



■ 수시보고서 2013-01

건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향

신영석 · 강희정 · 김남순 · 정영호 · 김동진 · 황도경

【책임연구자】

신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요저서】

보건의료체계의 New Paradigm 구축연구
한국보건사회연구원, 2012(공저)

미래보건의료 방향설정과 정책개발에 관한 연구
한국보건사회연구원, 2012(공저)

【공동연구진】

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

김남순 한국보건사회연구원 연구위원

정영호 한국보건사회연구원 연구위원

김동진 한국보건사회연구원 부연구위원

황도경 한국보건사회연구원 부연구위원

수시보고서 2013-01

**건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성
제고 방향**

발행일 2013년
저자 신영석 외
발행인 최병호
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)
전화 대표전화: 02)380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 대명기획
가격 6,000원

© 한국보건사회연구원 2013
ISBN 978-89-6827-031-4 93330

발간사 <<

건강보험 보장성 강화는 대한민국 의료정책의 주요 현안이며 추진 과제이다. 국민이 체감할 수 있는 보장성 강화는 비용 장벽을 낮추는 것 뿐 아니라 적절한 질의 의료서비스를 보장해야 한다. 이를 위해서는 저렴한 비용으로 높은 질의 서비스를 생산하는 의료체계의 구축이 필요하다.

보장성 강화의 추진은 재정의 지속가능성과 서비스 제공의 편익에 대한 논란을 통해 의료체계 개편의 필요성을 증가시킬 수밖에 없다. 특히, 보장성 강화로 우려되는 수도권 상급종합병원으로의 환자쏠림 심화 문제는 의료체계의 비효율성을 부각시키는 계기가 되고 있다. 부적절한 환자쏠림을 해소하기 위해서는 의료의 질과 효율성 즉, 가치를 높이는 방향으로 의료체계의 개편이 필요하다.

이 과제의 목적은 4대 중증질환 보장성 강화 계획을 추진함에 있어서 단기적으로 의료체계에 미치는 영향에 대응하고 장기적으로 변화가 필요한 핵심 요소들을 중심으로 의료체계의 개편 방향을 제시하는 것이다.

이 과제에서 제시하는 핵심요소는 환자중심의 의료서비스 제공을 위한 의료공급자간 진료협력체계의 활성화이며, 질과 비용 효율성을 고려한 의료체계의 가치 향상이다. 이를 위해, 단기적인 대책의 일환으로 수도권 상급종합병원의 환자쏠림 현상을 해소하기 위한 의료체계 개편 방향을 제시하고, 중·장기적인 방향으로 중증화 예방을 위한 만성질환 관리, 중증 환자의 아급성기 의료공급체계 설계 방향을 제시하고 있다. 아울러, 3대 비급여의 급여화를 준비하기 위한 정책 수립의 기초 자료로서 주요 이해관계자인 환자집단과 의료공급자집단 대표들과의 면접조사 결과를 정리하여 수록하고 있다.

본 연구는 신영석 선임연구위원 책임 하에 강희정 박사, 김남순 박사, 김동진 박사, 정영호 박사, 황도경 박사가 참여하여 완성되었다. 아울러, 수차례 토론에서 자문해주신 보건복지부의 성장현 팀장과 김연숙 서기관에게 고마움을 표한다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

2013년 7월
한국보건사회연구원장
최 병 호

목 차

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	5
제1절 연구의 필요성 및 목적	7
제2절 주요 연구 내용	10
제3절 연구방법	15
제4절 기대효과	16
제2장 보장성 강화에 따른 상급병원 환자 쏠림의 예측과 대응	17
제1절 수도권 상급종합병원으로의 환자 쏠림 진단	19
제2절 보장성 강화 정책이 환자 쏠림에 미치는 영향	28
제3절 부적절한 상급종합병원 환자 쏠림에 대한 대응 방향	36
제4절 부적절한 환자 쏠림 해소를 위한 정책킷(kit)	44
제3장 중증화 예방을 위한 만성질환 관리 대책	51
제1절 문제점	53
제2절 그간의 논의	58
제3절 개선 대책	66

제4장 중증환자의 아급성기 의료공급체계 설계	73
제1절 연구 필요성 및 목적	75
제2절 아급성 서비스(Sub-acute services)의 주요개념	77
제3절 아급성기 치료에 대한 외국현황	81
제4절 아급성서비스 제공 모델(안) 제시 및 전략적 방향	87
제5장 3대 비급여 급여화가 의료체계에 미치는 영향에 대한 FGI ...	97
제1절 환자(수요자) 단체	99
제2절 공급자 단체	102
제6장 결론	109
제1절 보장성 강화에 따른 상급병원 환자 쏠림의 예측과 대응	111
제2절 중증화 예방을 위한 만성질환 관리체계 구축	119
제3절 중증환자의 아급성기 의료공급체계 설계	124
제4절 3대 비급여 급여화의 영향을 고려한 의료체계 개편	128
참고문헌	131
부록	135
[부록 1] 의료체계 개선 방안(3대 비급여 급여화) FGI 회의록	135
[부록 2] 의료체계 개선 방안(3대 비급여 급여화) 공급자단체	148

표 목차

〈표 2- 1〉 종별 연도별 외래 진료 실적 비중(%)의 변화 21

〈표 2- 2〉 지역별 상급종합병원 분포와 관내 이용률(%)의 변화 24

〈표 2- 3〉 BIG5 상급종합병원의 진료실적 비중의 변화 25

〈표 2- 4〉 2007-2010 종합병원 규모별 입원 중증환자 분담률 26

〈표 2- 5〉 보장성 강화에 따른 영향과 대책 29

〈표 2- 6〉 산정특례 암환자의 비급여 본인부담금 종별 분포 30

〈표 2- 7〉 건강보험 보장률과 비급여본인부담율의 변화 32

〈표 2- 8〉 4대 중증질환별 Big5상급종합병원의 진료 점유 현황 34

〈표 2- 9〉 의료제공체계 개편의 주요 대상과 변화 39

〈표 2- 10〉 주요 목적에 따른 지불정책 대안의 평가 42

〈표 3- 1〉 연령별 만성질환자 분포 53

〈표 3- 2〉 30세 이상 수검자의 대사증후군 위험요인 보유 현황, 2010 54

〈표 3- 3〉 만성질환 진료비 추이 55

〈표 3- 4〉 우리나라 만성질환 관리사업 현황 62

〈표 4- 1〉 케어 스펙트럼 81

그림 목차

[그림 2-1] 건강보험 외래 진료비에서 종별 점유율의 연도별 변화	20
[그림 2-2] 지역별 외래 실환자수에서 관외이용비율(%)의 연도별 변화	22
[그림 2-3] 지역별 입원 실환자수에서 관외이용비율(%)의 연도별 변화	23
[그림 2-4] 산정특례 암환자의 연도별(2005-2012) 진료실적	31
[그림 2-5] 2011년 건강보험 청구자료에서 중증질환별 진료실적 (주상병과 산정특례 코드 기준 추출 환자수와 진료비)	33
[그림 2-6] 부적절한 환자 쏠림 해소를 위한 개편 방향	43
[그림 2-7] 만성질환 관리 의원의 자율 네트워크 설정 틀	46
[그림 3-1] OECD 각국의 조절되지 않는 당뇨입원율과 당뇨유병율, 2009	56
[그림 3-2] 만성질환 관리 모형	58
[그림 3-3] 의원급 만성질환 관리제 사업모형	61
[그림 3-4] 건강관리의사제 운영방안(안)	65
[그림 3-5] 만성질환 관리 체계(안)	69
[그림 3-6] 권역별 의료기관 네트워크	70
[그림 4-1] 노인성 질환자의 의료비 추이	76
[그림 4-2] 노인케어를 위한 주요 요소	77
[그림 4-3] 노인의 연속적 질환 관리 흐름도	89
[그림 4-4] 급성기병원에서 아급성, 장기요양으로의 연속적 케어 이동경로	90
[그림 4-5] 호주의 GEM 모형	91
[그림 4-6] 한국형 아급성 모형(안)	92
[그림 4-7] 퇴원환자 관리를 위한 병원 및 지역사회 팀의 서비스 전달	93
[그림 4-8] 아급성서비스 허브의 역할	94
[그림 4-9] 의사결정 매트릭스	94

Abstract <<

Improving the Sustainability of Healthcare Delivery in Line with NHI Coverage Enhancement

This study suggests several changes to make the Korean healthcare delivery system more sustainable and to better align it with the on-going plan of enhancing NHI coverage for the four major diseases.

If implemented in the current form the coverage enhancement will lead to a structural over-concentration of patients in the "Big5" general hospitals. In this regard, the provider-oriented healthcare delivery system needs to be more patient-oriented. The process of the systemic reorganization should involve, on the one hand, improvement of chronic disease management via regional healthcare cooperative networks, and on the other, establishment of sub-acute healthcare delivery system.

The over-concentration of patients around the Big5 hospitals is evidence of how irrational the current healthcare delivery system is. A multidimensional policy kit is needed to change the public's unconditional preference for big and high-tech hospitals to informed preference for efficient services that meet their medical needs.



1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 4대 중증 보장성 강화 계획과 연계한 의료체계의 개편 방향을 제안하고, 이를 추진하기 위한 주요 변화 요소를 제안하는 것임.

2. 주요 연구결과

현 상태의 보장성 강화는 Big5 상급종합병원으로의 환자쏠림을 고착화시킬 것임. 부적절한 환자 쏠림을 관리하기 위해서는 서비스 중심에서 환자 중심으로 의료제공체계의 개편이 필요함. 의료제공체계의 개편은 인구구조와 질병부담 등 의료 환경 변화에 대응하기 위해 기존의 의료제공체계를 보강하는 측면에서 점진적으로 진행되어야 함. 개편의 주요 요소로서 지역사회 의료협력네트워크를 기반으로 중증화를 예방하기 위한 만성질환 관리체계의 강화와 아급성 의료서비스 제공체계의 새로운 구축이 필요함.

3. 결론 및 시사점

환자쏠림은 의료체계의 불합리한 작동의 결과를 보여주는 현상임. 의료제공체계의 개편은 자신에게 맞는 서비스의 연계를 선호하도록 환자의 인식을 변화시키기 위한 다차원적인 정책 킷의 시행을 기반으로 해야 함.

*주요용어: 보장성 강화, 의료제공체계, 환자쏠림





제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 주요 연구 내용

제3절 연구방법

제4절 기대효과



제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 배경 및 필요성

- 4대 중증질환(암·심장·뇌혈관·희귀난치성 질환)에 대한 보장성 강화 정책이 국정과제로 추진되고 있음.
- 2013년 6월 25일, 보건복지부는 4대 중증질환에 대해 2016년까지 환자의 평균 의료비부담(건보 법정본인부담+비급여부담)을 현재보다 40%이상 감소시키고 건강보험 보장률이 80%를 넘도록 하는 보장성 강화 계획을 발표함(보건복지부, 2013).
- 보장성 강화 계획은 4대 중증질환 치료에 꼭 필요한 처치와 약제 등에 대해 2016년까지 건강보험 서비스로 급여하는 ‘필수의료 확대’, 사회적 수요가 큰 최신 의료서비스 등의 비필수적 의료서비스를 건강보험에서 일부 비용을 지원하는 ‘비필수적 의료 건강보험일부적용’, 미용, 성형 등 치료와 무관한 서비스는 ‘비급여 유지’의 세 가지 원칙을 통해 추진됨.
- 4대 중증질환 보장성 강화 정책을 추진함에 있어서 단기적으로 의료체계에 미치는 부적절한 영향에 대응하고 중·장기적으로 건강보험 전반의 보장성 향상을 위한 바람직한 의료체계의 개편 방향을 준비할 필요가 있음.
- 중증 질환자의 특성상 본인부담 감소는 의료수요의 가격 탄력성

8 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

을 감소시켜 첨단 기술의 검사와 장비를 기반으로 명성 있는 의사의 수술 서비스가 제공되는 대형병원에 대한 선호를 증가시킬 수 있음(Dranove and Satterthwaite, 1992).

- 의료기관 또한 가격에는 비탄력적이지만 의료에 질에 민감한 환자를 유인하기 위하여 고가장비 도입과 고가서비스 개발을 확대함으로써 국가적으로 불필요한 자원 투자와 지출의 비효율을 증가시킬 수 있음(Kolstad & Kowalski, 2012).
- 특히, 현재 원가보전율이 상대적으로 높은 검사 부분에 대한 급여 전환이 이루어졌을 때 우려되는 진료행태의 변화(수익보전을 위한 지속적 환자 쏠림 유도, 급여서비스에 대한 진료량 증가 등)는 낭비적 지출을 증가시킬 수 있음.
- 이러한 부정적 요인들에도 불구하고 의료 수요와 의료 제공에 대한 정책적 개입을 통해 적절한 수준으로 의료의 강도와 비용을 증가시키거나 감소시킬 수 있음(Kolstad & Kowalski, 2012).
- 보장되는 서비스의 확대를 통해 환자의 직접 비용 부담을 완화시키지만, 대상 자격, 의료제공 절차 등에 대한 규정을 통해 기대되는 부정적 효과를 상쇄시킬 수 있음.
- 건강보험 제도에 참여하는 전체 의료공급자의 역할과 기능의 효율적 조화를 유도할 수 있는 시스템적 개편이 필요함.
- 최근 미국의 의료개혁은 환자 중심의 의료서비스 제공을 위한 의료전달체계의 개편이 핵심이 되고 있음. 즉, 환자 중심의 연속적인 진료경로, 이를 위한 환자의 합리적 선택과 의사의 협력네트워크가 다양한 방식으로 검토되고 있음.

- 지속적인 보장성 강화로 인한 불필요한 낭비적 지출을 방지하고 의료시스템의 질 향상을 유도하기 위한 중점 추진 과제와 방향 설정이 필요함.
- 아울러, 국민이 체감할 수 있는 보장성 강화를 위해 제도적인 측면에서 검토되고 있는 3대 비급여(선택진료료, 상급병실료, 간병료)의 급여 전환에 대해 이해관계자의 참여를 통한 제도 개선 추진을 위한 준비 자료가 필요함.

2. 연구의 목적

- 본 연구는 복지부「국민행복 의료보장추진본부」의 4대 중증 보장성 강화 계획과 연계한 의료체계의 개편 방향을 제안하고, 이를 추진하기 위한 주요 변화 요소로서 비급여의 급여 전환이 의료체계에 미치는 영향을 검토하는 것임.
- 이를 위해 관련 정책 추진에 대한 사회적 우려와 전반적인 의료체계의 가치(value) 지향 접근을 반영하고자 3가지 주제를 선정하여 의료체계 개편 방향을 검토하고, 제도개선이 추진되는 3대 비급여의 급여화가 의료체계에 미치는 영향을 검토함.
- 이 과제의 세부 목적은 다음과 같음.
 - 첫째, 보장성 강화 이후 환자 부담 인하로 인한 대형병원 환자 쏠림 문제의 심화를 예측하고 대응방안으로써 의료체계 개편방향을 검토함.
 - 둘째, 중증화 예방을 위한 만성질환 관리 대책 마련을 위한 의료

체계 개편방향을 검토함.

- 셋째, 중증 환자의 아급성기 의료공급체계 설계를 위한 의료체계 개편 방향을 검토함.
- 넷째, 국민이 체감할 수 있는 의료비 부담의 완화를 위한 3대 비급여의 급여화가 의료체계에 미치는 영향을 검토함

제2절 주요 연구 내용

1. 보장성 강화에 따른 상급병원 환자 쏠림의 예측과 대응

□ 수도권 상급병원 환자 쏠림 현상 진단

- 건강보험 통계 자료 분석과 관련 논문 검토를 통해 외래 진료에서 환자의 상급병원 선호 현상을 진단함.
- 종별 외래진료비 점유율, 지역별 관외 이용률의 비교, 초대형병원으로의 환자 집중도, 중증 환자의 상급종합병원 의존도 분석과 관련 연구 결과를 활용하여 환자쏠림 현상을 진단하고 보장성 강화 이후 변화를 예측함.

□ 보장성 강화 정책이 환자 쏠림에 미치는 영향 분석

- 선행연구에서 분석한 보장성 강화가 의료이용 및 공급에 미치는 영향을 검토함.
- 기존 중증질환자에 대한 산정특례제도 시행 이후 건강보험 진료 실적 자료 분석과 관련 연구 결과를 활용하여 보장성 강화 정책 이후 환자 쏠림의 심화 가능성을 예측함.

□ 부적절한 환자 쓸림의 문제 정의

- 환자쓸림을 의학적 쓸림과 부적절한 쓸림으로 구분하고 부적절한 쓸림의 관리 대상을 구체화하기 위해 문제 있는 의료이용 행태를 유형화 함.

□ 부적절한 환자 쓸림 해소를 위한 의료제공체계 개편 방향 제시

- 보장성 강화는 지출의 지속가능성에 대한 경제적 문제와 편익 없는 서비스 제공의 윤리적 문제를 부각시켜 의료체계 개편의 필요성을 증가시킬 것임.
- 의료체계의 근본적 개편은 상당한 사회적 비용을 수반하므로 점진적인 개편 추진이 바람직함.
- 부적절한 상급종합병원 환자쓸림 현상을 해소하기 위해서는 의료제공체계의 질 향상과 환자의 선택권을 보장하는 지원체계가 동시에 충족되어야 함.
- 환자쓸림 문제와 관련된 의료제공체계의 핵심 문제를 진단하고 부적절한 환자쓸림 현상을 해소하기 위한 개편의 방향을 제시하는 다차원적 정책 킷(kit)을 제시함.

2. 중증화 예방을 위한 만성질환 관리 대책

□ 중증화 예방을 위한 만성질환 관리에 있어서 문제점 진단

- 전반적인 건강수준은 선진국 평균 수준에 도달하였으나 개인별 만성질환관리체계가 미흡하여 이로 인한 의료이용 증가 등 문제점 진단

12 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

- 만성질환 관리체계와 예방관리체계의 부재의 문제점 진단
- 만성질환 관리체계 구축을 위한 그간의 논의 검토
 - 우리나라 만성질환관리는 2000년 보건소 중심의 고혈압·당뇨 관리 사업으로 시작되었음. 기초자치단체 모형의 고혈압·당뇨관리 사업 평가
 - 2012년 4월부터 시행된 의원급 만성질환관리제 성과인센티브 사업 평가
 - 국가 심뇌혈과 종합대책 등 만성질환 관리를 위한 국가적 관리사업 현황 평가
 - 건강관리의사제도에 대한 평가
- 중증화를 예방하기 위한 만성질환 관리 방향 제시
 - 대책 마련을 위해 완전히 새로운 틀로의 접근보다는 정부에서 활용할 수 있는 기존의 수단과 방법 내에서 재설계하는 안을 제시
 - 질병 발병 시에는 급성기 치료 위주의 의료가 제공되나, 이후에는 치료보다는 관리 및 중증화 예방 위주의 의료 제공이 중요함.
 - 암환자나 심뇌혈관 질환자의 경우 수도권 상급종합병원에서 급성기 치료를 받은 후에 지역 내 관리가 가능한 인프라가 이미 구축되어 있으므로 회송시스템이 작동 가능함.
 - 권역별로 지정된 지역암센터 및 심뇌혈관센터, 지역별 보건기관, 지역 거점의료기관 등을 활용한 권역 의료기관 네트워크 구성에 대한 방안 제시

3. 중증 환자의 아급성기 의료공급체계 설계

- 아급성기 의료공급체계 설계의 필요성 분석
 - 고령화가 급속히 진행되는 인구구조의 변화와 만성질환의 증가는 급성기 치료이후 만성화 이전 단계(아급성기)의 의료수요를 증가시킬 것임.

- 아급성기 서비스의 개념화
 - 급성기 치료와 장기요양은 우리나라 의료서비스를 전달하는 주요한 두 축이 되고 있음.
 - 그러나 급성질환 수준의 치료강도가 요구되지만 합병증과 장애의 이유로 긴 치료기간이 요구되는 환자들의 욕구를 충족시키기에는 서비스에 빈틈(gap)이 존재함.
 - 두 프로그램의 중간 단계에 놓이는 프로그램을 고안함으로써 서비스 제공의 빈틈(gap)을 제거할 필요가 있음.
 - 의료 전달 체계는 급성(acute)치료, 아급성(sub-acute) 치료, 장기요양(long-term care)의 세 가지 체계로 분류하고, 적절한 자원 배치와 서비스 제공이 이루어지도록 설계할 필요가 있음.

- 아급성기 치료에 대한 외국 현황
 - 호주 빅토리아 주 Health Independence Program 검토
 - 미국 캘리포니아주의 아급성기 진료 프로그램 검토

- 아급성 서비스 제공 모델(안)과 전략 과제 제시
 - 급성기 치료 후 아급성, 장기요양으로의 연속적 케어 이동경로 분

14 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

석을 통해 한국형 아급성 모형(안) 제시

- 한국형 아급성 모형 구축을 위해 필요한 인프라로서 퇴원환자 관리 제도 도입, 환자 중심의 아급성 서비스 제공을 위한 허브 구축, 일반 병원을 아급성기 병원으로 전환을 유도하는 등의 전략과제 제시

4. 3대 비급여의 급여화가 의료체계에 미치는 영향에 대한 FGI

- 정부가 추진하고 있는 4대 중증질환 보장성 강화와 관련하여 의학 적 필요가 있는 비급여 항목의 급여화에 따른 영향 검토가 필요
- 고가항암제, 급여기준을 벗어난 비급여 항목 등 『국민행복의료보장 추진본부』에서 검토되어질 항목들이 향후 의료체계에 미칠 영향에 대한 예측과 검토가 요구됨.
- 보장성 강화의 일환으로 4대 중증질환 이외의 의학적 필요가 있는 필수의료에 대한 급여화와 연계하여 ‘필수의료’에 대한 관련 전문가 들의 의견을 검토할 필요가 있음.
- 주요 이해관계자인 환자단체와 공급자단체를 구분하여 관련 면접조 사를 실시함.
 - 보장성 강화 계필수의료로 선정된 비급여의 급여항목이 의료현장 등 전반적인 의료체계에 미칠 수 있는 영향 분석 ex)진료량 증가 등 진료행태변화, 급여수가 조정 등
 - 비급여 항목 급여 전환, 급여기준 확대 등 4대 중증질환 이외의 ‘필수의료’항목 선정 기준에 대한 검토

제3절 연구방법

□ 문헌 연구

- 기존에 연구되었던 관련 보고서 및 논문들을 검토하여 각 주제별 개편방향 설정에 활용
- 아울러, 주요 외국의 의료개혁 사례 및 성과를 보고한 논문을 검토하여 국내 의료체계 개편방향 설정에 활용

□ 2차 자료 분석

- 보건의료 및 건강보험 통계자료 분석을 통해 문제의 진단과 변화 방향의 필요성을 제시하는 근거로 활용

□ 의료체계 개선 운영기획단 설치·운영

- 보사연에 내부 연구진과 외부 전문가가 참여하는 「의료체계 개선 운영기획단」을 설치·운영하고 복지부 의료체계개선팀과 정기적으로 협의

□ 초점집단면접조사(Focus Group Interview, FGI)

- 보장성 강화를 위한 3대비급여의 급여화에 따른 입장과 영향예측에 대하여 주요 이해관계자인 환자집단과 공급자단체를 구분하여 FGI를 시행함.

제4절 기대효과

- 건강보험 전반의 보장성 강화를 지속하기 위한 의료체계의 변화 방향과 단계적 실행 방안 제시
- 보건복지부 보건의료체계 개편 정책 수립의 근거 제공
- 4대 중증 질환의 치료 중심 급여에서 예방과 재활 중심의 연속적 급여 체계로의 전환을 추진하는 핵심 과제와 방향 제공



제2장 보장성 강화에 따른 상급병원 환자 쏟림의 예측과 대응*

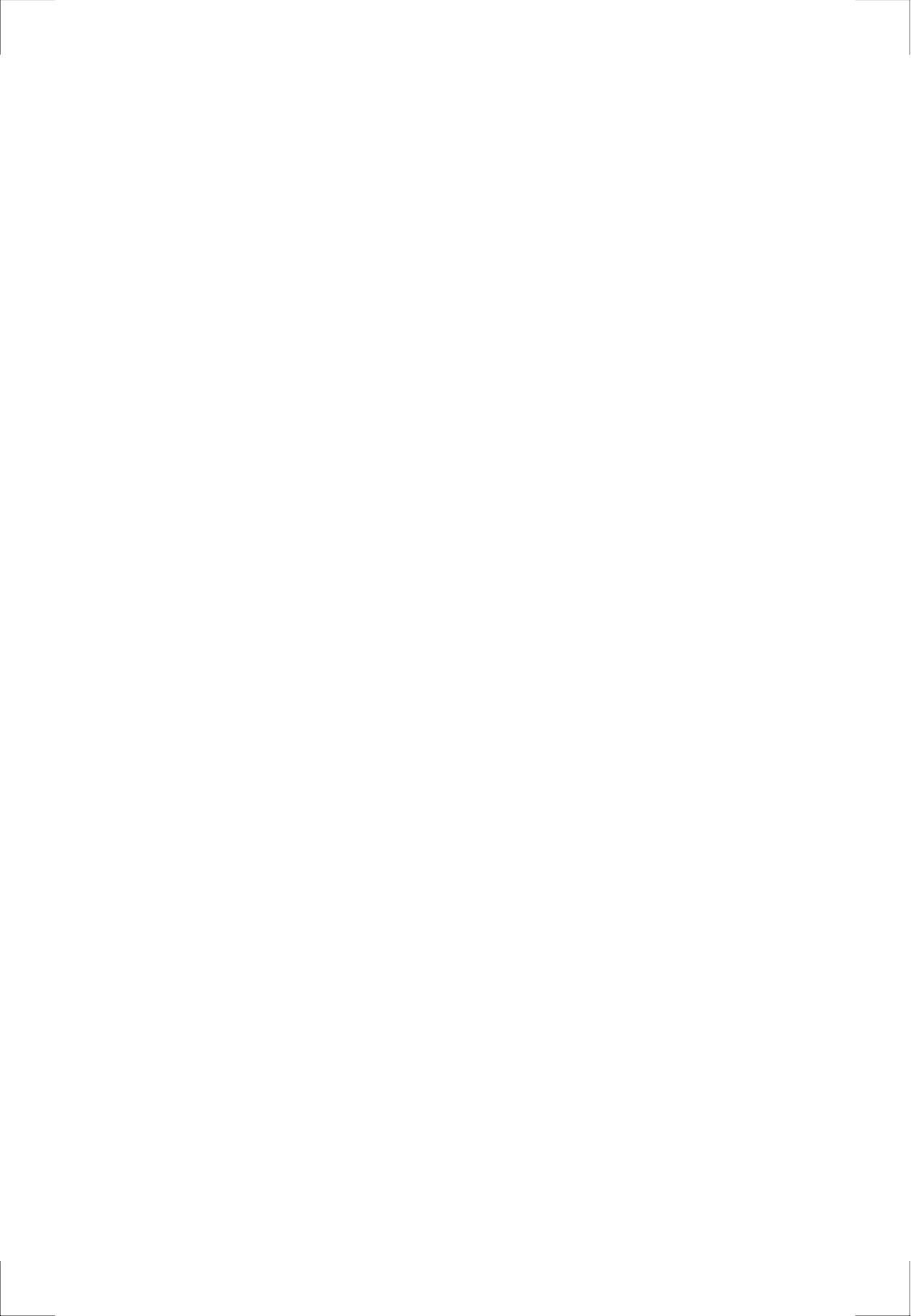
제1절 수도권 상급종합병원으로의 환자 쏠림 진단

제2절 보장성 강화 정책이 환자 쏠림에 미치는 영향

제3절 부적절한 상급종합병원 환자 쏠림에 대한 대응 방향

제4절 부적절한 환자 쏠림 해소를 위한 정책킷(kit)

* 강희정 한국보건사회연구원 연구위원



2

보장성 강화에 따른 상급종합병원 << 환자 쏠림의 예측 대응

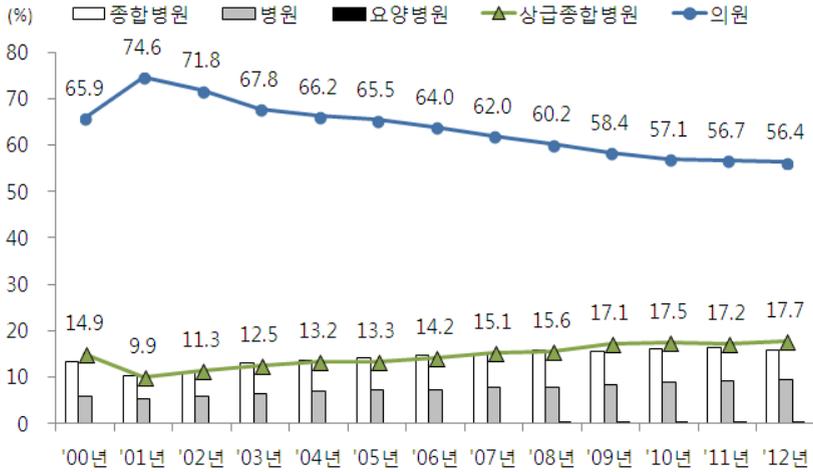
제1절 수도권 상급종합병원으로의 환자 쏠림 진단

1. 건강보험 외래진료에서 상급종합병원 이용 선호

- 지난 12년 동안 의원과 상급종합병원의 외래진료비 점유율이 최고, 최저에 있었던 2001년부터 2012년까지 의원은 74.6%에서 56.4%로 18.2%포인트 감소, 상급종합병원은 9.9%에서 17.7%로 7.8%포인트 증가함[그림 2-1].
 - 고가의 진료비를 부담해야 하는 상급종합병원 또는 종합병원에서의 외래이용 증가
 - 환자가 큰 제약 없이 의료공급자를 선택할 수 있는 건강보험에서 상급종합병원의 외래 실적 증가는 환자의 중증도와 관계없이 상급종합병원에 대한 환자 선호가 증가하고 있음을 보여줌.
- 하지만, 2010년 이후 종별 외래 진료비 점유율은 큰 변화 없이 유지되고 있음. 이는 두 가지 가능성을 보여줌.
 - 2010년부터 의료기관 기능 재정립 정책의 시행 효과이거나,
 - 상급종합병원의 외래 환자 수용능력이 이미 포화상태에 이른 것일 수 있음.

20 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

[그림 2-1] 건강보험 외래 진료비에서 종별 점유율의 연도별 변화



자료: 각 연도별 요양급여실적('00~'03년 심병원 DW통계, '04~'11년 연도별 건강보험통계, '12년은 건강보험공단의 '12년 주요급여실적 자료('13년 5월기준)를 사용)

□ 한편, 연도별 외래 진료 실적에서 종별 비중의 변화는 의원에서만 감소 추세를 보임<표 2-1>. 단순히, 상급종합병원과의 관계가 아니라 병원급 의료기관에 대비한 의원의 외래 기능 저하로 보임.

○ '04년부터 '12년까지 외래 내원일수에서 종별 비중의 변화를 보면,

- 상급종합병원은 4.0%에서 5.3%로 증가
- 종합병원은 6.8%에서 7.9%로 증가
- 병원은 5.5%에서 8.5%로 증가
- 의원은 83.7%에서 77.9%로 감소

○ '04년부터 '12년까지 외래 진료비에서 종별 비중의 변화를 보면,

- 상급종합병원은 13.2%에서 17.7%로 증가
- 종합병원은 13.6%에서 15.8%로 증가

- 병원은 7.0%에서 9.5%로 증가
- 의원은 66.2%에서 56.4%로 감소

〈표 2-1〉 종별 연도별 외래 진료 실적 비중(%)의 변화

외래 진료 실적		연도								
유형	종별	'04년	'05년	'06년	'07년	'08년	'09년	'10년	'11년	'12년
내원 일수	상급종합병원	4.0	3.9	4.0	4.1	4.2	4.9	5.2	5.1	5.3
	종합병원	6.8	6.8	6.9	7.1	7.6	7.5	7.8	8.0	7.9
	병원	5.5	5.7	5.9	6.5	6.6	7.1	7.6	8.1	8.5
	요양병원					0.4	0.5	0.4	0.4	0.4
	의원	83.7	83.6	83.3	82.3	81.2	80.0	78.9	78.3	77.9
	소계	100	100	100	100	100	100	100	100	100
진료비	상급종합병원	13.2	13.3	14.2	15.1	15.6	17.1	17.5	17.2	17.7
	종합병원	13.6	14.1	14.6	15.0	15.9	15.6	16.1	16.4	15.8
	병원	7.0	7.2	7.3	7.9	7.8	8.4	8.9	9.2	9.5
	요양병원					0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
	의원	66.2	65.5	64.0	62.0	60.2	58.4	57.1	56.7	56.4
	소계	100	100	100	100	100	100	100	100	100

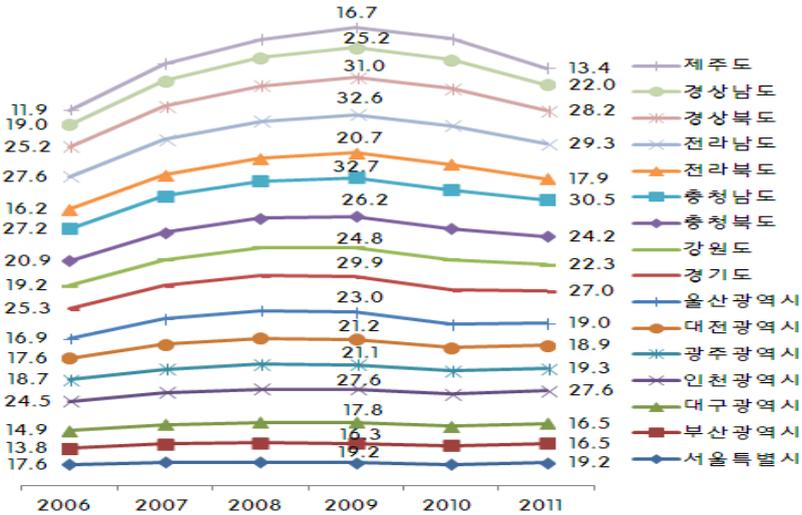
자료: 각 연도별 요양급여실적('00~'03년 심평원 DW통계, '04~'11년 연도별 건강보험통계, '12년은 건강보험공단의 '12년 주요급여실적 자료('13년 5월기준)를 사용)

2. 지역별 관외 의료 이용율의 변화

- 지역별 외래이용 실 환자 수에서 관외 이용률은 2011년 현재, 전반적으로 2006년 보다 높은 수준이지만 2009년 이후 최근까지는 감소 추세를 보이고 있음[그림 2-2].
- 2011년 기준으로 외래서비스 실수진자에서 관외이용비율은 충청남도가 30.5%로 가장 높았으며, 다음으로 전라남도, 경상북도, 인천광역시, 경기도 순서였음.

22 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

[그림 2-2] 지역별 외래 실환자수에서 관외이용비율(%)의 연도별 변화



자료: 각 연도별 국민건강보험공단 관내 및 관외 진료실적 통계

□ 입원서비스에 대한 관외 이용률은 2009년 이후 최근 연도까지 감소세가 더욱 두드러짐[그림 2-3].

□ 2011년 기준으로 입원서비스 실 환자수에서 관외이용률은 충청남도가 37.9%로 가장 높았고 경상북도(35.2%), 전라남도(31.3%)의 순서였음.

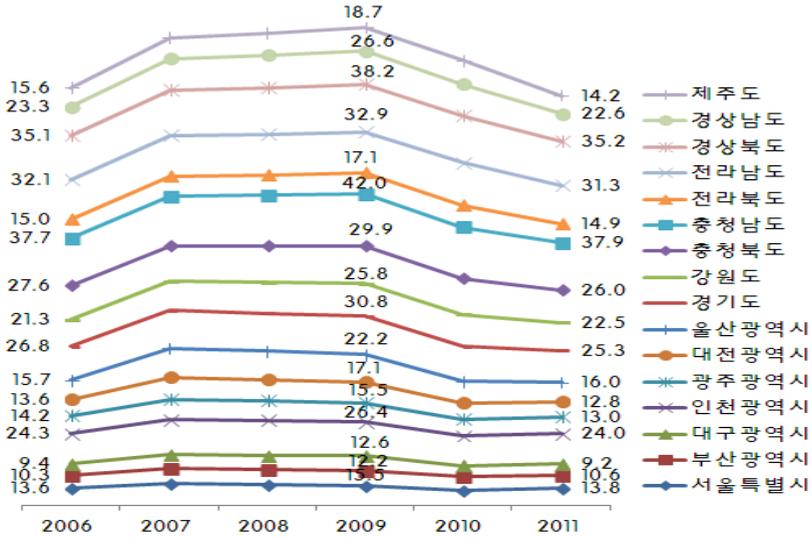
○ 입원서비스 관외이용률은 지역별로 최소 9.2%에서 최대 37.9%의 범위로 외래서비스에 비해 지역 간 변이가 컸음.

□ 또한 수도권 및 대도시 지역에서 상대적으로 실수진자에서 관외 이용률이 기타지역에 비해 낮았음.

○ 최근에는 기타 지역에서 관외 이용률이 낮아지면서 수도권과의

격차가 감소하고 있음.

[그림 2-3] 지역별 입원 실현자수에서 관외이용비율(%)의 연도별 변화



자료: 각 연도별 국민건강보험공단 관내 및 관외 진료실적 통계

□ 한편, 건강보험공단(2010)의 연구에 의하면, 관내 상급종합병원 수가 증가할수록 관내 이용률이 증가함으로 보여주고 있음. 이는 단순히 수도권 및 대도시 의료기관을 선호하기 보다는 고도 서비스를 제공하는 대형 상급종합병원에 대한 선호가 클 수 있음을 보여줌.

○ 경기도의 경우 2006년부터 2008년까지 상급종합병원이 하나였으며, 2009년 5개로 확대되기 전까지 관내 이용률이 최저수준(각 연도별 외래 15.5%, 15.3%, 15.4%, 입원 17.4%, 16.5%, 15.4%)이었음. 그러나 상급종합병원 수가 확대된 2009년부터 관내이용률이 외래 37.0%, 입원 34.4%로 2배 이상 증가하였음.

24 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

〈표 2-2〉 지역별 상급종합병원 분포와 관내 이용률(%)의 변화

환자 거주 지역	상급종합병원(개)		2006			2007			2008			2009		
	'06~'08	'09	외래	입원	전체	외래	입원	전체	외래	입원	전체	외래	입원	전체
서울	20	17	98.2 (최고)	97.4 (최고)	97.7 (최고)	96.7 (최고)	95.1 (최고)	95.8 (최고)	95.8 (최고)	93.9 (최고)	94.6 (최고)	93.3 (최고)	91.0 (최고)	92.0 (최고)
부산	4	4	85.3	83.0	83.7	84.0	81.3	82.1	81.8	80.2	80.7	80.1	78.2	78.8
대구	4	4	90.7	87.6	88.7	89.9	86.2	87.5	89.0	84.9	86.4	88.6	84.3	85.9
인천	2	2	70.1	71.3	70.9	67.6	67.6	67.6	65.5	65.3	65.4	60.8	57.3	58.6
광주	2	2	76.6	74.0	74.9	75.9	73.4	74.3	75.3	72.5	73.5	74.7	69.0	71.0
대전	2	2	75.9	76.4	76.2	72.7	72.9	72.8	71.2	70.8	70.9	70.9	69.1	69.8
울산	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
경기	1	5	15.5 (최저)	17.4 (최저)	16.7 (최저)	15.3 (최저)	16.5 (최저)	16.0 (최저)	15.2 (최저)	15.4 (최저)	15.3 (최저)	37.0	34.4	35.4
강원	2	2	56.8	56.9	56.9	55.6	56.9	56.5	55.2	55.1	55.1	54.0	52.9	53.2
충북	1	1	43.7	30.8	31.8	34.0	31.5	32.3	33.3	30.8	31.6	34.7	29.8	31.5
충남	2	2	41.0	42.3	41.9	41.7	43.6	43.1	42.2	43.9	43.4	40.7	42.2	41.7
전북	2	2	70.1	69.1	69.4	71.0	69.8	70.2	72.3	71.4	71.7	72.0	69.4	70.3
전남	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
경북	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
경남	1	1	26.0	28.3	27.7	25.5	28.1	27.3	25.3	27.0	26.5	25.2 (최저)	26.0 (최저)	25.8 (최저)
제주	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

자료: 박일수, 이동현. 건강보험 자료를 활용한 지역별 의료이용 실태 분석. 건강보험공단, 2010.

3. Big5 상급종합병원으로의 환자 쏠림

- 2012년 상반기 기준, 상급종합병원으로 지급한 외래 급여비 중 40.5%가 BIG5 상급종합병원에 지급됨.
- 전체 의료기관에 지급한 요양급여비 중 5.3% 수준
- 외래서비스에서 Big5 상급종합병원 점유율은 2005년 3.5%에서 2009년 5.1%으로 크게 증가했으나 이후 큰 변화 없이 비슷한 수준을 유지하고 있음.

- 5년간 BIG5 상급종합병원에 지급한 요양급여비 연평균 증가율은 18.7%('05년 대비)
- 진료형태별 연평균 증가율은 입원 18.4%, 외래 19.2%
 - 같은 기간 의과 의료기관 진료비에서 연평균 증가율은 입원 17.7%, 외래 10.2%와 비교해 높은 수준
 - 특히, 외래 급여비에서 Big5 상급종합병원의 연평균 증가율이 크게 높음. 2012년 상반기 점유율이 다소 감소했지만, 여전히 큰 비중을 차지하고 있음.

〈표 2-3〉 BIG5 상급종합병원의 진료실적 비중의 변화

구 분		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011. 상반기	2012. 상반기	
BIG5 요양급여비 (억 원)	계	8,409	10,685	12,803	14,070	16,436	19,791	9,909	10,166	
	입원	5,719	7,167	8,470	9,256	10,734	13,326	6,393	6,509	
	외래	2,690	3,518	4,333	4,813	5,702	6,465	3,516	3,657	
BIG5 점유율 (%)	전 체 의료기관 대비	계	6.5	7.1	7.3	7.5	7.8	8.2	8.0	7.6
		입원	10.8	11.1	10.4	10.6	10.8	11.3	10.5	9.9
		외래	3.5	4.1	4.6	4.8	5.1	5.2	5.5	5.3
	상 급 종합병원 대비	계	33.4	34.3	34.3	35.1	34.8	35.9	36.3	35.1
		입원	30.7	31.6	31.3	32.5	32.4	33.9	33.8	32.6
		외래	41.3	41.4	42.4	41.7	40.3	40.9	43.3	40.5

주: 의료기관은 약국 제외한 요양기관임

자료: 국민건강보험공단, 2012년 상반기 건강보험주요통계, 2013.5

- 중증 입원환자 치료에 있어서도 Big5 의존도가 지속적으로 증가하고 있음.
- 종합병원급 이상의 입원진료비를 전문진료질병군과 단순진료질병군으로 구분하고 Big5 상급종합병원, 상급종합병원, 종합병원의 점유율로 세분하여 연도별로 비교한 결과, 상급종합병원의 점유율

26 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

은 2007년에서 2010까지 71.3%에서 70.4%로 감소했지만, Big5 상급종합병원은 24.5%에서 26.0%로 점유율이 증가하고 있음.

〈표 2-4〉 2007-2010 종합병원 규모별 입원 중증환자 분담률

	2007		2008		2009		2010	
	전문	단순	전문	단순	전문	단순	전문	단순
상급종합병원 상위 5개	24.5	6.6	24.6	6.6	25.8	6.6	26.0	6.3
상급종합병원 39개	46.7	32.2	46.5	31	45.3	30.2	44.4	28.6
상급종합병원 소계	71.3	38.8	71.0	37.6	71.1	36.8	70.4	34.9
종합병원 소계	28.7	61.2	29.0	62.4	28.9	63.2	29.6	65.1
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 박준선 외, 상급종합병원의 지정기준 개선을 위한 진료실태 조사 및 분석, 건강보험심사평가원, 2012
 전문: 전문진료 질병군, 단순: 단순진료질병군

4. 소결

- 2001년부터 2012년까지 전체 외래 내원일수, 진료비에서 고가의 진료비를 부담해야 하는 상급종합병원의 점유율이 증가하고 있음.
- 한편, 외래 진료실적의 연도별 변화에서 의원의 점유율만 감소하고 병원급 이상의 종별 점유율은 최근까지 모두 증가하고 있음.
 - 외래서비스 이용기관으로서 의원에 대한 환자 선호도가 낮아지고 있는 것으로 보임.
 - 외래서비스 진료비 비중에서 의원의 점유율 감소와는 달리, 상급종합병원 뿐 아니라 병원 전체의 비중이 증가하고 있음.
 - 환자의 의료이용 선택에 대한 정밀한 요인 분석이 필요하나, 최근 OECD가 Polyclinic으로의 변화를 제안한 바와 같이 지나치게

분화된 전문과목별 개원이 상대적으로 낮은 경쟁력의 원인 일 수 있음을 보여줌.

□ 2009년을 기점으로 지역별 관외 이용 환자 비율이 감소세로 전환되었고, 상급종합병원의 외래 진료비 점유율도 큰 변화 없이 유지되고 있음.

○ 상급종합병원의 외래 환자 수용능력이 이미 포화상태에 이른 것 일 수 있음.

- 건강보험자료를 분석한 연구 결과에 따르면, 2010년 종별 평균 병상이용률은 상급종합병원이 96%, 종합병원 80%, 병원 63%이었음(홍재석 외, 2011).

- 이 경우, 건강보험의 공식 통계에서 상급종합병원으로 환자 쏠림은 더 이상 심화되지 않을 수 있음.

□ 결과적으로, 수도권 상급종합병원 이용에 대한 환자의 선호가 감소하기 보다는 이들 병원의 수용능력 한계로 인해 2010년 이후 종별 간 점유율 분포의 변화가 정체되고 있는 것으로 보임.

□ 초대형(Big5) 상급종합병원으로의 환자 쏠림이 심각한 수준임.

○ 최근까지 상급종합병원의 외래 진료비 중 40%이상이 Big5병원으로 집중되고 있음.

○ 외래서비스에서 상급병원 전체의 점유율 변화 보다 Big 5 상급종합병원의 점유율 증가가 큼.

○ 고도의 효과적 서비스, 한 장소에서 여러 서비스 이용, 호텔과 같이 고급화된 서비스, 환자 편의성이 모두 충족된다는 측면에서 Big5 상급종합병원에 대한 환자 선호는 증가할 것으로 보임.

제2절 보장성 강화 정책이 환자 쏠림에 미치는 영향

1. 보장성 강화 정책의 기대 효과

- 정부는 4대 중증 질환을 대상으로 의료적 필요가 있는 비급여 의료 행위를 급여로 전환하고 대표적인 비급여 항목(선택 진료, 상급 병실료 차액, 간병비)에 대한 불필요한 부담을 완화시키기 위한 제도 개선을 동시에 추진하고 있음.
- 이러한 보장성 강화 정책은 의료서비스 이용에 대한 환자의 경제적 부담을 상당히 완화시켜줄 것으로 기대하고 있음.
 - 미충족 의료욕구(unmet need) 감소
 - 가계의 의료비 지출과 재난성 질환에 대한 경제적 위험 감소
 - 보장성 확대 질환의 생존률 개선

2. 선행 연구에서 보장성 강화가 의료이용 및 공급에 미치는 영향

- 보장성 강화는 고도·고급 서비스에 대한 환자의 비용부담을 완화시킴으로 환자의 도덕적 해이와 공급자의 유인수요가 작동하여 대형 병원으로 환자 쏠림을 심화시킬 수 있음.
 - 환자는 비용부담이 없어지게 됨에 따라, 의료에 질을 주요한 선택 기준으로 사용하게 되며, 의료기관은 환자 유인을 위해 고가장비 도입과 고가 서비스 개발을 확대함으로써 국가적으로 불필요한 자원 투자와 지출의 비효율을 증가시킬 수 있음(Kolstad & Kowalski, 2012).

○ 특히, 중증 질환자의 특성상 본인부담 감소는 의료이용에서 가격 부담을 감소시켜 첨단 기술의 검사와 장비를 기반으로 명성 있는 의사의 수술 서비스가 제공되는 대형병원에 대한 선호를 증가시킬 수 있음(Dranove and Satterthwaite, 1992).

□ 보장성 확대가 의료이용, 의료공급에 미치는 영향 유형

- 소비자의 의료이용 증가 (미충족 수요의 충족 / 과다 이용)
- 급여 확대 대상 의료서비스 공급 증가 (공급량 증가/공급자 증가)
- 새로운 비급여서비스 공급 증가

□ 환자, 의료공급자, 정부/보험자의 행태변화 예측에 있어서도 대형 병원 환자 쏠림은 심화될 요인이 많음.

○ 특히, 중증질환의 경우 진단확인을 위한 상급병원 이용 수요가 증가할 수 있음.

〈표 2-5〉 보장성 강화에 따른 영향과 대책

구분	장점	단점	행태변화	관련 대책
환자	-건강수준 향상 -비용부담 완화	-보험료 증가	-미충족서비스 이용 -고도/고급서비스 선호	-선택정보 확대 -care management
의료 공급자	-서비스 제공 대안 확대	-비급여 수입 감소(신기술 개발 저해) -질 향상 위한 투자 증가	-서비스 량 증가 -손실 보전 위한 서 비스 강도 확대 -비급여서비스 개발	-신기술 개발 지원 -공급자 제공량 통제 -비급여 통제 -질 향상 정책
보험자 /정부	-가입자 만족도 증가	-지출 증가	-의료체계 효율화 -과다 이용·공급 통제 강화	-수입 확대 대책 -의료제공체계 개편

3. 기존 중증질환 본인부담 지원 정책 후 이용실적 분석을 통한 예측

- 중증질환자는 상급병원 의존적인 이용행태를 보임<표 2-4>.
- 산정특례 대상 암환자의 비급여 본인부담금 지출의 종별 분포를 보면, 대상자 중 약 60%가 대부분 상급종합병원을 이용하고 있었음.

<표 2-6> 산정특례 암환자의 비급여 본인부담금 종별 분포

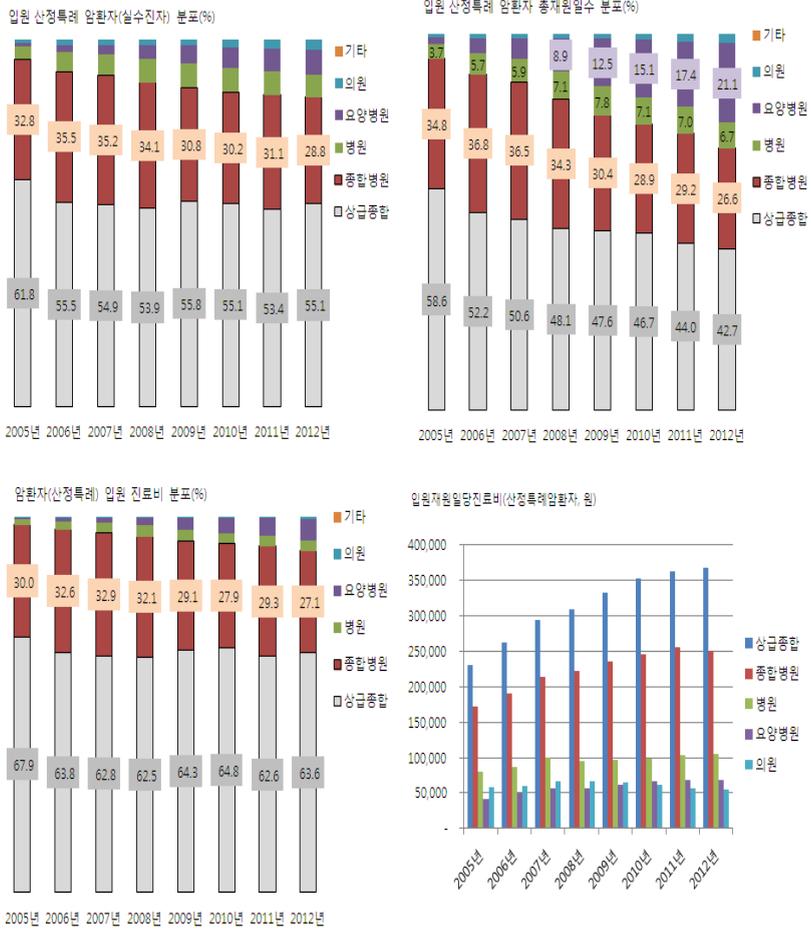
(단위: 억 원)

요양기관	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
상급종합	3,485(61.7)	3,608(57.8)	5,242(57.4)	6,941(60.8)	6,226(60)
종합병원	1,525(27)	1,780(28.5)	2,607(28.6)	2,781(24.4)	2,559(24.7)
병원	143(2.5)	177(2.8)	321(3.5)	488(4.3)	494(4.8)
의원 및 약국	496(8.8)	674(10.8)	956(10.5)	1208(10.6)	1101(10.6)
합계	5,649	6,240	9,125	11,418	10,381

출처: 이옥희 외. 건강보험 보장성 강화 이후 진료비 구성변화. 건강보험공단, 2012

- 산정특례 실적 자료에서도, 중증질환자의 치료에 대한 상급병원의 수용력은 포화상태로 보임[그림 2-6].
- 산정특례 암환자의 종별 이용분포를 보면, 연도별로 상급종합병원에서의 이용 환자 비중에서 변화가 없고 재원일수 비중은 감소하고 있음.
- 상급종합병원의 환자 수용력이 이미 포화 상태에 이르러 재원일수를 스스로 감소시키는 것으로 보임.
- 재원일수 감소와 반대로 재원일당 진료비가 높은 수준으로 매년 증가함으로써 입원진료수입 수준을 유지하고 있는 것이 이를 반증해줌.

[그림 2-4] 산정특례 암환자의 연도별(2005-2012) 진료실적



□ 비급여 감소 등 실질적인 비용부담 감소는 중증질환의 상급병원의 존도를 더욱 증가시킬 수 있음.

○ 기존의 산정특례 암환자의 경우, 급여비에 대한 본인부담은 완화되었으나 비급여 증가로 환자가 실제 부담하는 진료비 인하 효과

32 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

가 크지 않았을 것임<표 2-5>.

- 전체 질환에서 건강보험 보장률이 2006년 64.5%에서 2011년 63%로 감소한 이유는 비급여 증가(14.4%→17.0%) 때문임.
 - 암질환의 경우, 비급여본인부담율이 2006년 21.8%에서 2011년 22.6%로 증가함.
- 실질적 보장성 강화는 중증질환의 상급병원 선호를 상당히 증가시킬 것임.

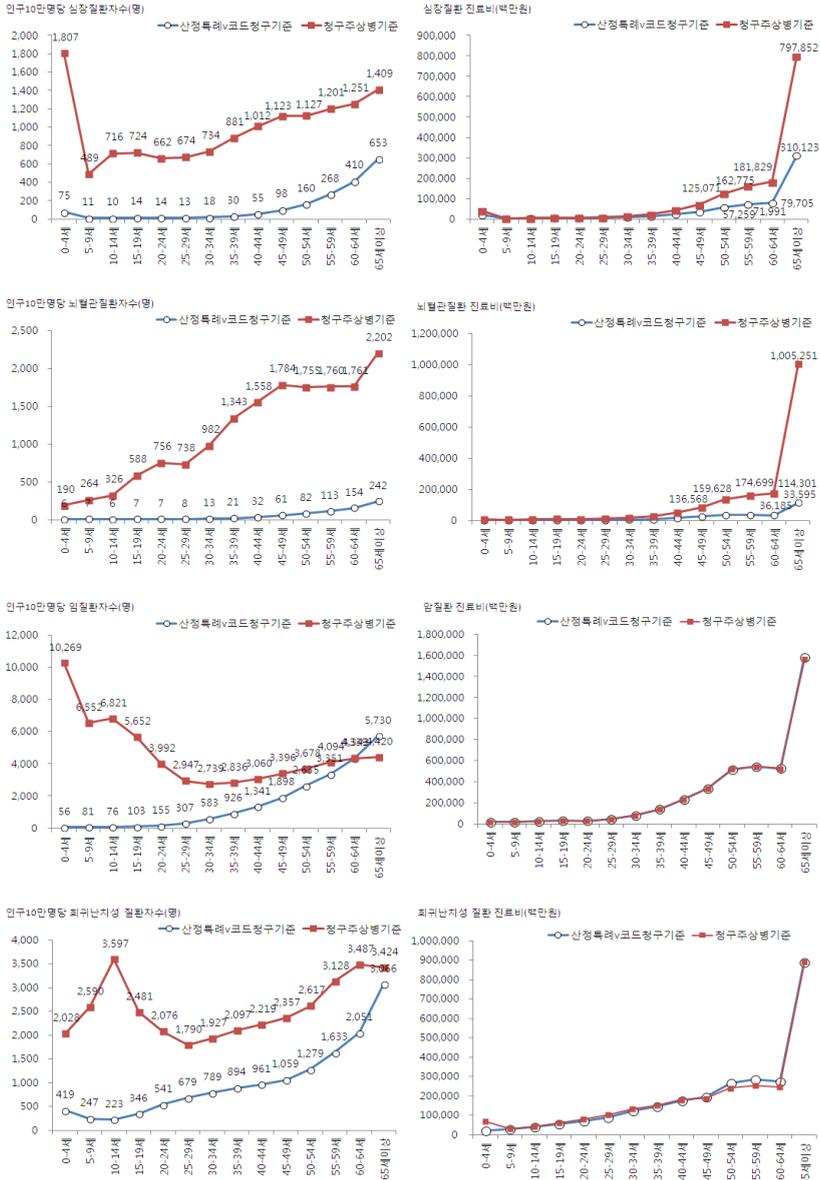
<표 2-7> 건강보험 보장률과 비급여본인부담율의 변화

구분	2006년			2007년			2008년			2009년			2010년			2011년		
	건강 보험 보장 률	법정 본인 부담 율	비 급 여 본 인 부 담 율															
암질환	67.7	10.5	21.8	70.5	9.5	20.0	66.9	9.7	23.4	67.4	7.3	25.3	70.4	8.3	21.3	70.7	6.7	22.6
희귀난치	70.1	19.9	10.0	71.1	19.5	9.4	66	17.7	16.3	79.1	11.5	9.4	74.6	13.7	11.7	82.6	9.3	8.2
뇌혈관질환	65.5	14.9	19.6	76.8	17.9	5.3	66.1	13.9	20	58.3	18.2	23.5	66.1	14.8	19.1	68.7	15.5	15.8
심장질환	69.3	11.3	19.4	77.2	15.6	7.2	68.9	11.3	19.8	65.8	11.9	22.3	69.2	10.9	19.9	66.1	11.6	22.3
전체질환	64.5	22.1	14.4	65	21.3	13.7	62.6	21.9	15.5	65	21.3	13.7	63.6	20.6	15.8	63.0	20	17.0

□ 비용부담으로 치료를 포기했던(미충족 의료) 중증질환자의 이용량 증가가 예측됨[그림 2-7].

- 4대 중증 질환별, 청구자료에서 주상병으로 추출한 환자수와 산정특례 등록 환자수를 비교한 결과, 진료비 규모는 같지만 주상병에 의한 환자수가 더 많아 치료 포기 환자의 존재 가능성을 보임.
- 심장질환의 경우, 모든 연령층에서 주상병 기준 환자수가 더 많았으나, 진료비는 비슷한 수준을 보였음.

[그림 2-5] 2011년 건강보험 청구자료에서 중증질환별 진료실적(주상병과 산정특례 코드 기준 추출 환자수와 진료비)



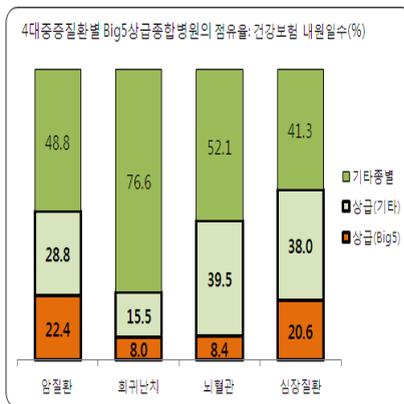
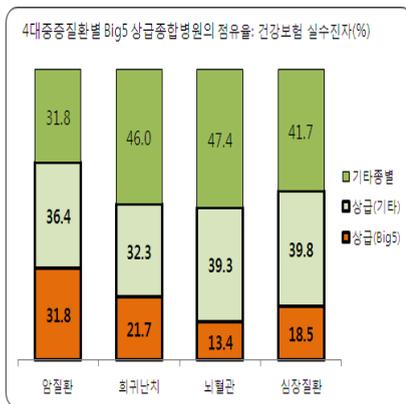
34 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

- 중증질환자의 Big5 상급종합병원 집중도가 높아 보장성 강화이후에도 선호도가 증가할 것으로 예측됨.
- 중증질환자들의 상급종합병원 이용 비중이 높았고 특히, Big5상급종합병원 의존도가 높았음.

〈표 2-8〉 4대 중증질환별 Big5상급종합병원의 진료 점유 현황

질환	요양기관 유형	실수진자(%)	내원일(%)	총진료비(%)	공단부담금(%)
암 질환	상급 소계	68.2	51.2	58.2	58.4
	상급(Big5)	31.8	22.4	27.4	27.6
	상급(기타)	36.4	28.8	30.7	30.8
	기타 소계	31.8	48.8	41.8	41.6
희귀난치	상급	54.0	23.4	32.9	33.1
	상급(Big5)	21.7	8.0	13.6	13.7
	상급(기타)	32.3	15.5	19.2	19.3
	기타	46.0	76.6	67.1	66.9
뇌혈관	상급 소계	52.6	47.9	54.4	54.5
	상급(Big5)	13.4	8.4	11.4	11.4
	상급(기타)	39.3	39.5	43.0	43.1
	기타 소계	47.4	52.1	45.6	45.5
심장질환	상급 소계	58.3	58.7	62.4	62.4
	상급(Big5)	18.5	20.6	23.4	23.4
	상급(기타)	39.8	38.0	39.0	39.1
	기타 소계	41.7	41.3	37.6	37.6

자료: 건강보험공단, 2011년 진료비 지급자료



4. 소결

- 현재 상급종합병원으로 쏠림은 이미 포화상태로 평가됨. 따라서 공식적 통계에서 쏠림이 심화되는 변화는 보이지 않을 수 있음.
- 상급병원은 환자 수용을 위해 자체적으로 재원일수 감소 등 효율성 제고 노력을 하고 있는 것으로 보임.
 - 상급종합병원은 병상가동률이 90%이상이며, 재원일수도 가장 짧음.
- 대부분의 상급종합병원은 자체적으로 의뢰와 회송을 위한 협력병원, 협진의원 체계를 운영하고 있음.
 - 삼성병원, 아산병원, 서울대병원, 연대세브란스병원, 연대세브란스 분당병원, 강남성모병원, 서울대분당병원은 이를 위한 조직을 운영하고 있으며, 이들 병원 간 정보 공유를 위해 협의체를 운영하고 있음.
- 하지만, 상급종합병원에 의존적인 이용행태를 보이는 중증질환자는 비용부담이 완화되면서, 첨단 기술의 검사와 장비를 기반으로 명성 있는 의사의 수술서비스가 제공되는 Big5상급종합병원에서의 치료를 더 희망할 수 있음.
- 상급종합병원의 수용능력 한계는 대기열의 문제를 초래할 것임.
- 의료제공체계 개편 없는 보장성 강화는 Big5상급종합병원으로의 환자 쏠림을 고착화 시킬 것임.
- 이들 병원에 대한 환자 선호의 증가는 대기열로 인한 불만을 가중시키고 대기가 완료될 때까지 전달체계상 중복진료로 인한 의

료 이용량을 증가시킬 수 있음.

- 특히, 4대 중증질환의 경우, 상급병원 이용 비중이 높고 BIG5 병원 선호도가 높음.
 - 선호적 측면에서, 그동안 고비용에 대한 부담으로 이용하지 못했던 첨단 기술의 치료 서비스를 독점하고 있는 BIG5 병원 이용에 대한 환자의 선호는 더욱 증가할 수밖에 없음.

제3절 부적절한 상급종합병원 환자 쏠림에 대한 대응 방향

1. 환자 쏠림 현상의 문제 정의

- 의학적 쏠림과 부적절한 쏠림으로 구분 필요
 - 의학적 쏠림은 의료적 필요에 의한 환자 집중
 - 의료체계의 효율성 측면에서 지역화가 어려워 일부 공급자나 기관으로 환자 집중을 유도할 수밖에 없는 분야
 - 예) 고가 기술 및 장비 투자가 필요한 중증 치료, 희귀질환 진단 등
 - 부적절한 쏠림은 의료적 필요성이 아닌 기타의 요인으로 이루어지며, 결과적으로 의료시스템에 비효율을 초래하는 쏠림
 - 대형병원 선호에 의한 불필요한 이용 증가
 - 예) 경증환자의 수도권 상급종합병원 이용
- 부적절한 쏠림의 관리 대상 규정과 행태의 유형화
 - 시스템의 효율성과 분포의 불균형 측면에서 정기적으로 관리 대

상 규정 필요

- 기존의 이용행태 분석을 통해서는 Big5 상급종합병원으로의 쏠림이 부각되었음.
- Big5 상급종합병원의 환자수용능력이 이미 포화상태임을 감안할 때, 보장성 강화 이후 미 충족 의료 이용이 전체 상급종합병원으로의 환자 쏠림을 심화시킬 수 있음.
- 기능적 차별성과 시스템의 비효율성 고려하여 상급종합병원으로의 부적절한 쏠림 관리
 - 중증 진료와 연구 중심으로의 기능 정립
 - 진료의뢰서 발급이 필요한 2차 기관으로서의 엄격성
 - 경증 치료에 대한 고가 진료비 부담의 비효율성 제거

○ 환자 쏠림으로 인한 행태 유형

- 문제 있는 쏠림은 다음의 두 가지 형태로 나타날 수 있음.
 - 경증 질환자의 선호적 상급종합병원 이용
 - 상급종합병원 중증 입원 치료 후 재원 기간 연장

□ 환자 쏠림은 환자의 선호와 의료제공체계의 비효율성이 결합해서 나타나는 현상임.

○ 따라서 부적절한 환자 쏠림의 해소를 위해서는 의료의 질과 효율성 즉, 가치를 높이는 방향으로 의료제공체계를 개편해야 함.

- 의료제공체계의 중·장기적 변화에 대비하여 환자의 무분별한 선호를 수용하는 공급자의 경제적 동기를 감소시키는 직접적 보완대책이 필요함.

- 의학적으로 필요한 중증질환자의 상급종합병원 이용이 적체 없이 효율적으로 순환되기 위해서는 환자의 부적절한 쏠림이 문제가 되는 상급종합병원을 중심으로
 - 사전적으로 경증 질환자의 중증화를 예방하며, 필요시 적절한 기관으로 환자를 의뢰하고,
 - 상급종합병원에서 급성 중증 치료 후 적절한 아급성 치료 기관으로 환자를 의뢰하는 의료기관간 진료 연계가 활성화되어야 함.

2. 의료제공체계의 점진적 개편

- 보장성 강화는 쏠림 현상의 심화 등 제공 체계의 비효율성을 부각시켜 이를 해소하기 위한 의료체계의 개편을 요구할 것임.
 - 지출의 지속가능성에 대한 경제적 문제
 - 행위별 수가제의 양적 증가를 유도하는 경제적 인센티브와 분절된 의료공급 시장의 존재가 좋은 진료와 근거 있는 의료의 확산을 저지할 것임.
 - 보장성 확대는 고비용 서비스에 대한 부담 완화와 더불어 관련 서비스의 수요를 증가시킴.
 - 편익 없는 서비스 제공에 대한 윤리적 문제
 - 의료기관의 경제적 이익을 위해 편익이 없거나 심지어 일부 환자에게 해를 끼칠 수 있는 서비스의 지속적 제공에 대한 윤리적 문제가 확산될 수 있음.

- 의료체계의 근본적 개편은 상당한 사회적 비용을 수반하므로 점진적인 개편 추진
 - 의료공급자 주도, 환자 중심, 가치기반의료 지향
 - 현재 의료제공체계상 중요한 접점에 대한 정책적 개입

- 의료제공체계 개편의 핵심 이슈는 환자중심으로 의료공급자간 분절된 의료서비스를 통합, 연계하는 환경의 조성임.
 - 현재, 환자 쏠림으로 발현되는 의료제공체계의 문제는 환자중심의 통합적 진료가 이루어지지 못하고 있다는 것임.
 - 특히, 건강보험의 주요 지불방식인 행위별 수가제는 환자 중심으로 통합적인 진료 제공에 대해 공급자에게 경제적 손실을 주며, 공급자의 수입 발생을 위해 환자의 참여를 필요로 하지 않음.

〈표 2-9〉 의료제공체계 개편의 주요 대상과 변화

구분	현재	변화방향
의료의 보편성	의료의 질에서 변이	의료의 질과 형평성 향상
의료의 연속성	분절(지난치 전문화)	통합
지불단위	행위량	치료결과
환자 참여	수동적	능동적

- 의료공급자간 협력 관계를 유도하기 위해서는 지불정책의 변화를 필요로 함.
 - 통합적 의료시스템의 필요성에 대한 오랜 개념적 논의를 끝내고 실행 단계로 진입하기 위한 중요한 요소 중 하나는 의료공급자간 관계의 설정임.

40 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

- 설정된 관계에 대한 운영 구조, 지불 방식에 따라 관계 (relation)의 수준은 협업(collaboration)과 통합 (integration) 단계로 발전할 수 있음.
- 조직화된 네트워크 확산은 증장기적으로 환자서비스구성을 최적화시키고 연속적 진료연계를 통해 좋은 질의 의료를 보장하게 됨.
 - 보다 조직화된 네트워크 형성으로의 전달체계 개혁은 지불개혁 없이 실행되기 어려움(Mechanic & Altman, 2009).
 - 현재 의사와 병원은 조직화된 네트워크를 설립하거나 이에 참여하고 싶은 동기가 거의 없음.
- 공급자간 협력 진료 동기와 지불정책 대안을 연계하여 검토함으로써 현 단계에서의 협력진료모형을 개발할 수 있을 것임.
 - 현행 행위별수가제도의 조정
 - 보다 중립적인 재정 인센티브를 갖도록 행위별 수가를 조정하는 것이 지역사회의 의료적 필요와 잘 연계된 투자를 장려하게 될 수 있음.
 - 상급종합병원에 대해 외래 진료수가 인하 대신 이에 상응하는 수술서비스 수가 인상 등 종별 기능에 따른 차별적 수가 조정
 - 성과지불제도(Pay for Performance, P4P)의 활용
 - 서비스 행위의 시행에 대한 보상이 아니라 사후적인 환자 결과에 대해 보상함으로써 의료인의 책임을 강화하면서 바람직한 행태 변화를 유도할 수 있음.
 - P4P는 수정된 행위별수가제 운영과 보다 통합된 모델의 운영을 위해 중요한 요소가 될 수 있음.

- 병원과 의원 등 공급자간 진료비를 묶는 에피소드 지불 (bundling payment)
 - 진료 에피소드는 동일한 질환으로 서로 분리된 여러 차례의 의료서비스 이용을 하나의 건으로 묶는 것임.
 - 환자는 같은 질환으로 같은 기관에서 여러 차례 서비스를 이용할 수 있고 다른 의료기관을 이용할 수도 있음.
 - Bundling은 병원, 의사, 기타 임상적 서비스를 하나의 지불액으로 묶는 것이기 때문에 기존의 입원 DRG보다 범위가 넓어지는 것임. 또한 병원 퇴원 후 30일까지 에피소드 기간을 연장함으로써 결과에 대한 책임을 증가시킴.
 - 에피소드 기반 지불은 불필요한 의사 및 보조적 서비스의 이용 감소, 효율적 자원 사용을 위한 경쟁, 합병증과 재입원의 감소 등을 기대할 수 있음.
 - 인두제와 같은 총액지불방식 채택
 - 등록된 환자 단위로 진료비를 지불하거나 이를 기반으로 총액을 설정하는 방식
- 지불정책의 대안은 다음의 4가지 기준으로 검토될 수 있음.
- 불필요한 이용 통제 가능성(potential for reducing unnecessary utilization)
 - 질 높은 의료 유도 가능성(potential for encouraging high-quality care)
 - 공급자 통합 지원(the support for provider integration)
 - 실행 가능성(operational feasibility)

42 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

- 행위별수가제가 주를 이루고 있는 건강보험에서 환자중심으로 공급자간 진료를 연계하는 환경 조성의 일차적인 방안으로 성과지불제도를 활용할 수 있을 것임.

〈표 2-10〉 주요 목적에 따른 지불정책 대안의 평가

	목적			
	불필요한 이용량 통제	질 향상 장려	공급자 통합 촉진	실행 가능성
FFS 수정		*		**
성과지불제도 (pay for performance)		**	*	**
에피소드 지불 (episode payment)	**	**	**	**
총액 지불 (global payment)	***	**	***	*

자료: Mechanic & Altman (2009)

3. 부적절한 환자쏠림 해소를 위한 의료제공체계 개편 방향

- 부적절한 상급종합병원 환자쏠림 현상을 해소하기 위해서는 의료제공체계의 질 향상과 환자의 선택권을 보장하는 지원체계가 동시에 충족되어야 함[그림 2-8].

○ 의료제공체계의 질 향상

- 현재의 서비스-중심 양-지향 시스템에서 환자-중심 가치-지향 시스템으로의 변화가 필요함.
- 환자-중심 가치-지향 시스템은 다음 세 가지 변화를 요구함.
 - 일차 진료를 담당하고 있는 동네 병/의원 신뢰
 - 수도권/큰 병원 중심 투자에서 의료자원의 균형 배치
 - 환자 경쟁에서 환자 연계로 공급자간 협력진료 활성화

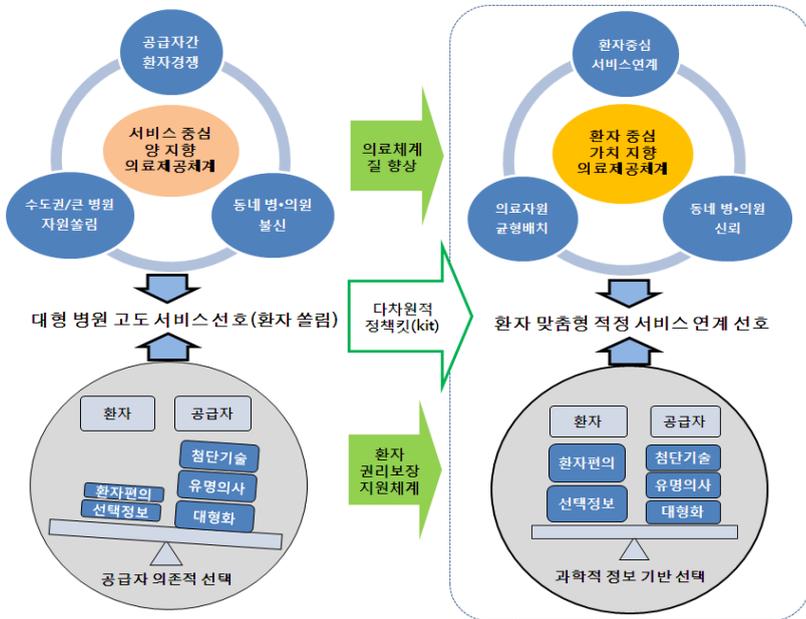
○ 환자의 선택권을 보장하는 지원체계 구축

- 과학적 정보를 기반으로 공급자와 파트너 관계에서 합리적인 의사결정을 할 수 있도록 지원 체계 강화

□ 다차원적 정책킷(kit) 시행

- 환자쓸림은 의료제공체계의 총체적 비효율성이 발현된 문제로 단 일정책으로 해소되기 어려우며, 다차원적으로 다양한 정책 집합의 시행이 필요함.
- 이러한 정책의 시행을 통해 환자가 고도 서비스에 대한 무조건적 선호보다는 자신에 맞춘 진료 연계를 선호하도록 해야 함.

[그림 2-6] 부적절한 환자 쓸림 해소를 위한 개편 방향



제4절 부적절한 환자 쏠림 해소를 위한 정책킷(kit)

1. 환자중심 진료 연계 활동 지원 및 육성

□ 다른 종별 간 환자 중심 진료협력 유도를 위한 동기부여

- 상급종합병원 외래 이용의 예외 경로 축소
- 종별 의료기관간 기능 정립을 위한 차별적 수가 조정
 - 협력 진료를 통해 의료기관간 경제적 동기가 상생할 수 있도록, 일차의료 기관에서는 외래 진료 및 상담 수가 인상 및 신설, 상급종합병원에서는 수술수가 인상 등 기능별 차별적인 수가 항목 개발 및 조정
- 중증질환 진료에 대한 상급병원 의무 강화
 - 경증 질환자 진료 동기를 감소시킬 수 있도록 중증 질환자 구성비를 상당히 높이는 방향으로 상급종합병원 인정기준 강화

□ 동네 일차 진료 협력체 구성과 가치-기반 성과지불제도 시행

- 전문 과목으로 지나치게 분화된 개원가와 소규모 병원들의 협력 진료 활동을 통해 일차 진료의 효율성과 대형 병원 진료에 대한 상대적 경쟁력 확보
- 협진을 통해 달성할 수 있는 지표로 성과를 측정하고 절감액을 공유함(saving sharing)으로서 자율적인 협력체계 구축 유도
- 협력체 구성부터 성과지불제도의 시행의 절차는 다음과 같음.
 - 동 단위 병·의원들이 자율적 협진체계 구축 후 보험자에게 등록
 - 보험자 또는 심평원은 동 단위 일차 진료 협력체의 진료실적

분석을 통해 협력체에서 일정 수준 이상의 의료이용을 한 환자 들만을 책임(성과 측정 대상) 환자로 할당

- 보험자와 협력체는 성과 측정(비용과 질 지표로 구분)과 인센티브 지급기준을 사전 협의를 통해 규정
- 예방가능한 입원율, 응급실 방문율 등의 질 성과와 기대 진료비 대비 실제 진료비의 차이로 비용 성과 측정
- 의뢰 건은 성과 측정에서 제외, 의뢰 대비 회송 실적 평가
- 협력체 단위로 질 수준을 충족시키고 비용 절감 시 절감액의 일부를 인센티브로 지급
- 방문 빈도 또는 진료비 비중 등을 활용해 기관별로 책임환자 배분을 통해 보험자가 협력체 내 기관별로 인센티브를 직접 지급 가능

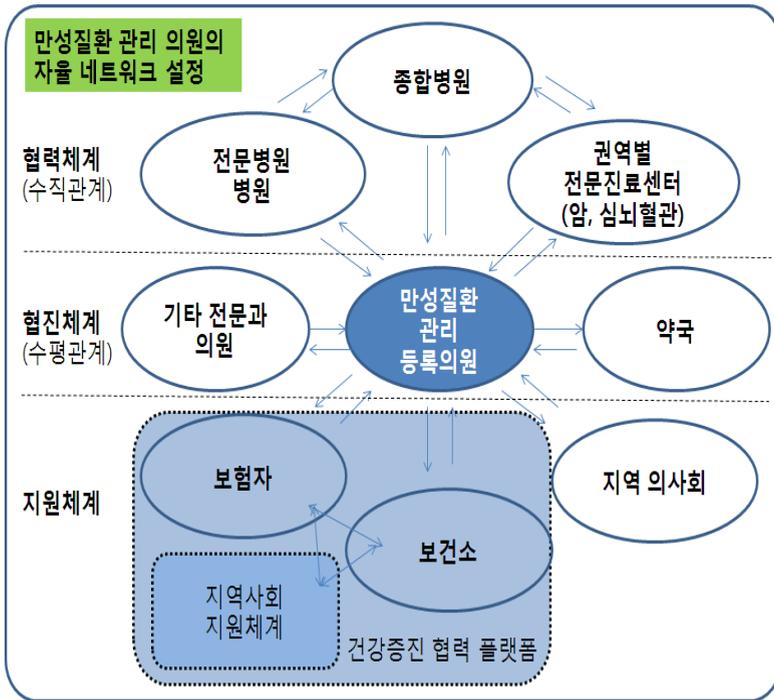
□ 지역사회 기반 보건 네트워크와 연계한 만성질환 관리 효과 확대

- Patient Centered Medical Home(PCMH) 벤치마킹
- 지역사회 기반 공적 보건 네트워크 구성을 통해 개별 만성질환관리 의원이 해당 네트워크와 연계함으로써 예방 활동, 적절한 진료 연계 기능을 강화할 수 있음.
- 현재, 정부가 추진 중인 지역사회 기반 건강 플랫폼은 공적 보건 네트워크의 한 형태임.
 - 여기에 지역사회 기반 심뇌혈관 질환센터, 응급센터, 암센터 를 참여시킴으로서 공적 보건의료네트워크 형성 가능
- 초기에는 현행 만성질환 관리활동의 예방기능과 진료연계 기능 확대를 위한 지원체계로서 보건의료네트워크 등록을 권유

46 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

- 향후 축적된 인프라를 토대로 만성질환관리 의원의 자격기준과 성과지표에 팀 의료에 대한 기준을 권고 하고, 이에 대한 계획과 실적을 보고할 경우 추가적인 인센티브 제공 가능
 - 이러한 활동의 실적 공개는 환자가 관리의사를 변경하는 정보로 활용될 수 있음.

[그림 2-7] 만성질환 관리 의원의 자율 네트워크 설정 틀



□ 환자 중심 케어 매니저 활동 육성

- 입원 환자의 진료 연계를 위해 의료진과 관계를 형성하고 환자의 의사결정을 지원할 수 있는 케어 매니저 활동 필요

- 보험자와 심평원의 기관별 케어 매니저 활동 지원
 - (병원 단위 정보 제공)보험자와 심평원은 지역별 병원 현황 및 자원 운영 정보, 질 평가 정보를 병원 단위에서 포괄적으로 확인 가능하도록 정보 제공체계 개편
 - 개별 기관의 케어 매니저 활동을 지원하기 위한 협의체 구성, 활동성과 공유 워크숍 개최, 우수 활동 기관 홍보
 - 지원 담당 부서 운영
- 케어 매니저 활동 육성
 - 상급병원 지정과 인증 평가에서 반영
 - 케어매니저 활동에 대한 평가 및 인센티브 모형 개발

2. 동네 병의원 신뢰도 제고 위한 의료의 질 향상

- 외래 영역 질 평가와 인증 확대를 통해 동네 병·의원 의료서비스의 질에 대한 환자의 관심과 인식 확대
 - 일차의료에 대한 질 평가가 제한되어 있고, 상급종합병원에 비해 일차의료기관은 질적 수준을 객관적으로 입증할 수 있는 정보 생산이 부족함.
 - 아울러, 지역 친화적인 일차 진료 서비스 제공에 대한 다양한 성과 인센티브 사업 개발 필요
- 일차의료기관에 대한 교육과 지원 강화
 - 보험자와 심평원은 지역별 환자의 질병분포, 이용 실태를 바탕으로 지역별 일차의료기관을 대상으로 정보 공유의 기회 확대

- 지역의사회와 파트너 관계를 구축하여 수요를 반영한 온-오프라인 교육 프로그램 운영, 다양한 정보 제공 목적의 토론회 개최 등 근거에 기반 한 진료 육성을 위한 지원체계 강화

3. 의료자원 균형 분배

- 지역별 의료자원 필요도 평가
 - 자원의 불균형은 의료시스템의 비효율을 초래하여 부적절한 환자 쏠림을 가중시킬 수 있음.
 - 의료서비스 제공의 효율성 측면에서 지역별 의료자원 필요도를 평가하고, 부적절한 공급 과잉을 통제할 필요가 있음.
- Big5 상급종합병원에 대한 병상 관리
 - Big5 병원의 외래환자 수용능력이 현재는 포화상태로 평가되지만, 병상 증가로 환자 쏠림의 병원 수용 능력이 증가될 수 있음.

4. 환자의 의사결정 지원 강화

- 환자의 선택에 영향을 미칠 수 있는 정보의 종류와 편의성 확대
 - 영국 보건부의 National Patient Coice Survey 결과에 의하면, 병원에 대한 개인적 경험, 가족이나 친구의 경험, 병원의 명성이 환자가 병원을 선택하는 주요 이유였음(DOH, 2010).
- 의료기관 단위 통합 정보 제공
 - 환자가 자신의 의료적 필요와 편의성을 고려해 정보를 기반으로

의료기관을 선택할 수 있도록 영역별로 세분된 정보 등을 의료기관 단위로 통합하여 제공

- 환자가 지역별로 병원의 위치를 쉽게 확인하고 병원 단위에서 포괄적인 정보를 일시에 확인할 수 있어야 함.

□ 환자단체, 의사회 등의 상담 활동 지원

- 중증질환자는 환자단체에게 치료 등에 대한 정보를 얻고자 할 것이며, 가장 강력한 공감대를 얻을 수 있는 단체임.
- 보험자는 환자단체 또는 의사회와 파트너 관계를 통해 환자의 합리적 의료이용 유도를 위해 필요한 정보를 공유하고 환자 단체가 회원에게 적절한 정보제공 활동을 할 수 있도록 필요 정보 지원
 - 예를 들어, 환자단체는 전국적으로 관련 질환을 진료할 수 있는 의사와 의료기관 정보를 보유하고 있음으로서 회원에게 필요한 정보를 제공할 수 있음.
 - 환자단체의 온·오프라인 교류 활동은 관련 질환자들 간 정보 교류의 장이 되고, 제공 정보에 대한 회원의 신뢰가 높은 점을 감안할 때, 보다 효율적인 진료 연계를 위해 중요한 역할을 할 수 있을 것임.





제3장 중증화 예방을 위한 만성질환 관리 대책*

제1절 문제점

제2절 그간의 논의

제3절 개선 대책

* 김동진 한국보건사회연구원 부연구위원



3

중증화 예방을 위한 만성질환 << 관리 대책

제1절 문제점

1. 만성질환 및 만성질환 관련 의료이용 증가

□ 우리나라의 전반적인 건강수준은 이미 선진국 평균수준에 도달하였지만, 개인별 만성질환관리체계가 미흡하여 만성질환으로 인한 사회경제적 부담이 매우 높은 실정임(신영석 외, 2012).

○ 우리나라 20세 이상 성인 중 54.3%가 만성질환을 보유하고 있으며, 만성질환자의 만성질환 보유 개수는 평균 2.5개임(정영호 외, 2011).

- 50대에는 68.7%가 최소 1개 이상의 의사진단 만성질환을 보유하고 있으며, 60대에서는 83.7%, 70대 이상에서는 91.3%가 만성질환을 보유하고 있음.

〈표 3-1〉 연령별 만성질환자 분포

만성질환 수	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상	계
만성질환자 비중(%)	16.5	27.9	43.10	68.7	83.7	91.3	54.3
만성질환자의 평균 만성질환 보유수(개)	1.2	1.5	1.7	2.3	3.0	3.5	2.5

자료: 정영호 등, 2011

54 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

□ 부적절한 식생활, 운동부족, 음주 등 생활습관의 변화로 인해 국민 건강 위험요인도 점차 증가함 (신영석 외, 2012)

○ 19세 이상 성인 음주율은 54.6%(2005년)에서 60.4%(2010년), 걷기 실천율 60.7%(2005년)에서 41.1%(2010년)로 나타나 부적절한 생활습관이 점차 늘어나고 있는 것으로 확인됨

- 성인음주율 : (2005년) 54.6% → (2010년) 60.4%
- 걷기실천율 : (2005년) 60.7% → (2010년) 41.1%
- 성인 비만률 : (2001년) 29.2% → (2010년) 30.8%

□ 부적절한 생활습관의 반복은 대사증후군으로 진행되고, 고혈압·당뇨병 등의 만성질환은 중증화 및 합병증, 장기요양 필요 상태까지 진행됨(신영석 외, 2012).

○ 2010년도 국민건강보험공단 건강검진 결과를 보면, 대사증후군 위험요인 1개 이상 보유자는 30세 이상 수검자 중 75.7%(782만 명)를 차지하고 있고, 대사증후군은 수검자 중 25.6%(265만 명)에 이르고 있음.

〈표 3-2〉 30세 이상 수검자의 대사증후군 위험요인 보유 현황, 2010

(단위: 천명, %)

수검자(30세 이상)	미보유자	위험요인 보유자		
		계	1~2개	3개 이상
10,329 (100)	2,508 (24.3)	7,821 (75.7)	5,174 (50.1)	2,647 (25.6)

주: 대사증후군 위험요인 5개(복부비만, 높은 혈압, 혈당장애, 고중성지방혈증, 낮은 HDL 콜레스테롤 혈중) 중3개(3개 이상 보유자를 대사증후군이라 진단함. 고혈압 또는 당뇨병으로 의료이용을 하는 사람도 위험요인 보유자에 포함

자료: 국민건강보험공단 건강검진결과(일반건강검진, 생애전환기 건강진단) 내부통계자료; 신영석 외, 2012 재인용

□ 만성질환으로 인한 의료비 부담도 증가하고 있어서 전체 질환의 진료실인원 및 진료비 증가율에 비해 만성질환의 진료실인원 및 진료비 증가율이 훨씬 높았음.

○ 2002~2011년 기간 동안 만성질환 진료실인원 증가율은 59.6%로 나타났고, 진료비 증가율 또한 233.6%로 나타났음.

〈표 3-3〉 만성질환 진료비 추이

(단위: 천명, 억원, %)

구분		2002년	2005년	2008년	2011년	증가율 (‘02~’11)
전체	실료실인원	41,485	42,829	44,039	45,631	10
	진료비	188,317	248,615	348,457	462,379	145.5
만성질환	진료실인원	7,982	9,746	11,340	12,741	59.6
	진료비	48,036	73,283	123,045	160,225	233.6

자료: 국민건강보험공단 통계자료

2. 만성질환 관리 체계 부재

□ 우리나라 20세 이상 성인의 경우, 상용치료원을 보유하고 있는 경우는 38.6%(2009년 기준)이며, 이 중에서 병원급 이상을 상용치료원으로 두고 있는 경우가 31.3%(종합병원 20.1%, 병원 11.2%)이었음(정영호 외, 2011).

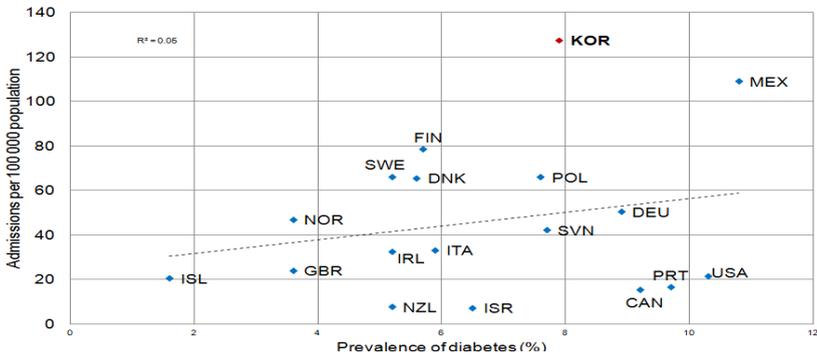
□ 만성질환 경증 및 고위험 요인 보유자의 경우 증상이 뚜렷이 없기 때문에 관리를 소홀히 하는 경향이 높음. 심뇌혈관질환의 선행질환인 고혈압, 당뇨병의 치료지속율은 각각 22.2%, 29.2%에 불과한 실정이라 할 수 있음(박민정 외, 2010).

○ 연평균 외래진료 횟수가 13.0회(2009년)로 OECD 국가 평균(6.5회)의 2배나 높고, 전 국민을 대상으로 건강검진을 실시함에

도 불구하고, 고혈압·당뇨병의 치료율 및 조절률은 저조함.

- 조절되지 않는 당뇨의 경우 OECD 국가 평균은 인구10만 명당 50.3명이지만, 우리나라는 인구십만명당 127.5명으로, 2.5배정도 더 높음.
 - 평균재원일수(16.7일) 또한 OECD 평균(8.8일)의 2배에 달함.
- 만성질환 관리 문제는 예방관리 체계의 부재에 집중적으로 나타나고 있음. 즉, 합병증 등 중증 만성질환이 발생하기 전 단계에서 조기에 만성질환 발견과 관리가 강화되어야 하는데 이러한 시스템이 적절히 작동하고 있지 않음(신영석 외, 2012).
- 인구 10만 명당 고혈압·당뇨병으로 인한 입원 (2005년) 324건 → (2009년) 472건
 - 인구 10만 명당 당뇨병으로 인한 하지절단 건수(2005년) 5.2건 → (2009년) 7.1건

[그림 3-1] OECD 각국의 조절되지 않는 당뇨입원율과 당뇨유병율, 2009



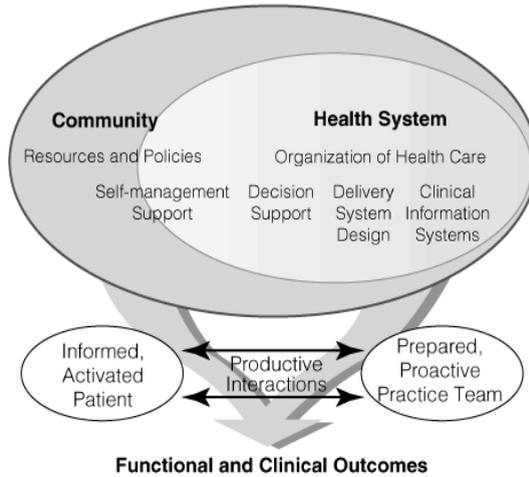
자료: International Diabetes Foundation(2009) for prevalence estimates; OECD Health Data 2011 for hospital admission rates; 김미곤 외, 2012 재인용

- 현행 건강보험 급여체계는 질병치료 중심으로 되어 있어 질병의 사전 예방을 위한 서비스는 거의 없음(신영석 외, 2012).
- 2011년 총 급여비는 34조 7,828억 원이나, 건강검진·증진 집행액은 9,104억 원(2.6%)에 불과(건강검진 비용 제외 시 296억 원)¹⁾

- 질병에 이환되었더라도 건강한 생활습관 유지와 지속적 관리를 통해 합병증 발생과 사망을 예방하거나 늦출 수 있음.
- 50대 만성질환자의 경우 평균 2개 이상의 복합만성질환을 보유하고 있으며, 60대 만성질환자의 경우 평균 3개, 70대 이상 만성질환자의 경우 평균 3.5개의 복합만성질환을 보유하고 있는 것으로 나타나(정영호 등, 2011) 질환관리가 더욱 중요함.
- 고혈압, 당뇨병을 관리하지 않은 경우 지속 관리한 경우에 비해 심근경색증, 뇌졸중 발생위험이 각각 3배(고혈압), 2배(당뇨) 높은 것으로 나타남.
- Wagner et al.(1996)은 만성질환관리모형의 핵심에는 환자에게 지속적인 자가관리 지원을 제공하는 데 있음을 강조

1) 2011년도 결산서 기준

[그림 3-2] 만성질환 관리 모형



자료: Wagner EH(1988). chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?

제2절 그간의 논의

□ 만성질환 관리와 관련하여 그동안 정부는 몇 가지 대안들에 대한 고민을 실시하여왔고, 현재도 관련 시범사업이 실시되고 있음. 그러나 지금까지 제시되었던 대안들은 정책으로 최종 선택되는 단계에 이르지 못하는 못하였음.

○ 여기서는 만성질환 관리를 위한 정책대안 제시를 위한 기본 방향 설정을 위해 지금까지 논의되어 왔던 몇 가지 대안들에 대해 검토해보고 제한점을 살펴보고자 함.

1. 고혈압·당뇨병 예방관리 사업

□ 우리나라의 만성질환관리는 2000년 보건소 중심의 고혈압·당뇨병

예방관리 시범사업을 시작으로 하여, 2003년도에는 전국 보건소로 확대

○ 2005년 인천광역시 만성질환자 등록관리사업, 2007년 대구광역시 고혈압·당뇨병 등록관리 시범사업을 시행하고 있음.

- 대구광역시는 등록자 교육사업 모형, 인천광역시는 건강포인트 모형²⁾으로 시범사업을 시행함.

○ 기초자치단체 모형의 고혈압·당뇨병 등록·관리 시범사업

- 시범사업 지역: 경기도 광명시(2009년), 남양주시, 안산시, 하남시(2010년)

- 목적 : 지역사회 중심의 포괄적인 예방 서비스 제공을 통해 고혈압, 당뇨병의 지속치료를 향상으로 심근경색, 뇌졸중, 만성신부전 등 합병증 발생과 이로 인한 사망과 장애, 의료비부담 감소

- 주요 사업내용 : 고혈압·당뇨병 환자 등록·관리, 상설 교육센터를 통한 교육·상담 실시, 취약계층(65세 이상 노인환자)의료비 경감(월 4,500원), 지역사회 주민 대상 보건교육 및 환자 발견사업 등

□ 제한점(신영석 외, 2012)

○ 일부 도시를 중심으로 고혈압·당뇨병 환자 관리등록사업을 수행하고 있으나, 대상인구가 제한적이며, 전국적이고 종합적인 체계

2) 만성질환 건강포인트 사업(인천): 고혈압, 당뇨병 등록환자에 대해서 자가관리실적(정기치료, 교육이수 등)에 따라 건강포인트를 부여하고, 일정 포인트이상 누적되면 등록 의료기관에서 합병증 검사 등에 포인트를 현금처럼 사용(권역심뇌혈관질환센터 2012년 운영지침, 보건복지부질병관리본부, 2012)

를 가지고 있지 못함.

- 실제 시범사업 수행과정에서 건강보험공단과 연계를 통해 환자발견사업이 선행되어야 하나 질병정보공유가 원활히 진행되지 못한 한계가 있음.

2. 의원급 만성질환관리제 성과인센티브

□ 의료기관 기능 재정립 틀에서의 ‘일차의료 활성화’가 궁극적 목적이며, 고혈압·당뇨병 환자가 일차의료기관인 ‘의원’에서 적절한 진료 및 건강관리를 받을 수 있도록 지원하기 위해 2012년 4월부터 시행 (박춘선 외, 2013)

- 지속적으로 동일 의료기관을 이용하는 환자에 대한 인센티브는 재진 진찰료에 대한 본인부담률을 경감해주고 건강지원서비스를 제공하는 것임.
- 의료서비스 질 향상을 위한 의료기관 인센티브는 질 평가 결과 및 보수 교육 여부에 따라 재정적 인센티브를 제공하는 것임.

□ 경과

- 2012.3. 건강보험정책심의위원회에서 구체적인 평가기준과 인센티브 지급방안을 중앙평가위원회로 위임함.
- 2012.6. 중앙평가위원회에서, 기존의 고혈압·당뇨 요양급여적정성평가결과와 보수교육 이수여부에 따라 재정적 인센티브를 의원에 제공하기로 함.

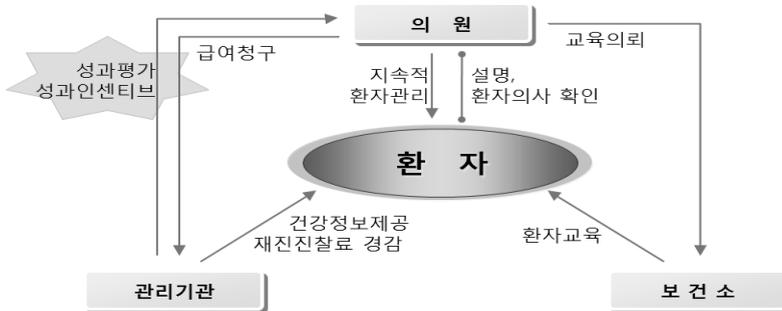
□ 사업 체계 및 연구의 범위

- 심평원: 고혈압·당뇨 환자에게 제공되는 만성질환관리 서비스에 대해 진료성과를 평가하고 평가결과에 따라 성과인센티브 지급 방안을 도출

□ 제한점

- 의료계의 적극적인 협조나 환자 홍보 등이 미흡하여 의료기관 및 환자의 참여율이 높지 못함(대상기관 1만4천여곳 중 약 65%만 참여3).

[그림 3-3] 의원급 만성질환 관리제 사업모형



자료: 박춘선 외, 만성질환 건강관리 강화를 위한 인센티브 도입방안 연구, 2013.

3. 국가 심뇌혈관 종합대책 등

- 보건복지부는 만성질환 관리 등과 관련하여 ‘만성질환 예방관리 국가 종합대책’, ‘국가 심뇌혈관 종합대책’, ‘지자체 만성질환 예방관리 사업’ 등을 실시

3) 2013년 4월 현재

○ 특히 심뇌혈관질환 종합계획 하에 전국 지역심뇌혈관질환센터 설립 추진

- 예방과 건강증진을 포함하고 있지만 사실상 병원에 집중되어 있음.
- 진료의 연계(coordination of care)를 강화하기 위해 예방과 건강증진, 재활치료에 대한 국가적인 투자를 확대하고 질병의 연속선상에서 나타나는 다양한 필요에 부응하는 조화로운 서비스 제공체계를 마련 필요

〈표 3-4〉 우리나라 만성질환 관리사업 현황

사업명	만성질환 예방 관리 국가 종합 대책	국가 심뇌혈관 종합대책 ('06.6월)	국가 아토피 천식 예방관리 종합대책('07.5월)	지방자치단체 만성질환 예방관리사업
사업목적	<ul style="list-style-type: none"> - 만성질환과 관련한 체계적인 정보 제공과 국가 차원의 접근을 통해 당뇨병·고혈압 등 주요 만성질환의 유병률을 감소시키고 만성질환으로 인한 사망과 장애를 최소화 	<ul style="list-style-type: none"> - 비전: 모든 국민의 건강한 생활 보장과 미래의 사회경제적 부담 경감 - 심근경색, 뇌졸중 발생, 사망 및 장애 감소 - 고혈압, 당뇨병 지속치료를 등 관리수준 향상 	<ul style="list-style-type: none"> - 아토피·천식환자에 대한 적절한 치료와 악화인자의 예방·관리를 통해 잦은 재발을 막고, 삶의 질을 향상시킴. - 천식 등 아토피질환의 유발요인을 줄여서 질병 발생을 예방함. - 알레르기 질환 고위험군을 조기에 발견하여 천식으로의 진행을 억제함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회주민을 대상으로 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등 예방관리 사업을 추진하여 심뇌혈관질환(뇌졸중, 심근경색 등)과 당뇨병으로 인한 사망, 중증 합병증의 발생, 유병률 등 질병부담을 경감시키고, 국민건강수명 연장을 도모함.
해당질환	<ul style="list-style-type: none"> ○ 주요만성질환 - 심뇌혈관 질환: 심장질환, 뇌혈관 질환, 치매 - 심뇌혈관 질환의 선행 질환: 고혈압, 	<ul style="list-style-type: none"> - 심근경색, 뇌졸중, 고혈압, 당뇨병 	<ul style="list-style-type: none"> - 알레르기, 아토피, 천식 	

사업명	만성질환 예방 관리 국가 종합 대책	국가 심뇌혈관 종합대책 ('06.6월)	국가 아토피 천식 예방관리 종합대책('07.5월)	지방자치단체 만성질환 예방관리사업
	<p>당뇨병, 이상지혈증, 비만</p> <ul style="list-style-type: none"> - 알레르기 질환: 천식, 아토피성피부염, 알레르기 비염 등 - 기타 주요 만성질환: 관절염, 골다공증, 전립선 질환, 만성신부전, 간경변 등 만성간질환, 만성폐쇄성폐질환(COPD) 등 만성호흡기 질환 			
내용	<p>4개의 중점분야로 구분되며 건강생활실천의 확산, 예방중심의 건강 및 질병관리, 인구집단별 건강관리, 인건강환경 조성</p> <p>4개의 중점분야별로 27개의 중점과제를 선정함.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 심뇌혈관 질환 예방관리 홍보사업 - 심뇌혈관질환 등록 감시사업 - 심뇌혈관질환 고위험군(고혈압, 당뇨병) 등록 관리사업 - 권역심뇌혈관 질환센터 설치·운영 - 보건소 심뇌혈관질환 예방 관리사업 - 시·도 심뇌혈관질환 예방 관리 사업 - 병원기반 심근경색, 뇌졸중 조사감시사업 추진 - 만성병 관리 및 조사 감시 FMTP 운영 	<ul style="list-style-type: none"> - 아토피·천식 예방 관리 수칙 및 예방관리 지침 제정·보급 - 아토피·천식 예방 홍보 강화 - 아토피·천식 표준 치료 및 관리 지침 보급·교육 - 환자 자기관리 교육(Self-Management Education)활성화 - 아토피·천식 안심학교(유치원 등 포함) 사업실시 - 아토피·천식 악화 요인 관리를 위한 생활 환경 개선 - 천식지수(Asthma index) 개발 및 예보제 도입 - 아토피·천식 조사 감시체계 구축 - 취약계층 아토피·천식질환자 지원 및 생활 환경 개선 지원 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건소 심뇌혈관질환예방관리 사업 - 지역사회 교육 홍보사업 - 환자조기발견 사업 - 고혈압, 당뇨병, 이상 지질혈증 등록관리 사업 - 맞춤형 방문건강관리 사업, 지역특화건강행태개선사업 등 타사업과 연계

자료: 2010 보건복지백서, 2010년 주요 만성질환 관리사업 안내; 박춘선 외, 2013 재인용

□ 제한점

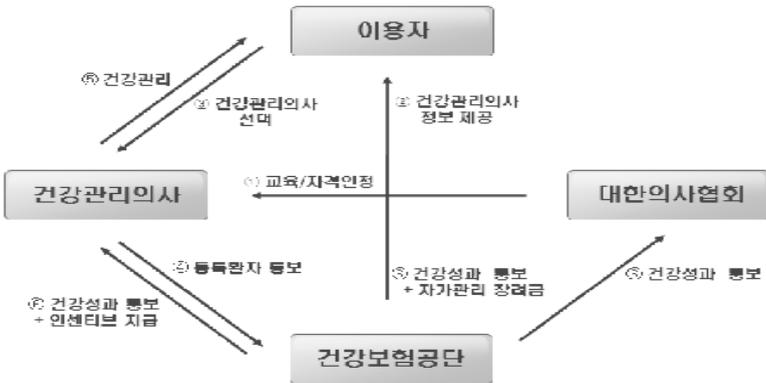
- 사업들간 중복되는 부분이 있으며, 민간영역과의 협력이 제대로 이루어지지 않음(박춘선 외, 2013).
- 대학병원 등을 중심으로 권역별 심뇌혈관센터가 설치되고 있으나 만성질환자의 합병증 발생에 대한 통합적 치료서비스 제공 위주로 운영되고 있음.
 - 예방사업도 함께 추진되고 있지만 일반적 홍보와 캠페인에 그침.
- 민간의료기관을 중심으로 만성질환 등록관리제도가 일부 시행되고 있으나 기존 진료 형태와 비교하여 차이점을 느낄 수 없음.
- 평가 또한 만성질환자의 관리 수준에 대한 평가가 이루어지는 것이 아니라, 환자 교육 개최 빈도, 초기 계획한 목표와 목표 달성 정도 등에 대해서 평가하고 있음.
 - 이러한 평가는 프로그램에 참여한 환자의 건강 수준 향상을 정확하게 평가하지 못하고, 사업에 대한 정량적인 결과만을 중시하는 것으로 볼 수 있음.

4. 건강관리의사제

- 건강관리급여 이용자는 자율적으로 1년간 본인 건강을 관리해줄 건강관리 의사를 선정하고, 건강관리의사는 자신을 선정한 이용자에게 각종 건강 및 의료 서비스를 제공(이희영 외, 2010)
- 건강관리의사는 일차진료서비스, 예방 및 건강증진 서비스, 중증질환 치료시 진료의뢰, 중증질환자 치료후 회송 받은 환자에 대해 건강관리, 장기요양 및 호스피스에 대한 자문 및 제공 등을 담당

- 건강관리업자는 원활한 의뢰 회송 체계를 위해 개원 전문의·병원·(상급) 종합병원 등과의 진료네트워크를 주도적으로 구성
- 공단은 관리운영기관으로 의료이용량 및 진료비에 대한 정보를 관리하고, 건강관리 성과평가 결과를 건강관리업자와 이용자에게 제공

[그림 3-4] 건강관리업자제 운영방안(안)



자료: 이희영 외, 건강보험 지출효율화를 위한 일차의료 강화 방안, 2010

□ 제한점

- 대상을 일부 진료과목으로 한정, 서비스의 구체성 부족, 낮은 인센티브 수준 등으로 관련 협회 등이 반대

제3절 개선 대책

1. 배경

- 만성질환질환은 발생과 관리, 결과발생에 이르기까지 그 경로가 매우 다양하고 복잡하기 때문에, 성공적인 관리를 위해서는 종합적인 대책이 필요한 반면 현실의 보건의료체계나 너무나 단절적임. 때문에 이를 극복하기 위한 고민이 필요함.
- 만성질환 관리체계 구축을 위해서는 의료자원의 적정화, 의료기관 기능재정립, 의료전달체계 확립 등이 효과적인 의료서비스 제공이라는 지향점을 향해 서로 맞물려가며 진행되어야 함.
- 만성질환 관리를 위해서는 효과적인 의료전달체계 외에도 구축된 전달체계를 작동시키기 위한 프로그램도 갖추어져 있어야 함.

- 여기에서는 만성질환 관리 대책 마련을 위해 고민하되, 완전히 새로운 틀을 만들기 보다는 정부에서 활용할 수 있는 기존의 수단과 방법 내에서 환자의 흐름을 분산시킬 수 있도록 하는데 중점을 두고자 함.
- 수도권 환자쏠림 대책의 연장선에서 만성질환자가 대도시로 몰리지 않도록 지역관리체계를 구축하고, 지역체계 내에서 만성질환자의 관리를 목적으로 함.
- 또한 환자 스스로가 건강한 생활습관을 유지하여 건강을 증진하도록 하는 것과 동시에 지속적 관리, 포괄적 관리 등이 가능한 체계를 만들어 보고자 함.

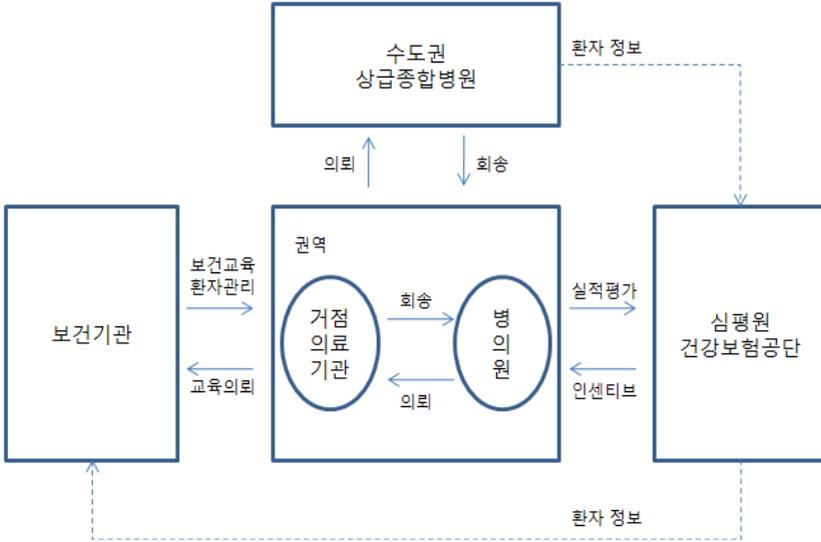
- 만성질환 중증화 예방 관리사업을 위해 여기서는 암, 심뇌혈관질환 관리체계를 주 대상으로 함.
- 암과 심뇌혈관질환은 질병부담이 높고, 우리나라의 주요 사망원인 1, 2위를 차지하는 중대한 질환이므로 선결해야 할 시급성이 높음.
 - 수도권 쏠림현상이 이루어지는 질환의 순위는 암, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환, 백내장, 그리고 자궁 근종이며, 특히 암의 경우 다른 질환에 비해 압도적으로 쏠림현상이 심한 대표적 질환임.
- 심뇌혈관질환은 고혈압·당뇨 등 대사증후군과 관련 있으므로, 그동안 정부가 추진해온 고혈압·당뇨병 관리사업과 연계가 가능함.
- 암, 심뇌혈관질환은 전국적으로 지역암센터 및 권역심뇌혈관질환센터가 지정되어 있어 지역적 인프라가 이미 구축되어 있음.
 - 심뇌혈관질환의 급성기 적정치료와 조기재활, 지역사회 예방 관리사업 활성화를 위해 총9개의 권역심뇌혈관질환센터를 지정 운영하고 있고, 24시간 전문진료팀이 운영
 - 지방국립대학병원을 중심으로 9개 지역암센터를 지정하여 운영하고 있고, 2011년에는 미지정 시도에 건립비 지원 없이 암 관리사업비만 지원하는 기능형지역암센터 3개소를 추가 지정하여 현재 12개 지역암센터가 역할 수행중
- 또한, 암검진 및 생애전환기 검진 등을 통해 조기발견을 위한 스크리닝 프로그램이 구비되어 있음.
 - 만40세 생애전환기 건강진단: 뇌졸중 등 심뇌혈관질환 위험요인 조기발견을 위해 고지혈증, 복부비만, 검사 등이 추가

- 국가암검진사업: 위암(만40세), 유방암(만40세), 자궁경부암(만30세), 간암(만40세), 대장암(만50세)

2. 제안내용

- 쏠림현상은 주로 수도권 상급종합병원으로의 집중현상을 의미함. 지역에서 해결가능한 환자는 수도권 집중현상이 이루어지지 않도록 지역내 상급종합병원 이용을 권장할 필요가 있음. 이를 위해 지역내에서 상급종합병원을 중심으로 진료네트워크를 구축하여 운영해볼 수 있음.
 - 질병 발병시에는 급성기 치료 위주의 의료가 제공되나, 이후에는 치료보다는 관리 및 증증화 예방 위주의 의료 제공이 중요함.
 - 때문에 암환자나 심뇌혈관 질환자의 경우 수도권 상급종합병원에서 급성기 치료를 받은 후에 지역 내 관리가 가능한 인프라가 이미 구축되어 있으므로 회송시스템이 작동 가능함.
- 각 권역 혹은 지역별로 지정된 권역별센터를 중심으로 질병의 발견, 치료, 관리(교육 포함) 등을 위해 공공기관 등이 참여가능함.
- 암환자 및 심뇌혈관 환자의 지역관리를 위한 체계는 다음과 같음.
 - 수도권 상급종합병원
 - 암환자 및 심뇌혈관 환자의 급성기 치료 담당
 - 질환 초기 급성기 치료 등을 위해 수도권 상급종합병원을 방문하는 것을 제한하기는 어려움
 - 급성기 치료 이후 질환 관리를 위해 권역내 상급종합병원으로 회송

[그림 3-5] 만성질환 관리 체계(안)



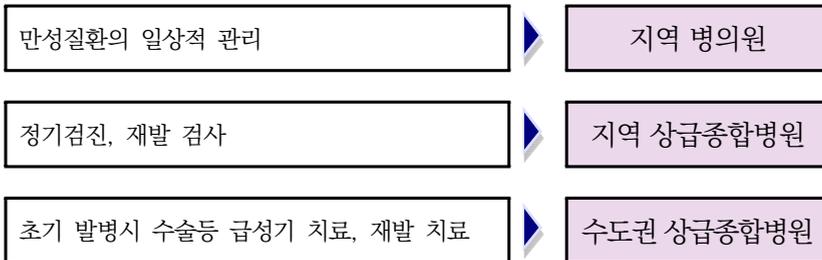
○ 권역 의료기관 네트워크

- 수도권 상급종합병원에서 회송받은 환자의 중증화 예방 및 질환 관리를 담당
- 권역별로 지정된 암센터, 심뇌혈관센터 등에서 자체적으로 네트워크를 구축하도록 하고, 네트워크 내에서 의뢰 및 회송시스템이 작동하도록 유도
 - 지역암센터 및 심뇌혈관센터는 이미 권역별로 지정되고 있기 때문에, 이러한 기관을 거점기관으로 하고 각 권역별 거점 기관별로 네트워크를 구축하게 함으로써 수도권 쏠림 현상에 대한 대응 가능
 - 상급병원의 역할에 맞는 진료를 마친 환자에 대한 일상적인 질환 관리는 병원 또는 의원에 회송하여 실시할 수 있

도록 유인책 마련

- 권역센터를 중심으로 의뢰회송체계를 작동시키되, 환자에게는 의학적으로 필요시에는 언제든지 상급종합병원의 진료를 받을 수 있도록 하고, 필요시에는 수도권의 big five 의료기관과의 연계체계도 마련
- 회송의 기준과 절차를 규정하고 이의 준수·미준수시 인센티브 또는 패널티 형태의 수가 조정
- 상급종합병원에서 타 의료기관으로 회송 판단에도 불구하고 계속 입원을 원하는 경우 환자 입원료 부담 강화
- 반드시 네트워크를 갖추도록 국가 심뇌혈관질환사업의 평가 지표로서 활용

[그림 3-6] 권역별 의료기관 네트워크



○ 보건기관

- 보건기관에서는 간호 인력 등을 활용하여 등록된 환자에 대한 사례관리 역할을 수행하는 동시에 필요시 의료기관과 협력하여 암환자 및 심뇌혈관질환자에 대한 보건교육을 담당
- 지역내 만성질환자 담당제를 실시하여, 환자가 지역으로 회송

되었을 경우 환자가 적절한 의료기관을 방문하도록 유도하고, 필요시 보건교육이나 자가 관리에 필요한 정보 제공

- 개인단위에서의 스스로 질환을 관리할 수 있도록 환자 및 환자보호자 교육 프로그램, 의약품 복용 관리 지원, 식이요법 및 운동 컨설팅, 전화상담을 통한 컨설팅, 통증 관리 등에 대한 전략을 개발
- 보건소 방문간호 인력 등을 적극 활용하되, 도입 예정인 파트타임 공무원 제도를 활용 가능
- 지자체별로 실시중인 고혈압·당뇨병 관리사업 모형과 결합 가능

○ 국민건강보험공단

- 국가암검진 및 생애전환기 건강검진의 문진시 검진결과를 사업에 활용할 수 있도록 개인정보 사용에 대한 동의를 구하고, 검진결과 조기발견된 환자에 대한 정보를 보건기관으로 제공
- 수도권에서 권역으로 환자회송시 지역내 보건기관으로 회송 환자에 대한 기본 정보를 제공함으로써 지역별 담당제가 가능하도록 함.

○ 환자의 적극적 참여를 위한 인센티브 마련

- 환자의 입장에서는 지역내 코디네이터의 관리를 받음으로써 본인의 질환에 맞는 의료기관에 대한 정보와 개인의 질환관리 정보를 제공받을 수 있음.
- 의약품 복용 관리, 식이요법, 운동, 통증관리 등
- 진료의 연속성이 확보되며, 질환의 중증도에 따라 장기요양서비스 등과 자연스럽게 연계 가능함.
- 연속적인 질환 관리를 위한 관리 계획 마련 및 환자 참여 유인





제4장 중증환자의 아급성기 의료공급체계 설계*

제1절 연구 필요성 및 목적

제2절 아급성 서비스(Sub-acute services)의 주요개념

제3절 아급성기 치료에 대한 외국현황

제4절 아급성서비스 제공 모델(안) 제시 및 전략적 방향

* 김남순 한국보건사회연구원 연구위원

정영호 한국보건사회연구원 연구위원



4

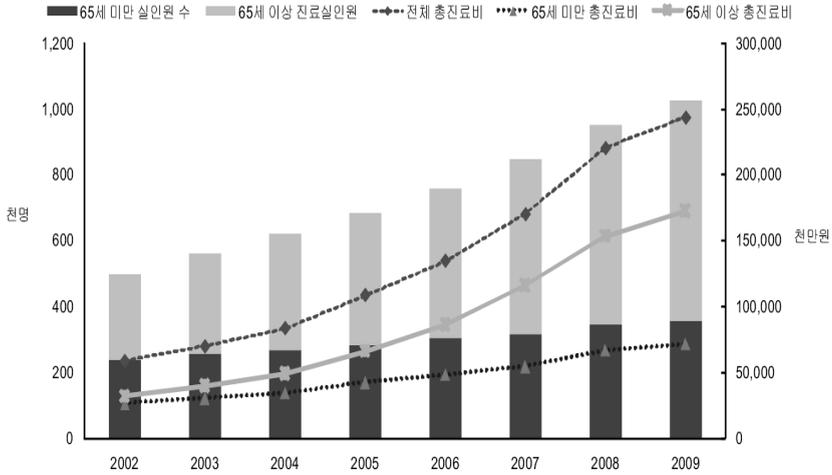
중증환자의 아급성기 << 의료공급체계 설계

제1절 연구 필요성 및 목적

- 고령화가 급속히 진행되고 있는 인구구조 변화 속에서 고령자의 의료이용 및 노인의료비 또한 증가하고 있음.
 - 우리나라 노인인구는 전체인구의 11%(2010년 5,354천명)로 2018년에 14%로 고령사회의 진입과 함께 2026년에 20%로 초고령사회에 전망되어 고령화가 급속도로 진행

- 노인성 질환자의 의료이용 및 의료비의 지속적 증가 추이
 - 의료기관을 이용하는 노인성 질환자는 2002년 대비 2.1배, 총 진료비 4.2배 증가한 것으로 나타남(2009년 기준).
 - 질환별 환자수는 2009년 기준 뇌혈관질환이 79만 명으로 가장 많았으며, 환자 수 증가율은 치매가 7년새 4.5배 증가하며 가장 높았음.
 - 노인성 질환은 치매, 파킨슨병, 뇌혈관질환 및 기저핵의 기타 퇴행성질환이 포함되었으며, 비급여를 제외한 건강보험 및 의료급여 포함

[그림 4-1] 노인성 질환자의 의료비 추이



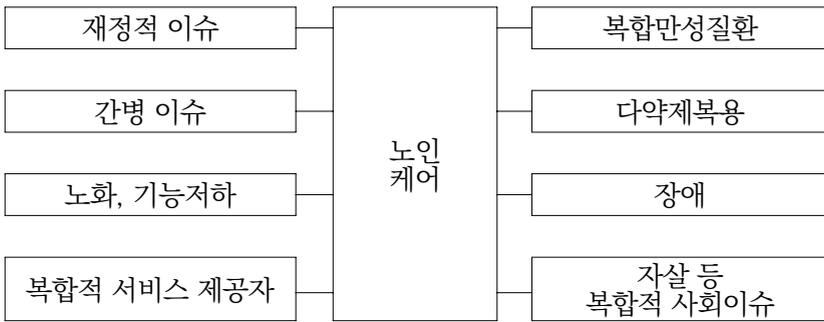
자료: 건강보험통계분석, 2002~2009년 노인성 질환자 진료 추이 분석

- 의료전달체계의 효율적 연계를 통하여 노인의료 뿐만 아니라 노인 복지가 통합되어 서비스 전달이 될 필요성이 한층 증가되고 있음.
 - 독거노인가구의 증가로 병약하고 경제적 자립도가 낮은 노인계층 증가로 사회경제 및 건강 차원의 통합적 보호 조치 필요
 - 노인의 11.4%가 일상수행능력(ADL), 27.0%가 도구적 일상생활 수행능력(IADL)의 장애를 보이고 있어 2004년보다 각 수준(8.2%, 22.2%)이 저하된 상태(2008년)

- 노인케어 통합서비스 체계 구축을 위한 기본 틀
 - 서비스 욕구가 발생할 경우 신속하면서 적합한 장소에서 적합한 서비스를 이용할 수 있도록 유도
 - 서비스의 연속적 제공체계는 건강한 상태에서 임종까지 다양한 서비스가 연계적으로 전달될 수 있도록 제공체계를 구축

- 노인케어를 위해서는 노인 예방 및 건강증진, 복합만성질환관리, 다약제투약관리, 재활치료관리, 입원치료, 호스피스 등에 대한 관리체계가 연속적으로 연계되어 서비스가 전달되어야 함.

[그림 4-2] 노인케어를 위한 주요 요소



- 통합적 의료-사회서비스 연계체계 속에서 노인건강복지와 관련된 새로운 아급성기 노인병원모델 구축 필요성에 대한 논의 제기
- 건강증진-질병예방-조기 진단 및 치료-재활서비스의 새로운 연속적 통합의료서비스 공급체계 구축 필요

제2절 아급성 서비스(Sub-acute services)의 주요개념

- 아급성 서비스 도입 필요
 - 급성기 치료와 장기요양은 우리나라 의료서비스를 전달하는 주요한 두 축이 되고 있음.
 - 그러나 급성질환에 해당되는 수준의 치료강도가 요구되지만 합병증과 장애의 이유로 긴 치료기간이 요구되는 환자들에게는 위의

두 프로그램의 범위만으로 환자의 욕구를 충족시키기에는 서비스에 빈틈(gap)이 존재하게 되는 문제점이 발생.

- 두 프로그램의 중간 단계에 놓이는 프로그램을 고안함으로써 서비스 제공의 빈틈(gap)을 제거할 필요가 있음.
 - 따라서, 의료 전달 체계는 급성(acute)치료, 아급성(sub-acute) 치료, 장기요양(long-term care)의 세 가지 체계로 크게 분류하여 아급성기의 서로 다른 범위, 목적, 기대효과 등에 대해 논의
- 급성(acute)치료, 아급성(sub-acute)치료, 장기요양(long-term care)의 특성을 간략히 살펴보면 아래와 같음.
- 급성 치료(Acute Care)
 - 급성 치료는 복잡한 증상을 겪거나 수술을 받을 때 또는 현재 수준의 치료로 충분하지 않을 때 시행됨.
 - 급성 치료의 조건이 더 이상 만족되지 않을 때는 아급성 치료 또는 장기 치료 부문으로 이행.
 - 아급성 치료(Sub-acute Care)
 - 아급성 치료는 입원 이후 치료관리로 요구되거나 입원 대신에 선택하는 치료 개입이라 할 수 있음.
 - 장기 치료 과정보다 질환의 중증도가 높으나, 급성치료보다는 질환의 중증도가 낮고, 대상자 중 고령자 집단이 대부분을 차지함.
 - 아급성 치료는 “급성치료 직후나 급성치료 대신 적용될 수 있는 포괄적 치료이며 복합적 질환 상태에 적용될 수 있으므로, 전통적인 장기요양보다는 강하고 급성 치료 보다는 약한 치료”로서 정의될 수 있음.

○ 아급성 치료는 크게 다음의 3가지 범주로 나누어짐.

- Sub-acute short-term medical care
 - 일반적으로 20일 내외의 치료 기간을 가지며 외과술 또는 복합적인 질환으로 인한 환자를 대상으로 함.
 - 이 환자들은 복합적이거나 지속적인 치료의 필요로 인해 자택에서의 관리가 어려운 특성이 있음.
- sub-acute short-term rehabilitation
 - 일반적으로 20일 내외의 치료 기간을 가지며 정형외과술 또는 최근 신경계의 부상을 입은 사람을 대상으로 하며, 이들은 지속적 치료의 필요로 인해 입원 치료를 필요로 함.
- long-term sub-acute care
 - 예상되는 치료 기간이 20일 이상이며 심각한 질환이나 외상 상태로 인해 지속적인 치료가 필요한 상태로, 최종적으로 장기요양기관으로 이송하는 것을 목표로 함.

○ 장기요양(long-Term Care)

- 장기요양은 집이나 요양기관에서의 일상생활 활동에 관련된 치료 활동이라고 할 수 있음.

□ 아급성(sub-acute)의 역할

- 환자를 급성에서 아급성 진료로 전환시킬 수 있다면 입원 기간의 단축 등으로 의료비용의 측면에서는 이익을 가져다 줄 수 있음.
- 환자들에 대한 포괄적 관리, 입원이후기간에 대한 효율적 관리, 치료의 연속성 향상 등으로 치료의 효율성을 높이는 것으로 알려져 있음.

□ 아급성(sub-acute)서비스 대상자 범위 및 분류

○ 질병 분류

- 주상병 기준으로 급성심근경색(Acute Myocardial Infarction, AMI), 울혈성 심부전증(Congestive Heart Failure, CHF), 만성폐쇄성폐질환(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD), 뇌졸중(cerebrovascular Accident, CVA), 폐렴(pneumonia), 선택적인 골반 또는 무릎 교체(elective hip or knee replacement), 자궁절제술(hysterectomy), 전립선 절제술(Transurethral Resection of the Prostate, TURP) 등

○ 급성 상태의 분류 기준

- 예를 들어, 캐나다의 경우 ISD-AC review system을 활용.
- 간호사가 매일 환자의 상태를 점검하여 ISD-AC기준에 따라 기록하는 방식
- ISD 기준 중 critical과 acute에 해당하는 상태는 급성으로, subacute에 해당하는 상태를 아급성으로 기타 나머지 상태를 비급성으로 분류

□ 아급성 환자 치료를 위한 서비스 내용

- 아급성 서비스 제공 기관 또는 장소
- 입원, 외래, 재활치료 등의 서비스 내용

〈표 4-1〉 케어 스펙트럼

기관	케어 수준
급성기 병원	- 집중치료 - 고강도 치료(high care) - 일반병동
급성기 재활병원	- 집중/고강도 재활(ICU/High Care Rehabilitation) - 일반재활치료(General Rehabilitation Care)
아급성기 병원	- 아급성 재활치료 - 회복치료(Convalescent Care) - 완화의료(Terminal/Palliative Care) - 임시간호(Respite Care) - 노인성질환치료
호스피스	- 완화의료(Terminal/Palliative Care)
재가서비스	- 회복기 간호서비스(Convalescent Nursing Care) - 완화의료(Terminal/Palliative Care) - 임시간호(Respite Care) - 노인성질환치료

Source: Population Segmentation to Provide better Health Care for all: The "Bridges to Health" model. Lynn et al(2007).

제3절 아급성기 치료에 대한 외국현황

1. 호주 빅토리아 주 Health Independence Program 중심으로

□ 배경

- 인구 노령화에 따라 만성질환 및 장애가 증가하고 있으며 이는 병원 입원서비스 이용의 증가를 가져오고 있음. 하지만 의학기술의 발전으로 인해서 입원기간은 단축되고 지역사회 의료서비스가 이를 대체할 수 있는 가능성도 커지고 있음.
- 빅토리아 주정부는 입원에서 지역사회 서비스 연계를 지원하고 입원을 예방하는 것에 초점을 두고 있으며, 2003년에는

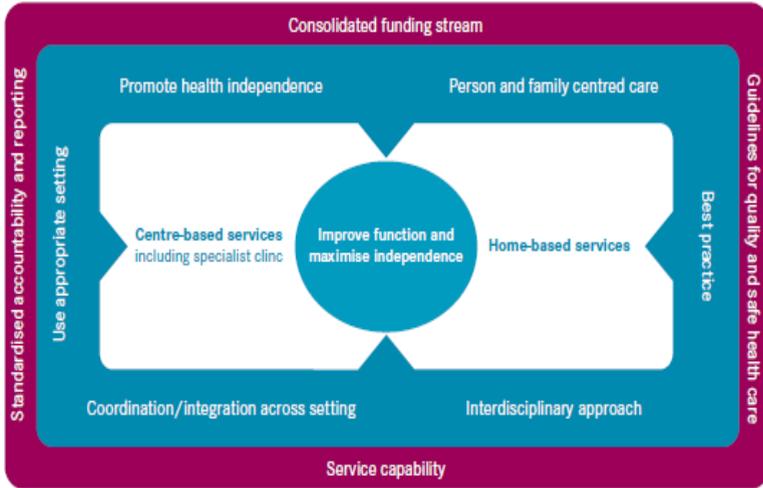
“From hospital to home: Victoria's Pathways Home program”을 시작하였으며, 2005년에는 노인에 대한 진료 개선을 위한 프로젝트를 수행하였고, 최근에는 “Promoting health independence; a framework for better care program”을 기획하였음.

□ Promoting health independence: a framework for better care

○ Health independence program은 병원에서 가정으로 이행을 지원하는 다양한 서비스를 포괄하며 1)post-acute care services, 2)sub-acute ambulatory services, 3)Hospital Admission Risk Program으로 구성되어 있음.

○ Health independence program 틀에는 1) 서비스 제공 능력, 2) 효율적 재원 의 흐름, 3) 안전과 질을 증진하는 지침, 3) 의료 기관의 책임성과 보고에 대한 표준화를 포함하고 있음(그림 1).

Figure 1: Health independence programs framework diagram



□ Post-acute care services

○ PAC 서비스는 공공병원(응급실, 급성기, 아급성기 서비스 포함)에서 퇴원하였으며, 단기, 지역사회 지원이 필요하다고 평가된 사람을 대상으로 함. 단기 지역사회 기반서비스와 함께 의료서비스에 대한 수요와 심리적 요인을 고려하고 있음.

- 공공병원으로부터 안전하고 시기적절한 퇴원을 위하여 서비스 의뢰에 대한 즉각적 대응을 제공함.
- 개인의 수요에 맞게 단기 지역사회서비스를 구매하고 조정함.
- 필요한 경우, 장기요양서비스 제공자에게 의뢰를 촉진함.

○ PAC 서비스에는 개인의 수요에 맞게 다양한 서비스를 제공하는데 주로 지역사회 간호, 개인적 진료와 가정진료를 제공하고 있음.

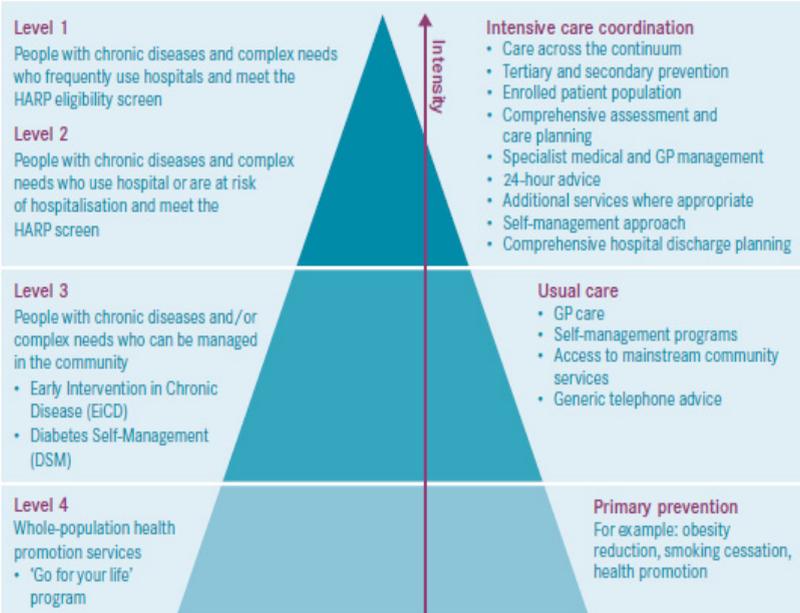
□ Sub-acute care ambulatory services(SACS)

- SACS는 모든 연령의 사람에게 가용한 서비스이며, 입원 진료 후 나 지역사회에서 직접적으로 이용할 수 있으며, 입원서비스의 확장 혹은 보완하는 성격을 갖고 있음. SACS는 환자의 집이나 센터에 기반을 둔 시설에서 제공될 수 있음.
- SACS는 신체적 장애를 갖고 있거나 쇠약한 사람, 만성질환을 갖고 있거나 외상으로부터 회복기에 있는 사람들이 기능을 회복하고 유지하며 독립적 생활을 유지하는 것을 목표로 하고 있음.
- 서비스 유형
 - 지역사회 재활서비스: 센터 혹은 가정 중심
 - 전문 클리닉: 요실금, 낙상 및 이동성, 통증관리, 치매와 기억장애 서비스(Cognitive dementia and memory services: CDAMS)
 - Victorian paediatric rehabilitation services: 소아대상

□ Hospital Admission Risk Program(HARP) services

- HARP 서비스는 만성질환이나 복합적 의료수요를 갖고 있는 사람에게 강도 높은 통합적 서비스를 제공해서 환자의 결과를 개선하고 지역사회 서비스와 연계 및 재입원이나 응급진료를 예방하기 위해서 제공하는 것임.
- 대상: 만성 심장질환, 만성 호흡기질환, 당뇨병, 만성 신장질환, 만성 간염 등을 포함한 통합진료가 필요한 환자
- HARP 서비스는 병원기반 및 지역사회 기반서비스를 포함하고 있으며, 그림 2에서 수준 1-2를 의미하며 이들 환자에게 다양한 보건 의료수요에 대응할 수 있는 복합서비스를 제공함.

Figure 2: Levels of complex care and chronic disease management



2. 미국 캘리포니아 주의 아급성기 진료 프로그램

□ 아급성기 치료의 정의⁴⁾

- 아급성기 진료 프로그램(subacute care program)은 보건부에 의해서 1983년부터 정립되었으며, 아급성기 치료를 제공할 수 있도록 인증을 받은 의료기관에서 제공될 수 있음.
- 아급성기 진료는 일반적 병원 진료가 요구되지 않는 요양병원(skilled nursing facility)에 있는 환자보다 더 집중적이며 전문적 간호를 제공할 필요로 하는 수준의 치료를 말함. 소아과 영

4) <http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Pages/SubacuteCare.aspx>

역의 아급성기 진료는 21세 미만의 환자에게 신체 기능을 보완하기 위해서 의료기술을 사용하는 진료를 의미함.

- 아급성기 진료는 의학적으로 쇠약하고 전문적 서비스를 필요로 하는 환자를 대상으로 하며, 흡입 치료(inhalation therapy), 기관절개 치료, 정맥영양, 복합상처관리 등이 포함됨.

□ 아급성기 진료를 제공하는 의료기관

- 아급성기 진료는 일반 병원에서 제공할 수 있으며 또한 요양병원(nursing facility providers)에서도 제공 가능하며, 진료 수가는 인공호흡기 사용 유무에 따라서 달라진다고 함.
- 캘리포니아 주에 있는 오코너 병원(O'Connor Hospital) 사례를 보면 24개 병상을 보유한 “skilled nursing unit”를 인증 받아 운영하고 있음. 이 “skilled nursing unit”에서 복합적 질병을 갖고 있는 환자에게 전문 간호와 지지적 입원 진료를 제공하고 있으며, 여기에는 기관절개, 인공호흡기 진료, 호흡치료, 아급성기 사회복지 서비스 및 재활서비스 등이 포함됨. 다학제적 팀을 구성하여 아급성기 치료서비스를 제공하고 있으며, 전문 간호사, 의사, 호흡치료사, 사회복지사, 재활치료 인력 등이 참여하고 있음⁵⁾.

5) <http://www.oconnorhospital.org/our-services/transitional-care-center/>

제4절 아급성서비스 제공 모델(안) 제시 및 전략적 방향

1. 아급성서비스 제공 모델 구축 시 고려사항

□ 아급성 공급체계

- 아급성기의 범위
- 아급성서비스 수요 규모 분석
- 아급성서비스 제공 기관
- 재정소요, 지불체계, 자원배분
- 의료의 질 관리

※ Anderson and Knickman(2001)

- 복합만성질환 등의 문제를 포함하여 만성질환 장애를 겪고 있는 인구 규모 분석
- Medicare, Medicaid, Demonstration project를 포함하여 몇몇 자원 마련 시스템의 장단점을 정리
- Demonstration project 중 PACE(Prepaid Programs of All inclusive Care for Elderly), CMA(Community Medical Alliance)는 재정과 자원을 효과적으로 재분배할 수 있는 것으로 밝혀졌지만 여러 기관간의 협력적인 접근이 필요한 점과 정부와 재정 부담자와 관련하여 큰 정책적 변화를 요구하는 점, Medicaid 대상자에게만 시행가능하다는 점 등 때문에 광역적으로 실행되지는 못하고 있는 점을 지적.

※ Hutt 외(2002)

- 재택 치료를 받는 Sub-Acute 환자 중 재입원하는 사람들의 특성을 조사 하여 저녁이나 주말에 발병하거나 나이가 어릴수록, 남자일수록 재

입원 위험이 높다는 것을 제시

※ Reuben et al.(1997)

- 아급성 프로그램을 실시한 이후, 통제집단과 비교한 결과 아급성 프로그램이 재입원율을 낮추고 환자와 제공자의 만족도를 높이고 치료 기간을 낮추는 등 의료의 질과 효율성을 높이는 것으로 나타남.

※ Boulton et al.(2009)

- 만성질환에 대해 개입하는 15개의 모델에 대해 만성질환 치료의 질을 평가하였는데 다분야의 1차 진료 팀에 의한 치료, 통합된 다분야적 접근을 통한 아급성에 대한 치료, 질병 관리(Disease management)의 3가지 모형에서 서비스의 질과 비용 측면에서 명확한 개선이 있었음을 제시.

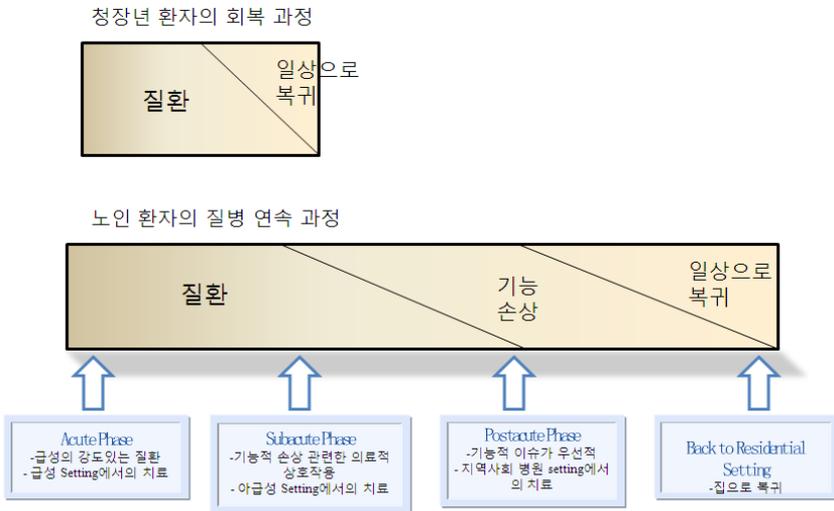
□ long-term sub-acute care의 경우

- 입원 기간이 길면서 아급성 치료를 필요로 하는 사람들이 급성기 치료와 장기요양 치료의 연계 과정에서 발생하는 빈틈을 메울 수 있는 과도기적 치료개입방안 마련
- 과도기적 치료가 필요하지만 기간이 조건에 맞지 않는 환자들과 시작 시에 장기치료를 계획하지 않은 사람들을 처리하는 문제를 해결
- 고려사항
 - 의료 전달 체계의 빈틈에 존재하는 환자 정의
 - 아급성 치료를 요하는 고령자 집단에 대한 범위, 장기요양과의 구분
 - 재정적으로 실행가능한 프로그램 설계
 - 아급성 치료는 마지막 질병 과정 중 신체정신사회학적으로 연결되어, end-of-life의 통증관리에 있어 긴밀한 의의가 있을 수 있음.

□ 노인들의 연속적 치료체계 하에서의 아급성 치료

- 고령자들(특히 노쇠한)은 급성질환에 있어 젊은 사람들과 다른 양상을 나타내며, 종종 회복까지 오랜 시간이 걸림.
- 급성기를 지나 아급성기로 이행하는 노인들은 기능적인 손상과 관련된 의료적 이슈들과 연계되어 있음.
- 의원성 손상(의료에 의한 또 다른 장애)을 예방하기 위한 적정치료도 중요하지만, 활동제한(immobility)을 초래할 수 있는 합병증 예방에도 관심을 기울여야 하는데, 이는 다양한 분야의 전문가들의 팀웍을 통한 다차원적 접근을 통해 이룰 수 있음.

[그림 4-3] 노인의 연속적 질환 관리 흐름도



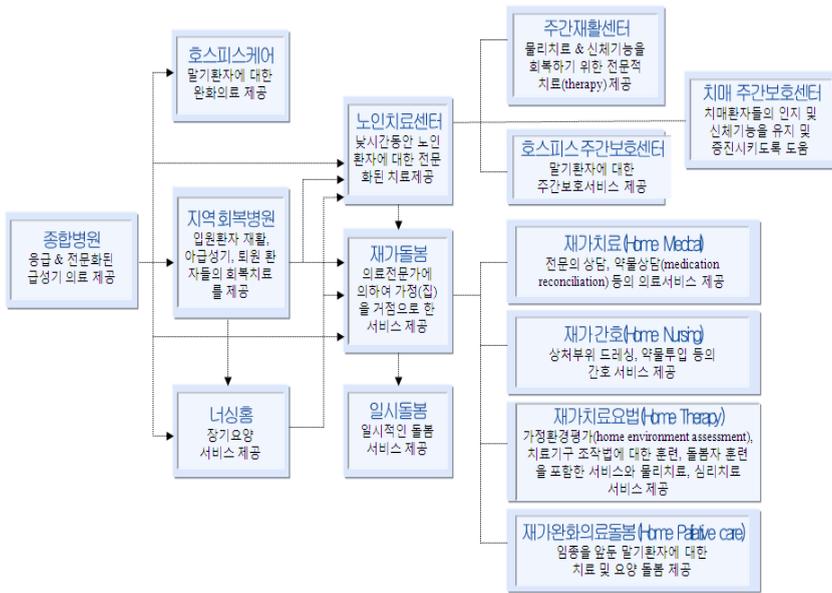
2. 아급성서비스 제공 모델(안)

□ 노인들의 통합적 기능평가를 통한 통합적 케어 계획 수립 및 연속적

서비스 제공 방안 구축

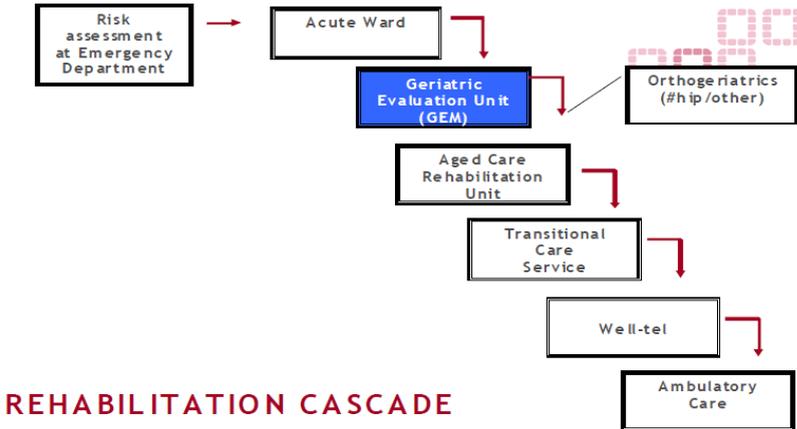
- 급성기 퇴원환자의 지역사회 회복병원 또는 요양병원 이동을 위한 의료체계 개발

[그림 4-4] 급성기병원에서 아급성, 장기요양으로의 연속적 케어 이동경로



- 안전하고 효과적인 퇴원계획을 세우고자 할 때, 적절한 기술이 돌봄 (회복) 과정에 최적으로 적용될 수 있도록 노인성 질환에 대한 평가 관리(Geriatric Evaluation and Management unit: GEMU)와 같은 도구를 이용할 수 있음.

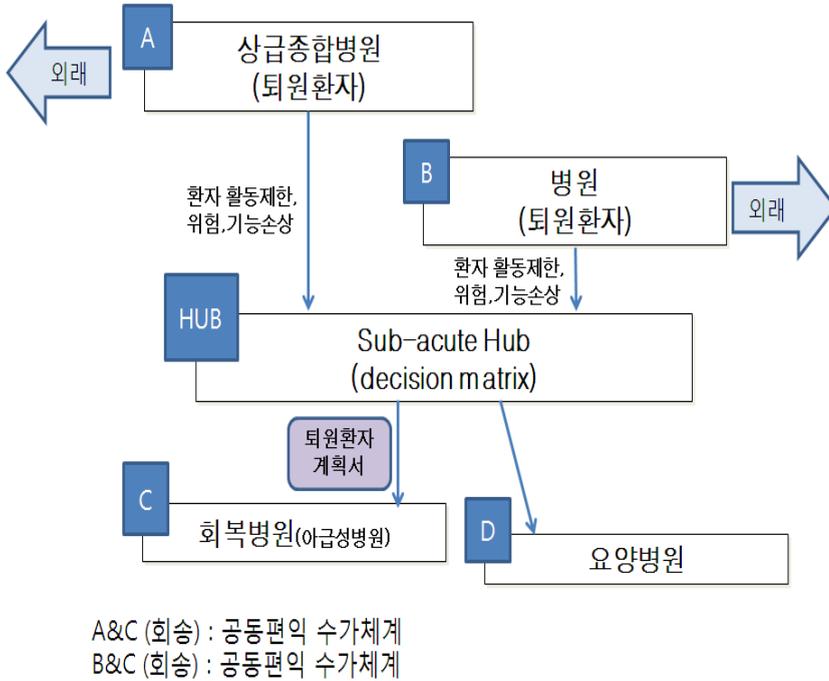
[그림 4-5] 호주의 GEM 모형



□ 한국형 아급성 제공 모델(안)

- 급성기 병원에서 퇴원 환자를 대상으로 퇴원환자의 위험 기능 평가
 - 의사결정 매트릭스 정보체계(subacute hub)를 개발하여 퇴원환자의 아급성 상태 또는 장기요양상태 등으로 구분
 - 이를 참고하여 퇴원환자 계획서를 작성한 후 회송
 - 환자를 보내는 기관과 받는 기관을 연계하여 수가관련 인센티브를 제공하는 방안 마련
 - 양기관 모두 편익을 발생할 수 있는 수가체계

[그림 4-6] 한국형 아급성 모형(안)

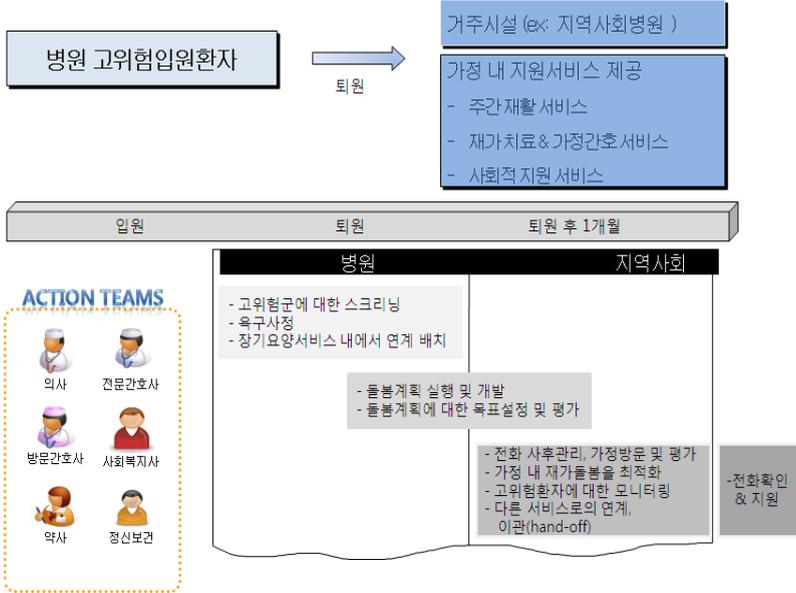


3. 아급성 서비스 제공을 위한 정책과제

가. 중증질환자의 만성화 예방을 위한 퇴원환자 관리제도 도입

- 대형 급성기 병원을 중심으로 한 퇴원환자 관리제도 우선 도입
 - 퇴원환자 대상 질병관리교육 뿐 아니라, 해당 질환관리를 위해 적정한 이용가능한 병원에 대한 정보, 해당 지역사회에서 제공하고 있는 복지서비스 제공 정보, 지역사회 서비스 이용, 사후관리 등이 지속적이고 포괄적으로 퇴원환자에게 제공될 수 있도록 퇴원환자 관리체계 마련

[그림 4-7] 퇴원환자 관리를 위한 병원 및 지역사회 팀의 서비스 전달

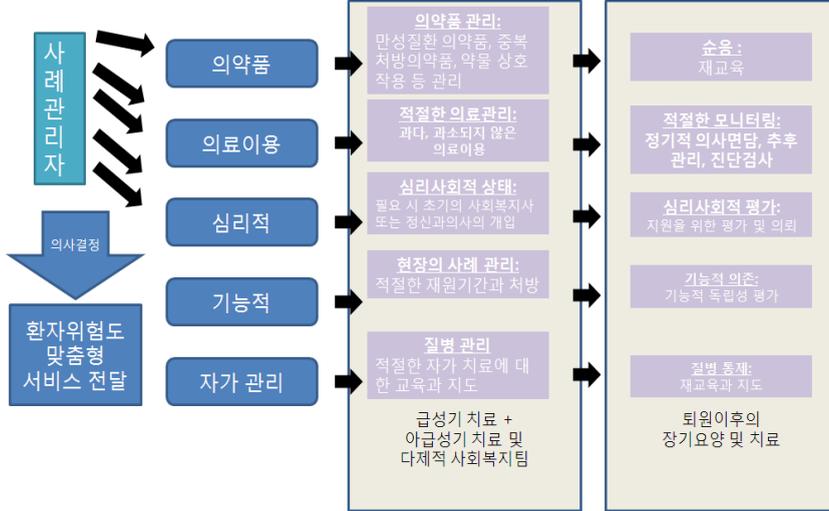


나. 아급성 서비스 제공을 위한 허브(subacute delivery hub) 구축

- 환자 의료정보기록을 통해, 환자 맞춤형 서비스를 제공할 수 있도록 아급성 서비스 전달 허브를 구축
- 환자 상태에 대한 의사결정 매트릭스를 활용하여 환자 맞춤형의 사례관리제공
- 질병치료 중심에서 벗어나 환자에게 노출되어 있는 위험에 따른 맞춤형 서비스 제공

94 지속가능한 건강보험 보장성 강화를 위한 의료체계 개편 방향

[그림 4-8] 아급성서비스 허브의 역할



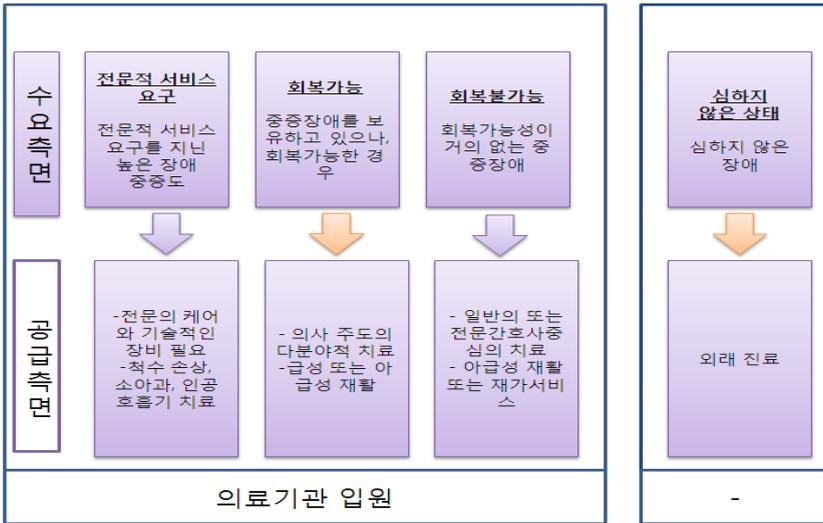
[그림 4-9] 의사결정 매트릭스

위험	절단수술	COPD	CVA	심부전	주요 관절 교체	PostBack Surgery	Postcom-plex CABG	외상성 뇌 부상	부상	재입원 이유
삼키는 데 문제		L	H					H		Aspiration
삼키는 데 문제		L	H					H		탈수
삼키는 데 문제			H					H		질식
삼키는 데 문제			H					H		장폐색
상체 조절이 좋지 않음	H		H		M	H	M	H		낙상
불안정한 이동	H	M	H	H	H	H	M	H		낙상
불안정한 이동	H	M	H	L	H	H	M	H		UTI (드문 배변)
불안정한 이동	H	M	H	L	H	H	M	H		폐색 (드문 배변)
방광 조절		L	H	M				H		UTI
창자 조절			H			H		H		장폐색
부적절한 질병관리	H	H	H				H		H	질병 관리
부적절한 질병관리	H	H	H				H		H	합병증
불충분한 재활	H	H	H	H	H	H	M	H	H	재수술

자료: Discovery Health(2012)

다. 일반병원을 아급성 전문병원으로 전환 유도

□ 일반병원을 아급성 전문병원으로 전환을 유도하고 각 기능별 수요에
맞은 전문의료서비스 제공







제5장 3대 비급여 급여화가 의료체계에 미치는 영향에 대한 FGI^{*}

제1절 환자(수요자) 단체

제2절 공급자 단체

* 황도경 한국보건사회연구원 부연구위원



5

3대 비급여 급여화가 의료체계에 << 미치는 영향에 대한 FGI

제1절 환자(수요자) 단체

- (기본입장) 4대 중증질환자에 대한 3대 비급여 보장에는 기본적으로 찬성하지만 의학적 필요성에 근거한 비급여 급여화가 우선적으로 논의되어야 함.

- 선택진료비에 대한 입장
 - 암, 희귀난치성 질환자에게 선택진료는 선택이 아닌 필수이나 담당주치의를 선택진료로 할 경우 마취과 의사 등 원하지 않는 선택진료비를 추가로 부담하게 됨. 즉, 처음 선택진료를 하게 되면 이후 모든 진료가 선택진료로 청구되어 모든 비용이 비급여 되는 것은 문제
 - 선택의사 외 일반의사가 전체의사의 일정부분(20%)있어야 하나 실제 병원에 가보면 일반의사 진료는 일주일에 하루 이틀 정도만 근무하고 그 외에는 거의 없는 실정이어서 일반의 진료를 원할 경우에도 진료받기 어려움.
 - 기본적으로 선택진료는 폐지되어야 한다는 입장
 - 선택진료는 환자가 경험 많은 의사를 선택하는 대신 그에 대한 추가 비용을 지불하는 것으로 사실상 좋은 제도이나 현실에서는 의사가 아닌 병원에 지불
 - 의료서비스 질을 환자들이 평가하도록 하여 환자들의 평가가

좋은 의료진은 더 많은 급여를 받도록 하는 체계가 필요

- 질환의 중증도에 따라 선택진료의사 또는 일반의사가 진료하게 되는 체계를 생각해 볼 수 있음. 즉, 초진과 재진은 환자가 자유롭게 선택할 수 있으나 그 이후의 진료는 의사의 판단 하에 선택진료 여부를 결정하도록 하는 방법 제안

□ 상급병실료에 대한 입장

- 비자발적 상급병실을 이용해야 하는 경우가 매우 많아 비자발적 상급병실료는 지원되는 것이 바람직
- 거의 대부분의 환자는 급여가 되는 6인실을 선호하지만 이는 경제적인 선호이지 최적의 서비스에 대한 선호는 아님.
- 다인실 입원이 불가능한 질환(희귀난치성 등)도 있어 상급병실에 대한 지원은 필요하며, 재정적 어려움이 있을 시 의학적 필요에 의한 상급병실을 우선 인정

□ 간병서비스에 대한 입장

- 간병서비스 급여화에 대해서는 기본적으로 찬성하는 입장이나, 희귀난치성 질환 등 중증질환의 경우, 그 질환과 환자의 특성을 인지하고 있지 않은 간병인으로 인해 2, 3차 문제가 발생할 수 있음.

□ 전달체계(회송의뢰 등)

- 중증질환자가 상급종합병원에서 진단, 수술 후 투약 등 유지 단계에서 동네병원(거주지 인근 병의원)을 이용할 수 있는 시스템이 필요

- 실제 투약 등 유지·관리 단계에서 의료기관을 거주지역으로 바꾸게 되면 모든 검사를 다시 해야 하고, 기존 병원의 진료기록(의무기록)을 갖고 가더라도 병원의 수익성, 의사의 위험 부담 등으로 진료를 받을 수 없으며 특히, 응급상황 시에도 앰블런스는 지역 내 의료기관으로만 이송 가능하기 때문에 지방에 있는 환자들은 서울 소재 상급종합병원으로 가기 전까지 고통을 견디고 있어야 함.
- 이러한 문제로 인해 환자의 의료접근성 저하와 재정적 낭비가 발생하므로 환자가 어떤 병원을 가도 환자의 케어 방법을 공유할 수 있는 시스템이 필요

○ 환자의 입장에서 현재의 전달체계는 중복검사 발생, 이로 인한 진료비 증가 등 직접 체감할 수 있는 편익 또는 이득이라 느끼지 못하고 있음.

□ 의료기관 환자 쏠림 현상

- 환자 쏠림의 가장 큰 이유는 환자의 의사 및 의료기관에 대한 정보 부재로 발생
 - 대부분의 일반 국민들은 그 분야의 최고 전문가에게 진료를 받아야 한다고 생각하는 경우가 많으며 특히, TV 등 언론에 출연한 상급종합병원 의사에게 진료 받기를 원하게 됨. 이는 의사 및 의료기관에 대한 정보 부족으로 인한 것으로 환자 입장에서 쉽고 이용가능하고 신뢰할 수 있는 정부차원의 의료기관 선택기준에 대한 정보제공이 필요

- 현재 심평원에서 이러한 정보를 일부 제공하고 있으나 환자입장에서 특정질환에 대한 의료기관 선택에 있어서의 판단 기준을 제공하기에는 매우 제한된 정보만을 제공
- 따라서 특정 질환을 진료할 수 있는 가칭 ‘의료기관 통합 정보 포털 서비스’를 통해 지역 내 의료기관 정보(지역 거점병원 등)가 제공된다면 된다면 환자 쏠림 현상도 완화될 수 있음. 현재는 특정질환 환우회 차원에서 지역 내 의료진 정보를 개별적으로 제공하고 있음.
- 3대 비급여 급여화로 인한 대형병원 쏠림 현상은 크게 발생하지 않을 것으로 예상됨. 현재도 중증질환의 경우 지방 중소병원 의사들이 진료할 수 없는 경우가 많아 이미 상급종합병원에서 진료를 받고 있음.

○ 대형병원 쏠림을 억제하기 위해 약제비처럼 환자에게 패널티를 물리는 방법은 부적절함.

- 경증질환은 1차, 중증은 3차에 집중하도록 하며 그 외의 경우는 의료기관에 패널티를 부과

제2절 공급자 단체

□ 의료기관의 3대 비급여 현황

○ 선택진료비

- 선택진료비로 인한 재정규모는 약 1.5~2조원으로 의료기관 수입의 약 7.8%이며 비급여 중 20.8%를 차지

- 병원급 이상(요양병원 제외) 의료기관의 16.6%가 선택진료 실시(상급종합 100%, 종합 40.7%, 병원 11.6%)
- 선택의사 지정율은 73.3%(상급종합 79%, 종합 68.8%, 병원 50.7%)

○ 상급병실료

- 재정규모는 연간 약 1조원
- 병원급 이상 의료기관의 67.3%가 상급병실 운영(상급종합 100%, 종합 99%, 병원 80%, 요양병원 42%)
- 일반병상 규모(상급종합 65%, 종합 72%, 병원 81%, 요양병원 94%)

□ 선택진료료에 대한 입장

- (기본입장) 선택진료의사 비율 현행 유지, 건강보험 저수가 보완이라는 원래 목적에 부합하도록 급여화 시 기존 수입 보전
- 의료적 필요에 의한 불가피한 의사선택(희귀난치성 질환 등) 및 일정 소득계층 이하의 과도한 본인부담에 대한 비용 지원에 대해서,
 - 국가의 선택진료비 지원에 대해서는 긍정적 입장이나, 특정환자를 대상으로 할 경우 역차별 문제 제기
- 선택의사 비율 축소에 대해서
 - 일방적인 선택진료의사 비율 축소는 기본적으로 반대(병원계 손실비용의 보전방안이 함께 논의되는 것을 전제)
- 항목별 선택진료비 산정에서 총진료비 또는 건당비용에 일정비율을 선택진료비로 산정 또는 선택진료 일부 항목을 폐지하고 다른

진료항목에서 보전에 대해서는

- 총 선택진료비 수입이 보전되는 것을 전제로 일부 수정 논의 가능. 단, 외래환자와 입원환자의 비용부담이 상호 과도하게 전가되지 않도록 하는 세부 논의 필요하며 건보재정상황 등이 고려된 실제 집행가능성에 대한 검토 필요

○ 선택진료비 폐지에 반대(개원의협의회)

- 선택진료비 폐지 시 경험 많은 전문의(현재의 선택진료의사)에게 더욱 쏠림 심화
- 의사들에 대한 인센티브가 줄어들게 되면서 의료의 질 저하 문제 발생

○ 국민의 부담을 완화하고 선택진료비 강화할 방안(개원의협의회)

- (1안) 선택진료를 한정하는 방안
 - 환자가 받을 여러 진료 중 2개까지 선택진료비로 하고, 나머지는 의료진이 선택
- (2안) 질병특이성에 따라 선택진료하는 방안
 - 현재 백혈병의 경우 모두 선택진료를 하고 있는 실정인데 이와 같이 질병특이성에 따라 몇 가지 질병군만 선택진료화(독일은 의사의 처방이 있는 경우만 선택진료)
 - 단, 비의학적 병실(호텔식 병실)은 비급여

○ 선택진료가 권장되어야 신의료기술 등 의료기술 개발이 가속

□ 상급병실료에 대한 기본입장

- (기본입장) 기준병실 비중 확대 및 기준조정 시 시설변경 비용 등 손실보상 및 입원료 수가 적정화가 필요하며, 고급병실을 요구하

는 고소득 계층, 외국인 환자 등을 위한 상급병실 이용제한은 불필요

- 일반병상 기준 확대 및 일반병상 비율 상향 조정은 병상수 조정에 따른 의료기관 입원 수익 감소와 대형병원의 환자 집중 그리고 입원 대기기간 증가가 우려됨.
- 병실차액 지원의 단계적 확대는 대형병원 이용 부담 완화로 상급병원의 환자 집중 가속될 수 있고, 의학적 필요에 의한 병실 차액 차등 지원은 환자 민원 발생 우려
- 수용인원, 병실 환경 차이를 수가에 반영하여 차등보상하는 방안은 복잡한 병실 시설, 환경의 등급화는 현실적으로 불가능

□ 간병비에 대한 기본입장

- (기본입장) 의료기관의 간호인력 수급 문제 해결이 전제되어야 함.
- 보호자 없는 병원(간호서비스)
 - 보호자 없는 병원 운영을 위해서는 간호인력이 현재의 2~3배 추가 확보 되어야 하며 지역별 간호인력 수급대책도 필요
 - 환자에게 도움이 되면서 환자의 부담을 줄이기 위해서는 확대 간호가 필요함. 하지만 간호사의 급여를 높여주어야 하고 이는 요양기관의 부담 증가를 가져옴으로 간호관리료를 높여야 함(개원의협의회).
- 의료기관의 간병인 직접 고용
 - 의료기관 간병인 직접 고용은 요양기관 업무에 적합하지 않으며, 인건비 및 관리운영비에 대한 손실이 예상

□ 전달체계(회송의뢰 등)

- 상급종합병원은 입원과 수술에 집중하고 의원급은 입원 병실을 줄여나가되, 만성질환 관리를 중심으로 운영(개원의협의회)
 - 의원급에서의 진료로 해결할 수 있는 환자는 의원급에서 진료 받을 수 있도록 하는 제도 마련
 - 불필요한 상급종합병원 이용 억제를 위해 응급실 비용을 높이고 가정의학과를 통한 입원을 없애는 방안 등의 장치 마련
- 상급종합병원 장기입원 환자 관리 방안 모색
 - 수술 및 치료가 끝난 일부 입원환자의 경우, 민간보험 등으로 입원비가 보상되어 병원의 퇴원조치에도 불구하고 상급종합병원에서의 불필요한 장기 입원 발생
- 의료기관의 의뢰회송 활성화를 위한 심평원의 의료기관 정보공개
 - 대부분의 종합병원 이상 의료기관은 자체 진료의뢰센터를 운영하면서 급성기 치료후 환자를 회송·퇴의뢰 하고 있으나 의료기관에 정보(적정치료를 위한 기본 정보-진료과, 의사수, 폐업 여부 등)를 자체적으로 구축하는데 어려움이 있어 심평원에서 매년 업데이트 된 의료기관 정보 제공이 필요
 - 회송의뢰의 성과측정을 위한 표준기준 설정

□ 의료기관 환자 쏠림 현상

- 수도권 쏠림은 의료수준의 격차를 의미하는 것으로 이를 무조건 제한할 경우, 지방거주자에 대한 건강권이 제한
 - 대형병원 쏠림을 억제하기 위해 환자(약제비)나 의료기관에 패널티를 부과하거나 방법은 부적절

□ 보장성 강화에 대한 입장(3대 비급여 급여화)

- 선택진료료 및 상급병실료 급여화되면 환자의 소득에 관계없이 혜택을 볼 수 있어 저소득층부터 급여화하거나 국공립 병원 시범 사업 등 단계적 설계가 필요
- 보장성 강화 정책은 동네 의원을 위축시키고, 대형병원을 중심으로 되고 있어 4대 중증 보장성 강화되면 이러한 문제는 더 가속화 될 것
- 3대 비급여를 급여화하게 되면 향후 추가적인 비급여항목이 증가 되면서 총액계산제로의 수가체제로의 변경이 용이해질 수 있기 때문에 3대 비급여 급여화에 대해 매우 민감한 입장(개원의협의회)
 - 비급여를 논하기 전에 의원에 대한 의원에 대한 정부차원의 원가보전이 선행





제6장 결론

제1절 보장성 강화에 따른 상급병원 환자 쏠림의 예측과 대응

제2절 중증화 예방을 위한 만성질환 관리체계 구축

제3절 중증환자의 아급성기 의료공급체계 설계

제4절 3대 비급여 급여화의 영향을 고려한 의료체계 개편



6

결론 <<

제1절 보장성 강화에 따른 상급병원 환자 쏠림의 예측과 대응

1. 현 상태의 보장성 강화는 Big5 상급종합병원으로의 환자 쏠림 고착화

- 지난 10년간 외래 진료실적의 연도별 변화에서 의원의 점유율만 감소하고 병원급 이상의 종별 점유율은 최근까지 모두 증가하고 있음.
- 2009년을 기점으로 지역별 관외 이용 환자 비율의 증가세가 꺾이고 상급종합병원의 외래 진료비 점유율도 큰 변화 없이 유지되고 있음.
 - 이는 환자의 선호도가 감소한 것 보다 상급종합병원의 물리적인 환자 수용력이 한계에 이른 것으로 평가됨.
 - 상급종합병원은 평균 병상점유율이 90%를 상회하고 있음.
- 특히, 초대형(Big5) 상급종합병원 환자 쏠림이 심각한 수준임.
 - 최근까지 상급종합병원의 외래 진료비 중 40%이상이 Big5병원으로 집중되고 있음.
 - 외래서비스에서 상급병원 전체의 점유율 변화 보다 Big 5 상급종합병원의 점유율 증가가 큼.

- 고도의 효과적 서비스, 한 장소에서 여러 서비스 이용, 호텔과 같이 고급화된 서비스, 환자 편의성이 모두 충족된다는 측면에서 Big5 상급종합병원에 대한 환자 선호는 증가할 것으로 보임.
- 상급종합병원에 의존적인 이용행태를 보이는 중증질환자는 비용부담이 완화되면서, 첨단 기술의 검사와 장비를 기반으로 명성 있는 의사의 수술서비스가 제공되는 Big5상급종합병원에서의 치료를 더욱 희망할 수 있음.
- 이들의 선호가 상급종합병원의 수용능력 한계로 충족되지 않을 경우, 환자 대기열 문제가 심각해질 수 있음.
- 결과적으로, 의료제공체계 개편 없는 보장성 강화는 Big5상급종합병원으로의 환자 쏠림을 고착화 시킬 것임.
- 이들 병원에 대한 환자 선호의 증가는 대기열로 인한 불만을 가중시키고 대기가 완료될 때까지 전달체계상 중복진료로 인한 의료 이용량을 증가시킬 수 있음.

2. 부적절한 환자 쏠림의 정의와 관리 대상

- 의학적 쏠림과 부적절한 쏠림으로 구분 필요
- 의학적 쏠림은 의료적 필요에 의한 환자 집중
 - 의료체계의 효율성 측면에서 지역화가 어려워 일부 공급자나 기관으로 환자 집중을 유도할 수밖에 없는 분야
 - 예) 고가 기술 및 장비 투자가 필요한 중증 치료, 희귀질환 진단 등

- 부적절한 쏘림은 의료적 필요성이 아닌 기타의 요인으로 이루어지며, 결과적으로 의료시스템에 비효율을 초래하는 쏘림
 - 대형병원 선호에 의한 불필요한 이용 증가
 - 예) 경증환자의 수도권 상급종합병원 이용

- 부적절한 쏘림의 관리 대상 규정과 행태의 유형화
 - 부적절한 환자 쏘림의 관리 대상
 - 상급종합병원으로의 부적절한 환자쏘림을 관리대상으로 규정
 - 의료제공체계 전반에서 상급종합병원의 기능적 차별성 육성
 - 중증 진료와 연구 중심으로의 기능 정립
 - 진료의뢰서 발급이 필요한 2차 기관으로서의 엄격성
 - 경증 치료에 대한 고가 진료비 부담의 비효율성 제거
 - 환자 쏘림으로 인한 부적절한 행태 유형
 - 문제 있는 쏘림은 다음의 두 가지 형태로 나타날 수 있음.
 - 경증 질환자의 선호적 상급종합병원 이용
 - 상급종합병원 중증 입원 치료 후 재원 기간 연장

- 의학적으로 필요한 중증질환자의 상급종합병원 이용이 적체 없이 효율적으로 순환되기 위해서는 환자의 부적절한 쏘림이 문제가 되는 상급종합병원을 중심으로
 - 사전적으로 경증 질환자의 중증화를 예방하며, 필요시 적절한 기관으로 환자를 의뢰하고,
 - 상급종합병원에서 급성 중증 치료 후 적절한 이급성 치료 기관으로 환자를 의뢰하는 의료기관간 진료 연계가 활성화되어야 함.

3. 서비스 중심에서 환자 중심으로 제공체계의 개편

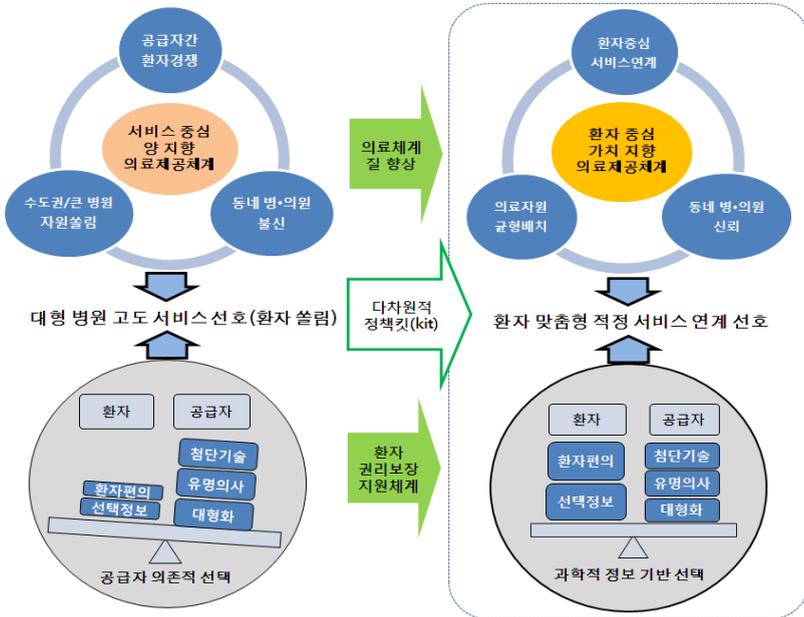
- 의료체계의 근본적 개편은 상당한 사회적 비용을 수반하므로 점진적인 개편 추진
 - 의료공급자 주도, 환자 중심, 가치기반의료 지향
 - 현재 의료제공체계상 중요한 접점에 대한 정책적 개입
- 의료제공체계 개편의 핵심 이슈는 환자중심으로 의료공급자간 분절된 의료서비스를 통합, 연계하는 환경의 조성임.
 - 환자중심으로 서비스가 연계될 수 있도록 공급자간 협력 진료네트워크를 육성하고 활성화시킬 수 있는 지원 정책, 지불제도 개편 등 다각적인 변화가 필요함.
 - 의료제공체계 개편의 주요 대상과 변화

구분	현재	변화방향
의료의 보편성	의료의 질에서 변이	의료의 질과 형평성 향상
의료의 연속성	분절(지난치 전문화)	통합
지불단위	행위량	치료결과
환자 참여	수동적	능동적

- 의료기관간 자발적인 협력진료모형 사업을 개발하고 시행하도록 유도하는 정책 지원 필요
- 의료제공체계 개편을 위한 다차원적 정책 킷(kit) 시행
 - 환자쏠림은 의료제공체계의 총체적 비효율성이 발현된 문제로 단 일정책으로 해소되기 어려우며, 다차원적으로 다양한 정책 집합

의 시행이 필요함.

- 환자쏠림 현상의 해소는 환자가 무조건적으로 대형 병원의 고도 서비스를 선호하지 않고 자신에게 맞는 적정 서비스 연계를 선호할 수 있도록 인식을 변화시켜야 함.
 - 인식의 변화를 위해서는 첫째, 의료제공체계의 질 향상이 있어야 하고 이에 대한 신뢰가 확보되어야 한다. 둘째, 이러한 변화의 인식을 확대시키기 위해 환자에게 충분한 정보를 제공하고 의사 결정을 지원해야 함.
 - 이러한 목적을 달성하기 위하여 다차원적 정책 킷을 실행함.



4. 부적절한 환자 쏠림 해소를 위한 정책 킷(kit)

□ 암환자중심 진료 연계 활동 지원 및 육성

- 종별 간 환자 중심 진료협력 유도를 위한 동기부여
 - 상급종합병원 외래 이용의 예외 경로 축소
 - 종별 의료기관간 기능 정립을 위한 차별적 수가 조정
 - 중증질환 진료에 대한 상급병원 의무 강화
- 동네 일차 진료 협력체 구성과 가치-기반 성과지불제도 시행
 - 동 단위 병·의원들이 자율적 협진체계 구축 후 보험자에게 등록
 - 보험자 또는 심평원은 동 단위 일차 진료 협력체의 진료실적 분석을 통해 협력체에서 일정 수준 이상의 의료이용을 한 환자들만을 책임(성과 측정 대상) 환자로 할당
 - 보험자와 협력체는 성과 측정(비용과 질 지표로 구분)과 인센티브 지급기준을 사전 협의를 통해 규정
 - 협력체 단위로 질 수준을 충족시키고 비용 절감 시 절감액의 일부를 인센티브로 지급
- 지역 기반 보건 네트워크와 연계한 만성질환 관리 효과 확대
 - Patient Centered Medical Home(PCMH) 벤치마킹
 - 지역사회 기반 공적 보건 네트워크 구성을 통해 개별 만성질환 관리의원이 해당 네트워크와 연계함으로써 예방 활동, 적절한 진료연계 기능을 강화할 수 있음.
 - 현재, 정부가 추진 중인 지역사회 기반 건강 플랫폼은 공적 보건네트워크의 한 형태임.

- 여기에 지역사회 기반 심뇌혈관 질환센터, 응급센터, 암센터
를 참여시킴으로서 공적 보건의료네트워크 형성 가능

○ 환자 중심 케어 매니저 활동 육성

- 입원 환자의 진료 연계를 위해 의료진과 관계를 형성하고 환자
의 의사결정을 지원할 수 있는 케어 매니저 활동 필요
- 보험자와 심평원의 기관별 케어 매니저 활동 지원
 - (병원 단위 정보 제공)보험자와 심평원은 지역별 병원 현황
및 자원 운영 정보, 질 평가 정보를 병원 단위에서 포괄적
으로 확인 가능하도록 정보 제공체계 개편
 - 개별 기관의 케어 매니저 활동을 지원하기 위한 협의체 구
성, 활동성과 공유 워크숍 개최, 우수 활동 기관 홍보
 - 지원 담당 부서 운영
- 케어 매니저 활동 육성
 - 상급병원 지정과 인증 평가에서 반영
 - 케어매니저 활동에 대한 평가 및 인센티브 모형 개발

□ 동네 병의원 신뢰도 제고 위한 의료의 질 향상

- 외래 영역 질 평가와 인증 확대를 통해 동네 병·의원 의료서비스
의 질에 대한 환자의 관심과 인식 확대
- 일차의료기관에 대한 교육과 지원 강화
 - 보험자와 심평원은 지역별 환자의 질병분포, 이용 실태를 바탕
으로 지역별 일차의료기관을 대상으로 정보 공유의 기회 확대
 - 지역의사회와 파트너 관계를 구축하여 수요를 반영한 온-오프
라인 교육 프로그램 운영, 다양한 정보 제공 목적의 토론회 개

최 등 근거에 기반 한 진료 육성을 위한 지원체계 강화

□ 암의료자원 균형 분배

- 지역별 의료자원 필요도 평가
 - 의료서비스 제공의 효율성 측면에서 지역별 의료자원 필요도를 평가하고, 부적절한 공급 과잉 통제
- Big5 상급종합병원에 대한 병상 관리
 - Big5 병원의 외래환자 수용능력이 현재는 포화상태로 평가되지만, 병상 증가로 환자 쏠림의 수용 능력이 증가될 수 있음.

□ 암 환자의 의사결정 지원 강화

- 환자의 선택에 영향을 미칠 수 있는 정보의 종류와 편의성 확대
- 의료기관 단위 통합 정보 제공
 - 영역별로 세분된 정보 등을 의료기관 단위로 통합하여 제공
- 환자단체, 의사회 등의 상담 활동 지원
 - 중증질환자는 환자단체에게 치료 등에 대한 정보를 얻고자 할 것이며, 가장 강력한 공감대를 얻을 수 있는 단체임.
 - 보험자는 환자단체 또는 의사회와 파트너 관계를 통해 환자의 합리적 의료이용 유도를 위해 필요한 정보를 공유하고 환자 단체가 회원에게 적절한 정보제공 활동을 할 수 있도록 필요 정보 지원

제2절 중증화 예방을 위한 만성질환 관리체계 구축

1. 만성질환 증가로 인한 사회경제적 부담 증가

- 2002~2011년 기간 동안 만성질환 진료실인원 증가율은 59.6%로, 진료비 증가율은 233.6%로 만성질환에 대한 사회경제적 부담이 높아지고 있음.
- 반면, 조절되지 않는 당뇨의 경우 OECD 국가 평균은 인구10만 명당 50.3명이지만, 우리나라는 인구십만명당 127.5명으로, 2.5배정도 더 높아 만성질환관리체계의 부재를 드러냄.
- 만성질환 관리 문제는 예방관리 체계의 부재에 집중적으로 나타나고 있음. 즉, 합병증 등 중증 만성질환이 발생하기 전 단계에서 조기에 만성질환 발견과 관리가 강화되어야 하는데 이러한 시스템이 적절히 작동하고 있지 않음(신영석 외, 2012).

2. 만성질환 관리를 위한 그간의 논의

- 고혈압·당뇨병 예방관리 사업
 - 우리나라의 만성질환관리는 2000년 보건소 중심의 고혈압·당뇨병 예방관리 시범사업을 시작으로 하여, 2003년도에는 전국 보건소로 확대
 - 일부 도시를 중심으로 고혈압·당뇨병 환자 관리등록사업을 수행하고 있으나, 대상인구가 제한적이며, 전국적이고 종합적인 체계를 가지고 있지 못함.

- 실제 시범사업 수행과정에서 건강보험공단과 연계를 통해 환자발견사업이 선행되어야 하나, 질병정보공유가 원활히 진행되지 못한 한계가 있음.

□ 의원급 만성질환관리제 성과인센티브

- 의료기관 기능 재정립 틀에서의 ‘일차의료 활성화’를 목적으로 고혈압·당뇨병 환자가 일차의료기관인 ‘의원’에서 적절한 진료 및 건강관리를 받을 수 있도록 지원하기 위해 2012년 4월부터 시행
 - 지속적으로 동일 의료기관을 이용하는 환자에 대한 인센티브는 재진 진찰료에 대한 본인부담률을 경감해주고 건강지원서비스를 제공하는 것임.
 - 의료서비스 질 향상을 위한 의료기관 인센티브는 질 평가 결과 및 보수 교육 여부에 따라 재정적 인센티브를 제공하는 것임.
- 의료계의 적극적인 협조나 환자 홍보 등이 미흡하여 의료기관 및 환자의 참여율이 높지 못함(2013년 4월 기준, 대상기관 1만4천여곳 중 약 65%만 참여)

□ 국가 심뇌혈관 종합대책 등

- 보건복지부는 만성질환 관리 등과 관련하여 ‘만성질환 예방관리 국가 종합대책’, ‘국가 심뇌혈관 종합대책’, ‘지자체 만성질환 예방관리 사업’ 등을 실시
 - 특히, 심뇌혈관질환 종합계획 하에 전국 지역심뇌혈관질환센터 설립 추진
- 대학병원 등을 중심으로 권역별 심뇌혈관센터가 설치되고 있으나

만성질환자의 합병증 발생에 대한 치료서비스 제공 위주로 운영되고 있음.

- 예방사업도 함께 추진되고 있지만 일반적 홍보와 캠페인에 그침.

- 평가 또한 만성질환자의 관리 수준에 대한 평가가 이루어지는 것이 아니라, 환자 교육 개최 빈도, 초기 계획한 목표와 목표 달성 정도 등에 대해서 평가하고 있음.

□ 건강관리 의사제

- 건강관리 의사는 일차진료서비스, 예방 및 건강증진 서비스, 중증질환 치료시 진료의뢰, 중증질환 치료 후 회송 받은 환자에 대해 건강관리, 장기요양 및 호스피스에 대한 자문 및 제공 등을 담당

- 건강관리 의사는 원활한 의뢰 회송 체계를 위해 개원 전문의·병원(상급) 종합병원 등과의 진료네트워크를 주도적으로 구성

- 공단은 관리운영기관으로 의료이용량 및 진료비에 대한 정보를 관리하고, 건강관리 성과평가 결과를 건강관리 의사와 이용자에게 제공

- 대상을 일부 진료과목으로 한정, 서비스의 구체성 부족, 낮은 인센티브 수준 등으로 관련 협회 등이 반대

3. 만성질환 관리체계 구축 방향

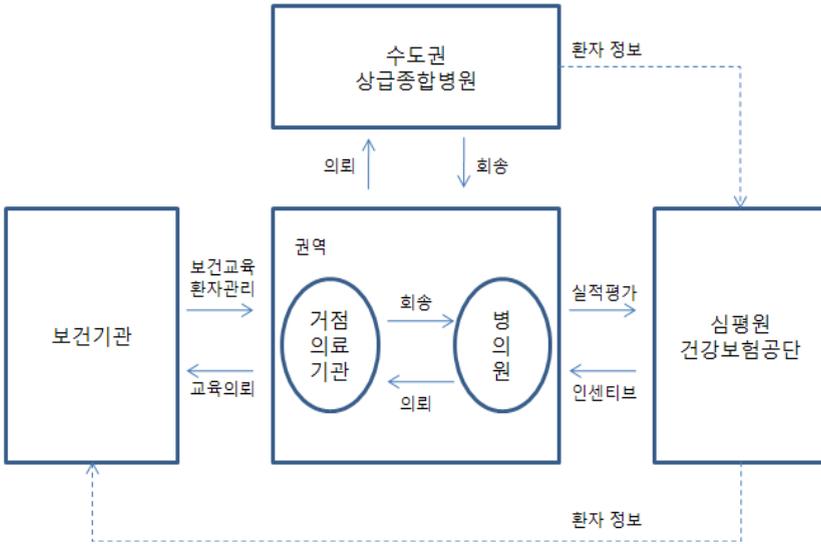
- 만성질환 관리체계 구축을 위해서는 의료자원의 적정화, 의료기관 기능재정립, 의료전달체계 확립 등이 효과적인 의료서비스 제공이라는 지향점을 향해 서로 맞물려가며 진행되어야 함.

- 완전히 새로운 틀을 만들기 보다는 정부에서 활용할 수 있는 기존의 수단과 방법 내에서 환자의 흐름을 분산시킬 수 있도록 하는데 중점
- 수도권 환자쏠림 대책의 연장선에서 만성질환자가 대도시로 몰리지 않도록 지역관리체계를 구축하고, 지역체계 내에서 만성질환자의 관리를 목적으로 함.
- 만성질환 증증화 예방 관리사업을 위해 여기서는 암, 심뇌혈관질환 관리체계를 주 대상으로 함.
- 암과 심뇌혈관질환은 질병부담이 높고, 우리나라의 주요 사망원인 1, 2위를 차지하는 중대한 질환이므로 선결해야 할 시급성이 높음.
 - 수도권 쏠림현상이 이루어지는 질환의 순위는 암, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환, 백내장, 그리고 자궁 근종이며, 특히 암의 경우 다른 질환에 비해 압도적으로 쏠림현상이 심한 대표적 질환임.

4. 증증화 예방을 위한 만성질환 관리체계(안)

- 지역에서 해결 가능한 환자는 수도권 집중현상이 이루어지지 않도록 지역 내에서 상급종합병원을 중심으로 진료네트워크 구축
- 각 권역 혹은 지역별로 지정된 권역별센터를 중심으로 질병의 발견, 치료, 관리(교육 포함) 등을 위해 공공기관 등이 참여 가능
- 암환자 및 심뇌혈관 환자의 지역관리 체계
 - 수도권 상급종합병원
 - 암환자 및 심뇌혈관 환자의 급성기 치료 담당

- 급성기 치료 이후 질환 관리를 위해 권역내 상급종합병원으로 회송



○ 권역 의료기관 네트워크

- 수도권 상급종합병원에서 회송받은 환자의 증증화 예방 및 질환 관리를 담당
- 권역별로 지정된 암센터, 심뇌혈관센터 등에서 자체적으로 네트워크를 구축하도록 하고, 네트워크 내에서 의뢰 및 회송시스템이 작동하도록 유도

○ 보건기관

- 보건기관에서는 간호 인력 등을 활용하여 등록된 환자에 대한 사례관리 역할을 수행하는 동시에 필요시 의료기관과 협력하여 암환자 및 심뇌혈관질환자에 대한 보건교육을 담당

○ 국민건강보험공단

- 국가암검진 및 생애전환기 건강검진의 문진시 검진결과를 사업에 활용할 수 있도록 개인정보 사용에 대한 동의를 구하고, 검진결과 조기 발견된 환자에 대한 정보를 보건기관으로 제공
- 수도권에서 권역으로 환자회송시 지역내 보건기관으로 회송 환자에 대한 기본 정보를 제공함으로써 지역별 담당제가 가능하도록 함.

○ 환자의 적극적 참여를 위한 인센티브 마련

- 환자의 입장에서는 지역내 코디네이터의 관리를 받음으로써 본인의 질환에 맞는 의료기관에 대한 정보와 개인의 질환관리 정보를 제공받을 수 있음.
- 진료의 연속성이 확보되며, 질환의 중증도에 따라 장기요양서비스 등과 자연스럽게 연계 가능함.
- 연속적인 질환 관리를 위한 관리 계획 마련 및 환자 참여 유인

제3절 중증환자의 아급성기 의료공급체계 설계

1. 인구구조 변화로 인한 새로운 의료수요 증가

- 노인성 질환자의 의료이용 및 의료비의 지속적 증가로 통합적 의료-사회서비스 연계체계의 필요성 증가
- 의료제공체계의 효율성 측면에서, 고비용 진료기관의 급성기 중증 치료 후 보다 저렴한 대체 의료서비스의 공급체계 구축 필요

□ 치료서비스의 유형

○ 급성 치료(Acute Care)

- 급성 치료는 복잡한 증상을 겪거나 수술을 받을 때 또는 현재 수준의 치료로 충분하지 않을 때 시행됨.
- 급성 치료의 조건이 더 이상 만족되지 않을 때는 아급성 치료 또는 장기 치료 부문으로 이행

○ 아급성 치료(Sub-acute Care)

- 아급성 치료는 입원 이후 치료관리로 요구되거나 입원 대신에 선택하는 치료 개입이라 할 수 있음.
- 장기 치료 과정보다 질환의 중증도는 높으나, 급성치료보다는 질환의 중증도가 낮고, 대상자 중 고령자 집단이 대부분을 차지함.

- 아급성 치료는 “급성치료 직후나 급성치료 대신 적용될 수 있는 포괄적 치료이며 복합적 질환 상태에 적용될 수 있으므로, 전통적인 장기요양보다는 강하고 급성 치료 보다는 약한 치료”로서 정의될 수 있음.

- 향후, 이러한 수요 증가에 효율적으로 대응하기 위해서는 급성기 치료와 장기요양 사이의 아급성 의료서비스 공급체계의 설계 필요

2. 아급성(sub-acute) 서비스의 역할

- 환자를 급성에서 아급성 진료로 전환시킬 수 있다면 입원 기간의 단축 등으로 의료비용의 측면에서는 이익을 가져다 줄 수 있음.
- 환자들에 대한 포괄적 관리, 입원이후기간에 대한 효율적 관리, 치

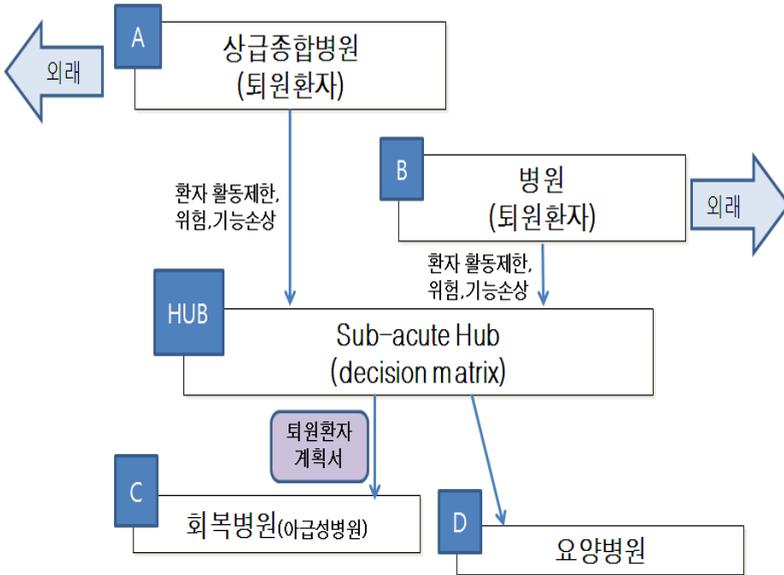
료의 연속성 향상 등으로 치료의 효율성을 높일 수 있음.

□ 아급성(sub-acute)서비스 대상 질병 분류

- 주상병 기준으로 급성심근경색(Acute Myocardial Infarction, AMI), 울혈성 심부전증(Congestive Heart Failure, CHF), 만성폐쇄성폐질환(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD), 뇌졸중(cerebrovascular Accident, CVA), 폐렴(pneumonia), 선택적인 골반 또는 무릎 교체(elective hip or knee replacement), 자궁절제술(hysterectomy), 전립선 절제술(Transurethral Resection of the Prostate, TURP) 등

3. 한국형 아급성(sub-acute) 서비스 제공 모델(안)

- 급성기 퇴원환자의 지역사회 회복병원 또는 요양병원 이동을 위한 의뢰체계 개발
- 급성기 병원에서 퇴원 환자를 대상으로 퇴원환자의 위험 기능 평가
 - 의사결정 매트릭스 정보체계(subacute hub)를 개발하여 퇴원환자의 아급성 상태 또는 장기요양상태 등으로 구분
 - 이를 참고하여 퇴원환자 계획서를 작성한 후 회송
 - 환자를 보내는 기관과 받는 기관을 연계하여 수가관련 인센티브를 제공하는 방안 마련
 - 양 기관 모두 편익을 발생할 수 있는 수가체계 마련



A&C (회송) : 공동편의 수가체계
 B&C (회송) : 공동편의 수가체계

4. 한국형 아급성(sub-acute) 서비스 제공을 위한 정책과제

- 중증질환자의 만성화 예방을 위한 퇴원환자 관리제도 도입
 - 퇴원환자 대상 질병관리교육 뿐 아니라, 해당 질환관리를 위해 적정 이용가능한 병원에 대한 정보, 해당 지역사회에서 제공하고 있는 복지서비스 제공 정보, 지역사회 서비스 이용, 사후관리 등이 지속적이고 포괄적으로 퇴원환자에게 제공될 수 있도록 퇴원환자 관리체계 마련
- 아급성 서비스 제공을 위한 허브(subacute delivery hub) 구축
 - 환자 의료정보기록을 통해, 환자 맞춤형 서비스를 제공할 수 있도록

록 아급성 서비스 전달 허브를 구축

- 환자 상태에 대한 의사결정 매트릭스를 활용하여 환자 맞춤형 사례관리 제공
- 질병치료 중심에서 벗어나 환자에게 노출되어 있는 위험에 따른 맞춤형 서비스 제공

□ 일반병원을 아급성 전문병원으로 전환 유도

- 일반병원을 아급성 전문병원으로 전환을 유도하고 각 기능별 수요에 맞는 전문의료서비스 제공

제4절 3대 비급여 급여화의 영향을 고려한 의료체계 개편

- 의료체계 개편에 있어서 현재 추진 중인 3대 비급여의 급여화가 미치는 영향을 고려할 필요가 있음.

- 이 연구에서는 의료체계의 주요 참여자인 환자단체와 공급자 단체를 대상으로 3대 비급여의 급여화 추진에 대한 입장을 확인함.

- 3대 비급여의 급여화 추진에 있어서 의료계의 참여를 확대시킬 수 있는 대안 마련과 점진적으로 추진되는 의료체계 개편을 위한 기초 정보를 마련함.

- 환자단체의 기본입장은 4대 중증질환자의 보장성 강화 측면에서 3대 비급여 보장은 찬성하지만, 의학적 필요성에 근거한 급여화가 우선적으로 논의되어야 한다는 입장을 보였음.

- 선택진료비는 폐지되어야 한다는 입장

- 비자발적 상급병실 이용에 대한 차액 지원 필요
 - 간병서비스 급여화 원칙적 찬성
 - 환자 쏠림 등 의료전달체계상의 문제는 환자가 의사결정을 할 수 있는 충분한 정보 지원 체계를 기반으로 정책적 접근 필요
- 공급자 단체는 원칙적으로 3대 비급여의 급여화에 앞서 기존의 저수가 보완이 전제되어야 한다는 입장을 보임.
- 선택진료비 폐지가 일부 경험 많은 전문의에 대한 환자쏠림을 더욱 심화시킬 것이라는 우려를 표명, 선택진료비 폐지보다는 불합리한 인정 기준을 개선하는 방식을 제안함.
 - 상급병실 차액 지원의 단계적 확대는 대형병원 이용 부담 완화로 상급병원의 환자 집중 가속될 수 있고, 의학적 필요에 의한 병실 차액 차등 지원은 환자 민원 발생 우려 제기
 - 간병비의 급여화를 위해 추진되는 보험자 없는 병원의 확대는 의료기관의 간호인력 수급 문제 해결이 전제되어야 함.
 - 상급종합병원은 연구 및 중증질환 치료 중심으로, 의원급은 만성질환관리 중심으로 기능 정립 필요
 - 의료기관의 의뢰-회송 관계의 활성화를 위해서는 심평원의 의료기관 정보 공개의 내용과 접근에서 편의성이 높아져야 함.
- 3대 비급여의 급여화는 제도개선을 통해 실질적으로 환자의 비용 부담을 감소시킬 것으로 예측되고 있음.
- 3대 비급여의 급여화를 위한 제도개선 추진은 현재 필수의로 중

심의 보장성 강화의 영향에서 예측한 변화의 강도와 방향을 추가로 변화시킬 수 있음.

- 의료체계의 개편은 의료시장의 참여자가 같은 지향점을 두고 이해 관계가 상충되지 않고 조화를 이룰 수 있어야 성공할 수 있음.
- 3대 비급여의 급여화를 위한 제도 개선 추진의 영향이 지금까지 논의된 의료체계 개편의 방향과 상호 역행하지 않도록 충분한 사전 영향 평가와 동시적 고려가 필요함.

참고문헌 <<

- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 각 연도(2004~2011년) 국민건강보험 연보.
- 국민건강보험공단(2002~2009). 건강보험통계분석, 노인성 질환자 진료 추이 분석
- 국민건강보험공단(2013). 2012년 상반기 건강보험 주요 통계
- 김미곤 외(2012). 보건복지 중기 정책과제, 한국보건사회연구원 · 보건복지부
- 박일수, 이동현(2010). 건강보험 자료를 활용한 지역별 의료이용 실태 분석, 건강보험공단
- 박춘선 외(2013). 만성질환 건강관리 강화를 위한 인센티브 도입방안 연구.
- 박춘선 외(2012). 상급종합병원의 지정기준 개선을 위한 진료실태 조사 및 분석, 건강보험심사평가원
- 보건복지부 보도자료(2013, 6, 26.). 4대 중증질환 치료, 모두 건강보험으로 해결한다
- 보건복지부(2010). 보건복지백서
- 신영석 외(2012). 보건의료체계의 환경변화 예측 및 중장기 발전방향, 한국보건사회연구원 · 보건복지부
- 신영석 외(2012). 미래보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구, 한국보건사회연구원.
- 이옥희 외(2012). 건강보험 보장성 강화 이후 진료비 구성변화. 국민건강보험공단
- 이희영 외(2010). 건강보험 지출효율화를 위한 일차의료 강화 방안. 국민건강보험공단
- 정영호 외(2011). 2009년 한국의료패널 기초분석보고서(II), 한국보건사회연구원 · 국민건강보험공단.
- 홍재석 외(2011). 효율적 진료제공을 위한 병상자원 관리 방안, 건강보험심사평가원

- Anderson, G., Knickman, J. R. (2001). Changing the chronic care system to meet people' s needs. *Health Affairs*, 20(6), pp.146-160.
- Berlinda, R. (2012). The Discovery Health experience: Rehabilitation and Sub Acute Care. Discovery Health Rehabilitation and Allied Services Workshop Presentation, Retrieved from <http://www.iussonline.co.za/iuss/wp-content/uploads/2012/03/Rehabilitation-and-sub-acute-care-The-Discovery-Health-Experience1.pdf>
- Bolt, C., Green, A. F., Boulton, L. B., Pacala, J. T., Snyder, C., Leff, B. (2009). Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine' s "retooling for an aging America" report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(23), pp.2328-2337.
- Dranove, D., Satterthwaite, M. A. (1992). Monopolistic competition when price and quality are imperfectly observable. *RAND Journal of Economics*, 23(4), pp.518 - 534.
- Department of Health(2010). Report on the National Patient Coice-February 2010 England.
- Hutt, E., Ecord, M., Eilertsen, T. B., Frederickson, E., Kramer, A. M. (2002). Precipitants of emergency room visits, and acute hospitalization in short-stay Medicare nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, pp.223-229.
- Kolstad, J. T., Kowalski, A. E. (2012). The impact of health care reform on hospital and preventive care: evidence from massachusetts. *Journal of Public Economics*, 96, pp.309-929.
- Mechanic, R. E., Altman, S. H. (2009). Payment reform options: episode payment is a good place to start. *Health Affairs*, 28(2), pp.w262 - w271.
- Mei Sian Chong et al.(2012). A Subacute model of geriatric care for frail

- older persons: The Tan Tock Seng Hospital Experience *Ann Acad Med Singapore*, 41, pp.354-61
- OECD(2012). Health Care Quality Review
- Lynn, J., Straube B. M., Bell, K. M., Jencks, S. F. (2007). Using population segmentation to provide better health care for all: the "Bridges to Health" model. *Milbank Quarterly*, 85(2), pp.185-208.
- Sternberg, T. V., Hepburn, K., Cibuzar, P., Convery, L., Dokken, B., Haefemeyer, J., et al. (1997). Post-hospital sub-acute care: An example of a managed care model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(1), pp.87-91.
- Wagner, E. H., Austin, B., Korff, M.V. (1996). "Organizing Care for Patients with Chronic Illness." *The Milbank Quarterly*, 74(4), pp.511-44.



[부록 1] 의료체계 개선 방안(3대 비급여 급여화) FGI 회의록

1. 회의 개요

□ 일시 : 2013년 5월 24일 금요일 오전 10:00

□ 장소 : 한국보건사회연구원 다산실

□ 주요 참석자 :

[원내] 강희정 연구위원, 황도경 부연구위원, 성민현 연구원

[원외] 이용우(한국복합부위통증증후군 환우회 회장), 김영웅
(한국골형성부전증모임 회장), 이동환(한국다발성경화
증 환우회), 배순태(부신백질이영양증 환우회 회장)

□ 주요 안건 : 3대 비급여 급여화에 따른 환자단체의 FGI 회의

2. 회의 내용 및 결과

□ 3대 비급여의 급여화 관련 논의

○ 3대 비급여를 Long-term으로 봐야할 것임(이용우 회장).

- 실질적으로 환자들이 필요한 비급여, 신약관련 부분이 선행이 되어야할 것

- 병실의 경우 비자발적인 경우는 병원 서포트를 해야 함(6인실 원하지만 2인실 쓰는 것).시스템 적으로 풀 수 있음.
- 보장성 강화는 환자들이 필요한 쪽으로 움직여지길 원함.
 - 의학적 필요에 의한 것이나 임의비급여에 포함된 것
 - 예를 들면, 환자들이 통증을 많이 느끼면 마약류 쓰는 데 용량에 따라 급여/비급여가 나뉨.
 - 신의료기기가 나와도 치료를 받으려면 금액의 한계로 받지 못함.
 - 신약이나 신의료기기는 거의 비급여임.
 - 예를 들면, 펌프(몸에 삽입하는 의료기기)는 급여가 안 됨. 또한 거기 들어가는 약물도 급여가 안 되고 있음(시술자체가 비급여).
 - 산정특례에 들어가는 것보다, 필요하지만 비급여로 된 것이 너무 많음.
 - 국민 공감대가 이루어져야 할테지만 감기와 같은 질병보다 진짜 필요한 사람에게 서포트 해야 할 것(한정된 재정을 효율적으로 푸는 것이 필요함)
 - 부신백질이영양증 환자의 경우 제일 필요한 것은 환자는 치료제라고 생각하고, 외국 것을 수입한 것만 사용해야함 (배순태 회장).
 - 치료에 필요한 로렌조오일은 계속 비급여이며, MRI는 로렌조오일에 대한 코드가 없음.
 - 우리나라의 경우 로렌조오일 약물이 잘 적용이 되는 사례가 있으므로 지원이나 후원을 받는 것은 한계가 있음.
 - 또한 부신백질이영양증은 나이가 들어갈수록 용량이 많아

짐(어른 환우는 치료제 2배를 먹어야하는데 500ML는 2,3 일 밖에 못먹음.) 하지만 이에 대한 보험처리가 안되므로 약을 나눠 먹고 있는 상황임.

○ 선택진료지 문제

- 병원에서 선택진료비하면 모든 검사, 입원료 등 모두 비급여로 되어 있음.(이용우 회장)
- 처음에 선택진료를 하면 이후 모든 검체검사 등을 모두가 비급여화 되는 것임(황도경 박사)
- 담당선생님에게 진료 받는 것이 당연한데 모든 비용을 비급여화하는 문제가 있음.

○ 우리나라 의료체계의 대도시 집중 문제(이용우 회장)

- 집과 가까운 곳에서 치료 받을 수 있는 시스템이 있었으면 좋겠음.
- 왜 접근처 병원에서 진료를 받지 못하는 상황인가?(황도경 박사)
 - 새로운 병원을 가면 또 다시 검사를 새로 해야 함.
 - 진료기록지를 들고 가도 안받아주거나, 모르는 상황이 있음.
- 이 사람이 어떤 병원을 가도 어떤 병인지 알 수 있도록 체계화하는 시스템이 필요함.(이용우 회장)
 - 외국은 칩을 가지고 다니면 자신의 진료기록이 담겨있어서 어느 병원에 가도 다 알 수 있도록 함.
 - 이러한 체계는 지방병원을 살리고 대도시로 몰리는 경제적 낭비를 막을 수 있을 것임.
 - 현재는 치료를 받을 수 있는 병원들이 있는데 어쩔 수 없이 다른 지역 가야하는데 앰블런스도 못부름.

- 현재 논의되는 내용은 4대 중증질환에도 해당되는 보편적인 생각인가?(황도경 박사)
- 중증질환이든 만성질환이든 시스템적으로 접근처에서 받고 싶어도 못받음.(이용우 회장)
- 의사가 지방에 내려갈 수 있는 시스템을 마련하는 것도 대안이 될 것이라고 생각됨.(이용우 회장)
- 급할 때 다른 병원을 갈 수 있는 제도적 장치가 필요함(이용우 회장)

○ 환자들의 정보부족의 문제(배순태 회장)

- 의외로 급여화가 잘 되고 있는 것이 있으나 그러한 정보를 모르는 문제가 있음.
- 환자들이 식사 기능이 떨어질 때 유류관이 산정특례가 되고, 재활치료 또한 해당되지만 그러한 정보를 모르고 있었음.

○ 보장성 강화가 되면 상급종합병원, 빅5 병원으로 쏠림현상이 심화되지 않을까 걱정되는데 이 시스템이 분산시킬 수 있겠는가?
(황도경 박사)

- 병원에서 제도적으로 거부만 하지 않도록 하면 경제적 낭비를 막을 수 있음.(이용우 회장)
- 검증된 자료가 있으므로 향후 문제가 되지 않을 것으로 생각되며 쏠림현상은 어느 정도 해결이 될 것임.

○ 비급여가 체감하기에 대략 어느 정도라고 생각하는가?(황도경 박사)

- 정부에서 재정한계로 급여화 해준걸 안해주거나 기간을 줄이거나 이런 식의 운영이 될 때 체감이 됨.
- 예를 들면, 특정 약물(블록)을 맞는 날은 마약류를 비급여화 함.

○ 간병의 문제 논의(김영웅 회장)

- 골형성부전증 선천적 단백질 형성 못해서 잘 부러지고 잘 자라지 못하는 병의 특성이 있는데, 전문간호원이 아닌 경우 2,3차 문제가 발생함.
- 선택진료비는 환자로 하여금 양질화된 서비스를 제공하지만 획일화되어 있으므로 의사 1명 이외에는 이해를 하는 사람이 거의 없으므로 간병인이 이 병에 대한 지식이 있는 경우 거의 없음.

○ 전문 의료진의 대도시 쏠림 문제(김영웅 회장)

- 우리나라의 의료체계는 로컬화가 되어있지 않은 문제가 있음.
- A라는 의사가 지역에 있는 지역주민들의 병원 지식을 가져야할텐데, 현실은 그렇지 않음.
- 의료계, 환자는 폐지를 원하며, 또한 환자는 양질의 서비스를 원함.
- 기존 병원이 아닌 다른 병원의 의사에게 진료를 요청하면, 기존 병원으로 갈 것의 요구함. 즉, 단독의사에게 권한이 있는 체계 때문에 발생하는 문제가 있음.
- 뼈가 다치면 빨리가서 깁스하면 어긋남이 없는데, 지방에 있는 환자들은 1~2주 있다가 서울에 와서 치료를 받아야 하고, 통증을 계속 안고 있어야함.
- 골형성부전증의 경우 대부분 유전적인 경우가 많음. 이에 한 사람의 근로소득만으로 가정을 유지하는 것은 매우 힘들. 이에 한 가족의 문제가 아닌 대가족의 문제까지로 확대되는 문제가 됨.

○ 상급병실의 문제(김영웅 회장)

- 병실은 2,4,6인실 등이 있는데 모두 저렴한 병실 받고 싶어하며, 비어있는 병실을 밀어치기 하는 것.
 - 경제적 부담이 적은 6인실이 최적의 서비스가 되는 것이 되어 버림.
 - 경제적 어려움이 있는 사람들은 입원자체가 배제되는 현상이 발생함.
 - 국가의료정책이 건강향상성 유지를 위한 것일 것인데, 만성적인 사람은 10~20년이 되도 비급여 정책을 해주고, 자꾸 줄어들도록 해야하는데 우리나라는 날이 갈수록 경제적 부담이 커지는 문제점이 있음.
 - 국민이 계속 아프면 경제적인 부담을 표준선에 맞춰주는 방식으로 가야할 것임.
 - 현재의 정책은 복불복으로 제도적 혜택을 받거나 그렇지 못한 체계임.
 - 항상 대상을 지정해서 끝내고, 수요가 많아지면 대상자 수를 줄여서 예산을 줄이는 정책이 지속되고 있음.
 - 희귀난치성 질환자 환자단체들은 각각의 질병에 대한 혜택을 주지 않는가에 대한 패러다임에 젖어버리는 오류가 발생함.
- 대부분의 환자들은 제일 좋은 병원, 유명한 병원으로 가려고 하지 않는가?(황도경 박사)
- 방송의 힘이라고 생각됨.(이용우 회장)
 - 지역 의료에 대한 정보부족으로 발생하는 문제이며, 각 지역의 의료진 정보에 대한 캠페인이 필요함.

- 희귀난치성은 우리 질환을 아는 사람이 손가락에 뽑히기 때문에 대도시 쏠림문제가 많음.
 - 당뇨병, 자궁암 등 흔한 질병은 지역거점병원 등 지정 하는 방안이 필요할 것임.(이용우 회장)
 - 일반화의 오류로 인해 특정 질환은 지정된 전문가에게 찾아가야한다는 착각에서 발생되므로 지식과 정보를 제공해야할 것임.
 - 환자선택을 넓힐려면 그만큼의 정보를 제공해야할 것인데, 심평원 등에서 하고 있음.(황도경 박사)
 - 통합적인 포털서비스를 제공할 시스템이 필요함.(이용우 회장)
 - 인터넷이 정보를 주지만, 의학적인 부분에서는 검증되지 않은 정보가 유포됨으로 환자로 하여금 쏠림현상을 유발하는 경우가 많음.
 - 지방에 누가 유명한지 환우회에서는 대략적으로 파악하고 있으므로 지역의 의료진에 대한 정보를 주고 그런 홍보를 하는 방안에 대해서도 고려해봐야 할 것.
- 평균적으로 희귀난치성 질환이 비급여가 가장 낮게 나오고 있는데 연간 실제 부담되는 비용이 어느 정도인가?(황도경 박사)
- 희귀난치성질환자 수가 적어서 낮은 것일 뿐 부담은 상당히 높은편임(이용우 회장)
- 정책의 대상은 4대 중증질환인데, 비급여 부담을 줄여주기 위해서 분명히 급여전환을 하고자 함(복지부 산하 심평원이 검토중임). 그 대상에 희귀난치성대상자 질환자들이 검토되고 있는가?(강희정 박사)

- 다발성경화증 환자의 경우 치료제가 없어 완화제를 맞고 있는데 상대적으로 효과적이라고 판단되는 새로운 약물을 외국에서 도입했으나 심평원에서 막고 있는 실정임.(이동환)
- 심평원에서는 현행 기준대로 심사를 할텐데, 현행기준이 모호하게 되어 있어서 그런 것인가?(강희정 박사)
 - 과거 신약에 대해 복합부위통증증후군은 급여화가 되었으나 다발성경화증은 안되는 형평성의 문제가 발생함.(이용우 회장)
 - 기준의 모호성에 의해 기인되는 문제라고 할 수 있음.(강희정 박사)
 - 우선순위에서 밀릴 가능성이 있는 것이 보편적 급여가 희귀라는 단어 때문에 걸림돌이 될 수 있음.(강희정 박사)
- 희귀난치성질환의 경우 보편적인 의료가 아닌 의료안정망기금 등을 통해 별도로 보완하는 것 검토 중(강희정 박사)
 - 국민건강보험공단은 큰 틀에서 볼 때 희귀난치성질환자들을 위한 절차를 만드는게 오히려 전체적 차원에서 어려움이 있음.
 - 급여로 빨리 전환되는 것이 어려운 것은 신의료기술 절차 중 비용효과성에 대한 검증된 논문이 필요한데 희귀난치성의 특성상 적을 수 밖에 없어서 악순환이 되고 있는 것을 알 수 있음.
- 근처의료기관을 이용할 수 있는 것이 전문가 의견을 공유하는 건 매우 어려움.(강희정 박사)
 - 의료진의 지적재산권이라고 생각하는 부분이 있어서 제도적으로 로컬화하는 것은 매우 어려움.
 - 급여에 희귀난치성을 끌어들이긴 하되, 100%는 어려움이 있을 것

- 하한선을 두어서 최대한 녹여내는 작업이 필요할 것(김영웅 회장)
 - 예를 들면, 지속적으로 5만원이 드는 환자와 한번에 5천만원의 비용이 드는 환자가 있을 수 있으므로 보편적인 상황과 평균 기준선에 맞추려는 노력이 필요할 것.
 - 지적재산권의 문제는 외국의 경우 진료기록이 남는 제도가 있음(대만의 전자건강기록제도). 다른 기관에 진료를 받을 때 제일 처음 진료를 받은 기관으로부터 공조를 받아서 진료를 받도록 하는 시스템이 있음. 이는 우리나라의 기술로 충분히 해결될 수 있을 것.(김영웅 회장)
 - 우리나라도 2007년도에 전자건강기록제와 유사한 제도를 하려고 하였지만 논쟁으로 끝난 사례가 있어 실질적인 어려움이 있음(강희정 박사)
- 미국 환우회 사례
- 미국의 경우 환우회에서 어느 지역에 어떤 의사가 있는지 리스트가 있음.
 - 환자가 가장 가까운 병원을 선택할 수 있도록 정리되어 있으나 우리나라는 그런 체계가 없는 상황.
- 우리나라의 의료진 책임 보장 부재의 문제(김영웅 회장)
- 의사들은 권리의 문제 뿐만 아니라 잘못되면 책임지게 되는 불안감을 안고 있음.
 - 본인의 무과실 문제를 책임져야하므로 의사들의 책임을 미루는 것.
 - 전 의사의 효과인지 자신의 효과인지 알수 없음. 보장해

출 체계가 없음.(강희정 박사)

○ 희귀난치성 질환자의 등급화 방안(김영웅 회장)

- 사회서비스를 차등해서 부여하는 체계가 필요할 것임.
- 같은 병이라도 비용적 부담이 양상에 따라 매우 다름.
- 같은 병으로만 그룹화하는 것은 어려움이 있음.
- 병을 기준화하는 것이 아닌, 비용을 기준하면 갈등을 완화시킬 수 있음.
- 골형성부전증 질병은 주먹구구식의 제도 적용이 남용되고 있음.
- 2003년 이후 골형성부전증에서 저신장 장애인은 국회를 통과하여 장애등급이 있지만. 겉보기에 이상이 없게 보이는 사람들도 있는데 희귀난치성임에도 군입대, 활동보조서비스 못받고 있음.
- 등급화가 되면 희귀난치성 질환자 내부의 문제가 발생할 것임.
- 자조회에서 열심히 활동하는 환자가 있는 반면 아무런 노력을 하지 않은 사람들이 혜택을 받는 경우가 있음.
- 또한 활동 도중 산발적인 혜택을 받다가 2~3년이후 단체가 없어지는 경우도 있음.
- 정부에서 희귀난치성의 자조단체 활동하는 사람에 대한 보증이 필요할 것임.

○ 선택진료비는 비급여를 하게 될텐데 이에 대한 어떤 영향이 있을 것 같은가?(황도경박사)

- 선택진료비는 폐지를 원함.
- 의사들이 환자들에게 질높은 서비스를 지원하도록 하는 체계

마련이 필요할 것

- 선택진료가 폐지되면 10년 넘은 교수와 강사가 똑같아 짐.(황도경 박사)
 - 임상이 적은 의사에 대해 환자들이 체감하는 것은 달라짐. (김영웅 회장)
 - 객관적인 임상경험. 의료서비스 질을 평가하도록 환자들이 평가할 수 있는 체계가 필요할 것.
 - 환자들에게 받은 성적이 높은 의료진은 더 많은 호봉을 받도록 하는 체계 마련 등 고려할 수 있을 것
- 환자에게 올바른 정보를 주고, 지원을 받을 수 있는 체계를 만들어서 혼자 판단하지 않도록 공신력 있는 정보를 줄 기관을 강화시켜야 할 것(강희정 박사)
 - 병원에 오는 환자들은 유명한 의사에게 진료를 받고 싶어 하는데, 환자들이 모두가 다 그 선생님 선택하면, 다른 선생님들 대기를 하게 되므로 환자를 한 번 더 생각하게 하기 위해 진료비를 차등화하는 것(강희정 박사)
 - 환자가 진료를 받을 수 있도록 몇 번의 선택권을 주되, 유명한 의사를 보지 않더라도 진료를 볼 수 있는 안전장치가 있어야 할 것(김영웅 회장)
- 상급병원에 오는 모든 환자가 연구강사에 진료를 받고 의사의 판단에 맞게 레지던트나 교수에게 진료를 받는 시스템은 괜찮을 것인가?(강희정 박사)
 - 현재도 그런 완충장치가 있는데 그것을 3차 병원 내에서 그렇게 하는 것이 문제가 되지 않을 것(김영웅 회장)
 - 질환이 만성, 단기성, 장기성이라는 것에 따라서 의사급,

레지던트급을 만날 수 있는 보완제가 필요함.

- 누군가가 판단을 함으로써 환자의 선택권이 줄어들 것임 (황도경 박사)
- 초진과 재진은 환자의 선택을 자유롭게 풀어주고 그 이상은 병원 판단에 맡길 수 있음(김영웅 회장)
- 희귀난치성에서 등급을 만드는 것을 하더라도 다른 질환에 서는 매우 어려운 작업이 될 것(강희정 박사)
- 오래된 경험을 가진 환자들은 합리적인 선택이 되는데 초반부에 있는 환자는 어떻게 해야 하는가?(강희정 박사)
- 재진까지는 선택하고 이후에 병원의 판단에 따라 나누면 큰 문제가 되지 않을 것.(김영웅 회장)
- 누구나 환자가 될 수 있는 환경에서 비급여가 급여화되면 쓸림의 심리가 강화될 것(강희정 박사)
- 대기열이 길어질 것이고, 진단확인자들 또한 늘어날 것
- 이미 진료를 받는 사람과 진단을 확인하는 사람이 있는 상황에서 어떤 사람들의 대기열을 줄여주는 것인가의 문제 또한 발생될 것임.
- 심평원에서는 의료진을 상대하는 기관이므로 본의 아니게 특정 병원으로 몰아주는 것은 한계가 있음.
- 보건정보시스템이 있는데 질병정보는 주지만 이용정보는 주지 못하고 있음.
- 보건정보시스템이나 환우회의 정보를 줄 수 있는 역할을 할 수도 있을 것임.
- 쓸림의 문제는 의료진의 불성실한 태도, 인격의 문제에 의해서도 조성되는 경향이 있음(배순태 회장)

- 정부가 4대질환에 대해 확대를 하면 여러 가지로 접근을 하게 되는데, 지역사회 내에서 관리가 되는 것이 좋을 것임. 이에 지역사회나 1차 의료기관 보건소 등으로 망을 짜려는 것도 생각하고 있음(강희정 박사)
- 처음 만난 의사가 환자에게 모든 내용을 다 듣지 않아도 매뉴얼을 보고 빠른 시간 내에 처방할 수 있는 시스템이 필요할 것임.(김영웅 회장)
- 정보공유 못지 않게 규범화할 매뉴얼이 필요할 것.

○ 기타 의견

- 희귀난치성질환은 유전성 질환이 꽤 많은데 보험적용이 안되는 부분이 많음.(배순태 회장)
- 유전검사는 병원마다 큰 차이가 있고 명확하게 유전기전이 밝혀지만 비용이 저렴하지만 유전기전을 찾지 못하면 비용 부담이 매우 커짐.
- 가족력이 있는 환자라도 유전검사비는 보험화되면 좋겠음.

[부록 2] 의료체계 개선 방안(3대 비급여 급여화) 공급자단체

1. 회의 개요

□ 일시 : 2013년 6월 3일 월요일 오후 2:00

□ 장소 : 한국보건사회연구원 다산실

□ 주요 참석자 :

[원내] 강희정 연구위원, 황도경 부연구위원, 성민현 연구원

[원외] 임익강 보험이사(대한개원의협의회), 서석완 사무총장
(대한병원협회)

□ 주요 안건 : 3대 비급여 급여화에 따른 공급자단체의 FGI 회의

2. 회의 내용 및 결과

□ 3대 비급여의 급여화 관련 논의

○ 3대 비급여의 급여화에 따른 개원의의 입장

- 매우 민감하게 생각함(임익강 보험이사)
- 3대 비급여를 하게되면 향후 추가적인 비급여항목이 증가되면서
총액계산제로의 수가체계 변경이 용이해질 것(임익강 보험이사)

○ 이론적으로는 보장성 확대가 되면 환자들이 비용부담완화가 되지만, 이에 따라 기존의 거론된 문제들이 표면화 될 것(강희정 연구위원)

- 3대 비급여를 급여화됨에 따라 자료가 없는 상황에서 정말 비용부담 완화가 될 것인지 혹은 또다른 비급여의 창출이 되는 것인지에 대한 병원측의 생각하는 방향에 대한 논의가 필요(강희정 연구위원)
 - 환자들의 도덕적 해이가 발생할 것으로 예상되는 가운데 불필요한 부분이 어디에서 발생하는지에 대한 논의 필요(강희정 연구위원)
 - 보장성 강화가 비급여의 급여화로 이루어질 수는 없을 것(서석완 사무총장)
 - 3대 비급여는 필요불급한 비급여로 병원에서 손쓸 수 없는 체계(서석완 사무총장)
- 선택진료료는 어느 정도 폐지되는 방향으로 가고 있지 않은가?
(황도경 부연구위원)
- 건강보험료로 보장될 때 폐지인 것, 즉, 정책수단이 뒷받침 될 때 폐지할 수 있음(서석완 사무총장)
 - 마지못해 하고 있는 3대 비급여의 적정방안에 대한 순화작업이 필요함(서석완 사무총장)
 - 의사입장에서는 우리나라 보험을 사회주의 차원에서 볼 것인지, 신자유주의의 시장경제 차원에서 볼 것인지에 대한 판단이 필요함(임익강 보험이사)
 - 진보적인 생각을 하는 정치가들의 공정경쟁, 공정혜택을 주장하지만 기저에는 사회보험을 주장하고 있음.
 - 우리나라의 경우 400조 이상을 복지분야에 우선 급여하지만 독일의 경우 국민의 헬스케어에 복지보다 우선적으로

급여함.

- 시장경제주의의 의사 입장에서는 병원을 운영하는 것은 생존을 위한 것.
- 최근에는 원가보존이 이루어지지 않고 있는데 공정시장경제는 있을 수 없음.
- 원가보존이 되지 않으므로 비보험이 되는(법의 제재가 되지 않는) 분야를 연구 개발함.
- 즉, 정부에서 먼저 의사에 대한 원가보존을 해 준 다음 경쟁이 되도록 해야 할 것.

○ 차등병실료 급여화에 대한 논의(임익강 보험이사)

- 차등병실료는 특실병실에서의 보충이 이루어져야 할 것.
- 1인실이든 6인실이든 회진시간을 똑같이 하고 보험화해야 할 것.
- 예를 들어 어쩔 수 없이 결핵이나 만성질환으로 1인실을 써야 한다면 입원실료를 높이면 안됨.

○ 간병의 급여화에 대한 논의(임익강 보험이사)

- 간병이 환자에게 보탬이 되면서 환자의 부담을 줄이기 위해 확대간호 필요함.
- 간호사 급여를 높여주려면 병원의 부담이 늘어남으로 간호관리료를 늘려줘야 함.

○ 개원의의 지역가산 고려한 급여의 적정화에 대한 논의(임익강 보험이사)

- 예시) 대치동의 경우 외과가 없어서 병원을 찾는 실정임.

- 상급병원에서 입원과 수술에 집중할수록, 개원의는 입원 병실을 줄여나가야하는 문제(임익강 보험이사)
 - 만성질환 관리가 1차기관에서 관리될 수 있도록 해야 할 것.
- 3대 비급여가 의원급에 미치는 영향은 어떻게 되는가?(황도경 부 연구위원)
 - 단계적으로 원가보전이 될 수 있도록 조정이 필요하지만, 수년째 개원의의 희생만 강조함.(임익강 보험이사)
- 병원급에서는 급여화가 되면 병원 수입의 감소가 될 수 있다고 생각하는 것인가?(황도경 부 연구위원)
 - 병원의 호텔식 경영에 대한 인정을 해줘야 할 것(임익강 보험이사)
 - 1인실에서 다인실의 급여를 적정화하고 나머지 부분은 호텔식의 특급병실을 인정하여 적정화하도록 해야함.(임익강 보험이사)
 - 선택진료비가 없어지면 안될 것임(임익강 보험이사)
 - 돈이 많은 환자들은 항상 경력이 많은 의사에게 진료를 받을 수 있지만, 돈이 없는 환자들은 fellow에게만 받는 문제 발생(임익강 보험이사)
 - 선택진료비가 없어질 경우 의사들의 인센티브가 줄어들 것이며, 이에 의료의 질저하문제까지 야기될 것(임익강 보험이사)
- 보장성 강화를 위해 병원들이 수용할 수 있는 방향은 어디까지인가?(강희정 연구위원)
 - 상급병실료는 기준병실 확대에 있어서 질향상을 위해 4인실

이상은 급여권에 들어오는 것은 어려움이 있음.(강희정 연구위원)

- 간병은 환자가 병원이 아닌 곳에 지불하던 급여를 급여화하는 것의 문제 직면(강희정 연구위원)
- 병원계의 수용범주가 어디까지인가?, 정부가 정책을 단행할 경우 우리의 태도에 대한 의견 수렴이 필요(강희정 연구위원)
- 간병비의 급여화에는 어려움이 있을 것으로 생각됨(서석완 사무총장)
- 병실차액료의 경우 빅3병원에 해당될 것.(서석완 사무총장)
 - 병원에서는 VVIP환자를 유치하고 있고, 특특실에 대한 요구 또한 높아지고 있음.
 - 이러한 환경변화에도 불구하고 편향된 시각으로 병원의 입장을 바라보고 있는 것으로 생각됨.
- 선택진료료는 신의료기술과 관계됨.(서석완 사무총장)
 - 선택진료는 권장되어야 계속해서 기술 개발이 진행될 수 있을 것.(서석완 사무총장)
 - 건강보험 재정이 확충되지 않은 상태에서 복지부는 재량권이 없음.(서석완 사무총장)
 - 이는 선택진료료와 포괄수가제도도 연관이 됨.(서석완 사무총장)
- 비급여를 급여화한다고 해도 규모의 적정 부분과 나머지 부분이 받아들여지지 않으므로 설계에 어려움이 있음.(서석완 사무총장)
 - 차상위에서 고위층까지 비급여화된 것을 급여화 하는 것은 오류가 있음.(서석완 사무총장)

- 그러므로 단계적인 설계가 필요할 것.(서석완 사무총장)
 - 가계부담이 되는 대상자는 무료화하되 43개 상급병원 모두 적용하거나 국공립병원을 시범적으로 무료화하는 방법이 있을 것임.(서석완 사무총장)
 - 병실료 부분은 실태조사를 진행 중이므로 복지부 실태조사와의 간극을 고려하여 보사연의 완충작업 협조가 필요할 것.(서석완 사무총장)
 - 비급여를 급여화함으로써 국민들의 병원에 대한 신뢰할 수 있는 분위기 조성 과 의료공급자에 대한 부도덕한 집단화를 이제는 방지해야 할 것.(서석완 사무총장)
 - 병원측에서는 정부에 기대지 않고 수익을 창출할 수 있는 돌파구를 찾고 있음.(서석완 사무총장)
 - 예시) 현재 병협에서는 중국의 동북3성 의료 무역을 진행 중
- 국민의 부담을 완화하고 선택진료비 강화할 방안(임의강 보험이사)
- (1안) 선택진료를 한정하는 방안
 - 환자가 받을 여러 진료 중 2개까지 선택진료비로 하고, 나머지는 의료진 선택
 - (2안) 질병특이성에 따라 선택진료 방안
 - 현재 백혈병의 경우 모두 선택진료를 하고 있는 실정인데 이와 같이 질병특이성에 따라 몇가지 질병군만 선택진료화하는 것.
 - 독일의 경우 의사의 처방이 있는 경우만 선택진료비로 하고 있음.
 - 단, 비의학적 병실(호텔식 병실)은 비급여
- 병실의 경우 다인실이 비어있어도 3인실, 2인실, 1인실에 입원하

는 사례에 대한 논의(황도경 부연구위원)

- 행정적인 문제라고 할 수 있음.(서석완 사무총장)
- 수술이나 긴급한 질병 환자가 빠른 시일 내에 입원해야하는 상황에 비어있는 경우가 있음.(임익강 보험이사)
- 즉, 장기간 환자는 미리 병실을 들어갈 수 있도록 조치를 하는 것임.(임익강 보험이사)

□ 의뢰회송체계에 대한 논의

○ 의사협회 내에서 네트워크 구성하는 것에 대한 내부적 검토를 해본 적이 있는가?(강희정 연구위원)

- 상급병원과 의원급의 중복치료를 막기 위해 의뢰회송체계의 활성화가 필요할 것.(강희정 연구위원)
- 응급실 비용을 더 높이고 가정의학과를 없애는 방안 고려해야 할 것(임익강 보험이사)
 - 의원급에서의 진료료 해결할 수 있는 환자는 의원급에서 진료받을 수 있도록 되어야 할 것
- 삼성병원 파트너즈센터의 경우 진료의뢰 회송체계가 있어서 잘 진행되고 있음(강희정 부연구위원)
- 병원협회 입장에서는 물리는 환자들이 많은데, 의원급으로 내려보낼 수 있는 환자는 내려보내는 것이 수익성이 더 좋을 것으로 생각됨(강희정 연구위원)
- 정부입장에서 회송체계와 같은 제도화가 필요할 것(강희정 연구위원)
- DRG는 정해진 기간이 넘어가면 본인부담이므로 빨리 퇴원시

키러함(임익강 보험이사)

- 이에 병원이 환자를 퇴원시키고, 의원급은 환자를 병원급에 뺏기는 문제 발생(임익강 보험이사)
- 상급종합병원은 비보험 영역을 잘 개발할 수 있지만 1차, 2차 병원의 경우 비보험 영역을 만드는데 어려움이 있을 것(강희정 연구위원)
- 입원을 현실화 시켜주는 것이 답이 될 수 있을 것(서석완 사무총장)