

일차의료체계 현황과 발전방안

Primary Health Care: Current Status and Ways for Improvement



오영호 한국보건사회연구원 연구위원

일차의료는 보건의료자원의 낭비를 방지하고 효율성을 증대시킬 수 있는 비용-효과적인 의료이다. 이런 점에서 우리나라 보건의료체계가 직면하고 있는 고비용-비효율이라는 문제를 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나는 일차의료의 중요성의 강조와 일차의료의 역할과 기능의 정립이라 할 수 있다. 이를 위하여 본고는 주요국가의 일차의료제도와 일차 진료의사 양성제도에 대한 고찰을 통하여 우리나라의 일차의료의 나아갈 방향에 대해 모색해보고자 한다.

1. 들어가는 말

일차의료는 보건의료체계의 토대이자, 의료 전달체계 내에서의 최초 의료이며, 전체 의료요구의 75~85%를 해결할 수 있는 효율적인 의료로 국민의 건강증진을 달성하는데 가장 중요한 요소 중의 하나이다. 이러한 일차의료는 의료전달체계의 문지기(gatekeeper)역할을 통하여 소비자의 합리적인 선택을 유도하고 불필요한 의료이용을 억제하여 국민의료비절감에 크게 기여할 수 있다. 따라서 일차의료는 보건의료서비스를 적정화하고 자원배분에 형평을 기할 수 있는 수단으로서 뿐만 아니라 의료자원

의 합리적인 이용과 의료체계의 효율성을 높이는 수단으로서도 그 중요성이 강조되고 있다. 이러한 주장은 일차의료의 환자와 사회전체에 영향을 미치는 연구결과에 의하여 입증되고 있는데, 대체적으로 일차의료의 속성은 불필요한 입원을 줄이고, 환자의 만족도를 높이며, 진료비를 절감하며, 건강수준 향상에 기여한다는 것이다.^{1) 2)}

이러한 일차의료의 중요성에도 불구하고, 우리나라의 일차의료는 국민의료에서 담당해야 할 역할을 제대로 수행하지 못할 뿐 아니라 위축되어가고 있는 실정이다. 그 원인으로는 첫째, 의료전달체계의 미정착 및 의료기관간

1) Franks, P., Clancy, C. M., Nutting, P.A., "Gatekeeping revisited: protecting patients from overtreatment.", N Engl J Med, 327, 1992, pp.424~429.

2) Barbara Starfield, Primary care: Concept, Evaluation, and Policy, New York Oxford University Press, 1992.

기능과 역할의 미정립을 들 수 있다. 현재의 의료전달체계 하에서는 1·2·3차 의료기관이 동일한 의료서비스를 하게 되어 의료기관간 관계가 상호보완관계가 아닌 환자유치를 위한 경쟁관계 구도를 형성하게 되는 결과를 낳게 된다. 둘째, 현행 행위별 수가제도와 치료중심의 수가체계는 일차의료에 불리한 부분이 있어 일차의료기관의 경영 상태를 악화시키거나 진료 형태를 왜곡 시킨다는 점이다. 셋째, 현행 전문의 수련제도가 이차진료 분야의 전문의 양성에 치중하고 있어, 일차의료기능의 수행에 적합한 가정의학과, 내과, 소아과 전문의의 비중이 낮은 수준이다.³⁾ 이러한 제도적인 문제는 일차의료의 권한 약화와 고립을 초래하였으며, 일차의료의 구현할 수 있는 장점을 제대로 실현하지 못하게 하는 제약조건이 된다. 또한 이것은 결과적으로 의료자원배분의 비효율화와 국민의료비의 증가를 초래하며, 의료이용자의 편익을 저해하는 요소가 되고 있다.

이러한 맥락에서 우리나라 보건의료체계가 직면하고 있는 고비용-비효율이라는 문제를 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나는 일차의료의 중요성의 강조와 일차의료의 역할과 기능의 정립이라 할 수 있다. 이를 위하여 본고는 주요국가의 일차의료제도와 일차 진료의사 양성제도에 대한 고찰을 통하여 우리나라의 일차의료의 나아가야 할 방향에 대해 모색해보고자 한다.

2. 일차의료의 개념 및 중요성

1) 일차의료의 개념

일차의료의 개념은 1920년대 영국이 다양한 수준의 의료요구에 부응하여 보건의료서비스의 조직체계와 지역화에 기초를 두고 병원을 1차, 2차 보건의료센터, 교육병원으로 이론적으로 구분한데서 유래되었다고 한다. 가장 보편적으로 사용되는 일차의료의 정의는 다음과 같다. “일차의료는 응급의료를 포함한 기본적인 의료를 통합적으로 제공한다. 일차의료는 의뢰를 통해 다른 종류의 의료와 연계되며 모든 의료문제를 지속적으로 조정하고 관리하는 역할을 하고, 예방을 강조하여 개인을 존중하고 의료서비스의 형평을 추구한다.” 그러나 일차의료는 이러한 일반적인 정의보다 다양한 의미로 사용되는데, 의사인력, 기능, 의료체계, 의료기관, 의료서비스 속성에 따라 다양한 의미를 지니고 있다. 일차의료의 인력적인 측면으로는 일정한 의사 또는 의료 인력에 의한 서비스를 말하며, 일반적으로 일반의사, 일반내과, 소아과 및 산부인과 또는 의사 보조 인력에 의한 서비스를 일컫는다. 기능적인 측면은 지역사회에서 많이 발생하는 흔한 질병의 진료를 이르며 일차의료의 기능을 중시한다. 한편 의료체계의 단계적 측면에서 본다면, 일차의료는 1, 2, 3차로 이루어진 의료체계 중 첫째 단계를 지칭하며, 기관 중심측면으로는 의원과 병원, 외래와 입원 등의 서비스를 제공하는 기관을 일컫는다. 서비스의 특성

3) 오영호, 우리나라 전문의 수급 문제점과 정책방안, 대한병원협회 공청회 자료, 2008. 11.

측면은 일차의료가 지니는 특성을 일컫는 바, 최초 접촉, 접근성, 지속성, 포괄성⁴⁾ 등을 의미한다. 위의 5가지 측면 중 인력, 기능, 단계, 기관은 주로 현실에서 일어나는 측면을 이르는 것으로, 현재 우리나라 의원급을 중심으로 흔히 발생하는 질병을 다루는 일정한 개업 의사들에 의한 서비스를 주로 지칭한다고 할 수 있으며, 서비스의 속성측면은 지역사회중심의 일차의료 처럼 병원이나 기술 중심의 의료에 대응하는 의미로서의 지향점을 반영하는 측면이라 할 수 있다. 또한 바람직한 일차의료가 지녀야 하는 특성에 대해서는 그 입장에 따라 약간씩 다르나 대체로 포괄성(comprehensiveness), 조정가능성(coordination), 지속성(continuity), 접근성(accessibility), 책임성(accountability)을 제시하고 있다. 즉, 일차의료는 접근성이 높고 포괄적이고 지속적인 의료서비스를 제공함으로써 의료서비스의 질을 높일 수 있으며, 지역·계층 간에 불균등하게 분포되어 있는 의료자원의 재분배에도 중요한 기능을 할 수 있음을 내포한다.

2) 일차의료의 중요성

일차의료를 강조하는 것은 의료자원의 합리적인 사용과 의료체계의 효율적인 운영이라는 목표달성에 있어서 일차의료가 필수적이라는 입장을 견지 하는 것과 같다. 일차의료 의사는 환자자신에게나 환자의 의료문제에 보다 친숙할 뿐 아니라 환자를 둘러싸고 있는 가족이나 환자 본인의 생물학적 및 정신적 요인, 물리적

활동, 사회적 요인 등의 건강 문제 발생 요인에 대한 파악이 용이하고, 첫 번째 진료로부터 환자의 지속적인 진료에 관여함으로써 기존의 환자가 가진 새로운 의료문제에 관심을 가진다. 이 점은 오늘날과 같이 질병의 형태가 만성적이고 노인인구의 증가와 더불어 복합적이 되어가는 질병 문제에 대처하는데 있어서의 일차의료의 적합성을 반영한다. 일차의료를 통해 얻을 수 있는 장점으로는 첫째, 주민이 필요로 하는 대부분의 건강문제를 다룬다. 둘째, 환자들에게 의료체계에 대한 안내역할을 하며 환자에게 필요한 문제해결을 의뢰할 수 있다. 셋째, 환자와 의사간에 지속적인 관계를 형성하고 건강문제 해결에 환자의 역할을 강화할 수 있다. 넷째, 질병예방과 건강증진에 보다 용이하게 접근할 수 있다. 다섯째, 주민의 건강유지에 보다 책임 있는 의료제공자가 될 수 있다. 마지막으로 사회적인 측면에서 일차의료는 전문 진료에 비하여 적은 비용과 적절한 의료기술을 가지고 건강문제를 용이하게 해결할 수 있으므로 효율적인 방안으로 평가된다.

3. 주요국가의 일차의료제도 고찰

1) 영국

영국의 의료보장제도는 국민보건서비스체계(NHS)로서 보건의료 재정은 조세에 의해 조달되고 있으며, 국가가 질병의 치료, 예방, 재활을

4) Barbara Starfield, Primary care:Concept, Evaluation, and Policy, New York Oxford University Press, 1992.

포괄하는 포괄적 의료서비스를 전 주민에게 무료로 제공하고 있다. 영국은 병원이나 의료관련 시설의 대부분은 국가 소유로 의료가 사회화된 국가이다. 역사적으로 보건의료에서 일차의료의 역할이 크고 의료개혁에 있어서도 핵심적인 대상이었다. 일차의료는 NHS 실시 이후 오랜 전통을 통하여 비교적 잘 발달되고 활성화되어 있다. 또한 엄격한 의뢰체계를 갖추고 있어서 응급을 제외하고는 환자가 직접 2차 의료를 받을 수 없고 자신이 등록된 일반의를 거쳐야만 전문의 진료를 받을 수 있도록 일반의가 문지기(Gate-keeper)의 역할을 한다. 일반의는 자신에게 등록된 제한된 수(평균 2000명 정도)의 환자나 가족의 진료와 건강관리를 담당한다. 등록여부는 주민이 선택하며 이주 등의 특별한 사정이 없는 한 등록은 무기한 지속된다. 일반의는 환자가 입원치료 또는 전문의 진료가 필요하다고 판단될 경우 병원으로 환자를 의뢰한다. 일차의료는 NHS 이용의 처음 단계로서 의료이용자의 거의 대부분이 이 진료체계를 통하여 포괄적인 기본 진료(방문 진료 포함), 지속적인 진료서비스 및 지역사회 의료서비스, 어린이의 발육 성장을 위한 건강평가, 75세 이상 노인에게 특수 의료서비스, 성인들의 정기건강진단 등을 받고 필요한 경우 지역병원 및 3차 의료기관으로 후송된다. 대체로 일반의의 전체 환자 중에서 진료상 담증 약 10% 미만이 전문의에게 후송된다.

일반의(GP)⁵⁾는 단독으로 혹은 다른 개업의와 함께, 아니면 계약을 통해 지방정부의 지역보건 당국(보건소)에서 일반의를 주축으로 일차의료 팀을 구성하여 다양하고 폭 넓은 일차의료를 제공하는 것이 특징이다. 의료팀의 구성은 진료간호사, 지역간호사, 방문간호사, 조산원, 물리치료사, 작업 및 언어 치료사, 수족전문의, 사회사업가 등으로 이루어진다. 일반의는 NHS에 고용되어 있는 다른 의사와 달리, 자영업자로 NHS와 계약을 맺고 처방, 검사나 검진, 전문의 진료를 위한 의뢰 등 진료에 있어서 거의 절대적인 자율권을 행사한다.⁶⁾

영국민의 97%가 일반의에게 등록되어 있고 의사와의 접촉의 90%가 일반의에 의해 이루어지고 있다. 일반의들은 모든 연령층의 등록된 환자에 대해서 24시간 포괄적이고 지속적인 케어를 제공하며 환자가 의사를 바꿀 때 진료기록이 함께 이동함으로써 진료에 있어서 지속성이 이루어진다. 진료는 대부분 일반의의 사무실에서 이루어지지만 필요한 경우 방문 진료도 하며 그 비중은 전체 진료의 15%를 차지한다. 일반의는 일반적인 대부분의 질병을 다루고 환자는 1년에 평균 4~5회 일반의를 방문한다. 일반의들이 다루고 있는 상병의 범위는 매우 광범위하지만 NHS의 예산의 15%만을 소모함으로써 상대적으로 비용이 덜 들고 비용-효과적인 의료를 제공한다.⁷⁾ 의료이용자들은 일반의로부터

5) 영국에서 일반의는 전문의 자격이 없는 의사가 아니라 일차의료를 전문적으로 담당하는 의사로 5년간의 대학교육을 마치고 임상 의사가 되려면 의무적으로 일 년 간의 인턴과정을 마쳐야 하며, 일반의가 되려면 3년간의 수련과정이 더 필요함. 영국은 정부지원의 강력한 학회(Royal College of General Practice)를 중심으로 수련이 이루어지는데 병원 중심이라기보다는 학회 또는 지역사회 중심의 수련체도를 가지고 있음. 2년간 병원에서의 의무적인 수련 과정이 있지만 모든 병원의 수련은 학회의 계획 하에 이루어지기 때문에 미국이나 우리나라에 비해 수련병원에 따라 수련내용이 다르지 않음.

6) OECD, Health Data, 2009.

건강검사, 성인건강진단(16~74세까지), 노인건강검진(75세 이상), 어린이 발육 성장 건강평가 등을 받는다.⁸⁾ 1990년부터 일반의의 서비스에서 마이너 수술⁹⁾이 도입되어서 1999년 현재 79%의 일반의들이 이를 제공하고 있다. 일반의의 98%가 건강증진프로그램을 제공하고 있으며 당뇨와 천식관련 서비스도 97%의 일반의들이 제공하고 있어 일반의들이 제공하는 의료서비스의 범위가 광범위함을 알 수 있다. 일반의들의 주요 업무는 ① 등록된 주민의 건강유지에 대한 일반적 지시, 특히 다이어트 혹은 적당한 운동의 필요성을 설명하거나 담배, 술 섭취량의 자기 관리에 대한 조언, ② 환자의 진찰 및 상병명을 알아내기 위한 검사, ③ 예방접종(홍역, 풍진, 백일해, 소아마비 등), ④ 환자의 병원소개, ⑤ 만성병 환자 관리 등을 포함한다.

NHS개혁의 특징 중의 하나는 자발적인 신청에 의하여 예산을 보유한 예산보유일반의의 도입이다¹⁰⁾. 의료구매자인 '예산보유 일반의(GP fundholders)'와 지구보건당국은 의료의 가격과 질에 대한 계약을 한다. 정부에서는 예산보유 일반의가 되는 것을 장려하기 위하여 혜택을

주고 있다.¹¹⁾ 예산보유 일반의는 재량권을 가지고 자금관리를 하며 환자의 편의를 고려하여 할당된 예산을 가지고 진단과 병원서비스, 지역보건서비스의 구매계약을 한다. 위와 같은 요건을 바탕으로 가정 보건 서비스국이 심사하여 지역 보건국 으로부터 매년 NHS예산(평균 170만 파운드)을 할당받게 된다. 정부의 의도는 예산보유일반의가 지역주민의 의료요구에 부합하는 능동적인 서비스를 제공하고 양질의 의료를 구매하는 것을 목표로 효율적 관리운용을 꾀하려는 것이다. 영국에서는 전 인구의 97% 정도가 일반의에게 등록되어 있었는데 예산보유제의 시행 초기인 1991년에는 영국 전인구의 약 7%가 예산 보유의에 등록되었으나 1995년에는 3,000명 이상이 예산보유자가 되어 영국 전체인구의 약 41%가 이들에게 등록되어 있다. 그러나 1997년 5월 출범한 노동당 정부는 보수정부의 시장지향접근에 대한 비판과 함께 NHS개혁을 단행하였다. 개혁의 주요 쟁점은 기금의사와 비기금의사로부터 환자가 받는 불공평한 치료와 시장 시스템을 운영하는 데 드는 막대한 처리비용에 대한 것이었다. 이

7) Allsop, J., Health Policy and the NHS towards 2000, 2nd Edition, Longman, 1995.

8) 일반의들의 95%가 어린이 건강검사를, 98%가 모성의료서비스를, 대부분의 일반의가 피임서비스를 제공한다.

9) 마이너수술이란 사마귀 소작법, 낭종 절제술, 농 절개술 등을 포함한 광범위한 소 수술을 의미함.

10) 예산보유 일반의가 되기 위한 자격기준으로, 첫째, 7,000명 이상의 등록 환자 수(몇몇 일반의들의 등록주민수를 결합한 형태도 가능하며, 현재 약 평균 10,000~12,000명 정도임), 둘째, 적절한 컴퓨터시스템의 구비, 셋째, 적당한 관리기술의 구비 등의 요건이 필요함. 예산보유일반의에 대한 예산 배정기준에는 등록인구수, 2차 의료구입비, 지역 평균 사망율, 약품 처방비, 특수지역 질병비와 상대적 만성·급성환자 비율 등이 고려됨. 이 예산은 주로 병원서비스 구매*, 약품처방과 각종 의료기구, 가정보건 서비스국이 승인한 보조 인원의 인건비 등에 소요됨. 위와 같은 요건과 자금은 결국 예산보유일반의가 미보유일반의에 비해 관리기술과 자금조절능력을 수반해야 한다는 것을 뜻함(* 예산보유 일반의가 계약을 하는 병원은 공공 또는 개인병원으로 지역에 제한을 받지 않으며, 계약을 통해 제한된 수술, 지역의료, 물리, 언어치료, 방문간호, 외래진단 등의 서비스를 구매함).

11) 예산 보유의로 결정되면 정부에서는 준비기간 동안 최고 16,000파운드의 지원금(보조인원 및 전문가조연을 위한)과 연간 관리수당을 주어 예산보유자가 되는 것을 격려하고 있음.

런 이유로 노동당은 내부시장 폐지에 대한 입장을 분명히 하였고 ‘The new NHS : modern, dependable’ 이란 백서를 통해 NHS개혁에 대한 계획을 세웠다. 주요 골자는 파트너십과 협력을 바탕으로 한 새로운 시스템이다. 1999년 The Health Act를 통해 필요한 법적인 부분을 진행해 나갔다. 새로운 접근의 주요 내용은 다음과 같다. 첫째는 위임과 공급에 대한 책임의 분리를 유지하나, 연간 계약에서 3년간의 서비스 협정으로 대체하고, 둘째는 기금보유일반의 폐지와 한 지역에 있는 모든 일반인들이 속할 수 있는 지역에 근거한 일차의료그룹의 구성(400~500개 정도)이다. 셋째는 보건부의 주요 책임은 그들 지역 내의 다른 지역 기관과 협력하여 건강증진 계획의 개발을 하도록 이끄는 것이고, 넷째는 임상관리의 새로운 방법으로 의료의 질과 의료성과를 더 강조하고, 다섯째는 불공평성과 빈곤을 감소하는데 높은 우선순위를 두는 방향으로 개혁하였다.

최근 2004년도의 의료개혁에서는 일차의료 그룹형태를 일차의료트러스트로 다시 구성하였는데 이 개혁내용에서 핵심적으로 변화된 내용을 일차의료트러스트는 지역내의 보건의료에 대하여 예산뿐 아니라 실행계획 등 전반적인 계획을 수립할 책임을 지게 된 점으로 지역사회와의 연계를 더 강화하도록 하고 있다. 또한 의료 질에 대한 관심은 의료성과와 연계되어 일차의료의 영역에까지 의료성과를 향상시키기 위한

제도가 도입되게 되었다. 특히, 재정적인 인센티브가 행태를 변화시킬 수 있다는 연구결과¹²⁾와 함께 정책결정자들은 기준에 따른 성과를 성취한 보건전문가들에게 더 많은 지불을 함으로서 질을 향상시키려는 모색을 하게 되었다. 성과에 대한 지불(payment for performance)의 가장 큰 사례는 2004년 일반의와 정부와의 새로운 계약 체결이다. 2004년 4월에 소개된 새로운 계약서에는 기존 계약의 문제점을 제시하였는데, 그것은 기존 계약의 치료항목이 질을 향상시키기 위한 충분한 재정적 인센티브를 제공하지 못한다는 점이다. 새로운 계약에서는 단순화된 보상규정을 만들어 개정된 인두제 틀과 추가적인 일차의료에 대한 지출을 하였다. 2004년 4월 이후 일반의들은 성과틀(Quality and Outcomes Framework, QOF)에 따라 그들 수입의 20%이상을 더 받게 되었다¹³⁾.

2) 미국

미국은 민간부문이 주도적으로 의료서비스를 공급하고 있고, 전 국민을 대상으로 하는 공적인 제도가 없어 의료보장제도가 타 선진 국가에 비하여 상대적으로 취약하다. 미국은 우리나라와 마찬가지로 환자의 경제적 여건에 따라 곧바로 개업의 또는 병원을 자유롭게 선택하여 진료를 받을 수 있을 정도로 1차, 2차, 3차의 단계적 의료전달체계가 구축되어 있지 않은 대표적

12) Chaix-Couturier C et al, Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. Journal for Quality in Health Care Volume12, Issue2 pp. 133~142, 2000

13) Susan Maisey et al, Quality of clinical primary care and targeted incentive payments: an observational study. British Journal of General Practice June 1; 57(539): 449~454, 2007

인 나라이다. 따라서 일차의료도 여러 가지 공급형태와 다양한 경로를 통해 이용자에게 전달된다. 이것은 경우에 따라 의료제공자와 소비자 모두를 혼란스럽게 하기도 하고 불필요하고 적절하지 못한 진료가 이루어지게 하는 요인이 되어 왔다. 그러나 최근에 일차의료의 정착이 급등한 의료비를 낮추고 의료자원배분의 효율성과 형평성에 기여할 것이라고 여겨 일차의료에 많은 관심이 모아지고 있다.

미국에서 '일차의사'라고 하면 가정의를 전문의의 하나로 인정하는 동시에 다른 전문의 일부도 일차의료제공 인력으로 가정하여, 주로 내과 의사(general internist), 소아과 의사(general pediatrician), 가정의(family physician), 간호사(nurse practitioner) 등이 주로 일차의료를 담당하는 인력으로 간주된다. 이외에도 노인병 전문의사(geriatrician)와 다른 전문의들도 어느 정도 일차의료를 수행해왔다고 할 수 있다. 실례로 내과 의사, 소아과 의사, 가정의들이 상위 20개의 건강상의 문제들에 대한 진료를 주로 제공하여 왔다. 일차의료영역에의 다양한 의료인들의 참여는 1969년 가정의가 전문의의 하나로 확립되면서 발전되어왔고 이러한 과정 속에서 일차의료수련과정에 내과전문의와 소아과전문의들도 활발하게 참여하기 시작했다. 그러나 1980년대를 거치면서 전문의들의 소득이 상대적으로 일차의료의사를 능가하게 되면서 의과대학 학생들이 일차의료수련 프로그램보다는 전문의 과

정으로 몰리기 시작했고 2000년에 조금 높아졌던 일반의 비율이 2007년도에 가서 다시 1995년 수준으로 떨어진 것을 볼 수 있다. 비록 일반의의 절대적인 숫자는 계속적으로 점진적인 증가를 보이고 있지만 전문의의 눈에 띄는 수적 증가로 인하여 최근에는 전문의에 비해 일반의들의 수가 작은 상대적인 불균형의 경향이 지속되고 있다. 2007년 현재 일차의료공급자 수와 전문의 수의 비율은 4대 6 정도가 되었는데 이는 서구유럽과 캐나다에 비하여 상당히 낮은 편이다. 일차의의 경우 대개 단독 개업을 하지만 의사의 약 30%는 하나 혹은 둘 이상의 동료와 함께 집단 진료를 한다. 반면 전문의의 경우는 단독개업을 하는 경우가 더 많다. 일차의료 공급의인 가정의의 경우 약 40%가 단독으로 개업하고 있으며 가정 방문 진료는 거의 하지 않는다. 최근에는 단독개원보다는 의사들의 그룹, 기관(institution)들을 통해 일차의료를 제공하는 경향이 증가하고 있다. 가정의들¹⁴⁾은 넓은 범위의 진료를 행할 수 있다는 장점이 있으며, 전통적으로 포괄적인 진료를 수행해야 하는 농촌지역에서 많은 수가 개업하고 있다. 반면 내과 의사나 소아과 의사들은 정도가 더 심한 질병을 보거나 특정 연령층¹⁵⁾을 더 많이 진료한다고 알려져 있다.

미국 의료시장에서는 효과적이고 효율적인 보건의료서비스를 제공하면서 비용을 억제하고자 하는 시도에서 조직화된 형태가 관리의료

14) 1996년 현재 미국 가정의학과 현황을 간단히 보면 의과대학 졸업생 중 약 15%가 가정 의학을 지원하고, 1996년 현재 452개 수련 프로그램에 약 일만 여명의 전공의가 수련을 받고 있으며 배출된 가정의학과 의사는 전체 전문의의 약 9%를 차지하고 있음. 미국 내 의과대학 중 약 90%에서 독립된 가정의학과를 두고 있음.

15) 예를 들면, 내과 의사의 경우 만성병환자, 소아과 의사의 경우 2살 미만의 소아

(managed care)¹⁶⁾이다. 관리의료는 보건의료 제 영역에 막대한 영향을 발휘하였을 뿐 아니라, 일차의료영역에서도 지금까지와는 다른 형태의 변화를 초래하였다. 관리의료에서는 공급자들을 “일차의료제공자”와 “전문가”로 구별하고 있다. 관리의료에 등록된 환자들은 일차의료제공자와 먼저 연결되어 환자들이 “전문가”들을 직접 찾아가는 것을 제한하고 있다. 이런 메커니즘은 일차의료제공자에 의한 문지기 역할(gatekeeper)을 요구하는데 이는 전문가를 직접 찾아가는 환자들뿐 아니라 그렇지 않은 환자들에 대한 비용이 같이 관리된다는 사실과 관련이 있다. 대부분의 관리의료에서는 일차의료제공자들 사이에 높은 의뢰율을 제한하기 위한 재정적인 유인을 가지고 있다.¹⁷⁾ 즉, “문지기(gatekeeper)”역할에 초점을 맞추면서 일차의료의 역할을 강화하려 하고 있을 뿐만 아니라

현재 인구의 노령화, 관리의료에 등록하는 환자수의 증가, 외래진료의 강조, 그룹 개원의 증가 등의 일련의 과정들은 일차 진료의료 하에 금 환자진료에 대한 새로운 서비스의 제공뿐 아니라 조정자(coordinator)로서의 역할도 요구하고 있다.¹⁸⁾ 보험가입자는 의료서비스를 이용할 때 HMO와 계약한 일차의사와 먼저 접촉하고 일차의사의 의뢰에 의하여서만 전문 의료나 병원서비스를 받게 되며, HMO에서는 주로 인두제로 지급되는 일정 보험료에 대하여 포괄적 의료서비스를 제공하기 때문에 의료제공자나 보험자는 진료비를 절감할 강한 유인을 갖게 된다. 가입자에 대하여 ‘모든’ 의료서비스를 제공하게 되는 만큼 HMO는 병원-의사-약국-방문 진료 등 각 단계의 의료제공자를 보유하거나 계약을 하게 되며 이 같은 각 단계 제공자의 조직을 수직적 통합의료체계(vertically

16) 관리의료에는 PPO(Preferred Provider Organization), POS(point-of service)등 다양한 형태가 있지만 가장 조직적이고 일반적인 형태는 HMO(health maintenance Organization, 건강유지조직임. HMO에서 공급자는 가입자에게 일정 기간 동안 선불제(인두제)로 포괄적인 의료서비스를 제공하기로 계약함. 이것은 ‘service’ benefit이라고 하는데, 즉, 보험료를 받고 회사는 의료서비스를 제공하게 됨. 이것은 HMO가 전통적인 보험회사의 기능에다 서비스 공급을 결합시킨 것을 의미함. HMO에는 다음과 같은 형태들이 있음: ① Group practice model: 하나의 의료집단이 의료서비스를 제공하기 위해 HMO와 계약하고 의료집단은 의사들에게 다양한 형태로 보수를 지불한다(대부분 ‘봉급’ 형태임); ② Staff model: HMO가 의사를 직접 고용하는데, 흔히 봉급제로 계약함; ③ IPA(Independent Practice Association): 개인 혹은 집단개업의가 HMO와 의료를 공급하기로 계약함.

17) 즉, 관리의료에서는 대부분의 환자가 일차의료공급자에게 진료를 받고 가능한 전문가에게 직접 진료를 받는 것을 제한하는 것이 비용을 감소시키는 것으로 가정하고 있음. 이런 가정은 전문가들이 질병의 경중을 보정한 후에도 일차의료제공자보다 더 많은 자원을 사용—예를 들면, 검사, 처치, 입원—한다는 사실에 근거를 두고 있음.

18) 최근 AHCPR(Agency for Health Care Policy and Research)에서 발행한 “Resolving the Gatekeeper Conundrum: A study of What Patients Value in Primary Care and Referrals to specialists”(JAMA, 1999)에 따르면 캘리포니아에 거주하는 관리의료에 속해있는 환자들의 약 90%가 일상적인 진료를 제공하는 일차의료의사에 대해 높은 가치를 매기고 있으며, 89%는 일차의료의사가 전문가 진료에 대한 조정(coordination) 역할에 대해서도 높은 가치를 부여하고 있음. 그러나 약 25%의 환자들은 전문 진료로 의뢰되는데 어려움을 겪고 있다며 그들의 일차의료의사에 대한 불신감을 표현하고 있음. Grumbach와 Selby(1993)에 의해 이루어진 연구에서는 약 75~91%의 환자들이 자신의 일차의료의사에게 최초 진료를 받는 것을 선호하였고, 일차의료의사가 전문가에게 의뢰해주는 역할을 해주기를 원했음. 그러나 관리의료체계가 재정적인 유인을 가지고 일차의료의사에게 “문지기”로서의 역할을 지나치게 강조하며 전문가에게 의뢰할 수 있는 권한에 간섭하는 것에 대해서는 부정적인 반응을 보이고 있음.

integrated system)라고 한다. 수직적 의료체계에서는 기존의 독립적인 의료제공자간의 의뢰에 비하여 공식적이고 통제된 형태로 일차의사와 전문의 및 병원간의 의뢰가 이루어지며 이러한 관계는 보험료의 배분을 중심으로 형성된다.¹⁹⁾

이러한 관리의료 정책들은 일차의료제공자, 전문가, 환자, 의료행정가 등의 이해당사자 사이에 여러 논쟁을 불러 일으켰는데 그 중 대부분이 환자에 대한 '진료의 질'에 관해서이다. 일부에서는 새로운 재정적인 유인책이 윤리적인 의사-환자 관계를 위협한다고 하고, 다른 한편에서는 일차의료제공자의 문지기 역할은 환자들이 과도한 진료를 받는 것을 보호한다고 주장한다. 또한 일부 전문가 집단들은 그들의 전문 진료 범위 내에 있는 질병을 가진 환자들에 대해 일차의료제공자들보다 더 "원칙적인 진료"를 제공할 수 있다고 주장하기도 한다. 즉, 일차의료의사의 의뢰를 통하여서만 병원 및 전문의에 의한 진료가 허용되는 것은 불필요한 전문 의료 이용을 줄이고 의료체계에 대한 안내자로서의 역할을 수행하게 하는 반면 의료서비스 이용을 과도하게 제한하여 필요한 의료서비스

를 받지 못하게 하는 역기능 즉, "문닫이"(gateshutter)가 될 수도 있다는 우려의 목소리도 나오고 있다.²⁰⁾ 그럼에도 불구하고 최근 일련의 연구결과들은 관리의료의 "일차의료의사"와 "전문가"를 구분하는 정책이 어느 정도 성공하고 있다는 것을 보여주고 있다.²¹⁾

HMO가 기존의 보험에 비하여 더 적은 의료자원을 소모한다는 점은 여러 연구에서 입증되었으며 이는 일차의사의 병원 입원을 감소와 재원기간의 감축 등의 노력이 성공하고 있음을 의미한다. 인력의 측면에서도 일차의사의 수요가 증가하고 있으며 일차의사와 전문의사간의 수입격차가 줄어드는 것이 관찰되고 있다. 그러나 필요한 의료이용도 제한하거나 선택적인 가입 제한 등의 부작용 또한 존재하고 있으므로 의료서비스의 질을 손상하지 않고 의료자원의 이용을 절감하는 효율적인 의료서비스를 제공하며 환자의 편익을 추구할 수 있는 다양한 방안이 모색되어야 할 것이다.

3) 주요 유럽국가

유럽에서 최근 주치의 제도를 도입하였거나

19) 장원기 외, 일차의료전달체계의 개선방안 연구, 한국보건사회연구원, 2000.

20) 그러나 Franks와 Clancy(1997)가 1985년부터 1992년까지 전국외래이용조사(NAMCS: National Ambulatory Medical Care Survey)를 통해 HMO가입자들의 전문가로의 의뢰율을 연구한 결과는 이런 일반적인 개념과 상반된 사실을 보여주고 있음. 즉, HMO에 가입된 환자들의 의뢰율이 7.5%, 그렇지 않은 환자들은 4.5%를 나타냈는데, 연구자들은 이런 결과는 Staff model이나 group model형태의 HMO에 가입된 환자들의 증가에 기인한다고 분석하고 있음.

21) Simon(1996) 등의 연구에 의하면, 1991년부터 1995년 사이 일차의료의사들이 일차 진료에 소비하는 시간이 70.6%에서 76.9%로 증가했고, 전문의의 경우 12.3%에서 0.1%감소했다는 결과를 제시하고 있음. 그러나 일차의료제공자와 전문가의 적절한 역할이 무엇인가는 여전히 논란거리임. 이를 명확히 하기 위해서는 환자 의뢰에 대한 보편적인 기준이 필요함. 미국가정의협의회(American Academy of Family Physician)는 상담, 의뢰(referral), 후송(transfer) 등에 관한 정의를 내려놓고 있음. 그러나 아직까지 전문가들에 대한 자가 의뢰(self-referral)나 한 환자에 대해 2인 이상의 의사들이 진료를 하는 것에 대해서는 유형화가 되어 있지 않음.

시범사업을 하고 있는 국가는 네덜란드, 프랑스 그리고 독일 등이 있다. 이들 국가의 보건의료 체계는 전통적인 조합형제도²²⁾로 민간의료가 있기는 하나 의료제공자의 역할이 공공의료에 비하여 취약하며, 보험가입자가 보건의료를 이용할 때 본인부담이 거의 없는 특징을 가지고 있다.

(1) 네덜란드

네덜란드 일차의료의 핵심은 가정의가 제공하는 주치의 서비스이며, 주치의는 전체 보건의료문제의 약 95%를 해결한다.²³⁾ 네덜란드도 일차의료의 매우 잘 발달된 나라로 평가받고 있는데²⁴⁾, 이는 주치의 제도의 확립과 함께 주치의 역할을 담당하는 가정의의 정체성과 전문성 확보를 위한 자체적인 노력에 의함을 역사적으로 알 수 있다.²⁵⁾ 네덜란드의 주치의는 흔한 질환, 경증질환, 만성질환, 정신사회문제에 대한 “전문화”된 의료 인력으로 인정받고 있으며, 전문성을 확보·유지하기 위한 협회 차원의 활동이 활발하다. 보통의 사회보험방식 국가와 달리 네덜란드는 주치의가 문지기 기능을 수행하기 때문에 주치의의 동의 없이 전문의 진료나 병원진

료를 받을 수 없다. ‘2006년 네덜란드 의료시스템의 변화’ 이전까지는, 공보험 환자(인구의 약 70%)는 의무적으로 주치의를 등록해야 했고, 민간보험 환자(인구의 약30%)는 프로그램에 따라 주치의 서비스를 급여항목에서 제외할 수 있었다. 그러나 민간보험 환자의 경우 주치의를 거치지 않은 전문의 서비스 이용에 대해 보험사가 비용을 지불해주지 않았기 때문에(안과, 이비인후과 예외) 실제 거의 모든 인구가 주치의 등록을 하고 있었다. 네덜란드의 일차의료에 대한 평가는 전반적으로 호의적이다. 상대적으로 낮은 의뢰율, 특히 고혈압, 요통, 상기도 감염 등 흔하거나 경증질환에 대한 의뢰율이 1~2% 수준에 머물고 심근경색, 척수신경근통을 동반한 요통, 만성편도선염 등 복잡 질환에 대한 의뢰율이 높다는 결과에서처럼^{26) 27)} 의료이용의 조정이 잘 되고 있는 것으로 평가된다. 특징적으로 낮은 처방률(전체 진단 건의 약 50%)과 선별적 항생제 처방 양상 또한 높은 평가를 받게 하는 요인이다.

(2) 프랑스

프랑스는 2005년 주치의 제도를 전격적으로

22) 민간의료보험과 같이 조합단위로 재원조달 및 자원배분이 이루어지는 형태로서 주로 고용형태별로 운영되는 제도임.

23) Ministry of VWS, Primary health care in the Netherlands, International Publication Series, Hague, Health Welfare and Sport; 2005.

24) J. Cévas, M. P. Fernández, Western European best practice in primary healthcare, European Journal of General Practice, 2006;12:30~3.

25) J. A. Knooneurs, Research in general practice. The Lancet, 1996;347:1236~8.

26) Groenewegan et al. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motiveatie en demotivate bij huisartsen. NIVEL, Utrecht, 1992

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

도입하였다. 주치의 개혁 이전에 프랑스 일차의료는 주로 개원의원에 의해 제공되었는데, 병원에 의한 외래서비스의 제공도 15%나 되었다. 가장 중요한 외래서비스 제공 주체인 개원의들은 일반의와 전문의가 있는데, 이들에 대한 제도적 통제는 별로 없는 가운데 문지기 시스템도 없었으므로 환자는 누구나 일반의와 전문의를 가리지 않고 선택하여 진료를 받을 수 있었다.²⁸⁾ 2005년 주치의 제도 개혁은 1) 일차의료서비스 강화를 통한 서비스 이용의 조정력 증대와 서비스의 질적 수준 강화, 2) 일차의료서비스의 종합화와 일반화, 3) 전문의와 가정의 간의 전문영역 강화를 목적으로 하고 있다. 주치의는 문지기로서의 기능을 하지만 문지기 경로를 이탈하는 것이 철저히 봉쇄된 것은 아니다. 환자가 주치의 경로를 따르지 않을 경우 높은 비용을 부담하도록 함으로써 되도록 주치의 경로를 따르도록 유도할 뿐 원칙적으로 경로의 이탈은 가능하다.²⁹⁾ 프랑스의 주치의 제도는 매우 빠른 속도로 정착되고 있다. 2005년 조사결과에 의하면, 10명 중 9명의 환자들이 주치의 제도로 이동할 것을 고려하고 있고, 2006년 3월에는 76.8%의 환자들이 실제로 주치의를 선택하였다. 또한, 전체 방문의 80%(주치의를 선택한 사람들 방문건의 98%)가 주치의 경로를 이용한 것으로 나타나 주치의 경로를 통한 진료가 보편화되어 가고 있

는 것으로 판단된다.

(3) 독일

독일 역시 프랑스처럼 주치의 제도 도입을 위한 시도를 계속하고 있다. 그러나 프랑스와 달리 전격적으로 도입하지 못하고 여전히 질환대상별, 보험자별로 부분적인 실험수준에 머물러 있다. 이미 OECD 국가 중에서도 보건의료비 지출이 가장 높은 국가군에 속하는 독일은 국가 경쟁력에 부정적인 영향을 미치는 보험료의 상승을 막기 위해 보건의료비 지출액의 증가를 합리적으로 통제할 필요가 있었다. 이에 따라 가장 최근에 제안된 의료보험개혁안인 2003년 의료보험현대화법(GMG)에서는 의료서비스의 질 향상을 가장 저렴하면서도 효과적으로 달성하기 위해 일차의료 강화책으로 주치의 제도 의무화와 만성질환관리프로그램(DMP) 실시를 포함하였다.³⁰⁾

4) 외국제도 고찰을 통한 시사점

이 장에서는 의료제도가 각각 상이한 국가에서의 일차의료의 위치를 파악하고자 하며 더불어 상이한 의료제도에서 파생되는 다양한 문제 점들에 대한 각국의 다양한 타개 방향을 모색하

28) S. Sandier, D. Polton, V Paris, S Thomson, France. In: A. Dixon, E. Mossialos, editors. Health care systems in eight countries: trends and challenges. London, London School of Economics & Political Science: 2002, p.32~45

29) L. Com-Ruelle, P Dourgnon, V Paris, Can physician gatekeeping and patient choice be reconciled in France. Analysis of recent reform, Eurohealth 2006; 12(1):17~20.

30) 이준영, 독일 의료보험개혁(2003)의 동향과 쟁점. FES-Information-Series, Friedrich-Ebert-Stiftung, Korea Cooperation. 2004.

고자 하였다. 이러한 목적을 위하여 의료공급 및 의료보장의 재정구조가 모두 공적구조에 의해 이루어지고 의료비용을 조세로 조달하고 있는 대표적인 국가유형인 영국, 의료공급과 의료보장의 재정구조가 모두 사적구조를 중심으로 이루어지는 국가유형인 미국, 유럽에서 전통적인 조합형제도 국가를 선정하여 비교하였다.

영국의 의료제도는 엄격한 의뢰체계와 일차의료에 중심을 둔 의료체계를 갖추으로써 일반 국민에게 포괄적이고 지속적인 의료서비스를 제공하고 있다. 일차의료를 담당하고 있는 일반의는 진료에 있어서 절대적인 자율권을 가지고 있으며 2차 전문 의료 서비스에 대한 문지기 역할을 함으로써 불필요한 의료서비스의 이용을 막고 있다. 일반의가 제공하는 서비스의 영역은 매우 넓어서 환자의 의사와의 접촉의 90% 이상을 차지하고 있다. 한편 영국 일차의료의 근간이 되는 NHS가 채택하고 있는 의료체계는 전통적으로 비용과 함께 의료서비스에 대한 접근의 형평성에 대한 고려를 중시한다. 최근에는 지역단위 지구보건당국에 많은 권한을 부여함으로써 지역화 정책의 특징이 갖는 이점을 살리고 있으며, 이는 일차의료에 기반을 둔 NHS를 지지하는 원동력이 되고 있다고 볼 수 있다. 최근에는 개혁의 일환으로 의료에 내부시장을 도입하였으며, 가정의제도의 독립성에 대하여 중앙의 권한이 미치게 하기 위한 일련의 조치와 재원의 동결에 대한 계획, 예산보유 일반의가 도입되었다. 그러나 1999년 NHS개혁의 일환으로 기금보유일반의제도가 폐지되었다가 2004년 일차의료그룹형태를 일차의료트러스트로 다시 구성하여 예산뿐만 아니라 실행계획 등 전

반적인 계획수립에 책임을 지게 하였다. 이러한 변혁은 일차의료제도에도 변화를 가져오고 있다. 미국은 전문의 중심의 의료체계, 일차의료에 대한 국민의 낮은 의식수준과 저조한 이용률, 그리고 전문의에 비하여 상대적으로 비자율적인 일반의의 의료공급 여건 및 낮은 봉급수준 등이 의료 인력의 일차의사에 대한 기피를 가져오게 하고 일차의료의 비활성화를 야기시켰다고 볼 수 있다. 그러나 최근에 일차의료의 정착이 급등한 의료비를 낮추고 의료자원배분의 효율성과 형평성에 기여할 것이라고 여겨 일차의료에 많은 관심이 모아지고 있다. 이에 따라 일차의료를 강화하기 위한 정책 및 연구들이 정부의 지원 하에 수행되고 있으며, 새로운 계획과 지불 보상 제도를 도입하여 일차의료와 전문 의료의 책임과 역할을 명확하게 함으로써 진료의 효과(effectiveness)와 효율성(efficiency)을 향상시키는 방안이 관리의료(managed care)의 확산과 함께 대두되고 있으며 이것은 해마다 증가하고 있는 의료비용을 억제하려는 차원에서 진전이 되고 있다. 이는 미국도 의사구성의 불균형을 해소하기 위한 일차의사의 확보에 대해서도 최근 적극적인 대책을 모색하고 있다.

최근에 유럽이 변해가는 사회의 요구에 대한 인식으로 인해 일차의료에 점차 눈을 돌리고 있다. 환자의 권한부여(empowerment)와 인구를 기본으로 하는 예방과 스크리닝에 대해 새로이 강조하고 있다. 동등한 접근과, 협조 그리고 지역사회 정향(orientation)이 새로운 의료분야의 기동으로서의 역할을 하기 시작하였다. 이러한 분위기는 1990년대에 일차 진료의 전문가화로 결과 되었고, 일차의료는 건강관리제

도에서 중요한 역할을 담당하기 시작하였다. 최근에 대부분의 유럽의 보건의료체계에서 일차의료는 좀 더 중요한 위치를 차지하고 있고, 국가조직과 국제조직이 주도적인 역할을 담당하고 있으며, 일차의료의 증진을 위하여 재정뿐만 아니라 다양한 지원을 하고 있다. 또한 일차 진료의 강화와 질의 보장책으로서 신임(accreditation) 혹은 재신임(re-accreditation) 제도가 도입되었다³¹⁾. 신임과 재신임 매커니즘은 전문의로서의 일차의료의 인식을 확실히 하기 위하여 필수적이다. 이러한 신임과 재신임을 통해서 수행능력이 미달되는 의사들을 밝혀낼 수 있으며, 의사들이 높은 수준의 윤리기준과 환자 진료의 증진, 그리고 지속적인 전문적 발전의 확장을 꾀할 수 있다³²⁾. 재신임과정에는 다양한 책임이 관련되는데, 표준의 설립, 지속적인 의학 교육활동의 신임과 제공, 심사와 동료의 평가, 보수훈련, 그리고 면허갱신제도 등이 그것이다. 이러한 책임의 분명한 구분을 위해서는 협동과 상호인식이 전제되어야 한다³³⁾. 이 외에도 법제도의 변경, 자체-규제 조직의 설치와 전달, 면허갱신제도(recertification)에 드는 직·간

접비용, 규칙 위반자들에 대한 처벌과 재제의 부과, 재정지원과 조달에 대한 분명한 책임의 부과, 그리고 공동의 EU 기준의 적용 등과 같이 일차의료의 강화를 위해서 병행되어야 할 요소들도 많다. 한편 채택되는 방법은 의사들의 일과에 쉽게 통합될 수 있어야 하고 의료서비스의 전달에 가능한 한 혼란을 주지 말아야 할 것과 같은 실천적인 면도 중요하다. 진료의 능력과 수행의 균형적인 발전은 지속적인 교육을 통하여 담보되어야 하며 이를 위해서는 지속적인 전문적 개발 계획(Continuous Professional Development Planning)에의 새로운 강조가 요구된다. 새로이 조직된 일반인들의 전문적인 협회와 지역사회의 요구를 좀 더 잘 충족시킬 수 있는 광범위한 사회적 지지는 전환기의 건강케어시스템 개혁에 필수적이며, 일반진료의 전문가집단의 위치를 강화하는 것은 일차 진료의 지속성을 위해서 매우 중요하다.

우리나라의 의료제도의 형성과 의료 인력의 양성은 미국과 일본의 유형을 도입하여 정착되어 왔다. 따라서 이 두 국가가 일차의료의 관점에서 갖고 있는 많은 문제점은 우리나라가 직면

31) 의사 또는 의학(profession)에 대한 믿음이 떨어지는 현실과 의료의 급속 발전으로 인해 의사들에 대한 재신임 요구가 많아지고 있음. 많은 국가들이 revalidation, re-registration, relicensing or recertification 등의 certification system을 이미 설립 또는 고려중임. 이 과정은 재신임의 방법, 빈도, 재신임의 주체와 같은 기술적인 차원의 문제뿐만 아니라 개인 전문가와 전문가협회(professional bodies), 보건공급자와 소비자(healthcare providers and purchasers), 규제당국(regulatory authorities), 주정부와 공공(the state and the public)간의 관계에 관한 정치적 문제이기도 함. 시험의 관리(administer)는 용이한 편이지만 외부타당도(external validity)가 떨어짐. 시험기준의 재신임(recertification)은 측정유발학습(assessment-driven learning)을 발생한다는 비판을 받았음. 1969년부터 필수적인 재신임이 설립된 미국에서 환자의 성과(patient outcome)를 기준으로 한 공평한 평가방법을 개발하는데 어려움을 겪고 있음. 이는 의사의 능력과 전문성(physician competence and professionalism)등을 정확히 확인 할 수 있는 증명된 방법이 없다는데 기인함(Heyrman, et al., 2004).

32) Buckley, The role of typical and atypical antipsychotic medications in the management of agitation and aggression. J. Clin. Psychiatry 60 Suppl. 10 .1999

33) Heyrman, et al., Office Spirometry Significantly Improves Early Detection of COPD in General Practice The DIDASCO Study. Chest April 2004 125:1394~1399 2004

하고 있는 문제와 유사한 양상을 보이고 있으며 문제의 해결을 모색하는 각종 방안에서 우리가 채택할 수 있는 시사점을 제시하고 있다 하겠다. 한편 영국은 일차의료가 잘 정립되어 있으며 국민의 의료서비스에 대한 만족도나 국민의료비 등에서 모범을 보이는 국가로서 최근의 개혁동향을 포함하여 일차의료의 체계와 내용, 일차의사의 보수책정기준, 양성 및 훈련 등에서 향후 일차의료를 강화하는데 있어서 참고가 될 수 있는 방안을 시사하고 있다고 할 수 있다.

4. 주치의 제도 도입방안

1) 주치의 제도 도입과 관련된 논의

우리나라에서 주치의 제도는 이미 1990년대 대한가정의학회가 중심이 되어 정책적으로 제안되기 시작하였으며, 1996년과 1999년 각각 ‘가족주치의제도’와 ‘단골의사제도’의 형태로 시도되었으나 시범사업조차 제대로 시행되지

못했다. 그러나 이러한 주치의제도의 도입시도는 국민들의 무관심 속에서 우리나라의 민간의료 위주의 공급체계 등과 같은 여러 가지 이유로 주치의제도 도입여건이 마련되지 않았다고 주장하는 이해관계집단의 반대로 무산되었다.³⁴⁾ 이러한 어려운 정책 환경에도 불구하고 주치의 제도는 고령사회에 대비한 1차의료 강화의 필요성이 대두됨에 따라 도입 가능성이 높아질 것으로 판단된다. 특히 우리나라 보건의료가 안고있는 비효율적인 의료체계, 서비스의 중복과 낭비, 낮은 의료의 질 등의 문제를 해결하는데 크게 기여할 것으로 판단된다.

2) 주치의 제도 도입의 기본 방향

주치의 제도의 도입은 현행 보건의료 체계의 여건을 고려하여 참여 대상 및 지불보상방식을 단계적으로 발전시켜 나가야 할 것이다. 1단계에는 시범사업을 통해 프로그램과 합리적 운영모형을 개발하고, 2단계에서는 만성질환 노인들을 중심으로 서비스 대상을 단계적으로 확대

34) 대한의사협회에서 제기한 주치의제도 도입반대 이유는 다음과 같음. 의료서비스 제공이 국가적 차원에서 수행되는 NHS 국가들(영국 등)과는 달리 우리나라는 민간의료의 근간을 이루고 있으므로 우리의 보건의료체계에 맞지 않음. 보건의료서비스 제공의 ‘사회화’를 전제로 하는 국가의 제도인 주치의 제도를 도입할 경우, 보건의료체계의 근간이 파괴될 위험이 있음. 둘째, 주치의 제도는 의료전달체계가 확립된 이후에나 가능한 것이고 현재와 같이 의료전달체계가 부실한 상황에서 제도 도입을 강행한다면 국민의 의료이용에 불편만 초래할 것임. 의료비 부담을 가중시켜 의료기관에 대한 불신만을 조장할 위험이 있다는 것임. 셋째, 의료인력 및 의료기관 분포가 전국적으로 불균형을 이루고 있고, 현재(2009년 기준) 개원의의 83.8%가 전문의이므로 주치의 제도의 시행에 어려움이 있음. 주치의의 자격범위가 가정의학과, 내과, 소아과 등 일부 진료과에 제한될 경우, 타과 개원 전문의가 타격을 받게 되어 자칫 의료계의 ‘빈익빈’ ‘부익부’ 현상을 초래할 뿐만 아니라 개원가의 ‘활성화’에 역행하게 될 것임. 넷째, 의료기관 간의 등록환자 유치 경쟁으로 진료의 질서를 파괴할 우려가 있어 오히려 1차진료를 약화시킬 우려가 있음. 다시 말해, 예방서비스 등의 주치의서비스는 의원급 의료기관의 인적 구성 등을 고려할 때 감당하기 어려워 이에 대해 국민들의 불만을 가중시킬 위험이 있음. 다섯째, 주치의 제도가 도입됨에 따라 나타날 수밖에 없는 주치의와 비주치의 진료 사이 본인부담금 차등화는 환자의 불만을 야기할 소지가 있음. 더불어 환자의 의사선택권 내지 의사의 진료권 자체를 훼손시킬 우려가 있음. 이러한 주장은 주치의 제도가 그 유용성과 별개로 우리의 보건의료체계에 부합되지 않을 뿐만 아니라 제도 도입의 ‘조건’도 성숙되지 않았다는 것임(대한의사협회, 내부 자료, 1995, 1996, 2007, 2008).

하며, 3단계에서는 대상의 확대뿐만 아니라 특수 집단 및 프로그램(희귀·난치성 환자 관련 등)까지 주치의 제도에 포함시키는 방식으로 진행해야 할 것이다. 이러한 단계적 도입방안을 통해 선택적 참여모형(프랑스·독일)에서 의무적 강제모형(영국)으로 제도의 발전경로를 모색할 수 있을 것이다. 주치의 제도가 시행될 경우, 2, 3차 병원의 외래 기능은 약화될 수 있는데, 2, 3차 부문에 대해서는 중증 환자에 대한 걱정 보상을 받도록 수가를 합리적으로 조정할 필요가 있다.³⁵⁾

3) 주치의 제도 도입 시 검토사항

주치의 제도 도입 시 검토해야 할 사항으로는 가. 제도참여 방식, 나. 주치의 자격, 다. 등록 및 전달체계, 라. 제공서비스, 마. 지불보상방식, 바. 재원조달방법, 사. 조직 및 관리운영 등을 들 수 있으며 이를 살펴보면 다음과 같다^{36) 37) 38)}. 먼저 제도참여방식으로는 기본적으로 의료공급자와 국민 모두 강제적이 아닌 자발적인 참여를 중심으로 시행하되, 일부 주민(특히 노인 만성질환자 등)에 대해서는 당연 적용 가능성을 검토할 수 있다. 시범사업을 실시한 이후, 참여 대상자를 단계적으로 확대·실시하도록 할 수 있을 것이다. 주치의 자격으로는 주치의 대상 진료과목의 범위로 시행 초기 진료과목의 제한 없이 원하는 의사들은 누구나 일정 기간의 주치의 교육을 이

수하면 주치의로 활동할 수 있도록 하여야 할 것이다. 주치의 등록의 단위는 개인으로 하되, 1년을 기준으로 주치의를 자율적으로 선택할 수 있는 방안을 검토할 수 있다. 주치이는 개인별 주치의를 원칙으로 하되, 가정단위 등록을 권장하고 이 경우 등록 가족에게 혜택을 주어 장려하도록 하는 것이다. 주치의 1인당 등록자 수의 규모에 상한선을 두어 등록환자에 대한 질 높은 서비스를 제공하고, 개원의 간 환자유치 경쟁을 억제할 필요가 있다. 주치이는 기본적으로 등록환자에 대해 진료의 조정 및 의뢰 서비스를 담당하는 문지기 또는 건강길라잡이 역할을 하도록 해야 할 것이다. 타 의료기관 및 상위 의료기관 방문 시 주치의 의뢰가 필요하며, 의뢰가 없을 경우 본인부담금의 일부를 부담해야 할 것이다. 장기적으로 프랑스 주치의 제도와 같이 본인부담을 확대하거나 보험혜택을 정지하는 방안을 검토할 수 있고, 반대로 주치의 방문 또는 주치의 의뢰 시 본인부담금의 10%를 할인하는 독일식 방안도 고려할 수도 있을 것이다. 주치의 제공서비스의 내용으로 주치의가 필수적으로 제공해야 하는 서비스와 선택 가능한 서비스를 구분하여 제공하는 것이 바람직하다. 필수 서비스는 주치의 제도에 등록된 대상자 모두가 받아야 하는 기본적인 서비스를 말하며 등록자에 대한 건강상태 파악 및 건강교육을 주된 내용으로 한다. 선택적 서비스는 환자의 건강상태 및 요구, 의사의 소견에 따라 야간 전화상담 서비스,

35) 신영전. 전국민주치의제도의 새로운 접근. 가정의학회지 2006; 27(4) 별책.

36) 신영전. 전국민주치의제도의 새로운 접근. 가정의학회지 2006; 27(4) 별책.

37) 최용준. 국민주치의제도의 의미와 시행방안. 시민건강연구소, 건강세상을 향한 제2기 보건의료정책강좌 자료집, 2008.

38) 감신. 만성질환 관리와 주치의 제도. 제41회 한국보건행정학회 후기학술대회발표자료, 2008.

방문 진료 서비스, 입원환자 지속적 관리 등의 제공여부를 선택할 수 있도록 한다. 이는 프랑스의 주치의가 제공하는 서비스와 유사하다. 지불 보상방식으로는 먼저, 1단계로 연간 등록 관리료와 행위별 수가를 혼용·적용하고, 2단계로 인두제 방식을 적용하는 방식(프랑스식)을 고려할 수 있다. 연간 등록 관리료와 행위별 수가의 혼합방식은 인두제 방식의 시행 전단계로 우선 등록환자에 대한 일정액의 연간 관리료를 지급하는 방식이다. 관리료는 등록환자의 건강상태에 따라 그 수준을 달리 할 수 있다. 다음으로, 전격적으로 인두제를 적용하는 방식(영국식 또는 미국식)을 고려할 수 있다. 인두제 방식은 등록 주민 당 일정액의 진료비를 지급하는 방식이다. 인두제를 실시하는 경우에도 모든 서비스에 대해 인두제 방식이 적용되는 것은 아니다. 다빈도, 경증 질환에 대한 일차수준의 서비스에 대하여 인두제 방식을 보상하고, 중증 첨단 전문기술이나 부가적 서비스에 대해서는 행위별수가제를 병행하는 방식이 필요하다. 재원조달방법으로는 연간 관리료 방식으로 주치의 제도를 운영할 경우, 프랑스나 독일과는 달리 건강보험의 재정에 의존하지 않고 제공서비스의 유형별로 재원조달방법을 구상할 수 있다. 필수 서비스는 기본 관리료를 통해 제공하고, 선택 서비스의 경우도 연간 기본 관리료 이외 추가 선택 관리료를 통해 서비스를 제공하되, 일부는 정부가 지원하고 나머지는 국민 본인이 부담하도록 할 수 있다. 그러나 재원을 일반회계로 하고 본인부담금

을 둘 것인지, 전액을 건강보험료(의료급여 제외)로 할 것인지에 대해서는 추가적인 논의가 필요하다. 그러나 인두제 방식을 적용할 때에는 프랑스와 독일과 같이 건강보험료를 주 재원으로 하는 것을 원칙으로 하고, 인두제 방식의 성패는 얼마나 효과적으로 의료서비스의 질을 유지하는가에 달려 있다고 본다.³⁹⁾

5. 맺음말

일차의료는 보건의료자원의 낭비를 방지하고 효율성을 증대시킬 수 있는 비용-효과적인 의료이다. 이런 점에서 우리나라 보건의료체계가 직면하고 있는 고비용-비효율이라는 문제를 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나가 일차의료의 중요성의 강조와 일차의료의 역할과 기능의 정립이라 할 수 있다. 그러나 일차의료의 강화와 개혁의 필요성에 대한 일반적인 의식의 공유는 있으나 구체적으로 누가, 무엇을, 어떻게 해야 하는가와 같은 구체적인 사안에 대한 합의는 이루어지지 않고 있다. 일차의료의 기능 정립과 강화를 위하여 20년이 넘게 많은 연구와 공청회 등을 통한 노력이 있었으나, 이러한 노력이 일차의료 개혁이라는 실제적인 진전으로 연결되지는 못하였고, 오히려 과거에 비해 일차의료개혁 정책을 수립 할 수 있는 정책적인 환경은 더욱 악화되었다.

우리가 안고 있는 문제의 해결과 일차의료개

39) 이와 관련하여 최근 영국은 서비스의 질관리를 위해 양질의 서비스에 대한 인센티브를 제공하고 있는데, 이것은 우리에게 시사하는 바가 큼. 과거 영국에서 일반의의 주치의 계약시 등록인의 인구학적 요인에 대한 평가 부족했으며 질에 대한 보상이 없었는데, 2004년 도입된 '새일반의 계약제'의 핵심은 1차의료에서 제공하는 서비스의 질을 의사 수입에 반영하는 것임.

혁의 강화는 이러한 현실에 대한 철저한 인식에 근거한 점진적이고 실천적인 노력이 필요하다 하겠다. 그 노력의 첫째는 지금까지 논의 되어 온 주치의 제도의 시범사업의 실시를 통하여 주치의 제도에 대한 국민들의 평가를 받는 것이다. 과거 실시되었던 주치의 제도나 단골의사제도가 더 이상 진전되지 못하고 유아무야 된 것은 국민적인 공감대 형성의 실패에 기인하였다고 판단된다. 따라서 우선 시범사업을 통하여 주치의 제도에 대한 공론화가 선행되어야 할 것을 제안한다. 둘째, 일차 진료 의사의 확대로의 방향전환이다. 현재 단과전문의 중심의 의료 인력의 양산은 전문의 수련에 드는 부적절한 자원의 낭비를 초래한다. 또한 이들 전문의들에 의한 과도한 고가의료장비 사용과 같은 고비용의 전문 의료서비스의 제공은 국민의료비 증가의 주요 원인으로 지적되고 있다. 만일, 우리나라의 의사양성과 영국식 의료공급체계로의 전환이 현실적으로 어렵다면, 우리나라의 의료체계 하에서 실현 가능한 방법으로서 일차 진료 의사의 범위 확대 방안을 모색해 볼 수 있다. 즉 현재 일차 진료의 범위를 가정의학과 전문의뿐만 아니라 내과 전문의와 소아과 전문의로 확대하는 방법이다. 이 경우 내과와 소아과 전문의의 전공의 과정을 일차 진료 의사의 역할을 하는 전공의 과정과 병원진료를 하는 공공의 과정으로 이원화 하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 마지막으로 일차의료의 강화는 우리나라 국민들의 최초 접촉의료가 접근성, 포괄성, 조정성, 지속성, 책임성이라는 바람직한 일차의료의 조건을 충족할 수 있도록 의료체계와 건강보험체계를 재구성하는 것이 되어야 할 것이다. 그러기 위해

서는 우선적으로 의료법의 의료기관 구분 등의 기본적인 의료체계가 개선되어야 한다. 의원은 입원기능을 배제하거나 최소한의 관찰 입원만 담당하여야 하고, 의원과 병원, 병원과 종합병원은 규모에 따른 의료기관의 단순한 구분이 아니라 의료전달체계에서의 기능에 따른 구분을 하여야 할 것이다.

이러한 노력들을 통하여 우리나라의 보건의료체계가 국민이 원하는 비용 효율적이고 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 시스템으로 발전 할 수 있을 것이라 확신한다. 특히 의료기관간의 불공정한 과다경쟁과 이로 인한 보건의료 전반의 비효율성이 만연한 우리나라의 의료시스템이 급격하게 상승하고 있는 국민의료비에 걸맞은 의료서비스를 제공하지 못하는 것은 당연한 귀결이다. 이러한 맥락에서 보건의료 분야의 효율성을 증대시키고, 국민의료비 상승을 억제할 수 있는 효과적인 수단으로서 일차의료의 강화를 통한 보건의료체계의 재정립이 시급히 요청되며, 관련 의료정책도 상호보완적이고 지속적으로 추진되어야 하겠다. 현재로서는 '의사장보기(doctor shopping)'나 무분별한 3차 의료기관 선호와 같은 국민들의 의료행태와 의료기관들의 고급·고가장비 구입 및 의료의 고급화, 상품화 지향의 풍조를 잘못된 것으로 탓하고 강제로 금지할 수만은 없다고 생각한다. 정부가 보다 강력한 개혁의지를 가지고 의료개혁 정책을 수행해 나갈 때 국민과 의료기관의 자발적인 참여와 지원을 유도해 낼 수 있고, 잘못된 의료현실도 개선될 수 있을 것이라 기대한다. 문경복