합만성질환자는 건강, 의료정보의 연계적 관리의 부재로 의료기관 방문 시마다 반복적으로 설명하고, 중복 검사를 받는 것에 어려움이 있다고 응답하였다. 건강 및 의료정보의 통합관리와 이를 통한 환자 중심의 연계적 진료제공, 포괄적 건강관리(One-stop)에 대한 욕구가 높게 나타났다. 특히, 만성질환자 중 대부분은 복합만성질환자로 1개 의료기관에서 모든 건강관리를 할 수 없는 상황으로, 연계적 지속적 진료를 위해서라도 정보체계를 통합해 나가는 것이 중요하다(건강, 의료정보 연계적 관리 부재(반복적 설명, 중복 진료)→건강, 의료정보 통합관리).

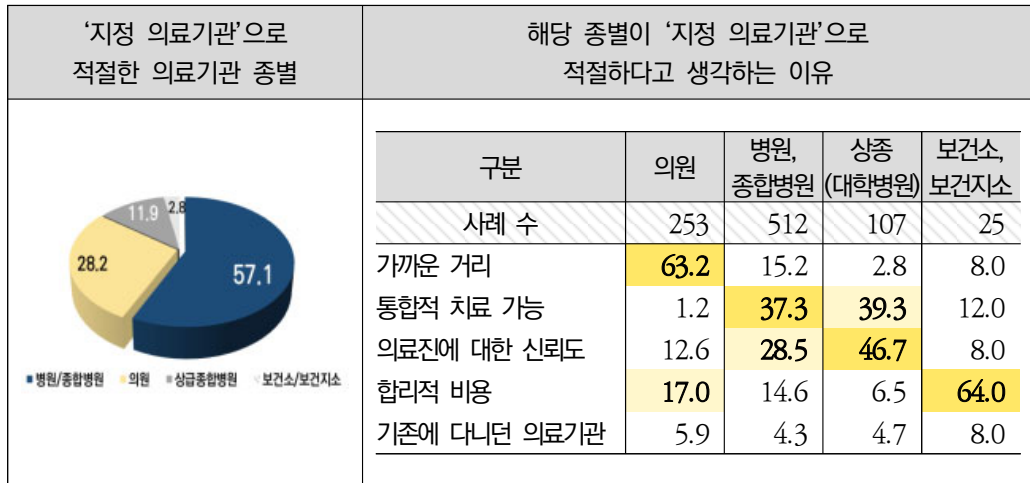
[그림 4-20] 복합만성질환자가 원하는 서비스



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

또한 복합 만성질환자는 자신의 건강과 치료를 함께 책임져 줄 수 있는 지정의료기관의 필요성을 높게 인식하고 있었다. 단, 지정의료기관 유형에 대해서는 이견이 존재하고 있었다. 이때 응답 결과를 보면 거리적 접근성을 중시하는 집단은 의원 중심으로, 통합적 케어를 중시하는 집단은 병원 중심으로 지정의료기관 유형을 선호하였다 (의원중심(거리적 접근성) vs 병원중심(통합적 관리)).

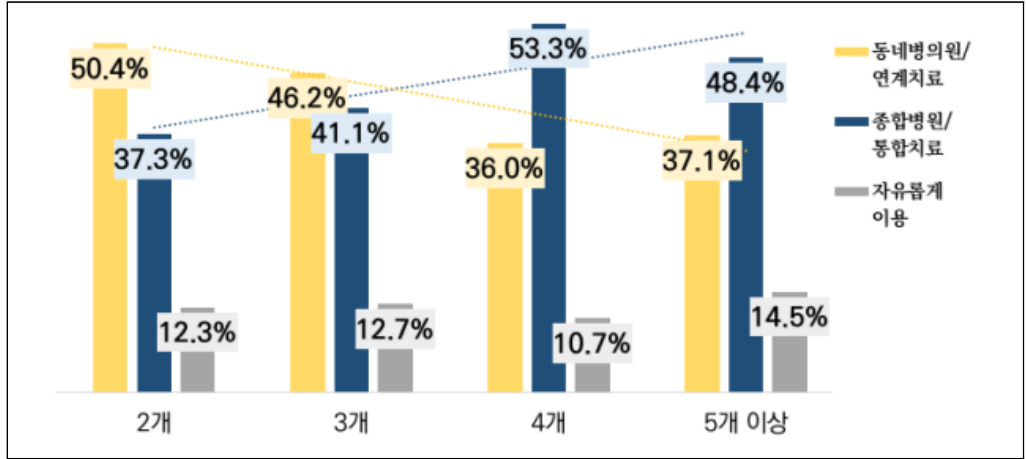
[그림 4-21] 복합만성질환자가 원하는 지정의료기관 유형



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

특히, 만성질환 보유 개수에 따라 선호하는 지정의료기관 방식에 차이가 있었는데, 만성질환 보유개수가 많을수록 동네 병·의원 중심 연계치료보다 종합병원 중심 통합치료를 선호하는 경향이 있었다. 현재 만성질환 관리정책은 의원급 방문진료를 중심으로 이루어지고 있는데, 만성질환 보유개수 등 대상자 특성과 병·의원 분포 등 지역의 의료공급체계 특성을 반영한 모형 다양화 추진이 필요하다.

[그림 4-22] 복합만성질환자가 원하는 서비스



주: 이 연구에서 수행한 ‘복합만성질환자 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

## 2. 복합만성질환자 의료기관 네트워크 시범사업 모형(안)

의원급 만성질환관리 시범사업은 이미 운영 중으로, 본 연구에서는 **종합병원 대상 복합만성질환자 시범사업(3년) 모형 제시**

### 가. 대상자 분류체계

참여대상자는 복합만성질환자로 거주지 내 구축된 네트워크에 참여하는 방식이다.

우선 순위	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 당뇨병, 고혈압 복합만성질환자 (만성질환 4~5개 이상)</li> <li>2) 65세 미만 (외래 이용 비율이 높고, 관리를 통해 예방 가능한 입원을 등 중증화 예방 가능 집단)</li> <li>3) 외래 방문 일수가 높은 대상 (다빈도 외래방문자 참여 의무화)</li> </ol>
-------	---

복합만성질환자 중 당뇨병, 고혈압 복합만성질환자로 4~5개 이상의 만성질환을 보유한 대상을 우선순위로 한다. 또한 연령은 65세 이상보다는 우선 외래 이용 비율이 높고, 관리를 통해 예방가능한 입원을 등 중증화를 예방할 수 있는 65세 미만 인구의 참여를 유도한다. 마지막으로 복

합만성질환자들 중 외래 방문 일수가 높거나, 투약일수가 높은 대상자 등 다빈도 외래 방문자의 경우 참여를 의무화시키는 방안을 검토해 볼 수 있겠다. 예를 들어 현재 외래 방문 투약일수 구간별 가입자의 분포 현황을 보면 70일 이상 대상자는 건강보험 환자의 2.4%인데, 복합만성질환자 중 70일 이상 외래 방문하는 대상자에게 시범사업에 우선 참여하는 것을 의무화하는 방안도 고려해볼 수 있다.

〈표 4-55〉 건강보험 가입자의 외래 방문 일수 구간별 가입자 수

전체	없음	10일 미만	10일 이상	70일 이상	150일 이상	365일 이상	500일 이상
53,095,707	5,641,470	22,600,821	24,853,416	1,294,853	205,336	3,938	730
100.0%	10.6%	42.6%	46.8%	2.4%	0.4%	0.0%	0.0%

자료: 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료 분석 결과

가입자는 기본적으로 네트워크 내에서만 의료이용이 가능하고 네트워크 외 의료이용 시 본인부담을 인상하도록 할 필요가 있다. 이때 네트워크 외 의료이용이 허용되는 사례(예: 응급한 상황, 중증 상황 등)에 대한 기준을 마련할 필요가 있다. 이처럼 기본적으로 네트워크 내에서만 의료이용이 가능하므로 이를 보상해주기 위해 추가 서비스 제공, 급여 및 비급여 서비스의 본인부담 경감 등의 인센티브를 제공해줄 필요도 있다.

추가 서비스는 만성질환관리서비스(건강관리+합병증 관리), 재택의료 제공, 통합정보플랫폼(개인별 건강, 의료정보 제공)을 구축해 주는 방안이 있다. 또한 네트워크 내 의료이용 시 법정 본인부담을 경감해 줄 수도 있는데, 예를 들어 모든 종별에서 본인부담 비율을 10%씩 경감하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 법정 본인부담 외 비급여 본인부담의 경감을 위해서는 의학적 비급여에 대해 선별급여 형태로 제공해주는 방안을 마련해 볼 수 있다. 예를 들어 기준 비급여 초음파, 등재 비급여 중 치료재료의 경우 네트워크 참여자에 대해서 선별급여 방식으로 제공해주는 형태로



제도를 설계해 볼 수 있다.

〈표 4-56〉 참여 인센티브: 본인부담 경감 예시

구분	1차 연도(T+1)
추가서비스 제공	1)만성질환관리 서비스, 2)재택의료 제공, 3)통합정보플랫폼 제공
급여 본인부담 경감	-법정보인부담 경감(예: 종별 본인부담 비율에서 10% 경감)
비급여 급여화	-의학적 비급여에 대해 선별급여 형태로 적용 (예: 기준 비급여 초음파, 등재 비급여 중 치료재료 등)
▼	
3차 연도(T+3)	
시범사업 참여율, 목표달성률(비용+질)에 따라 서비스 범위 및 본인부담 차등화	

## 나. 서비스 제공체계

복합만성질환자 통합관리 모형은 공급자의 자발적 참여를 유도하되 일반적으로 지역사회를 기반으로 한다는 점에서 70개 중 진료권에 있는 책임의료기관을 주치의료기관으로 선정하여 시범사업을 도입하는 방안을 검토해 볼 수 있다.

〈표 4-57〉 참여 인센티브: 본인부담 경감

구분	서비스 내용	주치의료기관	협력의료기관		
			의원	상급	
필수 서비스	1) 케어플랜 수립	●	→		
	2) 생활습관 개선 등 건강관리	○	→	●	
	3) 전문진료 제공(합병증 관리 포함)	○	→		●
	4) 타 의료기관 연계(의뢰서 발급)	●			
	5) 재택의료	○	→	●	●
	6) 응급의료서비스	○	→		●
선택 서비스	1) 24시간 상담서비스				
	2) 긴급방문서비스				
	3) 간호·간병 등 돌봄				

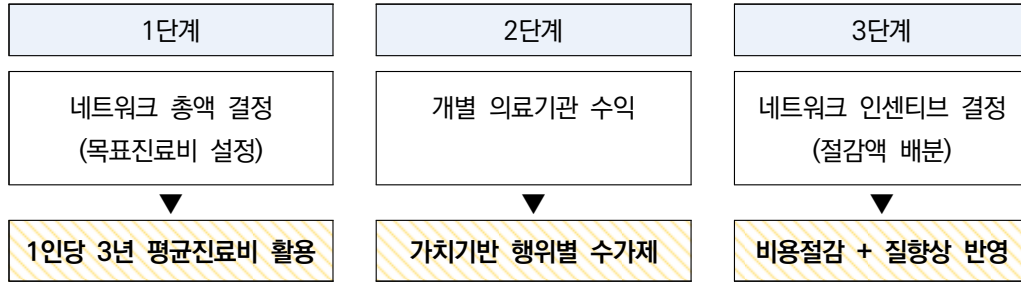


이때 서비스는 필수 서비스와 선택 서비스로 구분해서 제공할 수 있다. 필수 서비스는 기본적으로 책임의료기관에서 제공하되, 네트워크 의원 또는 병원에 서비스의 일부를 위임할 수 있도록 한다. 선택 서비스는 시범사업 참여를 위해 필수적으로 제공해야 하는 것은 아니나, 국민의 의료 이용 욕구 조사 결과 수요가 높은 서비스들로 구성하여 추가 제공 시 별도의 인센티브를 제공해주는 방안을 검토할 수 있다.

특히, 서비스 제공체계에서는 주치의의료기관의 역할이 중요한데, 주치의의료기관 내에는 환자의 행동적 문제 개선에 대응하기 위해 비의료인도 포함된 건강관리 팀(의료인+비의료인)을 두도록 할 필요가 있다. 또한 복합만성질환자, 특히 과다이용자의 경우 통증관리, 정신심리 문제에 어려움을 가지고 있는 만큼 이에 대응하기 위해 정신과, 통증전문을 포함한 다학제 전문진료 팀이 포함되도록 할 필요가 있다. 그리고 환자의 공간적, 시간적 의료수요에 완결적으로 대응하기 위해 재택의료팀을 두도록 하는 것도 필요하겠다. 이때 이와 같은 주치의의료기관의 “팀”을 운영하기 위한 필수인력에 대한 인건비는 건강보험 수가보다 예산으로 지원하는 것이 팀을 안정적으로 구성하고 운영하는 데 더 효과적일 것으로 보인다.

## 다. 진료비 보상체계

〈표 4-58〉 진료비 보상 설계방식



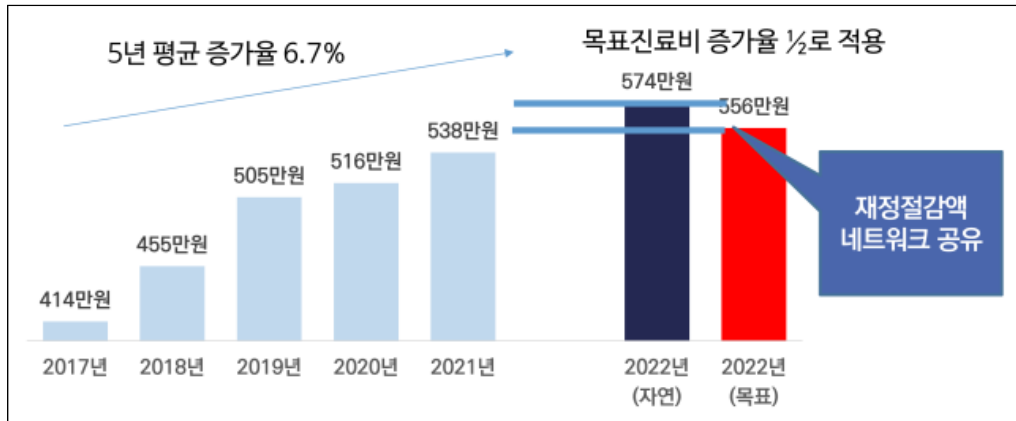
의료기관 네트워크 보상체계 설계를 위해서는 먼저 의료기관 네트워크 단위의 보상을 어떻게 해줄 것인지를 결정하는 것이 필요하다. 이는 네트워크의 목표진료비를 설정하는 것으로, 이에 따라 실제 진료비와의 차이를 통해 재정 절감이 발생하는지 재정 손실이 발생하는지 등에 따라 네트워크에 인센티브를 지급해 줄 수 있다.

시범사업 초기에는 최근 3년간 시범사업 참여 환자의 진료비 평균을 반영해서 목표진료비를 설계할 수 있다. 그리고 단계적으로 HCC지표 등을 활용하여 환자별 중증도를 반영한 보정된 목표진료비를 적용해 나갈 필요가 있다. 이를 위해 해외에서 도입하고 있는 중증도 보정 위험도 지표(예: HCC)를 우리나라에 맞게 보완해 나가고, 이에 대해 사회적 합의를 이루어 나가는 과정이 필요하겠다.

예를 들어 최근 3년간 외래 70일 이상 의료이용자 1인당 진료비를 기준으로 목표진료비 설정해보았다. 단, 2020년 이후 코로나로 의료이용이 감소하여 최근 5년간의 진료비 평균을 반영하여 목표진료비를 설정해보았다. 증가율 중 1/2을 기준선으로 설정하여 재정절감이 발생하면 절감액 일부에 대해서는 네트워크가 공유할 수 있도록 설계해 볼 수 있겠다. 이때 절감액 중 얼마를 어떻게 배분할 것인지에 대해 기준을 마련하는 것이 중

요한 쟁점이 될 수 있다. 절감액 중 얼마를 배분해 줄 것인지의 인센티브 총액은 의료의 질 등 성과평가를 반영하여 네트워크 간 차등에서 설정할 필요가 있다. 또한 개별 의료기관에 배분할 때도 개별 의료기관의 성과에 기반하여 배분액을 차등화할 수 있다. 그리고 추가로 시범사업 초기에는 절감액에 대한 인센티브만 제공하되, 향후에는 손실액에 대해서도 디스인센티브를 적용하는 방안을 추진하는 것이 필요하겠다.

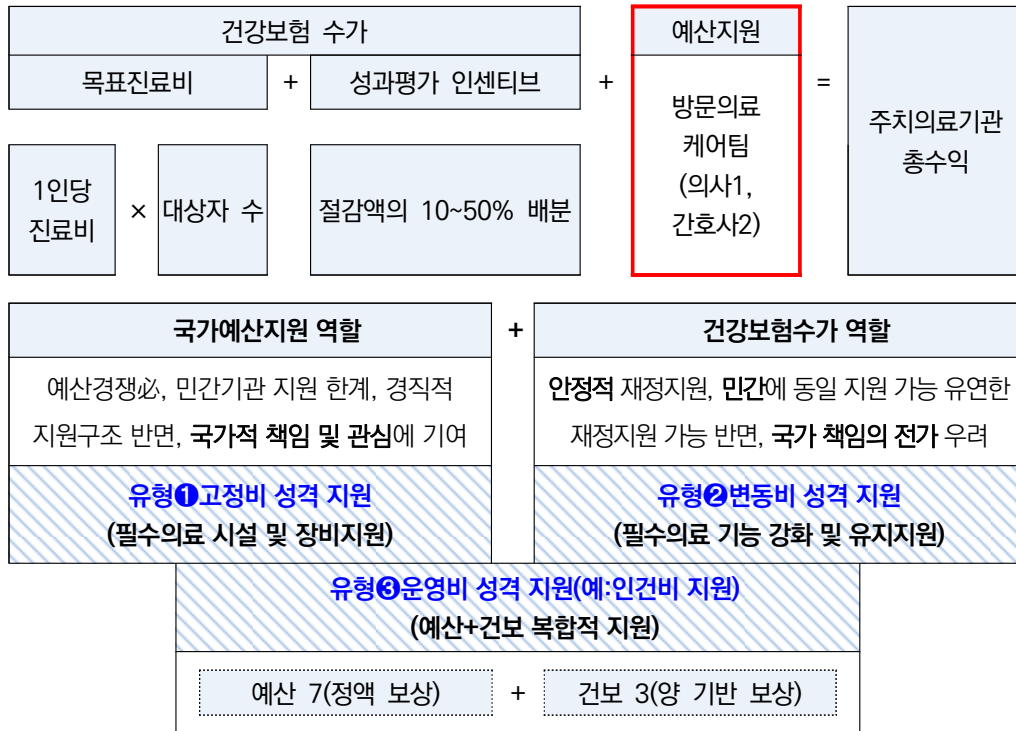
[그림 4-23] 최근 3년간 외래 70일 이상 이용자 1인당 진료비



자료: 건강보험심사평가원. (각 연도). 건강보험 청구자료 분석 결과를 바탕으로 저자 작성

한편 의료기관 네트워크 보상은 건강보험 수가와 예산지원 형태로 구분하여 보상체계를 설계할 수 있다. 국가 예산은 일반적으로 고정비 성격이 강하고, 건강보험 수가는 변동비 성격이 강한 특성이 있다. 따라서 예산은 시설·장비 지원의 성격에 적합하고, 건강보험 수가는 서비스 및 행위 지원의 성격에 적합하다. 인건비의 경우 일정부분 고정비와 변동비의 성격이 함께 있는 만큼, 주치의의료기관 케어팀에 대한 보상은 예산과 수가로 함께 지원하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 이때 인건비의 성격을 고려하여 전체 인건비의 70%는 예산으로 정액을 보상하고, 30%는 서비스 양에 기반하여 건강보험으로 보상하는 방식도 함께 고려해 볼 수 있겠다.

〈표 4-59〉 의료기관 네트워크모형의 주치의료기관 보상체계 설계(안)



## 라. 관리운영체계

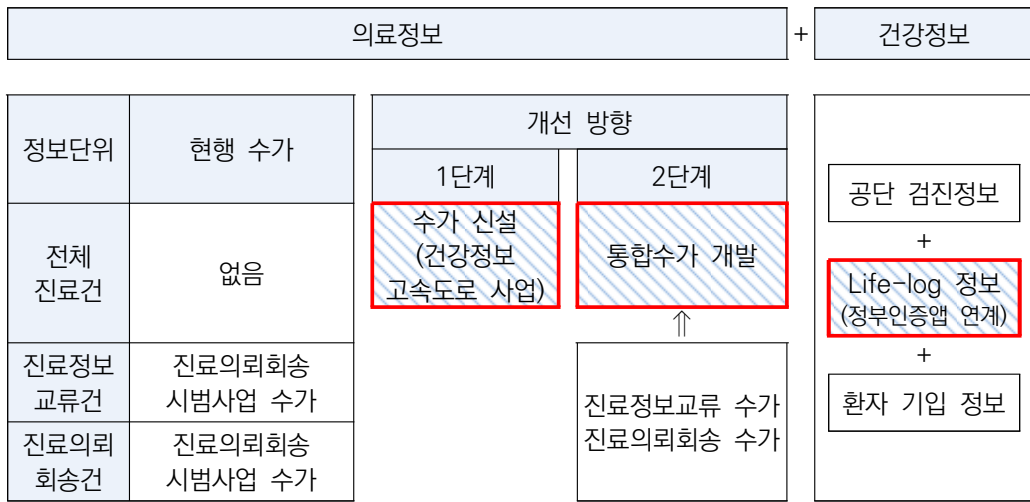
의료기관 네트워크 작동을 위해서는 기본적으로 진료정보교류가 전제 되는 것이 필요하다. 이미 시범사업 등의 형태로 진료정보교류 플랫폼을 만들고 참여 시 인센티브를 부여하는 사업들이 진행 중이다. 초기에는 진료의뢰 회송 시범사업에 참여하는 경우에만 인센티브를 지급하였지만, 진료정보교류 건에 대해서도 인센티브 지급이 확대되는 중이다.

현재 추가로 필요한 부분은 진료정보교류 건 외에 전체 진료 건에 대해 공급자가 자료를 축적하고 이를 환자와 다른 의료기관이 활용할 수 있는 플랫폼을 구축하는 것이다.

그리고 이러한 정보에 추가로 공단의 검진 정보, 환자가 기입하는 정

보, 그리고 IOT 기반 Life-log 정보들도 함께 구축하여야 환자의 진료를 넘어 환자의 건강관리까지로 활용성을 확장해 나갈 수 있다. 따라서 현재 추진 중인 건강정보 고속도로 사업을 포함하여 진료정보축적 및 진료정보교류에 적합한 보상체계를 마련하는 작업이 선행될 필요가 있겠다.

〈표 4-60〉 의료기관 네트워크 모형: 정보공유 방식



**【요약】 복합만성질환자 의료이용 현황 및 욕구 분석 주요 결과**

**시사점1** 높은 복합만성질환자 비율, 개별 질환단위 치료→환자단위 건강관리

만성질환자의 중 복합만성질환자 비율은 66.2% (특히, 당뇨병 97.1%, 고혈압 90.4%)  
 만성질환자 관리는 단순히 해당 질환을 치료한다는 차원을 넘어  
 만성질환자의 건강을 통합적으로 관리하는 접근이 필요 (질환단위 치료 → 환자단위 건강관리)

(최근 5년의 복합만성질환자 현황(2017-2021년))

개수	2017년		2018년		2019년		2020년		2021년		%
	만명	%	만명	%	만명	%	만명	%	만명	%	
전체	5,094	100.0%	5,107	100.0%	5,139	100.0%	5,134	100.0%	5,141	100.0%	-
만성질환자	2,171	42.6%	2,282	44.7%	2,289	44.5%	2,382	46.4%	2,336	45.4%	100.0%
1개	808	15.9%	828	16.2%	829	16.1%	839	16.3%	790	15.4%	33.8%
2개이상	1,363	26.8%	1,454	28.5%	1,460	28.4%	1,543	30.1%	1,546	30.1%	66.2%
3개이상	871	17.1%	943	18.5%	948	18.4%	1,015	19.8%	1,026	20.0%	43.9%
4개이상	502	9.9%	551	10.8%	556	10.8%	602	11.7%	603	11.7%	25.8%
5개이상	257	5.0%	286	5.6%	290	5.6%	316	6.2%	311	6.0%	13.3%

자료: 건강보험 청구자료 분석결과

(당뇨병, 고혈압 복합만성질환자 현황)

만성질환개수	당뇨병 복합만성질환자		고혈압 복합만성질환자	
	만명	%	만명	%
합계	729	100.0%	1,137	100.0%
1개	21	2.9%	109	9.6%
2개이상	708	97.1%	1,028	90.4%
3개이상	613	84.1%	819	72.0%
4개이상	427	58.6%	538	47.3%
5개이상	244	33.5%	295	25.9%

자료: 건강보험 청구자료 분석결과

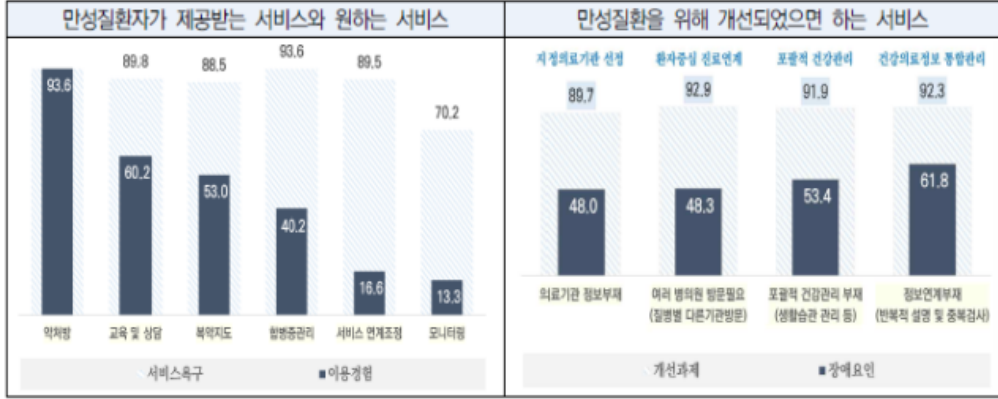
**시사점2**

약 처방 중심 진료→포괄적 서비스 제공(생활습관, 합병증 관리)

건강, 의료정보 연계적 관리 부재(반복적 설명, 중복 진료)→건강, 의료정보 통합관리

- ① 현재 만성질환자는 의료이용시 주로 "약 처방" 서비스만을 제공받고 있는 상황  
 하지만, 만성질환자는 합병증 관리, 생활습관 관리, 서비스 연계조정 등에 대한 욕구가 높은 모습
- ② 현재 만성질환자는 건강, 의료정보 연계적 관리의 부재로 의료기관 방문 시 마다  
 반복적으로 설명하고, 중복 검사를 받는 것에 어려움이 있다고 응답, 건강 및 의료정보의 통합관리와 이를 통한  
 환자중심 연계적 진료제공, 포괄적 건강관리(One-stop)에 대한 욕구가 높은 상황

**【요약】 복합만성질환자 의료이용 현황 및 욕구 분석 주요 결과**

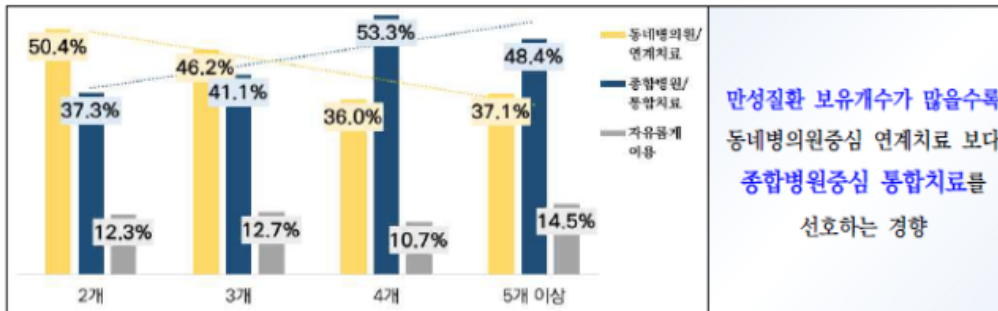


**시사점3** 지정 의료기관 선정, 단일 모형 접근 → 대상자 특성 및 선호 반영 모형 다양화

복합 만성질환자는 지정 의료기관의 필요성을 높게 인식  
 단, 지정의료기관 유형에 대해서는 이견이 존재 (의원중심(거리적 접근성) vs 병원중심(통합적 케어))  
 현재 만성질환 관리정책은 의원급 방문진료 중심,  
 만성질환 보유 개수, 병의원 분포 등 지역 공급체계 특성을 반영한 모형 다양화 추진 필요



(만성질환 보유 개수별 선호 의료이용 모형)





**【요약】 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 및 보상체계 설계**

의원급 만성질환관리 시범사업은 이미 운영 중으로, 본 연구에서는 **종합병원 대상 복합만성질환자 시범사업(3년) 모형 제시**

**① 대상자 분류체계**

□ (참여대상) 복합만성질환자 (거주지 내 구축된 네트워크에 참여)

우선 순위	1) 당뇨병, 고혈압 복합만성질환자 (만성질환 4-5개 이상) 2) 65세 미만 (외래 이용 비율이 높고, 관리를 통해 예방가능한 입원을 등 증증화 예방 가능 집단) 3) 외래 방문일수가 높은 대상 (다빈도 외래방문자 참여 의무화)
-------	---

의무참여자	외래 방문일수 70일 이상 복합만성질환자 (공단 합리적 의료이용지원사업 대상자)							
	전체	없음	10일미만	10일이상	70일이상	150일이상	365일이상	500일이상
	53,095,707	5,641,470	22,600,821	24,853,416	1,294,853	205,336	3,938	730
일반참여자	외래 방문일수 150일 미만 복합만성질환자							

□ (참여유인) 가입자는 기본적으로 네트워크 내에서만 의료이용이 가능하므로, 이를 보상하기 위해 추가 서비스 제공, 급여 및 비급여 서비스 본인부담 경감 등의 인센티브 제공, 네트워크 외 의료이용시 본인부담 인상

참여 인센티브	1차연도(T+1)	3차연도(T+3)
추가서비스제공	1)만성질환관리 서비스, 2)재택의료 제공, 3)통합정보플랫폼 제공	시범사업 참여율, 목표달성율(비용+질)에 따라 서비스 범위 및 본인부담 차등화
급여본인부담경감	-법정본인부담 경감(예: 종별 본인부담 비율에서 10% 경감)	
비급여급여화	-의학적 비급여에 대해 선별급여 형태로 적용 (예: 기준 비급여 초음파, 동재 비급여 중 치료재료 등)	

**② 서비스 제공체계**

□ (제공기관) 70개 중진료권 책임의료기관 중심으로 모형 설정

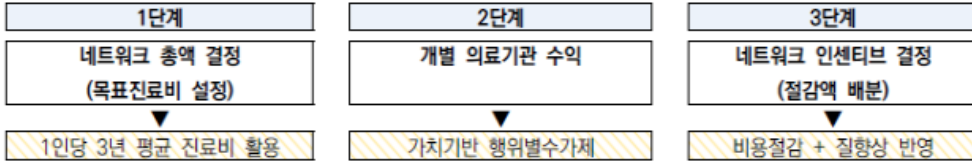
□ (제공서비스) 필수 서비스와 선택 서비스로 구분 (서비스 제공 범위에 따라 차등보상)

구분	서비스 내용	주치의료기관			협력의료기관	
		건강관리 팀 (의료인+비의료인)	다학제 전문진료 팀 (정신과, 통증전문 포함)	재택의료 팀 (방문의료, 방문간호)	의원	상급
필수 서비스	1) 케어플랜 수립	●	○	○		
	2) 생활습관 개선 등 건강관리	○	○	○	●	
	3) 전문진료 제공(합병증 관리 포함)	+	○	○		●
	4) 타 의료기관 연계(의뢰서 발급)		○	○		
	5) 재택의료		○	○	●	●
	6) 응급의료서비스		○	○		●
선택 서비스	1) 24시간 상담서비스					
	2) 긴급방문서비스					
	3) 간호·간병 등 돌봄					

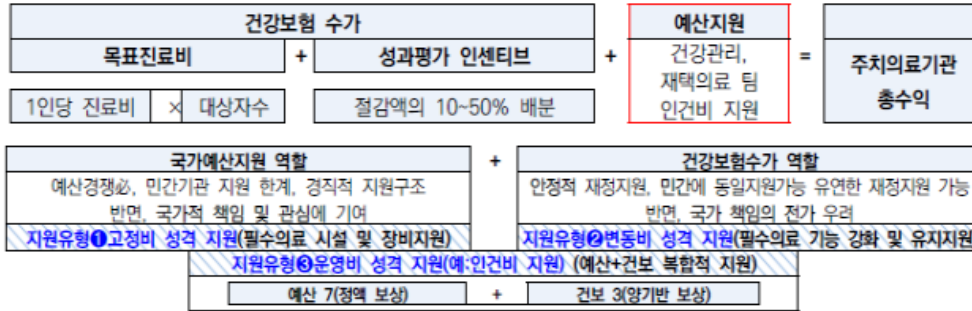
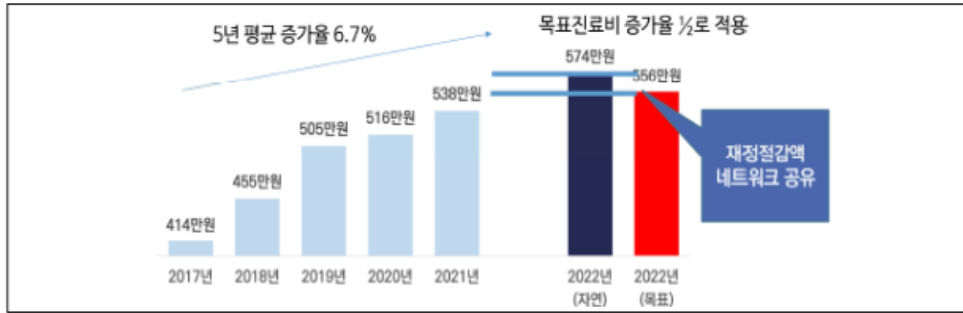


**【요약】 복합만성질환자 의료기관 네트워크 모형 및 보상체계 설계**

**3 공급자 보상체계**

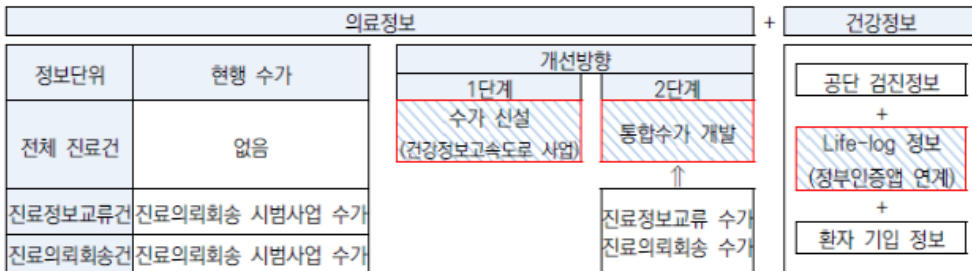


□ (네트워크 총액 결정) 최근 3년간 외래 70일 이상 의료이용자 1인당 진료비를 기준으로 목표 진료비 설정 (단, 2020년 이후 코로나로 의료이용이 감소하여 최근 5년 간 진료비 반영)



**4 관리운영체계**

□ (정보인프라) 환자 중심으로 의료-건강정보 연계 (정보제공 및 활용 인센티브 제공)







## 제5장

### 【③지역사회 내 연계】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형

제1절 【접근방식】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄  
모형 설계 개요

제2절 【특성분석】 노인 의료-요양 이용 현황 및 욕구 분석

제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰

제4절 【모형설계】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄  
모형 및 보상체계 설계

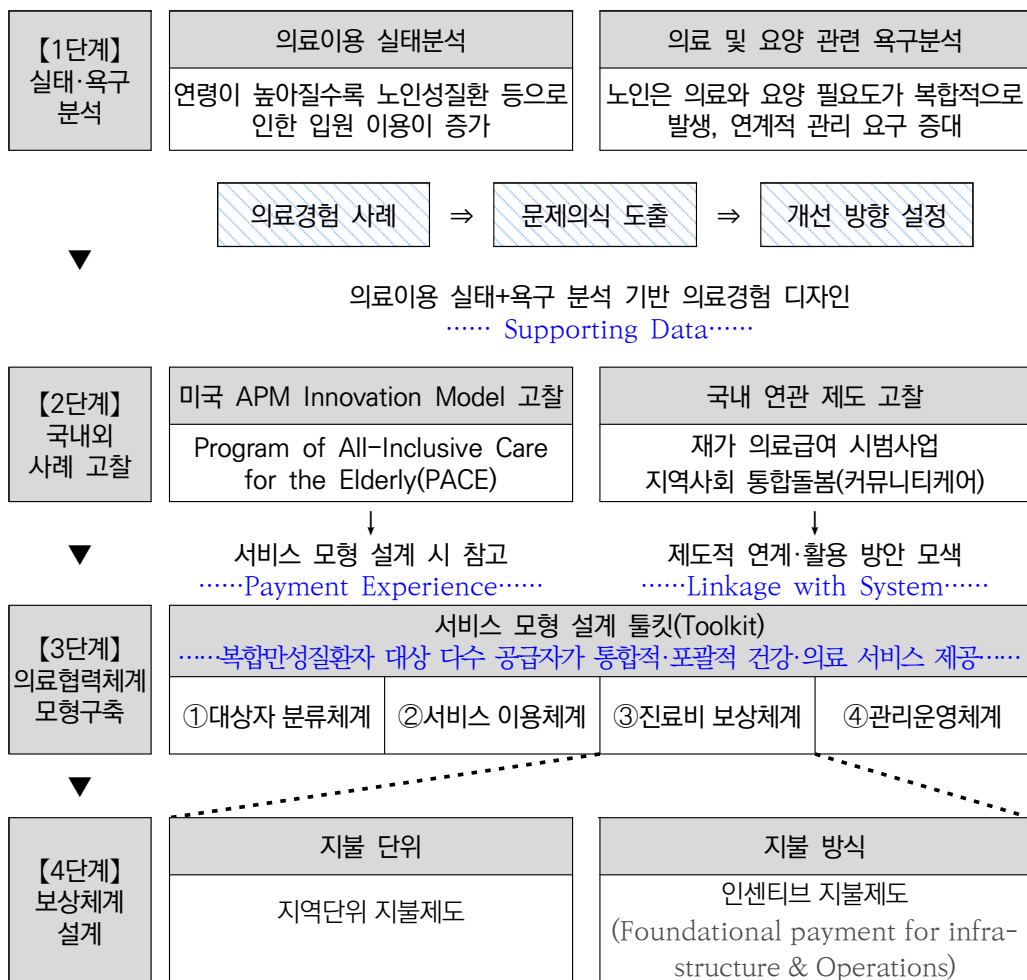


# 제 5 장 【③지역사회 내 연계】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형

## 제1절 【접근방식】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 설계 개요

본 연구에서는 노인 의료-요양 지역사회 연계모형 설계를 위해 다음과 같이 4단계의 과정을 수행하였다.

〈표 5-1〉 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 설계 개요



먼저 1단계에서는 건강보험 및 의료급여 통계연보와 건강보험 및 의료급여 청구자료를 활용하여 노인의 요양-의료이용 현황 및 실태를 분석함으로써 노인의 의료-요양 이용의 특성 및 패턴을 파악하고자 하였다. 그리고 노인을 대상으로 의료, 요양 서비스 이용 시 경험했던 장애요인과 이를 위한 개선과제 등을 조사하여 노인의 의료, 요양 이용 관련 욕구를 탐색해 보고자 하였다.

둘째, 미국의 APM Innovation Model 중 노인 의료-요양 연계 관리와 유사한 모형(Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE))을 고찰하여 노인의 통합적 의료 및 요양 서비스 이용을 위해 어떤 공급자가 어떤 서비스를 어떻게 제공하는 것이 효과적인지 국내에 적용이 가능한 시사점을 도출해 보았다. 그리고 지역사회 통합돌봄 선도사업, 재가 의료급여 서비스와 같이 노인의 의료-요양 서비스의 협력체계와 관련된 국내 연관 제도 고찰을 통해 노인 의료-요양 지역사회 연계모형 설계 시 해당 제도들을 활용 또는 연계하는 방안을 모색해 보고자 하였다.

셋째, 본 연구에서 설정한 노인 의료-요양 지역사회 연계모형의 목적은 “의료적, 요양적 필요도”가 있는 노인을 대상으로 “지역사회 내 의료, 요양 등의 서비스 공급자가 대상자에 필요한 서비스를 “연계적·협력적으로 제공”하는 것으로 설정하고, 이를 달성하는 데 필요한 툴킷별(① 대상자 분류체계, ② 서비스 이용체계, ③ 진료비 보상체계, ④ 관리운영체계) 설계방안을 제시하고자 하였다.

마지막으로 노인 의료-요양 지역사회 연계모형이 실질적으로 작동하기 위해 해당 모형에 대한 공급자와 국민의 참여를 유도하고, 성과를 향상시키기 위한 보상체계를 제안하였다.

## 제2절 【특성분석】 노인 의료-요양 이용 현황 및 욕구 분석

### 1. 의료이용 현황 분석

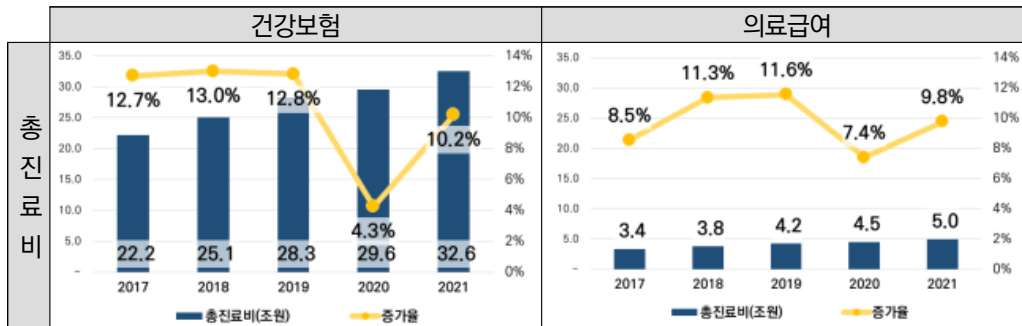
#### 가. 노인 의료이용 현황

##### 1) 전체

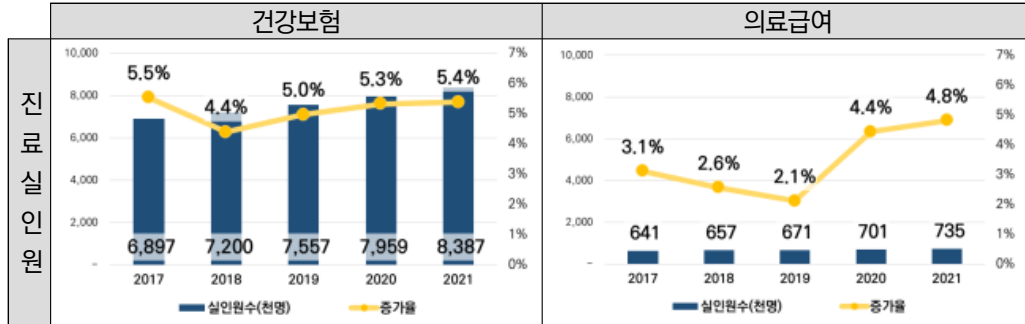
노인의 의료이용 특성, 현황 등을 살펴보기 위해 2017~2021년 건강보험 통계연보와 의료급여 통계연보를 활용하였다. 2021년 건강보험 기준 65세 이상 노인의 총진료비는 32조 6천억 원으로 전년 대비 10.2% 증가하였으며, 해마다 지속 증가하는 추세를 보이고 있다. 그동안 총진료비 증가율은 10% 이상을 유지하다가 2019년 대비 2020년에 4.3%로 소폭 증가했는데 이는 코로나19 상황에 기인한 것으로 보인다. 진료실 인원은 2021년 8,387천 명이었으며 마찬가지로 꾸준히 증가하고 있었다.

한편, 2021년 의료급여 기준 65세 이상 노인의 총진료비는 5조 원이었으며, 이는 전년 대비 9.8% 증가한 수치였다. 진료실 인원은 2019년까지는 650천 명 내외를 유지하면서 미미하게 증가하다가 2019년 대비 2020년에 4.4%가 증가하여 700천 명을 상회하였다.

[그림 5-1] 2017~2021년 65세 이상 노인 총진료비 및 실인원: 전체



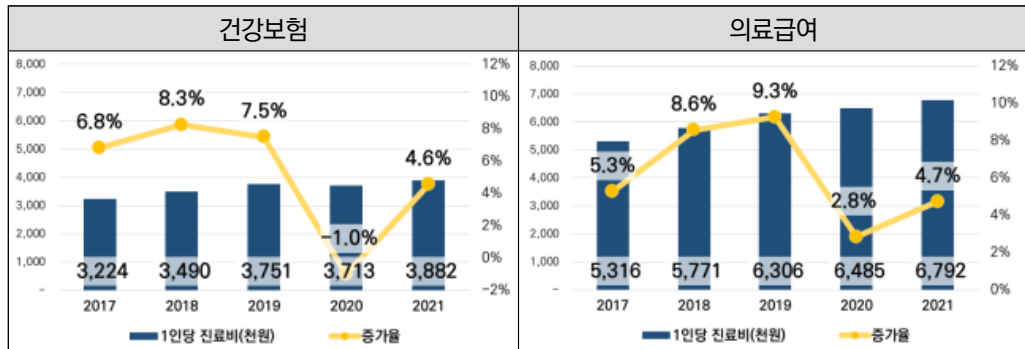
204 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

연도별 65세 이상 노인 1인당 진료비는 건강보험의 경우 2019년까지 증가하다가 2020년에 소폭 하락하였으나(전년 대비 1.0% 감소) 다시 회복하였고, 의료급여는 지난 5년간 계속해서 증가하였다. 2021년 기준 65세 이상 노인 1인당 진료비는 건강보험 가입자는 3,882천 원이었으나, 의료급여 수급자는 6,792천 원이었으며, 건강보험 대비 의료급여에서 약 1.7배의 진료비가 더 발생하였다.

[그림 5-2] 2017~2021년 65세 이상 노인 1인당 진료비: 전체



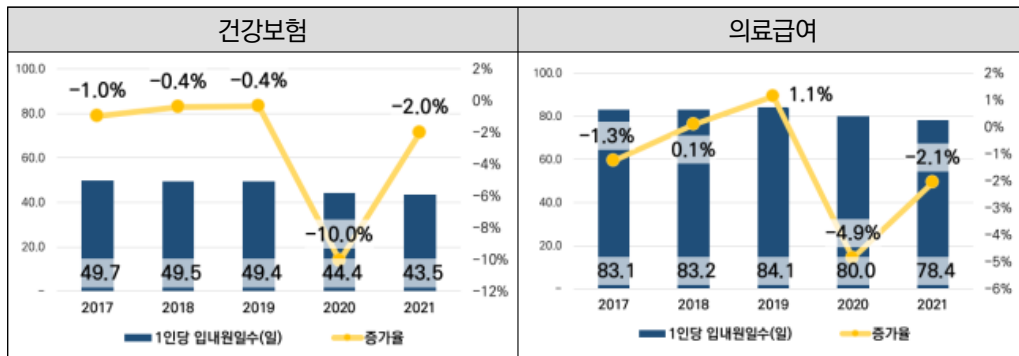
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

2021년 65세 이상 노인 1인당 입·내원일수는 건강보험 43.5일, 의료급여 78.4일로 약 2배 정도의 차이가 났다. 연도별 추이는 건강보험과 의



료급여 모두 비슷한 수준을 유지하다가 코로나19의 여파로 2020년에 큰 폭으로 하락하였다. 즉, 1인당 입·내원일수 증가율은 2019년 대비 2020년에 건강보험은 10.0%가, 의료급여는 4.9%가 감소하였다.

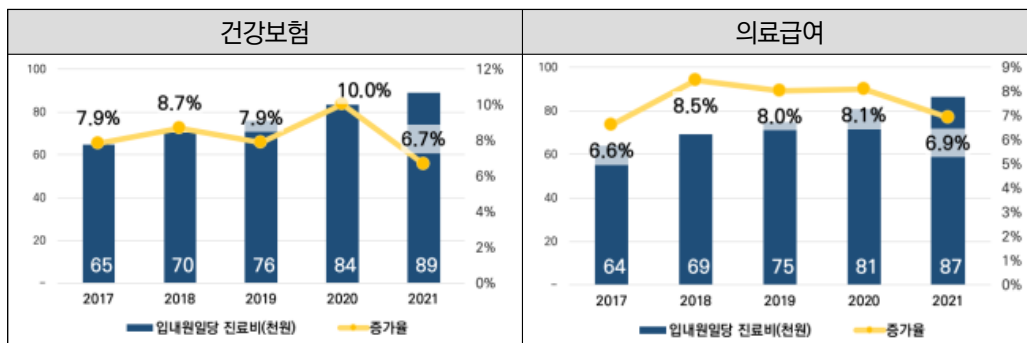
[그림 5-3] 2017~2021년 65세 이상 노인 1인당 입·내원일수: 전체



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

한편, 65세 이상 노인 입·내원 일당 진료비의 경우, 건강보험과 의료급여 모두 전년 대비 증가율은 들쭉날쭉하지만 계속 증가하는 곡선을 그렸다. 2021년 기준 건강보험은 89천 원, 의료급여는 87천 원으로 입·내원 일당 진료비는 비슷한 수준이었다.

[그림 5-4] 2017~2021년 65세 이상 노인 입·내원 일당 진료비: 전체



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

## 2) 진료행태별

다음으로는 건강보험을 중심으로 입원, 외래, 약국 등 진료행태별 의료이용 현황을 살펴보았다. 65세 이상 노인 1인당 진료비는 최근 5개년 평균 증가율이 증가한 반면, 1인당 입·내원일수는 감소하였다. 특히 1인당 입원 진료비는 2020년에 전년 대비 10.4%가 증가하였으나, 외래 진료비는 오히려 2.4% 감소하였다. 한편, 1인당 입·내원일수는 계속해서 감소하고 있었는데, 2020년에 코로나19 영향으로 외래, 약국 진료비는 큰 폭으로 하락하였다. 반대로 입원은 오히려 증가하는 양상을 보였다(2019년 대비 2020년 3.1% 증가)(〈표 5-2~3〉).

앞서 아동 의료이용 현황에서도 살펴보았듯이, 코로나19 시기에 질병의 중증도가 경미한 환자는 의료기관 방문을 자제하고 중증도가 높은 환자의 의료이용이 많았음을 짐작할 수 있다(조경숙, 2021, p.2757).

〈표 5-2〉 2017~2021년 65세 이상 노인 1인당 진료비: 진료행태별

구분	입원		외래		약국	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	6,919	7.1%	1,362	6.7%	918	4.1%
2018	7,366	6.5%	1,481	8.7%	965	5.2%
2019	7,835	6.4%	1,619	9.3%	1,021	5.7%
2020	8,654	10.4%	1,580	-2.4%	1,052	3.1%
2021	8,751	1.1%	1,698	7.4%	1,091	3.7%
연평균 증가율	6.0%		5.7%		4.4%	

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

〈표 5-3〉 2017~2021년 65세 이상 노인 1인당 입·내원일수: 진료행태별

구분	입원		외래		약국	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2017	44.5	0.7%	38.2	-1.4%	20.1	-1.9%
2018	43.9	-1.3%	38.0	-0.5%	20.1	0.2%
2019	42.5	-3.2%	38.3	0.6%	20.0	-0.9%
2020	43.8	3.1%	34.1	-11.0%	18.3	-8.2%
2021	41.0	-6.4%	33.7	-1.1%	17.6	-3.7%
연평균 증가율	-2.0%		-3.1%		-3.2%	

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

65세 이상 노인 입·내원 일당 진료비는 최근 5년간 증가하는 경향을 보였으며, 2021년 기준으로 입·내원 일당 입원 213천 원, 외래 50천 원, 약국 62천 원의 진료비가 발생하였다.

〈표 5-4〉 2017~2021년 65세 이상 노인 입·내원 일당 진료비: 진료행태별

구분	입원		외래		약국	
	천 원	증가율	천 원	증가율	천 원	증가율
2017	155	6.3%	36	8.2%	46	6.1%
2018	168	7.9%	39	9.3%	48	5.0%
2019	184	9.9%	42	8.7%	51	6.7%
2020	197	7.1%	46	9.7%	57	12.3%
2021	213	8.1%	50	8.6%	62	7.7%
연평균 증가율	8.2%		9.1%		7.9%	

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

### 3) 연령별

2021년 기준 연령구간별 1인당 진료비를 건강보험과 의료급여로 구분해 비교해보았다. 20~64세 연령구간에서는 건강보험 대비 의료급여 수급자가 약 4.2배 진료비를 더 지출한 것으로 나타났으나, 연령이 증가할수록 그 차이는 감소하였다. 즉, 65~75세와 75세 이상에서는 각각 2.1배, 1.4배로 건강보험과 의료급여 간 진료비 발생 차이가 줄어들었다. 입원, 외래, 약국 등 진료형태별로도 유사한 양상을 보였고, 65세 이상 노인 1인당 입원, 외래, 약국 진료비 모두에서 의료급여 수급자가 약 1.3배 정도 더 많은 진료비를 지출하고 있었다.

〈표 5-5〉 2021년 연령구간별 1인당 진료비

(단위: 천 원)

구분	전체			입원		
	건강보험 A	의료급여 B	B/A	건강보험 A	의료급여 B	B/A
20~64세	1,224	5,096	4.2	3,736	10,923	2.9
65~75세	3,181	6,598	2.1	6,842	11,413	1.7
75세 이상	4,849	6,957	1.4	10,651	11,938	1.1
65세 이상	3,882	6,792	1.7	8,751	11,720	1.3

구분	외래			약국		
	건강보험 A	의료급여 B	B/A	건강보험 A	의료급여 B	B/A
20~64세	752	1,731	2.3	322	823	2.6
65~75세	1,700	2,203	1.3	962	1,337	1.4
75세 이상	1,694	1,732	1.0	1,273	1,456	1.1
65세 이상	1,698	1,954	1.2	1,091	1,401	1.3

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

이번에는 연령구간별 1인당 입·내원일수를 살펴보았다. 전반적으로 20~64세 연령구간에서 건강보험 대비 의료급여 수급자의 입·내원일수가 약 4배가량 더 많았으나, 연령이 증가할수록 그 격차가 줄어들었다. 외래와 약국의 경우, 연령구간별 건강보험과 의료급여 간 1인당 입·내원일수의 차이가 크지 않았으나, 입원은 65세 미만 연령층에서 격차가 뚜렷했다. 20~64세 건강보험 가입자 1인당 입원일수는 11.6일인 반면, 의료급여 수급자는 97.4일로 약 8.4배 더 길었다.

〈표 5-6〉 2021년 연령구간별 1인당 입·내원일수

(단위: 일)

구분	전체			입원		
	건강보험 A	의료급여 B	B/A	건강보험 A	의료급여 B	B/A
20~64세	15.9	64.0	4.0	11.6	97.4	8.4
65~75세	37.0	77.6	2.1	22.3	81.1	3.6
75세 이상	52.5	79.1	1.5	59.6	89.7	1.5
65세 이상	43.5	78.4	1.8	41.0	86.1	2.1

구분	외래			약국		
	건강보험 A	의료급여 B	B/A	건강보험 A	의료급여 B	B/A
20~64세	14.5	28.8	2.0	7.9	14.1	1.8
65~75세	32.2	37.6	1.2	16.5	20.2	1.2
75세 이상	35.8	33.8	0.9	19.2	19.9	1.0
65세 이상	33.7	35.6	1.1	17.6	20.0	1.1

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

한편, 연령구간별 입·내원 일당 진료비는 편차가 크지 않았다. 전반적으로 건강보험과 의료급여의 진료비는 비슷한 수준이었는데, 외래와 약

국은 의료급여 수급자가 조금 더 많았다(1.1~1.4배). 반면에 입원에서는 건강보험 가입자의 입·내원 일당 진료비가 더 많이 발생하였다(0.3~0.7배).

〈표 5-7〉 2021년 연령구간별 입·내원 일당 진료비

(단위: 천 원)

구분	전체			입원		
	건강보험 A	의료급여 B	B/A	건강보험 A	의료급여 B	B/A
20~64세	77	80	1.0	322	112	0.3
65~75세	86	85	1.0	306	141	0.5
75세 이상	92	88	1.0	179	133	0.7
65세 이상	89	87	1.0	213	136	0.6

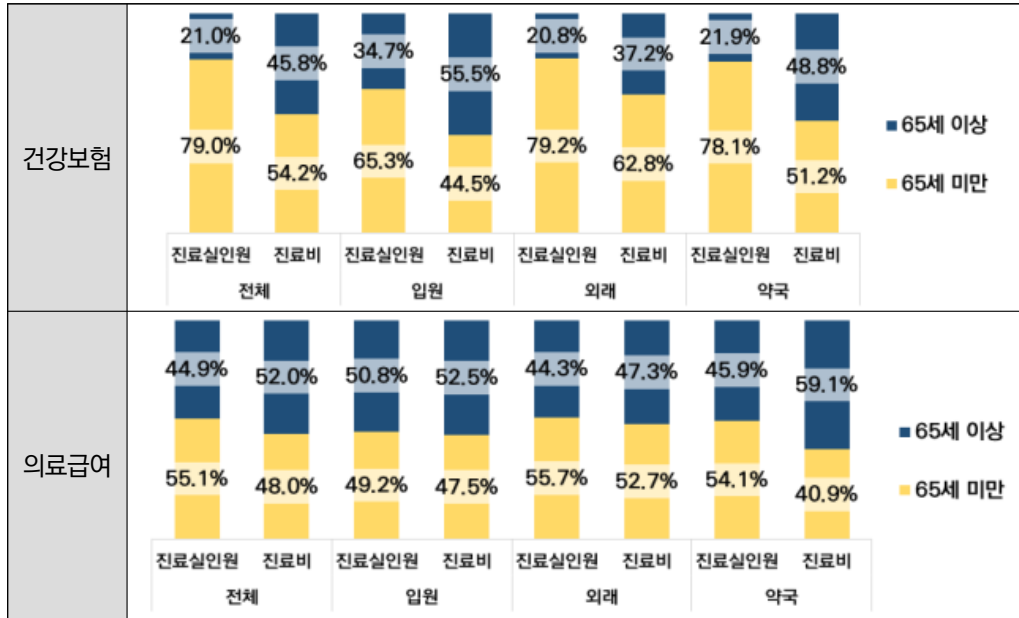
구분	외래			약국		
	건강보험 A	의료급여 B	B/A	건강보험 A	의료급여 B	B/A
20~64세	52	60	1.2	41	59	1.4
65~75세	53	59	1.1	58	66	1.1
75세 이상	47	51	1.1	66	73	1.1
65세 이상	50	55	1.1	62	70	1.1

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

2021년 기준 진료행태별 65세 미만(비노인)과 65세 이상(노인) 집단의 진료실 인원과 진료비 구성을 살펴보면, 건강보험에서는 65세 미만이 많은 분포를 차지하고 있는 반면, 의료급여에서는 65세 이상 비중이 더 크거나 비슷한 수준을 유지하고 있다(그림 5-5).

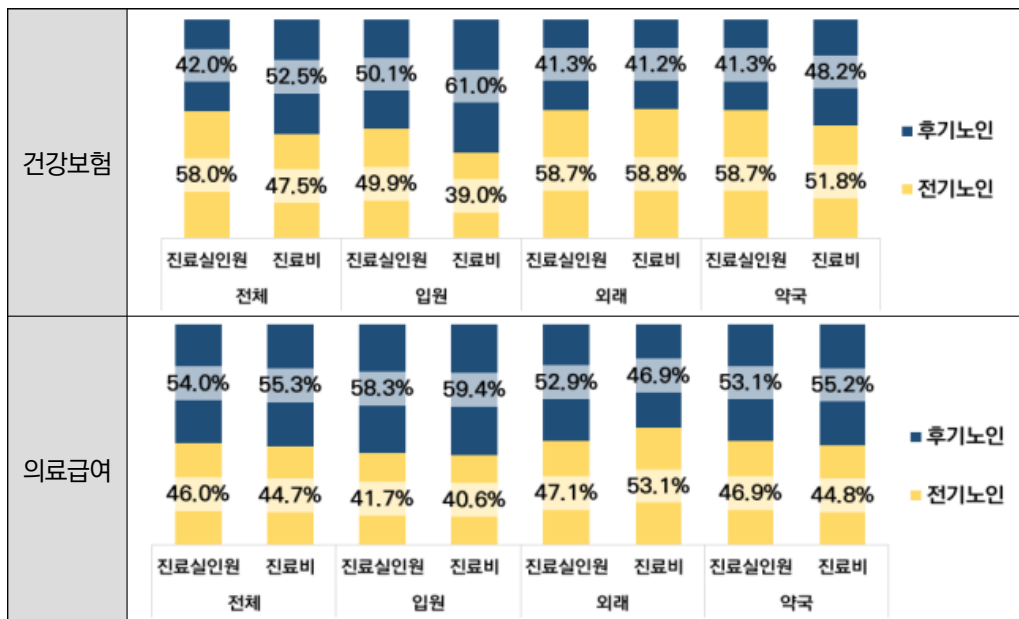
나아가 65~74세 전기노인과 75세 이상 후기노인으로도 구분해 살펴 보았다. 건강보험에서는 대부분 전기노인이 더 많은 분포를, 의료급여에서는 후기노인이 더 큰 비중을 차지하고 있었다(그림 5-6).

[그림 5-5] 2021년 진료행태별 연령별 실인원 및 진료비 구성비



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

[그림 5-6] 2021년 진료행태별 노인 실인원 및 진료비 구성비



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 통계연보; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). 의료급여 통계연보

### 나. 장기요양급여 이용 현황

2021년 기준 요양병원 입원환자의 장기요양 인정등급 현황을 살펴보았다. 입원 중에 신체기능저하군 이력이 있던 건강보험 환자는 306,026명이었으며, 이 중에서 66.3%(202,921명)가 장기요양 등급인정을 받았다. 여기서 장기요양신청 이력은 2008년부터 현재까지 신청 이력이 있는 경우이고, 인정등급은 2021년도 말 기준으로 산출한 것이다. 의료최고도(A1), 의료고도(A2)는 1등급이 각각 1,630명, 21,780명으로 가장 많았으며, 경도로 갈수록 하위 등급에 해당하는 비중이 더 커졌다.

〈표 5-8〉 2021년 요양병원 입원환자의 장기요양 인정등급 현황: 건강보험

(단위: 명)

구분	신체기능저하군 전체	의료최고도 (A1)	의료고도 (A2)	의료중도 (A3)	의료경도 (A6)	선택입원군 (A7)	
전체 환자 수	306,026	7,558	112,417	133,780	81,278	54,277	
등급 신청	없음	103,105	3,191	25,895	41,754	20,966	35,567
	있음	202,921	4,367	86,522	92,026	60,312	18,710
	↳1등급	28,304	1,630	21,780	5,851	3,585	838
	2등급	34,704	500	17,483	15,318	9,371	2,447
	3등급	55,742	833	20,646	28,233	17,610	5,505
	4등급	49,020	742	15,466	24,902	17,191	5,850
	5등급	9,192	109	2,352	5,045	3,948	657
	인지등급	1,276	16	272	718	563	128
등급외	24,683	537	8,523	11,959	8,044	3,285	

주: 요양급여비용 명세서 중 요양병원 입원명세서에 신체기능저하군 이력이 있는 경우임.  
 자료: 국민건강보험공단. (2021). 장기요양급여 분석 결과

신체기능저하군 1인당 평균 의료비는 1,744천 원이었으며, 장기요양 인정등급별로는 1등급이 2,179천 원으로 가장 높고, 5등급이 1,548천 원으로 가장 낮았다. 여기서 의료비는 해당 신체기능저하군 이력이 있는



환자 중 장기요양 인정등급을 받은 대상자의 의료기관 총진료비(입원)를 의미한다. 예를 들어, 의료최고도 이력이 있으면서 장기요양 1등급을 받은 사람의 의료기관 총진료비를 뜻한다.

〈표 5-9〉 2021년 장기요양등급별 1인당 의료비: 건강보험

(단위: 천 원)

구분	신체기능저하군 전체	의료최고도 (A1)	의료고도 (A2)	의료중도 (A3)	의료경도 (A6)	선택입원군 (A7)
전체	1,744	1,011	1,557	1,356	1,299	626
1등급	2,179	1,649	2,107	1,351	1,321	555
2등급	1,906	648	1,667	1,452	1,375	633
3등급	1,712	545	1,365	1,429	1,293	664
4등급	1,427	575	1,072	1,189	1,167	563
5등급	1,548	539	1,118	1,266	1,218	528
인지등급	1,558	518	1,179	1,254	1,260	386
등급외	1,806	846	1,408	1,456	1,538	713

자료: 국민건강보험공단. (2021). 장기요양급여 분석 결과

이번에는 입원일수 구간별로 환자 수, 진료비, 입원일수, 1인당 진료비 등 의료이용 현황을 파악해보았다. 먼저 사회적 입원이라 불리는 선택입원군은 요양병원 입원이 불필요하여, 입원치료보다는 외래진료가 적합한 데도 경제적 어려움 등의 이유로 입원한 환자를 의미한다. 요양병원에 입원한 선택입원군 54,277명 중 180일 이상 장기입원자는 12,921명으로 약 24% 수준이었고, 이들의 진료비 또한 큰 비중을 차지하고 있었다.

214 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

〈표 5-10〉 2021년 요양병원 입원환자 중 신체기능저하군 이력이 있는 환자진료 현황

(단위: 명, 천 원, 천 일, 원)

구분	입원 중 신체기능저하군 이력이 있는 환자 전체	선택입원군 (A7)
<b>환자 수(전체, 명)</b>	<b>306,026</b>	<b>54,277</b>
(1) 30일 미만	64,066	14,690
(2) 30일 이상 ~ 90일 미만	61,472	15,785
(3) 90일 이상 ~ 120일 미만	16,752	4,389
(4) 120일 이상 ~ 180일 미만	25,607	6,492
(5) 180일 이상	138,129	12,921
<b>진료비(전체, 천 원)</b>	<b>4,954,455</b>	<b>3,168,031</b>
(1) 30일 미만	82,273	136,040
(2) 30일 이상 ~ 90일 미만	300,063	451,810
(3) 90일 이상 ~ 120일 미만	158,295	232,496
(4) 120일 이상 ~ 180일 미만	346,530	486,136
(5) 180일 이상	4,067,295	1,861,550
<b>입원일수(전체, 천 일)</b>	<b>54,746</b>	<b>4,665</b>
(1) 30일 미만	960	210
(2) 30일 이상 ~ 90일 미만	3,326	692
(3) 90일 이상 ~ 120일 미만	<b>1,734</b>	<b>356</b>
(4) 120일 이상 ~ 180일 미만	3,780	747
(5) 180일 이상	44,946	2,660
<b>1인당 진료비(전체, 원)</b>	<b>16,189,655</b>	<b>5,836,784</b>
(1) 30일 미만	1,284,189	926,070
(2) 30일 이상 ~ 90일 미만	4,881,302	2,862,273
(3) 90일 이상 ~ 120일 미만	9,449,296	5,297,233
(4) 120일 이상 ~ 180일 미만	13,532,617	7,488,230
(5) 180일 이상	29,445,626	14,407,168

자료: 국민건강보험공단. (2021). 장기요양급여 분석 결과

다음으로 의료급여 수급자 현황도 살펴보았다. 입원 중에 신체기능저하군 이력이 있던 의료급여 환자는 85,764명이었으며, 이 중에서 절반 이상(56.6%)인 48,558명이 장기요양 등급인정을 받았다. 입원환자 분류군 모두에서 등급 외 판정이 가장 많았고, 의료최고도(A1), 의료고도(A2)의 경우 1등급이 각각 150명, 2,539명으로 가장 많았다. 한편 전체 신체기능저하군 중 장기요양 인정등급을 받은 선택입원군은 약 8%(3,871명)에 해당하였다. 신체기능저하군 의료급여 수급자 1인당 의료비는 1,271천 원으로 건강보험보다 조금 낮았으며, 장기요양 인정등급별로는 1등급이 1,509천 원으로 가장 높고 5등급이 1,058천 원으로 가장 낮았다. 선택입원군 1인당 의료비는 889천 원이었으며, 적게는 670천 원에서 많게는 967천 원의 분포를 나타냈다.

〈표 5-11〉 2021년 요양병원 입원자의 장기요양 인정등급 현황: 의료급여 (단위: 명)

구분	신체기능저하군 전체	의료최고도 (A1)	의료고도 (A2)	의료중도 (A3)	의료경도 (A6)	선택입원군 (A7)	
전체 환자 수	85,764	1,926	31,667	41,737	22,343	13,459	
등급 신청	없음	37,206	917	10,319	14,336	5,146	6,488
	있음	48,558	533	14,353	19,105	10,696	3,871
	↳1등급	3,493	150	2,539	484	242	78
	2등급	4,773	29	1,972	1,616	915	241
	3등급	8,682	62	2,278	3,744	1,929	669
	4등급	10,397	72	2,089	4,572	2,559	1,105
	5등급	2,146	12	302	1,003	664	165
	인지등급	462	5	42	243	133	39
	등급외	18,605	203	5,131	7,443	4,254	1,574

주: 요양급여비용 명세서 중 요양병원 입원명세서에 신체기능저하군 이력이 있는 경우임.  
 자료: 국민건강보험공단. (2021). 장기요양급여 분석 결과

〈표 5-12〉 2021년 장기요양등급별 1인당 의료비: 의료급여

(단위: 천 원)

구분	신체기능저하군 전체	의료최고도 (A1)	의료고도 (A2)	의료중도 (A3)	의료경도 (A6)	선택입원군 (A7)
전체	1,271	990	1,373	1,329	1,180	889
1등급	1,509	1,175	1,617	1,334	1,130	892
2등급	1,317	674	1,418	1,365	1,141	915
3등급	1,321	639	1,332	1,455	1,195	955
4등급	1,134	814	1,135	1,222	1,144	768
5등급	1,058	695	1,087	1,091	1,098	670
인지등급	1,198	865	1,534	1,246	1,129	820
등급외	1,293	1,088	1,366	1,359	1,221	967

자료: 국민건강보험공단. (2021). 장기요양급여 분석 결과

## 2. 의료이용 실태 및 서비스 욕구 분석

### 가. 조사 개요

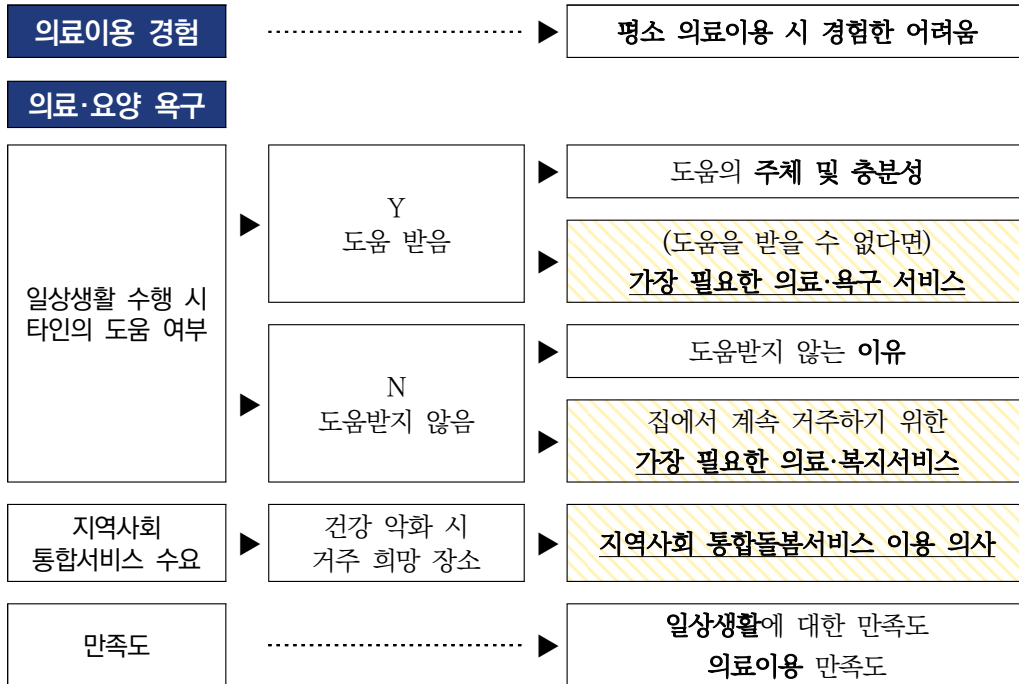
조사 목적은 노인의 의료이용 시 경험했던 장애요인과 이를 개선하는데 필요한 새로운 서비스 등 노인의 건강관리와 의료이용 관련 욕구를 파악하는 데 있다. 조사 대상은 만 65세 이상 노인으로 지역별 인구 규모에 따라 1,000명의 표본을 추출하여 선정하였다. 표본의 대표성을 확보하기 위해 행정안전부의 「2022년 9월 기준 주민등록인구통계」 자료를 모집단으로 활용하고 지역별 인구비례 할당방식을 적용하여 표본을 추출하였다. 무작위 전화 걸기(Random Digit Dialing, RDD) 방식을 통해 조사 참여에 동의한 자를 대상으로 조사를 수행하였다. 그 결과 유효표본 1,000명을 확보하였으며, 95% 신뢰수준에서  $\pm 3.10\%p$  표본오차를 보였다. 설문조사는 2022년 10월 4일부터 10월 10일까지 7일간 진행되었

으며, 숙련된 조사원에 의한 개별 전화면접조사(CATI) 방식으로 수행하였다. 이 조사는 한국보건사회연구원에 설치된 생명윤리위원회(IRB)로부터 승인을 받았다(제2022-103호).

## 나. 조사 내용

조사 내용은 앞서 아동, 복합만성질환자와 마찬가지로 크게 노인의 의료서비스 이용 경험과 의료 및 요양서비스 욕구, 응답자 특성 등 세 가지 영역으로 구성하였다. 다만, 조사 대상이 만 65세 이상 노인이고, 전화조사라는 점을 감안하여 노인의 의료이용 경험보다는 의료·요양서비스 욕구 파악에 더 중점을 두고 진행하였다. 따라서 노인의 의료이용 경험은 평소 의료이용 시 겪을 수 있는 어려움에 대해서만 조사하였다.

〈표 5-13〉 노인 대상 설문조사 흐름도



주: 연구진이 작성함.

노인의 의료·요양서비스 욕구는 현재 신체적 건강 상태를 기준으로 필요한 의료·복지서비스 및 욕구를 파악해보았다. 즉, 일상생활을 수행하는데 가족이나 가족 이외의 사람에게서 도움을 받고 있는지를 파악하여 각 상황에 따른 필요도를 살펴보았다. 도움을 받는 경우, 주로 누구의 도움을 받는지, 충분한지, 만약 주변의 도움을 받을 수 없다면 가장 필요한 의료·복지서비스는 무엇인지를 파악하였다. 반대로 현재 도움을 받지 않는 경우, 그 이유는 무엇인지, 노인이 집에서 계속 거주하기 위해 가장 필요한 의료·복지서비스는 무엇인지를 조사하였다. 또한 만약 건강이 악화되어 거동이 불편해진다면 어디에 거주할지, 동네 지역에 의료서비스를 포함해 주거, 요양, 돌봄, 이동지원 등 서비스를 통합적으로 지원해준다면 집에서 거주할 생각이 있는지를 물어보았다. 마지막으로 현재 일상생활에 대한 만족도와 의료이용 만족도를 파악해보고자 했다. 이러한 노인의 의료·복지서비스에 필요도와 욕구는 관련 선행연구를 바탕으로 연구의 목적을 고려해 조사표를 설계하였다.<sup>12)</sup> 응답자 특성으로는 의료보장 유형(건강보험, 의료급여), 최근에 노인장기요양보험 등급신청을 한 적이 있는지, 있다면 등급은 무엇인지, 없다면 그 이유는 무엇인지를 조사하였고, 혼인상태, 월평균 가구소득, 평소 건강 상태에 대해서도 파악해보고자 했다.

12) 이윤경, 김세진, 황남희, 임정미, 주보혜, 남궁은하, ..., 김경래. (2020). 2020년도 노인 실태조사의 「2020년도 노인실태조사표」 및 배재용, 황도경, 김현규, 이지혜. (2020). 요양병원 선택입원군 의료급여 수급자 심층 조사 및 관리방안 연구를 참고함.

## 다. 조사 결과<sup>13)</sup>

### 1) 응답자 특성

응답자의 특성을 살펴보면, 성별 분포는 남자 33.8%, 여자 66.2%로 여자가 더 많았다. 연령은 만 80세 이상이 46.7%로 가장 많았으며, 만 70~79세 37.1%, 만 65세~69세 16.2% 순이었다. 지역 분포는 서울, 인천, 경기를 포함한 수도권 거주자가 43.7%였으며(서울 18.0%, 인천/경기 25.7%), 부산/울산/경남(16.6%)이 그 뒤를 이었다. 한편, 제주 및 강원 지역에 거주하는 응답자는 각각 1.2%, 3.9%에 불과하였다. 의료보장 형태는 건강보험 가입자 86.0%, 의료급여 수급자 14.0%였으며, 혼인상태는 유배우자 55.5%, 무배우자 43.9%로 구성되었다. 월평균 가구소득은 100만 원 미만(61.2%)이 큰 비중을 차지했으며, 평소 건강 상태는 보통(41.4%), 나쁨(37.9%), 좋음(20.6%) 순으로 인식하고 있었다. 이 조사는 65세 이상 노인이라는 대상자 특성을 고려하여 전화조사로 수행하였다. 따라서 일부 문항에서 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값이 발생하였으며, 분석 시 이를 제외하고 산출하였다.

13) 이 조사는 65세 이상 노인이라는 대상자 특성을 고려해 전화조사로 수행했음. 따라서 일부 문항에서 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값이 발생했으며, 분석 시 이를 제외하고 산출했음.

〈표 5-14〉 응답자의 일반적 특성: 노인

구분		빈도(명)	비율(%)
전체		1,000	100
성별	남자	338	33.8
	여자	662	66.2
연령	만 65~69세	162	16.2
	만 70~79세	371	37.1
	만 80세 이상	467	46.7
거주지 (권역)	서울	180	18.0
	인천/경기	257	25.7
	대전/충북/충남/세종	111	11.1
	광주/전북/전남	119	11.9
	대구/경북	116	11.6
	부산/울산/경남	166	16.6
	강원	39	3.9
	제주	12	1.2
의료보장 형태	건강보험 가입자	808	86.0
	의료급여 수급자	132	14.0
혼인상태	배우자 있음	552	55.5
	배우자 없음(별거, 이혼, 사별)	436	43.9
	미혼	6	0.6
월평균 가구소득	100만 원 미만	562	61.2%
	100~200만 원 미만	197	21.4%
	200~300만 원 미만	96	10.4%
	300~500만 원 미만	39	4.2%
	500~700만 원 미만	12	1.3%
	700만 원 이상	13	1.4%
평소 건강 상태	나쁨	378	37.9
	보통	414	41.4
	좋음	205	20.6

주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

2) 의료보장 형태, 혼인상태, 월평균 가구소득, 평소 건강 상태는 결측값을 제외하고 산출하였음.

다음으로는 노인장기요양보험에 대해 살펴보았다. “고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동, 일상생활 지원 등 서비스를 제공”하기 위해 2008년에 도입된 제도이다(보건복지부 홈페이지). 장기요양등급은 크게 1~5등급으로 나뉘는데 일상생활에서 타인의 도움이 어느 정도로 필요한지에 따라 등급 판정이 이루



어지며 5등급은 치매환자로 국한한다. 분석 결과, 최근에 노인장기요양 보험 등급 신청을 한 적이 있는 사람은 90명(9.2%)에 불과하였다. 이 중에서도 등급인정까지 받은 사람은 6.1%뿐이었으며, 신청은 했으나 등급 인정을 받지 못한 사람은 3.1%였다. 등급인정을 받은 60명 중에서 4등급이 50%로 가장 많았고, 3등급 27.1%, 5등급 14.6% 순이었다. 한편, 신청한 적이 없다고 응답한 890명을 대상으로 신청하지 않은 이유에 대해서 물어본 결과, ‘필요 없어서’가 66.3%로 가장 많았으며, ‘노인장기요양 보험에 대해 알지 못해서’가 23.1%를 차지하였다.

〈표 5-15〉 노인장기요양보험 등급신청 여부

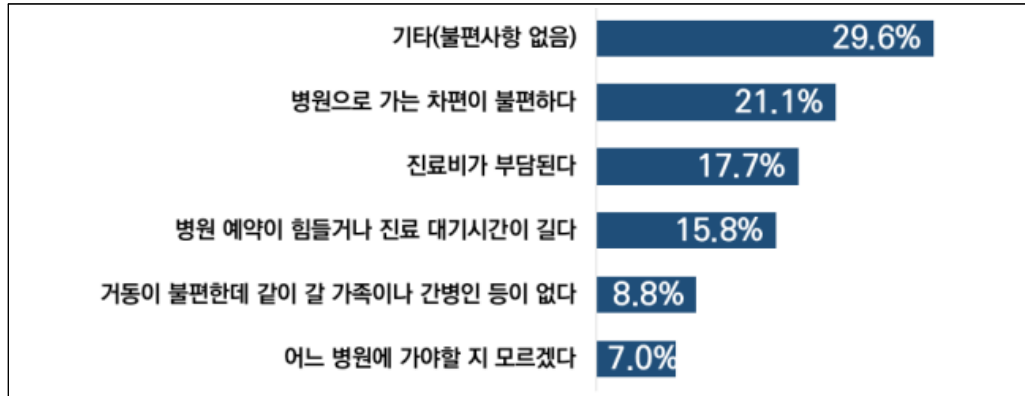
등급 신청 여부		빈도(명)	비율(%)
신청한 적 없음		890	90.8%
↳ 장기요양보험 신청하지 않은 이유			
필요 없어서		574	66.3%
노인장기요양보험에 대해 알지 못해서		200	23.1%
등급인정을 받지 못할 것 같아서		29	3.3%
타인의 도움을 받고 싶지 않아서		19	2.2%
비용이 부담될 것 같아서		25	2.9%
시설보다 요양병원에 입원하는 것이 더 낫다고 생각해서		3	0.3%
장기요양보험에는 원하는 서비스가 없어서		7	0.8%
기타		9	1.0%
소계		866	100%
신청은 했으나, 등급인정을 받지 못함		30	3.1%
신청하여 등급인정을 받음		60	6.1%
↳ 가장 최근에 받은 등급 유형			
1등급		2	4.2%
2등급		-	-
3등급		13	27.1%
4등급		24	50.0%
5등급		7	14.6%
등급 외		2	4.2%
소계		48	100%

주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구 조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

## 2) 노인 의료서비스 이용 경험

노인이 의료서비스 이용할 때 어떠한 어려움이 있는지를 살펴보았다. 기타가 29.6%로 가장 높았는데 주로 ‘불편사항 없음’의 내용이었다. 그 다음으로는 ‘병원으로 가는 차편이 불편하다’가 21.1%를 차지했고, ‘진료비가 부담된다’ 17.7%, ‘병원 예약이 힘들거나 진료 대기시간이 길다’ 15.8% 순이었다. 한편, ‘어느 병원으로 가야 할지 모르겠다’가 7.0%로 의료기관 선택에 있어 어려움은 거의 없는 것으로 보였다.

[그림 5-7] 노인의 의료이용 시 어려움



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구 조사’ 분석 결과임.  
2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

응답자 특성에 따라서는 여자는 병원으로 가는 차편에 대한 불편함이 25.5%로 많았고, 남자는 병원 예약 문제나 진료 대기시간이 긴 것에 대해 큰 불편을 느끼고 있었다(18.9%). 연령이 증가할수록 병원으로 가는 차편에 어려움을 겪는 반면(만 80세 이상 25.9%), 연령이 감소할수록 이 보다는 진료비 부담, 예약 및 긴 대기시간에서 불편을 느끼고 있었다. 지역에 따라서는 서울, 인천, 경기 등 수도권 지역에서는 진료비 부담, 예약 및 대기시간에, 수도권 외 지역에서는 주로 병원 이동을 위한 차편에 더 많이 분포하였다.

〈표 5-16〉 응답자 특성별 노인의 의료이용 시 어려움

(단위: 명, %)

구분		기타 (불편없음)	병원이등 차편불편	진료비 부담	예약, 대기시간	거동불편	병원선택 어려움
전체		25.9	18.4	15.5	13.8	7.7	6.1
성별	남자	34.4	12.6	17.9	18.9	8.3	7.9
	여자	27.1	25.5	17.7	14.2	9.1	6.5
연령	만 65~69세	27.0	13.5	19.6	27.7	2.0	10.1
	만 70~79세	32.9	18.4	18.4	17.4	5.7	7.3
	만 80세 이상	28.0	25.9	16.6	10.2	13.7	5.6
거주지 (권역)	서울	34.0	7.5	23.3	21.4	8.2	5.7
	인천/경기	35.3	15.9	18.5	17.2	6.5	6.5
	대전/충청/세종	26.6	29.8	16.0	14.9	7.4	5.3
	광주/전라	24.5	25.5	6.9	17.6	15.7	9.8
	대구/경북	23.0	28.0	19.0	13.0	11.0	6.0
	부산/울산/경남	26.6	28.7	18.9	9.8	7.7	8.4
	강원	25.0	34.4	21.9	3.1	3.1	12.5
	제주	33.3	8.3	-	33.3	25.0	-
의료보장 형태	건강보험	28.6	19.9	18.0	17.7	7.8	8.1
	의료급여	37.1	23.3	15.5	8.6	12.9	2.6
혼인상태	배우자 있음	29.2	17.8	18.2	20.0	6.5	8.4
	배우자 없음	30.4	25.3	17.2	10.2	11.6	5.4
	미혼	50.0	-	16.7	16.7	16.7	-
월평균 가구소득	100만원 미만	25.9	26.9	20.6	10.2	11.0	5.3
	100~200만원	33.1	14.9	16.0	20.0	7.4	8.6
	200~300만원	36.6	11.8	8.6	26.9	4.3	11.8
	300~500만원	22.6	12.9	22.6	29.0	-	12.9
	500~700만원	66.7	-	-	22.2	-	11.1
	700만원 이상	18.2	-	18.2	54.5	-	9.1
평소 건강상태	나쁨	17.2	27.3	22.4	11.6	15.7	5.8
	보통	32.3	20.2	15.2	19.1	5.1	8.1
	좋음	49.1	9.9	13.5	17.5	2.9	7.0

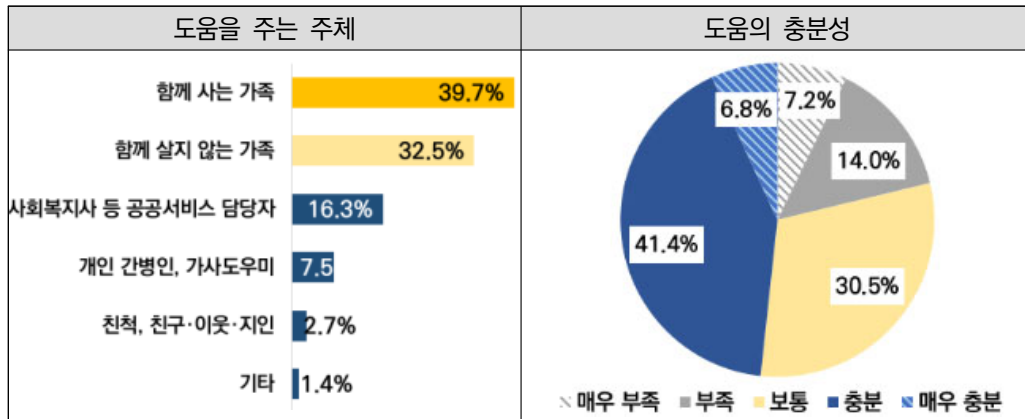
- 주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 표 내용은 노인의 의료이용 시 각각의 ‘어려움’을 나타낸 수치임.  
 3) 혼인상태에서 ‘배우자 없음’은 별거, 이혼, 사별을 포함함.  
 4) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

### 3) 노인 의료·요양서비스 욕구

노인의 의료·요양서비스를 파악하기 위해 가장 먼저 일상생활 수행 시 가족이나 다른 사람에게서 도움을 받는지를 물어보았다. 응답자의 약 1/3(29.8%) 정도만이 도움을 받는다고 응답하였다. 그렇다면 주로 누구의 도움을 받는지를 이어서 물어보았는데, 동거 여부를 떠나 대부분이 가족들의 도움을 받고 있었다. 함께 사는 가족이 39.7%로 가장 많았고, 함께 살지 않는 가족이 32.5%로 그다음 순이었다. 한편, 친척, 친구, 이웃, 지인에게서 도움을 받는다는 응답자는 2.7%였다.

가족이나 다른 사람에게서 받는 도움이 충분하다고 여기는 응답자는 절반이 채 되지 않았으며(48.2%), ‘보통’ 30.5%, ‘부족’ 21.2% 순이었다 ([그림 5-8]).

[그림 5-8] 노인의 일상생활에서 도움을 받는 주체

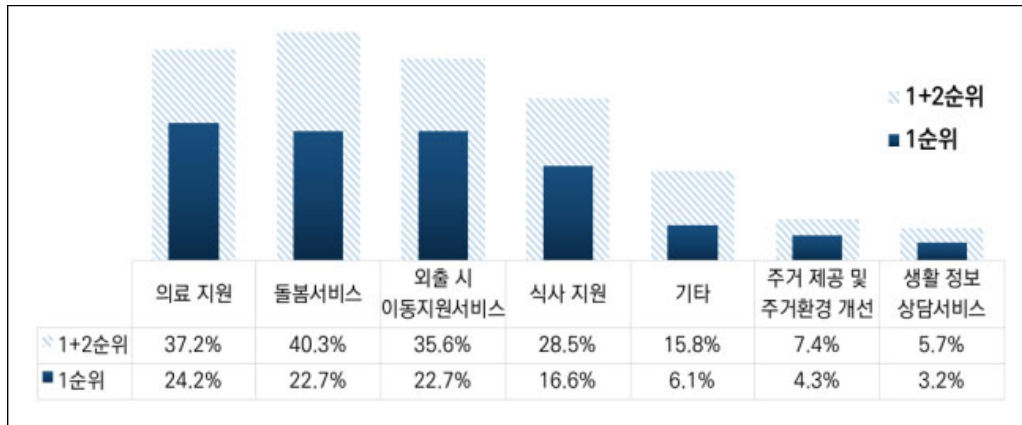


주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

만약 가족이나 다른 사람 등 주변의 도움을 받을 수 없다면 일상생활에서 가장 필요한 의료·복지서비스를 최대 2순위까지 조사해보았다. 의료·복지서비스에는 식사 지원, 의료지원, 주거 제공 및 주거환경 개선, 돌봄

서비스, 외출 시 이동지원 서비스, 생활정보 상담 서비스 등을 제시하였다. 분석 결과 ‘의료지원’이 1순위(24.2%)로 꼽혔다. 이어 ‘돌봄서비스’ 22.7%, ‘식사 지원’ 16.6% 순으로 나타났다. 1, 2순위를 모두 고려한 분석 결과에서도 이러한 경향은 비슷했지만, 돌봄서비스가 40.3%로 가장 많은 필요도를 나타냈다.

[그림 5-9] 건강하지 않은 노인에게 필요한 의료·복지서비스(1, 2순위)



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

응답자 특성에 따라서는 남자는 의료지원(35.3%)에서, 여자는 돌봄서비스(25.5%)와 이동지원 서비스(24.5%)에 대한 필요도가 가장 높았다. 연령별로는 80세 미만에서는 의료지원에 대한 필요도가 가장 높았으며(만 65~69세 33.3%, 만 70~79세 27.5%), 80세 이상 고연령층에서는 외출 시 이동지원 서비스를 가장 필요로 했다(23.5%). 의료보장 유형에 따라서는 건강보험 가입자는 의료지원(25.8%)과 외출 시 이동지원 서비스(23.0%) 필요도가 가장 높은 반면, 의료급여는 돌봄서비스(28.6%), 식사 지원(23.8%)의 수요가 더 높았다. 유배우자는 의료지원(33.6%)을, 무배우자는 돌봄서비스(25.5%)를 필요로 했다(1순위 기준).

〈표 5-17〉 건강하지 않은 노인 응답자 특성별 필요한 의료·복지서비스(1순위)

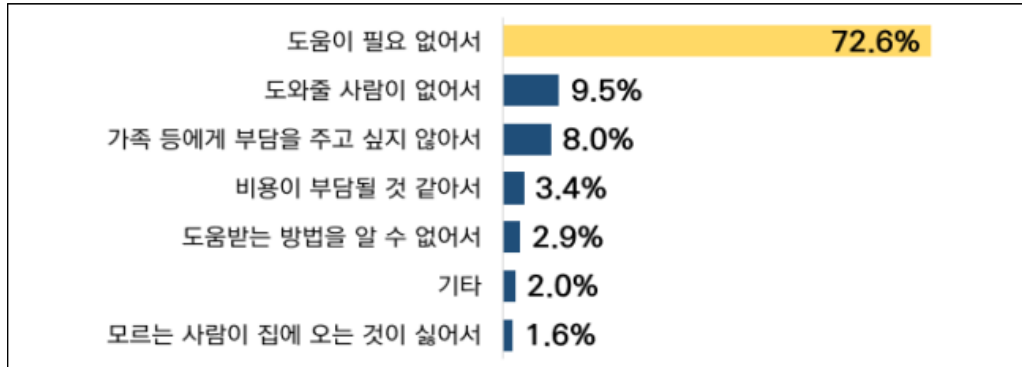
(단위: 명, %)

구분		사례 수	의료지원	돌봄 서비스	이출 시 이동지원	식사지원	기타	주거제공 환경개선	생활정보 상담서비스
전체		277	24.2	22.7	22.7	16.6	6.1	4.3	3.2
성별	남자	85	35.3	16.5	18.8	11.8	5.9	7.1	4.7
	여자	192	19.3	25.5	24.5	18.8	6.3	3.1	2.6
연령	만 65~69세	27	33.3	22.2	11.1	14.8	7.4	3.7	7.4
	만 70~79세	80	27.5	22.5	25.0	10.0	3.8	6.3	5.0
	만 80세 이상	170	21.2	22.9	23.5	20.0	7.1	3.5	1.8
의료보장 형태	건강보험	217	25.8	22.1	23.0	14.7	6.0	5.1	3.2
	의료급여	42	14.3	28.6	21.4	23.8	4.8	2.4	4.8
혼인상태	배우자 있음	128	33.6	20.3	23.4	7.8	5.5	5.5	3.9
	배우자 없음	145	15.9	25.5	22.1	24.1	6.9	2.8	2.8
	미혼	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100	0.0
월평균 가구소득	100만원 미만	184	22.8	21.7	24.5	17.9	5.4	4.9	2.7
	100~200만원	47	31.9	25.5	14.9	14.9	4.3	0.0	8.5
	200~300만원	19	10.5	26.3	26.3	15.8	5.3	15.8	0.0
	300~500만원	3	66.7	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0
	500~700만원	1	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	700만원 이상	3	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0
평소 건강상태	나쁨	140	21.4	23.6	22.9	22.1	4.3	1.4	4.3
	보통	104	26.0	24.0	26.0	10.6	7.7	2.9	2.9
	좋음	32	28.1	15.6	12.5	12.5	9.4	21.9	0.0

주: 1) 이 연구에서 수행한 '노인 의료이용 경험 및 욕구조사' 분석 결과임.  
 2) 분석 시 '모름', '무응답' 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

이번에는 일상생활을 수행할 때 누구의 도움도 받지 않는다고 답한 70.2%의 응답자를 살펴보았다. 도움을 왜 안 받는지를 물어보았는데, '도움이 필요 없어서'가 72.6%로 대다수 이유였다. '도와줄 사람이 없어서' 9.5%, '가족들에게 부담을 주고 싶지 않아서' 8.0% 순으로 그 이유를 설명하고 있었다.

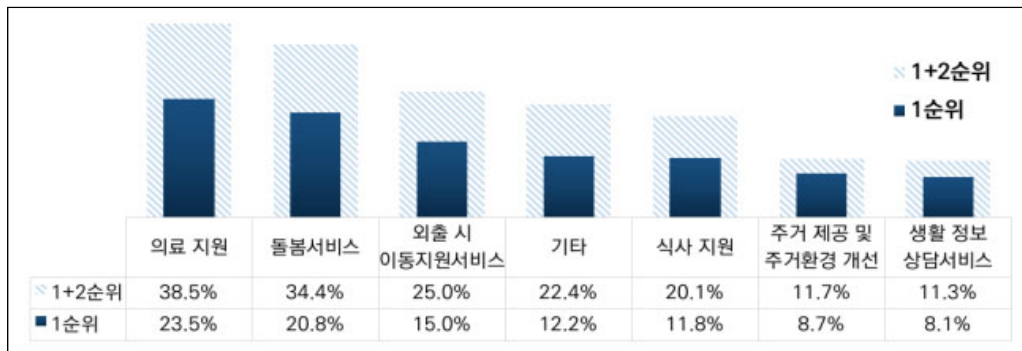
[그림 5-10] 노인의 일상생활에서 타인의 도움을 받지 않는 이유



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

마찬가지로 질문을 조금 바꿔서 노인이 집에서 계속 거주하기 위해 가장 필요한 의료·복지서비스는 무엇이라 생각하는지 최대 2순위까지 물어 보았다. 여기서도 ‘의료지원’이 1순위로 가장 높았고, ‘돌봄서비스’ 20.8%, ‘외출 시 이동지원 서비스’ 15.0% 순으로 필요로 하였다. 다만, 1, 2순위를 모두 고려했을 때도 의료지원이 38.5%로 가장 많았는데, 이는 타인의 도움을 받는 응답자들과는 사뭇 다른 결과였다. 한편, 기타 의견에는 ‘없다’, 또는 ‘그때 가서 생각한다’는 답변이 대부분이었다. 이 외에는 노령연금, 생활비와 같은 재정적 지원이나 공공일자리 등의 언급도 있었다.

[그림 5-11] 건강한 노인에게 필요한 의료·복지서비스(1, 2순위)



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.



응답자 특성 분포에 따라 노인이 집에서 계속 거주하는 데 필요한 서비스를 살펴보았는데 특성별로도 대부분 ‘의료지원’과 ‘돌봄서비스’에 필요도가 집중되어 있었다.

〈표 5-18〉 건강한 노인 응답자 특성별 필요한 의료·복지서비스(1순위)

(단위: 명, %)

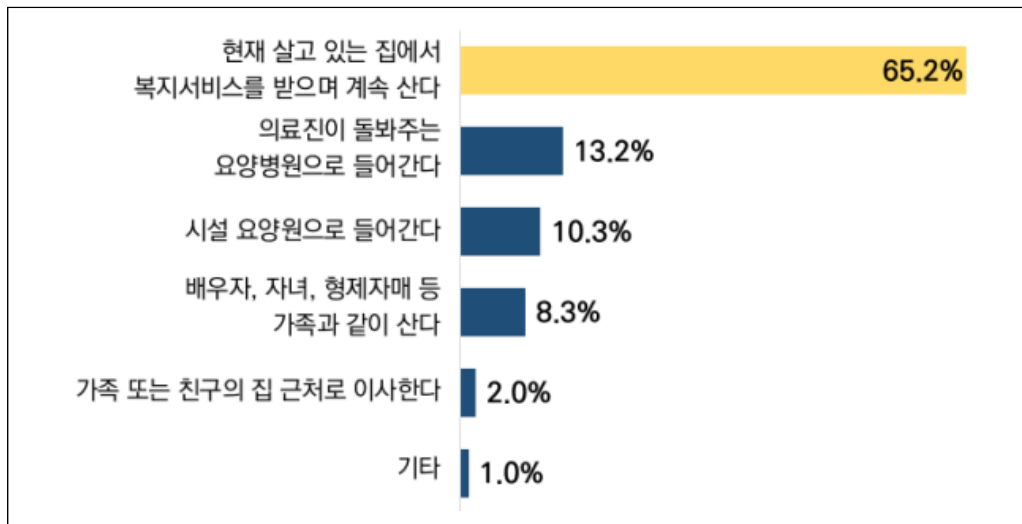
구분		사례 수	의료지원	돌봄 서비스	외출 시 이동지원	식사지원	기타	주거제공 환경개선	생활정보 상담서비스
전체		621	11.8	23.5	8.7	20.8	15.0	8.1	12.2
성별	남자	231	25.1	17.7	8.7	16.5	13.0	10.0	9.1
	여자	390	22.6	22.6	18.7	9.7	11.0	7.9	7.4
연령	만 65~69세	124	22.6	20.2	13.7	4.8	12.1	15.3	11.3
	만 70~79세	251	29.1	20.7	12.0	12.0	10.4	5.6	10.4
	만 80세 이상	246	18.3	21.1	18.7	16.3	13.0	8.5	4.1
의료보장 형태	건강보험	512	24.2	19.7	14.5	11.9	12.7	8.6	8.4
	의료급여	77	19.5	26.0	16.9	10.4	7.8	10.4	9.1
혼인상태	배우자 있음	375	23.7	18.9	16.3	13.3	10.7	8.0	9.1
	배우자 없음	238	23.1	22.7	13.0	10.9	13.9	10.1	6.3
	미혼	5	0.0	60.0	20.0	0.0	0.0	0.0	20.0
월평균 가구소득	100만원 미만	319	24.8	20.7	15.7	9.7	12.2	10.3	6.6
	100~200만원	135	20.7	19.3	17.8	11.9	14.1	11.1	5.2
	200~300만원	70	22.9	24.3	8.6	14.3	11.4	5.7	12.9
	300~500만원	34	23.5	23.5	17.6	14.7	5.9	0.0	14.7
	500~700만원	10	20.0	40.0	0.0	10.0	0.0	20.0	10.0
	700만원 이상	9	55.6	11.1	0.0	0.0	22.2	0.0	11.1
평소 건강상태	나쁨	214	29.4	21.5	16.4	5.6	15.0	6.1	6.1
	보통	266	21.1	19.5	15.4	13.9	9.8	10.9	9.4
	좋음	139	18.7	22.3	12.2	19.4	10.1	8.6	8.6

주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.



다음으로는 만약 건강이 악화하여 거동이 불편해진다면 어디에 거주하고 싶은지를 파악해보았다. 대부분이 현재 사는 집에서 복지서비스를 받으며 계속 살기를 희망하고 있었다(65.2%). 이어 의료진이 돌봐주는 요양병원으로 들어가거나(13.2%), 시설 요양원으로 들어가는(10.3%) 등 시설, 병원에서 거주하고 싶다는 응답자가 23.5% 수준이었다. 기타 의견으로는 ‘임대아파트에 거주하고 싶다’는 의견도 있었다.

[그림 5-12] 노인의 건강 악화 시 거주 희망 장소



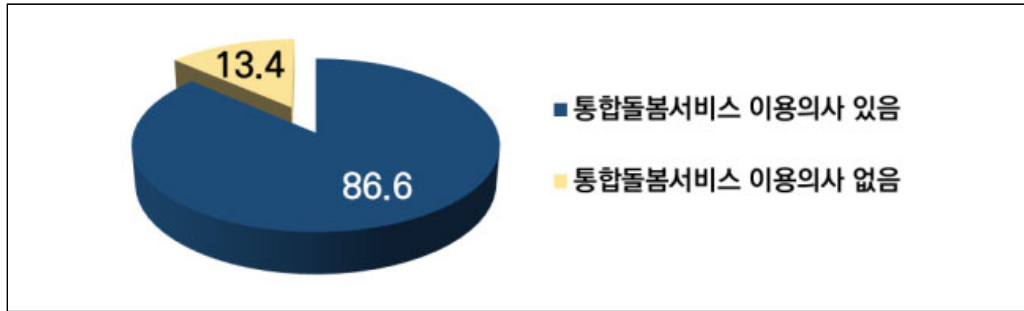
주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

앞서 요양원 또는 요양병원으로 들어가고 싶다고 응답한 사람을 대상으로 만약 동네 지역에 의료서비스를 포함해 주거, 요양, 돌봄, 이동지원 등 서비스를 통합적으로 지원해준다면 요양원이나 요양병원에 가지 않고 집에서 계속 거주할 의향이 있는지를 조사해보았는데, 응답자의 86.6%가 거주할 생각이 있다고, 13.4%는 의향이 없다고 답했다. 구체적으로 살펴보면 성별에 따라서는 여자가 87.8%로 더 높았고, 만 80세 이상보다는 만 65~69세에서 이용 의사가 있는 것으로 나타났다(93.5%). 장기요

230 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

양보험 등급인정을 받지 못했거나(100%), 신청한 적 없는 응답자 (88.1%)에게서 지역사회 통합돌봄서비스에 대한 관심도가 더 높았다.

[그림 5-13] 지역사회 통합돌봄서비스 이용 의향



주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

<표 5-19> 응답자 특성별 지역사회 통합돌봄서비스 이용 의향

(단위: 명, %)

구분		사례 수	이용 의사 있음	이용 의사 없음
전체		202	86.8	13.4
성별	남자	63	84.1	15.9
	여자	139	<b>87.8</b>	12.2
연령	만 65~69세	46	<b>93.5</b>	6.5
	만 70~79세	78	88.5	11.5
	만 80세 이상	78	80.8	19.2
거주지 (권역)	서울	29	79.3	20.7
	인천/경기	59	89.8	10.2
	대전/충북/충남/세종	21	<b>95.2</b>	4.8
	광주/전북/전남	19	89.5	10.5
	대구/경북	27	77.8	22.2
	부산/울산/경남	37	89.2	10.8
	강원	7	71.4	28.6
	제주	3	100.0	0.0

구분		사례 수	이용 의사 있음	이용 의사 없음
장기요양보험 신청	신청한 적 없음	177	88.1	11.9
	신청은 했으나, 등급인정을 받지 못함	6	100.0	0.0
	신청하여 등급인정을 받음	15	73.3	26.7
의료보장 형태	건강보험	162	89.5	10.5
	의료급여	32	71.9	28.1
혼인상태	배우자 있음	106	88.7	11.3
	배우자 없음	93	83.9	16.1
	미혼	2	100.0	0.0
월평균 가구소득	100만 원 미만	106	85.8%	14.2%
	100~200만 원	45	84.4%	15.6%
	200~300만 원	29	93.1%	6.9%
	300~500만 원	6	100%	0.0%
	500~700만 원	5	80.0%	20.0%
	700만 원 이상	2	100%	0.0%
평소 건강 상태	나쁨	64	89.1%	10.9%
	보통	103	89.3%	10.7%
	좋음	34	73.5%	26.5%

주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

마지막으로, 일상생활과 의료서비스 만족도를 파악해보았다. 현재 일상생활에 대해서는 ‘보통이다’ 46.8%, ‘만족한다’ 42.6% 순으로 나타났고, 평소 의료서비스를 이용하는 데는 ‘보통’ 44.8%, ‘만족한다’ 43.6%로, 전반적으로 만족도가 높은 편은 아니었다.

〈표 5-20〉 일상생활 및 의료이용 만족도

구분		매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
만족도	일상생활	2.5	8.0	46.8	36.8	5.8
	평소 의료서비스 이용	2.0	9.6	44.8	40.7	2.9

주: 1) 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.  
 2) 분석 시 ‘모름’, ‘무응답’ 등 결측값을 제외하고 산출하였음.

### 제3절 【사례고찰】 국내·외 유사 및 연계사업 고찰

#### 1. 미국 Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE)<sup>14)</sup>

노인 종합돌봄사업(Program of All-Inclusive Care for the Elderly, 이하 ‘PACE’)은 메디케어와 메디케이드를 동시에 받을 수 있는 지역사회 거주 노인들을 대상으로 한다. 의료 전문가로 구성된 다학제팀은 PACE 참가자에게 돌봄서비스를 제공한다. 대부분 참가자는 종합서비스 패키지를 통해 요양원에서 돌봄을 받지 않고 지역사회에 남을 수 있다. 프로그램에 대한 자금조달은 상한선이 있어, 제공자가 메디케어 및 메디케이드 서비스별 요금제에 따라 상환 가능한 서비스만 제공하는 것이 아니라 참여자가 필요로 하는 모든 서비스를 제공할 수 있다. PACE는 메디케어 프로그램이며, 주에서는 메디케이드 수혜자에게 선택적 혜택으로 PACE 서비스를 제공할 수 있다.

PACE 가입 요건은 55세 이상이고, PACE 서비스 지역에 거주하면서, 너싱홈 케어에 적합해야 한다. PACE 프로그램은 메디케어 및 메디케이드 자격이 있는 등록자를 위한 유일한 서비스 소스가 되며, 개인은 언제든지 프로그램에서 탈퇴할 수 있다. PACE 프로그램 등록은 자발적이다. 개인이 자격 요건을 충족하고 PACE를 선택하면 등록 계약이 체결된다. 건강 상태의 변화와 관계없이 자발적 또는 비자발적으로 등록이 취소될 때까지 개인이 원하는 만큼 등록 기간을 유지할 수 있다.

노인을 위한 PACE 혜택에는 성인 데이케어, 치과, 긴급서비스, 홈케어, 병원 치료, 검사(X-ray), 식사, 의료서비스, 요양원 케어, 영양 상담,

14) Medicaid.gov. Programs of All-Inclusive Care for the Elderly for States, <https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/pace/programs-of-all-inclusive-care-for-elderly-for-states/index.html>에서 2022. 10. 4. 인출.

작업 요법, 물리 치료, 처방 약, 1차 진료(의사 및 간호 서비스 포함), 레크레이션 치료, 사회 서비스, 상담, 교통 등 모든 서비스가 포함된다. PACE에는 개인의 건강을 개선하고 유지하기 위해 의료전문가 팀이 필요하다고 결정한 기타 모든 서비스도 포함된다. PACE 프로그램은 주로 성인 주간건강센터에서 서비스를 제공하며 등록자의 필요에 따라 재택 및 권고 서비스로 보완된다. 전문가와 준전문가로 구성된 다학제 팀은 등록자의 요구사항을 평가하고 치료계획을 수립하며 모든 서비스(급성 치료 및 필요한 경우 요양시설 서비스 포함)를 제공한다. 다학제 팀은 영양사, 운전자, 홈케어 담당자, 간호사, 작업치료사, PACE 센터 감독, 개인 간병인, 물리치료사, 주치의, 사회사업가 등으로 구성된다. 팀은 각 참가자의 포괄적 의료와 사회적 요구를 충족하기 위해 매일 회의를 통해 참여자의 상태를 살핀다.

PACE는 등록 시 참가자의 메디케어와 메디케이드 이중자격 여부와 참가자에게 메디케어 파트 A, 파트 B가 있는지를 확인해야 한다. 참가자들에게 이중자격이 없는 한 메디케어 파트 A 보험료(무료가 아닌 경우), 파트 B(주 보장 대상이 아닌 경우), 그리고 해당하는 경우 파트 D 보험료를 계속 지불해야 함을 상기시켜야 한다. 메디케어의 주요 지급인을 식별해야 하며, 해당 지불인이 지불해야 하는 금액을 결정한다. 그리고 1차 지급인의 혜택과 함께 메디케어 가입자에 대한 혜택을 조정한다.

다음으로 PACE 지불시스템을 살펴보면, 먼저 메디케어 파트 A, B의 경우 CMS는 지불 영역의 각 메디케어 참가자에 대한 인두 금액을 예상하여 PACE에 매월 지불한다. 예상 지불금은 간접 의료교육(IME)에 대해 조정되지 않은 사전 ACA 카운티 요율로 구성되며, 개별 위험점수와 조직 취약성 점수의 합계를 곱한다. 이 지불 방법은 PACE 프로그램 계약에 자세히 설명되어 있다. 주별 요금의 경우, PACE의 예상 지불 요율은 IME

에 대해 조정되지 않은 법 1853(k)(1)항에 따른 해당 금액을 기준으로 한다. 적용 가능한 금액은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜에 대해 Affordable Care Act에 따라 단계적으로 폐지될 preAffordable Care Act 요율이다. 해당 금액은 PACE에 대해 단계적으로 소거되지 않는다. 재 기준 연도에 이 요율은 1)지급 연도에 대한 카운티의 FFS 요율 또는 2) 지급 연도의 전국 1인당 메디케어 어드밴티지 성장 비율만큼 증가된 전년도 해당 금액 중 더 큰 것을 포함한다. 최종 지불 비율의 경우 PACE 조직의 카운티 비율에 개별 참가자 위험점수를 곱한다. 위험 조정을 통해 CMS는 메디케어 수혜자의 평균 금액 대신 등록된 수혜자의 위험에 대한 플랜을 지불할 수 있다. 메디케어 어드밴티지 및 PACE에 대한 개별 참가자 위험점수는 2012년 메디케어에 게시된 CMS-HCC 모델(지역사회, 장기 시설, 말기 신장 질환(ESRD) 또는 신규 등록자)을 사용하여 계산한다. PACE 플랜 지불에 대한 각 개인의 위험점수에 노쇠 요소가 추가된다. 위험 조정은 진단 및 인구 통계를 기반으로 개인의 미래 메디케어 지출을 예측 또는 설명한다. 그러나 위험 조정이 취약한 지역사회 인구의 지출 변동을 모두 설명하지는 못할 수도 있다. 노쇠 조정의 목적은 위험 조정으로 설명할 수 없는 기능적 장애가 있는 지역사회 인구의 메디케어 지출을 예측하는 것이다. 수혜자의 위험점수에 추가되는 취약성 점수는 특정 조직에 등록된 HOS-M 설문 응답자 중 ADL의 집계 수를 사용하여 계약 수준에서 계산된다. CMS-HCC 모델은 장기요양시설 인구에 대해 적절하게 비용을 지불하도록 설계되었기 때문에 커뮤니티 기반 및 단기 시설 등록자에 대해서만 노쇠 조정이 위험점수에 추가된다. 업데이트된 취약 요소는 처음 사용된 지불 연도의 요금 공지에 게시된다.

메디케어 파트 D의 경우, 2006년 1월 1일부터 PACE에서 특정 처방전을 제공하기 시작했는데, 이는 PACE가 등록자에게 처방 약 보장을 제

공해야 하는 법적 요구사항을 충족하고, 파트 D 약물 제공에 대한 적절한 지불을 받을 수 있도록 한 것이다. PACE 조직은 매년 2개의 파트 D 입찰을 제출해야 한다. 하나는 이중자격을 갖춘 등록자를 위한 플랜 혜택 패키지(PBP)에 대한 것이고, 다른 하나는 메디케어 전용 등록자를 위한 PBP에 대한 것이다. PACE에 대한 파트 D 지불은 직접 보조금, 재보험 지불 및 위험 분담을 포함한 여러 파트로 구성된다. PBP의 적격 등록자에 대한 지불에는 기본 파트 D 혜택에 대한 저소득 보험료 보조금과 저소득 비용 분담 보조금이 포함된다. 이중자격이 있는 등록자에 대한 지불에는 명목비용 분담 금액("2% 한도")을 충당하기 위한 추가 금액과 PACE 플랜의 기본 파트 D 수혜자 보험료가 지역 저소득 보험료보다 많은 상황에서 보조금 등 추가 보험료 지불이 포함된다.

메디케이드의 경우, PACE 프로그램 계약에 따라 주 정부 관리기관은 각 메디케이드 참가자에 대한 인두 금액을 PACE 조직에 월별 예상 금액으로 지급한다. 월별 인두 지불 금액은 PACE 조직과 주 정부 관리기관 간에 협상을 통해 결정된다. 이때, PACE 참가자의 상대적인 취약성을 고려해야 하며, 참가자의 건강 상태 변화에 관계없이 고정된 금액이어야 하고, 매년 재협상이 가능하다. PACE는 메디케이드 참가자에 대한 전체 지불액으로 인두 지불 금액을 수락해야 한다. 주 정부 관리기관을 제외하고, 참가자를 대신하여 청구, 징수 또는 기타 지불을 받을 수 없다. PACE 프로그램 계약에서 예상 월별 지불의 기반이 된 예상 참가자 수와 해당 월의 실제 참가자 수 간의 차이를 설명하기 위한 조정 절차를 포함하여 주 시스템 참가자의 등록 및 등록 취소에 대한 주 절차가 포함된다.

## 2. 국내 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어)

지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어)이란 주민들이 자기가 살던 곳에서

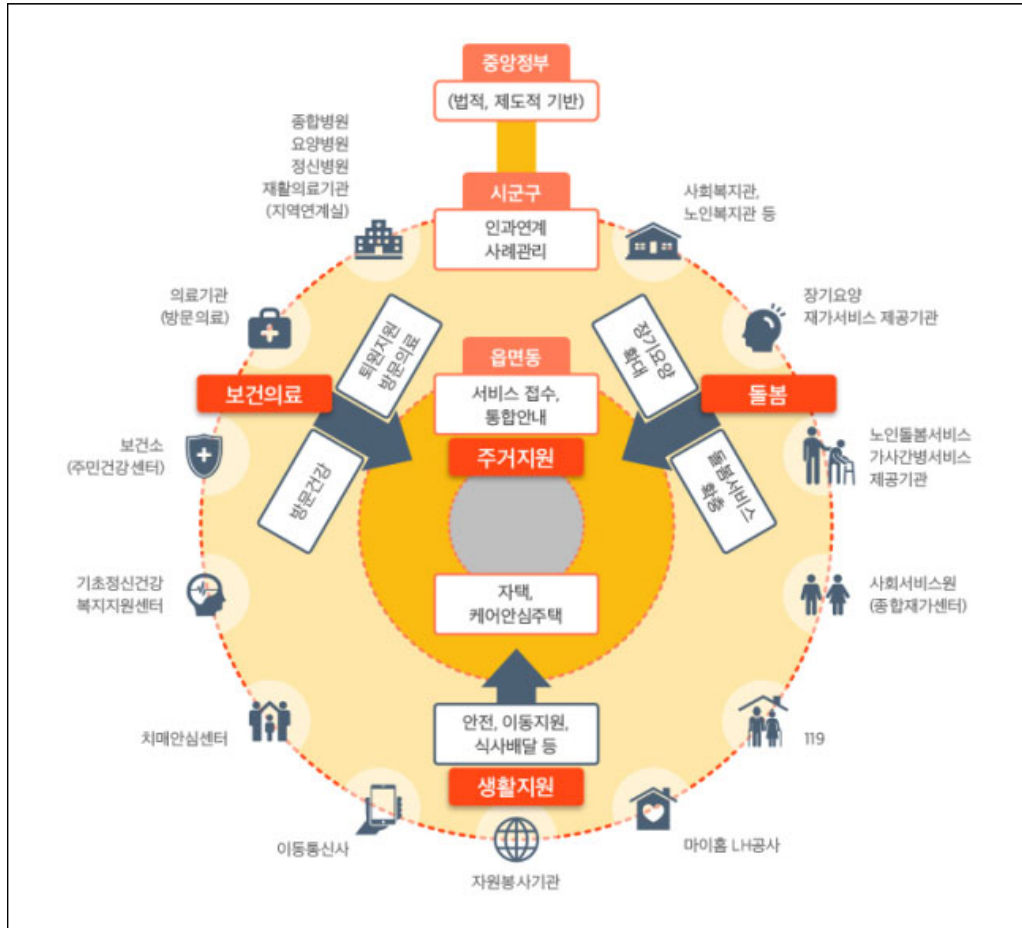
거주하면서 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 의료, 영양, 돌봄 등 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책이다(관계부처합동, 2018, p.22). 이 사업은 국정과제<sup>15)</sup>의 일환으로 시작되었으며, 2018년 11월에 정부는 ‘지역사회 통합돌봄 기본계획(노인 커뮤니티 케어)’을 발표하였다. 세부적으로는 커뮤니티 케어 제공 기반을 구축하기 위한 4대 중점과제(주거, 건강·의료, 영양·돌봄, 서비스 통합 제공)와 단계적 로드맵을 제시하였다. 첫 단계로 2022년까지 선도사업 실시와 핵심 인프라를 확보한 후, 커뮤니티 케어 제공기반을 구축하는 것을 2단계 목표로(~2025년) 설정하였다. 마지막 3단계는 지역사회 통합돌봄 보편화 단계로(2026년~), 케어가 필요한 사람이면 누구에게나 필요한 욕구에 맞는 보편적 케어를 제공하는 것을 목표로 하였다.

선도사업은 2019년 6월부터 16개 시군구에서 지역 자율형 통합돌봄 모형을 구축하기 위해 추진하고 있다(대한민국 정책브리핑 홈페이지, 2021). 사업 대상은 노령 등 이유로 케어가 필요한 상태로서 평소 살던 집이나 지역사회에서 살기를 희망하는 사람으로 한다. 제공되는 핵심 서비스로는 주거지원, 방문형 보건의료·건강, 방문 영양, 일상생활 지원 등으로 지역사회 내에서 자립생활 기반을 마련하는 데 중점을 두고 있다(보건복지부 통합돌봄추진단, 2021, p.5). 특히 시군구에서는 공공-민간 자원 연계 활성화로 종합적인 케어를 제공토록 하고, 읍면동에서는 서비스 신청 접수와 통합 안내 역할을 하는 등 각종 서비스 연계를 위한 지역 자율형 전달체계 구축을 주요 골자로 하였다([그림 5-14]).

15) 국정과제 43-6. 살던 곳에서 건강한 노후 보장을 위한 ‘지역사회 통합돌봄’ 도입



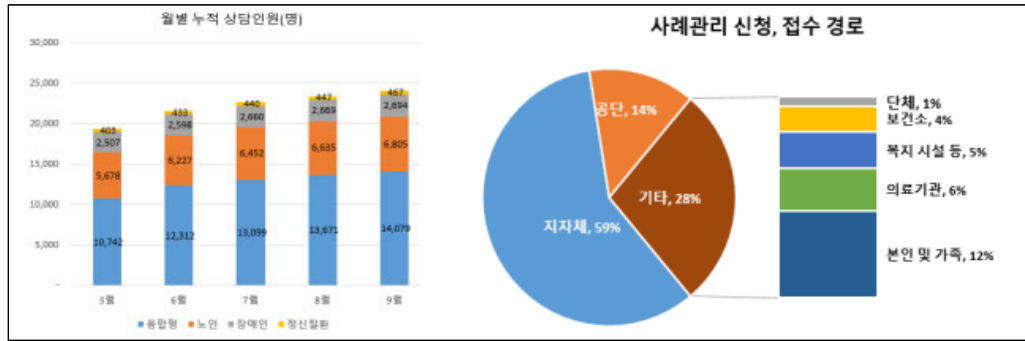
[그림 5-14] 지역사회 서비스 연계를 위한 자율형 전달체계



자료: 관계부처합동. (2018). 지역사회 통합돌봄 기본계획(1단계: 노인 커뮤니티 케어), p.28.

선도사업 추진 성과를 간단히 살펴보면, 16개 선도사업 지자체에서 전담부서를 설치하고 담당 인력을 배치(총괄팀 평균 5.5명)하는 등 추진 기반을 어느 정도 마련한 것으로 나타났다. 서비스 제공 실적의 경우, 2021년 8월 기준 지원 대상자 총 23,422명을 대상으로 욕구 조사와 상담을 시행한 후 21,585명(92.2%)에게 통합돌봄서비스를 제공한 것으로 분석되었다([그림 5-15])(보건복지부 통합돌봄추진단, 2021, p.5).

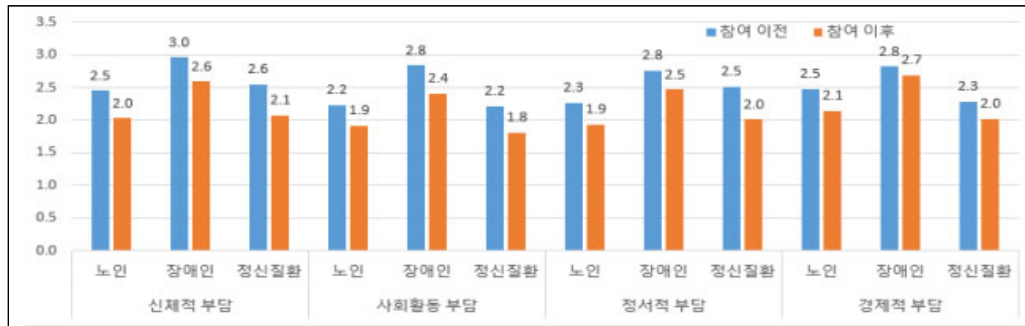
[그림 5-15] 지역사회 통합돌봄 서비스 제공 실적(2021.8월 기준)



자료: 보건복지부 통합돌봄추진단. (2021. 12. 14.). “지역사회 통합돌봄, 미래를 논하다” 지역사회 통합돌봄 성과 공유와 발전 방향 모색. 보건복지부 보도자료. p.6, [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=368926](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=368926)에서 2022. 10. 5. 인출.

또한 선도사업 대상자에게 설문조사를 수행한 결과, 서비스 만족도는 노인 85점, 정신질환자 83점, 장애인 72점 순이었으며, 특히 일상생활 지원 서비스에 대한 만족도가 높았다(보건복지부 통합돌봄추진단, 2021, p.7). 보호자의 부담능력은 노인이 2.4점에서 2.0점으로, 장애인이 2.9점에서 2.5점으로, 정신질환자가 2.4점에서 2.0점으로 감소하여, 보호자의 부담능력은 대체로 감소한 것으로 파악되었다(보건복지부 통합돌봄추진단, 2021, p.7).

[그림 5-16] 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진 결과



자료: 보건복지부 통합돌봄추진단. (2021. 12. 14.). “지역사회 통합돌봄, 미래를 논하다” 지역사회 통합돌봄 성과 공유와 발전 방향 모색. 보건복지부 보도자료. p.7, [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=368926](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=368926)에서 2022. 10. 5. 인출.

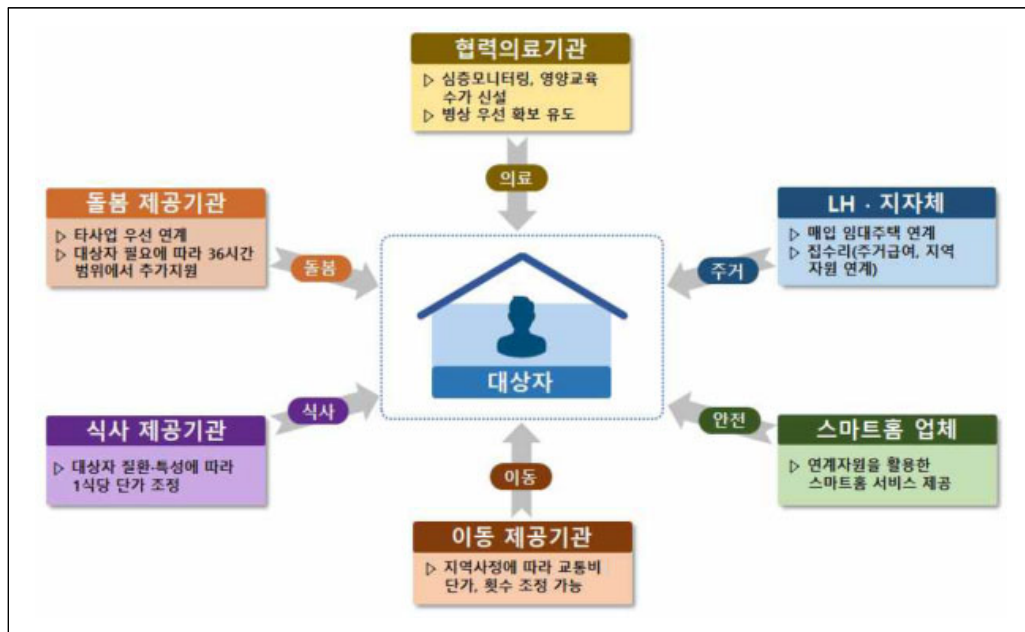
### 3. 국내 재가 의료급여 시범사업

재가 의료급여 시범사업은 “의료기관에 입원해 있는 의료급여 수급자 중 의료적 필요도가 낮은 자가 퇴원해 재가에서 완결성 있는 케어를 받을 수 있도록 필요한 서비스를 제공”하는 데 목적이 있다(보건복지부, 2020, p.8). ‘재가 의료급여’는 지역사회 통합돌봄 사업의 일환으로서 의료기관에서 퇴원하는 의료급여 수급자가 자기 집에서도 불편함 없이 안정적인 생활을 이어갈 수 있도록 의료, 돌봄, 식사, 이동지원 등 재가 서비스를 통합 제공하는 신규 의료급여이다(보건복지부, 2020, p.3). 입원 필요도가 낮은 의료급여 수급자를 대상으로 의료급여 관리사가 개입하여 퇴원 후 재가생활에 필요한 부분을 연계 또는 지원한다(보건복지부, 2020, p.3). 관련 법령으로 「보건의료기본법」 제44조(보건의료 시범사업), 「의료급여법」 제5조의2(사례관리), 「의료급여법 시행규칙」 제28조(기금의 관리·운용) 제7항(보건복지부령이 정하는 비율)에 근거하고 있다(보건복지부, 2020, p.3). 사업 대상은 31일 이상 장기입원자 중 입원 필요도가 낮고, 퇴원 시 주거가 있거나 혹은 주거 연계가 가능한 자로 하며, 퇴원 후 건강 악화의 우려가 있거나 재입원 가능성이 큰 수급자는 제외한다(보건복지부, 2020, p.13). 사업 제공 주체는 의료급여 시·군·구로, 담당 부서와 의료급여관리사가 주로 역할을 한다.

제공 서비스는 필수급여(의료, 돌봄, 식사, 이동), 선택급여(주거개선, 냉·난방 지원, 안전관리), 부가급여(정신심리상담, 문화 여가, 자립지원, 법률상담), 기타(주거 제공)로 구분하여 대상자의 요구도와 환경에 따라 제공한다(〔그림 5-17〕)(보건복지부, 2020, p.4). 재가 의료급여는 필수급여와 선택급여 일부를 지원하고 기존에 있는 복지제도를 활용한다(보건복지부, 2020, p.4). 즉, 지역사회 통합돌봄, 지역사회의 보건복지 자원을 연계·활용하여 선택급여, 부가급여 등을 지원하고 있다(보건복지부,

2020, p.4). 또한, 대상자에게 필요한 의료, 돌봄, 식사 등 보건·의료·복지의 전반적인 서비스를 제공하고 관리하기 위해 의료급여관리사, 협력 의료기관 케어팀, 지역사회 통합돌봄팀, 읍·면·동의 케어 안내창구 등이 협력하여 사례관리를 수행한다(보건복지부, 2020, p.4).

[그림 5-17] 재가 의료급여의 제공·연계 서비스

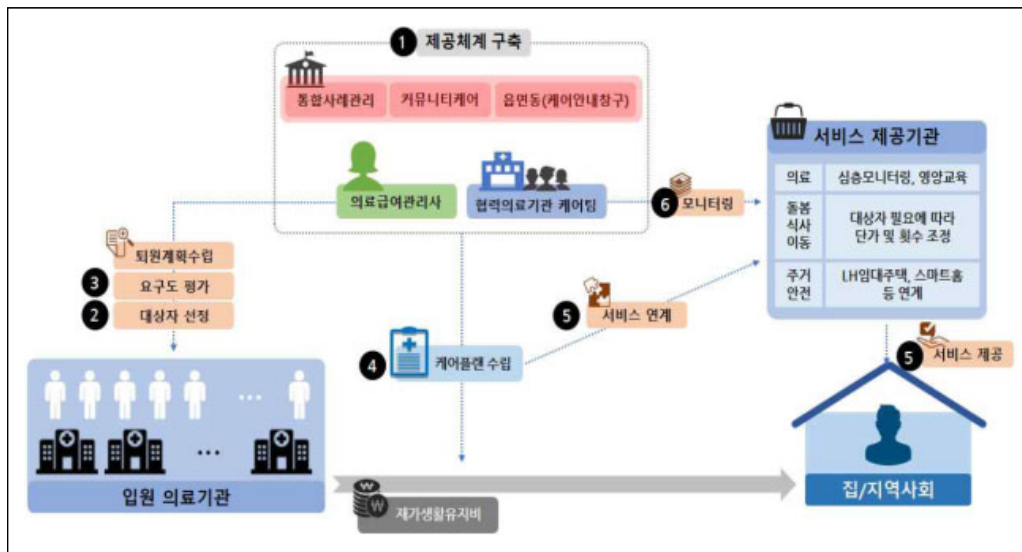


자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.4.

사업은 대상자 요구와 필요에 따라 의료, 돌봄, 식사, 이동, 주거 등 재가 생활을 하는 데 있어 불편함이 없도록 서비스를 제공하고 있다(보건복지부, 2020, p.10). 먼저 시군구의 의료급여 담당 부서는 지역사회 통합 돌봄 등과 협력하여 필수, 선택, 부가급여 대상자에게 필요한 서비스 제공체계를 연계함으로써 구축한다(보건복지부, 2020, p.10). “시군구 의료급여 담당 부서와 의료급여관리사는 장기입원자 현황자료, DW시스템 등을 활용해 장기입원자 중 입원 필요성이 낮고 주거확보가 가능한 대상자를 선정한다. 그리고 나서 의료급여관리사와 협력의료기관 케어팀은

대상자의 의료적 사회적 상태를 평가하고 퇴원 후 서비스 제공이 필요한 요구사항을 평가한다. 또한, 이들은 읍면동 케어 창구안내, 의료사회복지사 등과 협업하여 대상자 요구도 평가 결과를 바탕으로 퇴원 후 서비스 제공, 모니터링, 관리 등을 위한 케어플랜을 수립한다. 이러한 케어플랜을 바탕으로 지역사회가 보유한 공공, 민간 자원을 연계하고, 재가 의료 급여 지원을 통해 대상자에게 필요한 서비스를 제공한다. 마지막으로, 케어플랜에 따른 서비스 지원 현황이나, 대상자의 건강 수준, 생활실태 전반을 주기적으로 확인하여 변화에 따른 조치를 취하는 등 모니터링을 시행한다”(보건복지부, 2020, p.11).

[그림 5-18] 재가 의료급여 시범사업 흐름도

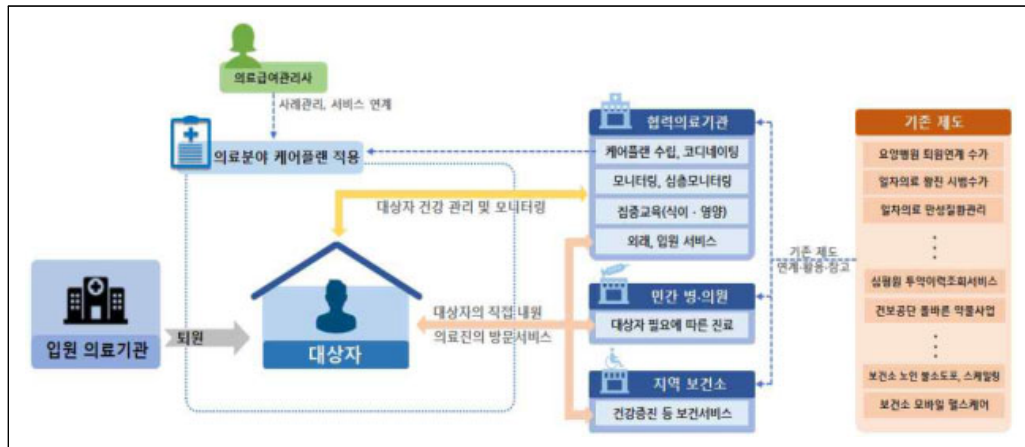


자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.10.

급여의 유형을 구체적으로 살펴보면, 먼저 필수급여는 모든 대상자에게 필수적으로 제공하는 급여로 의료, 돌봄, 식사, 이동서비스로 구성된다(보건복지부, 2020, p.18). 의료는 협력의료기관 케어팀(의사, 간호사, 사회복지사, 영양사로 구성)을 연계하여 대상자 요구도 평가, 케어플랜

수립, 의료·복지·영양 등 상담과 모니터링을 시행한다([그림 5-19])(보건복지부, 2020, p.18). 재가 의료급여 협력의료기관 수가는 케어플랜 수립, 모니터링, 심층 모니터링, 케어플랜 코디네이터, 집중교육(식이·영양)으로 구성되어 있으며, 구체적인 구성별 단가 등 기준금액은 <표 5-20>에서 확인할 수 있다.

[그림 5-19] 재가 의료급여 의료지원 체계도



자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.18.

<표 5-21> 재가 의료급여 협력의료기관 수가 구성

구분	단가	기준 제공량	기준금액	지급 대상	예산 활용	비고
케어플랜 수립	68,180원	최초 1회	월평균 45,430원	협력 의료기관	연계 불필요	월 최대 116,596원 까지 사용
모니터링	7,279원/회	월 4회				
심층 모니터링	10,400원	연 4회				
케어플랜 코디네이터	34,090원/회	연 2회				
집중교육(식이·영양)	8,900원/회	연 2회				

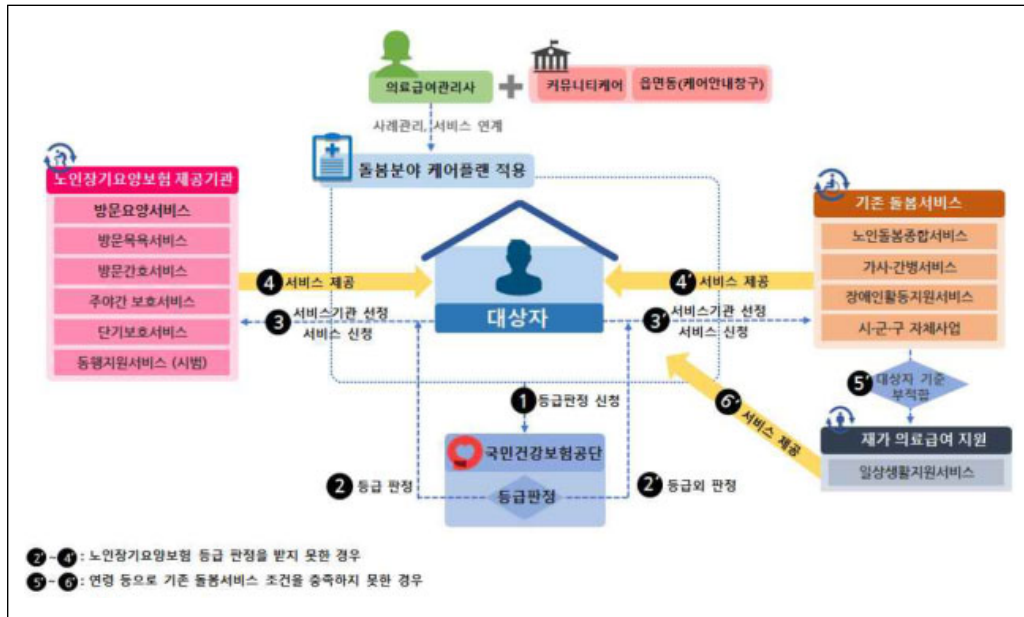
자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.35.

다음으로 돌봄지원은 재가생활에 어려움이 없도록 요양보호사 방문을 통해 일상생활 유지에 필수적인 청소, 세탁, 음식 조리 등 가사 지원 및 간병서비스를 제공한다(보건복지부, 2020, p.19). 이때, 기존 서비스를



포함하여 월 최대 36시간, 1회 방문 시 제공 시간은 최소 2시간 이상으로 하며, 재가 의료급여 대상자에게 제공된 돌봄서비스에 대한 비용을 지급한다(보건복지부, 2020, p.19).

[그림 5-20] 재가 의료급여 돌봄지원 체계도



자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.19.

<표 5-22> 재가 의료급여 돌봄지원 수가 구성

기준 금액	수가	기준 제공량
시간당 14,800원 (본인부담금 15,000원)	월 191,100원	월 12시간 (조정 가능)

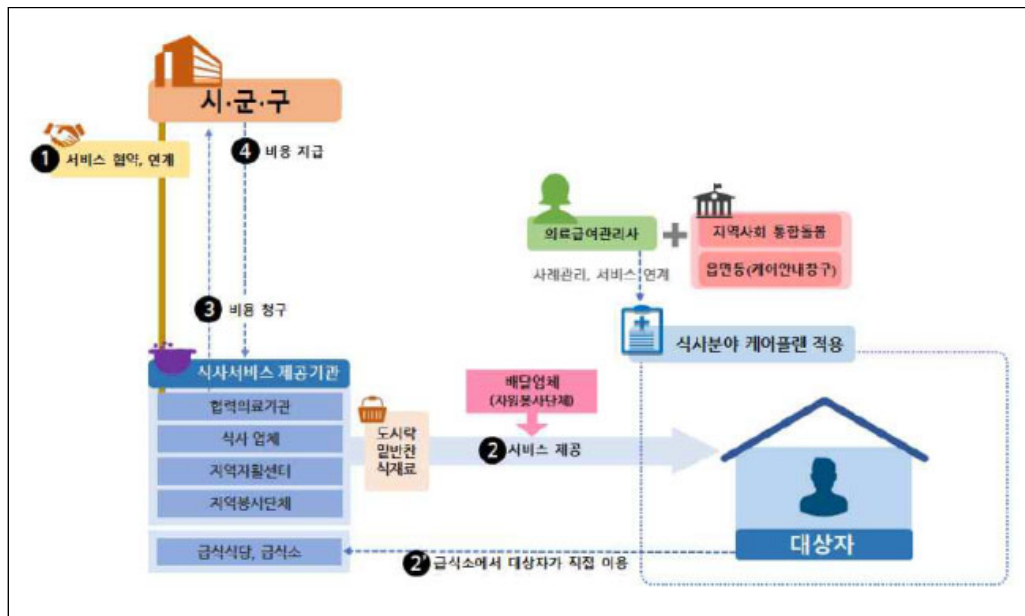
자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.44.

식사 지원은 퇴원 후 재가에 정착할 때 식사를 스스로 챙겨야 하는 불편함을 해소하고 충분한 식사 욕구를 충족시킬 수 있도록 대상자의 건강 상태, 영양균형, 치료식 필요도, 식생활 등을 고려한 맞춤형 식사를 제공한다(보건복지부, 2020, p.20). 이때에는 대상자의 건강 및 영양 상태에 대한 정확한 진단을 통해 대상자별 맞춤형 식사 제공이 필요하다. 식사

244 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

제공기관 관련 수가는 지역사회로 복귀한 대상자의 건강과 영양 관리를 위해 재가 의료급여 예산을 우선 사용하는 것을 원칙으로 한다. 일반식은 최대 6,000원, 특수식(당뇨식, 저염식 등)은 최대 8,000원으로 산정 가능하며, 필요에 따라 운영국 협의를 거쳐 재가 의료급여 추가지원도 가능하다(보건복지부, 2020, p.47).

[그림 5-21] 재가 의료급여 식사 지원 체계도



자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.20.

<표 5-23> 재가 의료급여 식사 지원 수가 구성

기준 금액	수가	기준 제공량
1식당 6,000원 (특수식 8,000원)	월 312,000원	월 52시간 (조정 가능)

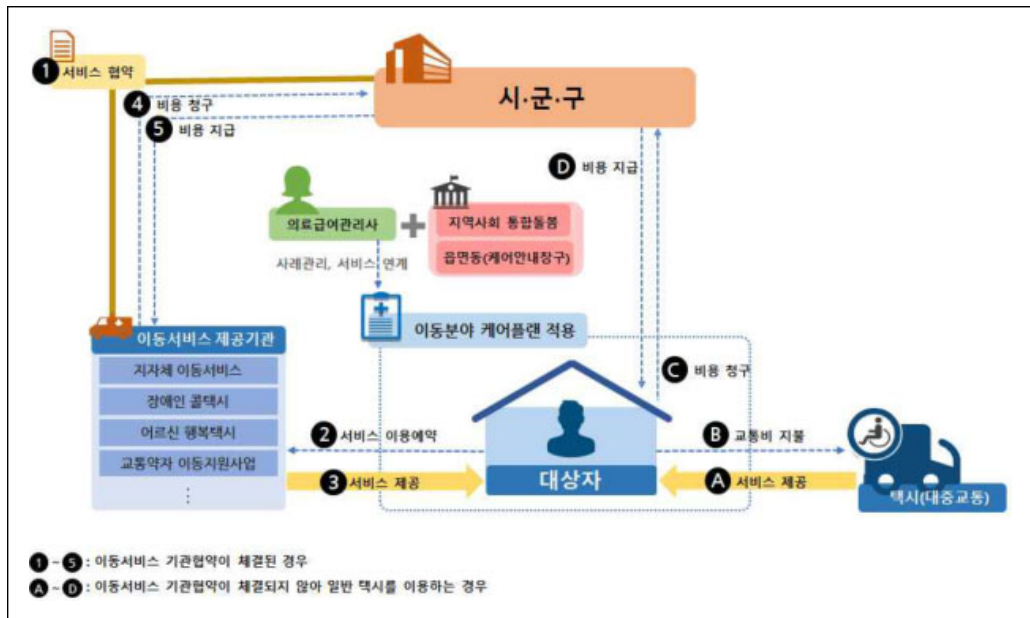
자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.48.

이동지원의 경우, 대상자가 외래진료를 위해 병원을 방문할 때 이동에 불편함이 없도록 기존의 이동지원 서비스를 연계해주는 것으로, 교통카



드 지급, 택시업체 계약 등을 통해 지원한다(보건복지부, 2020, p.20). 이동지원 수가는 대상자의 의료기관 외래 방문을 위해 의료급여 예산을 우선 활용하는 것을 원칙으로 한다. 회당 9,000원 한도 내에서 산정 가능하며 지원 총액 기준으로 횟수 조정이 가능하다. 필요에 따라 운영국 협의를 거쳐 재가 의료급여 추가지원도 가능하다(보건복지부, 2020, p.51).

[그림 5-22] 재가 의료급여 이동지원 체계도



자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.21.

<표 5-24> 재가 의료급여 이동지원 수가 구성

기준 금액	수가	기준 제공량
회당 9,000원 (최대 15,000원)	월 54,000원	월 6시간 (조정 가능)

자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.52.

2020년 기준 의료, 돌봄, 식사, 이동 등 주요 네 가지 필수급여의 단가와 기준 제공량, 기준금액, 지급 대상 등 내용을 요약하면 다음과 같다

246 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

(〈표 5-24〉). 재가 의료급여 예산은 의료, 식사, 의료기관 방문을 위한 이동지원 등 필수급여에 우선 사용한다. 돌봄지원, 선택급여는 기존 사업 연계를 우선으로 하고, 연계가 불가능한 시군구의 상황에 따라 재가 의료급여의 수급자당 월 잔여예산 범위 내에서 지원한다. 이 외에 부가급여, 주거 마련은 기존 사업과 연계한다(보건복지부, 2020, p.25).

〈표 5-25〉 재가 의료급여 필수급여 예산 집행 한도

구분	단가	기준제공량	기준금액	지급대상	예산활용	비고
의료	케어플랜 수립 68,180원	최초 1회	월평균 45,430원	협력의료 기관	연계 불필요	월 최대 116,596원까지 사용
	모니터링 7,279원/회	월 4회				
	심층 모니터링 10,400회/회	연 4회				
	케어플랜 코디네이팅 34,090원/회	연 2회				
	집중교육(식이/영양) 8,900원/회	연 2회				
돌봄	시간당 14,800원	월 12시간 (조정가능)	191,100원	제공기관	보충성	기존 서비스 포함 월 36시간 한도에서 추가지원 가능
	본인부담금 월 15,000원					
식사	1식당 6,000원 (특수식 8,000원)	월 52식 (조정가능)	312,000원	제공기관	우선활용	30% 추가지원 가능 (93,600원*)
이동	1회당 9,000원 (최대 15,000원)	월 6회 (조정가능)	54,000원	제공기관	우선활용	30% 추가지원 가능 (16,200원*)
합계			602,530원			

주: 항목별 30% 추가 또는 이동단가 조정(도서산간 지역) 필요시, 재가의료급여운영국과 협의를 통해 지출 가능

자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.21.

## 제4절【모형설계】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 및 보상체계 설계

### 1. 노인 의료이용 현황 및 욕구 분석 주요 결과

노인의 의료이용 현황 및 의료-요양 욕구 분석을 통한 주요 시사점을 3가지로 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 요양병원 장기입원자 중 의료적 필요도가 낮은 선택입원군이 존재하고 있었다.

〈표 5-26〉 (참고) 2021년 요양병원 입원자의 장기요양 인정등급 현황: 건강보험

(단위: 명)

구분	의료최고도 (A1)	의료고도 (A2)	의료중도 (A3)	의료경도 (A6)	선택입원군 (A7)	선택입원군 비율	
전체 환자수	7,558	112,417	133,780	81,278	54,277	100.0%	
등급 신청	없음	3,191	25,895	41,754	20,966	35,567	65.5%
	있음	4,367	86,522	92,026	60,312	18,710	34.5%
	1등급	1,630	21,780	5,851	3,585	838	1.5%
	2등급	500	17,483	15,318	9,371	2,447	4.5%
	3등급	833	20,646	28,233	17,610	5,505	10.1%
	4등급	742	15,466	24,902	17,191	5,850	10.8%
	5등급	109	2,352	5,045	3,948	657	1.2%
	인지등급	16	272	718	563	128	0.2%
등급외	537	8,523	11,959	8,044	3,285	6.1%	

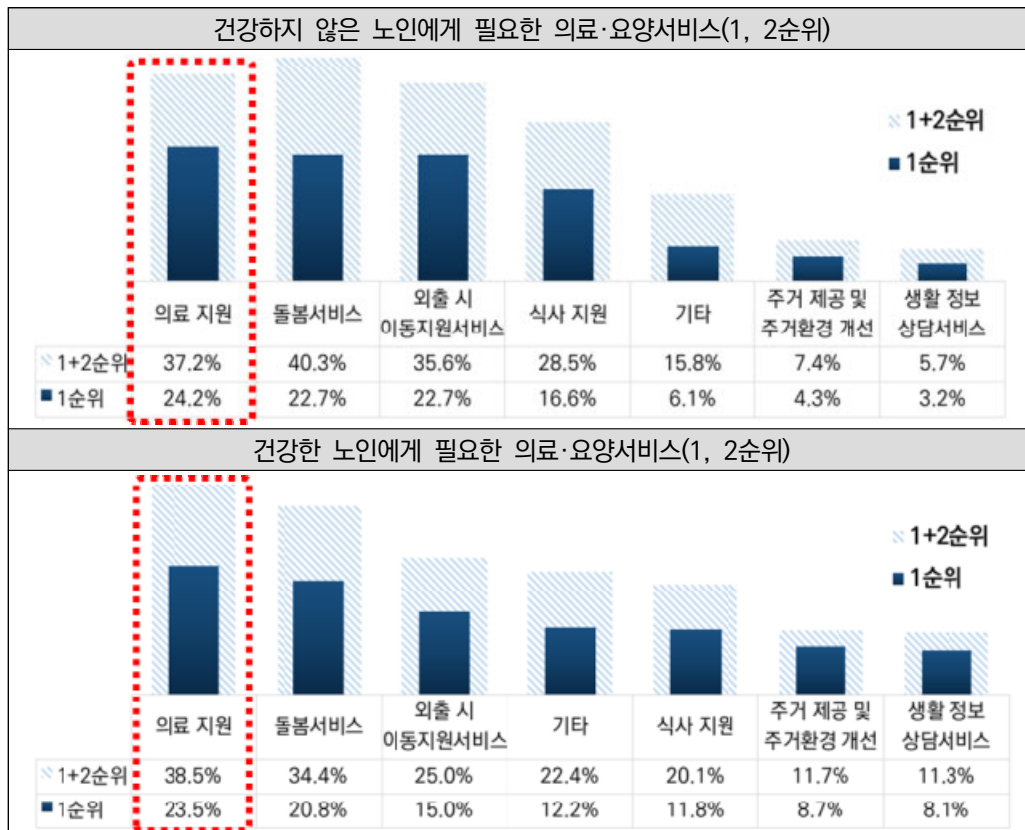
주: 요양급여비용 명세서 중 요양병원 입원명세서에 신체기능저하군 이력이 있는 경우임.  
 자료: 국민건강보험공단. (2021). 장기요양급여 분석 결과

이러한 선택입원군은 의료적 필요가 거의 없는 대상으로 일부는 요양 필요도를 가지고 있었다. 즉, 의료적 필요도는 낮고 요양적 필요도가 있는 대상자가 요양병원에 입원하고 있었으며, 반대로 의료적 필요도가 높은 대상자가 요양시설, 또는 재가에 머무는 문제가 발생하고 있었다.

따라서 영양필요가 있는 대상은 영양서비스를, 의료필요가 있는 대상은 의료서비스를 이용할 수 있도록 필요도 기반 이용체계를 구축해가는 것이 필요하다. 예를 들어 의료-영양 필요도에 따라 적합한 서비스가 제공될 수 있도록 통합판정체계를 정비 및 확대해 나가는 것이 필요하다.

둘째, 건강한 노인과 건강하지 않은 노인 모두 필요한 서비스로 의료지원을 가장 높게 인식하고 있었다. 현재 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어)은 주로 영양서비스, 사회서비스 등 지역사회 복지자원 중심으로 모형이 설계되고 있는데, 실제로 지역사회 기반 돌봄이 작동하기 위해서는 기본적으로 “의료” 서비스가 충분하게 제공될 수 있는 체계를 함께 마련하는 것이 필요하다.

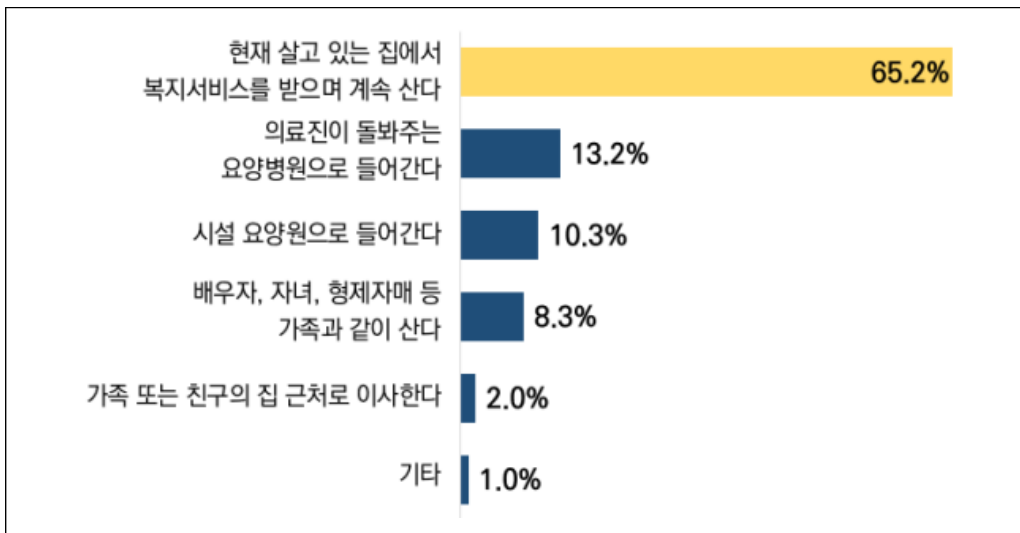
[그림 5-23] (참고) 노인에게 필요한 영양·의료서비스(1, 2순위)



주: 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

셋째, 노인들이 선호하는 노후의 모습은 가능한 한 오래 현재 살고 있는 집에서 의료-요양-돌봄 서비스를 받으면서 사는 것이었다. 또한 만약 재가에서 충분한 서비스가 제공된다면 요양병원 또는 요양시설이 아닌 집에서 거주하고 싶은 의향이 높게 나타났다. 따라서 재가 거주를 지원하는 데 필요한 기본 서비스 지원을 강화할 필요가 있다.

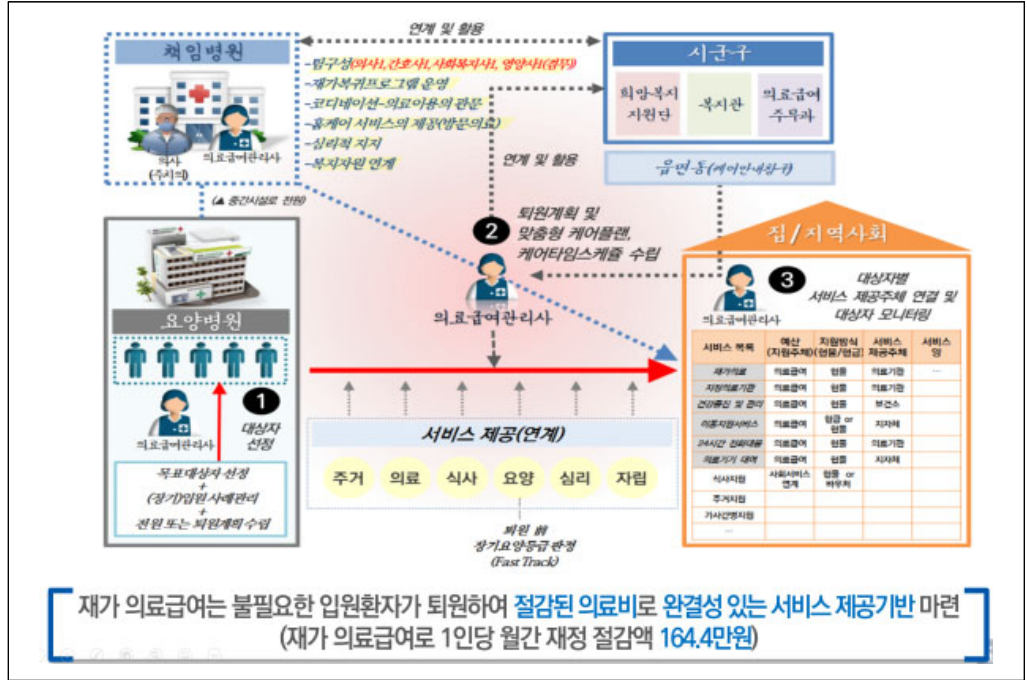
[그림 5-24] (참고) 노인의 건강 악화 시 거주 희망 장소



주: 이 연구에서 수행한 ‘노인 의료이용 경험 및 욕구조사’ 분석 결과임.

이는 노인의 건강과 삶의 질에 기여할 뿐만 아니라, 단기적으로는 추가 재정이 소요될 수 있지만, 중장기적으로는 재가 거주를 통해 불필요한 입원서비스를 예방하여 재정이 절감되는 효과도 기대할 수 있다, 실제 의료 급여는 재가 의료급여 시범사업을 통해 병원 입원 시보다 재가 거주 시 월 164.4만 원의 재정절감이 발생하는 효과를 확인할 수 있었다.

[그림 5-25] (참고) 재가 의료급여 서비스 모형



자료: 신현웅, 여나금, 권용진, 김정선, 박세경, 정홍원, ... 차미란. (2019). 의료급여 재가급여 시범 사업 운영방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.48를 참고하여 저자가 재작성함.

## 2. 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형(안)

현재 의료급여 수급자를 대상으로 운영 중인 **재가 의료급여 시범사업**을 **건강보험으로 확대**하는 방향으로 시범사업 모형 제시

### 가. 대상자 분류체계

참여대상자는 의료적 필요도가 낮은 장기입원자로 정의할 수 있다. 참고로 의료급여 시범사업의 대상자는 31일 이상 장기입원자 중 입원 필요성이 낮고, 퇴원 시 주거가 있거나 주거 연계가 가능한 자로, 퇴원 후 건강악화의 우려가 있거나 재입원 가능성이 큰 수급자는 제외하고 있다(보건복지부, 2020, p.13).

이를 토대로 단기적으로는 노인 의료-요양 지역통합관리 모형의 대상자를 요양병원 선택입원군 중 장기입원자로 제시하고자 한다. 이때 장기입원일수 기준을 설정하는 것을 대안적으로 검토해 볼 수 있는데, 의료급여와 같이 30일 기준으로 선정하면 대상자는 약 2.2만 명이 되며, “장기입원”의 성격을 더 반영하여 90일 기준으로 선정하면 대상자는 약 3.7만 명이 된다.

〈표 5-27〉 (참고) 2021년 요양병원 입원자의 장기요양 인정등급 현황: 건강보험

선택입원군으로 입원일수	대상자 수	참여 대상자(안)		비율	1인당 평균 입원비
환자 수(전체)	54,277			100.0%	5,836,784
(1) 30일 미만	14,690			27.1%	926,070
(2) 30일 이상 ~ 90일 미만	15,785			29.1%	2,862,273
(3) 90일 이상 ~ 120일 미만	4,389		2안	8.1%	5,297,233
(4) 120일 이상 ~ 180일 미만	6,492	1안 2.2만명	3.7만명	12.0%	7,488,230
(5) 180일 이상	12,921			23.8%	14,407,168

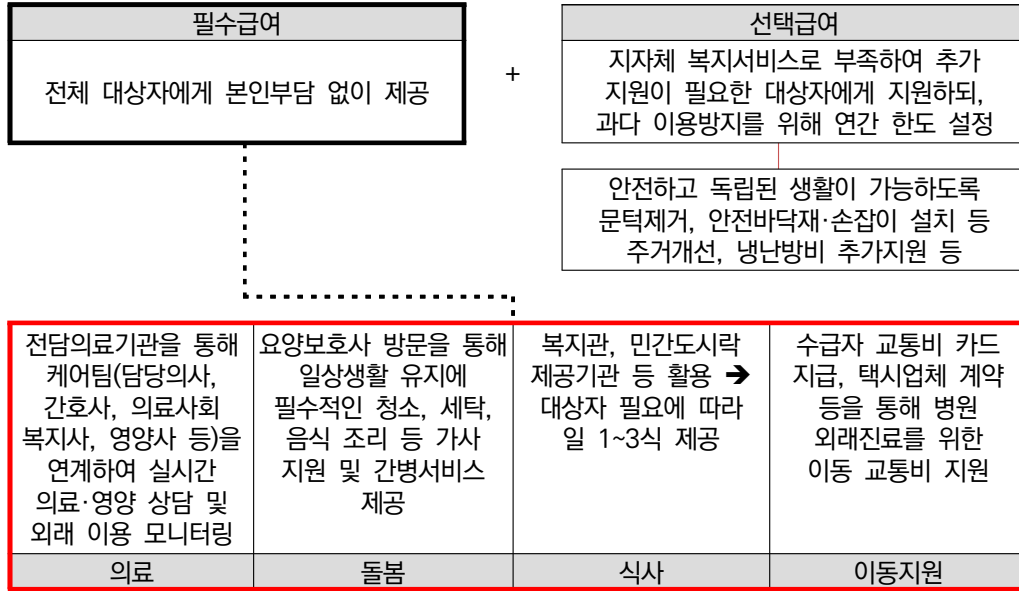
자료: 국민건강보험공단. (2021). 장기요양급여 분석 결과

## 나. 서비스 제공체계

대상자 욕구 및 필요도에 따라 재가 생활에 필요한 주거, 돌봄, 식사, 이동지원 등 4대 서비스는 필수적으로 제공하고, 추가로 안전한 재가 생활을 위해 지원이 필요한 서비스에 대해서는 선택급여, 부가급여로 분류해 볼 수 있다. 일차적으로는 지자체·민간자원 등 기존서비스에 연계를 추진하고, 연계자원이 부족한 경우 해당 서비스 제공을 위해 건강보험에서 재정을 지원하는 형태로 운영할 수 있다.



〈표 5-28〉 재가 의료급여: 필수급여, 선택급여(참고)



서비스		기본	재가급여
필수급여	의료	기존사업 연계	<i>추가서비스 제공(책임+협력의료기관 중심)</i>
	돌봄		<i>기존사업연계가 어려운 경우 건강보험에서 제공</i>
	식사		
	이동		
선택급여	주거환경개선		
	냉난방비		
부가급여	가전가구문화여가		
기타	주거연계		

자료: 신현웅, 여나금, 권용진, 김정선, 박세경, 정홍원, ... 차미란. (2019). 의료급여 재가급여 시범 사업 운영방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.55.

〈표 5-29〉 재가의료급여 서비스별 예산지원(안)

서비스		금액	기준금액	비고	
필수 급여	의료	케어플랜수립	68,180원 (연 1회)	월평균 45,430원	필수 단가
		모니터링	7,297원 (월 4회)		
		심층모니터링	10,400원 (연 4회)		
		집중교육	34,090원 (연 2회)		
	돌봄	돌봄	시간당 14,800원 (월 12시간) 본인부담금 월 15,000원	월평균 557,100원	권고 단가
		식사	1식당 6,000원 (월 52식)		
이동(병원)		1회당 9,000원 (월 6회)			
선택급여	주거개선	연간 200만 원 이내	-		
	냉난방지원				
	안전관리				
월 예산			602,530원		

자료: 보건복지부. (2020). 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼, p.21.



### 다. 진료비 보상체계

노인 의료-요양 지역통합관리 모형은 의료서비스 외 요양 및 돌봄서비스에 대한 보상을 포함하여 보상체계를 설계하는 것이 필요하다. 협력 주체별로 보상방안을 검토해 보면 다음과 같다.

〈표 5-30〉 협력주체별 제공서비스 및 보상방안(재가 의료급여 시범사업 설계 참고)

제공주체	제공서비스	보상(안)
책임의료기관	① 케어 플랜, ② 의료서비스 관련 사례회의, ③ 정보공유플랫폼의 운영, ④ 입원, ⑤ 외래진료(필요시), ⑥ 재가의료(방문의료, 방문간호(필요시)), ⑦ 의료서비스 제공 모니터링(서비스 제공 현황, 요청 및 조정 필요 사항 접수) ⑧ 환자 이송(직접 제공 또는 자원 연계) ⑨ 대상자 상담 및 의료서비스 요구 대응	케어팀 비용(인건비, 운영비 등), 환자관리료 수가 신설
조정자 (예:공단)	① 케어 플랜, ② 책임병원과 정보 공유(의료서비스 외 제공서비스 현황)	추가인력 투입, 권한 부여
협력 의료 기관	의원	① 만성질환 관리(외래진료), ② 책임병원과 정보 공유 정보 공유에 대한 비용 (예: 의료급여 정보공유 수가신설)
	기타민간 병의원	① 안과, 피부과 등 전문과 외래진료, ② 책임병원과 정보 공유 정보 공유에 대한 비용 (예: 의료급여 정보공유 수가신설)
보건소	① 통합건강증진 서비스, ② 책임병원과 정보 공유	방문건강관리 인력 충원

자료: 신현웅, 여나금, 권용진, 김정선, 박세경, 정홍원, ... 차미란. (2019). 의료급여 재가급여 시범 사업 운영방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.68.

먼저 케어 코디네이터가 제공하는 서비스와 이에 대한 보상방안을 살펴보면, 케어 코디네이터는 사업 대상자의 상태를 가장 잘 알고 있는 담당자로 케어플랜 수립에 참여하도록 하며, 책임병원과 의료서비스 외 다른 서비스 제공에 대한 정보를 공유하도록 하는 역할이 중요하다(신현웅, 여나금, 권용진, 김정선, 박세경, 정홍원, ... 차미란, 2019, p.67). 사실

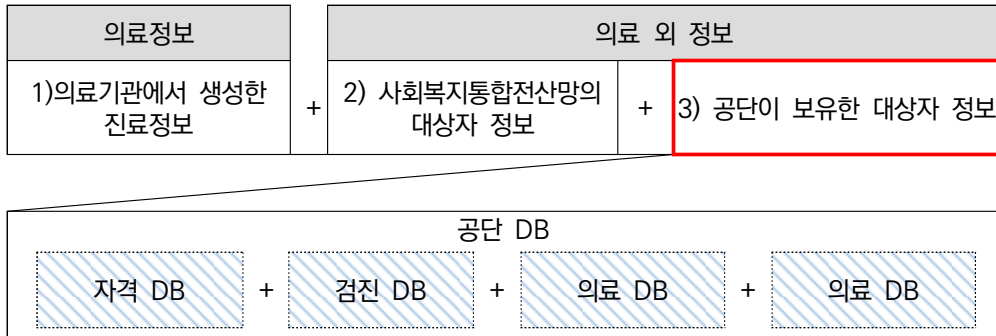
상 해당 모형이 작동하기 위해서는 케어 코디네이터의 역할과 책임이 가장 중요하다고 볼 수 있다. 의료급여 시범사업에서는 의료급여 관리사가 케어 코디네이터 역할을 수행하고 있는데 건강보험에서는 국민건강보험공단의 각지사 인력을 활용하는 방안을 검토해 볼 수 있겠다. 현재 국민건강보험공단은 지역별로 지사를 두고 있으므로 이들이 해당 지자체의 사회복지 인력과 협업을 추진하는 것이 수월할 수 있다. 이를 위해서는 공단 지사에 시범사업 운영을 위해 케어코디네이터 역할을 하는 인력(예: 간호사, 사회복지사)을 투입하여 이들이 지역사회의 서비스를 연계하고 조정할 수 있는 권한을 가질 수 있도록 지원할 필요가 있다.

해당 시범사업이 의료-요양-돌봄까지 포괄하지만, 가장 중요한 기능은 “의료”지원으로 책임의료기관과 협력의료기관 간의 역할과 보상체계를 설정할 필요가 있다. 재가 서비스 제공을 위해서는 책임병원 내 케어팀의 역할이 무엇보다 중요한데, 이들에 대해서는 수가 방식의 보상보다는 인건비 지원 방식(lump-sum)을 통해 안정적으로 역할을 수행할 수 있도록 지원하는 것이 무엇보다 중요할 것이다.

만성질환에 대해서는 가능한 한 일차의료 만성질환 시범사업 참여 의원과 연계하여 서비스를 받을 수 있도록 하며, 만성질환 외의 질환에 대해서는 책임병원 또는 책임병원과 연계된 지역사회 병·의원에서 받을 수 있도록 지원해 줄 수 있다. 이때 사업에 참여하는 병·의원들은 기본적으로 대상자의 진료 현황, 건강 상태 등에 대한 정보를 공유하고, 이를 기반으로 환자의 상태를 협력적으로 관리하는 것이 필요하다. 또한 시범사업 참여자의 경우 건강습관 관리 등의 측면에서 보건소를 통해 통합건강증진 서비스 또는 방문건강관리 서비스를 우선 받을 수 있도록 지원해 줄 수 있다.

## 라. 관리운영체계

〈표 5-31〉 노인 의료-요양 통합모형의 정보공유 범위

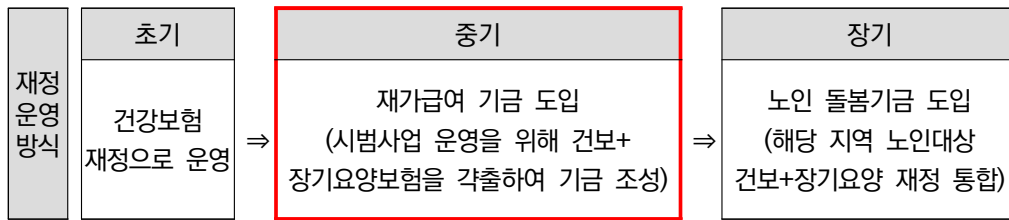


원활한 대상자 관리를 위해서는 ‘책임의료기관’-‘케어 코디네이터(예: 공단)’-‘지역사회복지사’간 동일한 정보공유 플랫폼을 구축하는 것이 필요하다. 그간 정보공유 플랫폼은 주로 의료기관-의료기관 간 연계에만 중점을 두고 진행된 만큼, 해당 시범사업이 효과적으로 추진되기 위해서는 의료기관-의료기관 연계를 넘어, 지역사회-의료기관 간의 정보공유 플랫폼을 구축하여 이를 통해 의료기관의 의료서비스와 지역의 복지서비스의 내용이 공유되고 이를 기반으로 대상에 대한 서비스를 관리할 필요가 있다.

책임병원도 기본적으로 케어플랜 수립 내용, 진료내용을 공유하고, 지역사회는 사회복지통합전산망의 자료를 공유하여 해당 대상자의 사회경제적 기초자료, 대상자에게 필요한 서비스 종류 등을 파악할 수 있어야 한다. 이때 공단이 보유한 대상자 정보도 의료기관-지역사회 정보와 통합하여 관리하고 활용하여야 할 것이다. 예를 들어 공단에서 보유하고 있는 자격DB, 검진DB, 의료DB, 요양DB를 지사 소속 케어 코디네이터가 함께 관리함으로써 대상자에게 필요한 적합한 서비스를 사각지대 없이 효과적으로 제공해줄 수 있다.

한편 재정운영 방식은 시범사업 초기에는 건보재정으로 하되, 사업이 안정되면 건보+장기요양보험 통합재정으로 운영하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 해당 사업은 의료와 요양·돌봄 서비스의 연계를 기반으로 한 만큼 재정에 대한 책임도 함께 공유할 수 있는 방향을 모색하여야 한다. 특히, 장기적으로는 현재 이분화 되어 있는 건강보험과 노인장기요양보험의 재정을 통합하고, 이를 지역사회 단위의 포괄기금으로 조성해서 지역 단위로 재정을 운영하는 방안도 검토해 볼 수 있다.

〈표 5-32〉 노인 의료-요양 통합모형의 재정운영방식



**【요약】 노인 의료이용 현황 및 욕구 분석 주요 결과**

**시사점1** 의료-요양 필요도에 따라 적합한 서비스자 제공될 수 있는 통합판정체계 정비 필요

요양병원 장기입원자 중 **의료적 필요도가 낮은 선택입원군 비중이 존재(약 20%)**  
 이러한 선택입원군은 의료적 필요가 거의 없는 대상으로 일부는 **요양 필요도를 가지고 있는 상황**  
**요양필요가 있는 대상은 요양서비스를, 의료필요가 있는 대상은 의료서비스를** 제공하는 체계 정비 필요

( 의료급여 요양병원 180일 이상 등급별 분포(2021년 기준) )

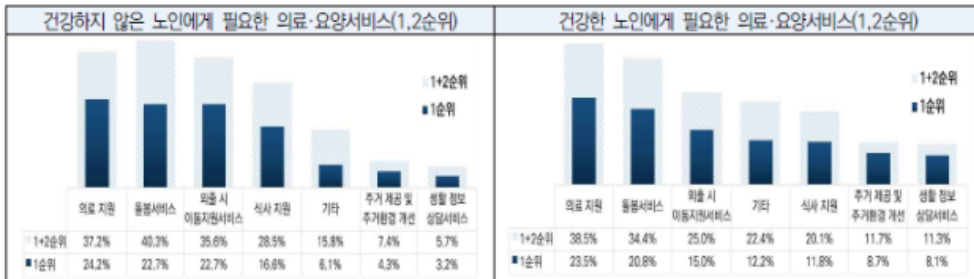
의료최고도	의료고도	의료중도	의료경도	선택입원군
3.5%	32.9%	32.4%	11.5%	19.7%

구분	선택입원군	비율
환자 수(전체)	54,277	100.0%
장기요양등급 신청 없음	35,567	65.5%
장기요양등급 신청 있음	18,710	34.5%
1등급	838	1.5%
2등급	2,447	4.5%
3등급	5,505	10.1%
4등급	5,850	10.8%
5등급	657	1.2%
인사등급	128	0.2%
등급외 판정	3,285	6.1%

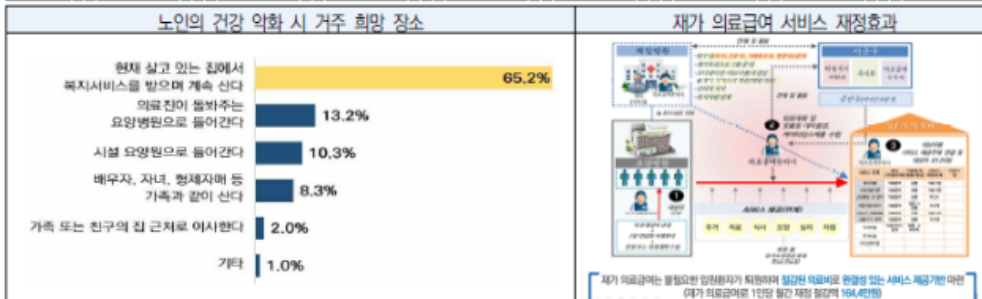
**시사점2** 노인에게 필요한 의료-요양-돌봄 서비스 중 노인들은 의료서비스를 가장 필요하다고 인식

건강한 노인과 건강하지 않은 노인 모두 필요한 서비스로 **의료지원을 가장 높게 인식**  
 지역사회 기반 돌봄이 작동하기 위해서는 기본적으로 **"의료" 서비스가 충분하게 제공되는 것이 필요**



**시사점3** 노인들은 병원이거나 시설 보다, 재가에서 필요한 서비스를 받으면서 생활하는 것을 선호

노인들이 선호하는 노후의 모습은 현재 살고 있는 **집에서 복지서비스를 받으면 사는 형태**  
 만약, 재가에서 충분한 서비스가 제공 될 경우 재가에서 계속 살고 싶은 **의향이 높은 것으로 확인**



**[요약] 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 및 보상체계 설계**

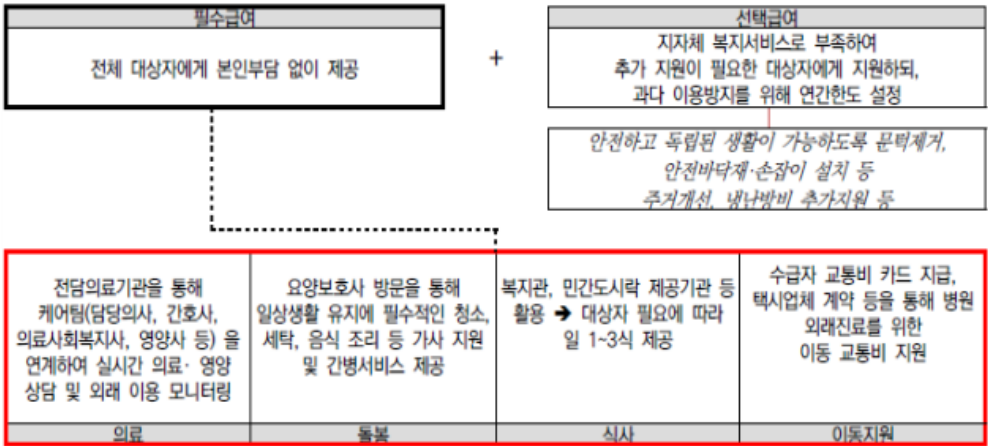
**① 대상자 분류체계**

□ (참여대상) 요양병원 선택입원군 장기입원자(30일 또는 90일 이상)

선택입원군으로 입원일수	대상자수	참여 대상자(안)	비율	1인당 평균 입원비
환자 수(전체)	54,277		100.0%	5,836,784
(1) 30일 미만	14,690		27.1%	926,070
(2) 30일 이상 ~ 90일 미만	15,785		29.1%	2,862,273
(3) 90일 이상 ~ 120일 미만	4,389	1안 2안	8.1%	5,297,233
(4) 120일 이상 ~ 180일 미만	6,492		12.0%	7,488,230
(5) 180일 이상	12,921		23.8%	14,407,168

**② 서비스 제공체계**

□ 대상자 욕구 및 필요도에 따라 재가 생활에 필요한 "4대 필수 서비스(주거, 돌봄, 식사, 이동지원)" 제공 (필수서비스에 대해 지자체·민간자원 등 기존서비스에서 부족한 부분을 건강보험 재정으로 지원)



서비스		기본	재가급여
필수급여	의료	기존사업연계	추가서비스 제공 (책임+협력의료기관 중심)
	돌봄		기존사업연계가 어려울 경우 건강보험에서 제공
	식사		
	이동		
선택급여	주거환경개선 냉난방비		
부가급여	가전가구문화여가		
기타	주거연계		기존사업연계(건보지원 제외)

**【요약】 노인 의료-요양 지역기반 통합돌봄 모형 및 보상체계 설계**

**③진료비 보상체계**

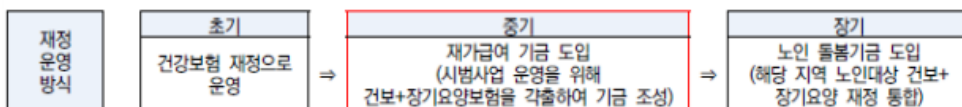
□ (보상수준) 재가 의료급여 시범사업 보상체계를 토대로 1인당 월 보상기준을 설정

서비스		금액	기준금액	비고	
필수급여	의료	케어플랜수립	68,180원 (연1회)	월평균 45,430원	필수단가
		모니터링	7,297원 (월 4회)		
		심층모니터링	10,400원 (연4회)		
		집중교육	34,090원 (연2회)		
	돌봄	돌봄	8,900원(연2회)	월평균 557,100원	권고단가
식사		시간당 15,460원(아간, 주말가산 30%)			
이동(병원)		15000원			
선택급여	주거개선	연간 200만원 이내	-		
	넉넉받지원				
	안전관리				
	월평균				월 602,530원

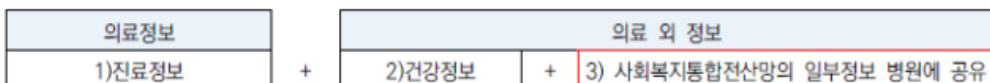
□ 해당 시범사업은 의료-요양-돌봄까지 포괄하지만 가장 중요한 기능은 “의료”지원으로 책임의료기관과 협력의료기관 간의 역할과 보상체계 설정이 핵심 (예: 현재, 재가 의료급여 시범사업은 책임병원 내 케어팀이 수가로 운영되고 있는데, 케어팀 운영은 인건비 지원으로 개선)

제공 주체	제공서비스	보상(안)
책임의료기관	① 케어 플랜, ② 의료서비스 관련 사례회의, ③ 정보공유플랫폼의 운영, ④ 입원, ⑤ 외래진료(필요시), ⑥ 재가의료(방문의료, 방문간호(필요시)), ⑦ 의료서비스 제공 모니터링(서비스 제공 현황, 요청 및 조정 필요 사항 접수) ⑧ 환자 이송(직접제공 또는 자원 연계) ⑨ 대상자 상담 및 의료서비스 요구 대응	케어팀 비용(인건비, 운영비 등), 환자관리료 수가 신설
케어 코디네이터(공단)	① 케어 플랜, ② 책임병원과 정보 공유(의료서비스 외 제공서비스 현황)	추가인력 투입, 권한 부여
협력의료 기관	의원	① 만성질환 관리(외래진료), ② 책임병원과 정보 공유 정보 공유에 대한 비용 (예: 의료급여 정보공유 수가신설)
	기타 민간 병의원	① 안과, 피부과 등 전문과 외래진료, ② 책임병원과 정보 공유 정보 공유에 대한 비용 (예: 의료급여 정보공유 수가신설)
보건소	① 통합건강증진 서비스, ② 책임병원과 정보 공유	방문건강관리 인력 총원

□ (재정운영) 시범사업 초기에는 건보재정으로 하되, 사업이 안정화 되면 건보+장기요양 보험 통합재정으로 지역단위 “노인돌봄기금”을 도입하여 운영



**④관리운영체계**









## 제6장

### 결론 및 정책제언

제1절 국민중심 의료협력체계 구축을 위한 개선방향 제언

제2절 의료협력체계를 위한 보상체계 개선과제 제언

제3절 의료협력체계를 위한 의료이용문화 개선과제 제언



## 제 6 장 결론 및 정책제언

### 제1절 국민중심 의료협력체계 구축을 위한 개선방향 제언

#### 1. 미래 보건의료 혁신의 핵심, 국민중심 의료협력체계 구축

##### 가. 현재, 보건의료 혁신이 필요한 이유

우리나라 보건의료 체계, 특히 건강보험 제도는 전 세계적으로 그 우수성을 높게 인정받고 있다. 우리나라 국민도 응당 우수한 건강보험에 대한 자부심이 있을 것이다. 물론 매년 건강보험료로 가계의 부담이 증가하고 있지만, 아직까진 보험료에 대한 부담보단 우리가 누리고 있는, 그리고 앞으로 누릴 수 있는 건강보험의 혜택과 가치를 더 높게 평가하고 있다.

하지만 앞으로 10년, 20년 후에도 우리가 지금처럼 건강보험 제도를 계속 자랑스러워할 수 있을지 장담할 수 없다. 물론 어디든 완벽한 제도는 있을 수 없듯이 우리나라 건강보험 제도도 강점도 있고 약점도 있다. 하지만 급성기 치료가 중심이 된 지금까지의 의료환경에선 장점(높은 의료기술 및 인력)이 단점(분절적 시스템)을 보완할 수 있는 구조였다면, 만성기 치료 등 전인적 건강관리가 중심이 될 앞으로의 환경에선 장점보다는 단점이 더 부각될 수밖에 없다. 안타깝게도 이를 위해 우리에게 주어진 준비의 시간이 그리 길지 않은 상황이다. 따라서 현재 우리나라 보건의료가 직면한 위기요인을 직시하고, 위기를 보건의료체계 혁신을 위한 기회로 전환하기 위한 노력이 시급한 시점이다.

〈표 6-1〉 현재 보건의료 위기요인과 혁신을 위한 기회로의 전환 필요성

재정	위기 요인	기회의 갈림길
재정	<b>건강보험 누적적립금 보유</b> (2026년, 한 달 급여비 수준으로 적립금 감소 전망)	<b>혁신을 위한 최후의 총알</b> (국민의 “추가 부담” 없이 혁신을 추진할 수 있는 사실상의 마지막 기회)
환경	<b>코로나19의 영향력 잔존</b> (현재, 코로나로 인한 새로운 보건의료 정책 수요 응집)	<b>혁신을 위한 얼마 남지 않은 기회의 장</b> (팬데믹을 통해 입으로 하는 혁신이 “진짜” 혁신으로 바뀌는 기회 마련)
인구	<b>베이비 부머의 본격적 은퇴 시작</b> (2026년, 고령사회→초고령사회 진입 전망)	<b>위기와 혁신의 갈림길 직면</b> (노인 “건강”이 새로운 자원이 될지, 미래세대의 부담이 될지 결정되는 시기)
지역	<b>지역소멸, 축소사회 현실화</b> (2026년, 전국 시군구 50% 이상 소멸위험단계 전망)	<b>혁신을 위한 새로운 생태계 조성</b> (병원기반 치료 중심에서 “지역기반” 케어 중심으로 전환을 위한 격변의 시기)
기술	<b>보건의료기술 글로벌 패권 경쟁 본격화</b> (생명보건의료 분야 최고기술 보유국과 격차 증가)	<b>기술 추격자와 선도국의 갈림길</b> (보건의료기술이 여전히 논의영역에 머물 건지, 현실영역으로 구현할 건지 결정)

시대, 장소와 무관하게 보건의료체계의 가장 중요한 목표는 건강한 삶을 보장해주는 것이었다. 우리나라의 미래 보건의료 체계의 궁극적 목표도 모든 국민의 건강한 삶을 보장해주는 것이다. 그리고 이를 통해 국민이 아프지 않고 오래 건강하게 살고, 만약 아프더라도 걱정이 없으며, 그리고 늙는 것이 두렵지 않도록 지원해주는 것이다.

현재 보건의료체계의 정책환경을 고려했을 때 현시점에서 모든 국민의 건강한 삶을 보장해주는 데 필요한 중점과제를 필수의료, 노인의료, 포괄의료, 혁신의료, 그리고 협력의료 5가지로 정리해 볼 수 있다. 이처럼 협력의료는 보건의료 체계의 혁신을 위한 “하나의 선택적(optional) 수단”이라기보다는, 국민의 건강한 삶을 보장해 줄 지속가능한 건강보험을 위한 “필수적(necessary) 목표”라고 할 수 있다.

〈표 6-2〉 미래 보건의료체계의 비전 및 정책목표

모든 국민의 건강한 삶			
1) 아프지 않고 오래 건강하게, 2) 아파도 걱정이 없으며, 3) 늙는 것이 두렵지 않는 삶			
핵심 가치	국민의 <b>치료비 걱정</b> 해소 ▼ 국민의 <b>건강 걱정</b> 해소 (경제적→물리적 장벽 해소)	의료의 질 <b>향상 노력</b> 에 집중 ▼ 의료의 질 <b>성과 달성</b> 에 집중 (구조,과정→성과 중심으로 보상)	재정지원 <b>여부</b> 에 집중 ▼ 재정지원 <b>효과 평가</b> 강화 (제도 내 시스템적비효율 제거)
	접근성·형평성	의료의 질	지속가능성

중점 정책목표 추진으로 보건의료 핵심 가치 증진

공극적 목표	미래 보건의료 중점 정책목표			
	<b>①필수의료</b> (필수의료 공백 해소, 정상화 & 기능강화 국가책임 강화)	<b>②협력의료</b> (국민중심의 의료협력모형 도입)	<b>③노인의료</b> (의료중심의 노인 의료-복지 연계)	<b>④포괄의료</b> (몸→마음, 치료→예방 보건의료 역할 확대)
	(공공의료 정책)	(의료전달체계 정책)	(사회복지 정책)	(건강(⊕정신) 정책)
<b>⑥혁신의료</b> (혁신의료기술 선순환 생태계 활성화)				

중점 정책목표(목표) 중심으로 개별 정책과제(도구)들을 연계·통합

수단적 목표	의료인력 수급 체계 개선 (필요한 곳에 원하는 인력양성, 확충)	종별/병상 기능 재정립 (수요 대응 의료기관 기능 정립, 최적 서비스 제공)	삶터중심 의료 및 돌봄 제공 강화 (간호 간병 공백 해소, 비대면, 재택진료 등)	예방적 건강관리 적극적 투자 (재정지원 확대, ICT 활용 일상화 등)
	(의료인력 정책)	(의료기관 정책)	(의료제공 정책)	(건강관리 정책)
↓ 법/제도 지원				
도구	자원관리 (의료자원 양/질 관리)	평가/인증제도 (Reputation effects)	디지털전환 (DX 가속화, 일상화)	보상체계 (누적 적립금 20.2조 원)
	(의료자원 정책)	(보건의료평가 정책)	(보건산업 정책)	(건강보험 정책)
외부 요인	<b>국민의 지지</b> (국민을 위한 정책설계, 국민을 통한 정책추진)		<b>정치적 동력</b> (새정부 출범초기, 응집된 정치동력의 선택과 집중)	

## 2. 이론과 경험기반 의료이용 격차 해소를 위한 의료협력체계 구축 필요성

의료이용에 대한 경험이 축적되다 보면 “필요”에 기반한 합리적인 의료이용을 하기보다는, 지금 당장 나 자신에게 유리한 의료이용을 하게 된다. 이러한 건강보험의 이상과 현실 간의 괴리를 가장 크게 느끼는 순간이 “이론적 이용”과 “경험적 이용”의 차이를 체감할 때이다.

〈표 6-3〉 의료이용의 이론과 경험의 격차

의료이용 경험	의료이용 경험에 따른 인식의 축적
의료필요 최초 발생, 그리고 동네 병·의원 방문 후 타 진료과/의료기관 방문 필요 진단 ↓ 어느 병원에, 어떻게 갈 것인지를 개인이 선택하고 연계해야 하는 상황 (동네 병·의원에서는 대체로 의뢰서만 제공)	⇒ 의료기관을 탐색하는 비용, 추가로 필요한 타 진료과 또는 의료기관으로의 self-연계 등의 수고로움을 경험하고, <b>처음부터 큰 병원을 가는 것이 편리한 선택</b> 일 것이라고 판단
만성질환 등으로 일정한 동네 병·의원 오랜 기간 이용 ↓ 여전히 건강관리 및 건강 결과에 대한 책임은 온전히 개인에게 부과	⇒ 동네 병·의원에서 조기발견, 적정치료를 놓칠 위험보다 <b>큰 병원을 이용하는 것이 내 건강을 담보로 한 안전한 선택</b> 이라고 판단
동네 병·의원에서 검사 등을 통해 큰 병원에서 치료가 필요한 질환 발견 ↓ 큰 병원에서 정확한 진단과 치료를 받기 위해 동일한 검사 등을 다시 받아야 하는 상황	⇒ 중복 검사, 긴 대기시간 등으로 처음부터 증상 발현 시, <b>큰 병원에서 진단, 진료를 받는 것이 시간, 비용 측면에서 합리적 선택</b> 이라고 판단

**【목표】 내 건강 및 의료이용 정보를 공유받고, 내 건강 결과를 나와 함께 책임져 주고, 이에 대한 성과와 보상을 함께 나누는 국민중심 의료협력체계 구축**

**【수단】**  
공급자 대상 보상체계



**【수단】**  
국민 대상 이용체계

우리는 이론적으로 경증질환은 동네의원, 중증질환은 상급종합병원에 가야 한다는 것을 알고 있다. 하지만 막상 내 가족, 내 부모가 아플 때는 경제적 여건만 허락된다면 가능한 한 좋은 병원, 결과적으로 가능한 한 큰 병원을 이용하도록 권하게 된다(좋은 병원에 대한 정보가 불충분한 상황에서 큰 병원이 좋은 병원이라고 인식하게 된다). 특히, 다음과 같이 의료이용의 경험이 쌓이다 보면 큰 병원을 이용하는 것이 편리한 선택이었음을 계속 확인하게 된다.

먼저 의료필요가 발생할 경우, 어느 병·의원에 갈 것인지를 온전히 개인이 선택해야 한다. 대체로 증상이 심각하지 않으면 포털 검색을 통해 적당한 병·의원을 탐색한 후 방문한다. 해당 병·의원을 방문했던 것이 적절한 선택이었는지에 대한 평가 역시 개인이 판단해야 하고, 이에 따른 의료이용 결과의 책임도 개인이 져야 한다.

그리고 혹시 해당 병·의원에서 타 진료과 또는 의료기관에서의 후속 치료가 필요하다고 진단을 받은 후에도 의뢰서 한 장에 의존하여 개인이 적당한 병·의원을 찾고 연결해야 한다. 이러한 경험이 이어지다 보면, 처음부터 배후 진료과 이용과 후속 치료가 가능하고, 적정 의료기관을 탐색하는 시간적·심리적 비용이 들지 않는 큰 병원을 방문하는 것이 합리적인 선택이었다고 생각하게 된다.

둘째, 오랫동안 다녔던 동네 병·의원이 있더라도 어느 순간 큰 병에 걸리면 조기 발견에 대한 책임, 적정 치료에 대한 책임을 아무도 지지않는다는 것을 알게 된다. 오래 다니던 병·의원이 있다고 하더라도 건강 결과에 대한 책임은 온전히 개인이 지는 것이다.

그저 오래 다닌 병·의원일 뿐 내 건강에 대한 책임을 같이 나눠주는 병·의원은 아니다. 실제로 주위에서 큰 병에 걸리고 나서 ‘왜 빨리 발견하지 못했냐’고 했을 때, ‘동네 병·의원을 계속 다녔는데 별다른 말이 없었

다’고 말하고 이를 듣던 이들이 ‘그러니깐 처음부터 큰 병원을 갔어야지’라는 말을 하는 사례들이 왕왕 발생하곤 한다. 그리고 ‘앞으로는 무조건 큰 병원을 가야 한다’고 대화가 끝을 맺는다. 그러다 보니 증상이 있을 때, 큰 병원에 빨리 가서 조기에 진단을 받고 필요한 치료를 받는 것이 내 건강을 담보로 한 가장 안전한 행동이었다고 생각하게 된다.

셋째, 동네 병·의원에서 검사받고 이상징후가 발견되어 정확한 진단과 치료를 위해 큰 병원에 가게 되면 동일한 검사를 다시 받아야 하는 상황에 직면하게 된다. 기본적으로 의료기관들은 책임 소재의 불명료성 등 때문에 대체로 해당 의료기관에서 한 검사 결과를 기반으로만 진단과 치료를 해준다.

이상이 있다고 해서 해당 검사 결과를 가지고 큰 병원에 가더라도 치료를 받기 위해서는 동일한 검사를 다시 받아야 하는 일이 발생하니 결국 시간도, 돈도 두 배로 들게 되면서 처음부터 큰 병원에서 검사받는 것이 더 현명한 선택이었다고 생각하게 되는 것이다.

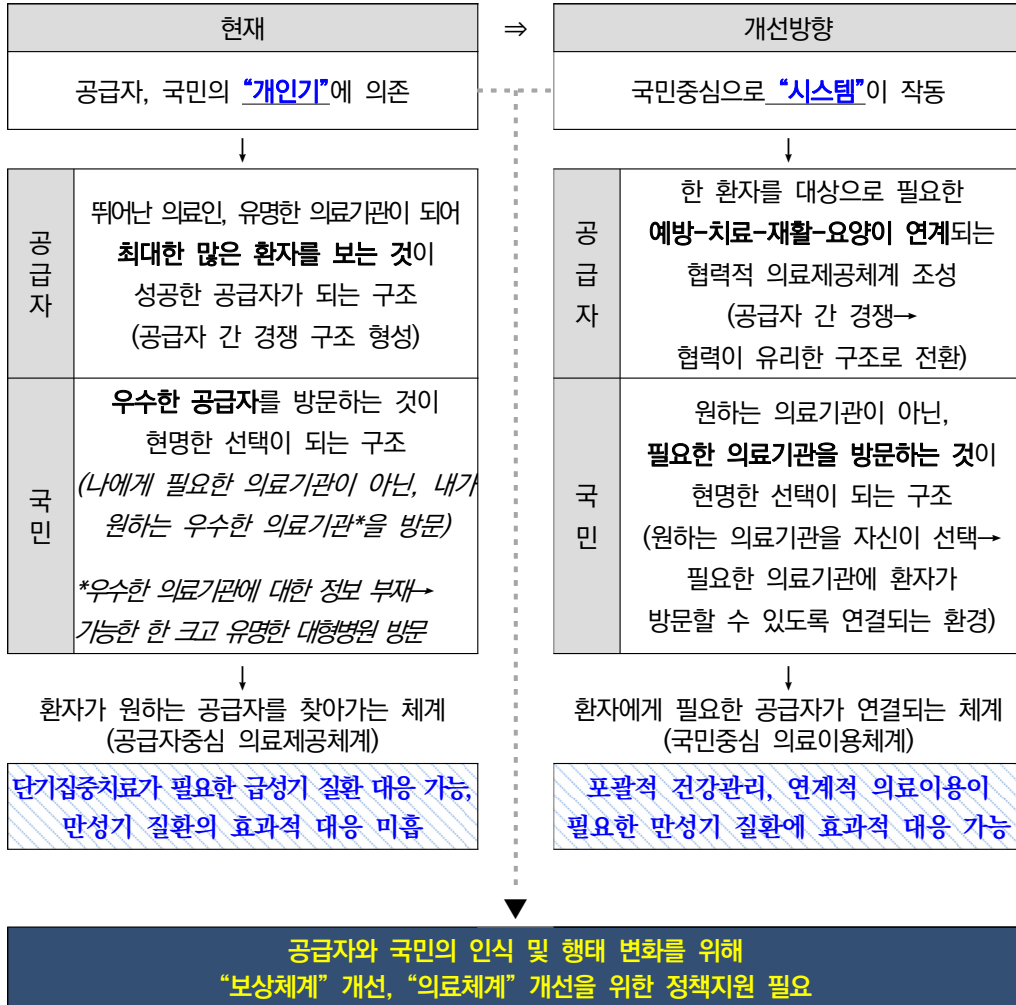
이처럼 실제 의료이용을 하게 되면서 경험들이 축적되다 보면, 결과적으로 필요(needs)에 기반한 합리적인 의료이용보다는 현재 편하고, 안전하고, 경제적인 형편에 기반한 의료이용이 합리적인 선택이라고 인식하게 된다.

이와 같은 이론과 경험상의 차이를 근본적으로 해소하기 위해선 국민 중심의 의료협력체계를 구축하는 것이 필요하다. 이러한 의료협력체계는 국민이 내 건강 및 의료이용 정보를 공유받고, 내 건강 결과를 나와 함께 책임져 주고, 이에 대한 성과와 보상을 함께 나누어 줄 수 있도록 한다. 이를 통해 국민은 합리적인 의료이용을 하는 것이 자신들의 건강성과와 의료비 부담완화에 도움이 될 수 있으며, 더 나아가 건강보험 제도의 가치를 향상시키는 데 기여함을 경험할 수 있게 될 것이다.



### 3. 국민중심 의료협력체계, 더 이상 선택이 아닌 필수적 목표

〈표 6-4〉 국민중심 의료협력체계 구축을 위한 개선방향: 공급자, 국민 행태변화



현재 국민의 입장에서 뛰어난 의료인 또는 의료기관을 찾고, 실제 진료를 받을 수 있었던 게 똑똑한 의료이용이었다면, 앞으로는 나를 중심으로 한 시스템 안에서 내 건강을 포괄적으로 관리받고 연계적으로 이용하는 것이 현명한 의료이용이 되는 체계가 마련될 것이다.

공급자로서도 뛰어난 의료인, 유명한 의료기관이 되어 최대한 많은 환자를 보는 것이 성공한 공급자가 되는 무한경쟁의 구조를 형성해 왔다면,

앞으로는 한 환자를 대상으로 필요한 예방-치료-재활-요양이 연계되는 협력적 의료제공체계를 조성함으로써 공급자 간 경쟁체계에서 협력이 유리한 구조로 전환될 것이다.

이를 통해 환자가 원하는 공급자를 찾아가는 공급자 중심의 의료제공 체계에서 환자에게 필요한 공급자가 연결되는 국민중심 의료이용체계를 달성하는 것에 궁극적인 목표가 있다. 이는 결과적으로 포괄적 건강관리, 연계적 의료이용이 필요한 만성기 질환에 효과적으로 대응할 수 있는 체계로 전환하는 방식이기도 하다.

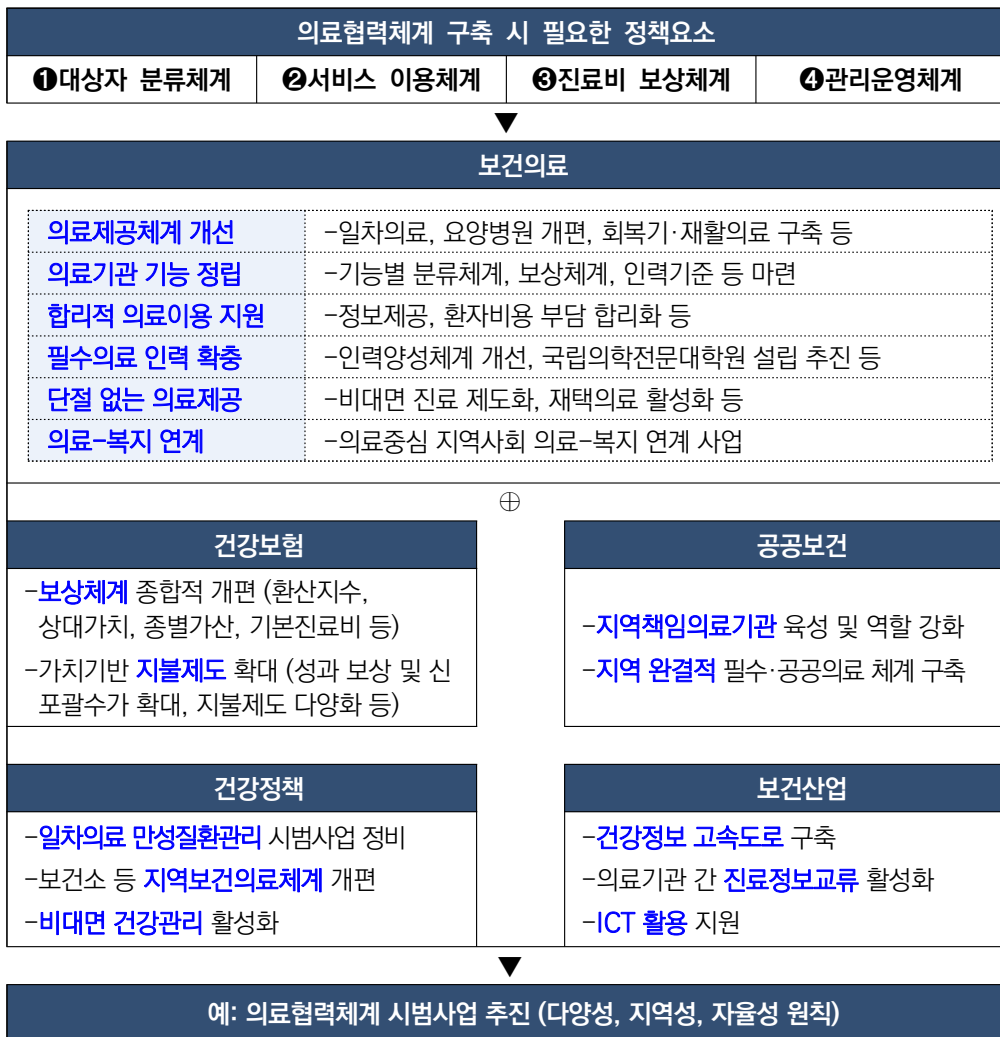
결국 국민중심의 의료협력체계를 구축하는 것은 더 나은 건강 결과와 혜택을 누리기 위한 “하나의 선택적(optional) 수단”이라기보다는, 국민의 건강한 삶을 보장해 주는 지속가능한 건강보험을 위한 “유일한 필수적(necessary) 목표”가 되고 있다. 따라서 앞으로 우리나라 보건의료체계는 국민중심으로 협력적인 의료공급체계를 구축하고(보상체계 개선), 국민이 실제 이 틀 안에서 합리적인 의료이용을 하도록 유도하는 것(이용체계 개선)에 중점을 두고 정책방향을 설계하는 것이 필요하다.

이를 위해서는 무엇보다 현재와 같이 자율적인 의료공급체계, 의료이용체계에 익숙한 공급자와 국민이 시스템 안에서 움직이는 국민중심 의료협력체계에 참여할 수 있도록 유도하고, 이를 제도적으로 뒷받침해주는 것이 중요하다. 아무리 좋은 취지의 제도라고 하더라도 당사자인 공급자와 국민이 공감할 수 없고, 참여할 요인이 없다면 해당 제도는 도입이나 지속이 어려울 수밖에 없다. 따라서 공급자와 국민이 이러한 새로운 형태의 변화를 수용할 수 있도록 보상체계와 이용체계를 전환하기 위한 정책과제들을 마련하고, 실행해 나가는 것이 중요하다.

실제 의료협력체계를 정책화하기 위해서는 현재 추진되고 있는 보건의료정책과제 중 협력의료와 관련된 정책과제를 탐색해 보고 해당 과제들

이 “협력의료”구축이라는 공동의 목표 달성을 위해 유기적으로 연계하여 작동할 수 있도록 정책방향을 마련하는 것이 필요할 것이다. 특히, 국민 중심 의료협력체계 모형은 단일모형으로 설계될 수 없으며, 대상자 및 질병 특성, 공급자의 의료이용 제공 행태, 지역별 대상자 구성 및 서비스 자원 등을 반영하여 다양하게 설계되는 것이 필요한 만큼, 다양성, 지역성, 자율성 등의 원칙에 따라 의료협력체계 시범사업을 추진해 나가는 접근이 필요하다.

〈표 6-5〉 협력의료 관련한 정책과제(예시)



## 제2절 의료협력체계를 위한 보상체계 개선과제 제언

### 1. 향후 보상체계 개선방향: 표준의 전환(Changing Normal)

약 40여 년의 역사를 가진 건강보험 제도는 건강보험을 둘러싼 대내외적 여건 변화, 건강보험에 대한 시대적 요구 등을 반영한 끊임없는 변화를 통해 발전하였다. 하지만 이 제도의 도입 시기 및 취지를 고려했을 때 시대적 역할이 다한 일부제도들이 관행과 표준으로 고착화되어 개선이 어려운 지점들이 존재하고 있다.

특히, 보상체계는 건강보험의 정책요인 중에서도 국민의 건강성과와 긴밀성, 재정운영의 불확실성, 이해관계자와의 갈등 등으로 인해 근본적 개선에 어려움이 있었던 대표적인 분야였다. 시대적 역할은 다했으나, 이미 관행이자 기득권이 되어버린 양적기반 행위별 수가제 중심의 보상체계는 현행 제도 틀 내에서 개선하기에는 한계가 존재할 수밖에 없다.

따라서 현행 행위별 상대가치점수를 유지하면서 ❶제도 내 보상체계 개선을 추진(예: 노키아가 주도하는 휴대전화 시장 생태계)하는 방식과 함께 ❷독립적인 새로운 보상체계 틀을 설계(예: 애플의 등장으로 스마트폰 시장 생태계로 전환)하고 공급자 참여를 유도하여 시나브로 보상체계를 전환하는 방안을 함께 검토하는 것이 필요한 상황이다.

〈표 6-6〉 보상체계 개선방향: 표준의 전환

現 행위별 상대가치점수제 내 개선		⇒	새로운 보상체계로 “표준” 전환 Better 노멀 → Better 보상체계	
환산 지수	-적정인상률 결정 방식, 계약 단위 적정성 검토 등	시나브로 전환추진 (표준의 전환)	지불체계	⇒ 신포괄지불제도
상대 가치	-행위유형간 불균형 해소, 기본진료비 개편 검토 등		기본수가	⇒ 간호간병통합서비스
FFS	-진료단위 포괄화, 양→가치기반 전환 등		필수의료	⇒ 응급의료기관평가+수가
			서비스모형	⇒ 일차의료 만성질환 시범사업으로 진찰료 개편

〈 (참고) 보상체계 표준의 전환(Changing Normal) 사례 〉

○ (①행위별 수가제) 진료행위 하나하나마다 항목별로 가격을 책정해 진료비를 지급함으로써 진료량이 많을수록 공급자의 수익이 많아지는 상황

◆ 표준전환 예) 지불제도 개편: 행위별 수가제 → 신 포괄수가제  
(행위단위에서 환자단위로 보상포괄)

○ (②상대가치 점수제) 현재 상대가치 점수제에서는 매년 점수당 단가를 인상해 주고, 별도로 행위당 점수를 인상 또는 신설하는 상황

◆ 표준전환 예) 기본수가 개편: 일반병동 입원료 → 통합병동 입원료  
(환산지수 5년째 고정, 기관별 차등 보상 추진)

○ (③획일적·일률적 조정) 상대가치점수는 기본적으로 기존 관행 수가가 반영되어 필수·기피 서비스가 저평가된 상황, 하지만 현행 수가 수준은 환산지수로 획일적·일률적으로 조정되면서 왜곡 현상이 고착화하는 상황

◆ 표준전환 예) 필수의료 보상: 응급실 별도 수가·평가체계  
(기관단위 평가로 수가·예산지원 연계)

○ (④서비스 내용과 무관한 동일 보상) 국민의 건강성과 향상 및 이를 위한 서비스 모형과 관계없이 단일 진료 건(투입자원 및 성과 미반영)에 동일한 보상을 하는 구조

◆ 표준전환 예) 서비스 모형: 동일한 의원 진찰료 → 일차의료 만성질환 시범사업  
(일차의료 기능에 대한 차등 보상)

2. 건강보험 보상체계의 책임과 역할 강화방안

최근 건강보험 보상체계의 가장 큰 개혁동향은 공공정책 수가를 통하여 국민의 건강과 안전에 필수적인 필수의료로 확실하게 보장하는 보상체계를 구축하는 것이다. 공공정책 수가의 확대는 결론적으로 보건의료

체계의 정상화, 기능강화를 위해 건강보험의 역할과 책임을 강화하는 것을 의미한다.

지금까지 공공정책 보상체계는 공공보건의료기관을 대상으로 한 예산 지원 중심으로 이루어졌으며, 일부의 건강보험 수가로 지급되는 경우에는 행위량 기반 보상으로 충분성 및 효과성 측면에서 제약이 있었다. 행위량 기반으로 할 경우 일정부분 행위량이 확보되지 못하면 지원이 불충분하며, 행위에 연동되어 지급되면서 지원에 따른 성과평가 기전이 부재한 한계가 있었다.

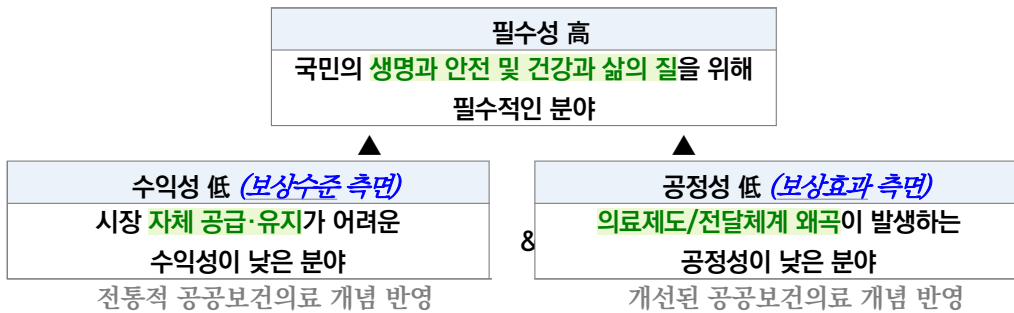
이처럼 현재와 같은 보상체계 방식으로는 필수의료서비스를 충분하고 효과적으로 지원할 수 없으며, 보건의료체계의 구조적 문제를 근본적으로 해결하기 어렵다는 문제의식이 대두되면서 건강보험의 역할을 강화하는 형태의 공공정책 수가 활용의 필요성이 제기되고 있는 것이다.

〈표 6-7〉 지금까지의 공공정책 보상체계의 현황 및 문제의식

구분	현황	문제 의식
관리 체계	분절된 공공보건의료 보상체계	→ 정책 간 부조화로 인한 비효율 발생
예산 지원	국가 예산에 의존하고 있는 공공보건의료 사업	→ 예산의 경합성으로 인한 지속적 지원의 불확실성
수가 지원	행위량 기반의 경직적, 획일적 보상구조	→ 진료량 확보가 어려운 영역에 대한 보상한계
지원 방식	다양한 문제와 발생 원인에 대해 동일한 보상체계로 접근	→ 해결해야 할 문제와 보상체계 간 비정합성
지원 대상	공공보건의료 중심지원 민간의료기관 지원 미흡	→ 공공필수의료에 대한 민간의료기관 참여 한계
사후 관리	재정지원에만 집중, 재정지원 효과평가 부재	→ 동일한 문제가 반복적으로 발생하는 등 투입 대비 성과 미흡

공공정책 수가의 역할은 크게 2가지로 나누어 볼 수 있다. ❶국민의 생명과 안전 및 건강과 삶의 질을 위해 필수적이지만 시장 자체 공급·유지가 어려운 수익성이 낮은 분야, ❷의료제도 및 전달체계 왜곡이 발생하는 공정성이 낮은 분야에 대해 국가(+건강보험)의 책임성을 강화하기 위한 보상체제로 구분할 수 있다. 이는 필수성과 수익성에 중점을 두었던 기존의 공공정책 보상체계의 역할을 넘어 의료제도/전달체계 왜곡이 발생하는 분야에 대한 공정성 확보를 위해 국가, 특히 건강보험의 역할을 강화하는 것을 의미하고 있다.

〈표 6-8〉 공공정책 수가의 정의: 건강보험 역할과 책임 강화



보건의료체계의 공백 해소, 정상화 및 기능강화를 위해 건강보험 역할과 책임강화를 위한 보상체계의 기본원칙을 정립해 보면 다음과 같다.

〈표 6-9〉 건강보험 역할 및 책임강화를 위한 보상체계 개선의 기본원칙

구분	현행	개선
보장방식	의료비 보편적 보장 (의료비 부담 경감 집중)	⇒ 의료이용 완결적 보장 (전 국민 완결적 의료이용을 위한 건보 책임 강화)
보상방식	획일적 보상	⇒ 문제 원인에 따른 맞춤형 보상체계 (다양한 보상방식, 선별적 보상구조)
보상단위	수가단위 보상	⇒ 수가단위+기관단위 보상 (행위량기반 한계 극복&사후관리 효과성 제고)
재정관리	재정지원에만 집중 (사후평가 및 관리 부재)	⇒ 지출에 대한 효과성·효율성 확인 및 관리 (재정지원→효과평가→제도개선 구조 구축)

### 가. 보장방식: 의료비 보편적 보장→접근성 완결적 보장

그간 건강보험 보장성 강화정책은 법정본인부담 인하, 비급여 급여화 등 국민의 의료비 부담경감에 집중되어 왔다. 이러한 경제적 접근방식은 국민의 의료비 부담을 완화해 주었다는 점에서 의의가 있다. 하지만 경제적 보장성 강화정책만으로는 보건의료체계가 궁극적으로 추구하는 목표인 건강수준의 개선, 특히 건강형평성 개선을 달성하는 데 한계가 있다.

예를 들어, 비용 부담이 낮아져도 이용할 의료자원이 부족한 지역에 사는 국민은 필요한 의료서비스를 이용하는 데 여전히 제약이 있을 수밖에 없으며, 이는 오히려 의료 형평성을 악화시킬 수 있다.

따라서 앞으로는 의료비 부담경감을 넘어 건강보험 책임 및 역할 강화를 통한 완결적 의료이용 체계를 구축해 나갈 필요가 있다. 즉, 경제적 접근성에 대한 개선뿐 아니라 지역적, 공간적, 시간적, 그리고 서비스 등 접근성을 포괄적으로 확대하기 위한 부분에 보상체계를 강화해 나갈 필요가 있다.

〈표 6-10〉 보장방식: 의료비 보편적 보장→접근성 완결적 보장

정책 방향	병원비 걱정 없는	국민 건강을 책임지는	
	국민의 치료비걱정 해소		국민의 건강걱정 해소
	경제적 접근성 해소		경제적 → 물리적 접근성 해소【경제+(지리, 공간, 시간, 서비스)】
정책 목표 (수단적 목표)	《건강보험정책》 의료비 부담 없이 언제 어디서나 균질화된 서비스 이용		
	① 경제적 보장	비급여의 급여화 → 비급여 관리 혁신대책 수립 (비급여 해소 및 관리, 재난적 의료비 보장)	
	② 지리적 보장	수도권/대도시 → 전 지역(시골, 취약지 등) (어느 지역에서나 믿고 이용할 수 있는 균질화된 서비스 제공)	
	③ 공간적 보장	병원 → 집/시설/지역사회 (환자 여건별 맞춤형 서비스 제공)	
	④ 시간적 보장	의사 진료 시간 → 24시간 서비스 접근 (24시간 건강 모니터링 및 의료서비스 이용)	
	⑤ 서비스 보장	치료 → 예방/건강관리/생애 말기 보장 (전 생애에 걸친 건강보장 구현)	

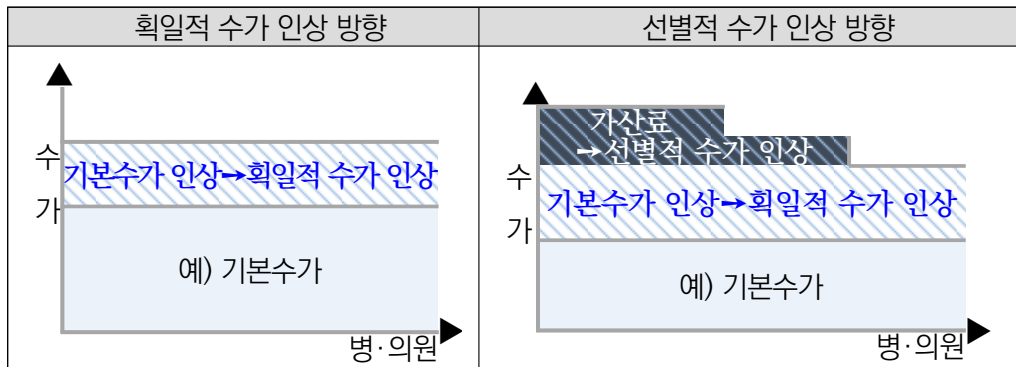


**나. 보상방식: 획일적 보상→선별적 보상**

그간 보상체계 개선은 총론(보상체계 개선 방향)에는 공감대가 형성되어 왔지만, 각론(구체적 실행방안)에 대한 이견으로 정책추진에 어려움을 겪어 왔다. 이는 건강보험 재정의 유한성(재정중립성), 경직된 보상구조에 기인한다. 건강보험 수가는 “행위별 상대가치×행위당 유형별 환산지수”로 일률적으로 결정됨에 따라 의료기관 종별 역할과 관계, 분야별·지역별 불균형 개선 등 사회적·정책적 요구에 더딘 경직적 보상구조로 운영되고 있다. 유한한 건강보험 재정 및 상대가치 불균형 등의 문제를 고려했을 때, 앞으로는 수가를 일괄적으로 보상하는 방식에서 꼭 필요한 부분에, 저평가된 부분에, 가치가 더 높은 부분에 선별적으로 보상을 강화해 나가는 것이 필요하다.

향후 수가를 일괄적으로 인상하는 것이 아니라 적합한 기능을 부여하고 해당 기능을 충실하게 수행하는 의료기관에 보상을 강화하여 미참여 의료기관의 참여를 유도할 수 있는 선별적 보상체계로 새로운 보상체계 표준을 설정하는 것이 필요하다. 특히, 수가 적정화를 논의할 때 높고 낮음의 문제에서 벗어나, 불필요한 진료량 증대, 비급여를 유도하는 지불제도 및 의료전달체계 개편과 연계하여 확장하는 것이 필요하겠다.

〈표 6-11〉 보상방식: 획일적 수가 인상 방향 vs 선별적 수가 인상 방향

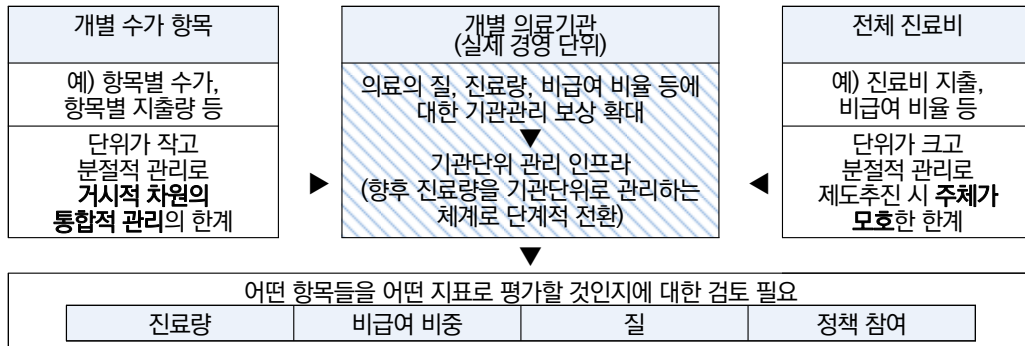


### 다. 보상 단위: 수가단위 보상→기관단위 보상

그간 보상체계에 관하여 논의할 때는, 적정수가 등 보상수준 측면에서는 주로 개별 수가 항목 단위에서, 의료의 질 향상, 총 진료량 등의 제도적 관리 측면에서는 전체 의료기관을 포괄하는 형태로 이루어져 왔다. 하지만 개별 수가 항목 단위의 논의는 거시적 차원의 통합적 관리에 한계(포괄성 제한)가 있으며, 전체 의료기관 단위의 논의는 제도추진 시 주체가 모호한 한계(긴밀성 제한)가 있음에 따라 행태변화와 보상체계를 연계하는 데 한계가 있었다.

특히, 이는 가치기반 보상체계를 작동시키는 데 제약이 될 수 있다. 예를 들어, 개별 수가 항목으로는 전체 건강 및 제도성과를 개선하는 데 제한이 있으며, 전체 의료기관 단위로는 개별 공급자 행태와 성과 결과의 인과관계를 측정하는 데 한계가 있다. 따라서 기관단위 보상체계는 향후 가치기반 보상체계를 확대해 나가는 중요한 기반이 될 수 있다. 또한 실제 인력고용 및 시설 장비 투자, 수익발생 구조, 진료행태 등 시장원리는 주로 의료기관 단위에서 작동하고 있는 상황으로, 실제 현장과 제도와의 단위적 정합성을 위해 정책이 추진되는 단위를 시장에서의 관리단위와 동일하게 의료기관단위로 전환하는 것이 필요하다.

〈표 6-12〉 보상 단위: 기관단위 보상의 필요성



자료: 여나금, 오수진, 안재준, 윤강재, 배재용. (2022). 의료전달체계 관점 하 수술 전후 관리 교육 상담 등 시범사업 로드맵 마련 연구용역. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, p.87 표 4-2를 참고하여 작성함.

## 라. 재정관리: 가격 관리→총진료비 관리

현재 건강보험 수가는 가격(P) 조정기전은 일부 작동하고 있지만, 진료량(Q)에 대한 조정기전은 부재한 상황이다. 단가도 현실적으로는 재정중립원칙 없이 수가 구성요인별 분절적 조정(상대가치 & 환산지수), 정책수요 건별로 필요시마다 각종 가산제도 도입으로 인해 통합적인 관리가 어려운 상황이다.

현재 적정수가에 대한 논의는 현재 단가에만 매몰되어 있는 상황으로 향후 전체 총진료비에 대한 논의 및 관리 구조를 구축해 나가는 것이 중요한 정책과제가 되고 있다. 이를 위해서는 먼저 보상체계의 개념을 “환산지수”에 한정해서 논의하는 방식에서 벗어나, 전체 가격요인, 그리고 진료량 요인까지 확장할 필요가 있다. 예를 들어, 건강보험 수가는 환산지수 외에도 상대가치점수, 각종 가산제도 등을 통해 수시로 조정이 가능한 구조로 환산지수가 전체 “실질 가격 인상률”을 모두 포함하지 못하는 상황으로, 환산지수 인상률 외 건강보험 가격 인상률을 함께 산출해서 공개하는 것이 필요하다. 또한, 임금 인상률, 경제 인상률은 전체 총수익을 포함하는 개념으로 단위의 정합성 측면에서 환산지수와 직접 비교하는 것이 아닌 진료비 증가율과 비교하는 접근이 필요하다.

〈표 6-13〉 재정관리: 가격 관리→총진료비 관리

연도	환산지수 인상률	1인당 실질 GDPI	1인당 실질 GNI	1인당 실질 GDPI	실질 임금 인상률	건강보험 진료비
2012	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2013	102.4	102.9	103.4	106.8	102.9	106.7
2014	104.7	105.1	106.3	114.9	104.1	114.2
2015	106.9	111.1	112.4	112.8	106.6	121.6
2016	108.9	112.3	116.9	115.0	110.2	135.5
2017	111.3	113.8	120.4	124.1	111.1	145.4
2018	113.6	116.5	121.8	131.3	116.4	164.0
2019	115.9	119.5	121.8	125.4	119.2	182.2
2020	118.2	123.1	121.7	124.3	119.1	183.0
2021	120.2	126.4	126.1	128.3	121.4	190.5
평균 증가율	2.1%	2.6%	2.6%	2.8%	2.2%	7.4%

### 3. 의료협력체계 구축을 위한 가치기반 보상체계 로드맵(안)

앞서 살펴본 건강보험 보상체계 개선방향을 반영하여 의료협력체계 구축을 위한 가치기반 보상체계 로드맵을 제안해 보았다. 로드맵은 현행 가치기반 보상체계의 개선과 협력의료 모형으로 구분하였는데, 협력의료 모형은 일차의료 포괄관리, 의료기관 네트워크, 지역기반 재가의료 3가지 모형으로 구분하여 살펴보았다.

[그림 6-1] 의료협력체계 구축을 위한 단계적 가치기반 보상체계 로드맵(예시)



일차의료 포괄모형은 협력의료 모형 중 현재까지 논의가 가장 활발하게 이루어져 있고, 다양한 시범사업들도 추진 중에 있다. 따라서 일차의료 포괄모형은 현재는 질환단위 중심으로 시범사업이 추진되고 있는데,

이를 대상자 중심으로 전환하는 것을 제안한다. 단기적으로는 아동을 대상으로 건강과 의료를 포괄한 모형을 시작하고, 단계적으로 노인, 그리고 전 국민까지 대상을 확대하는 접근을 고려해볼 수 있다. 또한 일차의료 포괄모형은 행위별 수가제, 참여 인센티브 중심으로 보상체계가 설계되고 있는데, 단기시점부터 묶음지불제도, 성과연동 인센티브 중심으로 보상체계를 전환하는 것이 필요하다.

의료기관 네트워크 모형은 일차의료 포괄모형과는 달리 지금까지 논의의 단계에 머무르고 있으며, 일부 민간, 공공 의료기관에서 자발적으로 운영하고 있다. 따라서 단기적으로는 지역단위, 의료기관단위 등 자발적으로 네트워크 모형을 구성하도록 유도하는 것을 고려해볼 수 있다. 그리고 이에 대한 평가 등을 통해 표준화된 모형을 그룹핑하고 참여를 확대해 나가는 것이 필요하다. 그리고 장기적으로는 미국의 가치기반 보상체제도 도입사례와 같이 최종적으로는 환산지수 등 보상체계와 의료기관 네트워크 참여 여부(+성과)와 연계하는 방안을 제안한다.

지역기반 재가의료 모형은 현재 의료급여 수급자를 대상으로 38개소 지자체에서 시범사업이 진행되고 있다('23년 80개소로 확대 예정). 단기적으로 의료급여 시범사업을 참고하여 건강보험 가입자에게도 적용을 확대하는 접근을 고려해볼 수 있다. 단, 현재 의료급여 시범사업은 퇴원형(장기입원자 퇴원 후 관리) 재가의료 모형만을 시행하고 있는데, 예방형(복합만성질환자, 외래 과다이용자 등) 재가의료 모형까지 확대하는 것이 필요하겠다. 또한 단기적으로는 의료급여 시범사업과 동일하게 건강보험에서 의료서비스 외에 지역사회 요양·돌봄 서비스 예산을 지원하고, 중기적으로는 건강보험과 장기요양보험의 재정을 각출하여 기금을 조성하는 형태로 운영하여, 장기적으로는 지역단위로 건강보험과 장기요양보험의 재정을 통합하여 운영하는 방안을 고려해볼 수 있겠다.

### 제3절 의료협력체계를 위한 의료이용문화 개선과제 제언

#### 1. 국민중심 의료협력체계 구축을 위한 의료이용문화 개선 필요성

국민중심 의료협력체계로의 전환은 공급자뿐만 아니라 이용자의 행태 변화를 기반으로 한다. 따라서 공급자에 대한 보상체계 개선만으로는 국민의 참여와 수용성을 확보하기 어려운 상황이다. 특히 그동안 의료이용체계 개선은 주로 본인부담 개선, 급여기준 개선 등의 조정을 통해 이루어져 왔는데 이는 의료이용체계의 근본적 구조 개선을 유도하기에는 한계가 있다.

결국 의료협력체계를 구축하기 위해서는 공급자를 대상으로 한 보상체계 개선과 함께 국민이 합리적인 의료이용을 할 수 있는 문화를 함께 조성해주는 것이 필요하다. 우리는 코로나19를 경험하면서 다음과 같은 의료이용문화 변화의 필요성 및 가능성을 확인할 수 있었다.

[그림 6-2] 코로나19를 통한 의료이용문화 변화의 필요성 및 가능성



이는 환자의 건강관리 역량 강화, 필요기반 의료이용문화, 선택권 강화 등 환자의 관점에서 합리적 의료이용이 가능한 환경을 형성할 수 있다는 가능성을 제시해주고 있다. 즉, 코로나19를 겪으면서 그간의 전통적인 의료체계에서의 비효율적 의료이용문화를 실제 확인할 수 있었으며, 앞으로 의료이용문화 개선 방향성을 도출해 볼 수 있었다.

먼저, 건강관리 역량 강화 측면에서 보면, 코로나19를 겪으면서 손씻기, 마스크 사용 등 위생관리 강화로 호흡기 질환 등 관련 의료이용이 감소하는 효과를 확인하였다(①건강향상→의료이용 감소). 이를 통해 건강관리 강화를 통해 의료필요 발생을 줄이기 위한 노력의 중요성을 확인할 수 있었다.

〈표 6-14〉 코로나 전후 호흡기 질환 진료 인원 및 진료비 변화

구분	2019년	2020년	2020년 증감률	
			2019년 대비	2016~2019년 대비
호흡기 질환	1670만 명	803만 명	-51.9%	-52.0%

자료: <https://bktimes.net/detail.php?number=79863&thread=10>. 2022.11.05. 인출,

둘째, 코로나19를 겪으면서 필요성이 낮거나, 위급성이 낮은 의료이용을 자제하고 위급한 의료필요 발생 시에만 의료이용을 하는 행태를 확인하였다(②필요기반 의료이용문화). 이를 통해 한정된 보건의료자원의 효율적 활용을 위해 향후 필요기반 의료이용체계를 구축하는 것의 중요성을 확인할 수 있었다.

〈표 6-15〉 코로나 전후 한방 및 응급실 이용의 진료 인원 및 진료비 변화

구분	2019년	2020년	2019년 대비	2020년 증감률
한방 이용 <sup>1)</sup>	784만 명	686만 명	⇒	-12.5%
응급실 이용 <sup>2)</sup>	615만 명	481만 명	⇒	-21.8%

자료: 1) <https://bktimes.net/detail.php?number=79863&thread=10>. 2022.11.05. 인출,

2) 국립중앙의료원(2019). 응급의료현황통계, 국립중앙의료원(2020). 응급의료현황통계



셋째, 코로나19를 겪으면서 빨라진 디지털 전환과 함께 의료이용 시, 디지털에 기반한 국민의 임파워먼트 향상의 중요성이 부각되고 있다(③ DX기반 리터러시 향상). 그간 정보의 비대칭성으로 환자와 의사는 종속적인 관계가 형성될 수밖에 없었는데, 디지털 기술을 통해 환자의 리터러시가 향상됨으로써 환자와 의사 간의 파트너십이 형성될 수 있는 환경이 일부 조성되는 것을 확인할 수 있었다.

## 2. 디지털 대전환이 불러온 신뢰기반 의료협력체계 구축의 가능성

의료협력체계는 전통적인 국가 중심 및 공급자 중심의 세계관을 환자 중심으로 전환하는 개념이다. 지금까지 이와 같은 세계관의 변화를 실현하기 위한 많은 노력이 있었지만, 환자의 참여를 강화하기 위한 의료정보의 공유나 그에 대한 분석력의 부족 등으로 인해 국민은 충분한 임파워먼트를 확보하는 데 어려움이 있었다. 하지만 4차산업혁명을 통한 데이터 이동권의 보장 및 빅데이터 형성 그리고 AI를 통한 분석력의 보완은 협력체계의 주체로서 환자의 지위를 확고하게 할 수 있는 계기가 되고 있다. 또한 이동가능한 의료데이터의 구조화로 의료기관 간 협력을 강화할 수 있는 기초가 될 수 있는 기틀이 마련되고 있다.

결론적으로 디지털 대전환은 환자와 의료기관의 협력체계를 강화하고 발전시키는 필수적 인프라로 활용할 수 있다. 디지털 대전환을 통한 보건 의료체계 발전을 위해 전통적인 의료서비스를 혁신의 관점을 넘어 다른 관련 체계들과 연계와 결합할 수 있도록 함으로써 새로운 보건의료체계 발전의 프레임을 만들어 나갈 수 있게 되었다.

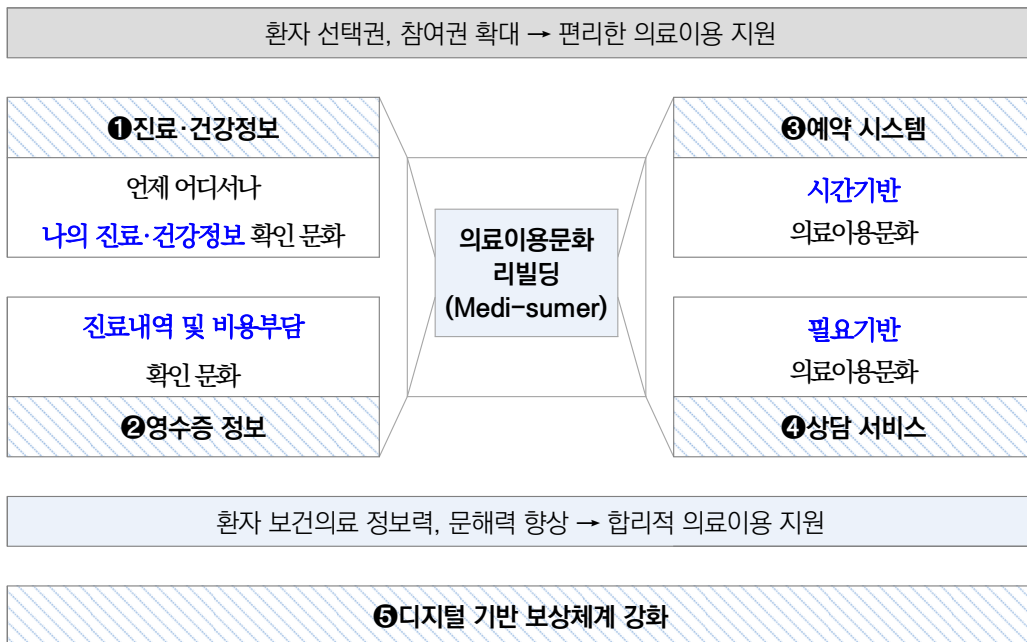
이처럼 보건의료는 정보의 비대칭성, 건강이 가지고 있는 대체불가능한 가치(Non Fungible Value, NFV) 등을 고려했을 때 환자의 선택권



및 참여권을 확대하기 위한 지원정책이 더 중요하다. 사실상 지금까지는 공급자와 환자 사이의 격차를 극복하는 것이 현실적으로 어려웠으나, 코로나19로 빨라진 디지털 전환이 이를 위한 중요한 기점이 되고 있다.

이를 위해 최근 선협국에서 발생하고 있는 의료이용문화 개선 노력을 고찰하여, 디지털 전환에 기반한 환자의 선택권·참여권 확대, 환자의 정보력·문해력 향상을 위한 5가지 정책과제를 제안해 보고자 한다. 먼저 국민이 언제 어디서나 나의 진료 건강정보를 확인하는 문화를 위한 진료건강정보 구축, 국민이 진료내역 및 비용부담을 확인하는 문화를 위한 영수증 정보제공 확대, 협력의료 작동, 시간연동 보상체계 등 시간기반 의료이용문화를 위한 예약 시스템 통합 및 확대, 필요기반 합리적 의료이용문화를 위한 상담 서비스 기능 강화, 마지막으로 이러한 디지털 전환을 반영한 보상체계 강화방안을 검토해 보고자 한다.

[그림 6-3] 디지털 전환기반 환자의 역량 강화



### 3. 의료협력체계 구축을 위한 의료이용문화 리빌딩 개선과제

#### 가. 진료·건강정보 교류 활성화

##### 1) 의료정보: 환자 케어플랜 포함 및 환자-의사 공유 플랫폼 구축

현재 의료정보는 의료법 제22조(진료기록부 등)에 따라 의무기록 형태로 의료기관 내에 보관하도록 하고 있다.

〈표 6-16〉 의료법 제22조(진료기록부 등)

- ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료 기록부등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 **보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.**
- ② 의료인이나 의료기관 개설자는 진료기록부등(제23조제1항에 따른 전자의무기록(電子醫務記錄)을 포함하며, 추가 기재·수정된 경우 추가 기재·수정된 진료기록부등 및 추가 기재·수정 전의 원본을 모두 포함한다. 이하 같다)을 **보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보존하여야 한다.**
- ③ 의료인은 진료기록부등을 **거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게** 추가 기재·수정하여서는 아니 된다.
- ④ 보건복지부장관은 의료인이 진료기록부등에 기록하는 질병명, 검사명, 약제명 등 의학용어와 진료기록부등의 서식 및 세부내용에 관한 **표준을 마련하여 고시하고 의료인 또는 의료기관 개설자에게 그 준수를 권고할 수 있다.**

자료: 의료법, 법률 제17787호(2020).

이때 보관되는 의무기록은 환자의 진술을 근거로 의료인의 판단이 개입된 결과기록이다. 이런 형태의 의무기록은 의료기관 간 협력에서 큰 의미가 있다. 정확한 의무기록이 공유됨으로써 추가검사와 추가면담의 시간을 줄일 수 있기 때문이다. 실제 미국의 VBP 성과평가 결과, 다양한 APM 모형 중 EHR 활용 및 데이터 공유가 잘 이루어졌던 모형에서 재정 절감 및 의료의 질 향상 효과가 큰 것으로 나타났다.

하지만 환자와 의사의 협력에 있어서 공유되어야 할 중요한 의료정보는 환자의 진술과 검사기록에 따라 합의로 작성된 케어플랜으로, 현행 의무기록 서식만으로는 충분한 정보가 축적될 수 없는 한계가 있다. 따라서 향후 의료협력체계를 구축해가는 과정에서, 환자-의사 협력을 강화하기 위해 의무기록에 케어플랜 항목을 추가하고, 이를 공유하기 위한 공유 플랫폼을 개발해 가는 것이 필요한 상황이다.

환자와 의사가 케어플랜을 공유하고 협력하기 위한 플랫폼은 스마트폰을 기반으로 한 어플리케이션이 가장 효과적인 대안이다. 환자가 언제 어느 곳에서나 자신의 건강정보를 입력할 수 있기 때문이다. 전송된 정보는 정기적으로 의사가 확인할 수 있도록 하고 그에 따른 피드백을 줄 수 있도록 설계할 수 있다. 이때 상호노력하고 있는 환자와 의사 모두에게 적절한 보상이 있어야 한다.

수집하는 정보의 종류는 환자의 질병상태에 따라 환자와 의사 상호합의하에 정할 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 정보의 입력과 확인 또한 환자와 의사의 합의에 따라 맞춤형으로 구현할 수 있다. 이런 다양성이 갖춰지기 위해서는 앱의 개발단계에서부터 목적에 맞게 데이터의 종류와 활용을 염두에 두고 개발이 진행되어야 한다. 이미 다양한 앱들이 출시되고 있지만, 그 임상적 유용성에 대해서는 지속적인 평가가 필요하다.

## 2) 의료 외 정보: 건강정보

의료협력체계 구축을 위해 필요한 의료 외 정보 중 하나가 건강정보이다. 건강정보는 주로 생활정보로서 특히 만성질환자들의 건강관리를 위해 필요하다. 건강정보는 그 자체만으로도 관리효과를 기대할 수 있지만, 의료정보와 합해졌을 때 그 의미가 증가한다고 할 수 있다. 기록되는 건

강정보에 따라 케어플랜을 변경할 수 있고 결국 만성질환 관리효과를 기대할 수 있기 때문이다.

건강정보의 공유는 전적으로 참여자인 환자의 결정에 의존한다. 다양한 플랫폼들이 개발되고 있으나 명확한 규제가 존재하진 않는다. 이런 건강정보의 수집과 활용이 의료적 판단과 처치에 활용될 수 있으므로 의료 목적으로 수집되는 건강정보에 대한 해석과 규제가 명확하게 정리될 필요가 있다.

[그림 6-4] (참고) 건강정보 고속도로 모형



자료: 보건복지부 의료정보정책과. (2021. 2. 4.). 마이 헬스웨이((가칭)건강정보 고속도로) 구축 시작. 보건복지부 보도자료. p.6, [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MEN U\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=363763](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MEN U_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=363763)에서 2022. 11. 5. 인출.

### 3) 의료 외 정보: 사회복지정보

사회복지정보는 특히 취약계층 건강 문제와 관련되어 있다. 취약계층의 경우 주거나 식사 등의 일상생활 관리가 미흡한 경우가 많아서 처치와

투약뿐 아니라 일상생활 지원이 동시에 필요한 경우가 많다. 특히 독거노인의 경우 병원에 입원한 후 퇴원할 때 돌봄서비스 지원 없이 귀가가 불가능한 경우도 있고, 상태 호전이 어려워 요양서비스를 연계해야 하는 경우도 있다. 이런 경우에는 사회복지서비스와 연계를 통해 문제를 해결해야 하는데 병원은 환자의 사회복지 상태를 알 수 없어 환자가 지역사회 방치되는 결과가 발생한다. 따라서 의료와 복지 연계를 위해서는 취약계층 환자의 사회복지 상태를 알 수 있도록 사회복지통합전산망의 일부 정보를 병원이 공유할 수 있도록 법과 제도의 개정이 필요하다.

#### 나. 의료이용 시 영수증 정보 제공체계 강화<sup>16)</sup>

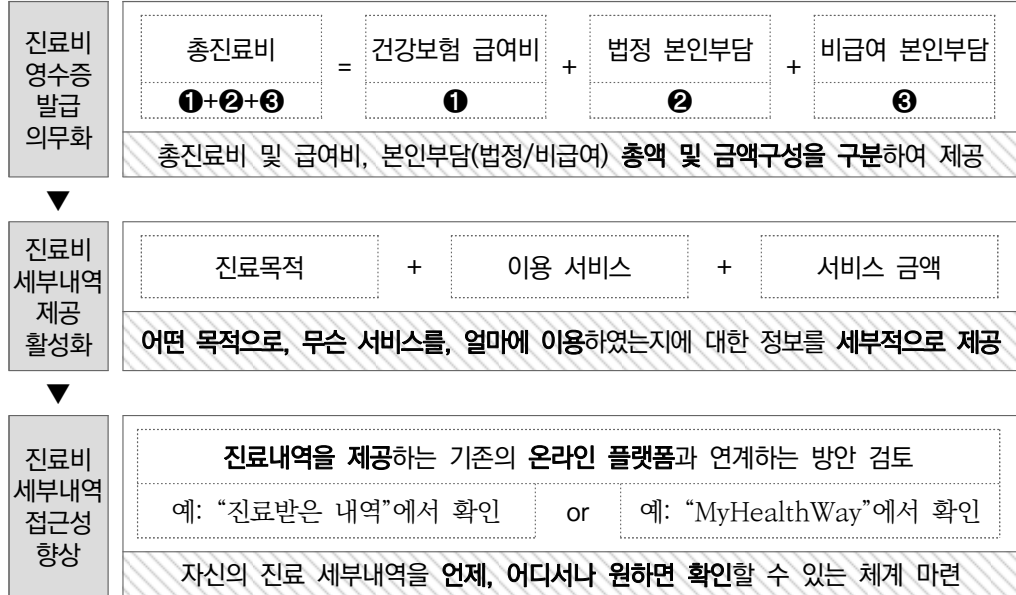
현재, 일반적으로 국민은 수납을 한 후 의료기관으로부터 주로 총액이 나오는 카드 영수증을 받는다. 따라서 비급여를 포함한 자신의 전체 진료 내역 정보에 대해 국민이 쉽게 확인하고 접근할 수 있는 문화를 만들어가는 것이 필요하다.

즉, 국민이 어떤 목적으로 어떤 서비스를 얼마만큼의 비용을 지불하고 이용했는지를 명확하게 파악할 수 있도록 카드 영수증을 제공하는 방식에서 진료비 계산서 및 영수증을 의무적으로 제공하고, 환자 요청 시 세부 항목이 명시된 진료비 세부 산정내역 제공 및 접근이 활성화될 수 있는 의료이용문화를 만들어갈 필요가 있다.

현재 카드 영수증의 경우 본인이 부담한 총액(법정보인부담+비급여 본인부담)이 적혀 있는데 이때의 금액은 공단 급여비가 제외된 금액으로 환자로서는 발생한 총의료비가 얼마인지를 파악할 수 없다.

16) 해당 본문은 여나금, 배재용, 정형선, 이재은, 문석준. (2021). 비급여 정책 효과성 제고를 위한 체계적 관리방안 연구, pp.100~104의 내용을 인용하여 재작성하였음.

〈표 6-17〉 비급여 진료내역에 대한 국민의 정보 접근성 향상방안(안)



자료: 여나금, 배재용, 정형선, 이재은, 문석준. (2021). 비급여 정책 효과성 제고를 위한 체계적 관리 방안 연구. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, p.102. 표4-8.

환자가 공단 부담금을 인지하지 못하면 의료비가 저렴하다고 인식할 개연성이 높다. 의료이용 시 매번 건강보험에서 얼마만큼의 지원을 받고 있는지, 의료기관에서 얼마만큼의 수익이 발생하는지 등에 대해 정확하게 인식함으로써 건강보험료에 대한 수용성을 높이고 불필요한 의료이용을 예방해 나가는 것이 필요하다.

진료비 계산서·영수증 발급이 의무화된다고 하더라도 해당 정보는 진료 항목별로 포괄된 비용정보만을 제공해주므로, 상세 진료 내역을 파악하는 데는 어려움이 있다. 실손보험 청구 등의 필요 발생 시에만 정보를 요청하고 있고, 대체로 해당 의료기관에 방문해서 제증명 수수료를 지불해야만 정보를 받을 수 있다. 국민의 보건의료 리터러시 향상을 위해서는 의료이용 시, 어떤 목적으로, 어떤 서비스를, 얼마에 이용했는지에 대한 정보제공이 활성화되고, 국민도 이러한 정보를 확인하는 것에 익숙해질 수 있는 문화를 형성해 나가는 것이 필요하다.

[그림 6-5] (참고) 독일의 영수증 정보제공 의무화 사례

<b>“독일사례” 환자권리 강화 (GKV 현대화법: 환자정보 투명성&amp;명확성 보장)</b> (의료 비전문가를 위해 명확하고 이해하기 쉽게 제시, 진단 및 결과와 취해진 조치 유형도 포함 필요)	
▶개인정보(이름 및 주소)	▶예상 비용
▶치료 일자 또는 치료 기간	▶주요 진단
▶청구된 수수료 번호	▶부과되는 수수료의 종류 및 금액
▶제공되는 서비스(일반 국민이 이해할 수 있는 방식으로 제공)	▶피보험자 본인부담 금액
	▶입·퇴원 및 해당하는 경우 날짜
환자는 비용을 포함하여 치료와 관련하여 투명성에 대한 권리가 있습니다. 의사가 제공하는 서비스와 관련하여 환자 영수증이 이에 기여합니다. ▶법정건강보험이 있는 사람은 <b>환자 영수증을 받을 자격</b> 이 있습니다. ▶그러나 환자로서 자동으로 환자 영수증을 받는 것이 아니라 <b>요청</b> 해야 합니다. ▶영수증은 <b>매 진료 후 무료로 요청</b> 할 수 있지만 <b>분기별 영수증</b> 도 가능합니다. ▶이 권리는 <b>일반의, 전문의, 치과의사뿐만 아니라 임원</b> 에도 적용됩니다. ▶ <b>정보는 명확</b> 하게 제시되어야 하며 <b>비의사도 이해</b> 할 수 있어야 합니다. ▶법정 건강보험 회사는 <b>제공된 의료 서비스에 대한 정보도 제공</b> 해야 합니다.	

자료: <https://www.arzt-wirtschaft.de/topthema/wenn-patienten-eine-quittung-verlangen/>. 2022.10.10. 인출

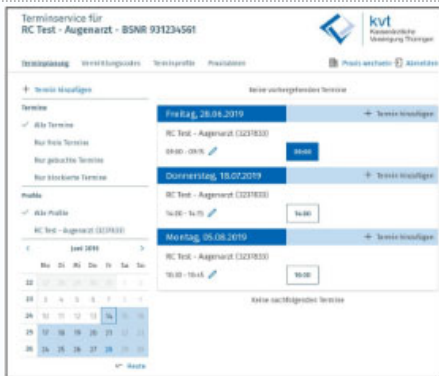
## 다. 협력의 요청과 응답 등을 위한 통합 예약시스템 구축

현재 의료기관 예약 시스템은 의원급은 민간 앱(예: 똑딱 등), 병원급은 의료기관이 개별적으로 구축한 앱(또는 홈페이지, 전화고객센터 등)이 주를 이루고 있다. 의료협력체계는 환자가 병원을 찾아가는 문화에서 환자가 시스템 안에서 협력의 요청과 대응을 통해 필요한 의료공급자에게, 적시에 연결해주는 의료이용환경으로 전환하는 것이 핵심이다.

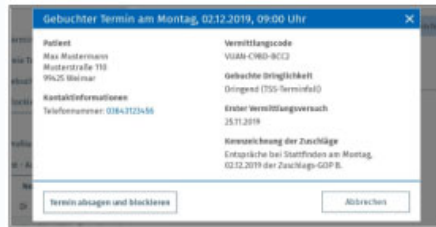
이를 위해서는 협력의료기관이 공유할 수 있는 통합 플랫폼을 조성해주는 것이 필요하고, 이러한 플랫폼에 예약시스템 기능을 포함하는 것이 필요하다. 특히, 이러한 예약기반 의료이용문화는 향후 시간연동 진찰료 등 시간에 기반한 보상체계를 구축하고, 이러한 보상체계가 적절하게 작동하고 있는지를 평가하기 위한 인프라로 활용될 수 있다.

[그림 6-6] (참고) 독일 : Terminservice

- ◆ 독일은 비자발급, 의료이용 등 나라의 모든 행정절차에 있어 반드시 **예약 (Termin)**을 잡도록 함.
  - 2019년 5월 1일 독일 보건국은 “모든 사람의 의학적 장애물 극복”이라는 목적을 바탕으로 ‘병원 진료 예약 서비스 및 환자 관리법(Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG))을 제정
  - 이 법의 핵심은 환자들이 **주 7일 24시간 예약서비스**를 빠르고 쉽게 이용가능하도록 하는 ‘**예약 서비스의 확대**’와 ‘**의사의 최소 근무시간 확대**’를 주 골자로 구성
- ◆ 독일 보건국은 **Termin** 서비스를 **온라인으로 활용**하도록 하기 위하여 **E-Terminservice**를 제공하고 있음.
  - 건강보험 피보험자들은 **E-Terminservice**을 이용하여 진료 및 심리 치료 서비스 등을 예약할 수 있으며, 송금 역시 전자적으로 제공



자료//www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/KAEV/3200/MB/3200\_MB\_TSS\_2020\_03\_0001.pdf.p.5



자료//www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/KAEV/3200/MB/3200\_MB\_TSS\_2020\_03\_0001.pdf.p.6

- 피보험자는 **예약을 지정한 기관의 의료진 정보와 서비스 제공 범위, 심리치료사의 정보** 등 확인 가능
- 또한 환자 진료에 대한 데이터는 자동으로 **의사 또는 심리치료사가 열람 가능하도록** 등록

자료: Bundesministerium für Gesundheit 홈페이지, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html> 에서 2022. 5. 2. 인출.



## 라. 필요기반 의료이용문화를 위한 상담 서비스 강화

현재 의료이용 필요 발생 시, 병·의원 방문이 필요한지, 어느 병·의원을 방문해야 하는지 환자 스스로가 판단해야 한다. 따라서 필요기반 합리적 의료이용을 할 수 있도록 대국민 상담 서비스를 도입하는 방안을 검토해 볼 수 있다.

국민은 주로 건강정보를 인터넷 포털(1순위 66.2%), 텔레비전(1순위 13.3%) 유튜브(1순위 5.1%) 등을 통해 찾았으며, 정부기관 홈페이지, 의료인, 전통적 매체(종이 신문, 라디오 등)를 통한 건강정보 탐색은 상대적으로 낮은 상황이었다(최슬기, 김혜윤, 2021, p.8). 한편, 의료인은 건강정보 탐색 경로의 우선순위는 낮았으나 의료인이 제공한 건강정보에 대한 만족도는 가장 높은 것으로 확인(3.91점)되었다(최슬기, 김혜윤, 2021, p.8).

현재 의료이용을 선택하는 것에 대한 책임이 온전히 국민에게만 있는 상황으로, 국민의 합리적 의료이용을 위한 정보체계를 개선해 나가는 것이 필요하다. 국민이 쉽게 찾을 수 있는 의료정보시스템을 구축하고, 올바른 정보전달과 효율적 의료서비스 이용을 지원하기 위한 의료정보제공 확대 및 상담 서비스 기능을 강화하는 것이 필요하다.

〈표 6-18〉 건강정보 탐색 경로 우선순위 및 정보원별 만족도

구분	합계	1순위	2순위	3순위	만족도
인터넷 포털	86.2	66.2	15.2	4.9	3.63
유튜브	39.5	5.1	19.1	15.4	3.64
텔레비전	33.1	13.3	11.4	8.5	3.57
의료기관 홈페이지	31.6	3.6	17.4	10.7	3.65
가족, 친구 등 지인	25.5	1.5	7.7	16.4	3.61
건강 관련 정부기관 홈페이지	18.9	1.9	7.4	9.6	3.63

294 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

구분	합계	1순위	2순위	3순위	만족도
의료인(의사, 간호사 등)	18.8	1.4	5.9	11.5	3.91
건강 관련 앱	15.9	1.2	6.2	8.5	3.59
SNS(트위터, 페이스북 등)	13.6	0.8	4.1	8.7	3.40
종이신문	4.8	1.8	1.3	1.7	3.67
라디오	4.3	0.8	1.9	1.6	3.26
기타	0.3	-	0.1	0.2	3.33

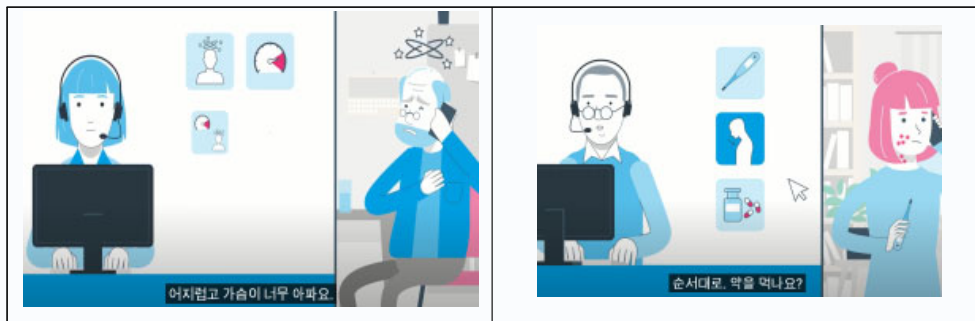
자료: 최슬기, 김혜윤, 황종남, 채수미, 한겨레, 유지수, 천희란. (2020). 건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구. 세종: 한국보건사회연구원, pp.84~85; 최슬기, 김혜윤. (2021). 우리나라 성인의 헬스리터러시 현황과 시사점. 보건복지 ISSUE&FOCUS, 한국보건사회연구원 제413호, p.8에서 재인용.

[그림 6-7] (참고) 독일 116117: Patienten-Navi online

- ◆ 숙련된 전문가들이 환자의 증상을 빠르게 평가하고 올바른 기관으로 전달할 수 있도록 116117서비스 제공
  - 의사를 통해 개발된 이 플랫폼은 어플리케이션 형태로 환자들에게 제공되고 있으며, 상담사는 환자의 인적 사항 및 병력정보 등을 유선을 통해 확인하고, 이를 통해 환자의 상태를 분류
  - 이를 바탕으로 환자가 어느 기관으로 가야 할지, 혹은 재택에서 진료를 받아야 할지, 언제 GP를 방문할지 등에 대한 정보를 제공해주며, 간단한 수준의 처방(의학적 처방 외 식이요법 및 건강관리와 같은)을 제공
  - 즉시(*sofort*), 가능한 빠르게(*schnellstmoglich*), 24시간 이내에(*binnen 24h*), 이후 며칠 내에(*in den nachsten Tagen*)



- ◆ 온라인 환자 탐색 시스템 Patienten-Navi online은 관련 사람들이 의학적으로 건전한 초기 평가를 할 수 있도록 하는 소프트웨어를 사용(독일의 구조화된 의료 초기 평가(*SmED*)의 일부 활용)



자료: 116117 홈페이지, <https://www.116117.de/de/patienten-navi.php>에서 2022. 5. 2. 인출.

[그림 6-8] (참고) 영국 NHS Pathway: NHS111

◆ 2020년 12월 영국 NHS는 NHS Pathway의 기능 강화를 통해 **NHS111** 과 **NHS999의 역할구분** 명확화 추진

- 코로나19 이후 “**환자 자신이 본인의 증상을 파악하고 의료기관을 찾는 것에 대한 중요성이 강조**” 되고 있는 상황으로 대국민 상담 서비스에도 이러한 개념을 반영하는 방안을 검토 (*환자에서부터 시작하는 중증도 분류체계*)

NHS Pathway의 기능 강화를 통해  
NHS111과 999의 역할 구분을 명확화 및 지속적 개발 추진 중

NHS 111	-비교적 <b>중증이 아닌 환자가</b> 접속할 수 있는 <b>전화/온라인 플랫폼</b> 으로 다음과 같은 상황에서 사용할 것을 권고(24시간 제공)
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>If you're not sure what to do</b></p> <p style="text-align: center;">NHS 111 can help if you need urgent medical help or you're not sure what to do.</p> </div> <p>자신의 증상에 대해 잘 알지 못할 경우 도움 제공 where to get help for your symptoms, if you're not sure what to do</p> <p>일반적인 건강 정보 및 조언 제공 how to find general health information and advice</p> <p>긴급 처방약 제공 where to get an emergency supply of your prescribed medicine</p> <p>처방약에 대한 재처방 제공 how to get a repeat prescription</p>
	<p>-어떤 지역의, 어떤 서비스가 도움이 될 수 있는지 정보제공</p> <p>-간호사, 응급 치과의사, 약사 또는 GP와 직접 연결 가능</p> <p>-필요한 경우 대면 예약 가능</p> <p>-응급실 방문 시, 도착 가능 시간 제공</p> <p>-필요한 약을 구하는 방법 제공</p> <p>-자기 관리 조언 제공</p>
NHS 999	-생명을 위협하는 비상사태(의식상실, 흉통, 호흡곤란, 과다출혈, 약물 과다복용, 알레르기 반응, 화상 등)시 연락할 수 있는 플랫폼

자료: NHS 홈페이지, [https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/how-nhs-111-online-works/?\\_id=111Website](https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/how-nhs-111-online-works/?_id=111Website)에서 2022. 7. 6. 인출.

## 마. 의료협력 강화를 위한 디지털 기반 보상체계 도입

의료협력체계는 일방적인 서비스가 아니다. 의료협력체계는 단기간에 이루어지는 수술이나 처치와 같은 의료행위와 구분된다. 신뢰를 기반으로 한 지속적인 참여를 통해 그 성과를 기대할 수 있다. 또한 의료협력체계는 효과성을 높이기 위해 정보의 교환을 필요로 한다. 이런 특성은 의료협력체계가 기존의 의료체계와 구분되는 점이며, 기존의 보상체계 범위 내에서는 이를 논의하는 데 한계가 있음을 보여준다. 의료협력을 활성화하기 위해서는 몇 가지 디지털 기반의 지원이 필요하다. 이런 디지털 기반이 의료체계 내에서 작동하기 위해서는 디지털 기반을 확보하기 위한 투자가 필요하며, 이를 위해 보상체계를 도입 및 확대하는 방안을 검토하는 것이 필요하다.

### 1) 정보공유 어플리케이션

보상을 위해서는 환자와 의사 간의 정보공유를 위한 어플리케이션의 목적과 기능이 분명하고 그 활용가치가 입증되어야 한다. 그 가치는 환자들의 건강성과 향상부터 만족도 증대까지 다양하게 존재한다. 지금까지 건강보험이 건강성과향상을 가장 우선의 가치로 보상했다면, 협력체계에서는 참여가 건강성과향상에 직접적인 영향을 미치기 때문에 참여를 보상의 대상으로 볼 것인가에 대한 논의가 필요하다.

어플리케이션이 보상의 대상이 되기 위해서는 그 성과가 과학적으로 입증되어야 한다는 전제는 건강보험 이론상 변함이 없다. 이런 효과가 입증되었다는 것을 전제로 어플리케이션을 보상하는 방법은 첫째, 어플리케이션 사용을 의사가 처방하도록 하고 그 사용량에 따라 치료재료의 개념에서 별도 보상을 하는 방안이 있다. 둘째, 어플리케이션에 대한 환자

들의 사용량을 증대시키기 위해 인센티브를 설계하는 방법이 있다. 예를 들면 만성질환자의 경우 처방된 어플리케이션에 혈당검사의 결과를 입력하는 정도, 식이와 운동을 입력하고 수행하는 정도에 따라 다음 방문의 본인부담을 경감해 주는 방식이 있을 수 있다. 다른 예로는 이런 환자의 노력을 포인트로 적립하도록 하여 포인트를 관련 질환의 검진 등에 활용할 수 있도록 하는 방안이 있을 수 있다. 셋째, 의사 측에도 인센티브를 부여할 수 있다. 환자가 입력하는 정보를 모니터링하고 그에 기초하여 병원 방문 전이라도 필요한 경우 교육이나 상담을 진행하는 경우에 수가를 신설하여 산정하는 방안도 고려할 수 있다.

이런 제안은 환자와 의사 모두에게 협력을 위해 노력할 때 인센티브를 부여하는 방안을 포함한다. 협력은 일회적인 행위로 성과가 나타나기 어렵고 반복적인 행위가 지속되어야 한다는 점에서 인센티브로 설계하는 것이 적절하다. 다양한 종류의 어플리케이션이 등장하면 그 효과의 차이를 구분하기는 어렵다. 또한 각각 다른 특허를 갖고 개발된 제품이라고 할지라도 그 효과의 차이를 구분하기는 어렵다. 따라서 어플리케이션을 등재하기 위해서는 별도의 분류체계가 필요하다. 분류체계가 마련된 후 처방은 동일 분류군에 대하여 허용하고 환자가 어플리케이션을 선택하도록 함으로써 개발업체들의 경쟁을 유도하는 것이 바람직하다.

## 2) AI 조정자

AI 조정자는 정부 차원의 개발 투자가 필요하다. 지금까지 개발을 위한 빅데이터 확보가 어려운 상황이었기 때문에 정부가 연구개발 사업으로 추진하여 시제품을 확보할 필요가 있다. 특히 보건복지정보와의 연계는 정부의 지원 없이 데이터 확보 및 결합이 불가능하므로, 정부 차원의 협조와 추진이 필요하다.

### 3) 원격의료 플랫폼

원격의료 플랫폼은 그 자체를 보상하는 것과 협력의 요청과 수행행위를 보상하는 방법이 있다. 플랫폼 자체를 보상하는 것은 건강보험 수가체계에에서는 행위정의와 행위주체가 없어 수가 산정이 불가하다. 플랫폼을 이용한 의료행위에 재료비용을 추가하는 것 외에는 현재 보상할 방안이 없다. 현재 원격의료 플랫폼 사업자들이 다양한 제품을 출시하였으나 향후 더 다양한 플랫폼이 출시될 가능성이 크다. 특히 대형병원들이 자신들의 전자의무기록과 연동된 플랫폼을 개발할 수도 있고, 전자의무기록 개발 사업자들 또한 이미 개발된 시스템에 추가 개발하는 형태로 플랫폼 시장에 진출할 가능성이 크다. 이런 가능성은 무료 플랫폼의 등장을 의미하는 것으로 플랫폼에 대한 보상논의는 원격의료법이 법제화된 다음 시장의 변화를 확인한 후에 논의하는 것이 바람직하다.

다만, 플랫폼을 이용한 행위의 경우 그 성격에 대한 논의가 필요하다. 플랫폼을 이용한 의료협력에서는 그 요청 및 수행, 결과입력 후 피드백 등의 과정에서 발생하는 행위에 대한 보상이 가능하다. 이는 현행 의료행위와 크게 구분되지 않는다. 진찰 및 협진의 행위정의와 거의 유사하기 때문이다. 다만, 원격의료 플랫폼을 이용한 의료행위에 일반 오프라인 의료와 동일한 가치를 적용할 것인지는 논의가 필요하다. 다른 나라와 달리 우리나라 오프라인의 진료 시간이 짧고 교육상담이 제대로 이루어지지 않고 있는 점은 지속적인 개선과제이다. 따라서 원격진료가 이런 문제점을 해결할 수 있다면, 별도로 원격 교육, 원격 상담 등을 구체화하고 진찰의 질을 향상시키는 대안으로 활용할 수 있다. 이런 접근은 국가별 사례를 참고하더라도 국가별로 가진 문화와 시스템의 문제점이 다르므로 우리나라 특성에 맞게 원격의료를 정의할 필요가 있다는 측면에서 의미가 있다.







- 건강보험심사평가원. (2017). 건강보험 청구자료.
- 건강보험심사평가원. (2018). 건강보험 청구자료.
- 건강보험심사평가원. (2019). 건강보험 청구자료.
- 건강보험심사평가원. (2020). 건강보험 청구자료.
- 건강보험심사평가원. (2021). 건강보험 청구자료.
- 건강보험심사평가원 급여정보분석실. (2022). 최근 5년(2017~2021년) 우울증  
과 불안장애 진료현황 분석. 건강보험심사평가원 보도자료. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020041000100&brdScnBltNo=4&brdBltNo=10627&pageIndex=1#none>에서 2022. 11. 1.  
인출.
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2016). 2016 건강보험 통계연보.
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2017). 2017 건강보험 통계연보.
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2018). 2018 건강보험 통계연보.
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2019 건강보험 통계연보.
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2020). 2020 건강보험 통계연보.
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2021). 2021 건강보험 통계연보.
- 관계부처합동. (2018). 지역사회 통합돌봄 기본계획(1단계: 노인 커뮤니티케어).
- 국민건강보험공단. (2021). 장기요양급여 청구자료.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2016). 2016 의료급여 통계연보.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2017). 2017 의료급여 통계연보.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2018). 2018 의료급여 통계연보.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2019). 2019 의료급여 통계연보.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2020). 2020 의료급여 통계연보.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). 2021 의료급여 통계연보.
- 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. (2012. 7. 2.). 통계로 본 건강보험 시행  
35년. 국민건강보험공단 보도자료, p.15. <http://www.mohw.go.kr/u>

- pload/viewer/skin/doc.html?fn=1341189688776\_20120702094128.hwp&rs=/upload/viewer/result/202212/에서 2022. 5. 3. 인출.
- 국립중앙의료원. (2019). 응급의료현황통계.
- 국립중앙의료원. (2020). 응급의료현황통계.
- 김남희. (2018). 지역사회 중심 일차의료 강화를 위한 만성질환관리 사업 소개 및 향후 발전방안. HIRA 정책동향. 12(5), 건강보험심사평가원.
- 노대영. (2022). 노인인구, 만성질환자 증가로 요양병원 늘고 있지만... '육창 개선' 등 의료서비스는 제자리. 메디팜헬스. <http://www.medipharmhealth.co.kr/news/article.html?no=83154>에서 2022. 10. 5. 인출.
- 대한민국 정책브리핑. <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>에서 2022. 10. 2. 인출.
- 박새영, 이연숙, 양윤준, 윤영숙, 이준형, 허연, ..., 문정원. (2021). 40-64세 중년 성인에서 복합만성질환에 따른 입원위험: 2013-2015년 국민건강영양조사 자료. Korean J Fam Pract. 2021;11(1):22-28.
- 배재용, 오수진, 황도경. (2021). 선택의료급여기관제도 개선을 위한 시범사업 모형개발 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 배재용, 황도경, 김현규, 이지혜. (2020). 요양병원 선택입원군 의료급여 수급자 심층조사 및 관리방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. (2020). 2020 재가 의료급여 시범사업 운영매뉴얼.
- 보건복지부. (2022). 2022년 건강검진사업안내.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2022). 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침.
- 보건복지부 의료정보정책과. (2021. 2. 4.). 마이 헬스웨이((가칭)건강정보 고속도로) 구축 시작. 보건복지부 보도자료. p.6. [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=363763](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=363763)에서 2022. 11. 5. 인출.
- 보건복지부 통합돌봄추진단. (2021. 12. 14.). “지역사회 통합돌봄, 미래를 논하다” 지역사회 통합돌봄 성과 공유와 발전방향 모색. 보건복지부 보도자료.

- [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=368926](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=368926)에서 2022. 10. 5. 인출.
- 보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내(3차 개정).
- 보건복지부 온라인 민원서비스 홈페이지, <https://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardArticle.do?bbsId=U00322&nttId=381804&menuNo=200406&lang=&searchCndSj=&searchCndCt=&searchWrd=&pageIndex=1&vType=Z1>에서 2022. 10. 3. 인출.
- 보건복지부 홈페이지. [https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=06&MENU\\_ID=06390301&PAGE=1&topTitle=](https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06390301&PAGE=1&topTitle=)에서 2022. 10. 30. 인출.
- 신현웅, 여나금, 권용진, 김정선, 박세경, 정홍원, ... 차미란. (2019). 의료급여 재가급여 시범사업 운영방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 신현웅, 최병호, 이규식, 정형선, 이상영, 여나금, ... 심보람. (2015). 미래 보건 의료 발전계획 정책과제 개발 연구. 한국보건사회연구원.
- 여나금, 배재용, 정형선, 이재은, 문석준. (2021). 비급여 정책 효과성 제고를 위한 체계적 관리방안 연구. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원.
- 여나금, 오수진, 안재준, 윤강재, 배재용. (2022). 의료전달체계 관점 하 수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 로드맵 마련 연구용역. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원.
- 오종묵, 황종남. (2021). 상용치료원 유무와 의사-환자 커뮤니케이션: 한국의료패널 환자경험조사를 중심으로. 보건사회연구, 41(1): 234-250.
- 의료법. 법률 제17787호(2020).
- 이상수. (2019. 9. 30.). 미국 책임케어조직(ACOs), 메디케어 절감액 공유 프로그램(MSSP)에 따른 보다 많은 책무성을 부담. 의료기기뉴스라인. <http://www.kmdianews.com/news/articleView.html?idxno=33512>에서 2022. 10. 5. 인출.

- 이윤경, 김세진, 황남희, 임정미, 주보혜, 남궁은하, ..., 김경래. (2020). 2020년  
도 노인실태조사, 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 조경숙. (2021). 2020년 코로나19 대유행 시기의 감염병 발생 양상과 건강행태  
및 의료이용의 변화. *주간 건강과 질병*, 14(39): 2950-2764.
- 질병관리청. (2022). 2022년도 국가예방접종 지원사업 관리지침.
- 질병관리청 건강영양조사분석과. (2021). 남자 3, 40대 신체활동 감소하고 비만  
늘어. 질병관리청 보도자료. <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156486468>에서 2022. 10. 28. 인출.
- 질병관리청 예방접종도우미 홈페이지. <https://nip.kdca.go.kr/irhp/index.jsp>  
에서 2022. 10. 4. 인출.
- 질병관리청 홈페이지. [https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?  
menuLv=1&menuCd=131](https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=131)에서 2022. 10. 3. 인출.
- 최슬기, 김혜윤, 황종남, 채수미, 한겨레, 유지수, 천희란. (2020). 건강정보문해  
력(헬스리터러시) 제고 방안 연구. 세종: 한국보건사회연구원
- 최슬기, 김혜윤. (2021). 우리나라 성인의 헬스리터러시 현황과 시사점. *보건복  
지 ISSUE&FOCUS*, 한국보건사회연구원 제413호.
- 한국건강증진개발원 홈페이지. [https://www.khealth.or.kr/board;jsessionid=V9i53ZB8R4VJBdfIUaSQ1Dm2r5wClCCj304fiax22x9cTEEZbHwX9OBDdbOQuIE8I.khealth-was\\_servlet\\_khealth2018?menuId=MENU01075&siteId=null](https://www.khealth.or.kr/board;jsessionid=V9i53ZB8R4VJBdfIUaSQ1Dm2r5wClCCj304fiax22x9cTEEZbHwX9OBDdbOQuIE8I.khealth-was_servlet_khealth2018?menuId=MENU01075&siteId=null)-에서 2022. 11. 20. 인출.
- 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2018). 2018년 성인가구원용 한국의  
료패널조사표.
- 행정안전부. 2022년 9월 기준 주민등록인구통계. <https://jumin.mois.go.kr/>  
에서 2022. 10. 1. 인출.
- Bundesministerium für Gesundheit 홈페이지. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.htm  
l](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html)에서 2022. 5. 2. 인출.
- Burwell, S. M. (2015). Setting value-based payment goals—HHS efforts

- to improve US health care. *N Engl J Med*, 372(10): 897-899.
- CMS. (2015). Better Care. Smarter Spending. Healthier People: Paying Providers for Value, Not Volume, Fact sheet. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/better-care-smarter-spending-healthier-people-paying-providers-value-not-volume>에서 2022. 7. 4. 인출.
- CMS. (2018). Integrated Care for Kids (InCK) Model. Fact sheet. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/integrated-care-kids-inc-k-model>에서 2022. 8. 5. 인출.
- CMS. (2022.12.15. last modified). Shared Savings Program -About the Program. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/about>에서 2022. 10. 3. 인출.
- Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. (2012). A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med*, 10:142-51.
- Goodman RA, Posner SF, Huang ES, Parekh AK, Koh HK. (2013). Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev Chronic Dis*, 2013;10:E66. doi: <http://dx.doi.org/10>.
- HCP LAN. (2017). APM Framework. <https://hcp-lan.org/workproducts/apm-refresh-whitepaper-final.pdf>에서 2022. 10. 10. 인출.
- HCP LAN. (2019). Measuring Progress: Adoption of Alternative Payment Models in Commercial, Medicaid, Medicare Advantage, and Traditional Medicare Programs. Health Care Payment Learning & Action Network. Retrieved from <http://hcp-lan.org/workproducts/apm-methodology-2019.pdf>에서 2022. 7. 4. 인출.
- Arzt & wirtschaft 홈페이지. <https://www.arzt-wirtschaft.de/topthema/wenn-patienten-eine-quittung-verlangen/>에서 2022.10.10. 인출.
- Medicaid.gov. Programs of All-Inclusive Care for the Elderly for States.

- <https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/pace/programs-of-all-inclusive-care-for-elderly-for-states/index.html>에서 2022. 10. 4. 인출.
- MedPac. (2021 June). Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System.
- NHS 홈페이지. [https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/how-nhs-111-online-works/?\\_id=111Website](https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/how-nhs-111-online-works/?_id=111Website)에서 2022. 7. 6. 인출.
- Physicians Advocacy Institute. (2022). Medicare Shared Savings Program (MSSP) Accountable Care Organizations Overview. <http://www.physiciansadvocacyinstitute.org/Portals/0/assets/docs/Advanced-APM-Pathway/Medicare%20Shared%20Savings%20Program%20Overview.pdf>에서 2022. 10. 3. 인출.
- Rachel M. Werner, Ezekiel J. Emanuel, Hoangmai H. Pham, Amol S. Navathe. (2021). The Future of Value-Based Payment: A Road Map to 2030.
- Rajkumar R, Conway PH, Tavenner M. (2014). CMS—Engaging Multiple Payers in Payment Reform. *JAMA*, 311(19): 1967-1968. doi:10.1001/jama.2014.3703.
- Smith. (2021). CMS Innovation Center at 10 Years—Progress and Lessons Learned. *N Engl J Med* 2021, 384(8): 759-764. doi: 10.1056/NEJMs2031138.
- Srinivasan, D., & Desai, N. R. (2017). The impact of the transition from volume to value on heart failure care: implications of novel payment models and quality improvement initiatives. *Journal of cardiac failure*, 23(8): 615-620.
- 116117 홈페이지. <https://www.116117.de/de/patienten-navi.php>에서 2022. 5. 2. 인출.



## [부록 1] 의료이용 경험 및 욕구 설문조사표

### 1. 아동

#### 아동의 의료이용 경험 및 욕구조사(아동보호자)

의료이용 경험 및 욕구조사는 한국보건사회연구원에서 수행하는 「의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구」의 일환으로 실시되는 조사입니다. 이 조사는 아동의 의료이용 시 경험했던 장애요인과 이를 개선하기 위해 필요한 새로운 서비스 등 아동의 건강관리 및 의료이용 관련 욕구를 파악하는 데 목적이 있습니다.

조사는 만 6세 미만 취학전 아동의 보호자를 대상으로 하며, 약 15분 내외로 소요될 예정입니다. 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제든지 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 동의 철회, 참여 중단으로 인한 불이익이나 차별은 없습니다. 귀하께서 응답해주신 모든 내용과 개인정보는 통계법 제33조(비밀의 보호)에 의거하여 비밀이 보장되며, 연구 이외의 목적으로 사용되지 않을 것입니다.

이 조사의 수행 주체는 썬글로벌리서치입니다. 응답해주신 내용은 개인정보 보안 프로그램이 설치되어 있는 컴퓨터에 익명 처리(개인식별정보 모두 삭제 또는 비식별화 처리)된 파일의 형태로 보관하며, 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등) 작성 시에도 개인 식별이 가능하지 않도록 자료를 처리합니다. 조사를 통해 수집된 정보는 연구 종료일로부터 5년간 보관 후 폐기할 것입니다. 이 조사를 통해 도출된 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등)은 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화 절차를 거친 이후 공개될 수 있습니다. 그러나 개인을 식별할 수 있는 정보는 철저히 보호할 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니 바쁘시더라도 잠시 시간을 허락해주시면 감사하겠습니다.

- 연구책임: 한국보건사회연구원 여나금 부연구위원
- 조사기간: 2022. 10. 4. ~ 2022. 10. 9.
- 문의처: (조사 관련) 오수진 전문연구원(044-287-8313)  
(시스템 관련) 신지혜 대리(02-3456-1854)

#### 조사 참여 동의서

본인은 조사의 목적과 내용을 충분히 설명받아 숙지하였고, 조사를 거부하거나 중단할 권리가 있다는 사실을 인지하였습니다. 본인은 조사 참여에 동의합니다.

- 동의함  동의하지 않음

**조사 대상자 선별 문항**

**SQ1. 귀댁에 만 6세 미만(2017년 10월~2022년 10월 출생)의 취학 전 아동이 있습니까?**

- ① 예                       ② 아니오 [조사 종료]

※ 만 6세 미만 취학 전 아동이 2명 이상 있을 경우, 평소 의료이용이 더 많은 자녀를 중심으로 답변하여 주시기 바랍니다.

**SQ2. 아동의 출생 년월은 언제입니까? (주민등록 기준으로 응답하여 주십시오.)**

\_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 [2017~2022년생만 해당, 오류 체크 필요]

**SQ3. 아동의 성별은 무엇입니까?**

- ① 남자                       ② 여자

**I. 아동 의료서비스 이용 경험**

1. 귀하의 아동은 지난 6개월 간 의료기관에서 외래서비스를 이용한 적이 있습니까?

- ① 있다 (⇨ 1-1번으로 이동)                       ② 없다 (⇨ 2번으로 이동)

1-1. 지난 6개월 간 외래서비스를 몇 회 이용하였습니까? (                      ) 회

2. 귀하의 아동은 지난 6개월 간 의료기관에서 입원한 적이 있습니까?

- ① 있다 (⇨ 2-1번으로 이동)                       ② 없다 (⇨ 3번으로 이동)

2-1. 지난 6개월 간 몇 회 입원하였습니까? (                      ) 회

3. 귀하의 아동은 지난 6개월 간 응급실을 방문한 적이 있습니까?

- ① 있다 (⇨ 3-1번으로 이동)                       ② 없다 (⇨ 5번으로 이동)

3-1. 지난 6개월 간 응급실에 몇 회 방문하였습니까? (                      ) 회

4. 귀하의 아동은 지난 6개월 간 주로 어느 의료기관을 이용하였습니까?

[1~2번 문항에서 하나라도 '있다'고 응답한 사람]

- ① 의원                       ② 병원/종합병원                       ③ 상급종합병원(대학병원)  
 ④ 보건소/보건지소                       ⑤ 기타 (                      )



4-1. 해당 의료기관을 이용하게 된 **주된 이유**는 무엇입니까? [최대 2개 선택]

- ① 지리적으로 가까워서
- ② 의료진이 친절해서
- ③ 충분한 진료 상담을 해주어서
- ④ 야간이나 공휴일 등 진료시간이 유연해서
- ⑤ 의사를 신뢰할 수 있어서
- ⑥ 최신 의료장비를 갖추고 있어서
- ⑦ 시설이 쾌적해서
- ⑧ 방송, 인터넷(맘카페 등)을 보고
- ⑨ 주변 지인의 추천으로
- ⑩ 기타 ( )

5. 귀하의 **아동이** 아플 때나 **검사 또는 치료 상담**을 하고자 할 때 **주로 방문하는 의사 선생님**이 있습니까?

- ① 있다 (⇒ 5-1번으로 이동)       ② 없다 (⇒ 6번으로 이동)

5-1. 그 의사 선생님은 귀하의 아동에게 발생하는 **일상적인 건강문제의 대부분을 해결**해줍니까?

- ① 전혀 그렇지 않다       ② 그렇지 않다
- ③ 그렇다       ④ 매우 그렇다

6. 귀하가 거주하고 계신 **지역에는** **아동을 위한 의원(소아과 등), 병원 등 의료 인프라가 충분**히 갖추어져 있다고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다       ② 그렇지 않다
- ③ 그렇다       ④ 매우 그렇다

7. 귀하는 **아동의 의료서비스 이용**에 대해 **전반적으로 얼마나 만족**하십니까?

- ① 매우 불만족     ② 불만족     ③ 보통     ④ 만족     ⑤ 매우 만족

8. 다음은 **평소 아동 의료이용 시 겪을 수 있는 어려움**에 대해 묻는 질문입니다. 귀하의 생각과 가까운 곳에 체크하여 주시기 바랍니다.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 내 아이가 아플 때 어느 곳을 방문해야 할지 모르겠다	①	②	③	④
2) 내 아이의 건강상태를 충분히 상담할 수 있는 서비스가 부재하다	①	②	③	④

310 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
3) 밤중 또는 주말(공휴일)에 아이가 이플 때 갈 곳이 충분하지 않다	①	②	③	④
4) 잦은 질병 발생, 짧은 방문 주기 등으로 아이를 데리고 의료기관을 자주 방문해야 해서 번거롭다	①	②	③	④
5) 내 아이의 건강상태와 의료이용에 대한 연계적 관리(정보관리체계 등)가 부재하다	①	②	③	④

9. 이 외에 아동 의료서비스를 이용하면서 겪은 어려움이 있다면 자유롭게 의견을 기재하여 주시기 바랍니다.

**II. 아동 의료서비스 욕구**

10. 귀하는 어느 한 의료기관을 지정해서 아동의 건강을 관리하고 의료서비스를 이용하는 것이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 전혀 필요하지 않다 (⇨ 10-3번으로 이동)
- ② 필요하지 않다 (⇨ 10-3번으로 이동)
- ③ 필요하다 (⇨ 10-1번으로 이동)
- ④ 매우 필요하다 (⇨ 10-1번으로 이동)
- ⑤ 잘 모르겠다 (⇨ 11번으로 이동)

10-1. 그렇다면, 지정 의료기관은 어느 유형이 적절하다고 생각하십니까?

- ① 의원
- ② 병원/종합병원
- ③ 상급종합병원(대학병원)
- ④ 보건소/보건지소
- ⑤ 기타 ( )

10-2. 지정 의료기관에는 어떠한 서비스 또는 기능이 필요하다고 생각하십니까? [모두 선택]

- ① 내 아이에 대한 통합적 건강관리(정보, 서비스 등)
- ② 24시간 상담서비스
- ③ 비대면 진료(전화 약처방 등)
- ④ 건강관리 등에 대한 충분한 교육 및 상담서비스 제공
- ⑤ 상급의료기관 방문 필요시 의뢰 및 연결 서비스
- ⑥ 예약기반 서비스(병원 내 감염 방지, 긴 대기시간 해소)
- ⑦ 기타 ( )

## 2. 복합만성질환자

### 복합만성질환자의 의료이용 경험 및 욕구조사

의료이용 경험 및 욕구조사는 한국보건사회연구원에서 수행하는 「의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구」의 일환으로 실시되는 조사입니다. 이 조사는 **복합만성질환자의 의료이용 시 경험했던 장애요인과 이를 개선하기 위해 필요한 새로운 서비스 등 복합만성질환자의 건강관리 및 의료이용 관련 욕구를 파악하는 데 목적**이 있습니다.

조사는 당뇨 또는 고혈압을 포함한 2개 이상의 복합만성질환을 가지고 있는 만 19세 이상 성인을 대상으로 하며, 약 15분 내외로 소요될 예정입니다. 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않아도 되며 언제든지 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 동의 철회, 참여 중단으로 인한 불이익이나 차별은 없습니다. 귀하께서 응답해주신 모든 내용과 개인정보는 통계법 제33조(비밀의 보호)에 의거하여 비밀이 보장되며, 연구 이외의 목적으로 사용되지 않을 것입니다.

이 조사의 수행 주체는 ㈜글로벌리서치입니다. 응답해주신 내용은 개인정보 보안 프로그램이 설치되어 있는 컴퓨터에 익명 처리(개인식별정보 모두 삭제 또는 비식별화 처리)된 파일의 형태로 보관하며, 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등) 작성 시에도 개인 식별이 가능하지 않도록 자료를 처리합니다. 조사를 통해 수집된 정보는 연구 종료일로부터 5년간 보관 후 폐기할 것입니다. 이 조사를 통해 도출된 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등)은 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화 절차를 거친 이후 공개될 수 있습니다. 그러나 개인을 식별할 수 있는 정보는 철저히 보호할 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니 바쁘시더라도 잠시 시간을 허락해주시면 감사하겠습니다.

- 연구책임: 한국보건사회연구원 여나금 부연구위원
- 조사기간: 2022. 10. 4. ~ 2022. 10. 9.
- 문의처: (조사 관련) 오수진 전문연구원(044-287-8313)  
(시스템 관련) 신지혜 대리(02-3456-1854)

#### 조사 참여 동의서

본인은 조사의 목적과 내용을 충분히 설명받아 숙지하였고, 조사를 거부하거나 중단할 권리가 있다는 사실을 인지하였습니다. 본인은 조사 참여에 동의합니다.

동의함

동의하지 않음

**조사 대상자 선별 문항**

**SQ1.** 귀하의 연령은 어떻게 되십니까? 만 (                      ) 세 [19세 이하 조사 종료]

**SQ2.** 귀하는 현재 당뇨 또는 고혈압을 포함한 2개 이상의 만성질환을 가지고 있습니까?

※ **만성질환:** 3개월 이상 지속적 치료, 약복용 등의 관리가 필요한 질환 (아래 참조)  
 당뇨, 고혈압, 고지혈증, 관절염, 천식, 암, 부정맥, 만성신장질환, 만성폐쇄성폐질환(COPD), 울혈성 심부전, 관상동맥질환, 치매, 우울증, 간염, 인간면역결핍바이러스(HIV), 골다공증, 정신분열증, 뇌졸중, 자폐스펙트럼장애, 약물남용장애

① 예                       ② 아니오 [조사 종료]

**SQ3.** 귀하가 현재 알고 있는 만성질환에 모두 체크하여 주시기 바랍니다. [모두 선택]

[당뇨 또는 고혈압 중 1개는 반드시 포함, 2개 이상 체크 확인 필요]  
 [당뇨 또는 고혈압 중 둘 중 하나도 포함되지 않을 경우 조사 종료]

- |   |                                   |  |                                   |
|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ① 당뇨             | <input type="checkbox"/> ② 고혈압    | <input type="checkbox"/> ③ 고지혈증            | <input type="checkbox"/> ④ 관절염    |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 천식             | <input type="checkbox"/> ⑥ 암      | <input type="checkbox"/> ⑦ 부정맥             | <input type="checkbox"/> ⑧ 만성신장질환 |
| <input type="checkbox"/> ⑨ 만성폐쇄성폐질환(COPD) | <input type="checkbox"/> ⑩ 울혈성심부전 | <input type="checkbox"/> ⑪ 관상동맥질환          | <input type="checkbox"/> ⑫ 치매     |
| <input type="checkbox"/> ⑬ 우울증            | <input type="checkbox"/> ⑭ 간염     | <input type="checkbox"/> ⑮ 인간면역결핍바이러스(HIV) |                                   |
| <input type="checkbox"/> ⑯ 골다공증           | <input type="checkbox"/> ⑰ 정신분열증  | <input type="checkbox"/> ⑱ 뇌졸중             |                                   |
| <input type="checkbox"/> ⑲ 자폐스펙트럼장애       | <input type="checkbox"/> ⑳ 약물남용장애 |  |                                   |

**I. 복합만성질환자 의료이용 경험**

1. 고혈압 또는 당뇨를 처음 진단받은 의료기관은 어디입니까?

※ **검진으로 진단받은 경우, 검진받은 의료기관을 선택하여 주시기 바랍니다.**

- ① 의원                       ② 병원/종합병원                       ③ 상급종합병원(대학병원)  
 ④ 보건소/보건지소                       ⑤ 기타 (                      )

2. 현재 해당 만성질환 관리 또는 치료 상담을 위해 주로 방문하는 의료기관이 있습니까?

- ① 있다 (⇒ 2-1번으로 이동)                       ② 없다 (⇒ 2-3번으로 이동)

2-1. 귀하는 몇 개의 의료기관을 이용하고 있습니까? (                      ) 개소 [최소 1개 입력]

2-2. 귀하가 주로 이용하는 의료기관에서 만성질환관리를 위해 제공하는 서비스를 모두 체크하여 주시기 바랍니다. [모두 선택]

- ① 약 처방
- ② 복약지도(약제의 복용방법 설명 등 제공)
- ③ 생활습관관리(운동, 식이조절 등) 위한 교육 및 상담
- ④ 합병증 관리
- ⑤ 필요한 서비스 연계·조정
- ⑥ 모니터링(전화 등을 통한 주기적 상태 점검)
- ⑦ 기타 ( )

2-3. 귀하가 주로 방문하는 의료기관이 없는 이유는 무엇입니까? (☞ 4번으로 이동)

- ① 이사를 자주한다
- ② 어디로 가야할 지 잘 모르겠다
- ③ 이전에 다니던 곳이 없어졌다
- ④ 여러 기관을 다니는 것을 선호한다
- ⑤ 기타 ( )

3. 귀하가 주로 방문하는 의료기관은 어디에 해당합니까?

- ① 의원
- ② 병원/종합병원
- ③ 상급종합병원(대학병원)
- ④ 보건소/보건지소
- ⑤ 기타 ( )

3-1. 해당 의료기관을 이용하게 된 주된 이유는 무엇입니까? [최대 2개 선택]

- ① 지리적으로 가까워서
- ② 의료진이 친절해서
- ③ 충분한 진료 상담을 해주어서
- ④ 의사를 신뢰할 수 있어서
- ⑤ 원래 다니던 병원이어서
- ⑥ 최신 의료장비를 갖추고 있어서
- ⑦ 건강검진 지정병원이어서
- ⑧ 주변 지인의 추천으로
- ⑨ 비용이 저렴해서
- ⑩ 기타 ( )

4. 귀하가 앓을 때나 검사 또는 치료 상담을 하고자 할 때 주로 방문하는 의사 선생님이 있습니까?

- ① 있다 (☞ 4-1번으로 이동)
- ② 없다 (☞ 5번으로 이동)

314 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

4-1. 그 의사 선생님은 귀하에게 발생하는 일상적인 건강문제의 대부분을 해결해줍니까?

- ① 거의 그렇지 않다      ② 대체로 그렇지 않다      ③ 그저 그렇다  
④ 대체로 그렇다      ⑤ 거의 그렇다

5. 귀하는 평소 의료서비스를 이용하는 데 있어 얼마나 만족하십니까?

- ① 매우 불만족    ② 불만족    ③ 보통    ④ 만족    ⑤ 매우 만족

6. 다음은 귀하가 복합만성질환으로 의료이용 시 겪을 수 있는 어려움에 대해 묻는 질문입니다. 귀하의 생각과 가까운 곳에 체크하여 주시기 바랍니다.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 정보가 부족해서 어느 병의원을 이용해야 할지 모르겠다	①	②	③	④
2) 정보가 넘쳐나서 어느 병의원을 이용해야 할지 모르겠다	①	②	③	④
3) 치료를 위해 여러 병의원을 돌아다녀야 하는 불편함이 있다	①	②	③	④
4) 치료 시 충분한 생활습관관리 등을 포함한 포괄적인 관리를 받지 못한다고 느낀다	①	②	③	④
5) 의료이용 시 건강 및 의료이용 정보 연계가 되지 않아 반복적 설명과 검사를 해야 한다	①	②	③	④

7. 이 외에 복합만성질환 관리를 위해 의료서비스를 이용하면서 겪은 어려움이 있다면 자유롭게 기재하여 주시기 바랍니다.

**Ⅱ. 복합만성질환자 의료서비스 욕구**

8. 다음은 만성질환관리를 위해 제공되는 서비스입니다. 귀하의 일상생활에서 다음과 같은 서비스가 얼마나 필요하십니까?

문항	전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	필요하다	매우 필요하다
1) 복약지도(약제의 복약방법 설명 등 제공)	①	②	③	④
2) 생활습관관리(운동, 식이조절 등) 위한 교육 및 상담	①	②	③	④
3) 합병증 관리	①	②	③	④
4) 필요한 서비스 연계·조정	①	②	③	④
5) 모니터링(전화 등을 통한 주기적 상태 점검)	①	②	③	④



316 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구

13. 이 외에 **복합만성질환자의 의료이용을 위해 개선이 필요한 사항**이 있다면 자유롭게 의견을 기재하여 주시기 바랍니다.

**Ⅲ. 일반 사항**

14. 귀하의 **성별**은 무엇입니까?

- ① 남자                      ② 여자

15. 현재 귀하의 **거주 지역**은 어디입니까?

\_\_\_\_\_ 시도 \_\_\_\_\_ 시군구

16. 귀하의 **최종 학력**은 어떻게 되십니까?

- ① 중학교 졸업 이하              ② 고등학교 졸업(대학 재학/휴학/중퇴 포함)  
③ 전문대 졸업                      ④ 대학교 졸업                      ⑤ 대학원 이상

17. 귀하의 **결혼 상태**는 어떻게 되십니까?

- ① 배우자 있음                      ② 배우자 없음(별거, 이혼, 사별)                      ③ 미혼

18. 귀하의 **월 평균 가구 소득**은 어느 정도입니까?

- ① 100만원 미만                      ② 100~200만원 미만                      ③ 200~300만원 미만  
④ 300~500만원 미만                      ⑤ 500~700만원 미만                      ⑥ 700만원 이상

19. 귀하의 **평소 건강 상태**는 전반적으로 어떻습니까?

- ① 매우 나쁘다                      ② 나쁜 편이다                      ③ 보통이다  
④ 좋은 편이다                      ⑤ 매우 좋다



## 3. 노인

## 노인의 의료이용 경험 및 욕구조사

의료이용 경험 및 욕구조사는 한국보건사회연구원에서 수행하는 「의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구」의 일환으로 실시되는 조사입니다. 이 조사는 노인의 의료이용 시 경험했던 장애요인과 이를 개선하기 위해 필요한 새로운 서비스 등 노인의 건강관리 및 의료이용 관련 욕구를 파악하는 데 목적이 있습니다.

조사는 **65세 이상 노인**을 대상으로 하며, 약 **10분** 내외로 소요될 예정입니다. 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제든지 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 동의 철회, 참여 중단으로 인한 불이익이나 차별은 없습니다. 귀하께서 응답해주신 모든 내용과 개인정보는 통계법 제33조(비밀의 보호)에 의거하여 비밀이 보장되며, 연구 이외의 목적으로 사용되지 않을 것입니다.

이 조사의 수행 주체는 ㈜글로벌리서치입니다. 응답해주신 내용은 개인정보 보안 프로그램이 설치되어 있는 컴퓨터에 익명 처리(개인식별정보 모두 삭제 또는 비식별화 처리)된 파일의 형태로 보관하며, 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등) 작성 시에도 개인 식별이 가능하지 않도록 자료를 처리합니다. 조사를 통해 수집된 정보는 연구 종료일로부터 5년간 보관 후 폐기할 것입니다. 이 조사를 통해 도출된 연구결과물(연구보고서, 조사 데이터 등)은 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화 절차를 거친 이후 공개될 수 있습니다. 그러나 개인을 식별할 수 있는 정보는 철저히 보호할 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니 바쁘시더라도 잠시 시간을 허락해 주시면 감사하겠습니다.

- 연구책임: 한국보건사회연구원 여나금 부연구위원
- 조사기간: 2022. 10. 4. ~ 2022. 10. 10.
- 문의처: (조사 관련) 오수진 전문연구원(044-287-8313)  
(시스템 관련) 신지혜 대리(02-3456-1854)

## 조사 참여 동의서

본인은 조사의 목적과 내용을 충분히 설명받아 숙지하였고, 조사를 거부하거나 중단할 권리가 있다는 사실을 인지하였습니다. 본인은 조사 참여에 동의합니다.

- 동의함
- 동의하지 않음



5. (2번 '예') 만약 주변의 도움을 받을 수 없다면, 귀하의 일상생활에서 **가장 필요한 의료·복지 서비스**는 무엇입니까? **가장 필요한 순서대로 2개를 선택**하여 주시기 바랍니다. [2개 선택]

- 1순위 \_\_\_\_\_ , 2순위 \_\_\_\_\_
- ① 식사지원  
② 의료지원  
③ 주거제공 및 주거환경 개선  
④ 돌봄서비스  
⑤ 외출 시 이동지원  
⑥ 생활정보 상담서비스  
⑦ 기타 ( )

6. (2번 '아니오') **누구의 도움도 받지 않는 경우, 그 이유**는 무엇입니까?

- ① 도움이 필요 없어서  
② 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서  
③ 도와줄 사람이 없어서  
④ 비용이 부담될 것 같아서  
⑤ 도움받는 방법을 알 수 없어서  
⑥ 모르는 사람이 집에 오는 것이 싫어서  
⑦ 기타 ( )

7. (2번 '아니오') 노인이 집에서 계속 거주하기 위해 **가장 필요한 의료·복지서비스**는 무엇이라 생각하십니까? **가장 필요한 순서대로 2개를 선택**하여 주시기 바랍니다. [2개 선택]

- 1순위 \_\_\_\_\_ , 2순위 \_\_\_\_\_
- ① 식사지원  
② 의료지원  
③ 주거제공 및 주거환경 개선  
④ 돌봄지원  
⑤ 외출 시 이동지원  
⑥ 생활정보 상담서비스  
⑦ 기타 ( )

8. 귀하의 건강이 악화되어 거동이 불편해지신다면 **어디에 거주**하실 생각입니까?

- ① 현재 살고 있는 집에서 복지서비스를 받으며 계속 산다  
② (거처를 옮겨 오도록 해서) 배우자, 자녀 또는 형제자매 등 가족과 같이 산다  
③ (거처를 옮겨서) 자녀 또는 형제자매, 친구의 집 근처로 이사한다  
④ (돌봄, 식사서비스 등이 제공되는) 시설 요양원으로 들어간다  
⑤ (돌봄, 식사서비스 등이 제공되고) 의료진이 돌봐주는 요양병원으로 들어간다  
⑥ 기타 ( )



14. 귀하의 결혼 상태는 어떻게 되십니까?  
① 배우자 있음                      ② 배우자 없음(별거, 이혼, 사별)                      ③ 미혼

15. 귀하의 월 평균 가구 소득은 어느 정도입니까?  
① 100만원 미만                      ② 100~200만원 미만                      ③ 200~300만원 미만  
④ 300~500만원 미만                      ⑤ 500~700만원 미만                      ⑥ 700만원 이상

16. 귀하는 평소 자신의 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?  
① 매우 나쁘다                      ② 나쁜 편이다                      ③ 보통이다  
④ 좋은 편이다                      ⑤ 매우 좋다