

토론:  
문재인정부의  
보건의료 정책과 주요 과제

# 예방 중심 건강 관리 및 환자 중심 의료서비스 제공

- 건강검진 사후 관리 강화
  - 독감 예방접종 확대
  - 정신건강증진체계 강화 등
- 
- 지역사회기반 의료체계
  - 환자 회송 체계
  - 정보교류 시스템 등

## 강점

높은 객관적·신체적 건강수준  
및 건강수명의 향상

낮은 의료비 수준

뛰어난 급성기 및 암 관련  
의료 질

풍족한 고가장비 및 시설

세계 최고수준의 의료이용량

## 약점

낮은 주관적·정신적 건강수준  
및 높은 계층간 건강격차

빠른 의료비 증가율

미흡한 만성기 일차의료 관련  
의료 질

보건의료인력 부족 및 불균형

짧은 진료시간

풍족한 고가장비 및 시설

세계 최고수준의 의료이용량



$$\text{Value} = \frac{\text{Quality}^*}{\text{Payment}^\dagger}$$

\* A composite of patient outcomes, safety, and experiences  
 † The cost to all purchasers of purchasing care

- 질 평가 자료
- 비용(급여+비급여) 자료

# 의료질 기반 보상

## 성과기반 보상체계로 전환

기존 진료량 중심에서  
가치중심으로 보상체계 전환



## 질평가 체계 고도화

### 의료질 평가체계의 내실화, 고도화

의료질평가지원금 제도 등 평가지표 개선, 평가  
영역 세분화 등 중장기 발전방향 마련

성과 측정 인프라  
구축이 선행되어야 함

- 질 지표
- 비용 지표

국민 부담은 최소화  
- 통상적 수준의 보험료 인상 -

건강보험 국고지원 확대 추진

합리적 의료이용 유도

예방 중심 건강관리

부정적 지출 등 재정누수 방지

합리적 부과체계 개편

'18년 보험료 2.04% 인상

과거 10년간 평균 보험료 인상률 3.2%

# [단독] 대학병원이 감기 환자까지...건보 재정 1500억 축내

등록 :2015-09-16 00:20 수정 :2015-09-16 10:53



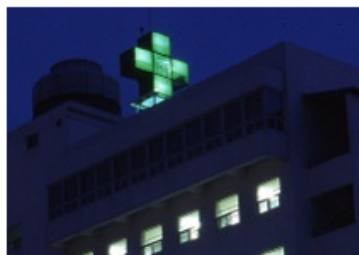
상급 병원, 가벼운 외래환자 16%  
동네의원으로 회송률은 0.16%뿐  
건보 비용 늘고 환자 부담은 3배  
동네의원 비중 10년 새 18%p 급락



긴 대기시간. 짧은 진료. 값비싼 비용에도 불구하고 무조건 큰 병원으로 몰리는 환자들로 인해 대학병원의 접수 창구는 늘 문전성시를 이룬다. 한겨레 자료 사진



기사 입력 2014.06.09 07:23:26



“나와 가족 중 누군가가 중병에 걸린다고 생각한다면, 크고 유명한 병원을 더 많이 찾는 환자들의 선택에 동조하지 않을 수 없다. 일반인의 시각에서, 규모가 크고 최신 장비와 신기술 도입이 빠르고 유명 의사가 많은 병원이 높은 수준의 의료서비스를 제공할 것이라고 기대할 수밖에 없다.”

대형병원으로의 환자쏠림 현상이 갈수록 심화되고 있다. 2005년~2012년까지 건강보험 외래 진료비의 변화를 비교해보면 상급종합병원은 140%가 증가한 반면, 의원은 55% 증가로, 상급종합병원의 절반 수준에도 미치지 못했다. 동네의원은 저수가와 환자 부족이라는 ‘이중고’로 신음하고 있다.

문제는 정부의 보장성 강화 정책 추진으로 환자쏠림 현상이 더욱 가중화될 것이란 점이다. 최근 한국보건사회연구원 강희정 연구위원은 ‘대형 상급종합병원 환자쏠림 완화정책의 현황과 방향’ 보고서를 통해 환자쏠림을 해소하기 위한 방향을 제시했다. 이를 토대로 환자쏠림으로 인한 문제점과 대안을 짚어본다.

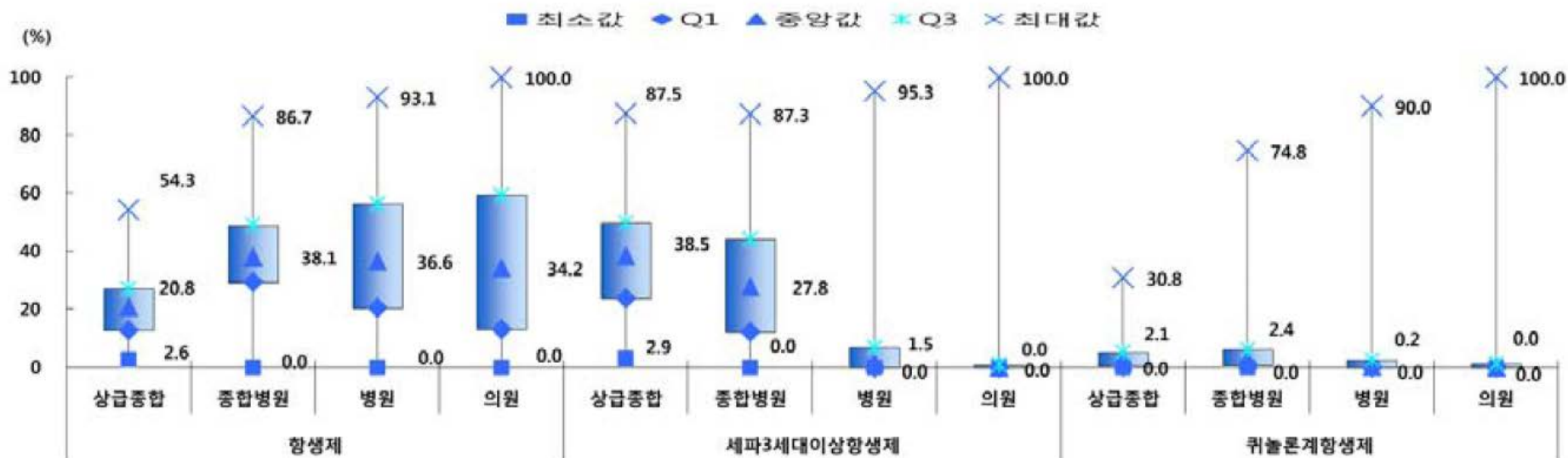
#### 환자쏠림으로 인해 비정상적 의료관행 형성

환자쏠림은 2008년부터 정책적인 문제로 급부상했다. 초기에는 의료기관 간에 진료수입의 불균형 문제로 언급되다가 KTX개통으로 인한 ‘수도권 환자쏠림’이 문제가 됐다. 이후 환자 집중도가 수도권에서 수도권 대형병원으로, 그리고 빅5대형병원으로 심화되고 있음이 언론을 통해 반복적으로 노출돼왔다.

최근에는 박근혜 정부의 4대 중증질환 보장성 강화, 비급여 개선 정책이 중증질환자의 상급종합병원 의존도를 증가시켜 환자쏠림 문제를 고착화시킬 것이라는 우려가 확산되고 있는 실정이다.

그렇다면 환자쏠림으로 인해 발생하는 문제는 무엇일까. 강희정 연구위원은 ▲낮은 비용으로 치료 가능한 환자의 불필요한 지출 증가 ▲적절한 의료서비스의 제공 지연 ▲비정상적인 의료관행 형성 등을 꼽았다.





주) 급성상기도 감염 청구 명세서가 100건 이상 항생제처방건수 10건 이상인 기관 대상(공개대상기준 적용)

그림 2.38 급성상기도감염 항생제처방률(성분계열별항생제 포함) 기관별 결과('14년 4분기)

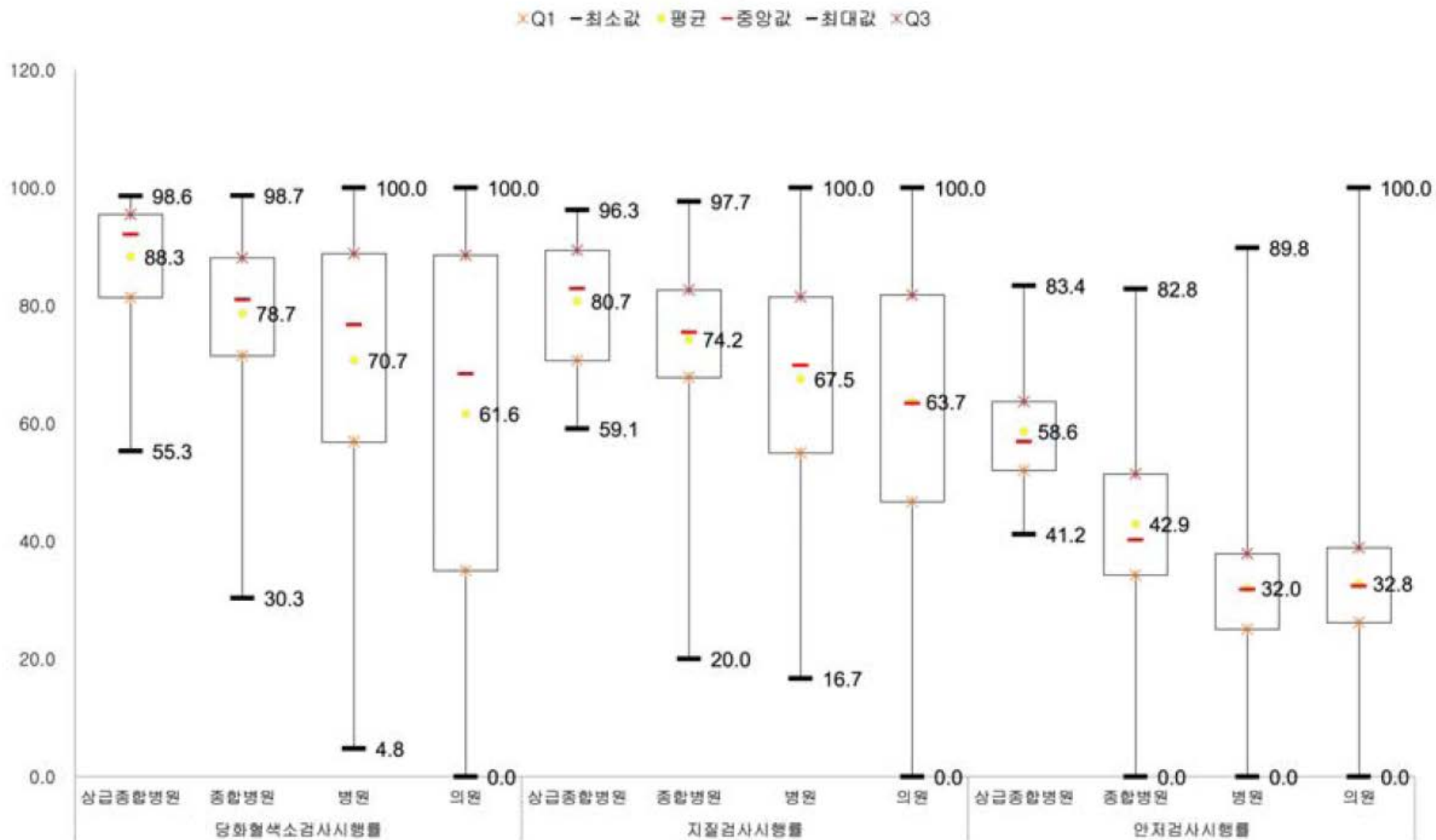


그림 2.32 당뇨병 검사 시행률 변이(종별)

**Investing in  
prevention:**  
is it cost  
effective?



- The evidence shows that prevention **can** be cost-effective, provide value for money and give returns on investment in both the short and **longer terms**.
- **Population-level approaches** are estimated to cost on average five times less than individual interventions.
- Investing in **cost-effective interventions** to reduce costs to the health sector and other sectors **can** help create sustainable health systems and economies for the future.

WHO. The case for investing in public health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ; 2014.

## 개 선(예비급여)

### 비급여

- 모든 질환 대상
- 건강보험 선적용 및 평가 후 제외(negative 방식)
- 본인 부담 30/50/70/90%  
\* 30% 약제 선별급여

평가



급여

예비급여

비급여

# 예비급여 평가

- 의료행위 목록?
- 급여 + 비급여
  - 의학적 비급여
  - 미용/성형 목적 비급여
- 보건의료기술평가
  - 효과, 안전성: 체계적 문헌고찰
  - 비용-효과성: 경제성 평가

## Ⅳ. 본평가 수행방안

### 2. 평가대상 : 기동제의약품 목록정비 공고 내용

연 도 (평가대상군수)	총 품목 수 (성분코드수)	평가 대상군 (품목수)
2007년 (시범평가, 2)	295 (54)	고지혈증치료제(284), 편두통치료제(11)
2008년(6)	3,748 (800)	고혈압치료제(1,184) 기타의 순환기계용약(323), 기타의 소화기계용약(991), 소화성궤양용제(805), 장질환치료제(329), 골다공증치료제(116)
2009년(10)	4,755 (1,196)	당뇨병약(308), 호흡기관용약(755), 알러지치료제(274), 소염진통제(1,577), 근이완제와 통풍치료제(384), 마약성진통제(119), 항혈전제(225), 혈액대용제(893), 지혈제(83), 빈혈치료제(137)
2010년(15)	4,647 (1,053)	정신흥분제 및 치매치료제(332), 간질치료제(242), 항정신병약(140), 우울증치료제(145), 항불안제 및 수면진정제(132), 마취제(183), 파킨슨병치료제(53), 이식관련 약물(35), 면역글로불린(50), 면역자극제(93), 류마티즘치료제(3), 다발성경화증치료제(4), 항생제등(2,974), 항바이러스제(195), 기생성 질환용제(66)
2011년(16)	3,084 (1,050)	부신피질호르몬제(155), 성장호르몬과 기타 치료제(32), 갑상선질환용제(21), 암-화학요법제(412), 암-호르몬과 항호르몬제(50), 비뇨생식기관용제(242), 산부인과용약(156), 불임치료제(36), 피부질환치료제(연화제 및 건선치료제 등)(324), 피부감염증치료제(344), 피부질환치료제(감염증제외)(79), 안과용약(497), 이비인후과용약(87), 치과구강용약(36), 따로 분류되지 않는 기타의 약물(295), 비타민 및 무기질(318)
계(49)	16,529 (4,153)	-

# 늪에 빠진 복지부..."기등재약품목록정비는 실패?"

송수연 기자    승인 2010.07.19 22:46    댓글 0

---

[청년의사 신문 송수연] "모두 수용할 수 있는 방법론 도출 힘들어...평가 수행 곤란"

정부가 '약제비 적정화 방안'의 일환으로 추진하던 기등재의약품 목록정비 사업의 문제점을 스스로 인정했다.

보건복지부는 지난 16일 열린 건강보험정책심의위원회에 효능군별 경제성 평가 등을 통한 목록정비가 아닌 '일괄 인하'하는 내용의 '기등재 의약품 목록정비 본평가계획(안)'을 보고했다.

본지가 입수한 '본평가계획안'에 따르면 복지부는 기존 방식에 대해 "이해관계자가 모두 수용할 수 있는 방법론 도출이 곤란하다"며 "기등재 의약품 전체에 대해 상호 비교하는 연구의 특성상 효능군별로 1년 남짓한 기간 내에 약제의 세부 특성을 모두 고려한 평가를 수행하기가 사실상 곤란하다"고 시인했다.

또한 "연구방법과 이해관계가 복잡해 결과 도출에 장시간이 소요된다"며 "근거문헌 정리 및 약제 효과분석 등 연구 자체에 6~10개월이 소요되며 연구의 과학성·객관성에 대한 문제제기도 평가 장기화 요인으로 작용했다"고 지적했다.



# 41개 효능군 목록정비 결과 확정...2,624품목 약가 인하

300여 품목, 급여 삭제...복지부, 급여목록 개정안 고시

이상구기자 lsk239@medipana.com 2011-12-01 06:44

가+    가-

복지부와 심평원이 추진했던 41개 효능군 목록정비 결과가 확정돼 2,624개 품목 약가가 내년 1월부터 인하된다. 또 300여개 품목은 약제급여목록에서 삭제된다.



보건복지부는 이같은 내용이 포함된 '약제급여목록 및 급여상한금액표' 개정안을 30일 고시했다.

우선 제약업계 관심이 집중됐던 기등재 41개 효능군 9,765개 품목에 대한 목록정비 결과, 동일제제 최고가를 기준으로 해당 약가가 80% 이상인 품목 중 인하가 최종 확정된 의약품은 총 2,624개 품목으로 집계됐다.

이 2,624개 품목은 다른 약가인하 기전과 겹치지 않고 순수하게(?) 기등재 의약품 목록정비로만 약가가 인하되는 품목이라고 복지부는 설명했다. 당초 목록정비 대상 품목 중 26.9% 가량이 약가 인하 대상으로 고시된 것.

이번 41개 효능군 목록정비 품목 역시 5개 효능군 목록정비와 동일하게 향후 3년 간 7%, 7%, 6% 순으로 약가를 인하한다고 복지부는 밝혔다.

또한 목록정비 결과에 따라 임상적 유용성 부족 품목 등 300여개 품목을 약제급여목록에서 삭제키로 했다. 이 300여개 품목에는 이번 목록정비 과정에서 정부가 제시한 약가 인하를 수용하지 않아 약제급여목록에서 삭제되는 품목도 20여개로 알려졌다. 아울러 조건부

## 만성질환 관리 강화

연내 포괄적 만성질환 관리 모형 마련, '18년  
적용 추진



환자 심층분석 상담,  
교육, 지속 관리



참여 환자는 본인부담  
경감등 인센티브 제공

## 지역밀착형 건강증진

- 지역사회 통합 건강증진 사업('13~)
- 포괄적 만성질환 관리 모형 마련
- 방문건강관리서비스 확대(0세, 노인) 및 보건-복지 서비스 연계
- 모바일 헬스케어 시범사업  
(만성질환 위험군 대상, 스마트폰 활용)

\* '17년 35개소 → 전국 확대 추진



# 지역사회 기반 의료체계

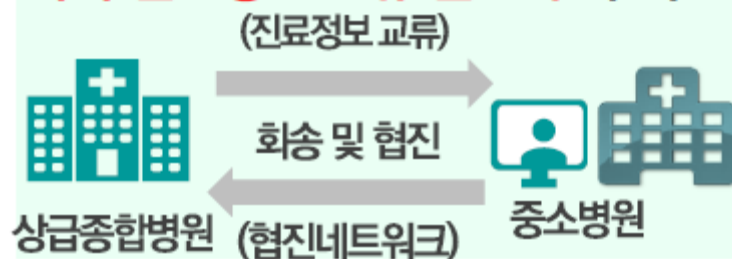
## 의료기관 종별 기능정립



## 기능정립 유도 인프라 확충

동네의원과 대형병원의 역할정립  
유도하는 **수가구조 개편방안 마련**

환자 **의뢰-회송** 확대시행 및  
**국가 진료정보 교류 인프라** 구축



# 의료기관 기능 재정립 기본 계획..미적미적

문정림 의원,“복지부, 의료기관 기능 재정립 기본계획, 수립 후 3년 지나도록 미완료, 조속한 추진 및 내실있는 이행 필요”

노재영 기자 imph7777@naver.com | 등록 2014.10.13 08:06:17



문정림 의원(보건복지위원회, 새누리당)이 2014년 국정감사를 위해, 보건복지부(이하 복지부)가 제출한 자료를 분석한 결과, 지난 2011년 복지부가 수요자 중심의 지속가능한 보건의료체계를 구축하고, 종별 기능에 맞는 역할 확립을 위해 수립한 「의료기관 기능 재정립 기본 계획」이 수립 후 3년이 지나도록 제대로 이행되지 않고 있는 것으로 드러났다.

「의료기관 기능 재정립 기본계획」은 의원-병원-대형병원간 역할분담을 통해, 적절한 비용으로 양질의 의료서비스를 효율적으로 제공하고자 지난 2011년 수립되었다.

「의료기관 기능 재정립 기본계획」은, 의원은 외래환자에 대한 포괄·지속적인 의료서비스 제공하여 일차의료의 역할을 강화하고, 병원은 경쟁력을 갖춘 전문병원 및 의료취약지역의 중심병원으로 육성하며, 대형병원은 중증질환자 진료와 함께 교육 및 연구기능을 강화하여 세계적인 경쟁력을 갖춘 병원으로 육성한다는 추진 목표 하에, 세부과제 30개를 선정하여 11년 하반기 내에 모두 완료하도록 되어 있었다[표1][표3].

그러나 복지부는 계획 수립 후 세부추진 과제를 제대로 이행하지 않았다[표2].

30개 추진과제 완료한 과제는 10개에 불과했으며, 나머지 20개 과제 중 10개 과제는 일부만 완료했고, 나머지 10개 과제는 현재 연구용역이나 시범사업 중인 것으로 확인됐다.

또한 일부 완료 및 완료된 과제에서조차 다수에서 문제점이 드러났다.

일부 완료된 10개 과제중 의료기관간 협력체계 구축, 지역거점병원 육성, 의료권 설정, 협력·병원개방병원 활성화, 전문의료센터 확대 및 고도화 등 5개 과제는 효과가 미비하고 지속 추진과제로 볼 수 있으며, 전문의제도 개선의 경우 기피과의 전공의 정원 감축에 따라 충원률이 올라간 것을 제도개선의 효과라 보기 어렵고, 건강보험체계 개편의 경우, '의료기관 종별 본인부담차등제'에 대해 제도 본 취지의 효과를 나타내지 못해 지속 조정이 필요한 과제이다.

완료된 과제 중 일부는 추가조정이 필요하거나, 추진사항에 따른 기대효과가 충분히 나타났다고 보기 어려웠다. 의료기관 종별 표준업무 고시 제정 과제의 경우, 단순 고시여서 무의미하다는 평가가 있었으며, 연구중심병원 육성의 경우 2015년도 예산이 삭감되어 도입 취지 달성이 불투명했다. 전문병원제도 시행, 야간·공휴일 운영 의료기관 확대 등은 추가 개선이 필요한 것으로 평가되었다.

# 의료기관 기능 재정립 방안(1)

구분	추진 사항 (여부)
완료	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의료기관 종별 표준업무 고시 제정 → 단순 고시일 뿐 현장에서 유의미하지 않음</li> <li>2. 전문병원제도 시행 → 2015년 2기 지정(추가 개선 필요)</li> <li>3. 특화병원제도 도입 방안 검토 → 2015년 2기 지정(추가 개선 필요)</li> <li>4. 연구중심병원 육성 → 2015년 예산 삭감(도입 취지 효과 달성 의문)</li> <li>5. 우수 전문의료기관의 글로벌화 → 진행 중인 과제(효과 판단 이른 상태)</li> <li>6. 글로벌 u-health 도입 → 진행 중인 과제(효과 판단 이른 상태)</li> <li>7. 상급종합병원 지정기준 개선 → 2014. 7. 개정(효과 판단 이른 상태)</li> <li>8. 야간/공휴일 운영 의료기관 확대 → 추가 개선 필요</li> <li>9. 의료기관 인증제 도입 → 실질적인 효과 발생 한계(요양병원 인증 사업 진행 중)</li> <li>10. 정보공개포털 구축 → 국가건강정보포털 <a href="http://health.mw.go.kr">health.mw.go.kr</a></li> </ol>

# 의료기관 기능 재정립 방안(2)

구분	추진 사항 (여부)
일부 완료 (지속 추진)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 건강보험체계 개편 → 2013. 이후 일부 조정 (지속 조정 필요 과제)</li> <li>2. 의료기관간 협력체계 구축 → 효과 미비(지속 추진)</li> <li>3. 지역거점병원 육성 → 효과 미비(지속 추진)</li> <li>4. 의료권 설정 → 효과 미비(지속 추진)</li> <li>5. 협력병원/개방병원 활성화 → 효과 미비(지속 추진)</li> <li>6. 전문의료센터 확대 및 고도화 → 효과 미비(지속 추진)</li> <li>7. 전문의제도 개선 → 중요 과제 미완료(전공의 수련환경 개선 등)(지속 추진)</li> <li>8. 의료인 면허신고제 도입 → 신고율 74%</li> <li>9. 신응급실 모델 개발/보급 → 소아 전용 응급실 보급, 응급의료체계 개선 법안 발의 중</li> <li>10. 진료지침 개발/보급 → 임상진료지침 정보센터 <a href="http://www.guideline.or.kr">www.guideline.or.kr</a> (임상진료지침 일부 개발 완료/일부 개발)</li> </ol>

# 의료기관 기능 재정립 방안(3)

구분	추진 사항 (여부)
미완료 (연구 검토 중)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 의뢰서 발급제도 개선 → 2014. 10. 7. 협의</li><li>2. 회송제도 활성화 → 2014. 10. 7. 협의</li><li>3. EHR 구축 → 2014. 12. 「건강정보보호 및 활용에 관한 법률안」</li><li>4. 만성질환 관리체계 구축 → 2014. 시범사업 중</li><li>5. 노인 대상 관리 시범사업 → 2014. 시범사업 중</li><li>6. 상급종합병원 예외 경로 축소 → 2014. 10. 7. 협의</li><li>7. 일차의료 인력 양성</li><li>8. 병상 수급 관리기전 마련 → 2015. 1. 상급종합병원 병상 신/증설 사전협의제 도입</li><li>9. 의료장비 수급/품질 관리체계 강화 → 연구용역 추진 중</li><li>10. 의원급 의료기관 자율 인증제 도입 → 법안 발의 중</li></ol>



# 의료전달체계 개선 협의체 논의 과제

- 일차의료 역할 정립 및 활성화
  - 일차의료에 대한 개념 정립: 최초 접촉, 포괄성, 지속성, 조정성, 지역사회 맥락 등
  - 일차의료의 속성 및 적정 역할 모델 구축
  - 바람직한 의원급 의료기관(일차의료기관)의 기능/인력 등에 대한 논의
  - 동네의원 중심의 건강관리서비스 제공
  - **지역의사회 중심으로 일차의료 지원센터 운영 강화, 수가 적용 등**
- 대형병원 쓸림 완화 및 역할 정립
  - 상급종합병원의 중증 환자/고난이도 중심 진료
  - 경증환자의 대형병원 이용 축소 유도
  - 상급종합병원 등 급성기 병원의 불필요한 장기입원 수요 억제
  - 진료의뢰가 없는 상급종합병원 이용 예외 경로 축소
  - 상급종합병원의 연구 활동 지원 및 입원진료 중심 병원 활성화
- 지역 중소병원 역할 강화 및 의료자원 효율화
  - 중소병원 육성
  - 전문병원 및 지역거점병원 지정/육성
- 의료기관간 협력 모델 구축
  - 의료기관간 진료정보 등 협력을 위한 **진료의뢰 및 회송수가 시범사업** 실시 및 본격화 추진
  - **의료기관(거점의료기관-협력병의원)간 진료정보 교류 활성화**
  - 1차 의료기관과 지역병원 등이 연계한 포괄적 네트워크 구성 및 만성질환 관리방안 등

# Health care delivery system

- A term used to describe how a national, regional, or local health care system is organized, administered, provided, and paid for, sometimes to a circumscribed system such as that under the auspices of a specific medical and hospital insurance carrier or HMO.
- Use of a word "delivery" is depreciated by critics who point out that health and health care cannot be "delivered". Health care can be offered or provided, and it may (may not) be used by those who need or want it.

Last JM (ed.). A Dictionary of Public Health. New York: Oxford University Press; 2007.

# 의료전달체계 vs. 환자의뢰체계

- Health care delivery system
  - 의료체계, 의료공급체계, 의료서비스체계
  - 의료기관들이 구성요소인 사회 체계
- Patient referral system
  - 환자의뢰체계, 환자이송체계
  - 의료기관의 기능을 구분하고 환자들의 의료 추구과정과 의료 이용경로가 그러한 구분에 맞추어지도록 하는 것

한달선. 건강, 의료, 사회. 서울: 한국문화사; 2009.

표 2. [지역사회 일차의료 시범 사업]과 기존 만성질환 관리 사업의 차별점

	고혈압 당뇨병 등록사업	의원급 만성질환관리제	일차의료 시범사업
서비스 제공자	보건소, 병/의원, 등록관리센터(24개소)	공단지사, 지역 민간 자원	일차의료기관
주요 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 등록환자 본인부담금 지원</li> <li>• 방의원 환자 등록비 지원</li> <li>• 리콜/리마인드 서비스</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (환자) 외래 진찰료 본인부담금 지원</li> <li>• (의원) 평가를 통해 사후 인센티브 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역의사회 주도운영 자율성 제공</li> <li>• 개인별 맞춤 건강교육프로그램 제공</li> <li>• 일차의료기관에 보상</li> </ul>
센터 운영주체	보건소	건강보험공단	지역의사회 (지역운영위원회)
전산체계	보건업무정보시스템 (보건소 전자차트와 연계)	공단 내부 전산망	사업을 위한 전용 시스템

# 복지부, '지역사회 1차의료 시범사업'에 13개 지역 추가

서울 강동 등 4곳·부산 3곳·대구 3곳 이외 대전·경기·충북에 각 1곳씩 선정

✎ 박성순 기자    ⌚ 승인 2017.10.31 12:01    💬 댓글 0



보건복지부가 고혈압·당뇨병 등 만성질환 관리를 위한 1차 의료기관의 역할을 강화하기 위해 지역사회 1차의료 시범사업 대상으로 13개 지역의사회를 추가로 선정했다.

사업지역 선정을 위한 공개 모집(2017년 9월 11일~10월 11일) 후 1차 서류심사 및 2차 대면심사를 통해 선정된 지역의사회는 ▲서울특별시 강동구·광진구·노원구·은평구 ▲부산광역시 사상구·북구·부산진구 ▲대전광역시 동구 ▲대구광역시 동구·중구·서구 ▲경기도 고양시 ▲충청북도 제천시 총 13개다.



만성질환자 진료 모습.

이로써 시범사업에 들어가 있는 서울 중랑구, 강원도 원주시, 전북 전주시, 전북 무주군 등 4개 지역을 포함해 총 17개 지역에서 1차의료 시범사업이 실시된다.

이번에 선정된 13개 지역에서는 기존 사업에서 동네의원에 대한 지원 역할을 하던 건강동행센터의 기능을 지역 여건에 따라 보건소, 국민건강보험공단 등으로 확

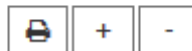
대 적용한다.

이에 따라 동네의원에서 의사의 종합관리 및 교육·상담이 강화될 뿐만 아니라 보건소, 공단 등 지역의회의 보건의로 인프라를 연계·활용한 만성질환 관리가 더욱 유기적으로 이뤄질 수 있게 됐다.

# 의료전달체계 개편, 국민이 수용해야 정착 가능

건강정책학회, 의료전달체계 논의... "1차 의료기관에 대한 국민 신뢰 회복 필요"

곽성순 기자 | 기사 더보기



의료전달체계 개편의 키는 의료 이용자, 즉 국민이 쥐고 있다는 주장이 제기됐다.

정부와 전문가가 아무리 좋은 정책을 만들어도 국민이 수용하지 않으면 정착될 수 없고, 의료전달체계 확립을 위한 1차 의료기관 강화의 시작은 국민 신뢰가 바탕이 돼야 한다는 것이다.



비판과 대안을 위한 건강정책학회는 지난 20일 2016년 봄 학술대회에서 '의료전달체계 개선' 세션을 마련했다.

이날 세션에 참가한 전문가들은 입을 모아 국민의 지지를 받는 전달체계 마련을 강조했다.

가톨릭관동대 예방의학과 박웅섭 교수는 "국민들이 1차 의료기관을 믿지 못하고 대학병원을 선호하는 상황에서 아무리 좋은

의료전달체계를 만들어도 따를 사람이 없을 것"이라며 "의료전달체계를 어떻게 개선할 것인가도 중요하지만 좋은 정책을 알리고 국민과 호흡하는 것이 중요하다"고 말했다.

Ock M, Kim JE, Jo MW, Lee HJ, Kim HJ, Lee JY. Perceptions of primary care in Korea: a comparison of patient and physician focus group discussions. BMC Fam Pract. 2014 Oct 31;15:178.

**Table 4 Main content comparison by themes**

Key component of primary care	Themes	
	Patients	Physicians
Quality of care*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distrust in primary care physicians(-)</li> <li>• Trust in the hospital care system(+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulties in meeting diverse needs of patients(-)</li> <li>• Better than other countries(+)</li> </ul>
First contact	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trust-based relationship with primary care physicians(+)</li> <li>• One-stop service provision(-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unawareness of patients(-)</li> </ul>
Accessibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extending doctor's office hours(-)</li> <li>• Absence of duty clinic system(-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Needlessness of extending doctor's office hours(-)</li> <li>• Insufficient financial compensation(-)</li> </ul>
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unawareness of patients(-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competition to acquire their own patients(-)</li> <li>• Insufficient financial compensation(-)</li> <li>• Difficulties in meeting diverse needs of patients(-)</li> <li>• Limited coordinating role(-)</li> </ul>
Comprehensiveness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unawareness of patients(-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insufficient financial compensation(-)</li> </ul>
Continuity	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow-up management(+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Not my duty(-)</li> <li>• Insufficient financial compensation(-)</li> </ul>

\*Newly added key components of primary care.

(-) represents a weakness of the key primary care function listed on the left column.

(+) represents a strength of the key primary care function listed on the left column.

# 환자가 원하는 일차의료

- 의료기관 최초 방문과 지속적인 방문의 환경적 요인은 지리적 접근성, 저렴한 진료비, 짧은 대기시간 등으로 나타났다.
- 특정 의료기관의 지속적 방문이유, 주치의의 자질과 능력은 '잘 듣고, 친절하고, 자세히 설명해주고, 편안하게 대해주는' 것이다.
- 일차의료의 담당자가 환자에게 자세한 설명을 해주고, 공감능력에 기반한 상담 특히, 신체질환만이 아닌 사회·심리적 요인을 통한 상담을 해주며, 가족적 의사-환자관계에 기반한 포괄적 관리를 해주기를 바라고 있다.

정진주 등. 일차의료 정립을 위한 의료이용자의 단골의사 및 주치의 역할에 대한 인식도: 질적 면접조사. Korean J Fam Pract 2013;3(2):132-138.



# 단골의사 및 가족주치의에 대한 인식

- 단골의사/가족주치의 요구도
  - 90%
- 기대하는 의료서비스
  - 만성질환관리: 93.8%
  - 연령에 맞는 가족 건강검진: 91%
  - 불안, 우울, 스트레스에 대한 상담 및 진료: 86.6%
  - 예방접종서비스: 86.4%
  - 금연, 절주 등 질병예방서비스: 86.4%

# 의료전달체계에서의 일차의료의 현황과 문제점

- 현황과 문제점
  - 일차의료기관의 외래 비중 축소
  - 비효율적인 경증환자 관리
  - 외래 진찰료 비중 감소
  - 의뢰·회송기능 부재
- 일차의료 활성화: 단기 방안
  - 진찰과 교육 상담 기능 강화
  - 일차의료 역점 질환의 확대
  - 의뢰·회송 체계 확립
  - 일차의료 질 강화
  - 환자 유인 방안 개발
- 중장기 대안: 통합의료

이정찬. 의료전달체계에서 일차의료 활성화를 위한 방안과 전망. 보건복지포럼 2015;230:17-30.

# 의료전달체계의 개편 원칙

- 단계별 의료기관의 역할 정립
- 의료기관의 역할 정립을 위한 기반조성
  - 가치기반 보상 체계: 의료기관과 환자
  - 의료기관 연계와 협력 촉진: 의뢰수가
  - 의료기관 네트워크 구조화
- 기타 중요한 개선 과제
  - 동네의원의 일차의료 역량 강화
  - 상급병원의 교육 연구 활동에 대한 지원
  - 상급종합병원의 지정 기준 개선
  - 중소형병원의 과잉공급 해소

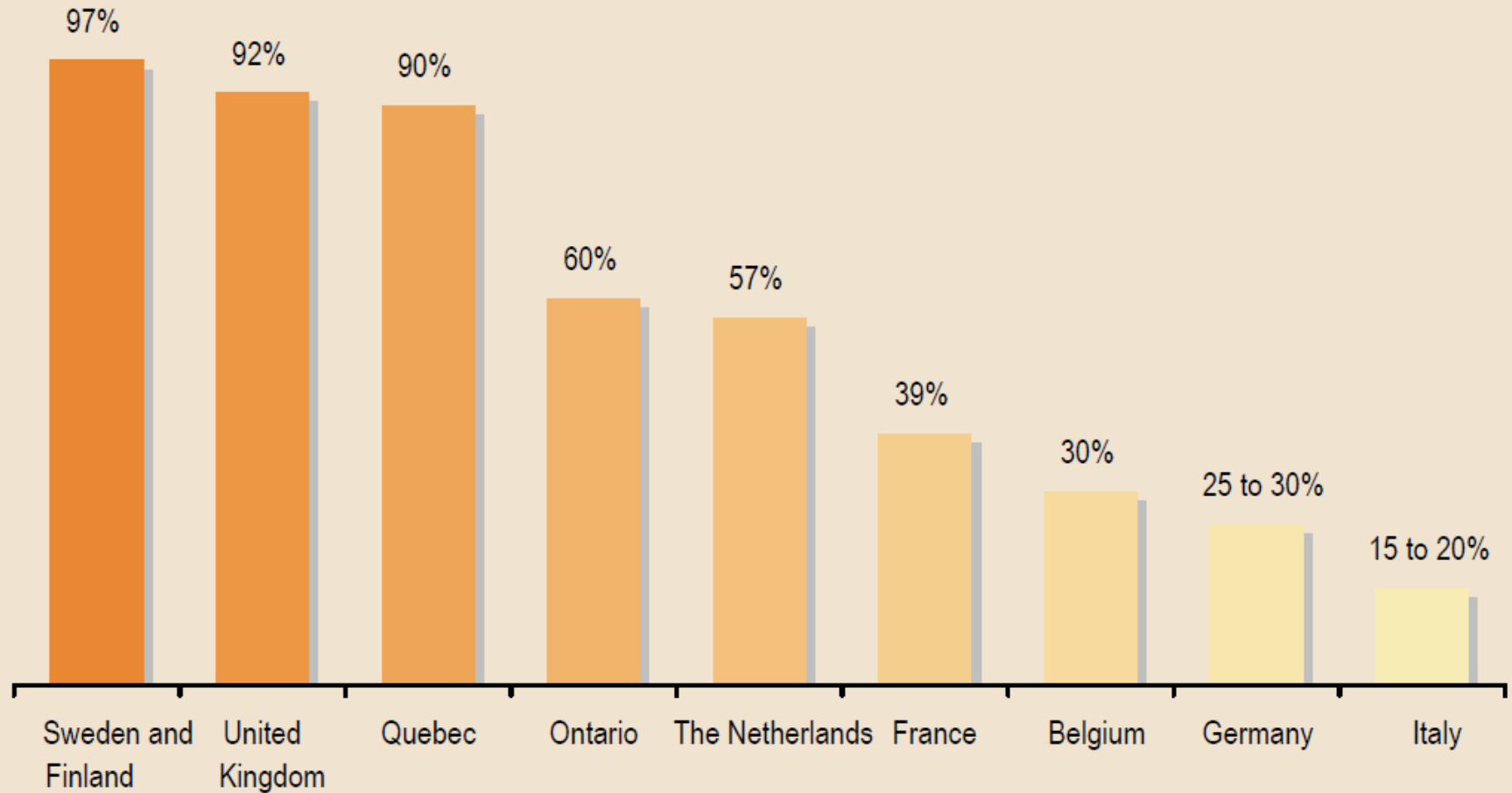
- 의료전달체계 개편과정에서 이해당사자 중 일방의 이익과 피해가 발생하지 않도록 이익과 피해의 균형을 도모하고,
- 근본적이지는 않더라도 현실의 문제를 완화할 수 있는 방안이라면 이것부터 착실하게 추진한다는 관점이 필요하다.

# Key areas for improving coordination

- What about encouraging or requiring patients to **register with a GP?**
- Encouraging providers to work in **groups and multidisciplinary teams** instead of solo practice may help providers delineate roles more clearly and share patient information, and facilitate co-ordination through smoother interactions.
- Investing in better **IT infrastructure** (electronic health cards, electronic referrals etc) and encouraging **peer-to-peer communication** are essential strategies for enhancing quality, continuity and co-ordination of care.
- **Payment mechanisms** also play an important role in care co-ordination

Masseria C et al. Primary care in Europe. THE London School of Economics and Political Science: London; 2009.

## Proportion of general practitioners working in group practice (estimation)



[http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/General\\_papers\\_on\\_primary\\_care/Bourgueil\\_et\\_al\\_Medical\\_group\\_practice\\_in\\_primary\\_care\\_in\\_six\\_European\\_countries\\_and\\_Canada\\_2007.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/General_papers_on_primary_care/Bourgueil_et_al_Medical_group_practice_in_primary_care_in_six_European_countries_and_Canada_2007.pdf)

# 이재호 등. 일차의료 표준모형과 질 평가체계. J Korean Med Assoc 2013; 56(10): 866-880

**Table 2.** Taxonomy of primary care models by Lamarche et al. (2003)

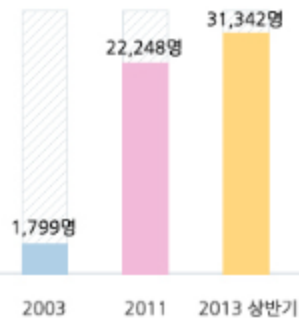
	Professional models		Community models	
	Professional contact model	Professional coordination model	Integrated community model	Non-integrated community model
Characteristics	Family physicians practicing alone or in small groups. Limited association with other health professionals. Limited integration and sharing of information with other health-care services. Likely to be paid on a FFS basis.	Funded primarily through per capita or mixed payment. The care team consists of physicians and nurses. Follow-up and continuity of services to each subscriber. Integration and sharing of information with other services to ensure coordination.	Care teams, which include professionals from various disciplines, provide a broad range of medical, social and community services. The professionals are paid based on time devoted to their professional activity. Use of information technology to integrate services and cooperation with other providers.	Same as integrated model but more limited in terms of availability, continuity towards individual patients and use of information technology to integrate services.
Examples	The United States, Canada, Germany, Belgium, Japan, France, and South Korea.	The United Kingdom, Netherlands, Denmark, Norway, the Stockholm model of Swedish primary care, some HMOs in the United States.	Sweden, Finland, primary care trusts in the United Kingdom, Quebec's local CHCs in Canada.	CHCs in the United States and Canada.

From Anell A. Health Econ Policy Law 2011;6:549-569, with permission from Cambridge University Press [24].  
FFS, fee-for-service; HMO, health maintenance organization; CHC, community health center.

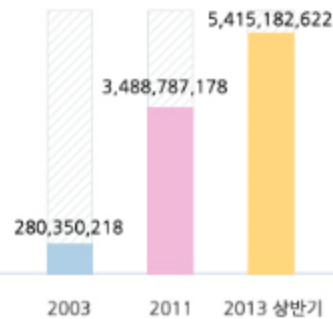
## 회원조합 현황

건강한 마을을 만들고 올바른 공동체성을 회복합니다.

조합회원 수



출자금 총액



매출규모



## 2013년 현재 건강 실천 활동

건강 메뉴 수  
104개

건강 소모임 수  
112개

지역 모임 수  
127개



### 연합회 소식



2017년 연합임원연수회\*영원! 나는 의료협동조합!  
2017.09.07



2017년 한국의료협동조합 건강주간  
2017.04.07

### 회원조합 소식



행복한마을의료사회협 조합원 체육대회  
2016.11.08



전주의료사회협 응급의료지원, 지역의료봉사  
2016.11.08



# 일차의료의 개편 방향

- 공급자의 책임성 강화
  - 등록제 도입
- 이해관계자의 선택권 보장
  - 환자 자율 참여, 비등록 기관 이용 가능, 등록기관 이용시 본인부담 경감
  - 공급자 자율 참여, 미등록 환자 진료 가능
- 점진적 변화 유도
  - 시범 사업을 통한 집단 개원 모형 개발
  - Critical mass의 확보
- 일차의료 인증제 도입
  - 인증을 통한 우수 기관 선별: 경쟁력 강화
  - 비인증기관과 차별화