

의협간행물등록번호
201811-MA416-536

일차의료기관 활성화 방안 마련을 위한 공청회

일시 : 2018. 11. 18.(일) 10:00

장소 : 대한의사협회 용산임시회관 7층 대회의실

주최 : **KMAPOLICY** 특별위원회

주관 : 의료및의학정책분과

대한의사협회

KMAPOLICY 특별위원회

인사말

KMA POLICY 특별위원회에서 개최하는 <일차의료기관 활성화 방안 마련을 위한 공청회>에 오신 여러분들을 환영합니다. 먼저 바쁘신 와중에도 공청회에 자리하여 주신 최대집 회장님, 이철호 의장님, 장성구 대한의학회 회장님, 백진현 전국광역시도지사협회 회장님 등 내빈 여러분들과 KMA POLICY 특별위원회 위원님, 그리고 회원님들께 감사드립니다.



최근 노령화와 1인 가구 증가 등 급격한 사회적 변화로 의료 취약계층이 증가하고 있습니다. 그만큼 일차의료기관을 통한 의료 접근성 강화의 필요성이 강조되고 있습니다. 또한 거동이 불편한 어르신, 장애인, 그리고 아동과 같은 의료 취약계층이 늘어나는 추세입니다. 이에 방문진료(왕진)의 필요성이 제기되면서 환자의 진료 받을 권리를 실질적으로 보장하고 삶의 질을 높이는데도 도움이 될 것으로 기대되지만, 한편으로 방문진료비(왕진료)을 얼마만큼 산정해야하는지에 대한 구체적인 사항은 부재한 형편입니다.

KMA POLICY 특별위원회 의료및의학정책분과에서는 ‘방문진료(왕진)’ 아젠다를 풀리시화 하기 위해 많은 논문과 자료들을 검색하였으나, 의료계 내에서는 아직 공식적인 입장을 내놓고 있지 않은 것으로 보입니다. 다소 생소한 주제인 만큼, 다양한 시각이 존재할 것으로 예상되어 이렇게 회원여러분들을 모시고 의견을 듣고자 의료 및 의학정책분과 주관으로 공청회를 개최하게 되었습니다.

KMA POLICY 특별위원회가 개최하는 첫 공청회입니다. ‘방문진료(왕진)’는 의료계에서 의사들이 의료사각지대를 없애기 위한 선제적인 대안이자 기회가 될 수 있습니다. 오늘 공청회가 여러분들이 허심탄회하게 의견을 교류하며 발전적이고 생산적인 토론의 장이 되길 기대합니다.

마지막으로 이번 행사를 기획하고 발제자와 좌장으로 나서주신 장현재 의료및의학정책분과 위원장님, 사회를 맡아주신 서의태 의료및의학정책분과 간사님, 지정토론자로 흔쾌히 수락하여 주신 박형욱 법제및윤리분과위원장님, 김영재 건강보험정책위원장님, 박종혁 대한의사협회 홍보이사 겸 대변인님, 황재영 (주)노인연구정보센터 대표이사님, 그리고 임지연 대한의사협회 의료정책연구소 연구원께 감사인사를 드립니다.

〈일차의료기관 활성화 방안 마련을 위한 공청회〉 개최 이후에도 ‘방문진료(왕진)’ 아젠다에 대한 지속적인 관심을 가져주시길 바라며, KMA POLICY 특별위원회의 활동에도 많은 지원과 협조를 부탁드립니다. 감사합니다.

2018. 11. 18.

KMA POLICY 특별위원회 위원장 **김영완**

축사

안녕하십니까? 대한의사협회 회장 최대집입니다. 「일차 의료기관 활성화 방안 마련을 위한 공청회」가 개최된 점 진심으로 축하드립니다.

일차의료 활성화의 중요성에 대해선 몇 번을 강조해도 지나치지 않습니다. 일차의료가 바로 서야 우리나라 의료체계가 바로 잡히기 때문이죠.

더불어민주당에서도 지난 대선 공약집을 통해 ‘동네 의료기관에 대한 정책적·재정적 지원 강화’ 공약사항을 발표했고, 문재인 정부가 들어서 국정 운영 5개년 계획 과제로 지역사회기반 의료체계 개선을 위해 2020년까지 1차 의료기관과 대형병원의 역할 정립을 유도할 수 있는 건강보험 수가 구조 개편 방안 마련 발표한 바 있습니다.

그리고 국회에서도 일차의료 발전 특별법이 발의되어 논의 중에 있습니다. 하루 빨리 통과되어 일차의료 활성화에 큰 도움이 될 수 있도록 우리 의사협회도 힘쓰겠습니다.

오늘 토론회에서는 일차의료 활성화를 위한 방문진료에 대해 논의한다고 알고 있습니다. 방문진료에 관해서는 아직 의료계에서 입장이 정립되지 않은 상황이기 때문에 회원들의 다양한 의견을 수렴하는 과정이 필요합니다.

어떤 제도를 마련하면 그에 따른 장·단점이 따르게 되어 있습니다. 현재 급격한 노령화 사회로 진입하고 있고 1인 가구가 증가하고 있는 상황에서 의사가 방문진료를 하게 되면 의료 취약 계층 및 사각지대에 있는 환자들에게 큰 도움이 될 것은 자명합니다.

그러나 왕복시간, 진료할 수 있는 환자 수 등에 크게 제한이 있어, 그에 따른 적절한 보상이 따라야 할 것입니다. 오늘 공청회에서 많은 논의를 통해 의사와 환자 모두에게 이익이 될 수 있는 방향이 도출되었으면 하는 바람입니다.



시대는 급속하게 변하고 있습니다. 우리 의사들도 시대에 발맞춰 변해가야 합니다. 방문의료 제도가 의료사각지대를 줄이고 환자들에게 다가서는데 얼마나 도움이 될 지는 아직은 미지수이지만, 변화되어야 하는 방향이라면 회원들의 의견을 적극 수렴해 우리가 선제적으로 제도 정착을 위해 뛰는 것도 하나의 방법이겠습니다.

모쪼록 오늘 공청회에서 좋은 의견들 많이 나누시고 일차의료 활성화에 큰 도움이 될 수 있는 결과가 나오길 기대합니다. 감사합니다.

2018. 11. 18.

대한의사협회 회장 **최 대 집**

축사

안녕하십니까. 회원 여러분, 대한의사협회 대의원회 의장 이철호 인사드립니다. KMA POLICY 특별위원회의 첫 공청회인 <일차의료기관 활성화 방안 마련을 위한 공청회> 개최를 축하드립니다. 이번 행사를 위해 애쓰신 김영완 위원장님과 장현재 의료및의학정책분과위원장님 외 많은 분들의 노고에 감사드립니다.



KMA POLICY 특별위원회는 2016년 4월 대의원총회에서 구성이 의결되어 정관과 대의원회 운영규정에 관련 내용을 갖추어 우여곡절 끝에 2017년 1월 출범한 특별위원회입니다. 지금의 특별위원회가 있기까지는 위원장님을 비롯한 위원 및 자문위원님 등 57명, 그리고 묵묵히 업무지원에 힘써 온 직원들이 있었습니다. 모두의 헌신과 희생으로 KMA POLICY가 2년째를 맞이하여 연차록에 들어섰고 제 역할을 감당해가며 정착되어 가고 있습니다. 지면을 빌어 격려와 감사의 인사를 드립니다.

KMA POLICY(대한의사협회 폴리시)는 의료정책, 윤리, 의학, 건강보험 등 모든 이슈를 총망라하여 대한의사협회의 공식입장을 결정하여 대내외에 표명하기 위한 것입니다. 대의원총회에서 최종 의결된 KMA POLICY(대한의사협회 폴리시)는 현 집행부가 바뀌더라도 일관성 있고 통일된 입장을 견지하기 위한 연속성이라는 역할이 있습니다. 그만큼 신중하고 모든 지역 및 직역의 입장을 아우르면서 국민과의 공감대가 형성되어야만 진정한 POLICY를 만들 수 있습니다. 여기에 참석하신 위원님께서서는 자부심을, 귀한 시간을 내주신 회원 분께는 관심을 당부 드립니다.

오늘 공청회 주제인 '방문진료(왕진)'은 솔직히 우리 의료계에서는 다소 생소한 아젠다입니다. 앞으로 우리 국민들에게 피부에 와 닿을 수 있는 주제이지만 우리 회원들 입장은 제각기 다를 수 있습니다. 다른 나라에 비해 우리나라의 의료접근성이 뛰어나다고 할 수 있지만, 실질적으로 거동이 불편한 노인이나 장애인에게는 의료기관을 방문하는 것이 쉽지는 않습니다.

따라서 방문진료(왕진) 제도의 도입이 필요하다는 목소리가 높아지고 있는 반면, 관련 제도나 법률이 제대로 정비되어 있지 않아 회의적인 시각도 존재하고 있습니다. 그렇기 때문에 최종 총회에 상정하기 전에 공청회를 개최하여 의료계 여러 다양한 의견을 공유하면서 신중하게 접근하는 것이 뜻깊고 바람직하다고 생각합니다.

회원 여러분, 저는 항상 가슴 안주머니에 “소화제”를 몸에 지니고 다닙니다. 제가 오랫동안 고민해 봐도 “소통하고 화합하는 것이 제일이다” motto 외에는 더 좋은 대안은 없는 것 같습니다. 오늘 공청회가 바로 회원의 목소리에 귀를 기울이고자 하는 KMA POLICY 특별위원회의 신념이며, 어떠한 전제에도 구애받지 않고 아젠다에 대한 선제적이며 대안을 제시하고 주도하기 위한 노력이라고 생각합니다.

오늘 공청회를 통해, KMA POLICY가 방문진료(왕진)에 대한 의견이 모아 회원들에게 더 다가갈 수 있고, 풍성한 KMA POLICY로 발전하는 계기가 되길 바랍니다.

대의원회도 KMA POLICY 특별위원회가 중심을 잡고 흔들림 없이 맡은 역할과 책무에 충실할 수 있도록 더 많은 응원을 하겠습니다. 다시 한 번 <일차의료기관 활성화 방안 마련을 위한 공청회>의 성공적인 개최를 기원합니다. 감사합니다.

2018. 11. 18.

대한의사협회 대의원회 의장 **이 철 호**

CONTENTS

발제 및 주제발표

방문진료 제도 도입시 의료계가 나아가야 할 방향	11
장현재 KMA POLICY 특별위원회 의료및의약정책분과위원장	

지정 토론

1. 방문진료의 법적 측면	23
박형욱 KMA POLICY 특별위원회 법제및윤리분과위원장	
2. 방문진료의 적정보상	29
김영재 KMA POLICY 특별위원회 건강보험정책분과위원장	
3. 의료기관외 방문진료 현황	35
박종혁 대한의사협회 홍보이사 겸 대변인	
4. 일본의 재택의료의 현황과 과제	39
황재영 (주)노인연구정보센터 대표이사	
5. 방문진료 모형 마련을 위한 논의 과제 검토	53
임지연 대한의사협회 의료정책연구소 연구원	

▮ 발제 및 주제발표 ▮

방문진료 제도 도입시 의료계가 나아가야 할 방향

장 현 재
(KMA POLICY 특별위원회 의료및의학정책분과위원장)

방문진료 제도 도입시 의료계가 나아가야 할 방향



장 현 재

KMA POLICY 특별위원회 의료및의학정책분과위원장

1. 들어가는 말

불과 40년 전만 해도 목직한 가죽가방을 손에 들고 방문진료(왕진)에 나서는 의사의 모습은 우리네 생활 속에서 흔치 않게 볼 수 있는, 낯설지 않은 풍경이었다. 의술의 역사 초기부터 있었던 왕진은 1970년대 말까지 성행했다. 1930년대에는 개업 의사의 치료 건수 중 30% 정도가 왕진이었을 정도다.

돌아보건데 왕진 문화는 발제자의 기억 속에도 좋은 기억으로 남아 있다. 아픈 환자를 직접 찾아 돌보는 의사의 모습은 인술의 상징이었고, 치료를 받는 환자는 물론 보호자들도 그 시절 왕진의사에 깊은 고마움을 표했던 것으로 기억한다.

그 시절 의사의 주된 업무이기도 했던 왕진은 응급시스템의 정착과 원내 진료를 기본으로 한 관련 법률의 개정으로 서서히 역사의 뒷길로 사라졌다. 지금도 지역사회 내에서 일부 왕진이 시행되는 사례는 있으나, 그 시절의 그것과 비교할 수 없는 미미한 수준이다.

2. 왜 다시 방문진료(왕진)인가?

인구고령화로 대변되는 대외적 환경의 변화, 의료사각지대 해소를 그 목적으로 내세운 원격진료 논의 등 정책적 변화는 지금 우리로 하여금 다시 한번 '방문진료(왕진)'의 필요성을

생각하게 한다.

현재 대한민국은 전 세계적으로 가장 빠른 노령화를 겪고 있다. 고령인구의 증가는 필연적으로 건강보험 재정지출의 증가로 이어지고 있다. 지난해 64세 이상 노인의 건강보험 진료비 총액은 27조 6533억원으로, 전체 건강보험 진료비의 39.9%를 차지했다. 건강보험 진료비 가운데 노인 진료비의 비중은 2011년 33.1%에서 2013년 35.4%, 2015년 37.6% 등으로 해마다 가파르게 증가하고 있어 조만간 40% 선을 훌쩍 넘어설 것으로 전망된다. 적지 않은 전문가들은 건강보험의 지속가능성을 좌우할 핵심 과제로 노인 의료비 문제를 꼽고 있다.

(단위 : 만일, 억원, 원, %)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	증감률(%)	
입내원 일수 (만일)	전체	92,610	95,166	96,878	96,796	96,998	102,157	103,264	1.1
	65세 미만	67,432	68,255	68,208	68,567	67,784	69,430	69,178	-0.4
	65세 이상 비율(%)	25,178 (27.2)	26,911 (28.3)	28,670 (29.6)	30,230 (30.6)	31,209 (31.5)	32,727 (32.0)	34,086 (33.0)	4.2
진료비 (억원)	전체	462,379	478,312	509,541	543,170	579,546	645,768	693,352	7.4
	65세 미만	309,519	314,911	328,976	345,753	361,523	395,581	416,819	5.4
	65세 이상 비율(%)	152,860 (33.1)	163,401 (34.2)	180,565 (35.4)	197,417 (36.3)	218,023 (37.6)	250,187 (38.7)	276,533 (39.9)	10.5
입내원 1일당 진료비 (원)	전체	49,928	50,261	52,596	54,979	58,544	63,213	67,144	6.2
	65세 미만	45,901	46,138	48,231	50,426	53,334	56,976	60,253	5.8
	65세 이상	60,713	60,719	62,980	65,306	68,859	76,446	81,128	6.1

주 1) 지급기준
2) 입내원일수는 약국의 처방조제 일수 제외

▲국민건강보험공단-건강보험심사평가원 2017년 건강보험 주요통계 및 진료비 통계지표

핵가족화와 1인 가구 증가로, 사회적 돌봄이 필요한 국민들이 늘어나고 있다는 점도 문제다. 거동이 힘든 노인이나 장애인, 아동 등 사회적 돌봄이 필요한 사람이 전국적으로 100만명에 달할 정도여서, 새로운 사회 위협으로 부각되고 있다.

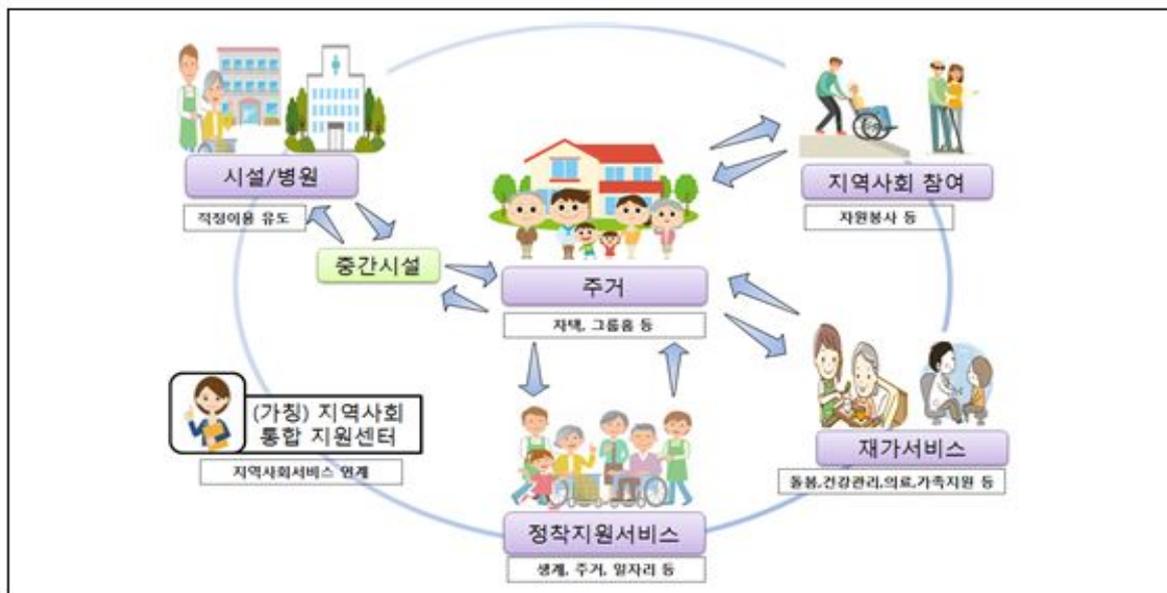
거동이 불편해 의료기관을 내원하지 못하는 의료 취약계층의 경우 사실상 의료사각지대에 놓여있다고 볼 수 있으며, 모든 국민들이 마땅히 받아야 할 양질의 의료에서 소외되어 건강한 삶은 누릴 권리를 보장받지 못하고 있다. 왕진은 이런 현실을 타개해 나갈 수 있는 수단으로 생각되며, 이를 통해 국민 건강권 확보에 기여할 수 있다.

우리를 기다리고 있는 각종 보건의료환경의 변화도 주목할 만하다.

첫째는 지난 정부부터 줄기차게 추진되고 있는 원격의료 허용 문제다.

보건복지부는 지난 8월 의사-환자간 원격의료 허용을 골자로 하는 의료법 개정 재추진을 공식화했다. 대면진료가 불가능하거나 매우 곤란한 경우에 한해 의사-환자간 원격의료를 도입, 의료사각지대를 해소하려 한다는 것이 정부의 주장이다. 왕진은 이를 무력화하는 효과적인 도구가 될 수 있다. 의료사각지대 해소가 의사-환자간 원격의료 허용의 목적이라면, 검증되지 않은 원격의료보다는 왕진이나 재택진료를 활성화하는 것이 가장 효과적인 대안이 될 수 있다. 그 어떤 보조 수단도 의사의 대면진료보다 안전하고 효과적일 수는 없다.

< 커뮤니티케어 추진 개념도 >



▲보건복지부, 커뮤니티케어 추진 개념도

둘째는 커뮤니티케어에 대한 대응이다.

정부는 인구노령화와 지역사회 돌봄수요 증가 등의 문제를 해결할 방법으로 최근 커뮤니티케어 추진 계획을 내놨다. 커뮤니티케어는 노인과 장애인 등 돌봄을 필요로 하는 국민이 자신의 거주지에서 보건의료, 돌봄 등 필요한 서비스를 누릴 수 있도록 하는 지역사회중심 사회서비스 체계다. 아직 초기논의 단계인데다 여러 가지 난제로 성공여부를 장담할 수는 없지만, 방문진료를 통해서도 동일한 정책 목표 달성이 가능하다는 점에서, 지역사회 일차의료기관을 중심으로 한 방문진료 활성화가 향후 제도개선 논의에 있어 의료계의 주도권을 확보하고 제도설계에 많은 시사점을 제공할 수 있을 것이다.

3. 국내 방문진료 현황과 외국의 사례

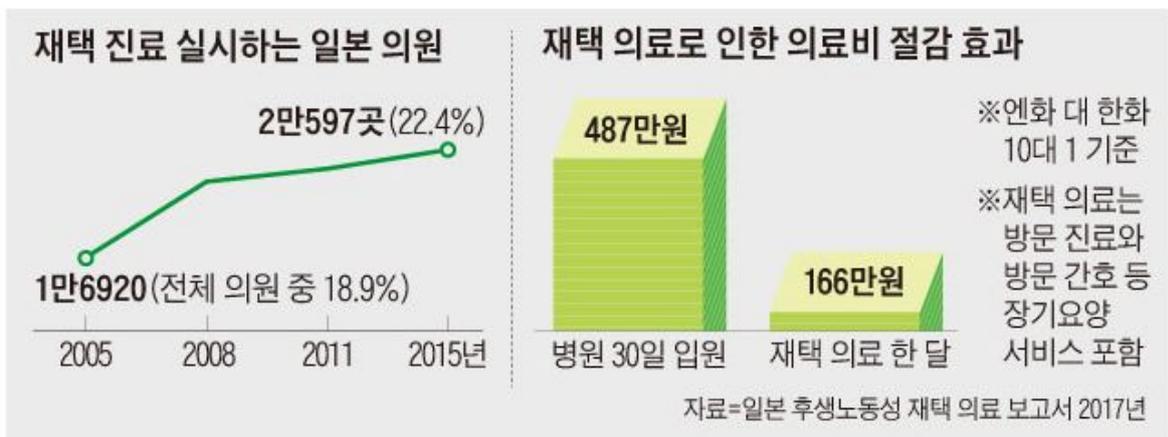
현재 국내 왕진현황을 살펴볼만한 공식 집계는 없다. 다만 서두에 언급한대로 응급시스템의 정비와 원내 진료를 기본으로 한 관련 법률의 개정, 왕진수가체계 미비로 인해 국내에서는 왕진문화가 거의 사라지다시피 한 상황이다.

반면 우리보다 앞서 초고령사회에 진입한 일본은 왕진 서비스가 활성화되어 있다.

일본의 경우 2006년 개호보험법 개정을 통해 지역사회에서 주민과 관련기관, 행정, 보건 및 의료, 복지 전문직이 함께하는 ‘지역포괄케어 시스템’을 도입했으며, 2015년 법률을 추가 개정해 재택의료(왕진)를 지역포괄케어 시스템 안에 체계화했다.

일본은 왕진이 건강보험 재정부담을 줄일 해법으로 기능할 수 있을 것으로 보고 있다. 일본 후생노동성이 내놓은 재택의료 보고서(2017년)에 따르면, 환자가 입원하지 않고 집에서 지내며 방문 진료·간호를 받으면 의료비지출이 3분의 1 수준으로 줄어드는 것으로 파악됐다. 30일 진료를 기준으로 병원입원 환자의 평균 의료비 지출은 약 500만원이었던데 반해, 재택의료 환자의 의료비 지출은 170만원 수준에 그쳤다.

2015년 기준 일본에서는 의사가 환자 집으로 찾아가는 방문진료가 매달 70만건, 환자가 의사를 부르는 왕진이 매달 14만건 등, 한 해 약 100만건의 진료행위가 환자 집에서 이뤄지고 있다. 일본 내 전체 의원의 22.4%인 2만 597곳이 방문진료에 참여하고 있다.



▲일본의 재택의료현황 및 재택의료로 인한 의료비 절감효과 연구, 조선일보 갈무리

일본 정부는 올 4월부터 일본 전역에 24시간 왕진이 가능한 시스템을 구축하는 등 왕진

서비스를 대폭 확대했다.

일본의 방문 진료는 거동 장애 환자가 요청하거나, 병원에 입원했다가 나올 때 병원 의사가 퇴원 후 재택 관리를 권유하는 것에서 시작된다. 방문 진료 환자의 절반이 부축해도 병원 방문이 어려운 경우다. 그 정도까지는 아니더라도 거동 불편 환자가 원하면 대상자가 된다.

정기 방문과 응급 대응 환자 한 명당 의료 수가는 한 달에 약 80만~100만원이다. 이 중 10%를 환자가 부담하고 나머지는 의료보험이 낸다. 입원할 경우엔 10~20%가 본인 부담, 80~90%가 의료보험 재정에서 나간다.

싱가폴이 경우에도 환자의 의료기관 입원이나 시설에 입소하는 사례를 최대한 늦추면서, 환자가 기존 자신의 삶을 최대한 누리며 살 수 있도록 지원하기 위해 재택의료를 제공하고 있다.

재택의료 대상은 암환자 등 중증환자 또는 상태가 안정적인 정신질환, 치매, 파킨슨질환, 심폐질환, 폐결핵환자 등으로 재택의료를 통해 이들에 방문진료와 재활 등의 서비스를 제공한다. 진료비는 가정진료의 경우 방문당 150~220달러, 가정재활은 방문당 120~150달러 수준이다.

4. 방문진료 활성화를 위한 제안

앞선 사례에서 보듯, 왕진은 고령인구 증가에 대한 대비책이자, 의료사각지대 해소를 위한 안전망이며, 고령인구 증가에 따른 의료비 급증현상을 해결할 수 있는 좋은 대안이 될 수 있다.

다만 한국형 왕진제도 정착을 위해서는 몇가지 과제가 우선적으로 해결되어야 한다. 각국의 의료현실이 다른만큼 외국의 왕진제도를 돌아보고 그들이 가진 장점은 차용하되, 우리의 상황에 맞게 이를 조정해야, 제도의 성공을 담보할 수 있다.

국내에서 방문진료를 활성화하기 위해서는 왕진과 관련한 각종 법규를 재정비해 왕진제도의 위상을 다시 확립하는 한편, 적정수가를 통해 의료인에 왕진에 참여할 유인을 제공하며, 왕진제도가 다시한번 우리 의료문화의 하나로 자리잡을 수 있도록 하는 정부와 의료계

의 공동 노력이 필요하다.

각각의 제안점들을 좀 더 자세히 살펴보자면, 첫째는 왕진 관련 법률의 정비다. 이와 관련해서는 최근 국회에서 주목할만한 진전이 있었다.

국회 보건복지위원회는 지난 9월, 왕진제도 활성화를 위한 국민건강보험법 개정안(더불어민주당 기동민 의원 대표발의)을 처리했다. 의료취약지 주민 및 거동이 불편한 노인 환자 등에게 적절한 의료서비스를 제공하기 위한 방법으로 왕진을 끊고, 의사왕진시 필요한 수가를 가산해 지급하도록 한 것이 법안의 골자다.

구체적으로는 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 의사 등이 건강보험 가입자 또는 피부양자를 직접 방문해 요양급여(방문요양급여)를 할 수 있으며, 방문진료에 소요되는 시간과 노력 등을 고려해 일정금액을 가산할 수 있다는 내용을, 건강보험법에 신설하도록 했다.

이는 왕진이 의료취약계층의 의료접근성 향상을 위해 가장 적절한 방법임에 국회가 공감한 결과로 그 의미가 크다. 복지위를 통과한 법률은 현재 국회 법제사법위원회의 심사를 기다리고 있는 상태로, 법사위와 본회의 의결만 거치면 개정 법률로 기능하게 된다.

다만 왕진에 따른 의료인의 법적 책임 문제 등은 다루지지 않고 있어, 이에 대한 추가적인 논의와 보완조치가 필요할 것으로 보인다.

현 행	개 정 안
<p>〈신 설〉</p>	<p>제45조의2(방문진료에 대한 요양급여비용 산정에 관한 특례) 가입자 또는 피부양자가 보행의 곤란 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에 본인이나 보호자의 요청으로 의사가 환자를 직접 방문하여 실시한 요양급여(이하 이 조에서 “방문진료”라 한다)에 대한 요양급여비용은 제45조에도 불구하고 방문진료에 소요되는 시간·노력 등을 고려하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 일정한 금액을 가산하여 달리 산정할 수 있다.</p>

두 번째 숙제는 적정수가의 보장이다. 적지 않은 의료인들은 왕진이 기피되게 된 원인으로 수가체계의 미비를 꼽고 있다. 수가가 비현실적인 상황이라, 의사가 왕진에 나설 유인이 되지 못한다는 지적이다.

현행 ‘요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(복지부 고시)’에 따르면 방문진료에 대한 요양급여비용은 의료기관 내에서 행해지는 요양급여 비용과 동일한 방식으로 산정하되, 교통비 등 기타 비용을 ‘사회 통념상 인정할 수 있는 실비 범위 내’에서 환자가 추가부담하도록 규정하고 있다.

진찰료와 진료료 외에 소정의 교통비를 받을 수 있다는 얘기인데, 비용산정 기준 자체가 불명확한데다, 왕진에 따른 의사 기회비용 상실(왕진을 감으로써 다른 환자를 볼 수 있는 기회 상실) 등을 전혀 감안하지 못하고 있다는 점에서 현실성이 떨어진다.

왕진료 진료수가 산정방법	<p>요양급여를 받을 수 있는 건강보험 가입자 또는 피부양자가 질병, 부상 및 출산 등으로 인하여 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행의 곤란 또는 불가능하여 환자나 환자보호자의 요청에 의하여 의사가 "왕진"을 한 경우 진료수가 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 진찰료 : 초진 및 재진 진찰료는 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 산정기준에 의하여 산정함.</p> <p>나. 진료료 : 초진 및 재진 진찰료 이외의 처치 및 수술료 등에 대하여는 진료행위별로 산정하되, 건강보험 요양급여비용의 내역에 의한 금액으로 산정함.</p> <p>다. 기타 비용 : 환자나 환자보호자의 요청에 의하여 의사가 왕진을 한 경우, 그에 소요되는 기타 비용(교통비 등)은 거리 및 소요시간 등을 참작하여 사회통념상 인정할 수 있는 실비 범위내에서 본인이 부담하도록 함.</p> <p>라. 위 사항 이외는 별도 산정하거나 본인부담 시킬 수 없음.</p>
---------------------	---

▲요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(복지부 고시)

방문진료 활성화를 위해서는 왕진수가가 현실화되어야 한다는 점에는 이미 국회도 동의

한 바다. 앞서 언급한 건강보험법 개정안은 방문진료에 소요되는 시간과 노력 등을 고려해 일정금액을 가산할 수 있다는 내용을 담고 있다. 어찌되었던 지금의 왕진 수가로는 왕진제도를 활성화할 수 없으며, 왕진제도 활성화를 위해서는 가산 등 수가현실화가 필요하다는 얘기다.

정부 또한 왕진활성화를 목표로, 왕진수가의 개선을 추진하고 있다. 의사가 요양기관 밖에서 환자를 진료할 때 적용할 수 있는 방문진료 수가(의사 방문료) 등을 신설한다는 계획으로 ▲일차의료기관에 소속된 의사가 진료시간 또는 진료종료 이후에 예약한 환자를 대상으로 방문진료를 실시(겸업형) ▲지역의사회를 중심으로 당번 의사 순번을 정해 방문진료가 필요한 환자를 대상으로 방문진료를 실시(네트워크형) ▲의료기관을 운영하지만, 기관내 진료가 아닌 방문진료만 전담해 실시(전담형) 등이 그 모형으로 검토되고 있다.

다만 구체적인 수가산정을 위해서는 방문진료 시 소요되는 시간, 방문진료에 따라 의사가 부담하게 되는 기회비용 및 환자의 방문진료비용 부담 능력 등에 대한 전반적인 조사가 선행되어야 하는데, 이에 관한 조사는 전무한 상황이어서, 향후 의료계의 선제적인 대응이 필요할 것으로 판단된다.

이 밖에 방문진료제도의 정착을 위해서는 방문진료 허용 환자군과 방문진료에 관한 행위 정의 등 구체적인 모형을 만드는 작업이 이뤄져야 한다. 올바른 모형의 정립을 위해서는 의료계의 적극적인 관심과 의견개진이 있어야 하겠다. 제도정비 이후에는 환자들이 방문진료에 따른 편익을 체감할 수 있도록 제도를 적극적으로 홍보하는 등 정부와 의료계 공동의 후속 노력들이 이어져야 할 것이다.

5. 맺음말

종합하자면 노인인구의 증가와 이에 따른 노인의료비 부담을 완화하는 한편, 거동이 불편한 노인과 장애인 등 의료취약계층에 양질의 의료를 제공하기 위해서는 방문진료의 활성화가 반드시 필요하다.

왕진을 시행하는 의료기관은 환자의 가정과 지역사회 특성을 가장 잘 알고 있는 지역 일차의료기관이어야 하며, 왕진의사에게는 사회적 기여도에 맞는 적절한 수가보상이 이뤄져야 한다.

왕진의 중요성이 부각되고 있는 작금의 정책적 환경에서 의료계가 논의의 주도권을 가져야 한다. 그러기 위해서는 의료계 내부에서 왕진 제도의 필요성을 공론화하고, 이것이 의사 고유의 역할임에 공감하며, 한국형 왕진제도 부활을 위해 필요한 제도적 환경을 고민하고, 선제적으로 이를 제안해 제도화 해 나가는 노력이 이뤄져야 한다.

|| 지정토론 1 ||

방문진료의 법적 측면

박 형 욱
(KMA POLICY 특별위원회 법제및윤리분과위원장)

방문진료의 법적 측면



박 형 옥
KMA POLICY 특별위원회 법제및윤리분과위원장

1. 방문진료와 관련된 법이 어떤 역할을 해야 하느냐는 두 가지 차원으로 살펴볼 수 있음.
첫 번째 차원은 의료법이 의료기관 밖의 방문진료를 허용하느냐 그리고 건강보험법령에 방문진료에 대한 관련 규정을 제대로 정비하고 있느냐의 문제임.
두 번째 차원은 관련 법률이 방문진료를 예외적으로 허용하는 수준이냐 아니면 의사들이 더 적극적으로 방문진료를 활성화할 수 있는 여지를 만드느냐의 문제임.
2. 의료법 제33조 제1항은 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다고 규정하고 있음.

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우

여기서 의료법 제33조 제1항 제2호, 5호는 방문진료를 허용하는 규정으로 충분함. 그러나 이러한 법률만으로 방문진료를 활성화할 수 있는 것은 아님.

3. 사실 방문진료를 활성화하기 위하여 국회에서 반드시 법률을 제정해야 하는 것은 아님.

건강보험법령에 따르면 보건복지부에 매우 큰 재량이 부여되어 있음.

따라서 보건복지부가 방문진료의 필요성에 대해 정책적 전환을 한다면 건강보험수가 등에서 이를 활성화할 수 있는 많은 수단이 부여되어 있음.

4. 그러나 현재적 상황으로 판단하면 보건복지부는 방문진료에 대해 매우 소극적인 입장을 취하고 있으며 건강보험법령에도 이러한 소극적 입장이 반영되어 있음.

예를 들어 ‘요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(복지부 고시)’에 따르면 방문진료에 대한 요양급여비용은 의료기관 내에서 행해지는 요양급여 비용과 동일한 방식으로 산정하되, 교통비 등 기타 비용을 ‘사회 통념상 인정할 수 있는 실비 범위 내’에서 환자가 추가부담하도록 규정하고 있음. 이러한 세부사항은 방문진료를 활성화하는 것이 아니라 억제하는 효과를 가져 옴.

5. 현재의 건강보험법령체계에서 방문진료를 활성화하는 규정은 법 자체보다는 하위법령에 규정하는 것이 합당함. 그러나 이는 보건복지부의 자발적인 정책전환이 있어야 가능함. 만일 이러한 자발적인 정책전환이 없다면 국회에서 법률을 제정하는 것도 한 가지 방법이 될 수 있음. 이러한 점에서 기동민의원의 발의안은 의미가 있음.

‘발의안 제45조의2(방문진료에 대한 요양급여비용 산정에 관한 특례) 가입자 또는 피부양자가 보행의 곤란 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에 본인이나 보호자의 요청으로 의사가 환자를 직접 방문하여 실시한 요양급여(이하 이 조에서 “방문진료”라 한다)에 대한 요양급여비용은 제45조에도 불구하고 방문진료에 소요되는 시간·노력 등을 고려하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 일정한 금액을 가산하여 달리 산정할 수 있다.’

6. 일본의 예를 보면 다른 나라와 달리 완진과 재택환자방문진료를 구별하고 있는 바 법적으로 혹은 정책적으로 이 둘을 구별하는 것은 의미가 있다고 판단됨.

일본의 예는 정책적 관점에서 노인의료와 관련하여 “의료기관 입원중심” 의료의 한계를 인정하고 이를 벗어나려고 하는 정책적 의지와 관련되어 있다고 판단됨.

7. 만일 일본의 경우와 같이 정책적 필요성이 인정된다면 “조직적으로” 방문진료를 수행하는 의료조직의 도입을 허용 혹은 유도할 수도 있음. 이는 의료법의 의료기관 개설관련 법령과도 관련되어 있음.

요컨대 의료법에서 의료기관의 한 형태로서 방문진료를 조직적으로 제공하는 의료기관을 예정하는 규정을 도입하고, 건강보험법에서 방문진료를 활성화하는 수가체계를 도입

한다면 방문진료의 활성화에 가장 큰 도움을 줄 수 있다고 판단됨.

8. 결국 이 모든 전제에는 “의료기관 입원중심” 의료의 한계를 인정하고 급속히 증가하는 노령화에 맞추어 정책적 변환이 필요하다는 것을 인지하는 것에서 출발함.
의협과 보건복지부, 그리고 우리 사회의 다양한 분야에서 이에 관한 적극적인 논의가 필요하며 의협이 이를 주도적으로 제안할 필요가 있음.

Ⅱ 지정토론 2 Ⅱ

방문진료의 적정보상

김 영 재
(KMA POLICY 특별위원회 건강보험정책분과위원장)

방문진료의 적정보상



김 영 재
KMA POLICY 특별위원회 건강보험정책분과위원장

의료법 제 33조 제 1항에서 모든 의료업은 의료기관 내에서만 행할 수 있다고 했지만 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우에는 왕진을 할 수 있도록 하고 있습니다.

즉 요양 급여를 받을 수 있는 건강보험 가입자 또는 피부양자가 질병, 부상 및 출산 등으로 인하여 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행이 곤란하거나 또는 불가능하여 환자나 환자보호자의 요청에 의하여 의사가 '왕진'을 할수 있으며 이렇게 해서 왕진을 한 경우 진료수가 산정 방법은 다음과 같이 한다고 규정하고 있습니다.

- 다 음 -

- 가. 진찰료: 초진 및 재진 진찰료는 제 1장 기본진료료[산정지침]1. 진찰료 산정기준에 의하여 산정함
- 나. 진료료: 초진 및 재진 진찰료 이외의 처치 및 수술료 등에 대하여는 진료 행위별로 소정 수기료를 산정함
- 다. 기타비용: 환자나 환자보호자의 요청에 의하여 의사가 왕진을 한 경우 그에 소요되는 기타 비용(교통비 등)은 거리 및 소요시간 등을 참작하여 사회통념상 인정할 수 있는 실비 범위내에서 본인이 부담하도록 함
- 라. 위 사항 이외는 별도 산정하거나 본인 부담시킬수 없음

현실적으로 진찰료와 해당 수기료를 건강보험 수가로 산정하고 교통비 정도만 실비로 인

정함으로 인해서 각종 진료 장비나 보조인력의 제한이 있는 병원 외에서의 위험성 높은 진료를 하고 있음에도 적절한 보상이 이루어지지 못하고 있는 것이 현실입니다.

적정 보상을 위해서는 왕진인지 계획된 방문진료인지, 제공 의료서비스(처치, 수술, 완화 의료 등등) 환자 측면에서 소아, 노인, 장애인, 말기 암환자, 치매 등 대상군, 방문진료 신청 의원, 비신청의원, 방문진료 전문의원 등 의료기관의 형태에 따른 보상이 다를 필요가 있습니다.

그리고 의료기관을 방문하는 환자 대신 방문진료를 하면 그만큼의 손실이 있다는 점, 의사의 노력이나 위험성이 높다는 점, 혹시 모를 폭력이나 성희롱 등의 위험성 등 기회비용, 위험비용, 노력에 따른 가중치 반영 등이 적정 보상을 함에 있어서 고려되어야 한다.

그리고 무의미한 연명치료로 손실되는 비용을 줄일수 있고 품격있는 죽음을 맞이 하도록 돕는 다는 측면의 의료 소비자에 대한 제공되는 가치의 크기를 반영해 줄 필요도 있으며 계획된 방문진료의 경우 방문 진료이외에도 평상시 관리가 필요하다는 점에서도 이에 대한 특정 관리료 같은 것들이 필요합니다.

가정형 호스피스 사업은 가정형 호스피스 시범 기관의 의사, 간호사, 사회복지사로 구성된 가정형 호스피스 팀원이 말기 환자의 가정을 방문하여 집에서 이용하는 호스피스 서비스로 가정형 호스피스 의뢰되면 24시간내에 전화하고 48시간내에 방문해서 환자 평가를 하고 돌봄계획을 수립하며, 방문, 전화상담 등 서비스 제공 및 연계 됩니다. 가정형 호스피스 시범사업에서 직종별 방문료(의사, 간호사, 사회복지사) 교통비, 처치 항목별 수가 산정은 다음과 같습니다.

의료기관 종별	의사		간호사	사회복지사	교통비
	초회방문	재방문			
병원급 이상	121,800	85,260	81,770	48,960	7,960
의원	117,300	82,110	78,900	47,150	8,820

2016년 시행되어 환자 만족도는 높았지만 의사 초진료 10만 2310원 (환자 부담 5120원)으로 책정되어 수가가 너무 낮아 활성화 실패했다는 평가가 있습니다. 그러므로 방문진료에 대한 적절한 설계와 수가 책정이 왕진 제도 활성화 성패를 좌우 할것으로 생각됩니다.

자문형 호스피스는 시범기관의 말기 환자가 말기 질환 담당 의료진의 진료를 받으면서

일반병동이나 외래에서 이용하는 호스피스 서비스 로 돌봄 상담료 97,400원(초회)/65,580원(제 2회부터), 임종 관리료 72,810원으로 책정되어 있습니다.

지역사회 일차의료 시범사업 수가 분류 및 수준은 다음과 같습니다.

구분	행위분류	행위정의	수가수준(산정횟수)
포괄 평가 및 계획 수립	포괄 평가 및 계획 수립료(2회 방문 묶음 수가)	건강문제를 포괄적으로 평가, 연간 관리계획 수립, 종합 관리계획서 제공	67,800(연 1회)
교육 상담	질병관리 교육상담료	질환소개, 치료, 합병증 관리 등 질병 관리에 대한 교육, 상담 실시	8,960원(연4회)
	생활습관 개선 교육 상담료	영양, 금연, 운동 등 생활 습관 개선을 위한 교육 상담 실시	8,960원(연4회)
	연계 조정료	건강동행센터에서 실시한 생활습관 개선 교육 상담 결과 확인, 만성질환 관리에 환류 시행	
(차기년도) 포괄 평가 및 계획 수립	(차기년도) 포괄평가 및 계획수립	이전 주기 관리계획 점검 및 건강상태 포괄평가, 차기년도 관리계획 수립	67,800원(연1회)

포괄평가는 2회 방문으로 초회 방문시 포괄적 평가 및 검사 실시, 차기 방문시 검사 결과 등을 토대로 연단위 관리 계획 수립하는 것으로 환자당 연간 최대 14만원 수준입니다. 호스피스 사업이나 일차의료 시범 사업의 경우 환자가 의료기관을 방문할때의 수가입니다.

환자가 의료기관을 방문할 때 구급차를 이용하는 경우의 비용은 다음과 같습니다.

□ 일반 구급차

의료기관 등의 구급차

기본요금 (10km 이내) = 3만원

추가 요금 = 1km 당 1,000원

부가요금: 의사, 간호사, 응급구조사가 탑승한 경우 =15,000원

- 비영리 법인의 구급차
기본요금 (10km 이내) = 2만원
추가 요금 = 1km 당 800원
부가요금: 의사, 간호사, 응급구조사가 탑승한 경우 =10,000원

- 특수 구급차

- 의료기관 등의 구급차
기본요금 (10km 이내) = 75,000원
추가 요금 = 1km 당 1,300원

- 비영리 법인의 구급차
기본요금 (10km 이내) = 5만원
추가 요금 = 1km 당 1,000원
* 자정에서 새벽 4시까지 20% 할증

일본과 같이 방문진료 전문의료기관이 생긴다면 방문진료만으로도 개원한 의사들의 수입과 비교해서 떨어지지 않도록 하루 방문가능한 환자 수와 한달 수입을 고려해서 적정 수가가 마련되어야 한다고 생각합니다. 적정 보상을 통한 적절한 서비스가 이루어질수 있기를 기대합니다.

Ⅱ 지정토론 3 Ⅱ

의료기관외 방문진료 현황

박 종 혁
(대한의사협회 홍보이사 겸 대변인)

의료기관외 방문진료 현황



박 종 혁
대한의사협회 홍보이사 겸 대변인

인간의 수명이 늘어나면서 삶의 질에 대한 욕구도 늘어났습니다. 커뮤니티 케어 등의 의료구조의 변화에 대한 논의, ‘고귀한 죽음이란 무엇인가.’ 등 삶의 본질에 대한 논의도 이에 맞춰 활발하게 진행되고 있습니다. 이러한 논의에서 ‘의료기관 밖으로 의료진이 직접 방문해야 한다.’는 방향성에 대해서는 공통적으로 동의하는 것으로 생각됩니다.

우리나라는 아직 의료법에서 ‘기본적으로 의료기관 내에서만 의료업을 해야함’을 명시하고 있고, 일부 예외적으로 의료기관외 진료행위를 허용하고 있습니다. 한마디로 처방전 한 장도 원칙적으로 의사가 아닌 의료기관의 도장이 있어야만 합니다. 더구나 우리나라는 요양기관 강제지정제에 묶여있어 의료기관이나 환자의 요구가 절실하더라도 수가구조화되지 않으면 왕진은 말그대로 허상일 수밖에 없습니다.

그럼에도 의료기관 외에 진료행위의 절실한 요구로 방문진료는 산발적으로 이루어지고 있고 크개는 다음 3가지 형태정도가 아닐까 생각합니다.

병원에서 호스피스 병동을 운영하며 방문간호활동을 지도감독하며 의사도 직접 방문진료를 시행하는 것(가정형 호스피스 사업...)

2. 요양시설의 의료공백문제를 해결하기 위해 촉탁의제도 시행.(진료책임은 지지 않으나 의사가 시설에 직접 방문하여 입소자 건강파악. 형태상으로는 분명히 방문진료인데 비정상적 저수가와 법적인 문제 상존함)

3. 의원급에서 주로 단골환자의 요청을 거절할 수 없어 왕진을 시행하는 경우(‘사회통념

상 인정할 수 있는 실비범위 내'에 환자가 추가부담 할 수 있는 정도로 규정되어 있어 민간 의료기관에서 제대로 할 수는 없음.)

특히 2,3번째는 의사-환자관계를 오히려 해치고 있고, 촉탁의제도는 의료법위반의 소지가 있어 의료분쟁으로 이어질 개연성이 있습니다.

일본의 사례만 봐도 우리가 앞으로 나아가 할 방문진료의 형태에 대한 방향을 제시해주고 있습니다. 일본의 경우 왕진, 방문진료로 개념을 이분화하였고, 다양한 상황에 따라 세분화하여 수가화 하였습니다. 예를 들어 동일건물에 방문하는지, 한 번 가서 몇 명을 보는 것인지, 말기환자를 보는 경우에는 추가적인 수가를 마련한다든지... 세세하게 방문진료형태를 체계화한 것을 볼 수 있습니다.

커뮤니티케어 등 의료체계의 변화를 논의하는 장에서 의사를 배제하고 논의가 진행되는 경우가 많습니다. 하지만 앞으로 변화될 의료시스템 안에서도 의사의 역할은 중요할 수밖에 없을 것입니다. 의료기관 밖으로 의료행위를 확대시키는 방문진료가 어떤 식으로 자리를 잡느냐가, 우리나라 미래의 의료체계를 성공시키는 중요한 요인이 아닐까 생각해 봅니다.

Ⅱ 지정토론 4 Ⅱ

일본의 재택의료의 현황과 과제

황 재 영
(주)노인연구정보센터 대표이사

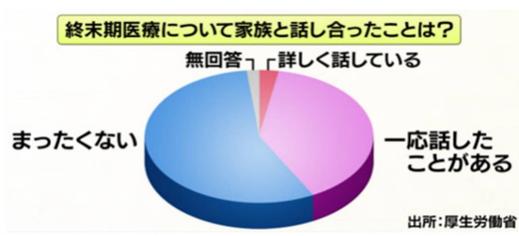
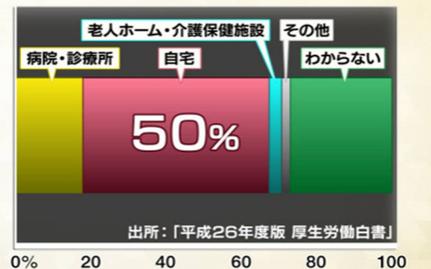
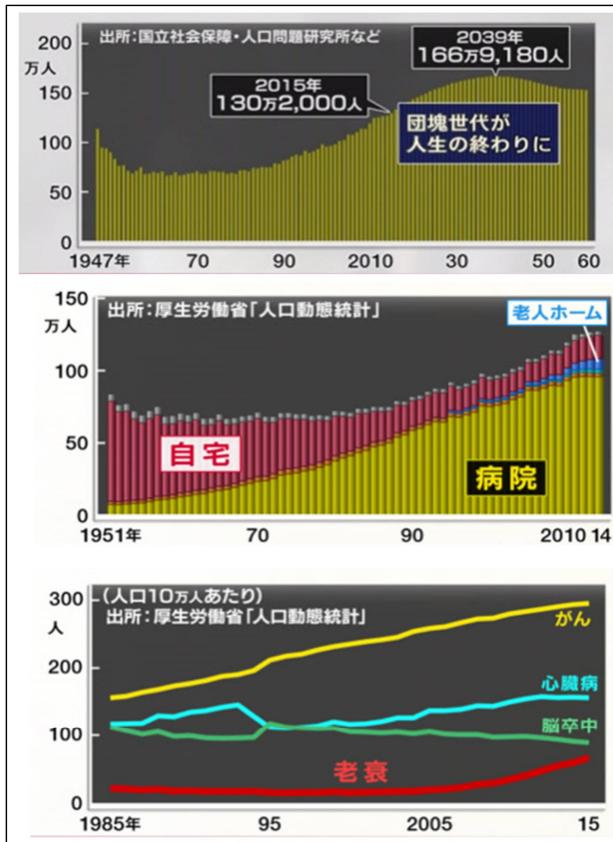
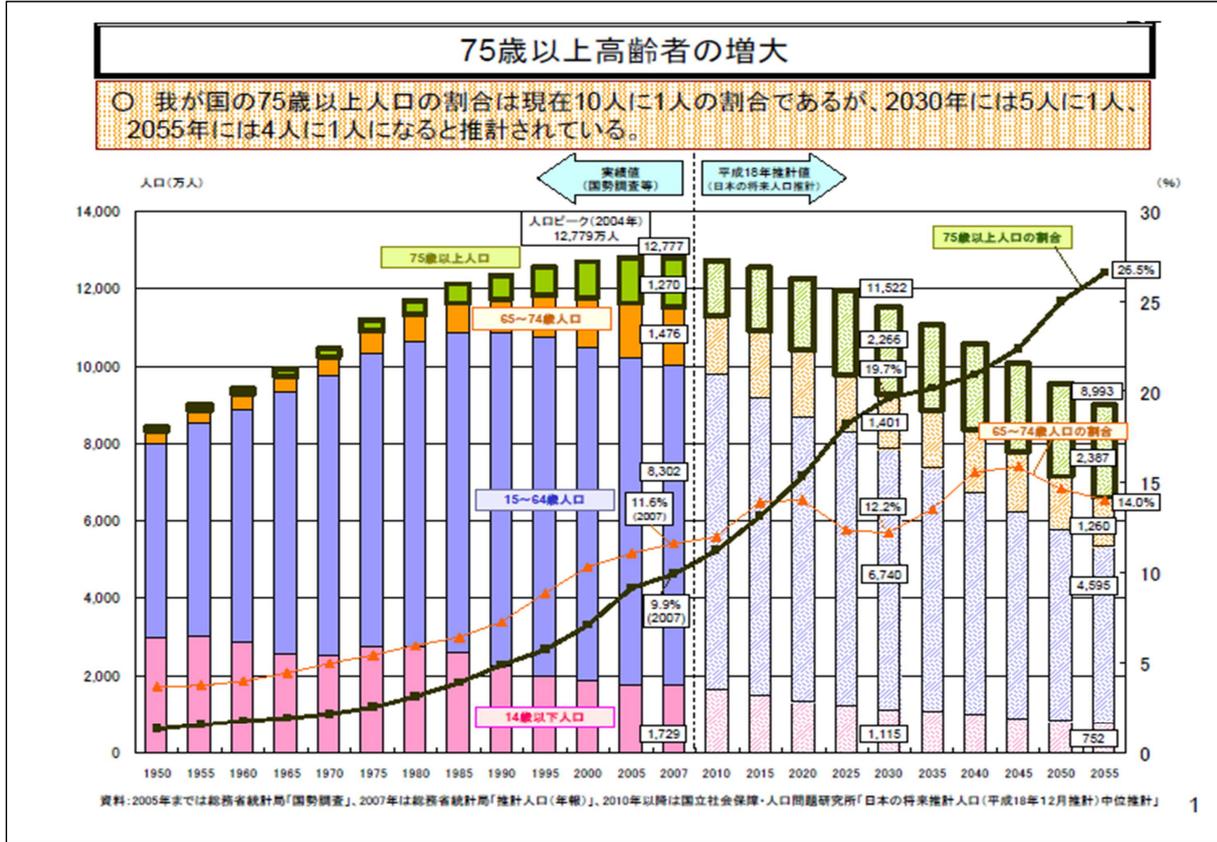
일본의 재택의료의 현황과 과제



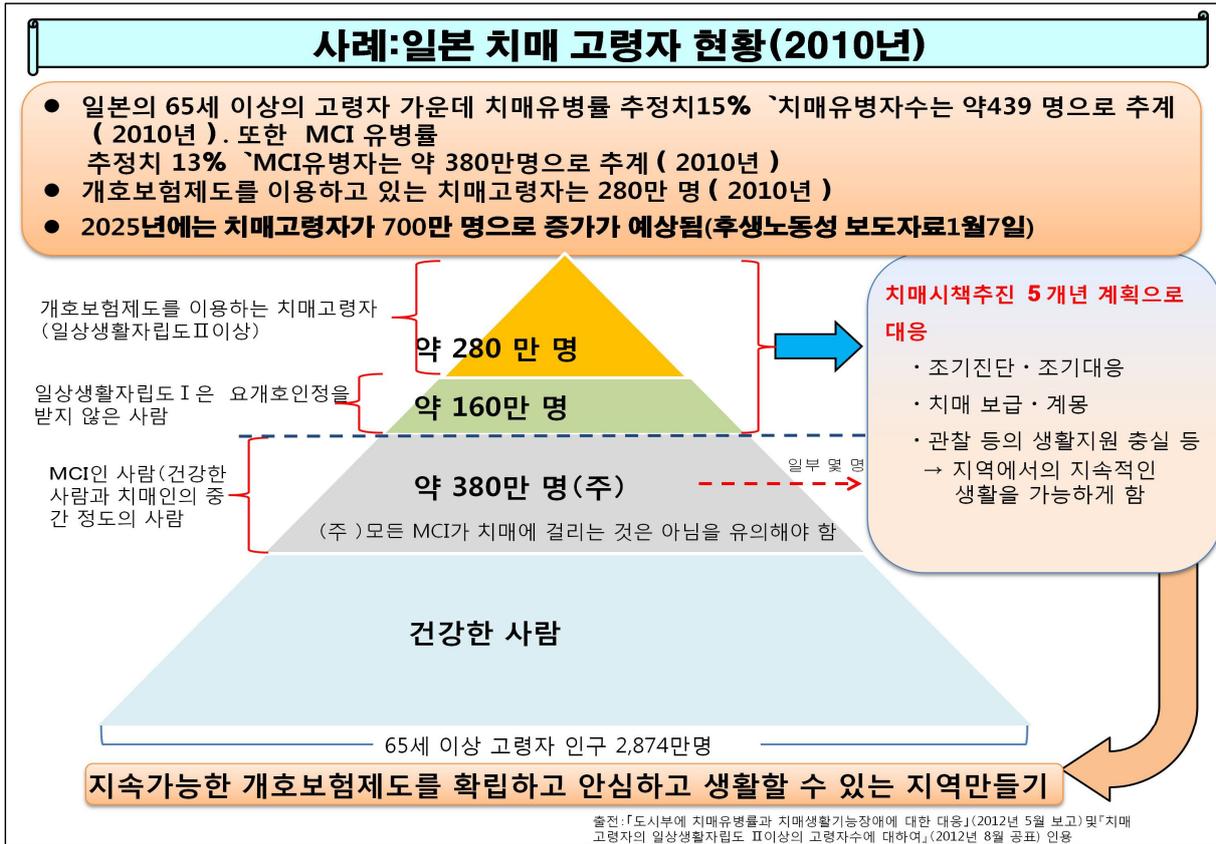
황재영
(주)노인연구정보센터 대표이사

일차의료 중심의 방문진료 활성화 화를 위한 간담회_ 일본사례

노인연구정보센터 황재영



- 自宅で亡くなるために必要なもの**
- 1 本人の意思
 - 2 「介護力」同居・近隣で介護可能な家族
 - 3 訪問医
 - 4 訪問介護
 - 5 訪問看護ステーション 自動車30分圏内に



아베정권의 급진적인 신자유주의 의료 및 개호보험 개혁

PTLINE
www.ptline.com

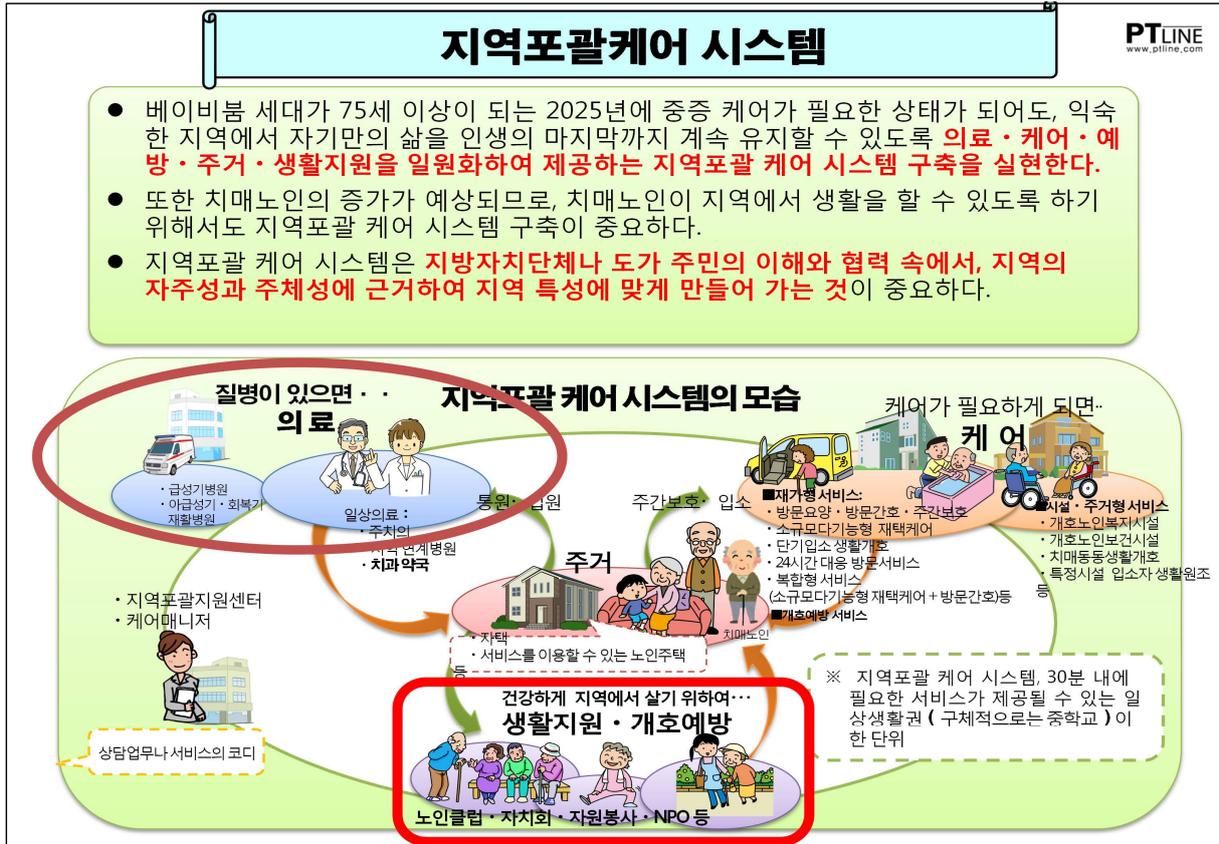
- 3개의 화살

1. 의료비 지출목표관리
2. 의료제공체제 개혁_병상기능보고, 지역의료구상
3. 보험자기능 강화

의료 확보와 그것을 위한 모든 비용조달을 각 도도부현 지역주민에게 집단적 자기책임(의료비 총액관리)으로 맡기고, 나머지 부분은 보험 외의 의료나 건강 상품을 판매·구매 하는 의료·건강 기업에게 개방하려는 제도개혁을 꾀하고 있다.

병원 등의 경영실태정보를 상세히 보고하도록 하고, 도도부현에 대하여 국가가 강력하게 리드하는 의료제공체제의 삭감목표를 페널티(penalty)부가를 강요할 수 있는 새로운 권한을 부여함으로써 병원, 진료소의 개발·경영·운명을 목표관리형으로 강력하게 규제하도록 계획하고 있다.

영리사업이 활약하는 공간을 넓히기 위해서는 의료보험급부를 축소하고, 의료보험에서 커버되지 않는 영역을 넓힐 필요가 있다. 이에 아베정권은 <의료산업의 성장을 위해 보험급부 축소>를 공언하고, 그에 따라 재계, 투자가의 지지를 얻고자 한다. 의료·건강산업 경쟁력강화는 아베노믹스의 「제3의 화살」(성장전력)의 중심이기 때문에 아베노믹스의 기대는 의료보험급부 압축의 강력한 추진력이 되고 있다.

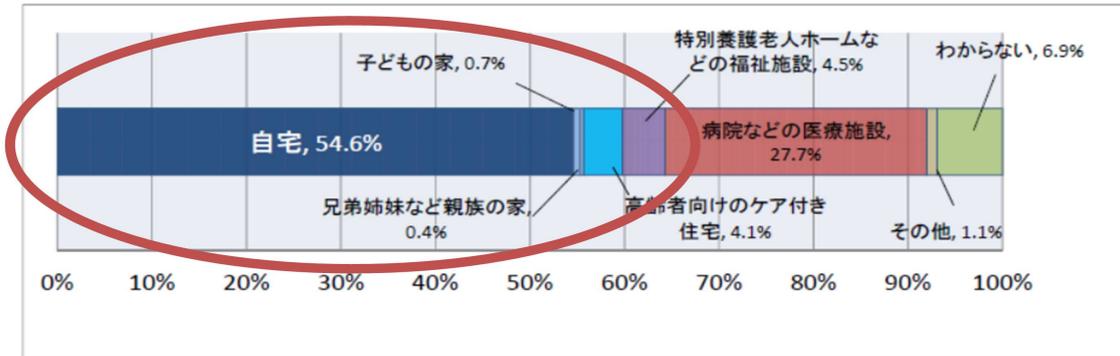


일본 재택의료의 역사적 변천 출전: 平原による在宅医療の歴史的分類

재택의료	연대	특징	사회배경
고전적 재택의료	-1965년 전후	급성질환(감염, 뇌졸중)에 대한 의사의 왕진	평균수명 60세
현대적 재택의료	여명기 1970년-1992년	장애를 가진 환자, 임종기 환자 24시간, 계획적지원, 가족요양전제(근대적 재택의료의 시작)	평균수명 70세 성인병
	창생기 1992년-2012년	-80년 전후에 최초로 호스피스 소개 개호보험 재택의료(고령세대지원) 공급량증가(개호보험, 재택의료) 서비스보급, 학문화, 교육체계확립	평균수명 80세 성인병과 노인병
	발전기 2012년-	지역포괄케어시대 재택의료(독거 등 대상), 다직종협동과 필요에 따른 입원, 재택의료시스템화(시정촌의사회) 연수추진 및 질 개선	평균수명 90세 노인병, 독거, 지역케어

희망하는 죽은 장소

-희망없는 질병의 경우 어디에서 마지막을 맞고 싶은가(n=1,919명)-



出典：平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

재택의료를 하는 진료소 및 병원

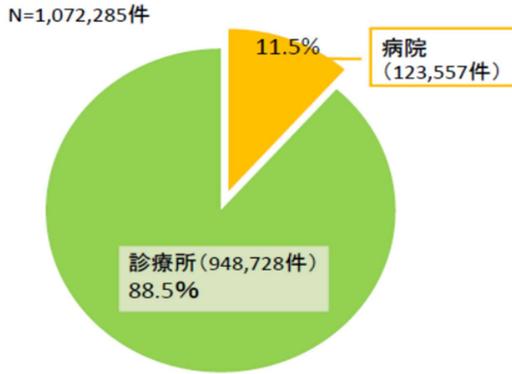
-진료소는 약 22%, 병원은 약 30% 수준-



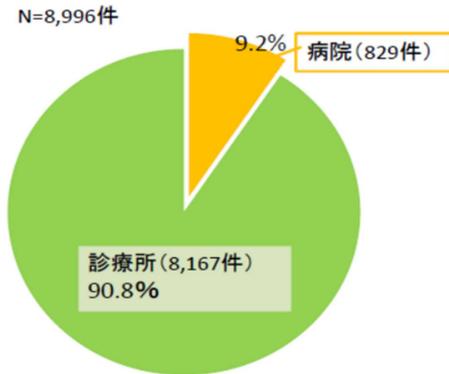
出典：医療施設調査（厚生労働省）

방문진료 실시주체별 실적 재택임종 실시주체별 실적

「訪問診療」の実施主体別の実施件数(構成比)



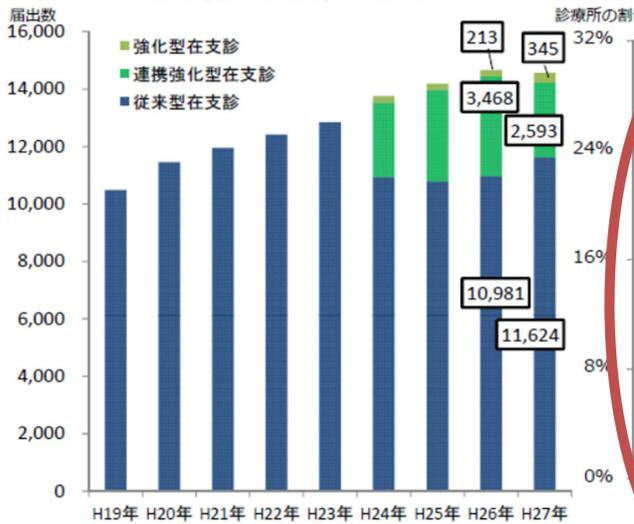
「在宅看取り」の実施主体別の実施件数(構成比)



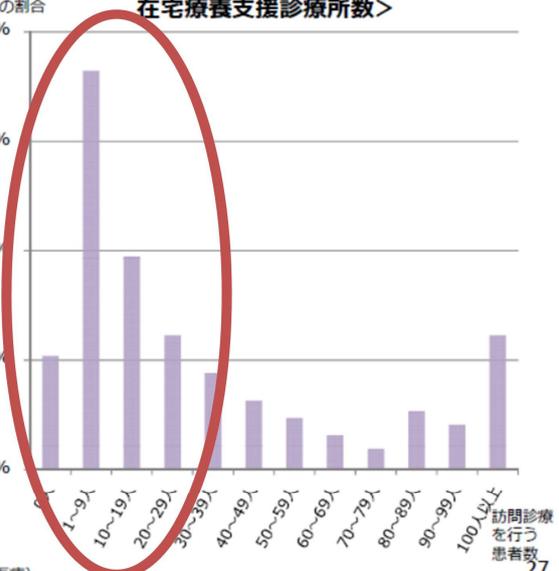
出典: 平成26年度医療施設調査(厚生労働省)

재택의료지원 진료소 신청건수 환자수별 재택요양지원진료소수

<在宅療養支援診療所届出数>

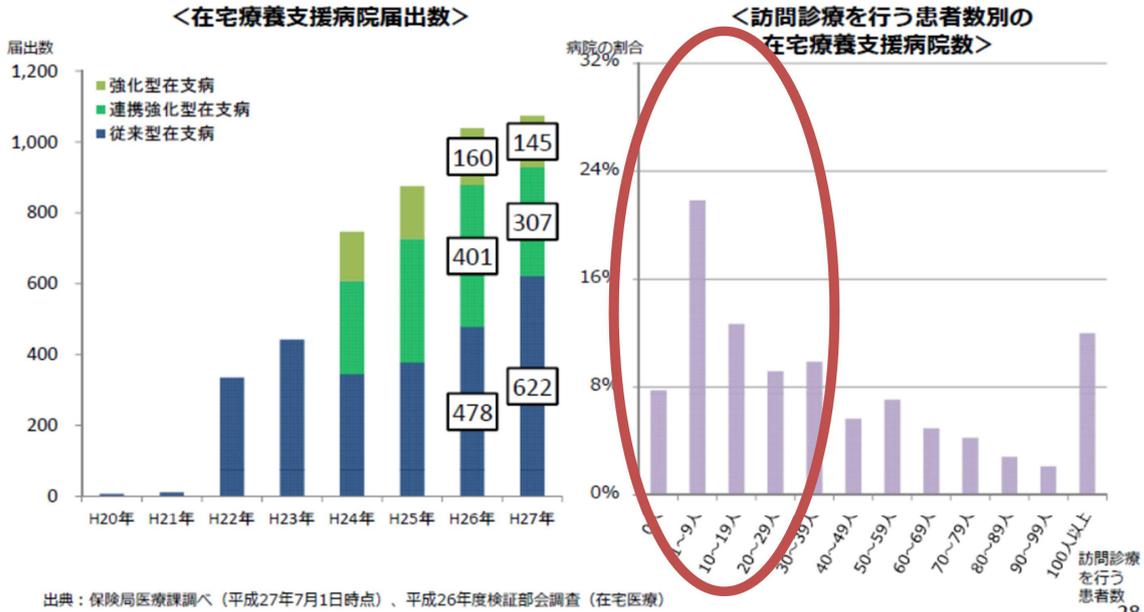


<訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数>

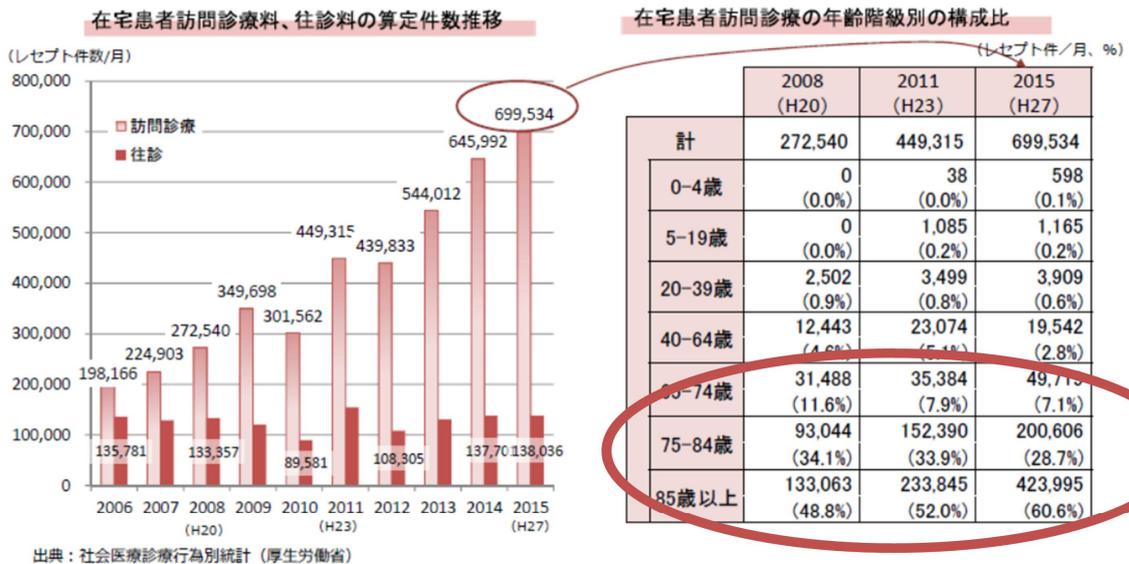


出典: 保険局医療課調べ(平成27年7月1日時点)、平成26年度検証部会調査(在宅医療)

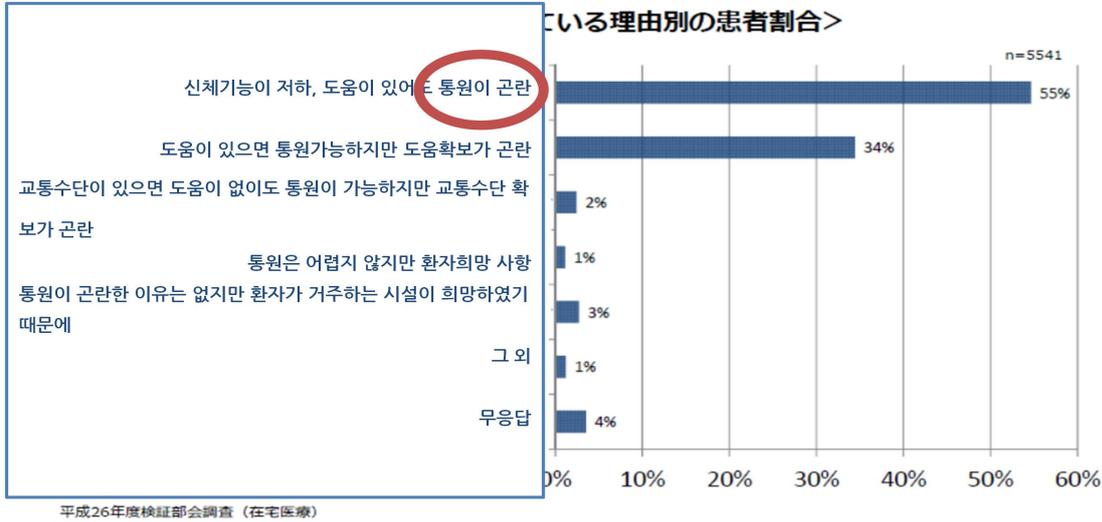
재택의료지원 병원 신청건수 환자수별 재택요양지원병원수



재택환자방문진료료, 왕진료 산정건수 추이 재택환자진료의 연령별 구성비



재택의료지원을 이용하는 이유(비율)



일본 재택요양지원진료소 및 재택요양지원병원 주요기준

재택요양 지원진료소	재택요양 지원병원	기능강화형 재택요양지원진료소 및 병원
-진료소 -24시간 연락가능 의사 혹은 간호사를 사전에 지정 및 환자대응 -긴급시 항상 입원가능한 병상확(병상이 없는 경우는 연계병원 확보) -지자체 신고	-허가된 200병상 이하 또는 4키로 이내 진료소 없음 -24시간 연락가능 담당자를 사전에 지정 및 환자대응 -왕진담당의사는 당직의사와 다른 의사이여야 함 -긴급시 항상 입원가능한 병상확보 -지자체 신고	-기존의 기준은 기본 -재택담당의사 상근으로 3명 이상 배치 -과거 1년간 긴급왕진 실적 10건 이상 -과거 1년간 임종케어 4건 이상 및 중증장애아동 의료실적 4건 이상 -지자체 신고

재택환자 방문진료 수가(2016년-)

在宅患者訪問 診療料(1日につき)	同一建物居住者以外の場合	833点		
	同一建物居住者の場合	203点		
재택터미널케어 가산 -재택사망환자에 대해 사망전 2주 간내에 2회 이상 방문진료 등을 실 시한 경우 가산	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関
	有床診・在支病	無床診		
	6500 점	5500점	4500점	3500점
	+在宅緩和ケア充実診 療所・病院加算	7,000点	6,000点	5,000点
+在宅療養実績加算1	6,750点	5,750点	4,750点	3,750点
+在宅療養実績加算2	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点
재택임종가산: 재택에서 환자를 임종의료 한 경우 가산			3,000点	
사망진료가산: 환자의 집에서 사망진단을 한 경우에 가산			200点	

주3일까지 산정가능. 단 급성기 등의 경우 일시적으로 빈번하게 방문할
필요가 있는 경우 월1회 한정으로 14일까지 산정 가능

재택환자 방문진료 신수가 월1회, 6개월 한도 (2018년-)

복수의 의료기관이 방문진료를 한 경우의 수가
(다른 의료기관에서 소개받은 환자에 대해 방문진료를 한 경우)

同一建物居住者以外 830点
同一建物居住者 178点

재택시의료총합관리료(월1회)
 시설입소시등 의료총합관리료(월1회):전문요양원, 유료노인홈 등
 재택암의료총합진료료

재택시(在宅時) 의료종합관리료(2016년-)

		①機能強化型在支診(病床あり) 機能強化型在支病			
		月2回以上訪問		月1回訪問	
		重症患者	重症患者以外		
診療患者	単一建物	1人	5,400点	4,600点	2,760点
		2~9人	4,500点	2,500点	1,500点
		10人以上	2,880点	1,300点	780点

		②機能強化型在支診(病床なし) 機能強化型在支病			
		月2回以上訪問		月1回訪問	
		重症患者	重症患者以外		
診療患者	単一建物	1人	5,000点	4,200点	2,520点
		2~9人	4,140点	2,300点	1,380点
		10人以上	2,640点	1,200点	720点

		③ ①②以外の在支診・在支病			
		月2回以上訪問		月1回訪問	
		重症患者	重症患者以外		
診療患者	単一建物	1人	4,600点	3,800点	2,280点
		2~9人	3,780点	2,100点	1,260点
		10人以上	2,400点	1,100点	660点

		④ その他の保険医療機関			
		月2回以上訪問		月1回訪問	
		重症患者	重症患者以外		
診療患者	単一建物	1人	3,450点	2,850点	1,710点
		2~9人	2,835点	1,575点	945点
		10人以上	1,800点	850点	510点

83

시설입소시(時) 의료종합관리료(2016년-)

		①機能強化型在支診(病床あり) 機能強化型在支病			
		月2回以上訪問		月1回訪問	
		重症患者	重症患者以外		
診療患者	単一建物	1人	3,900点	3,300点	1,980点
		2~9人	3,240点	1,800点	1,080点
		10人以上	2,880点	1,300点	780点

		②機能強化型在支診(病床なし) 機能強化型在支病			
		月2回以上訪問		月1回訪問	
		重症患者	重症患者以外		
診療患者	単一建物	1人	3,600点	3,000点	1,800点
		2~9人	2,970点	1,650点	990点
		10人以上	2,640点	1,200点	720点

		③ ①②以外の在支診・在支病			
		月2回以上訪問		月1回訪問	
		重症患者	重症患者以外		
診療患者	単一建物	1人	3,300点	2,700点	1,620点
		2~9人	2,700点	1,500点	900点
		10人以上	2,400点	1,100点	660点

		④ その他の保険医療機関			
		月2回以上訪問		月1回訪問	
		重症患者	重症患者以外		
診療患者	単一建物	1人	2,450点	2,050点	1,230点
		2~9人	2,025点	1,125点	675点
		10人以上	1,800点	850点	510点

84

진료소의 평균 수입 (1일 평균 환자 40명 기준)

▶ 平均的な内科診療所の収支 (院長給与を 0 円とした場合)

		単 価	単 位	数 量	1ヵ月 換算	計	備 考		
収 益	保険診療	外来 (内科)	5,200	円/人/日	40	25	5,200,000	院外調剤	
	自由診療	住民健診	4,500	円/人/日	0.5	25	56,250		
		その他			円/人/日	0	25	0	
	計						5,256,250		
費 用	売上原価	医薬品	5%	売上対比	1	1	262,813	院外調剤	
		材料他	5%	売上対比	1	1	262,813		
	人件費	医師	1,500,000		円/人/月	0	1	0	
		看護師	300,000		円/人/月	1	1	300,000	給与は暫定
		コメディカル	250,000		円/人/月	0	1	0	
		事務	220,000		円/人/月	2	1	440,000	給与は暫定
	建物賃料 (共益費込み)	15,000		円/坪/月	40	1	600,000		
	減価償却費	180,000		円/月	1	1	180,000	5年間	
	駐車場賃料	10,000		円/台/月	5	1	50,000		
	広告宣伝費	100,000		円/月	1	1	100,000		
	外注委託費	7%		売上対比	1	1	367,938		
	リース	346,500		円/月	1	1	346,500		
	雑費	固定費	250,000		円/月	1	1	250,000	
		変動費	3%		売上対比	1	1	157,688	
計						3,317,750			
医薬利益						1,938,500			
支払い金利						-82,732			
経常利益						1,855,768			
税金						-742,307			
税引き後利益						1,113,461			

|| 지정토론 5 ||

방문진료 모형 마련을 위한 논의 과제 검토

임 지 연
(대한의사협회 의료정책연구소 연구원)

방문진료 모형 마련을 위한 논의 과제 검토



임 지 연
대한의사협회 의료정책연구소 연구원

I. 일 본¹⁾

1. 개 요

- 재택환자진료는 크게 ‘왕진’과 ‘재택환자방문진료’로 구분하고, 이에 대한 진료수가 산정방법을 구분하고 있음
 - 왕진 : 내원할 수 없는 환자의 요청을 받아 의사가 진료에 응하는 것으로서 일반적으로 문제가 발생할 경우 비연속적으로 활용되는 수단임
 - 방문진료 : 정기적·계획적으로 진료, 치료, 처방 등을 실시하는 것으로, 환자 또는 가족으로부터 상담을 받은 시점에서 지금까지의 병력, 현재의 질병, 건강 상태 등에 대한 정보를 수집하고, 치료계획, 가족의 간호능력 및 경제적 사정 등을 고려하여 진료계획, 방문일정을 정함
- ※ 진료계획에 포함된 방문진료 외의 경우는 왕진 가능

2. 왕진 및 왕진료

- 24시간 응급 대응의 개념으로 환자 또는 가족 등 실제로 환자를 간호하고 있는 자가 보험의료기관에 전화 등으로 직접 왕진을 요청하면 해당 보험의료기관의 의사가 왕진의 필요성을 인정하여 가급적 신속하게 환가에 가서 진료함

1) 헤세이 30년도(2018년) 진료보수점수, <https://clinicalsup.jp/contentlist/shinryo/ika/index.html> (last visited Nov 06, 2018).

※ 정기적 내지 계획적으로 환가에 가서 진료한 경우는 포함되지 않음

○ 왕진료 : 시간 및 소속기관에 따른 가산

시간	소속기관	기능강화형 * 재택요양지원진료소/병원	재택요양지원진료/ 병원	일반 진료소/ 병원
기본 왕진료		720점(약 7만2천원1) **		
긴급 왕진 가산 (의료기관에서 주로 진료에 종사하는 시간, 일반적으로 오전8시~오후1시)	병상 유	850점 (약 8만5천원)	650점 (약 6만5천원)	323점 (약 3만2천원)
	병상 무	750점 (약 7만오천원)		
야간·휴일 왕진 가산 (오후6시~ 오전8시, 심야 제외)	병상 유	1,700점 (약 17만원)	1,300점 (약 13만원)	650점 (약 6만5천원)
	병상 무	1,500점 (약 15만원)		
심야 왕진 가산 (오후10시~오전6시)	병상 유	2,700점 (약 27만원)	2,300점 (약 23만원)	1,300점 (약 13만원)
	병상 무	2,500점 (약 25만원)		

기타 가산: 진료시간이 1시간을 초과한 경우 30분 단위로 100점(약 1만원) 가산(실제 진료에 임한 시간, 환가에서 사망 진단을 실시한 경우 200점(약 2만원) 가산

※ 환자가 환가에서 사망하고, 사망 당일 왕진하고 사망 진단을 실시한 경우

주 1) 일본의 초진료 수가는 282점(코드:A000)으로 왕진수가가 2.6배 더 높음

* 기능강화형 재택요양지원진료소/병원은 ①재택의료를 담당하는 상근 의사 3명 이상, ②지난 1년간 왕진 실적 10건 이상, ③지난 1년간 가정간호 실적 4건 이상이어야 인정됨

** 일본 수가 10엔/1점, 1,004원/100엔(2018년 10월 16일 기준 고시환율 적용)

3. 재택환자 방문진료(I),(II) 및 방문진료료

○ 재택환자 개념

- 질병, 상병 때문에 통원이 곤란한 환자의 동의를 얻어 정기적으로 방문하여 진료하는 경우를 말함

○ 재택환자 방문진료(I),(II) 특징

- 재택환자 방문진료(I)는 자택에서 요양 중인 환자에 대한 방문진료를 말하며, 재택환자 방문진료(II)는 의학종합관리료의 산정 요건을 충족하는 보험 의료기관으로 유료 노인 홈 등에 입주 해 있는 환자로 장애인 종합 복지 서비스를 제공하는 시설 및 사업소 또는 복지 홈, 개호 보험법 제8조 제19항에 규정하는 소규모 다기능형 주택 개호 또는 동법 제8조 제23항에 규정하는 복합형 서비스의 숙박 서비

- 스를 이용 중인 환자의 동의를 얻어 정기적으로 방문하여 진료하는 경우를 말함
- 정기적 방문 진료의 경우 주3회로 한정함

○ 재택환자 방문진료료(I),(II)

구분	명칭	진료 내용	점수
C001	재택 환자 방문 진료료(I)	자택에서 요양을 하고 있는 환자	- 1일당 동일 건물 거주자가 아닌 경우 833점 (약 8만5천원*) - 동일 건물 거주자의 경우 203점(약 2만원)
C001-2	재택 환자 방문 진료료(II)	유료 노인 홈 등에 병설되는 보험 의료기관에 입주한 환자	- 1일당 144점(약 1만5천원)

- ※ 동일한 건물 거주자를 의사가 같은 날 방문진료를 할 경우 환자 한사람마다 소정 점수 산정
 ※ 동일한 환가에서 2명 이상의 환자를 진료한 경우 첫 번째 환자는 동일 건물 거주자가 아닌 경우로 산정하고, 두 번째 이후의 환자는 초진료 및 재진료 산정
 ※ 말기 악성 종양은 동일 건물의 환자로 여기지 않음

* 일본 수가 10엔/1점, 1,004원/100엔(2018년 10월 16일 기준 고시환율 적용)

4. 왕진 및 방문진료 대상 환자

- 왕진 대상 환자: 왕진 결과 급성심근경색, 뇌혈관장애, 급성복부질환 등이 예상되는 경우, 의학적으로 말기인 환자
- 방문진료 대상 환자: 거동이 불편하며 고령자이며 만성질환(고혈압, 당뇨병, 폐·위장 질환 등), 치매나 요통, 무릎 관절통 등 만성질환 및 말기환자
- 6세 미만의 유아도 진료 대상에 포함(400점 가산)

5. 교통비

- 환자 부담 원칙: 실비로서 자가용은 포함되나, 자전거, 스쿠터 등의 비용은 왕진료에 포함되는 것으로서 환자에게 부담시킬 수 없음

II. 프랑스

1. 개요

- 프랑스는 방문진료시 시간에 따라(일반근무시간, 야간, 자정) 수당을 다르게 지급하고 있음
- 방문진료시 이동에 따른 기본수가와 진료시간에 따른 가산수를 책정하고 있음
- 방문진료는 일차의료의사의 업무 중 약 15%를 차지하고 있음
- 방문진료시 한 가정에서 환자 여러 명을 진료한 경우 첫 번째 환자진료비용만 방문진료로 책정됨

2. 방문진료료

기본 방문수가	코드	가산수가(시간대별)		코드
가정방문2) €23(약 3만원) (코드: V) + 기본 방문진료료3) €10(약 1만3천원) (코드: MD)	V+MD	야간 진료(코드: MDN) - 오후8시~오전12시 - 오전6시~오전8시	€38.5 (약 5만원)	V+MDN
		자정(코드: MDI) - 오전12시~오전6시	€43.5 (약 5만5천원)	V+MDI
		일요일 및 공휴일 (코드: MDD)	€22.6 (약 2만9천원)	V+MDD

주 2) 프랑스는 진료실내 초진료(수가:€23, 코드:C)와 가정방문의 수가가 동일함

3) 기본 방문진료료는 야간, 자정, 공휴일에는 가산되지 않음

* 1유로는 1,277원(2018년 11월 5 기준 고시환율 적용)

※ 자료출처: Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (NOR: SANS0223150A)

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-visites-domicile/tarifs-visites-domicile> (last visited Nov 06, 2018).

3. 방문진료 대상 환자

- 75세 이상으로 거동이 불편하며, 아래에 해당되는 환자
 - 뇌졸중, 신경근 장애의 심각한 형태, 파킨슨 병, 낭포 성 섬유증, 하반신 마비, 다발성 경화증, 가정 입원, 퇴행성, 염증성 또는 외상성 기원의 골관절, 호흡 곤란,

- 협심증 또는 간헐적인 파행 노력으로 인한 심혈관 장애, 심한 만성 호흡기 질환, 신경장애, 균형장애, 심령 의존의 상태로 의사소통 무능력자
- 80세 이상으로 거동이 불편한 환자
 - 소아진료도 포함

Ⅲ. 미 국

1. 개 요

- 미국은 메디케어(Medicare) Part B를 통해 방문진료에 대한 진료보수를 책정하고 있음(code:99341~99350). 방문진료는 의사의 진찰강도 및 시간에 따라 수가를 달리 인정해 주고 있으나, 방문진료시 환자방문에 필요한 시간 및 경비에 대한 추가보상이 없음

2. 방문진료료

코드	유형	진찰강도 및 시간	수가
99341	가정 방문 (초진)	심각도(하), 20분	\$57.72(약 6만5천원)4) *
99342		심각도(중), 30분	\$83.40(약 9만 4천원)
99343		심각도(중~상), 45분	\$137.10(약 15만 3천원)
99344		심각도(상), 60분	\$192.11(약 21만 5천원)
99345		즉각적인 치료가 필요한 중대한 새로운 문제, 75분	\$232.84(약 26만원)
99347	가정 방문 (재진)	심각도(하), 15분	\$58.08(약 6만5천원)
99348		심각도(하~중), 25분	\$88.66(약 10만원)
99349		심각도(중~상), 40분	\$135.12(약 15만원)
99350		즉각적인 치료가 필요한 중대한 새로운 문제, 60분	\$187.36(약 21만원)

주4) 미국의 의원급 초진료 수가는 \$46.06(코드:99201)

※ 자료출처: Montana Healthcare Programs Fee Schedule Podiatry Services January 1, 2018, P.28.

* 달러 환율 1달러 1,119원(2018년 11월 6 기준 고시환율 적용)

- 의사는 사무실이나 외래 방문 대신에 환자의 가정 방문을 수행하는 것이 의학적으로 왜 필요한지 문서화해야 함

- 2013년 기준 미국 전체 진찰료(의원 및 병원) 중 왕진 진찰료의 비중은 약 1.46%²⁾를 차지하였음. 가정방문 외에 domiciliary care 및 nursing home care에서 진료하는 의사가 증가하고 있으며, domiciliary care에서의 진료비가 가정방문 진료비보다 증가³⁾하고 있음
- 환자는 homebound(운신장애: 몸이 불편해서 이동이나 외출이 곤란한 상태)에 있어야 하며, 환자가 공동생활 시설(요양 시설 등)에 거주하는 경우에는 이 코드를 사용할 수 없음

3. 방문진료 대상 환자

- 의사가 증명하는 “Homebound”에 해당되는 환자
 - 질환 등의 사유로 거주지 이동을 위해 휠체어나 다른 사람의 도움이 필요하거나 거주지 이동이 의학적으로 어려운 경우

IV. 방문진료 모형 마련을 위한 논의 과제

1. 방문진료 개념 정리 필요

- 일본과 같이 왕진 또는 방문진료로 구분하여 개념과 요건을 달리 설정할 것인지, 방문진료로 용어를 통일하고 그 요건만 설정할 것인지에 대한 방향을 설정할 필요 있음. 일본은 환자의 요청에 의한 긴급 왕진의 경우 수가를 계획된 방문진료료 보다 높게 보상해 주고 있음
- 우리나라
 - ‘왕진료’에 대한 진료수가(초·재진료와 동일)를 인정하고 있으나, 그 기준이 명확하지 않아 왕진에 대한 개념을 설정하기 어려움
 - ‘방문진료’와 관련 가정간호, 가정형 호스피스, 장애인 건강주치의 등 시범사업이 개별적으로 추진되고 있으나 방문진료에 대한 통합적 개념은 존재하지 않음
 - 방문진료의 수가 가산 근거 마련을 위한 기동민위원이 제안한 국민건강보험법 개정안(2017.7.21 발의, 의안번호 제8127호)에서 ‘방문진료’라는 표현을 사용하였

2) 김교현 외, 의과 의원의 외래 진료 질 담보 및 비용 관리를 위한 진찰료 수가 모형, 건강보험심사평가원, 2016, p.50.

3) Source for 2005-2013: PPS file for Medicare Part B Summary Data.

으나, 기존 ‘왕진’의 개념과 동일한 것으로 판단됨

기동민 의원 발의 국민건강보험법 개정안

제45조의2(방문진료에 대한 요양급여비용 산정에 관한 특례) 가입자 또는 피부양자가 보행의 곤란 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에 본인이나 보호자의 요청으로 의사가 환자를 직접 방문하여 실시한 요양급여(이하 이 조에서 “방문진료”라 한다)에 대한 요양급여비용은 제45조에도 불구하고 방문진료에 소요되는 시간·노력 등을 고려하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 일정한 금액을 가산하여 달리 산정할 수 있다.

2. 방문진료 시간 세분화

- 시간별로 수가를 세분화 할 것인지에 대한 논의 필요
- 일본과 프랑스의 경우 시간별료(일반 진료시간, 야간, 새벽시간) 수가를 달리하여 24시간 대응의 개념으로 방문진료를 하고 있음

3. 방문진료 환자 대상 범위 및 역할 정립

- 우리나라는 의료법 제33조 제1항의 예외⁴⁾로 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우 방문진료를 인정 해 주고 있음. 방문진료 환자 범위를 특정할 것인지, 환자의 요청시 의사의 판단에 따라 방문진료를 할 것인지에 대한 논의 필요
- 일본, 프랑스는 거동이 불편한 환자, 만성질환자, 말기환자 등 주로 노인을 대상으로 하고 있음

4. 방문진료 방문기관

- 방문진료 방문기관을 환자가 머무르고 있는 재택으로 한정할 것인지, 노인요양시설 등도 포함할 것인지에 대한 논의 필요

4) 제33조(개설 등) ①의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우

<참고자료>

의협간행물등록번호

201808-MA411-531

KMA POLICY는
회원 여러분의 제안으로
시작됩니다.



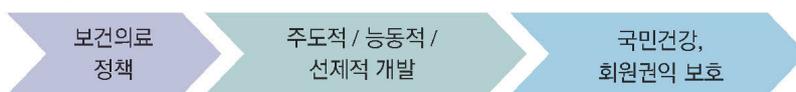
KMA POLICY
대한의사협회 폴리시

1 대한의사협회 풀리시(KMA POLICY) 란?

가. 정의

- 국민건강과 보건의료 현안에 대해 대한의사협회가 대내외적으로 표명하는 “공식 입장”
- 대한의사협회의 다양한 정책과 의료계의 입장들 중, KMA POLICY 특별위원회가 심의 (근거중심·체계화)를 하고, 대의원총회에서 의결하여 확정된 정책

나. 목표



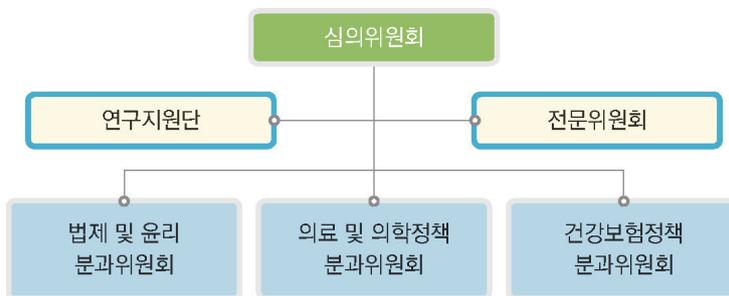
- 과학적 근거를 기반으로 한 다양한 보건의료정책을 주도적·능동적·선제적으로 개발하여 제시
- 국민건강 및 의료발전, 보건 및 의료에 관한 홍보 및 이미지 제고
- 궁극적으로 회원의 권익을 보호
- 장기적으로 의료계에 대한 국민의 신뢰감 회복

다. 필요성



- 보건의료정책에 대한 협회의 입장·의료윤리·전문가단체의 조직관리 등 합리적인 의사결정 과정을 거쳐 결정된 KMA 풀리시는 협회가 관련 정책을 추진하는데 지향해야 할 이정표가 됨
- 협회가 추진하는 정책 방향의 일관성·통일성을 담보할 수 있음

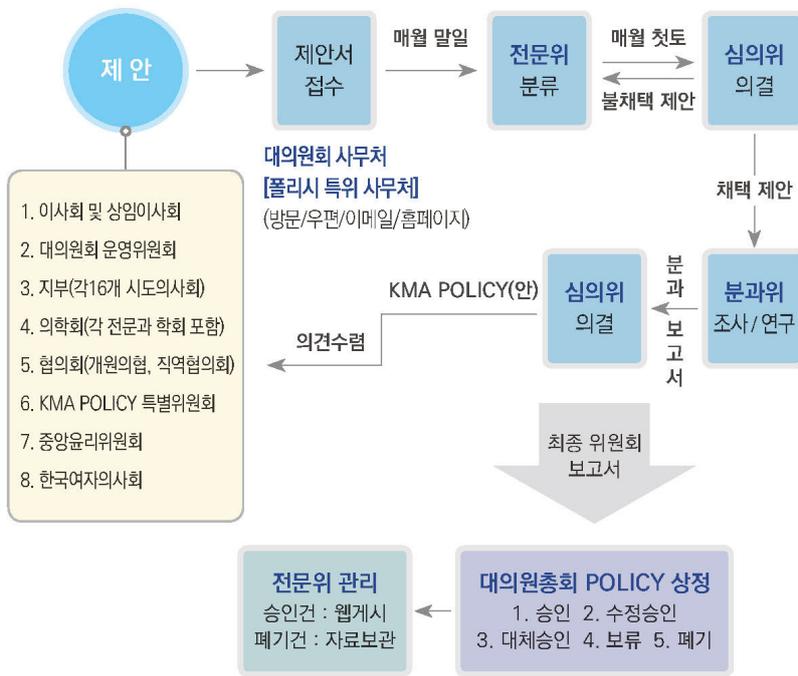
2 KMA POLICY 특위 조직



전문위원회	<ul style="list-style-type: none"> ① 접수된 제안서 → 접수번호 부여 / 배정할 분과위원회 결정 ② 회송된 제안서 → 저장·관리 / 제안자에게 사유 통지
심의위원회	<ul style="list-style-type: none"> ① 제안서 심의 → 분과위에 회부 ② 분과위 상정한 제정안 / 개정안 의결 ③ 위원회 운영에 필요한 사항 의결
연구지원단	<ul style="list-style-type: none"> ① 심의위원회 등 조사·연구 지원 ② 각 분과위원회 지원
분과위원회	배정된 제안서 → 조사·연구 → KMA 폴리시 제정안 / 개정안 준비

3 절차

가. 업무흐름도



나. 제안양식

【별지 제1호 서식】

KMA Policy 제안서(안)			제안 설명서	
제안번호	제안	제안단체	제안사유 (배경)	
코드		제안자		
제안일자		신청일		
→ 제안자가 표기하지 않을		연락처(전화번호/e-mail)		
제목				
내용				
			의견 및 관련자료	※ 주장을 뒷받침할 수 있는 근거 논리와 정당성에 관한 의견 ※ 보고서, 보도자료, 설명서, 토론록, 자료집 등

다. 심의

- 심의위원회 : 아젠다 채택여부 심의

아젠다 채택 ➔ 전문위원회 회부 ➔ 분류코드 부여
 아젠다 보류 ➔ 전문위원회 회부 ➔ 미분류로 저장

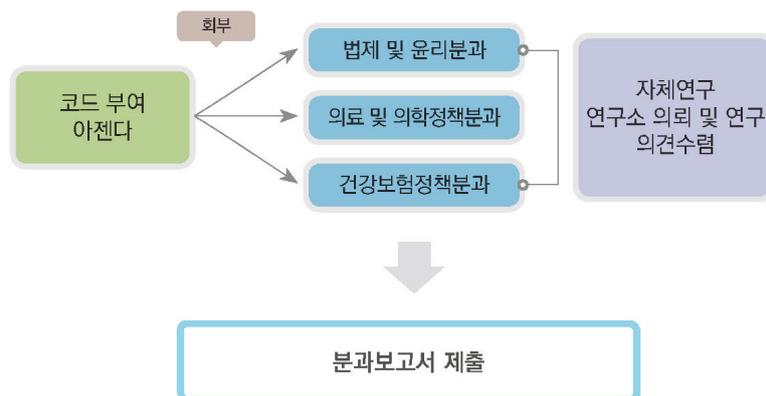
- ◆ 아젠다가 채택되지 않은 경우 제안 단체에 채택하지 않은 사유를 전달

- 분류코드

대분류			중분류	주제
H	Health Issues	의료 및 의학 이슈	01~99	01~99
I	Insurance	건강보험 이슈	숫자 코드를 부여	숫자 코드를 부여
E	Ethics	법제 및 윤리 이슈		
S	Special Issues	특별 이슈		

(예) H.11.01 의사의 근무환경 개선

라. 조사 및 연구



마. 대의원총회 안건처리

- ▶ 심의위원회에서 분과보고서 심의 → 대의원회 상정 안건 확정
 → 대의원총회 개최 25일 이전에 POLICY 안건을 제출
- ▶ 대의원총회의 KMA POLICY 안건 처리
 승인 / 수정승인 / 대체승인 / 보류 / 폐기

바. KMA POLICY 관리

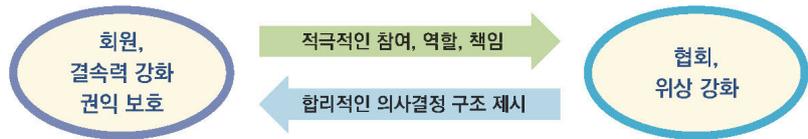
- 대의원총회에서 결정된 KMA POLICY → 특별위원회 관리 위임
- ▶ 총회 승인된 KMA POLICY : 승인 / 수정승인 / 대체승인
 데이터베이스에 저장하고 KMA POLICY Finder 게시
 - ▶ 총회 미승인된 KMA POLICY 안건 : 보류 / 폐기
 별도 저장 관리하여 차후 POLICY 안건 처리에 참고



● 대한의사협회 홈페이지 내 KMA POLICY Finder 예시

4 기대효과 / 방향성

가. 기대효과



- 협회의 중요 정책 결정 과정에 모든 회원과 단체가 참여할 수 있는 합리적인 의사결정구조를 제시함
- 이로써 회무의 효율성을 담보하고, 회원 간 결속을 이끌어낼 수 있음
- KMA 폴리시를 결정하기 위해서는 협회를 구성하는 모든 회원 및 단체의 적극적인 참여·역할·책임이 요구됨
- 이로써 협회의 역량이 강화될 것으로 기대됨

나. 나아갈 방향

국민과 회원들의 사랑과 믿음을 받을 수 있는 대한의사협회 정체성 확립

- 보건의료 이슈에 대한 대의원총회 결의사항 재확인
- 의사윤리에 관한 협회의 방침 준거 기준 마련
- 정관과 규정 등 협회의 운영 토대 마련
- 국민·입법기관·정부·사회단체·여론 등에 홍보 및 협조

5 정기대의원총회 의결 KMA POLICY 생성 현황

구분	회차	항목	비고
2016년	제68차 총회	18개	
2017년	제69차 총회	12개	
2018년	제70차 총회	30개	
총계	-	60개	

- ▶ 자세한 내용은 대한의사협회 홈페이지(www.kma.org) "KMA POLICY 검색창"에서 확인할 수 있습니다.

MEMO



대한의사협회 KMA POLICY 특별위원회

일차 의료기관 활성화 방안 마련을 위한 공청회 자료집

발행일 : 2018년 11월 발행

발행처 : 대한의사협회 대의원회

(04373) 서울특별시 용산구 청파로 40(한강로3가 16-49)

삼구빌딩 7, 8층

연락처 : 02-790-7474 / (팩스) 02-792-2142

* 본서의 내용을 무단전재하거나 복제하는 행위를 금하며 사전에 문의하여 주시기
바라며, 내용 중 잘못된 사항이 발견되면 연락주시기 바랍니다. 감사합니다.