

연구보고서 2008-18-5

## 의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구

신현웅 신영석  
황도경 유원섭  
최기춘 임승주

한국보건사회연구원

## 의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구

연구보고서 2008-18-5

---

발행일 2008년 12월  
저자 신현웅 외  
발행인 김용하  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)  
전화 대표전화: 02) 380-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)  
인쇄처 대명기획  
가격 5,000원

---

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-507-7 93330

## 머리말

의료급여제도는 1977년 건강보험의 시작과 함께 30여년이 넘는 기간 동안 저소득층을 위한 최소한의 의료보장 제공에 있어서 절대적인 역할을 수행하여 왔다. 최근 의료급여는 의료기관에 대한 체불이 없어지고, 중증질환에 대한 보장성 강화, 본인부담률 인하, 차상위 계층 확대 등 외형적으로 크게 성장하여 왔다.

이러한 성장은 의료급여 수급권자에 대한 차별이 거의 없어지고 의료이용의 제약을 줄여주는 역할을 해 왔다. 하지만 지속적인 보장성 강화 및 사각지대 축소로 외형적으로는 성장해 왔지만 수급자들의 실질적 건강관리가 이루어지지 못한다는 지적이 있었다. 특히 무분별한 외래 의료이용은 동일질환에 중복 투약이 이루어지는 부정적 결과를 초래하여 수급자의 건강상태를 악화시키는 결과를 초래하였다. 또한 전문의 중심의 1차 의료체계, 병원의 의원기능 및 역할 중복으로 차별화된 전문적 의료서비스를 제공하지 못하고 있는 등 전반적인 의료전달체계 상의 문제점이 야기되었다.

이처럼 의료급여 수급자의 건강관리 향상의 필요성과 의료급여 재정안정화 대책을 위해 정부는 의료급여 혁신대책의 일환으로 지난 2007년 7월 1일부터 선택병의원제도를 시행하였다. 선택병의원제도는 적정수준 이상의 과잉 의료이용을 한다고 판단되는 수급자의 의료이용에 대해 국가가 관리를 할 필요가 있다고 판단한 계층(약 5만 명)에게 주치의 개념의 의료서비스를 우선적으로 제공하고자 한 것이다.

선택병의원제도는 제도도입 초기에 안정적으로 잘 정착된 것으로 판단하고 있으나, 수급자들의 의료이용 시 불편한 부분 혹은 제도의 본래 취지와는 다른 역효과 발생으로 인해 제도개선의 필요성이 제기되고 있다. 본 보고서는 2007년 7월에 시작한 의료급여 선택병의원제도가 적정하게 운영되고 있는지에 대한 모니터링을 주목적으로 하고 있다. 이를 위해 의료급여 수급권자를 직접 면접

하여 얻은 사례와 일선에 있는 의료급여관리사들의 수기의 내용을 통해 선택병 의원제도의 장점과 문제점 등을 파악하였다. 아울러 이를 개선하기 위한 단기 개선방안을 제시하였다.

본 연구는 신현웅 부연구위원의 책임 하에 신영석 연구위원, 황도경 선임연구원, 을지대학교 유원섭 교수, 건강보험연구원 최기춘 박사, 의료급여사제관리사업지원단 임승주 사무국장에 의해 완성되었다.

본 연구과정에서 수기공모에 참여한 많은 의료급여관리사 여러분께 특별히 깊은 감사를 드린다. 끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 홍석표 연구위원, 여유진 부연구위원과 자료정리 및 보고서 편집을 도와 준 윤열매 연구조원에게 감사드린다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2008년 12월  
한국보건사회연구원  
원 장 김 용 하

# 목 차

<b>Abstract</b> .....	<b>9</b>
<b>요약</b> .....	<b>11</b>
<b>I. 서론</b> .....	<b>23</b>
1. 연구배경 및 필요성 .....	23
2. 연구의 목적 .....	24
3. 연구의 내용 및 방법 .....	24
<b>II. 선택병의원제도 도입 배경 및 제도소개</b> .....	<b>26</b>
1. 선택병의원제도 도입 배경 .....	26
2. 도입 당시 고려사항 .....	26
3. 선택병의원제 대상자 선정(안) 및 운영방식 .....	32
<b>III. 이론적 검토 및 외국의 사례</b> .....	<b>47</b>
1. 선택병의원제에 대한 이론적 검토 .....	47
2. 외국의 주치의 제도 .....	51
<b>IV. 선택병의원제도 현황 및 시행결과</b> .....	<b>95</b>
1. 선택병의원제도 현황 .....	95
2. 선택병의원제도의 긍정적 효과 .....	99
3. 선택병의원제도 시행에 따른 문제점 .....	102

<b>V. 선택병의원제도의 개선방안</b> .....	<b>110</b>
1. 선택병의원 적용자에 대한 급여일수 제한 .....	110
2. 의료 요구도에 부합하는 대상자 선정기준 마련 .....	110
3. 의료이용의 선택권 제한요소 검토에 따른 해결방안 모색 .....	110
4. 현 의료서비스 전달체계에 부합하는 주치의 제도 마련 .....	111
5. 선택병의원제도 운영과 관련한 의료급여관리사의 권한에 관한 지침 마련 및 역할강화 .....	111
6. 원활한 제도적용 시행을 위한 행정업무 수정 및 보완 .....	112
7. 제도운영 모니터링 체계 강화 .....	112
8. 지역별 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율 격차의 변인 .....	113
9. 기타 .....	113
 <b>참고문헌</b> .....	 <b>114</b>
 <b>[참고 인터넷 사이트]</b> .....	 <b>118</b>
 <b>부록</b> .....	 <b>119</b>

## 표 목 차

〈표 II- 1〉 선택병의원제 대상군별 규모 .....	28
〈표 II- 2〉 선택병의원제 대상군별 상병개수에 따른 분포 .....	29
〈표 II- 3〉 선택병의원제 대상자군별 주상병 환자분포(명) .....	30
〈표 II- 4〉 선택병의원제 대상자군별 기타질환 분포 .....	31
〈표 II- 5〉 급여일수 1,000일 이상자 중 선택병의원제 대상에서 제외되는 환자 분포 .....	34
〈표 II- 6〉 의료급여 종별 선택병의원제 대상자 분포 .....	34
〈표 II- 7〉 선택병의원제 대상자의 총진료비 현황(천원) .....	35
〈표 II- 8〉 선택병의원제 대상자들의 의료이용 분포 .....	36
〈표 II- 9〉 선택병의원제 대상자들의 의료이용 요양기관분포 .....	37
〈표 II-10〉 선택병의원제 대상자들의 상병 개수분포 .....	38
〈표 II-11〉 선택병의원제 대상자들의 진료과 이용 분포 .....	39
〈표 II-12〉 선택병의원제 대상자들의 종별 진료과 이용 분포(의료급여1종) .....	40
〈표 II-13〉 선택병의원제 대상자들의 종별 진료과 이용 분포(의료급여2종) .....	41
〈표 II-14〉 선택병의원제 대상자들의 지역분포 .....	42
〈표 IV- 1〉 선택병의원제 대상자 현황('07년 12월 말 현재) .....	95
〈표 IV- 2〉 광역자치단체별 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율('07년 12월 말) ..	96
〈표 IV- 3〉 보장기관별 수급자권자 중 선택병의원제 대상자 비율('07년 12월말) ..	98
〈표 IV- 4〉 선택병의원제도에 따른 의료이용량 변화 .....	100
〈표 IV- 5〉 선택병의원제도에 따른 진료비 변화 .....	101

## 그림 목차

[그림 III- 1] OECD국가의 GDP대비 국민 의료비 비율 (2006년) .....	52
[그림 III- 2] OECD국가의 국민 1인당 국민의료비 (2006년) .....	53
[그림 III- 3] OECD국가의 인구 천 명당 활동 의사 수 (2006년) .....	54
[그림 III- 4] OECD국가의 인구 천 명당 활동 간호사 수 (2006년) .....	54
[그림 III- 5] OECD국가의 국민 1인당 연간 의사 방문횟수 (2005년) .....	55
[그림 III- 6] OECD국가의 환자 1인당 급성기 의료이용 재원일수 (2003년) .....	56
[그림 III- 7] OECD국가의 GDP대비 국민 의료비 비율 (2006년) .....	73
[그림 III- 8] OECD국가의 국민 1인당 국민의료비 (2006년) .....	73
[그림 III- 9] OECD국가의 인구 천 명당 활동 의사 수 (2006년) .....	74
[그림 III-10] OECD국가의 인구 천 명당 활동 간호사 수 (2006년) .....	75
[그림 III-11] OECD국가의 국민 1인당 연간 의사 방문횟수 (2005년) .....	76
[그림 III-12] OECD국가의 환자 1인당 급성기 의료이용 재원일수 (2003년) .....	77
[그림 III-13] OECD국가의 GDP대비 국민 의료비 비율 (2006년) .....	83
[그림 III-14] OECD국가의 국민 1인당 국민의료비 (2006년) .....	83
[그림 III-15] OECD국가의 인구 천 명당 활동 의사 수 (2006년) .....	84
[그림 III-16] OECD국가의 인구 천 명당 활동 간호사 수 (2006년) .....	85
[그림 III-17] OECD국가의 국민 1인당 연간 의사 방문횟수 (2005년) .....	86
[그림 III-18] OECD국가의 환자 1인당 급성기 의료이용 재원일수 (2003년) .....	87
[그림 IV- 1] 광역자치단체별 수급권자 중 선택병의원제 적용자(%) .....	97



## Monitoring the Designated Doctor System

Korea's Medical Aid Program has expanded over the recent years, but the management of the health of its beneficiaries has been less than satisfactory. In this regard, the government has since July of 2007 embarked on the "designated doctor system" as a way to both improve the health of the beneficiaries and stabilize the financial condition of the Medical Aid. The primary aim of the designated doctor system is to provide health care services through individually chosen physicians to those among the beneficiaries whom the government considers are using health care services more than necessary and therefore in need of its management. This study is initiated to monitor how well the designated doctor system has been operated since its inception in July 2007, in particular how appropriately health care provision has been provided under the system. The findings of the study include the following. First, designated doctors did not fulfill their intended roles. Second, there were cases in which some health care providers abused the system by refusing to issue referrals for further care at other health care institutions, limiting the right of Medical Aid beneficiaries to choose the services they want. Third, most of the Medical Aid beneficiaries were not aware of the designated doctor system. Fourth, the system could actually limit the right of Medical Aid beneficiaries to choose services they want. This study goes further to suggest ways to redress these issues and more.

## 요 약

### 1. 연구의 필요성 및 목적

- 그동안 의료급여제도는 수급자들의 보장성 강화 및 사각지대 축소로 외형적으로는 성장해 왔지만 적정의료이용 및 실질적 건강관리와 함께 의료급여 재정의 효율화에 적합한 제도여부에 대한 점검의 여지가 있었음.
  - 또한 1차 의료기관인 의원들의 역할 수행이 미흡하고, 왜곡된 의료 전달체제로 인해 의료이용의 비효율성 측면에서 문제가 제기됨.
  - 이처럼 의료급여 수급자의 건강관리 향상의 필요성과 의료급여 재정안정화 대책을 위해 정부는 지난 2007년 7월 1일 부터 의료급여 혁신대책의 일환으로 선택병의원제도를 시행함.
- 선택병의원제도는 제도도입 초기에 안정적으로 잘 정착된 것으로 판단하고 있으나, 수급자들의 의료이용 시 불편한 부분 혹은 제도의 본래 취지와는 다른 역효과 발생과 같은 제도개선의 필요성이 제기되고 있음.
  - 이에 의료급여 선택병의원제도가 적정하게 운영되고 있는지에 대한 모니터링을 하고자 함.
  - 특히 의료공급자들의 의료제공이 본 제도의 취지인 수급자의 적정 의료이용에 어떻게 기여하고 있는지를 모니터링 하고자 함.
  - 모니터링 결과를 근거로 하여 단기적으로는 제도 개선이 필요한 부분에 대한 대안을 제시하고, 중장기적으로는 의료급여제도의 공급 체계에 대한 검토를 하고자 함.

## 2. 선택병의원제도 현황 및 시행결과

### 가. 선택병의원제도 현황

- 2007년 12월 말 현재 선택병의원 대상자는 63,186명(1종 55,724명, 2종 7,462명)으로 의료급여 수급권자 수의 3.4%(1종 5.2%, 2종 0.9%)에 해당함.
  - 선택병의원제 대상자 중 당연적용자는 31,739명(1종 25,667명, 2종 6,072명), 자발적 참여자는 31,447명(1종 30,057명, 2종 1,390명)으로 각각 전체 선택병의원 대상자의 50.2%, 49.8%에 해당함.
  - 의료급여 2종의 경우 경제활동 능력을 보유한 것 이외에 자산기준 등 경제적 부담능력 면에서는 의료급여 1종과 동일한 반면 1종에 비해 외래이용 빈도가 높은 고령인구가 적고, 외래 본인일부부담이 15%에 달하며, 선택병의원 적용을 받더라도 본인일부부담금 경감을 받는 것이 아니기 때문에 수급권자 중 선택병의원 대상자가 의료급여 1종에 비해 낮은 수준임.
  - 지역별 수급권자 중 선택병의원 대상자를 살펴보면, 먼저 광역자치단체별 수급권자 중 선택병의원 대상자 비율은 충남이 6.09%로 가장 높았고, 광주가 1.76%로 가장 낮았는데 충남의 선택병의원제 대상자 비율은 광주의 3.5배에 달하였음.
  - 수급권자 중 선택병의원 당연적용자 비율은 인천이 2.39%로 가장 높았고, 전남이 1.16%로 가장 낮았으며, 수급권자 중 선택병의원 자발적 참여자 비율은 충남이 4.08%로 가장 높았고, 광주가 0.55%로 가장 낮음.
- 보장기관(기초 자치단체)별 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율은 경기 가평군이 24.4%로 가장 높았으며, 강원 인제군이 0.1%로 가장 낮아 선택병의원제 대상자 비율이 가장 높은 보장기관과 가장 낮은 보장기관의 차이가 244배에 달하였음.

- 수급권자 중 선택병원제 당연적용자 비율은 경남 의령군이 5.8%로 가장 높았으며, 강원 인제군과 전남 장성군은 0%(당연적용 대상자가 없음)로 가장 낮았고, 자발적 참여자 비율은 충남 음성군이 24.0%로 가장 높았고, 강원 강릉시, 충남 계룡시, 전남 신안군은 0%(자발적 참여자 없음)로 가장 낮았음.

#### 나. 선택병원제도의 긍정적 효과

- 선택병원제도 도입에 따른 의료이용량과 진료비의 변화를 비교하기 위해 제도 시작 전 3개월(3, 4, 5월)과 제도도입 후 3개월(8, 9, 10월)의 의료이용량과 진료비의 평균 증감률을 비교함.
- 이렇게 두 기간의 변화율을 비교한 것은 비적용자와 당연적용자, 자발참여자 간의 질병중증도 차이가 많아 절대적인 의료이용량이나 진료비만을 비교할 경우 선택병원대상자들이 의료이용을 많이 하는 것으로 나타나는 편향이 발생할 것으로 판단되기 때문임.

##### 1) 의료이용량 변화

- 평균 내원일수와 투약일수는 분석기간 3개월간의 적용인구 1인당 일수임.
- 내원일수의 변화에서 분석대상자 모두 감소현상을 보였음. 하지만 비적용자는 13.1%, 당연적용자는 23.3%, 자발참여자는 21.6% 감소하여 비적용자 대비 당연적용자와 자발참여자의 증가율 비율은 0.8827과 0.9019로 선택병원 적용자가 더 많이 감소한 것을 알 수 있음.
- 투약일수의 변화에서 분석대상자 모두 감소현상을 보였음. 하지만 비적용자는 5.0%, 당연적용자는 15.0%, 자발참여자는 17.4% 감소하여 비적용자 대비 당연적용자와 자발참여자의 증가율 비율은 0.8847과 0.8598로 선택병원적용자가 더 많이 감소한 것을 알 수 있음.

## 2) 진료비 변화

- 진료비의 변화는 적용인구 1인당 평균 진료비와 기관부담금에 대한 분석임.
- 진료비의 경우도 의료이용량과 같은 경향을 보임.
  - 절대적인 진료비는 비적용자에 비해 당연적용자(약 2배), 자발참여자가 높음.
  - 하지만 진료비의 증가율은 의료이용량과 같이 당연적용자가 20.2%로 감소한 반면 비적용자는 11.0% 감소하여 증가율 비율이 0.8969로 당연적용자가 더 많이 감소하였음. 자발참여자도 비적용자 대비 증가율 비율이 0.9308로 더 감소하였음.
- 선택병원 제도도입 이후 적용자들의 의료이용량과 진료비의 증가율이 비적용자들보다 낮게 나타난 것을 단순히 선택병원제도의 순수효과라고 판단하기는 어렵지만, 증가율이 감소한 것은 선택병원제도 도입에 따라 대상자들이 의료이용을 자제한 결과로 해석될 수 있음.
  - 특히 비교결과에서 대상자별로 뚜렷한 감소의 경향이 있고, 분석틀을 선택병원 적용여부로 분석하였기 때문에 많은 부분 선택병원제도의 효과로 판단할 수 있음.
  - 하지만 이 분석은 제도가 도입된 지 1달 이후의 의료이용행태를 비교한 것으로 이러한 추세가 계속 이어질 것인지에 대해서는 지속적인 모니터링이 필요할 것으로 판단됨.

### 다. 선택병원제도 시행에 따른 문제점

#### 1) 의료급여관리사 수기공모자료를 통해 파악한 문제점

##### 가) 수기공모 개요

- 2008년 11월 전국 의료급여관리사를 대상으로 2007년 7월 1일부터 실시한

선택병의원제도의 시행과정에서 발생된 문제점이나 긍정적이었던 점, 개선해야 할 점 등에 대한 내용을 파악하기 위한 수기를 공모함.

- 총 18편의 수기를 접수받아 내용을 분석함.

#### 나) 수기 분석결과

□ 선택병의원제도는 급여일수 상한 초과자에게 의료급여 적용 연장의 전제조건으로 급여제한을 보완하는 제도적 장치로서의 기능을 함과 동시에 과다이용자의 의료이용 관리를 통해 약물 중복처방 가능성을 감소시키는 긍정적 측면이 있음.

□ 하지만 제도운영 상에서 몇몇 문제점들이 발생하고 있음.

##### ○ 제도 측면

- 선택병의원 적용자에 대한 의료급여일수 연장승인 면제로 인한 과다의료이용 초래되고 있음.
- 선택병의원 적용을 거부하는 대상자에 대한 관리기준이 마련되어 있지 않음.
- 3개 질환군 분류에 의한 급여일수 초과자의 당연적용자 선정방식으로 인해 선택병의원 적용이 불필요한 대상자에게 의료이용 제한을 가져옴.
- 의료이용 선택권 제한
  - 중복질환자의 경우 의료이용 제약을 경험하는 경우 발생
  - 지역 특성상 선택병의원의 폭이 적을 경우 한정된 의원 안에서 한 군데를 선택해야 함.
- 의뢰서 발급에 대한 명확한 기준과 관리방안의 부재로 선택병의원 이외의 불필요한 의료기관이용에 대한 관리가 되지 않음.
  - 수급자의 의뢰서 요구 시 의료기관에서는 법적인 통제기전이 없으므로

의뢰서를 발급하게 되고, 의뢰서의 활용법을 잘 알고 있는 수급자의 경우 여러 의료기관 이용에 아무런 불편이 없음.

- 제도의 주대상자가 노인, 저학력자라는 특성으로 인해 제도 자체에 대한 이해를 충분히 할 수 없기 때문에 본인에게 도움이 되는지 아닌지에 대한 판단이 어려움.
  - 이런 이유로 인해 선택병의원 의무적용 대상자가 아닌데도 의료기관 혹은 보장기관의 권유로 대상자로 신청하는 경우 발생함.
- 야간, 주말, 공휴일 진료 필요시 의뢰서 발급이 어려워 진료비를 부담해야 하는 상황 발생
- 행정절차에 따른 병의원 이용의 불편함이 발생
  - 의료기관 폐업, 의료기관 개설자(의료인) 변경 시 의뢰서 발급이 늦어지거나 추가지정 시 행정적으로 4일정도 소요, 혹은 의료기관에 관한 전산자료 정리에 필요한 시간에 따른 수급자의 선택병의원 관련 전산 작업에 공백기 발생으로 인한 진료비 부담여부 논란이 제기됨.
  - 전출입이 발생하여 선택병의원 변경이 불가피한 상황에서 지자체간의 전출입 통보가 원활히 이루어지지 않고 있어 병의원 이용에 불편함 발생함.

○ 공급자 측면

- 선택병의원제도의 취지 가운데 하나인 수급자의 1차 의료 책임에 대한 선택병의원 의사의 주치의 역할 기대를 살펴볼 때, 현재 단순히 진료의뢰서 발급기관으로의 기능을 하는 수준에 머무는 병의원이 상당수 존재함.
  - 이는 제도도입에 대한 공급자와의 협의과정 결여, 공급자 대상의 제도 시행에 따른 제도안내 미흡, 특히 공급자의 역할 및 책임 등에 대한 사전준비 과정 결여, 선택병의원 의사의 주치의 역할에 대한 유인체계 부재, 적절한 진료의뢰체계 작동을 위한 기전 부재 등에서 기인한 결과로 볼 수 있음.

- 진료의뢰 체계 및 관리 미흡
  - 진료의뢰서 발급을 기피하는 현상이 나타나 수급자의 의료이용 선택권에 제한을 발생시킴.
  - 진료의뢰서를 팩스로 전송 혹은 수신하는 경우, 실제 의뢰서 발행에 의한 진료여부가 확인되지 않음.
  - 선택병의원제도는 의료기관간 적절한 진료의뢰를 전제로 설계되었으나 현재 환자의 진료정보와 결과를 의뢰한 선택병의원으로 회송하는 경우가 미흡한 실정임.
  - 선택병의원에서 발행한 의뢰서가 없어도 진료를 해주거나 소액의 본인 부담금을 받지 않는 경우도 있음.
- 기타
  - 선택병의원으로서 필요한 제도관련 행정 처리에 대한 인식 및 준비 미흡: 의료기관 시스템, 전산 상 입력사항
  - 상병코드 불일치에 따른 수급자 불이익 발생 및 불필요한 행정업무 발생
  - 급여일수 산정 시스템의 오류에 의해 수급권자에게 불이익을 주는 경우 발생함.
    - 병의원에서 제대로 상병명을 기재한 경우에도 건강보험공단의 전산시스템상의 문제로 건강보험공단의 의료급여종합통계시스템 상의 자료가 실제와 다른 경우 발생함.
  - 양방과 한방의 질병분류기호의 비일치로 인한 대상자 선정의 오류발생



## 2) 선택병의원제 사례분석에 따른 문제점

### 가) 조사개요

- 2008년 11월 10일부터 11월 21일까지 대전광역시 O구 의료급여관리사에게 본인이 관리하고 있는 선택병의원 대상자 중 선택병의원제 적용으로 인해 수급권자에게 도움이 되었거나 불이익을 주었던 사례를 1개씩 임의로 선정 한 후 의료급여관리사의 상담기록과 관련 행정전산자료에 근거하여 반 구조화된 설문지를 작성하도록 함.

### 나) 조사결과

- 사례마다 다소 차이는 있으나 선택병의원제 적용으로 인해 이용하는 의료기관 수 감소, 중복 의료이용 감소, 본인부담금 감소 등 선택병의원제로 인한 편익이 발생하였음을 확인하였음.
- 그러나 선택병의원제로 인한 다음과 같은 문제점도 지적되었음.
  - 의료급여 1종의 경우 선택병의원 이용 시 본인일부부담금이 발생하지 않기 때문에 과거보다 더 많은 빈도로 선택병의원을 내원하여 내원일수가 크게 증가
  - 선택병의원 주치의가 수급권자에게 적절한 상담 또는 의뢰를 제공하는 것을 보장할 수 있는 동기 또는 인센티브를 제도적으로 뒷받침하고 있지 않음.
  - 선택병의원의 진료시간 이후의 야간 진료 시 다른 병의원 이용하게 될 경우 응급증상에 해당하지 않아 의료적 필요가 발생하였음에도 불구하고 본인부담금을 다 부담해야 함.
  - 의료기관의 권유에 의해 선택병의원을 신청하였으나, 신청 당시 의료기관에 대한 정보부족 및 본인의 의료이용 필요에 대한 적절한 정보와 의

사결정 능력 부족으로 인해 선택병의원 선정과 변경 및 의료이용에 어려움을 겪음.

- 의료기관(선택병의원) 폐업 시 타 의료기관으로의 변경신청이 늦어지거나 인수받은 의료기관의 의료기관 미등록으로 인해 접수조차 가능하지 않은 경우가 발생하여 진료가 중단되거나 투약이 중단되는 경우가 발생함.
- 선택병의원제 대상자 중 희귀난치성질환에 해당되지 않으나 기존에 3차 의료급여기관을 이용하거나 3차 의료급여기관 이용이 필요한 수급권자의 경우(예, 뇌졸중 환자 등) 3차 의료급여기관을 선택병의원으로 지정할 수 없는 경우가 발생함.

### 3. 선택병의원 제도의 개선방안

#### 가. 선택병의원 적용자에 대한 급여일수 제한

- 선택병의원 적용자에게도 급여일수를 제한하는 것이 타당할 것으로 판단됨.
- 급여 제한일수 산정방법
  - 선택병의원 적용시점과 관련 없이 1년 동안의 최대 사용가능 급여일수를 정함.
  - 예: 적용대상자의 0.1%이상에 해당하는 급여일수를 분석하여 제한일수 산정
  - 구체적인 제한일수의 기준(안)은 추후 분석을 통해 마련하도록 함.

#### 나. 의료 요구도에 부합하는 대상자 선정기준 마련

- 현행 선택병의원제는 의료급여 1종 수급권자 중 단순 질환자(1차 의료급여기관에서 진료가 가능한 질환, 1개 의료급여기관에서 적절한 치료가 가능한 질환)에게는 본인일부부담 없이 의료이용을 보장하는 제도임.

- 반면 복합질환 또는 질병의 중증도가 높아 3차 의료급여기관에서의 치료가 필요한 수급권자들에게는 의료이용을 크게 제한하는 제도로 특히 의료급여제도의 수직적 형평성 측면에서 문제가 되고 있음.

다. 의료이용의 선택권 제한요소 검토에 따른 해결방안 모색

□ 의료급여 2종의 선택병의원 적용 검토

- 특히 의료급여 2종의 경우 선택병의원제를 자발적으로 신청하더라도 1종과 같이 본인일부부담금이 면제되지 않고 다른 2종 수급권자와 동일한 본인일부부담제의 적용을 받기 때문에 의료기관 이용만 제한받는 결과를 초래하게 됨.
- 실제 의료급여 2종의 자발적 참여자는 전체 2종 수급권자의 0.2%에 불과한 점을 고려할 때 최소한 자발적 참여자에 대하여 경제적인 인센티브를 제공하여(본인일부부담 경감) 제도의 실효성을 높이거나 제도의 폐지를 고려하는 것이 타당하다고 판단됨.

□ 희귀난치성질환 이외 중증질환 또는 복합질환 등으로 인해 3차 의료급여기관을 선택병의원으로 선정하는 것이 필요한 수급권자를 위해 3차 의료급여기관을 선택병의원으로 신청할 수 있는 자격요건을 확대하는 것이 필요함.

라. 현 의료서비스 전달체계에 부합하는 주치의 제도 마련

□ 무제한 의료이용 초래 혹은 의뢰서 발급과정에서 발생하는 문제를 해결하고 수급권자의 필요에 부합하는 적절한 의료서비스를 보장하기 위해서는 근본적으로 현 실정에 부합하는 주치의제도 도입하고 아울러 의사에게 적절한 동기와 역할을 부여해야 함.

마. 선택병의원제도 운영과 관련한 의료급여관리사의 권한에 관한 지침 마련 및 역할강화

- 선택병의원제 적용 또는 신청 시 수급권자의 정보 및 의사결정 능력 부족 : 보장기관에 근무하고 있는 의료급여관리사를 통한 적절한 정보 제공 및 의사결정 지원이 필요함.
  - 상담의 질적 수준 확보를 위한 선택병의원제 상담을 위한 업무매뉴얼 개발과 관련 교육훈련을 정기적으로 시행, 선택병의원제 적용자를 대상으로 한 정기적인 상담 만족도 조사 시행과 그 결과를 보장기관 평가에 반영하는 것을 고려하는 것이 필요함.
  - 단기적으로는 선택병의원제 운영과 관련하여 의료급여관리사에게 적절한 재량권을 부여하고, 의료급여심의위원회가 이를 심의토록 함으로써 수급권자에게 제도로 인한 비의도성 불이익이 발생하지 않도록 제도를 개선하는 것이 필요하다고 판단됨.

바. 원활한 제도적용 시행을 위한 행정업무 수정 및 보완

- 선택병의원 진료시간 이후 야간진료를 보장하기 위해 야간진료 후 사후에 진료의뢰서를 제출할 수 있도록 제도적 개선이 필요함.
- 의료기관 폐업 시 타 의료기관으로의 선택병의원 변경이 진행되는 동안 선택병의원이 아닌 의료기관에서 진료를 받은 경우 사후정산을 통해 본인부담 면제를 받을 수 있도록 제도개선이 필요함.

사. 제도운영 모니터링 체계 강화

- 제도에 대한 수급자 만족도 조사 실시

□ 공급자(병원, 약국)에 대한 홍보 및 행태 모니터링

- 정확한 상병기호의 기재 및 청구, 정해진 절차에 준한 진료 유도를 위하여 상병기호 미기재나 절차 미준수에 대한 법적인 책임과 의무를 부여함.
- 진료의뢰 실태 파악 및 수급자의 민원창구 개설

야. 지역별 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율 격차의 변인

- 광역자치단체 및 보장기관별 수급권자 대비 선택병의원제 대상자 비율이 높은 차이를 보이고 있는 점은 지역별 수급권자 중 급여일수 상한 초과자 비율, 선택병의원제에 대한 수급권자의 인지도와 선호도, 수급권자의 의료서비스 욕구 및 선택병의원제 적용으로 인한 수급권자의 편익 정도, 선택병의원제 신청에 대한 의료급여관리사의 업무처리 태도(선택병의원제 신청자에 대한 상담 시행 여부 및 상담내용, 선택병의원제에 대한 의료급여관리사의 태도 등), 의료기관/의료인의 선택병의원제 권유 정도, 의료기관 분포 및 접근성 등이 영향을 미쳤을 것으로 추정되나 추가적인 분석을 통해 확인이 필요한 사항임.

자. 기타

- 선택병의원 적용 거부자에 대한 관리지침 마련

- 선택병의원제 적용 대상자로서 본인부담을 감수하며 타 기관을 이용하는 수급자에 대한 의료급여수급권 자격 재심사 필요

# I. 서론

## 1. 연구배경 및 필요성

- 그동안 의료급여제도는 지속적인 보장성 강화 및 사각지대 축소로 외형적으로는 성장해 왔지만 수급자들의 실질적 건강관리가 이루어지지 못하였음.
  - 특히 무분별한 외래 의료이용은 동일질환에 중복 투약이 이루어지는 부정적 결과를 초래하여 수급자의 건강상태를 악화시키는 결과를 초래함.
- 또한 1차 의료기관인 의원들의 역할 수행이 미흡하고, 왜곡된 의료전달체계로 의료이용의 비효율성을 야기
  - 전문의 중심의 1차 의료체계, 병원의 의원기능 및 역할 중복으로 차별화된 전문적 의료서비스를 제공하지 못하고 있는 등 전반적인 의료전달체계 상의 문제 야기
- 이처럼 의료급여 수급자의 건강관리 향상의 필요성과 의료급여 재정안정화 대책을 위해 정부는 의료급여 혁신대책의 일환으로 지난 2007년 7월 1일부터 선택병의원제도를 시행함.
- 선택병의원제도는 적정수준 이상의 과잉 의료이용을 한다고 판단되는 수급자의 의료이용에 대해 국가가 관리를 할 필요가 있다고 판단한 계층(약 5만 명)에게 우선적으로 주치의 개념의 의료서비스를 제공하고자 한 것임.
- 선택병의원제도는 제도도입 초기에 안정적으로 잘 정착된 것으로 판단하고 있으나, 수급자들의 의료이용 시 불편한 부분 혹은 제도의 본래 취지와는 다른 역효과 발생 등에 대한 제도개선의 필요성이 제기되고 있음.

- 이에 대상자, 의료급여관리사 및 사회복지전담공무원 등의 면담을 통한 모니터링의 필요성이 제기됨.
- 또한 의료급여 공급자들이 수급자에게 선택병원 선택을 위한 적절한 정보를 제공하고 선택병원 대상자들이 적절한 의료이용을 하도록 안내하는 주치의로서의 역할을 잘하고 있는지에 대해 모니터링이 필요함.

## 2. 연구의 목적

- 본 연구의 목적은 2007년 7월에 실시하기 시작한 의료급여 선택병원제도가 적정하게 운영되고 있는지에 대한 모니터링을 하고자 함.
- 특히 의료공급자들의 의료제공이 적절했는지, 본 제도의 취지인 수급자의 적정 의료이용에 어떻게 기여하고 있는지를 모니터링 하고자 함.
- 모니터링 결과를 근거로 제도 개선이 필요한 부분에 대한 단기적 대안을 제시하고, 의료급여제도의 공급체계에 대한 중장기적 방안을 검토를 하고자 함.

## 3. 연구의 내용 및 방법

- II장에서는 선택병원제도가 도입된 배경과 현재 운영되고 있는 제도를 소개하고 있으며, III장에서는 선택병원제도 도입의 이론적 배경과 선택병원제도와 유사한 주치의제도에 대해서 외국의 사례들을 살펴보았음.
- IV장에서는 선택병원제도 도입이후 현황을 중심으로 긍정적 효과와 문제점에 대해서 살펴보았으며, V장에서는 IV장에서 나타난 문제점들을 개선하기 위한 방안으로 단기적으로 개선할 수 있는 방안 중심으로 대안을 제시하였음.

- 선택병의원제도의 현황과 문제점 등을 파악하기 위해 일선에 있는 의료급여 관리사를 대상으로 선택병의원 운영상의 현황, 장점, 단점 등의 내용을 포함하는 수기를 공모하였으며, 선택병의원 대상자를 직접 면담하였음.
- 본 연구의 범위는 선택병의원제도의 전반적인 모니터링을 목적으로 하였으나 연구진행은 의료급여 수급권자 중심의 모니터링에 한정된 한계점을 가지고 있으며, 전반적인 모니터링 이외에 제도가 도입됨에 따라 의료이용, 재정, 그리고 대상자의 건강상태에 어떠한 영향을 미쳤는지 등에 대해서는 향후 연구가 필요한 부분임.



## Ⅱ. 선택병의원제도 도입 배경 및 제도소개

### 1. 선택병의원제도 도입 배경

- 최근 의료급여제도가 보장성 강화 및 사각지대 축소를 통해 외형적으로는 성장해 왔지만 수급자들의 실질적 건강관리가 이루어지지 못하였음.
  - 특히 무분별한 외래 의료이용은 동일질환에 이중, 삼중의 중복 투약이 이루어지는 부정적 결과를 초래하여 수급자의 건강상태를 악화시키는 결과를 초래함.
- 따라서 의료급여 수급자들의 건강증진을 지속적으로 관리하며 지원함으로써 삶의 질이 실질적으로 개선될 수 있는 의료공급체계의 모색이 필요하였음.
  - 의료급여 수급자들에 대해서 지속적으로 개인별 밀착형 의료서비스를 제공할 수 있는 의료공급체계(선택병의원제) 구축
  - 공급자의 책임성 강화를 통하여 수급권자의 건강증진 도모
- 아울러 개인별 건강관리를 통해 필요 이상의 진료를 억제케 함으로써 의료급여제도의 재정효율성의 가능성을 제고할 필요성이 있음.

### 2. 도입 당시 고려사항

#### 가. 도입 원칙

- 제도의 건강성과 지속 가능성 확보(전체적인 큰 방향을 훼손하지 않는 범위 안에서 단계적 접근)

- 수급자에게 꼭 필요한 의료는 최대한 보장하고, 건강을 증진시킬 수 있는 방안 모색
  - 의료이용 고위험군에 대해 적정 의료이용 유도
- 제도도입이 가능한 범위에서 모형설정
- 제도도입의 부작용을 최소화 할 수 있는 모형설정
  - 따라서 대상자를 최소화 하고 공급자와의 관계설정도 현행 제도와 연계하여 현실적으로 실행 가능한 모형 설계
  - 본인부담제도와 365일 연장승인 제도를 병행하여 관리가 용이하게 설정
    - 특히 365일 연장승인과 관련하여 무분별한 의료이용으로 급여제한을 받아야 할 대상자에게 조건부로 선택병원을 정할 경우 그 병원에서의 진료만 급여해 주는 방안과 연계

나. 적용대상자 선정검토

- 선택병원제도는 의료급여 수급자들의 건강증진에 크게 도움이 되는 제도이기 때문에 모든 수급자에게 적용하는 것이 바람직하다고 판단됨.
- 그러나 모든 수급자를 대상으로 하는 선택병원제도를 도입할 경우 인프라 및 프로그램의 부족, 공급자 단체의 반발, 대상자들의 이해 부족 등으로 인해 현실적인 난관에 부딪칠 가능성이 매우 높음.
- 아직까지 단골의사제나 선택병원제에 대해 공급자 단체가 반대 입장을 보이고 있어 현실적인 한계가 있음.
  - 따라서 큰 틀에는 합의를 하고, 큰 틀을 이루기 위해 점진적으로 접근하는 방안을 모색해 보았음.
- 모든 의료급여 대상자를 당연 적용하도록 하되, 초기에는 수급자의 자발적 의사에 따라 참여하도록 하고, 일부 특정대상자(중복 투약자 등)에 대해서만 당연적용원칙 적용

- 질환군과 급여일수 분포에 따라 대상자 군을 분류하여, 선택병의원제 우선 적용 대상이 되는 의료이용 고위험군의 규모를 파악하고, 최종 선택병의원제 대상자 선정 방안을 제시함.

<표 II-1> 선택병의원제 대상군별 규모

종별구분	주상병	1군	2군	3군	4군
		365일이상	365일+90일	365일+180일	365일+360일
전체		219,825	85,420	47,720	16,370
	회귀난치성질환	8,493	2,178	908	201
	정신질환	36,840	1,578	547	143
	만성질환	57,550	12,704	5,704	1,242
	기타질환	116,942	68,960	40,561	14,784
	회귀질환자	22,806	15,010	9,297	3,750
	정신질환자	15,882	10,551	6,675	2,729
	만성질환자	40,145	24,729	14,496	5,026
1종	기타질환자	38,109	18,670	10,093	3,279
	전체	188,092	73,613	41,651	14,520
	회귀난치성질환	7,789	2,040	862	188
	정신질환	33,225	1,359	480	127
	만성질환	48,354	10,763	4,864	1,059
	기타질환	98,724	59,451	35,445	13,146
	회귀질환자	20,006	13,369	8,374	3,411
	정신질환자	13,683	9,222	5,888	2,423
2종	만성질환자	34,592	21,593	12,774	4,488
	기타질환자	30,443	15,267	8,409	2,824
	전체	31,733	11,807	6,069	1,850
	회귀난치성질환	704	138	46	13
	정신질환	3,615	219	67	16
	만성질환	9,196	1,941	840	183
	기타질환	18,218	9,509	5,116	1,638
	회귀질환자	2,800	1,641	923	339
2종	정신질환자	2,199	1,329	787	306
	만성질환자	5,553	3,136	1,722	538
	기타질환자	7,666	3,403	1,684	455

주: 환자가 2-4개 질환을 지닌 사람의 주상병 기준은 회귀/정신/만성/기타질환 순임

- 대상자 선정 시 질환군은 희귀난치성(107개), 만성질환(고시질환-11개), 정신질환, 그 외에 기타질환군 등 4개 군으로 분류하였으며, 급여일수는 급여상한일수 365일 초과군(1군), 365일+90일(1회 연장일수)을 초과군(2군), 365일+180일(최대 1회 연장일수)을 초과군(3군), 365일+360일 초과군(4군) 등 4개 군으로 분류함.
- 기타질환군 중에서 질환군이 희귀난치성/정신/만성/기타질환으로 세분류된 경우, 예를 들어, 어떤 사람이 해당 급여일수 기준으로 초과하여 대상자 선정이 된 질환은 기타질환이나 실제 희귀질환을 가지고 있는 경우 대상자 선정군은 기타질환군이나 세분류에 있어 희귀질환군으로 분류됨.

〈표 II -2〉 선택병의원제 대상군별 상병개수에 따른 분포

구분	1군	2군	3군	4군
	365일이상	365일+90일	365일+180일	365일+360일
1개인 환자	208,448	83,423	47,028	16,247
2개인 환자	11,071	1,961	674	115
3개인 환자	299	34	17	7
4개인 환자	6	2	1	1
5개인 환자	1	0	0	0
합계	219,825	85,420	47,720	16,370

- 선택병의원제 적용대상자 가운데 가장 많은 상병수가 5개인 것으로 나타났고, 상병이 2개 이상인 환자는 365일 이상 군에서 11,377명(5.2%), 455일 이상 군에서 1,997명(2.3%), 545일 이상 군에서 692명(1.5%), 725일 이상 군에서 123명(0.8%)임.

〈표 II-3〉 선택병의원제 대상자군별 주상병 환자분포(명)

구분	질병군	희귀질환자			정신질환자			만성질환자		
		소계	1종	2종	소계	1종	2종	소계	1종	2종
365일	전체	9,570	8,800	770	39,449	35,592	3,857	65,555	55,417	10,138
	희귀난치성질환	8,508	7,804	704	-	-	-	-	-	-
	정신질환	66	64	2	36,907	33,285	3,622	-	-	-
	만성질환	221	206	15	796	727	69	57,971	48,711	9,260
	기타질환	775	726	49	1,746	1,580	166	7,584	6,706	878
365일 +90일	전체	2,349	2,203	146	1,765	1,521	244	14,381	12,285	2,096
	희귀난치성질환	2,179	2,041	138	-	-	-	-	-	-
	정신질환	5	5	-	1,585	1,363	222	-	-	-
	만성질환	21	21	-	23	22	1	12,744	10,798	1,946
	기타질환	144	136	8	157	136	21	1,637	1,487	150
365일 +180일	전체	967	919	48	616	538	78	6,287	5,395	892
	희귀난치성질환	908	862	46	-	-	-	-	-	-
	정신질환	3	3	-	551	481	70	-	-	-
	만성질환	6	6	-	9	9	-	5,717	4,876	841
	기타질환	50	48	2	56	48	8	570	519	51
365일 +360일	전체	215	202	13	165	144	21	1,338	1,147	191
	희귀난치성질환	201	188	13	-	-	-	-	-	-
	정신질환	1	1	-	146	127	19	-	-	-
	만성질환	1	1	-	2	2	-	1,246	1,063	183
	기타질환	12	12	-	17	15	2	92	84	8

주: 환자가 2-4개 질환을 지닌 경우 중복 카운트 됨

- 365일 이상 장기의료이용을 한 대상자의 질병군별 의료이용 환자분포를 살펴보면 만성질환자 군의 기타질환의 이용률(7,584명, 11.7%)이 가장 큰 것으로 나타남.
- 희귀질환자가 기타질환으로 365일 이상 의료이용을 한 환자가 775명(8.1%), 455일 이상 144명(6.1%), 545일 이상 50명(5.2%), 725일 이상 12명(5.6%)으로 나타남.

〈표 II-4〉 선택병의원제 대상자군별 기타질환 분포

상병코드	상병명	365일 이상자	455일 이상자	545일 이상자	725일 이상자
	전체	116,942	68,960	40,561	14,784
M15-M19	관절증	14,100	8,187	4,752	1,700
M50-M54	기타 배병증	11,501	6,713	3,895	1,323
K20-K31	식도, 위 및 십이지장의 질환	9,579	5,097	2,888	1,024
I20-I25	허혈성 심장 질환	9,179	5,396	3,268	1,260
M05-M14	염증성 다발성 관절병증	6,091	3,371	1,933	626
J40-J47	만성 하기도 질환	5,871	3,126	1,814	642
M45-M49	척추병증	5,839	3,455	1,994	722
I30-I52	기타 형태의 심장병	4,513	2,341	1,334	460
M80-M85	뼈 밀도 및 구조 장애	4,031	2,240	1,225	415
N40-N51	남성 생식 기관 질환	3,937	2,522	1,642	728
E00-E07	갑상샘의 장애	3,393	1,788	1,006	340
N80-N98	여성 생식기의 비염증성 장애	2,636	1,527	868	289
M70-M79	기타 연조직 장애	2,565	1,423	828	249
G40-G47	우발적 및 발작적 장애	2,385	1,359	763	279
E70-E90	대사 장애	2,023	1,124	658	230
H30-H36	맥락막 및 망막의 장애	1,512	858	495	160
J00-J06	급성 상기도 감염	1,448	720	361	119
K55-K63	창자의 기타 질환	1,328	706	411	142
N30-N39	비뇨기계통의 기타 질환	1,299	796	511	217
I05-I09	만성 류마티스 심장 질환	1,147	560	300	104
B15-B19	바이러스 감염	1,050	484	277	102
L20-L30	피부염 및 습진	1,032	544	301	96
S30-S39	복부, 하배부, 허리뼈 및 골반의 손상	895	500	297	99
G50-G59	신경, 신경뿌리 및 신경얼기 장애	888	500	295	105
M20-M25	기타 관절 장애	865	446	229	63
I70-I79	동맥, 소동맥 및 모세혈관의 질환	764	428	251	81
J10-J18	인플루엔자 및 폐렴	713	288	147	44
H80-H83	속귀의 질환	707	382	219	74
B35-B49	진균증	701	354	194	57
J30-J39	상기도의 기타 질환	613	311	189	69
J20-J22	기타 급성 하기도 감염	606	298	143	39
G60-G64	다발성 신경병증 및 말초신경계통의 기타 장애	605	345	193	77
H25-H28	수정체의 장애	590	346	188	70
M40-M43	변형성 배병증	513	294	157	56

- 기타질환으로 365일 이상 의료이용을 한 대상자들의 질병분포를 261질병분류체계로 분류한 결과, 상위 1위에 관절증(M15-M19), 2위 기타배병증(M50-M54), 6위 만성 하기도 질환(J40-J47), 17위 급성 상기도 감염(J00-J06) 순으로 나타남.

### 3. 선택병의원제 대상자 선정(안) 및 운영방식

#### 가. 선택병의원제 대상자 선정(안)

- 전문가들의 자문회의 결과, 1개 질환으로 365일+90일 또는 365일+180일 이상 급여일수를 초과하는 경우는 과다 의료이용으로 간주할 수 있다는 의견을 반영하여,
- 선택병의원제 당연 적용 대상자 선정 방안은
  - 희귀난치성질환, 만성질환, 정신질환의 경우 해당 질환 중 1개 질환으로 365일+90일(1회 연장일수)을 초과할 경우 선택병의원제 당연적용 대상으로 포함
  - 희귀난치성, 만성질환, 정신질환이 아닌 기타질환의 경우 해당 질환으로 연간 진료일수 365일 + 180일(최대 1회 연장일수)을 초과할 경우 선택병의원제 당연적용 대상으로 포함
- 단, 선택병의원제 당연 적용 대상자 범위는 초기에 최소화하되, 단계적으로 365일 초과자로 확대 실시할 필요성이 있음.
  - ① 대상자 유형 I: 희귀난치성질환, 만성질환, 정신질환의 경우 해당 질환 중 1개 질환으로 급여일수 2군(연간 진료일수 365일 +90일(1회 연장일수)을 초과)에 해당할 경우 선택병의원제 당연적용 대상으로 포함

- ② 대상자 유형 II: 희귀난치성, 만성질환, 정신질환이 아닌 기타질환의 경우 해당 질환으로 급여일수 3군(연간 진료일수 365일 + 180일(최대 1회 연장일수)을 초과)에 해당할 경우 선택병의원제 당연적용 대상자로 포함
- ③ 위 2가지 경우에 하나라도 포함되면 대상자로 포함

♥ 1차 당연적용 대상자 규모 : 56,375명

- 대상자 유형 I : 16,460명(1종 14,162명, 2종 2,298명)
- 대상자 유형 II: 40,561명(1종 35,445명, 2종 5,116명,  
대상자 유형 I 이면서 유형 II에 중복대상자 946명)

나. 선택병의원제 대상자의 현황 분석

- 2005년 의료급여 의료이용을 기준으로 총 급여일수가 1,000일 이상인 대상자 중 적용대상에서 제외되는 환자는 다음과 같음.
  - 365일 이상자 중 345명(0.2%)
  - 455일(365+90일) 이상자 중 1,760명(2.1%)
  - 545일(365+180일) 이상자 중 3,332명(7.0%)
  - 725일(365+360일) 이상자 중 7,820명(47.8%)



〈표 II-5〉 급여일수 1,000일 이상자 중 선택병의원제 대상에서 제외되는 환자 분포

구분	1군	2군	3군	4군
	365일이상	365일+90일	365일+180일	365일+360일
대상자	219,825	85,420	47,720	16,370
제외되는 대상자	345	1,760	3,332	7,820
희귀질환	174	761	1,443	2,977
정신질환	130	699	1,243	2,504
만성질환	41	300	646	2,330
기타질환	0	0	0	9

- 선택된 대상자 56,375명 가운데 질환별로 대상자 분포를 살펴보면 기타질환이 39,915명으로 가장 많았고, 1종 대상자(49,020명, 86.95%)가 2종 대상자(7,355명, 13.05%)에 비해 더 많음.
- 선택된 대상자 중 기타질환으로 장기의료이용을 한 대상자의 주상병을 기준으로 희귀난치성, 정신, 만성, 기타질환 순으로 대표질환을 분류해 보면, 만성질환자가 14,206명으로 가장 많았고 기타질환자 10,093명, 희귀난치성질환 9,099명, 정신질환자 6,517명 순으로 나타남.

〈표 II-6〉 의료급여 종별 선택병의원제 대상자 분포

주상병	전체대상자	1종대상자	2종대상자	2종대상자 백분율(%)
희귀난치성질환	2,178	2,040	138	6.34
정신질환	1,578	1,359	219	13.88
만성질환	12,704	10,763	1,941	15.28
기타질환	39,915	34,858	5,057	12.67
희귀질환자	9,099	8,191	908	9.98
정신질환자	6,517	5,747	770	11.82
만성질환자	14,206	12,511	1,695	11.93
기타질환자	10,093	8,409	1,684	16.68
합계	56,375	49,020	7,355	13.05

〈표 II-7〉 선택병의원제 대상자의 총진료비 현황(천원)

구분	주상병	총진료비	입원진료비	외래진료비
전체	합계	296,720,309	92,138,650	204,581,659
	희귀난치성질환	33,518,925	13,790,485	19,728,440
	정신질환	8,356,267	4,609,013	3,747,255
	만성질환	58,631,747	18,421,064	40,210,684
	기타질환	196,213,370	55,318,089	140,895,281
	희귀질환자	54,644,485	15,990,669	38,653,816
	정신질환자	35,786,468	10,863,600	24,922,868
	만성질환자	68,383,637	19,891,974	48,491,663
	기타질환자	37,398,780	8,571,845	28,826,934
	1종	합계	266,031,161	84,601,214
희귀난치성질환		32,094,059	13,396,160	18,697,899
정신질환		7,302,837	4,058,133	3,244,704
만성질환		51,259,335	16,335,831	34,923,504
기타질환		175,374,930	50,811,090	124,563,840
희귀질환자		50,197,152	15,069,400	35,127,752
정신질환자		32,193,619	9,990,903	22,202,716
만성질환자		61,058,616	18,124,192	42,934,424
기타질환자		31,925,544	7,626,595	24,298,949
2종		합계	30,689,148	7,537,437
	희귀난치성질환	1,424,866	394,325	1,030,541
	정신질환	1,053,431	550,880	502,551
	만성질환	7,372,412	2,085,233	5,287,179
	기타질환	20,838,439	4,506,999	16,331,440
	희귀질환자	4,447,333	921,269	3,526,064
	정신질환자	3,592,849	872,697	2,720,151
	만성질환자	7,325,021	1,767,782	5,557,239
	기타질환자	5,473,236	945,250	4,527,986

□ 선택병의원제 대상자의 총 진료비는 296,720,309천원이며, 이 중 의료급여1종 대상자의 총 진료비는 89.7%(266,031,161천원)를 차지함.

〈표 II-8〉 선택병의원제 대상자들의 의료이용 분포

구분	주상병	방문일수	투약일수	처방건수	입원일수	총 급여일수
전체	평균	106.7	675.6	58.2	19.4	862
	회귀난치성질환	77.4	444.9	25.8	46.1	773.6
	정신질환	66.2	316.4	29.1	107.1	814
	만성질환	80.6	649	45.9	20.3	857.2
	기타질환	118.2	710.9	65.1	14.2	870.3
	회귀질환자	140.2	753.4	70.1	16.9	952
	정신질환자	126.4	734.1	69.3	22.3	989.4
	만성질환자	110	745	63.5	12.9	880.1
	기타질환자	104.5	609.4	60.1	8.4	706
	1종	평균	108.9	676.7	58.8	20.4
회귀난치성질환		78.3	445.3	25.9	47.6	776.6
정신질환		67.3	305.7	28.9	109.7	817.1
만성질환		83.3	656.4	47.0	21.5	870.7
기타질환		120.2	711.0	65.6	15.0	877.9
회귀질환자		141.9	753.2	70.5	17.8	958.4
정신질환자		128.2	733.7	69.8	23.4	997.1
만성질환자		111.5	742.7	63.8	13.5	883.3
기타질환자		106.6	607.2	60.5	8.9	710.0
2종		평균	91.8	668.2	54.2	12.6
	회귀난치성질환	64.2	438.9	24.1	24.3	728.5
	정신질환	59.4	383.2	30.3	91.0	794.3
	만성질환	65.4	608.3	39.6	13.3	782.7
	기타질환	104.0	709.8	61.6	8.6	817.8
	회귀질환자	125.0	755.0	65.8	9.0	894.2
	정신질환자	113.1	737.7	65.4	13.9	932.3
	만성질환자	99.0	761.7	61.1	9.0	855.9
	기타질환자	93.6	620.4	58.1	5.4	685.9

□ 의료급여1종 대상자의 총 급여일수는 약 870일로 전체 선택병의원제 대상자 평균 862일 보다 많음.

〈표 II-9〉 선택병원제도 대상자들의 의료이용 영양기관분포

구분	주상병	계	종합 병원	병원	의원	한방 병의원	보건 기관	기타
전체	평균	8.41	1.14	0.64	5.01	0.82	0.33	0.47
	희귀난치성질환	5.77	1.59	0.48	2.84	0.37	0.12	0.35
	정신질환	7.08	0.96	1.01	4.06	0.40	0.16	0.47
	만성질환	6.72	0.95	0.58	3.86	0.63	0.30	0.39
	기타질환	9.15	1.18	0.66	5.53	0.92	0.36	0.50
	희귀질환자	11.41	1.47	0.75	6.60	1.62	0.38	0.59
	정신질환자	10.48	1.38	0.85	6.57	0.78	0.33	0.57
	만성질환자	8.44	1.14	0.63	5.09	0.73	0.38	0.47
	기타질환자	7.25	0.86	0.49	4.52	0.65	0.31	0.42
1종	평균	8.53	1.17	0.66	5.05	0.83	0.33	0.47
	희귀난치성질환	5.83	1.62	0.48	2.87	0.37	0.13	0.36
	정신질환	7.16	0.96	1.06	4.11	0.41	0.16	0.48
	만성질환	6.86	0.98	0.60	3.94	0.65	0.30	0.39
	기타질환	9.25	1.21	0.68	5.56	0.93	0.36	0.51
	희귀질환자	11.49	1.50	0.77	6.63	1.62	0.38	0.59
	정신질환자	10.56	1.41	0.87	6.59	0.79	0.33	0.57
	만성질환자	8.50	1.15	0.64	5.10	0.74	0.39	0.48
	기타질환자	7.29	0.88	0.51	4.51	0.66	0.31	0.42
2종	평균	7.65	0.96	0.52	4.70	0.71	0.31	0.44
	희귀난치성질환	4.81	1.25	0.42	2.41	0.34	0.12	0.28
	정신질환	6.54	1.00	0.75	3.80	0.40	0.15	0.45
	만성질환	5.90	0.82	0.46	3.44	0.53	0.27	0.39
	기타질환	8.44	1.00	0.54	5.29	0.81	0.34	0.46
	희귀질환자	10.68	1.24	0.62	6.28	1.58	0.39	0.57
	정신질환자	9.85	1.19	0.70	6.41	0.69	0.32	0.53
	만성질환자	8.00	1.00	0.54	4.99	0.65	0.37	0.44
	기타질환자	7.04	0.77	0.43	4.55	0.60	0.31	0.40

□ 의료급여1종 대상자(8.53기관)가 의료급여2종 대상자(7.65기관)에 비해 더 많은 영양기관을 이용하는 것으로 나타남.

〈표 II-10〉 선택병의원제 대상자들의 상병 개수분포

구분	주상병	소계	회귀	정신	만성	기타
전체	평균	13.3	0.3	0.3	1.2	11.5
	회귀난치성질환	8.3	1.3	0.2	0.7	6.1
	정신질환	9.1	0.2	1.5	0.5	6.9
	만성질환	9.8	0.2	0.2	1.9	7.5
	기타질환	14.9	0.3	0.3	1.0	13.3
	회귀질환자	18.6	1.3	0.4	1.2	15.7
	정신질환자	17.2	0.0	1.3	1.1	14.9
	만성질환자	14.1	0.0	0.0	1.5	12.6
	기타질환자	11.1	0.0	0.0	0.0	11.1
1종	평균	13.5	0.3	0.3	1.2	11.7
	회귀난치성질환	8.4	1.3	0.2	0.7	6.2
	정신질환	9.2	0.2	1.5	0.5	7.0
	만성질환	10.0	0.3	0.2	1.9	7.7
	기타질환	15.1	0.3	0.3	1.0	13.4
	회귀질환자	18.8	1.3	0.5	1.2	15.8
	정신질환자	17.4	0.0	1.3	1.1	15.0
	만성질환자	14.2	0.0	0.0	1.5	12.7
	기타질환자	11.2	0.0	0.0	0.0	11.2
2종	평균	11.9	0.2	0.3	1.0	10.4
	회귀난치성질환	7.1	1.3	0.1	0.6	5.0
	정신질환	8.4	0.1	1.6	0.4	6.2
	만성질환	8.5	0.2	0.2	1.8	6.4
	기타질환	13.5	0.2	0.3	0.8	12.2
	회귀질환자	17.2	1.2	0.3	1.0	14.6
	정신질환자	16.1	0.0	1.3	0.8	14.0
	만성질환자	13.1	0.0	0.0	1.4	11.7
	기타질환자	10.6	0.0	0.0	0.0	10.6

- 선택병의원제 대상자의 상병개수는 평균 13.3개이며, 의료급여1종 대상자는 평균 13.5개, 의료급여2종 대상자는 평균 11.9개 상병을 보유하고 있음. 특히, 의료급여1종 대상자(11.7개)가 의료급여2종 대상자(10.4개)에 비해 기타 질환으로 의료이용을 많이 하는 것으로 나타남.

<표 II-11> 선택병의원제 대상자들의 진료과 이용 분포

주상병	일반의	내과	가정 의학과	소아과	신경과	정신과	일반 외과	정형 외과	신경 외과	흉부 외과
회귀난치성질환	0.53	0.50	0.08	0.07	0.02	0.04	0.13	0.25	0.06	0.01
정신질환	0.56	0.48	0.11	0.08	0.05	0.46	0.16	0.29	0.08	0.00
만성질환	0.65	0.56	0.11	0.05	0.03	0.07	0.14	0.31	0.08	0.01
기타질환	0.73	0.60	0.14	0.06	0.04	0.09	0.20	0.43	0.12	0.00
회귀질환자	0.76	0.67	0.15	0.07	0.06	0.12	0.22	0.47	0.14	0.01
정신질환자	0.73	0.66	0.15	0.07	0.06	0.37	0.23	0.46	0.15	0.01
만성질환자	0.74	0.59	0.13	0.05	0.04	0.00	0.19	0.42	0.11	0.01
기타질환자	0.71	0.52	0.12	0.06	0.03	0.00	0.18	0.38	0.11	0.01
평균	0.70	0.58	0.13	0.06	0.04	0.09	0.19	0.39	0.11	0.01
중분류	내과계			신경정신과			외과계			
평균이용의원수	1.47			0.13			0.70			

주상병	산부 인과	안과	이비인후과	피부과	비뇨기과	진단방 사선과	재활의 학과	마취과
회귀난치성질환	0.07	0.31	0.23	0.12	0.09	0.05	0.04	0.06
정신질환	0.11	0.28	0.28	0.16	0.19	0.06	0.04	0.07
만성질환	0.06	0.43	0.22	0.12	0.13	0.06	0.05	0.10
기타질환	0.11	0.49	0.31	0.16	0.18	0.08	0.07	0.17
회귀질환자	0.13	0.54	0.37	0.18	0.21	0.10	0.09	0.20
정신질환자	0.13	0.50	0.36	0.19	0.24	0.10	0.08	0.18
만성질환자	0.08	0.49	0.28	0.15	0.17	0.07	0.07	0.17
기타질환자	0.10	0.43	0.27	0.13	0.15	0.06	0.06	0.15
평균	0.10	0.47	0.29	0.15	0.17	0.07	0.07	0.15
중분류	기타과					보조과		
평균이용의원수	1.18					0.29		

〈표 II-12〉 선택병원제 대상자들의 증별 진료과 이용 분포(의료급여1종)

1종 주상병	일반의	내과	가정 의학과	소아과	신경과	정신과	일반 외과	정형 외과	신경 외과	흉부 외과
평균	0.71	0.58	0.13	0.06	0.04	0.09	0.19	0.39	0.11	0.01
회귀난치성질환	0.53	0.50	0.08	0.07	0.02	0.04	0.13	0.25	0.06	0.00
정신질환	0.55	0.48	0.11	0.08	0.05	0.47	0.16	0.29	0.08	0.01
만성질환	0.66	0.56	0.11	0.05	0.03	0.07	0.15	0.32	0.08	0.00
기타질환	0.73	0.60	0.13	0.06	0.04	0.09	0.20	0.43	0.12	0.01
회귀질환자	0.76	0.66	0.15	0.07	0.06	0.12	0.22	0.47	0.14	0.01
정신질환자	0.73	0.65	0.15	0.07	0.06	0.36	0.22	0.46	0.15	0.01
만성질환자	0.74	0.59	0.13	0.05	0.04	0.00	0.19	0.41	0.11	0.01
기타질환자	0.71	0.52	0.12	0.06	0.03	0.00	0.17	0.38	0.10	0.01

1종 주상병	산부 인과	안과	이비인 후과	피부과	비뇨 기과	진단 방사 선과	재활 의학과	마취과
평균	0.09	0.48	0.29	0.15	0.17	0.07	0.07	0.15
회귀난치성질환	0.07	0.31	0.23	0.12	0.10	0.05	0.04	0.06
정신질환	0.11	0.29	0.29	0.16	0.19	0.06	0.04	0.07
만성질환	0.06	0.44	0.23	0.12	0.13	0.06	0.05	0.10
기타질환	0.10	0.50	0.31	0.16	0.19	0.08	0.07	0.17
회귀질환자	0.12	0.55	0.36	0.18	0.21	0.10	0.09	0.20
정신질환자	0.12	0.51	0.37	0.20	0.24	0.10	0.08	0.18
만성질환자	0.08	0.50	0.28	0.15	0.17	0.07	0.07	0.17
기타질환자	0.09	0.45	0.26	0.14	0.15	0.06	0.06	0.15

〈표 II-13〉 선택병의원제 대상자들의 증별 진료과 이용 분포(의료급여2종)

2종 주상병	일반의	내과	가정 의학과	소아과	신경과	정신과	일반 외과	정형 외과	신경 외과	흉부 외과
평균	0.69	0.58	0.14	0.06	0.04	0.08	0.19	0.39	0.11	0.01
희귀난치성질환	0.50	0.56	0.04	0.09	0.01	0.01	0.10	0.26	0.10	0.00
정신질환	0.57	0.45	0.11	0.09	0.03	0.40	0.15	0.26	0.08	0.01
만성질환	0.61	0.55	0.11	0.05	0.02	0.05	0.14	0.31	0.08	0.00
기타질환	0.72	0.60	0.15	0.06	0.04	0.08	0.21	0.43	0.12	0.01
희귀질환자	0.74	0.68	0.16	0.08	0.06	0.12	0.22	0.50	0.15	0.01
정신질환자	0.70	0.68	0.14	0.08	0.06	0.38	0.23	0.46	0.15	0.01
만성질환자	0.74	0.59	0.17	0.06	0.03	0.01	0.21	0.42	0.11	0.01
기타질환자	0.71	0.53	0.13	0.06	0.03	0.01	0.20	0.39	0.11	0.01

2종 주상병	산부인과	안과	이비인 후과	피부과	비뇨 기과	진단 방사선과	재활의 학과	마취과
평균	0.14	0.39	0.27	0.13	0.16	0.07	0.06	0.13
희귀난치성질환	0.07	0.27	0.21	0.12	0.05	0.04	0.00	0.05
정신질환	0.11	0.23	0.28	0.13	0.16	0.04	0.06	0.05
만성질환	0.07	0.36	0.19	0.11	0.12	0.05	0.04	0.09
기타질환	0.16	0.41	0.30	0.15	0.17	0.08	0.07	0.15
희귀질환자	0.21	0.47	0.39	0.16	0.20	0.10	0.07	0.17
정신질환자	0.18	0.44	0.32	0.18	0.20	0.10	0.08	0.17
만성질환자	0.11	0.44	0.26	0.14	0.16	0.08	0.07	0.16
기타질환자	0.18	0.34	0.27	0.13	0.15	0.07	0.07	0.13



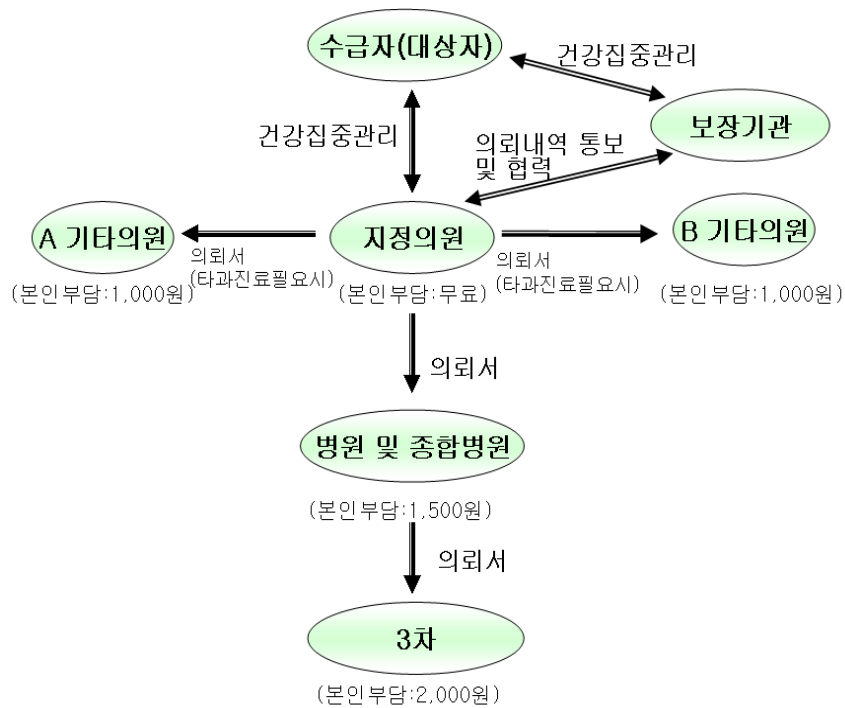
〈표 II-14〉 선택병의원제 대상자들의 지역분포

상위기관		하위기관	
대상지역	대상자수	대상지역	대상자수
서울특별시 노원구	1,009	충청북도 충주시	4
서울특별시 강서구	967	경상북도 청송군	6
대구광역시 달서구	764	경상남도 창녕군	8
전라북도 김제시	664	경기도 군포시	9
광주광역시 광주북구	604	인천광역시 옹진군	11
전라남도 곡성군	561	경상북도 예천군	14
대전광역시 대전동구	555	경상남도 밀양시	16
인천광역시 부평구	554	경상북도 경산시	17
대구광역시 대구동구	551	경기도 여주군	25
전라북도 정읍시	523	경기도 양주군	26
대구광역시 수성구	511	경기도 과천시	39
전라남도 구례군	507	강원도 평창군	40
부산광역시 부산진구	502	전라북도 완주군	43

□ 선택병의원제 대상자들의 보장기관에 따른 지역분포를 살펴보면, 서울지역이 1,976명으로 가장 많았고, 충청북도 충주시가 4명으로 가장 적음.

다. 선택병의원 운영방식

□ 선택병의원 기본 운영구조



□ 선택병의원 등록방식

- 적용대상자에게 원하는 기관을 선택하도록 함.

□ 선택병의원 진료과

- 선택병의원의 진료과목은 제한을 두지 않으며, 원칙적으로 대상자 본인이 꼭 필요하다고 판단되는 진료과에 해당되는 의원 1개를 지정함.
- 단, 꼭 필요하다고 판단되는 경우에는 지정의원 의사의 진단서와 의료급여 심의위원회 의결에 따라 지정의원을 2개까지 지정할 수 있음.

□ 기타 병의원 의뢰구조

- 지정의원 이외의 병의원을 가야할 필요성이 있는 경우는 선택병의원 의사의 의뢰서를 통해서만 다른 의료기관을 이용할 수 있도록 함.
- 의뢰 후 지속기간은 그 질환이 완치될 때까지를 원칙으로 하되, 최대 1달을 넘지 못하도록 함.
- 의뢰서 없이 타 기관을 이용할 경우는 수급자가 전액 본인 부담하도록 함.
- 선택병원대상자는 이미 선택병원 이외의 의료기관에서는 급여제한이 되어있는 상태이므로 만약 모르고 급여해 준 의료기관의 경우는 급여비를 지급하지 않음.

□ 의뢰내역 통보구조

- 지정의원이 다른 의료기관으로 의뢰한 경우는 보장기관에 의뢰내용을 1주일 이내에 통보하도록 함.
  - 통보내용은 외래 상병, 의료 의료기관명 등 추후보완
  - 통보방식은 인터넷 웹기반, 이메일, 팩스 등
- 지정의원이 다른 의료기관으로 의뢰한 경우는 지정의사가 환자 상태에 대한 정보를 다른 의료기관에 제공하도록 함.

□ 선택병의원에 대한 지불보상

- 현행 행위별 수가제를 기본으로 하되, 타 기관 의뢰 시 의뢰 및 보장기관에 대한 의뢰내역 통보에 대한 비용으로 진찰료를 지급함.

□ 본인부담제도와의 연계

- 선택병원대상자가 선택병원이나 보건소를 이용할 경우는 본인부담을 면제
  - 단 2종 수급자의 경우는 계속 본인 부담하도록 함.

- 단, 선택병의원 이외에 타 의료 기관을 이용할 경우는 일부 본인부담을 하도록 함.
  - 희귀난치성 등 본인부담 면제 대상자도 선택병원 대상자가 된 경우는 타 의료기관 이용 시 일부 본인 부담하도록 함.

□ 선택병의원에 대한 특별관리

- 선택병의원에 대해서는 심사평가원 등에서 별도관리
  - 진료의뢰서를 지나치게 많이 발부하거나 선택병의원의 의료강도가 높아지는 경우 집중관리 혹은 선택병의원을 취소할 수 있는 규정 마련

□ 선택병원 등록 종별 요양기관

- 선택병원은 의원급만을 지정하는 것을 원칙으로 하고, 병원급 이상은 의외에 의해 진료를 받을 수 있도록 함(단, 희귀난치성 질환의 경우 병원급 이상 지정 가능).
- 지정의원 이외에 필요한 경우 치과와 한의원은 1개씩 지정할 수 있도록 함. 단, 치과와 한의원은 본인일부부담금을 부담하여야 함.

□ 보장기관과 공공기관간의 연계

- 선택병원 대상자는 의료급여 사례관리 및 사후관리, 보건소 방문보건 사업, 정신보건센터, 자활지원사업, 돌봄서비스 등 대상자 욕구에 따라 보건복지서비스를 ONE-STOP으로 받을 수 있도록 함.

□ 기대효과 및 제기될 문제점

- 기대효과
  - 선택병원제도의 본래 취지에 맞음.
  - 지정의사가 직접 건강관리를 수행함으로써 수급자의 건강증진에 도움이 됨.

- 구조가 단순하고 장기적으로 가야 할 방향임.

- 제기될 문제점

- 수급자에 대한 책임이 지정의사에게 집중되어 보장기관의 통제역할이 적을 수 있음.
- 수급자가 다른 병원으로 가기 원할 경우 의사가 거부하기 힘든 구조에서 현재와 같은 의료이용 패턴을 보일 가능성이 있음.
- 이러한 경우 선택병의원 진찰료(의뢰비용)가 추가로 더 발생할 수 있음.
- 공급자 단체의 반발 우려. 즉 포괄적인 진료과와 기타과 간의 갈등과 인두제 도입에 대한 우려 등으로 공급자가 반발할 우려가 있음.

□ 제도 참여를 위한 대상자 유인체계

- 선택병의원제 등록 시 수급자에 대한 본인일부 부담제도 면제
- 선택병의원제 등록 시 건강검진을 해주는 방안 검토

□ 365일 연장승인과 연계

- 지난 8월부터 개정 시행 중인 365일 연장 사전승인제도와 연계하여 의무 적용 대상자 선정 관리(의무 적용대상자가 등록을 거부할 경우 365일 연장승인제와 연계하여 승인 불허).
- 선택병의원 대상자들은 원칙적으로 의료급여에서 최대한 의료이용을 할 수 있도록 보장된 범위를 벗어나 의료이용을 한 경우임.
  - 따라서 원칙적으로는 급여를 제한하여 의료이용 시 전액 본인이 부담하도록 해야 하지만, 지정된 병원을 이용할 경우만 급여해 주는 조건부승인제도의 연장선상임.
- 현재 모호하게 되어 있는 365일 연장승인 제도를 체계적이고 효율적으로 이용하도록 제도 설계

### Ⅲ. 이론적 검토 및 외국의 사례

#### 1. 선택병의원제에 대한 이론적 검토

##### 가. 선택병의원제 정의

- 선택병의원제란 수급자들이 건강문제가 발생하여 진료를 받아야할 경우 우선적으로 찾아가서 진료 서비스를 받고, 상담할 수 있는 주치의제도로 일차 진료의 지속성, 접근성, 책임성, 포괄성을 높이고자 하는 제도

##### □ 선택병의원제의 장점

- 지속적인 진료를 받을 수 있고 건강관련 자료의 통합 관리가 가능해져 건강 위험요소를 미리 발견, 평가, 조기 중재함으로써 수급자의 건강수준을 높일 수 있음.
- 중증질환의 발병을 예방하면서 고비용이 소요되는 2,3차 진료기관의 이용을 줄일 수 있어 의료전달체계 확립 가능
- 수급자의 의료에 대한 권리를 보호하며 의료공급자의 책임성을 강화함으로써 의사와 환자 간 신뢰 제고
- 2,3차 진료기관에 대한 이용 억제, 불필요한 검사 및 중복 검사의 억제를 통해 재정 효율성 제고

##### □ 선택병의원제의 제한점

- 종전의 자유 이용에서 지정의사로의 한정은 수급자의 의료이용에 불편을 초래할 수 있음.
- 개원의의 약 84%가 전문의인 현 상황에서 선택병의원을 일부 진료과(예:

내과, 가정의학과, 소아과 등)로 집중될 수 있음.

- 선택병원제에 유리한 진료과와 불리한 진료과의 이해관계와 인두제 도입에 대한 우려와 같은 공급자 측면의 이유로 현실도입에 제한점이 있음.

#### 나. 주치의 제도의 필요성 및 기대효과

- 주치의제도란 국민들이 어떤 건강문제를 가지고 1차 진료체계로 들어올 때 우선 거쳐야 하는 주치의를 정함으로써 일차진료의 지속성, 책임성, 포괄성을 높이고자 하는 제도임(김철환, 1998).
  - 주치의제도는 선진국가에서 이미 오랫동안 정착된 제도이며, 자유방임적인 의료제도를 갖고 있는 미국에서조차 HMO, Medicare, Medicaid를 중심으로 우선 진료를 받아야 하는 일차진료 의사를 정하도록 하고 있음.
  - 주치의제도의 취지는 국민 누구라도 자신의 단골의사, 혹은 주치의를 정하고 언제라도 진료를 받고 상담할 수 있도록 하자는 것이며, 이러한 제도에 대한 국민들의 요구는 매우 크다고 할 수 있음.
- 주치의제도라는 인위적인 제도를 도입해야 하는 이유는 우리나라 의료전달 체계의 난맥상과 일차의료의 취약성을 개선하기 위한 방안임(김철환, 1999).
  - 우리나라 일차진료의 문제점을 해결하기 위한 가장 중요한 정책안으로 제기되고 있음. 왜냐하면 주치의제도는 일차진료의 지속성, 포괄성, 의사의 책임성을 강화할 수 있기 때문임(김철환, 1999).
  - 노령화에 따른 필요성 증가 : 필연적으로 의료비의 급격한 증가를 가져오므로 이를 대비해 노인들을 위한 인두제 방식의 주치의제도와 요양수가에 대한 지불방식을 도입할 필요가 있음. 2007년 65세 노인인구비율은 8.7%로 이에 따른 진료비가 4조 2천억 원, 2020년이 되면 약 15%까지 높아져 약 26조원 이상이 될 것으로 예상되므로 보건의료체계의 개편이

요구됨. 이와 함께 최근 심화되고 있는 사회양극화로 저소득취약계층의 수는 증가함에 따라 의료급여 진료비도 빠르게 증가해 2007년 3조 2천억 원에 달했으므로 진료비 증가와 만성적 체납의 대안으로 외래부문의 주치의 제도가 필요함(이만우, 2006).

- 일반 국민의 건강에 대한 관심이 증가되어 단순한 의료수혜의 단계에서부터 질병의 조기발견과 예방의 종합적인 건강검진과 건강상담, 지속적인 포괄적으로 가족을 돌봐주는 단골 가족 주치의의 필요로 하는 단계로까지 발전하게 되었음(권선국 등, 1992).

□ 우리나라 1차 의료공급체계의 문제점

- 우리나라 의료제도의 문제점의 하나는 1차 의료와 전문의료 간 역할과 기능이 분화되어 있지 않다는 점이며, 1차 의료 강화방안의 하나로 주치의사제도가 제시되었음(조홍준 등, 2002).
- 의사의 과도한 전문화로 인해 포괄적이고 지속적인 의료서비스의 제공이 어려운 상황임(이동모, 1996). 전체 면허의사 중 등록전문의와 미래의 전문의인 전공의까지 합친 비중이 1998년 현재 87.9%에 달함(정현진 등, 2007).
- 국민들은 평소 자신을 잘 알고 있으면서 언제나 믿고 찾아가 진료하고 상담하며, 필요할 때 전화로 상담할 수 있는 의사를 원하고 있지만 현실은 그렇지 못함. 이런 이유로 “의사 장보기” 현상이 보편화 되고 있음. 이는 외형적으로 의사선택권의 보장이라는 장점이 있는 것처럼 보이나 실제로는 의료의 지속성, 포괄성이 떨어져 보건의료서비스의 질이 낮아 지므로 의료서비스 만족도, 신뢰도가 저하되고, 의료비의 중복 지출 및 낭비로 결국 국민의 부담이 커지게 되는 결과를 초래함. 또한 의사의 입장에서 환자의 과거병력을 파악할 방법이 없기 때문에 환자에 대한 진료의 책임성을 갖기 어려움(김철환, 1998).
- 의사인력의 지역별, 과목별 편중으로 인해 국민의 의료이용 불편이 심화되고 있음. 이에 따라 일부 진료과목의 과도한 증가로 국민의료의 위화



감을 조성하고 있으며, 특히 질병발생 시 적절한 의료기관의 선정이 어렵고, 불필요한 진료의뢰의 증가를 비롯하여 중복검사 등 의료자원의 낭비를 초래하는 원인이 됨(이동모, 1996).

- 우리나라의 보건의료제도는 일차의료의 5대 영역인 접근성, 포괄성, 지속성, 조정성, 책임성 측면에서 모두 문제점을 가지고 있음(정현진, 2007).
- 또한 일차 의료 인력이 제대로 양성되고 있지 못하고 서비스 공급이 시장에 의해 주도됨에 따라 일차의료의 제공되고 있지 못하고 이는 전반적인 질적 수준 하락 및 서비스 제공의 왜곡을 초래하고 있음.

□ 문제점에 의한 결과

- 1차 의료에 대한 불신을 유발하여 환자의 의사 장보기 현상이 만연되고 의약품의 오·남용 등 비합리적인 의료이용행태가 증가됨에 따라 의료서비스의 지속성 및 의사와 환자관계 측면에서 불신이 심화되고 있음(이동모, 1996).
- 우리나라 1차 진료는 진료만족도는 낮으며, 의사의 책임성과 진료의 지속성, 질병관리를 위한 적절한 자원배분에 있어서 치명적인 결함을 가지고 있음. 이런 결함은 결과적으로 의료서비스 질을 낮은 수준으로 고착화 시키며, 진료비를 앙등시키게 한다고 볼 수 있음(김철환, 1998).

□ 주치의 제도의 기대효과

- 신영전(2006)의 연구에서는 주치의 제도의 기대효과를 다음과 같이 제시함.
  - 진료비 지불제도 개편을 통한 과잉진료 및 진료 왜곡현상 방지
  - 일차의료를 강화할 수 있는 기본적 토대 마련의 기회
  - 민간의료의 공공성 강화 및 정부와의 협력적 관계 강화
  - 의료이용에 대한 국민 만족도와 서비스 질의 향상
  - 불필요한 진료·중복진료의 감소로 국민의료비 절감

- 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(정현진, 2007).

## 2. 외국의 주치의 제도

- 외국의 경우 주치의 제도가 보건의료제도 시행 초기부터 체계 속에 포함되어 있는 경우를 볼 수 있음.
  - 이런 대표적인 사례로 국가보건의료체계(NHS) 국가의 경우 영국을 들 수 있고 사회보험방식(NHI) 국가의 경우 네덜란드를 생각해볼 수 있음.
  - 한편, 자유주의적 모델(Liberalism)의 대표적인 국가인 미국은 시장 메커니즘에 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 있음(정현진, 2007).
- 따라서 NHS의 대표국가인 영국과 사회보험방식이며 주치의제도가 잘 정비된 네덜란드와 최근 주치의제도를 도입한 프랑스에 대해서 자세히 살펴보고자 함.

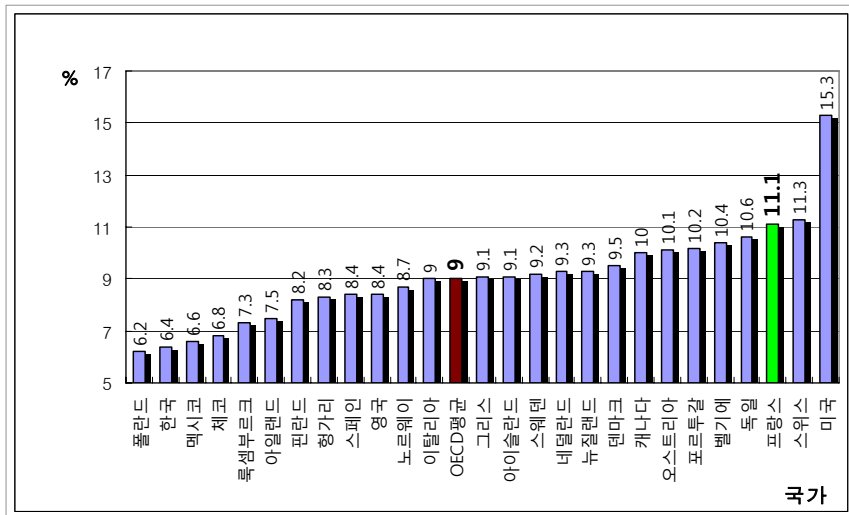
가. 프랑스

1) 보건의료 현황

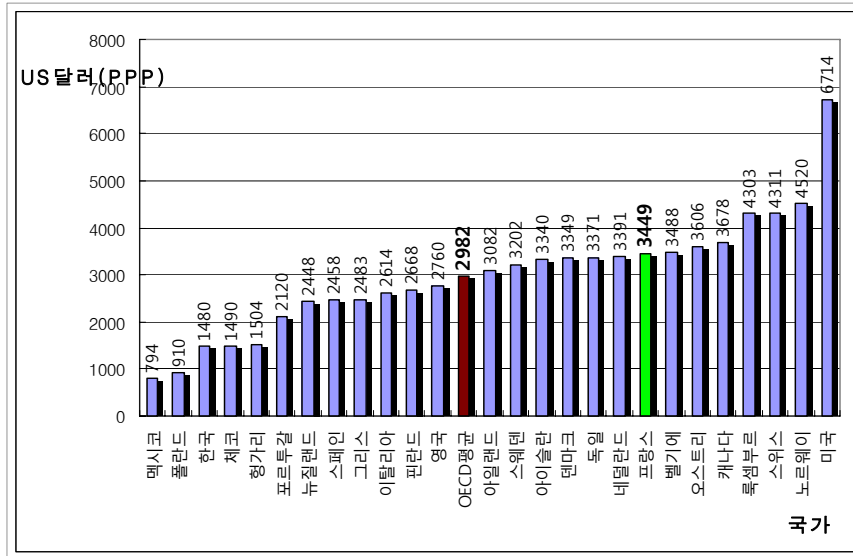
가) 보건의료 지출

- “OECD Health Data 2008”을 통해 확인된 자료에 의하면, [그림 1]에서 보는 것과 같이 2006년도 기준 프랑스의 GDP 대비 국민의료비 비율은 11.1%로서 자료를 제출한 OECD 26개 국가들 중 미국, 스위스에 이어 3위를 기록하고 있음.
- 한편 [그림 2]에서 보는 것과 같이 프랑스의 국민 1인당 국민의료비는 3,449달러로 OECD 평균인 2,982달러와 비교하여 높은 수준을 유지하고 있음.

[그림 III-1] OECD국가의 GDP대비 국민 의료비 비율 (2006년)



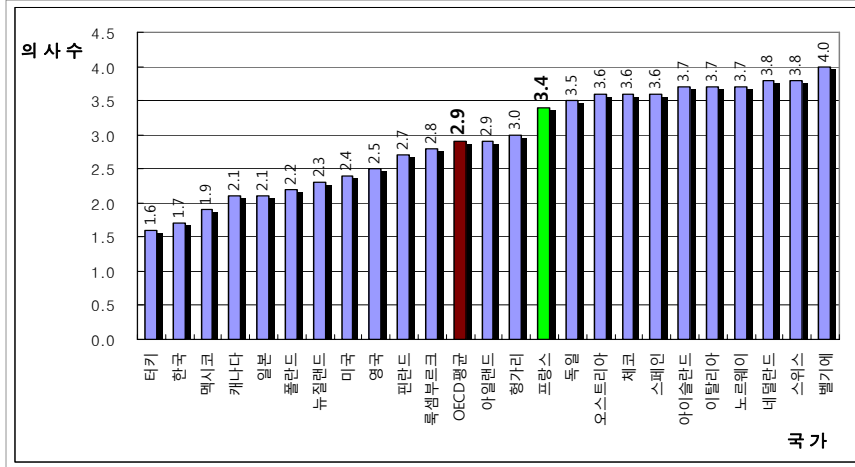
[그림 III-2] OECD국가의 국민 1인당 국민의료비 (2006년)



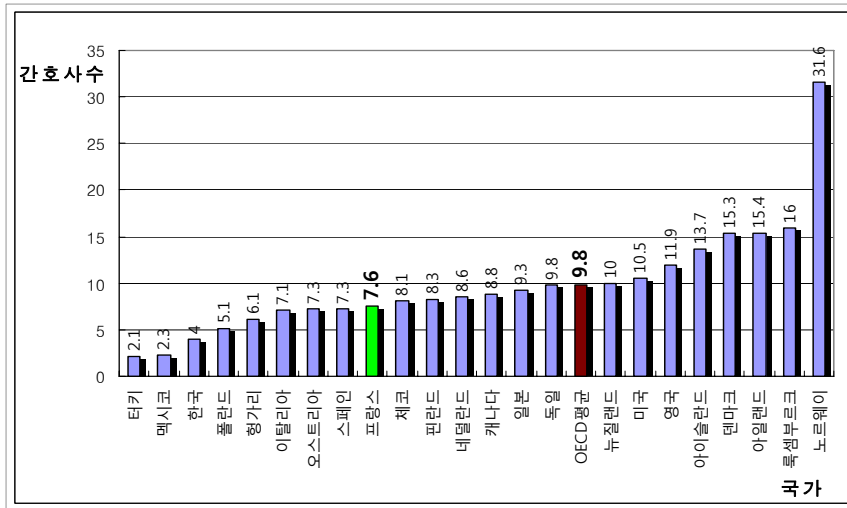
나) 의사 수 및 간호사 수

- 2006년도 프랑스의 인구 천 명당 활동 의사 수는 3.4명으로 OECD 24개 국가들 중 비교적 많은 편으로 OECD 평균인 2.9명을 상회하고 있으나(그림 3), 인구 천 명당 간호조무사를 포함한 활동 간호사 수는 [그림 3]에서 보는 것과 같이 7.6명으로 OECD 평균인 9.8명에 미치지 못하고 있는 것을 볼 때, 활동 의사 1인당 간호사 수는 OECD 국가들 중 낮은 편임을 알 수 있음.

[그림 III-3] OECD국가의 인구 천 명당 활동 의사 수 (2006년)



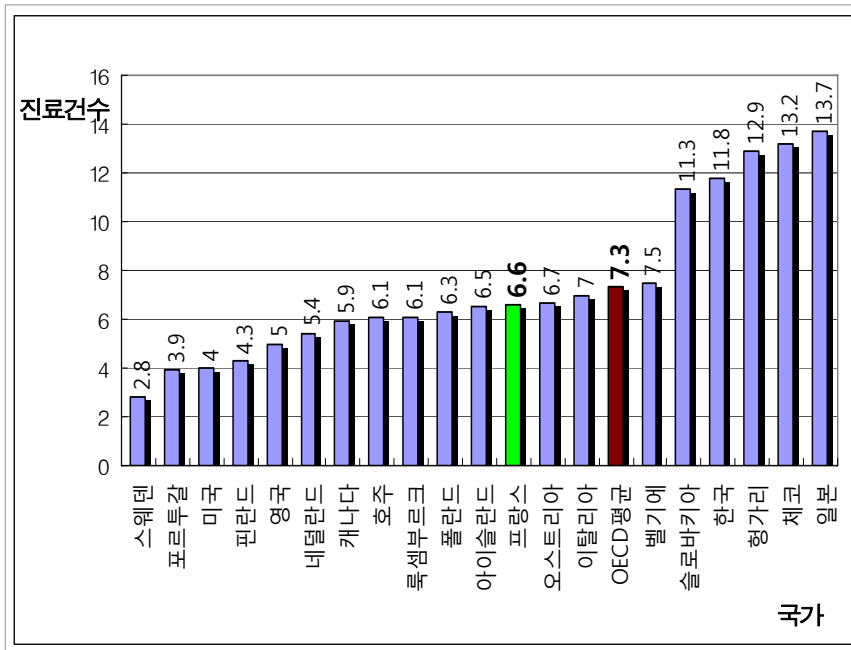
[그림 III-4] OECD국가의 인구 천 명당 활동 간호사 수 (2006년)



다) 의사 방문횟수

- 프랑스의 경우 국민 1인당 국민의료비가 3,449달러로 OECD 평균인 2,982달러와 비교하여 높은 수준을 기록하고 있음에도 2005년도 국민 1인당 연간 의사 방문횟수는 6.6회로 OECD 15개 국가의 평균인 7.3회보다 적은 것으로 비추어 볼 때, 의료이용량보다는 의료서비스 가격이 높은 경향을 가지고 있음을 알 수 있음.

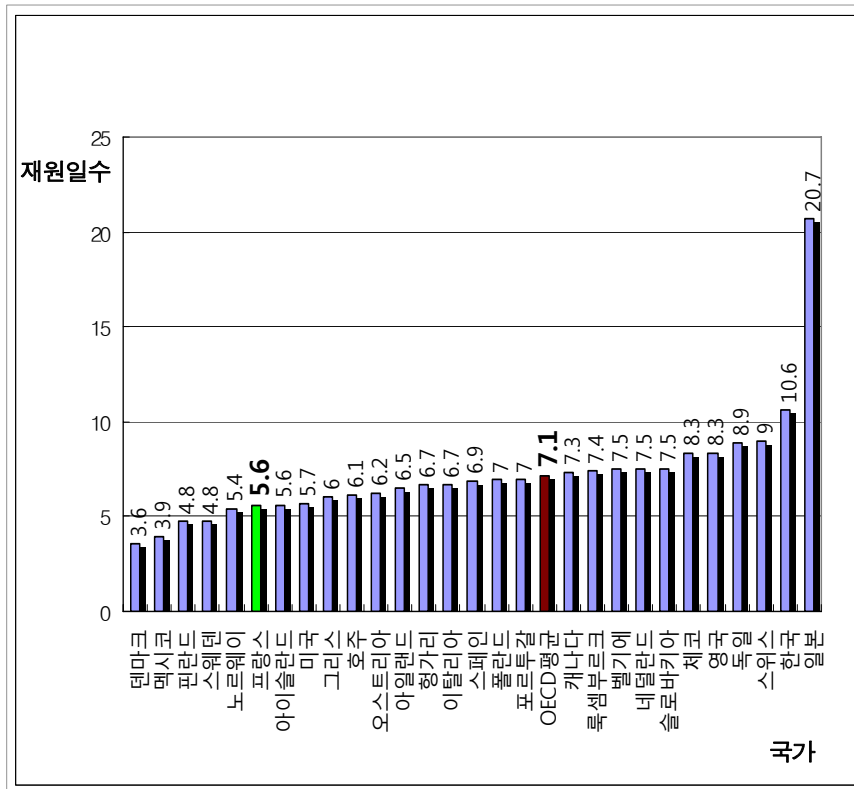
[그림 III-5] OECD국가의 국민 1인당 연간 의사 방문횟수 (2005년)



라) 재원일수

- 한편 2003년도 프랑스의 환자 1인당 평균 급성기 의료이용 재원일수는 5.6일로 OECD 국가 평균 재원일수 7.1일 보다 낮은 수준을 기록하고 있음.

[그림 III-6] OECD국가의 환자 1인당 급성기 의료이용 재원일수 (2003년)



2) 의료보장제도의 구조와 특징<sup>1)</sup>

- 통상 모자이크형 특징을 가지고 있다고 평가되는 프랑스의 사회보장제도는 조합주의 원칙을 기초로 가입자의 직업 범주에 따라 복잡한 복수의 하위제도가 공존하는 제도임.
  - 이러한 특징에 기인하여 사회보장제도의 운영주체도 제도(Régime)에 따라 독립적으로 존재하고 있음.<sup>2)</sup>
  - 이러한 복잡성이 있음에도 제도운영과 정책 결정과정을 통해서 볼 때, 적용대상 인구수를 기준으로 가장 비중이 큰 일반제도(Régime général)를 중심으로 프랑스의 사회보장제도 전체가 작동되고 있음.
  - 더불어 다양한 하위제도들이 일반제도를 중심으로 운영원리가 일원화되는 경향도 확대되고 있다. 예컨대 농업종사인구의 감소 등 산업 구조의 변화와 형평성과 효율성을 추구하는 정부의 정책에 따라 농업제도, 특수제도 등의 상당 부문은 비중축소, 소멸 혹은 해체되면서 일반제도에 흡수되고 있는 것임.<sup>3)</sup>
- 일반제도가 차지하는 총 대상인구 대비 적용인구 비중은 2007년 말 현재 노령연금보험(우리의 국민연금에 해당)의 경우 66%, 건강보험과 산재보험의 경우 87%, 가족수당제도의 경우 전 국민 단일제도 형태로 운영되고 있으므로 100%임.

---

1) 프랑스 의료보장제도 특징 개관과 주치의제도 도입에 대한 소개는 본 연구보고서의 공동저자 중 한 명이 다른 논문(최기춘, 2006)에서 정리했던 내용을 토대로 수정, 보완한 것이다.

2) 프랑스 사회보장제도의 3대 운영주체는 전국건강보험공단(CNAMTS), 전국노령연금공단(CNAV), 전국가족수당공단(CNAF) 등이다. CNAMTS는 건강보험, 산재보험, 임출산보험, 장애보험, 사망보험 등의 보험자이고, CNAV는 노령연금제도의, CNAF는 가족수당제도의 운영기관이다. 그 밖의 주요 기관으로는 사회보장 및 사회보험 분담금 징수를 담당하는 기관으로 사회보험료통합징수공단(URSSAF)이 있다.

3) 일반제도는 고유의 대상 범주인 민간부문 근로자와 공무원뿐만 아니라, 원래는 대상이 아니었던 학생, 전쟁 유공자, 퇴역군인 등으로 대상을 확대하였고, 가족수당의 경우 최소 생계비를 지원받는 사람들 범주까지 확대함으로써 전 국민을 대상으로 하게 되었다.



- 한편, 일반제도 이외에는 자영자제도, 농업제도, 그리고 특수제도로 통칭되는 다양한 소규모 제도가 존재하고 있음.

□ 프랑스 의료보장제도의 특징을 요약하면 다음과 같음.

- 첫째, 우리나라와 달리 지역보험제도가 없음.
  - 이는 조합형태의 직장보험이 기본이 되어 발전한 프랑스 사회보장의 역사와 깊은 관계가 있으며, 퇴직 후에도 현역일 때 가입하고 있었던 제도에 계속 가입이 가능함.
  - 그러므로 노령자를 대상으로 하는 독립된 건강보험제도도 없음.
- 둘째, 전국적으로 일원화된 제도라는 특징을 가지고 있음.
  - 이는 일반제도, 특별제도, 농업제도, (상공업)자영업자제도, 특별제도 모두에 해당함.
- 셋째, 일반제도가 전 국민의 약 87%를 대상으로 하는 대표적 제도임.(CNAMTS, 2006b)
  - 여타의 제도들도 가입자 특성에 따라 독자적 운영원리를 가지고 있지만, 가입자 특성에 구속되지 않는 보편적 원리는 일반제도의 원리를 따르고 있으므로 일반제도는 프랑스 건강보험제도의 주요 원리를 파악하는 기준으로 삼을 수 있음.
  - 본 연구에서도 특별한 언급이 없는 한 일반제도에 관하여 서술함.
- 넷째, 제도 간 세부적 급여내용은 상이함.
  - 예를 들면, 근로자 제도에는 현금급여가 있지만 자영업자제도에는 없음.
  - 특별제도에서는 부가급여가 있어 100% 가까이 급여가 되지만, 상공업 자영업자 제도에서는 급여수준이 상대적으로 낮음.
  - 이 문제를 해결하기 위하여 사회보장 최저수준 설정이나 재정조정을 위한 제도화가 논의되고 있음(Dupeyroux J-J et al, 2006).

- 다섯째, 법정 보충제도의 존재임.
  - 프랑스에는 임의가입 형태이지만 법률에 의해 규정된 보충적 제도가 존재하여 법정 기초제도의 급여와 서비스를 보완하고 있음.
  - 공제조합(Prévoyance)이나 상호부조조합(Mutuelles)제도가 그것에 해당함.
- 여섯째, 법정 기초 제도의 가입대상에 해당되지 않는 저소득 계층을 위한 보편의료보장제(CMU, Couverture Maladie Universelle)가 2000년부터 시행됨에 따라 전 국민이 의료보장 혜택을 받을 수 있게 되었음.
  - 그리고 보험급여나 보편적 질병급여 외에도 저소득층의 의료비 지원을 위한 의료부조제도(Aides Sociales)가 있음.

### 3) 주치의제도 도입의 배경: 2005년의 건강보험 개혁

#### 가) 2005년 개혁의 배경

- 프랑스는 “2004년 8월 13일 법”의 제정에 근거해서 2005년 1월 1일부터 전 반적인 건강보험 개혁을 시작하였음.
  - 2005년 건강보험 개혁은 만성적인 건강보험 재정적자문제를 구조적으로 해결하고 보건의료 서비스의 질적 수준을 높이기 위한 제도적 개선의 필요성으로부터 시작되었음.
- 수입구조의 측면에서 볼 때, 건강보험 재정적자 문제는 이미 70년대 중반 이래로 계속되어 왔던 경제적 불황 속에서 국민소득과 정부재정/조세수입이 정체상태에 머물러 왔던 것이 그 원인인 것으로 분석됨.
  - 70년대 중반 이래 사회보장 재정 일반의 경우와 마찬가지로 건강보험 재정은 만성적인 적자 상태를 지속해 왔고, 이를 극복하고자 시행되었던 1995년의 소위 쥐삐 개혁(Jupé Plan)은 3-4년 동안 약간의 적자감소 효과를 낳았으나 2001년 이후 재정적자는 다시 계속하여 큰 폭으로 늘어나게 되었음.

- 특히 건강보험 재정적자는 2001년부터 2004년까지 사상최고치를 매년 갱신하면서<sup>4)</sup> 본격적인 수입구조 개선의 필요성이 제기되기 시작하였음.
- 반면에 수입기반의 구조적 약화에도 불구하고 건강보험의 지출은 매년 증가해 왔고, 높은 지출수준에도 불구하고 의료서비스의 질은 정체상태를 계속해 왔음.
  - 이에 따라서 수입구조의 개선과 동시에 지출구조의 쇄신을 통한 보건의료 서비스의 질적 수준을 강화할 필요성도 동시에 제기되었음.
- 이러한 상황은 프랑스 정부로 하여금 수입기반구조를 확대하면서 동시에 지출구조를 획기적으로 합리화할 수 있는 제도적 개혁을 추진하게 하였음.

나) 2005년 개혁의 목표와 대상

(1) 개혁의 목표

- 프랑스 보건복지부(MSS)와 건강보험제도 개혁 최고위원회(HCAAM), 전국건강보험공단(CNAMTS), 보건의료부문 전문 이론가 등 다양한 기관과 학자들이 제출한 연구자료들을 통해서 종합해 볼 때, 2005년 개혁의 궁극적인 지향점은 현행 의료보장제도를 더욱 높은 수준의 지속가능한 공적 건강보험 체계로 전환시킴으로서, 평등교육권과 더불어 국가와 국민 사이의 사회계약 근본 가치인 공화주의적 평등정신(Esprit égalitaire républicaine)을 담보해 주는 양대 지주 중 하나인 국민의 평등건강권을 강화하는 것으로 정리할 수 있음.
  - 이러한 지향성에 토대한 건강보험 개혁의 구체적 목표는 다시 3가지로 나누어 볼 수 있음.

4) 건강보험 일반제도의 적자는 2001년 21억€, 2002년 61억€, 2003년 111억€, 2004년 116억€로 사상최고치 기록을 계속해 왔다.(Haute Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2006)

- 첫째, 의료접근 형평성(Egalité d'accès aux soins)의 강화인데, 소득수준, 거주지역 등에 따른 의료접근의 불평등성을 제거하기 위하여 건강보험체계의 공공성과 보편성을 강화하는 것임.
- 둘째, 의료서비스의 질(Qualité des soins)을 더욱 높이는 것으로, 프랑스 의료서비스의 질은 객관적 평가에서나 국민만족도에 있어서 이미 세계 최고수준에 이르고 있지만, 이번 개혁에서는 특히 의료서비스 질을 더욱 높은 수준으로 유지시키는데 결정적 영향을 주는 제도적·문화적 정착을 구체적인 목표로 하고 있음.
- 셋째, 소득수준과 자산의 보유수준 등 능력에 따라 기여하고 필요에 따라 수혜 받는 사회연대성(Solidarité sociale)의 가치를 강화하는 것임.

(2) 개혁의 대상 및 내용

□ 2005년 프랑스 건강보험 개혁의 주요 대상 및 내용은 다음과 같이 정리될 수 있음.

- 첫째, 주치의제도의 일반적 도입 등 1차 의료체계의 전면적 개혁을 중심으로 하는 의료전달체계를 제도적으로 개혁하는 것임.
- 둘째, 주치의제도의 도입과 동시에 이 제도가 성공적으로 정착하는데 필수불가결하게 요구되는 보완적 제도를 도입하는 것임.
  - 이것은 전국적인 단일 전산정보망 구축을 토대로 개인의료기록부(Dossier Médical Personnel)와 새로운 보건카드(Carte Vitale II) 제도를 도입하는 것을 의미함.
- 셋째, 수입구조의 개선과 관련된 것임.
  - 즉 일반사회보장분담금(CSG), 사회보장적자해소분담금(CRDS)의 부과체계와 부과율을 조정하는 것, 기업이 부담하는 사회연대기여금(C3S)의 증액과 관련된 것, 그리고 건강보험재정을 위한 다양한 종류의 목적세 세율조정을 시행하는 것, 특히 담배세 중 일부를 정부의 재정지원금으로 전환하는 것임.

- 넷째, 지출구조의 개선과 관련된 것으로, 약가 통제·관리 체계의 쇄신(1번의 개혁과 긴밀한 연관이 있음), 제네릭 의약품 시장점유율 확대 및 소비촉진을 위한 정책 등 약가결정제도와 정책의 재정비 등과, 진료비 지불제도와 급여제도에 대한 통제·관리 체계의 개선(1번의 개혁과 긴밀한 연관이 있음)과 최소 기본 본인부담금제의 도입(모든 진료/치료 1회당 1€) 등이 해당됨.
- 마지막으로, 보건의료조직 조절체계를 강화하고 보험자, 특히 일반제도의 보험자인 전국건강보험공단(CNAMTS) 역할을 강화하는 것임.

#### 4) 프랑스 주치의제도의 주요 내용

##### 가) 주치의제도의 도입과정

- 주치의제도는 2004년 8월 13일 법에 의해 새로이 도입되었는데, 보험가입자와, 16세 이상인 가입자의 가족은 의무적으로 그러나 자유선택에 의해 자신의 주치의를 지정해야 함.
- 주치의제도의 도입과정을 간단하게 정리해보면 다음과 같음.
  - 첫째, 2004년 8월 13일 법의 발효시점인 2005년 1월 1일부터 4월말까지 전국건강보험공단은 4800만장의 주치의신고양식을 가입자에게 우송하였음.
  - 둘째, 가입자들은 자유로이 자신의 주치의를 선정하고 해당 내용을 기입한 신고양식을 건보공단에 회송함.<sup>5)</sup>

---

5) 주치의제도 도입은 상당히 신속하게 진행되었다. 4,800만여 명의 16세 이상인 건강보험가입자 중 2005년 9월말까지 3,129만 명(65%), 2006년 5월 중순까지 3773만 명(79%)이 주치의를 선정하였다. 한편, 2006년 5월 중순까지 전체 일반개원의 중 99%가 자신의 환자와 함께 주치의신고양식에 서명하였다, 한편 주치의제도의 현장 실행주체인 의사들의 등록률은 짧은 시간에 예상보다 높게 나타났다. 건강보험 가입자가 선택한 주치의의 거의 전부는 일반개원의로서, 전체 주치의 중 99.6%의 비중을 차지하였고 전문의로서 주치의 등록을 한 경우는 전체 주치의의 0.4%에 불과하였다.

- 셋째, 주치의 제도는 우선 신고양식에 사인하여 회송한 가입자를 대상으로 하여 2005년 7월 1일부터 시행되었음.

□ “2004년 8월 13일 법<sup>6)</sup>”은 의료이용의 단계에 대해 명확하게 규정하고 있는데, 1차 의료의 담당자는 주치의, 2차 의료의 담당자는 위탁의로 규정하고 있음.

나) 주치의(Le médecin traitant)

(1) 주치의제도의 목적

□ 주치의제도의 근본적인 목적은 1차 의료서비스의 종합화와 일반화를 통해 전체 의료전달체계 운영의 효율성을 극대화하고 환자에게 필요한 의료서비스의 질을 획기적으로 높이는데 있음.

- 이러한 목적은 환자에 대한 의료정보의 종합과 지속적 갱신 그리고 위탁의(Le médecin correspondant) 등 다른 치료담당자에 대한 환자의료정보의 제공과 공유 등을 주치의로 하여금 수행하게 함으로서 달성하게 하려고 함.

(2) 주치의의 역할

□ 첫째, 환자 치료의 첫 단계를 담당함.

□ 둘째, 필요할 경우 환자를 적절한 의료이용 단계로 안내하고, 환자의 상태에 따라 규정된 기한 내에 모든 위탁의에게 그 환자에 대한 정보를 제공함.

□ 셋째, 예방의료 서비스와 건강증진에 기여함.

□ 넷째, 위탁의 등 다른 치료담당자와의 협력 하에 장기질환치료에 대한 치료 기록 작성을 주도함.

---

6) 그러나 새로운 의료전달체계의 실제 적용은 2005년 1월 12일 전국건강보험공단과 전국 의사협회 사이에 체결된 협약(convention)에 따라 2005년 7월 1일부터 시작되었으며, 이후 2010년 6월 30일까지 5년의 기간 동안 효력이 발생된다.

- 다섯째, 위탁의 등으로부터의 모든 정보를 종합하여 특정 환자에 대한 ‘개인의료기록부’를 작성함.
- 여섯째, 병의원 퇴근 시에 환자에게 모든 정보를 제공함으로써 주치의 부재 중에 발생할 수 있는 환자의 의료이용 시 정보의 연속성을 보장해 줌.

다) 위탁의(Le médecin correspondant)

(1) 위탁의의 정의

- 위탁의는 주치의의 판단에 따라 환자의 보다 적절한 치료를 위해 환자를 위탁받은 의사(주로 전문의)인데, 주치의제도 도입으로 처음 적용된 개념이다. 결국 위탁의는 프랑스의 의료전달체계상 2차 의료서비스의 주된 제공주체인 것임.

(2) 위탁의의 역할

- 만약 환자의 치료를 위해 위탁의가 정기적으로 개입해야 할 필요가 있을 경우, 주치의와 위탁의가 협의해서 치료계획을 수립해야 함.
  - 이 과정에서 보이는 주치의와 위탁의의 협력은 새로운 의료전달체계 실행의 핵심적 요소라 할 수 있음.

라) 주치의를 우회하는 의료접근(l'accès spécifique)의 예외적 인정

- 주치의제도에 대한 가입자들의 수용성을 높이기 위해서는 주치의제도를 도입하더라도 모든 실제적인 상황에서 의료필요를 충족하는데 불편함이 없어야 할 것임.
  - 주치의제도의 제도적 완성도를 높이면서 동시에 실용성을 높이기 위하여 응급상황, 공휴일 그리고 몇 가지 특수전문 의료영역(부인과, 안과, 정신과, 신경과, 신경정신과 등)의 경우, 예외를 인정하고 있음.

- 위의 경우를 제외하고 주치의 소견서 없이 주치의 이외 의사의 치료를 받는 경우, 이에 대한 진료비용은 할증되어져 가입자 본인이 부담해야 함.

5) 주치의제도 도입에 따른 새로운 진료비체계

- 2005년 1월 12일에 체결된 일반제도의 보험자와 의사단체 대표자 사이에 체결된 협약(convention)의 또 하나의 주요한 내용은 새로운 의료전달체계에 따른 진료비체계의 재규정, 특히 의료서비스 공급자의 비용인상에 관한 것임.

가) 주치의제도 도입에 따른 진료비 인상

- 첫째, 새로운 의료전달체계의 도입으로 인한 주치의 혹은 위탁의로서의 업무 증대에 따른 진료비 인상은 가입자가 아니라 보험자(의무보험자와 보충보험자)가 부담함.
- 둘째, 30가지 유형의 장기질환(ALD)을 담당하는 주치의에게 환자 1인당 연간 40유로를 정액적 형식으로 추가 지불함.
  - 이는 위탁의와의 협력과 연관된 치료기록을 작성하는 추가 업무에 대한 보상의 의미임.
- 셋째, 이외에도 장기질환에 대한 특수진료에 대해 연간 1회한에서 6유로를 추가 지불함.
- 넷째, 0에서 24개월령의 영유아에 대한 특수진료에 대해 건당 5유로를 추가 지불함.
- 다섯째, 위탁의(전문의 혹은 일반의)에게 진료건당 수입(협조) 명목으로 2유로, 진료비 명목으로 27유로를 지불함.
- 여섯째, 주치의가 전문의에게 특수 진료를 요청할 경우, 특수진료비로 40유로를 지불함.



- 프랑스 내의 다양한 이해당사자들이 이번 의료개혁의 전반적 방향과 일부 세부적 영역에 대해서 다양한 이견을 표출하고 있음에도 불구하고, 주치의에 의한 특정 환자의 진료경로의 합리화, 진료경로이동 과정에서 종합적 상병 정보로 인한 의료수요의 오남용 억제 등으로 인한 의료비 지출 축소는 주치의제도 운영으로 추가된 의료인 업무에 대한 비용 증가보다 훨씬 큰 것으로 예상하는데 있어서는 큰 이견이 없음.

나) 진료비 초과적용의 부분적 허용

- 주치의 제도의 일반적 도입에도 불구하고 가입자가 자신의 주치의와 무관하게 특정 의사의 진료를 받을 수 있는 자유는 제한적으로 허용되고 있음.
  - 이 경우에 해당 의사는 진료비를 초과지급 받을 수 있지만 두 가지 제한이 있음.
    - 첫째, 의료전달체계 단계에 따라 규정된 진료비에 대해 17.5% 할증된 비용까지만 청구<sup>7)</sup>할 수 있음.
    - 둘째, 특정 의사의 총 진료비 중 초과 적용된 진료비의 비중은 30% 미만이어야 함.

다) 새로운 의료전달체계에 따른 비용부담 규칙

- 주치의를 중심으로 하는 새로운 의료전달체계를 무시한 의료이용의 경우에 적절한 본인부담금을 부과함으로써 의료남용을 억제함과 동시에 새로운 제도의 조기 확립과 선순환을 유도하기 위해 관련규정을 정비하였음.
- 의료전달체계상 의료이용의 경우, 주치의 진료, 시술을 포함하여 방문 건당 1유로의 정액분담금을 부과하였음.

---

7) 예컨대, 특정 환자가 자신의 주치의와 무관하게 어떤 전문의의 진료를 받을 경우, 이 전문의는 새로운 전달체계상 진료비인 27유로에 17.5%가 할증 추가된 32유로를 진료비로 청구할 수 있다.

- 최소 본인분담금의 의미를 갖는 “1유로의 정액분담금(contribution forfaitaire de un euro)”과 달리 벌금의 의미를 갖는 본인부담에 관련된 규칙은 두 범주로 나눌 수 있음.
- 첫째, 의무보험에 관련된 비용부담 규칙임.
  - “건강보험의 미래를 위한 최고위원회”(Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie)는 주치의 소견과 무관한 의료이용의 경우 진료 건당 2~3.4유로 수준의 벌금을 후불상환에서 공제하는 형식으로 가입자에게 부담하게 하였음.<sup>8)</sup>
- 둘째, 보충보험에 관련된 비용부담 규칙인데, 프랑스 정부는 2005년 건강보험 개혁의 일환으로 의무보험과 보충보험의 조정을 더욱 긴밀히 하기 위하여, 보충건강보험자와 “책임계약(contrat responsable)”이라는 새로운 계약을 체결하였음.<sup>9)</sup>
- 셋째, 2006년 1월 1일부터 발효된 이 계약을 통하여 정부는 새로운 의료전달체계의 작동과 관련하여 보충보험에 대한 조정과 통제를 더욱 긴밀히 할 수 있게 되었는데, 그 주요 내용은 의료전달체계상의 경로를 벗어난 의료이용의 경우, 총 의료비에서 의무보험으로부터의 환급액을 제외한 본인부담금에 대한 보충보험으로부터의 환급액 중 7유로를 삭감한다는 것임.<sup>10)</sup>

8) 이 규정은 약간의 합헌/위헌 논란을 거친 후 도입되었다. 논란의 쟁점은 만인의 건강권 보장을 명시한 1946년 헌법 정신을 위반하는 조치인가의 문제였는데, 이 논란은 헌법위원회의 검토(헌법위원회 결정문 No,2004-504, 2004년 8월 12일)를 거쳐서 종결되었다.

9) 책임계약은 항상적이고 실무적인 조정과 감독을 위하여 일반제도의 법정 보험자의 역할을 강화하는 의미를 갖는다. 이에 대한 보다 상세한 설명은 본고의 결론을 참조.

10) 개원 초기단계에 있는 젊은 의사들의 경우 이러한 조치는 어려움을 겪을 수 있다. 고정적인 내원 환자군이 채 형성되지 않은 상태에서 그들을 주치의로 선택하는 환자 수는 상대적으로 적기 때문이다. 이러한 점에서 ‘프랑스 의사조합연맹(CSMF)’는 정부에 탄원을 제기하였고, 정부는 현재 이에 대한 문제를 검토 중에 있다.

6) 주치의제도의 성공적 도입을 위한 보완적 정책

가) 개인의료기록부(Dossier Médical Personnel)

□ 프랑스는 2005년의 건강보험개혁을 준비하면서 주치의 제도 도입의 성공적 정착을 위하여 몇 가지 보완적 제도의 도입하였음.

– 그 중 가장 중요한 것은, 2010년경에 완성을 목표로 하고 있는 전국적으로 단일화 된 전산정보망 체계의 구축을 토대로 16세 이상 전 국민 모두가 개인별 보건의료 관련 정보를 체계적으로 “개인의료기록부(Dossier Médical Personnel)”라는 하나의 전산기록부에 등록하도록 한 것임.

• 개인의료기록부가 일반화되는 2010년경부터는 가입자가 개인의료기록부제도를 자신의 경우에 수용하는가 여부에 따라 자신의 건강보험 보험료와 급여수준을 달라지게 함으로서 제도의 조기 일반화를 정책적으로 유도하고 있음.

(1) 개인의료기록부의 유용성

□ 개인의료기록부는 현재 부분적 시범사업으로 시행되고 있고 2010년경부터 전면적으로 도입될 예정임.

– 개인의료기록부에 등록될 항목과 그것이 도입·적용될 때 얻을 수 있는 유용성은 다음과 같이 정리됨.

□ 우선, 진료와 치료를 받는 의료기관, 의료서비스 담당자가 단일한 상병에 대해 혹은 시간에 걸쳐 복수인 경우에도, 진료, 진단, 처치, 처치결과 뿐만 아니라 그 과정에서 산출된 촬영사진 등 관련 자료들까지 단일한 기록부에 집약되기 때문에 일관되고 연속적인 의료적 처치를 받을 수 있음.

□ 둘째, 따라서 진료과정에서 불필요한 시간사용을 줄여주기 때문에 의료서비스의 질을 고양하는데 긍정적으로 작용할 수 있음.

- 참고로 개인의료기록부는 인터넷상에서 활용 가능하므로 의사는 아래에 서술할 요건만 갖추었다면 자신의 개인컴퓨터를 통하여 간단하게 환자의 개인의료기록부에 접근할 수 있음.
- 셋째, 동일한 환자에 대하여 다양한 의사가 치료를 하는 경우에도 중복된 처치의 위험성을 피할 수 있음.
  - 이 점은 의료적 효율성뿐만 아니라 의학적 검사 등과 같은 의료자원의 중복 지출을 극소화함으로써 경제적 효율성도 개선시킬 것임.<sup>11)</sup>
- 넷째, 개인의료기록부에는 예방의학적 소견을 기록하는 영역이 따로 있으므로, 의사의 예방의학적 처치뿐만 아니라 환자 스스로도 항목별로 정리된 상태로 자신의 건강상태 추이를 쉽게 파악할 수 있으므로 사전적 건강증진 프로그램을 실행하는데 도움을 줄 수 있음.

(2) 개인정보의 비밀보장문제

- 개인의료기록부의 도입을 둘러싸고 프랑스 내부에서 제기된 논란의 쟁점 중 중요한 하나는 개인의료기록부에 등록될 개인의 모든 의료적 정보의 비밀이 유출될 가능성과 그럴 경우 발생될 심각한 문제와 관련된 것이었음.
  - 이러한 우려에 대한 근본적 방지책이 개인의료기록부제도 운영원칙 속에 담겨있음.
    - ① 환자만이 개인의료기록부를 열수 있는 권리를 가지고 있음.
      - 그것은 환자만이 전산화된 개인의료기록부를 열기위해 필요한 열쇄의 기능을 하는 자신의 보건카드(Carte Vitale)를 가지고 있기 때문임.
      - 이미 사용되고 있는 이 보건카드는 개인의료기록부를 열기 위한 비밀

---

11) 우리나라의 경우 의료급여 환자의 의료서비스 과잉소비 문제가 제기되는 것과 같이 프랑스의 경우도 '의료쇼핑' 문제가 논란의 대상이 되고 있다. 개인의료기록부의 도입은 가입자 5%가 총 의료급여의 50% 이상을 수혜하고 있는 프랑스의 경우만이 아니라 우리나라의 경우에도 시사점을 충분히 줄 수 있을 것이다.

번호와 같은 역할을 하는 셈임.

- 주치의나 다른 의사들도 자신의 의사카드(CPS)와 함께 환자의 보건카드를 동시에 전산망에 등록해야 초기화면이 열리게 되기 때문에 결국 환자의 동의를 얻은 후 개인의료기록부에 접근할 수 있게 되는 것임.

② 환자 이외의 자가 개인의료기록부를 열수 있는 예외적인 경우

- 첫째, 환자가 의식이 없거나 정신적 한계상황에 처해 있을 때만 환자에 대한 빠르고 적절한 처치를 위하여 예외적으로 초기화면이 자동으로 열리게 됨.
- 둘째, 사전에 규정된 제한적 정보에 접근이 허용된 대상은 다음과 같음.
  - 의사 이외의 보건의료인(간호사, 약사 등): 이 경우에도 환자의 동의가 전제되어야 함.
  - 공적 건강보험의 보험자: 법규에 의한 의료통제(Controle médical)시 환자의 주치의의 동의 아래 개인의료기록부상의 필요정보를 복사할 수 있음.
  - 경찰: 법규에서 정해진 한도 내에서 접근할 수 있음.

③ 개인의료기록부에 접근 불가능한 경우

- 어떤 경우라도, 보충형 건강보험 계약이나 기타 환자의 건강상태 평가를 요구하는 계약 등을 포함하여 계약을 위한 정보 취득 용도로 개인의료기록부에 접근하는 것은 엄격히 금지됨.
- 나아가 산업재해전담의사(Médecin du Travail)도 환자의 개인의료기록부를 열어 볼 수 없음.

④ 개인의료기록부 관리소

- 개인의료기록부의 정보는 관련 규칙에 의하여 설립될 공적 기관인 “건강정보관리소”에서 관리하므로, 공인인증서와 같은 기능을 하는 본인의 보건카드(Carte Vitale)를 통한 열람 이외에는 접근이 엄격히 금지될 것임.

나) 공적 보험자기능 강화

- 주치의 제도가 프랑스 건강보험제도의 복잡하고 얽혀져 있는 특수한 구조 속에서 성공적으로 정착하기 위해서는 기술적 수단을 완결하는 차원에서 도입될 개인의료기록부 제도뿐만 아니라, 제도운영 주체를 설정하는 차원에서 적절한 조치가 필요할 것임.
  - 주치의 제도 운영의 실질적 책임주체가 설정되어야 제도 운영상 다양한 보험조직간 권리/의무 관계가 명확해 질 것이며, 그렇게 될 때 법정 기초보험제도 이외의 기타 법정제도<sup>12)</sup>, 민간 보험제도 등에 대한 조정, 통제를 통하여 제도적 완성도와 일체성이 높여질 수 있을 것이기 때문임.
  - 이러한 조정, 통제 기능은 가입대상자의 87%를 수급권자로 하고 있는 기초 법정제도(일반제도)의 공적 보험자인 전국건강보험공단(CNAMTS)을 중심으로 하는 공적 관리체계가 구축될 때 가능할 것임.
- 기초적 법정 보험자가 기타 법정제도, 보충보험제도 등에 대한 조정, 통제권을 갖게 될 때, 비록 다양한 가입대상자 범주가 존재하는 프랑스의 모자이크 방식 건강보험제도 하에서도 주치의 제도뿐만 아니라 프랑스 건강보험 개혁의 다른 주요 영역인 급여제도, 지불제도, 약가제도와 정책, 의료서비스의 질 모니터링 체계 등을 일관적, 유기적, 효율적으로 운영할 수 있게 될 것임.
  - 이러한 필요에 부응하여 프랑스는 2005년 개혁의 주요 과제 중 하나로 다양한 보건의료 관련 기관/기구를 신설하거나 개편하면서 일반제도의 보험자 기능을 강화하였음.
- 프랑스의 주치의제도 도입을 평가하기 위해서는 주치의제도 내용 자체뿐만 아니라, 성공적 제도도입을 보장하기 위해 구상, 실행하고 있는 제도적 구도에서 보이는 전후방 관계의 특성을 파악하는 것도 중요함.

12) 공적 보충보험을 의미하는데 보험자로는 공제조합, 상호부조조합 등이 있다.

- 개인의료기록부(Dossier Médical Personnel)의 의무적 사용 정책이 주치의제도의 성공을 위한 수단으로 필수불가결한 정책적 결정으로 평가할 수 있다면, 전국건강보험공단(CNAMTS)의 역할 강화를 핵심적 내용으로 하는 보건의료 관련 기관/기구의 재편은 이질적 운영원리를 가지고 있고 이해관계도 다양한 여러 기관/기구들의 존재하는 상황에서 주치의제도를 동일한 운영원리로 일반화하기 위한 실천주체의 설정이 필요하다는 차원에서 볼 때 역시 불가결한 정책적 결정으로 평가할 수 있을 것임.

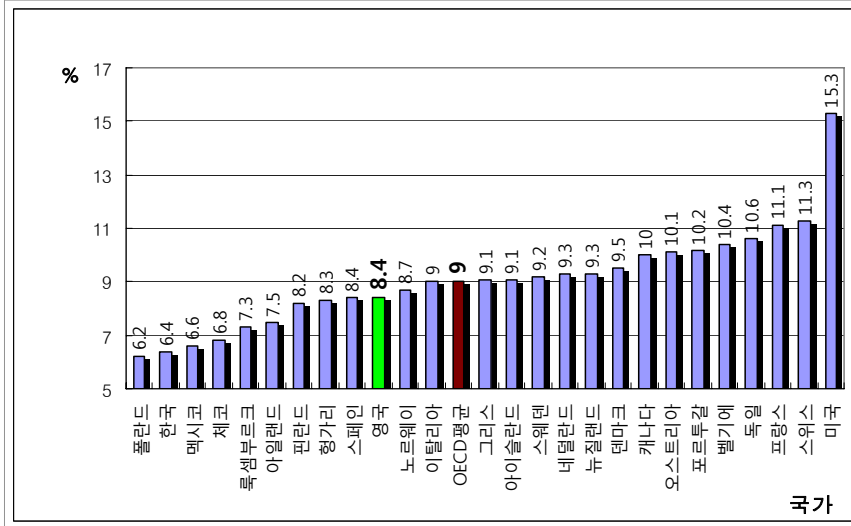
#### 나. 영국

##### 1) 보건의료 현황

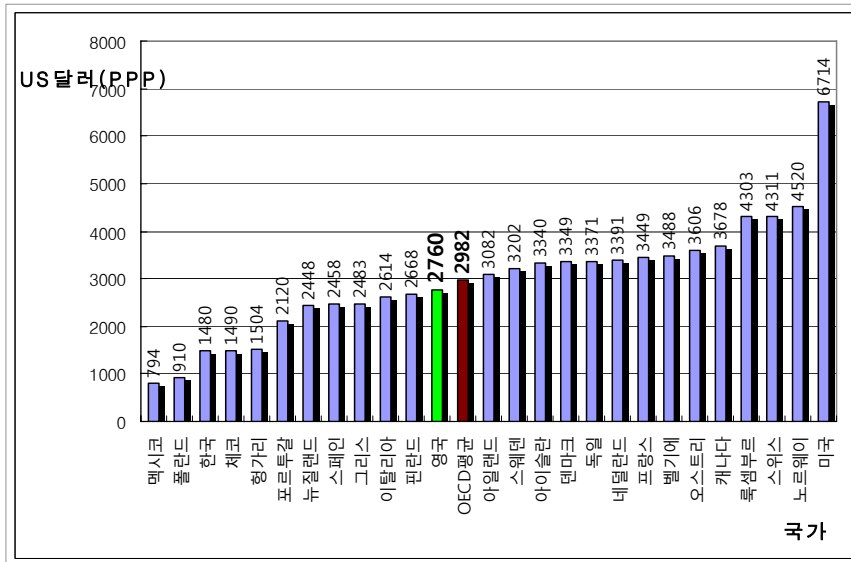
###### 가) 보건의료 지출

- “OECD Health Data 2008”을 통해 확인된 자료에 의하면, [그림 7]에서 보는 것과 같이 2006년도 기준 영국의 GDP 대비 국민의료비 비율은 8.4%로서 OECD 26개국 평균 9%에 미치지 못하고 있음.
- 한편 [그림 8]에서 보는 것과 같이 영국의 국민 1인당 국민의료비는 2,760달러로 OECD 평균인 2,982달러 보다 약간 낮은 수준을 기록하고 있음.

[그림 III-7] OECD국가의 GDP대비 국민 의료비 비율 (2006년)



[그림 III-8] OECD국가의 국민 1인당 국민의료비 (2006년)

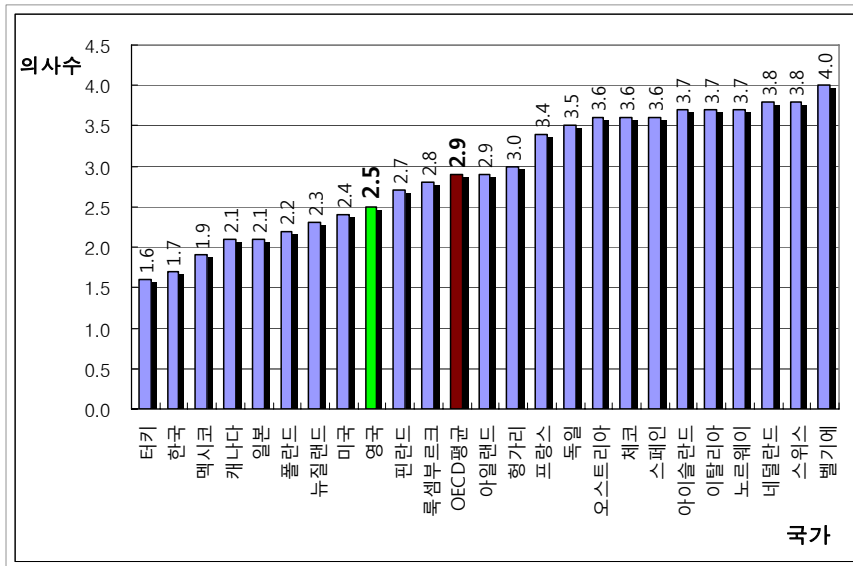




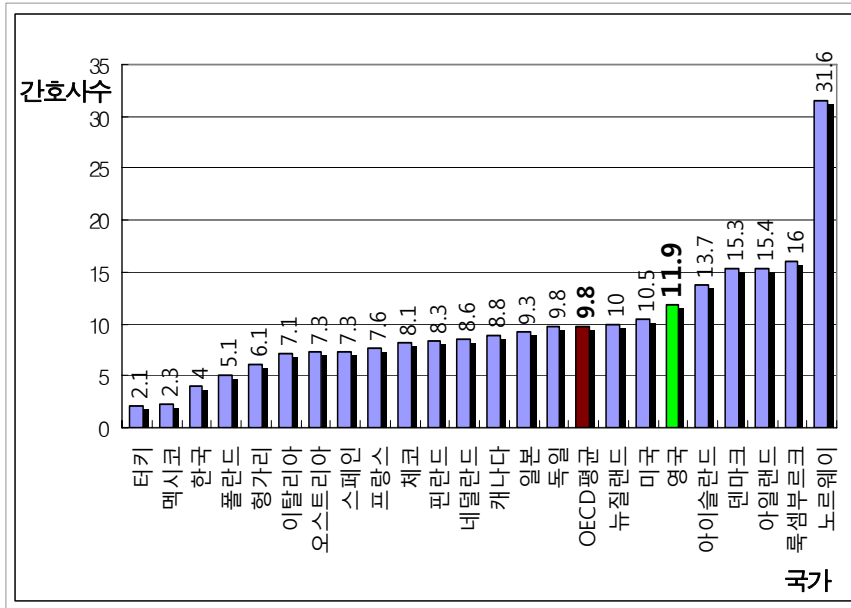
나) 의사 수 및 간호사 수

- 2006년도 영국의 인구 천 명당 활동 의사 수는 2.5명으로 OECD 평균인 2.9 명에 미치지 못하고 있으나(그림 9), 인구 천 명당 간호조무사를 포함한 활동 간호사 수는 [그림 10]에서 보는 것과 같이 11.9명으로 OECD 평균인 9.8 명을 상회하고 있는 것을 볼 것을 볼 때, 활동 의사 1인당 간호사 수는 OECD 국가들 중 높은 편임을 알 수 있음.

[그림 III-9] OECD국가의 인구 천 명당 활동 의사 수 (2006년)



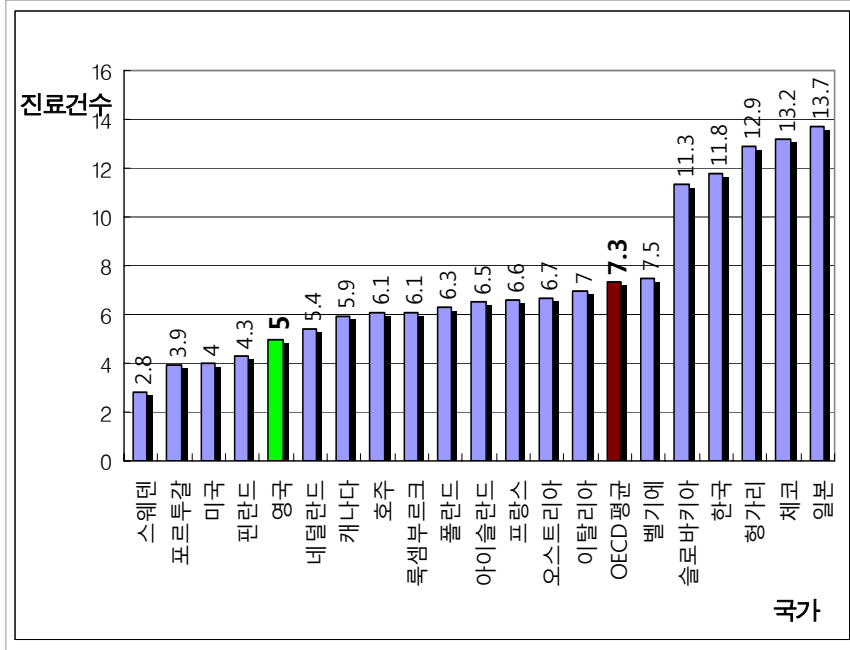
[그림 III-10] OECD국가의 인구 천 명당 활동 간호사 수 (2006년)



다) 의사 방문횟수

- 영국의 경우 국민 1인당 국민의료비가 2,760달러로 OECD 평균인 2,982달러와 비교하여 8%정도 낮은 수준을 기록하고 있음을 앞에서 확인하였는데, 2005년도 국민 1인당 의사 방문횟수는 연간 5회로 OECD 15개 국가의 평균인 7.3회보다 46% 적은 것으로 미루어 볼 때, 1차 의료이용 통로인 주치의 를 통한 의료이용량 억제가 일정부분 작용하고 있음을 간접적으로 짐작하게 하고 있음.

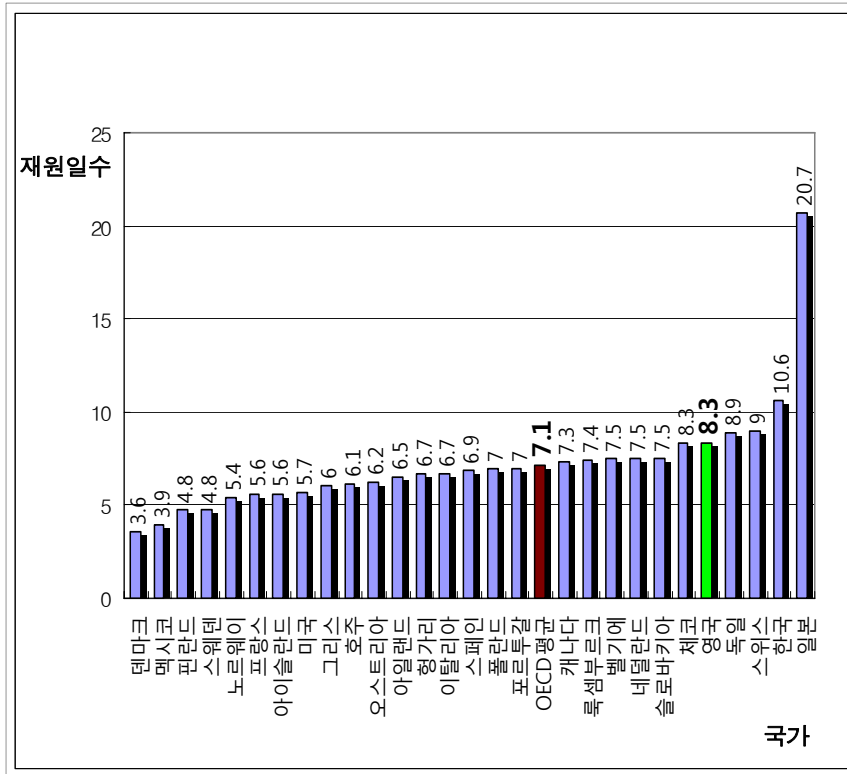
[그림 III-11] OECD국가의 국민 1인당 연간 의사 방문횟수 (2005년)



라) 재원일수

- 한편 2003년도 영국의 환자 1인당 평균 급성기 의료이용 재원일수는 8.3일로 OECD 국가 평균 재원일수 7.1일 보다 높은 수준을 기록하고 있음.

[그림 III-12] OECD국가의 환자 1인당 급성기 의료이용 자원일수 (2003년)



2) 영국의 주치의제도

가) 영국 의료보장제도(NHS) 개요

□ 영국은 국가보건의료체계(NHS: National Health System) 방식의 의료보장제도를 채택하고 있는 대표적인 국가임.

- 의료부문에 대한 재원은 대부분 중앙정부의 일반조세로 구성되어 있음.
- 보건의료서비스의 공급구조를 보여주는 의료전달체계를 보면 1차 의료(Primary Care) 단계에서는 지역자치기구 성격을 지닌 일차의료트러스트

(PCT; Primary Care Trust)가 담당하는데 일차의료는 주로 주치의 기능을 하는 일반의(GP; General Practitioner)와 보건소 의료진(Multi-Professional Team)이 담당하고 있음.

- 그리고 2차 의료(Secondary Care)는 1차 의료 단계의 담당의의 판단에 따라 대부분 트러스트(NHS Trust) 형태로 구성되어 있는 공공의료기관인 병원에서 담당하고 있음.

□ 1948년에 제도 운영이 시작된 이후 60년 동안 영국의 NHS는 효율성과 형평성 그리고 접근용이성의 측면에서 볼 때 세계에서 가장 우수한 제도 중 하나로 평가받아 왔음.

- 중앙정부 조세를 재원으로 하고 있으나 NHS 서비스는 잉글랜드, 북아일랜드, 스코틀랜드 그리고 웨일즈에서 분리되어 운영되고 있음.
- 각 지역들 간에 미세한 부분에서의 차이가 없는 것은 아니나 대부분의 측면에서 거의 유사하므로 전국적으로 단일한 제도로 보아도 무방할 것임.

#### 나) 인력구성과 재정

□ NHS는 160만 명 가까운 인력이 종사하고 있음.<sup>13)</sup>

- 이 중 9만 여명의 병원 의사, 3만 5천 여명의 주치의 기능을 하는 일반의(GP; General Practitioner), 40만 여명의 간호사와 1만 6000여명의 응급 의료진 등이 포함되어 있음.

□ NHS 서비스 이용자 수는 하루 평균 67만 여명에 이르고 있는데, GP는 일주일에 평균 140명의 환자를 진료하고 있는 상황임.

□ NHS 인터넷 홈페이지를 통해서 NHS의 재정규모를 살펴보면 1948년에 4억 3700만 파운드(현재 가치로 약 90억 파운드) 정도였으나 2007년/2008년 회계

13) 이 중 잉글랜드에서 130만여 명, 스코틀랜드, 웨일즈 그리고 북아일랜드에서 각각 158,000, 71,000, 67,000여명이 종사하고 있다.(<http://www.nhs.uk/aboutnhs/Pages/About.aspx>)

연도에는 900억 파운드를 넘어섰으므로 60년 만에 10배 이상 규모로 확대됨을 알 수 있음.

- NHS 예산의 약 60%는 종사자들에 대한 인건비로 지출되고, 20%가량은 의약품을 비롯한 치료재료 공급비용으로, 나머지 20%정도는 장비, 설비, 교육 훈련비 등으로 지출됨. (<http://www.nhs.uk/aboutnhs/Pages/About.aspx>)

다) NHS 제도운영 기관과 기구: 보건부와 트러스트

- NHS를 운영하는 주체로서 제도 운영 기관과 기구들을 개관해 보면 다음과 같음.
  - 우선 NHS 제도 운영을 관장하고 관리, 감독하는 기관은 영국 보건부(Department of Health)이며 하부 기관으로는 지역 보건서비스를 관장하고 감독하여 개선의 책임을 담당하고 있는 10개의 보건전략국(SHA)이 있음.
  - 이 10개의 지역 단위 보건전략국 산하에 다양한 트러스트들이 지역의 의료서비스를 담당하고 있음.
- NHS는 1차 의료(primary care)와 2차 의료(secondary care) 부문으로 구분되어 있음.
  - 1차 의료는 소위 “전선(frontline)”에 서있는 서비스 단계로서 일반의(GPs), 치과의(dentists), 약사(pharmacists), 검안사(optometrists) 등이 담당하고 있음.
  - 2차 의료는 통상 GP 등 지역사회의 1차 의료 담당 의료인의 의뢰에 따라 이용되어 짐.
- 1차 의료 트러스트(PCTs; Primary Care Trusts)는 기존의 303개에서 최근 152개로 수가 축소되기는 했지만 NHS 예산의 80%를 좌우하고 있는 등 NHS 제도의 핵심을 이루고 있음.
  - 1차 의료 트러스트는 전국적으로 29,000명의 일반의(GP)와 18,000명의 NHS 치과의를 포괄하고 있음.
  - 반면에 전국적으로 290개의 NHS 병원트러스트와 전문의 센터가 있고

새로운 형태의 병원 트러스트인 Foundation Trusts가 105개 있음.

- 그 외에도 12개의 앰블런스 트러스트(Ambulance Services Trusts)와 소수의 보호 트러스트(Care Trusts)와 정신보건 트러스트(NHS Mental Health Services Trusts) 등이 있음.

(<http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/Pages/NHSstructure.aspx>)

#### 라) 주치의 등록 및 취소

- NHS의 1차 의료는 1차 의료 트러스트(PCTs; Primary Care Trusts)에 소속된 일반의(GPs), 치과의(dentists), 약사(pharmacists), 검안사(optometrists) 등이 담당하고 있다. 달리 말하면 1차 의료 트러스트는 일반의(GPs), 치과의(dentists), 약사(pharmacists), 검안사(optometrists) 등이 공동으로 설립하는 경우가 일반적임.

- 일반의가 단독으로 개원하여 활동하는 경우는 매우 드문 경우임.

- 영국의 모든 국민은 의무적으로 관할 1차 의료 트러스트에 일반의 진료소를 지정하여 주치의 등록을 하여야 함.

- 관할 1차 의료 트러스트는 개인의 요구에 따라 빠른 시간 내에 주치의 등록을 완료해야 함.

- 한편 1차 의료 트러스트를 거치지 않더라도 거주지 인근의 일반의 진료소에 방문하여 진료소에 비치된 주치의 등록신청서를 작성하여 해당 일반의에게 제출하면 주치의 등록이 가능할 수 있음.

(<http://www.nhs.uk/Conditions/GPs/Pages/Introduction.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>)

- 한편 주치의는 특별한 이유를 설명할 필요 없이 언제든지 취소 및 변경 등록할 수 있음.

- 기존 주치위에 대한 지정해제(취소)는 새로운 주치의를 등록하는 것을 통해 그 효력이 발생됨.

(<http://www.nhs.uk/Conditions/GPs/Pages/Complaints.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>)

마) 담당 업무

- 영국에서 주치의 역할을 담당하고 있는 일반의는 통상 지역사회 의사를 지칭하고 있음.
  - 이는 일반의가 지역사회에서 신체관련 의료서비스 제공뿐 아니라 대부분의 경우 심리상담 제공, 나아가서는 건강관련 사회적 서비스 활동(예방, 자가 치료 및 건강유지생활방법 등)까지 담당하고 있기 때문임.
- 또한 일반의는 그들이 가진 의학적 지식과 환자의 건강 정보를 종합해서 다양한 이용가능 의료절차 중 최상의 방법을 찾아 해당되는 의료기관과 의료인에게 의뢰하는 역할을 담당하고 있음.
- 더불어 일반의는 진찰과 처치, 약 처방, 단순 수술, 예방접종, 금연상담, 피임상담, 성장담, 임신 및 출산 상담 등의 서비스를 제공함.
- 주치의(GP)의 서비스 제공시간은 24시간 내임.
  - 그러나 정상적인 주간시간대에는 대부분의 일반의의 경우 예약을 통해 진료를 하지만 밤 시간 응급상황 발생 시에는 예약 없이 주치의를 찾을 수 있음.

(<http://www.nhs.uk/Conditions/GPs/Pages/Definition.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>)

바) 진료비가 면제되는 경우

- 주치의가 제공하는 많은 서비스는 NHS를 통하여 무료로 제공되지만, 여행을 위한 예방접종 등 필수의료서비스에 해당되지 않는 경우에는 진료비를 부담해야 함.
- 대부분의 경우 처방료(prescription charges)를 지불해야 하지만 다음의 경우는 처방료가 면제됨.



- 16세 이하(웨일즈에서는 25세 이하)인 경우
  - 19세 이하이면서 전업 학생인 경우
  - 60세 이상인 경우
  - 저소득층으로 'HC2 증명서' 혹은 'NHS 납부면제증명서(NHS tax credit exemption certificate)'를 소지한 경우
  - 기타 지불능력이 없다는 것이 확인되는 경우(저소득층 대상 각종 급여 수급자, 군인연금 혹은 장애연금 수급자 중 일부 등)
- (<http://www.nhs.uk/Conditions/GPs/Pages/ServiceDescription.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>)

#### 다. 네덜란드

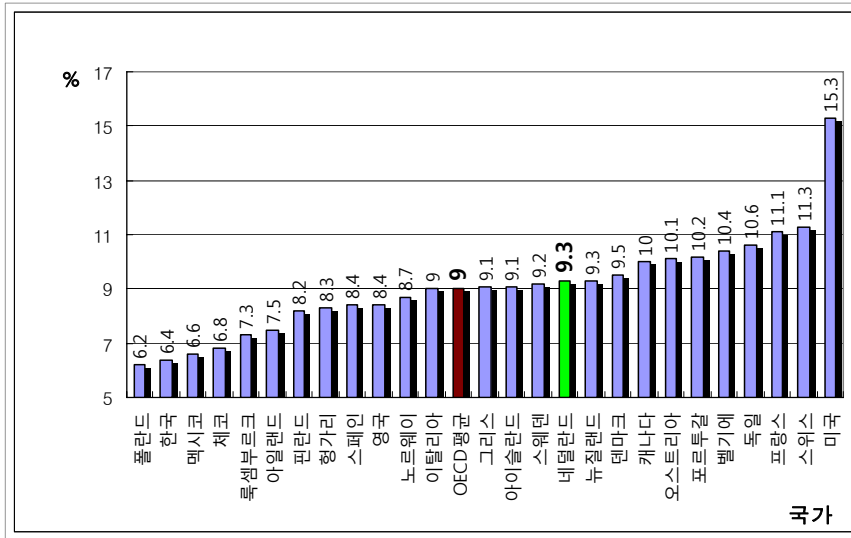
##### 1) 보건의료 현황

##### 가) 보건의료 지출

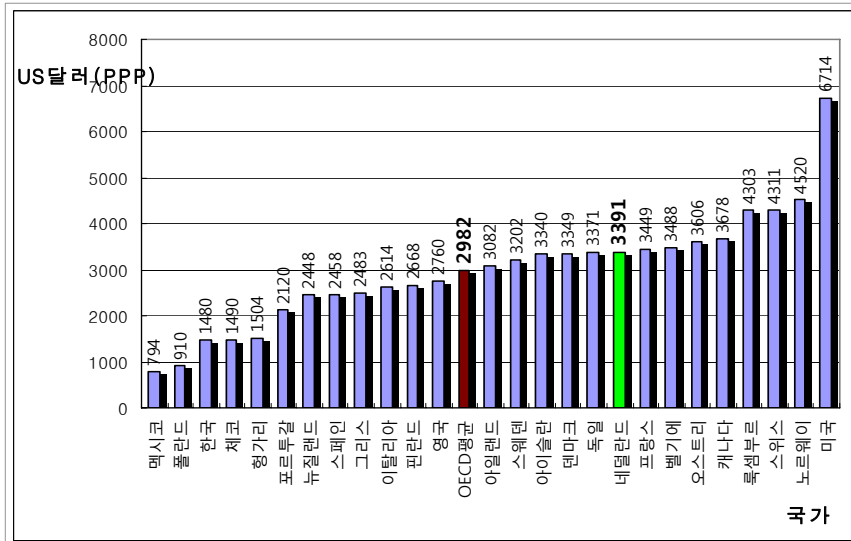
- 2006년 기준 네덜란드의 총 GDP는 5,200억€이며 1인당 32,000€이다. 전반적으로 민간 중심의 의료공급체계를 가지고 있으나,<sup>14)</sup> 의료의 공공성을 달성하기 위한 국가의 규제가 강한 편임.
  - “OECD Health Data 2008”을 통해 확인된 자료에 의하면, [그림 13]에서 보는 것과 같이 2006년도 기준 네덜란드의 GDP 대비 국민의료비 비율은 9.3%로서 자료를 제출한 OECD 26개 국가 평균인 9%를 상회하고 있음.
- 한편 네덜란드의 국민 1인당 국민의료비는 3,391달러로 OECD 평균인 2,982달러와 비교하여 높은 수준을 유지하고 있음(그림 14).

14) 그러나 네덜란드의 의료기관은 90% 이상이 비영리 민간기관이다.

[그림 III-13] OECD국가의 GDP대비 국민 의료비 비율 (2006년)



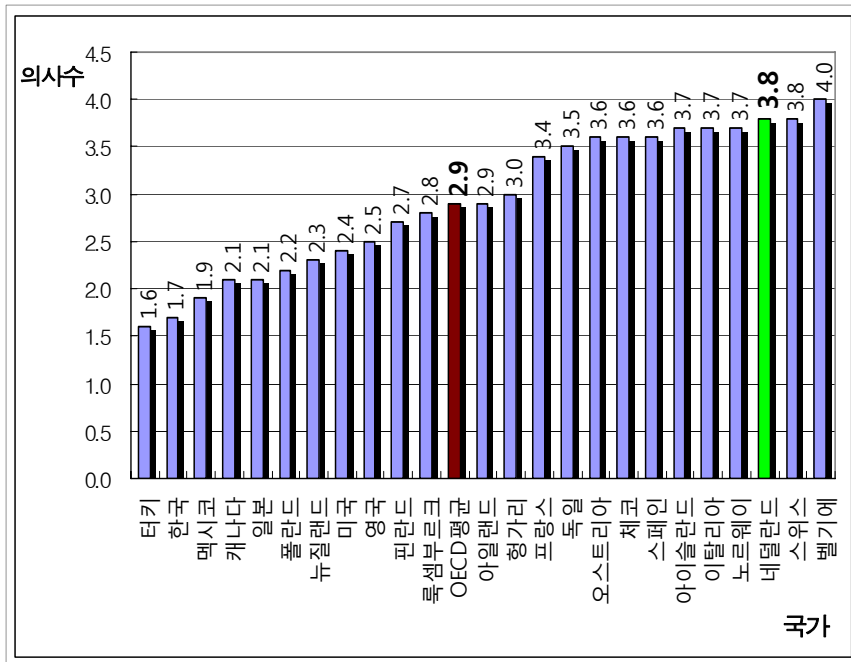
[그림 III-14] OECD국가의 국민 1인당 국민의료비 (2006년)



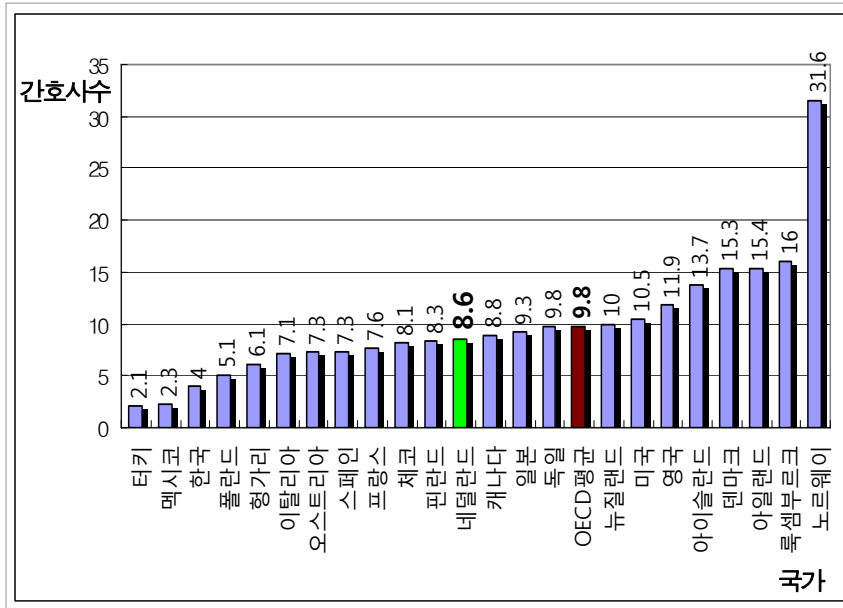
나) 의사 수 및 간호사 수

- 2006년도 네덜란드의 인구 천 명당 활동 의사 수는 3.8명으로 OECD 24개 국가들 중 벨기에, 스위스에 이어 세 번째로 많은 수준으로 OECD 평균인 2.9명 보다 상당히 높은 상태임.(그림 15),
  - 그림에도 불구하고 인구 천 명당 간호조무사를 포함한 활동 간호사 수는 [그림 16]에서 보는 것과 같이 8.6명으로 OECD 평균인 9.8명에 미치지 못하고 있는 것을 고려해 볼 때, 활동 의사 1인당 간호사 수는 OECD 국가들 중 상당히 낮은 편임을 알 수 있음.

[그림 III-15] OECD국가의 인구 천 명당 활동 의사 수 (2006년)



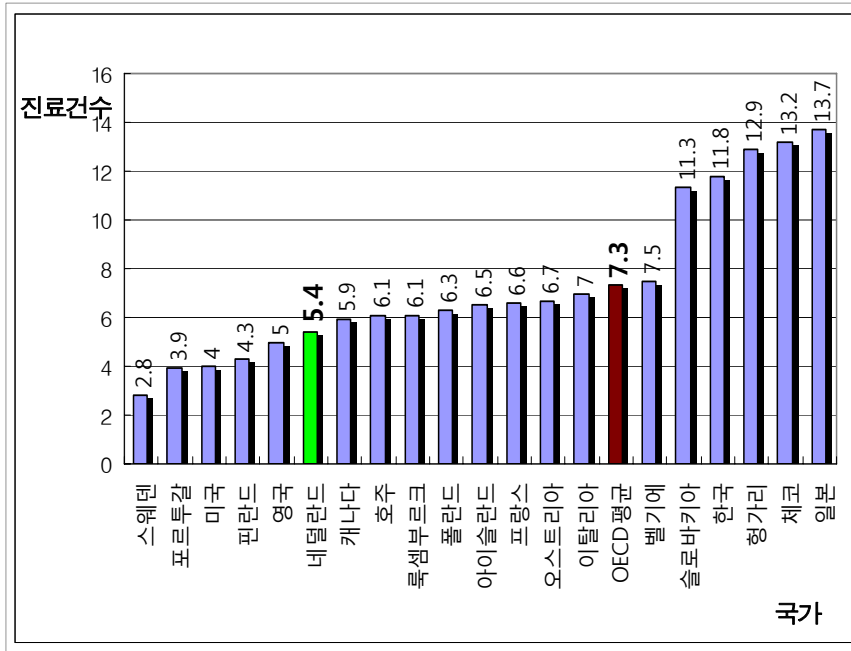
[그림 III-16] OECD국가의 인구 천 명당 활동 간호사 수 (2006년)



다) 의사 방문횟수

- 네덜란드의 경우 국민 1인당 국민의료비가 3,391달러로 OECD 평균인 2,982달러와 비교하여 높은 수준을 기록하고 있음에도 2005년도 국민 1인당 연간 의사 방문횟수는 5.4회로 OECD 15개 국가의 평균인 7.3회보다 상당히 적은 것으로 비추어 볼 때, 한편으로는 의료이용량보다는 의료서비스 가격이 높은 경향을 가지고 있음을 알 수 있으며, 다른 한편으로는 1차 의료 이용 통로인 주치의를 통한 의료이용량 억제가 어느 정도 성공적으로 작동되고 있음을 간접적으로 짐작하게 함

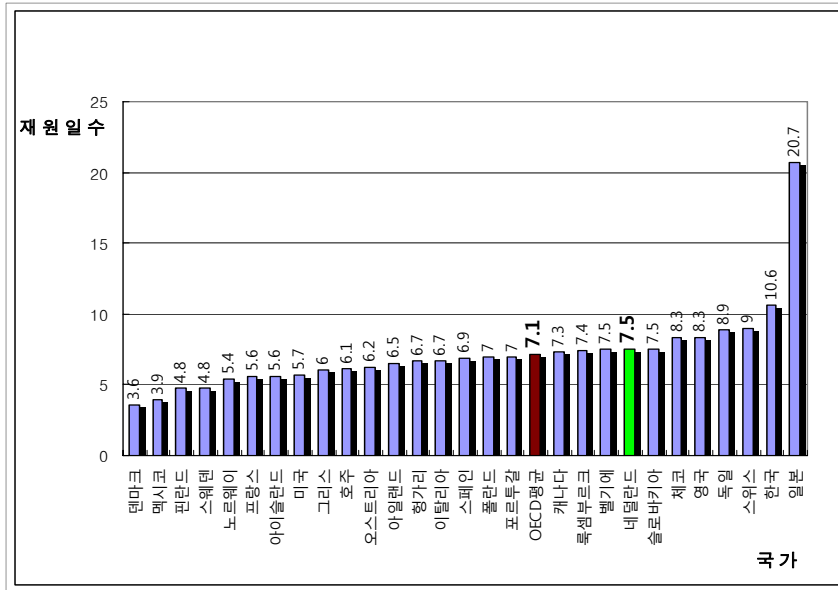
[그림 III-17] OECD국가의 국민 1인당 연간 의사 방문횟수 (2005년)



라) 재원일수

- 한편 2003년도 네덜란드의 환자 1인당 평균 급성기 의료이용 재원일수는 7.5일로 OECD 국가 평균 재원일수 7.1일 보다 높은 수준을 기록하고 있음.

[그림 III-18] OECD국가의 환자 1인당 급성기 의료이용 자원일수 (2003년)



2) 네덜란드의 주치의제도

가) 2006년 개혁 이전의 의료보장제도

- 네덜란드는 가정의 성격의 일반의(GP)가 담당하는 주치의 제도가 있어 문지기 기능(gatekeeper)을 수행하여 불필요한 의료이용을 통제하는 기능을 하고 있어 주치의의 추천서 없이는 병원진료가 불가능하게 되어있음.
- 네덜란드 의료보장제도는 소위 3층 구조라 불리는 3개의 영역으로 구분됨.
  - 제1영역은 장기요양환자, 정신질환자, 중증고액급여환자 및 무보험자 등을 위한 의료서비스를 제공하고 있는데 전 국민이 적용대상이며 재원은 조세의 형태로 소득의 13.25%가 부과되고 있었음.

- 제2영역은 일반 질병치료를 위한 의료서비스 제공하는 영역으로 2006년 제도개혁의 대상이 된 영역임.
- 제3영역은 보충형 민간보험으로 성인 치과치료, 성형, 물리치료, 대체의학 등 1, 2영역에서 급여되지 않는 서비스를 제공하는 영역으로 임의로 가입할 수 있고, 서비스 내용에 따라 보험료가 차등적으로 결정되는 비급여 중심의 전형적인 보충형 민간보험 영역이었음.

나) 2006년 개혁 이후의 의료보장제도<sup>15)</sup>

- 2006년 의료보장제도 개혁이 시행된 배경에는 몇 가지 네덜란드 보건의료체계 및 의료보장제도의 누적된 문제가 있었다. 첫째, 보험료 부과체계 및 보험제도의 복잡성임.
  - 기존 제도는 소득수준에 따라 공적 보험과 사적 보험의 이원화된 부과체계를 가지고 있었는데 민간보험은 과거병력, 피부양자수, 소득, 영주권/시민권 소지 여부 등에 따라 보험종류와 보험료의 차이가 커서 많은 국민이 가입하기에는 어려움이 컸었음.
- 둘째, 민간보험사의 가입자 선택 및 무보험자 증가 문제임.
  - 민간보험사는 위험도가 높은 환자의 가입을 기피하고 고액보험료를 부과하는 등 제도운영의 투명성이 높지 않았고 민간보험의 과중한 보험료 부담으로 무보험자 비율(총 인구의 2% 수준)이 증가하였음.
- 셋째, 의료기술발달, 평균 수명 연장 및 노인인구 증가로 국민의료비가 급상승<sup>16)</sup>하여 의료비 증가에 대한 절감대책이 필요하였음.
  - 특히 공보험 가입자의 보험자 선택권이 제한되어 있었고 보험자간 경쟁

15) 2006년 개혁 전후의 네덜란드 의료보장제도와 관련된 본 소절은 (보건복지가족부, 2008)에서 제시한 내용을 토대로 재정리되었음을 밝혀둔다.

16) GDP 대비 국민의료비가 '80년 7.5%에서 '90년에는 8.0%, '06년에 9.2%로 급증하는 추세였다.

이 불필요한 구조였으며, 의료공급자들도 업무 효율화에 대한 동기 부족 등 의료비 절감에 대한 인센티브가 부족하였음.

□ 넷째, 만성적인 대기시간 문제임.

- 전통적으로 의료비 절감을 위하여 정부는 의료공급량 통제 정책을 시행하였는데 이에 따라 만성적 대기 시간 문제가 지속되었음.
- 이 문제는 전문의 진료, 선택적 수술 등 급성기 진료에서 뿐만 아니라 노인 장기요양시설 등에서도 제기되었음.<sup>17)</sup>

□ 그리하여 1987년 Dekker 위원회 보고서와 1988년 보건의료개혁에 대한 정부보고서를 통한 문제제기가 있었고 몇 년간의 다양한 논의와 조정을 거친 끝에 2006년 1월에 신 건강보험법의 발효로 의료보장제도의 개혁이 실행되게 되었음.

□ 2006년 개혁 이후 네덜란드 의료보장제도의 주요 특징을 보면, 첫째 단일화된 건강보험제도(Social-Private Insurance)가 탄생되게 되었음.

- 이에 따라 전 국민의 건강보험 가입을 의무화(사회보험 성격)하게 되었고, 공공보험과 민영보험을 단일화하여 민영보험으로 운영체계를 통합하게 되었음.
- 참고로 네덜란드 민영보험회사는 영리와 비영리가 있으나, 대부분이 비영리 회사이며, 우리나라의 영리목적의 민간보험사와는 전혀 다름.

□ 둘째, 국가가 정한 일정기준의 범위 내에서 보험료 및 보험 상품 내용에 대해 보험자간 제한된 경쟁체계(managed competition)를 도입하였음.

- 그 결과 2006년 개혁이전 130 여개의 보험자가 25개로 단계적으로 통합되어 상위 4개 보험자에 가입자의 90%가 집중되게 되었음.

17) 부인과 전문의 진료는 평균 51일, 안과 88일, 일반외과 59일, 대기, 심장수술의 경우 매년 약 100명 정도는 대기행렬과 관련하여 사망하고 있는 것으로 추정된다.



- 셋째, 가입자는 자율 의사에 따라 보험자를 선택할 수 있는데 가입자가 보험자를 선택하게 되면 보험자가 가입을 거부하는 것이 금지되어 있음.
  - 그리고 보험자는 의료공급자와 수가 및 서비스 내용 등에 관한 계약을 체결하여 운영하고 있음.
  - 이에 따라 보험자는 가입자를 최대한 확보하려고 경쟁하게 되고 의료공급자와 계약을 통해 의료비 지출의 효율화를 도모할 수밖에 없게 된 것임.

다) 1차 의료의 중심 역할: 주치의로서 가정의<sup>18)</sup>

- 네덜란드의 주치의 기능은 주로 가정의(family physicians)가 담당하고 있는데, 가정의는 약사, 물리치료사, 가정간호사, 일차정신보건, 조산사, 영양사 등과 함께 네덜란드의 1차 의료를 담당하고 있으며 가장 핵심적인 역할을 하고 있음.
- 가정의의 주치의 기능 중 문지기 역할(gatekeeping role)은 네덜란드 일차의료 체계의 핵심적 특징 중 하나인데, 이 역할은 환자들이 전문의나 병원 치료에 임의로 이용하는 것을 막고 필요에 따라 적절히 조정하는 것을 의미함.(WHO, 2004)
- 네덜란드에는 2006년을 기준으로 약 9,000명의 가정의가 있음.
  - 네덜란드의 인구수 1,650만 명을 고려하여 단순 계산해 보면 주치의 역할을 하는 가정의 1인당 약 1,833명의 인구가 등록되어 있는 것으로 볼 수 있는데, 2000년의 가정의 1인당 평균 등록 환자 수 2,300명에 비해 환자 수 부담이 상당히 경감되었음을 알 수 있음.
  - 9,000여명의 네덜란드 가정의 중 대부분은 2-3년 동안의 가정의 전문교육과정을 이수했던 의사들임.

---

18) 본 소절은 WHO(2004)와 Protti & Smit(2006)에서 소개된 네덜란드의 가정의에 관련된 내용을 재정리하여 소개한 것임을 밝혀둔다.

- 환자들은 자유롭게 그들의 주치의로서 가정의를 선택할 수 있지만, 2006년의 의료개혁 이후로는 ‘1차 의료 등록부’에 등록하도록 하는 의무가 추가되어졌음.
- 2006년 현재 대부분의 가정의와 1차 의료 담당 의료인들은 민간 영역에서 활동하고 있는데 그들 중 88%가 1인 형태 혹은 2-3인의 소그룹 형태로 활동하고 있음.
  - 그러나 이러한 형태에 대하여 변화의 요구가 점점증하고 있음.
  - 가정의 수의 대적 부족과 의업경영 형태에 대한 최근의 사회적 경향(파트타임으로 일하는 여성 가정의 수의 증가 경향 등)도 가정의들의 의업경영 형태 변화를 이끌어 왔음.
  - 그 결과 최근에는 대규모 가정의그룹 진료소들이 증가하고 있는 등 새로운 1차 의료 진료소 형태가 실험되고 있음.
- 네덜란드 일반의학 전문가인 프로티(Protti, D)와 스미트(Smit, C)에 따르면, 가까운 미래에는 4-6명의 의사들과 1-2명의 간호사 그리고 물리치료사, 약사 등이 포함된 1차 의료 진료소들이 1만~1만5천명의 등록환자들을 대상으로 지역 병원들과 긴밀한 협업관계 아래에서 운영되는 형태가 1차 의료 진료소의 일반적 모습이 될 것으로 전망되고 있음.
- 주치의로서 가정의에 대한 진료비 지불보상방식을 보면, 2006년 이전에는 공적 보험 가입자인 환자에 대한 진료비는 연 단위로 인두제 방식으로 공적 질병금고로부터 보상받았고 민간보험 가입자인 환자에 대해서는 행위별 수가제 형태로 환자로부터 지불받고 환자는 민간보험사로부터 후불상환 형태로 지급받는 방식이었음.
  - 그러나 2006년 이후부터는 새로운 진료비지불보상체계가 도입되었음.
  - 기존의 인두제 방식과 행위별 수가제 형태에 더하여서 의료서비스의 유

형, 고용된 의료 인력과 간호사 등 보조 의료 인력의 수, 그리고 ‘질/효율성 지수’에 따라 추가적인 지불액이 결정되는 협상 상환제(negotiable reimbursement)가 바로 그것임. (Protti & Smit, 2006)

라) 시간외 진료 및 응급 진료

- 전통적으로 가정의 진료소에서는 시간외 진료 및 응급 진료를 제공해 왔으나, 2000년 이후로 좀 더 큰 규모로 구성된 소위 “1차 의료 협동조합(primary care cooperatives)”으로 그 역할을 넘겨주었음.
  - 전국적으로 설립되어있는 1차 의료 협동조합은 오후5시부터 아침8시까지의 야간시간대와 주말시간대의 가정의 서비스를 담당하고 있음.
  - 1차 의료 협동조합에는 최소한 두 명의 당직 주치의와 한명의 간호사가 대기하고 있으며 응급이동차량과 운전사도 대기하고 있음.
  - 당직 주치의는 당직을 전문으로 하는 의사인력이 별도로 있는 것이 아니라 해당지역의 주치의들이 당직순서를 주침 등으로 결정하여 담당하고 있음.
  - 1차 의료 협동조합의 운영과 관련된 제반 문제는 지역단위에서 보험자와 주치의들이 협의하여 결정하고 있음.
- 환자들은 야간이나 공휴일에 직접 1차 의료 협동조합을 방문하거나 전화 상담을 통하여 서비스를 이용함.
  - 2000년 이전에는 전화상담도 직접주치의가 하였으나 2000년 이후부터는 간호사들이 일차적으로 담당하고 추가적으로 필요한 문제가 있을 경우에 주치의가 담당하게 되어 있음.
  - 주치의는 상담결과 가정방문 서비스를 제공하기도 함.
  - 2000년 이후 전체인구의 약 80~90%가 1차 의료 협동조합을 이용하고 있음.<sup>19)</sup>

마) 국가 의료정보 교환국(NSP: National Switch Point)

- 프랑스의 경우와 마찬가지로 네덜란드에서도 주치의 제도의 성공적 운영을 위하여 의료정보의 체계적 관리 및 효율적 활용을 위한 제도적 보완을 위해 노력하였음.
  - 프랑스가 개인의료기록부(DMP)의 전국적 전산망 구축을 시작한 것과 유사하게 네덜란드에서는 국가 의료정보 교환국(NSP)을 2006년 1월 30일 신설하였음. (Haveman H. & Flim C., 2007)
- 국가 의료정보 교환국은 네덜란드 전국에 걸쳐서 실시간으로 업데이트되는 환자들의 의료이용 정보를 적법한 절차를 통해 주치의를 중심으로 병원, 약국 등 필요한 의료기관과 해당 의료인들 간에 상호 교환하는 과정에서 “교통통제센터(traffic control tower)” 역할을 하는 기관임.
- 국가 의료정보 교환국(NSP)이 중심이 되어 환자 의료정보를 활용하게 된 데에는 GP 정보 시스템(GPs IS)의 급속한 확산과 일반화가 전제되어 있음.
  - 네덜란드의 일반의들에게 의료기록용 컴퓨터가 1978년 도입된 이래 1983년에는 35%의 일반의만이 사용하는데 그쳤으나 2006년 현재 97%의 네덜란드 일반의가 사용하기에 이르렀음.
  - GPs IS가 일반화되고 2006년에 국가 의료정보 교환국(NSP)이 설립되어 전국적 단일 전산정보망이 가동하게 됨에 따라 네덜란드의 주치의제도는 효율적 운영의 측면에서 새로운 발전 단계를 시작하게 되었음.<sup>20)</sup>
- 국가 의료정보 교환국을 중심으로 GPs IS가 일반화되면서 진료와 치료를 제공하는 의료기관, 의료서비스 담당자가 단일한 상병에 대해 혹은 시간에 걸쳐 복수인 경우에도, 진료, 진단, 처치, 처치결과 및 영상 등 관련 자료들

19) Protti & Smit, 2006 ; <http://www.minvws.nl/en/folders/cz/2005/primary-health-care.asp>

20) <http://www.nictiz.nl/uploaded/FILES/eHealth%20ERA%20report%20the%20Netherlands%2003-10-07.pdf>

까지 필요한 의료인에게 실시간으로 공유되기 때문에 일관되고 연속적인 의료적 처치를 행할 수 있게 되었음.

- 이에 따라 진료과정에서 불필요한 시간사용을 줄여주어 의료서비스의 질을 고양하는데 기여할 수 있게 되었음.
- 그리고 동일한 환자에 대하여 주치의가 처치한 의료행위를 주치의가 의뢰한 전문의 등 다른 의사가 중복된 처치를 할 위험성을 방지하여 의료 자원의 중복 지출 극소화를 통한 경제적 효율성 개선이라는 기능을 할 수 있게 된 것으로 평가됨.

□ 프랑스의 사례와 마찬가지로 네덜란드의 사례도 주치의 제도가 성공적으로 도입되어 치료의 일관성과 의료이용의 효율성 증대라는 순기능을 확대하는 결과를 얻기 위해서는 환자개인의 의료이용기록이 어떠한 형태로든 의료전달체계 상 관련 의료인들 간에 충분히 공유되게 하는 제도적 장치를 동시에 실행해야 함을 시사해 주고 있음.

- 물론 개인의 중요한 정보와 관련된 사안이므로 목적에 부합하는 적법한 이용 이외에는 어떠한 형태의 유출, 이용도 엄격하게 통제해야 함은 너무나 당연한 사실일 것임.

## IV. 선택병의원제도 현황 및 시행결과

### 1. 선택병의원제도 현황

- 2007년 12월 말 현재 선택병의원 대상자는 63,186명(1종 55,724명, 2종 7,462명)으로 의료급여 수급권자 수의 3.4%(1종 5.2%, 2종 0.9%)에 해당함.
- 선택병의원제 대상자 중 당연적용자는 31,739명(1종 25,667명, 2종 6,072명), 자발적 참여자는 31,447명(1종 30,057명, 2종 1,390명)으로 각각 전체 선택병의원 대상자의 50.2%, 49.8%에 해당함.
  - 의료급여 2종의 경우 경제활동 능력을 보유한 것 이외에 자산기준 등 경제적 부담능력 면에서는 의료급여 1종과 동일한 반면 1종에 비해 외래이용 빈도가 높은 고령인구가 적고, 외래 본인일부부담이 15%에 달하며, 선택병의원 적용을 받더라도 본인일부부담금을 경감을 받는 것은 아니기 때문에 수급권자 중 선택병의원 대상자가 의료급여 1종에 비해 낮은 수준임(표 1).

〈표 IV-1〉 선택병의원제 대상자 현황('07년 12월 말 현재)

구분	수급권자(A)	선택병의원제 대상자(B)			B/A(%)		
		당연적용자	자발적 참여자	계	당연적용자	자발적 참여자	계
1종	1,062,263	25,667 (46.1%)	30,057 (56.9%)	55,724 (100%)	2.4%	2.8%	5.2%
2종	790,451	6,072 (81.4%)	1,390 (18.6%)	7,462 (100%)	0.8%	0.2%	0.9%
계	1,852,714	31,739 (50.2%)	31,447 (49.8%)	63,186 (100%)	1.7%	1.7%	3.4%

- 지역별 수급권자 중 선택병의원 대상자를 살펴보면, 먼저 광역자치단체별 수급권자 중 선택병의원 대상자 비율은 충남이 6.09%로 가장 높았고, 광주가 1.76%로 가장 낮았는데 충남의 선택병의원제 대상자 비율은 광주의 3.5배에 달하였음.
- 수급권자 중 선택병의원 당연적용자 비율은 인천이 2.39%로 가장 높았고, 전남이 1.16%로 가장 낮았으며, 수급권자 중 선택병의원 자발적 참여자 비율은 충남이 4.08%로 가장 높았고, 광주가 0.55%로 가장 낮음(표 2, 그림 1).

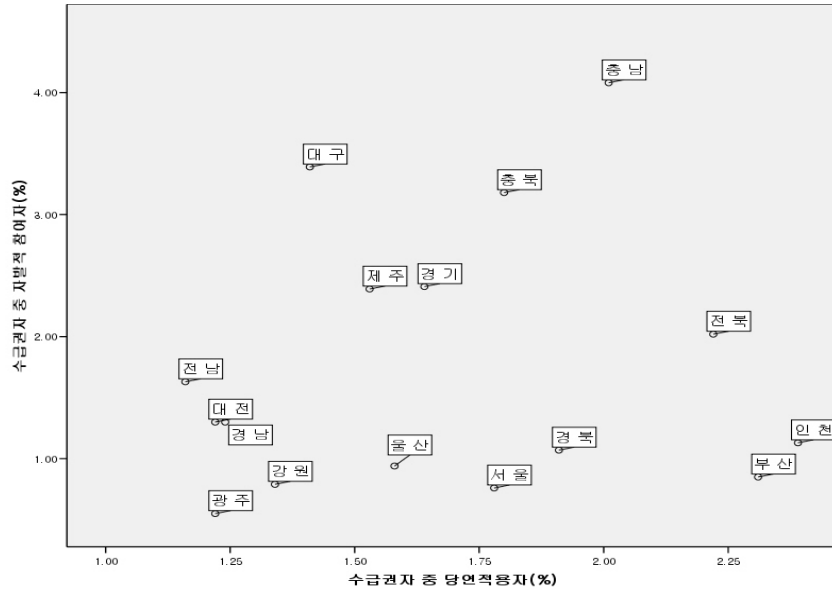
〈표 IV-2〉 광역자치단체별 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율('07년 12월 말)

구분	1중(%)			2중(%)			계(%)			순위 <sup>1)</sup>
	당연	자발	계	당연	자발	계	당연	자발	계	
서울	2.54	1.26	3.80	0.72	0.07	0.79	1.78	0.76	2.54	11
부산	3.35	1.40	4.74	0.85	0.09	0.94	2.31	0.85	3.15	8
대구	2.09	6.42	8.51	0.75	0.40	1.15	1.41	3.39	4.81	3
인천	3.44	1.81	5.24	1.03	0.25	1.28	2.39	1.13	3.53	7
광주	2.03	1.18	3.20	0.52	0.01	0.53	1.22	0.55	1.76	16
대전	1.89	2.48	4.37	0.52	0.04	0.55	1.22	1.30	2.52	13
울산	2.21	1.48	3.69	0.56	0.07	0.63	1.58	0.94	2.52	14
경기	2.31	3.89	6.19	0.65	0.19	0.84	1.64	2.41	4.05	5
강원	1.76	1.18	2.94	0.65	0.16	0.81	1.34	0.79	2.13	15
충북	2.34	5.02	7.35	0.89	0.04	0.94	1.80	3.18	4.99	2
충남	2.69	6.38	9.07	0.92	0.42	1.34	2.01	4.08	6.09	1
전북	3.24	3.70	6.94	1.18	0.29	1.47	2.22	2.02	4.24	4
전남	1.55	2.73	4.28	0.66	0.22	0.88	1.16	1.63	2.79	10
경북	2.59	1.74	4.33	0.90	0.09	0.98	1.91	1.07	2.98	9
경남	1.65	1.97	3.63	0.51	0.11	0.62	1.24	1.30	2.54	12
제주	2.33	4.17	6.50	0.65	0.42	1.07	1.53	2.39	3.92	6

주: 1) 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율이 높은 순

자료: 2007 의료급여통계, 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 2008

[그림 IV-1] 광역자치단체별 수급권자 중 선택병의원제 적용자(%)



- 보장기관(기초 자치단체)별 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율은 경기 가평군이 24.4%로 가장 높았으며, 강원 인제군이 0.1%로 가장 낮아, 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율이 가장 높은 보장기관과 가장 낮은 보장기관의 차이가 244배에 달하였음.
- 수급권자 중 선택병의원제 당면적용자 비율은 경남 의령군이 5.8%로 가장 높았으며, 강원 인제군과 전남 장성군은 0%(당면적용 대상자가 없음)로 가장 낮았고, 자발적 참여자 비율은 충남 음성군이 24.0%로 가장 높았고, 강원 강릉시, 충남 계룡시, 전남 신안군은 0%(자발적 참여자 없음)로 가장 낮았음(표 3).



〈표 IV-3〉 보장기관별 수급자권자 중 선택병의원제 대상자 비율('07년 12월말)

지역	보장기관	당연적용자(%)	자발적 참여자(%)	계(%)
경기	가평군	0.5	23.9	24.4
충북	음성군	0.1	24.0	24.2
충남	금산군	0.5	13.2	13.7
충남	천안시	4.8	8.6	13.4
경기	용인시	1.5	10.1	11.6
전남	영암군	0.6	9.7	10.3
경기	평택시	4.8	4.9	9.7
충남	연기군	2.2	7.3	9.5
경기	안성시	0.6	8.4	9.0
충북	보은군	0.2	8.7	9.0
전북	무주군	2.8	5.8	8.6
인천	계양구	4.2	4.3	8.5
전북	고창군	2.4	4.9	7.3
대구	대구동구	0.7	6.6	7.3
전남	고흥군	2.9	4.3	7.3
강원	원주시	0.9	0.1	1.0
강원	정선군	0.9	0.1	1.0
경기	포천시	0.8	0.1	0.9
경남	창녕군	0.2	0.7	0.9
서울	서울중구	0.8	0.0	0.8
강원	평창군	0.6	0.2	0.8
경남	김해시	0.3	0.5	0.8
강원	양양군	0.4	0.1	0.4
전남	신안군	0.4	0.0	0.4
전남	광양시	0.3	0.1	0.4
충남	청양군	0.1	0.3	0.3
전남	장성군	0.0	0.3	0.3
전남	여수시	0.3	0.1	0.3
경남	마산시	0.1	0.1	0.2
강원	인제군	0.0	0.1	0.1

2. 선택병의원제도의 긍정적 효과<sup>21)</sup>

- 선택병의원제도 도입에 따른 의료이용량과 진료비의 변화를 비교하기 위해 제도 시작 전 3개월(3, 4, 5월)과 제도도입 후 3개월(8, 9, 10월)의 의료이용량과 진료비의 평균 증감률을 비교함.
- 이렇게 두 기간의 변화율을 비교한 것은 비적용자와 당연적용자, 자발참여자 간의 질병중증도 차이가 많아 절대적인 의료이용량이나 진료비만을 비교할 경우 선택병의원대상자들이 많이 의료이용을 하는 것으로 나타나는 편향이 발생할 것으로 판단되기 때문임.

## 가. 의료이용량 변화

- 평균 내원일수와 투약일수는 분석기간 3개월간의 적용인구 1인당 일수임.
- 내원일수의 변화에서 분석대상자 모두 감소현상을 보였음. 하지만 비적용자는 13.1%, 당연적용자는 23.3%, 자발참여자는 21.6% 감소하여 비적용자 대비 당연적용자와 자발참여자의 증가율 비율은 0.8827과 0.9019로 선택병의원 적용자가 더 많이 감소한 것을 알 수 있음.
- 투약일수의 변화에서 분석대상자 모두 감소현상을 보였음. 하지만 비적용자는 5.0%, 당연적용자는 15.0%, 자발참여자는 17.4% 감소하여 비적용자 대비 당연적용자와 자발참여자의 증가율 비율은 0.8847과 0.8598로 선택병의원 적용자가 더 많이 감소한 것을 알 수 있음.

21) 본 자료는 2007년 의료급여사례관리사업지원단의 “의료급여제도변화에 따른 수급자의 의료이용 및 건강실태” 보고서 작성에 활용한 것임, 분석대상자는 당연적용자 471명, 자발참여자 173명, 비적용자 1,012명임.

<표 IV-4> 선택병원제도에 따른 의료이용량 변화

구분	비적용자			당연적용자			자발참여자			비율 (B/A)	비율 (C/A)
	3-5월	8-10월	증가 율 (%)	3-5월	8-10월	증가 율 (%)	3-5월	8-10월	증가 율 (%)		
	평균 (표준 편차)	평균 (표준 편차)	(A)	평균 (표준 편차)	평균 (표준 편차)	(B)	평균 (표준 편차)	평균 (표준 편차)	(C)		
내원 일수	24.26 (22.55)	21.09 (20.40)	-13.1	53.41 (37.35)	40.99 (29.69)	-23.3	51.77 (35.66)	40.60 (28.96)	-21.6	0.8827	0.9019
투약 일수	185.14 (159.26)	177.83 (152.70)	-5.0	489.70 (240.03)	416.15 (206.28)	-15.0	398.38 (257.07)	329.02 (192.49)	-17.4	0.8847	0.8598

나. 진료비 변화

- 진료비의 변화는 적용인구 1인당 평균 진료비와 기관부담금에 대한 분석
- 진료비의 경우도 의료이용량과 같은 경향을 보임.
  - 절대적인 진료비는 비적용자에 비해 당연적용자(약 2배), 자발참여자가 높음.
  - 하지만 진료비의 증가율은 의료이용량과 같이 당연적용자가 20.2%로 감소한 반면 비적용자는 11.0% 감소하여 증가율 비율이 0.8969로 당연적용자가 더 많이 감소하였음. 자발참여자도 비적용자 대비 증가율 비율이 0.9308로 더 감소하였음.

〈표 IV-5〉 선택병의원제도에 따른 진료비 변화

(단위: 천원)

구분	비적용자			당연적용자			자발참여자			비율 (B/A)	비율 (C/A)
	3-5월	8-10월	증가	3-5월	8-10월	증가	3-5월	8-10월	증가		
	평균 (표준 편차)	평균 (표준 편차)	율 (%) (A)	평균 (표준 편차)	평균 (표준 편차)	율 (%) (B)	평균 (표준 편차)	평균 (표준 편차)	율 (%) (C)		
총진료비	922 (1,788)	820 (1,656)	-11.0	1,845 (2,054)	1,473 (1,455)	-20.2	1,514 (1,520)	1,254 (1,406)	-17.2	0.8969	0.9308
기관 부담금	909 (1,774)	799 (1,647)	-12.1	1,829 (2,003)	1,435 (1,404)	-21.5	1,507 (1,519)	1,232 (1,397)	-18.2	0.8931	0.9308

□ 선택병의원 제도도입 이후 적용자들의 의료이용량과 진료비의 증가율이 비적용자들보다 낮게 나타난 것을 단순히 선택병의원제도의 순수효과라고 판단하기는 어렵지만, 증가율이 감소한 것은 선택병의원제도 도입에 따라 대상자들이 의료이용을 자제한 결과로 해석될 수 있음.

- 특히 비교결과에서 대상자별로 뚜렷한 감소의 경향이 있고, 분석틀을 선택병의원 적용여부로 분석하였기 때문에 많은 부분 선택병의원제도의 효과로 판단할 수 있음.
- 하지만 이 분석은 제도가 도입된 지 1달 이후의 의료이용행태를 비교한 것으로 이러한 추세가 계속 이어질 것인지에 대해서는 지속적인 모니터링이 필요할 것으로 판단됨.

다. 재정절감 규모 추정(2007년 기준)

□ 재정절감효과는 당연적용자나 자발참여자가 비적용자 증감률만큼 변동할 것으로 가정하여 계산함.

□ 비적용자(A) 대비 당연적용자(B) 증감률 비율(B/A)이 0.8969 로 약 10.31% 감소효과가 있었음.

- 당연적용자 절감액 : 당연적용자 1년 진료비 5892천원의 10.31%인 607천원

- 당연적용자 수 : 25,667 명(2007년 말)
- 연간 재정절감효과 : 607천원×25,667명 = 155.79억 원
- 비적용자(A) 대비 자발참여자(C)의 증감률 비율(C/A)이 0.9308 로 약 6.92% 감소효과가 있었음.
  - 자발참여자 절감액 : 자발참여자 1년 진료비 5016천원의 6.92%인 347천원
  - 자발참여자 수 : 30,057 명(2007년 말)
  - 연간 재정절감효과 : 347천원×30,057명 = 104.33억 원

### 3. 선택병의원제도 시행에 따른 문제점

가. 의료급여관리사 수기공모자료를 통해 파악한 문제점

#### 1) 수기공모 개요

- 2008년 11월 전국 의료급여관리사를 대상으로 2007년 7월 1일부터 실시한 선택병의원제도와 관련하여 제도를 시행하는 과정에서 발생된 문제점이나 긍정적이었던 점, 개선해야 할 점 등에 대한 수기를 공모함.
  - 총 18편의 수기를 접수하여 내용을 분석함.

#### 2) 수기 분석결과

- 급여일수 상한 초과자에게 의료급여 적용 연장의 기회를 제공하는 전제조건으로 급여제한을 보완하는 제도적 장치로서 과다 이용자의 의료이용 관리를 통해 여러 기관 이용에 따른 약물 중복처방 가능성을 감소시키는 긍정적 측면이 있음.
- 하지만 제도운영 상에서 몇몇 문제점들이 발생하고 있음.

## ○ 제도 측면

- 선택병의원 적용자에 대한 의료급여일수 연장승인 면제로 인한 과다의 료이용 초래되고 있음.
- 선택병의원 적용을 거부하는 대상자에 대한 관리기준이 마련되어 있지 않음.
- 3개 질환군 분류에 의한 급여일수 초과자의 당연적용자 선정방식으로 인해 선택병의원 적용이 불필요한 대상자에게 의료이용 제한을 가져옴.
- 의료이용 선택권 제한
  - 중복질환자의 경우 의료이용 제약을 경험하는 경우 발생
  - 지역 특성상 선택병의원의 폭이 적을 경우 한정된 의원 안에서 한 군 데를 선택해야 함.
- 의뢰서 발급에 대한 명확한 기준과 관리방안의 부재로 선택병의원 이외 의 불필요한 의료기관이용에 대한 관리가 되지 않음.
  - 수급자의 의뢰서 요구 시 의료기관에서는 법적인 통제기전이 없으므로 의뢰서를 발급하게 되고, 의뢰서의 활용법을 잘 알고 있는 수급자의 경우 여러 의료기관 이용에 아무런 불편이 없음.
- 제도의 주대상자가 노인, 저학력자라는 특성으로 인해 제도 자체에 대한 이해를 충분히 할 수 없기 때문에 본인에게 도움이 되는지 아닌지에 대한 판단이 어려움.
  - 이런 이유로 인해 선택병의원 의무적용 대상자가 아닌데도 의료기관 혹은 보장기관의 권유로 대상자로 신청하는 경우 발생함.
- 야간, 주말, 공휴일 진료 필요시 의뢰서 발급이 어려워 진료비를 부담해야 하는 상황 발생
- 행정절차에 따른 병의원 이용의 불편함이 발생

- 의료기관 폐업, 의료기관 개설자(의료인) 변경 시 의뢰서 발급이 늦어지거나 추가지정 시 행정적으로 4일정도 소요, 혹은 의료기관에 관한 전산자료 정리에 필요한 시간에 따른 수급자의 선택병원 관련 전산 작업에 공백기 발생으로 인한 진료비 부담여부 논란이 제기됨.
- 전출입이 발생하여 선택병원 변경이 불가피한 상황에서 지자체간의 전출입 통보가 원활히 이루어지지 않고 있어 병원 이용에 불편함 발생함.

○ 공급자 측면

- 선택병원제도가 수급자의 1차 의료를 선택병원 의사가 책임지는 주치의 개념의 역할을 기대하는 취지에서 시작하였으나, 현재 단순히 진료의뢰서 발급기관으로의 기능을 하는 수준에 머무는 병의원이 상당수 존재함.
  - 이는 제도도입에 대한 공급자와의 협의과정 결여, 공급자 대상의 제도 시행에 따른 제도내용 안내 특히 공급자의 역할 및 책임 등에 대한 사전준비 과정 결여, 선택병원 의사의 주치의 역할에 대한 유인체계 부재, 적절한 진료의뢰체계 작동을 위한 기전 부재 등에서 기인한 결과로 볼 수 있음.
- 진료의뢰 체계 및 관리 미흡
  - 진료의뢰서 발급을 기피하는 현상이 나타나 수급자의 의료이용 선택권에 제한을 발생시킴.
  - 진료의뢰서를 팩스로 전송, 수신하는 경우 실제 의뢰서 발행에 의한 진료 여부가 확인되지 않음.
  - 선택병원제도는 의료기관간 적절한 진료의뢰를 전제로 설계되었으나 실제로는 의료기관간 환자의 진료에 대한 정보와 그 결과를 의뢰한 선택병원으로 회송하는 경우가 미흡한 실정임.
  - 선택병원에서 발행한 의뢰서가 없어도 진료를 해주거나 소액의 본인 부담금을 받지 않는 경우 있음.

○ 기타

- 선택병의원으로서 필요한 행정 처리에 대한 인식 및 준비 미흡 : 의료기관 시스템, 전산 상 입력사항
- 상병코드 불일치에 따른 수급자 불이익 발생 및 불필요한 행정업무 발생
- 급여일수 산정 시스템의 오류에 의해 수급권자에게 불이익을 주는 경우 발생함.
  - 병원에서 제대로 상병명을 기재한 경우에도 건강보험공단의 전산시스템상의 문제로 건강보험공단의 의료급여종합통계시스템 상의 자료가 다른 경우 발생함.
- 양방과 한방의 질병분류기호의 비일치로 인한 대상자 선정의 오류발생

나. 선택병의원제 사례분석에 따른 문제점

1) 조사개요

- 2008년 11월 10일부터 11월 21일까지 대전광역시 O구 의료급여관리사에게 본인이 관리하고 있는 선택병원 대상자 중 선택병원제 적용으로 인해 수급권자에게 도움이 되었거나 불이익을 주었던 1개씩의 사례를 임의로 선정한 후 의료급여관리사의 상담기록과 관련 행정전산자료에 근거하여 반구조화된 설문지를 작성하도록 함.

2) 조사결과

- 사례마다 다소 차이는 있으나 선택병원제 적용으로 인해 이용하는 의료기관 수 감소, 중복 의료이용 감소, 본인부담금 감소 등 선택병원제로 인한 편익이 발생하였음을 사례조사를 통해 확인하였음.
- 그러나 선택병원제로 인한 다음과 같은 문제점이 지적되었음.



- 의료급여 1종의 경우 선택병원 이용 시 본인일부부담금이 발생하지 않기 때문에 과거보다 더 많은 빈도로 선택병원을 내원하여 내원일수가 크게 증가
- 선택병원의 주치의가 수급권자에게 적절한 상담 또는 의뢰를 제공하는 것을 보장할 수 있는 동기 또는 인센티브를 제도적으로 뒷받침하고 있지 않음.
- 선택병원의 진료시간 이후 야간진료 시 응급증상에 해당하지 않아 의료적 필요가 발생하였음에도 불구하고 본인부담금을 다 부담해야 함.
- 의료기관의 권유에 의해 선택병원을 신청하였으나, 신청 당시 의료기관에 대한 정보부족 및 본인의 의료이용 필요에 대한 적절한 정보와 의사결정 능력 부족으로 인해 선택병원 선정과 변경 및 의료이용에 어려움을 겪음.
- 의료기관(선택병원) 폐업 시 타 의료기관으로의 변경신청이 늦어지거나 인수받은 의료기관의 의료기관 미등록으로 인해 접수조차 가능하지 않은 경우가 발생하여 진료가 중단되거나 투약이 중단되는 경우가 발생함.
- 선택병원제 대상자 중 희귀난치성질환에 해당되지는 않으나 기존에 3차 의료급여기관을 이용하거나 3차 의료급여기관 이용이 필요한 수급권자의 경우(예, 뇌졸중 환자 등) 3차 의료급여기관을 선택병원으로 지정할 수 없는 경우가 발생함.

가) 사례 1: 의료급여 1종 최OO(남/50세) - 자발적 선택병원 신청자

- 선택병원 신청 동기 : 피부 백반증, 감기, 구염, 급성 하기도 감염, 무릎 관절증 등으로 5개 의원급 의료기관(피부과의원, 이비인후과의원, 정형외과의원, 내과의원, 한의원)을 이용하다가 백반증 치료의 본인일부부담금 증가로 부담스러워 하던 중 선택병원 홍보를 접하고 피부과 원장의 권유를 받아 자발적으로 선택병원을 신청하게 되었음.

- 선택병의원으로 인한 의료이용 변화 : 선택병의원 적용 직전 3개월 동안 5개 의료기관을 29회 방문하였으며, 선택병의원 적용 직후 3개월 동안에는 3개 의료기관(피부과의원, 이비인후과의원, 정형외과의원)을 18회 방문하였음.
- 선택병의원 적용으로 인한 편익 : 급여일수 연장승인 및 본인일부부담에 대한 걱정 없이 피부과의료기관에서 백반증 치료를 받게 되었으며, 주로 이용하는 의료기관을 3개로 지정하여 의료이용을 하게 됨으로써 중복진료 및 중복투약 가능성이 감소하게 되었음.
- 선택병의원 적용으로 인한 불이익: 선택병의원 신청 당시 의료기관에 대한 정보 부족으로 인해 지정한 선택병의원을 바꾸고자 할 경우 변경 또는 탈퇴 절차가 어려우며, 선택병의원으로 지정한 의료기관이 갑작스럽게 폐업할 경우 타 의료기관으로의 변경신청이 늦어지거나 인수받은 의료기관이 국민건강보험공단에 등록되지 않은 동안 진료가 중단되거나 약물 복용이 중단되는 불편을 겪을 수 있음.

나) 사례 2: 의료급여 1종 정OO씨(남자/79세) - 선택병의원 당연 적용자

- 선택병의원 신청 동기 : 급여일수 상한 초과로 인해 선택병의원 당연 적용자(조건부 연장승인)가 되었음.
- 선택병의원으로 인한 의료이용 변화 : 발목관절염, 위염 등으로 선택병의원 적용 직전 3개월 동안 3개 의료기관(정형외과의원 2개, 가정의학과의원)을 38회 방문하였으며, 선택병의원 적용 직후 3개월 동안에는 1개 의료기관(가정외과의원)을 27회 방문하였음.
- 선택병의원 적용으로 인한 편익 : 급여일수 연장승인 및 본인일부부담에 대한 걱정 없이 가정의학과의원에서 치료를 받게 되었으며, 주로 이용하는 의료기관을 1개로 지정하여 의료이용을 하게 됨으로써 중복진료 및 중복투약 가능성이 감소, 담당 의사를 선정하게 되었음.

선택병의원 적용으로 인한 불이익: 별 다른 불이익은 없다고 함.

다) 사례 3 : 의료급여 1종 김OO씨(남자/49세) - 선택병의원 당연 적용자

급여일수 상한 초과로 인해 선택병의원 당연 적용자(조건부 연장승인)가 되었음.

선택병의원으로 인한 의료이용 변화 : 허리뼈의 염좌 및 긴장, 고혈압, 지루성 피부염, 급성 인두염, 알레르기성 비염, 전립샘 염증 등으로 선택병의원 적용 직전 3개월 동안 3개 의료기관(정형외과의원, 내과의원, 비뇨기과의원)을 의료기관별로 월 2~5회 이용하였으며, 선택병의원 적용 직후 3개월 동안에도 동일한 3개 의료기관(정형외과의원, 내과의원, 비뇨기과의원)을 방문하고 있으나 방문 빈도는 월 2~8회 수준으로 증가하였음.

선택병의원 적용으로 인한 편익 : 급여일수 연장승인 및 본인일부부담에 대한 걱정 없이 의료이용을 하게 되어 선택병의원 적용 전보다 의료기관 방문을 더 많이 하게 되었음.

선택병의원 적용으로 인한 불이익: 야간에 급성 복통으로 당직병원에서 진료를 받았으나 선택병의원 지정 기관이 진료를 하지 않는 시간이어서 진료 의뢰서를 발급받을 수 없었고, 응급질환에 해당하지 않아 본인부담금을 모두 다 지불할 수밖에 없었음.

라) 사례 4 : 의료급여 1종 김OO씨(여자/68세) 자발적 선택병의원 신청자

한방 치료를 보다 자주 받기 위해 자발적으로 선택병의원제를 신청하였음.

선택병의원으로 인한 의료이용 변화 : 본태성 혈소판 증가증, 고혈압, 당뇨, 요각통, 감기 등으로 선택병의원 적용 직전 3개월 동안 3개 의료기관(대학병원, 내과의원, 한방병원)을 의료기관별로 월 2~13회 이용하였으며, 선택병의원 적용 직후 3개월 동안에도 동일한 3개 의료기관(정형외과의원, 내과

의원, 비뇨기과의원)을 방문하고 있으나 방문 빈도는 월 1~12회 수준으로 다소 감소하였으나, 선택병의원 내원일수는 증가하였음.

- 선택병의원 적용으로 인한 편익 : 추가로 새로이 발병하는 질병이 없는 한 급여일수 연장승인 및 본인일부부담에 대한 걱정 없이 보다 자유롭게 의료 이용을 하게 되었음
- 선택병의원 적용으로 인한 불이익: 별 다른 불이익은 없다고 함.

마) 사례 5 : 의료급여 1종 이OO씨(남자/78세)

- 급여일수 상한 초과로 인해 선택병의원 당연 적용자(조건부 연장승인)가 되었음.
- 선택병의원으로 인한 의료이용 변화 : 우울증, 뇌경색, 무릎관절염, 요붕증, 추간판퇴화, 추간판 전위, 요통, 천식, 치수염 등으로 선택병의원 적용 직전 3개월 동안 7개 의료기관(대학병원, 병원 2개, 정형외과의원, 재활의학과의원, 내과의원, 치과의원)을 이용하였으며, 선택병의원 적용 직후 3개월 동안에는 4개 의료기관(대학병원, 재활의학과의원, 내과의원, 치과의원)을 방문하고 있음.
- 선택병의원 적용으로 인한 편익 : 이용하는 의료기관 수는 감소하였으나 선택병의원으로 지정한 의료기관은 급여일수 연장승인 및 본인일부부담에 대한 걱정 없이 보다 자유롭게 이용하게 되었음. 본인의 판단에 따라 의료기관을 전전하며 이용하는 대신 주치의와 상의하며 지속적으로 의료이용을 하게 되어 심리적으로 안정이 되고 본인부담에 대한 경제적 부담이 면제되었음.
- 선택병의원 적용으로 인한 불이익: 별 다른 불이익은 없다고 함.

## V. 선택병의원제도의 개선방안

### 1. 선택병의원 적용자에 대한 급여일수 제한

- 선택병의원 적용자에게도 급여일수를 제한하는 것이 타당할 것으로 판단됨.
- 급여 제한일수 산정방법
  - 선택병의원 적용시점과 관련 없이 1년 동안의 최대 사용가능 급여일수를 정함.
  - 예: 적용대상자의 0.1%이상에 해당하는 급여일수를 분석하여 제한일수 산정
  - 구체적인 제한일수의 기준(안)은 추후 분석을 통해 마련하도록 함.

### 2. 의료 요구도에 부합하는 대상자 선정기준 마련

- 현행 선택병의원제는 의료급여 1종 수급권자 중 단순 질환자(1차 의료급여기관에서 진료 가능한 질환, 1개 의료급여기관에서 적절한 치료가 가능한 질환)에게는 본인일부부담이 없이 의료이용을 보장하는 제도임.
  - 반면 복합질환 또는 질병의 중증도가 높아 3차 의료급여기관에서의 치료가 필요한 수급권자들에게는 의료이용을 크게 제한하는 제도로 특히 의료급여제도의 수직적 형평성 측면에서 문제가 되고 있음.

### 3. 의료이용의 선택권 제한요소 검토에 따른 해결방안 모색

- 의료급여 2종의 선택병의원 적용 검토

- 특히 의료급여 2종의 경우 선택병의원제를 자발적으로 신청하더라도 1종과 같이 본인일부부담금이 면제되지 않고 다른 2종 수급권자와 동일한 본인일부부담제의 적용을 받기 때문에 의료기관 이용만 제한되는 결과를 초래하게 됨.
  - 실제 의료급여 2종 자발적 선택병의원제 참여자는 전체 2종 수급권자의 0.2%에 불과한 점을 고려할 때 최소한 자발적 선택병의원에 참여하는 2종 수급권자에 대하여 경제적인 인센티브를 제공하여(본인일부부담 경감) 제도의 실효성을 높이거나 제도의 폐지를 고려하는 것이 타당하다고 판단됨.
- 회귀난치성질환 이외 중증질환 또는 복합질환 등으로 인해 3차 의료급여기관을 선택병의원으로 선정하는 것이 필요한 수급권자를 위해 3차 의료급여기관을 선택병의원으로 신청할 수 있는 자격요건을 확대하는 것이 필요함.

#### 4. 현 의료서비스 전달체계에 부합하는 주치의 제도 마련

- 무제한 의료이용 초래 혹은 의뢰서 발급과정에서의 발생하는 문제를 해결하고 수급권자의 필요에 부합하는 적절한 의료서비스를 보장하기 위해서는 근본적으로 현 실정에 부합하는 주치의제도를 도입하고 아울러 의사에게 적절한 동기와 역할을 부여해야 함.

#### 5. 선택병의원제도 운영과 관련한 의료급여관리사의 권한에 관한 지침 마련 및 역할강화

- 선택병의원제 적용 또는 신청 시 수급권자의 정보 및 의사결정 능력 부족 : 보장기관에 근무하고 있는 의료급여관리사를 통한 적절한 정보 제공 및 의

사결정 지원이 필요함.

- 상담의 질적 수준 확보를 위한 선택병의원제 상담을 위한 업무매뉴얼 개발과 관련 교육훈련을 정기적으로 시행, 선택병의원제 적용자를 대상으로 한 정기적인 상담 만족도 조사 시행과 그 결과를 보장기관 평가에 반영하는 것을 고려하는 것이 필요함.
- 단기적으로는 선택병의원제 운영과 관련하여 의료급여관리사에게 적절한 재량권을 부여하고, 의료급여심의위원회가 이를 심의토록 함으로써 수급권자에게 제도로 인한 비의도성 불이익이 발생하지 않도록 제도를 개선하는 것이 필요하다고 판단됨.

## 6. 원활한 제도적용 시행을 위한 행정업무 수정 및 보완

- 선택병의원 진료시간 이후 야간진료를 보장하기 위해 야간진료 후 사후에 진료의뢰서를 제출할 수 있도록 제도적 개선이 필요함.
- 의료기관 폐업 시 타 의료기관으로의 선택병의원 변경이 진행되는 동안 선택병의원이 아닌 의료기관에서 진료를 받은 경우 사후정산을 통해 본인부담 면제를 받을 수 있도록 제도개선이 필요함.

## 7. 제도운영 모니터링 체계 강화

- 제도에 대한 수급자 만족도 조사 실시
- 공급자(병의원, 약국)에 대한 홍보 및 행태 모니터링
  - 정확한 상병기호의 기재 및 청구, 정해진 절차에 준한 진료를 할 수 있도록 상병기호 미기재나 절차를 준수하지 않은 경우에 대한 법적인 책임과 의무를 부여함.

## 8. 지역별 수급권자 중 선택병의원제 대상자 비율 격차의 변인

- 광역자치단체 및 보장기관별 수급권자 대비 선택병의원제 대상자 비율이 높은 차이를 보이고 있는 점은 지역별 수급권자 중 급여일수 상한 초과자 비율, 선택병의원제에 대한 수급권자의 인지도와 선호도, 수급권자의 의료서비스 욕구 및 선택병의원제 적용으로 인한 수급권자의 편익 정도, 선택병의원제 신청에 대한 의료급여관리사의 업무처리 태도(선택병의원제 신청자에 대한 상담 시행 여부 및 상담내용, 선택병의원제에 대한 의료급여관리사의 태도 등), 의료기관/의료인의 선택병의원제 권유 정도, 의료기관 분포 및 접근성 등이 영향을 미쳤을 것으로 추정되나 추가적인 분석을 통해 확인이 필요한 사항임.

## 9. 기타

- 선택병의원 적용 거부자에 대한 관리지침 마련
- 선택병의원제 적용대상자이면서도 본인부담을 감수하면서 타 기관을 이용하는 수급자에 대한 의료급여수급권 자격 재심사 필요



## 참고문헌

- 강재현, 선우성(1996). 서울시민의 건강증진행태 및 건강증진과 평생건강관리프로  
그램에 대한 인식도. 가정의학회지, 17(5), pp305-318.
- 권선국, 신영록, 신현석, 라영찬, 김기형(1992). 지역주민의 단골의사 이용실태와  
의료태도. 가정의학회지, 13(7), pp627-635.
- 김철환(1998). 단골의사제도. 가정의학회지, 19(11), pp943-948.
- 김철환(1999). 단골의사제도 어디까지 왔나?. 가정의학회지, 20(2), pp132-138.
- 보건복지가족부. 네덜란드 출장보고서. 내부 보고서. 2008.
- 봉승원, 김태훈, 김신실, 김영식(2006). 주치의제도의 필요성과 내용에 대한 인식  
도 조사. 가정의학회지, 27(5), pp370-375.
- 서홍관, 강재현, 김철환, 김성원(1998). 주치이에 대한 인식도 전화조사. 가정의학  
회지, 31(2), 310-322.
- 신영석 외, 『의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원,  
2005.
- 신영전, 유원섭, 최영은, 신상진, 김수정, 우경숙(2006). 의료급여 재정 효율화 및  
중·장기 제도개선 방안. 보건복지부·한양대학교 예방의학교실.
- 유승흠 외(2000). 주치의 제도 실행방안 개발. 한국의학원.
- 의료급여 환자별 의약품 적정사용 실태조사. 퍼스트디스, 2006. 4
- 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안. 중간보고서, 연세대학교,  
2006. 10
- 이동모(1996). 주치의 등록제 필요성 및 시범사업안. 가정의학회지, 17(3),  
pp.194-197.

- 이만우(2006). 주치의 등록제 : 의료급여수급권자를 대상으로. 입법정보 제 202호.
- 이재호, 문옥륜, 이운창, 윤수진, 이범, 전철수(1999). 주치의 등록제 시행에 관한  
조사연구. 가정의학회지, 20(1), pp43-54
- 이재호, 김철환, 강규석, 주치의제도 시범사업단 임원(2001). 가정의학회지, 22(7),  
pp1021-1033.
- 정현진 외. 유럽의 일차의료 현황 및 주치의 제도 개혁 - 한국에의 함의. 국민건  
강보험공단. 2007.
- 조홍준, 심재용, 이혜리, 이선희(2002). 국민은 주치의 제도에 대해 어떻게 생각하  
나. 가정의학회지, 23(2), pp171-178.
- 최기춘 외. 2006년 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구. 건강보험연구원.  
2006.
- 최기춘. 2005년 프랑스 건강보험 개혁의 구조와 내용 -주치의제도 도입을 중심으  
로-. 건강보험포럼 2006; 5(3): 93-102.
- Arnould M.-L. "Les contrats l'assurance maladie complémentaire, une typologie en  
2003". Dress. Etudes et Résultats. No. 490. Paris. 2006.
- Arrow, Kenneth J., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,"  
American Economic Review, December 1963, pp.941~973.
- Barbier J-C, Théret B. Le nouveau système français de protection sociale, Paris. La  
Découverte. 2005.
- Beck, R. G., "The Effects of Co-Payment on the Poor," The Journal of Human  
Resources, Winter 1974, pp.129~142.
- CNAMTS. Comprendre la réforme / Point par Point. Paris. 2006.
- CNAMTS. L'Assurance Maladie : chiffres et repères, 2005. 01. Les professionnels de  
santé conventionnés avec l'Assurance Maladie. Paris. 2005.
- David Dranove, The Economic Evolution of American Health Care, Princeton

University Press, 2000.

Dupeyroux J-J et al. Droit de la Sécurité Sociale. Paris. Dalloz. 2006.

Feldstein, Martin, S., "The Welfare Loss of Excess Health Insurance," *Journal of Political Economy*, 81, 1973, pp.251~280.

Haute Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Rapport du Haute Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Paris. Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris. 2006.

Haveman H. & Flim C. eHealth strategy and implementation activities in the Netherlands. 2007

Manning, W. G. et al., "Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from a randomized experiment," *American Economic Review*, 77, 1987, pp.251~277.

Newhouse, J. P. and C. E. Phelps, "Price and Income Elasticities for Medical Care Services", in M. Perlman, ed., *The Economics of Health and Medical Care*, 1974.

OECD, OECD official document # DEELSA/ELSA/MIN(98)2/ANN (Background Documents/The Caring World: National Achievements /Tables and Clants, Paris 23~24 June 1998)

OECD. Health data 2007. 2008.

Pauly, M., "The Economics of Moral Hazard: Comment," *American Economic Review*, June 1968, pp.531~36.

Pauly, M. V., "A Measure of the Welfare Cost of Health Insurance," *Health Service Research*, 4, 1969, pp.281~92.

Pauly, Mark V. and Philip J. Held, "Benign Moral Hazard and the Cost-effectiveness Analysis of Insurance Coverage", *Journal of Health Economics*, Vol.9, 1990,

pp.447~461.

Phelps, C. E and J. P. New house, Coinsurance and the Demand for medical services, Santa Monica Rand Corporation, R-964-10Eolnc, 1974.

—————, "Effect of Coinsurance; A Multivariate Analysis," Social Security Bulletin, 1972.

Protti D. & Smit C. The Netherlands: Another European Country Where GP's Have Been Using EMRs For Over Twenty Years. HCIM&C. 2006.

Ray Robinson (2002) "User charges for health care," in Mossialos et al. (eds.): Funding health care: options for Europe.

Sandier S, Paris V, Polton D. Systèmes de Santé en transition: France. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. 2004.

Sherman Folland, Allen C, Goodman, Miron Stano, The Economics of Health and Health Care, Fourth Edition, 2004

## [참고 인터넷 사이트]

<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

<http://www.ameli.fr/preview/705/fichei.html>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.securite-sociale.fr/>

<http://europa.eu>

<http://www.nhs.uk/Conditions/GPs/Pages/ServiceDescription.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>

<http://www.nhs.uk/Conditions/GPs/Pages/Complaints.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>

<http://www.nhs.uk/Conditions/GPs/Pages/Introduction.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>

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

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

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

<http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>

<http://www.minvws.nl/en/>

<http://www.nictiz.nl/uploaded/FILES/eHealth%20ERA%20report%20the%20Netherlands%2003-10-07.pdf>

<http://www.minvws.nl/en/folders/cz/2005/primary-health-care.asp>

## 부록 : 선택병의원제 사례조사 결과

선택병의원제 적용 수급권자 사례 조사 : 사례 1				
대상자 정보	성명	최**	성별/나이	남/50
	주소	대전 0구 0동	선택병의원 적용일	2008.4.24
	의료 급여 구분	국가유공 1종	연 락 처	019-364-****
	수급자 선정일	2002.08.26	가족형태	자녀동거가구
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용전 최근 3개월)	병 원 명		질병명	이용횟수
	피부과		백반증	23
	한의원		식적복통	2
	이비인후과의원		상세불명의 급성 하기도 감염	1
	정형외과의원		기타 원발성 무릎관절증	2
	내과		급성 코인두염(감기)	1
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용 후 최근 3개월)	피부과		백반증	12
	이비인후과의원		상세불명의 급성 굴염	4
	정형외과의원		기타 원발성 무릎관절증	2
급 여 내 역	2007년 1년 동안의 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직전 3개월 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직후 3개월 급여일수 및 비용	
	급여일수(129일)/총진료비 (5,002,330원)	급여일수(38일)/총진료비 (1,752,870원)	급여일수(33일)/총진료비 (1,037,860원)	
생활환경 의료문제	<p>◎ 생활환경 국가유공 1종이며, 1종 수급권자인 49세의 부인과 대학생 자녀 둘 및 2008년 10월 신규 수급권자인 장모님(90세)을 모시고 산다.</p> <p>◎ 의료문제 백반증이 있으나 낫는 병이 아니라고 치료를 받지 않고 있다. 미용적인 부분과 질환의 확대를 치료의 욕구 발생</p>			

	2007년 7월부터 본격적으로 피부과를 내원하여 치료를 받고 있음. 다른 건강상태는 양호.
<b>선택병의원 적용 사유</b>	2007년 7월부터 백반증 치료로 건강생활유지비 대부분과 본인 부담금 증가 하였음. 선택병의원 안내 및 홍보의 영향으로 선택병의원에 관심을 갖게 되었고 피부과원장 권유에 자발적 선택병의원 신청함
<b>선택병의원제 적용으로 인한 의료이용 변화</b>	백반증과 호흡기계 질환이나 관절증 치료로 총 5개 의원 다녔으나 3개 의원으로 감소하였고, 선택병원 주치의와 상담후 의뢰서 발급하여 의료이용
<b>선택병의원 적용으로 인한 장점</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 집중적인 치료와 한 의료기관을 이용하시는 경우 본인 부담금이 없다.</li> <li>- 동일 질환으로 타 의료기관 중복이용이나 의료쇼핑을 방지한다.</li> <li>- 대상자를 잘 관찰하고 진료한 주치의의 상담과 의뢰로 의료정보 및 자가관리에 도움을 준다.</li> </ul>
<b>선택병의원 적용으로 인한 불이익</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 선택병원 주치의의 적극적인 상담이나 의뢰가 제대로 안될 경우, 타 질환의 예방 및 검진의 기회를 놓칠 수 있다.</li> <li>- 조건부 선택병의원을 신청 당시 의료기관의 정보부족 및 의료기관의 권유에 의해 신청한 경우, 변경이나 탈퇴가 어렵다.</li> <li>- 선택병의원의 갑작스런 폐업시, 타 의료기관으로의 변경신청 늦어지거나, 인수받은 의료기관의 미등록으로 접수조차 할 수 없어 진료가 중단되거나 약물복용에 불편을 겪는다.</li> </ul>

선택병의원제 적용 수급권자 사례 조사 : 사례 2				
대상자 정보	성명	정 **	성별/나이	남 / 79
	주소	대전 O구 O동	선택병의원 적용일	2007년 10월 15일
	의료 급여 구분	의료급여 1종	연 락 처	042-524-****
	수급자 선정일	2002년 11월 11일	가족형태	부부가구
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용전 최근 3개월)	병 원 명		질병명	이용횟수
	정형외과		척추척추-허리부위	3
			발목관절염	23
	가정의학과		알레르기 접촉성 피부염	1
천식			11	
의료기관 이용실태 (선택병의원적 용 후 최근 3개월)	가정의학과		발목관절염	11
			위염	16
급 여 내 역	2007년 1년 동안의 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직전 3개월 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직후 3개월 급여일수 및 비용	
	1,025일 /4,312,350원	266일/1,242,450원	117일/852,930원	
생활환경 의료문제	<p>◎ 생활환경 변동에 살고 있는 단독가구로 국가유공자, 의료급여 1종임. 부부내외만 살고 있고 병원 방문시 전동차 또는 둘째 아들내외, 손자 도움으로 병원 방문한다 함. 노환으로 발생한 질환에 대해 의료기관방문하고 있음. 둘째 아들내외는 집 근방에서 슈퍼를 운영하면서 틈틈이 시간 내어 집에 들려 본다함.</p> <p>◎ 의료문제 1. 수급자 내외, 보호자도 다수의 의료기관을 사용하기 보다는 조금이라도 이 상이 있을 시에는 곧바로 병의원을 찾아 거의 2-3일마다 의료기관을 이용 하고 있다는 것을 인식하지 못하고 있음. 즉, “아프면 병원을 찾는 것이</p>			



	<p>당연하다”고 생각하고 있음</p> <p>2. 병의원을 가면 의료진(의사, 간호사) 모두를 잘 알고 지내고 친절하다는 이유로 수시로 병의원을 이용하고 있으며 본인부담금발생을 감소하면서까지 병의원을 찾아 가는 경향보임</p> <p>3. 수급자내외 노인성난청으로 전화상담의 어려움 있어 대부분 들쭉머느리와 상담 이루어짐</p>
<b>선택병의원 적용 사유</b>	의료기관 과다이용으로 인한 중복처방 및 투약, 상한일수초과로 수급권자 근방에서 자주 이용하는 일차의료기관(가정의학과) 선택병의원으로 적용
<b>선택병의원제 적용으로 인한 의료이용 변화</b>	<p>◎ <b>이용 의료기관종류</b></p> <p>- 가정의학과(선택지정병원) 1개</p> <p>◎ <b>의료기관수 증감</b></p> <p>- 정형외과 2개, 가정의학과1개 → 가정의학과 1개로 감소</p> <p>◎ <b>의료기관 및 약국이용변화</b></p> <p>- 선택병원 지정 후 가정의학과 1곳과 그에 따른 약국은 1개만 꾸준히 다녀 특별히 의료기관 및 약국이용변화는 없음</p> <p>◎ <b>선택병원 지정 후 건강문제영역</b></p> <p>- 노환에 따른 건강문제발생으로 발목관절염, 위염</p> <p>◎ <b>선택병원 외 타 의료기관 이용여부, 사유</b></p> <p>- 병원을 자주 방문하는 것에 비해 타 의료기관 이용여부사항 없어 이에 따른 특별한 사유는 없는 편임</p>
<b>선택병원 적용으로 인한 장점</b>	선택병원 적용으로 다수 의료기관이용으로 인한 중복투약방지, 담당주치의제도마련, 질병에 따른 적절한 의료기관 이용 적용
<b>선택병원 적용으로 인한 불이익</b>	선택병원으로 일차의료기관(가정의학과)로 지정 이후 대부분 일차의료기관(가정의학과)에서 건강문제를 해결하므로 별다른 불이익은 없음

선택병의원제 적용 수급권자 사례 조사 : 사례 3				
대상자 정보	성명	김 **	성별/나이	남/49
	주소	대전 O구 O동	선택병의원 적용일	2008. 01. 11
	의료 급여 구분	국민기초1종	연 락 처	010-4804-****
	수급자 선정일	2000. 10. 01	가족형태	단독세대
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용 전 최근 3개월)	병 원 명		질병명	이용횟수
	정형외과의원		허리뼈의 염좌 및 긴장	월2~5회
	내과의원		고혈압, 지루피부염, 급성 인두염, 알레르기성비염	월3~4회
	비뇨기과의원		전립샘의 염증성 질환	월2회
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용 후 최근 3개월)	정형외과의원		관절통, 허리뼈의 염좌	월4~8회
	내과의원		고혈압, 허리뼈염좌, 피부계 한성혈관염, 알레르기성비염	월6~7회
	비뇨기과의원		전립샘의 염증성 질환	월2회
급 여 내 역	2007년 1년 동안의 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직전 3개월 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직후 3개월 급여일수 및 비용	
	1,239일/4,863,930원	242일/839,160원	265일/1,062,100원	
생활환경 의료문제	<p>◎ 생활환경</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•부인과 자녀모두 사망하여 현재는 혼자생활</li> <li>•지체2급 장애인으로 강직성뇌성마비(20년전 을지병원에서 수술) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 왼쪽 팔다리의 마비</li> </ul> </li> </ul> <p>◎ 의료문제</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•여러 복합 질환으로 병의원 이용 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 한 질환으로 여러 의료기관 이용 <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ 9월에 의료급여 관리사와 상담 후 문제성 인식</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>•혼자생활로 의지가 약해 운동의 중요성을 인식하고 있지만 노력을 안함 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 오로지 물리치료만이 치료라고 인식</li> </ul> </li> </ul>			

<b>선택병의원 적용 사유</b>	복합질환이 있어 병원으로 이용하고 있지만 꼭 한 질환으로 두 곳 이상의 의료기관을 이용하고 있어 조건부 연장승인 대상자가 됨
<b>선택병의원계 적용으로 인한 의료이용 변화</b>	고혈압, 비염, 혈관염 등 선택병원에서 진료를 받고 있지만 내원일수의 증가형태로 나타났고 선택병원에서 본인부담금이 없기 때문에 더 자주 방문 하여 진료를 받고 있음. 다른 의료기관은 내과에서 치료할 수 없는 전문 치료를 요하는 질환이기 때 문에 이용함 (전립샘의 염증, 허리뼈 염좌, 어깨관절염좌등)
<b>선택병의원 적용으로 인한 장점</b>	진료를 받음에 본인부담이 없기에 더 자주 방문하여 진료 받음
<b>선택병의원 적용으로 인한 불이익</b>	뇌성마비로 인하여 왼쪽팔다리의 근 위축으로 일상생활을 유지하고 있어 오른쪽의 사용량이 늘어 어깨와 허리의 통증이 계속되어 최근엔 꾸준히 운 동도 하고 있지만 통증의 정도만 약해졌을 뿐 큰 변화를 보이지 않음. 또한 물리치료는 근육을 풀어주는 일환으로 횡수를 조정하여 받고 있지만 회복할 수 없는 질환으로 조건부 연장승인 대상자로 계속 선정될 것임. 밤에 갑자기 배가 아파 당직병원에서 진료를 받았는데 진료의뢰서가 없고 응급질환에 속하지 않아 본인부담금을 다 지불하였던 경험이 있음.

선택병의원제 적용 수급권자 사례 조사 : 사례 4				
대상자 정보	성명	김**	성별/나이	F/68
	주소	대전 O구 O동	선택병의원 적용일	2007. 10. 15
	의료급여 구분	국민기초 1종	연락처	010 - 8011 - ****
	수급자 선정일	2004. 04. 30	가족형태	1인
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용전 최근 3개월)	병원명	질병명		이용횟수
	대학병원	본태성 혈소판증가증		월2회
	내과의원	고혈압, 당뇨		월1~2회
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용 후 최근 3개월)	대학병원	본태성 혈소판증가증		월1회
	내과의원	고혈압, 당뇨		월1회
	한방병원	수족마목, 요각통, 감기 등		월11~12회
급여내역	2007년 1년 동안의 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직전 3개월 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직후 3개월 급여일수 및 비용	
	1,121일/6,473,150원	357일/1,304,250원	199일/953,810원	
생활환경 의료문제	<p>◎ 생활환경</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>사별 후 4녀 있지만 부양능력 없으며 영구임대아파트에서 독거 생활하며 매사에 짜증과 불만으로 가득 차 있다</li> <li>뇌 병변 5급으로 현재는 요양보호사 주5회 방문</li> </ul> <p>◎ 의료문제</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>뇌졸중 (뇌병변5급-오른쪽)으로 한방병원을 선택, 자발적 참여자로 거의 매일 이용하는 형태임</li> <li>고혈압, 당뇨로 약 복용</li> </ul>			
선택병의원 적용 사유	<p>의료급여개정법(건강생활유지비, 선택병의원제도)안내 - 누구를 위한 법이냐며 구청장 앞으로 유서 쓰고 자살 한다며 강하게 반발.</p> <p>딸과 통화하여 의료급여개정법과 선택병의원 자발적 참여에 대한 설명 - 한방치료를 자주 받기위하여 2007년 10월 15일자로 선택병의원 자발적 참여</p>			

<p><b>선택병의원 제 적용으로 인한 의료이용 변화</b></p>	<p>대상자는 다른 특별한 질병이 발생되지 않아 선택 병·의원 적용직후 감소하 는 듯 하였으나 한방치료를 전적으로 의지하는 분으로 거리상 차량을 이용하 면서도 오히려 내원일수(선택병원)는 더 많아짐</p>
<p><b>선택병의원 적용으로 인한 장점</b></p>	<p>대상자 측면에서는 복합 질환의 발생이 없는 한 진료비 부담 없이 의료기관 을 자유롭게 이용할 수 있다는 생각을 가지고 있어 이용을 더 많이 함</p>
<p><b>선택병의원 적용으로 인한 불이익</b></p>	<p>-</p>

선택병의원제 적용 수급권자 사례 조사 : 사례 5				
대상자 정보	성명	이 **	성별/나이	남/78
	주소	대전 O구 O동	선택병의원 적용일	2007년11월02일
	의료 급여 구분	기초1종	연 락 처	482-****
	수급자 선정일	2004년02월06일	가족형태	노인(부부)
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용전 최근 3개월)	병 원 명		질병명	이용횟수
	대학병원		우울증, 뇌경색, 무릎관절염 요봉증(200일), 추간판퇴화	2,3개월에1회
	병원(A), 병원(B) 정형외과의원		추간판전위, 퇴화	부정기적
	재활의학과의원		무릎관절염, 요통	부정기적
	내과의원, 치과의원		천식, 치수염	부정기적
의료기관 이용실태 (선택병의원 적용 후 최근 3개월)	대학병원		우울증, 뇌경색, 무릎관절염, 추간판퇴화	2,3개월에1회
	재활의학과의원		무릎관절염, 요통	수시로
	내과의원, 치과의원		천식, 치수염	부정기적
급 여 내 역	2007년 1년 동안의 급여일수 및 비용		선택병의원 적용 직전 3개월 급여일수 및 비용	선택병의원 적용 직후 3개월 급여일수 및 비용
	1,326일/5,627,120원		352일/1,466,850원	575일/1,890,350원 (요봉증 200일/437,460원 포함)
생활환경 의료문제	<p>◎ 생활환경</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 젊을때 10여년간 직업군인을 하다 군제대후 농사일을 함 30세때부터 대전에서 노점일을 하며 생계유지함</li> <li>· 처(OO님, 78세, 척추 2급장애)와 거주 - 주로 처의 간병을함, 탄방동에 거주하는 둘째딸이 가끔 도와줌</li> <li>· 서구보건소 방문간호, 도시락배달서비스 받음</li> </ul> <p>◎ 의료문제</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 척추6급 장애, 2004년 9월 고혈압, 뇌경색으로 입원치료 (우측,1개월간)</li> <li>· 혈압 : 정상유지, 혈당 : 정상</li> <li>· 척추관협착과 무릎관절염으로 인한통증 -10분이상 계속 보행 어렵다함</li> <li>· 요붕증, 뇌경색등으로 우울증이 생겨 대인관계 및 외부활동 기피</li> <li>· 처는 허리가 곪아서 제대로 필수 없을 정도로 허리 상태가 좋지 않음 (휠체어로 이동), 담석증, 골다공증, 위염등 노인장기요양보험 3급</li> </ul>
<p><b>선택병의원 적용 사유</b></p>	<p>조건부 연장승인(기타질환초과)</p>
<p><b>선택병의원제 적용으로 인한 의료이용 변화</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 의료기관 종류와 기관수의 증감 적용전 무릎관절염, 척추질환으로 5개의 의료기관을 부정기적으로 다닌 반면 적용후 2개의 의료기관으로 기관수는 줄었으나, 지정한 의료기관은 수시로 이용함으로 급여일수 및 비용은 절감이 되지 않음</li> <li>- 대학병원에서는 약물치료, 선택병원(재활의학과의원)에서는 거의 매일 물리치료및 뼈주사</li> <li>◎ 선택병원에서 진료받는 건강문제 무릎관절염 및 척추질환</li> <li>◎ 선택병원 이외에서 진료받는 건강문제 우울증,뇌경색,요붕증,척추질환,무릎관절염,천식,치수염</li> </ul>
<p><b>선택병의원 적용으로 인한 장점</b></p>	<p>동일질환으로 여러의료기관을 이용하며 치료받다가 통합되면서 어디가 더 잘할까 고민하며 본인의 판단에 따라 옮겨다니지않고 주치와 상의하며 꾸준히 이용하므로 심리적으로 안정이되고 경제적으로도 본인부담이 면제되어 유익함</p>
<p><b>선택병의원 적용으로 인한 불이익</b></p>	<p>위 사례의 경우 대상자가 2004년 9월경 뇌경색으로 대학병원에서 계속적으로 입원치료 하는 분으로 약물처방이 모두 대학병원에서 이루어지므로 대학병원을 계속 이용할 수밖에 없음, 그러나 조건부 연장승인으로 3차지정이 불가하며 기존에 다니던 2,3차의료기관에서는 계속 다니는 것은 허용되었으나 지정병원이 아니어서 소액 본인부담은 해야하는 불이익이 있음</p>

## 간행물회원제 안내

### ▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### ▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

### ▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

### ▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

### ▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터  
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

## 도서판매처

- |   |   |
|---|---|
| ▪ 한국경제서적(총판) 737-7498   | ▪ 교보문고(광화문점) 1544-1900  |
| ▪ 영풍문고(종로점) 399-5600  | ▪ 서울문고(종로점) 2198-2307   |
| ▪ Yes24 <a href="http://www.yes24.com">http://www.yes24.com</a> | ▪ 알라딘 <a href="http://www.aladdin.co.kr">http://www.aladdin.co.kr</a> |



보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	6,000
연구 08-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	9,000
연구 08-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	7,000
연구 08-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	7,000
연구 08-05	남북한간 보건의료 교류협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	6,000
연구 08-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	7,000
연구 08-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	7,000
연구 08-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	미정
연구 08-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 08-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	9,000
연구 08-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	6,000
연구 08-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	미정
연구 08-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	10,000
연구 08-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안 연구 -다문화가족을 중심으로 -	김유경	15,000
연구 08-15	아동·청소년복지 수요 추계 연구 I	김미숙	8,000
연구 08-16	지역복지 활성화를 위한 사회지본형성의 실태와 과제	박세경	미정
연구 08-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	8,000
연구 08-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	7,000
연구 08-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	6,000
연구 08-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 08-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 II	신영석	6,000
연구 08-18-5	의료급여 선택병의원제도에 대한 모니터링 및 평가 연구	신현웅	5,000
연구 08-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	6,000
연구 08-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	6,000
연구 08-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	5,000
연구 08-20-1	저출산·고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	10,000
연구 08-20-2	저출산·고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	9,000
연구 08-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이상식	7,000
연구 08-20-4	저출산·고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤정	6,000
연구 08-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 08-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 08-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 08-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	15,000
연구 08-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	9,000
연구 08-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 08-22-2	2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서	정영호	8,000
연구 08-23-1-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 08-23-1-2	사회재정사업의 평가 -가족복지서비스 전달체계의 운영평가: 상담서비스 네트워크를 중심으로	고경환	6,000
연구 08-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 08-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향-연립방정식 모형을 이용한 시뮬레이션 분석	남상호	미정
연구 08-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	6,000
연구 08-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 08-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	5,000
연구 08-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	7,000
연구 08-24-1	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	5,000
연구 08-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	7,000
연구 08-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	6,000
연구 08-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	6,000
연구 08-25	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 08-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 08-27-1	능동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	8,000
연구 08-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	미정
연구 08-27-3	능동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	6,000
연구 08-27-4	능동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	6,000
연구 08-27-5	능동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	6,000
연구 07-01	한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안	박실비아	8,000
연구 07-02	보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제	오영호	9,000
연구 07-03	근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략	최은진	7,000
연구 07-04	고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색	김혜련	10,000
연구 07-05	건강보험 적정 보장성 확보방안	허순임	8,000
연구 07-07	국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안	원종욱	7,000
연구 07-08	근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로	노대명	6,000
연구 07-09	교육 불평등과 빈곤의 대물림	여유진	7,000
연구 07-10	사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안	최성은	8,000
연구 07-11	한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(II) - 지방자치단체를 중심으로 -	김승권	12,000
연구 07-12	사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식	강혜규	10,000
연구 07-13	한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안	김미숙	7,000
연구 07-14	복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지지표 개발연구	변용찬	7,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 07-15	유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구	정영철	7,000
연구 07-16	한국의 삶의 질 수준에 관한 연구	장영식	6,000
연구 07-17-1	2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로	이태진	13,000
연구 07-17-2	의료급여 사례관리 및 효과분석	신영석	6,000
연구 07-17-3	2007년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 07-17-4	기초생활보장제도 효과성에 관한 연구	노대명	5,000
연구 07-17-5	미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구	신영석	7,000
연구 07-17-6	국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구	최현수	8,000
연구 07-17-7	저소득층 의료육구 측정에 관한 연구	신현웅	6,000
연구 07-17-8	사회정책의 진단과 동향	이태진	16,000
연구 07-18-1	Social Service Provision System: <i>the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea</i>	강혜규	5,000
연구 07-18-2	외국의 민간의료보험 정책 연구	홍석표	5,000
연구 07-19-1	국제결혼가족의 결혼·출산 행태와 정책방안	이삼식	6,000
연구 07-19-2	양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로	신윤정	7,000
연구 07-19-3	2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구	정경희	7,000
연구 07-19-5	노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구	선우덕	9,000
연구 07-19-6	저출산·고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안	조남훈	9,000
연구 07-19-7	사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로	오영희	6,000
연구 07-19-8	우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의	이소정	6,000
연구07-19-9	International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries	강유구	7,000
연구 07-20	2006 한국복지패널 심층분석 보고서	김미곤	7,000
연구 07-21	2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서	김미곤	12,000
연구 07-22-2	정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로-	고경환	6,000
연구 07-22-3	사회회계행렬을 이용한 건강투자자의 경제성장효과 분석	남상호	5,000
연구 07-22-4	사회예산분석과 정책과제	최성은	8,000
연구 07-22-6	바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안	최성은	6,000
연구 07-23	2007 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	송태민	9,000
연구 07-24	의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사	정영호	9,000