

연구보고서 2007-02

유럽의 일차의료현황과 주치의 제도 개혁 - 한국에의 함의

정현진
황라일
서수라
김철웅



국민건강보험공단
National Health Insurance Corporation

머 리 말

급증하는 의료비 문제를 해결하고 노인인구의 증가 및 만성질환자 증가 등 보건의료문제의 변화에 대응하기 위한 방안으로 일차의료 제공 시스템 강화에 대한 동의가 확산되고 있다. 일차의료의 가치 달성을 위한 핵심적 방안으로 주치의 제도는 이미 서구 여러나라에서 시행되고 있으며 우리나라에서도 제도 시행에 대한 논의는 이미 진행된지 오래이다. 그러나 제도 시행 논의 10년이 지난 지금도 구체적 실행이 이루어지고 있지 못하다.

외국의 경우 주치의 인력을 정점으로 한 일차의료시스템이 갖추어진 국가에서 보다 저렴한 비용으로 높은 건강수준을 유지하고 있는 사례를 볼 수 있다. 그러나 주치의 제도의 도입은 자유로운 의료이용행태 및 의료서비스 제공 관행에 변화를 요구하는 것으로 국민의 수용성 및 의료공급자의 제도 합의가 절대적으로 필요하다. 외국의 경우 다양한 국가에서 다양한 방식으로 주치의 제도 도입을 위한 논의와 실험이 진행되고 있다. 각 국가별 보건의료 시스템이 상이하고 서비스 제공체계, 의료이용 관행, 의료비 지출수준 등이 다름에 따라 주치의 제도 도입의 방식과 제도의 구체적 양태도 차이를 보인다.

이러한 다양한 환경에서의 다양한 도입방식 및 경험을 살펴보는 것은 우리토양에 적합한 주치의 제도 모형을 모색하는데 많은 도움이 될 것이다. 본 보고서는 현재 우리나라의 보건의료시스템에서 결여된 일차의료의 강화를 위해 요구되고 있는 주치의 제도 도입논의에 도움이 되고자 외국의 다양한 주치의 제도 도입사례 및 경험을 소개하고 이를 통해 얻을 수 있는 시사점을 논의하고 있다. 먼저 우리나라 보건의료의 문제점을 일차의료의 시각에서 바라보고 일차의료시스템 강화를 통해 얻을 수 있는 이점을 외국의 다양한

일차의료관련 문헌을 통해 소개한다. 일차의료강화에 가장 핵심적인 과제인 주치의 제도와 관련하여 주치의 제도 시행의 오랜 경험을 가지고 있는 영국과 네덜란드의 사례를, 다양한 의료시스템에서 주치의 제도 도입을 모색하고 있는 외국의 사례로서 미국과 노르웨이, 프랑스, 독일의 경험을 논의한다. 이를 통해 기존 우리나라에서 논의되었던 주치의 제도안을 중심으로 외국의 경험에서 찾을 수 있는 시사점을 언급하고 있다.

본 보고서가 완결된 주치의 제도안을 제시하는 것을 목적으로 하고 있지는 않다. 그러나 향후 완성될 한국형 주치의 제도안의 견고한 설계를 위해 필요한 기초자료를 가능한 풍부하게 제시하는데 초점을 맞추었다. 모쪼록 본 연구의 결과물이 향후 우리나라 주치의 제도 도입 및 이를 통한 일차보건의료강화에 기초적인 소임을 할 수 있기를 바란다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자들의 개인적인 의견이며 공단의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2007年 12月

國民健康保險公團 理事長 李 在 庸
健康保險研究院 院 長 姜 岩 求

목 차

요 약	1
I. 서 론	7
1. 연구의 배경과 필요성	7
2. 연구방법 및 내용	8
II. 우리나라 일차의료의 문제점	11
1. 일차의료의 5대 영역	12
2. 우리나라 보건의료의 문제점	18
3. 일차의료의 효과성과 효율성에 대한 증거	37
III. 외국의 주치의 제도	53
1. 유럽의 일차의료	54
2. 영국의 주치의 제도	58
3. 네덜란드의 주치의 제도	83
4. 미국의 주치의 제도	95
5. 노르웨이의 주치의 제도	104
6. 프랑스의 주치의 제도	114
7. 독일의 주치의 제도	128
8. 소결	141
IV. 우리나라 주치의 제도 제안	143
1. 주치의 제도 도입방안	143

V. 요약 및 결론	173
참고문헌	179
부 록	195

- 표 차례 -

<표 II-1> 2001년 시·군별 의료기관 분포	19
<표 II-2> OECD 주요국가의 1인당 의료비와 본인부담금 비율	21
<표 II-3> 의료기관별 외래의료 이용 목적	22
<표 II-4> 연도별 의사수 및 가정의학과 이외 전문의 수 변화추이	26
<표 II-5> 인구 백만명 당 고가의료장비 보유 현황(1992-2003, 단위 : 대)	30
<표 II-6> 주요국가의 인구 백만명 당 고가의료장비 보유 현황	30
<표 II-7> 각 국의 제왕절개 비율	32
<표 II-8> 한국의 연도별 의료보험 가입자 1인당 연간 외래의료이용횟수, 1992-1999	34
<표 II-9> 1990년대 후반기 주요 국가의 국민 1인당 연간 의사방문횟수	34
<표 II-10> 일차의료에 대한 기존 연구 결과 요약	48
<표 III-11> 유럽의 인구 10만명당 일반의의 수	66
<표 III-12> 영국의 일반의(GP) 수	66
<표 III-13> 잉글랜드와 웨일즈에서 일반의 수에 따른 진료소의 수	67
<표 III-14> QOF 각 영역별 지표와 부여 점수	78
<표 III-15> 80개 표본진료단위의 임상진료지침 준수율(2003)	92
<표 III-16> 질환종류별 네덜란드 가정의의 전문의 의뢰율	95
<표 III-17> 프랑스 주치의 제도하에서 의사진료비 및 상환액 (2006.1)	123
<표 III-18> 독일의 전체 의사 규모, 2003. 12. 31 기준	134
<표 III-19> 6개국의 주치의 제도의 특성과 내용, 성과	142
<표 IV-20> 전체 의사 중 일반의와 전문의의 비중	148
<표 IV-21> 의원종사자의 전문의 분포 현황(2003)	148
<표 IV-22> 주치의 서비스 항목	155
<표 IV-23> 주치의 서비스에 대한 의사들의 의견	156
<표 IV-24> 주치의 서비스에 대한 국민의 의견	157

<표 IV-25> 국가검진사업 현황	164
<표 IV-26> 27개 질적지표목록	171

- 그림 차례 -

【그림 I -1】 연구내용 및 흐름	9
【그림 III-2】 영국의 NHS서비스 체계	61
【그림 III-3】 일반의 교육과정 도해	65
【그림 III-4】 일반의 훈련과정의 훈련프로그램 도해	69
【그림 III-5】 영국의 통합된 일차의료 제공모형(2000)	73
【그림 III-6】 미국의료시스템의 재정흐름(Larry A Green, 2004)	102
【그림 III-7】 AOK의 주치의 모형 구성 요소 및 확대 발전 전략	137
【그림 III-8】 라인네카 지역 AOK 주치의 모형 진행정도(2005말 현재)	138
【그림 III-9】 차세대 주치의 모델의 구성요소(AOK)	139
【그림 IV-10】 주치의 자격 및 인력 확보	153
【그림 IV-11】 방문진료 모형	159
【그림 IV-12】 수가구성의 기본원칙	168
【그림 IV-13】 주치의 제도 수가구성안	169

유럽의 일차의료현황 및 주치의 제도개혁-한국에의 함의

- 요약 -

I. 서론

- 급증하는 의료비 문제를 해결하면서 동시에 보건의료시스템 전반의 효율성과 형평성을 제고하기 위한 방안으로 일차의료의 강화에 대한 광범위한 동의가 이루어지고 있음.
- 주치의 제도는 일차의료강화의 핵심적 영역으로서 여전히 많은 국가의 관심 대상이 되고 있고 끊임없는 실험이 계속되고 있음.
- 우리나라에서는 이미 1996년 주치의 제도 시범사업 실시 계획이 발표된 바 있으나 여전히 시행되고 있지 못함.
- 우리나라에서 주치의 제도를 통한 일차의료의 강화를 달성하기 위해 일차의료체계가 비교적 잘 갖추어진 유럽 국가의 일차의료 현황을 살펴보고, 주요 국가의 주치의 제도를 살펴봄으로써 우리나라 주치의 모형 개발에 필요한 기초자료를 제공할 필요성이 있음.
- 이를 위해 본 보고서는 우리나라 의료제도의 문제점을 일차医료를 중심으로 살펴보고, 일차의료의 성과에 대한 기존 연구결과를 종합함. 이어, 주요 외국의 주치의 제도를 살펴보고 이를 통해 시사점을 발굴하며, 마지막으로 우리나라 주치의 제도 논의 중 외국의 사례를 통해 참고할 지점에 대해 언급하여 향후 제도 설계에 도움이 되도록 함.

- 연구방법은 주로 문헌고찰에 의존하며, 필요한 경우 현지 출장을 통해 자료를 확보함.

II. 우리나라 일차의료의 문제점

1. 우리나라 일차의료의 문제점

- 우리나라의 보건의료제도는 일차의료의 5대 영역인 접근성, 포괄성, 지속성, 조정성, 책임성 측면에서 모두 문제점을 가지고 있음.
- 도시와 농촌간의 건강수준의 차이 및 의료서비스 제공의 차이, 의료서비스 이용량의 차이 등은 우리나라 보건의료의 접근성과 형평성 측면의 문제점을 드러내고 있으며 이는 우리나라 건강보험의 낮은 보장성으로 인해 더욱 가중되고 있음.
- 국민들의 의료기관 이용목적이 지나치게 치료위주로 이루어지고, 국민건강을 위해 반드시 필요한 건강증진, 질병예방, 조기발견 등이 상대적으로 소홀함에 따라 서비스의 포괄성이 크게 떨어짐.
- 주치의 제도가 시행되고 있지 못하고 의료쇼핑 현상이 지속되는 시스템 속에서 서비스 제공의 지속성, 조정성, 책임성의 문제가 제기되고 있음.
- 일차의료인력이 제대로 양성되고 있지 못하고 서비스 공급이 시장에 의해 주도됨에 따라 일차의료의 제공되고 있지 못하고 이는 전반적인 질적수준 하락 및 서비스 제공의 왜곡을 초래하고 있음.

2. 일차의료의 효과성과 효율성에 대한 증거

- 외국에서 일차의료의 상대적 우월성을 평가할 수 있는 효과성과 효율성에 대한 연구결과들이 많이 발견됨. 이러한 연구결과들은 국가시스템 전체를 대상으로 국가간 비교연구를 행한 거시적 차원의 연구가 있으며, 특수한 세팅에서 일차의료

의 개별특성 측면에 기반하여 그 효과성을 평가한 연구들이 있음.

- 일차의료의 개별특성과 성과에 대한 연구결과 제대로 제공된 일차의료는 건강향상 및 자원소모, 비용 측면에서 매우 긍정적인 효과를 나타내는 것으로 나타났음. 그러나 이러한 일차의료의 효과의 크기와 방향성은 대상질환 및 대상인구집단마다 다소 상이하게 나타나기 때문에 일차의료에 의한 전문의 진료 대체는 상황마다 다른 결과를 나타냄.
- 한편, 국가별 보건의료체계에 대한 연구결과들을 종합하면, 일차보건의료시스템의 강화는 국민의 건강수준 향상 및 낮은 보건의료비 지출을 유도하고 전반적인 효과성과 효율성이 높게 평가됨. 이러한 높은 효과성과 효율성은 특히 문지기 시스템과 등록환자에 기반한 지불방식의 영향을 받으며 이는 주치의 제도와 연관됨.

III. 외국의 주치의 제도

- 주치의 제도가 현대적 보건의료시스템 도입 초기부터 체계속에 포함되어, 오랜 시행경험을 가지고 있는 영국과 네덜란드의 사례를 살펴보고, 주치의 제도의 도입을 모색하거나 실험하고 있는 국가로서 미국, 노르웨이, 프랑스, 독일의 사례를 살펴봄
- 위 국가들은 주치의 제도 경험 뿐 아니라 각기 국가보건의료체계, 사회보험국가, 자유주의적 모델의 대표적인 국가로서 다양한 경험과 사례를 보여줌.
- 네덜란드와 영국 등 오랜 주치의 제도 전통이 있는 국가에서는 주치의 역할을 담당하는 일차의료인력에 대한 자격규정이 잘 갖추어져 있고 문지기 시스템도 예외를 허용하고 있지 않음.
- 최근 주치의 제도를 도입하거나 시행을 모색하고 있는 프랑스나 독일, 미국은 상대적으로 주치의 자격 규정이 느슨하고 문지기 시스템의 예외를 인정하고 있음.

- 문지기 시스템 적용의 엄격성 및 주치의 자격규정과 관리는 전체 의료체계에서 전문의 인력과 일차의료인력의 상대적인 주도성과 의료이용의 전통 등에 의해 영향을 받는 것으로 보임.
- 최근 주치의에 대한 지불방식의 변화 동향은 인두제적 요소를 기본으로 하되, 질 향상에 대한 성과급 부여 방식임.
- 인구집단의 반응성을 증대시키고 인구고령화 및 질병양상의 변화에 효과적이고 효율적으로 대응하기 위해 모든 국가는 질적 수준 강화를 위한 활동을 모색하고 있으며, 특히 주치의 인력의 의료체계에서의 주도성이 강할수록 이런 활동은 내실있게 이루어지는 것으로 판단됨.

IV. 우리나라 주치의 제도 제언

- 외국에서의 주치의 제도 도입 경험을 토대로 우리나라 주치의 제도와 관련하여 다음과 같은 시사점을 찾을 수 있음.
- 주치의 제도 참여대상은 자발적 참여를 원칙으로 하되, 만성질환자와 노인, 취약 계층 등 일부 의무참여군을 상정할 수 있음.
- 주치의 인력은 현재 전문의 위주의 인력구조를 감안하여 주치의 제도 참여를 희망하는 개원의를 대상으로 하되 철저한 교육프로그램을 통해 관리를 해야 하며, 주치의 인력 양성 계획안을 마련하고 이를 시행함으로써 점차적으로 주치의 자격 규정을 강화해야 함.
- 주치의 서비스 중 질병 예방 및 건강증진에 효과가 있고 지속성, 보편성, 책임성 등 일차의료의 가치에 부합되는 서비스에 대해서는 별도의 프로그램 개발이 필요하고 인두제에서 분리한 별도의 지불방식을 통해 강력한 인센티브를 제시할 필요성이 있음.

- 주치의에 대한 지불방식은 인두제와 행위별 수가제의 혼합방식을 지향하되, 현재의 일차진료영역에 대해서는 장기적으로 인두액에 의한 포괄을, 일차의료서비스 중 일차의료강화와 연관이 되는 핵심적 주치의 서비스 영역에 대해서는 행위별 수가 개발을 검토해야 함.
- 질적 수준 강화를 위한 모니터링 및 다양한 프로토콜의 개발, 지불방식과 성과의 연계 등이 모색됨. 그러나 근본은 일차의료전문인력의로서 주치의 인력의 개발 및 일차의료인력과 국가의 협력하에 연구개발, 지표개발, 질적수준 강화활동이 이루어질 수 있는 기반을 마련하는 것임.

V. 요약 및 결론

- 일차의료 강화는 우리나라에서도 미룰 수 없는 과제이며, 이는 주치의 제도 시행과 연관됨.
- 그간 우리나라에서는 주치의 제도 도입에 대한 논의가 산발적으로 이루어졌으나 이제 본격적인 논의가 필요한 시점에 왔음.
- 외국의 경험을 토대로 볼 때 강력한 일차의료체계는 국민의 건강수준을 효과적이고 효율적으로 향상시킬 수 있는 방법임.
- 일차의료의 강화는 일차의료전문인력의 역할강화를 통해 달성할 수 있으며 이는 주치의 제도 도입 및 주치의와 정부의 공동의 목표를 위한 노력을 통해 이룩할 수 있음.
- 본 연구를 통해 우리나라 주치의 제도 설계안과 관련된 몇 가지 시사점을 얻을 수 있으며 이것이 주치의 제도 도입 논의를 풍부하게 할 수 있을 것임.

I. 서론

1. 연구의 배경과 필요성

오늘날 세계 여러 나라는 급증하는 의료비 문제를 해결하면서 동시에 보건의료시스템 전반의 효율성과 형평성을 제고해야 하는 과제를 안고 있다. 이러한 과제를 해결하기 위해 다양한 의료제도 개혁을 추진하고 있는데, 나라에 따라 그 강조점이 조금씩 다른 형태로 나타날 수 있으나 가장 핵심적인 영역은 일차의료의 강화임은 두 말할 나위가 없다.

우리나라 또한 산적한 보건의료문제를 해결하기 위한 대안으로서 일차의료 강화에 대한 공감대가 널리 형성되어 있으며, 일차의료 강화의 기본 과제로서 주치의 제도에 대한 논의가 다시 시작되고 있다.

주치의 제도는 이러한 일차의료강화의 핵심적 영역으로서 여전히 많은 국가의 관심 대상이 되고 있고 끊임없는 실험이 계속되고 있다. 주치의 제도는 접근성(accessibility), 포괄성(comprehensiveness), 지속성(continuity), 조정성(coordination), 책임성(accountability)으로 대표되는 일차의료의 5가지 영역(미국의학연구소, 1977)을 두루 포괄하고 있으며, 특히 서비스 책임성의 기본전제가 되는 서비스 지속성의 유지·향상을 제도화한 것으로 매우 중요하다(최용준, 2006)

주치의 제도에 대한 논의는 이미 기존에도 여러차례 이루어진 적 있다. 이미 1996년 일차의료 강화방안의 하나로 정부주도의 주치의 제도 시범사업 실시 계획이 발표된 바 있고 이후에도 가정의학과를 중심으로 우리나라에 적용가능한 주치의 안이 제안된 바 있다.

그러나 주치의 제도는 단 한 차례도 실질적으로 시행된 바 없다. 정부가 발표한

1996년의 시범사업안은 준비소홀과 공급자의 반발속에 시행도 되지 못하였으며, 그 이후에는 일부 개원의를 중심으로 산발적이고 간헐적인 실험이 지속되고 있을 뿐이다.

외국의 경우 이미 주치의 제도가 제도 초창기부터 시행되어 의료문화로서 정착된 국가가 있는 반면, 주치의 제도 도입이 계속 실험 중인 곳도 있고 초기 정착은 이루어진 곳도 있다. 주치의 제도를 실험 중인 국가들의 경우 각 국가가 처한 다양한 상황에 맞추어 주치의 제도를 다양한 양태로 실험하고 있다. 주치의 제도에 대한 관심이 증가하는 이 시점에서 외국의 다양한 경험을 살펴보는 것은 우리의 의료체계와 이용문화, 의료서비스 공급방식 등 우리의 현실에 보다 적합한 주치의 모형을 설계하는데 중요한 자료가 될 것이다.

2. 연구방법 및 내용

본 연구에서는 주치의 제도를 통한 일차의료의 강화를 위해 일차의료체계가 비교적 잘 갖추어진 유럽 국가의 일차의료 현황을 살펴보고, 주요 국가의 주치의 제도를 살펴봄으로써 우리나라 주치의 모형 개발에 필요한 기초자료를 제공하는 것을 그 목적으로 한다.

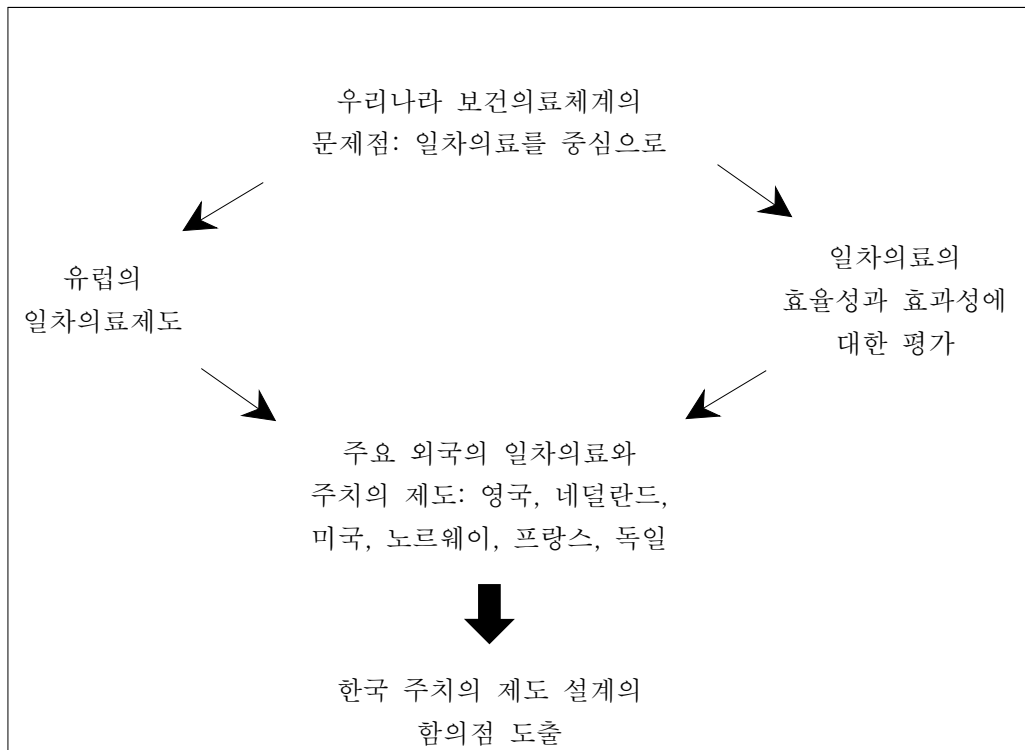
이를 위해 우선 우리나라 의료제도의 문제점을 일차医료를 중심으로 살펴보고, 건실한 일차의료체계를 통해 우리가 얻을 수 있는 성과를 파악하기 위해 유럽의 일차의료체계를 대략적으로 살펴보고, 일차의료의 성과에 대한 기존 연구결과를 종합한다. 이어, 주요 외국의 주치의 제도를 살펴보는데, 주치의 제도의 오랜 전통을 가지고 있는 국가 중 NHS 국가로서 영국, 사회보험 국가로서 네덜란드의 사례를 살펴본다. 한편, 자유주의 국가로서 주치의 제도 도입을 자율적으로 실험했던 미국의 사례를 살펴보고 마지막으로 주치의 제도의 초기 안착에 성공한 것으로 판단되는 노르웨이와 프랑스의 사례, 현재도 부분적으로 주치의 제도가 실험 중인 독일의 사례를 살펴

본다. 이들 국가는 국가의 보건의료시스템 차원에서도 차이를 보이며 주치의 역할을 담당하는 일반의의 전통적 역할 측면에서도 차이를 보여 우리에게 시사점을 제시할 수 있을 것으로 판단된다.

마지막으로 우리나라 주치의 제도 논의 중 외국의 사례를 통해 참고할 지점에 대해 언급하여 향후 제도 설계에 도움이 되도록 한다.

연구방법은 주로 문헌고찰에 의존하며, 필요한 경우 현지 출장을 통해 자료를 확보하였다.

본 연구의 내용을 도식하면 다음과 같다.



【그림 I-1】 연구내용 및 흐름

II. 우리나라 일차의료의 문제점

우리나라의 보건의료제도는 단기간에 눈부신 성장을 이루었다. 특히 건강보험 도입 12년 만에 전국민을 포괄한 건강보험제도의 발전은 국민들의 의료에 대한 접근성을 획기적으로 확대시켰다. 이 과정에서 국민들의 의료수요와 공급은 크게 확대되었으며 보건의료비 규모도 지속적으로 성장하고 있다.

그러나 이러한 보건의료부문 확대의 이면에는 많은 문제점이 존재하고 있다. 특히 의료서비스 공급이 민간주도로 이루어지면서 공공적인 성격을 지니고 있는 일차의료부문은 상대적으로 성장하지 못하였다. 일차의료부문의 미성숙은 이제 일차의료부문에만 머무는 것이 아니라 전체 보건의료시스템의 효과적 운영에도 영향을 미치고 있다.

뒤에서 자세하게 살펴보겠지만, 국가별 보건의료체계에 대한 비교연구들의 결과를 살펴보면 모두 일차보건의료시스템의 강화는 국민의 건강수준을 향상시켜준다는 것을 알 수 있다. 또한 강력한 일차의료시스템의 가장 핵심적인 두 가지 특성인 문지기 시스템(Gate-Keeping System)과 등록환자에 기반한 지불방식(이는 결과적으로 일차의사에 대한 인두제적 지불방식)은 상대적으로 낮은 보건의료비 지출을 가능하게 하는 것을 알 수 있다.

그러나 서비스 이용분포와 관련하여 소득과 연관된 불형평성, 환자의 일반의에 대한 만족도 등은 일차의료체계 강화와 차별적인 연관관계를 아직 밝혀내지는 못하였다.

즉, 종합적으로는 효과성과 효율성 측면에서 일차의료체계를 강화하는 것이 그렇지 못한 경우와 비교했을 때 좀더 호의적인 결과를 기대할 수 있다고 할 수 있다.

그러면, 우리나라의 일차의료는 어떠한가? 이 글에서는 우리나라 보건의료체계의 문제점을 고찰하되, 주로 일차의료의 측면에서 검토해 보고자 한다. 미국의학연구소는

일차의료의 5대 영역으로 접근성(accessibility), 포괄성(comprehensiveness), 지속성(continuity), 조정성(coordination), 책임성(accountability)을 제시한 바 있다(미국의학연구소, 1977). 이 글의 목적은 미국의학연구소에서 제시한 일차의료의 5대영역을 기준으로 한국 일차의료의 문제점을 고찰해 보는 것이다.

1. 일차의료의 5대 영역

1.1. 접근성과 형평성

우량재 또는 가치재의 특성을 갖는 보건의료서비스는 국민 누구나 생존에 필요한 최소한의 서비스를 누릴 권리를 갖는 것으로 인식되고 있다. 우리나라 헌법에도 국민의 건강권이 명백히 보장되고 있는 바, 국민이면 누구나 재정적, 지리적, 사회 문화적인 이유로 인하여 자신에게 필요한 의료서비스의 이용에서 장애를 받아서는 아니 된다는 것이다. 이것이 우리 사회가 일반적으로 공감하고 있는 사회구성원으로서의 기본적 권리(즉, 사회권)의 하나인 건강권의 실질적인 내용을 이루고 있는 형평성의 개념이다.

보건의료의 형평성이 지향하는 궁극적인 목표는 ‘건강의 평등’, 즉 모든 사람에게 ‘동등한 건강(equal health)’을 보장하는 것이라 할 수 있을 것이다. 그러나 모든 국민에게 동등한 건강을 유지시켜 준다는 것이 현실로서 가능한 것이 되기는 어렵고, 더구나 건강은 보건의료서비스 이외에 많은 다른 요인들에 의해 결정된다는 점에서 건강수준의 평등을 의료이용 형평성의 목표 또는 평가원칙으로 삼기는 곤란하다 하겠다. 그래서 유력한 대안으로 제시되어 온 것이 ‘동일한 의료필요에 대한 접근성의 균등(Equal access for equal need)’으로서의 형평성이다(장동민 등, 1996). 동등한 접근이 보장된다는 것은 개인이 의료기관을 이용할 때 발생하는 시간적, 금전적 비용

의 측면에서 기회가 고르게 주어진다는 것을 말한다. 가령, 두 사람이 의료서비스를 이용할 때 드는 시간적, 금전적 비용이 같다면 두 사람은 동등한 접근도를 가지고 있으며, 따라서 형평성이 달성되었다고 보는 것이다(Le Grand, 1982 ; Mooney, 1983). 이 개념은 소비자의 의료에 대한 선호나 이용에 따른 효용과 무관하게 다만 공급 측면에서 의료를 이용하고자 하는 사람에게 동등한 기회 및 이용가능성을 열어주면 된다는 것과 반드시 의료필요와 연결시키지 않아도 된다는 점에서 손쉬운 대안으로서의 장점을 가지고 있다. 그러나 개인이 의료서비스로부터 얻게 되는 편익에 대한 인식 또는 선호의 차이로 인해 동일한 접근도의 보장이 곧바로 동일한 의료수혜로 이어지는 것은 아니다. 따라서 최근의 실증적 연구들에서는 형평성 개념과 관련하여 '동일한 의료필요에 대한 동일한 의료이용(Equal treatment for equal need)'이라는 개념을 사용함으로써 의료필요에 따른 의료의 결과적 이용량에 초점을 맞추고 있다(Anderson, 1975 ; Le Grand, 1978).¹⁾

1.2. 포괄성

포괄성이란 제공되는 보건의료서비스의 내용에 예방, 치료, 재활 및 건강증진사업 등 관련되는 다양한 서비스가 잘 조정(coordination)²⁾되어 포함되어야 함을 의미하는 것이다. 즉, 포괄성은 환자에게 발생할 수 있는 대부분의 건강문제에 대해 광범위한 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 지속성이란 각 개인에게 제공되는 보건의료서비스가 시간적, 지리적으로 상관성을 갖고 적절히 연결되는 것을 의미한다. 지속성은 일정한 의사나 의료진으로부터 오랜 기간에 걸쳐 진료를 받으며 환자에 대한 정보가 이어지는 것을 의미한다. 지속성의 핵심은 질병의 있고 없음에 관계없이 장기간에 걸쳐서 일정한 의사 또는 의료기관과 인간관계를 형성하는 것으로서 흔히 '주치

1) 명지영. 의료이용의 형평성에 관한 실증적 연구. 1995. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.

2) 조정이란 환자에게 필요한 여러 종류의 의료서비스와 정보를 합리적인 순서로 제고하고 이를 연결하는 것을 말한다. 안형식. 일차의료의 강화와 의료체계의 개편. 건강보장연구 통권 3호. 1999.

의'를 갖고 있는가 여부로 이를 판단하기도 한다(장원기 등, 2000).

1.3. 지속성, 조정성과 책임성³⁾

진료 지속성을 구성하는 기본 단위(unit)는 의사와 환자와의 만남, 즉 임상적 만남 (medico-clinical encounter)이라고 할 수 있는데, 지속성은 이 기본단위가 경시적 (longitudinal)으로 누적되는 양상(pattern)을 의미한다. 이러한 지속성의 특징을 요약 하면 다음과 같다. 첫째, 지속성은 환자 개인과 의사와의 만남이 시간 흐름에 따라 누적되는 양상을 말하며, 둘째, 의료제공자가 아닌 의료 이용자, 즉 환자 개인이 경험하는 속성을 말한다.⁴⁾

진료 지속성을 연구하는 이들이 공통적으로 제기하는 문제는 지속성 개념이 매우 다양하게 정의되고 있다는 것이다(Reid et al., 2002; Saultz, 2003). 이 때문에 연구자들은 실증 연구에 앞서 우선 진료 지속성 개념을 정의하려고 시도하였다(Steinwachs, 1979; Wall, 1981).

최근 진료 지속성에 관한 연구 성과들이 축적되면서 Reid 등은 진료 지속성을 정보 지속성, 관계 지속성, 관리 지속성 등 세 유형(type)으로 구분하였다(Reid et al., 2002), 먼저 정보 지속성(informational continuity)은 환자의 현 상태에 적합한 진료를 제공하기 위하여 과거 병력과 진료에 관한 정보를 활용하는 정도를 뜻한다. 관계 지속성(relational continuity)은 환자와 의료제공자가 지속적인 관계를 맺음으로써 의료제공자가 환자에 대한 전인적 정보를 축적하고 진료의 일관성과 연속성을 유지하는 정도를 말한다. 마지막으로 관리 지속성(management continuity)은 서로 다른 의료제공자로부터 제공되는 진료가 일관성을 유지하는 정도를 말한다.

3) 이 절의 대부분은 '최용준, 우리나라 어린이 청소년환자에서 일차의료의 지속성에 관한 연구, 한림대학교 박사논문, 2006'의 연구에서 인용한 것임을 밝힘.

4) 이에 반해 조정(coordination)이나 통합(integration)은 이용자-제공자 관계보상대적으로 제공자 간 관계에 주목하는 개념이라고 한다(Reid et al., 2002).

Myers는 지속성(continuity)을 ‘좋은 의료의 속성(essentials of good medical care)’의 하나로 지적했다(Myers, 1969). 높은 접근성을 지닌 양질의 보건의료 서비스는 지속성을 가져야 하는데, 이것은 환자와 의료 제공자, 지역사회의 관점에 따라 조금씩 달리 나타난다.

환자의 처지에서 보면, 바람직한 보건의료 제공에 필요한 광범위한 보건의료 인력이 오히려 진료 과정을 분절시키는 경향이 있다. 이것은 두 가지 문제점을 낳는다. 첫째, 환자를 온전한 인간으로 보는 것이 아니라 질병이 있는 객체로서 보며, 때때로 환자와 질병을 동일시한다. 둘째, 환자를 가족과 지역사회의 맥락에 놓고서 보는 것이 아니라 그로부터 고립된 존재로 파악한다. 따라서 환자의 처지에서 진료 지속성이란, 환자를 가족과 지역사회 생활의 맥락 속에 있는 온전한 인간으로 보는 것이며, 이 때 지속성 있는 보건의료는 모든 계기를 통해서 환자의 총체적 건강을 증진하고 유지하려는 정향성(orientation)을 지니게 된다. 이것을 ‘환자중심의료(patient-centered care)’라고 한다.

그런데, 환자중심의료는 장기간에 걸친 보건의료 서비스의 지속성을 필요로 하는데, 이것은 ‘주된 의료 제공자(central source of care)’가 있음으로써 가능하다. 이것은 ‘전통적 의미’의 주치의 개인일 수도 있고, 의사가 중심이 되는 의료팀일 수도 있다. 그러나 어떤 경우에도 주된 의료 제공자가 있어 진료의 지속성이 보장되고, 이를 바탕으로 환자가 필요로 하는 다양한 보건의료 서비스가 적절하게 조정되어야 한다.

한편, 지역사회의 관점에서 의료의 지속성이란, 환자가 필요한 보건의료 서비스를 적절하게 조정하기 위하여 이에 필요한 제도를 만들거나 조치를 취하는 것을 뜻한다. 이를 위해서는 다양한 보건의료 서비스를 조정할 수 있는 기전, 보건의료 서비스와 관련 비 보건의료 서비스를 조정하고 통합할 수 있는 기전, 의무기록 등 체계

5) 건강보험통계에 따르면, 외래 진료에서 의원이 차지하는 비중은 전 국민 의료보험 실시 직후인 1990년에는 진료건수의 83.3%, 진료비의 72.9%, 1997년에는 진료건수의 82.0%, 진료비의 61.3%를 보였다(박기동, 2002).

적이고 완전한 환자의 건강 기록을 작성하고 관리하는 기전이 필요하다. 그 결과로서 지역사회에는 ‘잘 조정된 보건의료 서비스(coordinated services)’가 구축된다(Myers, 1969).

이처럼 관점에 따라 강조점이 달라지는 보건의료의 지속성 확립에서 여전히 중요한 것은, 환자 개인 및 가족과 지속적 관계를 형성하는 주치의의 존재다. 환자 중심의 진료를 제공하기 위해서는 능력 있는 주치의가 필요하고, 이러한 주치의는 가장 효과적으로 보건의료 서비스를 조정할 수 있다. 그런데, 지속성 있는 보건의료 서비스를 제공하기 위해서는 일차의료의사가 주치의 역할을 담당하는 것이 합리적이다. 환자의 질병 등 환자의 특성에 따라 병원에 근무하는 전문의가 주치의를 담당하는 경우가 없는 것은 아니나, 앞서 우리가 ‘의료 생태’개념을 통해 확인한 것처럼 의료 이용의 대부분은 일차의료 수준에서 해결되며, 이 때문에 흔하고 다양한 건강 문제를 해결할 수 있는 능력 있는 주치의로서 일차의료의사와 관계를 지속적으로 맺는 것이 중요하다. 이런 까닭에 보건의료의 지속성은 대체로 일차의료의 지속성을 가리키며, 일차의료의 지속성이 보건의료의 지속성 연구의 주된 대상이 되는 경우가 많다.

즉, 건강 문제의 대부분을 담당하는 일차의료에서 진료 지속성은 매우 중요하며, 주치의 제도는 이를 제도화한 것으로 볼 수 있는데, 이는 서비스 책임성의 기본전제가 되는 서비스 지속성의 유지·향상을 제도화한 것으로 매우 중요하다.

1.4. 기타 특성

일차의료만의 특성이 아닌 바람직한 의료의 요건으로 효율성과 적절한 질을 들 수 있는데, 효율성은 형평성과 함께 한 사회의 희소한 자원을 필요로 하는 사회 구성원들에게 가장 바람직하게 배분하는 중요한 원칙인 바, 효율성에는 분배 효율성과 기술적 효율성이 있다(양봉민, 1999).

분배 효율성은 희소한 자원을 배분하여 사회구성원들이 필요로 하는 보건의료서비스

스를 필요한 양만큼 생산·분배함을 의미하며, 사회적 효율성 또는 거시적 효율성이라고도 한다. 만약 자원의 배분이 잘못되어 어떤 의료서비스는 충분히 생산되지 못하는 반면 다른 의료서비스는 지나치게 많이 생산되어 사회 전체적으로 자원의 낭비가 있다면, 이러한 현상은 분배 비효율적인 것이다. 기술적 효율성은 서비스의 생산에서 가장 저렴한 비용으로 주어진 양을 생산한다든지 혹은 주어진 비용으로 가장 많은 양의 재화를 생산하는 것을 의미하며, 최소의 비용으로 최대의 산출을 얻는 경영기술을 말한다. 이는 흔히 기관 단위의 효율성으로 공공소유병원의 관료적 비효율성을 지적할 때 사용되는 비효율의 개념이라 하겠다.

보통의 재화에서는 시장(가격 경쟁) 기제에 의해서 대체로 자원의 적절한 분배가 이루어져 분배 효율성이 잘 달성되지만, 의료서비스는 이용자가 의료(건강증진, 예방, 치료)에 대한 필요(Need)와 자신이 소비할 의료서비스의 내용과 성격, 가격에 대해서 무지(정보의 비대칭)하기 때문에 시장실패(Market failure)가 발생하여 자원의 적정 배분이 이루어지지 못하여 분배 효율성을 달성하지 못하게 된다. 그래서 필연적으로 정부가 개입할 때에만 자원을 가장 효율적으로 국민들에게 배분하여 사회 전체의 효용을 극대화할 수 있게 되는 것이다.

의료의 질에 대한 통일적 개념을 설정하는 것은 대단히 어려우나, 가장 흔히 사용되는 의료의 질 개념은 '제공되는 의료서비스는 과학적·기술적으로 양질이어야 한다'는 것이다. 이는 의료제공자가 금과옥조로 여기는 질 개념의 범주다. 의료소비자나 정부의 입장에서 보면, 이 개념만큼이나 중요한 것이 '환자의 필요에 적절한 수준과 적정 가격으로 의료서비스가 제공되어야 한다'는 것이다. 즉, 제공되는 서비스의 의학적 적정성과 비용개념이 확보되어야 한다는 것이다. 더불어 의료서비스의 효과가 입증되어야 한다.⁶⁾

질에 대한 소비자 무지(정보의 비대칭)로 인하여 제공되는 의료서비스의 질적 수준

6) 정리하자면, 의료의 질 개념을 구성하는 요소로 제공되는 서비스의 '효과, 효율, 적합성, 과학적-기술적 질'을 들 수 있다. H. V. 뷰오리. 서울대학교 의료관리학교실 옮김. 의료의 질-개념과 방법론. 세계보건기구. 1982. 64-70쪽.

이 시장에서 저절로 적정해질 수는 없다. 의료공급자들은 질 경쟁을 통해 의료서비스의 질적 향상을 도모하기보다는 오히려 질적 담합을 선택하는 경우가 더 많기 때문이다. 그러므로 어느 국가에서나 의료서비스의 질 향상과 적정성을 확보하기 위해 의료제공자에 대한 정부의 개입이 필요할 수밖에 없게 된다. 의료 질 향상과 관련된 전략으로는 규제, 경쟁, 지불제도의 변화, 지속적 질 향상을 들 수 있는 바, 규제는 병원신임제도처럼 일정한 기준을 넘는 의료기관에 대하여 인증이나 허가를 주는 것으로, 명백하게 수준이 떨어지는 의료제공자를 제재할 수 있는 효과적인 방안이다. 가령, 심장수술처럼 복잡한 의료서비스의 경우에는 일정한 성적에 도달한 병원에 대해서만 시술을 허가하는 방안 등이 여기에 속한다. 경쟁은 병원의 질적 수준에 관한 자료를 일반에 공개함으로써 병원간의 질 경쟁을 촉발하는 전략이다. 지불제도의 변경은 의료비 지불제도가 의료행위에 미치는 영향이 지대하다는 사실에서 중요한 의료 질 향상 정책의 하나다. 특히, 행위별수가제가 의료의 과다이용 등 의료 질 문제의 주요 원인으로 지적되고 있기 때문이다(안형식, 2000)

2. 우리나라 보건의료의 문제점 - 일차의료의 5대영역을 중심으로

2.1. 접근성과 형평성의 문제

도시와 농촌 간에는 기본적으로 건강수준의 차이가 존재한다. 보건복지부와 한국보건사회연구원(2001)이 전국 246개 시·군·구별로 1999년 기준 사망자료와 인구자료를 이용하여 성별과 5세 연령군으로 보정한 표준화사망률을 산출한 결과에 따르면, 구·시·군별 인구 천명당 표준화사망률은 각각 4.87, 5.60, 6.36으로 나타나 지역 간에 통계적으로 유의한 차이가 나타났던 바($p<0.001$), 군지역의 성·연령 표준화 천인사망률

은 구지역에 비하여 1.3배나 높았다(보건복지부, 2001)

형평성이란 동일한 의료필요에 대한 동일한 의료이용 접근성의 보장을 의미하며, 도시와 농촌 사이의 의료이용 형평성을 논의할 때 특히 중요한 측면이 ‘지리적 접근성’이라 하겠다. 주경식 등(1996)의 연구에 의하면, 도시와 농촌간에 의료공급자원을 비교하였을 때 보건기관 수를 제외하고는 병의원 수, 병상수 등 모든 의료공급자원에서 도시가 군지역보다 통계적으로 유의하게 높았으며, 또 의료이용이 가능하기 위해 의료기관까지 접근해야 하는 접근도 측면에서도, 외래서비스를 받기 위해 이동한 소요시간은 군지역 49.8분으로 대도시의 26분, 중소도시의 27.9분보다 통계적으로 유의하게 길었으며, 입원서비스의 경우도 마찬가지였다.

2001년 기준 시·군별 인구 100만명당 의원 수는 시부가 980.4개인데 비해 군부는 294.4개여서 농촌이 도시의 1/3수준에 그치고 있다.(표 1)

시·군별 입원병상의 분포에서도 인구 100만명당 병원 병상수가 시부는 5078.5개인데 비해 군부는 2295.8개로 농촌이 도시의 절반 수준에 머물고 있다.

<표 II-1> 2001년 시·군별 의료기관 분포

(단위 : 개소)

병원구분	시부	군부	의원구분	시부	군부
종합병원	252	16	의원	19,111	1,708
병 원	494	106	치과의원	9,381	725
치과병원	60	0	한의원	6,829	670
한방병원	127	4	부속의원	165	4
정신병원	58	12	조산소	100	10
결핵병원	2	0			
한센병원	2	1			
총계	995	139		36,036	3,117
병원수/100만명	27.1	13.1	의원수/100만명	980.4	294.4

* 자료 : 보건복지통계연보, 2002.

* 2001년 전국인구 47,343천명, 2000년 시부 인구 36,755천명으로 함.

오영호(1999)가 농촌과 도시지역간의 의사외래의료 이용수준의 차이를 계량적으로 분석한 연구에 의하면, 건강수준과 성, 연령을 통제한 후에 도·농간 의료이용의 차이를 분석하였을 때, 도시지역이 농촌지역보다 의사외래의료 방문횟수와 본인부담 의료비용이 각각 13%와 98%나 더 높은 것으로 나타났다.⁷⁾ 또, 김재용 등(2001)이 보건의료분야 정책전문가를 대상으로 실시한 조사연구에 의하면, 응답자의 92.86%가 지역수준(도시와 농촌 간)에 따라 의료서비스의 질적 격차가 심각하다는데 적극 동의하거나 대체로 동의하였으며, 응답자의 80.36%는 소득수준에 따라 의료서비스의 질적 격차가 심각하다는데 적극 또는 대체로 동의한다고 응답하였다. 우리나라 보건의료분야의 정책전문가들 대다수가 의료서비스 이용에서 거주지역간, 소득계층간의 불평등 또는 형평성 문제를 심각하게 인식하고 있음이 드러난 것이다.

이하의 글에서는 형평성 개념과 관련하여 의료이용에 영향을 미치는 사회경제적 변수 가운데 대표변수에 해당하는 소득을 기준으로 우리나라의 실태와 문제점을 살펴보기로 한다.

우리나라는 건강보험의 보장성이 지나치게 낮음으로 인해 의료이용의 형평성 문제와 가계파탄이라는 사회경제적 문제를 야기하고 있다. 건강보험의 보장성 문제에는 두 가지 요소가 있는 바, 첫째는 지나치게 좁은 보험급여 범위이며, 둘째는 과도한 본인부담 수준인데, 이는 하층, 특히 빈곤층의 의료이용에 중요한 경제적 장벽인 동시에 불평등을 초래하는 주요 원인이 되고 있다. 현재 우리나라 건강보험의 본인일부부담 비율은 법정 환자본인부담과 비급여 본인부담을 합할 경우 전체 진료비의 51.7% 수준이며, 외래진료의 67.4%, 입원진료의 40.3%에 이르는 것으로 나타났다(김창엽 등, 1999). OECD 주요국가가 우리나라와 소득수준이 비슷했던 시기에 이들 국가의 본인부담수준을 비교해 보면, 우리나라보다 훨씬 낮아 대체로 10-20% 수준에 머물렀음을 알 수 있다(OECD, 2002)(표 2).

7) 이는 농촌지역 주민들이 지리적 접근도가 낮아 의료이용을 한 번 경험한 후에 지속적 이용을 포기하는 경우가 많음을 의미하며, 또 이용하는 의료서비스의 질(본인부담 비용)에 차이가 크음을 의미한다 하겠다.

<표 II-2> OECD 주요국가의 1인당 의료비와 본인부담금 비율

구분	1인당 GDP (US PPPs)	1인당 의료비 (US PPPs)	의료비 중 본인부담금의 비율(%)
한국(1999년)	16,059	868	43.8
프랑스(1989년)	16,611	1,420	11.7
독일(1988년)	15,865	1,487	11.1
영국(1990년)	16,105	968	10.6
캐나다(1987년)	15,869	1,338	14.7
미국(1984년)	16,523	1,617	22.7
일본(1989년)	16,294	1,012	23.4

주 : 한국과 구매력을 고려한 소득수준이 비슷하였던 년도를 기준으로 주요국의 1인당 의료비와 본인 부담금 비율을 비교한 것임.

출처 : OECD, Review of the Korean health care system, 2002.

2.2. 포괄성

시내 골목마다 나뉘는 각종 의원의 전문과목과 세부전문과목 전광판을 목도하면서 이렇게 세분화되고 파편화된 일차의료 현실에서 ‘건강증진부터 치료와 재활까지, 그리고 특정 장기가 아닌 인간 전체에 대한 치료와 돌봄’이라는 포괄성의 개념을 떠올릴 수는 없는 것이다.

포괄성은 환자에게 발생할 수 있는 대부분의 건강문제에 대해 광범위한 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 일차의료부분에서 포괄성은 예방에서부터 치료, 재활까지의 서비스가 필요한 만큼 제공되고 있는지가 문제가 된다. 국민건강영양조사에서 의료기관별 외래의료서비스 이용 목적에 따라 분류한 결과를 보면, 일차의료에 해당(의료보험에서)하는 병원 및 의원의 외래서비스 이용 목적은 90% 이상이 치료를 받기 위한 것이며, 건강검진이나 예방접종 목적으로 이용하는 경우는 의원이 3.6%, 병

원이 5.1%에 불과하여 우리나라 일차의료의 포괄성은 매우 낮은 것으로 나타났다 (<표 II-3> 참조).

<표 II-3> 의료기관별 외래의료 이용 목적

(단위 : %)

구분	전체	3차 진료기관	종합병원	병원	의원	보건기관
치료	93.86	93.93	91.85	91.89	95.00	89.40
건강검진/질병상담	1.36	3.69	2.50	3.45	0.77	1.94
예방접종	3.18	1.06	2.33	1.62	2.78	7.98
모자보건/가족계획	1.39	0.53	3.00	2.84	1.33	0.23
기타	0.12	0.79	0.33	0.20	0.11	0.46
계(건)	100(7,675)	100(379)	100(601)	100(493)	100(5,325)	100(877)

자료: 의약분업평가단. 의약분업 이후 환자의 보건의료이용행태 조사. 2000.

출처 : 장원기 등. 일차의료전달체계의 개선방안 연구-주치의제도 도입방안을 중심으로. 한국보건사회연구원 정책보고서. 2000.

그 결과, 우리나라 보건의료체계에서는 국민건강을 위해서 반드시 필요한 서비스, 즉 건강증진, 질병예방서비스, 질병의 조기발견 등은 과소하게 공급되는 결과가 나타났다. 질병에 걸린 사람을 치료하는 것보다 경제적으로 훨씬 편익이 크고 인간적인 방법은 건강한 사람이 건강을 잘 유지하는 것임을 누구나 인정하는 사실이다. 우리가 살아가는 모든 곳, 학교에서, 직장에서, 가정에서, 기타 외부환경에서 우리의 건강에 해가 될 것으로 인정되는 위험을 평가하고 적절히 관리하며, 건강에 유익한 행위를 조장함으로써 건강을 증진하고 질병을 예방하자는 것이다.

여기서는 치료서비스의 과잉공급이 가져오는 사회적 비효율과 마찬가지로 건강증진 및 예방보건서비스의 과소공급이 초래하는 사회적 비효율성을 지적하고자 한다. 우리나라의 병의원들은 건강증진이나 예방보건서비스를 사실상 제공하지 않는다. 수익 모델로 적합하지 않기 때문이다. 대부분의 대형민간병원에서 영리목적의 건강증진센

터라는 간판 아래 고가의 건강검진상품을 판매하는 것을 제외하고는 정확히 그러하다. 1차 의료기관은 건강증진과 예방보건서비스를 제공하기에 가장 적합한 곳이다. 영국 등 주치의제도를 운영하고 있는 서구 여러나라들에서는 1차 의료기관들이 건강증진과 예방보건서비스를 제공하는 것에 상당한 관심을 기울이고 있다. 반면, 우리나라 1차 의료기관들은 여기에는 전혀 관심을 기울이지 않는다. 의원이 개인소유의 사업체이며, 영리추구에 가장 적합한 행위별수가제라는 후불제 보수지불방식을 사용하고 있기 때문에 건강증진이나 예방보건서비스는 발불일 자리가 없다.⁸⁾

결국, 우리나라에서 건강증진과 보건예방서비스를 제공해줄 곳은 공공보건기관인 보건소밖에 없게 된다. 2007년 현재 전국의 26,113개 의원이 건강증진과 보건예방서비스를 제공하지 않는 상황에서 전국 248개의 보건소가 최상의 조건에서 아무리 열심히 해당 서비스를 제공한다고 한들 그것이 얼마나 되겠는가? 그나마, 공공보건행정 조직에 의한 관련 서비스 제공체계도 최상의 조건과는 상당한 거리가 있다.

먼저 행정지원체계를 살펴보면, 보건복지부는 교육인적자원부와 노동부 등 관련부처와 건강증진보건 분야에 관한 유기적 협력체계를 구축하고 있지 못하며, 부처 내부에서도 과 단위간의 건강증진정책의 통합적 조율이 원활하지 못한 상황이다. 시·도 단위에서는 상황이 훨씬 더 심각하다. 건강증진과 예방보건을 담당하는 인력과 조직을 거의 갖추지 못하고 있으며, 시·군·구 건강증진사업에 대한 효과적인 행정지원이나 지도감독, 기획, 평가, 기술지원 등은 사실상 기대하기 어려운 형편에 놓여있다. 이러한 상황은 보건소도 마찬가지여서 건강증진과 예방보건을 담당하는 별도의 조직과 전문적 인력체계를 갖춘 보건소는 사실상 없는 셈이다(이상익 등, 2002)

다음으로 2002년도 중앙정부의 보건복지예산을 분석해 보면, 사회복지사업비를 제외한 보건예산은 4조7858억원으로 62.8%를 차지하고 있지만, 이중 94%(4조5천억원)가 병이 난 후 환자의 진료비를 지원하는 의료보장(4조4천억원)과 특수질환관리(644억

8) 의료기관이 건강증진과 예방에 관심을 갖도록 하기 위해서는 여기에 대한 유인이 있어야 하는 바, 보수지불방식을 인두제(등록제)나 기타 선불제 방식(미국의 건강유지조직, HMO) 등으로 바꾸어야 한다.

원)에 투입된 반면, 질병예방 및 국민건강증진 예산(1천억원)은 의료비 지원의 1/40 정도에 불과하다.(박인화, 2002)

2.3. 지속성, 조정성과 책임성의 문제

방문 의료기관을 수시로 바꾸고, 명의를 찾아 이곳저곳으로 옮겨 다니는 왜곡된 의료이용행태, 수시로 생겼다가 없어져 버리는 동네의원들, 일생에 걸친 진료기록은 아니라도 최근 몇 년간의 진료기록조차도 제대로 남아있지 않고, 동일질병으로 다른 병원에 가면 처음부터 다시 진찰하고 중복 검사하는 의료기관, 이런 상황에서 보건 의료의 지속성 개념을 떠올리는 것은 대단히 어려운 일이다. 의사의 입장에서 보면, 자기가 진료한 환자가 다시 자기를 찾아올 것인지를 확신할 수 없으며, 새롭게 찾아온 환자의 과거병력을 알 방법이 없는 상태에서 의사로서 환자에 대한 진료의 책임성(accountability)을 가지기는 어려울 것이다.⁹⁾

지속성은 일차의료가 보건의료체계의 근간을 이루고 중심적 역할을 수행해 줄 때 달성이 가능한 과업이다. 그러므로 한 국가의 보건의료체계에서 지속성의 수준을 평가하는 것은 그 나라 일차보건의료체계의 성과를 가름해 보는 것과 마찬가지로 하겠다.

지속성은 일정한 의료진에게 계속 진료를 받거나 환자에 관한 정보가 체계적으로 이어지는 것을 의미한다. 만약에, 주치의제도가 없는 우리나라 상황에서 그나마 나름대로 정해두고 이용하는 단골의사라도 있다면 없는 경우보다는 지속성(continuity)이 더 높을 것으로 보고, 조사 대상자의 단골의사 존재유무를 조사하여 지속성의 정도를 간접적으로나마 평가해 볼 수 있겠다. 의약분업평가단(2000)의 보건의료이용행태 조사결과에 의하면, 단골의료기관이 있다고 응답한 사람은 전체응답자의 69.5%이었고, 이들 중 59.8%는 의원을, 26.9%는 병원을, 2.9%는 종합병원을, 0.9%는 3차 의료기관을, 6.5%는 보건(지)소를 각각 자신의 단골의료기관이라고 응답한 것으로 나

9) 새정치국민회의 정책위원회. 보건의료 선진화 정책보고서. 1998. 12.

타났다. 그런데, 이 69.5%라는 수치는 다른 선행연구들에 비해 대단히 높은 것이다. 강재현 등(1996)이 서울시민을 대상으로 한 조사에서는 주치의가 있다고 응답한 사람이 남자의 10.3%와 여자의 13%에 불과한 것으로 나타났으며, 권선국 등(1992)의 연구에서도 단골의사를 두고 있는 경우는 50% 미만인 것으로 나타났다.¹⁰⁾ 우리나라의 이러한 조사 성적은 인두제(capitation)에 근거하여 주치의제도를 실시하고 있는 영국은 말할 것도 없고 자유방임형 의료제도를 가지고 있는 미국에서도 국민의 85%가 규칙적으로 방문하는 일차의료기관을 가지고 있는 것과 비교한다면, 우리나라의 의료기관 이용, 특히 일차의료기관 이용¹¹⁾에 있어서의 지속성은 매우 낮은 것으로 평가될 수 있겠다(장원기 등, 2000).

결국, 지속성이라는 바람직한 체계의 목표를 달성하기 위해서는 원론적 의미에서 서구 여러나라의 사례를 충분히 참작하여 일차의료체계를 강화하도록 해야 할 것이다. 그러나 이것이 우리나라에서는 그리 용이하지 않을 것이라는데 문제가 있다. 보건의료인력, 특히 의사인력의 구성이 크게 왜곡되어 있기 때문이다. 기본적으로 의사인력은 양성에 있어 장기간의 준비기간과 많은 투자를 필요로 한다. 그러므로 의사의 수뿐만 아니라 구성의 측면에서도 바람직한 체계에 부응하는 방향으로 계획적인 조정이 필요한 것이다.

지역사회의 혼한 건강문제는 일차의료의 특징을 이해하고 이를 잘 처리할 수 있도록 훈련된 일차의료 전문의(primary care specialist)에 의해 포괄적으로 제공되는 것이 바람직하다. 그러나 우리나라의 개원 전문의는 일차의료에는 불필요한, 너무 전문적인 수련을 받았으며(over-qualification), 수련 내용도 일차의료에 이용되는 것보다는 2, 3차 병원에서 이용되는 수련을 받았다(mis-qualification). 결과적으로 개원 단과전문의는 자신의 수련을 충분히 활용하지도 못할뿐더러 일차의료의사로서 요구

10) 이처럼 조사마다 성적의 차이가 큰 것은 단골의사 또는 주치의에 대한 동일한 개념 설정을 하지 않은 채 조사 대상자가 주관적으로 판단하도록 한 데 기인한 것으로 판단된다.

11) 가장 높은 성적을 보인 의약분업평가단의 조사 성적에 의하더라도, 응답자의 69.5%가 단골의사를 가지고 있고, 이 사람들 중에 59.8%가 의원을 단골의사로 삼고 있다. 그러므로 의원을 단골의사로 삼고 있는 응답자 비율은 약 42%가 된다.

되는 능력도 갖추지 못한 상황이 되어버린 것이다.

또, 우리나라는 의사 양성의 방향을 큰 틀을 시장에 맡겨버림으로써 일차의료인력의 태부족과 단과전문의의 과잉을 불러왔다. 의사인력 가운데 전공의를 제외하고 보더라도 의사수 중 등록전문의 수는 1970년 32.6%에서 1998년 83.7%까지 증가하였으며, 전체 면허의사 중 등록전문의와 미래의 전문의인 전공의까지 합친 비중도 1970년 41.9%에서 1998년 87.9%까지 증가해 이 기간동안 전문의의 비중이 폭발적으로 증가했음을 알 수 있다¹²⁾(<표 II-4> 참조).

<표 II-4> 연도별 의사수 및 가정의학과 이외 전문의 수 변화추이

연도	면허의사수 (A)	등록전문의수1) (B)	등록전공의수1) (C)	$B/(A-C)*100$	$(B+C)/A*100$
1970	14,932	4,206	2,049	32.6	41.9
1980	22,704	8,415	3,613	44.1	53.0
1989	39,769	19,592	5,899	57.8	64.1
1993	48,390	24,456	12,319	67.8	76.0
1996	59,399	34,726	15,299	78.7	84.2
1998	65,431	40,669	16,834	83.7	87.9

주 : 1) 등록전문의와 전공의에는 가정의학과 제외, 등록전공의에는 인턴 포함

출처 : 대한의학회. 전임의 제도 현황 조사연구 보고서. 2000.

결국 일차의료체계의 구조와 구성이 왜곡됨으로 인해, 현재의 의료서비스는 환자에게 불편하고 신뢰도와 진료만족도가 낮으며, 의사의 책임성과 진료의 지속성, 포괄성 그리고 질병관리를 위한 적절한 자원배분에도 치명적인 결함이 나타나고 있는 것이다.

12) 대한의학회. 전임의 제도 현황 조사연구 보고서. 2000.

2.4. 기타 특성(효율성, 질)의 문제

국가 전체적으로 희소한 또는 한정된 자원을 가장 적절하게 잘 배분하여 사회 전체의 건강효용을 극대화하는 것이 바로 효율성(거시적 효율성 또는 분배 효율성)의 과제인 것이다. 우리나라 보건의료제도는 전체적으로 효율성이 낮은 것으로 인식되고 있다.

실질국민의료비의 증가율을 보면, 1985년부터 1998년까지 13년 간 국민의료비가 연평균 10.42%씩 증가하였다(정영호 등, 2000) 우리 경제가 비교적 고도성장을 구가하였던 이 기간 동안의 실질 GDP 증가율이 연평균 6.8%임을 감안해보면, 국민의료비의 증가속도는 매우 빠름을 알 수 있다. 1997년 기준 OECD 29개국의 GDP 대비 국민의료비 평균이 7.9%이었으며, 우리나라는 1997년 기준으로 국민의료비 규모가 약 30조원으로 GDP 대비 약 6.7%로 되어 있고, 국민 1인당 의료비 지출은 세계 31위로 기록되어 있다. 그런데, 보건의료체계의 최종결과라 할 수 있는 건강수명은 65세로 세계 51위에 그치고 있다(박인화, 2001)

양봉민(1998)에 의하면, 우리나라의 보건의료제도가 이렇게 비효율적인 것은 제도가 운영되는 기본논리가 시장에 지나치게 기반 하는데 원인이 있는 것인 바, 불완전한 건강보험체제와 행위별수가제, 그리고 정부의 부적절한 규제와 같은 우리나라 보건의료부문의 시장조건이 결과적으로 과잉진료, 비용-효과가 적은 시술의 채택, 과잉투약과 같은 자원의 낭비를 초래하고 있다는 것이다. 그 결과, 국민의료비는 급격히 증가하고 있음에도 보건결과(health outcomes)가 향상되었다는 증거는 없는 것이다. 이는 우리나라 보건의료체계가 지나치게 시장 중심으로 운영되고 있는 상황, 즉 민간자본의 투자로 설립된 치료중심의 민간의료기관이 의료공급의 대부분을 차지한 채 수익성 위주의 기관운동을 하고 있는 데서 야기된 것이다. 우리나라 보건의료체계의 이러한 비효율을 설명하는 투입요소의 급격한 증가, 즉 국민의료비 혹은 총 진료비의 증가는 그 자체로서는 크게 문제될 것이 없을 수도 있다. 문제는 우리나라 보건의료체계의 구조가 계속되는 의료비의 증가를 방어할 만한 억제기전을 갖지 못

했다는 것이고, 그래서 앞으로 발생할 의료비의 상승이 자원 소모적이고 낭비적이라 하더라도 그것을 억제할 만한 정책적 도구가 쉽게 존재하지 않는다는 것이다.

우리나라의 보건의료제도는 산출의 증가에 비해 국민의료비가 급속하게 증가하고 있는 문제와 누적되고 있는 국민의 불만 고조 등 의료체계 자체의 위기가 예견되는 문제, 소위 효율성의 문제에 직면해 있는 바, 이하의 글에서는 그것을 구성하는 구체적 내용을 범주별로 짚어보고자 한다.

1) 보건의료서비스 생산 및 제공의 왜곡

(1) 예방보다는 비용편익이 낮은 치료 중심의, 그것도 고가의 의료서비스를 경쟁적으로 제공하고 있다.

예방이 치료보다 훨씬 효과가 좋고, 비용에 비해 편익이 크다는 데는 이론의 여지가 없다. 그래서 주요 선진국에서는 예방 중심의 보건의료서비스 제공을 체계적이고 제도적으로 확대하기 위해 골몰하고 있다. 그러나 우리나라의 경우, 이러한 노력이 가시적으로 추진된 적도 별로 없었지만, 이러한 방향의 일부 논의는 이익집단의 반대에 부딪혀 무력화되기 일쑤였다. 대표적인 경우가 1990년대 중반에 정부가 시범사업을 추진하려다 의료계의 반대로 실패하였던 주치의제도다. 주치의를 가진다는 것 자체만으로도 예방서비스의 제공 가능성을 훨씬 높이는 것이 된다는 것은 명백한 사실이다. 예방이 강조되는 보건의료체계를 가진 나라들은 의료서비스에 대한 보수지불방식으로 선불제 또는 인두제 방식을 채택하고 있다는 사실도 유의할 필요가 있다 하겠다.

익히 알려진 것처럼, 보건의료서비스는 재화로서 ‘정보의 비대칭’이라는 경제적 특성을 가지고 있다. 소비자는 자신이 구매하려는 의료서비스라는 재화의 성격과 내용을 잘 모르며, 또 그것의 생산에 사용된 비용을 잘 모르므로 해당 재화의 가격에 대해

서도 무지하다. 그런데 이것은 기본적으로 의료소비자가 ‘몸이 아파서’ 의료기관을 방문했을 때의 이야기다. 몸이 아플 때, 의료소비자는 스스로가 치료서비스를 이용할 필요(여기서는 욕구, want)를 느끼게 된다. 그러나 몸의 아픔(상병, illness)을 느끼기 전에 미리 진찰을 받고 조기에 질병을 발견하는 소위 예방의 필요성(여기서는 욕구)에 대해서는 거의 무지하다. 이렇듯 소비자는 치료와 예방 서비스 모두에 대해 무지하기 때문에 자기에게 적절한 선택을 할 수 없으며, 따라서 선택의 대부분을 의료기관에 일임하거나 선택의 상황 자체가 일어나지 않게 된다. 그러므로 영리추구 민간의료기관이 환자를 위한 선택을 주도하는 우리나라 의료서비스 시장에서 의료기관의 수익성에 도움이 되는 고가 중심의 치료서비스가 주요 선택항목이 되는 것은 당연한 현상이라 하겠다. 의사는 질병에 걸리지 않은 일반인에게 건강교육과 조언, 건강수준과 위험에 대한 정기적인 평가, 적절한 관련 서비스 등을 제공함으로써 건강한 사람이 계속 건강할 수 있도록 도와주어야 하는 바, 이것이 비용-편익이 가장 클뿐더러 가장 인간적인 ‘예방 서비스’인 것이다. 현재 우리나라에 이러한 예방서비스는 존재하지 않으며, 다만 고급화된 건강검진상품과 고가를 추구하는 치료서비스만 존재한다고 해도 과언이 아니다.

(2) 값비싼 의료장비를 경쟁적으로 도입하여 과도하게 사용하고 있다.

고가 의료장비의 지나친 확산이 국민의료비의 팽창을 가져온다는 것은 익히 잘 알려진 사실이다. 고가의료장비가 무분별하게 도입되어 의학적으로 반드시 필요하지 않거나 다른 저가의 진단 또는 치료방법이 있음에도 의료기관의 수익성을 이유로 고가장비가 과도하게 사용된다면, 이는 사회적으로 불행한 일이 아닐 수 없다. 우리나라 고가의료장비 도입현황과 추세는 다음의 표와 같다(<표 II-5> 참조).

<표 II-5> 인구 백만명 당 고가의료장비 보유 현황(1992-2003, 단위 : 대)

구분	1992	1995	1999	2000	2001	2002
CT	12.21)	15.5	22.9	28.4	27.3	30.9
MRI	1.4	3.9	4.3	5.4	6.8	7.9
혈액투석장치	34.21)	43.2	81.8	95.6	122.2	139.8

주 1) : 1993년 자료임. 출처 : OECD Health data 2003.

CT의 경우, 1996년부터 보험급여 항목에 포함되면서 지난 20년 동안 이어져온 급격한 도입 증가세가 다소 주춤해진 것으로 보는 것이 더 타당할 것이다.¹³⁾ 더욱 우려되는 것은 MRI의 지속적인 증가추세인데, 우리나라의 MRI 보유량은 이미 적정 보유량을 크게 넘어섰다 하겠다. 독일정부가 인구 100만명 당 경제적 적정 배치기준으로 삼고 있는 MRI 보유대수가 1.3대인 점을 고려하면, 우리나라는 1992년에 이미 그 기준을 넘어섰던 것이다(보건복지부, 1999). 주요국가의 고가 진단의료장비 보유상황은 다음의 표와 같다.

<표 II-6> 주요국가의 인구 백만명 당 고가의료장비 보유 현황

(괄호 : 년도, 단위 : 대)

구분	한국 (2002)	캐나다 (2001)	독일 (1997)	미국 (2000)	일본 (1999)	프랑스 (2000)
CT	30.9	9.5	17.1	13.1	84.4	9.6
MRI	7.9	3.5	6.2	8.1	23.2	2.6

출처 : OECD Health data 2003.

이러한 현상은 영리를 추구하는 민간의료 중심의 의료전달체계를 가진 우리나라에

13) CT는 1977년에 2대가 우리나라에 처음 도입된 것을 시작으로 1987년 81대를 보유하게 되었으며, 전국민의료보험이 도입된 이후인 1990년에는 227대, 1993년 507대, 1996년에는 733대(이는 인구 백만명당 16.7대에 해당)를 보유하게 되었다. 1990년 이후 CT가 보험급여항목에 포함된 1996년까지 급격하게 보유 수가 늘어나다가 그 이후 보유 수가 완만하게 증가하는데, 이는 그 동안 도입된 CT의 노후화로 인하여 추가 도입된 것으로 이해해야 할 것이다. 1996년 이후에는 MRI의 증가추세에 주목할 필요가 있다.

서 당연한 귀결이라 하겠다. 고가의료장비에 의한 의료서비스는 의료보험 적용 대상 항목에서 제외되어 있기 때문에 정부에 의한 가격통제를 받지 않는다. 보험적용서비스에 비하여 고가의료장비를 사용한 서비스는 높은 이윤율을 보장하게 되므로 민간 의료기관들이 주축이 되어 이들 장비를 서둘러 도입하게 된 것이다. 주요 민간의료기관이 이들 고가장비를 도입하면, 이에 뒤질세라 다른 민간의료기관들도 도입하게 되며, 공공의료기관도 살아남기 위해 고가장비를 도입하지 않을 수 없게 된다. CT를 대상으로 우리나라 고가의료장비의 도입과 확산에 영향을 미친 요인을 규명한 윤석준 등(1997)의 연구에 의하면, 우리나라에서 CT의 확산에 영향을 미친 가장 중요한 요인은 의료기관간의 경쟁이었다. 즉, 의료기관이 해당 지역의 고가의료장비에 대한 필요를 고려하여 의료장비의 도입여부를 결정하는 합리적 과정을 거치는 것이 아니라 다른 의료기관에 뒤지지 않으려고 일단 의료장비를 도입해 놓고 적당한 수준에서 수요를 창출해 왔던 것이다. 이는 MRI의 경우에도 다르지 않은데, 문옥륜 등(1998)의 연구에 의하면, 1996년 지역별 MRI 보유현황은 서울이 인구 백만명 당 6.75대나 배치되어 있는데 비해, 강원 2.73대, 충북 3.58대, 충남 2.96대, 경북 3.12대 등인 것으로 나타났다. 여기서도 병원들 간의 경쟁이 가장 치열한 서울지역에 MRI가 가장 많이 집중되어 있음을 알 수 있다. 또, CT가 의료보험 급여항목이 된 1996년부터 급격하게 MRI 도입이 확대되었음에도 MRI 대당 연간 촬영실적은 오히려 늘어나는 기현상이 벌어지고 있다(문옥륜 등, 1998).¹⁴⁾ 이는 도입된 고가의료장비가 공급자 유인수요를 촉발하면서 파행적인 의료관행이 제도적으로 고착화됨을 의미하는 것으로 우리나라 의료공급체계의 비효율을 잘 설명해 주는 하나의 측면이라 하겠다.

14) 1994년에 비해 1996년에는 MRI 보유수가 2.3배나 증가하였음에도, 대당 연간촬영실적은 1996년 2,417회로 1994년의 2,173회보다 11.2% 증가하여, 장비도입과 MRI 1대당 촬영건수가 공히 증가하고 있음을 알 수 있다.

(3) 의사유인수요가 만연하고 있으며, 과잉진료가 제도적으로 고착화되어 있다.

우리나라는 지불보상제도로 행위별수가제를 채택하고 있다. 독일이나 캐나다가 총액계약제를 실시하고 있고, 대만도 치과와 한방 의료에 이미 총액계약제를 도입하였으며, 양방진료에도 도입을 추진하고 있다. 그러나 우리나라는 의료행위의 양이 의료기관에 대한 금전적 보상과 환자의 비용부담으로 직결되는 행위별수가제를 완고하게 고수함으로써 국민의료비의 지속적 증가를 유발하고 있다.

민간의료기관이 주도하는 영리추구와 의료부문의 기업주의는 우리나라에서 입원진료와 외래진료 모두에서 획일적으로 관철되고 있는 진료보수지불방식인 행위별수가제를 무기로 건강보험의 급여가 되지 않는 항목에서의 의료행위를 팽창시킴과 동시에 모든 의료행위에서 의사유인수요를 발생시켜 과잉진료를 제도적으로 고착화시켜 버렸다. 여기서 의료윤리가 발 디딜 자리는 거의 없어 보인다. 이러한 의사유인수요의 대표적인 사례가 세계적으로 높은 제왕절개의 비율(Rate of caesarean section)이다(<표 II-7> 참조).

<표 II-7> 각국의 제왕절개 비율

(단위 : %)

구분	1998년 또는 1999년의 제왕절개 비율
한국	43.0
호주	21.2
벨기에	15.3
덴마크	5.0
핀란드	15.6
헝가리	21.4
이탈리아	31.9
포르투갈	21.3
스웨덴	1.9

출처 : OECD. Review of the Korean health care system. 2002.

우리나라에서 이렇게 제왕절개의 비율이 높은¹⁵⁾ 것은 정상분만에 대한 의료수가가 제왕절개 분만에 비해 낮고, 분만 관련 의료사고를 회피하려는 의사들의 태도에 기인하는 것이다. 이외에도 의약분업 이전에 광범위하게 존재하였던 항생제 등의 약제나 주사제의 남용, 진단장비의 과다사용 및 불필요한 검사의 실시, 그리고 불필요한 재진 및 입원 권유 등 의사유인수요와 과잉진료는 광범위하게 존재하고 있으며 구조화되어 있다. 실제로, 김창보(2002)는 실증자료의 분석을 통하여 우리나라 의원 외래에서 의사유인수요가 존재한다는 가설을 입증하였다(김창보, 2002).¹⁶⁾

행위별수가제에 근거한 우리나라의 의사유인수요와 과잉진료 경향은 전국민의료보험의 실시 이후 해를 거듭할수록 그 정도가 심화되고 있다. 1992년에 의료보험의 1인당 연간 외래의료이용횟수가 7.39회이었으나, 1999년에는 10.66회로 크게 증가하였다(<표 II-8> 참조).

그리고 우리나라의 의사유인수요 경향은 국민 1인당 연간 의사방문횟수의 국제비교에서 극명하게 드러나고 있다. 스웨덴, 영국, 독일 등 유럽의 주요 국가들이나 미국보다도 우리나라의 의사방문횟수가 훨씬 더 많은 것이다(<표 II-9> 참조).

국민 1인당 연간 의사방문횟수의 증가율을 보면, OECD 국가들에서 1990년부터 1997년 사이의 의사방문횟수 증가율은 11.3%에 불과한데, 한국의 경우 1992년부터 1999년 사이에 의사방문횟수 증가율이 무려 44.3%나 증가하였다(OECD, 2002).

15) 우리나라의 제왕절개 비율은 1985년에는 5.6%에 불과하였으나 1999년 현재 43%에 이른 것이다. OECD. Review of the Korean health care system. 2002.

16) 지역의 의원밀도가 높아질 때 초진환자당 재진환자수가 늘어나는데, 이는 의원간 경쟁이 심화될수록 초진환자에 대하여 재진방문을 더 많이 유인하고 있다는 점에서 유인수요를 지지하는 결과로 해석될 수 있다.

<표 II-8> 한국의 연도별 의료보험 가입자 1인당 연간 외래의료이용횟수, 1992-1999

년도	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
방문횟수	7.39	7.96	8.04	8.74	9.13	9.53	9.69	10.66

출처 : OECD, Review of the Korean health care system. 2002. (필자가 재구성)

<표 II-9> 1990년대 후반기 주요 국가의 국민 1인당 연간 의사방문횟수

스웨덴	핀란드	영국	네덜란드	미국	덴마크	캐나다	호주	독일	프랑스	한국	일본
2.8	4.2	5.8	5.7	5.8	6	6.4	6.5	6.5	6.5	8.8	16

출처 : OECD, Review of the Korean health care system. 2002. (필자가 재구성)

결국, 우리나라 보건의료체계의 시장지상주의에 뿌리를 둔 민간의료기관 중심의 영리추구와 기업주의, 행위별수가제, 건강보험의 낮은 보장성, 정부의 관리능력 부재 등이 협주하여 해가 거듭할수록 의사유인수요의 창출 경향과 과잉진료를 만연케 함으로써 필요한 곳에 적절하게 사용되어야 할 보건의료자원을 무분별하게 낭비하는 비효율을 극명하게 보여주고 있는 셈이다.

2) 투명성의 부족

의료수가와 약가를 둘러싼 논쟁이 해마다 연출되고 있다. 업계에서는 수가와 약가가 높은 수준에서 인정되길 바라고, 소비자나 건강보험공단 입장에서는 낮게 책정되기를 바란다. 이러한 비용이 높게 책정되면 국민의료비의 상승이라는 비효율이 발생하게 되고, 또 낮게 책정되어도 관련 업계의 도산이나 비정상적인 방법을 동원한 수익 창출이라는 불행한 귀결을 맞게 되어 마찬가지로 비효율이 발생한다. 그러므로 적정

한 수준에서 의료수가와 약가가 결정되어야 한다. 그런데 우리나라에서는 이것이 용이하지가 않다. 관련 업계의 투명성이 확보되어 있지 못하기 때문이다.

낮은 의료수가로 매년 적자에 시달린다는 의료기관들이 계속 병상을 확대하고, 분원을 짓느라 분주하다. 그 비결이 어디에 있는지 정확히는 아무도 모른다. 그러나 대부분의 사람들은 그 비법을 짐작으로 유추하고 있다. 투명하지 않기 때문에 일어나는 현상이다. 우리나라에서는 특이하게도 의료기관의 경영 투명성 확보가 의료체계 전체의 효율성 개선을 위한 하나의 전제조건이 되고 있는 셈이다. 약가 거품의 제거와 의약품 유통의 선진화 과제도 마찬가지로 투명성의 문제로 진전이 가로막히고 있다. 의약품의 유통과 거래를 둘러싼 각종 비리가 의약분업 이후에도 일정한 수준으로 여전히 남아 있는 것으로 인식되고 있다. 제약회사의 약품 제조원가는 여전히 베일에 가려져 있으며, 약가의 어디까지가 거품이고 어디까지가 진실인지는 아무도 모른다. 우리나라 건강보험 진료비 중 약품비가 차지하는 비중이 1990년 27.8%에서 1997년 32.6%로 지속적으로 증가하였으나 2000년에는 26.8%, 2001년에는 24.4%로 감소하고 있는데, 이는 의약분업 이후 진료비 증가율이 워낙 급격해서 약품비 증가율을 상회하고 있기 때문이다(이의경 등, 2001) 우리나라의 약품비 수준은 OECD 다른 회원국의 10-15% 수준에 비해 상당히 높은 편이다.¹⁷⁾ 여기에는 약물의 과다사용과 함께 약가 거품도 한 몫을 하고 있는 것이다.

3) 의료서비스 질의 문제

우리나라에서 의료 질의 문제는 누구도 이에 관해서 잘 모른다는 점이다. 제공되는 의료서비스의 질을 제대로 평가하지 않으며, 평가하더라도 평가의 신뢰성에 의문을

17) 유럽 주요국가의 총보건의료비 중 약품비의 비중을 살펴보면, 오스트리아 14.1%(1997년), 벨기에 16.1%(1997년), 덴마크 9.1%(2000년), 프랑스 22.8%(1999년), 독일 12.7%(1998년), 그리스 13.2%(2000년), 네덜란드 11.5%(2000년), 스웨덴 12.8%(1997년), 영국 16.3%(1997년) 등으로 프랑스를 제외하고는 대체로 10%대를 유지하고 있다. WHO/Europe DB. 2001.

가지게 되고, 그 결과를 전혀 발표하지 않기 때문이다. 그러므로 의료소비자들은 개별 의료기관이 제공하는 의료서비스의 질적 수준을 알 수 없으며, 의료제공자는 질 수준을 향상시키려는 동기를 갖지 않게 된다.

우리나라도 1994년 의료보장개혁위원회에서 ‘의료기관 서비스 평가제도’를 개혁과정의 하나로 채택함으로써 1995년 3차 의료기관부터 평가를 시작하였으며, 1996년에는 400병상 이상의 종합병원을, 1997년에는 300병상 이상의 종합병원을, 1998년에는 300병상 미만의 중소종합병원까지 평가대상으로 삼아 평가를 수행해오고 있다(이신호, 2000). 이 과정에서 병원서비스 평가를 둘러싸고 누가 주도적인 역할을 수행하느냐의 문제가 제기되었다. 병원들은 자신이 진료한 환자의 치료결과를 공개하고 평가하는 일을 꺼리는 것이 일반적이므로 여러 병원을 대상으로 의료의 질을 평가하고자 하는 일에 제공자들이 자발적으로 나서 시행하도록 하는 것은 기대할 수 없다. 어느 나라에서도 제공자 스스로 자신의 의료 질 수준을 공개적으로 공표하고 평가한 역사는 없었으며, 특히 우리나라에서는 병원의 폐쇄성으로 인해 더욱 그러할 것이기 때문이다. 의료의 질 문제에 가장 관심이 있을 것으로 여겨지는 사람은 의료소비자이겠으나, 이 분야가 너무 전문적이어서 일반인이 관심을 갖기에는 어려움이 많다. 그러므로 병원서비스의 질 평가에 가장 적합한 주체는 정부다. 보건경제학적 측면에서 보더라도 이것은 의료서비스라는 시장실패의 영역에서 정부가 응당 개입해야 할 책임이 있는 분야로 이해되고 있다. 그러나 그 동안 우리나라 정부가 의료의 질 평가부문에서 수행한 역할은 대단히 미약한 것이었고 역량도 미흡하였던 바, 향후 질 관련 재정과 기구, 전문인력, 법령의 마련 등 정부 역할의 제고가 필요하다 하겠다(안형식, 2000).

의료 질의 평가와 관련하여 중요한 것이 질 평가 지표의 개발이다. 질 지표는 해당 서비스의 질을 보다 직접적으로 반영할 수 있어야 하며, 과학적으로 검증된 것이어야 한다. 더불어 구조와 과정, 결과에 걸쳐 종합적으로 평가되어야 한다. 이러한 경우에만 질 평가 결과에 의료기관들이 승복할 수 있고, 질 향상을 위한 자발적 노력

이 경주될 것이기 때문이다. 건강보험심사평가원이 국민건강보험법에 따라 의료서비스의 적정성을 평가하도록 하고 있고, 그 결과에 따라 수가를 차등 지급할 수 있도록 하는 법적 근거도 마련되어 있으나, 아직까지 뚜렷한 질 관리 및 평가 활동이 이루어지고 있지는 못한 형편이다.

해상도가 낮아 제 구실을 할 수 없는 CT가 많은 병원에서 그대로 사용되고 있고, 질 결과가 매우 나쁜 열외군 병원의 명단이 공개된 적도 없으며, 특정 고난도 시술이 일부 의료기관에서 시행 금지된 적도 없었다. 아직까지 정부의 질 관리 활동이 진전되고 있다는 증거는 별로 찾아볼 수 없다. 또, 의료의 질 문제로는 의료의 과소이용(Underuse), 과다이용(Overuse), 의료과오(Misuse)가 있는 바, 이에 대해 일부 연구자의 개별적인 연구는 있었으나 국가 차원의 체계적인 조사연구가 이루어진 바 없으므로, 이에 대한 조사와 조사결과의 적절한 환류체계가 마련되어야 하겠다. 더불어 의료기관에서 발생하는 이러한 종류의 질 문제를 극복하기 위해서라 조속히 임상진료지침¹⁸⁾이 설정되어야 할 것이다.

3. 일차의료의 효과성과 효율성에 대한 증거

국가간 보건의료제도를 비교함에 있어 일차의료의 수준이 높은 국가가 그렇지 않은 국가에 비해 더 우월한 성과를 낼 수 있다는 믿음이 확산되고 있다.

1978년 WHO의 알마아타 선언은 일차보건의료의 중요성을 국제적으로 천명한 첫 번째 선언이다. 알마아타 선언에서는 인간의 가장 기본적인 권리로서 건강할 권리를 언급하면서, 모든 인류가 평등하게 건강권을 누릴 수 있는 핵심적 방안으로 일차의료의 강화를 주장하였다(WHO, 1978). 이후 유럽차원에서 인구의 건강을 증진시키기

18) 임상진료지침을 개발하는 목적은 개발배경이나 개발주체 등에 따라 다양하겠으나, 대개 의료서비스의 명료화, 질 검토 기준으로 활용, 의료이용의 효율성 향상, 의료분쟁의 감소 등을 들 수 있다. 이상일. 임상진료지침 : 외국의 경험과 교훈. 건강보장연구. 1998.

위한 기본적인 철학이자 강조점으로 일차의료의 중요성을 부각한 Ljubljana Charter가 있었고(Europe-WHO, 1996), WHO는 1998년 변화된 환경을 반영하여 알마아타선언의 기본 정신을 새로운 시각으로 재편한 “Health for All in the Twenty-First Century”를 선언한 바 있다(WHO, 1998). 일차医료를 강조하는 정책적 경향은 일차의료의 강화가 전체적인 보건의료체계의 성과 향상과 밀접한 관련이 있다는 믿음에 근거한다.

일차의료의 특성과 보건의료의 성과의 관계를 규명하려는 연구는 크게 두 가지 차원으로 나누어 살펴볼 수 있다. 첫 번째는 지속성, 일반성(generalism), 조정능력(coordination) 등 일차의료의 특성 요소 중 어느 한 가지 요소를 중심으로 그것이 진료의 질적 수준, 환자의 만족도, 환자의 건강결과, 비용 등 보건의료의 성과와 어떤 연관관계를 가지는가를 살펴보는 연구이다. 이러한 연구는 시스템 전반을 살펴보기보다는 한 두가지 사례를 중심으로 단편적인 성과를 살펴보는 다분히 Case Study와 같은 성격을 가지고 있고 연구사례도 비교적 많다.

두 번째는 앞의 연구가 미시적인 수준에서 일차의료의 특성과 성과를 분석하였다면 거시적인 수준에서 국가 전체의 일차의료제도의 특성과 보건의료시스템의 전반적 성과를 연결지어 분석한 연구이다. 개별 사례 단위에서, 혹은 일차의료의 일개 특성 요소적 측면에서 높은 성과를 보였다 하더라도 국가보건의료체계 전반의 특성요인과 다양하게 상호작용하여 나타나는 일차의료체계 전체의 성과를 통합적으로 살펴볼 수 있다는 측면에서 이러한 연구들은 의의가 있다. 이들 연구는 주로 국가를 분석단위로 하고 알려진 자료원을 이용하여 각국 보건의료시스템의 특성(주로 일차의료에 초점을 맞추어)과 보건의료시스템의 전반적인 성과를 연관짓는데 일차의료의 영향만을 가려내는 것이 사실상 힘들고 연구결과의 해석에 어려움이 많기 때문에 연구결과가 혼하지 않다.

3.1. 일차의료의 개별특성과 성과에 대한 연구들

일차의료의 개별특성에 대한 연구결과들 또한 여러 가지 차원으로 나누어 살펴볼 수 있다. 선행연구에서는 일차의료서비스의 제공 방식, 특성, 대상에 따라 의료이용량, 비용, 건강수준 등에 어떤 영향을 가져오는지에 대한 연구결과들을 찾을 수 있다.

일차의료의 공급은 인구집단의 건강향상과 관계가 있는 것으로 나타났다. Gulliford(2002)는 영국 전 지역을 대상으로 일차의사의 공급량과 지역 건강수준과의 관계를 분석하였다. 1999년 99개의 보건당국(Health Authority)별 자료를 분석단위로 한 이 연구에서는 건강수준을 나타내는 결과변수로서 표준화사망비, 영아사망률, 급만성 질환으로 인한 병원입원을, 십대임신률을 측정하였고 설명변수는 인구 만명당 일반의 수였다. 연구결과 다른 요인들을 통제하였을때 일반의 공급이 증가할수록 사망률은 낮아지고 급성기 질환으로 인한 병원입원 위험이 감소함을 확인하였다.

또한 잘 제공된 일차의료서비스는 환자에게 내재되어 있는 잠재적인 문제를 더 잘 발견할 수 있으며, 적절한 관리가 이루어질 수 있음을 암시한 연구도 있다.

Malley 등(2003)은 미국의 흑인 저소득 계층 여성을 대상으로 그들을 진료하고 있는 일차의료제공자들의 특성요인과 우울증의 발견 및 치료가능성에 대한 조사를 실시하였다. 이 연구는 전화설문조사를 통해 이루어졌는데, 분석결과 일차의사가 더 포괄적인 서비스를 제공할수록 환자에게 더 많은 질문을 하게 되고 이는 환자들이 가지고 있는 우울증 문제를 더 잘 발견할 수 있도록 하여 치료로 연결되도록 한다고 하였다. 이 연구에서는 각 환자에게 제공되는 일차의료의 특성을 접근성, 포괄성, 환자-의사관계, 서비스 조정능력, 지속능력으로 나누어 구조화된 설문문항으로 질문하였으며, 여러 특성요인 중 특히 서비스의 포괄성, 환자-의사관계가 잠재된 문제 발견에 중요하다고 하였다.

Basu 등(2002)의 연구와 Ansari 등(2002)의 연구는 일차의료의 예방적인 기능으로 인

한 건강향상 측면에 초점을 맞춘 연구이다. 두 연구 모두 외래민감질환(Ambulatory care sensitive condition)으로 인한 입원가능성과 일차의료의 특성을 연관시켜 분석하였다. Basu 등(2002)은 일차의료의 이용가능성(availability)에 초점을 맞추어 뉴욕 지역 20~64세 주민들 중 뉴욕이나 인근 뉴저지, 펜실베이니아, 코네티컷에 입원한 사람의 개인단위 퇴원건을 분석단위로 다중로짓분석 방법을 사용하였고, Ansari 등(2002)은 지역별 일차의료의 접근성에 초점을 맞추어 지역별 사회경제력 지표, 접근성 지표와 개인차원 및 집단차원의 외래민감 질환으로 인한 입원건의 관계를 시골/도시 지역별로 나누어 확인하였다. 두 연구 결과 모두 일차의료서비스의 이용가능성과 접근성이 향상되면 외래민감질환으로 인한 입원이 감소하고 추가적인 진료의뢰가 증가하지 않는다고 하였으며, 특히 Ansari 등(2002)은 이차의료이 적시에 제공되지 못할 경우 그로 인한 불이익은 특히 낮은 사회계층에서 두드러진다고 하였다. 따라서 두 연구 모두 일차의료의 확대가 필요함을 주장하였다.

미국에서도 미국 전 지역의 주 단위(state-level) 자료에 대한 분석을 통해 일차의료의 강화가 주민의 건강수준에 어떠한 영향을 미치는가에 대한 연구들이 진행된 바 있다. 주로 Shi L, J Macinko, B Starfield 등에 의해 같은 시기에 여러개의 연구가 진행되었는데 이들 연구는 특별히 소득불균형 등 사회불균형 요인이 건강상에 미치는 위해를 일차의료의 강화를 통해 해결할 수 있는가를 살펴보았다는 측면에서 차별성을 갖는다(Shi L. et al, 2003a; Shi L. et al, 2003b; Shi L, et al, 2004).

Shi 등(2003a)은 일차의료와 소득불평등, 그리고 인구집단의 건강수준간의 관계를 살펴보기 위해 미국 통계청 등에서 수집한 이차자료를 이용하여 1980, 1985, 1990, 1995년도 4개 시점에 대한 Ecological, Time Series 분석을 수행하였다. 이 연구의 독립변수는 각 주별로 일차 진료의사의 전문과에 따라 구분한(일반의, 내과, 소아과) 일차의료의사의 밀도이고 결과변수는 각 주별 표준화 사망비이였으며, 중요한 공변량으로는 두가지 방법(Robin Hood index, Gini coefficient)으로 측정한 소득불평등 지수이다. 분석결과 지역내 일차의사가 많은 것은 사망률을 낮추는데 기여하는 것으

로 나타났으며, 특히 일차의료의 전문분야 중에서도 가정의의 비율이 중요한 의미를 갖는 것으로 나타났다. 뇌졸중에 대해 동일한 연구방법으로 진행한 Shi 등(2003b)의 연구에서도 일차의료의 공급은 뇌졸중 사망과 음의 관계를 보이는 것으로 나타났으나, 소득불평등이 뇌졸중으로 인한 사망에 미치는 영향에 대해서는 별다른 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 2004년 발표된 Shi 등(2004)의 연구는 역시 이전의 연구와 방법론상의 차이를 보이지 않는다. 이 연구의 분석대상은 영아사망률, 신생아 사망률, 저체중아 출생률 등으로 측정한 영아 건강수준이며, 일차의료는 영아사망률과 저체중아 출생을 줄이는 것으로 나타났다. 세 연구 모두 결론적으로 일차의사를 많이 공급하는 것이 인구집단의 건강상태 향상에 긍정적인 영향을 미치며 특히 상대적으로 박탈된 지역이나 계층에 대한 투자가 더 좋은 효과를 나타낸다고 볼 수 있었다. 그러나 일차의료의 사회불평등에 따른 건강상의 효과를 교정할 수 있는지에 대해서는 불분명했다.

한편, 가장 많이 발견되는 연구는 일차의료의 전문의 중심의 진료에 비해 자원소모를 줄이고 비용을 절감할 수 있는가에 대한 연구이다. 이런 연구에서는 일차의사 진료와 전문의 진료간 환자 건강상의 차이는 없다는 것을 기본으로 확인한다.

Mark 등(1996)의 연구가 이런 연구로 볼 수 있는데 미국 전 도시지역(metropolitan counties)에 대해 일차의사 공급과 메디케어 part B 급여 지불액 수준과의 관계를 선행회귀모형을 통해 분석하였다. 이 연구에서는 다른 요인들을 통제하였을 때 일차의사가 많은 지역은 메디케어 파트B 급여액이 낮았다고 보고하였다.

이에 앞서, Welch 등(1993)은 317개 미국 도시지역(MSA 단위)에 대해 메디케어 청구자료를 이용하여 비용의 차이를 분석하였는데, 분석 결과 지역별 메디케어 청구액 수준은 인구당 전체 의사수보다는 일차의사수와 연관이 더 강하다고 하였다. 즉, 지역내 일차의사수가 적을수록 해당지역의 메디케어 청구액이 많아지는데 이는 지역내 의사수의 절대 규모보다는 일차의와 전문의의 구성비율에 따른 진료양식의 차이

가 중요한 의미를 가지는 것이라고 볼 수 있다.

한편, Martin 등(1989)은 미국 HMO가 문지기 시스템을 도입한 초기 효과를 평가한 연구이다. 미국 워싱턴 지역 근로자와 가족 1,239명에 대해 무작위로 문지기 시스템이 있는 프로그램과 그렇지 않은 프로그램에 할당하여 서비스 이용양상의 차이를 살펴보았는데 문지기 기능이 있는 보험에 가입한 환자들이 일차의사 이용률이 높고 전문의 이용률이 낮으며, 일인당 급여비 청구액도 낮았다. 한편, 문지기 시스템 유무가 의사서비스 제공내역의 차이를 유발하지 않는 것으로 나타나 문지기시스템을 도입에 긍정적인 평가를 내렸다. 그러나 이런 연구는 이후 발표된 Forrest 등(2001)의 연구결과와는 다소 배치되는 측면이 있다.

특정 환자에 대한 서비스를 일차분야에서 담당하였을 경우와 전문의 진료영역에 두었을 경우 진료내용의 차이와 성과측면의 차이를 살펴본 연구도 있다. Singh 등(1984)은 영국에서 당뇨병환자에 대해 진료 성과가 일반의와 병원 전문의간에 어떤 차이를 보이는가 살펴보았다. 그 결과 혈당 조절 수준, HbA1C 측정치로 평가한 진료 성과 측면에서 양자간의 차이가 없는 것으로 나타났다.

이처럼 일차의료가 전체적으로 자원소모량이 적으면서 성과측면에서 차이를 보이지 않는다는 믿음은 비용효과성에 대한 평가에까지 이어진다. Millsi 등(1987)은 특히 일차의료의 높은 비용효과성은 저소득 국가에서 확실하다고 하였다. Aaraas 등(1997)은 노르웨이에서 일차의사가 주도하는 병원과 일반 병원간의 서비스 비용을 중심으로 일반의 중심 병원이 좀 더 저렴하게 효과적인 서비스를 제공할 수 있다는 분석 결과를 제시하면서 일반의 중심 병원의 역할 증대를 주장하기도 하였다. 영국에서도 Treasure 등(1990)은 일반의 병원이 1971년에 비해 10년이 지난 1986-1987년 시점에 전체 지역사회 입원과 치료에서 차지하는 비중이 지속적으로 늘고 있으며 동일시점 기준으로 다른 전문의 병원에 비해 낮은 입원일당 비용(£71.07 대 £88.06)을 발생시킨다고 하였다. 이는 상대적으로 낮은 진료의뢰율, 처방률 등과 연관된 것으로 NHS

에서 일차의료의 매우 비용효과적으로 작동함을 보여주었다.

마찬가지로 영국에서 이루어진 Murphy 등(1996)의 연구에서도 응급실에 방문한 비응급환자에 대한 진료의 일반의와 전문의간에 만족도나 건강상의 결과에서는 차이가 없는 반면, 일반의는 더 낮은 자원소모량을 나타낸다고 하였다. 이 연구에서는 모든 환자에 대해 한계비용절감분과 총 비용 절감분은 각각 £1,427, £117,005로 추정하였다.

이상의 연구결과는 잘 제공된 일차의료는 환자의 건강에 유익할 뿐 아니라 전문의 진료에 비해 만족도나 진료결과에 큰 차이를 보이지 않는다는 사실을 증명한다. 또한 그럼에도 불구하고 오히려 비용수준은 절감되어 국가적으로 한정된 자원을 효율적으로 사용하기에 적절한 대안이 될 수 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 이러한 일차의료에 대한 연구결과는 실제 전문의 진료를 일차의료로 대체하는 것에 대한 가능성을 파악하기 위한 연구로 확산되기도 하였다. 그러나 이런 연구는 연구대상이 무엇인가에 따라, 그리고 연구가 이루어진 국가의 보건의료시스템에 따라 종종 상반된 결론을 도출하였다.

영국에서 실제 1990년 간단한 수술처치에 대해 일반의가 제공하도록 함으로써 전문의의 업무부담이 줄어들었는지에 대한 연구가 있었다(Lowy 등, 1993). 1990년 영국 일반의 계약에서 일반의가 간단한 시술을 할 수 있도록 허용하였는데 이 연구는 이러한 계약체결 전후 일반의 시술건수와 전문의 시술건수를 비교하였다. 그 결과 일반의의 간단수술 건수는 증가하였으나 전문의의 시술건수가 이에 상응하여 줄어드는 않은 것으로 나타났다. 결과적으로 추가적인 서비스가 더 제공된 것을 의미하므로 환자입장에서 서비스에 대한 접근성은 증가하였다고 보인다.

한편, 미국에서 이루어진 연구는 복잡질환에 대해서 전문의의 진료의가 더 많은 자원소모를 유발하지만 환자의 건강측면에서도 역시 더 나은 성과를 보인다는 연구결과들이 있다(Go 등, 2000; Auerbach 등, 2003; Vollmer; 1997). 이들 연구는 모두 동일

한 실험세팅(SUPPORT)을 통해 산출된 결과로서 중증울혈성 심부전증, 관상동맥질환, 천식 환자의 관리와 생존율에 있어 전문의 진료가 좀 더 표준화되고 근거에 입각한 서비스를 제공하고 성과가 좋았다고 보고하였다. 대학병원 내원환자를 중심으로 이루어진 이 연구의 유일한 예외는 만성폐색성 폐질환에 대한 연구로서 이들 환자에 대해서는 전문의 진료와 일반의 진료의 결과측면의 차이가 없었다(Regueiro 등, 1998). 이러한 연구결과는 전문의 중심의 이차의료를 일차의료로 전환하는 것과 관련하여 기대할 수 있는 결과가 질환의 종류, 환자의 위중도, 보건의료에 대한 자원투입과 시스템의 차이 등 여러 가지 요인에 의해 영향을 받을 수 있음을 나타내는 것으로 실제 Godber 등(1997)은 경제성 평가를 위한 연구의 검토에서, 어떤 연구에서는 대체하는 것이 더 비용효과적인 것으로 나오고 어떤 연구에서는 이와 반대되는, 혹은 불분명한 결과를 보이기 때문에 명확한 결론을 도출하기 힘들다고 하였다.

3.2. 각 국가별 일차의료시스템의 특성 및 보건의료시스템의 성과와의 관계에 대한 연구

거시적 수준에서 이루어진 분석 결과들도 보건의료시스템 성과의 어떤 측면을 평가하는가에 따라 나누어서 살펴볼 수 있다. 선행연구에서 주로 평가한 성과지표는 인구집단의 건강수준, 보건의료시스템의 비용, 형평성 정도와 국민 만족도이다.

1) 일차의료체계와 인구집단의 건강수준

각 국의 보건의료체계 중 일차의료시스템과 해당 국가의 건강수준에 대한 연구는 B. Starfield를 중심으로 이루어졌다. Starfield는 각 국가의 보건의료체계의 특성과 그 중에서도 일차의료의 특성을 몇 가지 기준에 의해 구분하여 점수를 부여한 후 해당

국의 인구집단의 건강수준을 대리할 수 있는 다양한 변수(주로 표준화 사망률, 영아 사망률, 기대여명 등)와 연관지어 분석하였다. 자료원은 주로 OECD health Data 등의 이차자료를 사용하였다. Macinko 등(2003)의 연구에서는 18개 OECD 선진국을 대상으로 1970년~1997년까지 30년간의 국가별 일차의료의 특성과 국민의 건강상의 성과를 분석하였다. 이에 앞서 Starfield 등(2002)은 13개 선진국을 대상으로 국가별 일차의료의 강조정도와 국민건강수준을 연관지어 분석하였다. 두 연구 모두 일차의료체계가 잘 갖추어진 국가에서 국민의 전반적인 건강수준이 높다고 하였다. 한편, 한 국가의 전체적 건강수준은 일차의료만으로 설명될 수는 없으며, 각 국가 보건의료체계의 전반적 특성(공공지원수준, 자원배분의 형평성 등)과도 연관이 있는 것으로 나타났다. Starfield 등(2002)에서는 특히, 전체 국민의 건강수준에 있어서도 그렇지만 노인인구나 영유아 계층의 건강수준과 일차의료에의 강조정도는 매우 높은 상관관계가 있음을 보여주었다. 또한 Starfield(2001)는 기존 연구결과에 대한 검토를 통해 일차의료의 발달한 국가들은 비용이 적게 들고 건강한 인구를 유지하고 있다는 결론을 도출하면서 일차의료의 특이 사회 불평등으로 인한 건강상의 부정적인 효과를 일부 상충시킬 가능성을 제시한 바 있다.

2) 일차의료체계와 비용 수준

국가별 일차의료체계와 시스템 비용에 대한 종합적인 분석 연구는 OECD에서 발표한 Docteur E 등(2004)의 보고서를 참고할 수 있다. 이 보고서에서는 여러 국가의 보건의료비용의 차이를 결정짓는 요인에 대해 다양한 연구결과들을 분석하여 종합적 결론을 도출하고 있는데, 무엇보다 외래부문의 역할 및 조직구조가 보건의료체계의 전체적인 효율성과 효과성의 매우 핵심적인 요인이라고 지적하였다.

각국의 시계열 횡단면 연구결과 일차의료에 국민이 직접 접근할 수 없도록 하는 문지기 시스템 도입국가에 전반적인 비용이 낮고 여기에 일차의사에 대한 등록방식을 통해 인두제 지불시스템이 결합되었을때 비용이 가장 저렴하다고 하였다.

저자는 문지기 시스템과 등록 시스템이 일차의료에 강한 국가들에서 주로 관찰되는 특성이라고 지적하면서 문지기 기능은 일차의료공급자의 지위를 향상시키는 역할을 하고, 여기에 등록에 의한 인두제 방식이 결합하면 지속성, 포괄성, 서비스 제공 조정력 등 일차의료의 중심적 가치가 확보된다고 하였다.

3) 형평성 측면

보건의료의 형평성 측면에 대한 연구는 주로 Doorslaer 그룹에 의해 많이 이루어졌다(Doorslaer 등, 2004a; Doorslaer 등, 2004b). 일반적으로 유럽국가에서 일차의사에 대한 접근성은 개인의 소득수준과 무관하게 이루어지고 있는 것으로 알려져 있으나 전문의에 대한 접근성은 고소득자에게 매우 유리한 것이 전체 모든 국가에서 나타난 현상이라고 하였다. 이것은 의료필요를 보정하였을 때도 공통적으로 나타난 현상이다. 그러나 Doorslaer 등(2004a, 2004b)은 부자들에게 더 유리한 접근성이 한 국가의 강력한 일차의료체계(문지기, 인두제 등)와는 직접적인 연관은 없는 것으로 보인다고 하였다.

4) 만족도

일차의료체계와 대중의 만족도에 대한 연구는 NHS 국가를 대상으로 국가간 만족도를 비교한 연구, 혹은 NHS 체계 자체에 대한 만족도를 분석한 연구들이 주를 이루고 있다. 그러나 국가의 일차의료체계와 만족도를 연관시킨 연구는 많지 않다.

Wensing 등(2004)은 17개 NHS 국가를 대상으로 각 국가의 일차의료에 대한 만족도 설문조사를 실시하였다. 그 결과 NHS내에서 환자들의 일차의사에 대한 만족도는 어느 국가든 매우 높은 것으로 나타났으며, 이것이 인두제 방식이나 의뢰체계(즉, 문지기시스템 등) 등 강력한 일차의료의 특성요인과 연관되어 있다는 증거는 발견하지 못하였다.

한편, 일차의료의 특성 중 어떤 측면이 환자의 만족도와 연관을 갖는지도 관심대상인데 Eric 등(2004)은 미국내에서 일차의료의사를 지정받는 환자군(military medical center)에 있는 family practice residency clinic 환자들을 대상으로 일차서비스 만족도에 대한 설문조사를 실시한 결과 진료의 지속성, 서비스 공급자, 의사 상담시간 약속의 용이성 등의 요소가 환자 만족도와 연관이 높으며 특히, 다빈도 이용군일수록 서비스의 지속성이 만족도와 높은 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 서비스 지속성이 일차의료만족도와 연관이 높다는 연구결과는 기존 연구문헌에 대한 메타분석결과에서도 확인되었다. Saultz 등(2004)은 22개의 연구문헌에 대한 분석결과 19개 연구결과에서 서비스 지속성이 있는 경우 높은 만족도를 보인다는 결론을 도출하였다.

한편, 각 국 일차의료의 강점과 약점을 파악하는데 국민이 느끼는 만족요인과 불만족요인은 중요 고려사항이 될 수 있다. Wensinga 등(1998)은 덴마크, 독일, 이스라엘, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴, 영국의 3,540명 국민에게 각 국 일차의료의 질적수준과 관련된 문제점에 대한 조사를 실시하였다. 그 결과 포르투갈은 일반의가 시간외 진료를 하지 않는 점, 스웨덴과 노르웨이, 네덜란드는 기본검사과정(routine screening)이 없는 점, 독일은 일차의가 책임져야 할 환자군이 설정이 되어 있지 않다는 점 등이 문제점으로 꼽혔다. 또한 독일과 스웨덴은 문지기 기능이 부여되어 있지 않고, 스웨덴은 가정방문이 거의 없다는 점도 불만족 사항이 되었다.

3.3. 소결

이상 제시한 일차의료와 관련 연구결과들을 정리해보면 <표 II-10>과 같다.

<표 II-10> 일차의료에 대한 기존 연구 결과 요약

건강향상에 대한 영향	연구자	Gulliford(2002)	Basu 등(2002)	Ansari 등(2002)	Malley 등(2003)	Shi 등 (2003a, 2003b, 2004)	
	대상(국가)	영국	미국 뉴욕주민	미국	미국 흑인 저소득여성	미국 각 주	
	분석내용	99개 HA별 서비스 제공량에 따른 건강수준의 변화	일차의사서비스 이용가능성과 외래민감질환으로 인한 입원간의 관계	지역별 일차의료 접근성과 외래민감질환으로 인한 입원간의 관계	일차의사의 특성요인에 따른 우울증 발견 및 치료가능성	각 주별 일차의료의사의 밀도와 건강수준간의 관계(1980, 1985, 1990, 1995년도)	
	일차의료의 특성요인	서비스 제공량	이용가능성	지역별 접근성	일차의사의 특성요인	각 주별 일차의료의사의 밀도	
	결과	인구당 일차의사가 많을수록 사망률과 병원입원위험이 감소됨	일차의료이용 가능성의 증대는 외래민감질환으로 인한 입원을 감소시킴	일차의료 접근성 증가는 외래민감질환으로 인한 입원 가능성을 낮추고 특히 낮은 사회계층에게 효과가 큼	일차의사의 특성 중 포괄성, 환자-의사관계가 잠재된 우울증을 발견하고 치료하는데 주요한 요인이 됨	일차의사수의 증가는 지역별 사망률 낮추고 영아사망률과 저체중아 출생을 줄임. 열악한 지역일수록 효과는 크게 나타남. 그러나 일차의사공급과 뇌졸중 사망은 연관이 없었음	
자원소모 및 비용절감, 비용-효과성에	연구자	Singh 등(1984)	Martin 등(1989)	Welch 등(1993)	Mark 등 (1996)	Murphy 등(1996)	Aaraas 등(1997)
	대상(국가)	영국	미국 HMO 가입자	미국 도시지역	미국 도시지역	영국	노르웨이
	분석내용	전문의와 일반의의	HMO 가입자의	317개 미국 도시지역별	317개 미국 도시지역별	전문의와 일반의간	일차의사 중심 병원과

대한 영향		당뇨진료의 차이	문지기시스 템 유무에 따른 의료이용의 차이	일차의료제 공량에 따른 메디케어 청구액의 차이	일차의료제 공량에 따른 메디케어 part B 급여지불액 의 차이	응급실 내원환자에 대한 서비스 차이와 성과비교	일반병원의 비용비교
	일차의료의 특성요인		문지기시스 템의 유무	서비스제공 량	서비스 제공량		일차의에 의한 입원서비스 제공
	결과	전문의와 일차의사간 에 당뇨진료내 용 및 성파에 차이가 없음.	문지기 시스템이 있는 HMO 가입자가 전문의 이용률이 낮고 비용 저렴, 서비스 내용의 차이는 없음.	일차의사수 가 적을수록 지역별 메디케어 청구액 증가	일차의사가 많은 지역은 메디케어 파트 B 급여 지불액 낮음.	일반의는 전문의에 비해 응급실 내원환자에 게 더 저렴하고 자원소모가 적은 진료를 제공, 만족도 수준은 동일	일차의사 중심병원이 좀 더 저렴하게 효과적인 서비스 제공
일차의 료에 의한 전문의 진료 대체	연구자(팀)	Lowy 등 (1993)		SUPPORT			
	국가	영국		미국			
	분석내용	일반의가 간단한 수술처치를 제공하도록 허용한 1990년 일반의 계약 전후 일반의와 전문의의 간단수술처치 서비스 제공량		대학병원 내원환자의 질환별 관리방식과 진료내용 및 건강성과 비교를 위한 실험연구			
	대상 질환 및 서비스	간단한 수술처치		심장질환, 천식, 만성폐색성 폐질환			
	결과	바뀐 계약 이후 일반의가 간단한 수술처치제공량이 증가하였음에도 불구하고 전문의에 의한 수술처치 제공량은 줄어들지 않아 서비스 대체가 이루어지지 않음.		전문의 진료가 일반의 진료보다 표준화되어 있고 성과도 더 좋았음. 다만 폐색성폐질환에서는 차이가 없었음.			

	인구집단의 건강수준			비용 수준	형평성	만족도			
연구자	Macinko 등(2003)	Starfield 등(2002)	Starfield(2001)	Docteur 등(2004)	Doorslaer 등(2004)	Wensing 등(2004)	Eric 등(2004)	Saultz 등(2004)	Wensinga 등(1998)
분석 내용	18개 OECD 국 대상. 국가별 일차의료 특성과 국민의 건강수준 관계분석	13개 선진국. 국가별 일차의료 강조정도 국민건강 수준간의 관계분석	기존 연구결과 에 대한 비교검토	OECD국 보건의료 비용차이 결정요인 에 대한 국가별 시계열 횡단면 분석	국가별 개인의 소득수준 에 따른 일·이차 의료 접근성	17개 NHS 국가 일차의료 에 대한 만족도 설문조사	미국 일차의료 의사를 지정받는 환자군을 대상으로 일차의료 서비스 만족도 설문조사	서비스 지속성과 만족도에 대한 기존연구 메타분석	유럽국가 3,540명 국민에게 각 국 일차의료 질적수준 관련 문제점에 대한 설문조사
결과	일차의료 가 잘 갖추어진 국가에서 국민의 전반적인 건강수준 높음	일차의료 강조하는 체제에서 건강수준 이 높고, 특히 노인/ 영유아 건강수준 높았음	일차의료 발달한 국가들은 비용이 적게 들고 건강한 인구를 유지함.	외래부문 역할/조 직구조가 효율성과 효과성의 핵심요인. 문지기와 인두제 결합시 가장 저렴함.	일차의사 에 대한 접근성은 소득수준 과 무관. 전문의에 대한 접근성은 고소득자 에 유리.	NHS국의 환자들의 일차의사 에 대한 만족도는 매우높음. 만족도는 일차의료 지불방식 의퇴체계 와 무관.	진료의 지속성이 환자 만족도와 높은연관. 다빈도군 일수록 지속성은 중요	기존연구 분석결과 서비스 지속성이 높은 만족도와 연관되어 있음	시간외 진료부재, 기본검사 부재 등의 문제점. 독일, 스웨덴은 문지기 기능부재

국가별 보건의료체계에 대한 연구결과들을 종합하면 일차보건의료시스템의 강화는 국민의 건강수준을 향상시켜준다는 것을 알 수 있다. 또한 강력한 일차의료시스템의 가장 핵심적인 두 가지 특성인 문지기 시스템(Gate-Keeping System)과 등록환자에 기반한 지불방식(이는 결과적으로 일차의사에 대한 인두제적 지불방식)은 상대적으로 낮은 보건의료비 지출을 가능하게 하는 것을 알 수 있다. 그러나 서비스 이용분포와 관련하여 소득과 연관된 불형평성, 환자의 일반의에 대한 만족도 등은 일차의료체계 강화와 차별적인 연관관계를 아직 밝혀내지는 못하였다(물론 일정한 경향성은 보이고 있다). 즉, 종합적으로는 효과성과 효율성 측면에서 일차의료체계를 강화

하는 것이 그렇지 못한 경우와 비교했을 때 좀더 호의적인 결과를 기대할 수 있다고 할 수 있다.

Ⅲ. 외국의 주치의 제도

앞 장에서 살펴본 바와 같이 굳건한 일차의료제도는 보건의료시스템의 전반적인 효율성과 효과성을 증진시키는 우수한 대안임을 알 수 있다. 주치의 제도는 이러한 일차의료강화의 핵심적 영역이다. 우리나라에서도 일차의료의 문제를 해결하고 나아가 보건의료시스템 전반의 효율성과 형평성을 제고하기 위해 주치의 제도에 대한 관심이 지속되고 있는 상황에서 외국의 주치의 제도를 살펴보는 것은 외국의 경험을 토대로 우리나라에서 발생할 수 있는 오류를 사전에 예방한다는 측면에서 중요성을 갖는다. 따라서 본 장에서는 주요 외국의 주치의 제도를 살펴보고자 한다.

외국의 경우 주치의 제도가 보건의료제도 시행 초기부터 체계 속에 포함되어 있는 경우를 볼 수 있다. 이런 대표적인 사례로 국가보건의료체계(NHS) 국가의 경우 영국을 들 수 있고 사회보험방식(NHI) 국가의 경우 네덜란드를 생각해볼 수 있다. 한편, 자유주의적 모델(Liberalism)의 대표적인 국가인 미국은 시장 메카니즘에 의한 제도 발전 과정에서 주치의 제도가 원형에서 다소 변형된 형태로 부분적으로 도입되고 있으며, 국가보건의료체계(NHS) 국가로서는 노르웨이가, 우리나라 체계와 근접한 사회보험방식(NHI) 국가 중 프랑스와 독일은 주치의 제도를 새롭게 도입하였거나 시도 중에 있다. 또한 따라서 본 장에서는 다양한 상황에서의 주치의 제도의 동향을 살펴보고자 영국, 네덜란드, 미국, 노르웨이, 프랑스, 독일의 주치의 제도를 살펴보고자 하며, 그에 앞서 유럽 일차의료 전반에 대한 대략적인 소개를 하고자 한다.

1. 유럽의 일차의료

유럽은 전반적으로 국민의 보건의료서비스에 대한 접근성의 수준이 높다. 2·3차 의료서비스 뿐 아니라 지역수준에서 제공되는 일차의료서비스에 대한 접근성도 상대적으로 뛰어나다. 그러나 일차의료체계가 갖추고 있어야 하는 특징적 성격들은 각 국가별로 다르게 나타난다. 주요한 것은 일차의료에 있어 일반의들이 얼마나 활동적이고 의료이용의 첫 번째 지점으로서 우위를 차지하고 있는가와 연관이 있어 보인다. 이 경우 일반의는 문지기 역할을 하면서 의료자원의 활용 전체에 대한 통제권을 갖는다. 문지기 시스템이 성립하지 못하는 경우 일차의료에 대한 전문의의 진료도 동시에 이루어진다. 문지기 시스템과 아울러 등록시스템을 유지하면 서비스의 지속성과 조정성이 보다 잘 확보될 가능성이 높다.

1.1. 문지기 시스템

유럽의 보건의료체계를 NHS 시스템과 사회보험 시스템으로 나누어 볼 때 NHS 시스템은 덴마크, 핀란드, 이탈리아, 그리스, 포르투갈, 스페인, 영국, 스웨덴 등이 속하고 사회보험 시스템은 호주, 벨기에, 독일, 프랑스, 아일랜드, 룩셈부르크, 네덜란드 등이 있다. 한편, 과거 공산주의 국가로서 현재 사회보험 시스템으로의 급속한 재편 과정 중에 있는 중동부 유럽 국가들이 또 하나의 범주가 될 수 있다.

문지기 시스템의 도입과 그 기능은 시스템별로 대체적인 차이를 보이고 있다. NHS 국가에서는 거의 예외없이 일반의가 문지기 역할을 담당하고 있으며 병원서비스는 물론이고 간호사나 다른 의료보조인력의 서비스 이용도 일반의의 통제를 받는다. 그러나 스웨덴과 그리스는 예외적으로 일차의료서비스에 대한 국민들의 의사선택이 자유롭게 이루어진다.¹⁹⁾

사회보험방식 국가에서는 보통 국민이 의료인을 자유롭게 선택한다. 그러나 네덜란드, 아일랜드, 슬로베니아는 예외적으로 전문의 진료를 받기 위해서 일반의의 진료 의뢰가 필요하다(Boerma et al, 1997). 또한 최근에 주치의 제도를 도입한 프랑스도 사회보험방식의 국가로서 예외적인 경우이다.

문지기 시스템을 운영하는 경우에도 규칙의 엄격성 정도는 다르다(Boerma et al, 1997). 사회보험국가로서 주치의 제도를 도입한 프랑스는 주치의를 거치지 않을 경우 높은 본인부담을 부과하기 때문에 원칙상 정해진 경로를 이탈한 진료가 가능하다. NHS 국가들은 문지기 규칙을 보통 엄격하게 적용하는데 덴마크는 예외이다. 환자가 직접 전문의 서비스를 이용하고 싶은 경우 추가적인 비용을 지불하면 가능하도록 허용하고 있는 것이다. 그러나 실제로 이렇게 추가적인 비용을 지불하며 직접 전문의 서비스를 선택하는 국민은 5% 수준에도 못 미친다(Flierman, et al. 1990). 그리고 모든 국가들이 응급 상황에서는 병원을 직접 이용하는 것을 허용하고 있는데 이 또한 주치의의 엄격한 적용의 예외이다.

1.2. 지불방식

보건의료체계 유형별로 일반의에 대한 지불방식도 차이가 존재한다.

벨기에, 독일, 프랑스, 룩셈부르크 등 사회보험국가는 일반의에 대한 지불방식이 행위별 수가제이다. 아일랜드, 네덜란드는 일부 환자에 대한 인두제와 서비스에 따른 수가제를 혼합한 지불방식을 적용하고 있다. 오스트리아는 주(Bundesländer)별로 어떤 주는 행위별 수가제를, 그리고 다른 주는 인두제를 적용하고 있다(Boerma et al, 1997).

19) 스웨덴은 모든 외래 방문의 50%가 병원 외래를 통해 이루어지고 있으며(Sandra Leon and Ana Rico, 2002), 그리스의 경우 일차의료를 제공하는 시설이 국가재원과 사회보험재원, 민간재원 등에 의해 다양하게 존재한다. 그리스 정부는 일차의료부문에 가정의 시스템 도입을 1969년 이래 지속적으로 추구하였으나 현실화되고 있지 못하다(WHO, 1996).

NHS 국가들은 보통 일반의에게 인두제를 적용하고 일부 국가에서는 봉급제를 적용한다.

영국의 경우 인두제는 New General Medical Services Contract가 도입되기 이전까지 적용되었고 이탈리아나 네덜란드(법정보험)와 벨기에의 지역사회 보건소에서는 여전히 인두제가 사용된다. 핀란드, 그리스, 포르투갈, 스웨덴은 모두 봉급제를 채택하고 있으며 덴마크는 일반의 소득의 절반정도는 성-연령 보정 인두제로, 나머지 절반은 특정 서비스에 대한 지불액으로 구성하는 혼합 방식을 채택하고 있다(Health Council of the Netherlands, 2004).

영국의 일반의에 대한 지불방식은 약간씩 변화되어 왔다. 자세한 내용은 영국의 주치의제도에서 논의하기로 한다.

1.3. 일차의료서비스에 대한 등록

인두제 지불방식은 환자가 등록하는 시스템에서만 가능하다. 덴마크, 아일랜드, 이탈리아, 네덜란드, 영국, 노르웨이 등은 모두 전 국민에게 등록시스템을 적용하고 있다. 단, 덴마크와 아일랜드는 저소득 계층에 대해서만 등록제를 적용하고 있으며, 포르투갈, 스페인, 슬로베니아도 환자등록방식을 운영하고 있다(Boerma et al, 1997).

원칙적으로 등록방식과 문지기 방식이 직접적으로 연결되어 있는 것은 아니다. 아이슬랜드, 크로아티아, 노르웨이(2001년 6월 주치의 제도 도입이전까지)는 등록방식 없이 문지기 시스템을 운영하고 있다. 그러나 보통은 문지기과 등록방식을 동시에 운영하거나 두가지 모두 운영하지 않거나 둘 중에 한가지이다(Boerma et al, 1997).

1.4. 진료대기, 전화상담, 시간외 진료

스칸디나비아 국가, 스위스, 네덜란드, 영국에서는 의사 진료를 받기 위해 미리 약속을 하는 것이 흔하다. 영국과 스웨덴의 경우 진료대기가 보건의료정책의 중요한 이슈가 되기도 한다. 예약간격은 한 환자에게 얼마의 진료시간을 보장할 수 있는가 하는 점 때문에 중요한데 영국은 평균 9분, 네덜란드와 스페인은 10분, 프랑스는 21분, 라트비아는 25분이었다(조홍준, 1999).

직접 방문 이외에 전화상담을 통한 진료도 유럽에서는 비교적 흔하다. 그러나 전화상담의 빈도는 국가별로 매우 달라서 일반의 한명이 일당 제공하는 전화 상담은 2회에서 16회까지 다양하다. 의사의 가정방문은 더 편차가 심하다. 포르투갈, 스웨덴, 핀란드는 평균적으로 일반의 한명이 주당 2-3시간의 환자 방문을 한다. 반면 독일은 주당 34시간, 벨기에는 44시간을 가정 방문에 할애한다(조홍준, 1999).

일반의의 시간외 진료는 보통 응급상황에서는 가능하다. 이 시간외 진료는 국민의 기대가 높은 반면, 공급자에게는 부담이 되기 때문에 매우 예민한 문제이다. 따라서 시간외 진료는 정부와 주치의 협상 시 중요한 문제로 대두되기도 하는데, 점차 주치의의 직접적 업무부담을 줄이면서 대체서비스를 개발하는 방식으로 변화하고 있다.

영국의 경우 1980~1990년 위탁서비스(deputizing service)와 일반의 조합(general practice cooperative)이 발전하였고 이후 NHS Direct가 정부에 의해 전국에 확대되면서 시간외 진료서비스 제공을 보조하는 형태로 발전하고 있다(Salisbury, 1997; Pickin et al., 2004). 덴마크에서는 1992년부터 주단위로 설치된 조정센터(coordination center)를 통해 모든 전화를 전담의사로 구성된 팀원이 받고 의사가 상담을 하거나 다른 응급진료소를 이용하게 하고 직접 방문하기도 하였다(Hansen 등, 1998; Olesen & Jolleys, 1994).

최근 네덜란드의 시간외 일차의료서비스의 제공은 일반의 6-8인이 순환방식으로 서비스를 제공하였던 방식에서 45-120개의 일반의 진료소를 포괄하는 대규모 조합방식(large GP cooperative)으로 전환되었다(Uden 등, 2005).

1.5. 일차의료 제공자들

일반의, 또는 가정의가 일차의료의 핵심으로 부각하면서 의사 자격 취득 이후 일반의들은 일정 기간 직업수련을 받도록 하는 것이 추세가 되어가고 있다. 2001년부터 유럽연합은 적어도 3년 이상의 일반의 교육과정을 권장하고 있으며, 실제로는 유럽 대부분의 국가가 3~5년을 택하고 있다(European Observatory on Health System, 2006).

어떤 진료과 의사들이 일반의의 역할을 하는가와 관련하여서는 동유럽 국가와 중앙 유럽 국가들 일부에서는 산부인과 의사나 소아과 의사도 일차의료팀이 될 수 있도록 하고 있고 일부 국가에서는 내과, 산부인과, 소아과 등 일부 전문의도 일반의 역할을 한다. 한편, 많은 서유럽 국가에서 약사들이 점차 일차의료의 일원이 되고 있고 일반의나 환자들에게 정보를 제공하거나 지침을 제시하기도 한다(Roughead et al, 2004).

일차의료에서 간호사의 업무는 다양하다. 지역사회 간호사의 업무영역이 확대되고 있으며 2000년대 이후에는 Practice Nurse가 증가하면서 가정이나 보건소에서 건강 증진에서 만성질환자 관리까지 폭넓은 업무를 담당하고 있다(Temmink D et al, 2000).

2. 영국의 주치의 제도

2.1 사례

제임스씨는 부인과 7세와 4세의 두 자녀가 있는 40세 은행원이다. 회사에서 새로운 지역에 지점을 내면서 10년간 살고 있던 곳에서 Westcliff-on-Sea 지역으로 이사를

했다. 당뇨와 고혈압이 약간 있는 제임스씨는 이사한 지역에서 주치의를 정하기로 했다. 이사오기 전 지역에서도 주치의는 있었지만 그 1차 진료소를 이용할 수 있는 상황이 아니다 보니 주치의를 변경해야 한다. 영국은 주치의 중심의 일차 의료체제로 되어있어 주치의를 정하지 않고는 의료서비스를 받기 어렵다. 사비 혹은 민간보험을 들어 민간클리닉을 이용할 수도 있지만 보험료 부담도 만만치 않아 급한 수술이 필요한 상황이 아니고는 민간클리닉을 이용하지 않는다.

새로 주치의를 정하기 위해 주변사람에게 추천을 받거나 NHS 홈페이지를 이용하여 지역 우편번호만 입력하면 각 1차 진료소의 주소와 전화번호, 직원들의 구성, 운영하는 클리닉, 거리까지 정보가 나오지만 보통 다른 사람들이 그러하듯이 집에서 가장 가까운 1차 진료소를 방문하였다. 1차 진료소에 따라 운영하는 클리닉, 일반의의 수, 진료일과 진료시간이 약간씩 차이가 있기는 하지만 질적으로 큰 차이를 느끼지는 못한다.

집에서 300m 거리에 Dr PT Chisnell & Partners라는 1차 진료소가 있었다. 이 진료소는 별다른 클리닉을 운영하고 있지는 않지만 월요일-금요일 오전 8시에서 저녁 6시 15분까지 진료하였고 7명의 일반의와 3명의 practice nurse, 1명의 practice 매니저로 인력이 구성되어 있었다.

사전에 전화로 예약을 하고 Dr PT Chisnell & Partners 진료소를 방문한 제임스씨는 진료소에 비치된 주치의 등록신청서에 주치의의 이름을 적어 해당 주치의에게 진료를 받았다. 주치의는 약 10분정도 진료를 받으면서 소변검사 혈압과 당을 체크하였고 전반적인 건강상태에 대한 체크를 받았다. 현재 당뇨와 고혈압을 어떻게 관리하고 있는 지 물어보고 컴퓨터에 진료기록을 남겼다. 당뇨와 고혈압에 대한 관리요령과 식이에 대한 설명을 해준 뒤 고혈압 약을 한달치 처방전을 주었다. 제임스씨는 1차 진료소를 무료로 이용하였다. 영국은 국가보건의료체계를 운영하고 조세로 재원을 충당하여 1차 진료소와 2차 병원입원서비스 등 대부분의 진료와 치료가 무료이다.

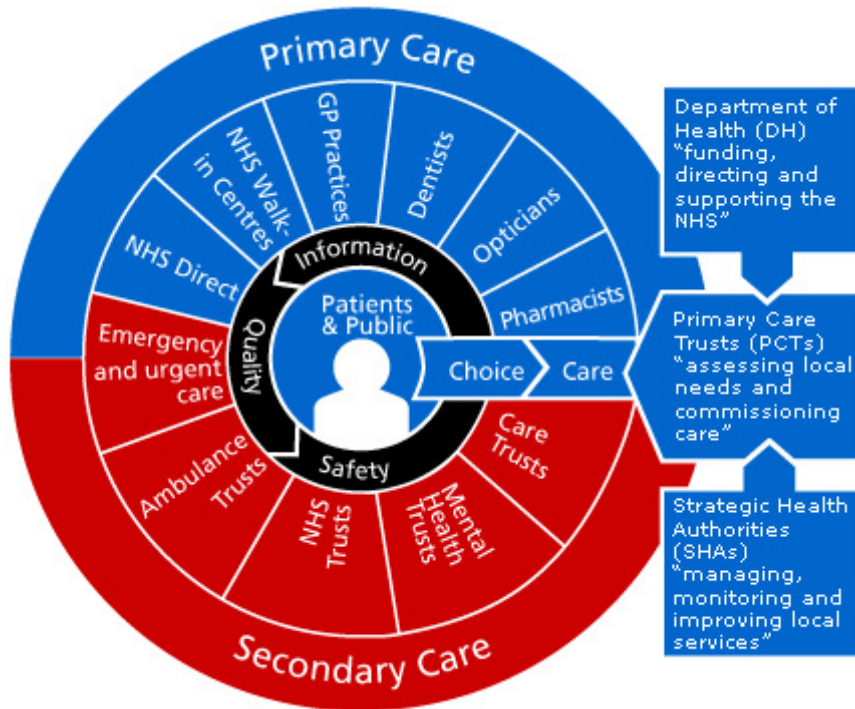
약 처방전을 들고 주변의 약국을 방문해 약을 6.4파운드에 구입하였다. 영국에서 1차 진료소와 병원 입원 시 비용은 무료이지만 약국, 안과서비스, 치과서비스는 비용을 지불해야 한다. 그러나 많은 경우 무료로 약을 제공받을 수 있다.

제임스씨는 노안과 치아에 염증이 있어 안과클리닉과 치과클리닉에 방문했다. 치과와 안과클리닉의 경우 주치의 의뢰없이 갈 수 있다. 안과검사로 20파운드를 지불했다. 안과검사도 많은 경우 무료로 진료를 받을 수 있다. 치과클리닉에서 충치와 관련하여 치과 검진을 받아 4.76파운드를 지불하였다. 치과에서도 많은 사람들이 무료로 혜택을 받을 수 있지만 치과치료비가 비싸다.

재원은 대부분 중앙정부로부터 일반조세로 이루어지고 서비스의 공급은 일차 의료의 경우 대부분 1차 진료소의 주치의(GP: General Practitioner)에 의해, 2차 의료의 경우 주치의의 의뢰에 따라 공공기관인 NHS 트러스트(NHS trust: 병원급)에 의해 제공되는 국가보건의료체계(NHS: National Health System)로 1948년부터 도입되었다.

NHS의 조직은 1개의 보건부(Department of Health, DoH), 하부기관으로 10개의 전략보건의료기구(Strategic Health Authority, SHA)가 있다. 각 전략보건의료기구(SHA) 아래에는 다양한 트러스트가 존재하여 지역사회의 의료서비스 전달을 책임진다(Acute trusts, Foundation trusts, Ambulance trusts, Care trusts, Mental health trusts, Primary care trusts, 등). 이 중 하나인 330여개의 일차의료트러스트(Primary Care Trust, PCT)는 NHS의 중심이며 NHS 예산의 80%를 관리한다. 이들은 실제적으로 1차 진료소, 치과의원, 안경점, 약국, NHS 상설진료소(NHS Walk-in Centers), NHS 보건의료전화상담(NHS Direct), 환자의 수송 등 지역사회 주민을 위해 의료서비스의 제공과 전달을 책임지며 관리한다.

(<http://www.nhs.uk/aboutnhs/howtheNHSworks/authoritiesandtrusts/Pages/Authoritiesandtrusts.aspx>)



자료원: <http://www.nhs.uk/aboutnhs/howtheNHSworks/Pages/HowtheNHSworks.aspx>

【그림 III-2】 영국의 NHS서비스 체계

NHS 서비스는 1차의료 서비스와 2차의료 서비스로 나누어지는데 1차 의료의 경우 지역 내 1차 진료소(General Practitioner), 치과의원(Dentists), 안경점(Opticians), 약국(Pharmacist), NHS 상설진료소(NHS Walk-in Center), NHS 보건의료전화상담(NHS Direct)에서 제공하고 2차 의료의 경우 우리나라 병원에 해당하는 NHS 트러스트(NHS Trust 또는 Acute Trust, Foundation Trusts)와 앰블런스 트러스트(Ambulance Trust), 보호 트러스트(Care Trust), 정신보건 트러스트(Mental Health Trust)에서 제공한다. NHS는 6개월 이상의 비자를 가진 외국인을 포함하여 영국 내 거주자에게 대부분 무료로 주치의 서비스, NHS 상설진료소(NHS Walk-in Center), NHS 보건의료전화상담(NHS Direct) 및 병원의 응급실, 입원, 외래서비스 등을 이용

할 수 있도록 보장한다. 물론 약국, 치과의원, 안경상 이용 시 본인이 지불하는 비용이 있지만 많은 경우 예외조항이 존재하여 국민의 대다수가 무료로 이용하거나 할인받는 혜택이 존재한다(A. Dixon et al. 2002).

2005년 기준 GDP 대비 보건의료비 비중은 8.3%이고, 보건의료비 중 공공재원의 비율은 87.1%, 민간재원의 비율은 12.9%, 기대수명은 79.0세, 영아사망률은 2004년 기준 3.5명/1,000명이다(OECD health Data, 2007).

유럽은 물론 전 세계에서 가장 모범적으로 정착된 NHS는 전 국민을 가입자로 하여 의료보장에서의 보편성의 원칙, 급여제공에서의 모든 서비스를 포함시킴으로써 의료서비스 제공에서의 포괄성, 재원조달을 일반조세에 의존하게 하는 방법에 의해 수직적 소득재분배, 전 국민을 하나의 조직에 의해 관리하게 하는데서 유발하는 행정관리의 효율성, 단일관리자와 공공 및 비영리의료기관에 의한 의료제공에 따른 비용관리측면에서 거시적 효율성을 확보하는 구조를 가지고 있다(전창배, 2005).

2.2. 영국의 일차의료와 주치의 제도

1) 일차의료제도 개요

영국의 일차의료는 일차의료 트러스트(PCT)가 총체적인 책임을 맡고 있고 의료서비스는 지역 내 1차 진료소(General Practitioner), 치과의원(Dentists), 안경점(Opticians), 약국(Pharmacist), NHS 상설진료소(NHS Walk-in Center), NHS 보건의료전화상담(NHS Direct)에서 제공한다. 개인은 의무적으로 1차 진료소의 주치의를 등록해서 주치의에 의해 의료서비스를 제공 또는 조정받아야 한다.

1차 진료소(GP)는 몇 명의 일반의들이 구성된 팀이 지역사회 1차 진료소의 운영권을 일차의료 트러스트(PCT)에서 파내어 운영을 한다. 1차 진료소에는 의사뿐 아니라 간호사, 건강방문자, 조산사, 물리치료사, 직장 심리치료사 등 전문적인 의료인력이

근무한다. 1차 진료소는 진찰 및 간단한 시술, 금연지원, 건강한 식생활 등 건강과 관련된 교육, 장비, 클리닉을 제공하고 아동이나 오지 지역 여행자를 위한 예방접종 등 질병 예방 서비스도 제공한다. 전문적인 검사나 수술이 필요한 경우 2차 의료기관인 NHS 트러스트로 의뢰한다. 진료의 경우 의사는 주중 2일 이내, 간호사 등 다른 의료전문인력은 주중 1일 이내에 예약을 하여 진찰 등 의료서비스를 제공받을 수 있다. 현재 새로운 PCT 급여계약에 의해 지역사회 요구에 맞는 1차 진료소 서비스를 개발할 수 있는 자율성이 부여된다.

비록 약국과 치과의원, 안과의원에서 처방 및 검사·진료와 관련해 비용을 받고는 있지만 1차 진료소의 주치의서비스가 무료이고 약국, 치과, 안과의원에서 전체 국민에서 많은 비율의 사람들이 무료로 서비스를 제공받고 있다. NHS 임시응급진료소(Walk-in Center)와 NHS Direct의 경우 공공시설로 운영되고 있어 일반국민에게 실질적인 의료의 접근성을 보장한다.

물론 단점도 지적되고 있다. 치료 대기시간이 길다는 것과 자신이 자비로 신속한 의료와 고급의료 등 의료서비스를 개인의 취향에 따라 다양하게 이용하고 싶을 때 NHS를 통해서 그 다양성의 욕구를 채우기 어렵다는 것이다. 1998년 전국 환자조사 결과에 따르면 20% 이상의 환자들이 불편한 진료시간 때문에 자신들의 주치의 방문을 연기한다고 하였고 주치의의 진료를 위해 약 25%의 환자들이 4일 이상 기다려야 한다는 조사가 있었다. 이를 해결하기 위해 영국 정부는 2002년 3월 획기적인 대기리스트 단축을 위한 일련의 조치를 내놓았는데 2004년까지 모든 환자들이 24시간 내에 일차 의료 전문의(primary care specialist)의 진료를 받을 수 있고 48시간 내에 자신의 주치의의 진료를 받을 수 있도록 의사인력과 간호사 인력을 충원한다고 하였다. 또한 대기환자 수를 줄이는 의료기관과 근무시간을 연장해서 환자를 보는 의료인에게 인센티브를 제공하고 있다. 임시응급진료소(NHS Walk-in Center)와 NHS Direct도 의료기관 접근성 강화를 위한 프로그램의 일환이다.

따라서 대기시간의 경우는 긴급하지 않은 수술을 요하는 질병으로 대기를 할 경우 6

개월이 넘지 않도록 하고 있고 수술 외에 일반진료의 경우 환자는 2일 내에 의사진료가 보장되고, 응급인 경우 2시간 내에 의료기관 접근이 보장된다.

2) 주치의

(1) 누가 주치의가 되는가?

영국에서는 일반의(GP)와 전문의가 될 수 있는 길이 분리되어 있고 일반의가 되기 위해서는 약 9년-10년 정도가 걸린다. 보통 5년 정도(4-6년)의 학부과정(medical degree)과 2년 정도의 기초과정(Foundation program)을 성공적으로 마친 사람들이 의학대학원 과정(postgraduate medical education)에 입문할 수 있다. 의학대학원 과정에서 일반의(GP)의 과정과 전문의의 과정을 선택해야 한다. 일반의(GP) 과정은 3년이고 다른 전문의의 경우 전문과목에 따라 약간의 차이가 있지만 약 8년이 소요된다. 최소한 의학대학원 일반의 과정 3년을 수행하고 일반의학협회(General Medical Council)에 일반의(GP)로 등록한 사람이 영국에서 주치의로 자격을 갖는다. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/doctorsqual?OpenDocument&Highlight=2,GP,curriculum>; British Medical Association, 2006)



자료: http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_Careers07.pdf

【그림 III-3】 일반의 교육과정 도해

아래는 주치의인 일반의(GP)의 일반적인 구성을 보여준다. 인구 10만명 당 영국의 일반의의 수는 2003년 65.09명으로 유럽 전체의 인구당 일반의의 수인 65.78명과는 비슷하지만 EU 국가의 평균은 98.98명으로 EU 국가들 평균의 2/3정도수준이다.

<표 III-11> 유럽의 인구 10만명당 일반의의 수

	영국	EU	유럽전체	프랑스	독일	노르웨이	스위스
1996	59.87	98.90	65.84	162.65	114.82	75.43	62.69
1997	60.37	98.13	65.40	162.37	109.64	76.07	63.21
1998	60.90	98.26	65.54	161.46	107.97	78.21	61.40
1999	61.27	97.67	65.01	162.44	106.46	79.05	64.49
2000	61.52	97.64	64.78	160.87	106.70	80.07	67.22
2001	62.18	98.35	65.12	162.60	106.31	-	67.15
2002	62.84	98.46	65.50	163.09	105.18	67.63	66.98
2003	65.09	98.93	65.78	163.78	104.20	63.27	63.95
2004	-	-	65.81	165.37	102.35	64.09	64.02

자료: World Health Organization, Regional Office for Europe, European Health for All Database http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_01_JUL06.pdf 재인용

영국에서 일반의(GP)의 수는 2005년 42,876명으로 10년전에 비해 약 20.8%, 일반의 중 전임제(full-time) 일반의는 35,020명으로 10년전에 비해 약 11.3% 증가하였다.

<표 III-12> 영국의 일반의(GP) 수

	1995	1997	1999	2003	2004	2005	1995-2005의 변화(%)
일반의수	35,494	36,273	36,971	39,873	41,574	42,876	20.8
전임제 일반의수*	31,494	31,750	32,040	33,187	33,915	35,020	11.3

* N Ireland자료는 2004-2005년 자료가 누락되어 합산하지 않은 자료임.

자료: http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_01_JUL06.pdf

자료가 영국전체를 반영하지 않아 가장 일반의의 비율이 큰 잉글랜드의 자료(35,302명으로 영국 일반의의 82.3%)만을 보면, 잉글랜드에서 남녀 일반의의 비율을 보면

2005년에는 남자대비 여자의 비율이 40.1%로 1993년 27.4%에 비해 증가했다. 연령비율을 보면 2005년의 경우 30대 이하가 1.4%, 30대가 24.8%, 40대가 37.4%, 50대가 27.8%, 60대 이상이 8.6%로 40대의 비중이 가장 크다. 근무경향을 성별로 전임제와 시간제로 나누어보면 전체 32,738명의 일반의 중에서 전임제 남자 일반의가 17,325명(52.9%), 전임제 여자 일반의가 6,688명(20.4%), 시간제 남자 일반의가 2,273명(6.9%), 시간제 여자 일반의가 6,452명(19.7%)으로 남자의 경우 73%가 전임제, 26%가 시간제 일반의인 반면에 여자의 경우는 74%가 시간제, 27%가 전임제로 근무한다

(http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_01_JUL06.pdf).

영국에서 일반의는 독자적으로 근무할 지, 집단으로 근무할 지를 선택할 수 있다. 영국에는 2003년 기준 10,683개의 진료소가 있는데 잉글랜드와 웨일즈의 자료를 보면 1차 진료소에서 일반의 수의 구성은 단독이 28%, 2명이 18%, 3명이 14%, 4명이 13%, 5명이 10%, 6명이 7%, 7명 이상이 9%였다. 2003년 자료와 비교해보면 시간이 지날수록 단독으로 근무하는 것보다 다수의 일반의가 집단으로 근무하는 경향을 볼 수 있다.

〈표 III-13〉 잉글랜드와 웨일즈에서 일반의 수에 따른 진료소의 수

	단독		집단												전체
			2명		3명		4명		5명		6명		7명		
연도	수	%	수	%	수	%	수	%	수	%	수	%	수	%	
93년	3017	31	1930	20	1558	16	1270	13	891	9	560	6	461	4	9687
01년	2647	28	1782	19	1284	14	1253	13	980	10	674	7	714	8	9334
02년	2598	28	1728	19	1311	14	1209	13	988	11	652	7	778	8	9264
03년	2609	28	1706	18	1255	14	1200	13	954	10	688	7	853	9	9265

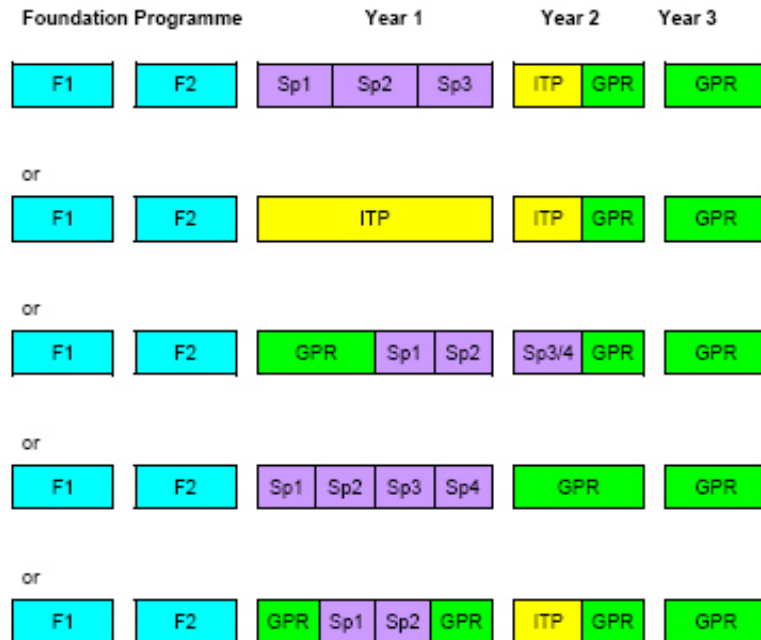
자료: http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_04_MAY05.pdf

영국의 모든 GP 중 3/4은 GMS(General Medical Services) 계약을 하고, 나머지는

PMS(Personal Medical Services) 계약을 한다.

(2) 주치의가 되기 위한 교육

의학대학원 과정에서 일반의 훈련 커리큘럼을 보면 15개 분야의 32개의 과목이 있다. 일반의로서의 역할, 일상적인 업무에서 상담, 전문가로서의 책임(환자의 안전, 의료에서의 윤리, 평등과 다양성의 증진, 보건의료에서의 증거, 연구와 학문적 활동, 교육과 임상감독), 일차의료에서의 관리, 건강증진과 질병예방, 일차 의료에서의 유전학, 급성환자 치료, 어린이와 청소년의 치료, 노인의 치료, 남성과 여성의 치료, 성적 건강, 암환자와 보존적 치료, 장애인의 치료, 임상관리(심혈관질환, 소화기계질환, 약제 사용, 이비인후과와 안면질환, 안과질환, 대사성질환, 신경계질환, 호흡기질환, 근골격계질환, 피부질환 등)의 일차 의료수준의 모든 진료과목에 대한 훈련을 받게 된다. 훈련프로그램에 따라 약간의 차이는 있지만 약 2년 정도는 2차 의료기관에서, 약 1년 정도는 각 지역의 1차 진료소에서 훈련을 받는다.



F1= first year of foundation programme

F2 = second year of foundation programme

Sp = hospital specialty post

ITP= innovative training post

GPR = GP registrar post

자료: http://www.rcgp.org.uk/pdf/Curriculum_guide_for_learners_and_teachers.pdf

【그림 III-4】 일반의 훈련과정의 훈련프로그램 도해

2.3. 문지기 시스템 & 등록

영국의 모든 국민은 관할 PCT에 주치의 등록해야 하는 강제적 제도이고 2차 의료서비스를 제공받기 위해서는 응급사가 아니라면 주치의의 의뢰를 통해서만 접근할 수 있어 일차의료에서 주치의의 문지기 기능이 확실하게 작용된다. 관할 PCT에 주치의

신청을 한 영국 국민은 최소 3명의 선호하는 주치의를 신청할 수 있고 관할 PCT는 최대한 개인의 요구를 반영하되 예외없이 국민을 각 주치의에게 등록시킨다. 그러나 일반적으로 개인은 집과 가까운 1차 진료소에 사전예약 후 방문하여 진료소에 비치된 주치의 등록신청서를 작성해 담당의사에게 전달하면 진료를 볼 수 있다. 추가적인 치료가 필요하다고 주치의가 판단하면 주치의에 의해 NHS 트러스트(병원)의 외래나 입원으로 의뢰되어 진료를 받을 수 있다. 주치의의 변경도 자유로워 특별한 제한이나 사유가 필요없이 원하는 1차 진료소에 방문하여 주치의 등록신청서를 작성하여 주면 된다.

문지기 시스템의 예외로 민간보험에 가입한 국민은 민간 진료소나 병원에 주치의의 의뢰없이 접근이 가능하다.

2.4. 주치의 서비스

각 1차 진료소에 따라 근무일이나 근무시간에 약간의 차이는 있으나 보통 월요일부터 금요일까지 오전 9시-저녁 6시까지 주치의는 일차의료 서비스를 한다. 진료에는 경우에 따라 전화상담, 방문서비스도 제공된다. 일반적으로 주치의는 시간외 진료서비스를 제공하지 않는데 시간외 진료가 필요한 경우 NHS Direct를 이용하거나 각 진료소에 외주 의사상담이 있는 경우 외주 의사상담 전화를 이용한다. 서비스는 NHS가 커버하는 진료항목에 대한 서비스를 제공할 수 있는데 대부분의 진료항목이 여기에 포함된다. 단 전문적인 치료가 요하는 환자의 경우 2차 의료기관인 병원에 의뢰한다. 그 외 부가서비스로 자궁검진, 어린이 건강감시, 출산 및 산모검진, 피임 서비스, 염색체검사 등 건강증진에 대한 서비스도 제공한다.

General Household Survey(2003/2004)에 따르면 일반의(GP) 상담은 86%가 진료소에서 이루어졌고 10%는 전화상담, 4%는 가정방문에서 이루어졌다. 1971년과 비교해보면 진료소에서의 상담(73%→86%)과 전화상담(4%→10%)은 증가하였고 가정방문

상담(22%→4%)은 감소하였다.

2004년 Audit Commission report에 따르면 일반의는(GP)는 일주일에 평균 117명의 환자를 진료하였고 실무간호사(Practice nurse)는 105명의 환자를 보았다. 일반의(GP)의 각 환자당 상담시간의 중앙값은 13.3분이었고 최근의 조사에는 평균 약 10분정도였다

(<http://www.audit-commission.gov.uk/Products/NATIONAL-REPORT/8AE80592-69BC-48bcAA1AC707CFAD8DE0/TransformingPrimaryCare.pdf>). 이는 상담 시 의학적인 문제에 IT 체계의 보급으로 상담시간이 감소되었다고 보여진다.

일차 의료팀은 일반의(GPs)와 실무간호사, 지역사회 간호사, 건강방문자, 실무관리자, 행정직원으로 구성되는데 조산사나 상담가, 정신간호사 등으로 확대되고 있다. 보건부에 따르면 2004년 97%의 환자가 2일안에 일반의(GP) 상담을 받았고 98%의 환자가 1일안에 일차 보건의료전문가들의 상담을 받았다

(<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/93/97/04079397.pdf>).

시간외 서비스에 대해서는 좀 더 자세한 설명이 필요하다. 영국에서는 주치의의 시간외 진료와 상담에 대해 매년 의사단체와 정부의 협상에서 많은 논의가 되어 왔는데, 1980~1990년 사이에는 시간외 서비스 제공방식으로 위탁서비스(deputizing service)와 일반의 조합(general practice cooperative)이 발전하였고 이후 NHS Direct가 정부에 의해 전국에 확대되면서 시간외 진료서비스 제공을 보조하는 형태로 발전하였다.

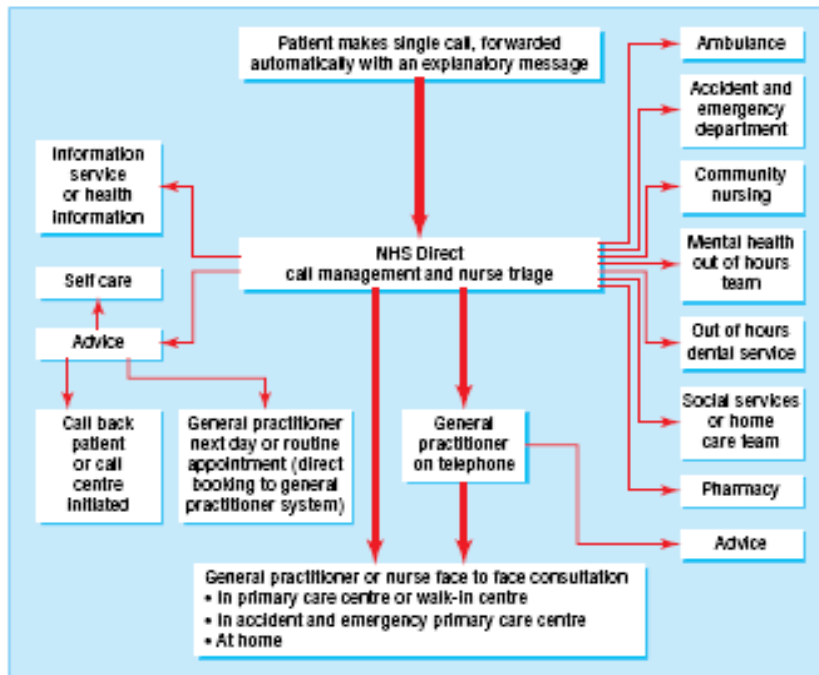
일반의 조합은 1996년 시작되었으며 위탁서비스는 이 보다 더 먼저 시작되었다. 일반의 조합은 지역사회 일차의료의 주된 책임자인 일반의에 의해 운영되는 비영리 조직으로 그 형태는 지역사회 상황마다 다른 것으로 보인다. 직접 일차의료센터를 운영하여(이 경우 일차의료센터를 지역의 병원내 두는 경우가 많다) 환자들에게 방문진료 대신 일차의료센터에 방문하도록 하기도 하고 조합내에 시간외 서비스 제공을 전담하는 일반의를 고용하여 조합이 관할하는 환자들에 대해 전화상담을 제공하

는 형태도 있다(Salisbury C(b), 1997). 조합마다 다르지만 보통 50개 이상의 일반의 진료소를 포괄하기도 하며, 가정방문서비스를 제공하는 조합도 있다.

위탁서비스는 일반적으로 일반의 대신 시간외 진료를 제공하는 상업적 조직을 일컫는데 일반의들이 이들 위탁서비스에 출자한다. 위탁서비스는 1955년 이래 영국 일차의료의 일부분이 되었으며, 1987년까지는 전체 일반의의 45%가 당시 가정의위원회(family practitioner)로부터 위탁서비스를 이용할 수 있도록 허가를 받기도 했다. 이 서비스의 이용이나 형태는 일반의 규모나 지역에 따라 다르다(DM Pickin 등, 2004). 2000년 들어 영국 정부는 시간외 진료에 대한 검토를 통해서 환자들의 전화서비스 요구를 자동적으로 NHS Direct로 연결하는 프로그램을 제안하기에 이르렀다. (그림 5) NHS Direct는 기존의 주치의 조합과 연결하여 시간외 서비스를 생산하며 이를 시범적으로 운영하는 34개의 exemplar site가 있는 것으로 파악되었고 4개가 새롭게 exemplar site로 진행 중이다. 구성은 다양한 기술을 보유한 인력으로 팀이 구성되는데, NHS Direct project manager, NHS Direct network managers, Clinical Assessment System suppliers, out of hours software providers, Department of Health Implementation Team으로 구성된다. 이런 커소시움 형태의 조직이 다양한 서비스를 연결하며, 현재 영국 인구의 20%에게 서비스를 제공하고 있다.

(<http://www.out-of-hours.info/index.php?pid=8>)

그러나 NHS Direct가 이전 시스템인 주치의 조합보다 더 큰 효율을 보인다는 증거도, 즉각적 업무부담을 줄인다는 증거도 아직은 발견되지 않으며 다만, 시간외 서비스에 대한 수요의 증가경향을 약간 완화시킨다는 보고가 있다(Lattimer et al., 2005).



Integrated model of out of hours care. Source: Department of Health, 2000

자료원: Lattimer et al.(2005)

【그림 III-5】 영국의 통합된 일차의료 제공모형(2000)

2.5. 지불방식

표준적인 계약하에서 영국 일반의에 대한 지불액은 등록환자수와 특정 서비스 제공 여부에 따라 달라진다(Weller 등, 2004). 영국 의사들은 자영업자로서 NHS와 계약할 권리를 갖고 있으며, 자산보유 및 인력고용에 있어 독자성을 가지고 있는 독립업자이다.

영국 일차의사에 대한 지불방식은 2004년 ‘새로운 일반의 계약’에 의해 부분적으로 변화가 발생하였다(BMA, 2006). 2004년 이전에는 일반의에 대한 지불보상이 인구학적 모형을 이용한 인두제 방식(capitation fee), 기본진료수당(allowances), 건강증진료

(health promotion payments), 특정서비스에 대한 추가적인 보수(item of service payment) 등 4가지 요소로 구성되어 있었는데, 새로운 계약하에서는 global sum(GS), minimum practice income guarantee(MPIG), locally enhanced services(LES), quality and outcome framework(QOF)으로 구성요소가 바뀌었다. 이 중, global sum은 이전의 인두액과 유사한 것으로 다양한 수가와 수당을 Carr-Hill Formula라는 할당공식에 따라 등록환자수를 기준으로 지불하는 것인데, Carr-Hill Formula에서 고려하는 요소는 등록환자의 연령/성별 구성, nursing/residential homes, list turn over, 취약계층에 대한 추가사항, 인건비 등 시장요소와 지역적 요소(rurality)를 고려한다. MPIG는 새로운 방식의 GS가 도입되면서 이전에 비한 손실분을 보전해주는 액수이며, 일종의 성과급인 QOF는 주로 만성질환자 진료에 투입한 노력과 결과, 영유아 예방접종, 자궁경부암 검사 등 성과에 근거하여 지불한다. 마지막으로 LES는 지역사회 특수성에 맞게 개발된 예방, 증진 활동에 대한 보상으로 약물중독, 예방접종, 금연 등에 대한 지역사회 차원의 프로그램 실시에 따른 비용이 이에 해당한다. 한편, 선임의사로서의 지도와 감독, 교육활동에 대해서도 비용이 지불된다.

2004년 계약이 도입되면서 환자는 개별 주치의보다 1차 진료소에 등록한다. 진료소당 평균 등록 환자수는 잉글랜드에서는 5,891명, 웨일즈에서는 5,885명, 스코틀랜드에서는 5,095명이었다. 진료소는 등록환자수에 기반하여 위에 설명한 방식으로 지불을 받게 된다. 새로운 방식의 특성은 지불액 수준을 이전보다 더욱더 질적 수준(여기에는 임상 목표는 물론 조직목표(organizational target)까지 포함)과 연계시켰다는 점이다. 또한 더 많은 재정지원과 구조적 변화까지 포함되어 있는데 예를 들면 일반의가 더 이상 시간외 진료를 제공하는 것이 의무사항이 되지 않으며 계약을 개별 주치의 계약이 아닌 전체 일반의 계약으로 전환한 것 등이 그것이다. 그러나 계약에서 설정하고 있는 많은 질적 목표(진단 유인, 검사와 고혈압관리 등)가 적절하게 비용보상을 받을 수 있는가에 대한 우려도 있다.

이와 같은 지불방식은 일종의 목표지불방식(Target Payment)라고 볼 수 있다. 즉, 일반적으로 언급되는 기본 지불액에 바람직한 진료에 대한 추가적인 보상이 뒤따르는 것으로 서비스 질 향상에 대한 유인을 주기 위해 설계된 것이다. 이러한 혼합지불방식은 제공된 일차의료서비스의 질적 수준을 향상시키고 성과에 따른 평가를 강조하는 조류와 연관되어 있다고 판단된다.

2.6. 질적 수준 강화를 위한 활동

질적 수준 강화를 위해 NHS 산하 조직으로 독립성을 부여받은 NICE(National Institute for Clinical Excellence), CHI(The Commission for Health Improvement), CHAI(Commission for Healthcare Audit and Inspection)이 있다.

NICE(National Institute for Clinical Excellence)는 1999년에 건강증진, 질병예방에 필요한 전국적인 진료지침 제공을 목적으로 설립되었다. NICE에는 공공보건(Center for Public Health Excellence), 보건기술평가(Center for Health Technology Evaluation), 임상진료지침을 전담(Center for Clinical Guidelines)하는 세 개의 센터를 두고 있는데 Center for Clinical Guidelines에서는 임상진료지침을 개발하고 Center for Health Technology Evaluation에서는 의료기술평가(Health Technology Assesment)와 각종 진료 및 시술절차의 비용-효과성을 개발하며 Center for Public Health Excellence에서는 건강검진 및 보건예방 프로그램 개발, 건강증진 프로그램 운영 및 지원을 한다.

NICE에서 개발된 질병진료에 대해 각계 의료전문가와 이해당사자 600여명 이상이 참여하여 전국적인 가이드라인을 생산하고, 이 가이드라인은 증거성에 대한 상당한 경험을 거친 뒤 모든 의료인에게 주기적으로 제공된다. 만약 의사가 일선에서 특정 환자를 대상으로 NICE 임상지침을 따르지 않을 경우 공식서류로 그 이유를 제출하도록 하고 있다.

보건기술 경제성 평가는 약제, 의료기기, 진단기법, 시술절차, 기타의 치료적 기법, 각종 건강증진 활동 등에 수반되는 환자의 이익, 그리고 기술사용에 드는 비용 등에 대해서, 그 경제성을 수시로 평가하는 것이다.

CHI(The Commission for Health Improvement)는 1차 의료기관, 병원급, 정신병원 등 모든 의료기관에서 제공된 의료의 질과 성과를 객관적으로 평가한다. 2002년에 급성기 상병 의료기관에 대한 평가기준이 확정되었고 2003년에 1차 의료기관 및 정신병원에 대한 평가기준이 제정되었다. 의료기관 평가의 주요 측정지표는 위험관리, 임상감사, 연구 및 교육, 환자 참여, 정보관리, 의료기관 직원참여, 교육훈련 등이다. 2000년 CHI가 이러한 평가를 시작하였고, 매년 평가 후 각 의료기관으로 하여금 CHI에 평가된 보고서에 의해 발견된 개선여지가 있는 부분에 대해 실행계획을 작성하도록 하고 있다. 또한 의료기관의 질 향상을 위한 전국적인 연구를 수행하고 있다. CHAI(Commission for Healthcare Audit and Inspection)는 2004년에 조직되었다. 의료기관에서 제공된 질을 사후적으로 감시하며 의료제공에서의 질이 문제가 될 시 사후적으로 감사하여 보고하는 기능을 수행하고 있다. 모니터링을 통해 각 지역 전문의가 좋은 진료라고 승인한 세부적인 진료표준과 NHS 산하 개별 의료기관의 진료기록과 비교하는 방법으로 개별 의료기관이 제공한 의료의 질을 감사하는 역할을 수행한다. CHAI는 제공되는 의료서비스의 향상을 촉진시키기 위해 영국내의 모든 보건의료기관에서 제공하는 의료의 질과 비용-효과성에 관해 권위있는 평가를 할 수 있는 유일한 독립적인 기관으로 보건의료서비스의 질과 가치에 관한 모든 정보를 수집하여 발간함으로써 세금 납부자로 하여금 어떻게 그들이 부담한 세금이 잘 사용되고 있는 지 평가하도록 하고 있다.

이들 의료의 질 평가 결과는 공개되고 있는데 의료의 질 정보에 대한 대중들의 요구가 늘어났고 이론적, 경제적 관점에서 볼 때 정보공개는 가입자와 의료제공자간의 정보의 비대칭성 때문에 정당화되기 때문이다. 또한 공공정책의 관점에서 공공서비스인 의료에 필요한 투명성을 확보한다는 수단이 된다는 점에서 필요하다. 의료기관

의 질 평가는 가입자에게 의사결정을 하는데 중요한 수단이 된다. 공급자에게도 의료기관끼리 환자를 이송하는데 유용한 정보를 제공함으로써 환자치료에 정확한 의사결정을 하게 된다. 구매자인 보건부에서는 의료기관과 계약을 체결할 때 중요한 의사결정의 기준이 된다. 수가협상 시 가격-의료의 질 간의 관계를 이용하여 협상에서 유리한 위치를 점할 수 있게 된다.

한편, 주치의가 제공하는 일차의료의 질관리는 앞서 언급한 새로운 일반의 계약의 일부분으로써 소개되었고 ‘의료서비스 질관리 개념틀(The Quality and Outcomes Framework: QOF)’이라 불린다.

QOF는 ‘업무의 효율적 관리 및 수행을 위한 최선의 방법은 인센티브의 제공이다’라는 기본철학을 바탕으로 하고 있으며, 의료서비스의 질적 수준을 향상시키는 것에 궁극적 목적이 있는 제도이다. QOF 제도에 있어 일반의의 참여는 자율적 의지에 따라 결정될 수 있으며, 현재 대부분의 의사들이 보상을 받기 위해 매년 평가를 받고 있는 것으로 보고되고 있다.

QOF 제도에 포함된 지표는 근거 기반의 국가 지침(national standards)을 토대로 다음의 4가지 영역으로 구분되어 있다.

- 1) 임상적 영역(clinical domain): 만성질환자 관리와 관련된 영역. 즉, 관상동맥질환, 심부전, 뇌졸중, 고혈압, 당뇨, 만성폐쇄성 폐질환, 간질, 갑상선기능저하증, 암, 완화여법, 정신질환, 천식, 치매, 우울, 만성신부전, 심방세동, 비만, 학습장애, 흡연 등 관리에 관련된 영역
- 2) 조직관리적 영역(organisational domain): 기록 및 정보, 의사소통, 교육 및 훈련, 의약품관리와 업무 관리에 관련된 영역
- 3) 환자 경험 영역(patient experience domain): 환자 조사와 진료 시간 등의 영역
- 4) 부가서비스 영역(additional services domain): 자궁암검진, 소아건강 추적관리, 임신부 건강관리 및 피임 영역

위에 제시된 각 영역별로 업무 수행의 성과에 따라 점수가 부가되고, IT 시스템인 Quality Management Analysis System(QMAS)에 지원을 받아 총점이 매겨지며, 그 점수에 따라 지불보상액이 결정된다<표 14 참조>. 2004/5년의 경우 점수당 £77.50가 지불되었으나 2005/6년의 경우 점수당 124.60으로 다소 상향 조정되었다.

<표 III-14> QOF 각 영역별 지표와 부여 점수

	총 지표	점수
1) 근거-기반 지표(Evidence based indicators)		
임상적 영역(Clinical domain)	76	550
조직적 영역(Organisational domain)	56	184
환자 경험 영역(Patient experience domain)	4	100
부가 서비스 영역(Additional services domain)	10	36
부분합계	146	870
2) 추가 점수(Additional payment points)		
전인적 관리(Holistic care) 1	-	100
양질의 서비스(Quality practice)2	-	30
접근성(Access bonus) 3	-	50
총점		1,050

1. 전인적 관리 점수는 임상영역의 전반적 수행을 근거로 부가됨.
2. 양질의 서비스 점수는 조직적, 환자경험 및 추가적 영역의 전반적 수행을 근거로 부가됨
3. 접근성 점수는 48시간 이내에 GP, 간호사 또는 기타 보건의료인력에 접근가능성

일반의는 자신이 초점을 맞추고 싶은 QOF 영역 및 지표를 자유롭게 선택할 수 있으며, 현재 질 관리 지표 수준이 비교적 도달하기 용이하도록 정해져 있어 대부분 일반의가가 추가적 보상을 받고 있는 것으로 보고되고 있다. 이같은 결과는 초기 평가결과 QOF 총점 1,011점 중 일반의들이 평균, 958.7점을 획득하였고, 2.2%는 1,050

점을 획득한 것을 통해 확인할 수 있다.

QOF 제도의 일반적인 진행 과정은 다음과 같으며, NHS Primary Care Contracting team (PCC)에서 매년 그 결과를 토대로 새로운 지침을 검토하여 수정보완하고 있다.

- 계획(plan): 이용가능한 QOF 점수 산출 및 이용가능한 자원의 활용 방법 생성
- 행동(act): 양질의 서비스 제공, 실무 관리에 대한 기록 관리
- 진단(assess): QOF 점수 계산
- 회환(learn): 추후 활용 방안 모색

이 과정에서 보건부(The Department of Health)는 Primary Care Trusts(PCT) 대표, 일반의(GP) 및 환자 대표로 구성된 평가팀이 일정 기간 동안(초기 시기에는 2004년 10월부터 2005년 1월) 일반의의 실무 현장을 직접 방문하여 QOF 내용을 사정하도록 규정하고 있다. 또한 현장방문이 이루어지기 전에 평가팀이 미리 QMAS를 통해 제출되는 전산정보와 문서화로 제출되는 추가서류를 받아볼 수 있도록 하였다. 현장방문을 통해 평가된 결과 보고는 평가팀(Assessment Team and the Practice)의 검토 후 PCT 집행부의 승인이 있어야 공개화 될 수 있게 되어 있다. 한편 QOF 제도에 대한 전반적인 감시 및 감독은 NHS Primary Care Trusts (or Health Boards in Scotland)가 수행하고 있다.

영국의 QOF제도는 2004/2005와 2005/2006 불과 두 차례 실시되었으나 이를 통해 기본적으로 환자의 만성질환 유형이 파악되고 있으며, 의사의 의료서비스에 대한 자가감시 및 동료와의 비교평가를 통해 양질의 서비스 제공에 표준틀을 마련함으로써 만성질환자의 불필요한 입원을 감소 등에도 일부 효과를 나타내고 있는 것으로 평가된다.

영역별 지표를 자세히 살펴보면 다음과 같다.

(1) 임상적 영역 : Clinical Domain

임상적 영역 지표에는 관상동맥질환, 심부전, 뇌졸중, 고혈압, 당뇨, 만성폐쇄성 폐질환, 간질, 갑상선기능저하증, 암, 완화여법, 정신질환, 천식, 치매, 우울, 만성신부전, 심방세동, 비만, 학습장애, 흡연 등 18개 질병관리가 포함되며, 이중 당뇨, 만성폐쇄성폐질환, 관상동맥질환, 고혈압 및 개인의 특정 영역 5개 부분에 중점을 두고 있다. 임상적 영역 지표에는 다음의 이유로 선정된 만성질환이 질병별로 구분되어 제시되어 있다.

첫째, 일반의와 일차보건의료수준에서 지속적으로 관리할 책임이 있다.

둘째, 일차보건의료제공이 건강 수준을 향상시킨다는 명확한 근거가 있다. - 특히 국가에서 제공하는 임상지침을 받아들이고 있는가?

셋째, 우선순위가 높은 질병이다.

평가팀은 임상적 영역에서 언급된 질환에 대한 검진, 진단, 관리 업무 등이 체계적으로 구조화된 접근을 하고 있는지를 측정하게 된다. 임상적 영역에서는 환자 등록 명부 작성이 매우 중요한 부분을 차지하고 있다.

임상적 지표 영역에서는 각 질병별 지표에 대한 요약이 각 장의 시작에 제시되어 있고, 질병에 따른 지표의 번호와 내용이 포함되어 있다.

(2) 조직관리적 영역: Organisational domain

환자에 대한 기록과 정보, 의사소통, 교육 및 훈련, 업무 관리, 투약 관리의 5개 부분이 포함되며, 평가팀은 현장 평가 시 특히 환자에 대한 전자의무기록 관리와 교육

및 훈련에 중점을 두고 있다.

환자의무기록의 체계적 관리와 전산화, 의료인력의 보수교육 및 신규 교육, 의료인력의 연간 평가, 응급의약품의 관리, 사건 보고 및 약품관리 등에 대한 지표가 제시되어 있다.

(3) 환자 경험 영역: Patient experience domain

일반인이 주도한 평가팀(Lay Assessor)이 의료서비스가 환자에게 유용하였는지를 조사하게 된다. 환자 경험에 대한 평가는 25명의 환자를 대상으로 제공받은 서비스에 대한 인식도를 조사하게 된다. 조사된 결과는 대기실에 전시 또는 리플렛 배포 형식으로 제시해야 하며, 조사 결과에서 제기된 문제점은 우선 순위를 매겨 수정 계획을 수립해야 한다.

(4) 부가서비스 영역: Additional services domain

부가서비스 영역은 자궁암검진, 아동건강감시체계, 임산부관리, 피임의 4가지 영역이 포함되며, 방문팀은 주로 자궁암검진에 대한 평가를 하게 된다.

이상과 같이 질관리지표의 영역은 임상적 영역, 조직관리적 영역, 환자경험영역 및 부가서비스 영역의 4가지로 구분되며 그 구체적인 평가 지표는 부록에서 제시한다.

2.7. 결과 및 성과

주치의 제도만의 성과를 독자적으로 평가하기는 어렵고, 오늘날 영국의 국가보건의료체계의 평가를 살펴보면 세계에서 가장 효율적인 구조라는 평가를 받고 있는데,

영국은 유럽연합과 OECD 국가들의 평균의료비 지출에 비해 훨씬 효율적임을 보여 주고 있다. 의료비용 투입에 대한 산출측면에서, 투입을 한 나라가 의료보장을 위해 지출하는 총 의료비가 그 나라 GDP의 몇 %로 지출되는냐를 보면 영국은 2001년 기준 OECD 국가들의 평균인 8.2%에 비해, 미국의 14.9%에 비해 현저히 낮은 6.9% 수준을 유지하고 있다. 행정관리 측면에서 보면 미국의 관리운영비는 전체의료비 중 평균 25% 수준이지만 영국의 관리운영비는 매우 적어 2%대에 지나지 않는다.

약가 측면에서 보면 영국은 전체 의료비 중 약제비가 차지하는 비중은 10% 내외로 높지 않다. 약제비를 억제하기 위해 NHS가 약제비 예산제와 개별 제약사별 약가 인상을 매년 NHS와 협상하는 방법으로 결정하게 한다. 이는 전국 단일 관리조직인 NHS의 구매력(monopsony)이 확보되어 약가 등 진료재료에 대한 단가를 저렴하게 구매할 수 있기 때문이다.

전국 단일 관리조직으로 인한 구매력 행사, 의료제공에서의 공공병원에 의한 의료 전달체계, 낮은 행정관리비는 전반적으로 낮은 의료비를 유지할 수 있는 것으로 보인다.

비용과 관련된 산출 외에 평균수명, 의료의 질, 영아사망률의 척도에서도 유럽 국가들의 평균에 비해 낮지 않으며 미국보다는 모든 면에서 높은 것으로 평가받고 있다. 또한 국민의 국가보건의료체계 수용성을 보면 환자들의 경험에서도 영국은 다른 국가들과 비교해서 나쁘지 않은 것으로 조사되었다. Commonwealth Fund에서 영국, 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 미국을 대상으로 몇 년간 반복적으로 실시한 결과에 의하면 영국인들의 25%가 NHS가 잘 작동된다고 응답함으로 다른 국가들이 9~20%에 머문 것과 비교해서 비교적 우수하다는 분석결과를 내놓았다. 또한 영국 국민에게 물어본 결과 국민 다수가 가장 소중하므로 보존되어야 할 것으로 왕실과 국가보건의료체계(NHS)라고 조사되었다.

3. 네덜란드의 주치의 제도

3.1. 개요

재원조달은 보험방식으로 이루어지고 서비스의 공급은 다수의 보험자와 계약관계에 있는 민간의료기관에 의해 제공되는 사회보험방식의 국가이다. 보험은 3중 구조로 정신보건과 장기요양을 위주로 하는 특별의료비보험(ABWZ), 일반적인 의료서비스에 대한 공적보험(ZFW)과 민간보험, 마지막으로 보충적 민간의료보험으로 구성되어 있었다. 2006년부터 전반적인 시스템 개편으로 일반적인 의료서비스에 대한 공보험과 민간보험의 경계가 허물어졌으며 모든 보험사가 민간법(private law)의 테두리에서 운영하되, 정부가 정한 기본급여(Basic package)와 가입규칙을 따르도록 하고 있다. 의료공급은 대부분 민간공급자에 의해 제공되고 있으며, 병원은 민간비영리기구들이 다. GDP대비 보건의료비 비중은 2004년 기준 9.2% 수준, 보건의료비 중 공공재원은 62.5% 민간재원은 37.5%이다. 1인당 기대수명과 영아사망율은 2005년 기준 각각 79.4세, 4.9명이다(OECD health Data, 2007).

3.2. 네덜란드의 일차의료와 주치의 제도

1) 전반적 개요

네덜란드의 일차의료는 가정의, 약사, 물리치료사, 가정간호사, 일차정신보건, 조산사, 영양사 등이 제공하는 서비스를 포괄하고 있으며 이 중에서 가정의가 제공하는 주치의 서비스는 일차의료의 핵심적인 영역으로서 전체 보건의료문제의 약 95%를 해결하고 있다(Ministry of VWS, 2005).

상대적으로 유럽국가 중에서도 일차의료의 발달된 국가로 평가되고 있으며

(Gérvás & Fernández, 2006) 이는 주치의 제도의 확립과 함께 주치의 역할을 담당하는 가정의의 정체성과 전문성 확보를 위한 자체적인 노력에 의함을 역사적으로 파악할 수 있다(Knooneurs., 1996).

1940년대~1950년대에 걸쳐 유럽전역에 의료의 전문화가 심화되고 상대적으로 병원 진료의 영향력을 확대해하면서 지역사회에서조차 전문화된 진료의 기존 일차의료의 영역을 잠식하기 시작하였다. 이는 네덜란드 일차의료를 담당하는 주치의들에게 심각한 위협으로 인식한 네덜란드 가정의학회는 일차의료분야의 전문가로서의 정체성을 확립하고 전문가 조직을 세워 학술적이고 전문적인 훈련을 제공함으로써 주치의의 정체성을 확보하고자 노력하였고 1959년에는 일차의료를 “지속적이고 통합적이며 개인에 맞춘(personal care) 진료”라고 선언하였다. 이와 동시에 1960년 후반에 들어 가정의학회의 8개 분과를 완성하고 의학교육과정 및 대학원교육과정에 심혈을 기울이면서 전문의에 못지 않는 가정의학 전문가로서의 정체성을 확보해나갔다. 1989년 이후 네덜란드의 가정의학회에서는 50개 이상의 표준임상진료를 만들어내고 있으며, 많은 주치의들이 이를 준수한 진료를 제공하고 있는 것으로 알려져있다(Knoonerus, 1996).

2) 주치의

(1) 누가 주치의가 되는가?

네덜란드에서 주치의는 가정의가 담당하고 있으며, 다른 전문과 의사가 주치의 역할을 할 수 없다. 2005년 기준으로 전체 활동의사 중 가정의 비율은 12.5%이며, 인구 천명당 가정의수는 0.5명으로 다른 유럽국가에 비해 가정의 인력이 많지 않다. 그렇지만 의대 졸업자의 24%가 가정의학을 선택하고 있다(OECD health data, 2007). 2003년 기준 주치의 한 사람당 인구수는 2,350명으로 영국보다도 많다. 남자의사의

75%, 여자의사의 16%가 전일제로 근무한다.

2002년 기준으로 주치의가 확보되지 못한 진료소는 네덜란드 전역에 약 100여개인데, 주치의 등록을 하지 못한 인구는 지방(0.4%)보다 도심지역(2.5%)이 더 많다. 최근 들어 FirstAidPost나, 병원의 가정의학과를 이용하는 환자수가 늘어나는 것은 주치의 인력 부족과 관련 있다.

주치의들의 주된 개원형태는 과거에는 단독개원이었으나 점차 그룹진료형태가 증가하고 있다. 2004년 기준, 전체 주치의의 37%만이 단독진료를 하고 있고 32.5%는 2인 진료, 나머지 30.5%는 그룹진료를 하고 있다. 그룹진료를 할수록 주치의가 시간제 근무를 하는 것이 가능해지고 개원에 투입되는 높은 비용부담을 완화할 수 있다는 것이 주된 이유이다. 또한 주치지에 대한 요구도가 높아짐에 따라 보조인력의 투입이 증가하고 있는데 특히, 전문적인 교육을 받고 만성질환자에 대한 독자적인 업무를 수행할 수 있는 practice nurse에 대한 주치의의 수요가 늘고 있으며, 이는 국가적 계약에까지 포함되기도 하였다. 2002년 기준으로 그룹 진료의 경우 한 곳당 3.1명, 2인 진료는 한 곳에 2.2명, 단독진료는 1.6명의 진료보조인력이 근무하고 있다. 신규주치의들일수록 상대적으로 자원이 부족한 지역을 선호하지 않는다는 점은 문제점으로 지적되고 있다.

(2) 주치의가 되기 위한 교육

네덜란드는 주치의는 혼한 질환, 경증질환, 만성질환, 정신사회문제에 대해 “전문화”되어 있는 의료인력으로 인식되고 있으며, 이것이 주치의 중심의 네덜란드 일차 보건의료의 탄탄한 기반에 많은 역할을 하고 있다. 주치의가 되기 위한 교육과정은 정부와 더불어 네덜란드의 가정의 단체가 관리를 하고 있는데 의학교육 정원의 통제 및 가정의 협회를 통한 주치의 전문교육과정에 대한 접근 관리, 통제가 그것이다.

1986년부터 유럽연합은 적어도 2년 이상의 일반의 교육과정을 권장하였고 2001년부터

터는 3년 이상의 수련과정을 권장하였는데 네덜란드는 이미 1994년부터 주치의가 되기 위해 3년의 교육과정을 거치도록 하고 있다.

주치의 수련은 아무나 받을 수 있는 것이 아니며, 주치의 등록협회(HVRC)가 1년에 두 번 내는 공고에 응시하여 적합자를 선발하는 과정을 거친다. 주로 응시자들의 직업관과 성실성, 동기, 경력 등을 고려한 서류면접과 수련기관 면접을 통해 선발한다. 주치의 교육은 8개 대학병원의 가정의학과와 지역사회에서 실제 진료를 담당하고 있는 주치의 지도자(supervisor)와의 협력 관계속에서 제공되고 있다. 가정의협회에서는 정기적으로 교육의 질적 수준을 감시하여 8개 기관이 주치의 교육 권한을 연장할지를 결정하며, 대학병원과 지역사회 주치의와의 협력관계는 가정의학술기구(Academic General Practitioners' Institutes)의 지원을 통해 이루어진다.

주치의 교육에 있어 역학, 질병양상 및 유병양상, 임상기술, 의사-환자 관계 및 환자 상담요구의 원인 규명 등에 대해 많은 부분을 할애하는데, 주치의 교육프로그램은 The College of General Practice and Nursing Home Medicine에서 필요내용과 인정과정을 결정한 것이다. 수련 첫해와 마지막 해는 감독주치의의 진료소에서 수련을 받으며 두 번째 해에는 적어도 6개월의 병원수련, 나머지 기간 동안 가정간호센터나 외래정신보건센터 등 지역기구 수련을 받도록 되어 있다. 수련과정은 유럽경제협력기구 의료지침(EEC Medical Directive)을 따르고 있으며, 수련 과정동안 1주일에 한 번씩 감독주치의, 수련그룹과의 정기적 만남을 통해 그간의 경험과 지식을 공유한다. 주치의 수련과정에 소요되는 비용은 많은 부분을 보건부가 담당하고 있다. 여기서 비용은 수련에 필요한 전반적인 인프라 비용, 감독주치의에게 제공하는 감독비용(월 1,600유로), 그리고 수련의의 봉급이 포함된다. 신규 주치의의 수련규모는 독립된 기구가 예측하는 수요예측에 따라 이루어지고 수요예측의 결과 추정되는 수련비용이 보건부 예산에 포함되어 의회의 승인을 받게 된다.

수련 첫해가 끝나기 전에 수련기관과 감독주치의가 각 수련의에 대한 평가를 하고 평가 결과에 따라 탈락, 혹은 수련과정의 수정이 이루어진다. 2004년 경우 수련과정

에 있는 주치의는 1,218명이었는데 이 중 494명은 2003년 수련을 시작한 사람들이었다. 수련 과정에서 2-3%가 탈락하게 된다.

주치의 수련과정을 마치면 주치의 등록위원회(HVRC)가 그 수행과정과 결과를 평가하여 해당 수련의를 주치의로서 등록할지 여부를 결정한다. 이렇게 등록이 된 경우 정식 주치의로서 지역사회에서 활동할 수 있는데 우리나라와 달리 5년에 한번씩 주치의로서 재등록 여부를 평가하여 주치의의 질적 수준을 유지하고 있다. 이러한 주치의 등록과정은 네덜란드 보험자와 주치의간의 계약관계를 안정적으로 하는데 최소한의 요건이 된다. 주치의가 어떤 교육을 받았거나 상관없이 주치의 명부와 전문의명부에 동시에 기록되는 것은 원칙적으로 불가하고 주치의이면서 전문의로 활동을 하였거나 혹은 5년의 기간동안 실질적으로 진료를 하지 않으면 명부에서 제외된다.

한편 의사보조인력에 대한 훈련도 지역사회 훈련센터에서 이루어진다.

3.3. 문지기 시스템 & 등록

사회보험방식 국가에서는 보통 국민이 의료인을 자유롭게 선택한다. 그러나 네덜란드는 예외적으로 주치의가 문지기 기능을 수행하기 때문에 주치의의 동의 없이 전문의 진료나 병원진료를 받을 수 없다. 2006년 시스템 변화 이전까지 공보험 환자(인구의 약 70%)는 의무적으로 주치의를 등록해야 했고, 민간보험환자(인구의 약 30%)는 프로그램에 따라 주치의 서비스를 급여항목에서 제외할 수 있었다. 그러나 민간보험환자의 경우 주치의를 거치지 않은 전문의 서비스 이용에 대해 보험사가 비용을 지불해주지 않기 때문에(안과, 이비인후과 예외) 실제 거의 모든 인구가 주치의 등록을 하고 있었다. 2006년 기본적 의료보장영역에 대한 공보험과 민간보험의 경계가 허물어지고 민간보험이 책임지도록 시스템을 개편하면서 일차의료의 이용양

상에 변화가 일어날 가능성은 있으나 아직까지 보고된 바는 없다. 이러한 문지기 시스템은 네덜란드의 보건의료체계가 효과적이고 효율적으로 작동될 수 있도록 하는 기본 요건이기도 한다.

주치의들은 1개 이상의 공적보험과 계약관계에 있고 계약관계에 있는 보험의 소속 환자들을 등록받을 수 있다. 그러나 보험자가 모든 일반의와 계약할 의무는 없다.

3.4. 주치의 서비스

네덜란드에서는 가정의가 병원 진료를 제공할 수 없다. 그러나 진단을 위해서, 즉, 혈액검사나 X 선 촬영, 내시경, 폐기능 검사 등을 위해 병원시설을 이용할 수는 있다. 주치의가 입원해 있는 담당환자를 방문하기도 하지만 그리 흔하지 않다. 이처럼 외래와 병원진료가 단절되어 있는 것을 네덜란드 시스템의 약점으로 간주하기도 한다.

보통 주치의들은 환자 상담에 많은 시간을 보내는데 2003년 기준으로 환자 1인당 평균 상담시간은 약 10분이다. 주치의들은 수련과정에서 의사소통 기술과 상담, 환자 방문원인을 찾는 것에 대한 훈련을 많이 받기 때문에 환자와의 의사소통이 원활한 편이다. 상담을 통해 단순히 불안하거나 걱정되어 의사를 방문하는 환자들의 문제를 더욱 잘 파악할 수 있다. 또한 이는 네덜란드 주치의들이 약처방을 상대적으로 적게 하면서 환자를 치료할 수 있게 해주는 요인이기도 하다.

주치의 1인당 하루 평균 약 30명의 환자를 진료하고 전화상담은 약 12차례 이루어진다. 또한, 주당 평균적인 가정방문횟수는 약 20회이다(Boerma, 2003).²⁰⁾

2002년 기준으로 주치의를 한번이라도 접촉한 인구수는 전체의 74.5%로서(직접 방문, 전화상담, 가정방문 모두 포함) 2001년의 76.1%, 2002년의 75.6%에 비해 다소 감

20) Gervas 등(2006)에서 재인용

소한 수치이다. 환자 한 사람당 평균 주치의 접촉 횟수는 약 3.8회이고 이를 다시 환산하면 실제 활동 주치의 1인당 연간 7,700회의 진료상담을 한다는 것을 의미한다. 평균적으로 공보험 가입자가 상대적으로 민간보험 가입자보다 접촉 횟수가 많다. 한편, 1990년대 평균적으로 환자 1인당 전체 의사방문수는 전문의까지 포함하여 약 5.7회인데(WHO, 2004) 이 중 주치의 방문이 2/3를 차지한다.

주치의 서비스에서 가장 특징적이라 할 수 있는 공휴일과 야간시간대 시간외 진료는 전국적으로 설립되어 있는 105개의 지역센터를 중심으로 해결하고 있다. 예전에는 주로 주치의 6-8인이 순환방식으로 당직근무를 하였으나, 이제는 45-120개의 주치의 진료소를 포괄하는 전담조직이 대신하는데 이는 주로 영국과 덴마크의 변화를 참고한 것이다(CJT van Uden 등, 2005). 이 센터는 오후 5시부터 아침 8시까지의 야간시간대와 주말시간대의 주치의 서비스를 전담한다.

지역 센터에는 최소한 두 명의 당직 주치의와 한명의 보조인력이 대기하고 있으며 응급이동차량과 운전사를 갖추고 있다. 당직주치의는 당직을 전문으로 하는 의사인력이 아니라 해당 지역의 주치의들이 당직 순서를 결정하여 담당하는 것이다. 당직 순서의 결정 등 운영과 관련하여서는 지역수준의 보험자와 주치의들이 합의하도록 하고 있다.

야간이나 공휴일에 환자들은 직접 센터를 방문하거나 전화상담 요청한다. 바뀐 시스템 이전에는 전화상담도 직접 주치의가 받았으나 이제는 보조 상담인력이 먼저 문제를 해결하고 추가적인 필요사항이 있을 경우만 주치의를 연결해준다. 주치의는 상담결과 가정방문을 하기도 하지만 기본적으로 주치 의와 환자와의 물리적 거리가 멀어져서 방문이 예전보다 흔하지는 않다.

2004년 기준으로 전체 인구의 90%가 센터를 이용하였고(Ministry of VWS, 2005), 만족도는 2003년 조사결과 전화상담만 받은 사람의 만족도는 67%, 의사상담이나 방문을 받은 사람의 만족도는 80%였다(CJT van Uden 등, 2005). 전화상담은 의사의 업무는 줄여주지만 환자의 만족도는 낮추는 요인이 되고 있다. 한편, 의사들은 센터의

운영을 통해 불필요한 당직대기가 줄어들었다.

3.5. 지불방식

2003년 기준으로 주치의에게 지불된 비용은 19억8천만 유로였다. 진료소를 운영하는 데 소요되는 각종 비용을 제외한 의사의 순수입은 92,482유로이다.

이전 시스템에서 주치의는 공보험환자에게는 인두제로, 민간보험환자에게는 행위별 수가제로 보상받았다. 반면 전문의들은 전통적으로 행위별 수가제 방식이다. 2006년 시스템의 변화를 통해 주치의에 대한 보상은 개별보험자와 주치의와의 협상 방식으로 정하도록 하고 있다. 이것이 기존의 지불방식에 변화를 줄지, 지불액 수준에 변화를 줄지는 확실하지 않다. 여기서는 바뀌기 이전 시스템을 위주로 설명한다.

주치의는 환자의 종류에 따라 두가지 방식으로 진료비를 보상받는다(C. Van Weel, 2004). 첫 번째는 인두제 방식으로 공적보험인 질병금고 소속 환자에 대한 진료비 보상방식이고, 두 번째는 소득수준이 높은 민간보험 가입자에 대한 진료비 보상방식으로 행위별 수가제이다.

공보험인 질병금고 가입자가 전체 인구의 70%를 차지하고 있기 때문에 네덜란드 일차의료의 지불보상방식은 인두제 방식으로 주로 이해되고 있다. 네덜란드의 주치의들은 인두제 지불방식을 당연하게 받아들이고 정부가 이를 바꾸려고 하는 것에 오히려 반대 입장을 취하고 있다. 질병금고 환자와 민간보험 환자간에 지불방식이 다르기 때문에 의사의 행태가 다를 것이라는 예측과 달리 네덜란드에서는 양자 간의 실질적인 서비스 차이가 없다(C. Van Weel, 2004). 네덜란드의 일차의사들이 행위별 수가를 선호하지 않는 이유는 그것이 개별 행위 하나하나를 보상함으로써 의사가 전문성에 기반하여 판단하고 진료를 하는 “장인정신”을 위배한다고 보기 때문이다. 이러한 이유로 의사들은 인두제 이외의 지불방식에 호의적이지 않으며 노인환자나

이주자의 증가, 일반의 진료부담이 늘어나는 추가적인 질병부담에 대해서만 별도 보상을 허용하고 있다.

2000년 기준 인두액 지불액은 65세 이하자에 대해 환자당 연간 63.5유로, 65세 이상자는 환자당 연간 74.9유로였다. 여기에 추가적으로 제공되는 급여는 열악한 지역에서 진료하는 의사에 대해 6.35유로 추가 및 특정 행위(65세 이상자에 대한독감예방접종, 분만서비스, 약사와의 정기적 미팅)에 대해 추가적인 비용을 준다. 2002년 기준 시간외 진료에 대해 시간당 45유로를 받는다.

한편, 민간보험 환자들에게 청구하는 행위별 수가는 Health Care Charges Board가 결정하고 보건부의 승인을 받은 최대 청구액 제한이 있다. 2002년 기준으로 회당 상담료는 22.50유로이고 왕진료는 회당 33.75유로이다. 시간외 진료에 대해 야간진료는 회당 45유로, 휴일진료는 회당 67.5유로이다.

또 다른 지불방식으로 점차 확대되는 것은 봉급방식인데 이는 봉급제 의사들이 점차 증가하기 때문이다. 봉급수준은 2004년 기준 월 3,305유로~월 5,070유로이며, 시간외 진료에 대해서는 별도의 수당을 받는다.

3.6. 질적 수준 강화를 위한 활동

질적 수준강화와 관련된 내용으로 우선, 앞서 언급한 바와 같이 정교한 주치의 선발 및 수련과정, 등록시스템과 재평가 시스템을 통한 인력의 질적 수준 유지 작업을 들 수 있다.

이에 추가적으로 유럽 전체적으로 일차의료 뿐 아니라 의료의 전체적인 질 향상을 위해 수행된 작업은 Quality Circles(QCs) 및 동료심사(PGRs) 제도인데, 네덜란드도 예외는 아니어서 2000년 이전에 이미 이 제도를 도입하였다. 한편, QCs/PGRs와는 별개로 전통적으로 보건의료서비스의 질 향상을 위한 효과적인 접근방법의 일종으로 널리 인식되고 있는 국가임상실무지침은 건강관리개발기구(Dutch Institute for

Health Care Improvement)가 1983년 다학제적 접근 지침 개발을 시도한 이후 일차보건의료 분야에서는 가정의학협회(Dutch College of Family Physician)가 1987년 일차보건의료지침을 개발하면서 시작되었다. 그 후 1990년대 중반 의사, 간호사, 사회사업가 등 다양한 보건의료전문가 단체들이 자체적으로 지침을 개발하기 시작하였으며, 체계적인 근거-기반 접근을 통해 검토한 후 정기적으로 수정 보완해 나가고 있다.

일차보건의료 분야의 임상실무지침은 주치의가 주로 관리하는 80개 이상의 건강문제로 구성되어 있으며, 의사보수교육, 기타 보건의료인력을 위한 교육 및 환자를 위한 교육매체 및 교육도구가 이런 지침을 보완하기 위한 목적으로 개발되어 있다.

한편, 일차보건의료 임상실무 지침 이행을 모니터링하기 위해서 여러 지표가 개발되어 철저한 기준에 의해 검증되고 있다. 임상실무지침과 관련된 지표 평가는 약 80개의 일차보건의료기관의 40만명 환자를 대상으로 지속적으로 시행되고 있으며, 일차보건의료의 오랜 역사를 가진 네덜란드의 지침 준수 수준은 영국과 미국 보다 우수한 것으로 제시되고 있다(<표 III-15> 참조).

<표 III-15> 80개 표본진료단위의 임상진료지침 준수율(2003)

	평가지표의 수	평균(%)	범위(%)
모든 의사결정 및 진료활동	45	75	27-99
의사결정분야별			
- 약물처방	25	62	32-96
- 전문의나 병원외뢰 관련	12	87	63-99
- 검사	6	75	27-99
- 예방(접종/자궁경부검사)	2	76	76-76

자료: Vraspenning 등(2004). R.Grol 등(2006)에서 재인용

1990년대 중반 이전까지 일차보건의료의 평가는 의사의 보수교육 연수 점수를 근거

로 면허를 제한하는 것에 국한되었으나, 그 이후에는 의료서비스 제공 수준과 환자 경험을 평가하기 위한 다양한 지표와 사정도구가 개발되어 그 타당성이 검증되었다. 이렇듯 여러 평가 도구들은 가정의학협회(Dutch College of Family Physician)와 질 관리연구센터(Centre for Quality of Care Research)에 의해 통합되어 2005년 새로운 자발적 인증제도(creditation)로서 재구성되었다. 이는 환자의무기록, 환자 조사, 의료인 설문조사 결과 및 전문평가자의 지표 이행에 대한 평가를 통해 궁극적으로 양질의 서비스를 제공하고자 하는데 목적이 있다. 가정의학협회가 후원하고 있는 인증 제도는 3년 후에 새롭게 보완될 것이며, 독립 기구의 책임 하에 보다 공식화된 의무 면허 인증제도로 발전될 것이다. 또한 인증제도는 점차 일차보건의료 계약 및 면허 인정을 위한 도구로 활용될 것이다. 의료서비스 질 평가에 따른 보상(pay-for-performance) 체계를 도입한 결과, 주치의 수입이 경제적 인센티브에 의해 약 12,000-18,00달러 정도 증가하였으며, 주치의 총 수입의 약 10%는 이러한 보상체계와 관련이 있는 것으로 제시되었다.

1980년대 중반 네덜란드에서 개발된 지역협력체(Local Collaborative 또는 Quality circle)는 일차의료서비스 질적 향상(Continuous Quality Improvement) 방법으로 유럽 전체에서 가장 널리 활용되고 있다. 의사, 치과의사, 조산사, 지역사회간호사 등 다양한 보건의료전문인력 8-12명으로 구성된 지역협력체는 정기적으로 임상지침을 검토, 합의를 도출한 후 최선의 진료 지침을 제시함으로써 지속적 의료서비스 개선을 시도하였다. 지역협력체의 효율성에 대한 연구 결과들은 비교적 긍정적으로 제시되고 있다.

그 밖의 의료서비스의 질적 향상을 위한 활동으로 교육받은 보건의료인이 직접 실무 현장을 방문하여(peer visit) 조사하는 방법이 있다. 의료서비스 질 향상을 보장하기 위해 전문평가팀은 실무 현장을 직접 방문하여 의료제공자에 대한 교육 및 피드백 제공, 교육매체 및 여러 자료 제공 등 다양한 프로그램을 수행한다. 이러한 접근 방법은 독감예방접종, 자궁암검진 및 심혈관계질환 예방에 초점을 맞춘 국가 예방프

로그램에 성공적으로 활용되었다. 즉, 독감 예방접종률의 경우 프로그램 시행 직전에는 10%였으나 프로그램 수행 2년 이후에는 16%로 증가했으며, 특히 고위험집단의 접종률은 80%에 이르는 것으로 나타난 성과를 보였다. 또한 자궁암검진(pap smear)도 프로그램 수행 이전 45%에서 프로그램 수행 이후 70%로 증가했으며 심혈관계예방 프로그램에서도 긍정적 결과가 있는 것으로 평가되었다. 이러한 결과는 고위험군을 조기 발견하기 위한 컴퓨터 소프트웨어의 개발, 의사의 추가적 업무에 대한 경제적 보상 및 동료 방문의 결과라고 해석할 수 있다.

이상과 같이 네덜란드에서는 일차보건의료 서비스 질 향상을 위한 방법으로 임상실무지침 개발, 보건의료전문가 교육, 업무 수행 지표 개발, 지역협력체 활동, 인증제도 및 동료방문과 실무 지원 등 다양한 방법을 활용하고 있음을 알 수 있다.

3.7. 결과 및 성과

네덜란드의 일차의료는 매우 잘 조직화되어 있고 잘 수행되고 있다고 평가받는다 (Gérvás & Fernández, 2006). 네덜란드 일차의료의 특징은 특히 잘 운영되고 있는 문지기 시스템에서 나타나는데, 상대적으로 네덜란드는 환자 의뢰율이 매우 낮다. 거의 대부분의 의학문제를 주치의가 처리하고 전문의에게 의뢰되는 비율은 방문건 기준으로 6% 수준에 불과하다.

질환별로도 차이를 보이는데 매우 흔한 질환, 예로 고혈압, 요통, 상기도 감염 등으로 인한 의뢰율은 극히 낮고 심근경색, 척수신경근통을 동반한 요통, 만성편도선염 등은 의뢰율이 상대적으로 높다. 이러한 문지기 시스템은 보건의료 전반에 걸친 주치의의 역할과 영향력을 확대하며, 동시에 전문의의 영역이 선별적이고 특화될 수 있도록 한다.

<표 III-16> 질환종류별 네덜란드 가정의의 전문의 의뢰율

질환	의뢰율	질환	의뢰율
고혈압	1%	심근경색	60%
요통	2%	척수신경근통을 동반한 요통	16%
중이염, 급성편도선염	3%	만성편도선염	35%

자료원: Groenewegen et al(1992), WHO(2004)에서 재인용

또한 앞서 언급한 바와 같이 특징적으로 낮은 처방율은 네덜란드의 일차의료료가 얼마나 효율적으로 제공되고 있는가를 보여준다. 약 2/3의 방문에 대해서만 처방이 이루어진다. 게다가 모든 진단 중 약 절반을 조금 넘는 진단에 대해서만 처방이 이루어지고 나머지는 처방이 거의 이루어지지 않는다. 항생제의 처방도 매우 선별적으로 이루어진다. 다른 유럽 주치의들이 75-95%의 진단에 대해 처방을 하는 것과는 대조적이다.

4. 미국의 주치의 제도

4.1 개요

미국은 전국민 의료보험이 없고 의료보장 제공과 의료서비스 제공 모두 민간부분이 주도한다. 의료보험 형태를 보면 2004년의 경우 민간보험이 68.1%(직장 59.8%, 개인 9.3%), 공공보험이 27.2%(메디케어 13.7%, 메디케이드 12.9%, 기타 3.7%), 무보험자가 15.7%로 약 60%의 국민이 직장을 통한 민간보험(employer-sponsored insurance)에

가입하여 의료서비스를 이용하고 있다²¹⁾(U.S. Census Bureau, 2005).

미국의 민간보험은 여러 가지 종류로 구분할 수 있지만 가장 주된 것은 90% 이상의 직장보험 가입자가 가입되어 있는 관리의료(Managed Care)방식으로(Kaiser Family Foundation and Health Research and Education Trust, 2005) 1980년대 이후 폭발적으로 증가하는 의료비의 부담으로 도입되었다.

의료서비스 제공에서 보면 자유방임적으로 성장하는 미국의 의료시스템은 한마디로 요약할 수는 없는 복잡한 시스템이다. 대다수의 의사들이 한 군데 이상의 병원에서 근무하기 때문에 의사에 대한 통제가 어렵고, 전문의의 경우 근무병원의 수가 더 많아 조정하기가 더 어렵다.

일차의료의 제공에서도 마찬가지로인데 개원의의 진료형태 및 지불방식은 보험플랜마다 서로 다르고 한명의 의사가 여러 보험과 동시에 계약을 맺으면서 공보험 환자와 사보험 환자를 동시에 진료한다. 또 유럽국가들과 달리 개원의사가 병원진료도 제공하는 경우가 흔하고 1차, 2차, 3차 의료가 명확히 구분이 안 된다. 시스템 자체가 개원의, 일차의료 중심이라기보다는 전문의, 3차 진료 중심으로 짜여 있어서 개원의의 업무만족도나 지위는 낮다(Ajdari et al, 1998).

2005년 기준 GDP 대비 보건의료비 비중은 15.3%로 전 세계에서 가장 높고, 보건의료비 중 공공재원의 비율은 45.1%, 민간재원의 비율은 54.9%, 2004년 기준 기대수명은 77.8세, 영아사망률은 2004년 기준 6.8명/1,000명이다(OECD health Data, 2007).

4.2. 미국의 일차의료와 주치의 제도

1) 전반적 개요

미국에서의 일차의료는 다양한 방식으로 제공된다. 자신이 가입되어 있는 보험에서

21) 한사람이 여러개의 보험을 동시에 가입하는 경우로 인해 보험가입자 비율의 합이 100%를 초과한다.

제공하는 서비스에 따라 선택할 수 있는 폭이 달라지기 때문이다. 가입자가 계약한 민간보험 종류에 따라 제한없는 현물급여와 의료제공자에게 행위별 진료비 보상을 하며 개인에게 개원의를 자율적으로 선택할 수 있게도 하지만 고용주가 제공하는 민간의료보험이 주된 미국에서 90% 이상의 직장보험 가입자가 가입되어 있는 관리의료(Managed Care)를 살펴보려고 한다.

관리의료는 적극적인 계약 혹은 의료이용의 통제를 통하여 환자진료를 관리함으로써 비용을 절감하고자 하는 모든 노력 또는 그러한 체계와 제도(Fry et al. 1995), 또는 서비스 제공을 관리하여 비용을 줄이려는 것을 목적으로 하는 다양한 방식으로, 주로 재원조달과 지출 그리고 포괄적인 서비스 제공에 대한 방식으로 정의할 수 있다(Iglehart 1994).

관리의료의 형태는 전통적인 Health Maintenance Organization(HMO), Preferred Provider Organizations(PPOs), Point of Service(POS)로 나눌 수 있다. HMO는 전통적인 관리의료로 단일 의료그룹과 단독으로 계약을 맺는 형태의 그룹모델과 의사들을 직접 고용하는 staff-model이 있다. 두 모델 모두 HMO 이외의 환자들은 치료하지 않는 폐쇄형이다. 또 다른 모델은 의사들이 좀 더 자율권을 갖는 형태로, network-model HMO는 여러 의료그룹들과 계약하는 것이고, 독립진료협회(independent practice association, IPA) 모델은 개인적으로 진료하는 개별의사들과 계약하는 것이다. HMO는 원칙적으로 개인별 특성(성, 연령, 질병 등)에 무관한 정액보험료(payment)에 의해 보험재정을 조달하고 일차 의료의사가 처음 진료를 맡고 전문의에게 이송하는 권한을 부여하여 문지기 역할을 하는 형태를 취한다. 가입자의 입장에서는 환자본인부담이 감소한 반면에 의사에 대한 선택권이 제한되었고 일차 의료의사의 승인을 받아야만 전문의에게 이송될 수 있는 단점이 있다. 미국 사회를 지배하는 시장과 선택의 이데올로기는 HMO가 본격적으로 확대되는 시기에 HMO가 소비자의 선택(특히 일차의료의사의 선택)을 제한한다는 이유로 공격을 가하였고 이에 대한 반응으로 민간보험은 HMO의 큰 틀을 유지하면서 여러 가지 변형이 개

발되었다.

HMO와 POS는 일차의료의사가 문지기 역할을 하면서 의뢰를 포함한 전체 의료의 조정역할을 하는 방식이다. POS는 개방형 HMO와 같은 관리의료인데 본인부담을 전제로 원하는 전문의에게 진료를 받거나 해당되는 진료 네트워크 밖의 제공자에게도 진료를 받을 수 있다.

PPOs는 HMO와는 달리 일차 의료의사의 문지기 역할이 없어 진료의 조정을 가입자 본인이 하고, 가입자가 스스로 의사를 정하고, 전문의에게 진료를 받을 수 있다. HMO에 비해 환자가 의료제공자를 선택할 수 있는데 계약된 제공자 이외의 제공자를 이용하는 경우 추가부담(혹은 할인혜택 제외)을 하는 형식이다(허순임 등, 2005). 2004년의 보험가입자 분포를 보면 HMO가 25%, POS가 15%, PPO가 55%로 HMO와 POS 방식이 줄고 PPO 방식이 늘어나는 경향을 보인다(The Kaiser Family Foundation, 2005).

관리의료 계약은 의사들에게 재정적인 압박을 주어 좀 더 큰 집단으로 병합하게 하였다. 대부분의 일차의료 의사들은 민간보험과 공공보험 환자 모두를 진료한다. 1990년 대에 미국의 관리의료 조직은 영국의 문지기 기능으로 일차의료 의사에 대한 영국식 접근을 채택하였다. 미국환자들은 전문의를 보기 전에 일차의료 의사로부터 허락을 얻는 것에 익숙해 지지 않았다. 미국의 관리의료 조직은 일차의료 의사에게 문지기 기능을 부여하여 의료서비스의 질을 높이고 가격은 낮추기를 원했다. 미국에서 1990년에 문지기의 성장은 일차의료 의사들의 필요가 증가된 것과 관련이 있지만 미국의 일차의료 의사들은 문지기로서의 기능을 완전히 받아들이지 않았다. 문지기 기능이 그들의 서비스 조정자로서의 역할을 향상시킬 수 는 있지만 혜택에 비해 서류작업을 증가시킬 것이라 생각했다. 게다가 행위별 수가제로 지불받는 전문의사는 환자 사이에 장애물이 있는 것을 좋아하지 않았다. 환자는 일차의료 의사에 대해 긍정적이었지만 일차의료 의사가 전문적인 서비스를 막는 것이 만족스럽지 않았다(Bindman et al, 2003).

2) 주치의

(1) 누가 주치의가 되는가?

미국에서 주치의는 가정의학의, 일반의, 일반내과의, 일반소아과의, 산부인과 전공의들이 포함된다. 주치의들은 전통적으로 입원서비스를 제공하고, 가정방문은 거의 하지 않고, 대부분 민간개원을 하고 약 1/3은 단독으로 개원을 한다. 대부분 일차의료 주치의는 민간과 공공의 보험환자들을 모두 본다(Bindman et al, 2003).

2002년 현재 활동의사수는 717,549명이며, 활동의사의 76.5%가 의원진료(office-based practice)를 행하고 있다. 미국은 의사인력 중 전문의의 비율이 높아 65.3%가 전문의이고 42.1%가 일차 의료의사인데 이중 일반/가정의, 내과, 소아과 의사를 포함하는 전형적인 일차의료의사가 34.7%이고 나머지 7.4%는 (세부)전문의 자격을 갖춘 일차 의료의사이다(허순임 등, 2005).

(2) 주치의가 되기 위한 교육

미국에서 주치의가 되려면 의사면허를 얻기 위해서는 적어도 학부과정(Baccalaureate degree)과 4년간의 의학대학원(Doctor of Medicine or Doctor of Osteopathic Medicine degree) 과정이 기본으로 필요하다. 가정의학을 전공할 의사는 추가로 3년간의 레지던트 과정을 마쳐야 전문의 자격이 인증된다.

가정의학 전문의 자격을 유지하기 위해서는 매 6년, 7년, 9년, 10년에 서면시험을 봐야 하고 6년 안에 300시간의 의학교육을 받아야 한다. 2003년에서 2009년에 가정의학과 다른 모든 전문의 인증 과정에 주어진 전문분야에서 지속적인 과정으로 매년

능력시험을 보는 변화가 있다. 추가적으로 지속교육과 임상지식, 전문기술의 향상을 위해 자기 점검에 참여할 것이 요구된다.

(http://en.wikipedia.org/wiki/General_practitioner).

4.3. 문지기 시스템 & 등록

미국의 문지기 시스템은 예외조항을 인정함에도 불구하고 실제 추가비용을 내고 전문의를 찾아가는 비율이 전체 의료이용에 5%에 지나지 않기 때문에(Forrest, 2001) 문지기 시스템이 제 기능을 한 것으로 보인다. 그러나 내용상으로는 문제점을 지적하기도 한다. Forrest 등은 영국이나 미국이나 환자가 방문했을 때 전문의에게 의뢰할 확률은 영국 4.7%, 미국 5.1%로 거의 비슷하지만, 미국 주치의들은 전문의 의뢰 건 1/3정도를 의사가 환자를 직접 만나지 않고 전화상담을 통해 결정하거나 혹은 의원 내 의사이외의 다른 인력에 의해 결정되도록 한다고 하였다(Forrest, 2002). 이는 문지기 기능이 제 기능을 못하거나 부적절하게 활용되고 있음을 의미한다. 물론 새롭게 문지기 플랜에 들어온 환자는 문지기가 없는 플랜에 들어온 사람에 비해 전문의 이용확률이 낮다고 하지만(Martin, 1989; Hurley, 1991; Ferris, 2001) 유럽에 비해 상대적으로 제대로 작동이 되지는 못하는 것으로 보인다. Forrest 등은 실제 HMO의 주치의 제도가 의료이용에 별다른 변화를 가져오지 않았다고 하였다(Forrest, 2001).

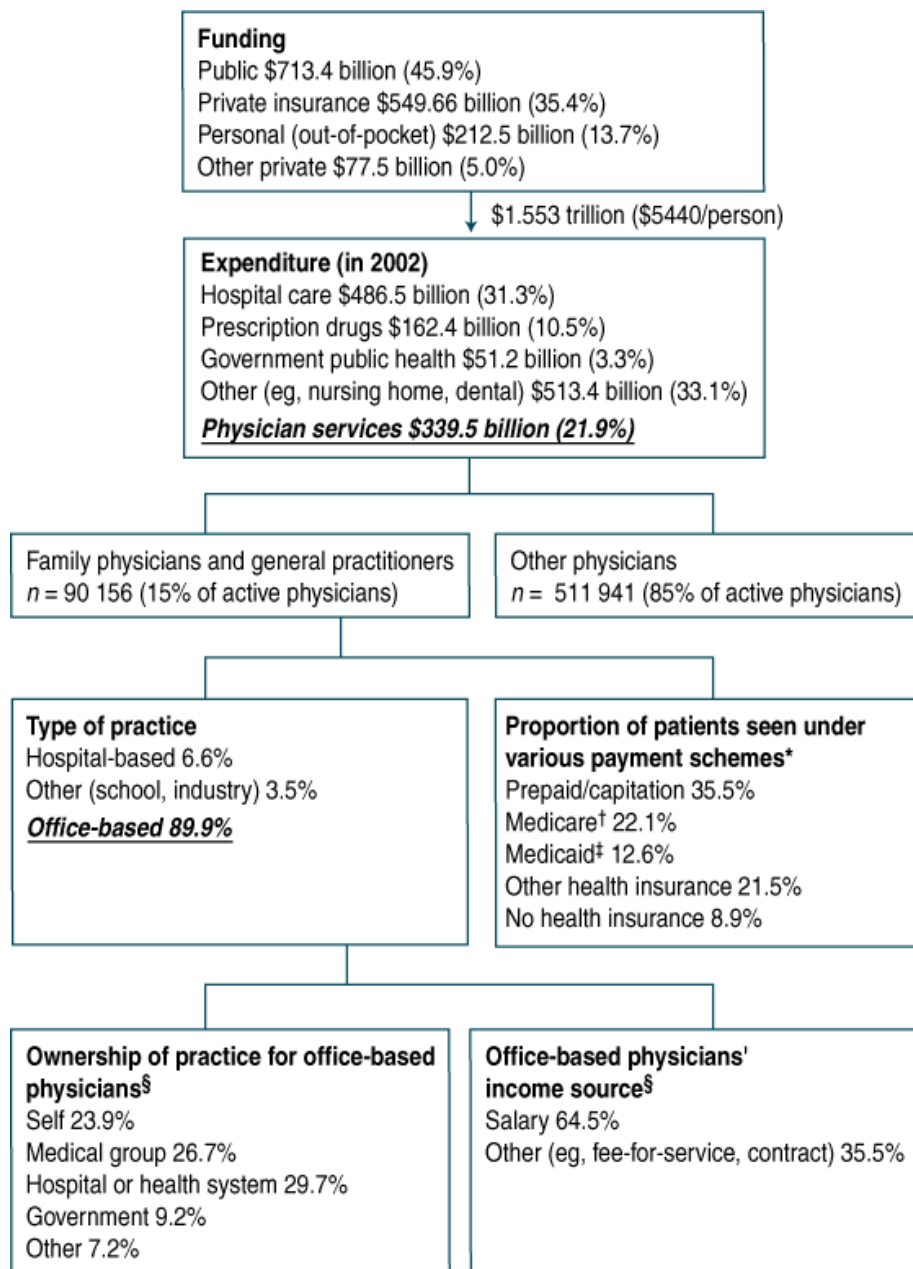
4.4. 주치의 서비스

주치의는 급성과 만성질환의 진단과 치료서비스, 투약, 건강검진과 예방접종 등 건강증진과 질병예방서비스, 상담, 생활습관 변화같은 환자교육 서비스를 제공한다. 혈액검사나 심전도, x-ray등의 다른 검사결과를 해석하기도 하나 좀 더 복잡하고 시간

과 집중도가 필요한 진단과정은 전문의에게 의뢰한다
(http://en.wikipedia.org/wiki/Primary_care_physician).

4.5. 지불방식

미국은 시스템의 다양성으로 인해 가정의에 대한 지불방식을 한 마디로 설명하기 어렵다(Larry A Green, 2004). 미국에서는 전반적으로 가정의학이나 일차의료에 대한 가치를 상대적으로 낮게 평가하기 때문에 일차의료에 종사하는 가정의의 만족도는 낮다. 전체 의사 인력 중 가정의나 일반의는 전체 활동의사의 15% 수준에 불과하며, 이들이 모두 지역사회 외래진료를 담당하는 것이 아니라 89.9%만이 지역사회 외래진료를 담당하고 있다. 가정의 지불방식도 다양해서 사전적 지불방식이나 인두제 방식을 사용하는 환자가 35.5%로 가장 많고 Medicare 22.1%, Medicaid 12.6%, 다른 건강보험이 21.5%, 무보험자가 8.9%이다. 진료소 진료의사의 수입형태는 봉급제가 가장 많고 64.5%, 나머지 행위별 수가제나 계약방식 등이 35.5%를 차지한다. 행위별 수가제는 과다제공을 유도한다는 점에서, 인두제는 과소진료나 고위험군의 기피를 유도한다는 점에서 문제점을 가지고 있다. 여러 지불방식을 통합하여 장점을 최대화하고 단점을 최소화하고자 하는 시도가 있으며 흔히 제안되는 지불방식은 인두제를 기본으로 하되 환자의 특성에 따른 차이를 보정하고 제공된 서비스에 기반한 추가적인 premium payment를 주는 혼합방식이다. 여기에 특정한 정책적 목표를 달성하는 것과 관련된 incentive 지불액이 뒤따른다.



【그림 Ⅲ-6】 미국의료시스템의 재정흐름(Larry A Green, 2004)

4.6. 질적 수준 강화를 위한 활동

미국은 1910년대 초부터 민간병원의 질적 수준을 보장하는 하나의 방법으로 인증(accreditation)이라는 방법을 개발해 왔는데, 이는 어떤 기관이 적절한 서비스를 제공하는 데에 충분한 여건과 체계, 역량을 갖추고 또 실제 그렇게 하고 있는지를 평가하여 적격여부를 판정하는 방법이다. 이러한 제도적 경험은 민간보험이 확산되면서 자연스럽게 의료기관 뿐 아니라 민간보험 자체를 평가하고 인증하는 움직임으로 발전하였다. 이런 활동을 수행하는 대표적인 민간조직이 1990년에 만들어진 'National Committee for Quality Assurance(NCQA)'이다. NCQA는 기본적으로 민간보험의 활동과 성과를 평가하고 그 결과를 제공하는 것을 목표로 하는 민간보험 인증기구로 민간보험의 업무 수준을 평가하는 대표적인 조직이 되었다(Ohldin and Mims. 2002; Mihalik et al. 2003). 이들 민간기구는 정부와 직접적인 연관이 없어 자발적인 활동을 수행하며 각 민간보험의 질 지표를 수집하고 체계적으로 정리하여 발표한다. 그러나 이는 민간보험을 평가해서 의료서비스의 질을 향상시키려는 것의 간접적인 방법이다. 실제 의료의 질은 의사나 병원 등 제공자의 의료 서비스에 의해 주로 결정된다는 점에서 민간보험이 미칠 수 있는 영향은 간접적인 방법에 지나지 않는다(Galvin et al. 2005).

민간보험자가 의료제공자에 대한 정보를 수집하거나 생산해서 이를 계약에 활용하거나 가입자에게 제공하기도 한다. 의료제공자의 질적 수준에 대한 정보를 공개하거나 가입자에게 직접 제공함으로써 가입자가 해당 의료제공자를 기피하게 하는 것이다. 유인동기로 질적 수준과 연계한 재정적 보상을 하기도 하는데 대부분의 민간보험에서 경쟁방식 또는 무경쟁방식으로 보너스를 지급함으로써 질적 수준을 향상시키는 동기로 활용하고 있다.

진료과정에 대한 관리를 하기도 하는데 비용-효과적인 의료서비스에 대한 강조이다. 진단에 따라 의료 서비스의 순서와 시점 등을 미리 정해둔 표준화된 진료 과정을

하는 뜻하는 주경로(critical path)/임상경로(clinical pathway), 과학적 근거와 체계적인 합의과정에 기초하여 진료과정에 필요한 의사결정의 준거를 제시하는 임상진료지침(clinical practice guideline) 등의 기법이 활발하게 개발되고 실제 적용되기도 하였으나, 개발된 경우에도 개별 의료제공자가 이를 사용하는 것은 별개의 문제이다.

4.7. 결과 및 성과

HMO에 가입된 등록자들의 수가 줄고 있고, 환자들은 단일한 일차의료 접근에서 좀 더 다양한 선택이 가능한 전문의가 추가되는 의료체제로 이동하고 있다(Bodenheimer, 2003). 주치의들은 지불은 적고 추가적인 일이 많다고 느끼는데 캘리포니아에서 주치의들의 만족도는 1991년 48%에서 1996년 36%로 떨어졌다(Burdi et al. 1999). 또한 의대생들은 일차의료는 주치의에게 긴 시간과 많은 스트레스, 상대적으로 낮은 보상을 한다는 이유로 전공하기를 꺼려했다(Grumbach et al. 2002). 많은 환자들이 주치의와 약속하는데 어려움을 호소했는데 적절한 시간에 주치의와 약속을 잡지 못했다고 보고한 사람들의 비율이 1997년 23%에서 2001년 33%로 증가하였다(Strunk et al. 2002).

5. 노르웨이의 주치의 제도(Regular GP Scheme)

노르웨이는 유럽에서 5번째로 국토 면적이 넓은데 비해 인구는 2005년 기준 약 4백 60십만 정도로 인구밀도가 가장 낮은 국가 중 하나에 속한다. 노르웨이는 자유주의 시장경제체제의 기본틀 안에서 복지제도를 잘 발전시킨 나라로, 국민의 기대 여명이 남자 77.5세, 여자 82.3세로 세계 최장수국 중 하나이다.

노르웨이 의료제도는 국민 누구나 원하는 의료서비스를 받을 수 있는 접근가능성을

매우 중요하게 여기며, 전 국민을 대상으로 포괄적 급여 서비스를 제공하는 건강보험(National Health Scheme)을 실시하고 있다. 보건 행정은 국가 단위(national), 광역 단위(regional), 지방자치 단위(local)에서 구분되어 이루어지고 있으며, 총괄 책임은 보건 의료 서비스부(Ministry of Health Care Service)에서 지고 있다. 지방자치 책임하에 일차보건의료가 이루어지고 있고, 이차, 삼차 전문 진료는 광역 단위 및 중앙 정부 단위에서 관리 감독하고 있다.

GDP 대비 보건의료비 지출은 2006년 기준 8.7%로 최근 2-3년간 감소추세에 있으며 조세에 의한 공공지출비율이 84%로 매우 높다는 특징이 있다. 그러나 보건의료자원이 공평하게 분배되지 못하여 최근 '건강불평등 완화'를 위한 국가 전략을 제시한 바 있다.

5.1. 도입 목적 및 도입 과정

1980년대 이후 노인인구 증가, 의료수요 증가 및 의사쇼핑(doctor shopping) 등 국민의료비의 지속적 증가는 사회적 관심으로 제기되었다. 이에 1990년대 신통합주의를 근간으로 한 대안 모색 결과의 일환으로 지속적, 포괄적 건강관리체계인 주치의 제도 도입을 시도하였다.

노르웨이 주치의 제도는 일반 국민이 자신이 원하는 의사와 지속적 관계를 형성함으로써 의료 서비스 접근가능성 및 질을 향상시키는데 주요 목적이 있으며, 구체적인 실시 목적은 다음과 같다. 첫째, 일차의료서비스(general health service)의 질 향상을 강화하고자 함이다. 둘째, 지속적인 관계로 형성으로 의사환자간 신뢰감을 향상시키고자 함이다. 셋째, 일차의료서비스에 대한 접근 가능성을 향상시키고자 함이다. 넷째, 의료 자원을 합리적으로 활용하고자 하는 것이다. 즉, 보건의료전달체계를 명확하게 확립으로 의료자원을 효율적으로 활용하고자 함이다.

이러한 노르웨이 주치의 제도의 도입 과정을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 노르웨이 주치의 제도의 도입은 1984년 지방보건법(Municipal Health Act) 제정으로

일차보건의료서비스 개혁이 이루어짐에 따라 지방자치단체의 일차보건의료서비스 제공에 대한 책임이 강화되면서 본격화 되었다. 지방보건법에 의한 지방자치단체의 경험을 논의하는 과정에서 국회(Sorting)는 국민의료비를 효율적으로 관리할 수 있는 방안의 모색이 필요하다는 보고서(1989-1990)를 발간하였다. 이에 보건의료서비스부는 주치의 제도의 도입 필요성을 인지하게 되었고, 의회는 1991년 봄 관련 법령을 통과시켰다.

이러한 법적 기반을 토대로 Tromso, Trondheim, Lillehammer, Asne 4개 지역에서 1993년 5월 18일부터 시범사업을 시작하였다. 시범 사업의 목적은 주치의 제도에 따른 일반 주민, 지방자치단체 및 중앙 정부의 역할 변화 및 재원조달방식 등에 대한 실현가능성을 평가해 보고자 하는데 있었다. 시범 사업은 240,000명 주민, 의사 151명과 중앙 정부 및 지방정부 관리들이 참여 하에 이루어졌으며, 중앙 정부, 지방자치단체 연합 (KS), 오슬로 시 지방자치단체 (OS) 및 의사 협회 (Dnlf) 간에 상호 긴밀한 유기적 관계를 통해 해결과제를 협상해 나가는 노력을 하였다. 시범사업은 1996년 5월 중순까지 3년간 지속되었다. 시범 사업 결과 주치의 등록율, 의료이용접근도 및 만족도, 비용효과성 등이 긍정적으로 평가됨에 따라 전 국민 대상으로 사업을 확대할 수 있는 발판을 다지게 되었다.

그 후 지방의회와 의사협회의 논의 내용을 근거로 1997년 6월 노르웨이 의회는 주치의 도입을 위한 전제 조건과 이에 따른 해결과제 및 의사의 채용과 분배, 안정적 서비스 공급 등에 관한 내용이 포함된 보고서를 작성하였다. 그리고 중앙 정부는 제도 도입에 따른 지방보건법(municipal health services act) 개정을 포함한 주치의 도입 관련 초안을 1998년 10월 20일 배포하였다. 그 다음 지방의회와 의사협회의 두 단체의 협력으로 1999년 6월 24일 주치의 도입의 주요 원칙을 합의하고, 내용을 구체화하였다. 또한 2000년 5월 지방자치단체와 의사단체 동수의 대표로 이루어진 지방연합체(local liaison body)를 만들어, 주치의 일인당 등록자수를 2000년 11월 확정하였다.

2001년 3월에는 주민이 주치의 등록 여부에 대한 의사 표시를 하였고, 2001년 5월에 국가보험행정기구(National Insurance Administration)는 확정된 주치의를 해당 주민에게 우편 통보하였다. 그리고 2001년 6월 주치의 제도가 법적 강제력을 가지고 본격적으로 시행되었다.

이상과 같이 노르웨이 주치의 제도는 시범 사업과 다양한 관련 단체와의 협의를 통해 실현가능성, 문제점, 해결방안을 모색하는 가운데 제도를 안정적으로 정착시키고 있다고 볼 수 있다.

5.2. 주치의 자격 요건 및 관련 기관의 역할

노르웨이에서는 의학교육 6년에서 6년 6개월과 인턴 18개월 과정을 수료한 일반의가 주치의 수련과정에 입문할 수 있다. 인턴과정은 6개월 내과, 6개월 외과에 해당하는 임상기반 실습과 6개월 일반 실습(general practice)을 포함한다. 일반실습은 주로 지역별 주치의를 통해서 실시하며 주로 농어촌 취약지역에서 하게 된다.

일반의 중 1년 Hospital setting(병원 수련)과 4년의 GP setting(지역사회 수련)으로 구성된 전문 과정 5년(이중 2년은 직업교육(vocational training programme)을 수료하면 가정의로서 주치의를 담당할 수 있다. 전문의로 주치의 역할을 담당하는 경우 상담수수료가 약 35% 증가하는 등 상당한 경제적 인센티브가 제공되는 이점이 있다.

주치의 제도와 관련된 주요 관련 기관의 역할은 다음과 같다. 중앙 정부는 주치의 개혁이 시행되도록 하는 데 대한 상위 책임이 있다. 중앙 정부는 주치의 제도가 상원 결정 및 법적 근거에 따라 개혁의 목적 및 의도와 맥을 같이 하도록 감시, 감독하는데 주요 책임이 있다. 또한 주치의 제도에 대한 일반 주민의 권리, 지방자치단체의 및 의사의 의무 및 수행 업무 전반을 모니터링할 책임이 있다. 그리고 중앙 정부 부처, 지방자치단체 및 의사협회 등 다양한 차원에서 협상 당사자로서의 능력이

요구되고 있으며, 이러한 협상은 중앙 정부의 주요한 과제 중 하나이다. 주치의 제도와 관련된 중앙 정부 차원의 또 다른 업무는 주치의 제도에 대한 전국적 홍보, 국가보험국과 더불어 주치의의 선택을 독려하는 우편 발송 등이 있을 수 있다.

국가보험국은 지방자치단체와 의사들간에 계약 체결 내용이 송부되면, 등록 대상자를 적정 수준으로 분배한 후, 해당 대상자에게 주치의의 통보하고 그 명부를 보관해야 하는 의무가 있다. 국가보험국은 채워지지 않은 의사 명단을 주민에게 제공할 책임이 있으며, 주치의가 인두제에 의해 지급받은 금액을 지방자치단체에 보고를 하여 지방자치단체가 지급하도록 할 책임이 있다. 국가보험국은 주치의 제도 도입 이전인 2000년 주치의 공급 조사를 실시하였고, 16세 이상 전 국민에게 주치의 제도 홍보 서신을 발송한 바 있다. 이 서신은 지방자치단체 또는 일정 행정 구역 내에서 선택 가능한 의사 명단을 제공하였다.

지방자치단체는 각 지역 주치의 제도를 조직화하여, 등록된 주민에게 서비스를 우선적으로 부여할 의무가 있다. 지방자치단체는 해당 지역 주민이 주치의에 등록될 수 있도록 충분한 의사를 확보하고 의사들과 계약을 체결해야 한다. 또한 일반 주민의 주치의의 선택 및 변경에 대한 권리 및 다른 주치의에 대해 진료를 받을 수 있는 권리가 충족되도록 조치를 취해야 할 의무를 지니고 있으나 반드시 원하는 의사를 주치의로 선정해야 하는 의무는 없다. 지방자치단체는 환자에 대한 직접서비스 제공 이외 응급의료서비스를 조직화해야 하고, 이러한 업무를 수행함에 있어 타지방자치단체와 유기적 협력도 가능하다. 한편, 지방자치단체는 지방보건법 및 공공의료시설에 관한 법률과 관련지어 지역 내에 거주하거나 일시적으로 체류하는 모든 사람에 대해 필요한 의료 구호를 제공할 의무가 있다. 따라서 주치의로 등록되지 않은 대상자에게 일차보건의료서비스를 제공해야 할 의무도 있다. 주치의 제도 도입 이전 지방자치단체는 주치의 제도 문의를 위한 전화 설치, 주치의 제도에 대한 수요 조사, 정보 습득이 용이하지 않은 이민자, 장애인 및 노인 등 특수 집단 대상의 홍보 전략 수립 등의 업무를 수행한 바 있다.

보건부는 지방자치단체 내에서 주치의 관련 자문을 위한 협력 활동 기구를 설치할 법적 의무를 지방자치단체가 져야 한다고 제안한 바 있다. 이에 따라 각 지방자치단체 내 또는 지방자치단체 간에 상호 협력 활동을 하는 위원회가 의사 및 지방자치단체 대표 동수로 구성되어 있다. 위원회의 목적은 주치의 제도가 적절하게 이루어질 수 있도록 상호 협력 및 의견공유의 장을 마련하고자 하는데 있다. 위원회는 법적 근거를 토대로 주치의 제도 운영 및 조직에 대한 자문 및 협상을 통해 문제 해결을 위한 노력을 하도록 되어 있으나 법률, 규정 또는 단체 협약과 충돌되는 내용에 대한 결정권은 부여되지 않았다.

5.3. 문지기 시스템 및 등록 관리

주치의 제도는 등록을 원하는 전 인구 집단을 대상으로 하고 있다. 16세 이상 연령층은 본인 스스로 주치의 등록 여부를 선택하는 것이 가능하며, 16세 이하 연령층(의료적 미성년자를 16세로 규정하고 있음)은 부모의 선택에 따라 주치의 등록 여부가 결정된다. 또한 12-16세 연령층은 부모의 승인 하에 주치의를 스스로 선택할 수 있는 권리가 있다. 의료적 미성년자는 부모가 동일 지역에 거주하는 경우 부모 주치의에게 당연 등록되게 되며, 부모가 각기 다른 지역에 거주하는 경우 동일 지역에 거주하는 부모의 주치의 또는 모친(母親)의 주치의에 등록되게 된다.

주치의는 가능한 주민이 원하는대로 정해지지만 특정 주치의에게 희망자가 집중되는 경우는 진료관계 지속 기간 및 대기 기간 긴 대상자에게 우선권이 있다. 주치의 등록 시에는 해당 주거 지역 이외 타 지역에서도 선택이 가능하도록 하여 주민의 선택권을 최대한 부여하고 있다는 특징이 있다. 주치의를 스스로 결정하지 못하는 대상자의 경우에는 지역 보험국이 접근가능성을 최대한 고려하여 주치의를 지정해 준다. 한편 주치의에 등록되지 않은 대상자는 등록된 대상자에 비해 진료의 우선 순위가 낮아지고, 높은 진료 수가를 지불해야 하는 부담이 따른다.

등록 주치의에게 불만족한 대상자는 주치의를 변경할 수 있으며, 연 2회에 한해서는 주치의 변경도 가능하다(단 이사를 이유로 주치의를 변경하고자 하는 경우는 횟수에 제한이 없다). 주치의 역시 합당한 근거가 있는 경우 환자에게 주치의 변경을 요청할 수 있으나, 최종 의사결정권한은 환자에게 부여된다. 한편 등록된 주치의 이외 다른 의사에게 진료를 받고 싶은 경우(secondary opinion)는 진료 결과를 등록된 주치의에게 통보하는 것을 전제로 서비스를 제공받을 수 있다.

주치의는 등록된 대상자가 전문 진료를 받아야 하는 경우 의뢰하는 문지기 역할(gate-keeping)을 하게 된다. 그러나 교통사고 등 응급 상황의 경우는 주치의 의뢰가 없이 바로 전문 의료서비스를 받을 수 있다. 전문진료는 환자 자신이 원하는 전문 기관 또는 주치의가 의뢰하는 전문 의료기관 모두에서 가능하다는 특징이 있다. 제도 도입 초기 주치의의 문지기 역할에 대한 인식 부족, 환자에 의한 전문 진료 증가 등 문제점이 제기되었으나 주치의와 전문의간에 협력의 증가, 지방자치단체의 만족도 등 긍정적 평가가 보고되고 있다(Carlsen 등, 2003; Janecke Thesen, 2006).

5.4. 서비스 제공 내용

노르웨이 주치의 제도의 특징은 민간의 형태에 기초를 두고 있는 관리 모델로, 지방자치단체와 주치의의 개별 계약 체결하에 주치의가 환자 진료 이외 공중보건, 진료 외시간근무 등 업무라는 고유한 형태를 가지고 있다는 데 있다.

지방자치단체는 다음 사항을 요구한 후 주치의와 계약을 체결한다. 첫째, 주치의 당 최대 등록 가능한 대상자수는 제한된다. 전일제(full time) 진료 의사에 대해서는 최대 1,500명을 등록할 수 있도록 정하고 있으며, 시간제(part-time)의 경우는 시간에 따라 비례적으로 조정가능하게 하였다. 등록가능한 최대 인구수는 현 상황에 기반을 두고 결정하며, 초기에 결정된 1,500명은 제도 시행에 따라 합리적으로 조정할 것이다. 둘째, 주치의는 대상자에게 일차의료서비스를 제공하는 것 이외에 모자보건센터,

학교 보건, 너싱홈, 감옥 등에서 공중보건서비스를 수행해야 한다. 공중보건서비스란 개인 대상 임상 진료 외에 일반 의료 업무 및 지역 공동체 의료 업무에 대한 총괄적 서비스이다. 셋째, 주치의는 정상 근무 시간과는 별개로 근무 이외 서비스(out of hours duty)를 제공해야 하고, 응급의료서비스를 제공해야 한다. 넷째, 주치의는 신규 면허 의사를 감독하는 역할을 해야 한다. 신규 면허 의사는 등록 환자가 없이 지방자치단체에 고용되어 교육을 받게 되며, 주치의가 이를 감독하는 역할을 하게 된다.

주치의는 등록된 대상자에 대해서는 계약 기간 동안 질병예방, 각종 검사 및 치료, 재활 등 포괄적 서비스를 제공하게 된다. 또한 대상자의 건강문제에 대한 계획 수립으로 보다 예방적 서비스에 주력하게 되며, 대상자의 약물 사용, 치료 경과 등 의료 기록을 책임지게 된다. 또한 환자 대상의 직접 서비스 제공 이외 대부분의 주치의들은 지방자치단체를 위해 시간제로 공중보건서비스 업무를 수행하게 된다.

5.5. 지불 방식

주치의 제도에 참여하기로 한 의사는 지방자치단체와 계약 후 자영업 또는 봉급의 형태로 일할 수 있으며, 제도 시행 이전 고정 월급의 형태의 일반의는 주치의 제도 하에서도 고정월급을 받을 수 있는 자격을 주었다. 주치의 도입 이후 공공기관에 소속된 주치의가 자영업의 형태로 전환된 경우가 증가하였고, 일부 농촌 지역의 주치의가 주로 월급으로 근무하고 있다.

주치의에 대한 지불보상은 지방자치단체에서 부담하는 등록 환자에 대한 인두세(두당 300KRp), 국가건강보험국에서 부담하는 행위별수가와 환자의 일부 본인 부담으로 결정된다. 주치의 수입 중 인두세에 의한 수입은 30% 정도를 차지하며, 행위별수가와 본인부담이 70%정도를 차지한다. 인두세는 대상자의 연령에 따른 가중치를 부여하여 배분하게 되며, 의사협회와 지방자치단체 연합의 협상에 의해 국가 단위에서

결정한다. 행위별수가와 본인부담금은 GP 연합과 중앙 정부에서 결정을 하는 한편 7.5시간 부가 업무에 대한 보상은 고정된 월급으로 결정한다.

인구 규모가 적은 지역에서는 등록된 환자수가 적어 인두제 수입이 적을 수 있으므로 지방 정부의 지원이 필요하여, 인구 5000명 이하의 작은 도시는 상대적으로 주치의에 levelling grant를 주었다.

5.6. 질적 강화 방안

주치의 제도의 질 관리를 위해서 노르웨이 의사협회는 대규모 프로젝트와 연구 진행 및 보수교육 프로그램 개발 등 주요한 역할을 한다. 전문의로서 주치의를 하는 경우 매 5년마다 보수교육을 받아야 하는 의무규정 때문에 의사협회에서는 매년 €4.9 백만(주치의 1인당 €1.330)을 사용하여 다양한 프로그램을 개발·수행한다. 또한 질 관리를 위한 지표 개발, 관리 체계 등에 대한 연구를 활발하게 진행하고 있다.

국가적인 질 관리 차원에서 전문진료 기관인 병원 뿐만 아니라 일차의료에서 활용할 수 있는 전자의무기록(SED)을 개발하여 활용하고 있다. 이는 의사의 90%가 이용하고 있으며, 생성된 데이터베이스는 의료서비스에 대한 모니터링 역할을 한다. 예를 들어 의사의 정확한 진단율, 항생제의 선택, 용량 및 투여 경로 등에 대한 자료를 상호 공유하도록 함으로써 주치의의 의료서비스 내용을 관리하며, 이는 주치의 스스로도 자가관리할 수 있도록 하는 역할을 하는 것으로 보고된다(Janecke T, 2006).

5.7. 주치의 제도에 대한 평가 및 향후 과제

노르웨이의 주치의 도입은 아직까지 초기 단계로 다음과 같은 해결 과제들이 제시

되고 있다.

첫째 등록 주민 명부 길이 및 업무 범위이다. 주치의 제도 도입 시 의사들의 업무 과다에 대한 부담감이 있을 수 있으므로 등록 주민 명부의 길이 조정은 매우 중요하다. 의사들은 자신의 진료 유형, 등록 환자의 종류 등을 고려하여 법 규정이 정한 범위에서 본인이 원하는바에 주민 명부를 조정할 수 있도록 해야 할 것이다.

둘째 공통 주민 명부 작성이다. 공동 주민 명부에 대한 상호 협력 활동은 의사 및 환자의 개인 사정으로 인한 진료 공백의 대안으로 검토되어야 할 검토되어야 할 도전 과제이다. 의사들이 공통 주민 명부에 대해 상호 전문적 협력 활동을 하여 환자에 대해 공동 책임을 강화하는 방안을 모색해야 할 것이다.

셋째 인턴 의사 및 학생의 지도 문제이다. 진료에 있어서 인턴 의사 및 학생 지도는 등록 환자 이외 업무 투입이 필요한 경우로 의사에게 상당한 부담으로 작용을 할 수 있지만 이들의 업무 보조, 전문적, 직업적 자극 요인으로 역할도 중요하게 작용할 수 있다.

넷째 공공 의료 업무이다. 주치의에게 공중보건업무 부여는 상대적인 등록 명부 감소를 일으킬 수 있지만, 일상 치료 업무와는 별개로 타 다른 분야 지식 및 경험을 습득할 수 있는 유일한 기회를 제공해 준다. 지방자치단체의 요청 및 의사협회의 업무 조정 등의 방법을 통해 공중보건업무에 공동 책임을 지는 방식을 만들어야 할 것이다.

다섯째 응급 진료소 및 응급 구호 업무 규정이다. 응급구호 및 응급 진료소는 위급 상황 이외 근무 이외 시간을 침해할 수 있으므로 의사에게 긴장되고 직업적으로 도전 과제가 될 수 있다. 의사 인력 충원 및 의사간 유기적 관계 형성이 주요하며 이와 관련된 보상체계를 정립하는 것이 중요하다.

여섯째 의료취약지역에 대한 조치이다. 보건부는 의사 인력이 부족한 보건의료취약지역에 대한 의사 공급 문제에 대해 다양한 조치를 마련하고 있으나 다양한 의사 인력 유인책에 중점을 두어야 할 것이다.

한편 노르웨이의 주치의 제도 도입 이후 현재까지 체계적 평가를 실시하기 위한 자료는 아직 미흡하다. 하지만 환자의 등록율이 매우 높고, 환자와 의사의 만족도가 비교적 높은 것으로 제시되는 등 주치의 제도가 긍정적으로 평가되고 있다. 즉, 2004년 기준으로 볼 때 전국민의 대부분인 98.5%가 주치의를 등록하고 있으며, 일반 국민이 주치의 제도에 대해 지속성, 접근가능성, 효과성 측면을 긍정적으로 평가하고 있다(Janecke T, 2006). 그리고 국민의 전반적 의료서비스에 대한 만족도도 주치의 제도 도입 이후 높아져 ‘매우 만족한다’는 응답이 2000년 32%에서 2004년 44%로 증가한 것으로 나타나고 있다. 또한 의사들의 봉급이 증가하였고 제도 도입에 대한 만족도도 비교적 높은 것으로 나타나고 있다(Grytten 등, 2004).

6. 프랑스의 주치의 제도

6.1. 개요

프랑스는 2005년에 주치의 제도를 전격적으로 도입하였다. 프랑스 보건의료시스템의 주요 재원은 사회보험료와 조세이며, 조세는 사회보장세의 성격을 가지고 있어 사회보험으로 유입된다. 공적보험인 건강보험은 보험자에 대한 선택권 없이 직종에 의해 자동가입되며, 서비스 공급은 보험자와 민간공급자 사이의 계약방식으로 이루어지는 사회보험방식 국가이다. 개원의와 민간병원, 공공병원은 모두 서로 다른 역사적 과정을 통해 형성되었고 오늘날도 이러한 영향으로 공급자의 자율성이 매우 높아 진료비 지불방식에 있어서도 상당한 차이를 보이고 있다. 전통적으로 의료인에 대한 선택이 자유롭고 의료체계 구성원의 다양성과 이들에게 허용된 최대한의 자유로 인해 지속적인 비용상승 압박에 직면하고 있다. 2005년 기준 GDP 대비 보건의료비 비중은 11.1%이고 기대수명 80.3세, 영아사망율 3.6명/1,000명으로 비용도 높고 건강수

준도 좋은 편이다(OECD health data, 2007).

주치의 개혁이전에 프랑스 일차의료는 주로 개원 의원에 의해 제공되었고 부분적으로 병원 의사나 보건소 의사가 제공하기도 하였다. 병원에서 제공되는 외래서비스가 전체 외래서비스에서 차지하는 비중은 약 15% 수준으로 낮다고 보기는 어렵다.

가장 주요한 외래서비스 제공 주체는 개원의들인데 일반의와 전문의가 있다. 이들에 대한 제도적 통제는 별로 없었고 문지기 시스템이 없었으므로 환자는 누구나 일반의와 전문의를 가리지 않고 선택하여 진료를 받을 수 있었다. 의사들은 개업지역 또한 마음대로 선택할 수 있었으므로 오랫동안 지역별 의사분포의 격차가 심한 상태가 유지되었다(일반의의 경우 지역별로 1.5배, 전문의는 지역별로 2.2배의 분포격차) 그 동안 프랑스 일차보건의료체계의 문제점으로는 다음과 같은 점이 지적되어 왔다.

- 서비스 제공이 조직화되어 있지 않고 서비스의 조정 및 제공의 지속성이 담보되지 못함.
- 이로 인해 과잉처방과 약물사용 과다 등 낭비가 발생하고 필요한 때 의사 상담을 받지 못하거나 필요한 검사를 즉시 시행하지 않는 등 부적절한 서비스 이용이 일어남. 이는 궁극적으로 서비스의 질적 수준 저하요인이 되고 있음.
- 일례로 ANAES의 권고에도 불구하고 당뇨병환자가 1년에 한 번씩 안과적 진단 검사를 받는 경우는 40%에 불과하였음. 또한 의사가 그것을 권고하였다 하더라도 실제 권고안을 따르는지 여부를 감독할 권한이 없었음.
- 한편, 환자와 의사간의 진료에 대한 조정 뿐 아니라 의료공급자간에(즉, 일차 의사와 전문의간에), 그리고 보건서비스와 사회서비스 영역에서도 서비스 조정이 이루어지지 않음.

이러한 문제를 해결하기 위해 이미 1998년 주치의 제도 시도가 있었다(Com-Ruelle 등, 2006). Referring Doctor System이라고 불리는 이 제도는 프랑스 내에 주치의 제

도 도입에 가장 적극적인 프랑스 일반의 협회(MG 프랑스)와 프랑스 건강보험간의 국가협약을 통해 도입되었다. 주치의 자격은 일반의 희망자로 한정하였으며, 환자도 자발적으로 참여를 원하는 사람에 한해 주치의 제도를 시행하였다.

주치의에게는 협약요금 지불 외 추가적으로 등록 환자 1인당 연간 비용을 보상하는 재정적 인센티브를 제공하였다. 이는 기존의 행위별 수가제를 유지하면서 최소한의 인두제적 관리비 방식을 도입한 것이다. 주치의에게 부과된 의무는 서비스의 지속성 보장, 공공예방프로그램 참여, 진료지침 준수, 환자의 의학기록 관리 등이 있으며 아울러 처방약 중 15%는 저렴한 약으로 처방하며 5%는 일반약이어야 한다는 의무조건도 있었다. 문지기 시스템을 도입하여 환자는 응급진료를 제외한 모든 초진을 주치의에게 받고 전문의 서비스는 주치의의 진료의뢰가 있을 경우만 받을 수 있도록 하였다.

한편, 환자들은 진료비를 후불상환받지 않고 우리나라와 같이 보험자가 직접 비용을 지불하도록 하고 주치의가 협약요금을 준수하도록 하여 본인부담 측면에서 혜택을 주었다. 또한 진료 뿐 아니라 예방과 증진에 이르는 포괄적인 서비스를 받을 수 있도록 하였다.

그러나 이 시도는 그리 성공적으로 뿌리내리지 못하였다. 보험자는 등록 환자 1인당 주치의에게 지불하는 연간비용을 2001년 전년도에 두배인 46euro까지 상승시키고 MG France 또한 일반의의 지위 향상을 위한 핵심적 도구로 주치의 제도 정착에 적극적이었으나 국민의 낮은 인식도와 타 전문의사들의 반대에 부딪치면서 제도는 정착되지 못하고 단지 10%의 일반의와 1%의 환자만이 참여하는 저조한 기록을 남겼다. 1998년도의 경험은 주치의 제도 시행에 있어 국민의 자발적 참여를 유도할 수 있는 제도적 장치 마련은 물론, 의료인들의 동의확보가 얼마나 중요한지를 보여주는 사례라 할 수 있다.

6.2. 주치의 제도 개혁

1) 개혁의 목적

주치의 제도 개혁의 가장 큰 목적은 일차의료서비스 강화를 통한 서비스 이용의 조정력 증대와 서비스의 질적 수준을 강화하는 것이다. 이는 의료이용의 낭비와 부적절성을 줄이고 바람직한 건강결과를 도출할 수 있는 서비스 제공체계를 갖추겠다는 것을 의미한다.

두 번째 목적은 일차 의료서비스의 종합화와 일반화이다. 이는 일차 의료체계를 중심으로 하는 의료전달체계로 제도를 개혁함으로써 보건의료 전반의 운영 효율성을 극대화하겠다는 취지이다.

마지막 목적은 의료공급자의 전문영역강화이다. 그 간 일반의와 전문의간 서비스 영역의 중복을 통해 국민들의 이용 편의성은 증가하였을지 모르지만 일차의는 일차의 다운, 전문의는 전문의다운 영역을 오히려 설정하지 못하였다. 이는 국민에게 제공될 수 있는 서비스의 다양성과 질적 수준을 오히려 떨어뜨리는 것으로 합리적인 의료이용에 비해 오히려 부정적인 영향을 가져올 수 있는 여지가 많은 부분이었다.

주치의 제도는 2004년 8월에 제안되었고 2005년 7월에 도입되었다. 당초 주치의 제도(preferred doctors, médecins traitants)를 구체화할 도구로 환자 전자의료기록부(dossier medical personnel)를 2007년 도입하기로 하였으나 여러 가지 여건상 늦춰지고 있다. 환자 전자의료기록부는 서비스 질의 향상을 위한 환자의료정보의 종합과 갱신, 위탁의 등 다른 치료담당자에 대한 환자의료정보의 제공과 공유를 가능하게 하고 이를 주치의가 담당할 수 있도록 하는 도구이다.

제도의 도입은 두 단계에 걸쳐 이루어졌다. 우선, 2005년 1월~2005년 4월까지 전국 건강보험공단(CNAMTS)은 4,800만장의 주치의 신고양식을 가입자에게 우송하였다. 건강보험 가입자와 16세 이상인 가입자의 피부양자는 원하는 경우 주치의를 지정하고 해당 내용을 기입한 신고양식을 전국건강보험공단(CNAMTS)에 회송하도록 하였

다. 이를 기초로 2005.7부터는 신고양식을 건강보험공단에 회송한 가입자에 대해 우선 주치의 제도 실시한 상태이다.

이렇게 도입된 주치의 제도는 상당히 신속하게 도입되었다. 주치의를 선택한 인구는 16세 이상 건강보험 가입자 4,800만 여명 중 2005년 9월까지 3,129만명(65%), 2006년 5월 중순까지 3,773만명(79%)에 달했으므로 도입 초기 안정적인 수요를 이미 확보한 셈이다.

2) 누가 주치의인가

2004년 8월 개혁안에 의하면 일차 의료담당자는 주치의(Le médecin traitant), 2차 의료 담당자는 위탁의(Le médecin correspondant)로 규정하고 있으며, 이는 곧 의료 이용단계를 규정한 것이다. UNCAM와 의사협회 간에 2005년 1월 체결된 주치의 협약은 2010년 6월 30일까지 5년간 유효하다.

프랑스의 주치의 제도는 기본적으로 주치의와 환자간의 자발적인 계약을 기반으로 하고 있다. 이것은 두 가지 의미이다. 원하지 않는 의사나 원하지 않는 국민은 주치의 제도를 수용하지 않고 기존 방식을 고수하는 것이 원칙적으로 인정된다. 또, 주치의 제도의 참여를 원한다 하더라도 쌍방간의 동의가 없는 한 환자와 주치의간의 주치의 계약은 성립되지 않는다. 이는 프랑스 제도가 추구하고 있는 환자의 의사선택의 자율성과 의사의 진료의 자율성을 침범하지 않는 것과 관계있다. 또한 기존 시스템에 대한 변형을 최소화하고자 하는 의도도 담겨있다. 그러나 이것은 모든 국민이 주치의를 정해야 하는 다른 국가의 시스템에 비해 상대적으로 덜 엄격한 형태이다.

또한 특징적으로 프랑스에서는 주치의 자격에 제한을 두지 않고 있다. 1998년도의 Referring Doctor System에서도 주치의 자격을 희망하는 일반의로 정하였으나 2004년 개혁안에서는 환자와 의사가 원한다면 전문의도 주치의 역할을 하는 것이 가능하도록 하고 있다. 그러나 이 경우 해당 전문의는 전문의로서의 진료를 할 수 없으

며, 실질적으로는 계약이 이루어진 주치의의 99.6%는 일반의였고 0.4%만이 전문의였다(2006년 5월 중순까지).

6.3. 문지기 시스템 & 등록

주치의는 문지기로서의 기능을 하도록 계약에 명시되어 있다. 따라서 주치의 계약을 맺은 환자는 다른 전문의 진료나 병원진료 등을 받기 위해서 주치의의 진료의뢰를 거쳐야 한다. 그러나 문지기 시스템에 따른 경로를 이탈하는 것이 철저히 봉쇄된 것은 아니다. 환자가 주치의 경로를 따르지 않을 경우 서비스 이용시 본인부담이 인상된다거나 경제적 불이익을 받음으로써 환자들이 되도록 문지기인 주치의를 통해 다른 서비스를 이용하도록 유인하고 있을 뿐, 원칙적으로 경로를 이탈하는 것을 금지하지는 않는다. 그리고 주치의 제도 자체에 동의하지 않는 환자나 의사는 기존의 의료이용행태를 고수할 수 있으므로 이 또한 앞서 언급한 유인구조와 더불어 문지기 시스템의 엄격성을 상대적으로 약화시키는 요인이다. 특징적인 것은 문지기 시스템 순응과 관련한 경제적 유인이 거의 환자측에만 고안되어 있다는 점이다. 즉, 주치의 계약을 한 환자가 주치의 경로를 위배할시 발생하는 불이익은 환자에게만 발생하며 공급자와 보험자는 정상 경로를 이탈한 서비스 이용이 발생할 경우 오히려 이익을 볼 수 있는 구조이다. 주된 유인체계는 다음과 같다.

- 환자측은 주치의 경로를 따르지 않을 경우 서비스 이용에 대한 본인부담율이 인상된다. 이는 주치의 경로를 따르지 않을 경우 건강보험 상환기준액이 낮아지기 때문이다.
- 한편, 주치의 경로를 따르지 않는 진료에 대해 의사는 환자에게 협약요금 이상의 추가비용을 직접 청구할 수 있다.
- 주치의 경로를 이탈한 진료발생 시 보충보험에 의한 본인부담 보상범위도 제한

된다. 프랑스의 건강보험 제도가 상대적으로 높은 본인부담을 요구하고 있고 이를 지불가능하도록 하기 위해 보충 보험이 광범위하게 발달되어 있는데, 보충보험에서 주치의 경로 이탈에 대한 벌금적인 본인부담 인상분까지 보상할 경우 환자측에는 실질적으로 어떠한 경제적 인센티브도 주어지지 않기 때문에 이를 제한하고 있는 것이다.

한편 예외적으로 응급상황, 산부인과, 안과, 신경정신과는 특정 조건에 대해(피임, 자궁경부암 검진, 안경처방 등)서는 직접 방문을 허용하여 주치의 의뢰를 거치지 않은 진료도 가능하다.

환자는 원하는 주치의에게 등록할 수 있고 주치의는 그 결과 일정한 등록환자명부를 가지고 있다. 등록환자에 대한 관리가 엄격할 경우 지역사회 단위로 등록가능한 환자범위를 제한하거나, 정부가 주치의를 등록하지 않은 환자를 주치위와 직접 연결해주기도 한다. 그러나 프랑스는 이러한 체계가 없이 자유계약에 의해 구축되는 등록명부만이 존재할 뿐이다. 더구나 건강보험측에 알리기만 하면 환자는 특별한 제약 없이 언제든지 주치의를 변경할 수 있다.

6.4. 주치의 서비스

주치의는 질병의 예방, 관리, 건강증진 등의 전반적인 환자의 건강을 관리한다. 프랑스 최대 보험자인 프랑스 일반보험이 밝히는 주치의의 역할은 다음과 같다.

- 문지기 기능: 환자진료의 첫 단계를 담당
- 필요한 경우 다른 의료서비스와 연계. 연계된 의료서비스의 원활한 제공을 위해 환자 정보 제공
- 진료안내(다른 서비스 필요시)

- 예방서비스, 건강증진 서비스 제공
- 위탁의 등 다른 치료 담당자와의 협력하에 만성질환 치료에 대한 치료기록의 작성 주도. 이것은 즉, 환자의 치료를 위해 위탁의인 전문의가 정기적으로 개입할 필요가 있는 경우 주치의와 위탁의가 협의해서 치료계획을 수립해야 함을 의미한다.
- 위탁의 등으로부터의 모든 정보를 종합하여 특정 환자에 대한 개인의료기록부(DMP)를 작성
- 환자에게 주치의가 작성한 정보를 제공하여 환자의 진료에 필요한 정보의 연속성 보장

6.5. 지불방법

주치의 제도를 도입함에 있어 지불제도의 변화는 일어나지 않았다. 본래 프랑스 외래진료분야의 주된 지불제도는 행위별 수가제이고 의사협회와 보험자간의 계약에 의해 협약요금이 결정되는 시스템이었다. 주치의 제도를 통해 등록환자에 따른 인두제 도입이 가능하지만 인두제에 대한 고려는 없었으며, 향후에도 지불방식의 변화는 계획에 없는 것으로 알려져 있다.

2005년 1월 계약을 체결하면서 일정부분 비용인상이 이루어졌다. 의료전달체계의 개혁에 따른 진료비 인상분으로서, 주치의 제도를 도입하면서 주치의, 혹은 위탁의에게 새롭게 부여되는 업무에 대한 진료비를 보상한다는 차원이다. 이러한 인상분은 원칙적으로 가입자가 아니라 보험자(의무보험자와 보충보험)가 부담하도록 하고 있다. 한편, 행위별 수가제에 대한 수정없이 주치의 제도를 도입하면서 주치의가 등록환자에 대해 특별히 추가적으로 지불받는 금액은 없지만 다음과 같은 예외적 비용보상이 있다.

- 30가지 유형의 장기질환(ALD)자에 대해 환자 1인당 연간 40유로를 정액으로 추가 지불한다. 이는 위탁의와 협력하에 치료기록을 작성하는 추가업무에 대한 보상의 성격이 큰데 주치의에게 충분한 유인이 될 수 있는 금액이다.
- 장기질환의 특수진료에 대해 연간 1회한에서 6유로를 추가지불
- 24개월까지의 영유아에 대한 특수진료에 대해 건당 5유로 추가지불

전문의는 주치의 의뢰에 의한 진료를 할 경우 다음과 같은 추가비용을 받을 수 있는데, 주치의 진료의뢰시 진료건당 수입명목으로 2유로, 진료비 명목으로 27 유로, 주치의가 전문의에게 특수 진료를 요청할 경우 특수진료비 명목으로 40유로를 보상 받을 수 있다.

이 외 앞서 언급한 바와 같이 주치의 계약자가 주치의제도에서 규정한 경로와 무관하게 의료서비스를 이용할 경우 이에 대해 공식수가 이외에 추가적인 비용을 환자에 청구할 수 있도록 하고 있다. 이는 합법적인 의사의 추가수입원이 되지만 추가청구액이 협약진료비의 17.5%를 넘을 수 없도록 규정함으로써 의사의 무분별한 진료비 과다 청구를 억제하였다. 또한 개별 의사단위로 살펴보았을 때 해당의사의 총수입(총진료비) 중 초과 청구한 진료비 수입 비중이 30% 미만이어야 한다는 규정도 별도로 마련하고 있다.

환자측에게 부여되는 본인부담의 규칙은 다음과 같다. 우선 프랑스는 의료이용시 방문당 1유로의 공제액이 기본적으로 있다. 여기에 주치의 의뢰를 거치지 않은 서비스 이용시 별금의 의미로 진료건당 2~3.4유로 수준의 별금을 후불상환에서 공제하는 형식으로 가입자가 부담하게 된다. 이것은 건강보험 급여율을 70%에서 60%로 하향 조정시키는 효과가 있다.

또한 보충보험에 대해서 2006년 1월 1일부터 발효되는 법정보험과 보충보험자의 “책임계약”에 의해 주치의 의뢰를 벗어난 의료이용에 대해 본인부담액에 대한 보충보험의 환급액 중 7유로를 삭감하도록 하고 있다. 이상 진료경로별 환자에 대한 본

인부담금과 급여기준액 조정, 추가청구규정, 기본 공제액 적용 등에 의해 다음과 같이 진료비 지불액은 복잡한 경우의 수가 발생된다.

<표 III-17> 프랑스 주치의 제도하에서 의사진료비 및 상환액 (2006.1)

경로	주치의 경로 상환율: 70%		주치의 경로 이탈시 상환율: 60%
	주치의	전문의 진료의뢰	의사
일반의 Sector 1	공식수가 €20 상환액 €13	공식수가 €22 상환액 €14.40	공식수가 €20+\$ 상환액 €11
일반의 Sector 2	공식수가 €20+\$\$ 상환액 €13	공식수가 €20+\$\$ 상환액 €13	공식수가 €+\$\$ 상환액 €11
전문의 Sector 1	공식수가 €27 상환기준액 €25 상환액 €16.50	1회 진료상담시 공식수가 €40 상환액 €27 계속방문관리시* 공식수가 €27 상환액 €17.9	공식수가 €27+\$ 상환기준액 €25 상환액 €14
전문의 Sector 2	공식수가 €27+\$\$ 상환기준액 €23 상환액 €15.10	공식수가 €27+\$\$ 상환기준액 €23 상환액 €15.10	공식수가 €27+\$\$ 상환기준액 €23 상환액 €12.80

\$ = Sector 1 의사가 주치의 경로를 이탈한 진료에 대해 청구할 수 있는 추가수가, 공식수가의 17.5%까지 청구상환이 있음.

\$\$ = Sector 2 의사가 청구할 수 있는 추가수가로 추가청구액 규모의 제한이 없음.

주) 2005년 1월부터 적용된 방문당 €1의 공제액이 정해진 산출액임.

* 전문의에 대한 공식수가는 €27임. 그러나 일부 전문의는 더 많은 진료비를 요구할 수 있음(심장 내과 전문의 €48, 소아과·신경정신과·신경과 전문의는 초진시 €50, 재진시 €40)

주치의 제도 도입으로 인하여 주치의와 전문의 모두 수입변화가 발생하였을 것으로 예상된다.

주치의 제도 첫 시행 중에 의사 수가 변동이 있어서 정확한 효과를 구분해내기 어

럽지만 2005년 중반 이후 일반의의 수입은 약 10% 가량 상승한 것으로 나타났기 때문에 주치의 제도로 인한 수입 변화가 충분히 일어났을 것으로 판단된다. 주치의 소득 증가의 일부는 중증질환자 관리에 대해 지급되는 일당 지불액에 의해 설명될 수 있다. 이러한 일당 비용에 의한 수입은 연간 일반의 한명당 €2,000 정도로 추정되는데 이것은 건강보험입장에서는 연간 €200million의 지출을 의미한다.

전문의 또한 수입에 변화가 생겼다. 주치의 제도 시행 이후 8개의 전문과와 피부과, 이비인후과, 심장내과 등의 전문과들에서 수입이 감소하였다. 수입 감소 규모는 일인당 연간 4% 수준으로 지나치게 많은 수준은 아니다. 2006년 3월에 서명된 국가협약에 의하면 이런 수입감소를 건강보험측에서 수가조절을 통해 보전한다는 내용이 있기 때문에 전문의 계약을 일반의 계약으로 대체함으로써 건강보험측이 기대할 수 있는 이익은 위의 조정(수가 조정)등으로 인해 부분적으로 상쇄될 것으로 보인다.

6.6. 개인의료기록부(Dossier Médical Personnel)

개인의료기록부는 2005년 주치의 제도의 성공적 정착을 위한 가장 중요한 보완제도라고 여겨지고 있다. 이것은 2007년 완성을 목표로 전국적으로 단일화된 전산정보망 체계의 구축하고 16세 이상 전 국민 모두가 개인별 보건의료관련 정보를 체계적으로 개인의료기록부(DMP)라는 하나의 전산기록부에 등록하도록 하는 것을 의미한다. 당초 계획에 비해 실행이 늦어지고 있으나 프랑스 정부는 2007년 개인의료기록부가 일반화되면 가입자가 개인의료기록부 제도를 수용하는가 여부에 따라 건강보험 보험료와 급여수준을 달리 적용하여 제도의 조기 정착을 유도할 계획이었다.

개인의료기록부는 2006년 10월 현재 부분적 시범사업으로 시행 중에 있는데 개인의료기록부에 기록되는 항목은 진료를 제공한 의료기관, 진단, 진료, 처치의 내용과 결과, 그 과정에서 산출된 촬영사진 등 관련 자료들이 모두 집약되어 있도록 하고 있다.

이러한 개인의료기록부는 모든 정보가 집약되어 있으므로 서비스 제공자가 바뀌더

라도 진료의 지속성을 달성할 수 있을 것으로 기대되고 있다. 진료과정에서 불필요한 시간낭비를 줄일 수 있을 것이며 따라서 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 기대된다. 또한 복잡한 치료건이 발생하여 동일환자에 대해 여러 의사가 관여할 경우에도 치료의 중복을 최소화할 수 있을 것으로 기대된다.

한편, 개인의료기록부에는 예방의학적 소견을 기록하는 영역이 별도로 존재한다. 이를 통해 환자 스스로도 자신의 건강상태 추이를 쉽게 파악하고 사전적 건강증진 프로그램을 실행하는데 도움이 될 수 있도록 하고 있다.

그러나 이러한 개인의료기록부의 도입과 관련하여 논란이 없는 것이 아니다. 가장 중요한 문제는 정보 보안의 문제이다. 이와 관련하여 프랑스 정부는 다음과 같은 운영원칙을 세우고 있다.

○ 환자만이 자신의 개인의료기록부를 열람할 권리를 가지고 있다.

개인의료기록부를 사용하기 위해서는 기본적으로 환자의 동의가 필요하도록 구조화하고 있다. 이는 환자가 소지하고 있는 보건카드(이미 실행되고 있음)가 있어야 개인의료기록부를 열수 있기 때문이다.

○ 예외적인 상황에 대한 규정

환자가 의식이 없거나 정신적 한계상황에 처해있을 경우 예외적으로 초기화면이 자동으로 열릴 수 있다. 환자 이외에 이런 예외적인 상황에서 개인의 의료기록부를 열수 있는 사람은 의료인과 법 규정에 의한 의료통제시 환자의 주치의 동의 아래 공적 건강보험자가 필요정보를 복사할 수 있도록 하고 있다. 마지막으로 법 규정에서 정해진 한도내에서 경찰의 접근도 허용하고 있다.

○ 금지사항

보충건강보험 계약이나 기타 환자의 건강상태 평가를 요구하는 계약 등을 위해 정

보취득 용도로 개인의료기록부에 접근하는 것은 어떠한 경우에도 엄격하게 금지하고 있다.

6.7. 질향상을 위한 노력

공공보건, 의료서비스의 질과 안정성의 문제는 프랑스 의료개혁에서도 중요한 부분이다. 이와 관련하여, 프랑스에서도 다양한 조치들이 취해졌는데 주치의들의 영역인 외래진료에서 예를 들면, 진료지침을 생산하고 배포하는 것, 가정의에 대한 시범적인 훈련기간을 확장하는 것, 의료서비스의 조정과 연속성을 향상시키기 위한 보건의료공급자 네트워크 시범사업, 정보체계 발전 등이 있다. 2007년 시행예정이었으나 아직도 구체화되고 있지 못한 개인의료기록부(Dossier Médical Personnel)는 전 국민에 대한 개인별 정보를 구체화하여 진료의 지속성을 달성하고 불필요한 중복진료를 사전에 예방함으로써 진료의 질적수준을 향상시킬 수 있는 도구로서 이해되고 있다.

6.8. 성과와 과제

프랑스의 주치의 제도는 매우 빠른 속도로 정착되고 있다. 2005년 조사결과에 의하면 10명중 9명의 환자들이 주치의 제도로 이동할 것을 고려하고 있고 2006년 3월에는 76.8%의 환자들이 주치의를 선택하였으며, 선택된 주치의의 96%가 일반의였다. 또한 전체 방문의 80%(주치의를 선택한 사람들 방문건의 98%)가 주치의 경로를 이용한 것으로 나타나 실제 주치의 경로를 통한 진료가 보편화된 것으로 판단된다. 현재 전문의들은 진료비 인상을 계속적으로 요구하고 있으며, 특히 산부인과 일부, 심장과, 이비인후과 등에서는 진료에 대한 질적인 보상을 요구하고 있다. 영역별로 전문의들의 환자규모는 주치의 제도 도입 전후로 거의 대동소이한 상태를 유지하고

있으며, 일부에서만 환자가 감소하였기 때문에 줄어든 전문과 의사들의 불만이 있으나 이러한 문제가 크게 부각되고 있지 않다. 그러나 환자수가 감소한 진료과들은 주치의 경로를 거치지 않은 직접 진료를 합법화해주는 예외조항을 좀 더 확대해 줄 것을 계속적으로 요구하고 있는 상태이다.

아울러, 비용 측면에서 단기적으로 건강보험이 이득을 얻는 것은 없어보인다. 주치의의 수입증가와 전문의의 수입감소가 예측되고 있고 건강보험은 전문의의 수입감소를 보전해주어야 하기 때문에 비용 측면에서 가시적인 영향은 잘 나타나지 않을 것으로 보인다. 다만, 주치의 제도 합의시, 약처방을 저하, 제네릭 의무처방을 합의 등을 하였기 때문에 이로 인한 재정절감 효과가 서서히 나타날 것을 기대할 수 있다.

이처럼 일부의 불만에도 불구하고, 또한 단기적인 재정절감효과를 기대할 수 없음에도 불구하고 주치의 제도의 도입은 의료이용을 정상화하고 이로 인한 불필요한 비용 지출을 근본적으로 감소시켜 프랑스 건강보험 제도를 건실화할 수 있다는 점에 모든 이해당사자가 공감대를 표시하고 있는 상태이다. 이는 환자의 이해를 극대화시키며, 질을 증가시켜야 한다는 공동의 대의가 있었기 때문에 가능했다고 자체적으로 평가하고 있다. 그러나 제도의 도입을 위한 협상과정 중에서 수 많은 예외조항이 생겨나고 있으며 이는 이 제도의 근본 취지를 흐릴 수 있기 때문에 이에 대한 우려의 시각이 존재하는 것도 사실이다. 한편, 제도가 장기적으로 안정적으로 운영되기 위해서는 주치의에게 추가되는 업무를 합당하게 보상하고 전문의의 수입감소에 대한 보상이 합리적으로 이루어져야 할 것이다.

7. 독일의 주치의 제도

7.1 개관

독일은 세계 최초로 사회보험방식을 도입한 국가이다. 독일의 공공보험인 법정건강보험은 국민 개보험은 아니고 일정소득 이하자(2005년 기준 월 3,900유로 이하 소득자)만 의무가입대상이고 그 이상 소득자는 공공보험이나 민간보험 중 원하는 것을 선택하여 가입할 수 있다. 2005년 말 기준으로 독일 인구의 88.5%인 약 7,220만명이 법정질병금고에 가입되어 있다(최인덕 등, 2006)

독일의 외래진료는 일반의, 전문의, 치과의사가 개설한 외래진료시설(의원)을 통해 제공된다. 외래진료의사가 법정건강보험 환자를 진료하기 위해서는 해당 주의 보험의사협회 회원으로 가입하여 질병금고와 계약을 해야 한다. 이러한 의사를 보험의사라고 하는데 보험의사는 다시 가정의(Hausarzt)와 전문의(Facharzt)로 나눌 수 있다. 외래의원에서 일반의 뿐 아니라 전문의도 외래의사로서 활동하므로 각종 진료 및 검사서비스가 제공되며 MRI scanner와 같은 첨단 의료장비를 보유한 의원도 있다. 개원의 중 일부는 병원내에서 환자를 진료할 수 있는 권한을 가지고 있고 반대로 병원의사로서 외래진료를 제공하는 의사들도 일부 존재한다(김정희 등, 2002). 전통적으로 문지기 시스템이 없기 때문에 국민은 의사를 자유로이 선택할 수 있다. 외래의사에 대한 지불방식은 행위별수가제이며 보험자인 질병금고연합회와 보험의사협회가 개업의 전체에 대한 총진료비를 계약하고 개별 의사에게는 행위별 수가제로 진료비를 지불하는 방식이다. 병원은 일반병원과 특수병원으로 나눌 수 있고 일반병원은 다시 공공병원, 민간비영리병원, 민간병원으로 나뉜다. 공공병원은 연방, 주, 시·군 등에 의해 운영되고 민간비영리병원은 재단, 또는 종교단체가 운영한다. 독일 병원의 대부분은 공공, 혹은 민간비영리기관이고 병원진료는 DRG 시스템이 적용된

다(최인덕 등, 2006).

7.2. 주치의 제도 도입 논의와 시도

독일은 주치의 제도 도입을 위한 시도를 계속하고 있다. 그러나 프랑스, 노르웨이 등과 달리 전국적으로 일시에, 단일하게 적용하지 못하고 질환대상별, 보험자별로 부분적인 실험수준에 머물러 있다.

독일은 OECD 국가 중에서도 보건의료비 지출이 가장 높은 국가군에 속한다. 2005년 기준 국내총생산(GDP) 대비 총보건의료비 지출 비중은 10.7%로 OECD 국가평균 9.15%를 상회하며, EU 15개국 평균 9.35%보다도 높다(OECD health data, 2007). 이런 높은 보건의료비 지출은 14.3%에 이르는(2003년 기준) 법정 건강보험제도의 보험료를 상승을 불러오는 주된 요인이 되어왔다. 그러나 계속된 보험료를 상승에도 불구하고 독일의 의료의 질이 그에 상응하는가에 대한 의문이 있으며 독일 국가경쟁력 전체에 부정적인 영향을 미치는 과도한 보험료를 상승을 억제하면서 동시에 시대가 요구하는 의료서비스의 질적 수준을 달성한 필요가 있었다.

이러한 이슈들은 가장 최근에 제안된 의료보험개혁안인 2003년 의료보험현대화법(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GMG)에 반영되었다. 의료보험현대화법은 독일의 전반적 사회개혁프로그램인 'Agenda 2010'의 의료보험개혁안을 담아낸 법이다. 의료보험개혁안 2003의 가장 주된 목표는 높은 의료서비스 수준을 유지하되 보험료 상승으로 인한 인건비 부담이 국가 경쟁력과 고용에 미치는 영향을 줄이기 위해 사회각층이 비용분담을 할 수 있도록 하는 것이다. 이 중 의료서비스의 질 향상을 가장 효율적으로 달성하기 위한 조치로 주치의 제도 의무화와 질병관리프로그램(DMP) 도입, 합동진료센터 도입, 의료의 질과 경제성 전달기구 설치 등이 포함되어 있다(이준영, 2004).

2001년 발간된 「보건의료전문가자문회의」의 보고서인 “과잉·과소·잘못된 의료

서비스 제공"는 독일 의료서비스제공의 다음과 같은 문제점을 지적한 바 있다 (Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bonn, 2001 참조)

- 진단과 치료방법의 진전에 따른 의료서비스제공의 조정기능의 상실
- 의료서비스제공의 전체적 조망이 불가능함
- 의료서비스제공의 조정과 관리가 어려움

이와 함께 독일 전역에 전문의가 증가함에 따라, 제공되는 의료서비스 자체가 전문화되고 있었고 통합적인 서비스 제공보다는 분절화된 시각에서 진료가 이루어지는 경향이 심화되었다. 이는 법정 의료보험하에서 의료서비스 제공의 협력과 조정이 필요하다는 의미이며, 결과적으로 주치의 제도 도입을 위한 법제화와 연관을 가지게 된다.

의료보험현대화법에 의해 2004년부터 독일의 법정건강보험의 보험자인 질병금고는 의무적으로 1개 이상의 주치의 프로그램을 제공해야 한다. 독일은 본래 지역·직종·직장별로 가입할 수 있는 질병금고가 구분되어 있는 체제였으나 1993년 보건의료구조법(Health Care Structure Act)에 의해 가입자가 직종에 관계없이 질병금고를 자유롭게 선택할 수 있는 자유경쟁체제로 변하였다. 이에 따라 각 질병금고는 제한된 범위내에서 가격경쟁과 의료서비스의 질적 보장 등을 두고 경쟁하게 되었고 이를 구체화할 여러 프로그램을 운영할 수 있게 되었는데, 주치의 프로그램은 질병금고가 제공해야 하는 의무프로그램의 하나로 사회법전 제5권(SGB V) 73b조(주치의 중심의 의료서비스 제공) 규정에 의해 법으로 강제된 것이다.

그러나 이것이 주치의 시스템을 가시화한 첫 번째 시도는 아니다. 이미 법적으로는 1993년부터 질병금고가 자율적으로 가입자에게 주치의 시스템을 제공할 수 있도록

허용하였으나 실제 도입이 거의 이루어지지 못하였다. 주치의 제도를 강화하기 위한 법적 조치는 지난 10여 년 동안 꾸준히 이루어졌다. 우선, 1993년 보건의료체계구조 개혁법에서는 사회법전 제5권(SGB V)의 규정을 통해 주치의의 역할과 기능(주치의가 제공하는 서비스, 주치의의 피보험자에 대한 의무, 피보험자의 주치의 선택권), 주치의의 보수와 보수교육 등에 대한 내용이 명시되었다. 그 후 1996년 개혁법, 1997년 제1차·제2차 법정질병보험 신조직법, 1999년 법정질병보험 연대성장화법에 따라 주치의의 교육과 보수수준에 대한 지속적인 개편이 이루어졌다. 2000년의 보건의료체계개혁법에서는 주치의의 독자적인 의사집단 형성을 인정하고 2006년부터 신규로 공급되는 보험계약의사는 주치의를 우선적으로 고려하도록 하였다(정현진, 2007).

이러한 필요성에도 불구하고 주치의 제도를 실제로 강화하는 것과 관련하여서는 여러 가지 법적·현실적 문제에 대한 논란이 존재하고 있다. 주치의 제도 도입에 대해 유보적인 입장을 취하는 견해는 독일의 의사들이 환자에 대해 문지기 역할을 수행할 수 있는가라는 자질을 문제 삼는다. 또한, 주치의 제도가 독일의 사회법전 제5권에 명시된 환자의 의사선택권의 자유를 침해한다는 점을 지적하기도 한다. 그러나 후자에 관해서는 현재 독일의 주치의 시스템이 독일 전역에 일률적으로 적용되는 제도가 아니라 환자에게 주치의 시스템이라는 또 하나의 프로그램에 대한 선택권을 준다는 점에서 다소 논란을 피할 수 있다. 물론 환자는 주치의 제도를 선택함으로써 전문의 선택권이 제한을 받는 것은 사실이지만 Zog(2002), Himmel 등(2000)의 연구에서 독일 국민들이 주치의 제도를 찬성하고 있으며, 적어도 반대하지는 않는다는 보고들이 있어서 부정적인 것은 아니라고 판단된다.

현재 주치의 제도가 독일 전역에서 어느 정도 진행되고 있는지는 확인하기 힘들다. 다만 질병금고별로, 그리고 질병금고와 지역 의사협회의 계약 상황과 지역 의료상황에 따라 주치의 모형 도입 및 추진의 정도가 상이하리라고 예상된다. 본 보고서에서는 독일 최대의 질병금고로서 가장 주치의 제도 도입에 적극적인 지역질병금고(AOK)의 주치의 제도 시범사업을 중심으로 독일에서 논의되고 있는 주치의 제도에

대해 알아본다.

1) AOK의 주치의 제도 시범사업 경험

AOK는 2,530만명의 인구를 담당하고 있는 독일 최대의 법정질병보험 보험자로서 연간 급여비 지출액이 52billion 유로에 달한다²²⁾. 노인과 저소득층 등 고위험군이 주로 가입되어 있어 가입자 규모 점유율에 비해 급여 점유율 비중이 더 높고 따라서 비용을 절감할 수 있는 프로그램 개발에 그 어느 보험자보다도 적극적인 입장을 취하고 있다.

AOK는 질병금고가 자율적으로 주치의 프로그램을 제공하는 것이 법적으로 가능해진 1993년부터 이 제도의 도입에 관심을 가지고 있었고 다양한 실험을 해 왔다. 그 중 대표적인 것으로 1997년 Hessen 지역의 주치의 제도 시범사업과 2005년 현재 제공하고 있는 주치의 제도 시범사업을 들 수 있다.

1996년 9월 AOK Hessen과 Hessen 지역 보험의사협회는 65명의 일반의가 참여하는 파일럿 프로젝트 계약을 맺었다. 1997년 1월 이후 550명의 환자가 자발적으로 주치의 시스템에 가입하였는데 이 프로젝트는 다소 제한적이어서 자발적 가입희망자 중 당뇨, 심혈관계 질환, 뇌졸중의 만성질환자만을 대상으로 하였다. 모든 환자들에 대한 관찰은 2년간 이루어졌다. 계약 일반의들은 주치의로서 역할을 하였으나 문지기 시스템에 대한 강제가 없었다. 즉, 환자들이 반드시 주치의의 거처 전문의 서비스를 이용하도록 어떤 경제적 인센티브를 제공하거나 강제규정을 두지 않았다. 따라서 환자들이 직접 전문의 진료를 받는 것에 대한 통제가 없었다. 진료비 지불방식도 일반적인 행위별 수가제를 그대로 따랐다. 이 프로젝트의 주요 목표는 환자에게 지속적인 서비스를 제공하고 질적 수준을 향상시키는 것이었다.

이 프로젝트로 참여환자들은 주치의 개념을 긍정적으로 받아들였고 의사 또한 마찬가지로였다. 그러나 환자에게 제공되는 의료서비스에 대한 분석 및 표준화 등의 작

22) AOK 현지출장 presentation 자료. 2006.12

업은 이루어지지 않았고 서비스의 질적 수준이 증대되었다는 증거를 찾지는 못하였다. 또한 입원서비스 비용 절감 등의 지출 절감 효과도 눈에 띄지 않았다. 따라서 참여환자에게 보너스 보상액을 지불하고 주치의의 기록업무 증대와 관련한 보상이 이루어질 수 있을지 불명확해진 상태에서 이 프로젝트는 중단되었다(S.Greß 등, 2004).

1997년 시범사업의 경험 및 주치의 제도에 대한 연구결과 AOK는 주치의 제도가 성공하기 위해서는 진료의사들간의 네트워크가 구축되어야 한다는 인식에 도달하였다(Herr Stock, 2006). 현재 AOK는 두 지역에서 주치의 모델 시범사업을 실시하고 있다. 첫 번째는 바덴-뷔르템베르크(AOK Baden-Württemberg)의 「라인-넥커 지역 주치의 모델(Hausarztmodell Rhein-Neckar(Qu@liner)」이고 두 번째는 AOK 바이에른(AOK Bayern)의 「북 뉴른베르크 진료네트워크(Parxisnetz Nürnberg-Nord)」이다. 이 시범사업은 의료의 질 관리와 비용통제 프로그램을 동시에 실시한다는 점과 단계별 예산책정과 집행책임을 공급자그룹에게 부여한다는 특징을 가지고 있다.

7.3. 누가 주치의인가

독일 전체 의사 중 실제 진료를 하고 있는 취업의사는 다시 외래부문에서 활동하는 외래의사와 입원서비스를 제공하는 병원의사로 구분할 수 있다. 병원의사는 모두 공공보험환자를 돌보는 공공영역의 의사이고 외래의사는 대다수(2003년 말 기준 전체 외래취업의사의 88.8%)가 질병금고와 계약관계에 있는 보험의사이고 일부 질병금고와 계약하지 않은 민간영역의사가 있다. 외래의사 중 보험의사는 다시 가정의(Hausarzt)와 전문의(Facharzt)로 나뉘는데 주치의 역할은 이 중 가정의가 한다. 가정의는 일반의가 주축이 되고, 내과 전문의와 소아과 전문의에게는 특별히 가정의를 선택할 권한이 주어져 있다. 전문의는 내과와 소아과 전문의 중 가정의를 선택하지 않는 의사들과 나머지 다른 전문 진료과목 의사들이다. 2003년 말 기준, 독일의사의

상세한 분류는 다음과 같다(이용갑, 2005).

<표 III-18> 독일의 전체 의사 규모, 2003. 12. 31 기준

구분	의사 수 (1,000명)
I. 전체 의사	388.2
1. 취업 의사	304.1
2. 비 취업 의사	84.1
II. 취업 의사	304.1
1. 외래진료 의사	132.4
- 민간 의사	6.6
- 보험계약의사	117.6
· 가정의	59.0
· 전문의	58.6
- 보험의사에 고용된 의사	8.2
2. 병원 의사	145.5
- 보직 의사	14.7
- 일반 의사	130.8
- 외래진료 의사 중 병원진료를 허가받은 의사	11.0
3. 공무원 및 공공단체 근무 의사	10.2
4. 기타 부문 근무 의사	16.0

출처: KBV, 2004

위 표에서 보면 2003년 말 기준으로 외래진료의사의 88.8%에 해당하는 보험계약의사 중 49.8%는 전문의(Fachärzte)이고 50.2%가 가정의(Hausarzt)이다. 가정의 중 독일 보험자의 프로그램에 참여하는 자는 주치의 역할을 하게 된다. 독일 정부는 가정의의 지위를 향상시키기 위해 많은 노력을 기울였으나 가정의의 비율은 점차 하락하는 추세이다. 이러한 까닭에 독일 정부는 내과와 소아과 의사들에게 가정의(Hausarzt)가 될 선택권을 부여하면서 가정의 역할을 하는 의사수를 약간 증가시켰

다(Busse & Riesberg, 2004).

7.4. 문지기 시스템, 등록 시스템

1997년 AOK가 Hessen 지역에서 실시한 주치의 프로그램에는 공식적인 문지기 시스템을 가지고 있지 않았다. 주치의 서비스를 이용하기로 한 사람이라 하더라도 주치의의를 거치지 않고 전문의 진료를 받는 것이 가능하였기 때문이다. 현재 실시되고 있는 주치의 프로그램 또한 정부가 일률적으로 적용하는 것이 아니기 때문에 문지기 시스템의 이행을 강제할 수는 없다. 그러나 2004년 법정의료보험 현대화법을 통해 주치의 서비스 이용시 일정한 경제적 유인을 제공함으로써 문지기 시스템이 작동할 수 있도록 하고 있다.

독일에서는 환자가 의료 이용시 3개월마다 진료를 받은 의사 1인당 10유로를 고정적으로 본인부담해야한다. 이는 외래부문 의사쇼핑 현상을 줄이고 환자가 실제 한 사람의 의사와 관계를 맺도록 하고자 하는 의도가 깔려있는 것이다. 2004년 법정의료보험 현대화법에서는 주치의의를 통해서 전문의 진료를 받을 경우 해당 전문의 진료에 대해 분기당 고정적으로 부담해야 하는 10유로의 본인부담을 면제하는 내용을 담고 있다(사회법전 제5권 28조 4항). 이는 의료서비스 이용의 조정자이고 진료의뢰자로서의 주치의의 위상을 강화한 것이라고 볼 수 있다. 이에 추가적으로 주치의 제도 참여시 주치의에 대해 부담하는 10유로 또한 면제된다. 즉, 환자는 주치의 제도에 참여함으로써 주치의에 대한 기본 본인부담, 그리고 전문의 진료에 대한 기본 본인부담을 완전히 면제받는 것이다. 아울러, 질병금고 차원에서는 다양한 기타 보너스까지 주치의 제도에 참여하는 가입자에게 제공한다. 보너스는 보통 수당이나 보험료 경감의 형태를 지니게 되는데 이는 2004년 법정 의료보험 현대화법에 의해 사회법전 제5권 제65a조에 명시된 사항이다. 이에 대한 재원은 주치의제도에 의한 재정 절감분으로 충당하도록 되어 있다.

이러한 조치는 결과적으로 환자가 1년간 주치의만 방문한다고 가정할 때 최소한 40 유로의 공제를 받는다는 것을 의미하며, 주치의 뿐 아니라 다른 전문의 진료를 받게 될 경우 주치의의 의뢰를 거침으로써 이 보다 더 많은 금액의 비용 공제를 받는다는 것을 의미한다. 이는 명시적이지는 않지만, 재정적 유인을 통해 환자가 한 사람의 주치의와 지속적인 관계를 맺을 수 있도록 하는 기반을 제공하도록 하는 조치라고 볼 수 있다.

공공질병금고는 주치의 제도를 권장하며 보급해야 할 의무가 있다. 이를 위해 질병금고는 수준 높은 주치의와 의료서비스 제공계약을 체결해야 한다(사회법전 제5장 73b조). 이와 관련하여 공통된 것이 바로 10유로 공제이다. 주치의 제도에 참여하는 경우 적어도 1년 동안 환자들은 본인이 선정한 주치의만을 방문해야 하고 특별한 경우를 제외하고는 주치의를 변경할 수 없다. 과연 연 40유로 때문에 독일 국민이 한 사람의 주치의에게 진료를 받을지는 미지수이다. 그러나 Hessen 지역의 경우 540만명 중 55%의 인구가 가정의에 등록되어 있다고 하므로(H. Herholz, 2006), 수용성을 대강 짐작해 볼 수 있다.

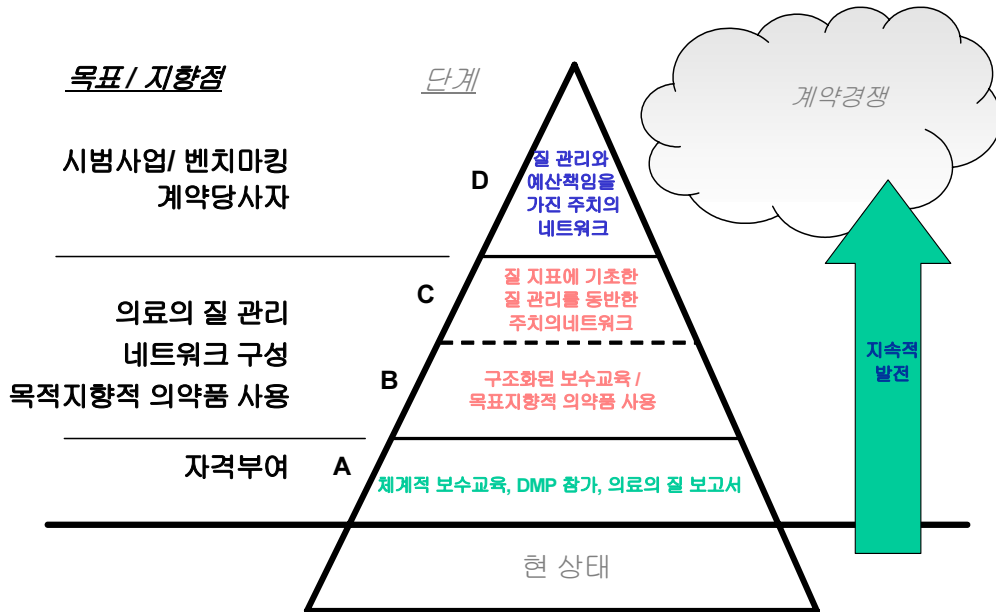
7.5. AOK 주치의 프로그램의 전반

경제적 유인 뿐 아니라 주치의 제도가 성공적으로 정착되기 위해서는 프로그램의 질적수준이 담보되어야 한다. AOK는 현재 두 지역에서 주치의 모델 시범사업을 하고 있는데, 이 중 한 지역인 Hessen 지역은 실시 1년 6개월 만에 지역 인구의 67%가 주치의 제도에 참여하고 있다(Stock, 2006).

현재 AOK가 실시하는 시범사업은 의료의 질 관리와 비용통제 프로그램을 동시에 실시한다는 점과 단계별 예산책정과 집행책임을 공급자그룹에게 부여한다는 특징을 가지고 있다.

AOK의 주치의 모형은 개별 프로젝트 단위로부터 시작하여 다음의 구성요소를 거쳐

단계적으로 확대 발전시키려는 전략을 가지고 있다(Stock, 2006).



【그림 III-7】 AOK의 주치의 모형 구성 요소 및 확대 발전 전략

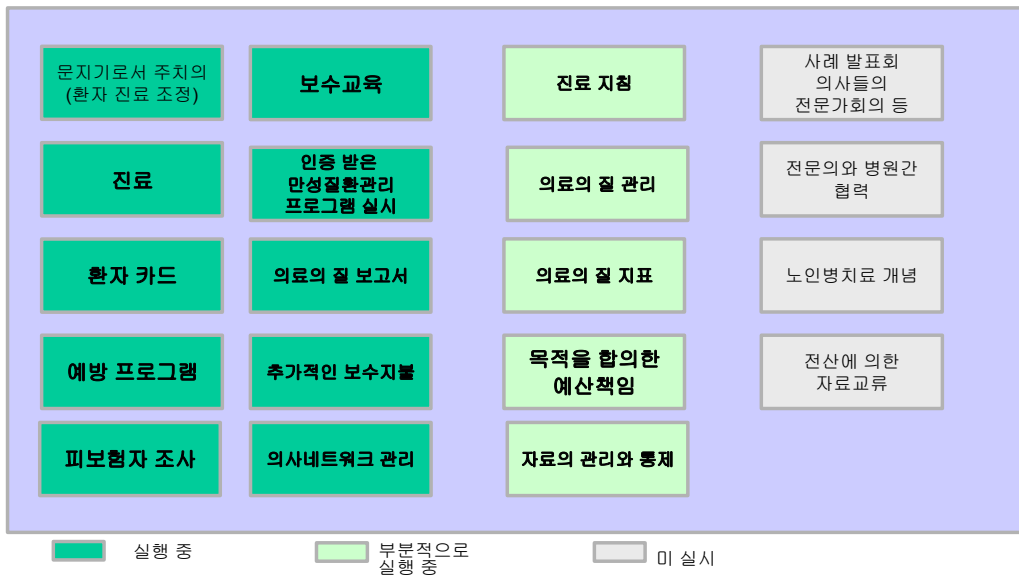
A 단계에서는 주치의 참여 의사에 대한 체계적 보수교육과 DMP 참여, 이에 기반한 의료의 질 보고서를 작성할 수 있도록 하는 과정을 통해 의사에게 자격을 부여한다.

B 단계에서는 지역사회 개별 프로젝트 단위로 Quality Circle 계약을 체결한다. Quality Circle 계약이란 진료의 합리성, 질적 수준 향상에 대한 내용을 담은 계약으로 주로는 효과성 및 경제성을 고려한 약처방에 대한 내용이 핵심사항이 된다.

C 단계에서는 의학적, 경제학적 타당성에 근거한 진료지침 준수에 대한 내용을 포함하는 Quality indicator에 기반한 주치의 네트워크를 형성한다.

마지막 D 단계는 예산책임(Budget Countability)계약으로 주치의 중심 의료의 최종 목표단계이다. 인두제, HMO 방식과 같이 정해진 예산안에서 달성 목표를 명시하는 계약형태를 의미하는데 정치적으로 많은 논의가 필요한 사안이다.

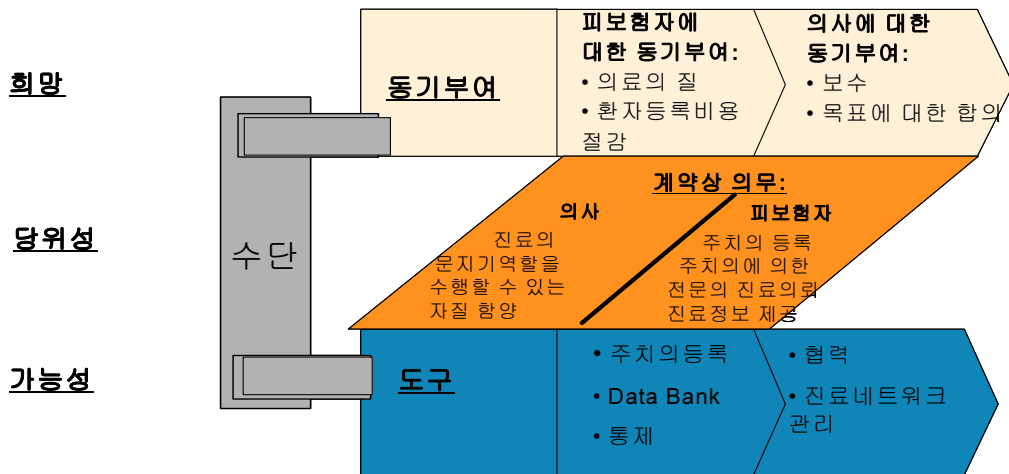
현재 AOK의 개별 프로젝트별 주치의 모형은 대체로 그 마지막 단계에 이르는 과정 중에 있으며 라인-네카지역의 주치의 프로그램은 예산책임(Budget Accountability)계약을 시도하는 단계에 이르렀다. 2005년 말 현재 라인-네카지역의 주치의 프로젝트 진행사항은 <그림 III-8>과 같다.



【그림 III-8】 라인-네카 지역 AOK 주치의 모형 진행정도(2005년 말 현재)

부분적으로 의료의 질관리와 질 지표 예산목표에 대한 계약이 진행되고 있다. 앞으로 남은 과제는 서로 다른 분야 전문가들간의 협조체제 구축 및 노인병 관리, 전산에 의한 자료교류 부문이다.

AOK는 차세대 주치의 모델의 구성요소로서 다음과 같이 정리하고 있다. 주치의 모형의 참여자인 가입자와 공급자 모두에게 동기를 부여할 수 있는 모형으로서 참여 동기라는 것은 단순히 경제적인 이익에 있는 것이 아니라 보다 질적으로 우수한 서비스 제공에 대한 이해공감을 기본으로 한다. 이러한 목적은 선별적이고 자유경쟁하에서 이루어지는 보험자와 공급자네트워크 계약을 통해 구체화되고 이를 뒷받침할 수단으로서 주치의 등록과 정보의 관리 및 교류, 전문의료인간의 협조체계 구축을 우선시하고 있다.



【그림 III-9】 차세대 주치의 모델의 구성요소(AOK)

이는 언뜻 보면 그다지 특별해보일 것이 없는 개념이지만 그간 독일에서 이루어진 주치의 시범사업이 주치의 제도가 담고 있는 특징의 일부만을 담은 채, 개별 프로젝트 단위로 이루어졌다는 사실²³⁾과 자유로운 외래이용 관행 및 입원/외래 서비스의

23) de Maeseneer 등(1999)은 독일에서 주치의 제도를 논의할 때 기본적으로 속하는 개념으로 (1) 환자가 특정한 의사와 정해진 기간동안 계약을 함. (2) 의사에 대한 지불은 주로 인두제 방식을 사용함. (3) 전문의 서비스의 이용은 주치의의 의뢰에 의해 이루어짐 이라는 세가지 특성 요인을 제시하였다. 그러나 지금까지 독일에서 시도된 주치의 시범사업은 이 세 가지 특성을 모두 포함

명확한 구분, 독일의 문화적 특성상 주치의 제도에 있어 필수적 요소가 되는 진료기록 및 건강정보의 수집과 교류에 어려움이 많다는 점을 고려해보면 매우 도전적인 과제라 할 수 있다.

7.6. 성과

현재 AOK의 주치의 프로그램은 기간이 짧아서 일차평가도 이루어지지 않은 단계에 있다. 주치의 모형을 도입함으로 인해 비용이 절감되는 부분과 비용이 증가하는 부분이 있을 것이며, 비용 증가 부분은 단기적으로 드러나는데 비해 비용절감 부분은 장기적 효과로 나타날 것이다. 주치의 제도라는 것이 프로세스이고 그 프로세스가 없어진 시스템에 따라 서로 다른 성과를 나타낼 가능성이 높기 때문에 주치의 제도의 효과는 제도의 변화와 맞물려 평가를 해야 할 것이다.

독일의 주치의 제도가 발전하기 위해서는 무엇보다도 정밀한 제도의 설계가 필요하다. 이것은 비단 본인부담금의 조정과 의사당 환자의 배분 등 기술적 차원이 아니다. 보험자와 공급자, 가입자가 동일한 목표를 인식하고 이를 위한 협력과 조정에 기여해야 함을 의미한다. 자유로운 의료이용 문화와 의료전문인들의 이해 상충 속에서 단순히 경제적 유인을 설계하는 것만으로는 제도가 유지될 수 없기 때문이다. 현재 독일의 주치의 제도는 급증하는 보건의료비용을 효율적으로 활용하고자 연방정부 차원에서 실시하는 만성질환 관리 프로그램(die hausarztorientierte, Disease Management Program)²⁴⁾으로 인해 전환기를 맞고 있다.

한 적이 없다. AOK가 실시했던 Hessen 지역의 주치의 프로젝트도 첫 번째 특성만을 모형에 포함시켰을 뿐이다. 그러나 새롭게 두 지역에서 실시하는 AOK의 주치의 모형은 세가지 특성요인을 모두 반영하는 주치의 서비스로의 진행을 목표로 실행하고 있다.

- 24) 2000년의 보건의료체계개혁법에서는 보험료를 안정을 위해 의료공급 구조를 합리화하는 것과 동시에 의료보험 관리운영에 있어 변화를 시도하였다. 그 주요한 변화 중 하나가 질병금고간의 경쟁시스템 도입인데, 만성질환관리프로그램은 서로 다른 위험구조를 가진 보험자간의 공정한 경쟁의 일환으로 도입되었다. 즉, 정해진 만성질환에 대해 질병의 종류별로 표준화된 프로그램을 적용하고 그에 따라 표준화된 진료비를 책정하여 재정조정을 실시하는 것이다(이준영, 2001).

주치의 제도는 그 시행이 소규모 지역으로 머물러서는 안 될 것이며, 주치의의 질적 수준을 확보하면서 이러한 주치의의 참여확대를 통해 주치의 제도 적용지역을 광역화하는 것을 동시에 추진할 필요가 있다.

8. 소결

지금까지 간략하게 6개 국가의 주치의 제도에 대해 살펴보았다. 네덜란드와 영국 등 오랜 주치의 제도 전통이 있는 국가에서는 주치의 역할을 담당하는 인력에 대한 자격규정이 잘 갖추어져 있고 문지기 시스템도 예외를 인정하지 않는다. 주치의에게 많은 역할이 강조되기 때문에 이들 국가가 더 많은 주치의 인력을 확보하고 있을 것으로 보이나 실상은 그렇지 않다. Gervas 등(2006)의 연구에서도 주치의 인력의 규모가 실제 주치의 제도와 큰 관계를 보이지 않는다고 하였다. 최근에 주치의 제도를 (부분적으로) 도입한 프랑스나 독일, 그리고 미국은 영국이나 네덜란드, 노르웨이 에 비해서 상대적으로 주치의 자격 규정이 느슨하다. 환자가 의사를 자유롭게 선택한 오랜 전통이 있고, 전문의의 주도성이 큰 시스템이었기 때문에 제도 설계 과정에서 전문의 인력을 배제할 수는 없었던 것으로 판단된다. 또한 이들 국가에서 문지기 시스템의 예외를 인정하는 다소 느슨한 제도 설계가 된 것도 이러한 의료이용 전통 및 의료체계에서 가정의의 주도성이 상대적으로 약했던 것이 작용하는 것으로 보인다. 가정의가 전문적인 영역을 관장하는 의료인으로서 의료시스템에서 주도성이 강한 경우, 주치의 제도의 질적 관리와 강화활동에도 비교적 적극적인 입장을 취한다. 인두제적 지불방식은 엄격한 문지기 시스템 적용과 일정규모의 고정된 등록환자 확보를 기본으로 하고 있다. 최근 주치의에 대한 지불방식의 변화 동향은 인두제적 요소를 기본으로 하되, 질 향상에 따른 성과급 부여라고 볼 수 있다. 이는 일차의료의 반응성을 증대시키고 인구고령화와 질병양상의 변화라는 환경요인에 대응하기 위한

것으로 보인다. 한편, 기존에 행위별 수가제를 적용하던 국가들에서는 지불방식의 변화를 추구하는 정도가 약한데 이는 주치의 제도의 우선 안착을 위해 기존 시스템의 변화를 최소한으로 유지하고자 하는 의도로 보인다.

<표 III-19> 6개국의 주치의 제도의 특성과 내용, 성과

	영국	네덜란드	미국	노르웨이	프랑스	독일
주치의 자격	가정의	가정의	가정의, 내과, 소아과	가정의	가정의, 전문의	가정의, 내과, 소아과
문지기의 엄격성	엄격	엄격	예외 인정	엄격	예외 인정	예외 인정
지불방식	인두제 +성과급	인두제 +성과급	인두제 확산	인두제+행위별 수가제	행위별 수가제	행위별 수가제
천명당 일차의 수	0.7	0.5	1.0	0.8	1.7	1.0
질적강화 활동	<ul style="list-style-type: none"> 진료지침 개발/의료기술 평가 의료의 질 평가, 공개 QOF 	<ul style="list-style-type: none"> 전문가그룹 활발한 활동 QCs/동료 심사제도 국제적으로 인정된 진료가이드라인 생산/준수 	<ul style="list-style-type: none"> 인증제도 비용효과성 진료표준화/임상경로 	<ul style="list-style-type: none"> 의사협회의 적극적역할: 프로그램, 보수교육개발 전자의무기록: 주치의 서비스관리 	<ul style="list-style-type: none"> 환자전자 의료기록부 도입예정 	<ul style="list-style-type: none"> 의료의 질 보고서 질관리지표 생산, 성취를 위한 네트워크 형성
보건의료비/GDP(%)	8.3	9.2(2004)	15.3	8.7(2006)	11.1	10.7
기대수명	79.0	79.4	77.8(2004)	80.1	80.3	79.0
영아사망율(출생아 1,000명당)	5.1	4.9	6.8(2004)	3.1	3.6	3.9
비고	<ul style="list-style-type: none"> 진료대기기간/낮은 반응성 질적수준 강화, 통합화 추구 	<ul style="list-style-type: none"> 안정된 일차의료공급 주치의 인력 부족 	<ul style="list-style-type: none"> 부적절한 전문의 의뢰 문지기 시스템 의료문화 미수용 새로운 대안 모색 	<ul style="list-style-type: none"> 안정적 제도 정착 높은 환자 등록률, 높은 의사만족도 	<ul style="list-style-type: none"> 빠른 제도 정착 전문의들 수입감소에 대한 보상필요 	<ul style="list-style-type: none"> 전문의 영향력이 강함 부분적, 산발적선택모형 성공사례를 통한 광역화 필요

주) 통계자료는 2005년 기준임. 자료원: OECD health data 2007.

IV. 우리나라 주치의 제도 제안

1. 주치의 제도 도입방안

앞서 살펴본 바와 같이, 주치의 제도에 대한 논의는 그 동안 여러차례에 걸쳐 이루어졌으며, 그 구체적 실행방안에 대해서도 다양한 논의와 실험이 산발적으로 이루어져 왔다. 우리나라 주치의 제도 실행방안을 세세히 다루는 것은 본 연구의 범위에 벗어나므로 본 장에서는 외국의 주치의 제도 사례를 통해 얻을 수 있는 함의에 기본하여 몇 가지 세부사항에 대한 원칙을 제시하도록 한다.

1.1. 주치의 제도 적용대상

기본적으로 주치의 제도는 자발적인 참여를 전제로 한다. 따라서 원하는 주민은 이 유 조건을 불문하고 참여를 보장하는 방식으로 제도가 설계되어야 한다. 자율적인 참여를 전제로 하는 이유는 주치의 제도가 우리나라 의료이용문화에 변화를 불러오는 전혀 새로운 것이기 때문에 공급자는 물론 이용자의 수용성이 기본이 되어야 하기 때문이다. 따라서 적절한 인센티브를 통해 참여를 유도하되, 기본적으로는 자발적 참여를 근간으로 하고 있어야 한다.

다만, 그럼에도 불구하고 정책적 목표에 의해 주치의 제도에 반드시 포괄되어야 하는 인구집단을 상정해볼 수 있다.

신영전(2006)은 이러한 인구집단으로 65세 이상 노인, 18세 미만·65세 이상 의료급여대상자, 심신장애를 가진 의료급여대상자, 소년소녀 가장 등을 제시한 바 있다. 그리고 이외에 추가적으로 고려해볼 수 있는 대상은 만성질환자를 들 수 있다. 만성질

환자와 관련하여, 대한가정의학회는 1999년 주치의 제도 시행 제안 시, 국가적 관리가 필요한 건강문제 중 실제 임상에서 쉽게 접하고 관리가 상대적으로 용이한 질환으로 고혈압, 당뇨병, 간질환(보균자 및 지방간 포함), 고지혈증, 궤양성 위십이지장 질환(위암 포함)을 제시한 바(도병욱, 1999), 참고할 만하다.

위에서 언급된 노인 및 만성질환자, 취약계층 등의 인구집단에 대해서는 기본적으로 자발적 참여의 원칙을 준수하되, 정부가 특별한 인센티브를 부여하여 참여를 더욱 고취시켜야 한다. 만성질환자는 이미 「건강보험요양급여행위및그상대가치점수」에 근거하여 지급하고 있는 만성질환관리료를 이용하여 주치의 등록시 환자가 부담하는 관리료를 경감시켜 주는 등의 방안을 고려할 수 있으며²⁵⁾ 의료급여대상자에 대해서는 2007년 7월부터 사실상의 주치의 제도를 유도하고 있으므로 그 실적을 검토할 필요가 있다.

1.2. 주치의 자격 부여

1) 병원급 이상 요양기관에 종사하는 의료인력에 주치의 자격을 부여할 것인가

개념상 주치의는 일차의료영역에 존재하면서 1차, 2차, 3차 의료의 자원이용을 통제하고 관리하는 조정자의 역할을 수행해야 한다. 즉, 문지기로서 주치의는 의료이용의 첫 번째 관문으로서 일차의료영역에서 해결할 수 있는 문제를 해결하고 일차의료영역을 넘어서는 건강문제에 대해서는 2차, 3차 의료이용을 연결해주는 가교역할을 하는 것이다. 이러한 까닭에 외국에서는 주치의는 당연히 일차의료영역에서 진료

25) 2007 건강보험요양급여행위및그상대가치점수에 의하면 만성질환관리료는 회당 1,450원씩 연간 최대 12회까지 청구할 수 있으며 이 금액은 연간 17,400원에 해당한다. 한편, 만성질환관리료 지급대상 질환은 고혈압(I10~I12, I15), 당뇨병(E10~E14), 정신 및 행동장애(F00~F99, G40b G41), 호흡기 결핵(A15~A16, A19), 심장질환(I05~I09, I20~I27, I30~I52), 대뇌혈관질환(I60~I69), 신경계질환(G00~G37, G43~G83), 악성신생물(C00~C97, D00~D09), 갑상선의 장애(E00~E07), 간의 질환(B18, B19, K70~K77), 만성신부전증(N18)이 이에 해당한다.

를 제공하는 외래의사가 담당하고 있다.

우리나라는 의료전달체계가 제대로 작동하지 않으면서 사실상 병원외래가 의료이용의 첫 관문으로 기능하는 경우도 적지 않다. 또한, 일부에서는 입원진료 후 병원의 래진료가 이루어지면서 해당 병원외래의사를 통해 모든 건강문제를 해결하여, 실질적인 주치의가 병원외래의사인 경우도 존재한다.

조홍준 등(2002)의 연구결과에 의하면 서울시와 인근 신도시 평촌, 분당, 일산 주민 657명에 대한 조사 결과 현재 주로 이용하는 단골의사가 있는 사람은 전체의 절반 정도인 51.8% 였으며, 단골의사가 근무하는 의료기관은 의원이 51.2%로 가장 많았으나 병원이나 종합병원/대학병원도 48.2%로 절반 정도를 차지하고 있어 외래서비스 이용의 병원급 이상 의료기관 선호를 보여주고 있다. 동일한 조사에서 주치의를 개원의원에 한정하는데 대해 전체 45.1%가 부정적인 의견을 피력하였고 긍정적이지 않은 의견을 피력한 사람을 대상으로 등록하고 싶은 의료기관에 대해 조사한 결과 종합병원, 대학병원 의사를 주치의로 등록하고 싶다는 의견이 전체의 63.0%를 차지하였다.

따라서 아직도 우리나라 국민의 의료이용관행은 외래 서비스 이용에 있어 병원급 이상 의료기관이 차지하는 비중이 크며 이에 대한 국민의 신뢰도 상당한 것으로 보이기 때문에 개원의에 한정지어 주치의 자격을 부여할 경우 불만 요인이 될 수 있다.

그러나 일차의료의 정상화를 통한 보건의료시스템의 거시적 효율성과 효과성 강화라는 주치의 제도의 목표를 상기해볼 때 주치의 자격은 반드시 현재 일차 의료기관에 해당하는 의원급 요양기관에 한정해야 한다. 우리나라의 의료전달체계가 제대로 작동하지 않고 의원에서 종합전문요양기관에 이르기까지 전문의가 절대다수를 차지하면서 일차의료다운 일차의료가 발전하고 있지 못하고 있기 때문이다.

일차의료가 전체 의료자원 활용의 조정자로서의 역할을 제대로 수행하지 못하면서 보건의료시스템 전반적으로 자원사용의 낭비가 심한 상태이며, 일차의료 자체의 질

적 수준 또한 담보되지 못하고 있다. 이는 일차의료이 치료위주의 단편적인 서비스 제공에 그치고 있는 현실만 보아도 파악할 수 있다. 요양기관의 규모와 기능을 무시한 무절제한 경쟁 양상으로 인한 의료의 왜곡도 간과할 수 없는 현실이다. 요양기관 종별로 진료내용에 있어 차별성이 존재하지 않으며, 상대적으로 열악한 위치에 있는 개원가에게 심각한 위기상황을 초래하고 있다. 의사의 진료 만족도도 저하되고 환자에게는 포괄적이고 지속적인 일차의료 서비스를 제공받을 기회를 박탈하는 원인이 되고 있다.

효과적이고 효율적인 의료전달체계의 확립을 위해 일차의료의 강화는 필수적이며(감신, 2007), 주치의 제도의 도입은 중요한 문제가 되고 있다. 주치의 제도를 통해 1차 의료기관과 2차, 3차 의료기관의 무분별한 경쟁의 고리를 차단하고 1차 의료기관 내에서도 진료외적 경쟁이 아닌 일차의료서비스의 질적 수준에 기반한 진료 본연의 요소에 기본적인 합리적 경쟁이 이루어지도록 하여야 할 것이다²⁶⁾.

이를 위해서는 주치의 제도가 일차 의료서비스를 제공해야 하는 1차 의료기관에 한정되어야 하고 주치의 자격은 1차 의료기관인 의원급 요양기관에 한정되어야 한다. 의원에 주치의 자격을 한정하는 것은 합리적 경쟁의 기초가 된다는 점에서도 중요하지만 다음과 같은 긍정적인 요소도 있다.

- 전체 의료자원 활용의 90% 이상을 통제하는(Green LA 등, 2001) 일차의료서비스를 개원가에 부여함으로써 개원가의 수용성을 극대화시킬 수 있다.
- 일차의료기관의 위상을 높임으로써 우리나라 상황에 맞는 일차의료이 발전할 수 있는 동력을 얻을 수 있게 되고 순차적으로 2·3차 의료기관의 역할 정상화를 통해

26) 부적절한 경쟁의 증거로는 장비보유율과 외래진료구성을 살펴볼 수 있다. 장비보유율의 경우 2005년 12월 기준으로 초음파의 76.8%, 심장초음파의 경우 57.9%, MRI의 18.2%가, 의원급 요양기관에 보유되어 있어 과도한 장비보유율을 보이고 있다(건강보험공단 내부자료). 한편, 요양기관 종별 1차~3차의료 적합질병으로 인한 외래 진료 구성비(%)를 살펴보면 3차 병원의 경우 일차의료적합질병의 진료비중이 40.6%, 병원은 58.8%, 의원은 61.1%로 모든 요양기관이 일차의료적합 질환을 진료한 것으로 나타나 요양기관 종별 진료의 차이를 발견하기 힘들다(서울대 보건대학원, 1999).

진료의 질적 수준 향상 및 전문성 향상에도 기반이 될 것이다.

- 2) 의원급 요양기관에 종사하는 의사에게 주치의 자격을 부여할 경우, 어떤 전문의에게 주치의 자격을 부여할 것인가

주치의 제도는 포괄적인 건강문제를 상시적이고 지속적으로 관리해야 하기 때문에 건강문제의 다양성을 다룰 수 있는 진료과로 한정하는 것이 종종 거론된다. 앞서 살펴본 주요국의 주치의 제도를 통해 파악할 수 있는 바, 주치의 제도의 기반이 튼튼한 국가에서는 일반의 그룹이 주치의 역할을 담당하고 ‘일차의료전문 의(primary care specialist)’로서의 역할이 활발하지만 전문의 주도의 의료체계에서 주치의 제도를 도입하는 경우 일부 전문의에게 주치의 자격을 제한적으로 허용하기도 한다. 어떤 인력이 주치의 역할을 담당하는 가와는 별개로 주치의 역할을 담당하는 인력이 의료체계에서 적극적인 역할을 수행하고 전문가로서의 활동력이 강할수록 제공되는 일차의료의 질은 안정적이다. 따라서 우리나라는 제도 도입 초기의 수용성을 고려하면서 제도의 성숙기에 안정성과 우수성을 동시에 담보하기 위해 외국의 경험을 참고할 필요가 있다.

우리나라의 경우, 1996년 정부가 최초로 주치의 등록제를 도입하고자 하였을 때 참여의사의 자격을 일반의, 가정의, 외과, 내과, 소아과, 산부인과로 정한 바 있으나 후에 다시 논의된 1998년 국민회의 안이나 1999년 대한가정의학회 안에서는 주치의 자격에 제한을 두지 않는 것을 제안하고 있다. 1998년 국민회의 안에서는 일정기간이 경과한 후에는 가정의학과, 내과, 소아과에만 주치의 자격을 한정하는 것을 제안한 바 있다.

이처럼 초기 제도 도입시 주치의 자격의 허용조건이 넓게 적용된 것은 현재 우리나라 의료인력 구조가 비정상적으로 전문의 인력이 과다하기 때문이다. 2005년 말 기준 전체 의사 중 일반의의 비율은 7.6%(2004년 7.9%), 전문의 비율 74.1%(2004년 73.1%)이며, 전문의의 구성비중은 더욱 높아지는 양상을 보이고 있다(한 의사 제외).

일반의는 대부분 보건소와 보건지소에 밀집되어 있기 때문에 개원의로 한정하여 인력구성을 살펴보면 전문의 비율이 90.9%(2004년 90.4%)로 더욱 증가한다.

〈표 IV-20〉 전체 의사 중 일반의와 전문의의 비중

전체 의사 중	일반의	4,989	7.6%
	전문의	48,554	74.1%
	인턴+레지던트	11,991	18.3%
	계	65,534	100%
개원의 중	일반의	2,723	9.1%
	전문의	27,180	90.9%
	인턴+레지던트	-	
	계	29,903	100%

주) 한의사 제외

자료원) 2005 건강보험통계연보

〈표 VI-21〉 의원종사자의 전문의 분포 현황(2003)

전문과목	의사수	비율	전문과목	의사수	비율
내과	3,832	15.2	이비인후과	1,725	6.8
신경과	206	0.8	피부과	919	3.6
정신과	827	3.2	비뇨기과	969	3.8
외과	2,335	9.3	진단방사선과	617	2.4
정형외과	1,703	6.7	병리과	178	0.7
신경외과	475	1.9	진단검사의학	24	0.0
흉부외과	300	1.1	결핵과	85	0.3
성형외과	571	2.3	재활의학과	296	1.2
마취통증의학	829	3.3	핵의학과	7	0.0
산부인과	2,665	10.6	가정의학과	2,567	10.2
소아과	2,634	10.4	응급,예방,산업	222	0.9
안과	1,258	5.0	계	25,244	

자료원) 2003 건강보험통계연보, 2003년 의원 종사 의사수 25,244명

따라서 현실에서 주치의 자격을 일반의, 가정의학과 전문의나 안과, 소아과를 포함한 특정 전문의로 한정할 경우 원활한 주치의 인력 공급에 장애가 초래되고 제도 수용성의 장애 요인이 된다. 그리고 사실상, 의원의 경우 모든 진료과 전문의가 실제 진료현장에서 일차의료를 제공하여 왔으며, 의원 표방과목별 환자 분포에 큰 차이를 보이지 않는 것이 현실이므로 주치의 자격은 일단 모든 개원의에게 개방하는 것이 바람직하다.

※ 의원 표방과목별 65세 이상 노인에 대한 진료내용 분석

- 2004년 6월 전체 의원 진료건 중 복합건강상태를 많이 지니고 있을 것이라 판단되는 65세 이상 노인 진료건에 대해 상병구성 및 다빈도 상병분포를 의원 표방과목별로 파악해 봄.

가. 각 과별 월 평균 청구 진단명 수

- 각 표방과목별로 청구 진단명 수의 격차가 발견됨. 보통 일반의원은 1,200개, 내과의원은 1,000여개, 소아과, 가정의학과는 500여개, 일반의과는 700여개의 진단명을 한 달 동안 청구한 반면, 나머지 표방과목 중 청구건수가 많은 이비인후과와 외과계열, 재활의학과 진단방사선과 등은 300~500개의 진단명을 청구하고 특수 진료과들은 300여개 미만의 진단명을 청구함.
- 따라서 일반, 내과, 소아과, 가정의학과에 비해 나머지 전문과들은 상대적으로 다루는 질환의 폭이 좁은 것으로 판단됨.

나. 각 표방과목별 다빈도 진단명

- 2004년 6월 노인환자 전체 의원 진료건에 대해 각 표방과목별로 다빈도 진단명을 200개씩 추출함. 다빈도의 추출기준은 진료량을 파악할 수 있는 방문일수임.
- 각 과별 다빈도 200상병명과 일반의, 내과, 소아과, 가정의학과와 다빈도 200상병명을 비교하여 어느 정도 중복되어 있는지 확인함. 또한 중복 상병건의 내원일수가 해당과의 전체 내원일수에서 차지하는 비중을 산출함.
- 분석 결과 거의 모든 표방과목의 다빈도 상병이 중복되고 있음(산부인과, 안과, 이비인후과, 피부과 등을 제외한 모든 표방과목에서 다빈도 상병이 일반, 내과, 소아과, 가정의학과 그룹의 다빈도 상병과 겹치는 비율이 85%~90%에 육박함)

- 또한 중복 다빈도 상병이 해당 표방과목 의원의 총 내원일수에서 차지하는 비중도 일부 과를 제외하면 85% 이상임.
- 이는 진료비를 기준으로 한 분석에서도 유사한 양상이 파악됨.

<일반의 그룹과 다른 표방과목의 내원일수 기준 상위 200개 진단명 중복정도>

	신경과	일반 외과	정형 외과	신경 외과	산부 인과	안과	이비인 후과	피부과
중복 진단명수	137	148	136	134	91	75	91	63
중복진단 입내원수(A)	47,393	373,860	935,942	201,696	21,371	244,848	202,025	85,462
200 진단 입내원수(B)	53,638	391,484	972,380	221,217	37,289	533,447	302,251	132,263
총입내원수 (C)	54,150	404,423	984,159	224,508	37,489	533,447	302,695	132,352
비율1(A/B)	0.88	0.95	0.96	0.91	0.57	0.46	0.67	0.65
비율2(A/C)	0.88	0.92	0.95	0.90	0.57	0.46	0.67	0.65

*일반의 그룹: 일반, 내과, 소아과, 가정의학과

- 결과적으로 일반, 내과, 소아과, 가정의학과를 제외한 다른 진료과는 다루는 상병의 폭은 상대적으로 넓지 않으나, 다빈도 상병에 대한 진료는 이미 표방과목별 차이없이 제공되고 있는 상황임.

주치의 자격을 현재의 모든 희망 개원의에게 부여할 경우 이들이 주치의로서의 특별한 역할(즉, 주치의 서비스)을 무리없이 수행할 수 있도록 충분한 교육이 필요하다. 주치의 교육은 국민들에게 양질의 주치의 서비스를 보장한다는 측면에서 정부가 책임져야 하고 주치의 교육의 전반적인 내용과 세부사항, 교육이수 요건, 재교육에

대한 사항 등은 전문 의료인을 중심으로 한 (가칭) 주치의교육위원회와의 긴밀한 협조 속에 정부가 프로그램을 생산해야 한다. 프로그램의 실행은 지역사회 주치의 관련 의사협회에 위탁하는 방식이 적합하다. 주치의 교육내용은 그 동안 가정의학회를 중심으로 구체적으로 제시되었으며, 외국의 예를 참고하여 합당한 안을 마련해야 할 것이다.

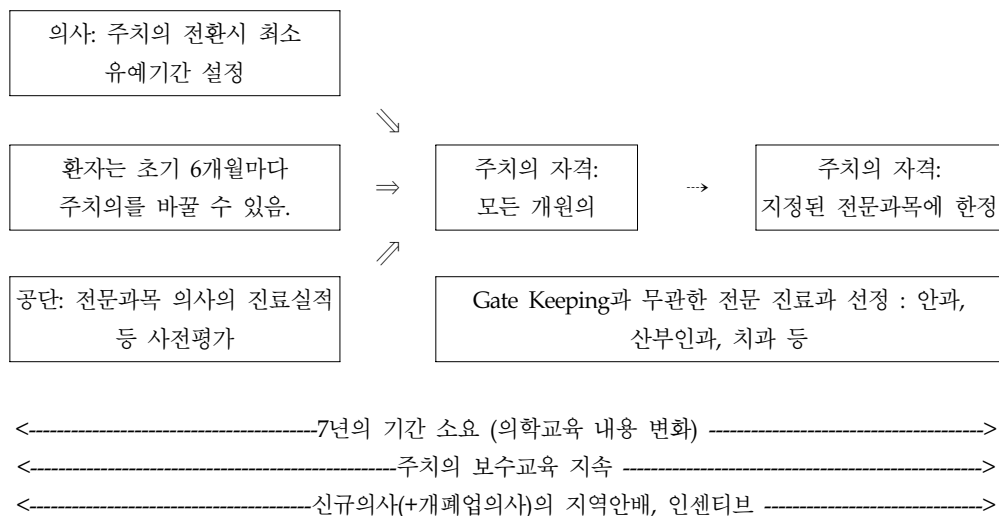
향후 주치의 제도의 안정적 시행과 제도가 소기의 목적을 달성하기 위해서는 충분한 일차의료인력이 안정되게 확보되어야 하고 일차의료인력 스스로의 독자성과 전문성이 확대되어야 한다. 주치의 제도가 잘 시행되고 있는 영국과 네덜란드에서 일차의료에 대한 연구가 활발하고 다른 전문의와 대등한 전문가로서의 일차의사의 활동성이 이를 증명한다. 따라서 정부는 양질의 일차의료인력을 확보할 수 있는 방안을 모색해야 하고 양질의 일차의료인력이 확보되면 한시적으로 모든 진료과 개원의들이 주치의 역할을 수행하던 것에서 점차 전문화된 일차의료인력이 주치의 역할을 담당할 수 있어야 하며, 필요한 경우 다양한 일차의료 연구를 지원해야 한다.

현재 우리나라 현실에서 주치의에 가장 부합하는 일차 의료를 위한 특별 교육과정이 마련되어 있는 수련과정은 가정의학 전문의 수련과정이므로 이를 면밀히 검토하여 수정보완하면서 가정의학과 수련을 확대하거나, 일차의료의 가치와 개념, 일차의료중심의 효율적인 의료제공체계를 염두에 둔 별도의 일차의사 양성과정을 개발하는 것이 필요하다.

이처럼 일차의료에 대한 교육과정을 재검토하여 새로운 교육과정을 제공함으로써 유예기간이 지난 후에는 일차의료 전문과정을 습득한 의료인력에 한해 주치의 자격을 제한해야 하며, 이를 위해서는 적당한 역할배분이 필요한데 대한가정의학회와 정부의 공조하에 주치의를 위한 특별 교육프로그램을 신설하며, 의과대학교육과정에 있어 일차의료서비스 영역에 대한 교육을 강화하여 주치의 인력을 생산하도록 한다. 한시적으로 모든 개원의에게 주치의 자격을 개방한 후 감시·감독과 관련하여 환자에 의한 주치의 선택과 전환이 활발히 이루어질 수 있도록 기준을 한시적으로 완화

하는 방식을 고려할 필요가 있다. 즉, 주치의 전환을 반기별로 할 수 있도록 하여 환자에 의한 주치의 평가 결과가 반영되도록 하고, 주치의 인력의 질적 수준 향상 및 환자의 주치의 제도 적응도가 높아진 이후에는 1년에 한번씩 주치의를 전환할 수 있도록 기간을 연장한다. 주치의 등록은 지사에서 등록관리 할 수 있도록 하고 주치의 변경 시 건강보험공단의 지사를 방문하여 변경할 수 있도록 할 수 있다. 그러나 의사는 주치의제 참여여부를 단기간에 쉽게 바꾸지 못하도록 2년 정도의 유지기간을 설정해 둘 필요가 있다. 또한 주치의제 참여의사를 밝힌 개원의에 대해 최소한의 요건을 갖추었는지에 대해 건강보험공단은 해당 의사의 진료실적과 지표를 평가해야 할 것이다.

주치의제도에 대한 만족도를 환자와 의사 모두에 대해 정기적으로 실시하여 제도의 개선을 꾸준히 모색해야 하고, 정부에 의해 권한을 이양받은 의사집단이 자체적으로 주치의의 진료내역을 평가하여 주치의 제도 운영을 통한 일차의료 강화방안을 스스로 도모하고 자체적으로 주치의 교육을 실시할 수 있도록 한다.



【그림 IV-10】 주치의 자격 및 인력 확보

1.3. 주치의 서비스

주치의는 현재 제공하는 진료서비스를 기본으로 제공하면서 아울러 일차의료에 적합한 주치의만의 추가적인 서비스를 제공해야 한다. 주치의 서비스는 변화하는 인구구성과 질병양상, 국민들의 의료욕구에 맞추어 반드시 필요한 서비스였으나 그 동안 소외되었던 서비스 영역이다. 또한, 급등하는 보건의료비의 효과적인 관리 및 보건의료비 지출의 가치를 상승시키는데 있어 점점 그 중요성이 인정되고 있는 서비스 영역이다. 따라서 현재는 제공되고 있지 못하지만 향후 점차 확대되어야 하는 새로운 서비스 영역이라고 할 수 있다.

외국의 주치의 서비스 및 기존 연구에서 제시한 결과를 종합하여 판단할 수 있는 주치의 서비스 영역은 다음과 같다.

<표 IV-22> 주치의 서비스 항목

항목	주치의서비스		비고
	즉시시행가능	준비후 시행	
평생 병력 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 기초정보 : 개인신상, 가족력, 알레르기, 특이체질 등 • 검진기록보관 • 병력정보 : 기왕증, 의료이용기록 등 • 건강위험평가 		<ul style="list-style-type: none"> • 성별, 연령별 차별화된 병력 기록양식(건강관리수첩) 개발 • Soft-ware 보급, 정교화(건강 위험평가, 환자관리시스템) • 문진표 개발
전화상담 /방문진 료	<ul style="list-style-type: none"> • 근무 중 전화상담 	<ul style="list-style-type: none"> • 근무 중 방문진료(거동 불편자, 기왕자 왕진 등) 	<ul style="list-style-type: none"> • 방문시스템 - 지역사회 방문 보건사업과의 연계방안 모색 • 방문수가 개발
시간외 진료		<ul style="list-style-type: none"> • 야간, 주말 전화상담과 방문진료 	<ul style="list-style-type: none"> • 별도 수가개발 • 야간, 주말 서비스 제공 시스템, 상담프로토콜 개발
보건 교육	<ul style="list-style-type: none"> • 검진일정 등 • 유질환자의 교육안 개발 및 교육 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역내 보건교육일정 안내 및 참여 독려 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 보건사업과 연계방안 모색
진료 예약	<ul style="list-style-type: none"> • 사전 전화에 의한 진료 예약 		
중점질환 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 보건교육 • 진료일정 확인 • 검진기록관리 • 상담 	<ul style="list-style-type: none"> • 교육관리프로그램시행 • 지역사회자원과 연계 	<ul style="list-style-type: none"> • 중점관리질환선정/교육안 • 교육프로그램/지역사회자원 개발
건강 검진	<ul style="list-style-type: none"> • 기본검진 • 국가검진결과회송 	<ul style="list-style-type: none"> • 통합검진체계에 기반한 맞춤형 검진 	<ul style="list-style-type: none"> • 국가검진통합체계 및 맞춤형 검진 시스템 구축 • 기본검진수가개발
진료의뢰 회송	<ul style="list-style-type: none"> • 진료의뢰 	<ul style="list-style-type: none"> • 진료결과 통보받기 • 환자회송 	<ul style="list-style-type: none"> • 진료결과 통보 및 환자회송 의무 규칙

이 중에서 집중적인 고려가 필요한 세가지 서비스 영역으로 1) 전화상담과 방문진료, 2) 시간외 진료서비스, 3) 건강검진 서비스를 생각해볼 수 있다.

1) 전화상담과 방문진료

전화상담과 방문진료는 환자의 수요는 매우 높으나 의사들이 느끼는 부담감은 상대적으로 큰 항목이다. 특히 야간 전화상담과 방문진료에 대해 이러한 의견차이가 심하다. 이재호 등(2001)이 개원의를 대상으로 실시한 주치의서비스에 대한 설문조사 결과 의사들은 가장 부담스러운 서비스 항목으로 야간 전화상담(38%), 왕진(23%)을 꼽았으며, 불필요한 서비스 항목으로도 방문진료(26.1%), 전화상담(12.8%)을 두 번째, 네 번째 항목으로 꼽았다(표 23). 반면, 조홍준 등(2002)이 국민들을 대상으로 실시한 설문 조사 결과에서는 전화상담과 방문진료가 도움이 된다고 응답한 국민의 비율이 각각 30.4%, 13.7%였고 각각의 서비스에 대한 필요성도 91.2%, 56.2%의 국민이 인정하였다.

<표 IV-23> 주치의 서비스에 대한 의사들의 의견

부담스러운 서비스*		주치의 서비스 항목 중 불필요한 것**	
야간 전화상담	38%	입원환자관리	36.0%
왕진	23%	방문진료	26.1%
입원환자 서비스	9%	건강교육	12.8%
중점질환자 메일링	8%	전화상담	8.9%
	n=222	예방접종	5.4%
		건강위험평가	4.4%
		중점질환관리	2.5%
		건강검진	2.5%
		진료의뢰	1.5%
			n=203***

* 자료원: 이재호 외(2001)

** 자료원: 유승흠 외(2000)

<표 IV-24> 주치의 서비스에 대한 국민의 의견

	도움이 될 것 서비스	필요성이 인정되는 서비스
건강검진	41.6%	91.2%
전화상담	30.4%	89.2%
방문진료	13.7%	56.2%
건강교육	7.0%	78.2%
예방접종	4.6%	83.3%
진료의뢰	2.6%	75.8%
N=656		

* 자료원: 조홍준 외(2002)

그러나 전화상담의 경우 주치의 제도를 실시하는 모든 국가에서는 보편적으로 제공되는 서비스로 유럽국가들 경우 1일 약 2~16건의 전화상담이 이루어지고 있다(조홍준, 1999). 또한 국민의 기대수준이 높고, 환자의 외래방문이나 응급실 방문, 입원횟수를 줄여 의료비를 절감시킨다는 연구결과가 제시된 만큼 적극적으로 주치의 서비스 항목에 포함시켜야 한다. 또한 실질적으로 모든 개원의가 어느 정도의 전화상담을 제공하고 있기 때문에 주간 전화상담의 경우 도입에 큰 무리가 없을 것으로 보인다.

Brown(1995): 영국 일반의 1인당 전화상담으로 인해 주당 진료가 15회 줄고 가정방문이 3회 줄어들었음.

Wesson 등(1992): 미국의 만성질환 노인환자를 대상으로 Veterans Affairs Medical Clinic에서 시행한 연구결과 외래방문간격을 두배로 늘리고 그 동안 10분간의 전화상담을 3번 시행한 경우 대조군 보다 2년후 외래 방문 19%, 입원일수 28% 감소하여 의료비가 절감되었음을 보고.

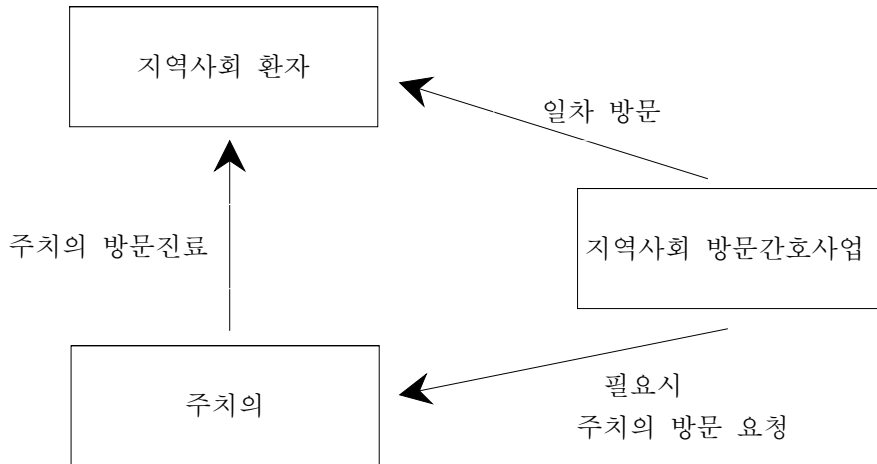
주간 전화상담의 실질적인 제공 방식에 대해서는 여러 가지 방식을 고민해볼 수 있을 것이다. 간호사가 먼저 상담한 후 일부 필요건에 대해 주치의가 상담하는 방식을 생각해볼 수 있을 것이고 간호사의 상담시간 예약 후 정해진 시간에 주치의가 상담하는 방식도 생각해볼 수 있다. 또는 아예 상담요일과 시간을 정하고 정해진 시간에만 상담을 응할 수도 있다. 어떠한 방식이든 상황에 맞게 결정하되, 간호사에 의한 상담을 고려할 경우 간호인력의 질적 수준 향상과 이에 상응하는 인건비를 고려해야 하고 주치의 상담의 경우 이에 대한 비용을 고려해야 할 것이다.

한편, 방문서비스는 개원의들이 부담스럽게 생각하는 서비스이다. 그러나 일부 방문진료가 꼭 필요한 환자군이 존재하며 이들에게 방문진료는 매우 필요한 서비스이고 비용을 절감할 수 있는 서비스이다. 특히, 거동불편 노인인구, 재활서비스 요구자에 있어서는 방문진료가 요양기관을 스스로 찾아갈 수 없기에 유일한 의료서비스 이용 방법이 될 수 있으며, 지역사회의 건강을 관리하는 측면에서 이들에게는 방문진료서비스가 제공되어야 마땅하다.

방문서비스는 그러나 진료시간 중 제공될 경우 많은 기회비용을 유발하고, 자칫 오남용의 위험성이 존재하기 때문에 꼭 필요한 인구계층에 한하여 한정적으로 운영되는 것이 타당할 것으로 보인다. 현재 보건소에서는 방문간호인력을 활용하여 저소득 취약계층에 대한 방문보건사업을 실시하고 있는데, 이것을 주치의 서비스와 연계하는 방안을 모색할 필요가 있다.

즉, 꼭 필요한 인구집단에 한정하여 보건소의 방문간호사업에 의해 일차적인 방문사업이 이루어지고 의사인력에 의한 추가적인 진료요구가 있는 건에 한해서 보건소와 주치의의 연계속에 방문진료가 이루어지도록 하는 것도 하나의 대안이 된다. 이 경우, 실제 의사의 방문진료건이 효과적으로 감소하면서 주치의의 일반진료에 부담을 초래하지 않고, 방문진료건에 대해 정부도 합당한 수가를 제시할 수 있게 된다. 다만, 현재 보건소의 방문간호사업의 활성화 정도가 지역별로 편차가 심한 현실을 감안하여, 지역수요에 맞는 방문진료사업 계획을 구상하고 준비하는 과정이 필요할 것

으로 보인다.



【그림 IV-11】 방문진료 모형

2) 시간외 진료

주치의의 진료시간외 발생하는 건강문제에 대한 시간외 전화상담과 방문진료는 앞서 살펴본 바와 같이 특히 수요자와 공급자 모두 예민한 사항이다. 국민들의 기대는 많으나 주치의 입장에서는 매우 부담을 많이 느끼는 서비스이기 때문이다.

앞서 살펴본 바와 같이 유럽에서는 시간외 진료 제공 방식이 시간이 지남에 따라 변화되고 다양화되고 있다. 영국에서는 위탁서비스(deputizing service)와 일반의 조합(general practice cooperative), 그리고 현재 NHS Direct에 의한 보조로 발전하였고 덴마크에서는 1992년부터 주단위 전담기관이 설치되었다(Hansen 등, 1998; Olesen, Jolleys, 1994). 한편 네덜란드 또한 일반의 6-8인이 순환방식으로 서비스를 제공하였던 방식에서 45-120개의 일반의 진료소를 포괄하는 대규모 조합방식(large

GP cooperative)으로 전환되었다(CJT van Uden 등, 2005).

Leibowitz 등(2003)은 시간외 서비스 제공유형을 6가지로 구분한 바 있는데 이들에 따르면 6가지 제공방식은

- practice-based services: 가장 고전적 형태로 주치의가 진료시간 이후에도 담당환자에게 돌봄을 제공하는 형태
- 위탁서비스(deputizing services): 민간회사가 의사를 채용하여 시간외 서비스를 제공하는 형태
- 응급진료실: 진료시간 이후에는 응급실을 이용하도록 하는 것
- 주치의 조합(co-operatives): 주치의들이 비영리 기구를 만들어 담당 환자에게 시간외 진료를 제공하는 형태
- 일차의료센터: 방문진료나 응급실이 아니라 별도의 일차의료센터를 이용하도록 하는 형태
- 전화상담서비스: 주로 잘 훈련된 간호사가 의사결정 지원 소프트웨어의 도움을 받아 상담을 제공하는 형태

이다.

이들 다양한 서비스 제공 형태에 대한 분석 결과, 서비스 제공량 측면에서는 위탁서비스보다는 practice based service가 더 많은 전화상담과 신속한 방문을 제공하는 것으로 나타났고(Cargg 등, 1997; McKinley 등, 1997), 위탁서비스와 주치의조합 서비스의 비교에서는 위탁서비스가 더 많이 환자를 방문하고(방문률 76.3% v.s. 32.0%) 전화상담은 주치의 조합이 더 많이 제공한다고 한다(57.8% v.s. 19.3%)(Salisbury(b), 1997). 한편, 일반의 조합과 연계된 간호사 전화상담 서비스를 일반의 조합서비스와 비교하면 간호사 상담서비스는 의사의 전화상담건을 69% 감소시키고 환자의 일차의료센터 방문 및 가정방문을 각각 38%, 23%씩 감소시켰다(Lattimer, 1998)

따라서 서비스 제공형태마다 시간외 진료량 자체에 차이를 유발하는 것을 알 수 있다. 한편, 거의 모든 연구에서 시간외 진료량의 차이가 이후 병의원 방문이나 응급

실 방문 등에 차별적인 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

시간외 진료의 형태별 임상적 결과와 관련하여서는 진료형태에 따라 약처방율이나 항생제 처방율이 차이를 보였으나 일정 기간 이후 병원입원이나 외래서비스 이용 발생 건수, 사망률 등을 기준으로 살펴본 환자의 임상적 결과는 차이는 존재하지 않는 것으로 모든 연구에서 나타났다(Cargg 등, 1997; McKinley 등, 1997; Salisbury(b), 1997; Lattimer, 1998; Murphy, 1996; Dale, 1995).

한편, 환자의 만족도는 서비스 제공형태별로 차이를 보이는데 대부분의 연구에서 환자들은 전화상담보다는 방문진료에, 간호사의 전화상담보다는 의사의 전화상담에, 위탁의사의 진료보다는 주치의의 진료에 더 만족도를 보였다. 구체적으로 위탁서비스보다는 practice based service에 대한 만족도가 더 높았고(61.8% 대 70.7%)(Cargg 등, 1997; McKinley 등, 1997), 주치의 방문이 위탁서비스 의사의 방문보다 60세 이하에서는 더 수용성이 높았으나, 60세 이상에서는 차이가 없었다(Bollam 등, 1988). McKinley 등(1997)에 의하면 위탁서비스와 주치의 조합서비스에 대한 만족도 차이는 없었으며, 덴마크에서의 연구결과에 의하면 전화상담 서비스 도입이후 만족도는 저하된 것으로 나타났다(Christensen 등, 1998; Hansen, 1998). 의사의 만족도에 대한 조사에서는 위탁서비스보다는 주치의 조합서비스에 대해 의사들이 더 만족도가 높았는데 이는 처방의 질적 수준이나 당직의의 보고수준의 차이에 기인한다.

한편, 시간외 서비스 제공에 있어 간호사 인력 활용이 점차 확장되는 것과 관련하여 간호사가 의사 대신 전화응대 서비스를 제공하는 경우, 안전성, 유효성, 효과성에 대한 연구결과(Lattimer 등, 1998)에 의하면 사망이나 추후 의료이용 등 중요한 결과에 대해서는 의사에 의한 서비스와 차이가 없어서, 간호사에 의한 서비스 제공은 접근성을 향상시켜주면서 동시에 안정성을 확보하는 방식으로 판명났으며, P. Giesen 등(2007)은 간호사가 응급의 정도를 정확하게 인식한 비율은 69%이고 19%는 보다 덜 심각한 상황으로 인식하였다고 보고하면서 간호사의 교육이력보다는 지침의 사용에 대한 훈련을 잘 받은 정도가 간호사 상담의 정확성과 큰 연관을 보인다고 하였다.

한편, 우리나라 개원의를 대상으로 시간외 전화상담 서비스에 대한 의견을 조사한 이재호 등(2001)의 연구결과에 의하면 우리나라 전화상담 서비스 자체에 대해 매우 부담스러워하고 있는 상태에서 선호하는 제공 방식으로는 상설 전화상담을 위한 대행기관 운영이나 주치의끼리의 당번제 방식을 좀 더 선호하는 것으로 나타났다.

외국의 사례를 살펴볼 때, 시간외 서비스의 제공은 주치의가 자신의 담당 환자를 진료시간 이외에도 담당하도록 하는 방법보다는 별도의 훈련을 받고, 상담 프로토콜을 가지고 있는 간호사 인력 위주의 상담기구를 활용하고, 의사의 직접 진료가 필요한 건에 한해서만 주치의나 별도의 전문인력의 진료를 받도록 하는 것이 타당할 것으로 보인다. 간호사 인력은 가능한 국가의 책임 하에 적절한 교육과 자질을 확보하도록 하며, 표준화된 상담 프로토콜을 마련하여 이에 기반한 상담이 이루어지도록 한다. 한편, 간호사의 상담 이후 의사의 진료가 필요한 경우에 대해서는 주치의들의 순번방식에 의한 당직 의사를 선별하되, 지나치게 당직이 자주 돌아오지 않도록 당직 주치의 조직의 규모를 일정 수준 이상으로 유지하도록 한다. 아울러 정보통신 기술을 활용, 환자상태를 파악할 수 있는 이력 자료와 야간 서비스 이용기록 등을 보관하여 효율적인 서비스 제공이 되도록 해야 할 것이다.

3) 건강검진 서비스

건강검진 서비스는 국민들이 주치의 제도를 시행함에 있어 가장 기대를 많이 하는 서비스이다(조흥준 등, 2002). 또한 대한가정의학회에서 주치의 제도안을 제시할 때 건강검진은 건강위험평가와 함께 주치의 제도의 가장 중요한 요소로 환자 등록시 필수검사 10개 항목²⁷⁾을 반드시 실시하도록 권고하기도 하였다(도병욱, 1999).

27) 필수검사 10가지 항목(도병욱, 1999)

1. 폐흉부검사: CPA
2. 심장검사 : EKG
3. 빈혈검사 : CBC
4. 당뇨검사 : glucose
5. 간기능검사: GOT/GPT/RGTP
6. 고지혈증검사: T-Chol/HDL/TG
7. 신장기능검사: BUN/Cr

현재 국가차원에서 성별, 연령별, 계층별로 다양한 검진사업을 실시하고 있다. 건강검진의 경우 기본 검진이라도 등록비 내에서 해결하는 것이 사실상 불가능하기 때문에 기존 국가검진사업을 충분히 활용하는 방향으로 제공방식을 개발하는 것이 주치의의 중복업무를 줄이고 환자의 비용부담도 줄이며, 자원의 효율적인 사업과 국가검진사업의 완성도 증가를 위해 필요하다.

-
- 8. 소변검사 : UA with micro
 - 9. B형 간염 : 항원항체검사(혈구응집법)
 - 10. PAP : 여성의 경우 선택

<표 IV-25> 국가검진사업 현황

	모자보건법	학교보건법	산업안전 보건법	국민건강 보험법	의료급여법	암관리법	노인복지법
연령	6세 이하	8~19세	-	-	-	암종별차이	65세 이상
검진 대상	보건소등록 관리중인 영 유아, 임산부	학생	직장가입자	직장/세대주 지역가입자 40세 이상의 지역가입자 와 피부양자	수급권자	의료급여수급 권자, 대통령 령이 정하는 건강보험가 입자	국민기초 생 활수급권자 중 희망자
관련 기관	보건복지부	교육인적 자원부	노동부	보건복지부	보건복지부	보건복지부	보건복지부
검진 프로 그램	선천성 이상 및 기초	건강검사	건강진단(일반 /특수/배치전 /수시/임시)	일반건강검진	건강검진	국가 암조기검진	건강검진 및 보건
검진 항목	발육, 시진, 촉 진, 문진 등. 선천성 기형 6 종	신체발달 설문건강조사 건강검진(근 골격 및 척추, 안질환, 귀, 구 강, 기관능력, 병리검사 등)	일반: 기본, 혈 액검사 6항목 1차: 기본, 혈액 검사 6개 항목 1차 결과 질환 의심자에 한 해 2차 검사	1차: 흉부방사 선, 혈액 검사 등 25개 항목 2차: 간장, 당 뇨 등 8개 질 환 28개 항목 과 특정암	-	5대 암(위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁 경부암)	1차: 기본진 료, 혈액검 사 등 12개 항목 2차: 진찰등 30개 항목
실시 장소	보건소내 모자보건센터	국민건강보험 법 규정에 따 른 검진기관	특수건강진단 기관 일반건 강진단기관	건강검진기관	-	암검진기관	국립병원 및 보건소, 지정 의료기 관
비용 부담	복지부/지자 체, 본인부담	교육부: 전부/ 일부지원	산업안전공단	국민건강 보험공단	복지부/지자 체 전부/일부 지원	복지부/지방 비/건강증진 기금 전부/일 부지원	복지부, 지 자체
검진 주기	등록즉시 1차 (이상시 2차)	취학 후 매3년	2년 1회(비사 무직 년1회)	2년 1회(비사 무직 년1회)	2년 1회	암종별 차이	2년 1회
사후 관리	모자보건수첩 /미숙아 선천 성이상아등록 관리/의료비 지원	건강검사기록 교육정보시스 템 휴학/치료/자 비조치 권고	건강진단개인표 건강관리수첩 결과 송부(사 업주, 산업안전 관리공단)	사례관리(건 강주의자 및 유질환자)	-	-	-

<표 IV-25>를 살펴보면 현재 만20세~40세 연령 중 일부를 제외한 모든 국민에게 국가가 제공하는 검진사업이 이루어지고 있음을 알 수 있다. 그러나 기존의 검진사업은 서로 다른 법적 근거에 의해 서로 다른 인구집단에 제공됨으로 인해 종합적 체계가 부족하고, 개인별 위험인자를 반영한 맞춤형검진이 이루어지고 있지 못하면서 중복검진 및 필요한 검진의 미 실시 등의 문제, 검진결과에 대한 사후관리 부족 및 불신 등을 문제가 제기되어 왔다(오영호, 2004).

주치의 제도에서 검진 시스템을 기존 국가검진사업과 연계할 경우, 국가검진사업의 운영 효율성과 검진내용의 질적 수준 향상 및 기존 검진 사업에서 가장 취약했던 분야인 사후관리를 강화하여 국민의 건강에 큰 편익을 제공할 수 있다.

복지부에서는 국가 검진사업의 재정비(연령별 검진항목 조정 및 통합관리 등)를 위한 방법을 모색 중에 있으며, 차후 이러한 검진사업을 주치의와 연결시켜 활용할 수 있을 것으로 판단된다. 아울러 시스템의 구축을 통해 환자 개개인별로 필요한 검진항목을 주치의가 사전에 신청하고 신청된 검진을 실시한 후 다시 주치의에게 회송하는 시스템을 운영할 수 있을 것이라고 판단된다. 이렇게 될 경우, 주치의가 이중, 삼중으로 검진을 실시하는 일이 방지되고 국가검진사업에 대한 신뢰확보 및 검진결과에의 효율적 관리가 가능해질 것이다. 또한 주치의에 의해 검진참여를 독려받음으로써 국민의 검진참여율도 획기적으로 제고될 수 있을 것이다. 따라서 국가검진사업과 주치의 제도의 연계라는 측면에서 기존 국가검진사업의 문제점을 해결해나가고 연계시스템을 구축하는 것이 필요하다.

※ 기존 검진 사업의 문제점

- 1) 국가차원의 종합검진체계가 부족: 한 사람의 생애주기별 건강검진이 서로 다른 법에 의해, 서로 다른 부처의 관할하에 서로 다른 방식으로 이루어지고 있으며, 검진결과도 체계적으로 관리되고 있지 못함.

영유아기 - 영유아 건강검진 사업(모자보건법, 보건복지부)

학령기 - 학교건강검사(학교보건법, 교육부)

청장년기~ - 근로자 건강진단(산업안전보건법, 노동부),

- 노인건강검진(노인복지법, 보건복지부),

- 건강보험 건강검진&특정암검진(국민건강보험법),

- 국가암검진(암관리법, 보건복지부),

- 특수집단 검진(모자보건법, 식품위생법, 공중위생법, 결핵예방법 등)

⇒ 평생건강관리를 위해 생애주기별 건강검진체계를 구축 필요.

기본검진이라 할 수 있는 일반검진은 일원화하고 연령별, 특성별 특수검진을 개별적으로(각 법령별로) 추가시행할 수 있도록 하여 불필요한 검진의 중복 시행을 막고 검진결과에 대한 정보를 공유 및 사후관리와 연계해야 함(오영호, 2004).

- 2) 수검 대상자의 다양한 위험인자를 반영하지 못한 일률적인 검사

: 개인의 위험요인을 고려하지 않고 많은 검사를 반복적으로 실시하여, 위양성, 위음성의 문제 및 기존 질환자가 1·2차 검진과정을 반복하는 불합리.

- 3) 공급자와 수검자의 낮은 수용성 문제

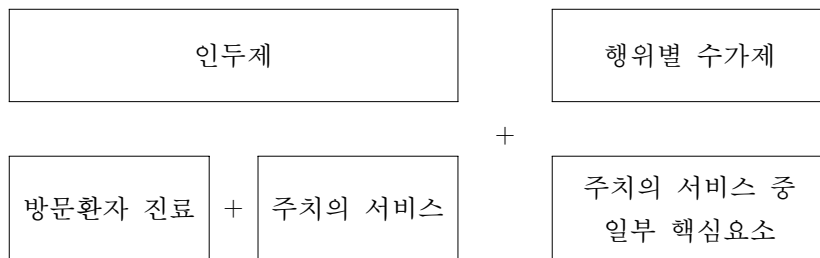
- 4) 검진의 사후관리 미흡. 정도관리의 문제로 인한 불신감

1.4. 수가구성

수가구성은 원칙적으로 인두제와 행위별 수가제를 병행하는 것으로 한다. 외국의 주치의 혹은 일차의에 대한 지불방식은 국가마다 모두 다르다. 캐나다, 프랑스, 독일 등은 일차의에 대한 지불방식으로 행위별 수가제를 그대로 유지하고 있다(Martin CM 등, 2004). 영국과 네덜란드는 전통적으로 인두제 지불방식을 사용해왔으며(Weller 등, 2004; Weel, 2004), 뉴질랜드는 급속하게 인두제 방식으로 전환하고 있다(Malcolm, 2004). 미국 또한 관리의료방식 하에서 주치의에 대한 지불방식은 주로 인두제에 의존하고 있다(Larry A Green, 2004; 허순임 등, 2005). 그러나 모든 국가의 지불방식이 어느 한가지 방식에 고정된 것은 아니다. 덴마크의 경우 인두제와 행위별 수가제의 결합된 형태를 운영한지가 오래이며(Flierman 등, 1990), 영국 또한 인두제 이외에 성과에 근거한 별도의 수당을 지급하고 있고 그 비중이 점점 넓어지면서 인두제 위주의 지불방식으로만 파악하는데는 한계가 있다(Weller 등, 2004). 캐나다는 행위별 수가제를 유지하고 있으나 지역환경이나 지리적 여건상 일차의료접근성을 높이고 의사의 만족도를 높이기 위해 다양한 변형된 지불제도를 부분적으로 적용하고 있다(Martin CM 등, 2004). 이는 기본적인 지불방식을 유지하되, 일차의료의 제공효율성을 극대화하기 위해 국가별로 적합한 보충적 지불방식을 계속 실험하는 중이라고 볼 수 있다. 특히, 이전에는 주치의가 제공하는 서비스를 인두제로 전부 보전하였으나 일차의료의 질적 수준을 강화하기 위해 일차의사가 많이 제공해야 할 서비스에 대해 일종의 인센티브로 별도의 지불방식을 활용하는 것으로 파악된다. 우리나라는 현재 행위별 수가제를 적용하고 있으며, 행위별 수가제 이외 다른 진료비 지불방식에 대한 경험이 부족하다. 또한 다른 진료비 지불방식에 대해 공급자들이 부정적인 견해를 가지고 있다. 인두제 방식은 진료의 지속성과 포괄성, 보편성 등 일차의료의 특성에 부합한 지불방식으로 판단되지만 여러 가지 여건상 단기간에 도입하기는 어렵다. 따라서 현재 의사가 제공하고 있는 일상 진료행위에 대해 당분간 행위별 수가제를 유지하되, 공급자와의 합의를 통해 인두제 적용범위를 넓혀야

할 것이다. 한편, 주치의 서비스와 관련하여 모든 서비스가 단기간에 완벽히 제공되기 어려우므로 단기적으로는 현재 제공할 수 있는 서비스 수준에서 저렴한 관리료를 부담하도록 하고 이후 일차의료인력의 질적 개선(이는 서비스의 확대를 의미함)과 관리료의 상승(확대된 서비스에 대한 비용 명목)을 동시에 추진하여야 한다.

즉, 초기에는 현재의 지불방식을 유지하면서 저렴한 관리료만을 부과하고 이후에는 행위별 수가제와 인두제의 조합은 동일하나 그 구성비에서 인두제 부분이 대폭 확충되고(현재의 행위별 수가제 부분의 많은 부분이 인두제로 전환), 행위별 수가제는 새로 제공되는 일차의료서비스 중 인센티브를 부여할 필요성이 있는 항목(우리의 경우도 가정방문, 시간외 진료, 예방서비스 등)을 위주로 인두액에서 분리하여 충분한 수가를 개발하여 보전하는 방식을 택하는 것이 타당할 것으로 보인다. 또한 질적 수준 및 효율성 지표의 결과, 그리고 우리나라의 경우 진료 의뢰율 등을 반영하여 성과급 형식의 비용을 지불할 수 있을 것이다.



【그림 IV-12】 수가구성의 기본원칙

서비스 분류	기존 서비스	주치의 서비스		확대될 주치의 서비스	
	방문환자 진료	인두제	FFS	인두제	FFS
		<ul style="list-style-type: none"> • 병력정보 관리 • 보건교육 • 진료예약 • 중점질환 관리 • 건강위험 평가 • 진료의뢰 	<ul style="list-style-type: none"> • 방문진료 • 추가/선택 건강검진 	<ul style="list-style-type: none"> • 유질환자 및 건강증진관련 보건교육 • 중점질환 관리프로그램 • 예방접종 • 의뢰환자 추후관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 야간,주말 전화상담 • 확대된 방문진료
초기	FFS	인두제+FFS			
	↓				
확대기	인두제	인두제+FFS			

【그림 IV-13】 주치의 제도 수가구성안

1.5. 질관리 및 질적 수준 향상을 위한 작업

성공적인 제도의 정착과 제도가 목표하는 바를 달성하기 위해서는 질적으로 우수한 일차의료가 제공되는 것이 핵심이다. 질적으로 우수한 일차의료는 모든 건강문제의 대부분을 관리가능하게 만들고 향후 발생하는 비용을 사전에 예방함으로써 제한된 자원을 보다 효율적이고 형평하게 사용할 수 있도록 할 수 있다.

특히 보건의료기술의 발전과 비용상승적인 보건의료서비스의 개발 및 공급경향은 과연 제공된 서비스가 질적으로는 우수한 것인가에 대한 의문을 갖게 하기에 충분하다. 다른 어느 분야도 마찬가지이겠지만 제공된 서비스의 질적 수준 향상은 의료 전문가 그룹의 자체적인 활동 및 노력과 정책당국의 시스템적인 보완 및 상시적 feedback을 필요로 한다. 특히 영국은 QOF를 통해 주치의 서비스를 영역별로 구분하여 평가 지표를 생산하여 평가하며, 네덜란드는 가정의들이 자체적으로 지침을 생산하여 지침 준수를 독려하는 것은 참고할 만하다.

제공된 서비스의 안전성과 질적 수준에 대한 관심증대는 결과적으로 적절한 평가지표와 평가방식의 개발의 문제로 귀착된다. 이와 관련하여 OECD 일차의료패널(Primary Care Panel of the Organization for Economic Co-operation and Development)에서는 Healthcare Quality Indicator(HCQI) 프로젝트를 통해 일차의료 부문에 대한 질적 지표에 대한 초기단계 분석을 2003-2004년 실시한 바 있다. 이 분석에서 제시된 결과는 각국에서 사용되고 있는 일차의료부문에 적용되는 질적수준 평가 지표들을 취합하고 이를 US Institute of Medicine's assessment criteria에 따라 그 중요성과 과학적 타당성을 기반으로 일차적으로 지표를 간추린 후 다시 일차의료 전문가 패널을 대상으로 한 Delphi 기법에 의존하여 27개의 지표를 산출한 결과이다. 이러한 지표가 온전히 일차의 의료에 부합한다기 보다는 일차의 의료서비스와 공중보건을 포함한 일차의료전반에 적용되는 지표인데, 우리도 질적수준평가를 위한 지표생산이 필요하므로 참고할 만 하다.

<표 IV-26> 27개 질적지표목록

건강증진	비만인구비율
	신체활동
	흡연율
	당뇨유병률
	성병유병인구
	임신중절률
예방서비스	산전 혈액형 및 항체검사
	산전 HIV 검사
	산전 세균뇨(bacteriuria) 검사
	Immunizable conditions
	저체중아 출산율
	청소년기 예방접종
	임신 여성에 대한 빈혈검사
	임신여성에 대한 성병검사
	산전 B형 간염검사
	출산시점에서 B형간염에 대한 기록
	고위험군에 대한 B형간염 예방접종
	고위험군에 대한 Influenza 예방접종
	고위험군 폐구균 예방접종
일차의료영역에서의 진단과 치료	울혈성심부전증 재입원율
	임신초기 방문
	천식환자에 대한 금연상담
	혈압측정
	혈압이 높은 그룹에 대한 혈압재측정
	고혈압에 대한 초기검사
	외래민감성질환으로 인한 입원율

자료원) M.Marchall et al., 2006.

이미 상당수의 발달된 일차의료시스템을 갖추고 있는 유럽국가들이 이러한 지표를 이용하고 일반의에 대한 지불액의 결정 및 배분에 활용하고 있기 때문에 매우 익숙하다. 향후 우리나라에서도 일차의료에 대한 꾸준한 연구작업을 통해 우리나라 현실에 맞는 지표를 개발하고 이것이 실질적인 일차의료강화에 기여할 수 있도록 평가체계를 만들어야 할 것이다. 아울러, 질적 수준 향상을 위한 각종 활동과 평가체계의 수립에 있어 가장 중요한 점은 역시 전문가들의 자발적인 활동이 사회적인 지지와 인정을 받고 당국에 의한 지원을 받아야 한다는 사실이다. 또한 정책당국은 이렇

게 생산된 지표 및 평가방식에 대해 그 타당성이 갖추어진 것들을 체계속에 포함시켜 구조화시키는 역할을 해야 할 것이다. 또한 복합적이고 포괄적인 일차의료의 특성상 여러 가지 다양한 전문적 목표를 동시에 추구해야 할 것이고 다양한 보건전문가 그룹내의 이견 및 질적 성과에 대한 의견, 지표 및 실행방안에 대한 서로다른 접근을 적절히 조율해내는 것 또한 정부의 몫이다. 이는 우수한 서비스의 안정적인 공급 및 서비스의 질적 향상 작업의 지속화를 위해 매우 필요한 요소일 것이다.

V. 요약 및 결론

주치의 제도에 대한 논의는 전혀 새로운 논의가 아니다. 이미 정부가 1996년 주치의 제도 시범사업안을 발표한 바가 있으며, 가정의학회를 위시한 학회 차원에서 주치의 제도에 대한 논의가 다양하고 비교적 구체적으로 이루어졌기 때문이다. 참여정부 출범 초기에도 주치의 제도에 대한 언급이 있었으며, 보건의료개혁안 구상 시 때면 빠지지 않는 단골 메뉴가 된 지 오래이다.

최근 들어 주치의 제도에 대한 관심과 논의는 예전보다는 더욱 더 그 실행 가능성을 높이는 것으로 보인다. 우리나라 보건의료체계의 문제점을 해부하고 그 개선방안을 모색하다보면 일차의료의 강화는 자연스레 대두되고 주치의 제도의 도입으로 귀결되기 때문이다.

그러나 주치의 제도는 의료이용방식의 변화를 불러오는 것으로 일종의 문화적 변화도 동반한다고 볼 수 있다. 따라서 그 실행의 필요성에 대해 국민이나 공급자 모두 부정하지 않음에도 불구하고 그 도입은 신중하고 면밀한 검토 및 체계적인 시범사업에 기초하여 이루어져야 함이 당연하다.

본 보고서에서는 일차의료 강화의 필요성을 살펴보고 7개 국가의 주치의 제도를 살펴봄으로써 우리나라 주치의 제도 설계에 필요한 함의를 살펴보았다.

일차의료에 대한 연구결과를 종합해보면 일차보건의료시스템의 강화는 국민의 건강 수준을 향상시켜주며, 복잡질환을 제외한 대부분의 건강문제에 대해 동일한 성과를 나타내면서 자원사용은 적게 이루어진다는 것을 알 수 있다. 또한 저렴하면서도 강력한 일차의료를 유지하고 있는 국가들에서는 문지기 시스템(Gate-Keeping System)과 등록방식이 사용되고 있는 바, 이는 주치의 제도와 연관된다. 일차의료의 특성 중 국민의 만족도와 연관 깊은 요인은 특히 진료의 지속성 측면으로 이는 결과적으

로 주치의에 의한 항상적이고 지속적인 서비스와 일관된 환자-의사관계를 의미한다고 볼 수 있다.

유럽 국가의 일차의료에 대한 고찰에서는 유럽국가들은 대체적으로 높은 의료보장 수준에 기반하여 일차의료분야에 대한 접근성 수준이 높았다. 일차의료서비스의 제공방식은 일차의료에서 일반의가 어떤 위상과 역할을 차지하고 있는가와 큰 관계를 보이는데, 일반의가 주도적인 역할을 담당하는 경우 문지기 역할을 하고 전체 의료 이용에 대한 통제권을 가진다. 영국과 네덜란드에서는 일차의료 전문의(primary care specialist)로서 주치의 인력의 역할이 적극적이고 잘 갖추어진 주치의 제도를 유지하고 있다. 특히 영국은 지속적으로 보건의료개혁의 핵심을 일차의료의 강화에 초점을 맞추어 왔으며, 이는 주치의를 담당하는 일차의료인력의 역할이 지속적으로 확대되어 왔음을 의미한다. 영국과 네덜란드 등 전통적인 주치의 제도 국가는 진료비 지불 방식으로 인두제를 채택하고 있었으나 최근에는 일차의료서비스의 질적 수준 향상이라는 정책적 목적에 부합하도록 목표에 기반한 혼합된 지불방식을 채택하고 있다.

한편, 미국과 프랑스, 독일 등은 전통적으로 보건의료에 대한 전문의의 주도성이 높았으며, 주치의 제도 또한 전통적인 방식에서 절충된 형태로 적용되고 있다. 주치의 역할을 담당하는 인력에 대한 규정이 상대적으로 느슨하고 지불제도 또한 변화를 추구하는 경향성이 적다. 그나마 미국에서는 기존의 의료이용문화의 변화를 초래하는 주치의 제도에 대한 수용성이 높다고 볼 수 없는데 이는 가입자가 선택할 수 있는 수많은 선택권의 하나로서 주치의 제도가 제안되고 있었다는 사실과 무관하지 않다.

일차의료의 강화는 진료비 절감 뿐 아니라 서비스의 질적 수준 향상을 꾀한다. 이는 최근에 주치의 서비스에 있어서도 질적 수준 향상을 강조하는 경향과 질적 수준을 진료비 지불에 연계시키는 경향에서도 드러난다. 선진국에서는 국가차원에서 질관리

를 위한 진료지침을 생산하고 진료정보를 보관하여 활용할 수 있는 정보체계를 구축하기 위해 노력하고 있다. 영국의 경우 주치의 서비스 영역별 구체적인 질지표를 생산하고 이에 기반한 평가를 실시하기도 한다. 주치의가 전체 보건의료체계에서 차지하는 위치가 공고한 경우 주치의 그룹이 질지표 생산 및 진료지침 생산 준수에 오히려 더 적극적인 자세를 보이기도 하는데 이는 우리 제도 설계에 있어 많은 교훈을 준다.

우리나라는 그 동안 주치의 제도에 대한 논의가 많이 이루어졌다. 주치의 제도와 관련하여 주치의 제도 참여 대상 및 주치의 자격 부여, 주치의 서비스 영역, 지불방식, 질적 수준 향상 전략 등 고려해야 할 점이 많다.

외국의 경험을 참고하고 우리의 현실을 고려할 때 본 보고서에서는 다음과 같은 제안을 한다.

1. 주치의 제도의 참여대상은 자발적 참여를 원하는 의사와 국민을 대상으로 하되, 국민의 경우 일부 의무 참여군을 설정할 필요가 있다. 의무 참여군은 주로 만성질환자와 노인, 취약계층 등 주치지에 의한 개인적이고 지속적인 서비스가 필요한 인구 집단이다. 이들 인구 집단에 대해서는 별도의 인센티브 구조를 통해 자발적 참여 원칙을 유지하되 실질적인 의무 참여가 이루어지도록 해야 한다.
2. 주치의 제도에 참여하는 의사는 현재 우리나라의 전문의 위주의 인력구조 및 개원의원의 표방과목별 진료내역에 큰 차이가 없는 상황을 감안하여 참여를 원하는 전체 전문의에게 개방하도록 한다. 다만, 주치의 서비스의 기본 수준을 유지하기 위해 정부가 책임지고, 전문가들과 협력하여 개발된 보수교육 프로그램을 운영한다. 현재 의과대학의 교육내용 및 외국의 주치의 인력 양성 프로그램을 참고하여 체계적인 주치의 인력 양성 계획을 수립하고 체계적인 교육을 받은 주치의 인력이 공급

되는 약 7년 정도의 유예기간 이후에는 주치의 자격을 주치의 수련교육과정을 이수한 자로 한정한다.

3. 주치의 서비스는 현재 특별한 프로그램 개발 없이 제공될 수 있는 서비스와 별도의 준비과정이 필요한 서비스가 있을 것이며, 서비스 개발 일정에 따라 점차 주치의 서비스 영역은 확대되어야 할 것이다. 주치의 서비스와 관련하여 가장 쟁점이 되는 시간의 진료에 대해서는 외국의 경험을 참고하여 대체 인력 및 전담 인력에 의한 별도의 서비스 공급체계를 마련하여 주치의의 시간의 진료로 인한 업무 부담을 최소화하는 방안을 마련한다. 한편, 방문진료에 대해서는 무분별한 서비스 이용을 지양하되, 반드시 필요한 환자군에게는 장애요인 없이 제공될 수 있도록 할 필요가 있다. 현재, 보건소 위주의 방문진료사업과 주치의 서비스를 연계하여 방문진료사업에 의한 일차 방문 후 주치의 방문이 필요한 방문 진료건을 가려내고 충분한 수가보상을 해주는 방안을 마련할 필요가 있다.

4. 주치의 제도 지불방식은 장기적으로 인두제와 행위별 수가제의 혼합방식을 지향한다. 주치의 제도의 특성 상 일상적인 진료행위를 인두제에 포함하여 지불하는 방식이 바람직해보이지만 현재의 여건을 감안하여 행위별 수가제하에서 주치의 제도를 도입하되, 이후 제도의 성숙과 더불어 인두제 방식을 확대한다. 주치의 서비스 영역 또한 최소한의 관리료 방식으로 시작하되, 주치의 서비스 영역이 확대됨에 따라 특히 주치의 서비스의 질적 수준과 연관되는 서비스 항목에 대해서는 인센티브 차원에서 적절한 수가를 보상하는 행위별 수가제를 병행하도록 한다.

5. 주치의 서비스의 질적 수준은 곧 일차의료의 질적 수준과 연관된다. 주치의 서비스에 대한 주기적인 평가 및 의사와 환자의 만족도 수준을 모니터링함으로써 주치의 서비스의 질적수준을 유지한다. 또한 주치의 서비스 영역별 질 지표를 개발하고 이

에 기반한 평가를 시행함으로써 질적 수준을 향상시킬 수 있도록 하고, 주치의 인력에 의한 자발적인 개발작업이 확대될 수 있도록 정부는 지원한다.

주치의 제도는 왜곡되어 있는 의료를 정상화하여, 일차의료다운 일차의료, 이차의료다운 이차의료이 제공될 수 있도록 하는 기회가 되어야 한다. 현재 우리나라 국민은 제대로 된 일차의료를 받아본 적이 없다. 부적절한 서비스 제공을 부추기는 부적절한 경쟁은 의료인의 만족도를 저하시키는 주된 요인이 되고 있다. 의료의 왜곡으로 인한 수많은 기회비용의 낭비와 건강상의 불이익을 최소화하기 위해 주치의 제도를 본격적으로 논의하여 도입하여야 할 것이다. 본 보고서에서 제시된 내용이 제도 설계의 자료원으로서 기여할 수 있기를 바란다.

참고문헌

- 감신, 「보건의료 공급구조의 개혁」, 보건의료개혁의 새로운 모색, 2007.
- 김수영. 일차의료에 대한 새로운 정의. 가정의학회지 1996; 17(2): 114-24.
- 김연명, 박순우, 전창배. 영국 의료보장체계(NHS)에 관한 연구-의료의 질과 효율성, 형평성을 중심으로. 중앙대학교 사회복지학과 · 국민건강보험공단. 2005.09.
- 김재용 등. 공공보건의료체계 개편방안 연구. 한국보건사회연구원 연구보고서. 2001.
- 김창보. 우리나라 의원에서의 의사유인수요 가설 검증. 연세대학교 박사학위논문. 2002.
- 김창엽, 이진석, 강길원, 김용익. 의료보험 환자가 병원 진료 시 부담하는 본인부담 크기. 보건행정학회지 제9권 제4호. 1999.
- 도병욱, 한국에서의 환자중심진료 현황 - 주치의제도 시범사업의 운영전략 -, 가정의학회지 20권 11호. 1297-1304, 1999.
- 명지영. 의료이용의 형평성에 관한 실증적 연구. 1995. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 문옥륜, 장원기, 이상이, 김철웅, 최경혜. MRI 분포와 관행수가 현황 및 촬영실적 분석. 보건행정학회지 8(1). 1998.
- 박인화. 2002년 보건복지예산 국회심의와 과제. 보건복지포럼 제63호. 2002.
- 박인화. OCED 국가의 국민의료비와 보건시스템 성과 비교. 보건복지포럼 제59호. 2001.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. 건강증진사업의 효율성 제고를 위한 공중보건의사 활용방안 개발. 2001.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원. 21세기 보건의료발전 종합계획. 1999. 12.
- 새정치국민회의 정책위원회. 보건의료 선진화 정책보고서. 1998. 12.

- 신영전, 「외래진료비 지불제도의 검토: 주치의등록제도를 중심으로」, '진료비지불 제도의 장기적 개선' 공청회 자료(서울대학교 보건대학원, 2006).
- 안형식. 의료의 질은 향상될 수 있는가? - 의료의 질과 병원 서비스 평가. 건강보장 연구. 2000.
- 양봉민. 보건경제학. 나남출판. 1999.
- 양봉민. 우리나라 의료제도의 구성과 성과. 건강보장연구 제1호. 1998.
- 오영호. 도시와 농촌간 의사외래의료이용 차이의 계량적 분석. 보건사회연구 제9권 제1호. 1999.
- 오영호, 우리나라 건강검진 종합계획의 정책방향과 과제. 보건복지포럼 2004; 3: 51-61.
- 윤석준, 김선민, 강철환, 김창엽, 신영수. 우리나라 전산화단층촬영기의 도입에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 예방의학회지 30(1). 1997.
- 이상일. 임상진료지침 : 외국의 경험과 교훈. 건강보장연구. 1998.
- 이상이, 문옥륜. 윤태영, 신영전, 홍성철, 김남순. 건강증진사업 수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할분담체계 및 상호연계체계 개발. 보건복지부. 2002.
- 이신호. 의료기관서비스평가제도의 전개과정과 향후 방향. 건강보장연구. 2000.
- 이용갑, 외국의 건강보험제도 조사 제3장 독일편. 연구보고서. 국민건강보험공단. 2005.
- 이의경 등. 의약분업 전후의 약제비 변동요인 분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원 연구보고서. 2001.
- 이재호 외, 주치의 제도와 그 주요 쟁점 서비스에 관한 설문조사-개원 가정의를 대상으로- 가정의학회지 22권 7호, 1021-1033. 2001.
- 이준영, 독일 의료보험 개혁의 동향과 쟁점, FES-Information-Series, Friedrich-Ebert-Stiftung, Korea Cooperation. 2001.
- 이준영, 독일 의료보험개혁(2003)의 동향과 쟁점. FES-Information-Series,

- Friedrich-Ebert-Stiftung, Korea Cooperation. 2004.
- 장동민, 문옥륜. 의료서비스에 대한 접근성의 형평 분석. 보건행정학회지 제6권 제1호. 1996.
- 장원기 등. 일차의료전달체계의 개선방안 연구-주치의제도 도입방안을 중심으로-. 한국보건사회연구원 정책보고서. 2000.
- 전창배. 영국의 NHS, 어떻게 볼 것인가? 건강보험포럼 3(4). 2004.
- 전창배. 외국의 건강보험제도 조사-영국의 보건의료체계와 의료보장제도. 국민건강보험공단. 2005.
- 정영호 등. 국민의료비 산출모형 개발 및 추계. 한국보건사회연구원. 2000.
- 조홍준, 유럽의 일차의료, 가정의학회지 1999 Feb; 20(02): 119~125
- 조홍준, 심재용, 이혜리, 이선희 등, 국민은 주치의 제도에 대해 어떻게 생각하나, 가정의학회지, 23권 2호 171-178, 2002.
- 주경식, 김한중, 이선희, 민혜영. 도시농촌간 의료이용수준의 분석. 대한예방의학회지. 29(2): 311-329쪽. 1996.
- 최기춘. 2005년 프랑스 건강보험 개혁의 구조와 내용. 건강보험포럼 2006;5(3):231-45.
- 최용준. 우리나라 어린이 청소년 환자에서 일차의료의 지속성에 관한 연구[박사학위 논문]. 서울:서울대학교 대학원;2006.
- 허순임, 구미경. 미국. 2005 외국의 건강보험제도 조사. 서울:국민건강보험공단;2005. p.691-778.
- I Aaraas, H Sorasdekkkan, IS Kristiansen. Are general practitioner hospitals cost-saving? Evidence from a rural area of Norway. Family Practice 1997; 14: 397-402.
- Z. Ajdari, O. Fein, Primary care in the United Kingdom and the United States: Are there lessons to learn form each other? Arch Fam Med. 1998;7:311-314.
- AOK-Hausarzt, AOK presentation 자료. 2006.12

- A.D. Auerbach, M.B. Hamel, R.B. Davis, A.F. Connors, C. Regueiro, N. Desbiens, L. Goldman, R.M. Califf, N.V. Dawson, N. Wenger, H. Vidaillet, R.S. Phillips, Resource Use and Survival of Patients Hospitalized with Congestive Heart Failure: Differences in Care by Specialty of the Attending Physician. *Annals of Medicine*. 2000; 132(3): 191-200.
- R. Baur, Die erste Generation Arztnetze. Bestandaufnahme und Bewertung im Auftrag des AOK-Bundesverband, Basel, 2002, Manuskript.
- Bindman AB, Majeed A. Primary care in the United States: organisation of primary care in the United States. *BMJ*. 2003;326:631-4.
- BMA. The financing implications of increasing list size. 2006.
- Bodenheimer T. Primary care in the United States. *Innovations in primary care in the United States*. *BMJ*. 2003;326:796-9.
- Boerma. W., Der Zee. JV., Fleming DM., Service profiles of general practitioners in
- Bollam MJ, McCarthy M, Modell M. Patient's assessment of out-of-hours care in general practice. *Br Med J* 1988; 296: 829 - 832.
- Burdi MD, Baker LC. Physicians' perceptions of autonomy and satisfaction in California. *Health Aff*. 1999;18(4):134-45.
- R.Busse, Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System. *Health Affairs* 2004;23(3):56-67.
- Busse R, Riesberg A, Health Care systems in transition.: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2004.
- Christensen MB, Olesen F. Out-of-hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *Br Med J* 1998; 316: 1502 - 1505.
- L Com-Ruelle, P Dourgnon, V Paris, Can physician gate-keeping and patient

- choice be reconciled in France? Analysis of recent reform. *Eurohealth* 2006;12(1): 17-20.
- Europe. *Br J Gen Pract.* 1997 August; 47(421): 481 - 486.
- British Medical Association Board of Science and Education. *Becoming a doctor:* Entry in 2007. 2006.09.
- Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scand J Prim Health Care.* 2003 Dec;21(4):209-13.
- Cragg DK, McKinley RK, Roland MO et al. Comparison of out-of-hours care provided by patients' own general practitioners and commercial deputising services: a randomised controlled trial. I: the process of care. *Br Med J* 1997; 314: 187 - 189.
- P. Giesen, R. Ferwerda, R. Tijssen, H. Mokkink, R. Drijver, W. Bosch and R. Grol, Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality and Safety in Health Care* 2007;16:181-184.
- Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *Br Med J* 1995; 311: 423 - 426.
- A. Dixon, R. Robinson. The United Kingdom. In: A. Dixon, E. Mossialos, editors. *Health care systems in eight countries: trends and challenges.* London. London School of Economics & Political Science; 2002. p.103-14.
- Docteur E, Oxley H. *Health-Care Systems: Lessons from the reform experience* (OECD Health Working Papers No.9). Paris: OECD; 2004.
- Europe-WHO, The Ljubljana Charter on reforming health care. *BMJ* 1996;

312(7047): 1664-1665.

A.Exter, H.Hermans, M.Dosljak, R.Busse. Health Care systems in transition.: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2004.

Ferris TG, Perrin J<, Manganello Ja, Chang Y, Causino N, Blumenthal D. Switching to gatekeeping: changes in expenditures and utilization for children. Pediatrics 2001;108:283-90.

Flierman, H.A. et al., changing remuneration systems: effects on activity in general practice. BMJ, 1990;300:1698-1701

CB Forrest. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? BMJ 2003;326:692-5.

CB Forrest, P Nutting, B Starfield, S von Schrader. Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. J Fam Pract 2002;51:215-22.

CB Forrest, JP Weiner, J. Frick, C. Vogeli, K. Lemke et al. Self-referral in point-of-service plans. JAMA 2001;285:2223-31.

J. Gervas & M. P. Fernández., Western European best practice in primary healthcare, European Journal of General Practice 2006; 12: 30-33.

Go AS, Rao RK, Dauterman KW, Massie BM. A systematic review of the effects of physician specialty on the treatment of coronary disease and heart failure in the United States. Am J Med. 2000; 108(3): 216-26.

E. Godber, R. Robinson, A. Steiner. Economic Evaluation and the Shifting Balance Towards Primary Care: Definitions, Evidence and Methodological Issues. Health Economics 1997; 6(3): 275-294.

Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, et al., Capitation, salary, fee-for-ervice and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev 2000; (3): CD002215.

- S. Greß, F. Hessel, S. Schulze, J. Wasem., Prospects of gatekeeping in German social health insurance, *J Public Health* 12:250-258. 2004.
- Green GA., How family physicians are funded in the United States, *MJA* 2004; 181(2): 113-114.
- Green LA, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM., The ecology of medical care revisited. *NEJM*, 2001; 344: 2021-2024.
- R. Grol. Quality development in health care in the Netherlands. the Common Wealth Fund. March 2006.
- Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans: putting the house in order. *JAMA*. 2002;288:889-93.
- Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Physicians' work situation a year after the list patient system reform. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004 Feb 5;124(3):358-61.
- Janecke T. http://www.equip.ch/flx/national_pages/norway/
- Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine* 2002; 24(4): 252-254.
- Hansen BL, Munck A., Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. *BMJ* 1998, 48, 1497-1499.
- Health and Social Care Information Centre. National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2004/05.
(<http://www.icservices.nhs.uk/qofdocuments/Bulletin.PDF>)
- Harald Herholz, The German Ambulatory Health Care System. Kassenärztliche Vereinigung Hassen. 독일의사협회 현지프리젠테이션 자료. 2006.

- W.Himmel, A. Dieteich, M. Kochen, Will German patient accept their family physician as a gatekeeper? *J Gen Intern Med.* 2000;15:496-502.
- Hurley RE, Freund DA, Gage BJ. Gatekeeper effects on patterns of physician use. *J Fam Pract* 1991; 32: 167-74.
- Kaiser Family Foundation and Health Research and Education Trust. Employer health benefits 2004 annual survey, 2005.
- J.A.Knooneurs. Research in general practice. *The Lancet.* 1996;347(4):1236-8.
- V. Lattimer et al., Effect of introduction of integrated out of hours care in England: observational study. *BMJ*, 331(9), 81~84). 2005.
- Lattimer V, George S, Thompson F et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out-of-hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. *Br Med J* 1998; 317: 1054 - 1059.
- Lattimer V, Smith H, Hungin P, Glasper A, George S. Future provision of out-of-hours primary medical care: a survey with two general practitioner research networks. *NNMF* 1996, 312; 352-356.
- Leibowitz, R., Day, S., Dunt, D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 20: 311-317, 2003.
- A Lowy, J Brazier, M Fall, K Thomas, N Jones, and B T Williams. Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ.* 1993; 307(6901): 413 - 417.
- Macinko J, B Starfield, L Shi. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development

- Countries, 1970-1997. *Health Services Research* 2003; 38(3): 831-865.
- De Maeseneer J., Bogaert K, de Prins L, Groenewegen P, A literature review. In: Brown S(ed) *Physician funding and health care systems-an international perspective*. The Royal College of General Practitioners, London. pp 17-32.
- Malcolm L.A., How general practice is funded in New Zealand., *MJA* 2004; 181(2): 106-107.
- D.H. Mark, M.S. Gottlieb, B.B. Zellner, V.K. Chetty, J.E. Midtling. Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians. *J. Family Practice*. 1996. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_n1_v43/ai_18549051
- Martin CM., Hogg W.E., How family physicians are funded in Canada, *MJA* 2004; 181(2): 111-112.
- D.P. Martin, P. Diehr, K.F. Price, W.C. Richardson. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *Am J Public Health*. 1989; 79(12): 1628 - 1632.
- McKinley RK, Cragg DK, Hastings AM et al. Comparison of out-of-hours care provided by patients' own general practitioners and commercial deputising services: a randomised controlled trial. II: the outcome of care. *Br Med J* 1997; 314: 190 - 193.
- A. Millsi, M. Drummond. Value for money in the health sector: the contribution of primary health care. *Health Policy and Planning* 1987; 2(2): 107-128.
- Ministry of VWS. Primary health care in the Netherlands, International Publication Series. Hague. Hague. Health Welfare and Sport; 2005.
- E.D. Morgan, M. Pasquarella, J.R. Holman, Continuity of Care and Patient Satisfaction in a Family Practice Clinic. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2004; 17: 341-346.

- A.W. Murphy, G. Bury, P.K. Plunkett, D. Gibney, M. Smith, E. Mullan, Z. Johnson, Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ* 1996; 312: 1135-1142.
- OECD, Health Data 2007, Paris, 2007.
- OECD. Review of the Korean health care system. 2002.
- Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.
- DM Pickin, A O'Cathain, M Fall, AB Morgana, A Howeb and JP Nicholl., The impact of a general practice co-operative on accident and emergency services, patient satisfaction and GP satisfaction, *Family Practice* Vol. 21, No. 2, 180-182. 2004.
- C. Regueiro, M.M. Hamel, R.B. Davis, N. Desbiens, A. Connors, R. Phillips. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. *American Journal of Medicine*. 1998; 105(5): 366-372.
- Roughead L, Semple S, Vitry A. The value of pharmacist professional services in the community setting. A systematic review of the literature 1990-2002. <http://www.guild.org.au/public/researchdocs/reportvalueservices.pdf>, 18-10-2004.
- Salisbury C(a). Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. *Br Med J* 1997; 314: 1598 - 1599.
- Salisbury C(b). Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative. *Br Med J* 1997; 314: 1594 - 1598.

- Salisbury C(c). Observational study of a general practice out of hours cooperative: measures of activity. *Br Med J* 1997; 314: 182 - 186.
- Salisbury C. The demand for out-of-hours care from GPs: a review. *Fam Pract* 2000; 17: 340-347.
- Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bonn, 2001
- S. Sandier, D. Polton, V Paris, S Thomson. France. In: A. Dixon, E. Mossialos, editors. *Health care systems in eight countries: trends and challenges*. London. London School of Economics & Political Science; 2002. p.32-45
- Sandra Leon and Ana Rico, Sweden, in *European Observatory on Health Care System, Health care systems in eight countries: trends and challenges*, 2004.
- J.W. Saultz, W. Albedaiwi, *Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review*. *Annals of Family Medicine* 2004; 2: 445-451.
- Shi L, J Macinko, B Starfield, J Wulu, J Regan, R Politzer. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US states, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice* 2003; 16(5) : 412-422(a)
- Shi L, J Macinko, B Starfield, J Xu, R Politzer. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985-1995. *Stroke* 2003; 34(8): 1958-1964(b)
- Shi L, J Macinko, B Starfield, J Xu, J Regan, R Politzer, J Wulu. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58 (2004): 374-380
- B.M. Singh, M.R. Holland, P.A. Thorn, *Metabolic control of diabetes in general*

practice clinics: comparison with a hospital clinic. *BMJ*. 1984; 289(6447): 726 - 728.

Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *British Journal of General Practice* 2001; 51: 303-309.

Starfield B, L Shi. Policy relevant determinants of health. *Health Policy* 2002; 60(3): 201-218

Herr Stock, AOK-Hausarzt, 독일지역질병금고(AOK) 현지프리젠테이션 자료. 2006.

Strunk BC, Cunningham PJ. Treading water: Americans' access to needed medical care, 1997-2001. Washington, DC: Center for Studying Health System Change, 2002.

Temmink D, Francke AL, Hutten JB, Van Der ZJ, Abu-Saad HH. Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *J Adv Nurs* 2000; 31(6): 1449-1458.

R.A. Treasure, J.A. Davies. Contribution of a general practitioner hospital: a further study. *BMJ* 1990; 300(6725): 644 - 646.

CJT van Uden, AJHA Ament, SO Hobma, PJ Zwietering, HFJM Crebolder., Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health services Research*, 2005; 5: 6.

US census Bureau. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004, 2005.08.

(Available at: <http://www.census.gov/prod/2005pubs/p60-229.pdf>. Accessed October. 22.2007)

Van Doorslaer E, Masseria C, and the OECD Health Equity Research Group Members. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries.(OECD Health Working Papers No 14). In: OECD. Towards

- High-Performing Health Systems: Policy Studies. Paris: OECD; 2004: 109-165.
- Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Economics* 2004; 13: 629-647.
- C. Van Weel, How general practice is funded in the Netherlands, *MJA* 2004; 181(2): 110-111.
- W.M. Vollmer, M. O'Hollaren, K.M. Ettinger, T. Stibolt, J. Wilkins, A.S. Buist, K.L. Linton, M.L. Osborne, Specialty differences in the management of asthma. A cross-sectional assessment of allergists' patients and generalists' patients in a large HMO. 1997; 157(11): 1201-1208.
- W.P. Welch, M.E. Miller, H.G. Welch, E.S. Fisher, J.E. Wennberg. Geographic Variation in Expenditures for Physicians' Services in the United States. *NEJM* 1993; 328: 621-627.
- Weller DP and Maynard A., How general practice is funded in the United Kingdom, *MJA(Medical Journal of Australia)*, 181(2), 109~110. 2004.
- M. Wensing, R. Baker, J. Szecsenyi, R. Grol. Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe. *Health Policy* 2004; 68(3): 353-357.
- M. Wensing, J. Mainz, P. Ferreirac, H. Hearnshaw, P. Hjortdahl, F. Olesen, S. Reisf, Mats Ribackeg, J. Szécsényi, R. Grola. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. *Health Policy* 1998; 45(3): 175-186.
- WHO, Declaration of Alma-Ata. International conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO; 1978
- WHO, Health Care Systems in Transition, Greece, 1996.
<http://www.euro.who.int/document/e72454.pdf>

K. Zog, Erwartungen der Versicherten ann die Gesetzlichen Krankenversicherug,
in: Arbeit und Sozialpolitik, 2002;3-4

<http://www.out-of-hours.info/index.php?pid=8>

www.isdscotland.org/isd/3305.html

www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/QualityOutcomes~clinical

www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=480&pid=6063

<http://idea.borongs.net/1180560522>

<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Financeandplanning/NHSFinancialReforms/index.htm>

<http://www.hmrc.gov.uk/rates/it.htm>

<http://www.nhs.uk/aboutnhs/howtheNHSworks/Pages/HowtheNHSworks.aspx>

<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/NHScosts/index.htm>

<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/doctorsqual?OpenDocument&Highlight=2,GP,curriculum>

http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_Careers07.pdf

http://www.rcgp.org.uk/pdf/Curriculum_guide_for_learners_and_teachers.pdf

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/GPfeesandallowances/DH_076886

A Responsive and High-Quality Local NHS: The Primary Care Progress Report
2004. London: Department of Health, 2004.

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/93/97/04079397.pdf>

Transforming Primary Care: the Role of PCTs in Shaping and Supporting General
Practice. London: Audit Commission, 2004.

<http://www.audit-commission.gov.uk/Products/NATIONAL-REPORT/8AE80592-69>

BC-48bcAA1AC707CFAD8DE0/TransformingPrimaryCare.pdf

<http://www.rcgp.org.uk/default.aspx?page=2946>(RCGP Home > Services & Contacts > Information Services > Information Services Publications > Information Sheets)

<부록>

1. 일차의료의 효율성과 효과성에 대한 연구 문헌

1.1. 일차의료의 개별특성과 성과에 대한 연구

1) M.C. Gulliford(2002)

이 연구는 일차의료에의 접근성 향상과 인구집단 건강수준과의 관계를 밝히기 위한 목적으로 시도되었다. 1999년 99개의 보건당국(Health Authority) 자료를 분석단위로 하여, 각 보건당국별 일반의 공급량과 건강수준과의 상관관계를 회귀모형을 통해 분석하였다. 건강수준을 나타내는 결과변수는 표준화사망비, 영아사망률, 급성질환과 만성질환으로 인한 병원입원율, 침대임신률을 측정하였다. 설명변수는 인구 만명당 일반의 수이다. 공변량으로는 타운센드 박탈점수(Townsend deprivation score), 소수 인종비율, 낮은 사회계층(4-5그룹)의 비율, 장기불구질환자의 비중을 상정하였다.

분석 결과 일반의 공급이 많을수록 단변량 분석에서 사망률이 낮은 것으로 나타났다. 공변량에 대한 보정을 통해 일반의 공급이 일단위 증가할수록 15-64세 인구의 표준화 사망비가 감소하는 것을 확인하였고 Full 모델에서 일반의 공급량의 한단위 증가는 급성기 질환으로 인한 병원입원 위험의 감소(-14.4), 만성질환으로 인한 병원입원 위험의 감소(-10.6)를 확인하였다. 즉, 영국에서 일반의의 공급증가는 인구집단의 건강수준을 향상시키는 것으로 나타났다.

2) A.S. O'Malley, C.B. Forrest, J. Miranda(2003)

이 연구는 미국 흑인 저소득 계층 여성을 대상으로 일차의료공급자들의 특성과 우울증 환자 치료간의 관계를 환자의 관점에서 분석하였다. 워싱턴 DC에 거주하는 1,202명의 흑인 저소득 계층 여성에 대한 전화설문조사를 통해 제공되는 일차의료의 특성과 환자의 우울증 문제를 발견할 가능성을 조사하였다. 설문문항은 환자의 우울증 상태, 일차의료의 특성요소(접근성, 포괄성, 환자-의사관계, 서비스 조정능력, 지속성)에 대한 구조화된 설문문항을 사용하여 각각의 척도에 대해 측정하였다.

그 결과 일차의료의 모든 특성요인은 우울증이 있는지 여부를 확인하는 일차의사의 진료패턴과 연관이 있었으며, 그 중에서도 일차의사가 더 포괄적인 서비스를 제공할수록 환자들에게 더 많은 질문을 하게 되고 우울증을 발견, 치료할 가능성을 높이는 것으로 나타났다. 이는 일차의료 전달시스템의 포괄성 증대와 환자-의사간 상호신뢰 증진이 취약계층 여성의 우울증 치료 확률을 높인다는 것을 의미한다.

3) Basu J, Friedman B, Burstin H. (2002)

일차의료의 이용가능성(availability)과 예방 가능한 질환으로 인한 병원 입원과의 관계를 분석하였다.

뉴욕지역 20~64세 주민들 중 뉴욕이나 인근 뉴저지, 펜실베이니아, 코네티컷에 입원한 사람의 개인단위 퇴원건을 분석단위로 다중로지트분석 방법을 사용하였다.

통제변수로는 HMO 가입 정도, 개인특성요인, 지리적 변수들을 사용하였고 종속변수는 병원입원변수로서 외래민감질환으로 인한 입원, 마커입원(위급하지만 외래민감 질환은 아닌 질병)을 상징하고 이때 질병의 중증도를 보정하였다.

그 결과 일차의료 이용가능성이 높을수록 마커입원에 비해 외래민감질환으로 인한 입원 발생 가능성을 낮추는 것으로 나타났고 특히 민간HMO 가입자들의 경우 다른

민간 보험가입자에 비해 외래진료 민감질환으로 인한 입원이 낮은 것으로 나타났다. 그러나 메디케이드 HMO 가입자들에 대해서는 다른 메디케이드 가입자들과 별 차이를 보이지 않았다. 이 연구 결과 일차의료서비스가 많이 제공되면 외래진료 민감질환으로 인한 입원이 감소하고 추가적인 진료의뢰가 증가하지 않으므로 미국에서 일차의료를 확대할 필요성을 증명된 것이라 할 수 있다.

4) Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, Auckland MJ, Cicuttini F.(2002)

외래민감 질환으로 인한 입원건을 이용하여 도시와 시골의 서로 다른 일차의료 접근성의 효과를 평가하였다. Victorian Admitted Episodes Dataset (VAED)과 Data from the Health Insurance Commission, Medical Labour Force Annual Survey를 이용하여 지역별 사회경제력 지표, 접근성 지표와 개인차원 및 집단차원의 외래민감 질환으로 인한 입원건의 관계를 시골/도시 지역별로 나누어 확인하였다. 그 결과 성, 연령, 질환의 위중도 등을 보정하였을 때 외래민감 질환으로 인한 입원율은 무보험, 외딴 곳에 사는 정도, 낮은 인구밀도, 일반의수가 적은 것, 그리고 지역사회 사회경제적 수준, 낮은 교육 수준, 경제적 자원 등과 연관이 있는 것으로 나타났다. 즉, 적시에 효과적인 치료를 받지 못하면 외래민감 질환으로 인한 입원이 늘어나고 특히 사회경제적 지위가 낮은 그룹들이 그 영향을 크게 받는 것으로 나타났다. 따라서 진료의 지속성과 즉시성을 보장하는 일차의료의 강화가 필요하다고 결론지었다.

(5) Shi L, J Macinko, B Starfield et al., 2003.

이 연구는 일차의료와 소득불평등, 그리고 인구집단의 건강수준간의 관계를 살펴보기 위해 수행된 연구이다. 미국 통계청과 질병관리예방본부, 미국의사협회의 자료등을 이용하여 1980, 1985, 1990, 1995년도 미국 50개 주지역 단위의 정보를 수집하였

고 연구변수의 시점값과 지연값(time lagged value)을 포함하여 모형을 설계한 Ecological, Time Series 분석이다.

이 연구의 독립변수는 각 주별로 일차의료의사의 전문과에 따라 구분한(일반의, 내과, 소아과) 일차의료의사의 밀도이고 결과변수는 각 주별 표준화 사망비이다. 또한 중요한 공변량으로는 두가지 방법(Robin Hood index, Gini coefficient)으로 측정한 소득불평등 지수이다.

분석결과 다중회귀모형에서 각 시점의 소득불평등과 이전 시점의 소득불평등 모두 전체 사망률과 밀접한 관계를 보이는 것으로 나타났다. 지역내 일차의사가 많은 것은 사망률을 낮추는데 기여하는 것으로 나타났으며, 그에 비해 전문의 진료는 사망률 증가와 연관을 보였다. 일차의료를 전문분야별로 나누면 가정의만이 낮은 사망률과 지속적인 연관관계를 보였다.

따라서 일차의료를 강화하는 것, 그 중에서도 특히 가정의 중심의 일차의료를 강화하는 것이 소득불평등이 높은 상태에서도 사망률을 낮출 수 있는 방법이라고 저자들은 제안하였다.

(6) Shi L, J Macinko, B Starfield, J Xu, R Politzer. 2003.

일차의료가 뇌졸중 사망에 있어 소득불평등으로 인한 영향을 감소시킬 수 있는지 살펴보기 위해 시행된 연구이다. 미국 각 주 단위 11년 자료를 이용한 pooled time-series cross-sectional analysis로서 총 549개의 주단위 자료가 사용되었다. 이 연구의 인구당 일차의사수, 결과변수는 뇌졸중으로 인한 사망률이다. 공변량으로는 소득불평등도, 실업, 인구집단의 교육수준, 인구집단의 인종구성, 도시지역에 사는 인구비중(%) 등이 포함되었다.

분석결과 일차의료는 모든 full 모형에서 뇌졸중 사망과 음의 관계를 보이는 것으로 나타났다. 그러나 소득불평등이 뇌졸중으로 인한 사망에 미치는 영향에 대해 일차의

료는 별다른 효과를 보이지 않는 것으로 나타났다.

(7) Shi L, J Macinko, B Starfield et al., 2004.

일차의사의 공급이 미국에서 사회불평등으로 인한 영아건강수준(영아사망률, 신생아 사망률, 저체중아 출생) 저하에 미치는 영향을 감소시킬 수 있는지를 미국 50개 주에 대한 자료를 이용하여 검증한 연구이다. 1985~1995년까지 11년간의 미국 50개주 자료(n=549)를 이용한 Time Series Ecological 분석을 실시하였으며, 독립변수는 인구당 현업 일차 의사수(일반의, 내과, 소아과), 결과변수: 저체중아(2500g 미만) 출생, 영아사망율이었다. 공변량은 소득불평등 지수(Gini), 아프리카계 미국인의 비율, 도시 인구비율, 실업인구비율, 25세 이상 인구 중 20년 이상 교육을 받은 인구수 비율을 상정하였다.

분석 결과 일차의료는 영아사망률과 저체중아 출생에 음의 상관관계를 보였고 이러한 관계는 lagged model과 contemporaneous 모델에서 모두 유효한 것으로 나타났다. 또한 소득 불평등이 저체중아 출생 및 영아사망율과 양의 상관관계를 보였으나 공변량을 포함하였을때 소득불평등과 영아사망률과의 관계는 사라졌다. 결론적으로 일차의사를 많이 공급하는 것, 특히 상대적으로 박탈된 지역에 대한 일차의료의 투입이 영아사망률과 저체중아 출생을 예방할 수 있는 것으로 나타났다.

8) D.H. Mark, M.S. Gottlieb, B.B. Zellner, V.K. Chetty, J.E. Midtling. (1996)

미국 전 도시지역(metropolitan counties)에 대해 일차의사 공급과 메디케어 part B 급여수준과의 관계를 선형회귀모형을 통해 분석하였다. 종속변수는 1인당 메디케어 파트 B 급여액이었으며 독립변수는 지역의 의사공급수, 통제변수는 지역사회의 가격 수준차이, 지역특성, 인구학적 특성(연령 · 성별 구성)이었다.

분석 결과 통제변수를 통제하였을 때 일차의사가 많은 지역은 메디케어 파트B 급여

액이 낮은 것으로 나타났다. 그러나 비일차의사가 많을수록 일인당 급여액 수준은 높은 것으로 나타났다. 즉, 지역에 일차의료의사가 많을수록 보건의료비 지출액이 감소한다는 것으로 일차의료의 미국에서는 비용을 절감시키는 효과가 있다는 연구 결과이다.

9) W.P. Welch, M.E. Miller, H.G. Welch, E.S. Fisher, J.E. Wennberg. (1993)

317개 미국 도시지역(MSA 단위)에 대해 메디케어 청구자료를 이용하여 비용의 차이를 분석하였다. 종속변수는 병원입원율, 입원당/환자당 입원시 의사서비스 비용, 환자당 외래 의사에게 지불한 비용, 환자당 총의사비용이었고 통제변수는 성별, 연령, 진단구성(case-mix)이었다. 분석 결과 입원율이 높은 지역은 입원시 의사비용도 높고 입원서비스 비용이 높은 지역은 외래서비스 비용도 높았다. 비용수준은 인구당 전체 의사수와 연관이 있는 것이 아니라 일차의사수와 연관이 있었다. 즉, 일차의사가 적은 지역에서 비용이 높게 나타난 것이다. 결론적으로 지역별 진료비의 차이는 의사들간에 제공해야 할 서비스에 대한 합의가 이루어져 있지 못하다는 것을 의미하는데, 이러한 차이는 전반적인 의사수보다 일차의사와 전문의의 혼합비율에 의한 진료양식의 차이에 영향을 많이 받는다고 볼 수 있다.

10) D.P. Martin, P. Diehr, K.F. Price, W.C. Richardson. (1989)

이 연구는 미국 HMO에 문지기 시스템이 들어오던 초기에 그 효과를 평가하기 위해 실시된 무작위 실험연구이다. 미국 워싱턴 지역 근로자와 가족들 중 United HealthCare (UHC)라는 프로그램에 새로 가입하는 가입자 1,239명에 대해 무작위로 문지기 시스템이 있는 프로그램과 그렇지 않은 프로그램에 할당하여 서비스 이용량의 차이를 살펴보았다. 양쪽 가입자의 인구학적 구성, 본인이 자각하는 건강상태,

UHC 이외 다른 건강보험 가입상태나 급여 수준은 모두 똑같았다.

가입자당 의사방문횟수를 통해 살펴본 접근성은 문지기 시스템 유무에 따른 차이가 없이 모두 높은 접근성을 보이는 것으로 나타났다.

한편, 의료이용의 내용적 측면에서 문지기 기능이 있는 보험의 환자들이 일차의사를 더 많이 방문하고 전문의 방문을 상대적으로 적게 하는 것으로 나타났다. 또한 문지기 기능이 있는 경우 그렇지 않은 경우에 비해 한사람당 급여비 청구액이 6% 정도 (21달러) 낮았다. 양 집단 일차의사들의 처치나 투약 양상등의 차이는 없었으나 절대적인 처치나 투약량은 문지기 의사들이 적었다.

병원 서비스 이용에 대해서는 병원서비스를 이용한 주된 이유(진단, 주된 처치, 주된 검사 등)를 분석한 결과 양 집단간에 큰 차이가 없었다.

비용 절감은 입원서비스보다는 주로 병원서비스에서 나타났는데 이는 한사람당 전문의 방문횟수가 평균 3회 정도 낮기 때문이었다.

따라서 초기 연구결과에서는 문지기시스템을 도입하여 유인과 패널티를 줄 경우 전문의 방문을 줄임으로써 외래서비스 비용을 줄일 수 있을 것으로 예측되었다.

11) B.M. Singh, M.R. Holland, P.A. Thorn. (1984)

영국에서 당뇨병환자에 대해 개인의원에서 근무하는 일반의 서비스와 병원클리닉에서 제공하는 서비스를 비교한 연구이다. 당뇨병환자들의 구분은 식이만 하는 그룹, 구강인슐린 섭취그룹, 하루에 인슐린을 두 번 투약하는 그룹으로 구분하였고 당뇨병진료에 대한 효과 측정 변수로서 혈당수준, HbA1C 측정치로 평가하였다. 연구결과 일반의 서비스와 병원 서비스 간에 당뇨병환자 진료 성적에 있어서는 큰 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다.

12) A. Millsi, M. Drummond (1987).

암묵적으로 첫 번째 관문으로서 이차의료는 부적절하고 일차의료이 필요한 서비스를 잘 제공하는 대안으로 인식되고 있는데 Millsi와 Drummond(1987)는 이와 관련해서, 실증적 연구들에 의하면 저소득 국가에서는 일차의료의 비용효과성이 거의 확실시 된다고 하였다.

13) I Aaraas, H Sorasdekkkan, IS Kristiansen (1997).

노르웨이에서 일차의사가 주도하는 병원은 다른 병원에 비해 낮은 비용에 서비스를 제공할 수 있다는 연구결과가 있다. 이 연구는 일반의 중심 병원이 다른 병원보다 비용을 줄이는지 살펴보기 위해 진행되었다. 15개의 일반의 병원에 입원한 415건 (1992년 8주 동안)에 대한 분석을 기초로 1년간의 총 병원비용을 추정하였다. 비교대안이 되는 병원으로 일반 종합병원, 간호요양시설 등에 대한 비용은 해당 병원에 대한 예산액을 기준으로 추정하였다. 일반의 병원의 연간 총 비용은 32.2million 노르웨이 달러였고 비교대안이 되는 병원은 평균 연간 총 35.9million 노르웨이 달러였다. 이는 일반의 중심 병원이 좀 더 저렴하게 효과적인 서비스를 제공할 수 있음을 의미하는 것이다.

14) R.A. Treasure, J.A. Davies (1990).

이 연구는 1971년의 일반의 병원에 비해 1986-1987 일반의 병원의 진료실적으로 비교하고자 하는 목적이 가장 컸다. 결론적으로 일반의 병원이 전체 지역사회 입원과 치료에서 차지하는 비중이 10년 전인 1971년보다 크게 늘어서 NHS에서 일반의 병원의 역할을 확장해야 한다고 하였다. 입원일당 평균비용은 지역사회 다른 병원보다

낮았다(£71.07 대 £88.06). 또한 일반의가 제공하는 서비스가 병원 전문의가 제공하는 서비스에 비해, 병원 응급실 서비스 제공에 있어서 조차 더 낮은 검사와 낮은 진료의뢰율, 낮은 처방률을 보이는 것으로 나타났으며, 그럼에도 불구하고 건강상의 결과나 환자의 만족도는 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 일차의료가 매우 비용 효과적임을 보여주는 것이다.

15) A.W. Murphy 등(1996)

비응급 상황으로서 응급실 진료에 대해 일반의와 병원 전문의간에 진료내용의 차이가 있는지를 살펴보는 연구였다. 연구방법은 무작위통제실험(RCT)이었으며, 도시에 있는 응급실 진료소로 3명의 지역일반의를 기간단위로 고용하고 있는 병원에서의 진료내역을 분석하였다.

분석대상은 응급실 내원환자 중 준응급환자(semiurgent), 비응급환자(delay acceptable)로 분류된 4,684명의 환자였고 이들 각 환자에 대한 결과측정치는 검사율, 진료의뢰율, 처방율, 환자들의 만족도 점수, 30일 내 응급실 재방문건수, 응급실 내원 후 한 달 동안의 건강수준, 그리고 비용의 차이였다.

연구결과 준응급환자의 경우, 일반의는 병원전문의보다 검사를 20% 적게 하고 타병원 의뢰율도 39% 낮았다. 입원 또한 45% 정도 적게 하였으나 약 처방은 41% 정도 더 많이 하는 것으로 나타났다. 비응급환자들에 대해서도 거의 유사한 결과가 나왔다. 환자의 만족도나 건강상의 결과에 대해 전문의와 일반의 간의 차이가 없었다. 모든 환자에 대해 한계비용절감분과 총 비용 절감분은 각각 £1,427, £117,005였다.

16) A Lowy, J Brazier, M Fall, K Thomas, N Jones, and B T Williams. 1993

영국에서 긴 대기줄을 줄이고 환자의 서비스 접근성을 향상시키기 위해, 1990년 가

벼운 수술을 일반의가 시술하도록 허용하는 계약을 체결한 바 있다. 이에 대해 1990년을 기준으로 한 전후 관찰연구를 통해 일반의가 가벼운 수술을 할 수 있게 됨으로써 병원의 업무부담이 얼마나 줄었는지에 대한 연구가 이루어졌다.

4개의 가족보건당국, 22개 일반의 진료소 소속 환자들에 대한 진료기록을 1990년 4-6월과 1991년 4-6월을 관찰한 결과, 일반의의 가벼운 수술 시술건수가 1990년 계약 전후로 600건에서 847건으로 41% 증가하였다. 그러나 일반의가 직접 시술을 하지 않고 병원에 의뢰한 시술건수는 385건에서 388건으로 큰 차이가 없었고 실제 병원에서 이루어진 시술 건수 또한 187건에서 189건으로 차이를 보이지 않았다. 이는 1990년 계약이 서비스 제공량을 추가시키는데 기여했을 뿐 병원 업무량을 감소시키거나 일반의 진료의 위중도를 증가시키는데 기여했다고 볼 수 없다는 것을 의미한다. 그러나 가벼운 수술에 대한 환자들의 전반적인 접근도는 향상되었다고 볼 수 있다.

일부에서는 전문의 서비스가 오히려 병원 입원에서는 더 우위에 있다고 말한다. 그러나 이런 우위는 외래에서는 나타나지 않는다고 한다.

17) Go AS, Rao RK, Dauterman KW, Massie BM. 2000.

의사의 전문성이 관상동맥질환이나 심부전에 대한 지식, 진료, 환자 성과에 대해 어떤 영향을 미치는지 보기 위해 기존 연구에 대한 systematic review 연구를 수행하였다. 관련 논문은 Medline(1980~1997), Bibliographs Reference를 통해 검색하였으며, 24개 논문에 대한 검토 결과, 심장전문의들이 일반의들에 비해 관상동맥질환과 심부전에 대한 최적의 관리방식 및 평가방식에 대한 지식을 많이 확보하고 있었다. 그러나 실제 진료에서 ACE Inhibitor 사용에 대해서는 별 차이가 없었다. 불안전 협심증이나 심근경색증 환자의 경우, 심장의에게 치료를 받을수록 입증된 치료를 받을 확률이 높았고, 지질저하약제의 사용가능성도 높았다. 또한 심장의가 진료할 경우

심부전에 대한 ACE inhibitor 처방이 더 흔했고 단기간 재입원율이 더 낮았다. 결론적으로 심장전문의의 진료를 받을 경우 근거에 입각한 치료를 받을 확률이 더 높았으므로 일차의료에 있어 협동진료체계를 모색할 필요가 있다.

18) A.D. Auerbach, M.B. Hamel, R.B. Davis 등(2003)

Go 등(2000)의 연구와 동일한 연구이다. 울혈성 심부전증 환자를 대상으로 심장전문의의 진료와 일반의의 진료를 받았을 경우 진료비용, 진료패턴, 생존율을 확인하기 위해 1989~1994까지 미국 대학병원에서 진료를 받은 중증 울혈성 심부전증 환자 1,298명을 대상으로 실시한 전향적 코호트 연구이다. 병원비용, TISS(therapeutic intervention scoring system) 점수, 생존률 등에 대한 정보를 수집하여 분석한 결과, 일반의에 비해 전문의 환자들이 더 입원 상태가 위중하고 더 많은 시술(심전도, 심장카테터 시술, 집중진료)을 받았다. 초기 사망률의 차이는 없었으나 1년 이후 시점부터는 전문의 환자들의 생존확률이 더 높은 것으로 나타났다. 이 연구의 결론은 전문의들이 더 높은 비용을 유발하지만 그만큼 더 생존율이 높은 것으로 나타났다.

19) C. Regueiro, M.M. Hamel, R.B. Davis, N. Desbiens, A. Connors, R. Phillips. (1998)

앞 서 두 연구와 동일한 연구로서 연구대상은 심각한 폐색성 폐질환(COPD) 환자였다. 심각한 COPD로 입원한 환자에 대해 일반의와 폐전문의(pulmonologist)간의 진료차이를 살펴보기 위한 연구로 미국 5개 대학병원에서 진료받은 866명의 성인 환자를 대상으로 전향적 코호트 조사를 실시하였다. 자원사용량의 강도는 역시 TISS 점수를 통해 파악하였고 진료비용을 조사하였다. 환자 구성의 차이를 보정하기 위한 Propensity Score 법도 사용하였다.

866명의 환자 중 512명은 일반의, 354명은 폐전문의 환자였다. 환자의 평균 70세 고연령군으로 14%가 30일 이내에 사망하였다. 자원사용량과 병원비 등은 두 그룹의 의사에게 있어 큰 차이가 없었으며, 사망률에 있어서도 전문의와 일반의간의 차이가 없었다.

20) W.M. Vollmer, M. O'Hollaren, K.M. Ettinger, T. Stibolt, J. Wilkins, A.S. Buist, K.L. Linton, M.L. Osborne,. (1997)

천식 환자의 의학적 관리의 패턴 및 질적 수준의 전문과별 차이를 비교하기 위해 시도된 연구이다. 1개 대규모 HMO 환자들을 중심으로 조사하였으며, 15-55세 환자 392명에 대한 진료내역을 천식특성, 의료이용양상, 삶의 질(Quality of Life) 변수별로 살펴보았다. 연구결과 전문의 진료를 받는 환자가 Inhaled Anti-Inflammatory Agents, 경구용 스테로이드 처방을 더 많이 받았고 질적수준에 대한 측정결과도 전문의 진료를 받는 환자들이 SF-36 척도(신체기능, 정서적 역할, 신체통증수준, 일반적 건강수준)로 측정하였을 때 더 좋은 점수를 받았다.

1.2. 각 국가별 일차의료시스템의 특성 및 보건의료시스템의 성과와의 관계에 대한 연구

(1) Macinko J, B Starfield, L Shi. 2003.

18개 OECD 선진국을 대상으로 일차의료시스템이 각 국가의 건강 결과에 기여한 바를 밝혀내기 위해 시도된 연구이다. 분석대상은 OECD 가입국 중 상대적으로 부유한 18개 국가로서, 1970년~1997년까지 30년 자료에 대한 pooled, cross-sectional, time series 분석을 시도하였다. 주된 자료원은 OECD health Data 2001이었으며, 분

석단위는 각 연도별 국가이다.

독립변수는 지역적 안배, 자원, 일차의료공급자, 일차의료에 대한 본인부담, 지속성, 문지기 기능, 포괄성, 조정력, 가족중심성, 지역사회 중심성 등을 중심으로 평가한 일차의료시스템 점수이며, 결과측정 변수로서 건강수준은 연령성별 보정 표준화 사망률과 출생시 기대여명, 표준화 조기사망율(*premature mortality*, PYLL), 예방가능했던 사망에 대한 대리변수로서 기관지·천식·기흉으로 인한 조기사망, 뇌혈관계질환으로 인한 조기사망, 허혈성 심질환으로 인한 조기사망, 폐렴 및 독감으로 인한 조기사망을 측정하였다. 한편, 인구당 의사수, 알콜 소비정도, 인구당 흡연량(g), 소득, GDP, 인구당 외래의사 방문수, 65세 이상 인구비중을 통제하였다.

분석결과 일차의료시스템이 잘 갖추어져 있을수록 표준화 사망률과 표준화 조기사망율이 낮았으며, 심혈관계 질환이나 폐렴·독감 등 예방 가능했던 질환으로 인한 사망률이 낮았다. 또한, 지역별 통제, 지속성, 조정능력, 지역사회 지향성(*orientation*) 등 일차의료의 모든 특성이 건강수준 향상과 관련이 있는 것으로 나타났다.

(2) Starfield B, L Shi. 2002.

이 연구에서는 13개 선진국을 대상으로 각 국가 일차의료 기반의 상대적인 강점과 국가 소득불평등 수준 등이 인구집단의 건강에 대해 갖는 효과를 분석하였다. 독립변수가 되는 각 국가별 보건의료체계내에서 일차의료에 대한 강조의 정도는 일차의료의 15개 특성에 기반한 지수를 통해 산출하였으며, 건강수준을 측정하는 결과변수는 인구당 진료비용, 저체중아 출생률, 주산기 사망율, 영아 사망율, 기대여명(40세, 65세, 80세 인구 기준) 등을 통해 산출하였고 비용수준도 고려하였다. 한편, 중요한 공변량은 소득불평등(*Gini*)과 흡연자율이다.

연구결과 강력한 일차의료체계를 가진 국가일수록 시스템 전반의 비용이 낮았다. 일차의료 기반이 취약한 국가는 건강 성과에서도 좋지 못한 성과를 보였으며, 일차의

료에 대한 강조정도가 중위권인 국가들에서는 일차의료기반이 튼튼한 국가와 전반적으로 유사한 건강상태를 보였다. 그러나 일차의료에 대한 수요가 높은 저연령대(영유아기) 건강과 관련하여서는 일차의료에 대한 정책우선순위가 높은 국가가 정책우선순위가 중간정도인 국가보다도 더 좋은 성과를 나타냈다.

시스템 전반적인 특성(자원의 형평한 분배, 공적재원에 의한 보장, 낮은 본인부담비용, 서비스의 포괄성, 가족지향적 서비스 등)이 국민의 건강성과와 연관을 맺고 있었으며, 소득불균형이나 흡연 등 단일 요인이 해당 국가의 전반적 성과를 설명해주는 데는 부족했다.

결론적으로 굳건한 일차의료시스템은 높은 건강수준 달성에 중요한 요인이고 이는 시스템 전반의 특성 및 적절한 비용지출과 연계되었을때 더 좋은 성과를 기대할 수 있다.

(3) Starfield B. 2001.

이 논문은 기존 연구에 대한 종합, 분석 조사 논문으로서 일차의료가 발달한 국가들은 비용이 적게 들고 건강한 인구를 유지하고 있는 것으로 나타났음을 설명하고 있다. 개별 국가단위에서 전문의 비중과 상관없이 일차의사비중이 높은 국가는 인구의 건강수준이 높았고 일차의사 비중이 높을수록 사회 불평등의 부정적인 측면을 부분적으로 상충시킬 가능성이 높다고 하였다.

(4) Docteur E, Oxley H. , 2004.

이 연구에서 여러 국가의 보건의료비용의 차이를 결정짓는 요인에 대해 다양한 연구결과들을 분석하여 종합한 결과를 제시하였다. 결론적으로 외래부문의 역할 및 조직구조가 보건의료체계의 전체적인 효율성과 효과성의 매우 핵심적인 요인인 것으로 나타났는데, 각국의 시계열 횡단면 연구결과 다른 모든 요인들이 변화없이 동일

하다고 하였을 때 일차의료에 국민들이 직접 방문할 수 없는 보건의료체계를 가진 국가의 전체적인 비용이 낮은 것으로 나타났다. 즉, 이것은 일차의료의 문지기 역할을 수행하는 것을 의미한다. 또한 외래진료를 담당하는 일차의사가 주로 등록환자에 대한 인두제 방식을 적용받는 국가가 비용이 저렴한 것으로 나타났다.

저자는 문지기 시스템과 등록 시스템이 일차의료의 강한 국가들에서 주로 관찰되는 특성이라고 지적하면서 문지기 기능은 일차의료공급자에게 보건의료시스템의 첫 번째 접촉지점으로서의 지위를 부여함으로써 그 영향력을 상승시키는 역할을 하며, 인두제 방식의 적용은 등록 시스템하에서 가능한 것이라고 하였다. 이 두 가지는 모두 지속성, 진료의 포괄성, 서비스 제공의 조정력을 증가시키는 기반이고 이것은 일차의료의 가장 중심적인 가치이기도 하다고 하였다.

(5) Doorslaer 등(2004), Doorslaer 등(2004 b)

이 연구는 12개 유럽연합국가들을 대상으로 소득계층간 일반의 서비스 이용과 전문의 서비스 이용양상의 불평등이 존재하는지 살펴보고 그 요인에 대해 분석한 국가별 비교분석연구이다. 자료는 1996 유럽연합가계패널자료(European Community Household Panel, ECHP)를 사용하였다. 일반의 서비스와 전문의 서비스 각각에 대해 최초 방문이 이루어질 확률과 이전 방문을 조건부로 추가적 방문이 이루어질 확률에 대한 probit, truncated Negbin and generalised Negbin model을 사용한 분석을 실시하였다.

그 결과 일반의 방문확률에 대해서는 소득수준에 따른 불평등을 찾을 수 없었고 한번 이루어진 방문을 조건으로 한 조건부 방문에 대해서는 가난한 자에게 유리한 불평등을 발견하였다. 반면, 전문의 방문확률은 거의 모든 국가에서 부자에게 유리한 불평등이 존재하였고 이는 연구대상 국가 전체에 동일하게 나타났다. 다만, 불평등의 정도는 민간보험의 존재 및 서비스 공급주체가 민간위주인 경우 더 큰 것으로

나타났다. 조건부 추가방문확률 또한 고소득층에게 유리하였으나 다른 어떤 요소보다는 지역적 요인이 좀 더 큰 영향을 미쳤다.

이 연구의 결과는 그간 서비스 제공의 보편성 향상을 위한 유럽국가의 노력에도 불구하고 서비스 이용양상은 소득계층별로 차이가 존재함을 보여준 것이라 할 수 있다.

(6) M. Wensing, R. Baker, J. Szecsenyi, R. Grol. (2004)

NHS의 특성과 국민이 평가하는 일차의료와의 관계를 평가하기 위한 연구로서 17개국 25,052명의 국민을 대상으로 설문조사를 실시한 국가비교 연구이다. 일반의 진료에 대한 환자들의 평가와 만족도(EUROPEP tool 사용)를 주로 측정하였고 보정을 위한 변수로는 일반의의 비율, 전반적인 의사공급량, 행위별 수가제 시행 여부, 문지기 기능 채택 여부 등을 고려하였다. 그 결과 NHS내에서는 환자들은 대부분 일차의사에 대한 만족도가 매우 높았지만 이것이 강력한 일차의료의 특성요인과 연관되어 있다는 것은 발견하지 못했다.

(7) Eric et al. 2004.

이 연구는 미국내에서 일차의료의사를 지정받는 환자들의 만족도와 연관있는 요인에 대한 분석을 위해 실시되었다. 저자는 military medical center에 있는 family practice residency clinic에 있는 환자들에게 1주일간의 설문조사 작업을 실시하였다. 응답자는 일차의료이용이 일반 국민과 별 차이가 없는 환자군이었고 응답률은 68.3%였다. 회귀분석 결과 환자 만족도의 12%가 장기간의 지속성과 연관이 되어 있었으며, 23%는 일차의사에 대한 만족도, 17%는 약속을 얼마나 쉽게 할 수 있는가와 연관이 되어 있다. 연간 10회 이상 의사방문을 하는 다빈도 이용군의 경우 78%가 만족도와 장기간의 지속성이 연관이 있는 것으로 나타났다. 결론적으로 서비스를 많

이 이용하는 사람일수록 만족도는 지속성과 연관이 있었다.

(8) J.W. Saultz, W. Albedaiwi (2004)

서비스의 지속성과 환자의 만족도간의 관계를 규명하고 향후 전략을 밝히기 위해 기존문헌에 대한 체계적 메타분석을 실시하였다. 1996년부터 2002년 4월까지 MEDLINE database에 있는 문헌 중 interpersonal continuity of patient care와 관련된 연구결과를 검색하였는데, 총 30개의 문헌 중 22개가 original research였으며, 19개 연구에서 지속성이 있는 경우 높은 만족도가 있는 것으로 보고되었다. 즉, 기존 연구문헌을 종합한 결과 일관되게 서비스 지속성과 환자 만족도간에는 강한 상관관계가 존재함을 알 수 있다.

9) M. Wensinga 등(1998)

보건의료에 대한 환자의 우선순위를 무엇으로 두고 있는가가 정책 결정에 있어 중요해짐에 따라 저자들은 각국 일차의료의 강점과 약점을 알아보기 위해 덴마크, 독일, 이스라엘, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴, 영국의 3,540명 국민에게 설문조사를 실시하였다. 조사결과, 각 국가마다 국민들이 지적한 일차의료의 질적수준 관련 문제점이 달랐는데 포르투갈은 일반의가 시간외 진료에 관여가 적은 점, 스웨덴과 노르웨이, 네덜란드는 routine screening이 없는 점, 독일은 일차의가 책임져야 할 환자군이 설정이 되어 있지 않다는 점, 독일과 스웨덴은 문지기 기능이 부여되어 있지 않다는 점, 스웨덴은 가정방문이 거의 없다는 점을 들었다.

2. 영국 주치의 서비스 질관리 지표

2.1. Clinical Domain

Coronary Heart Disease(CHD)

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
CHD 1: CHD 등록 환자 명부를 작성할 수 있다.	4	
Diagnosis and Initial management		
CHD 2: 운동검사 또는 특수 검사에 의뢰된 신규 협심증 환자의 비율(%)	7	40-90%
On-going management		
CHD 5: 혈압 수치가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 CHD 환자 비율	7	40-90%
CHD 6: 가장 마지막으로(지난 15개월 중) 측정한 혈압이 150/90 이하인 CHD 환자 비율	19	40-70%
CHD 7: 총콜레스테롤 수치가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 CHD 환자 비율	7	40-90%
CHD 8: 가장 마지막으로 측정한 총콜레스테롤 수치가 5mmol/l 이하인 CHD 환자 비율	17	40-70%
CHD 9: 지난 15개월 이내의 기록에서 아스피린, 항응고제 대체요법 또는 항혈전제를 복용하고 있는 CHD 환자 비율	7	40-90%
CHD 10: 현재 β -block을 처방받고 있는 CHD 환자의 비율	7	40-60%
CHD 11: 현재 ACE inhibitor 또는 angiotensin II antagonist를 처방받고 있는 심근경색(MI) 과거력이 있는 환자의 비율	7	40-80%
CHD 12: 9월 1일에서 3월 31일 사이에 독감 예방접종을 받은 CHD 환자의 비율	7	40-90%

Heart failure(HF)

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
HF 1: HF 환자 등록 명부를 작성할 수 있다.	4	
Initial diagnosis		
HF 2: 심장초음파 또는 특수 검사에 의해 HF로 진단된 환자 비율	6	40-90%
On-going management		
HF 3: ACE inhibitor 또는 angiotensin Receptor Block으로 치료받고 있으며, LVD로 인해 HF로 진단된 환자의 비율	10	40-80%

Stroke과 TIA

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
STROKE 1: 뇌졸중 또는 TIA 등록 환자 명부를 작성할 수 있다	2	
STROKE 11: 추가 검사를 위해 의뢰된 대상자 중 뇌졸중 신규 환자의 비율	2	40-80%
On-going management		
STROKE 5: 혈압 수치가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 TIA 또는 뇌졸중 환자의 비율	2	40-90%
STROKE 6: 가장 마지막으로 측정한 혈압이 150/90 이하로 TIA 또는 뇌졸중 과거력이 있는 환자의 비율	5	40-70%
STROKE 7: 총콜레스테롤 수치가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 뇌졸중 또는 TIA 환자의 비율	2	40-90%
STROKE 8: 가장 마지막으로 측정한 총콜레스테롤 수치가 5mmol/l 이하인 뇌졸중 또는 TAI 환자 비율	5	40-60%
STROKE 12: 항응고제 또는 항혈전제를 복용하고 있는 TIA 과거력이 있는 환자의 비율 또는 출혈증상이 없는 뇌졸중 환자의 비율	4	40-90%
STROKE 10: 9월 1일에서 3월 31일 사이에 독감 예방접종을 받은 뇌졸중 또는 TIA 환자의 비율	2	40-85%

Hypertension

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
BP 1: 고혈압 등록 환자 명부를 작성할 수 있다	6	
On-going management		
BP 4: 혈압 수치가 지난 9개월 기간 중에 기록되어 있는 환자의 비율	20	40-90%
BP 5: 가장 마지막으로 측정된(지난 9개월 이내 중) 혈압 수치가 150/90 이하인 고혈압 환자의 비율	57	40-70%

Diabetes mellitus(DM)

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
DM 19: 1형 또는 2형으로 당뇨 유형을 구분하여 17세 이상 당뇨 환자 등록 명부를 작성할 수 있다.	6	
On-going management		
DM 2: BMI가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 당뇨 환자의 비율	3	40-90%
DM 5: HbA1C 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 당뇨 환자의 비율	3	40-90%
DM 20: 가장 마지막으로 측정한 HbA1C가 7.5 이하인 당뇨 환자의 비율	17	40-50%
DM 7: 가장 마지막으로 측정한 HbA1C가 10 이하인 당뇨 환자의 비율	11	40-90%
DM 21: 신기능검사 수행 상태가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 당뇨 환자의 비율	5	40-90%
DM 9: 맥박이 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 당뇨 환자의 비율	3	40-90%
DM 10: 신경병증(neuropathy) 검사 수행 상태가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 당뇨 환자의 비율	3	40-90%
DM 11: 혈압 수치가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 당뇨 환자의 비율	3	40-90%
DM 12: 가장 마지막으로 측정한 혈압이 145/85 이하인 당뇨 환자의 비율	18	40-60%
DM 13: micro-albuminuria 검사 상태가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 환자의 비율(단백뇨 기록이 있는 환자는 제외)	3	40-90%
DM 22: eGFR 또는 creatinine 결과가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 당뇨 환자의 비율	3	40-90%
DM 15: ACE inhibitor(A2 antagonist) 처방을 받으면서 micro-albuminuria 또는 단백뇨가 있는 당뇨 환자의 비율	3	40-80%
DM 16: 총콜레스테롤 수치가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 당뇨 환자의 비율	3	40-90%
DM 17: 가장 마지막으로 측정한 총콜레스테롤 수치가 5mmol/l 이하인 당뇨 환자 비율	6	40-70%
DM 18: 9월 1일부터 3월 31일 기간에 독감예방접종을 받은 당뇨 환자의 비율	3	40-85%

Chronic obstruction pulmonary disease

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
COPD 1: COPD 등록환자 명부를 작성할 수 있다.	3	
Initial diagnosis		
COPD 9: spirometry로 진단된 COPD 환자의 비율	10	40-80%
On-going management		
COPD 10: FeV1이 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 COPD 환자의 비율	7	40-70%
COPD 11: 흡입제 처방을 받은 후 호흡 기술에 대한 체크 상황이 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 COPD 환자의 비율	7	40-90%
COPD 8: 9월 1일부터 3월 31일 기간에 독감예방접종을 받은 COPD 환자의 비율	6	40-85%

Epilepsy

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
EPILEPSY 5: 간질약을 복용하고 있는 18세 이상의 간질 환자 등록 명부를 작성할 수 있다	1	
On-going management		
EPILEPSY 6: 지난 15개월 기간 중에 간질 발작의 빈도에 대한 기록이 있는 자로 간질약을 복용하고 있는 18세 이상의 간질 환자의 비율	4	40-90%
EPILEPSY 7: 환자의 투약 상황을 검토한 기록이 있는 자로 간질약을 복용하고 있는 18세 이상의 간질 환자의 비율	4	40-90%
EPILEPSY 7: 최근 12개월 이내에 간질 발작이 없는 자로 간질약을 복용하고 있는 18세 이상의 간질 환자의 비율	6	40-90%

Hypothyroid

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
THYROID 1: 갑상선기능저하증 환자 등록 명부를 작성할 수 있다	1	
On-going management		
THYROID 2: 갑상선기능검사 결과가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 갑상선기능저하증 환자의 비율	6	40-90%

Cancer

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
CANCER 1: non-melanotic 피부암을 제외한 암 등록 환자 명부를 작성할 수 있다	5	
지속 관리		
CANCER 3: 18개월 이내에 암으로 진단된 환자 중 진단 6개월 이내에 확진에 대한 기록이 있는 환자의 비율	6	40-90%

Palliative care

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
PC 1: 완화요법이 필요한 환자 명부를 가지고 있다.	3	
On-going management		
PC 2: 완화요법 등록자에 대해 정기적(최소 3월)으로 다학제간의 사례검토를 실시한다.	3	

Mental health

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
MH 8: 정신분열증, 양극성 장애 또는 기타 정신증의 등록 환자 명부를 작성할 수 있다.	4	
On-going management		
MH 9: 정신분열증, 양극성 장애 또는 기타 정신증 환자 기록을 지난 15개월 이내에 검토한 비율. 검토 과정에서 연령, 성별 및 건강상태에 부합하는 건강증진, 예방, 조언 등이 제공된 명확한 근거가 있어야 한다.	23	40-90%
MH 4: creatinine과 TSH 결과가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 환자로 lithium therapy를 받는 환자의 비율	1	40-90%
MH 5: 치료적 범위의 lithium 수치가 지난 6개월 기간 중에 기록되어 있는 자로 lithium therapy를 받는 환자의 비율	2	40-90%
MH 6: 개인, 가족 및 기타 보호자 사이에 합의된 포괄적 서비스 계획에 대한 문서가 있는 환자의 비율	6	25-50%
MH 7: 치료에 대한 연간검토 모임에 참여하지 않은 자중 14일 이내에 확인한 자로 정신분열증, 양극성 장애 또는 기타 정신증 환자의 비율	3	40-90%

Asthma

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
ASTHMA 1: 천식 환자 등록 명부를 작성할 수 있다. 지난 12개월간 천식 약을 처방받지 않은 환자는 제외	4	
Initial diagnosis		
ASTHMA 8: 2006년 4월 1일 이후 천식으로 진단된 18세 이상 환자의 비율	15	40-80%
On-going management		
ASTHMA 3: 흡연 상태가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 14-19세 천식 환자의 비율	6	40-80%
ASTHMA 6: 천식 상황에 대해 지난 15개월 이내에 점검을 받은 천식 환자의 비율	20	40-70%

Dementia

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
DEM 1: 치매 등록 환자 명부를 작성할 수 있다	5	
On-going management		
DEM 2: 지난 15개월 이내에 상태의 점검을 받은 치매 환자의 비율	15	25-60%

Depression

지표	점수	비용 단계
Diagnosis and Initial management		
DEP 1: 표준화된 검사에 의해 지난 15개월 이내에 우울 환자로 발견된 DM 또는 CHD 등록 환자의 비율	8	40-90%
DEP 2: 일차보건의료 환경에서 사용가능한 진단 도구를 이용하여 치료 초기의 심각성을 검사한 신규 우울 환자의 비율	25	40-90%

Chronic kidney disease

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
CKD 1: 18세 이상 CKD 등록 환자 명부를 작성할 수 있다	6	
Initial management		
CKD 2: 혈압 수치가 지난 15개월 기간 중에 기록되어 있는 CKD 등록 환자의 비율	6	40-90%
On-going management		
CKD 3: 가장 마지막으로 측정한 혈압이 104/85 이하인 CKD 등록환자의 비율	11	40-70%
CKD 4: ACE-I 또는 angiotensin receptor block을 처방받고 있는 고혈압 환자 중 CKD 등록 환자의 비율	4	40-80%

Atrial fibrillation

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
AF 1: AF 등록 환자의 명부를 작성할 수 있다	5	
Initial diagnosis		
AF 2: 2006년 4월 이후 ECG 또는 특수검사로 AF로 진단된 환자의 비율	10	40-90%
On-going management		
AF 3: 항혈전제 또는 항응고제 처방을 받고 있는 AF 환자의 비율	15	40-90%

Obesity

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
OB 1: 지난 15개월 기간 중에 BMI지수가 30 이상인 16세 이상 등록 환자의 명부를 작성할 수 있다	8	

Learning disabilities

Indicator	Point	Payment Stage
Record		
학습장애 등록환자 명부를 작성할 수 있다	4	

Smoking Indicator

Indicator	Point	Payment Stage
On-going management		
Smoking 1: CHD, 뇌졸중, HTN, DM, COPD, 천식 환자의 흡연 상태가 지난 15개월 이내에 기록에서 표시되어 있는 비율	33	40-90%
Smoking 2: CHD, 뇌졸중, HTN, DM, COPD, 천식 환자에 대한 금연상담 및 처방 내용이 지난 15개월 이내에 기록에서 표시되어 있는 비율	35	40-90%

2.2. Organisational domain

Record and Information

	Indicator
Record 3 1point	시간외 진료를 위한 환자 정보 체계 및 타기관으로의 의뢰 체계가 정비되어 있다.
Record 8 1point	약 과민반응과 부작용에 대한 기록란이 있고, 거기에 내용이 명료하게 기술되어 있다.
Record 9 4point	반복처방약의 적응증에 대한 기록이 파악될 수 있다. (기준: 80%)
Record 11 10point	45세 이상 환자의 65% 이상에 대한 혈압 수치가 기록되어 있다.
Record 13 2point	가정에서 임종하는 환자를 위한 시간외 서비스 제공 체계 및 당직 의사에게 통보하는 체계가 정비되어 있다.
Record 15 25point	최신 임상 요약(clinical summary) 기록이 환자 기록 중 80% 이상에 있다.
Record 17 5point	45세 이상 환자의 80% 이상에 대한 혈압 수치가 기록되어 있다.
Record 18 8point	최신 임상 요약(clinical summary) 기록이 환자 기록 중 60% 이상에 있다.
Record 19 7point	신규등록 환자 기록의 80%는 서비스를 제공받은 8주 이내에 요약되어 있다.
Record 20 12point	최신 임상 요약(clinical summary) 기록이 환자 기록 중 70% 이상에 있다.
Record 21 1point	신규 등록자 100%는 인종이 표시되어 있다.
Record 22 11point	비흡연자를 제외한 15세 이상 흡연자는 지난 27개월 기간 동안의 흡연 상태를 단 한번 기록할 필요가 있다.

Information for patients

	Indicator
Information 3 1point	근무시간 동안 GP 또는 간호사에게 전화상담을 하는 환자를 위한 체계가 정비되어 있다.
Information 4 1point	만약 환자가 등록 명부에서 제외된다면 합당한 이유와 타기관 이용에 대한 설명을 문서로 제시한다.
Information 5 2point	적정 치료법 및 자료 제공 등 다양한 전략으로 흡연자의 금연을 유도한다.
Information 7 1.5point	주5일 근무에 최소 45시간 이상 면대면 또는 전화로 접수원과 접촉할 수 있다.

Education and training

	Indicator
Education1 4point	지난 18개월 동안 교육에 참여한 보건의료인력에 대한 기록이 있다.
Education4 3point	신규 인력에 대한 교육이 있다.
Education5 3point	지난 36개월 동안 교육에 참여한 보건의료인력에 대한 기록이 있다.
Education6 3point	환자 불평사항 및 건의사항에 대한 검토 과정이 있다.
Education7 4point	다음과 같은 중요한 사건에 대한 검토가 지난 3년 이내에 최소 12번 있었다. - 의료기관에서의 사망, 새로운 암 등록, 재가말기환자의 사망, 자살, 정신보건법 규정에 따른 입원, 아동보호, 투약 과실
Education8 5point	모든 간호사는 연간평가에서 검토된 개별교육에 대해 계획하고 있다.
Education9 3point	비의료인에 대한 연간업적 평가를 한다.
Education10 6point	중요한 사건에 대한 검토가 지난 1년 이내에 최소 3번 있었다.

Practice management

	Indicator
Management1 1point	보건의료인이 아동보호와 관련된 처리 정보에 접근할 수 있다.
Management2 1point	컴퓨터 자료의 안전한 저장 및 보관을 위한 방안이 마련되어 있다.
Management3 0.5point	보건의료인의 B형 간염 상황과 예방접종 상황에 대한 기록이 있다.
Management4 1point	국가지침에 근거한 멸균 기구가 정비되어 있다.
Management5 3point	진료예약가능 시간을 환자에게 공지한다.
Management6 2point	신규 직원 채용 시 대상의 자격기준과 업무 내용을 공지한다.
Management7 3point	의료 기구의 정기적 점검, 소독, 관리 체계가 다음 내용과 함께 정리되어 있다. - 책임 인력, 명료한 기록, 체계적으로 계획된 스케줄, 과실 보고
Management8 1point	의료과실을 예방하기 위한 조치(재정적 배상 등)가 마련되어 있다.
Management9 3point	보호자에 대한 복지서비스 제공 프로토콜이 있다.
Management10 2point	고용, 직장내 폭력, 병가 등 인사 관리에 대한 문서화된 서류가 있다.

Medicine management

	Indicator
Medicine2 2point	anaphylaxis 치료를 위한 응급약과 기구가 준비되어 있다.
Medicine3 2point	연간 기준으로 응급약의 폐기일을 검토하는 체계가 정비되어 있다.
Medicine4 3point	환자의 투약 처방 요구로부터 소요되는 시간이 72시간 이내이다.
Medicine6 4point	PCO 투약처방 전문가를 연간 단위로 만나고 투약 관련 법령을 준수한다.
Medicine7 4point	정기적으로 신경이완제를 처방받는 대상자를 관리한다.
Medicine8 6point	환자의 투약 처방 요구로부터 소요되는 시간이 48시간 이내이다.
Medicine10 4point	PCO 투약처방 전문가를 연간 단위로 만나고 투약 관련 법령을 준수해 왔다.
Medicine11 7point	지난 15개월 이내에 4가지 이상 약물을 반복 처방받은 모든 환자에 대해 검토한 내용이 기록되어 있다. (기준: 80%)
Medicine12 8point	지난 15개월 이내에 반복 처방받은 모든 환자에 대해 검토한 내용이 기록되어 있다. (기준: 80%)

2.3. Patient experience domain

환자 경험
<p>PE 1: 진료 시간 33point</p> <p>평소 예약 환자의 진료 시간이 10분 이상 이다.</p> <p>예약이 없는 환자의 방문 시 의사와의 직접 면대면 접촉 시간은 최소 8분이다.</p>
<p>PE 2: 환자 조사(1) 25point</p> <p>매년 환자 조사를 실시할 것이다.</p>
<p>PE 5: 환자 조사(2) 20point</p> <p>이전에 실시한 조사를 근거로 매년 환자 조사를 실시하여 수정계획을 마련할 것이다.</p> <p>- 조사 결과의 요약, 이전 조사 결과의 요약, 이전 조사 실시 후 활동 등 보고</p>
<p>PE 6: 환자 조사(3) 30point</p> <p>이전에 실시한 조사를 근거로 매년 환자 조사를 실시하여 수정계획을 마련할 것이다.</p> <p>- 2년 동안의 우선 순위 결정, 환자에게 결과를 제시하는 방안, 우선순위 수행 방안, 환자 경험에 대한 추가적 정보(특정 집단, 특정 질환 등)를 수집할 방법 고려</p>

2.4. Additional service domain

Cervical screening

	Indicator
CS 1 11point	지난 5년 이내에 자궁암검진을 받아 본 적이 있는 것으로 기록되어 있는 25-64세 환자의 비율(기준: 40-80%)
CS 5 2point	자궁암검진 결과에 대해 정보를 제공하는 체계가 정비되어 있다.
CS 6 2point	대상자의 자궁암검진을 모니터링하고, 2년마다 검진을 수행하지 않는 대상자에게는 검진을 수행한다.
CS 7 7point	자궁암검진 관련 프로토콜이 있다.

Child health surveillance

	Indicator
CHS 1 6point	아동발달상황을 국가관리지침에 근거하여 정기적으로 체크한다.

Maternity service

	Indicator
MAT 1 6point	산전관리 및 검사가 지침에 근거해 제공된다.

Contraceptive service

	Indicator
CON 1 1point	응급피임약에 대한 요구 시 대처방안에 대해 문서화된 서류가 정리되어 있다.
CON 2 1point	임신 준비에 대한 상담 방침이 정비되어 있다.

연구보고서 2007-02

유럽의 일차의료현황과 주치의 제도 개혁

발 행 일 : 2007. 12.

발 행 인 : 이 재 용

편 집 인 : 강 암 구

발 행 처 : 국민건강보험공단 건강보험연구원

서울특별시 마포구 독막길 24 (염리동 168-9)

대표전화 : 02) 3270-9852 / FAX : 02) 3270-9840

홈페이지 : www.nhic.or.kr

인 쇄 처 : (주)현대문화사 ☎ 02) 2278-4482

가 격 : 7,000원

I S B N : 978-89-91793-41-5
