

공유진찰제: 만성질환 관리를 위한 혁신적 의료서비스 전달방식

이현주^{1,2,3}

¹메디마루 경영연구소, ²가톨릭대학교 의료경영대학원, ³오세아니아 생활습관병 의료협회

Reviews of the Shared Medical Appointments: Adopting Innovations in Care Delivery for Patients with Chronic Diseases

Hyunju Lee^{1,2,3}

¹Medimaru Business Research; ²Graduate School of Healthcare Management, the Catholic University of Korea, Seoul, Korea; ³Australasian Society of Lifestyle Medicine, Northcote, Australia

Chronic diseases as well as a growing population of older adults are currently the leading cause of ill health and economic burden worldwide. Managing those diseases in one-on-one medical consultations poses substantial challenges due to limited time and resources in the current health care system. Various approaches have been taken to manage these conditions, most with limited success. Shared medical appointments (SMAs) are an innovative care delivery option to make the testing of alternative care modalities a prime concern. SMAs are individual medical consultations carried out in a group of patients with similar diseases by providing education, medication management, and disease monitoring. SMAs, since their initial conceptualization in 1998, have gained much popularity and adopted as one of the standard processes in many countries. Accumulated evidence-based studies show outcomes for increasing access to care, behavioral change facilitated through self-management education, maintained/better outcomes, physician productivity, and enhanced resource management. This review summarizes current evidence regarding the existing status of SMAs abroad. An extensive literature search was conducted on major electronic databases including PubMed and Google Scholar. This study suggests to explore and exploit the SMAs which have unique potential as a healthcare delivery innovation in Korea.

Keywords: Shared medical appointments; Chronic disease; Innovation in care delivery; Self-management; Behavioral change; Preventive healthcare

서론

우리나라 보건의료현황은 인구사회학적 변동 및 질병구조의 변화에 따라 저출산을 동반한 고령화와 만성질환의 가파른 증가현상을 보이고 있고, 보건의료 수요와 공급의 심한 불균형 및 의료보험재정의

한계에 다다랐다. 만성질환은 사망과 질병부담이 매우 높은 미래의 핵심 보건의료 과제로, 국내 사망원인의 80.8%를 차지하며 10대 사망 원인 중 7개가 만성질환으로 분류된다[1]. 2017년 현재 전체 인구 중 만성질환자가 차지하는 비율은 33.6%로, 특히 65세 이상 노인에서 80%가 만성질환 유병률을 보고하며 복합만성질환자도 60%에 이르

Correspondence to: Hyunju Lee

Medimaru Business Research, 182 Dogok-ro, Gangnam-gu, Seoul 06261, Korea
Tel: +82-2-2258-8329, Fax: +82-2-2258-8257, E-mail: jan@catholic.ac.kr

*이 논문은 보건산업진흥원 주관 “2019년 보건산업 정책 수요조사 전문가 부문” 우수과제인 이현주의 “의료서비스전달방식의 혁신을 위한 공유진찰제 도입” 연구(한국보건산업진흥원 보건산업브리프 2019년 291호)를 바탕으로 작성되었다. 본 내용을 바탕으로 보건산업진흥원 주관 “2020년 산학병연 공동연구회” 사업으로 선정되어 진행 중이다.

Received: March 5, 2020, Revised: May 20, 2020, Accepted after revision: July 14, 2020

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

고 만성질환으로 인한 의료비용은 전체 의료비용의 41%에 달한다 [2]. 만성질환은 보건의료만의 문제가 아닌 사회경제 발전을 저해하는 주요 의제로 제기되고 있다[1].

만성질환의 가파른 증가 대비 의료전달체계의 공급현황은 취약하다. 만성질환 환자들은 진료 시 오랜 대기시간, 짧은 진료시간, 부족한 환자교육, 질병부담으로 인한 정서적 고립, 지속적 처방순응에 대한 동기부족 등의 어려움이 있고, 반면 의료인력들은 수요 대비 부족한 의료인력으로 인해 진료업무의 과중한 부담과 만성질환 관련 적절한 조치를 제공할 수 없는 심적 부담이 크다. 의료체계 측면에서는 자원활용의 비효율성, 의료보험재정의 악화 등 문제가 발생하고 있다[1,3,4].

만성질환 질병부담과 국가적 의료비용이 급속히 증가하면서 의료계는 사후적 치료보다 예방 및 재발위험의 최소화, 조기검진, 조기진단, 지속적 관리 등 예방과 관리지향적 의료의 중요성을 강조한다. 그러나 의료의 패러다임 측면에서는 예방과 관리에 주목하며 변화를 시도하고 있는 데에 반해, 의료서비스 전달방식 측면에서는 특별한 대안을 제시하지 못하고 있다. 향후 보건의료 필요를 충족시키기 위해서는 공급체계 차원, 특히 의료서비스 전달방식에서 혁신적 패러다임 전환이 필요하다.

본 연구는 의료서비스 전달방식을 재설계하는 새로운 접근방식으로 공유진찰제(shared medical appointments)를 고찰하고자 한다. 공유진찰제는 전통적인 의사-환자 간 일대일 진료방식과는 다르게 동일 질환 환자군의 그룹진료 환경 속에서 검사, 교육, 임상적 지원을 포함한 진료를 수행하는 방식이다. 1990년대 후반 미국에서 소개된 이래 호주, 영국 및 유럽 여러 국가에서 도입 및 활용하고 있다. 연구에 의하면 공유진찰제는 예약 대기시간의 단축과 양질의 진료, 의사 대면시간의 장기적 확보, 환자교육, 예방과 자가관리 역량강화, 정기적 방문의 질 개선, 환자 중심적 사고의 성과를 보고한다[5].

본 연구의 목적은 과학적 연구근거에 의해 만성질환 관리의 효과적 대안이라고 평가받는 공유진찰제를 검토해보고 한국적 상황을 고려한 도입 가능성을 논의함에 있다. 연구의 구성은 공유진찰제의 기본 개념과 해외 도입현황, 성과, 성공사례에 대해 고찰하고 공유진찰제에 관한 전반적인 이해를 중심으로 국내 도입을 위한 방안과 한국형 모델의 제언으로 구성한다.

공유진찰제의 개요

1. 공유진찰제의 개념

공유진찰제 개념의 출현은 질병구조의 변화 및 의료수요의 가파른

증가 가운데 양질의 서비스와 효율성을 동시에 개선해야 하는 절실함을 배경으로 한다[6]. Noffsinger [7]는 공유진찰제를 10-15명 다수의 환자로 구성된 집단적 환경 속에서 환자교육과 참여를 포함하여 90분 정도 진료하는 방식이라 정의한다. 의료의 질, 비용, 환자경험 및 의료진 직무만족도 개선이라는 핵심 목표(quadruple aim)를 지향하는 가운데 의료팀의 구성은 의사, 간호사를 중심으로 필요 시 행동주의 심리학자, 임상심리사, 영양사, 물리치료사, 운동처방사, 사회복지사 등을 포함한다. 진료프로세스 구조는 검사, 관찰식의 일대일 진료, 반구조화된 건강교육, 그룹토의로 구성되는데, 진료목적, 자원 보유수준, 환자군의 니즈에 따라 다양한 유형의 구성이 가능하다[7].

공유진찰제의 개념적 모델은 의료팀과 환자그룹 간의 긴밀한 상호작용을 중심으로 전개되며, 의사-환자, 환자-환자 및 의사-의료팀 간 역동적인 상호작용을 통해 각 이해관계자의 역할 혹은 상호관계가 재정립되는 메커니즘이다(Figure 1). 질환교육, 자가관리 역량강화, 동료환자 그룹의 지지, 집단역동성 등 진료프로세스상 이루어지는 이해관계자 간 상호작용은 예방 및 관리지향적 관점에 의해 규정된다. 만성질환 관리를 위해 공유진찰제 모델을 적용했을 때, 만성질환 관리의 기본구조인 전문적 의사결정, 진료방식의 설계, 지역사회 자원의 활용, 사회적 지지, 정보관리 등의 구성요소는 공유진찰제의 예방지향적 상호작용에 의해 기능적 효과가 배가되는 것으로 평가된다[8].

기존 일대일 진료방식 대비 공유진찰제의 차별화된 속성은 충분한 진료시간이 허용되는 가운데 질환 관련 교육의 제공과 환자의 자가관리 역량강화에 있다. 교육과 토의과정상 동반하는 동일질환 환자로부터의 동질감은 정서적, 사회적 지지로 연결되며, 질환 모니터링, 복약순응, 영양, 운동 등 행동변화(behavioral change)를 효과적으로 유도하는 기제가 된다고 보고된다[8,9]. 공유진찰제를 통해 제공되는 교육은 일반적인 강의형식의 환자교육 혹은 의료진 없이 이루어지는 환자동호회 활동과 상이하며, 공유진찰제 기반 자가관리 역량강화가 효과적인 것은 질환지식의 교육뿐 아니라 행동변화를 동반한 생활습관 개선에 있기 때문이다[10].

공유진찰제와 기존 진료방식 간의 관계는 공유진찰제의 적용범위와 활용 주체의 유연성으로 인해 공존이 가능하다는 것이다. 공유진찰제는 상호 지지와 지속적 관리가 필요한 만성질환 및 긴 예약대기로 인해 의료접근성이 열악하거나 환자에게 동일한 정보 및 진단을 반복하는 진료분야에 특히 적합한데[8], 기존의 일대일 의료시스템에 대하여 전면적인 대체(replacement)가 아닌 보완적인(complement) 방식으로 제공할 수 있다[6]. 활용 주체도 모든 의료진, 모든 환자에 적용될 필요는 없다.

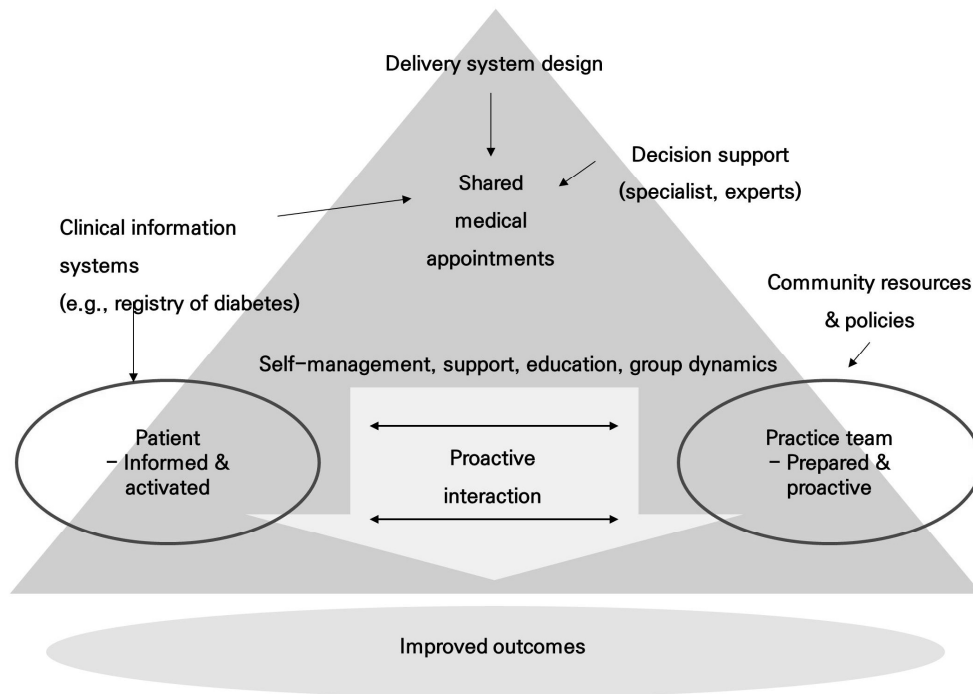


Figure 1. A conceptual model of shared medical appointments. Modified from Kirsh et al. Qual Saf Health Care 2007;16(5):349-353 [8], with permission of BMJ Publishing Group Ltd.

2. 공유진찰제의 의의

공유진찰제에 대한 많은 해외 전문보건의료기구의 평가는 미래 보건의료의 부담에 대한 혁신적 관점에서의 대안이라는 것이며, 특히 과정(procedure), 즉 의료서비스 전달방식(care delivery)상의 혁신이라는 점에 주목한다[5,11]. 과정은 지식(knowledge), 기술(skill), 도구(tool)를 포함한 진료 프랙티스의 구조적 구성요인 중 하나이며 일련의 진료행위를 제공하는 연속된 단계이다[12]. 예를 들어 만성질환의 정보기술(information technology) 기반 진료 프랙티스는 질환 결정요인(지식)에 대해 진단, 처방, 상담(기술)을 제공하게 되며, 이때 디지털 헬스케어 기기(도구)를 활용하여 일대일 진료방식으로(과정) 전달하는 구조이다. 과거 의료혁신의 영역이 주로 지식, 기술, 도구분야에서 이루어진 것을 고려한다면, 공유진찰제의 의의는 기존 관습을 고수해왔던 ‘과정’의 재설계라는 점에 있다. 미국 보건부(Department of Health and Human Services) 산하기관으로 의료 질 향상에 대한 연구를 총괄하는 Agency for Healthcare Research and Quality는 공유진찰제가 양질의 진료를 핵심으로 하는 의료혁신이라 발표하였고 [13], 미국가정의학회(the American Academy of Family Physicians, AAFP)는 기존 진료방식에 대한 혁신적 관점에서의 재설계라고 평가

한다[14]. 영국 National Health Service는 보건의료체계 재설계에 대한 향후 보건의료의 10가지 핵심 쟁점 보고서에서 프로세스 재설계상 그룹진료를 포함하였고[15], 보고서에 기초하여 Beacon Medical Group 등 의료협회는 공유진찰제와 관련하여 근거기반 연구사례 및 관련 정책의 필요성을 제시하였다[16].

공유진찰제의 해외 도입현황

1. 진료 및 연구현황

공유진찰제의 개념이 1998년 미국에서 소개된 이래 호주, 영국, 네덜란드, 뉴질랜드, 캐나다, 독일, 노르웨이, 스웨덴, 인도 등의 국가에서 연구 또는 진료서비스를 시행하고 있다[7,12,17-19]. 미국의 경우 공유진찰제의 제도화를 위한 Center for Medicare and Medicaid Service (CMS)¹⁾, AAFP의 기여도가 높은 가운데, 2005년 AAFP 소속 의료진 중 5.7%에서 2015년 2배 증가한 10% 이상 적용하였다[11,13]. 현재 대표적인 참여기관은 클리블랜드 클리닉, 카이저 퍼머난테, 팔로알토 의료재단, 듀크대학병원, 스탠포드 대학병원, 버지니아 대학

¹⁾ CMS는 미국보건부 산하의 보건의료재정청으로, 우리나라 국민건강보험공단에 준하는 기관임

병원, 매사추세츠 병원, 미국보훈보건청 산하 재향군인병원 등으로 글로벌 의료기관과 대학병원, 공공의료기관, AAFP 소속 지역사회 일차의료기관 등 다양한 유형의 기관이 참여하고 있다[11,17,20,21]. 호주는 2013년 이래 오세아니아 생활습관병 의료협회(Australasian Society of Lifestyle Medicine)를 중심으로 연구와 진료 도입사례가 증가하는 추세이며[6,12], 영국은 생활습관병 의료협회의 분사형 조직으로 발족된 국가적 단위의 위원회 구성을 통해 도입을 진행 중이다 [15].

고찰, 사례연구, 실증연구 등 학술연구분야에서 2011년 현재 Medline, PubMed 등 의료 관련 4개의 전문학술 데이터베이스에 871건이 넘는 해외 결과물이 발표되었고[3], 2014년 이후 양적, 질적 측면에서 지속 성장하는 추세이다. 2014년 이후 더욱 많은 연구결과가 발표되는 가운데 녹내장, 만성통증 및 암 사후진료, 원격진료 등 분야도 다양해지고 있다[19,22-24]. 연구의 영역은 체계적 문헌고찰[3,19,25]을 포함한 당뇨[7,8,26-30]를 비롯하여 고혈압, 심장질환[8,9,31], 만성통증[23], 피부질환[32], 파킨슨병[33], 갱년기장애[34], 암 [24,35,36], 인공관절[37], 녹내장[19,22], 비만[38], 노인병[39,40] 등 다양한 질환군을 포괄한다.

2. 공유진찰제의 성과

공유진찰제의 성과는 접근성, 의료의 질, 진료생산성, 환자경험, 직무만족도, 건강문맹률(health literacy) 등의 지표를 중심으로 이해관계자 관점에 따라 환자, 의료진, 시스템 차원에서 평가한다.

첫째, 환자 관점에서 평가한 공유진찰제는 예약 대기시간의 단축, 의료진과의 진료시간 연장 등 접근성의 개선과[8,31,41], 환자경험 측면에서 의료진 커뮤니케이션, 교육, 환자 동료그룹의 지지 효과가 유의미하며[26,30,41,42], 질환지식, 자가관리역량, 자신감 강화 [25,29,32] 및 혈압, 체중감소 등 임상적 효과가 보고된다[26,42].

둘째, 의료진 관점에서 의료의 질, 진료생산성, 직무만족도 개선의 효과가 있다. 질환별로 다양한 임상 질 지표, 심리적 지표, 처방지속성 향상 등 의료의 질 개선이 보고되며[8,26,30,38,39,41,42], 진료생산성 지표로 시간당 진료환자 건수 증가, 반복적 질문에 대한 응대 효율성 개선, 시간당 진료환자 수의 증가, 비용편익 등에서 개선되었다 [7,31,32,43,44]. 단 공유진찰제 실행을 위한 초기 교육개발비 및 간접 비용을 고려할 때 장기적인 평가가 필요한 영역이며, 비용타당성을 위해 몇 가지 기준, 즉 적정 수준의 환자 수(formula for budget neutrality), 지속기간, 환자 및 의료진 참여도, 조직 지원 등 선행적 충족요인도 고려되어야 한다[9,17]. 직무만족도 측면에서는 환자 관점 지식의 습득과 유의미한 진료시간 관리에 대한 만족도가 매우 높고

팀원 간 지지적 조직문화, 피로도 감소 등의 개선효과가 크다 [6,18,21,25,27].

셋째, 보건의료시스템 관점에서 의료의 질 및 국가의료보험재정 측면에서 기여도를 측정할 수 있는데, 시스템 관점에서의 거시적 연구 자료는 아직 충분한 근거자료가 축적되지는 않았다. 국가적 의료의 질 향상 측면에서 건강문맹률 및 각종 의료지표의 개선과 합병증 방지/중증질환으로의 진행 지연으로 나타나는 2차적 예방, 의료서비스 개선을 기대할 수 있고, 응급실 이용, 재입원건수 및 입원일수를 감소 시킴으로써 불필요한 의료보험재정의 절감효과로 연결된다[7,9,18]. 보건의료시스템 관점에서는 향후 실증적 후속연구가 진행되어야 할 영역이다.

3. 해외 성공사례

다음 두 개 기관은 민간의료 및 공공의료 영역에서 공유진찰제를 지속적으로 운영하고 있는 기관이다. 지속성(sustainability)은 차별화된 역량을 지속적으로 유지할 수 있는 능력이라 정의되며 기업 성공을 평가하는 주요 지표 중 하나이다[45]. 지속성을 기준으로 평가했을 때, 20여 년 동안 기관 내 질환 영역의 다양화를 이루어 온 클리블랜드 클리닉과 15년간 동일한 특정 질환을 중심으로 네트워크 내 여러 기관으로 확산해온 재향군인병원은 향후 공유진찰제 벤치마킹을 위한 우수한 사례이다.

1) 클리블랜드 클리닉

미국 클리블랜드 클리닉은 1999년 이래 현재까지 총 100,000만 건 이상의 공유진찰제 진료기록을 보고하며, 2020년 현재 100여 명의 의료진이 200여 개 이상 다양한 유형의 진료프로그램을 제공한다. 자가면역질환 진료를 포함한 소화기내과, 산부인과, 신경과 등 거의 대부분의 진료과가 참여하고, 정규 진료과목 외 별도의 특수 프로그램으로 중독, 분만 후 정기 체크업, 만성심부전, 당뇨, 다발성 경화증, 골다공증, 파킨슨병, 예방의학, 체중관리, 갱년기질환을 다룬다. 특히 침술, 뇌 건강, 만성질환자 요리요법, 적정체중을 위한 섭생요법, 불안감/스트레스/불면증 통합관리, 유방암 사후관리, 직장암 사후관리, 만성통증 등 1, 2차 예방이나 생활습관 개선이 중요한 영역에 대해 선택적 진료를 제공한다[11,16,21,46].

2) 미국보훈보건청

공유진찰제는 공적보험(VA health care)이 적용되는 의료기관에서도 활발히 실행된다. 미국보훈보건청(The Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs)은 재향군인 대상으

로 진료의 효율성 및 의료의 질 개선을 위해서 2005년 공유진찰제를 의무화하였고(mandate), 지역보훈보건부 관할하 미국 전역에 네트워크로 구축된 재향군인병원에서 공유진찰제를 제공한다. 당뇨 및 심장질환에 집중한 근거기반 연구활동과 더불어 진료현장에서 대안적 진료방식으로 활용하고 있다[9,29,30].

공유진찰제 국내 도입을 위한 선행 과제

미국, 호주, 유럽 등 해외에서 공유진찰제의 도입이 가능했던 배경은 과학적 근거자료의 축적과 더불어 정책적 지원, 체계적 모델의 개발과 교육훈련을 통해 수년간의 공론화 과정이 있어왔기 때문이다 [11,17]. 공유진찰제의 국내 도입 가능성을 모색하기 위해서도 다음과 같이 동일한 노력이 필요하다.

첫째, 새로운 진료방식의 국내 도입을 위해서 선행적으로 과학적 연구의 축적이 이루어져야 한다[17]. 다양한 진료분야에서 연구의 설계와 분석을 통해 기존 의료시스템과의 효과성 비교, 타당성에 대한 근거를 생성하고 정책 결정을 위한 객관적인 근거를 제시할 수 있어야 한다. 공유진찰제의 실행 가치를 지원해줄 수 있는 효과성 증거를 포함하여 경제성, 의료수가 타당성 분석 등도 연구의 중요한 주제가 된다. 초기 실행이 가능한 영역은 긴급성과 보편성 및 실행용이성을 기준으로 볼 때, 만성질환 중 유병률이 높으며 국가 만성질환사업이 진행 중인 고혈압, 당뇨 질환군, 또는 초고령화에 대비하며 의료기관과의 물리적 지역성을 기반으로 조성된 노인주거시설 내 만성질환 보유 노인층이 후보군이 될 수 있다.

둘째, 공유진찰제가 대안적 진료방식으로 도입, 정착되기 위해서는 정책적 근거와 재정지원이 필요하다. 새로운 의료서비스 전달방식의 도입은 정책적 지원 없이는 이루어질 수 없다. 공유진찰제의 핵심 성공요인은 의료진의 적극적인 참여이며, 의료기관이 만족하는 지불기제가 뒷받침되었을 때 의료서비스의 질이 담보될 수 있다. 가장 절실한 정책적 지원은 의료수가 조정 문제이다. 미국의 경우 국가적 차원에서 별도로 제공되는 코딩표준 대신 기존 일대일 진료수가 기준을 동일하게 적용하지는 원칙이 채택되어 활용 중이다[28,47]. 지불적용의 조건은 CMS 가이드라인 준수를 기본 원칙으로 하면서, 사보험체계와의 편차를 최소화하기 위해 기존에 허용되는 진료범위에 한하여 적용한다[28,48]. 해당 원칙이 수용되기까지 CMS를 대상으로 근거기반 연구의 제시와 캠페인활동 등 공론화를 위한 AAFP의 기여도가 높다. 호주 Medicare Benefits Schedule 등 기타 국가에서도 동일한 기준을 적용하고 있으며 국내 적용 시 참고할 수 있다[6].

셋째, 한국적 맥락을 고려한 공유진찰제 모델 개발이 필요하다. 기

존 일대일 진료와의 관계, 환자정보(confidentiality) 보호장치 [3,6,21,25] 등 가치의 재정의로부터 진료프로세스, 실행 가이드라인, 평가지표 등 기본 프레임워크에 이르기까지 모델링 개발작업이 선행되어야 한다[8]. 인도 아라빈드 병원의 경우 공유진찰제 창시자인 Noffsinger [7]의 컨설팅에 기반하여 영국 런던비즈니스스쿨과의 파트너십을 통해 진료시스템을 정립한 바 있다[19]. 공유진찰제 모델은 통일된 양식의 서비스 표준 대신 기관별, 질환별, 진료목적별, 자원 보유수준별로 다양한 형식의 맞춤모델이 개발되고 있다[3,49].

넷째, 공유진찰제가 대안적 진료방식으로 정착하기 위해서는 참여 주체의 인식 전환과 역량개발이 동반되어야 한다. 환자/보호자 대상 교육 및 의료진 역량강화 교육훈련은 공유진찰제에 대한 가치의 공유와 공감대 형성을 비롯하여 커뮤니케이션 역량강화 등 기술적 내용을 포함한다[28,50]. 클리블랜드 클리닉이 진료과의 높은 준수수준 (compliance)뿐 아니라 진료생산성, 임상지표 개선 등 탁월한 성과로 인정받을 수 있는 동인은 전문컨설팅의 의무화와 체계적인 역량개발 프로그램 지원에 기인한다고 평가받는다[16]. 또한 기관차원에서 직무개발을 위해 제공되는 교육훈련과 더불어 만성질환 관리를 위한 과정이 의과대학 교과과정 내 편입되어야 한다는 주장이 제기된다. 의과대학 학생의 공유진찰제 참여가 학생 및 환자 모두에게 유익하다는 연구결과가 다수 보고되면서 정규 교육시스템의 변화가 동반되어야 한다는 근거를 뒷받침한다[10,18].

한국형 공유진찰제 모델 제언

우리나라 만성질환 유병률은 전체인구의 33.6%를 차지하는 가운데, 의료기관 종별 기능이 분리되지 않은 구조와 일차의료의 성장인 프라가 미비한 현행 의료공급체계는 만성질환 대응에 한계를 보이고 있다[3,42,51]. 오랜 예약대기, 짧은 진료시간, 반복되는 단순처방 및 의료인력 부족, 진료업무의 부담 속에서 질환지식에 대한 교육이나 환자 주도적 관리를 위한 충분한 조치를 제공하기는 쉽지 않다. 의료 이용 통계에 의하면 의료비용 지출이 계속 증가함에도 질환 관리수준은 저조한 비효율적 양상을 보인다[1,2]. 만성질환 관리를 위하여 지속적인 질환 모니터링과 생활습관의 개선이 중요함에도 불구하고 전문가 교육과 사회적 지지의 부족으로 인해 검증되지 않은 정보에 의존하거나 장기간 투병기간 중 처방순응 수준도 저조하다.

공유진찰제의 국내 도입을 위해 국내 상황의 맥락적 요인을 고려한 한국형 모델을 구상할 필요가 있다. 본 장에서는 우리나라 상황에 적합한 공유진찰제 모델 수립에 있어서 실행가능성을 고려하여 단기적 및 장기적 관점에서 제언한다.

첫째, 현재 시행 중인 고혈압, 당뇨병 중심의 일차의료 만성질환 관리 시범사업에 대해 공유진찰제의 적용을 제언한다. 국가적 차원에서 만성질환의 관리를 위해 2007년 이래 고혈압/당뇨병 등록관리사업, 지역사회 일차의료 시범사업, 만성질환 수가시범사업 등 일련의 사업이 이어져오고 있다[4]. 해당 사업은 진료, 교육 및 생활습관영역에서 비용효과적인 의료서비스를 제공하면서 일차의료기관 이용률과 지속치료를 향상 등 일차의료 활성화를 목적으로 한다. 그러나 대부분의 만성질환 관리사업은 만성질환 인지를 개선이라는 성과에도 불구하고 유의미한 생활습관 변화를 이끌어내기에는 제한적이라는 한계를 남긴다[4,52]. 공유진찰제의 강점이 환자교육과 환자 간 상호지지를 통한 행동변화의 개선에 있다는 점에 근거하여 기존 사업에의 적용을 통한 보완적 역할을 기대할 수 있다.

둘째, 공공의료 기능 강화를 위한 방안으로 보건소, 지방의료원 등 공공의료 기반 공유진찰제의 적용을 제언한다. 공공의료의 본질적 역할은 양질의 적정진료와 전 국민 평생건강관리서비스를 제공함에 두고 있다. 미국은 민영의료보험 주도적인 고비용 저효율 의료체제로 대표되는데 불구하고 가입률이 30% 정도되는 공적보험을 통해 취약계층을 위한 진료에 공유진찰제를 적용한다. 공적보험인 메디케어(Medicaid), 메디케어(Medicare), 재향군인보험(VA health care)을 중심으로 공유진찰제를 실시함으로써 노인, 저소득층, 국가유공자 대상의 만성질환 관리사태가 다수 보고된다[2,30]. 시설적 비중 및 진료서비스의 질적 측면에서 취약한 국내 공공의료영역에서도[4], 자원활용의 효율성이 입증된 공유진찰제를 도입함으로써 부족한 인력 자원과 구조적 비효율성을 개선해볼 수 있다.

셋째, 의원급 일차의료기관이 책임질 수 없는 중증질환영역에 대해 종합병원형 모델을 제언한다. 국내 의료전달체계가 안고 있는 구조적인 한계로 말미암아 3차의료기관은 쏠림현상에 따라 중증질환자 진료보다 하위단계 의료기관과 환자 유치경쟁을 하는 양상을 보인다 [1]. 3차의료기관의 차별적 경쟁우위효과가 큰 중증질환을 중심으로 자가관리 역량이 중요한 영역에 대해 공유진찰제를 적용함으로써 중증질환자를 위한 자가관리 치료를 강화하고 상호지지를 통해 환자 및 보호자 삶의 질 개선의 효과를 기대할 수 있다. 퇴원 후 계획(transitional care), 수술 전 교육, 수술 후 사후관리, 암 생존자 대상 사후관리(cancer survivorship), 난치성 질환인 자가면역질환군은 해외에서도 3차의료기관에서 공유진찰제 활용도가 높은 질환 영역이다 [9,24,35].

다음 개방형 지역거점병원 연계모델과 지역사회 일차의료 연합모델은 장기적인 관점에서 고려해볼 수 있는 바, 의료기관간 중별 기능이 정립되지 않은 현재 의료체계의 한계를 고려할 때에 단기적인 계획보다는 향후 논의에 대한 시초를 제공함에 의의를 둔다.

첫째, 2, 3차 지역거점병원을 중심으로 주변 의원급 일차의료기관과 네트워크를 형성하는 개방형 병원(open hospital) 개념에 근거하여 개방형 지역거점병원 연계모델을 고려할 수 있다. 개방형 병원은 2003년 국내 도입을 시도하였으나 사실상 동네의원과의 병원 간 기능정립이 부재한 상태에서 의뢰(refer)를 매개로 한 협력적 관계 정립이 불가능한 국내 의료체계의 구조적 한계로 인해 현재 실효성은 없는 상황이다. 본 모델은 현재 미국 공유진찰제의 가장 일반적인 유형으로서 의료기관 중별 기능이 분리된 인프라를 전제로 한다. 지역거점 병원은 인적자원 및 시설을 제공함으로써 해당 질환의 자가관리 교육을 강화한 공유진찰제를 시행할 수 있으며 협력관계하의 의원급 기관이 환자를 의뢰, 회송하는 협업과정으로 구성하게 된다[3,39]. 국내의 경우 의원급 역점질환으로 분류된 52개 경증질환 중 공유진찰제에 적합한 기준에 준하는 당뇨, 고혈압, 천식 등 만성질환에 적용할 수 있으며 의뢰회송체계 정립을 위해 회송료 산정 등 인센티브의 제공 혹은 의무화 방안이 필요하다[51].

둘째, 일차의료 활성화를 목표로 의원급 기관 간의 연합을 통한 지역사회 일차의료 연합모델을 고려할 수 있다. 본 모델의 핵심적 요소는 의원급 일차의료기관 간 혹은 일차의료 지원센터와의 자원공유를 통한 협업이며 만성질환 교육 및 관리상담을 위한 역량강화가 중요하다[52]. 일차의료진이 기본적 치료계획에서 나아가 추가적으로 지속적인 교육상담서비스를 통해 관리하는 경우 진찰료 외 생활습관병 지도관리료를 산정하는 일본의 예를 참고할 수 있다[51].

결론

만성질환에 대한 미래 보건의료의 핵심 주제는 예방과 관리이다. 만성질환의 지속적 관리, 특히 자가관리는 적절한 교육과 행동변화를 통해 지속 가능하다. 본 연구는 자가관리 역량강화에 초점을 두어 기존 의료서비스를 재정직한 혁신적 의료서비스 전달방식인 공유진찰제를 고찰하였다. 본 연구가 지닌 한계로는 공유진찰제의 개념과 성과부터 해외 연구 및 진료현황 그리고 한국형 모델의 제언에 이르기까지 소개하는 과정에서 개요 나열식의 서술형식을 취하게 되었다는 점이다. 새로운 개념의 의료서비스 전달방식을 소개하고자 하는 본 연구의 성격상 다각도에서 조명이 필요하다고 판단된 결과이며, 보다 집약적인 분석은 본고의 각 장별 연구주제를 중심으로 향후 심층연구를 진행하고 있다. 한국형 모델의 제언에 있어서도 개략적 제언만 제시하였는데, 향후 연구와 사업을 통해 보다 체계적인 대안으로 개발될 필요가 있다. 본 연구의 의의는 해외 유수의 의료기관들이

활용하고 있는 공유진찰제의 근거기반 연구 및 진료현황을 살펴봄으로써 국내 도입의 필요성을 제기한 데에 있다.

ORCID

Hyunju Lee: <https://orcid.org/0000-0002-4240-7648>

REFERENCES

1. Korea Centers for Disease Control and Prevention; Central Cardiovascular Disease Prevention and Management Project Support Group. 2019 Current status and issues of non-communicable diseases. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
2. National Health Insurance Service. 2017 National health insurance statistical yearbook. Wonju: National Health Insurance Service; 2018.
3. Kirsh SR, Aron DC, Johnson KD, Santurri LE, Stevenson LD, Jones KR, et al. A realist review of shared medical appointments: How, for whom, and under what circumstances do they work? *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):113. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2064-z>.
4. Kim HS, Yoo BN, Lee EW. Evaluation of the national chronic diseases management policy: performance and future directions. *Public Health Aff* 2018;2(1):105-120. DOI: <https://doi.org/10.29339/pha.2.1.105>.
5. Wadsworth KH, Archibald TG, Payne AE, Cleary AK, Haney BL, Hoverman AS. Shared medical appointments and patient-centered experience: a mixed-methods systematic review. *BMC Fam Pract* 2019;20(1):97. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0972-1>.
6. Egger G, Binns A, Cole MA, Ewald D, Davies L, Meldrum H, et al. Shared medical appointments: an adjunct for chronic disease management in Australia? *Aust Fam Physician* 2014;43(3):151-154.
7. Noffsinger EB. Increasing quality of care and access while reducing costs through Drop-In Group Medical Appointments (DIGMAs). *Group Pract J* 1999;48(1):2-18.
8. Kirsh S, Watts S, Pascuzzi K, O'Day ME, Davidson D, Strauss G, et al. Shared medical appointments based on the chronic care model: a quality improvement project to address the challenges of patients with diabetes with high cardiovascular risk. *Qual Saf Health Care* 2007;16(5):349-353. DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.019158>.
9. Carroll AJ, Howrey HL, Payvar S, Deshida-Such K, Kansal M, Brar CK. A heart failure management program using shared medical appointments. *Fed Pract* 2017;34(4):14-19.
10. Birrell F, Jones T, Li K, Russell-Westhead M. Teaching undergraduates chronic disease management through group clinics: sometimes, more is more. *Proceedings of the ASME Annual Scientific Meeting*; 2018 Jul 11-13; Newcastle, UK. New York (NY): Association for the Study of Medical Education; 2018.
11. Ramdas K, Darzi A. Adopting innovations in care delivery: the case of shared medical appointments. *N Engl J Med* 2017;376(12):1105-1107. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1612803>.
12. Egger G. Defining a structure and methodology for the practice of lifestyle medicine. *Am J Lifestyle Med* 2016;12(5):396-403. DOI: <https://doi.org/10.1177/1559827616669327>.
13. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ health care innovations exchange [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2009 [cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://www.innovations.ahrq.gov/narrow-by-subjects?term=&key=group%20visit>.
14. American Academy of Family Physicians. FPM toolbox: group visits [Internet]. Leawood (KS): American Academy of Family Physicians; 2011 [cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://www.aafp.org/fpm/toolBox/viewToolType.htm?toolTypeId=15>.
15. NHS England. General practice development programme: 10 high impact actions [Internet]. Wakefield: NHS England; 2016 [cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/gp/gp/fv/redesign/gpdp/>.
16. National Health Service. The role of appointment systems and progress with high impact actions. Birmingham: NHS Midlands and Lancashire Commissioning Support Unit; 2017.
17. McCuiston MH, Stults CD, Dohan D, Frosch DL, Hung DY, Tai-Seale M. Overcoming challenges to adoption of shared medical appointments. *Popul Health Manag* 2014;17(2):100-105. DOI: <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0035>.
18. Stults CD, McCuiston MH, Frosch DL, Hung DY, Cheng PH, Tai-Seale M. Shared medical appointments: a promising innovation to improve patient engagement and ease the primary care provider shortage. *Popul Health Manag* 2016;19(1):11-16. DOI: <https://doi.org/10.1089/pop.2015.0008>.
19. Venkatesh R, Sonmez N, Buell R, Ramdas K. Shared medical appointments in glaucoma management at a tertiary care eye hospital: a randomized trial. *Investig Ophthalmol Vis Sci* 2017;58(8):2116.
20. AAFP Marketing Research Department. 2009 Practice profile

- survey. Leawood (KS): American Academy of Family Physicians; 2009.
21. Bronson DL, Maxwell RA. Shared medical appointments: increasing patient access without increasing physician hours. *Cleve Clin J Med* 2004;71(5):369-370,372,374. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.71.5.369>.
 22. Aravind Eye Care system. Activity report 2017-2018. Madurai: Aravind Eye Care system; 2018 [cited 2020 May 20]. Available from: https://aravind.org/wp-content/uploads/2020/07/Activity-Report_2017-18.pdf.
 23. Gardiner P, Luo M, D'Amico S, Gergen-Barnett K, White LF, Saper R, et al. Effectiveness of integrative medicine group visits in chronic pain and depressive symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2019;14(12):e0225540. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225540>.
 24. Prescott LS, Dickens AS, Guerra SL, Tanha JM, Phillips DG, Patel KT, et al. Fighting cancer together: development and implementation of shared medical appointments to standardize and improve chemotherapy education. *Gynecol Oncol* 2016;140(1):114-119. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.006>.
 25. Menon K, Mousa A, de Courten MP, Soldatos G, Egger G, de Courten B. Shared medical appointments may be effective for improving clinical and behavioral outcomes in type 2 diabetes: a narrative review. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2017;8:263. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00263>.
 26. Edelman D, Fredrickson SK, Melnyk SD, Coffman CJ, Jeffreys AS, Datta S, et al. Medical clinics versus usual care for patients with both diabetes and hypertension: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010;152(11):689-696. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00001>.
 27. Hartzler ML, Shenk M, Williams J, Schoen J, Dunn T, Anderson D. Impact of collaborative shared medical appointments on diabetes outcomes in a family medicine clinic. *Diabetes Educ* 2018;44(4):361-372. DOI: <https://doi.org/10.1177/0145721718776597>.
 28. Hodorowicz MA. Reimbursement for shared medical appointments incorporating diabetes self-management education/training or diabetes medical nutrition therapy. *Diabetes Spectr* 2012;25(2):84-90. DOI: <https://doi.org/10.2337/diaspect.25.2.84>.
 29. Siple J, Harris EA, Morey JM, Skaperdas E, Weinberg KL, Tuepker A. Experiences of veterans with diabetes from shared medical appointments. *Fed Pract* 2015;32(5):40-45.
 30. Watts SA, Strauss GJ, Pascuzzi K, O'Day ME, Young K, Aron DC, et al. Shared medical appointments for patients with diabetes: glycemic reduction in high-risk patients. *J Am Assoc Nurse Pract* 2015;27(8):450-456. DOI: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12200>.
 31. Bartley KB, Haney R. Shared medical appointments: improving access, outcomes, and satisfaction for patients with chronic cardiac diseases. *J Cardiovasc Nurs* 2010;25(1):13-19. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b8e82e>.
 32. Sidorsky T, Huang Z, Dinulos JG. A business case for shared medical appointments in dermatology: improving access and the bottom line. *Arch Dermatol* 2010;146(4):374-381. DOI: <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2010.32>.
 33. Dorsey ER, Deuel LM, Beck CA, Gardiner IF, Scoglio NJ, Scott JC, et al. Group patient visits for Parkinson disease: a randomized feasibility trial. *Neurology* 2011;76(18):1542-1547. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182194bad>.
 34. Ayoub WT, Newman ED, Blosky MA, Stewart WF, Wood GC. Improving detection and treatment of osteoporosis: redesigning care using the electronic medical record and shared medical appointments. *Osteoporos Int* 2009;20(1):37-42. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00198-008-0635-x>.
 35. Schneeberger D, Golubic M, Moore HC, Weiss K, Abraham J, Montero A, et al. Lifestyle medicine-focused shared medical appointments to improve risk factors for chronic diseases and quality of life in breast cancer survivors. *J Altern Complement Med* 2019;25(1):40-47. DOI: <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0154>.
 36. Trotter K, Schneider SM, Turner BS. Group appointments in a breast cancer survivorship clinic. *J Adv Pract Oncol* 2013;4(6):423-431. DOI: <https://doi.org/10.6004/jadpro.2013.4.6.5>.
 37. Powell RL, Biernacki PJ. Shared medical appointments in pre-operative joint replacement: assessing patient and healthcare member satisfaction. *J Healthc Qual* 2019;41(5):329-336. DOI: <https://doi.org/10.1097/JHQ.000000000000205>.
 38. Palaniappan LP, Muzaffar AL, Wang EJ, Wong EC, Orchard TJ. Shared medical appointments: promoting weight loss in a clinical setting. *J Am Board Fam Med* 2011;24(3):326-328. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100220>.
 39. Kainkaryam V. The annual wellness visit shared medical appointment: innovative delivery of preventive care to the elderly. *J Ambul Care Manage* 2013;36(4):335-337. DOI: <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3182a3e78b>.
 40. Levine MD, Ross TR, Balderson BH, Phelan EA. Implementing group medical visits for older adults at group health cooperative. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(1):168-172. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02628.x>.

41. Jaber R, Braksmajer A, Trilling JS. Group visits: a qualitative review of current research. *J Am Board Fam Med* 2006;19(3):276-290. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.19.3.276>.
42. Lin A, Cavendish J, Boren D, Ofstad T, Seidensticker D. A pilot study: reports of benefits from a 6-month, multidisciplinary, shared medical appointment approach for heart failure patients. *Mil Med* 2008;173(12):1210-1213. DOI: <https://doi.org/10.7205/milmed.173.12.1210>.
43. Clancy DE, Dismuke CE, Magruder KM, Simpson KN, Bradford D. Do diabetes group visits lead to lower medical care charges? *Am J Manag Care* 2008;14(1):39-44.
44. Seesing FM, Drost G, van der Wilt GJ, van Engelen BG. Effects of shared medical appointments on quality of life and cost-effectiveness for patients with a chronic neuromuscular disease: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Neurol* 2011;11:106. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-106>.
45. Schaltegger S, Ludeke-Freund F, Hansen EG. Business cases for sustainability: the role of business model innovation for corporate sustainability. *Int J Innov Sustain Dev* 2012;6(2):95-119. DOI: <https://doi.org/10.1504/ijisd.2012.046944>.
46. Cleveland Clinic Web page [Internet]. Cleveland (OH): Cleveland Clinic; c2020 [cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://www.clevelandclinic.org>.
47. American Academy of Family Physicians. Coding for group visits: group visit coding [Internet]. Leawood (KS): American Academy of Family Physicians; c2020 [cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://www.aafp.org/family-physician/practice-and-career/getting-paid/coding/group-visits.html>.
48. Centers for Medicare & Medicaid Services. Specific payment codes for the federally qualified health center prospective payment system [Internet]. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services; 2017 [cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/FQHCPPS/Downloads/FQHC-PPS-Specific-Payment-Codes.pdf>.
49. Griffin JM, Stuart-Mullen LG, Schmidt MM, McCabe PJ, O'Byrne TJ, Branda ME, et al. Preparation for and implementation of shared medical appointments to improve self-management, knowledge, and care quality among patients with atrial fibrillation. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes* 2018;2(3):218-225. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2018.06.003>.
50. Lum HD, Jones J, Matlock DD, Glasgow RE, Lobo I, Levy CR, et al. Advance care planning meets group medical visits: the feasibility of promoting conversations. *Ann Fam Med* 2016;14(2):125-132. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1906>.
51. Lee JC. Primary care development plans and future perspectives under the healthcare delivery system. *Health Welt Policy Forum* 2015;(230):17-30.
52. Cho BR. Comprehensive chronic disease management plan centered local clinics as overseas cases. *HIRA Policy Trends* 2018; 12(5):7-17.