

개원의의 만성질환관리제도에 대한 수용태도

황병덕†

부산가톨릭대학교 병원경영학과

The Attitude of Medical Practitioners to the Chronic Disease Care System

Byung-Deog Hwang†

Department of Health Care Management, Catholic University of Pusan

<Abstract>

The purpose of this study was to research the opinion and acknowledgement about the clinical chronic disease care system subject to Medical Practitioners that copied the internal medicine and family medicine as a treatment subject and was fulfilled in the purpose of providing a basic data for the improvement and stable establishment of the chronic disease care system and the high blood pressure and diabetes mellitus patient's promotion of health.

Results from the research the internal medicine was 79% and the subject's average age was 52.3 years, the proportion that the high blood pressure and the diabetes mellitus took was average 28% and the interest about the system was 65.9%. In the chronic disease care system expansion status the opposition was 75.7%, and the detail field knowledge level was 56.9%. In the opinion field about the system, all fields were shown negative.

The chronic disease care system is an important government policy enforcing purposed to effectively manage the yearly increasing chronic disease, but the due to the cold attitude of Medical Practitioners that must actively accept it, the stable establishment of the system is being concerned. Therefore even if it's a good policy if it cant gain the support and agreement of the acceptor, in the future when trying to implement a system there should be no idleness in the effort to gain cooperation and understanding to relevant involved ones.

Key Words : Chronic Disease Care System, Medical Practitioners, Internal Medicine, Family Medicine

I. 서론

건강은 보건의료시스템보다는 건강한 생활습관에 의해 크게 좌우되나 우리 국민들의 건강행태는 우려할 만한 수준이다. 2004년 미국 위스콘신 주의 건강결정요인의 분석결과 건강행태(40%), 사회경제적요인(40%), 환경(10%), 보건의료접근성(10%)순으로 건강을 결정하는 요인으로 나타났다[1]. 최근 일본은 특정검진·특정보건지도사업으로 명명된 국가중심의 사전예방적 건강관리프로그램을 전격적으로 도입해 운영 중에 있으며, UN은 2011년 9월 고위급 정상회의를 통해 전세계 만성질환의 예방과 관리문제에 대처하기 위한 국가역량 강화 및 국제협력 증진 방안에 대해 논의하는 등 만성질환 문제는 전 세계적 주요 정책의제로 등장할 만큼 상황이 심각해 졌다[2].

우리나라의 제3차 국민건강증진종합계획에는 2020년까지 건강수명 연장 및 건강형평성 제고를 목표로 설정하고 이를 달성함으로써 온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상을 만들기 위하여 지역기반의 만성질환관리체계를 개편하는 것을 세부과제로 선정하여 만성질환관리체계를 구축하는 것을 중점추진과제로 설정하고 있다. 이를 달성하기 위한 주요성과 지표로 고혈압 유병률을 2008년 26.8%에서 2020년에는 23.0%로 감소시키고, 고혈압 치료율을 2008년 59.4%에서 2020년 64.0%로 향상시키며 당뇨병 조절률을 2008년 27.1%에서 2020년 35.0%로 증가시키는 것을 목표로 하고 있다[3].

최근 우리나라 국민들의 건강상태는 건강행태의 악화와 만성질환 증가 등으로 건강수준의 저하가 초래되고 있다. 특히 중증질환으로 발전 가능한 고혈압, 당뇨병은 의료비 증가의 주요인이며 국민상당수가 고혈압, 당뇨, 비만 등의 위험요인을 보유하고 있다. 국민건강영양조사 제5기 1차년도와 결과 비만유병률(만19세 이상)은 31.4%이었고, 고혈압 유병률(만30세 이상)은 28.9%, 그리고 당뇨병

유병률(만30세 이상)은 10.1%로 만성질환자 비율이 70.1%로 나타났다[1]. 심뇌혈관 및 당뇨병으로 인한 사망과 질병부담은 급증하여 국민의 생명을 위협하는 심각한 문제로 대두되었는데 우리나라 사망원인 1위로 심뇌혈관 및 당뇨병 환자가 27.6%를 차지하였고 질병에 대한 부담은 고혈압 총진료비가 1995년 3,593억원에서 2005년 3조 2,439억원으로 803%나 증가되었고 당뇨병 총진료비는 1995년 2,142억원에서 2005년 1조 7,120억원으로 699%의 증가하여 전체 건강보험 진료비 증가율을 크게 상회하여 건강보험 재정악화의 주요 원인으로 작용하고 있다[4]. 또한 최근의 연구에 의하면 노인들의 자살생각에 영향을 미치는 요인으로 만성폐쇄성질환과 당뇨병이 영향을 미치고 있음이 보고되었다[5]. 이에 정부는 국민들의 건강관리서비스를 제도화하기 위하여 기존 규제에 의해 형성되지 못했던 건강관리서비스 시장을 새롭게 제도화함으로써 국민건강증진과 국가 의료비용 절감을 모색하기 위하여 건강위험도를 질환군·건강주의군·건강군으로 분류하고 건강군은 자율적 선택에 따라 건강관리서비스 시장을 이용하도록 하고, 위험군은 건강관리서비스를 통한 만성질환을 사전에 예방할 수 있도록 하며, 질환군은 1차 의료기관을 통한 만성질환을 관리하며 필요시 보건소의 건강관리서비스와 연계하는 지역기반의 만성질환 관리체계를 통합관리체제로 구축하는 정책을 추구하고 있다 [6][7].

이제 급증하는 만성질환을 통제하기 위해 개인이 열심히 치료 받기를 기대하는 것만으로는 어려운 상황에 이르러 각종 심뇌혈관 질환의 핵심원인인 고혈압·당뇨에 대하여 국가차원에서 전면적인 대응이 필요한 시점이라는 상황인식하에 시행하게 된 「동네의원 이용 만성질환자의 건강관리제도」는 국가가 국민의 지속적 의료이용을 지원하고 보다 질 높은 의료서비스를 유도한다는 점에서 의미가 큰 제도인 만큼 이 제도가 국민건강증진에 이

바지 할 수 있는 만성질환 예방·관리 중심의 일차의료의 확립^[8]되기 위해서는 무엇보다도 개원의의 적극적인 제도의 수용태도가 절실히 필요하다.

본 연구는 2012년 4월 1일부터 시행예정인 「동네의원 이용 만성질환자의 건강관리제도」(이하 '만성질환관리제')에 대하여 부산지역의 내과와 가정의학과를 의료기관 명칭으로 표방한 의원급 개원의들을 대상으로 제도에 대한 인식도 및 수용태도를 조사하여 의원급 의료기관을 이용하는 고혈압·당뇨병환자의 건강증진과 제도의 안정된 정착과 발전을 위한 기초 자료를 제공하기 위하여 수행하였다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 및 방법

본 연구는 2012년 2월 현재 건강보험심사평가원 홈페이지^[8]에서 제공되고 있는 부산광역시의 16개 구·군(15구 1군)의 의원 중 의료기관 명칭에 내과 및 가정의학과 명칭을 사용하고 있는 359개 의원 중 가장군에 소재하고 있는 8개 의원을 제외한 351개 의원 중 270개 의원을 방문하여 설문조사에 응한 234개 기관의 개원의를 대상으로 '만성질환관리제에 대한 수용태도'를 설문 조사하였다. 이중 응답이 미흡한 20부를 제외한 214부(61.0%)를 최종 분석대상으로 하였다.

조사는 사전에 설문내용과 설문방법에 대하여 훈련받은 8명의 조사원들이 각 행정구역별로 분산되어 직접 의료기관을 방문하여 연구의 취지를 설명하고 대상자들의 동의를 얻은 후, 무기명 자기기입식 설문조사를 시행한 후 즉시 회수하였으며, 대상자의 사정에 따라 즉시 회수하지 못한 경우에는 2~3일 후 재방문을 통해 회수하였다. 조사 기간은

2012년 2월 21일부터 3월 16일까지 25일간 조사하였다.

2. 변수 및 조사도구

연구 도구는 구조화된 설문지를 사용하였다. 설문지의 구성은 '만성질환관리제'에 대한 인식 및 지식에 대하여 37문항으로 구성하였다. 설문지에 사용된 변수는 일반적 특성 4문항, 환자 중 고혈압과 당뇨병 환자가 차지하는 비율 1문항, 제도에 대한 관심 10문항, 제도에 관한 지식 9문항, 제도에 관한 견해 13문항으로 구성하여 측정하였다. 각 문항의 신뢰도(Cronbach's α)는 제도의 지식이 0.571이었고 제도에 대한 견해는 0.925이었다.

3. 자료의 처리 및 분석

수집된 자료는 SPSS 20.0을 사용하여 대상자의 일반적 특성은 빈도분석을 실시하였고, 만성질환관리제에 대한 관심, 시행이유, 활성화 방안, 확대실시에 관한 견해 등은 비모수 검정방법을 적용한 카이제곱검정(χ^2 -test)을 실시하였으며, 만성질환관리제에 대한 지식은 정답률로 분석하였다.

III. 결과

연구대상자는 남자가 84.1%, 여자가 15.9%이었다. 연령은 40대가 37.4%로 가장 많았고 50대 33.6%, 60대이상 22.4% 순이었다. 진료과목은 내과가 79.0%, 가정의학과 21.0%이었다. 고혈압 당뇨병 환자의 비율은 10%대가 37.4%, 20%대가 33.6%를 차지하였으며 고혈압과 당뇨병 환자가 차지하는 평균 비율은 28%이었다<표 1>.

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성

구분	빈도	%
성별		
남	180	84.1
여	34	15.9
연령		
30대	14	6.5
40대	80	37.4
50대	72	33.6
60대 이상	48	22.4
평균±SD	52.27±9.44	
진료과목		
내과	169	79.0
가정의학과	45	21.0
고혈압 및 당뇨병 환자 비율(%)		
10 이하	14	6.5
11-20	80	37.4
21-30	72	33.6
31 이상	48	22.4
평균±표준편차	27.98±14.66	
계	214	100.0

만성질환관리제도에 대해서 ‘관심이 있는 경우’는 65.9%, ‘관심 없음’ 34.1%로 통계적으로 유의한 차이(p<0.000)가 있었다. 만성질환관리제도에 관한 정보 습득 여부에서는 ‘정보를 습득하고 있음’이 53.3%이었다. 정보를 습득하는 방법으로는 ‘의사협회’가 34.2%로 가장 높았고 ‘보건복지부’가 32.4%를 차지하여 통계적으로 유의한 차이(p<0.030)가 있었다.

환자에게 만성질환관리제도에 관한 정보 제공여부에서는 ‘정보를 제공하지 않음’이 74.3% ‘정보를 제공함’이 25.7%를 차지하여 통계적으로 유의한 차이(p<0.000)가 있었다. 환자에게 정보를 제공 방법으로는 ‘구두’가 89.1%이었다. 환자로부터 ‘만성질환관리제도에 관한 질문을 받은 적이 있다’는 15.4%로 ‘만성질환관리제도에 관한 질문을 받은 적이 없다’ 84.6% 보다 통계적으로 유의하게 (p<0.000) 낮았다. 환자로부터 만성질환관리제도에 관해 주로 받는 질문으로는 ‘혜택’이 39.4%로 가장 많았고, 시행시기 27.3%, 대상자 24.2% 순으로 통계적으로 유의한 차이(p<0.000)가 있었다<표 2>.

<표 2> 만성질환관리제도에 대한 관심

구분	빈도 (n=214)	%	χ²(p)
관심유무			
관심 있음	141	65.9	21.61(.000)
관심 없음	73	34.1	
정보습득 여부			
예	114	53.3	.92(.339)
아니오	100	46.7	
정보습득 방법			
보건복지부	37	32.4	13.86(.030)
의사협회	39	34.2	
연수나 세미나	23	20.2	
다른 의료인	15	13.2	
소계	114	100.0	
환자에게 정보 제공 여부			
예	55	25.7	52.51(.000)
아니오	159	74.3	
경로 제공 방법			
구두	49	89.1	3.51(.061)
안내책자	5	9.0	
보건복지부웹사이트홍보	1	1.8	
소계	55	100.0	
환자로부터 제도에 관한 문의			
예	33	15.4	105.14(.000)
아니오	181	84.6	
주로 받는 질문			
시행시기	9	27.3	248.46(.000)
혜택	13	39.4	
대상자	8	24.2	
적용되는 의료기관	3	9.0	
소계	33	100.0	

대상자가 인식하는 만성질환관리제도의 시행 이유로 ‘국민건강증진’이 47.2%로 가장 높았고, ‘만성질환자에 대한 의료비 감면’이 31.8%, ‘주치의 제도의 정착’이 14.0%로 통계적으로 유의한 차이 (p<0.000)가 있었다<표 3>.

<표 3> 대상자가 인식하는 만성질환관리제도 시행 이유

구분	빈도	%	χ²(p)
만성질환자에 대한 의료비 감면	68	31.8	38.71(.000)
국민건강증진	101	47.2	
1차 의료기관의 활성화	6	2.8	
주치의제도의 정착	30	14.0	
건강보험재정의 비중 증가	9	4.2	
계	214	100.0	

대상자가 인식하고 있는 만성질환제도가 활성화 되기 위한 방안으로 '진료 신뢰도 높이기'가 47.2%로 가장 높았고 '진료비 절감 강조' 31.8%, '홍보' 14.0% 순으로 통계적으로 유의한 차이(p<0.000)가 있었다. 만성질환관리제도의 확대에 대하여 '반대'가 75.7%로 '찬성' 24.3%보다 3배 이상 높아 통계적으로 유의한 차이(p<0.00)가 있었다<표 4>.

<표 4> 만성질환관리제도가 활성화되기 위한 방안

구분	빈도	%	$\chi^2(p)$
제도 활성화 방안			
진료비 절감 강조	68	31.8	156.14(.000)
진료 신뢰도 높이기	101	47.2	
홍보	30	14.0	
친절도 향상 및 시설개선	15	6.5	
제도 확대			
찬성	52	24.3	56.54(.000)
반대	162	75.7	
계	214	100.0	

만성질환관리제도에 대한 지식은 평균 56.9%로 과반을 약간 상회하였다. 각 문항별 지식의 정도에서는 '본인이 지정한 병원에서 계속 치료를 받는 경우 진료비감면을 받는다.'가 69.2%로 가장 높았고, '만성질환관리제도는 적용 대상에 나이 제한이 없다.' 64.0%, '만성질환관리제도의 혜택을 받기 위

해 환자가 공단에 직접 신청하지 않아도 된다.' 60.1%, '만성질환관리제도는 의원에만 해당된다.' 59.3%, '만성질환관리제도는 재진환자부터 진료비 감면혜택을 받는다.'가 57.0%로 평균이상의 응답률을 보였다. 응답률이 가장 낮은 항목은 '만성질환관리제도는 한 의원을 선택해서 치료받을 경우에 혜택을 받을 수 있다.'로 47.2%의 응답률을 보였다 <표 5>.

<표 5> 만성질환관리제도에 대한 문항별 응답률

만성질환관리제도에 관한 문항	응답률
1. 본인이 지정한 병원에서 계속 치료를 받을 경우 진료비감면을 받는다.	69.2
2. 제도의 적용 대상에 나이 제한이 없다.	64.0
3. 제도의 혜택을 받기 위해 환자가 공단에 직접 신청하지 않아도 된다.	60.1
4. 제도의 적용은 의원만 해당된다.	59.3
5. 재진환자부터 진료비 감면혜택을 받는다.	57.0
6. 제도는 고혈압과 당뇨병 환자만을 대상으로 한다.	53.7
7. 제도의 시행 시 본인부담률이 30%에서 20%로 경감된다.	51.9
8. 65세 이상의 환자는 총 진료비가 15,000원 이하일 경우, 1,500원만 지불하므로 추가 경감이 적용되지 않는다.	50.0
9. 제도는 한 의원을 선택해서 치료받을 경우에 혜택을 받을 수 있다.	47.2
평균	56.9

<표 6> 만성질환관리제도에 대한 대상자의 견해

제도에 대한 견해	긍정	중립	부정	$\chi^2(p)$
1. 제도의 필요성	71(33.2)	59(27.6)	94(39.3)	4.38(.112)
2. 1차 의료의 활성화 기여	49(22.9)	81(37.9)	84(39.3)	10.55(.005)
3. 의료서비스의 질 향상	44(20.6)	78(36.4)	92(43.0)	17.08(.000)
4. 의원 경영 도움이 될 것	32(15.0)	80(37.4)	102(47.7)	35.93(.000)
5. 환자 만족도 변화가 있을 것	53(24.8)	86(40.2)	75(35.0)	7.92(.019)
6. 시행시기가 적절함	43(20.1)	86(40.2)	85(39.7)	16.89(.000)
7. 의원이용률에 변화가 있을 것	47(22.0)	80(37.4)	87(40.7)	12.79(.000)
8. 제도의 시행의향 있음	45(21.0)	58(27.1)	111(51.9)	34.27(.000)
9. 시설 개선과 확충이 필요할 것	32(15.0)	38(17.8)	144(67.3)	111.29(.000)
10. 인력 보충이 필요할 것	22(10.3)	37(17.3)	155(72.4)	148.78(.000)
11. 장비 보충이 필요할 것	27(12.6)	37(17.3)	150(70.1)	130.83(.000)
12. 환자들의 제도 인식도는 높을 것	46(21.5)	50(23.4)	118(55.1)	45.91(.000)
13. 주치의 제도를 기본 토대로 마련 된 제도	60(28.0)	75(35.0)	79(36.9)	2.81(.245)

만성질환관리제도에 대한 견해는 모든 항목에서 긍정보다는 부정의 견해가 높았다. 통계적으로 유의한 항목으로는 만성질환관리제도의 시행은 '1차 의료의 활성화에 기여할 것', '의료서비스의 질 향상에 기여할 것', '의원경영에 도움이 될 것', '환자만족도에 변화가 있을 것', '시행시기가 적절하다.', '환자의 이용률에 변화가 있을 것이다.', '제도의 시행의향이 있다.' '제도의 시행은 시설의 개선, 확충이 필요하다.', '제도의 시행은 인력의 보충이 필요하다.', '제도의 시행은 장비의 보충이 필요하다.' '제도에 대한 환자들의 인식도는 높을 것이다.' 등이었다<표 6>.

V. 결론 및 제언

우리나라는 급속한 인구고령화와 함께 만성질환에 대한 질병부담은 더욱 폭증할 것으로 예상되고 있어 적절한 관리대책의 수립이 필요하게 되었다. 이에 대한 대책으로 보건복지부는 주요 만성질환 관리사업의 종합 대책수립·조정 및 평가를 하고, 질병관리본부는 주요 만성질환 감시체계 구축·운영 및 통계 생산·관리를 하고, 광역자치단체는 주요 만성질환관리사업 자체 대책을 수립·조정 및 평가를 하며, 시·군·구의 보건소는 심뇌혈관질환의 예방관리사업으로 지역주민의 고혈압, 당뇨병으로 인한 사망·중증 합병증의 발생, 유병률 등 등록관리 사업의 업무를 단계적으로 수행하고 있다 [4].

국가적 차원에서 만성질환관리사업을 하는 가장 큰 이유는 이제 급증하는 만성질환을 통제하기 위해 개인이 열심히 치료 받기를 기대하는 것만으로는 어려운 상황에 이르러 각종 심뇌혈관 질환의 핵심원인인 고혈압·당뇨에 대하여 국가차원에서 전면적인 대응이 필요한 시점이라는 상황인식에 따른 것이다. 이에 따라 시행하게 된 「동네의원 이용 만성질환자의 건강관리제도」는 국가가 국민의

지속적 의료이용을 지원하고 보다 질 높은 의료서비스를 유도한다는 점에서 의미가 큰 제도인 만큼 이 제도가 국민건강증진에 이바지 할 수 있는 만성질환의 예방·관리 중심의 일차의료가 확립[8]되기 위해서는 무엇보다도 개원의들이 제도를 수용하기 위한 적극적인 태도가 절실히 필요하다.

보건복지부는 2011년 12월 8일 제21차 건강보험정책심의위원회에서 의결된 「동네 의원이용 만성질환자의 지속적인 건강관리 계획」에 따라 고혈압·당뇨병환자는 의원에서 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표방하면 다음 진료시부터 진료비 경감혜택을 받을 수 있는 '만성질환 관리제'를 4월 1일부터 시행하고 있다. 보건복지부는 이 제도가 고혈압·당뇨병 환자의 건강 증진 뿐 만 아니라, 의료의 공급 및 이용을 의료기관 종별 기능에 부합하는 방향으로 유도하여 요양급여 단계에 따라 진료가 이루어 질 수 있을 것이라고 예상하고 있으며, 점차 제도가 정착됨에 따라 대상자의 범위를 늘려 고혈압, 당뇨환자 뿐만 아니라 다른 만성질환환자들도 제도 적용을 받을 수 있게 할 예정이라고 밝히고 있다[10].

따라서 본 연구는 2012년 4월 1일부터 시행된 '만성질환관리제'에 대하여 부산광역시의 개원의를 대상으로 본 제도에 대한 인식도 및 수용태도를 조사함으로써, 의료기관 기능재정립 차원에 긍정적인 효과를 기대하고, 의원급 의료기관을 이용하는 고혈압·당뇨병환자의 건강증진과 의원급 만성질환관리제의 안정된 정착과 발전을 위한 기초 자료 제공을 목적으로 제도 시행 30여일 전에 만성질환관리제에 대한 수용태도를 연구한 결과 다음과 같은 결론을 얻을 수 있다.

연구대상 의원의 환자 중 고혈압과 당뇨병 환자가 차지하는 비중은 평균 28%로 비교적 높은 비중을 차지하고 있었다. 만성질환관리제에 대해서는 65.9%가 관심이 있다고 하였지만 제도의 확대에 대해서는 75.7%가 반대를 하였다. 환자에게 제도에

관한 정보제공은 74.3%가 하지 않는다고 하였다.

개원의들이 고혈압과 당뇨병 환자가 차지하는 비중이 결코 낮지 않음에도 불구하고 제도를 시행하는데 있어서 부정적인 시각을 나타낸 것은 의원급 만성질환관리제의 시행이 어떤 숨겨진 의도가 내포되어 있다고 보는 의심스러운 시각 때문이라고 생각된다. 즉 우리나라가 시행하고 있는 국가단위의 만성질환 관리 프로그램 때문에 빚어진 오해로 추정된다. 우리나라는 2010년 국가단위 만성질환 관리 프로그램으로 비만도, 혈압, 혈당, 콜레스테롤 등의 수치가 위험범위 내에 있는 건강주의군을 중점대상으로 한 보건소를 통한 예방중심의 보건사업(보건소 중심프로그램)과 심뇌혈관질환과 당뇨병으로 인한 사망, 중증 합병증의 발생, 유병률 등 질병부담을 감소시키고 국민건강수명 연장을 도모하고자 보건소 단위의 심뇌혈관질환 예방관리사업(시·군·구(보건소) 만성질환관리사업)을 시행하고 있어 의원급 만성질환관리제도는 궁극적으로는 정부에서 계획하고 있는 보건소를 중심으로 하는 만성질환관리제로의 전환을 염려한 개원의들이 우려가 표출된 것으로 사료된다. 전국의사총연합은 만성질환관리제가 궁극적으로 환자진료에 대한 공단과 보건소가 개입할 수 있는 당위성을 제공한다고 인식하고 있고, 이로 인하여 주치의 제도 및 총액계약제 시행의 전초 단계라고 인식하고 있으며 환자 개인정보 유출우려로 반대한다고 공식적으로 표명하고 있다[11].

이에 보건복지부는 4월 10일 만성질환관리제에 대한 Q&A 설명서를 배포하여 보건소는 환자에게 부가적인 건강지원서비스만 제공할 계획이므로 일차의료기관이 환자를 빼앗길 우려가 없을 뿐만 아니라 아울러 복지부는 보건소 기능을 의료가 취약한 지역을 제외하고 진료기능을 단계적으로 줄이고 지역보건서비스를 강화하는 방향으로 개편해 나갈 계획을 밝혔다. 또한 적정성평가를 활용한 의료기관 인센티브 제도를 통해 일차의료기관에 대

한 통제가 강화되지 않을까라고 하는 우려에 대해서는 의료기관 인센티브 기준은 현재 실시하고 있는 고혈압·당뇨병 급여적정성 평가를 활용할 계획이며 구체적인 기준은 의료계와 전문가가 참여하는 중앙평가위원회에서 현장과 전문가 의견을 수렴해 6월까지 결정할 예정이라 밝혔다[12].

따라서 만성질환관리제의 조기 정착을 유도하기 위해서는 국가보건정책이 이해당사자들에게 불필요한 오해를 불러오지 않도록 사전에 충분히 의견을 조율하고 적극적으로 홍보·교육을 실시하는 것은 물론 적극적으로 협조를 요청하는 태도를 견지해야 할 것이며 대국민 홍보 및 계몽활동 역시 게을리해서는 아니 될 것이다. 이해당사자인 개원의 또한 국민건강에 지대한 영향을 미칠 수 있는 국가보건정책은 의료인이라는 사명을 앞세워 관련 제도를 수용하고자 하는 태도가 무엇보다도 필요하다.

만성질환관리제가 활성화되기 위한 방안으로 '진료의 신뢰도 높이기'가 가장 높았고 그 다음으로는 '진료비가 절감됨을 강조'하는 것이 중요할 것이라고 인식하고 있어 환자들에게 제도에 대한 장점을 중점적으로 홍보하여 환자의 인식을 전환시키는 것이 제도활성화를 유도할 수 있는 하나의 방안이 될 수 있을 것이다. 또한 제도의 장점으로 가까운 거리의 의료기관을 방문하여 시간을 절약할 수 있고, 환자의 지속적으로 누적된 기록이 보관되어 있으므로 불필요한 검사비가 절감되고, 본인의 건강상태를 종합적이고 지속적으로 관리될 수 있음을 강조하여 의료이용자가 만성질환관리제를 적극적으로 신청하고 수용하는 태도를 가질 수 있도록 적극적인 대국민 홍보도 게을리해서는 아니 될 것이다.

만성질환관리제도는 매년 증가하는 만성질환을 효율적으로 관리를 하기 위한 목적으로 중요한 국가정책으로 시행되는 제도이지만, 제도를 적극 수용하여야하는 개원의들의 냉담한 태도에 의하여

제도의 안정적인 정착이 염려되었지만 만성질환관리제 시행 한 달 후 헬스코리아뉴스[13]의 조사에 의하면 전국의 내과 및 가정의학과 30개 기관을 표본으로 조사한 결과 73%(22개 기관)가 본 제도에 참여하고 있었다. 만성질환관리제에 대하여 부정적인 태도를 견지한 당사자들이 주목해야할 사항은 한의계가 한의원도 만성질환관리제에 포함시켜달라고 요구하고 있는[14] 현상에 주목할 필요가 있을 것이다.

본 연구의 한계점으로는 일개 도시의 개원의를 대상으로 한 연구로 일반화하기에는 무리가 따른다. 또한 만성질환관리제에 대한 반대가 심했던 시기에 조사가 이루어져 제도에 대한 의도적 회피가 있었을 것으로 사료되며 본 연구에서 얻은 교훈은 아무리 좋은 정책이라 할지라도 국민과 제도 수용자의 동의를 얻지 못한다면 제도가 쉽게 정착되기 어렵다는 사실이다. 그러므로 국가보건을 정책을 효율적으로 시행하기 위해서는 향후 어떤 제도를 시행하고자 할 때에는 미리 이해 당사자들에 대한 협조와 대국민홍보에 만전을 기 할 수 있도록 하여야 할 것이다. 그리고 이해당사자들에게서 협조를 구할 필요가 있을 시에는 적극적으로 대화를 시도하여 합의점을 도출하여야 할 것이다. 이러한 노력들이 기반이 될 때 비로소 계획하고 시행하고자 하는 국가보건의료제도가 조속히 정착될 수 있을 것이다.

참고문헌

1. 보건복지부, 질병관리본부(2011), 2010 국민건강통계 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010), pp.52-56.
2. 윤석준(2012), 우리나라 만성질환 관리 사업의 현황과 개선방안, HIRA 정책동향, Vol.6(1);5-13.
3. 보건복지부(2011), 제3차 국민건강증진종합계획 [2011-2020], pp.85-89.

4. 보건복지부 질병정책과(2010), 2010년도 주요 만성질환관리사업 안내, pp.1-79.
5. 최령, 문현주, 황병덕(2010), 만성질환이 노인들의 스트레스인지, 우울증상 경험 및 자살생각에 미치는 영향, 보건의료산업학회지, Vol.4(2);73-84.
6. 보건복지부(2011), 2011 주요업무참고자료, pp.89-91.
7. 보건복지부, 보건의료미래기획단(2011), 제4차 보건의료미래위원회 안건: 미래 만성질환 예방·관리체계 개편, p.8.
8. 성장현(2012), 동네의원 이용 만성질환자의 지속적인 건강관리 강화계획, HIRA 정책동향, Vol.6(1);21-23.
9. 건강보험심사평가원 홈페이지(2012), (http://www.hira.or.kr/rdc_hospsearch.hospsearch.do?method=hospital&pgmid=HIRAA030002000000)
10. 보건복지부(2012년 3월 5일), 보도자료: “고혈압·당뇨병환자 의원급 이용시 진찰료 줄어든다.”
11. 데일리메디(2012), <http://www.dailymedi.com/news/view.html?smode=&key=B8% B8 %BC% BA% C1% FA% C8% AF% B0% FC% B8% AE% C1% A6&x=33&y=8§ion=1&category=4&no=753974>
12. 데일리메디(2012), <http://www.dailymedi.com/news/view.html?smode=&key=% B8 % B8% BC% BA% C1% FA% C8% AF% B0% FC% B8% AE% C1% A6&x=10&y=12§ion= 1&category =3&no=753377>
13. 헬스코리아 <http://www.hkn24.com/news/articleView.html?idxno=97771>
14. 헬스코리아 <http://www.hkn24.com/news/articleView.html?idxno=96966>

접수일자 2012년 5월 20일
 심사일자 2012년 5월 23일
 게재확정일자 2012년 6월 5일