



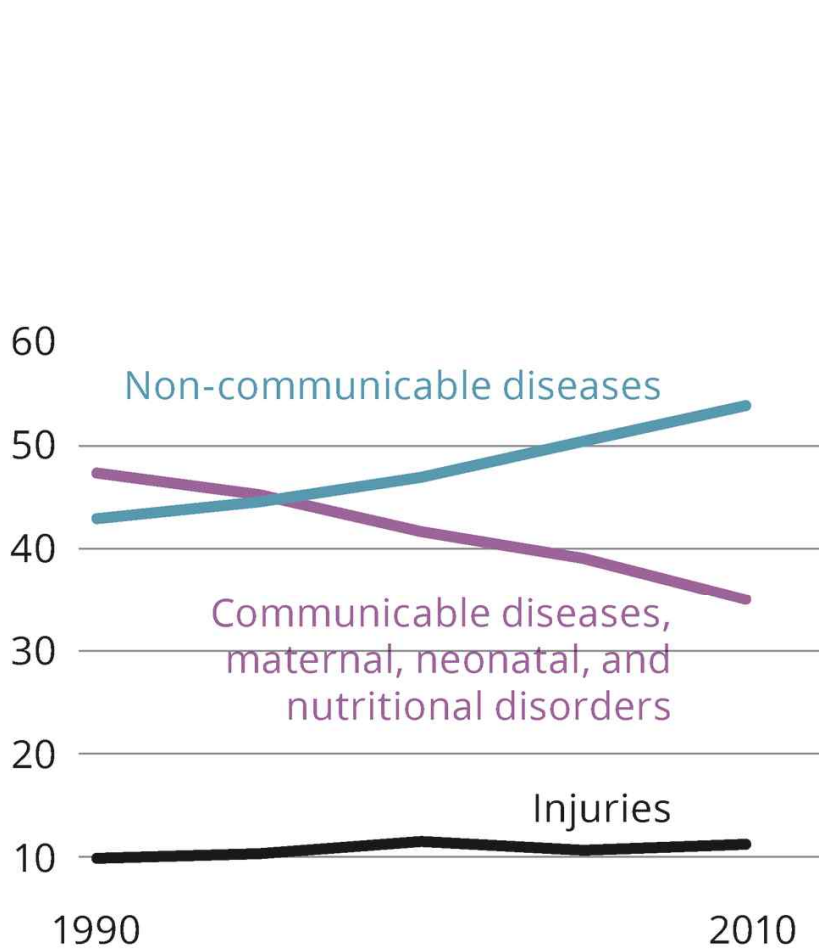
# 일차의료 중심 만성질환관리 모델

2018. 6. 26.

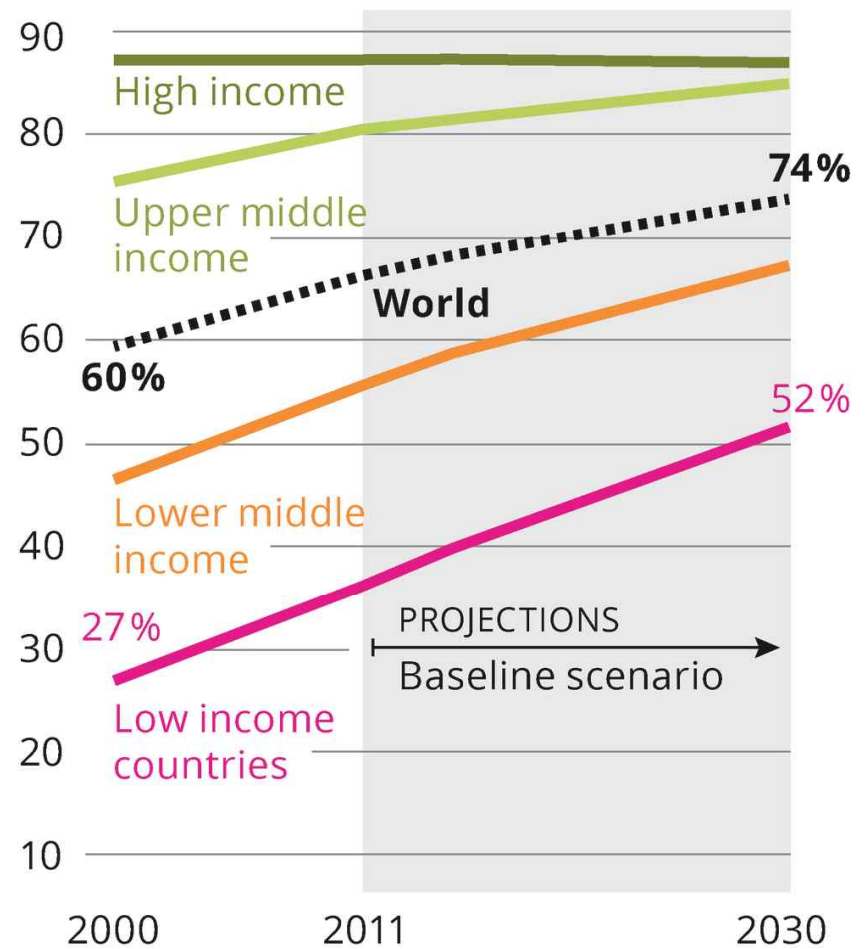
서울의대 가정의학교실  
교수 조비룡

# NCD의 지속적 증가

Loss of healthy life years  
(in percentage of total DALY)



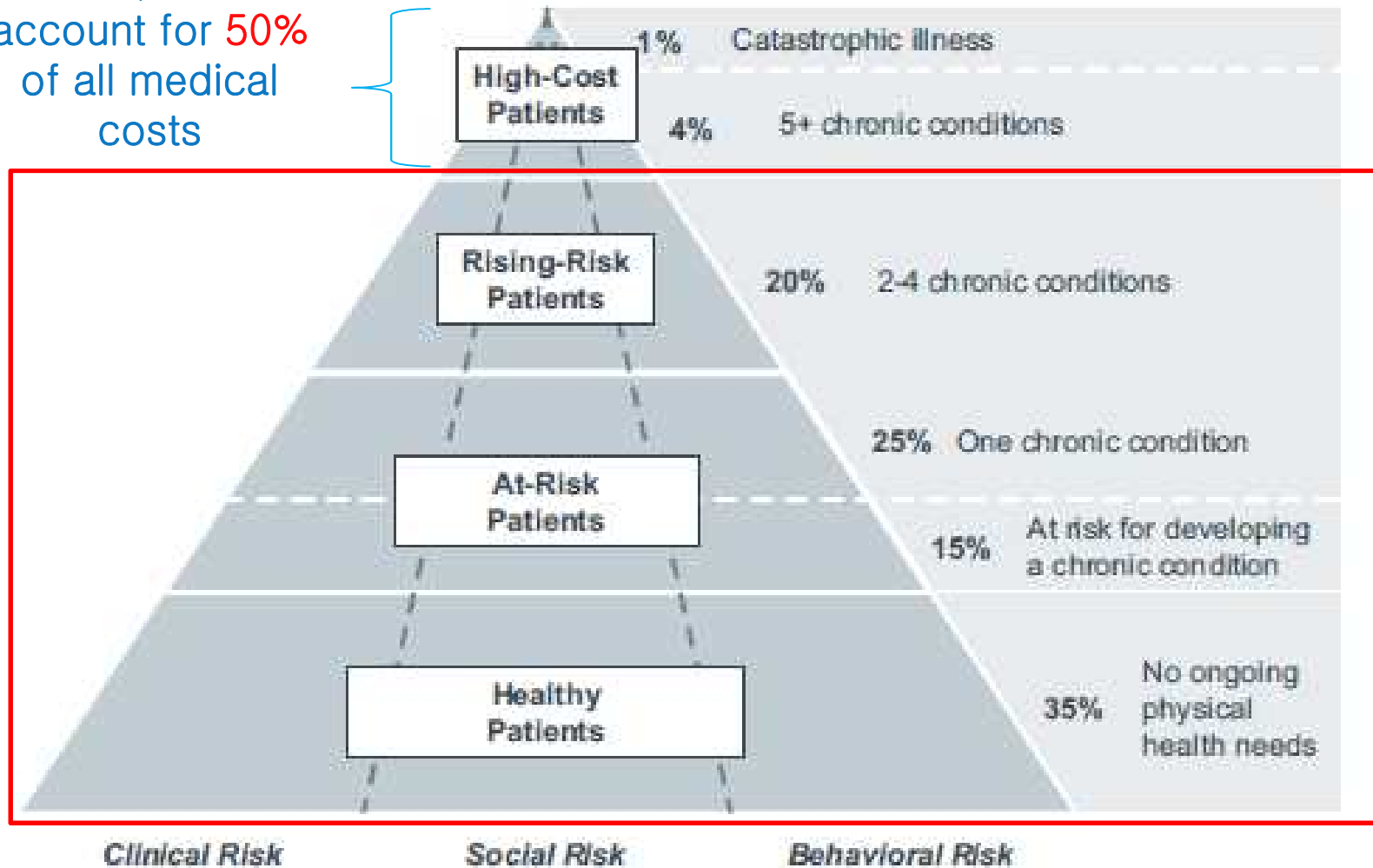
Deaths related to non-communicable diseases  
(in percentage of total deaths)



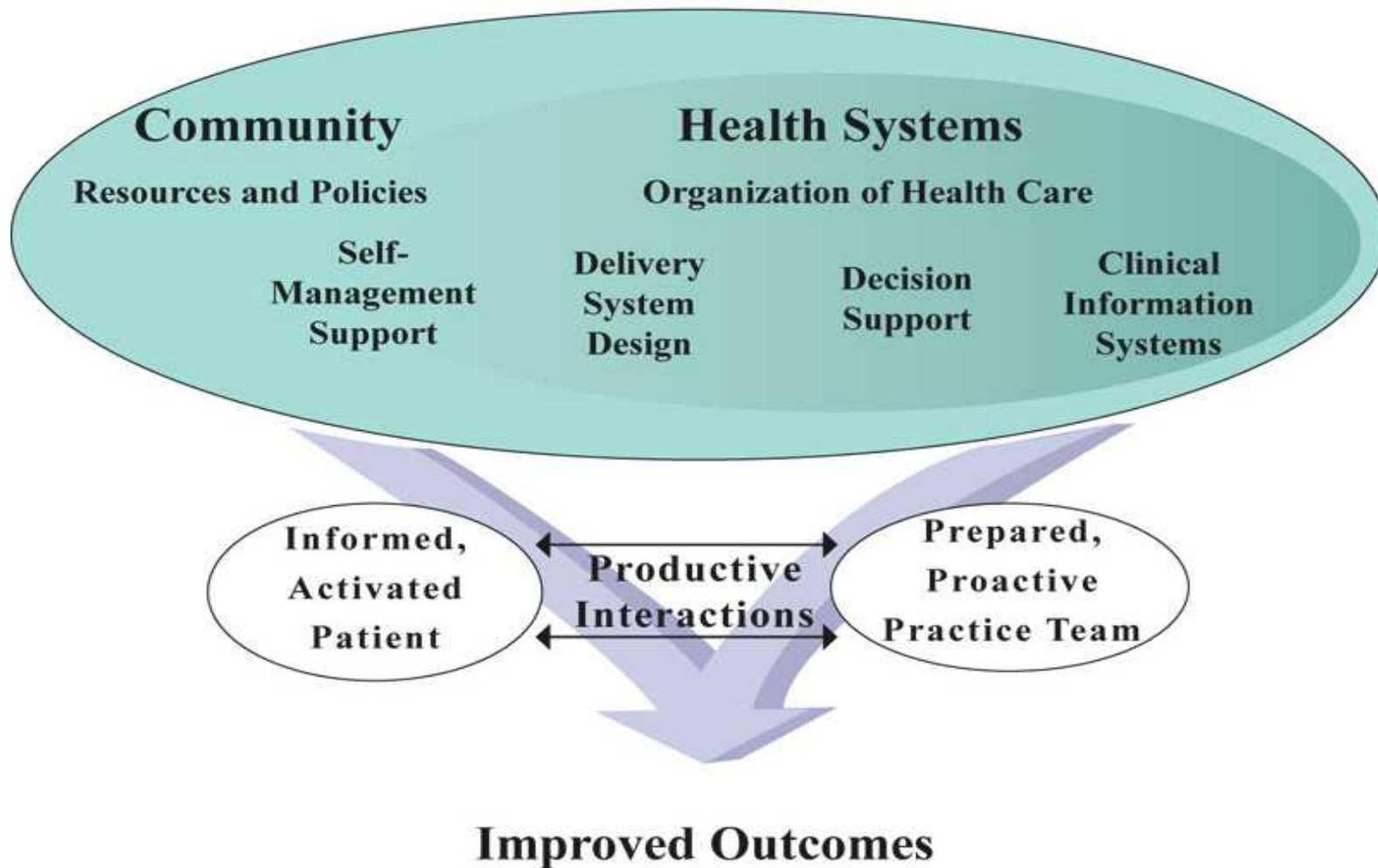
(European Environmental Agency, 2015)

# 고-부담환자 증가

5% of patients  
account for 50%  
of all medical  
costs



# 만성질환관리 모델(Chronic Care model)





# 국내 주요 만성질환 관리 시범사업

	고혈압, 당뇨병 등록 관리 사업	의원급 만성질환관리제	지역사회 일차의료 시범사업	만성질환관리 수가 시범사업
사업 배경	-대구광역시에서 시행된 교육 중심의 고당 관리사업(2002)을 기반 -2010년 심뇌혈관질환 종합대책 수립 후, 2011년 질병관리본부 사업모형을 구상하여 2012년 7월부터 사업 확대	-일차의료 활성화에 대한 필요성이 인식되면서 동네의원에서 만성질환을 체계적으로 관리 받을 수 있는 제도적 기반 마련	- 만성질환사업의 한계로 새로운 만성질환관리체계의 필요성이 대두됨에 따른 의원 중심의 만성질환 관리의 모델로 2013년 5월 '국민 중심의 효율적인 의료체계 개편' 국정과제로 추진	- 만성질환 관리의 일차의료 역할 및 효율적 관리 미흡과 의료 전달체계 왜곡 발생으로 건강보험 수가 및 급여기준 검증을 통한 일차의료기관 서비스 기능 활성화
사업 기간	- 2007년 ~	- 2012.7월 ~	-2014.10월 ~	- 2016.9월 ~
사업 예산	- 건강증진기금 - 자치단체예산 - 국고보조금	- 건강보험재정 · 건강지원서비스 : 공단사업비 · 본인분담금 감면(10%) -보험급여 · 의원 인센티브 : 보험급여	- 서비스 보상급여: 건강보험 재정 - 건강동행센터 운영비 : 자치단체 예산 및 국고보조금	- 건강보험 재정(보험급여 재정)
사업 목표	-고혈압, 당뇨병의 약물지속치료를 향상 -뇌졸중, 심장질환 발병률 감소	-일차의료를 통한 고혈압, 당뇨병 효율적 관리	- 만성질환 부담감소 - 일차의료 질향상	- 고혈압, 당뇨병 합병증 발생률 감소 - 비대면 관리방식 도입을 통해 자가 관리 강화의 기반마련
서비스 수혜자	-(30세 이상) 고혈압, 당뇨병 환자	-고혈압, 당뇨병 환자	- 고혈압, 당뇨병 환자(의원급 의료기관을 이용하는 만성질환자)	- 고혈압, 당뇨병 재진환자
서비스 제공자	-보건소 및 병의원 -등록관리센터	-건강보험공단지사 -지역 민간 자원	- 일차의료기관(의원) - 일차의료지원센터	- 일차의료기관(의원) - 건강동행센터 - 건강보험공단



# 목차

## I. 일차의료 만성질환관리사업 통합모형(안)

- 재정지원
- 전산시스템

## II. 만성질환관리 정책(사업) 목표

## III. 일차의료 지원 방안



# I. 만성질환관리 서비스 통합(안)

<p>만성질환관리 서비스 통합(안) 확정 및 현장 적용('18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>지역사회 일차의료 및 만성질환관리 수가 시범사업 우선 통합</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 실질적 통합에 소요되는 자원 최소화</li> <li>* <b>의원 역할 강화</b>, 수가 적용 시 현장 수용성 및 확산 가능성 큼</li> <li>* <b>건강생활지원센터 연계</b>를 통한 서비스 제공</li> </ul> </li> </ul>
<p>본인부담률 감면 건보시행령법 개정 ('18년 말~'19년)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>본인부담 감면 확대 등 의원급 만성질환관리제 추가 통합</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 본인부담 감면 부분 → 진찰료 외 서비스로 확대·적용</li> <li>* (지역사회 일차의료, 638개 의원 참여) 포괄관리계획 및 교육·상담, 연계조정 수가, (만성질환관리, 1165개 의원 참여) 점검·평가, 비대면 활용 지속관찰관리 수가</li> </ul> </li> </ul>
<p>인프라 사업 전환 ('19년)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>고혈압·당뇨병 등록관리사업 통합 진행</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 케어플랜 및 의원 기반 교육상담 등 추가</li> <li>* 기존 사업은 <b>연계 인프라 지원 사업으로 전환</b></li> <li>* 진료지침, 서비스 매뉴얼, 교육 콘텐츠, 보건소 연계 서비스 확산 시 <b>질본 역할 강화</b> 필요</li> <li>* 고당사업 모형 개선·연계 방안 연구 추진('18년) 이후 수가 서비스 전환, 고혈압·당뇨 광역교육센터 및 보건소 연계 일차의료 지원 강화 등</li> </ul> </li> </ul>



## 기존사업 대비 주요 보완 사항

### - (케어 플랜 강화)

- 초기검사, 케어플랜 수립 시 스케줄 및 심층상담, 환자 수요 및 중증도 평가한 프로그램 코디네이션 등 맞춤형 플랜 기능 강화, 기본교육과 연동 (묶음 수가 또는 수가 발생 연동)

### - (케어 코디네이터 도입)

- 환자 관리를 위한 코디네이팅, 주체(간호사), 내용(복약·방문리마인드, 측정 수치 등 자가 모니터링 지원, 생활습관상담)

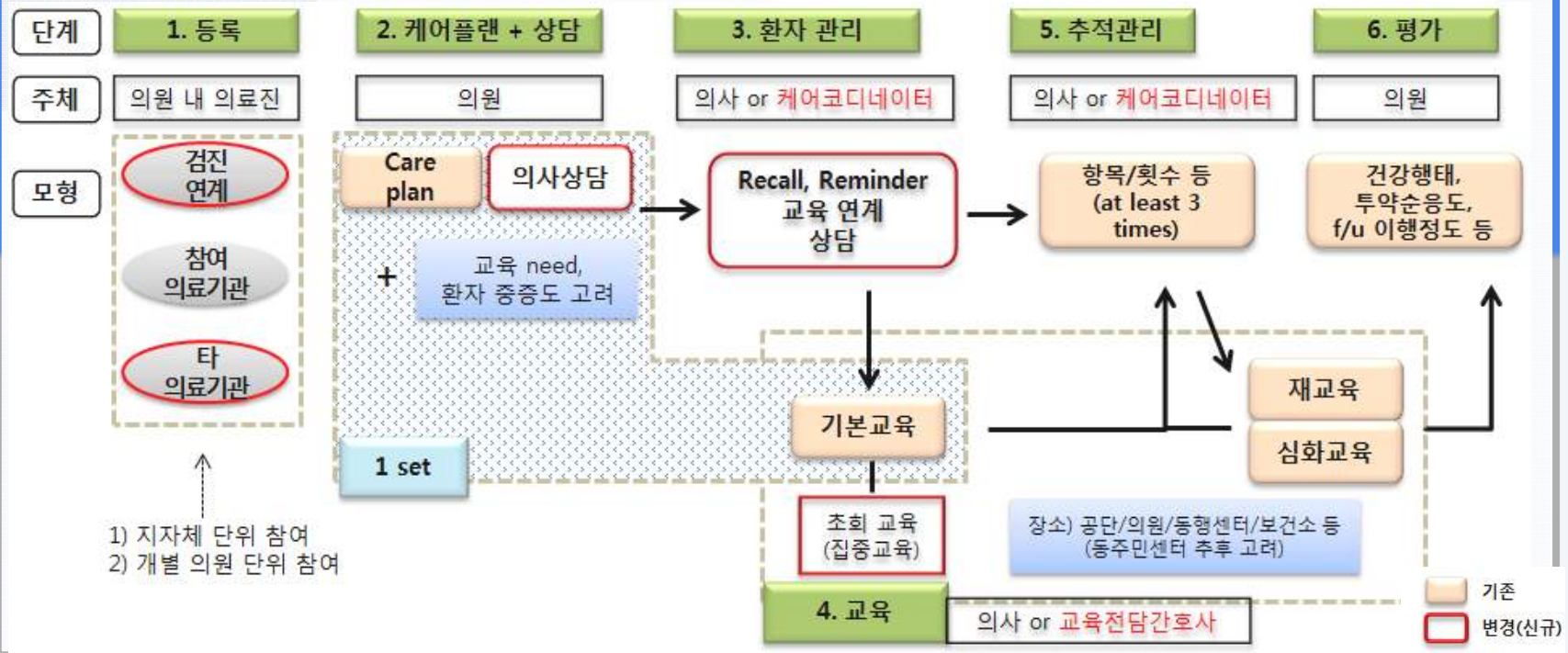
### - (교육상담 다양화)

- 신설 검토 중인 교육·상담료 관련 내용을 반영, 기본 교육, 초회집중교육, 재교육(심화교육) 등 환자 상황 및 중간 점검에 따른 다양한 교육상담



# 서비스 표준 모형(안)

①환자 등록 → ②케어 플랜(+상담) → ③환자 관리(코디네이팅) → ④교육·상담(+의뢰) → ⑤추적관리(점검 및 조정) → ⑥ 평가



## 주요 보완사항

- ➔ 케어플랜 강화 (심층 상담, 수요 및 중증도 평가, 기본교육과 연동)
- ➔ 케어코디네이터 도입 (환자 관리를 위한 주체; 간호사)
- ➔ 교육상담 다양화 (환자 상황 및 중간 점검)

# 항목별 주요 내용

## 1. 등록

신규환자·의원 참여 (지역의사회 및 의원, 공단, 보건소)

- (대상 환자) **고혈압·당뇨병 환자**
  - \* 기존 의원 이용 환자 중심으로 **의료기관 책임 하 자율 등록**
  - \* 검진을 통한 신규 환자 연계 및 홍보(국민건강보험공단)
  - \* 이용자 대상 만성질환관리 사업 참여 홍보(보건소 등)
- (참여기관) **전국 의원급 의료기관**
  - \* **지역의사회 참여 신청**을 통해 지역 확정 후 **지역 내 참여 의원 모집**, 개별 참여 가능
  - \* 교육상담 등 연계 (의원 내 자체, 지역 내 지정 연계기관 의뢰)

## 2. 케어플랜

초기 평가 및 포괄 관리계획 수립, 의사상담(환자 맞춤, 교육연계)

- (필수) 환자의 **질환 중증도 및 관리 상태 파악**과 **충분한 상담**을 통해 관리 목표를 정하고, **방문주기 및 적정 서비스 선택·조합**
- (검토) 기존 케어플랜 관리·평가 항목 보완 (필수, 선택항목 구분)

### 3. 교육상담

#### 환자 상황 및 중간 점검 등에 따른 다양한 교육상담

- (내용) 의사 또는 전담간호사 제공

교육	자격	장소, 방식	횟수, 시간
초회교육	의사(만성질환관리 전반)	의원 (진료실, 1대1 교육)	연 1회, 30~60분
기본교육	의사(질병 및 생활습관), 간호사, 영양사, 운동처방사 (만성질환전담간호사, 생활습관 분야 교육)	의원 또는 연계기관 (진료실 또는 별도 교육상담실, 1대1 교육)	연 8회 (질병 4회, 생활습관 4회), 각 10분
심화교육 (재교육)	간호사, 영양사, 운동처방사 (만성질환전담간호사, 생활습관 교육 및 자가관리강화)	의원 또는 연계기관 (별도 상담실 등, 표준 프로그램에 의한 소그룹 교육)	연 1회 30분

- (인프라) 지역의사회 지정(협약) 방식으로 지역 보건의료기관 활용
  - \* 지속적으로 인프라 확충 예정(생활권 별 1인 활동 체계 고려)
  - \* 장기적으로 생활권(동단위, 학교학군단위)별 1인 활동 체계(상시 근무 또는 방문관리형 순환 근무)
- (콘텐츠) 기본 교육 자료 - 기존 사업 교육 콘텐츠 활용,  
초회 집중교육 및 심화교육 자료 - 추가 개발, 구성
  - \* 지역사회 일차의료 시범사업, 고혈압·당뇨 등록관리 사업 표준 교육콘텐츠 활용 중

## 4. 케어코디네이터 환자관리 및 생활습관 교육·상담(주체, 내용 기준 등)

- **(환자관리) 등록관리, 연계/조정, 비대면 상태 관찰 등 자가관리 지원**
  - 자가모니터링 지원(일정 푸시알람, 수치전송/피드백, 필요시 전화/이메일상담)

\* 환자 1인당 관리료 형태로 산정

- (의료사협 사례, 장애인 주치의 경험 등)(지역사회일차의료시범사업 분석결과)
  - 일차의료 세팅에서 만성질환자의 효율적 관리를 위해, **코디 기능/역할 반드시 필요**
  - **(물리적 공간) 의사와 인접한 거리(물리적으로 같은 공간이나 별도상담실)에서**
  - **(코디역할) 의사가 처방한 환자의 맞춤형 건강관리계획을 환자에게 설명하고 실제적인 교육상담이 제공될 수 있도록 지원하는 역할/기능 (비대면 관리 포함)**

- **(교육상담) 의원 내 직접 건강교육 및 생활습관관리 교육**
- **(연계·의뢰) 지역사회자원으로 건강교육 및 생활습관 관리 연계·의뢰**
  - \* 연계 교육상담의 결과 환류 시 의뢰수가 발생
  - \* 지역사회자원: 건강동행센터, 건강생활지원센터(보건소) 등

## 5. 추적관리(F/U)

### 관리계획에 따라 주기적으로 점검·평가(방문 시)

- (내용) 관리계획에 따라 **주기적으로 점검·평가**, (부)정기방문을 통해 평가
  - \* 환자별 관리 계획의 이행여부, 질환 관리 정도 등
- (방문횟수) 환자상태별 주기, 횟수 등 선택
- (부정기방문) **이상소견 발생시 부정기 방문 관리**
- (추가 검토) 관리계획 이행 점검, 미이행시 패널티 여부 검토

※ 호주사례 : 당뇨 인센티브(Quality Prescribing Diabetes Incentive) \*김윤등, 2016 재인용

- ① Sign-On Payment : 당뇨 환자에 대해서 등록체계 내에서 수행하는 진료에 대한 일회성 인센티브
- ② Outcome Payment : 등록된 당뇨 환자의 50%의 이상에서 1년 진료 주기를 완료할 경우, 의원의 환자 중 최소 2%의 환자를 당뇨로 진단할 경우에 지급
- ③ Service incentive payment : 진단된 당뇨환자에 각각의 연간 진료주기를 완료했을 때 지급한다.
- PIP는 quality of care, capacity, rural support의 13개의 인센티브 영역으로 구성.  
GP practice는 13개의 인센티브 영역 중 참여 영역을 선택.  
Quality stream incentive는 근거 기반 임상진료지침을 따르는 서비스에 대해 지불 하고(과정 평가), 결과 향상에 대한 평가 및 인센티브는 없음. PIP가 성과에 따라 지불보상을 하는 만성질환은 당뇨와 자궁경부암검진임.

표 III-5. 당뇨병환자의 연간 진료주기에 따른 서비스 제공 최소 요건

Activity	Frequency and description
Assess diabetes control by measuring HbA1c	At least once.
Carry out a comprehensive eye examination	The patient must have had at least one comprehensive eye examination over the current and previous cycle of care. The examination isn't needed if the patient is blind or doesn't have both eyes.
Measure weight and height and calculate Body Mass Index (BMI)	Measure height and weight and calculate the BMI on the patient's first visit and weigh them at least twice more.
Measure blood pressure	At least twice.
Examine feet	At least twice. This isn't needed if the patient doesn't have both feet.
Measure total cholesterol, triglycerides and HDL cholesterol	At least once.
Test for microalbuminuria	At least once.
Measurement of the patient's estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR).	At least once.
Provide self-care education	Provide patient education about diabetes management.
Review diet	Review the patient's diet and give them information on appropriate dietary choices.
Review levels of physical activity	Review the patient's physical activity and give them information on appropriate levels of physical activity.
Check smoking status	Encourage the patient to stop smoking.
Review medication	Review patient's medicine.

Note: activities needed twice in a cycle of care must be performed at least five months apart.

## 6. 평가

### 관리 목표 달성도 평가 (차기 포괄계획 수립에 연계)

- 관리목표 달성도 평가 (차기 포괄계획 수립 연계)
  - (검토) 관리·평가항목, 환자 및 의원 인센티브 적용 방식·범위
- 각 서비스를 필수항목과 선택항목으로 나누어 **선택적으로 적용**
    - \* (필수항목) 케어플랜 수립 및 초회·기본 교육, 필수 관리 지표
    - \* (선택항목) 케어코디네이터 고용, 선택관리지표, 평가 선택 -> 인센티브 연계
  - 향후 인센티브로 수가 가산 해주어 정책 목표 달성 유도

# 1. 사업 재정지원 방식 통합(안)

## 기존 국내 만성질환관리사업 재정 지원 현황 및 문제점

	고혈압, 당뇨병 등록관리사업	의원급 만성질환관리제	지역사회 일차의료 시범사업	만성질환관리 수가 시범사업
사업예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강증진기금</li> <li>- 자치단체예산</li> <li>- 국고보조금</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강보험재정</li> <li>- 건강지원서비스 : 공단사업비</li> <li>- 본인부담금 감면(10%), 의원 인센티브: 보험급여</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 서비스 보상급여: 건강보험 재정</li> <li>- 건강동행센터 운영비 : 자치단체 예산 및 국고보조금</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강보험 재정 (보험급여 재정)</li> </ul>
보상분야	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자: 본인부담금 지원</li> <li>- 의원: 환자 등록 인센티브</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자: 외래진찰료 본인부담금 감면</li> <li>- 의원: 질 평가에 의한 사후인센티브</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자: 종합관리계획, 교육 상담</li> <li>- 의원: 케어플랜, 교육상담, 진료의뢰에 대한 수가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자: 고혈압/당뇨병 측정기구</li> <li>- 의원: 대면진료시 관리, 비대면 모니터링 상담 수가</li> </ul>
보상수준	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자: 연 최대 42,000원</li> <li>· 약제비: 월 2,000원/질병</li> <li>· 진료비: 월 1,500원</li> <li>- 의원: 환자 등록 인센티브</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자: 본인부담금 감면 (30% → 20%; 1,030원)</li> <li>- 의원: 등록환자 30명 연 20만원 ~ 1,000명 연 620만원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자: 없음</li> <li>- 의원: 케어플랜: 65,800원(1회지급)</li> <li>· 질병교육: 8,700원/회(최대4회)</li> <li>· 건강교육: 4,350원/회(최대4회)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자: 없음</li> <li>- 의원: 27,300원 ~ 34,810원(월)</li> <li>· 점검/평가: 9,270원(월 1회)</li> <li>· 지속관리: 10,520원</li> <li>· 전화상담: 7,510원/회(최대 2회)</li> </ul>

문제점

→ 재정지원(사업예산) 다양, 상이

→ 보상 분야 및 수준 상이



## 향후 방안

### 본인부담률 감면 건보시행령법 개정 ('18년 말~'19년)

- 본인부담 감면 확대 등 의원급 만성질환관리제 추가 통합
  - \* 본인부담 감경 부분 → 진찰료 외 서비스로 확대·적용
  - \* (지역사회 일차의료, 638개 의원 참여) 포괄관리계획 및 교육·상담, 연계조정 수가, (만성질환관리, 1165개 의원 참여) 점검·평가, 비대면 활용 지속관찰관리 수가

#### [구체적 내용]

- **지역사회 일차의료 및 만성질환관리 수가 시범사업 우선 통합**
  - (지역사회 일차의료, 638개 의원 참여) 포괄관리계획 및 교육·상담, 연계조정 수가, (만성질환관리, 1165개 의원 참여) 점검·평가, 비대면 활용 지속관찰관리 수가
- **본인부담 감면 확대 등 의원급 만성질환관리제 추가 통합**
  - **만성질환관리 서비스 본인부담 감경(예: 30→20%)에 관한 건강보험법 시행령 개정**
    - 의원급 만성질환관리제의 '진찰료 본인부담률 감경' 부분을 **진찰료 외 서비스로 확대·적용**하여 기존 사업 추가 통합
      - \* 기존 법 근거로 건강보험공단이 직접 건강관리서비스 제공하는 사업 재검토·전환

## 환자 1인당 관리 수가(안)

- 기존: 케어플랜, 비대면관리, 교육상담료(환자 1인당 연간 445,600원 수익 '최대')
  - 케어플랜(65,800원), 교육상담료(8회, 52,200원), 비대면관리(27,300원\*12개월=327,600원)
  - \* 전화상담 월 2회 실시 경우, 417,420원
- 통합모형 수가(안): (동일) 케어플랜, 교육상담료 (변경) 비대면관리 → 환자관리료 (신설)

단계	1. 등록	2. 케어플랜(+상담)	3. 환자관리	4. 교육상담(+의뢰)	5. 추적관리	6. 평가
기 존	없음	Care plan(연): 65,800원 <sup>1)</sup> (1회 지급)		교육상담료(연): 52,200원 <sup>1)</sup> - 질병: 8,700원 * 4회 = 34,800원 - 건강: 4,350원 * 4회 = 17,400원		없음
		비대면관리(연): 27,300원 * 12개월 = 327,600원 <sup>2)</sup> (월 1회 점검/평가, 주1회 지속관리; 생체정보 전송 및 2회 문자서비스 제공, 월 1회 전화상담 기준) 비대면관리(연): 34,810원 * 12개월 = 417,720원 (동일 기준 + 전화상담 월 2회 실시 경우)				
			환자관리료(월): 12,587원 ~ 15,615원 <sup>3)</sup> 환자관리료(연): 151,040원 ~ 187,376원			
		참고: 행위별 단가 - 점검/평가: 9,270원 - 지속관리: 10,520원 - 전화상담: 7,510원		수행주체(의뢰)에 대한 고려 1) 의원에서 직접 수행 2) 타 기관으로 의뢰하여 수행 3) 별도 기관에서 수행		신규

- 1) 지역사회 일차의료 시범사업 기준
- 2) 만성질환관리 시범사업 기준
- 3) 연구결과 참고(김윤, 2016)

## 2. 사업 전산시스템 통합(안)

### 기존 국내 만성질환관리사업 전산시스템 현황 및 문제점

고혈압, 당뇨병 등록관리사업	의원급 만성질환관리제	지역사회 일차의료 시범사업	만성질환관리 수가 시범사업
<b>정보 시스템</b> - 보건소업무 정보시스템 (보건소 전자차트와 연계) - 질병관리본부 정보시스템	- 공단 DB 활용 - 건강IN(웹) (건강정보와 자가관리 지원)	- 시범사업 전용 정보시스템 (OCS 프로그램 별도)	- 환자: 건강IN(웹)/M건강보험(모바일) - 의사 공단 요양기관 정보마당 웹

#### 문제점

- ➔ 사업 별 정보시스템 별도 운영
- ➔ 각 사업 간 data 공유, 통합 어려움
- ➔ 이중 로그인, 입력 등 의료진 업무 부담 증가, 환자 대기시간 불편 호소, 진료비 이중 관리

#### 개선방향

- 일차의료 만성질환관리 통합 모형의 효율적 전산관리를 위한 방안 마련으로 안정적 업무 지원
- 의사(간호사)가 케어플랜, 교육상담 내역 등의 전산 입력을 최소화 할 수 있는 방안 마련

## OCS 프로그램과 연계 구현

- OCS 프로그램과 일차의료 만성질환관리 통합 시스템을 **연계하여 자료 입력을 최소화**하는 방법
- OCS 프로그램 내 환자정보가 공단 업무 화면(만성질환관리 통합)으로 전송되어 **자동 세팅**되고, 추가 항목을 입력 저장 시 **공단서버에 저장**

※ 공단 적용 업무 : 금연치료사업, 임출산, 치과, 산정특례(결핵), 만성질환 업무에 적용하고 있음

- 시스템 개념도



- (문제점) OCS 업체에서 별도의 연계 모듈 개발에 필요한 인건비 등 비용 요구 예상



## II. 만성질환관리 정책 목표



- 일차의료(의원) 참여율, 만족도
- 환자 참여율, 만족도
- 건강상태개선을
- 응급실 방문율
- 만성질환 입원율

# III. 일차의료 지원 방안

## 케어코디네이터

- **사업 관리 인력 활용을 위한 제도 지원**
  - \* 일차의료기관에서 케어코디네이터 고용·활용 유도
  - \* 코디네이팅 주체(간호사), 자원(환자관리료 등 수가)에 대한 제도 마련

## 교육상담 인프라

- **기존 건강동행센터, 보건소 건강생활지원센터 연계**
  - \* 거점교육센터를 두되 **지역의사회가 지정(지역운영위원회의 논의)**
  - \* **보건소 기능개편(진료기능 점진적 감소) 및 지역 공공보건의료 인프라 지속적 확충**

## 교육상담 콘텐츠

- **각 교육 별 정의 및 대상, 환자상담 수준 및 내용(진료지침, 매뉴얼 개발/배포)**
  - \* 현장적용 매뉴얼, 환자사례별 알고리즘 및 상담내용 콘텐츠 개발

## 사후 인센티브

- **평가-인센티브 연계로 서비스 질 제고**

- \* (질 평가) 임상효과, 순응도, 서비스 프로세스 평가 등 평가지표 도출 및 평가

- \* (인센티브) 만성질환관리 성과평가와 연계, 우수의료기관 선정, 수가 인센티브 제공

## 참여자 교육

- **의료진(의사, 간호사) 교육 등 역량 강화**

- \* **일차의료 연수교육\*\*** 이수 (평가지표 반영)

- \*\* 사업 관리 상담 및 컨설팅, 환자 대상 교육상담 방법론 등

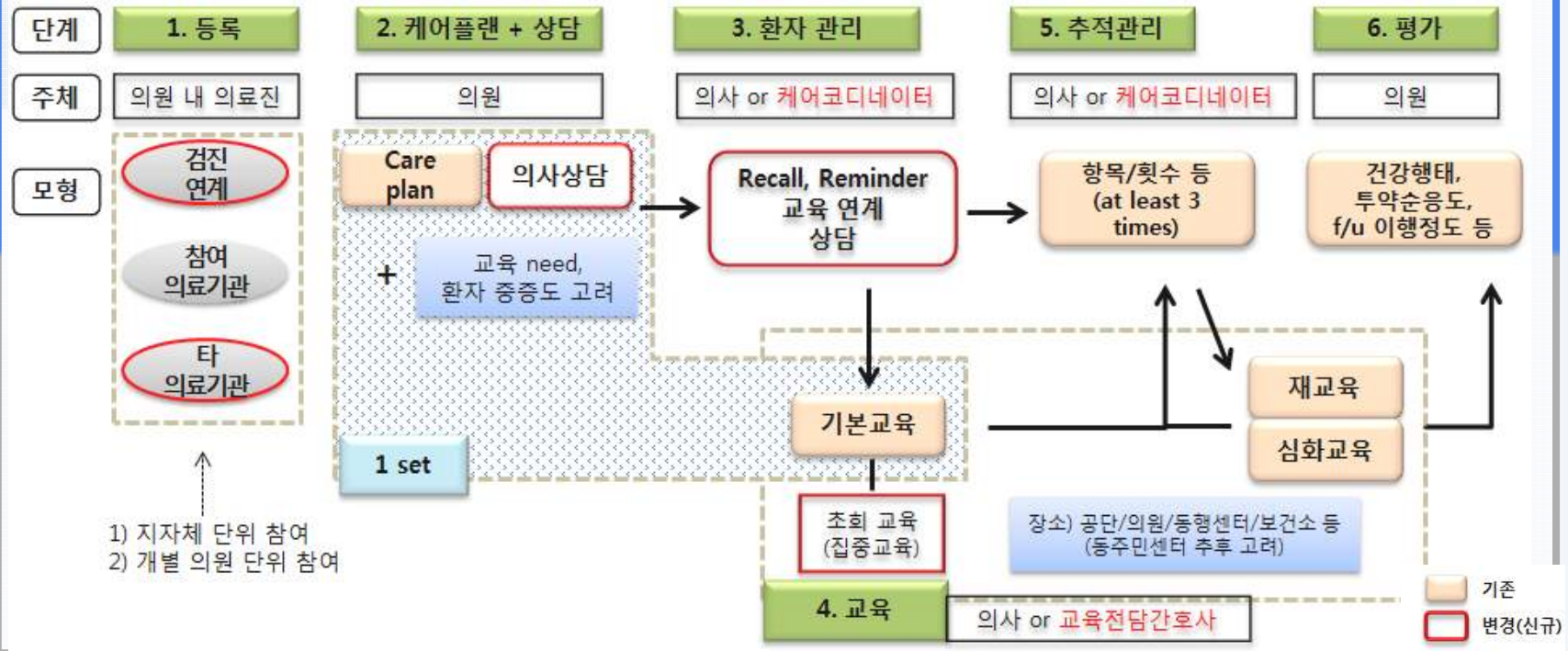
- \* 의사 대상 **진료 내용(진료지침, 질환 증례교육 등)에 대한 연수프로그램** 개발

- \* **의료인(의사, 코디) 교육센터 등 교육기관** 필요



# 서비스 표준 모형(안)

①환자 등록 → ②케어 플랜(+상담) → ③환자 관리(코디네이팅) → ④교육·상담(+의뢰) → ⑤추적관리(점검 및 조정) → ⑥ 평가



## 주요 보완사항

- ➔ 케어플랜 강화 (심층 상담, 수요 및 중증도 평가, 기본교육과 연동)
- ➔ 케어코디네이터 도입 (환자 관리를 위한 주체; 간호사)
- ➔ 교육상담 다양화 (환자 상황 및 중간 점검)



**감사합니다**