

다학제 통합진료: 문제점과 해결방안

이 대 호 | 울산대학교 의과대학 서울아산병원 종양내과

Multidisciplinary care service: issues raised so far and possible solutions suggested

Dae Ho Lee, MD

Department of Oncology, University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center, Seoul, Korea

Multidisciplinary care service has started on August 1, 2014 after Korean health authority's decision of its approval and reimbursement. However, despite its early success, it raises some issues caused by less flexibility of the model, which might limit further expansion and development of the model or even establishment of a new model. It has only two types of 4-expert and 5 or more-expert services. It is also reimbursed only when given in outpatient clinic, and much worse, as of face-to-face service. Then, I will review the issues raised so far and try to suggest possible solutions, for example, sort of multidisciplinary consultation service for in-patient multidisciplinary care service. The issues and solutions will engender a lot of controversy, but to discuss about them might be the first step to further develop the service. In addition, I will briefly touch on expected effects of the service, including improvement of cancer care, such as shortening the time from the first visit to diagnosis and treatment or speed-up of diagnosis process, enhancement of cancer patients' satisfaction and so on, which might be helpful to guide future direction of the multidisciplinary care service. The commencement of multidisciplinary care service is an important milestone in cancer care as well as medical system of Korea. However, it is not the best and perfect one but was just chosen as one of champion models. It has much room for improvement or there is still more work to be done to make it better.

Key Words: Multidisciplinary care service; Flexibility of model; Satisfaction of health service

서론

2014년 8월 1일 다학제 통합진료비(multidisciplinary care service)가 급여항목으로 신설되었다. 국가로부터 다학제 통합진료를 공식 인정받게 됨과 동시에 국민건강보험으로부터

건강보험급여를 함께 받음으로써 다학제 통합진료가 제도권 안으로 확실하게 들어오게 되었다. 제도화 과정을 통하여 의료계 및 의료기관의 다학제 통합진료에 대한 관심 수준을 넘어 다학제 통합진료를 확대 및 발전시킬 수 있는 계기를 제공하였으며, 환자에게도 보다 실질적인 도움을 줄 수 있게 되었다. 1년 여의 시간이 흐른 지금, 다행히도 많은 의료기관에서 다양한 형태의 다학제 통합진료 의료진을 구성하고 이를 확대하고 있는 모습은 매우 고무적이다. 그러나, 다학제 통합진료 정착 및 확대 과정에서 이미 예상되었던 또는 예상하지 못한 여러 문제점들을 발견할 수 있었으며, 제도의 확대 및 발전을 위해서 주된 문제점을 살펴보고 해결방안을 생각해 보는 시간을 갖는 것이 필요하다. 어떤 의견을 제시하거나 주장을 펼치기 위해서는 객관화된 적절한 자료수

Received: January 16, 2016 **Accepted:** January 31, 2016

Corresponding author: Dae Ho Lee
E-mail: leedaeho@amc.seoul.kr

Presented in part at the "Symposium of Multidisciplinary Cancer Care Co-sponsored by Related Organizations" held at the auditorium of Seoul National University Dental Hospital on August 21, 2015.

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

집과 분석결과를 함께 보여주어야 한다. 아쉽게도 앞으로 이러한 자료 없이 제기되었던 문제점들에 대한 개인적 생각이나 의견을 제시할 예정이다. 이 점에 대하여 독자들의 깊은 이해와 함께 미리 양해를 구하고자 한다. 그러나, 개인적 의견이 가질 수 있는 주관적 요소와 함께 논쟁의 여지가 있음에도 불구하고, 다학제 통합진료 발전을 위한 다양한 논의의 시작점이 되기를 바란다. 한 가지 꼭 짚고 넘어가고 싶은 점은 현재의 다학제 통합진료비에서 요구하는 다학제 통합진료 형태는 다양한 다학제진료 모형 중 선택된 선도모형의 하나이다. 즉, 모형이 가지고 있는 몇 가지 장점과 현실적 제약 때문에 선택되었을 뿐, 가장 완벽한 모형이라고 할 수 없다. 지속적인 수정과 보완은 필요하며, 의료환경 변화에 따른 새로운 요구를 수용할 수 있는 다양한 다른 선도모형 개발 또한 반드시 필요하다.

다학제 통합진료비를 말하기 앞서 다학제 접근 또는 다학제 진료와 같은 팀 접근이 의료현장에서 반드시 필요한지를 우선 살펴보자. 결론부터 말하면, 팀 접근이 모든 환자에게 반드시 필요하지는 않지만, 필요한 환자와 의료상황이 점점 증가하고 있다. 또는 모든 환자에게 다학제 접근이 필요하지 않지만 반대로 필요한 환자에게는 반드시 제공되어야 하는 일종의 필수의료라 할 수 있다. 의학기술의 빠른 발전은 의료기술을 보다 세분화시키고 전문화되도록 만들었다. 전문화된 의료기술은 해당 영역 또는 분야에서 환자에게 최고의 의료서비스를 제공하는 기반이다. 그러나, 질환에 따라 한 분야의 전문가만으로도 치료 가능한 경우도 있지만, 암과 같은 복잡한 질환은 보다 다양한 전문가들의 참여를 요구한다. 그러나, 현재의 의료모형, 즉 한 명의 의사와 한 명의 환자가 일대일로 진행하는 진료모형으로는 이러한 요구를 수용할 수 없다. 한 명의 환자가 다양한 전문가들을 일일이 찾아가면서 의견을 구하는 것 또한 여러 문제점들을 가지고 있다. 환자와 가족들의 필요이상의 많은 시간과 노력이 요구된다. 보다 큰 문제는 환자에게 일관되고 조정된 의료진의 의견을 제공하지 못하고, 환자가 얻은 정보 또한 단편적이고 이해하기 어려워 적절한 치료선택을 불가능하게 하고, 결국 적절한 치료를 적절한 시기에 받는 것을 어렵도록 만든다. 이는 의료진에 대한 전반적 불신과 더불어 제공된 의료서비스에

대한 불만으로 이어지게 된다. 그리고, 의료자원의 낭비 또한 피할 수 없다. 그러므로, 이를 극복하기 위한 전문가들의 팀 접근과 동시에 통합되고 조정된 정보가 환자에게 일관되고 이해될 수 있도록 제공되는 진료모형이 필요하다. 그 하나의 방안이 다학제진료 모형이다. 현재의 다학제 통합진료 모형은 전문가들을 동시에 한 곳에 모이게 함으로써 참여의료진 간의 의사소통을 강화하고 통합되고 조정된 의견이 도출되도록 하며, 대면진료를 통하여 도출된 의견을 가능하면 일관되고 이해가능한 형태로 환자에게 제공되도록 만든 모형이다. 보다 구체적으로 기술하면, 현재의 다학제 통합진료비는 암환자(등록[V193] 및 미등록[V027])를 대상으로 상급종합병원, 암관리법에 따라 보건복지부장관이 지정한 중앙암등록본부, 지역암등록본부 및 지역암센터 또는 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법에 따라 설립된 한국원자력의학원에서 시행된 “상근하는 서로 다른 전문과목 또는 세부전문과목(분야) 전문의가 동시에 대면진료에 참여할 경우” 원발암 기준 환자당 3회 이내, 재발의 경우 소견서 참조 2회 이내에 시행한 경우 산정하도록 되어 있으며, 각각 1,645.44점과 2,056.80점의 상대가치점수를 인정받았으며, 이는 113,210원과 141,510원에 해당한다.

제기된 문제점들과 해결방안

가장 먼저 제기된 문제점은 4인 또는 5인 이상의 서로 다른 전문과목 또는 세부전문과목의 전문의가 참여해야 다학제 통합진료라고 정의한 부분이다. 우선 학제에 대한 논란이 발생한다. 가령, 재발성 또는 불응성 급성백혈병 환자의 치료전략을 수립하기 위하여 골수이식 또는 신약 임상시험에 보다 경험이 많은 여러 혈액종양내과 전문의들이 참여할 경우 다학제 통합진료로 볼 수 있을까? 현 제도에서는 하나의 학제 전문가만이 참여한 것으로 간주된다. 하나의 제도를 시행할 경우, 전문가뿐만 아니라 비전문가도 그 제도를 빠르게 이해하기 위해서는, 즉 쉽게 받아들이기 위해서는 현재의 제도나 규정이 반영되거나 또는 그 테두리 안에서 이루어지

Table 1. Example of billing codes in the United States of America [1]

Example of billing codes
Monitoring for and managing physical late effects
99211 Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which may not require the presence of a physician. Typically 5 minutes are spent performing these services.
99212 Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 components: a problem focused history; a problem focused examination; straightforward medical decision making.
99213 Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 components: an expanded problem focused history; an expanded problem focused examination; medical decision making of low complexity.
99214 Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 components: a detailed history; a detailed examination; medical decision making of moderate complexity.
99215 Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 components: a comprehensive history; a comprehensive examination; medical decision making of high complexity.
Providing health education and promotion counseling
99354 Prolonged Direct Evaluation and Management Service; 1st hour (30 to 60 minutes)
99355 Prolonged Direct Evaluation and Management Service; each additional 30 minutes
99358 Prolonged Evaluation and Management Service, Patient Not Present; 1st hour (30 to 60 minutes)
99359 Prolonged Evaluation and Management Service, Patient Not Present; each additional 30 minutes
99406 Smoking and tobacco-use counseling, 3 to 10 minutes
99407 Smoking and tobacco-use counseling, greater than 10 minutes

는 것이 적절하다. 이는 시행하고자 하는 제도를 보다 빠르게 만들고 보다 빨리 정착시킬 수 있는 방법이기 때문이다. 다학제 통합진료라는 새로운 진료항목을 만들면서도 가능하면 현 제도의 틀 안에서 이루어지도록 진료현장에서 널리 사용되는 ‘전문과목 또는 세부전문과목(분야)’이라는 법정규정을 ‘학제’ 규정에 이용하였다. 참고로 국내 의료법에서는 전문과목을 법정 26개의 전문과목으로 구분하고 있으며, 이에 따라 해당 분야의 전문의가 배출되도록 제도화되어 있다. ‘세부전문분야’는 ‘전문과목학회’가 정한 규정에 따라 세분화된 전문분야로 인정되고 대한의학회 회원학회로 등록된 전문분야로 정의하고 있으며 실제로 ‘세부전문분야 전문의’는 ‘법정 26개의 전문과목의 전문의 자격을 취득한 후, 전문과

목학회가 정한 규정에 따라 세분화된 전문분야로 인정되고 대한의학회 회원학회로 등록된 전문분야의 전문가로 인정된 전문의’로 규정되어 있다. 즉, 임상현장에 적용할 수 있는 ‘학제’를 ‘26개의 법정전문과목’ 또는 ‘전문과목학회’가 정한 그리고 동시에 대한의학회 회원학회로 등록된 세분화된 전문분야로 정의하는 것이 편리하였다. 그러므로, 위의 급성 백혈병 환자를 위한 여러 혈액종양전문의를 모인 경우 다학제접근이 될 수 있음에도 불구하고 현재 규정에 따라 아직은 다학제 접근이라기 보다는 학제내 접근으로 볼 수 밖에 없다. 학제내 접근이란 다양한 수련경험과 기술을 가진 전문가로 구성되지만 구성원과 그 경험과 기술은 정의된 하나의 학제 내에 속하는 경우이다. 참고로, 비슷한 경험의 비슷한 수준의 기술을 가진 전문가들의 논의는 통학적 접근이라 한다. 그러나, 의학기술의 빠른 발전은 현재의 학제 규정을 불완전 또는 불충분하게 만들 것이다. 조금 다른 측면에서 살펴보면, 경우에 따라서는 다학제 통합진료를 위해서 6인이

나 7인 또는 그 이상의 전문의들의 참여를 필요로 할 수 있다. 현재도 두정부종양과 같은 복잡한 종양의 경우, 치료전략 수립을 위해서는 보다 많은 전문의들의 참여가 필요하다. 경우에 따라서는 전문의가 아닌 전문가들의 참여가 필요하다. 그러나, 확대된 형태의 전문가들의 참여가 필요한 경우도 있지만, 핵심 전문가들만의 참여로 충분한 경우도 있다. 현재 다학제 통합진료의 경우 반드시 상설화와 정례화를 요구하고 있으며, 이를 통하여 얻는 장점도 많다. 그러나, 상설화 및 정례화의 요구는 진료모형의 시간과 공간의 제약을 만들고, 결국 모형을 경직화시킴으로써 위의 다양한 요구를 수용하기 어렵도록 만드는 단점도 있다. 이러한 학제 정의의 변화, 참여 전문의 또는 전문가의 수의 탄력성, 즉, 모형

의 탄력성 등에 대한 논란을 해소할 수 있는 방법에 대한 논의가 필요하다. 하나의 방법으로 제시할 수 있는 모형은 참여인원에 따른 진료비 산정이 아닌 진료내용의 난이도에 따른 다학제 통합진료비의 세분화 또는 다양화를 고려할 수 있다. 미국의 경우, 환자의 평가 및 관리를 위한 다양한 진료비 항목이 있다(Table 1) [1]. 심지어는 환자가 없는 참여하지 않는 진료비 항목이 있으며, 초과시간에 대한 추가항목 또한 있다. 개인적으로는 진료난이도에 대한 진료비항목의 구분에 대하여 심각하게 고민해야 보아야 한다고 생각한다. 한편, 새롭게 발전하는 기술의 도입도 생각해 볼 수 있다. 최근 실시간 화상회의 또는 원격회의 같은 기술이 빠르게 발전하고 있다. 이러한 형태의 기술도입도 시간과 공간 제약을 벗어날 수 있는 방법으로 고려할 수 있다. 특히, 공간 제약을 많이 받는 병리과 또는 분자병리과를 비롯하여 많은 전문가들(예: 영상의학과 또는 핵의학과 전문의 등)의 참여와 도움을 보다 받을 수 있을 것으로 기대된다. 물론 이러한 기반 구축에는 의료기관의 많은 그리고 적극적 투자가 필요하며, 이에 대한 국가의 적절한 지원정책과 보상도 반드시 따라와야 할 것으로 생각된다. 그러나, 가까운 미래에는 이러한 발전된 기술을 다학제 통합진료에서도 구현해 볼 수 있지 않을까 생각한다.

두 번째 논란은 대면진료와 관련되어 있다. 이에 대해서는 위에서 언급하였듯이 다학제 통합진료의 가장 큰 목적 중 하나가 전문가들의 팀 접근을 통한 통합되고 조정된 치료전략의 수립뿐만 아니라 수립된 치료전략 정보가 환자에게 일관되고 이해될 수 있도록 제공되는 것이며, 제공된 정보 또한 환자의 다양한 상황과 요구에 따른 조정을 거쳐 궁극적으로 최상 또는 최고의 치료가 아니라 최적 또는 최선의 치료를 제공하려는 것이다. 의료진과 환자 및 가족들의 다방향 의사소통을 위해서 대면진료는 필수 요소이다. 그러나, 전문가들의 치료전략을 수립을 위해서 모여서 협의를 시행한 경우(대표적으로 집담회 또는 소위 tumor board의 형태), 이에 대해서 현 의료체계는 적절한 보상이 이루어지고 있지 않다. 아니 전혀 이루어지고 있지 않다고 하는 것이 보다 적절할 것 같다. 협의진찰료가 있지만 이러한 상황을 적절히 반영하고 있지 않다. 다학제 통합진료를 만들 처음부터 대면진

료에 대하여 많은 논란과 의견이 있었다. 개인적으로는 이에 대해서도 적절한 수가보상체계가 있어야 한다고 생각한다. 그러나, 이를 위한 적절한 모형이 아직은 만들어진 것 같지 않다. 모형에는 언제 어디서 어떤 전문가들이 참여하며, 어떤 내용들이 논의되고, 최종 결정은 어떻게 내려진다 등의 구체적 기술이 포함되어야 한다. 즉, 눈에 보이는 그리고 예측 가능한 형태로 모형수립이 이루어져야 적절한 수가 산출이 가능하며, 비용을 지급하는 환자, 건강보험 또는 국가가 이를 받아들일 수 있다. 당장 적절한 모형 수립이 어렵다면, 위에서 언급한 진료 난이도별 수가체계 구성, 협의진찰료의 보완 또는 아래서 언급할 다학제 협의진찰료 수립 등이 하나의 대안으로 제시될 수 있다.

세 번째는 현재의 다학제 통합진료비가 외래진료에 한정되었다는 점이다. 새로운 수가항목을 만드는 것이 쉽지 않다는 여러 현실적 제약 때문에 진찰료라는 좁은 개념에서 다학제 통합진료비를 시작한 한계이기도 하다. 진찰료는 ‘요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항’이라는 법령에 따라 이미 ‘진찰료는 외래에서 환자를 진찰한 경우 처방전의 발행과는 관계없이 산정하며...’와 같이 규정되어 있다. 건강보험심사평가원은 진찰료를 ‘의사의 시진, 촉진, 문진 등의 행위를 보상하는 비용으로 요양기관 종별 및 초·재진 여부에 따라 구분한다’로 기술하고 있다. 주의 깊게 보아야 할 내용은 ‘외래’라는 용어와 ‘환자를 진찰한, 즉 시진, 촉진, 문진 등의 행위를 보상하는’이라는 부분이다. 즉, 다학제 통합진료비를 청구하기 위해서는 외래에서 환자를 진찰하는 대면진료가 필요하다. 그러나, 입원환자에 대해서도 다학제 통합진료가 필요하다. 그러나, 위에서도 언급하였듯이 새로운 수가항목을 만든다는 것이 현실적으로 그렇게 쉽지 않다. 그렇다면 어떤 다른 방법을 고려할 수 있을까? 현재 입원환자의 경우 협의진료를 통하여 각 학제 전문가 의견을 구하고 있다. 그러나, 현재의 협의진료의 경우 제시된 의견들이 의료진의 충분한 의사소통에 따른 조정과 통합으로 만들어진 의견으로 보기 어렵다. 이러한 단점들을 나름 해소하기 위하여 많은 의료기관에서 위에서 언급한 집담회 또는 tumor board를 통해서 각 학제 전문가의 의견을 통합 조정하고 있다. 집담회 경우 학제 내 전문가들의 다양한 의견도 학제 간 전문

가들의 의견과 함께 들을 수 있다는 매우 큰 장점이 있다. 많은 의료진들이 집담회 모형을 선호하는 이유 중의 하나이다. 그러나, 환자와 가족들은 의료진들의 이러한 노력을 직접 보지 못하고 느끼지도 못하며, 참여 의료진과 직접적 대화도 이루어지지 않는다. 대부분은 입원을 담당하고 있는 의료진으로부터 간접적으로 그리고 다소 일방적인 협의진료 결과를 듣게 된다. 그러므로, 이를 극복할 수 있는 새로운 집담회 형태의 모형개발이 필요하다. 한편으로, 이미 구성된 다학제 통합진료모형을 이용하되, 입원환자의 경우 다학제 통합진료를 이용한 경우 다학제 통합진료비가 아닌 다학제 통합 협의진찰료 같은 수가항목으로 지불하는 것도 어떨까 한다. 다학제 통합진료비 신설과 더불어 바뀐 제도 중의 하나가 협의진찰료 개선이었다. 개선된 협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위해 주치의가 아닌 다른 진료과목의 의사나 견해나 조언을 얻는 경우 산정되며 진료과목당 산정횟수는 상급병원의 경우 입원기간 중 30일에 5회만 인정되며 중합병원은 3회만 인정된다. 중요한 점은 각각 상급종합병원의 경우 155,57점 또는 10,700원과 중합병원 141,25점 또는 9,720원으로 산정되었다. 만약 협의진찰료로 현재의 다학제 통합진료 같은 진료를 시행할 경우, 산술적으로만 계산해 보면 상급종합병원의 경우 입원진료과를 제외한 3인 내지 4인의 협진을 시행한다면, 각각 1회의 협진에 따른 32,100원에서 42,800원의 비용이 청구되며, 만약 5회까지 인정된다면 155,000원에서 214,000원의 협의진찰료가 청구된다. 물론 단순한 산술적 계산에 불과하며, 모든 환자가 이러한 비용을 모두 지불해야 할 상황에 놓였다고 생각하지는 않는다. 그러나, 일부 환자에게는 다학제 통합진료에 버금가는 비용이 들 수 있는 반면 다학제 통합진료의 여러 장점을 얻을 수 없게 된다. 만약, 다학제 통합 협의진찰료 같은 보완책이 가능하다면, 이미 정례화 및 상설화되어 있는 진료모형을 이용함으로써 수립된 다학제 통합진료의 효용성과 효율성을 높이고, 지속적이고 안정된 다학제 통합진료 의료진을 운용할 수 있게 될 것이다. 입원환자와 가족들도 다학제 통합진료의 장점을 누릴 수 있으며, 발생할 수 있는 별도의 시간과 비용도 줄일 수 있다.

네 번째 문제는 제도 및 모형의 문제와는 조금 다른 문제

로서 다학제 통합진료의 권한과 책임에 관한 문제이다. 다학제 통합진료에 환자를 직접 담당하고 있는 소위 주치의가 참여하는 경우도 있지만, 여러 이유로 그렇지 못한 경우도 많다. 만약, 다학제 통합진료에서 제시된 의견과 담당 주치의의 의견이 다를 경우(심지어는 다학제 통합진료에 참여하였음에도 불구하고 여전히 의견이 다를 수 있다) 권한과 책임 소재에 대하여 논란이 있을 수 있다. 당장 환자와 가족들에게 혼란을 초래할 수 있을 뿐만 아니라 향후 여러 법률적 문제를 일으킬 수 있기 때문이다. 이러한 논의를 위해서는 다학제 진료에 대한 개념부터 다시 살펴볼 필요가 있다. 다학제 진료는 여러 학제 전문가로 구성되어 보다 광범위하고 심도 있는 서비스를 제공하지만 각 학제 전문가들은 독립성 또는 자율성을 가지고 접근을 한다. 다양한 구성원들의 독립성과 자율성의 유지를 통하여, 구성원 사이의 위계질서에 따른 일방적 의사결정구조를 피하면서 동시에 협력과 조정을 얻어냄으로써, 최적의 결론에 도달하려는 팀 접근법이다. 협력과정에서 반드시 각 학제의 역할과 비중이 반드시 같을 필요는 없으며, 의료진 내 또는 환자와의 조정 과정에서도 반드시 각 학제의 의견이 같은 정도로 반영될 필요도 반영될 수도 없다. 조정과정에서 각 학제가 제시한 최상의 의견이 전체적인 의견조율과정에서 모두 반영되지 못할 수 있다. 도달한 결론이 각 학제의 관점에서 최상의 결론이 아닐 수 있으며, 충분한 증거기반을 가지지 못할 수 있다. 심지어는 참여하는 모든 학제가 동의하는 결론이 아닐 수도 있다. 즉, 내려진 결론이 다학제 구성원 안에서 또는 심지어 밖에서 볼 때에도 여전히 논쟁의 여지가 있는 결론일 수 있다. 그럼에도 불구하고, 각 학제의 독립성과 자율성 유지는 다학제 구성원들이 도달할 수 있는 그리고 모든 학제가 나름 받아들일 수 있는 최고가 아닌 최적의 방법 또는 의견도출 과정을 최대한 보장하기 위해서 필요하다. 임상현장은 보다 더 복잡한 요소가 포함된다. 치료결정을 위한 많은 임상지침들이 이미 존재하는 경우가 많다. 암환자 경우, American Society of Clinical Oncology, National Comprehensive Cancer Network과 같은 여러 곳에서 많은 지침들을 제시하고 있으며, 지침을 따르면 각 학제의 역할이 쉽게 정해지고, 굳이 심각하게 논의하고 결정할 필요

가 없으며, 의사결정 또한 쉽게 정할 수 있을 것처럼 보인다. 그러나, 실제 진료현장에서 이러한 진료지침을 쉽게 적용할 수 없음을 이미 많은 의료진은 느끼고 있을 것으로 생각한다. 대부분의 임상지침은 이전 이루어진 임상시험 결과를 바탕으로, 충분한 임상시험 결과가 없다면 전문가들의 의견을 고려하여 결정된다. 그러나, 이러한 임상시험 기준에 합당하지 않거나 또는 제시된 치료를 여러 이유로 시행하기 어려운 환자도 많다. 빠르게 발전하고 있는 새로운 치료경향을 반영하지 못하는 경우도 있다. 심지어는 어떠한 임상시험 자료조차 없는 상황도 있다. 그러므로, 각 학제 전문가들의 전문적 경험과 의견이 반드시 필요하며, 다방향으로 의료진 내 의견조정이 이루어져야 한다. 임상현장에서는 일정시간 내에 일정결론에 반드시 도달해야 한다는 점도 일반적 다학제접근과 다른 점이다. 환자의 치료결정은 마냥 미룰 수 있는 일이 아니다. 즉, 전문가들의 조정된 그리고 가능하면 통합된 의견(통일된 의견이 아니다) 조정이 우선 그리고 빨리 이루어져야 한다. 결국 환자와 가족들에게 통합된 의견제시뿐만 아니라 동시에 논의되었던 여러 다른 의견들의 불확실한 부분이나 논쟁의 여지에 대해서도 함께 설명할 수 밖에 없다. 불확실한 의견들이 함께 제시된다면, 환자를 더욱 혼란스럽게 하고, 환자-의사 환자관계를 나쁘게 하며 의료진에 대한 믿음도 함께 나빠질 수 있음을 반론으로 제기하기도 한다. 충분히 우려되는 부분이다. 그러나, 여러 학제 전문가들로부터 다학제 진료에서 나름 조정되고 일관된 의견을 들은 경우, 비록 그 내용이 다소 불확실하더라도 진료의 목표와 한계를 이해하는 동시에 보다 적극적으로 진료에 임하는 환자의 모습을 개인적으로 여러 번 볼 수 있었다. 개인적 경험을 일반화할 수 없지만, 이러한 솔직한 접근이 도리어 의료진에 대한 신뢰와 만족도 향상으로 이어지고, 제공된 의료서비스가 가지고 있는 현실적 한계를 명확히 인식시킬 수 있을 것으로 생각한다. 물론, 나열식 의견제시가 아니라 우선 순위가 포함되어 있는 의견제시가 반드시 필요하다. 권한과 책임의 문제로 다시 돌아가 보자. 최종 의사결정은 누가 하는 것인가? 결정된 진료의 실제 수행은 누가 하게 될 것인가? 현재 최종 의사결정은 환자와 가족 그리고 담당의료진 또는 주치의가 시행하는 경우가 대부분이

다. 그러나, 다학제 통합진료에서 조정된 의견을 담당의료진 또는 주치의가 따르지 않는 것은 쉽지 않다. 반면, 치료과정 또는 추적과정에서 나타나는 다양한 문제점들은 담당의료진 또는 주치의가 없다면 해결하기 어렵다. 다학제 통합진료가 담당의료진의 진료부담을 어느 정도 덜어주는 측면도 있지만, 한편으로는 이러한 한계로 인하여 권한은 없고 책임만 늘어나는 측면도 있다. 앞으로 다학제 통합진료를 다양한 영역으로 확장, 발전시키기 위해서는 이 부분에 대한 법률적 자문과 함께 의료기관, 관련학회 및 정부가 함께 고민과 논의를 이제는 시작해야 한다. 아쉽지만 당분간은 최종 의사결정에 참여한 담당의료진이 책임을 짊어지고 가야 할 것이다.

기대효과와 발전방향

다학제 통합진료의 몇 가지 제기된 문제점들을 살펴보고 방안도 찾아 보았다. 여전히 다루지 못한 문제점도 있고 앞으로 나타날 문제점도 많을 것이다. 그러나, 다학제 통합진료의 목표 또는 기대효과를 살펴본다면 논의방향을 가늠할 수 있을 것이다. 첫 번째 기대효과는 암진단 또는 첫 치료까지 걸리는 시간의 단축이다. 보다 정확히 말하면, 필수정보를 얻기 위해 필요한 시간의 단축이다. 암환자와 가족들은 신속한 진단을 원한다. 그러나, 최근 정밀의학의 발전에 따라 조직학적 진단은 과거와 달리 유전학적 특성과 면역학적 특성 등을 포함한 보다 많은 정보를 요구하고 있다. 이를 위해서는 양적으로 충분하고 질적으로 적절한 종양조직 획득이 점점 중요해 지고 있다. 병기결정도 컴퓨터단층촬영, 자기공명영상촬영, 초음파검사, 양전자단층영상촬영/컴퓨터단층촬영 영상검사와 더불어 최소침습적인 접근(예: endobronchial ultrasonography, endoscopic ultrasonography, video-assisted laparoscopy 또는 thoracoscopy 등)도 처음부터 함께 고려할 것을 요구하고 있다. 이러한 요구사항들은 여러 진료지침에 이미 포함되어 있다. 환자와 가족들의 바람과 달리 의료진에게는 진단과 치료를 위한 정보획득을 위해 보다 많은 노력과 시간이 필요하게 되었다. 이러한 환자요구와 의료

현실의 불일치를 최소화하기 위해서는 환자와의 첫 대면부터 이러한 과정들이 고려되고 진행되어야 한다. 즉, 진단과정이 치료결정과정과 함께 고려되어야 하며, 다학제 통합진료가 이 기간을 단축시킬 수 있기를 기대한다. 두 번째 기대효과는 적절한 치료를 받는 환자의 증가이다. 암의 발생은 기본적으로 나이에 따라 증가하며, 기대수명의 증가는 당연히 암 발생의 증가로 이어진다. 사회의 급속한 고령화는 고령암 환자의 빠른 증가로 이어지고 있다. 한편으로 건강수명 증가는 단순히 고령이라는 이유만으로 적극적 치료대상에서 제외하는 것이 적절하지 않음도 보여주고 있다. 그러나, 현재의 진료모형으로 고령환자에게 다른 여러 사항들이 함께 고려된 치료정보가 환자와 가족들에게 적절히 제공되었는지 또는 적절한 치료로 이어졌는지 다소 의문이 든다. 치료순응도 또한 역시 함께 궁금하다. 최근 여러 학제의 치료법이 병합된 소위 multi-modality 치료가 늘어나고 있다. 수술이 필요한 암환자에게서 화학요법과 방사선요법이 선행요법 또는 보조요법으로 다양한 종양에서 널리 시행되고 있다. 그러나, 이러한 적극적 치료가 치료효과의 상승을 가지고 오기도 하고, 이상반응의 증가로 나타나기도 한다. 그러나, 이러한 적극적 치료에 대한 기회나 설명이 환자와 가족들에게 충분한 이루어지고 있는지, 이상반응과 관련된 순응도의 저하가 결국 치료효과의 감소로 이어지지 않는지 우리 모두 알고 싶어한다. 다학제 통합진료가 고령환자뿐만 아니라 다양한 취약 환자군(거주지 문제 또는 사회 경제적 취약 계층)에 대해, 또한 공격적 접근법에 대해 적절한 정보제공과 치료 및 순응도 향상으로 이어지기를 기대한다. 세 번째는 가장 기대하는 효과로 환자와 가족들의 의료서비스에 대한 만족도 향상이다. 의료진에 대한 신뢰도 증가도 같은 맥락에서 함께 언급자 하는 기대효과이다. 2013년 미국의학한림원(Institute of Medicine)에서 발표한 한 보고서의 제목은 ‘The cancer care delivery system is in crisis’이었다. 이 보고서에서는 가장 큰 문제점으로 암진료가 환자중심의, 접근가능한, 조정된, 그리고 근거중심으로 이루어지고 있지 않다고 지적하고 있다. 그리고, 같은 보고서에서 암환자가 의료진에 바라는 사항들을 함께 조사하였는데 이를 요약 정리하면, ‘내 이야기를 들어 주십시오’와 ‘내게 병과 함께 선택가능한 치료법에 대해 이해할 수 있는

내용으로 충분히 설명하여 주십시오’로 정리할 수 있다[2]. 다학제 통합진료가 환자와 가족들의 이러한 요구들에 대해 어느 정도 해결할 수 있기를 기대한다. 의료진과 의료서비스에 대한 만족도와 신뢰감, 그리고 치료순응도를 높일 수 있기를 기대한다. 다음 기대효과는 암치료성적 향상과 더불어 암치료에 따른 사회경제적 부담 감소다. 다른 표현으로는 암치료의 효율성 증가 내지는 비용대비효과 상승이라 할 수 있다. 다학제진료가 생존율 향상 또는 의료비 감소를 포함한 의료자원에 대한 비용대비효과나 효율성을 증가시켰다는 연구결과는 아직 충분하지 않다. 다학제 통합진료가 가까운 시간 내에 직접적으로 생존기간 연장과 의료비용 감소로 쉽게 이어질 것으로(모두가 바라는 성과이기는 하지만) 생각되지 않는다. 보다 효과적인 치료법 개발이 함께 동반되어야 하기 때문이다. 그러나, 다학제 통합진료를 통하여 개선 및 발전된 치료법들이 보다 빨리 환자와 가족들에게 제공되기를 바란다. 물론, 새로운 치료법이라고 모두 효과적이거나 또는 효율적이라고 말할 수 없다. 이러한 부분들이 다학제 통합진료에서 함께 논의되기를 바란다. 마지막 기대효과는 다학제 통합진료가 미래의료환경을 대비할 수 있는 의료모형 개발에 도움이 될 수 있기를 바란다. 미래의료는 개인 맞춤형 의료 또는 정밀의료의 시대라고 한다. 이는 각 개인으로부터 유전정보를 포함하여 이전과 비교할 수 없이 많은 정보량의 수집 및 분석을 기반으로 제공되는 의료서비스이며 보다 많은 전문가의 도움을 필요로 한다. 시간과 공간 제약이 많은 현재의 다학제진료 모형으로는 이러한 미래의료를 대비하기 쉽지 않다. 그러나, 다양한 분야의 전문가 참여를 요구하는 미래의료에서는 기존의 일대일 진료모형보다는 다학제진료 모형의 개선 및 발전 과정에서 보다 적절한 답을 얻을 수 있을 것이다.

결론

다학제 통합진료는 많은 장점과 가능성을 가진 진료모형으로 보다 많은 의료기관에서 안정된 모습으로 시행되기를 바란다. 또한 위에서 언급된 여러 문제점들과 해결방안에 대한 논의도 함께 시작되기를 바란다. 이는 현재의 다소 경직

되고 제한된 모형의 단점들을 보완하고 다학제 통합진료를 확대 및 발전시킬 것이다. 앞으로 다음 두 가지를 더 언급하고 결론을 맺고자 한다. 하나는 다학제 통합진료의 효율적 운영을 위한 경험 많은 진료안내자의 육성이 필요하다. 진료안내자(전문 코디네이터라고 해도 좋다)는 다학제 통합진료가 필요한 환자를 선정하고, 일정을 조율하며, 원활한 진료가 이루어지도록 조정한다. 진료 후 과정도 잘 진행될 수 있도록 조정한다. 이들은 핵심 의료진 못지 않게 매우 중요한 다학제 통합진료 구성원이며, 하나의 전문영역으로 인정받아야 한다. 이를 위해 간호학회 또는 중앙간호학회 등 다양한 관련학회와 충분한 논의가 필요하다. 다른 하나는 다학제 통합진료는 매우 좋은 교육프로그램이다. 차세대의 주역들(전임의, 전공의, 학생)뿐만 아니라 젊은 교수들에게도 매우 효과적이고 효율적인 교육프로그램이다. 참여 의료진에게도 보다 많은 지식과 정보를 보다 빨리 그리고 매우 효과적으로 배울 수 있는 실질적 재교육프로그램이기도 하다. 교육프로그램의 하나로 운용될 수 있도록, 의학교육과 연결할 수 있는 다양한 방법들이 함께 마련되기를 바란다.

다학제 통합진료비를 통하여 다학제 통합진료가 제도적으로 환자와 가족들에게 제공될 수 있다는 점은 매우 의미 있는 일이다. 우리나라 의료서비스는 내용만 본다면 전 세계 어느 나라와 비교해도 전혀 손색이 없다. 암환자에 대한 의료서비스만 살펴보더라도 비용대비 최고 서비스를 제공한다(고 개인적으로 생각한다). 그러나, 의료현장에서는 그 누구도 만족하지 못하는 진료가 이루어지고 있다. 환자는 환자대로, 가족은 가족대로, 의사는 의사대로, 정부는 정

부대로 불만이 가득하다. 다학제 통합진료가 이를 극복하고 환자나 가족 그리고 의료진, 나아가 정부 모두에게 보다 만족스러운 진료를 제공할 수 있는 기회 내지는 발판이 되기를 바란다.

찾아보기말: 다학제 통합진료비; 모형의 유연성; 의료만족도

ORCID

Dae Ho Lee, <http://orcid.org/0000-0002-9749-4638>

REFERENCES

1. American Society of Clinical Oncology. Coverage and reimbursement for survivorship care service [Internet]. Alexandria: American Society of Clinical Oncology [cited 2016 Jan 25]. Available from: <http://www.asco.org/practice-research/coverage-reimbursement-survivorship-care-services>.
2. Institute of Medicine. Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis. Washington, DC: National Academies Press; 2013.

Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 다학제 통합진료가 시행된지 1년이 조금 지난 시점에서 의미와 문제점을 지적한 글이다. 이 논문은 다학제 통합진료가 태어난 배경과 의의, 장점과 단점을 다루었고 향후 개선되어야 할 문제점을 지적하였다. 앞으로 의료인과 의료행정에 많은 영향을 줄 수 있는 논문으로 판단한다.

[정리: 편집위원회]