



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

만성 질환 관리

진료비 지불제도 개선방안

- 미국과 일본 사례의 비교제도론적 고찰 -

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학전공

이 동 현

만성질환 관리

진료비 지불제도 개선방안

- 미국과 일본 사례의 비교제도론적 고찰 -

지도교수 김 소 윤

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2016년 12 월 일

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학전공

이 동 현

이동현의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 김 소 연 
심사위원 소 병 세 
심사위원 원 종 우 
심사위원 김 창 오 
심사위원 김 희 진 

연세대학교 대학원

2016년 12월 일

감사의 글

창세기 29장 20절 ‘야곱이 라헬을 위하여 칠 년 동안 라반을 섬겼으나 그를 사랑하는 까닭에 칠 년을 며칠 같이 여겼더라.’ 라는 성경 구절처럼 뒤돌아보니 어느덧 7년이라는 시간이 지나 박사과정이라는 여정의 끝에 다다르고 있음을 체감합니다. 좁은 문, 좁은 길 가운데 뜻이 있을 거라며 저에게 가기를 두려워하지 말라는 그 분의 가르침 속에 저의 옆에서 힘과 용기를 주신 많은 분들께 마음을 담아 감사의 인사를 드립니다.

우선 여러 면에서 뒤쳐질 수밖에 없던 저를 깨워주시고 끊임없이 달릴 수 있도록 이끌어 주신 김소운 교수님 감사합니다. 또한 학문적으로 부족한 저에게 폭넓은 식견과 방향을 제시해 주시고 앞으로 나갈 수 있는 밑바탕을 만들어 주신 손명세 원장님 감사합니다. 이 논문을 마칠 수 있도록 많은 가르침과 격려를 아끼지 않으신 원종욱 교수님 감사합니다. 부족한 글을 꼼꼼히 읽어주시고 다양한 정책과 제도에 대한 관점을 지적해주신 김희진 교수님 감사합니다. 바쁘신 와중에도 의사의 입장에서 관련 내용을 세심하게 집어주신 김창오 교수님 감사합니다.

7년 전 아무 것도 모른 채 들어와 실수만 했던 저를 들어온 그 순간부터 지금까지 인자한 미소와 날카로운 통찰력, 삶의 지혜로 든든한 버팀목이 되어주신 박길준 교수님 감사합니다. 또한 늘 지치지 않도록 함께 격려해 주시고 용기를 북돋아 주신 이일학 교수님 감사합니다.

지금은 같은 연구실에서 함께 있지 않지만 많은 사람들이 지나쳤던 연구실에서 언제나 함께 기뻐하고 때로는 고민하며 모든 시간을 쉼 없이 같이 한 이미진 선생님, 이연호 선생님 너무나 감사합니다. 두 분의 앞길에 하나님의 축

복이 가득하길 언제나 기도하겠습니다. 또한 각자의 자리에서 묵묵히 일하며 늘 좋은 동료가 되어 준 김한나, 이유리, 최성경, 이원, 장승경, 김수민 선생님 감사합니다.

늘 연구하고 논문 쓴다는 핑계로 집에 가기는커녕 연락도 제대로 하지 않은 아들을 묵묵히 기도와 사랑으로 뒷바라지 해주시고 늘 지켜봐 주신 사랑하는 어머니, 아버지 정말 감사합니다. 두 분의 기도와 눈물로 제가 이 곳까지 올 수 있었음을 언제나 가슴 깊이 새기겠습니다. 사랑하는 내 동생 동엽이와 우리 제수씨 그리고 조카 하율이가 함께 있음에 감사합니다. 그리고 나쁜 성격이 논문 쓰느라 더 예민해지고 심해졌는데도 불구하고 별말 없이 묵묵히 옆에서 지켜봐준 사랑하는 다현이에게 감사하고 미안합니다.

끝으로 저를 길러주시고 보살펴주신 사랑하는 할머니, 지금은 비록 저와 함께 계시지는 않지만 그 마음 속에 언제나 저를 염려해 주시고 사랑해 주셨던 것은 영원히 기억하겠습니다. 지금까지 저를 보살펴주신 은혜 잊지 않겠습니다. 정말 사랑하고 감사합니다.

지금 제가 걸어온 이 길, 그리고 앞으로 걸어갈 길이 가시밭길, 고난의 길이 될지도 모르지만 저는 걱정하지 않습니다. 지금까지 저와 함께 한 많은 분들의 기도와 염려로 걸어 올 수 있었고 앞으로도 지금처럼 헤쳐 나갈 수 있을 것으로 의심치 않게 때문입니다. 언젠가 저와 함께 할 제 삶의 동반자, 이 모든 것을 가능케 하시고 저의 길을 예비하실 하나님 감사합니다.

이동현 올림

차 례

국문 요약	vi
제1장 서론	1
1.1 연구배경 및 필요성	1
1.2 연구목적	5
1.3 연구방법	6
제2장 만성질환 관리	7
2.1 만성질환 관리 개념	7
2.1.1 만성질환 범위	7
2.1.2 만성질환 관리 정의	9
2.1.3 만성질환 관리 주체와 역할	11
2.2 우리나라 만성질환 관리	16
2.2.1 만성질환 관리체계와 역할	16
2.2.2 만성질환 관리방향의 변화	20
2.3 시사점	22
제3장 국가별 만성질환 관리 진료비 지불제도 비교분석	23
3.1 개요	23
3.2 미국	26
3.2.1 주요현황	26
3.2.2 Medicare	28
3.2.3 Medicaid	35

3.3 일본	38
3.3.1 주요현황	38
3.3.2 특정건강진단 및 특정보건지도	40
3.3.3 생활습관병관리료 등	47
3.4 우리나라	55
3.4.1 주요현황	55
3.4.2 만성질환관리료 및 교육상담료	57
3.4.3 동네의원 만성질환 관리 시범사업	64
3.5 분석내용의 시사점	69
3.5.1 인력기준	69
3.5.2 지불내용	70
3.5.3 평가방안	73
 제4장 우리나라 만성질환 관리 진료비 지불제도 개선방안	 76
4.1 인력기준 개선	76
4.2 대상질환 구체화	80
4.3 적정수가 지불	82
4.4 비대면 진료 범위 설정	84
4.5 평가방안 도입	86
 제5장 고찰 및 결론	 88
5.1 연구방법에 대한 고찰	88
5.2 연구결과에 대한 고찰	89
5.3 결론	92
 참고문헌	 94

표 차 례

<표 1> 만성질환 범위	8
<표 2> 만성질환 관리 진료비 지불제도 분석체계	25
<표 3> CCM 제공 의료인	28
<표 4> Full State License의 자격기준	29
<표 5> CCM의 서비스 요소	30
<표 6> CCM의 수가	31
<표 7> 전화상담 비대면 진료의 주요 판단 근거	33
<표 8> CCM의 진료비 지불 평가요소	34
<표 9> 질병관리 수행 자격기준	35
<표 10> 질병관리의 수가	36
<표 11> 질병관리의 평가요소	37
<표 12> 일본의 생활습관병 범위	39
<표 13> 특정보건지도의 인력기준	40
<표 14> 특정보건지도의 주요내용	42
<표 15> 일본의 보험조합 종류	43
<표 16> 보험자의 특정보건지도 실시 기관 및 사업자 평가기준	45
<표 17> 내장비만증후군 특정건강진단 및 특정보건지도 대상목표	46
<표 18> 생활습관병관리료 등의 인력기준	47
<표 19> 생활습관병관리료의 내용	49
<표 20> 특정질환요양관리료 및 특정질환치료관리료의 내용	52
<표 21> 만성질환관리료 및 교육상담료 인력기준	58
<표 22> 만성질환관리료의 수가	59
<표 23> 교육상담료의 의료기관별 수가	60
<표 24> 교육상담료의 수가기준	61
<표 25> ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’ 의원 선정기준	64

<표 26> ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 서비스 내용	65
<표 27> ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’ 수가	66
<표 28> 원격의료 건강보험 수가(안)	67
<표 29> 국가별 만성질환 관리 진료비 지불대상 인력기준	69
<표 30> 국가별 만성질환 관리 진료비 지불내용	72
<표 31> 국가별 만성질환 관리 진료비 지불 평가방안	74
<표 32> 각 국가의 만성질환 관리 진료비 지불제도	75

그 립 차 례

<그림 1> 성별 주요 사망원인(2015년 기준)	2
<그림 2> 연구수행체계	6
<그림 3> 만성질환 관리 개념	9
<그림 4> 우리나라 만성질환 관리체계	16
<그림 5> 내장비만증후군 대상자 분류기준	44

국 문 요 약

만성질환 관리 진료비 지불제도 개선방안

- 미국과 일본 사례의 비교제도론적 고찰-

이 논문은 만성질환 관리와 관련한 진료비 지불제도에 대한 문헌 고찰 및 각 국가의 제도를 비교하여 우리나라의 만성질환 관리 진료비 지불제도 운영의 문제점과 개선방안을 연구하였다. 우리나라와 유사하게 별도의 만성질환 관리를 위한 진료비 지불제도를 운영하고 있는 일본과 미국의 사례에 대하여 인력기준, 지불내용, 평가방안을 중심으로 비교·분석함으로써 우리나라에 대한 적용방안을 제시하였다.

연구 결과, 우리나라의 만성질환 관리 진료비 지불제도의 개선방안으로 만성질환 관리를 위한 의료인의 인력기준 마련, 적정수가의 지급, 만성질환 범위의 재검토, 질 관리체계의 도입, 비대면 진료에 대한 명확한 범위 설정 등을 제시할 수 있었다.

만성질환 관리를 위한 인력기준 마련이 필요한 이유는 만성질환의 예방, 만성질환의 관리 및 처치, 합병증 발병 등의 각 단계에 따라 다양한 형태의 접근과 역할이 동반되어야 하기 때문이다. 따라서 의사나 간호사, 물리치료사 및 영양사 등 각 전문 인력의 수준에 따라 상담, 처치 및 시술, 관리 등의 사항을 적절히 분담하여 다학제적 팀으로 만성질환 관리를 시행해야 한다.

또한 만성질환 범위를 재검토해야 한다. 현재의 만성질환 범위는 일본과 미국에 비해 구체적이고 명확하지 않다. 그 이유는 명확한 질병 명이 아닌 각 계열별 질환으로 나열되어 있기 때문이다. 따라서 수가적용을 위하여 명확한 질병 명에 따라 만성질환을 구분하는 것이 선행되어야 한다.

적절한 질병범위 내에서 만성질환 관리가 이루어지게 되면 그에 따라 적절한 수준에서 수가가 지급되어야 한다. 현재 우리나라의 만성질환 관리에 대한

진료비 지불금액이 동일한 행위를 기준으로 할 때, 미국이나 일본에 비해 약 1.5배에서 2배 정도 낮다. 따라서 기존의 행위로 외에 인센티브 형식으로 보상하거나 만성질환 관리 수가를 인상하는 형식으로 적절한 수준의 보상이 이루어져야 한다.

그리고 현재 우리나라가 시행하고 있는 만성질환 관리 진료비 지불제도의 시범사업 운영 상에 논란이 되고 있는 비대면 진료에 대한 명확한 정의가 필요하다. 미국 역시 만성질환 관리에 있어 비대면 진료를 적극적으로 활용하고 있다. 일본과 미국은 비대면 진료와 원격의료를 명확히 구분하여 비대면 진료는 처치나 시술을 동반하지 않는 상담 등의 환자관리, 검사결과 확인 등으로 제한하고 있다. 따라서 우리나라 역시 비대면 진료와 원격의료에 대한 명확한 정의와 범위를 구분할 필요성이 있다.

만성질환 관리 진료비 지불제도의 평가방안은 수가를 적정하게 지급하고 각 인력수준에 따른 행위가 적절하게 이루어졌는가를 평가하기 위해 필요하다. 일본과 미국은 만성질환 관리를 위한 의료행위 등에 대하여 진료 및 상담 등의 횟수와 구체적인 내용, 환자의 관리결과 평가를 통한 질 관리체계를 수립하여 시행하고 있다.

지난 2016년 9월부터 보건복지부는 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’을 시행하고 있다. 주요 목적은 환자의 자가 관리, 의료인을 통한 질병 관리 및 상담 등을 통해 만성질환을 적극적으로 관리하기 위함이다. 사업의 목적을 달성하기 위해서는 환자와 의료인이 각자 맡은 역할을 적극적으로 수행하고 이를 제도적으로 뒷받침해야 한다. 이 연구에서 제안된 우리나라 만성질환 관리를 위한 진료비 지불제도의 문제점과 개선방안이 해당 사업의 효과를 증대시키고 실질적인 만성질환 지불·보상제도로 자리 잡는데 도움이 되기를 기대한다.

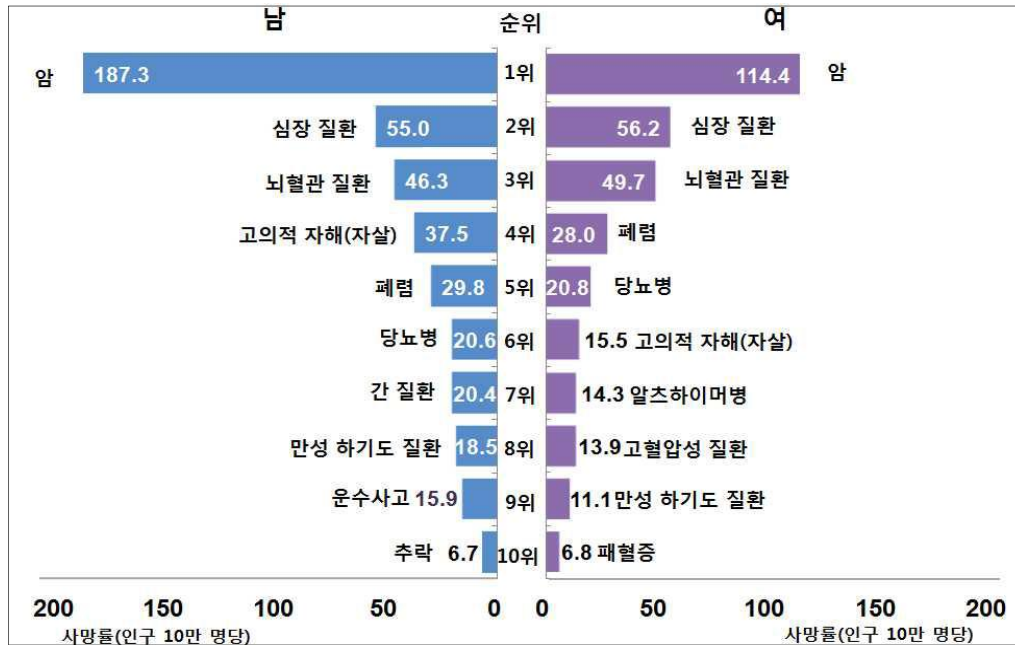
핵심되는 말 : 만성질환 관리, 만성질환 관리 진료비 지불제도, 만성질환 관리 개선방안

제1장 서론

1.1 연구배경 및 필요성

고령화, 의료기술 발전, 기대여명 증가, 생활습관 등의 변화로 인한 만성질환 유병률이 급증하고 있으며 이에 따른 사회와 개인의 부담이 증가하고 있다(WHO, 2011). 국민건강보험 자료에 의하면 고혈압과 당뇨병으로 인한 진료비는 건강보험 재정 지출 규모에서 각각 1, 2위를 차지하고 있다. 고혈압으로 인한 총 진료비는 2008년에 2조 998억원으로 2002년 대비 2.5배 증가하였으며, 당뇨병으로 인한 총 진료비는 동 기간에 2.2배 증가한 1조 1,276억 원에 달하였다(국민건강보험공단, 2016). 특히 최근의 만성질환 증가 추세를 보면, 다양한 만성질환과 그에 따른 합병증을 포함하여 복합만성질환의 관리에 대한 우려가 높아지고 있다.

세계적으로도 만성질환의 위험은 점차 커지고 있다. OECD(2014) 보고에 의하면, 전체 인구의 60%가 만성질환으로 사망하고 있는 것으로 추정된다. 우리나라는 당뇨병으로 인한 사망률이 OECD 평균보다도 2~3배 높은 인구 10만명 당 20여명 수준을 보이고 있다(OECD, 2014). 그리고 우리나라의 주요 사망원인 통계자료를 살펴보면 만성질환이 원인인 경우가 1위에서 10위 중 남성과 여성 모두에서 암을 포함하여 6가지 정도로 기록되었다. 따라서 우리나라의 사망원인 중 많은 경우가 만성질환이나 그에 따른 합병증인 것으로 유추할 수 있다(통계청, 2016).



<그림 2> 성별 주요 사망원인(2015년)

자료출처: 통계청, 2016.

우리나라의 만성질환 분포를 연령 별로 살펴보면 50대와 60대 인구의 50% 이상, 70대의 경우에는 90% 이상의 인구가 한 가지 이상의 만성질환을 보유하고 있다(정영호 외, 2011). 만성질환 환자 중 50대는 평균적으로 2가지 이상의 복합만성질환(multiple chronic conditions)을 앓고 있으며, 60대의 경우 3개, 70대 이상은 3가지 이상의 복합만성질환을 앓고 있었다(정영호, 2012). 이 연구결과의 내용에 따라 우리나라의 경우 연령이 증가할수록 만성질환 및 복합만성질환 환자의 비율이 증가하고 있음을 알 수 있다. 이것은 급속히 진행되고 있는 우리나라의 고령화 문제가 곧 만성질환 관리의 문제로 나타날 수 있다는 단적인 예이다.

하지만 만성질환 관리와 관련하여 심뇌혈관질환의 선행질환인 고혈압, 당뇨병의 치료지속률을 살펴보면 2010년을 기준으로 각각 22.2%, 29.2%에 불과

한 실정이며(박민정 외, 2011), 조절이 어려운 당뇨병의 경우 OECD 국가 평균은 인구 10만명 당 50.3명이지만, 우리나라는 인구 10만 명당 127.5명으로, 약 2.5배 더 높다(OECD, 2014). 만성질환에 대한 높은 위험요인을 보유하고 있는 사람의 경우 명확한 증상이 없어 관리를 잘 하지 않는 경우가 많다. 그 결과, 이러한 문제가 치료 및 관리의 불연속성과 만성질환 환자를 증가시키는 원인으로 지적되고 있다(한국보건사회연구원, 2012). 합병증 등 중증 만성질환이 발생하기 전 단계에서 조기에 만성질환 발견과 관리가 강화되어야 하는데 이러한 체계가 적절히 작동하고 있지 않다(성창현, 2012).

만성질환의 효과적인 관리를 위해서는 만성질환을 예방하는 것이 가장 중요한 사항이라고 할 수 있다 (Partnership for Prevention, 2001, 2009; Trust for America's Health, 2008). 이런 관점에서 건강증진과 관련한 정책 및 제도가 치료 중심에서 예방과 건강증진 중심으로 점차 변화하고 있다. 그러나 이에 반하여 예방 및 건강증진 정책의 비용 및 효과성에 의문을 제기하고 그에 따라 예방 및 건강증진과 관련한 정책의 시행을 비관적으로 바라보는 견해도 있다(Russel, 2007). 따라서 단순한 예방의 강조보다는 보건의료자원의 효율적 활용이라는 정책적 목표를 우선적으로 설정해야 한다. 그리고 이를 통해 비용 및 효과성의 측면도 면밀히 검토한 후, 정책을 추진하는 것이 필요하다 (Goetzel, 2009; Kamerow et al, 2008; Woolf et al, 2009).

현재 세계 각국에서 시행하고 있는 만성질환관리모형(chronic care model 이하 CCM)이나 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)의 Innovative Care for Chronic Conditions(이하 ICC)에서 제시한 만성질환 관리의 핵심은 ‘잘 이해하고 적극적인 자세를 가진 환자(Informed, Activated Patient)’와 ‘준비되고 능동적으로 찾아나서는 의료진(Prepared, Proactive Practice Team)’ 사이의 생산적 상호관계를 통해 좋은 결과를 이끌어 내자는

것이다. 이 외에 추가적인 구성요소들은 이를 지원하기 위해 존재하는 것들이라고 볼 수 있다.

만성질환 관리에 있어서 환자의 입장에서는 만성질환 관리가 평생에 걸친 적절한 관리를 요하는 문제라는 것에 대해 보다 깊은 이해가 필요하다. 개인적으로도 질환을 평생 갖고 간다는 상당한 각오와 그에 따른 행태변화를 달성해야 한다. 만성질환의 적절한 관리는 금연이나 금주만큼 어려운 일이고 더구나 사회적으로도 가능하다면 남에게 숨기면 좋은 일일 수 있다. 보건의료서비스 제공자의 입장에서는 살펴보면 과거 보건사업을 통해 전달한 검진, 교육, 접종, 수술 등은 비교적 짧은 시간 내에 완료되는 일이었다. 하지만 만성질환 관리는 평생을 관리해야 하는 전혀 다른 성격의 일이다. 하지만 환자라는 이유만으로 타의에 의해 시범사업 등에 동원되거나 방문 받거나 등록되어야 하는가의 문제, 어떠한 효과나 뚜렷한 개선의 효과를 볼 수 없이 진행되는 현재의 집단교육이나 상담이 만성질환 관리의 전부여서는 안된다. 또한 의료인의 입장에서 외래방문, 검사, 행위, 처방, 투약 등의 행위는 적절한 행위료로 국민건강보험에서 급여가 지불되지만 만성질환의 적정관리와 관련된 행위들(예를 들면 체중관리, 족부검사, 금연상담, 가족력이나 질병력 관리 등)은 극히 일부를 제외하고 제대로 된 보상을 받고 있지 못하다. 게다가 부실한 만성질환 관리현황, 예를 들어 전체 당뇨병 환자 중 체중관리는 18%, 족부관리는 0.7%, 당화혈색소 검사는 30%만 받고 있다는 사실을 고려하면 현재의 우리나라 의료인들이 환자와 가족에게 포괄적인 질병관리 서비스를 수행할 이유나 필요성 정도가 매우 낮은 것으로 판단할 수 있다. 의료인의 모든 역할 및 행위를 행위료나 시술료 등의 명목으로 지불할 필요성은 없지만 만성질환 관리에서 의료인이 수행해야할 기본적인 역할과 행위를 보상받지 못하는 현실에서 별도로 추진되는 환자등록이나 보건교육이 만성질환 관리에 얼마나 효과를 발

휘할 수 있을지 확신하기 어렵다.

따라서 만약 만성질환 관리를 위해 기본적인 양질의 보건의료서비스가 있다면 그것에 상대적으로 더 높은 가치를 부여하고 우선순위를 설정하여 제공자에게 보상하는 방향으로 정책을 전환할 필요가 있다. 또한 보건의료서비스를 제공하는 주체와 그 행위에 따라 적절한 보상과 관리가 이루어져야 한다. 따라서 이 연구는 다른 나라에서 실시되고 있는 만성질환 관리 진료비 지불제도의 내용과 형태를 살펴보고 우리나라의 만성질환 관리 진료비 지불제도와 비교하여 만성질환 관리를 활성화하기 위한 방안을 제시하고자 한다.

1.2 연구 목적

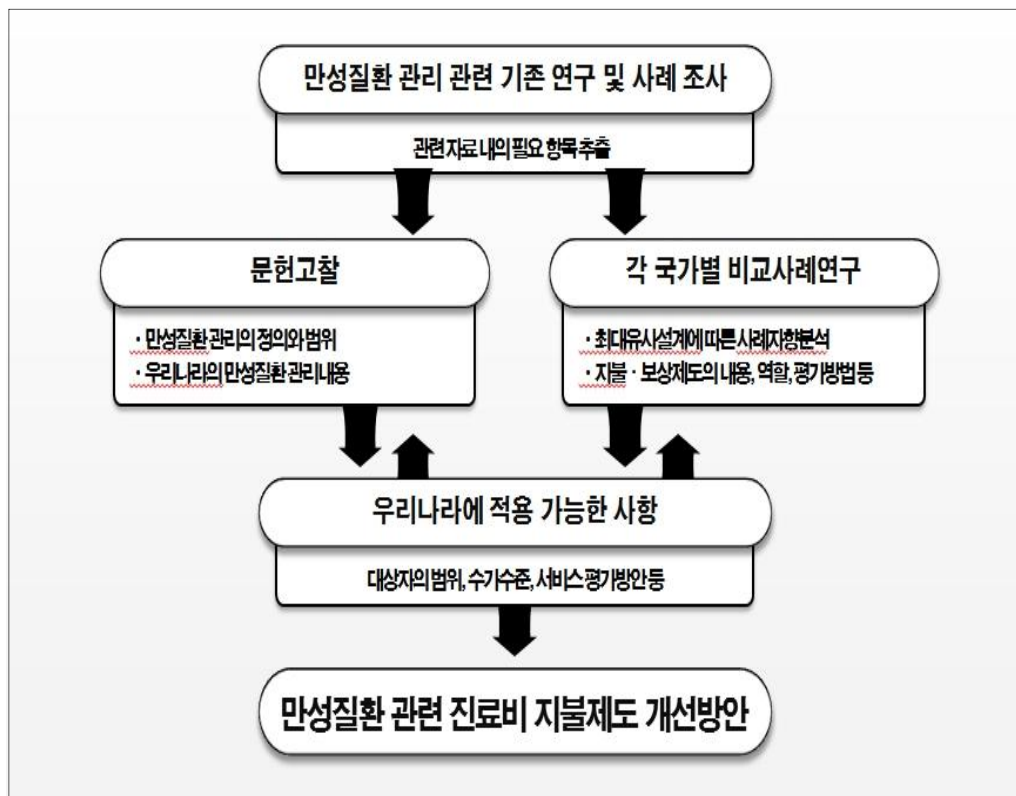
이 연구의 목적은 다른 나라에서 실시 중인 만성질환 관리에 대한 진료비 지불제도의 내용을 살펴보고 그 정책적 의미를 파악한 후 우리나라의 문제점을 파악하고 개선방안을 제시하는 것이다.

구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 첫째, 만성질환 관리의 개념과 범위를 파악하고 이를 통해 우리나라의 만성질환 관리를 위한 정책과 내용의 변화를 살펴본다.
- 둘째, 비교분석을 통하여 다른 나라의 만성질환 관리 진료비 지불제도를 살펴보고 각 제도의 효과 및 장·단점을 파악하여 국내 현황과 비교한다.
- 셋째, 비교분석 결과를 토대로 우리나라 만성질환 관리 진료비 지불제도의 문제점과 관련 요소를 검토하여 우리나라 구체적인 개선방안과 내용을 제시한다.

1.3 연구방법

이 연구는 만성질환 관리를 위한 진료비 지불제도 개선을 위한 요소와 활성화 방안을 파악하기 위해 시행한 질적 연구로서, 구체적인 분석방법으로는 질적 연구방법론 중 비교연구의 사례지향적 접근(case oriented approach) 방법론을 활용하였다<그림 2>.



<그림 3> 연구수행체계

제2장 만성질환 관리

2.1 만성질환 관리 개념

2.1.1 만성질환 범위

만성질환 관리의 개념을 설명하기에 앞서 현재 여러 나라에서 시행하고 있는 만성질환 관리를 위한 만성질환의 범위는 무엇인가를 확인하였다.

WHO는 지난 2002년 ‘혁신적 만성질환 관리(Innovative Care for Chronic Conditions, 이하 ICCC)’ 모형을 제시하면서 만성질환의 범위를 설명하였다. WHO는 만성질환을 더 이상 심장질환이나 당뇨병 등으로 제한하지 않았다. 감염성 질환 중 지속적인 관리가 필요하거나 후유증으로 인해 만성적인 신체적 또는 정신적 장애가 일어나는 질병도 만성질환으로 볼 수 있다고 나타나며 HIV/AIDS나 결핵 등을 그 예로 들었다(WHO, 2002).

그러나 여러 나라들은 아직까지 만성질환의 범위를 크게 확장하고 있지는 않다. 미국은 만성질환예방관리센터(National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 이하 NCCDPHP)를 통해 관절염, 심혈관계 질환(심장마비, 뇌졸중), 암(대장, 유방), 당뇨병 등의 9개 질환을 주요 만성질환의 범위로 정의하고 있다(NCCDPHP, 2009)

영국은 National Health Service(이하 NHS) 내에서 주요 만성질환의 범위를 미국과 유사하게 관절염, 당뇨병 등의 7개 질환을 규정하고 있다.

일본은 지난 1996년 ‘성인병’을 ‘생활습관병(生活習慣病)’으로 개칭하였다.

따라서 진료보수(診療報酬)점수표 상에 ‘생활습관병관리료(生活習慣病管理料)’의 대상질환을 만성질환으로 정의할 수 있다. 생활습관병의 종류는 고혈압, 고지혈증, 당뇨병 등의 약 17개 질환이다(일본 생활습관병 예방협회, 2016).

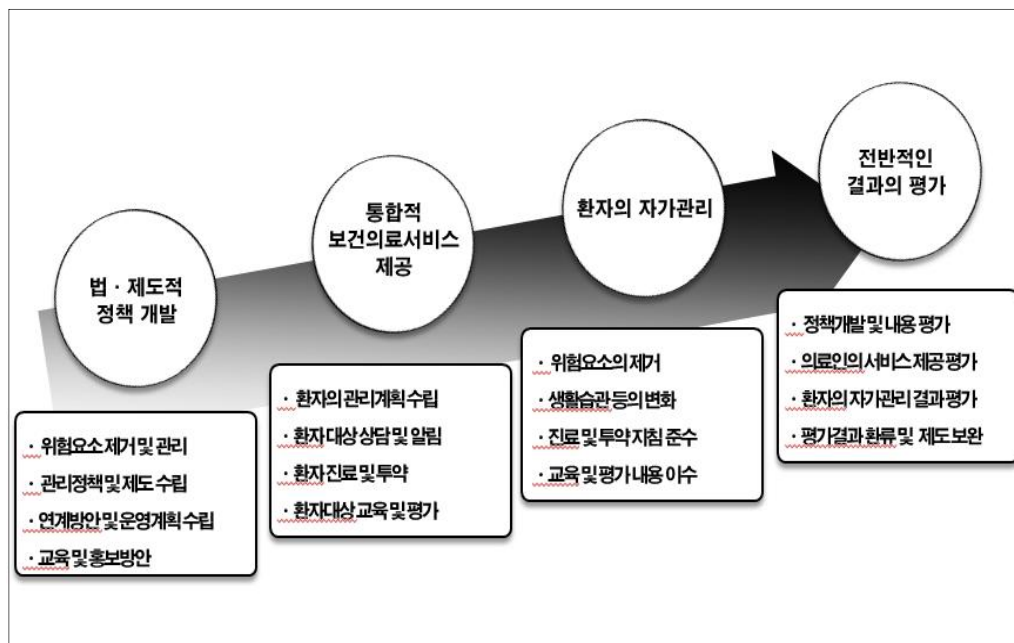
이와는 달리 우리나라는 만성질환의 범위를 명확하게 규정하고 있지는 않다. 다만 국민건강보험 상의 요양급여일수 산정에 예외규정으로 적용하고 있는 ‘만성질환관리료’의 산정대상이 되는 질병으로 유추할 수 있다. 해당 수가의 산정 대상 질병은 고혈압, 당뇨병 등 11개 질병군이다. 또한 현재 적용되고 있지 않으나 지난 2008년 강기정 외 4명의 국회의원 발의로 논의되었던 「만성질환 관리법」 상에서는 만성질환을 ‘고혈압, 심근경색증, 뇌졸중 등 심뇌혈관질환’, ‘당뇨병’, ‘간경변 등 만성 간질환’ 등의 13개로 구분하여 나타내기도 하였다<표 1>.

<표 1> 만성질환 범위

주요 만성질환	WHO	미국	영국	일본	한국
고혈압	○	○	○	○	○
당뇨병	○	○	○	○	○
뇌졸중	○	○	○	○	○
암	○	○		○	○
기타	지속관리가 필요한 감염성 질환 (예: HIV/AIDS)	관절염 등 9개 질환	간질, COPD 등 7개 질환	고 지 혈 증 등 17개 질환	질병군으로 분류 총 11개 질병군

2.1.2 만성질환 관리 정의

만성질환 관리를 보건의료자원의 효율적 관리와 양질의 보건의료서비스의 체계적 제공의 결합이라는 주장(Krumholz et al, 2006)에 따라 일부 학자들은 만성질환 관리가 개인을 포함한 인구집단의 역할, 양질의 보건의료서비스 제공, 보건의료자원의 효율적 이용의 세 가지 측면을 중요하게 나타낸다(Epstein, 1996; Zitter, 1997). 이와 유사하게 미국의 질병관리협회(Disease Management Association of America, 이하 DMAA, 2002)는 만성질환 관리를 ‘환자의 자가 관리 실천이 중요한 환자에게 다양한 협력체계 내 양질의 보건의료서비스를 제공하는 것’라고 정의한다<그림 3>.



<그림 4> 만성질환 관리 개념

만성질환 관리와 관련하여 Edward H. Wagner(2001)가 제시한 만성질환 관리모형(Chronic Care Model, 이하 CCM)을 살펴보면 Wagner는 만성질환 관리의 성공적 수행을 위해 별도의 프로그램 등을 운영, 평가하고 환자의 건강상태를 유지하며 증진시키기 위해 보건의료체계 자체를 변화시켜야 한다고 주장했다.

한편 WHO는 2002년 ‘혁신적 만성질환 관리(Innovative Care for Chronic Conditions, 이하 ICCC)’ 모형을 제시하였다. 이것은 앞서 Wagner가 제시한 CCC 모델에서 정책적 요소를 추가한 것이다(WHO, 2002). ICCC 모형의 주요 원칙은 CCC 모델과 유사하다. 그러나 ICCC 모형은 만성질환의 적정 관리 수준 도달을 위해 구체적으로 보건의료전달체계 내의 서비스 관련 지불제도 개편, 포괄적 급여항목의 설정, 재정적 인센티브제공, 정보구축과 운영 프로그램 및 서비스 등에 대한 평가모니터링 등의 필요성을 강조한다(WHO, 2002).

따라서 Wagner의 CCC 모형과 WHO의 ICCC가 복합적으로 살펴보면 중요한 만성질환 관리의 개념을 법·제도적 정책개발, 다학제적 팀을 통한 통합적인 보건의료서비스의 제공, 환자의 자기관리, 구체적인 결과평가로 요약할 수 있다.

2.1.3 만성질환 관리 주체와 역할

앞서 살펴본 만성질환 관리의 개념을 통해 만성질환 관리의 필수요소로 법·제도를 통한 정책개발과 운영, 적절한 보건의료서비스의 제공, 자가관리의 수행, 전반적인 운영평가를 나타낼 수 있었다. 그리고 이것을 수행하는 주체의 경우 정책개발 및 운영은 국가 주도로, 보건의료서비스의 제공은 의료인 등의 제공자가, 자가관리는 환자 개인이 주도적으로 해야 함을 알 수 있다(WHO, 2014). 이에 따라 만성질환 관리에 대한 각 주체의 구체적 역할과 한계를 살펴보면 다음과 같다.

2.1.3.1 국가의 역할

Winslow(1920)는 ‘Modern Medicine’에서 보건의료의 역할과 정의를 ‘지역 사회의 조직화된 노력을 통해 질병의 예방 및 관리, 생명 연장과 함께 동시에 육체적, 정신적 건강과 사회적 안녕의 완전한 상태를 위하는 것’으로 정의하였다. 또한 Last(1985)는 보건의료에 대한 국가 및 사회적 역할을 강조하며 공중보건을 통해 국민의 건강을 증진 및 보호해야 한다고 주장하였다.

이와 관련하여 WHO는 지난 2001년부터 만성질환의 대응능력에 대한 국가별 수준에 대한 연구를 실시하였다. 2001년부터 2015년까지 총 5회 실시한 이 연구를 통해 WHO는 각 국가별 만성질환 대응인력, 정책, 감시, 보건의료 전달체계, 법률체계에 대한 수준을 파악하였다(WHO, 2015). WHO는 각 국가별로 만성질환에 대응하기 위한 주요한 요소로 ‘Key objectives of the second WHO Global NCD Action Plan 2013–2020’를 통해 6가지 선정했다(WHO, 2015). 주요 요소는 예방 및 관리를 위한 우선순위 설정과 국제적 협

력, 다양한 분야의 파트너십과 협력강화, 위험요소를 감소시키기 위한 근본적인 환경증진, 일차보건의료와 건강보험의 강화를 통한 보건의료체계의 강화, 관련 연구역량의 강화, 지역과 국가 수준의 평가이다(WHO, 2015). 또한 UN 총회는 이러한 각 요소가 어느 정도 진행되었는가를 파악하기 위한 척도 중 하나로 2016년까지 국가수준의 만성질환 예방 및 관리 프로그램과 법·제도적 가이드라인 또는 법률을 얼마나 갖추고 있는가를 선정하여 국가차원 제도 및 법률의 필요성을 나타냈다(WHO, 2015).

이 외에도 Thorpe(2009)은 만성질환의 관리나 예방이 국가수준의 프로그램과 제도 운영을 통해 해결 가능하다는 의견을 제시하였다. 또한 Stephanie Stock et al.(2011)은 독일의 만성질환 프로그램 운영의 예를 들어 일차보건의료의 접근성 차원에서 법률에 근거한 프로그램 운영을 통해 환자의 역량이 강화되고 건강문제가 개선되었음을 시사하였다.

미국의 경우에는 지난 2010년 제정된 「Patient Protection and Affordable Care Act(이하, PPACA)」는 ‘만성질환의 예방과 공중보건의 증진(Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health)’이라는 별도의 장(Chapter)을 구성하였다. 이를 통해 미국은 개인행동 변화를 위한 연방정부의 역할을 규정하고 있다(United State Government Printing Office(이하 USGPO), 2016).

또한 영국은 NHS 제도 내에서 만성질환 관리를 하고 있다(WHO, 2014). 만성질환 환자를 총 3단계로 자가관리 대상, 고위험군, 복합만성질환 환자로 구분하고 각 단계에 따라 접근방법을 차별화하여 만성질환을 관리하고 있다(WHO, 2014). 이와 함께 Quality and Outcomes Framework을 통해 General Practitioner(이하 GP)에서 제공하는 서비스의 전 영역을 포괄적으로 평가하며 그 결과에 따라 인센티브를 지급하고 있다(WHO, 2014).

2.1.3.2 의료인의 역할

만성질환 관리에 있어서 국가나 개인의 역할과 의무 외에도 의료인과 관련하여 환자의 자기관리에 대하여 의료인의 역할이 무엇인가의 문제를 살펴볼 수 있다. Barbara K. Redman(2007)은 환자의 자기관리에 대한 의료인의 역할에 대하여 크게 4가지 문제가 있다고 나타냈다. 첫째, 환자와 그 가족들에게 긴급상황에 대비한 적절한 준비계획을 알려주는 것이 부족하고 단순히 지불·보상제도 내의 약물요법이나 치료에 의존한다는 것이다. 또한 환자에게 지불·보상제도 외에 환자의 삶의 질을 고려한 치료를 선택하고 그 효과를 적절한 수준까지 높이는 것에 대한 고려를 하지 않는다는 것이다(Barbara K. Redman, 2007). 둘째, 환자의 역량을 강화하는데 있어 자기관리를 포함한 모든 보건의료적 수단을 고려하지 않은 채 자기관리의 책임을 환자에게만 전가하는 것이다. 셋째, 자기관리 자체는 문제가 없으며 자기관리의 주된 목표가 의료인의 지시에 따르는 것이라고 주입시키는 것이다(Barbara K. Redman, 2007). 넷째, 자기관리에 대한 환자의 선택을 제한하는 것이다(Barbara K. Redman, 2007). 따라서 Barbara K. Redman(2007)는 위의 4가지 검토사항에 대하여 의료인의 의무를 강화하고 환자의 자기관리가 진행되는 전반적인 과정과 내용, 결과를 포함하여 평가하는 기본적인 틀이 제공되어야 한다고 나타냈다. 또한 이러한 평가기준과 관련하여 현재 진행하는 대부분의 자기관리에 대한 평가가 최대 2년을 넘지 않는 연구가 많은 것을 지적하며 환자 생애 전반에 걸친 지속적인 평가의 필요성을 주장했다(Barbara K. Redman, 2007).

2.1.3.3 환자의 역할

Wagner는 만성질환 관리의 주요요소 중 하나가 자기관리라고 주장하였다(Edward H. Wagner, Brian T. Austin, Connie Davis et al., 2001). 자기관리가 필요한 이유에 대하여 만성질환으로 나타날 수 있는 건강 상의 문제에 대하여 의료인이 24시간 상시 환자를 직접 감시할 수 없기 때문에 환자 스스로의 증상 및 질병 관리가 반드시 필요한 것이라고 설명하였다(Edward H. Wagner, Brian T. Austin, Connie Davis et al., 2001).

미국의 질병관리본부(Center for Disease Control and Prevention, 이하 CDC)는 만성질환은 가장 일반적이면서도 비용이 많이 드는 질환이지만 예방 가능한 질병이기에 개인의 관리가 중요하다는 것을 강조하고 있다(NCCDPHP, 2009). 그리고 예방과 질병의 관리를 위해 개인의 역할이 크고 중요하다고 이야기하고 있다(NCCDPHP, 2009).

영국은 NHS 제도를 통해 만성질환에 대한 자기관리의 의무에 대하여 법적으로 규정하고 있다. 영국의 보건복지부(UK Department of Health, 이하 DH)는 지난 2008년 NHS 시행 60주년을 맞아 NHS의 기본가치와 NHS 이용에 대한 개인권리 및 의무에 대한 사항을 법률에 명시하였다(Rosalind Raine, Mordechai Shani, Yael Ashkenazi, 2012). 해당 내용을 살펴보면 NHS를 통해 진료를 받으면 자신과 가족의 건강에 기여해야하고 이에 대한 개인적인 책임을 가져야 하며 스스로 동의한 모든 치료과정에 충실히 임해야 함을 강조하고 있다. 또한 자신이 받은 진료에 대하여 그 효과의 유무와 부작용을 의료인에게 반드시 제공해야 한다는 원칙을 규정하고 있다(DH, 2009)¹⁾. 따라서 영국은 관련 법률에 의거하여 스스로의 건강을 돌보지 않는 사람에게 NHS의 서비스에 대한 접근을 제한 할 수도 있으며(DH, 2008) 환자와 의료인이 상호 간에 책임

1) Section 2b on “Patients and the public - your responsibilities” 의 내용을 요약하였다.

이 있음을 분명히 하고 있다(CAF, 2008).

이와 유사한 형태로 독일 역시 개인의 건강에 대한 의무로서 공동체와 개인이 건강의 공공책임을 가지고 있으며 사회적 의무가 있음을 나타내고 있다(Rosalind Raine, Mordechai Shani, Yael Ashkenazi, 2012). 특히 독일은 개인의 의무에 대하여 일부 질환의 치료비용에 대한 인센티브를 적용하고 있다. 유방암이나 대장암, 또는 자궁경부암 환자의 경우 해당 질환에 대한 치료 및 약물요법을 위해 연간 소득의 1%를 본인부담금 형식으로 지불해야 하는데 만일 적절한 치료나 요법에 응하지 않을 경우 2%를 본인부담금으로 지불하는 형태의 벌금을 부과하고 있다²⁾.

앞서 살펴본 내용을 요약하면 만성질환의 관리에 있어 개인이 자가관리를 수행하지 못하는 경우 법률 또는 가이드라인을 통해 제한하려는 움직임이 점차 증가하고 있다. 이러한 변화의 중심에는 개인의 생활습관이나 행동이 만성질환을 증가시키는 경우 이것이 사회적 비용의 증가로 이어지고 전체 보건의료비용의 지출에 문제를 일으키는 결과로 보일 수 있다는 측면이 강하다. 따라서 만성질환의 관리에 있어서 환자 개인의 자가관리가 적극적인 공동체적 의무로 전환되고 있음을 알 수 있다.

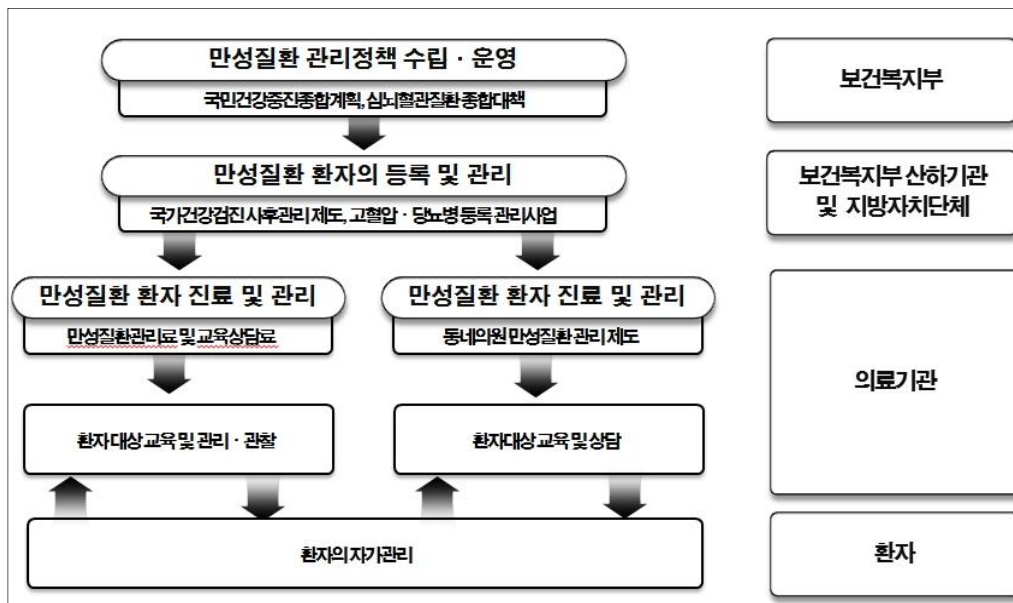
2) the German Sozialgesetzbuch V - SGB V (Social Security Code), 1988의 Article 62 - "Thresholds for co-payments"의 내용을 요약하였다.

2.2 우리나라의 만성질환 관리

2.2.1 만성질환 관리체계와 역할

우리나라가 시행하고 있는 만성질환 관리를 앞에서 언급한 국가, 의료인, 환자의 각 주체에 따른 역할에 따라 어떻게 수행하고 있는지 알아보고 그에 따른 만성질환 관리형태와 체계를 살펴본다.

우리나라는 현재 중앙정부 등의 국가단위에서 약 7가지의 만성질환 관리 정책 및 제도를 시행하고 있다. 이것을 시행하는 조직은 중앙정부 부처로서 보건복지부와 그 산하기관이 있으며 지방자치단체는 각 시·도의 보건소와 관련부서이다.



<그림 5> 우리나라 만성질환 관리체계

보건복지부는 국민건강증진종합계획 상의 ‘만성질환 대책’, ‘심뇌혈관질환 종합대책’ 과 같은 정책수립 및 운영방안 마련, 교육 및 홍보방안 제시 등의 전반적인 만성질환 관리의 방향 및 운영사항, 다양한 시범사업을 총괄한다(보건복지부, 2011; 보건복지부, 2015). 특히 보건복지부는 지난 2016년 9월 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’을 통해 다른 나라에서 시행하고 있는 만성질환 관리 진료비 지불제도와 유사한 형태 시범사업을 진행하고 있다(보건복지부, 대한의사협회, 2016).

국민건강보험공단은 「국민건강보험법」의 관련조항에 근거하여 가입자와 피부양자를 대상으로 정기적인 건강검진을 실시하고 있다. 또한 건강검진 결과를 바탕으로 사후관리 제도를 시행하고 있다.³⁾ 건강검진 사후관리제도는 각 검진대상자를 6단계로 구분하여 상담 및 프로그램 안내, 의료기관 연계서비스 등을 제공하고 있다. 또한 국민건강보험공단은 이 외에도 2012년 4월부터 ‘동네의원 만성질환관리제(선택의원제)’ 라는 만성질환 관리를 위한 수요자 대상의 인센티브 제도를 시행하고 있다. 대상자는 고혈압 또는 당뇨병 환자로서 대상 환자가 의원급 의료기관을 지정하여 관리 받으면 재진료 중 본인부담비를 일부 낮춰준다(보건복지부, 2011). 이외에도 만성질환 관리 진료비 지불 제도로 ‘만성질환관리료’를 요양급여로 지정하여 의원급 의료기관에게 수가를 지불하고 있다(건강보험심사평가원, 2016).

국민건강보험공단 외에 질병관리본부가 국가단위의 만성질환 관리와 관련한 사업을 진행하고 있다. 질병관리본부는 지난 2006년부터 시행된 ‘심뇌혈관질환

3) 국민건강보험법 [시행 2016.11.30.] [법률 제14183호, 2016.5.29., 타법개정]

제14조(업무 등) ① 공단은 다음 각 호의 업무를 관장한다.

4. 가입자 및 피부양자의 건강 유지와 증진을 위하여 필요한 예방사업

제52조(건강검진) ① 공단은 가입자와 피부양자에 대하여 질병의 조기 발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다.

② 제1항에 따른 건강검진의 대상·횟수·절차와 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

환 종합대책'의 중점 세부사업 중 하나로 2007년 9월 대구광역시를 시작으로 '심뇌혈관질환 고위험군(고혈압·당뇨병) 등록·관리 시범사업'을 실시하여 현재 전국적으로 확대하여 '고혈압·당뇨병 등록·관리사업'을 시행하고 있다(질병관리본부, 2016).

지방자치단체는 앞선 중앙정부의 만성질환 관리사업을 실질적으로 수행하는 형태로 만성질환 관리사업을 시행하고 있다. 주로 시·군·구 보건소가 주요 만성질환관리사업을 시행하고 있으며 심뇌혈관질환 예방관리사업이 대표적이다. 심뇌혈관질환 예방관리사업 상의 지방자치단체가 수행하는 역할은 시·도 단위 광역자치단체의 보건소가 지역사회 교육 및 홍보사업, 환자 조기발견사업, 환자 등록 및 관리 사업을 직접 진행하는 것이다(보건복지부, 2016). 이 외에도 일부 지방자치단체는 지역의사회와 공동으로 '지역사회 일차의료 시범사업'과 같은 별도의 시범사업을 자체적으로 운영하기도 한다(보건복지부, 2013).

만성질환 관리에 대한 보건의료서비스를 직접 제공하는 의료인이 수행하는 역할을 살펴보면 관련 시범사업이나 요양급여 산정기준에 따른 내용으로 유추할 수 있다. 만성질환 관리와 관련한 국민건강보험 상의 요양급여 항목은 '만성질환관리료'와 '교육상담료'로 구분할 수 있다. 또한 20016년 9월부터 시행하고 있는 '동네의원 만성질환 관리 시범사업'의 관리수가 역시 만성질환 관리를 위해 의료인이 제공해야 하는 보건의료서비스를 규정하고 있다. 만성질환 관리료와 교육상담료는 각각 의원급 의료기관과 병원급 이상의 의료기관에서 실시할 수 있으며 의료인은 주로 관리계획의 수립, 상담 및 교육 진행의 역할을 수행하도록 규정하고 있다(건강보험심사평가원, 2016). '동네의원 만성질환 관리 시범사업'의 관리수가는 의원급 의료기관의 의사가 만성질환 환자(고혈압, 당뇨병)에게 관리계획 수립을 통한 상담, 관리 및 관찰 등의 역할을 수행하도록 지정하고 있다(보건복지부, 대한의사협회, 2016).

다양한 만성질환 관리 정책 및 제도의 시행을 통해 환자가 직접적으로 수행해야 하는 사항은 다음과 같다.

우선 건강검진 결과를 통한 교육 및 생활습관 개선과 의료기관 방문이다. 건강검진 결과에 따라 각 대상자는 질환의심자, 건강주의자, 유질환자, 비만관리, 질환위험자 등의 6가지 단계로 분류되고 이에 따라 상담이나 교육에 참여하고 의료기관을 방문하도록 권유받는다(이애경 외, 2008).

또한 ‘동네의원 만성질환관리제(선택의원제)’를 통해 대상자가 스스로 의료기관을 찾아 등록하고 관리를 받으면 인센티브를 제공받는다. 관련내용은 고혈압 또는 당뇨병 환자가 의원급 의료기관을 지정하여 관리 받으면 재진료 중 본인부담비율을 30%에서 20%로 낮춰주는 것이다(보건복지부, 2011).

이 외에도 질병관리본부가 시행하는 ‘고혈압·당뇨병 등록관리사업’의 내용을 살펴보면 대상자가 시·군·구의 보건소를 통해 등록접수를 하면 관련 교육 및 상담, 의료기관과 연계한 보건의료서비스를 받을 수 있으며 이 경우 대상자의 본인부담금 일부와 등록비를 지원하고 있다(질병관리본부, 2016).

종합하여 살펴보면 우리나라의 만성질환 관리 정책 및 제도는 약 7가지 정도로 매우 다양하다. 그리고 각 정책이나 제도의 주체가 국민건강보험공단, 질병관리본부, 지방자치단체 및 지역의사회 등으로 각각 나뉘어져 있는 것이 특징이다. 만성질환 관리와 관련하여 의료인은 기존의 치료 및 처치 중심에서 예방차원의 상담 및 지속적 관리, 관찰로 점차 변화하고 있다. 이에 따라 환자 역시 단순히 진료를 받는 수동적인 역할에서 환자 스스로 적극적인 참여가 필요한 능동적인 역할로 변화하고 있다.

2.2.2 만성질환 관리방향의 변화

우리나라의 만성질환 관리체계와 역할을 살펴보면 점차 기존의 만성질환 환자에 대한 등록·관리, 직접적인 교육 및 상담 서비스에서 벗어나 추가적인 만성질환 관리 보건의료서비스 제공자에 대한 진료비 지불제도 개선, 환자에 대한 인센티브 제도가 도입되고 있음을 알 수 있다. 이와 관련하여 2016년부터 시행되는 ‘제4차 국민건강증진종합계획’ 세부사업계획을 살펴보면 관리체계의 구축, 시설 및 인프라의 확보, 건강검진의 사후관리를 통한 관리방안 강화와 같은 기존의 사업계획 외에 예방 및 관리 프로그램 개발과 적용, 관련 환자에 대한 치료지원 확대와 보험급여화가 추가되었음을 알 수 있다(보건복지부, 2016). 특히 질병관리본부가 시행하는 고혈압·당뇨병 등록·관리사업의 내용을 살펴보면 주요 서비스 내용이 본인 부담금 및 등록비 지원으로 이는 환자의 적극적인 참여를 권장하고 있는 것이다(질병관리본부, 2016).

또한 지난 2012년부터 보건복지부는 환자에 대한 인센티브 제도로 ‘동네의원 만성질환관리제(선택의원제)’를 시행하고 있다. 관련내용을 살펴보면 고혈압 또는 당뇨병 환자가 의원급 의료기관을 지정하여 관리 받으면 재진료 중 본인부담비율을 30%에서 20%로 낮춰주는 것이다(보건복지부, 2011).

의료인을 대상으로 하는 진료비 지불제도로는 지난 2002년부터 시행하고 있는 ‘만성질환관리료’와 ‘교육상담료’, 2016년 9월부터 시행하고 있는 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’을 예로 들 수 있다. 특히, 계획수립·점검 및 평가료, 지속관찰 관리료, 상담료로 세분화 하여 수가를 지급하고 있다(보건복지부, 대한의사협회, 2016).

이 외에 지역사회 차원에서 진행된 ‘지역사회 일차의료 시범사업’이 있다. 이것은 지난 2012년부터 시행된 ‘동네의원 만성질환 제도’를 수정·보완하여

2014년 9월부터 일부 지방자치단체와 지역의사회를 중심으로 시행하고 있는 제도이다. 주요사업 내용은 만성질환 관리를 위해 일차의료 의사의 역할을 강화하고 지역사회 여건에 맞는 맞춤형 자기관리 지원체계를 구축하는 것이다(보건복지부, 2013). 세부적인 서비스 내용은 의사를 통한 추가 교육 및 상담 서비스, 건강관리를 위한 지원서비스, 의사의 교육과 환자의 건강관리를 위한 일차의료지원센터를 운영하는 것이다(보건복지부, 2013). 이 시범사업이 가지고 있는 특징은 크게 두 가지로 각 지방자치단체 별로 지역의사회 주도의 지역운영위원회를 구성하고 별도의 관리체계를 구축하여 운영하는 것과 의료인을 대상으로 서비스 제공에 대한 별도의 수가를 지불한다는 것이다(조정진 외, 2015).

이것은 기존의 질병관리 정책과는 달리 만성질환 관리에 있어서 의료인과 의료기관, 환자의 역할변화에 따른 결과로 볼 수 있다. 과거 감염성 질환 등의 질병관리가 ‘치료중심’이라면 만성질환 관리는 ‘예방 중심’, ‘지속관리 중심’으로 그 방향이 전환되고 있다(WHO, 2002). 그 결과 의료인과 의료기관은 명확하고 즉각적인 결과가 나타나는 ‘처치’, ‘시술’, ‘수술’ 등의 의료행위가 아니라 ‘관리계획의 수립’, ‘상담’, ‘교육’, ‘환자 지원 및 관리’와 같은 새로운 형태의 행위를 시행하게 되었다(WHO, 2002; Edward J. Shahady, 2006; Lisa Zamosky, 2013; Ministry of Health and Long-Term Care of Ontario, 2007). 이에 따라 보건의료분야에서 만성질환 관리와 같은 예방에 초점이 맞춰진 분야와 의료인의 역할 변화에 따라 그에 알맞게 진료비 지불제도가 개선되어야 한다는 주장이 나타났다(Lisa Zamosky, 2013; Yarnall KSH, Østbye T, Krause KM et al. 2009; 박춘선 외, 2013). 그 결과 일방적인 예방 및 관리정책과 제도의 운영에서 벗어나 적극적인 의료인과 의료기관의 역할에 따른 진료비 지불제도 개선 및 환자에 대한 인센티브 제도가 나타나고 있는 것이다.

2.3 시사점

앞서 언급한 만성질환의 개념과 주체에 따른 역할, 우리나라의 만성질환 관리 정책의 변화를 살펴보면 보건의료서비스 제공자의 역할 변화에 따라 인센티브 지급을 포함한 진료비 지불제도가 변화하고 있음을 알 수 있다. 그에 따라 보건의료서비스 제공자의 적극적인 질병 관리의 개입과 관리에 대하여 그 역할에 맞는 추가적인 보수교육, 역할 및 기준설정이 필요하다(김진수, 2011; 조정진 외, 2015).

또한 역할변화에 따른 인센티브 제공 외에도 금전적인 인센티브를 통해 의료의 질과 결과, 의료자원의 이용 등에 긍정적인 효과를 이끌어 내고 있는가에 대한 종합적인 평가가 뒷받침 되어야 한다(Lisa Zamosky, 2013; Yarnall KSH, Østbye T, Krause KM et al. 2009; 박춘선 외, 2013).

앞의 내용을 종합하면 현재 우리나라의 만성질환 관리 방향이 만성질환 관리 주체와 역할 중 보건의료서비스 제공자에게 적절한 수준의 보상을 지급하는 진료비 지불제도의 개선에 중점을 두고 있음을 알 수 있다. 특히 이와 관련하여 보건복지부는 지난 2016년 9월부터 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’을 통해 새로운 만성질환 관리 진료비 지불제도를 시범 운영하고 있다. 따라서 이 연구에서는 전체 만성질환 관리 주체에 따른 역할변화와 관련정책 중 보건의료서비스 제공자를 대상으로 시행하는 진료비 지불제도를 중심으로 다른 나라의 사례를 통해 비교분석하고자 한다.

제3장 국가별 만성질환 관리 진료비 지불제도 비교분석

3.1 개요

비교연구와 관련한 방법 중 이 연구에서는 Ragin의 분류법에 따른 사례지향적 방법론을 기초로 진행한다. Ragin(1987)은 연구방법을 정량적 연구 또는 “변인지향적 접근”(variable-oriented approach)과 정성적 연구 또는 “사례지향적 접근”(case oriented approach)이라는 방법론으로 구분하였다. 또한 사례지향적 방법론을 소수의 사례(small-N)를 가지고 진행하는가 또는 다수의 사례(large-N)를 가지고 진행하는가로 구분하면서 사례지향적 접근”(case oriented approach)을 기반으로 할 경우 사례수가 2-3개가 넘어가게 되면 통제할 수 없을 만큼의 다양성에 봉착할 가능성이 높다는 견해를 나타냈다. 따라서 이 연구는 소수의 사례를 가지고 최대유사체계설계(most similar systems design)방법을 적용하여 각 국가들의 선정한 후 비교 분석을 실시하였다. 이에 따라 대상 국가 간의 만성질환과 관련한 유사성을 고정한 후 각 국가별 사례 간의 차별성을 통해 만성질환 관리에 대한 진료비 지불제도가 어떠한 양상으로 다르게 나타나는가를 비교하였다.

비교연구를 진행할 대상 국가를 선정하는데 있어 우선 유사성을 4가지로 선정하였다. 첫째, 우리나라와 동일하게 민간부분이 보건의료서비스의 제공을 주도하고 있어야 한다. 둘째, 모든 국민을 대상으로 하는 National Health Insurance(이하 NHI)체계를 구축하고 있어야 한다. 셋째, 보건의료서비스의 수가체계가 우리나라와 동일한 행위별 수가제를 기반으로 하는가이다. 다만

기준에 행위별 수가제를 기반으로 운영하고 있었으나 이를 일부 또는 전체를 질병군별 포괄수가제(Diagnosis Related Groups, 이하 DRGs) 또는 총액 예산제 내에서 각 행위에 대하여 행위별 수가제로 지급하는 경우도 포함하였다. 넷째, 만성질환이라는 대상을 포괄적 단위로 하여 별도의 진료비 지불제도를 시행하는 경우다. 이 기준에 따라 민간과 공공의 보건의료서비스 제공자가 함께 존재하고 보건의료서비스에 대한 진료비 지불제도가 행위별 수가제를 기본으로 하며, 만성질환에 대한 별도의 진료비 지불제도가 존재하는가를 선택하여 비교연구의 대상 국가로 일본과 미국을 선정하였다. 다만 미국의 경우 우리나라와 일본과는 달리 정부 주도의 NHI 체계가 없다는 점에서 중요한 차별성을 보인다. 즉 각각의 유사성을 나타내는 기준 외에 NHI체계 여부에 따라 일본과 미국과 비교할 수 있게 된다. 따라서 이 단계는 비교연구 상의 사례 간 차이를 강조하는 방법에 해당한다(Adam Przeworski, Henry Teune, 1970; Anckar C, 2008; Bureau Viola, Salomonsen, Heidi Houlberg, 2012).

비교 대상이 되는 만성질환 관리 진료비 지불제도에 대한 비교 내용은 앞선 ‘제2장 만성질환 관리’에서 나타난 만성질환 관리 주체와 그에 따른 역할을 기초로 하였다. 따라서 일본과 미국에서 시행하고 있는 만성질환 관리 진료비 지불제도 비교·분석사항을 3가지 범주로 구분했다.

첫째, ‘보건의료서비스 제공자의 역할이 어떻게 변화하고 있으며 그에 따른 역할분담 및 기준은 무엇인가?’에 따라 각 국가의 만성질환 관리와 연관한 보건의료서비스 제공자의 행위는 무엇이고 그에 따른 역할분담 및 기준을 살펴본다.

둘째, ‘진료비 지불제도 내에 수가체계의 범위와 의료인에게 지불되는 수가 또는 인센티브는 어느 정도 수준인가?’의 의문점을 각 국가 내에서 시행하는

진료비 지불제도 내의 만성질환 관리 수가수준 및 내용을 통해 확인한다.

셋째, ‘진료비 지불제도 내에서 의료인과 환자에게 지불되는 수가 또는 인센티브에 대한 적절한 평가가 함께 진행되고 있는가?’ 는 만성질환 관리 진료비 지불제도 상의 질 관리 수준 및 프로그램 운영 방안에 대한 사항을 살펴본다.

위의 3가지 범주를 토대로 비교분석을 위한 범위를 만성질환 관리에 대한 진료비 지불제도의 인력기준, 지불내용, 평가방안으로 구분할 수 있다.

인력기준은 만성질환 관리 진료비 수가를 지불받는 의료 인력의 기준과 역할, 자격기준 유무를 분석한다.

지불내용은 앞의 인력기준 분석을 통해 제시된 의료인력이 각 행위에 대하여 어떤 수준(금액)의 수가를 지불받고 그 내용은 무엇인가를 살펴본다. 또한, 그 외에도 지불내용과 의료인력의 행위에 대한 특징을 알아본다.

평가방안은 의료인력에 대한 지불내용의 구체적인 평가 또는 관리방안은 무엇인가를 살펴본다<표 2>.

<표 2> 만성질환 관리 진료비 지불제도 분석체계

분석범위	분석내용
인력기준	· 만성질환 관리에 대한 의료인 등의 행위 · 행위에 따른 의료인 등의 역할분담 · 역할분담에 따른 자격기준 유무 등
지불내용	· 만성질환 관리 보건의료서비스 내용 · 보건의료서비스에 대한 지불수준(금액) · 만성질환 관리 지불내용의 특징
평가방안	· 지불내용에 대한 평가기준 유무 · 평가기준 유무에 따른 주요내용 · 평가내용과 그에 따른 결과 적용사항

3.2 미국

3.2.1 주요현황

CDC의 자료(2016)에 따르면, 만성질환은 미국에서 가장 주요한 사망원인과 장애요인 중 하나이다. 특히, 심장질환, 뇌졸중, 암, 제2형 당뇨병, 비만, 관절염의 문제가 특히 심각하다. 2012년을 기준으로 성인인구 절반가량인 약 1억1천만 명의 사람들이 하나 이상의 만성질환을 가지고 있었으며 성인 4명 중 1명은 복합만성질환을 가지고 있었다(Ward BW et al. 2012). 또한 2010년 10대 사망 원인 중 7개가 만성질환이었다. 이러한 만성질환은 심장질환 및 암을 포함하여 전체 사망원인의 약 절반 가까이인 48%를 차지했다(CDC. 2013). 여러 만성질환 중 심각하게 대두되고 있는 것은 비만과 관절염, 당뇨병이다. CDC(2013)의 조사결과에 따르면 지난 2009년에서 2010년 사이 성인인구의 1/3 수준인 7천8백만 명의 인구가, 2세에서 19세 사이의 청소년 5명 중 1명이 비만이었다. 관절염은 보행장애 등 장애요인 중 가장 흔한 요인이었으며 약 5천3백만 명의 성인이 의사로부터 관절염을 진단 받았으며 2천2백만 명 이상의 인구가 관절염으로 인해 일상생활에 지장이 있었다(Barbour KE, Helmick CG, Theis KA, et al. 2014). 또한 당뇨병은 그 자체가 신장질환과 사고 인한 사지 절단 외의 절단, 성인 실명의 주된 원인이다(CDC. 2013).

미국 CDC는 늘어나는 만성질환의 부담을 줄이기 위해 만성질환 예방체계에 대한 4가지 영역에 따른 접근방법을 설정하고 있다. 이것은 대부분의 만성질환이 개인수준, 인구집단 수준에서 양립하여 해결해야 한다는 것을 고려하여 설정한 것이다(CDC. 2016). 4가지 영역에 따른 접근방법의 초점은 (1) 공

동으로 만성질환을 일으키는 행동과 원인을 해결, (2) 함께 예방하여 다양한 만성질환과 발병 조건을 제어하기 위한 작업 시행하는 것, (3) 보건의료지원 체계와 환경을 강화하는 것, (4) 지역사회 연계방안을 구축하여 건강간리를 위해 노력하고 질병을 제어하는 것이다.

현재 미국은 CDC가 지정한 만성질환 관리의 4가지 영역의 기준에 맞춰 미국에서는 일차의료의 만성질환관리 역할의 중요성을 인지하고 미국의 보건부(US Department of Health and Human Services) 산하의 Centers for Medicare & Medicaid Services(이하 CMS)에서 Medicare 대상자를 기준으로 만성질환관리서비스(Chronic Care Management Services, 이하 CCM)를 지난 2015년 1월 1일부터 시행하고 있다(CMS. 2015). 또한 주 정부나 민간의 보건의료복합사업체(Health Maintenance Organization, 이하 HMO)도 만성질환 특히 노인의 복합만성질환을 관리하는데 초점을 맞추어 만성질환 관리의 4가지 영역에 대한 개념을 구체화 하고 있다. 이를 통해 만성질환에 대한 돌봄관리(care management), 건강관리프로그램(Health management program), 자가관리(self management) 등의 개념을 정의하고 당뇨병, 암, 관상동맥질환, 신부전증, 고혈압, 울혈성 심부전, 비만, 천식, 관절염, 우울증 및 정신질환을 대상으로 매우 다양한 형태의 관리서비스를 제공한다. 따라서 미국은 우리나라 및 일본과 같이 NHI 체계가 아닌 민간의료보험 중심의 체계를 가지고 있기 때문에 국가단위에서 제공하는 만성질환 관리, 지방정부(주) 단위에서 제공하는 만성질환 관리로 나누어 사례분석을 실시한다.

3.2.2 Medicare

3.2.2.1 인력기준

CMS(2015)에 따르면 Medicare의 CCM은 Medicare의 Part B로 청구하고 있기 때문에 기본적으로 클리닉(의원)의 의료서비스에 해당한다. 따라서 의사면허를 소지한 의사 중 Medicare의 Part B로 청구하는 클리닉(의원)의 의사가 대상이 된다. 또한 의사 외에도 면허가 있는 조산사(Certified Nurse Midwives), 임상간호전문가(Clinical Nurse Specialists), 전문간호사(Nurse Practitioners), 진료보조인력(Physician Assistant)가 서비스를 제공할 수 있다 (CMS, 2015)<표 3>.

<표 3> CCM 제공 의료인

구분	대상자격	자격기준
CCM 수행	의사 면허가 있는 조산사 임상간호전문가 전문간호사 진료보조인력	1. Medicare Part B 청구 가능 의료인 2. Full State License
자문 및 협진	Medicare Part B 청구 가능 의료인	

자료출처: CMS. 2015. Chronic Care Management Services. CMS.

그러나 Medicare의 Part B로 청구하는 클리닉(의원)의 의사나 전문가라 할지라도 의료인 등의 수련과정 및 내용과 관련하여 임상심리학자(clinical psychologists), 족부 의사(podiatrists), 치과 의사(dentists)는 만성질환의 관리와 관련한 수련과정이나 교육내용을 이수했다고 보기 어렵기 때문에 CCM을 제공할 수 없다(CMS, 2015). 다만, CCM을 담당하는 의사가 CCM을 제공할 수 없는 의료인에게 진료의뢰서 및 자문지시서를 작성하여 수행하는 경우 해당 의료인은 환자를 진료한 이후에 CCM 수가 외 협진료나 관리의료료로 청구할 수 있다(CMS, 2015). 이와 함께 CCM의 수행이 비대면 진료를 포함하고 있기 때문에 미국의 주의료위원회연합(Federation of State Medical Boards, 이하 FSMB)(2014) 규정한 “Full State License”의 기준을 충족해야 한다<표 4>.

<표 4> Full State License의 자격기준

기준 요건
1.full License를 소지한 자
2. 징계 기록, 자격 제한 혹은 진행중인 조사들이 없는 자
3. 인가된 의대 졸업자 혹은 외국 의대 졸업에 대한 현재 교육위원회의 인증서 소유자
4. 7년 안에 1단계/수준 당 3번의 시도 안에 초기 자격증 허가 시험을 통과한 자
5. 졸업 후 인가된 프로그램에서 3년의 훈련을 마친 자
6. 미국의료전문위원회 또는 미국 정골학협회에 의해 인가된 의료전문위원회로부터 현재 인증서를 가진 자

자료출처: FSMB. 2014

서비스 내용은 EHR을 통한 표준화된 임상요약 기록 작성, 환자의 모든 건강 문제에 대한 포괄적인 관리계획을 수립하고 그에 따른 상담 및 복약지도를 시행하는 것이다(CMS, 2015). 또한 비대면 진료가 가능하기 때문에 1주일(7일), 24시간 상시 환자가 서비스를 이용할 수 있도록 제공하도록 의무화 하고 있다. 또한 서비스 내용에는 반드시 환자의 의학적 요구 등에 대한 체계적 평가와 복약순응도 및 약물의 상호작용과 같은 처방약물 검토항목이 포함되어야 한다(CMS, 2015)<표 5>.

<표 5> CCM의 서비스 요소

서비스 요소	주요 내용
구조화 자료의 기록	· 환자의 인구사회학적 정보, 건강문제, 투약 및 알레르기 등에 대한 표준화된 임상요약 기록 작성
서비스 계획	· 환자의 신체적, 정신적, 인지적, 사회심리학적, 환경적 평가 등을 통해 환자의 모든 건강문제에 대한 포괄적인 관리계획을 수립 · CCM 제공 의료인은 환자의 CCM에 참여하는 모든 의료인이 해당 환자의 관리계획에 접근하고 논의할 수 있도록 설계 · 자문 및 협진 의료인에게도 관련 정보 및 관리계획을 제공
서비스 접근성	· 1주일(7일), 24시간 상시 환자가 서비스를 이용할 수 있도록 제공 · 환자 관리에 있어 가능한 모든 의사소통수단을 사용하지만 HIPAA의 규정에 따라 환자 정보에 대한 보안이 필요
서비스 관리	· 치료 및 관리 서비스에는 다음의 항목이 반드시 포함 - 환자의 의학적, 기능적, 사회심리학적 요구에 대한 체계적 평가 - 복약순응도 및 약물의 상호작용과 같은 처방약물 검토 · CCM 제공자간의 서비스 변경에 대한 관리 및 다른 의료인에 대한 의뢰 - 특히 응급실 방문 후, 병원 퇴원 후, 요양시설 혹은 다른 보건의료시설 이용 후 추적 관찰 실시 · 가정 혹은 지역사회 기반의 임상서비스 제공자들 간의 서비스 조정

자료출처: CMS, 2015. Chronic Care Management Services. CMS.

3.2.2.2 지불내용

CCM의 지불내용은 만성질환 또는 복합만성질환⁴⁾을 가지고 있는 Medicare 환자⁵⁾에게 비대면(non-face-to-face) 형태의 치료관리(Care Management) 및 조정 서비스를 최소 월 1회 20분 이상 제공하는 경우 이를 보상하고 있는 것이다(CMS, 2015). 해당 만성질환에는 알츠하이머, 치매, 관절염(골관절염 및 류마티스), 천식, 심방세동, 자폐 스펙트럼 장애, 암, 만성 폐쇄성 폐질환, 우울증, 당뇨병, 심장마비, 고혈압, 허혈성 심장질환, 골다공증 등을 포함하고 있다(CMS, 2015)<표 6>.

<표 6> CCM의 수가

항목	수가	산정대상	주요내용
CPT 99490	\$ 42.60	만성질환 또는 복합만성질환을 가지고 있는 Medicare 환자	· CCM 수행 가능한 의료인이 비대면의 형태(non-face to face)로 만성질환과 관련한 치료계획 수립, 상담, 복약지도 등의 종합적인 관리를 수행하는 경우 산정 · 1개월 단위로 산정 가능

자료출처: CMS. 2015. Chronic Care Management Services. CMS.

CCM과 관련한 특징은 비대면의 형태(non-face to face)로 서비스를 제공하는 것이다. 현재 미국원격의료협회(American Telemedicine Association, 이

- 4) 복합만성질환 환자의 경우에는 해당 질환이 12개월 이상 지속된 사람으로 규정하고 있다.
5) Medicare 환자는 CMS의 기준에 따라 보험료를 이미 납부하였거나 납부하고 있는 65세 이상의 사람, 신체 및 정신적 장애를 가지고 있는 65세 미만의 사람, 말기 신부전증 환자로서 반드시 투석을 해야 하거나 신장이식이 필요한 사람으로 규정하고 있다.

하 ATA)는 원격의료(Telemedicine)를 ‘환자의 임상적 건강 상태를 향상시키기 위하여 전자적 통신을 통해 한 장소에서 다른 장소로 교환된 의학정보를 사용하는 것’이라고 정의하고 있다(ATA, 2016). 한편, 미국의사협회(American Medical Association, 이하 AMA)는 원격의료에 대한 개념은 계속 진화하며, 따라서 이에 대한 합의된 단일의 개념 정의는 하지 않고 원격의료기술과 관련하여 원격의료를 3가지로 범주화하고 있다(AMA, 2014).

첫째, store-and-forward telemedicine은 저장 후 전달 원격의료라고 한다. 의사나 전문의의 진단을 위한 의료정보(의료 이미지와 생체 신호)의 전송하는 것으로 실시간 양방향 진행하는 것은 아니다. 이러한 내용은 지금도 피부과, 방사선과, 병리학과 같은 병과에서 일반적으로 사용하고 있는 체계이다(AMA, 2014).

둘째, remote monitoring telemedicine이다. 이것은 원거리 모니터링 원격의료로 전문 의료진이 다양한 기술적 장치를 사용하여 멀리 떨어져 있는 환자를 모니터링하는 것이다. 전통적으로 특수한 만성 질환을 관리하기 위해 사용되었다(심장질환, 당뇨병, 천식). 최근에는 혈압, 혈당, 심전도, 체중과 같은 건강 지표를 수집하기 위해 자택에 환자가 사용할 수 있는 기계를 통해 이루어지는 경우를 볼 수 있다(AMA, 2014).

셋째, real-time interactive telemedicine services는 일반적으로 생각하는 원격의료에 가장 유사한 형태로 실시간 개입 원격의료 서비스라고 볼 수 있다. 이것은 실시간 개입 원격의료서비스는 환자와 제공자(온라인 포털 통신)사이에 실시간·면대면 개입 서비스를 제공하는 것이다. 이 원격의료의 개념은 환자의 건강관리, 교육, 치료, 상담, 진단과 같은 의료를 제공할 수 있는 특수한 환경에서 환자와 제공자가 실시간 오디오와 비디오 기술을 통한 접속을 통해 의료 제공의 전통적 방법을 대체하는 방법으로 쓰인다(AMA, 2014).

미국의 일부 주들이 Medicare와 Medicaid 서비스를 제공하는데 있어 원격의료 서비스를 제공할 수 있는 제공자에 대한 수행 기준과 면허 규정을 두고 있다(ATA, 2016). 원격의료를 제공하는데 있어 일부 주들은 원격의료 이전, 과정 중, 이후에 있어서 의사-환자 관계 설정을 엄격하게 규정하고 있다(ATA, 2016). Alabama, Texas 주의 경우는 원격의료를 이용하기 위해서는 오직 환자가 의료 현장에 있을 때에만 원격의료를 허용하고 있다. 또한 원격의료 후 이상징후를 보이는 환자의 경우는 72시간 이내에 대면진료를 해야 하며 최소 연간 1회 이상 반드시 대면진료를 해야 한다. Arkansas와 Missouri, Nebraska 주 역시 대면진료가 필수 요건이다. 특히, 전화상담을 통한 비대면 진료에 있어서 7가지의 판단근거를 통해 비대면 진료를 시행하고 있다(ATA, 2016)<표 7>.

<표 7> 전화상담 비대면 진료의 주요 판단 근거

구분	판단근거
환자의 동의	· 의사가 반드시 직/간접적으로 환자를 보거나 상담하는 것에 동의했는가? · 환자가 의사의 결정을 받아들였는가?
대면진료 유무	· 의사가 환자의 이름을 알고 있는가? · 의사와 환자가 전에 진료기록에 대해 토론하기 위해서 직접 만난 적이 있는가? · 치료에 대한 비용지급이 있었는가?
사전평가	· 전화상으로 자문의사에게 연락하는 것이 제1차 의사에게 안전한 것이었는가? · 환자의 질병에 대한 의사의 평가가 있었는가?

자료출처: 김향중(2014)의 내용을 재구성하였다.

3.2.2.3 평가방안

CCM에 대한 평가는 CCM 제공자가 작성하는 EHR에 대하여 CMS가 평가를 진행한 이후 지불을 하는 방식으로 이루어진다. CCM을 제공하는데 있어 각 서비스 요소 별로 EHR을 작성하고 제출하였는가, 전화 및 상담 기록을 녹취하여 상담을 규정시간 이상 필요한 사항에 대하여 이루어졌는가 등에 따라 평가를 진행한다(CMS, 2015)<표 8>.

<표 8> CCM의 진료비 지불 평가요소

평가 요소	주요 내용
자료 기록 제출	- 환자의 인구통계 - 임상기록 - 약물 및 알레르기 반응 결과
서비스 계획	- 구조화된 계획서를 통한 자료 제출
서비스 접근	- 24시간 접근 가능했는가를 확인하는 예약 사항 등의 자료
서비스 관리	- 환자의 의학적, 기능적, 사회심리학적 요구에 대한 체계적 평가 결과 - 복약순응도 및 약물의 상호작용과 같은 처방약물 검토 자료 - 특히 응급실 방문 후, 병원 퇴원 후, 요양시설 혹은 다른 보건의료시설 이용 후 등의 특이사항 발생 시 진행사항 보고 자료 - 가정 혹은 지역사회 기반의 임상서비스 제공자들 간의 서비스 조정 논의결과 자료

자료출처: CMS. 2015. Chronic Care Management Services. CMS.

3.2.3 Medicaid

미국의 각 주 정부는 독자적으로 Medicaid 프로그램을 운영하기 때문에 전체 Medicaid 프로그램을 공통적으로 살펴보기는 어렵다. 따라서 대표적으로 주 정부 차원의 만성질환 관리 진료비 지불제도를 운영하고 있는 Florida 주의 사례를 살펴본다.

3.2.3.1 인력기준

Florida 주의 보건의료행정청(Agency for Health Care Administration, 이하 AHCA)(2016)에 따르면 F주 정부가 관할하는 Medicaid(Florida 주의 경우 이것을 Medipass 라고 지칭한다)를 통한 질병관리(Disease Management 이하, 질병관리)의 형태로 만성질환을 관리한다. 따라서 Medipass 지불 계약을 한 의사와 간호사가 대상이다. 주요한 역할은 대상 환자에게 간호사를 통한 질병 별 사례관리, HMO 등의 공급계약자 시설을 통한 응급의료서비스, 의사 및 간호사를 통한 감염성 질환 또는 말기 환자에 대한 가족계획 상담 및 지도, 정보제공 및 교육이다<표 9>.

<표 9> 질병관리 수행 자격기준

구분	대상자격	자격기준
DM 수행	1. 개별 클리닉(의원)	Medipass 계약자
	2. HMO 등	
자문 및 협진	Medipass 계약자	좌동

자료출처: AHCA, 2016

3.2.3.2 제공내용

질병관리의 제공내용은 Medipass 환자⁶⁾가 대상자이며 해당 질병은 천식, 당뇨병, 혈우병, HIV/AIDS, 심장마비, 만성 폐쇄성 폐질환, 고혈압, 말기 신장 질환이다(AHCA, 2016). 특이사항은 FQHC 이용서비스 외에 HMO 등을 통한 사례관리서비스, 응급의료서비스, 가족계획서비스를 모두 환자 1인당 인두제 방식으로 지급하고 있다는 것이다. Medipass 환자에 대하여 질병관리를 진행하는 경우 보건의료서비스 제공자는 연간 1인당 1,500 달러를 Medipass에 청구할 수 있으며 연도 별 물가상승 수준에 따라 일부 변동이 가능하다(AHCA, 2016).

<표 10> 질병관리의 수가

항목	수가	산정대상	주요내용
사례관리서비스			간호사를 통한 질병 별 사례관리
응급의료서비스	\$ 1,500	만성질환을 포 함하는 별도의 규정된 질병을 가지고 있는 Medipass 환 자	HMO 등의 공급계약자 시설을 통한 응급의료서비스
가족계획서비스			의사 및 간호사를 통한 감염성 질환 또는 말기 환자에 대한 가족계획 상담 및 지도
FQHC 이용서비스	-		정보제공 및 교육 지원

6) Medipass 대상자는 Florida 주 법률의 기준에 따라 빈곤기준선 150% 아래의 소득을 가지고 있는 가정 중 자녀가 있거나 임산부가 있는 경우, 18세 이상의 시각 등의 장애인이 있는 가정, 18세 미만의 시각 등의 장애인이 있는 가정, 빈곤기준선 150% 아래의 소득이 있는 가정 중 65세 노인이 있는 경우, 위탁 가정의 자녀를 대상으로 한다.

3.2.3.3 평가방안

질병관리에 대한 평가는 Medipass에서 외부에 위탁하는 형태로 진행이 된다. 위탁업체는 DM의 계약 공급자에 대하여 프로그램의 효과, 접근성, 질 등의 3가지 범주로 구분하여 평가한다<표 11>.

<표 11> 질병관리의 평가요소

평가 요소	주요 내용
프로그램의 효과	· 환자의 선택, 가입자 현황 · 프로그램의 완전성, 정보제공의 효과 등
접근성	· 시간 및 거리적 접근성 · 관리 조정 등의 능력
질	· 프로그램의 적용범위 · 권한, 공급자의 평가, 개선여부 등

자료출처: AHCA, 2016.

3.3 일본

3.3.1 주요현황

일본은 1978년부터 시작된 「제1차 국민건강증진대책」과 1988년 「제2차 국민건강증진대책」을 거쳐 2000년부터는 「Healthy Japan 21」과 「건강증진법」을 시행 및 추진해 왔다. 그러나 「Healthy Japan 21」의 중간평가 결과, 국민의 건강상태 및 생활습관의 개선이 미미하였다고 평가하였다. 급속한 고령화와 의 진전과 이에 따른 질병구조의 변화 및 의료비의 급등에 대한 위기상황이 고조되면서, 국민의 생활환경과 관련한 질의 유지 및 향상을 위해서는 당뇨병, 고혈압증, 지질이상증 등의 발병, 또는 중증화 및 합병증 진행 예방에 중점을 둔 검토가 중요한 과제로 자리 잡게 되었다. 현재 일본은 국민의 생활환경과 관련성이 높은 만성질환에 대하여 지난 1996년 성인병의 용어를 생활습관병으로 개칭하면서 흡연, 운동, 식습관, 휴식, 음주 등의 5가지 범주로 나눠 구분하고 있다(일본 생활습관병 예방협회, 2010).

생활습관병 중에서도 특히 심질환, 뇌혈관 질환 등의 발병의 중요한 위험인자인 당뇨병, 고혈압증, 지질이상증 등이 있는 사람이나 그 예비군이 증가하고 있다. 또한 발병 전의 단계인 메타볼릭신드롬(metabolic syndrome, 이하 내장비만증후군)이 강하게 의심받는 사람과 예비군이라고 생각되는 사람의 비율이 남녀 모두 40세 이상에서 높게 나타나며, 남성은 2명중 1명, 여성은 5명중 1명에 달하였다(후생노동성, 2008). 이에 '일본은 지난 2000년부터 진료보수 점수표상의 생활습관병과 관련한 관리료 등의 수가를 신설하여 운영하였다, 또한 2008년 4월부터는 40세 이상의 의료보험 적용인구에 대해 당뇨병 등의 생활습관병에 관한 특정건강진단(特定健康診査)을 실시하였다. 특정건강진단의 결과에

의해 건강 유지에 노력할 필요가 있는 사람에 대해서는 특정보건지도(特定保健指導)의 실시를 의무화하였다(후생노동성, 2008). 그 결과 현재 일본의 만성질환과 관련한 제도는 별도의 진료비 지불제도와 특정건강진단 및 특정보건지도를 통한 관리제도 두 가지로 볼 수 있다<표 12>.

<표 12> 일본의 생활습관병 범위

주요 원인	관련 질병
흡연	폐편평 표피암, 순환기질환, 만성기관지염, 폐기종, 치주병
운동	순환기질환, 고혈압
식습관	대장암
운동과 식습관	인슐린 비의존 당뇨병, 비만, 고지혈증
음주	알코올성간질환
기타 복합적	암, 심장질환, 뇌졸중, 우울증, 치매, 골다공증, 어깨결림, 요통, 알레르기, 간질환, 신장질환 등

자료출처: 일본 생활습관병 예방협회, 2010

3.3.2 특정건강진단 및 특정보건지도

3.3.2.1 인력기준

특정보건지도는 의사, 보건사, 관리요양사가 실시할 수 있다. 이 외에 특정보건지도 내의 ‘생활습관 실천 프로그램’ 운영은 의사, 보건사, 관리영양사, 치과 의사, 약제사, 조산사, 중간호사, 치과위생사가 시행할 수 있다. 또한 생활습관 실천 프로그램 중 ‘운동지도’는 치과의사, 약제사, 조산사, 중간호사, 이학요법사가 담당할 수 있으며 이는 각각 해당교육 과정 이수 후에 가능하다(후생노동성, 2013)<표 13>.

<표 13> 특정보건지도의 인력기준

역할	역할분담	역할에 따른 인력기준
특정보건지도	의사	보건지도를 위한 소정의 연수를 받도록 권장
	간호사	5년 이상의 보건지도와 관련한 실무경험이 있어야 한다.
	보건사	· 간호사 면허가 있어야 한다. · 2년 교육과정 이수 후 국가공인 자격시험을 통과해야 한다.
	관리영양사	· 영양사 자격이 있어야 한다. · 2년 교육과정 이수 후 국가공인 자격시험을 통과해야 한다.
실천프로그램 (식생활 개선지도)	치과의사 간호사 영양사 약제사 조산사 치과위생사	식생활개선지도 담당자 연수를 30시간 이상 수강해야 한다.
실천프로그램 (운동지도)	치과의사 간호사 영양사 약제사 조산사 이학요법사	운동지도 담당자 연수를 147시간 이상 수강해야 한다.

3.3.2.2 지불내용

우선 특정건강진단과 특정보건지도의 내용을 살펴보면 후생노동성(2013)은 특정건강진단과 특정보건지도를 계획 작성, 특정건강진단의 실시, 특정보건지도, 진료권장의 단계로 나누어 설명하고 있다.

첫째, 계획서를 작성한다. 이것은 일본의 「고령자의 의료 확보에 관한 법률(高齢者の医療の確保に関する法律)」에 의거하여 각 보험자가 작성하며 5년 단위의 계획을 수립한다. 대상자는 각 보험자가 관리하는 인구집단 중 40세에서 74세(75세 이상은 후기 고령자 보건의료제도에 포함)의 피보험자 및 피부양자다. 대상자의 건강상태나 생활습관 현황을 파악하고 이를 기초로 특정건강진단 및 특정보건지도 계획을 수립하는 목적으로 진행된다(후생노동성, 2013).

둘째, 보건의료기관에서 표준화된 특정건강진단을 실시한다. 검사결과에 따라 내장비만증후군의 위험도를 예측하고 관련사항(약물복용, 흡연)등에 관한 질문서를 통해 각 수진자의 건강위험수준을 계층화 한다(후생노동성, 2013). 각 계층은 정상(정보지원군), 동기부여 대상자, 적극적 지원 대상자로 구분한다(후생노동성, 2013).

셋째, 수진자의 진단결과에 따라 담당의사가 판단하여 보건지도를 직접 수행하거나 여러 요소를 고려하여 다른 기관에 의뢰하여 특정보건지도를 실시한다. 의뢰하는 경우 의뢰여부는 의사가 판단하지만 의뢰한 이후 대상자에 대한 특정보건지도는 의사 외에 보건사, 관리영양사도 가능하다. 만일 특정건강진단 수진자가 특정보건지도의 대상자가 아닌 경우(수치 상 정상이 나온 경우) 보험자가 기본적인 정보 제공만 한다. 그 외의 대상자는 각 계층에 맞는 특정보건지도를 받게 되며 특정보건지도 대상자의 병력이나 질환 특성에 따라 추가적인 서비스 제공도 가능하다<표 14>.

<표 14> 특정보건지도의 주요내용

대상구분	주요내용
정상	1. 진단결과 제공 및 기본정보 제공 2. 현재의 신체특성 및 생활습관에 대한 상황 인식과 생활 습관의 중요성을 인식하도록 지원 3. 각 지역의 보건센터(우리나라의 보건소 등)에서 실시하는 교육에 참가할 수 있도록 지원
동기부여 대상자	1. 특정보건지도이용권 배송 2. 의사, 보건사, 관리영양사 등의 면접 및 지도를 통해 행동계획을 수립하고 생활습관 개선을 위한 동기부여 3. 각 지역의 보건센터(우리나라의 보건소 등)에서 실시하는 교육에 참가할 수 있도록 지원 4. 6개월 이상 경과 후 실적 평가
적극적 지원 대상자	1. 특정보건지도이용권 배송 2. 의사, 보건사, 관리영양사 등의 면접 및 지도를 통해 행동계획을 수립하고 대상자에게 적절한 동기부여와 함께 지속적인 관리를 지원 3. 3개월 후 중간평가를 실시하고 6개월 이상 경과한 이후 계획의 진행경과와 실적을 평가

자료출처: 후생노동성, 2013

특정건강진단 및 특정보건지도 내용과는 별도로 특정건강진단 수진자에게 즉각적인 진료가 필요한 경우 의료기관을 통해 진료를 받을 수 있도록 권장한다. 또한 특정보건지도 자체 내에 생활습관병 질환자를 포함하고는 있지만 특정보건지도 자체를 별도의 행위별 수가제로 구분하고 있지는 않다. 다만 특정

건강검진 및 특정보건지도는 일본의 각 보험자가 개별적으로 의료기관 또는 민간의 보건지도 관련 사업자 등과 계약을 맺어 운영하는 형태이다. 따라서 계약 대상, 내용, 범위 및 기간 등에 따라 의료기관 등에 지불하는 금액이 매우 상이하고 자료의 접근이 어려운 관계로 각 보험자가 의료기관 등에 지불하는 내용은 제외한다<표 15>.

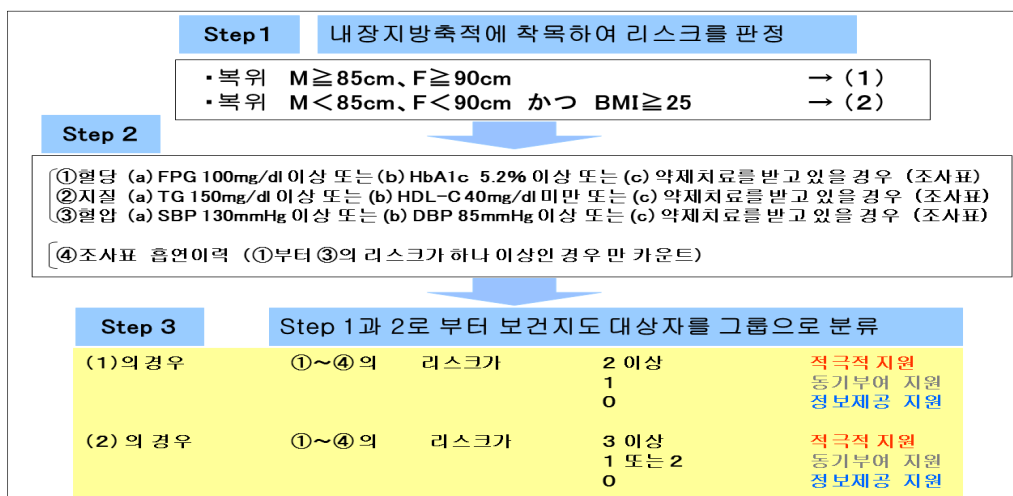
<표 15> 일본의 보험조합 종류

운영구분	보험자 명	보험 운영자	보험자 수
피고용자보험	협회건보	전국건강보험협회	1
	조합보험	각 건강보험조합	1,700
	일고보험	국가	1
	선원보험	국가	1
	공제조합	공제조합	78
국민건강보험	지역보험	시·정·촌	3,200
	직장인보험	국민건강보험조합	393
후기고령자보험	후기고령자제도	광역연합	47

자료출처: 건강보험조합연합회(<http://www.kenporen.com/>), 2016.

3.3.2.3 평가방안

일본은 「고령자의 의료 확보에 관한 법률(高齢者の医療の確保に関する法律)」을 통해 보험자가 특정건강진단과 특정보건지도를 실시하도록 의무하고 있으며 그에 대한 평가를 진행하고 있다(후생노동성, 2013)<그림 5>.⁷⁾



<그림 6> 내장비만증후군 대상자 분류기준

자료출처: 이정수, 2015. 해외의 만성질환 관리사례와 시사점. 질병관리본부 중앙 만성질환 예방관리사업지원단. 제5차 만성질환 관리 포럼.

7) 고령자의 의료 확보에 관한 법률(高齢者の医療の確保に関する法律)

제2절 특정건강진단 등의 기본지침

(특정건강진단 등 기본지침)

제8조 후생노동대신은 특정건강진단 (당뇨병 등 기타 령으로 정하는 생활습관병에 관한 건강진단을 말한다.) 및 특정보건지도 (특정건강진단의 결과에 따라 건강 유지에 노력할 필요가 있는 자로서 후생노동성령으로 정하는 것에 대해 보건지도에 관한 전문적인 지식과 기술을 가진 자로서 후생노동성령으로 정하는 것이 할 보건지도를 말한다.)의 적절하고 효과적인 실시를 도모하기 위한 기본적인 지침 (이하 "특정건강진단 등 기본지침"이라한다)을 정해야 한다.

제20조 보험자는 특정건강진단 등 실시 계획에 따라 후생노동성령에서 정하는 바에 따라 40세 이상 가입자에게 특정 건강 진단을 실시하여야한다. 그러나 가입자가 특정 건강 진단에 상응하는 건강진단을 받아 그 결과를 증명하는 서면의 제출을 받았을 때 또는 제26조 제2항의 규정에 의하여 특정 건강 진단에 관한 기록을 송부 받은 한 때에는 그러하지 아니하다.

또한 특정보건지도와 관련하여 각 보험자 역시 특정보건지도를 실시하는 보건의료기관 및 민간 사업자를 평가하고 있다. 동일기관의 경우에는 특정보건지도 내용 차이에 따른 비교, 동일 특정보건지도의 경우에는 실시자 간의 비교, 기관 간 비교를 진행한다(후생노동성, 2013). 주요 평가요소는 기관 수준에서 대상자의 만족도, 지도과정의 수준, 지도 대상자 유지율을, 대상자 수준에서 허리둘레, BMI, 혈당, 혈압의 개선 수치, 생활 습관의 개선에 대한 구두평가이다(후생노동성, 2013)<표 16>.

<표 16> 보험자의 특정보건지도 실시 기관 및 사업자 평가기준

구분	세부내용
비교 평가사항	· 지도 대상자 유지율 및 실패율 · 지도 대상자의 변화(허리둘레, BMI, 혈당, 혈압의 개선 등) · 기관 간 비교 · 동일기관 내 지도내용 차이 비교 · 동일 보건지도 내 실시자 간 비교
기관수준 평가사항	· 대상자의 만족도 · 지도과정의 수준 · 대상자 유지율 및 실패율
대상환자 수준 평가사항	· 지도 대상자의 변화(허리둘레, BMI, 혈당, 혈압의 개선, 생활 습관의 개선 등)

자료출처: 후생노동성. 2013. 특정건강진단·특정보건지도의 원활한 실시를 위한 지침서. 후생노동성.

앞서 살펴본 지불내용과 연관성이 있는 평가방안은 특정건강진단의 실시율과 각 대상자의 허리둘레 등의 개선율에 따라 보험자는 ‘후기 고령자 의료제도’에 대한 분담금을 감산 받거나 가산 받는 형식으로 보험자가 책임지고 있는 것이

다(이윤태 외, 2008). ‘후기 고령자 의료제도’는 75세 이상의 고령인구를 대상으로 보건의료서비스 및 개호서비스를 제공하는 제도다. 그런데 이 보험의 재원을 후기고령자 의료광역연합 외의 다른 보험자가 40%, 중앙정부 및 각 지방정부가 50% 부담하고 있으며 그 외 본인부담금이 10% 있다. 따라서 각 보험자는 특정건강진단 및 특정보건지도에 대한 5년 단위 평가기준을 충족하지 못하는 경우 ‘후기 고령자 의료제도’의 해당 보험자 부담금을 10% 가산한다(후생노동성, 2013). 이와 동일하게 평가기준을 충족한 보험자는 해당 부담금을 10% 감산 받는다(후생노동성, 2013)<표 17>.

<표 17> 내장비만증후군 특정건강진단 및 특정보건지도 대상목표

항목	2012년도 기준	2015년도 목표치
특정건강진단 실시율	70%	80%
특정보건지도 실시율	45%	60%
내장비만증후군 적극적 지원 대상자 및 동기부여 대상자의 감소율	10% (2008년 대비)	25% (2008년 대비)

자료출처: 이경수, 2015. 해외의 만성질환 관리사례와 시사점. 질병관리본부 중앙 만성질환 예방관리 사업지원단. 제5차 만성질환 관리 포럼.

3.3.3 생활습관병관리료 등

3.3.3.1 인력기준

진료보수 점수표 상의 만성질환 관리에 대한 보건의료서비스는 진료소(의원) 등의 의료기관을 통해서만 가능하다(후생노동성, 2015). 만성질환 환자에 대한 진료와 상담 및 관리 등의 보건의료서비스는 허가 병상수가 200병상 미만인 병원 또는 진료소(의원)인 의료기관만 제공할 수 있도록 제한하고 있다(후생노동성, 2015). 다만 일부 행위의 경우 소아과 의사, 또는 의사의 감독 하에 간호사와 관리영양사가 수행할 수 있다. 특히, 소아과 요양지도는 소아과 의사만 수행할 수 있으며 외래 영양식사 지도 및 집단 영양식사 지도는 관리영양사가, 당뇨병 합병증 관리는 의사의 감독 하에 간호사가 수행할 수 있다<표 18>.

<표 18> 생활습관병관리료 등의 인력기준

역할	역할분담	역할에 따른 인력기준
만성질환 환자 관리	의사	허가 병상수가 200병상 미만인 병원 또는 진료소(의원)인 의료기관의 상근의사
	소아과 의사	허가 병상수가 200병상 미만인 병원 또는 진료소(의원)인 의료기관의 상근의사 중 소아과 전담의사
	간호사	당뇨병 합병증 관리만 가능(상근 간호사)
	관리영양사	영양식사지도만 가능(비상근직도 수행 가능)

3.3.3.2 지불내용

일본의 만성질환 관리에 따른 지불내용은 진료보수 점수표 상의 「제2장 특
게진료료(特掲診療料)」의 ‘제1부 의학관리료(医学管理等)’ 내에 구분되어 있다
(후생노동성, 2016)

2016년에 개정된 일본의 진료보수 점수표(후생노동성, 2016)의 내용을 살펴
보면 만성질환 환자에 대한 진료 및 관리에 대한 진료보수 점수표 상의 의료
행위는 크게 생활습관병관리료(生活習慣病管理料), 특정질환요양관리료(特定疾
患療養管理料), 특정질환치료관리료(特定疾患治療管理料)로 구분할 수 있으며
그 내용을 자세히 살펴보면 다음과 같다.

생활습관병관리료(生活習慣病管理料)는 지질이상증, 고혈압증 또는 당뇨병을
주 상병으로 하는 환자의 치료에 한하여, 생활습관에 관한 종합적인 지도 및 치
료관리가 중요하다는 인식의 확산에 의해 설정된 수가이다. 치료계획을 책정하
여 당해 치료계획에 따라 복약, 운동, 휴양, 영양, 흡연 및 음주 등의 생활습관
에 관한 종합적인 지도 및 치료관리를 하는 경우 산정 가능하다. 해당 관리료에
대한 의료인의 주요역할은 복약, 운동, 휴양, 영양, 흡연 및 음주 등의 생활습관
에 대한 종합적인 치료관리를 시행하는 것이다. 이것은 해당계획서에 환자의 서
명을 받은 경우에 산정할 수 있으며 사본을 반드시 진료기록부에 첨부하여야
한다. 환자의 주 상병이 당뇨병인 경우 중등도 이상⁸⁾의 당뇨병(2형 당뇨병 환
자로서 인슐린 제제를 사용하지 않는 경우에 한함) 환자를 대상으로 필요한 지
도를 시행한 경우에 1년에 1회를 한도로 별도가산이 가능하다. 생활습관병관리

8) 중등도 이상의 당뇨병 환자란 당해 가산을 산정하는 달 혹은 직전 달에 HbA1c가 8.0%이상인
자를 말한다.

료(生活習慣病管理料) 내의 환자의 금연관리를 위한 니코틴의존증관리료(ニコチン依存症管理料)가 별도로 존재한다. 이것은 ‘금연치료를 위한 표준 준비서(일본 순환기협회, 일본폐암학회 및 일본암학회의 승인을 얻은 것에 한한다)’에 따라 12주간에 걸쳐 합계 5회를 금연치료를 실시했을 경우에 산정한다. 해당 관리료는 첫 1회 산정일을 기준으로 1년을 넘지 않으면 다시 산정할 수 없다<표 19>.

<표 19> 생활습관병관리료의 내용

항목	점수 ²	산정대상	주요내용
생활습관병관리료			
1. 처방전을 교부하는 경우			· 의사가 진행
가. 고지혈증 ¹	650점	고지혈증, 고혈압, 당뇨병 환자에 대한 종합관리	· 월 1회 산정
나. 고혈압 ¹	700점		· 대면진료 시 산정
다. 당뇨병 ¹	800점		· 환자의 주 상병이 당뇨병인 경우 중등도 이상의 당뇨병(2형 당뇨병 환자로서 인슐린 제제를 사용하지 않는 경우에 한함) 환자를 대상으로 1년에 1회를 한도로 500점 가산 가능 ⁹⁾
2. 1번 이외의 경우			
가. 고지혈증 ¹	1,175점		
나. 고혈압 ¹	1,035점		
다. 당뇨병 ¹	1,280점		
· 니코틴의존증관리료		금연 희망자	· 의사가 진행
1회	230점		· 5회를 기준으로 1년 이내 재산정 불가
2회~4회	184점		· 대면진료 시 산정
5회	180점		

자료출처: 후생노동성, 2016

1. 해당환자의 주 상병을 의미한다.

2. 각 점수는 1점 당 10엔으로 환산하여 지급한다.

특정질환요양관리료(特定疾患療養管理料)는 생활습관병을 포함하여 후생노동대신이 정한 질병¹⁰⁾ 37가지를 주 상병으로 하는 환자에 대한 치료계획에 따라 복약, 운동, 영양 등 요양 상 관리에 대하여 대면진료를 시행한 때만 산정 가능하다(후생노동성, 2016).

특정질환치료관리료(特定疾患治療管理料)는 소아과요양지도료(小兒科療養指導料), 외래영양식사지도료(外来栄養食事指導料), 집단영양식사지도료(集団栄養食事指導料), 당뇨병합병증관리료(糖尿病合併症管理料)로 구분하고 있다.

소아과요양지도료(小兒科療養指導料)는 15세 미만의 외래환자 중 특정질환을 가지고 있는 경우만 가능하다. 또한 가족을 지도할 경우 환자를 동반한 경우에만 산정할 수 있다.

외래영양식사지도료(外来栄養食事指導料)는 후생노동대신이 별도로 지정한 환자의 특별식¹¹⁾에 대하여 관리영양사가 의사의 지시와 처방에 따라 대상 환자의

9) 가산을 산정하는 환자에 대해서는 환자교육의 관점에서 혈당 자기측정기를 사용하여 월 20회 이상 혈당을 자기측정하게 하여 그 검사치나 생활상황 등을 보고하게 하고 동시에 그 보고를 근거로 필요한 지도를 하여 요양계획에 반영하도록 함. 당해 가산은 혈당시험지(test tape) 또는 고정화 효소전극(biosensor)을 급여하고 재택에서 혈당 자기측정을 하게 하여 그 기록에 따라 지도를 한 경우에 산정하는 것으로서 혈당시험지, 고정화 효소전극, 천자기, 천자침 및 측정기기를 환자에게 급여 또는 대여하는 경우에 있어서의 비용 기타 혈당자기측정에 관련된 모든 비용은 당해 가산 점수에 포함되어 별도로 산정할 수 없다.

10) 2016년 4월 개정된 일본의 진료보수(診療報酬)점수표에 의하면 결핵, 악성 신생물, 갑상선 장애, 처치후 갑상선 기능저하증, 당뇨병, Spingolipid 대사장애 및 기타 지질축적장애, Muco지질증, 지단백 대사장애 및 기타 지질혈증, Lipodystrophy, 로노아 Benzode선 지방종증, 고혈압성 질환, 허혈성 심질환, 부정맥, 심부전, 뇌혈관 질환, 일과성 뇌허혈발작 및 관련증후군, 단순성 만성 기관지염 및 점액성 농성 만성기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 기타 만성 폐쇄성 폐질환, 폐기종, 천식, 천식성 발작 지속상태, 기관지 확장증, 위궤양,십이지장 궤양, 위염 및 십이지장염, 간질환(경과가 만성인 경우에 한함), 만성 Virus간염, Alcohol성 만성췌장염, 기타 만성췌장염, 사춘기 조발증(早發症), 성염색체 이상.

11) 특별식에는 심장 질환 및 임신 중독증 등 환자에 대한 감염식(減塩食), 십이지장 궤양 환자에 대한 궤양식, 침습이 큰 소화관 수술 후 환자에 대한 궤양식, Crohn's병 및 궤양성 대장염 등에 의해 장관의 기능이 저하되어 있는 환자에 대한 저찌꺼기식(低残渣食) 및 고도 비만증(비만도가 +40%이상 또는 BMI가 30이상)인 환자에 대한 치료식을 포함한다. 또한 고혈압증 환자에 대한 저염식(염분 총량이 7.0그램 이하인 경우에 한정한다.) 및 소아 음식 알레르기 환자(9세 미만인 소아에 한정한다)에 대한 소아 음식 알레르기식을 포함한다.

생활환경 및 기호를 감안하여 구체적 메뉴 등으로 제시하고 15분 이상 지도를 한 경우 산정한다.

집단영양식사지도료(集團營養食事指導料)는 후생노동대신이 별도로 지정한 환자의 특별식¹²⁾에 대하여 관리영양사가 의사의 지시와 처방에 따라 복수의 환자를 대상으로 지도했을 경우 환자 1명당 월 1회에 한하여 산정할 수 있으며 1회 지도시간은 40분을 초과해야 한다. 집단영양식사지도료(集團營養食事指導料)를 산정하는 의료기관에서는 집단에 의한 지도를 실시할 수 있는 충분한 공간을 가진 지도실을 갖추어야 한다. 다만, 지도실이 전용공간을 이야기하는 것은 아니다.

당뇨합병증관리료(糖尿病合併症管理料)는 당뇨병 족병변에 대한 고위험 요소를 가진 외래환자(통원하는 환자를 말하며, 재택에서 요양을 하는 환자는 제외)로서 의사가 당뇨병 족병변에 관한 지도의 필요성이 있다고 인정된 경우에 월 1회에 한하여 산정한다. 당뇨병 족병변의 종류는 족(足)궤양, 족지(足趾)·하지 절단 기왕증, 폐색성 동맥경화증, 당뇨병 신경장애이다. 해당 관리료는 전임 상근 의사 또는 당해 의사의 지시를 받은 전임인 상근 간호사가 환자에 대해 각질 제거, 족욕(足浴)등을 필요에 따라 실시하고 동시에 발의 상태에 대한 관찰방법, 발의 청결·발톱깎기 등 당뇨병 족병변에 대한 자가관리 방법, 바람직한 신발의 선택방법에 대해 지도를 한 경우에 산정한다<표 20>.

12) 위의 외래영양식사지도료(外来營養食事指導料)의 특별식 중 알레르기 환자(9세 미만인 소아에 한정한다)에 대한 소아 음식 알레르기식을 제외한다.

<표 20> 특정질환요양관리료 및 특정질환치료관리료의 내용

항목	점수 ¹	산정대상	주요내용
특정질환요양관리료			
1. 진료소	225점	당뇨, 고혈압, 암 등의 37개 질환	월 2회 산정 가능
2. 100병상 미만의 병원	147점		
3. 100병상 이상 200병상 미만의 병원	87점		
특정질환치료관리료			
· 소아과요양지도료	270점	만성질환 관리가 필요한 15세 미만	소아과 외래에서만 산정
· 외래영양식사지도료 최초 1회	260점	간장식, 당뇨식 등 16 개특별식 대상 환자	· 관리영양사가 진행 · 첫 1개월은 2회 산정 · 그 외 월 1회 산정 · 최소 15분 이상 진행
2회 이후	200점		
· 집단영양식사지도료	80점	간장식, 당뇨식 등 15 개특별식 대상 환자	· 관리영양사가 진행 · 환자 1명 당 월 1회산정 · 최소 15명 이상 환자 · 최소 40분 이상 진행
· 당뇨병합병증관리료	170점	당뇨병 죽병변 고위 험 외래환자 대상	· 간호사가 진행 · 환자 1명 당 월 1회산정

자료출처: 후생노동성, 2016

1. 각 점수는 1점 당 10원으로 환산하여 지급한다.

지불내용의 특징 중 만성질환 관리와 관련하여 우리나라와 유사하게 원격의료의 허용에 대한 논의가 있었다는 것이다. 일본은 「의사법(医師法)」 제17조에 의사만 의료업을 할 수 있도록 하고 있으며, 제20조에 직접 진찰하지 않고 치료를 하거나 진단서 또는 처방전을 교부할 수 없도록 규정하고 있다. 하지만 지난 2015년 개정된 후생노동성 고시 「정보통신기기를 활용한 진료(원격진료)에 대해서(情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について)」의 내용을 살펴보면 원격의료와 비대면 진료를 구분하여 나타내고 있으며 초진환자와 급성환자를 제외한 비대면 진료를 허용하고 있다.¹³⁾

그 결과, 현재 일본은 화상전화를 이용하여 재택환자의 방문진단을 보완하고 있다. 또한 왕진 및 방문진료 중 한 번을 화상전화로 대체하는 경우도 나타나고 있다. 다만 이에 대한 허용지역은 의료접근성이 떨어지는 일부 지역으로 제한하고 있다. 적용대상 환자는 재택환자 중 산소주입이 필요한 환자, 난치병, 당뇨병, 천식, 고혈압, 아토피성 피부염, 욕창 환자 등 9개 질환의 환자로 제한하고 있다. 만성질환의 경우 당뇨병, 천식, 고혈압 등의 재택환자의 혈당 및 혈압, 맥박 등의 관찰을 정보통신기기를 통해 진행하고 있으며 이에 대한 수가는 기존의 ‘생활습관병관리료’ 등과 동일하다.

13)정보통신기기를 활용한 진료(원격진료)에 대해서(情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について)

2. 유의사항

- (1) 초진 및 급성기 환자에 대해서는 원칙적으로 직접 대면진료를 할 것.
- (2) 직접 대면진료가 가능한 경우나 다른 의료기관과의 연계를 통해 직접 대면진료를 할 수 있는 경우에는 이를 따를 것.
- (3) (1) 및 (2)와 상관없이 아래 예와 같은 경우에 환자 측의 요청을 기반으로 환자 측의 이점을 충분히 감안한 후에 직접적인 대면진료와 함께 적절히 실시될 경우에는 원격진료를 해도 문제가 되지 않는다.
 - 가. 직접적인 대면진료가 곤란할 경우(예를 들어, 도서·벽지 지역 환자의 경우 등 왕진 또는 내원하는 데에 상당히 장시간이 걸리거나 위험을 수반하는 등의 어려움이 있어서 원격진료에 의존하지 않으면 당분간 필요한 진료를 받기가 곤란한 사람에 대해 실시하는 경우)
 - 나. 최근까지 상당기간에 걸쳐 진료를 계속 받아온 만성기 질환 환자 등 증상이 안정된 환자에 대해 환자의 증상이 급변했을 때 등 연락 및 대응체제를 확보한 후에 실시함으로써 환자의 영양환경이 향상될 것으로 인정되는 원격진료(예를 들어 표에 기재된 내용)를 실시하는 경우

3.3.3.3 평가방안

진료보수(診療報酬)점수표 상의 각 의료행위에 대한 평가는 피보험자의 형태에 따라 피고용자 보험은 진료보수지불기금에서 지역보험의 경우 국민건강보험조합 연합회에서 진행한다. 평가기준은 진료보수(診療報酬)점수표 상의 산정기준에 따라 진행한다. 그러나 그 외에 미국과 유사한 형태로 만성질환 관리 보건 의료서비스 자체에 대한 평가기준이나 내용을 포함하는 사항은 나타나 있지 않다. 다만 의료기관이 진료보수(診療報酬) 항목에 대한 지급 요청 시 지급 요청 자료에 요양계획서 등을 의료기록부에 첨부하여 제출하는 형식으로 진행한다. 요양계획서 내에는 해당 진료보수(診療報酬) 항목의 시행횟수, 내용, 시행시간, 환자의 혈당 등 관련 수치에 대한 기록 내용을 반드시 포함하고 있다(후생노동성, 2013). 또한 인력기준과 관련하여 환자를 진료하는 의료인이 갖춰야 할 교육시간 이수 및 관련사항과 교육과정에 대한 내용은 각 도·도·부 현에서 관리하고 있다(OECD, 2015). 또한 교육시간 이수 등을 통해 해당 보건의료서비스를 시행할 수 있는 자격을 갖춘 경우 이를 자발적으로 신고하도록 되어 있다(OECD, 2015).

3.4 우리나라

3.4.1 주요현황

우리나라는 보건복지부의 고시¹⁴⁾를 통해 지난 2002년 1월 1일부터는 ‘만성 질환관리료’라는 이름으로 건강보험 요양급여 항목을 별도로 산정하여 시행하고 있다(보건복지부, 2001). 초기 시행 단계에서는 만성질환의 범위를 당뇨병과 고혈압으로 제한하고 의원급 이상의 의료기관이 모두 산정할 수 있도록 하였다(우경숙 외, 2010). 그러나 다음 해인 2003년 3월부터 종전의 의원급 의료기관 분류에 따른 진찰료 차등제도가 폐지됨에 따라 의원급 의료기관 일부의 손실을 보전하기 위해 산정 가능기관을 ‘의원급 의료기관’으로 제한하고 수가를 1,300 원 수준으로 인상했다(우경숙 외, 2010). 거기에 적용질환은 9개 더 추가해 지금의 11개 질환으로 확대하였다.¹⁵⁾

14) 건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수 개정(보건복지부 고시 제2001-70호)
만성질환관리료는 고혈압, 당뇨병 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정할 수 있는 항목으로 대상환자는 의료기관(보건의료원 포함)의 외래에서 진료하는 고혈압, 당뇨병 재진환자중 대상 질환군에 해당하는 "한국표준질병사인분류표"에 의한 다음의 질병코드(고혈압 : I10, I11, I12, I13, I15, 당뇨병 : E10, E11, E12, E13, E14)를 주상병명으로 하는 자에 한하며, 기관 당 한 환자에 대하여 연간 6회 이내(단, 월 1회 이내)로 산정 할 수 있다. 위에서 안내한 "고혈압, 당뇨병 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우"에 산정할 수 있다.

15) 건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수 개정(보건복지부 고시 제2003-70호)
대상 환자는 의원급 요양기관(보건의료원, 포함)의 외래에서 진료하는 환자로서 "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 고혈압 I10-I13, I15, 당뇨병 E10-E14)를 상병명으로 하는 자 및 질병코드 정신 및 행동장애 F00-F99, G40-G41, 호흡기결핵 A15-A16, A19, 심장질환 I05-I09, I20-I27, I30-I52, 대뇌혈관질환 I60-I69, 신경계질환 G00-G37, G43-G83, 악성신생물 C00-C97, D00-D09, 갑상선의 장애 E00-E07, 간의질환 B18, B19, K70-K77, 만성신부전증 N18)를 주상병명 으로 하는 자에 한한다.

‘만성질환관리료’와는 별도로 현재 건강보험 요양급여 비용 항목 중에는 만성 질환과 관련하여 행위 비급여의 항목으로 ‘교육·상담료’가 있다. ‘교육·상담료’는 지난 2003년 보건복지부 고시를 통해 시행하기 시작하였으며 대상질환은 만성 질환을 포함한 10개 질환이다(보건복지부, 2003). 다만 해당 행위는 ‘병원급 이상의 의료기관’을 대상으로 한 것으로 현재 기준에서 ‘의원급 의료기관’이 만성 질환을 대상으로 교육 및 상담을 진행하는 경우 이는 ‘만성질환관리료’로만 산정가능하며 추가로 ‘교육상담료’를 산정할 수는 없다.

우리나라의 만성질환 관리와 관련하여 여러 시범사업과 등록 및 관리사업, 건강보험 요양급여 내에 ‘만성질환관리료’ 등의 수가를 신설하여 만성질환 관리에 힘쓰고 있지만 일각에서는 지금의 ‘만성질환관리료’로는 각 의료기관들이 만성 질환 관리를 효과적으로 하는데 매우 어렵다는 지적이 있다(우경숙 외, 2010; 이정찬 외, 2012; 조정진 외, 2015) 이러한 지적에 따라 지난 2016년 9월부터 보건복지부는 ‘동네의원 만성질환관리 시범사업’을 진행하고 있다.

‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’은 환자의 상태를 잘 알고 있는 동네의원의 의사가 환자를 상시 관찰하고 관리하고 있도록 지속관찰, 상담, 평가 등의 통합적인 만성질환 관리체계를 마련하고자 하는데 그 의의가 있다(보건복지부, 2016). 그에 따라 각 의료행위를 계획 수립·점검 및 평가, 지속관찰 관리, 상담으로 구분하고 시범수가를 산정하였다(보건복지부, 2016). ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’은 지난 8월 17일부터 참여할 ‘의원급 의료기관’의 신청을 받아 선정한 후 9월 26일부터 시행하고 있다. 대상환자는 고혈압과 당뇨병자로 참여기관으로 선정된 전체 1,870개 의원 중 가까운 참여 의료기관에 환자가 신청 및 등록절차를 진행한 후 적용받을 수 있도록 하고 있다(보건복지부, 대한의사협회, 2016)

3.4.2 만성질환관리료 및 교육상담료

3.4.2.1 인력기준

우리나라의 건강보험 요양급여 상의 ‘만성질환관리료’를 산정하는데 기준이 되는 것은 ‘의원급 요양기관(보건의료원 포함)’을 개설한 의사이다.

‘만성질환관리료’는 해당 의사가 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 월 1회 이상의 교육 및 상담을 실시해야 하며 명확한 시간기준은 없다.

‘만성질환관리료’와 함께 만성질환 관리와 관련한 건강보험 요양급여 내 행위비급여 항목으로 ‘교육상담료’가 있다. ‘교육상담료’는 당뇨병, 고혈압 등의 만성질환을 포함한 총 11개 질환¹⁶⁾에 대하여 ‘병원급 이상의 의료기관’이 각 질환별로 교육 및 상담을 실시할 때 1년에 1회 산정할 수 있는 수가이다. ‘교육상담료’를 산정하기 위해서 의료기관은 상근 교육전담자를 두어야 하며 교육은 의사, 간호사, 영양사를 통해 이루어진다(건강보험심사평가원, 2016). 의사를 제외

16) ‘고-1 교육상담료’ 산정관련 고시기준

1. 대상환자/대상질환

가. (AZ001)당뇨병 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드E10, E11, E12, E13, E14

나. (AZ002)고혈압 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드I10, I11, I12, I13, I15

다. (AZ003)심장질환 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드I20, I21, I22, I23, I24, I25, I31.0, I31.1, I31.9, I32.8, I34, I35, I36, I37, I42, I43, I44, I45, I46, I50, I51.0, I51.3, I51.4, I51.5, I51.6, I51.7

라. (AZ008)고지혈증 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드E78

마. (AZ009)재생불량성빈혈 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드D60, D61

바. (AZ010)유전성대사장애질환 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 E70, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E83.0

사. (AZ011)난치성뇌전증 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드G40, G41

아. (AZ005)장루 교육 : 지속적인 장루유지가 필요한 장루수술환자

자. (AZ006)만성신부전증환자 교육 : 지속적인 복막투석 및 혈액투석을 처음 실시하는 환자의 투석교육, 투석이 필요 없는 만성신부전환자

차. (AZ007)치태조절교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드K02, K05

한 간호사는 해당분야 실무경력이 3년이 이상인 자로 영양사는 실무경력 1년 이상과 「국민영양관리법」 상의 임상영양사¹⁷⁾로 제한하고 있다(건강보험심사평가원, 2016). 주요 교육 및 상담 내용은 당뇨병, 고혈압, 심장질환 등 특정 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립하는 것이며 교육프로그램에 의해 실시한 교육 관련내용을 진료기록부에 기록·관리해야 할 의무가 있다<표 21>.

<표 21> 만성질환관리료 및 교육상담료 인력기준

구분	대상자격	자격기준
만성질환관리료	의사	‘의원급 의료기관’을 개설한 의료인
교육상담료*	의사	1. 관련분야에 대해 전문적 지식과 경험이 풍부한 전문 인력
	간호사	1. 관련분야에 대해 전문적 지식과 경험이 풍부한 전문 인력 2. 해당분야 실무경력 3년 이상인 자
	영양사	1. 관련분야에 대해 전문적 지식과 경험이 풍부한 전문 인력 2. 국민영양관리법 상의 임상영양사로서 그 외에 영양관련 분야를 전공한 석사학위 이상인 자는 실무 경력 6개월 이상으로 자격시험에 합격한 자

* 교육상담료는 ‘병원급 이상 의료기관’만을 대상으로 하고 있다.

17) 국민건강영양법 시행규칙 제23조(임상영양사의 자격기준) 임상영양사가 되려는 사람은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 보건복지부장관이 실시하는 임상영양사 자격시험에 합격하여야 한다. <개정 2015.5.19.>

1. 제24조에 따른 임상영양사 교육과정 수료와 보건소·보건지소, 의료기관, 집단급식소 등 보건복지부장관이 정하는 기관에서 1년 이상 영양사로서의 실무경력을 충족한 사람
2. 외국의 임상영양사 자격이 있는 사람 중 보건복지부장관이 인정하는 사람

3.4.2.2 지불내용

‘만성질환관리료’는 지난 2002년 시행된 이후, 수차례의 개정을 통해 지금의 ‘만성질환관리료’ 수가가 정착되었다. 현행 ‘만성질환관리료’는 ‘건강보험 요양급여 비용 제1장 기본진료료’ 중 ‘만성질환관리료’라는 항목으로 지정되어 있으며 24.24 점이다. 24.24점은 의원급 의료기관의 2016년도 환산지수 76.6원(대한의사협회, 2015)을 기준으로 할 때, 1회 당 1,856원을 산정할 수 있다. 그러나 연간 12회 이내(월 2회 이내)의 산정기준을 가지고 있기 때문에 대상 의료기관은 연간 최대 12회 산정 시 22,281원을 요양급여로 받을 수 있다. ‘만성질환관리료’의 대상질환은 고혈압, 당뇨병, 정신 및 행동장애를 포함하여 총 11개이며 이것은 국민건강보험의 ‘요양급여일수 산정에 관한 예외적 적용 질환’과 일치한다<표 22>.

<표 22> 만성질환관리료의 수가

항목	점수	산정대상	주요내용
가-14 만성질환관리료	24.24점	국민건강보험의 ‘요양급여일수 산 정에 관한 예외적 적용 질환’ 환자	· 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정 · 연간 12회 이내로 1개월 당 2회 이내 산정가능

‘병원급 이상의 의료기관’이 산정할 수 있는 ‘교육상담료’는 건강보험 요양

급여 비용 제3부 행위 비급여 목록‘에 포함되어 있는 비급여 항목이다. 비급여 항목은 「국민건강보험법」상의 기준¹⁸⁾에 따라 보건복지부장관이 보건복지부령에 따라 별도로 분류한 요양급여대상 제외항목으로 이것은 각 의료기관마다 산정기준에 따른 수가가 다르다. 따라서 수가수준을 확인하기 위해 일부 의료기관의 자료를 확인하였다. 각 의료기관은 서울과 지방의 상급종합병원 6 곳을 선정하여 진행했다<표 23>.

<표 23> 교육상담료의 의료기관별 수가

항목	금액(원)					
	A	B	C	D	E	F
당뇨교육상담료 (성인, 개인)	35,000	121,000	60,000			
당뇨교육상담료 (성인, 집단)	50,000	121,000	32,000	30,000	8,100	30,900
당뇨교육상담료 (소아, 개인)	32,000	127,100	116,000			
고혈압교육상담료	-	42,000	40,000	-	-	20,600
심장질환 교육상담료	51,000	40,000	-	-	-	20,600
투석(복막)	59,000	164,000	74,000	-	42,800	36,100
투석(혈액)	39,000,	88,200	161,000	-	18,300	30,900

18) 국민건강보험법 제4장 보험급여 제41조(요양급여)

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다. <개정 2016.2.3.>

‘교육상담료’ 수가는 비급여인 결과로 각 의료기관마다 크게 다른 결과를 보였다. 또한 대부분은 1회를 산정기준으로 하여 1회를 교육프로그램 이수완료 횟수로 정했지만 일부 의료기관은 각 교육프로그램의 이수완료 횟수를 4회 또는 6회를 기준으로 하고 있었다<표 24>.

<표 24> 교육상담료의 수가기준

항목	금액	산정대상	주요내용
고-1 교육상담료	의료기관별 별도 산정	만성질환 등의 별도 지정 대상 환자 ¹⁹⁾	· 당뇨병, 고혈압, 심장질환 등 특정 환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립 · 담당의사의 지시 하에 실시 · 교육자는 미리 계획된 교육프로그램에 의해 실시한 교육 관련 내용을 진료기록부에 기록·관리

19) ‘고-1 교육상담료’ 산정관련 고시기준

1. 대상환자/대상질환

- 가. (AZ001)당뇨병 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드E10, E11, E12, E13, E14
 나. (AZ002)고혈압 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드I10, I11, I12, I13, I15
 다. (AZ003)심장질환 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드I20, I21, I22, I23, I24, I25, I31.0, I31.1, I31.9, I32.8, I34, I35, I36, I37, I42, I43, I44, I45, I46, I50, I51.0, I51.3, I51.4, I51.5, I51.6, I51.7
 라. (AZ008)고지혈증 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드E78
 마. (AZ009)재생불량성빈혈 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드D60, D61
 바. (AZ010)유전성대사장애질환 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 E70, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E83.0
 사. (AZ011)난치성뇌전증 교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드G40, G41
 아. (AZ005)장루 교육 : 지속적인 장루유지가 필요한 장루수술환자
 자. (AZ006)만성신부전증환자 교육 : 지속적인 복막투석 및 혈액투석을 처음 실시하는 환자의 투석교육, 투석이 필요 없는 만성신부전환자
 차. (AZ007)치태조절교육 : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드K02, K05

‘만성질환관리료’ 관련하여 지속적으로 논의되고 있는 사항은 초·재진료 진찰료 산정 기준에 따른 삭감문제이다. 현행 기준으로 초진 환자는 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료 받은 경험이 없는 환자이다(건강보험심사평가원, 2016). 그런데 해당 상병이 치료가 종결된 시점에서 재발 후 30일 이내에 내원한 경우와 완치여부가 불분명한 상태에서 90일 이내에 내원한 경우에는 재진환자로 보고 있다(건강보험심사평가원, 2016). 그 결과 최영순 외(2009)에서 언급한 것과 같이 질환이 영구적일 수 있다는 것과 지속적인 관리 등이 필요하다는 개념에서 만성질환 관리 자체를 초진과 재진으로 분류하여 수가를 산정하는 것 자체가 매우 어려운 일이다.

초·재진료 진찰료 산정 기준과 함께 ‘만성질환관리료’ 상의 문제로 인식되고 있는 것은 만성질환 관리의 범위다. 이것은 지난 2003년 기존의 ‘만성질환관리료’ 대상이었던 고혈압과 당뇨병에서 현재 11개 질병을 대상으로 ‘만성질환관리료’ 범위확대 기준이 명확했는가의 문제이다. 우경숙 외(2010)의 보고서에 따르면 현재 ‘만성질환관리료’ 산정대상 질병은 심장질환, 정신 및 행동장애 등 대분류 단위로 선정돼 하위 질병 대부분이 포함되어 적용대상 질병의 범위가 매우 넓다고 지적했다. 대부분의 국내외 관리정책에서는 대상 질환을 울혈성 심부전, 관상동맥질환, 심근경색, 협심증 또는 치매를 포함한 일부질환 등 특정 상병으로 세분화해 제한적으로 적용하고 있는 상황이기 때문이다

‘교육상담료’ 관련하여 가장 중요한 문제는 행위 비급여 항목을 통해 수가를 산정하고 있기 때문에 각 의료기관마다 시행하고 있는 ‘교육상담료’의 범위와 내용, 관리 등이 서로 다르다는 것이다. 임의로 조사한 “교육상담료”의 수가가 많게는 10만원 가까이 차이가 나고 이를 환자가 전액 부담해야 한다. 그러나 10만원 이상 차이가 난 교육내용의 질과 추가적인 관리가 명확한 기준 없이 이루어지고 있기 때문에 환자가 이를 납득하기는 쉽지 않다.

3.4.2.3 평가방안

‘만성질환관리료’ 및 ‘교육상담료’와 관련하여 의료기관의 수가 산정 시 진행되는 평가방안은 별도로 없다. 다만 우리나라는 건강보험 요양급여 비용을 국민건강보험공단(이하, 공단)으로부터 지급받기 위해 각 의료기관이 건강보험 심사평가원(이하, 심평원)에 급여청구를 하고 이것을 심평원이 심사하고 있다. 따라서 특별하게 과다청구 되는 부분 등의 심사 후 삭감 등을 통해 관리하고 있다고 유추할 수 있다. 그러나 그 외에 청구 시 대상환자에 대한 계획서 등을 제출하거나 환자의 상태에 따라 급여를 제한받는 등의 평가방안은 시행하고 있지 않다.

3.4.3 동네의원 만성질환 관리 시범사업

3.4.3.1 인력기준

지난 9월부터 시행하고 있는 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’ 내에서 만성질환 관리를 할 수 있도록 허용하고 있는 대상은 ‘의원급 요양기관(보건의료원 포함)’을 개설하고 있는 의사이다(보건복지부, 대한의사협회, 2016). 다만 보건복지부와 대한의사협회가 1,870개의 참여 의료기관을 선정하는 과정에서 별도의 선정기준을 공표하였다. 이 기준에 따르면 당뇨병과 고혈압을 일정 기준 이상 진료하지 않은 의료기관은 제외하였다(보건복지부, 대한의사협회, 2016). 따라서 해당 기준을 추가하여 자격기준을 살펴보면 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 자격기준은 ‘2015년 4월부터 2016년 3월 동안 고혈압 또는 당뇨병 환자를 월 평균 20명 이상 진료한 의원급 의료기관을 개설한 의사’라고 규정할 수 있다(보건복지부, 대한의사협회, 2016)<표 25>.

<표 25> ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’ 의원 선정기준

대상	진료실적 및 개설기준
의원급 의료기관	· 진료실적기준(‘15.04 ~ ’16.03) 월 평균 고혈압 또는 당뇨병 환자를 20명 이상 진료한 의원 · 신청일 기준 직전 1년 이내 의료기관은 선정가능

자료출처: 보건복지부, 대한의사협회. 2016. 동네의원 만성질환관리 수가 시범사업 관리 운영 방침. 보건복지부, 대한의사협회.

해당 의료기관으로 선정된 의사가 환자에게 제공해야 하는 서비스는 계획수립, 점검 및 평가, 지속관찰 관리, 상담으로 구분할 수 있다. 그러나 의료인의 역할과 수행사항에 대하여 횟수 외에 최소시간 등의 규정은 없다(보건복지부, 대한의사협회, 2016)<표 26>.

<표 26> ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 서비스 내용

항목	주요내용
계획수립, 점검 및 평가	· 대면진찰과 함께 이루어지며 최대 월 1회 산정,(진찰료와 별도로 산정)
지속관찰 관리	· 주 1회 이상 환자의 혈압·혈당 등 정보를 확인, 월 2회 이상 recall 서비스(SNS, 메일 등)
상담	· 전화 상담을 최대 월 2회까지 인정 필요시 의사가 환자에게 전화 또는 환자와 사전 약속하여 실시

자료출처: 보건복지부, 대한의사협회. 2016. 동네의원 만성질환관리 수가 시범사업 관리 운영 방침. 보건복지부, 대한의사협회.

3.4.3.2 지불내용

‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’은 대상질환을 고혈압과 당뇨병으로 제한하고 전체 3가지의 수가를 항목에 따라 산정이 가능하도록 규정하고 있다. 수가 항목은 계획수립·점검 및 평가료, 지속관찰 관리료, 상담료로 구분한다. 일반적으로 수가 항목을 적용하는 경우 의사는 월 27,300원에서 최대 34,810원까지 산정할 수 있다(보건복지부, 2016). ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 수가 항목 중 특이한 사항은 일부 항목의 경우 비대면 진료도 가능하도록 허용하고 있다는 점이다. ‘상담료’와 ‘지속 관찰 관리료’가 이에 해당한다. ‘상담료’는 대면 진료와 비대면 진료를 모두 수행할 수 있는데 비대면 진료의 경우 전화를 이용해 상담을 진행하도록 규정하고 있다<표 27>.

<표 27> ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 수가

산정대상	항목	금액(원)	기준
고혈압 및 당뇨병 환자	계획수립, 점검 및 평가	9,270	최대 월 1회 산정
	지속관찰 관리	10,520	최대 주 1회, 월 총 2회 산정
	상담	7,510	최대 월 2회 산정

자료출처: 보건복지부, 대한의사협회. 2016. 동네의원 만성질환관리 수가 시범사업 관리 운영 방침. 보건복지부, 대한의사협회.

‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 제공에 대한 특징은 ‘비대면 진료’의 허용과 그에 따른 수가수준이다. 현재 우리나라는 ‘비대면 진료’와 관련한 ‘원

격진료’는 지난 2014년 개정된 「의료법」²⁰⁾을 통해 일부 허용하고 있다(임술, 2014)<표 28>.

<표 28> 원격의료 건강보험 수가(안)

원격의료의 형태	의뢰 의료인	자문 의료인
일반 의료기관 외래 자문	장비운영비 1,950원	자문료 6,800원 장비운영비 1,950원
응급진료 자문	장비운영비 3,000원	자문료 16,050원 장비운영비 3,000원
보건기관 자문	추가수가 700원	보건기관 900원 의원급 의료기관 8,620원

자료출처: 임술, 2014

그러나 이와는 별도로 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 제공내용 상의 비대면 진료는 원격의료와 다르다는 점을 강조하며 별도의 상담 및 관리 내용 상의 수가로 제공하고 있다. 하지만 이에 대하여 비대면 진료와 원격의료간 명확히 어떤 기준을 가지고 차이를 보이는지에 대한 설명은 나타나 있지 않다.

20) 제34조(원격의료)

- ① 의료인(의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사만 해당한다)은 제33조제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료(이하 "원격의료"라 한다)를 할 수 있다.
- ② 원격医료를 행하거나 받으려는 자는 보건복지부령으로 정하는 시설과 장비를 갖추어야 한다.
<개정 2008.2.29., 2010.1.18.>
- ③ 원격医료를 하는 자(이하 "원격지의사"라 한다)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다.
- ④ 원격지의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사(이하 "현지의사"라 한다)인 경우에는 그 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 제3항에도 불구하고 현지의사에게 있는 것으로 본다.

3.4.3.3 평가방안

‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 수가 내용에 따른 질 관리 역시 ‘만성질환관리료’ 및 ‘교육상담료’와 동일하게 의료기관의 수가 산정 시 확인하는 질 관리 자료는 별도로 없으며 의료기관의 자료 제출의무도 없다. 따라서 현행 ‘건강보험 요양급여 비용’에 대한 심평원의 심사 외에 별도의 결과평가 등의 기준은 없다고 볼 수 있다.

3.5 분석내용의 시사점

3.5.1 인력기준

현재 우리나라를 포함한 3개 국가의 모두 만성질환 관리를 담당하는 인력이 수행하는 역할은 진료계획의 수립, 상담, 관리 등으로 거의 동일하다. 그러나 일본과 미국은 이러한 인력의 역할에 대하여 이를 수행할 수 있다는 교육 이수 등의 객관적 가이드라인과 역할 수행에 대한 최소한의 행위 기준시간 등을 가지고 있지만 우리나라는 의사의 행위 외에는 규정하고 있지 않다<표 29>.

<표 29> 국가별 만성질환 관리 진료비 지불대상 인력기준

구분	미국		일본	우리나라	
	Medicare	Medicaid		현행	시범사업
주요역할	· 관리계획 수립 · 지속관찰 및 관리 · 교육 및 상담		좌동		좌동
인력범위	의사 면허가 있는 조산사 임상간호전문가 전문간호사 진료보조인력		의사 간호사 보건사 영양사 등		의사
관리·감독	의사		의사		의사
자격요건	의사: 연수과정 권장 의사 외: 연수 및 교육, 자격 기준 별도 충족		의사: 연수과정 권장 의사 외: 연수 및 교육, 자격 기준 별도 충족	없음	직전연도 기준 월 평균 20명 이상 진료

3.5.2 지불내용

미국의 Medicare는 CCM이라는 1가지 항목으로 만성질환 관리 진료비 지불 제도를 시행하고 있다. Medicare의 만성질환 관리 수가는 최초 1회를 제외한 서비스 진행이 모두 비대면 진료로 이루어지고 있으며 월 1회 한도로 산정이 가능하다. Medicaid의 경우에는 Florida 주의 사례를 살펴보았는데 연간 1,500 달러를 기준으로 환자 1인당 인두제 방식의 포괄수가제를 적용하고 있다. Florida 주 Medicaid인 Medipass는 주로 HMO 등의 관리의료업체와 계약을 맺어 운영한다.

지불내용의 특징 중 하나는 CCM의 수행이 전적으로 비대면 진료를 진행하고 있다는 것이다. 특히 전화 등을 통한 유선상담이 바로 그것이다. 이 경우 미국의 CMS는 환자에게 비대면 진료를 명확히 수행하였는가의 여부를 녹화 또는 녹음 등의 기록제출을 통해 평가하고 있다. 또한 비대면 진료를 포함한 원격의료의 경우 각 주별로 기준이 상이하기 때문에 원활히 진행되고 있다는 것을 판단하기는 쉽지 않다.

일본은 만성질환 관리 진료비 지불제도를 ‘생활습관병관리료(生活習慣病管理料)’ 외 총 9가지로 구분하여 시행하고 있다. 이 중 특정건강진단(特定健康診査) 및 특정보건지도(特定保健指導)를 제외한 7개 항목은 진료보수(診療報酬)점수표상의 진료보수(診療報酬)항목으로 행위별 수가제를 통해 시행하고 있다. 또한 각 진료보수(診療報酬)항목을 산정하기 위해서는 관련사항 및 계획서 등을 첨부하여 평가를 받아야 한다. 특정건강진단(特定健康診査) 및 특정보건지도(特定保健指導)와 관련한 특징은 만성질환 관리의 책임을 각 보험자의 의무로 하고 있다는 것이다. 즉, 개인의 만성질환에 대한 보험자 더 나아가 국가적 책임을

의무화 하고 이를 지키지 않을 경우 개인에 대한 패널티를 부과하는 것이 아니라 시행자가 패널티를 받고 있는 것이 특징적이다.

우리나라는 현행 ‘만성질환관리료’ 하나의 건강보험 요양급여 항목으로 만성질환 관리에 대한 진료비를 지불하고 있으며 월 1회 산정가능하다. 그러나 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 경우에는 3가지 항목으로 나누어 산정가능하며 각각의 항목에 따라 월 1회에서 2회까지 산정가능하다. 그러나 ‘만성질환관리료’ 관련하여 초·재진료 진찰료 산정 기준에 따른 삭감문제가 나타난다. 만성질환의 특성 상 대상질환이 영구적일 수 있다는 것과 지속적인 관리 등이 필요하다는 개념에서 만성질환 관리 자체를 초진과 재진으로 분류하기 어렵기 때문에 이를 개선해야 한다는 주장이 나오고 있다.

초·재진료 진찰료 산정 기준과 함께 ‘만성질환관리료’ 상의 문제로 인식되고 있는 것은 만성질환 관리의 범위 기준이다. 이것은 지난 2003년 기존의 ‘만성질환관리료’ 대상이었던 고혈압과 당뇨병에서 현재 11개 질병을 대상으로 ‘만성질환관리료’ 범위확대 기준이 명확했는가의 문제이다. 정설희 외(2010)의 보고서에 따르면 만성질환관리료 산정대상 질환 중에는 국내 뿐 아니라 외국의 주요 만성질환 관리대상에 포함돼 있지 않은 ‘호흡기결핵’이 포함돼 있는 것도 문제점으로 드러났다. 더욱이 ‘신경계질환’은 미국이나 영국을 제외하고는 만성질환으로 분류하고 있지 않은데, 미국과 영국마저도 신경계질환 중 ‘뇌성마비’ 및 ‘운동마비’와 ‘간질’만을 만성질환관리 대상으로 포함시키고 있다. 따라서 이 부분에 대한 재검토가 필요한 시점이다.

‘교육상담료’ 관련하여 가장 중요한 문제는 각 의료기관마다 시행하고 있는 ‘교육상담료’이 범위와 내용, 관리 등이 서로 다르다는 것이다. 교육전담자가 30분 이상의 시간을 따로 할애하여 교육을 시행할 수 있는가의 문제도 나타났다.

‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’ 수가에 대한 논점은 크게 ‘비대면 진료’의 허용과 그에 따른 수가수준이다. 대한의사협회 등의 유관기관은 ‘비대면 진료’를 ‘원격의료’의 동일하다는 주장을 하며 반대하고 있다.

현재 우리나라는 허용하고 있는 원격진료는 지난 2014년 개정된 「의료법」 내에서 원격의료를 일부 허용하고 있지만 사실 대상은 의료인과 의료인간의 자문 수준일 뿐 환자에 대한 비대면 진료에 대한 사항은 나타나 있지 않다. 그리고 지속적인 의료계의 반발로 법률이 통과한 이후 2016년 현재까지 일부 시범사업을 진행하고 있는 것 외에 원격의료는 시행하고 있지 않다. 따라서 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’ 내의 비대면 진료에 대하여 이것이 원격의료인가에 대한 논의는 지속적으로 나타날 것이다<표 30>.

<표 30> 국가별 만성질환 관리 진료비 지불내용

구분	미국		일본	우리나라	
	Medicare	Medicaid		현행	시범사업
제공항목	만성질환 관리료 (CCM)	질병관리 료(DM)	생활습관병관리료 특정질환요양관리료 특정질환치료관리료 등의 9가지 항목	만성질환 관리료	계획수립 지속관찰 상담
수가제	행위별	포괄수가	행위별	행위별	행위별
산정기준	횟수	1인당	횟수	횟수	횟수
산정제한	있음	있음	있음	있음	있음
진료형태	비대면	대면 + 비대면	대면+비대면	대면	대면 + 비대면

3.5.3 평가방안

미국의 Medicare와 Florida 주의 Medipass 모두 만성질환 관리 진료비 지불제도에 대한 평가가 이루어지고 있다. Medicare는 CCM 평가를 위해 CCM 제공자가 작성하는 EHR에 대한 기록사항을 확인하고 이를 평가한 후에 지불하는 방식을 택하고 있다. CCM 제공자가 제출하는 EHR 항목에는 환자의 임상기록, 상담 시 진행한 녹음기록, 환자에 대한 평가 결과지 및 특이사항 발생에 따른 보고자료 등을 포함하고 있다. Florida 주의 Medipass 역시 외부 위탁을 통해 질병관리 제공자에 대한 평가를 진행한다. 평가항목은 프로그램의 효과, 접근성, 질 3가지 요소를 가지고 있는데 주로 질병관리 제공자 내의 프로그램 가입자 현황, 만족도, 관리 및 조정 등의 능력, 개선여부 등을 평가한다.

일본은 만성질환 관리 진료비 지불제도의 평가방안으로 특정건강진단(特定健康診査) 및 특정보건지도(特定保健指導) 내의 보험자 인센티브 및 패널티제도가 있다. 그 외에 ‘생활습관병관리료(生活習慣病管理料)’ 등의 7가지 진료보수(診療報酬) 항목에 대한 평가는 각 피보험자의 형태에 따라 우리나라의 심평원과 유사한 기능을 하는 진료보수지불기금 또는 건강보험조합연합회에서 진행한다. 평가는 의료기관이 진료보수(診療報酬) 항목에 대한 지급 요청 시 지급 요청 자료에 영양계획서 등을 의료기록부에 첨부하여 제출하는 형식으로 진행한다. 영양계획서 내에는 해당 진료보수(診療報酬) 항목의 시행횟수, 내용, 시행시간, 환자의 혈당 등 관련 수치에 대한 기록 내용을 반드시 포함하고 있다.

반면, 우리나라의 경우 현행 ‘만성질환관리료’와 ‘교육상담료’는 심평원의 비용 청구 시 진행되는 횟수 등의 기준 및 대상 환자에 대한 사항을 제외한 관리

내용, 시행결과 등에 대한 질 관리는 이루어지고 있지 않다. 이는 시범 운영 중인 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’도 동일하다<표 31>.

<표 31> 국가별 만성질환 관리 진료비 지불 평가방안

구분	미국		일본		우리나라	
	Medicare	Medicaid	특정건강 진단 등	생활습관 병관리료 등	현행	시범사업
유무	○	○	○	○	×	×
주요 내용	내용 및 횟수, 환자 상태 변화 기록 제출		프 로 그 램 내용 및 환자 현황, 환자 상태 변화 등	검진 실시 율과 위험 군 대상자 감소율	내용 및 횟수, 환자 상태 변화 기록 제출	-
시행 내용	미제출 또 는 기준미 달 시 청 구삭감		미제출 또 는 기준미 달 계약종 료	보험자 분 담금 가감 시행	미제출 또 는 기준미 달 시 청 구삭감	-

<표 32> 각 국가의 만성질환 관리 진료비 지불제도

구분	미국			일본	우리나라	
	medicare	medicaid	현행		시범사업	
인력 기준	역할	- 환자에 대한 관리계획 수립 - 환자에 대한 지속관찰 및 관리 - 해당 질병에 대한 교육 및 상담			좌동	좌동
	기준	- 의사, 간호사, 관리영양사 등 다양한 인력이 역할을 분담하여 수행 - 서비스 제공에 따른 관련교육 이수 등의 자격기준 필요			좌동	의사만 제공 가능
지불 내용	수가	1개 포괄행위료 - 행위별 수가제	1개 포괄행위료 - 인두제	- 전체 9개 행위로 구분 - 행위별 수가제	1개 행위료 - 행위별 수가	3개 행위료 - 행위별 수가
	비대면 진료	○	×	△(일부지역 가능)	×	○
평가 방안	성과관리	위탁 평가를 통한 성과관리	위탁 평가를 통한 성과관리	특정건강진단 및 특정보건지도 실시율 등을 통한 질 관리		
	서비스평가	행위 내용 및 횟수, 환자 변화에 따른 평가 후 비용 지급	프로그램 내용 및 환자 만족도에 따른 평가 후 계약 유지	행위 내용 및 횟수, 환자 변화에 따른 평가 후 진료보수 지급	없음	

제4장 우리나라 만성질환 관리 진료비 지불제도 개선방안

이 장에서는 제3장 만성질환 관리 진료비 지불제도 비교분석의 결과를 토대로 우리나라 만성질환 관리 진료비 지불제도의 개선방안을 제시하였다.

4.1 인력기준 개선

일본과 미국을 포함하여 만성질환 관리정책과 제도를 운영하는 많은 국가들이 다학제적 팀을 활용하여 다양한 인력이 환자의 만성질환 관리에 협력하도록 운영하고 있다.

일본은 특정건강진단 및 특정보건지도를 위하여 별도의 지도 전문가 교육연수를 이수해야 특정보건지도를 실시할 수 있다. 특정보건지도 외에 진료보수 점수표 상의 일부 행위 역시 의사의 관리·감독 하에 별도의 자격을 갖춘 간호사나 관리영양사가 시행할 수 있다(후생노동성, 2008). 또한 만성질환 관리에 대한 ‘생활습관병관리료(生活習慣病管理料)’ 등의 ‘진료보수(診療報酬)점수표’ 상의 항목 살펴보면 의사 외에 임상영양사, 간호사, 보건사 등이 환자에 대하여 다양한 역할을 분담하여 수행하고 있음을 알 수 있다(후생노동성, 2016).

미국의 경우에도 의사 외에 간호사나 별도의 전문인력이 만성질환 관리 업무를 수행하고 있다(CMS, 2016). 특히 미국의 외래 클리닉은 ‘급성기 질환 중심’에서 ‘예방중심의 일차적인 관리의료’로 전환됨에 따라 다학제간 협력을 통한 ‘팀 의료’의 필요성이 더욱 증가되고 있다(Edward H. Wagner, 2000).

사례분석에는 포함되어 있지 않지만 호주도 만성질환의 관리에 대한 다학제간 협력과 팀 의료에 대한 사항을 강조하고 있다. 호주는 Medicare 내의 만

성질환 관리프로그램(Chronic Disease Management, 이하 CDM) 상에서 환자에 대한 진료계획 수립, 상담, 관리 등의 전반적인 사항을 주치의를 포함한 다학제 팀에서 운영하도록 규정하고 있다(Commonwealth of Australia, 2012).

이외에도 스위스나 독일 역시 별도의 만성질환 관리 프로그램 내에서 환자의 상담과 계획 수립 또는 전반적인 진료과정에서 주치의나 일반의가 일차적인 책임을 가지며 교육 및 상담에 있어서 별도의 전문인력을 통한 지속적이고 집중적인 관리를 받도록 규정하고 있다(Isabelle Peytremann-Bridevaux, Bernard Burnand, 2009; Marin Gemmill, 2008).

그러나 우리나라는 모든 만성질환 관리를 의사가 전담하는 방식을 취하고 있으며 의원급 의료기관을 개설한 의료인이라는 규정 외에는 별도의 인력기준을 두고 있지 않다. 문제는 의사가 만성질환 관리와 관련한 모든 업무를 직접 수행해야 하는 경우 시간적, 물리적 제약이 크며 그에 따라 환자와 의사 모두가 만족할 만한 성과를 얻기 어렵다는 것이다. 물론 일부 상급종합병원 등의 경우 전문간호사와 영양사가 만성질환 관리를 위한 교육상담을 진행하고 권역센터 등에서 환자와 보호자 및 일반인에게 체계적인 교육과 상담을 위한 규정을 만들어 일부 서비스를 제공하고 있다(보건복지부, 2011). 하지만 이 경우 환자의 경제적, 물리적 접근성을 고려하면 그 효과성에 의문이 생길 수 밖에 없다. 특히, 기존에 시행하고 있었던 ‘동네의원 만성질환 제도’와 ‘지역사회 일차의료 시범사업’ 그리고 지난 9월부터 진행하고 있는 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’에서 만성질환 관리를 시행하는 의료인은 모두 의원급 의료기관을 개설한 의사이다. 이것은 현재 영국, 호주, 캐나다 등에서 시행하고 있는 ‘주치의 제도’와 유사한 형태이다. 그러나 정현진 외(2007)의 연구결과를 살펴보면 주치의 제도를 시행하는 국가들도 주치의가 혼자 개원하는 경우는 거의 없고 여러 의사가 함께 개원하여 진료 한다. 필요한 경우 야간 당직 및 상담

을 대행하는 기관도 존재하기 때문에 365일 언제든지 주치의 혹은 주치의 업무 대리인과 상담하거나 진료를 받을 수 있다. 주치의도 일정 규모의 가구나 개인을 등록받은 후 보건의료서비스의 제공 범위나 횟수 등에 관계없이 일정한 수입을 얻는다. 일부 인센티브는 있지만 일정 금액을 봉급제로 받기 때문에 환자 진료에 대한 강박에서 벗어날 수 있다. 그러므로 의사가 시간의 여유를 충분히 갖고 예방과 치료서비스를 제공 할 수 있다. 그러나 우리나라에서 시행하고 있는 만성질환 관리제도는 모든 행위를 의사가 직접 환자와 일대일로 수행해야 하고 행위 별 수가제를 통해 지불 받고 있기 때문에 여유를 가지고 환자 개인에게 각각 충분한 시간을 할애하기 어렵다.

이와 더불어 추가로 고려해야 할 사항은 우리나라의 환자의 특징 중 하나가 동네의원의 의사를 상급종합병원의 전문의와 견주어 신뢰하지 못한다는 것이다. 그 결과 지속적인 만성질환 관리사업을 운영함에도 불구하고 그 효과성은 크지 않다. 따라서 일본과 미국이 가지고 있는 별도의 교육이수나 자격제도와 같이 환자가 만성질환 관리 보건의료서비스를 제공하는 인력에 대하여 신뢰할 수 있도록 만성질환 관리에 특화된 자격기준과 그에 대한 인증 등이 필요한 것이다. 이러한 방안의 예로 대한당뇨병학회가 시행하고 있는 ‘당뇨병 교육자 자격인정제도’를 들 수 있다. 당뇨병 교육자 자격인정제도는 지난 1999년부터 실시하고 있다. 주요 절차는 관련교육의 이수와 인증시험을 통해 자격을 부여하고 이를 5년마다 갱신하는 형태로 진행하고 있다(대한당뇨병학회, 2016).

지금까지 만성질환의 관리에 대한 인력기준과 그 내용을 살펴보면 우리나라를 포함한 많은 국가에서 의사를 만성질환 관리의 핵심이라고 보는 관점이 크다. 하지만 세부적인 내용을 살펴보면 다른 국가들은 의사를 중심으로 한 다학제적 진료의 지원형태로 만성질환 관리를 시행하고 있다. 환자는 의사로부

터 정기적인 검사 및 기본진료를 받으며, 필요 시 의사와 다른 전문가 간의 협력 하에 만성질환 관리서비스를 제공받을 수 있다. 이것은 제도 시행과정에서 자연스럽게 역할이 분화되어 제공하는 것이 아니라 만성질환 관리와 관련한 프로그램 및 제도를 시행하면서 처음부터 이러한 기준을 정착시킨 것이다. 따라서 이러한 문제를 해결하기 위해 먼저 만성질환 관리를 위한 국가차원의 전문인력 기준을 마련해야 한다, 그리고 기준이 마련되었다면 전문인력을 양성하고 지정할 수 있는 별도의 교육제도를 마련해야 한다. 기준이 우선적으로 마련된 후 인력 양성 등의 계획을 시행되어야 질이 보장되고 효과성을 담보할 수 있는 만성질환 관리가 가능할 것이다.

4.2 대상질환 구체화

우리나라는 현재 국민건강보험 요양급여일수 산정에 예외규정으로 적용하고 있으며 ‘만성질환관리료’의 산정대상이 되는 질병으로 고혈압 당뇨병 등 11개 질환을 대표적인 만성질환으로 기준하고 있다(건강보험심사평가원 2016). 그러나 지난 2014년 국회에서 발의되었던 「만성질환 및 희귀난치성질환 관리법안」 상에는 만성질환을 ‘고혈압, 심근경색증, 뇌졸중 등 심뇌혈관질환’, ‘당뇨병’, ‘간경변 등 만성 간질환’, ‘만성신부전’, ‘이상 지질혈증’, ‘관절염 및 골다공증’, ‘비만’, ‘천식 및 아토피질환’, ‘만성폐쇄성폐질환 등 만성호흡기질환’으로 구분하여 현재의 국민건강보험 요양급여일수 산정의 예외규정 대상 질병을 일부 축소하였다(강기정 외, 2014).

또한 현재 시행 중인 중앙정부나 지방자치단체의 만성질환 관리대책 등의 내용을 살펴보면 그 범위를 고혈압과 당뇨병, ‘암 등록사업’에 의한 암 정도로 국한하고 있다. 게다가 지난 9월부터 시행된 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 경우도 그 대상을 고혈압과 당뇨병으로 제한하고 있다.

현행 만성질환관리료 산정대상 질환을 다른 국가와 비교하면 우리나라는 일본과 미국 영국 등의 별도로 만성질환 범위를 법률로 규정하고 있는 국가가 만성질환 관리대상에 포함하고 있지 않은 ‘호흡기결핵’을 포함하고 있다(생활습관병예방협회, 2010; CDC, 2016). 더욱이 ‘신경계질환’은 미국이나 영국을 제외하고는 만성질환으로 분류하고 있지 않다. 미국과 영국마저도 신경계질환 중 ‘뇌성마비 및 운동마비’와 ‘간질’만을 만성질환관리 대상으로 포함시키고 있다(CDC, 2016; National Public Health Service for Wales. 2005). 이와는 반대로 다른 국가에서는 주요 만성질환 관리대상에 포함돼 있음에도 불구하고 만성질환관리료 산정대상에는 포함되지 않은 질환들이 있다. 이에 대해

선 대표적으로 ‘만성호흡기질환’을 들 수 있는데, 만성호흡기질환은 일본과 미국, 영국, 프랑스 등의 국가에서 ‘천식’, ‘만성폐쇄성폐질환’ 등을 포함하여 만성질환으로 분류해 관리하고 있으며, ‘관절염 및 골다공증’은 WHO를 비롯한 미국 등에서 만성질환으로 분류하고 있다(WHO, 2015).

이와 관련하여 우경숙 외(2010) 보고서의 내용을 살펴보면 각 국가의 만성질환 범위의 예를 들면서 국내·외의 많은 질병관리정책에 있어서 대상질환을 특정질환으로 제한하고 있기 때문에 만성질환 역시 전체 질병단위 외에 개별 상병으로 축소시키는 것이 바람직하다는 견해를 나타내고 있다, 또한 개별 상병으로 범위를 축소시킬 경우 적용 가능한 원칙으로 인구집단 내 유병률과 사망률이 높은 질병, 질병관리의 비용부담의 크기가 큰 질병, 적합한 관리를 통해 그 효과가 객관적으로 입증된 질병, 객관적인 평가지표 확인이 가능하고 이 지표를 통해 관리의 결과까지 평가 가능한 질병의 사항을 고려할 수 있다고 주장했다.

따라서 현재 우리나라의 질병 중 예를 들어 적용하면 당뇨병으로 인한 사망률이 OECD 평균에 비해 높고(OECD, 2014) 뇌졸중은 높은 장애와 합병증 발생률을 기록하고(통계청, 2016) 있기 때문에 당뇨병, 뇌졸중, 고혈압 이런 순서로 만성질환 관리의 우선순위를 재조정할 수 있다.

4.3 적정수가 지불

우리나라의 만성질환 관리에 대하여 의료인이 받을 수 있는 지불금액을 살펴보면 현행 만성질환관리료의 경우 1회당 1,856원으로 연간 12회를 시행하는 경우 의료기관은 22,272원을 요양급여로 받을 수 있다. 또한 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’은 1회당 최대 34,810원으로 연간 12회를 시행하는 경우 해당 의료인은 417,720원을 지불 받을 수 있다.

그러나 일본과 미국 등의 국가들은 우리나라보다 높은 수준의 금액을 의사에게 지불 및 보상하고 있다. 일본의 생활습관병관리료만을 비교해도 1회당 7,000엔 원화로 약 70,000원을 진료보수로 받을 수 있으며 이는 연간 12회 기준 840,000원 정도가 된다. 미국의 경우도 CCM은 회당 42.60달러로 연간 12회 기준 원화로 약 570,000원 정도의 수가를 보상받을 수 있다. 게다가 질병관리의 경우 비록 응급의료서비스가 포함되어 있지만 1인당 연간 1,500 달러의 수가를 지급 받는다. 따라서 현재 우리나라의 수가와 기준했을 때 적게는 약 1.5배에서 많게는 2배 이상 차이가 나는 것을 알 수 있다.

또한 독일과 대만 등의 경우에는 만성질환에 따른 각각 행위별 수가제나 총액 예산제 내의 행위별 지급금 외에 별도의 인센티브를 지불 받고 있다. 독일의 'Disease Management Plan(이하 DMP)' 내용을 살펴보면 의사가 당뇨병 환자를 관리하는 경우 분기 당 환자 1인에 대하여 €15(약 19,000원)을 추가로 지불 받을 수 있다. 또한 60시간 교육을 완료한 경우 연간 €60, 원화로 약 78,000원을 추가로 받게 된다. 그리고 환자를 당뇨병 전문의에서 의뢰한 경우에도 한 건당 €5를 지불 받는다(Stephanie Stock, Dagmar Starke, Lutz Altenhofen et al. 2011). 물론 여기서 그치지 않고 당뇨병 외의 만성질환 등 질병관리를 시행한 경우 환자 최초 방문 시 1인 당 약 €180, 한화로 24만원

가량을 지급 받으며 등록 시 환자관리 계획 수립을 하면 €24(35,000원), 계획수정 및 기록에 대하여 매 분기 €10를 받게 된다(Stephanie Stock, Dagmar Starke, Lutz Altenhofen et al. 2011).

이 외에도 대만 역시 당뇨병 관리를 위해 지난 2001년 의사를 대상으로 인센티브 제도를 시행하였다. 그 내용을 살펴보면 환자 1회 방문 당 1,845元(약 60,000원), 방문 후 추적관찰에 대하여 875元(약 30,000원)을 추가 보상하였다(Hui-Min Hsieh, Shu-Ling Tsai, Lih-Wen Mau et al., 2016). 또한 매년 말 환자의 치료결과 평가를 통해 환자 1인 당 2,245元(약 75,000원)을 추가로 받았다(Hui-Min Hsieh, Shu-Ling Tsai, Lih-Wen Mau et al., 2016).

현재 시행되고 있거나 시범사업을 진행한 여러 국가의 만성질환 관리에 대한 진료비 지불제도의 내용을 살펴보면 대부분 제공하는 서비스의 내용은 관리계획 수립, 상담, 교육 등 거의 비슷하다. 하지만 일본과 미국, 우리나라의 만성질환 관리 행위의 내용을 살펴보면 일본은 생활습관병관리료를 기준으로, 미국은 CCM을 기준으로 했을 때 환자에 대한 만성질환 진료계획 수립, 상담, 지속관찰 등의 내용적 차이는 없지만 비용의 차이가 2배 가까이 나타나고 있다. 또한 일부 국가들의 경우 행위별 수가제나 총액 예산제 내에서 제공하는 있는 행위별 지급 수가에 만성질환 관리에 대한 내용을 인센티브 형식으로 추가 보상하기도 한다. 따라서 지속적으로 의료행위의 원가에 비해 수가가 낮다고 평가되는 우리나라의 현실을 감안할 때 관련 수가를 일부 인상하거나 추가적인 인센티브 지급방식 등 고려하여 의료인의 역할에 대한 적절한 보상이 이루어져야 한다.

4.4 비대면 진료 범위 설정

현재 진행 중인 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 비대면 진료에 대한 원격의료 여부의 논의에 앞서 원격医료를 명확히 규정해야 한다. 지금 원격의료라는 단어와 함께 매우 많은 유사 용어들이 동일한 의미에서 사용되고 있다. 심지어 정부에서조차도 원격의료와 원격진료, 원격모니터링, 원격 협진 등 용어들을 혼용해서 사용하고 있다. 현재 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’ 내에서 정부가 현재 진행하고 있는 부분은 명확하게 의사와 환자 간의 비대면 상담이다. 그럼에도 불구하고 원격의료라는 포괄적 개념이 접목되면서 해당 진료항목에 대한 의미의 명확성을 떨어뜨리고 있다. 그러나 지속적으로 이러한 형태의 비대면 진료가 허용될 경우 질병 관리, 특히 만성질환 관리에 있어서 원격의료의 범위를 명확히 규정해야 한다. 그 이유는 만성질환 관리에서 비대면 진료는 의사와 환자 간의 접근성을 증대하고 시간적 물리적 낭비를 억제할 수 있기 때문이다. 따라서 원격의료의 반드시 필요한 지역 즉 의료 접근성이 떨어지는 지역과 원격의료의 필요한 대상, 원격의료 제공 방식을 명확하게 정해야 한다. 미국의 경우 원격医료를 허용하는 주들의 경우 농촌지역이나 대도시 외곽 지역으로 원격의료 허용지역을 제한하고 있고, 일본의 경우 의료인간 원격의료는 몇 가지 분야에서 통상적으로 허용하고 있지만 의사-환자 간 원격의료 특히 원격진료를 허용하는 지역은 명확하게 규정하고 있다. 일본은 낙도, 벽지 등 병원방문에 상당한 시간이 걸리거나 위험을 수반하는 경우, 즉 원격진료가 아니면 당장 필요한 진료가 불가능한 지역이나 상황일 경우에만 원격진료를 허용하고 있다. 즉, 후쿠시마 방사선 오염 지역, 야마가타, 이와테, 홋카이도, 후쿠야마, 오카야마현 내의 일부 의료 소외 지역으로 원격 진료 지역을 제한하고 있다. 원격의료 허용 대상도 초진 및 급성 환자인

경우에는 원칙적으로 대면진료를 하고 원격의료 대상은 주치의를 의해서 장기 간 관찰해 온 9개 질환을 가지고 있는 환자로 한정하고 있다. 미국의 경우에도 주의 면적이 넓거나 65세 이상 인구율 또는 시골 지역 인구율을 높은 주가 주로 비대면 진료를 포함한 원격의료를 실시하고 있다. 원격의료 대상 역시 미국의 경우 주마다 기준이 다르지만 가장 원격의료를 적극적으로 시행하고 있는 주들조차(D.C, Maryland, Mississippi 등) 심혈관, 뇌졸중, 만성질환 환자로 제한하고 있다. 즉, 미국과 일본의 경우만 보더라도 원격의료 목적을 의료접근성이 떨어지는 지역의 주치위가 오랫동안 관찰해온 만성질환 환자의 건강관리를 위해서만 허용한다는 점을 명확하게 하고 있다. 또한 미국의 경우 쌍방향 오디오-비디오 유형의 원격의료 서비스만 원격의료라고 부르고 있으며 원격리 환자 모니터링(RPM), 비디오 전용 시스템, 인스턴트 메시지, 전화, 전자메일은 원격의료가 아닌 단순한 비대면 진료라고 구분하고 있다. 따라서 우리나라도 원격의료의 범위를 「의료법」 상에 명확하게 정리하여 규정할 필요가 있다.

4.5 평가방안 도입

우리나라에서 시행하고 있는 만성질환 관리 진료비 지불제도에 대한 내용상 직접적으로 확인할 수 있는 질 관리 및 평가사항은 없다.

그러나 미국과 일본의 경우 만성질환 관리 진료비 지불제도 내에서 수가 지불을 위해 기록물 제출과 교육, 상담 등의 내용 확인 등을 통한 평가 및 관리가 이루어지고 있다(후생노동성, 2016; CMS, 2016). 미국의 경우에는 Medicare나 Medicaid의 예시 내에 모두 만성질환관리와 관련한 수가체계 내에서 수가를 지불 받기 위해서는 별도의 녹음파일 등의 기록물 제출이 필요하다. 또한 일부 질환의 경우에는 환자의 상태 변화결과나 교육 상담 등의 질을 환자 설문을 통해 측정하고 그에 따른 인센티브 제도도 동시에 운영하고 있다(AHCA, 2016). 일본의 경우에도 생활습관병리료를 포함한 모든 만성질환 관리 진료비 지불제도 내에서 수가를 지불하기 위한 절차로 검증 자료를 통한 만성질환에 대한 상담 및 관리, 환자 지도에 대한 시행사항 확인절차가 진행된다(후생노동성, 2016).

WHO는 기존의 질 관리 및 평가와는 다른 예방 차원의 건강증진에 대한 평가에 대한 사항을 구분하고 있다(WHO, 1998). 그 내용을 살펴보면 건강증진은 행동적 중재가 목적이며 다양한 보건의료서비스 제공자와 기관을 포함하여 개인, 조직, 지역사회 단위로 얼마나 가치 있는 성과를 도출하였는가에 대해 평가하는 것이다. 또한 Don Nutbeam(1998)은 평가의 결과와 성과를 건강증진 성과, 중간성과, 건강 및 사회적 성과로 구분하였다. 건강증진 성과는 건강결정요인에 대한 개인적, 사회적, 환경적 요인을 수정하는 것이다. 이에 비해 중간성과는 생활습관, 관련서비스에 대한 접근성, 환경적 요인 등 건강결정요

인 그 자체를 변화시키는 것이다. 건강 및 사회적 성과는 체중, 혈압, 콜레스테롤 수치 등의 객관적 측정과 EUROQOL과 같은 자가측정 결과를 함께 변화시키는 것이다.

즉, 궁극적으로 대상자의 생활습관 및 행동, 객관적 자료 수치, 교육 및 상담 등의 참여율 등 관련 사항을 전반적으로 연동한 성과 측정이 필요하다는 것이다. 결과나 내용 일부분이 아닌 전반적인 과정자체와 결과를 동시에 측정할 수 있는 평가 및 관리체계가 운영될 필요성이 있다.

제5장 고찰 및 결론

5.1 연구 방법에 대한 고찰

이 연구는 만성질환 관리에 대한 진료비 지불제도를 최대유사체계설계 (most similar systems design) 방법을 적용하여 각 국가들의 선정한 후 비교 분석을 실시하였다. 비교대상 범위를 진료비 지불제도로 한정된 것은 진료비 지불제도가 운영되고 있는 국가의 사례를 통해 아직 관련 제도를 시범운영하고 있는 우리나라와 비교하여 추후 개선이 필요한 문제점을 파악하기 위함이었다. 하지만 이번 연구 결과를 우리나라의 만성질환 관리를 위한 진료비 지불제도의 개발 및 적용을 위하여 일반화할 수는 없다. 만성질환 관리에 대한 다양한 정책과 제도 내에서 현재 우리나라가 지속적으로 개선 및 적용방안을 고려하고 있다고 판단되는 진료비 지불제도를 대상으로 하여, 만성질환 관리를 위한 전체적인 보건의료정책의 문제점과 적용방안은 파악할 수 없었기 때문이다. 전체적인 보건의료정책에 대한 모형개발과 방향설정에 따른 문제점은 진료비 지불제도가 가지고 있는 문제점과 차이가 존재할 수 있으므로 추후 전체적인 만성질환 관리 보건의료정책으로 그 범위를 확대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

이와 같은 제한점에도 불구하고 만성질환 관리에 대한 진료비 지불제도 내에서 각 국가의 관련 제도 시행사항을 살펴보고 그에 따른 보건의료서비스 제공자의 역할과 제도적 문제점을 확인할 수 있었다는 점에서 의의가 있다.

5.2 연구 결과에 대한 고찰

1. 인력기준

현재 우리나라를 포함한 3개 국가의 모두 만성질환 관리를 담당하는 인력의 역할은 진료계획의 수립, 상담, 관리 등으로 거의 동일하지만 일본과 미국은 이러한 역할을 수행할 수 있다는 교육 이수 등의 객관적 가이드라인과 역할 수행에 대한 최소한의 자격기준이 있다는 점을 알 수 있었다. 또한 만성질환 관리에 대한 전반적인 추세가 다학제 팀을 통한 팀 의료로 전환되고 있다.

2. 지불내용

미국의 Medicare는 CCM이라는 1가지 항목으로 만성질환 관리 수가를 산정하고 있다. 특징은 모두 비대면 진료가 가능하다는 것이다(CMS, 2016). Medicaid의 경우에는 Florida 주의 사례를 살펴보았는데 연간 1,500 달러를 기준으로 환자 1인당 인두제 방식의 포괄수가제를 적용하고 있었다.

일본은 만성질환 관리와 관련한 수가를 총 9가지로 구분하여 시행하고 있다. 또한 각 진료보수(診療報酬)항목을 산정하기 위해서는 관련사항 및 계획서 등을 첨부하여 평가를 받아야 한다(후생노동성, 2016).

우리나라는 현행 ‘만성질환관리료’ 하나의 건강보험 요양급여 항목으로 만성질환 관리 수가를 산정하고 있다. 또한 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 경우에는 3가지 항목으로 나누어 산정이 가능하며 일부 항목의 경우 비대면 진료를 허용하고 있다.

현재 시행되고 있는 여러 국가의 만성질환 관리에 대한 진료비 지불제도의

내용을 살펴보면 대부분 제공하는 서비스의 내용은 관리계획 수립, 상담, 교육 등 거의 비슷하다 비용이 2배 가까이 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 또한 일부 국가들의 경우 행위별 수가제나 총액 예산제 내에서 제공하는 있는 행위별 지급 수가에 만성질환 관리에 대한 내용을 인센티브 형식으로 추가 보상하기도 한다. 따라서 지속적으로 의료행위의 원가에 비해 수가가 낮다고 평가되는 우리나라의 현실을 감안할 때 관련 수가를 일부 인상하거나 추가적인 인센티브 지급방식 등 고려하여 해당인력의 역할에 대한 적절한 보상이 이루어져야 한다.

이 외에도 각 국가의 만성질환 범위를 살펴보면 우리나라와 일부 차이가 있는데 주로 국내·외의 많은 질병관리정책에 있어서 대상 질환을 특정한 개별 상병으로 제한하는 경향을 보인다. 따라서 만성질환 역시 전체 질병단위 외에 개별 상병으로 축소시키는 것이 바람직 할 수 있다. 다만 개별 상병으로 범위를 축소시킬 경우 인구집단 내 유병률과 사망률이 높은 질병, 질병관리의 비용부담의 크기가 큰 질병, 적합한 관리를 통해 그 효과가 객관적으로 입증된 질병, 객관적인 평가지표 확인이 가능하고 이 지표를 통해 관리의 결과까지 평가 가능한 질병 등으로 원칙을 세워야 한다(우경숙 외, 2010).

또한, 현재 진행 중인 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’의 비대면 진료에 대한 원격의료 여부의 논의에 앞서 원격의료를 명확히 규정해야 한다. 현재 ‘동네의원 만성질환 관리 시범사업’ 내에서 정부가 현재 진행하고 있는 부분은 명확하게 의사와 환자 간의 비대면 상담이다. 그럼에도 불구하고 원격의료라는 포괄적 개념이 접목되면서 해당 진료항목에 대한 의미의 명확성을 떨어뜨리고 있다. 따라서 지속적으로 이러한 형태의 비대면 진료가 허용될 경우 질병 관리, 특히 만성질환 관리에 있어서 원격의료의 범위를 명확히 규정해야 한다.

3. 평가방안

미국의 Medicare와 Florida 주의 Medipass 모두 만성질환 관리 진료비 지불에 대한 평가가 이루어지고 있다. Medicare는 CCM 평가를 위해 CCM 제공자가 작성하는 EHR에 대한 기록사항을 확인하고 이를 평가한 후에 지불하는 방식을 택하고 있다. CCM 제공자는 환자의 임상기록, 상담 시 진행한 녹음기록, 환자에 대한 평가 결과지 및 특이사항 발생에 따른 보고자료 등을 포함하고 있다. Florida 주의 Medipass 역시 외부 위탁을 통해 질병관리 제공자에 대한 평가를 진행한다. 평가항목은 프로그램의 효과, 접근성, 질 3가지 요소를 가지고 있는데 주로 질병관리 제공자 내의 프로그램 가입자 현황, 만족도, 관리 및 조정 등의 능력, 개선여부 등을 평가한다.

일본은 만성질환 관리 평가사항으로 특정건강진단(特定健康診査) 및 특정보건지도(特定保健指導) 내의 보험자 인센티브 및 패널티제도가 있다. 그 외에 ‘생활습관병관리료(生活習慣病管理料)’ 등의 7가지 진료보수(診療報酬) 항목에 대한 평가는 각 피보험자의 형태에 따라 우리나라의 심평원과 유사한 기능을 하는 진료보수지불기금 또는 건강보험조합연합회에서 진행한다.

반면, 우리나라의 경우 현행 ‘만성질환관리료’와 ‘교육상담료’는 심평원의 비용 청구 시 진행하는 횟수 등의 기준 및 대상환자에 대한 사항을 제외한 관리내용, 시행결과 등에 대한 질 관리는 이루어지고 있지 않다.

WHO 만성질환 관리에 대한 질 평가를 예방 차원의 건강증진에 대한 평가로 표현하고 있다(WHO, 1998). 또한 Don Nutbeam(1998)은 궁극적으로 대상자의 생활습관 및 행동, 객관적 자료 수치, 교육 및 상담 등의 참여율 등 관련 사항을 전반적으로 연동한 성과 측정이 필요하다는 것이다.

따라서 결과나 내용 일부분이 아닌 전반적인 과정자체와 결과를 동시에 측정할 수 있는 평가 및 관리체계가 운영될 필요성이 있다.

5.3 결론

이 연구는 만성질환 관리 진료비 지불제도에 대하여 미국과 일본의 사례를 중심으로 비교분석하였다.

연구 결과, 우리나라 만성질환 관리 진료비 지불제도 상 개선이 필요한 사항으로 만성질환 관리를 위한 의료인의 역할분담과 다양한 형태의 인력기준 마련, 대상질환 구체화, 적정수가 지불, 비대면 진료의 명확한 범위, 만성질환 관리 진료비 지불제도에 대한 평가방안 필요성이 도출되었다.

보건의료서비스 제공자에 대한 역할분담과 인력기준 마련은 의사를 중심으로 한 다학제적 진료를 통해 환자의 요구에 따른 다양한 관리서비스를 제공하고 그에 대한 전문인력 양성이 필요하다는 것이다.

대상질환의 범위가 다시 고려되어야 하는 이유는 질병관리의 차원에서 너무 포괄적인 질병군을 대상으로 하게 되면 그에 따른 행위에 대한 정의와 내용이 모호해질 수 있기 때문이다. 따라서 개별 상병을 통해 집중적으로 관리할 필요가 있는 사항에 대하여 집중할 수 있도록 하는 것을 고려해야 한다.

적정수가의 지불이 필요한 이유는 다른 국가들에 비해 지속적으로 우리나라의 국민건강보험 상 요양급여의 수가가 낮다는 지적을 받고 있기 때문에 생기는 문제다. 만성질환 관리를 위해 보다 효과적으로 의료인의 역할을 강조하기 위해서는 의료인의 역할과 그 내용, 필요한 시간 등을 모두 고려하여 적절한 지불금액을 책정해야 한다.

평가 및 관리방안 구축은 기존의 행위별 수가제에 따른 치료결과나 환자의 상태변화, 서비스 제공인력의 역할과 그 내용이 상이하기 때문에 단순히 행위

만으로 질 평가 등을 할 수 없기 때문이다. 각자 맡은 역할을 충실히 수행하고 있는가 또는 환자의 행동 및 생활습관의 변화를 통해 객관적 지표가 변화하고 있는가 등의 전반적인 과정평가와 결과평가가 동시에 이루어질 필요성이 있다는 것이다.

이번 연구에서는 만성질환 관리에 대한 진료비 지불제도와 관련한 문제점을 파악하였다. 연구결과로 제시된 문제점 중 가장 우선 고려하고 개선해야 할 사항은 무엇인지 확인하고 문제점 별로 진행된 개선방안의 논의 및 적용 결과를 통해 만성질환 관리를 위한 구체적인 진료비 지불제도가 국민건강보험의 요양급여 내에 적용될 필요성이 있다. 연구 시점에서는 시범사업 외에 만성질환관리료만 적용할 수 있었기 때문에 진료비 지불제도 운영을 통해 나타날 수 있는 문제점은 구체적으로 파악할 수 없었다. 추후 시범사업이 확대되거나 국민건강보험 상에 요양급여로 적용될 경우 전체적인 만성질환 관리정책 및 제도와의 연계, 통합적인 보건의료전달체계를 활성화 하는 방안에 대하여 파악하는 연구가 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

<국내>

- 강기정 외. 2014. 만성질환 및 희귀난치성질환 관리법안. 대한민국 국회.
- 건강보험심사평가원. 2016. 2016년 건강보험 요양급여 비용. 건강보험심사평가원.
- 김광기 외. 2010. 건강위험요인(술, 담배, 정크푸드) 관리제도 개선 방안 모색. 한국건강증진재단.
- 김양균. 2010. 의료전달체계 개편 방향. 보건복지부.
- 김진수 외. 2011. 보건의료분야 인센티브 제도 도입방안. 한국보건사회연구원.
- 국민건강보험공단. 2016. 2015 건강보험통계연보. 국민건강보험공단.
- 대구광역시 외. 2009. 대구광역시 심·뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업 보고서.
- 민혜영, 이정찬. 2011. 진료의뢰 및 회송제도 개선방안. 대한의사협회.
- 민혜영. 2009. 우리나라 일차의료 활성화를 위한 모델 구축. 대한의사협회.
- 맹광호. 2008. 공중보건 활동에서의 ‘사전 동의 문제 -유네스코 <생명윤리 및 인권에 관한 선언>’을 중심으로. 예방의학회지41(5).
- 박미정 외. 2011. 2010년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험공단.
- 박종연 외. 2007. 보험자에 의한 만성질환관리(NHIC-CDM) 방안: 중장기 (2008~2012)로드맵. 국민건강보험공단.
- 박지원 외. 2007. 자가관리 프로그램이 성공적 노후에 미치는 효과. 지역사회간호학회지. 18(4); 513-522.
- 박춘선 외. 2013. 만성질환 건강관리 강화를 위한 인센티브 도입방안 연구. 건강보험심사평가원.
- 보건복지부. 2010. 2010년도 주요 만성질환관리사업 안내. 보건복지부.
- 보건복지부. 2011. 제2기 심뇌혈관질환종합대책(2011~2015). 보건복지부.
- 보건복지부. 2011. 2011년도 제18차 건강보험정책심의회 부의안건-선택의원제 시행계획. 보건복지부.
- 보건복지부. 2013. 지역사회 일차의료 시범사업 기본계획(안). 보건복지부

- 보건복지부. 2016. 2016년 지역사회 통합건강증진사업 안내(심뇌혈관 예방관리). 보건복지부.
- 보건복지부. 2016. 건강검진 실시기준(보건복지부고시 제2016-11호). 보건복지부
- 보건복지부. 2016. 제2차 국가건강검진종합계획. 보건복지부.
- 보건복지부, 대한의사협회. 2016. 동네의원 만성질환관리 수가 시범사업 관리 운영 방침. 보건복지부, 대한의사협회.
- 서수경. 2008. 북미/유럽/호주의 만성질환관리. 서울대학교 의과대학 의료관리학 교실.
- 성창현. 2012. 동네의원 이용 만성질환자의 지속적인 건강관리 강화계획. 건강 보험심사평가원. 정책동향 6(1)
- 성창현. 2013. 지역사회 일차의료 시범사업 추진방향. 의료정책포럼. 11(4); 37-42.
- 손명세, 유호종. 2002. 보건의료기본법의 윤리적 평가 연구. 한국의료법학회지. 10(1):85-95.
- 손연정 외. 2005. 만성질환자의 가족지지 자기효능감 및 자가간호수행간의 관계. 성인간호학회지. 17(5); 793-801.
- 송미순. 2014. 지역사회에서의 당뇨병 자기관리교육. 대한당뇨병학회지. pp. 98-103.
- 송연이 외. 2014. 대상자 중심의 만성질환 자가관리 프로그램; 고혈압, 당뇨병을 중심으로. 한국보건교육건강증진학회지. 31(4); 93-106.
- 신영석 외. 2013. 건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향. 한국보건사회연구원.
- 안유정 외. 2001. 의료윤리 네 원칙에 입각한 한국보건의료관련 법규분석 및 고찰. 대한예방의학회 제53차 추계 학술대회 연제집.
- 윤석준. 2012. 만성질환 관리제도의 올바른 방향. 대한의사협회지. 55(5); 414-416.
- 윤석준. 2013. 고혈압 당뇨병의 효율적 관리모형개발. 질병관리본부.
- 이경수. 2013. 한국의 만성질환 관리모형 설계를 위한 제언. 질병관리본부 중앙 만성질환 예방관리사업지원단. 제1차 만성질환 관리 포럼.
- 이경수. 2015. 해외의 만성질환 관리사례와 시사점. 질병관리본부 중앙 만성질환 예방관리사업지원단. 제5차 만성질환 관리 포럼.

- 이애경 외. 2008. 건강검진 사후관리 강화를 위한 보험자 역할. 국민건강보험공단 건강보험연구원.
- 이재호 외. 2009. 만성질환 관리를 위한 실행방안연구. 카톨릭대학교 의과대학.
- 이평수. 2014. 지역사회 일차의료 시범사업 기본계획(안). 의료정책포럼. 12(1); 126-128.
- 이희영 외. 2010. 통합의료체계 도입 방안에 관한 연구. 국민건강보험공단.
- 이희영 외. 2010. 건강보험 지출효율화를 위한 일차의료 강화방안. 국민건강보험공단.
- 이정찬. 2010. 건강관리서비스 도입방안 검토와 대안모색. 대한의사협회.
- 이정찬. 2010 일본의 생활습관병 관리제도. 대한의사협회.
- 윤석준. 2012. 만성질환 관리제도의 올바른 방향. 대한의사협회지. 55(5).
- 윤석준. 지역사회기반 만성질환 예방 및 관리모형 개발 세미나 자료집. 2013.
- 정설희 외. 2009. 의원급 요양기관의 만성질환 관리방안. 건강보험심사평가원
- 정영호 외. 2010. 비만과 흡연의 생애의료비 비교분석 및 건강증진에 따른 중장기적 효과 분석, 한국보건사회연구원, 건강증진사업지원단.
- 정영호 외. 2011. 2010년 한국의료패널 기초분석 보고서. 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단.
- 정영호 외. 2011. 건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구. 한국보건사회연구원.
- 정영호 외. 2012. 음주로 인한 사회경제적 비용 및 음주폐해 예방사업의 비용효과성 분석, 한국보건사회연구원, 건강증진사업지원단.
- 정현진 외. 2007. 유럽의 일차의료현황과 주치의 제도개혁 - 한국에의 함의. 국민건강보험공단.
- 조정진 외. 2015. 만성질환관리를 위한 보건의료서비스모형과 지역사회 일차의료 시범사업 현황. 대한가정의학회지.5(3); 173-178.
- 조정진. 2015. 지역사회 일차의료 시범사업 현황과 정책적 함의. 의료정책포럼. 13(1); 53-59.
- 조현호. 2015. 지역사회에서의 일차의료 시범사업에 거는 기대. 의료정책포럼. 13(3); 41-45.

- 질병관리본부. 2016. 2015 질병관리백서. 질병관리본부.
- 질병관리본부. 2016. 2015 국민건강통계. 질병관리본부.
- 질병관리본부. 2016. 2016년 고혈압당뇨병 등록관리사업 표준 실무지침. 질병관리본부.
- 최기춘 외. 2010. 건강보험 지출효율화를 위한 일차의료 강화방안. 국민건강보험공단.
- 최기춘 외. 2006. 2006년 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구. 국민건강보험공단.
- 최영순 외. 2009. 만성질환 단골의사제 시범사업. 국민건강보험공단.
- 최은진. 2010. 수요자 중심의 국가건강검진사업 운영방안. 한국보건사회연구원
보건복지포럼. 163; 16-26.
- 통계청. 2016. 주요 사망원인 통계(2015년도 기준).
- 한국건강증진재단. 2013. Tobacco Control Issue Report. 한국건강증진재단.
- 황은애. 2012. 「의원급 만성질환관리제」의 의료소비자 수용성확대 방안. 한국소비자원.
소비자정책동향. 2012(32).

<국외>

- Winslow CEA. 1920. The untilled field of public health. *Mod. Med.* 2:183.
- Last JM. 1988. *A Dictionary of Epidemiology*. 2nd Ed. New York, NY, Oxford University Press.
- Adam Przeworski, Henry Teune. 1970. *The Logic of Comparative Social Inquiry*. Wiley Interscience.
- AMA. 2014. Coverage of and Payment for Telemedicine. AMA.
- American Diabetes Association. 2013. The Cost of Diabetes.
- Andrea S. Christopher. 2015. Promoting Health as a Human Right in the Post-ACA United States. *American Medical Association Journal of Ethics*. 17(10); 958-965.
- ATA. 2016. 50 State Telemedicine Gaps Analysis; Coverage & Reimbursement. AMA.
- Australian Unity HealthCare. 2015. Submission to the House of Representatives Standing Committee on Health Inquiry into Chronic Disease Prevention and Management in Primary Health Care. Australian Unity HealthCare.
- Barbara K. Redman. 2007. Responsibility for Control; Ethics of Patient Preparation for Self-Management of Chronic Disease. *Bioethics*. 21(5); 243-250.
- Barbour KE, Helmick CG, Theis KA, et al. 2013. "Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation in United States, 2010-2012". *MMWR*. 62(14):869-73.
- Bashshur, R., Sanders, J., & Shannon, G, *Telemedicine Theory and Practice*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1997.
- BMA. 2012. Behaviour change, public health and the role of the state –

- BMA Position Statement. BMA. pp. 1-8.
- Bodenheimer T1, Lorig K, Holman H et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 288(19); 2469-2475
- Bouchery EE, Harwood HJ, Sacks JJ, Simon CJ, Brewer RD. 2011. "Economic costs of excessive alcohol consumption in the US, 2006". Am J Prev Med. 41(5):516-24.
- Bradleigh D Hayhow, Michael P Lowe. 2006. Addicted to the good life; harm reduction in chronic disease management. The Medical Journal of AU. 184(5); pp. 235-237.
- Bureau, Viola, Salomonsen, Heidi Houlberg. 2012. Comparing Comparative Research Designs. Department of Political Science. Aalborg University.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2013. Death and Mortality.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2013. NCHS Obesity Data.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2013. "National Diabetes Fact Sheet, 2011". Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept. of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2013. Exercise or Physical Activity.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2013. State Indicator Report on Fruits and Vegetables, 2013. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept. of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2014. Alcohol and Public Health: Alcohol Related Disease Impact (ARDI).
- Centers for Disease Control and Prevention. 2004. Alcohol-attributable deaths and years of potential life lost, United States, 2001.

- MMWR. 53:866-70.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2013. Arthritis Cost Statistics.
- CMS. 2015. Chronic Care Management Services. CMS.
- Charles C. Ragin. 1987. The Comparative Method; Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies with a New Introduction. University of California Press
- Cogswell ME, Zhang Z, Carriquiry AL, et al. 2012. "Sodium and potassium intakes among US adults: NHANES 2003~2008". Am J Clin Nutr. 96:647-57.
- Committee on Health and Behavior; Research, Practice and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. 2001.
- Commonwealth of Australia. 2012. Chronic Disease Management (CDM) Medicare items. Commonwealth of Australia.
- Don Nutbeam. 1998. Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and solutions. Health Promot. Int. 13(1); 27-44.
- Drue H. Barrett, Leonard H. Ortmann, Angus Dawson et al. 2016. Public Health Ethics Cases Spanning the Globe. pp137-176.
- Edward H. Wagner. 2000. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ. 2000(320); 569-572.
- Edward H. Wagner, Brian T. Austin, Connie Davis, Mike Hindmarsh, Judith Schaefer, and Amy Bonomi. 2001. Improving Chronic Illness Care; Translating Evidence Into Action Health Affairs. 20(6); 64-78.
- Edward J. Shahady. 2006. Barriers to care in chronic diseases; How to bridge the treatment gap. www.consultantlive.com. pp. 1149-1152.

- Finkelstein EA, Trogon JG, Cohen JW, Dietz W. 2009. "Annual medical spending attributable to obesity: payer- and service-specific estimates". *Health Aff.* 28(5):822-31.
- Fryar CD, Chen T, Li X. 2012. "Prevalence of uncontrolled risk factors for cardiovascular disease: United States, 1999~2010". *NCHS Data Brief*.
- Gerteis J, Izrael D, Deitz D, LeRoy L, Ricciardi R, Miller T, Basu J. 2014. *Multiple Chronic Conditions Chartbook*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- George A. Mensah, Richard A. Goodman, Stephanie Zaza et al.. 2004. *Law as a Tool for Preventing Chronic Diseases Expanding the Spectrum of Effective Public Health Strategies*.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. 2014. "American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2014". *The American Heart Association*. 129(3):228-292.
- Hillman AL, Ripley K, Goldfard N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. 1988. "Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care". *AmJ Public Health* 11:1699-1701.
- Hootman JM, Brault MW, Helmick CG, Theis KA, Armour BS. 2009. "Prevalence and most common causes of disability among adults in United States". *MMWR*. 58(16):421-6.
- Hui-Min Hsieh, Shu-Ling Tsai, Lih-Wen Mau et al. 2016. Effects of Changes in Diabetes Pay-for-Performance Incentive Designs on Patient Risk Selection. *Health Services Research* 51(2); 667-686.

- IOM. 1996. Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care.
- Isabelle Peytremann-Bridevaux, Bernard Burnand. 2009. Inventory and perspectives of chronic disease management programs in Switzerland; an exploratory survey. *International Journal of Int*
- ITU. 2012. Implementing E-health in Developing Countries: Guidance and Principles.
- Katie Coleman, Brian T. Austin, Cindy Brach, and Edward H. Wagne. 2009. "Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium". *Health Affairs* 28(1):75-85
- Kanny D, Liu Y, Brewer RD, Garvin WS, Balluz L. 2012. "Vital signs: Binge drinking prevalence, frequency, and intensity among adults in United States, 2010." *MMWR*. 61:14-19.
- Kenneth E Thorpe. 2009. Chronic disease management and prevention in the US; The missing links in health care reform. *Eurohealth* 15(1);5-7.
- Lisa Zamosky. 2013. Chronic disease A growing challenge for PCPs. *Medical Economics Business of Health; Chronic Disease resource center*.
- Marin Gemmill. 2008. Research note; Chronic Disease Management in Europe. European Commission. pp. 1-33.
- Ministry of Health and Long-Term Care of Ontario. 2007. Preventing and Managing Chronic Disease; Ontario's Framework. Ministry of Health and Long-Term Care of Ontario.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2009. The Power of Prevention. CDC
- National Cancer Institute. 2013. Cancer Prevalence and Cost of Care

Projections.

- NHS. 2004. Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS; The need for coordinated management programmes. NHS.
- National Public Health Service for Wales. 2005. A profile of long-term and chronic conditions in Wales. National Public Health Service for Wales.
- OECD. 2016. 2015 International Profiles of Health Care Systems. Commonwealth Fund pub. 1857; 107-114.
- Rebecca C H Brown. 2013. Moral responsibility for (un)healthy behaviour. J Med Ethics. 2013(0); 1-4.
- Ronald Bayer. 2007. The continuing tensions between individual rights and public health. EMBO reports 8(12);1099-1103.
- Rosalind Raine, Mordechai Shani, Yael Ashkenazi. 2012. Accountability and Responsibility in Health Care; Issues in Addressing an Emerging Global Challenge. World Scientific Publishing Co Pte Ltd.
- US Department of Health and Human Services. 2014. The Health Consequences of Smoking 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Sarah Galbraith-Emami. 2013. Public Health Law and Non-communicable Diseases. UK Health Forum. pp 1-31.
- Stephanie Stock, Dagmar Starke, Lutz Altenhofen et al. 2011. Disease-Management Programs Can Improve Quality of Care for the Chronically Ill, Even in a Weak Primary Care System: A Case Study from Germany. Commonwealth Fund pub.

1560(24); 1-16.

Ward BW, Schiller JS, Goodman RA. 2014. "Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. *Prev Chronic Dis*. 11.

WHO. 1998. Health Promotion Glossary. WHO.

WHO. 2002. Innovative Care for Chronic Conditions. WHO.

WHO. 2014. Assessing chronic diseasemanagement in European health systems. WHO.

WHO. 2015. Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO.

Yarnall KSH, Østbye T, Krause KM et al. 2009. Family physicians as team leaders time to share the care. *Prev Chronic Dis*. 6(2); 1-6.

일본 법무성. 2016. 고령자의 의료 확보에 관한 법률(高齢者の医療の確保に関する法律). 법무성.

일본 법무성. 2016. 노동안전위생법(労働安全衛生法). 법무성.

일본 후생노동성. 2013. 특정건강진단·특정보건지도의 원활한 실시를 위한 지침서. 후생노동성.

일본 후생노동성. 2016. 진료보수(診療報酬)점수표. 후생노동성.

<웹사이트>

미국 질병관리본부 홈페이지[인용일자: 2016. 7. 30],

<https://www.cdc.gov/>

미국 CMS 홈페이지[인용일자: 2016. 8. 3],

<https://www.cms.gov/>

미국 플로리다 주 보건부 홈페이지[인용일자: 2016. 8. 10]

<http://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml>

일본 건강보험조합연합회 홈페이지[인용일자: 2016. 9. 5]

<http://www.kenporen.com/>

일본 생활습관병예방협회 홈페이지[인용일자: 2016. 9. 5]

<http://www.seikatsusyukanbyo.com/main>

일본 후생노동성 홈페이지[인용일자: 2016. 9. 5]

www.mhlw.go.jp/

일본 법무성 홈페이지[인용일자: 2016. 9. 5]

www.moj.go.jp/

ABSTRACT

Improvement of Payment System for Chronic Disease Management

- A comparative and institutional study on the case of USA and Japan -

Lee Dong Hyun
Dept. of Medical Law and Ethics
The Graduate School
Yonsei University

This paper studied the issue of payment system for chronic disease management in Korea by comparing the systems of other countries for chronic disease management. This paper suggests a method of application to Korea by comparison with countries that have a payment system for chronic disease management such as Japan, Australia and US in terms of the roles of physicians, the payment and incentive system, the quality management system, and the legal issues.

As a result, This study suggests that the improvement of payment system for chronic disease management in Korea should be made by establishing the standard of human resources for chronic disease management, the actualization of the physicians'

fee, reviewing the range of chronic diseases, And the redefining non-face-to-face care.

In terms of the roles of physicians, there is no detailed regulation for the physicians' roles of prevention of chronic diseases, management and treatment of chronic disease currently in Korea but only classifies level of Clinic by the National Health Insurance Act.

It is necessary that the activity of a multidisciplinary team that is comprised of doctors, nurses, physiotherapists, and nutritionists. Because chronic diseases need to manage through that various forms of approach and roles must be accompanied by various stages such as prevention of chronic disease, management and treatment of chronic disease.

The physicians' fee for Chronic disease management needs to be adjusted because the cost in Korea is 1.5 to 2 times lower than that of the United States or Japan. Therefore, compensation for physicians should be made in the form of an incentive or increased.

In order to adjust physicians' fee, above all, the scope of chronic diseases must be clear. The current range of chronic diseases is more unfocused and unclear than Japan and the United States. This is because they are listed as the diagnosis group rather than a specific name of disease. Therefore, for the application of adjusting physicians' fee, it is necessary to distinguish the chronic diseases according to a specific name of disease.

Moreover, an evaluation system and detailed rules are required in order to guarantee the quality of chronic disease management, and experts in chronic disease management need to be trained by means of certification and education.

Also, it is necessary to clarify the definition of non-face-to-face treatment. The United States is also actively utilizing non-face-to-face care in chronic disease management. Japan and the United States clearly distinguish between non-face-to-face and telemedicine, and non-face-to-face care is restricted to patient management such as counseling or consultation without medical examination. Therefore, there is a need to distinguish between clear definition and scope of non-face treatment and telemedicine.

Since September 2016, the Ministry of Health and Welfare in Korea has been enforcing a 'pilot project for chronic disease management'. The main purpose is to actively manage chronic diseases through patient self-management, disease management and counseling through physician. In order to accomplish the purpose, the patient and the physician should actively perform each other's role and institutionally be supported. This study suggests that the remedies of the payment system for chronic disease management in Korea. It will increase the effectiveness of the project and help to get settled.

Key Words : Chronic disease management, payment system for chronic disease, The remedies of chronic disease management