

의료전달체계에서 일차의료 활성화를 위한 방안과 전망

Primary Care Development Plans and Future Perspectives Under the Healthcare Delivery System



이정찬 의료정책연구소 책임연구원

의료전달체계의 확립은 제한된 자원의 합리적 이용을 통해 의료체계의 효율성을 높일 수 있다는 측면에서 중요하다. 일차의료는 의료의 최초 접촉점으로서 중요한 가치를 지니며 일차의료 활성화는 의료전달체계 확립에 있어 핵심 축이다. 이를 위해 먼저 진찰의 위상 강화와 교육상담 기능 확대를 위한 제도적 기반을 마련하는 것이 필요하다. 일차의료 중심의 만성질환관리 체제 확립은 지금까지의 분절적 서비스 제공 틀에서 벗어나 향후 지역사회 자원과 연계하여 조정된 서비스를 제공하는 통합의료모델로 지향하는 디딤돌이 될 것이다.

1. 들어가며

의료전달체계는 제한된 의료자원을 효율적으로 활용하여 국민에게 최선의 서비스를 제공할 목적으로 구성된 체계로서 통상 우리나라에서는 의료기관 기능구분을 위한 의료공급체계 내지는 환자 의뢰체계로 이해되어 왔다. 의료전달체계의 확립은 제한된 자원의 합리적 이용과 의료체계의 효율성을 높일 수 있다는 측면에서 그동안 정부의 정책 과제로 활용되어왔으나 그 실효성은 없었던 것으로 자주 평가되어왔다. 한편 의료기술 발달과 소득 수준 향상으로 의료서비스에 대한 기대치가 높아진 국민은 정부의 단순한 본인부담금 차등만으로 현행 의료전달체계를 준수할 동기를 갖지 못했다. 그리하여 경증질환임에도 동네의원보다는 상급중

합병원을 선호하는 경향이 확산되고 있다. 반면 공급자는 고질적인 저수가 문제로 날로 경영이 악화되고 있는 상황에 직면해 있다. 특히 의원급 의료기관은 수익보전을 위해 한명이라도 더 많은 환자를 봐야하는 상황에서 예방관리를 위한 교육·상담 역할까지 기대하기는 어려운 상황이다. 대형병원은 중증질환 치료와 연구중심 본연의 기능에 충실하지 않고 외래환자를 더 유치하려한다. 대형병원에 있어 외래신환은 잠재적 입원환자고 이는 곧 수익실현으로 직결될 수 있기 때문이다. 결국 현재 외래환자를 두고 동네의원과 대형병원이 서로 경쟁하는 상황에까지 왔다. 이미 여러 이해당사자(stakeholder)가 복잡하게 얽혀있는 의료전달체계 이슈는 이제 난제 중에 난제가 되어버렸다.

일차의료는 의료전달체계 확립에 있어 가장 중

요한 축이다. 의료서비스를 이용하는 환자의 최초 접촉점으로서 첫 단추를 어떻게 꿰느냐에 따라 환자 개인의 건강, 가족과 지역사회의 안녕 그리고 그에 수반되는 의료자원 소모량이 결정될 수 있기 때문이다. 일차의료의 역할이 충실한 국가일수록 의료비 지출은 적고 국민들의 건강상태가 좋으며 사회적 불평등이 감소한다는 연구들이 이를 뒷받침 한다¹⁾. 1978년 세계보건기구(WHO)의 Alma-Ata 선언은 각국의 일차의료의 나아갈 방향을 제시해 준 역사적 사건이었다. 그러나 당시 우리나라는 건강보험제도 정착을 추진하는 것만도 벅찬 상황이었고 WHO에서 강조한 일차의료의 지니는 가치와 보건 의료 체계에 미치는 영향력에 대해서는 간과하였다. 그 결과가 현재 우리나라 일차의료의 현 주사다. 전반적인 제도적 기반이 일차医료를 강화하는데 불리하게 구성되어 있고²⁾, 특히, 공급자들은 정부에 대한 불신으로 새로운 정책 도입에 있어 경로의존성이 매우 강하다. 따라서 정부의 관련정책 도입시도가 항상 난관에 부딪히는 형국이다. 과거 Starfield(1998)가 14개 선진국 일차의료중에서 우리나라 일차医료를 최하위로 평가한바 있다³⁾. 최근 OECD(2012)에서도 우리나라 일차의료의 문제점을 지적하고 개선책 마련을 제안한바 있다⁴⁾. 앞으로도 인구고령화와 만성질환자 증가로 의료수요는 급격히 팽창하

고 일차의료의 역할이 지금보다 더 요구될 것이다. 이에 본고에서는 의료전달체계와 일차의료의 속성들을 검토하고 현행 의료전달체계에서의 문제점들을 일차의료로 중심으로 고찰한 후 향후 의료전달체계 확립을 위한 일차의료의 발전 방안과 전망을 모색해 보고자한다.

2. 의료전달체계의 개념

의료전달체계는 의료체계와 의료자원의 효율적 운영을 통해 의료서비스를 필요로 하는 국민 모두가 적시에 적정인에 의해 적소에서 적정진료를 이용할 수 있도록 마련된 제도로서⁵⁾, WHO에서는 의료전달체계를 의료의 지역화가 합리적으로 이루어진 상태로 합리적인 지역화의 요건으로 진료권의 설정, 필요한 의료자원의 공급, 의료기관 간 기능의 분담과 연계, 환자이송 및 의료체계의 수립을 강조한바 있다⁶⁾. 우리나라의 의료전달체계는 1989년 7월 전국민 의료보험 확대 실시와 함께 도입되었다. 의료기관 간의 기능구분, 단계적 진료체계의 확립, 환자의뢰체계 실시 등이 제도 도입의 취지였다. 이를 통해 의료 지속성, 적정진료 보장, 지역 간 의료자원 균형 배치, 의료이용 편의와 형평성 등을 도모함으로써 의료공급의 효율성을 제

1) WHO(2008), Primary Health Care: Now More Than Ever, World Health Report.

2) 정현진 외(2013). 일차의료 강화를 위한 지불제도 개편방안. 대한의사협회지. 56(10), pp.881-890.

3) Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R(1998). J Fam Pract. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. 46(3), pp.216-26.

4) OECD가 2012년 발간한 Health Care Quality Review: Korea에서는 병원 의존도를 낮추고 지역사회중심 일차의료서비스를 구축함으로써 일차의료 역량 강화를 통한 질병예방 및 만성질환자 지원책을 마련할 것을 촉구하였음.

5) 대한예방의학회(2002). 예방의학과 공중보건학. 서울: 계축문화사.

6) WHO(2008). Primary Health Care: Now More Than Ever, World Health Report.

고하고 의료비 절감과 의료보험재정 안정에 기여하기 위함이었다⁷⁾. 이를 위해 전국을 행정구역과 생활권에 따라 8개의 대진료권과 142개의 중진료권으로 구분하고, 의료기관을 1차, 2차, 3차 기관으로 분류하였다. 그러나 1998년 지역간 의료자원 공급 불균형에 따른 불평등 해소를 위한 규제개혁 차원에서 진료권 제도는 폐지되었다⁸⁾.

현재 우리나라의 의료기관 구분은 의원급(30병상 미만), 병원급(병원: 30병상 이상, 종합병원: 100병상 이상, 상급종합병원(종합병원 중 보건복지부 장관 지정)으로 구분하고, 의원급은 주로 외래환자, 병원급은 입원환자, 상급종합병원은 중증환자를 진료하는 것을 기본으로 하고 있다(의료법 제3조). 한편 의료이용에 대한 단계는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분하고, 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 규정하고 있는데, 1단계 요양급여는 의료법상 상급종합병원을 제외한 요양기관에서 받은 요양급여를 의미하고, 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받은 요양급여를 의미한다. 예외로 응급환자, 분만환자, 가정의학과에서 요양급여를 받은 경우는 상급종합병원에서 1단계 요양급여를 바로 받을 수 있게 허용하고 있다(국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조). 그러나 동 제도는 이미 의료현장에서 유명무실해진지 오래다. 즉 의료전달체계상에서 의료기관간 기능이 정립되어 있지 않고 국민들의 의료이용 선택 역시 비교적 자유로워 의

료서비스 제공체계의 비효율을 야기하고 있다.

3. 일차의료의 속성

1) 일차의료의 개념과 발전과정

일차의료(Primary care)라는 용어가 공식적으로 처음 사용된 것은 영국에서였다. 'Dawson 보고서(1920)'는 일차의료를 '지역사회 의사가 예방과 치료 서비스를 주민에게 제공하는 것'으로 정의하였으며 3(단계)수준의 의료서비스 제공 개념(primary health centers, secondary health centers, teaching hospitals)을 처음 제시하였다⁹⁾. 한편 미국에서는 1960년대 접어들어 의학지식과 의료기술의 발달로 전문의는 증가하는 반면 일반의는 입지가 급속히 쇠퇴할 수 있다는 보고서가 다수 출간되었는데 그 중 대표적인 것이 'Millis Commission Report(1966)'이다. 이 보고서에서는 일차의료의사(primary physician)를 '일차의료자원을 제공하고 개인과 가족에 대한 상담 역할을 하면서, 입원이 필요할 때 전문의에게 환자를 의뢰하고, 일련의 과정이 적절한지에 대해 지속·포괄적 책임을 지며, 환자를 단순히 신체기관 보다는 복잡한 사회에 살고 있는 인간의 관점에서 바라봐야한다'는 점을 강조하였다¹⁰⁾. 1966년부터 1970년대 후반까지는 이러한 일차의료 개념에 있어 일종의 변화와 정제

7) 조재국(2010). 의료전달체계의 발전방향과 정책과제. 보건복지포럼. 11, pp.8-15.

8) 오영호(2012). 의료전달체계의 문제점과 정책과제. 보건복지포럼. 7, pp.50-67.

9) Frenk J(2009). Reinventing Primary Health Care: The Need for System Integration, Lancet. 374, pp.170-73.

10) Millis J(1966). The Graduate Education of Physicians, Report of the Citizens' Commission on Graduate Medical Education, Chicago: American Medical Association.

의 과정을 거쳐 왔는데, Alpert & Chamey(1973)는 일차의료(primary medicine)를 공중보건과 는 별개로 ‘개인과 가족에 대한 개인보건시스템 (personal health system)’ 관점에서 바라봐야 한다고 강조하였다. 이들은 일차의료 의사가 최초 접촉점으로서의 서비스를 제공하고, 환자의 질환 유무와 관계없이 지속적으로 관리할 책임을 지니며, 통합주의자(integrationist)의 관점에서 조정된 서비스를 제공하며, 한 가족이면 구성원 모두가 동일한 의사에게 진료 받아야 한다고 주장하였다. 수년 후 1978년 미국의학학술원(Institute of Medicine, IOM)에서는 ‘A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study’를 통해 일차의료(primary care)에 대한 최초의 공식정의를 내렸다¹¹⁾. 이에 의하면 일차의료(primary care)란 ‘책임 있는(accountable) 의료서비스제공자를 통해 제공되며, 접근성이 담보되고(accessible), 포괄적이며(comprehensive), 조정되고(coordinated), 지속적인(continued) 특성을 보유한 서비스’였다. 한편 캐나다 보건부 장관인 Marc Lalonde가 1974년 건강증진과 질병예방의 중요성을 발표한 것을 계기로 세계보건기구(WHO)는 1978년 Alma-Ata 선언을 통해 일차의료의 개념을 전세계로 확대하였다. 이 회의를 통해 정의된 일차의료(primary health care)는 ‘지역사회 개인과 가족 누구든지 접근이 가능한 실제적이고 과학적으로 타당하며 사회적으로 받아들일 수 있는 방법과 기술에 기초한 필수보건의료서비스(essential health

care)로서 모든 단계에서 가족과 개인이 참여하고 지역사회와 국가가 그 비용을 감당할 수 있는 연속적인 보건의료과정에서 첫 번째 요소’이었다. 당시 WHO(1978)의 정의는 일차보건의료를 포괄적인 국가보건의료계획의 한 부분으로서 위생시설과 식수확보 등의 문제부터 지역사회 인구기반 공중보건영역까지의 포괄적 측면을 강조한 반면, IOM(1978)의 정의는 개인에 대한 보건의료서비스 제공에 더 초점이 맞춰진데 그 차이가 있다 할 수 있다¹²⁾.

한편 Abramson & Kark(1983)는 IOM(1978)의 정의에 지역사회 개념을 주입해 미국에서 지역사회중심일차의료(community-oriented primary care, COPC)를 창시한 학자들이다. 이들의 노력의 일환으로 1984년 IOM에서 지역사회중심 일차의료의 개념이 정의된 보고서가 처음 발간되었다¹³⁾. 이 보고서에서는 ‘한정된 지역사회에 일차의료서비스를 제공함과 동시에 일차의료서비스와 지역사회 보건프로그램과의 효과적인 조절(modification)을 통해 지역사회가 처한 주요한 보건문제를 확인하고 해결할 수 있어야 함’을 강조하였다. 한편 Starfield는 Millis Commission 보고서(1966)와 IOM 보고서(1978)를 발전시켜 1992년에 ‘Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy’를 통해 일차의료(primary care)에 있어 ‘최초 접촉(first contact), 접근성(accessibility), 지속성(longitudinality), 포괄성(comprehensiveness)’ 속성을 부각시켰다. 또한 10개 주요국의 일차의료

11) IOM(1978). A Manpower Policy for Primary Health Care, Washington, DC: National Academy Press.

12) IOM(1984). Defining Primary Care: An Interim Report, Washington, DC: National Academy Press.

13) IOM(1984). Community Oriented Primary Care: A Practical Assessment, Volume I, The Committee Report, In Washington, D.C. : National Academy Press.

를 위 4가지 속성들을 통해 분석한 후 행위별수가 제를 기반으로 하고 있는 미국의 일차의료를 최하위라 평가하여 당시 미국사회에 경종을 울렸다¹⁴⁾. 이후 1994년 IOM에서는 ‘Defining Primary Care’라는 중간보고서를 통해 일차의료의 개념을 ‘개인의 전반적인 보건문제를 해결해야 할 책임을 지고 환자와 지속적인 관계를 형성하며 가족과 지역사회 관점에서 진료하는 의사를 통해 제공되는 통합되고 접근성이 담보된 보건의료서비스라 새롭게 정의하였다.

종합하면 이상적인 일차의료는 다음과 같은 특징들을 보유했어야 한다. 첫째, 환자가 건강에 문제가 생겼을 때 처음으로 방문하는 최초 접촉점이야 한다(first contact). 둘째, 언제 어디서든 지불 가능한 가격으로 쉽게 이용할 수 있어야 한다(accessibility). 셋째, 환자 개인, 가족, 지역사

회 모두를 고려하는 포괄성이 담보되어야 한다(comprehensiveness). 넷째, 최초 접촉점으로서의 서비스제공자로서 병원을 포함한 지역사회의 모든 의료자원들과의 조정을 통해 최선의 서비스가 제공되는 조정성이 확보되어야 한다(coordination). 다섯째, 시간이 지나도 동일한 최초 접촉 서비스제공자에 의해 계속 추적 관리될 수 있는 지속성이 준수되어야 한다(continuity). 여섯째, 환자를 계속해서 책임지고 진료할 수 있는 책임성이 있어야만 한다(accountability). 마지막으로 모든 서비스제공자를 연계할 수 있는 통합성(integration)을 보유했어야 한다.

2) 일차의료의 가치

현재 우리나라의 일차의료는 위에서 언급한 7가지 원칙에 모두 부합하는가? 이 물음에 대한 답

표 1. 일차의료 정의에 활용될 수 있는 분석틀

누가 제공하는가? <i>The Care Provided by certain clinicians</i>	가정의학, 일반내과, 소아과, 산부인과 등(경우에 따라서는 NP와 PA)
어떤 서비스가 제공되는가? <i>A set of activities</i>	흔한 질환(common illness)과 장애(disability)에 대한 치료(curing)나 완화(alleviating)
어디에서 제공되는가? <i>A level of care or setting</i>	2차의료기관(communitary hospitals)이나 3차의료기관(medical centers와 teaching hospitals) 등의 체제로 환자를 전달할 수 있는 최초 접촉점(Fry, 1980)
일련의 속성 <i>A set of attributes</i>	접근성, 포괄성, 조정성, 지속성(continuous), 책임성이 담보된 서비스(IOM, 1978) 최초 접촉점, 접근성, 지속성(longitudinality), 포괄성이 담보된 서비스(Starfiled, 1992)
보건의료시스템 구성 계획 <i>A strategy for organizing the health care system</i>	병원기반, 기술집약, 급성질환보다는 지역사회 보건의료서비스 자원 배분의 우선권 까지도 부여된 지역사회 기반 일차의료서비스(IOM, 1984)

Source: Donaldson, et al., Defining Primary Care; An Interim Report, IOM(1994), p.9.

14) Barbara Starfiled(1992), Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. Oxford University Press.

이 현재 우리나라 일차의료의 현주소이다. 일차의료의 개념을 단순히 최초 접착점에 국한한다면 우리나라의 현실상 의원급 의료기관에 종사하는 모든 개원의사가 일차의료 의사가 된다. 그동안 일차의료의 개념이 의원에서 제공되는 의료서비스라 인식되었던 것도 어찌 보면 당연하다¹⁵⁾. 그렇다면 개원의 다수가 전문의인 우리나라 상황에서 지금까지 이상적인 일차의료 제공되었는가에 대한 질문에 선뜻 긍정적 답변을 내는 이는 많지 않을 것이다. 지금까지 일차의료 개선을 위한 정부의 정책방향이 위에서 언급한 일차의료 속성들에 대한 총체적 고민 없이 단편적으로 이루어져 왔는데 문제의 본질이 있다. 일차의료의 모든 속성들이 내포된 정책들이 수행될 때 일차의료의 가치가 극대화되고 이를 통해 의료전달체계가 확립될 수 있다.

보건의료체계에서 일차의료의 가치는 중요성은 매우 크다. 1996년 IOM에서는 ‘Primary Care: America’s Health in a New Era’ 라는 보고서를 통해 일차의료의 가치가 보유한 5가지 핵심가치를 소개하고 있다¹⁶⁾. 첫째, 평소 환자의 건강에 대해 광범위한 관심을 가질 수 있어 흔한 가벼운 질병이라면 이의 대부분 해결할 수 있다. 둘째, 복잡한 보건의료 시스템에 있어 안내자 역할을 할 수 있다. 즉, 일차의료에서 해결이 불가능한 질병이 발생했을 때 환자에게 이를 알리고 상급의료기관으로 외퇴할 수 있다. 셋째, 의사는 책임감을 갖고 환자를 진료함에 따라 환자와 의료진간에 지속적이고 친밀한 유대관계(rapport)를 형성하게 하고 이는 환자의 건

강과 서비스 내용에 대한 의사결정이 필요할 때 환자의 적극적 참여를 독려하는데 도움을 준다. 넷째, 평소 질병예방과 건강증진에 중점을 두기 때문에 만약 건강에 문제가 발생하면 이를 조기에 발견하여 치유할 수 있다. 마지막으로, 환자의 개인의 건강, 가족, 지역사회간의 문제를 파악할 수 있어 환자 개인의 건강요구(health need)를 효과적으로 충족시킬 수 있다. 이렇듯 일차의료는 환자 개인 측면에서는 의료이용의 편의성과 효율성을 담보할 수 있고, 보건의료시스템을 비롯한 지역사회 측면에서도 건강상태, 비용효과, 서비스 질 모두에 있어 효율성을 발휘할 수 있는 높은 가치를 지니고 있다. 바로 이러한 장점 때문에 일찍이 선진국에서 일차의료강화를 의료개혁의 핵심 전략 중 하나로 삼아왔던 것이다¹⁷⁾.

4. 의료전달체계에서의 일차의료의 현황과 문제점

1) 일차의료기관의 외래 비중 축소

의료기관 간 기능 정립 차원에서 일차의료 대표하는 의원급 의료기관이 외래를 주로 담당하는 것이 바람직하다. 그러나 이미 오래전부터 의원급 의료기관의 외래 수입은 지속적으로 감소하고 있는 반면 병원급의 경우는 그 반대다. 의원급 의료기관의 경우 전체 외래 요양급여비용 중에서 (의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원) 차지하는 비

15) 박기동(2002). 한국의 일차 진료 의사. 가정의학회지, 3(6), pp.677-687.

16) Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA(1996). Primary care: America’s health in a new era. Washington, DC: National Academy Press

17) 최용준 등(2013). 일차의료의 개념과 가치, 그리고 한국의 현실과 과제. 대한의사협회지, 56(10), pp.856-86.

중이 지난 10년간 10.1% 감소한 반면(2005년: 65.4%→ 2014년: 55.3%) 병원급의 경우는 오히려 증가한 것을 알 수 있다. 그중에서도 상급종합병원의 외래비중 증가가 4.3%로 가장 크다. 여기에는 물론 의학기술의 진전과 병원경영의 효율화로 굳이 입원하지 않고 상급병원 외래에서 당일 수술과 귀가가 가능한 의료행위들이 증가한 것들이 일부 원인으로 작용했을 수 있다. 그럼에도 불구하고 이러한 의원급 의료기관의 외래비중 감소 추세는 의원급 의료기관의 역할을 다시 한번 돌아보게 하고 의료기관 간 기능 재정립의 필요성을 느끼게 하는 부분이다¹⁸⁾ (그림 1).

2) 비효율적인 경증환자 관리

의원급 의료기관의 외래 비중 감소추세의 원인에는 가벼운 질환으로도 병원급 의료기관을 찾는

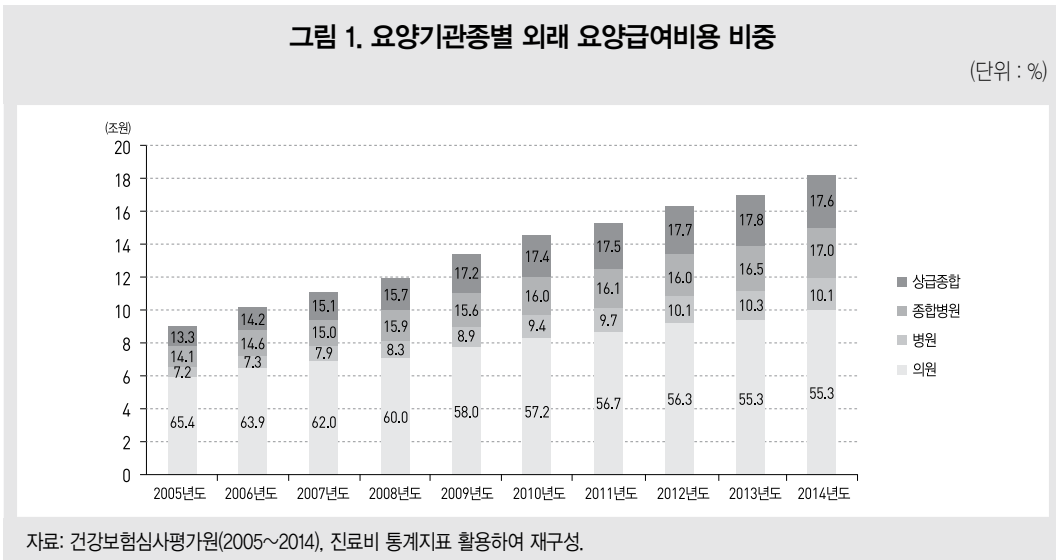
환자들의 증가가 일부 요인으로 작용했을 수 있다. 2014년 기준 단순 고혈압, 당뇨병, 감기, 소화불량 등과 같이 의원급 의료기관에서 대부분 해결이 가능한 52개 경증질환 환자 중에 병원급 의료기관에서 진료받고 있는 환자비율(내원일수 기준)은 약 14%에 달한다. 이러한 경증질환의 내원일당 평균 진료비는 의원이 15,622원인데 비해 상급종합병원은 46,850원으로 약 3.0배, 종합병원은 34,543원으로 약 2.2배가 더 높다¹⁹⁾. 중증질환이 아닌 단순 경증질환의 경우 의원급 의료기관에서도 충분한 치료와 관리가 가능한데 병원급 의료기관에서 관리를 받는 것은 의료체계에 있어 비효율이다 (표 1).

3) 외래 진찰료 비중 감소

의원급 의료기관에서의 지속·포괄적 서비스

그림 1. 요양기관종별 외래 요양급여비용 비중

(단위 : %)



18) 이정찬, 임익강(2015). 진찰료 산정기준의 불합리성과 개선방안. 의료정책포럼, 13(3), pp.59-65.

19) 김계현 등(2015). 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안. 의료정책연구소.

표 2. 의료기관 종별 52개 경증질환 내원일당 진료비 현황(2014년 기준)

종 별	환자수(명)	내원일수(일)	총진료비(천원)	내원일당 진료비(원)	종별 내원일당 진료비 비교(배)
상급종합	408,729	1,217,299	57,030,638	46,850	3.0
종합병원	1,504,511	4,779,001	165,078,731	34,543	2.2
병원	1,587,698	4,653,984	98,598,987	21,186	1.4
요양병원	111,434	435,487	7,663,453	17,597	1.1
의원	13,385,486	66,832,593	1,044,028,008	15,622	1.0
합계	16,997,858	77,918,364	1,372,399,818	-	-

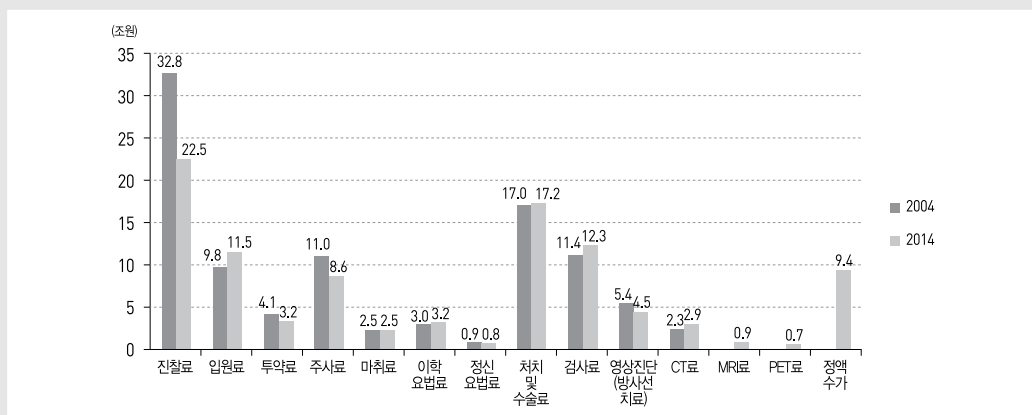
자료: 김계현 외(2015), 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안, 의료정책연구소, p.6.

제공체계의 틀을 완성하기 위해서는 의료에 있어 진찰 행위가 가지는 중요성을 인지하고 먼저 이에 대한 합리적 보상체계를 마련하는 것이 필요하다. 그러나 전체 요양급여비용 중 의원급 의료기관에 대한 주된 보상이라 할 수 있는 진찰료가 차지하는 비중은 지난 10년간 지속적으로 감소하고 있는 반

면(2004년: 32.8%, 2014년: 22.5%), 입원, 검사, 처치 및 수술료 등의 비중은 증가하고 있는 상황이다(그림 2). 전체 진료비 수입 중에 진찰료 비중이 약 53%를 차지하는 의원급 의료기관에 있어 진찰료 수입 비중 감소는 즉 경영상의 어려움을 의미하고 이는 곧 의료전달체계에 있어 최초 접촉점 역할

그림 2. 진료내역 항별 요양급여비용 구성비

(단위 : %)



자료: 건강보험심사평가원(2005~2014), 진료비 통계지표 활용하여 재구성.

로서의 기능 위축을 의미할 수 있다²⁰⁾.

4) 의뢰·회송기능 부재

환자가 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받기 위해서는 1단계 요양급여를 제공한 기관에서 발급한 요양급여의뢰서를 제출해야 하지만(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조) 현재는 유명무실한 제도로 전락하고 말았다. 환자가 동네의원에서 상급의료기관으로 의뢰되어도 진료의뢰서 발급비용이 무료이다 보니 서식이 단순하고 발급처마다 형식이 다양하며 의뢰서상의 진단 소견도 부실하게 작성되어 있다. 진료의뢰서의 유효 횟수나 기간도 설정되어 있지 않다²¹⁾. 한편 의뢰받은 환자의 치료가 종결되었을 때 의료의 효율성과 지속관리 차원에서 환자 거주지 의원이나 당초 의뢰기관으로 환자를 회송하는 것도 중요하다. 현재 요양급여를 의뢰받은 요양기관은 환자가 호전되었을 때 요양급여회송서(회송 받은 요양기관의 요청이 있을 시 진료기록의 사본 등 요양급여에 관한 자료를 제공)와 함께 당초 의뢰했었던 요양기관이나 1단계 진료를 담당할 수 있는 요양기관으로 환자를 회송한 경우 회송료를 산정할 수 있도록 하고 있다(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조)²²⁾. 그러나 현재의 회송수가는 건당 1만원에 불과하고 강제규정이 아니어서 상급의료기관은 치료 종결 환자를 회송할 동기부여를 갖지

못하고, 환자 역시 상급의료기관에서 계속해서 진료받기를 희망하는 경향이 강하다²³⁾.

5. 일차의료 활성화를 위한 단기방안

1) 진찰과 교육상담 기능 강화

진료의 기본은 진찰이다. 진찰은 의료의 최초 접착점에서 실시되는 첫 의료행위로서 중요한 의미를 갖는다, 따라서 진찰의 위상강화는 일차의료의 활성화를 의미할 수 있다. 단순한 수가인상을 의미하는 것이 아니다. 진찰에 소요되는 시간과 노력도 함께 증가해야 한다. 일차의료를 대표하는 동네의원의 경우 진찰료에 대한 의존도가 대형병원보다 높다. 병원에 비해 상대적으로 수술이나 검사 등의 비급여서비스가 적기 때문이다. 그리하여 외국의 경우 일차의료 강화를 위한 국가정책의 차원에서 의원급 의료기관의 진찰료를 병원보다 우대하고 있으나 우리나라는 오히려 그 반대다. 또한 우리나라 진찰료 수준은 외국과 비교하였을 때 상대적으로 낮다(구매력지수 기준 미국의 36.8%, 일본의 59.5%, 대만의 79.1%)²⁴⁾. 따라서 진찰료 절대 수준을 상향하고 단계적으로 의원의 진찰료를 병원급보다 높게 조정할 필요가 있다. 한편 진찰료

20) 이정찬, 임익강(2015). 진찰료 산정기준의 불합리성과 개선방안. 의료정책포럼, 13(3), pp.59-65.

21) 민혜영, 이정찬(2010). 진료의뢰 및 회송제도 개선방안. 의료정책연구소, p.111.

22) 현재 요양기관에서 심평원에 제출하는 요양급여비용 명세서 상에는 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 진료결과에 따라 '계속', '이송', '회송', '사망', '퇴원' 등의 코드를 기재하도록 되어 있지만 잘 지켜지고 있지 않음.

23) 민혜영, 이정찬(2010). 앞의 책, p.23.

24) 이정찬 등(2012). 진찰료 산정구조의 문제점과 개선방안. 의료정책연구소, p.87.

외에도 교육·상담·관리 서비스에 대한 개발과 이에 대한 포괄적 보상체계 마련을 통해 일차의료 가 가지고 있는 장점을 극대화해야 할 것이다. 일본에서도 고혈압, 당뇨병, 지질이상증에 한해 일차 의료 의사가 치료계획을 세운 후 지속적으로 교육상담 서비스를 제공하여 관리하는 경우 진찰료와는 별도로 '생활습관병 지도관리료'를 산정하고 있는 것은 우리에게 일정부분 시사하는 바가 있다²⁵⁾.

2) 일차의료 역점질환의 확대

IOM에서는 감기, 고혈압, 당뇨병, 천식 등과 같은 '외래의료 민감질환(Ambulatory Care Sensitive Condition, ACSC)'을 개발하여 일차의료기관이 주로 담당할 수 있는 외래질환을 분류하고 있다. 또한 의료서비스의 효율성 평가를 위해 ACSC의 입원율을 조사하여 지역의 의료접근성과 서비스 적절성을 나타내는 지표로 활용하기도 한다. 만약 ACSC 입원율이 높은 경우 불필요한 의료이용이 발생한 것으로 해석해 일차의료의 역할을 하고 있지 못하는 것으로 판단할 수도 있다²⁶⁾. 한편 우리나라의 경우 2011년 10월 1일부터 대형병원 쏠림현상을 개선하기 위해 52개 경증질환(의원 역점질환)을 선정하여, 상급종합병원에서의 외래 약값 본인부담률을 기존의 30%에서 50%(종합병원 40%)로 인상하였다. 최근 보도결과에 의하면 이러한 정책시행이 대형병원에서의 외래 경증질환자수를 낮추는 효과가 있는 것으로

분석된 바 있다(2013년 기준 상급종합병원과 종합병원 처방일수가 각각 35.9%, 19.2% 감소)²⁷⁾. 이러한 역점질환을 더욱 확대하여 정책효과를 극대화할 필요가 있다.

3) 의뢰·회송 체계 확립

진료의뢰와 회송은 일차의료의 조정과 진료연계 차원에서 매우 중요하다. 환자들이 어떤 의료기관을 최초 이용했는지도 중요하지만 어떤 의료기관들을 단계별로 거쳤는지에 따라 의료이용의 건강효과, 비용 및 의료기관의 생산성이 달라진다²⁸⁾. 따라서 환자의 의뢰와 회송은 일차의료차원에서 꼭 필요한 부분이다. 이를 위해 가장 먼저 진료의뢰 절차를 내실화할 필요가 있다. 현재 환자의 요청에 따라 형식적으로 발급되는 진료의뢰서 양식을 환자의 경로추적이 용이하도록 전원번호를 기입하게 하고, 질환에 대한 상세기록, 전원되는 의료기관에서 필요할 수 있는 서비스 종류, 긴급히 받아야 할 검사 우선순위 등을 기입함으로써 환자의 효율적 치료가 가능케 해야 한다. 진료의뢰서의 유효 기간과 횟수를 명시하여 상급의료기관에서 일정기간이 지난 후 계속 진료를 원한다면 다시 당초 의뢰한 의료기간에서 의뢰서를 재발급 받도록 강제하는 것도 고려해볼만하다. 또한 의뢰서에 검사나 각종 진료정보를 첨부하는 경우 이를 보상해줌으로써 의료기관의 참여를 독려할 필요가 있다. 일찍이 일본에서도 '진료정보제공료'를 통해 의뢰·회송체계를 활성화할 유인을 제공하고 의료

25) 이정찬(2010). 생활습관병 관리료 도입에 대한 검토. 의료정책연구소, pp.11-14.

26) 유수연(2013). 외래의료 민감질환의 최근 5년 진료동향. HIRA 정책동향, 7(2), pp.63-73.

27) 김계현 등(2015). 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안. 의료정책연구소, p.23.

28) 한달선 등(1991). 보험진료체계 개편의 효과에 대한 연구. 예방의학회지, 24(4), pp.485-495.

의 지속성과 효율성을 꾀하고 있다. 한편 상급의료 기관에는 진료의뢰를 통해 내원하는 신환의 비율에 따라 입원료를 차등 가산해주는 일본의 사례도 참고할 만 하다²⁹⁾. 또한 상급의료기관에서 치료가 종결된 환자에 있어 지속관리가 필요한 환자에 대해 회송을 의무화하는 방안도 대안이 될 수 있다.

4) 일차의료 질 강화

대형병원과는 달리 일차의료로 대표되는 동네 의원의 서비스 질에 대한 국민들의 불신이 사회저변에 깔려 있다. 우리나라의 경우 전문의가 개원가의 다수를 차지하고 있어 전문의가 일차의료 영역을 담당하는 기형적인 체제를 유지해 왔다. 그렇다 보니 일차의료의 장점을 살릴 수 있는 서비스 항목과 그에 따른 표준화된 지침이 개발되지 못했다. 그 결과 일차의료서비스에 대한 보상기전 역시 전무하다. 선진국에서는 국가차원에서 일차의료 질 관리 지침을 생산하고 이를 활용할 수 있는 정보체계 구축을 위해 노력해 왔다. 표준화된 일차의료 지침개발은 일차의료의 질 향상 및 근거기반 의료를 실천하는 핵심 전략이다. 전문학회나 전문가단체 중심으로 지침의 개발, 보급, 관리를 위해 서로 협의하고 노력해야 한다. 만약 표준화된 일차의료 지침이 개발되어 보급된다면 이에 대한 적정 보상체계에 대한 부분도 함께 고민되어야 한다. 서비스제공자가 만족하는 보상기전이 마련될 수 있을 때 서비스의 질이 담보될 수 있으며 일차의료에 대

한 국민들의 인식의 전환도 이루어질 수 있다. 일차의료 지침개발과 동시에 의학교육의 개선을 통한 일차의료의사 양성이나 수련과 관련된 논의가 반드시 함께 수반되어야 한다. 이는 의료계에서의 신중한 논의가 필요하고 국가차원의 의료인력 수급문제와도 결부되는 사안이므로 장기의 복잡한 과정을 통해 결정될 수밖에 없을 것이다³⁰⁾.

5) 환자 유인 방안 개발

환자가 의료전달체계를 잘 준수하도록 현행 본인부담금 차등제도를 지금보다 더 강화할 수 있다. 즉 상급종합병원 외래 본인부담금 인상을 통해 환자들의 외래이용을 감소시킬 수 있다³¹⁾. 특히 중증도가 낮은 경증환자들에 적용하는 경우 정책효과가 더 크게 나타날 수 있다. 따라서 향후 정책방향은 의원급 외래이용 부담에 대해서는 본인부담을 경감하고, 병원급에 대해서는 외래이용 본인부담을 대폭 인상하는 쪽으로 나아가야 할 것이다. 그러나 최근 본인부담금 차등 효과가 환자의 상급종합병원 이용억제에 미치는 영향이 미미하다는 연구결과들이 보고되고 있다³²⁾. 이는 단순한 본인부담금 차등정책 하나만으로는 더 이상 환자의 의료이용을 제어할 수도 없다는 점을 반증한다. 따라서 향후 환자대상 정책은 규제가 아닌 유인에 초점을 맞춰야 할 것이다. 일례로 주치의제가 발달한 영국과 호주 등에서는 2000년대 중반부터 '주치의운동의뢰사업(GP Exercise Referral Scheme,

29) 민혜영, 이정찬(2010). 진료의뢰 및 회송제도 개선방안. 의료정책연구소, pp.66-71.

30) 한달선(2010). 의료전달체계에 관한 정책의제의 재조명. 보건행정학회지, 20(4), pp.1-18.

31) 김효정 등(2013). 외래 본인부담률 인상이 상급종합병원과 종합병원 외래 이용에 미친 영향. 보건행정학회지, 23(1)9-23.

32) 이태진, 정재립(2014). 외래방문 본인부담금 변화 정책이 의료기관 유형 선택에 미치는 영향. 제6회 한국의료패널 학술대회 자료집, pp.303-323.

GPERS)을 통해 주치의와 지역사회 자원을 연계한 만성질환관리사업을 수행해 오고 있다³³⁾. 이 사업에서는 주치의가 만성질환자에 대해 교육상담과 운동처방을 하고 이에 따라 연계된 지역사회 자원(YMCA나 스포츠센터 운동처방사 등)에서 신체활동을 지도하게 된다. 처방에 따른 일정이 종료되면 환자는 다시 주치의를 통해 건강결과를 재평가하여 건강결과에 따라 주치의는 인센티브를 보상으로 환자는 스포츠센터에서 지도받는 비용을 정부로부터 일부 지원받는다. 이러한 지역사회를 기반으로 한 환자 유인체계는 환자들의 적극 참여와 건강향상을 이끌어 매우 긍정적 평가를 받아오고 있다. 지금까지 우리나라 대다수 국민들은 일차의료의 속성(최초접촉, 포괄성, 지속성, 조정기능)들이 잘 구현하는 양질의 일차의료 서비스를 경험해 보지 못했다. 따라서 일차医료를 옹호하는 국민 여론이 좀처럼 형성되어 오지 못했다³⁴⁾. 향후 일차의료 활성화를 위한 전문가단체나 정부의 홍보 노력이 필요하다.

6. 중장기적 대안과 전망

최근 미국을 중심으로 과거의 분절화된 의료시스템(fragmented healthcare services)에서 탈피하여 환자중심의(patient-centered) 통합의료시스템(integrated care)으로의 전환에 대한 논의와 실험이 한창이다. 이 중 일차의료의 만성질환관리

에 초점이 맞춰진 환자중심 주치의 의원(Patient Centered Medical Home, PCMH)은 일차의료기관의 주치의가 환자를 중심으로 다양한 전문기들로 구성된 팀을 통해 조정된 서비스를 제공하는 모델로서 포괄성, 환자중심, 조정성, 접근성, 서비스 질과 안전 등을 핵심 요소로 한다. 여기에는 우리나라 일차의료기향해야 할 요소들을 다수 포함하고 있다. 한편 우리나라에서 최근 시행 중인 '지역사회 일차의료 시범사업' 모델은 지역의사회 주도로 운영되므로 기존 '고혈압·당뇨병 등록사업'과 '동네의원 만성질환관리제'와는 달리 의사들의 능동적 참여를 꾀함과 동시에 일차의료 의사가 만성질환 처방과 교육·상담 서비스를 제공하고 연계된 일차의료지원센터(건강행동센터)에서 의사의 처방에 따라 추가 건강교육상담(영양, 운동, 금연)을 수행하는 형태로 운영되고 있다³⁵⁾. 이 사업은 앞서 언급한 영국과 호주의 GPERS 와도 유사하다. 또한 미국의 PCMH 모델의 일부 요소를 포함하고 있어 매우 고무적이다.

한편 통합의료시스템의 대표적 모델이라 할 수 있는 미국의 책임의료조직(Accountable Care Organizations, ACOs)은 PCMH에서 한층 더 확대된 모델로서 의사, 병원, 그 외 의료서비스 제공자들의 집단이 한정된 인구집단 환자들에 대한 의료서비스 제공(population-based care)은 물론 의료서비스 비용에 대한 총괄적 책임을 지며 양질의 통합·조정된 의료서비스를 효율적으로 제공하는 일종의 '공급자 연합체' 성격을 띤다³⁶⁾. PCMH와

33) 이정찬(2010). 건강관리서비스 도입방안 검토와 대안모색. 의료정책연구소, pp.95-164.

34) 이재호 등(2013). 일차의료 표준모형과 질 평가체계. 대한의사협회지, 56(10), pp.866-880.

35) 조정진(2015). 지역사회 일차의료 시범사업 현황과 정책적 함의. 의료정책포럼, 13(1), pp.53-59.

36) 이정찬(2015). 미국의 ACO 운영현황과 시사점. 의료정책연구소.

마찬가지로 주치의의 통한 일차의료의 역할이 가장 중요한 요소로 작동한다. 어느 정도 예측 가능한 범위에서 의료비 증가를 통제를 할 수 있고 제한된 의료자원의 효율성을 꾀하며 의료전달체계를 확립할 수 있다는 측면에서 획기적인 모델로 평가받고 있다. 미국에서도 현재 다양한 형태로 시범사업이 점차 확대되고 있는 중이다. 우리나라도 당장은 아니더라도 가까운 미래에 이와 유사한 모델이 현실화될 가능성이 매우 높으며³⁷⁾, 이러한 체제에서의 일차의료의 기능과 역할에 대해 미리 고민해 볼 필요가 있다.

이상을 종합하였을 때 우리나라 의료전달체계에서의 일차의료는 다음과 같은 일련의 변화 과정 속에서 전개될 것으로 전망된다. 먼저 단기방안에서 제시했던 바와 같이 진찰의 위상과 교육·상담 기능강화를 위한 일차의료 지침개발과 보상체계를 개발하고 의뢰·회송체계를 확립하여 일차의료로 대표되는 동네의원들의 여건을 개선시킴으로써 정부정책의 신뢰회복을 통한 공급자 참여를 독려해야 한다. 이를 동력으로 만성질환에 초점을 둔 일차의료 통합모델로서의 ‘지역사회 일차의료 시범사업’을 점차 확대해야 한다. 이로써 동네의원 주축으로 지역사회 자원과 연계되어 조정된 서비스를 제공하는 성공 사례를 지속 발굴하고 일차의료 저변에 확대해야 한다. 마지막으로 ACOs와 같은 통합의료모델로의 전환을 위한 보상기전 마련과 신뢰구축을 통해 이해당사자들을 설득하고 사회적 합의 도출에 노력해야 한다. 이러한 일련

의 과정에는 인력, 교육·수련, 지불보상 등과 같은 제도 전반에 대한 대안들이 반드시 수반되어야 한다.

7. 나가며

인구의 고령화와 만성질환 증가로 인한 의료비 증가 문제에 대한 우려는 비단 우리나라만의 문제가 아니다. 선진국들에서는 이미 오래전부터 효율적인 만성질환관리를 위해 보건의료체계에서의 일차의료의 역할을 강화해 왔다. 반면 우리나라는 지금까지 일차의료의 가치와 중요성을 간과해 왔다. 일차의료체계가 정립되어 있지 못해 일차의료로 대표되는 의원이 대형병원과 외래환자를 두고 서로 경쟁하는 상황이 지속되어왔다. 의료전달체계 확립을 위한 단편·일률적인 정부정책은 고급 서비스를 추구하는 국민들에게 대형병원의 이용을 규제하는 효과적 정책수단으로 작동하지 못했다. 그동안 대부분의 국민들은 일차의료의 속성(최초접촉, 포괄성, 지속성, 조정기능 등)이 제대로 구현되는 양질의 일차의료 서비스를 경험해 보지 못해 일차의료만이 가질 수 있는 장점을 공감하지 못했을 수도 있다³⁸⁾. 또한 만성질환에 있어서만큼은 지속적이고 포괄적인 서비스 제공을 통한 건강결과에 있어 동네의원이 대형병원보다 우수하다는 근거와 지표를 산출하고 대국민 인지도를 향상시키려는 정부와 의료계의 노력도 부족했다.

36) 이정찬(2015). 미국의 ACO 운영현황과 시사점. 의료정책연구소.

37) 다양한 개원 전문의들 간의 통합 형태나 현재 민간차원에서 운용중인 의원-상급종합병원간 협력병원체계의 발전 형태가 우리나라 과도기적 모델의 대안이 될 수 있겠음.

38) 이재호 등(2013). 일차의료 표준모형과 질 평가체계. 대한의사협회지. 56(10), pp.866-880.

이미 오랫동안 정책이슈가 되어온 의료전달체
계 개선이 아직도 확립되지 못한 데에는 여러 가지
이유가 있겠지만 무엇보다 의료공급자들의 정부
정책에 대한 불신이 가장 큰 방해의 벽으로 작용해
왔다³⁹⁾. 의료전달체계 개선에 있어 일차의료기관
의 적극적 참여를 이끌기 위해서는 진찰의 위상강
화를 통한 그들의 여건개선 회복에 정책적 중지를
모으고 이를 통해 신뢰관계를 회복해야 한다. 그
리하여 일차의료기관이 지금까지의 사후적·단편
적 서비스를 제공했던 것에서 벗어나 사전적·포
괄적 성격의 지속적·맞춤형 서비스를 제공할 수
있도록⁴⁰⁾ 제도적 기반과 보상기전을 마련해야 한
다. 이러한 차원에서 현재 시행중인 '지역사회 일
차의료 시범사업'의 결과는 향후 일차의료 제공체

계 개편을 위한 중요한 가늠자가 될 수 있다. 왜냐
하면 이사업은 증가하는 의료비를 통제하고 그동
안의 분절적 서비스 제공방식에서 벗어나 환자중
심의 통합적 의료서비스 제공체계로의 전환을 가
능케 하는 일부 요소들을 포함하고 있어 일차의료
체계 개선을 위한 디딤돌로 작용할 수 있기 때문이
다. 향후 우리나라 의료정책에 있어 핵심 아젠다는
통합의료모형이 될 것이다. 통합의료모형에 내포
되어 있는 일차의료의 속성들과 핵심가치 그리고
서비스 제공 참여자들의 성과 배분과 책임성 원칙
은 향후 의료체계가 지향해야 할 모든 가치를 포함
하고 있다. 향후 이러한 비전을 완성하기 위해서는
의료계 내부는 물론 범사회적 합의를 이끌어내는
노력이 필요할 것이다. ■

39) 조재국, 의료전달체계의 발전방향과 정책과제, 보건복지포럼 2010년 11월호, pp.8-15.

40) 이평수(2014), 일차의료 육성 지원정책 평가와 새 이정표, 의료정책포럼, 12(3), pp.46-52.