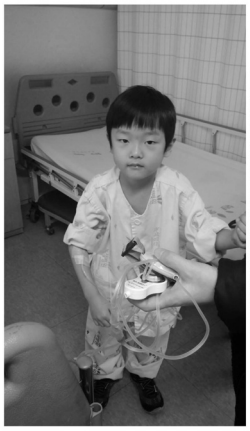
의료정책방향과 신경과 개원의 전망

이 상 범
서울신내의원



지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 선도사업

보건복지부

2019년 6월 부터
8개 지역
노인(노인 지역사회 통합돌봄) 4
장애인(장애인 자립생활 및 지역사회 정착) 2
노숙인과 정신질환자(정신질환자 지역사회 정착 지원) 2

요양병원과 병원 퇴원(희망) 노인
주거 + 보건의료·요양·돌봄 등 지역사회 연계서비스 제공

2년간 실시 예정

사업예산 : 국비와 지방비로 지원될 예정

국비 63억 9300억원 배정

□ 선도사업 신청 지자체 현황

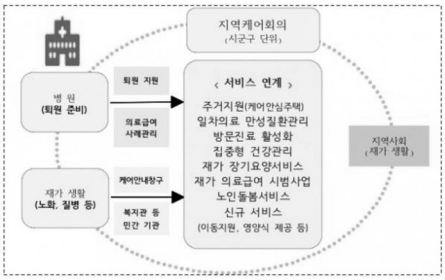
시도	총계	사업구분					
		노인		장애인		정신질환자	
총계	29	22		5		2	
부산	2	2	북구, 부산진구	-		-	
대구	1	-		1	남구	-	
광주	1	1	서구	-		-	
울산	1	1	울주군	-		-	
경기	6	5	부천시, 안산시 시흥시, 남양주시 양주시	-		1	화성시
강원	2	1	태백시	1	춘천시	-	
충북	1	1	진천군	-		-	
충남	4	3	천안시, 당진시 청양군	-		1	서산시
전북	1	1	전주시	-		-	
전남	1	1	순천시	-		-	
경북	4	3	청송군, 영주군 영덕군	1	포항시	-	
경남	3	2	창원시, 김해시	1	밀양시	-	
제주	2	1	서귀포시	1	제주시	-	

커뮤니티케어 선도사업 신청현황(보건복지부)

지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 선도사업

베병준 보건복지부 커뮤니티케어추진본부장 겸 사회복지정책 실장

"돌봄이 필요한 사람들이 자신이 살던 곳에서 필요한 서비스를 받으면서 살아갈 수 있는 포용적 지역사회를 만드는데, 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역이 앞장서 나갈 수 있도록 중분히 지원하겠다"



홈 > 뉴스 > 정책

커뮤니티케어 업고 '일차의료 의사'에 도전장 던진 한의계·간호계

기사승인 2019.04.30 06:00:22

가- 가+

- 한의·치과·간호 공동 커뮤니티케어 발전 컨소시엄 구성…일차의료 역할 강화 천명
복지부, 커뮤니티케어 다직종 연계 필요성 강조…정작 지자체는 의사 배제 반대

한의계와 간호계가 커뮤니티케어를 등에 업고 의원급 의료기관을 대신하겠다며 지역사회 일차의료 분야 영향력 강화 의지를 밝혀 주목된다.

대한한의사협회 최혁용 회장은 '한의학은 일차의료와 노인의학에 장점이 많은 학문'이라는 점을 공식 천명하면서 '일차의료와 노인의학은 특정 분과나 직역이 감당할 수 있는 것이 아니다'라는 의원급 의료기관을 겨냥한 발언을 하기도 했다.

의사 없는 커뮤니티케어는 어불성설…의사 참여 촉구하는 부천시

반면 수도권에서 유일하게 커뮤니티케어 선도사업 지자체로 선정된 부천시보건소 정해분 소장은 커뮤니티케어 선도사업 추진 시 의사 참여의 중요성을 강조했다.

정 소장은 "의사를 제외하고 커뮤니티케어 보건의료분야 선도사업을 추진하는 것은 있을 수 없는 일이다. 의사들의 역할이 중요하다고 생각한다"며 "치과의사, 한의사, 간호사들이 토론회에서 많은 의견을 제시했지만 구술이 아무리 많아도 꿰어서 작품을 만들어야 한다"고 지적했다.

정 소장은 "부천시도 커뮤니티케어 선도사업을 위해 민간협의체를 구성하고 5개 의약단체들에 협조를 구하고 적극적으로 나서고 있다"며 "커뮤니티케어는 정부와 지자체 외 지역주민 등 모두가 참여해야 이뤄낼 수 있는 것"이라고 덧붙였다.

타 직역들의 단독법 발의

medipana 메디파나뉴스

최종편집 2019.05.13(월)12:12

뉴스 학술N비즈 포토 건강 블로그

전체기사 의약정책 제약·바이오 종합병원

"단독법에 면허권 향배는?" 시험대 오른 의사단체 대응

간호사법 이어 물리치료사법도 준비…한의사·치과의사도 눈독

박민욱기자 hopewe@medipana.com 2019-04-23 06:08

가 + 가 -

커뮤니티케어 선도사업 지자체 선정 20190404

<정신질환자>
화성시: 정신건강전문요원과 의료급여사례관리사, 전담 공무원으로 구성된 '두드림팀', 정신의료기관에 장기 입원 중인 환자 퇴원 지원, 정신건강복지센터 인력을 확충

베병준 보건복지부 커뮤니티케어추진본부장 겸 사회복지정책 실장

"선진국이 지난 30년간 추진해 온 커뮤니티케어를 압축적으로 추진하는 과정에서 어려움은 있겠지만, 중앙정부는 법·제도 정비, 재정 인센티브 제공, 서비스 품질관리에 집중하고 지자체는 서비스 기획·제공에 집중하는 방법으로 제도를 발전시켜 나가겠다"

<노인형 예비 지역 선정>
경기 남양주, 경기 안산, 부산 북구, 부산 진구, 전남 순천, 제주시, 충남 청양, 충북 진천 총 8곳

커뮤니티케어 선도사업 지자체 선정 20190404

노인 5곳 : 광주 서구, 부천시, 천안시, 전주시, 김해시
장애인 2곳 : 대구 남구, 제주시
정신질환자 1곳 : 화성시

<노인형>
광주 서구 : 전체 18개 동을 5개 권역으로 나누고 5개 종합병원이 권역 내 노인 전담 관리 시스템 (권역당 노인 7천명)
적절한 돌봄을 받을 수 없어 부득이하게 병원에서 생활 중인 노인의 지역사회 복귀를 돕기 위한 집중적인 사례관리

부천시: 10개 광역동 케어전담팀, 방문진료 (의사) 방문약료 (약사), 방문한의서비스 (한의사)

천안시: 경로당 727곳에 '한의주치의', 약사회 '순회 복약지도' ,경로당 중심 건강증진사업,
'천사(천안시 사례관리) 슈퍼비전단'이라는 전문가 사례관리팀을 꾸려 통합돌봄을 제공

전주시: 단기 재가돌봄서비스를 제공, 거동이 불편한 노인이 병원에 방문 시 독거노인생활관리사가 동행, 이동비 지원

김해시: 노인 등 교통약자에게 '24시간 콜택시' 지원, '김해형 커뮤니티 최소기준' 노인주거(1인가구 14㎡ 이상, 안심전등 비치, 냉온수 완비 등)와 돌봄서비스(방문요양+간호서비스 주 2회 1시간 이상 방문 등)의 기준 준수 여부 점검

<장애인>
대구 남구: 장애인 2~3명이 함께 거주 '자립체험주택', 대구시립희망원을 소규모로 개편, 통합의료 원스톱 시스템, 주거환경 개선

제주시: '케어안심주택'과 자립체험주택을 운영, '24시간 긴급돌봄센터', 장애인별로 자립지원 계획을 수립('행복파트너'), 돌봄 네트워크

방문진료시범사업

복지부 간담회 회의자료에서 "예약형 왕진", "호출형 왕진" 으로 분류

일본의 경우 '재택진료'를 [왕진]과 [방문진료]로 분류

'방문진료' : 계획 하에 일과시간에 의사가 방문진료를 하는 것
8-10시간 하루 진료 후 방문진료는 없어야 한다.
(환자도 과로로 찌든 의사 치료 원하지 않음)

'왕진' : 계획에는 없으나 환자의 요청에 의해 재택진료가 이뤄지는 것

일본의 방문진료 수가

1. 기본방문 진료료(1주에 3번가능) : 833점(8330엔=83,300원)
2. 의학종합관리료(1달에 1번 가능) : 2520점(월1회방문시)(25,200엔=252,000원)
3. 교통비
4. 지도, 지시료(의료기관내 다른 의료인에게 의료서비스 지시할때 산정)

즉 최소 방문진료는 한달에 1번을 간다고 가정하면

1. 83,300원 *1회 = 83,300원
2. 케어플랜비(의학종합관리료) : 252,000원
3. 택시비 : 얼마
4. 총액 : 335,300원/월

방문진료 시범사업

<문제점>

1. 일반형과 호출형 방문진료 모두 그냥 [왕진]에 포함됨. 명칭의 혼용

2. 환자의 질병상태에 대한 치료 계획 개념이 없음. 의학종합관리료 포함 안됨

3. 방문진료 시 의사가 시행 가능한 의료행위의 범위가 명확하지 않음

4. 호출형 방문진료에 대한 의사 내부의 논란

5. 진료거부금지 와의 충돌

6. 방문진료 시 의사의 책임 소재

서울시의사회-서울시청 건강돌봄서비스 시범사업

시청과 의사회가 동등한 파트너로서 의사결정구조에 함께 참여

<환자 발굴>
1. 찾동을 통한 발굴
2. 시립병원 퇴원환자
3. 일반 병의원에서 직접 발굴

<지역 내 동네 의원의 역할>
1. 환자 대상군 발굴
2. 의뢰 및 회송
3. 방문 진료
4. 자문회의
각각의 수가는 마련됨

<보건소 주도적 역할 부여>
보건소의 진료기능을 축소하고(장기적으로 폐지), 지역사회 건강증진 및 질병 예방에 관련된 역할로의 기능전환
보건소의 역할이 더 줄어들려면 지역의사회의 역할이 늘어나야

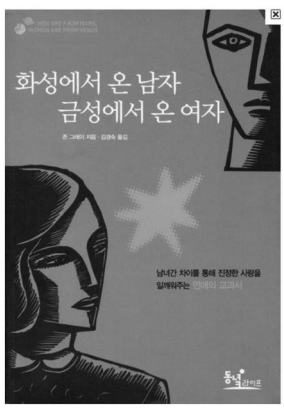
서울시의사회-서울시청 건강돌봄서비스 시범사업

서울시청 보건의료정책과 : 보건지소를 늘리고, 보건소 의사를 채용하는 것은 진료를 늘리기 위함이 아니라 건강돌봄팀 운영을 위해서 라고 주장

서울시의사회는 서울시와의 MOU에는 참여, 감시, 조언 역할

좀 더 세분화된 수가와 의사 참여를 위한 적정선에 대해서 지속적으로 의견 제시 예정

<문제점>
1. 민간 의료기관의 의사가 참여하기에는 투입되는 시간과 노력 대비 적절치 못한 수가
2. 서울시에서 예산을 배정해도, 자치구에서 예산을 배정하지 않으면, 세부사업의 진행이 어려움



화성에서 온 환자

금성에서 온 의사

목성에서 온 정부

토성에서 온 지자체

수성에서 온 요양시설

천왕성에서 온 복지관

...

커뮤니티케어의 핵심 가치?

현실의 보건복지 서비스는 각개전투. '파편화'

사회서비스 종류만 200가지(!)가 넘는다는데, 제공자와 책임자, 담당 부처와 부서, 재정이 산지사방으로 흩어져

의원-병원-요양병원-요양시설-보건소-집 사이를 '순회'해야 하는 노인

정부 부처와 부서는 문제마다 종합계획과 대책을 세우고 예산과 인력을 확보한다고 하지만..

현실은 그 틈과 벽 사이에서 어떤 것은 이중삼중 겹치고 어떤 것은 빠진다.

'종합'대책보다 더 중요한 것이 '연계·조정·통합'

'커뮤니티 케어'라고 말하면서 의료, 보건, 복지가 따로 놀면, 그게 다 한가지인 당사자는 얼마나 불편하고 혼란스러울까. 돈과 시간 낭비는 또 어쩔 것인가.

사설 칼럼

[세상 읽기] 보건복지 서비스, '사람 중심'의 통합형으로 / 김창엽

85 0

등록 2018-09-19 18:22
수정 2018-09-19 19:17

김창엽
서울대 보건대학원 교수·시민건강연구소 소장

일주일 전, 정부가 발달장애인에 대해 생애주기별 맞춤형 지원을 한다고 발표했다. 보육부터 취업까

커뮤니티케어의 핵심 가치?

국제사회보장리뷰 2017 가을호 Vol. 2, pp. 116~121

제21차 OECD 보건위원회: 사람 중심의 보건의료제도

The 21st OECD Health Committee: Towards People centered Health Care System

강희정, 한국보건사회연구원 연구위원

2017년 1월에 개최된 OECD 보건장관회의는 미래 보건의료제도의 개혁 방향을 '사람 중심 의료'로 설정한 의미 있는 회의였다. 보건의료제도의 새 규범이 될 '사람 중심 의료'는 환자의 의료적 요구뿐 아니라 감정적, 기능적, 개인적 요구도 포괄하는 의료이다. 이러한 변화를 위해서는 의료기술의 적절한 활용, 환자의 경험과 기대의 측정 및 평가, 팀 기반 의료 등을 장려하는 정책과 규제가 필요하다. 제21차 보건위원회는 지난 장관회의의 결의 사항을 이행하는 연속선상에서 4개 분야(장관회의 요구 과제, 환자 중심으로 보건의료제도 재설계, 정신 건강, 빅데이터)의 후속 과제를 논의했다.

OECD 보건장관회의의 요구 과제는 세 가지로 첫째는 보건의료제도의 핵심 성과지표를 국가 간 공유할 수 있는 지식 기반 보건의료제도를 구축하는 것이고, 둘째는 낭비를 차단하고 혁신적 치료법을 도입할 수 있도록 전달 모형을 혁신하고 보건의료제도를 개혁하는 것이며, 셋째는 고령화에 대응해 일차의료, 공중보건을 강화하고 건강 불평등을 낮추는 포괄적이고 가치 높은 의료전달시스템을 구축하는 것이다.

커뮤니티케어의 핵심 가치?

통합적인 사람중심의 보건의료 (WHO 제안)

"질병이 아니라 사람과 지역사회를 보건체계의 중심에 두고, 사람들을 서비스 수혜자의 수동적 위치가 아니라 스스로 건강을 책임지는 역할을 하도록 역량을 강화"

이대로 커뮤니티케어가 진행되면..

환자1 : 오줌소태로 왔어요. 허리가 아파서 한의원에 다니고 있고요, 혈뇨가 있어서 산부인과에 다니고 있어요...

환자2 : 손이 떨려서 대학병원 신경과에 예약했는데 몇개월 뒤로 잡혀서 왔어요. 어지럼증이 있어서 이비인후과에서 약을 먹고 있어요.

환자3 : 감기 끝물인데, 약은 있고 비타민하고 주사 맞으러 왔어요.

환자4: 감기가 걸려서 기침을 하니까 예전에 있던 척추협착증이 심해졌어요. 정형외과에서 허리 주사는 맞았는데, 작년에 먹던 약이 효과가 좋아서 처방받으러 왔어요. 기침약하고요.

현재는 환자와 가족이 스스로 판단하고 결정
노인, 장애인, 만성 정신질환자, 또는 그 가족들은?
최종 판단은 당연히 당사자의 권리이자 의무라 할지라도, 충분한 정보와 지식을 가지고 선택하기 어렵다.

이대로 커뮤니티케어가 진행되면..

여러 서비스, 제도, 직종 간에 실질적인 연계가 가능해야
병원 의사와 지역사회 보건 전문가 사이
보건소와 복지 기관 사이
요양병원과 의원 사이
서로 다른 복지 전문가 사이

지금까지 하던 대로 그냥 가면, 연계와 통합은 말로 그치고 기준과 규정에 의존하는 관료주의적 과정이 될 가능성
정해진 기준에 따라 누구 또는 어떤 기관으로 보내야 한다는 식으로, 자칫하면 서로 미루기를 다투는 결과를 초래

여러 기관과 직종, 서비스 제공자의 동기가 같은 방향으로 작동해야.. 사람 중심으로, 그리고 연계와 통합을 지향하는 쪽으로 움직이는 메커니즘이 핵심

이대로 커뮤니티케어가 진행되면..

복지부가 낸 자료, 그리고 사업의 기본 개념도부터 정책과 공급자 중심에 치우쳐 있음

어떤 사람들이 시설보다 지역사회에 있는게 좋을까? 지역사회로 돌아가기 어려운 사람들은 어떻게 해야 하나? 어떤 경우에, 누구에게 연락하고, 누구와 상의해야 하는가? 나와 내 가족 중 누구는 이에 해당하는지 아닌지 어떻게 알 수 있고, 이 사업 대상이 될 수 있는지 아닌지? 사업을 시작하기 전에 주민들이 자신의 의견을 낼 기회가 있을까?

누가 사람들을 대신하는 '대리인' 역할을 할 수 있는지?
보건-의료-돌봄-복지의 전체 범위에서 당사자와 상의하면서, 당사자가 가장 좋은 서비스를 받을 수 있도록 지원하고 조정하며 연계하는 역할을 담당

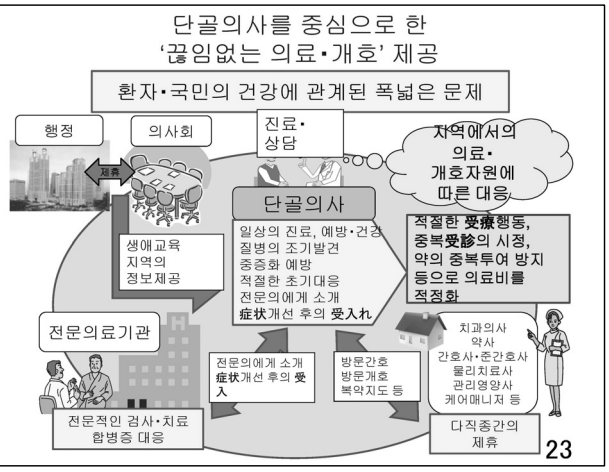
코디네이터, 케어 매니저, 또는 주치의?
주민과 환자 시각에서 쉽게 알 수 있고 접촉할 수 있으며 도움을 받을 수 있도록 해야함.

보건복지부가 제시한 기본 틀에서는 이 역할의 중요성이 드러나지 않음.

일본의사회 방문 보고

1. 단골의사 기능연수제도
2. 방문진료
3. 다직종 제휴

대한의사협회 20190217



'단골의사'란(정의)

무엇이든 상담할 수 있고, 최신 의료정보를 숙지하여, 필요할 때에는 전문의, 전문 의료기관을 소개할 수 있으며, 가까이서 의지가 되고, 지역의료, 보건, 복지를 담당하는 "종합적인 능력"을 가진 의사.

'의료제공 체제의 이상적인 상태'
2013년 8월 8일 일본의사회·4병원단체 협의회

24

일본의사회 단골의사 "기능연수제도"

향후 **さらなる** 소자고령사회를 **見据え**, 지역주민에게 신뢰받는 '단골의사 기능'의 바람직한 모습을 평가하고, 그 능력을 유지·향상하기 위한 연수를 실시.

【단골의사 기능】
1. 환자중심의 의료 실천
2. 계속성을 중시한 의료 실천
3. 팀 의료, 다직종 제휴 실천
4. 사회적인 보건·의료·개호·복지활동 실천
5. 지역 특성에 따른 의료 실천
6. 재택의료 실천

*일본의사회 홈페이지 '일본의사회 단골의사 기능 연수제도' 제도개요 안용작성
(http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317_1.pdf)

일본의사회 "단골의사 기능 연수제도" 적용 연수회		
【2016년도】 6,051명 수강	【2017년도】 6,601명 수강	【2018년도】 약7,250명 수강

도도부현의사회·군시구 의사회에서도 같은 연수회를 개최.
(2017년도는 27도도부현에서 총 47회 개최)

25

단골의사와 재택의료

지금까지 외래진료로 진찰해온 환자분이 의료기관에 통원할 수 없게 된다면・・・

단골의사가 환자분의 자택으로 간다!
⇒재택의료는 외래진료의 연장선에 있다.

26

지역의 다직종 제휴

병원완결형 ⇒ 지역완결형

1개 의료기관 내의 팀 의료가 아닌, 다양한 직종·사업소가 제휴하여 환자의 의료·개호·생활을 서포트.

학생일 때부터 지역포괄케어 개념을 접합과 동시에, 지역의료의 최전선에 있는 진료소나 중소병원의 간호직원에게는 본인이 거주하고 있는 지역의 '지역포괄지원센터'(시정촌에 1장소 이상)와 '재택의료·개호 제휴 추진사업'(2018년까지 실시예정)을 파악하며, 지역주민과 환자·가족의 상담 창구가 되어, 필요에 따라 지역포괄 지원센터 등으로 이어주는 역할을 담당해 주었으면 한다.

27

팀 의료가 요구되는 배경

의료의 고도화·복잡화 ⇒ 업무량 증가

각 직종이 만들어져 온 배경
전문성을 더욱 살리는 것이 요구되고 있다

환자의 고령화·환자가 요구하는 의료의 다양화

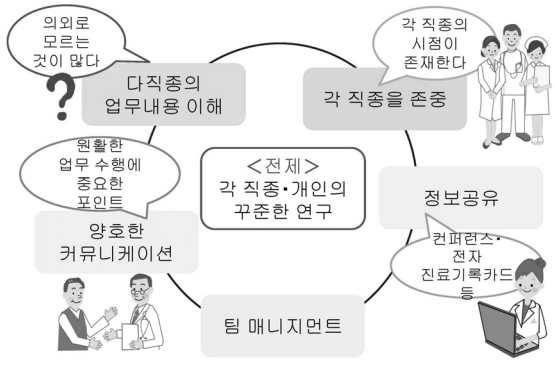
고령화에 따른 의료 내용의 변화(의료 필요도·간호 필요도 증
환자·가족의 의향과, 생활에 근거한 의료의 제공

의료의 질 향상·의료안전의 확보

의료의 고도화·복잡화는 의료사고 위험을 높인다
다직종에 의한 다각적인 시점에서 환자의 안전을 확보할 필요성

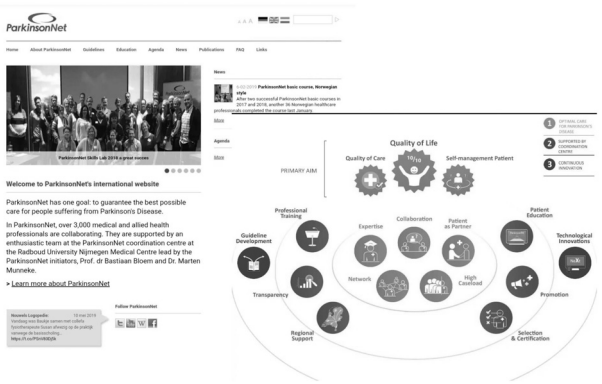
28

팀 의료의 추진을 위해 필요한 사항



29

네덜란드 ParkinsonNet



네덜란드 의료보험

홈 > 뉴스 > 의료

'세계가 주목하는' 네덜란드 의료보험 개혁의 실체

기사승인 2008.05.19 00:29:16

[청년의사 신문 청년의사] 네덜란드 정부는 공(公)보험 형태의 의료보험조합과 사(私)보험 형태의 민간보험회사 의료보험이 각각 운영되던 시스템을 2년 전 통폐합하여 모두 민영화했다. 국가 의료보험 운영을 민간보험회사에 맡긴 것이다. 모든 국민은 이들 회사가 파는 의료보험에 반드시 가입해야 한다. 의료 보험료를 의무적으로 내야 하지만, 보험 상품은 의료소비자 판단에 따라 민간에서 선택하라는 것이다. 쉽게 말해 우리나라 자동차보험과 비슷한 방식이다. 보험료 지불 능력이 없는 저(低)소득층에게는 정부가 보험료를 지원해준다. 쥐지는 사회주의, 운영은 자본주의인 '퓨전(fusion)형' 의료보험의 탄생이다. 정부는 의료보험 회사들이 담합을 못하도록 하고, 보

다수의 민간보험회사에 전 국민이 의무가입

자신의 의료기관 이용 유형에 따라 의료보험 상품 선택

2006년 첫해 18%가 의료보험회사 변경, 이메일로 변경 가능

보험료가 10%까지 내려감

의료보험회사의 인수합병으로 120여개 였던 회사가 20여개로

상위 5개 회사가 전체 국민 90% 가입

Common wealth fund 발표 2008년 선진국 7개국 중 네덜란드 국민이 가장 우수한 의료서비스를 받음

에이비 클린크(AB Klink) 네덜란드 보건복지부장관
"소비자의 선택권을 늘려 환자 중심으로 의료시장을 재편하고 있다"며 "병원의 의료 수준을 투명화하여 서비스 질이 좋은 곳에 차등화된 보상을 하는 제2의 의료개혁을 시도하고 있다"

대한민국 개원의의 현실?

요양병원, 요양시설의 노인 환자, 입소자를 가정과 지역사회로 돌려보내면서, 의사들에게는 퇴원 계획 수립과 방문진료로 보상을 해주겠다는 방안

수가가 만족스럽지 못할 뿐 더러, 관료주의적인 행정절차를 의사들에게 부여할 가능성이 매우 높음.

의료기관을 성공적으로 운영하기 위해서는 많은 환자를 빠른 시간에 봐야하는 민간의료기관의 의사가 참여하는 것이 현실적으로 너무 어려움.

단독 개원의는 안되더라도 지역 내 2차 병원, 요양병원의 경영을 개선할 수 있는 기회?

<보건의료의 저비용구조>를 개선하도록 촉구하는 기회?

"지금과 같은 <저비용구조>가 바뀌지 않고, 적절한(?) 수가 인상만 있다면 상관없다"
VS
"이런 상황에서는 제대로 된 진료를 할 수 없으니 <저비용 구조>를 바꿔야한다"

더 나은 대한민국 의료를 위해

1. 의사들은 변화를 원하는가?
2. 노인 환자 대상 단골의사 등록
3. 장기요양보험 서비스 연계, 지역 내 보건의료복지 통합 네트워크 참여
4. 획일적으로 많은 환자들을 빠르게 봐야하는 의료행태의 개선을 촉구
5. 의사들의 진료실 밖 활동 장려
6. 의사회를 중심으로 한 동업자 정신 강조