

# 보건복지 통합 서비스 제공방안 연구

2022년 6월

보건복지부  
이해회

# 목 차

<b>I. 서론</b> .....	<b>3</b>
□ 연구배경 .....	3
□ 필요성 .....	4
<b>II. 본론</b> .....	<b>5</b>
□ 통합케어의 정의 .....	5
□ 사례 연구 1: 유럽에서 노인들을 위한 통합된 건강과 사회서비스 발전 ·	10
□ 사례 연구 2: 의료 및 사회서비스 통합에 대한 미국과 영국의 사례 .....	31
□ 사례 연구 3: NHS의 통합돌봄 조직 .....	57
<b>III. 결론</b> .....	<b>82</b>
(참고문헌) .....	85

## 국외훈련개요

① 훈련국	영국
② 훈련기관명	퀸메리 대학 (Queen Mary univercity of London)
③ 훈련분야	보건의료
④ 훈련기간	22개월

## I. 서론

### □ 연구배경

- 보건의료와 복지의 수요자 중심, 통합적 접근은 다양하고 복합적인 건강 욕구에 효과적으로 대응할 수 있는 바람직한 방안으로 꾸준히 논의
  - 개인에게 나타날 수 있는 건강위험은 질병의 문제 뿐 아니라 사회적·경제적 요인이 복합적으로 작용하므로 단순히 건강문제 해결을 위한 접근이 아닌 다차원적 측면의 포괄적 대책 마련이 요구됨
  - \* WHO(세계보건기구)는 이미 1948년 건강을 단지 질병이나 손상이 없는 것이 아니라 신체·정신·사회적으로 완벽한 안녕상태라고 규정
  - 현재의 질병중심 치료는 여러 가지 어려움이 있는 집단에 필요한 다양한 서비스를 충분히 제공하지 못함으로써 집단 간 의료격차 초래
  - \* 적절한 외래 관리를 통해 예방할 수 있는 질환들에서 입원율은 최고 소득층에서 가장 낮고 건강보험 최저소득층, 의료급여 수급자 순으로 높아짐 ('18. 6월 건강보험공단)
- 특히 고령화로 인해 노인의 의료이용과 장기이용 수요가 증가하는 상황에서 포괄적이고 연속적인 방식의 건강 및 질병 관리가 중요한 과제로 부상
  - 급성기 질환에 맞춘 병원중심의 의료체계로는 자가관리, 의사결정 지원 및 지역사회 자원을 활용해야 하는 만성질환 관리에는 역부족
  - \* (70세 미만 사망 중 만성질환으로 인한 사망의 비율) 한국 30%, OECD 평균 26% 「WHO Global Health Observatory data 2017.6.29.」
  - 만성·복합질환 증가에 대하여 현재의 병원(의료)-지역사회(복지) 분절적 서비스 체계는 효과적 대응이 어렵고 고비용의 의료·복지 재정지출 초래
- 일차의료는 보건시스템에 접근할 때 최초로 접촉하는 장소로서, 급성질환 치료를 넘어 지역주민의 건강을 실질적으로 유지, 관리, 향상시킬 수 있는 주요 수단으로 역할 가능
  - 병원, 재활, 장기요양, 복지서비스를 연계한 '사람중심' 서비스 제공 시스템을 발전시키고, 서비스 전달체계의 효율성을 높이는 전략이 필요

## □ 필요성

### <국내 제도 및 정책 현황>

▶ 그 간 의료와 복지의 통합적 지원을 위한 다양한 정책 시도\*에도 불구하고, 전반적으로 공급주체에 따라 단편적·파편적으로 제공되고 있는 것이 현실이며, 일차의료를 중심으로 보건 복지 통합서비스를 제공하기 위한 정책이 시행되지는 않고 있음

\* 보건복지사무소 시범운영(1995~1999년), 시·군·구 희망복지 지원단 등

- (일차의료 중심 만성질환 관리사업) 급증하는 만성질환자 의료비 관리와 의료전달체계에서 일차의료 활성화를 위해 지역사회 중심 일차의료 시범사업('14년~)의 연장으로 추진 ('18년~)
  - 건강생활계획 수립, 교육상담, 지역사회 연계서비스를 제공하고 있으나 포괄적인 보건복지 연계 서비스 제공에는 이르지 못하고 있음
- (지역사회 통합돌봄) 사회서비스 정책 패러다임을 지역중심, 사람중심으로 근본적으로 바꾸는 정책으로 함께 잘사는 포용국가를 구현하기 위함
  - 1단계로 노인 커뮤니티케어 기본계획을 발표 ('18.11.20), 2026년 초 고령사회에 진입하기 전인 '25년까지 커뮤니티케어 제공기반을 구축하고자 함
    - \* 커뮤니티케어 주요 수요층(돌봄필요자)인 노인, 장애인 인구가 약 876만명 ('17)으로 전체인구의 약 17%, '26년에는 22.9% 예상
  - 지역의 실정에 맞는 모델을 발굴·검증하기 위하여 전국 8개 지방자치단체에서 지역사회 통합 돌봄\* 선도사업 실시 ('19. 6월~, 2년 간)
    - \* 보건의료, 영양, 돌봄, 복지, 주민자치, 안심주택 제공
- (보건-의료-복지 네트워크) 질병과 가난의 악순환의 고리를 제거하고자 수요자 중심, 치료-케어-생활안정의 통합 지원 ('13년~, '서울 북부병원 301사업'에서 시작하여, 공공병원 중심으로 확산 단계 )
  - 의사, 간호사, 사회복지사 등이 하나의 팀으로 구성, 지역사회 각 기관으로부터 진료 의뢰받은 대상자들의 질병을 치료, 그 과정에 필요한 사회복지서비스를 판단하여 자원을 연결하고 의뢰하는 역할 수행

## II. 본론

### □ 통합케어의 정의

통합 케어는 현재 전 세계적으로 일반적으로 수용되는 개념이지만 이해에 관해서는 지속적인 '언어의 혼란'이 남아 있다<sup>1</sup>. 이러한 관점에서 이 보고서는 통합 치료케어의 의미를 어느 정도 명확하게 하고자 함. 통합 케어는 좁게 정의될 수 없지만 사람들의 필요에 따라 케어를 더 잘 조정하고자 하는 광범위하고 다양한 구성 요소의 아이디어와 원칙에 대한 포괄적인 용어로 보아야 할 것임.

통합케어가 다양한 정의로 제공된다는 것은 잘 알려져 있음<sup>2</sup>. 이러한 다양성은 케어 시스템 내의 다양한 이해 관계자가 이 용어에 귀속시키는 다양한 목적(모두 합법적인)에 의해 주도됨. 예를 들어, 이는 다양한 전문적 관점(예: 임상 대 관리, 전문가 대 환자) 또는 관찰자의 학문적 관점(예: 공공 행정, 공중 보건, 사회 과학 또는 심리학)에 의해 주도될 수 있음<sup>4</sup>.

이러한 다양한 관점에서 가장 일반적으로 사용되는 정의 중 일부는 아래에서에서 찾을 수 있음<sup>5-8</sup>.

#### **통합 치료의 일반적으로 사용되는 4가지 정의**

##### 1. 건강 시스템 기반 정의

“통합 건강 서비스: 사람들이 건강 증진, 질병 예방, 진단, 치료, 질병 관리, 재활의 연속체를 받을 수 있도록 관리 및 전달되는 건강 서비스 그리고 건강 부문 안팎에서 다양한 수준과 치료 장소에 걸쳐 조정되고 평생 동안 그들의 필요에 따라 조정되는 완화 치료 서비스.”<sup>4</sup>

2. 관리자의 정의 “집단 프로젝트에서 함께 작업할 수 있도록 상호 의존성을 조정할 목적으로 . 시간이 지남에 따라 독립적인 이해 관계자 간의 공통 구조를 만들고 유지하는 과정”<sup>5</sup>

3. 사회 과학 기반 정의 “통합은 치료 및 치료 부문 내에서 그리고 치료 부문 사이에서 연결성, 조정 및 협력을 생성하도록 설계된 자금 조달, 행정, 조직, 서비스 제공 및 임상 수준에 대한 일관된 방법 및 모델 집합. 이러한 방법과 모델의 목표는 여러 서비스, 제공자 및 환경을 가로질러 치료의 질과 삶의 질,

소비자 만족도 및 시스템 효율성을 향상시키는 것. 이처럼 다각적인 통합을 위한 노력의 결과가 사람에게 이익이 되는 경우 그 결과를 '통합진료'라고 할 수 있다”<sup>6</sup>

#### 4. 환자의 관점에서 정의(사람중심협조진료)

“나는 나와 내 간병인(들)을 이해하고, 내가 통제할 수 있게 하고, 나에게 중요한 결과를 달성하기 위해 서비스를 함께 제공하기 위해 함께 일하는 사람들과 내 치료를 계획할 수 있다.”<sup>7</sup>

이는 개념으로서의 통합 케어의 두 가지 원칙적 특성을 보여준다. 첫째, 파편화된 (즉, 부분이 결합되어 전체를 형성하도록 '통합'하는) 케어 시스템의 설계 및 전달에서 핵심 측면을 결합하는 것을 포함해야 함. 둘째, 이 개념은 '돌봄'을 제공해야 하며, 이 맥락에서 이는 도움이 필요한 사람들에게 세심한 지원이나 치료를 제공하는 것을 의미함. 통합 케어는 전자(통합)가 후자(케어)를 최적화하기 위해 필요할 때 발생함. 이러한 이해가 제시하는 기본적인 단순성에도 불구하고 통합 케어 프로그램을 구현하는 사람들의 경험이 자신의 맥락에서 그것이 의미하는 바를 정의하고 해석하는 데 상당한 시간이 걸린다. 표준 정의 중 어느 것도 모든 상황에서 제대로 작동하지 않기 때문에 이것은 중요함. 따라서 관리 중인 파트너가 자신의 버전에 대한 세부 사항에 동의하는 것이 중요함. 그럼에도 불구하고, 구조적 또는 조직적 기반 정의에 초점을 맞추는 경향이나 비용 효율성을 창출하기 위한 수단으로 순전히 통합에 초점을 맞추는 경향을 피하는 것이 중요함. 오히려 '돌봄'의 핵심 목적과 함께 '사람 중심' 정의를 제공함으로써 통합 돌봄은 그 목적과 성공이 어떻게 판단될 수 있는지에 대한 설득력 있는 논리를 제공함.<sup>8</sup>

#### ○ (통합 진료의 형태)

통합 치료는 복잡성이 특징이다. 그러나 이해를 관리하는 데 도움이 되도록 다양한 개념적 프레임워크와 분류법이 개발되었음. 일반적으로 다음을 검토함<sup>2,9</sup>.

- 통합 유형(조직적, 전문적, 문화적, 기술적);
- 통합이 발생하는 수준(거시적, 중간적 및 미시적);
- 통합 프로세스(통합 의료 제공이 조직되고 관리되는 방식);
- 통합의 폭(전체 인구 그룹 또는 특정 고객 그룹);
- 통합의 정도 또는 강도(보다 관리된 의료 조정과 완전히 통합된 팀 또는 조직에 대한 비공식적 연결 사이에 걸쳐 있는 연속체 전반).

더욱이, 통합 치료는 여러 핵심 형태를 취함<sup>10</sup>.

- 수평적 통합. 일반적으로 특정 고객 그룹을 지원하는 의료 네트워크 또는 다학제 팀의 개발을 기반으로 하는 의료 서비스, 사회 서비스 및 기타 의료 제공자 간의 통합 의료(예: 복잡한 요구 사항이 있는 노인 대상)
- 수직적 통합. 1차, 지역사회, 병원 및 3차 진료 서비스 전반에 걸친 통합 진료는 특정 질병(COPD 및 당뇨병 등)이 있는 사람들을 위한 프로토콜 중심(모범 사례) 진료 경로 및/또는 병원 간 중급 및 지역사회 기반 진료 제공자로서의 진료 전환에서 나타남
- 부문별 통합. 예를 들어, 여러 전문 팀과 1차, 지역사회 및 2차 의료 제공자의 네트워크를 통해 정신 건강 서비스 내에서 통합 치료의 수평 및 수직 프로그램을 결합하는 한 부문 내 통합 치료
- 사람 중심 통합: 의료 교육, 의사 결정 공유, 자기 관리 지원 및 지역 사회 참여를 통해 사람들을 참여시키고 권한을 부여하기 위해 제공자와 환자 및 기타 서비스 사용자 간의 통합 치료.
- 전체 시스템 통합: 치료에 대한 인구 기반 및 사람 중심 접근 방식을 모두 지원하기 위해 공중 보건을 수용하는 통합 치료. 이것은 치료 그룹이나 질병뿐만 아니라 전체 인구의 다양한 요구에 초점을 맞추기 때문에 가장 이상적인 통합 치료임. 가장 강력한 형태는 단일 집합의 거버넌스 및 책무성 규칙과 공통 예산 및 인센티브를 사용하여 조직에서 작업하는 통합 팀이 특징인 '완전히 통합된' 모델이라고 종종 제안됨<sup>1</sup>. 실제로 환자의 요구가 심각할수록 '완전히 통합된' 조직을 개발하는 것이 더 적절할 수 있다는 증거가



있음<sup>11</sup>. 그러나 가장 중요한 것으로 보이는 것은 조직적 솔루션이 아니라 서비스 및 임상 수준에서 일어나는 일임<sup>12</sup>. 혁신적인 변화는 서비스 사용자와 그들과 협력하여 일하는 의료 전문가 팀 간의 인터페이스에서만 발생할 수 있음. 복잡한 요구 사항을 가진 사람들의 경우 이는 '핵심 팀'이 서비스 사용자에게 권한을 부여하고 일상적인 요구 사항을 지원하지만 필요할 때 응답하는 제공자 네트워크에 의존할 수 있는 보다 유연하고 네트워크화된 솔루션을 의미함<sup>13</sup>.

통합 케어가 무엇을 의미하고 그것이 무엇을 구성할 수 있는지에 대한 이해는 계속해서 발전하고 있음. 여러 측면에서 다양한 요소가 설정되는 프레임워크를 개발하는 수많은 연구가 있기 때문임<sup>14-17</sup>. 충족되지 않은 과제 중 하나는 이러한 설명적 구성 요소를 넘어 정책 및 실행에서 통합 케어를 구현하는 최선의 방법에 대한 지침을 의사 결정자에게 제공하는 방법임. 이와 관련하여 관계 구축의 문제와 시간이 지남에 따라 새로운 협업 및 작업 방식이 표준으로 받아들여지는 환경을 조성하는 능력에 많은 것이 달려 있음. 최근 몇 년 동안에도 통합 케어에 대한 이해를 다른 경로로 가져간 많은 새로운 아이디어가 등장함. 이 중 가장 기본적인 두 가지는 다음과 같음.

첫째, 사람과 지역사회를 참여시키고 권한을 부여하는 것이 통합 케어 전략의 중심 구성 요소여야 한다는 인식.

둘째, 통합 케어 전략은 인구 지향적이 되고 건강 증진에 초점을 맞추는 경우 가장 강력할 수 있음.

이 두 아이디어 모두 통합 요소를 인구의 건강과 웰빙을 증진하기 위해 커뮤니티 자산을 함께 가져오는 방법으로 보고 있음. 따라서 특정 서비스 모델이나 질병 관리 프로그램과 같이 초점을 개별화하려는 경향을 넘어서 통합 케어의 잠재적인 초점을 취함. 그런 다음 통합 케어가 형평성 또는 연대와 같은 일련의 핵심 '가치'에 의해 뒷받침되어야 하는지 여부에 대한 토론이 중요<sup>18</sup>.

결론적으로, 가장 단순한 통합 케어는 케어 단편화를 극복하기 위한 접근 방식임. 특히 이것이 사람들의 케어 경험과 케어 결과에 부정적인 영향을 미치는 경우에 그러함. 통합 케어는 의학적으로 복잡하거나 장기 치료가 필요한 사람들에게 가장 적합할 수 있지만 원칙이 건강 및 웰빙 증진에 대한 더 넓은 정의로 확장되기 때문에 이 용어를 의학적 문제 관리 수단으로만 간주해서는 안 됨. 그 중심에는 지속적이고 공동 생산적인 파트너십을 통해 의료 서비스의 품질과 안전을 개선하려는 노력이 있음. 이 보고서에서는 유럽 각 국에서 이루어진 노인에 대한 의료 사회 서비스 서비스의 실제 사례 및 미국과 영국 등의 사례를 살펴보겠음

## □ 사례 연구 1: 유럽에서 노인들을 위한 통합된 건강과 사회서비스 발전

EU 5차 프레임워크 프로젝트 '노인을 위한 통합 건강 및 사회 관리 제공 - 문제, 문제 및 솔루션'(PROCARE)<sup>19</sup>의 첫 번째 결과를 기반으로 함. 이 프로젝트는 다양한 돌봄 전달 방식을 비교하고 평가함으로써 돌봄이 필요한 노인들을 위한 통합 건강 및 사회 돌봄이라는 새로운 개념을 정의하는 데 도움을 주기 위한 것. 프로젝트의 첫 번째 단계는 통합에 대한 다양한 접근 방식과 통합되고 지속 가능한 케어 시스템을 구성하는 구조적, 조직적, 경제적, 사회적 문화적 요인과 행위자를 식별하는 것. 성공 또는 실패로부터 교훈을 얻고 배우고 지역, 국가 수준을 위한 정책 권장 사항을 개발하기 위해 여러 경험, 모델 작업 방식 및 시범 프로젝트를 검색하는 역할을 함.

유럽의 국가 보고서에 대한 국가 간 개요를 기반으로, 대부분의 국가에서 서비스의 조정 및 통합에 관한 문제에 대해 개혁 및 이니셔티브는 여전히 주로 급성 건강 관리에 기반하고 있음을 보여주고 있음. 비공식 또는 가족 간병인은 말할 것도 없고 상호의존적인 사회 복지 서비스는 자금이 충분하지 않고, 과소 평가되고, 덜 관여하고 덜 훈련된 상태로 남아 있음.

통합에 대한 다양한 국가적 접근 방식은 통합 치료에 대한 다양한 담론의 맥락에서 분석됨. 따라서 이 보고서는 다양한 국가와 다양한 학자들의 기존 정의를 활용하여 단순한 국가적 접근보다 덜 '문화적'인 통합 치료의 정의를 설명하려고 함. 이는 최소한 국제적 비교관점에서 '일률적'이라는 정의를 채택하기 어렵기 때문임. 실제로, 방법과 도구의 기존 '도구 상자'는 국가 전통과 문화에 따라 조정 및 통합을 향한 다양한 경로를 파악하는 데 사용됨. 선택된 국가(오스트리아, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 이탈리아, 네덜란드 및 영국)에서 사용되는 모델이라고 할 수 있음.

기본 정의를 유지하면서 사회 및 건강 관리 서비스에서 이해하는 것과 관련하여 실용적인 접근 방식을 채택함. 보고서의 목표 중 하나는 각 담론이 종종 급성 건강 관리 모델에 의해 각인되는 통합 서비스 전달

에서 사회 서비스의 중요한 역할을 강조하는 것임. 따라서 통합 치료 모델을 찾는 출발점은 '통합 치료 모델'에 대한 자격을 갖추기 위해 노인을 위한 개선된 서비스를 제공하고자 의료 및 사회 복지 조직 및 직업 간의 적어도 하나의 인터페이스에서(또는 함께) 일해야 한다는 것임.

PROCARE는 유럽 위원회의 5차 기본 프로그램(삶의 질 및 생활 자원 관리, 핵심 조치 6, 영역 6.5, 계약 번호 QLK6-CT-2002-00227)에 의해 (공동) 재정 지원을 받고, 유럽 사회 센터에서 조정함. 복지 정책 및 연구에는 유럽 국가(오스트리아, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리고 공공 및 NGO 부문을 대표하는 10개의 파트너가 포함됨(www.euro 참조). 첫 번째 단계에서 수행된 문헌 검토는 상호 합의된 구조, 이론 및 유럽 개요를 기반함<sup>19~21</sup>. 모든 국가 팀은 특히 회색 문헌, 정책 검토 및 최소 5개의 '모델 작업 방식'에 대한 평가 연구를 수집하고 해당 국가의 통합 치료에 대한 구체적인 접근 방식을 자세히 설명하도록 요청함 <sup>22~24, 26, 28~30</sup>

보고서에는 광범위한 사회 과학 및 건강 전문가, 주로 사회 노인 학자, 심리학자, 정치 과학자뿐만 아니라 간호 전문직을 포괄함. 따라서 국가 보고서는 또한 다양한 전문적 관점의 견해를 반영함. 또한 치료 전달에 영향을 미치는 프로세스 및 요소를 심층 분석함.

보고서는 프로젝트의 첫 번째 단계에서 생성된 모든 지식을 기반으로 하므로 주로 9개 참여 국가의 국가 프레임워크, 정책 및 일반적인 접근 방식을 기반으로 함.

### ○ 공통된 아젠다

유럽의 장기 요양 시스템은 지난 50년 동안 점진적인 방식으로 발전했지만, 많은 국가에서 각 구조 및 정책의 일관된 설계를 향한 명확하고 조정된 전략을 식별하기가 어려움. 일반적인 발달 패턴은 다음과 같이 설명할 수 있음. 일단 가족 문제로만 간주될 수 없는 사회적 문제로 인식되면, 대부분의 국가는 지역 사회 돌봄 서비스와 새롭게 보완된 '제도화' 모델을 따름. 분명히, 이 패턴은 다른 국가, 다른 맥락에서 진

화하기 시작함. 북유럽 국가들은 이미 1950년대에 장기 요양 서비스를 복지 및 건강 시스템의 일부로 정의한 반면, 남부 유럽에서는 그러한 서비스가 1980년대 문제로 남아있음.

이것은 예를 들어 다양한 복지 제도<sup>31</sup>, 가족 윤리 및 노인 정책<sup>32-35</sup> 또는 '사회 및 의료 격차'의 특성과 같은 다양한 요인의 결과로 설명되었음.

또한 인구 고령화, 경제적 이주 증가로 인한 가족의 비공식 지원 감소, 여성의 노동 시장 참여 증가(남성 가장이 늘어나는 '돌봄 격차'를 매우 지 못하는 등)와 같은 일반적인 사회적 추세를 고려해야 함.

그럼에도 불구하고 장기 요양을 필요로 하는 사람이 집에서 가능한 한 오랫동안 서비스가 지원되어야 한다는 점을 강조하지 않은 국가 및 유럽 수준에서 관련 정책 문서는 없음. 새로운 서비스 개발, 사회통합 보장, 예방서비스, 사람 중심 지원 확대 또한 가족 및 비공식 돌봄을 강화하고 제공자 전체 시스템을 '조정'해야 함.

그러나 이러한 모든 권장 사항과 제안은 점점 더 시장 주도적인 규제 전략과 보건 및 복지 지출에 대한 공공 지출을 줄이기 위한 일반적인 시도의 맥락에서 이루어져옴

국가 및 지역 장기 요양 시스템의 다양한 발전 상태를 고려할 때 이러한 일반적인 목표를 다양한 상황과 프레임워크에 적용하는 것이 과제임이 분명함. 한 가지 예를 들자면: 북유럽에서는 시설 보호가 제공되는 부분의 최대 12%를 차지하지만 남부 유럽에서는 훨씬 더 낮은 비율의 시설 보호가 제공됨. 노인의 약 3%가 이탈리아의 시설에 거주하고 있음<sup>27, 30</sup>.

따라서 이러한 국가에서는 시설 보호의 확장이 훨씬 더 중요한 의제인 반면, 덴마크에서는 주거 시설 설치가 법으로 금지되어 중단된 바 있음<sup>24</sup>. 네덜란드에서는 기관 부문의 주요 개혁이 시행되고 프랑스와 기타 국가에서는 '소규모 단위' 및 '원호 생활 계획'이 추진되고 있음<sup>25</sup>, 남유럽 정책 입안자들은 무엇보다도 특히 민간 주거 요양 부문과 일반 의료 지출과 관련하여 기관의 양적 증가를 위해 노력함.

이러한 배경을 고려할 때, 서로에게서 배울 수 있는 것은 '미리 설계된' 발달 패턴, 특히 일면의 차별화된 의료 시스템과 '빈약한 법'에 기반한 사회 복지 시스템에 따른 잘못된 인센티브를 피하는 것임. 전반적인 권력 구조, 정치 문화 및 다양한 접근 방식에도 불구하고 연구자들은 통합 치료 시스템의 장점에 대한 증거를 개발하고 설계 및 구현을 위한 유용한 출발점을 식별해야 함<sup>36</sup>.

### ○ 다른 이론 및 국가 담론

우리는 단일 단위가 조정된 방식으로 행동하고 비용을 보장하는 것을 목표로 하는 간호 서비스를 제공하는 개념으로서 효율성, 품질 개선 및 치료 제공자와 사용자 모두의 만족도 향상이라는 통합 진료에 대한 여러 '담론' 또는 일련의 학문적, 정치적 관점과 접근 방식을 구별할 수 있음.

이를 위한 수단에는 시스템 내 비효율성 감소, 연속성 향상, 치료 제공 프로세스 내 맞춤 서비스 및 서비스 사용자 권한 부여가 포함됨.

통합 프로세스는 단일 수준의 관리 내에서 부분을 연결하는 것을 목표로 할 수 있음. 예를들면 다중 전문 팀의 생성(수평 통합) 또는 다양한 수준의 치료 관련 1차, 2차 및 3차 진료(수직 통합)임.

노인을 위한 서비스 제공과 관련하여 요양 서비스 내부 및 요양 서비스 간의 통합은 특히 중요함. 고령 환자는 만성 질환을 앓는 경향이 있으며 다중 질병에 걸리기 쉬움. 따라서 장기간에 걸쳐 광범위한 요구 사항을 충족해야 함. 이 작업을 수행하기 위해 선택할 수 있는 다양한 가능성이 있음. 건강 및 사회 관리, 공식 및 비공식 의료 제공자, 주거, 병원 또는 진료소 기반 서비스와 반대되는 재택 서비스 등임<sup>37,38</sup> 이러한 시나리오를 고려할 때, 통합의 필요성과 통합을 달성하기 위한 접근 방식의 다양성 모두가 명백해지고 불가피해짐

통합 치료의 개념은 다양한 국가에서 다양한 이름으로 찾을 수 있음. 사례 관리, 케어 관리 및 네트워킹 등임<sup>39-42</sup>. 일반적으로 통합 치료 담론 내에서 두 가지 더 큰 흐름을 관찰할 수 있음. 한편으로는 의료 영

역, 특히 '관리 의료 담론'과 '공중 보건 담론'에서 시작되는 발전이 있었음. 한편, '사람중심접근', '전체시스템접근'과 같이 사회서비스와 사회통합을 중시하는 보다 폭넓은 접근이 있다. 이러한 접근 방식은 서비스의 통합 및 조정을 실현하기 위한 조직 전략에 주로 초점을 맞춘 "제도적 담론"으로 보완됨

## 1. 매니지드 케어 담론

의료 관리가 의사와 경영진 역할의 모순된 요구를 점점 더 조화시키는 경향이 있음에 따라 이론과 실천은 특히 다음과 같은 의료 서비스의 효율성과 품질을 높이기 위해 '매니지드 케어'를 탐구해 오<sup>43,44</sup>. 따라서 이러한 맥락에서 통합 의료는 일차 의료 및 사회 복지 서비스에 대한 각각의 근거와 원칙을 적용하면서 의료 시스템 내의 조직적 인터페이스에 우선 초점을 맞추고 있음.

또한 WHO는 특히 바르셀로나에서 '통합 의료 서비스를 위한 유럽 사무소'를 구현함으로써 이러한 접근 방식을 채택했으며, 통합 의료를 '진단, 치료, 치료, 재활 및 건강 증진과 관련된 서비스의 입력, 전달, 관리 및 조직을 하나로 묶는 개념으로 제안함. 통합은 액세스, 품질, 사용자 만족도 및 효율성과 관련하여 서비스를 개선하는 수단임'<sup>39</sup>.

## 2. 공중보건 담론

'공중보건 접근'은 특히 1차 진료와 2차 진료의 통합에 중점을 두고 있지만 수직적 차원과 수평적 차원 모두에서 사회 서비스 전달이라는 관점에서 점차 확장되고 있음. 통합이라는 개념은 수요 지향성, 제공의 연속성 및 높은 품질 기준을 보장하는 것을 목표로 하는 프로세스를 말함<sup>45,46</sup>. 특히 관심의 중심은 회전문 효과, 침대 차단 및 의사 소통 문제와 같은 잘 알려진 문제와 함께 병원/커뮤니티 케어 인터페이스임. 이로 인해 종종 변경 프로세스를 도입하기 위해 모델 프로젝트를 설정함<sup>26,28,46</sup>. 이 초점은 영국에서 '중간 치료'라고 불리는 것에 매우 가까움<sup>47,48</sup>. 치료가 주로 의료가 아니며 환자의 퇴원 목적지가 예

상되며 회복(또는 건강 회복)의 임상 결과가 필요함<sup>49</sup>.

여전히 건강 관리에 대한 초점에서 벗어나 정의 실행에 중요한 공헌을 한 Kodner와 Spreeuwenberg<sup>41</sup>도 ‘통합 치료에 대한 환자 중심적 관점’을 취하는 이러한 사고 흐름에 위치할 수 있음 ‘적절한 시간과 장소에서 의료, 사회 서비스 및 관련 지원(예: 주택) 제공’을 고려하더라도 Kodner는 최근 통합 치료의 목표를 강조하면서 이 접근 방식을 개선함<sup>41</sup>. 여러 시스템 및 공급자가 복잡한 문제가 걸쳐 있는 클라이언트를 위해 시스템 효율성을 개선함<sup>50</sup>.

대부분의 개념 내에서 우리는 여전히 다양한 의미, 접근 방식, 이론 및 관행을 찾을 수 있음. 지리적 관점에서 접근 방식은 Niskanen가 말한 대로 ‘복유립’식으로 해석될 수 있음<sup>51</sup>. ‘통합 진료에는 1차 및 2차 진료의 다양한 진료 수준에서 제공하는 진료의 다양한 측면을 연결하고 조정하기 위한 방법과 전략이 포함됨. 핀란드에서는 통합 개념이 사회 서비스에도 적용됨. 특히 장기 요양 환자는 지원이 필요하며 이는 사회 부문의 의무이기도 함’ Salonen과 Haverinen는 ‘원활한 서비스 체인’이라는 용어를 사용하면서 이러한 종류의 통합 치료를 설명함<sup>29</sup>.

예를 들면 ‘클라이언트가 받는 사회 복지 및 건강 관리 서비스가 서비스를 제공하거나 구현하는 운영 단위에 관계없이 클라이언트의 요구를 충족시킬 유연한 실체로 통합되는 운영 모델’ 임<sup>52</sup>.

요약하자면, 공중 보건 담론은 건강 관리 관점에서 출발하여 다양한 제공자를 통합하여 전체 인구를 위한 더 나은 치료를 제공하는 방법에 초점을 맞추고 있음.

### 3. 사람 중심의 담론

‘공중 보건 담론’과 우리가 ‘사람 중심의 접근’이라고 부르는 것 사이에 명확한 경계선을 설정하는 것은 확실히 어려움. 그러나 후자의 초점은 통합 치료 관점의 ‘비의료화’에 분명히 있음. 즉, 장기 치료에서 사회 및 건강 서비스의 상호 의존성을 강조함. 이것은 급성 의학의 관점에서 개인을 모든 개입의 중심에 두는 것을 방지하는 경우가 많다는



경험을 반영함. ‘건강 및 사회 서비스의 통합은 서비스가 가사도우미, 가정간호사 등으로 구성된 통합 팀에 의해 거주 지역에 관계 없이 모든 노인에게 제공됨을 의미함’ 지원 결정은 GP, 병원, 노인 또는 친척의 요청에 따라 이루어짐<sup>22</sup>.

이 정의는 요약하자면 통합 진료 전달을 촉진하는 ‘수요 중심’ 진료 시스템의 구축을 지향하는 네덜란드의 정책 결정과 이론 모두에서 검색할 수 있는 개념에 매우 가까움. 수요주도형 케어는 동시에 통합 케어를 의미하며, 다양한 영역에서 클라이언트가 경험할 수 있는 요구와 니즈가 충족될 때 통합 케어를 제공함. 클라이언트 관점에서 통합은 적절한 종류의 케어와 적절한 시간에 적절한 양의 케어를 받을 것으로 기대할 수 있을 때 실현됨<sup>24</sup>.

이 개념은 개인을 출발점으로 하고 독립 주택과 돌봄(‘벽을 허무는 돌봄’), 부문 간 공동 작업 및 노인의 사회참여를 보장하기 위한 서비스 네트워크의 개발 사이의 인터페이스에 초점을 맞추려고 함<sup>53</sup>. 따라서 접근 방식은 급성 건강 관리 모델을 훨씬 뛰어 넘음

이 접근 방식의 변형은 영국에서 찾아볼 수 있음. 영국에서는 ‘공동 작업’, ‘파트너십’ 및 ‘협업’을 포함하여 통합 치료를 설명하는 데 많은 용어가 사용됨. Coxon et al.<sup>23</sup>는 특히 조직 파트너십의 ‘시스템 모델’을 개발한 감사 위원회에서 제공한 최근 정의를 강조함. 이 정의에 따르면 ‘전체 시스템 작동은 서비스가 사용자를 중심으로 구성될 때 발생하며 모든 플레이어는 상호 의존적임을 인식하고 시스템의 한 부분에서의 작업이 다른 부분에 영향을 미친다는 것을 이해함’<sup>38</sup>. 따라서 사용자는 ‘원활한’ 서비스를 경험해야 하며 공급자는 ‘비전, 목표, 조치(서비스 재설계 포함), 자원 및 위험’을 공유해야 함. 이 개념은 확실히 가장 주목할 만하지만, 이를 실행으로 옮기려면 조직 개발 및 플레이어 간의 의사 소통과 관련된 주요 노력이 필요. 이러한 정의는 어떤 경우에도 과학자, 정책 분석가 및 실무자 간에 공유된 비전을 만드는 데 도움이 될 수 있음.

#### 4. 제도적 담론

지금까지 제시된 정의가 Leutz<sup>54</sup> 에서 설명한 '연결', '조정' 또는 '네트워킹'이 아니라 '통합'을 의미하는지 여부는 여전히 의문임. Frossard et al.<sup>25</sup>는 '통합 서비스는 단일 의사 결정 권한하에 함께 그룹화된 단일 회사 또는 조직에 의해 주어진 지리적 영역의 특정 인구 그룹 또는 특정 지리적 영역의 인구에 대해 제공되는 일련의 서비스임.' '실질적인 통합'이 일어나려면 주어진 인구의 건강 관리 요구 사항을 완벽하게 제공하는 안정적인 조직이 만들어져야 하며 이는 아마도 건강 시스템 내에 있을 것임<sup>50</sup>. 수반되는 우려는 사회 서비스가 정체성과 자율성을 상실하거나 더 '의료화'될 것이라는 점임. 기존의 의료 및 사회복지 시스템의 파편화로 인해 다른 부서는 독특하고 수직적으로 통합된 의사 결정 권한을 거의 받아들일 준비가 되지 않았음.

이것이 예를 들어 프랑스에서 '통합 직접 서비스 모델' 형태의 통합 개념이 다소 바람직하지 않은 이유임<sup>55,56</sup>. 대신 우리는 여기서 '노인학적 조정'과 네트워킹의 이론과 실천에 있어 오랜 역사를 관찰할 수 있음. 사전에 협의를 통해 결정된 기준에 따라 주어진 지리적 영역에 대해 우선순위로 확인된 복잡하거나 긴급한 문제를 해결하기 위해 고안된 정보, 사회 및 건강 관리, 예방 서비스를 개발하기 위한 수단과 자원, 특정 목표를 위해 노력하는 서로 다른 조직 간의 일시적 또는 영구적 협력임<sup>25</sup>.

조정(coordination), 협력(co-operation), 네트워킹(network)이라는 세 가지 용어는 일반적으로 서로 다른 부문 내에서 뿐만 아니라 서로 다른 부문 간에 협력하는 방법을 설명하는 데 사용됨. 세 가지 표현의 차이점은 협력의 정도이며, 이는 협력을 통한 조정에서 네트워킹에 이르기까지 증가함. 조정은 여전히 계층 구조의 존재를 암시할 수 있지만 협력은 동등한 수준인 반면 네트워킹에는 특정 근접성과 연속성이 추가로 필요함<sup>54,57</sup>.

이 시점에서 '원활한 진료'나 '사람 중심' 접근 방식 모두 의료 시스템이 사회 부문을 '비우호적으로 인수'하는 방향으로 나아가고 있지 않다는

점을 언급해야 함. 사실, 조정도 일정 수준의 구조적 통합을 목표로 함. 예를 들면 원스톱 창구 또는 케이스 관리 기능이 있는 프론트 오피스(중개 대행)임. 제도적(수평적) 통합의 또 다른 측면은 다양한 유형의 제공자의 통합 또는 조정에 관한 것으로, 대부분의 국가에서 '복지의 혼합 경제'라는 제목으로 논의된 문제임<sup>58,59</sup>. 이것은 시장 메커니즘과 선택이 방정식의 일부인 국가에서 특히 분명함(예:오스트리아, 독일, 점점 더 영국, 이탈리아), 그리고 수많은 다른 유형의 공급자가 이미 '가장 복잡하고 상호의존적인 사회로의 존재'로 알려진 영역에 복잡성을 더하고 있다는 강력한 주장이 있음<sup>41</sup>. 실제로 예를 들면 이탈리아에서 지난 몇 년 동안 제3섹터 및 기타 민간 제공업체에 대한 조정 메커니즘이 개발되어 옴<sup>27</sup>.

참여 국가에서 서로 다른 개념의 상대적 중요성을 분류하는 과학적으로 위험한 실험을 수행함. 분명히, 이 분류는 PROCARE에 참여하는 연구원의 주관적인 경험과 이 프로젝트의 국가 보고서에 제공된 증거를 기반으로 하지만 문제가 되는 다양한 개념에 대한 통찰력을 얻는데 도움이 될 수 있음<sup>19</sup>.

위에서 설명한 단일 개념은 의도적으로 상호 배타적인 방식으로 해석되지 않았지만, 예를 들어 사람 중심 접근 방식에는 수평적 통합(즉, 조직 경계와 전문직 간 통합)과 '초월적 돌봄'이 포함된다는 것이 논리적으로 보입니다. 즉, 주거 및 주거 서비스 전반에 걸친 통합).

수평적 통합을 구현하는 것은 사람 중심의 케어를 지원하는 시스템을 개발하는 과정의 첫 번째 단계일 수 있음. 또한, 예를 들어 "노인학적 조정"을 개발함으로써 통합 치료를 향한 추가 및/또는 대안 경로가 있을 수 있음. 간단히 말해서, 이 표는 개별 국가의 통합 수준에 대한 지표를 제공하려는 시도로 읽어야 함. 여기에서 단일 "최상의" 통합 전략을 제안하려고 하지 않음. 실제로 서비스 조직 방법에 있어 국가 내 및 국가 간에 차이가 있음.

이 섹션의 결과로 우리는 기존의 다른 접근 방식에도 불구하고 '통합 진료'라는 용어를 서비스 개선을 목표로 보건 및 사회 복지 서비스 간의 조정, 협력 및 네트워킹을 설명하는 유용한 개념으로 고려할 수 있음.

## ○ 통합 치료에 대한 접근 방식에 사용되는 방법 및 전략

통합에 도달하기 위한 정책과 전략은 통합 치료 시스템의 생성을 위해 노력하기 위해 다양한 형태의 레버리지와 다양한 출발점을 사용하려고 할 수 있음. Kodner와 Spreeuwenberg<sup>41</sup>는 자금, 관리, 조직, 서비스 제공 및 임상의 5가지 상호 의존적 영역에서 잘 알려진 문제를 해결하면서 통합 치료를 향한 전략의 연속체를 제안함. Kodner<sup>50</sup>는 또한 '행정 통합, 서비스의 공동 배치, 케어 네트워크, 사례 관리, 케어 체인 및 서비스가 풍부한 주택' 범주를 분석하여 비교에 기여함. 그러나 다음에서 우리는 장기 요양에서 사회 서비스와 건강 서비스 사이의 상호 의존성에 진정으로 초점을 맞춘 담론으로 더 나아가려고 하므로 이러한 범주를 부분적으로만 언급할 것임.

따라서 우리는 건강 관리와 사회 복지 영역 사이의 다양한 '인터페이스'에서 병목 현상을 극복하는 데 사용되는 방법과 전략을 강조해야 함

## ○ 사례 및 케어 관리

통합 케어 담론에서 가장 진정한 방법은 아마도 복잡한 상황에 있는 사람들의 수요와 공급을 일치시키는 것을 목표로 하는 사회 케어 부문에서 파생된 기술인 사례 및 케어 관리로 설명된 방법일 것. 아이디어는 시간이 지남에 따라 서비스 전반에 걸쳐 서비스(자원) 네트워크를 구축하고 환자와 가족이 이를 자립적으로 사용할 수 있도록 하는 것. 사용된 방법은 클라이언트 지향적이므로 수요 지향적인 것을 의미. 이 문맥에서 '케이스'라는 용어는 사람 자체가 아니라 그 사람이 처한 상황을 의미한다는 점에 유의해야 함<sup>37,55</sup>. 이 접근법은 특히 의료 관리라는 제목으로 더 잘 알려진 건강 부문과 같은 다른 영역에서도 채택됨. 아이디어는 주어진 금액에서 파생되는 혜택을 극대화하는 것을 의미함. 이 목표는 치료 전달의 조정을 통해 달성되며, 따라서 정보 손실과 이중 치료를 피하고 궁극적으로 치료 서비스 이용의 감소로 이어짐. 이 전략이 필요하지만 값비싼 서비스 사용을 얼마나 줄이는지에 대한 효과로

이어지는지 여부는 현재 불확실. 추가 정의 문제는 Roth와 Reichert<sup>28</sup>를 참조하여 치료 지역의 일반적인 수준에서 서비스 제공자의 도움과 네트워크의 조정을 나타내는 '케어 관리'라는 용어와 관련되며 다른 맥락에서는 개별 케어 프로세스의 관리를 의미함.

어쨌든, 이 도구는 해석이 다르지만 대부분의 국가에서 사용됨. 영국, 네덜란드 및 북유럽 국가에서는 사례 관리자가 주류 서비스로 특징지어질 수 있지만 독일, 오스트리아, 이탈리아 및 프랑스에서는 사례 관리가 주로 모델 프로젝트에서 제공됨.

차이점은 목표, 자금 및 조직 환경과 관련이 있음. 예를 들어, 영국에서는 케이스 관리자가 게이트 키핑 기능도 수행. GP는 건강 관리와 관련하여 이 기능을 수행하며, '케어 관리자'를 고용한 사회 서비스는 '사회적' 요구 평가에 따라 클라이언트를 대신하여 사회 복지를 구매함. 오스트리아와 독일에서 사례 관리자는 주로 병원과 지역사회 치료 사이의 인터페이스의 프로젝트에서 일하고 있음.

이론적으로 케이스 관리자는 치료가 필요한 사람이 지원을 요청하는 초기 순간부터 클라이언트의 상황을 따라야 함. 따라서 일부 국가에서는 '원스톱 창' 및 정보 센터가 개발되었으며 대부분 다른 조직 환경(지방자치 단체, 의료 센터, 양로시설)에서 프로젝트 기반으로 개발됨.

통합 치료의 다른 도구와 마찬가지로 핵심 문제는 '케이스 및 케어 관리자'가 누구인지, 프로세스를 조정하고 클라이언트의 "옹호자" 역할을 하는 진정한 수단과 능력을 가진 그들이 어떤 전문적 배경을 가지고 있는지(사회 복지가 아니라 간호사인지), 어떤 종류의 훈련을 받고 제공되는지 여부와 관련이 있다. 예를 들어, 네덜란드에서는 '노인 상담사'가 널리 보급되어 있지만 다양한 제공자에게 영향을 미치고 조정하기보다는 정보와 지원에 더 중점을 둬 그러나 소위 '노인상담사'가 옹호와 개별 클라이언트의 요구에 대해 공급자를 조정하는 수단을 결합하는 네덜란드 모델 프로젝트가 있음<sup>24</sup>. 케어 관리와 관련된 다른 질문은 '게이트 키퍼'로서의 역할 및 개별 케어 계획 및 결과 모니터링에 대한 헌신에 관한 것임.

- 사례 관리 구성 방법, 공공의 책임으로서의 사례 관리, 목표설정과 사례관리자의 조정, 사례 관리자의 역할(어떻게, 누구를) 개발

○ **중간 치료 전략: Hospital/ community care-interface**

치료의 필요성이 예기치 않게 발생하는 경우가 많고(주로 퇴원과 관련하여), 노약자(및 그 가족)가 습관적으로 어디에 의지해야 할지 모르기 때문에 신속한 개입 및 신속하고 비관료적인 지원은 고객 지향을 달성하는 데 중요한 요소임. 이 인터페이스에서 신속한 대응팀은 불필요한 입원 및 요양원 자리 요청을 방지하는 도구가 될 수 있음<sup>23</sup>. 이 방법은 노인의 건강과 독립, 요양원 또는 기타 특별 숙소에서의 단기 케어인 단기요양시설을 회복할 수 있도록 돕는 집중 재활 서비스(병원 또는 집에 위치)로 보완할 수 있는 "중간 치료"와 관련된 전체 범위의 개입의 일부이다.

이 인터페이스에서, 신속대응팀은 불필요한 병원 입원을 방지하고 요양원에 자리를 요청하는 도구가 될 수 있다. 이 방법은 "중간 치료"에 관한 모든 개입의 일부로서, 그것은 노인들이 건강과 독립성을 되찾을 수 있도록 돕기 위해 집중적인 재활 서비스(병원 또는 사람들의 집에 위치), 요양 시설(요양원에서의 단기 케어 또는 쉬운 통과를 위한 기타 특수 시설), 신속한 정보 교환(전환 양식)을 통해 보완될 수 있다<sup>23</sup>.

이러한 도구는 노인을 위한 건강 및 사회 복지 서비스를 5배 개선하기 위한 영국 정부 전략의 일부이지만 다른 국가에서도 찾을 수 있다. 예를 들어, 덴마크에서는 의료 직원과 사회 복지사 모두가 잠재적 사용자와 연락을 유지하고 이미 초기 단계에서 서비스를 구성하는 데 도움이 되는 모든 노인의 가정에 대한 예방 방문이 도입되었다. 이러한 조기 경보 시스템 외에도 퇴원 절차에 대한 지방 자치 단체와 병원 간의 계약, 가정 간호사와 병원 직원 간의 회의, 자신의 집에서 노인을 추적하는 노인병 팀은 병원 간의 통합을 늘리기 위한 덴마크 전략의 일부

이다<sup>22</sup>. 커뮤니티 케어 또한 가치 있는 라이프스타일에 대한 노인들의 요구와 열망을 중심으로 구축된 서비스 시스템의 관점에서 중간 돌봄을 다음과 같이 사회적, 심리적 요구를 충족할 수 있는 능력을 향상시키는 방식으로 생각해야 할 필요성을 강조한다<sup>42</sup>. 그들의 최적의 신체 기능 수준, 다양한 환경(병원 커뮤니티)이 인정되거나 의료 기관과 사회 복지 기관 간의 협력 관계가 항상 성공적이라는 사실을 당연하게 여길 수는 없지만 클라이언트의 요구에 따라 적절한 네트워크를 만들 수 있다면 병원에 있는 관리 관리자는 퇴원 준비에 기여할 수 있다<sup>26</sup>.

### ○ 복잡한 관계의 시작: 요구 평가 및 공동 계획

만성 질환 및/또는 치료 의존이 된 사람에게 단일 참조 지점을 제공하는 것이 중요하다면, 둘 모두를 고려하는 요구 평가를 충족시키는 것이 적어도 동등하게 중요하다. 사회적 및 의학적 측면, 심리적, 정신적, 신체적 요인, 즉 학제 간 및 다차원 팀. 통합 치료를 제공하기 위해서는 서비스 기관이 사람을 담당하는 순간부터 그 사람의 일반적인 요구 사항을 평가하고 기존 자원과 일치시켜야 한다는 것이 논리적으로 보인다. 요구 사항이 의학적 요구 사항과 관련하여만 평가되는 경우 의학적 치료법(가정 간호, 의약품 등)만 처방될 가능성이 가장 높으며, 그 반대의 경우도 사회적 요구만 평가되는 경우 사회 관리 개입이 사용됨. 또한 요구 사항이 올바르게 평가되지 않으면 내담자 환자가 가장 비싸지만 효율성이 떨어지고 만족도가 떨어지는 서비스를 사용하는 경향이 있으며 근본적인 문제를 놓칠 수 있다.

많은 국가에서 서비스 제공자의 시민을 안내할 책임이 있는 학제 간 평가 팀 및 기관을 도입함.

이탈리아 의료 시스템내의 다차원적 ‘노인 평가 단위’가 한 가지 예이지만 실제로는 노인이 주거 환경에서 장소를 신청하고 다른 건강 또는 사회 복지 전문가의 추천을 통해 신청할 때만 활동을 시작하는 경우가 많음<sup>27</sup>. 네덜란드에서 지역 평가 위원회(RIO)는 통합 치료 전략의 가장 중요한 출발점이다<sup>6</sup>. 학제 간 구성원이 해당 개인에게 어떤 종류

의 치료, 시설 또는 지원을 받을 수 있는지 결정함. 유사한 기능이 영국의 단일 평가 프로세스에 제공되며, 예를 들어 프랑스는 ‘커뮤니티 평가 및 재활 팀(CART)’<sup>23</sup> 및 ‘Centres Locaux d'Information et de Co-ordination’이라는 명명으로 개선된 버전이 있음.(CLIC)’. 대부분의 다른 국가에서 장기 요양 필요에 관한 평가 프로세스는 여전히 매우 파편화되어 있으며 진정으로 의료 전문 지식을 기반으로 함<sup>25</sup>. 예를 들어, 오스트리아와 독일에서는 특수 훈련을 받은 의사가 장기요양 보험 급여(독일) 또는 오스트리아 장기요양수당에 대한 수급권을 확인하기 위해 필요에 대한 평가를 수행하고 있음. 따라서 가족 돌봄에 대한 지원으로 서비스를 선택하는 자격이 있는 사람은 서비스 요구 및 개별 계획에 관한 추가 "중복" 평가를 받아야 하는 경우가 많음. 통합 접근 방식, 즉 '단일 평가 프로세스'는 이러한 종류의 '병렬 조치'를 줄이는 데 도움이 될 수 있음.

#### ○ 사용자 선택: 개인 예산 및 장기 요양 수당

(의료) 전문가에 의한 필요 평가는 적어도 간병 의존자에 대한 현금 혜택만큼 다양하게 논의되는 주제임. 그러나 전자는 항상 통합 케어에 대한 논쟁의 근본적인 부분이었지만 ‘소비자 주도 케어는 통합 케어의 반대인 것으로 보임’<sup>63</sup>. 보살핌이 필요한 사람에게 돈을 주는 것은 실제로 지난 15년 동안 퍼진 현상임<sup>35,64</sup>. 그것은 자립 생활에 대한 청구에 뿌리를 두고 있음. 이 운동은 주로 근로 연령의 장애인으로 구성되어 있지만 많은 국가에서 존재하는 장애인을 위한 전통적인 현금 수당 제도(상해 수당)에 있다.

또한 현금 혜택은 간병인에게 특정 수당을 지급하는 일부 제도를 통해 비공식 및 가족 간병인을 지원하기 위한 것임. 그리고 물론 현금 혜택은 정책 입안자들이 예산을 통제할 수 있는 매력적인 수단임.

실제로, 우리는 재정 수준에서 그리고 평가된 필요, 사용되는 서비스 또는 기관의 종류에 따라 월 8,150에서 최대 81,700까지의 일시금 사이



에서 다양한 수혜 자격과 관련하여 매우 다른 접근 방식을 관찰할 수 있다. 독일에서는 자격이 있는 사람이 현금 수당, 현물 서비스 또는 이들의 혼합 중에서 선택할 수 있다. 대부분의 사용자는 현금 수당을 선택하고 있다. 오스트리아에서는 수당을 사용하여 서비스를 구매할지 또는 비공식 또는 가족 간병인을 '지불'할 지 여부를 결정하는 것은 전적으로 수혜자에게 달려 있다. 프랑스에서 APA는 (비공식) 간병인에 대한 비용을 지불하거나 주거 요양을 공동 용자하는 데 수당을 사용해야 하므로 바우처 시스템에 가까움. 또한 다양한 형태의 네덜란드 '개별 예산'은 어느 정도 관리를 위해 할당되어 있음. 이 개별 예산의 작은 부분만 수혜자의 재량에 따라 사용될 수 있지만 주요 부분은 서비스를 구매하는 데 사용해야 함. 일반적으로 보험 기관의 지원을 받음. 그러나 이러한 형태의 수당은 사용자의 선택과 독립성을 높이기 위한 것임

노인 통합 돌봄의 관점에서 이러한 메커니즘은 분명히 돌봄이 필요한 사람(및 가족 간병인)이 일종의 사례 관리자가 되어 부담을 전가하는 상황으로 이어질 수 있음. 또 다른 결과는 수당이 정규 가계 소득의 일부로 끝나서 요양 관련 지출에 대한 특정 용도를 추적할 수 없어 공적 자금의 '오용' 혐의를 발생시킬 수 있음. 시장 노동". 동시에 현금 수당은 '고령자'와 같은 동질적인 대상 그룹에 대한 지향보다는 수요 지향과 더 큰 차별화를 향한 보다 일반적인 접근 방식을 향한 첫 번째 단계가 될 수 있음. 소비자 지향 서비스를 최대한 활용하려면 다음과 같은 여러 전제 조건이 충족되어야 함. '동료 컨설팅', 독립적인 상담, 초기 접촉 및 중개 센터(독일 참조) 또는 '옴팅커'(네덜란드 참조)를 통해 달성할 수 있음.

- 공급자 간의 충분한 경쟁은 또 다른 중요한 측면이며, 특히 충분한 서비스 차별화가 보장되어야 함
- 직원은 사용자에게 권한을 부여하는 방향으로 교육을 받아야 하며 서비스 제공자는 보다 사용자 중심의 서비스를 개발해야 함.

- 소비자 중심의 서비스는 가능한 한 대상 집단이 참여하도록 설계되어야 하며, 현금 수당은 통합 케어 제공의 다른 도구(케이스 및 케어 관리, 공동 예산, 공동 작업 등)와 결합되어야 함.

공동 작업: 문화적 격차 해소 의료, 사회 의료 및 사회 전문가로 구성된 혼합 그룹과 함께 일해 본 사람이라면 이러한 그룹 간의 문화적 분열에 대해 알고 있을 뿐만 아니라 구조적 및 계층적 구분이 훨씬 더 중요하다는 사실도 알고 있음.

다양한 전문가들이 서로 이야기하기 시작하면 갈등과 다양한 관점이 종종 해결될 수 있음. 그러나 계층 구조는 여전히 분열적이며 예를 들어 '자율성'의 정의 또는 공유 케어 개념과 같은 공통 이해의 발전을 방해할 수 있음. 특히 '치유'에 대한 의학적 지향은 종종 장기 요양에 의존하는 사람들의 요구와 충돌함. 또한, 예를 들어 병원의 진단 관련 그룹 자금 조달(DRG 자금 조달)이 제공하는 잘못된 인센티브는 의료 시스템과 사회 복지 시스템 사이의 소위 '문화적' 격차에 기여함. 더욱이, 간호 전문직이 점점 더 도전하고 있는 지위와 계층의 차이는 의료, 간호 및 사회 간호 전문직 간의 협력을 복잡하게 만든다<sup>28</sup>.

이와 관련하여 다루어야 할 특정 그룹은 장기 요양이 필요한 사람을 안내하고 지원하는 잠재적으로 결정적인 역할을 하는 의사(일반 개업의)이지만 장기 요양 보험과 관련하여도 이행을 삼가는 의사(일반 개업의)임. 시간 제약, 지식 부족 및 이 작업에 대한 수익으로 인해 내담자 및 기타 서비스 제공자 모두에 대한 내비게이터의 역할을 함.

덴마크의 노인 요양 시스템은 이러한 측면에 대한 몇 가지 잠재적인 솔루션을 제공한다. 첫째, 병원에서 치료를 마치고 요양원을 기다리는 환자들에 대해 지자체가 비용을 부담해야 한다. 둘째, 일부 지방 자치 단체는 병원과 협력 계약을 체결하여 환자가 집에서 건강이나 사회

관리가 필요한 경우 지역 사회 치료 서비스에 환자가 퇴원하기 최소 3일 전에 알려야 한다고 규정하고 있음.

셋째, '노인병 팀', '퇴원 전 혼합 회의',<sup>24</sup>시간 통합 커뮤니티 케어 및 공동 교육 경험은 평등한 공동 작업을 위한 첫 번째 단계를 제시한다. 그러나 GP와 관련하여 덴마크 모델에서는 특정 질병을 치료해야 하는 경우를 제외하고는 병원이나 시정촌과 공식적으로 협력하는 경우가 거의 없음.

공동 작업 및 상호 이해 개선에 관한 긍정적인 결과는 사회 및 의료 서비스를 한 가지 또는 다른 방식으로 결합하려는 거의 모든 모델 프로젝트에서도 보고된다. 다양한 이해 관계자가 한 테이블에 모여 있다는 사실만으로도 집중적인 아이디어 교환, 서로의 역량에 대한 신뢰, 다른 부문의 작업에 대한 새로운 이해를 만드는 데 도움이 된다. 프랑스에서 법적 정책은 '조정 메커니즘'을 지원하기 위한 인센티브의 오랜 역사를 가지고 있습니다. Frossard 등<sup>25</sup>은 불행히도 의사 소통을 개선하는 과정이 시간이 많이 걸리고 매우 참여하는 프로젝트 리더가 필요하다는 점을 강조한다. 한 프로젝트에서 의사와 사회 복지사가 함께 일하고 주어진 상황을 새롭게 보는 데 성공하는 데 약 2년이 걸린 사례가 있음. 관련된 다른 조직과 기관 간의 정보 흐름 및 조정 수준에서 공동 작업에 대한 또 다른 접근 방식은 여러 영역에 조정 진료 회의, 원탁 회의 및 작업 그룹이 설치된 독일에서 보고됨. 더 넓은 의미에서 이것들은 또한 치료 제공의 계획 및 구조화, 그리고 지역 또는 지방 수준의 질 차에 대한 합의와 관련이 있음<sup>28</sup>.

### ○ 기관 개방: 주택, 복지 및 돌봄의 통합

사회 및 보건 정책의 미래 경향은 대상 그룹과 각각의 솔루션에 대한 전통적인 강조가 점점 더 사회 및 의료 문제의 솔루션에 초점을 맞추게 될 것이라는 개념을 고려해야 하. 동일한 유형의 요구를 가진 다른 대상 그룹을 고려하는 건강 문제. 또한 가족 구성원의 이동이 증가함에 따

라 이웃과 지역 사회 내에서 새로운 유형의 지원 시스템이 필요하게 될 것임. 전통적인 요양원이나 노인요양원('전체 기관')은 대중에게 모든 종류의 서비스와 시설을 제공하는 능동적이고 개방적이며 혁신적인 이웃 센터가 되지 않는 한 이 시나리오에서 거의 살아남지 못할 것임. 특정 그룹, 예를 들면 치매 또는 기타 인지 장애를 앓고 있는 사람임 수요 지향적인 치료에 대한 네덜란드 정부의 접근 방식은 서식지, 기반 시설 및 기존 시설의 개선에 명시적인 관심을 기울이는 지역인 '케어 친화적 지역'의 개념을 홍보함으로써 이러한 도전에 직면한다. 일반적으로 이 접근 방식은 의료 모델 내에서 종종 무시되는 주택 관리 인터페이스와 관련이 있음. 실제로 재택 돌봄이 지원되어야 한다면 주택 정책과 주택 조직 모두가 통합 돌봄을 제공하기 위한 중요한 요소가 됨. 네덜란드 현실에서 각각의 정책은 흥미로운 파트너십으로 이어짐. 주택계획환경부와 보건복지체육부 간 각각의 "대피 주택 자극 조치"는 여러 이니셔티브를 촉발함. 예를 들어, 주택 회사는 관리 및 복지를 위한 지방 자치 단체 및 기관과 협력하여 기존 주거 및 요양원을 새로운 요양 센터로 현대화함. 그들은 또한 바람직하게는 민간 자금 제공자와 협력하여 새로운 보호 시설을 개발한 바 있음<sup>24</sup>.

또한 그리스의 'Open Care Centers for the Elder'(KAPI)는 통합 돌봄 제공의 일환으로 사회적 연대를 재구축하기 위해 이웃과 그 사회적 자본을 강조하고 있음. KAPI는 노인의 고립을 방지하는 것을 목표로 함. 그들은 노인들이 사회의 활동적인 구성원으로 남을 수 있는 능력을 높이는 데 기여해야 한다. 중재 센터로서 KAPI는 노인을 사회 환경과 연결하여 예방, 건강 증진 및 사회 통합을 위한 통합 센터를 추진함<sup>30</sup>.

## ○ 비공식(가족) 돌봄 지원

통합 돌봄 네트워크를 구축하는 데 있어 가족 및 비공식 돌봄 제공자의 역할은 성공에 매우 중요하다.

이는 전문화된 서비스를 통해 모든 장기 요양 요구를 완전히 커버할 수 있는 의료 시스템이 없기 때문에 예방 및 실제 치료 과정에서도 마찬가지이다. 오랫동안 비공식적 돌봄이 서비스 제공자들에 의해 당연한 것으로 여겨졌지만, 현재 이러한 상황을 개선하기 위한 많은 이니셔티브가 존재한다. 이러한 메커니즘은 현금 혜택(영국, 이탈리아의 일부 지역) 및 연금 보조금(독일)에서 훈련 및 정보, 고용(북구 국가), 거의 모든 지역에서 볼 수 있는 탁아소 또는 단기 요양과 같은 임시 간호 서비스에 이르기까지 다양하다. 모든 국가에서 이러한 서비스의 가용성이 매우 열악한 경향이 있음.

만연한 '가족 윤리'로 인해 가족 돌봄이 가장 중요한 국가(특히 저중해 국가)에서는 시스템 제공에 가족 돌봄 제공자를 통합하려는 사소한 노력만 12배나 관찰되고 있다는 점에 주목하는 것이 중요하다. 예를 들어 사회적 포용, 보조성 및 연대와 같은 EU에서 장려하는 개념은 이러한 상황을 개선하는 데 도움이 될 것임

비공식 돌봄의 통합은 통합 돌봄 전달의 중요한 영역으로 남아 있는데, 그 이유는 부분적으로 가족 간병인이 종종 자신을 간병인으로 정의하지 않는다는 사실과 많은 경우 전문가가 돌봄이 필요한 사람의 가족을 자원이 아닌 상대. 따라서 개선은 두 수준 모두에서 달성하기 어려움. 한편으로는 비공식 또는 가족 간병인이 배우자나 연로한 부모가 받는 다양한 서비스(정보, 특정 교육)를 통합하도록 지원함. 다른 한편으로, 통합 서비스 시스템의 일부인 경우에도, 특히 공식 케어 시스템에 이들을 포함시킴. 종종 EU 외부에서 온 이민자인 비가족 비공식 간병인의 수가 증가하고 관련 문제인 '암시장 고용', '불법 이민' 및 그에 따른 열악한 돌봄 지속성 문제가 발생한다. 공식 보건 및 사회복지 시스템과의 통합 및 협력 전략을 개발하는 것이 더 시급함<sup>27,67</sup>.

## ○ 상호 합의된 결과를 생성하기 위한 도구로서의 품질 관리

산업 품질 인증 시스템(ISO 9000, EFQM, Total Quality Management, Business Re-engineering)의 상당한 성공은 1990년대에 개인 사회 서비스 제공에 상당한 영향을 미쳤다. 지속적인 시장 및 관리 지향으로 인해 특히 공공 서비스 및 사회 서비스는 비즈니스 기반 개념에서 나오는 ‘전문적 접근’에 탑승해야만 전문적이고 사회적인 이미지를 따라잡을 수 있는 것처럼 보였음<sup>66,67</sup>. 이것은 예를 들어 증가하는 사용자 지향, 목표 및 결과에 대한 보다 명확한 초점, 팀 및 작업 그룹의 더 많은 자율성을 위한 재조직 프로세스와 같이 변화하는 ‘케어 문화’에 많은 긍정적인 영향을 미쳤음. 위계적 의사 결정과 관료적 계획 및 통제에 반대함.

실제로 품질 관리는 또한 예를 들어 서로 다른 제공자 또는 기관의 구조, 프로세스 및 결과에 관한 지표 및 표준이 일반적으로 합의된 절차에 정의되어 있고 사회 및 의료 서비스의 특수성이 이 행사에서 충당부채가 인식됨.

이러한 접근 방식의 예는 하향식 전략과 상향식 모델의 관점에서 핀란드에서 찾을 수 있음. 핀란드 사회 보건부는 2000년부터 ‘노인을 위한 고품질 케어 및 서비스를 위한 국가 프레임워크’를 제공하고 지방 자치 단체가 참여하여 품질 개선을 위한 권장 사항을 제공하여 품질 문제를 해결한바 있음. 단일 지방 자치 단체 및 프로젝트는 지속적인 구조 조정 및 개혁 프로세스에서 품질 관리 방법을 사용함<sup>29</sup>.

또한 영국의 노인을 위한 국가 서비스 프레임워크는 통합 범위를 포함하여 노인을 위한 광범위한 건강, 사회 복지 및 기타 서비스에 대한 품질 벤치마크를 만드는 것임<sup>47</sup>.

일반적으로 품질 관리 및 인증 프로세스는 주로 단일 조직(오스트리아, 독일, 이탈리아 및 영국의 비영리 민간 제공업체의 ISO 인증)에 의해 도입되었으며 품질 보증을 통한 통합을 위한 전략적 개발 프로세스는 독일에서 건강 부문 및 장기요양보험 도입과 관련하여 품질 관리 도구가 확대 적용되고 있음<sup>23</sup>. 동시에 이탈리아에 보다 혼합된 복지 경제

가 도입되면서 일반적으로 품질 관리 접근 방식에 기반을 둔 사회 서비스에 대한 지역 인증 시스템의 개발이 촉발됨<sup>27</sup>.

○ EU 회원국에서 통합 의료를 달성하기 위해 따라야 하는 국가 전략

평가는 PROCARE 국가 보고서를 기반으로 한다<sup>19</sup>. 그러나 개요는 복지 국가 체제의 일반적인 분할에 종종 반대되는 차이점과 유사점을 설명하는 데 도움이 된다. 예를 들어 이탈리아와 같은 ‘후발’국가에서 품질 관리 및 인증 시스템이 독일이나 영국처럼 분명히 의제에 있다는 사실은 적어도 그리스나 덴마크는 예방에 대한 명시적인 접근 방식이 개발된 유일한 국가를 의미한다.

즉, 국가 전통 및 지역 조건에 따라 통합 치료를 달성하기 위한 출발점으로 ‘도구’ 또는 방법의 다양한 조합이 사용될 수 있음을 보여주기 위한 것임.

그럼에도 불구하고 더 많은 통합 방법이 채택되고 있는 국가에서 통합 서비스 제공을 달성하려는 정치적 의지가 더 강할 가능성이 있음을 시사할 수 있음

## □ 사례 연구 2: 의료 및 사회서비스 통합에 대한 미국과 영국의 사례

장애인 및 만성 질환에 대한 급성 및 장기 치료의 통합은 효율성, 사용자 만족도 및 더 나은 결과를 위한 수단으로 미국과 영국에서 지원을 받았음<sup>71,72</sup>. 통합을 통해 서비스 및 혜택의 부적절한 조정, 비용 이동, 서비스 액세스에 대한 사용자의 좌절을 비롯한 교차 시스템 관리 문제를 해결할 수 있음. 그러나 '통합'이라는 용어는 개인에 대한 임상 치료의 긴밀한 조정에서 광범위한 서비스를 소유하거나 계약하는 관리 의료 조직(MCO; Managed Care Organisations)의 형성, 다양한 의료 및 사회 지원 서비스에 이르기까지 모든 것을 의미할 수 있기 때문에 광범위한 의미를 가짐. 실제로 논쟁의 일부는 임상 통합을 달성하기 위해 재정 및 조직 통합이 필요한 정도에 관한 것임<sup>73,74</sup>. 통합을 누가 담당해야 하는지, 누구를 대상으로 해야 하는지, 어떤 지원 구조가 필요한지, 또는 통합을 무엇이라고 불러야 하는지에 대한 합의도 없음<sup>73,75</sup>. 이 사례는 그 구분을 보다 명확하게 하는 것임.

통합은 의료 시스템(급성, 1차 의료 및 숙련자)을 다른 사회 서비스 시스템(예: 장기 요양, 교육, 직업 및 주택 서비스)과 순서대로 연결하기 위한 검색으로 정의됨. 그 결과 임상, 만족도 및 효율성을 개선함. 통합의 혜택을 받을 수 있는 인구는 신체, 발달 또는 인지 장애가 있으며 종종 만성 질환이나 상태와 관련이 있음. 통합은 정책, 재무, 관리 및 임상 수준에서 발생할 수 있으며, 통합 수단에는 공동 계획, 교육, 의사 결정, 정보 시스템, 구매, 선별 및 의뢰, 치료 계획, 혜택 적용, 서비스 제공, 모니터링 및 피드백이 포함됨. 이러한 목표를 가지고 미국과 영국의 통합 노력을 검토할 것임

1. 어떤 접근법이 효과가 있었고 어떤 접근법이 효과가 없었는지 보여줌
2. 정책 입안자, 전문가 및 제공자를 위한 중요한 교훈을 종합
3. 미래를 위한 방향 제안

정책담당자는 효과가 있는 것을 배우고 과거의 실수를 반복하기보다는 단단한 경험을 바탕으로 구축해야함 교훈을 강조하기 위해 '통합의 법칙'으로 제안함. 그러나 먼저 미국과 영국의 건강 관리 시스템의 구조,



특히 급성 및 장기 자동차 통합을 위한 양국의 노력을 간략하게 검토함

### ○ 미국과 영국의 의료 시스템 및 통합

두 나라는 급성 및 장기 요양 시스템이 매우 다름. 반세기 전에 영국은 급성, 1차 의료 및 전문 치료를 위한 국가 기금의 보편적 보장 시스템인 National Health Service(NHS)를 만들었음. 이 시스템은 사용자에게 무료임. NHS는 지역 및 지역 보건 당국을 통해 일하는 보건부가 관리함. 병원 관리와 지역사회 간호는 각각 공공 소유 병원과 지역사회 "신탁"을 통해 제공됨. 일반 진료(GP) 의사는 전국적으로 설정된 조건에 따라 지역 보건 당국과 계약. 운영 예산, 자본, 임금 및 급여에 대한 중앙 권한은 영국이 미국에서 가능한 것보다 총 의료 지출에 대한 더 효과적인 통제를 허용. 작은 비중이지만, 성장하고 있는 민간 보험 및 공급자 부문은 NHS를 통해 얻기 어려울 수 있는 선택 수술과 같은 서비스를 전문으로 함. 반면 미국은 대부분의 생산 가능 인구와 가족은 고용주를 통해 보험에 가입되어 있으며 고용주는 보험 회사 및 MCO와 계약을 맺거나 제공자 네트워크에서 직접 진료를 구매. 장애인 근로자와 노인은 FFS(fee-for-service) 계획에 따라 개별 제공자로부터 치료를 구매하고 점점 더 다양한 MCO와 계약하는 국가 메디케어 프로그램의 적용을 받음. 가난한 사람들은 연방-주 Medicaid 프로그램을 통해 보장되며, 대부분의 주에서 독점적 관리 의료 계약 및 전달 모드로 빠르게 이동 4천만 명 이상의 사람들(인구의 약 6분의 1)이 건강 보험에 가입하지 않았으며 자신의 자원, 지역 빈곤층 돌봄 기금 또는 자선 돌봄에 의존해야 함. 대다수의 서비스 제공업체는 공공 소유가 아닌 개인 소유이며 모든 유형의 제공업체(병원, 요양원, 가정 의료 기관, 심지어 의사 진료)가 점점 더 비영리-개인 소유에서 영리-기업 체인 소유로 전환되고 있음. 두 국가 ' 장기 요양 및 기타 인적 서비스 시스템은 의료 시스템만큼 현저하게 다르지 않음. 두 국가의 주 및 지방 시스템은 유연한 지침에 따라 부분적인 국가 기금을 받음. 장기 요양을 위한 수단 검사는 많은 서비스의 민간 제공과 마찬가지로 양국의 특징이기도 함.

(영국에서는 민간 제공과 수단 모두가 지난 10년 동안 증가).

의료 시스템은 다르지만 두 국가는 동일한 문제에 직면해 있음. 증가하는 장애인 수; 신체적, 정신적, 발달 장애가 있는 사람들을 위한 공립 병원 폐쇄; 급성 및 장기 치료 비용 증가; 치료를 지역사회로 전환시키는 급성기 치료 입원; 국가 및 지역 차원의 재정 압박. 또한 두 국가는 사유화, 위임, 케어 관리, 케어 시장 및 사용자-간병인 권리와 같은 때때로 상충되는 이데올로기를 통합하여 사회 복지 패러다임의 평행한 변화와 씨름해야 했음.(여기서 보살핌을 제공하는 가족 및 친구를 지칭하기 위해 영국 용어 "carer"를 미국 용어인 "caregiver" 대신 사용함.) 다음 두 섹션에서는 두 나라가 인구에 대한 돌봄을 통합하기 위해 새로운 패러다임을 실험한 방법을 검토함

### ○ 영국의 시스템 및 이니셔티브

영국의 보건 및 사회 서비스 시스템은 전통적으로 예를 들어 지역사회와 병원 의사 사이, NHS 의료 서비스와 지방 당국 사회 서비스 사이의 조직적 분리로 특징지어짐. 그러나 공동 자문 위원회와 지역사회 보건 위원회, 그리고 공동 commissioning과 같은 협력 운영 및 구매 메커니즘을 통해 이러한 분열을 연결하려는 오랜 노력도 있어왔음<sup>76,77,78,79</sup>. 이러한 노력은 여러 서비스를 사용하는 인구 하위 그룹의 요구를 더 잘 충족하기 위해 별도의 기관(예: 지역 보건 당국, 병원 trusts, 지역 사회 trusts 및 지방 당국)을 통합함.

지난 10년 동안 영국에서는 주요 보건 및 사회 서비스 개혁이 있었음. 1980년대 후반과 1990년대 초반에 보수당 정부는 NHS에 내부 시장을 도입하고, 장기 요양 서비스 제공을 민영화하고, 지방 당국이 제공하는 장기 요양 서비스에 대한 자산 테스트를 강화함. 전문적인 리더십은 두 부문 모두에서 관리주의에 찬성하여 덜 강조됨.

영국에서 본격적인 MCO가 설립될 가능성은 낮지만 수요 관리, 의료 관리 및 의료 제공에 대한 아이디어가 인기가 있었으며<sup>80</sup>, 통합과 관련하여 몇 가지 주요 개혁이 시작됨.

- Community Care Act(1990): 장기 요양 보호 관리를 강화하고 학습 장애가 있는 사람과 같은 특정 인구 하위 그룹을 위한 서비스 계획 및 구매에 협력하도록 보건 당국과 지방 당국에 지시<sup>71,81</sup>
- GP 자금보유(1990): 민간 GP가 자체 서비스 이상의 자금을 조달하고 계약할 수 있도록 허용. 일반의가 지방 당국에서 장기 요양을 구매할 수는 없지만 가정 건강 및 영양원 요양을 구입가능(National Health Service Management Executive 1993; Weiner and Ferriss 1990).
- TPP(Total Purchasing Pilots)(1995): 53개의 시범 프로젝트를 통해 일반의가 위탁한 의료 서비스의 범위를 확장. 확장된 서비스는 여전히 지역 보건 당국 예산으로 지불되지만 프로그램을 통해 GP는 장기 요양 인구를 위한 계획에 참여함<sup>82,83</sup>.

1997년 12월, 블레어 정부는 자금 보유와 내부 시장을 폐지하고 500개의 기본 그룹을 만드는 NHS 개혁을 위한 청사진을 발표. 각각에는 약 50명의 GP가 있고 100,000명의 환자에게 서비스를 제공할 것 (Department of Health 1997). 그룹은 더 많은 계획(예: 지역 건강 개선 계획)에 대한 책임이 있으며 이러한 증가된 책임 덕분에 결국 독립된 1차 진료 trusts이 될 수 있음. 개혁은 GP 기금 조성에서 계획된 시장 기반 개혁이 전통적 NHS에서 비옥한 토양을 찾지 못했다는 사실을 반영할 수 있음<sup>76,79</sup>. 새롭고 더 큰 그룹의 GP를 통한 계획 및 구매가 고유한 기회와 도전을 제시하는 방법을 아래에서 논의함

## ○ 미국 시스템 및 이니셔티브

대부분의 공공 시스템에 대한 영국의 공공 개편과 달리 미국 정책 입안자는 주로 민간 관리 의료 모델을 통해 통합을 달성해야 함. 세부 사항의 큰 차이에도 불구하고 세 가지 일반 모델이 개발됨. 급성 치료를 통합하는 모델; 장기 치료를 통합하는 것; 둘 다 통합하는 것  
급성 치료 계획에는 다음이 포함됨.

- Medicare HMO: 이 조직은 자발적으로 등록한 수혜자에 대해 인두 (capitation)를 받음. Medicare 수혜자의 약 10%가 가입<sup>84</sup>.
- Medicaid HMO: 최근까지 대부분의 주에서는 다른 수혜자가 HMO에 가입하기 위해 직면하는 의무에서 노인, 시각 장애인 및 장애인을 면제. 이것은 주 근로자와 Medicaid 수혜자 모두가 계약된 계획에 가입하도록 요구함으로써 제공자를 자극하는 일부(미네소타 및 테네시)를 포함한 많은 주에서 변화<sup>85</sup>.

장기 요양을 통합하기 위해 고안된 이니셔티브에는 다음이 포함됨.

- 게이트 키핑 시스템: 각 지역의 단일 기관(때로는 공립, 때로는 사립)이 장기 요양 기금의 모든 중요한 출처에 대한 액세스를 관리. 최소한 2개 주(Oregon 및 Massachusetts)에서는 치리회가 재정적 위험을 부담하도록 허용함<sup>86,87</sup>.
- 장기 요양 관리: Arizona Medicaid는 각 카운티(보통 카운티 자체)에서 1인 기준으로 장기 요양을 관리하기 위해 한 조직과 계약<sup>88</sup>.

세 번째 범주인 인두 기준으로 급성 및 장기 치료의 자금 조달 및 전달을 통합하는 계획은 전체 인구 및 '개별' 모델을 모두 포함. 전자는 허약한 사람과 그렇지 않은 사람 모두를 등록시킴. 후자는 장애인만 등록. 전체 인구 모델의 예는 다음과 같음.

- 사회적 HMO: 이 시범 MCO는 1985년에 시작되었으며 65세 이상의 Medicare 수혜자의 단면을 등록. 모든 등록자는 Medicare 혜택을 받는 반면 허약한 하위 그룹은 유한한 장기요약 보조 혜택을 받을 자격이 있음.<sup>90</sup>
- 미네소타 고령자 건강 옵션(MSHO;Minnesota Senior Health Options): 이중 적격 수혜자가 보장되는 모든 급성 및 장기 치료에 대해 경쟁 MCO 중에서 선택할 수 있도록 하는 Medicaid 시범 프로젝트(Minnesota Department of Human Services 1997).

Carve-out 모델의 예는 다음과 같은 시범 MCO를 포함

- On Lok/노인을 위한 포괄적인 케어 프로그램(PACE;Program for All-inclusive Care for the Elderly)은 요양원 입학 요건을 충족하고 메디케어와 메디케이드 모두를 받을 자격이 있는 65세 이상의 지역 사회 거주자를 등록. (이중 적격). 모든 등록자의 급성 및 장기 치료는 종합 데이 센터 팀에 의해 관리됨<sup>91,92,93</sup>.
- Wisconsin Partnership은 신체 장애가 있는 노인 또는 근로 연령 성인을 등록. 등록자의 모든 의사 서비스, 병원 치료 및 장기 치료는 MCO에 의해 조정됨<sup>94</sup>.

미국과 영국 시스템과 통합 이니셔티브에 대한 이 간략한 요약은 시스템의 공통 목표와 상당한 대조를 보여줌.

영국은 대규모 HMO가 직면한 것과 유사한 관리, 정보 및 계약 문제에 직면하게 됨. 미국이 관리 의료 시스템 내에서 그리고 관리 의료 시스템 간의 보다 구조화된 통합을 향해 나아가면서<sup>74</sup>, 공공 관리 시스템에서 동일한 문제를 해결해 온 영국 의료 및 장기 요양 인력의 경험을 고려해야함.

## ○ 통합의 법칙

1. 일부 사람들을 위한 모든 서비스를 통합할 수 있고 모든 사람들을 위한 일부 서비스를 통합할 수 있지만 모든 사람들을 위한 모든 서비스를 통합할 수는 없음

사람들을 속이는 것에 대한 에이브러햄 링컨의 통찰력에 대한 이 구절은 통합을 위한 좁은 노력과 광범위한 노력에 대한 선택을 다루고 있음. 현재까지 첫 번째 부분이 가장 많은 관심을 받았으며 시스템 전반에 걸쳐 권한을 부여받은 학제 간 팀의 이상으로 요약됨(예: 긴급 및 장기 치료를 제공하고 OnLok/PACE 에서 주택 서비스를 제공할 수 있는 권한이 부여됨). 이 전략은 많은 관심을 받았지만(통합이 필요한 사람은 누구입니까?) 다른 사람의 관심을 다른 곳으로 돌리는 한 가지 질문을 제기했습니다(다른 모든 사람을 위해 무엇을 해야 합니까?). 통합에 대한 포괄적인 접근 방식은 모든 장애인의 다양한 요구에 대응할 수 있도록 전체 시스템을 형성할 것임. 누가 어떤 수준의 통합을 필요로 하는지는 실증적인 데이터로는 대답할 수 없지만, 그 해답을 형성할 수 있는 몇 가지 필요 차원과 서비스 시스템의 운영 영역은 제안할 수 있음.

첫째, 필요 차원에는 환자 상태의 안정성과 심각성, 기간(단기, 중기, 장기, 임종), 중재의 긴급성(오늘, 다음 주, 다음 달에 필요합니까?), 범위(수 및 서비스 및 혜택 시스템의 복잡성), 사용자 또는 간병인의 자기 주도 능력. 극단적으로 제한된 자기 지시 능력과 급성 및 관련 시스템의 긴급 개입이 필요한 장기간의 심각하고 불안정한 상태를 특징으로 하는 하위 그룹이 더 많은 통합의 혜택을 받을 수 있다는 것이 논리적으로 보임.

둘째, 서비스 시스템에서 통합이 구조화될 수 있는 운영 영역이 있음. 이러한 사람들의 요구에 부응하는 임상 실습; 설정 간 전환 관리; 정보 수집 및 교환; 사례 관리; 여러 지불 출처의 자금 관리; 혜택의 조정임.

‘연계’를 통해 경증에서 중등도 또는 새로운 장애가 있는 개인이 특별한 관계를 위해 외부 시스템에 의존할 필요 없이 전체 인구에 서비스를 제공하는 시스템에서 적절하게 보살핌을 받을 수 있음.

연계는 긴급한 필요를 식별하기 위한 인구 선별로 시작됨.

이것은 인구 조사<sup>95</sup>, 임상 및 행정 데이터 분석, 임상 실습 과정을 통해 수행.

임상의는 예를 들어 다운 증후군 환자의 감각 장애를 확인하는 것과 같이 다양한 범주의 장애인의 기본적인 특수 요구 사항을 이해하도록 학습<sup>96</sup>. 비의료 시스템의 직원도 예를 들어 고객이 약을 복용하지 않을 때를 알아차리고 해당 정보를 의료 직원에게 연락하여 연결을 지원. 더 심각한 상태가 확인되면 전문가는 다른 시스템에서 사람들을 보내는 적절한 위치와 그들이 거기에 도달하도록 하는 방법을 알고 있음. 그들은 요청을 받았을 때 치료에 대한 더 많은 정보를 제공하거나 그들에게 영향을 미치는 주제에 대해 더 많이 알아야 하는 환자의 이익을 위해 문의할 준비가 되어 있음. 연계 시스템에서 양측의 제공자는 각 서비스 유형에 대한 지불 책임이 있는 사람과 혜택을 받을 자격이 있는 사람을 이해하고 비용과 책임을 전가하려고 하기보다는 보장 및 지불 규칙을 따름.

현재 시스템에서는 체계적인 연결이 거의 완전히 구현되지 않았기 때문에 이를 추구하면 시스템 성능을 향상시킬 수 있음<sup>97</sup>.

두 번째 수준인 ‘조정’에서는 급성 및 기타 시스템 전반에 걸쳐 혜택과 치료를 조정하기 위해 명시적 구조와 개별 관리자가 지정됨. 조정은 연결보다 더 구조화된 통합 형태이지만 여전히 현재 시스템의 개별 구조를 통해 주로 작동. 조정은 단기 또는 장기 기준으로 두 가지 치료 시스템에서 동시에 또는 순차적으로 혜택을 받는 사람에 중점을 둠. 주요 업무는 혜택을 조정하는 것(건강 보장이 끝나는 곳과 장기 치료가 시작되는 곳은 어디입니까?). 서비스 사용 조정; 계획된 방식으로 임상 정보를 공유. 설정 간의 전환 관리; 진료를 조정하는 일차적 책임을 할당. 이러한 영역에서 정책을 개발하고 구현함으로써 연결을 넘어선 것. Social HMO 사이트는 일반적으로 통합의 연결 및

조정 수준에서 운영되었음. 예를 들어, 허약한 회원이 입원하면 케어 관리 부서에 입원을 통보하여 홈 케어가 종료. 퇴원 계획자는 사례 관리를 위해 현재 또는 잠재 고객을 식별하고 장기 요양 서비스에 대한 자격 기준을 알도록 교육을 받아옴. 퇴원 후, 책임을 분담하고 장기 요양으로 전환하기 위해 숙련된 가정 건강과 장기 가정 간호 사이에 의사 소통이 설정<sup>95</sup>.

요약하면 조정은 시스템 간의 마찰, 혼란 또는 불연속성 지점을 식별하고 문제를 해결하기 위한 구조와 프로세스를 설정함<sup>71</sup>.

세 번째 수준인 ‘완전한 통합’은 여러 시스템의 리소스가 풀링되는 새 프로그램 또는 장치를 만듦. 예를 들면 PACE 데이 센터의 학제간 팀과 이중 진단을 받은 환자<sup>98</sup> 및 기타 어려운 인구<sup>101</sup>의 탈시설화를 촉진하기 위해 구성된 공동 위임 팀이 있음. 기존 시스템의 서비스와 혜택을 더 잘 조정하는 대신 완전히 통합된 프로그램은 리소스를 제어하여 직접 제어하는 새로운 혜택과 서비스를 정의함.

연결, 조정 및 완전한 통합을 통해 제공될 수 있는 요구 유형은 연결이 새로운 요구를 식별하고 불안정화될 가능성이 없어 긴급한 주의가 필요한 경증 또는 중등도의 손상과 안정적인 의학적 및 기능적 상태를 모두 가진 많은 장애인을 위한 서비스 통합을 시작하는 가장 적절한 방법이라고 가정.

연계 후보자는 의료 및 장기 요양 또는 기타 환경에서 서비스를 받을 수 있지만 지속적인 의사 소통이나 조정이 거의 필요하지 않으며 이러한 환자 자신 또는 가족이 기꺼이 관리할 수 있음. 조정은 단기 또는 장기 특별 서비스를 받고 일반적으로(항상 그런 것은 아니지만) 치료를 받는 중등도에서 중증 상태의 광범위한 사람들에게 적합할 수 있음. 연계와의 결정적인 차이점은 긴급하거나 복잡한 상황이 발생했을 때, 특히 사용자나 가족의 자기 주도 능력이 제한되어 있을 때 변경 사항을 식별하고 조정을 보장하기 위한 시스템과 개인 관계가 있다는 것. 완전한 통합은 아마도 각 장애인 그룹의 소수에게만 적절할 것임. 완전한 통합을 위해서는 특수한 유형의 개입, 이에 대한 신속한



액세스, 지식이 풍부한 전문가 간의 긴밀한 협력 등이 필요할 수 있음. 그러한 프로그램에 속하는 사람을 정의하고, 필요한 서비스를 수집하고, 적절한 자원을 할당하는 것(작업을 수행하기에 충분하지만 다른 그룹을 짧게 변경하지는 않음)은 통합 정책 및 실행에서 가장 시급한 문제임.

통합 우선 순위를 보다 체계적으로 개발하기 위해 이용 패턴, 건강 상태 및 건강 관리, 장기 요양 및 기타 중요한 서비스 시스템의 품질에 대한 사용자 우려를 분석하여 다양한 하위 그룹의 요구를 식별할 수 있음. 인구에 따라 추가 혜택 시스템에는 장기 요양, 행동 건강, 교육, 주택 또는 직업 재활이 포함될 수 있음.

예를 들어, 학습(발달) 장애가 있는 사람은 주거<sup>102</sup>, 직업, 교육<sup>71</sup> 및 여가 서비스<sup>81,103</sup>에 대한 지원의 필요성과 같은 더 긴급한 문제가 있는 경우가 많음<sup>103</sup>. 각 주요 장애인 그룹에는 특정 긴급성(예: 발달 장애에 더하여 심각한 정신 질환, 말기 및 쇠약하게 하는 질병, 또는 학교에서 직장으로, 병원에서 집으로의 전환과 같은 특정 전환을 특징으로 하는 하나 이상의 하위 그룹이 포함될 수 있음). 건강 및 다양한 기타 서비스 시스템의 상대적 중요성은 수명 주기 동안 변화할 것으로 예상할 수 있음<sup>71</sup>.

## 2. 통합 비용

비용을 지불하기 전에 통합 비용을 말하는 것은 비용 상쇄 약속이 판매 포인트로 사용될 때 주의 신호를 나타냄. 두 번째 법칙은 통합으로 인한 절감은 희망이지만 성공을 달성하려면 비용을 피할 수 없다고 가정. 전자가 후자를 능가하여 순 절감액을 창출하는지 여부는 특정 상황에 따라 다르며 신중한 분석을 해야 함. 통합에는 직원 및 지원 시스템, 서비스 및 시작이라는 세 가지 유형의 비용이 있음.

직원 및 지원 시스템. 통합 범위에 따라 직원은 임상, 관리 및 정책 수준에서 참여해야 함. 각 수준에서 다른 시스템의 기능에 대해 배우

고, 함께 작업하는 방법(적합성 향상을 위한 변경 포함)을 결정하고, 의사 소통하는 데 시간이 걸림. 선행 비용, 지속적인 운영 비용, 평가 및 변경으로 인해 발생하는 미래 비용이 있음. 직원 시간 낭비에 대한 불만은 주요 영국 통합 노력에 대한 평가에서 일반적<sup>82,106</sup>. 미국에서 On Lok/PACE 직원은 대규모 현장 관리의 복잡성으로 인해 증가하는 것으로 보임<sup>92</sup>. 성공적인 통합을 위해서는 통합 평가 양식과 임상 및 관리 정보 시스템을 포함한 다양한 지원 시스템이 필요. 새로운 작업에서 직원을 교육하기 위한 예산을 늘리지 않으면 많은 통합 노력이 저해됨<sup>104,107</sup>.

직원 및 지원 비용의 규모는 일반적으로 다른 비용에 포함되기 때문에 추정하기 어려움. 의료 통합을 위한 노력은 몇 가지 지침을 제공. 1989-90년과 1993-94년 사이에 관리 비용이 NHS에서 12억 파운드에서 21억 파운드로 증가. Medicare HMO의 관리 비용은 일반적으로 수익의 10~15%<sup>74</sup>. 대규모 TPP 현장에는 전담 관리자가 있는 경향이 있지만 소규모 현장보다 1인당 관리 비용이 더 낮으며, 이는 소규모 진료의 의사를 위한 임상 작업에 관리 작업을 추가함을 시사함(제3법칙 참조)(Mays 1997b). 급성 및 장기 치료를 통합하는 데 수반되는 가장 두드러진 지속적인 관리 비용은 일반적으로 장기 치료 시연 및 주 프로그램에서 서비스를 받는 클라이언트당 월 \$100에서 \$150 사이인 치료 관리임<sup>92,108,109</sup>.

## 1) 서비스 비용

경험에 따르면 새로운 서비스 자금은 통합을 촉진하는 데 도움이 됨. 기존 서비스(이상적으로는 저비용 장기 요양)가 다른 서비스로 대체될 때 통합 이니셔티브가 "저축"을 통해 새로운 서비스에 자체 자금을 조달할 것이라는 약속이 종종 있기 때문에 이러한 자금은 지불자로부터 얻기가 특히 어려울 수 있음. 이 전술의 문제는 사람들이 다른 사람의 서비스를 대체하기 위해 "자신의" 서비스에 대한 통제권을 포기하는 경우가 드물다는 것임.. 영국에서는 일반적으로 자발적 협력에

의존하는 통합 시도가 보건 당국<sup>81,106</sup>, 사회 서비스<sup>83</sup>, 심지어 주택 및 교육 당국에서도 있었음. 문제는 운영 수준에서보다 정책에서 더 나뉠 수 있다는 것임. 예를 들어 한 TPP 현장에서 현장 직원이 다학제 노인병 팀의 구성원으로 참여하더라도 지방 당국의 정책 수준 직원은 회의 계획을 기피할수 있는데 이는 의료 시스템 비용을 부담해야 하기 때문임<sup>83</sup>. 이는 통합 실험의 성공 요소 중 하나가 해당 목적을 위해 지정된 새로운 서비스 자금의 할당임을 시사함. 그러한 기금에 대한 선례가 있음. Social HMO의 회원 보험료 기금과 허약한 수혜자를 위해 Medicare에서 받는 "추가" 돈<sup>107</sup>; 학습 장애가 있는 사람의 탈시설화를 지원하기 위해 지역사회 돌봄으로 제한된 자금<sup>98</sup>; PACE에 대한 관대한 Medicaid 한도 및 MSHO에 대한 Medicare 한도 양허<sup>92</sup>; 프로그램, 채널링 및 그 전신에 대한 메디케어 시범 자금<sup>99</sup>; 그리고 Kent 카운티의 지역사회 치료 실험을 위한 새로운 서비스 기금임<sup>82</sup>.

## 2) 시작 비용

성공적인 통합 프로젝트는 일반적으로 상당한 창업 보조금의 도움을 받았음. 미국에서는 여기에 1차 Social HMO가 포함됨<sup>90</sup>, PACE<sup>86</sup>, Wisconsin Partnership<sup>94</sup> 및 MSHO(Minnesota Department of Human Services 1997)<sup>100</sup>. 영국에서는 Caring for People<sup>71</sup> 및 TPP<sup>82</sup>를 구현하기 위한 특별 과도기 보조금이 포함됨. 보수당이 NHS에서 내부 시장을 창출할 목적으로 행정부에 추가한 것과는 대조적으로, GP의 기본 그룹을 구성하려는 새로운 노동당 계획에는 NHS 행정부에서 서비스로 10억 파운드를 이전하는 제안이 수반됨<sup>101</sup>. 이는 성공적인 통합에 좋지 않은 정책임.

통합이 보여주는 단계를 넘어서면서 복제를 위한 자금을 찾기가 더 어려워짐. 합법적으로 장기 투자로 간주될 수 있는 이러한 비용을 예상하지 못하는 것은<sup>82</sup>, 종종 현금에 묶여 있고 새로운 관리, 훈련 및

감독 모델을 인식하지 못할 수 있는 공공 계획의 전형적인 결점임<sup>104</sup>. 요약하면, 이러한 시작 및 계속 비용을 지불하지 않으면 조직 내부 또는 조직 간에 통합이 이루어지지 않을 수 있다는 것임. 직원은 계획에 참여하지 않을 수 있으며 원활한 지원 시스템이 개발되지 않으며 부적절한 교육은 운영에 지장을 줌. 강력한 정책이나 재정적 통제가 강요되지 않거나 새로운 서비스 자금 조달에 유인되지 않으면 하위 단위는 서비스 및 따라서 직업에 대한 통제를 계속 유지할 것임. 또한, 거래가 민간 공급자와 MCO에게 매력적이지 않은 경우 단순히 참여하지 않기로 선택할 수 있음

### 3. 하나의 통합은 다른 한편의 단편화

통합에 대한 주요 관심은 통합 서비스를 "필요로 하는" 특정 그룹과 밀접하게(아마 독점적으로) 관여하는 제공자, 관리자 및 연구원으로부터 나옴. 심각한 발달 장애가 있는 유아; 학교에서 직장으로 전환하는 신체 또는 발달 장애가 있는 십대; 통제와 자율성을 추구하는 신체 장애가 있는 성인. 통합자가 되려는 사람의 초점은 품질, 효율성, 액세스, 사용자 제어 등이 여러 전문가 및 혜택 시스템의 도움을 필요로 함. 그러나 전문가와 관리자에게 서비스를 통합하거나 단순히 협력하도록 요청하면 비용이 발생할 뿐만 아니라(제2법칙에서 설명함) 지식, 관점 및 관심을 확장해야 함. 내가 걱정할 필요가 있는 모든 것이 내 자신의 서비스라면 관리자, 제공자 또는 전문가로서의 내 일은 훨씬 간단함. 함께 일해야 하는 특별한 그룹과 절차가 많을수록 더 많이 배우고 수용해야 함. 내 서비스 품질을 향상시키거나 시스템 및 서비스 사용자에게 비용을 절감할 수 있는 통합의 잠재력을 높이 평가하더라도, 내 일이 파편화되고 있다는 느낌을 여전히 가질 수 있음.

직원은 계획에 참여하지 않을 수 있으며 원활한 지원 시스템이 개발되지 않으며 부적절한 교육은 운영에 지장을 줌. 강력한 정책이나 재정적 통제가 강요되지 않거나 새로운 서비스 자금 조달에 유인되지 않으면 하위 단위는 서비스 및 따라서 직업에 대한 통제를 계속 유지

할 것임. 또한, 거래가 민간 공급자와 MCO에게 매력적이지 않은 경우 단순히 참여하지 않기로 선택할 수 있음

1차 진료 의사의 상황이 가장 중요한 경우임. 그들은 까다롭고 복잡하며 독특한 작업을 가지고 있음. 그들은 높아진 생산성 요구를 경험하면서 이미 다양한 환자의 요구를 처리함. 환자의 작은 하위 그룹을 위한 특별한 정보나 조치를 추가하도록 요청하는 것은 단순히 그들의 진료 루틴에 대한 이미 상당한 압력을 증가시킴.

통합 노력의 평가자는 의사 참여 또는 이해의 수준과 품질에 실망하는 경우가 많음<sup>71,75,105</sup>. 평가자의 특성이 정확하거나 정확하지 않을 수 있지만, 통합에 GP가 참여하는 몇 가지 예를 자세히 살펴보면 소규모 관행에서 GP에게 더 많은 것을 기대하는 합리성에 대한 질문을 제기함. 16,000명의 환자에게 서비스를 제공하는 7명의 의사가 있는 하나의 총 구매 사이트는 총 구매 논의를 위한 의제에 지속적인 지역사회 치료를 추가함.

그러나 그들은 또한 비상 사고, 정신 건강, 출산 및 조기 퇴원 조항을 추가. 당연히 TPP에 대한 가장 빈번한 불만은 전문가의 시간에 대한 요구에 관한 것(1997년 5월). 마찬가지로, 보건부 지침의 이행을 평가했을 때, 한 가지 발견은 의사들이 지속적인 치료 정책을 의사가 아닌 보건 당국으로 분류하여 논의 범위를 제한함으로써 "상당 피로"의 경험에 반응한다는 것이 문제임<sup>106</sup>. 마지막으로 Social HMO 시연을 구현하는 과정에서 한 대형 HMO 사이트는 몇 년 전 새로운 Medicare HMO 시연을 위해 교육을 받은 수백 명의 의사를 교육하지 않기로 결정했다<sup>90</sup>. 대신 교육은 조정 지점으로 진료소 간호사에 초점을 맞추었음. 이 사이트는 나중에 평가자들에 의해 통합 1차 진료와 장기 요양 사례 관리가 없다는 비판을 받았음<sup>75</sup>.

50명의 GP로 구성된 기본 그룹을 만들기 위한 새로운 노동당 제안은 통합 문제를 처리하는 관리자를 지원하는 더 큰 기반을 의미하지만 관리자에게 책임을 위임하면 소규모의 여러 분야의 팀이 해결할 수 있었던 일상적인 운영 문제에서 계획자가 더 성공적으로 제거됨<sup>110</sup>.

요약하자면, 통합자가 되려는 사람들은 공급자에 대한 다른 요구 사항에 민감해야 하고 예상하기에 적절한 통합 수준을 신중하게 고려해야 함. 특수 요구 그룹을 식별하고 돌보는 방법과 적절한 추천을 하는 방법(통합의 기본 연계 수준)에 대한 정보를 제공하는 것조차 구현하고 흡수하는 데 시간과 노력이 필요. 조정에는 더 많은 사람들의 더 많은 관심, 훈련 및 협력이 필요. 완전한 통합은 통합 팀으로 이전되는 더 큰 시스템 섹션에 대한 요구를 줄이지만 팀이 수행하지 않는 기능에 대해서는 조정 및 연결(추천용)이 필요.

#### 4. 사각 말뚝과 둥근 구멍을 통합할 수 없음

통합이 하나의 개념인 것처럼 보이지만 통합 노력을 좌절시킨 급성 및 장기 치료 사이에는 근본적인 차이가 있음. 이 문제의 원인은 두 가지 유형의 혜택에 대한 다른 자격 기준에서 파생될 수 있음.

첫째, 미국과 영국 모두에서 의료 혜택(적어도 노인)에 대한 보편적인 국가 자격이며 미국에서도 65세 미만의 대부분의 사람들이 건강 보험에 가입되어 있음.

이와 대조적으로 장기요양급여는 개인이 주 또는 지방 당국 서비스 급여를 받을 자격이 있는 수준으로 자산을 "소비"하는 시점까지의 개인 부담금임. 둘째, 의료 서비스에 대한 접근은 의사가 결정하는 의학 적 필요에 기반하는 반면, 공공 자금 지원을 받는 장기 요양 혜택에 대한 접근은 일반적으로 간호사나 사회 복지사에 의해 결정되는 기능 적 상태를 기반으로 함. 의료와 다른 시스템 간에 병렬 충돌이 발생할 수 있음. 한 가지 예는 학습 장애가 있는 아동과 함께 일하는 유아 교육자의 발달 초점일 것임. 요약하면, 장기 요양 및 건강 기금 시스템은 유사하고 중복되는 요양원, 지역사회 및 재택 요양 서비스(통합으로 인한 잠재적 절감의 원천)에 비용을 지불하지만 그렇게 하는 조건은 다름. 이러한 각각의 차이점은 통합을 방해하는 표적 충돌, 관리 문제 및 문화적 충돌을 생성함

첫째, 기능적 접근 방식과 건강 상태 접근 방식의 차이점은 가정 보건(커뮤니티) 간호사와 가정 간호(가정 지원) 사례 관리자라는 두 세계에서 일선 지역사회 기반 직원 간의 빈번한 갈등으로 요약됨. 영국 프로그램에 대한 한 정부 평가인 Caring for People은 프로그램의 전문가들이 "통합 행동을 위한 공유 가설"이 부족하다는 것을 관찰함<sup>71</sup>. 사회 서비스 평가는 설명, 자격 기준, 협상, 사회적 지원 시스템 및 장기 목표로 특징 지어졌으며 건강 평가는 진단, 임상 판단, 전문가 조언, 개인 건강 및 단기 목표로 특징 지어짐. 사회 서비스 직원은 사례 관리를 "조직 변화를 주도하는" 방법으로 보는 경향이 있는 반면, 보건 당국 직원은 이를 "순수한 건강 제공에서 방해"로 보는 경향이 있음

둘째, 장기요양급여는 재정적 자격이 있는 사람에게만 부여됨. 이를 위해서는 하나의 서비스 세트에 대한 필요성에 따라 보편적인 액세스를 제공하는 동시에 다른 서비스 세트가 필요한 많은 사람들에게 대한 액세스를 거부하는 통합 시스템이 필요함. 이것은 전문가들 사이에 갈등과 좌절을 야기할 뿐만 아니라; 또한 재정 적격성을 추적할 때 혼란스럽고 시간이 많이 소요될 수 있음.. 영국에서는 NHS가 노인병동의 수를 줄이고 환자를 지방당국에 넘겼을 때 이러한 문제가 발생하였음<sup>111</sup>. 대부분의 미국 통합 시연은 (PACE, MSHO 및 Wisconsin Partnership에서와 같이) Medicaid 자격만을 위한 시스템을 설계함으로써 이 문제를 "해결"했지만, 이러한 분리된 시스템조차도 많은 장기 간에 걸친 비용 분담을 수집하고 기록하는 데 문제가 있음. '지출'하는 텀케어 사용자: 즉, 감당할 수 있는 것보다 더 많은 건강 및 장기 요양 서비스를 사용하기 때문에 재정적으로 Medicaid에 자격이 있는 사용자임. 시스템이 서로 다른 Medicare 및 Medicaid 규정, 특히 Medicare 수혜자에게 제공자 중에서 선택의 자유를 제공해야 하는 요구 사항에 직면할 때도 어려움이 발생함.

셋째, 특히 가정 기반 및 지역사회 기반(HCB; home-based and community-based) 서비스에 대한 장기 요양 혜택은 미국과 영국 모

두에서 만성적으로 자금이 부족함. 이것은 대기자 명단, 개인 지출 한도, 지리적 차이, Medicaid 및 지방 당국 HCB 치료에 대한 서비스 제외에 반영됨<sup>112,113,114,74</sup>. 이러한 자금 부족이 통합 프로그램으로 넘어가면 표준 의료 관행에 위배되고 배급에 대한 공공 정책과 일치하거나 일치하지 않을 수 있는 자체 배급 시스템을 채택해야 함. 또한 대부분의 지역 장기 요양 시스템에는 주요 자금 흐름 외부에 추가 HCB 서비스가 있음(예: 미국 노인법, 사회 서비스 차단 보조금, 자발적 및 자조 서비스, 물론 비공식 요양). 시스템 구성원이 특별하지는 않지만 공정하게 액세스할 수 있도록 통합 시스템 서비스로 이러한 서비스를 대체할 수 있는 기반을 마련해야 함.

표면적으로 통합된 Social HMO 및 PACE 모델은 제4법칙을 믿는 것처럼 보입니다. 자세히 살펴보면 그렇지 않습니다. 첫 번째이자 보다 직접적인 요인은 Social HMO의 통합에서 가장 큰 성과는 90~95%의 구성원이 개인 급여를 받는 것이었음. 자금 조달은 유한하고 보편적이며 민간 자금으로 지원되는 장기 요양 혜택을 HMO에 추가함으로써 통합됨. 대조적으로, Medicaid 자격의 등록, 개인 지불 회원이 자산을 지출하여 자격이 되면 Medicaid로 전환, Medicaid 장기 요양 혜택에 대한 접근을 위한 Social HMO 준비는 모든 사이트에서 번거로웠음<sup>115,90</sup>.

PACE 프로그램은 Medicaid와 Medicare 자금을 완전히 통합하고 데이케어 환경에서 운영되는 학제간 팀에서 관리 및 임상 결정을 통합하며 병원 및 요양원 이용률(및 아마도 이환율 및 사망률)을 줄이는 성과는 인상적임<sup>116,117</sup>. 그러나 PACE에는 열악한 원형 정사각형 적합으로 인한 낭비적인 지원 및 제외가 있음<sup>92,93</sup>. 첫째, Social HMO와 달리 PACE 회원의 기능적 지위가 향상될 때 지급률이 하향 조정되지 않음(요율은 1997년 균형예산법 조항에 따라 조정되어 PACE 영구 지위를 부여) 둘째, PACE 등록자가 신청 시 커뮤니티에 거주하더라도 Medicaid 지불율은 HCB 지출이 아닌 Medicaid의 평균 기관 지출을 기반으로 함. (HCB 서비스의 자금 부족 반영). 이러한 기능으로 인해 등록자가 일반 시스템에 머물렀을 경우보다 높은 지불액이 발생한다



면 PACE에 가입하지 않은 수혜자로부터 부족한 자원을 빼앗아 가고 있음을 의미함. 마지막 단점은 메디케이드가 아닌 회원이 메디케이드 요금(월 \$2,000~\$4,000 이상)을 지불할 수 있다는 것임. 저소득 노인은 Medicaid 자격 수준까지 지출할 수 있지만 이를 위해서는 거의 모든 자산과 소득을 포기해야 함. 몇몇 주에서는 선불 기준으로 급성 및 장기 치료를 제공하기 위해 메가 MCO와 계약을 모색함으로써 Social HMO 및 PACE보다 통합 범위를 훨씬 더 확장하고 있음. Ronald Reagan의 Strategic Defence Initiative 미사일 요격 시스템과 마찬가지로 이러한 통합 시스템은 페이퍼상 작동할 수 있지만 실제로는 오작동 가능성이 많음. 자발적인 등록 및 인두 자금 조달은 낮은 등록, 편향된 선택 및 부정확한 지불의 가능성을 높임. 전체 위험은 위험을 증가시켜 제공자가 참여 시기, 등록 대상 대상 및 경험이 나빠지면 그 만들 시기를 선택할 때 최종선이 주요 요인이 될 가능성을 높임. 예를 들어, 미네소타 SHO의 첫 6개월 동안 가장 큰 HMO는 참여하지 않았고 그 다음으로 큰 HMO는 지불 비율이 요양원 환자만 등록하는 전략을 선호하는지 확인하기 위해 기다리고 있었음.

미국 민간 이니셔티브와 달리 영국은 이러한 문제에 대해 주로 행정 및 공동 계획 접근 방식을 취하여 TPP 사이트를 홍보하고 공동 계획, 구매 및 치료 관리를 통해 급성 및 장기 치료 간의 격차를 해소하기 위한 공동 위탁 노력을 장려했음. 이러한 이니셔티브가 단순한 회피를 극복한 곳에서 의료 및 사회 서비스 직원 간의 문화 충돌에 대한 보고가 있었음<sup>83,106,118</sup>. 문제에 대한 운영 및 사례별 솔루션은 보다 근본적인 문제에 대해 충돌이 발생하는 정책 자금 조달 수준에서 해결하는 것보다 찾기가 더 쉬웠음. 통합은 또한 공동 commissioning의 오랜 전통이 있는 인구와 더 잘 작동했음. 학습 장애가 있는 사람이 한 가지 예가 될 것임<sup>71</sup>.

요약하면, ‘성공적인’미국 통합 모델은 세 가지 방식으로 완전한 통합에 대해 타협함. 1. 민간 또는 복지 인구에 초점 2. 관리 및 임상 치료를 통합하기보다는 조정 3. 저축보다(또는 추가로) 돈을 추가하는 것.

통합 프로그램을 만들기 위해 강력한 재정 및 등록 인센티브를 거부하는 영국 통합 모델은 더 약하지만 아마도 더 실용적일 수 있음. GP 기금 보유자와 공동 commissioning 이니셔티브가 정책 수준에서 거의 변경되지 않은 것처럼 보이지만 시스템 운영을 연결하고 조정하여 매일 직원과 사용자 모두에게 더 잘 작동하도록 하는 부가가치는 인식되어야 함.

사회 보험과 자산 테스트, 국가 및 지역 자금 지원 사이의 장벽을 허물기 전까지는 아마도 그 이상을 기대할 수 없을 것임.

## 5. 통합하는 사람

다섯 번째 법칙에 대한 첫 번째 질문은 다음과 같이 읽히지 않는 이유임. ‘돈을 지불하는 사람이 곡을 부른다.’ 대답은 지금까지의 통합이 대체로 지불자-공공적 이니셔티브가 아니라 제공자-전문적 이니셔티브였다는 것. 혁신을 촉진하고자 하는 바람, 정책에 대한 합의의 부족, 시행을 지시하고 모니터링하기 위한 불충분한 자원을 포함할 수 있는 여러 가지 이유로 지불자는 일반적으로 곡조 선택을 파이프에게 맡겼음. 몇 가지 질문이 남아 있음. 어떤 곡이 불렸는지, 누가 요청했는지, 누가 빠졌는지, 지불인의 특성이 통합 프로그램의 성격에 어떤 영향을 미쳤나? 통합에 대한 미국의 주요 시위(예: Social HMO, PACE, MSHO, Wisconsin Partnership)의 개시자는 의사가 아니라 장기 요양 제공자, 연구원 및 관료였음<sup>91,90,94</sup>

이러한 조직의 우선 순위는 사회 및 장기 요양 혜택이며 의료 시스템을 사회 돌봄 지향으로 가져오려고 하였음. 비의사는 개발에 참여하는 것 외에도 일부 모델에서 일상적인 통합을 주도함.

1차 사회 HMO에서 통합은 사회 복지사와 간호사가 혼합된 직원으로 구성된 케어 관리 부서가 주도했으며 노인 지향적인 의료 책임자의 지원을 받았음. 1차 Social HMO 사이트에서 장기 치료를 받는 1차 진료 의사의 참여는 주로 반응적이었음<sup>119</sup>. PACE 의사는 팀 리더십의 일부이지만 PACE는 다학제 팀에서 일하기를 원하는 의사를 찾는데

어려움을 겪었음<sup>92,93</sup>. 정부는 노인 케어를 강조하는 2세대 Social HMO를 위한 디자인을 선택. 노인과 의사가 개발을 담당했으며 제5법칙의 원칙에 따라 노인 의료 프로토콜에 따라 노인 의료 팀에 혜택 우선 순위가 주어짐<sup>120</sup>.

영국의 TPP 이니셔티브는 통합을 위한 지역사회 의사의 우선순위를 조명함. 대부분의 현장을 담당한 의사들은 전체 구매를 위해 한두 가지 영역에만 집중했고(1997년 5월), 의사들은 주택, 타겟팅 정책 또는 의료-사회적 케어 문화와 같은 더 넓은 영역에 관심을 보이지 않았음<sup>83</sup>. TPP는 위협에 처한 어린이, 신체 장애가 있는 성인 또는 학습 장애가 있는 환자를 우선시하지 않음<sup>82</sup>.

영국에서 공동 커미셔닝은 GP 자금 보유보다 통합에 대한 더 성공적인 접근 방식인 것으로 보임. 아마도 내부 시장을 관리하는 데 의사의 리더십보다는 전문적인 협력에 의존하기 때문일 것임. Donald Light<sup>76</sup>는 1990년대 초 NHS 내부 시장이 형성되었을 때 협력적 계획이 곧 경쟁보다 승리했다고 주장. 개혁의 첫 2년 이내에 영국인은 구매 당국이 기존 서비스를 "기성품"으로 구매하는 것 이상의 일을 해야 한다는 개념을 내포하기 위해 "커미셔닝"이라는 용어를 사용하기 시작. 그보다는 전문 분야 및 조직 전반에 걸쳐 새롭고 보다 비용 효율적인 서비스 구성을 찾고 예방, 건강 교육, 만성 문제의 자가 관리 및 지역 환경에 근원이 있는 질병 감소로 상류로 이동해야 함.

공동 커미셔닝의 성공 비결은 인구 집단에 대한 통합 서비스가 가장 중요한 문제인 커미셔너를 모집하는 것임. 우리는 지역 보건 당국, 커뮤니티 트러스트, GP, 사회 및 교육 서비스 직원<sup>71</sup> 의사가 때때로 공동 위임을 주도하지만(1997년 5월), GP가 학습 장애 서비스를 위한 공동 위임에서 "거의 완전히 결석"했다는 Greig<sup>81</sup>의 발견은 놀라운 일이 아님. 이러한 지역적 결점을 국가 정책 지침의 용량으로 수정할 수 있다고 생각하면 위안이 될 것임. 분명히 그것은 그렇게 간단하지 않음.

예를 들어, 학습 장애가 있는 사람들을 위한 더 나은 통합 치료를 촉진하기 위해 지역이 국가적 의무를 수행한 방법에 대한 연구<sup>121</sup>, 지속적인 및 지역사회 치료에 대한 NHS 적용 범위의 한계를 정의하기 위해<sup>106</sup>, 서비스 조정 신체적 장애가 있는 사람을 위해, 그리고 TPP가 지속적이고 지역사회 돌봄 정책을 시행하도록 보장하기 위해<sup>83</sup> 국가 정책에 대한 지식이 제한적이며(특히 GP 사이에), 결정의 기반이 되었고 규정 준수가 좋지 않았음.

노동당의 새로운 기본 GP 그룹은 통합 명령을 구현하기 위해 소규모 자금보유 관행에 제공된 것보다 더 나은 행정적 지원을 제공해야 하지만 여전히 다른 제공자를 포함하는 계획 모델, 다양한 장애인 그룹에 대한 우선순위 지침 및 자원이 필요. 변화를 계획하고 실행함.

제5법칙을 떠나기 전에 장기요양에서 가장 시급한 문제 중 하나인 사용자와 간병인을 위한 자율성과 통제에 대한 의미를 고려해 볼 가치가 있음 통합에 대한 한 가지 희망은 복잡하고 혼란스러운 의료 및 인적 서비스 시스템을 보다 "사용자 친화적"으로 변환하는 것임. 통합은 여러 서비스에 대한 단일 액세스 지점을 만들고, 케어 관리자가 더 많은 서비스를 제어할 수 있도록 하고, 직접 제어하지 않는 다른 서비스에 대한 액세스를 강화함으로써 이를 수행할 수 있음. 그러나 이러한 방식으로 시스템을 통합할수록 더 많은 사용자가 시스템을 형성, 유지 관리 및 사용하기 위해 전문가에게 의존해야 함. 물론 전문가들은 사용자와 간병인에게 권한을 부여하기 위한 조치를 취해야 하지만 여전히 권한을 양도하지 않고 공유할 것임. Light<sup>76</sup>는 계획에 대한 커뮤니티와 사용자의 참여가 근본적으로 전문적 가치를 위협한다고 주장한 바 있음. 그들의 전문적이고 조직적인 관점은 사용자나 커뮤니티가 중요하게 인식할 수 있는 것보다 자신의 서비스를 더 높이 평가하게 만듦. 또한 다른 전문가 및 의료 서비스 시스템의 서비스 사용자를 다루는 기록 및 시스템 사용 방법에 대한 좋은 정보를 제공하는지, 사용자 선호도에 대해 질문하고, 사용자와 간병인에게 치료에 대한 의미 있는 통제권을 부여하는지에 대한 기록에서 많은 격려를 얻지 못함. 의사결정을 계획하거나 계획 및 정책에 사용자를 참여시킴<sup>112,83,118</sup> 사용

자의 관점이 무시될 때, 특별한 필요 문제에 할당된 우선순위도 감소하고(Social Services Inspectorate 1996), 종종 다른 불리한 결과를 초래.

예를 들어, Caring for People을 실행하기 위해 서두르면서 학습 장애가 있는 사람들에게 편안한 서비스 양식은 협의 없이 제거되었음<sup>71</sup>.

자원이 부족한 장기 요양 시스템에서 권한 부여에 대한 한 가지 유망한 개인 수준 접근 방식은 "상황적 자율성"이며, 이를 통해 의료 관리자는 사용자를 위한 선택과 한계를 명확하게 제시함<sup>123</sup>. 보다 체계적인 접근 방식은 사용자, 간병인 및 옹호자를 계획 및 위임 노력에 참여시킴<sup>76</sup>. 서비스 사용자 및 커뮤니티 기반 제공자를 포함하면 의학적 견해에 반대되는 계획에서 다양한 견해를 표현할 수 있으므로 비의료 서비스 양식, 다른 부문(예: 사회 서비스, 교육)의 리더십에 대한 더 많은 리소스를 얻을 수 있음<sup>124</sup>.

사용자와 간병인이 전략적으로 관여하지 않는 한 개인이 시스템 내에서 자율성을 찾을 가능성이 적음<sup>71</sup>.

## □ 교훈 및 권장 사항

통합의 법칙은 아마도 과학적 근거가 없을 것임. 사회 과학에는 건강, 장기 요양, 교육 및 기타 관련 시스템과 같은 복잡한 영역에서 과정과 결과를 밝히고 예측하는 도구가 부족. 법률을 제안하는 나의 의도는 통합에 대한 많은 경험과 지식이 여전히 소화되고 적용되어야 한다는 사실에 주의를 환기시키는 것임. 연구와 실험의 여지는 여전히 많지만 정책 입안자, 관리자 및 임상 리더가 임시 이니셔티브를 무기한으로 권장하지 않고 일부 조정을 호출할 수 있을 만큼 충분한 축적된 경험이 있음. 아래에 제공된 세 가지 권장 사항은 미국과 영국의 다양한 시스템 환경에 맞게 조정된 관련성이 있음

## 1. 서비스 사용자, 간병인 및 지역사회 서비스 제공자를 계획 및 감독에 참여시킬 것.

의료 및 장기 요양 서비스의 성공적인 통합은 모든 당사자가 계획 및 구현에 참여할 때만 가능. 이 검토를 통해 GP 의사 또는 기타 주류 급성 치료 제공자가 자신의 문제에 집중할 것이라는 점을 분명히 함. 모든 부문의 기획자와 제공자는 사용자와 보호자를 참여시키기 위해 최선을 다해야 함. 이를 달성하기 위한 다양한 방법이 있음. 이러한 그룹을 수용하기 위해 회의 시간, 장소 및 형식을 변경합니다. 별도의 사용자 및 보호자 그룹을 조직하여 자체 회의를 열고 권한 있는 대표를 전문 회의에 파견. 계획 및 활동에 옹호자와 전문 커뮤니티 제공자를 포함<sup>125,126</sup>.

## 2. 장애인을 위한 서비스를 통합, 조정 및 연결하는 시스템을 개발할 것

건강 관리, 장기 요양 및 기타 인적 서비스 시스템의 통합이 가장 심하게 아프거나 장애가 있는 사람들뿐만 아니라 중등도 및 새로 손상된 사람들을 위해 필요. 가장 허약하고 의학적으로 위협에 처한 사람들을 위한 완전히 통합된 시스템을 개발하는 것과 함께(현재 정책 및 데모의 주요 초점), 주요 의료 시스템이 선택하지 않거나 자격이 없는 장애인을 위한 치료를 제공하는 별도의 방법을 재고해야 함. 몇 가지 가능한 접근 방식은 장애 위협에 대해 인구를 선별하고, 모든 유형의 장애인에 대한 1차 진료를 제공하고, 적절한 의뢰를 하고, 사례 관리를 통해 밀접하게 관련된 시스템과 서비스를 조정하는 것임. 테스트된 모델에서 학습하고, 건강 및 기능 상태 데이터와 사용 패턴을 분석하고, 사용자와 간병인을 설계 및 평가에 참여하도록 초대함으로써 다양한 인구를 위한 이러한 시스템 설계를 시작할 수 있음. 두 가지 질문에 특별한 주의를 기울일 것.

첫째, 각 하위 그룹이 통합에 가장 중요하다고 생각하는 영역은 무엇인가? 어떤 시스템이 어떤 수준에서 연결되어야 하나? 둘째, 누가 통합 노력을 감독해야 하나? 누가 이 분야에 가장 관심을 갖고 있으며 누구의 임상 또는 관리 접근 방식이 지배와 갈등보다 협력과 이해를

가장 강하게 지향하고 있으나 미국에서는 더 많은 장기 요양 시스템 사용자가 MCO에 가입함에 따라 기회와 위험이 모두 증가함. HMO는 선별 시스템과 전문 진료실을 구축할 수 있으며 지속적인 지역사회 진료 혜택을 조정할 수 있음을 보여주었지만 공공 사회 진료 시스템과의 연계 및 조정 사례를 많이 만들어내지 못했음<sup>127,128,74</sup>. 일부 사회 복지 기금(예: 장기 요양)이 새로운 통합 모델에서 수혜자를 따라 MCO에 들어가더라도 나머지 구성원을 위한 다른 기금은 현재 시스템에 유지됨

영국의 상황은 다르지만 몇 가지 동일한 요소가 있음

보수당의 단편적인 NHS 이니셔티브를 강화하기 위한 노동당의 계획(비참여 GP에 대한 지역 보건 당국의 구매와 함께 자금보유, 총 자금보유, 총 구매 파일럿)을 각 지역의 대규모 단일 일차 진료 관행으로 대체할 계획은 더 나은 통합으로 이어질 것임. 의료 전달. 그러나 사회, 교육 및 장기 요양 서비스는 새로운 관행의 범위를 벗어남. 미국에서와 같이 모든 유형의 장애인에 대한 모든 수준의 통합이 모든 서비스 조직 접근 방식에서 조정되지 않는 한 결과는 새로운 유형의 분열, 좌절 및 낭비가 될 수 있음.

### 3. 의료 시스템과 기타 시스템 간의 경계를 명확히 할 것

장기 요양 시스템의 한 가지 정의는 의료 시스템이 보장하지 않는 모든 부분을 선택한다는 것임<sup>104</sup>. 의료 혜택(특히 전문 재택 간호, 치료 및 요양원)의 한계를 명확하고 일관되게 정의한 경우에만 장기 요양 및 기타 인적 서비스 시스템이 시작 위치를 정의할 수 있음. 미국과 영국에서 국가 지침은 적용 범위 경계에 대한 지역적, 지역적, 심지어 사적 해석에서 손실될 수 있음. 미국에서는 민간 중개인이 Medicare 행위별 수가제 수혜자의 경계를 해석하고 민간 보험사와 HMO가 다른 사람들을 위해 이 작업을 수행함. 영국에서는 지역 보건 당국이 이러한 경계를 정의하도록 요청받았을 때 작업량을 할당하는 것이 어렵다는 것을 알게 되었고 부서에 대해 이런 식으로 생각하는 방향이 아

님.<sup>71,106</sup>. 경쟁하는 미국 공급자가 지역 계약을 체결하는 데 협력할 것으로 기대하는 것은 순진한 생각임<sup>129</sup>.

대신, 명확한 국가 지침이 현지에서 시행할 기준과 기준을 설정해야 함. 서비스 사용자를 위한 보다 명확한 정보, 플랜 내 혜택 모니터링 및 강력한 호소 경로도 필요함.

건강 혜택 배제 및 제한에 대한 논쟁을 열면 건강 보험을 축소하기가 더 어려워지거나 최소한 사회, 교육 및 기타 서비스가 일부를 선택하기 위한 자원을 확보할 수 있는 능력이 강화될 것임. 토론은 또한 장기 요양 계획자에게 보장이 시작되는 정확한 시점을 명확히 하고 수혜자에게 각 시스템에서 기대할 수 있는 사항을 알리는 데 도움이 될 것임.

테두리를 더 명확하게 정의하면 도움이 되지만 정사각형 맞춤 문제는 테두리를 다시 그려야 더 잘 맞도록 해결할 수 있음.

한 가지 접근 방식은 Medicare와 NHS를 확대하여 더 많은 장기 치료를 보장하는 것임. 재택 요양과 단기 요양원 요양을 추가하자는 제안이 양국에서 이루어졌음<sup>130,131</sup>. 다른 하나는 장기 요양 서비스에 대해 덜 엄격한 수단 테스트를 적용하여 Medicaid 및 지방 당국 치료를 확장하는 것임. 수단 테스트는 교육 서비스에 거의 사용되지 않으며, 이는 공동 위탁이 종종 학습 장애인을 위한 통합을 달성한 이유 중 하나일 수 있음<sup>81</sup>. 그러나 두 자격 확장 모두 국가 수준의 Medicare 및 NHS, 주 및 지역 수준의 Medicaid 및 지방 당국과 같은 비용 제약에 빠르게 직면함.

공개 조치가 없는 경우 민간 보험사와 MCO는 스스로 문제를 해결하기 위해 더 적극적으로 노력할 수 있음. 경계를 확장하는 한 가지 방법은 사회 HMO와 영국에 대한 영국 사회 유지 기구(British Social Maintenance Organization) 제안<sup>82</sup>에서 볼 수 있듯이 급성 치료와 함께 자금을 조달하는 민간 장기 요양 혜택을 지원하는 것임. 1997년 균형 예산법에는 Social HMO를 Medicare의 영구적인 부분으로 만들 수 있는 문구가 포함되어 있음. 또 다른 예는 미국에서 가장 큰 HMO



인 Kaiser Permanente의 Manifesto 2005 이니셔티브임. 1985년부터 오레곤에서 운영해 온 Social HMO에 대한 경험을 바탕으로 전체 Kaiser Permanente 시스템은 인구 선별 및 위험 프로파일링을 수행하고 있으며 지역 노화 위원회(Interregional Committee on Aging)는 다음 비전 선언문을 채택하였음.

2005년까지 Kaiser Permanente는 기능 장애가 있는 사람들이 쉽게 접근할 수 있는 광범위한 가정 및 지역 사회 기반 서비스로 구성된 장기 요양 시스템을 포함하도록 서비스 범위를 확장해옴. 이것은 모든 연령의 장애인의 독립적인 기능을 최대화하기 위해 협력하는 치료 제공자와 소비자가 함께 하는 다학제 시스템이 되었음<sup>132</sup>. Kaiser 및 기타 미래 지향적인 MCO는 공적 지불의 상응하는 지원 없이 할 수 있는 일에 한계에 직면할 것이며, 장애인 서비스에 대한 혜택과 명성을 과도하게 확장할 경우 경쟁적 불이익에 직면할 수 있음<sup>133</sup>.

또한 Kaiser(또는 미래 지향적인 지방 당국)와 같은 그룹 모델 HMO가 네트워크 모델 MCO 또는 독립 실행 협회의 가능한 성과와 비교할 수 있는 것 사이에는 차이가 있음.

### □ 사례 연구 3. NHS의 통합돌봄 조직

치료, 진단 및 관리에 대한 전문화 및 새로운 옵션이 증가하고, 의료가 점점 더 복잡해짐에 따라 의료 내에서, 그리고 의료와 사회 관리 사이에서 환자를 위한 더 많은 조정의 필요성이 커짐. 조정이 효과적이지 않을 경우 치료 팀과 환자 간의 의사 소통이 원활하지 않고 치료 프로세스의 중요한 부분을 심하게는 생략하는 파편화된 서비스를 제공할 가능성이 큼.

열악한 조정은 미국에서 가장 두드러지게 개발된 많은 의료 시스템의 문제임<sup>134</sup>. 그 결과 차선의 치료, 중복, 낭비 및 피할 수 있는 질병으로 인한 더 높은 비용이 발생. 이 문제를 해결하는 것은 영국 전역과 여러 국가의 오랜 목표임.

NHS의 빈약한 조정을 해결하기 위한 정책은 정신 건강이 NHS의 주류로 통합되었던 1950년대로 거슬러 올라감. 1960년대와 1970년대의 개혁은 보건과 지방 정부 사이에 공동 계획 팀의 도입과 지역사회 진료와 일차 진료 간의 협력에 대한 강조가 증가. 영국의 현 정부 초기 정 2000년 백서 New NHS<sup>135</sup>. New NHS는 이전에 다양한 기관 간에 전달되었던 다중 요구 사항을 가진 사람들을 지원하기 위해 NHS와 사회 서비스 전반에 걸쳐 통합 치료를 달성할 필요성을 더욱 강조함. 보다 최근에 NHS Next Stage Review<sup>136</sup>는 통합 치료를 촉진할 필요성을 다시 강조. 그러나 통합 치료를 달성하는 데 있어 상당한 장벽이 영국의 NHS에 남아 있음

첫째, 1차 의료와 2차 의료 간, 의료와 사회 의료에 대한 예산 간과 같은 주요 의료 분야의 예산 분리, 2006년 건강법 및 1차 의료에 대한 개인 의료 서비스(PMS) 계약을 통해 중요하고 새로운 유연성을 제공함으로써 이러한 한계 극복하고자 함.

둘째, 1차 진료(일반적으로 일반 개업의(GP)가 소유한 독립적인 소규모 사업체)와 병원 진료(NHS가 실질적으로 소유한 법인) 및 사회 서비스(지방 당국이 소유하거나 위임한) 간의 제도적 분리.

셋째, 세 영역 모두에서 일하는 직원 간의 전문적인 분리로 인해 서로 다른 문화, 연금 및 계약이 발생. 넷째, 주요 의료 제공자 간의 통합 데이터 및 정보 시스템의 부족. 다섯째, NHS 커미셔닝 기관의 반복적인 개혁은 효과적인 공동 커미셔닝을 개발하려는 노력을 방해.

NHS 케어 위원은 2005년부터 시행된 실무 기반 위임을 통해 협력 진료, 특히 GP를 장려하는 잠재적으로 중요한 역할을 함. 실무 기반 위임은 간접적인 재정적 인센티브를 제공. 건강을 유지하고 비용이 많이 드는 병원 입원을 피하기 위한 일반적인 관행에 대한 표준 GP 계약, 잠재적으로 GP, 지역 사회 서비스 및 사회 복지 간의 협력을 자극함. 그러나 실습 기반 커미셔닝은 기대한 이익을 제공하지 못함<sup>137</sup>. 이를 인식하여 Next Stage Review<sup>136</sup>에는 실무 기반 시운전 '활성화'에 대한 계획이 포함. 이 검토에서는 진정한 통합 치료를 달성할 수 있는 '통합 치료 기관'(ICO)이라는 새로운 개념도 도입. 통합 치료의 전제는 환자에 대한 치료 조정을 개선하여 예방 가능한 질병을 예방할 뿐만 아니라 비용 대비 가치가 더 높다는 것으로 통합 치료에 대한 공식적인 증거는 아직 개발되지 않았지만, 병원 치료의 피할 수 있는 사용의 광범위한 변화는 서비스의 더 나은 조정을 통해 효율성에서 큰 이득의 여지가 있음을 시사한 바 있음.

ICO는 1차 진료 및 기타 임상이가 통합 임상 서비스의 설계, 제공 및 궁극적으로 예산 관리에 대한 책임을 지도록 장려하기 위한 것. 다음과 같은 다양한 형태를 취할 수 있음

- 단일 통합 예산으로 운영되는 제공자 조직의 네트워크('가상 통합')
- 지정된 인구에 대한 위탁 관리와 이러한 서비스의 일부 또는 전체 제공을 결합하는 통합 커미셔너-제공자 조직.

후자 형태의 ICO는 '커미셔너-제공자' 분할을 암시적으로 재정의함으로써 ICO를 의료 서비스 계획 및 제공 조직에서 잠재적으로 중요한 혁신이 됨. 실제로, 실습 기반 커미셔닝 컨소시엄은 참여 임상이가 목

록에 있는 각 환자에 대해 전 세계적으로 전액 자기자본 연간 지불을 받는 더 많은 ICO<sup>138</sup>생성을 위한 필요한 모든 치료(고도로 전문화된 서비스 제외)를 할 수 있음. 이를 위해서는 ICO가 예산 범위 내에서 정해진 품질 및 환자 경험 표준을 충족하기 위해 자체적으로 제공할 서비스와 다른 조직에서 위탁할 서비스를 결정해야함.

이 보고서는 ICO가 취할 수 있는 다양한 형태와 영국 NHS의 맥락에서 어떻게 될 수 있는지를 고려함.

통합의 의미를 간략하게 검토하고 통합 치료와 구별할 필요가 있음. 특히 한 가지 유형의 ICO에 중점을 두는데, 커미셔너와 제공자 역할을 결합하고, 의료에 대한 예산을 책임지고, 내부 서비스와 위탁 서비스를 혼합하여 제공하는 조직임. 특히 1차, 지역사회 및 급성기 서비스 전반에 걸쳐 효율적인 치료 제공을 위한 인센티브를 가장 효과적으로 조정하기 때문에 통합 의료를 위탁하고 제공하려는 조직에 중점을 둬. 여기에서 초점은 일차 진료가 질병을 예방하고 지역사회의 진료를 조정하며 값비싼 병원 입원 위험을 줄이는 데 중추적이라는 인식이 있기 때문에 일차 진료에 뿌리를 둔 ICO에 있음. 이 보고서에서는 연구 증거를 활용하여 커미셔너-제공자 ICO의 가능한 강점과 약점을 고려하고 NHS 내에서 효과적으로 기능할 경우 직면하게 될 몇 가지 주요 과제를 설명함. 기존 통합 의료 시스템의 비용 또는 품질에 대한 영향에 대한 증거는 논의하지 않음. 영국에서 시간이 지남에 따라 테스트해야 하는 가정은 제공자 간에 더 잘 통합된 치료가 향상된 품질과 비용 대비 가치를 제공할 수 있다는 것임.

## ○ 통합 치료의 정의

통합 진료의 주요 목적은 환자 진료의 질과 환자 경험을 개선하고 진료 비용 효율성을 높이는 것이어야 함<sup>139</sup>. 따라서 통합 치료에는 그 영향을 판단하기 위한 근거와 공통 기반이 제공됨.

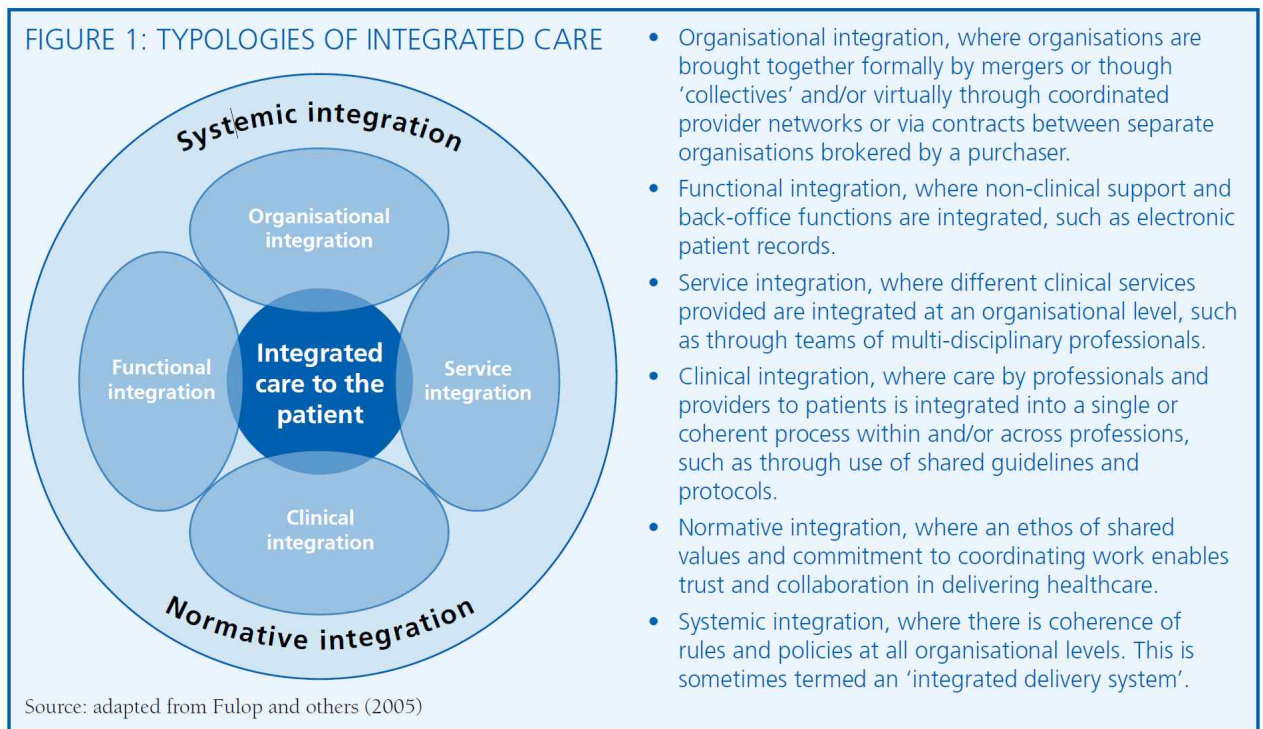
Kodner와 Spreeuwenberg<sup>140</sup>는 통합과 통합 치료를 구분하며, 더 큰 조직 및 서비스 통합을 지원하는 구조와 프로세스가 효과적인 통합 치료와 관련된 결과와 환자 경험을 항상 향상시키지는 않을 수 있다고 언급. 통합은 일관된 방법 집합으로 볼 수 있음. 치료 및 치료 부문 내에서 그리고 치료 부문 사이에서 연결성, 조정 및 협력을 생성하도록 설계된 자금 조달, 행정, 조직, 서비스 제공 및 임상 수준에 대한 모델. 이러한 방법과 모델의 목표는 여러 서비스, 제공자 및 환경에 걸쳐 환자를 위한 치료의 질과 삶의 질, 소비자 만족도 및 시스템 효율성을 향상시키는 것임. [어디서] 통합을 촉진하기 위한 그러한 다각적 노력의 결과 [이로인한] 환자 그룹의 이익 [결과]는 '통합 치료'라고 할 수 있음.

통합 케어에 기여하는 '방법 및 모델'의 다양한 분류는 Nolte와 McKee<sup>141</sup>에 의해 요약되어 용어가 유형, 폭, 정도 및 과정에 따라 다양하게 차별화되었음을 보여줌. 더욱이, Fulop 등은<sup>142</sup>의 검토가 강조했다듯이, 통합 치료의 다양한 차원은 단순히 치료 제공과 이를 제공하는 데 필요한 조직 및 거버넌스 준비보다 훨씬 더 광범위한 스펙트럼을 포함. 그림 1에서 볼 수 있듯이 환자에 대한 통합 치료의 추구는 통합의 '유형'의 조합을 포함할 수 있음.

따라서 환자를 위한 통합 치료는 공급자의 협력 네트워크에서 공식적으로 구성된 통합(또는 병합) 조직에 이르기까지 다양한 형태를 취할 수 있음. 1차 의료 내에서, 그리고 1차 의료와 보다 광범위한 의료 서비스 제공자 간의 치료를 조정하기 위한 전략에 대한 최근의 체계적인 검토는 제공자와 환자 사이의 단순한 형태의 의사 소통 및 네트워킹에서 의료 조정을 지원하도록 설계된 보다 구조적 기반 배치에 이르기까지 다양한 예를 발견<sup>143</sup>. 이 검토에서는 모든 유형의 전략이 건강 및/또는 환자 만족도 향상과 관련이 있으며 조정을 위해 여러 전략을 적용하는 것이 단일 전략만 사용하는 것보다 더 성공적이라는 결론을 내림.

그림 1에서 알 수 있듯이 다양한 서비스를 위탁하거나 제공하는 통합

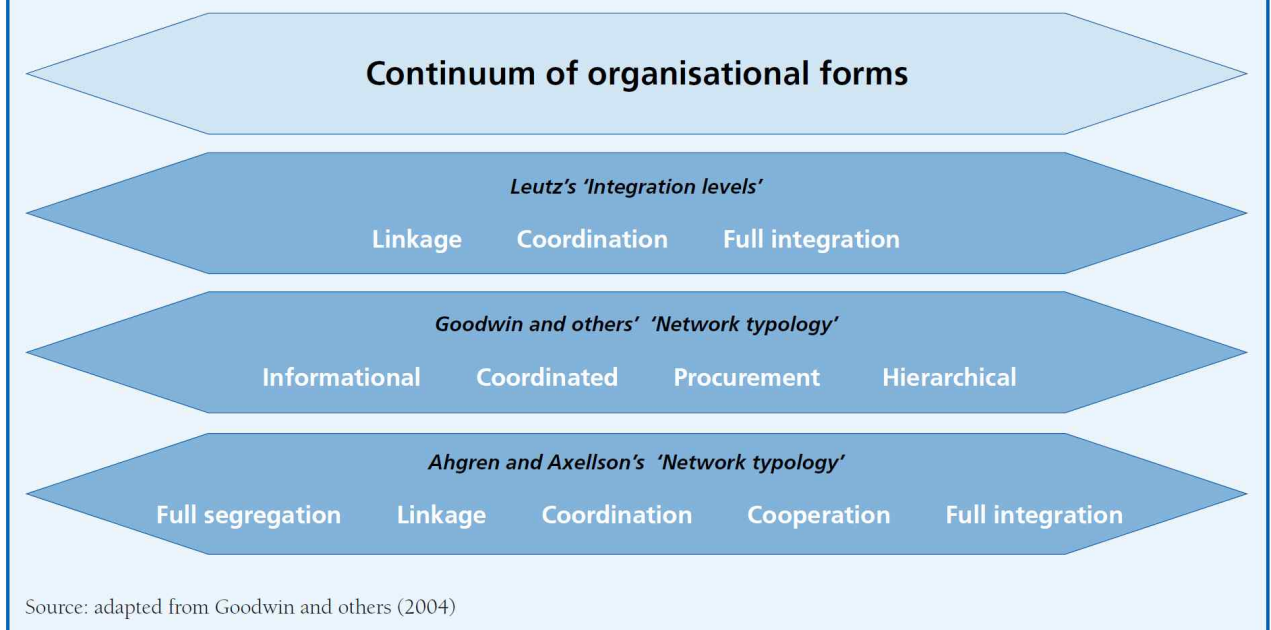
조직은 모델에 설명된 모든 요소를 포함하거나 포함하지 않을 수 있음. 단일 질환 또는 치료 그룹(예: 당뇨병 또는 노인)을 위한 서비스에서 완전한 의료 시스템에 이르기까지 목적과 범위가 크게 다를 수 있음. 그들은 느슨한 조직적 유대 또는 '연결'에서 '완전히 통합된' 조직이 된 조직에 이르기까지 다양한 정도의 형식으로 구성될 수 있음(그림 2 참조)<sup>144,145</sup>. 또한 단일 의료 부문(수평적 통합) 내에서 또는 지역사회와 병원 또는 전문 서비스(수직적 통합) 간의 의료 연속체 전반에 걸쳐 팀과 조직을 한군데로 모을 수 있음



중요한 점은 조직 간의 덜 공식적인 협업과 달리 완전한 조직 통합이 통합 활동의 '최적' 시나리오 또는 불가피한 목적지라고 가정하지 않는다는 것. 관리 사용자의 요구는 조직 통합의 정도가 덜하고, 잘 조정된 다양한 대체 제공자에 대한 선택 및 개인화에 대한 더 많은 기회를 통해 더 잘 제공될 수 있음.

Fulop 등<sup>142</sup>이 경고하듯이, 조직 통합에만 초점을 맞추는 것(환자의 관점에서 통합 치료와 반대되는)이 환자의 개선을 가져온다는 약한 증

FIGURE 2: A CONCEPTUAL CONTINUUM OF FORMS OF INTEGRATED CARE ORGANISATION IN HEALTH AND SOCIAL CARE



거가 있음. 예를 들어, 미국과 캐나다에서 노인들에게 '통합 케어'를 제공한다고 주장하는 조직을 검토한 결과, 절반만이 실제로 노인과 보호자에게 보다 조정된 케어를 제공한다는 의미에서 통합 케어를 제공했으며 나머지는 '임상 집단', 그 자체로 전문적 또는 조직적 통합의 형태였으나 환자에게 통합적 치료를 제공하지 않는 그룹 관행 또는 다학문적 네트워크임<sup>146</sup>.

마지막으로, 보건부가 자금을 지원하는 통합 치료 파일럿은 제공자 기관이 그렇게 하기로 계약한 경우에만 이러한 경로 중 하나를 따를 수도 있고, Next Stage Review에 명시된 통합 치료에 대한 비전이 제안하는 것처럼 제공자와 위탁을 동시에 수행할 수도 있음. 지역 환자를 대신하여 진료 서비스를 구매하기 위해 위임된 예산으로 책임을 짐. 다음 섹션에서는 NHS 내 통합 서비스의 예와 잠재적 장점 및 단점을 검토함.

## ○ 실제 통합 - '통합 의료 기관'의 다양한 형태

위에 제시된 통합의 다양한 정의를 감안할 때 실제로 많은 다른 모델이 나타나는 것은 놀라운 일이 아님. 이는 완전히 통합된 조직(제공자 또는 커미셔너-제공자 조직)에서 '가상 통합' 제공자 또는 커미셔너-제공자 네트워크에 이르기까지 다양하며, 여기서 참여 팀과 조직 간에 긴밀한 협력과 치료 조정이 발생.

이는 품질 및 환자 경험 개선의 비용 효율적인 달성이라는 포괄적인 목표를 달성하는 데 있어 다양한 형태의 통합의 강점과 약점을 동시에 보여줌.

## ○ 통합 서비스 제공자

통합 서비스 제공자는 다양한 조직 형태로 존재함. 이러한 형태는 '가상'일 수 있음. 즉, 개별 전문가를 특정 치료 요소 주위에 클러스터링하거나 네트워크 또는 합병을 통해 전체 팀 또는 조직의 작업을 정렬하는 것으로 예는 다음과 같음.

- 여러 조직에서 고용한 직원과 공유 목표 및 표준을 위해 작업하는 다중 전문 통합 의료 및 관리 팀. 이들은 일반의 진료 또는 지리적 위치를 중심으로 정렬될 수 있으며, 서비스를 받는 인구에 따라 규모가 다양하며 일반적으로 인구의 작은 부분에 고도로 개인화된 치료를 제공함. 예를 들어, 만성 폐쇄성 폐 질환이 있음. 그들은 일반적으로 건강 유지, 자가 관리 기술 향상 및 병원 입원 감소를 목표로 1차 진료 신탁(PCT)에 의해 위탁됨. 그러나 위험에 처한 글로벌 자본 예산이 있는 통합 조직에서 등로를 회피하는 데 중요한 역할을 할 수도 있음. 이에 대해서는 아래에서 자세히 설명함.
- 상세한 공유 치료 계획을 중심으로 팀과 전문가를 조정함. 이러한 형태의 통합은 장기적인 정신 건강 문제가 있는 사람과 같이 예측 가능성이 낮고 가변적이며 복잡적 및/또는 복잡한 조건을 가진 사람들에게 특히 유용할 수 있음. 1991년에 처음 시작된 케어 프로



그럼 접근 방식은 GP, 정신과 사회 복지사 및 간호사, 정신과 의사 등을 포함한 다중 전문가 그룹이 중요한 건강 요구 사항이 있는 사람들을 위해 집중적이지만 유연한 공유 치료 계획을 개발할 수 있는 방법을 보여줌. 계획은 평가된 필요 수준을 반영하며 단일 공유 평가에 의해 뒷받침됨

케어 프로그램 접근법의 비평가들은 케어를 검토하고 재설계하기 위한 역동적인 과정이 아니라 공식적이고 과정 중심적이라고 주장<sup>147</sup>.

- 제공자의 네트워크. 이는 독립적으로 유지되지만 다른 네트워크 참가자와 계약된 서비스를 제공하기 위해 협력하는 조직으로 구성됨. 주요 제공자와의 단일 PCT 계약은 전체 서비스에 대한 명확한 책임 범위를 생성하는 반면, 다양한 지역 조직과의 하청 계약은 모든 필수 서비스를 포함하고 공통 표준 및 프로토콜에 따라 작업하는 제공자 네트워크를 생성함. 이러한 다양한 조직 형태의 효율성은 다음과 같은 몇 가지 사항에 따라 달라짐.
- 공유된 목표와 효과적인 협력을 지원하기 위해 운영되는 인센티브 및 거버넌스 조정 정도. 통합 서비스에 대한 계약은 참여하는 모든 제공자에 대해 글로벌 예산을 생성할 수 있으며, 특히 참여 조직 간에 이익 공유가 있는 경우 비용 절감을 위해 각 제공자에게 인센티브를 제공할 수 있음. 그러나 현재의 많은 장애물이 그러한 제도를 위태롭게 하고 있음. 특히 NHS 가 예산을 저축을 실현하고 분배하는 능력에 미치는 영향(일반적으로 재정은 보다 통합된 치료의 결과로 입원이 감소하는 경우 병원 제공자에게 재정적으로 불이익을 줄 것임); 재정 '분리'의 어려움; 건강 및 사회 복지 전반에 걸친 공동 예산에 대한 제약. 그러한 계약의 거버넌스 방식은 서비스 제공에 대한 명확한 책임 라인을 만들고 치료 품질을 보장하는 데 있어 핵심적인 중요성을 띠고 있음.

- 통합 전달을 위한 특정 조건 또는 서비스 선택과 관련된 잠재적인 단편화. 동반 질환이 있는 환자의 경우 여러 상태별 통합 서비스를 위임하면 치료가 단편화되고 중복이 증가할 수 있으므로 여러 상태를 가진 사람들을 위한 서비스를 함께 구성하는 것이 가능한지 여부와 방법에 대한 추가 연구가 필요.
- 여러 조직에 걸쳐 고용된 전문가의 목표, 가치 및 작업 패턴을 조정하는 실제적인 문제. 여기에는 현재까지 GP 위원 및 제공자 간의 제한된 협력 문제가 포함됨. 상당한 조직 개발과 효과적인 지역 리더십이 필요하며 개발에는 시간이 걸림.
- 통합 또는 연결된 정보 시스템을 통해 개별 환자의 치료 경로, 품질, 비용 및 경험을 추적할 수 있음(가능한 한 거의 실시간으로).

#### ○ 통합 커미셔너-제공자

이전 모델에는 의료 제공자의 다양한 구성과 관계가 포함됨. 이 스펙트럼에서 위원의 역할은 다름. 그들은 통합 치료를 개발하기 위한 동기 부여의 역할을 할 수 있지만 치료를 제공하는 것과는 별개로 남아 있음. 이 보고서의 나머지 부분에서 중점을 두는 추가 형태의 통합에는 위원과 제공자 간의 통합이 포함됨. 이 접근 방식에서는 혁신과 재정적 책임의 범위를 늘리기 위해 일부 위탁 책임이 공급자에게 위임됨.

이 보고서의 많은 부분이 일반 관행과 관련된 위원-제공자 통합에 중점을 두고 있지만 이러한 혁신이 전례가 없는 것은 아님. 의료와 의료 서비스 간의 구조적 합병은 1990년대 후반 의료 신탁의 도입에서 볼 수 있었으며 의료 및 사회 복지의 일부 전반에 걸쳐 지불자 및 제공자 기능을 통합했음. 이러한 합병은 적어도 이론상으로는 서로 다른 전문 그룹이 공동 배치 및 치료, 목표 및 우선 순위에 대한 공유 표준을 통해 보다 협력적으로 작업할 수 있도록 함. 직원 계약; 정보 시스템, 교육 및 훈련.

중요한 것은 병원, 지역사회 및 사회복지 서비스가 연계될 수 있는 글로벌 예산을 창출할 수 있다는 것임. 지역 사회 환경에서 효과적인 건강 및 사회 관리에 크게 의존하는 고비용 응급 입원의 예방과 함께 비용 효율적인 통합 서비스 생성과 관련된 잠재적으로 상당한 재정적 보상이 있음.

케어 트러스트에 대한 초기 평가는 구조적 통합이 반드시 팀 통합을 제공하는 것은 아니며 효과적인 팀 작업은 다른 방법으로도 충분히 달성될 수 있다고 결론냄. 그러나 최근 Torbay Care Trust의 경험에 따르면 단일 조직에서 의료 및 사회 복지 전문가의 점진적인 조정은 새로운 통합 작업 방식의 기회를 창출하고 결과를 달성<sup>148</sup>.

커미셔너-제공자 통합의 다른 모델은 추가 서비스가 더 넓은 번들의 일부로 포함될 수 있도록 하는 새로운 일반 진료 계약('Personal Medical Services Plus' 계약으로 알려짐)의 생성과 함께 등장. 이것은 1차 및 2차 진료 서비스를 모두 제공하는 의료 주도 그룹의 생성을 자극함. 그러한 혁신의 확산은 상대적으로 제한적이지만<sup>149</sup>, 그 이유는 불분명 PCT 위원을 대신하여 이 접근 방식을 옹호하는 관성, GP 간의 경쟁 우선 순위(가장 주목할 만한 것은 2004년 이후 새 계약을 관리하기 위한 에너지 전환), 두 위원 간의 위험 회피 정도 등 요구되는 혁신의 상대적으로 급진적인 성격을 감안할 때 GP 여러 요인이 작용할 수 있음.

PCT가 커미셔너-제공자 통합 모델을 지지하지 않은 이유는 생성된 인센티브가 언뜻 보기에는 PCT 이익, 특히 재정적 위험을 임상적으로 주도하는 기관으로 이전하는 것처럼 보일 것이라는 점을 감안할 때 의문이 생김. 그러나 최근 세계적인 수준의 위탁 보장에 대한 강조와 같은 경쟁 우선 순위와 아마도 그러한 확장된 역할을 맡을 1차 진료 제공자의 능력에 대한 긴장이 그 이유가 될 수 있을 것임

그러나 NHS Next Stage Review 내의 통합 치료 기관에 대한 관심과 어려운 재정 상황은 이 접근 방식을 더 광범위하게 채택할 수 있는 훨씬 더 고무적인 맥락을 제공함.

이러한 형태의 통합이 어떻게 발전할 수 있는지는 다음 두 섹션에서 고려됨.

그러나 몇 가지 사전 가정을 식별해야 함. 첫째, 통합 치료를 제공하는 데 가장 적합한 단일 조직 유형은 없다고 보여짐. 문제는 원하는 기능에 맞게 형태를 조정하고 인구 건강 요구에 따라 통합 치료를 성공적으로 제공할 작업 방식을 만드는 것임. 그 형태는 영국의 다른 지역에서 거의 확실히 다르게 보일 것임.

둘째, 서비스 통합을 위한 노력은 환자 선택 및 경쟁과 같은 다른 정책 목표와 균형을 이루어야 함. 통합에 대한 접근 방식은 경쟁 통합 조직 또는 네트워크를 형성할 수 있는 여러 제공자가 있는 도시 환경과 비교하여 단일 지역 종합 병원이 있는 농촌 보건 경제에서 다를 수 있음.

셋째, 제안된 서비스 통합의 규모와 범위는 매우 신중하게 정의되어야 함. 시스템 차원의 개혁(예: 전체 PCT)은 정보 기술, 교육 및 기타 기반 시설에 대한 투자를 지속할 수 있을 만큼 충분히 큰 임계 질량의 이점을 가질 것임.

그러나 이것은 또한 개발하는 데 상당한 관리 및 임상 시간이 소요되는 루트 및 분기 변경이 필요함. 제공자 네트워크를 개발하기 위한 상태별 이니셔티브는 일부 건강 경제에서 보다 광범위한 통합을 위한 보다 실용적인 디딤돌이 될 수 있음.

마지막으로, 각 상황에서 어떤 모델이 환자에 대한 통합 치료를 달성하기 위해 재정 및 기타 인센티브를 가장 잘 조정하는지 평가할 필요가 있음. 이러한 인센티브 정렬은 세계 예산 보유자가 등록된 인구에 대한 책임이 있지만 최소한 어느 정도 경쟁적 긴장이 있을 때 가장 클 수 있음<sup>150</sup>. 우리가 지금 관심을 집중하는 것은 이러한 시스템에 있음

## ○ 통합 의료 기관 및 통합 커미셔너-제공자 이해 (통합 케어 파일럿)

2008년 Next Stage Review<sup>136</sup>에서 제안된 통합 치료 기관은 Department of Health 후원 파일럿 프로그램으로 등장했으며 그 중 16개는 2009년 4월부터 2년 동안 운영됨. '표준 모델' ICO는 없지만 초기 Department ICO 파일럿에 대한 보건 '안내서'는 예상되는 여러 핵심 특성을 확인<sup>136</sup>:

- 파일럿의 임상 리더십
- ICO 서비스를 받을 등록된 일반 진료 인구(즉, 파일럿은 등록된 인구를 기반으로 함)
- 건강 및/또는 사회 관리의 다양한 요소와 이러한 서비스 제공자 간의 파트너십을 포괄하는 서비스
- 환자가 2차 진료에 회부될 때 제공자, 치료 및 환경을 선택할 수 있는 권리의 유지.

파일럿의 범위는 단일 질병 초점(예: 치매 치료)에서 여러 장기 질환을 가진 사람들을 돌보는 포괄적인 접근에 이르기까지 상당히 다양. 마찬가지로 통합을 약속한 파트너도 지역사회 의료 서비스, 병원, 제3 및 민간 부문 조직, 지방 당국을 포함하여 매우 다양합니다. 지표에는 다양한 유형의 통합도 포함됨.

예를 들어 Medical Practice는 지역 병원과의 공식적인 '수직 통합'을 시범 운영하고 있음. Cumbria Integrated Care Pilot과 같은 다른 파일럿은 일반 진료와 일반 진료와 지역사회 의료 서비스 간의 수평적 통합을 포함함.

그러나 ICO는 국가 파일럿 프로그램에 국한되지 않음. 영국 NHS의 다른 사이트에서는 통합 의료 개발을 통해 더 나은 치료 조정을 달성하기 위해 노력하고 있음(예: Trafford, Hampshire 및 Redbridge). Torbay Care Trust, Knowsley Primary Care Trust 및 North East Lincolnshire Care Trust Plus<sup>148</sup>와 같이 더 많은 사이트에서 건강 및 사회 관리 전반에 걸쳐 통합 치료를 개선하기 위해 건강법 2006에 따라 도입된 유연성을 사용.

통합 치료의 '확장된 커뮤니티'가 만들어질 것이라는 보건부의 최근 발표는 개념이 광범위하고 다양한 방식으로 발전할 가능성이 있음을 의미함<sup>151</sup>. 실제로 이것이 초점을 맞춘 ICO 유형인 '커미셔너-제공자 ICO'는 현재 국가 파일럿 계획의 일부인 사이트에는 거의 없음

## ○ 새로운 책임과 인센티브

커미셔너와 제공자 기능을 결합하는 새로운 책임과 새로운 인센티브 ICO는 임상의가 주어진 예산 내에서 등록된 인구의 치료 요구를 관리하는 책임을 맡을 수 있고 기꺼이 맡을 수 있다는 가설에 따라 개발되었음. 즉, 재정적 위험을 감수해야 함. 예산을 위해, 우리는 이러한 유형의 ICO를 '커미셔너-제공자 ICO'라고 부르며 미국에서 흔히 볼 수 있는 일부 ICO와 상당히 유사함.

물론 실무 기반 커미셔닝은 위원으로서의 역할을 제대로 수행하지 못하는 일반적인 관행에 거의 영향을 미치지 않는 자발적 계획이지만 유사한 가설에 의해 뒷받침됩니다. 커미셔너-제공자 ICO에 대한 비전은 그 이상임

첫째, 이러한 ICO는 다중 전문 그룹을 기반으로 할 수 있음(일반 전문가와 전문가 모두 ICO의 구성원임).

이것은 등록된 인구에 대한 인두 지급에서 파생된 '고정' 예산의 위임을 포함하여 다양한 의료 자원에 대한 새로운 '책임 소재지'의 생성을 언급할 때 <sup>152</sup>. 위에서 언급한 바와 같이, 이는 ICO가 등록된 인구를 위한 포괄적인 의료 서비스 제공에 대한 재정적 위험을 안고 있는 미국 ICO와 더 일치하도록 만듦(이 ICO가 반드시 임상적으로 주도되는 것은 아님).

둘째, 자본금의 활용이 중요하다.

임상 주도 조직에 지급되는 연간 인두 기금은 예산 대비 절감 효과를 유지할 수 있는 가능성과 관련하여 불필요한 치료를 피하고 필요한 치료에 대해 더 저렴한 대안을 찾고 건강 증진 및 질병 예방에 투자하여 예방할 수 있는 인센티브를 제공함. 질병의 미래 비용. 이는 임상의와 조직이 더 많은 활동을 제공하도록 단순히 인센티브를 받는 '서비스에 대한 수수료'와 대조됨

그것은 또한 치료의 다른 요소에 다른 재정적 인센티브를 적용하는

현재 시스템과 대조됨. 병원은 주로 수행하는 활동에 따라 인센티브를 받는 반면 1차 진료팀은 '블록 계약'에 의한 예방 치료 및 지역사회 의료 서비스와 같은 서비스에 대한 일부 수수료와 함께 인두로 광범위하게 보수를 받음. 이러한 상황에서 병원은 보상을 받음. 더 많은 일을 하기 위해(국가 관세보다 저렴한 비용으로 서비스를 제공할 수 있는 경우). 일반 진료 및 지역 사회 서비스는 더 적은 일을 하는 것에 대해 재정적으로 보상을 받고(서비스에 대해 비용을 지불하는 소수의 활동 제외) 임상 범위를 늘릴 인센티브가 거의 없음. 가능한 한 빨리 환자를 병원에 이송하면 실제로 재정적으로 더 나아질 것임. 물론 개별 임상가의 직면한 인센티브는 다시 달라질 것임. 병원 및 지역사회 임상가는 주로 고용된 반면 일반 개업의는 대부분 자영업임. 전자의 경우 개인의 목표가 고용주와 동일하지 않을 수 있음.

중요한 것은 인두 예산이 궁극적으로 케어 편당의 모든 요소를 통합할 것이라는 점. 특히, GP 서비스(일반 또는 개인 의료 서비스)에 대한 자금을 단일 예산으로 통합할 것임.

이는 예산 보유자가 자금 조달 결정을 '구분화'할 가능성이 적고 치료 옵션 간에 보다 합리적인 절충안을 만들 가능성이 있음을 의미함. 이러한 방식으로 커미셔너-제공자 ICO는 NHS 부문 경계(및 잠재적으로 사회 복지와의 경계)를 넘는 인센티브를 기반으로 함.

일부 미국 관리 의료 기관에서 장기 질환을 앓는 사람들을 치료하는 높은 성과를 설명하는 요인은 부분적으로는 이러한 재정적 인센티브이며 부분적으로는 개별 환자의 치료 품질과 비용에 대한 더 나은 정보, 성과가 좋지 않은 팀과 개인을 처리하기 위한 리더십<sup>150</sup>이 될 수 있음

영국에서는 커미셔닝 관행을 위해 실행 가능한 개인 기반 위험 조정 인두 자금 조달 방법이 개발됨(Dixon 및 기타 제공 예정). 그러나 이러한 규모의 재정적 위험을 관리하는 현재 1차 진료 기관의 능력은 아직 검증되지 않았음.

통합 진료를 개발하고 예산을 관리하기 위한 1차 진료 기관(실무 기반 위탁 컨소시엄)에 대한 관리 인프라 및 지원은 적어도 초기에는 PCT



에서 나올 가능성이 높음<sup>153</sup>. 일부 커미셔너-제공자 ICO는 위험 자본 및 기존 관리 인프라를 제공하는 제3자 민간 부문 조직과 파트너십을 형성할 수 있음. 최소한 초기에는 상당한 외부 지원 없이 관리할 수 있는 ICO는 거의 없음.

임상적 관계와 환자에게 통합 치료를 제공하는 데 필요한 인센티브를 모두 생성하는 이러한 접근 방식은 너무 오랫동안 서로 다른 방향으로 끌어온 인센티브 구조를 통합할 수 있는 매력적인 전망을 제시함. 중요한 것은 개발하는 데 시간이 걸릴 것임.

### ○ 커미셔너-제공자 조직 작동 원리

위에서 언급한 바와 같이 보건부 지침에서는 통합 진료 기관(ICO)이 여러 조직 형태를 취할 수 있지만 환자를 등록할 수 있는 GP를 포함해야 한다고 명시하고 있음.<sup>1</sup> 이는 1차 진료가 질병 예방에 중추적이라는 점을 인식하고 있기 때문에 매우 중요함. 건강, 지역사회의 관리 조정 및 값비싼 병원 입원 위험 감소.

ICO는 PCT에 대한 서비스 공급에 대한 계약상의 의무를 지며 이 계약을 통해 책임을 지게 됨. ICO는 서비스를 직접 제공하거나 대신 제공할 다른 독립 조직과 계약하여 이러한 계약상의 의무를 충족하도록 선택할 수 있음. 이러한 의미에서 ICO는 제공 및 커미셔닝 활동을 모두 수행할 가능성이 높음.

비즈니스 측면에서 그들은 '결정 또는 구매' 결정에 직면해 있음.

물론 ICO가 어떻게 구성되어야 하는지에 대한 마법의 공식은 없음

이는 현지 상황에 따라 결정되어야 함. 그러나 옵션에는 다음이 포함됨.

- GP 파트너십(다른 모든 진료의 하도급)
- GP, 다양한 외래환자 기반 컨설턴트 및 지역사회 간호사 통합(예: 일부 다른 진료의 하도급)과 같은 다분야 전문 파트너십 Smith와 다른 사람들이 논의한 지역 임상 파트너십 개념<sup>154</sup>
- 병원-일차 진료 통합 조직(약간의 추가 진료를 하도급 계약)
- 일차 및 사회 진료 조직.

유사하게, 비영리 사회적 기업(현재 노팅엄셔의 프린시피아 시범사업과 같은), 영리 파트너십 및 NHS 신탁을 포함하여 다양한 거버넌스 유형이 나타날 가능성이 있음.

위에서 언급했듯이 이러한 조직은 개발 시간이 필요하고 실행 가능하고 성공하기 위해서는 올바른 관리 전문성, 정보 시스템, 거버넌스 및 기술 리더십이 있음을 확신할 수 있는 엄격한 기준이 필요. 이러한 기준은 시급히 개발되어야 함

### ○ 실습 기반 커미셔닝이 실패한 곳에서 ICO가 성공할 수 있는가?

ICO는 실무 기반 커미셔닝과 유사한 철학적 전통에서 비롯되었으며, 따라서 실무 기반 커미셔닝이 아직 통합 치료로 발전하지 않았다는 점은 흥미로움. GP 기금 보유, 총 구매 및 GP 위임 파일럿 프로그램과 같은 이전 계획에서 공통된 경험은 등록된 환자에게 지역적으로 접근 가능한 광범위한 의료 서비스를 제공하기 위한 시도로 1차, 커뮤니티 및 종종 사회 복지 서비스를 통합한 것임. 예를 들어, 기금 보유자는 물리 치료사, 안과 의사와 계약하고 상담, 영양학 및 사회 복지에 대한 접근을 제공하는 것이 일반적이었음<sup>155</sup>. 이 활동의 주요 목적은 적절한 경우 피할 수 있는 병원 입원을 방지하는 것.

예를 들어, 대규모 1차 진료 조직에서는 다양한 유형의 통합 1차 및 지역사회 의료 팀을 통해 병원 기반 진료에 대한 대안이 권장되는 경우가 많았음<sup>156,157</sup>. 사회 복지 서비스는 종종 이들 내에서 주요 파트너였으며, 지역 사회 관리 제공을 조정하거나, 공동 평가를 제공하고 복합적인 요구가 있는 클라이언트 그룹(예: 정신 건강이 필요한 노인 및 성인)<sup>158</sup>.

지금까지 진료 기반 위임이 진료 통합에 제한적인 영향을 미쳤던 뚜렷한 이유가 있음. 여기에는 약한 인센티브와 부적절한 관리 인프라 및 정보와 같은 보다 실용적인 고려 사항이 포함됨<sup>159,153</sup>. 또한 ICO와 실무 기반 커미셔닝에는 몇 가지 중요한 차이점이 있음

핵심 질문은 ICO의 더 강력한 인센티브와 함께 다학문 협업 및 임상 리더십에 대한 더 큰 강조가 1차 진료 위임 그룹이 상당한 영향을 미치는 것을 오랫동안 가로막았던 장벽의 일부(전부는 아닐지라도)를 환자치료에 해결할 수 있는지 여부임.

○ '커미셔너-제공자 통합 치료 기관'이 주류가 된다면 어떤 도전에 직면하게 되는가?

위에 요약된 통합 의료 조직의 모델은 아직 구현되지 않은 급진적인 비전이지만 정책화 될 여지가 있음. ICO가 다른 많은 이니셔티브가 실패한 진정한 통합 치료를 실현하려면 국가 정책 프레임워크에서 발생하는 여러 장애물에 직면해 극복해야 함.

○ 정책 프레임워크는 무엇인가?

ICO는 규제된 시장 환경에서 탄생하고 있음.

현재 NHS 시장에서 환자는 많은 병원 치료와 점점 더 많은 지역사회 의료를 위해 경쟁 제공자 중에서 선택할 권리가 있음. 병원 제공자는 재단 신탁 상태를 통해 점점 더 자율적이며 Care Quality Commission에 등록하는 것 외에 독립 부문 제공자에 대한 공식적인 시장 진입 제한이 없음. 더욱이 현재 PCT가 '사내'로 제공하는 모든 지역사회 의료 서비스는 다른 조직으로 이전되는 과정에 있으며 PCT는 '순수' 위원으로 남아 있음. 따라서 지역 사회 의료 서비스는 완전히 자율적인 사회적 기업이 되거나 다른 NHS 조직에 흡수되거나 예외적으로 지역사회 재단 신탁으로 설립되는 등 다양한 형태를 취하고 있음.

물론 공급자의 경우 중앙 '간섭'의 범위는 남아 있음. Mid Staffordshire Foundation Trust<sup>1</sup>의 스캔들은 보건부나 정치인들이 세 금 지원 의료 시스템의 운영과 완전히 분리될 가능성은 거의 없음을 보여줌. 그러나 제공자에 대한 효과적인 규제는 보건부와 정치인의 NHS 제공자에게 더 많은 자율성을 허용하고 있음. 재단 신탁의 재무 규제 기관인 Monitor는 이러한 신탁에 운영 허가를 부여하고 지속적인

운영 위험을 평가하여 실패 위험이 있다고 판단되는 경우에만 개입함. 모니터는 성능 저하로 인해 재단 상태에 대한 신뢰를 '승인 취소'할 수 있는 권한이 있음.

독립적인 케어 품질 위원회는 이제 품질을 이유로 모든 NHS 및 비 NHS 제공자를 등록 및 등록 취소할 수 있는 권한을 가지며 실패 위험이 있는 경우 다시 개입함. 새로운 협력 및 경쟁 패널(CCP)은 적절한 수준의 경쟁이 유지되도록 조치를 고려하고 권장함. 반면에 PCT 위원회는 여전히 지역 SHA와 보건부의 직접적인 성과 관리 대상임.

ICO의 개념은 이 정책 프레임워크에 몇 가지 문제를 제시함. 다음 섹션에서는 이러한 과제와 기존 정책을 수용하도록 ICO를 설계하는 방법과 정책 프레임워크 자체를 조정해야 하는 방법을 고려함.

### ○ ICO, 환자 선택 및 경쟁

통합 치료의 핵심에는 임상 협력이 있음. 이러한 협력은 '수직적'(일차 의료와 이차 의료의 요소를 함께 통합) 또는 '수평적'(일차 의료, 커뮤니티 및 사회 의료 통합) 또는 둘 다일 수 있음. ICO 내에서의 협업은 경쟁 개념에 대한 도전을 제기할 수 있음.

예를 들어, ICO 네트워크가 동일한 팀 또는 관리 네트워크 내에서 1차 진료 임상가와 전문가를 통합하여 진료 경로를 따라 '상향'으로 이동하기로 선택하는 경우 일반적으로 있을 때 환자가 사용할 수 있는 선택이 줄어들 가능성이 있음. 추가 치료를 위해 병원에 의뢰되며, 이는 관리되는 제공자 네트워크에 미리 결정된 제공자 세트가 포함될 것임을 의미함.

인두 자금과 관련된 내재된 인센티브는 ICO가 수익이 '누출'되도록 허용하기보다 환자를 네트워크에 유지하려고 시도하도록 할 것임.

이러한 형태의 협력은 상류 치료 경로의 일부가 한 그룹의 의뢰인과 한 그룹의 공급업체 사이의 동맹에 의해 '포획'된다는 점에서 '반경쟁적'으로 간주될 수 있음

이러한 이유로 새로운 협력 및 경쟁 패널(CCP)은 최근에 수직으로

통합된 ICO 파일럿을 조사했지만 최종적으로 승인함<sup>159</sup>. CCP가 사용한 광범위한 테스트는 다음과 같음

- 수직적 통합 계획에 의해 지역 내 경쟁이 줄어들 것임.
- 통합이 환자와 납세자의 이익을 위한 것임.

미국 상황에서 중요한 것은 특정 제공자가 아니라 관리 의료 기관의 선택임.. 선택이 중요한 사람들은 네트워크 소속 여부와 상관없이 원하는 제공자를 선택할 수 있는 관리 의료 기관을 선택할 것임.

캘리포니아의 Kaiser Permanente와 같은 다른 관리 의료 기관은 대부분의 경우 케어 등록자가 '플랜 내' 서비스만 사용할 수 있다고 주장. 그것은 관리 의료 네트워크의 일부임.

영국 NHS의 현실은 현재 규칙과 맥락 내에서 ICO로의 전환으로 인해 등록된 환자의 지리적 중복이 충분하지 않는 한 환자 선택의 기회가 줄어들고 전문가 간 또는 조직 간 협력(및 아마도 더 나은 치료) 기회가 줄어들 수 있다는 것이.

환자의 선택권은 노동당과 보수당의 건강 정책의 핵심이 되는 기본 원칙이며 현재 NHS 헌법에 따라 환자의 권리로 자리 잡고 있음. 따라서 ICO는 이러한 선택 요구 사항을 수용하도록 적응해야 함.

이를 달성할 수 있는 여러 가지 방법이 있는, 한 가지 옵션은 PCT에 대한 것입니다.

커미셔너는 ICO가 다양한 치료 환경의 환자와 네트워크 내의 제공자에게 선택권을 제공한다는 것을 지정(및 모니터링)함. 그러나 이것은 시장 기반 정책 프레임워크의 핵심에 경쟁적인 긴장을 제공하지 않을 것임.

추가 대안은 환자가 전체 또는 일부 전문 치료에 대한 의뢰 시점에서

ICO 네트워크 외부에서 치료를 찾을 수 있도록 하는 것임. 이 후자의 요구 사항은 병원 치료와 관련하여 현재의 '자유 선택' 정책을 유지하는 데 필요한 최소한의 것임

ICO 내에서 활동을 유지하는 데 기득권을 가진 1차 진료 의뢰인이 환자를 위한 선택을 촉진할지 여부는 의심해야 함. CCP가 Sunderland 시 병원이 제안한 수직 통합에 대한 결정에서 언급했듯이 현재 환자 흐름은 지역 병원에 너무 집중되어 있어 실질적으로 경쟁에서 물질적 감소를 달성하기 어려웠음. 그러나 주요 정책 고려 사항이 경쟁 수준을 높이는 것이라면 고도로 집중된 시장에서 더 이상의 경쟁 손실은 거의 위안이 되지 않음.

따라서 보다 급진적인 옵션은 ICO의 시장 '집중'을 규제하는 것임. 즉, 한 영역 내에서 서로 다른 ICO의 시장 점유율이 너무 커지지 않고 지배력으로 이어지지 않도록 하는 것. 이것은 ICO와 등록 시 환자가 선택할 수 있는 선택 간의 경쟁력을 증가시킬 것. 그러나 이러한 정책이 열성적으로 추진된다면 기존의 협력 일반 관행 그룹이 강제로 해체되어야 하는 결과가 발생할 수 있음. 보다 점진적인 옵션은 확고한 지리적 경계를 설정하는 능력을 제한하여 ICO 간의 경쟁을 촉진하는 것임. 물론 이것은 GP의 지리적 관행 경계가 폐지되어야 한다는 발표를 반영함<sup>160</sup>.

시간이 지남에 따라 더 많은 선택과 경쟁이 나타날 수 있으며 궁극적으로 ICO 운영자의 국가 '체인'은 자연스러운 확장 또는 기존 일반 관행과의 병합을 통해 현지 시장에 진입할 수 있음. 물론 ICO가 일반 관행에 대해 더 큰 책임과 재정적 위험을 초래하면 실무 기반 커미셔너의 기존 지리적 클러스터 자체가 분해될 수도 있음. 협업의 결과가 더 커지면 참가자 선택은 단순히 지리적 근접성 이상의 경우가 될 수 있음. 정책 입안자들은 특히 더 나은 통합 치료가 대부분의 건강 및 비용 혜택을 제공할 가능성이 있는 장기 질환이 있는 환자에 대한 경쟁의 긍정적 효과와 부정적 효과의 균형을 맞춰야 함. ICO 중 환자의 요구에

대한 반응성과 비용 통제를 촉진하기 위해 선택이 필요할 수 있지만, 너무 많은 선택(따라서 사람들이 자주 재등록함에 따라 환자 '이탈'은 ICO가 장기적으로 그들의 인구. 일부 미국 관리 의료 시장에서는 평균 등록 기간이 짧아 건강증진 활동에 대한 투자 사례가 줄어들<sup>161</sup>.

네덜란드에서 건강보험 개혁의 초기 경험에 따르면 많은 일반 인구가 더 낮은 비용으로 더 높은 품질을 찾아 경쟁 보험 제공자 간에 기꺼이 전환하는 것으로 나타남. 개혁 직후 전환율은 21%, 개혁 전 3~6%<sup>162</sup> 전환율은 그 이후 급격히 떨어짐<sup>163</sup>.

### ○ Commissioning and regulating ICOs

ICO 환자가 NHS Choices 및 기타 비교 데이터 세트를 사용하여 상대적 성과를 비교하여 의료 제공자를 선택한다는 증거는 아직 거의 없음 그러나 환자가 치료 병원을 선택하기 위해 자신의 경험과 의사의 조언을 사용하고 치료의 질이 이러한 선택을 하는 중요한 요소임을 시사하는 몇 가지 증거가 있음<sup>164</sup>.

그러나 환자의 선택에만 의존하는 것만으로는 ICO 서비스의 품질을 보장할 수 있는 충분한 근거가 되지 않을 것임. NHS 위원(PCT 또는 궁극적으로 합병되는 경우 SHAlevel 위원)의 역할이 중요. 그러나 PCT는 현재 약한 위원이며<sup>153</sup> 품질을 평가하는 데 사용할 수 있는 지표는 아직 개발되지 않은 상태임.

특히 ICO가 경쟁하는 경우 인두제 펀딩에 의해 생성된 인센티브의 더 사악한 측면은 ICO가 다음과 같은 유혹을 받을 수 있다는 것임. 따라서 값비싼 환자의 등록을 제한함

더 긍정적으로 1990년대 GP 자금 보유의 증거는 자금 보유자가 이러한 동일한 인센티브를 공유했지만 이러한 부정적인 결과에 대한 증거를 찾지 못함<sup>155</sup>. 이러한 원치 않는 영향을 최소화하려면 ICO에 대해 적절하게 위험 조정된 정확한 자본 예산을 설정하는 것이 중요(Dixon 및 기타, 곧 출시 예정).

그럼에도 불구하고 ICO를 '정직'하게 유지하는 작업은 여전히 남아 있

으며 일부 ICO 시장이 경쟁이 약하고 환자의 선택이 제한적일 수 있다는 가능성으로 인해 강조됨. 이러한 상황에서 내부 ICO 거버넌스 및 기타 제어 시스템은 조직이 품질에 초점을 맞추고 환자의 요구와 견해를 '시장 대리인'의 한 형태로 고려하도록 하는 역할을 함.

일부 형태의 커뮤니티 거버넌스 조정은 NHS 재단 신뢰 상호 회원 접근 방식에서 채택될 수 있음<sup>165</sup>. 이는 또한 환자 수준의 정보를 보고하고 임상 리더의 엄격한 동료 검토를 통해 더 나은 정보 관리 시스템을 통해 품질과 효율성에 대한 내부 통제를 크게 강화해야 함을 의미. 품질 규제 기관(Care Quality Commission)도 외부 과제를 제공하는 역할을 하고 있지만 이 역할은 충분히 개발되지 않았음.

ICO 개발이 깨끗한 종이 한 장으로 시작되지 않는다는 점을 인식하는 것도 중요함. ICO는 등록된 환자 목록을 기반으로 하기 때문에 현재 기존 GP에 할당되어 있음. 따라서 초기 ICO 시장은 이미 기존 공급자로 가득 차 있음.

따라서 PCT는 시장을 개발하기 위해 신선한 혈액을 가져올 수 있는 능력이 매우 제한적임.

그들은 새로운 공급자에게 새로운 ICO 계약을 할 수 있지만 ICO가 환자를 등록할 때까지는 PCT로부터 합의된 보조금 외에는 어떤 돈도 받지 않을 것임. PCT에 대한 두 배의 운영 비용은 상당할 것임.

시장 진입이 어렵다면 시장 퇴출도 마찬가지임.

이론적으로 실패한 ICO는 더 나은 대안으로 전환하면서 소비자로부터 압력을 받게 됨. 실제로 우리는 환자들이 종종 자신의 GP를 변경하기를 꺼린다는 것을 알고 있음. ICO가 기존 GP와의 추가 계약(예: PMS와 계약)을 기반으로 한다는 점을 감안할 때 성능이 불만족스러운 것으로 판명되면 이러한 계약은 쉽게 취소될 수 있음. 그러나 대부분의 기존 GP는 전통적인 국가 GP 계약에 대한 '반환 티켓'을 즐김. 실제로 '실패'한 ICO는 시장을 떠나 다른 사람들이 진입하도록 하는 대신 전통적인 일반 관행으로 되돌아갈 가능성이 매우 높음.

현재 규정 내에서 정부는 GP에게 ICO 상태로의 전환을 강제할 수 없



음. 따라서 GP 계약은 ICO 개발에 상당한 제약이 될 수 있음.  
 ICO가 NHS 내에서 효과적인 힘이 되려면 자발적인 자원 봉사자의 흐름이 부적절하다고 판명되면 GP 계약 개혁의 새롭고 논쟁적인 전략이 필요할 수 있음. 한 가지 전략은 예를 들어 현재의 '평생 계약'을 시간 제한적으로 설정하여 PCT에 GP(및 따라서 ICO) 계약의 유지에 대해 더 큰 재량권을 부여하는 것임. 그러나 이는 현재 정책에서 상당한 이탈을 의미하며 의심할 여지 없이 의료 이익 단체에서 강력하게 반대할 것임. 다른 전략은 재정적 성장과 새로운 인센티브를 ICO 스타일 계약에 집중하여 기존 GP 계약을 점진적으로 대체할 수 있도록 하는 것임. 이러한 방식으로 ICO로의 보다 목적 있는 전환이 달성될 수 있음

### ○ 인프라 및 관리 기능

ICO는 지금까지 일반 진료 기반 조직에서 요구하지 않은 정도의 재정 및 임상 위험을 감수해야 함. PCT는 궁극적으로 ICO와의 계약을 통해 사전 결정된 예산 내에서 의료 관리에 대한 자신의 의무를 이전할 것임. 위험 분담 방식이 합의될 가능성이 높지만(예: GP 자금 보유에 따른 고비용 환자의 경우 '손절매' 보험)<sup>1</sup> ICO는 위험 관리, 계약 및 재무 분야에서 향상된 제어 기술을 개발해야 함.

ICO가 적절한 수준의 재정적 위험을 감수하도록 하려면 앞서 언급한 대로 정확한 위험 조정 자본 예산을 설정해야 함.

보건부는 실습 기반 커미셔닝을 위한 예산 할당을 위해 이러한 작업을 후원했으며 이는 2010년 4월에 도입(Dixon 및 기타, 향후).

ICO는 일반적으로 재정 위험을 분산하기 위해 1년 이상의 장기간에 걸쳐 예산을 관리하거나 관리 지원 및 운전 자본을 제공할 준비가 된 제3자 회사를 사용할 수 있음

이것이 사실로 판명되면 적어도 ICO가 '임상적으로 주도'된다는 개념이 실제보다 이론적인 것으로 판명될 위험이 있음.

그러나 아마도 ICO의 광범위한 개발에 대한 가장 큰 장애물은 기존의 많은 GP와 병원 의사가 한 조직에서 효과적으로 협력하려는 저항일 것임. 언급한 바와 같이 ICO는 현재 자발적인 활동이며 혁신을 열망하는

열성팬을 끌어들이. 본질적으로 ICO는 잠재적인 보상뿐만 아니라 잠재적인 위험에 회원을 참여시킴. 많은 기존 GP나 컨설턴트가 이러한 미래를 받아들일지는 결코 분명하지 않음. 예를 들어 기존 GP 계약을 ICO로 이전할 수 있는 권한이 없으면 열광자를 위한 소수의 스포츠로 남을 수 있음.

### Ⅲ. 결론

보건 및 사회 복지 시스템의 구조, 절차 및 산출물에 관한 국가 간 및 국가 내에서 주어진 다양성으로 인해 공유된 비전, 전략 및 정책이 보건 및 사회 복지 간의 공유 방법 개발로 이어지는 개혁 과정은 매우 어려움, 그러나 고령화 사회의 새로운 도전 과제는 공동 구조, 훈련 및 자금 조달 메커니즘을 점점 더 요구하고 있음. 법에 의한 통합 치료는 확실히 충분하지 않을 것이며, 시장 메커니즘은 공동 작업과 공유된 비전의 개발을 개선할 가능성이 적음. 그럼에도 불구하고 몇 가지 더 유망한 경로를 확인할 수 있음

- 의료와 복지 서비스를 통합하려는 개혁은 재정 시스템의 통합과 제도적 장벽, 특히 외래 환자와 입원 환자 치료, 건강과 복지 서비스 사이, 전문적 치료와 비공식적 치료 간의 제도적 장벽을 극복하는 데 기반을 두어야 한다
- 노인 선별 및 다차원 평가는 많은 국가(예: 독일, 이탈리아, 프랑스, 핀란드, 네덜란드, 영국 및 덴마크)에서 시스템 현대화의 일부임, 다양한 종류의 직업을 참여시키고 그들 사이의 의사 소통을 향상시키는 데 도움이 된다.
- 수요 중심의 통합 치료는 '개별 예산' 또는 구매 및 협상력을 높이는 기타 수단을 통해 치료 과정에 대한 클라이언트의 통제력을 높이기 위해 노력해야 한다.
- 중앙 정부가 추진하는 혁신 프로그램은 여러 민간 및 지역 이니셔티브를 촉발할 수 있음. 즉, 전통적인 돌봄 개념을 넘어 돌봄 및 간호, 적응형 주택, 지역 자원 및 복지 서비스를 통합하는 지원 비전이다.

조언 정보 및 도움을 위한 중앙 서비스 지점은 클라이언트가 필요한 케어 요구 사항을 명확히 하도록 지원하고 다양한 논리에 따라 운영되고 다른 유형의 직원을 보유한 여러 조직 간의 협력을 개선하는 데 유용함.

직원들이 다른 부문의 업무에 대한 새로운 이해를 개발하도록 돕는 것이 가장 중요함

일반적으로 관찰되는 시장화 트랙은 수요 및 공급 메커니즘을 사용하려는 더 많은 바우처 시스템, 돌봄에 대한 지불 및 조정 메커니즘으로 확실히 증가할 것임. 그러나 우리는 건강과 관리가 고유한 특성과 기준을 가진 준시장에 불과하다는 것을 알고 있음. 따라서 제공자, 특히 고용 및 인적 자원 개발과 관련하여 '암거래'를 줄이고 케어 과정에서 고객의 통제력을 강화하기 위해 제공자에 대한 규제(인증 메커니즘, 품질 보증)를 강화하는 것이 중요하다.

통합 프로세스는 확실히 관리 및 관련 작업의 중요성을 높일 것임. 한편으로 사회 및 보건 직원은 직접적인 치료 외에 더 많은 관리 업무를 수행해야 하며, 이는 또한 케이스 및 케어 관리와 관련하여 새로운 전문화 및 새로운 직업 프로파일로 이어질 수 있음.

다른 한편으로, 국가, 지역 및 지방 수준에서 조정 메커니즘을 개발할 필요성은 커미셔닝, 계약, 구매, 계획, 평가 및 품질 보증 메커니즘과 관련하여 더 많은 관리적 의사결정을 요구할 것이다.

이러한 발전은 사회 복지 분야에서도 정보 기술의 보다 열렬한 도입을 동반할 수 있다. 실제로 '테크노 트랙'은 케어 프로세스 조직에 정보 기술이 도입되고 '스마트 홈'의 구축과 함께 원격 케어 기기와 관련하여 이미 시작됨.

가장 진보된 기술이라도 인적 자원과 지역 사회 통합을 대체할 수는 없음. 따라서 두 가지 다른 진화적 트랙이 통합 치료의 개발에 관심을 가질 수 있음. 한편으로 새로운 유형의 자원 봉사 및 새로운 유형의 지원 네트워크(세대 내 및 세대 간)는 각각 구축할 흥미로운 자원일 수 있음. 다른 한편으로, 간병 전문직의 노동력 부족, 불법 이민 및 간병 시장에서의 노동은 새로운 형태의 통합과 통합 의료 네트워크의 확장된 개념을 요구할 것임.

통합 케어 네트워크를 개발하기 위해 가장 자주 적용되는 전략 중 하나인 모델 프로젝트의 일반적인 관행에 대한 간단한 고려로 결론내릴

수 있음. 이러한 프로젝트는 종종 과학적 연구를 동반하고 평가함. 그러나 이러한 프로젝트 중 상당수는 문서나 평가 없이 남아 있으며 대부분의 경우 실제 결과 평가와 배울 교훈을 위한 자금이 충분하지 않음. 의료 연구와 비교할 때 지역 사회 치료 또는 통합 서비스 제공에 관한 과학적 연구는 자금이 약하고 거의 출판되지 않음. 덴마크, 핀란드 및 영국은 목표 R&D 프로그램을 식별할 수 있는 국가이며 서비스 구성 관행에 어느 정도 영향을 미침. 대부분의 다른 국가에서 연구는 실제와 다소 구별되며 통합 치료 조직 영역의 개발 프로젝트는 단일 의사 결정자와 선택적 프로젝트 자금 조달에 크게 의존한다. 따라서 증거 기반 솔루션을 개발하기 위해서는 특히 평가 방법과 관련하여 그리고 복잡한 변경 프로세스에 특별한 기술과 그에 따른 관련 조치가 필요하다는 사실과 관련하여 연구 및 개발을 개선해야 함<sup>70</sup>.

특히 미국 사례는 정치적으로 인기 있는 것보다 더 많은 정책 구조와 더 많은 혜택 적용 범위를 모두 권장함

권고는 또한 중증 장애인에 대한 급성 및 장기 치료의 완전한 통합을 옹호하는 대중 운동에 찬물을 끼얹는 것으로 해석될 수 있음. 의도는 연결 및 조정을 통해 통합함으로써 우수한 인간 서비스 관행의 더 큰 맥락에 완전히 통합하는 것임. 문제는 명세, 지원 및 시행 없이는 특히 미국에서 부상하는 매니지드 케어와 영국에서 조직 개편의 격동의 세계에서 우수한 인간 서비스 관행이 발생할 것이라고 가정할 수 없다는 것임. 완전한 통합은 일부 사람들에게 매우 효과적이며 심지어 효율적일 수도 있음. 여기서 주의해야 하는 것은 그 소수의 사람들이 누구인지, 그들이 필요로 하는 것이 무엇인지, 그리고 그들의 보살핌을 제공하고 비용을 지불하는 방법을 식별하려고 노력하는 동안 많은 사람들의 요구가 그에 상응하는 관심을 받을 수 있도록 해야 한다는 것임.

## (References)

1. Kodner, D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 2009; 13 (Sp.) October 6 - 15. DOI: <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>
2. Armitage, GD, Suter, E, Oelke, ND and Adair, CE. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*. 2009; 9(2). Nolte, E. & McKee, M. 2008, "Integration and chronic care: A review," in *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective.*, E. Nolte & M. McKee, eds., Open University Press, Maidenhead, pp. 64 - 91. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.316>
3. World Health Organisation Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat. Sixty-Ninth World Health Assembly. WHO: Geneva, 15 April 2016. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1) accessed 3 August 2016.
4. Contandriopoulos, AP, Denis, JL, Touati, N and Rodriguez, C. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Working Paper N04 - 01. Montréal: Université de Montréal. 2003 Jun. The integration of health care: dimensions and implementation. [cited 2014 Oct] Available from: <http://nelhin.on.ca/assets/0/16/2100/3734/3736/6cab135d-87c1-45bd-88cd-2c1d5404ec9b.pdf>.
5. Kodner, D and Spreeuwenberg, C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2002; 2(14). DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.67>
6. National Voices A narrative for person-centred coordinated care. NHS England: London. 2013. Available at: <http://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/narrative-for-person-centred-coordinated-care.pdf> accessed 3 August 2016.
7. Lewis, R, Rosen, R, Goodwin, N and Dixon, J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? The Nuffield Trust: London 2010.
8. Goodwin, N and Alonso, A. Understanding integrated care: the role of information and communication technology in Muller S, Meyer I, Kubitschke L (Eds) *Beyond Silos: The way and how of eCare*, IGI Global 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4018/978-1-4666-6138-7.ch004>
9. Goodwin, N and Smith, J. The evidence base for integrated care. The King's Fund and the Nuffield Trust: London 2012. Available at: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/evidence-base-for-integrated-care-251011.pdf>.
10. Leutz, WN. 'Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom', *Milbank Quarterly* 1999; 77(1), 77 - 110. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.00125>
11. Curry, N and Ham, C. *Clinical and Service Integration: The route to improved outcomes*. London: The King's Fund 2010. Available at:

- www.kingsfund.org.uk/publications/ clinical-and-service-integration.
12. Goodwin, N, Sonola, L, Thiel, V and Kodner, D. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. London: The King's Fund 2013.
  13. Fulop, N, Mowlam, A and Edwards, N. Building integrated care. Lessons from the NHS and elsewhere. MHS Confederation: London 2005. Available at: <http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/Publications/Documents/Building%20integrated%20care.pdf> Accessed 3 August 2016.
  14. Minkman, M, Ahaus, KT and Huijsman, R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. BMC Health Services Research 2009; 9: 42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-42>
  15. Valentijn, PP, Schepman, SM, Opheij, W and Bruijnzeels, M A. "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care", Int.J.Integr. Care, 2013; vol. 13, p. e010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.886>
  16. WHO Regional Office for Europe Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: a roadmap. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen 2013.
  17. Calciolari, S, Gonzalez, L, Goodwin, N and Stein, V. International Check: Conceptual framework and comparative assessment exercise 2016. Paper to Project INTEGRATE Final Conference, Barcelona. 23 May 2016.
  18. Minkman, MMN. Values and Principles of Integrated Care. International Journal of Integrated Care. 2016; 16(1): 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2458>
  19. Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of issues at stake. Aldershot: Ashgate; 2004.
  20. Alaszewski AM, Billings J, Coxon K. Integrated health and social care for older persons: theoretical and conceptual issues. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 53 - 96.
  21. Leichsenring K. Providing integrated health and social care for older persons. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons: a European overview with Introduction. Aldershot: Ashgate; 2004.
  22. Colmorton E, Clausen T, Bengtsson S. Providing integrated health and

- social care for older persons in Denmark. In:  
Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 139 - 80.
23. Coxon K, Billings J, Alaszewski A. Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 455 - 98.
- International Journal of Integrated Care - Vol. 4, 3 September 2004 - ISSN 1568-4156 - <http://www.ijic.org/>  
This article is published in a peer reviewed section of the International Journal of Integrated Care 14
24. Ex C, Gorter K, Jansen U. Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 415 - 54.
25. Frossard M, Genin N, Guisset, MJ, Villez, A. Providing integrated health and social care for older persons in France - an old idea with a great future. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 229 - 68.
26. Grilz-Wolf M, Struppel Ch, Leichsenring K, Komp K. Providing integrated health and social care for older persons in Austria. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 97 - 138.
27. Nesti G, Campostrini S, Garbin S, Piva P, Di Santo P, Tunzi F. Providing integrated health and social care for older persons in Italy. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 371 - 414.
28. Roth G, Reichert M. Providing integrated health and social care for older persons in Germany. In: Leichsenring K,



- Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 269 - 328.
29. Salonen P, Haverinen R. Providing integrated health and social care for older persons in Finland. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 181 - 228.
30. Sissouras A, Ketsetzopoulou M, Bouzas N, Fagadaki E, Papaliou O, Fakoura A. Providing integrated health and social care for older persons in Greece. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 329 - 70.
31. Esping-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. New York: Polity Press; 1990.
32. Walker A, Naegele G, editors. The politics of old age in Europe. Buckingham: Open University Press; 1999.
33. Philp I, editor. Family care of older persons. Amsterdam: IOS Press; 2001.
34. Pijl M. The support of carers and their organizations in some Northern and Western European countries. In: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, editors. Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization collection on long-term care; 2003. p. 25 - 60.
35. Pacolet J, Bouten R, Lanoye H, Versieck K. Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway. Leuven: HIVA; 1999.
36. Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, Siegel B, Rockoff Y. Choosing overall LTC strategies: a conceptual framework for policy development. In: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, editors. Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization collection on long-term care; 2003. p. 243 - 70.
37. Wendt WR. Case management im sozial- und gesundheitswesen. Freiburg I.B.: Lambertus; 2001.
38. Audit Commission. Integrated services for older people: building a whole system approach in England. London: Audit

Commission; 2002.

39. Groe O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. International Journal of Integrated Care wserial onlinex 2001 Jun 1;1. Available from: URL:www.ijic.org.

40. Delnoij D, Klazinga N, Glasgow IK. Integrated care in an international perspective: proceedings of the workshop of the EUPHA section Health Services reasearch, EUPHA Annual Conference 2001, Brussels 6 - 8 December wfeaturex.

International Journal of Integrated Care wserial onlinex 2002 Apr 1;2. Available from: URL:www.ijic.org.

41. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper.

International Journal of Integrated Care wserial onlinex 2002 Nov 14;2. Available from: URL:www.ijic.org.

42. Wistow G, Waddington E, Lai Fong Chiu. Intermediate care: balancing the system. Leeds: Nuffield Institute for Health; 2002.

43. Haubrock M, Hagmann H, Nerlinger T. Managed care. Integrierte versorgungsformen. Bern: Hans Huber; 2000.

44. La Puma J, Schiedemeyer D. The McGraw-Hill pocket guide to managed care: Business, practice, law, ethics. New York: McGraw-Hill; 1996.

45. Grundboick A, Krajic K, Stricker S, Pelikan JM. Ganzheitliche Hauskrankenpflege – ein Modellprojekt des Wiener Roten Kreuzes. In: Pelikan JM, Stacher A, Grundboick A. (Hg.). Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung von Qualita" t und Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Theorestische Konzepte, gesundheitspolitischer Kontext und praktische Erfahrungen in Europa. Wien: Facultas; 1998. p. 91 - 112.

46. Ludwig Boltzmann - Institut fu" r Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBI). Integrierte Versorgung. Organisation der Patientenbetreuung zwischen dem Donauspital und der Betreuung zu Hause - Abschlussevaluation. Wien: LBI; 2000.

47. Department of Health. National service framework for older people:

supporting implementation: intermediate care: moving forward. London: Department of Health; 2002.

48. Vaughan B, Lathlean J. Intermediate care: models in practice. London: King's Fund Publishing; 1999.

49. Steiner A. Intermediate care: a conceptual framework and review of the literature. London: King's Fund; 1997.

50. Kodner DL. Long-term care integration in four European countries: a review. In: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, editors.

Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization collection on long-term care; 2003. p. 91 - 138.

International Journal of Integrated Care - Vol. 4, 3 September 2004 - ISSN 1568-4156 - <http://www.ijic.org/>

This article is published in a peer reviewed section of the International Journal of Integrated Care 15

51. Niskanen J. Finnish care integrated? International Journal of Integrated Care wserial onlinex 2002 Jun 1;2. Available from:

URL:[www.ijic.org](http://www.ijic.org).

52. Ranta H, editor. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsa 2001 (Statutory social welfare and health care services 2001).

Helsinki: KauppakaariyTalentum Media Oy; 2001.

53. van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJP. Integration of care in The Netherlands. The development of transmural care since 1994. Health Policy 2001;552:111 - 20.

54. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.

The Milbank Quarterly 1999;771:77 - 110.

55. Davies B. Care management, equity and efficiency: the international experience. Kent: University of Kent at Canterburyy PSSRU; 1992.

56. Zawadski RT. The long-term care demonstration projects: what they are and why they came into being. Home Health Care Services Quarterly 1983;3(4):3 - 19.

57. Mutschler R. Kooperation ist eine Aufgabe Sozialer Arbeit: Zusammenarbeit und Vernetzung als professionelle Verpflichtung

- Regionale Arbeitsgruppen als Standard beruflicher Sozialarbeit. Bla"tter der

Wohlfahrtspflege 1998;34:9 - 52.

58. Evers A, Olk T. Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellen Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen. In: Evers A, Olk T. (Hg.) Wohlfahrtspluralismus. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1996:347 - 72.
59. Evers A, Wintersberger H, editors. Shifts in the welfare mix. Aldershot: CampusWestview; 1990.
60. Barr O. A consideration of the nature of needs-led service within care management in the UK. Online Journal of Issues in Nursing. 1996;June.
61. Huntington JA. Health care in chaos: will we ever see real managed care? Online Journal of Issues in Nursing. 1997;January (<http://www.nursingworld.org/online>).
62. Seng T. Managed Care - Instrumente und institutionelle Grundlagen. Sozialer Fortschritt 1997;12:289 - 93.
63. Kodner DL. Consumer-directed services: Lessons and implications for integrated systems of care. International Journal of Integrated Care. 2003 Jun 17;3. Available from: URL:[www.ijic.org](http://www.ijic.org).
64. Evers A, Ungerson C, editors. Payments for Care. A European Overview. Aldershot: Ashgate; 1994.
65. Motel-Klingebiel A, Tesch-Römer C, von Kondratowitz H-J. The role of family for quality of life in old age - a comparative perspective. In: Bengtson VL, Ariela Lowenstein A, editors. Global Aging and Challenges to Families. New York: de Gruyter; 2003. p. 323 - 354.
66. Evers A. Quality development - part of a changing culture of care in personal social services. In: Evers A, Haverinen R, Leichsenring K, Wistow G, editors. Developing quality in personal social services. Concepts, Cases and Comments. Aldershot: Ashgate; 1997. p. 9 - 24.
67. Pollitt C. Business and professional approaches to quality improvement: a comparison of their suitability for the personal social services. In: Evers A, Haverinen R, Leichsenring K, Wistow G, editors.

- Developing quality in personal social services. Concepts, Cases and Comments. Aldershot: Ashgate; 1997. p. 25 - 48.
68. Reis C, Schulze-Boϑung M. (Hg.) Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung neuer Steuerungsmodelle. Berlin: ed. Sigma; 2000.
69. Schubert H-J, Zink KJ. Qualitaϑsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Neuwied usw.: Luchterhand; 1997.
70. Broome A. Managing Change (Essentials of nursing management). London: MacMillan Pre75s; 1998.
- 71 Social Services Inspectorate. 1994. Implementing Caring for People: Community
72. Vladeck, B.C. 1995. Overall Perspectives. Persons with Disabilities: Issues in Health Care Financing and Service Delivery, eds. J. M.Wiener, S. B.
73. Leutz, W., M. Greenlick, S. Ervin, E. Feldman, and J. Ripley. 1995. Medical Services in Social HMOs: A Reply to Harrington et al. Gerontologist 35:6 - 8.
74. Wiener, J., and J. Skaggs. 1995. Current Approaches to Integrating Acute and LTC Financing and Services. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.
75. Harrington, C., M. Lynch, R. Newcomer, and N. Miller. 1993. Medical Services in Social Health Maintenance Organizations. San Francisco: Institute for Health and Aging, University of California.
76. Light, D.W. 1994. Strategic Challenges in Joint Commissioning. London: National Health Service, NorthWest Thames Regional Health Authority.
- — —. 1997a. From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience. Milbank Quarterly 75:297 - 341.
- — —.1997b. The Rhetoric and Realities of Community Health Care: The Limits of Countervailing Powers to Meet the Health Care Needs of the Twenty-First Century. Journal of Health Politics, Policy and Law 22:105 - 45.
- 77.Small, N. 1989. Politics and Planning in the National Health Service. Philadelphia: Open University Press.
78. Schulz, R., and S. Harrison. 1984. Consensus Management in the British

- National Health Service: Implications for the United States. *Milbank Quarterly*, 62:657 - 81.
79. Klein, R. 1995. Big Bang Health Care Reform—Does it Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reforms. *Milbank Quarterly* 73:299 - 337.
- — —. 1979. Control, Participation, and the British National Health Service. *Milbank Quarterly*, 57:70 - 94.
80. Smith, R. 1997. The Future of Health Care Systems. *British Medical Journal* 314:1495 - 6.
81. Greig, R. 1997. Joint Commissioning: Searching for Stability in an Unstable World. *Tizard Learning Disability Review*2(1):19 - 25.
82. Mays, N. 1997a. The Future of Locality Commissioning. *British Medical Journal*, 314: 1212 - 13.
- — —. 1997b. Total Purchasing: A Profile of National Pilot Projects. London: Kings Fund.
83. Myles, S., J. Popay, S. Wyke, J. Scott, A. Campbell, and J. Girling. 1997. National Evaluation of Total Purchasing Pilot Schemes: Community and Continuing Care for People with Complex Needs. London: Department of Health.
84. Welch, P. 1996. Growth in HMO Share of the Medicare Market, 1989 - 1994. *Health Affairs* 15(3):201 - 14.
85. Iglehart, J. 1992. The American Health Care System: Managed Care. *New England Journal of Medicine* 327:742 - 7.
86. Kane, R., R. Kane, N. Haye, et al. 1996. *Managed Care Handbook for the Aging Network*. Minneapolis: University of Minnesota, National Long-Term Care Resource Center.
- 106 Walter N. Leutz
87. Leutz, W., E. Sadowsky, and S. Pendleton. 1992. *Cost Caps in State Long-Term Care Programs*. Waltham, Mass: Brandeis University, Institute for Health Policy.
88. McCall, N., and J. Korb. 1994. *Combining Acute and LTC in a Capitate Medicaid Program: The Arizona LTC System*. San Francisco, Calif.: Laguna Research Associates.
89. Leutz, W., M. Sciegaj, J. Capitman, and M.E. Henry. 1995. *Service Planning Guidelines in Community Long-Term Care Programs*. Waltham,

Mass: Brandeis University, National Resource Center for Diversity and Long-Term Care.

90. Leutz, W., M. Greenlick, and J. Capitman. 1994. Integrating Acute and Long-Term Care. *Health Affairs* (fall):58 - 74.
91. Ansak, M.L., and R.T. Zawadski. 1984. On Lok CCODA: A Consolidated Model. *Home Health Care Services Quarterly* 5:147 - 70.
92. Branch, L., R. Coulam, and Y. Zimmerman. 1995. The PACE Evaluation: Initial Findings. *Gerontologist* 35:349 - 59.
93. Kane, R., L. Illston, and N. Miller. 1992. Qualitative Analysis of the Program for all-inclusive Care for the Elderly. *Gerontologist* 32:771 - 80.
94. Hamilton, T. 1995. The Wisconsin Partnership Program. Madison: Wisconsin Department of Health and Social Services.
95. Leutz, W., R. Abrahams, M. Greenlick, R. Kane, and J. Prottas. 1988. Targeting Expanded Care to the Aged: Early Social HMO Experience. *Gerontologist* 28:4 - 17.
96. Valk, H.M.F. van Schrojenstein Lantman-de, M. van den Akker, M.A. Maskaant, et al. 1997. Prevalence and Incidence of Health Problems in People with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 41(1):42 - 51.
97. Kerr, M., W. Fraser, and D. Felce. 1996. Primary Health Care for People with a Learning Disability. *British Journal of Learning Disabilities* 24(1):2 - 8.
98. Waddington, P. 1995. Joint Commissioning of Services for People with Learning Disabilities: a Review of the Principles and the Practice. *British Journal of Learning Disabilities* 23:2 - 10.
99. Weissert, W.G., C.M. Cready, and J.E. Pawelak. 1988. The Past and Future of Home and Community-Based Long-term Care. *Milbank Quarterly* 66:309 - 88.
100. Minnesota Department of Human Services. 1997. Minnesota Senior Health Options Program Summary. St. Paul, Minn.
101. Horton, R. 1998. The Realpolitik of a New National Health Service for the UK. *Lancet* 351:76 - 7.
101. Cambridge, P. 1997. Joint Commissioning: Searching for Stability in an Unstable World: Commentary. *Tizard Learning Disability Review*

2(1):26 - 30.

102. Prosser, H. 1997. The Future Care Plans of Older Adults with Intellectual Disabilities Living at Home with Family Carers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 10:15 - 32.
103. McGrother, C., A. Hauck, S. Bhaumik, C. Thorp, and N. Taub. 1996. Community Care for Adults with Learning Disability and Their Carers: Needs and Outcomes from the Leicestershire Register. *Journal of Intellectual Disability Research* 40:183 - 90.
104. Leutz,W., J. Capitman, M. MacAdam, and R. Abrahams 1992. *Care for Frail Elders: Developing Community Solutions*. New York: Auburn House.
- 105.Plant, M.. 1997. The Provision of Primary Health Care for Adults Who Have Learning Disabilities: Summary. *British Journal of Developmental Disabilities* 43(84):75 - 8.
- 106.Glendinging, C., and B. Lloyd. 1997. *Developing Local "Continuing Care"Policies and Guidelines: The Implications for Primary and Community Health Services (SR/DB/97)*. Manchester, U.K.: National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester.
- 107.Leutz, W., M. Greenlick, S. Ervin, E. Feldman, and J. Malone. 1991. Adding Long-Term Care to Medicare in HMOs: Four Years of Social HMO Experience. *Journal of Aging and Social Policy* 4:69 - 88.
- 108.Phillips, B.R., P. Kemper, and R.A. Applebaum. 1988. The Evaluation of the National Long-Term Care Demonstration: 4. Case Management under Channeling. *Health Services Research* 23:67 - 82.
- 109 Thornton, C., S. Dunstan, and P. Kemper. 1988. The Effect of Channeling on Health and Long-Term Care Costs. *Health Services Research* 23(1):131 - 42.
- 110.Wilkin, D., T. Butler, and A. Coulter. 1997. *New Models of Primary Care:Developing the Future*. National Primary Care Research and Development Centre. Manchester, U.K.: University of Manchester.
- 111.Lancet. 1994. Consuming Health Care. 344:763 - 65 (editorial).
112. Bennet, F. 1996. *Highly Charged: Policy Issues Surrounding Charging for Non-Residential Care*. Joseph Rowntree Foundation. London.



113. Baldwin, S., and N. Lund. 1996. *Charging Ahead*. Joseph Rowntree Foundation. London.
114. Liu, K., J. Hanson, and T. Coughlin. 1995. Characteristics and Outcomes of Persons Screened into Connecticut's 2176 Program. In *Persons with Disabilities: Issues in Health Care Financing and Service Delivery*, eds. J.M. Wiener, S.B. Clauser, and D.L. Kennell, 215 - 44. Washington, D.C.: Brookings Institution.
115. Leutz, W., and D. Hallfors. 1993. *Lessons from Social HMO Marketing*. Waltham, Mass: Brandeis University, Institute for Health Policy. Integrating Medical and Social Services 107
116. Gruenberg, L., and J. Kaganova. 1997. *An Examination of the Cost-Effectiveness of PACE in Relation to Medicare*. Cambridge, Mass.: DataChron Health Systems.
117. Burstein, N.R., A.J. White, and D. Kidder. 1996. *Evaluation of the PACE Demonstration: The Impact of PACE on Participant Outcomes*. Cambridge, Mass.: Abt Associates.
118. Rummery, K., and C. Glendinning. 1997. *Working Together – Bringing Primary Care into the Commissioning of Health and Social Care Services*. Manchester, U.K.: University of Manchester.
119. Abrahams, R., T. VonStenberg, D. Zeps, S. Dunn, and P. Macko. 1992. Integrating Care for the Geriatric Patient: Examples from the Social HMO. *HMO Practice* 6(4):14 - 19.
120. Finch, M., R. Kane, R. Kane, et al. 1992. *Design of the 2nd Generation S0HMO Demonstration: An Analysis of Multiple Incentives*. Minneapolis: University of Minnesota.
121. Hatton, C., and E. Emerson. 1995. Services for Adults with Learning Disabilities and Sensory Impairments. *British Journal of Learning Disabilities* 23(1):11 - 17.
122. Clark, H.S. Dyer, and S. Hartman. 1996. *Going Home: Older People Leaving the Hospital*. Joseph Rowntree Foundation. London.
123. Capitman, J., and M. Sciegaj. 1995. A Contextual Approach for Understanding Individual Autonomy in Managed Community Long-Term Care. *Gerontologist* 35(4):533 - 40.
124. Ruta, D.A., C. Donaldson, and I. Gilray. 1996. *Economics, Public Health*

- and Health Care Purchasing: The Tayside Experience of Programme Budgeting and Marginal Analysis. *Journal of Health Services Research and Policy* 1:185 - 93.
125. Barnes, M., and A. Walker. 1996. Consumerism versus Empowerment: A Principled Approach to the Involvement of Older Service Users. *Policy and Politics* 24:375 - 93.
126. Gerry, M.H., and A.J. Mirsky. 1992. Guiding Principles for Public Policy on Natural Supports. *Natural Supports in School, at Work and in the Community for People with Severe Disabilities*, ed. J. Nisbet, 341 - 6, Baltimore: Brookes.
127. Fama, T., and P.D. Fox. 1993. An Extra Mile for the Elderly. *HMO Magazine* (November/December): 22 - 9.
128. Kramer, A.M., P.D. Fox, and N. Morgenstern. 1992. Geriatric Care Approaches in Health Maintenance Organizations. *Journal of the American Geriatrics Association*, 40:1055 - 67.
129. Brown, L.D., and C. McLaughlin. 1990. Constraining Costs at the Community Level. *Health Affairs* 9(4):5 - 28.
130. Joseph Rowntree Foundation. 1996. *Meeting the Costs of Continuing Care*. London.
131. Pepper Commission. 1990. *A Call for Action*. Washington, D.C.: U.S. Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care
132. Nonnenkamp, L. 1996. *Testimony to the Ways and Means Committee, Subcommittee on Health*. Washington, D.C.: U.S. Congress.
133. Schlesinger, M. 1997. *Countervailing Agency: A Strategy of Principled Regulation Under Managed Competition*. *Milbank Quarterly* 75:35 - 57.
134. Shih A, Davis K, Schoenbaum S, Gauthier A, Nuzum R and McCarthy D (2008) *Organizing the US Health Care Delivery System for High Performance*. Commonwealth Fund. Commission on a High Performance Health System. New York: Commonwealth Fund.
135. Department of Health (1997) *The New NHS: Modern Dependable*. London: DH.
136. Department of Health (2008b) *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review final report*. London: DH.
137. Curry N, Goodwin N, Naylor C and Robertson R(2008) *Practice-based*

Commissioning: Reinvigorate, replace or abandon? London: The King's Fund.

138. Department of Health (2009a) Clinical Commissioning, our Vision for Practice Based Commissioning. London: DH. See [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_095692](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_095692), accessed 20 February 2010.

139. Shaw S and Rumbold B (forthcoming) A Conceptual Analysis of Integrated Care. London: The Nuffield Trust.

140. Kodner D and Spreeuwenberg C (2002) Integrated care: meanings, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* (serial online), (Vol 12), 14 November.

141. Nolte E and McKee M (2008) *Caring for People with Chronic Conditions: A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press.

142. Fulop N, Mowlem A and Edwards N (2005) *Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere*. London: The NHS Confederation.

143. Powell Davies G, Williams A, Larsen K, Perkins D, Roland M and Harris F (2008) 'Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review', *MJA* 188 (8 Suppl.):

144. Leutz W (1999) 'Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom' *The Milbank Quarterly* 77 (1): 77 - 110.

145. Goodwin N, 6 P, Peck E, Freeman T and Posaner R (2004) *Managing across Diverse Networks of Care: Lessons from other sectors*. Report to the NHS SDO

R&D Programme, Health Services Management Centre, University of Birmingham.

146. MacAdam M (2008) 'Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review'. Canadian Policy Research Networks, CPRN Research Report, April.

147. Goodwin N and Lawton-Smith S (forthcoming) 'Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management', *International Journal of Integrated Care* (serial online).

148. Ham C (2009) *Only Connect: Policy options for integrating health and social care*. London: The Nuffield Trust

149. Lewis R, Gillam S and Jenkins C (2001) *Personal Medical Services Pilots: Modernising primary care?* London: The King's Fund.
150. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B and Gray D (2004) 'Can the NHS learn from US managed care organisations?', *BMJ* 328: 223 - 5.
151. Department of Health (2010) *Integrated Care Pilots Expansion* (press release). [www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Integratedcarepilots/DH\\_111797](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Integratedcarepilots/DH_111797), accessed 20 February 2010.
152. Department of Health (2008a) *Integrated Care Pilot Programme - prospectus for potential pilots*. London: DH.
153. Smith JA, Curry N, Mays N and Dixon J (2010) *Where Next for Commissioning in the English NHS?* London: The Nuffield Trust and The King's Fund.
154. Smith JA, Wood J and Elias J (2009) *Beyond Practice-based Commissioning: The local clinical partnership*. London: The Nuffield Trust and NHS Alliance.
155. Goodwin N (1998) 'GP fundholding', in Le Grand J, Mays N and Mulligan J-A (eds) *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*. London: The King's Fund, 43 - 8.
156. Wyke S, Myles S, Popay J, Scott J, Campbell A and Girling J (1999) 'Total purchasing, community and continuing care: lessons for future policy developments in the NHS,' *Health and Social Care in the Community*, 7 (6): 394 - 407.
157. Goodwin N, Abbott S, Baxter K, Evans D, Killoran A, Malbon G, Mays N, Scott J and Wyke S (2000) *The Dynamics of Primary Care Commissioning: A close up of total purchasing pilots: Analysis and implications of eleven case studies*. London: The King's Fund.
158. Smith JA and Goodwin N (2006) *Towards Managed Primary Care*. Farnham: Ashgate.
159. Lewis R and Gillam S (2007) 'Quality in primary care commissioning', *Quality in Primary Care* 6: 367 - 72(6).
159. Cooperation and Competition Panel (2009) *Transfer of Church View Medical Practice to City Hospitals Sunderland NHS Foundation Trust*. See [www.ccpnl.org.uk/content/cases/Integratedcare-pilot-scheme-City-Hospitals-Sunderland-](http://www.ccpnl.org.uk/content/cases/Integratedcare-pilot-scheme-City-Hospitals-Sunderland-)

NHS-Foundation-Trust-Church-View-Medical-Practice/sunderland-advice-recommendations.pdf, accessed 24 February 2010.

160. Burnham A (2009) speech to The King's Fund, 17 September. See [www.dh.gov.uk/en/News/Speeches/DH\\_105366](http://www.dh.gov.uk/en/News/Speeches/DH_105366), accessed 20 February 2010.

161. Leatherman S, Berwick D, Iles D and others (2003) 'The business case for quality: case studies and an analysis', *Health Affairs* 203, 22 (2).

162. De Jong JD, van den Brink-Muinen A and Groenewegen PP (2008) 'The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled', *BMC Health Services Research* 8: 58.

163. Maarse H. Review of de Jong JD, van den Brink-Muinen A and Groenewegen PP (2008) op cit. [www.biomedcentral.com/imedia/5772333911746846\\_comment.pdf](http://www.biomedcentral.com/imedia/5772333911746846_comment.pdf), accessed 27 February 2010.

164. Robertson R and Dixon A (2009) *Choice at the Point of Referral: Early results of a patient survey*. London: The King's Fund.

165. Lewis R, Hunt P and Carson D (2006). *Social Enterprise and Community Care: Is there a future for mutually-owned organisations in community and primary care?* London: The King's Fund.