

인구집단 기반 건강관리모형의 적용가능성 검토: 한 지역의 의료복지사회적협동조합형 의료기관을 중심으로

이근정¹, 오주연¹, 이다희¹, 함명일², 이진용^{1,3,4}

¹건강보험심사평가원 심사평가연구소, ²순천향대학교 의료과학대학 보건행정경영학과, ³서울대학교병원 공공진료센터
⁴서울대학교 의과대학 의료관리학교실

A Study on the Applicability of the Population-Based Health Care Model: Focusing on Social Cooperative-type Medical Clinics in a Local Area

Keun-Jung Lee¹, Ju-Yeon Oh¹, Da-Hee Lee², Myung-Il Hahm³, Jin-Yong Lee^{4,5,6}

¹Associate Research Fellow, HIRA Research Institute, Health Insurance Review & Assessment Service, Wonju, ²Researcher, HIRA Research Institute, Health Insurance Review & Assessment Service, Wonju, ³Professor, Department of Health Administration and Management, College of Medical Science, Soonchunhyang University, Asan, ⁴Chair of HIRA Research Institute, HIRA Research Institute, Health Insurance Review & Assessment Service, Wonju, ⁵Professor, Public Healthcare Center, Seoul National University Hospital, Seoul, ⁶Professor, Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea

Purpose: This study was to examine whether a health care model that provides comprehensive medical services based on population groups to members of the medical cooperative is applicable as a policy alternative in terms of medical use and cost.

Methods: Data were derived from National Health Insurance claim data in 2019. We compared the medical volume and expenses of patients who visited social cooperative-type medical clinics with other patients, control group who visited other clinics in a local area.

Results: The average number of visit days was 25.3 days in social cooperative-type medical clinics, more than 24.2 days in the control group ($p=.004$). However, the average medical cost per visit was KRW 46 thousand in social cooperative-type medical clinics, which was significantly lower than KRW 51 thousand in the control group ($p<.001$), and the total medical cost was also KRW 16.1 billion in social cooperative-type medical clinics and KRW 16.9 billion in the control group.

Conclusion: We identified that a population-based health care model might change patients' behaviors to health care services and decrease total medical cost. Further population based experiment is needed to develop alternative healthcare model.

Keywords: Population health management, Disease management, Cost control

Received: Nov.19.2020 Revised: Dec.18.2020 Accepted: Dec.28.2020

Correspondence: Ju-Yeon Oh

Health Insurance Review & Assessment Service, 60, Hyeoksin-ro, Wonju, Gangwon-do, 26465, Republic of Korea

Tel: +82-33-739-0920 **Fax:** +82-33-811-7433 **E-mail:** cyber0826@hira.or.kr

Funding: None **Conflict of Interest:** None

Quality Improvement in Health Care vol.26 no.2

© The Author 2020. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

I. 서론

오늘날 보건의료를 둘러싼 급격한 환경변화는 의료전달체계의 재편을 요구하고 있다. 한국의 의료전달체계는 급성기질환 치료를 중심으로 구축되어 있으며 이에 대한 비용보상 또한 행위단위 보상방식에 기초하고 있다. 자원집약적 특성을 가지고 있는 급성기질환 치료 중심의 의료체계가 행위기반의 지불방식과 결합한 결과, 한국의 의료비는 OECD 국가 중 가장 빠른 속도로 증가하고 있으며 이는 건강보험의 재정적 지속가능성을 위협하는 수준에 이르고 있다. 세계 각국도 보건의료체계의 지속가능성 위기에 대응하기 위하여 통합적 의료전달체계의 구축 및 가치 기반한 지불보상방식의 도입 등 현대 보건의료체계의 패러다임 전환을 위한 혁신적 변화에 착수하고 있다[1-3].

이러한 변화의 주 대상이 되는 것이 일차의료와 행위기반 지불방식이다. 한국은 행위별수가제에 대한 과도한 의존을 극복하기 위하여 포괄수가제와 성과보상지불방식 등 대체 지불방식 도입을 시도하고 있으나 2019년 기준, 총 진료비 중 행위별수가제의 비중이 90%를 상회하고 있어 다양성 확보는 여전히 제한적이다. 일차의료의 기능 또한 취약한 상황으로 정부는 일차医료를 만성질환관리의 중심으로 재편하기 위해 2007년 고혈압·당뇨병 등록관리 시범사업을 시작으로 의원급 만성질환 관리제도, 지역사회 일차의료 시범사업 등을 수행하였다. 이후 각 사업의 분절적 관리운영의 문제를 극복하고 포괄적 관리체계를 구축하기 위해 2019년, 일차의료 만성질환관리 통합모형을 개발하여 시범사업을 시작하였다[4]. 그러나 시범사업은 만성질환의 통합관리를 목적으로 돌봄계획 수립과 환자관리 서비스 등을 급여화 하였으나 여전히 행위별수가 하의 코드단위 지불방식을 고수하고 있으며 고혈압과 당뇨병만을 대상으로 하여 참여 환자가 제한되는 등 포괄적 질병관리에 근본적 한계를 보여주고 있다[5].

보건의료체계가 당면한 위기를 극복하기 위한 효과적인 대안을 모색하기 위해서는 다양한 정책적 경험이 필요하다. 질병중심·행위단위 관리의 패러다임에서 벗어나기 위한 하나의 방안으로 의료기관 중심의 질병관리를 넘어 인구집단을 기준으로 1차의료에서부터 2차, 3차의료를 포괄

하는 수직적 관리기전의 운영을 고안해 볼 수 있다. 이 글은 이러한 방안의 정책적 실현가능성을 타진해보기 위하여 대안적 공급체계인 의료복지사회적협동조합(이하 "사협"이라 한다)에 주목해보고자 한다. 사협이 운영하는 의료기관은 일차의료 중심의 인구기반 건강관리를 현실 의료에서 실천하고 있는 대안적 의료공급체계로 지역주민과 의료인이 자발적을 모여 주치의제도를 시행하면서 지역사회 인구집단의 건강향상을 위한 교육과 관련 활동들을 수행하고 있는 주민 참여 일차보건의료 지역 공동체 모델이다. 따라서 대안적 공급체계로 해당 기관 이용자의 의료이용 행태와 비용관리 실태를 분석하는 것은 인구집단을 기반으로 한 통합적 관리모형의 정책적 적용가능성을 검증해 볼 수 있는 유용한 기회가 될 것이다.

이 연구의 연구질문은 다음과 같다.

첫째, 사협형 의료기관 이용자와 대조군의 내원일수의 차이가 있는가?

둘째, 사협형 의료기관 이용자와 대조군의 진료비 지출수준의 차이가 있는가?

II. 연구방법

2019년 한 지역의 사협 의료기관 이용자와 그 외 의료기관 이용자 중 대조군을 설정하여 의료이용과 진료비 현황을 비교 분석하였다.

분석을 위한 자료원은 건강보험, 의료급여, 보훈 진료비 청구자료를 활용하였다. 2019년 의과 전체 명세서 내역을 대상으로 하였으며, 요양병원은 제외하였다. 통계분석 소프트웨어는 SAS Enterprise Guide 9.4를 사용하여 건강보험심사평가원 데이터 웨어하우스(Data Warehouse, DW) 서버에 접속하여 분석하였다. DW 자료의 개인식별정보는 개인을 식별할 수 없는 코드이며 자료분석 컴퓨터에 대하여 비인가자의 접근을 금지하고 있다.

사협의료기관 이용자와 그 외 환자의 의료이용 차이를 비교하기 위하여 비교군과 대조군을 설정하였다. 사협의 조합원 개인정보를 파악할 수 없으므로 비교군은 2019년 사협 소속 의료기관(의과 3개소, 치과 1개소, 한방 의원 2개

소)의 의료이용 내역을 토대로 분석대상자를 선정하였다. 2019년 한 해 동안 사협의료기관에 방문한 환자는 19,175명이었다. 이들 중 연 3회 이상 지속 이용자를 조합원으로 정의하고 2회 이하 방문자는 분석에서 제외하였다. 최종적으로 관찰기간 동안 사협의료기관에 3회 이상 방문한 10,236명을 사협의료기관 분석대상자로 선정하였다.

대조군의 후보군은 2019년에 사협의료기관을 제외한 의원(의과, 치과, 한방)에 3회 이상 방문한 환자이다. 이 중 의과 의원에 1회 이상 방문자에 한하여 비례층화표본추출법(proportionate stratified sampling)을 적용하였다. 비례추출 기준은 비교군의 성별과 연령대(10세 단위)별 환자 분포이다. 비교군과 동일한 환자수로 대조군을 추출하였다. 비교군과 대조군은 각각 10,236명으로 결정되었으며 분석자료는 2019년 한 해 동안 의과 의료이용 내역이다.

비교군과 대조군 외에 전체 현황을 파악하기 위해 전국민을 대상으로도 동일 분석을 진행하였다. 전국민은 의원(의과, 치과, 한방)에 3일 이상 방문자 41,132,448명에서 사협 방문자 1만여 명, 의과 의원 미방문자 50만여 명을 제외한 40,556,083명을 대상으로 하였다.

사협환자군과 대조군의 의료이용 차이를 비교하기 위해서 1인당 평균 내원일수, 1인당 평균 진료비, 내원일당 평균 진료비 등을 산출하였다. 사협환자군의 인구학적 특성 비교는 카이제곱 검정을, 사협환자군과 대조군 간 차이 비교는 T-검정을 수행하였다. 전국민을 대상으로도 동일 지표를 산출하였다. 요양기관 중별 현황으로 살펴보았으며 중별의 기타는 보건소, 보건지소, 보건지료소를 포함한다.

III. 연구결과

1. 한 지역의 의료복지사회적협동조합형 의료공급체계의 구성 및 주요 활동

이 조직은 지역주민과 의료인이 협동하여 민주적인 의료기관, 건강한 생활, 건강한 공동체를 만들어가겠다는 목표하에 조직되었으며 의료서비스 제공을 비롯하여 건강유지 및 증진활동과 조합원 참여 활동, 건강한 지역사회 조성 활동, 그리고 취약계층에 대한 돌봄을 제공하고 있다. 구체적인 의료기관 현황 및 주요 활동 내역은 Table 1과 같다.

Table 1. Current status and major activities of medical clinics in one community cooperative

Classification of medical clinics	The number of medical personnel	Main activities
Medical clinic		
A	2 doctors, 1 nurses, 1 radiologist, 1 physical therapist, 7 nursing assistants	<ul style="list-style-type: none"> • Health maintenance and promotion activities - The business of attending physicians. Health and preventive education. Health examination and follow-up management
B	2 doctors, 3 nursing assistants	<ul style="list-style-type: none"> • Comprehensive healthcare delivery - Implementing the family care system and managing chronic patients
C	2 doctors, 5 nursing assistants, 2 home nurses, 1 radiologist	<ul style="list-style-type: none"> • Member participation activities - Participation in the operation of union members and medical clinics, and operation of health meetings.
Dental clinic		
D	3 doctors, 8 dental hygienists and Medical assistances	<ul style="list-style-type: none"> • Activities to create a healthy community - Operation of health prevention programs for local residents, implementation of dental health projects for elementary schools, distribution of health care information, and health education for local residents
Oriental medicine		
E	3 oriental doctors, 5 nursing assistants	<ul style="list-style-type: none"> • Care for the vulnerable - Operation of re-care institutions and implementation of home care business. Visiting medical services. Medical expenses for low-income families.
F	2 oriental doctors, 4 nursing assistants	<ul style="list-style-type: none"> - Education on medication and health conditions for the elderly who are not comfortable with their behavior, oral care for facilities for the disabled

2. 의료복지사회적협동조합형 의료기관의 의료이용 현황 분석

1) 인구학적 특성

사협환자군의 성별, 연령대별 환자 수 현황을 분석하였다 (Table 2). 연령대별로는 50대 이상이 전체의 70%를 차지하였다. 대조군의 경우 사협 환자군의 성별 연령대별 분포에 따라 1:1 비례층화표본추출법을 적용하였으므로 사협 환자군의 분포와 동일하다.

2) 의료이용 현황 비교 분석

사협환자군과 대조군의 의료기관 종별 1인당 평균내원일수를 비교분석 하였다. 분석 결과, 입원과 외래방문을 합한 전체 의료이용의 평균 내원일수는 사협환자군이 25.3일로 대조군의 24.2일 보다 많은 것으로 나타났다($p=.004$). 1인당 평균 외래 방문일수도 사협환자군이 23.1일로 대조군의 21.9일보다 많은 것으로 나타났다($p<.001$). 전국민

기준으로는 입원과 외래를 합한 종별 1인당 평균 내원일수가 19.9일로 나타났다. 사협의료기관이 속한 의원급의 내원일수를 살펴보면, 사협환자군은 의원급 의료기관을 평균 17.6일 방문하였는데 이중 사협의료기관을 6.3일, 그 외 의원은 11.3일 방문한 것으로 나타났다(Table 3). 이를 도식화 하면 Figure 1과 같다.

질환에 따른 의료이용 현황을 비교분석하기 위하여 본인부담 차등제가 적용되는 경증질환 52개와 100개에 해당하는 질환에 대한 1인당 평균 내원일수를 비교하였다(Table 3). 청구명세서의 주상병 기준 52개 경증질환의 진료내역을 대상으로 하였을 때, 사협환자군의 1인당 평균 내원일수는 10.1일로 대조군의 7.9일보다 많은 것으로 나타났으며, 100개 경증질환으로 확대하여 분석한 결과 사협환자군의 1인당 평균 내원일수는 13.2일로 대조군의 11.5일보다 많은 것으로 나타났다. 경증질환과 전체 질환의 경우를 비교했을 때 사협환자군과 대조군간의 이용일수 차이가 경증질환의 경우 더 크게 나타나 사협환자들이 경증질환에 대해서 의원급 의료기관을 더 많이 이용하고 있음을 알 수 있었다.

Table 2. Demographic characteristics of the cooperative patients group

Age group	Total n (%)	Male n (%)	Female n (%)
Total	10,236 (100.0)	4,643 (100.0)	5,593 (100.0)
<10	370 (3.6)	192 (4.1)	178 (3.2)
10-19	620 (6.1)	305 (6.6)	315 (5.6)
20-29	372 (3.6)	166 (3.6)	206 (3.7)
30-39	423 (4.1)	193 (4.2)	230 (4.1)
40-49	1,281 (12.5)	590 (12.7)	691 (12.4)
50-59	2,435 (23.8)	1,145 (24.7)	1,290 (23.1)
60-69	2,438 (23.8)	1,146 (24.7)	1,292 (23.1)
≥70	2,297 (22.4)	906 (19.5)	1,391 (24.9)

Table 3. Comparison of medical utilization

Classification	Total			Outpatient			Admission		
	Cooperative group (n=10,236)	Control group (n=10,236)	Nationwide (n=40,556,083)	Cooperative group (n=10,236)	Control group (n=10,236)	Nationwide (n=40,556,083)	Cooperative group (n=10,236)	Control group (n=10,236)	Nationwide (n=40,556,083)
The average number of visiting days per person (days)									
Total	25.25 (SE [§] =0.25)	24.18 (SE=0.28)	19.92	23.12 (SE=0.21)	21.94 (SE=0.24)	18.27	2.12 (SE=0.10)	2.23 (SE=0.10)	1.65
Clinics	17.58	16.67	14.23	17.40	17.02	14.06	0.18	0.20	0.17
Cooperative	6.25	-	-	6.25	-	-	-	-	-
Others	11.33	16.67	14.23	11.15	17.02	14.06	0.18	0.20	0.17
<i>p</i> -value	.004			<.001			.434		
The average number of visiting days per person for mild diseases (days)									
Whole disease				17.62 [†] (SE=0.17)	16.47 (SE=0.20)	14.06			
<i>p</i> -value				<.001					
52 mild diseases				10.10 (SE=0.09)	7.94 (SE=0.10)	7.18			
<i>p</i> -value				<.001					
100 mild diseases				13.23 (SE=0.14)	11.46 (SE=0.15)	9.93			
<i>p</i> -value				<.001					

[†] 126 visitors without visiting medical clinics were excluded

[§] SE = standard error

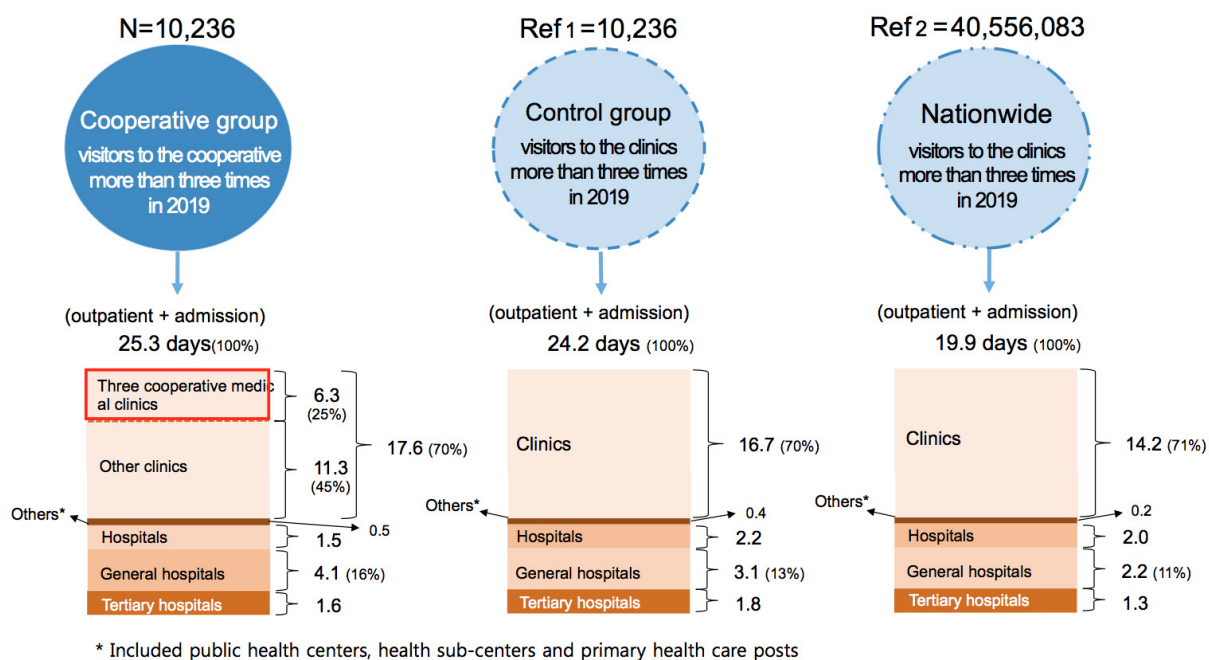


Figure 1. Comparison of the average number of visiting days per person in 2019

3) 진료비 현황 비교 분석

사협환자군과 대조군 간 내원일당 평균 진료비 차이를 분석하였다(Table 4). 2019년 환자별 내원일당 평균 진료비의 경우 사협 환자군은 4만 6천원, 대조군은 5만 1천원으로 사협환자군의 일당 진료비가 유의하게 낮게 나타났다($p < .001$). 사협환자군의 외래 방문당 평균 진료비 또한 3만 3천원으로 대조군 3만 7천원 보다 낮게 나타났다($p < .001$). 이를 도식화 하면 Figure 2와 같다.

사협환자군과 대조군 간 1인당 평균 진료비 차이를 분석하였다. 외래 진료비의 경우 2019년 사협환자군의 1인당

평균 진료비는 약 81만 5천원으로 대조군 86만 3천원보다 적게 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다. 1인당 평균 총진료비의 경우 사협환자군의 1인당 평균 진료비는 157만원으로 대조군 165만원 보다 적었다.

사협환자군과 대조군의 총 진료비 차이를 분석하였다. 입원과 외래 전체 진료비를 포함하였을 때 사협환자군은 161억 원, 대조군은 169억 원으로 사협환자군의 총 진료비가 약 8억 적게 나타났다. 외래 총 진료비의 경우 사협환자군은 83억원, 대조군은 88억원으로 약 5억원 적게 나타났다. 이를 도식화 하면 Figure 3과 같다.

Table 4. Comparison of medical expenditure

Classification	Total			Outpatient			Admission		
	Cooperative group (n=10,236)	Control group (n=10,236)	Nationwide (n=40,556,083)	Cooperative group (n=10,236)	Control group (n=10,236)	Nationwide (n=40,556,083)	Cooperative group (n=10,236)	Control group (n=10,236)	Nationwide (n=40,556,083)
The average medical expenditure per day of visit (KRW 1 thousand)									
Total	46 (SE=0.6)	51 (SE=0.7)		33 (SE=0.4)	37 (SE=0.4)		452 (SE=10.2)	457 (SE=9.9)	
Clinics	19	23		18	21		490	424	
Cooperative	15	-		15	-		-	-	
Others	23	23		22	21		490	424	
p-value	<.001			<.001			.722		
The average medical expenditure per person (KRW 1 thousand)									
Total	1,574 (SE=42)	1,647 (SE=50)	1,235	815 (SE=15)	863 (SE=20)	686	759 (SE=36)	785 (SE=41)	549
Clinics	476	511	438	437	467	400	-	45	37
Cooperative	125	-	-	125	-	-	-	-	-
Others	351	511	438	312	467	400	39	45	37
p-value	.259			.061			.633		
Total medical expenditure (KRW 1 hundred million, KRW 1 hundred million, KRW 1 Trillion)									
Total	161.1	168.6	50.1	83.4	88.3	27.8	77.7	80.3	22.3
Clinics	48.7	52.3	17.7	44.7	47.8	16.2	4.0	4.6	1.5
Cooperative	12.8	-	-	12.8	-	-	-	-	-
Others	35.9	52.3	17.7	31.9	47.8	16.2	4.0	4.6	1.5

§ SE = standard error

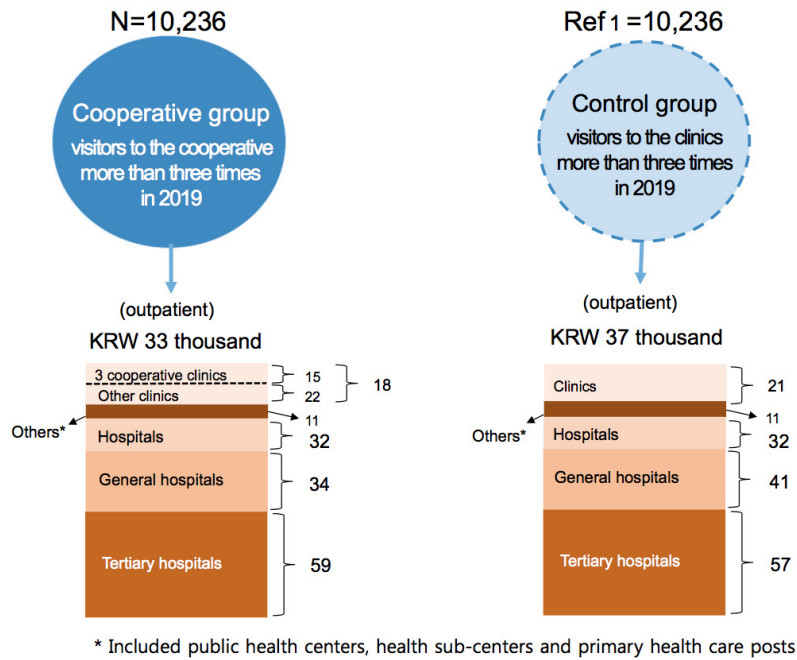


Figure 2. Comparison of average medical expenditure per visit in 2019 (outpatient)

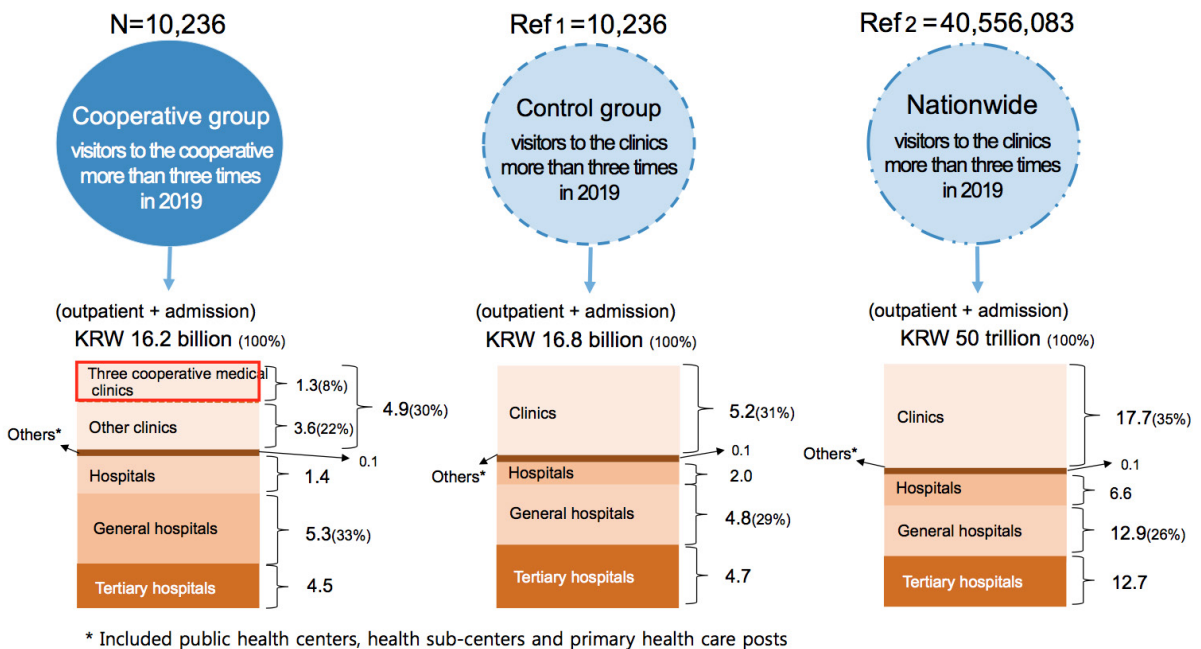


Figure 3. Comparison of total medical expenditure in 2019

IV. 고찰

사협형 의료기관 이용자와 대조군의 의료이용량과 진료비 차이를 비교한 결과, 평균 내원일수는 사협환자군이 25.3일로 대조군의 24.2일 보다 많은 것으로 나타났다. 그러나 내원일당 평균 진료비는 사협환자군이 4만 6천원으로 대조군의 5만 1천원 보다 유의하게 낮은 것으로 나타났으며 총진료비 또한 사협환자군이 161억원, 대조군이 169억원으로 8억원 가량 낮게 나타났다.

사협의료기관 이용자의 1인당 평균 내원일수 분석 결과 사협의료기관 이용일수는 6.3일로 적었으나 그 외 의원의 이용일 수를 합산하면 대조군 보다 평균 내원일수가 많은 것으로 나타났다. 이는 사협의료기관들이 해당 인구집단에 대한 지속적인 건강교육과 환자관리 등을 통해 사협의료기관의 의료이용량 관리를 효과적으로 수행한 결과라 볼 수 있다. 그러나 조합원의 다른 의료기관 이용에까지 영향을 미치기에는 한계가 있는 것을 알 수 있었다.

이상의 분석 결과를 근거로 볼 때, 사협형 의료기관은 사협환자들의 의료이용량을 적정하게 관리하고 있으나 사협 의료기관 외 의료이용까지 영향을 미치지 못하는 것을 알 수 있었다. 그러나 비용측면에서는 성과 연령보정을 실시한 대조군보다 지출수준이 낮아 효율적인 비용관리가 이루어지고 있음을 알 수 있었다.

오늘날의 급속한 인구학적 변화와 질병양상의 변화는 질병관리 패러다임의 전환을 요구하고 있다. 사회적 차원에서 이해해야 하는 질병이 증가하고 있으며 복수의 만성질환을 앓는 인구 또한 빠르게 증가하고 있어 질병 중심의 치료방식은 비효율적일 뿐 아니라 효과적 치료에 혼란을 초래할 수 있다. 세계보건기구 또한 병원에 근거한 질병기반 치료모델과 파편화된 폐쇄적 치료모델에 중점을 두는 것은 보편적이고 형평하며 재정적으로 지속가능한 양질의 의료 서비스를 제공하는 보건의료체계의 역량을 침해한다고 지적한 바 있다[6]. 따라서 질병이 아닌 환자중심의 치료 구조로의 전환 필요성이 지속적으로 제기되고 있다[7,8].

이에 세계 각국은 포괄적이고 사람중심적인 접근과 인구집단 건강에 중점을 둔 방식을 확대 적용해나가고 있으며

이 과정에서 일차의료가 필수적인 역할을 수행하고 있다[9]. 일차의료는 상급 의료체계로의 연계 및 문지기 역할을 주 기능으로 한다. 그러나 한국은 의료전달체계의 기능분화 및 연계 미비로 의료기관 간 무한경쟁 상태에 처해 있으며 이에 의뢰 및 회송의 상호보완관계를 기대하기 어려운 상황이다[10]. 따라서 의료기관 간 기능과 역할을 미래 지향적으로 재설정하고 진료의뢰 및 회송시스템 등을 효율적으로 활용하기 위해서는 다시금 지역사회중심의 일차의료 플랫폼에 주목할 필요가 있다.

현재 한국의 일차의료 관련 정책은 의료와 지역사회를 연계하기 위한 노력을 추진하고 있으나 인구집단을 대상으로 하는 통합적 관리 단계까지는 나아가지 못하고 있다. 이에 지역사회의 특정 인구집단을 대상으로 통합적 의료서비스를 제공하고 있는 기존 공급자 조직을 대상으로 다양한 대안을 적용해보는 것은 상당한 정책적 효용성을 가진다고 할 수 있다. 이와 같이 일정 규모 이상의 인구집단을 포괄하고 있는 대안적 공급모형들의 자발적 참여를 전제로 다양한 서비스 전달방식 및 비용지불방식들을 실험 적용해 봄으로써 보건의료체계 개편과 관련하여 언급되고 있는 책임의료방식 등의 대안적 모형의 적용가능성 또한 타진해 볼 수 있을 것이다.

이 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 사협의 조합원 정보를 확보할 수 없어 사협의료기관 이용자의 의료이용을 토대로 조합원을 추정하여 분석하였으므로 실제 값과는 차이가 있을 수 있다. 그러나 보다 정교한 조합원 추정을 위하여 사협의료기관 3회 이상 이용자를 추출하고 대조군 또한 이를 근거로 비례층화추출을 실시하여 오류를 최소화하기 위해 노력하였다. 향후 조합원 동의 하에 실제 회원정보에 근거한 자료를 확보하여 정확한 비교분석과 합의를 도출할 수 있는 후속 연구가 필요하다.

둘째, 이 연구는 건강보험 진료비 청구자료를 자료원으로 사용하여 비급여 비용은 반영하지 못하였다.

V. 결론

연구를 통해 살펴본 사협형 의료기관과 같이 지역사회를 중심으로 인구기반 건강관리를 제공하고 있는 일차의료조직을 통해 현실 의료에서 의료소비자에게 적절한 비용으로 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 대안적 의료공급체계의 적용가능성을 검증하는 것은 중요한 의미를 갖는다 하겠다. 이러한 적용가능성을 바탕으로 대안적 의료공급체계가 주체가 되는 인구집단 기반의 시범사업을 실시하는 등 한국 보건의료체계의 다양성 확보를 위한 제도적 논의가 이루어져야 할 것이다.

VI. 참고문헌

1. Sohn KH, Nam SR, Joo JM, Kwon YJ, Yim JJ. Patient-centeredness during in-depth consultation in the outpatient clinic of a Tertiary hospital in Korea: Paradigm shift from disease to patient. *Journal of Korean Medical Sciences*. 2019;34(15):e119.
2. McClellan M, Patel K, Latts L, Dang-Vu C. Implementing value-based insurance products: A collaborative approach to health care transformation. Washington, DC, United States of America: The Brookings Institution; 2015.
3. Organisation for Economic Co-operation and Development. Better ways to pay for health care. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016.
4. Ministry of Health and Welfare. Guidance on pilot project for chronic disease management in primary care. Sejong, Korea: Ministry of Health and Welfare; 2019.
5. Lee KJ, Choi HJ, An BR, You SM, Eom HE. A study on the operation system for value-based integrated management of chronic diseases. Wonju, Korea: Health Insurance Review and Assessment Service; 2019.
6. World Health Organization. Framework on Integrated people-centred health services. Sixty-ninth World Health Assembly Provisional agenda item 16.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
7. Haughton J. A paradigm shift in healthcare. From disease management to patient-centered systems. *MD Computing*. 2000;17(4):34-8.
8. Wise CG, Bahl V, Mitchell R, West BT, Carli T. Population-based medical and disease management: an evaluation of cost and quality. *Disease Management*. 2006;9(1):45-55.
9. Loewenson R, Simpson S. Strengthening integrated care through population-focused primary care services: international experiences outside the United States. *Annual Review of Public Health*. 2017;38(1):413-29.
10. Lee JY, Eun SJ, Ock MS, Kim HY, Lee HJ, Son WS, et al. General internists' perspectives regarding primary care and currently related issues in Korea. *Journal Korean Medical Sciences*. 2015;30(5):523-32.